

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・剤形間違い」)

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	硝酸イソソルビド錠20mgとだけ医薬品名称が記載されている処方箋を応需した。硝酸イソソルビド徐放錠20mgか一硝酸イソソルビド錠20mgか判別がつかないため、処方元医療機関に確認したところ、一硝酸イソソルビド錠20mgであった。	一般名の類似	名称が類似している医薬品は、薬品棚に注意喚起の表示をする。	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「サワイ」			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「薬剤取り違え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2	エクセラゼ配合錠を処方すべきところ、エクセグラン錠を処方してしまった。交付後、患者本人が来局し発覚。	調剤はSPが行い、ピッキングリストのエクセラゼ配合錠の棚番が間違っており、抗てんかん薬の棚番を開き名称が類似しているエクセグラン錠を調剤してしまった。監査時、薬剤師は調剤ミスに気付かず、そのまま薬剤を交付してしまった。投薬時、相手が医師であったため、薬品名の確認がおろそかになってしまった。また、処方箋受付時間が17時前後であり、疲労がたまり、誤りが発生しやすい時間帯であった。	マニュアル・手順の見直しとして、棚番の変更の実施し、変更の際にはレセコンの棚番変更の徹底する。また、劇薬と普通薬は離して配置する。エクセグラン錠は100錠包装にし、赤い輪ゴムをかけるようにし調剤時には注意喚起を行う。人的要素の改善では、薬剤監査時のチェックを徹底し、投薬時の再確認も怠らないようにする。また、服薬指導時には必ず医薬品名を読み上げることが徹底する。更に、日常から体調管理に気を配り、管理者は業務に負荷がかかっている人員がいると判断した場合、必要に応じて休憩を取らせる等の対応を行う。知識確認のため、必	エクセグラン錠100mg	エクセラゼ配合錠	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	医薬品	ルールの不備	エクセグランとエクセラゼ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。
3	複数の薬剤が処方されている中の1剤アレロック錠の処方に対し、アテロック錠を調剤、監査で調剤の誤りを見逃したまま薬剤を交付した。後日、見慣れない薬剤が入っていると患者本人が来局され誤りが発覚。アテロック錠は服用されておらず、正しいアレロック錠と交換し謝罪を行なった。	繁忙な時間帯の来局で、待ち時間が長くなっている焦りから監査が疎かになっていた。	典型的な、「名称が類似している医薬品」の調剤間違いであり、対策として調剤棚の薬品名を大きくし、視覚的に注意を促すよう対応した。	アレロック錠5	アテロック錠10	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			アテロ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。
4	2018年11月14日(水)11時頃に、外科を受診した患者(85歳女性)が処方せんを持って来局した。処方せんには「アテロック錠5mg1錠/分1朝食後、30日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からアテロック錠5mgを調剤するところ、その下の薬棚にあったアレロック錠5mgを調剤したことに気付かず、そのまま監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが、処方薬のアテロック錠5mgではなく、アレロック錠5mgが調剤されていることに気付く。薬剤師Aはアテロック錠5mgを正しく調剤し、再度、薬剤師Bに監査してもらった。監査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	アテロック錠5mgとアレロック錠5mgの棚の位置が上下で近く、名称も似ていたため間違えた。また患者が来局した時間は店内が混んでいたため焦りがあった。	アテロック錠5mgとアレロック錠5mgの棚の位置を離した。また、業務手順を見直し、調剤者がピッキングした後に、監査に回す前に薬の再確認を徹底することとした。	アテロック錠5	アレロック錠5	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	施設・設備		アテロ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。

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「薬剤取り違え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
5	一般名処方でオロパタジン塩酸塩錠5mg2錠1日2回朝夕食後30日分が処方されていて本人の希望で先発品のアレロック錠5mg60錠お渡しするところをアレロック錠5mg60錠お渡しする。	確認したつもりが類似薬品名が調剤されていたことに気付かなかった	再度確認を徹底する	アレロック錠5	アレロック錠5	確認を怠った	通常とは異なる身体的条件下にあった			アレロ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。
6	アレロック錠5mg処方の所、誤ってアレロック錠5mgで調剤してしまった。鑑査時に調剤した薬剤師とは別の薬剤師が気づいた。	繁忙時間だったため、調剤者の注意力が散漫していた。	類似薬の注意喚起を朝礼で行う。	アレロック錠5	アレロック錠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		アレロ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。
7	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「アレロック錠5 1錠/分1朝食後、28日分」と記載されていた。薬剤師Aは、処方箋をみてアレロック錠5mgと思い込み、調剤して、鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bは、アレロック錠と名前が似ているアレロック錠が調剤されていることに気づき、薬剤師Aに誤りを伝えた。薬剤師Aはアレロック錠5 28錠を正しく調剤し、再度、薬剤師Bに鑑査してもらった。	事例発生当時は、調剤業務が集中している時間帯で忙しく、処方せんの確認が不十分で見間違いが起こった。また、業務を急いでしまい、注意力散漫により調剤ミスに気付かなかった。薬品棚の配置も近い場所、取り間違いが起こりやすかった。	調剤の際は、処方内容と薬品の指差し確認を必ず行う。名称が似ている薬剤は、棚を離して配置する。	アレロック錠5	アレロック錠5	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	教育・訓練	アレロ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。
8	処方がアレロック5mgの所をアレロック5mgを調剤。患者がシートの色が違うと指摘され発見。	商品名処方で類似名称のため、単純なミス。	類似名称の一覧を掲示	アレロック錠5	アレロック錠5	確認を怠った				アレロ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。

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「薬剤取り違え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
9	アレロック錠5のところアテレック錠5で調剤し交付してしまった。1錠服用して患者本人が気づいて発覚した。幸い自覚症状ある副作用は出なかった。	花粉症で受診されアレロックとアラミスト点鼻が処方されていた。処方意図を薬剤師が読んでいれば似た名称でも気づいた。医薬品の頭文字と規格しが確認していなかった。医薬品の頭文字3文字は読むように、調剤棚もインシデント発生したので注意喚起の札を付けた。		アレロック錠5	アテレック錠5	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		教育・訓練	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。
10	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには、「テグレート錠100mg 4錠 分2 朝夕食後 50日分」と記載。薬剤師Aは、調剤する際、薬棚から、テグレート錠100mgを調剤するところ、その隣の薬棚にあったテオドール錠100mgを調剤したことに気付かず、そのまま鑑査に回した。鑑査を担当した薬剤師Bが、処方箋のテグレート錠100mgでなく、テオドール錠100mgであることに気付き、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aは、テグレート錠100mgを正しく調剤し、再度、薬剤師Bに鑑査してもらった。鑑査の段階で、誤りに気付いたので、患者には正しい薬を交付した。	テグレート錠100mgとテオドール錠100mgは、棚の位置が左右で近く、名称も似ていたため間違えた。また、患者が来局した時間帯は店内が混んでいたため、焦りもあった。	棚の配置は、テグレート錠100mgとテオドール錠100mgの位置を変えて離れた。業務手順の再確認を行い、取り間違いのあった棚にそれぞれ、取違い注意の札を貼った。薬歴の申し送りの欄に取り間違いのあったこと書き込み、注意喚起を行った。	テグレート錠100mg	テオドール錠100mg	確認を怠った判断を誤った	技術・手技が未熟だった勤務状況が繁忙だった	医薬品施設・設備		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。
11	名称類似品の取り間違い	○作業手順の不履行	処方箋のコピーにアンダーラインを引く。注意喚起する。	テグレート錠100mg	テオドール錠100mg	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。

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「薬剤取り違え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
12	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「テオドール錠100mg、1錠/分1就寝前、28日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からテオドール錠100mgを調剤するところ、その右の薬棚にあったテグレート錠100mgを調剤したことに気付かず、そのまま監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが、処方せんのテオドール錠100mgではなく、テグレート錠100mgが調剤されていることに気づき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはテオドール錠100mgを正しく調剤し、再度、薬剤師Bに監査してもらった。監査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	テオドール錠100mgとテグレート錠100mgは、棚の位置が隣り合いで、名称は似ており、有効成分量は同じ量であったため間違えた。また、患者が来局した時間は店内が混んでいたため焦りがあった。	テオドール錠100mgとテグレート錠100mgの棚の位置を離し、薬の再確認をすることとした。投薬口に名称類似医薬品表を貼り、間違え防止に努めた。	テオドール錠100mg	テグレート錠100mg	確認を急った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		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。
13	テオドール200mgが処方されているが、テグレート200mgを間違えて計数調剤。監査にて発見し訂正。	薬品名が似ており、繁忙時でもあり確認を急った。	「類似名称あり」と注意喚起のシールを貼る。	テオドール錠200mg	テグレート錠200mg	確認を急った	勤務状況が繁忙だった			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。
14	テオドール錠100mgの処方箋を調剤者が誤ってテグレート錠100mgで調剤。監査者が誤りに気が付き、調剤者が再び正しい薬剤を調剤し直して患者様へ正しく交付した。	テオドール錠とテグレート錠は名称類似品で、調剤時に見間違いを起こしてしまったことが原因となる。また、他の処方薬から呼吸器に異常のある患者様と予想できたことからテグレートよりもテオドールの方が適しているということにも気が付かなかったことも要因の一つと考えられる。○処方せんの見間違い○注意力散漫	調剤時に処方箋の一字字監査を行い、見間違えたまま調剤を行うことのないようにする。また、処方全体から処方薬の妥当性を考えて調剤を行う。	スロージットカプセル100mg	テグレート錠100mg	判断を誤った		医薬品		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。

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「薬剤取り違え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
15	ユリノーム50mg錠のところ、ユリーフ4mg錠で調剤	薬剤名が類似しており、調剤者の思い込み・確認不足があったと思われる	新たな改善策は設けず、基本的な確認事項(薬剤名・剤形・規格・単位等)の確認の徹底を行う。	ユリノーム錠50mg	ユリーフ錠4mg	確認を怠った				ユリノームとユリーフ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。
16	一般名の一硝酸イソソルビド20mgの処方箋記載の患者に、硝酸イソソルビドを用意。一包化する時に名称間違いに気が付きました。実際には、一般名称通り一硝酸イソソルビドにて投薬しました。	名称が似ていること、漢数字の一の判読がしづらいこと。	一硝酸ソルビドの扱いを中止する。在庫が消尽次第、同成分で販売名称の異なるソプレロール(日新製薬)に切り替えることにした。	一硝酸イソソルビド20mg	硝酸イソソルビド20mg	確認を怠った	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。
17	一般名処方で「一硝酸イソソルビド」の処方だったが、「一」を横棒と勘違いし、そう思いこんで「硝酸イソソルビド」を調剤した。調剤後も、疑問を持っていたが、監査者へ相談しなかった。監査者が気付いて訂正したので、患者さんには正しい「一硝酸イソソルビド」をお渡しした。	「硝酸イソソルビド」と「一硝酸イソソルビド」があることは知っていたが、「一」を横棒と勘違いし、思いこんだのでその知識を利用できなかった。また、よく出る商品は「硝酸イソソルビド」で、「一硝酸イソソルビド」は一人だけだった。	よく似た名前薬品リストとして作成し、局内回覧した。「一」が付く薬があるのでその知識を利用できなかった。事例の共有を図った。	一硝酸イソソルビド錠10mg「サワイ」	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	確認を怠った報告が遅れた(怠った)	知識が不足していた	医薬品	教育・訓練	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	硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドを見間違えて調剤ミス	名前が似ている。	棚に注意喚起のコメントを記載する。監査者に渡す前に自己ダブルチェック	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「サワイ」	確認を怠った				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「薬剤取り違い」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
19	一般名処方:硝酸イソソルビド徐放錠を、一硝酸イソソルビド錠で調剤してしまっ。4月に間違えて調剤してから、11月に至るまで計5回間違えて調剤していた。	類似する薬があることを把握しておらず、先入観から間違った薬を選択した。「一」と「徐放」の違いを軽視してしまっ。	類似する薬があることを店舗内で情報共有した。薬の棚に注意喚起のラベルを貼った。	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「サワイ」	確認を怠った	知識が不足していた		教育・訓練	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。
20	79歳男性に対して居宅療養管理指導の新規の依頼が主治医よりあり処方せんを応需した。初回は退院時処方を引き継ぐと主治医の意向を確認した。処方せんは手書き処方で、硝酸イソソルビド錠20mg 2錠 朝夕食後と記載されていた。調剤者は採用品目である一硝酸イソソルビド錠20mgで調剤を行った。鑑査時に鑑査者は一般名:硝酸イソソルビド錠20mgに該当する薬剤は存在しないことに気づき、処方医に疑義照会を行ったところ徐放錠の記載もれであることが判明し、正しくは硝酸イソソルビド徐放錠20mgであることが確認できた。鑑査時点で確認をとることができたので、患者には正しい内容で交付することができた。	当薬局では硝酸イソソルビド製剤では一硝酸イソソルビド錠20mgの採用しかなかったため、他に硝酸イソソルビド徐放錠20mgが存在することを考えず、思い込みで調剤を行ってしまった。○手書き処方せん一般名処方の場合には医師の記載誤りも念頭に入れてより注意深く調剤しなければならなかったが、経験が浅かったためそこに至らなかった。	一硝酸イソソルビド錠20mgおよび硝酸イソソルビド徐放錠20mgの箱にそれぞれ注意喚起札を作成し取り違え防止策を行った。また一般名処方類似リストを作成し、薬局内で情報の共有を行った。手書き処方せんを応需した際には、必ず複数の薬剤師の目で内容の確認を行うことをルール化した。	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「サワイ」	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品	教育・訓練	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「薬剤取り違え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
21	7種類の薬剤が処方された患者。一包化の指示あり。処方薬の内の1つは硝酸イソソルビド徐放錠20mg『ツルハラ』だったが、薬剤師Aが一硝酸イソソルビド錠20mg『サワイ』を集薬。その後薬剤師Bも取り間違いに気付かずそのまま一包化。分包後の監査で薬剤師B・Cは薬剤師Aの間違いを見逃してしまったが、薬剤師Aが監査する際に自らの取り間違いに気付く。ようやく薬剤師B・Cも改めて監査。患者に投薬する前に事なきを得た。	調剤者・監査者共に、類似名称の薬剤に対する意識が低かった。当薬局においては、硝酸イソソルビド徐放錠より一硝酸イソソルビド錠の方が取り扱っている期間が長く、馴染みがある(イメージが強い)こともあり、『硝酸イソソルビド』という文字が目に入った瞬間に後者の薬剤が真先に浮かんだものと思われる。またいずれも規格が20mgと全く同じであったことも選択を間違えた要因の一つである。今回のケースでは一度処方箋を預かり、しばらくしてから患者家族が薬を取りに来ることになっていたので、調剤・監査に通常より時間をかけることができた。3人目の監査でやっと間違いが判明したことから、繁忙時であれば気付かずに患者に投薬していた恐れもある。可能な限り監査者は多い方が良いと感じた。	同薬局内に類似名称同士の薬剤がないか見直しを行い、リストを作成。特に規格も同一であるものは要注。双方の包装箱や棚など調剤時目に付く所に注意を促す付箋や色テープ(できれば文言付き)を貼り付けておき、調剤後は時間の許す限り一人でも多く監査を行う。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg『ツルハラ』	一硝酸イソソルビド錠20mg『サワイ』	判断を誤った		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。
22	一般名にて一硝酸イソソルビド錠20mg 2錠 分2 朝夕食後 30日分処方があり、それを医薬品卸に注文時、硝酸イソソルビド錠20mgサワイで伝えてしまい、硝酸イソソルビド徐放錠20mgサワイを調剤し投薬しようとした。投薬薬剤師が、薬品の箱に徐放錠の文字があったことから異なる薬剤であることに気付く、患者が薬局を出る前に回収した。	一硝酸イソソルビド錠20mgと硝酸イソソルビド錠20mgの違いを見落とし確認を怠った。処方せんの見間違い。一般名処方の薬剤名の類似の認識が甘かった。	一般名の類似している薬剤を薬剤師全員が周知し、表に書き出して注意することにした。また処方箋の内容を確認して見直すことを徹底させた。	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	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。
23	一硝酸イソソルビド錠20mg『サワイ』1錠 1日1回夕食後14日分の粉砕の処方を調剤時に、硝酸イソソルビド徐放錠20mg『サワイ』で調剤。処方箋をもう一度見返した際に誤っていることが発覚。	薬剤保管用引出しの「イ」の中に隣接して保管してあったこと、またヒートデザインも類似していたことから、誤ってピッキングしてしまった。	予製患者のため、注意書きを目立つよう記載。保管場所を引出しと棚カセットに分けて保管し、調剤過誤防止にあたる。	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		その他		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「薬剤取り違い」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
24	一般名処方で「一硝酸イソソルビド錠20mg」の処方であったが、入力時「硝酸イソソルビド徐放錠20mgトローワ」(一般名:硝酸イソソルビド徐放錠20mg)で入力してしまい、調剤時、一般名が似ているために、チェックをスルーしてしまい、一包化のパソコンの監査チェックでは、合っていると思ひ込み、そのまま調剤。Peechでも、対象外のためそのままスルー。鑑査時、入力チェックでもスルーしてしまったが、薬品と処方箋を付け合わせているときに、処方箋は一硝酸、調剤薬は硝酸であることに気づき、調剤し直した。	医療事務も、これが違うものだという認識がなく、最初に発見されたものをこれだと思い入力してしまう。調剤時、混雑していたのもあるが、入力のチェックにおいても、似ている一般名のためスルーしてしまった。	全職員に、こういう事例があったことを周知徹底し、一硝酸と硝酸の薬品は違うものであることを伝達する。硝酸イソソルビドという一般名が処方された時は、「一」についているかついていないか、ミリ数はいづらか規格のチェックを徹底するようにする。全員が知っており、意識していれば防げるミスであると思われる。	ソプレロール錠20mg	一硝酸イソソルビド錠10mg「トローワ」	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			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。
25	硝酸イソソルビド20mgが処方されているところ、一硝酸イソソルビド20mgを調剤。	一包化のため、調剤後のヒート空に間違いが発覚。監査の際に、きちんとヒート空を残しており気づくことができた。類似の名称につき、調剤した薬剤師の確認不足が原因。忙しい時間帯であったことも原因と推測される。	処方箋に印をつける(一硝酸と硝酸に丸印)必ず分包後はヒートの空をつける。似ている薬剤、とり間違いの恐れのある薬剤の一覧を作成し、分包機近くに貼って注意喚起する。	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「サワイ」	確認を怠った	通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品	教育・訓練	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	一般名処方の硝酸イソソルビド徐放錠20mgを、一硝酸イソソルビド20mg「サワイ」をピッキング。調剤監査の機械PDAにてはじかれ、気づく。硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」をピッキングしなおした。	待っている患者さんが他にもおり、焦りがあった。	眼での確認と、PDAの使用を徹底する。また類似薬が存在していることを知識として知っておく。	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「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	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。
27	一硝酸イソソルビド錠20mg「タイヨー」の処方に対し、硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トローワ」で調剤。鑑査時に気づき、修正。	名前が類似、規格が全く同じ薬であり、確認を怠った。〇処方せんの見間違い	一度ピッキングした後に、再度処方箋と実際の薬の名称を確認する。	一硝酸イソソルビド錠20mg「タイヨー」	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トローワ」	確認を怠った				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「薬剤取り違え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
28	最初の来局患者が処方箋を持参した。処方箋には「硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」、2錠 分2朝夕食後、30日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚から硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」を調剤するところ、その横の薬棚にあった一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」を調剤したことに気付かず、そのまま監査に回した。監査実施時薬剤師Aは、処方薬の硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」ではなく、一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」が調剤されていることに気付く。薬剤師Aは硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」を正しく調剤し、再度、薬剤師Aが監査した。監査の段階で誤りに気付いたため、患者さんには正しい薬を交付した。	当日最初の患者さんであり、少々落ち着きがなかった。薬剤名を二度確認しておらず一度の確認で、調剤してしまつた。	類似名称の医薬品記載処方箋には、赤色の付箋を付けて注意喚起する。処方薬の名称は必ず二度確認する。	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「サワイ」	確認を急った		医薬品	ルールの不備	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。
29	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには一般名処方「(般)硝酸イソソルビド徐放錠20mg、2錠/分2、朝夕食後、30日分」と記載、患者は先発品を希望した。薬剤師Aはフランドル錠20mgを調剤するところ、誤ってアイトロール錠20mgを調剤、そのまま監査に回した。監査にあつた薬剤師Bが、処方薬のフランドル錠20mgではなく、アイトロール錠20mgが調剤されている事に気づき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはフランドル錠20mgを正しく調剤し、再度、薬剤師Bに監査してもらった。監査の段階で誤りに気付いたため、患者さんには正しい薬を交付した。	一般名処方では、フランドル錠20mgとアイトロール錠20mgは、それぞれ、「(般)硝酸イソソルビド徐放錠20mg」、「(般)一硝酸イソソルビド錠20mg」と名称が似ていたため間違えた。○処方せんの見間違い	調剤者がピッキングをした後、鑑査に回す前に薬の再確認を徹底する事とした。	フランドル錠20mg	アイトロール錠20mg	確認を急った	知識が不足していた	医薬品	教育・訓練	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「薬剤取り違い」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
30	他医療機関に入院時の11/26に薬剤部が持参薬を確認したときに、一包装のなかに硝酸イソソルビド20mgと間違えて一硝酸イソソルビドが入っていたと当薬局に連絡が入りました。	当該処方は一方向化しており、日付記入し分包していました。一般名処方と薬品名が類似しているため、取り違えてしまい、他の薬剤師確認時そのまま調剤してしまいました。	特に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ため、充分注意し、確認することを職員全員で共有し心がけるよう改善します。	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「サワイ」	確認を怠った				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。
31	一硝酸イソソルビド錠20mgが処方されたが硝酸イソソルビド徐放錠20mgで入力されていたのに気づかず、そのまま患者に情報提供文書を交付してしまっ。処方は一包装であり、一包装薬は正しい一硝酸イソソルビド錠20mgで調剤し交付されていた。	薬剤名の類似、類似薬剤の存在に関する知識不足。過誤防止システムが常時使用されているにも関わらず、本件に関しては私用されていなかったこと。	類似薬剤名の存在を周知する。過誤防止システムの使用有無を明確にすることで使用漏れを防止する。	一硝酸イソソルビド錠10mg「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	医薬品	ルールの不備	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	アロプリノール錠100mgを調剤すべきところ、アロチノロール塩酸塩錠10mgを調剤し交付。服用前に患者が気づき連絡あり。	名称が類似しているため取り違えた。	薬品ケースが隣接していたため離し、ケースに取り違い注意のラベルを貼り注意喚起した。	アロプリノール錠100mg「ケミファ」	アロチノロール塩酸塩錠10mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品 施設・設備		アロプリノールとアロチノロ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。
33	アロチノロールとアロプリノールと名称の類似から間違えました。	処方医薬品の多さから医薬品の名称の取り違えを行った。	似た名前前の薬は、薬品棚で少し離れた場所に置くようにしました。箱に間違いやすい名前を記載して、手に取る時にもう一度確認できるようにしました。	アロチノロール塩酸塩錠10mg「トロー」	アロプリノール錠100mg「トロー」	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	アロプリノールとアロチノロ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。

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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
34	FAXが来た時に間違えてアロプリノール錠を出して調剤していた。患者さんがとりに来た時にもう一度処方せんを確認した段階で気がついてアロチノロール塩酸錠を渡した。	FAXの字が少しうすかったような気がするのと、常にアロチノロール錠がでていたのに注意が足りず、パソコンでの入力はアロチノロールになっていた	アロチノロールとアロプリノールの棚の離して調剤室に名称類似医療品の表を貼り、取り間違い防止のため注意喚起をした。	アロチノロール塩酸錠5mg「DPS」	アロプリノール錠100mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			アロプリノールとアロチノロ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。
35	一般名処方でラニチジン錠150mgが処方された患者に誤ってラフチジン錠10mgを準備してしまった。投薬前に別の薬剤師が気付き、患者には正しい薬をお渡しすることができた。	単純なミスで処方箋の見間違いが原因と思われる。患者が多く来局し注意力が散漫になっていた。	名称が似ている薬も多数あるため、規格まで確認することを徹底し、薬箱にもマーカーを付けた。	ラニチジン錠150mg「サワイ」	ラフチジン錠10mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ラニチジンとラフチジ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。
36	処方されたを薬剤棚から取り出す際に、ラフチジン5mgを出すべきところを誤ってラニチジン150mを取り出してしまった。1包化が必要だったので、他の者が処方と薬剤が一致しているか確認しながらシートから錠剤を取り出すのだが、そこでも間違いを見落とした。薬剤師が錠剤分包機に錠剤を入れる際に、薬剤名が違っていることに気づいた	薬剤名が酷似していたこと、仕事に慣れた職員であったためかえって確認がおろそかになってしまったことが大きな要因。何重にもチェックすることになっているので途中で気づくことができた。	薬剤名がよく似ているので、それぞれの棚に注意喚起のポップをつけた。もう一全職員で作業手順を徹底した。	ラフチジン錠5mg「サワイ」	ラニチジン錠150mg「サワイ」	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品	仕組み	ラニチジンとラフチジ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。
37	ラフチジン錠10mg「日医工」をラニチジン錠150mg「日医工」で交付してしまった。	主たる病院の処方せんではなかった。繁忙時の業務により確認よりもスピードを優先してしまった。処方箋を見たときに頭の中で薬効H2ブロッカーに置き換えてしまい薬品名が類似したものと取り違えた。	出勤病院以外の処方箋監査にはいつもよりも一呼吸おいて集中する。薬袋に入れる際は実物の薬品名と処方箋の薬剤をしっかりと見合わせる。処方箋の文字と薬品の文字を合わせるように確認する。	ラフチジン錠10mg「日医工」	ラニチジン錠150mg「日医工」	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			ラニチジンとラフチジ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「薬剤取り違い」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
38	ラフチジンのところ、類似名のラニチジンで調剤。	〇処方せんの見間違い	類似名医薬品は多数あるので、薬品名をしっかりと確認する	ラフチジン錠10mg「日医エ」	ラニチジン錠150mg「サワイ」	確認を怠った				ラニチジンとラフチジ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。
39	ロフラゼパム錠1mg「サワイ」で交付するところ、誤ってロラゼパム錠1mg「サワイ」で交付していた。	ピッキングシステムを用いながら調剤するところ、普段から用いてなかった。薬品名、規格が類似していた。	ピッキングシステムを必ず使用するよう調剤作業方法を変更しました。	ロフラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った	技術・手技が未熟だった			ロラゼパムとロフラゼパム錠1mg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。
40	一般名処方箋で「【般】ロフラゼパム錠1mg」が記載された処方箋を応需した。ロフラゼパム錠1mg「サワイ」をお渡ししようとしたところ、誤ってロラゼパム錠1mg「サワイ」をお渡ししてしまった。(調剤ミス、薬剤の渡し間違い)	『ロフラゼパム錠1mg』『ロラゼパム錠1mg』はどちらも後発医薬品の向精神薬という同じ分類に属しており、頭文字も同じなので近い場所に保管されていた。そのため両者の取り違えが置きやすい状況であった。当店では調剤過誤防止用の端末を使用しており、処方箋とは違う薬剤のバーコードをピッキングした場合にはエラーが表示される仕組みになっているが、この時は正しく運用されていなかった。調剤者はこの端末でエラーが出たことにより一度は薬の取り違いに気付くことはできた。ところが正しい薬と誤った薬を机上の近くに出した際に取り違えてしまい、一旦出した正しい薬を棚に戻し、誤った薬を再び鑑査に回してしまった。	・2剤の置き場所の整理と、注意喚起のための表示を変更し、調剤者が取り違いに気付けるように改善した。 ・調剤者、鑑査者は薬タッチを正しく活用し、薬のヒートシールに印字されたバーコードを必ず読み込むよう徹底する。取り違いに気付いたときは薬剤の交換だけでなく、必ず正しく登録しなおしてエラーを修正・消去する。目視で確認できたとしても、原則としてエラーのない状態で患者様に渡すように運用する。 ・調剤者が薬剤の取り違いに気付き、交換したときには鑑査者に一言声をかけるなど注意を促す。これにより名称・規格など取り違えが起きやすい薬剤が含まれている意識を鑑査者と共有する。	ロフラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った		その他	ロラゼパムとロフラゼパム錠1mg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。	
	この際に薬タッチに正しく再登録することを怠ったものと予想される。また鑑査者も名前が酷似している薬剤の違いに気付かなかった。端末を用いて最終チェックするようルール付けていたが、上記の通り調剤者がエラーを見て出しなおしているところに気づき、「調剤者が出しなおした」という行為を信頼して、薬タッチのエラーをチェックする意識が徹底されていなかったようである。本来ならば薬剤ヒートシールに印字されたバーコードを活用して薬剤を再登録し、エラーをなくした状態で患者様にお渡しするべきだった。(作業手順の不履行)									

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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
41	一般名処方の半錠指示の処方箋であった。調剤者はロラゼパム錠1mgを半錠調剤したところ、監査者が間違いに気づき、ロラゼパム錠1mgを半錠調剤し直した。	ロラゼパム錠の方が当局では頻りに処方されたこと、調剤者はいつもと違う半錠指示に気が取られて、注意力不足になり、調剤ミスを起こしたと思われる。	この様にいつもと異なった薬剤の半錠指示があった場合は思い込みで薬を取り間違えることがある。取り違いを防ぐ為に調剤者の手元に処方箋を置き、確認しながらピッキングを行う。半錠調剤でヒートから薬を取り出す際にも一度処方箋に記載された薬剤名を確認する。名前が類似している薬は離して保管し、それぞれに注意喚起の札を付ける。開封後の薬剤にヒートと半錠にした薬剤の錠数や識別コードに間違いがないか調剤者・監査者ともに確認する。	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	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			ロラゼパムとロラゼパム錠エチル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。
42	ロラゼパム錠1mgで処方が出ていたものをロラゼパム錠1mgで調剤、お渡ししてしまい患者様が自宅に帰って薬を飲もうとしたところ、気づき交換を行った	名称が類似しているため間違えてしまったものと思われる	名称が似ているため場所を話す、表示に色枠をつける、声出し確認を行う、似ている名称の薬一覧表を作成する	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	仕組み	ロラゼパムとロラゼパム錠エチル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。
43	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」で交付するところをロラゼパム錠1mg「サワイ」で交付し、患者本人はいつもの薬と違うことに気づきながら、1週間服用し体調変化は見られなかった。次回の薬剤交付時に薬を確認した際、前回交付されたものが錠剤の大きさが違っていた申し出があり、後日残っている薬を持参して発覚した。処方元の病院にも経緯を連絡した。	他の定期薬の一包化で薬剤の変更があったため、その確認に気が取られていた。ロラゼパムの名称類似医薬品が存在することも理解できておらず、処方箋との対比確認が不十分であった。	名称類似医薬品の存在を注意喚起する札を薬品棚及び箱につけた。似た名前前の薬があるものを念頭におき、特に気をつけて監査・投薬する。	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った	知識が不足していた技術・手技が未熟だった	医薬品		ロラゼパムとロラゼパム錠エチル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。
44	ロラゼパム錠とロラゼパム錠を取り違えて交付	名称が似ている、どちらも向精神薬であること、同じ引出に入っていることなど間違えやすい要因が重なっている。	監査でも間違いに気づきやすいよう薬品マスタに『名称類似あり』と記入することで薬品の監査で見つけやすいようにした。	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった		仕組み・ルールの不備	ロラゼパムとロラゼパム錠エチル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「薬剤取り違い」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
45	処方方はロプラゼブ酸エチル1mgであったのに、ロラゼパム1mgで調剤、投薬してしまった。翌日在庫調べをして判明し、患者さんに連絡を取り、ロプラゼブ酸エチルをお届けした。連絡がついたのはご家族の方で、本人には会えず、ロラゼパムの回収ができなかった。服用状況が把握できていないため、Dr.には事実のみ報告、次の薬局時にロラゼパム回収。少し服用されていたため状況を確認した。SEなど特別な被害は出ていない状況だった。	名前の似ている薬剤については気をつけているが、見落としてしまった。作業手順の不履行名前の最後まで復唱するようにしないとけない。この事例があってから、次の納品時ロプラゼブ酸エチルの箱の包装が変わってきたため判別がつきやすくなった。	保管場所を、少し離して保管。箱の形状が変わったことによって、職員の認識も新たになった。類似名の薬剤があることを、再度確認しあっていることとする。	ロプラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った	その他	医薬品		ロラゼパムとロプ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。
46	薬品名が似ている薬剤の調剤ミス。薬剤名に気を取られて規格も確認できずに錠剤した。鑑査でミスに判明し患者には実施なかった。	○単純なミス○焦り	ミス発見システムを利用しているので、実施を継続する。	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」	ロプラゼブ酸エチル錠1mg「日医工」	確認を怠った				ロラゼパムとロプ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。
47	一般名ロプラゼブ酸1mg処方されていたが、誤って一般名ロラゼパム1mgを調剤・一包化してしまった。患者は施設入所中であり残薬が数日分あった。服用前に薬局側で気付いた為、速やかに交換し服用を回避する事ができた。	一般名ロプラゼブ酸は商品名ジメトックスで調剤していたが、商品名ロプラゼブ酸に名称変更になった事で類似薬品名ロラゼパムと取り違えてしまった。 ○処方せんの見間違い○焦り○注意力散漫	それぞれの薬品棚には「取り違い注意」喚起シールを貼り、再確認を促すようにした。	ロプラゼブ酸エチル錠1mg「日医工」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる身体的条件下にあった			ロラゼパムとロプ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「薬剤取り違え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
48	以前からロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」の処方があった患者にロラゼパム錠1mg「サワイ」を調剤してしまい、監査でも気づかず、投薬時に薬剤名を確認しながら患者に渡している間に気づき、調剤過誤には至らなかった。	向精神薬のため保管場所の引き出しに箱のまま入れてあった。あいいうえお順で近くにあり、製薬会社も同じで、規格も同じため、似ていたのを取り違えた。監査でも確認した際には見間違いをした。投薬時に処方箋や薬歴、薬袋等と照らし合わせながらしっかりと確認したため間違いに気づき、すぐに交換し事なきを得た。この患者に処方されているのがロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」の方だということは以前から知っていて何度も調剤をしていたにもかかわらず、この時は見間違い、取り間違えてしまった。多少混んでいた時間帯のせいもあったのかもしれない。	箱に赤字で薬品名を書いたものを貼って箱を明らかに違う様子にした。調剤時、監査時の声出し確認も効果があった。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	判断を誤った	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。
49	「一般名処方」において、名称の酷似、規格単位が同じであったことによる確認ミス。ロフラゼブ酸エチル錠1mgの処方に対しロラゼパム錠1mgを調剤した。	手書き処方せんでもあり、一般名の名称が似ているので、要監査医薬品であったが、単純なミスと注意力散漫が重なってしまい、調剤者、監査者ともに見落としてしまった。	調剤棚に注意喚起の張り紙をしたミーティングで全員に警告。	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「トローワ」	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	教育・訓練	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。
50	ロフラゼブ錠が処方されていたが、ロラゼパム錠がピックアップされていた。調剤監査時、ミスが発覚し、修正。渡し間違えを防ぐことが出来た。	名称が似ており、急いでいると取り間違えてしまうことが考えられる。また、50音順で引出に入っていた為、この2薬剤は隣同士であった。	ピックアップ時にミスに気付けるように、「名称類似品注意」という張り紙を該当薬剤の入っている引出に貼る。似ている薬剤が近い場所に存在しないように場所を離す。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「SN」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	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	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「薬剤取り違え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
51	成分名が似ている為取り違えた。監査時に気づいて修正した。	注意力散漫	名前が似たものは他にもたくさんあるので、一つ一つ丁寧に確認するようにする。	ロラゼパム錠1mg「トーワ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ロラゼパムとロラゼパム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。
52	一般名でロラゼパム錠1mgと処方。名称類似、同一剤形・規格であることによるピッキングミス。	○処方せんの見間違い○処方医薬品の多さ	医薬品の名称をしっかりと確認する。医薬品名の先頭3文字をしっかりと確認するだけでも防ぐことが出来る。	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム酸エチル錠1mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ロラゼパムとロラゼパム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。
53	一般名処方の薬剤名が類似していたため、誤認して調剤	処方せんの見間違い	監査の徹底を心掛ける	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」	ロラゼパム酸エチル錠1mg「サワイ」	確認を怠った				ロラゼパムとロラゼパム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。
54	処方箋には一般名処方に記載されていたロラゼパム錠1mgについてロラゼパム錠1mg「SN」で調剤。監査時に発覚したため投薬はせず。	ロラゼパムは0.5mg錠と1mg錠があり、ロラゼパム錠は1mg錠と2mg錠がある為、それぞれ0.5mgと2mgは規格から間違いが起きにくい1mgは重なる為調剤間違いが起きる。	もともと棚と引き出しに分けて在庫するようにしていたため配置の問題ではなく存在の認識がしっかりできていないことが原因だと考えた。そのため改めて従業員全員で名称の酷似した薬があることを共有し、特に1mg錠の処方時には1度止まって確認する意識付けを行った。	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム酸エチル錠1mg「SN」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ロラゼパムとロラゼパム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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
55	患者が処方箋をもって来局した。処方箋にはロフラゼブ錠 1mg 2錠/分1就寝前28日分と記載されていた。薬剤師Aは間違えてロラゼパム0.5mgで調剤して渡してしまった。患者は服用時に薬が変わったことに違和感を覚えながらもロラゼパム錠0.5mgを2錠ずつ20日間服用されていた。20日が経過し、定期受診・薬局で薬を受け取り帰宅された後に、ご家族が処方変更の話聞いていないのに薬が変わっていることに疑問を抱き、薬局に電話。前回の過誤が発覚。電話にて謝罪した。ご家族が患者本人の様子を日記に綴られており、幸いなことに大きな体調の変化はなかったものの、イライラすることが2、3回ありいつもより多かったとのことであった。	ロラゼパム錠0.5mgとロフラゼブ錠1mgは棚の位置が近く名称も似ている。日頃注意を払って取り扱っているが、年始で店内が混んでいたために焦りがあり、監査が不十分であった。	ロラゼパム錠0.5mg/1mgとロフラゼブ錠1mg/2mgの棚の位置を離す。どのような状況においても1剤1剤ボールペンで処方箋の薬剤名、規格、メーカー、剤形、日数にチェックを入れて確認する。薬局内での発生事例の共有・注意喚起を行い再発防止に努める。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」	確認を急った	勤務状況が繁忙だった	医薬品施設・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。
56	思い込みで、ロフラゼブのところ、ロラゼパムで調剤してしまった。	類似薬品名で注意の要する医薬品。以前にも他店で過誤報告のある薬	棚を仕切り、場所を大きく分けた。	ロフラゼブ2mg	ロラゼパム0.5mg	確認を急った	技術・手技が未熟だった			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。
57	一般名での処方で、ロラゼパム錠1mgが処方されていたが、ロフラゼブ散エチルと思い込み、ロフラゼブ散エチル1mgで調剤した。患者様に投薬代でお渡しする前の最終確認で薬情の写真と刻印で確認したところ薬剤の違いに気づいた。○薬剤間違い	夕方、数人連続で来局され、少し急いでおり、焦っていた。ロラゼパム錠は0.5mgがほとんどで、1mg錠はまず出なく、名前も似ており、1mgという規格はイコール、ロフラゼブ散エチルと勝手に思い込んでしまった。○注意力散漫	慌てず、焦らず常に冷静に対応するように。どんなにも急いでいても、声出し、1文字監査を怠らないように徹底する。	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	確認を急った	勤務状況が繁忙だった			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「薬剤取り違い」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
58	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「ロフラゼパム錠1mg(SN)2錠/分2朝・夕食後 30日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からロフラゼパム錠1mg(SN)を調剤するところ、その下の薬棚にあったロラゼパム錠1mg(サワイ)を調剤したことに気付かず、そのまま監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが処方薬のロフラゼパム錠1mg(SN)ではなくロラゼパム錠1mg(サワイ)が調剤されていることに気づき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはロフラゼパム錠1mg(SN)を正しく調剤し、再度薬剤師Bに監査してもらった。監査の段階で誤りに気付いたため患者には正しい薬を交付した。当患者は強迫性障害があり、誤って交付していた場合、パニックとなり症状の増悪の可能性も考えられたため、事前に誤りに気づき事なきを得た。	ロフラゼパム錠1mg(SN)とロラゼパム錠1mg(サワイ)は薬棚の位置が上下で近く名称もPTPシートのデザインも似ていたために間違えた。また、患者が来局した時間は店内が混んでいたため焦りがあった。	ロフラゼパム錠1mg(SN)とロラゼパム錠1mg(サワイ)の薬棚の位置を離れた。また業務手順を見直し調剤者がピッキングした際、監査に回す前に薬の再確認、声だしを徹底することとした。名称類似薬の薬棚には注意喚起のシールを張り、取り違えないよう対策した。	ロフラゼパム錠1mg(SN)	ロラゼパム錠1mg「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	医薬品施設・設備		ロラゼパムとロフラゼパム錠1mg(サワイ)の販売名類似については、薬剤取間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。
59	ロラゼパム半錠の処方に対して、ロラゼパム半錠を作成してしまった	処方箋を見ながらピッキングして半錠にしていたが、名前が似ており、間違えてピッキングしてしまった	ロラゼパムとロラゼパムの棚に「薬剤名に注意」の蓋を作り、ピッキング時に気付くようにした	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」	判断を誤った	勤務状況が繁忙だった		仕組み・ルールの不備	ロラゼパムとロラゼパム錠1mg(サワイ)の販売名類似については、薬剤取間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。
60	ロフラゼパム錠1mg「サワイ」を投薬するところをロラゼパム錠1mg「サワイ」を投薬し、自宅に帰った患者から違う薬であると連絡が入った。	〇処方せんの見間違い 技術の未熟により医薬名の間違いに気づかなかった。〇作業手順の不履行 煩雑時にダブルチェックをおこったため医薬品取り違えに気づかなかった。	類似医薬品を意識して調剤をする。繁忙期でもダブルチェックを怠らせずにする。	ロフラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	判断を誤った	知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった		教育・訓練ルールの不備	ロラゼパムとロフラゼパム錠1mg(サワイ)の販売名類似については、薬剤取間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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
61	ロフラゼブとロラゼパムの名称が似ているため薬剤の調剤ミスがおこった。鑑査でも見抜けずに投薬してしまった。投薬後、在庫の不一致でミスが発覚し、Krに連絡、服用前だったため事故には至らなかった。	薬剤名が似ている薬剤の取り違い、注意力散漫。	在庫引き出しの配置を変えて、先発品を意識するようにした。調剤・鑑査時の思い込みをなくすことを徹底する。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を急った	勤務状況が繁忙だった			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。
62	ロフラゼブ錠1mgを処方のところ、ロラゼパム錠1mgと調剤の取り違い。鑑査システムで見出し、一般名名称が酷似していることを確認しきれていなかった。	一般名名称が酷似している製剤の調剤の間違いだった。	薬効分類、規格もほぼ同じ薬剤を、取り違えないように、段を分けることが望ましい。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を急った	知識が不足していた			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。
63	ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルは、棚の位置が近く名前も似ているため間違えた。	ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルは、棚の位置が近く名前も似ているため間違えた。	ロラゼパムとロフラゼブ酸エチルの配置を再確認した。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を急った	通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品施設・設備		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.	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			PMDAによる調査結果
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
64	てんかんの既往歴がない患者様で、マイスタン5mgの処方があり。マイスリーの入力間違いの疑いがあったため、医療機関に確認 マイスリーに変更	入力ミス	似た名前の薬剤を日ごろから注意をする	マイスリー錠5mg	記録などに不備があった連携ができていなかった				マイスリーとマイスタンの販売名類似については、誤処方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。
65	テグレート錠半錠あまり分包紙に入れ保存していたがテオドール紙に記載しテオドールの棚に入っているのを形の違いから気がついた。	単純なミスで名称確認を怠った、名前が似ており思い込んだと思われる。	薬剤・PTP・薬品棚とひとつずつ確認をするよう心がける	テグレート錠200mg	確認を怠った		医薬品		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。

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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
66	患者が処方箋をもって来局した。普段服用の薬に追加されて「マイスタン錠5mg、1錠、分1就寝前、14日分」が処方されていた。てんかんの既往歴はなく、ストレスによる不眠に悩んでいるということであった。マイスタン錠5mgではなく、マイスリー錠5mgではないかと考え、疑義紹介をした。マイスリー錠5mgに変更になった。	処方入力システムで3文字入力をしたため、マイスタン錠5mgがリストに上がってきたと思われる。名前が類似し、同一の規格であったため医師が気が付かなかったと思われる。	類似する名前が存在する医薬品についてより注意して鑑査が必要であり、また何故その薬がでたのか考え、聞き取ることが必要がある。類似名が存在する医薬品やヒヤリハット事例のある医薬品について日々情報共有し、頭に入れておく必要がある。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg		その他	コンピュータシステム		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、誤処方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。
67	マイスタン錠5mg 1錠 1日1回就寝前 28日分で処方を受付。お薬手帳を確認したが、他のてんかん薬を服用がないことを確認。また、患者に確認したところ、「寝つきを良くする薬を処方してもらった」と返答あり。患者の話と処方内容が一致しないため、処方医に疑義照会を行ったところマイスリー錠5mg 1錠 1日1回就寝前 28日分が正しい処方内容であり、誤入力だったことが判明		入力が違いが報告されている類似名称の薬剤を店舗内で共有する。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg			コンピュータシステム		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、誤処方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。
68	不眠症にマイスタン5mgの処方があり、疑義照会したところマイスリー5mgも間違いであったため薬剤変更になった。	マイスタン5mgとマイスリー5mgの名称が類似している。	マイスタンとマイスリーの一般名処方 の推奨	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、誤処方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。
69	処方箋にはマイスタン錠10mgが記載されていたが、薬歴よりゾルピデム錠10mgが過去に処方されていたことと適応となるてんかんの持病もないことから疑義照会したところ、マイスタン錠10mgではなくマイスリー錠10mgに変更となった。	医療機関側のカルテ等入力時に、類似した商品名の医薬品を選択したためと考えられる。薬歴の確認等で疑義照会し、事故には至らなかった。	監査・投薬時に薬歴の確認をしっかりと行い、患者様から得た必要な情報は必ず薬歴に残す。	マイスタン錠10mg	マイスリー錠10mg			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、誤処方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.	事例の内容	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容					背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
		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	ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
70	マイスタン錠5mgと処方された患者が来られたが、当該患者にはてんかんの既往歴はなく、本人に確認したところマイスタン錠5mgではなく、マイスリー錠5mgの間違いと気づく。その後、処方医に疑義照会し販売名類似の為、処方を出し間違えた事が判明。当該患者には正しくマイスリー錠5mgを投薬できた。	処方医による販売名類似による、処方箋の記載ミス	今回、定期的に来られている患者なので、既往歴も把握できた。今後も、処方箋の確認、服薬指導の際の聞き取りの大事さを、再確認した。	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、誤処方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。
71	マイスリー錠5mgのところマイスタン錠5mgで処方される。	処方時頭3文字で検索をかけて、決定してしまった。類似名称、規格のため。	Drにこの事例を伝えて、今後意識して処方してもらえることになった。患者とよく話せば、マイスリーとの間違いではないかと気が付ける。	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、誤処方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。
72	前回ゾルピデラム10mg処方、今回患者さんがお薬が変わったと入って来られ処方箋を確認するとマイスタン5mgになっていた、ゾルピデラム5mgではないかと思い病院に疑義照会後ゾルピデラム5mg錠に変更となった。病院でレセコン入力時選択画面でマイスリー5mgをマイスタン5mgに選択間違いと思われる。	マイスリー5mgとマイスタン5mgはレセコン入力時隣合わせになる可能性が高いために発生した事例	名前が似ているお薬の一覧を病院にもお渡しする。マイスタン5mgは抗てんかん薬で使われる場合、基本的に他の抗てんかん薬と併用となる点の確認。抗てんかん薬が処方される時は特に、薬歴をしっかりと確認して、てんかん既往歴の確認を徹底	マイスタン錠5mg	ゾルピデラム5mg錠タカタ	連携ができていなかった	知識が不足していた		教育・訓練 その他	マイスリーとマイスタンの販売名類似については、誤処方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。
73	マイスタン錠5mgが処方されていたが、患者からの情報と過去の薬歴からマイスリー錠の間違いかと思われる疑義照会。マイスリー錠5mgに変更となり、後発品で調剤。	パソコンでの薬剤の選択ミス。単純なミス	似た名称の選択の際は慎重にして入力後に確認	マイスタン錠5mg	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「ファイザー」	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		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、誤処方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。
74	患者様が処方箋をもって来局。マイスタン錠5mgが処方されていた。監査時に以前の薬歴を確認したところ、マイスリー錠5mgを継続服用されていた。マイスタンとマイスリーの処方間違えではないかと判断し、医師に疑義紹介。マイスリー錠5mgの処方に変更となった。	・頭3文字が同じのためDr.の処方間違えが発生したと思われる。	・名称類似している薬剤は多々あるため、診療科や過去の薬歴から患者様の症状に合っているものが処方されているかどうかしっかり確認していく必要がある。・類似した薬剤を在庫しているときは付箋などを用いて注意を促す。	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、誤処方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.	事例の内容	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容				当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
		背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品		ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
75	患者聴取り今までレンドルミンを服用していたがあまり寝られなくて、他の睡眠導入剤へ変わるような話があった。マイスタンが処方されており、マイスリーの可能性が高いと判断し疑義照会。結果、マイスリーへ薬剤変更。	マイスタン錠5mgとマイスリー錠5mgと薬品名の酷似、規格も同様の数字から処方箋記載ミスが生じた可能性が高い。	患者さまからの聴取をすることで、主訴と適正薬剤が処方されているか、判断出来る事例でもあったため、傾聴を怠らず服薬指導につなげていく必要がある。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg				その他	マイスリーとマイスタンの販売名類似については、誤処方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。
76	不眠時頓服マイスタン5mgの処方、マイスタンの適応や、頭文字3文字が似ていること等考慮し、疑義照会マイスリー5mgへ変更となる。	マスタ3文字検索の為だと思われる。○単純なミス	マスタの問題なので病院側の仕事だが、処方薬の確認やポップアップ(てんかんの薬です等)を導入するなど	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg	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		マイスリーとマイスタンの販売名類似については、誤処方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。
77	以前、エクセラゼ配合カプセルがでていた患者さんにエクセグラン錠100mgが処方されており、患者さんとのヒアリングによりてんかん様症状がないことを確認。エクセラゼ配合カプセルとエクセグラン錠100mgの名前が似ているため処方ミスを疑い疑義照会。エクセラゼ配合カプセルと間違えてエクセグラン錠100mgを処方してしまったと医師から回答を得た。エクセグラン錠100mgはエクセラゼ配合カプセルに変更となった。	過去の薬歴やお薬手帳を確認したことや、しっかり患者に症状をヒアリングしたことにより以前処方されていたエクセラゼ配合カプセルと名前の類似しているエクセグラン錠を間違えた可能性を疑い、疑義照会を行うことで防ぐことが出来た。	薬歴やお薬手帳を調剤前にしっかり確認し、患者さんにしっかりと症状などをヒアリングすることが重要。	エクセグラン錠100mg	エクセラゼ配合カプセル				その他	エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、誤処方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。
78	当薬局を長年かかりつけにしている患者。エクセラゼ配合カプセル継続であったが、エクセグラン錠100mgが処方されていた。エクセラゼ配合錠に変更となる。	エクセラゼ配合カプセルの販売中止に伴い、処方医がエクセラゼ配合錠に薬品変更を行った際に誤って選択したと考えられる。	類似薬品名には、調剤の際にも注意が必要。かかりつけ薬局であったからこそ、気づきやすかったかもしれない。かかりつけ薬局の意義と責任を感じた事例であった。	エクセグラン錠100mg	エクセラゼ配合錠			医薬品	その他	エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、誤処方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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
79	医師が処方をするときに、エクセラゼを処方するところをエクセグランを処方した。患者に確認をすると消化が良くないと相談したと言ったため、病院へ疑義紹介をしたところエクセラゼに変更になった。	3文字検索をしても両方該当するため間違ったと思われる。	名前が似ている薬は注意する。どのような症状で受診したかをきちんと患者にヒアリングを行う。	エクセグラン錠100mg	エクセラゼ配合錠		その他			エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、誤処方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。
80	エクセグラン散が処方されてきたが、前回までずっとエクセラゼ顆粒を飲んでた。そのため患者本人に確認すると、「変更については全く聞いておらず、また脳波検査やてんかんについての説明は一切なかった、医者のミスではないか」と言われた。そのため疑義照会をすると、エクセラゼ錠に変更になった。	エクセラゼ顆粒の経過措置によって、ここ数ヶ月の間に採用がエクセラゼ錠へ変更になっている。それを忘れて無理やり「粉」をオーダーしたために、名前の似たエクセグラン散を選んでしまったのではないかとと思われる	今までの処方内容と明らかに効能が違う薬が処方された場合は処方内容を鵜呑みにせずに、患者本人に変更について医師から説明があったか、体調変化の有無などを確認した上で調剤をする	エクセグラン散20%	エクセラゼ配合錠		その他			エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、誤処方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。
81	処方内容：S・M配合散、ジオフェルミン配合散、ガスコン錠、エクセグラン錠、タンナルビン全体的に消化器系の薬であるのに対してエクセグランは抗てんかん薬であり、処方内容が浮いている。	処方時における3文字入力で頭3文字が同じであるため、名称の類似性から間違えてしまったと考えられる。	間違えやすい薬を対にしてまとめ、処方時に処方オーダーリングシステムとしてより危険性のある方の薬剤を選択した際に、警告等のポップアップを出してもらうようにする。ex)今回の場合では、エクセグラン選択時に「抗てんかん薬ですがよろしいですか？」等のポップアップの提示をしてもらう	エクセグラン錠100mg	エクセラゼ配合錠			コンピュータシステム 医薬品		エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、誤処方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。
82	これまでてんかんの既往歴のない患者に突如一般名ゾニサミド錠と一般名レバミピド錠が処方された。念のために患者にけいれん等の有無を確認するもそのような症状はないとのことで、類似商品名の薬剤の選択ミスが考えられるので疑義照会を行いエクセラゼ配合錠に処方訂正された。	エクセラゼ配合錠を選択したかったが、医師が誤って一般名ゾニサミド錠の商品名エクセグラン錠を選択したものと思われる。	同様のミスは保険薬局内でも起こり得るので、薬剤を呼び出す際には4文字目までを打ち込むなどの注意が望ましい。	エクセグラン錠100mg	エクセラゼ配合錠			コンピュータシステム その他		エクセグランとエクセラゼの販売名類似については、誤処方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。
83	患者から鼻炎の訴えあり。オノンカプセル、アテロック錠、ナゾネックス点鼻液の臨時処方。アテロック錠に疑問を感じ疑義照会したところアレロック錠に変更となった。	薬剤名の類似が原因と考えられる。	引き続き、患者の話を丁寧に聞く。	アテロック錠10	アレロック錠5		その他			アテロックとアレロックの販売名類似については、誤処方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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
84	アテレック(20)が処方されていたが、これまでの薬歴や患者の年齢等から不自然に思い、患者本人に確認したところ、血圧が高くなったような事はないとのことで、医院に疑義照会を行ったところ、アレロック(5)に変更になった。	アテレックとアレロックの名称が似ている事で、処方入力を誤ったと思われる。	今後も薬歴や患者背景をしっかり把握し、不自然と思われることは患者本人や医院に積極的に確認していく。	アテレック錠20	アレロック錠5				その他	アテレックとアレロックの販売名類似については、誤処方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。
85	医師が先発医薬品名を入力すると一般名処方プリントされる様式の電子カルテ。医師はアテレックを選択しシルニジピンと印字されたと考えていたが、実際はアレロックを選択しオロパタジンが処方されていた。両方とも5mgであった。患者との会話で誤入力が疑われた為、疑義照会して正しい薬物を交付した。先発医薬品の名称が似ている事が一般名処方でのような誤りになる事を初めて体験した。	患者と薬物療法について確認する事は基本だが大切である。作業手順の不履行	一般名処方でのこのような誤りがある事を知る。	アレロック5mg	アテレック5mg	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	コンピュータシステム	仕組み	アテレックとアレロックの販売名類似については、誤処方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。
86	【般】オロパタジン塩酸塩錠5mg 2T/MAを定期的に服用している患者に【般】シルニジピン錠5mg 2T/MAが処方されていた。	先発品名がアレロック錠とアテレック錠で類似しており、通常1日1回で処方されるアテレック錠が1日2回で処方されていたため疑義、【般】オロパタジン錠5mg 2T/MAに処方変更となった。		アテレック錠5	アレロック錠5		その他			アテレックとアレロックの販売名類似については、誤処方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.	事例の内容	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果	
		背景・要因	改善策	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	
87	アテレック錠5mg 2錠 朝夕食後14日分 → アレロック錠5mgに変更になった。	【背景】アテレックは降圧剤で通常1日1回の服用である。薬局の初回アンケートに花粉症とあったので、名前の似ているアレロックの間違いではないかと考え、患者に確認したところ、高血圧の既往はなく医師からも降圧剤の説明はなかったことを確認し、疑義照会に至った。 【要因】名称が似ているため、処方医の勘違いや処方箋の入力ミスが原因と推測される。また診察時にアレロックを服用したことがあると患者本人が医師に伝えていたことから、入力時誤りの可能性が高い。	今回は新患だったこともありアンケートから受診理由を事前に確認できたが、年齢や患者からの確認ができない場合そのまま投薬までスルーしてしまう可能性がある。医療機関の処方箋入力ミスも注意が必要だが、薬局として添付文書の用法用量に逸脱がないかの基本的な確認と、患者からできる限りの情報収集を行い処方意図に誤りがないか常に疑い監査する姿勢が必要と考える。	アテレック錠5	アレロック錠5		その他			アテレックとアレロックの販売名類似については、誤処方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。
88	処方変更アスペノンカプセル(20)→アスベリン錠(20)に疑義紹介にて変更	投薬時の症状聴取から不整脈はないことと薬品名の類似よりもしかしたらということで疑義紹介した結果、上記内容に変更となった患者様にお薬が渡る前にストップできた症例	引き続き、症状など患者情報の収集の徹底、処方鑑査時に常に疑いの目で鑑査をする	アスペノンカプセル20	アスベリン錠20		知識が不足していた			アスベリンとアスペノンの販売名類似については、誤処方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。
89	風邪薬の処方の中にアスペノンの処方があった。処方ミスの疑いを持ち、疑義照会をした結果、処方箋発行元の入力ミスであることが判明。正しい薬(アスベリン)に変更となった。	似たような名前の薬がたくさんあるので、病名をよく考えて正しく判断する。		アスペノンカプセル20	アスベリン錠20				その他	アスベリンとアスペノンの販売名類似については、誤処方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。
90	カルボシステイン錠、オロパタジン錠と一緒にアスペノンカプセルが処方。他の処方内容から、また5歳という年齢からもアスペノンカプセルの処方は疑問でアスベリンと似た名称である事から照会し、後変更となった。	病院側の処方箋入力時、薬剤名の最初の2文字が同じ為、選択ミスをした事が考えられる。		アスペノンカプセル20	アスベリン錠20		その他			アスベリンとアスペノンの販売名類似については、誤処方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	
91	総合診療科の面処方を持って患者が来局。アスペノンカプセル(20)、トランサミン錠(500)、ビーエイ配合錠、シングレアOD錠(10)が処方。入力時に医療事務員がアスペノンカプセルがこの病院で処方される頻度は高くなく、他の処方薬も一緒に処方されるものではないのではと違和感を感じ、薬剤師に相談したところアスペリン錠ではないかと疑いが生じた。患者にも症状をうかがったところ咳、喉の痛みの訴えのみで抗不整脈の必要性はないと考えられた為、患者了承のもと疑義照会を行った。疑義照会后、アスペノンカプセルはアスペリン錠(20)に変更となった。	処方医の処方内容の確認不足、作業手順の不履行。医薬品名の類似という単純なミス。	処方内容の発行前鑑査の徹底。処方入力に3文字以上の入力が必要となるシステム設定。	アスペノンカプセル20	アスペリン錠20	確認を怠った記録などに不備があった	技術・手技が未熟だった コンピュータシステム医薬品	アスペリンとアスペノンの販売名類似については、誤処方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。
92	2018年12月1日、アスペリン錠20mg、カルボシステイン錠500mg「トーフ」、プロムヘキシジン錠4mg「サワイ」毎食後1回各1錠ずつ10日分の処方あり。同月13日アスペノンカプセル20mg、プロムヘキシジン錠4mg「サワイ」と処方変更されており、処方医へ疑義照会を行ったところアスペノンカプセル20mgよりアスペリン錠20mgへ変更となった。	アスペリンと入力すべきところを、処方医が誤ってアスペノンと入力したと考えられる。	処方元の医療機関へ情報提供を行い、薬局内でも情報共有する。他の類似名称医薬品についても再確認を行う。投薬時は、過去の薬歴を参照し、また患者との対話で、処方に不自然な点がないか確認をする。	アスペノンカプセル20	アスペリン錠20		その他	アスペリンとアスペノンの販売名類似については、誤処方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。
93	小児の風邪処方中にアスペノンカプセルが処方されており、他の薬は風邪の薬であったことから疑問が生じた。また、以前ほぼ同じ処方内容の時にはアスペリン散であったこともあり入力間違いだと推測し疑義照会を行ったところ、アスペリン散で処方したかったことが確認された。	要因 ○単純なミス 入力ミス 似た商品名の為間違えたと推測されます。3文字以上で入力や(商品名、剤型、規格)の確認ミス	4文字以上で入力したり、入力後に見直しを行うようにする。	アスペノンカプセル10	アスペリン散10%		その他 施設・設備	アスペリンとアスペノンの販売名類似については、誤処方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。
94	風邪で受診された患者さんにテグレート錠100mgが処方され、患者さんの問診でもテグレート錠が適応となるような疾患がなかったため疑義照会をするとテオドール錠100mgの間違いであった	名前と用量が似ているため入力を間違えたと考えられる	投薬時に患者さんからしっかりと確認する必要がある	テグレート錠100mg	テオドール錠100mg		コンピュータシステム	テオドールとテグレート錠の販売名類似については、誤処方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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
95	咳嗽および喀痰を主訴にした患者が薬局。一般名処方にてカルバマゼピン錠100mgが処方されていた。しかしながら、主訴およびそこから推定される疾患と薬剤の整合性がとれないことから疑義照会を行った。その結果、テオフィリン徐放錠100mgを処方する意図であったことが明らかになり、変更の上調剤を行った。	処方医はテオフィリンの先発品名である「テオドール」と入力する意図であった。その際、名称の類似した「テグレートール」を誤入力した。処方元医療機関のレセコンに、自動で処方を該当する一般名に変換する機能が備わっていたため、患者に交付された処方せんにはカルバマゼピン錠100mgが記載された。以上が推定される経緯である。また、カルバマゼピン錠とテオフィリン錠に、同じ100mgという規格が存在したことも、要因の一つと推定される。	患者からの主訴等の聴取を慎重に行う。また、他の処方との整合性を評価する。本件では、他にプロカテロール錠、クラリスロマイシン錠などが処方されており、過誤の推定に役立った。	テグレートール錠100mg	テオドール錠100mg				その他	テオドールとテグレートールの販売名類似については、誤処方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。
96	以前より前立腺肥大症を治療中の患者。今回から処方箋にユリノーム錠25mgの記載があり、高尿酸血症による追加かと患者に確認したが、特にそのようなことはないとのこと。疑義照会したところ、ユリーフ錠4mgに変更になった。	名称類似品であるため、医療機関での入力時に誤ったものと思われる。	今後も入力訂正せず次回以降ユリノーム錠25mgで処方される可能性防止のため、医療機関に訂正してもらうよう依頼する。	ユリノーム錠25mg	ユリーフ錠4mg		その他	その他	その他	ユリノームとユリーフの販売名類似については、誤処方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。
97	医院より「ユリノームの規格は4mgで良かったか？」との問い合わせがあり、「ユリノームは25mgか50mgのみ」と回答。その後ユリノームの処方ではなく、ユリーフの間違いであると判明。処方箋発行自体はまだであったが、名称類似による処方間違いを未然に防ぐことができた。	処方入力者の知識不足・確認不足が起こしかけた事例であると考えられる。今回問い合わせに対応したものが上記の内容の薬識を持っていないければ話がかみ合わず患者様へユリノームが交付されていた可能性がある。	問い合わせに対して十分な知識がなく、自信がない場合は一旦調べて折り返し連絡をするなどの十分な確認作業を行う。	ユリノーム錠25mg	ユリーフ錠4mg	連携ができていなかった	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ユリノームとユリーフの販売名類似については、誤処方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。
98	ノルバスク錠10mgを朝食後1錠服用中だったが、当日の処方ではノルバデックス錠10mg朝食後1錠の処方だった。	ノルバスクとノルバデックスの名称が似ている。最初の3文字が同じであるため病院のレセコンでも間違えに気が付かないことが多い。	当該医薬品どちらかの名称変更レセコンで「類似医薬品名称あり」等のアラートが出るようにする薬局内で名称が類似している医薬品の周知徹底	ノルバデックス錠10mg	ノルバスク錠10mg			コンピュータシステム 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、誤処方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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
99	以前よりアムロジピンの5mgを継続服用中であった1/11処方分では定時のアムロジピンの5mgがタモキシフェン錠10mgと処方されていた患者に確認したところ今日は血圧が高かったとの事で、アムロジピンの増量と疑われた為疑義。医師に確認したところ、レセコン上でノルバスク10mgを選んだつもりが、ノルバデックス10mgになった。レセコンで一般名に自動変換の為、タモキシフェン錠と院外処方されていた	先発品名の名称類似レセコンによる一般名への自動変換	処方箋発行後の内容確認	ノルバデックス錠10mg	アムロジピン錠10mg「NP」				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、誤処方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。
100	外科からノルバデックス錠10mgが男性患者に処方されていた。当薬局で前回薬をお渡ししており、ノルバスクOD錠5mgが処方されていた記録があった。病院に疑義照会したところ、ノルバスクOD錠5mgを2錠服用と返答があった。増量時の処方間違いと確認。	名前の似ている薬品の処方間違いの事例。前回からの記録と照らし合わせることで、疑義照会もれの可能性を減らすことができる。	男性に対して、ノルバデックスが処方されている違和感から、記録を確認し疑義照会に至った。これが女性や、新規の患者であっても、薬を渡す際に詳しく話を聞くことで疑義照会もれを防ぐことにつながる。	ノルバデックス錠10mg	ノルバスクOD錠5mg	確認を怠った				ノルバスクとノルバデックスの販売名類似については、誤処方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。
101	今回より「一般名タモキシフェン錠10mg1錠」が処方されていたが、患者さんの話を聞くときと血圧の薬を変更するという説明を医師から聞かれているとのことであった。ホルモン剤の処方については説明を聞かれていなかったため疑義照会にて確認をしたところ「一般名アムロジピン口腔内崩壊錠10mg1錠」に処方変更となった。	処方発行時に薬の薬品選択を誤ったと思われる。ノルバスクとノルバデックス錠の類似薬品名については以前より注意をしていたため今回、交付前に気付くことができた。	類似薬品名がある薬品については継続的に注意喚起するとともに、患者さんからの聞き取りは十分にしていなければならない。	タモキシフェン錠10mg「MYL」	アムロジピンOD錠10mg「日医工」				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、誤処方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。
102	セロクラール処方のところ誤ってセロクエルが処方された。投薬時に患者から「脳血栓を予防する薬を出す」とDr.から聞いた」と伺い処方薬剤が違うのでは？類似名のセロクラールでは？と疑い疑義照会したところ、本来の処方薬はセロクラールであった。	電子カルテ入力時に薬剤名の初めの3文字が同じため誤った薬剤名を選択したと思われる。	投薬時には自覚症状・Dr.との会話等を伺い、患者からの聞き取り内容と処方薬にずれがないかをしっかりと確認する。	セロクエル25mg錠	セロクラール錠20mg		その他	医薬品		セロクエルとセロクラールの販売名類似については、誤処方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	
103	処方箋記載には「一般名クエチアピンフマル酸塩錠25mg 2錠分2朝夕食後」今まで他医療機関の処方では「イフェンプロジル酒石酸塩錠20mgあすか 2錠分2朝夕食後」で服用中。その他は変更なく、処方変更の説明は医師から受けていないと患者の話。クエチアピンが必要な精神状態でもなかったため、処方薬の誤りを疑い、疑義照会を行い、入力ミスと判明し正しい処方に訂正された。	先発品名称が、「セロクエル」「セロクラール」と類似している。紹介先の医師の思い込みから誤入力に気づかない。病院システムの仕様で先発品入力が、自動で一般名処方に変換される為、病院でのチェックが機能していないようだった。	不審な処方変更については、必ず交付する前に処方医に疑義照会を徹底する。	セロクエル25mg錠	セロクラール錠20mg		その他			セロクエルとセロクラールの販売名類似については、誤処方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。
104	認知症患者に対して一般名クエチアピン25mg処方すべく、一般名イフェンプロジル酒石酸塩20mgが処方されていた。明らかに対象患者背景と異なる処方の為、疑義照会を行い変更となった。イフェンプロジル酒石酸塩20mgが間違った処方ということは状況、背景から直ぐに推測でき疑義照会に至ったが、本来処方されるべき医薬品に変更されるまで時間を要した。	<推測>処方発行元のカルテ(手書)には先発名のセロクエル25で記載されていた。事務職が処方箋転記の際セロクエルと似た名称であるセロクラールと間違え、さらに一般名記載としたため今回の事象に至ったと考えられる。	<改善策>電子カルテ導入により、医師直接入力のオーダリングもしくは、専門知識をもった者が処方発行業務に携わることが必要と考える。	セロクラール錠20mg	セロクエル25mg錠		知識が不足していた			セロクエルとセロクラールの販売名類似については、誤処方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。
105	もやもや病で受診し、クエチアピン錠が処方された。患者は以前別の病院でセロクラール錠を脳血流改善目的で処方されていたが、病院の採用がなく、似たような薬を出すと言っていた。セロクエル錠のジェネリックで処方された可能性があり疑義照会したところ、脳血流改善のサアミオン錠に変更となった。	セロクラール錠とセロクエル錠の先発名が類似していた。セロクラール錠の病院の採用がなかった。薬剤名を誤って入力された可能性があった。患者はお薬手帳を持参していなかった。	お薬手帳の持参類似薬と誤りがなければ服薬指導時に確認する	クエチアピン錠25mg「明治」	サアミオン錠5mg		その他	コンピュータシステム医薬品		セロクエルとセロクラールの販売名類似については、誤処方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。
106	ザイティガ250mg 1錠 30日分、ユリーフOD錠4mg 2錠 30日分が処方された。ザイティガの1日用量が少なすぎる、およびブレドニンが併用されていないことに疑問を感じ、患者にも聞き取りしたところ、抗がん剤治療はしたことがないとのこと。疑義照会したところ、医師がザルティア2.5mgと間違えて処方していたことが判明した。	医師がザルティア2.5mgを処方すべく、ザイティガ250mgを誤って処方していた。名称が似ており、規格も2.5mgと250mgで似ていることから、医師が薬剤名の選択を誤ったと思われる。	薬剤師が、用量および併用すべき薬剤を把握(今回の場合は、ザイティガとブレドニンとの併用)し、疑問があれば医師に疑義照会して確認することが予防策と考える。また、誤った処方例を共有することも重要と考える。	ザイティガ錠250mg	ザルティア錠2.5mg			医薬品		ザイティガとザルティアの販売名類似については、誤処方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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
107	ザイティガ錠250mg 2錠 1日2回朝夕食後で処方あり。用法用量が添付文書と違った為、問い合わせ。4錠分1朝食後2時間へと変更となった。効果不足となるリスクがあった	ザルティアと名称が似ているため、用法・用量に誤りがあったと考えられる。	名称が似ている薬は規格まできちんと確認する。今後もお薬手帳・用法用量を頭に入れ、疑問があればきちんと調べる事が重要である。	ザイティガ錠250mg			その他			ザイティガとザルティアの販売名類似については、誤処方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。
108	お薬手帳により、退院処方で一硝酸イソソルビド錠20mgが処方されていたと確認した患者様に、他院より退院処方を受けて、硝酸イソソルビド徐放錠20mgの処方。問い合わせし、一硝酸イソソルビド錠20mgに変更となった。	薬品名が類似しており、間違いやすい事例である。	薬品名が類似しているため、複数人の確認が必要	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10mg「サワイ」	確認を怠った		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、誤処方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。
109	前回アイトロール錠20mgから一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」へ後発品に変更した患者様の今回の処方箋記載が【般】硝酸イソソルビド徐放錠20mgになっていた。【般】硝酸イソソルビド徐放錠20mgの先発品はフランドル錠になり、成分が変わるため疑義照会し、前回同様の一硝酸イソソルビド錠20mgへ変更となる。	一硝酸イソソルビド錠20mg、硝酸イソソルビド徐放錠20mgの名称が類似していることが原因。前回の後発品変更で事後報告をして、病院の医事課の人が誤って【般】一硝酸イソソルビド錠20mgに変更するところを【般】硝酸イソソルビド徐放錠20mgへ変更してしまった。	アイトロールの事後報告書は、一(いち)硝酸イソソルビドと書くなど、病院の医事課が一般名変更を間違えないように注意喚起する。	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「サワイ」	連携ができていなかった	知識が不足していた		仕組み	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、誤処方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。
110	A病院と当薬局をかかりつけにしている患者が、心臓に違和感があった為かかりつけ医の紹介でB広域病院受診。B広域病院より「一般名」一硝酸イソソルビド錠20mg 2錠分2朝夕食後で追加された。その後経過良好なのでB広域病院よりA病院に紹介状あり。当該薬剤もA病院でフォローすることに。 A病院より定期薬に加えて「一般名」硝酸イソソルビド徐放錠20mg 2錠分2朝夕食後で処方があった為、疑義照会。その結果「一般名」一硝酸イソソルビド錠20mg 2錠分2朝夕食後に処方変更あり。	紹介状記載内容の見落とし。名称類似薬品なので特に注意する。	本件該当なし。	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「サワイ」	連携ができていなかった		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、誤処方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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
111	アイトロール錠20mg 1日4錠分2で処方されている患者に、硝酸イソソルビドテープが処方された。医師に同じ、イソソルビド製剤であることを疑義紹介する。アイトロールも1日4錠で十分量処方されているので、無効の場合は他剤変更を提案した。結局、テープ剤は処方中止となる。	内服と外用剤の有効成分が類似、あるいは同一のものと医師が気付かず処方することがある。内服薬で効果が不十分で一日使用量の上限量が処方されている場合は注意が必要。	同類薬が内服、外用で処方されているときは注意が必要	硝酸イソソルビドテープ40mg「サワイ」					その他	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、誤処方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。
112	大病院退院後、門前クリニックへ紹介され受診退院時の処方内容をお薬手帳で確認したが、内容が異なり疑義照会を行った。一般名処方オーダーリングミスと思われる。硝酸イソソルビド徐放錠→一硝酸イソソルビド錠20mgへ変更となった。	大病院から転院後初めての処方一般名が似ている為、間違えたと思われる大病院からの紹介状記載内容が間違っていた可能性もあるお薬手帳持参されたため薬局で間違いに気がつき事なきを得た事例。	転院後の処方内容はいつも以上に疑ってかかる。お薬手帳や紹介状など入手出来る情報を使い間違えがないかを確認する。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トーフ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「トーフ」		知識が不足していた	コンピュータシステム	仕組み	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、誤処方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。
113	施設入所の患者さま。後発医薬品で名称が似ているが主成分が異なる医薬品が処方箋に印字されていた。薬歴より考察し入力ミスではないかと判断し問い合わせ。その結果、処方変更となった	訪問診療の医療機関の変更があった。医師同志の処方内容の引継ぎあり。ジェネリック医薬品で名称が似ていたためコンピュータの入力ミスがあったと思われる	名称が似ている薬品名は一文字一文字チェックする。また医療機関が変更になる場合は薬歴、アレルギー歴、副作用などを再チェックする。一般名やジェネリックになると名称が似ているものがあるので職員全員で情報を共有しミスを未然に防ぐ	一硝酸イソソルビド錠20mg「タイヨー」	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トーフ」		知識が不足していた	コンピュータシステム		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、誤処方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。
114	一般名 硝酸イソソルビド徐放錠20mg の記載だったが、患者お薬手帳の退院処方は一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」が処方されていた。投薬前に疑義照会を行った。	一般名が類似している為病院が入力を誤った。今回はお薬手帳の持参がなければ気づくのが遅れていた可能性がある。	定期的に取り違えの多い薬品について職員に研修 他病院からの引き継ぎ処方については手帳その他で確認をしっかりとる	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「サワイ」	記録などに不備があった	技術・手技が未熟だった	コンピュータシステム	教育・訓練	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、誤処方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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
115	病院から退院後、在宅医療に移行した患者がいた。訪問ステーションに連絡を取り退院時の処方内容を取り寄せ、在宅医療の処方と照らし合わせところ異なる一般処方がされていたため疑義照会をして変更となった。	似ている名前だったため、病院側の処方入力時の薬剤選択ミスと思われる。	退院したあとの継続処方の場合、情報の連携とダブルチェックを行えるように薬局でも必要な情報は集めて確認をしていく。	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「サワイ」		その他			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、誤処方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。
116	患者が病院を退院して在宅医療(診療所)に変更になる際に、紹介状に記載されている薬品名が「硝酸イソソルビド錠20mg」であった。そのため診療所からフランドル錠20mgが処方された。薬剤師は事前にケアマネジャーからアイトロール錠20mgを服用しているとの情報ももらっていたため、診療所に疑義照会。病院医師の紹介状の記載誤りと判明した。	酷似した成分名の薬品があるため。	酷似した成分名のものには特に注意すること。	フランドル錠20mg	アイトロール錠20mg	確認を怠った記録などに不備があった	知識が不足していた	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、誤処方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。
117	【一般名】硝酸イソソルビド徐放錠20mgを今回処方した。しかし、退院後の初処方で、病院も変わったため紹介状に記載された一般名処方の医薬品を担当医の確認が不十分であったため、似ている薬剤が処方してしまった。本来は【一般名】一硝酸イソソルビド錠20mgを処方する予定であった。			フランドル錠20mg	アイトロール錠20mg		その他			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、誤処方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。
118	一般名：一硝酸イソソルビド錠20mg 1錠分1夕食後の処方あり。お薬手帳より、他病院でイソコロナールカプセル20mgを継続中だったことを確認。その点と用法の観点から一般名：硝酸イソソルビド徐放カプセル20mgの誤りではないかと考え照会。変更となる。	該当の医療機関は医師がカルテを手書きし、事務員が処方箋を打ち込む為、類似する一般名に気付かなかったと想定される		アイトロール錠20mg	イソコロナールRカプセル20mg			その他		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、誤処方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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
119	一般名処方でアロプリノール100mgの処方有り、新規患者様でお薬手帳にアロチノール内服を確認。尿酸値も異常なく医師に疑義照会してアロチノールに変更となる。	薬剤成分名の類似による処方間違い、必ずお薬手帳を確認して患者様に話をすることで防げる事案	引き続き処方箋とお薬手帳の確認を行い、必要な薬であることを患者様に確認を続ける	アロプリノール錠100mg「サワイ」	アロチノール塩酸塩錠5mg「日医工」		その他			アロプリノールとアロチノールの販売名類似については、誤処方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。
120	名前の類似薬の処方の書き間違い	患者の疾患と体調変化の把握をしっかりと行う		アロチノール塩酸塩錠10mg「DSP」	アロプリノール錠100mg「トワ」	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	コンピュータシステム	仕組み	アロプリノールとアロチノールの販売名類似については、誤処方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。
121	一般名でロラゼパム1mgで処方されていたがいつも飲んでいるロフラゼパム酸1mgが欲しかった薬を見て違うと言われて気づきました	前回は手書き処方せんでロフラゼパム1mgとなっていた。今回はHPの入力ミスではないかと思われる。前回と薬の名前が似ていて確認を怠った処方箋の見間違い	いつもの薬と思って前回薬歴をよく見なかったことと処方箋の見間違いも重なってしまった。入力事務員、薬剤師ともしっかりと確認して入力調剤すること	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロフラゼパム酸エチル錠1mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ロラゼパムとロフラゼパム酸エチルの販売名類似については、誤処方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。
122	他院からの転院で、初回受診。患者様は、引継ぎ処方といわれたが、お薬手帳による内容と、処方箋の内容が、異なっていた。お薬手帳で、服用中の薬は、一般名で、ロフラゼパム酸エチル錠1mgなの、処方箋は、ロラゼパム錠1mgとなっていた。	服用中の処方、ロフラゼパム酸エチル1mgとロラゼパム錠0.5mgだったが、持ってこられた処方箋は、ロラゼパム錠1mgとロラゼパム錠0.5mgだった。クリニックで、似ている名前のため、間違えたと思われる。お薬手帳を、持っておられたので、投薬前に、確認して、疑義照会し、変更できた。	お薬手帳は、必ず確認	ロラゼパム錠1mg	ロフラゼパム酸エチル錠1mg			医薬品		ロラゼパムとロフラゼパム酸エチルの販売名類似については、誤処方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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1	ジスロマック小児用100mgの処方承知していたが、隣通しに並べてあったため手に取ったものはジスロマック250mgだった。投薬時、薬品の写真と違ったので気が付き交換した。	○注意力散漫箱が似ていたので手に取ったものが正しいと思い込んでいた。ダブルチェックもすりぬけていた。	置き場所を変える。一方をカセット、一方を引出しにするようにした。	ジスロマックカプセル小児用100mg	ジスロマック錠250mg	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
2	ムコスタ錠100mgを調剤する所、オーソライズドジェネリックであるレバミピド錠100mg「オーツカ」が棚に紛れており、鑑査時に発見した。	シートの似ているオーソライズドジェネリックに近い棚に配置した事が原因。	棚の位置を変更する。	ムコスタ錠100mg	レバミピド錠100mg「オーツカ」	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	医薬品施設・設備	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	FAXによる処方箋を受け付けた。処方箋には一般名でヘパリン類似物質クリーム25g3本と記載されていた。薬剤師Aはヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニプロ」25g3本を調剤し監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが、ピーソフテンクリーム0.3%ではなく、ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニプロ」が調剤されていることに気付き、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはピーソフテンクリーム0.3%を正しく調剤し、再度、薬剤師Bに監査してもらった。監査の段階で誤りに着いたため、患者には正しく薬を交付した。	一般名ヘパリン類似物質クリームとヘパリン類似物質軟膏は名称が似ていた。間違えた薬剤名にもクリームという単語が入り混同されやすい。処方頻度の多いヘパリン類似物質油性クリームを単純なミスで調剤してしまっただけ。	一般名で記載されている場合クリームなのか軟膏なのかしっかり確認する。ジェネリックで調剤する場合、ヘパリン類似物質軟膏→ヘパリン類似物質油性クリーム、ヘパリン類似物質油性クリーム→ピーソフテンクリームとラベルを貼り、取違い防止のため注意喚起をした。	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%「ニプロ」	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
4	ホクナリンテープ1mg(青色デザイン)処方、後発医薬品希望のため、ツロプテロールテープ1mg「YP」(オレンジデザイン)にて調剤するところをツロプテロールテープ0.5mg「YP」(青色デザイン)にて調剤。監査時に判明したため、患者への投薬には至らなかった。企画違いの後発品でデザインが類似しているため、周りへ周知を行い、薬局では採用を中止した。	ホクナリンテープ1mg(青色デザイン)とツロプテロールテープ0.5mg「YP」(青色デザイン)があまりにも類似していることが考えられる。	メーカーへの報告。在庫店舗への周知で予防につながると思われる。	ホクナリンテープ1mg	ツロプテロールテープ0.5mg「YP」	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
5	処方箋でエプテンエアール10㎍のところメプチンシングヘラーで渡してしまった。患者から電話があり自宅に伺って交換した。	メプチンとメプチンリックヘラーの名称が似ているため、包装したまま渡したので確認がきちんとできなかった。	袋から取り出して患者の前でも確認をする。メプチンの調剤棚の場所の仕分け。	メプチンエアール10μg吸入100回	メプチンシングヘラー10μg吸入100回	確認を怠った	知識が不足していた	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「規格・剤型間違い」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
6	メチコパール250 μ gの箱に薬局間分譲で入庫されていたメコパラミン500 μ gを間違えて片付けてしまっていた。その箱からメチコパール250 μ gとして90錠ピッキングしたが、その中にメコパラミン500 μ gが20錠含まれていた。そのまま交付してしまっていた。	メチコパール500 μ gはウィークリーシートを採用しているが、メチコパール250 μ gは10錠シートであり、メコパラミン500 μ gも10錠シートでよく似ていて、250 μ gは使用頻度がすくなく、他店からの分譲入庫に頼っていたので、片付けるときに間違ったのが原因。また調剤時、かためてピッキングしたものを輪ゴムでとじていたため、思い込み、ミスゼロも通り抜け、1シートごとの確認をしなかったのも原因。1シートごとの確認を周知		メチコパール錠250 μ g	メコパラミン錠500「トーフ」	確認を怠った	その他	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
7	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」処方を泡状スプレーを調剤。監査者が気づき薬を調剤者に差し戻し、正しい薬に変更。患者様には正しいお薬をお渡しした。	薬の名前が類似していた為、泡状スプレーと思い込み、調剤。	自己監査の徹底。処方せん指差し確認し再度確認をする。	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%	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
8	薬剤師Aが他の患者の粉薬の調剤中、当該処方箋がまわってきた。30吸入は調剤頻度が低いので、在庫の確認を行った。その際、正しい100エリプタを確認したが、期限の短いものを出すために期限をチェック。色の似ている200エリプタが短かったため誤って調剤した。その後、監査の際に薬剤師Bが間違いを発見。薬剤師Aが正しい薬を取り直した。	吸入回数の方に注意がいき、他の規格確認が疎かになっていた。違う患者の調剤中であつたため、注意散漫になった。吸入薬の棚が整理されていなかった。	調剤した薬と処方箋で再度自己監査する。吸入薬の棚を整理する。	レルベア100エリプタ30吸入用	レルベア200エリプタ30吸入	確認を怠った		医薬品	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
9	ノボラビッド注フレックスペンを調剤する所をフレックスタッチをピッキングする。投薬時にペンが太いな?と気づいたが、インスリン単位の変更に気がいってしまい、形状まで確認できなかった。箱の外観が似ていることが原因。また、フレックスペンとフレックスタッチが混在して冷蔵庫に保管されていた。薬剤師の充填ミスも同時に発覚する。	外観が似てるので、薬剤師がフレックスペンとフレックスペンという似た注射があるとの認識不足がまねいた。	冷蔵庫内にフレックスペン、フレックスタッチと名称を手前にメモ書きする。薬剤師全員に認識させる。	ノボラビッド注フレックスペン	ノボラビッド注フレックスタッチ	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
10	レルベア100と200の外箱の外観が似ている為、調剤時レルベア200をとるべき所を100をとってしまった。投薬時に規格の確認を怠った。	吸入薬はすべて1つの引き出しにまとめて入れている。あえて隣同士においている方が間違えないだろうと思っていたが、調剤者は規格を確認せず、目がついたレルベア100をとった。外観が似てるので、眼が悪くなると判別がつきにくくなるのかもしれない。	勤務薬剤師全員にどうしたらミスがなくなるかを考えてもらった。引き出し手前に、レルベア規格注意とメモ書きをした。薬歴の患者備考欄にレルベア200と記載した。	レルベア200エリプタ30吸入用	レルベア100エリプタ30吸入用	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「規格・剤型間違い」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
11	ユーエフティ200を朝食食間、ユーエフティ100を夕食間処方されていたが、ユーエフティ200を毎食間としてお渡し。処方入力でもユーエフティ200を毎食間と入力されており、過誤防止システムが稼働せずそのままお渡し。翌朝の処方箋見直しの際に過誤発覚。すぐに患者へTELし、交換。服用されておらず健康被害なし。	繁忙時〇処方せんの見間違い:処方箋の記載内容が、朝食間・昼食間・夕食間毎に処方がかかれていたが、その意図に気付くことができずに過誤を起こした。〇処方せんの見間違い:上記と同じ内容の為入力誤り。	規格違いや類似名称は処方箋に付箋してマークし、区別する。処方箋記載内容が普通の書式と異なる場合は、注意すべき内容があることを念頭において調剤する。投薬時の処方箋原本・薬剤・数量照合を患者様の目の前でも怠らない。	ユーエフティE配合顆粒T100	ユーエフティE配合顆粒T200	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
12	トロキシビド錠100mg「オーハラ」の箱のなかに、トロキシ錠100mgが混入した。	箱が良く似ていて、棚のなかで近くに置かれていた。	トロキシ錠100mgの箱に注意喚起を促すシールを貼付し、簡単に箱の蓋を開けられないようにした。	トロキシビド錠100mg「オーハラ」	トロキシ錠100mg	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
13	ヘパリン類似物質外用スプレー「日医工」のところへパリン類似物質外用泡状スプレー「PP」でお渡しした	名前が似ているのと、ヘパリン類似物質外用泡状スプレー「PP」のほうで処方されることが多かったため、思い込みで調剤した。〇処方医薬品の多さ〇単純なミス	名前の似ている医薬品は剤形、メーカー名まで、しっかり確認する	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「PP」	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」	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
14	9/19薬剤師Aがトリアゾラム(0.25)のところ、(0.125)を調剤・監査・投薬。薬剤師Bが棚卸の際に数が合わないことに気づき、当該患者に連絡をとり、トリアゾラム(0.25)と交換した。患者は今までもトリアゾラム(0.25)の服薬歴があったが、気づかず、3錠服薬後であった。	錠剤やピートの色・大きさ・形が似ているため気づくことができなかった。〇単純なミス〇焦り	被包に注意喚起の札を取り付け、規格違いがある事を意識する事とした。(「規格注意!トリアゾラム 0.25mg」など)一人で調剤・監査・投薬を行うときは、確実に別の作業として行うようにする。	トリアゾラム錠0.25mg「EMEC」	トリアゾラム錠0.125mg「EMEC」	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
15	35日分の処方、7錠は40mgのシートと28錠を20mgのパッケージで調剤してしまった。	シートの部分のみ監査をし、パッケージ分の監査を怠ってしまった。20mgと40mgのパッケージがとても似ている。	パッケージから出して調剤する。	テルミサルタン錠40mg「日医工」	テルミサルタン錠20mg「日医工」	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
16	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはビロドキサールリン酸エステル錠10mg、g6錠/分3毎食後28日分と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からリボピックス錠10mg全量168錠を調剤するべきところ、リボピックス錠20mg100Tとリボピックス10mg68Tを調剤したことに気付かず、そのまま監査にまわした。監査にあたった薬剤師Bが処方箋に記載されたリボピックス錠10mgではなくリボピックス錠20mgが混ざって調剤されていることに気づき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはリボピックス錠10mg168Tを正しく調剤し、再度薬剤師Bに監査してもらった。監査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	リボピックス錠10mgと20mgは箱の外観が非常に似ていること同じ引き出しの薬棚に並んでいたこと患者が来局した時間は店内が混雑したため、焦りがあった。	計数調剤を行なう際、バーコードリーダ機能を備えた携帯用端末(PDA)を使用しているが新しい箱を開ける際にも携帯用端末を使用して調剤にあたることを徹底することとした。	リボピックス錠10mg	リボピックス錠20mg	確認を怠った	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「規格・剤型間違い」）

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
17	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「PP」が処方され、当局に在庫がなかったため取り寄せ。ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「PP」という入力でお渡ししそうになり慌てて入力を変更してお渡し。（実際のはヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日本臓器」）	新規取り扱いのくすりだったので、事務員の知識が不足していた。〇処方せんの見間違いがあり入力時の鑑査を失敗した。	新規取り扱い品の場合は事務員とよく確認を行う。入力時鑑査をしっかりと行う。在庫にないものを調剤するときは、実際のもので薬袋のチェックをしっかりとる。	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「PP」	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「PP」	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		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
18	規格入力時ミス。一般名に切り替わったことによる名称変更の類似ポリステレンスルホン酸カルシウム経口液、経口ゼリーの入力間違い。	一般名がポリステレンスルホン酸カルシウム経口ゼリー、経口液と類似していたため入力間違い。一般名が長く入力時剤型の間違い 類似剤型ある薬剤一般名に注意、周知	一般名の最初と規格に対しては再度チェックを行う。	カリメート経口液20%	アーガメイト20%ゼリー25g			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
19	処方ではノボラビッドフレックスベンがでていたが、ノボラビッドフレックスタッチをそろえていた。監査の時に他の薬剤師が気付き正しいものに切り換えて投薬した。	薬品の名前を最後まで確認せずに思い込みで出してしまった〇単純なミス。〇処方せんの見間違いをしないよう薬品名の単位や形状を最後までしっかりと確認することが必要。	薬品名の単位や形状を最後までしっかりと確認することが必要。まぎらわしい薬品や似たような薬品をリストアップして気にかけておく。	ノボラビッド注フレックスベン	ノボラビッド注フレックスタッチ	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	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
20	多忙により調剤者が確認を怠り、異なる薬品を調剤してしまった。	どちらもカプセル剤で外見が似ていて、作業手順の不履行により誤りに気が付かなかった。	調剤後の自己監査を怠らないようにする。	コタロー麻黄附子細辛湯エキスカプセル	トラネキサム酸カプセル250mg「トーフ」	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
21	ピックの間違い。	単純ミス。確認が不十分。忙しい時間帯であった。	確認。急がない。w-check	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日本臓器」	ヒルドイドローション0.3%	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
22	ヒルドイドクリーム処方のところ、剤型違いのヘパリン類似物質クリームを調剤。他の薬剤師の鑑査にて過誤発覚。	通常ヒルドイドソフトクリームの調剤が多数のため、習慣として取り違えてしまった。	処方記載を思い込みで読まず、慎重に読み取り、調剤する。	ヒルドイドクリーム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				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
23	一般名処方ではヘパリン類似物質クリームが処方。患者は先発希望あり。入力は正しかったが、ヒルドイドソフト軟膏でピッキング。監査時にヒルドイドクリームの誤りであることに気が付いた。	一般名がヘパリン類似物質クリームであったため、ヘパリン類似物質油性クリームと混同。ピッキングした薬剤師の調剤経験が浅いのも要因であった。	同様の混同によるミスが起こらないように店舗スタッフで情報共有。該当の医薬品には注意喚起の札を付けた。	ヒルドイドクリーム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 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「規格・剤型間違い」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
24	透析患者が相次ぐなか、ホスレノール顆粒250mgのところ500mgを交付しようとした。○単位の換算間違い	透析の剤数が多く、似ている処方相次いでおり、ホスレノール顆粒500mgが続けて処方されていたので、新人薬剤師が、その規格しかないと思い込み、ビックキングした。監査時でも気が付かず、そのまま交付しようとしたところ、まず患者さんから開口一番に、いつもとパッケージが違うといわれ、気が付いた。似たような処方箋は、3人ほど同時に処方箋がきていた。3人とも20種類前後の薬剤が交付されていた。	薬剤の箱も、パッケージも比較的類似しているため、外箱に、どなたが処方されているか、500mgの規格には、500mgの印を大きくつけて少し離れたところに保管することとした、また、両規格の外箱に、他規格ありと記載したシールをつけた。○注意力散漫○単純なミス○処方医薬品の多さ	ホスレノール顆粒分500mg	ホスレノール顆粒分250mg	確認を怠った連携ができていなかった	勤務状況が繁忙だった		教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
25	一般名でヘパリン類似物質クリームが処方されていたので本来ピーソフテンクリームを調剤するところを軟膏に当たるヘパリン類似物質油性クリームでビックキングしていた	製品の名称と剤形名称の間違えやすさによる勘違い。	油性クリーム製材の置場に「軟膏」と書いた注意書きをラミネートし添付した	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%「ニットー」	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
26	エリキユース錠2.5mgが処方されていたが、ビックキングした事務職員はエリキユース錠5mgを取ってしまった。薬剤師が監査時そのことに気が付きビックキングし直してもらい鑑査し直した。	ビックキングした事務職員は、2.5mgと5mgの規格があることを知らずビックキングしていたため先に見えた5mgを取ってしまった。	規格違いがあるもの名前が似ているものについては、全員が周知できるよう指導徹底する	エリキユース錠2.5mg	エリキユース錠5mg	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
27	2018年11月26日(月)17時頃、内科を受診した患者(72歳)が処方せんを持って来局。処方せんには「一般名:ベザフィブラート徐放錠200mg 1錠/分1夕食後 28日分」と記載。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」を調剤するところ、左隣にあったベザトールSR錠200mg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、処方薬のベザフィブラートSR錠200mgではなく、ベザトールSR錠200mgが調剤されていることに気づき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師AはベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」を正しく調剤し、再度、薬剤師Bに鑑査してもらった。鑑査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	両薬剤が保管されている薬棚の位置が左右で近く、名称もPTPデザインも似ているため間違えた。また、患者が来局した時間は混雑しており繁忙による焦りがあった。患者がお急ぎで、早く調剤するよういわれ急ぎで、早く調剤するよういわれ急ぎでも確認を焦らず確認をしっかりと行うように、鑑査台正面にも注意喚起の貼り紙を設置した。	ベザフィブラートSR錠「サワイ」200mg、ベザトールSR錠200mgの棚の位置を離れた。調剤者が鑑査者等薬を回す前の見直しを徹底する等の業務手順の見直しを行った。それぞれの薬の棚に取り違い防止の札を貼り注意喚起をした。患者がお急ぎでも確認を焦らず確認をしっかりと行うように、鑑査台正面にも注意喚起の貼り紙を設置した。	ベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」	ベザトールSR錠200mg	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
28	【正】ユニフィルLA錠200mg 1錠 寝る前 14日分 【誤】テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」 1錠 寝る前 14日分	一般名の入力時にジェネリック医薬品の採用があるか確認し、類似剤形の中から優先薬剤を選択してしまっただ。	テオフィリン徐放錠の作用時間によって使用するGE医薬品が異なることを意識する。テオフィリン徐放錠の作用時間によって使用するGE医薬品が異なることを入力、初期鑑査、最終鑑査の時点でできっちり確認する。流れ作業にならないよう、確認を徹底する。入力で剤形変更を行う際は必ず薬剤師に確認する	ユニフィルLA錠200mg	テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」	確認を怠った報告が遅れた(怠った)	知識が不足していた通常とは異なる心理的条件下にあった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
29	ユリーフOD錠40mgを投薬しなければいけないところ、誤ってユリーフ錠40mgをお渡ししていました。11月に入りユリーフ錠の在庫がおかしいことに築き処方ささかのほり電話にて確認していったところ判明。服用開始1ヶ月は経過していたが患者様はとくに変化なく形状が違う事も気づかず服用されていた様子。訪問し謝罪して残りを回収しました。mg数も同じであったため体調も変わりない様子で対応していただきました。	薬剤師としての知識不足と確認不足が原因です。OD錠の存在の知識もあまく、包装の色がよく似ていることも重なり、混雑時の焦りもあり注意力が散漫だった。	確実に処方通りの薬がピックアップされているか、落ち着いて焦らず最終監査まで行う。ODかそうでないかをいままで以上に注意して確認する。	ユリーフ錠OD4mg	ユリーフ錠4mg	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	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
30	一般名でロキソプロフェンナトリウムテープ100mgが処方されていた。患者へはいつもロキソプロフェンナトリウムテープファイザー100mgで調剤を行っていたが、ロキソプロフェンナトリウムテープ久光50mgで調剤を行ってしまった。	〇処方せんの見間違い〇単純なミス。しかし当薬局でロキソプロフェンの外用剤がゲル、テープ、パップを合わせて包装規格が11種類あり、なおかつ処方箋の記載として一般名、複数のメーカーの記載が混在しており、患者の希望によっても銘柄を変更している。商品名が長いため処方箋記載も一列以上にかかることが多く間違いを誘発しやすい薬剤である。	手順書どおりのダブルチェックを行ってきたにもかかわらず類似の間違いが今までも起きてきた薬剤であわせて包装規格が11種類あり、なおかつ処方箋の記載として一般名、複数のメーカーの記載が混在しており、患者の希望によっても銘柄を変更している。商品名が長いため処方箋記載も一列以上にかかることが多く間違いを誘発しやすい薬剤である。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「ファイザー」	ロキソプロフェンNaテープ50mg「久光」		その他		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
31	患者の処方せんには一般名フェキソフェナジン塩酸塩錠60mgと記載あり。処方入力でフェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「杏林」を選択して入力。薬剤師Aが調剤時にその下の棚の「EE」のものを調剤。監査時に薬剤師Bがメーカー違いに気づき、薬剤師Aに報告。薬剤師Aは「杏林」のものを正しく調剤し、再度薬剤師Bが監査。	PDAを使わずに調剤してしまった。棚の位置も上下に配置していたため間違えてしまった。	名称類似品やメーカー違いなどはなるべく離して配置をするようにする。PDAも必ず使用するよう徹底する。	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「杏林」	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「EE」	確認を怠った	通常とは異なる心理的条件にであった	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
32	患者が処方せんをもって来局 処方せんには、「一般名 ロスバスタチン口腔内崩壊錠2.5mg 1錠/分1朝食後 28日分」と記載があり、薬剤師AはロスバスタチンOD錠2.5mgのところロスバスタチン錠2.5mgを調剤し、鑑査に回した。薬剤師Bが鑑査機を使用し、確認したところ間違いに気づき、ロスバスタチンOD錠2.5mgを調剤、薬剤師Aに間違いを指摘し、鑑査してもらった。鑑査の段階で誤りに気づいたため、患者には正しい薬を交付した。	ロスバスタチンOD錠2.5mgとロスバスタチン錠2.5mgが一般名処方として名前が類似していたため、誤って調剤してしまった。(処方せんの見間違い)	処方箋コピーの一般名 ロスバスタチン口腔内崩壊錠2.5mgの記載に対し、「OD錠 DSEP」と調剤すべき薬剤の剤形とメーカー名をメモする。	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	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
33	処方せんには「ノボラピッド30ミックス注フレックスペン」と記載されていた。調剤薬剤師は、薬局に在庫がなく、問屋に発注する際誤って「ノボラピッド注フレックスペン」を注文し、そのまま調剤、鑑査に回した。鑑査薬剤師は、似た名前のインスリン製剤があることを知らず、また、注射現物と薬剤情報提供書の写真との見比べを怠り、患者に交付した。後日、薬局で、インスリン製剤の在庫数をチェックしたところ、コンピューター上と実際の在庫が合わなかったため、誤りが発覚した。患者宅に連絡したところ、まだ使用しておらず、正しい薬をお届けし、交換した。	インスリン製剤には似た名前があることを知らなかった。調剤鑑査時の確認が不徹底であった。交付時に患者と確認していなかった。〇処方せんの見間違い	インスリン製剤専用の出入台帳（麻薬の台帳に準ずる）を作成し記載する。鑑査時に別の薬剤師と一緒に確認してもらう。交付時に必ず患者に確認してもらう。	ノボラピッド30ミックス注フレックスペン300単位	ノボラピッド注フレックスペン300単位	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
34	バルプロ酸Na徐放顆粒40%「フジナガ」1.125g1x就寝前の処方をバルプロ酸Na細粒40%「EMEC」1.125g1x就寝前で調剤した	患者様より、粉薬がいつもよりサラサラしているが薬がかわったのかと連絡を頂いた。調剤履歴を確認したところ、徐放顆粒を細粒で調剤していたことが発覚した。	バルプロ酸Na細粒40%「EMEC」はデバケン細粒40%のジェネリックであり、バルプロ酸Na徐放顆粒40%「フジナガ」は徐放性のセレニカR顆粒40%のジェネリックであることを再度教育。両薬剤に「類似名称あり」の札をつけた。今まで通り監査は別の薬剤師が行うこととし、薬品名・規格・剤型・メーカー名の確認を徹底する。	バルプロ酸Na徐放顆粒40%「フジナガ」	バルプロ酸ナトリウム細粒40%「EMEC」	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
35	ノボラピッドの形状にフレックスペンとフレックスタッチの違いがあることを知らずフレックスタッチ5本お渡しの際にうち2本フレックスペンをお渡ししてしまった。自宅で患者本人が違和感に気づき使用前に連絡を頂き発覚した。鑑査者は他店舗所属の応援者だったため、心理的に焦りがあった状況であった。	応援者は店舗に慣れていない薬剤師であった。箱の色、ペンの色も似ていたため注意が必要であった。	鑑査者は自店の薬剤師が行うこと、師であった。箱の色、ペンの色も似ていたため注意が必要であった。確認することを徹底し、冷蔵庫にフレックスタッチ・フレックスペンの規格違いに注意の札を貼り付けし注意喚起を行った。	ノボラピッド注フレックスペン	ノボラピッド注フレックスタッチ	確認を怠った	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
36	コニール4mg28錠のところベニジピン4mgが6錠混入していた。	コニール4mgの棚にベニジピン4mgが混入していた。剤型がよく似ている。	たなに錠剤を戻すときはデザインの似ているものは日ごろから注意喚起する。棚に間違いのリスクがあることを注意記載する。	コニール錠4	ベニジピン塩酸塩錠4mg「日医工」	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	サインバルタカプセル20mgが処方された女性患者に、誤ってサインバルタカプセル30mgを処方してしまった。後日患者本人より、mg数が違うという電話があり、患者宅まで確認に行き、正しいものと交換した。	要因として、剤型、ヒートの形が似ていたため確認を怠り、誤って棚に入れてしまった。	今回の件を受け、mg数違いの同名の薬剤はmg数を大きく引出しに貼り付け、間違いが起こりにくいよう改善した。また、繁忙時でも監査をしっかり行うように薬局スタッフ全員に周知した。	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	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
38	ネキシウムカプセル20mg1C朝食後が処方されたが、規格間違いにより10mg1C朝食後で調剤してしまった。投薬の際に誤りに気づき、処方せんどおり20mg1C朝食後で薬の交付は正しく行った。	ネキシウムカプセルに関して、直前に10mgで処方された患者さんがいたので、思い込みより処方せんを見誤って10mgを調剤してしまった。PTPシートの色も類似していることも原因の一因となった。	調剤監査の際に思い込みをなくし、規格・類似シートなどの確認を慎重におこなう。薬の交付の際にも、薬剤を患者に見せることで交付時に一緒に取り違えなどをなくすための確認をおこなう。	ネキシウムカプセル20mg	ネキシウムカプセル10mg	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「規格・剤型間違い」)

No.	事例の内容	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果
		背景・要因	改善策	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	規格間違いでピッキングしたが、一包化の準備の前に再確認したところ間違いに気づいた。	パッケージの見間違いにより、ピッキングのミスが生じた。面の処方箋が100%ですので、ドネペジルの商品アイテム数も多く、ドネペジル塩酸塩OD錠5mg「トーフ」とドネペジル塩酸塩OD錠3mg「トーフ」という見た目にも非常に似ている名称であった。アイテムの多くあるパッケージの名称の規格とメーカー名の部分にメーカーやOで囲み注意を促すことにした。		ドネペジル塩酸塩OD錠3mg「トーフ」	ドネペジル塩酸塩OD錠5mg「トーフ」	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
40	ロスバスタチン普通錠とOD錠の包装がよく似ているため、取り間違えた。監査時に気付いたため、正しい剤型に取り直して投薬を行った。	包装がよく似ている。	販売メーカーに容易に識別できる包装への変更を依頼した。	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」	ロスバスタチンOD錠2.5mg「DSEP」		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
41	テープを渡すところパップを渡した	類似薬の規格、剤型を怠った	類似薬の規格、剤型をきちんと確認する	ロキソニンテープ100mg	ロキソニンパップ100mg	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
42	般)ヘパリン類似物質外用液・と処方せんに記載軟膏と思ひ込み調剤患者様にローションを希望され間違いに気付き訂正	ヘパリン類似物質の剤型の多さや処方せん記載の紛らわしさ注意不足	外用の一般名処方には特に注意し調剤する	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	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
43	泡状スプレーのところ、スプレーでの交付。	処方入力時に泡状スプレー剤からジェネリックに変更して、剤形の選択をスプレー剤にしてしまった。調剤ルール上は可能な剤形変更であるが、過去の記録から患者希望の剤形は泡状スプレーであったが、監査投薬時に十分な確認をせず誤交付。交付後チェックで入力に不備があり、誤交付判明。速やかに謝罪とお取替えの対応をいたしました。	担当者は類似剤形があることを把握していたが、意図的に剤形を変えた処方入力されるリスクを軽視しており、監査時の発見ができなかった。システムや入力者の手技の徹底、事例の共有により再発を防止します。	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「PP」	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「PP」	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
44	一般名処方ヘパリン類似物質クリーム0.3%が処方されていた。誤ってヘパリン類似物質軟膏である、ヘパリン類似物質油性クリーム3%「日医工」を調剤、監査してしまった。投薬時に気付く、ヘパリン類似物質クリーム0.3%であるピーソフテンクリーム0.3%へとりかえ投薬を行った。	一般名が似ており、薬剤師の知識や確認が不十分だった。	ヘパリン類似物質の一般名、商品名(先発品・後発品)の比較表を作成し、取り間違えを起こさないように薬剤棚、検査台へ貼り付けを行った。	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	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「規格・剤型間違い」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
45	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「一般名 ヘパリン類似物質クリーム 50g」と記載されていた。薬剤師Aは、ヘパリン類似物質油性クリームと思い込んで、ヒルドイドソフト軟膏 25gを2本調剤し、誤りに気がつかないまま鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bは、ヒルドイドクリーム 25g 2本で調剤されていないことに気づき、薬剤師Aに誤りを伝えた。薬剤師Aはヒルドイドクリーム25g 2本で調剤し、再度、薬剤師Bに鑑査してもらった。	処方せんの内容の確認不足作業手順の不履行	処方せん内容の確認を行う監査に回す前に一度処方せん内容と確認を行う	ヒルドイドクリーム0.3%	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	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
46	サーティカン錠0.25mg 4錠1日2回朝夕食後21日分(計84錠)を誤って、サーティカン錠0.25mgを10錠とサーティカン錠0.5mgを74錠、混在して交付してしまった。8月3日発注時に発覚し、残薬は速やかに差し替えた。その時点で48錠既に服用してしまっていたが、健康被害等は特に生じていなかった。	発注・調剤・監査時における不注意。外箱、PTP包装が酷似しているにもかかわらず、思い込みで調剤・監査を行ってしまった。○単純なミス	作業手順の見直し、バーコード読取式の監査補助機の導入を行った。	サーティカン錠0.25mg	サーティカン錠0.5mg	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
47	医師手書きのヘパリン類似物質外用スプレー(泡状)をヘパリン類似物質泡状スプレー「PP」で入力し、ジェネリック変換したらヘパリン類似物質外用スプレー「YD」に変換され、そちらを投薬しそうになった。	ヘパリン類似物質外用スプレーの一般名できたら泡状とスプレーがあり、泡状は、先発はヒルドイドフォーム92g 後発はヘパリン類似物質外用泡状スプレー100gとなりややこしい。	ヘパリン類似物質外用スプレー 泡状 先発ヒルドイドフォーム92g 後発ヘパリン類似外用泡状スプレー「PP」普通のスプレー 先発なし 後発ヘパリン類似物質外用スプレー「YD」をミーティングで周知した	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「PP」	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「YD」	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
48	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「ティアバランス0.3% 5瓶/1日4回両目」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からティアバランス0.3%を調剤するところ、その上の薬棚にあったティアバランス0.1%を調剤したことに気づかず、そのまま監査に回した。監査に当たった薬剤師Bが、処方薬のティアバランス0.3%ではなく、ティアバランス0.1%であることに気づき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはティアバランス0.3%を正しく調剤し、再度、薬剤師Bに監査してもらった。鑑査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	ティアバランス0.3%とティアバランス0.1%は、外観は全く似ていないが、棚の位置が上下で近く、名称が似ていたため間違えた。	調剤者がピッキングした後に、監査に回す前に薬の再確認を徹底することとした。薬棚の薬品名称の規格の部分を青まるで囲み、「規格違いあり」のシールを貼って、取り違え防止のための注意喚起をした。	ティアバランス点眼液0.3%	ティアバランス0.1%点眼液	確認を怠った判断を誤った	知識が不足していた 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「規格・剤型間違い」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
49	一般名処方で「ヘパリン類似物質クリーム0.3%」となっていて、入力間違い「ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%」と入力。調剤も一般的によく出ている「ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%」と思い込み、処方箋裏の調剤録にもそのように入力されていたため、ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」を調剤、渡し口の薬剤師も気付かず、そのまま渡してしまった。翌日、事務員の入力点検で間違っ て入力し、調剤も間違っ て渡してことが発覚。本人に電話し、ご自宅へ伺い、よくお詫びして、正しい「ピーソフテンクリーム0.3%」と交換した。幸い、まだ間違っ て渡したクリームは手つかずだった。	当薬局では、ほとんどがヘパリン類似物質油性クリームが処方されるため、思い込みがあった。一般名処方 で「油性」の文字がないのを見落とし しまった。入力者も、渡し口の薬 剤師も気付かなかった。	一般名処方では、剤形の違いにより、似た名称があるため、よく確認し て、入力し、調剤し、監査することを徹底。今回の「ヘパリン類似物質ク リーム0.3%」と「ヘパリン類似物質 油性クリーム0.3%」では性質が違 うため、よく「油性」の文字の有る無 しをよく確認することを徹底する。	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	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
50	入院中にニフェジピンL20mgからニフェジピンCR20mgに変更になっ た患者。退院後往診にて定期処方 が発行されたが「一般名」ニフェジピ ン徐放錠20mg(24時間持続)に処方 変更となっていたが、薬局で処方 入力時に前回処方を引用したため 「一般名」ニフェジピン徐放錠20mg (12時間持続)を選択しニフェジピ ンCR20mgのところニフェジピンL20 mgのまま入力を行った。調剤時に 気付き修正した。	「一般名」ニフェジピン徐放錠はCR とL製剤で表記が類似しており、一 見同じように見えてしまうため前回D Oと思い込み規格変更に気付かなか ったと考えられる。	「一般名」表記は類似していることを 念頭に薬品名を最後まで確認する 習慣をつける。	ニフェジピンCR錠20mg 「日医工」	ニフェジピンL錠20mg 「日医工」	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
51	一般名処方 ヘパリン類似物質ク リームに対して、ヒルドイドソフト軟 膏を交付。	処方内容の把握不備	一般名処方での知識増加、確認の徹 底	ヘパリン類似物質ク リーム0.3%「アメル」	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	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
52	【一般名】ヘパリン類似物質外用液 スプレーが処方されており、ヘパリン 類似物質外用泡状スプレー0.3% 「PP」をいつも調剤していた。今回は 剤形を間違えて、通常の外用スプ レーであるヘパリン類似物質外用ス プレー0.3%「日医工」を調剤した。	不足薬があり譲渡譲受の手配およ び他の処方せんの一包化をしてお り、確認不足であった。	薬歴の表に、泡状スプレーであるこ とを記載し、ミス減らす	ヘパリン類似物質外用泡 状スプレー0.3%「PP」	ヘパリン類似物質外用ス プレー0.3%「日医工」	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
53	ミグリトールOD錠50mg処方を調剤 時に誤ってミチグリニドCa錠5mgで 調剤した	作業手順の不履行 ○処方せんの見間違い 単純なミス	薬名が似ているので調剤棚を離して 保管	ミグリトールOD錠50mg 「サワイ」	ミチグリニドCa・OD錠5 mg「TCK」	確認を 怠った	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「規格・剤型間違い」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
54	外用薬の類似名前違い	今まで1日2回タイプの目薬だったが、1日1回タイプに変更になっていたのに気付かないで投薬してしまった。思い込みが強かったと思われる。	当事者は薬の規格が他にあるかもしれないなどの疑いをもつこと。知識を豊富にする。複数人でしっかり監査をすること。	チモプトールXE点眼液0.5%	チモレート点眼液0.5%	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		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
55	ジヒドロコデインリン酸塩酸1%「マルイシ」1gの処方、コデインリン酸塩酸1%「マルイシ」1gで調剤していたところ、別の薬剤師が監査時にまちがいに気づいた。	屋号・濃度が同じで名前も酷似しているため、注意が必要である。ジヒドロコデインリン酸塩酸とコデインリン酸塩酸とは力価もちがう。	思い込みで調剤をしないこと。	ジヒドロコデインリン酸塩酸1%「マルイシ」	コデインリン酸塩酸1%「マルイシ」	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
56	ノボラビッド注フレックスタッチが4本処方されていたが、調剤されたものうち2本がノボラビッド注フレックスペンであった。	ノボラビッド注フレックスペンとフレックスタッチの箱が冷蔵庫の中で積み重なって置いてあった。フレックスタッチをゼロ子を通して調剤し、その下にあるフレックスタッチはゼロ子を通さずに調剤したため調剤ミスが起こった。要因として、調剤者が箱を開けるときにゼロ子を通さなかったこと。調剤者がノボラビッド注に2種類の製品があることを把握していなかったこと。鑑査者が2種類の製品が混ざって入っていることをに気付かなかったこと。	改善策として、箱を開けるときは必ずゼロ子を通すこと。似た製品は置き場を離す事、注射薬は注入方法が改善された新しい製品があるということを知ること	ノボラビッド注フレックスタッチ	ノボラビ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
57	内科から発行された処方せんには、一般名で「ヘパリン類似物質軟膏0.3% 50g」と記載されていたが、いつもの思い込みで「般」ヘパリン類似物質クリーム0.3%のビーソフテンクリーム0.3% 50gを患者に渡した。すぐに別の薬剤師が間違いに気付いたため、渡した医薬品を回収しヒルドイドソフト軟膏0.3%を渡した。	上記の内科の処方せんが「般」ヘパリン類似物質クリーム0.3%の処方ほとんどで思い込みがあった。外用の軟膏がほとんど無く、認識がうすかった。また忙しい時間帯であり監査もしっかり出来ていなかった。処方せんの見間違い	外用の一般名は特に最後までしっかり読み取るよう、また忙しい時間帯でも確認するように職員全員に伝達した。あわせて間違えた軟膏のケースの前に、よく分かるようにシールに記入して貼り付けた。	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	ビーソフテンクリーム0.3%	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラー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	ジェネリック変更希望の方でリンデロンVG軟膏・ヒルドイドソフト軟膏混合軟膏からのジェネリックに変更調剤時にビーソフテンクリームで混合し調剤中に気づき正しいヘパリン類似物質油性クリームにして調剤しなおした。	ビーソフテンクリームとヘパリン類似物質油性クリームでは薬剤名、薬剤の材質の類似のための単純なミス。	ヘパリン類似物質油性クリームの油性部分に調剤の際指さし確認をする。	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	ビーソフテンクリーム0.3%	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
59	フルオメソロン点眼液0.1%の処方にフルオメソロン点眼液0.05%を取り出したが、監査の時点で間違いに気づき、訂正した。	注意力散漫、包装が類似しているため、普段から注意していたが、繁忙時のため見逃してしまった。	棚に、赤字で「規格間違い多いので再度確認」との張り紙を貼った。	フルオメソロン0.1%点眼液	フルオメソロン0.05%点眼液	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
60	施設入居患者、一包化調剤においてビルシカイニドカプセル(25)3T/3×ビルシカイニドカプセル(50)3T/3×にてピッキング、一包化を行う際にも気が付かずそのまま一包化、監査時にも気が付かず、施設へ交付。与薬時にも気が付かずそのまま与薬。6日後、棚卸にて在庫のずれ発覚、調剤ミスに気が付き、残交換、報告。	薬剤師は赴任したばかりで薬局採用薬について十分把握していなかった。ビルシカイニド(50)の処方頻度が高く、思い込み、確認不足であった。外観が似ており、分包紙が白帯付、外剤一包化であり監査時の刻印確認を怠った。処方医薬品の多さ	採用薬一覧を作成し、採用薬、処方頻度把握に努めた。処方頻度が低い薬剤の場合は処方入力時監査支援表に注意喚起のための記を付けた。外観が似ており、分包紙が白帯なしとし、ODPの際のヒート耳確認を徹底することとした。	ビルシカイニド塩酸塩カプセル25mg「CH」	ビルシカイニド塩酸塩カプセル50mg「CH」	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			ヒューマンエラー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	持ち込みの処方箋。処方箋には一般名処方(般)テルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド配合錠、1錠/分1朝食後、30日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬品棚からテルチア配合錠APを調剤するところ、その隣の薬品棚にあったテルチア配合錠BPを調剤したことに気づかず、そのまま監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが、処方薬のテルチア配合錠APではなく、テルチア配合錠BPが調剤されていることに気づき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝え、薬剤師Aは正しいテルチア配合錠APを調剤し、再度薬剤師Bが監査した。監査の段階で誤りに気づいた為、患者さんには正しい薬を交付した。	処方箋上では、一般名処方(般)テルミサルタン40mgか80mgかで違いを判断、確認不足ということもあり間違えた。また患者さんが来局した時間は店内が混雑していた為、あせっていた。	規格違いなどで名称が似ているものは、最初に処方箋コピーに薬品名を書きながら調剤を始めるよう徹底することとした。	テルチア配合錠AP「DS EP」	テルチア配合錠BP「DS EP」	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
62	【正】テオフィリン徐放錠100「日医工」【誤】テオフィリン徐放U錠100「トワ」	患者様よりGE希望したいと申し出あり、10月より用意する事になっていた。推奨品を確認する際に違う薬剤を購入。入力をしたときに該当患者様のために購入した薬剤のため間違いはないと思込みがあり類似剤形から選択し入力。	徐放錠の別剤形は基本使用不可。別剤形でしか出てこない場合などは必ず入力終了前に薬剤師に確認を行う。店舗で在庫している徐放錠が何時間持続なのか、GEだと薬剤名は何になるかを覚える。	テオフィリン徐放錠100mg「日医工」	テオフィリン徐放U錠100mg「トワ」		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
63	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「ヘパリン類似物質外用スプレー「日医工」と記載されていた。調剤した薬剤師Aが本来「ヘパリン類似物質外用スプレー「日医工」で調剤すべきところを「ヘパリン類似物質外用泡スプレー「日本臓器」で調剤し、監査に回した。薬剤師Bが「ヘパリン類似物質外用スプレー「日医工」ではなく「ヘパリン類似物質外用泡スプレー「日本臓器」で調剤していることに気が付き薬剤師Aに伝えた。薬剤師Aは今度は正しく調剤し、薬剤師Bが監査した。監査で気が付いたため患者にはわかっていない	薬局では主に「ヘパリン類似物質外用泡スプレー「日本臓器」が調剤されていることから、滅多に出ない「ヘパリン類似物質外用スプレー「日医工」という剤型があることを失念していた。	「ヘパリン類似物質外用スプレー「日医工」と「ヘパリン類似物質外用泡スプレー「日本臓器」を並べて置き、調剤の時に意識させるよう並び替えた。また、他のスタッフにも今回の件を注意喚起した。	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スプレー0.3%「日本臓器」	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「規格・剤型間違い」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
64	ヒアルロン酸点眼液0.1%が処方されたが、誤って0.3%の規格のものをピッキングした。鑑査時に判明し正しい薬剤を交付した。	外箱の色が似ていたため、気づかずにピッキングしてしまった。また、普段の在庫は0.1%の規格のみであり、0.3%は本件の少し前に購入したもののため、0.3%の規格があることを当事者がしらなかった。	規格を記載しているところを赤く印付けし、規格が多数あることを気付きやすくした	ヒアルロン酸Na点眼液0.1%「ファイザー」	ヒアルロン酸Na点眼液0.3%「ファイザー」	判断を誤った	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
65	一般名のヘパリン類似物質クリーム単体と軟膏のミックスが処方されていたが、近隣処方では油性クリームの表記で出る為、軟膏を見落とし、ピーソフテンクリームとミックスしてしまった。すぐに他の薬剤師が気が付いて、作り直した。	近隣病院では一般名：ヘパリン類似物質油性クリームと記載。該当処方：ヘパリン類似物質軟膏の記載のため、油性の文字がないことによるミス。一般名の記載について全国統一表記になるとわかりやすい	一般名の表記について、全国的規模で統一される事が望ましいが、現状は調剤監査システムや、ミックス前の確認等による防止策を徹底	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ピーソフテンクリーム0.3%	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	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
66	11:30処方箋受取。ニフェジピン錠10mg「日医工」1.5錠 1日2回 朝1錠、夕0.5錠 28日分の処方。店舗薬剤師Aが夕食後の半錠分として誤っているニフェジピン錠20mg「日医工」を14錠ピッキング。店舗薬剤師BがAの作業を引き継ぎ、規格に気付かずそのまま夕食後の半錠作成。その後Bが朝食後分の28錠を間違った規格のままピッキングした。処方箋のコピーに半錠にしたPTPの耳を貼りわすれ、間違いに気づかず応援薬剤師Cが鑑査し、Bが投薬。13:00ごろ店舗薬剤師Bが薬歴記載中に調剤した時のことを思い出し、薬を棚に戻した場所に違和感を感じ規格が間違っていることに気付いた。その後患者様にTELし謝罪。服用前であり、正しいものと交換。	薬局内が多くの患者で混雑し、患者様を待たせているという気持ちから焦りが出ている。そのため半錠作成時に規格の確認忘れ、PTPの耳を処方箋のコピーに貼り忘れるということが起こり、また、朝食後分のピッキング時にも処方箋を確認せず、合っているという先入観を持ったまま作業を行った。規格間違いであり、ヒートのデザインがととも類似していたために違いに気付きにくかった。○焦り○単純なミス	忙しく焦りが出ている、鑑査時はしっかりと処方箋と薬を照らし合わせて確認、鑑査業務に専念する。作業の引き継ぎ時には、自分でも再度確認を行う事。調剤者、鑑査者は最後まで調剤の不備がないか確認を怠らない事。調剤棚へ他規格が存在することの注意書きをわかりやすく表示した。当該事例の発生原因を薬局内で確認、再発の予防に努めた。	ニフェジピン錠10mg「日医工」	ニフェジピン錠20mg「日医工」	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
67	アムロジピンOD(5)「あすか」が入っているべきところに(2.5)「あすか」が入って分包されていた。	錠剤の見た目が似ているため、分包時に気が付かなかった。	メーカーを変える。	アムロジピンOD錠5mg「あすか」	アムロジピンOD錠2.5mg「あすか」	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		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
68	一般名処方「アセトアミノフェン坐剤200mg」に対しての調剤。GE希望の患者様であったが、坐薬に関しては、当薬局の在庫は「アセトアミノフェン小児用坐剤200mg「JG」」しかない状態。処方箋入力時に、誤って錠剤で入力。調剤も思い込みで、錠剤を調剤。投薬時に気付く。	一人薬剤師状態で、混雑しており、焦ってしまったのと、200mgは確認できていたが、剤形の確認不足により、似た名前前の剤形違いを用意してしまった。また、1回2個と記載があり、坐薬でそうそう一気に1回2個使うというケースがないため、錠剤であると思ひ込みが発生してしまったものと思われる。	焦ってしまったとはいえ、規格の確認が漏れてしまった。似た名前前で、規格を確認するようにする。	アセトアミノフェン坐剤小児用200mg「JG」	アセトアミノフェン錠200mg「JG」	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「規格・剤型間違い」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
69	セレスタミン配合錠夕食後1錠を14日分調剤するところをゼチーア10mg14錠で調剤服薬する薬剤師も錠剤の色と。ヒートの色が似ていた為監査を怠り思い込みで渡してしまった。2日後患者が服用する時薬袋から出したところ違う薬剤の名称の為来局した。	風邪の患者が多く忙しかった為。思い込みでヒートの色で調剤、服薬してしまった。	今後は調剤棚から離して注意すると共に付箋を付けて再度確認、喚起する	セレスタミン配合錠	ゼチーア錠	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
70	ヘパリン泡状スプレー0.3%の処方箋記載の泡状を読み飛ばしてしまいヘパリン類似物質外用スプレー「日医工」をお渡ししてしまあとすぐ当事者薬剤師が気づき電話連絡して取り換えに来てもらった	薬剤をとった薬剤師と監査し投薬した薬剤師ともに処方箋記載の剤形の確認ミス。注意力散漫	剤形の違いには十分注意するよう処方箋コピーに赤印をつけることにした	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日本臓器」	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」	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
71	処方箋には、ワンアルファ錠0.5μg 1錠 分1 朝食後で記載ありました。在庫にワンアルファ錠 2規格あり、箱も似ていることから、間違えてピッキング。投薬後、規格違いに気づき、お薬を交換する。	単純なミス注意力散漫	ピッキングミスを、防ぐ為に監査機導入。	ワンアルファ錠0.5μg	ワンアルファ錠0.25μg	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
72	カンデサルタンOD錠2mgをお渡しする際、繁忙にて規格用量の差異を見逃してしまい、同8mgをお渡ししてしまつた。当日の在庫確認にて発見し、患者様へ電話連絡して規格用量の差異を確認の上、是正した。	繁忙により、シート色調が類似している該当製剤の規格用量の差異をはじめとした確認に、○注意力散漫を来してしまつた。	業務手順書に則って、業務手順の再徹底を図る。	カンデサルタンOD錠2mg「EE」	カンデサルタンOD錠8mg「EE」	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
73	オメプラゾール腸溶錠10mg「武田テバ」の薬品棚にオメプラール錠10mgが入っており、35錠お渡しする30錠はオメプラゾール腸溶錠10mg「武田テバ」で5錠をオメプラール錠10mgで調剤。監査時に発見し、調剤し直した。	オメプラゾール腸溶錠10mg「武田テバ」の薬品棚にオメプラール錠10mg(ウイークリーヒート5錠)が戻されていた。ヒートの色も似ており、確認不足で調剤してしまつた。○作業手順の不履行○単純なミス	指さし呼称薬品名が似ている薬は繁忙時間帯に戻さない。似ている名称の医薬品は、棚を離す。	オメプラゾール腸溶錠10mg「武田テバ」	オメプラール錠10	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品施設・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
74	いつも患者さんはモンテルカストチュアブル錠5mgを服用している患者さんだが、今回モンテルカスト錠10mgを投薬してしまつた。調剤棚も近かつたが、調剤する薬剤師がとり間違え、遮光ヒートも似ていて、監査薬剤師もヒートの色のみ目に入っていて、確認しないまま渡してしまつた。患者さんは15歳だったが、いつも長年飲んでいる薬と違うことに気が付き、母親が連絡してこられた。	調剤する薬剤師が錠剤をとり間違い、錠剤のヒートがバツと見たところ似ていることから、監査薬剤師がヒートのmg数、薬品名の文字をきちんと見る確認を怠った。単純なミス	調剤棚を離し、カセットにmgの数字を大きく記入し直した。	モンテルカストチュアブル錠5mg「明治」	モンテルカスト錠10mg「タナベ」	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
75	一般名処方ファモチジン口腔内崩壊錠20mg2T2×朝夕食後30日分の処方、錠剤棚上段に10mg、そのすぐ下段に20mgの棚の配置。処方箋力価の単純な見落としにて、10mgを調剤する。監査において、力価間違いが発覚した。シートは通常の10錠シートであった。	同成分の規格違いを上下に置く配置が問題だったこともあり、処方せんの見間違いで単純なミスだったと思われる。またデザインも非常に似ており、色の違いもあまりなく、同じメーカーだったのが、間違った要因の一つでもあった。	力価が違う場合は、メーカーを変えた方が、単純なミスを防ぐことができたかもしれない。上下段に置かず、一段あけた配置にするなど検討していく。	ファモチジンD錠20mg「サワイ」	ファモチジンD錠10mg「サワイ」	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
76	施設の患者様の調剤。処方箋には「モーラステープ(20) 14枚」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際にジェネリックのケトプロフェンテープ(20)「日医工」を調剤するところを薬棚の隣にあったケトプロフェンテープ(40)「日医工」を調剤していた事に気付かず監査に回した。監査にあたっていた薬剤師Bが調剤録記載のケトプロフェンテープ(20)「日医工」ではなくケトプロフェンテープ(40)「日医工」が調剤されている事に気付き、調剤した薬剤師Aに間違いを指摘した。薬剤師Aはケトプロフェンテープ(40)「日医工」を正しく調剤し、再度、薬剤師Bに監査をお願いした。監査の段階で間違いに気付いた為、患者様には正しい薬を交付した。	ケトプロフェンテープ「日医工」(20)と(40)が薬名同一、規格が似ていた為、また薬棚が近かった為、間違えてしまった。また、調剤していた時間帯に2施設の処方为重なっていた為、焦りがあった。	ケトプロフェンテープの規格にマジックで印を付けておいた。スタッフ全員にこの間違いを報告し、調剤、監査の際に注意するように促した。	ケトプロフェンテープ20mg「日医工」	ケトプロフェンテープ40mg「日医工」	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
77	一般名処方(般)へパリン類似物質クリーム:ヒルドイドクリームで調剤するところ、誤ってへパリン類似物質油性クリーム「日医工」で調剤、お会計入力、投薬してしまった。投薬後、投薬者が見直して気づき今回のことが発覚。患者様へ連絡し、ヒルドイドクリームへ交換しに伺った。	一般名処方(般)へパリン類似物質クリームと、(般)へパリン類似物質油性クリームが混同してしまい、思い込みで調剤してしまった。その後も入力時、投薬時もそのまま過ちに気づかずお渡ししてしまった。	一般名処方の場合、特に外用は剤形違いがあるのでしっかり確認することが重要。	ヒルドイドクリーム0.3%	へパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	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
78	一般名処方:へパリン類似物質外用液0.3%のところ、外用液ではなく軟膏と間違えヒルドイドソフト軟膏で調剤してしまった。監査時に間違いを発見した。	よく出るヒルドイドソフト軟膏と思い込み、調剤してしまった。	薬品名を最後まで読み取り調剤を行う。	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				ヒューマンエラー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	メコバラミン錠500mg「YD」84錠が処方、調剤時にメコバラミン250mg「YD」が1錠混入したが気付かず監査・投薬した。患者本人より連絡にて発覚。メコバラミンは250mgと500mgで錠剤の色が違う為服薬時に気づいた。	メコバラミン250mg「YD」と500mg「YD」が隣同士の棚の配置にあり、250mgの1錠を戻す際に500mgの棚に間違えて入れた。1錠の見ただけでは250mgと500mgは酷似している為容易に見分けが出来なかった。	メコバラミン錠500mgの採用をYDからJGIに変更した。ジェネリックを含めヒートが似た薬剤を隣り同士におかないように他の薬剤の棚の見直しも行った。	メコバラミン錠500μg「YD」	メコバラミン錠250μg「YD」	確認を怠った	その他		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「規格・剤型間違い」）

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
80	問屋より電話あり。「12月10日、ロスバスタチンOD錠2.5mgを2箱卸すところ、1箱のみ『OD錠』2.5mgを持参してしまっ。」残薬を確認したら、すでに『OD錠』の箱を開けており、100錠中残薬は40錠のみであった。院外処方箋は、ロスバスタチンOD錠2.5mg「サワイ」であったが、患者の希望もあり当薬局ではロスバスタチン錠2.5mgを調剤し、病院に変更報告していた。	ロスバスタチンOD錠とロスバスタチン錠の外箱が酷似している。名称が大きく書かれている面はODと目立つように書いてあるが、薬局の棚に配置する際は、期限が見えるように配置する。その面の箱の外観は、名称に『OD』が入っているのみの違いで更に似ている。メーカーに外観類似について、申し入れをする。	検品時は、複数の箱を並べて確認する。錠剤の払い出し方法を変更。10錠単位は向かい合わせに組まず、全て錠剤が見えるようにして輪ゴムをかける。	ロスバスタチンOD錠5mg「DSEP」	ロスバスタチンOD錠5mg「DSEP」	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
81	プロチゾラムOD錠0.25mg「サワイ」を調剤すべき所、プロチゾラム錠0.25mg「サワイ」を調剤した。	・注意力散漫・PTPシートのデザインが類似している	指さし呼称の徹底	プロチゾラムOD錠0.25mg「サワイ」	プロチゾラム錠0.25mg「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
82	ファモチジンOD錠20mgが処方されていたが、ファモチジンOD錠10mgでピッキングしていた。鑑査時薬剤師が気が付き、再度ピッキングし直してもらい鑑査し直した。○10錠シート	ピッキングしていた事務職員は経験が浅く、規格が別にあることを知らなかった。調剤棚に隣同士に置いているが先に目に入ったファモチジンOD錠10mgを取ってしまった。	薬局に在庫している薬については、規格が複数あるもの、名称が類似しているものを把握させるようしている。	ファモチジン錠20mg「トローワ」	ファモチジン錠10mg「トローワ」	確認を怠った	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
83	外用薬の類似品間違い	処方せんの見間違い	処方せんの再確認の徹底	マイザー軟膏0.05%	マイザークリーム0.05%	確認を怠った	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
84	一般名処方でヘパリン類似物質軟膏の単品のみ後発品でお渡しするところ、先発品でお渡ししそうになった。	薬歴にもっと目立つようにしておくところ、先発品でお渡ししそうになった。	目立たせた	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	確認を怠った			仕組みの不備	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
85	アダラートCR40を出すときに、過ってニフェジピンCR40のジェネリックを混在して調剤してしまった。	注意力散漫 医薬品の箱のデザインが似すぎている。	ジェネリックメーカーを変えた。	アダラートCR錠40mg	ニフェジピンCR錠40mg「トローワ」	判断を誤った	勤務状況が繁忙だった	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
86	眼科、アデノウイルス感染症でフルオロメトロン0.02%点眼液Tが処方されていた患者様の処方薬の調剤中に、誤ってフルオロメトロン%点眼液Tで調剤してしまった。鑑査時に当事者が気づき、患者様には処方通りの正しい薬でお渡しした。	フルオロメトロンは、0.1%、0.02%とも同じメーカーのものが採用になっており、容器の色の違いがあるが見た目が非常に似ている。継続治療中の患者様で、前回処方者が0.1%のものであったことや、0.02%は処方量としては少ないことなどが発生の要因と考えられる。処方せんの見間違い、注意力散漫。	調剤棚の配置を変更し、規格違いがあることを周知徹底、調剤時に必ず規格を確認できるように注意喚起を促す。処方箋の記載薬を声に出して読む。指差し確認など。	フルオロメトロン0.02%点眼液T	フルオロメトロン0.1%点眼液T	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「規格・剤型間違い」）

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
87	患者が処方箋をもって来局した。ヘパリン類似物質外用泡状スプレーが処方されていたが、薬剤師Aは誤ってヘパリン類似物質外用スプレーを調剤し、薬剤師Bも間違えに気付かず鑑査を終えてしまった。薬剤師Aがその後、投薬時に間違えに気づき再度正しく調剤し鑑査を行った。	前回処方ヘパリン類似物質外用スプレーであり思い込みで調剤してしまった。また、ヘパリン類似物質スプレーに泡状スプレーという剤型があることを認識しておらず知識が不足していた。○処方せんの見間違い	鑑査時には、処方薬を剤型までしっかり確認することを徹底する。また、薬剤師として、常に新しい薬品や剤型についての知識を吸収するように努めるようにする。	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「PP」	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」	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
88	患者が処方せんを持って来局した。一般名でロスバスタチン2.5mg錠朝食後56日分の処方があり、調剤をした。その際、ロスバスタチン錠2.5mg「共創未来」の棚にロスバスタチンOD錠2.5mg「共創未来」の箱が誤って補充されており、箱の外装が類似していることもあり気付かず調剤してしまった。56錠のうち、16錠は処方通り普通錠、40錠がOD錠で患者さまに渡ってしまった。	ロスバスタチンの普通錠とOD錠の外装が酷似しており、入荷した薬を誤って補充してしまった。シートの裏面も見た目がほぼ同じであり、調剤時に、箱から出してそのまま輪ゴムで留めて鑑査も通ってしまった。投薬する薬剤師も数と規格は確認していること、留めてある輪ゴムを外さず確認したため剤形違いのものが混在していることに気が付かなかった。	薬の補充の際は規格だけでなく、剤箱の外装が酷似して、名前と棚があるかを確認してから補充する。投薬前の薬の最終チェックでは輪ゴムで留めてある薬の表面、裏面も確認する。ロスバスタチン「共創未来」に関しては普通錠とOD錠が酷似していることを薬局内で周知して、各自で注意する。	ロスバスタチン錠2.5mg「共創未来」	ロスバスタチンOD錠2.5mg「共創未来」	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
89	「一般名：セフジトレンビポキシル錠100mg」という処方に対し、セフカペンビポキシル錠100mg「CH」を調剤。またレセプトコンピュータ入力も、セフカペンビポキシル錠100mg「CH」での入力となっていた。交付前鑑査時に投薬者が気づき、対応実施、修正の上、セフジトレンビポキシル錠100mg「日医工」にて調剤・交付実施。	繁忙時間帯だったことに加え、類似処方内容が続いたことによる、思い込み・処方の読み間違い。○処方せんの見間違い ○焦り	類似名称医薬品として、当該医薬品の取り扱いへの注意喚起実施。複数人でのチェックにより投薬前の気付き・誤投薬の防止ができていたことから、複数人鑑査の引き続きの励行。	セフジトレンビポキシル錠100mg「日医工」	セフカペンビポキシル塩酸塩錠100mg「CH」	確認を怠った判断を誤った	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
90	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「ルリコン軟膏1%、足に塗布 1日1回、20g」と記載されていた。事務は調剤する際、薬の引き出しからルリコン軟膏1%を調剤するところその上の薬棚に合ったルリコンクリーム1%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が、処方薬のルリコン軟膏1%ではなく、ルリコンクリーム1%が調剤されていることに気づき、調剤した事務に間違いを伝え、鑑査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	ルリコン軟膏1%とルリコンクリーム1%は、棚の位置を上下で分けてはいるが、名称が似ていたため間違えた。	ルリコン軟膏1%とルリコンクリーム1%の棚の位置を再度確認した。また、業務手順を見直し、調剤者がピックアップした後に、鑑査に回す前に薬の確認を再度徹底することとした。調剤室に名称類似医薬品の表を貼り、取り間違え防止のための注意喚起をした。	ルリコン軟膏1%	ルリコンクリーム1%	確認を怠った判断を誤った	技術・手技が未熟だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
91	薬剤師Aが調剤した薬（「ガスコン錠80 3錠/毎食後 28日分」を含む薬剤11種の処方）を薬剤師Bが鑑査したところ、ガスコン錠40が調剤されていることに気付いた。薬剤師Aに指摘すると、当該薬は間違いなくガスコン錠80の保管場所から取り出していた。保管場所を確認すると、ガスコン錠80の100錠包装2～3箱と一緒にガスコン錠40の100錠包装が1箱混入していた。両者はヒートの色や規格表示が異なるので、本来なら調剤時に気付くべきであったが、調剤する薬の数が多くて確認が不十分になってしまった。また、調剤時の確認不足に加えて、納品時の補充ミスにも問題があった。ガスコン錠は包装のデザイン、配色がまったく一緒（40、80という規格表示だけの違い）なので、補充ミスにつながりやすく、いったん保管してしまうと判別するのも困難である。	ガスコン錠40、80に限らず、複数規格で包装の外観が極めて似ている薬が少ない。また包装に限らず、薬剤やヒートの色、デザインなどが酷似したものも多数ある。	間違いやすい医薬品のリストを作成するなどして、スタッフ間で（ミスを起こしやすい薬として）情報共有するとともに、当該薬剤については医薬品補充時にもダブルチェックする体制をつくる。同時に、製薬メーカー側にも（使用現場に注意喚起できるような）包装デザイン等の改善が望まれる。	ガスコン錠80mg	ガスコン錠40mg	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
92	重カマ分包品0.5g包のところ1g包で取り違えてしまった。	デザインの類似している重カマを取り違えてしまった。監査前にピックアップした本人が取り違えたことに気が付いたが、外來が混みあっていたことにより焦ってしまい、注意力散漫による単純ミスであると考えられる。	外來が混みあってしまうとどうしても淡々と流れ作業になってしまう。そのためピックアップの際は処方箋1枚ごと規格に○をつけたり、指差し確認をしながら行っていきたいと考える。	重カマ「ヨシダ」	重カマ「ヨシダ」	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
93	患者と家族が処方箋を持って来局。「一般名」へパリン類似物質クリームが処方。先発品希望の患者だったのでヒルドイドクリームが正しいが、誤ってヒルドイドソフト軟膏で調剤した。自動監査システム「peech」をかけてエラーがでた為誤りに気づき、改めてヒルドイドクリームで調剤した。その後、別の薬剤師が監査、投薬を行い、患者には正しい薬を交付した。	一般名の剤形を見落としてしまった。	剤形や規格の誤りを防ぐため、ピックアップ前に確認を再度行う。	ヒルドイドクリーム0.3%	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	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
94	同じ医薬品の規格の誤り 医薬品をピックアップして鑑査機でPTPシートのバーコードをスキャンしたところ、エラーが出たので誤りに気付いた。正:ヒドロクロロチアジド25mg「トーフ」 分1 朝食後 28日分 他4剤処方あり誤:ヒドロクロロチアジド12.5mg「トーフ」 分1 朝食後 28日分 他4剤処方あり	ヒドロクロロチアジド25mgと12.5mgは、薬品棚の位置が隣同士で近く、PTPシートの色も似ているため間違えた。	薬品棚に規格違いで同医薬品が隣同士並んでいてPTPシートの色が似ているので、間を一つ空けて配置した。	ヒドロクロロチアジド錠25mg「トーフ」	ヒドロクロロチアジド錠12.5mg「トーフ」	確認を怠った判断を誤った		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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
95	処方の当日、在庫確認していた際に、1mgと2mgで10錠差がある事が発覚。処方患者にTELにて確認した所、1シートだけ2mgが混在していた。	ドキサゾシン錠1mg「EMEC」の錠剤に、ドキサゾシン錠2mg「EMEC」が混在していた。錠剤の戻しミスと考えられる。	シートの色・デザインも非常に似ている為、錠剤棚は隣り合わせを止めて、配置変更を行う。注意喚起の表記も行う。	ドキサゾシン錠1mg「EMEC」	ドキサゾシン錠2mg「EMEC」	確認を怠った	その他	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
96	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「オドメール点眼液0.1%、5ml、両眼1日4回点入」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際に薬棚からオドメール点眼液0.1%を調剤するところ、その下の薬棚にあったオドメール点眼液0.02%で調剤したことに気付かず、そのまま監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが、処方薬のオドメール点眼液0.1%ではなく、オドメール点眼液0.02%が調剤されていることに気づき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはオドメール点眼液0.1%を正しく調剤し、再度、薬剤師Bに監査してもらった。監査の段階で誤りに気付いた為、患者には正しい薬を交付した。	同一成分の規格違いの為に薬棚を上下に設定していた。また外観も類似している為に取り間違いに気付かなかった。また患者が来局した時間は店内が混雑していて焦りがあった為、処方せんの見間違いに気付かなかった。	調剤者がピッキング後に、再度処方箋と照合して再確認してから監査に回すように、業務手順を見直して徹底することにした。薬棚に規格が判別し易いよう薬棚に工夫をした。	オドメール点眼液0.1%	オドメール点眼液0.02%	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
97	ネキシウム10mgの処方のところネキシウム20mgを調剤し、監査もスルーし患者様との確認で間違いに気づき、ネキシウム10mgをお渡ししたため実害はなし	カプセルが似ているためmgの確認を怠った	一人薬剤師のため監査を自分以外の方にも1剤でもしてもらったことにした	ネキシウムカプセル10mg	ネキシウムカプセル20mg	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	デパケン錠200mg3T/分2朝夕食後(朝食後2錠夕食後1錠)90日分の処方であったところ、デパケンR錠200mgを270錠お渡ししてしまった。患者様がお帰りになった直後に間違いに気づき、ご自宅が近隣であったため直ぐにお取替えに伺いすべて交換した。	薬局が混雑しており、大分お待ちせしてしまい、慌ててお渡ししてしまった。普段ならしっかりと確認してからお渡しするところ、患者様も急いでおられ、確認を怠ってしまった。	類似薬品、規格違いについては、丸印チェックと声出し確認の二重確認をしていきたい	デパケン錠200mg	デパケンR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
99	一般名にてヒアルロン酸点眼液0.1%が処方されるが、規格違いのヒアルロン酸点眼液0.3%を調剤してしまう。投薬時に気づき、取り換える	一般名と名前の似ている薬剤を安易に調剤し、規格の確認を怠ったことが要因と考えられる。	規格の確認は当然のことであるにも関わらず、ただただ、不注意による確認不足のため、今後より一層注意し、規格に印を入れるなど、確認を徹底する	ヒアロンサン点眼液0.1%	ヒアルロン酸Na点眼液0.3%「ファイザー」	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
100	エビリファイ内用液0.1%1ml15包を取りそろえなければならないところエビリファイ内用液0.1%3ml15包で調剤・投薬した。監査者も気付かずそのまま投薬。2ヶ月後の来局時、患者様が色の違いに気付く自宅の残薬を確認し発覚した。	監査者が規格の違いに気付かなかった。再処方が2ヶ月後だったため、その間、エビリファイ内用液0.1%3mlを頓用で服用し続けた。	1.調剤フローチャートの再確認2.医薬品安全使用の為の業務手順 管理薬剤師は外観、デザイン等類似するものに対し十分配慮し使用後の棚や配置を取り違え防止の観点から決定する。の文言を追記する。処方箋または処方箋のコピーを手元に置き薬を取りそろえる。3.薬棚に「規格間違い注意！」のシールを貼った。	エビリファイ内用液0.1%1ml	エビリファイ内用液0.1%3ml	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「規格・剤型間違い」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
101	フルオロメトロン0.02%点眼液の処方のところ、フルオロメトロン0.1%点眼液で調剤	似たような処方内容の処方が続き、処方箋見間違いによる規格違いのお薬を調剤してしまった	処方箋を目でおうだけでなく、指さし確認するようにした	フルオロメトロン0.02%点眼液T	フルオロメトロン0.1%点眼液T		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
102	ピーソフテンとヘパリン類似の名称を混同した。	注意力散漫	保湿剤の一般名名称は、分かりづらいので数をこなして熟練したい。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ピーソフテックリーム0.3%	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
103	一般名で処方された、「ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「ニプロ」を、誤って泡状スプレー0.3%「PP」でお渡ししてしまった。」	最近よく処方されていたのが泡状スプレーだったので、「スプレー」という単語を見てすぐに泡状スプレーだと思いこんだ。	処方箋の単語の最後まで確認する。「ニプロ」と「PP」の違いをしっかりと確認する	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「ニプロ」	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「PP」	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
104	リスパダール内服用液1mg/mLの0.5mL包装を調剤するところ、1mL包装を調剤した。○外用薬の採用包装単位による計数間違い調剤した直後に発覚。	リスパダール内服用液1mg/mLの1mL包装のものを継続して服用していた患者の処方が0.5mL包装に変更になった。今までずっと継続だったために、思い込みで調剤したこと、包装の見た目が似ていたため調剤ミスがおこった。○注意力散漫	長期間継続ででている処方でも変更点はないかしっかり確認する。	リスパダール内服用液1mg/mL	リスパダール内服用液1mg/mL	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
105	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「ロスバスタチン錠2.5mg、1錠/分1 夕食後、35日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、ロスバスタチン錠2.5mgを調剤するところ、ロスバスタチンOD錠2.5mgを調剤したことに気付かず、そのまま監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが、処方薬のロスバスタチン錠2.5mgではなく、ロスバスタチンOD錠2.5mgが調剤されていることに気付き、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはロスバスタチン錠2.5mgを正しく調剤し、再度、薬剤師Bに監査してもらった。監査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	ロスバスタチン錠2.5mgの入っているはずの薬棚にロスバスタチンOD錠2.5mgの箱が入っていた。両者の包装が似ているため、箱を入れるときに間違えたものと思われる。	検品後薬をそれぞれの棚に入れるとき、箱の外観だけでなく、しっかり薬の名前を確認して入れるようにする。	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」	ロスバスタチンOD錠2.5mg「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
106	カルテオロール塩酸塩点眼液2%「わかもと」の処方のところ カルテオロール塩酸塩点眼液LA2%「わかもと」でピッキングミス。一人目の薬剤師で気付かず。もう一人の薬剤師でピッキングミス発見患者には正しく投薬できた。	以前から使用している薬は棚に、頻度の低いこの頃採用したものは引出しに保管していたため処方せんの見間違い「LA」でないことを見逃した	頻度が低い薬でも似た薬は棚の上にするや注意喚起が必要と考える	カルテオロール塩酸塩点眼液2%「わかもと」	カルテオロール塩酸塩LA点眼液2%「わかもと」	確認を怠った	知識が不足していた 通常とは異なる身体的条件下にあった		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「規格・剤型間違い」）

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
107	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「ノボラビッド注フレックスペン、3キット、朝2単位、昼12単位、夕6単位」と記載されていた。薬剤師Aは、保管場所である冷蔵庫より、開封済みのノボラビッドフレックスペン1本と未開封品（2本入り）を1箱調剤を行った。薬剤師Bは監査システム（ポリムス）を利用して監査を行った後に投薬を行った。約3週間後の日中に患者本人が来局し、ノボラビッド注フレックスタッチが1本混ざっていたと指摘を受け発覚。	当事例が発覚する当日午前、保管された場所である冷蔵庫の整理を行った。その際にノボラビッド注フレックスタッチ・ペンが混在して保管されていることを確認。その時点では調剤ミスは起きていないと思っていなかった。前回のノボラビッド注フレックスタッチを調剤後に1本を在庫場所に戻す際に、外箱を処分し、フレックスペンの在庫の上に戻してしまっただけが原因である。また監査システムを用いた際は、3本のうちの1つ（1箱）を照合にかけたため、別物調剤としてのミスをスルーした。	職員全員に本事例を周知し、ノボラビッド注フレックスペンとタッチの両規格を在庫している旨を再確認。注射薬の在庫について、冷蔵庫内での保管場所は明確に規定をしていなかったために、保管場所の指定、規格・メーカー違いなどの類似品について注意喚起のポップを作成した。	ノボラビッド注フレックスペン	ノボラビッド注フレックスタッチ	確認を怠った		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
108	酸化マグネシウム錠250mg「ヨシダ」を酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」で投薬し、後日、患者さんからデザインが違うと報告があり、判明。郵送して、330mg錠は後日薬局時に回収した。○10錠シート	PTPシートのデザインが酷似しており、誤投薬してしまった。○処方せんの見間違い	冷静に、調剤・監査をする。	酸化マグネシウム錠250mg「ヨシダ」	酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」	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
109	ピッキングミス。ほかの薬剤師が監査時に間違いに気付く。		名前が似ているので、気を付ける。忙しくてもミスのないよう、注意力を失わないようにきをつける。	ネリゾナ軟膏	ネリザ軟膏	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
110	【般】テオフィリン徐放錠（24時間持続）とあった処方で、ジェネリック希望の患者様。レセコンでジェネリックへの変換を行った時に、ユニフィルのGEが採用されていなかったのもあり、何故かテオドールのジェネリックへの変換が出来てしまった為、入力者もピッキング者もテオフィリン徐放錠（12～24時間持続）の方を選択してしまっただけで、疑問を持ち、主治医のカルテにはどの薬が書かれているのか確認したところ、ユニフィルの記載であったため、ユニフィルを調剤しなおした。レセコンで、ユニフィルの一般名からテオドールのGEが引っ張れると思わなかったため、非常に危険であった	ユニフィルの一般名から、ジェネリックを引っ張ろうとした際、レセコンがテオドールのジェネリックを引っ張ってしまうという事態が起き、想定していなかったため、見逃すところであった	似た商品名、成分名の理解を勧める	ユニフィルA錠200mg	テオフィリン徐放錠200mg「日医工」	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		ヒューマンエラー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	ヘパリン類似物質油性クリーム アメル をヘパリン類似物質クリームと間違えて入力した。油脂性軟膏との混合指示が出ており、混合の可否を調査中に入力ミスが発覚。	油性クリームが 油中水型で、クリームが水中油型であるという意識が抜けている。混合の可否の仕組みを覚えていれば、入力中にミスに気が付けたはずである。	塗布薬の分類について、薬剤師国家試験レベルの知識は最低限持つようにスタッフ内で情報共有	ヘパリン類似物質クリーム0.3%「アメル」	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「アメル」	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「規格・剤型間違い」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
112	テオフィリン徐放錠とU錠の取り間違い	処方箋の見間違いによるミス	似た名称の薬剤は赤ラインを引くなどして注意喚起。	テオフィリン徐放錠200mg「日医工」	テオフィリン徐放U	確認を怠った	知識が不足していた技術・手技が未熟だった		教育・訓練	ヒューマンエラー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	処方箋の処方欄に、【般】ヘパリン類似物質スプレー0.3% 100g と記載。備考欄に「ヘパリンは泡状」と追記されていた。備考欄の記載を見落とし、ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」100gを調剤、投薬を行った。	発生当時薬局にはヘパリン類似物質外用スプレーの在庫もあったが、そのことを当該薬剤師は把握しておらず、備考欄の記載を見落とし、複数存在する外用剤形に十分な注意がはられなかったことと重なって発生した。	外用剤の複数ある剤形を把握し、調剤にあたっては思い込みによる単純なミスをしないう、監査の際にしっかりと備考欄まで集中して確認を怠らないようにする。	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「ニットー」	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」	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
114	ピーソフテンクリームと処方があったが、レセコンではヘパリン類似物質クリームとなっておりそれを見てヘパリン類似物質油性クリームを調剤し交付した。	レセコンへの入力間違い。薬局にはヘパリン類似物質クリームの在庫が無いことに気付いていなかった。処方せんを見ながらの確認を怠った。ヘパリン類似物質だけが重なっていただけを一致と勘違いした。	在庫のない薬を選択できないようにする。もしくは選択時に色を変える等をして気付くようにする。調剤薬の確認は処方せんを見ながら確認を行う。	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	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
115	12月19日水曜日、午後5時30分頃、8歳患者と母親が耳鼻科の処方箋をもって来局された。処方箋には一般名「モンテルカストチュアブル錠5mg分1寝る前1錠28日分」と記載してあった。ジェネリック希望患者のためモンテルカストチュアブル錠5mg「ニプロ」を出すところ薬剤師Aはモンテルカスト錠10mg「ニプロ」を薬棚から気づかず監査に回した。監査に当たった薬剤師Bも気づかず投薬にあたる。患者に説明中年齢確認して再度薬を確認しモンテルカスト錠10mg「ニプロ」が入っていることに気づき患者に謝罪し渡す前にモンテルカストチュアブル錠5mg「ニプロ」に変更、薬剤師Bにも間違いを伝え確認し投薬した。投薬中に気づいたために患者には正しい薬を交付した。	モンテルカストチュアブル錠5mgニプロとモンテルカスト錠10mgニプロは両剤とも14錠のウィークリーを採用しているのと色がオレンジで似ているため薬棚の位置は離してあるものの外観、大きさが似ているため薬局内が混んでいる時間帯で急いで業務するために大事な注意力が散漫になっていた。と考えられる。	年齢確認の徹底とモンテルカストチュアブル錠5mg「ニプロ」はウィークリー、モンテルカスト錠10mg「ニプロ」は10錠包装の採用に話し合いで決めました。色の外観以外は違うことを頭に入れるように徹底しました。チュアブル注意のピンクの付箋をモンテルカスト錠10mg「ニプロ」の薬棚に貼りました。	モンテルカストチュアブル錠5mg「ニプロ」	モンテルカスト錠10mg「ニプロ」	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「規格・剤型間違い」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
116	モーラスパップ60mgが処方されていたが、誤ってモーラスパップXR240mgを誤って調剤し、そのまま交付。棚卸業務時にモーラスパップ60mgとモーラスパップXR240mgの理論値・実在庫が異なっており、規格を誤って交付したことを疑ったことで追跡し発覚。	・モーラスパップXR240mgとモーラスパップ60mgの外観が類似しているにもかかわらず、どちらも保管には場所を取るため、隣接した状態で調剤棚に置かれている。・同一患者にモーラスパップ30mgの処方もあり、「モーラスパップの大きい方と小さい方」という認識のみで鑑査が怠慢になった。・大きいパップだから60mgだ という思い込みがあった。○注意力散漫	・当該薬局の場合、モーラスパップ60mgもモーラスパップXR240mgもともに使用量が少なく処方のでる患者に限られている。・よって薬品棚に該当患者の名前を書いておき、調剤を間違わないようにする。・思い込みによる確認不足が今回の事例発生の主な原因であると考え、調剤・鑑査・投薬の業務フローの見直しをはかる。	モーラスパップ60mg	モーラスパップXR240mg	確認を怠った。記録などに不備があった	通常とは異なる心理的条件下にあった	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
117	一般名 テルミサルタンをバルサルタンと間違えて調剤。	～サルタンと最後の文字が似ていたため	複数人で確認。バーコードリーダーで機械的に鑑査。	バルサルタン錠80mg「サンド」	テルミサルタン錠80mg「DSEP」	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
118	一般名ドキサゾシン2mg○10錠シート×6枚をお渡しすべきところ、ドキサゾシン1mg○10錠シート×6枚をお渡ししてしまった。当日の在庫確認時に発見し、患者様へ電話連絡にて確認の上、是正した。	繁忙のため、○注意力散漫を来し、類似シートの確認を欠落させてしまった。	業務手順書の業務手順の再徹底を図る。	ドキサゾシン錠2mg「EMEC」	ドキサゾシン錠1mg「EMEC」	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
119	ロスバスタチン錠2.5mgの所、ロスバスタチン5mgで渡していた。患者本人が自宅で気づき、服用はしおらず、後日薬局へ交換へ来て下さった。	確認を怠った。処方せんの見間違い	忙しい時ほど規格を必ず確認する。ヒートの見た目が似て間違えやすいものをピックアップし、閲覧ノートにまとめ、薬剤師全員に周知した。	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」	ロスバスタチン錠5mg「DSEP」	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
120	2018年12月27日(木)17時38分頃患者様本人が処方箋を持参して来局。処方箋を基に調剤、鑑査をしたが患者様は外出していたため残置となった。2時間後再来局し他の薬剤師が服薬指導をした。2019年1月8日(火)12時ごろ患者様が12月27日にもらったお薬を持参して来局。1種類少ないと報告あり。再度処方箋と照らし合わせて確認したところリピトール錠10mgのところリピトール錠5mgでお渡ししていたことが判明。また、アムロジンOD錠5mgとヒートの色が似ていたため同一の薬剤であると誤解していたことも判明した。再度2種類のお薬の作用の説明、誤ってお薬をお渡ししていたことを謝罪した。	注意力散漫であり、リピトール錠の鑑査時にも患者様と最後まで確認することを怠らないようにする。また、このような同じ事例を起こさないよう全てのスタッフに注意喚起する。	リピトール錠10mg	リピトール錠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
121	夫婦で来局された患者にそれぞれミグリトール25mgと50mgが処方されていたが、調剤時にどちらもミグリトール50mgで調剤してしまった。その後、服薬指導時の自己鑑査で間違っている事が発覚、正しい規格で再度調剤を行った。	夫婦二人とも処方内容が複雑だったので素早い対応が求められたが、二人とも似たような処方だった為単純なミスにつながり、当事者が起こってしまった。○単純なミス○焦り	複数枚の処方せんで調剤する際でも、規格を含め正しい調剤を行えるように焦らず対応する。規格違いの薬品に対しての注意喚起を設ける。	ミグリトールOD錠25mg「サワイ」	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
122	ブシラミン錠50mgが処方されていたところブシラミン錠100mgを誤ってお渡ししてしまった。	日医工の包装がどちらも似ているため取り間違い。規格の確認不足。忙しかったため焦って確認をおろそかにしてしまった。	包装に規格注意の色つき札を貼り付ける。	ブシラミン錠50mg「日医工」	ブシラミン錠100mg「日医工」	判断を誤った	勤務状況が繁忙だった	医薬品 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
123	ニフェジピン錠20mg1日2回が処方されていたところ、ニフェジピンCR20mgを1日2回服用するように調剤して渡した。本人から翌日薬がいつもと違うとの電話連絡をもらったが、丁度(ニフェランタン→ニフェジピン)の指導が多い時期であり、その間い合わせかと思い込み、そのまま問題ないと説明して切ってしまった。	そもそも名称類似で間違いやすい医薬品ではあるため、普段から鉛筆で○をするなどの対策がとられていたが、それが多忙でできていなかった。また、電話対応時も、本人の強い思い込みで異なる解釈で理解し、処方箋をだして確認しようとしなかったことは怠慢以外の何物でもないと考えられる	間違いやすい剤型の異なる名称医薬品の場合、必ず鉛筆で○をつけてチェックして調剤し、投薬時も再度○商品の確認を行うようにし、電話対応時は必ず、その場で即答せず、処方箋をだして確認後に当方からかけなおすことを徹底することが必要と考える。	ニフェジピンL錠20mg「サワイ」	ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」	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通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品	ルールの不備	ヒューマンエラー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	前回の処方薬であるヘパリン類似物質軟膏0.3%が、今回からヘパリン類似物質外用液0.3%の処方に変更。軟膏から外用液への処方変更に気付かず、前回と同じヒルドイドソフト軟膏で調剤しお渡しする。処方箋の記載は一般名処方。患者様は、ヒルドイドソフト軟膏がベトついて服にも付く為、自ら先生にローションタイプを依頼。帰宅後、ローションではない事に気付いていたがソフト軟膏でも構わないと思い、そのまま使用。約3時間後、当薬局での処方箋チェックの際に調剤過誤に気が付き発覚。	調剤過誤発生日は12月28日。年末最後の営業日の為、繁忙であった。処方箋の記載が一般名であり、商品名と比べると分かりづらい記載。患者様自身は調剤過誤に気付いていたが、それで構わないと思い、そのまま使用した。ヒルドイドソフト軟膏は、前日に初めて処方された薬であり、効果はあったか？問題はなかったか？などが気になり、投薬の際には、薬剤をよく見ていなかった。	一般名のヘパリン類似物質軟膏0.3%とヘパリン類似物質外用液0.3%の処方には常日頃から注意をしていたが、繁忙であった事が原因の一つであると共に、内服薬ではなく外用薬であったと言うことも油断につながったと考えられる。忙しくても一字一句、省略をせずに処方箋を読む事が基本であると再認識しました。	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	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
125	持ち込んだ処方箋には、ニューロタン25mg 1錠 朝食後 28日分記載だったが、薬剤師A調剤するときにニューロタン50mgを調剤してしまった。そのまま、薬剤師Aにまわし、監査システム機械での監査前に、薬剤師Bが規格違いに気が付き、薬剤師Aに伝え、正しいニューロタン25mgを調剤し、再度監査を薬剤師Bと監査システム機械に通して、正しい薬剤を交付した。	ニューロタン25mgの薬剤棚と50mgが隣にあったためと、その時間帯が繁忙だったため、確認作業をしきれなかった。	ニューロタン25mgと50mgの薬剤棚を離して設置、また棚に、用量類似注意の札をはり、注意喚起をした。また、ピッキング後、監査前に再度確認するようにした。	ニューロタン錠25mg	ニューロタン錠50mg	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	【一般名】ヘパリン類似物質クリーム→ヒルドイドクリームで処方のところ、入力間違いで【一般名】ヘパリン類似物質軟膏→ヒルドイドソフト軟膏で入力・調剤したが、鑑査時に鑑査者が間違いに気づく。患者様には、ヒルドイドクリームで正しく渡した	○処方せんの見間違い○処方医薬品の多さ○単純なミス	間違えそうな一般名に印をつけるよう、設定を変更する	ヒルドイドクリーム0.3%	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	確認を怠った	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
127	プロチゾラムOD錠で交付するところ普通錠で交付。	普通錠とDO錠のシートが似ており、監査時に注意が行き届いていなかった。	調剤録使用時にOD錠記載のところにチェックを付ける。	プロチゾラムOD錠0.25mg「サワイ」	プロチゾラム錠0.25mg「トーワ」	確認を怠った	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
128	10mg錠と15mg錠は色が濃淡はあるものの似ているため取り違い、確認を怠った。	閉局後に持ってきた処方箋で品目数も多く、患者さんも急いでおり、DO処方であるが品目の多い処方箋。疲労、早くという焦り、DOという油断による。○作業手順の不履行○処方医薬品の多さ○焦り○注意力散漫		イグザレルト錠15mg	イグザレルト錠10mg	確認を怠った判断を誤った	その他	医薬品その他	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
129	患者様が多く忙しい時間帯だった。処方箋は一般名でヘパリン類似物質クリームであった。調剤者が、ヘパリン類似物質油性クリームを集めていたし、入力もヘパリン類似物質油性クリームになっていた。監査時にそれに気が付かず、そのままお渡しした。翌日患者様本人より、いつもと薬が違うと連絡があり、間違いに気が付いた。すぐに正しいものに取り換えに行った。	忙しい時間帯だったので、気持ちが悪かった。一般名で剤型が違うが、以前より間違えやすそうだと思っていたが、監査の時にしっかり確認できなかった。	一般名で記載されている処方箋が多くなったので、間違いやすい一般名のものはしっかり確認して監査や調剤を行う。	ビ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	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
130	一般名処方による薬剤名変換のミス	一般名が長い処方箋の見間違い	一般名が長い外用剤に関しては特に注意して確認する	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%	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
131	剤形間違え	単純なミス	名称最後から確認	ヘパリン類似物質クリーム	ヘパリン類似物質ローション	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
132	セフジトレンピボキシル、セフカペンピボキシルと名称の似ている薬剤であったため、初見時に最後まで良く確認せずに調剤を行った。投薬前のチェック時に気づき正しく調剤した。	○焦り○注意力散漫	類似する医薬品は特に意識して調剤を行う。	セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」	セフカペ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
133	<一般名>プロチゾラム塩酸塩口腔内崩壊錠0.25mgが処方され、入力はプロチゾラムOD錠0.25mg「サワイ」で入力し、プロチゾラム錠0.25mg「サワイ」で調剤、投薬中に薬品の写真と現物の違いに気が付く。	業務が忙しく、処方箋の確認を怠ってしまい、普段は薬品の写真と照らし合わせて監査をするが、普通錠と口腔内崩壊錠の薬品の写真が似ているため調剤した薬が合っていると勘違いしてしまった。○処方せんの見間違い○注意力散漫	処方箋の確認をしっかりとし、薬品の写真を普通錠の場合は錠剤だけの写真に変えるなどしてヒートのデザインで判断してしまう部分の差別化を図る。	プロチゾラムOD錠0.25mg「サワイ」	プロチゾラム錠0.25mg「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「規格・剤型間違い」）

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
134	(一般名処方)ヘパリン類似物質クリームをヘパリン類似物質ローション0.3%「ラクール」が該当するところへヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」でピッキング	ヘパリン類似物質のジェネリックは剤形名が異なっているという知識が不足していた	ヘパリン類似物質について先発品とジェネリックの互換を再度確認、薬局に在庫しているものはどれにあたるのかを確認する投薬時には患者様に使用感など希望を確認し、処方が医師の意図している通りなのかも確認する	ヘパリン類似物質ローション0.3%「ラクール」	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
135	一般名処方ではヘパリン類似物質スプレー92gで処方があった。92gであったのでヒルドイドフォームと取り間違えそうになった。	92gという数字で、ヒルドイドフォームという考えを持ってしまっていた。	規格の存在を理解し、保管場所等に規格についての注意書きなどを明記する。	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日本臓器」	ヒルドイドフォーム0.3%	判断を誤った	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
136	【正】レルベア100エリプタ30吸入用 2個で交付【誤】レルベア200エリプタ30吸入用 2個で交付	膠原病外来との2科同時受付で膠原病外来のDoを使用した。呼吸器内科もDo処方であったが、手入力し規格選択を誤った。初期監査以降すべてスルー。投薬時に現物確認を行ったが、外装の外観が似ており気付けず交付に至った。	処方箋読み取り装置を使用して読み込むこと。特殊な処方であっても一度読み込んでから違う所を修正する、もしくはその部分だけ前回Doを使う方が間違えリスクは少ないと思う。(入力)薬品名を選択する際は、指差し・声出しなどを併用して、処方箋と一語一句合致していることを確認してから選択する。(入力)特殊な入力だと思っても慌てない、落ち着いて全体像を把握してから取り掛かる。分からなければ聞く。(入力)頭痛があったら痛み止めを飲む(鑑査)チェックリストを用いて、初期鑑査・最終鑑査 薬品名・剤形・規格・屋号の鑑査手技の再確認を行う。(鑑査)間違いがあるかもしれないと思って確認する。(鑑査)気になることは確認してしまう。気になったまま鑑査しない。(鑑査)間違いがあっても良い薬はないと肝に銘じる。(鑑査)焦っても大して時間は短縮しないので、焦らない。(鑑査)Doを使った場合でも、Do通りではないかもしれないと思って、しっかり確認をする。(入力)	レルベア100エリプタ30吸入用	レルベア200エリプタ30吸入用	確認を怠った判断を誤った	技術・手技が未熟だった通常とは異なる身体的条件下にあった通常とは異なる心理的条件下にあった	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
137	今回アスピリン10mgが処方されていて取り揃えの際にアスピリン20mgを誤って取り揃えてしまい調剤、監査もスルーしてしまい次の日在庫確認の際に発見。患者様に連絡後正しいものと交換した。今回アスピリンの包装が裏は色は違えど似てくることで起きてしまったヒヤリハットであった。	アスピリンの包装は似ていて裏は色は違えど間違いやすい。調剤棚にアスピリン20mg引き出しにアスピリン10mgを配置してファンクション置いて調剤できれば間違えにくいのかなと改善策を置きました。	調剤棚と一緒に配置しないことやファンクション置ける環境をつくることなどが大切であると考えられる。監査時に規格の数字や裏面の色を確認して監査できれば間違えにくく考えられる。	アスピリン錠10	アスピリン錠20	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「規格・剤型間違い」）

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
138	バルプロ酸ナトリウム40%「EMEC」で処方された所、バルプロ酸ナトリウム40%「アメル」で作ってしまった	一般名記載で徐放顆粒の所、似た薬品を手にしてしまった。発生した日にバルプロ酸ナトリウム40%「EMEC」が何度か使用していたため、情性で手にしてしまった〇処方せんの見間違い〇処方せんの見間違い	処方せんの記載確認時と作成時にダブルチェックする	バルプロ酸ナトリウム細粒40%「EMEC」	バルプロ酸ナトリウム徐放U顆粒40%「アメル」	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
139	ヘパリン類似物質外用泡状スプレーのところ、ヘパリン類似物質外用スプレーで渡してしまった。前回まではヘパリン類似物質外用スプレーだったため、同じだと思い込んだ。交付後に家族からの問い合わせで発覚し交換した。	処方せんの見間違い	しっかりと処方箋内容を確認する	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「PP」	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「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
140	「一般名」「ビペリデン塩酸塩錠1mg-2T」でこれまでも処方に来ていたが、患者本人の希望で先発の「アキネトン錠1mg-2T」で調剤していた。今回「一般名」「ビペリデン塩酸塩錠2mg-2T」の増量で来ていたのに気付かず「アキネトン錠1mg-2T」で調剤した。確認作業で増量に気づき、本人の希望で先発が良いと言われたので、医師に了承を得て「アキネトン錠1mg-4T」で調剤し直した。	今まで「アキネトン錠」で調剤しており、こちらは1mgの規格のみで、成分名が一緒であったために「mg数」の確認を見落とし、アキネトン錠1mgで調剤してしまった。〇単純なミス〇注意力散漫	「一般名処方」で来た場合は「類似した成分名」他の製剤での「規格違いの薬」があるため、チェックを徹底する。またmg数の変更にも留意する。思い込みを無くす	ビペリデン塩酸塩錠2mg「サワイ」	アキネトン錠1mg	確認を怠った 報告が遅れた(怠った)	技術・手技が未熟だった 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
141	調剤が実習生さんでミスゼロ子は使っていたもののノボラビッド注30MIXペンフィルの所ノボラビッド注ペンフィルで調剤され監査者も気づかず渡薬まで行ってしまい、渡薬時確認中に色が違うと患者に言われ渡薬の薬剤師も気づき謝罪して交換し、正しいものをお渡しする事ができた。	・調剤が実習生さんで似た名称や形の医薬品があることの知識が不足していた。・冷蔵庫の同じ段の同じかごに仕切りでわけていたとはいえ入っていたのでバーコードは正しいもので読んだが隣のノボラビッド注ペンフィルを取ってしまったのではないかと思われる。・監査者が高齢で処方箋と違うものをそのまま出してしまった。	・バーコードを読んだ医薬品を取る。・冷蔵庫のペンフィルの配置を変え、段をわけて空いた場所(同じかご)には坐薬を入れた。・処方箋と調剤されたものが正しいか必ず確認する。	ノボラビッド30ミックス注ペンフィル	ノボラビッド注ペンフィル	確認を怠った	知識が不足していた 技術・手技が未熟だった	施設・設備	教育・訓練	ヒューマンエラー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	処方せん記載はトラムセット配合錠で、患者に後発医薬品への変更希望を確認後、先発品希望の為トラムセット配合錠をビッキングし、患者への投薬時にトラムセット配合錠「杏林」が2錠混ざっていることに気が付き、交換し正しい薬をお渡した。〇端数の処理間違い	トラムセット配合錠「杏林」を新規採用したばかりで、後発医薬品への変更確認にまだ慣れておらず、手間取るケースが多かった。棚の位置は離れているが、他薬剤師が端数を戻す際に間違えてしまったと思われる。〇作業手順の不履行	スタッフ全員に、医薬品を戻す時にもより注意を払うよう伝達、徹底した。	トラムセット配合錠	トラムセット配合錠「杏林」	記録などに不備があった	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
143	剤形誤り	ピーソフテンクリームをお渡しすべきところをヘパリン類似物質油性クリームで調剤した。ヘパリン類似物質クリームで調剤すべきであった。	処方箋内容を十分理解し調剤する	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	判断を誤った	知識が不足していた	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「規格・剤型間違い」）

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
144	ヒアレイン0.3%処方されていた患者さんにヒアレイン0.1%をお渡しした。家族の方が帰宅後気づき来局。幸い使用されていなかった。交換してお渡し。	当日は1人薬剤師で患者さんが込み合ってきた気がした。患者さんのご家族の方に窓口で投薬物も見せて確認しながらの投薬だったが、「いつもと同じですね。」と、規格を飛ばして投薬してしまった。ご家族の方も「いつもと同じ」安心してしまったものと考えられる。点眼瓶のふたの色も水色と青色と似ていたことも見逃してしまった原因と思われる。	今後は、いつもと同じ薬の継続であつても規格まで口に出して投薬することで過誤を起こさないよう努めたい。	ヒアレイン点眼液0.3%	ヒアレイン点眼液0.1%	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。			ヒューマンエラー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	当薬局から定期的に薬をお届けしている施設の患者さんの薬の監査の際に発生。一包化した薬に含まれるエディロールカプセルを、本来0.5マイクログラムのカプセルを使うべきところを、誤って0.75マイクログラムのものが使われていたことに気が付かずそのまま施設にお届けしてしまった。その日の夜、同じ患者さんの一包化予製の監査中に過誤が発覚し、直ぐに施設に連絡して正しい薬をお届けし、誤った内容の薬を回収した。幸い服薬には至らなかった。	エディロールカプセルの二つの規格（0.5マイクログラムと0.75マイクログラム）はカプセルの外観がよく似ており、またカプセル表面への識別コードの印刷もないため、ヒートから取り出した状態では鑑別が困難である。にもかかわらず、鑑査の際の鑑別ミスを防ぐ対策が全く行われていなかった。	エディロールカプセルに限らず、外観から判別が困難な薬は一包化予製の袋などに注意を促すメモを残し、なおかつ鑑査の際は薬の写真や実物などを見て、念入りに鑑査を行う。	エディロールカプセル0.5μg	エディロールカプセル0.75μg	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
146	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」で今までも処方されていたが、誤ってヘパリン類似物質外用スプレー「日本臓器」で調剤・監査、交付してしまった。患者はスプレー剤から変更になったと思いつつもそのまま使用、次回処方時に泡スプレーであったと申し出。病院へ前回のミスを報告し、患者は泡スプレーの方が使用感良かったと話していること伝え、処方へ変更になる。	勤務状況が繁忙だった。泡スプレーの採用が後であるが、最近処方数が増えてきており、泡スプレーだと思い込んでしまった。処方せんの見間違い処方医薬品の多さ単純なミス集り	薬袋にも薬品の画像が載っているため、監査・投薬の際も確認することを徹底する。	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。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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
147	アルセノール錠25mg28錠を調剤しなければいけなかったところ、50mgが10錠紛れてしまった。幸い監査で判明し、患者さんにわたる前に、調剤しなおした。	アルセノール錠25mgと50mgのシートがかなりよく似ているのと、患者さんが、3人いっぺんに来局したため、急いで調剤した事が原因。	25mgと50mgは、離れた場所（棚と引き出し）に保管することとした。患者さんが多数見えても、慌てず、落ち着いて調剤することを職員に徹底した。	アルセノール錠25	アルセノール錠50	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
148	施設に入所中の患者様にヒューマログミックス25注ミリオペンを調剤するところ、ヒューマログ注ミリオペンと取り間違えた。持ち帰った施設スタッフの指摘により発覚。すぐに正しい薬と交換した。	名称の類似から、読み間違いと思ひ込みがあった。○単純なミス○処方せんの見間違い	鑑査時、声出し・指さし確認を行う。また、薬剤情報提供書などでも処方薬と調剤薬を確認する。	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	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
149	ユベランカプセル100mgを調剤するところユベランソフトカプセル200mgを誤って調剤し交付してしまった。	処方箋の見間違いによる単純なミス。do処方確認がおろそかになってしまっていた。	処方箋の確認をしっかり行い、名前などの類似、規格に注意して調剤する。	ユベランカプセル100mg	ユベランソフトカプセル200mg	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「規格・剤型間違い」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
150	ミコンビ配合錠APを処方のところ、ミコンビ配合錠BPで調剤、薬剤師が鑑査したおりに間違いに気が付く。箱のデザインが間際らしく、間違いにつながった。	収納場所が隣り合わせて箱のデザインが酷似しており、取り間違えた。	場所を変えたのと、ミコンビ配合錠APは現在1名しか処方されてなく、薬歴に注意喚起を記載。調剤時に3重チェック体制にする。	ミコンビ配合錠AP	ミコンビ配合錠BP	報告が遅れた(急った)		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
151	患者が処方箋を持って来局した。処方せんには「テノミン錠25mg 1錠 朝食後 35日分」と記載があった。薬剤師Aは、調剤棚のアルセノール錠25mgの引出しから35錠をとって調剤した。薬剤師Bが鑑査時に、35錠のうち、2錠のみアルセノール錠50mgが調剤されていることに気が付き、薬剤師Aに伝えた。薬剤師Aはアルセノール錠25mg35錠を正しく調剤し直し、薬剤師Bが再度鑑査した。鑑査の段階で気付いたため患者には正しい薬を交付した。	アルセノール錠の25mgと50mgはヒートの色味が酷似しており、ヒートの大きさも同じである。両薬剤は、調剤棚の引出しが隣り合っていることもあり、50mg2錠が25mgの引出しに間違えて入っていたことに気が付かず調剤したと考えられる。	両薬剤の引出しに「規格違いあり」の注意印を付ける、外観が酷似していることについて改めて薬局内で周知し注意喚起する。	テノミン錠25	アルセノール錠50	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
152	アスパラカリウムが処方されていたが、調剤の際にアスパラカルシウムをピッキングし、その後の鑑査でも間違えていることに気が付かず交付してしまい、患者もいつもと違うと思ったようだが、薬が変わったのだと思いそのまま服用していた。	処方医薬品の多さにより確認を怠った。○処方医薬品の多さ○単純なミス	アスパラカリウムとアスパラカルシウムは名称がよく似ており間違えやすい為、薬歴にアスパラカリウムの患者であることを明記し、調剤、鑑査、交付の際に確認できるようにした	アスパラカリウム錠300mg	アスパラ?CA錠200	確認を怠った	通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品	仕組み	ヒューマンエラー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	メトグルコ250錠をピッキングするところ、間違えてメトホルミン250錠をピッキングしてしまった。○10錠シート	忙しい時間帯で、錠剤の剤型 ヒートが酷似していたため。○単純なミス	メトホルミンなど酷似している薬剤に関わらず、焦らず薬剤の名前、規格に○を付け鑑査を行う事とした。	メトグルコ錠250mg	メトホルミン塩酸錠250mgMT「TE」	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
154	軟膏、ローション違い	軟膏、ローション違い	再確認	ヘパリン類似物質ローション	ヘパリン類似物質クリーム	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
155	面処方箋 記載はヒルドイドソフトクリーム 入力にはヒルドイド軟膏→GE変更でヘパリン油性類似性物質油性クリームで調剤。処方鑑査気付かず、鑑査気付かず。患者さまとの会話の中で発覚。	通常使用するヘパリン油性類似性物質油性クリームと思い込んで進めた。鑑査時の確認不足。	面処方箋の場合に関しては、規格・剤形と確実に確認を行う。WSIに剤形や規格について○でチェックを入れる。	ヒルドイドクリーム0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「テイコク」	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
156	レルベア200エリプタ14吸入のところレルベア100エリプタ吸入を投薬しました。そのことに翌月の2月6日の在庫のチェック時に気づく。	レルベア20014エリプタとレルベア10014エリプタは外観が似ているため	医薬品の箱に容量が違うというメモを付ける。	レルベア200エリプタ14吸入用	レルベア100エリプタ14吸入用	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	医薬品施設・設備患者側		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「規格・剤型間違い」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
157	シルニジピン10mgを誤って5mをピッキング。監査業務も気付かずに通り患者さんの手元へ投薬その後すぐ薬局へ電話があり、いつもと違う色の薬があると申し出。在庫確認と監査業務にかかわった薬剤師に確認後、こちらの誤りであることが分かり家まで取り変えと謝罪した。	木曜日の10時～12時は患者さんが込み合う時間帯でもあるため起こった単純なミスと考える	改善策として対策したことは・薬剤師に今回の件も含めて再度他の薬剤でも他規格のもの、名前の似てるものなどを再確認すること指導・棚に他規格のものがあるものも注意紙を再度確認等。	シルニジピン錠10mg「サワイ」	シルニジピン錠5mg「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
158	チニダゾール錠200が処方されたが、錠数が足りなかったため一部を渡して発注をかけた。先に置いてあったシートは10錠シートだったが、納品されたものが6錠シートになっていたため錠錠と薬を間違えて渡したかと思っただ、正しいものを渡していた。	内服剤の包装変更があり、はじめに渡していた商品と追加で納品された商品の包装形態が変わっていた。内服錠と外用剤(錠錠)の外観形状が似ていたため、調剤し間違っただけではないかとあわてた。結果としては正しいものを渡していた。	内服錠と錠錠で商品が類似しているので調剤時には剤形にも印をつけて確認する。交付時も服用方法を確認の上間違えないよう交付する。メーカーには内服と錠錠ではまったくちがうものなので類似したパッケージではないものを作って頂きたい。	チニダゾール錠200mg「F」	チニダゾール錠錠200mg「F」			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
159	一般名処方 ヘパリン類似物質スプレー0.3% 100g 記載の処方せんを受付し、ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「ファイザー」を交付したが、患者様はヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%を希望されていた。	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%を在庫していなかった。確認を怠った。一般名が同じであるため、処方箋の記載だけでは区別ができない。	同類医薬品が一般名処方された際は、予め患者希望を伺うことを周知した。一般名処方で剤形判断ができるようにメーカーへコメントを出した。	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「ニット」	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「ファイザー」	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
160	一般名処方エチゾラム0.5mg錠に対し、ジェネリック了承の患者さんだったのでエチゾラム0.5mg「トーワ」を出してしまった。	申し送りで「エチゾラムはデバスで出す」となっていたにもかかわらず、申し送りの確認不足でジェネリック品を出してしまった。患者様ご本人とも確認しながら出したが、ヒートがに似ており、両者とも気がつかないままであった。	思い込みによる間違えであり、申し送りの徹底確認をしてから処方を出すようにする。	デバス錠0.5mg	エチゾラム錠0.5mg「トーワ」	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
161	【正】テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」【誤】テオフィリン錠200mg「TYK」	入力業務	「別剤形」及び「類似剤形」で変更を行う場合、画面に薬品名がで出力されているからOKではなく、きちんと薬剤師または薬価本にて確認を行う。また、不安な場合は、他のスタッフの意見を求め、誤った薬品で進めないようにする。レセプトに出力されているものが正しいと思い込んで鑑査を進めてしまったが、前回の後発品となぜ違うのか薬品採用者にきちんと確認する。	テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」	テオフィリン錠200mg「TYK」		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
162	一般名処方テオフィリン徐放錠200mg(24時間持続)とあり、テオフィリン徐放U錠(200)をテオフィリン徐放錠(200)で出しかけた。鑑査時に気が付き正しい薬で処方した。	薬の名称が似通っているためのミスと考えられる。	作用時間により種類がある薬剤について、箱に印をつけ、注意をするようにした。	テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」	テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
163	【正】アムロジピン錠2.5「ケミファ」 1T 【誤】アムロジピン錠5mg「ケミファ」 1T	入力	鑑査時に処方箋と指示書の薬剤があっているかの確認を行ってから、薬剤の刻印を確認する。焦っていて出来なかったということは手技の徹底が出来ていないということなので、毎回必ず行う。初期鑑査の際、一般名のみで3分割鑑査のみしかしてなかったため、変更後の3分割鑑査も実施する 入力の際、採用している薬がない場合、F5類似剤形を使わずにまず、F8含量変更不可を使い規格が同じ物で剤型が違う物を選び、そのあとでF5を活用する。最後の確認のときに一般名のみだけでなく、変えた物の規格、薬品名も確認して入力をする。焦ると手技をとばしてしまうため 毎日ガルーンの手技の動画を見て手技を徹底させる。カセットに入っている薬は刻印を覚える。自分が初期鑑査 調剤を続けていた際に自分への甘えがでて 手技を飛ばしている為 業務を続けてする場合は一息ついてリセットしてから次の仕事をする	アムロジピン錠2.5mg「ケミファ」	アムロジピン錠5mg「ケミファ」	確認を怠った	通常とは異なる身体的条件下にあ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	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
164	アムロジピンOD2.5?r「トローワ」のところ、アムロジピンOD5?r「トローワ」を調剤してしまった。	ちょうど後発品メーカーの切り替え時期だったこともあり、シートが似ていたため思い込みで調剤してしまった。	しっかり確認して調剤・鑑査する。	アムロジピンOD錠2.5mg「トローワ」	アムロジピンOD錠5mg「トローワ」	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
165	ヒルドイドローション複数規格あるが、サマリの確認不足	〇処方せんの見間違い	患者サマリをしっかりと確認すること	ヒルドイドローション	ヘパリン類似物質クリーム0.3%「ラクール」	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
166	病院より処方せんをFAXにて受信。先調剤して本人来局時に処方せん本書と引き換えに投薬。冷所内には似通った名前のインシュリンが沢山あり、誤まったインシュリン製剤を調剤。鑑査時、名称語尾の確認を見落とす。また、確認が済んでいることと思い込み投薬。後日、患者が受診。医師へインシュリン製剤が変更になっていたのかと確認され、病院より連絡が入り誤投薬したことが発覚。	夜診が始まり、頻雑した時間帯であった。集中力の低下や焦りが問題を引き起こした。調剤時の薬剤の取間違い・思い込み、鑑査時の薬剤の確認不足・思い込みがあったようだ。患者の目の前で、薬袋からインシュリンを出して変わらないかとの確認を怠った。	・調剤・鑑査時に、声出しや指さし確認を行う。 ・調剤鑑査システムを導入し、記録を取っておく。 ・投薬時に再度薬袋から薬剤を取り出して、患者にも確認をしてもらう。 ・冷所内の整理を行う。	ノボラピッド注フレックスタッチ	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	勤務状況が繁忙だった	医薬品施設・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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
167	ヒューマログミックス25注1キットのところヒューマログ注1キットで調剤し、交付してしまっ。後日に患者様が気が付き謝罪して正しいものをお渡しした。	ヒューマログ注のほうがよく出ており思い込みで調剤、鑑査して患者様によく確認もせず交付してしまっ。	調剤、鑑査時には処方箋と薬の確認を必ず行う事。交付時には患者様への確認を怠らない事。似ている薬の棚が同じ列にあったのを大きく話した。このような事例があった事を職員全員で共有した。電子薬歴にはポップアップで規格の注意喚起ができるようにした。紙薬歴には一番目のつくところにテプラで大きく規格違い注意のテープを貼った。	ヒューマログミックス25注キット	ヒューマログ注キット	判断を誤った	知識が不足していたその他	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
168	一般名処方ではヘパリン類似物質ローション100gの処方あり。ヒルドイドローション25g4本出すところ、ヘパリン類似物質外用スプレー100g1本で調剤。鑑査者に指摘され正しく調剤し直した。	ローションの記載で液剤、さらに「スプレー」と思い込み調剤してしまっ。当薬局の採用品目を把握できていなかったことも要因と考える。	採用品をきちんと把握し、処方箋をしっかりと確認して調剤する	ヒルドイドローション0.3%	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」	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
169	規格間違い	25mgの方が頻りに調剤されているので、思い込みで25mgで調剤してしまっ。シートの色は異なるが、デザインが似ていたため間違っ。	投薬時に再度、患者さんと規格等の内容を確認する。	セルトラリン錠50mg「トワ」	セルトラリン錠25mg「トワ」	確認を怠った			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
170	処方箋には炭酸リチウム200ヨシトミ 4錠 28日分と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬の引き出しから炭酸リチウム200ヨシトミを調剤するところ、同じ引き出しの中にあっ炭酸リチウム100ヨシトミを調剤し、間違いに気が付かず、そのまま鑑査に回した。鑑査にあっ炭酸リチウム200ヨシトミではなく炭酸リチウム100ヨシトミが調剤されていることに気が付き、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aは炭酸リチウム200ヨシトミを正しく調剤し、再度、薬剤師Bに鑑査してもらった。鑑査の段階で誤りに気が付いたため、患者には正しい薬を交付した。	炭酸リチウム200ヨシトミと炭酸リチウム100ヨシトミは同一の引き出しにあり、箱の見た目も似ていたため間違っ。薬剤師Aは普段は他の店舗で勤務しているため、規格が2種類あることを知らなかつた。患者が来局した時間は店内が混んでいたため、焦りがあっ。	炭酸リチウム100ヨシトミと炭酸リチウム200ヨシトミを棚と引き出しと分けて収納することにした。調剤者が間違っ。薬剤師Aは普段は他の店舗に再度間違っしていないか確認を徹底することにした。医薬品の箱に規格違いありの札をつけて取り換え防止の為の注意喚起をした。	炭酸リチウム錠200「ヨシトミ」	炭酸リチウム錠100「ヨシトミ」	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
171	一般名でヘパリン類似物質クリームと記載されていたが、ヘパリン類似物質油性クリームで調剤	処方箋が一般名記載であり、主に油性クリームがよく処方されていたための思い込みによる単純なミス	ヘパリン類似物質は調剤ミスが多いので一人薬剤師の時はチェックを怠らない	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	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
172	一般名でヘパリン類似物質スプレー0.3%と処方されていたので、ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%日医工を患者に見せて説明し、交付。帰宅後電話があり、診察時には泡状のスプレーの説明を受けた。霧状のものより泡状スプレーを使用したい、との連絡があり、交換した。	病院では、泡状スプレーを採用しているとの連絡がなく、判断に困った。また、この一般名では、霧状スプレーと泡状スプレーのどちらを選択すべきか判断ができない。	一般名処方では区別できるようにしてもらいたい。	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」	記録などに不備があっ	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「規格・剤型間違い」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
173	ネキシウムカプセル20mgの処方のところを誤ってネキシウムカプセル10mgで調剤・監査し、患者様にお渡ししてしまっ。患者様帰宅後、誤調剤に気づき、翌朝薬局頂き、発覚。直ちに正しい薬剤を調剤し、お渡しした。	ネキシウムカプセルの20mgと10mgのヒートは外観類似があること、入社して間もなく経験が不足していたことによる単純ミス、繁忙であり注意を怠ったことが原因と考える。	複数規格のある薬剤の監査時には、規格をチェックし、処方箋控えにマークを付けるなど、監査の強化に努める。	ネキシウムカプセル20mg	ネキシウムカプセル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
174	患者が持参した処方箋にはロキソプロフェンナトリウムテープ50mg「タイホウ」と記載されていたが、調剤した薬剤師Aはロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」を調剤した。鑑査をした薬剤師Bが規格の間違いに気づき、その旨を薬剤師Aに伝え、正しくロキソプロフェンナトリウムテープ50mg「タイホウ」を調剤し直し、再度薬剤師Bに鑑査してもらい、患者へ正しく投薬した。	外見のデザインが似ていて大きさでしか判断ができない上に、隣に置いておく間違えやすい状況であった。また、時間帯としては混雑する時間帯であった。	外見のデザインが似ていて大きさでしか判断ができないため隣に置いておく間違えやすいので、他のテープ剤を含めて大判のものと同様でないもので棚をわけるようにした。	ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg「タイホウ」	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	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
175	一般名処方ではヘパリン類似物質外用液0.3%、50gと記載されており、ヘパリン類似物質クリームでお渡ししてしまった。薬歴記入時に薬情の画像をみて違っていた為、間違いに気が付いた。	ヘパリン類似物質のローションとクリームの間違いはよくあるため、処方箋にローションかクリームかわかるように鉛筆書きし、監査時に薬情とも照らし合わせてからお渡しする。	薬局内にて再確認し、ヘパリン類似物質のクリームとローションの調剤棚にクリームとローション間違わない様に注意喚起をした。	ヘパリン類似物質ローション0.3%「ニプロ」	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				ヒューマンエラー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	3月14日10時30分頃、患者様ご本人が定期薬の処方箋を持ってご来局。ピタバスタチンCa錠2mg(一般名)1回1錠 30日分が処方のところ、誤ってピタバスタチンCa錠1mgを30錠ピッキング。そのまま患者様にお渡ししてしまっ。3月15日15時30分頃、処方元とは異なる病院の薬剤部から「患者様が緊急入院されたため持参薬を確認していたが、手帳の記載と持参薬が異なるため確認したい」と連絡があり間違いが発覚。患者様自身は残薬を服用していたため、誤った規格の薬剤はまだ服用されていないため、正しいお薬と交換させていただいた。	ピタバスタチンCa錠1mgとピタバスタチンCa錠2mgが隣り合わせにしまっであり、ピッキング時に間違えやすかった。また、外箱もシートの色調も似ているため、ピッキング後も間違いに気づきにくかった。○単純なミス記載を見て、誤ってピタバスタチンCa錠1mgと思い込んでしまっ。○処方せんの見間違い監査時に処方箋と薬剤の照らし合わせがしっかりとできていなかった。○作業手順の不履行	棚に注意喚起の札を付けた。ピッキング時、鑑査時に薬剤と処方箋の照らし合わせを行い、薬剤名と規格に間違いがないか確認してから袋袋に入れる。	ピタバスタチンCa錠2mg「ファイザー」	ピタバスタチンCa錠1mg「ファイザー」	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
177	一般名 ヘパリン類似物質「クリーム」にて処方時、ヘパリン類似物質「油性クリーム」にて調剤。患者様がフタの色で間違いを指摘していただきました。	患者様が他院で処方されていた『クリーム』を自分で依頼して出してもらったとのこと。処方箋発行医療機関では平素、油性クリームが多くでっており、クリームの処方は初めてで処方があるという想定がなかった。	ヘパリン類似物質関係の製品を調べて知識を取得する事によって意識をすようにし、他剤型処方時にも対応できるようにしました。	ヘパリン類似物質クリーム0.3%「アメル」	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
178	一般名処方で屯用クエチアピン錠12.5mgが処方されているところを誤って25mgで調剤してしまった。患者様が服用する前に家族の方が気づき、薬局に連絡が入った。ただちに交換に伺い、事なきを得ました。	規格が12.5mgと25mgで表記が似ており、処方せんの見間違いがあったと考えられます。また、一人薬剤師の時間帯に立って続けに患者様の来局があり、焦りがあり、確認を怠ってしまったことが要因だと考えられます。	改善策として薬品棚に規格注意の札をつけ、繁忙時でも監査時の確認業務を再度1文字ずつチェックしながら行うようにします。	クエチアピン錠12.5mg「アメル」	クエチアピン錠25mg「アメル」	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
179	カルシトリオール0.5㎍2カプセル1日2回朝夕食後30日分の処方、0.5㎍10カプセルシートを6枚渡すべきところを0.25㎍の10カプセルシート2枚が混入してしまってお渡ししてしまった。患者が服用の際にシートが異なることに気づき薬局に連絡され、間違いに気づき交換した。	シートが似ていたため、規格の異なるものが混在していたのになかなか気づかず、調剤をしてしまった。監査、投薬においても輪ゴムで止められていたためこれを発見することができなかった。	薬剤を戻す際に規格をよく確認して戻す。調剤時、監査時、投薬時にシートの類似しているものなどもあるため1枚1枚シートを確認するなど、忙しさに紛れず初心にもどききちんと作業を行っていく。	カルシトリオールカプセル0.5μg「サワイ」	カルシトリオールカプセル0.25μg「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
180	シートの類似性から調剤時に監査を誤った。投薬時に薬袋と比較して規格違いが発覚。	繁忙時による焦りで注意力散漫になったことが要因。	調剤棚に「見た目類似品あり・規格注意」の目印を付けることにした。	アゼルニジピン錠16mg「NP」	アゼルニジピン錠8mg「NP」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム 医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
181	一般名処方処方箋で、ウィークリーシートのモンテルカストチュアブル錠5mg「トーフ」のところをモンテルカスト細粒4mg「DSEP」で調剤、同僚の薬剤師に指摘され、発覚した。	同じ成分のため、商品名が似ており、規格・剤形の見間違いをしまった。	自分でピックアップしたものを処方箋と照らし合わせて再度、確認をする。	モンテルカストチュアブル錠5mg「トーフ」	モンテルカスト細粒4mg「DSEP」	判断を誤った	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
182	ベタニス50mgが処方されていたのに関わらず、誤って近くにあったベタニス25mgで調剤してしまいました。薬剤師の一人が、発注の際の空き箱を見て、普段あまり出ない25mgの箱がある事を発見。規格間違いをした事に気づき、患者様に連絡しました。まだ服用されていない状態だったので、取り換えに行かせて頂きました。	規格違いのお薬で箱も似ているお薬なのに、調剤棚のトレーを上下にしていた。	あまり使用しない25mgの方を調剤棚の引き出しに入れ、離して管理するようにしました。	ベタニス錠50mg	ベタニス錠25mg	判断を誤った	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
183	調剤で規格違いをピックアップし、患者さんに手渡しする段階で、「いつものと違う」との指摘で気づいた	グリミクロン錠40mgとグリミクロンHA錠20mgとの取り換え。	似た名前の場合の、規格など細部までの確認を注意すること	グリミクロンHA錠20mg	グリミクロン錠40mg	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
184	ビルシカイニド50ミリグラムを調剤すべきところ25ミリグラムを調剤してしまっ	同じ引き出しの同じスペースに配置されており、箱も類似していた。○単純なミス○注意力散漫	同じ引き出しの中だが、スペースを区別して配置するようにする必要あり。	ビルシカイニド塩酸塩カプセル50mg「CH」	ビルシカイニド塩酸塩カプセル25mg「CH」	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
185	【正】フルオロメトロン点眼液0.02%1本【誤】フルオロメトロン点眼液0.1%1本	パタノール点眼液、フルオロメトロン点眼液0.02% 各1本の処方、前回、パタノール点眼液、フルオロメトロン点眼液0.1%と類似していたため規格変更に気が付かずDo入力。	指差し確認を行う。	オドメール点眼液0.02%	オドメール点眼液0.1%	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「規格・剤型間違い」）

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
186	25mgアリナミン調剤時、25mgアリナミンの棚の中から50mgアリナミンが出てきた。	必要なくなった50mgアリナミンを元の棚に戻すときに、見た目が似ているので間違えて25mgアリナミンの棚に戻したためと考えられる。	必要なくなった薬を元に片付けるときは、必ず他の人にも確認してもらい、ダブルチェックを行うようにする。	25mgアリナミンF糖衣錠	50mgアリナミンF糖衣錠				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
187	エチゾラム錠0.5mgが120T処方されてうち100Tがエチゾラム錠0.25mgで調剤していた。後日在庫チェックのときに在庫のずれに気づき患者に連絡。まだ服用を開始していない状態だったため正しい薬で調剤し交付。患者にも謝罪。	・120Tのうち100Tを小袋にいれたまま、その上に0.5mgの規格を20T輪ゴムで止めていたため、すべて0.5mgと思った様子。監査の不十分とピッキングの不正確、輪ゴムの止め方の不具合が重なったため起きたと思われる。	・100T包装でピッキングするときは必ず中の小袋をあげることで、監査の時はしっかりすべて監査することを徹底する。・両規格とも100T包装で採用していた。外観が似ているため頻繁にでる0.5mgの規格のほうを1000T包装に変更した。	エチゾラム錠0.5mg「SW」	エチゾラム錠0.25mg「SW」	確認を怠った	知識が不足していた技術・手技が未熟だった	医薬品	教育・訓練 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
188	ヘパリン類似物質油性クリームを調剤するところ、誤ってビーソフテッククリームで調剤してしまった。昼休憩の時間帯だったため、調剤者と投薬者が同一、PDA読み込み前に投薬してしまったことから誤った薬剤であることに気が付かず、そのまま投薬。すぐに電話にて連絡。患者は1回使用したものの健康被害なしを確認。すぐに正しい薬剤と交換した。	○作業手順の不履行	急いでいる状況でも調剤者は投薬前にPDAを読み込むなど、調剤に関わる全行程をルールに従って行う。	ビーソフテッククリーム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				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
189	剤形ミス	○注意力散漫	一般名処方薬注意すべきものの勉強	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ビーソフテッククリーム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
190	イグザレルト錠15mgを調剤するところ、処方頻度の多いイグザレルト錠10mgで調剤してしまった。	監査の油断でした。シート形状も似ているので注意して調剤するべきだった。	棚に目立つように規格を表示する。	イグザレルト錠15mg	イグザレルト錠10mg	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
191	一般名処方で、リンデロン点眼点耳点鼻液がベタネタゾンリン酸エステルナトリウム点眼点耳点鼻液0.1%と、点眼点鼻用リンデロンA液がベタメタゾンフラジオマイシン配合点眼点鼻液を見間違えてしまった	名前が似ている薬品は、事前に勉強して、覚えておく	こちらの薬局は監査システムを導入しており、必ず監査システムを通し、人の目と監査を二重チェックするようにします	点眼・点鼻用リンデロンA液	リンデロン点眼・点耳・点鼻0.1%	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
192	一般名：ヘパリン類似物質クリームの処方のところを商品名「ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%（日医工）」で渡してしまい、次回、来局時に同じ処方だったので発覚した。	ヘパリン類似物質クリームとヘパリン類似物質軟膏の2剤型があることの認識が薄かった。	ヘパリン類似物質にはクリームと軟膏があることを表示する。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ビーソフテッククリーム0.3%	確認を怠った	知識が不足していたその他			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「規格・剤型間違い」）

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
193	一般名処方 テオフィリン徐放錠200mg(24時間持続)を間違えてテオフィリン徐放錠200mg(12-24時間持続)で入力してしまった。入力後薬を調剤する段階で、テオフィリン徐放錠200mg(12-24時間持続)は1日2回朝・就寝前の用法のはずが、1日1回夕食後の指示だったので、疑問に思いよく調べたら、入力が間違っていることに気が付いた。	一般名処方名が似ているので紛らわしい 24時間持続は医科のレセコンの都合で短縮されていると思っ込んでいた。	一般名処方を改善してほしい。12-24時間持続と24時間持続は24という数字が被るので、12時間が24時間どちらかの表記にしてほしい。「処方せんの見間違い 処方医薬品の多さ」	テオフィリン徐放錠200mg「トーワ」	テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」	確認を怠った	知識が不足していた	コンピュータシステム医薬品		ヒューマンエラー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	剤型違いで入力ミス、そのまま採薬しPOT監査	薬剤師1名の時間帯のため急いでいた	規格違い、剤型違いの薬に注意する	【般】ヘパリン類似物質外用液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	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	いつも、当局を利用されてる70歳男性、アムロジピンOD2.5mgを、処方されたが、5mg錠を誤調剤。本人様に電話連絡し、服用前であり、お詫びし差し替えてを、行った。	薬棚の上下にアムロジピンOD2.5mg、5mgを配置していた、シート形状もそれぞれ酷似しており、2.5mg・5mg共に、シートに特徴がない、ダグの色見もあまり変わらない。	薬棚の上下から、1マス空けて、配置し、規格注意と貼り付け注意喚起している。メーカーにも、ダグの色見を変えることができないかと依頼。	アムロジピンOD錠2.5mg「NS」	アムロジピンOD錠5mg「NS」	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	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
196	フェキソフェナジン「EE」が全量で168錠処方され投薬後、他の薬剤師がフェキソフェナジン「EE」の棚にフェキソフェナジン「SANIK」が入っていたのを見つけ発覚、患者様に確認したところ、フェキソフェナジン「EE」68錠・フェキソフェナジン「SANIK」100錠を渡してしまった。患者様は服用しておらず、直ちに交換した。	フェキソフェナジン「EE」と「SANIK」の棚が隣同士で色・形も類似していたため間違えて補充し、また調剤・監査と二人の薬剤師が関わったが気づかず投薬してしまった。忙しさのあまり、集中力の低下と注意の散漫が要因であると思われる。	薬品棚を隣同士にせず、1カ所ずらした。調剤・監査時に薬品名および規格等、声だし確認を義務付けた。	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「EE」	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	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
197	処方1月17日ロサルタンカリウム25mg他60日分。患者様はその後2回処方箋持参で来局。3月18日に定期処方ロサルタンカリウム25mg他60日分。3月27日棚卸中に在庫数不明発見。規格違いの交付の可能性発覚。連絡後、患者様より3月27日は25mg(緑ライン)1月17日は50mg(オレンジライン)をお渡していたこと判明。お詫び。患者様はお薬分類の際に色と錠剤の大きさが違うため、途中でのまずに次の25mgを飲んでた。残薬ともにあり。誤りに気が付かぬままの心配について陳謝。残薬50mgは回収、25mgをお渡す。	予め作っておいたお薬の調剤過程でのピックアップの誤り。外箱の類似。頻度において50mgが上のたに定期処方ロサルタンカリウム25mg他60日分。3月27日棚卸中に在庫数不明発見。規格違いの交付の可能性発覚。連絡後、患者様より3月27日は25mg(緑ライン)1月17日は50mg(オレンジライン)をお渡していたこと判明。お詫び。患者様はお薬分類の際に色と錠剤の大きさが違うため、途中でのまずに次の25mgを飲んでた。残薬ともにあり。誤りに気が付かぬままの心配について陳謝。残薬50mgは回収、25mgをお渡す。	外箱が同様で用量違い・OD錠と調剤時には確認しなければならぬ要素と誤りへの可能性は大きい。用量な、25mgは下の引出しにはいっていたが、最近の頻度は逆転してしていた。投薬チェックの際にもスルーしたことは重大である。	ロサルタンカリウム錠25mg「テバ」	ロサルタンカリウム錠50mg「テバ」	確認を怠った 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
198	錠剤の取り違い	薬剤師の規格の知識不足確認ミス箱出しの規格の表示が小さい、ヒートが似ている	規格の知識を増やす規格がわかりやすい表示にする	アゾセミド錠60mg「JG」	アゾセミド錠30mg「JG」	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「規格・剤型間違い」)

No.	事例の内容	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果
		背景・要因	改善策	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	
199	一般名処方で【ヘパリン類似物質クリーム0.3%】とあったが、【ヘパリン類似物質軟膏0.3%】だと誤って認識し、誤ってレセコン入力、調剤を行った。	○処方せんの見間違い: 普段、主に受け付けている医療機関では【般)ヘパリン類似物質クリーム0.3%】を採用しておらず、【般)軟膏0.3%】を調剤することしかなかった。そのため、「クリーム」「軟膏」の剤形確認をおろそかにした。 また、一般名で【類似物質軟膏0.3%】でも、実際に調剤する商品名は「類似物質油性クリーム0.3%」である。(一般名)軟膏=(商品名)油性クリーム、(一般名)クリーム=(商品名)クリームという名称がわかりづらく、監査もしづらい。	一般名処方の際には、剤形まで確認をおろそかにしない。また、普段受け付け頻度の少ない医療機関からの処方箋の受付時や、採用のない医薬品の際はなおさら注意する。	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%「ニプロ」	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
200	入力ミスにより剤型違いの薬を採薬	薬剤師1人のため	監査の徹底	ピー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	知識が不足していた	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
201	「一般名」ヘパリン類似物質外用液(ヒルドイドローション)が処方されていたが、「一般名」ヘパリン類似物質軟膏(ヒルドイドソフト軟膏)を調剤してしまった。	一般名処方のため、しっかり処方内容を確認しないと間違いやすいことが分かっているながら確認を怠ってしまった。投薬前に医療事務に確認してもらいミスに気づくことができ、未然に防ぐことが出来ました。○処方せんの見間違い	一般名処方になると、今まではローションと軟膏という記載で分かりやすかったのが外用液と軟膏という記載に変わってしまうため、確認がもれやすくなってしまふ。そのため、処方内容は最初から最後まで確認するという基本をしっかり守る必要があると思いました。また、見間違いが起こってもダブルチェックすることでミスを未然に防ぐことが出来るので、一人薬剤師では調剤業務は当然一人になってしまうが、確認を複数の人間で行うことが重要だと思いました。	ヒルドイドローション	ヒルドイドソフト軟膏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
202	一般名処方ではヘパリン類似物質ローション 25g「乳液タイプ」と記載。ジェネリック希望の方だったためピーソフテンローションで入力し調剤してしまった。○外用薬の採用包装単位による計数間違い	ヘパリン類似物質ローションの薬剤は先発とジェネリックで性状が異なる。また包装規格もヒルドイドローションは25g、50gとあるのに対しジェネリックのピーソフテンローションは50gしかない。ジェネリック可ということに意識がいき、性状の違いまでチェックをおこたった。また薬剤監査システムを採用しており、画面上数量が0.5本と表記されたが数量エラーには気が付かなかった。	ヒルドイドローション、ピーソフテンローション各薬品に、札等で「性状注意」など注意喚起する。先発後発医薬品で性状のこだわりがある場合は処方元に商品名での処方記載を依頼する。	ヒルドイドローション0.3%	ピーソフテンローション0.3%	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「規格・剤型間違い」）

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
203	忙しい時間帯だった。処方箋はヘパリン類似物質泡状スプレー100gと記載してあった。ヘパリン類似物質は色んな剤型があり、泡状スプレーも、スプレーもどちらも一般名はヘパリン類似物質スプレー0.3%となる為、区別ができるよう、泡の時は処方箋がヘパリン類似物質泡状スプレーと記載されている。焦っていたからか、泡状を見落としてスプレーを調剤。そのまま監査に回してしまった。監査時にミスが発覚。すぐに泡状スプレーを集めてお渡しした。	忙しい時間帯だった。ヘパリン類似物質は泡状スプレーが良く処方され、スプレーは数人しかもらわないのに、なぜかスプレーと勘違いして集めてしまった。	どんな時でも落ち着いて調剤をする。処方箋をしっかりと見る。集めた後に再度確認してから監査に回す。	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日医工」	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「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
204	ピーソフテンローションを調剤するところ、ヘパリン類似物質クリームを調剤してしまった。他の薬剤師が監査時に発覚。正しい薬剤と調剤、監査、交付した。	一般名処方において、成分名が長い場合、規格まで確認できておらず、外用液とクリームを誤って、思い込みで調剤したことが原因だと考えられる。注意力散漫。	一般名処方の場合、成分、メーカー名だけでなく、規格までしっかり確認し、調剤、監査、投薬を行う。	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」	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
205	モーラステープL40mgの処方であったが、前回処方であったモーラステープ20mgで入力してしまった。ピッキング時には処方せんで正しく調剤した。監査時ポリムスがエラー表示がでたため、ピッキングミスだと思い込みポリムスの表示と患者情報シートの20mgの表示をみて、誤っているモーラステープ20mgに調剤しなおした。投薬時、ご本人に確認し指摘され、処方せんで確認しデータの入力ミスであることが発覚した。	処方せんで確認するという認識の低下処方せん入力が入力であり、QRコードでないため人為的ミスが発生しやすい	ポリムスでのエラーが出た際に、ポリムスの表示でなく原本で確認を行う。手入力の危険性を理解し、規格・類似名称にチェックをつけながらの確認をする今後も、ご本人との最終確認を継続する。	モーラステープL40mg	モーラステープ20mg	確認を怠った	技術・手技が未熟だった		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
206	特別養護老人ホームの処方せんで一般名処方がされており「クロロリマゾールクリーム1%（100g）+ブレドニゾン吉草酸エステル酢酸エステルクリーム1%（100g）」の混合調剤の指示であった。その際、スピラゾンクリーム0.3%を調剤するところ、スピラゾン軟膏0.3%だったことに気付かず、そのまま調剤してしまった。発注システムにより、処方薬のスピラゾンクリーム0.3%ではなく、スピラゾン軟膏0.3%が調剤されていることに気付いた。投薬の前に気付いた為、患者には正しいお薬を交付した。	一般名処方では類似した名称の薬もあって、薬剤名称の確認に重心を置いてしまい、剤形の確認不足という単純なミスであった。また、配達であった為時間にも余裕があり、注意力散漫になっていたと思われる。	・処方が多い等バイアスをかけず、気持ちをフラットにして処方せんを確認する・薬剤名称+規格を一字一句省略せずに指差し確認を行う	スピラゾンクリーム0.3%	スピラゾン軟膏0.3%	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「規格・剤型間違い」）

No.	事例の内容	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果
		背景・要因	改善策	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	
207	定期の薬であるイルベタン錠100mg分1朝食後で調剤するところイルベタン錠50mg分1朝食後で調剤してしまった。間違いに気がついたのは患者のご家族であり、まだ服用していなかったため早急に正しい薬にお取替えした。	通常の調剤業務に起こったミスであるため気が緩んでしまったことであると考えられる。午前中の忙しい時間帯で起こってしまった調剤過誤である。	調剤において起きたミスであり幸い患者様に対して重大な事故のつながりなかったが、このようなことは多数の医薬品扱っていくうえで往々にして起こりうることである。そのため、ダブルチェック、トリプルチェックなどの監査の徹底を強化する必要がある。また、調剤棚において類似医薬品等においてピッキングしやすいように工夫することも必要だと感じる。	イルベタン錠100mg	イルベタン錠50mg	確認を怠った。報告が遅れた(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	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
208	泡状スプレーの処方だったのを軟膏で調剤してしまった。	一般名で処方があり、ジェネリックに変更に気を取られてしまい、よく処方される軟膏を調剤してしまった。	スプレーの時は処方箋に赤丸を付けることで、調剤ミスの改善を試みた。	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日本臓器」	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	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
209	【一般】ベタメタゾン外用液という記載の処方箋でリンデロンVGローションをピッキングし監査に回してしまった。	ベタメタゾン外用液という文字をみて頭の中にリンデロンVGローションと決めつけてしまっており、十分に確認をすることなくピッキングしてしまった。	外用ステロイド製剤は似た一般名が多いので、特に意識して全て確認するよう徹底する。	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	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
210	オルメサルタンOD錠5mg「DSEP」調剤時、棚にオルメテックOD錠5mgが30錠混入していた。	以前、オルメテックOD5mgをジェネリックへ変更した際、先発品を棚に戻すときに類似（AGジェネリック）である棚に戻し間違えたと思われる。商品名・商品外見が酷似。	棚の場所を離れた。	オルメサルタンOD錠5mg「DSEP」	オルメテックOD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
211	繁忙時に来局。当帰芍薬散と誤って芍薬甘草湯を調剤し、監査でも誤りを見逃したまま薬剤を交付した。後日「薬情と異なる薬が入っている」と本人が来局され誤りが発覚した。芍薬甘草湯は回収し、当帰芍薬散に交換して謝罪した。	名称が類似しており、取り違いが起きた。外観は異なるが、繁忙時のため監査が疎かになっていた。	名称類似医薬品の取り違いである為、監査時薬品名を指差し確認し注意を促す。ツムラの漢方は番号で色分けされている為、全量を番号・色でも確認する。	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
212	モサブリドクエン酸細粒1%（10mg/g）を3.5g秤量時、チアブリド10%細粒10%を3.5gを計量してしまった。箱に記載してある記載及び薬品名が酷似していたため、他薬剤師に確認をもとめた。誤認であることを確認し、正しい薬品を再度計量した。	「〇〇ブリド」という部分の酷似、「10mg/g」「10%」の読み違い、計量時監査システムの薬品登録をしっかりと行っていなかった。	両薬剤の薬品の棚変更と監査システムへの登録を行った。	モサブリドクエン酸塩散1%「テバ」	チアブリド細粒10%「サワイ」		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
213	患者が処方せんを持って来局。処方せんには一般名で（般）セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg1日3回毎食後、3日分の記載あり。薬剤師Aは誤ってセフジトレンピボキシル錠100mg「日医工」を調剤。監査の薬剤師Bが誤った薬剤で調剤していることを発見、指摘。薬剤師Aは処方せんの記載を再度確認し、セフカペンピボキシル錠100mg「日医工」で再度調剤。薬剤師Bが再度監査を行い、正しい薬剤を患者に投薬した。	同じ薬効分類の引き出しに、類似名称、メーカーや規格も同じ薬剤があった。自店の在庫としてセフジトレンピボキシル錠があることを知らなかった。	一般名処方せんの成分の読み間違い例。最低始まり文字は必ず確認。類似名称がある薬剤については、薬剤師スタッフ同士で情報共有する。取り間違い多発する場合は、薬剤配置を再検討する。	セフジトレンピボキシル錠100mg「日医工」	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「日医工」	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
214	【正】ジャディアンス錠25mg【誤】ジャヌビア錠25mg	入力時2次元バーコードが読み取れず、手入力した。前回はジャヌビア錠50mgとジャディアンス錠10mgの処方が出ており、今回の処方ジャディアンス錠25mgとエクメット配合錠へ変更になった。入力者はジャディアンスを入力するところジャヌビアを入力してしまい、初期監査、最終監査では間違いを見落とした。	2次元バーコードの印刷が鮮明になるよう病院へ依頼。似ている名前の薬があることを認識し、確認を徹底する。電子薬歴の鑑査情報の確認を徹底する。	ジャディアンス錠25mg	ジャヌビア錠25mg	確認を怠った	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
215	処方薬はクレストールであったが、薬剤をジェネリックであるロスバスタチンで調剤した。鑑査システムであるポリムスを使用し忘れて投薬者に薬剤が渡されたが、薬袋と交付薬の名前が違うことに気づき薬を渡す前にロスバスタチンと取り換えてお渡しした。	鑑査システムの使用漏れ先発品とジェネリックの外観の類似	鑑査システムを必ず使用する。クレストールとロスバスタチンのシートをどちらかをウィークリーにする等検討する。	クレストール錠2.5mg	ロスバスタチン錠2.5mg「トーフ」	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.	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			PMDAによる調査結果	
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他		
216	ツムラ葛根湯 7.5g×分3毎食間 10日分の処方記載されていた。医薬品棚に漢方薬は管理されていた為、葛根湯の隣に補中益気湯が配置。包装が類似していた事もあり、そのまま気付かずピッキングを行った。パレラにて最終監査を行った際にエラーが発生し、誤りに気付き正しい葛根湯をピッキングして投薬を完了した。	漢方の包装類似には十分気を付けていたが、患者様から血圧計の事についての質問と月末で他の業務も立て込んでいた事が重なってしまい、焦って調剤を行ってしまった。	棚の配置を止めて、引き出し管理に配置。処方頻度の多い漢方薬は189包・処方頻度の少ない漢方薬は42包に切り替え。また、スタッフ間で包装類似の漢方薬についてはスタッフ間で注意喚起を促し周知を行った。	ツムラ葛根湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ補中益気湯エキス顆粒(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	
217	カルボステインDS50%「タカタ」を含む、3種類の散剤混合調剤をA薬剤師が行った。数時間後に、カルボステインDS50%「タカタ」を含む散剤調剤をB薬剤師が行う際に、未開封のカルボステインDS50%「タカタ」しか在庫がなく、別の薬剤が調剤されていた可能性が浮上した。患者様に連絡し、調剤した薬を回収し確認したところ、外観・味・在庫量などからクラリスロマイシンDS10%「タカタ」を誤って調剤していることが発覚した。	A薬剤師は、調剤の慣れ・不注意から、カルボステインDS50%「タカタ」の瓶が空になって新しい瓶を開封する際に、外観が類似しているクラリスロマイシンDS10%「タカタ」をピッキングしていることに気づかず調剤をした。当薬局には監査システムが導入されていない、調剤した薬が合っているのかは、調剤時に調剤者が確認するだけだった。作業手順の不履行、単純なミス、注意力散漫	鑑査機を導入し、ジャーナルを印刷し調剤した薬剤が他の薬剤師にも見えるようにし、ダブルチェックを行う。散剤を充填、ボトルの交換をする際は、鑑査機の充填機能を使い薬剤の取り間違いがないかを確認する。チェック方法、鑑査方法の手順書を作成し、各従業員が遵守できるように意識付けを行う。	カルボステインDS50%「タカタ」	クラリスロマイシンDS小児用10%「タカタ」	確認を怠った 記録などに不備があった	技術・手技が未熟だった 勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム 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	
218	フロモックス錠100mgの処方後発医薬品希望の患者だった。薬剤師Aはセフカペンピボキシル錠100mg「サワイ」で調剤しなければいけなかったが間違えて類似名のセフジレンピボキシル錠100mg「サワイ」で調剤してしまった。薬剤師Bが鑑査時にピッキングマシンで確認をしたところ間違いに気づき薬剤師Bは薬剤師Aに誤り伝えた。薬剤師Aはセフカペンピボキシル錠100mg「サワイ」に正しく調剤し薬剤師Bに鑑査してもらった。	処方が一般名でなかったのもあるが後発品名が類似しているため思い込みで他薬を調剤してしまった。また薬品棚の位置が隣だったのも要因として考えられる。○単純なミス○注意力散漫	薬品棚の配置を離すように配置し直す。薬品棚に類似薬品名ありの注意書きをする。薬局内で情報共有し再発防止に努める。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	セフジレンピボキシル錠100mg「サワイ」	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
219	Rp. タブロス点眼液 のところ、ラタプロスト点眼液「科研」をとり、監査時に発見された。	・医薬品名の類似、同容量など思い込みあり、薬品名を確認せずとってしまった。・とった後の再確認を怠った。	・処方せんの薬品名、調剤する薬品名を最初から最後まで確認することを徹底する。・とった後の再確認を怠らない。	タブロス点眼液0.0015%	ラタプロスト点眼液0.005%「科研」	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	
220	カムシアHDとユニシアHDを取り違えてしまったが、集中できておらずWチェックをしたのに気付かなかった。	カムシアとユニシアの名前が似ているため、単純なミス。	会議で事例を共有する。	カムシア配合錠HD「あずか」	ユニシア配合錠HD	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
221	スピオルトレスピマットが処方されていたが、スピリーパレスピマットを調剤してしまった。	薬品名称がよく似ていること、箱の形状がよく似ていること、同じ引出しの中に収納されていたことで間違ってしまった。また、スピオルトレスピマットが最近採用になり、調剤者が多く処方されているスピリーパレスピマットと思い込んでしまったことにより間違ってしまったと思われる。	形状が似ている箱なので、収納する引出しを別々にして取り間違えないようにする。新しく採用した薬は、皆で情報を共有して間違えないように注意喚起する。	スピオルトレスピマット60吸入	スピリーパ2.5μgレスピマット60吸入	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
222	イルベサルタン錠の棚のケースの中にアバプロ錠を間違えて入れていた。	外見が似ていた。	充填時に外見をよく確認して商品名を見る。	イルベサルタン錠50mg「DSPB」	アバプロ錠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
223	患者さん本人からいつもと薬が違うという指摘確認すると薬が違っていた	ヘルプにきていてもらい調剤もお願いしていたが、一般名処方のため名も似通っていて確認不足であると思われる	監査時、投薬時に再確認	ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」	ラベプラゾールNa塩錠10mg「オーハラ」	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
224	ペボタスチン錠10mgが処方されていたところ、誤ってペタヒスチン錠6mgを調剤してしまった。	薬剤名の類似とペタヒスチンの方が処方頻度が高かったため、取り間違いが起こってしまったと思われる。	薬剤名を十分確認した上で調剤を行うようにする。	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ペタヒスチンメシル酸塩錠6mg「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
225	カセットの薬剤名確認ミス	○単純なミス	あいいうお順にカセットが並んでいるため、似ている薬剤名だと先発、後発で前後になる場合もあるため必ずカセットを引き出す前に薬品名を確認してからカセットを引き出すようにする。	パロキセチン錠20mg「サワイ」	パキシル錠20mg	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
226	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には一般名での処方「テルミサルタン80mg・アムロジピン配合錠」が91日分の処方されていた。GE希望の患者さんでテラムロ配合錠「DSEP」を以前よりお渡ししていた。調剤者薬剤師Aはテラムロ配合BPを箱の中に入れていた74錠取り出し、新しい箱を開封し17錠取り91錠とした。実際にはミカムロ配合錠BPの箱から17錠取り出ししており、鑑査にあたった薬剤師Bも混ざっていることに気が付かず交付した。	調剤者は箱の類似しているミカムロ配合錠BPをテラムロ配合錠BPと間違え調剤。名前をしっかりと確認することを怠った。また、バーコードで読み取っているが、最初に取った薬を読み込んだが、後で取った薬を読み込まなかったためエラーがかからなかった。	別の箱を開封する際には両方のバーコードを読み込む。	テラムロ配合錠BP「DSEP」	ミカムロ配合錠BP	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
227	薬品引き出し、ミ行で同じ枠内にあり、取り間違い。	PTPシートの模様も銀色と緑色で似ている。	片方を引き出しから場所を変える。	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」	ミチグリニドCa・OD錠10mg「三和」	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
228	コソプトを確認してもらおうと、前回は袋が透明だったといわれる。エイゾプトと間違えたのかと思い、実物を見せて多判断でせず。後で家に連絡し家族の方に薬の名前を読み上げてもらおうとエイゾプトで渡していたことが判明。	同じ引出しに入っているので取り間違えた。系統が同じなので思い込みで間違えた。窓口、監査が同一人物だったので間違いはないと思い込んでいた。	調剤のときに薬品名をしっかりと確認する。似たような名前前の薬は確認により注意する。調剤、監査にかかわっていても新しい目で再度確認する。薬剤の配置を変更した。	コソプト配合点眼液	エイゾプト懸濁性点眼液1%	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
229	一日3回毎食後に服用するエチゾラムが処方されていたが、投薬時にエスタゾラムが調剤されていることを患者さんの前で確認。眠剤を1日3回服用させてしまうところだった。またミスの露呈により、患者さんに不安を与えてしまった。	名前が似ており、棚も上下に並んでおり、ピッキングミス。(単純なミス)5種類の分包薬もあり待たせていたので、患者さん手前にて監査投薬をしていた。(焦り)	待たせていても監査後に患者さんと呼び、その後投薬するように徹底。	エチゾラム錠0.5mg「アメル」	エスタゾラム錠2mg「アメル」	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
230	油性とクリーム	なれ	要注意コメントのこす	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ヘパリン類似物質クリーム0.3%「YD」	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
231	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日本臓器」100gのところヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」25g×4本を調剤し投薬した。次の来局時に患者様より申し出があり、間違いに気づいた。正しい薬品と交換し、病院の医師へ報告した。少し使用したものの健康被害はなかった。	名称が似ている為の、うっかりミスだった。	薬品名をしっかりと確認し、数量についても確認していればなかったミスと思われるので、処方箋、入力後の薬品情報をしっかりと確認しながら監査するようにする。	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日本臓器」	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	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
232	ムラ猪苓湯7.5g分30日分の処方。42包の包装品で備蓄しているが、同じ並びにツムラ清肺湯42包も保管しており、90包渡した中に、清肺湯が42包混在していた。帰宅後に患者家族が混在に気づき連絡があり、服薬前に交換できた。	猪苓湯と清肺湯の置き場所が近く、また備蓄用の42包装品も並べて置いてあり、しかも番号が40と90で色も似ていた為、混在に気付かなかった。実務実習生が調剤を行ったが、鑑査をした薬剤師も窓口が混雑しており、焦りもあった。	保管場所を変更し、特に見た目(色)が似ている漢方はそばに置かないようにした。鑑査時に確認を徹底するようにした。	ツムラ猪苓湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ清肺湯エキス顆粒(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	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
233	カリーユニが処方され、薬棚に在庫がなかったため、新しい箱を開けて補充する際に間違えてヒアレインを開けて補充。そのまま剤だした。監査時には目薬の袋に入っており、そのまま個数を確認し、投薬でも同様に目薬の袋に入ったまま患者様にお渡し。	色が似ていたため、剤だし、監査ともに思い込みで行ってしまった。	補充の際に声だし確認をする。剤だし時には、目薬の袋に入れずに監査にだすようにする。監査時にも声だし確認する。投薬時にも目薬の中を見せるようにする。	カリーユニ点眼液0.005%	ヒアレイン点眼液0.1%	確認を怠った			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
234	(一般名)ベタヒスチンメシル酸塩錠6mgの所を(一般名)ベボタスチンベシル酸塩10mgで調剤し、調剤監査時に発見。	語感が似ているため、取り間違えた。	10mgと6mgに○をつけて調剤する	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工」	ベボタスチンベシル酸塩錠10mg「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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
235	ジャヌビア50mgの処方だったが、隣の棚にあるグラクティブ25mgとあやまってピッキング。その後、2人以上で確認しているが、見過ごしてしまった。	クスリが似ていることと、隣の棚の棚にあるグラクティブ25mgとあやまってピッキング。その後、2人以上で確認しているが、見過ごしてしまった。	たなを変えて隣に並べないようにした	ジャヌビア錠50mg	グラクティブ錠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
236	テルミサルタン錠40mgで調剤、投薬すべきところ、バルサルタン錠40mgで調剤、投薬してしまった。	一般名での処方、非常に名称が類似していた。また、規格もいずれの薬剤も40mgが存在し、思い込みで調剤、監査を行ってしまった。当薬局ではバルサルタンのほうが調剤頻度が高く、テルミサルタンの存在に気付かなかった。	一般名が酷似している薬剤は多い為、必ず最後まで読んで、調剤・監査を行う。また、継続で処方されている患者様も多いので、必ず投薬時に現物を患者様にも確認してもらうようにする。	テルミサルタン錠40mg「DSEP」	バルサルタン錠40mg「サンド」	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
237	一般名が類似しているものを取り違えた。配合剤の一般名で表記が長く、規格の違いに気づかず調剤、監査してしまった。	一般名で処方の場合、頭の中で商品名に変換する必要があるが、類似した一般名の場合、特に間違いが起きやすい。特に配合剤の場合、部分一致の商品は複数あるため、正確な変換が必要である。また、レセコンで変換された商品名と一致しているかの確認も必ず行うようにする。	一般名で処方されたものの監査時には、レセコンで変換された商品名と一致しているか、必ず確認を行う習慣をつける。	テラムロ配合錠BP「DSEP」	テラムロ配合錠AP「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
238	ガステール40mg処方のところ間違えてカルボシステイン250mgを投薬。	棚の場所が近く、錠剤・ヒートの大きさも似ている為取り間違えた。	棚の場所を離し、表示を見やすくした。	ガステール錠40mg	カルボシステイン錠250mg	判断を誤った		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
239	いつもご利用下さっている患者様で、近隣の病院を受診されたのちご来局下さりました。定期薬のうち種類の医薬品のお渡し間違いをいたしました。繁忙時間帯にお越しになられて、一般名処方の処方箋でした。10日後に患者様から電話でご連絡があり、薬を確認した所、エチゾラム錠0.5mgを42錠お渡ししないといけないところ、セニラン錠2mgが42錠入っていたとお話し下さりました。定期薬で手持ちの残薬があったため、残薬を服用されていたとの事でした。薬局の実在庫数も確認し、間違えてのお渡しをしていた事が判明し、謝罪をいたしました。服用間違いや体調への影響は回避できました。	繁忙時、処方箋のFAXをいただいている方と直接ご来局の方が混在していました。後薬時に見間違い・思い間違いをし謝った医薬品を交付してしまいました。	繁忙時にもしっかり監査を行う。調剤薬の再確認時に思い込みにならないように注意する。ジェネリック医薬品の場合は包装が類似しているものがあるため意識をし注意深く確認を行う。	エチゾラム錠0.5mg「SW」	セニラン錠2mg	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
240	加味帰脾湯を加味逍遙散で投薬	薬品名 類似	お薬カード写真で再確認	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）	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
241	ツムラ苓桂朮甘湯が処方された患者に、ツムラ苓姜朮甘湯を交付してしまった。	ツムラの番号を検索するときに50音順のリストを見て確認しているが、苓桂朮甘湯の1行上の苓姜朮甘湯の番号を見てしまった。調剤監査システムを導入しているが、監査システムも苓姜朮甘湯で通ってしまった。	調剤監査システムでは医薬品のバーコードと画像で判別するが類似した画像の場合通ってしまう事が判明した。当該医薬品についてはバーコードのみの監査をするようにシステムの設定を変更した。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒（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 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
242	クラリス錠50mg小児用が取るべき薬なのに対して、見た目では似ていて近くにおいてあるキネダック錠50mgを間違えて取ってしまった。	見た目とmgで判断してしまった。近くにあるのでクラリス錠50mgの場所に手を伸ばしたつもりだった。		クラリス錠50小児用	キネダック錠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
243	ベボタスチンベシル酸塩錠10mgが処方されていた。ピッキング者はベボタスチンの棚から処方分の数量をピッキング。タリオンが混在していたことに気付かず。監査時に発覚。	以前ピッキング数量ミスでタリオンが棚に返却される際に誤ってベボタスチンの棚に戻されていた。シートが酷似しているためピッキング者は気付かず。	ピッキングする際は重なっているシート1枚1枚の確認を怠らない。棚に医薬品を戻す際にも間違いがないか注意深く確認する。	ベボタスチンベシル酸塩錠5mg「タナベ」	タリオン錠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
244	メキタジン8錠をピッキングするところを誤ってモンテルカストをピッキングしてしまった。	棚の位置が近く、外見の色が濃いオレンジ色で似ていたのと、モンテルカストの8錠の端数がちょうどあったため。	棚の位置を移動して距離をおくようにしました。	メキタジン錠3mg「タイヨー」	モンテルカスト錠10mg「KM」	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
245	一般名処方でオルメサルタンメドキシソミル口腔内崩壊錠20mgと書いてあり、前回オルメサルタンOD20mg投薬していたにも関わらず、オルメテックOD20mgを調剤し、患者様へ説明、指導行っている際に気づき、調剤をやり直しました。	月曜日で、忙しかったのは事実ですが、類似しているため、特に気を付けるべきだったと思います。	薬歴簿に先発品とジェネリックの区別を色分けする等、工夫していきたいと思います。	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	オルメテックOD錠20mg	確認を怠った	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
246	アバプロ100が処方されていたが、名称類似のアジルバ20を患者に渡した。	一人薬剤師の時間帯に患者が集中し焦りから注意力散漫し確認を怠った。	間違えた医薬品に目印をし、処方せんと医薬品とを何度も確認すること。	アバプロ錠100mg	アジルバ錠20mg	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
247	シート印刷が酷似しているため、セリプロロール錠をカルフィーナ錠1.0と取り違えたが、患者交付前の最終確認で気づき、事なきを得た。	シートの確認が不十分だったの。	監査システムに頼ることなく、目視での確認を十分行う。	セリプロロール塩酸塩錠100mg「テバ」	カルフィーナ錠1.0μg	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
248	ニコランジル処方された患者にニセルゴリンを取り違えた。一包化する際に気づき正しい薬で調剤し交付。	2剤の場所が近く錠剤の大きさも似ているため取り出し間違いによるもので、確認を怠らなければ防げるミスである○単純なミス	調剤時確認を怠らない	ニコランジル錠5mg「サワイ」	ニセルゴリン錠5mg「NP」	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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
249	患者が処方せんを持って来局。一般名オフロキサシン耳科用液0.3%1日2回左耳に点耳と処方せんに記載してあった。薬剤師Aが調剤する際、まだ在籍して日数もたっており、点眼薬の処方が多く、通常より1忙しいこともありタリビット点眼液0.3%で調剤するところをタリビット点眼液0.3%で調剤してしまった。監査に当たった薬剤師Bが監査システムを用いているときにタリビット点眼液0.3%ではなくタリビット点眼液0.3%で調剤していることに気づき調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aは正しくタリビット点眼液0.3%を調剤し再度薬剤師Bが監査を行った。監査時に間違いに気づいたため患者には正しい薬剤を交付した。	タリビット点眼液0.3%とタリビット点眼液0.3%で名前も似ており、忙しくもあったため日々の業務で点眼薬をしてあった。薬剤師Aが調剤する際、まだ在籍して日数もたっており、点眼薬の処方が多く、通常より1忙しいこともありタリビット点眼液0.3%で調剤するところをタリビット点眼液0.3%で調剤してしまった。監査に当たった薬剤師Bが監査システムを用いているときにタリビット点眼液0.3%ではなくタリビット点眼液0.3%で調剤していることに気づき調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aは正しくタリビット点眼液0.3%を調剤し再度薬剤師Bが監査を行った。監査時に間違いに気づいたため患者には正しい薬剤を交付した。	点眼薬と点耳薬を別の棚に設置した。また、本人にも薬局ない在庫の再度確認、類似薬剤名のものの注意喚起を行った。	タリビット耳科用液0.3%	タリビット点眼液0.3%	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
250	一般名処方箋でベボタスチンベシル酸塩錠を誤ってベタヒスチン塩酸塩錠10錠シートで56T調剤。監査の時点で、薬剤師が気づいて投薬には至らなかった。調剤時、確認をおこたった。	類似名であることは、調剤棚に明記してあったが、確認を怠った。	調剤棚にさらに注意喚起するようマーキングシールを貼り、朝の朝礼にて、薬剤師に報告し再度注意喚起しよう話をした。また、インシデントレポートを回覧した。	ベボタスチンベシル酸塩10「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩6「トーワ」	確認を怠った	通常とは異なる身体的条件にあった	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
251	一般名処方記載にて「カンデサルタン・アムロジピン錠5mg配合錠」と記載。過去薬歴を参考に調剤をしたところ、カムシア配合錠HDを調剤するところ、名称の類似により誤ってカデチア配合錠HDを調剤してしまい投薬、本人TELにて気づき、薬剤取り替えることになった。	商品名の類似性により誤って調剤、処方箋での一般名処方の確認を怠ってしまった。	処方箋を確認し、一般名から判断して調剤・監査をする。調剤室の棚に、一般名を記載し「アムロジピン」「ヒドロクロロチアジ」など一般名での違いを目立つように表記する。	カムシア配合錠HD「トーワ」	カデチア配合錠HD「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
252	バナンドライシロップ5%が一般名処方であったためセフボドキシムプロキセチルシロップ5%との表記をセフジトレンピボキシル小児用細粒10%と勘違いし、調剤を行ってしまい監査の段階で薬剤が異なる事に気づきバナンドライシロップ5%を改めて調剤し投薬を行った。	一般名処方の名称の2文字がセフと同じため勘違いをする要因となった。	一般名称が類似しているため、名称と薬剤が一致する表を作成し調剤時にも再度確認して調剤を行うように改善している。	バナンドライシロップ5%	セフジトレンピボキシル小児用細粒10%「OK」	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
253	一般名処方箋のベボタスチンベシル酸塩錠をジェネリック医薬品で調剤するところ、誤ってベタヒスチンメシル酸塩錠で調剤してしまった。	薬品名が類似している為、処方せんの見間違いにより、このような事例が起こってしまったと考えられる。	スタッフ全員へ周知を徹底し、カセットに「取り換え注意」等の注意喚起をすることで今後同じミスが起きないようにする。	ベボタスチンベシル酸塩OD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	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
254	患者様が処方箋を持って来局した。処方箋には「クラシエ葛根湯5g/分2朝夕食前、3日分 他7品目の薬剤」が記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からクラシエ葛根湯を調剤するところ、その近くの棚にあったクラシエ麻黄湯を取り出し分包機を使用し分包し監査に回した。監査にあたる薬剤師Bが監査するとほぼ同時に、薬剤師Aが処方薬のクラシエ葛根湯ではなく、クラシエ麻黄湯を調剤していることに気づいた。薬剤師Aはクラシエ葛根湯を正しく調剤し、薬剤師Bに監査してもらった。監査の段階で誤りに気づいたため、患者様には正しい薬を交付した。	クラシエ葛根湯とクラシエ麻黄湯は、漢方製剤の棚に配置され、メーカーや漢方名称文字数(3文字)が似ていたため間違えてしまった。また、同患者様来局前に似たような内容のクラシエ麻黄湯を含む小児処方箋を受け付けており、思い込みによる間違えを起こしてしまった。また、患者様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。 ○処方医薬品の多さ○焦り	漢方薬の配置について検討した。また業務手順を見直し、調剤者がピッキングの際に、薬の再確認を徹底することとした。	クラシエ葛根湯エキス細粒	クラシエ麻黄湯エキス細粒	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
255	処方記載一般名、クロバタゾール0.05%軟膏(GEマイアロン軟膏を選択)のところクロバタゾール0.05%軟膏(GEパルデス軟膏を選択)で入力および薬剤師A調製。薬剤師Bが交付時GEについて説明し、処方箋一般名確認したところ、別薬剤であること発見し、入力調製しなおしお渡し完了	繁忙時屋前。調剤内規にて、入力は3文字と規格濃度の入力を徹底しているが、どちらの一般名も4文字目まで同じで濃度も同じであり、全ての文字の確認の不備があったこと。	該当薬剤の先発品、後発品の箱に一般名類似注意カードを輪ゴムで括り付け。内規3文字+規格濃度入力に加え、処方内容の指し、読み上げを行う	マイアロン軟膏0.05%	パルデス軟膏0.05%	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		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
256	トリプタノール25mg(正)→トフラニール25mg(誤)類似名称品を調剤監査機器パレラで発覚	○思い込み○処方せんの見間違い ○単純なミス○注意力散漫	注意品目としてスタッフ全員に再注意調剤・監査時の声出し確認	トリプタノール錠25	トフラニール錠25mg	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
257	ノボリン30R注のところにノボラビット注30ミックスで調剤、その後監査にて発覚	「ノボ」30」など名称が似ている。 ○単純なミス	似たような名前の注射剤があることを再度確認し、徹底する。	ノボリン30R注フレックスペン	ノボラビット30ミックス注フレックスペン	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
258	カムシア配合錠HD「あすか」で調剤すべきところ、カデチア配合錠HD「あすか」で調剤。最終監査で別の薬剤師が気付く。	名称のみで調剤したため、類似のカデチア配合錠HD「あすか」を調剤してしまった。成分まで考えれば保管場所も普通薬と劇薬で異なるので気付けたはず。	特に配合錠については類似名称が多いので含有成分に注意して調剤・監査を行う。	カムシア配合錠HD「あすか」	カデチア配合錠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
259	一般名の類似からピッキング間違いを起こした。窓口でのアレルギーの聞き取りしたがタリオンのジェネリックと思い込みそのまま患者様へお渡しした。	タリオンのジェネリックを仕入れたばかりで色形の認識不足があった。忙しい時間だった。	監査時薬情の写真との照合とカウンターにおいて再度確認する。	ベボタスチンベシル酸塩錠5mg「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	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
260	ニボラジン錠28錠のところ、ニボラジン錠20錠とストミンA配合錠8錠で誤って調剤、監査時も気が付かずそのまま交付。	ニボラジン錠ピッキング中に全部取らずに一旦調剤室から離れてしまい、戻ってきたときに残りを薬品棚の場所が近くPTPの表面の色、大きさの似ているストミンA配合錠を取ってしまった。	ピッキング中に調剤室から離れる時は、ピッキング中の薬は全て取ってからにする。監査時もPTPシートの色、大きさだけで判断せず、PTPの印字も必ず確認する。	ニボラジン錠3mg	ストミンA配合錠	確認を怠った			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
261	【般】ヘパリン類似物質クリームが処方されたが、思い込みでヘパリン類似物質油性クリームを調剤。混合指示があったため、別の薬剤師に確認をしてもらった際、処方薬と剤形が異なることに気づいた。	一般名の類似薬の認識不足	一般名を調剤棚の薬品名の隣に表記する。	【般】ヘパリン類似物質クリーム	ヘパリン類似物質油性クリーム	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
262	アマンタジン塩酸塩50mg「杏林」とアンブロキシール塩酸塩錠15mg「PH」ほか計12種類を服用中の患者で調剤時にアンブロキシールとアマンタジンが混在していた。	アマンタジン塩酸塩50mg「杏林」とアンブロキシール塩酸塩錠15mg「PH」のPTPシートが酷似しているため、調剤時に混在、取り間違えが起こったと推測される。	PTPシートが酷似していることを周知し、調剤。PTPシートのデザインの変更	アマンタジン塩酸塩錠50mg「杏林」塩酸アンブロキシール錠15mg「PH」	塩酸アンブロキシール錠15mg「PH」アマンタジン塩酸塩錠50mg「杏林」	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
263	両方の薬剤ともにアスパラという名前が似ているため間違えてしまった。患者さんへの投薬の段階で気づき、正しい薬をお出した。	単純なミスであるが、忙しいこともあり、薬品名を最後のmgまで正確に把握していなかったこと	まず、ピッキングの段階でも、監査の段階でも、薬品名は正確に最後のmgまでキッチリ確認することが大切。また、患者さんとの相互確認により、さらに調剤過誤を防ぐことができると思います。	アスパラ-CA錠200	アスパラカルウム錠300mg	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
264	類似名称薬剤の取り間違い	医療事務が休憩に入り、応援者が1人となったタイミングで発生。応援者の為在庫把握が出来ておらず、不慣れた店舗で焦りもあり、類似名称薬剤の取り間違いに至った。	「類似名称あり」の注意喚起ラベルの貼付類似名称薬剤の周知	ノイロピタン配合錠	ノイロロピン錠4単位	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			ヒューマンエラー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	一包化でネオフィリンが処方されている患者(施設入居中)、調剤後に監査した薬剤師がネオフィリンではなくテオフィリン徐放錠100mgが誤って入っているのを発見した。患者には投薬前であり、再度調剤した。	薬の名前や薬効が似ていることから誤ったと思われる。○処方せんの見間違い	一包化調剤する前に正しい薬剤かどうか他の薬剤師と確認する	ネオフィリン錠100mg	テオフィリン徐放U錠100mg「トーフ」	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
266	スピロベントを取り出したつもりが同じ棚に入っているスピロノラクトンを出してしまったが、近くにいる事務員から指摘を受け間違いに気が付いた。単純な思い違いであったが、間違いに気づき反省した。	やはり類似名の薬品が近くに置いてあること	それぞれの外箱に目立つ付箋を張り付け注意するように改善した。	スピロノラクトン錠25mg「日医工」	スピロベント錠	確認を怠った判断を誤った	通常とは異なる身体的条件下にあった	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
267	アルファカルシドール1μg84錠の中にエディローL0.75μgが4錠混ざってピッキングされていた。監査システムの画像不備よりその監査もすり抜けてしまい最終監査時目視にて発見。	薬効別の棚配置にしており、似た形状の薬が近くに存在する。		アルファカルシドールカプセル1μg「EE」	エディローLカプセル0.75μg		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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
268	ロスバスタチン錠5mg「ゼリア」で調剤すべきところアトルバスタチン5mg「DSEP」で調剤。監査時に発覚。	類似の薬品名で思い込みがあり発生。規格先読みを徹底しており規格はあっているが、薬品名が間違っていた。	スタチン系に限らず、一般名処方、ジェネリックでは語尾が似ている薬品が多い、名称類似が多くあるという意識を共有する。	ロスバスタチン錠5mg「ゼリア」	アトルバスタチン錠5mg「DSEP」	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
269	似た名称の薬の取り間違え	監査不十分	一文字監査	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒（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
270	ブレドニゾン錠1mgを102錠交付するところ、レバミド錠が2錠混入していた。○端数の処理間違い	監査時の錠剤の端数の確認を怠った。また、前の患者の調剤時に端数の薬を戻す際、違う薬棚に間違えて戻したと思われる。○作業手順書に記載なし 処方薬と間違えて交付した薬剤のPTPの色が似ている。	錠剤監査時に、端数の薬も間違いが無いかよく確認し、これを確認することを作業手順書にも記載する。	ブレドニゾン錠1mg（旭化成）	レバミド錠100mg「NP」	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
271	先発品であるオルメテックOD錠20mgとオルメサルタンOD錠20mg「DSEP」を取り違えて交付。患者様から連絡があり交換した。	AGの為包装が酷似しており、箱自体が入れ替わってしまっていた。錠剤監査システムを使用したか、箱のコードを読み取ってしまったため、間違いに気が付けなかった○単純なミス	PTPシートのコードを読み込むように手順の変更をした。	オルメテックOD錠20mg	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	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
272	インスリングルルギンBS注ミリオペンリリーのところ、キットFFPを調剤監査してしまった。	名前がよく似ており、間違ってしまった。	冷蔵庫の中で、保管場所分ける。声だし確認。	インスリングルルギンBS注ミリオペンリリー	インスリングルルギンBS注キットFFP	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
273	患者が処方せんをもって来局した。処方箋には「ノイロピタン、3錠/分3毎食後、30日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際に、薬棚からノイロピタンを調剤するところを、一カ月の使用数量が圧倒的にノイロロピンの多いので、習慣上他の棚からノイロロピンを調剤してそのまま監査に回した。監査に当たった薬剤師Bが処方薬のノイロピタンではなくノイロロピンの調剤されていることに気づき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師はノイロピタンを正しく調剤し、再度薬剤師Bに監査してもらった。監査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	ノイロピタンとノイロロピンの棚は離れた違う棚に置いているが、一カ月の使用量が圧倒的にノイロロピンの多いため習慣上ピッキングしてしまった。名前も似ているので間違った。	間違いやすい薬品は、処方入力時などピッキング前に意識付けたり、マーカーなどでチェックするようにしている。	ノイロピタン配合錠	ノイロロピ錠4単位	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
274	後発品がされていたところ、誤って先発品を取り出してしまった。	イルベサルタン100mg「ニプロ」を先発品のイルベタン錠100mgと間違えて取り出した。当事者はイルベタン錠の後発品があることの知識がなくおかつ処方せんの見間違いで類似した商品名の先発品を選んでしまった。	今後は先発品と後発品の知識を深めることと、処方箋に記載されている商品名と取り出した医薬品の商品名を照らし合わせる作業を徹底することが必要です。	イルベサルタン錠100mg「ニプロ」	イルベタン錠100mg	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.	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			PMDAによる調査結果	
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他		
275	10/15ヒルドイドクリーム(一般名:ヘパリン類似物質クリーム0.3%)の処方所、ヘパリン類似物質油性クリーム(一般名:ヘパリン類似物質軟膏0.3%)を誤って調剤した。鑑査時に気づき、患者には正しい薬剤を交付。	よく処方になるヘパリン類似物質軟膏0.3%と勘違い、確認ミスにより発生。商品名が「クリーム」となっている為思い込みにより発生してしまったと考察。(処方箋見間違い)	一般名処方に関しては、外用に関しては特に基材(軟膏かクリームか)についてまでしっかり確認することで今後調剤ミスが発生しないよう職員へ伝達。	ヒルドイドクリーム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	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	
276	[一般名]クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏のデルモベート軟膏のところ、[一般名]クロベタゾン酪酸エステル軟膏のキンダベート軟膏にて誤ってピッキング。監査者である別の薬剤師が発見し、患者様にお渡しされる前に事なきを得た。	一般名が類似している薬剤であるという認識はあったが、多忙による〇焦りにより見落としてしまった可能性が高い。	多忙などときでも忘れない意識付け、注意喚起の札を薬剤付近に設置する等の対策が必要である。	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	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	
277	【正】(般)セフジトレンピボキシル細粒10%よりメリアクトMSを調剤 【誤】(般)セフカペンピボキシル塩酸塩細粒10%よりフロモックス小児用細粒10%を調剤	一般名を入力時に誤った。初期鑑査、調剤、最終鑑査、投薬時、誤りに気がつかずそのまま交付した。	最終鑑査の合間に初期鑑査を行わない。疲れが出ている場合は、外来が混雑していても一旦状態を整える。処方箋と調剤録の照合時に、類似薬は必ず一文字鑑査を行う。初期鑑査と調剤を同時に行う場合には、調剤時に用量だけではなく薬品名の確認も徹底する。処方入力時の途中で、他処方の変更入力を行わない。処方入力や確認の途中で中断・席を離れた時は、改めて1行目から指さし確認を行う。定期的に他店での事例を共有し、同様な例が発生しないよう事前に周知する。指さし確認、鑑査時などのチェックなどがなぜ必要なのかを理解し、形式的な作業にならないよう技術を習得する。	メリアクト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	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	
278	処方せんには「【般】セフカペンピボキシル塩酸塩100mg」と記載されていた。薬剤師が調剤する際、思い込みから「セフジトレンピボキシル100mg」を調剤してしまった。1次鑑査に当たった薬剤師が、間違いに気が付き調剤者に伝え調剤者は正しく調剤を行った	離れた別々の場所で管理していたが、名前が大変似ておりセフジトレンピボキシルの方が良く処方されるため忙しかったこともあり思い込みで調剤してしまった。	名前が大変似ている為、大変間違いやすいお薬であるため十分注意するように従業員に伝えた。また、似ている名称、規格、g数は特に間違いやすいことも従業員に伝えた。	セフカペンピボキシル100mg	セフジトレンピボキシル100mg	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
279	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「リンデロンVGクリーム 0.12% 1日1～2回 患部に塗布」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、同じ引き出し内(区画は別)から誤ってリンデロンVクリームを調剤し、鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師BがリンデロンVGクリームではなくリンデロンVクリームが調剤されていることに気づき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師AはリンデロンVGクリームを正しく調剤し、再度、薬剤師Bに鑑査してもらった。鑑査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	リンデロンVGクリームとリンデロンVクリームは同じ引き出し内にあり、名称も似ているため間違えた。また、患者が来局した時間は店内が混んでいたため焦りがあった。また、薬剤師Aは異動してきたばかりで棚の配置を覚えきれていなかった。	リンデロンVGクリームとリンデロンVクリームの引き出しを別にした。	リンデロン-VGクリーム 0.12%	リンデロン-Vクリーム 0.12%	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
280	類似薬であるセフカペンピボキシルとセフトレンピボキシルを取り間違い、調剤をしてしまった。	類似薬を離して置いていたが、“セ”と“ピボキシル”の文字だけを見て調剤をしてしまった。	今一度類似薬を確認し、散剤の匂いや色も把握しておく。多忙時でも焦らず、処方箋の文字と薬の文字を見て調剤する。	セフカペンピボキシル塩酸塩小児用細粒10%「サワイ」	セフトレンピボキシル小児用細粒10%「サワイ」	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
281	トラネキサム酸錠を調剤するとことクロルフェニシンカルバミン酸錠を調剤	トラネキサム酸錠とクロルフェニシンカルバミン酸錠隣の棚であり、改めて確認したところ棚に戻し間違いあり。錠剤形が似ていることもあり、調剤時気づかず。	棚を離した。	トラネキサム酸錠250mg「YD」	クロルフェニシンカルバミン酸エステル錠125mg「サワイ」	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
282	一般名グリミクロンHA錠処方 近くにおいてあった他の患者のハーフジゴキシン0.625mg10錠シートとシート形状 色が似ていたため間違えた	調剤中 患者に早くと催促されあせってしまった 単純なミス	忙しくても 調剤の同時進行やめる	グリミクロンHA錠20mg	ハーフジゴキシンKY錠 0.125	判断を誤った	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
283	クラシエ加味帰脾湯とツムラ加味帰脾湯を取り違い	メーカー違いで名前が似ている。場所もさほど離れていない。	棚に注意するよう紙で書いておく。調剤者から監査者に渡すとき調剤者ダブルチェック	クラシエ加味帰脾湯エキス細粒	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒(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
284	本来の処方方はシルニジピン錠10mg「サワイ」を1錠35日分である所、シルニジピン錠10mg「サワイ」を30錠、オルメサルタン錠20mg「トローワ」を5錠調剤し、監査も通り患者に渡ってしまった。翌朝、患者より違う薬が入っていると連絡があり発覚。	この二つの薬剤は調剤棚が上下であり外観も似ているために起きた事例と考えられる。	この二つの薬剤の棚の位置を変更し、遠ざけることで同様の事例がおこらないように対策をした。また職員一同に監査を慎重に行い、よりいっそうの注意喚起をうながした。	シルニジピン錠20mg「サワイ」	オルメサルタンOD錠20mg「トローワ」	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 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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
285	一般名処方で類似した薬剤名だったため、また同様に向精神薬に分類されており、近くに置いてあったため、取り間違いをしてしまった。	忙しさの中、思い込みからピックアップしてしまった。	類似した薬剤を隣同士に置かない。名称を言葉で言いながら確認を十分する。	ゾピクロン錠7.5mg「トーフ」	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「トーフ」	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
286	ビオスリー配合散で処方のところ、ビオフェルミン配合散で調剤。	2つのボトルが近くに置いてあり、充填のボトルの見た目も似ていた。	充填しているボトルの薬品名のシール印字を目立つようにし間違いがないようにします。	ビオスリー配合散	ビオフェルミン配合散	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
287	【正】一般名 プリモニジン点眼【誤】一般名プリンゾラミド懸濁液	指示書を確認時 入力ミスに気づけなかった	名称が類似している薬品が多いので 一文字監査の徹底をする	アイファガン点眼液0.1%	プリンゾラミド懸濁性点眼液1%「センジュ」	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	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
288	ツムラ柴胡加竜骨牡蠣湯エキス顆粒の所、ツムラ桂枝加竜骨牡蠣湯エキス顆粒で交付。服薬指導実施時に漢方の処方変更について伺ったところ、変更は無いと患者より聴取したことから、前回交付の薬が誤っていたことに気付いた。1か月間誤った薬剤を服用したが、健康被害はなかった。	・薬剤名が似ていた。・ツムラ桂枝加竜骨牡蠣湯エキス顆粒の処方歴があった。・前は、過去の処方歴を引用して入力した。	・レセコン入力後、処方箋と入力内容突き合わせる。・調剤薬監査の際、声を出して薬剤名等を読む。	ツムラ柴胡加竜骨牡蠣湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝加竜骨牡蠣湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った判断を誤った	知識が不足していた 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
289	ジェネリック希望でビタメジンB25mgの処方でシグマピタンをピックアップした168カプセルのうち100カプセルはシグマピタン、68カプセルはビタメジンでピックアップ監査時発見された	シブマピタンとビタメジンはシートがよく似ています取り間違いも多く、取り間違えた10カプセルシートを戻し間違えたことが原因です	取り間違い時、戻し間違いが発生しないように気を付けるまたピックアップ時も間違いがないか確認すること従業員全員に周知する	シグマピタン配合カプセルB25	ビタメジン配合カプセルB25	確認を怠った	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
290	2018年6月にタリオン錠のGEが発売されると、一般名処方にはベボタスチンベシル酸塩錠と記載されるようになった。以前から販売されているメリスロン錠のGE一般名はベタヒスチンメシル酸塩錠であり、一見の雰囲気、文字数、「ベ」で始まり中間で「スチン」終わりに「シル酸塩錠」が共通しており、よく注意していないと、勘違いしてしまう要因がおおいにある。	名称、見た感じの雰囲気味が酷似している。	当薬局では両薬剤ともよく処方されているため、注意しなければいけないとの認識があり、誤投薬に至ったことはないが、間違いが起こる可能性の高い状況とは、片方の扱いが異なる薬局において、たまに扱う処方箋にもう片方の薬剤が処方されていた時と考えられる。薬局における知識・認識不足が根本的原因ではあるが、出来ればメーカーなどから発売と同時に類似の名称が存在していることも、アナウンスされていれば防げるケースもあるかも知れない。	ベボタスチンベシル酸塩錠5mg「日医工」ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工」ベボタスチンベシル酸塩錠5mg「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「薬剤取り換え」）

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
291	【一般名】クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05% 5g(臀部に使用)0歳11ヶ月の患者様上記ステロイド外用剤が処方された。入力者と調剤者は「クロベタ～エステル軟膏0.05%」を意識して業務を行った。結果、二人とも「クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%」を選択してしまい、キンダベート軟膏(Medium中間)ではなくデルモベート軟膏(Stronges最強)で入力、調剤してしまった。当局はミスゼロ子を導入しているが、本件は調剤だけでなく入力も間違えているため同システムでは防止できなかった。投薬時、患者様家族から「キンダベートが出ると聞いた。」との発言を受け、ミスに気付くことができた。	「背景」【一般名】クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%(先発:キンダベート)【一般名】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%(先発:デルモベート)上記2剤の名称が似ていることが原因で間違いが発生した。「要因」入力者、調剤者の確認不足と認識不足。薬剤師の注意不足。患部が臀部であることを考慮しても、0歳の患者様に最強のステロイドであるデルモベートが処方されれば疑問を感じるべきである。疑問を感じ確認していれば、調剤または鑑査の時点でミスに気付くことができていたと思われる。※当時調剤者と鑑査者は疑問を感じていたが、ミスゼロ子にエラーが出なかったことで油断が生じたとのことだった。鑑査システムを過信しないことも必要と思われる。	処方箋入力時は選択肢が絞られるまで入力する。3～4文字程度で選択肢が多い状態の中で決定しない。調剤時は製品の一般名確認をしっかり行う。鑑査時は鑑査システムを過信せず確認を行う。本件該当薬の外箱には注意書きを添付し再発しないようにした。	キンダベート軟膏0.05%	デルモベート軟膏0.05%	確認を怠った連携ができていなかった	知識が不足していたその他	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
292	ザルティア錠5mg28錠処方所の所、ザルティア錠5mgが28錠ピックアップされていた。鑑査の段階で薬剤師が気づき、ザルティア錠5mgを別の薬剤師にピックアップし直してもらい、患者さんには正しい薬でお渡しする事が出来た。	外来が混み始めたことによる焦り、処方せんの見間違い、名称類似などが原因となり、今回の事例が発生した。○手書き処方せん○単純なミス	ピックアップ後は、ピックアップ後に再度、処方箋と薬に目を通す事や、鑑査者は薬を薬袋に入れる前に、ピックアップ薬剤と薬袋の名称が合致しているか確認する事、泌尿器科の処方箋である事から、泌尿器科で汎用される薬を想像しながら業務にあたる事、その重要性など、認識しながら業務にあたる。	ザルティア錠5mg	ザルティア錠5mg	確認を怠った判断を誤った	勤務状況が繁忙だった通常とは異なる心理的条件下にあった	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
293	今回処方箋が一般名となっており、本来ラニチジン錠150mgの処方間違いでニザチジン150mg錠で投薬してしまった。	・お昼の忙しい時間帯に投薬となり調剤した薬剤師や鑑査した薬剤師も「胃の薬」、「～チジン」、「150mg」と思いながらもしっかり確認しないで調剤や鑑査を間違ってしまった。・当日、後から来て投薬する患者だったので、投薬するときに患者に確認を取らずに見落とされてしまった。・ラニチジンとニザチジンと名称の似ている薬剤が在庫されていると認識がなかった。○単純なミス ○焦り ○注意力散漫	・調剤や鑑査時に似ている薬剤があることを再認識しながら、しっかり確認する。・処方箋を照らし合わせて調剤や鑑査を行う。・投薬前に再確認を必ずするように手順を考える。・名称の似ている薬剤を再認識する。	ラニチジン錠150mg「日医工」	ニザチジン錠150mg「YD」	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
294	ツムラ人参湯で処方されていたところ、処方箋の冒頭部分を見てツムラ人参湯を思い込み調剤してしまった。鑑査時に気がつき交付前に訂正した。	単純なミス、処方せんの見間違い	漢方薬は冒頭部分が似ているものが多いため、思い込み調剤をしない。処方箋、漢方の番号、薬剤名、本体を確認を怠らない。	ツムラ人参湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ人参湯エキス顆粒(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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
295	処方せんは一般名のロスバスタチン口腔内崩壊錠5mgであったが、患者は先発希望であったため、薬剤師がクレストールOD錠5mgを用意した。ところが、数量が間違っているのに別の薬剤師が気づき数を直したが、後発品と思い込んでいたため、後発品の引出しに混ぜてしまった。別の患者の薬を用意するときに引出しに先発品が入っているのに気が付いた。	一般名処方であったが、後発品と思い込んでしまったこと、シートが後発品と似ていたため先発品であることに気が付かなかった。	特にAGの後発品の場合は包装箱もシートも先発品と酷似していることが多い。一般名処方も増えているので、薬を用意するときは先発品、後発品に気を付ける。引き出しや包装箱に先発品(またはAG)とわかるように目立つラベルを貼るなどする。一度出した薬品を引出しに戻すときは、繁忙時は避ける。	クレストールOD錠5mg	ロスバスタチンOD錠5mg「DSEPJ」	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
296	ツムラ122排膿散及湯エキス顆粒が処方されていたが、ツムラ112猪苓湯合四物湯エキス顆粒を調剤し投薬。後日、患者さんから味と番号の違う漢方が入っていると連絡があり、訪問確認を行い取り替える。	当日は、薬剤師1名体制で勤務があり、よく確認せずに番号が似ているシートの色が同じ漢方薬を調剤。早く帰りたい患者さんのために、少し焦り気味で調剤した事が原因と考えられる。○焦り○注意力散漫	処方せん、薬袋、現物を声出し確認する。早く帰りたいタイプの患者さんでも、焦りながら早く調剤をしない。患者さんから「遅い」と言われても割り切ってゆっくり確実に調剤と監査を行いミスを防ぐ。	ツムラ排膿散及湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ猪苓湯合四物湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった 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
297	施設のODP調剤。処方箋には「レミニール錠8mg 2T2×MA 28日分」と記載されていた。A薬剤師がODP調剤後、B薬剤師に監査を依頼。その際「レミニールOD錠8mg 2T2×MA 28日分」で調剤されている事に気づき間違いを伝えた。A薬剤師は正しく調剤し、再度B薬剤師に監査を依頼。患者には正しい薬が交付された。	当薬局には「レミニール錠8mg」「レミニールOD錠8mg」とも備蓄しており、同じ劇薬の引き出しに入っていた。「レミニールOD錠8mg」の方が処方頻度が高いため、思い込みでピッキングをしたと思われる。また錠剤の色も似ているので、ODP調剤中も気が付きにくかったと思われる。	レミニール錠が処方される患者は限られているため、当該患者の薬歴にり、同じ劇薬の引き出しに入っていた。薬の箱に患者名のタグを付けるなどの工夫をした。	レミニール錠8mg	レミニールOD錠8mg	判断を誤った	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
298	デルモゾール軟膏で処方された薬を、デルモベート軟膏に間違えて入力してしまった。点検などをすり抜けて調剤されてしまった。監査者が入力の間違いを発見し、患者にわたらなくて済んだ。	名前の類似による薬品入力の間違い。処方箋の見間違い。	間違えた事例の周知。採用している名前類似医薬品の周知。入力点検の強化。監査の強化。	デルモゾール軟膏0.12%	デルモベート軟膏0.05%	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム 医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
299	「一般名」ベタヒスチンメシル酸塩錠6mgで処方されていたお薬を、ベポタスチンベシル酸OD錠10mgでお渡ししていた。患者様よりいつももらっているアレルギーのお薬と同じお薬が入っていると連絡あり。確認後、交換お詫びする。	一般名処方になり、薬品名や見た目が似ている物が多くなっている。棚の場所もあいうえお順のため、近くに配置されている。	棚の名前札を大きくし、違いが分かりやすいようにした。棚に先発品の名前も一緒に明記するようにした。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工」	ベポタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」	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
300	一般名処方のクロベタゾン酪酸エステル外用液をクロベタゾールプロピオン酸エステルでの入力→調剤→交付	繁忙による見落とし	外用の一般名処方とは類似している名称があることを覚えておく 入力時に気を付ける	キンダロンローション0.05%	デルモベートスカルブローション0.05%	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
301	エビリファイ錠1mgとオランザピン錠1.25mg「アメル」の取り間違い	2剤のシートデザインが似ているため見間違いによる単純なミス取り間違い	以前は2剤とも棚に入れていたが片一方を引き出しにいれ見た目で取り間違いないようにした	エビリファイ錠1mg	オランザピン錠1.25mg「アメル」	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
302	アトルバスタチン10mg「トローワ」を交付しないといけないのにアムロジピンmg「明治」を交付してしまった。患者様帰宅後連絡を受け謝罪し交換する。	棚の上下に置いており、同じ「ア」で始まる事、PTPの色が似ている事で取り違えをした。置いている位置を変え、監査を強化していくようにした。		アトルバスタチン錠10mg「トローワ」	アムロジピン錠5mg「明治」	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
303	【正】セフカペンビポキシル塩酸塩錠100mg「日医工」でお渡し。【誤】セフジトレンビポキシル錠100mg「日医工」でお渡し。	入力から。初期監査、最終鑑査、服薬指導時いずれのタイミングでも入力ミスに気づくことができなかった。	今回の該当薬品のマスタに注意喚起が表示されるよう変更する。具体的には薬品名の横に類似名称ありと書き加え、入力時や初期監査時に気づけるようにする。職員全員が名称類似等入力を間違えやすい薬品に対し、注意する意識を持つように店舗ミーティングを開催する。セフカペンとセフジトレンの他にも名称類似や入力を間違えやすい薬をリスト化し、店舗全体に共有する。再度手技を確認する。今回の医事担当者は手技テストを実施し、店舗医事リーダーと薬局長がフィードバックを行う。今回薬局長が担当者だが、他のスタッフに手技テストの評価を行ってもらう。安全対策室から配信される他店のヒヤリハット事例を店舗全体で共有し、対策を考えるミーティングを実施する。ヒヤリハット防止のために意識を高めること、名称類似等注意が必要な事例を周知させることを目的とする。	セフカペンビポキシル塩酸塩錠100mg「日医工」	セフジトレンビポキシル錠100mg「日医工」	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
304	一般名ブラバスタチンNa錠10mg「サワイ」と一般名フルバスタチン錠10mg「サワイ」を取り間違えた。	名称が類似していた。○注意力散漫	一般名が類似する薬剤が存在する事を理解し、調剤する際は注意する事。	ブラバスタチンNa錠10mg「サワイ」	フルバスタチン錠10mg「サワイ」	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
305	トニール10μgとコニール錠4を取り間違えた。	名称が類似していた。○注意力散漫	名称が類似する薬剤が存在する事を理解し、調剤する際は名前を確認して特に注意する事。	コニール錠4	トニール錠10μg	判断を誤った	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
306	処方せん記載は「一般名：ベザフィプラート錠200mg 2錠 分2 60日分」と記載。患者はGE希望。薬剤師Aが20錠はベザフィプラート錠200mg「サワイ」で調剤。残りの100錠は先発品のベザトールで調剤。薬剤師Bが鑑査時に気づき薬剤師Aに伝えた。薬剤師Aが正しいベザフィプラート錠200mg「サワイ」を改めて調剤。薬剤師Bが鑑査した。鑑査時に気づいたため、患者には正しい薬を交付。	先発品とGEは棚が上下で近く、名称も似ているため間違えた。	ピッキング後、鑑査に回す前に薬の再確認をする。	ベザフィプラートSR錠200mg「サワイ」	ベザテートSR錠200	判断を誤った		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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
307	一般名処方にてバルサルタン錠80mgの処方のところテルミサルタン錠80mgでお渡し。1回分服用したところで気づき連絡あり。	急にとでも忙しくなりピッキングしたものが間違え、監査の薬剤師も処方箋を見間違えた。○処方せんの見間違い○焦り	急な忙しさでも慌てず、2度、3度の確認をする。特に一般名処方では類似名が多いので気を付ける。	バルサルタン錠80mg「トール」	テルミサルタン錠80mg「トール」	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
308	2種類のクリームを混合時、蓋が入れ替わっていたことに気付かず、蓋の薬品名を見て調剤してしまった為、薬品の計量数が逆になってしまった。	2種類のクリームは混合頻度が多いので、両剤とも500g瓶を採用していた。似たような白色瓶で、蓋も逆になっていてもきちんと閉まるほど外観が似ていた。調剤者は瓶本体の薬品名を確認せず、蓋の表示を見て判断してしまったため、今回の事象となった。○作業手順書に記載なし○注意力散漫	軟膏容器を2種類混合する場合、1剤ずつ棚から取って、計量が済んだものから棚に戻す習慣をつける。薬品名は必ず瓶本体の表示で確認する。	ヒルドイドクリーム0.3%	メサデルムクリーム0.1%	確認を怠った	技術・手技が未熟だった		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
309	マグミット錠330mgとカロナール錠200mgの取り違い	1000錠包装の箱及びPTPシートの色が似ているにもかかわらず箱がとなりに置いてあるために間違えが起こったと思われる	1000錠包装の箱を離れた場所に置くようにした。	マグミット錠330mg	カロナール錠200	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
310	酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」を処方されたが、調剤時にカロナール200が混入してしまった服薬指導時に患者様との相互確認にて別剤混入が発覚酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」を調剤し直し交付	当該患者様の調剤時に複数名の患者様が薬局調剤過誤防止システムを使用したが、受付と調剤を行き来してしまっただけで調剤過誤防止システムの使用が中途半端になってしまったシートの外見も似ているため、監査時に気付かなかつた焦り、作業手順の不履行、注意力散漫	調剤途中で抜ける際は使用中の調剤過誤システムを完了してからにする調剤に戻った際は、調剤内容の再確認から始めるデザインに似ている薬同士は離して棚に設置する	酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」	カロナール錠200	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
311	患者様が処方箋をもって薬局。処方箋には、ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒（医療用）7.5g分3毎食前35日と記載。薬剤師Aがピッキングした際に、隣り合わせのツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒（医療用）とツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒（医療用）を取り間違え、薬剤師Bも監査・投薬時気づかずそのまま交付。同日、棚卸の際に誤差あり、患者様に連絡後、ミスが発覚。服薬前に交換できたため、健康被害なし。	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒（医療用）とツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒（医療用）が、125番と25番の為包装が酷似しており、勘違いをしてしまった。	酷似した包装の薬品同士は、隣合せではなく、離して陳列すること。	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒（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	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
312	正：オメプラール 誤：オルメサルタン	普段処方されていないものが処方され、よく出るオルメサルタンと名前が似ていたのと規格が一緒であったことが考えられる。	今回のケースでは薬局独自のマニュアルに従いピッキング時にも一度処方箋を見ての発見だったため、ヒヤリハットに終わった。マニュアルの重要性を再認識したため今後も続けていく。	オメプラール錠20	オルメサルタンOD錠20mg「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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
313	ツムラ牛車腎気丸処方調剤の際、分包品で半端分が包装箱の上に乗っていた。店舗では漢方薬を名前の順に並べているため、五苓散と牛車腎気丸が一緒においてあり、五苓散の上に半端分が乗っている状態だった。半端分が牛車腎気丸であることから、それと下の箱(五苓散)を持って調剤を始めた。箱から出して名前を確認しながら監査していたところ、薬品違いに気づいた。	ツムラ漢方薬において、牛車腎気丸と五苓散は同じ色の分類であり、名前も近い為、取り間違えやすい。半端分のみ名前を確認しただけで、箱の名前を確認せず、箱はPDAにも通さなかった。○単純なミス○作業手順の不履行	似ているデザインの薬剤は近くにおかない。調剤の際、いくつか取りそえる際は必ずすべて名前を確認してから。PDAはすべての薬剤(いくつか取り揃える際も全て)に通す。	ツムラ五苓散エキス顆粒(医療用)	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	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	ジェネリックをお渡しすべきところを先発品を渡してしまった。ヒートデザインがよく似ている。			オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」	オルメテックOD錠10mg	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	医薬品	ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
315	前回は成分名で記載ジェネリック使用。今回は先発品で変更不可。気が付かなかった。			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	技術・手技が未熟だった	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
316	患者のご家族が処方せんを持って薬局した。処方せんには「小建中湯エキス顆粒(医療用)、2g/分2朝夕食前、21日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚から小建中湯エキス顆粒を調剤するところ、近くにあった小青竜湯エキス顆粒を調剤したことに気付かず、そのまま監査に回した。監査した薬剤師Bが、処方薬の小建中湯エキス顆粒ではなく、小青竜湯エキス顆粒が調剤されていることに気づき調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aは小建中湯エキス顆粒を正しく調剤し、再度、薬剤師Bに監査してもらった。監査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	小建中湯エキス顆粒と小青竜湯エキス顆粒は、名称が似ていたため間違えた。また、患者の家族が薬局した時間は店内が混んでいたため焦りがあった。	小建中湯エキス顆粒と小青竜湯エキス顆粒に名称類似医薬品の注意喚起のシールを貼った。	ツムラ小建中湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	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
317	オルメテック錠OD5mg 1錠/日 115日分の調剤時、誤ってオルメテックOD錠15錠+オルメサルタンOD錠100錠で調剤。監査時に調剤間違いに気づき、調剤しなおした。調剤者に確認したところ、オルメテックOD錠5mgの棚にオルメサルタンOD錠5mgが混ざって入っていたため間違いが起きたことが分かった。	薬剤を棚にしまう際にオルメテックOD錠とオルメサルタンOD錠の外観が似ていたため、確認不足にて誤った場所へしまってしまう、今回の事例が起きたと考えられる。	外観が似ている薬同士は少し離れた場所に棚を作り、間違いが起これにくいようにする。また、監査時に注意するよう周知する。	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		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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
318	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒をツムラ抑肝散エキス顆粒と誤って調剤した。処方箋でツムラ抑肝散のみしか見ず確認を怠ったため。	〇処方医薬品の多さ〇単純なミス	漢方調剤は類似名が多く間違えやすいため、初めの文字だけで判断せず、必ず処方箋と照らし合わせてピッキングする。	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				ヒューマンエラー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	後発品変更不可指示のヘルベッサーRカプセルR100mgを70カプセル調剤しなければならぬところ、誤って後発品であるジルチアゼム塩酸塩徐放カプセル100mgを70カプセル調剤し、鑑査・交付者も気付かず交付に到る。後日薬局の際に、前回交付された薬と違うとの相談を受ける。帰宅後に薬剤を確認するようお願いしたところやはり薬が違うとの連絡を受け発覚。既に薬剤を服用済みで飲み忘れの残薬が少しあるとの事だが、健康被害はなかった。	土曜日の繁盛時であり、処方医薬品も多かったことから焦って調剤を行って後発品変更不可の指示を見落としていた。また、薬品の外観も似ていることから、鑑査者も間違っていないかと思いついてしまい、交付に到った。	調剤時に後発品変更不可の指示の確認を確実位に行い、薬品情報提供書やデータ入力内容との違いがないか調剤終了時に再度確認する。鑑査・交付時も窓口にて薬袋、薬品情報提供書、処方箋と実薬を照らし合わせる。	ヘルベッサーRカプセル100mg	ジルチアゼム塩酸塩徐放カプセル100mg「日医工」	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
320	以前から継続して一般名ブラバスタチンNa錠10mg(当薬局ではフルバスタチンナトリウム錠10mg「NP」で調剤)を服用中。今回から一般名フルバスタチン錠10mgに変更となっていたが、気付かずにDO入力。入力監査時にも気付かずにそのままピッキング。薬剤交付時に気付き、正しい薬剤へ入力訂正・交換しお渡しした。	変更になった薬剤がたまたま同じ10mgの規格だった事と名称も類似していた為、処方変更は無いものと思いついてしまった。	入力後の再度の確認、名称の頭文字3文字は確認すること。	ブラバスタチンナトリウム錠10mg「NP」	フルバスタチン錠10mg「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
321	調剤時ネオドパゾール配合錠で調剤しないといけないところ ネオドパゾンL100mgで調剤していた。もう一人の薬剤師の鑑査の時に気付きました。ネオドパゾールとネオドパゾン あたま4文字が同じため気をつけないといけないと思いました	知識不足	ネオドパゾールにもネオドパゾンにも名称類似医薬品ありの札を貼りました	ネオドパゾール配合錠	ネオドパゾン配合錠L100	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
322	ラタノプロストが処方されていたが、箱が似ているニブラジールを調剤してしまった。	引出にある在庫がなくなってしまう為、充填し調剤を行おうとしたところ外箱のみで判断しラタノプロストではなくニブラジールを取ってしまった。手に取ったものの薬品名、規格をきちんと確認できていなかった。	箱を開封時に薬品名を必ず確認する。包装が似ているからとパッケージを見るのではなく薬品名を確認する。	ラタノプロスト点眼液0.005%	ニブラジール点眼液0.25%	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
323	ランタス注シロスター300単位が処方されていたが、ランタスXR注シロスター450単位を調剤、交付。監査時に処方箋・入力内容と照らし合わせ、患者家族にも見せながらお渡ししたのにも関わらずミスに気が付かずそのままお渡ししてしまった。患者家族が自宅にて気が付きすぐに交換対応となった為、健康被害は生じなかった。	処方せんの見間違い 注意力散漫 作業手順の不履行	医薬品名は似ているが、単位までしっかり読み上げることで気が付ける可能性もある。処方箋原本と医薬品の確認をする際は、業務状況が繁忙であっても、最初から最後まで読み上げる自局ルールを徹底する。	ランタス注シロスター	ランタスXR注シロスター	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
324	一般名処方「ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸クリーム0.05%」で処方されたものを、ベタメタゾンジプロピオン酸エステルクリーム0.064%である「リンデロンDPクリーム」で調剤しお渡しした。	限定的な情報の中で、ベタメタゾン、プロピオン酸、エステル、クリームなどの単語から同一と監査で判断してしまった。	一般名処方された長い薬剤名に関しては、インターネットにおいて検索サイトで類似の薬剤を検索し、多剤の名称の中から確認を行いたい。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%「JG」	リンデロンDPクリーム	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
325	デバス錠0.5mgを調剤、監査時にエチゾラム錠0.5mgのシート(5錠の縦カット)が混入していた。	前回エチゾラム調剤時の棚戻し時にエラーが発生したと思われる。棚が隣どうしで、外見も類似しており間違えやすい。	棚の配置を移動、場所を離れた。両剤の見出しを付け替えてはっきり見やすい表示にした。	デバス錠0.5mg	エチゾラム錠0.5mg「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
326	一般名処方にて処方箋記載あり、カムシアHDのところカデチアHDで調剤	どちらも合剤であり、一般名の記載もカンデサルタンから記述されており、最後の記述までの確認が不足、また薬剤名も似ており思い込みもあったと思われる。	基本的な確認事項の確認徹底と、類似名の薬剤に関してはピックアップし、事前に注意喚起をおこなう。	カムシア配合錠HD「サンド」	カデチア配合錠HD「あすか」	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
327	一般名処方の処方箋でGE希望の患者様にGEで処方入力後、先発品を調剤して交付してしまった。直後に調剤した薬剤師が薬剤の取り間違いに気付く患者様に連絡を取り患者様宅に行き正しい薬剤と交換した。交付した薬剤はまだ服用していなかった。	先発品とAGの見目が酷似しているため調剤者は棚を間違えて取ったことに気付かず、監査・投薬者はしっかりヒートの文字を見ずにGEと思い込んでしまった。○単純なミス	元々間違い防止のために先発品と後発品の棚は離してあったが不十分と考え、透明フィルムに大きく「先発品」と書いたものを調剤棚の取り出し口に貼りさらに注意喚起した。	オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」	オルメテック錠10mg	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
328	当該患者様の翌月受付分の処方薬ピッキング時に入力に誤りに気がつき訂正。投薬時聴取により前月分から変わっていたと推察し確認したところ過誤発覚。1ヶ月間誤った医薬品の服用があったが、健康被害はなし。	過誤発生時は薬剤師一人で受付、入力、調剤、鑑査、投薬まで実施。薬剤名類似、また当該薬剤師の漢方薬に対する知識不足のため患者様と話しても処方変更し気が付かず、Do処方と勘違いし間違った医薬品を交付してしまった。	入力時医薬品名、一日量、用法、処方日数にチェックを入れて入力し、登録後処方箋と照らし合わせる。また、入力システムの薬学鑑査画面でも再度処方箋と照らし合わせて入力のミスがないか二重確認する。漢方薬については鑑査の際に処方箋および調剤録それぞれで声に出して読むことで入力間違いがないか確認する。	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った 判断を誤った	知識が不足していた 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
329	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒が処方されていたが、誤ってツムラ苓朮朮甘湯エキス顆粒を調剤してしまった。事務員が、処方箋と調剤録を突き合している際に誤りを発見した。患者に連絡して謝罪して交換。服用前だったため健康被害なし。処方箋入力、薬剤取り揃え、鑑査においても過誤に気づかなかった。	類似する薬品があるという認識がなかった。初回処方の為、薬剤が不足していた。不足していた薬の手配に気が取られた。○処方せんの見間違い	名称の類似する漢方薬が存在することを職員に周知。漢方薬の処方箋は、類似するものがあるという認識を持ち、一文字ずつ確認する。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ苓朮朮甘湯エキス顆粒(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
330	ヒルドイドソフト軟膏で処方されていたものをピーソフテンローションで渡す	前回ピーソフテンローションで出たためDOで入力してしまったのと、処方せんの見落としが重なった。	処方入力のチェックと監査の徹底。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「テイコク」	ピーソフテンローション0.3%	確認を怠った	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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
331	処方箋は一般名処方でクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%と記載されていた。入力画面でクロベと一般名の頭三文字入力したところ、選択肢が色々出てきたが、キンダベート軟膏を選択しないといけなかった所、一般名がクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%の方を選択してしまい、入力確定。監査で間違いが発覚、入力を訂正して、すぐに正しい帳票を出しなおした。	背景:入力時は組み合わせもおらず、落ち着いて入力できる時間帯だった。原因:処方箋が一般名で記載されており、一般名が似ていた事。処方箋を細部までしっかり見ていなかった事。	一般名が似ている薬はたくさんあるので、しっかりよく見て入力する。	キンダベート軟膏0.05%	マイアロン軟膏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
332	一般名処方にてシンバスタチン錠が処方され患者で、いつもラミアン錠でお渡ししていた。名称変更があり10錠のみ変更後のシンバスタチン錠あすかでお渡ししていたが、気付かずに投薬。棚卸にて混合してお渡ししていたため差し替えを行いたい旨を依頼後日、残りの20錠をシンバスタチン錠あすかに交換を行い、ラミアン錠は回収した○10錠シート	外箱も含め外観も似ていたため、思い込みによりお渡ししてしまった。○単純なミス	名称変更品を違う在庫棚へ置くようにした	ラミアン錠5mg	シンバスタチン錠5mg「あすか」	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		ヒューマンエラー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	一般名ベボタスチンベシル酸塩錠10mgと一般名ベタヒスチンベシル酸塩錠を取り違えた。	一般名類似による薬剤取り換え。○注意力散漫	一般名が類似する薬剤が存在する事を理解し、調剤する際はミリ数まで確認して特に注意すること。	ベボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンベシル酸塩錠6mg「トーフ」	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
334	一般名処方でイルベサルタン100mg指示。前回からGE希望のためイルベサルタン100mg「DSBP」服用中。今回ピッキングミスからイルベタン100mgで調剤。数時間経過後の次回発注時に気がついた、幸いにも服用前に回収、交換できた。	投薬前の監査が不十分。重ねて、投薬相手が本人ではなく「妻」で薬剤を見ても間違いに気がつかなかった。	今後は似たような名称の場合、使用量の少ない医薬品や使用患者が特定できる医薬品は透明な袋にメモを入れて区別する。	イルベサルタン錠100mg「DSPB」	イルベタン錠100mg	確認を怠った	知識が不足していた	コンピュータシステム 医薬品 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
335	門前以外からの処方箋で、ランソプラゾールOD錠30mg「武田テバ」で処方されていたところをランソプラゾールOD錠30mg「テバ」で調剤し、鑑査者も見落とし、投薬者が発見し、患者さまの手に渡ることは無かった。	同一メーカーによる名称切り替え前後の品目の為、包装なども酷似している。また、実質的に内容物は同じであるが、処方箋の記載とは異なるため、鑑査者も見落とし、投薬者が発見し、患者さまの手に渡ることは無かった。処方せんの見間違いもある。	名称の変更前後ではこういった誤りが出る可能性がある旨をスタッフ全員に説明。また、後発医薬品のメーカー誤りによる調剤について、改めて気を付ける旨を全員で共有。在庫管理に関しても気を付ける。	ランソプラゾールOD錠30mg「武田テバ」	ランソプラゾールOD錠30mg「テバ」	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
336	アイビーディカプセル50mgが変更不可で処方されていたが最終確認時に先発品アイビーディカプセルと後発品のスプラタストカプセル50mg「トーフ」が混ざっているのを発見した。	背景:薬剤を棚に戻す際、先発品の箱に後発品をしまっていた。要因:薬剤を棚に戻す際の確認ミス。	先発品と後発品の外見類似を意識する。取り間違い注意の注意喚起ラベルを棚に貼付する。棚に戻す際は声出し確認をする。	アイビーディカプセル50	スプラタストシル酸塩カプセル50mg「トーフ」	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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
337	一般名処方に対し、ジェネリック希望の患者様へ先発でお渡ししていた。	3剤と処方量の少ない処方箋だったため、注意力が散漫になっていた。ヒートの色・見た目だけで判断し、ヒートに印字されている薬剤名をしっかりと確認していなかった。	ヒートに印字されている薬剤名をしっかりと確認する。薬棚に先発・ジェネリックと見目が似ている旨を明記・注意喚起を記載。	オルメサルタンOD錠5mg「DSEP」	オルメテックOD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
338	一般名から調剤を行う際に、名称が良く似ているため取り違えてしまった。	一般名処方による取り違いは起こりやすく、特に経験が浅い薬剤師や学生が調剤を行っている場合は注意が必要になる。	調剤監査システムを導入しており、手順通りきちんと使用すること。また、取り違えの起こりやすい薬品に関しては店舗内でリストアップして注意喚起する必要がある。	アロチノロール塩酸塩錠10mg「DSP」	アテノロール錠25mg「NikP」	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
339	メサデルム軟膏を用意したつもりではあったが、チューブの概観が似たキンダベート軟膏を誤ってピッキングしてしまった。監査時にそれに気づき薬剤師間で確認し正確に患者様にお渡しできた。			キンダベート軟膏0.05%	メサデルム軟膏0.1%	判断を誤った	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
340	ベタヒスチンとベピタスチンの取り間違え。鑑査で気づき正しいものを調剤できたが見間違えるケースが多い。	ジェネリックの棚はアイウエオ順のため棚が隣だった。名前が非常に似ている。	棚を隣にしない。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TSU」	ベボタスチンベシル酸塩錠5mg「JG」	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
341	5g4本でマイアロン調剤のうち、1本のみデルモベートで調剤。	薬剤棚に薬剤を充填する際に補充する薬剤を間違えていた。調剤鑑査システムにてミスに気付く。各薬剤在庫を同じ引き出しに保管していたために起きてしまった。	先発・後発でチューブもよく似ているため、充填時に別の薬剤師に確認するようにする。	マイアロン軟膏0.05%	デルモベート軟膏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
342	エビプロスタットとエバルレスタットの薬剤名が似ていた為、取り間違えた。今後こういったミスがないようにしっかりと薬剤名を確認していく。	処方せんの見間違いによるもの	薬剤名をしっかりと確認していく。	エビプロスタット	エバルレスタット	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
343	患者様よりFAXにて処方せんを受理、調剤を開始。処方せんには「エムラクリーム 5g×1」と記載されていた。薬剤師Aは名称類似医薬品であるエクラークリームと勘違いしピッキング、鑑査に回した。薬剤師Bも間違いに気付かず、鑑査終了。後に、患者様が処方せんを持って薬局、薬剤師Cが投薬を行い、投薬時間違いに気づき謝罪。エムラクリームは在庫がない薬だったので、患者様に事情を説明し、後日正しいエムラクリームで調剤しお渡し。	在庫がない、自分の知識にない薬が処方されており、かつ名称類似医薬品が存在したので自分の知っている薬と思い込んで調剤を行ってしまった。○処方せんの見間違い	処方せんの確認を怠らない。ピッキングサポートシステムの導入。	エムラクリーム	エクラークリーム0.3%	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
344	オメブラゾール錠20mgを調剤するところを、オルメサルタンOD錠20mgで調剤。鑑査時間違いに気づく。	処方箋内容の見間違いによる。○処方せんの見間違い	特によく似た名前のある薬剤についてはしっかりと確認して調剤することが必要である。	オメブラゾール錠20mg「日医工」	オルメサルタンOD錠20mg「ファイザー」	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
345	外観の似ているデルスパートのクリームと軟膏のピッキング間違い。	軟膏とクリームで蓋の色が違ったり、外装周りの色が違ったりと区別しているものだが、デルスパートに関しては刻印されている製品名の違いのみで、間違いやすい。他のメーカー違いのGEに変更することで対応した。ピッキング間違いはなくなった。		デルスパートクリーム0.05%	デルスパート軟膏0.05%	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
346	患者様から処方箋を受け取り調剤。薬剤師Aが薬品棚からセフカペンピボキシルを取出し、確認せず監査役薬剤師Bに渡す。監査により間違い発見。正しいセフジトレンピボキシルを取出しチェックし交付。	処方箋を良く確認せずに取りそえるため取り間違い。	処方箋を確認しながら取りそえる。薬剤名が似ているものを把握しておく。	セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」	セフカペ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
347	ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」をお渡しするところを誤ってラベプラゾールNa錠10mg「サワイ」をお渡ししてしまい。患者様（付き添いの方）が自宅で発見し、薬局に連絡していただき、発覚。直ちにお届けに上がる旨お伝えしたところ、近くに行く用があるとのことで、来局していただき、交換し、謝罪。	医薬品の名称が似ていたため、誤ってピッキングし、若干混み合っていた時間帯もあり、投薬時の患者様との確認作業が不十分だった為。○単純なミス	似たような名称の医薬品については、棚にポップを設置し、注意喚起。	ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」	ラベプラゾールNa錠10mg「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
348	ソラナックスで処方されていた患者さまで、後発品希望のためアルブラゾラムで調剤しなければならないところロフラゼブで調剤した。	向精神薬でどちらもベンゾジアゼピン系の薬剤であり、午前中で忙しい時間帯であったため、思い込みや確認不足があったと考えられる。	類似した名称の薬品も多いことから名前、規格などの確認を徹底した。	アルブラゾラム錠0.4mg「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「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
349	リボトリール錠0.5mgが処方されていたところを誤って剤型・デザインが類似しているパファリン配合錠A81をピッキングしてしまった。	見慣れた処方箋で剤型も類似していることもあり、ピッキングの際に名称の再確認を怠ってしまった。薬袋に入れる前に名称が違うことに気が付いて投薬せずに済んだ。	デザインや名称の類似品がある薬剤の陳列棚等に注意を促すポップを作り、再確認するように努めたい。	リボトリール錠0.5mg	パファリン配合錠A81	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
350	ツムラ104をピッキングする際、似た色の箱（114番）をとり、正しい医薬品104が見えるようにピッキングした。監査装置はGS1を利用したが、一番上の包装のみしか照合せず、一部混在したまま監査、投薬してしまった。後程箱を片付ける際におかしいと気づき、患者様に連絡し、お詫びして正しいものと取り換えた	見えるものだけですべて正しいと判断してしまった。	輪ゴムで閉じている場合は表面以外も正しいかの確認を怠らない	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	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
351	一般名でベタヒステンメル酸塩錠6mgで処方されていたが、薬品棚が前後にあり名前も似ているベボタステンメル酸塩錠10mgをとってしまった。	注意力散漫になり規格を確認するの怠った。	調剤棚を離す、必ず規格確認を行う。	ベタヒステンメル酸塩錠6mg「TCK」	ベボタステンメル酸塩錠10mg「タナベ」	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
352	一般名での処方で入力も合っていたが、調剤の際にクエンの文字だけに頭がいき、間違った薬剤で調剤してしまった。監査投薬で気づき、患者には処方通りお渡し。	処方せんの見間違い	一般名処方せんをしっかりと確認し、似ている薬品名に常に注意、また複数人で再確認	クエンメット配合錠	クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」	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
353	ロサルタンカリウム50mg「サワイ」をピッキングするところ、隣の棚のロラタジンOD10mg「サワイ」をピッキング監査者が気づき取り直した。	名前が何となく似ている同じ会社のGE品が隣の棚にあり、間違えてピッキングした。また同じ会社の為、箱の包装も似ていた。	似ている同じ会社のGE品は隣や上下に置かず別に移動した。	ロサルタンカリウム錠50mg「サワイ」	ロラタジン錠10mg「サワイ」	確認を怠った	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
354	一般名 ウルソデオキシコール酸サワイ と一般名 アロプリノールサワイ の取り違い。薬棚が近くにあり思い込みで取り間違え。事務員の監査も行うが、数量のみの監査で見逃す。	薬棚が近い場所にあるのと薬剤のヒートがともも似ていることが原因になったと思われる。	薬棚の場所変更と薬剤師・事務1人・1人の場合は再度品名と数量の確認の徹底。	ウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」	アロプリノール錠100mg「サワイ」	連携ができていなかった			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
355	セフカペンビポキシル塩酸塩錠100mg「CH」を調剤するところ、間違えてセフトレニポキシル錠100mg「CH」を調剤してしまった。監査時に気づき取り直した。	薬剤名、薬効が似ていることで間違えて調剤してしまった。○単純なミス	薬剤の棚のところに「薬剤名酷似品あり。薬剤名確認」と注意喚起を促す。	セフカペンビポキシル塩酸塩錠100mg「CH」	セフトレニポキシル錠100mg「CH」	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
356	メクロプラミド錠5mg「テバ」を調剤しないといけないところ、間違えてベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TSU」を調剤してしまった。監査時に間違いに気づき取り直した。	忙しい時間帯だったこともあるが、シートの色合いが似ており、おいたある場所も上下でとても近かったため取り間違えてしまった可能性あり。○単純なミス	上下に配置するのではなく話して配置する。	メクロプラミド錠5mg「テバ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TSU」	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
357	ジヒドロコデインリン酸塩酸1%が処方されていたが間違えてリン酸コデイン散1%「ハチ」で調剤してお薬をお渡ししてしまった。	処方でジヒドロコデインリン酸塩酸1%が処方されていたがこのお薬が処方されることが今までになく、よく処方されていたリン酸コデイン散1%と勘違いして調剤してしまい患者様に渡ししてしまった。	思い込みをなくし、似たお薬記載の場合は、治療マニュアルや保健薬辞典などで確認して調べたうえで調剤し、また間違えやすい薬として監査時確認できるところに貼っておく。	ジヒドロコデインリン酸塩酸散1%「マルイシ」	リン酸コデイン散1%（ハチ）	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
358	処方薬のセレスタミンを勘違いしてセレキノンを手渡ししようとしたが、問診と監査で正しい投薬をした。	医薬品の名前とヒートが大変類似しているのと保管場所が近いため取り間違いした。	配置場所の見直しと、注意深く処方箋のチェックと複数での処方薬の監査を行う。	セレスタミン配合錠	セレキノン錠100mg	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
359	前回までマーデュオックス軟膏が処方されていた患者に今回、オキサロール軟膏が一般名で処方。（一般名：マキサカルシトール軟膏）マーデュオックス軟膏の一般名がマキサカルシトール・ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルであり、前回と同じマーデュオックス軟膏で入力してしまった。調剤する際に入カミスに気づき、患者へ誤った薬を交付することはなかった。	一般名が似ていたことから、前回と同じ薬で入力してしまった。	入力ミスが、調剤ミスへ繋がることもあることから、入力事務へも一般名の確認しっかり行うことを徹底。調剤者は入力に頼らず調剤を行うことを確認。	オキサロール軟膏25μg/g	マーデュオックス軟膏	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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
360	セフトレンピボキシル100と一般名で処方されたものをセフカトレンピボキシル100で調剤してしまった。	セフと100mgしか見ていなかった。	名前の似ている薬がある場合は、きちんと最後まで名前を見てから調剤する。	セフトレンピボキシル錠100mg「サワイ」	セフカペンピボキシル塩酸塩錠75mg「日工」	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
361	アレグラ錠60mg処方。ジェネリック医薬品希望の患者様であったためフェキソフェナジン錠60mgを選択。調剤時に調剤棚にアレグラ錠とフェキソフェナジン錠60mgが混在していた。調剤時に発見したため患者被害なし。その後在庫を合わせたが、在庫数も問題なし。	ヒートデザイン類似品。調剤棚の配置：先発品と後発品をあえて近くに並べている。調剤棚にもどす際に慌ててもどしたため確認不足。	調剤ミスなど調剤棚にもどす医薬品がある場合は、医薬品をその場で戻すのではなく、一旦別の場所に集めて時間により余裕があるときにもどすことにより充填間違いなどをなくす。医薬品を充填する際は、デザイン等に惑わされることなく医薬品名称を末尾までしっかり確認してから行う。	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「SANIK」	アレグラ錠60mg	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
362	処方箋には、一般名 アトルバスタチン錠5mg 分1朝食後服用 49日分であった。薬剤師Aは、アトルバスタチン錠5mg「DSEP」を調剤した。先発品希望の患者さんだったので、事務は、一般名からひいて、リピトール錠5mgと入力した。監査した薬剤師Bは、先発品希望ということを見逃し、後発品、アトルバスタチン錠5mg「DSEP」を投薬した。8月22日に来局時、患者本人が、後発品であることを調べて服用していたことが分かり、謝罪し、レセプト取り下げを行って、返金した。	アトルバスタチン錠5mg「DSEP」とリピトール錠5mgは、PTPシートの大きさは、異なるが、色合いや見た目は、似ている。処方箋が一般名記載であるため、希望が先発品、後発品、どちらか意識していないと、処方だけの情報では見誤る可能性があり、薬歴も監査にいかす必要があった。	事務側では、処方箋に、後発品希望の場合は、GEの付箋を貼り、先発品希望の場合は、何も貼らない。監査者は、入力監査と薬歴とのつながり、さらに指差し確認も含めて監査、投薬時に薬情と薬を指示しながら、説明するように手順書を改めた。調剤者が誤った薬剤は、戻し間違いを防ぐため、その場で調剤棚に戻さず、いったんかごに回収しておいて、余裕ができたときに戻すように改めた。	リピトール錠5mg	アトルバスタチン錠5mg「DSEP」	確認を怠った 判断を誤った		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
363	ツムラ25番の在庫場所の中にツムラ35番が一箱だけ混じっていた。納入時の置き間違い	○単純なミス25番と35番は色が同じなのと末尾が5番でよく似ているため、間違っていてしまったと思われる	薬をしまう時に、きちんと番号・薬品名を確認してからしまうこと。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)	ツムラ四逆散エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった		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
364	類似名称 取り違い	○注意力散漫	再確認 アンダーライン引く	コニール錠4	コバシル錠4mg	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
365	ロキソプロフェンナトリウム「三和」を調剤するところ ロキシニンを調剤してしまった。監査者が監査システムを用いて監査している時に間違いに気付いて調剤者に伝え、調剤者が正しい薬に調剤し直した。	見た目が似ていて、確認不足で調剤してしまった。	思い込みで調剤しないで、しっかりと確認して調剤する。監査に回すときはしっかりと確認してから回す。見た目が似ていても、文字までしっかりと確認する。	ロキソプロフェンNa錠60mg「三和」	ロキシニン錠	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
366	酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」が84錠処方されている患者さんに10錠間違えてカロナール錠200mgを渡していた。	酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」の棚にカロナール錠200mgが10錠混入しており、見た目が似ていたため気付かなかった。	見た目が似ている薬の棚に注意喚起の札を貼る。	酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」	カロナール錠200mg	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
367	スミルスチック40g*2本のところ、名称・外觀類似品のスチックゼノール40g*2を交付。翌日在庫が合わず、調査にて間違い判明。患者へ連絡し、謝罪・交換する。		監査の徹底	スミルスチック3%	スチックゼノールA	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
368	患者が処方箋をもって来局。処方箋にはクラシエ半夏厚朴湯6g1日2回朝夕食前28日分と記載されていたが薬剤師Aは調剤する際薬剤師Aはクラシエ半夏厚朴湯を薬棚から調剤すると、近くにあったクラシエ半夏瀉心湯を調剤したことに気付かずそのまま鑑査に回した。鑑査をした薬剤師Bが処方薬の半夏厚朴湯ではなく半夏瀉心湯が調剤されていることに気付き、調剤した薬剤師Aに伝えた。薬剤師Aは半夏厚朴湯を正しく調剤し、薬剤師Bに再度鑑査をしてもらった。鑑査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	薬の名前が似ていたため間違えて調剤をしてしまった。店内が混んでいたため焦りもあった。	薬の棚の位置を離れた。また、鑑査に回す前に薬の再確認をすることを徹底した。	クラシエ半夏厚朴湯エキス細粒	クラシエ半夏瀉心湯エキス細粒	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 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
369	数種類の緑内障の点眼液のうち、エイゾプト点眼液を読み違い、コンソプト配合点眼液をピックアップした。鑑査時に気付き正しいものに交換、投薬した。	薬品棚があいいうえお順になっており、位置が近かったことによる取り違い。	どちらもよく処方される薬剤なので、表示を大きくし位置をずらすように改善した。	エイゾプト懸濁性点眼液1%	コンソプト配合点眼液	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
370	【正】セフジトレンピボキシル錠100mg「日医工」【誤】セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「日医工」	入力ミスにより発生。	一般名が類似しているため、間違いやすいことを注意喚起するため、レセコンの薬品名の前に【要注意】と入れた。鑑査時に、1文字鑑査を徹底する。	セフジトレンピボキシル錠100mg「日医工」	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「日医工」	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
371	リスパダール1mgの処方にリボトリール1mgを投薬。患者からの電話で眠気の訴えがあり誤投薬が判明。回収・差し替えを行った。	忙しくて確認を怠った。○処方せんの見間違い○単純なミス	薬品名が似ているものはより注意が必要であることを再教育。同時に可能な薬品に関しては一方をOD錠を採用するなどして区別をつきやすくすることも検討中	リスパダール錠1mg	リボトリール錠1mg	確認を怠った	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
372	一般名処方。ニセルゴリン錠5mgとニコランジル錠5mgを取り違えた。	一般名処方になり類似した名前に	調剤棚の表示を工夫する。電子薬歴の患者データ開示時に注意書きが表示されるようにした。	ニセルゴリン錠5mg「トワ」	ニコランジル錠5mg「トワ」	確認を怠った	通常とは異なる身体的条件下にあった			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
373	ネシーナ錠25mg、21日分の処方があったが、ネシーナ錠25mg10錠シート2枚と1錠はラベプラゾールNa錠10mg「サワイ」をつけて調剤した	ネシーナ錠25mgとラベプラゾールNa錠10mg「サワイ」のシートと錠剤の色が類似しており、ネシーナ錠の薬棚の中に1錠のみラベプラゾールNa錠10mg「サワイ」が混入していた。その混入していた1錠をネシーナ錠として調剤してしまった。	類似医薬品(薬の色やヒート)は必ず薬棚の位置を離しておく	ネシーナ錠25mg	ラベプラゾールNa錠10mg	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果	
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他		
374	ツムラ<<112>>「猪苓湯合四物湯」が処方。誤ってツムラ<<122>>「排膿散及湯」を調剤。取り間違い。監査中に発覚。	ツムラの番号のみを見て調剤。ツムラ<<112>>も<<122>>もパッケージが緑色で、お互い隣同士で並んでいた。確認不足により処方せんの見間違い、注意力散漫を招いたミス。	番号だけを見て調剤を行うのをやめる。どちらも似たパッケージなので、隣同士で置くのをやめる。調剤棚を変更する。	ツムラ猪苓湯合四物湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ排膿散及湯エキス顆粒(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	
375	一般名「テルミサルタン20mg」が処方。誤って「オルメサルタン20mg」で調剤。監査で発覚。	製剤のヒートの裏面の色(青色)が似ており、確認を怠り、調剤してしまった。要因として単純なミス、注意力散漫が考えられる。	調剤時には処方箋と薬品名の確認を必ず実施する。	テルミサルタン錠20mg「JG」	オルメサルタン錠20mg「JG」	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	
376	【般】ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg(10×14cm温感)と処方医から一般名記載された処方箋を、レセコン入力の事務員も、調剤・交付した薬剤師も(土曜日で一人薬剤師勤務)温感の文字を見逃し、患者本人が先発品希望なので、ロキソニンテープ100mgで入力・調剤・交付した。薬局閉局後、事務員が調剤録の入力見直し再確認を行う際に、初めて気が付き、患者へ連絡。薬品を引き渡しに行き、間違った薬品を戻してもらった。患者は気づかず、未使用ではあるが、1袋開封していた。	レセコン入力者の処方箋見間違い、類似薬品名が多く、「温感」というキーワードを見逃し、思い込んでしまった。単純なミス。薬剤師も、事務員の入力をそのまま信じて思い込んで調剤し、患者に交付する際に処方せんを見直す行程を踏まずにわたした。注意力散漫。	温感のキーワードを鉛筆とかで囲むとか、他と違うと気づくような印や作業や付箋など付けるとか、違う工程を必ず作る。一人薬剤師では、2重監査にはならないが、せめて交付前には必ず処方せんを指でたどりながら薬品を見直すなど、調剤・監査・交付においても、何か違う工程をはさむよう注意喚起する。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイノウ」	ロキソニンテープ100mg	確認を怠った 連携ができていない 患者への説明が不十分であった(怠った)判断を誤った	知識が不足していた 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	コンピュータシステム 医薬品	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	
377	ヘパリン類似油性クリーム「日医工」とメーカー指定のある処方箋だったが、先発希望の患者様だったため一般名処方と勘違いをしてヒルドイドソフト軟膏を調剤した。交付前に気が付き、メーカー指定品GEで交付した。	一般名処方とメーカー指定処方と混在していたため勘違いをし確認不足となった。○処方せんの見間違い ○単純なミス	混在している可能性をよく認識して調剤する	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	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
378	調剤時にランソプラゾール(15)「サワイ」で拾うべきところランソプラゾール(15)「日医工」でピックアップしてしまった。	処方医薬品の多さもあり、他メーカー品を互いに手のとりやすい場所に配置していたため起きてしまい、その後の確認もしっかりと行えなかった。	棚上と引き出しに配置場所を変更し、類似医薬品の警告札をたて、全従業員に周知させました。	ランソプラゾール15 サワイ	ランソプラゾール15 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
379	処方箋を持参し薬局、午後の受け取りを希望し一旦外出。処方箋記載では一般名処方セフジトレンピボキシル細粒10%であったが一般名セフジニル細粒小児用10%で調剤した。監査、投薬時の確認も不十分で気が付かないまま交付を行った。閉局前の処方箋再監査にて間違いに気が付く。患者へ連絡し未服用であることを確認し正しい薬と交換を行った。	一人調剤で繁忙だったため処方箋の見間違いにより名称類似の医薬品を取り違えた	1文字確認・規格確認、入力画面での再確認を行う。	セフジトレンピボキシル小児用細粒10%「サワイ」	セフジニル細粒10%小児用「日医工」	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				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
380	一般名処方のアルクロメタゾンプロピオン酸エステル軟膏0.1%と一般名処方のヘパリン類似物質クリーム0.3%の混合指示の処方せん。患者はジェネリック医薬品希望であったのでビトラ軟膏0.1%で調剤するはずが、先発品のアルメタ軟膏0.1%で混合しそうになった。ピッキングをした薬剤師がアルメタ軟膏0.1%では監査機を通らなかつたことで間違いに気づき、混合の準備をしていた薬剤師に伝えたことで調剤ミスを防止することができた。	今回はピッキングした薬剤師と軟膏を混合する薬剤師が異なり、混合する薬剤師はピッキングを担当した薬剤師が薬歴からジェネリック希望の有無をすでに確認した上で調剤をしていると思ひ込み、もう一度確認したうえで混合を行うといったことがなかった。混合する薬剤師もピッキングを担当した薬剤師が入念に前回の薬歴をチェックしている姿を見ていたことから、間違いがないと信頼してしまつた。	軟膏を混合する前に監査機を通して、事務員の入力とピッキングした薬品に相違がないかを確認した上で軟膏の混合を行う。または、混合する前にピッキングされた薬品をもう一度チェックし、さらに前回の薬歴と照らし合わせた上で混合を行う。	ビトラ軟膏0.1%	アルメタ軟膏	確認を怠つた	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
381	ツムラ麦門冬湯を調剤するところをツムラ小青竜湯を調剤していた。監査時に発見し患者様には間違つた薬は渡らなかつた。	箱の色、番号が似ているため取り違えてしまつた。	漢方は番号順に並べていたがこの二つを隣に置き、付箋で注意を促すようにした。	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)	確認を怠つた		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
382	一般名処方の商品名を類似の医薬品と思ひ込み調剤薬剤師だけでなく処方入力する事務員も間違えてしまつた	一般名の違いが含有%だけでされるため在庫している医薬品との違いに気が付かなかつた	レセコン内の設定を変えて厚生省の一般名コードによる名称になるように変更した今まで耐性乳酸菌製剤(3)と表記されていたものが(般)耐性乳酸菌1%に変更されることで事務員のミスする可能性を大幅に減らすことができるはず	ラックビーR散	ピオフェルミンR散	判断を誤つた	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
383	【正】処方箋通りにお渡し【誤】ツムラ68芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)2.5g/包で入力、入力監査スルー、調剤スルー、最終監査スルーしてしまひお渡し	入力からの全スルー	漢方は類似の名前が多いため入力については指し確認を徹底。今回は処方箋に漢方の番号も記載してあったため、漢方の番号を用いた監査を行う。	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)		技術・手技が未熟だった通常とは異なる心理的条件下にあった	施設・設備		ヒューマンエラー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	患者が持って来た処方箋には、(一般名)セフトレンピボキシル錠100mg、3錠/分3毎食後、5日分と記載されていた。薬剤師Aは調剤の際、薬品棚からセフトレンピボキシル錠100mg「サワイ」を調剤するところ、薬品棚の同じ引き出しにあつたセフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」を調剤し、そのまま鑑査に回した。鑑査した薬剤師Bが間違いに気づき、その旨を薬剤師Aに伝え、セフトレンピボキシル錠100mg「サワイ」を調剤してもらつた。鑑査の時点で間違いに気づいたので、患者には正しい薬を交付した。	セフトレンピボキシル錠100mg「サワイ」とセフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」の2つが薬品棚の同じ引き出しに入つていて、名称が似ていたため取り違えた。	セフトレンピボキシル錠100mg「サワイ」とセフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」を同じ引き出しに入れていたので、それぞれを薬品棚の別の引き出しに入れ替えた。また調剤鑑査の前に薬の再確認を徹底するように薬剤師全員に確認した。	セフトレンピボキシル錠100mg「サワイ」	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	確認を怠つた判断を誤つた	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
385	一般名処方でデキサメタゾンリン酸エステルナトリウム液0.1%（販売名：オルガドロン点眼・点耳・点鼻液0.1%）が処方、事務員が入力を誤りデキサメタゾンプロピオン酸エステル0.1%（販売名：メサデルムローション0.1%）で入力。入力を見たうえで調剤したため、メサデルムローション0.1%を調剤してしまった。監査の時点で誤りが発覚し、患者へ交付には至らなかった。	一般名が似ていること、濃度が同じであったことによる入力ミス、また入力を頼りに調剤を行ってしまったことによる調剤ミス。	入りに左右されぬよう処方箋を見ての調剤、その後で入力の確認を行う順番の徹底。	オルガドロン点眼・点耳・点鼻液0.1%	メサデルムローション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
386	リクシアナ60mg処方をしてザルタスHDで用意してしまいました。	場所が近く形が似ていたので取り違えてしまいました。		リクシアナ錠60mg	レザルタス配合錠HD	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
387	風邪の処方、ベボタステンが処方されている患者に、誤ってベタヒステンを調剤した	調剤者は、薬局に入ったばかりの薬剤師（薬局での勤務経験はあるが、しばらく実務から離れていて2年ぶりの復帰）であった。ベボタステンを調剤すべき所、誤ってベタヒステンを調剤していた。薬の名前が似ており、さらに調剤棚で隣り合っていたため、誤って調剤してしまった。監査の際に、ミスを確認して、患者には正しいベボタステンを交付した〇処方せんの見間違い	調剤棚では、隣り合わせに置くことをやめて、離すように配置した。また薬の規格は異なることから、調剤の際には、薬の名前と規格までしっかりと確認して調剤するように周知した	ベボタステンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒステンメシル酸塩錠6mg「テバ」	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
388	一般名処方、後発薬のメーカーを間違えて交付した。			ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニプロ」	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	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
389	商法が変更され、残薬の6日分からリクシアナ30mg 半錠を抜くよう指示があった。間違えて、形状が似ているダイアート60mgの半錠を抜いた。取り換えたため、服用はなかった			リクシアナ錠30mg	ダイアート錠60mg	確認を怠った	知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった	医薬品	ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
390	患者が処方箋を持参し来局した。処方箋には「ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」、2錠/分2朝・夕食後、14日分」と載っていた。薬剤師甲は調剤する際、薬品棚からペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」を調剤せねばならないところ、その上の棚にあったベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「CEO」に気付かず、それを鑑査台に回した。鑑査兼投薬の薬剤師乙が、処方薬のペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」ではなく、ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「CEO」が調剤されていることに気付く。薬剤師甲へ調剤ミス指摘した。薬剤師甲はペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」を正しく調剤し、再度、薬剤師乙に鑑査してもらった。鑑査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」とベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「CEO」は配置場所が隣接しており、医薬品名も似ているので間違えた。	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」とベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「CEO」の配置場所を離れた。また局内に勤務している全薬剤師にベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「CEO」は基本的には3錠/分3毎食後で処方されるケースが多いと情報共有した。他にも調剤室に名称類似医薬品の表を貼り、取り換え防止のための注意喚起をした。	ペボ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「CEO」	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
391	1個2gのよく似た形状の薬を間違ってお渡しした。連れの子供さんに気を取られ焦っていた。			ヘモレックス軟膏	強力ボステリザン(軟膏)	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
392	アモキシシリンが処方されている所、アモキシサンカプセルを調剤した。	類似した医薬品名であった為、及び知識がさほど無い為取り違えた。		アモキシシリンカプセル250mg「日医工」	アモキシサンカプセル25mg	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
393	一般名で処方されたイフェンプロジル錠20mgの調剤の際に、一般名イブジラストカプセル10mgのケタスカプセル10mgを間違えて調剤した。自己鑑査の段階で発見し、正しい薬剤に交換した。	通常の処方傾向としてイフェンプロジル錠20mgより圧倒的にイブジラストカプセル10mgの処方が多い為、よく処方名を確認せずに似た名前のおく処方される薬剤を選んでしまった。処方せんの見間違い。	単純なミスだが、処方箋をよく見て調剤する。薬剤の単位や剤形の違いからも判断できるはずなので注意する。	ケタスカプセル10mg	イフェンプロジル酒石酸塩錠20mg「日医工」	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
394	ベザトール30錠の処方だったがベザフィプラートが10錠混入していた。(ベザトール20錠、ベザフィプラート10錠)	繁忙時間だった為、シートの色や模様が似ていたが薬剤名を確認せず鑑査まで行った。	繁忙時間こそ指さし、声だし確認を行い1人が調剤を行うようにする。	ベザトールSR錠200mg	ベザフィプラートSR錠200mg「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
395	ベルベゾン液の代わりにベルベゾンF液をお渡し。服薬指導時冷所保存の説明をしたが、病院でも同様の説明を受けたとの事で辻褄が合ってしまった。投薬後、処方せんの確認で発覚、病院にも疑義照会したが、F液では無いことが確認できたため、患者に交換に伺った。(病院での冷所保存の説明も間違っていた)類似名称の薬剤の存在は認識していたが、当時業務が忙しく、心理状態にも切迫感が有り鑑査が不十分となった。	もともと薬剤名が殆ど同じ、間違いないことは認識していたが・・・。	薬剤に類似薬有りの表示を行い保管する。	ベルベゾン眼耳鼻科用液0.1%	ベルベゾンF点眼・点鼻液	判断を誤った	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
396	人參養栄湯を調剤する際に誤って人參湯を調剤してしまった、監査薬剤師が気づき再調剤を行った	名称の似ている漢方薬の調剤ミス	人參養栄湯と人參湯、抑肝散陳皮半夏と抑肝散、当帰芍薬散と芍薬甘草湯など名称の似ている漢方薬注意喚起ポスターを作成	ツムラ人參養栄湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ人參湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	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
397	ローコール錠20mgが処方されており、ジェネリック医薬品で調剤する患者であったため、本来であれば採用薬であるフルバスタチン錠20mg「サワイ」で調剤しなければならなかったが、メプロロール錠20mg「トーフ」で誤って調剤した。調剤を行った職員と別の薬剤師が監査した際にミスが発覚した。患者に交付する前に気づいたため、フルバスタチン錠20mg「サワイ」に調剤しなおして投薬した。	メプロロール錠20mg「トーフ」の先発医薬品はロプレソール錠20mgであり、ロプレソール錠20mgとローコール錠20mgが名称が似ているために、ロプレソール錠20mgの処方と勘違いしてジェネリック医薬品のメプロロール錠20mg「トーフ」を調剤したと考えられる。また規格も同じであったことについても、調剤ミスの発生要因と考えられる。 ○処方せんの見間違い	名称類似品があることを調剤棚の該当する品目の場所に明確に記載し、また今回の事例を従業者に周知することとした。	ローコール錠20mg	メプロロール酒石酸塩錠20mg「トーフ」	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
398	在宅患者の往診同行における処方箋。11/19スピオルトレスピマット60吸入処方時に、薬の在庫が合わないことで発覚。11/5処方分がスピリーバレスピマット60吸入が施設に配薬したことが疑われた。翌日の11/20在宅施設に行き確認したところ、スピリーバが未使用の状態で残薬がありスピオルトと交換し配薬ボックスに配置した。患者様の健康被害はなかったが、処方元の主治医には調剤過誤の報告と今後の改善策をFaxにて連絡した。	外来調剤と在宅調剤が投薬窓口で混在しており、在宅調剤の監査中にも外来調剤の対応をしなければならぬ状況であり、調剤、監査する薬剤師ともに注意力散漫になり集中力が欠いていたと考えられる。また、届ける日時も限られているため、焦りが生じた可能性もある。薬剤の外観が類似していたことも要因のひとつ。 ○焦り○注意力散漫	吸入薬などの箱だし後類似剤形薬剤の鑑査が煩雑になるので、投薬・配薬する者が鑑査するまでは箱に入れたまま調剤する。新規採用薬剤で処方ごとに発注していたため、棚番をつけていなかった。今後は調剤引き出しに薬剤名を記載して管理する。	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	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
399	ノイロロビン錠が処方されていたところを、見間違えて、ノイロピタン配合錠を調剤。監査時、薬剤と処方箋内容の突合せをしていたのに見落とし、投薬時、患者様に説明中に気づく。	頭がよく似た薬剤名で、処方せんの見間違いによるミスと、監査時の薬剤名と処方箋内容の突合せの怠りによるミス	薬剤名称・規格の声出しによる確認を伴う調剤及び監査の徹底	ノイロロビン錠4単位	ノイロピタン配合錠	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
400	レグナイトの処方のところ、レグテクトで調剤がしてあり、監査で気が付かず、投薬中に違うことを確認し取り替えてお渡した。	ご家族で一化処方せんをお持ちになられ、お昼時間で職員も事務1人、薬剤師1人で対応しており、急がなきゃという焦りもあったと思われる。ヒート品でお渡しする薬は処方箋に調剤した数を記載しているが、そこでも気がつけなかった。	職員に名前が似ている薬の取り違いを共有して、職員一人ひとりが意識的に注意する。処方せんへの数記載時、薬の名前もチェックをいれるなどして確認をする。	レグナイト錠300mg	レグテクト錠333mg	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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
401	2018年11月13日(火)19時頃に内科を受診した60歳の男性患者が処方箋を持って来局した。処方箋には、スチックゼノールA40g1日数回腰に塗布と記載されていた。薬剤師Aがスミルスチック40gを調剤し、鑑査にまわした。鑑査した薬剤師Bが間違いを指摘し、改善し患者には処方されたスチックゼノールAを交付した。	スチックゼノールAとスミルスチックは薬品名が似ており、40gで用量も効能も似ているので間違いやすいので要注意が必要。	処方をよく見て確認する。	スチックゼノールA	スミルスチック	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
402	処方せんはミカムロ配合錠APだが、患者様のご希望によりいつもジェネリックで渡している。今回は、先発薬品で渡してしまった。	繁忙時間帯でもあり、注意力散漫になったのが原因。AGなので外観が似ている。いつも渡しているAGだと勘違いし渡してしまった。	繁忙時間帯でも、処方せん・薬歴をじっくり確認すること。調剤されたものも、思い込まずに再三確認すること。	テラムロ配合錠AP「DSEP」	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		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
403	名称類似の為に薬剤を取り間違えた。	処方医薬品の見間違い	処方箋記載の薬品名を正確に確認する。また、薬剤棚の位置を離しておく。	セフジトレンピボキシル細粒小児用10%「トール」	セフジニル細粒小児用10%「トール」	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
404	従来採用していたニフェランタンCR40mgが名称が変わりニフェジピンCR40mgとなった。それまでは「ニフェジピンCR」という名称の薬品は20mgのみしかおいておらず、ビッキング者は「ニフェジピンCR」とだけ認識し、従来から採用していた20mgをミスビッキングした。その後処方箋の記載が40mgであることに気が付きビッキングしなおした。	ビッキング者はニフェランタンCR40mg→ニフェジピンCR40mgの名称変更があることは知っていたがニフェジピンCRは20mgという思い込みが強くミスビッキングにつながったと考えられる。 ○単純なミス	名称変更により既存採用品と類似名称となる場合、取り換えが発生するリスクがあることを再度教育し再発防止を図った。	ニフェジピンCR錠40mg「三和」	ニフェジピンCR錠20mg「トール」	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
405	ノイロロビンが処方されていたのに、ノイロピタンを調剤した。監査で見直し、正しく調剤し直した。	名前が似ている。	確認して調剤するよう徹底しました。	ノイロロビン錠4単位	ノイロピタン配合錠	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
406	患者様母親が処方箋を持ち来局。処方箋には「アスペリン錠10mg」と記載されていたが、薬剤師Aは「アスペリン錠20mg」を調剤しそのまま監査に回した。薬剤師Bはその場で間違いに気付いたので薬剤師Aに間違いを指摘。薬剤師Aは「アスペリン錠10mg」で調剤しなおし、再び薬剤師Bに監査しなおしてもらった。投薬前に気付いた為、患者様には正しい薬を調剤している。	アスペリン10mgと20mgは薬棚では上下に保管されており、ヒートのデザインも酷似していることから取り違えてしまった。また、当時は混雑していたため、あせってしまったと考えられる。	普段、調剤機会の少ない「アスペリン10mg」を薬棚より引き出しに保管場所を変更した。また、監査後投薬時にも患者様と一緒に薬を再確認するように徹底した。	アスペリン錠10	アスペリン錠20	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
407	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒の所、ツムラ苓姜朮甘湯でお渡ししてしまった。後日別の薬剤師があまり使われない薬であることに違和感を覚え、確認したところ誤ってお渡ししていたことを確認した。すぐに患者様に連絡し、ご自宅に訪問して正しい薬と交換した。2回分服用していたが体調変化はなかった。	患者様を待たせていたことで焦ってしまい、監査が不十分のまま患者様にお渡ししてしまった。普段あまり使用していない漢方薬だった。名前がとてよく似ている薬だった。	名前の似ているもののある漢方薬の棚に「名前注意」などの注意喚起を貼る。漢方薬は名前と番号の両方をしっかりと確認する。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒(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	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
408	「一般名」ロキソプロフェン錠、メチコパール錠、レバミピド錠の組み合わせで処方があった。整形からの処方です。「一般名」ロキソプロフェン錠、エペリゾン、レバミピド錠での組み合わせの処方も定期的に処方されており、メチコパールとエペリゾンの取違いに気付かず交付した。	忙しい時間帯に似た内容の処方箋が混在していた為、処方せんの見間違えてしまった。	忙しい時間帯に処方箋が混在しないよう鑑査するスペースの確保をしっかりと行う。	メチコパール錠500μg	エペリゾン塩酸塩錠50mg「トローワ」	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
409	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒が処方されていたのに、名前のよく似たツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒を調剤しお渡ししてしまった。	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒は以前から在庫があり、ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒は在庫が無かったため、酷似した名前の薬がある概念が薄く、漢字一文字「姜」と「桂」の違いの確認を怠ってしまった。○処方せんの見間違い	漢方薬は漢字の一文字一文字をよく確認して、声に出して読み上げながら確認するようにした。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	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
410	取り間違い	外観が似ている	配置をかえる	ツムラ補中益気湯エキス顆粒(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
411	一般名処方:クロベタゾン酪酸エステル軟膏をクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏を取り違えた。	一般名が似ている。知識不足。	事例の周知、張り紙により注意喚起。	キンダベート軟膏0.05%	デルモベート軟膏0.05%		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
412	カンデサルタン錠4mgの箱の中にビオフェルミン錠が1T混ざっていた。調剤時に気づき修正した。○端数の処理間違い	カンデサルタン錠4mg「あすか」の開封済みの箱にビオフェルミン錠が1T混入していた。カンデサルタン錠4mgは薬局で1人しか処方されておらず、その患者にはカンデサルタンとビオフェルミン錠共に処方されていた。前回処方時に残ったビオフェルミン錠の端数の1Tをヒートが似ているため誤ってカンデサルタンの箱に入れてしまったものと思われる。○単純なミス	調剤時に残った薬剤を棚や箱に戻す時、間違いがないか十分に確認する。	カンデサルタン錠4mg「あすか」	ビオフェルミン錠剤	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
413	名前が似ている同薬効の薬の取り違い患者から帰宅後、いつも白なの黄色の錠剤だと連絡があって発見された。	血圧の4mgとの思い込みでピッキングしてしまい、監査でも見落として交付してしまう	成分名と規格をきちんと確認して調剤する。	ペリンドプリルエルブミン錠4mg「サワイ」	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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
414	(般)ペポタスチンベシル酸錠10mgの処方にてベタヒスチンメシル酸錠6mgで調剤を行った。	一般名が似ているにも関わらず、確認を怠った。○処方せんの見間違い	ジェネリック医薬品で似ている薬剤は注意するように徹底した。	ペポタスチンベシル酸錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸錠6mg「テバ」	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	
415	ツムラ麦門冬湯をピッキングしようとしたら、箱の中にツムラ小青竜湯が混じっていた。	包装がピンク色で似ていて、戻す時に戻す箱を取り違えて戻してしまったようだ。その時は、引き出しの中に並んで小青竜湯と麦門冬湯を置いていた。	ピッキングを間違え戻す時は、複数人で確認して戻すようにするようたようだ。又同じ色の箱どうしを並べないで、別の引き出しに置き替えた。	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)	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	
416	ラニチジン150mg日医工 のところラベプラゾール10mgケミファでピッキングした ヒヤリハット	類似名称による薬の確認ミス	類似名称のある薬に対する認知を深める	ラニチジン錠150mg「日医工」	ラベプラゾールナトリウム錠10mg「ケミファ」	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	
417	【一般名】アトルバスタチン錠5mg 1錠 夕食後 30日分 との処方。当薬局ではアトルバスタチン錠5mg「サワイ」を調剤するところ、間違えてプラバスタチン5mg「サワイ」を調剤してしまっ。投薬前に薬袋などを確認中に間違いだと気づく。	医薬品名、規格、メーカー名ともに似ていることから起きた事例。	処方箋の内容をよく確認し、思い込みでの調剤はしないようにする。	アトルバスタチン錠5mg「サワイ」	プラバスタチンNa錠5mg「サワイ」	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	
418	クロビドグレル75mg30日分処方患者。ウィークリー包装のため、2シート+2錠でお渡ししていたが、端数である2錠分だけプロテカジンOD10mgで渡ってしまった。患者本人の連絡により発覚。まだ何も手をつけていなかったため、すぐに交換に伺い対応。○10錠シート○ウィークリーシート	他の患者の1包化を行っている時分に、プロテカジンOD10mgの2錠がクロビドグレルの棚に紛れてしまった可能性がある。シートの色も若干似ているため、気づかずに渡してしまった。○単純なミス○注意力散漫	薬品を戻すときの名称の確認、取り出したときの個々の確認、投薬時の確認等、複数回の確認を徹底しているため、気づかずに渡してしまっ。○単純なミス○注意力散漫	クロビドグレル錠75mg「SANIK」	プロテカジンOD錠10	確認を怠った	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	
419	ロスバスタチン錠2.5mg、その他多剤併用中のため一包装。監査時6日分ロスバスタチンではなく、ラベプラゾール錠10mgトワが混入しており、監査時薬剤師が発見し、お渡しに至らず。	ロスバスタチン・ラベプラゾールの外観が似ており、一度集薬したものを棚に戻す際に間違えて戻ってあった可能性が高い。それを気づかず使用した。○作業手順の不履行	一度集薬したものを戻す際のダブルチェック、一包装作成時の錠剤確認の徹底	ラベプラゾールNa錠10mg「トワ」	ロスバスタチン錠2.5mg「トワ」	確認を怠った		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
420	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒が処方されたが、誤ってツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒を調剤した。	名称が似ているので注意が必要など注意不足による見落としがあった。また、監査システム(EMシステムAudy)を採用していたが、システム上にも誤った画像が登録されていた。	監査システムの登録を訂正した。薬剤名のみならず、薬剤情報提供書の写真や調剤アシストシートにて漢方番号の確認を徹底する。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒(医療用)	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	
421	患者が処方せんをもって来局した。処方せんには「一般名シンバスタチン10mg、1錠 夕食後、35日分」の記載されていた。薬剤師Aはシンバスタチン10mg「MEEK」をピッキングしたつもりだったが、シルニジピン10mg「サワイ」をピッキングした。監査、投薬も同じ薬剤師Aでありそのまま患者に渡ってしまった。	一人薬剤師の時間帯であり、一包装の処方箋も受け、患者が立ちこみ、注意力に欠けていた。○注意力散漫	繁忙時間帯は間違いが起きやすいことを認識し、確認を怠らないようにする。シンバスタチンとシルニジピンのデザインも似ていることから、シルニジピンは棚から引き出しに移動させた。	シンバスタチン錠10「ME EK」	シルニジピン錠10mg「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		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
422	ピオフェルミン配合散3g分3×14日分の処方、ピオスリー配合散1g分包品42包を調剤した	門前の病院の処方では整腸剤はピオスリーで出ることが多いため、思い込みがあった。○処方せんの見間違い○単純なミス○焦り○注意力散漫	外部処方箋では注意しているが、門前病院の処方箋だったために余計に思い込みがあった。薬効・商品名類いの薬剤があることを認識して、処方箋の薬剤名は最後まできちんと確認を行う。	ピオフェルミン配合散	ピオスリー配合散	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
423	カルデナリン錠2mgの処方を見間違えてカンデサルタン錠2mgで調剤、監査も見逃し患者に交付してしまった。	「カ」のつく降圧剤はカンデサルタンの方が頻繁に出ており、なおかつ同じ引き出しに入っていたため取り間違えたものと思われる。○単純なミス	似ている名前や箱の薬、同じ薬効の薬は少し離れたところに保管するようにする。	カルデナリン錠2mg	カンデサルタン錠2mg「あすか」	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
424	一般名処方で(般)ランソプラゾール口腔内崩壊錠15mgで処方されていたが、薬剤名の読み間違えて、ラベプラゾール錠10mgと思い込んで調剤を行う。投薬前に処方せんと薬剤を監査した際に、間違えに発見して調剤過誤は防ぐことができた。	一般名処方で似た薬剤名であった為、忙しい時間帯で処方薬剤名の確認しなかった。(処方せんの見間違い)	一般名処方で薬剤の名称が長くなり、また、似た薬剤名も多い為、忙しい時間帯でも正確に処方薬剤名の確認することが大切。間違え安い薬剤や頻繁に処方される薬剤に特に注意する必要がある。間違え安いリスト表等を作成して薬品棚に注意勧告メモを設置する。	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「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
425	処方内容は一般名ドキサゾシンメシル塩酸塩錠(2)の先発カルデナリン錠(2)→カンデサルタン錠(2)を間違えた。	薬品名頭3文字が似ている。	包装箱、頭3文字ライン入れ離しておいておく。	karudenarinn	kannedesarutann	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
426	スルトピリド200mg処方の所スルトピリド200mgを取り間違えた、一包指示だったため他の薬剤師が一包化を行った時に間違いに気づいて事なきを得た。	名称が非常に似ていること、向精神薬で同じ引き出しに入れていた事	間違えやすい名称の薬剤には(確認！)シールを貼っておくことや一包化に限らず調剤と投薬のダブルチェック体制を徹底すること。一人薬剤師の場合は事務員にも一緒に確認してもらうようにすること。	スルトピリド塩酸塩錠200mg「アメル」	スルトピリド錠200mg「アメル」	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
427	一般名処方でテオフィリン徐放錠200mg(24時間継続)の処方に対し、テオフィリン錠200mgを調剤。監査時に24時間継続のユニフィルA錠200mgとの誤りに気づき、調剤した。	一般名処方で注意すべき類似品に関する知識が不足していた。	一般名類似品で注意すべき薬品リストを作成する。	ユニフィルA錠200mg	テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」		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
428	漢方19番と109番の取り間違い	ツムラ漢方を色別に調剤棚にいれている。調剤経験の長いベテランの薬剤師であった。色と番号のイメージが知識としてあった。そのため、色が同じで番号が似ている19番と109番を調剤し間違えた。監査のものも、同様の条件で間違いに気づかず監査してしまった。確認を怠った。単純なミス。	指さし確認	ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒(医療用)	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
429	ニセルゴリン5の処方をニコランジル5で調剤○10錠シート	同じ引き出しに似ている名前の薬剤が並んでしまっていた。○処方せんの見間違い○処方医薬品の多さ	収納場所を変えて収納	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	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「薬剤取り換え」）

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
430	(般)セフカペン錠のところを(般)セフジトレン錠で投薬、服用させてしまった。全5日分のうち、発覚時には3日分を既に服用してしまった後のため処方医にも相談したところ、正しいセフカペン錠で飲み切るように指示受け、患者様に即座に連絡し謝罪。お手元の(般)セフカペン錠 2日分は回収し正しい(般)セフジトレン錠をお渡しし5日間飲み切っていたかどうか案内した。	土曜日午前中の込み合う時間帯のため調剤から監査までを1人で行っていたためダブルチェックが出来ていなかった。似通った名称のため勘違いをしてしていた。	必ずダブルチェックを行う似通った名称の場合は一文字ずつの監査を行い見逃しのないよう体制を整える	セフカペ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「サワイ」	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
431	前回処方まで、(般)ベタメタゾン吉草酸エステルローションの処方であったが、今回から(般)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へ変更になっていたが、(般)ベタメタゾン吉草酸エステルローションと見間違い入力・観察し投薬してしまった。さらに発生が10月6日だが、26日になってから発覚であったため処方医にも連絡を取ったところ経過が良好であったので健康状態は問題無しと返答頂けた。患者様には発覚後に連絡し謝罪して正しいお薬と交換した。	前回までの処方と似通った一般名称の処方であり、自店舗での経験歴が浅く外用剤の一般名に不慣れた薬剤師が監査のため見逃されてしまった。また、土曜日の午後でちょうど入れ替わりやシフトのタイミングで人員も少なくなる時間帯のため、投薬した薬剤師にも疲労あり注意力散漫となっていた。	監査でのチェック回数を増やす似通った名称の製品や一般名の製剤には注意喚起のPOPをつけ、ピッキング時にも発覚できるような体制を整える。	アンフラベート0.05%ローション	リンデロンVローション	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		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
432	一般名処方により、シンバスタチンを調剤すべきところシルニジピンを調剤した。	一般名処方により名前が似ていたこと、シートの色もブルーで類似していたことから誤って調剤してしまった。	一般名処方ではより注意が必要であり、患者の症状と治療薬の効能が合致しているか確認する。また今回のように見た目も似ていることがあるので、そのような薬剤にはあらかじめ注意喚起するような印をつけておくことが望ましい。	シンバスタチン錠10mg「SW」	シルニジピン錠10mg「サワイ」	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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
433	患者が処方箋をもっているものの薬で調剤希望と来局した。処方箋には「アムロジピンOD錠5mg、1錠/分1朝食後、42日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からアムロジピンOD錠5mgを取り出すところ、そのすぐ隣の薬棚にあったアムロジピンOD錠「サワイ」を取り出したことに気付かずそのまま他の3種類の薬剤と合わせて一包化した。薬剤師が一人になる時間帯だったため、使用した薬剤のHSの殻と事務職が入力した品名が合っていることを事務職に確認してもらい、その後自身で監査して患者に薬を交付した。患者帰宅後、ご本人がいつもの薬と色が違うと言っているのを、持っていくから見てほしいとの妻からの電話を薬剤師Bが受け付けた。アムロジピンOD錠5mgを用いて一包化薬を作り直し患者に正しい薬を交付した。	アムロジピンOD錠5mgとアムロジピンOD錠5mg「サワイ」は棚の位置が隣で、名称も似ていたため間違えた。また、当薬局では後発品の使用を薦めていてアムロジピンOD錠はほとんど使用されず、現在当該患者一人のみの使用となっていた。さらにアムロジピンOD錠「サワイ」を取り出したことに気付かずそのまま他の3種類の薬剤と合わせて一包化した。	あまり使われていないアムロジピンOD錠5mgは薬棚の使用上の患者氏名記載のカードをつけて下部の引き出しに移動。銘柄にこだわりがある患者の薬歴表紙に朱書きで理由(ex.長年使用してきたので、外観が変わると本人が不安で服用できない)とともに銘柄記載し注意を喚起した。	アムロジピンOD錠5mg	アムロジピンOD錠5mg「サワイ」	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
434	一般名のベタメタゾン酪酸エステルとベタメタゾンジプロピオン酸エステルの入力間違いにより、リンデロンDPをアンテベートと間違えて渡してしまった。一般名の表記が長くて、指定の行におさまらなかった。そこで入力ミスが起こった。	ステロイド外用剤には類似名が多く、一般名も長いので、変換を間違えていることに気づけなかった。	ベタメタゾンは複数あるので、レセプトコンピューターの一般名の先頭に【般注】と注意のしるしをつけた。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%「JG」	ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏0.064%「テイコク」	確認を怠った	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
435	類似包装、名称、薬効だったため、確認を怠り取り違えた	・混雑した状態だったため取り揃えた薬剤師が監査・交付作業手順の不履行・類似した名称、包装の為確認不足○単純なミス	引き出し中のゾーン変更 複数薬剤師による調剤の徹底	プロチゾラムM錠0.25「EMEC」	エチゾラム錠0.5mg「EMEC」	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
436	類似薬品名かつ類似薬効であった為取り換え、そのまま交付した	・早番時間帯の為、取り揃えた薬剤師が自己監査・交付した○単純なミス・同一引き出しに保管してあった・多剤服用の患者だったため急いぎ、確認不十分だった○処方医薬品の多さ○焦り	保管引き出しのゾーン変更 一人調剤時の手順書の順守	スピオアルトレスピマット60吸入	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品 施設・設備	仕組み 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「薬剤取り換え」）

No.	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			PMDAによる調査結果	
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他		
437	抗生剤が今回変更になっており、処方箋には一般名でセフカペンピボキシル塩酸塩小児用細粒10%で処方されていた。前回はセフトレニピボキシル小児用細粒10%で処方が出ていた為、前回と同じような内容の処方だった為、同じ内容だと思い込み、Do入力で入力し、確定した。監査時に、抗生剤が変わっている指摘を受け、間違いに気づき、すぐに入力を訂正した。	あまり忙しい時間帯ではなかった。よく似ている名前なので、Doだと思い込んで入力。処方箋をしっかりと見ていなかった。	とてもよく似ている医薬品名がある為、入力時には1字1句しっかりと確認して入力する事。	セフカペンピボキシル塩酸塩小児用細粒10%「サワイ」	セフトレニピボキシル小児用細粒10%「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	
438	処方せん入力は、正しく「清肺湯」で行われていたが、調剤を「辛夷清肺湯」で誤って投薬していた。患者ご本人が気が付かれ、次の受診の時に「おかしいのでは？」と言われて発覚した。	当該時期において、「辛夷清肺湯」の処方が大変多く、「清肺湯」の処方がほとんどない状況が続いていた。処方せんの見間違いと、思い込みにより「辛夷清肺湯」を調剤してしまった。投薬時の確認も、ヒアリングした症状と矛盾がなかったため、薬袋との不一致に気が付かず間違えたまま投薬してしまった。○作業手順の不履行○処方せんの見間違い○単純なミス○焦り○注意力散漫	漢方薬は特に、漢字表記が似たものが多いため、調剤時、投薬時に指さし確認を徹底する。薬袋と薬の照らし合わせの確認も必ず行う。思い込みの思考について、スタッフ間で問題共有する。	ツムラ清肺湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ辛夷清肺湯エキス顆粒（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
439	医薬品の取り間違い（医薬品名が似ており、混雑している中取り間違えた）。監査の時点で判明した。			テラムロ配合錠AP「DSEP」	テルミサルタン錠40mg「DSEP」		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
440	投薬終了後、患者様のご家族よりTELあり。42Tあるはずのムコソルバン錠15mgに2Tだけムコソルバン錠が混ざっているとのことだった。その場で謝罪したところ、直接来局頂けるとのことだったので正しい薬品と差し替えさせて頂いた。服用、健康被害はなし。	連休前で患者数が多く、焦っていたと思われる。監査時の確認が不十分だった。調剤時にミスゼロも使用していたが、気付くことが出来なかった。隣り合っている引出しの薬だったため、戻す際などに混ざってしまったと思われる。○単純なミス○焦り	薬剤棚の引き出しの位置を見直し、似た名前前の薬を離して配置する様にした。焦っていても普段と同じ手順、姿勢で鑑査にあたるようにする。	ムコソルバン錠15mg	ムコソルバン錠15mg ムコソルバン錠45mg	確認を怠った	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
441	タブロスの処方だがタブコムで投薬しそうになった。	名前が似ているので注意が必要だったにもかかわらず怠った。ロとコの違い	タブコムと発語して処方箋と照らし合わせる。	タブロス点眼液0.0015%	タブコム配合点眼液	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
442	似た名前	確認ミス	再度確認する	ピオフェルミンR	ピオフェルミン	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
443	ニフェジピンL10mgが処方されていたが、20mgがピックアップされていたのを監査段階で見逃した。患者本人が薬剤が違うことに気づき持参される。	外観が酷似しているため、ピックアップ者が勘違いし、監査者もしっかり確認していなかった。また東部胆振地震の翌日で、精神的に集中していない状況にあった。単純なミス、注意力散漫	ニフェジピンL10mgカセットと20mgカセットへ外観酷似の注意喚起の暖簾をつける	ニフェジピン錠10mg「日医工」	ニフェジピン錠20mg「日医工」	確認を怠った	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
444	患者が処方せんを持参して来局した。処方箋には、「一般名」テルミサルタン錠20mg1錠/分1朝食後、30日分と記載されていた。薬剤師Aはテルミサルタン錠20mg「サワイ」を調剤するところ、バルサルタン錠20mg「サワイ」を調剤した事に気付かず、そのまま監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが処方箋のテルミサルタン錠0mgではなく、バルサルタン錠20mgが調剤されていることに気づき、調剤した薬剤師Aに伝えた。薬剤師Aはテルミサルタン錠20mg「サワイ」を正しく調剤し、再度、薬剤師Bが監査した。監査の段階で誤りに気付いたので、患者には正しい薬を交付した。	テルミサルタン錠20mgとバルサルタン錠20mgはどちらも血圧降下剤で、名称の後半が共通・mg数も同じであったため間違えた。また、患者が来局した時間は混雑していたため焦りがあった。	業務手順を見直し、調剤者が調剤した後に、監査に回す前に薬の再確認を徹底することとした。両医薬品の外観には類似がないので、薬剤が来局した時間は混雑していたため監査するようにした。	テルミサルタン錠20mg「サワイ」	バルサルタン錠20mg「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
445	イルアミクス配合錠LD「杏林」を30錠お渡しするところ、イルアミクス配合錠LD「杏林」22錠、イルアミクス配合錠LD「DSPB」8錠でお渡し。別患者様への調剤時、薬剤カセットへの充填ミスを見出し、過誤が発覚。患者様へ電話連絡し、事情説明し謝罪。その後ご自宅に伺い交換。未服用であり、体調変化はなかった。	外箱・PTPシートのデザインが似ていた。箱またぎ調剤時、適切に監査システムを使用できていなかった。	箱またぎ調剤時の適切な監査システムの使用。薬剤充填ミス防止のため、似たデザインのものがあることを注意喚起するメモを薬剤カセットへ貼り付け。	イルアミクス配合錠LD「杏林」	イルアミクス配合錠LD「DSPB」	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
446	バナシ錠の後発品セフボドキシムフロキセチル錠100「JG」を調剤すべきところを、セフジトレンピボキシル錠100「CH」を調剤。監査でも気づかず、投薬時に誤りを発見し、調剤・監査を再度行った	類似医薬品に対する認識不足・注意不足が考えられる	全職員に事例の共有と注意喚起を速やかに行い、類似医薬品に関して薬品棚に注意喚起のラベルを貼付した。	バナシ錠	セフジトレンピボキシル錠100mg「CH」	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
447	一般名処方 ベタヒスチン錠6mgのところベボタスチン錠10mgを調剤。監査者が気づき指摘。調剤しなおした。	似たような名称で見間違い。耳鼻科の処方でもどちらもよく使われていたため、バツと見て、思い込みの調剤が要因と考えられる。	棚の位置を離れて経過を見る。	ベタヒスチン錠6mg	ベボタスチン錠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
448	ツムラ桂枝加朮附湯を調剤の際、端数の処理間違いが起きた。ツムラ桂枝加朮附湯、ツムラ芍薬甘草湯の箱は同じ赤色の帯で、未開封の箱を隣同士に置いていた。端数調剤のため、箱を開けた際、ツムラ桂枝加朮附湯の調剤をしなければならぬところ、ツムラ芍薬甘草湯を調剤した。その後、箱を整理している際に間違いに気づき、投薬前に再調剤を行った。	箱開封時、注意力散漫のため、調剤すべき医薬品と類似した外観の医薬品の箱を開け、調剤したことが原因と考えられる。	類似外観の漢方の箱の位置を離れた。また、漢方の番号順に箱を並べ替えた。職員全員と情報共有し、事例の報告をし、改善策を伝えた。	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
449	別の処方箋を見て、調剤してお渡ししそうになった。	○処方せんの見間違い複数の処方箋があり、よく似た軟膏の混合処方を見間違い、ヒルドイドソフト:リンデロンV軟膏で調剤しなければならぬところ、ヒルドイドソフト:ロコイド軟膏で調剤してしまった。	混雑時にも手順を怠らず、調剤監査をする。ダブルチェックを徹底する。	リンデロン-V軟膏0.12%	ロコイド軟膏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
450	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には、一般名「亜鉛華単軟膏」と記載されていた。薬剤師Aは、調剤する際、薬棚から間違えて亜鉛華軟膏「ホエイ」を軟膏缶につめた。その後、そのまま患者に渡す。その後、薬剤師Bが間違いに気付き、調剤した薬剤師Aに伝えた。薬剤師Aは、すぐに亜鉛華単軟膏「ニッコー」を正しく調剤し、薬剤師Bに鑑査してもらい、患者に間違いを伝え正しい薬と交換した。	亜鉛華軟膏と亜鉛華単軟膏は、棚の位置が近く名称も似ていたため間違えた。また、患者が来た時間は店内が混んでいたため焦りもあった。	亜鉛華単軟膏と亜鉛華軟膏の位置が近いので配置位置を離した。鑑査の前に薬の再確認を徹底することとした。取り違い防止のため注意喚起をした。	亜鉛華(10%)単軟膏「ニッコー」	亜鉛華軟膏「ホエイ」	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
451	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「セファドール錠25mg 6錠分3毎食後14日分」と記載されていた。薬剤師Sはセファドール錠25mgを調剤するところ、セディール錠10mgを調剤し、本人が監査した。調剤監査システムのPDAを通したところ、警告音が鳴り、間違いに気付いた。薬剤師Sはセファドール錠25mgを正しく調剤し、再度、PDAを通して監査した。監査の段階で誤りに気付いたので、患者には正しい薬を交付した。	セファドール錠とセディール錠の名称が似ていたため、思い込んで間違えた。急いでいる患者で、焦りがあり、間違えてしまった。	名称が類似している薬は再度確認を徹底する。	セファドール錠25mg	セディール錠10mg	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
452	一般名処方でトランキサム酸が処方。ジェネリック希望を確認し、トランキサム酸を調剤したつもりでトランサミン錠を取っていた。入力時に事務員が気づき交換。	以前は先発品をカプセル、後発品を錠剤で採用し、棚を上下に設置していた。トランサミンカプセルの入手困難に伴い、トランサミン錠を採用。もともとトランサミンカプセルが入っていた棚にトランサミン錠を充填。上の棚(トランサミン錠)が引き出されていたため下の棚(トランキサム酸錠)のラベルが見えなくなり、ヒート外観が類似していたこともあって調剤ミスを起こした。閉店前の人数過少時で気持ちが焦っていた。○単純なミス○焦り○注意力散漫	棚を上下から並列に変更。ラベルを先発品のイメージが惹起される箱の部分を切り取って利用。	トランキサム酸錠250mg「YD」	トランサミン錠250mg	確認を怠った判断を誤った	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
453	五苓散(17番)と五積散(63番)の取り間違い 初回10日分をほぼ服用し終え、2回目の処方が出たとき、前回と包装が違うことに患者が気づき来局され発覚した。幸いにも健康被害はなく、処方医師に報告し、五苓散を改めて開始することで事なきを得た。	近隣整形外科の処方、日頃は五積散が処方されることが多く、処方箋の内容を見間違えたと考えられる。また、投薬の際では、患者にとっての初処方であったため、効能効果や服用方法についての話で盛り上がってしまい、薬剤の確認が不十分となってしまったと考えられる。	漢方薬で名称が似ているものはさほど多くはないため、全員に要注意の組み合わせを周知徹底する。監査・投薬時は、薬袋に印字している薬剤名と番号・薬情の写真を確認することを徹底する	ツムラ五苓散エキス顆粒(医療用)	ツムラ五積散エキス顆粒(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)	知識が不足していた技術・手技が未熟だった勤務状況が繁忙だった	医薬品	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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
462	GE品希望の患者さんに先発医薬品で調剤した	オーソライズドGE品で先発医薬品との包装が酷似していたと混雑時で患者様が多く待っていた上に処方医薬品の多かった。先発医薬品とGE品の医薬品棚が近くあった。	医薬品の棚の位置を変更しGE品、先発医薬品の注意喚起と区別を明確にした。先発希望、GE品希望を明確にするために処方箋に付箋をするように改善。	アイミクス配合錠LD	イルアミクス配合錠LD「D SPB」	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
463	一般名ファモチジン口腔内崩壊錠10の処方において、調剤者が、ファモチジンD10「サワイ」を調剤するはずが、外観が似ているブランドカスト112.5「AFP」を調剤。別の薬剤師が監査時、取り間違いに気づいた。	慣れによる類似の外観のとりまちない。確認の怠り。単純なミス。	仕事に慣れてるものに、起りがちな単純ミス。ピックアップした薬品を思い込まず、ヒートの名前を指さし確認する。	ファモチジンD錠10mg「サワイ」	ブランドカスト錠112.5mg「AFP」	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
464	ツムラの漢方を調剤したときに番号表記24と54番、いずれも分包の色が黄色で似ていたことにより取り間違い	単純なミスによる確認不足	番号表記、薬名の確認	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒(医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
465	バファリン配合錠A81が処方されていたが、バイアスピリン錠100mgを調剤した。鑑査で、調剤ミスが判明した。	処方箋を見てバファリン配合錠A81を調剤しようとしたが、同効薬であるバイアスピリン錠100mgを手にとってしまった。○単純なミス	名称が類似している薬剤や同効薬の取り間違いに注意するようにする。	バファリン配合錠A81	バイアスピリン錠100mg	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
466	ジェネリック医薬品を希望する患者が持参した処方箋は全て一般名で記載された処方せんでした。調剤ミスした該当医薬品は、処方箋に【般】テオフィリン徐放錠200mg(24時間持続)1錠 1日1回前 7日分と記載されていた。薬剤師Aは、【般】テオフィリン徐放錠200mg(24時間持続)をテオドール錠200mg若しくはテオロング錠200mgの一般名と勘違いをし、そのジェネリック医薬品であるテオフィリン徐放錠200mg「サワイ」を調剤した。鑑査にあたった薬剤師Bは、【般】テオフィリン徐放錠200mg(24時間持続)をユニフィルLA錠200mg若しくはユニコン錠200mgの一般名と正しく判断し、そのジェネリック医薬品であるテオフィリン徐放錠200mg「トーフ」ではなく、テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」が誤って調剤されていることに気付き、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはテオフィリン徐放錠200mg「トーフ」へ正しく調剤し直し、再度、薬剤師Bに鑑査をしてもらった。鑑査の段階で誤りに気付いた為、患者には正しい薬を交付した。	ユニフィルLA錠200mg若しくはユニコン錠200mgの一般名は、【般】テオフィリン徐放錠200mg(24時間持続)と類似していること。調剤した処方箋は、全て一般名で記載されていたので注意力が散漫になっていたこと。調剤した時間は、薬局が混んでいたため調剤した薬剤師Aに焦りがあったことが要因として挙げられる。	類似して勘違いし易い、難しい一般名の先発品と後発品の表をまとめ、調剤台・鑑査台に配置した。薬局に従事する薬剤師に周知徹底を図った。	テオフィリン徐放錠200mg「トーフ」	テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」	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	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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
467	処方薬カプトリル12.5mgのところ間違えてカプトプリル12.5mgを投薬。	名前が似ているので、思い込みで後発品をピックアップし、そのまま投薬してしまっただ。		カプトリル錠12.5mg	カプトプリル錠12.5mg「日医工」	確認を怠った	知識が不足していた	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
468	先発希望患者処方記載 一般名ロキソニン錠60mg 3錠 31日分ロキソニン錠60mgを93錠お渡しするところをロキソニン錠を63錠、後発品を30錠で交付。	ロキソニン錠の棚に後発品がまぎれていたのでため起こったと思われる。後発品の形状、色が似ているため気づかずに交付してしまっただ。	医薬品を棚に戻すときは二人で確認してから戻す。	ロキソニン錠60mg	ロキソプロフェンNa錠60mg「トワウ」	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
469	アスピリン 0.03g 1日1回夕食後が処方された。当薬局にはアスピリン原末は在庫がなく、近隣に問い合わせた。持っているのことで取り寄せの手配をした。当薬局で処方箋を事務入力する際、薬剤師がアセトアミノフェンを入力してねと事務に伝えた。体重換算をするとアセトアミノフェンで少し少なかった為、処方医に問い合わせをした。その場に数人薬剤師がいた。担当薬剤師が、患者体重が8kgなのでアセトアミノフェンの量が少し少ないのではと処方医に問い合わせ中、電話の周りにいた薬剤師が何か違うと気づき、アセトアミノフェンとアスピリンを混同していると発覚した。問い合わせた近隣薬局もアセトアミノフェンとアスピリンを勘違いしており、アセトアミノフェンだったらあるが、アスピリンはないとのことで、やはり間違っていた。	アスピリン原末は当薬局ではあまり出ることがない。アスピリンとアセトアミノフェンは解熱鎮痛剤である。アセトアミノフェンはこの近隣ではカロナールで出ている。アスピリン原末とアセトアミノフェンの原末の結晶が似ている気がする。単純なミスであるが、そこにいる薬剤師や近隣の薬剤師も思いがえるようなミスであった。思い込みと在庫がないことによる焦りに気を取られた。	処方入力者、調剤者、監査者が手順を再度確認する。他のことに気をとられずに、処方箋と調剤録のチェックに関しては、特に集中するようにする。	アスピリン「ヨシダ」	アセトアミノフェン「ヨシダ」	判断を誤った	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった	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
470	類似の名称の医薬品の取り換え	○処方箋の見間違い 柴芩湯の処方が大多数のため、柴朴湯の処方を柴芩湯と見誤って調剤した。監査者が、誤りに気が付いたため患者様には正しくお渡しした。当薬局では誤りの見落としのないよう、薬袋に薬の画像を印刷している。	類似した名称があるものには、注意喚起を付ける。監査の作業で何度も誤りがないか確認する手順をもうける。	ツムラ柴朴湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ柴芩湯エキス顆粒(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「薬剤取り換え」）

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
471	多剤一化の方。カルフィーナ錠1.0μgを56錠（1回2錠×28日分）分包する所、1包のみにグリグラジ錠40mg「NP」2錠が分包されていた	多剤一化の為、1包化する為に多剤手巻きする必要があった。手巻きの際のダブルチェックを実施し、監査時においても、手巻き錠を全数監査を実施しているが、カルフィーナ錠とグリグラジ錠の外観が似ており、見過ごしてしまった。当薬局では、カルフィーナ錠1.0μgは、手巻きだが、グリグラジ錠40mgは分包機力セットが存在する。いつの時点か？不明だが、薬を棚に戻す際に、カルフィーナ錠1.0μgの棚にグリグラジ錠40mgを誤って戻してしまったと考えられる。	グリグラジ錠40mg「NP」の採用を他メーカーへ切り替える。錠剤戻し用ボックスの活用を徹底し、戻し用錠剤がボックス内に一杯になる前に、ダブルチェックしながら棚に戻す。	カルフィーナ錠1.0μg	グリグラジ錠40mg「NP」	確認を怠った	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
472	オイラックスHクリームのみが処方されていた。処方箋のみ置いて、あとから取りに来る処方。忙しかったので、確認できないうちに、とりに来られたので、さっと確認してお渡ししてしまった。みかけも似ており、確認不十分であった。透析室で管理している薬だったので、持参した薬をみて、看護師が気が付き連絡してくれたことで発覚した。	似た処方であること、門前以外の病院の処方であったこと、通常はオイラックスのほうが多くでていることなど、思い込みがあった。	処方箋の確認、規格違いなどよく確認、処方箋のコピーにチェックを入れるなど、注意喚起を行う。	オイラックスHクリーム	オイラックスクリーム10%	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
473	処方箋ではグラマリール（50）2錠分2で処方されていたにも関わらず、グランダキシン（50）2錠分2で調剤した。薬品名の頭部分と規格mg数が同じだったために思い込みで調剤した。	グラマリール（50）の在庫はないと思いをしていたこともあり、処方箋はグラマリール（50）2錠分2で処方されていたが、それよりは処方回数が多いグランダキシン（50）2錠分2で調剤をした。他の薬剤師が気づき当該薬剤師と調剤し確認したので、患者様には処方箋通りグラマリール（50）をお渡しした。○処方せんの見間違い	当薬局にある在庫を把握し、薬品名、規格が似ているまたは似ている薬があっても、思い込まずに調剤するように努める。	グラマリール錠50mg	グランダキシン錠50	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
474	エビリファイ散0.1% 0.05g（製剂量）の賦形を乳糖ですべきところを誤って炭酸水素ナトリウムで行ってしまった。	散剤監査システムが修理中で散薬瓶本体による確認を徹底していたが、初めに作ったものが秤量規格外でやり直しになり患者を待たせているという焦りから再調剤の際に誤って重曹で調剤してしまった。乳糖と重曹のみ散薬瓶を使用しており外観の類似も一因かと考えられる。○焦り	分包機の掃除の為に手元に重曹を準備していた。調剤以外の薬剤以外は手元に置かないようにする。また秤量時の目視も怠らざう行う。	乳糖水和物「ケンイー」	炭酸水素ナトリウム「ヨシダ」	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
475	一般名により（エイゾプト懸濁性点眼液）が処方された。患者さんに後発品の希望を確認して、後発品であるプリンゾラミド懸濁性点眼液ニットーを調剤したつもりでした。患者さんに説明しているときに、コンプト配合点眼液の後発品であるドルモロール配合点眼液を調剤したことに気が付きプリンゾラミド懸濁性点眼液を調剤した。	エイゾプト懸濁性点眼液とコンプト配合点眼液が同時期に発売されました。コンプト配合点眼液の後発品の容器の色合いが、エイゾプト懸濁性点眼液と同じであったこと、後発品は、先発品と外見が似ているということが頭にあり調剤ミスに至りました。	調剤棚の場所を先発品と後発品を隣にするとともに、後発品には、エイゾプトの後発品とケースに記した。また、容器が類似している先発品と後発品に関しては、それぞれのケースに先発品、後発品と記した。	プリンゾラミド懸濁性点眼液1%「センジュ」	ドルモロール配合点眼液「ニットー」	確認を怠った判断を誤った	知識が不足していた	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
476	メグルコを後発品希望の患者で調剤時168錠をとった際に誤ってメホルミン錠160錠+メグルコ錠8錠で調剤。監査者が気づき調剤しなおして患者へ間違ったまま渡すことはなかった。	メホルミン錠の棚にメグルコ錠が混ざって入っており、誤って調剤したと考えられる。	後発品は先発品と似たデザインのものが多いため、特に注意して調剤、監査を行うことを徹底する。	メホルミン塩酸塩錠500mgMT「ニプロ」	メグルコ錠500mg	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
477	オイラックスHクリームが処方されていたが、誤ってオイラックスクリームを調剤した。	処方箋の確認ミス。(医薬品名類似による「H」の見誤り)	保管場所の工夫	オイラックスHクリーム	オイラックスクリーム	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
478	【一般名】メコバラミン錠500μg2錠分2朝夕食後56日分処方で、メコバラミン錠500μg「SW」112錠で調剤しなければならぬところ、そのうちの26錠がメチコパール錠250μgになってしまったが、重量監査システムの機械ではミスが発見されることなく通ってしまった。その後、監査を担当したものが発見し、正しい薬に変更することができた。	メチコパール250μgが納品された際に、包装開封後に見た目が似ていたため実習生が誤ってメコバラミン錠500μg「SW」の棚に直してしまっており、今回規格違いで更にメーカー違いが混ざっていることに気づかずメコバラミン錠500μg「SW」の棚から必要数を調剤していた。調剤者は数の方に集中していたため、シート1枚1枚の名前や規格の確認を怠ってしまった。また、重量監査システムに通した際に、正しいバーコードの部分を読み取っていたことや、外観が似ていたこと、重さもほぼ同じだったことから、ミスが発見されなかった。○作業手順の不履行 ○処方医薬品の多さ ○単純なミス ○注意力散漫	・実習生に棚への薬品の片付けや補充をしてもらう際は、薬品名と規格に注意を払ってもらうように伝えてから実施してもらう。調剤後の自己鑑査において、ヒート1枚1枚の薬品名や規格までしっかり確認を行う。	メコバラミン錠500μg「SW」	メチコパール錠250μg	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
479	当薬局にはバルサルタン80mgがサンドと沢井の2社在庫有り。そのとき屋前とあって忙しい時間であったためサンドを渡すところ沢井のバルサルタンを投薬時患者さんと確認しているときに気付いたので患者さんには渡らなかった。	メーカー違いの同薬剤はシ−トの色や外観が似ていることが多いのでメーカー名まで確認をする。	メーカー名が違う同薬剤を棚に印をつけ再確認するよう注意喚起するようにした。	バルサルタン錠80mg「サンド」	バルサルタン錠80mg「サワイ」	確認を怠った 連携ができていなかった判断を誤った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
480	一包化するため患者さんを待たせピッキングをしてヒートからはずそうと再度確認したところ薬剤が違うことに気が付きました。	薬の名前が似ていて引き出しのなかでも近くにあったので間違えてピッキングしてしまった。	塩酸ベニジピンは劇薬なので保管場所を区切って保管することにしました。	塩酸リルマザホン錠2「MEEK」	塩酸ベニジピン錠2「MEEK」	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
481	一般名処方薬のランソプラゾールOD錠15mgを患者希望により後発医薬品のランソプラゾールOD錠15mg「日医工」を調剤するところ、先発医薬品のタケブロンOD錠15mgを調剤して、患者に交付した。後日、患者からの連絡があって判明。すぐに、患者宅へ訪問して、謝罪及び正しい薬の交付をする。	一般名処方薬から後発医薬品だけでなく患者希望により先発医薬品の処方も多い医薬品であり、忙しさもあり、薬品棚が離れているにも関わらず、頭の中で医薬品を交換して調剤した。監査者も間違いに気づかず投薬。患者に見せて渡すも、シートが類似しているため気づかず。○注意力散漫	一般名処方については処方箋記載の名前と実際に調剤する医薬品名が違うことの認識を強く行う。(調剤、監査、投薬いずれも)処方箋の中に、先発医薬品、後発医薬品の両方を希望するケースもあるため、鉛筆で印を入れて注意を促す。	ランソプラゾールOD錠15mg「日医工」	タケブロンOD錠15	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		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
482	一般名処方で、先に開封した後発を出し、足りないため未開封の先発を空けて先発後発を混合してお渡しした。当日数量確認してミスを確認交換したので患者さんは服用されず。	先発と後発の包装がほぼ一緒に鑑査時に気づけず渡した様子。調剤者・投薬者も似ている事の認識がなかった。	局内で包装がよく似ている物を再度確認。	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	オルメテックOD錠10mg	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
483	一般名処方におけるオルメサルタンOD錠20の調剤において、先発品を希望している患者に対して、後発品であるオルメサルタンOD錠20「DSEP」をピックアップしてしまった。	後発品を選択、採用するうえで、AGを採用するようにしているが、シートのデザインなど酷似していることから忙しさの中で取り間違った。	処方箋の一般名処方のみならず、調剤録、薬歴での確認の徹底と先発品を希望する患者においては薬歴画面で強調して注意できるように設定する。	オルメテックOD錠20	オルメサルタンOD錠20「DSEP」	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
484	セフジトレンピボキシル錠100mgが処方されていたところセフカペンピボキシル錠100mgを間違えて調剤、患者に交付。その後、薬歴記入時に間違いが判明し、患者宅訪問し交換。幸い健康被害はなかった。	少量の処方だったこともあり、注意が散漫になり単純な調剤ミス。少量の処方でも気を抜かず、しっかり手順を守ることを心掛ければいけない。また一般名処方もの増加に伴い、類似した薬品名も多く注意の必要な医薬品には印をつけなければいけない。	どんな状況でも調剤手順をきっちり守り、複数回の確認を怠らないように薬局内で再確認。類似した薬品名も多く注意の必要な医薬品には印をつけた。	セフカペンピボキシル塩酸錠100mg「サワイ」	セフジトレンピボキシル錠100mg「OK」	確認を怠った				ヒューマンエラー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	風邪処方でカロナール500、カルボシステイン500、その他数種類が処方されていたが、粉薬もあるので全部まとめて分包するところ、A薬剤師がカルボシステインを分包機入れたところでB薬剤師へ交代した。A薬剤師は残りカロナール500を分包機に入れてほしかったのでカロナール500のパラ品を置いていたが、B薬剤師はカロナールを入れた後のパラ品が置いてあると思って、カルボシステインを持ってきて分包機に入れた。監査ではカルボシステインとカロナールの外観が似ていて刻印までしっかり確認しなかったためそのままカルボシステインが2個入った状態で投薬となった。患者さんが服用時に2個同じ薬が入っているときがつき電話にて問い合わせたが間違いが発覚した。	普段、1作業中に他薬剤師へ変更することがないので申し伝えの決まりがなかった。監査した薬剤師が錠剤の外観で該当薬剤と思い込んでしまい、刻印までしっかり確認しなかった	1作業中に作業の変更はしないようにする。もし、変更するときは申し伝えをしっかりとる。監査時は刻印をしっかりと確認する。	カロナール錠500	カルボシステイン錠500mg「テバ」	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
486	調剤する薬剤師がツムラ補中益気湯を調剤すべきところ、包装の似たツムラ桃核承気湯に取り違えてしまった。監査者も間違いに気づかずそのまま投薬した。患者と薬剤師の確認をするときに薬剤師が間違いに気づき、改めて補中益気湯を調剤し患者に交付した。	忙しい時間で調剤担当薬剤師が自己監査の手順を省いて調剤した。監査者も焦りがあり不十分な監査で投薬した。○作業手順の不履行○焦り	忙しさに関わらず手順は省略しないよう徹底し、監査時は包装の見た目とかわされず薬品名1文字1文字しっかりと確認して再発を防ぐ。	ツムラ補中益気湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ桃核承気湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
487	近隣の泌尿器から、ツムラ牛車腎気丸が処方されていたが、誤ってツムラ八味地黄丸を交付してしまった。処方薬交付後に、患者様より電話があり、交付間違えに気づいた。	いつも応需している泌尿器の医療機関で、この二つが良く処方されていた。シートデザインも茶色で非常に似ていて、処方せんの見間違いと思いきや、投薬時に、患者様に新薬が新しく処方されていて、そちらの説明に夢中になり、いつも出ている漢方薬を患者様に確認してもらおう行為を怠ってしまった。単純なミス	漢方薬などは似ているデザインのものも多く、また疾患も似ている。そのため、思い込みでは無く、再度処方箋を注意深く確認し、監査を行うことを再度徹底する。また、交付時にも患者さまと現品を見て、薬の名前を読み上げたりお互いに確認してから交付するように心がける。	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒(医療用)	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒(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
488	在宅患者で一包化指示あり。タリオン錠5mg1日2錠を間違えて一般名ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg1日2錠で調剤してしまった。2日後に別の薬剤師が監査して気づいた。後発品を使用するため、正しくはベポタスチンベシル酸錠5mgであった。作り変えて監査しなおして翌日施設に持参した。	ベタヒスチンメシル酸塩錠とベポタスチンベシル酸錠は「ベ」欄の上下に配置してある。外来が多忙の季節になり、しかもこの患者は朝の薬が10錠ととても多く、監査するのも時間がかかるので午前の仕事終わりの疲れている時にもかかわらず、早く終わらせたい気持ちがあり急いで調剤してしまった。一包化の前に調剤した薬剤についてチェックがあったにも関わらず、すり抜けてしまった。自分以外の薬剤師が調剤したのに関して「正しい」という思い込みがあったことが原因と考えられる。	名称が類似しているため、これまでずっとベタヒスチンメシル酸塩錠を服用している患者はそのままに、最近タリオン錠の処方が入ってきたこの在宅一包化の患者の分を次の調剤より、タリオン錠の先発医薬品にする事にした。	タリオン錠5mg	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「テバ」	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
489	アスベリンドライシロップ2%とアスベリン散10%が採用。名称類似のため、誤調剤。監査者が気づき、正しいものに訂正した。	混雑のため、用量確認を怠った。そのため、過量で調剤していることに気づけなかった。○処方せんの見間違い○単純なミス○注意力散漫	用量確認を行ってから、調剤を行なうことを徹底しました。	アスベリンドライシロップ2%	アスベリン散10%	確認を怠った 判断を誤った	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
490	一般名でイミダプリル(5)が処方されていたが、イトブリド(50)で一包化を作成してしまった。監査によって刻印が異なることに気づき、患者様にお渡しする前に気付くことができた。	イミダプリル(5)とイトブリド(50)のPTシートや外箱が似ていたのと、薬棚の配置が近かったためピッキングを誤ってしまった。	イミダプリル(5)を引き出しに移動させることで、ピッキングによるミスを防ぐ。また、ピッキングの際は確認を怠らないようスタッフ全員に呼び掛けた。	イミダプリル塩酸塩錠5mg「トーワ」	イトブリド塩酸塩錠50mg「トーワ」	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
491	一般名医薬品名称が類似しており規格単位数が同じであったため、必要数量を取り棚へ戻す際に類似品の棚へ戻してしまった。次に同薬を調剤する際に棚に別の医薬品が混ざっていることに気が付き正しい棚へ戻した。	類似名称医薬品の棚が近かったため戻し間違いが起きてしまった。またシートの色味やデザインが似ていたことも要因のひとつと考えられる。 ○作業手順の不履行○単純なミス○注意力散漫	棚の位置をずらし医薬品のネームプレートと薬のパッケージを利用し作成した。	トランドラプリル錠1mg「サワイ」	トリクロルメチアジド錠1mg「トーワ」	確認を怠った	その他	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
492	似た名前漢方薬同士で通常良く処方されていたものと取り違えた。	漢方に慣れていないことによる思い込みと確認不足(処方せんの見間違い)	取り扱ったことのない漢方は特に必ず確認する。	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)	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
493	一般名処方、パンドルローションとアンテベートローションの一般名が似ている為、間違えて調剤。監査時に気づき訂正する	土曜日は特に混雑し忙しく、〇焦り〇注意力散漫と一般名が似ていたため、ミスが発生したと考えられる	一般名処方、今回のケース以外でも似ているものがある為、注意が必要。普段から一般名の似ているものを把握しておく必要がある。該当するものが処方されているときは、特に注意をして調剤する	パンドルローション0.1%	アンテベートローション0.05%	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
494	一般名処方 で クエン酸第一鉄の処方であったが 調剤時、クエンメット配合錠をピッキング。 監査時に調剤がまちがっていることに気づいて訂正。 投薬には至らなかった。	調剤時に やりかけの仕事を考えながら ピッキングしており薬の頭文字だけで判断して 調剤を誤った。 注意力散漫	名称が類似しているものについては処方箋上の薬品名に印をつける	クエン酸第一鉄Na錠50mg	クエンメット配合錠	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
495	ミチグリニドOD錠50mgで処方されていたがミグリトールOD錠50mgで調剤してしまった。	名称が似ている事、ミグリトールの方が良く処方されているため、勘違いをして調剤した。	ミチグリニドとミグリトールの棚位置は離れた場所に移動。調剤後、再度処方箋と内容を確認することを徹底する	ミチグリニドCa・OD錠5mg「フソー」	ミグリトールOD錠75mg「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
496	薬剤師Aがチラーゼン錠 S50㎍:処方のところ、誤ってチザニジン錠1mg日医工をピッキングしてしまうが、薬剤師Bが監査時に誤りに気づいた。	棚替えを行い、場所が変わっていて過ちが起こりやすい状態にあった。 〇単純なミス	名称の似た薬剤に対する注意喚起のシールを付けた。	チラーゼンS錠50μg	チザニジン錠1mg「日医工」	確認を怠った 判断を誤った	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる身体的条件下にあった	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
497	一般名でベボタステンベシル10と記載された処方があった。ピッキング者はベタヒステンメシル6と思い込み、それをピッキングした。監査者は間違えに気づき、指摘を行った。	名称が類似していたこともあり、思い込んでしまった。監査システムとして薬タッチを導入しているが、電波状況が悪かった為、不使用だった。	名称類似品をピッキングする時はいつもより深く意識し注意を行う。名称類似品の取り間違えを防ぐため、ノレンを作成し注意喚起を行う。薬タッチは電波悪くても、再起動すれば電波が改善するので、多少時間がかかっても再起動を行い使用する。	ベボタステンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒステンメシル酸塩錠6mg「日医工」	確認を怠った 判断を誤った	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
498	一般名処方によりベボタステンが処方されていた患者さんに対し、ベタヒステン6mgを調剤。監査時に発見。	一般名の類似	置き場所を隣同士にせず少し間を開ける	ベボタステンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒステンメシル酸塩錠6mg「日医工」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	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
499	スピリーバのところスピオルトでピッキングを行った。	処方医薬品が多く、焦りから名称の似ている両薬剤を取り間違えてしまった。	ピッキング時にスピリーバ2.5μgの2.5μgに丸印を付けてスピオルトとの違いをわかりやすくする。	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入	スピオルトレスピマット60吸入	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
500	カナリア錠処方されていたのに、カナグル錠を調剤。	名称が似ているための取間違い。確認不足。		カナリア配合錠	カナグル錠100mg	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
501	商品名のジメメルファンリン酸塩錠10mg「TCK」で処方されていたが、デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠15mg「トローワ」で調剤し、そのまま交付。交付後に当事者が違和感を感じ、電話にて確認したら取り間違いが発覚。	ジェネリックになり名称が類似している。同じ位処方数あるため、棚にてややずらして保管。〇処方せんの見間違い	それぞれの薬品棚に「類似名称あり注意！」と記載し注意喚起した。	ジメメルファンリン酸塩錠10mg「TCK」	デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠15mg「トローワ」	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
502	一般名サラゾスルファピリジン腸溶錠500mgの処方に対して、腸溶錠ではない製剤を用意してしまった。調剤、監査で2人の薬剤師が目を通しているが、その後のバーコード監査システムでチェックをした時に発覚。	素錠と腸溶錠があることや適応症が違うことについて、調剤と監査を担当したそれぞれの薬剤師が知らなかった。	類似名称の採用品は一覧にして、スタッフ全員に目を通してもらう。	【般】サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg	サラゾスルファピリジン錠500mg「タイオー」	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
503	ノルバスクOD錠5mgが処方されていてジェネリック希望されている方。調剤者がアムロジピンOD錠5mg「日医工」に変更でピックアップしなかったところアムロジピン錠5mg「日医工」をピックアップして監査に回してしまう。そして監査者が間違いに気がきました。	アムロジピン錠5mg「日医工」とアムロジピンOD錠5mg「日医工」が隣り合っており錠剤カセットにセットしてありますので、思い込みでとってしまったものと思われます。	調剤前に剤形違いのものがある場合は剤形等(今回の場合はODの部分)に印を付けてからピックアップを行う事でこういった間違いを防ぐ。また、類似名称の薬を離して配置する。	アムロジピンOD錠5mg「日医工」	アムロジピン錠5mg「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
504	クエン酸第一鉄ナトリウム(50)「サワイ」4錠2x 30日分(全量120錠)で処方されていたが、クエン酸第一鉄ナトリウム(50)「サワイ」20錠とジルチアゼムRカプセル(100)「サワイ」100錠で患者に投薬した。患者は間違いに気が付き、服用はしていなかった。(残薬を服用されていた。)棚卸時に発覚し、患者に連絡。	クエン酸第一鉄ナトリウム(50)「サワイ」とジルチアゼムRカプセル(100)「サワイ」は調剤棚に陳列しているが、調剤棚に入りきれない在庫は同一の場所で保管していた。外箱が類似している為、100錠を取り間違え。又、監査時も20錠が正しく調剤されていた為、袋に包装された薬品をきちんと確認していなかった。	同じジェネリック医薬品メーカーの外箱は類似している事が多い。クエン酸第一鉄ナトリウム(50)「サワイ」とジルチアゼムRカプセル(100)「サワイ」の在庫は別の場所へ保管。又、出来るだけ外袋も開封した状態で患者へと交付する事とした。(湿気・光等の保管方法は確認)〇作業手順の不履行〇注意力散漫	クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」	ジルチアゼム塩酸塩Rカプセル100mg「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
505	クレストール2.5mgで処方されていたが、ジェネリック希望であったが、84錠を調剤したが、その中に先発品であるクレストール2.5mg錠が1シート(10錠)含まれていた。監査の時に発見し、過誤に至らなかった。	クレストール2.5mgとロスバスタチン2.5mg「トローワ」はヒートのデザインが似ていたため、調剤したあと、残った分を棚に戻す時にクレストールをロスバスタチンの棚に戻してしまったのが、間違いを招いてしまった。	調剤、監査するときは、特に似通ったヒートがある薬品については気を付ける必要がある。ジェネリックと先発の位置を離す措置をとっても良いが、調剤、監査をきっちりすれば防げる事案である。	ロスバスタチン錠2.5mg	クレストール錠2.5mg	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	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
506	サリバラ液のどこを誤ってオピセゾールコデイン液で調剤してしまった。後からピックアップ監査システムポリムスでの照合時に発覚。患者に渡る前に作成し直すことができた。	【背景】サリバラ液とオピセゾールコデイン液は外観・中身ともに非常に類似している。配置が上下であった。【要因】指さし呼称の不遵守。	スタッフに周知し、配置を離した。調剤時の指さし呼称を徹底指導。	サリバラ液	オピセゾールコデイン液*(日医工)	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 施設・設備	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
507	処方箋記載「一般名 カンデサルタン・アムロジピン5mg配合錠 1錠/分1朝食後」の調剤で、薬剤師Aがカデチア配合HDを調剤した。鑑査した薬剤師Bが気が付いて薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはカムシア配合HDを正しく調剤し、再度薬剤師Bに鑑査してもらった。鑑査の段階で気が付いたので、患者様には正しい薬剤 カムシア配合HDを交付した。	カデチア配合HDとカムシア配合HDは名称が類似しているため取り間違えた。	調剤者は、錠剤シートに記載されている成分名と規格、カムシア配合なら、カンデサルタン8mgとアムロジピン5mgも確認するようにする。そうすれば、一般名称の成分名・規格を確認できる。鑑査者は、薬情のカラー写真を鑑査に使用しているので、それを継続する。	カムシア配合錠HD「あすか」	カデチア配合錠HD「あすか」	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
508	予製してあった外用軟膏剤の取り違い	同じ規格のものは内容が異なっているも軟膏容器の色が同じであったこと。軟膏に何が含有されているかを示すシールが小さかったこと。	類似しているものは同じ規格でも軟膏容器の色を分けるようにする。軟膏をしまっている戸棚に「取り間違い注意」など注意を示すラベルを掲示する。	ヒルドイドソフト軟膏0.3% 10%サリチル酸フセリン軟膏東豊	ダイアコート軟膏0.05% 10%サリチル酸フセリン軟膏東豊	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
509	透析患者の1包化に処方薬 カルタン錠を誤ってマグミット330mg錠を調剤してしまった。	カルタン錠とマグミット錠330は、バラ錠であると、大きさや印字の形が類似している。マグミットは、腎機能障害患者では、高マグネシウム血症を起こすおそれがあり慎重投与である。	バラ錠の管理方法の改善	カルタン錠500	マグミット錠330mg	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
510	11月30日にオキシフル液3%15mlが処方になり、5mlの外用瓶に充填するときに、医薬品が入っている外用瓶にオキシフル液3%ではなく、グリセリン洗腸液50%が入っていることに気付いた。5ml減っていることから、前回(10/12)に10ml処方になったときに、5mlの1本がグリセリン洗腸液50%でわたっていることが分かった。オキシフル液3%は、使用頻度が少ない為、同系列の他店舗から50ml振替をした。50mlの外用瓶には、「オキシフル液3%と使用期限、製造番号が記載された用紙が貼ってあり、それを信じて充填し投薬してしまった。投薬瓶の後ろに、充填した時の薬品のジャーナルが貼ってあり、それが、グリセリン洗腸液50%の記載であった。	・他店舗の外用瓶の棚が、オキシフル液3%とグリセリン洗腸液50%が1段違いだったために、間違えて充填してしまった。充填した薬剤師と用紙と振替伝票を書いた人が別な人だったために、充填違いに気づかずに振りかえてしまった。 処方が出た時に、投薬瓶に貼ってある用紙だけ見て充填してしまった。	・店舗間の貸し借りの医薬品(特に粉と液剤)の時には、2人で医薬品を確認する。・用紙も1種に統一し、2種類あるときは、両方の医薬品の名前と期限を確認する。・似たような液瓶は、間違いのないように配置	オキシフル液3%	グリセリン洗腸液50%	確認を怠った 記 録などに不備があった	その他		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
511	デキストロメトルファン錠15mg「NP」とアンプロキシソール錠15mg「アメル」をビッキングする際に、同じものを二つビッキングしてしまったと思ひ、片方を元に戻そうとしてしまった	二種類の外見が酷似している点について認識していなかった。また、15mgという規格も同じのため、少し離れた規格だけを目線にとらえ、同じものだと思い込んでしまった。	片方の採用を変更する。今回はアンプロキシソール錠「アメル」を「日医工」に変更した。	デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠15mg「NP」	アンプロキシソール塩酸塩錠15mg「アメル」	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
512	非常に似ている名前のため、間違えてしまった。	繁忙な時間帯は過ぎていて注意力散漫のため、起こった単純なミス。	両薬剤が隣接して保管さされていたので、離して保管するようにした。	ランタスXR注シロスター	ランタス注シロスター	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.	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			PMDAによる調査結果	
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他		
513	レグナイト錠300mgをピッキングしなくてはいけないところ、レグテクト錠333mgをピッキングしようとしていた。	薬名が類似していたこと、非常勤の職員がピッキングしようとしたため、起きたミスと思われる。	処方せんの表記をしっかりと確認すること、類似した名前の薬があることを当該薬品のところにも表記する。	レグナイト錠300mg	レグテクト錠333mg	確認を怠った	知識が不足していたその他	医薬品その他	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	
514	ベタヒスチンメシル酸塩が処方されていたのに、よく似た名前のペボタスチン患者さんにお渡ししていました。	一般名だとよく似た名前になるので、見間違えたと思われる。	名前はよく似ているが、規格が違うので、規格までしっかりと確認してから調剤する。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工」	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	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	
515	薬剤師Aが混合剤の予製作成時に、レシピに記載されているケイラーゼS顆粒を誤ってエクセラゼ配合顆粒で作成。剤形が似ているため、エクセラゼ配合顆粒の瓶にケイラーゼS配合顆粒を充填。薬剤師Bが監査時に、監査システムのジャーナルにエクセラゼ配合顆粒が記載されていたため誤りを発見。エクセラゼ配合顆粒は残りが少なかったため、充填した薬剤も違っていることが発覚した。	今まではエクセラゼ配合顆粒で予製を作成していたが、エクセラゼ配合顆粒の製造中止に伴いケイラーゼS配合顆粒に変更していた。薬剤師Aは応援のため変更をわかっていなかった。充填時にWチェック又は監査システムを使わなかったため異なる薬剤を充填してしまった。	調剤時にはレシピを見て薬剤名を確認してから調剤を行う。充填時にはWチェック又は監査システムをしない。○作業手順の不履行○単純なミス	ケイラーゼS顆粒	エクセラゼ配合顆粒	確認を怠った	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	
516	ラクソベロン内用液60mlが処方され、リンデロンVGローション10ml×6本で調剤してしまった。	ラクソベロン内用液が処方されているにも関わらず、リンデロンVGローションを調剤し、鑑査する薬剤師も見落としてそのまま窓口へ。しかしそこで薬を交付・服薬指導を行う薬剤師が間違いに気づき、交付するに至らず。この2点の薬は近くに保管しており、1本が10ml入りで少し外観も類似している。	この2点の薬剤を少し離して保管するようにした。またトリプルチェックを行うとはいえ、調剤者も鑑査者も絶対に間違っていないという危機感をもって日々業務を行うようにする。	ラクソベロン内用液0.75%	リンデロンVGローション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	医薬品施設・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	
517	ヒアルロン酸ナトリウムPF点眼液0.1%「日点」が処方されているところ、ラタノプロストPF点眼液0.005%「日点」が調剤されていた。監査時に発覚し投薬は回避した。	ヒアルロン酸ナトリウムPF点眼液0.1%とラタノプロストPF点眼液は保管場所が隣であったため、PF製剤というだけで思い込みで調剤してしまった。また両方ともアルミの袋に入っているのを見目が類似し点眼容器を目視で確認ができないため、直ぐに気づくことが出来なかった。	調剤過誤防止システムである、ミゼロ子の使用を徹底する。調剤・監査とともに薬品名、規格をきっちり確認するように徹底する。保管場所を離すことで取り違いを防止する。	ヒアルロン酸ナトリウムPF点眼液0.1%「日点」	ラタノプロストPF点眼液0.005%「日点」	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
518	一般名：ヘパリン類似物質軟膏の処方でも事務員が一般名：ヘパリン類似物質クリームを準備。薬剤師がそのまま投薬し、患者の指摘で気づき、交換した。	事務員：朝からプリンターの異常があり、時々修理担当者と話している業務に集中していなかった。薬剤師：普段より混雑していたため確認がおろそかになった。○単純なミス○焦り○注意力散漫	間違えやすい一般名なので十分注意する。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ピーソフテンクリーム0.3%	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった				ヒューマンエラー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	処方せんには、セレスタミン配合錠3錠毎食後と記載されていたが、調剤をする際、近くの棚にあるセレキノン錠100mg3錠毎食後を調剤していた。患者に服薬指導中にセレスタミン配合錠ではなく、セレキノン錠100mgだと気づき、患者には正しい薬を交付できた。	セレスタミン配合錠とセレキノン錠100mgの棚の場所が近く、ヒートも似ていた為取り間違えた。	セレスタミン配合錠とセレキノン錠100mgの棚の場所を離れた。薬品名の所に『注意』と札を付けた。	セレスタミン配合錠	セレキノン錠100mg	確認を怠った判断を誤った		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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
520	糖尿病にて近医受診中 女性、56歳処方箋記載はデベルザ錠20mgであったものをテネリア錠20mgが用意されていた。監査薬剤師が調剤された医薬品についてミスを発見し、正しくデベルザ錠20mgを用意した。患者への誤った医薬品の交付はされていない。	勤務年数も長い薬剤師のため、慣れていることで、処方箋の確認が甘く、そこに油断があったかもしれないが、単純なミスであると思われる。当該処方箋受付時に混雑していたため、レセコン処理と調剤が同時になってしまう、調剤者が「糖尿病薬」「テ〇〇〇」「20mg」とキーワード状態で調剤したうえ、再度処方箋と、用意した薬品との確認を怠ったと考えられる。テネリア・デベルザ、名前が似ていることと、規格が20mgと同じだったこと、どちらも糖尿病治療薬だったこと、ストック棚が近くにあったことなど、誤りやすい要素が多いと考えられる。	処方箋を確認し、調剤する。用意した医薬品をもう一度自身で処方箋と照会し確認する。	デベルザ錠20mg	テネリア錠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
521	オドメール点眼液0.1%で調剤するところを人工涙液マイティア点眼液を渡してしまった。	1つの引き出しにそれぞれの点眼薬を区切って入れているが、上から見ると同じ白いキャップであったため取り違えた。普段なら別の薬剤師がピッキング・監査をするが、混雑時で一人でピッキング・監査をしてしまった。	引き出しの中のを整理し、見た目が似ているものは上から見て違いが分かるようフタを付けた。二人以上で薬の確認をするルールを徹底した。	オドメール0.1%点眼液	人工涙液マイティア点眼液	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
522	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「バルサルタン錠80mg「サンド」1錠/分1 朝食後、30日分」と記載されていた。薬剤師Aは、バルサルタン錠80mg「サンド」の隣に予製していた外観が似ているニフェランタンCR錠40をバルサルタン錠80mg「サンド」と思い込んで調剤してしまった。鑑査にあたった薬剤師Bは、バルサルタン錠80mg「サンド」ではなく、ニフェランタンCR錠40が調剤されていることに気付かず、そのまま交付してしまった。翌朝患者本人より連絡あり、ミスに気づいた。患者本人が来局してくれるということになり、薬を交換した。	シートが類似している上、30日分ずつ束ねて予製していたものを並べて配置していた。投薬時患者本人に薬を確認してもらう際、ほかの話をしながらになってしまった。○単純なミス ○注意力散漫	予製をするときはシートが類似している薬剤を隣に並べない。必ず薬名、規格を確認することを徹底する。投薬時に患者本人にもきちんと確認してもらう。	バルサルタン錠80mg「サンド」	ニフェランタンCR錠40	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
523	オルメサルタンでお渡しするところを、オルメテックで調剤。いずれも、監査時に発見でき、投薬にはいたってません。	外観がよく似ているため、調剤ミスあり	先発を調剤棚、後発を引き出しにしまうようにし、充填時には、二人で確認することとしました。	オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」	オルメテック錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
524	一般名で「テルミサルタン80mg・アムロジピン」が処方された。この患者の前回処方「テルミサルタン40mg・アムロジピン」だったので、入力者はテルミサルタンの増量に気が付いた。しかしアムロジピン配合の「テルラムロ配合錠BP」ではなく、名前の似ているヒドロクロロチアジド配合の「テルチア配合錠BP」を選択し入力を終了した。調剤者も同様にテルミサルタン80mg含有の「テルチア配合錠BP」で調剤し監査も終了して投薬した。患者は1か月間服用したが、体調に変化はなかった。	合剤の各医薬品と成分量を一つずつ突き合わせて確認するのを怠ったので他薬剤を調剤した。また合剤の名称も似ていたことで勘違いしたと思われる。受付がタ方でスタッフも少なかつたため集中力に欠けていたのも要因である。	合剤の場合、薬品名と規格が複数ある組み合わせとなるので、各医薬品名、各規格を一一つつ照らし合わせて確認する。合剤医薬品の名称の類似点にも注意する。	テルラムロ配合錠BP「DSEP」	テルチア配合錠BP「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
525	処方箋には一般名フルバスタチン錠10mg、1錠/分1夕食後30日分と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、引出しからフルバスタチン錠10mg「三和」を調剤するところ、薬棚にあったフルバスタチン錠10mg「ファイザー」を調剤したことに気づかず、そのまま監査にまわした。監査にあたった薬剤師Bが、処方箋のフルバスタチン錠10mg「三和」ではなく、フルバスタチン錠10mg「ファイザー」が調剤されていることに気づき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはフルバスタチン錠10mg「三和」を正しく調剤し、再度、薬剤師Bに監査してもらった。監査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	フルバスタチン錠10mgとプラバスタチン錠10mgは名称が類似していること、フルバスタチン錠10mgは当薬局での処方頻度が低く、薬棚に配置してあったプラバスタチン錠10mgを間違えて調剤したと考えられる。	プラバスタチン錠10mg「ファイザー」の薬棚に類似名薬品ありとの注意喚起を促す付箋をつけた。また、業務手順を見直し、調剤者がピッキングした後に、監査に回す前に薬の再確認を徹底することとした。	フルバスタチン錠10mg「三和」	プラバスタチンナトリウム塩錠10mg「ファイザー」	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
526	メインテートを調剤しないといけないのに端数を取るときに隣の棚から取ってしまい、二種の薬が混ざっていたので、監査も通ってしまい、結果、患者様が気づいて電話をして下さった。	調剤者も監査側も端数の組み合わせ時は、数だけでなく品名確認も確実にを行う。外観の似た薬は特に気をつける。	今回の事例を、薬剤師全員が共有できるように連絡ノートに書いて回した。	メインテート錠0.625mg	プロブレス錠4	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	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
527	レスピマットにつられて、スピリーバとスピオルトを間違えた。	レスピマットがスピリーバとスピオルトしか採用がなく、主にスピリーバが処方されることが多かったため間違えてしまった。処方せんの見間違い	似たような薬がある場合は再度処方箋を確認する。	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	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
528	ツムラ麻子仁丸エキス顆粒 7.5g 枚食前 21日分 処方。ツムラ麻子仁丸を14日分とツムラ清暑益気湯を7日分合わせてお渡ししていた。患者より連絡があり発覚した。	ツムラ麻子仁丸126番とツムラ清暑益気湯136番を同じ場所に置いており、混合してお渡ししてしまった。126番と136番で番号も似ており、包装も似ており、混ざってしまった。確認を怠ってしまった。	麻子仁丸と清暑益気湯を別々の場所で保管することにした。監査システム（オーディット）の活用法をもう一度見直した。薬剤師、事務による目視確認の徹底。	ツムラ麻子仁丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ清暑益気湯エキス顆粒（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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
529	一般名処方で「ヘパリン類似物質スプレー」と記載してあった。ドクターの意図は泡スプレーだったが、液体スプレーを調剤してしまった。	「ヘパリン類似物質スプレー」は泡スプレー、液体スプレーどちらも共通の一般名である事は把握していたが、今までずっと液体スプレーを使っていた患者だったため、今回からの変更を疑わずに今回も液体スプレーで調剤してしまった。	一般名処方だった場合、毎回患者に希望を確認してから調剤する。処方医にできるだけ「ヘパリン類似物質スプレー」の一般名処方を選んでもらうように依頼した。	ヘパリン類似物質外用泡スプレー0.3%「ニトト」	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「サトウ」	確認を怠った。連携ができていなかった判断を誤った			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
530	一般名処方エナブラリル錠10mgが処方されたところ、エピナスチン錠10mgを調剤してしまった。	薬棚が上下の関係であり、同一メーカー「東和薬品」のジェネリック医薬品「エピナスチン」と「エナブラリル」の同一規格(10mg)であった。繁忙な時間帯であり注意力散漫となったことによる単純なミスである。	ミスを起こす可能性のある類似名称、同一規格を検証し、薬棚の配置換えを実施した。	エナブラリルマレイン酸塩錠10mg「トーフ」	エピナスチン塩酸塩錠10mg「トーフ」	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
531	12/4に一般名処方「テルミサルタン80mg/アムロジピン」が処方された。これは前回(11/5)と同じ処方だったが、今回はヒドロクロロチアジド配合の「テルチア配合錠BP」で調剤、投薬していたので過誤が判明した。11/5の処方が「テルミサルタン40mg/アムロジピン」から「テルミサルタン80mg/アムロジピン」への変更のため、入力する者はテルミサルタンの増量に気が付いたものの、後発医薬品をレセコンで選ぶ際、アムロジピンではなくヒドロクロロチアジドが配合されている「テルチア配合錠BP」を選択し入力し、調剤、監査も終了して投薬していたためだった。患者は1か月間服用したが、目立った体調変化はないようだった。	配合剤中の一部の薬剤含有量が変更になったのでそちらに気を取られ、もう一つの薬剤の確認が疎かになった。また、各薬剤の名称が通っているため、合っているように勘違いしてしまった。	配合剤の処方の場合、処方せんの記載と配合されている複数の薬剤名とを必ず一つ一つ照らし合わせて確認する。	テラムロ配合錠BP「DSEP」	テルチア配合錠BP「DSEP」	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
532	一般名処方であった。一般名はかなり違うが、薬品名が似ている。	注意力に欠けていた。棚の場所が上下であった。	配置を変えた。注意深く確認する。	ステブロン軟膏0.05%	スピラゾン軟膏	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	施設・設備	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
533	一般名「セフジニル細粒10%」と記載がされていた所、薬剤師Aは「メイアクトMS小児用細粒10%」を調剤して渡した。後から、事務員Bによる調剤録の確認で間違いが分かった。	一般名「セフジニル細粒10%」と「メイアクトMS小児用細粒10%」の成分「セフトレニルピボキシル」が酷似して渡した。後から、確認の際に見落としていた。	薬局内で置いている薬で名前が酷似している薬品名を覚えておき、より気を付けて確認すること。	セフジニル細粒小児用10%「サワイ」	メイアクトMS小児用細粒10%	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
534	カルデナリン2mgが処方されていたところ、名称及び外見の似ているカンデサルタン2mg「あすか」を調剤しようとしてしまった。薬剤監査機にかけているので、そこで間違いに気づいて、正しい薬剤を調剤することができた。	単純なミスを防ぐために、似た外見、名称の薬の棚にそれぞれ取り違い注意の札を付けた。また、機械による監査システムを導入したことにより、取り違えても患者の元に渡ることはなくなった。		カルデナリン錠2mg	カンデサルタン錠2mg「あすか」	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
535	タリオンOD錠10mg処方のところ、後発品であるベボタスチンOD錠10mg「タナベ」で調剤。監査時、投薬時にも気づかず、薬お渡し後に患者本人からの問い合わせにて間違いが発覚した。	間違いが発覚後、タリオンOD錠の棚を確認したところ、ベボタスチンOD錠10mg「タナベ」が間違っで入っていた。先発品と後発品でシートのデザインが似ており、調剤時に間違えて棚に戻し、その後気づかず別の処方の調剤を行ったため今回の調剤間違いが起きたと考えられる。	調剤時、監査時に薬品名までキッチリと確認を行う。また、シートのデザインが似ている薬同士の棚は少し離す等の工夫を行う。	タリオンOD錠10mg	ベボ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			ヒューマンエラー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	施設調剤の事例で配薬時に発覚。薬剤師Aは本来リバスタッチパッチ18mgを14枚ピッキングすべきところを、イクセロンパッチ18mg14枚をピッキングし、監査に回した。薬剤師B（監査者）は、誤りに気付かず鑑査を完了し、配薬へ向かった。施設で今回調剤した薬剤を配薬BOXへセットする際、残薬（リバスタッチパッチ18mg）と異なる医薬品を調剤していたことに気づき、誤りが発覚した。薬剤師Bは該当医薬品はセットせず薬局へ戻り、薬剤師Aへ一連の流れを説明。薬剤師Aはリバスタッチパッチ18mg 14枚を正しく調剤し、薬剤師Bがそれを監査後、施設へ配薬した。	同一剤形のため、同じ引出しに配置され、両医薬品が隣り合った状態であった。箱の外観・色も類似していたため、慣れと注意力の低下からピッキングをミスしてしまった。また、監査者は頻繁に処方される医薬品であることから思い込みが先行し、注意深く監査することを怠った。○単純なミス○注意力散漫	配置場所を変更し、異なる引出しに棚付けする。また、本事例を薬局内で周知徹底し、併売品や外観の異なる医薬品を扱うときに特に注意喚起を行う。	リバスタッチパッチ18mg	イクセロンパッチ18mg	確認を怠った	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
537	2018年11月27日(火)18時頃に、内科を受診した患者様(57歳女性)が処方箋を持って来局した。処方箋には 麻黄附子細辛湯エキスカプセル 6C 1日3回 毎食前 4日分と記載されていた。薬剤師は調剤する際、薬棚から麻黄附子細辛湯エキスカプセルを調剤するところを、その1つ下にあった似たツートンの色調のメキシレチン塩酸塩100mg「トーフ」を調剤し、一人薬剤師であった為監査の際も気づかなかった。投薬台で患者様に説明する際に間違いに気づき、患者様には正しい薬を交付した。	麻黄附子細辛湯エキスカプセルはそれまで引き出しにあったが、風邪のシーズンになった為動きが出てきたので薬棚に数日前に出したところだった。薬をツートンの色調のイメージでしか覚えていなかったため文字をしっかりと確認せず、似た感じのツートンのメキシレチンが1つ下にあった為取り違えた。実際よく見るとヒートの色も違っていたのだが、薬をツートンカラーとその色調で認識していたため誤認した。	薬の棚の位置の入れ替え。色調のイメージで覚えず、きちんと文字確認する。	コタロー麻黄附子細辛湯エキスカプセル	メキシレチン塩酸塩カプセル100mg「トーフ」	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
538	一般名で、ヘパリン類似クリーム100g処方されていたが、ヘパリン類似液であるピーソフテンローションで間違っで調剤してしまいました。（それまではヘパリン類似液で処方歴あり、入力も液で間違っで）	門前クリニックが二次元バーコードを採用しており、今回間違っで処方箋は広域でありバーコードには対応していなかった。そのため手入力であったが、入力されたものではなく、処方箋原本にて行うよう徹底する。	広域処方箋はいつもより気をつけて入力を行い、薬剤師も調剤録チェックを怠らない。調剤及び監査は薬情等入力されたものではなく、処方箋原本にて行うよう徹底する。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ピーソフテンローション	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
539	一般名 炭酸水素ナトリウム 2g/分 2×28日分を調剤するところ、誤って塩化ナトリウム「オーツカ」 2g/分2×28日分を調剤し、交付した。	一般名で処方箋に記載されていたため、炭酸水素ナトリウムと塩化ナトリウムの薬品名を見間違えた。さらに塩化ナトリウムのバーコード登録が行われていなかったため、天秤の画面とジャーナルに医薬品名が表示されずバーコード番号が表示されていた。忙しい時間帯であり、調剤者がジャーナルに手書きで医薬品名を記載しておらず、g数のみもう一人の薬剤師が確認していた。○作業手順の不履行○処方せんの見間違い	・天秤に薬剤名が表示されるようマスター登録を必ず行う・薬品名類似のため、調剤欄に注意喚起のマークをする	炭酸水素ナトリウム「ニココ」	塩化ナトリウム「オーツカ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
540	一般名処方で耐性乳酸菌錠6mgでピオフィェルミンR錠をピッキングするところを、似た一般名で、頻繁に処方されるレベニン散でピッキング。	レベニン散の処方数に比べて、かなり少ない頻度のピオフィェルミンR錠のため、一般名の剤形まで確認を怠るとピッキングミスが生じやすい。	確認をしっかりと行うことはもちろんだが、薬袋の表記を見れば一目瞭然とする。	ピオフィェルミンR錠	レベニン散	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
541	○類似名称のため	○処方箋の見間違い	ダブルチェックの体制を整える	ジャヌビア錠100mg	ジャディアンス錠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
542	一般名アンブロキソール塩酸塩の処方にたいし、一般名イミダプリルをピッキングした	50音順ならんでいる棚に似たシートだったため、近い位置で、確認不足でとり間違えた	血圧のマークを付ける	アンブロキソール塩酸塩錠15mg「サワイ」	イミダプリル塩酸塩錠5mg「サワイ」	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
543	タブロス点眼処方とこのころ、ピッキングの段階でタブコム点眼をとってしまっていた。	どちらも「2.5ml」企画で外観も名称も類似している。引き出しが上下2段と、取り間違えがしないように大きな字で区別していたのにも関わらずの出来事であった。今後はどちらかを下のストック引き出しにする等の対応をする。○単純なミス	引き出し場所をかえる。「ロス」なのか「コム」なのか、間違いの内容にピッキング、声出し、反復等を行う。	タブロス点眼液0.0015%	タブコム配合点眼液	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
544	イミダプリル錠5mgをイトブリド50mgでピッキングしてしまった。	○注意力散漫 PTPシートが非常に似ており、棚の位置が近いので誤認した。	イトブリド錠の棚に注意札をつけて一目でわかるようにした	イミダプリル塩酸塩錠5mg「日医工」	イトブリド塩酸塩錠50mg「日医工」	確認を怠った	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
545	三和葛根加朮部湯処方あり、お渡しした。その翌日、8包ほど三和桂芍知母湯が入っていたと本人様より電話で判明した。	薬剤の配置が普段と異なっており、三和葛根加朮部湯と三和桂芍知母湯が同じところに置かれていた。お渡しする数量をそろえるために新しい箱を開ける必要があり、確認せず隣の箱を開けた結果、8包ほど別物になってしまった。隣には同じものがあるとの思い込みがあったことと、外箱の見た目が似ていたこともあり、今回のミスにつながった。	薬剤の配置を全員で徹底する。未開封の箱から薬を取る際には、間違っていないことを確認するようにする。	三和葛根加朮部湯エキス細粒	三和桂芍知母湯エキス細粒	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	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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
546	ラベプラゾールナトリウム錠10mg「日医工」の引き出しに、オメプラゾール錠10mg「日医工」が入っていた。患者に調剤をした後に気付いた。患者に間違えて渡してしまったのではないかと、在庫数量と調剤数量を調べたら、間違った調剤はしていなかった。	忙しかったため、取り出したオメプラゾール錠をもとの引き出しに戻すのに、薬品のイメージやメーカーが類似しているラベプラゾールナトリウム錠の引き出しに無意識に戻ってしまった。	忙しい時でも薬品を引き出しに戻す際にも確認をする。	ラベプラゾールナトリウム錠10mg「日医工」	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
547	2018年11月26日(月)11時頃に、眼科を受診した患者(80歳女性)が処方せんを持って来局した。処方せんには、【一般名】チモロール点眼液0.5%(持続性) 2.5ml 1日右眼朝点眼と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、後発品のチモロールXE点眼液0.5%「ニットー」を調剤するところ、先発品のチモプトールXE点眼液0.5%を調剤したこと気付かず、そのまま鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが、後発品のチモロールXE点眼液0.5%「ニットー」ではなく、先発品のチモプトールXE点眼液0.5%が調剤されていることに気づき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aは後発品のチモロールXE点眼液0.5%「ニットー」を正しく調剤し、再度、薬剤師Bに鑑査してもらった。鑑査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	名称が似ていたため間違えた。	薬棚の薬品名の所に、注意喚起の目印	チモロールXE点眼液0.5%「ニットー」	チモプトールXE点眼液0.5%	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
548	ベザトールSR200mg錠のところを誤ってベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」を取り揃え交付した。23日後、患者の家族から「患者は薬が違っていることに気付いていたが、ジェネリックとわかっていたためそのまま続けていた。今度、入院することになったが処方されたものと異なる薬を持参しても良いか不安になり薬局に連絡した」との連絡があり発覚。	処方医薬品を取り扱う頻度が高く、薬剤の見間違いがあったと考えられる。	ジェネリックと先発の間違いが多いので、特に似ている名前場合は処方箋のコピーに印をつけて分かりやすくする。今回の場合、「ベザトール」と「ベザフィブラート」が似ているので、「ベザトール」の処方の場合には「トール」の部分に丸を付けて確認する。他にも、「ロキソニン」と「ロキソプロフェン」が間違えやすいので、「ロキソニン」の「ニン」の部分に丸を付ける。次回以降の投薬時に前回ミスがあったことを分かるように、薬歴の申し送りに注意喚起を記入。	ベザトールSR錠200mg	ベザフィブラートSR錠200mg「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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
549	30分で8日こられた時間帯で薬剤師Aが他の対応中に、二人分の処方箋を持参された。Aが対応中だったためBが一人で調剤し、ルパフィンのところパルモディアを交付した。当日中にご家族が気づき交換に来局された。クリアナール錠200mg 3T分3 毎食後 7日分レスプレンド錠30mg 3T分3 毎食後 7日分カルボシステイン錠500mg「サワイ」3T分3 毎食後 7日分ルパフィン錠10mg 1T分1 朝食後 7日分ポアラ軟膏0.12% 5g/ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」25g1日1～2回塗布	薬剤情報提供書の写真との突合を怠った。○作業手順の不履行	混雑時の待ち時間の揭示及び精神的余裕を持つようにする。	ルパフィン錠10mg	パルモディア錠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
550	一般名：セフジレニピボキシル小児用細粒（メイアクト）を、一般名：セフカペンピボキシル小児用細粒（フロモックス）で調剤。	一般名が酷似しているため、当薬局で良く処方されるフロモックスを調剤してしまった。	似ている薬があることをスタッフ全員がしっかりと把握し、調剤を行う前に処方箋と薬剤を照らし合わせることに。	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	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
551	一般名処方ベトラスチンが処方されていたが、誤ってベタヒスチンを調剤してしまった。	名前が似ているため	しっかり処方箋と薬剤を見比べる。	ベトラスチンベシル酸塩錠10mg「日医工」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「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
552	17:30 クラリスロマイシンDS小児用10%「タカタ」が処方されていたが誤ってカルボシステインDS50%「タカタ」で調剤を行った。監査時に気がつかず誤った薬を家族の方にお渡し。18:00 薬歴記入中に過誤に気づきご自宅に連絡。服用前であったため服用待っていただくように説明。19:00 ご自宅まで薬を交換に伺った。	同ジェネリックメーカーのため包装が少し似ており棚の配置も近かったため取り間違えた。小児の粉薬が続いており注意力が散漫となっていた。	クラリスロマイシンとカルボシステインの薬品の位置をずらし、同じ棚に置かないように変更した。粉薬の調剤の際には薬品棚から薬を取る時、秤で重さを量る時、棚に薬を戻す時の3回は必ず薬品名を確認するように徹底した。	クラリスロマイシンDS小児用10%「タカタ」	カルボシステインDS50%「タカタ」	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
553	キサラン点眼液の後発品であるラタノプロスト点眼液0.005%（わかもと）を交付しないといけなところ、ラタチモ配合点眼液が調剤されていた。目薬は、目薬用のビニール袋に入れられており、中身を確認せずにそのまま交付。患者から点眼前に色が異なるとのことで、確認の電話がかかってきた。それで間違いが発覚した。	目薬は交付時間短縮のため、あらかじめ、目薬専用のビニール袋に入れている。鑑査時には、必ず中身を確認して交付しているが、確認が抜かっていた。また、名前も似ているので、調剤するスタッフが取り間違えてしまった。	外見は色が異なるが、名前が似ている。冷蔵庫内でも、隣同志に配置していたため、配置場所を変更した。	ラタノプロスト点眼液0.005%「わかもと」	ラタチモ配合点眼液「ニットー」	確認を怠った	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
554	一般名処方で【般】オメプラゾール錠20mgが処方されており、オメプラゾール腸溶錠20mg「マイラン」を調剤しなければならぬところ、オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」を調剤してしまい、処方鑑査時に薬剤取り換えが発覚した。	高血圧の患者が続いており、処方せんの見間違いで名称類似品を調剤してしまった。	調剤時に薬剤の規格だけではなく、名称欄にも丸付けを行うなど、チェック体制を強化する。	【般】オメプラゾール錠20mg	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
555	処方箋には、グルベス配合錠と記載されていたのに、グルファスト錠が調剤されていた。気づかずにそのまま鑑査交付。患者より、いつもの薬と異なるため確認の電話がかかってきた。そのことにより、他薬を交付していることに気付く。	名前の似ている薬。処方箋と医薬品名をきちんと最後まで確認できていなかった。繁忙時だったので、確認がおろそかになってしまった。	名前の似ている薬。処方箋は、最後まできちんと読むこと。投薬する時も、患者にきちんと薬を見せ、名前も読んで交付すること。	グルベス配合錠	グルファスト錠10mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	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
556	エンシュア・Hの処方にて、患者さんから味を混ぜて欲しいとの希望があり、調剤者が味を混ぜて用意した。投薬する際数の確認はしたが味の確認までしなかった所、エンシュア・Hキッドのストロベリー味が混入していた。不足分があったため、それを用意する際にリキッドを間違えてお渡ししている事が発覚。	エンシュア・Hとエンシュア・リキッドの保管状況がきちんと分けられていなかったこと、味の確認をきちんと行わなかったために起こった。混み合っていた事もあるが、確認不足である。	似ているものであるため、1本1本の商品名、味、期限の確認を必ず行う。エンシュア・Hとエンシュア・リキッドの保管場所を変える。	エンシュア・H	エンシュア・リキッド	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
557	ツムラ抑肝散加陳皮半夏が調剤すべきところツムラ抑肝散を調剤・交付してしまった。	漢方薬が複数処方されている患者であり、ツムラ抑肝散加陳皮半夏が処方されていたが、誤ってツムラ抑肝散を調剤・交付してしまった。処方箋の医薬品名を途中まで確認せず、調剤してしまっ。薬剤師の人数が少ない時間帯であったため、調剤・鑑査・投薬が同じ薬剤師が担当した。投薬時も漢方薬のシートの色が同じであったので、患者もいつもと同じ薬と思った様子であった。投薬後、薬歴記入時に、誤りに気づき、すぐに連絡し、正しい医薬品と交換した。	漢方薬は類似名称が多く存在するので、医薬品名の最後まできちんと確認する。投薬時には必ず医薬品名を呼称し、誤りが無いかを患者と一緒に確認する。	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 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
558	カフコデが24錠処方されているところをクエン酸第一鉄を数錠混ぜて投薬していた。1〜2回くらい錠剤を服用され気がつき連絡があった。服用後少し胃が重くなったが薬局訪問時は調子は良いと言われていた。	カフコデの棚の中にクエン酸第一鉄が数錠混ざっていたものとする。大きさ、色、形が似ているため、調剤者が薬を棚からとり輪ゴムでたばね、それを調剤者がカフコデの部分のみ確認し混入を見逃したのと考えられる。○注意力散漫○単純なミス	棚に薬を入れるさいも十分な確認を行う。棚からだしたあと医薬品の確認を十分行い、すべての薬を確認する。カフコデ、クエン酸第一鉄サワイが類似した形態であり、棚も近くにすぐ近くにおいたが、棚の位置をずらしクエン酸第一鉄も見た目がサワイよりは違うJGの商品に変更することにした。	カフコデN配合錠	クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」	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
559	エリキュース2.5をピッキングするところ、エナラプリル2.5をピッキングした。	エリキュースとエナラプリル「EMEC」を間違えてピッキングした。箱のデザインが特に色が酷似しているため、また棚の位置が近いことから、誤ったピッキングをしてしまった。鑑査の段階で間違いに気づき、患者様には正しい薬を交付することができた。○単純なミス○注意力散漫	品名を良く見てピッキングする。棚の位置を離して設置する。	エリキュース錠2.5mg	エナラプリルM錠2.5「EMEC」	確認を怠った 判断を誤った	勤務状況が繁忙だった	施設・設備	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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果	
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他		
560	在宅の前回調剤時に処方箋コピーに正しい漢方を調剤したのに効能が似た漢方の番号を記載してしまった。次回調剤時にこのコピーを見た新人薬剤師がこの誤った番号の漢方を調剤してしまった。	経験不足の単純なミス。	漢方は番号のチェックも必要だが似たような名称もあり1字づつ確認が必要。調剤を行ったら、他の者の目を通して確認する。	ツムラ防己黄耆湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ防風通聖散エキス顆粒(医療用)	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	
561	名称の類似による取り換え。	業務が繁雑していた中での単純なミス。よく処方され、名称が類似しているもので注意が必要だったが、確認を怠ってしまった。	処方箋のコピーに漢方薬の番号を赤字で記載する。	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	
562	メイアクトMS小児用細粒のところ、セフゾン細粒小児用で調剤した。気付いて服用前に交換した。	一般名の類似名称によるミス	類似名称の確認を徹底する。	メイアクトMS小児用細粒10%	セフゾン細粒小児用10%	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	
563	一包化している患者様で35日分処方されていたが予製が28日分しかなく7日分その場で作成した。その際にメトホルミンをメーカー違いで一包化してしまった。外観がよく似ているため間違いに気づかず最終確認で空のヒートの確認をした時に発覚した。	複数メーカーの後発品を在庫している場合メーカー名の確認も徹底して行うよう周知する。	一包化した際に使用した空ヒートも最終監査が終了するまで残しておき、監査が終了してから廃棄する。	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「ニプロ」	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「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	
564	漢方薬の似た名称を読み違えて交付した。PCIには苓桂朮甘湯と入力したが薬の取出しで名称の似ている苓姜朮甘湯を取り出し薬袋には正しく苓桂朮甘湯と記載があるのにそのまま確認せずに投薬してしまい、代理人が帰宅後に薬袋記載の薬剤名と違うことに気づき再来局され、苓桂朮甘湯と交換した。患者は服用前であった。	薬剤を交付する相手が患者本人ではなく症状を把握していない代理の介護者だったため、本人の病状や主訴がインタビューできず、服用中他剤との相互作用や用法のみ説明して投薬してしまい、また、一人薬剤師の時間帯で十分に投薬前監査ができていなかった。○処方せんの見間違い○単純なミス	代理人への投薬の場合でも電話等で病状や主訴を確認してから投薬するようにする。また、一人薬剤師の時間帯を作らないよう人的環境を整える。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒(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
565	ランソプラゾールとラベプラゾールを勘違いしてお渡しした。	本薬局ではラベプラゾールの処方が多く、名称も似ているため勘違いしてお渡した。	患者さんの歴にランソプラゾール注意と記載して、毎回確認するようにしている。	ランソプラゾールOD錠15mg「サイイ」	ラベプラゾールNa錠10mg「YD」	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	
566	ノボラビッド30ミックス注フレックスベンが処方された患者に、誤ってノボラビッド注フレックスベンをお渡ししてしまった。患者本人から連絡があり発覚、使用前だったため健康被害は無し。謝罪し正しい物と交換、心証は良好。	横並びに保管していたため、名称確認が不十分で取り違えてしまった。交付する際もいつも使用している薬のため十分な確認をしていなかった。○処方せんの見間違い	名前が似ている薬は離れて保管する。交付の際に患者と一緒にダブルチェックする。	ノボラビッド30ミックス注フレックスベン	ノボラビッド注フレックスベン	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	
567	処方カナグルだったのにカナリアを投薬してしまった。処方箋を置いて帰り3日後に家族が薬を取りに来た。帰宅後患者本人から電話があり発覚した。	薬名が似ていたため確認を怠った単純なミス。薬情の写真を見ていなかった。	薬名の似ているものがあるときは念入りに何度も確認する。薬情の写真と薬を確認する。	カナグル錠100mg	カナリア配合錠	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	

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
568	オルメサルタンOD錠20mg「DSP B」をピッキングしたところ、オルメテックOD錠20mgが混在していた	ヒートのデザインが酷似していることから、棚に戻すときに混在したと思われる(単純ミス)	ピッキング後 入庫時等においてダブルチェックするデザインが似ている薬剤については注意喚起する	オルメサルタン錠OD20mg	オルメテックOD錠20mg	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
569	先発の銘柄デバス(1)でいつも処方の方、いつもデバスで調剤して渡している方、しかし、薬歴にはデバス希望とは記載無く、今回の入力、調剤も後発品のエチゾラム(1)「アメル」で調剤、処方箋の備考欄にもエチゾラム(1)「アメル」と記載あったため、渡し口の監査でも今回はエチゾラムでよいと思ひ、患者に後発品で渡した。しかし、患者にはよく確認せず、そのまま渡した。患者も目だめが似ているため、気付かず。翌日、いつもとデバスが違うと電話あり、先発が欲しかったとのこと。お詫びして、夕方交換に来てくれるとのこと、夕方、不足分の精算とデバス(1)を交換した。	薬歴に、先発品希望の方は、商品名をコメント欄に、〇〇希望と入力しているが、この患者の薬歴には「デバス」希望と入力なく、処方箋の備考欄にもエチゾラム(1)「アメル」と記載あったため、後発品でよいと思ひ込み、患者への確認を怠ってしまった。疑義照会や、入力訂正などもあり、かなり待たせてしまい、また、胃薬の飲み方の変更について、説明している、デバスの確認が漏れてしまった。	いつもと違う、先発、後発品への変更は、患者にもよく確認して、患者に確認しながら渡す。受付時も後発品でよいか？よく確認して、入力する。疑義照会で待たせた場合も、1つ1つ薬の確認を怠らず、慌てないで渡すこと。今回、薬歴コメント欄に「デバス希望」と入力追加した。	デバス錠1mg	エチゾラム錠1mg「アメル」	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
570	本来であればテルチア配合錠AP「日医工」を調剤するところを、テラムロ配合錠AP「日医工」で調剤してしまい、別の薬剤師が監査を行った際に誤りに気が付き調剤を直し、患者様に薬が渡ることはなかった。	処方せんの見間違いが原因、頭文字と規格、文字の並びが似ていたと考えられる。	調剤した際に、薬のシート上の名称と処方せん中の名称をよく確認する。取り間違いした薬剤についてスタッフ間で情報を共有する。	テルチア配合錠AP「日医工」	テラムロ配合錠AP「日医工」	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
571	本来であればワンアルファ錠0.5㎍を調剤するところを、ワーファリン錠0.5mgで調剤してしまい、別の薬剤師が監査を行った際に誤りに気が付き、患者様に渡ることにはなかった。	処方せんの見間違いが原因、頭文字とミリ数、文字の並びが似ていたと考えられる。	調剤した際に、薬のシート上の名称と処方せん中の名称をよく確認する。取り間違いをしてしまった薬剤についてスタッフ間で情報を共有する。	ワンアルファ錠0.5μg	ワーファリン錠0.5mg	判断を誤った	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
572	アトルバスタチン10mg「トーフ」28錠をアロプリノール100mg「サワイ」28錠で調剤。監査時に気づき、アトルバスタチン10mg「トーフ」28錠で調剤し直した。	アトルバスタチン10mg「トーフ」の棚にアロプリノール100mg「サワイ」が28錠だけ入っていた。隣同士の棚だったため棚に戻す際に間違えたらしい。シートの色、錠剤の色、大きさ形、どれも似ていた。	棚の順番を変えて、似ている錠剤同士は隣にならないようにした。薬局のアトルバスタチン10mg「トーフ」の棚だったため棚に戻す際に間違えたらしい。シートの色、錠剤の色を変更した。調剤時、取った薬をよく確認する	アロプリノール錠100mg「サワイ」	アトルバスタチン錠10mg「トーフ」	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
573	バルサルタン20mgの所、40mgを調剤してしまった。	20mgと40mgの棚の位置が近く、名称も似ていたため間違えた。	20mg、40mg、80mgの棚の位置を離そうと検討している。	バルサルタン錠20mg「アメル」	バルサルタン錠40mg「アメル」	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
574	一般名:カルシトリオール(0.25)の処方をアルファカルシドール(0.25)BMDで調剤、監査、投薬してしまった。在庫のずれにより発覚。	同じ規格で同じ後発品メーカーの商品で似ている薬剤を在庫している。	規格違い、間違いやすい薬剤などには棚に注意のラベルを貼る。間違いやすい薬剤リストを作成し普段から気を付ける。	カルシトリオールカプセル0.25μg「BMD」	アルファカルシドールカプセル0.25μg「BMD」	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
575	オロパタジン錠5mg(一般名処方)が処方されているが、棚から間違っ てロスバスタチンOD錠5mg「ト ワ」を出してしまう。患者に渡す前の 監査で気づき、正しいものに訂正し て患者に交付して、事なきを得た。	朝の忙しい時間で、他の患者さんも いる中、慌ててピッキングをしたの が原因と思われる。そんなに似てい る名前でもないし、棚の位置も離れ ているのに間違えてしまったのは、 名前の一部分や力価だけが頭に残 り思い込みによるものと思われる。 ○単純なミス○焦り	ピッキングの際に、かごに入れると きに処方を見ながら作業する。	オロパタジン塩酸塩錠5 mg「サンド」	ロスバスタチンOD錠5m g「トワ」	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
576	ツムラ麻子仁丸エキス顆粒(医療 用)が処方されているが、誤ってツ ムラ茯苓飲合半夏厚朴湯エキス顆 粒(医療用)を調剤してしまった。	ツムラの漢方に番号が割り振られて いるが、126番と116番で似た数 字と色の組み合わせにより、ミスが 起きたと考えられる。○単純なミス	番号を見間違えないようにする。処 方箋の記載内容を確認する。	ツムラ麻子仁丸エキス顆 粒(医療用)	ツムラ茯苓飲合半夏厚朴 湯エキス顆粒(医療用)	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
577	ミカムロ配合錠BPとテラムロ配合錠 BPを調剤時に取り間違え、他の薬 剤師が処方監査時に間違いに気付く	薬品の名称が類似している為○処 方せんの見間違い	調剤時に全ての薬品名称を確認し て調剤する	ミカムロ配合錠BP	テラムロ配合錠BP「ニブ ロ」	確認を 怠った	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
578	7/6に来局。6/4にもらったツムラ (15)は毎日服用ではなく頓服的に 服用していた。最近、痒みが出てき た何が原因かな?と思っていたら漢 方薬が(15)ではなく(25)が入ってい た。全部ではなく、一部だけだったと 思う。多分、1束が(25)だったと思 う。	ツムラ(15)とツムラ(25)の漢方薬は 同じ漢方棚に入っていたので、単純に 取り間違いをしてしまい、最終監査 もそのまま通ってしまったと思われ ます。	漢方薬は、同じ番号は色も同じで似 通っているため、漢方棚をずらして 置くようにし、複数人数でのチェック 体制をすることを薬局内一同で確 認・徹底することになりました。	ツムラ黄連解毒湯エキス 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		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
579	ツムラ加味帰脾湯をツムラ加味ショ ウ遙散と調剤時に取り間違え処方 監査の薬剤師が間違いに気付く	漢方の名前が類似している為○処 方せんの見間違い	漢方の名前を最後まで薬品名を確 認して調剤する	ツムラ加味帰脾湯エキス 顆粒(医療用)	ツムラ加味逍遙散エキス 顆粒(医療用)	確認を 怠った	技術・手 技が未熟 だった	医薬品	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
580	インクレミンシロップと一般名でヘパ リン類似物質外用液0.3%が処方 されていた中で前回是一般名でヘ パリン類似物質スプレー0.3%だっ たため処方箋入力の時点で以前の ヘパリン類似物質スプレー0.3%で 入力してしまい、調剤時にもヘパ リン類似物質外用泡スプレー0.3% 「PP」で調剤してしまった。他の薬 剤師が監査した際に入力と調剤したも のが間違っていることに気づき正し いヘパリン類似物質ローション0. 3%「YD」で入力と調剤の取り直しを 行い正しいものをお渡ししてきた事 例。	ヘパリン類似物質泡状スプレーが普 段から出ている患者さまでヘパリン 類似物質と一般名で処方が来たた め思い込んで入力と調剤を行った。 ○単純なミス	都度処方箋をしっかり確認するこ と。	ヘパリン類似物質ロー ション0.3%「YD」	ヘパリン類似物質外用泡 状スプレー0.3%「PP」	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
581	薬の取違い	包装の類似による取り違い	名前を確認してピッキングをする	ツムラ補中益気湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ葛根湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	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
582	処方箋には一般名「センノシド錠12mg」との記載だが「ヨーデルS糖衣錠80」を交付してしまった。監査も当店内規どおりに行ったが2名の薬剤師とも発見できなかった。	センノシド＝便秘薬＝ヨーデルと頭の中で勝手に理解してしまった。処方薬品が一般名で10種類あり、処方医薬品の多さも影響したと考えられる。	頭の中で勝手に組み変わることを防止するために再度声だし確認を行う。	【般】センノシド錠12mg	ヨーデルS糖衣錠－80	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	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
583	処方箋にはロスバスタチンが記載され薬品棚よりロスバスタチンを取り出し患者に処方したつもりであったが実際はラベプラゾールを処方していた。患者の申し出により薬剤を交換し事なきを得た。	○単純なミス○注意力散漫	両剤とのかなり処方される薬剤でありシートの色が似ているためミスが発生したと考えられる。また棚が近い事も要因と考える。今後はチェックをこれまでの倍とすることとし、より冷静な調剤を心がける。	ロスバスタチンOD錠2.5mg「DSEP」	ラベプラゾールナトリウム錠10mg「ケミファ」	確認を怠った	通常とは異なる身体的条件下にあった	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
584	(一般名)テルマロBPをお渡しするはずがテルチアBPを渡してしまった。後日電話があり、取り違いが発覚。また服用前だったので、謝罪し交換。服用前であったため有害事象は避けられた。○ウィークリーシート	午前の終わり際で、人手も少なかったこと。また、一般名の合剤で間違えやすい薬であったこと。同じ規格で類似した名称であったこと。すべてが重なり、当事例に至ってしまった。	人手不足時や終わり際にはより監査をしっかりとる事。疑いの目で監査をする。名称が似ている為、一字一句確認を怠らない事。	テルマロ配合錠BP「DSEP」	テルチア配合錠BP「DSEP」	確認を怠った連携ができていなかった	技術・手技が未熟だった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
585	レスプレン20mg錠21錠の中にカロナル200mgのヒート4錠間違えて投薬	ヒート類似の為スルーしてわたした。(ミスゼロ子使用しています)	投薬前に必ず全ヒートチェックしたあと輪ゴムでくくるようにする。	レスプレン錠20mg	カロナル錠200	確認を怠った		コンピュータシステム 医薬品 施設・設		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
586	午前11時頃、薬局内は混雑し始める時間帯に患者さんが来局。レグナイト錠300mgの処方があったところ、調剤者がレグテクト錠333mgを調剤してしまった。別の薬剤師が監査の際に気が付き、投薬前に防ぐことができた。	レグナイト錠300mgとレグテクト錠333mgは非常に医薬品名と規格が類似していたため、また、調剤者が当薬局に勤めたばかりの者だったため今回の調剤ミスが起きたと考えられる。薬局内が混雑していたため調剤者の焦りもあった。○焦り	元々、医薬品棚の位置は医薬品名が類似しているため離れた場所に置いて管理をしてあったが、誰が調剤をしても間違えることの無いように各医薬品棚に注意喚起の印を付けることとした。また、今回の経験を踏まえて在庫している薬で医薬品名が類似している医薬品をリストアップし、注意喚起の印を付けることとした。	レグナイト錠300mg	レグテクト錠333mg	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
587	「ツムラ100大建中湯エキス顆粒」が処方されていたが、「ツムラ40猪苓湯エキス顆粒」をピッキング、監査でも気が付かず患者様にお渡ししてしまった。患者様自身が、受け取り直後に中身を確認され、ご連絡を頂けたので「ツムラ100大建中湯エキス顆粒」をお渡しした。	○商品類似：ツムラ漢方製剤は、下一桁の数字が同じ場合、シートデザインが同じ色になっている。○作業手順の不履行：ツムラ漢方薬を調剤する際、処方箋のコピーに該当する番号(大建中湯の場合は「100」)も記入し、ピッキング・監査の際、商品名のみならず該当する番号もチェックすることになってるが、その工程が抜けていた。○焦り・注意力散漫：忙しい時間帯になると、どうしても焦りが生じ、注意力も散漫になりがち。	商品のデザインに惑わされる事なく、作業手順を履行し商品名・商品番号をきっちり確認する。忙しい時こそ、一つ一つの作業をきっちり履行することが大切だという事を、スタッフ全員が認識する事。	ツムラ大建中湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ猪苓湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品 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.	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			PMDAによる調査結果	
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他		
588	ノボリン30R注フレックスペンで処方されているところをノボリンR注フレックスペンでお渡しした	冷所にて保管場所が近く忙しいこともあり取り間違えた	名称の似ている薬剤は離して保管し二重チェックする	ノボリン30R注フレックスペン	ノボリンR注フレックスペン	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	
589	タブロス点眼液0.0015%の処方であったが、管理薬剤師である当該者が、タブコム配合点眼液を調剤、分包作業中のもう一人の薬剤師に、目視監査をしてもらい、当該患者に投薬時、薬が違っていることに気が付き訂正した。	タブロス点眼液は、1瓶容量2.5mlで5mlの処方であったため、2本必要ということに気が入っていて、棚の隣にあるタブコム配合点眼液をピックアップしてしまった。商品名と外観がよく似ていて間違ってしまった。 ○単純なミス	タブロス点眼、タブコム配合点眼各包装の色調に合わせて、タブロスに緑線、タブコムに茶色線を引き、棚にあえて隣同士に陳列し、注意喚起した。点眼薬は、投薬時患者に確認後に、付属のビニール袋に入れることとした。当該事例を薬局内に周知徹底し、再発の防止に努めたこと	タブロス点眼液0.0015%	タブコム配合点眼液	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	
590	在庫のないプレミネント「HD」の処方であったが、在庫のあるプレミネント「LD」の処方だと思いこんで取りそろえていた。監査システムで、薬剤の取り違いに気がつき誤投薬にはならなかった。	在庫のない別規格の薬剤(特に配合製剤)が処方された際に思いこみで薬剤を取り違えてしまうことがある。	配合製剤には、類似製剤が多いこと念頭に薬品棚に注意喚起のラベルを貼って注意喚起を促す	プレミネント配合錠HD	プレミネント配合錠LD	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	
591	ツムラ治頭そう一方を処方された皮膚疾患の患者に、ツムラ治打撲一方を取り揃えていた。	類似名称の漢方方剤であり、処方せんの見間違いが原因であるが、間違えた方剤は処方頻度が高く「思いこみで」取りそろえていた。	漢方方剤は、類似の接頭名称が多いことに留意し、類似方剤には製品箱に再確認の方剤名のラベルを付けて注意喚起する。	ツムラ治頭瘡一方エキス顆粒(医療用)	ツムラ治打撲一方エキス顆粒(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		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	
592	(一般名)セフジトレンピボキシル錠100mgが処方されているところセフボドキシムプロキセチル錠100mgで調剤してしまった。	名称が似ている上、引き出しに前後で入っていたための取り間違い。○処方せんの見間違い○単純なミス○焦り○注意力散漫	・似た名称のものは近くに置かない。 ・取り間違い注意喚起の札をつける。 ・処方せんの記載名と調剤した薬が一致しているかの確認を確実に行う。	セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」	セフボドキシムプロキセチル錠100mg「タイヨー」	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	
593	一般名処方で書かれていた薬剤でクロベタゾールプロピオン酸エステルクリーム0.05%の処方のところベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルを調剤してしまった。投薬後、事務員が調剤録を確認していて、誤りが判明した。	ステロイド剤の一般名が確認できていなかった。	ステロイド剤の一般名は似ているものも多いため、しっかり確認する。剤形も間違いやすいため、注意すること	デルモベートクリーム0.05%	アンテベートクリーム0.05%	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	
594	オルメサルタンOD(10)「DSEP」60錠交付する際、10錠シート1枚のみオルメテックOD(10)になっていることに気が付いた。調剤の際はメーカーが同一で外観が類似した医薬品のため気が付かなかった。○10錠シート	一度調剤棚から取り出した薬をもとの棚に戻す際、2名で確認しながら戻さなければならないところ、1名で行ったため、先発品を後発品の棚に誤って戻したと考えられる。また、調剤した薬剤師も外観が類似していたため気が付かなかったと考えられる。○単純なミス○焦り○注意力散漫	外観類似品についてスタッフに周知、今後、一度棚から取り出した薬を戻す際は徹底して2名で行うこととする。	オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」	オルメテック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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
595	平成30年2月16日に患者様からのお電話で発覚した。処方箋ではレザルタス配合錠HDが処方されていたが、間違えてリオベル配合錠HDを調剤してお渡ししてしまった。何日間か服用していたようだが、かかりつけの医療機関を受診していただき、お身体の健康被害がないことは確認できた。	薬剤の名称が似ており、棚の配置が近く、その時間帯は薬局内が混雑していたのもあり、確認を怠ってしまった。	薬剤の棚の位置を離れた。また、処方箋のコピーに筆記用具で薬剤の名称・錠剤に数・処方日数などを記入しながら確認し、それを蛍光ペンで再度確認するダブルチェックを徹底するようにした。	レザルタス配合錠HD	リオベル配合錠HD	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
596	オルメテックOD錠20mgとオルメサルタンOD錠20mg「DSEP」の取り換え。	先発品と後発品のシートが酷似しているため、棚に戻すときに間違い、調剤時も気づかずそのまま先発と後発を混ぜて取ってしまった。	先発と後発で10錠シート、ウィークリーシートと使い分ける。	オルメテックOD錠20mg	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	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
597	施設からの処方箋を施設スタッフより受付。薬剤師Aが一包化する際、「ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg『日医工』3錠 分3毎食後 28日分」と記載されていた調剤で、名称の似ている他剤「ベボタスチンベシル酸塩錠10mg『日医工』」のバラ錠を使って一包化を行い、間違いに気づかず監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが、錠剤の印字により間違いに気づき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aは「ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg『トワ』」を正しく一包化。再度薬剤師Bが監査し、正しい薬を交付した。	タリオン錠10mgのジェネリック薬「ベボタスチンベシル酸塩錠10mg」は採用して間もなく、調剤した薬剤師Aが後発品名称に不慣れであったため、後発品「ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg」を調剤する際に、名称が似ていることでそれと思い込み調剤してしまった。	採用されている後発品と先発品を對比した表を作成し、周知を徹底する。名称が似た後発品名のものについては、特にチェックし注意喚起した。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トワ」	ベボタスチンベシル酸塩錠5mg「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
598	門前病院からの処方で、ツムラ 芫芫甘湯エキス顆粒が処方される。よく処方が出るのがツムラ 芫芫甘湯エキス顆粒のため、誤ってツムラ 芫芫甘湯エキス顆粒で調剤を行う。服薬指導時に、患者様の主訴と、薬の効果が異なるため、確認した所調剤ミスに気づき、正しい薬をお渡した。	当時混雑しており、焦りから読み間違えて薬を調剤してしまい、監査者も焦りから気づかずスルーしてしまっただけと思われる。	改善策としては漢字一文字ずつしっかり確認する。似たような名前の漢方処方があることを念頭において入力、監査する。混雑した状況でも、監査中は焦らず確認する。処方箋のコピーに一文字ずつチェックを残す。	ツムラ芫芫甘湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ芫芫甘湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
599	処方箋はベネトリン吸入液で処方されていたが、調剤する際に誤ってベネトリンシロップの瓶と取り違えて調剤していた。投薬の際に、瓶を片付ける事務員の指摘により発覚。正しい薬剤で調剤を行い投薬したが、患者様に不信感を与えてしまった。	当日は薬剤師1名、事務員1名の体制で、ダブルチェックを怠ってしまった。また、外観類似のために名称確認を最後まで行わずに、シロップを吸入液と思い込んでしまった。〇作業手順の不履行	名称の確認・ダブルチェックを必ず行い、取り違えることのないようにする。自店舗の採用薬品・保管場所の確認を行う。	ベネトリン吸入液0.5%	ベネトリンシロップ0.04%	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
600	トラムセットが処方されていてカロナル500との取り間違え	カロナル500はカロナル200、300と違いトラムセットと同じ劇薬であるため置いてある棚が同じであり錠剤の大きさ、似ている薬という知識もあり取り間違えをしてしまった。	片方の薬を引き出しに移動、棚に注意喚起を貼る。	トラムセット配合錠	カロナル錠500	判断を誤った	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
601	「一般名処方」でエバステル(10)と処方された処方箋。原則的に先発品を希望の方で、いつも先発のエバステルで調剤していた方。調剤時、他の薬は先発名で記載してあるが、エバステルはいつも一般名処方処方されるため、備考欄にエバステル(10)と記載して、調剤していたが、今回、休憩時間の交代で、補佐担当薬剤師が代わって調剤したときのミス。調剤時に備考欄をよく確認しないで、また、調剤録もよく確認しないで渡し口の薬剤師に渡してしまった。監査担当薬剤師も、そのまま後発品のエバステルのまま渡してしまった。後日患者様ご本人が気づき、薬局にエバステルを持参、お詫びして、先発のエバステルと交換した。エバステルは手つかずのまま回収できた。	一般名処方でも、先発品を希望する場合の調剤。一般名がエバステル、先発品はエバステルと名称もよく似ていて、最後までよく名前を確認しないと、間違い易い。	エバステルも一般名処方ではなく、先発品の銘柄で処方してもらおう診療所に申し入れが必要であると思われた。調剤、監査時、よく備考欄や調剤録、薬歴を確認して、患者様にも一緒に確認してもらい、渡すこと。エバステルで調剤のこと、薬歴画面にポップアップされるよう入力した。	エバステル錠10mg	エバステル錠10mg「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
602	規格の間違いによる、監査した薬剤師の指摘により、投薬前に発覚未事に事故を防げた	当日は非常に忙しく似た薬剤が続いたことにより発生したと考える	規格違いの薬剤は、離して保管をし、調剤時は確認を慎重に行う	ビタミンインカプセル25	ビタミンインカプセル50	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
603	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「アスパラカルウム錠300mg 2錠 分1朝食後 30日分」と記載があった。薬剤師Aは調剤する際にアスパラカルウム錠300mgを薬棚から取り出すところ、すぐ隣のアスパラ-C A錠200を取り出してしまいそのまま鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが処方薬のアスパラカルウム錠300mgではなく、アスパラ-C A錠200が調剤されていることに気づき、調剤した薬剤師Aに取り違いを伝えた。薬剤師Aはアスパラカルウム錠300mgを正しく調剤し再度薬剤師Bに鑑査してもらった。鑑査時に間違いに気付いたため、患者には処方箋通りの薬を渡すことができた。	アスパラカルウム錠300mgとアスパラ-C A錠200は棚の位置が隣同士で名称も似ている為取り違えてしまった。また午前の混みあう時間で急いでいたため確認がおろそかになってしまった。○焦り	調剤者が薬を取り出した際には、鑑査に回す前に再確認をするようあらためて業務手順の徹底をはかった。またアスパラカルウム錠300mgとアスパラ-C A錠200の棚には取り違い防止のための印を付けた。	アスパラカルウム錠300mg	アスパラ-C A錠200	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
604	「一般名」アロプリノール錠50mgの処方を読んでアテノロール錠50mgで調剤して、渡してしまった。	処方箋内容の確認が良くできていなかった。医薬品の棚がアイウエオ順のため取り違えてしまった。患者さんからの連絡で、いつもと違う薬だと電話をもらった。	処方内容の確認の徹底。名前の似ている薬の場所を離す。	アロプリノール錠50mg	アテノロール錠50mg	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
605	レーアスパラギン酸Ca錠200mg「トロー」を合計126錠を調剤すべきところ、その中にアロプリノール錠100mgが50錠混ざっていた。	調剤棚は意図的に離してはいたが、どちらも10錠シート、外観も類似していたこと、また、事例の発生はピッキング時ではなく、調剤棚への返却時に間違っていたことが原因と思われる。	薬剤の返却時には十分注意すると共に、別の薬剤が混ざっている可能性も念頭に置きながらピッキングおよび確認をする。また、メーカーへシートデザインの変更を提案する。	レーアスパラギン酸Ca錠200mg「トロー」	アロプリノール錠100mg「トロー」	確認を怠った	技術・手技が未熟だった		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
606	処方箋には一般名オロパタジン塩酸塩顆粒0.5%と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、棚からオロパタジン塩酸塩顆粒5%「トロー」を調剤するところ、オロパタジン塩酸塩OD5mg「トロー」を調剤したことに気づかず、そのまま監査にまわした。監査に当たった薬剤師Bが取違に気づき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはオロパタジン塩酸塩顆粒0.5%を正しく調剤し、再度薬剤師Bに監査してもらった。監査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	名称が同じで、剤形が違うため、間違えて調剤したと思われる。	薬品棚に類似薬品ありと注意喚起を促す付箋を付けた。また業務手順を見直し、調剤者と監査者の再確認を徹底することとした。	オロパタジン塩酸塩顆粒0.5%「トロー」	オロパタジン塩酸塩OD5mg「トロー」	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	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
607	アトルバスタチンOD5mgが処方されていたが、オロパタジンOD5mgをピッキング。監査時に発見し訂正した。	外箱の外観類似	棚に「高脂血症」「抗アレルギー」と札を貼り、注意喚起し周知した。	アトルバスタチンOD錠5mg「トロー」	オロパタジン塩酸塩OD錠5mg「トロー」	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
608	ツムラ麦門冬湯 3包分3 7日分の処方で、21包中、ツムラ小青竜湯が4包混入していた。	薬剤の包装（色）、漢方の番号（19と29）、薬効（風邪症状時に良く処方される）が類似しており、保管場所も同じ引き出し内だった。薬剤（小青竜湯）を引き出しに戻す際、確認不足のため誤って麦門冬湯の場所に戻してしまっ。調剤時に取りそえた薬剤の確認を怠った。	薬品を棚、引き出しに戻す際、調剤する際には、薬品を1つ1つ確認する。特にツムラの漢方薬は色、番号が類似していても束にして横から確認するとラインで判別がつかため徹底する。	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）	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
609	患者が処方箋を持って来局。処方箋記載は「ディナゲスト錠1mg」だったが、患者希望により後発品にてお渡しすることとなっていた。当該薬剤師は「ジェノゲスト錠1mg『モチダ』」で調剤するところ、誤って先発品の「ディナゲスト錠1mg」にて調剤。鑑査にあたった薬剤師も気づかずそのままお渡ししてしまった。約10分後、薬歴を記載する際に薬剤誤りに気づき患者へ連絡。再度ご来局いただき、正しい薬剤をお渡しした。	過去の薬歴より「モチダ」の製品をお渡しすることは把握していたが、先発品も持田製品であり、ヒートのメーカー名記載のみを確認して薬剤名の確認を怠った。また先発・後発品薬剤のヒートが類似しており、気づけなかった。	薬剤名・規格・メーカー名・数量全てをしっかり確認する。また店舗内の先発・後発品の在庫有無を把握する。	ジェノゲスト錠1mg「モチダ」	ディナゲスト錠1mg	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
610	ネリゾナ軟膏とピーソフテンクリームとの混合指示を誤ってネリゾナ軟膏とヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」の混合で調剤。投薬時に発見し、再調剤して交付した。	思い込みによる誤調剤。ネリゾナ軟膏とヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」の混合処方が多いため。	処方箋をしっかりと確認してから調剤に取り掛かる	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				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
611	一般名処方でプロメタゾン軟膏を調剤しなくてはいけないところ、クリームで調剤。監査時に気づき正しく直して交付。	一般名の場合成分名が長く、最後の軟膏・クリーム等の記載の確認を怠るケースがある。プロメタゾンにおいては軟膏とクリームのチューブが酷似していることから取り違いの可能性も考えられる。	在庫の棚を離す。処方せんの確認をしっかりと行う。監査時は成分名や商品名、剤型も必ずチェックする。監査者のチェック、取り違い防止の機器を必ず通すようにする。	プロメタゾン軟膏0.1%	プロメタゾンクリーム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
612	リマプロスタアルファデクスのところレバミピドを調剤	確認不足	近くに置いてあり、似ている薬剤は再確認徹底する	リマプロスタアルファデクス錠5μg「サワイ」	レバミピド錠100mg「E MEC」	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
613	患者さんが処方せんをもって来局した。処方せんには「ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚から「ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒」を調剤するところ、その2つ上の薬棚にある「ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒」を調剤したことに気づかず、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「ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒」ではなく「ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒」が調剤されていたことに気づき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aは、「ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒」正しく調剤し、再度、薬剤師Bに鑑査してもらった。鑑査の段階で誤りに気づいたため、患者さんの正しい薬を交付した。	ツムラの漢方は、同じ効能の漢方薬がグループとしてまとめられ色分けされている。「ツムラ125桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒」と「ツムラ25桂枝茯苓丸エキス顆粒」は、名称が似ており、漢方薬の番号および色を覚えていたため、名称をしっかりと確認せずに調剤したため間違えた。また、患者が来局した時間は店内が混んでいたこともあり焦りがあった。	漢方薬は一字違う名称のものもあり、漢方棚に取違い防止のための注意喚起をした。調剤者がピッキングした後に、鑑査に回す前に薬の再確認を徹底することとした。	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	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
614	一般名処方で「アトルバスタチン錠5mg」とあったが、調剤ミスにより、プラバスタチン錠5mg「日医工」を調剤・投薬した。アトルバスタチン錠は、当薬局では「トーフ」を採用しているが、この患者のみ個人的な理由により「日医工」を希望。そのことを意識しすぎたためか、成分の異なるプラバスタチン錠5mg「日医工」を調剤して投薬した。患者本人から、シートの色が薬情の画像の色と異なることを指摘されたが、他剤の画像のことで判断したため、そのまま投薬してしまった。投薬10分後に、他の薬剤師から、アトルバスタチン錠は「トーフ」ではなく「日医工」で調剤したかを確認されてミスが発覚。すぐに連絡し、訪問して処方薬と差し替えてお渡しした。	今回は、自薬局で頻りに調剤する銘柄以外の後発医薬品を指定(この場合「日医工」)している患者であったため、銘柄に気を取られてしまい、成分名の確認を怠ってしまった。ランソプラゾールとラベプラゾール、ロスバスタチンとピタバスタチンなど、頻りに処方があり、一般名が似ている薬剤のときに、思い込みや慣れで調剤してしまうことが考えられるので、今後特に注意したい。○処方せんの見間違い	他の患者と異なる銘柄の後発品を鑑査するときは、必ず近隣の薬剤師に間違いがないかどうか確認してもらうことを徹底。電子薬歴にも、注意喚起の文言が毎回表示されるようにして保存した。	アトルバスタチン錠5mg「日医工」	プラバスタチンナトリウム錠5mg「日医工」	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
615	薬を取り違えて、患者に渡してしまい、本人が気づいて、服用する前に交換した	名前が似ていて隣合わせに陳列しており、先入観で調剤してしまった	名前が似ている医薬品に取り違えて注意の貼り紙をつけた	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒(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
616	一般名処方に記載されていたセフカペンピボキシル塩酸塩錠100mgの処方であったが、店舗に在庫があるセフジトレンピボキシル塩酸塩錠と思い込んでしまい、調剤してしまった。薬剤と処方内容を確認した時に間違いに気が付いて調剤をやり直した。	セフジトレンとセフカペンは同じセフェム系の抗生剤であり似た名称であることを認識しておくことが必要である。とくに3文字目から違うことを特に意識しておく。	慎重に処方内容を確認。調剤する時は口出し確認を行うことが重要であると考ええる。	セフカペ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「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
617	処方箋上、先発名でムコスタ錠100mgで処方されていた。患者はジェネリック希望。弊社は後発品はレバミピド100mg「オーツカ」を採用している。見た目も似ており、本来ジェネリックを処方すべきところ、先発品を処方した。	耳鼻科門前の調剤薬局で問題発生時は患者様の来局が多かった。処方箋通り処方しているが、患者様はジェネリック希望。患者様がジェネリックに変更しやすいように、AGをメインに採用している。	それ以降、調剤の個人(患者)の籠りにジェネリック希望の札を入れ、差別化している。	レバミピド錠100mg「オーツカ」	ムコスタ錠100	連携ができていなかった	技術・手技が未熟だった勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
618	12/14 12時ごろ、78歳の男性が処方箋を持って来局。ユリーフOD錠4mgが出ていたが、誤ってユリーフ錠4mgを調剤した。鑑査時に別の薬剤師が気づき、患者様には正しいお薬をお渡しした。○10錠シート	当薬局にはユリーフOD錠と普通錠があり、当事者も知っているが処方箋の見間違いをしてしまった。○処方せんの見間違い	名称が似ている薬品に注意して調剤をする。調剤欄に「別規格あり」と注意喚起をする。	ユリーフOD錠4mg	ユリーフOD錠4mg	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
619	バンデルローションで処方が出ていたのだが、バルデスローションでピッキングをしてしまい、鑑査者が違うと発見。再度ピッキングし直して患者様には正しいお薬をお渡し。	バンデルローションとバルデスローションで名前が似ているためにピッキングをしてしまった。	バンデルの「ン」の部分及びバルデスの「ル」の部分にしっかり○付け及び%にも○付けを行う。	バンデルローション0.1%	バルデスローション0.05%	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
620	一般名処方のため、当薬局はオーソライズド ジェネリック医薬品と先発医薬品を両方採用している。ほとんどの患者様がオーソライズドジェネリック医薬品が出ているため、先発医薬品希望の患者様にもオーソライズドジェネリック医薬品を調剤しようになってしまった。シートのデザインも類似しているため、無意識にどっしってしまった。	オーソライズド ジェネリック医薬品は先発医薬品とシートのデザインがかなり類似しているため、頭ではわかっているが、無意識に調剤してしまう可能性がある。	監査の際、しっかり名前を確認する。	クレストール錠2.5mg	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」	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
621	ガスターD錠20mgとオルメテックOD錠20mgを取り違えた。	PTPシートの色、デザインが似ていること。棚が近くに配置されていた。	棚を上下に少し離して配置した。	ガスターD錠20mg	オルメテックOD錠20mg	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
622	一般名処方でセフジトレンピボキシル錠100mgと処方されていたものを薬剤師Aはセフカベンピボキシル錠100mgを調剤してしまい薬剤師Bに監査で指摘された。患者様にはセフジトレンピボキシル錠をお渡しした。	一般名処方後発医薬品、特に抗生剤は名前が似ている医薬品が多いので、より一層の注意が必要と思いました。	2剤とも近くに在庫にあったので、多少ずらし注意するよう明記した。	セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	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
623	一般名：スプラタストシル酸塩カプセル100mgを調剤すべきところを一般名：トラニラストカプセル100mgで調剤してしまった。	類似した名前のため処方せんの見間違い及び調剤すべき薬剤名を見間違い。	徹底した指差し確認、注意喚起の札を作成。	スプラタストシル酸塩カプセル100mg「JG」	トラニラストカプセル100mg「CH」	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
624	処方箋にはメトトレキサートカプセル(2)、3C/分1朝食後 5日分と記載があった。薬剤師Aは調剤する際、メトトレキサートカプセル(2)「サワイ」で調剤するところ、メトトレキサート錠(2)「タナベ」で調剤したことに気が付かず、監査に当たった薬剤師Bが、メトトレキサートカプセル(2)「サワイ」で調剤するところ、メトトレキサート錠(2)「タナベ」で調剤されていることに気が付き間違いを薬剤師Aに伝えた。薬剤師Aは処方箋通り、メトトレキサートカプセル(2)「サワイ」で調剤しなおし、再度薬剤師Bに監査してもらった。監査の段階で気が付いたので、患者には正しい薬を交付した。	メトトレキサートカプセル(2)「サワイ」とメトトレキサート錠(2)「タナベ」は棚の位置が上下で近く、剤形違い、メーカー違いで類似していた。また、配属して間もなかったため、薬局の採用品が複数あることの認識が乏しかった。	薬局の採用品の認識、処方箋への剤形に印をつけ剤形への注意喚起を行う。	メトトレキサートカプセル2mg「サワイ」	メトトレキサート錠2mg「タナベ」	確認を怠った判断を誤った	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
625	アレロック5mg70錠調剤するところオロパタジン5mg10錠が混在し調剤した	オロパタジンを戻し入れする際に誤ってアレロックの箱に入れた。場所が同じ区画で色も形状も類似している。	薬効別に配置しているが後発品と先発品は今まで通り同じ場所に置く。戻し入れの注意喚起を棚に掲示した。戻し入れ、薬品充填時のダブルチェックを強化する。	アレロック錠5	オロパタジン塩酸塩錠5mg「日医工」	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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
626	一般名処方テルミサルタン40mg・アムロジピンベシル酸塩配合錠の処方勘違いしてバルサルタン・アムロジピンベシル酸塩配合錠のAMパロ配合錠で調剤して渡す。	午後の外来患者さんが同時に来客。その午後は1人薬剤師の日。一般名バルサルタン・アムロジピンベシル酸塩配合錠の処方4枚調剤後に一般名処方テルミサルタン40mg・アムロジピンベシル酸塩配合錠処方調剤する時に処方医薬品の見間違えにてAMパロ配合錠にて調剤してしまった。帰宅後すぐに気づき電話連絡して翌日に薬の交換する。薬の服薬はナン。	忙しい時間帯においても処方箋と調剤薬の監査に時間を掛ける。一般名処方では記載が似ていることが多いので注意深く見て医薬品のみ間違えない様にする。	ミカムロ配合錠AP	AMパロ配合錠「日医工」	確認を怠った判断を誤った	勤務状況が繁忙だったその他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
627	(一般名)ヘパリン類似物質外用スプレーの処方のところ、当店でよく処方される泡状スプレーを調剤してしまった	泡状スプレーをよく使用するため、ほとんど処方されない通常のスプレーが処方されていることに気が付かなかった。○単純なミス	処方箋の内容は1文字ずつ確認を行う	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「ファイザー」	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
628	クラシエ葛根湯エキス細粒が処方されているところ、クラシエ補中益気湯を調剤してしまった	パッケージが似ており棚の配置が近いため○単純なミス○焦り○注意力散漫	棚の位置の変更を施すか注意喚起が必要	クラシエ葛根湯エキス細粒	クラシエ補中益気湯エキス細粒	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
629	一般名ヘパリン類似物質クリームを一般名ヘパリン類似軟膏と勘違いし混合調剤したが、投薬する前に自分で気がついて作り直した。	外用薬の一般名処方に慣れていなかったため勘違いしたと思われる。	処方箋の確認をしっかりと徹底する。	ビーソフテンクリーム0.3%	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	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
630	一般名：セフジトレンポキシル100mg(メイアクトMS錠100mg)でお渡しのところ一般名：セフポドキシムプロキセチル100mg(パナン錠100mg)で調剤して交付してしまった。ご家族の保護者がヒートをはさみで切ろうとしたところ、薬袋の薬名と違うとの事で服用前に気づき薬局に電話で確認した所、処方箋との間違いに気づきご自宅まで薬の交換に伺った。服用前だったため健康被害はなし	一般名が似ている為、単純なミスで起こってしまったと思われる。	処方箋上では一般名で似ているが調剤録・薬袋・薬剤情報提供書には先発品名が載せているため、それらを確認しながら調剤・監査・投薬を厳守することで改善を努めたいです。	メイアクトMS錠100mg	パナン錠100mg	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
631	スルピリド錠100mgが処方された患者様。当薬局の採用品はスルピリド錠100mg「アメル」だが、調剤者が間違えてスルトブリド塩酸塩錠100mg「アメル」で調剤。審査者に指摘され発覚。同一メーカー品のためか外箱デザインもよく似ており、どちらも劇薬・頭文字が「ス」のため保管している引き出し(カセットではない)が同じであった。	薬品名も、外箱デザインもよく似ており、きちんと確認せずに調剤したことが原因(特段忙しい場面ではなかった)。共に劇薬で頭文字が「ス」のため保管場所(カセットではなく、引き出し)が同じであったこともリスクを高めたと考えられる。○単純なミス○注意力散漫	同じ引き出し内でも離して保管し、各々に「類似名注意」「スルトブリド100」「スルピリド100」の注意喚起をつけた。	スルピリド錠100mg「アメル」	スルトブリド塩酸塩錠100mg「アメル」	確認を怠った	知識が不足していた	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
632	処方箋には、トフラニール錠10mgと記載されていたが、事務員がトニール錠10μgで調剤してしまった。鑑査していた薬剤師がトフラニール錠10mgのところトニール錠10μgで調剤していることに気づいた。事務員に再度調剤してもらった。投薬前に発覚したため、患者様には、正しい薬がお渡しできている。	名前が似ている薬は、調剤するとき間違えやすいので注意する。	薬の名前が似ているものは、注意喚起の札を薬のカセットに入れる。	トフラニール錠10mg	トニール錠10μg	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
633	在宅患者の処方箋で、処方には「トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg 3c/3x毎食後 21日分」と記載されていたが、薬剤師Aは調剤の際、薬棚からトコフェロール酢酸エステルカプセル100mgを調剤し、鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが処方薬のトコフェロールニコチン酸エステルではなく、トコフェロール酢酸エステルで調剤されていることに気づき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはトコフェロールニコチン酸エステルで再調剤し、再度、薬剤師Bに鑑査してもらった。鑑査の段階で誤りに気づき患者には正しい薬剤を交付した。	トコフェロールニコチン酸エステルカプセルとトコフェロール酢酸エステルは同じ引き出しに在庫している。調剤業務の繁忙時間という事もあり、確認を怠ってしまった。	2剤の薬剤は名称が類似しているの、在庫する引き出しを分けました。また、それぞれの薬箱にも調剤注意のラベルも貼り、処方が出ている患者カルテにも調剤注意のラベルを張り付け、再発防止している。	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「NP」	トコフェロール酢酸エステルカプセル100mg「ファイザー」	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
634	(般)ベボタスチンベシル酸塩錠10mgと処方されたがその隣においてあるベタヒスチンメシル酸塩錠6mgと取り間違えて調剤したが鑑査で間違いに気づきベボタスチンを交付	その日はベタヒスチンが頻繁にでたことに加えて薬棚においてある場所が隣だったため取り違えた	似たような名前の薬は近くに置かないようにした	ベボ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				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
635	一般名処方で、セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg 3錠分3 毎食後 5日分 の処方。誤って、セフジレンピボキシル錠100mg日医工 で調剤しそうになった。	圧倒的に、セフジレンピボキシル錠の処方割合が多い環境。最近、先発名処方から、一般名処方へ切り替えが行われたところで、不慣れなところもあったが、名称が似ていたこともあり、取り違えが起こった。数量鑑査システムの機械を採用しており、そこで調剤ミスが発覚したため、患者様に誤った薬は渡されなかった。	処方箋をしっかりと見て確認する。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「日医工」	セフジレンピボキシル錠100mg「日医工」	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
636	薬剤師Aが、ノイロピタン配合錠の処方されていたところ、ノイロロピン錠4単位を調剤。薬剤師Bが監査するも気づかず。投薬者の薬剤師Cにより投薬前の確認で気付く。	薬剤師Aはノイロピタンとノイロロピンの名称が類似している事は知っていたが、○注意力散漫により取り間違いが起きてしまった。また、処方ノイロピタン配合錠4T分2であり、ノイロロピン錠でよく見られる処方であった事も要因と考えられる。薬剤師Bは処方内の別の薬剤の数が間違っている事に気づき、調剤のやり直しを指示。その為、ノイロピタン錠監査時も数の確認に意識が行き過ぎ、薬剤の取り間違いへの意識が薄れていた。	調剤時、監査時には薬剤名称が似ているものについては、処方箋内の薬剤名称の類似していない部分に鉛筆でチェックをつける。今回で例えるとノイロ「ピタン」、ノイロ「ロピン」とカッコ内の部分にチェックを入れるようにする。	ノイロピタン配合錠	ノイロロピン錠4単位	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
637	患者がツムラ大建中湯(100)3分包3×90日分、その他多数の薬が処方されている処方箋を持って来局。薬剤師Aがツムラ大建中湯(100)を81包とり、更に色が全く同じで棚の位置も一緒だったツムラ猪苓湯(40)189包を間違えて調剤。監査薬剤師Bは色、漢方の番号の雰囲気も似ているため番号、薬品名の確認を怠り、そのまま交付した。棚卸時にツムラ大建中湯とツムラ猪苓湯の在庫が1箱づつおかしいことに気づき、患者に電話にて確認。間違えてお渡ししていることが発覚した。	○作業手順の不履行により、基本である薬品名の確認を怠り、他も同色があるにもかかわらず、色で判断し調剤監査を行ってしまった。また、アイウエオ順での薬品管理のため、同色の猪苓湯と大建中湯が隣同士で管理されており、間違えて調剤しやすい環境であった。	大建中湯は調剤回数が多いため、通常の漢方薬の棚ではなく別の所保管する事とし、間違いないようにした。また、同じ色が同じの漢方薬が隣同士にならないよう漢方の置き方を工夫した。	ツムラ大建中湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ猪苓湯エキス顆粒(医療用)	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
638	処方内容：ノイロピタン配合錠が処方されたが、ノイロロピン錠を調剤した。	ノイロピタン、ノイロロピンが引き出しに置いてあり、隣に配置していた。	単純なミスであるが、その他類似薬品は存在する。そのような薬品に関しては上から、もしくは前から見ても類似薬品が存在するという意味で、箱にマジックで色を付けて対策。	ノイロロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠	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
639	エカベトNa顆粒が処方されていたが、間違えてポリカルボフィルCa細粒を調剤し交付してしまった。翌日、患者様より、いつもと薬の雰囲気が違うと連絡があり発覚、服用前に患者本人が気づき、健康被害には至らなかった。	エカベトNa顆粒とポリカルボフィルCa細粒のアルミビローが似ており、ピッキング、監査をスルーしてしまった。	類似品ありのPOPを付けて、監査時に基本通りに処方とピッキングした薬を指さし確認する。	エカベトNa顆粒66.7%「トローワ」	ポリカルボフィルCa細粒83.3%「日医工」	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
640	一般名処方により調剤。処方内容はセフカペンビポキシル錠100mgであったが、思い込みによりセフトレニボキシル錠100mg「トローワ」で取り違えてしまった。その後監査システム(ポリムス)により発覚。○類似医薬品名	セフトレニボキシル錠100mgのほうがよく処方されており、思い込みから間違えてしまった。○作業手順の不履行○注意力散漫	マニュアル通り3回の指さし呼称の徹底。	セフカペンビポキシル塩酸塩錠100mg「トローワ」	セフトレニボキシル錠100mg「トローワ」	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
641	鑑査時、シベンゾリンのヒートとゾテピンのヒートが混合して計数調剤されているのに気付いた。	医薬品を棚に戻すときにヒートの色が似ていたため混合したと考えられる。	医薬品を戻す際には、どんなに忙しくとも、棚と医薬品を指さし等で確認する。	シベンゾリンコハク酸塩錠50mg「サワイ」	ゾテピン錠25mg「アメル」	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
642	事務員が処方せんに記載されたアストミン錠10mgを、誤ってアスピリン錠10でレセコンに入力した。薬剤師Aはレセコンから調剤監査システムのハンディ端末に転送されたデータに従い、アスピリン錠10を集薬した。薬剤師Aは調剤終了後に処方せんと照合したが、薬品名の誤りに気付かずそのまま監査に回した。監査にあたった薬剤師Bは、アストミン錠10mgがアスピリン錠10で調剤されていることに気付き、薬剤師Aに誤りを伝えた。薬剤師Aはアストミン錠10mgで正しく調剤をし、再度、薬剤師Bに監査してもらった。	レセコン入力した事務員は、当薬局で調剤される児童の鎮咳薬としては、アスピリンが多用されているため、思い込みで誤った入力をしてしまった。○処方せんの見間違い調剤した薬剤師も、同じ鎮咳薬で、薬品名が類似し、規格も10mgで同一であり、多忙な時間帯でもあったことから、調剤後の確認時に誤りを見落としてしまった。○単純なミス	先入観にとらわれず、多忙な時間帯も集中力を切らさない。監査システムのハンディ端末のデータに基づき調剤を開始する前に、必ず処方せんを確認することにした。	アストミン錠10mg	アスピリン錠10	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム医薬品	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
643	アトルバスタチン錠10mg「サワイ」が処方されていたが、処方箋の見間違いで、プラバスタチンNa錠10mg「サワイ」を患者へ渡した。患者が帰り際、車の中で薬剤が違うことに気付き発覚した。	類似後発品医薬品が多いため、見間違えてしまった。○処方せんの見間違い ○単純なミス	似通った名称の薬剤の場合、錠剤棚の配置を考える。	アトルバスタチン錠10mg「サワイ」	プラバスタチンNa錠10mg「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
644	処方箋では一般名テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠と記載があり、ジェネリック品はテルムロ配合錠APであるのに、一般名テルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド配合錠のジェネリック品のテルチア配合錠を取り間違えた。	一般名テルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド配合錠のジェネリック品のテルチア配合錠を直前の患者で調剤したことから、テルミサルタンの文字だけで同じものであろうという単純なミスをした。	似ている名前の薬は調剤前と後に二重でチェックを行ない、名称も記入する。調剤棚にも名称注意のシールを貼る。	テルムロ配合錠AP「DSEP」	テルチア配合錠AP「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
645	前々日処方箋を受け取り、後日薬局という事でお預かりし調剤。薬剤師がピッキングを行い、他の薬剤師が監査。その後木曜日に薬局され、服薬指導時の確認でツムラ調胃承気湯のなかにツムラ抑肝散が2束混じっていることに気づき、その場でとりなおして患者様と内容があっていることを確認してお渡した	当薬局では漢方薬を番号順に整理していたが、入庫時にひと箱誤って抑肝散が調胃承気湯の場所にしまわれてしまっていたよう。番号、見た目が似ており、同じものをとっているという思い込みからピッキング、監査の薬剤師共に確認時気づかず、投薬時の確認で発覚	入庫時の指し確認と似ているものが混ざりにくいよう配置の明確化、MAPに注意記載ピッキング時に漢方の番号を記入。監査の時は一つずつ番号、名前を突き合せて確認するようにした。	ツムラ調胃承気湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)	確認を怠った			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
646	ミコンビ配合錠APから後発変更しミコンビ配合錠APのところ、ミカムロ配合錠APを調剤。	先発処方に対する後発品希望の患者様へ、ミコンビ配合錠AP→テルチア配合錠APのところ、テルムロ配合錠APでの調剤注意力散漫	後発品に変更になるときは特に類似薬品名に注意するよう注意喚起。思い込みで監査しないよう入力のある調剤録等でも確認する。	テルチア配合錠AP「サワイ」	テルムロ配合錠AP「サワイ」	確認を怠った	知識が不足していた 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
647	ペラプロスト錠を調剤すべきたころ、名称の類似したリマプロストを調剤してしまっ	単純なミス	処方箋に記載の薬剤と調剤した薬剤の名称を一字ずつ確認する。潜在意識を持たないようにする。	ペラプロストナトリウム錠20μg「日医工」	リマプロストアルファデクス錠5μg「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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
648	「モーバー錠100mg」が3錠×84日分処方だったが、68錠不足していた。そのため、近隣薬局に借りることになったが、借りたあと監査の時点で「モーバー錠100mg」のシートの中に「コートリル錠10mg」がはいっていることに気付いた。自局の在庫と、近隣薬局の在庫を確認したところ、近隣薬局が誤って「モーバー錠100mg」のシートの中に「コートリル錠10mg」をいれてしまったことが判明。	「モーバー錠100mg」と「コートリル錠10mg」のシートが似ているのと借り際に「間違っているかもしれない」という意識をもたずに借りたことが原因と考えられる○単純なミス	借り際にも確認を怠らないことを徹底するとともに自局でも外観の似ている医薬品の混在は考えられるので、シート1枚1枚チェックを確実に行う。	モーバー錠100mg	コートリル錠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
649	ガスターD錠10mgの引き出しへファモチジンD錠10mg「サワイ」の端数が返却されており、気づかず次の方の調剤時使用してしまった。	引き出しカートリッジの位置が隣同士であり、戻す際に間違いやすい環境であった。	見た目に似ているものは隣になるようには配置しない。先発薬とジェネリックは棚の上下になるようになる場合も2段以上間隔をあけるよう配置変更した。	ガスターD錠10mg	ファモチジンD錠10mg「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
650	処方医薬品オルメテックOD錠20mg、GE希望の患者様なのでオルメサルタンOD錠20mg「DSEP」で調剤すべきところオメプラール錠20で調剤。監査時に別の薬剤師が気づき修正。	似ている薬品名である事と五十音順に並んだ薬品棚のため、近くにあったオメプラール錠を取り間違えた。	薬品棚に「ヒヤリハット、取り間違い多い、類似薬品名あり」など貼り付ける。	オルメテックOD錠20mg	オメプラール錠20	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	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
651	名前の類似している商品を調剤してしまい、監査で見つける。	処方せんの見間違い	調剤者は最後にもう一度調剤内容を確認すること。	クラリチン錠10mg	クラリシッド錠200mg	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
652	一般名処方で「ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏」の記載であったが、薬品を間違え、デルモゾール軟膏「ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏」で調剤した。別の薬剤師が監査を行い、間違いを発見し、患者に間違った薬がわたることはなかった。	近隣医療機関からの処方「ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏」の処方が多く、調剤した薬剤師は思い込みで調剤してしまった。外用ステロイド剤の一般名は類似したものが多く、間違いやすい。・処方箋の見間違い・注意力散漫	外用ステロイド剤の一般名と自薬局で調剤する薬剤の対応表を作成し、調剤室に掲示した。	アンフラベート0.005%軟膏	デルモゾール軟膏0.12%	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		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
653	ムコスタ錠100mgの処方(60錠)。30錠のムコスタに開封時にレバミピド錠100mg「オーツカ」をとってしまい30錠追加。投薬時にも気づかずそのままお渡し。差し替えることとなった。	忙しい中、包装の類似や思い込みによるものと考えられる。	それぞれの配置換えや焦らず慎重に確認する。	ムコスタ錠100mg	レバミピド錠100mg「オーツカ」	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
654	処方ではミコンビBPで出しました。ですが箱・名前が似ているなどで、ミコンビAPを用意しました。しかし、患者さんに出す前に気が付き、ミコンビBPを処方しました。	忙しかったこと、箱、名前が似ているなどです。	処方する前に、何回か確認する事が必要だと思いました。	ミコンビ配合錠BP	ミコンビ配合錠AP	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.	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			PMDAによる調査結果	
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他		
655	薬剤師Aが調剤時にドネペジル塩酸塩OD錠10mg「トーフ」を14錠出すところ、アムロジピンOD錠10mgを14錠だしていた。薬剤師Bが、一包化の時に間違いに気付く。	ドネペジル塩酸塩OD錠10mg「トーフ」とアムロジピンOD錠10mg「トーフ」は錠剤の大きさが比較的似ていて思い込みにより調剤してしまっていた。調剤後の自分自身の監査でもスルーしていた。○単純なミス ○注意力散漫	今後は規格、錠剤の大きさだけにとられないように薬剤名の確認を注意しながら調剤する。	アムロジピンOD錠10mg「トーフ」	ドネペジル塩酸塩OD錠5mg「トーフ」	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	
656	処方箋にはノボラピッド注フレックスタッチ4キットと記載されていた。薬剤師Aは冷蔵庫から取り出す際に隣に並んでいたノボラピッド注フレックスペンを取り出し監査に回した。監査を行った薬剤師Bがノボラピッド注フレックスタッチではなくノボラピッド注フレックスペンで調剤されていることを発見。薬剤師Aに伝え調剤し直してもらい、薬剤師Bがノボラピッド注フレックスタッチであることを確認した。監査の段階で誤りに気付いたため患者様には正しい薬を交付した。	名称が似ているノボラピッド注フレックスタッチとノボラピッド注フレックスペンの保管場所を隣同士にしていた。包装の色合いも似ていたため調剤者は思い込みで手に取ってしまった。忙しい時間帯でも処方箋を良く読み込み、落ち着いて調剤するよう心がける。また、名称が似ているものに関しては工夫して保管する。	ノボラピッド注フレックスタッチとノボラピッド注フレックスペンを隣同士ではなく少し離れた位置に保管。名称が似ていることを意識づけるため冷蔵庫付近に注意書きを貼る。	ノボラピッド注フレックスタッチ	ノボラピッド注フレックスペン	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	
657	医薬品をピッキングして鑑査機でPTPシートのバーコードをスキャンしたところ、エラーが出たため誤りに気付いた。正:オルメテックOD錠20mg分1朝食後 42日分 他6剤処方あり 一包化誤:オルメサルタンOD錠20mg「DESP」分1朝食後 42日分 他6剤処方あり 一包化	オルメテックOD錠20mgとオルメサルタンOD錠20mgは棚の位置が隣同士で包装も似ているため、間違えた。	薬品棚に先発品、後発品が隣同士並んでいてPTPシートの色が似ているため、上下で段を分けて配置した。	オルメテックOD錠20mg	オルメサルタンOD錠20mg「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
658	調剤時にベボタスチンベシル酸塩錠を調剤すべきところをベタヒステンメシル酸塩錠を調剤し、監査の段階で一緒に出ていた薬がかゆみ止めの外用薬だったこともあり発見。	薬品名の類似によるものと、ピッキング時の確認不足	語感が類似しているため、必ず確認するように表示を追加する	ベボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒステンメシル酸塩錠6mg「JD」	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	
659	処方箋ではロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」のところロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「三笠」で調剤。監査時に気が付き「タイホウ」に訂正し正しく投薬いたしました。	忙しい時間に、処方箋の確認を怠った単純なミスである。	どんな状況でも、処方箋をしっかり確認して調剤を行うよう心がける。特に名称のよく似た薬、単位などは何度も確認をする。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「三笠」	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	
660	患者様ご本人が処方箋も持参し、一般名処方箋でエチゾラム(1)1.5錠就寝前の記載だった。薬剤師が調剤し半割を開始する前に別の薬剤師がエチゾラムを調剤していることに気づき発見した。	神経科の処方が多く、一般名が似ている薬剤が多いため。	一般名処方箋の場合は特に注意しながら調剤するようにする。調剤後も監査前に必ず自身で確認する。	エスタゾラム錠1mg「アメル」	エチゾラム細粒1%「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「薬剤取り換え」)

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	
661	ツムラ辛夷清肺湯7.5g/毎食前 21日分の処方、3束(21日分)のうち1束(7日分)のツムラ抑肝散が混入していたが、監査で見逃して、そのまま患者に投薬してしまった。患者からいつもと違う味だったので吐き出したら、違う番号の漢方薬だったと連絡があった。薬剤師が監査の時、一番上にある束しか確認しなかった。	ツムラ辛夷清肺湯とツムラ抑肝散はデザインが非常に似ていて間違えやすい。また繁忙時間帯だったので、一束ずつの確認を怠ってしまった。またツムラ辛夷清肺湯の箱にツムラ抑肝散が混入していた。○作業手順書に記載なし	*作業手順書に漢方薬は番号・デザインだけで確認しないで薬品名で確認する旨を追加し、履行することを徹底した。*漢方薬を配置している棚に「注意！再度確認！」のシールを貼り、注意意識を高めた。	ツムラ辛夷清肺湯	ツムラ抑肝散	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
662	一般名：ペミロラストカリウム点眼液5mg5mLで処方があり先発品希望であったが誤ってジェネリック医薬品で調剤し交付した	商品名および一般名がすべて類似していた	薬袋に点眼用小袋の写真を載せ色で判別する	ペミラストン点眼液0.1%	ペミロラストK点眼液0.1%「杏林」	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
663	一般名での、先発品、後発品、ともにPTPシートの色が類似していたため、調剤時、ピッキング時に間違えてしまいました。	処方箋が一般名で記載されており、一般名は後発品と思い込んで調剤してしまいました。	薬歴で、後発品希望の有無を確認した後に、調剤を行う。また、先発品と後発品は類似しているPTPシートが多いため、調剤棚や、在庫の配置場所を離すなど、対策を講じるとよい。	ノルバスクOD錠10mg	アムロジピンOD錠10mg「日医工」	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
664	一般名処方でロスバスタチン錠2.5mg28錠の処方があった。先発希望の患者のため Crestor 錠2.5mgでピッキングを行ったが、28錠のうち2錠だけが後発品のロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」であった。	名称は大きく異なるものの、ヒートの外観が酷似しており、Crestor の棚にロスバスタチンが2錠分混入していた。調剤者はそれに気付かず、その2錠を用いて調剤を行ってしまった。ヒヤリハット発生当時は業務が立て込んでいた時間帯であり、医薬品の確認が不十分であったと思われる。また、調剤者だけでなく、誤って2錠分のロスバスタチンを Crestor の棚に戻してしまった薬剤師にも、同様に責任がある。	双方の医薬品棚に注意喚起の札を付けるとともに、それぞれの棚の位置を大きく離れた。	Crestor 錠2.5mg	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
665	歯科口腔外科の処方を持参で来局。先発品を希望の患者様一般名セフトレンピボキシル錠(100)3錠 分3朝昼夕 食後 2日分 一般名ロキソプロフェンNa錠 (60)1錠 疼痛時(間隔 6時間以上) 5回分といった内容。まだ調剤中であつたが、とにかく痛いので先に両薬剤を1回分ずつ欲しいとお母さまから申し出があり、1回分ずつお渡した。しかし残りの薬剤の監査の時に、メリアクトMS錠(セフトレンピボキシル錠)のところ、フロモックス錠(100)(一般名:セフカベンピボキシル錠)で調剤されていることが分かり、処方医に連絡。状況を説明した。今回は処方自体をセフカベンピボキシル錠(フロモックス錠)に変更で治療に差し支えないと返答あり。フロモックス錠(100)で交付した。	一般名の処方せんの見間違い(セフトレンピボキシルとセフカベンピボキシル)繁忙の為、焦りで調剤してしまった。	明らかに名称が類似した薬剤を上げ、注意喚起を再度徹底する。	メリアクトMS錠	フロモックス錠(100)	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
666	処方箋には「ジエノゲスト錠1mg「モチダ」と記載されていたが、「ディナゲスト錠1mg」を調剤してしまい、患者に交付してしまった。その日のうちに、調剤をした薬剤師が薬剤が間違っていたことに気づき、患者宅へ電話し、正しい薬剤をお渡しした。	薬局が混雑している時間帯で焦りがあり、1人で調剤し1人で監査をした。ジエノゲスト錠1mgとディナゲスト錠1mgは棚の位置が上下で近く、ヒートも似ていたため間違えた。投薬は別の薬剤師で、薬を交付する際に中身を確認したが、ヒートが似ているため間違っていることに気づかなかった。	ディナゲスト錠1mgとジエノゲスト錠1mg「モチダ」はヒートがとても似ているため、棚の表示に注意喚起のポップをつけた。1人での調剤監査は避けるようにした。調剤と監査は別の者が行うようにした。	ジエノゲスト錠1mg「モチダ」	ディナゲスト錠1mg	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
667	名称が似ていたため取り違いがあつた。	処方せんの見間違い	置き場所を離れて取る時に考えるようにする。	スチブロン軟膏0.05%	スピラゾン軟膏0.3%	確認を怠った	通常とは異なる心理的条件下にあつた	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
668	一般名「ヘパリン類似物質クリーム」の処方でもヘパリン類似物質油性クリームピックアップした。監査時に気が付きピーソフテンクリームにとりかえた。	ピーソフテンクリームとヘパリン類似物質油性クリームの一般名がわかりにくい。「焦り」「単純なミス」「注意力散漫」月曜の夜で忙しく早くしようと焦っていた。	調剤時、監査時にも薬情、薬袋の商品名も確認して間違つた薬を出さないように心がける。わかりにくい後発品の棚には一般名、先発品の名称を併記する。	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	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
669	PL顆粒1g分1朝食後で処方している患者にベリチーム顆粒1g分1朝食後でお渡し。患者が服用前に気づいて来局。交換	店内が繁忙であり患者がお急ぎ。散剤の保管場所が近くで箱の色が似ている。思い込みでしっかり確認せず取り違いと監査を行った○単純なミス○焦り○注意力散漫	忙しい時も必ず落ち着いて調剤と監査を行う。箱や表示の文字が似通っているため注意喚起の札を取り付ける	PL顆粒	ベリチーム顆粒	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つた			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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
670	テクスメン軟膏とテクスメンユニバーサルクリームを取り間違い	処方ではテクスメン軟膏処方だったが、思い込みによりテクスメンユニバーサルクリームをピッキングして調剤を進めてしまう。最終監査時に気づき交付までにはいならず。	思い込みによる調剤防止のため、特に商品名での類似薬、同一有効成分別剤形については監査台に最終確認項目に記載して点検を行う。	テクスメン軟膏0.1%	テクスメンユニバーサルクリーム0.1%	確認を怠った	通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品	仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
671	一般名 カルボシステイン錠 250mg 6T分3、一般名クラリスロマイシン200mg 2T分2 10日分で調剤クラリスロマイシン200を20Tとクラリスロマイシン200 60Tを別束で渡してしまった。	後発品希望の為後発品を調剤し写真画像で確認しているが、ヒートがよく似ているため気が付かず間違って渡ってしまった。要注意品目に指定していたが、よく使う薬なので薬棚が上下同列だった。薬効別に並べているがこれらを左右に大きく離す位置に変更した。単純なミス○焦り○注意力散漫	薬効別に並べているがこれらを左右に大きく離す位置に変更したがヒートの表は同じだが裏は色が違うため調剤トレイに裏面を上にして確認することに変更した。	C-チステイン錠250mg	クラリスロマイシン錠200mg「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
672	処方ではムコダイン錠が60日分出。ジェネリック希望なので、カルボシステイン錠を調剤するが、180錠のうち、80錠は調剤棚から出し、100錠を倉庫の1000錠の箱から出して180錠を輪ゴムでくくった。80錠はカルボシステインであったが、倉庫から取ってきた100錠はムコダイン錠であった。よく出るので箱の蓋を開けて置いてあり、うっかりムコダイン錠を掴んで確認せずにそのまま100錠と80錠をくくってしまった。患者に渡す際も180錠を患者に見せたがよく似ているため、お互い気が付かなかった。	薬剤師1名で調剤していて、非常に忙しかった。1000錠の箱の蓋がなく、うっかりと取ってしまった。ムコダイン錠とカルボシステイン錠が似ている。患者に渡した後、数人調剤してからさっきの100錠がアルミバックに入っていなかったのに気がついた。カルボシステインはアルミバックに入っている。単純なミス○焦り	焦らないこと。患者に180錠を見せたとき、両面をしっかりと確認すること。	ムコダイン錠500mg	ムコダイン錠500mg	確認を怠った	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
673	セレクトール錠100mgを集薬すべきところ、セロクラーレル10mgを間違えてそそえた。	一般名処方での記載なので、セリプロロールとイフェンプロジルでは違いが一目瞭然だが、薬剤情報提供文書で商品名で集めていたのと、規格も100mgと10mgで感じが似ていたのも原因と思われる。	通常薬と劇薬というカテゴリーの違いもあるので、そこまでたくさんの種類を在庫していない劇薬の再確認を行った。	セレクトール錠100mg	セロクラーレル錠10mg	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
674	「一般名」スピロラクトン錠25mgが処方されている患者さまに誤って「一般名」アロプリノール錠100mgを交付。患者様が帰宅後、薬剤の名前が違う事に気付く発覚。	○単純なミス忙しかった時間帯でヒートの色、形状も似ているため思い込みで調剤してしまい、更に確認もきちんとは行わなかった為に過誤が発生した。	棚の下に○○の後発品という札を付けるとともに、調剤時、監査時ともに声だし確認するよう手順を改善。	スピロラクトン錠25mg「トーフ」	アロプリノール錠100mg「トーフ」	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
675	スルピリド錠100mgが処方された患者様。当薬局の採用品はスルピリド錠100mg「アメル」だが、調剤者が間違えてスルトブリド塩酸塩錠100mg「アメル」で調剤。鑑査者に指摘され発覚。同一メーカー品のためか外箱デザインもよく似ており、どちらも劇薬・頭文字が「ス」のため保管している引き出し（カセットではない）が同じであった。	薬品名も、外箱デザインもよく似ており、きちんと確認せずに調剤したことが原因（特段忙しい場面ではなかった）。共に劇薬で頭文字が「ス」のため保管場所（カセットではない）が同じであったこともリスクを高めたと考えられる。○単純なミス ○注意力散漫	同じ引き出し内でも離して保管し、各々に「類似名注意」「スルトブリド100」「スルピリド100」の注意喚起をつけた。	スルピリド錠100mg「アメル」	スルトブリド塩酸塩錠100mg「アメル」	確認を怠った	知識が不足していた	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
676	一般名メコパミン500μgでの処方、薬の外見が似ているためメコパールと間違えてメコパミンを取ってしまった。	シートがどちらとも赤く見間違えてしまった。	シートの色が似ている薬は特に注意して調剤すること	メコパール錠500μg	メコパミン錠500μg「SW」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	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
677	ツムラ抑肝散加陳皮半夏の処方があったが、誤ってツムラ抑肝散を調剤してしまった。初めの感じが似ていたため、数文字読んだ時点でツムラ抑肝散を取りに行ってしまった。監査時に薬袋の写真を見て間違いに気付いた。	ツムラ抑肝散がよく処方される薬なので思い込みでピックアップしてしまいました。	漢方は初めの文字が同じお薬が多いので、しっかり確認して調剤すること。	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	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
678	月初の為、通常30日分づつ処方されるが35日分の処方であった。薬局される予定があったためあらかじめ集めていたが、処方箋は35日分になっていたため追加で5日分調剤。シートも似ていたため投薬時に確認を怠っていた。後日、ご家族様が違う薬が混じていたと来局。処方箋と薬剤を確認したところ異なっていたため5日分づつ交換。	30日分と5日分の調剤を行った薬剤師が異なっていた。5日分調剤した時点で別の薬剤師が行ったことを監査者に報告していなかった。輪ゴムで留めてあったので、監査者も思い込みで1シートずつの確認を怠っていた。○単純なミス○焦り	追加分がある場合は必ず報告する。5日分は輪ゴムに留めずに監査者に渡す。毎回1シートずつ確認をする。	カルブロック錠16mg ラビックス錠75mg	アゼルニジピン錠16mg「YD」 クロビドグレル錠75mg「SANIK」	確認を怠った	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
679	一般名処方ではパリン類似物質クリーム0.3%の処方に対して、パリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」を調剤する	繁忙時のため、処方せん中の一般名の「般」を見落とすだけでなく、パリン類似物質クリームは「ピーソフテンクリーム」しか在庫がなく思いこみや一般名「パリン」類似物質外用薬の名称が、基材により複数あることの認識不足もあったと考えられ、製品名の「パリン」類似物質油性クリームと勘違いが起きたと考えられる。	薬品棚へ一般名称の確認をする旨の注意書きを入れた	ピーソフテンクリーム0.3%	パリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	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
680	一般名で「パリン類似物質物質クリーム」との記載だった。クリームなので「ピーソフテンクリーム」投薬してしまった。実際は「パリン類似物質油性クリーム」を投与しないといけないなかった。	「ヒルドイドクリーム」の一般名は「パリン類似物質軟膏」であり、ジェネリックは「ピーソフテンクリーム」。「ヒルドイドソフト軟膏」の一般名は「パリン類似物質クリーム」で「パリン類似物質油性クリーム」である。間違えやすい剤形である。	ジェネリック品についての知識を深める必要がある。ジェネリック一覧を作成して周知徹底する必要がある。	パリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ピーソフテンクリーム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
681	「一般名」でベタヒステン錠(1日3回:10錠シート)の処方を、ベボタチン錠(1日2回:10錠シート)と取り違い。監査時に判明。在庫棚には、取り違い注意の表示もしてあったが、入社したばかりの薬剤師であったこともあり、本人は気付かなかった。	入社したばかりの薬剤師で、ジェネリック品で成分名が似通った、「ベタヒステン錠」と「ベボタチン錠」を取り違い。1日服用回数も異なり、棚に注意書きもあったが、心理的に焦っていたものと思われる。	一般名で似たような名前があることを当人に説明し、1日回数と名前、mg数も確認するよう指導した。	ベタヒステンメシル酸塩錠6mg「日医工」	ベボタチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	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	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「薬剤取り換え」）

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
682	一般名処方において、オメプラゾール20mgで処方のところをオルメテックOD20mg錠で調剤。	一見した薬剤名・規格が似た感じであるため、よく確認せず調剤したものであると思われる。	基本的な確認事項である、薬剤名・剤形・規格・単位等のチェックを確実にすることとする。	オメプラゾール錠20mg「日医工」	オルメテックOD錠20mg	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
683	処方箋には「フルタイド100ディスカス100μg60プリスター1個」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際フルタイド100ディスカス60プリスターを調剤するところアドエア100ディスカス60プリスター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が誤りに気付かずアドエア100ディスカス60プリスターを交付した。数時間後調剤した薬剤師Aが、処方箋内容の見直しをしたところ誤って交付したことに気づき、すぐ患者宅に電話し今回の間違いの件を説明した。そして患者宅に向かい、誤りのアドエア100ディスカス60プリスターを回収し正しいフルタイド100ディスカス60プリスターをお渡しする。	フルタイド100ディスカス60プリスターとアドエア100ディスカス60プリスターは名称が似ていたため間違えた	取り換え防止のため、各々の薬剤の処方された患者のコピーを調剤室に貼り各スタッフに注意喚起した	フルタイド100ディスカス	アドエア100ディスカス60吸入用	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
684	薬剤師Aが、一包化指示のある処方せんに一般名：ラベプラゾールNa錠10mgと記載されているのに、間違えてオメプラゾール錠10mgを調剤した。薬剤師Bが鑑査して間違いが分かり、薬剤師Aに伝えた。薬剤師Aはラベプラゾールナトリウム錠10mgに取り換え正しく調剤し、再度薬剤師Bに鑑査してもらった。鑑査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい医薬品を交付した。	薬効・作用機序とも同じで一般名も似ていたため、処方せんの記事を読み間違えたと思われる。	薬効・作用機序が同様の医薬品が多く存在し、一般名も似たような場合の処方せんは鑑査の回数を少しでも増やす	ラベプラゾールナトリウム錠10mg「日医工」	オメプラゾール錠10mg「日医工」	確認を怠った	通常とは異なる身体的条件下にあった			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
685	「アダラートCR錠10mg」と処方箋記載あったが、患者様ジェネリック希望だったため、「ニフェジピンCR錠10mgトワ」を調剤しなければいけないところ、処方箋記載の「アダラートCR錠10mg」で調剤した。	先発医薬品・ジェネリック医薬品が同じ引き出しに入っており、見た目も似ていたことから誤った薬剤を調剤していることに気づけなかった。		ニフェジピンCR錠10mg「トワ」	アダラートCR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
686	ビタバスタチンカルシウム2mg日医工1錠1×朝食後28日分のところ、リパロ錠2mgが11錠混じっており、投薬中に気が付き、交換した。	ヒート包装が似ているのと、思い込みによる確認ミス。	薬品棚に間違っで混入した恐れあり。薬品補充時や、棚の清掃時に誤混入がないか、確認する必要がある。	ビタバスタチンカルシウム錠2mg「日医工」	リパロ錠2mg	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
687	「医薬品取り違い」	「確認を怠った」繁忙期、インフルエンザの患者さん等の来局と重なり焦りがあった。余り頻繁に出ないため引き出しに並べてあり近くで似た名前の医薬品を調剤してしまった。監査時処方入力チェック後薬品を確認し、ルバフィンとルセフィと思いこんで計数監査のみで気づかなかった注意力散漫があった。昨今一般名処方が増え、処方せんそのものを見て監査が出来ず、処方入力を見てから医薬品を確認しなければならないが、処方入力チェックで一旦集中力が切れてしまったこともあるかと思う。定期処方の為患者さんへ一つずつ薬情と照らし合わせての説明ではなく、体調の経過等の確認に主眼が置かれ薬品チェックがおろそかになった。	定時薬でも毎回薬情と医薬品名を照らし合わせて確認しながら薬を渡す。忙しい時でも集中力が切れないよう体調を整える。ルバフィンとルセフィの取り違いを薬局内で共有、箱に糖尿病薬、アレルギーと記載。注意を促す。	ルセフィ錠2.5mg	ルバフィン錠10mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった		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
688	一般名処方 へパリン類似物質クリーム20gとプロベトのミックスの処方が出ていたが、へパリン類似物質油性クリームと一緒にミックスしてしまった。	油性があるかないかだけで見た目が同じであり処方わかりにくい。一般名処方ほどの基材を出したいのが見えにくくさせている。	〇処方せんの見間違い いつも油クリームを混ぜることが多いので見逃してしまった。	へパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ピーソフテンクリーム0.3%	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
689	ロスバスタチンOD錠2.5mg「日医工」28Tのところ、ベシケアOD錠2.5mg28Tで誤調剤。監査でも見落とし、そのまま渡薬してしまった。翌朝の服用前に、患者本人が気付いて薬局にTELしてきたことでミス発覚。	在庫棚の位置は全く異なっている。外観も似てはいない。調剤時に「OD錠2.5mg」という規格に気を取られすぎて、思い込みで誤調剤した可能性が高い。監査・点検時に、渡薬待ちの患者が複数名いたため焦りが生じ、確認が不十分となった。	調剤・監査・渡薬、すべての段階においてダブルチェックを実施する。ピッキング監査機械の導入を検討。	ロスバスタチンOD錠2.5mg「日医工」	ベシケアOD錠2.5mg	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
690	処方箋がFAXで届いた。処方箋には「一般名」オフロキサシン点眼液0.3%と記載されていた。薬剤師Aは、調剤する際、タリビッド点眼液0.3%を調剤するところ、類似名称のオフロキサシン耳科用液0.3%「CEO」を調剤し、そのまま監査に回した。監査に当たった薬剤師Bが、処方薬のタリビッド点眼液0.3%ではなく、オフロキサシン耳科用液0.3%「CEO」が調剤されていることに気づき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aは、タリビッド点眼液0.3%を正しく調剤し、再度、薬剤師Bに監査してもらった。監査の段階で、誤りに気付いたため、患者には、正しい薬を交付した。	「一般名」オフロキサシン点眼液0.3%をオフロキサシン耳科用液0.3%と類似名称により、間違えた。	調剤者は、薬名の再確認を徹底し、監査に回す。	タリビッド点眼液0.3%	オフロキサシン耳科用液0.3%「CEO」	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
691	ムコスタ錠100mgが処方されていたが、処方箋に変更不可の印はなく患者がジェネリック医薬品を希望したため、レバミピド錠100mg「オーツカ」を交付しないといけないところムコスタ錠100mgを交付してしまった。レセコンへの入力も正しくレバミピド錠となっており、患者から薬剤説明書の薬品名と入っていた薬の名前が違うとの申し出により判明。	処方箋は先発医薬品名で記載されていた。患者の希望がジェネリック医薬品であったにも関わらず先発品で調剤してしまった。事例発生当時薬局は混みあっており急いでいたためレバミピド錠を調剤したつもりがムコスタ錠を調剤した単純なミスであった。監査した別の薬剤師もそれに気付かずそのまま交付してしまった。	先発品と後発品で外観が類似する薬剤は特に注意して、シートに記載された薬品名を確認の上調剤する。また監査時は、薬剤説明書や薬袋に記載の薬品名と実際に調剤された薬品を照らし合わせ確認する。	ムコスタ錠100mg	ムコスタ錠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
692	薬の取り間違い	正しい薬をとったと思い込み。容器の色が似ていたので勘違い。○注意力散漫	薬の容器の薬品名を読み上げ、他の薬剤師と薬が合っているかの読み合わせ。	パタノール点眼液0.1%	ヒアレイン点眼液0.1%	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
693	蕁麻疹に対してタリオンOD錠2錠分2朝夕食後7日分、セレスタミン配合錠1錠頓服5回分処方。監査時にセレキノン錠が調剤されていることに気づき、正しいセレスタミン配合錠に変更した。	医薬品カセットの上下にセレキノン錠とセレスタミン配合錠が並びで入っていた。外観が類似しているため調剤時に気づかなかった。	セレスタミン配合錠の医薬品カセットに類似医薬品有の札をつけ、注意喚起を促した。	セレスタミン配合錠	セレキノン錠100mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品施設・設備	仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
694	オメプラール10mgとオメプラゾール10mgの取り違い	ヒートのデザイン・色具合の類似、さらに薬品名の頭文字「オメプラ」まで同じなので先入観から取り違えた。	薬品棚位置を上下に離れた場所らに置き換えた。監査時、医薬品の名前を最後までしっかり声だし確認した。	オメプラール錠10	オメプラゾール錠10「S W」	確認を怠った		コンピュータシステム 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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
695	デタントール点眼液0.01%が処方されていたが、チモプトール点眼液0.5%を調剤していた。デタントールは長年使用しており、帰宅後に患者様本人が間違いに気がつき、薬局に連絡。チモプトールが使用されることはなかった。	繁忙時で、かつ並行して他の患者の疑義照会も処理しており、注意力が散漫となっていた。2種類の点眼薬については、蓋の色は異なるものの、点眼瓶の形と遮光袋が同じ。どちらも遮光保存の点眼薬であるが、この時に限って3本とも遮光袋に入れてしまっており、監査を通り抜けてしまった。また、配置についても同じ引き出しの中で隣接しており、外箱も酷似していることから、取り違えてしまったと考えられる。○単純なミス○焦り○注意力散漫	・間違えた医薬品の配置を変えた(同じ引き出しではあるものの、別の区画へ)・遮光保存の点眼薬も、少なくとも1本は遮光袋に入れずに出しておき、監査時の実物確認を徹底する。・投薬時、患者様と一緒に現物を(数量も)確認する。・薬袋の上側を折る時、表から薬品名が見えるように注意(薬袋上部に薬品名印字)・繁忙時こそ、1剤ずつ確実に薬品名・濃度・用法用量の確認を怠らない。	デタントール0.01%点眼液	チモプトール点眼液0.5%	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
696	後発品オロパタジンの処方が多い中 アレロックの処方が出て オロパタジンを調剤してしまいました。ヒートの色も似ており 棚も近いので調剤過誤をおこしました。	ヒートの色も類似しており 調剤棚も近い位置にありましたので 棚の位置を移動させました。	調剤時 声出しピッキングをし 再度確認する。	アレロック錠5	オロパタジン塩酸塩錠5mg「ファイザー」	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
697	ベボタスチン処方があった患者。誤ってベタヒスチンで準備を行ってしまっていた。	名称類似による処方箋の見間違い。	最低でも頭3文字を確認する。それぞれ用法が分2・分3と異なっているためそちらの確認も併せて実施する。	ベボ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				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
698	一般名でスピロベントが処方されたが、誤ってスピロラクトンを調剤し、監査でも修正できずに、患者様にお渡ししてしまった。すぐに患者様からの指摘により、誤調剤が発覚し、正しい薬剤に調剤し直して、お渡しした。	忙しい時間帯で、似た名前の薬剤がよく出るものを調剤してしまった。(処方せんの見間違い)(単純なミス)監査でも確認が不十分で見逃してしまった。(注意力散漫)	たまにしか出ない薬剤で注意が必要なものには、処方受付時に付箋を貼るなどして、注意を喚起する。	スピロベント	スピロラクトン	確認を怠った 判断を誤った	技術・手技が未熟だった	医薬品施設・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
699	後発品希望の患者さんで「一般名処方」だったので後発品で調剤。しかし、その医薬品に限っては先発品希望だったのを見逃した。	繁忙で焦りから薬歴記載を見逃した(作業手順の不履行)。	繁忙でも作業手順を守り調剤する。	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%「日医工」	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
700	先発品希望の方に、ジェネリックで渡そうとしていて、寸前で気がついた	先発品、ジェネリックが混在する薬については調剤時注意が必要	先発品もジェネリックも見た目が似ている薬も多いので、置き場所を工夫して、調剤する際に気づくことが出来るようにする	ロキソニンテープ100mg	ロキソプロフェンNaテープ100mg「三和」	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
701	患者様から預かった一包化を監査してアダラート錠10mgと思い込んで話を進めていたが、話が合わず、イグザレルトの可能性があると思い再度一包化を確認したところ、イグザレルトであった。	一包化されたものを監査した。アダラート錠10mgとイグザレルト錠10mgは色・形・刻印が酷似しており、監査者はアダラートを監査する機会が多く、アダラートLと思い込んでしまった。	患者から一包化を預かる際には現物だけでなく、処方情報をできるだけ預かるようにする。	イグザレルト錠10mg	アダラートL錠10mg	確認を怠った	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
702	レンドルミンD錠のところレンドルミン錠をピッキングした	名称類似のため	ピッキング後に再度確認する	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	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
703	アロプリノール錠のシートの束の中に、スピロラクソン錠のシートがあった。○10錠シート	アロプリノール錠とスピロラクソン錠の外観およびヒートが類似していた。他にも多数薬剤が出ており、調剤時、取り出す時に気づかず見落とし。○処方医薬品の多さ	シート1枚1枚の確認を怠らない。棚へ在庫を詰める時や棚に薬品を戻す時にもダブルチェックを行う。	アロプリノール錠100mg「サワイ」	スピロラクソン錠25mg「NP」	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
704	「フルタイド100ディスカス60吸入用1個」の処方に対して、「アドエア100ディスカス60吸入用1個」を調剤し、患者に交付した。	・アドエアとフルタイドが隣り合っているにもかかわらず注意喚起等の表示がなかったこと。・アドエアの方が処方量が多かったため、思い込んで確認が不足したこと。(単純なミス)・診察時に医師から「薬を変えようかどうか迷う」という言葉があったため、患者も変わったものと思い込んで気づかなかった。	棚の位置を離し、類似名称注意の札を貼った。	フルタイド100ディスカス	アドエア100ディスカス60吸入用	確認を怠った	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
705	リンデロンVローションが処方されていたにもかかわらず、リンデロンVGローションを調剤し患者様にお渡し。患者様は使用された。同じ処方内容で2度目の来局時に当薬局では過去にリンデロンVローションの購入実績や調剤記録がないことが判明し、患者様に確認したところ前回来局時に間違っリンデロンVGローションをお渡ししていたことが判明した。	当薬局横の皮膚科ではリンデロンVローションの採用がなく、リンデロンVGローションが常時処方され毎日何人もの患者様に調剤をしている状況が背景にある。当薬局の採用もリンデロンVGローションのみであった。今回の過誤を起こした処方箋は市内の基幹病院皮膚科の処方せん、処方せんの見間違いによりリンデロンVGローションを調剤してしまっ。調剤、監査時の思い込みと見落としがあった。	確認の徹底と名称が似ている薬剤が存在するものは棚・箱に印と注意喚起マークを付ける。	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
706	処方箋は一般名で患者希望によりGEのスピラン軟膏を調剤し鑑査を行う際に一部デルモゾール軟膏が混ざっていた。	キャップの色が非常によく似ているため、所定の位置に戻す際に間違えたため、取り間違えた	注意喚起の札を作成し目立つようにした。時間はかかるが箱から出している調剤に切り替える(箱は色が異なり区別しやすい)のも良いと思われる。	スピラン軟膏0.3%	デルモゾール軟膏0.12%	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
707	一般名処方ジエノゲスト錠1mg2錠90日分の処方、本人GE希望のため、ジエノゲスト1mg「モチダ」180錠で出すところ、ジエノゲスト1mg「モチダ」80錠、ディナゲスト1mg100錠で調剤・渡薬した。	ジエノゲスト1mg「モチダ」とディナゲスト1mgは同じ引出に箱で入っており、在庫も近い場所に置いてあった。引出に入っているジエノゲスト1mg「モチダ」の数量が処方量より少なかったため、在庫棚から1箱100錠を出す時に間違えてディナゲスト1mgを出してしまった。両薬剤は後発・先発でシートも薬品名もよく似ているため今回のことが起こってしまったのではないかと。	ジエノゲスト1mg「モチダ」をケース付きの棚に移動し在庫の場所も離した。また、「後発品」とケースに記入し、先発品との取り違えに注意喚起した。	ジエノゲスト錠1mg「モチダ」	ディナゲスト錠1mg	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
708	入力の際に一般名「ジasterゼ・生薬等配合散」(ピーマーゲン)を誤ってジasterゼで入力し、ジasterゼのまま入力チェック・調剤・監査スルーしお渡し	処方箋監査の際に一般名の確認を見落とし一般名が似ていることを知らなかった	声出し監査の徹底、薬品名監査の際に一般名までしっかりと確認することを徹底する。	ジasterゼ「ヨシダ」	ピーマーゲン配合散	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
709	患者様にタブコム配合点眼液をお渡し。説明は正しい処方点眼液について行った。翌日、在庫確認をしていたところ、在庫数が異なることより発覚。使用前のため、正しい薬剤を交換対応。	○単純なミス○焦り	ピッキングについて薬品棚に類似名称・規格注意の注意勧告を行う。また、監査時は落ち着きをもって行う。	タブロス点眼液0.0015%	タブコム配合点眼液	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
710	10錠シート	単純なミス	ベンザリン2mgとベンザリン10mgのシートは酷似しているため、投薬する時には注意しなければならない。	ベンザリン錠2	ベンザリン錠10	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	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
711	処方薬はメジコン15mgだったが、実際に投薬してしまった薬はムコソルバンのGEのアンプロキシール15mg。類似した用途で、mg数もまたま同じということもあり、思い込みで調剤・投薬までしてしまった。一人薬剤師で、監査のルールも明確に定まっていなかった。	単純なミス、焦り、注意力散漫	・薬棚に注意喚起の記載を行う・監査方法の再確認、必要に応じて見直しを行う	メジコン錠15mg	アンプロキシール塩酸塩錠15mg「サワイ」	確認を怠った 判断を誤った	通常とは異なる身体的条件下にあった	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
712	同じ10錠シートで外装が似ていた。	単純なミス	落ち着いて確認し調剤する。	ザイロリック錠100	カロナール錠200	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
713	テルミサルタンが処方されているところバルタルサンで調剤。	名前が類似しているため間違えてしまった。	思い込みで調剤しない。	テルミサルタン錠40mg「トーワ」	バルサルタン錠40mg「トーワ」	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
714	カルデナリン錠2mg 1錠 夕食後28日分(他に1剤)処方。GE希望の方で、ドキサゾシン錠2mg「サワイ」をお渡しするところ、カンデサルタン錠2mgでお渡し。ご本人から病院に電話連絡があり、今までと違う薬が入っているがそのまま継続服用しても構わないか質問あり。処方通りの薬を服用させるようにと、事務スタッフを通して処方医の指示が薬局にあり。患者さんの出先に向かい、ドキサゾシン2mgと交換。すでにカンデサルタン錠2mgは3錠服用されていた。健康被害なし。	カルデナリン⇔カンデサルタンは、名称が似ており、ピッキング者・監査者ともに見間違いが発生。いつもお急ぎの患者さんで、今回は併用薬が変更となっており、監査者は心理的な焦りがあって、薬の確認に集中出来なかった。投薬時も「急ぐから良い」と一緒に内容確認の時間も保てず、間違った薬をお渡ししてしまった。○処方せんの見間違い ○単純なミス ○焦り	ピッキング者はピッキング後の再確認を徹底し、監査者は薬剤名の間違いが無いように、監査支援票や調剤録で薬剤名に2文字ずつ○印をつけて確認するなど、間違いが無いようにしていく。また、GE希望と判断できていけば、間違いが起りにくかったことから、処方箋受け取り→ピッキング時にGE希望の申し送りができるよう、薬局内ルールを徹底していく。	カルデナリン錠2mg シルニジピン錠10mg「サワイ」	カンデサルタン錠2mg「あすか」	確認を怠った 連携ができていなかった 判断を誤った	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
715	ニザチジン錠(胃薬)とチザニジン錠(筋弛緩薬)のピックアップ間違いと鑑査漏れ。患者への聞き取りで腰の痛みの訴えがあり、湿布が新規で処方されていた為、会話の中では間違いに気が付かなかった。翌日患者さんがいつもの薬と違うと気が付いて服用せずに持ってきていただいたことで判明。	一般名処方で、名称が似ているという、間違いを起こしやすい典型的な薬剤なので、より注意が必要であった。調剤者・鑑査者ともに注意不足・確認不足であった。	ニザチジンは3名だけ処方が出ていたため、それぞれの薬歴にポップアップの注意喚起の申し送りを行った。ニザチジンとチザニジンの保管場所が同じ棚だったため、保管場所を変更した。	ニザチジン錠150mg「YD」	チザニジン錠1mg「日医工」	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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
716	フェキソフェナジンDS 5% と6%を間違えそうになった	5%と6%はぱっと見みためが似ている	薬局内で情報共有実施	フェキソフェナジン塩酸塩DS6%「トーフ」	フェキソフェナジン塩酸塩DS6%「トーフ」	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
717	あいいうお順に棚を並び替えて、間もない時期の調剤ミス。メトグルコ、メトホルミンの棚の配列を隣どおしにしたため、ピッキング、充填ミス。ピッキング時にメトホルミン、メトグルコが混在したことで発覚。	○注意力散漫あまりにも似ているシートで、かつ名称も似ていることが原因で起きている。	忙しいときは、反射的にピッキングしうるので、できる限り類似の薬剤に関しては棚の配列は離すべき。	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「ニプロ」	メトグルコ錠250mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品施設・設備	仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
718	アストミン散を計量するところ間違えてアセトアミノフェンを計量してしまいました。計量監査時に気が付き計量し直しました。	単純なミス	処方箋の再チェックの徹底と名前の似た薬品の置き場所を変更しました。	アストミン散10%	アセトアミノフェン原末「マルイシ」	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
719	一般名処方でシンバスタチンが処方されていた患者にプラバスタチンを交付。患者より、「ずっとシンバスタチンを飲んでいたので、前回はらったお薬はなんだか見た目も違うし、名前も似たような感じだったが違った気がする。薬局に聞こう聞こう思っていたのだが、結局そのまま全部飲んでしまってもう手元に残っていない。」と申し出あり。シンバスタチンと似たような名前のプラバスタチンをお見せしたところ、これだった気がするとのこと。在庫数も丁度ずれていた為、取り違えてお渡ししたに違いないと確信。プラバスタチンはシンバスタチンと異なり、主に腎臓で代謝される。患者に腎障害はなく、体調に変わりはないことを確認。	・比較的調剤に時間のかかる処方箋の為いつもは後程お薬を取りに来られるが、この日に限ってはお待ちになるということで 心理的に焦りがあった。・当事者は当日体調を崩しており、身体的に通常とは異なる条件下にあった。・患者は薬袋・薬情不要の為、薬袋に記載されている医薬品名や薬情に印刷されている写真での監査を行っていなかった。・たまたま薬局の採用GEメーカーの変更と重なった為、見た目の変化に対して当事者も患者も疑問を抱けなかった。	・薬情不要の患者でも監査の為に薬情を印刷することをルールとした。	シンバスタチン錠5mg「日医工」	プラバスタチンナトリウム錠5mg「日医工」	確認を怠った	通常とは異なる身体的条件下にあった 通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品	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
720	タケキャブ10mgが処方→タケルダ錠を調剤	タケキャブ10mgが処方されていたが、調剤者が最初の方しか文字を確認しておらず、タケルダ錠を調剤していた	改めて、名前の似た薬剤を確認。実際に薬剤の入っている棚には目印をつけて、注意喚起を行った。	タケキャブ錠20mg	タケルダ配合錠	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「薬剤取り換え」）

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
721	患者は、緑内障の治療を長く続けており、いつもの点眼薬。体調も緑内障も進行はないとの事でいつもの目薬の処方。処方内容ルミガン7.5mlグラナテック 15mlコンプト15mlアイファガン 15mlプロナック15ml 残薬があり年末年始のために早めに受診にて薬をもらったとの事。特に店舗が混雑していたわけではなく状況に問題はありませんでした。いつも通りで特に問題もないのでこちらも安易に調剤をしまい、コンプト点眼液のところトルソプトを調剤をしまい、そのままお渡し。翌日、トルソプトの在庫が3本となったのでPCの発注画面で発注するためJANコードを読ませるとトルソプトの在庫が0になっている事に気が付き、インシデントに気が付く。その場で患者に電話連絡して間違いに対してお詫びをしました。幸い、残薬を使用中でまだ今回の薬は薬袋に入ったままで使っていないとの事	気のゆるみが1番で・・・確認不足あたりらしい包装になって両者の見た目が似ているのも一因かと思われます。	両社とも引出しに在庫しておりますので、コンプト点眼液を棚に在庫することにしました。	コンプト配合点眼液	トルソプト点眼液1%	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
722	スピロアルトレスピマットが処方されていたにも関わらずスピリーパレスピマットを調剤した。名称類似取り換え	注意力散漫による単純なミス。配置に工夫しているにも関わらず調剤ミス	棚に類似名称ありの札をつける	スピロアルトレスピマット60吸入	スピリーパ2.5μgレスピマット60吸入	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
723	カモスタットメシル酸塩錠100mg「日医工」をお渡しすべきところ、ウルソデオキシコール酸錠100mg「テバ」を調剤、鑑査、投薬した。後日、本人が服薬前に気づき連絡してくださった。	同じ調剤棚にあり、見た目がよく似ている。同じ「100mg」である点も間違えやすいと思われる。処方薬の規格、数量、販売元に鉛筆で丸を付けて注意することを推奨しているが、作業手順書に記載がなかった。	作業手順書に記載するようにする	カモスタットメシル酸塩錠100mg「日医工」	ウルソデオキシコール酸錠100mg「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
724	ピッキング時、ミオナール錠50mgとブルフェン錠100mgを取り違えた。ブルフェン錠100mgのカセッターがミオナール錠50mgの、ちょうど真上にある、ヒートシールの色合い、錠剤の形状が類似していることから取り違えたの考える。○10錠シート	当薬局では、ピッキングによるミスが発生した場合、都度インシデントノートに記載する。記載された内容についてミーティング時、背景・要因・改善策を検討している○単純なミス	類似するヒートシールの薬品を、隣上下にならないよう配列しなおした。さらに、薬品名・剤型・用量の指差し確認を徹底する。	ミオナール錠50mg	ブルフェン錠100	確認を怠った	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
725	ニューロタン錠25mgを30錠ピッキングしたつもりが、実際はロサルタン錠25mg「オーハラ」10錠、ニューロタン錠25mg20錠だった。服薬指導時に患者の指摘により発覚した。	ヒートデザインが似ている事、ニューロタン錠のジェネリック医薬品であること等の先入観から、ニューロタン錠25mgの棚にロサルタン錠25mgが混入したものと思われる。また、混雑時の調剤で冷静な確認が行えなかった。	医薬品を棚に入れる際には、2重確認する。ヒートデザインの似た薬剤をリストアップし、調剤時に特に意識するようにする。	ニューロタン錠25mg	ロサルタンK錠25mg「オーハラ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	施設・設備	ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果	
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他		
726	「一般名」にて、ベポタスチン10mgが処方。名称が似ている一般名のベタヒスチンと読み違いによるピッキングミス。ピッキングした者と、別の者が鑑査を行い、鑑査時にピッキングミスを発見。投薬前に再度ピッキングしなおし、患者へ投薬した。	〇処方せんの見間違い一般名処方の名称の見間違いによるピッキングミス。ただし、規格や用法が異なる製品のため、調剤時にきちんと確認していれば防げるミス。		[般]ベポタスチンベシル酸塩錠10mg	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日工」	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	
727	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒とツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒を調剤時に取り間違え 監査時に他の薬剤師が間違いに気付く	名称が一文字違いなので調剤ミスが起こりやすい〇処方せんの見間違い	薬品名称を類似している薬品ほど何回も薬剤師が確認する	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)	確認を怠った	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	
728	マイスリー錠10mgの処方記載より後発医薬品で調剤する方で従来より「DSP」へ変更していたが、調剤時に薬歴の確認が不十分で「DSEP」を調剤した。	2社のメーカーを採用している認識が薄く、後発医薬品→目についた「DSEP」を調剤した。薬歴で確認した際にも「DSP」と「DSEP」と類似していたので同じものと認識した。作業手順の不履行	後発医薬品へ変更する際は薬歴を参照し、必ずメーカー名を書き写してから調剤する手順を再確認した。後発医薬品のメーカーはなるべく社に絞り、数社採用する場合は棚や薬にメーカー名を貼る。	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「DSP」	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「DSEP」	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	
729	処方箋記載 ノイロピタン錠の所、隣の棚のノイロロビン錠を調剤。名称類似による間違いだが、調剤時に確認が不十分であった。	繁忙な時間帯であった為、処方箋の記載に対する確認の不足・単純なミス・注意力散漫	調剤棚の配置を隣同士にならないように離す。調剤時に類似薬があることが分かるように注意喚起の札を付ける。	ノイロピタン配合錠	ノイロロビン錠4単位	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	
730	トルソプト点眼液1%が処方されており、名前の思い込みでコソプト配合点眼液で調剤してしまう。	年末にかけ忙しくなりつつ、1人調剤1人監査になりがちだった。	忙しいからといって焦らず、名前の似ている薬を意識し、注意喚起の札を付ける等	トルソプト点眼液0.5%	コソプト配合点眼液	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	
731	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはツムラ「ツムラ甘麦大棗湯エキス顆粒3.75g 分3毎食前」と記載されていた。分包するため189包入りの箱から薬品を取り出したところツムラ甘麦大棗湯エキス顆粒とツムラ防風通聖散エキス顆粒がピッキングされていた。ピッキング者は気が付かず、秤量しようとしたときに混在されているのに気が付いた。	この2種はNo.72とNo.62で包装の色が全く同じである。置き場所はかなり離れているが、処方中止になった防風通聖散を甘麦大棗湯の箱の中へ返したのではないかと考えられる。一度ピッキングした薬を戻す時には「返却箱」に一旦入れて落ち着いた時に他のものが戻すことになっているが〇作業手順の不履行で「返却箱」に入れずに元に戻したか、箱に戻すときに薬品名の確認が出来ていなかったと思われる。	簡単に戻せそうなのであっても、必ず「返却箱」に返すこと、その後元に戻すときは薬品名を確実に確認すること、甘麦大棗湯の箱には「似た包装あり注意」の用紙を貼った。	ツムラ甘麦大棗湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ防風通聖散エキス顆粒(医療用)	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	
732	タリオン錠10mg 2錠 分2朝・夕食後 40日分 と処方箋に記載されていた。薬剤師Aが調剤する際に誤ってタリオンOD錠10mgで調剤してしまった。その後薬剤師Bが監査した際、誤りを見逃してしまった。薬剤師Aが患者に投薬する際、誤りに気づきタリオン錠10mgで調剤しなおして患者には正しい薬を交付した。	剤形違いで名称が類似しているためよく確認せずに調剤、監査してしまった。処方せんがファックスで入ってきた時間帯は店内が混雑しており、焦ってしまった。タリオン錠10mgよりタリオンOD錠10mgの方が処方数が多いのでタリオンOD錠10mgと思い込んでしまった。単純なミス 焦り 注意力散漫	処方せんに記載された薬剤名をよく確認して調剤する。監査する際に間違っているものと疑ってしっかり監査する。上記をスタッフ全員に注意喚起した。	タリオン錠10mg	タリオン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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
733	サンベタゾン眼耳鼻科用液とプロラノン点眼液の取り換え	両方とも袋に入れて並べて棚に置いてあった。ふたの色も似ており、遮光袋に入っていたので取り違えてた。○単純なミス	全く違う場所に移動した。	サンベタゾン眼耳鼻科用液0.1%	プロラノン点眼液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
734	薬剤師Aが、午前中、調剤室で、ランソプラゾールOD錠をピッキングしないといけないのに、名称がよく似ているので、ラベプラゾールナトリウム錠10mgをピッキングした。監査時に、違いに気が付き、薬剤師Aが、ランソプラゾールOD錠15mgに変えた。○10錠シート	【般】ランソプラゾール口腔内崩壊錠15mgと記載があるのに、慌てて、ラベプラゾールと見間違いピッキングしてしまった。忙しい時の確認を怠った。○処方せんの見間違い	類似名称の薬剤・規格違いの薬剤など、特に注意しなければならない薬剤は、調剤時に処方箋コピーをしたとき、そのコピー用紙に、赤ボールペンで下線、または○で薬剤名を囲む作業をすることを店舗のルールとしていく。	【般】ランソプラゾール口腔内崩壊錠15mg	ラベプラゾールナトリウム錠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
735	○名称類似による取り間違い	○単純なミス	確認をしっかりとる事	ノボラピッド注フレックスタッチ	ノボラピッド注フレックスベン	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
736	アモバン錠7.5mgを30錠お渡ししなければいけないところ誤ってゾピクロン錠7.5mgをお渡ししてしまった。在庫が合わないため可能性がある患者様に順番に電話で確認していたところ発見。幸い手付かずの状態であった。説明しお詫び、患者様が後日薬局へくださり30錠全て交換できた	アモバンの他にも眠前でゾルピデム酒石酸塩錠5mgの処方があり、フィルムタイプを希望されている患者様だったため、ピッキング間違いを訂正したり外来混雑時のため落ち着いて監査できていなかったことが原因。ジェネリックの包装が類似していたことも要因の一つだが、監査時の注意不足、確認不足です	どのような状態であっても監査時の集中、確実な判断は怠らないようにする。それぞれの病院における採用医薬品を把握し、一般名、先発名、ジェネリックなど処方箋上のDrの指示通りの医薬品を確実にお渡しする。また常連の患者様の定期薬を把握していくことで防げる。	アモバン錠7.5	ゾピクロン錠7.5mg「サワイ」	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
737	アムロジピン錠5を調剤する際にアトルバスタチン錠5を調剤しそうになった。監査時に調剤間違いに気が付き、正しい薬剤を交付した。	アムロジピン錠5とアトルバスタチン錠5は「ア」から商品名が始まり「5」も一緒に間違いやすい。	規格違いの存在する薬剤や名称が似ている薬剤を調剤する場合、ヒートの耳を残す。	アムロジピン錠5	アトルバスタチン錠5	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
738	バルサルタン錠40mgが処方され、30錠お渡しするところのうち2錠がオルメサルタンOD錠20mg錠であった。	棚が隣合わせでシートの色が似ていたため端数分を取り違えてしまった。○注意力散漫	棚の位置を変えた。	バルサルタン錠40mg「日医工」	オルメサルタンOD錠20mg「トーフ」	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
739	ノイロピタン処方なのところノイロロピンを調剤投薬前に気づき、正しい処方内容のノイロロピンを調剤し、投薬	名称の類似薬のため、間違いやすい単純なミス	調剤時に類似薬は間違いやすいところには線を引いて対処する	ノイロピタン錠	ノイロロピン錠4単位	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
740	一般名処方では「ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%」20gに対し調剤・監査・投薬の3人の薬剤師ともに間違いに気づかず「アンテベート軟膏0.05%」を投薬した。薬歴記入時に間違いに気づき患者に連絡し配達し薬剤を再投薬した。前回までは、一般名処方では「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%」のため「アンテベート軟膏0.05%」を調剤し投薬していた。	一般名処方では慣れない段階で、類似した薬品名への変更には注意が必要である。長い名称である間違いに気づかず「アンテベート軟膏0.05%」を投薬した。薬歴記入時に間違いに気づき患者に連絡し配達し薬剤を再投薬した。前回までは、一般名処方では「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%」のため「アンテベート軟膏0.05%」を調剤し投薬していた。	酷似した一般名処方には十分な確認をすることを職員に周知徹底した。一般名処方の軟膏とそれに対応する当薬局採用医薬品を軟膏類在庫場所に表示した。	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%	アンテベート軟膏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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
741	処方箋ではアムロジピンOD錠5mg「サワイ」が処方されていました。該当薬品の棚から計数する際に概観が類似したアトルバスタチンmg「サワイ」が充填されていました。	医薬品の充填の際、作業手順の不履行がありました。類似包装の医薬品の名称確認を怠り、視覚的に簡単に判断してしまっ。同一医薬品として棚に充填したことにより発生したと思われます。	アムロジピンOD錠5mg「サワイ」は赤字で名称を記載しているため、包装をきちんと確認して充填すれば防げる事故と思われます。	アムロジピンOD錠5mg「サワイ」	アトルバスタチン錠10mg「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
742	一般名処方：ヘパリン類似物質スプレー200gの処方に対して誤ってヘパリン類似物質泡スプレー「日本臓器」100g2本をレセコンに入力。薬剤師が患者のジェネリック希望の有無を確認し、ヒルドイドフォーム92g2本である可能性を疑い、処方医へ疑義照会の上処方量を200gから184gへ変更となった。結果、処方医および患者の意向を踏まえた正しいヒルドイドフォーム92g2本調剤交付。	類似する他剤形として当薬局に3剤(ヘパリン類似物質スプレー「日本臓器」1本100g、ヘパリン類似物質外用スプレー「日医工」1本100g、ヒルドイドフォーム(マルホ製品)1本92g)があり、処方量含め確認が必要であるところ、知識不足の結果、確認を怠り、上記の経緯となったと考えられる。	薬局内で類似する他剤形について一覧を作成、注意喚起することとした。また、処方元医療機関にも関連する資料を提供	ヒルドイドフォーム0.3%	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	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
743	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒(医療用)5g分2 14日分処方をつつら苓桂朮甘湯エキス顆粒(医療用)5g分2 14日分で調剤したが、監査時にインシデントに気づいた。	ピッキング者は苓姜朮甘湯を知らず、苓だけを見てよく調剤する苓桂朮甘湯だと思い込んでしまった。知識・確認不足が原因。	漢方は似たような名前が多いため最後まで処方名を読み、薬情と照らし合わせ確認しピッキングを行う	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)	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
744	ツムラ温経湯の処方と同じ頭文字の温清飲をピッキングしていたところ、別の薬剤師による監査によって発覚した。	漢方薬で似た名前のあることは認識していたが、頻繁に処方のあるものではなく、温という頭文字の薬剤も複数あることを把握していなかったこともあり確認が不十分であった。	よく似た名前前の薬剤があるものを把握する。応援者を含めたスタッフ間での情報共有を行う。	ツムラ温経湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ温清飲エキス顆粒(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
745	【般】テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠 1T 分1朝食後 28日分の定期処方持参。ジェネリック希望の為、当薬局の採用薬テラムロ配合錠AP「ニプロ」をお渡しするところ誤って先発のミカムロ配合錠APを調剤。その際にバレラの不調により監査が実施できなかった事と前の子の患者様の散薬調剤で時間を掛けてしまった事が重なり焦りが生じた。投薬の際にヒートの形が類似していたので、再確認で薬歴とレセコンからジェネリック希望である事から、正しい物を調剤して投薬を終えた。	思い込み調剤と前の散薬調剤に時間を掛けてた事でその後の調剤が雑になってしまった。	ジェネリックと先発品が同じ引き出しに配置していたので、すぐに配置換えを実施。また、前の調剤に時間を掛けてしまっても、次の調剤が雑にならない様に冷静に対処する様にスタッフ間で周知徹底した。	テラムロ配合錠AP「ニプロ」	ミカムロ配合錠AP	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム 医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
746	先発医薬品(Dr処方薬)での治療を希望している患者様に、誤って他の後発医薬品にて対応してしまっ。	名称や包装が類似しており間違え易い医薬品が多数存在する	類似薬や類似名称など再度薬品棚などに記載しその都度確認する。薬歴のサマリーなどを十分確認した上でのピッキング作業や監査作業に努める。	メチコパール錠500μg	メコバラミン錠500「トーフ」	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
747	ツムラ桂枝茯苓丸加よ苡仁(125)が処方されたが、ツムラ桂枝茯苓丸(25)を調剤した。	繁忙期だった事とよく処方される薬剤の名称・番号が似ていた為、確認を怠り調剤・監査ミスが起きた。 ○単純なミス○焦り○注意力散漫	従業員に間違いやすい名称の薬の把握の徹底と監査時にチェックによる確認を改めて行う	ツムラ桂枝茯苓丸加よ苡仁エキス顆粒(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
748	カナリア配合錠のところカナグル錠をピッキングしてしまった。	ピッキングの際の声だしが不徹底。処方箋の読み間違い。○注意力散漫	処方箋を見て薬を確認する時、薬をピッキングする時は、声を出しながら確認する。名称類似薬リストを作成し覚えておく。	カナリア配合錠	カナグル錠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
749	処方箋には【般】ヘパリン類似物質外用液0.3%と記載されていたが、ピーソフテンローションの所を誤って、ヘパリン類似物質油性クリームを調剤した。	最後まで一般名を確認せずに、よく処方されている方を調剤してしまった。【単純なミス】	一般名は似た名称があるので、間違えないように最後まで確認して調剤する。	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」	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
750	一般名処方ではエスタゾラムとエテゾラムが類似している為 ユーロジン錠1mgとデバス錠1mgを調剤時に取り間違い 他の薬剤師が監査時に発見する	商品名処方ではなく一般名処方が増えていて 類似の一般名が多くある為	薬剤師は今まで以上に一般名を勉強して覚えて類似の一般名にはよりいっそう注意して調剤にあたる事	ユーロジン1mg錠	デバス錠1mg	判断を誤った	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
751	バリエット10mgのところ、バイアスピリンで調剤する。	忙しい時間帯で、ヒートの色が似ていて隣同士にあり、取り違えてしまう ○作業手順の不履行○焦り	薬の場所の変更(離す)、忙しい時も落ち着いて調剤する。	バリエット錠10mg	バイアスピリン錠100mg	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
752	ザラカム点眼の処方間違いをキサラタンを交付した	冷蔵庫で保管している形が似ているが色も違う。確認不足	ちがう場所に置き、色を変えて箱管理する	ザラカム配合点眼液	キサラタン点眼液0.005%	確認を怠った	通常とは異なる身体的条件下にあった	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
753	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mgをセフジトレンピボキシル錠100mgと間違える	名称が似ていた為○単純なミス	しっかり確認してピッキングを行う	セフカペ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「日医工」	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
754	ランタスXR注シロスターを使用中の患者にランタス注シロスターを交付してしまった。その日の夕方、薬局棚卸によって誤りが発覚し交換を行った。	精神科と消化器内科にかかっている方。精神科は前の日に処方箋を置いていったので、監査済みになっていた。消化器分は当日に監査を行ったが、患者が投薬口で話を始めてしまい再度確認しないまま誤って交付してしまった。名称も類似しているため誤りに気づけなかった。○処方せんの見間違い	投薬口で患者と確認しながら投薬する。	ランタスXR注シロスター	ランタス注シロスター	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
755	ノボラピッド注フレックスタッチを使用中の患者であったが、誤ってノボラピッド30ミックス注フレックスペンをお渡ししてしまった。その日の夕方に行った薬局在庫の棚卸によって発覚した。	名称が類似しており、ピッキング、監査、投薬時に誤りに気付くことができなかった。○処方せんの見間違い	デバイスまで声に出して確認する。	ノボラピッド注フレックスタッチ	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		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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
756	アンテベート軟膏とデルモゾールDP軟膏の取り間違いどちらの医薬品も「一般名」の記載となっており、普段頻度の少ないアンテベート軟膏の処方、頻繁に処方されるデルモゾールDP軟膏と思い込んだ事例アンテベート軟膏(一般名:ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル)デルモゾールDP軟膏(一般名:ベタメタゾンジプロピオン酸エステル)	一般名の類似に加え、門前病院において処方頻度に大きな偏りがある2つの医薬品のうち処方頻度の少ないアンテベート軟膏(一般名:ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル)が処方された際に、頻度の多いデルモゾールDP軟膏(一般名:ベタメタゾンジプロピオン酸エステル)と思い込み調剤した。調剤後の監査で取り間違いが見つかったためヒヤリハット事例となる。 ○処方せんの見間違い	調剤者は頭文字3文字で早とちりしないように、一般名の「ジ」「酪酸」というベタメタゾンのすぐ後に来る文字をマークし、誤調剤を防いでいる。また、調剤棚にも薬品名と一般名を併記することでより一般名を意識し取り間違いを防ぐ対策を店舗として行った。	アンテベート軟膏0.05%	デルモゾールDP軟膏0.064%	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
757	一般名処方でアトルバスタチン錠(10)が処方されていたが、思い込みでシンバスタチン錠(5)を調剤。監査者も気づかずお渡し。患者様帰宅後ヒートの色が違うことに気づき来局し発覚。	注意力散漫	一般名処方時の名称類似と思い込みに気を付ける	アトルバスタチン錠10mg「サワイ」	シンバスタチン錠5mg「SW」	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
758	冷蔵庫から薬を取り出す時に、薬品名の頭の「ノボ」だけを見て薬を取り出したところ、ノボラピッド30ミックス中フレックスペンを取り出していた。薬を冷蔵庫から取り出した本人が監査台に薬を並べたところで間違いに気づき、薬を取り直した。	インスリンの名前が似ているための思い込みが原因	インスリン製剤は特に製品名が似ているため、スタッフにどのようなインスリン製剤があるか今一度確認してもらおう。また、薬を取り出す際には薬品名の頭だけではなく、薬品名全体と規格、デバイスの種類まで注意してもらおう	ノボリン30R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	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
759	2mgセルシン錠が270錠処方されているところ、2mgセルシン錠260錠+5mgセルシン錠10錠で調剤されていた。患者様が2mgセルシン錠1日3回毎食後の処方箋を持って来局し、事務スタッフが処方入力したあと薬剤師Aが調剤を行った。調剤後、監査システムの画像判定と重量監査をパスし、薬剤師Bが監査をしたところ輪ゴム止めされたセルシン70錠の表の10錠が5mg規格だと気が付いた。	監査システムの画像履歴を確認し、機械がセルシン5mgと2mgを判別できないことが判った。調剤者も一次監査をしていたが表の10錠ヒートの規格には気が付かなかった。	現在の監査システムでは類似の医薬品の判別は難しいため、人の目によりチェックを怠らないよう継続する。セルシンの件を周知させ再発防止の意識付けをする。またオーソライズドジェネリックなどの先発薬品と判別困難なものにも注意喚起を行う。	セルシン2mg	セルシン5mg	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
760	処方箋にはリピトール錠10mgで記載されているが後発医薬品希望の方のため以前よりアトルバスタチン錠10mg「EE」で調剤していた。当日もDo処方で14日分処方されており、薬剤師Aが計数調剤し薬剤師Bが鑑査しご本人様に見せてお渡し。数分後ご本人様が戻られ見かけは似ているが薬の名前が違うため確認して欲しいと相談があり確認したところ14錠中2錠はアトルバスタチン錠10mg「EE」で正しくお渡してきたが、残り12錠が先発品のリピトール錠10mgであった。交付直後のため服用されておらず、その場で薬剤師AとBでアトルバスタチン錠10mg「EE」14錠を再度計数調剤、鑑査し患者様に謝罪した上でお渡しした。	リピトール錠10mgとアトルバスタチン錠10mg「EE」でヒートの色が似ていることと先発品と後発品の関係より同じ有効成分の医薬品という認識より見逃してしまった。また、アトルバスタチン錠10mg「EE」の棚にリピトール錠10mgが混在していたため間違えやすい環境であった。	医薬品を棚に戻す時もピッキングシステムやもう一人の薬剤師と確認して戻しエラーを起こしにくい環境を整える。ヒート1枚のみでなく全体的に名称と先発品、後発品の希望について薬歴を参照しながら確認する。	アトルバスタチン錠10mg「EE」	リピトール錠10mg	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
761	ツムラニホ湯顆粒7.5g30日分の処方、2.5g分包品を60包の中に、18包芍薬甘草湯が混ざっていた。	ツムラの漢方の外箱の色がどちらも赤色で、かつ番号が88番と68番で類似していたため取り間違えた。	同じ色の箱を並べて保管しない。（引き出しを別にする）監査時必ずすべてのシートが同じ薬剤であることを確認する。	ツムラニホ湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）		その他	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
762	ツムラ半夏白朮天麻湯のところ、ツムラ半夏厚朴湯で調剤してしまった。	店内が混雑していた為、名前の類似した漢方を調剤してしまった。	漢方は名前が似ているものが多いので、番号と色も確認する。名前が類似している漢方は薬が置いてある所に注意喚起の記載をした。	ツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用）	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
763	患者が処方箋をもって来局した。処方箋には「ツムラ麻杏よく甘湯エキス顆粒(78) 分3毎食前 28日分」が処方されていた。薬剤師Aは棚にツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(68)が横並びになっていることに気がつかず混ぜて調剤した。薬剤師Bが監査するも多忙だったせいもあり監査スルーしてしまいお渡ししてしまった。お渡しした数分後空箱をみて発覚。すぐに患者宅に連絡。お詫びとともに正しいものと交換に伺った。	数字が68、78と似ており帯の色も同じであったので間違えやすい環境であった。患者来局時、店内は混んでおり焦りがあった。	帯の色が同じもの同士を横並びにしないようにした。フックエンドを使用して範囲が明確になるようにした。薬の監査時には一呼吸おき、再度確認するようにした。	ツムラ麻杏よく甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	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 施設・設備	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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
764	リピディルをGEのフェノフィブラートで調剤すべきところを、先発品のままリピディルで入力・調剤してしまった。リピディルをフェノフィブラートの箱に戻ってしまった。	以前よりGE希望の患者様だったので、GEの在庫のあるものはGEでお渡ししていた。リピディルのGEであるフェノフィブラートは比較的最近在庫するようになったものなので、前回先発品のままリピディルでお渡ししていた。今回入力時に前回の処方内容をそのままコピーしてしまったため、リピディルをGE変更することなく先発品のまま入力してしまい、調剤者も入力内容に沿って先発品のまま調剤した。監査者がGE変更すべきリピディルがGE変更されてないことに気づき、入力を訂正し、調剤者に調剤し直すように指示し、患者様にはGE希望に沿ったフェノフィブラートでお渡しすることができた。しかし、調剤者がリピディルを箱に戻す際にフェノフィブラートの箱に戻してしまっていた。この時点では箱を間違えていることに気づいていなかったが、同日に別の薬剤師が別の患者様のフェノフィブラートを調剤しているときに、箱の中が端数だらけで乱れていること、さらに理論在庫より明らかに多い錠数が入っていることに違和感を抱き、錠剤をよく確認したところ、リピディルとフェノフィブラートが混在していることに気が付いた。	GEを新しく採用するときは、全スタッフで共有し、入力・調剤・監査時に新たにGE変更できる薬がないか常に意識する。調剤者は監査者にリピディルをフェノフィブラートに変更するよう指示された時はこのような手順であった。誤って調剤したリピディルをいったん調剤台に置いておき、フェノフィブラートを必要数ピッキングし、少しでも早く監査できるようにフェノフィブラートの残りを箱にしまうよりも前に、監査者にフェノフィブラートを渡した。その後、フェノフィブラートの残りとして調剤したリピディルをそれぞれ箱に戻すはずであったが、リピディルを置いておいた位置とフェノフィブラートを置いておいた位置が近かったため、また本人の意識も低かったこともあり、すべてをフェノフィブラートの箱に戻してしまっていた。早く監査を進められるように片付けを一時的に後回しにすること自体は優先順位として間違っていないが、片付ける際には自分が2種類の薬を片付けなければいけないということを十分に注意する必要がある。特に先発品に外観を似せて作られているGEは一見ただけでは同じように見えてしまうため、細心の注意を払う。	フェノフィブラート	リピディル	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
765	いつも苓桂朮甘湯が処方されている患者にその日に限り間違えて苓姜朮甘湯を調剤し、交付してしまった。前回と同じ処方だったので、処方箋入力時は正しい医薬品名を入れていた。後日、在庫数量を確認しているときに間違いが判明。患者にはすぐ連絡したが、すでに5日分ほどを服用後だった。	よく似た名前の漢方薬で、注意を必要とすることは以前から認識されていたが、この日は新人が調剤、監査はベテラン薬剤師だったが、見落とししてしまった。○処方せんの見間違い○単純なミス○注意力散漫	漢方薬に関しては、監査時、薬剤情報の写真と現物を見比べることで、シートの色や番号の違いなどから、単純なミスでの取り違いが減らせられるものと考えられる。また、反対に同じ色の2種類の漢方薬が処方されているときは、患者の服用間違いを防ぐために何らかの注意喚起を行うことができる。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	知識が不足していた	教育・訓練ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	
766	その日は胃腸炎の患者が多く、似たような処方の患者さんが多く来局したためフェロペリンの処方を書き間違えたり取り違えた。フェロペリンとブスコパンの保管場所が同じ引き出しであり、調剤の際の確認不足があった。	○作業手順の不履行○単純なミス	処方箋に基づく調剤を徹底し、引き出しからとる際、数を確認する際、監査に回す際の3回確認を行う。薬効などで判断せず、きちんとひとつひとつの薬剤で処方箋を確認する。	フェロペリン配合錠	ブスコパン錠10mg	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
767	ツムラ桃核承気湯61番/70日分のところ、7日分(21包)だけツムラ補中益気湯41番が調剤され混入。	2年目薬剤師の調剤で、外来混雑時慌てていた模様。新しい箱を開けて7日分(21包)を足す際に、棚の一段上同位置にあった箱から取り出した。ツムラ桃核承気湯は61番で帯カラー水色、ツムラ補中益気湯も41番で同じカラーで文字配列も最後の漢字2文字は『気湯』と似ていたため確認を怠った可能性あり。監査者は経験年数高く同様の事例を経験したことがあり、一束ずつ文字の確認を実施していたため発見され、患者には渡らずに済んだ。○注意力散漫○焦り	・使用していた箱が空き、新たな箱を開封するときは、必ず薬品名を確認する(色だけで思いこまない)・棚の配置を変更し、上下にならないように設置変更し、防止策とした。	ツムラ桃核承気湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ補中益気湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
768	【正】ツムラ芍薬甘草湯 63包お渡し【誤】ツムラ人参養栄湯 63包お渡し	ツムラ人参養栄湯を戻す際にツムラ芍薬甘草湯の棚に戻ってしまった。	どんなに自分の状況が忙しくても、現在行っている業務に集中して、全ての処方箋と薬品の照合は確実にを行う。外観の類似には惑わされず、確実に処方箋と薬品の照合を行う。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒(医療用)		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
769	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「ミグリトールOD錠50mg、2錠/分2朝・夕食直前、56日分」と記載されていた。薬剤師Aは、一般名処方慣れしておらず、ミグリトールとミチグリニドを見誤り、調剤してしまっただが、誤りに気付かずそのまま鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bは、ミグリトールOD錠が調剤されておらず、ミチグリニドOD錠が混ざっていることに気づき、薬剤師Aに誤りを伝えた。薬剤師AはミグリトールOD錠を正しく調剤し、再度、薬剤師Bに鑑査してもらった。	事例発生当時は、調剤業務が集中する時間帯で忙しく、処方箋の記載内容の正確な確認を怠ってしまった。また、医薬品の名称類似と、本人の思い込みが重なり、処方せんの見間違いに気づけなかった。	医薬品名称を落ち着いて正確に確認し、調剤と他の業務を並行しないこととした。名称類似の医薬品について、リストを挙げて注意喚起するようにした。	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」	ミチグリニドCa・OD錠5mg「三和」	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
770	マイスリー錠10mgを21錠処方。投薬する前に、監査者が2錠だけゾルピデムになっていることにたまたま気が付きました。	錠剤の色とシートのデザインがあまりに酷似していたためき調剤者も気が付きませんでした。原因としてはゾルピデムの端数を箱に戻す際に誤ってマイスリーの箱に入れてしまったものと考えられます。○単純なミス	GEのシートの裏にはゾルピデムとしっかり記載されています。デザインが似ていると感じているものにはしっかり裏のところまで確認します。	マイスリー錠10mg	ゾルピデム酒石酸塩錠10mg「FFP」	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		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
771	去痰剤を投与するところ名前が似ていたコレステロールの薬を調剤した。	薬品の位置が隣同士だった	確認をしっかりとする	アンプロキソール塩酸塩錠15mg「日医工」	アトルバスタチン錠5mg「EE」	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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
772	全自動分包機で一包装を行う際にプロマックD錠75mgを調剤するところを、誤ってプラビックス錠75mgで調剤してしまった。薬剤師の最終監査で発見し、交付には至らなかった。	一包装調剤であったが、全自動分包機のカセットに無いプラビックス錠75mgの手巻き調剤であった。全自動分包機への入力に誤りはなかったが、全自動分包機より印刷される手巻き指示書に従って調剤棚より集薬を行う際に誤った。販売名が類似していたこと、規格が類似していたこと、当薬局では希少薬であったこと、確認不足であったことが要因と考えられる。 ○処方せんの見間違い○注意力散漫	指差し呼称をして集薬し、手巻きで一包装する前にもう一度、指差し呼称し処方せんとの突合を行うことが有効考えられる。	プロマックD錠75	プラビックス錠75mg	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
773	メリアクトMS錠100mgの代替でセフジトレンピボキシル錠100mg「トローワ」をピッキングするところ、セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「日医工」をピッキングした。患者に交付する前に自分で気付いた。	・同じ引き出しに保管してある。・「名称類似品」の注意喚起がない。・同じ成分の先発品名の記載がない。	・違う引き出しにする等、離して保管する。・「名称類似品」の注意喚起を追加する。・同じ成分の先発品名・後発品名の記載をする。	セフジトレンピボキシル錠100mg「トローワ」	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「日医工」	確認を怠った	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
774	調剤時にツムラ25 桂枝茯苓丸エキス細粒処方のところ、ツムラ125 桂枝茯苓丸加ヨクイニンエキス細粒でピッキング。監査時に気付いた	名称も途中まで一緒であり、色も同一なので取り違えてしまった	置き場所を離し、類似薬品がある旨の付箋や札を貼る。監査時に数人で処方箋と照らし合わせ確認を怠らない	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニンエキス顆粒(医療用)		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
775	(一般名)ロフラゼパム錠1mg 0.5錠1日1回 寝る前 21日分の処方本来、ロフラゼパム錠1mg「サワイ」を集め、半錠にするところ、誤ってロラゼパム錠1mg「サワイ」を集め第一監査にまわした。第一監査でも調剤ミスに気付かず押印して、調剤者へさし戻した。その後、半錠分包したのち、監査者へ監査で調剤ミスが発覚し、作りなおし	商品名の酷似同一メーカー	再度事例の共有	ロラゼパム錠1mg	ロフラゼパム錠1mg	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
776	トフランニール錠10mgをトニール錠10mgで調剤し、そのまま気づかず投薬してしまった。患者本人が気づき、内服せずに交換できた。	監査時に薬の形状や色にも注意しよく確認しなければならない。	類似名称があることを意識し、注意しながら調剤確認を行うようにする。	トフランニール錠10mg	トニール錠10μg	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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
777	1/5 12/20の処方で定期処方のミチグリニドOD(10)のところミグリトール(50)が入っていることに患者の家族が気づき電話で連絡あり。患者様本人は気づかず、すでに9日分服用されていた。Dr.に報告し少し血糖値の上昇あるかもしれないが、治療は不要との指示いただき、気づいた時点からはミチグリニド服用して頂いた。	処方医薬品の多さ。単純なミス。焦り。多剤処方されているが食後の薬は一包化しており食直前の薬は1剤のためヒートで出している。外用薬なども多く、ピッキングの時、間違えてミグリトールを調剤していた。監査でも一包化されている方に注意が注がれヒートの取り間違いに気づかなかったと考えられる。代理の方(娘さん)が自分の薬と一緒に取りに来られたため、娘さんの薬については説明してお渡ししたが、この患者様の薬についてはいつもの薬だからと急いでおられたため確認しながら薬袋に入れず、まとめて入れておいたのを渡してしまった。そのため投薬時にも間違いを発見できず患者様にお渡ししてしまった。	ミチグリニドとミグリトールは保管場所の棚も離れており、単純に名前が似ているため取り間違えたと考えられる。思い込みでの調剤に気づける。多剤の場合調剤時にも自己監査してから監査に出す。必ず投薬時にも確認しながら薬袋に入れて患者様にお渡しする。	ミチグリニドCa・OD錠10mg「フソー」	ミグリトール錠50mg「トーワ」	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
778	本人よりTELあり。いつも服用している薬(リーゼ錠5mg)の効果があまり感じないと思ったらすぐ似ているが名前が違う薬(クロチアゼパム錠5mg「サワイ」)が入っていた。	単純なミス。	ちゃんとチェックする。	リーゼ錠5mg	クロチアゼパム錠5mg「サワイ」	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
779	ジクロスター点眼液の処方を間違えてジクロード点眼液を投薬してしまった。	薬名が類似していた為取り違えてしまいました。単純なミス	Wチェックしていたにも関わらず起こってしまった為、今後はさらなるチェックをいたします。	ジクロスター点眼液0.1%	ジクロード点眼液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
780	ツムラ桂枝茯苓丸(25番)が、3包1日3回14日分計42包処方され調剤した中に、ツムラ黄連解毒湯(15番)が5包混入しており、そのことに気づかずにかセット(患者の薬保管箱)にセットしてしまった。翌日、患者が服用し飲んだ薬の味がいつもと違うと施設職員に話したことで連絡があり、セットした薬を調べたところツムラ桂枝茯苓丸(25番)の中にツムラ黄連解毒湯(15番)が混ざってセットされていることが発覚した。	ツムラ桂枝茯苓丸(25番)とツムラ黄連解毒湯(15番)は、包装の色が同じでよく似ている為、箱から出したときに混入してしまったが、輪ゴムで束ねられていた中に2種の薬があることに気づかずにセットしてしまった。	今後は、一包づつ確実に確認しながら調剤・監査、セットを行うようにする。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)	ツムラ黄連解毒湯エキス顆粒(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
781	処方箋には ノイロトピンと記載されていた調剤した薬剤師は ノイロピタンを ビックした監査した薬剤師が気づき きちんとしたノイロトピンを調剤して正しい投薬ができた	名前が似ていた置いてある場所も近くにおいてあったため 早合点して 調剤したと思われる	名前がにている薬剤は 近くにおかない名前はきちんと最後まで確認して 調剤する	ノイロトピン錠4単位	ノイロピタン配合錠	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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
782	内科の定期受診の患者にツムラ防風通聖散エキス顆粒(62)(医療用)を含む7医薬品が処方され、薬剤師Aが調剤後、交付した。2日後、患者本人より「防風通聖散エキス顆粒(62)(医療用)の薬袋の中にツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒(2)(医療用)が入っている。」と電話で申し出があった。また前回のツムラ防風通聖散エキス顆粒(62)(医療用)が残っていたので、ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒(2)(医療用)には手を付けていないとの事だった。後日、薬剤師Bが間違えて交付したツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒(2)(医療用)とツムラ防風通聖散エキス顆粒(62)(医療用)を交換した。	当時、薬局が混雑しており薬剤師が1人で慌てて調剤したため、処方箋・薬袋の確認が不十分であった。見た目が類似する薬剤である為、思い込みもあったと考えられる。	忙しい時こそ処方箋・薬袋を良く確認しなければいけないことを再確認した。ツムラの漢方薬は番号で色分けがしてあり探しやすいが、思い込みもしやすい。色だけではなく番号と名称もしっかり確認するようにスタッフ間で情報を共有した。	ツムラ防風通聖散エキス顆粒(医療用)	ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒(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
783	一般名処方でロキソプロフェンNaテープ50mgとジクロフェナクNaゲルの2剤の処方があり、ジクロフェナクNaテープ15mgとジクロフェナクNaゲル1%を調剤し投薬してしまった。再来局時に前回と同じ処方であったが、患者よりテープ剤の形状が異なる、チャックが付いていなかったの折って保管していたと訴えがあり、残薬を持参され判明。ロキソプロフェンNaテープの袋にはチャックが付いていた。	一般名処方で薬品名の記載が長くなり、名前も類似していることから、薬品名の最初の文字だけを確認して思い込みで調剤してしまった。処方せんの見間違い	一般名処方で薬品名の記載が長くなり、名前も類似していることから間違いやすいが、薬品名の最初の文字だけを確認して思い込みで調剤するのではなく、薬品名、剤形、ミリ数を確認し、確認したことにチェック印を入れることで再発防止対策とした。	ロキソプロフェンNaテープ50mg「科研」	ジクロフェナクNaテープ15mg「日本臓器」	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
784	名前が似ている薬剤を間違えて調剤した。	19時過ぎで混雑もあり慌てて調剤してしまった。	調剤かごを起こしやすい薬剤であることを認識し調剤知る。類似医薬品については、調剤棚の1を再考し、類似医薬品があることをマーカーなどで表示することを検討している。	ノイロピタン配合錠	ノイロロピン錠4単位	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
785	トラバタンズ点眼処方のところデュオドラバ点眼が入っていたと患者様よりTELがあった点眼前に気づかれていたので、正しいものと取り換えた	点眼の包装が似ているため思い間違いによるもの処方せんの見間違い単純なミス集り	特に冷所保存、遮光保存のものは薬袋にも冷所保存と印字し、投薬時にも薬剤名と保存方法等確認して渡せるように改善した	トラバタンズ点眼液0.04%	デュオトラバ配合点眼液	確認を怠った	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
786	類似名称の同メーカーの漢方をピッキングしてしまい、ピッキング後の自己監査で発見。	類似名称繁忙期入力者が持っている処方箋を見ながら、調剤したため、処方箋を調剤者は持っていないかった。	類似名称の商品を把握、共有忙しくても処方箋を見ながら、ピッキングを行う。	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯	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
787	トアラセットを調剤する予定のところ、先発品トラムセットと後発品トアラセットが混在して調剤されていた。	原因として考えられるのは、トラムセット重点の際に誤ってトアラセット調剤棚に重点した可能性が高い。	トアラセットおよびトラムセットの包装および名称が類似しているため、重点の際に複数の薬剤師で確認し重点を行う。取り間違いが起きないように、調剤棚に【注意】の喚起を促す工夫をする。	トアラセット配合錠「日医工」	トラムセット配合錠	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
788	読み違い	よく似た一般名	処方箋を丁寧に読む	ベタヒスチン	ベボタスチン	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
789	箱のカラーが類似していたため薬剤の取り違い	どちらの薬剤も同会社の製品を採用。パッケージのカラーが似ているため取り違いをした。服薬指導時、前回と同じ薬剤が出ている説明をしたが、患者の様子がいつもと違いくぐりに気が付いた。	思い込みは調剤過誤に直結するので、確認時は薬剤、規格、錠数があっているだろうという思い込みは捨て慎重に確認しかつ服薬時には患者と確認しあうルールを取り決めた	プロプラノロール塩酸塩錠10mg「日医工」	ニフェジピンCR錠10mg「日医工」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品患者側	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
790	ガスターD錠10mg調剤時、ファモチジンOD錠10mgが混在していることを発見した。	他の患者分を調剤した際にGE/先発で差し替え、誤ってガスターD錠の中へファモチジンOD錠を入れたと思われる。	全てスタッフへ共有。GE/先発で外観が類似するものは特に注意するよう徹底。空箱やその他作業途中の物などを調剤台、監査台へ放置しないよう、整理整頓に努める。	ガスターD錠	ファモチジンOD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
791	コニール錠4mg30錠のところザクラスHD錠が6錠混入していた。	隣り合う棚であり、ピッキング後の充填を間違っていたと思われる。30錠ピッキング時24錠と6錠で計30錠にしたところ、誤ってザクラスHDが6錠ピッキングされていた。コニール(4)とザクラスHDはヒートの色、錠剤の色が似ている為、監査でも見落とされた。	コニール(4)とザクラスHDの間にザクラスLDを入れた。	コニール錠4	ザクラス配合錠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
792	ミケルナ配合点眼液が処方されていたが、調剤者が思い込みからミケランLAを調剤する1次監査者も調剤が間違えているのに気が付かず、2次監査者にそのまま引き継いでしまう監査者が監査をしている際に調剤の間違いに気が付き調剤者・1次監査者に間違いを指摘し正しいお薬を調剤し患者様に投薬を行った。	忙しい時間帯で、お薬の名前が似ていたことから間違えて処方。1次監査者も頭文字だけで判断してしまい、間違えたままにしてしまった。	名前の似ているお薬は、名前のチェックだけでなく薬情の写真と見比べて合っているかを確認するよう指示	ミケルナ配合点眼液	ミケランLA点眼液	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
793	冷所保存のオフサロン点眼液をピッキングしたとき下の段に陳列してあったリズモン点眼液をピッキングしてしまいました。両剤とも保存袋に入れてあり外観の類似でピッキングしてしまいました。	目薬は保存袋に入れておかないようにする。	薬剤名の確認	オフサロン点眼液	リズモンTG点眼液	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
794	ノイロピタンとノイロトロピンとの類似薬の間違い	陳列場所が隣においていた	類似薬は陳列場所をはなして置く薬効を書いて確認する	ノイロピタン	ノイロトロピン	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
795	2019年1月15日ガスターD錠20mgをお渡しすべきところ、誤ってオルメテックOD錠20mgをお渡し。1月25日に患者様のご家族が間違いに気が付き過誤が発覚した。患者様は9錠服用しておられた。	ガスターD錠20mgの棚にヒートの似かよったオルメテックOD錠20mgが紛れ込んでいたことに気付かずピッキングし、監査者も思い込みと不注意により間違いを見落とした。	似かよったヒートの棚の位置を変更。取り間違えた薬を一時的に保管する箱を設置し、落ち着いた時間に複数の薬剤師が確認した上で棚に戻すようにした。ピッキング後に自己監査、監査を徹底すよう薬局内で申し合わせました。	ガスターD錠20mg	オルメテックOD錠20mg	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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
796	ジェネリックであるウルソデオキシコール錠を調剤すべきところ、先発品のウルソ錠を調剤した。患者に投薬する前に別の薬剤師の監査により間違いを発見した。	シートの色合いも似ていることから取り違えた。	先発かジェネリックかをしっかり確認していく	ウルソデオキシコール錠100mg「サワイ」	ウルソ錠100mg	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
797	外用薬の一般名入力時の選択ミス。監査ミス。確認不足であった。	混雑していて、注意散漫であった。 ○単純なミス○焦り○注意力散漫	外用ステロイド剤は、似たような一般名があるので再度注意して確認する。	アンテベート軟膏0.05%	リンデロン-VG軟膏0.12%	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		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
798	一般名処方 テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠 を先発医薬品希望を後発品にて調剤、交付した。後日、患者様が内服する際、いつもと名前が異なること発見し、薬局。謝罪し、正しいものと交換対応させて頂いた。	先発品・後発品のヒートデザインが似ており、ヒートデザインのみで監査を通していた可能性あり。	先発品・後発品希望をしっかり確認し、監査を徹底する。	ミカムロ配合錠AP	テラムロ配合錠AP「DSE P」	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
799	アムバロ配合錠が一般名で処方されていたが、アムロジピンOD錠5mg「サンド」が調剤されており、似た名称のため、監査時に見逃してしまった。	忙しい時間帯であり、早く投薬をしなればと焦り、失念してしまった。	処方せん、薬袋、薬情などをひとつひとつ確認し、薬剤名の一部だけで判断しない。薬剤の正式名称を読み上げ、間違いのないようにする。	アムバロ配合錠「サンド」	アムロジピンOD錠5mg「サンド」	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
800	フラベリックが処方されているところフスコデで調剤してお渡し	棚が近いこと、薬品名が類似している点を考えると思い込み調剤	棚を移動させて対応	フラベリック錠20mg	フスコデ配合錠	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
801	アバプロ50?錠を調剤しなければならぬところ、アムバロ配合錠を調剤した。	繁忙であったため、処方箋を読み間違えた。忙しくても落ち着いて調剤するようにすることが必要である。また、名称類似もミスの原因である。	多忙でも落ち着いて調製する。名称類似がミスの原因であるので、ジェネリックに関しては一般名名称にすることが望まれる。	アバプロ錠50mg	アムバロ配合錠「YD」	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
802	ブレドニゾン錠2.5mg「NP」錠が誤ってアムロジピンOD2.5mg「明治」の棚にもどされてしまい、ピッキング時に気が付かず、アムロジピンOD2.5mg「明治」にまざってしまった。監査時に発見。訂正された。	ブレドニゾン錠2.5mg「NP」とアムロジピンOD2.5mg「明治」のPTP、薬剤の形状、色等が似通っていたため、誤って異なる薬剤の棚にもどされてしまったと考えられる。	薬剤を棚に戻すときに、指差し、声出しを行い、PTPと棚の薬剤を照合して再発防止につなげる。	アムロジピンOD錠2.5mg「明治」	ブレドニゾン錠2.5mg「NP」	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
803	一般名ニコランジル錠5mgで処方されていたが、ニセルゴリン錠5mgを捨ててしまい、監査も気がつかずそのまま投薬する。後日患者より指摘されわかる。	処方医薬品の多さ、ニコランジルとニセルゴリンの効能効果の違いをしっかりと把握しておらず、ミスをふせげなかった。	似た名称の薬には、薬品棚に薬効を記載	ニコランジル錠5mg	ニセルゴリン錠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
804	混雑していたため、焦りがあり、ピッキング時に処方箋との照らし合わせを怠ってしまい、取り間違いが生じた。監査時に取り間違いに気づいた。	混雑による焦りにより、処方内容との照らし合わせを怠った。コンプト配合点眼薬とトルソプト点眼薬1%が調剤棚の上下にあり、外見が多少類似している為、取り間違いが生じた。	調剤ミスを防ぐよう、名称や外見が類似している薬の位置を変更した。混雑時でも取り換え等がおこなえないよう、指差し確認の実施を共有した。	コンプト配合点眼薬	トルソプト点眼薬1%	確認を怠った	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
805	合剤の一般名の処方に対し、似た名称の薬品をとり間違えた。	作業手順の不履行 いつもよく出ている薬で、慣れから監査を怠り投薬してしまった。	薬品棚に一般名表示	ヘモレックス軟膏	ヘモポリゾン軟膏	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
806	薬剤師Aが、【ミケルナ点眼液】を【ミケランLA点眼液】で調剤し、薬剤師Bが監査でミスに気付いて訂正した。当薬局では、【ミケランLA点眼液】は使用頻度が高いが、【ミケルナ点眼液】は使用頻度が低い。薬剤師Aは、【ミケ】が重なる【ミケランLA点眼液】だと思い込んで調剤した。また、薬剤師Aは、処方箋原本ではなく、事務員が印刷した調剤録を見ながら調剤した。事務員が、【ミケルナ点眼液】2本と記載された処方を、1本5mlと思い込み10mlと入力し、薬剤師Aは調剤録を参考に調剤したため【ミケランLA点眼液】4本を調剤した。よって、医薬品取り違い、本数取り違いの二重ミスを犯した。	薬剤師Aの思い込みによる調剤、確認不足（単純ミス、注意力散漫）。処方箋原本を無視して、調剤録を参考に調剤した（作業手順の不履行）。事務員による処方内入力ミス（手書き処方箋）。	薬剤師は、処方箋原本にて調剤すること。調剤録、お薬手帳シール、薬品情報提供書など2次的発行物での調剤は行わない。監査の際、レセプト入力内容に間違いがないか確認する（作業手順書に従い調剤すること）。薬局採用薬品の商品名類似薬を把握すること。思い込み調剤を避けるため、商品名を省略せず、正式名称で確認する。手書き処方箋は入力ミス、判読ミスが起こりやすいので、より一層の注意を怠らない。単純ミスが多い薬剤師、新人薬剤師へのサポート、教育を行う。	ミケルナ配合点眼液	ミケランLA点眼液2%	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
807	デルモゾール軟膏の横に見た目が似ているスピラゾン軟膏が置いてあり取り間違え監査もミスしてしまった。薬を使用する前に患者から連絡があり謝罪と交換を行なった。健康被害なし。	混雑していたため監査がおざなりになってしまった。それぞれの薬の位置が近かった。	忙しい時ほど慎重に薬のピックアップと監査を行うようにする。似ていて間違いやすい薬は位置を離して配置する。	デルモゾール軟膏0.12%	スピラゾン軟膏0.3%	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
808	患者本人と家族が処方箋持参。薬剤師Aが調剤、監査、投薬まで一人で行った。患者とその家族に薬を見せながら説明を始めた際、家族からの指摘で【人参養栄湯】処方を【人参湯】で投薬しようとしていたことが発覚した。患者本人は気が付かなかったが、家族から「以前もらった漢方薬と違うのですか？」と質問され、薬剤師Aはビックアップミスに気が付いた。薬剤師Bが異変に気が付き、正しい調剤に訂正した。	店内がいつになく混み合っていた。薬剤師Bが投薬中だったので、薬剤師Aは、漢方薬のみの単純な処方内容だったため、薬剤師Bによる監査の必要はないと自己判断ミスをした（作業手順の不履行、焦り）。薬剤師Aは、【人参養栄湯】を「ニンジン」と認識し、【人参湯】をピックアップしてしまった（単純なミス、注意力散漫）。	一人監査を避ける。処方薬が1〜3種でも、一人監査をしない。漢方薬は似た商品名が多いので、少なくとも当薬局採用品に関する知識を身に付ける。似た商品名の採用薬剤を把握する。漢方薬は、商品名のみではなく商品番号も確認する（漢方薬の配置が、番号順になっているため）。店内が混みあっても、焦らず、落ち着いて時間をかけて調剤する。焦って調剤ミスを犯すと、かえって時間がかかり店内がますます混乱する。	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ人参湯エキス顆粒（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
809	処方が桂枝加竜骨牡蠣湯だったが誤って柴胡加竜骨牡蠣湯を調剤した。	誤って調剤した柴胡加竜骨牡蠣湯調剤する機会が多く、名前も似ていたためと考えられる。	一文字監査の徹底を心掛ける。	ツムラ桂枝加竜骨牡蠣湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴胡加竜骨牡蠣湯エキス顆粒（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
810	一般名：亜鉛華軟膏20% 50g（サトウザルベ）の処方に対して誤ってプロベト50gを調剤	予製として青いキャップの軟膏ツボにサトウザルベおよびプロベトをそれぞれ別に50g充填したものの複数本を調剤室の棚（近い位置）に保管していた。外観が似ているため取り違えてしまったと考えられる。	保管する棚の位置を離し、明確にわかるように注意喚起の表示をした	サトウザルベ軟膏20%	プロベト	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
811	処方箋には一般名でクラリスロマイシンシロップ用10% 1.8g 1日3回毎食後5日分と記載されていた。GE希望の患者様なので、採用品目のクラリスロマイシンDS10%「タカタ」を9g量らないといけなかったが、カルボシステインDS50%「タカタ」を9g秤量しており、そのまま監査に回した。監査時に散剤監査システムのジャーナルでミスが発覚し、すぐに正しい医薬品で調剤を直した。	同じ棚に置かれていないが、二つとも白い細長い瓶で似ているため、勘違いした。流れ作業で計ってしまい、瓶や監査システムの画面などで医薬品を確認していなかった。	落ち着いて調剤する。散剤を量るときは、しっかりと瓶を確認したり、画面を確認して秤量する。	クラリスロマイシンDS小児用10%「タカタ」	カルボシステインDS50%「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
812	処方箋記載はツムラ苓姜朮甘湯でしたが、誤ってツムラ苓桂朮甘湯をお渡ししてしまいました。	注意力散漫による類似薬品名の渡し間違い。しっかりと処方箋を見ておらず、パソコン記載の薬品名を確認してしまっていた。	今後は処方箋薬品名を指でなぞりながら確認する等、確認の仕方を徹底する。	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)	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
813	一般名:ヘパリン類似物質油性クリーム の処方方でヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」ではなくピーソフテンローションで調剤。	かかりつけの患者が来たり、調剤が溜まってきたことにより、ヘパリンだけを見てローションだと思い込んでしまった。	必ず最後まで読み薬があることを確認する。急いでいる時こそ落ち着いて冷静な判断ができるように、普段から平常心を心掛ける。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ピーソフテンローション	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
814	ジェネリック希望の方で処方箋にコンビ配合錠APと記載。テルチア配合錠AP「DSEP」をピックアップすべきところ、誤ってミカムロ配合錠APのジェネリックのテラムロ配合錠AP「DSEP」を手にとってしまう。ハサミでシートを切っている最中に他の薬剤師から指摘をされて間違いに気付く。	処方箋を遠目に見てしまい、コンビ配合錠APと記載されているのをミカムロ配合錠APだと思いこんでしまった。	合剤を見た時には成分を考えてからピックアップを行う。この2つの場合、名称は似ているが普通薬と劇薬で棚は全然違うところにありますので、成分を考えれば場所も特定できます。また、他の人がピックアップの際にも気を配る事でミスがあれば教えてあげられるようすることで、患者さんに間違ったものが渡されないように気を付けます。	テルチア配合錠AP「DSEP」	テラムロ配合錠AP「DSEP」	確認を怠った	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
815	アムロジピン錠2.5mgのメーカー違いの薬がカセットに混入。混在して調剤。調剤完了時にHHDにて、エラーがなり発覚。	調剤した薬剤をカセットに戻す際に誤って戻しており、それを次の調剤者が調剤した。類似名称の薬品を覚えて近くにカセットに並べているが、確認を怠って戻したことが要因。 Ľ単純なミス)	薬剤をカセットに戻す際には、類似名称の薬品があることを常に念頭に置き、2度確認をするなどして戻すように注意する。	アムロジピン錠2.5「ケミファ」	アムロジピン錠2.5「EMEC」	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
816	一般名処方にてチザジン錠150mgの処方があり、アシンノン錠150mgを調剤すべきところ、集薬時に誤ってチザジン錠1mgを集約し、監査時に誤りを発見した。	一般名自体の類似による誤薬である。	集薬時の確認、集薬後の再確認、規格の確認の徹底。	アシンノン錠150mg	チザジン錠1mg「JG」		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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
817	ファロム錠200mgの処方に対してファミル錠250mgを調剤してしまった。アテルノによる監査時に調剤間違え発覚。	商品名が似ていたこと、調剤棚が上下に位置していたことが原因と考えられる。○単純なミス○注意力散漫剤間違え発覚。	類似名称の薬剤を判別する知識の向上や調剤棚へ付箋を貼り注意を促すなどの対策が必要と考えられる。また思い込みで調剤をせず、処方箋とビックした薬剤をその都度確認する。	ファロム錠150mg	ファミル錠250mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品施設・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
818	風邪で続けて来局されている患者様だった。処方箋には、セファペンピボキシル塩酸塩錠100mg 3錠 ギルトプロフェン錠80mg 3錠 カルボシステイン錠500mg 3錠 1日3回毎食後 5日分で記載されていた。前回までトラネキサム酸錠250mg「YD」3錠が出ており、今回カルボシステイン錠500mgに変更になっていた。薬は間違えなく集めてあったが、入力が前回のトラネキサム酸錠250mgのままになっており、気が付かず、そのまま患者様にお渡ししてしまった。薬歴記入時にミスに気が付き患者様に電話をし、薬は正しいものをお渡ししているが、薬情や手帳の記載が間違っていることを説明。次回来局時に、正しいものをお渡しする事となった。	忙しい時間帯ではなかった。入力をしっかり見ているつもりだったが、見れていなかった、単純な確認ミス。	前回と似ている内容の時は、しっかり見ているつもりだったが、見れていなかった、単純な確認ミス。	カルボシステイン錠500mg「トーフ」	トラネキサム酸錠250mg「YD」	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
819	散剤台に隣り合わせて並んでいる薬品を取り間違えた。散剤監査システムでも見落とされた。	薬品名が似ているため、見切り発進してしまった。	散剤監査システムのレシートを、投薬台まで持っていき、レセコンと照らし合わせる。	セフジトレンピボキシル細粒10%小児用「日医工」	セフジニル細粒小児用10%「サワイ」	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	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
820	セフジトレンピボキシルを調剤するところ、セファペンピボキシルを調剤した。	似た薬名であったこと。近い場所配置されていたこと。思い込みがあったこと。他の事に気をとられていたこと。以上のことが重なりミスが起きた。	似た薬名でミスが繰り返されていることを認識し、調剤したものと調録に記載されている薬名を再度確認する。また薬情の写真と見比べ、正誤確認する	セフジトレンピボキシル錠100mg	セファペンピボキシル塩酸塩錠100mg	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
821	前回、ツムラ当帰芍薬散が処方されており、今回からツムラ芍薬甘草湯に変更されていることに気づかず入力し、処方箋の確認も不十分だったため、今回もツムラ芍薬甘草湯をお渡しした。	処方医薬品の多さから前回との変更気づかず入力し、印字された薬袋を見ながら監査してしまったので今回薬が変更になっていたことに気づかず薬を交付してしまった。両方とも薬名に芍薬が含まれているため、名称類似による取り間違いであった。	漢方は似た名前前のものが多いのできちんと確認する。印刷された薬袋ではなく処方箋をきちんと確認して調剤する。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(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				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
822	ニセルゴリン(5)処方に対してニコランジル(5)を調剤し、56日分投薬してしまった。当局の棚卸で差異が出たため判明し、患者様に連絡したところ、すでに35日分服用していた。薬品名が似ていて、思い込みと取り違いにより調剤をミスした。その後調剤と同じ薬剤師が監査を行っていたため、気づかぬまま投薬された。	作業手順の不履行で、調剤と監査を同じ人が行っていた。単純に似ている薬品名を取り違えてしまった。	今後調剤者と監査者は別の人が行うことを徹底する。この2種類の薬の薬品棚に明記。この薬を処方されている患者の薬歴の患者メモに確認注意を入力し、投薬者にも注意を図る。局内でこの事例報告を共有しスタッフ全員の注意を促す。	ニセルゴリン錠5mg「サワイ」	ニコランジル錠5mg「サワイ」	判断を誤った	技術・手技が未熟だった 勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
823	ツムラ麻黄附子細辛湯エキス顆粒(医療用)1日3回5日分処方のうち1日分がツムラ加味帰脾湯エキス顆粒(医療用)がまぎれて投薬。別の薬剤師がすぐに気づき、在庫確認。すぐ電話で患者さんに連絡。まだ服用していなかった。差し替えをさせていただいた。	門前ではないクリニックからの処方箋。ツムラ麻黄附子細辛湯エキス顆粒(医療用)→番号127、ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒(医療用)→137、薬の包装の色が茶色で同じ。保管場所が2つ重ねて保管されていた。ツムラ137が1枚だけ残っていたため127番と確認不足で投薬。同処方せんにサワシリンカプセルの処方があったが、門前のクリニックが錠剤を採用のため在庫をさがしていたりしてはたして確認がおろそかになっていた。	番号が似ていて包装色も同じため保管場所を離れた。また箱にも薬名を記載して注意できるようにした。	ツムラ麻黄附子細辛湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒(医療用)	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
824	処方箋の記載がリンデロンV軟膏だったが、日頃圧倒的に多く処方されているリンデロンVG軟膏と思い込み間違えて交付する。薬歴記載時に薬剤師が気づき電話連絡をして交換する。	忙しくて正確に処方箋の薬品名を確認できていなく、似通った薬品での思い込みがあった。	忙しくても作業手順書通りにきっちり監査をする。	リンデロンV軟膏012%	リンデロンVG軟膏0.12%	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
825	透析の患者さんにコロナール錠200mgが処方されたが沈降炭酸カルシウム錠500mg「三和」をピックアップしてしまい、監査した薬剤師が気づき、コロナール錠200mgに変更する	シートの色が両方とも青色で柄も似ており、棚に隣同士で置かれていたため、取り間違えてしまいました。	棚の場所を一つずらし高さも上と下にわけました	コロナール錠200	沈降炭酸カルシウム錠500mg「三和」	確認を怠った判断を誤った	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
826	一般名処方でセフジレンピボキシリン錠のところをセフカベンピボキシリン錠でピックアップしてしまった。患者に渡す際に別の薬剤師が気づいて取り直した。	繁忙期だったため一般名処方の見間違えだった。	似た名前的一般名の薬剤が処方されているときは必ずダブルチェックをするようにする。	セフジレンピボキシリン錠100mg「サワイ」	セフカベンピボキシリン塩酸塩錠100mg「サワイ」	確認を怠った	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
827	棚卸実施時、アスバラCA錠とアスバラカリウム錠の理論在庫がずれていることが発覚。患者等から連絡はなく、その後確認したが心当たりはないとのこと。1包化患者にわたってしまったのかもしれない	ピックアップ時の確認ミス。ダブルチェックを怠ったため。	似た名前の薬がある場合は特に慎重にチェックするようにする。	アスバラCA錠200	アスバラカリウム錠300mg		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
828	処方箋は一般名でセフカベンピボキシリン塩酸塩小児用細粒10% 2g 1日3回毎食後服用 5日分と記載されていた。入力時、頭3文字を入力するが、セフカと入れると、セフカベンピボキシリン塩酸塩細粒も、セフジレンピボキシリン小児用細粒もどちらも表示される。選択画面で名前が似ているため、見間違えて選択し確認せず入力を確定した。監査時に薬が違くと指摘を受け、すぐに入力を訂正。正しい帳票を出しなおした。	頭3文字入力で、セフカが付くすべての薬が表示される。薬の一般名が似ており、選択画面をよく見ないと、間違えやすい。	どんな時も落ち着いて、入力をすべての薬が表示される。薬の一般名が似ており、選択画面をよく見ないと、確認をし、入力確定前もしっかり確認をする。	セフカベンピボキシリン塩酸塩小児用細粒10%「サワイ」	セフジレンピボキシリン小児用細粒10%「サワイ」	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
829	SM配合散のところFK配合散で調剤	本人の知識不足	まずは処方せんとピックアップした薬を一字一句照らし合わせて確認する癖をつける。自分の知らない薬は他にも効能が似ている薬はないかまで調べる。	S・M配合散	FK配合散		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
830	薬品棚を「あいうえお」順で配置。カロナール錠200mgと酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」が隣に並んでいる。包装の色合いが似ているため、カロナール錠200mgを調剤するところ、隣にあった酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」を調剤。監査で気がつき、お薬変更して投薬した。	注意力にかけ、薬品をよくみていなかった	薬品棚の配置をかえた。	カロナール錠200	酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」		技術・手技が未熟だった	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
831	処方箋にはヘパリン類似物質外用液と記載されていたが、選択画面でヘパリン類似物質油性クリームを選択していた。確認せず、入力を確認し監査に回した。監査時に、剤型違いで入力してある事を指摘され、ミスが発覚。すぐに正しいものに直して帳票も出しなおした。	一般名で医薬品が記載されており、剤型までしっかり確認できていなかった。入力を確定する前にもう一度確認するのを怠った。	入力を確定する前に必ず確認する。	ビー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				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
832	落ち着いている時間帯で、処方内容もリンデロンVGクリーム 3本と難しい処方ではなかった。集薬時にフルメタクリームを集めており、それに気が付かず監査に回した。監査時に薬が違くと指摘され、間違いに気づき、すぐに正しいものに直してお渡しした。	リンデロンVGクリームも、フルメタクリームも良く処方される為、すぐに取れるよう箱から出して、専用の容器で保管している。外観が似ていた為、しっかり確認せずに取りつてしまい、そのまま確認をしなかった。	フルメタは劇薬なので、保管場所が別なのに、しっかり確認せず、見た目だけで集めていた為、しっかり確認して集薬する。監査に回す前も再度確認する。	リンデロン-VGクリーム0.12%	フルメタクリーム	確認を怠った		諸物品		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
833	一般名ヘパリン類似物質軟膏とロコイド軟膏40gづつの混合の処方、先発希望の方だったのを間違えてジェネリックで混合してしまった。お渡しした直後に監査した薬剤師が気づきご本人に確認。今回はそのままもらいますとのことで、そのままお渡しした。	80gづつの混合だったため焦って調剤しきちんと確認しなかった。ジェネリックだという思い込みがあった。○焦り○単純なミス	早く調剤することより確実に調剤するようきちんと確認をすることを徹底したいと思います。	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%「アメル」	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
834	昼前の忙しい時間帯だった。いつも小児のシロップ剤は混合で出される。今回もシロップの混合の処方箋で、アセトアミノフェンシロップではなく、カルボステインシロップの処方だった。前回の物と内容が似ていた為、そのままD○で入力した。監査時に入力ミスの指摘を受け、すぐに入力を正して正しい帳票を出しなおした。	忙しい時間帯だった。小児の水剤は、熱の有無やシロップの量によって、カロナールやC-チステンは他の水剤と比較して、粉で出したり坐薬で出したり剤型変更しやすい薬なのに、処方箋をしっかりと見ていなかった。	水剤はすべて一般名で記載されているが、しっかりと見て入力を行う。忙しくても焦らず、落ち着いて入力をする。	C-チステシロップ5%	カロナールシロップ2%	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
835	イフェンブロジル酒石酸塩錠20mg サワイを調剤するところ、イブプロフェン錠100mgタイヨーを出してしまった	イフェンブロジルとイブプロフェンの名前が似ているために間違えた。○単純なミス	棚に先発名も大きく記載。そうしたから、用途がわかり、気がつく。	イフェンブロジル酒石酸塩錠20mg「日医工」	イブプロフェン錠100mg「タイヨー」	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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
836	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg(一般名)が処方されていないところ、ペタヒスチンベシル酸塩錠6mgを誤って調剤し患者へ交付してしまった。患者本人が薬が違うことに気づき薬局へ連絡が入り発覚した。3日分薬を服用してしまっていたが、体調は変わりないとのことであった。正しい薬剤と交換した。	業務が多忙だったこと調剤監査システムを使わずに調剤が行われたことや一般名が似ている薬品だったことによる取り換えが原因として考えられる。○処方箋の見間違い	確認を十分に行うこと。調剤監査システムの使用を徹底すること。	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ペタヒスチンベシル酸塩錠6mg「JD」	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
837	【正】ツムラ23当帰芍薬散エキス顆粒【誤】ツムラ68芍薬甘草湯エキス顆粒	入力で発生し、投薬までスルーされた。	漢方薬は似た薬剤名が多いため1文字ずつ確実に誤りがないかをチェックするようにいたします。処方箋と薬品との1文字鑑査が疎かになりがちであるため再度手技のチェックを行うようにいたします。漢方で薬品名が似た名称のものが多くミスにつながるが多いため、全店舗スタッフで意識改善と注意喚起を行うようにいたします。事務スタッフが2名体制時には入力に集中できる環境づくりをするよう配慮する。	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)	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
838	クエン酸第一鉄を28錠投薬すべきところを、下にあったクエンメットをピックアップし、自己監査で間違いを見落とした。	トレイの名称書体級数が同じで「クエン」の文字だけを見てピックアップしてしまった。	50音順では隣接するが、間違いを防ぐためにトレイを離れた。	クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」	クエンメット配合錠	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
839	泌尿器科の処方で、ザルティア5mgの処方のところ、名称が似ており、規格も同じザイザル5mgを調剤してしまった。鑑査時に監査者が発見。	当薬局では、ザイザル5mgの処方が多く、思い込みで調剤してしまった。○注意力散漫	診療科も確認し、名称もきちんと確認するようにする。	ザイザル錠5mg	ザルティア錠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
840	薬剤名が類似していたことによる、別物のミス。	確認不足によるミス。どちらも近くに置いてあった為、間違えて調剤。監査者が気づいたため、患者様には渡らずに済んだ。	隣接して置かないようにした。類似品注意と付箋をつけた。	ルバフィン錠10mg	ルセフィン錠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
841	ペボタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」処方のところ誤ってペタヒスチンベシル酸塩6mg「トロー」を投薬。	名称、外観の類似による調剤ミス。○処方せんの見間違い○単純なミス	ペタヒスチンベシル酸塩6mg「トロー」から外観の異なる他会社の物(「日医工」)を採用。薬棚の配置を変更。	ペボタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」	ペタヒスチンベシル酸塩錠6mg「トロー」	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
842	ペリシット錠250mgが処方されていたが、誤ってベネシッド錠250mgを調剤し、鑑査時に違う薬剤師が間違いに気付いた。	ペリシット錠とベネシッド錠は薬品名が類似していたことが要因と考えられます。また、類似している薬剤があったが、同じ引出に収納されており注意喚起をする工夫がされていなかったこともあげられます。	今回の取り間違いを周知して、同じ薬品の処方があったときに間違いの内容に意識する。また類似名ありなどの注意喚起の札などをつけて管理する。鑑査時に薬品の名前だけでなく、薬品コードも忘れずに確認する。	ペリシット錠250mg	ベネシッド錠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
843	一般名処方でのプロチゾラム錠1.5錠で分包。後発希望だが、先発で調剤。	シートデザインが似ている。	一般名処方の際は、先発・後発・メーカーをよく確認。分包の検査は、錠剤を取り出した後のシートをよく確認。	プロチゾラムOD錠0.25mg「サワイ」	レンドルミンD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「薬剤取り違い」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
844	トラムセット配合錠の処方箋の患者に、ジェネリック薬であるトララセット配合錠「共創未来」を調剤し、監査でも見落とし、交付してしまった。	処方せんの見間違い、確認の見落としがあった。	調剤棚の位置も近く、ヒート包装もかなり類似しているため、調剤時取り間違いがないよう印字を分かりやすく、監査時も先発、後発に再度注意する。	トラムセット配合錠	トララセット配合錠「共創未来」	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
845	新規患者の処方箋に書かれていた「ノイロピタン錠(ビタミン剤)」を担当した薬剤師が、「ノイロロピタン錠」と勘違いし、監査した薬剤師もそのまま投薬しようとした。たまたま、管理薬剤師が処方箋をチェックしたところ間違いに気づき、念のため、患者に「どのような状況で受診しましたか」と聞き、筋肉に関する症状ではないことを確認し、正しい処方薬を渡した。	紛らわしい類似薬は、常日頃から注意を喚起していたが、その時、たまたま患者が多く、どのような症状であるのかの確認をしないまま調剤しようとしていた。	改善策としては、処方箋を厳密に薬剤師2人でダブル監査し、かつ投薬時にも患者の症状との整合性を採るトリプルチェックを励行する	ノイロピタン錠	ノイロロピタン錠4単位	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
846	処方は大虎堂加味帰脾湯だったが太虎堂加味逍遙散を調剤。服薬指導前に他の薬剤師が確認した時に気づき太虎堂加味帰脾湯を調剤した。	処方せんで最後まで正確に読まずに調剤した。患者さんが多い時間帯だった。	処方せんで最後まで確実に読み、漢方はメーカーも多く、似た商品名が多いので意識して読み調剤するように心がける。ダブル確認する。	太虎堂の加味帰脾湯エキス顆粒	太虎堂の加味逍遙散エキス顆粒	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
847	後発品を調剤するべきところ、先発品を調剤して、監査をスルーして、交付時に気が付いた。	確認を怠った。単純ミスで、忙しい月曜日であった。	少なくとも、各自1回は確認する。忙しくても、何回でもしてよい。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	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		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
848	患者様が調剤済みの薬剤を持って来局。いつももらっている漢方薬とは異なるものが処方されているとのこと。確認させていただくと処方されているツムラ大黃甘草等の処方の中にツムラ調胃承気湯が2包分混ざっていた。	時間帯としても忙しい時間帯であり確認が不十分となってしまった。外面が類似する製品なので監査をすり抜けてしまった。	調剤者は薬袋にツムラの番号を記載し監査者はその番号と実際の医薬品を見比べて薬袋に入れるように取り決めた。	ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ調胃承気湯エキス顆粒(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
849	「一般名」フェルナビオンパップ70(温感)の処方があった。温感と非温感の確認を怠り、処方の多い非温感タイプだと思い込み調剤を実施した。ポリムスでの確認を行い、エラーが出たため気づき調剤を再度しなおした。	温感タイプの認識が薄かった。調剤が多い薬品に対して、調剤ミスの多い類似名称・類似外観薬についての理解が不足していたため、思い込みのまま調剤を行ってしまった。	薬品名を最後まで読み、温感・非温感の確認を確実にを行う。	フェルナビオンパップ70	セルタッチパップ70	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
850	クラシエ半夏厚朴湯処方所、調剤者が見誤って半夏瀉心湯を調剤。見た目も名前も似ている事もあり、監査者も合っていると思い込んでしまった。投薬時に患者様が、いつものと番号が違うと気づき、発覚。	処方せんの見間違いをした。似ている漢方は、番号も確認することになっているが、夕方の繁忙時間帯で、監査者も確認を怠った。	漢方薬は名前だけでなく番号も確認するように徹底することを全薬剤師で確認した。	クラシエ半夏厚朴湯エキス細粒	クラシエ半夏瀉心湯エキス細粒	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
851	ニコランジル5「サワイ」150錠処方のところ、取り違えてニセルゴリン5「サワイ」150錠を渡してしまった。患者様本人が来局され薬袋の中身を確認したところ、間違いが発覚した。服用は、していなかった。	忙しいなかでの作業でしたが、にたところ、取り違えてニセルゴリン5「サワイ」150錠を渡してしまった。患者様本人が来局され薬袋の中身を確認したところ、間違いが発覚した。服用は、していなかった。	薬剤師2人で二重で確認し、似たような名前でもあり、さらなる注意が必要のところ、薬の確認を怠った。	ニコランジル錠5mg「サワイ」	ニセルゴリン錠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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
852	セフカペンピボキシル錠100mg(日医工)で処方されていたが、調剤者がセフジトレンピボキシル錠100mg(OK)で調剤。監査者が間違いを発見。患者に交付することなく未然に防ぐことができた。	原因として名称が類似しており、企画も同じである。薬効も抗生物質と同じため棚の位置も近いと思ひ込みで調剤したものと考えられる。	両方の医薬品棚に「類似名称注意」の札をつけた。また、間違えやすい医薬品名の組み合わせを再確認し、当該薬を調剤、監査する場合注意を払い調剤をする習慣がつくように危機管理の勉強会を行った。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「日医工」	セフジトレンピボキシル錠100mg「OK」	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
853	カルシトリオールカプセル0.25サワイのところアルファカルシトリオールカプセル0.25サワイで調剤。名称類似によるヒヤリハット	名称類似・効能類似による思ひ込みによる調剤・鑑査。	名称類似品には注意喚起POPの設置。また、鑑査時に一文字ずつチェックを行う。	カルシトリオールカプセル0.25μg「サワイ」	アルファカルシドールカプセル0.25μg「サワイ」	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
854	調剤をするときにクラシエ防風通聖散エキス錠を調剤しなければならぬところを、クラシエ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス錠を調剤してしまっていた。その後鑑査・投薬も調剤とは違う人間が行っていたが、間違いに気づかずそのまま患者様へお渡ししてしまっていた。投薬後、患者様が飲む前に間違いに気づき、患者様宅へ行き間違った薬剤を回収し、正しい薬剤をお渡しました。	メーカーの「クラシエ」を普段あまり取り扱わず、クラシエ防風通聖散エキス錠とクラシエ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス錠の外観が似ているという認識がなかったこと、忙しい時間帯であったので、鑑査の注意力が散漫になっていたことが原因と考えられます。	改善策としてクラシエ防風通聖散エキス錠とクラシエ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス錠の調剤棚が近かったので、離して外観が似ていることの注意喚起を調剤棚に貼りました。	クラシエ防風通聖散エキス錠	クラシエ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス錠	確認を怠った	知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった	医薬品	ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
855	アレグラ錠60mg2錠分2朝夕食後60日分の処方があり、薬剤師Aが調剤後、薬剤師Bが鑑査した。アレグラ錠60mg120錠の所、118錠で用意されていた。14錠のウィークリーシートであったため、14錠シート8枚はそのまま残り、端数の8錠のみを取り直し再度鑑査して患者に交付した。交付後、患者より8錠のみ違う薬が入っていたと申し出があり確認したところ、8錠のみ後発医薬品のフェキソフェナジン錠60mg「SANIK」が調剤されていた。	計数の誤りの訂正時に、端数のみを取り直した。棚が隣であったのとシートが良く似ていた為、取り間違いに気づかなかった。	計数の誤りを訂正する時には、調剤した薬剤師が間違っていた薬の全てを取り直す。	アレグラ錠60mg	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「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
856	一般名処方:フルボキサミンマレイン酸塩錠 フルボキサミンマレイン酸塩錠「アメル」をださないといけないところフルスルチアミン錠「トーフ」で調剤してしまった。	棚の列が同じで名称が似ていた。○単純なミス		フルボキサミンマレイン酸塩錠25mg「アメル」	フルスルチアミン錠25mg「トーフ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
857	近隣のクリニックから処方されたドキシゾソメシル塩酸塩錠2mg（一般名）を投薬するところ、カンデサルタン2mg「ファイザー」を間違えて投薬してしまっ。その後患者は近隣の病院に入院していたが、そのまま服用していた。血圧は安定していて副作用も出ていなかった。	12月末日、近隣の病院薬剤師から入院中の患者の飲んでる薬が、おくすり手帳に記入している薬を違う薬を飲んでるとの連絡があり、投薬ミスが発覚した。投薬は11月中旬に「カルデナリン2mg」を投薬するところ間違えて「カンデサルタン2mg」を出してしまった。調剤時の時は両薬剤との棚が近くに設置されており、両薬剤は棚の中で100錠の箱で管理しているが、両薬剤とも「ファイザー」の製品で外装がとても類似していることも間違えた原因の一つと考えられる。	調剤は類似している薬剤もあるのでしっかりと確認、監査は処方箋と薬袋、薬剤の3点をしっかりと見て監査することを徹底させる。棚は近くに置かないように少しずつして配置するようにした。	カルデナリン錠2mg	カンデサルタン錠2mg「ファイザー」	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
858	処方箋上のサイレース1mgをセレネース1mgと読み間違え、セレネース1mgを調剤してしまっ。	処方箋を見づらい角度から見ていたので単純なミスで医薬品名を読み間違えてしまっ。	サイレースとセレネースが名前が似ていてかつ両薬剤とも1mgの規格があるので、サイレース1mgあるいはセレネース1mgを調剤するときは複数人で注意を促す。	サイレース錠1mg	セレネース錠1mg	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
859	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「アスバラカリウム錠300mg、3錠／分3毎食後28日」と記載されていた。薬剤師Aは、アスバラCA錠200を84錠調剤し監査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bは、アスバラCA錠200が誤って調剤されていることに気づき薬剤師Aに確認。薬剤師Aが改めてアスバラカリウム300mgを84錠調剤し、薬剤師Bが監査し交付した。	50音順配列の為、アスバラCAとアスバラカリウム錠が上下の棚に配置されている。そのため思い込みで調剤をしたことによる調剤ミス。直前にアスバラCAの処方が出たことも重なって、ミスにつながった。	名称が似ているのでわかるように棚に名称を大きく表示。アスバラCAは200mg、アスバラカリウムは300mgのため数字を大きく表記することで再発防止策とした。	アスバラカリウム錠300mg	アスバラCA錠200	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
860	一般名ニザチジンが処方されたが調剤する時にチザニジンを取ってしまった。監査時間違いが発覚し患者本人には正しく渡してある	一般名処方では似ているものが多いため薬局内で注意喚起するようにしている	間違いやすい薬の棚には注意する様メモを貼って注意喚起している	ニザチジンカプセル150mg「タナベ」	チザニジン錠1mg「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
861	一般名：ジアゼパム(2)のところ一般名：プロマゼパム(2)商品名セニラン(2)を調剤してしまい、そのまま監査にまわした。監査の薬剤師が薬剤が違っていることに気が付き指摘された。その後、正しい医薬品であるジアゼパム(2)サワイを調剤し再度監査にまわした。	当該病院が普段、一般名：プロマゼパム(2)の処方が多いことから思い込みで調剤してしまっ。また、混雑時で処方箋をしっかりと確認せず調剤してしまっことが要因と考えられる。	落ち着いて処方箋をしっかりと確認すること、類似薬でありPTPのデザインも似ていることより場所を離し陳列するようにする。	ジアゼパム錠2「サワイ」	セニラン錠2mg	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
862	予製で調剤棚に並んでいた、白色ワセリン・ソルベガのmixと白色ワセリン・ステブロン mixを取り違えた。	混雑した状況で指差し呼称を怠り、また調剤棚の上下に並んでいたため取り違えた。 ○作業手順の不履行○単純なミス ○焦り○注意力散漫	混雑した状況でも作業手順に則り、調剤時の指差し呼称を徹底する。同量のmix予製など、類似しているものは離れた棚に保管する。	ソルベガ軟膏0.05%	ステブロン軟膏0.05%	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
863	一般名処方であり、ジェネリック医薬品を調剤するべきところ先発医薬品を調剤してしまい鑑査に回した。鑑査の段階で気づきお渡しする前に防ぐことが出来ました。	錠剤が似ており、又、薬品の棚配置が、斜めであった為、薬を収納する際に、誤って、入れていた。	取り違える恐れのある医薬品は、一方は、棚へもう一方は、引き出しへと出来るだけ、配置距離を置くように、また、確認を怠らないようにする事。	トアラセット配合錠「杏林」	トラムセット配合錠	確認を怠った	技術・手技が未熟だったその他	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
864	分包機内のカセットにばらすとき名称と剤型が似ておりと間違えが発生。分包機も通常通り動いてしまった。監査時にもミスに気づかず、投薬説明の最中調剤した薬剤師がとり間違えに気づき調剤しなおした。	通常薬剤師は3名体制だが有給休暇取得者があり2名で業務を行っていた。分包機に薬品をセットする時、調剤に関わる薬剤師2名が相互に確認を取るのを通例としていたが人数が少なく1名が投薬中であったため確認しなかった。剤型が似ており監査時にも気づくことができなかった。	薬品の充填時には必ず2名以上で相互確認することの徹底する。監査時には薬品と処方箋、薬剤情報提供書に印刷されている写真との未比べを徹底する。	ノイキン錠10mg	ノイロトリン錠4単位	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	施設・設備	ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
865	アレジオン20mg14錠お渡しの所、エピナスチン錠20mg「トロー」14錠を渡ししてしまった。	調剤棚近くに設置している事、外観が似ていることなどから起きた単純なピッキングミス	それぞれの薬の設置場所を変更する。	アレジオン錠20	エピナスチン塩酸塩錠20mg「トロー」	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
866	カルフィーナ錠0.5μg14錠のうちアムロジピン5mg「杏林」が10錠入っていたと患者より連絡あり。棚が隣りあっており、包装の色も似ている。電話にてお詫びし、自宅に交換に伺った。	棚が隣りあっており、包装の色も似ている。誤ってカルフィーナの棚にアムロジピン10錠が戻されていた可能性もあり。	棚の位置を離し、調剤ミスや戻し間違いなどを起こりにくくした。	カルフィーナ錠0.5μg	アムロジピン錠5mg「杏林」	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
867	サインバルタ20mg全量28capの処方があり、調剤したところ、患者から30mgが1シート混ざっていると電話があり。すぐに確認にいくと、○10カプセルシート1枚が30mg、他、18capは20mgだった。服用前に気がつかれ、健康被害はなし。	調剤棚の上下に20mg、30mgと並んでいて、30mgを返す時に、20mgの棚の中に間違えて入っていた。調剤時には気がつかず混ざったようです。監査時は、計数の確認をしていたが、全てのヒートの確認は出来てなかった。○単純なミス	サインバルタのヒートの大きさ色合いが類似しているため、上下の棚にはいれず、30mgは別の場所へ移動。調剤、監査時にはシートまでよく確認する。	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			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
868	患者さんの奥様が来店。一般名のカルボシステイン錠500と記載されていたが、誤ってジェネリック医薬品を出してしまいました。本人が気が付いた時には営業時間外で電話はつながらず、奥さんの通っている薬局に相談があり発覚。その日の夜に他の薬局の薬剤師より連絡があり、急遽店に戻って本人に連絡し翌日の早朝に自宅に薬の交換に伺いました。	多くの患者さんが一気に来られて焦りがあったかと思えます。お薬手帳も少ししか確認せずに一般名というだけでジェネリックにしてしまいました。以前来られていた患者さんでしなからず、奥さんの通っている薬局に相談があり発覚。その日の夜に他の薬局の薬剤師より連絡があり、急遽店に戻って本人に連絡し翌日の早朝に自宅に薬の交換に伺いました。	本人確認はもちろん、薬袋には写真が付けているためじっくりとお互いに見てもらいそれから薬袋に入れなおそうと思えます。忙しい時こそ注意力が散漫になりやすいので、遅くなくても間違えないことが優先されるべいなので、スタッフにもそのことを話しみんなで気をつけていくということになりました。	ムコダイン錠500mg	カルボシステイン錠500mg「トロー」	確認を怠った 患者への説明が不十分であった(怠った)判断を誤った	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	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
869	外用薬の一般名処方で、一般名クロベタン酪酸エステル軟膏5gの処方一般名クロベタンゾルプロピオン酸エステル軟膏5gと取り違い、監査の薬剤師より指摘され、調剤を変更し患者へ投与した。○外用薬の採用包装単位による計数間違い	患者さんが立て込んでいる時間帯で、一般名処方での処方箋の薬剤の取り違えてしまった。○処方せんの見間違い	一般名処方処方箋は、類似の名称が多いことから、薬歴および患者さんに確認を行うことが必要と考え、徹底することとした。また、一般名が類似する薬品について、リストを作成し、判断を誤らないようにした。	キンダベート軟膏	デルモベート軟膏	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
870	いつも来局されている患者さんの処方箋による調剤。タケブロンOD錠15mgを調剤するべきところタリオンOD錠10mgを調剤した。薬局が導入している調剤監査システムの機器により他の薬剤師が監査する前に間違いを発見し調剤し直した。	箱の外観が似ているため、薬剤師がよく確認せず調剤してしまった単純ミスである。タケブロンOD錠15mgとタリオンOD錠10mgの箱のデザインの色が似ている上に、配置が上下になっていたこともミスにつながったと思われる。	上下に配置していたタケブロンOD錠15mgとタリオンOD錠10mgの間に外観の似ていない他の薬剤を配置しました。	タケブロンOD錠15	タリオンOD錠10mg	確認を怠った	その他	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
871	カデチアHDあすかで調剤するべきところカムシアHDあすかで調剤し、監査・投薬を行った。後日、患者本人が気づき来局され調剤ミスが発覚した。一般名処方であり、識別時から誤った薬で調剤をしていた。薬袋に調剤印がしていなかったため、忙しさからの監査不足があったと思われる	○単純なミス○一般名処方であったため、商品名への変更時に識別ミスがあった(入力があった)○同一メーカーであったため、メーカー違いで気づくことができなかった○名称類似○忙しさ	○薬局内で周知○メーカー変更を検討したが、実施せず○患者の薬歴上で注意喚起(申し送り機能を利用して)	カデチア配合錠HD「あすか」	カムシア配合錠HD「あすか」	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
872	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には一般名処方「【般】ピロキサルリン酸エステル錠10mg、4錠/分2朝・夕食後、35日分」と記載されていた。患者さんは先発品希望のため、薬剤師Aは調剤する際、薬棚からピロキサル錠10mgを調剤するところ、後発品のピロキサル錠10mg「イセイ」を気付かず、そのまま監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが処方薬のピロキサル錠10mgではなくピロキサル錠10mg「イセイ」が調剤されていることに気づき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはピロキサル錠10mgを正しく調剤し、再度、薬剤師Bに鑑査してもらった。鑑査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	ピロキサル錠10mgとピロキサル錠10mg「イセイ」は棚が隣同士で、名称も似ていたため間違えた。一般名処方ピロキサルなので思い込みがあり、患者が来局した時間が混んでいたため焦りがあった。	ピロキサル錠10mgとピロキサル錠10mg「イセイ」の調剤棚が目立つように名称類似薬ありの表を貼り、取り違い防止のための注意喚起をした。一般名処方ときは患者が先発品か後発品かの確認をしてから調剤者がピッキングした後に、監査に回す前の薬の再確認の徹底することとした。	ピロキサル錠10mg	ピロキサル錠10mg「イセイ」	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
873	ハルナールOD0.2mgの処方のところ タリオンOD錠を渡してしまい 後日 本人が 服用しようと薬袋から出して気づいた 薬局に持って来られて わかりました	シートの色が似ていたため 思い込みで 投薬	棚の場所が近かったため 離しておきました	タリオンOD錠	ハルナールOD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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
874	ツムラ半夏厚朴湯を調剤しなければいけないところ半夏瀉心湯で調剤をしてしまった。	前半部分の文字があっていたため確認を怠ってしまった。	ツムラのエキス顆粒は似た名前のものも多いため。一文字ずつ合っていることを確認する必要がある。あとは薬情の写真に番号が載っている為、それをみつつ確認する必要あり。	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒	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
875	温清飲(57)を用意すべきところを、温経湯(105)で用意してしまった。	10/22 温清飲84包の処方があったが、在庫不足。薬剤師Aが在庫のある42包だけ投薬。不足分42包は翌日にお渡しすることに。 薬剤師Aが不足伝票の薬品名を「ツムラ57 温清飲」と記入し、翌日に納品するよう温清飲を発注。薬袋などをカゴに 用意して翌日の納品に備えた。 10/23 温清飲と温経湯を含む数種類のツムラ漢方製剤が納品。 前日の調剤・監査・投薬に関わっていない薬剤師Bが、不足伝票を見て温経湯をカゴに入れた。(この時点では正確に調剤しようとした訳ではなく、他の納品した薬と一緒に調剤棚にしまっしまったように、とりあえずカゴへ入れようとしたただけだった。) 薬剤師Aがカゴに温経湯が入っているのを見て、前日の温清飲と色が違うことに気づき、発覚した。(22日に別の患者に温経湯の処方があったため、23日に温経湯も納品していた)	不足分のカゴを用意するときは、手書きの不足伝票のみでなく、処方箋のコピーも一緒に用意することとする。不足分の薬を用意するときは、処方箋のコピーと不足伝票をあわせて確認することとする。(今回は不足伝票が書き間違えられていた訳ではないが、確認する作業が二重にあった方がより厳重にチェックできるため。) 不足分の調剤に限らず、漢方製剤は名前が似ているものや、名前が似ていなくても色が同じものなど、見間違えてしまうものが数多くある。調剤・監査・投薬では薬品名を十分に確認するとともに、処方入力が入っていることを確認したうえで、薬情の画像とも照らし合わせて色や番号も確認することとする。	ツムラ温清飲エキス顆粒	ツムラ温経湯エキス顆粒	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
876	グルファストOD錠10mgを今回よりGEIに変更を希望。ミテグリニドCa・OD錠10mgに変更するところミグリトールOD錠50mgでお渡ししてしまった。業務終了間際に在庫確認をしているときに薬剤取り間違いが発覚した。すぐに患者様に連絡を取り、薬剤を交換した。	お休みを交互に取る時間帯で人手が少なく忙しい時間帯だった。ミテグリニドCa・OD錠10mgとミグリトールOD錠50mgのカセッターの位置が前後して外観が酷似していたため見誤ってしまった。外観で判断してしまい注意力不足だった。	薬品名と規格を確認する。外観・名称が酷似しているのかセッターに先発名を貼付して調剤時注意を促すことにした。	ミテグリニドCa・OD錠10mg「三和」	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
877	ヘパリン類似物質軟膏を取るところをバスタロンソフト軟膏を取ってしまった。	急に忙しくなり、確認を怠った。	忙しい時の監査は、特に注意する。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	バスタロンソフト軟膏20%	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
878	ツムラ11番の処方がされていたが、在庫で別途保管してある漢方製剤のツムラ61番をピックアップ。デザインが酷似しているため、初めは気付かず調剤を進めたが、空き箱確認した際にミスが発覚。正しい漢方製剤で調剤した。	一人薬剤師体制でダブルチェックができない状況に加え、ハード的にもチェックする体制がなく焦りも生じていた。棚におけない在庫をオリコンで保管してあったが、箱デザインが酷似のものを並べて保管してあった。	オリコン内に保管してある漢方製剤が同じ色のものは並べて保管しない。	ツムラ柴胡桂枝乾姜湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ桃核承気湯エキス顆粒(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	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
879	「一般名」クラリスロマイシン200mgで処方が出た。ジェネリック希望の患者様だったので、当薬局の取り扱い品目であるクラリスロマイシン「長生堂」を出すつもりが、セフトレンピボキシル「OK」で調剤を行ってしまった。監査時に気づき、調剤ミスは未然に防げた。	2つの薬の棚が隣接していたことと、シートの外観がともに緑色で酷似していたことが原因と考えられる。○単純なミス	薬の棚の位置を変更するとともに、クラリスロマイシンのメーカーを長生堂からトワに変更することで、シートの色が異なるようにした。また薬局内への周知を徹底した。	クラリスロマイシン錠200mg「CH」	セフトレンピボキシル錠100mg「OK」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	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
880	調剤棚の引出しにデカドロン錠4mgとドキサゾン錠4mg「サワイ」が隣り合わせて置いてあった。調剤担当者は規格の方だけに注意がいきまじ、4mgのものでドキサゾン錠を取り出してしまった。監査時に間違いが判明して正しく調剤して患者へ渡した。	4mgという規格があまりないことと、名称が似ていることもあり調剤者は間違いに気付かなかつた。○単純なミス○注意力散漫	「取り違い注意」とそれぞれの薬箱にタグをつけて、引出しの中で離して配置するようにした。	デカドロン錠4mg	ドキサゾン錠4mg「サワイ」	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
881	朝始まって直ぐの患者様で、持ち込みの処方箋だった。処方箋は一般名でセフトレンピボキシル錠100mgと記載されていたが、セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」を集めていた。そのまま監査に回して、監査時に指摘を受けた。すぐに、正しいものを集めてお渡しした。	朝一番で、忙しくない時間帯だった。門前の病院がセフカペンピボキシルをよく出すので、名前が似ているし、思い込みで集めていたと思われる	朝から集中して、しっかり処方箋を見て調剤をする。集めてから監査に回すまでに確認をする。	セフトレンピボキシル錠100mg「日医工」	セフカペ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
882	ヒューマログ注ミリオペンをヒューマログミックス注ミリオペンと投薬間違いしそうになったが、服薬指導中に気が付き、事なきを得た。	保管場所を変え、表記をわかりやすくし、間違えないようにした。	似たような名前の医薬品は注意喚起するような表示をして、取り違えないように気をつけるようにした。	ヒューマログ注ミリオペン	ヒューマログミックス50注ミリオペン	確認を怠った			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
883	タブロス点眼液 2.5ml 処方のところ、調剤の際にタブコム配合点眼2.5mlを手に取り、監査者も気づかず患者に投薬してしまった。患者が帰宅後に普通の薬と違うことに気づき、薬局に指摘があり間違いが発覚した。キャップの色の違いや薬剤名が違っているため薬局へ持参してため、薬剤の使用はなかった。	非常に似た名称の薬剤があることを薬局内で周知してはいたが、○単純なミス、○注意力散漫などでつい誤った薬剤を投薬してしまった。	薬局内患者の検索をしたところ、タブコム配合点眼の使用者はひとりだけであった。タブコムの外箱に使用患者名を明記して注意喚起するとともに、同事例をミーティングで議題として取り上げ、スタッフ全員へ周知した。	タブロス点眼液0.0015%	タブコム配合点眼液	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	施設・設備	ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
884	一般名の処方箋で「一般名ベボタチンベシル酸塩錠10mg」の記載を「一般名ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg」と勘違いして、「ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg日医工」調剤した。薬情を見ながら患者さまに説明している際に、シートの色が異なることに気づき、調剤しなおした。	一般名が似ており、処方せんの見間違い。一人で調剤・監査する場合は、必ず薬情と照らして確認する手順になっているが、当日応援スタッフが隣同士で並んでいたことも要因。	薬棚の配置を変えた。薬情と照らして確認する場合、声を出して読み上げるようにした。	ベボタチンベシル酸塩錠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	通常とは異なる心理的条件下にあった	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
885	カルナクリン錠25単位を交付すべきところ、カリクレイン錠10単位を調剤、監査、交付してしまった。	類似薬品名で、薬効成分が同じであるため、思い込みが生じ、また繁忙時間帯でもあり、確認を怠ってしまった。	類似薬品名薬がある事を常に頭に留め、調剤、監査、交付時に必ず確認を繰り返すようにする。	カルナクリン錠25	カリクレイン錠10単位	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
886	カロナール500mg 3錠分3 5日分の処方内容だったが誤ってメトホルミン塩酸塩錠500mg「ニプロ」を調剤してしまう。ダブルチェック時に他薬剤師が誤りに気づき患者へ渡る前に正しい内容へと変更した。	カロナール500mgとメトホルミン塩酸塩錠500mg「ニプロ」の錠剤の形状、大きさ、ヒート、外箱の色が似ておりかつ両者とも劇薬だったための取違い。共に劇薬の同じ薬品棚に保管していた。メトホルミン塩酸塩錠500mg「ニプロ」の方が調剤機会が多い。	カロナール錠500mgを劇薬棚から劇薬引き出しへと保管場所を変更した	カロナール錠500	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「ニプロ」	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
887	処方ニセルゴリン錠5mg「トーフ」に対し、通常は薬局在庫のためニセルゴリン錠5mg「サワイ」を調剤する。ピッキングを事務員が行う際にニコランジル錠5mg「トーフ」を調剤していた。一包装の患者だったので分包する時に薬剤師が気づき、ニセルゴリン錠5mg「サワイ」に交換し調剤した	ニセルゴリンとニコランジルで名前も類似メーカー名が処方のニセルゴリンが「トーフ」に対し、薬局在庫は「サワイ」。それに対しニコランジルは「トーフ」で紛らわしい調剤室の同じ引出に並んで配置されている	患者の電子薬歴にニセルゴリンは「サワイ」で調剤と注意喚起を行った。薬剤師の箱に付箋紙で患者の名前と処方日、処方日数を記載し貼付するようにした。ダブルチェックの徹底を再確認。薬品のメーカー変更を検討中	ニセルゴリン錠5mg「トーフ」	ニコランジル錠5mg「トーフ」	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
888	【一般名】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏（商品名：マイアロン軟膏）を【一般名】クロベタゾン酪酸エステル軟膏（商品名：キンダベート軟膏）と間違えて調剤した。	レセコンで処方入力時は薬品名を頭文字2～3つで検索をかけ該当薬を入力することが多い。今回の2種は頭文字3つは同じであり、最初の入力が間違っただけで、その後の調剤も間違えたまま行い、監査もスルーし誤薬に繋がった。○処方せんの見間違い	レセコンの入力文字を増やすことが一番良いが、現状でそれを行うにはシステム的大幅変更が必要であり現実的には難しい。よって入力をより慎重に行い該当薬が複数存在するものに関しては、複数の入力者でチェックをかけ入力ミスがなくすることと他のヒヤリ・ハット事例から類似例をピックアップし調剤者・監査者に周知徹底させることが重要である。	マイアロン軟膏0.05%	キンダベート軟膏0.05%	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
889	リーマス(200)4錠90日分処方。全量そろわなかったため用意できる分だけ先にお渡しした。不足分の納品時にリーマス(200)の箱にリーマス(100)が入っていることに事務が気づき、両方の在庫を確認。混ぜてお渡ししていたことが発覚した。患者様にすぐに連絡を入れ謝罪するとともに、リーマス(100)を服用しないよう伝えた。また正しい錠数のリーマス(200)をお届けすることを伝えた。	リーマスの(100)と(200)が近くにおいてあり、箱のデザインも似ていたため、よく確認せずに投薬してしまった。ピッキングも自分で行ったため、監査時にもリーマス(200)という思い込みがあった。	リーマスの(100)と(200)を離して置く。箱に印をつけ判別しやすくする。また事務にも錠数や規格に間違いがないか確認してもらいできるだけダブルチェックをする。	リーマス錠200	リーマス錠100	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
890	一般名名称と商品名の類似と規格が同じのため監査システムポリミスで発見。	単純ミスオランザピンは一人のみのため経験不足とポリミス監査システムに頼りすぎなど	オランザピン処方患者のカルテに別紙でオランザピンの箱の札を作り、処方時に処方箋に添付を義務化しました。ミーティング時に全員に徹底しました。	オランザピン錠5mg「サワイ」	オングリザ錠5mg	確認を怠った	その他	コンピュータシステム 施設・設備 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
891	「一般名」へパリン類似物質軟膏処方の所、へパリン類似物質クリームでお渡ししました。	処方箋が、一般名の為、確認を怠った。	知識の向上。確認の徹底	へパリン類似物質油性クリーム0.3%「アメル」	へパリン類似物質クリーム0.3%「アメル」	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
892	漢方薬の名前が似ていたことによる取り間違い	調剤を学生実習の学生さんに行い、スタッフが監査した。不慣れた学生さんは、頭2文字「半夏」が同じであった別の漢方を調剤してしまった。監査をする薬剤師はそこも含め、きっちり名称を確認するべきが、思い込みで「半夏」ということもあり、見過ごしてしまった。また、施設監査のため、20数名の監査を続けて行っていたことで、監査に集中力が欠けてしまったことは否めない。	施設患者さん専用で作成している個人カルテに、漢方の番号も記載し、ミスを防ぐ目で読まず、声で確認をする	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
893	一般名 ヘパリン類似物質スプレー0.3% 92g の処方、「ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%」を調剤。監査で間違いに気づく。外用薬の採用包装単位による計数間違い	門前の処方へヘパリン類似物質スプレー0.3% 100gで、通常「ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%」を調剤している。ヒルドイドフォームの場合は商品名処方となり区別をはかっていた。今回は他院処方であったが処方量92gを見落とし、思い込みで調剤した。処方せんの見間違い ○単純なミス ○焦り ○注意力散漫	一般名ヘパリン類似物質スプレー0.3%処方には スプレータイプ、泡状スプレー、ヒルドイドフォームの3種類あることを周知し、不明の場合は必ず確認してから調剤するよう徹底。	ヒルドイドフォーム0.3%	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	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
894	ミルタザピン錠15mg「サワイ」のところにミルナシبران塩酸塩錠15mg「サワイ」で調剤。	○処方せんの見間違いミルタザピン錠15mg「サワイ」が発売直後のため認識不足だった。	新発売等の従業員への周知徹底、名称類似品に注意ラベルを貼る等の注意喚起。	ミルタザピン錠15mg「サワイ」	ミルナシبران塩酸塩錠15mg「サワイ」	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
895	ツムラ桔梗湯が7.5g分3 14日分とツムラ小青竜湯9g分3 14日分が他の薬とともに処方されていた。桔梗湯は138番で7日分出ていたが他に118番の苓姜朮甘湯が7日分出ていた。監査者が気づいて事無きを得た。	桔梗湯の収納場所に苓姜朮甘湯が箱で混ざっていた。箱の色も同じで番号も似ていたため、誤って118をピックアップしてしまった。また当薬局ではピックアップと入力の整合性と調剤ミス、入力ミスをなくすためピックアップの調剤監査システムを使っているが、正しく出していたジャンコードで取ったため、この監査はスルーしてしまった。注意力散漫。	改善策として収納時番号と名称を声に出しながら入れていく。ただピックアップするのではなく薬品をよく見ることが大事で集中して仕事に当たる。	ツムラ桔梗湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒(医療用)	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
896	ツムラ19の小青竜湯が処方されているところツムラ9の小紫胡湯を調剤してしまった。	頭の中では小青竜湯のつもりで調剤したつもりではあったが実際にピックアップしたのは小紫胡湯で同じピンク色で番号も9番と19番と見た目は似ている為繁忙期も重なり間違ってしまったものと考えられる。	先日ミスゼロ子を導入したので確実にこれでチェックを行い取り間違いを防ぐ。	ツムラ小青竜湯エキス顆粒	ツムラ小紫胡湯	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
897	一包化をする際に、イーケブラ錠を入れる部分でトラムセット配合錠をセットした。	見た目が似ていたため、急いで作業している上で、一部のみトラムセットを入れてしまった。単純なミスである。	セットする薬品名と実際の医薬品を十分に確認を行う。	イーケブラ錠500mg	トラムセット配合錠	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
898	アスパラカリウムで処方されていたところ、アスパラカルシウムで調剤。患者も2回の服用はあったが、体調変化はなし。	アスパラカリウムとアスパラカルシウムの薬剤名が似ていたために、確認を怠り起きたミス。	しっかりと薬剤名を確認し、規格も確認する。	アスパラカリウム錠300mg	アスパラーCA錠200	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「薬剤取り換え」）

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
899	トコフェロール処方のところリファンピシンを間違えて渡してしまった。患者様よりいつもの薬と違うと連絡あり発覚した。	薬局の業務時期が繁忙期であり、トコフェロールとリファンピシンの棚が近くにあった。また、色合いが似ているため監査も見逃してしまった。	薬剤保管場所の変更と再発防止のため薬局内でシートの似ている医薬品について討議した。	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「トーフ」	リファンピシナカプセル150mg「サンド」	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
900	プロタノールS錠15mgが処方されていたが、女性の患者さんであるのに前立腺肥大治療薬であるプロスタール錠25mgを調剤していた。	業務時間終了間際であり、監査レンジを使うことを怠ったため薬品名が似ている2薬品を間違えてしまった単純なミス。○単純なミス	必ず監査レンジと他の薬剤師にチェックしてもらいダブルチェックして投薬する。	プロタノールS錠15mg	プロスタール錠25	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
901	患者さんが処方箋を持って来局された。処方箋には〔般〕ファモチジンD錠20mg 1日2回 2錠42日分と記載があった。薬剤師Aが調剤し監査へ回した。薬剤師Bが監査をしていると、ファモチジンD錠20mg「サワイ」を84錠調剤しなければいけない所、フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「KNJ」が84錠調剤されていることに気がつき薬剤師Aに伝えた。薬剤師AがファモチジンD錠20mg「サワイ」84錠を調剤し直し再度、監査へ回した。	一般名処方では頭数文字が似たような成分名だったこと。また当薬局では〔般〕フェキソフェナジン塩酸塩錠60mgの処方も多いことから取り違えたと思われる。○注意力散漫	一般名処方では似たような成分・医薬品がある為、処方箋をしっかりと確認し調剤を行うようにする。	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「KNJ」	ファモチジンD錠20mg「サワイ」	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
902	メトホルミンMT錠500mg「トーフ」（ジェネリック）84錠で調剤すべきところ、端数の4錠のみ先発品のメグルコ錠500mgを混ぜてお渡ししてしまった。新しい箱を開ける際に正しいメトホルミンではなくメグルコをとって調剤してしまった。○端数の処理間違え	糖尿病薬に関しては週に1回在庫の確認をしており、その際に在庫がずれていることが判明した。該当の期間に処方があった患者に対して確認のため連絡したがすでに服用してしまっていたのかすべてメトホルミンMTが手元にあるとのことであった。調剤監査システムも導入しており、PTPについているGS-1コードを用いて照合しているが、端数のGS-1コードを用いて照合していないためスルーしてしまった。○単純なミス○焦り○注意力散漫	外装だけでなく、PTPも類似しているものに関しては近くに配置しないようにした。	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「トーフ」	メグルコ錠500mg	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
903	一包化調剤でカセットに入れる薬を間違えた。他の薬剤師に確認したがそれもスルーしてしまった。カセット内の薬が不足し補充しようとして色の違いで気づいた。1回目は間違えて入れ2回目は正しくとったので色の違いがあった。	患者様が続けて来局し急に忙しくなり焦った。名前が似ていた為、ピッキングで取り間違え、初回カセット補充確認でも見逃した。	間違えやすい薬との自覚があり日頃から注意していたがミスをした。要注目品目として全従業員で共有。声だし確認や1文字ずつ確認等で念入りチェックを心掛ける。	トリプタノール錠25	トフラニール錠25mg	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
904	プラバスタチンを棚から出したつもりが、ラベプラゾールを出してしまっていた。	薬剤名が似ており、しっかり確認せずにピッキングしてしまった。	処方箋に記載のある薬剤名をしっかりと確認することを心がける。	プラバスタチンNa錠10mg「サワイ」	ラベプラゾールNa錠10mg「サワイ」	判断を誤った	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
905	薬品名を取り違えてピッキングしていた。	名称が類似していた。調剤監査システムで一包化を行う前に判明し、正しい薬品で調剤を行った。	名称類似品を把握し、調剤を行うときは警戒する。	アスパラカリウム錠300mg	アスパラ?CA錠200	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
906	ファムシクロピル錠をバラシクロピルと取り違えた近隣の皮膚科の帯状疱疹の処方バラシクロピルがほとんどなので、確認を注意を怠った為に今回事例が起こった患者本人からの電話連絡で間違いに気づき取り換えに訪問した	似たような服用役には特に気を付ける	患者に薬品を説明するときにそばにいる事務員にも確認するように指示した	ファムシクロピル錠250mg「JG」	バラシクロピル錠500mg「NP」	確認を怠った連携ができていなかった	勤務状況が繁忙だった		教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
907	ツムラ治頭痛一方エキス顆粒7.5g分3 60日分処方あり。誤ってツムラ治打撲一方を調剤した。監査者が間違いに気づいたため、患者健康被害はなし。	治頭痛一方は59番でラベルの色がピンク、治打撲一方も89番でラベルの色がピンクだった。ピンクのラベルであるという記憶があったため、誤って調剤してしまった。	薬剤師全員に今回のヒヤリハット事例を周知。それぞれの漢方の箱に「89番と似ているので注意」「59番と似ているので注意」と、見た目が類似している薬があるとの注意を促すシールを貼り調剤ミスを防ぐようにした。	ツムラ治頭痛一方エキス顆粒（医療用）	ツムラ治打撲一方エキス顆粒（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
908	ツムラ大建中湯エキス顆粒（ツムラの100番）180包をピッキングするところ、ツムラ防己黄耆湯エキス顆粒（ツムラの20番）を50包混同してピッキングしていた。外観デザインが類似しているため、ピッキング後の監査を2人で行っているが2人目の監査までピッキングミスに気が付かなかった。	ツムラ大建中湯エキス顆粒を充てんする棚にツムラ防己黄耆湯エキス顆粒を充てんしてしまっていた。ピッキングする際に、その棚にはツムラ大建中湯エキス顆粒のみが入っていると思い込んでいるので棚のラベル確認と色彩のみの判断で開封とピッキングを行ったと思われます。ツムラ大建中湯エキス顆粒とツムラ防己黄耆湯エキス顆粒の外観が類似している。複数の漢方薬の箱を同じものと思い込んで充てんしてしまっていた。 ○単純なミス	薬品充てんの際は入荷数が複数あったとしても外箱の名称、力価をよく見て重点をやる。ピッキングをする際にも棚ラベルの確認のみの思い込みではなく、箱や医薬品の包装自体を目視確認すること。監査の際はピッキングされた医薬品の名称力価全てを目視確認し、他の医薬品が混同していないかを注視する。	ツムラ大建中湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ防己黄耆湯エキス顆粒（医療用）	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった 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
909	商品名の類似で、確認不足・見落としにより多剤を調剤。	○単純なミス○焦り○注意力散漫	指さし確認。二重チェックが必要。	デルモゾール軟膏0.12%	デルモゾールG軟膏	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
910	「一般名」ミグリトール錠50?r処方について、ミグリトールOD錠50?r「サワイ」を調剤するところ、ミチグリニドCa・OD錠50?rを調剤し、患者へ交付してしまっ。日次業務の在庫確認により、エラーに気が付き患者へ確認し、薬剤の交換を行った。	糖尿病用薬については、医薬品名称の重ねての確認が必要。○単純なミス	薬品保管場所に類似の名称を持つ薬剤が存在することを記載し、エラーを防止する。	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」	ミチグリニドCa・OD錠50mg「フソー」	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
911	ピオグリタゾン錠30mg「サワイ」42Tをお渡しのところ、誤ってピオグリタゾン錠30mg「サワイ」22Tとピタバスタチン錠1mg「サワイ」10Tをお渡し。	ピオグリタゾン錠30mg「サワイ」とピタバスタチン錠1mg「サワイ」が隣同士に並べて陳列されており、PTPの色もよく似ていることから棚に戻す際に混入してしまい、調剤の際にも監査の際にも間違いに気づくことが出来なかった事が原因と考えられる。	複数の錠剤シートの確認は1シートずつ確実にを行うようにする。	ピオグリタゾン錠30mg「サワイ」	ピタバスタチンCa錠1mg「サワイ」	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
912	患者に内科からペルジピン錠20mgが初めて処方された。薬剤師は、ペルサンチン錠25mgと思い込み、誤集薬してしまった。	薬名類似による誤調剤である。「ペルジピン」と「ペルサンチン」では「ペル〇〇」の部分が類似しており、規格の違いはあるが思い込みで投薬してしまった。薬剤師は、ペルの頭文字を見て「ペルサンチン」と思い込んで集薬してしまった可能性がある。	思い込みで調剤せず、医薬品名・剤形・規格を確認しながら鑑査をする必要がある。調剤時、処方内容と症状の確認を怠らないようにしなければいけない。	ペルジピン錠20mg	ペルサンチン錠25mg	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
913	薬局にて現在モーラステープを使用する頻度が多く思い込みにて調剤を行ってしまった。	単純なミスではあるが棚の整理整頓を行ってほしい。	まずしっかりと処方箋の医薬品名を日々に心がけること、薬の名前だけではなく大きさの類似等も注意喚起をしていきたい。	ロキソニンテープ50mg	モーラステープ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
914	パセトシン錠250mgの処方せん記載だったが、パントシン錠200mgを出してしまった。患者からの連絡で発覚。患者は服用していなかったため、正しい薬に交換しました。	名前が似ているので間違えた可能性大。規格も違うので、しっかりと見れば間違いに気が付けたはず。忙しい土曜日なので、注意力が落ちていた。○単純なミス○注意力散漫	入力はあるので、薬袋と照らし合わせれば判明したはず。処方薬と薬棚と薬袋をしっかりと確認する。	パセトシン錠250	パントシン錠200	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
915	整形外科の処方箋を受付、ノイロピタン配合錠3錠 分3毎食後60日分の処方内容でしたが、ノイロロピタン錠を渡してしまった。薬のお渡し、代理の患者の妻であった。交付時に薬を見せたが代理だったのでその場で違いに気づけなかった。帰宅し、ご主人（患者本人）が継続服用している薬と違っていたので、薬局に連絡があった。	薬名が類似していること、どちらも整形外科での処方が多い薬であったこと、普段よりノイロピタン配合錠の取り扱いがなかったこと、以上の3つの理由により、思い込みで調剤してしまった。代理の方の来局だったため、その場で内容の確認ができなかった。	* 思い込みで調剤をせず、調剤手順を遵守し、医薬品名・剤形・規格を1文字ずつ確認しながら自己鑑査をする。* 類似薬名リストを作成し、周知徹底し、スタッフ内でも情報を共有する。	ノイロピタン配合錠	ノイロロピタン錠4単位	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
916	処方書はラミシールであったが、ペキロンを調剤。鑑査の段階で気づいたが、キャップ、チューブの色が似ていて間違えた。	単純なミスである。外観は似ているように思う。	カセットの位置を少し離れた。	ラミシールクリーム1%	ペキロンクリーム0.5%	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	諸物品	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
917	ベタニス錠とベシケアOD錠の取り違い。	処方せんの見間違い薬剤師Aがベタニス錠を内服棚からピッキングし、薬剤師Bが鑑査時に気づいた。両薬剤共に泌尿器の薬であること、字面が似ていることから見間違えたとの事。	処方せんをしっかりと確認し、引き続き必ず二重鑑査を実施することに努める。	ベタニス錠25mg	ベシケアOD錠2.5mg			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
918	調剤時に類似名称の異なる薬剤が調剤され、鑑査時も見落としがあったまま、患者に交付した。その後、緊急入院した病院より連絡があり、持参薬とお薬手帳シールの内容が違うことが発覚した。	調剤時にあらかじめ用意された薬を確認せずに一包化してしまった。鑑査時も他薬であることを見落とししていた。	処方箋を基にしたピッキングと調剤録の再確認を怠らない。分包後の空ヒートを確認し直し確認する。類似した薬品名のものは注意喚起のラベルを貼る。	ミルタザピン錠15mg「YD」	ミルナシプラン塩酸塩錠15mg「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
919	一般名処方に関してのミス。ヨーデルSが処方されていたところセンナリドでお渡ししてしまっていた。すでに2回分を服用済	前回センナリドの処方だったのが今回ヨーデルへと変更。錠数が増えていたのを変更したが、薬品名は変更していなかった。	一般名の似ている薬は再度確認をおこなう	ヨーデルS糖衣錠?80	センナリド錠12mg	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
920	ジェネリック医薬品希望の患者でヒルドイドローション0.3%で処方箋記載あり。使いやすさの観点からヒルドイドローション0.3%だけはそのまま先発品で欲しいとの要望があったが後発品ヘパリン類似物質ローション0.3%「ラクール」で調剤してしまった。窓口対応時に薬歴参照したところで間違えたことに気づき、先発薬ヒルドイドローション0.3%に戻して調剤しお渡しする。	いつも先発薬剤はジェネリックに変更していたため、患者に再度確認せずに調剤を行ってしまった。伝言事項にも書いてあったため○単純なミスである。	入力時の伝言事項の確認徹底をする。	ヒルドイドローション0.3%	ヘパリン類似物質クリーム0.3%「ラクール」	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
921	ツムラ六君子湯7.5g(3包)が毎食前服用30日分で処方されていたので、90包で調剤すべきところ、そのうちの21包をツムラ疎経活血湯で調剤し、患者に渡してしまった。患者の指摘により間違いが発覚。すぐに六君子湯21包に交換した。	ツムラ六君子湯は43番、ツムラ疎経活血湯は53番で、番号が似ていたこと、および箱のラインの色も同じ黄緑色で似ていたことから、在庫から取る際に一緒に取ってしまった。在庫の配置も同じ列に積んであったため取り間違えた。○単純なミス○注意力散漫	番号や箱の色だけで判断せず、薬剤名をしっかりと確認して調剤する。	ツムラ六君子湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ疎経活血湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った判断を誤った		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
922	調剤者が一酸化調剤においてノイロピタンの処方をノイロピンで分包して監査者が間違いに気づいた	最初の3文字ノイロまでで判断したためと思われる○処方せんの見間違い	似てる名前の薬があることを薬棚に注意書きしておく	ノイロピタン配合錠	ノイロロピン錠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
923	2019年1月23日(水)17時頃に、内科を受診した患者(45歳男性)が処方せんを持って来局した。また、同時時間帯に続けて内科を受診した患者(10歳女性)がいた。薬剤師Aは調剤する際、クラリチンレディタブが処方されていた45歳男性用のピッキング用薬剤バスケットとシダキアスギ花粉舌下錠が処方されていた10歳女性用のバスケットを取り違えて薬を入れた。薬剤を取り違えていることに気付かず、そのまま鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが、処方薬の取り違えをしていることに気づき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aは二人の患者の薬を正しく調剤し、再度、薬剤師Bに鑑査してもらった。鑑査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	クラリチンレディタブ錠10mgとシダキアスギ花粉舌下錠5000のシートが類似していることへの知識不足、また薬局混雑時であったため確認不足が要因と考えられる。	クラリチンレディタブ錠10mgとシダキアスギ花粉舌下錠5000のシートが類似していることの薬局内での注意喚起を徹底し、取り違えのなよう努める。また、業務手順書を再確認し、監査に回す前に薬の再確認を徹底することとした。	クラリチンレディタブ錠10mg	シダキアスギ花粉舌下錠5,000JAU	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	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「薬剤取り換え」）

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
924	ファモチジンOD10mgを調剤しないといけないところ、間違えて、ラベプラゾール錠10mgで調剤して、監査の時に気づいた。	ジェネリックの棚で、ちょうど真下の段に並んでいて、シートの色も似ているため、間違えて取ってしまった。	調剤後の自己監査を怠らない。間違いやすい薬は離して置くようにする。	ファモチジンOD錠10mg	ラベプラゾール錠10mg	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
925	患者から「何かいつもの薬と色が違う」電話があり話の内容や薬歴を見直したところ、定期処方ノイロロピン錠4単位をノイロピタン配合錠に入れ間違えた可能性が大となった。直ぐに取りに行き確認したところノイロピタン配合錠を間違えて調剤していたので、ノイロロピン錠4単位で調剤し直しました。	当時患者が多く慌ただしい中だったのは理由にならないが、その上での名称類似による監査ミスであった。○処方せんの見間違い○単純なミス○焦り○注意力散漫	名称類似薬品は特に気を付けているつもりであったが今回起こってしまった。薬歴の頭書きや、指差しなど厳重に注意して監査するようにする。	ノイロロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠	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
926	一般名処方ヘパリン類似物質副腎エキスクリーム処方ところ入力時、ヘパリン類似物質油性クリームで入力。調剤者も監査システム利用時、入力内容を優先し留意。監査時点で判明。	繁忙時間帯、一般名処方入力で処方内容を最後の文字までの確認がおろそかになっていた。調剤者は処方箋一般名を確認し調剤する手順を守っていなかった。○作業手順の不履行	入力時の十分な確認、調剤者は処方箋を元に調剤を実施	ゼスタッククリーム	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	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
927	【正】オルメサルタンOD錠20mg「トワ」【誤】レザルタス配合錠HD	入力時に、一般名処方の薬入力する際、選択した薬品名にオルメサルタンメドキシミル口腔内崩壊錠20mgの表示がないため、オルメサルタンメドキシミル・アゼルニジピン配合錠（レザルタス配合錠）のページを開き、薬剤師へ確認を依頼した。見ているページを誤ったことに気付かず、入力した。	どんな混雑時でも最初から自分で調べる。疲れてた、体調万全でなかった、混んでた等ではありますが、そもそもこの薬ありますか？というのを調べる時に、開かれているページでなく、いつも自分が調べる通りの手順で1から調べていけば起きえなかった。閉じてある状態から事典で調べる、または良く使用しているファネスの医薬品検索を使用する。いままでやってきた方法で1から調べていけば、生じなかったと言い切れるので、そこが対策1つ目。次に今回検索方法が誤っており、類似の誤ったページが開かれている状態からの引継ぎとなってしまった。それでもその後の確認ができていれば誤りに気が付けたはずだが、ミスをしたという点も重要であることから、入力担当者へ、一般名処方や入力で出てこない薬があった際の検索方法この薬ありますか？とわからなかった時点で処方せんで見せて聞く。（バイアスをかけない）事典の目次で、処方箋記載部分と完全に一致する部分までまず検索する。（以下、次ページ）	オルメサルタンOD錠20mg「トワ」	レザルタス配合錠HD	確認を怠った 判断を誤った	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
927	今回のケースは、入力画面で出てきてる方で索引してしまっていた。照らし合わせるべきは処方箋と目次。棚にしまっておく事典より情報更新されているファネスの医薬品検索の方が早い。この方法は知らなかったようなので、検索方法を指導以上3パターンの入力で出てこない薬が出た時の対応策を確認。以後実施していくことを確認。ありきたりですが、一般名の3分割チェックができていれば、ミスに気づけた。再度急いだ時にチェックが雑になっていないか手技の復習・確認を実施。店舗内でも今回の過誤内容と対策を共有。			オルメサルタンOD錠20mg「トール」	レザルタス配合錠HD	確認を怠った判断を誤った	勤務状況が繁忙だった通常とは異なる心理的条件下にあった	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
928	フルオメソロン点眼液0.1%を調剤するところを、フルメロン0.1%を調剤してしまっただ。	名称が似ている為、調剤者・監査の両者とも思い込んでいた。	薬袋に写真が印刷されているので、監査の際に処方箋と薬袋とも照合する。	フルメロン点眼液0.1%	フルオメソロン0.1%点眼液	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
929	薬のお渡し後、患者本人からピオフェルミン錠処方のところピオスリー錠が入っていたと電話あり。在庫数確認お渡し間違いであったことが判明。患者へ謝罪し、交換にて対応することになった。	名前や薬効が似ており、調剤、監査時の焦り、単純なミスが重なり間違いが起きたと考えられる。	処方箋をしっかりと確認し思い込みで調剤、監査しないよう徹底。投薬時に患者と薬の確認をしながら薬をお渡しする。	ピオフェルミン錠剤	ピオスリー配合錠	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
930	当薬局にカムシアLD、HD、カデチアLD、HDが在庫していて、規格の方に注意が行ってしまった。	単純なミス GEも増えてきて似ている名前が多くなっている。	包装箱に大きく薬の名前をマジックで記載した。注意喚起として全職員に事例を共有した。	カデチア配合錠HD「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
931	グルベス配合錠の薬棚に、フェキシフェナジンが2錠が混入していた。	単純なミス:2名の薬剤師1名が急遽やすみとなり、1名で対応していた。本人も発熱があり体調不良もあった。形状がわずかに似ている為、端数がでているのを棚に戻す折間違えたものと思われる。シートの大きさなどに違いがあるため、通常の調剤では間違えることはない考えるが、翌日棚のチェック中に発見。調剤ミスにはいたらなかった。	調剤中に端数などすぐ棚に戻すことが多かった。忙しいときは、むしろ時間のあるときに確認をしてから戻すようにする。	グルベス配合錠	フェキシ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通常とは異なる身体的条件下にあった			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
932	在庫確認の際、目視により明らかにツムラ排膿散及湯122の在庫が多いことに気づき、よく見たところツムラ122の棚にツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯12の箱が開封されおかれていることに気が付いた。そのため、在庫管理システム(ジャストック)にて確認したところ、ツムラ122が63包多く、またツムラ12が63包少ないことが判明した。そのため当日ツムラ122が処方された患者を検索し、二名該当した。そこで二名に電話にて確認したところ、二名ともに間違えてツムラ12が渡されていた。すぐに二名には事情を説明し内服されていなかったため交換に伺った。	おそらく納品の際に色、番号が似ているツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯12をツムラ排膿散及湯122の棚に置いてしまった。その後そのまま気が付かずツムラ122を取るときに間違えて置かれたツムラ12の箱を開けて調剤し、患者にお渡ししてしまった。	調剤にて漢方薬は色の識別、番号の識別が肝心であり、よく似ているため、当局でも処方せんに番号と数の記載を徹底しているが、今回この部分が怠ってしまった。再度徹底する必要がある。また、根本には納品ミスが原因であり、納品の際にわかりやすいように棚のところに「T122とT12またはT22と納品時に注意!!」と注意促す張り紙を置いた。	ツムラ排膿散及湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
933	一般名ニフェジピン徐放錠20mg(24時間持続)の処方で、ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」を28錠お渡しするところ、2錠がアダラートCR錠20mgでお渡ししてしまっていた。投薬後に患者本人が薬を整理する時に気付く、後で交換することとなった。	薬を棚に戻した時に棚を間違えて戻されており、ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」の調剤棚にアダラートCR錠20mgが混ざっていた。錠剤監査機では画像の間違いを認識できずに通ってしまっていた。最終監査では外観が似ており間違いを見逃してしまった。○作業手順の不履行○注意力散漫	薬を棚に戻す時は必ず二人で確認して戻すという作業手順を徹底する。錠剤監査機では通っていても、思い込まずに最終監査時では改めて一つ一つを注意して確認する。	ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」	アダラートCR錠20mg	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
934	処方せんには「ミコンビAP分1夕食後1錠」で記載されていた。調剤した薬剤師が内容よりもAPとBPの違いに気をとられ誤ってミカムロAPを計数して、監査に回り、別の薬剤師が誤りを発見し調剤した薬剤師に伝えた。その後二人で確認し、正しい薬剤で調剤した。	合剤のそれぞれの成分を考えずに調剤したため、名称も似ていたこともあり間違えてしまった。	配合剤の場合、それぞれの成分と用量を確認するようにしている。	ミコンビ配合錠AP	ミカムロ配合錠AP	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
935	患者様からジェネリック医薬品の要望があり、(一般名)フルオシノロンアセトニド軟膏20gを調剤しなければいけなかった所、誤って(一般名)フルオシノロン軟膏20gを調剤してしまった。監査時に別の薬剤師が気づき発見。	(一般名)フルオシノロンアセトニド軟膏は新しく採用したばかりの薬で、薬剤師全員での在庫の状況把握がおろそかになってしまっていたこと。名前がにており、メーカーが同じであったため、いつもでている薬と勘違いしてしまつたため。	新しいジェネリック医薬品が日々増える中で全体会議等を通して全ての薬剤師に現状の在庫薬の把握を徹底すること。今回は監査時点で気づいたが、薬剤師同士での監査の徹底してやる。	フルオシノロンアセトニド軟膏0.025%「YD」	フルオシノニド軟膏0.05%「YD」	確認を怠った	知識が不足していたその他			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
936	Rp. トレリーFOD錠25mg のところ、トラマールOD錠25mgをとった。監査時に発見された。	・1人欠勤だった。・大変混雑していた。・薬品名の類似。在庫場所も近かった。・処方せんと現物の薬品名を再確認しなかった。	・混雑していても、処方せん、現物の薬品名、剤型、規格など確認することを怠らない。	トレリーFOD錠25mg	トラマールOD錠25mg	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
937	Rp. エクメット配合錠LD、2錠／2×／70日分のところ、～配合錠LDを40錠、～HDを100錠とってあり、監査時に発見した。	・引出し内に、エクメット配合錠LDと、～HDが並びで入っている。・～LDの開封済みの箱より40錠とり、隣のスペースから、～HDを未開封100錠1箱をとり、外箱から出してアルミ包装で用意した。・外箱の外観の類似。外箱開封後のアルミ包装状態も、文字色以外はアルミ色で類似している。・薬品名を再確認しなかった。	・処方せん薬品名と、必ず外箱、アルミ包装上の薬品名を再確認することを怠らない。	エクメット配合錠LD	エクメット配合錠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
938	処方薬はニコランジル5mgのところ、ニセルゴリン5mgで調剤した。患者自身が気づき服用前に持参され、正しい処方薬と交換した。	薬品名の類似と薬品棚が上下と近くに配置していた為	薬品棚の変更。類似名注意の記載。またスタッフへの情報共有、注意の徹底	ニコランジル錠5mg「日医工」	ニセルゴリン錠5mg「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
939	32という数字が同じのため確認をそこできしなかったため	処方せんの見間違い		ペンニードルプラス	マイクロファイブプラス	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
940	処方箋をFAXにて受付けていた。いつもと同じ内容の処方箋。漢方のツムラ抑肝散2包1日2回35日分のところを、途中までは正しい抑肝散を調剤していたが、残りを同じ色のヒートである大黃甘草湯を調剤していた。70包の中に、大黃甘草湯が15包混ざっていた。調剤者が新しい箱をあけて出す際に間違った箱から出した可能性がある。監査者はヒートの色が同じ黄色だったため、全てのヒートの番号を確認することなく思い込みで包数のみ数えて、監査を終えていた。施設入所者だったが、1回服用したが、2回目に施設職員が番号の違いに気づき電話をしてこられた。すぐに間違えた分を交換するため施設を訪問し、謝罪。1回服用されたが下痢を起こすことなく健康被害はなかった。特殊なシート、分包品の計数間違い	作業手順の不履行、単純なミス、注意力散漫。漢方の箱は番号順に並べて置いている。54と84だが隣同士には置いていない。調剤時に新しい箱を開けた際、間違った箱を手にとった可能性がある。漢方の包装の色が同じであったり、名称も似ているものが多く間違いやすい事例。漢方は包装の色が同じだったり、商品名が似通っている場合が多いので、1包1包を確実に監査するようにしないといけない。	調剤者は間違った箱をとらないようにすること、戻し間違いをしないこと。新しい箱をあけるときは処方箋と照らし合わせて再確認し開ける。監査者は1包1包、番号、名称を見て、確実に監査することを徹底した	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒（医療用）	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
941	ミグリトールOD50mgサワイ処方ミチグリニドOD錠10mgフソーで調剤監査後、患者にお渡し患者から後日服用する前と違う持って来られる陳謝	ミグリトールOD50mgサワイ処方ミチグリニドOD錠10mgフソーで調剤監査後、患者にお渡し患者から後日服用する前と違う持って来られる糖尿病並んでいてよく似ている思い込み	発覚後薬の場所変更改めて注意喚起のシール各々に貼付薬剤師同士一声掛け合う	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」	ミチグリニドCa・OD錠10mg「フソー」	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		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
942	ピソプロロール錠2.5mg 21錠を輪ゴムで巻いた時の1錠が、ピコスルファート錠2.5mg 1錠でゴムで巻かれて、入っていた。	ピッキング時の確認ミス ピソプロロール錠2.5mgとピコスルファートNa2.5mgは隣接しており、ピッキング時に、誤って21錠の端数1錠を、取ったと思われる。投薬時の監査も、両薬は似かよった銀ヒートの為、20錠はしっかり確認できているが、1錠のみ異なるとは思わず確認不十分でお渡しとなった。又1錠のみでは、両ヒートは、しっかり確認しないと区別しにくい。	錠数が間違っていないくても、1ヒートずつ、バラは1錠ずつ、確認。隣接している両薬のセッティング場所を変更。	ピソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「サワイ」	ピコスルファートナトリウム錠2.5mg「ツルハラ」	確認を怠った	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
943	ツムラ100大建中湯90日分の処方のところ、ツムラ84大黃甘草湯でピッキング。	処方せんの見間違い。単純なミス。注意力散漫。名称の1文字が同じ。効能も似た所がある為思い込みが発生。	処方せんを要確認。漢方は似た名前が多いため注意喚起。	ツムラ大建中湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒（医療用）	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
944	調剤において、シートのイメージが似ていたため、取り違えた。	ツムラ7と107は、同じ色で、どちらも泌尿器科で処方されるため、取り違えたと考えられる。	漢方投薬時には、薬情で番号を確認する。	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒（医療用）	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
945	メグルコを出すところメホルミンを出してしまった。	PTPの色が似ていること、一般名で処方されていたこと、10種類以上の1包化の中であったことから間違いが起きた。〇処方医薬品の多さ	メグルコとメホルミンの薬棚に「名称、色に類似品あり」と注意書きを張り付ける。	メグルコ錠500mg	メホルミン塩酸塩錠500mgMT「ニプロ」	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
946	患者様処方箋をもって来局。処方箋にはオルメテックOD錠10mgの記載あり。薬剤師AがGE希望であったがGEに変えずにそのまま入力してしまった。薬剤師Bが裏チェックでGEに変わっていないことに気づき入力を変えた。薬剤師Aが入力を変えたことを忘れてオルメテックOD10mgを調剤した。薬剤師Bがオルメサルタンに変わっていると思い込みPTPシートが類似していたため鑑査を見落としてしまった。薬剤師Bが投薬時患者様と数量のチェックを患者様と行ったがシートが類似していてオルメサルタンであると思い込み名称の確認を怠った。夜の棚卸で発覚。翌日患者様にお電話して謝罪。お薬を交換させていただいた	薬剤師Aが入力時GEであることに気づかずに入力。裏チェックで薬剤師Bが気づいて入力をし直し、間違っていることを薬剤師Aに伝えた。にもかかわらず薬剤師Aは変わったことを忘れてしまい間違えて調剤した。薬剤師Bも間違いを共有したことで油断し鑑査をおろそかにした。投薬時数量の確認を患者様と行ったが思い込みで薬の名前のチェックを怠ってしまった。	入力前に必ず先発かGEか患者様に確認してから入力を行う。GEに変更希望の患者様には処方せんにGEのメーカーを鉛筆で書き込む。ピッキングは処方せんを見ながらピッキングする。ピッキングの際は鉛筆でGEの記載があるか確認を行う。処方箋を見て鑑査を行う。思い込みで鑑査を行わない。投薬時に必ず患者様とお薬の確認を行う。	オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」	オルメテックOD錠10mg	確認を怠った	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
947	フォンーガのところスプレンジールでピッキングミス、監査時に気が付く	陳列棚が近いこと、包装が似ている	陳列棚を話す。また類似包装品は注意し、他薬についても再検討	フォンーガ錠5mg	スプレンジール錠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
948	テルベラン錠5mg60錠をお渡しするところ、なかにブラダロン錠200mgが10錠混合した状態で患者さんへ交付。後日、患者さんから違う薬が混ざっていると電話があり、発覚。患者さんの服薬はなく、正しい薬に取り換え謝罪しました。	おそらく、テルベラン錠5mgの薬棚の中に、ブラダロン錠200mgが混入してしまったと考えられる。薬棚が隣同士だったため、ブラダロンを10錠、棚に戻すときにプリンペランの棚に戻してしまった。テルベラン錠5mgとブラダロン錠200mgのPTPの大きさが似ていたため、10錠で輪ゴムに止めた際、調剤者、および鑑査者ともに気が付かなかったであろう。	見た目の似ている薬剤の棚は、極力離す。何かで棚に薬を戻す際は二重チェックを行う。	テルベラン錠5	ブラダロン錠200mg	確認を怠った		医薬品施設・設備	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
949	処方箋にはペラプロストナトリウム錠20㎍「サワイ」と記載されていたが、誤ってリマプロストアルフアデクス錠5㎍「サワイ」を調剤。	昼前の忙しい時間帯であり、焦りと注意力散漫による単純なミス。	薬剤名の雰囲気似ていたと社内勉強会において情報の共有。	ペラプロストNa錠20μg「サワイ」	リマプロストアルフアデクス錠5μg「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
950	スミルスチックで処方されていたのをスチックゼノールと勘違いして調剤。	名称が似ており業務も混雑していた為勘違いをして調剤してしまった。	全て調剤後にピッキングした者は必ず最終確認してから監査にまわす。	スミルスチック3%	スチックゼノールA	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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
951	患者様が持ってきた処方箋にはヒルドイドソフト軟膏0.3%と記載されていた。調剤をした薬剤師はヒルドイドソフト軟膏の後発品を調剤しようとし、誤って成分が同じヘパリン類似物質のビーソフテンクリームを調剤した。監査に当たった薬剤師はビーソフテンクリームとヘパリン類似物質油性クリームが違う薬剤の後発品という知識が不足しており、監査時にも間違いに気がつかなかった。患者様に服薬指導する際に監査者自ら間違いに気づき、調剤した薬剤師に伝え、正しい薬剤を調剤し患者様に交付した。	ヒルドイドソフト＝ヘパリン類似物質という思い込みや知識の不足により、剤形の違いを見落としてしまった。また、監査時に薬剤情報の写真と照らし合わせた際にも見た目が似ていたため気づくことが出来なかった。	先発品から後発品を調剤する際には、思い込みをなくし正しい薬剤を確認してから調剤を行う。監査の際は、薬剤情報の薬剤名と一字一句照らし合わせ、確実に同じ薬剤が調剤されているか確認する。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%	ビーソフテンクリーム0.3%	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
952	エチゾラム0.25mgSWとデバス0.25mgの調剤ミス。監査時に発覚。	PTPのシートが非常に似通っていた	調剤時に再度確認。似ているパッケージのジェネリックと先発医薬品の理解。	エチゾラム0.25mg	デバス0.25mg	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
953	ネリプロクト軟膏をプロクトセディル軟膏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も気が付かず、投薬時には他の薬が足りないなどの患者からの訴えがあり注意がそちらにそがれたため、誤りに気がつかなかった。患者家族に連絡し、正しい薬剤と交換した。	名称が類似している薬については特別に気を付ける	ネリプロクト軟膏	プロクトセディル軟膏	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
954	投薬台でお客様とお薬の確認をするときに別物であることに気がついて、その場でお薬に変更した。お客様が確認する前だったが、間違えていたことをお詫びした。	名前が似ていることが原因である。同じ引き出しに入っているので、ベタヒスチンメシル酸塩錠を出したつもりで別物を数えていた。	引き出しの中で、離していているが、注意喚起のメモをつけた。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg	ベボタスチンベシル酸塩錠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
955	アトーゼットLDが処方されており、ほかの薬剤と一包装指示。投薬前の錠剤監査時にアトーゼットLDとHDが混入していることを発見。	アトーゼットLDとHDは箱も似ており、錠剤も区別がつきにくい。今回集薬時LDとHDの箱が近くにおいてあった。はじめLDをとったが10錠しか入っておらず、追加で20錠取ったさいにHDの箱を手にとってしまった。そのまま気づかず分封したのと思われる。単純なミス	・箱の位置の配置変え。・二度集薬の際も徹底したミスゼロ子の使用。	アトーゼット配合錠LD	アトーゼット配合錠HD	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	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
956	後発医薬品希望の患者に先発品で調剤。監査時発覚。	○単純なミス	処方箋に合わせて一つ一つ確認。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	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
957	○10錠シート	○処方せんの見間違い	名称類似品目には注意勧告の札を示した	ミチグリニドCa・OD錠5mg「三和」	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
958	一般名処方での名称「セフジトレン」と「セフカペン」の取り違い	似た名称の取り違いと言う単純なミス		セフジトレンピボキシル細粒10%小児用「日医工」	セフカペンピボキシル塩酸塩細粒10%小児用「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
959	12種類の薬が処方されている患者さんであった。うち9種類が一化化である。サンリズムカプセル25mg3P分3で14日分処方記載されていた。GEに変更を了承されていたが、ビルシカイニド塩酸塩カプセル25mgを調剤するべきところを、ビルシカイニド塩酸塩50mgを調剤してしまった。投薬4日後、夜間自宅で転倒。救急車で搬送された病院の薬剤師から、お薬手帳とは違う用量の薬を飲んでるという連絡が発覚。1日3回2日間誤投薬の薬を飲んでた。	常に患者の多い薬局で、忙しい中で投薬となった。薬剤師は4人。投薬当番2人と調剤当番2人に分かれて作業を行っていた。ビルシカイニド塩酸塩カプセル25mg「サワイ」とビルシカイニド塩酸塩カプセル50mg「サワイ」の100T包装の箱は非常に似ていて、調剤をした薬剤師は確認を怠って取り違えてしまった。この患者さんは、当時は別の調剤担当だった薬剤師のかかりつけの患者さんであったため、作業環境の悪い場所でPCの薬歴確認と調剤監査をすることになった。その際、薬情を見ながら監査をしていたが、25mgと50mgの存在を意識していなかったため確認を怠った。ビルシカイニド25mg「サワイ」とビルシカイニド50mg「サワイ」はカプセルの色もサイズも非常に似ていた。その後、待合室の椅子で座って待っている患者さんの側へ持って行ってお渡した。	当薬局のビルシカイニド塩酸塩カプセル50mg「サワイ」の採用をやめ、ビルシカイニド塩酸塩カプセル50mg「テバ」を採用し、これまで「サワイ」を服用してきた患者さん全員の了承を得た。これにより、ビルシカイニド25mgは水色と白のツートンカラー、ビルシカイニド50mgは藍色と白のツートンカラーとなって、誤調剤、誤投薬はなくなった。	ビルシカイニド塩酸塩カプセル25mg「サワイ」	ビルシカイニド塩酸塩カプセル50mg「サワイ」	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
960	一般名でベボタスチンベシル酸塩錠10mg 2錠/分2 朝・夕食後 7日分とその他風邪症状の薬剤が処方になっていた。ベボタスチンベシル酸塩10mg「サワイ」を調剤するところ誤ってベタヒスチンメシル酸塩6mg「トローワ」で調剤、監査し投薬してしまった。患者帰宅後、間違いに気が付き薬局へ電話あり。正しいベボタスチンをお届けし、ベタヒスチンを回収させていただく。	処方せんの見間違い、確認を怠った	処方内容を確認しながら調剤、監査を行う。当薬局では基本的にはアイウエオ順で錠剤棚位置を決めているが、ベボタスチンとベタヒスチンは名称が類似しているため離して保管していたがさらに、それぞれに名称類似薬品があるという注意を促すメモなどを準備する。	ベボタスチンベシル酸塩錠5mg「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				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
961	「一般名」の処方だったので、患者さんによって先発品かジェネリック医薬品かよく確認して調剤しないといけないところ、パッとお薬手帳を確認して先発品を選んで調剤して、別の薬剤師の監査に回した。前回の内容と入力を見て監査した薬剤師はいつもジェネリック医薬品で調剤している患者さんだったことに気づき、調剤のやり直しをさせた。	名前も何となく似てるし、PTPも似ている。また2か月前まで先発品で飲んでた患者さんだったので、お薬手帳見て、確認したつもりで思い込みで調剤してしまった、単純なミスと思われる。	一般名処方が多いので、よく確認して調剤しないといけない。患者さんの情報にも先発希望やジェネリック希望などわかりやすく記載しておく全員がわかりやすいし、間違いにくいので、薬歴やお薬手帳に記載するようにしていく。名前やPTPが似てるものはなるべく調剤棚も離して管理し、先発ありやジェネリックありなど棚にも表示したりして、両方扱ってる薬剤だと認識しやすくするなど工夫をしていく。	イルアミクス配合錠HD「日医工」	アイミクス配合錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
962	アレロックOD錠5mgで調剤するところ、後発品のオロパタジンOD錠5mgで調剤し、交付してしまった。後日、母親よりいつもと違う薬が入っていたと電話連絡があり発覚。まだ服用はしていなかった。	調剤時に、取り揃えた医薬品と処方箋、調剤録の確認を行っている。鑑査時には、それに加えて薬歴を確認して先発品希望かどうかも確認している。当日はインフルエンザ患者が多数来局していたため、混雑しているため確認を怠ってしまったと思われる。また先発品と後発品の外観が酷似しているため、調剤時に取り間違えし易い。	先発品と後発品の場所は区別してあるが、調剤時や鑑査時に確認を徹底する。投薬時にも内容を確認しながら薬袋に入れることを徹底する。	アレロックOD錠5	オロパタジン塩酸塩OD錠5mg「AA」	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
963	一般名にてペボタステンベシル酸塩錠(10)2T分2 朝夕食後 28日分で調剤しなければならぬところ、ペタヒステンメシル酸塩錠(6)「トーワ」2T分2 朝夕食後 28日分 調剤してしまっ。耳鼻科からの処方だったため、めまいと勝手に思い込んでいたとの事。	耳鼻科からの処方だったため、めまいと勝手に思い込んで、直前の患者様でも同じ病院からめまいの患者様が来局していたためシルバーに青の印字のヒートも類似しているため頭の中でペタヒステンメシル酸塩錠(6)「トーワ」だと思い込んでしまった。	ヒート類似の周知を行い、引き出しと棚上にて置き場所を変更しました。思い込み調剤ではなくしっかりと1文字鑑査の徹底を行っていきます。	ペボタステンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ペタヒステンメシル酸塩錠6mg「トーワ」	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
964	一般名処方：ヘパリン類似物質スプレーの処方箋を受け付けた。以前別の患者の処方箋でヘパリン類似物質スプレー「PP」を他の薬局で小分けをもらったことがあるので、今回も同様に小分け依頼書をファックスした。事務員が受け取って帰ってきたあとに薬剤師が監査をしたところ、ヘパリン類似物質スプレー「日本臓器」であることが発覚した。投薬前に気が付いたため、間違えて患者へ渡すことはなかった。	前回と違う薬局で小分け依頼をした。採用目目が前回小分け依頼をした薬局と同じであると思い込んでいて、確認を怠った。また、在庫リストがあるが、薬品名の欄が小さく薬品名すべてを見ることができない。小分け依頼書にはメーカー名「PP」と記載したが、相手側の薬局も見落とすため確認の連絡等はなかった。	一般名処方の医薬品は思い込みや勘違いが起きやすいため、在庫リスト上でメーカー名まで確認し必要なら問い合わせをする。受け取りに行った際には、事務員でもメーカー等を確認してもらおう。○注意力散漫	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「PP」	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	知識が不足していた	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
965	メトグルコ錠500mgの先発品希望の方、初め投与日数が28日処方であり一旦家に帰った後、午後に来局し、次回の予約まで薬が不足すると、疑義照会して次回予約までの56日分に変更となった。56日分に持参薬を作り直すときに、メトグルコではなく、後発品のメトホルミン錠500mg MT「トーワ」を追加して、112錠で調剤、(メトグルコとメトホルミンが混ざって調剤してしまっ)そのまま、渡り口の薬剤師も気づかず、混ざったまま渡してしまった。後日、患者より、いつもと違う薬が混ざっていると電話あり、来局時、残薬60錠をメトホルミンで渡してことを確認、よくお詫びして、メトグルコと交換した。	2回目、疑義照会して、投与日数が変更して、新たに作り変えるとき、メトホルミンとメトグルコのヒートがそっくりなので、間違えて、メトホルミンを足して調剤してしまっ。	疑義照会したとき、よく、処方箋で処方内容、薬歴をよく確認して調剤する。先発希望や後発品希望など、よく確認して調剤する。または、鑑査もよく確認して渡す。持参薬を作り直す場合、持参薬の内容をよく確認して調剤する。ヒートが似ている錠剤は特によく気をつける。	メトグルコ錠500mg	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
966	1月に内科を受診した患者(69歳男性)が処方箋を持って来局。処方箋には一般名オルメサルタン錠10mgの記載あり。ジェネリック医薬品を希望されている患者のため、いつもオルメサルタン錠10mg「ニプロ」を調剤していたが、外観の似ている先発品のオルメテック錠10mgがオルメサルタン錠10mg「ニプロ」の棚に誤って置かれていたため、オルメテック錠10mgを調剤してしまった。監査でも気がつかず、そのまま患者に交付されてしまった。別の患者にオルメサルタン錠10mg「ニプロ」を調剤しようとした際に棚にオルメテック錠10mgが置かれていることに別の薬剤師が気づき、発覚。すぐに患者に連絡をしたところまだ服用していなかったため、患者宅に伺いオルメテック錠10mgを回収し、オルメサルタン錠10mg「ニプロ」を交付した。	オルメサルタン錠10mg「ニプロ」とオルメテック錠10mgはどちらも100錠包装で購入しており、外箱の外見がよく似ていた。	オルメサルタン錠10mg「ニプロ」を500錠包装で購入することにより、棚に間違えて補充しないようにした。	オルメサルタン錠10mg「ニプロ」	オルメテックOD錠10mg	確認を怠った	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
967	ツムラ六君子湯60包を投薬すべきところ、ツムラ当帰芍薬散21包が混在していたのが解らず投薬してしまった。	薬剤の補給をするときに間違えて補充したものと思われる	薬剤の色が同色で薬剤NOがよく似ている為、薬剤棚の位置を離した、薬剤補充時は2人1組で行うようにした。ピッキング時は、声出し・指さしの再徹底、監査時も同様に他の薬剤師が行う、投薬前にも声出し指さし後投薬するように徹底。	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				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
968	パロキセチン20mg「JG」を調剤するところをバルプロ酸ナトリウムSR200mg「アメル」を調剤していた。監査担当の薬剤師が間違えに気づき、投薬前で誤りに気付いたので患者には正しい薬品を交付した。	単純なミス。薬品名も類似性は薄いですが、シートデザインが似ていたのも要因と考えられる。	指さし確認するなど監査を徹底する。	パロキセチン錠20mg「JG」	バルプロ酸ナトリウムSR錠200mg「アメル」	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
969	12月処方にてノロピタン配合錠をお渡しするべきところ 鑑査時ノイロトロン錠をそのまま患者様に70日分投薬。2月Do処方投薬後、前回お渡しの薬と異なると患者様からご指摘を受けたが、その時には確認できず。患者様が帰宅後、やはり、違う薬剤かもしれないと思い、薬局へ来局され、間違いが発覚。ノイロピタン配合錠の手持ち残薬が多数あったため、しばらくはノイロピタン配合錠を服用しておられた。無くなった際に12月調剤分の袋よりノイロトロン錠を1週間分服用されていた。体調には変化ないと事だった。間違った投薬を患者様に謝罪。処方元医師に間違いを報告し、謝罪。次回、診察時に患者様のご体調を確認してもらう旨、依頼し了承を得る。	混んでいる時間帯に 速く鑑査・投薬を実施しようとしていた。薬情の服薬錠数、服薬タイミングを確認したが 写真での錠剤・PTPシートの確認を実施しなかった。ノイロピタン配合錠とノイロトロン錠の名称が最初の3文字が同じで似ていたため見間違えて投薬した。処方せんの見間違い	鑑査時、処方箋と見比べる他、薬情の写真も確認し、薬剤チェックの精度を上げる。	ノロピタン配合錠	ノイロトロン錠4単位	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
970	処方バザールSR錠200mgの商品名の記載できているのと、患者側も先発品希望のためベザールSR錠200mgを調剤するところ、後発医薬品のベザフィラートSR錠200mg「サワイ」で調剤。調剤者とは別の監査者も気が付かなかった。投薬者の薬剤師がシートの色と文字にて発見しその場で交換した。	第一の原因はベザールSR錠200mgとベザフィラートSR錠200mgの名称とシートの色合いが酷似していることがあげられるが、本来似ているということであれば職員全員が周知し、その薬にあっては細心の注意を払って調剤、鑑査にあたらなければならない。同時に当薬局でベザフィラートSR錠200mgが処方されている患者は検索すると16名いるがそのうち先発品希望の患者は今回の事例の患者だけであったことも普段取りなれている薬のほうに意識がい向いてしまった原因の一つではないかと考える。	ピッキングの際の注意力の低下などがないように指導、教育。名称、シートの色合い等が似ている薬剤、間違いの起きそうな薬の注意、教育を継続して行う。該当患者の薬歴等に先発品希望、ベザールSR錠注意と記載しておく。あまり調剤の機会が少ない薬もシートのデザイン色などを確認しておく。	ベザールSR錠200mg	ベザフィラートSR錠200mg「サワイ」	判断を誤った	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
971	一般名セフジレンピボキシル錠での処方だったが、近くに並んで配置されているセフカベンピボキシル錠を調剤し、そのまま投薬。業務終了時の棚卸時にセフジレンピボキシル錠100mg「サワイ」の在庫数が合わず、セフカベンピボキシル錠100mgが投薬されていることに気づいた。	セフジレンピボキシル錠とセフカベンピボキシル錠が棚に並んで配置されており、来局時間が昼で人員も少なかったことから、確認の意識が薄れていた	人員が少ない状況でもダブルチェックを行い、似た名前の薬は並べずに配置し、注意のラベルやわかるように付箋やマーカーを引く等、徹底し再発防止に努める	セフジレンピボキシル錠100mg「サワイ」	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「日医工」	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
972	「一般名」酸化マグネシウム錠330mgが処方された患者様に調剤時にカロナル錠200mgをピッキングし、鑑査時に薬が違うことに気づく。	カロナル錠200mgと酸化マグネシウム錠330mgの外観が少し似ている。カセットの引き出しが近かった。	カセットの引き出しの場所を変える。	酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」	カロナル錠200	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
973	ニセルゴリンを含む薬が一包化指示にて処方された。調剤後の監査でニセルゴリンではなくニコランジルが調剤されていた事を見逃し投薬にいたる。その後の調剤内容の再チェックにて薬品を取り違えている事が発覚。すぐに患者に連絡した為まだ服用しておらず、正しい内容で調剤し直し交換した。	調剤や投薬が立て込んで慌ててしまい、十分に確認したつもりになっていた。 ○単純なミス○焦り	類似薬がある事を示すシールを調剤棚に貼った。	ニコランジル錠5mg「日医工」	ニセルゴリン錠5mg「日医工」	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
974	テクスメテン軟膏と亜鉛華単軟膏の混合だったがテクスメテン軟膏と亜鉛華軟膏の混合で調剤、計量記録の用紙の確認で間違いを発見、亜鉛華単軟膏で再度混合調剤し直した	亜鉛華単軟膏と亜鉛華軟膏の見間違い	間違えやすい薬品名、似た薬品名、頭3文字が同じ薬品名などの確認の徹底をすること	亜鉛華(10%)単軟膏「ホエイ」	亜鉛華軟膏「ホエイ」	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
975	FAXによる事前調剤。投薬直前の最終監査で投薬に当たった薬剤師が発見。誤投薬には至らなかった。	名称の類似	配合剤は名称が類似するので名称末尾までよく確認する	タブコム配合点眼液	タブロス点眼液0.0015%	確認を怠った	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
976	ワソランが処方されていたが、ワーファリン(0.5)をで調剤。監査時に発覚し、正しく訂正。	ワソランとワーファリン(0.5)の箱の包装が似ているにも関わらず、保管場所が近くであった。	保管場所の変更	ワソラン錠40mg	ワーファリン錠0.5mg	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
977	名称、規格が類似している医薬品の取り間違い。監査時の、監査システムによりエラーが発覚し、訂正。	○単純なミス○焦り保管場所が近くであった。	保管場所の変更。採用メーカーを変える。	ドキサソシン錠2mg「トローワ」	トリクロルメチアジド錠2mg「トローワ」	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
978	先発希望の患者に後発品が調剤されてしまった。	処方箋調剤時、調剤シートならびに診察券を用いて調剤注意点を示しているが、医薬品名称類似のため、先発品と後発品を拾い間違えた。監査者も注意力散漫により同様に間違えた。	医薬品類似名称の先発品と後発品の代表例について例示し、単純なミスが起こらないよう注意する。定期的に類似名商品の確認・読み合わせを行う。	イルベタン錠100mg	イルベサルタン錠100mg「KN」	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
979	イルトラ配合錠LDのところをイルアミクス配合錠LDで調剤。監査時、調剤ミスに気付かずそのまま投薬してしまった。	名称・成分が似ており、勘違いした。	調剤時に気付けるように薬棚に注意喚起のポップをつける。薬品名にチェックをつけながら監査を行う。	イルトラ配合錠LD	イルアミクス配合錠LD「サンド」	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
980	クラリスロマイシン錠200mg、レスブレン錠20mg、トラネキサム酸錠250mg、カロナール錠300mg(屯用)処方。クラリスロマイシン錠200mgをカルボシステイン250mgで調整した。鑑査者が気が付き交付には至らなかった。	風邪処方が出やすいカルボシステインを調整した。シートの色が似ていたのも調整ミスにつながった可能性がある。規格は下の行に記載されていたトラネキサム酸250mgの規格を見て調製を行った。	調製時、調剤鑑査システム(ポリムス)に読み込ませる段階で再確認を行うことで、再確認忘れを防止する。	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「トローワ」	確認を怠った	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
981	処方箋には一般名でセファペンピボキシル塩酸塩細粒10% 1gと記載されていた。前回来局時セフトレンピボキシル細粒10% 1gが処方されており、他の作業をしながら入力していた為、薬が変更になっている事に気が付かず、そのまま入力確定してしまった。監査時にミス指摘され、入力訂正して、すぐに正しい帳票を出しなおした。	そんなに忙し時間帯でもなく、落ち着いていた。入力前に、別の事をしており、いったん中断して処方箋入力を始めたが、中断したことが気になり、処方入力に集中ができなかった。一般名が良く似ており、間違いやすいのに、グラムが同じだったこともあり前回Doの機能で入力。確認をせずに確定をしてしまった。	処方箋の入力をするときは、しっかり集中する。落ち着いてよく見て入力し、入力後確定前にしっかり確認する事。	セファペンピボキシル塩酸塩細粒10%「サワイ」	セフトレンピボキシル小児用細粒10%「サワイ」	確認を怠った			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
982	12歳の患者様で、全て錠剤で処方だった。一般名でザルトプロフェン錠80mg3錠 1日3回毎食後5日分と処方箋には書かれていた。それをイブプロフェン錠100mg3錠1日3回5日分と勘違いして、イブプロフェン錠100mgを15錠集薬。監査時にミスが発覚して、調剤し直した。	忙しい時間帯ではなかったが、直前に9歳の患者様に似たような処方が出ており、イブプロフェンと思い込んで集薬した。集薬後確認をせずに、そのまま監査に回した。	思い込みで調剤せず、処方箋をしっかり見る。	ザルトプロフェン錠80mg「日医工」	イブプロフェン錠100mg「タイヨー」	確認を怠った			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
983	クラリチン錠10mg処方のところをクラリス錠200mgで調剤した	クラリチン錠は単独処方であることが多かったが、今回はムコダイン錠など、クラリス錠と一緒にすることの多い薬剤と同一処方になっていたため思い込みで出してしまったと考えられる○処方せんの見間違い○単純なミス○焦り○注意力散漫	似た名前の薬剤があることを認識し、薬剤名は最後まできちんと確認をする	クラリチン錠10mg	クラリス錠200	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
984	ベキロンクリーム0.5%処方のところ、誤って同じ引き出しの場所のベギンクリーム20%を調剤し、一人で確認をしないまま、代理でとりにきた方に渡した。後から当事者が気がつき、患者さん宅に連絡を入れて確認後発覚した。	同じハ行の棚に並んでいて、頭ではベキロンをとったつもりであったが、ベギンクリームをとってしまった。ふだんあまり調剤していない薬であったため、慎重さをかいた行動であった。ふだん調剤しない薬を調剤する場合には、特に慎重に監査を行い、調剤前の患者さんの聞き取りなどを十分に行うなど余裕をもって調剤するようにしたいと考える	外用剤では、規格や数量、似たような名称の医薬品が多く、ふだんあいた時間などに薬の期限や在庫などのチェックを行うことで、余裕を持った調剤ができるようになる。	ベキロンクリーム0.5%	ベギン軟膏20	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった	施設・設備	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
985	一般名でラベプラゾール錠10mgが処方されていたが、ランソプラゾールOD錠15mgが誤って調剤された。監査時に気づき調剤し直した。	同薬効の薬剤で、一般名が類似していたこともあり思い込みで調剤を誤った。監査時に気づき、調剤を直して投薬した。	一般名の最初の文字だけでなく、最後まで確認し調剤する。ピッキング後、再度処方せんと照らし合わせて取り違えないか確認する。	ラベプラゾールナトリウム錠10mg「ケミファ」	ランソプラゾールOD錠15mg「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
986	トルソプト点眼液1%が処方されたが、コソプト配合点眼液を調剤した。ダブルチェックを行っていたが間違いに気づかずお渡しした。患者さまも数回違う薬だと気づかず使用したが、少し見えにくい感じが間違いに気づいた。	緑内障の点眼薬で似たような名前（トルソプト-コソプト）であったため、鑑査でもとめることが出来なかった	商品名を最後まで確認すれば防げたと思われる規格・配合などを複数人で確認する	トルソプト点眼液1%	コソプト配合点眼液	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
987	一般名処方でニセルゴリン錠5mgが処方されていて他にも多数処方があり門前CLではなかったため同じ引き出しのあったニコランジル錠5?を投薬してしまいました。見た目もPTP同じ色でしたので見間違っていました。患者様にはすぐに連絡をして交換させていただいたので服用前に誤飲を防ぐことが出来ました。	一般名処方だったことと忙しくて1字ずつの確認を怠ってしまい色で判断してしまった事(メーカも同じジェネリックだったこともありヒヤリハットでした。今後は置く場所を変えて似ている名前PTPの印字に関しては注意などのはり紙を貼り付けるなどします。		ニセルゴリン錠5mg	ニコランジル錠5mg	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
988	アスバラCA錠200が処方されているところ、アスバラカルウム錠300mgを調剤してお渡し。	名称類似薬の監査が不十分だった。思い込みによる調剤。	監査の徹底。名称類似薬は特に注意して監査をするよう徹底し、思い込みをしないようにする。	アスバラ?CA錠200	アスバラカルウム錠300mg	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
989	名前が似ていたので、確認を怠り、セフカペンピボキシル錠をセフジトレンピボキシル錠と間違えて調剤した。	薬品名で似ているものがあることを知らなかった。	似ている薬があることを知ったので、調剤するときは薬品名を声に出したり、薬情を確認する。	セフカペ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「サワイ」	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
990	ツムラ99小建中湯1日5g 30日分処方されていた。薬剤師Bが調剤し、一束30包と勘違いし、二束42包調剤した。投薬する薬剤師A(自分)が42包しかない事を確認、薬剤Cに「足りない」旨を伝達。不足の18包を調剤してもらい投薬。1日の使用薬品を確認中に誤りの気付く。不足分で調剤もらった18包が誤った薬(ツムラ19小青竜湯)だった。	忙しい時間帯に監査・確認業務を怠った。注意力散漫でヒートのデザー東のみで判断してしまった。一度目の調剤を担当した薬剤師と不足分を調剤した薬剤師が異なる事も間違えの要因かと考える。また外観の類似していることを、知識としては知っていながらも注意喚起の対策をとっていなかった。	外観が類似していることへの「アラート表記」を薬品に付した。また、調剤された医薬品に誤りがあった場合は、当該調剤を担当した薬剤師が再調剤する事とする。	ツムラ小建中湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った連携ができていなかった	勤務状況が繁忙だった	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
991	【正】カルフィーナ錠0.25(既処方分と合わせて2錠/分1で内服)【誤】カルベジロール錠2.5mg(既処方分と合わせて2錠/分1で内服)	入力時、初期監査、最終監査、すべて思い込みによる見落とし	処方箋の内容を今一度イメージした上で、調剤録や薬剤を見るようにする。薬剤師のイメージで処方箋を見ないようにする。他の作業に気を取られないように集中する。薬剤師の名称、規格がよく似たものが多いので、細かく分割して確認するように意識する。処方医が間違はずはない、他の人の目を通っているから大丈夫と言った思い込みを、それぞれが持たないようにする。	カルフィーナ錠0.25μg	カルベジロール錠2.5mg「トーフ」	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
992	(般)ピソプロロールフマル酸塩錠5mgの一般名処方をセリプロロール100mgで調剤	ピソプロロールフマル酸塩錠とセリプロロールと薬品名が似ていることによる過誤	ピソプロロールフマル酸塩錠5mgとセリプロロール100mg、mg数の違いに気づけば過誤をなくせた。	ピソプロロールフマル酸塩錠5mg「日医工」	セリプロロール塩酸塩錠100mg「CH」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
993	ペボタスチンベシル酸塩錠5mgの処方箋を、ベタヒスチンメシル酸塩錠で調剤したが、監査で間違いに気づき処方通りの投薬を行った。	一般名処方箋が類似しており、急いで調剤したため、ミドリ数の確認を怠り、ピッキングミスとなった。	ミドリ数の確認を確実に実行すれば、間違いによるピッキングミスを防ぐことができる。一般名類似のお薬に関しては、処方箋の見間違いなくピッキングできるよう、薬局内で意識確認を行った。	ベタヒスチンメシル酸塩錠	ペボタスチンベシル5mg	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
994	「一般名」ヘパリン類似物質クリーム0.3%50gの処方箋でしたが、ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」50gを患者さんに投薬してしまった。	「一般名」ヘパリンとクリームだけを安易に読み取って、その後発品医薬品と思われる薬剤を思い込んで調剤・投薬してしまいました。紛らわしい薬であることの認識・注意がかけていました。	当該医薬品の箱の上方に、先発医薬品名や一般名を記載しておくことで、一般名処方箋は始めだけでなく最後まで丁寧に読み取って、落ち着いて調剤に臨むことが大事だと思います	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	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
995	薬剤師Aが調剤し薬剤師Bが投薬した5日後に薬剤師Cがニセルゴリン錠(5)「NP」の箱にニコランジル錠(5)「トーフ」が10錠入っているのを発見し調剤ミスを発見した。該当する患者にコンタクトを取ったところ、ニコランジル錠(5)「トーフ」を20錠お渡しするところ、ニコランジル錠(5)「トーフ」10錠、ニセルゴリン錠(5)「NP」10錠でお渡ししていたことが判明。患者は薬を服用する前だったので当日交換対応を行った。	名称が似ている薬剤が同じ引出しの隣同士に陳列されていた事で調剤を誤った。監査、投薬時に錠剤の確認を怠った。	名称が似ている間違いやすい薬剤を離して陳列した。今回のケースをスタッフに周知し、調剤、監査、投薬を改めて注意する様に促した。	ニコランジル錠5mg「トーフ」	ニセルゴリン錠5mg「NP」	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
996	アムロジピン2.5mgが処方になった患者様の監査時、グリメピリドの1mgがピッキングされていることに気がついた	アムロジピン2.5mgのジェネリック薬品と、グリメピリド1mgのジェネリック薬品は共に錠剤の色、ヒートの色が同じなため、ピッキングミスが生じた双方の薬品の配置位置が隣接していた	類似薬品について、薬棚の配置を変更再発防止のため、事例を局内で情報共有	アムロジピンOD錠2.5mg「日医工」	グリメピリドOD錠1mg「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
997	便秘に悩み受診した患者。今回リアルダ錠1200mg 2錠/日での処方が追加になっていた。聞き取りによると大腸炎ではないとのことであったので、類似名称薬品のリンゼスとの処方誤りの可能性もあると判断し疑義照会を実施。リアルダ削除になり、リンゼス錠0.25mg 2錠 朝食後服用に切り替えになった。	丁寧な聞き取りにより、患者訴えの症状と薬剤の乖離に気づくことができたことがこの事例につながった。	症状と処方薬剤の適応があっているか確認していく。	リンゼス錠0.25mg	リアルダ錠1200mg	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
998	ツムラ半夏厚朴湯7.5g毎食前56日分を一部ツムラ茯苓飲合半夏厚朴湯7.5gが14日分混在した。	ツムラ茯苓飲合半夏厚朴湯が入荷時にツムラ半夏厚朴湯の棚に誤って置かれた。これは番号が116番と16番と似ている事と半夏厚朴湯という名前が共通していたため取り揃え時に混在した。監査時に発覚し患者には渡らなかつた。	漢方薬の名称の類似と番号の似ている今回の該当製品の棚に注意喚起をうながすシールを貼付する入荷した製品を棚に並べるのは非薬剤師も係るのでヒヤリハット事例の共通認識を共有する。	ツムラ半夏厚朴湯	ツムラ茯苓飲合半夏厚朴湯	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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
999	患者が処方箋を持って来局した。「ランソプラゾールOD錠15mg、1錠/分1朝食後、45日分」と記載されていました。薬剤師永松茂は調剤する際、緊用時間の為、無意識の間に「ラベプラゾールナトリウム錠10mg」調剤し、患者に渡す。1週間後、本人が来局し、薬剤を持参し、薬を間違えて投薬したことを指摘された。この段階で間違いの気付き、患者に正しい薬を交付しました。	ランソプラゾール錠とラベプラゾール錠は名称も似ていた為、間違えました。その時間は投薬待ちの患者で混雑していたので、確認作業を怠り、投薬してしまいました。	通常の時間帯は薬剤師3名で業務を行うが、昼休み時間帯は薬剤師1名になり、体制を見直して2名にし、調剤業務を行うことにしました。	ランソプラゾールOD錠15mg	ラベプラゾール錠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
1000	[般]ドキサゾシンメシル酸塩錠4mgの処方 調剤すべき薬品 カルデナリン4mg 1錠 分1朝 28日のところ カンデサルタン4mg(あすか) 1錠 分1朝 28日 で調剤して4日間患者さんが服用 その後問い合わせで判明	薬品名の類似	薬品監査システムを導入	カルデナリン錠4mg	カンデサルタン錠4mg「あすか」	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	医薬品	ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1001	一般名処方で、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%と記載されていたが、誤ってクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%のキンダベート軟膏をピッキング。監査時に間違いに気付き交換。	デルモベート軟膏の一般名がクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%で、キンダベート軟膏の一般名がクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%と、名前も規格も似ていた為ピッキングミスをしてしまった。 ○処方せんの見間違い	今後は名前と規格だけではなく、使用部位とステロイドの強度がおかしくないかを確認し交付することを徹底。	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	知識が不足していた 技術・手技が未熟だった	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1002	双方の薬を輪ゴムで束ねず持ってきたため、束ねる際に薬の判別が困難だった。	錠剤のシートが似ている為	必ず、薬は束ねた状態で監査の所へ持って行く。	エナラプリルM錠5「EMEC」	トリクロルメチアジド錠2mg「NP」	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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1003	2018年6月26日(火)16時頃に、内科を受診した患者(71歳男性)が処方せんを持って来局した。処方せんには「オングリザ錠5mg・グリメピリド錠1mg、1錠/分1朝食後、35日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からオングリザ錠5mgを調剤するところ、薬棚の同じ引き出し(仕切りで分けられている)のオロパタジン錠5mg「YD」を誤って取り違えて調剤した。その時間、薬剤師は一人だけだったので、そのまま監査し、間違いに気づかずに患者の手に渡ってしまった。後日、患者は7月1日に別の病院の口腔外科へ、歯肉の切開手術のため入院。翌日7月2日に同病院薬剤師が患者の持参薬を確認したところ、お薬手帳の情報と実際の医薬品が違ふことが判明し、当薬局へ電話にて連絡があった。ここで初めて当薬局にて薬剤の取り換えがあったことが判明した。幸い、患者は以前の残薬を先に服用していて、誤って処方された薬は服用していなかったため、健康被害などは出なかった。すぐに当薬局から正しい処方薬を持参し、同病院へ届けた。	薬棚の引き出しは1つにつき1種類もしくは2種類の箱を開けた医薬品のPTPシートを収納している。順番は50音順のため、オロパタジン錠5mg「YD」とオングリザ錠5mgは同じ引き出しに収納されていた。シートの色も青く少し似ていたため、取り違えたと思われる。当時は患者も複数待っていて、調剤を急いでいたため、確認をしたつもりが不十分であったと考えられる。「発生要因」で【当事者の行動に関わる要因】のうち、「確認を怠った」を選択し、かつ以下の項目に該当する内容がある場合は、背景・要因のテキストの文中または文章の後に項目をコピーし、貼り付けてください。 ○作業手順の不履行○作業手順書に記載なし○手書き処方せん○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	引き出しの位置を変更し、同じ引き出しに似た色のシートの薬剤を置かないようにした。1人のときに限らず声だし確認を徹底し、投薬前にも薬を最終確認するよう徹底。	オングリザ錠5mg	オロパタジン塩酸塩錠5mg「YD」	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
1004	本来プラノバル配合錠を調剤すべきところ、プロバジール錠で用意してきた。監査にて発見し、正しい薬と交換した。	名称が似ていたこと、同じ「ホルモン剤」というカテゴリーにあるもので、思い込みにより調剤。経験が浅いことも影響している。	自己監査にて、名称・規格の確認を徹底させる。	プラノバル配合錠	プロバジール錠50mg	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
1005	似た名称の取り間違え。	花粉症の時期で、似た名前のため取り違えた。	名前を正面からだけで見ない。	レボフロキサシン点眼液1.5%「TOA」	レボカバステチン塩酸塩点眼液0.025%「TOA」	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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1006	患者さんが処方箋を持って来局をした。処方箋にはジクロフェナクNaゲル1%「ラクール」が処方されていたが薬剤師AはジクロフェナクNaクリーム1%「日本臓器」を調剤したのに気づかず監査に回した。監査をした薬剤師BはジクロフェナクNaゲル1%「ラクール」ではなくジクロフェナクNaクリーム1%「日本臓器」が処方されているのに気づき調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師AはジクロフェナクNaゲル1%「ラクール」を正しく調剤し再度薬剤師Bに監査してもらった。監査の段階で気づいたので患者さんには正しい薬を交付した。	ジクロフェナクNaゲル1%「ラクール」とジクロフェナクNaクリーム1%「日本臓器」は横に置いていたのと名称も似ていたため間違えた。また患者さんが来局した時間は店内が混んでいて焦りがあった。	ジクロフェナクNaゲル1%「ラクール」とジクロフェナクNaクリーム1%「日本臓器」は離した。業務手順を見直し調剤した際に監査に回す前に再確認することを徹底することにした。	ジクロフェナクNaゲル1%「ラクール」	ジクロフェナクNaクリーム1%「日本臓器」	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
1007	薬剤師Aがベポタスチンとベタヒスチンを取り違えて調剤。事務員Bが気づいて指摘し、薬剤師Aが再調剤、監査、投薬。	開局時間から間もなく患者が急に増えた為、焦りがあり、注意力散漫になってしまった点と、医薬品名が類似していた為、単純なミスをしてしまった点が要因として考えられる。	今後は更に慎重に調剤し、類似名医薬品の棚の配置を変える必要がある。	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」	確認を怠った判断を誤った	勤務状況が繁忙だった通常とは異なる心理的条件下にあった	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
1008	薬剤を撮り間違えていた。	類似薬効、同規格であったため起きた取り違えである。	類似品目が存在するものを把握し、注意する。	カルフィーナ錠1.0μg	アルファカルシドールカプセル1μg「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
1009	一般名である「バイアスピリン腸溶錠」処方ところを、パファリン配合錠A81を入力、調剤していた。	レセコン入力時に似た名前の薬剤を入力し、それを後発品に変換していた。処方せんの見間違い	処方されている一般名が間違いなく入力されているか確認し、レセコンに頼らず、よく考えて監査すること。	バイアスピリン錠100mg	パファリン配合錠A81	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
1010	ノイロピタン錠処方ところ、薬品名がよく似ているノイロロビン錠を調剤してしまい、監査もとおって患者さんの手にわたってしまった。間違いが発覚したのが3日後で7錠服用されていた。患者さんは妊娠9ヶ月の妊婦さんだった。	調剤録をしっかりと確認していなかった。	ノイロロビンの棚に注意喚起のメモをはりつける。電子薬歴にポップアップが出るようにする。	ノイロピタン配合錠	ノイロロビン錠4単位	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
1011	プロレナール錠5と先発品名での処方であったが、プロサイリン錠20と思い違いをしてしまったため、ジェネリックへ変更して調剤をした際、渡す薬はリマプロストアルファデクス錠5であるはずが、ベラプロストNa錠20を取り換え、患者本人と薬を確認しながら薬袋に入れる時に間違いに気付いた。	先発品名もジェネリック名も似ているところがあり、薬効も同系の為、注意して調剤しなければいけなかったが、確認が不足していたと思われる。	薬歴の表紙に注意をするよう記載し、次回からは声掛けもしていくこととした。	プロレナール錠5μg	ベラプロストNa錠20μg「ファイザー」	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1012	ミコンビ配合錠APを処方されている患者さんへ、ミカムロ配合錠APを投薬してしまった。監査は行って投薬していたが、監査をした薬剤師もスルーしてしまい投薬となった。後日ご家族の方がいつもの薬と違います。又薬情と照らし合わせても違います。と薬を薬局へ持参されました。幸い服用前に気づきそのまま持ってこられました。	処方箋と薬剤をきちんと見ていない事が原因です。名前が似ておりそのままミコンビと思い込み投薬した、あつてはならないイージーミスと思えます。又監査をする薬剤師はもっと責任をもって対応すべきです。また投薬時薬情と合わせても気づかない等緊張感が足りなかったと思えます。	投薬する人、監査をする人それぞれが責任感を持って対応する事。	ミコンビ配合錠AP	ミカムロ配合錠AP	連携ができていなかった	技術・手技が未熟だった	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
1013	一般名処方にて、トスフロキサシ小児用細粒+ミヤBM細粒(混合)とカルボシステインDS+フスタゾール散+ペリアクチン散(混合)がいずれも分2朝夕食後服用で処方されており、先発希望だったためオゼックス細粒+ミヤBM細粒とムコダインDS+フスタゾール+ペリアクチンとでそれぞれ調剤をした。この際、誤ってオゼックス+ミヤBMとムコダイン+フスタゾール+ペリアクチンそれぞれを互いに逆の薬袋に入れてしまった。その後、ムコダインのみジェネリック希望であることが判明したため、改めてカルボシステインDS+フスタゾール散+ペリアクチン散の調剤をし直し、ムコダイン+フスタゾール+ペリアクチンの薬袋は廃棄用として下げたが、実際にはこの中にはオゼックス細粒+ミヤBM細粒が入っていた。	オゼックス(混合)とムコダイン(混合)がいずれも同じ用法で、薬袋も似ていたため、薬を薬袋に入れる際の確認が不十分だった。また、投薬時に患者様と一緒に薬の確認をすることなく、薬袋に入れたまま投薬しようとしたため、間違いに気付かなかった。薬の変更後に、廃棄用として下げた薬が間違いなのか、薬袋から出して確認していなかった。	散剤の分包紙に薬品名の記載があるため、その名称と薬袋の薬品名が合っているか監査時にしっかり確認する。薬袋に入れたまま投薬せず、必ず患者様に薬を見せて一緒に確認していただいてから薬袋に入れる。薬の変更があったときは、変更後の薬だけでなく変更前の薬も間違いのないかを薬剤師二人以上で一緒に確認する。廃棄用で下げた薬は直ちに中身を確認して廃棄する。	オゼックス細粒小児用15% ミヤBM細粒	ムコダインDS50% フスタゾール散10% ペリアクチン散1%	確認を怠った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		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
1014	本来アバプロを投薬する患者様に、アムパロを投薬し患者様からの連絡で間違いに気付き差し替えた。	名前が似ているという事、アムパロの処方が多くアバプロの処方が少ないという二つの理由により、アバプロをアムパロと取り違えてしまった。○単純なミス	薬剤師による監査体制を強化し投薬の際、患者様に目で見えて薬剤を確認して頂くシステムを確立した。	アバプロ錠100mg	アムパロ配合錠「テバ」	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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1015	オルメサルタンOD(10)1T朝食後30日分の処方、事務員の休憩時間中、1人の薬剤師が入力と調剤を行った。調剤した薬剤師が、オルメサルタンOD(10)30錠とところ、オルメサルタンOD(10)10錠とロスバスタチンOD(2.5)20錠で調剤してしまった。監査薬剤師も気づかずにそのまま患者に渡してしまい、後日、患者より、20錠が違うのが入っていると来局。よくお詫びして、オルメサルタンOD(10)20錠と間違ってお渡しした、ロスバスタチンOD(2.5)を交換した。ロスバスタチンは服用していないことは確認した。	オルメサルタンOD(10)とロスバスタチンOD(2.5)が混ざって調剤されていたことを、色やヒートの大きさが同じく、監査薬剤師が築かなかった。	薬剤師を棚に戻すとき、よく確認して、戻すこと、監査時、すべての薬の表裏をよく見て、確認して渡すようにする。棚の近くに似たヒートの錠剤などを調剤するときは、再度、よく確認して調剤する。	オルメサルタンOD錠10mg「トーワ」	ロスバスタチンOD錠2.5mg「日医工」	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
1016	アトラント軟膏10gを取るところ、間違えてアクアチム軟膏を取ってしまった。監査時に気づき、アトラント軟膏に訂正。	ピッキング時、似た名前の医薬品に特に注意する。	監査時、似た名前の医薬品に特に注意する。	アトラント軟膏1%	アクアチム軟膏1%	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
1017	一般名で「テルミサルタン80mgヒドロクロロチアジド配合錠」の処方。テルチア配合錠BP調剤のところ誤ってテラムロBP錠を調剤。監査システムにて機械監査したところ、エラーがでたことにより発覚。薬剤交付前に気づいた。	似ている配合内容の配合剤が複数在庫している。今回は単純な調剤ミス。薬局の混雑時だった。	一般名処方が多いので、特に名前が似ている薬剤は配合剤の調剤を行う場合、薬剤の成分記載を毎回確認することが必要。また、薬局の混雑時でも集中力を欠かないように注意する。	テルチア配合錠BP「日医工」	テラムロ配合錠BP「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1018	神経内科より継続処方、内服は一包化を行い代理男性(息子様)が受け取りに来局される。それまでスタレボ(一般名:レボドパ、カルビドパ及びエンタカボン配合製剤)で処方されていたが当該処方よりメネシット(一般名:レボドパ・カルビドパ配合製剤)へ変更されていた。薬剤師は気づかずスタレボで調剤し薬剤交付、レセコン入力もスタレボのままであった。代理男性へ交付の際その他の変更点があることはお互い確認していたがスタレボ→メネシットの内容については特に言及せず。その後、2か月間スタレボのまま継続服用(その間にその他処方薬の削除あり)。2か月経過後の来局の際にスタレボ→メネシットに処方が変わっていることに気づき処方箋を確認しなおしたところ過誤が発覚した。処方医に過誤を起こし服用期間が2か月間にわたっていることもお伝えした。代理男性からは病状の大きな変化はなかったことを確認したが医師の治療の大きな妨げとなってしまった。	土曜日の営業のため薬剤師1人に対応しており忙しく、その他処方内容の変更への対応などを行っていたこともあり一般名処方の変化に気づくことが出来なかった。一般名がレボドパ・カルビドパ及びエンタカボン配合製剤とレボドパ・カルビドパ配合製剤であり類似かつ長い名称であったことも影響していると考えている。○処方せんの見間違い	処方内容の確実な確認を行うことを徹底する類似する名称である場合(特に一般名処方)特に注意を行う	メネシット配合錠100	スタレボ配合錠L100	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
1019	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12% 2g、ケトコナゾールクリーム2% 3g混合/1日1~2回 耳」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からリンデロンV軟膏を調剤するところ、アンテベート軟膏をとり、ニゾラールクリーム2%と混合し、間違いに気付かず鑑査にまわした。鑑査にあたった薬剤師Bが処方薬のリンデロンV軟膏でなく、アンテベート軟膏が調剤されていることに気づき、調剤した薬剤師Aに伝えた。薬剤師AはリンデロンV軟膏で、再度、混合しなおし、再度、薬剤師Bに鑑査してもらった。鑑査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	リンデロンV軟膏の成分名がベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%でアンテベート軟膏の成分名がベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏0.05%で名称が似ていたため、間違えた。また、患者が来局した時間は店内が混んでいたため焦りがあった。○単純なミス○焦り	業務手順を見直し、調剤者がピックアップした後に、鑑査に回す前に薬の再確認を徹底することにした。調剤室に名称類似医薬品の表を貼り、間違え防止のための注意喚起をした。	リンデロンV軟膏0.12%	アンテベート軟膏0.05%	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1020	セフカペンピボキシル錠を調剤するべき処方箋に対し、セフジトレンピボキシル錠を調剤	似た名前に対し、最初の文字だけを確かめ調剤を行った	調剤を行う場合は声に出して調剤をするように心がけるよう指導	セフカペンピボキシル塩酸錠100mg「サワイ」	セフジトレンピボキシル錠100mg「OK」	確認を怠った	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「薬剤取り違い」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1021	ツムラ大黃甘草湯を交付するところ誤ってツムラ抑肝散を交付。	煩雑な時間帯、類似医薬品棚の近さ、包装外観の類似などにより調剤薬剤師・鑑査薬剤師共にチェックできなかった。○作業手順の不履行○処方医薬品の多さ○単純なミス○焦り○注意力散漫	漢方棚の見直し(五十音順に並び替え、取り間違いを防止)可能な限り3人の薬剤師がチェックする(トリプルチェック)	ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒(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
1022	アロプリノールを調剤するところを、誤ってウルソデオキシコールを調剤してしまった。	外観が似ているため、普段から混同してしまっただと思っていた。なぜアロプリノールでウルソデオキシコールを触ってしまったのか分からないが、先に目に入った、なんとなく手に取ってしまったのではないかと。監査役が単に薬を見るという行為になっており、チェックの機能を果たしていなかった。○処方せんの見間違い ○単純なミス ○注意力散漫	アロプリノールとウルソデオキシコールの棚の位置を離す。薬をピックアップする前とした後の2回、処方せんを見て薬に間違いがないか確認する。監査も処方箋、薬、処方せんと交互に見比べる。指をさして確認する	アロプリノール錠100mg「サワイ」	ウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	医薬品施設・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
1023	ツムラ麦門冬湯が処方されていたがツムラ小青竜湯を調剤してしまった。監査時に気付く、調剤し直しとなった。	・包装の色、番号が酷似していた。・調剤棚が近い場所にあった。	・調剤棚を離す。・束になっていて監査時に見落とす恐れがあるため、帯の白線の本数もしっかり確認する。・監査システムアテルノでは表面の1個しかバーコードを通さないで、目視監査を怠らない。	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)	確認を怠った		医薬品施設・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
1024	イクセロンパッチ13.5mg28枚処方のところをイクセロンパッチ13.5mg14枚とリバスタッチパッチ13.5mg14枚で混在して調剤ピックアップをした。	イクセロンパッチ13.5mgとリバスタッチパッチ13.5mgの見た目が類似していたことが要因。調剤引き出し内での仕切りがしっかりとされておらず、同じ場所に置いてあったことが背景。○焦り○注意力散漫	引き出し内にL字板の仕切りをいれ、位置をずらして、離す。見た目が似ていることを意識して、1箱毎、1シート毎に確認を行う。	イクセロンパッチ13.5mg	リバスタッチパッチ13.5mg	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
1025	処方箋にはニコランジル錠5mg「日医工」と記載されていたが誤ってニセルゴリン錠5mg「日医工」で調剤してしまう。鑑査した別の薬剤師により取り間違いであることが発覚。正しく調剤をし再度二人で確認を行ったのち投薬をした。	似ている名前・同じメーカーだったが、棚に並んで管理していた事が取り間違いの起こった原因だと考えられる。	別々の場所へ移動しメーカーを変更。棚の名前の部分に付箋を貼り調剤時に再度確認するような体制を整えた。	ニコランジル錠5mg「日医工」	ニセルゴリン錠5mg「日医工」	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
1026	一般名:ヘパリン類似物質油性クリーム「ヒルドイドソフト軟膏の後発」と書かれた処方箋調剤を、ヘパリン類似物質クリームである「ピーソフテッククリーム」を認識不足により調剤してしまった。	汎用される一般名として「ヘパリン類似物質油性クリーム」「ヘパリン類似物質クリーム」は、類似名称があるという観点が必要で、担当した薬剤師は知識不足であった。	担当した薬剤師への教育と、名称間違いのやすい一覧リストを作成し、いつも監査する場所付近に貼り出した。	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	ピーソフテッククリーム0.3%	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
1027	先発品を出すべきところ後発品で調剤してしまった。	該当薬のみ先発希望で、あとは後発品で調剤する患者さんだった。シートの作りも似ているため見落とってしまった。	薬歴等十分に注意して調剤、投薬にあたるよう心掛ける。	ベザトールSR錠200mg	ベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」	確認を怠った	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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1028	カムシアHDの処方をカデチアHDと取り換え。	カムシアとカデチアの処方せんの見間違い。	薬品棚に名称類似薬品の注意喚起する札を設置。処方箋と薬剤の照らし合わせを徹底。	カムシア配合錠HD「サンバ」	カデチア配合錠HD「テバ」	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
1029	2019年2月23日にいつも当薬局を利用される患者が来局。「【一般名】ラベプラゾールNa錠10mg」を含む処方だった。調剤時に「ラベプラゾールNa10mg「ケミファ」」を取るべきところ、「ランソプラゾールOD錠15mg「トローワ」」を取ってしまい、監査でも気づかずそのままお渡ししてしまった。3月4日に患者が薬を持って来局。今日から2月23日に処方された分を服用始めようとしたら違う薬が入っているとのことだった。謝罪し、正しい薬に交換した。	先発品はそうでもなかったが、一般名に変わってから名称が似通っており、勘違いしてしまった。また患者が来局した時間帯は込み合っており、焦りもあった。	監査をしっかりと行うようにする。	ラベプラゾールナトリウム錠10mg「ケミファ」	ランソプラゾールOD錠15mg「トローワ」	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
1030	一般名が似ていると思ったようだ2人で確認をしなかった	確認を怠った	必ず2人で確認する	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「テバ」	ベボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1031	ファモチジン錠20mgが処方されていたが、誤ってバルサルタン40mgが調剤されていた。監査の薬剤師が発見した。	ファモチジン20mg「テバ」とバルサルタン40mg「トローワ」が当薬局では隣の棚に配置されており、かつヒートの色味が似ていることから調剤者が取り間違えてしまったと思われる。○注意力散漫	ヒートの色や形だけで判断せず、薬剤名を確認してから調剤する。	ファモチジン錠20mg「テバ」	バルサルタン錠40mg「トローワ」	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
1032	酸化Mg(330)126錠のうち100錠は100錠包装のまま、26錠を輪ゴムで止めてあり、そのうち20錠がアロプリノー(100)だった。シートが似通っていた為アロプリノー(100)を酸化マグネシウム(330)の棚に戻し調剤した薬剤師は気がつかず、投薬した薬剤師も気がつかなかった。	シートの戻しの確認を怠った	棚に薬を戻すときは1人で戻すのではなく2人で確認しあって戻すよう。薬を採用するさいは、シートなど似通ったものがないようにする	酸化マグネシウム330mg	アロプリノー錠	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
1033	エチゾラム錠0.5mg「EMEC」の在庫が多いので調べると60T在庫が多かった。この量で出ている患者が1人なので、家族に事情を話したところ、家で確認してくれることになった。その結果、エチゾラム錠の代わりにドンペリドン錠10mg「EMEC」を間違えて調剤していた。残薬を持参してくれたので調剤しなおして返却した。3/6に間違っており、最近眠れなくなっていたそう。エチゾラムに戻ってから眠れるようになったそう。	ジェネリック希望の患者でデパス錠0.5mgをエチゾラム錠0.5mg「EMEC」に変更し、一包化だった。エチゾラムは手巻きなのでピッキングの際に間違えて、そのあとの監査でも見逃されていた。ドンペリドン錠10mg「EMEC」とエチゾラム錠0.5mg「EMEC」は大きさが同じで記号は数字が違うだけだった。名前が異なり、棚の場所もかなり離れているのだが、見た目が似ているので間違っただけだと思われる。	エチゾラム錠0.5mgの入出庫を毎回棚表に記載することにした。	デパス錠0.5mg	ドンペリドン錠10mg「EMEC」	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1034	患者が処方箋を持ってきた。通勤途中に立ち寄った。処方箋には「シグマート錠」と記載されていた。後発品希望だったため、薬棚の「ニコランジル錠」ではなく、引出に保管の「ニセルゴリン錠」を調剤し薬剤師A・Bで確認後本人にお渡しした。患者帰宅後に再確認したところ取り違いに気づき、早急に本人に連絡。交換した。	一般名の類似、またPTP包装のカラー及び白色錠であったことから間違えた。及び患者の待ち時間が少なかったためあわてってしまった。	名称の類似から保管場所をはなしていたのに間違えが生じたことから、一般名だけでなく「先発名」も記入。間違いやすい商品には「目印」も貼付。	シグマート錠5mg	ニセルゴリン錠5mg「NP」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1035	一般名:ベタメタゾンリン酸エステルNa点眼点耳点鼻液0.1%の処方を受け、リンデロン点眼点耳点鼻液0.1%を調剤・交付しなければいけないところ、フラジオマイシン含有の点眼点鼻用リンデロンA液を調剤・交付した。	一般名処方を入力し製品名に置き換える際、PC画面上には「ベタメタゾンリン酸エステルNa・F」と全てが表示されず、同一のものたど勘違いしてしまった。	同一剤形で類似した製品名のもので調剤時に間違えやすいものをリスト化し、注意を促す。	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%	点眼・点鼻用リンデロンA液	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
1036	トラムセツトが変更不可で処方されていたが、GEのトアラセツトを調剤、投薬してしまった。	監査者はトラムセツトが変更不可で出ている事を認識した上で監査したが、確認不足。単純なミス。注意力散漫である。シートの色などが似ていたことも関係していると思われる。その後、発注時に間違いに気づき連絡。正しい薬品に取り替えた。	医薬品保管棚を離して置く等、どちらを出したかが記憶に残りやすい配置に変える。	トラムセツト配合錠	トアラセツト配合錠「日医工」	確認を怠った	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
1037	処方せんには「レグナイト300mg、2錠/分1夕食後28日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からレグナイト錠300mgを調剤するべきところ、上の段にあったレグテクト333mgを取ったことに気が付かず、監査した薬剤師Bが誤りに気が付き、調剤した薬剤師Aに間違っていることを伝え、レグナイト300mgを正しく調剤し、患者に交付した。	レグナイト300mgとレグテクト333mgはいずれも同じ精神科でよく処方されており、棚の位置や名称、mg数も似ていたため間違えた。	棚の位置を離し、ピッキングの際には名称とmg数、用法・用量の確認。監査に回す前に薬の再確認を徹底するとともに、名称類似薬の棚に「取り間違いに注意!!」というラベルを貼り注意喚起した。	レグナイト錠300mg	レグテクト錠333mg	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
1038	処方箋には(般)ニセルゴリン5mg 3錠/分3 毎食後 35日分と記載されていたが、薬剤師Aは調剤の際、薬棚からニセルゴリン 5「TCK」をピッキングするところ、その上の棚にあったニコランジル5「サワイ」をピッキングし鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bも取り違いに気づかず投薬してしまった。当日、午後に患者より薬が違うと連絡があり、間違いに気づいた。直ちに患者宅に訪問しニセルゴリン5「サワイ」を交付し、ニコランジル5「TCK」を回収した。	ニセルゴリン5「TCK」とニコランジル5「サワイ」の棚の位置が近く、名前も似ていたため間違えた。患者の来局した時間は混んでいたためピッキング、鑑査ともに焦りがあった。○単純なミス○焦り	ニセルゴリン5「TCK」、ニコランジル5「サワイ」の棚の位置を離した。それぞれに名称類似薬注意のラベルを取り取り違い防止策とした。	ニセルゴリン錠5mg「TK」	ニコランジル錠5mg「サワイ」	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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1039	重カマ「ヨシダ」をお渡しするところ、乳酸カルシウム水和物「ヨシダ」でお渡ししていた。	重カマと乳酸カルシウムの箱が似て通っており、隣同士に配置されていた。実際に調剤された薬品と、処方箋に記載されている薬品名との確認が不足していた。18時を過ぎた時間で、薬剤師1名体制であった。調剤から監査、服薬指導まで1名でこなさなくてはならない状態であり、思い込みを生じた状態ですべての業務を行っていた。窓口での患者様との薬品の確認が不足していた。○作業手順の不履行	重カマと乳酸カルシウムの箱を話し通って配置。乳酸カルシウムの箱には注意喚起のマーキングを行った。1名の状態だからこそ、思い込みが生じることを再度説明。1人で連続した業務を行うことになるが、思い込みによるミスが起こらないように、1度現処方とは異なる作業をしてから次の作業に進むこと。薬品の見た目と名称、用法と用量を患者様と一緒に確認すること。	重カマ「ヨシダ」	乳酸カルシウム水和物「ヨシダ」	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
1040	薬剤を取り違えて調剤した。患者が帰宅後、いつもの薬と違うと気が付き、電話があったため、事態が発覚した。	劇薬は、効能効果別にしまっており、「0.25µg」だけを注視して異なる薬剤を調剤してしまった。また、成分が同じものだと勘違いしていた。○処方せんの見間違い○処方医薬品の多さ○単純なミス○注意力散漫	同効薬で成分が似た名前のものを、再度確認し、スタッフ間で共有する。劇薬もできる限りアイウエオ順にしまう。薬の箱に間違えない様、付箋を貼り注意喚起する。	カルシトリオールカプセル0.25μg「サワイ」	アルファカルシドールカプセル0.25μg「サワイ」	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1041	スチブロン軟膏をスピラゾン軟膏で調剤	名前・包装が似ている為、誤って調剤してしまった。	医薬品包装の成分表記までしっかり確認し、どのような背景で処方されたのか、処方箋をよく読み取るようにする。	スチブロン軟膏0.05%	スピラゾン軟膏0.3%	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
1042	処方と違う漢方薬をお渡ししてしまった。	漢方薬の名前をきちんと確認せずお渡ししてしまった。似た効用の漢方薬で、見た目も似ているため取り違えてしまった。	似た色や見た目の薬は多くあるので、取り違えを起こさないよう注意して調剤する。	ツムラ酸棗仁湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ甘麦大棗湯エキス顆粒(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
1043	ツムラ芍薬甘草湯を調剤しようとしたが、調剤者が同じ赤色のヒートで近くにあったツムラ十全大補湯と取り違えた。投薬者が気付いて指摘し、投薬前に正しい薬を調剤し直した。	調剤者の確認不足。ツムラ68番とツムラ48番での外観類似。十全大補湯の配置が平常と違い、芍薬甘草湯の上に置かれていたため。○単純なミス	類似した外観の漢方薬はなるべく近くに置かないようにし、ツムラの漢方薬を調剤する時は名前と番号まで確認する。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ十全大補湯エキス顆粒(医療用)	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
1044	プロテカジンプロチアデンでピッキングした。	単純なミス	名称の似ている薬剤に注意する。	プロテカジン錠10	プロチアデン錠25	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
1045	オイラゾクリーム0.1%を調剤するところ誤ってオイラックスクリーム10%を調剤した。	オイラゾクリーム0.1%とオイラックスクリーム10%が並んでおりまた外箱が似ていたため取り違えた。○注意力散漫	成分名を分かりやすいところに書いておく。	オイラゾクリーム0.1%	オイラックスクリーム10%	確認を怠った	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
1046	一般名処方箋にて「エスタゾラム1?r 1錠→[般]エチゾラム錠1?r」と取り換え。調剤監査システム「アテルノ」にて誤りを確認し、薬剤交付前に訂正	名前が似ている。	調剤時も声出し確認を実施する。	エスタゾラム錠1mg「アメル」	エチゾラム錠1mg「フジナガ」	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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1047	先発品希望の患者。メトホルミン塩酸塩錠500mgが一般名処方されていたが、メトグルコ錠ではなくジェネリックのメトホルミン錠で調剤し交付してしまった。交付後数日経過してから患者本人から連絡があり発覚した	両薬剤外観が似ている為間違いやすく、更に棚も上下で隣接していた為過誤を起こしやすい環境にあった。忙しかったこともあり、調剤を慌ててしまったのも原因と思われる。	棚に目印等を付けて区別する。ピッキング後は薬品情報提供書の写真と現物を見比べる。交付時に患者にも目視をさせる。	メトグルコ錠500mg	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「ニプロ」	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
1048	レボフロキサシン点眼液の処方のところ、レボカバステン点眼液をお渡ししてしまった。	どちらも共通する「レボ」という言葉から始まっている薬で勘違いしてしまった。どちらの薬品も薬局に在庫になったばかりであった。○処方せんの見間違い	似た薬品の場合にはフルネームで声に出して確認を行う。薬局において情報を共有する。	レボフロキサシン点眼液 1.5%「タカタ」	レボカバステン塩酸塩点眼液0.025%「わかもと」	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
1049	一般名でニセルゴリン錠5mgが処方され、本来ならニセルゴリン錠5mg「日医工」を調剤する所、ニコランジル錠5mg「サワイ」を調剤しようとしてしまった。投薬時に発覚し、患者様には正しい薬剤をお渡した。	名前が類似、規格も同じ、薬剤棚(カセッター)が上下で並び、定期薬に加え臨時薬が処方され、そちらに注意がいつてしまった。忙しい時間帯でもあり、調剤時の確認が不十分だった。他の患者様では通常ニコランジルの方が頻繁に処方されるので、そちらと思い込んでしまった。	調剤時メーカー名まで確認するようにする。先発品の名前もカセッターに明記する。(例、サアミオンのゾロ品など)調剤と監査のダブルチェックを徹底する。	ニセルゴリン錠5mg「日医工」	ニコランジル錠5mg「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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1050	グルファスト錠10mgの処方に対して、患者がGE希望で変更可だったため、GEを調。その際、ミチグリニドをピックアップするところをミグリトールをピックアップしてしまった。	同じ糖尿病薬で、一般名称も似ており、さらに服用方法も1日3回毎食直前であり、ミグリトールのほうが当店では出る数が多いため、単なる勘違い、思い込みでピックアップしてしまった。単純なミス。ピックアップした薬剤師が監査しないようにしているため間違いに気づけた。	患者の薬歴にGE変更時の調剤に注意する旨の記載。在庫棚に先発名を大きく記載しピックアップする前に注意をひくよう表示。	グルファスト錠10mg	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」	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
1051	外観類似のため取違いが発生した。	名前的一部しか確認せず、思い込みで薬剤をピックアップした。単純なミス、注意力散漫、焦り	処方箋とピックアップする薬剤を何度も見合わせ、確認を徹底する。名称類似や外観類似のものは配置を工夫し、取違いのないようにする。	シムビコートタービューヘイラー60吸入	バルミコート200μgタービューヘイラー56吸入	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
1052	一般目 ベタヒスチンメシル酸塩錠6mgを処方したことをベポタスチンベシル酸10mgを調剤	名称類似品で、べから始まるのを勘違いで調剤	監査時で発見。名称類似品だったので、名称の声出し 規格も確認すること	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」	ベポタスチンベシル酸塩錠5mg「タナベ」	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
1053	処方【ツムラ辛夷清肺湯】について、【ツムラ柴朴湯】を調剤した。調剤者はツムラ辛夷清肺湯の包装箱から調剤を行ったが、入っていた漢方薬がツムラ柴朴湯だった。監査者が薬剤確認時に、間違いであることに気づいた。患者に渡る前のため、健康被害などはなかった。	調剤者は辛夷清肺湯の包装箱から調剤を行った。しかし、違う漢方薬がまぎれていたとのこと。違う漢方薬となるため通常であれば気づくはずだが、漢方の番号(104番→114番)及び包装の外観が類似していたことが誤調剤の原因だと考えられる。○単純なミス	漢方薬を包装箱へ戻す際、他者との確認を行った上で戻す。また、番号の呼称も行う。全体にて共有事例とする。	ツムラ辛夷清肺湯エキス顆粒(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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1054	処方せんにはツムラよく苡仁湯エキス細粒 5.0g分2朝夕食前、30日分と記載されていた。薬剤師Aが薬の引き出しからツムラよく苡仁湯エキス細粒を調剤しようとしたところ、ツムラ防風通聖散エキス細粒が15包混入していた。薬剤師Aが調剤する前に気づいたため、ツムラ防風通聖散エキス細粒を正しい位置に戻し、ツムラよく苡仁湯エキス細粒を60包調剤した。	ツムラよく苡仁湯エキス細粒とツムラ防風通聖散エキス細粒は上下で隣り合って配置されており、午前中にツムラ防風通聖散エキス細粒を調剤した際に余った分を間違えてツムラよく苡仁湯エキス細粒の引き出しに戻していた。包装の色が同じこと、漢方製剤の数字が52、62と似ていること、そして薬の配置が上下で隣り合っていたため、なおし間違えたのではないかと考えられる○注意力散漫	・情報の共有化・薬品の配置替え	ツムラよく苡仁湯エキス細粒(医療用)	ツムラ防風通聖散エキス細粒(医療用)	確認を怠った判断を誤った		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
1055	ロサルタンK錠の棚に、ロサルヒド配合錠が混在しており、誤ってピッキングをしようとした。薬剤師が調剤時に気が付き、正しくお渡しした。	ロサルヒド配合錠を棚に戻す際に、誤って隣の棚に混入したものと推測される。また、名称も先頭3文字まで同等であり、気が付きにくかった。	棚の位置を変更し、似た薬には混入を起らないようにする。	ロサルタンK錠50mg「日新」	ロサルヒド配合錠LD「杏林」	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
1056	患者にアセトアミノフェン錠200mgが長期的に処方。後日、患者からの連絡で調剤した中にアロプリノール錠100mgが6錠混入していたことが判明。いつ服用したかは定かではないが、既に患者は4錠服用してしまっていた。連絡があった後、残っていたアロプリノール錠2錠を回収したためそれ以上の誤投薬はなかった。また、その後数日健康状態を追って確認したが健康被害が出ることはなかった。	管理状態による要因として、アセトアミノフェン錠とアロプリノール錠が近い場所に保管されていたこと。医薬品に関わる要因として、錠剤の外見が似ていること、PTPシートの色合いも類似していること。この2つに加えて、確認を怠ったことが要因と考えられる。取り出したアロプリノール錠を誤ってアセトアミノフェンの棚に戻した。または、調剤のときに一部をアロプリノール錠から取ってしまったことにより異なる医薬品が混在し、それらがまとめられた結果として監査で見逃してしまったと考えられる。	原因となる2種類の医薬品の保管場所を引き離す。類似薬注意の標識を行い注意を促すなどして、個々の業務での混入リスクを軽減させる。	アセトアミノフェン錠200mg「マルイシ」	アロプリノール錠100mg「ZE」	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
1057	一般名処方:クロベタゾン酪酸エステル軟膏のところをクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏で調剤。投薬時患者との会話で誤りに気が付き、すぐに調剤しなおして投薬	一般名記載の処方。最初の文字が「クロベタ」のため、商品名に変換時キンダベート軟膏がデルモベート軟膏と入力された。薬剤師は入カミスに気付かず、そのまま商品名で調剤した。一般名処方の名前が類似しているため○処方せんの見間違い、さらに名前が長い最初文字だけで判断したという○単純なミス、一般名の薬がどの商品に該当するかわかっていなかったという知識不足が原因	ステロイド外用剤の一般名は名前が長く、類似している名前が多いためきちんと確認する。塗布部位とステロイドのランクも考慮し調剤を行うとミスを防ぐことができる	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	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
1058	処方せんにはリオベル配合錠LD1錠分1朝食後14日分と記載されていたが、従業員の薬剤師が誤ってレザルタス配合錠LDを調剤し監査に回した。監査した自分が間違いに気づき訂正した。患者には正しい薬を交付した。	名称が似ておりLD錠も同じで患者数も多くて焦りがあった。	業務手順を見直し調剤者が監査に回す前に再確認を徹底する。棚にも名将類似医薬品の印をつけた。	リオベル配合錠LD	レザルタス配合錠LD	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	
1059	2種類の外用薬剤の混合調剤。一般名処方のためにピッキングした薬剤については問題ないのだが、配合変化のために社内で決めていたものからの逸脱。	作業の慣れによる思い込みによる調剤。処方監査時のチェック漏れ。	処方入力の際のコンピュータと調剤棚に配合変化表を貼り注意喚起を行っている。	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%「日医工」	確認を怠った判断を誤った	技術・手技が未熟だった	医薬品	教育・訓練 仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1060	フルバスタチンのところプラバスタチンがピッキングされていた。	忙しさから、思い込みや確認の甘さが見受けられる。名称、薬効の類似しているものは、ピッキング後に再確認する。○処方せんの見間違い○注意力散漫	名称や外観、薬効の類似している薬剤には注意喚起するような目印を付ける	フルバスタチン錠10mg「サワイ」	プラバスタチンNa錠10mg「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
1061	一包化する際に薬の調剤の際にエナラプリルとカンデサルタンが混在した状態で集薬し、そのまま分包。	2剤の錠剤の色や形が似ていた為、集薬時に気付かなかった。	医薬品を正確な場所に戻すようにする。集薬時、分包時に錠剤を確かめる。	エナラプリルマレイン酸塩錠5mg「ケミファ」	カンデサルタン錠8mg「あすか」	確認を怠った	通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1062	アロプリノール錠50mg?処方のところを誤ってアテノロール錠50mg?をピッキングし、鑑査をした別の薬剤師も繁忙状況のため確認をミスしてそのまま患者様に投与した。患者様が帰宅後に薬品の間違いに気づいて連絡をしてきて、1錠も服用することなく交換できた。	繁忙状況のため、慎重に鑑査をすることができず、また鑑査をした薬剤師の知識が不十分ため薬品の誤りに気付かず投与してしまった。	薬品名の類似した事例をリスト作成して、社内研修の時に全員で確認のうえ、知識を共有することにした。	アロプリノール錠50mg「サワイ」	アテノロール錠50mg「JG」	確認を怠った	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
1063	商品名の類似	注意事項の散漫	複数による確認	レスタミンコーワクリーム1%	強カレスタミンコーワ軟膏	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
1064	フルバスタチンとプラバスタチンの読み間違えによる調剤ミス	読みが似ている為、調剤時誤ってしまう。	マーキングして、調剤時に注意を促す	フルバスタチン錠10mg「サワイ」	プラバスタチンNa錠10mg「トワフ」	記録などに不備があった	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
1065	【般】ヘパリン類似物質軟膏0.3%と【般】ジフルコルトロン吉草酸エステル軟膏の混合処方がきた。【般】ジフルコルトロン吉草酸エステル軟膏をテクスメテンユニバーサルクリーム0.1%と勘違いをして混合して鑑査に回ってしまった。	テクスメテン軟膏0.1%とテクスメテンユニバーサルクリーム0.1%の出し間違えと混合時の確認ミスによって起こった症例である。	軟膏・クリームと剤形間違えに注意しなければならない。	テクスメテン軟膏0.1%	テクスメテンユニバーサルクリーム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
1066	カンデサルタン錠4mgが処方されていたが、調剤時に誤ってカルデナリン錠4mgをピッキング。監査時に間違いに気づき、正しい薬を調剤しなおした。	規格ミリ数が同一で、名称が類似している。		カンデサルタン錠4mg「あすか」	カルデナリン錠4mg			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
1067	先発後発取り間違え	名前似ていた	先発後発を大きくストッカーに記載した	アムロジピンOD錠5mg「EMEC」	アムロジン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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1068	ベタヒスチン6mgの処方に対して名前が類似しているベポタスチン10mgを調剤。監査の時点で気づき訂正。	花粉の時期でベタヒスチンの処方が多かったための思い込み。名前が類似しているための確認ミス。○単純なミス	思い込まない。指差し確認を行う。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TSU」	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	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
1069	オルメテックジェネリックですべて調剤しなければいけないところ 120錠中100錠は先発品、20錠はジェネリック医薬品と混ぜた状態で交付してしまっ。後日棚卸をして間違いに発覚した。	薬の外箱と中のヒートが似ており見ると全く一緒に見えてしまい、印刷されている文字をすべてのヒートで見るのを怠ってしまった。棚に入れるときもオルメテックをオルメサルタンの棚に入れてしまっていたと思われる。	納品時、調剤時ともしっかり文字を最後までみて確認するようにする。	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	オルメテックOD錠20mg	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
1070	ミコンビBPの処方。テルテアBP「DSEP」で調剤するところ、テラムロBP「DSEP」で調剤した。鑑査時に気が付き、調剤をし直した。	血圧の合剤が多数販売されている。あまり処方されない薬のため、間違えてしまった。	単純なミスだが、血圧薬の似た名前合剤があり、わかりにくい。間違えないようにしっかり確認して調剤する。	ミコンビ配合錠BP	テラムロ配合錠BP「DSEP」	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1071	先発医薬品で投薬のところ、GEがピッキングされていたのを監査ミスでそのまま投薬してしまった。	薬袋の分別などで、他の作業に時間がかかり、最終監査で間違いに気が付かなかった。	処方箋に従い、先発医薬品と後発医薬品の最終監査を徹底する。外見が似ている場合、錠剤の色や大きさまで再確認する。	アルファロールカプセル0.5μg	アルファカールシドールカプセル0.5μg「フソー」	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
1072	スピリーバ2.5μgレスピマツ60吸入が処方されていたが、スピオルト2.5μgレスピマツ60吸入を調剤。監査時に他薬剤師が気付いた。	在宅患者の監査を行っていた際に間違いが発覚。込み合っており調剤時の注意力が不足していた。○焦り○注意力散漫	外用薬においても1文字鑑査の徹底をし、似た名前の薬があり間違いが生じやすいことを薬局内で共有した。また、名称が似ているので保管場所を離すこととした。	スピリーバ2.5μgレスピマツ60吸入	スピオルトレスピマツ60吸入	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
1073	ガスコン錠40mgのところを、セレキノン100mgをお渡ししてしまった。本人から電話があり発覚、お取替えした。	PTPの色が似ていたためか、間違いに気づけなかった。	薬情を通して写真を目で確認、薬品名を口で音読して出すようにする。	ガスコン錠40mg	セレキノン錠100mg		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
1074	「方ロナール錠200mg」から薬局採用品を「コカール錠200mg」へ変更した。薬品棚の位置はそのままであった。薬品棚のちょうど隣の棚が「アロプリノール錠100mg「ZE」」が置いてあり、シートのデザイン・錠剤の大きさが類似していた。コカール錠200mgをピッキングしなくてはならないところ、形状が類似しているアロプリノール錠100mg「ZE」をピッキングし、鑑査者薬剤師へ渡す。鑑査薬剤師が間違いに気づき、調剤・交付前に発見された。	採用品が変更になり、名称や形状が類似しそうな薬剤は事前に棚番を変更するなど、リスク回避の準備を怠った。繁忙な時間帯には○焦りが生じ、○注意力散漫になる可能性がある。	棚番を変更し、薬剤ピッキング時にはきちんと形状・見た目だけで判断せず、シートの薬剤名を確認する。	コカール錠200mg	アロプリノール錠100mg「ZE」	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1075	【般】オロパタジン塩酸塩口腔内崩壊錠2.5mg 4T 分2 朝夕食後 14日分で処方箋に記載があった。薬剤師Aが調剤する際、先発品希望の患者さんであることを踏まえ、タリオンOD錠5mgを調剤し監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが処方薬のアレロックOD錠2.5mgではなく、タリオンOD錠5mgが調剤されていることに気づき、調剤した薬剤師Aに伝えた。薬剤師はAはアレロックOD錠5mgを正しく調剤し、再度薬剤師Bに監査をしてもらった。監査の段階で誤りに気付いたので、患者には正しい薬を交付した。	アレロックOD錠2.5mgとタリオンOD錠5mgは同じアレルギー薬で、シートの裏表の色やデザインが似ているため、処方数の多いタリオンOD錠5mgを取ってしまった。花粉症時期で混んでいたため、急いで監査に回してしまった。	薬の棚の先発品名の下に赤字で一般名を記載した。調剤者がピッキングをした後に、監査に回す前に薬の再確認を徹底することとした。	アレロックOD錠2.5	タリオンOD錠5mg	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
1076	抑肝散の処方を受肝散化陳皮半夏にて調剤	処方内容の確認を怠った	類似した名称に関する医薬品の再確認、注意喚起	ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒(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
1077	メトグルコ250mg6錠3×7日の処方に対して、間違えてメホルミン250mgMT「日医工」30錠とメトグルコ250mg12錠を渡してしまった。3時間後の出庫薬品の在庫チェック時に間違っていることに気づき患者さんに連絡。その日のうちに患者さんが薬を持って薬局して下さり、目の前で誤りを正し、メトグルコ250mg42錠を渡すことができた。	当日その処方以前に、メホルミン250mgMT30錠を箱に戻すところを誤ってメトグルコ250mgの棚に戻していたと思われる。監査時、メホルミン250mgMT30錠とメトグルコ250mg12錠を一緒にゴムで留めてあり、両薬品が類似していたため混在していることに気付くことができなかった。また注意力散漫もあった。錠数だけ確認してヒートシールを1枚1枚確認しなかった。	・監査時はゴムでまとめてあってもヒートを1枚1枚確認する必要がある。・GE医薬品は先発品に類似しているため気を付けなければいけない。毎日行っている在庫チェックは必要だと思う	メトグルコ錠250mg	メホルミン塩酸塩錠250mgMT「日医工」	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
1078	ネキシウムカプセル10mgを調剤するところネキシウムカプセル20mgと誤って調剤してしまい、患者さんにお渡ししてしまった。後日患者さんからカプセルの色がいつもと違うとの事で、出し直した。	カプセルの色が似ている事もあり誤認を招いた。また調剤、監査のそれぞれにおいて確認が不正確であった。○処方せんの見間違い	処方箋をそれぞれの手順において確認を怠らようにする。	ネキシウムカプセル10mg	ネキシウムカプセル20mg	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
1079	一般名記載の処方箋ジフルコルトン吉草酸エステル軟膏のところジフルブレドナート軟膏で調剤	ジフルまで一緒だったので間違えた	ステロイドの一般名は長く類似している場合が多いので最後まで確認する	ネリゾナ軟膏0.1%	マイザー軟膏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
1080	薬剤師Aがビソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「日医工」の処方であるが、イミダプリル塩酸塩錠2.5mg「日医工」で調剤。薬剤師Bによる薬剤チェックで発覚。服薬指導前だったので間違えた薬については患者の手に渡らなかった。	年末の処方を立て込んでいる時間帯で、薬剤師Aは1年目だった。事例薬剤の箱のデザインは酷似しており、規格・メーカーが同一であり、棚の位置は隣同士であった。	事例薬剤の棚の位置を変更し、注意喚起のラベルを作成。薬局内で周知し、改めて薬剤のチェック方法について確認を行った。	ビソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「日医工」	イミダプリル塩酸塩錠2.5mg「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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1081	ボラザG座剤であったのに、ボラザG軟膏を用意して、監査の段階でハッと気がついた。	同効薬で近い場所に置いていて、名前も似通っている。	2つの薬の置き場所に赤い字で「勘違い注意」と書く。すると、その時の事例のことを思い出して間違える確立がぐっと下がる。	ボラザG坐剤	ボラザG軟膏	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
1082	ニコランジル5mgとニセルゴリン5mgを間違えて調剤した。	ニコランジルとニセルゴリンの名称がにていることと規格も5mgと同じだったため間違ってしまった。しかし投薬中に気がついて調剤しなおした症例です。○処方せんの見間違い	名称にいてて棚も隣にあるので棚順をはずすことと、類似名称ありと棚に書いておく。	ニコランジル錠5mg「日医工」	ニセルゴリン錠5mg「NPJ」	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
1083	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg、3錠/分3毎食後」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からベタヒスチンメシル酸塩錠6mgを調剤するところ、違う薬棚にあったベボタスチンベシル酸塩錠10mgを調剤したことに気付かず、そのまま患者に渡してしまった。翌日、患者より連絡あり間違いがわかった。まだ、服用していなかったので正しい薬をおわたして事なきを得た。	名称が似ていたため間違えた。また薬局内多くの患者が待っていたため焦って確認を怠ってしまった。	調剤室に名称類似医薬品の票を貼り、取り間違い防止のための注意喚起をした。混雑しても焦らずに薬剤取り出し、交付時にしっかり確認することを徹底。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工」	ベボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	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
1084	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」の処方一般名と見間違い、処方元の医師が普段から後発医薬品を処方しない医師であった為、先発品のヒルドイドソフト軟膏0.3%で調剤し、計数調剤監査システムを使用していたにも関わらず最後の入力内容との照らし合わせを行うことなく機械を放置し、ヒルドイドソフト軟膏0.3%が薬剤師のもとまでいき、監査となった。その際、薬剤師も思い込み、薬剤が違うことに気付かず交付。その後、薬歴を見直していた際に間違いに気づき、すぐ患者へ連絡し交換しに自宅まで伺い交換。	不慣れた環境での勤務であった為、注意力散漫となり、単純なミス招いた。	後発医薬品名での処方、一般名での処方、薬剤名、メーカー、規格等最後にいたるまで慎重に監査する。計数調剤監査システムは、放置することなく薬剤師の元まで機械をもっていき、目の前でQRコードを通し調剤完了とする。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	確認を怠った	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
1085	ヘパリン類似物質外用スプレーが処方されていたが、入力時、外用泡状スプレーで入力。調剤・監査でも気付かず、泡状スプレーをお渡ししてしまった。後日、処方箋とレセコン入力確認時に気付き、患者様に連絡、謝罪し交換した。	思い込み。入力時・調剤時・監査時の確認不足。	外用スプレー・外用泡状スプレー、薬品名が類似しているため、印をつけるなど注意喚起する。	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		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	
1086	平成31年2月12日12時頃患者様が処方箋を持参し来局。処方箋をもとに調剤、監査をした。患者様が不在であったため残置となった。2時間後お戻りになり対応した。平成31年3月6日11時頃患者様が処方せんを持参して来局した際に2月12日にいただいたお薬がツムラ125(桂枝茯苓丸加よくいんエキス顆粒)のところツムラ25(桂枝茯苓丸エキス顆粒)が入っていたと報告有。全部服用したが欲に健康被害ないと申し出があった。	漢方薬の包装デザインの色が酷似していた為合っていると思ひ込みお渡しした。	朝礼、終礼共に全スタッフに注意喚起する。処方箋と照らし合わせて確認するとともに患者様とともに確認してお渡しする。	ツムラ桂枝茯苓丸加よくいんエキス顆粒(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				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1087	一般名処方で、クリームであることとを、油性クリームと間違えた	処方箋の見間違い		ビ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	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
1088	ジャディアンス錠25mgのところ、ジャヌビア錠25mgを調剤。	名前が似ており、mgが同じものが存在したためと思われる。		ジャディアンス錠25mg	ジャヌビア錠25mg	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
1089	〇似ている薬品名の間違い タブロス点眼液が処方されていたがタブコム点眼液を取り間違え患者さんに説明している際に気づき、患者様に交付せずに済んだ。	〇単純なミス 忙しい時間帯でもあり、両剤とも点眼薬で名前がタブまでが同じさらに包装もよく似ているために発生したと思われる。改善策として、両剤包装に注意喚起するよう印をつけて確認をする。	改善策として、両剤包装に注意喚起するよう印をつけて確認をする。	タブロス点眼液0.0015%	タブコム配合点眼液	連携ができていなかった	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった	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
1090	処方箋の記載が、グリミクロン錠40mgであったのに、グリクラジド錠40mgを選んできました。監査に出す前に気づき、患者には正しい薬剤を交付した。	グリミクロン錠40mgとグリクラジド40mgが、劇薬薬棚の近くにあり、ミドリ数も同じで外観もよく似ていることから、取り違えた。		グリミクロン錠40mg	グリクラジド錠40mg「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		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1091	類似一般名医薬品どうしの取り違い調剤	複数の類似一般名医薬品を近接したロケーションに収納するしかない状況にある	混和前に別の薬剤師に確認してもらったうえで、調剤する体制に改めた	ジフルブレドナート軟膏0.05%「KNJ」	アルゾナユニバーサルクリーム0.1%	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
1092	カルボシステイン錠500mgを21錠調剤するところ、誤ってカルボシステイン錠500mg19錠とトラネキサム酸錠250mg2錠で調剤した。	調剤の際、カルボシステイン錠500mgとトラネキサム酸錠250mgの棚の配置が隣接していた。10錠シートで10錠、5錠、4錠、2錠で21錠調剤していたため、2錠の間違いに気が付かなかった。シート背面の外見が似ていたため、間違いに気が付かなかった。	棚の配置が隣接していて、シートの背面のデザイン、色が似ているので、十分に確認を行う。複数人で確認を行う。	カルボシステイン錠500mg「サワイ」	トラネキサム酸錠250mg「YD」	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「薬剤取り換え」）

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1093	アイミクス配合錠HDが処方されていて、ピックアップするときに、開いていた箱の中身では足りず、新しい箱を開けたが、それがアイミクス配合錠HDではなく、イルアミクス配合錠HD「DSPB」であった。そのため両者が混ざって調剤されたが、箱やヒートのデザインが酷似しているため、混ざってしまったのに気がつかずそのまま出してしまった。患者本人が飲んでるときに混じっているのに気がついたが、ジェネリック希望ということで、成分が同じものであるならこのままでいいということで、このまま続けて服用してもらうことになった。	オーソライズドジェネリックと先発品と箱もヒートもそっくりで、はじめは間違わないように、付箋をつけていたが、取れてしまっていた。付箋をしっかりテープなどで止めておくべきであった。また、交付する際、輪ゴムで縛られているのを、バラして確認せず交付したことも原因と思われる。必ず忙しくてバラして確認することが重要である。	類似の包装やヒートがあるものは区別になるよう必ず印をつける。	アイミクス配合錠HD	イルアミクス配合錠HD「DSPB」	確認を怠った	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
1094	前回の処方でツムラ麻香甘石湯が出ていたので、レセコン入力の際継続処方と思い込み同じ薬で入力をした。ピッキングは処方箋通りに行っており、監査時に入力間違いに気づいた。	前回の処方にツムラ麻香甘石湯があり、今回処方のツムラ麻香よく甘湯と名前が類似していた。入力時、前回と同じだろうという思い込みがあったために、処方せんの見間違いに繋がった。	レセコン入力時に声だし入力を実施し、処方せんの見間違いなど思い込みによる入力を防ぐ。入力者とピッキング者を分け、二重監査を行う。一文字監査を行う。	ツムラ麻香よく甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ麻香甘石湯エキス顆粒（医療用）	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
1095	カルボシステイン250mg「サワイ」でお渡しするところ、トラネキサム酸250mg「YD」でお渡し。患者さまが本人が服用前に気が付き薬局に来局し、謝罪の上、正しいものとお取替えた。	250mgはどちらも丸い錠剤であること、普段は500mg錠がよく出ていること、忙しい時間のため焦りが出たことなどの要因が重なり、単純なミスが発生してしまったものと考えられる。	トラネキサム酸250mg「YD」とカルボシステイン250mg「サワイ」がどちらも丸い錠剤で似ていることを念頭におき、調剤、監査を行うようにする。	カルボシステイン錠250mg「サワイ」	トラネキサム酸錠250mg「YD」	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
1096	一般名がテルミサルタン80mg・ヒドロクロロチアジド10mg錠の処方であったためテルチア配合錠BPを投与すべきのところをテラムロ配合錠BPを投与してしまった。	名称が類似していたのと、単純な処方だったため確認がおろそかになってしまい、確認を怠ったため単純なミスをしてしまった。	実際に医薬品名称と処方箋の記載を並べて確認する。	テルチア配合錠BP「日医工」	テラムロ配合錠BP「ニプロ」	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
1097	一般名処方の処方箋で、10錠シートのベタヒスチン錠6mg「日医工」のところを10錠シートのペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」で調剤、同僚の薬剤師に指摘され、発覚した。	ベタヒスチン錠6mg「日医工」もペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」もよく似た一般名であり、処方せんの見間違いをしてしまった。	一般名に注意して、丁寧に処方箋を読む。	ペボ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	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
1098	メトグルコ500mgとカロナール500mgを取り違えて交付した。112錠交付する内、在庫の保管庫から出した100錠がカロナール500mgで12錠はメトグルコ500mgだった。服薬する前に患者が気づき連絡を頂き交換した。	メトグルコ500mgとカロナール500mgがともに特徴的に長く大きな錠剤であること。共に劇薬であり、同じ場所に在庫を保管していた。外装に緑色が配色されていて似ている。長らく同じ処方をされている印象深い患者であり、患者の顔を見るだけ処方内容を思い出せるくらいに担当薬剤師2名がなっていて、調剤監査時に「いつものね」という思い込みをしてしまった。	事例以降、外装の似ている薬剤は、規制区分が同じでも異なる場所に保管するようにした。慣れた患者への思い込みを無くすよう職員の再指導を行った。	メトグルコ錠500mg	カロナール錠500	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「薬剤取り換え」）

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1099	セフカペンピボキシル錠で処方のところ、セフジトレンピボキシル錠で調剤した。	単純なミス	薬が似た名前の在庫を再度確認する。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠75mg「サワイ」	セフジトレンピボキシル錠100mg「OK」	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
1100	正しくはプラバスタチン錠5mgで投薬すべきところ、プラバスタチン錠10mgを投薬しようとしてしまった。投薬時に患者に薬を示した時にその薬剤師が間違いに気づき、直ちに正しいものと交換して投薬した。	直前までプラバスタチン10mgが処方された患者が続き、忙しい時間帯という事もあって規格違いに気づかずに調剤してしまった。ヒートシールの色も比較的似た色合いで、調剤時には間違いに気が付かなかった。	プラバスタチン錠について、5mgは10錠シート、10mgは14錠シートを薬局の採用品とし、規格の小さいものはヒートシールも小さく、大きいものはヒートシールも大きいものとして視覚的に違いが一目瞭然に判る様にした。また、レセコンの設定で投薬時に注意喚起をするようなポップアップが出る様に改善した。	プラバスタチンNa錠5mg「トローワ」	プラバスタチンNa錠10mg「トローワ」	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	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
1101	1/28に「フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液 50μg 28噴霧用」1日2回 1回1噴霧で処方あり。本来、「フルナーゼ点鼻液 50μg 28噴霧用」を調剤すべきところ、誤って「アラミスト点鼻液27.5μg 56噴霧用（フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液）」を調剤し、交付した。次回、3/6に薬局した際に、患者からの指摘により発覚。誤って交付したアラミスト点鼻液は、1回だけ使用したとの事だった。	処方是一般名処方では表記されていた。フルナーゼ点鼻液とアラミスト点鼻液の一般名が類似しており勘違いをしたこと、当該薬局ではフルナーゼ点鼻液を在庫していなかったため、在庫があるアラミスト点鼻液を調剤すべき薬剤と思い込んでしまったことなどが要因と考えられる。	今後は両薬剤を混同しないよう、一般名を大きく標記した札を薬剤に括りつけることとした。	フルナーゼ点鼻液50μg 28噴霧用	アラミスト点鼻液27.5μg 56噴霧用	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
1102	処方薬（般）テルピナフィン塩酸塩クリーム1% に対し、先発希望、事務入力 テルピナフィン塩酸塩クリーム1%「サワイ」ジェネリックで入力 ルリコンクリームで調剤 内科+皮膚科複数 皮膚科皮膚科処方箋監査漏れのまま 患者説明、患者からの内科の薬の質問が多く投薬に時間がかかった、皮膚科の薬を投薬する際、真菌薬の為思い込みにて気づかず払い出し、当日直後の事務入力チェックに先発希望の為にひっかかり、薬剤師確認し、取り換えに気づく、患者宅に電話連絡し、ラムシールクリームと取り換える。	一般名処方になり、同効薬の思い込み、見た目包装が似ている、棚が上下だった等の理由で取り換え調剤ミス 内科+皮膚科両方受診、患者からの質問に気をとられ、処方監査漏れとなる監査ミスが重なり 患者に払い出される	棚を移動し、取違に配慮 棚に注意喚起のシールを貼る 複数処方の場合も1枚ずつ監査に余裕をもつ、投薬窓口で質問が多くても確認をして薬袋に入れる。	ラムシールクリーム1%	ルリコンクリーム1%	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
1103	漢方薬ツムラ19番と29番の外観が似ていた為、調剤ミスに気付かず、調剤者も服薬指導した者も患者に薬を渡してしまった。取り換えに行こうと患者宅へ連絡をしたが、1包飲んでしまっていた。幸い体調を崩すことなく患者宅で取り換えた。	在庫過多の為、通常の在庫保管場所からあふれた薬をいつもと違う場所に保管していたので他の在庫品と混同した。	薬は決められた場所に保管する。調剤者も調剤後自己鑑査を行い、最終鑑査に回す。また薬剤交付者もよく確認する。	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）	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1104	苓姜朮甘湯が処方されていたが、誤って苓桂朮甘湯をピッキング。	当局ではめまいの患者に苓桂朮甘湯が頻りに処方されている。冷え性の患者に対して苓姜朮甘湯が処方されていたにもかかわらず名称の確認を怠り、頻りに出る類似名称の苓桂朮甘湯をピッキング。○注意力散漫	監査で止めてはいるものの年に1度は同じミスが発生している。ピッキング時にも声だし確認をするようにしているが、ミスが無い期間が続くと疎かになってしまうように思える。声だし確認が出来ていないことを確認出来たら、その都度スタッフ間で注意しあえるようにしていく。	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)	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
1105	往診後の臨時処方で当日配薬の患者にツムラ清肺湯が処方されていたが、誤ってツムラ真武湯を調剤し、投薬した。翌日、家族から連絡があり、1包服用してお薬情報の内容と異なる薬であることに気付いた。薬局に持参された薬を見ると、清肺湯と真武湯が混在していた。	ツムラ清肺湯の箱が置かれている棚にツムラ真武湯の箱が1箱混在しており、気付かずに調剤・監査・投薬を1人で行った。当日配薬であったため、慌てていた上に1人ですべてを行ったため、混入に気付かなかった。納品時、薬品を片付ける際に箱の外観が類似している為、誤って収納したために発生した。調剤監査システムを使用していたが、清肺湯のGS-1コードを読み取っていたため、混入に気付かなかった。	納品時の収納だけでなく、定期的に薬品棚への混入などを確認する。急いでいる時であっても、必ず2人以上で調剤・監査する。	ツムラ清肺湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ真武湯エキス顆粒(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
1106	アンフラベート軟膏とヘパリン類似物質油性クリームとの混合処方応需、安定性が保てないことからアンフラベート軟膏への変更を疑義紹介にて提案し変更となった。	GE変更による基材の安定性を把握していなかった。	外用剤はとくにGE変更で大きく内容が変わることを念頭に調剤する。軟膏の混合処方はその都度混合可否を判断してから調剤を行う。	アンフラベート0.05%軟膏	アンテベート軟膏0.05%		知識が不足していた技術・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
1107	処方入力にてヘパリン類似物質外用スプレー「PP」のところ、ヘパリン類似物質泡状スプレー「PP」で入力した。	薬品名の始まりと終わりの部分が一致しているため、ヘパリン類似物質泡状スプレー「PP」で合っていると判断してしまった。入力の際、他のメーカーのものも含め複数候補があがったが慎重に確認できていなかった。	薬品名、剤形、規格などにチェックを入れ、一つずつ確認する。	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「PP」	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「PP」	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
1108	処方薬でリバスタッチパッチ4.5mgが処方されていたにも関わらず、ニュープロパッチ4.5mgを調剤して、投薬してしまった。	午前中の忙しい時間だったこともあり、調剤側が出し間違えたものを、そのまま監査をスルーしてしまった。	・スタッフ全員に調剤かご内容を報告し、周知した(薬剤名や規格の再確認)・類似医薬品、複数規格の存在を認識し、処方内容と調剤したものが合致しているかを再度確認する。	リバスタッチパッチ4.5mg	ニュープロパッチ4.5mg	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
1109	一般名シタグリブチンリン/イブラグリフロジン-プロリン配合錠の処方を間違えてイブラグリフロジン-プロリン錠で渡してしまった。○10錠シート	翌日患者様から薬の間違いに気づき、取り替えにいられて、投薬ミスがわかった。医薬品名が似ていたこともあったが、単純な確認ミスであった。○処方せんの見間違い	薬剤師2人で監査しているが、最後にもう一度お互いに再確認するようにした。	シタグリブチンリン/イブラグリフロジン-プロリン配合錠	イブラグリフロジン-プロリン錠	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1110	セロクエル錠(25)1錠夕食後30日分で30錠(10錠シート3枚)のところ、10錠はクエチアピン錠(25)「アメル」で、他の20錠はセロクエル錠(25)だった。他の薬局で、他医療機関の処方分と一緒にワンドーズするために持参された際に混入していることが判明し、連絡いただく。患者及び患者家族に説明し、正しい薬と交換。	セロクエル錠(25)もクエチアピン錠(25)「アメル」もともに錠剤棚に置いている。交換する前の在庫の差異は10錠だったので、クエチアピン錠(25)10錠シート1枚を何らかの理由で棚に戻す際に、間違えてセロクエル錠(25)の棚に置いてしまったものと思われ、その10錠が当該患者の分としてピッキング。またピッキングする際にシートを重ねていて、鑑査のときに1枚1枚広げて見ておらず、発見できなかった。作業手順の不履行	ジェネリックと先発で錠剤はもちろんシートも似通ったものがあることを意識する。ピッキングで多く取ってしまった、間違えてしまったなどで、再度戻すときも、棚や、薬品箱との名称の一致を確認する。	セロクエル25mg錠	クエチアピン錠25mg「アメル」	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
1111	ノボラピッド30ミックス注で処方されていたところ、ノボラピッド注がピッキングされそのまま調剤しそうになった。投薬時に再度確認したときに間違いに気が付きその場で取り換えて正しい薬をお渡し。	薬の名前が似ていたのと、混雑による焦りが原因と思われる。	名前が似ている薬、混雑しているときなどにはいつも以上に鑑査に時間をかける。	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				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1112	定期薬をもらうために患者が来局した。処方箋中には「レザルタス配合錠HD 1T 分1朝食後、30日分」と記載あり。薬剤師Aは劇薬の引き出しよりザクラスHD配合錠を調剤し、鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが間違いに気づき、レザルタス配合錠HDを正しく調剤した。鑑査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	レザルタスは普通薬の引き出し、ザクラスは劇薬の引き出しに保管されているが、～配合錠HDの名称が似ていた為間違えた。当薬局ではザクラスの用量が多く、レザルタスは1、2名の用量であった。また、患者が来局した時間帯は店内が混んでいた為もあったと思われる。	調剤者がピッキングした後に、鑑査に回す前に薬の再確認を徹底する。	レザルタス配合錠HD	ザクラス配合錠HD	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
1113	アイミクスが処方されていたが、ジェネリックであるイルアミクスで調剤を行い、鑑査も見逃して患者にわたってしまった。すぐに気づき交換することで患者に健康被害等はなかった。	AGであった為にシートデザインが酷似していたり名称も似ていることも背景にあると考える。○注意力散漫	イルアミクスは調剤棚へ、アイミクスは引出へ管理する場所に明確に分けるとともに名称類似品等に関してより一層の注意喚起を従業員全員に行った。	アイミクス配合錠HD	イルアミクス配合錠HD「DSPB」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった通常の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
1114	メイアクトMS錠100mgの処方後、後発品を調剤するにあたり、一般名を間違えて判断した。	よく似ている一般名を間違えて選んだ単純なミス。	一般名の横に先発品名を記載するなどの改善策を行った。	メイアクトMS錠100mg	セフカペンポキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1115	2018年8月7日(火)10時頃に内科の処方箋を持って患者(81歳男性)来局される。処方箋の内容はインデラル錠10mg、1錠/分1、朝食後28日分と記載されていた。薬棚からインデラル錠10mgを調剤する所を左2個隣のパーロデル錠25mgを間違えて取りそのまま鑑査をし忘れて患者にお渡しする。すぐに患者さんに薬の名前が違くと指摘され服用前に正しい薬をお渡しすることが出来、大事には至らなかった。	患者が来局した時間帯がちょうど混みあっており忙しくて焦り鑑査を忘れた。また、処方内容もいつも通りであったため、注意力散漫で確認不足という単純なミスをしてしまった。インデラルとパーロデルの棚の位置が同じ段で近かった。インデラルとパーロデルのシートの色大きさが似ており勘違いをしてしまった。	似ている薬なので棚の位置をずらして取り間違え防止をしてインデラルの棚の下にパーロデルと似ているので注意するようにとシールを貼った。業務手順を見直して忙しくても鑑査を徹底するように再確認した。	インデラル錠10mg	パーロデル錠2.5mg	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
1116	一般名処方でセフカペンピボキシル塩酸塩小児用細粒10%で処方されていたが勘違いしセフジレンピボキシル小児用細粒10%で調剤してしまつた鑑査の段階で間違いが分かり事なきを得ました	とても薬品名が似ており%も同じで色合いもピンク系で似ていたので注意しないといけないとは自覚していたが間違ってしまった	このように名前の似ている薬剤は特に秤量の鑑査ラベルにマーカーで印をつけて違を注意して見るようにしました調剤者、鑑査者共に注意するように改善しました	セフカペンピボキシル塩酸塩小児用細粒10%サワイ	セフジレンピボキシル小児用細粒10%サワイ	確認を怠った		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
1117	【正】リンデロンVGローション 5瓶【誤】【般】ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル外用液を選択し、アンテベートローション0.05% 50gで入力	一般名選択誤りによる入力ミス	落ちついて処方内容を確認する。一般名の際は似ているものもあるため、1字1字の確認を怠らないようにする	リンデロンVGローション	アンテベートローション0.05%	確認を怠った	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
1118	薬剤間違い	背景:(1)忙しい時間帯に少人数であった(2)調剤棚の場所が近くであり、表記も似ていた要因:焦り 注意力散漫	改善策:棚の位置の移動 表記にマーカーを入れて注意を促す 鑑査を流れ作業にしない意識改革 注意力散漫	カルボシステイン錠250mg「サワイ」	クラリスロマイシン錠200mg「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
1119	処方箋にツムラ柴朴湯が記載されていた。患者が別件で来局した際に服用薬を見せてもらった時に判明した。	医薬品名が類似しているため、ピッキング時に処方せんの見間違いがあったと思われる。	似ている医薬品があるときはピッキング、鑑査、投薬時により確認をする。	ツムラ柴朴湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ柴朴湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1120	患者が処方箋を持参した。処方箋には【般】ヘパリン類似物質軟膏0.3%の処方が記載されていた。事前に保湿剤は先発品希望と伺っていたが、薬剤師Aは持参した患者が先発品希望と気づかずGE薬品のヘパリン類似物質クリーム0.3%「ニプロ」を調剤し、薬剤師Bへ鑑査をお願いした。薬剤師Bは持参した患者が保湿剤は先発品希望と気づき、薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはヒルドイドソフト軟膏0.3%を正しく調剤し再度薬剤師Bへ鑑査をしてもらった。鑑査の段階で間違いに気づき、患者には正しい薬剤を交付した。	患者ごとに先発・後発希望が薬によって様々で間違えやすい。また混雑時や夕方ごろの集中力が切れやすい時間ということもあった。この患者には100g壺を調剤で、ヒルドイドソフト軟膏・ヘパリン類似物質油性クリーム「ニプロ」の外観は酷似しており、しっかり確認しないとミスにつながってしまう。	患者によって先発品・後発品の選択が様々なため、先発品・後発品が入り混じった患者には処方入力・調剤の際に処方箋に鉛筆で先発・後発の薬を書き込んで注意を促しミスを減らすように努める。忙しい時間でも、鑑査してもらう前に自己鑑査してから鑑査に回すようにする。	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 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.	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			PMDAによる調査結果	
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他		
1121	患者さんが処方せんを持って薬局に来ました。処方せんには「アバプロ錠50mg1錠/分1朝食後、28日分」と記載されていました。薬剤師Aが調剤する際、薬棚からアバプロ錠50mgを調剤するところ、その上の薬棚にあったアムパロを調剤してしまいました。薬剤師Aは薬剤師Bが昼休み中であったため監査せずに投薬しようとしてしまいました。幸いにも服薬指導時、アバプロ錠50mgではなくアムパロが調剤されていることに気づき、処方通どおり正しくアバプロ錠50mgを交付する事ができました。	よく似た名前のアバプロ50mgとアムパロが棚の上下に置かれていた為間違えてしまった。1人薬剤師であったためあせってしまった。	アバプロ50mgとアムパロの棚の位置をかえた。1人薬剤師の時ほど焦らずに慎重に調剤するようにする。	アバプロ錠50mg	アムパロ配合錠「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	
1122	患者さんが処方せんを持って薬局に来ました。処方せんには「アバプロ錠50mg1錠/分1朝食後、28日分」と記載されていました。薬剤師Aが調剤する際、薬棚からアバプロ錠50mgを調剤するところ、その上の薬棚にあったアムパロを調剤してしまいました。薬剤師Aは薬剤師Bが昼休み中であったため監査せずに投薬しようとしてしまいました。幸いにも服薬指導時、アバプロ錠50mgではなくアムパロが調剤されていることに気づき、処方通どおり正しくアバプロ錠50mgを交付する事ができました。	よく似た名前のアバプロ50mgとアムパロが棚の上下に置かれていた為間違えてしまった。1人薬剤師であったためあせってしまった。	アバプロ50mgとアムパロの棚の位置をかえた。1人薬剤師の時ほど焦らずに慎重に調剤するようにする。	アバプロ錠50mg	アムパロ配合錠「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	
1123	アムロジピンOD錠5mg「サワイ」とドネベジルOD錠5mg「サワイ」を含む、一包化調剤を行っていた。鑑査時に、アムロジピンがOD錠5mg「サワイ」ではなくアムロジピン錠5mg「サワイ」で分包されていることに気が付いた。そして、分包した薬を分別し、分包しなおす際に、ドネベジルOD錠5mg「サワイ」にアムロジピン錠5mg「サワイ」が混入していることが分かった。アムロジピン錠5mg「サワイ」とドネベジルOD錠5mg「サワイ」は、色、形、大きさがよく似ており、印字もDNP5とANP5と酷似していた為、分別する際に混入したと思われる。気が付かなかった場合に、薬剤の重複と交差という2重の重大な事故を起こす可能性があった。○分包品の計数間違い	忙しく一包化調剤も貯まっており、お昼休憩をとっていなかった。また老眼や調剤室が散らかっていたことも要因にあると考えた。○単純なミス ○焦り○注意力散漫	PTPから出した薬の分別は、より注意して鑑査する。錠剤の1文字鑑査、複数人での鑑査を行う。焦らない。休憩をとる。	アムロジピンOD錠5mg「サワイ」ドネベジル塩酸塩OD錠5mg「サワイ」	アムロジピン錠5mg「サワイ」アムロジピン錠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
1124	名称似ていて間違え	自身の投薬に気を取られた	再確認	エビナスチン20	エバスチン10	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1125	ヘパリン類似物質油性クリームで処方されてるのに勘違いでピーソフテッククリームで調剤した。鑑査時に別の薬剤師が気づき正しいものに取り換えることができた	手書きの処方せん 注意力散漫だった	しっかり確認を怠らないよう気を付ける	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニプロ」	ピーソフテッククリーム0.3%	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
1126	ツムラ大黃甘草湯のところツムラ大建中湯を処方したが鑑査で発見した。	漢字が似ているのと思い込みでピッキング間違いがあった。	番号と漢字ときちんと確認する。	ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ大建中湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	通常とは異なる身体的条件下にあった			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
1127	ベタヒスチンメシルが処方されていたのに、間違ってベタナミンを調剤していた。	調剤棚の薬の位置が隣同士になっていた。あわてていたため、とり間違えた。	名前が似ている薬は、棚も位置を離して置くことにする。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーフ」	ベタナミン錠25mg	確認を怠った	技術・手技が未熟だった		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
1128	どちらもよく出る薬で、名前の類似で思い込みがあった	注意力散漫	思い込みをなくし、処方確認を行う	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」	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
1129	ベタヒスチン錠が作業台に落ちていて、その薬をベタセレミン配合錠のカセットに戻し、間違えて調剤、鑑査、交付時に間違いに発見した。色やデザインが酷似して、前の2文字が同じで思い込んでしまった。	過去「ベタ」の2文字で思い込みの取り間違い、同じ色のデザインで危険と思いかセットを離していた。ベタが2種類で気をつけることもわかってはいたが、カセットへ戻し間違いがあると同じような色・デザインで間違いやすいと思われる。	過去ベタの2文字で思い込みピッキングで気づいている事例もあることから、ベタセレミン配合錠からサクコルチン配合錠(日医工)へまったくデザインも色も異なるジェネリック薬へ変更検討中。	ベタセレミン配合錠	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」	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
1130	ディレグラ配合錠を継続服用している患者様に ترامセットを誤調剤してしまい。帰宅後に患者様から違うお薬が入っていると電話ある。	錠剤の色は違うが形が似ていて上下の配置であったため、投薬時に誤調剤を見抜けず、鑑査を怠る。	調剤棚の配置を変える、情報共有し再度鑑査に集中するように周知	ディレグラ配合錠	トラムセット配合錠	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
1131	調剤時にベザフィブラートSR200mgのところフェノフィブラート80mgを調剤する。鑑査時に調剤間違いに気づき変更する。	思い込みで類似医薬品を取りまちがえました。		ベザフィブラートSR錠200mg「日医工」	フェノフィブラート錠80mg「武田テバ」	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1132	クランエ半夏白朮天麻湯を誤ってクランエ半夏厚朴湯で調剤してしまった。鑑査時に間違いが分かった。	処方せんの見間違い。	漢方薬は似たような薬剤が多いため、初めの文字だけでなく最後まで薬剤の名称を確認したうえで薬剤の調剤を行う。	クランエ半夏白朮天麻湯エキス細粒	クランエ半夏厚朴湯エキス細粒	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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1133	3包のみ異なる漢方が混入していた	下一桁が同じ漢方を隣通しにおいていた。棚に戻す際に隣の箱に入れてしまったものと思われる。調剤時にも番号を1つ1つ見なかったものと思われる	類似薬品、類似番号は隣通しにおかない	ツムラ麻杏よく甘湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)	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	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
1134	ツムラ苓姜朮甘湯が処方されていたところを薬剤師Aが誤ってツムラ苓桂朮甘湯を調剤し薬剤師Bに引き継いだ。薬剤師Bは監査で誤った薬剤が調剤されていることに気づいたの で誤った薬剤を患者に交付するに は至らなかった。	薬剤師Aは一瞥して処方薬剤がツムラ苓姜朮甘湯であると思い込んでいた(処方せんの見間違い)。また、その後の自己監査でも一文字監査を怠ったため誤りに気づけなかった(作業手順の不履行)。	類似医薬品がある事を注意喚起するメモを薬剤の近くに貼り付けた。	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)	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
1135	患者さんが処方せんを持って来局。処方せんには「フルバスタチンナトリウム錠10mg、1錠/分1朝食後、80日分」と記載されていた。薬剤師が調剤する際、薬棚からフルバスタチン錠10mgを調剤するところ、その近くの棚にあったフルバスタチン錠10mgを調剤した。監査でもこれに気付かずそのまま交付してしまった。後日、乗船中の患者様から「いつも貰っている薬と色が違う」と電話があり間違いに気がついた。調剤したフルバスタチン錠10mgは服用しないよう指示し、下船後に血液検査をしてもうらよう話をした。処方したDrにも連絡をとりそのように対応した旨を報告した。	フルバスタチン錠10mgとフルバスタチン錠10mgは棚が同じ段にあり名称も似ているため間違えた。午前中で患者さんが込み合う時間帯であったため焦りがあった。○処方せんの見間違い	それぞれを先発医薬品の棚の隣に配置し、取間違い注意のシールを棚に貼り、調剤時に処方せんを再確認するよう注意喚起をした。ピッキングした後に再度処方せんと調剤した薬品を確認するよう徹底することにした。	フルバスタチンNa塩錠10mg「タナベ」	フルバスタチン錠10mg「三和」	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
1136	薬品を分包してお渡しする患者さまの調剤で、薬品を棚よりピッキングし手巻きする必要があった。その際、ブラビックス錠75mgを調剤するところ、クロビトグレル錠75mg「サンド」を調剤してしまった。監査時に、別の薬剤師が処方箋とことなる薬品が調剤されている事に気が付き指摘。調剤をし直してお渡しが出来た。	クロビトグレル錠75mg「サンド」を薬品棚に戻す際、間違えてブラビックス錠75mgの棚に戻してしまっていたことが背景にある。調剤時は、ピッキングシステムを導入しており薬品のとり間違いは起きないという思い込みがあったため、薬品が間違っただけにはいないかもしれないと予測が出来にくかった。ブラビックス錠75mg、クロビトグレル錠75mg「サンド」共にウィークリーシートでシートデザイン・色合いなども酷似していたため見分けが付きにくい薬品であった。また、薬品棚の配置が上下になっており間違いが繰り返しやすい環境にあった。○注意力散漫	薬品を一度棚から取り出して、元に戻す際は、必ず複数人で確認をしながら戻すように手順書を訂正した。	ブラビックス錠75mg	クロビトグレル錠75mg「サンド」	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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1137	すべて後発品希望の患者様であったが前回分よりアンフラベート軟膏とヘパリン類似物質油性クリームとの混合にて2週間で分離するとの情報がありヘパリン類似物質油性クリームは先発のヒルドイドソフト軟膏にて混合していた。(ヒルドイドソフト軟膏は商品名記載)すべて後発品で取り集めをして混合しようとした際に軟膏の組み合わせにてふと思いつき電子カルテにて確認して間違いが発覚した。前回は84日前の薬局であり忘れてしまっていた。	後発品希望の患者様でも何らかの先発品が混ざることがある。今回のような薬剤的観点や患者希望にて一部先発品を使用している可能性はある。	必ずピッキング前に電子カルテにて申し送りや伝言、注意事項を確認してから調剤を行っていく。	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%「日医工」	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
1138	エバスチン10mgを処方のところエピナスチン10mgで調剤しようとしてしまった。	当薬局ではエピナスチン10mgの処方が多く、エバスチンはとても稀な処方であった。そのため今回もエピナスチンであろうと思い込みエピナスチンをピッキング。	もう1名の薬剤師が間違いに気が付き患者様にお渡しには至らなかった。必ず複数人で声を出して確認。似ている名前の薬剤は多いということを常に念頭に置いて、個人個人でも意識をもって調剤を行う。	エバスチン錠10mg「ファイザー」	エピナスチン塩酸塩錠10mg「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
1139	インフルエンザで多忙時期 関係薬品をまとめておいたところ混在してしまった。錠剤監査機を使用していたので 目視がおろそかだった。	単純なミス	外見類似薬品は隣接設置しないようにした。	カロナール	シーサール	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
1140	処方箋をしっかりと確認せず、監査時に確認して気付いた。	思い込みで調剤してしまい確認を怠った。○処方せんの見間違い	処方箋確認をしっかりと、似たような名前は特に注意する。調剤欄にも注意を喚起して再発防止に努める。	レボカバステチン塩酸塩点眼液0.025%「TOA」	レボフロキサシン点眼液0.5%「科研」	確認を怠った	知識が不足していた技術・手技が未熟だった	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1141	患者の母が処方箋を持って来局した。処方箋には「一般名:クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05% 10g」と記載されていた。事務Aは「一般名:クロベタゾンプロピオン酸エステル0.05% 10g」と間違えて入力し、さらに「商品名:マイアロン軟膏0.05% 10g」に代替してピッキングへまわした。薬剤師Bは入力ミスに気付かずそのままマイアロン軟膏を調剤して監査へまわしてしまふ。監査にあつた薬剤師Cがその間違いに気付く。事務Aと薬剤師Bへ伝える。事務Aは正しく「一般名:クロベタゾン酪酸エステル軟膏」に入力を直し、「商品名:クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「テイコク」」に代替をした。薬剤師Bもクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「テイコク」を正しく調剤し監査者へまわした。監査の段階で誤りに気付いたため患者には正しい薬を交付した。	「一般名:「クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%」と一般名:「クロベタゾンプロピオン酸エステル軟膏0.05%」は一般名称が類似していたため間違えた。また、患者が来局した時間は店内が混雑していたため、焦りがあったよう。	調剤室内の各メンバーに名称類似品の表を渡した。また業務手順を見直し、入力後に時間をとって混んでいる時間帯でも再確認を徹底することにした。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「テイコク」	マイアロン軟膏0.05%	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
1142	患者の質問に答えながらの鑑査となり、チェックがおろそかになった。	外装のアルミ袋の類似。		スミルスチック3%	スチックゼノールA	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
1143	重曹錠500mg「マイラン」が処方されていたが、酸化マグネシウム錠500mg「マイラン」を調剤し、そのまま投薬した。	棚の位置は離れてあつたが、規格と企業名が同じで、勘違いしてしまつた。単純なミスであり、注意力散漫である。また、調剤する人と、投薬する人を別々にしていたが、確認不足でそのまま間違つた薬が投薬されてしまつた。	似たような名前の薬の場合、薬品棚を離すのはもちろんのこと、薬歴にも注意勧告が出るようにし、投薬する人はよくチェックする。薬袋に薬品画像が印刷されるようになったので、その画像ともよく確認し、投薬するようにする。	重曹錠500mg「マイラン」	酸化マグネシウム錠500mg「マイラン」	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
1144	処方エバルレスタット錠50mg「サファイ」3錠分3食後70日の所 薬剤師Aが下の棚に有るエベリゾン塩酸塩錠50mg「テバ」を調剤し、監査のB薬剤師が間違いに気づき薬剤師Aがエバルレスタット50mgに調剤し直し薬剤師Bが再度監査し正しく調剤した薬剤を薬剤師Aが服薬し交付した。	ヒート裏側印字が似ており、mgも同数でエから始まり棚も続いていたため	棚を離しエバルレスタット錠50mgとエベリゾン塩酸塩錠50mg両方を印字の全く異なるメーカーに変更	エバルレスタット錠50mg	エベリゾン塩酸塩錠50mg	確認を怠った	知識が不足していた技術・手技が未熟だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1145	ツムラ78 麻杏よく甘湯を調剤すべきところを ツムラ55 麻杏甘石湯で調剤してしまい、調剤鑑査時に他薬剤師により発見された。	2種の漢方はいずれも5文字であり、1文字以外同じため 調剤時に処方箋を見た際に見間違ってしまった。○処方せんの見間違い	似た名称の漢方は近くに置かない。名称が似た漢方があることの注意喚起を行う。	ツムラ麻杏よく甘湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ麻杏甘石湯エキス顆粒(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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1146	患者の母が処方せんを持って来局した。処方せんには「リンデロンVG軟膏0.12% 5g」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、上のカセットにあるリンデロンVG軟膏を確認せず、下の引き出しに入っているリンデロンV軟膏を調剤し、間違いに気づかないまま監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが処方薬のリンデロンVG軟膏ではなくリンデロンV軟膏が調剤されていることに気づき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師AはリンデロンVG軟膏を正しく調剤し、再度薬剤師Bの監査へ回した。監査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	薬剤師Aは経験が浅く、リンデロンVG軟膏とリンデロンV軟膏という類似した名称の薬剤があることを知識として知らなかった。簡単な軟膏だと思いき、安易な確認で調剤をしてしまった。	新人の薬剤師のは取り間違い易い類似薬の一覧を渡し、確認してもらった。薬剤師の名称は最後の一字まで確認することを徹底することにした。類似薬があるものカセットには注意喚起の紙を貼ることとした。	リンデロン?VG軟膏0.12%	リンデロン?V軟膏0.12%	確認を怠った	知識が不足していた	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
1147	定期的に来局している患者さん。今回は風邪の症状で受診し7品目の薬が処方されていました。当日の最後の患者さんであり、2名の薬剤師の内他の薬剤師は他の患者さんに投薬中だったため自己監査にて投薬しました。その際テオロン錠100mgではなく間違えてトライコア80mgを投薬してしまいました。この2種類はシートも似ており普段から注意はしていましたが、自己監査でスルーしてしまいました。帰宅後患者さんが薬情により薬が違うことに気づき服用せず翌月曜に薬局に持参してくださいました。	通常は必ず薬剤師により監査をして投薬しています。投薬時も必ず薬情と合わせ患者さんにも確認をしていた投薬しています。今回最後の患者さんだった事も他の薬剤師の投薬の終わりを待たず自己監査をしてしまった事が悪かったと思います。きちんと普段通りの手順を踏んでいれば起こらなかった件だと思います。たまたま患者さんが薬を飲む前に気づいたから良かった話です。後から思えば最後の患者さんという事も、又けっこうと長く定期薬との併用等お話をしていたので、早く終わらせようという気持ちがあったのかもしれない。	やはりどんな状況でも手順書を守る。きちんと監査をしていただいて投薬する。投薬時もスルーの事を頭において確認をする。患者さんとお話をする場合も ながらの行動はしない。錠剤の棚に注意を記載する。	テオロン錠100mg	トライコア錠80mg	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
1148	桂枝加朮附湯のところ、桂枝茯苓丸を調剤。	名前が似ていたため。		ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒	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
1149	一般名ドキサゾン2mgでの処方、カルデナリン2mgで調剤するところをよくでるカンデサルタン2mgでビック、投薬。	どちらも2mgであること、頭文字が同じ、規格のイメージ色がグリーンで似ていたことから発生したと考える。繁忙時間帯であったことも要因の一つ	調剤監査システムを導入	カルデナリン錠2mg	カンデサルタン錠2mg 「あすか」	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
1150	エペリゾンの処方であったが、エパルレスタットで調剤した。監査の時に発覚し患者に誤った薬剤が交付されることはなかった。	患者は他にもトラゼンタなどを服用しており糖尿病であると確認していたので、糖尿病の末梢神経障害改善薬であり、なおかつ名前が類似しているエパルレスタットが処方されていると思ひ込んでしまった。	商品名が類似している医薬品が存在するので、処方箋と薬剤との照会を確実にを行うことが必要である。本事例を局内で周知徹底をし、再発予防に努める。	エペリゾン塩酸塩錠50mg「テバ」	エパルレスタット錠50mg「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1151	名称が類似の為、ピッキング間違いした	単純なミス	よく確認してピッキングするよう心掛ける	カンデサルタン錠4mg「あすか」	カルデナリン錠4mg	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
1152	小建中湯と小青竜湯の取り間違い。投薬時に、患者と薬剤の確認しているときに発覚。入力で小建中湯のところを小青竜湯と入力し、入力チェック・処方監査でも見逃してしまった。ピッキングは、PDAを使用しているため、入力されたものをそのままピッキング。調剤時は、小児のため、3gシートをばらして分包。印字は、小建中湯。最終監査は、分包紙の印字が小建中湯となっていたものもあり、空シートの確認で小青竜湯を小建中湯と見間違え。	入力・入力チェック・処方監査：似た薬剤名のため見逃した。ピッキング：PDA使用のため、入力されたものをピッキング。調剤：SPシートをばらして分包するときに、処方せんと薬剤の見逃してしまった。ピッキングは、PDAを使用しているため、入力されたものをそのままピッキング。調剤時は、小児のため、3gシートをばらして分包。印字は、小建中湯。最終監査は、分包紙の印字が小建中湯となっていたものもあり、空シートの確認で小青竜湯を小建中湯と見間違え。	漢方薬は、似た薬剤名のものが多いので、1文字1文字確認する。	ツムラ小建中湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	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		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1153	患者が処方箋を持って来局。処方箋には『ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TSU」3錠分3毎食後14日分』の記載。薬剤師Aが調剤時薬棚からベボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」を調剤し、鑑査に回した。鑑査をした薬剤師Bが間違いに気づき、調剤した薬剤師Aに伝えた。薬剤師Aはベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TSU」を正しく調剤し、再度薬剤師Bに鑑査してもらった。鑑査で間違いに気付いたので、患者には処方通りの薬を交付した。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TSU」とベボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」は名称が似ているのと、一緒にナゾネックス点鼻液50μg56噴霧用が処方されていたので、思い込みがあった。	調剤者が鑑査に回す前に再確認をすること。mg数も確認して調剤するように徹底。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TSU」	ベボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	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
1154	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には『【般】タムスロシン塩酸塩OD錠0.1mg「サワイ」が処方されていたが、同じ口腔内崩壊錠0.1mg、1錠/分1朝食後、30日分』と記載されていた。薬剤師は調剤する際、薬棚からタムスロシン塩酸塩OD0.1mgを調剤するところ、同じ薬棚の仕切りの右側に保管していたタムスロシン塩酸塩OD0.2mgを調剤したことに気づかず鑑査に回した。そこでもきちんとmgまで確認せず患者に交付してしまった。その後、すぐ間違いに気づき、患者に電話して事情を説明したのち、正しい薬をその日の内にお届けした。	タムスロシン塩酸塩OD錠0.1mg「サワイ」が処方されていたが、同じ場所にタムスロシン塩酸塩OD錠0.2mg「サワイ」も一緒に保管していたため間違いを犯してしまいました。また、繁忙時間帯だったため焦ってしまいました	タムスロシン塩酸塩OD錠0.2mg「サワイ」とタムスロシン塩酸塩OD錠0.1mg「サワイ」を別の場所に保管することにし、その他の類似医薬品についても保管場所を見直した。また業務手順を再度見直し、調剤者がピッキングした後の薬を三人で再確認することにした。	タムスロシン塩酸塩OD錠0.1mg「サワイ」	タムスロシン塩酸塩OD錠0.2mg「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
1155	ジェネリック希望の患者様にヒルドイドソフト軟膏の処方、先発で調剤ステロイドと混合。鑑査で発見、作り直す	作業手順の不履行	調剤前に、処方箋と薬歴の確認をしっかりと守る	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	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	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1156	ミカルディス20mgをジェネリック希望でテルミサルタン20mgで調剤すべきところ、バルサルタン20mgで計数・鑑査・与薬に至ってしまった。手持ち薬剤に余裕があったため、当時は気付かず服用使用として、薬剤の違いに気付いたそう	一般名称になると、一部が似ていたり、薬効が同じなので近くに配置すると、取り違いが起きる。監査者は処方せんをみても、計数された薬剤との一致の確認を怠った	先発薬・後発薬の配置の見直し。酷似した名称、間違えやすい名称は調剤剤にマーカーをする、など	テルミサルタン錠20mg「DSEP」	バルサルタン錠20mg「サンド」	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
1157	薬剤取違い	多忙のための集中力切れゆくり休めない	通常のルーチンの監査でひっかかたので特に問題は無しこの二つの薬剤名似てるとい認識を全員で共有リストに追加	ミドドリン塩酸塩錠2mg「オーハラ」	リトドリン塩酸塩錠5mg「あすか」	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
1158	2019年2月に患者が処方箋を持って来局。処方箋には「セファレキシン3c分3 毎食後 5日分」と記載されていた。薬剤師Aが入力した際、誤って名称の似ているセファランチン1mgと入力してしまった。そのまま、薬剤師Aが誤ってセファランチン1mgを調剤し、監査へまわした。監査にあたった薬剤師Bが気づき、入力し調剤した薬剤師Aへ間違いを伝えた。薬剤師Aは正しい入力へ変更し、正しい薬剤に変更し、再度、薬剤師Bに監査してもらった。監査の段階で誤りに気づいたため、患者には正しい薬剤を交付した。	セファレキシンとセファランチンと名称が似ていること。また手書き処方箋で字が読みづらかったことと規格が書いてなかったこと。入力した薬剤師が調剤したことにより、セファランチンと思い込んでしまったこと。	レセコンに手書き処方箋注意喚起のPOPをつけた。また連絡ノートなどに名称類似医薬品について共有。	セファレキシン錠250「日医工」	セファランチン錠1mg	確認を怠った	技術・手技が未熟だった 勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム 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
1159	平成31年2月15日17時頃患者から処方箋を受け取った。処方箋にはツムラ小青竜湯エキス顆粒6g分2朝夕食後14日分と記載されていたが、実際にはツムラ小建中湯エキス顆粒5g分2朝夕食後14日分で調剤し、監査が行われた。そのまま患者にも投薬を行い患者は帰宅した。後日、患者が薬局に来局。ツムラ小青竜湯エキス顆粒のところツムラ小建中湯エキス顆粒が入っていたと申し出あり。調剤ミスが発覚した。患者は服用時に間違いに気づいたため服用に至っていなかった。	ツムラ小青竜湯エキス顆粒とツムラ小建中湯エキス顆粒は1文字目「小」と4文字目が「湯」が同一、包装デザインの色がピンクと同一であるため調剤時に処方箋の見間違えから薬の取り間違えを起こし、監査時も間違えに気づけなかったと考えられる。	名称・外観類似品として他の薬剤師に周知させ、在庫場所に注意喚起の表示を行う。調剤・監査・投薬時に薬品名称を声に出して読み上げることで間違えに気づくようにする。	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		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
1160	色調が似ていたため、錠剤を誤って調剤し払い出した。	同じ処方内にリスパリドン0.5mgもあり、思い込みがあったと考えられる。	配置場所に注意喚起を表示する。	ロラゼパム0.5mg	リスパリドンOD1mg	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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1161	2018/10月ごろFAX処方箋を予約受付した。FAX処方箋にはミカルデイス20mgを含む一包化指示の入った処方箋であった。後発医薬品メーカーの採用がテルミサルタン20mg「DSEP」→「日医工」になり、カセットにテルミサルタン20mg「DSEP」が2錠が誤ってテルミサルタン20mg「DSEP」「日医工」入っていたことにより、薬剤師Aが調剤する際誤って両方を入れて、一包化してしまった。監査にあたった薬剤師Bが気づき、正しい薬剤に変更し、調剤しなおし、本処方箋を受けつけた際、正しい薬剤を交付した。	後発医薬品の採用メーカーがテルミサルタン20mg「DSEP」→「日医工」になったこと。カセットに両方はいっていたこと。ヒートが似ていたこともあり、今回調剤をあやまってしまった。	採用薬が変更になり、カセットを入れ替える際、薬剤を棚に戻す際に、別の薬剤師に確認し戻す。	テルミサルタン錠20mg「日医工」	テルミサルタン錠20mg「DSEP」	確認を怠った判断を誤った	勤務状況が繁忙だった通常とは異なる身体的条件下にあった通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品 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
1162	防風通聖散エキス錠が処方されていたが、調剤の際に誤って隣にあった防己黄耆湯エキス錠を取ってしまい監査時にも気付かずに投薬台の上に載せてしまった。	「防」から始まりよく似て取り換えやすい名称の品目を隣同士に配置していたこと。注意力が不足していたこと。	配置場所の変更。間違いやすい(よく似た名前など)薬剤を職員皆で確認・周知する。	防風通聖散エキス錠	防己黄耆湯エキス錠	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
1163	処方せんには一般名ビルシカイニド塩酸塩カプセル50mgとあったが、劇薬で同じ引き出しで隣にあるプロプラノロール塩酸塩徐放カプセル60mgを調剤してしまった。別の薬剤師が、監査時に気づき、調剤し直した。	同じ劇薬で、パッケージ、カプセルの色の組み合わせが類似している。○注意力散漫		ビルシカイニド塩酸塩カプセル50mg「サワイ」	プロプラノロール塩酸塩徐放カプセル60mg「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
1164	処方せんには、(般)ベボタスチンベシル酸塩錠10mg 2錠/分2朝夕食後 14日分と記載があったが、調剤した薬剤師は誤ってベタヒスチンベシル酸塩錠を調剤した。監査した薬剤師が間違いに気づき、ベボタスチンベシル酸塩錠を調剤し直した。監査の時点で間違いに気付いたため、患者には正しい薬をお渡しした。	普段よく出ている薬がベタヒスチンベシル酸塩錠だったため、ベボタスチンベシル酸塩錠が処方されていたのに思い込みで名前がよく似ているベタヒスチンベシル酸塩錠を調剤してしまった。	名前が似ている薬剤をリストアップし、気を付けて調剤するよう注意喚起をした。調剤した薬剤師は、もう一度処方せんを確認するよう徹底することにした。	ベボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンベシル酸塩錠6mg「日医工」	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
1165	ウラリットが処方されていたが、ウラリットの調剤棚にクエンメット(ウラリットのGE)が混ざっていたため間違えて調剤しそうになった。	シートが似ているため戻し間違いが起こった。○注意力散漫	あらかじめ棚は離れてあった。今回のことを薬剤師間で情報共有して、再発防止のために注意喚起する。	ウラリット配合錠	クエンメット配合錠	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
1166	オルメテックOD錠10mgのところ、オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」で調剤してしまった。在庫数が合わないため発覚し、患者へ連絡。ヒートが似ているため患者は気付いていなかったとのこと。	同じ「オルメ」で始まる薬で、またAGであるため極めて似ている。取り換え防止のため、離れた位置のカセットに在庫していたが、後発品のほうがよく処方するため取り違えてしまった。	ポップを貼り、さらに注意喚起するようにした。	オルメテックOD錠10mg	オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」	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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1167	一般名:ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム眼耳鼻科用液が処方されていた。ベルベゾロン眼耳鼻科用液0.1%を準備するところベルベゾロンF点眼・点鼻液にて準備を進めていた。監査時に発見し、正しい薬へ変更。	一般名の確認漏れ。監査システムも思い込みによりスルーしていた。	類似薬があることを再度認識の上指差し確認を徹底する。	ベルベゾロン眼耳鼻科用液0.1%	ベルベゾロンF点眼・点鼻液	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
1168	タケブロンカプセル15で処方されていたが、後発品のタイプロンカプセル15で調剤・交付。交付後、家族より薬剤情報の写真と違う薬が入っていると電話があった。	先発品と後発品は剤型・シートが類似している場合が多い。	調剤後の確認の徹底。	タケブロンカプセル15	タイプロンカプセル15mg	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
1169	ジャディアンス10mgの処方のところをジャヌビア50mgで調剤。その後監査はされたがそのまま通過し患者様の手元へ。患者様より違う薬が入っているとの連絡を受け間違いを発見。	ジャディアンス10mgとジャヌビア50mgの棚が近かったため取違えたと思われる。その後2人の薬剤師が監査したがいずれも薬品名が似ていたため読み違えてスルーしてしまった。どちらも糖尿病薬であったことも原因の一つかもしれない。	ジャディアンス10mgとジャヌビア50mgの棚を遠ざける。類似薬品(名前)を各人が意識して調剤、監査に従事する。	ジャディアンス錠10mg	ジャヌビア錠50mg	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
1170	セフジトレンピボキシル錠の処方があったにもかかわらず、隣の棚にあったエルサメットS配合錠を調剤した。監査者が気づいて、調剤しなおした。	○単純なミス○焦り錠剤とシートのデザインが酷似した2剤が隣り合った棚にあったため、繁忙時に焦って取り違えた。	棚の配置を変更し、薬剤名と規格を引出しに大きく貼り付けた。	セフジトレンピボキシル錠100mg「OK」	エルサメットS配合錠	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
1171	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には一般名で「ロスバスタチン口腔内崩壊錠2.5錠」と記載があった。いつも患者本人は先発品を希望していたため、クレステールOD錠2.5錠を調剤しているが、今回は誤って後発品のロスバスタチンOD錠2.5錠「DSEP」を調剤してしまった。レセコンにはクレステールOD錠2.5錠を入力したため、領収書も先発品の金額で頂いていた。患者が帰ったあと、薬品の残数が合わないことで発覚。患者にその旨を伝え、来局していた差額を返金し、クレステールOD錠2.5錠を正しく調剤した。	クレステールOD錠2.5錠とロスバスタチンOD錠2.5錠「DSEP」は医薬品の外観が非常に類似している。そのため思い込みと確認を怠った事による。単純なミスにより間違えたと思われる。	いつもの処方内容でも投与する際は、患者さんと一つ一つ処方内容を確認する事を徹底する。	クレステールOD錠2.5mg	ロスバスタチンOD錠2.5mg「DSEP」	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1172	2019年3月15日(金)10時30頃に、内科を受診した患者(72歳女性)が処方せんを持って来局した。処方せんには「エトール250mg錠、3錠/分1朝食後、42日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からエトール250mg錠を調剤するところ、エبرانチルカプセル15mg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、処方薬のエトール250mg錠ではなく、エبرانチルカプセル15mgが調剤されていることに気付き、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはエトール250mg錠を正しく調剤し、再度、薬剤師Bに鑑査してもらった。鑑査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	エトール250mg錠とエبرانチルカプセル15mgは同じメーカーで裏面と名称が似ていたため間違えた。また、患者が来局した時間帯は店内が混んでいて焦りもあった。	調剤者が監査へ回す前に薬品名称の確認をもう一度行う様に徹底した。エトール250mg錠とエبرانチルカプセル15mgの棚に名称類似注意喚起の印を配置した。	エトール250mg錠	エبرانチルカプセル15mg	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
1173	ツムラ麦門冬湯を渡さなければいけないのに、ツムラ苓桂朮甘湯を渡してしまった。患者さん本人から連絡あり。間違いに気づく。	29番と39番で見た目が似ていて、隣同士に置いていた。薬を取りそろえた薬剤師も監査した薬剤師もその間違いに気が付かなかった。	配置を変えて隣同士にならないようにした。監査するものも十分に気を付けるようにする。	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(医療用)	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
1174	一般名エチゾラム錠 眠前 7日分の処方に、エンペラシン錠 7Tお渡ししていました。業務終了後に向精神薬の在庫を確認していたところエチゾラム錠が7T多かったため調査したところ、発覚しました。	調剤時、抗ウイルス剤との併用だったために、エの文字で皮膚科で汎用されているエンペラシン錠と思い込みました。投薬時は、シートデザインがよく似ているためにエチゾラム錠と思い込み鑑査してしまいました。	特によく似ているデザインの薬剤はピックアップして、調剤時・投薬時の鑑査をより一層注意するように喚起しました。また採用メーカーの変更も考慮しています。	エチゾラム錠0.5	エンペラシン錠	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
1175	処方箋には『インタール点鼻薬2%』が記載されていたが、『インタール点眼2%』を調剤してしまった。患者がお帰りになった後、すぐ気づき患者に連絡したのインタール点眼をお届けした。	名称が似ているため間違えてしまった。また、患者が来局した時間は店内が混んでいたため焦ってしまっていた。	思い込むのではなく、薬品名の最後の一字まで確認してから調剤することを徹底し、薬の再確認を何人かでチェックしあうことも徹底する	インタール点鼻薬2%	インタール点眼液2%	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
1176	一般名処方でフェノフィブラート錠 53.3mgと記載。患者が先発希望であり、リビディル錠53.3mgを調剤しなければならぬところ、フェノフィブラート錠53.3mg「武田テバ」を調剤してしまい、監査者も気づけずそのまま投薬した。	○単純なミス現在調剤の90%以上がジェネリック医薬品であり、反射的にジェネリック医薬品を調剤してしまっていた。ジェネリック医薬品と先発医薬品の見た目が似ており気づけなかった。	先発・ジェネリックの確認PTPシートの文字を確認	リビディル錠53.3mg	フェノフィブラート錠53.3mg「武田テバ」	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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1177	在宅の定時処方ツムラ半夏厚朴湯(No16)を間違えて、半夏瀉心湯(No14)で届けてしまった。翌日家族よりいつものと違うとの連絡あり、交換して事無く終了。	漢方薬の名前が似かよっており、且つ番号も近く、思い込みで調剤した薬剤師が間違えたしまった。監査した薬剤師も、他の慢性疾患の一包化した錠剤の監査は丁寧にしたが、漢方については疑う事無く、そのままにしてしまった。配達投薬した薬剤師は、監査されている薬剤で有った為、疑う事無く患者にそのまま手渡し、中を確認しないまま投薬してしまった。	単純なミスだが、調剤した薬剤師は漢方薬に精通していない事が明らか。もっと勉強すべきである。監査した薬剤師、投薬した薬剤師も基本が出来ていない。特に投薬薬剤師は、個々薬剤を患者の前で確認しながら投薬、患者の服薬管理をすべきであった。	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		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
1178	いつもいらしている先発品希望の患者が、9/18に処方箋を持って来局。一般名処方であり、薬剤師Aは後発品のベザフィブラートSR200mgで調剤し、薬剤師Bも監査時に先発品ではないことに気付かず投薬した。9/28に患者から電話があり、発覚。患者は薬が違うことに気づいたが、休日であったことと前回の残薬がなくなったため、自身で調べ、後発品であり成分は同じであることが分かり2錠服用したとのこと。患者に謝罪し、正しい先発品であるベザトールSR錠200mgと交換した。	ベザトールSR錠200mgとベザフィブラート錠SR200mgは棚の位置が隣であり、名称も似ていたため誤認。さらに、調剤録の確認を怠り、集薬、監査ミスが重なってしまった。	薬品棚の位置を離れた。調剤、監査とも処方薬の思い込みをなくし、先発品、後発品の確認をしっかりと行ってから投薬するようにした。	ベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」	ベザトールSR錠200mg	確認を怠った判断を誤った		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
1179	処方せんであるベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル0.05%軟膏(アンテベート)とヒルドイドソフト軟膏との混合であったが、間違えてベタメタゾン吉草酸エステル軟膏(リンデロン)をヒルドイドと混合してしまった。患者への交付前に自身で気づき患者への交付はなかった。	金曜日の夜ということもあり、疲れがたまっていた上、忙しく、一般名が似ているので思い込みで混合の頻度が高いリンデロンとヒルドイドで混合してしまった。	処方せんの薬品名を最後まで確認すること、混合の前にもう一度確認を行う。	アンテベート軟膏0.05%	リンデロンV軟膏0.12%	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった通常とは異なる身体的条件下にあった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1180	漢方薬ツムラ26桂枝加竜骨牡蠣湯エキス顆粒が処方されたが、誤ってツムラ21柴胡加竜骨牡蠣湯エキス顆粒を調剤してしまった。	名称が類似している漢方薬であり、薬品名をよく確認せず、錯覚して投薬してしまった。	監査は必ず2名で行う。類似している漢方薬には、箱に目立つよう「類似名あり」と印をつけ、取り間違いないよう注意を促す。投薬時には、改めて医薬品名・用量をしっかりと処方箋と照らし合わせてから投薬する。	ツムラ桂枝加竜骨牡蠣湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ柴胡加竜骨牡蠣湯エキス顆粒(医療用)	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	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
1181	クラシエ加味逍遙散エキス顆粒を処方されていたところクラシエ十味敗毒湯でお渡ししてしまった。土曜日にお渡しし、日曜日が薬局が休みだったため月曜日に患者さんから連絡が発覚した。患者さんも気付かず2包服用してしまっていた	同じにきびに処方される漢方薬であったため、先入観で間違えて調剤をしてしまった。似たような外観で混雑時であったため監査、投薬時にも気づくことができずにお渡しをしてしまった。作業手順の不履行 処方せんの見間違い 単純なミス 注意力散漫	幸い、にきび関連薬だったため患者さんに対する健康被害もなかったが、医薬品は一つ間違えば重大事故につながる。今後は確認をしっかりと行っておこなって調剤、監査、投薬をおこなっていく	クラシエ加味逍遙散料エキス細粒	クラシエ十味敗毒湯エキス細粒	確認を怠った判断を誤った	勤務状況が繁忙だった通常とは異なる心理的条件下にあった	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1182	ヘパリン類似物質外用スプレー「日医工」0.3%100gが処方されていたところ、ヘパリン類似物質外用泡状スプレー「PP」0.3%100gをピッキングしてしまう。	「ヘパリン類似物質」「スプレー」の文字が同じだったため読み違えた泡状スプレーのほうが調剤頻度が高いため思い込みが発生した	処方箋を熟視熟読するようにする	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%「PP」	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
1183	ピラノア錠20mgとビピアント錠は、棚の位置が上下で近く、名前も似ていたため間違えた。	ピラノア錠20mgとビピアント錠は、棚の位置が上下で近く、名前も似ていたため間違えた。	ピラノア錠20mgとビピアント錠の棚の位置を離れた。	ビピアント錠20mg	ピラノア錠20mg	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
1184	風邪を引いた患者に対して、アレルギー剤が処方されていた。ベボタスチンに対し名前の類似したベタヒスチンを出してしまった例である。患者とやり取りして、めまい症状はないと言われているのに、注意力が欠如しており、ベタヒスチンを渡してしまった。患者が駐車場から出るところで間違いに気づき、正しいものを渡した。	薬局内で一部事務職員の人事異動があり、職場の雰囲気が変わったことで、注意力が足りなくなっていた。	職員全員に事例報告し、注意喚起した。	ベボ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	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
1185	Rp. ツムラ当帰芍薬散 のところ、芍薬甘草湯を用意し、監査時に発見された。	・薬品名の類似。・倉庫奥の薄暗いところで作業だったが、「芍薬」だけ見てとり、その後の確認を怠った。	・倉庫奥はどうしても暗く見づらいため、とったあと、明るい所でも処方せん、現物の薬品名を再確認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		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
1186	一般名処方が類似の医薬品を取り間違え、監査時もきちんと確認をせずに投薬を行ってしまった。	○作業手順の不履行○単純なミス○注意力散漫	一般名が類似の医薬品に関しては当事者の知識向上、調剤棚の配置の改善、監査時の確認の徹底を行い、ミスを限りなくゼロにしていける必要がある。	オーネスSP配合カプセル	ポリトーゼカプセル	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	コンピュータシステム医薬品	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
1187	Rp. ツムラ五積散 のところ、五苓散をとり、監査時に発見された。	・レセコン入力者は、FAX処方せんをコピーし、調剤へまわした。・・・(1) 五積散のところ、五苓散と入力ミスした。入力後、手元に残ったFAX処方せんを、重複して調剤へまわした。・・・(2) FAX処方せん(1)(2)を別の調剤者がピッキングしたが、いずれも誤って五苓散を用意した。・監査者が、入力ミス・ピッキングミス・重複調剤などすべて発見した。・五積散は調剤数が少なく、思いこみにより監査以外の全ての作業が行われた。	・漢方薬は、薬品名が類似したものが多くことを再認識し、一字一句確認しながら作業を行うよう徹底する。	ツムラ五積散エキス顆粒(医療用)	ツムラ五苓散エキス顆粒(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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1188	一包化調剤の際に、一般名スルピリド錠50mgをスピロラクソン錠50mg「YD」と間違えて調剤してしまい、患者の家族に渡す。その後、すぐに間違いに気づき、患者に連絡し、回収。服用はしていなかった。	薬剤名スルピリド錠50mgとスピロラクソン錠50mgが似ていることや、疲労により集中力が散漫になり、調剤過誤が起きてしまった。○単純なミス○注意力散漫	処方箋の薬剤名、用法と用量を確認。似ている薬剤名をリストアップし、再度、確認。疲労により集中力が欠ける時間帯は、特に、調剤ミスがおこりやすい事を認識し、慎重に対応する。	スルピリド錠50mg「アメル」	スピロラクソン錠50mg「YD」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる身体的条件下にあった	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
1189	調剤録チェック時、処方せん的一般名トリアゾラム錠0.125mgと薬歴、調剤録のトリアゾラム錠0.25mgが間違っていることに気づき、すぐに患者に連絡し、薬を確認して頂く。調剤したのがトリアゾラム錠0.25mgだったため、体調・副作用を確認した。特に、体調は変わりないとのことであった。すぐ自宅に行き、調剤ミスを説明し、謝罪した。30日処方分の14日分を服用していたため、その後、すぐにA医師に調剤過誤と患者の体調に変化のないことを報告した。	前回までの処方分がトリアゾラム錠0.25mgだったこと、ミリ数の数字が似ていることの見間違いから、入力ミスがあり、と同時に思い込みと疲労による集中力散漫が重なったため、調剤過誤がおきてしまった。○単純なミス○注意力散漫	調剤名、用法と用量を一つ一つ確実に確認する。同薬剤のミリ数の種類、似ている薬剤名を再度、確認する。処方内容の思い込みをしないよう、入力、調剤、鑑査を行う。疲労による集中力の欠ける時間帯、又、忙しい時などは、特に調剤ミスがおこりやすい事を確認し、慎重に対応する。	トリアゾラム錠0.125mg「日医工」	トリアゾラム錠0.25mg「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
1190	整形外科の処方分でロキソプロフェン60mgとレバミピド100mg 1日3回 毎食後 21日分で処方されていたところ、ロキソプロフェン60mgとリマプロスト5μgで調剤した。	整形外科の処方分でロキソプロフェン・レバミピドのセット処方とロキソプロフェン・リマプロストのセット処方が多いこと。また患者の繁忙時間帯であったことはあるものの、同じウィークリーシートで先入観や思い込みがあり誤った調剤したのと思われる。○単純なミス○焦り○注意力散漫	薬剤名の似た薬剤だけでなく、シート包装の類似・セットで処方されやすい薬剤などは特に注意して指差し確認などを行って調剤する。	レバミピド錠100mg「ファイザー」	リマプロストアルファデクス錠5μg「F」	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1191	処方せんには、ヤーズフレックス錠と記載されていたが、薬剤師がそれをヤーズ配合錠と同じで、名称変更しただけだと思い込み、ヤーズ配合錠とヤーズフレックス錠を合わせて係数調剤した。	同一成分ではあるが、錠剤の色、適応症、ヒートの形態違いなどを理解していなかった。	同一有効を含有しているが、別物であるという類似の医薬品群を再度学習する	ヤーズフレックス錠	ヤーズ配合錠		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
1192	セルベックスカプセル50mg90カプセルをお渡しするところセレコックス錠100mg90錠をお渡しした。2錠を服用したが、残りを1か月後に薬局に持参し、セルベックスに取り換えお渡しした。服薬傷害はなかった。セルベックスの残薬があったのでそれを服用して間に合ったので医師には話していないとの事。	名前が似ており、取り違えたのにも気が付かず、思い込んだまま渡してしまった。	今後手順書を再認識して、外見的、薬学的、臨床症状等の確認をして未然に防止していく。	セルベックスカプセル50	セレコックス100	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1193	一般名ピオグリタゾン口腔内崩壊錠15mgの処方、ピオグリタゾンOD錠15mg「日医工」42錠をお渡しするところ、2錠がグリメピリドOD錠0.5mg「日医工」で調剤されていた。最終監査時に薬剤師が気付いた。	薬を棚に戻した時に棚を間違えて戻されており、ピオグリタゾンOD錠15mg「日医工」の調剤棚にグリメピリドOD錠0.5mg「日医工」が混ざっていた。錠剤監査機では画像の間違いを認識できずに通ってしまった。両剤は外観が似ており、棚も近かった。	薬を棚に戻す時は必ず二人で確認して戻すという作業手順を徹底する。錠剤監査機では通っていても、思い込まずに最終監査時では一つ一つを注意して確認する。外観が似ている薬であることを改めて認識し、注意喚起する。	ピオグリタゾンOD錠15mg「日医工」	グリメピリドOD錠0.5mg「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
1194	投薬翌日に患者様本人より薬局へ連絡があり、薬情に記載されているものと実際もらった薬の名前が異なっているとおっしゃったため、在庫を確認したところ、在庫数がちょうど逆転しており、異なる漢方をお渡ししていたことが判明した。内服前とのことだったため、正しいお薬と交換した。服用前とはいえ、新規の薬剤だったため、服用の開始が少し遅れてしまった旨を先生にお伝えした。	薬剤が隣同士に配置されており、名称は異なっていたが、漢方の番号が類似していたため、誤ってしまった。また、不慣れた薬剤師が現場に入っていたこともあり、十分な確認がなされていなかった。	漢方の配置場所にも注意喚起し、鑑査者は鑑査時に名称と番号を確認し、投薬時には薬情と薬袋を比べ最終確認を徹底するようにしていたこともあり、十分な確認がなされていた。	コタロー 梔子柏皮湯エキス細粒	コタロー 桔梗石膏エキス細粒	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
1195	アロプリノール処方に調剤者がドンペリドンを調剤。鑑査者が気づきアロプリノールを取るよう指示したが、その棚から取ったと言われ確認したところ、アロプリノールの棚にドンペリドンが入っていた。在庫を確認し、40Tずつ合わないことから別のPt.に交付した可能性が考えられたため、処方箋より交付した可能性のあるPt.に連絡し、取り換えに伺い事なきを得た。	薬剤を補充した際の棚への入れ間違いが発生。銀に青字で大きさも同じくらいである。月初めに多くの薬剤を棚に補充するため起こったと思われる。	銀に青字のヒートは非常に多い。その他にも調剤中、似ているので間違えそうだなと思う薬剤はいくつもある。棚の位置を近づけない。調剤時、手に取った時点で薬剤名の確認。棚に補充する際は、面倒でも1種類ずつ詰めていくように改善する。	アロプリノール錠100mg「サワイ」	ドンペリドン錠5mg「サワイ」	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
1196	メレックス1mg処方のところメイラックス1mgで調剤投薬前に気づき訂正	メレックス1mgとメイラックス1mg 名称の類似と同一の容量	各薬剤の保管場所を変更薬歴に注意喚起の記載	メレックス錠1mg	メイラックス錠1mg	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
1197	エタネルセプトBS皮下注25mgシリンジ0.5mL「MA」の処方にエンブレル皮下注25mgシリンジ0.5mLが混じって入って、患者に投薬してしまった。	外箱が先発と後発は類似しており、間違えて混ぜて投薬してしまった。	外箱に先発医薬品エンブレル皮下注25mgシリンジ0.5mL、後発品エタネルセプトBS皮下注25mgシリンジ0.5mL「MA」の付箋をつけて注意を促すことにした。混じってしまいました。エンブレル皮下注25mgシリンジ0.5mLは患者宅に行き交えた。	エタネルセプトBS皮下注25mgシリンジ0.5mL「MA」	エンブレル皮下注25mgシリンジ0.5mL	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
1198	受け付けた処方箋内容よりナトリックス中止を確認、事前準備した一包化薬より当該薬剤を抜き取るど剤型が似ているジゴキシンであった。	一包化を作成する際に錠剤刻印まで確認せず、思い込みのままに調剤した。PTPシートから外れたジゴキシンのバラがナトリックスの棚に入れたコンタミ。一包化事前チェックでも錠剤刻印まで確認していなかった。同じメーカーによる製剤、類似する剤型であった。○単純なミス○注意力散漫	PTPシートから外れたバラ薬剤が出た際には薬剤名、発生日等を袋に記載する。一包化調剤でバラ薬剤を使用する際には再確認を行う。一包化監査では錠剤刻印まで確認する。	ナトリックス錠1	ジゴキシンKY錠0.25	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1199	ヒルドイドソフト軟膏処方、先発品希望のところ、後発品であるヘパリン類似物質油性クリームで調剤。監査時も気づかず、投薬時に間違いが判明。	前回までは後発品で調剤していた患者で、今回より先発品へ戻してほしいと申し送りがあったのを見落とししていたのが原因だと考えられる。	薬歴をしっかりと確認し、前回の申し送り事項の見落としがないよう徹底。	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%「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
1200	ラノコナゾール外用液をデルモゾール外用液で調剤	2種の薬剤が隣同士で置いており、どちらもピンクの蓋で取り間違えてしまった。	外観が似ているものなの別場所の保管	ラノコナゾール外用液1%「イワキ」	デルモゾールGローション		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
1201	ザルティアをザイザルでピッキングしていた。	名称が似ていたため、処方箋を見間違えたと思われる	処方内容と調剤内容の再確認。	ザルティア錠5mg	ザイザル錠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
1202	一般名処方、ニソルジピン10mg処方、シルニジピン10mgを調剤・監査してしまった。	忙しかったこともあり、よく処方がある似ているシルニジピンをピッキングし、そのまま鑑査してしまった。○処方せんの見間違い	コメント欄にニソルジピンpick注意と記載した。	ニソルジピン錠10mg「トーワ」	シルニジピン錠10mg「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
1203	名称の類似。	思い込み。PDAを通して調剤ミスと認識した。	1文字確認。PDAを通す。	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入	スピオルトレスピマット60吸入	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
1204	一般名：亜鉛華軟膏 30gの指示をポチシートと認識せず 亜鉛華単軟膏30gを調剤、患者から指摘を受けた。	一般名称が亜鉛華軟膏と亜鉛華単軟膏と非常に似ている事。一般名称 亜鉛華軟膏30gの指示がポチシートをさしていることの認識が不足していました。	ポチシートの調剤時において発行する薬袋を大きした。軟膏薬袋とサイズをわけることで 調剤と入力によるダブルチェックを行うようシステムを改善した	亜鉛華(10%)単軟膏「ニコー」	ポチシート20%	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
1205	泡状タイプが指定されて処方されているところ、通常のスプレーを調剤してしまい入力も誤っていた為、鑑査システムもスルーしてしまった。	○注意力散漫により、一語一句確認することなく調剤を行ってしまった。処方箋の記載も分りずらく、誤って入力してしまった。	外用薬でも特にヒルドイドは先発後発を含め様々なタイプがあり、容量規格も多岐に渡る為注意が必要。	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「YD」	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				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1206	処方箋は一般名処方を出されており、以前より先発希望の患者であった。ピッキングしをGEでしてしまい、監査の際に待合に3組ほど待っていたため焦りがでて、薬袋・薬情(入力した薬剤)と準備されていた薬剤に違いがあることに気が付かなかった。投薬時にもヒートが酷似していたため、患者も薬剤師も気が付かず、そのまま先発とGEを間違えて交付してしまった。	ハンディによるピッキング、監査システムがない薬局であり、薬剤師も転職したてで不慣れであった。以前の勤務先ではハンディによる監査であったため、印刷・入力された物との監査がおろそかになってしまった。該当薬局では少ない小児調剤があり、待合にも3組ほどおり調剤室内もあわただしい状態であり、単純なミスであるが重要事項の監査が実施されなかった	薬情や薬袋なども突合せをすることを監査項目に入れる。またGEがあるものについては特に注意する。投薬時に、患者と共に内容確認を徹底する。	ミカルディス錠40mg	テルミサルタン錠40mg「サワイ」	確認を怠った	技術・手技が未熟だった		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
1207	コソプト点眼とエイゾプト点眼を取り違えた。	名称が似ているため処方せんの見間違いをしてしまった。外装も似ているので思い込みで間違えた。	集中してしっかりと確認するのはもちろんだが、似た薬のときはみんなで声を掛け合って注意する。	コソプト点眼液	エイゾプト点眼液	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1208	エピナスチン塩酸塩錠20mg「サワイ」を取るところを間違えてエメダスチンフマル酸塩徐放カプセル2mg「トーフ」を取った。	一般名が似ていたため思い込みで取りそらえた。	処方箋をよくみる。	エピナスチン塩酸塩錠20mg「サワイ」	エメダスチンフマル酸塩徐放カプセル2mg「トーフ」	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
1209	[一般名]ニザチジン75mgの処方をザンタック75mgで調剤	同じ規格、よく似た一般名、同薬効の薬で思い込みがあり、確認を怠ってしまった。	二度確認。一般名が類似していることなどの再認識をする	アシンノン錠75mg	ザンタック錠75	確認を怠った	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
1210	手書きでファロム(150)と書かれた処方箋を受け取った際、事務職員が誤入力したファムシクロピル(250)を監査者がチェックできずに調剤助手にピッキング指示を出し、投薬前の再監査でも処方箋との照合が漏れてしまった結果、誤った薬剤が患者に渡ってしまった。調剤録作成中に入カミスに事務職員が気づき、すぐに患者に連絡、服用前に回収と正しい薬剤を交付することができた。	・似た名称・規格の薬剤であったが、想定外の間違いだったため、注意が欠落した。・投薬時に過去薬歴からの流れで抗ウイルス薬処方の方がどうか検討できなかった(前回、同じ患部にミノマイシンが処方されていた)。	・手書き処方せんは名称・規格が判読しにくいので、頭からお尻までしっかりと目視して正しいものが調剤されているか確認する。・薬歴の前後関係をきちんと確認し、交付薬の妥当性をよく検討する。	ファロム錠150mg	ファムシクロピル錠250mg「KN」	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
1211	ラタノプロスト点眼2.5mlを右眼1回、ラタチモ配合点眼2.5mlを左眼1回の処方内容を左右反対に説明、渡す前に再度確認したところ左右反対に気づいた。	配合剤の場合、名称が似ている物が多く確認には十分注意すること	薬を準備する薬剤師と投薬する薬剤師を確実にわけ、誤解しやすい薬の場合には入力した事務員からも声をかけてもらうこと。	ラタノプロスト点眼液0.05%「ニッテン」	ラタチモ配合点眼液「ニットー」	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
1212	近隣の病院から発熱でレボフロキサシン(250)がでていたが、間違えてレザルタスHDを調剤。患者が肺炎で他の病院に入院したため、持参薬チェックの際に入院先の病院で発覚。病院薬剤師からの連絡で在庫を調べたところ、レザルタスHDが不足。患者は1回2T服用のところ1回1Tで2日間服用。入院中の患者を訪ね、経緯説明して謝罪。入院時の血圧も120、肺炎も回復し1週間では退院予定とのこと。レザルタスHDの影響はないと思われるが、最初にレボフロキサシンを飲んでいたら経過が違っていたか、は分からない。患者側は特になにも気にする様子はなく、謝罪を受け入れてくれました。	ピッキング、監査、投薬の段階での、誰かがちゃんとみるだろうという、各々の気のゆるみ。昼休みなどは一人で全部をすることもある。薬を名前順に並べていたため、形状が似ていることもあり、間違いが発生。○単純なミス	各々が誰かが出はなく、自分がきちんと集中する。昼休みなどでも、必ずの人と確認する。薬の保管、名前順の考えなおし。また、赤札などによる注意喚起。	レボフロキサシン錠250mg「DSEP」	レザルタス配合錠HD	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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1213	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒をお渡ししなければいけないのにツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒をお渡し。ご本人さんがご自宅で確認したところ間違いに気づき、不足薬を取りに来た際に発覚。来局時に謝罪し、正しいツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒をお渡し。処方名が類似していたこともあるが、監査時の注意不足、確認不足です。	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒と一緒にコタロー桂枝茯苓丸エキス顆粒の処方があり、またコタロー桂枝茯苓丸エキス顆粒の在庫がPC上あるにも関わらず、見つけられない状況にあった。慌てていたこともあり落ちて着いて監査できていないことが原因。処方名が類似していたこと	どのような状態であっても監査時に集中すること。薬袋をみながら正確に確認し、監査を行うこと。投薬の際も、患者本人と一緒に確認しながらお渡しする。	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒（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	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
1214	ツムラ五淋散を処方するところを、ツムラ五苓散を誤って処方していた。	漢字が似ていること、処方する数は五苓散が五淋散より多いことよって、勘違いをしていたのだと思われる。その結果ピックを間違え、監査でも気が付かなかったのだと思われる。	基本となる、処方せんと調剤する薬の照らし合わせ、声だし確認を徹底的に行う。	ツムラ五淋散エキス顆粒（医療用）	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）	確認を怠った 連携ができていなかった 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
1215	【正】スルプロチン軟膏1% 10g リンデロンVG軟膏0.12% 10g（上記薬剤を混合）1日 数回患部に塗布 【誤】ステブロン軟膏0.05% 10g/リンデロンVG軟膏0.12% 10g（上記薬剤を混合）1日 数回患部に塗布	処方箋の薬品入力時が起点（初回来局）	類似名が似たものへの見間違いが発生している。レセコンのマスダに類似名注意が表示されるように設定を行う。調剤時の医薬品の確認が不十分。処方箋を持参し調剤時に処方箋と1つ1つ確認を行い、PDAを読む。最終鑑査時に軟膏のジャーナルと処方箋の突合を行っていたが漏れが発生している。ジャーナルと処方箋の突合を意識して行うのはもちろんのことで、軟膏のシールを添付する際にも薬袋の確認と同様に、薬剤の確認を行う。照合の順番を意識し、指差し確認をしたうえで処方箋→調剤指示書の順で確認を行い、順序を守った確認が出来ているかをチェックする。入力時の4文字入力が行えているかを医事スタッフ全員に実際の入力時に確認を行う。	スルプロチン軟膏1%	ステブロン軟膏0.05%	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった	施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1216	小児の患者様が2人続いた。一人目は一般名でセフカペンピボキシル塩酸塩細粒の処方が出ており、2人目は一般名でセフジトレンピボキシル細粒が処方されており、名称が似ていた為、セフカペンピボキシル塩酸塩細粒で調剤し、そのまま監査に回ってしまった。監査時に、薬が違っていると指摘を受けてすぐに調剤し直して、正しい物をお渡した。	忙しい時間帯ではなかったが、小児の粉が続き、一般名称が似た名前前の薬が処方されたので、思い込みで調剤してしまった。調剤した後に、再度確認しなかった。	一般名称は似たような名前のものである、しっかり注意して集中して調剤する。	セフジトレンピボキシル小児用細粒10%「サワイ」	セフカペンピボキシル塩酸塩小児用細粒10%「サワイ」	確認を怠った		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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1217	ミルナシブラン15mg処方のところを間違えてミルタザピン15mgで準備。窓口で並べたときに患者様ご本人から「いつもと違うものに見えます」と言われて初めて取り間違えに気づき、その場で差し替えてお渡しした。	抗うつ薬で劇薬の棚にあり名称が似ているうえ、15mgと企画も同じで勘違いしていた。○単純なミス	当薬局では間違えやすい事例なので、念頭に入れて注意するよう薬剤師全員に注意喚起を行った。	ミルナシブラン塩酸塩錠15mg「サワイ」	ミルタザピン錠15mg「明治」	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
1218	トレンーバ注フレックスタッチをライゾデグ配合注フレックスタッチと取り換え	昼休み休憩の人員入れ替え時で、二つのボディ部分の濃紺の色が酷似。しっかりと確認しなかった。投薬時に見せたのにも関わらず、気づかなかった。	名前を声を出して読む。効能と打ち方も確認する。	トレンーバ注フレックスタッチ	ライゾデグ配合注フレックスタッチ	確認を怠った	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
1219	処方箋には一般名でセフカペンピボキシル塩酸塩細粒10% 1g 1日3回毎食前 5日分で処方されていた。前回処方にてセフトレニピボキシル細粒10%が処方されており、名前が似ていた為、薬品が違っていたことに気が付かずそのまま前回Doで入力。確定してしまい監査に回した。監査時に薬が違うとの指摘を受け、すぐに入力を訂正し正しい帳票を出しなおした。	入力しながら他の作業をしており、入力に集中していなかった。何回も同じ間違えをしている薬で、気を付けないといけない事も分かっていたが、確認を怠った。	入力する時は目の前の処方箋に集中する。入力後確定する前に確認する。何度も間違えている薬は、特に気を付けて入力する習慣をつける。	セフカペンピボキシル塩酸塩小児用細粒10%「サワイ」	セフトレニピボキシル小児用細粒10%「サワイ」	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
1220	テルミサルタン錠20mgを46錠調剤する処方、46錠中、6錠だけロラタジン錠10mgを調剤してしまった。薬をお渡し後に患者本人が間違いに気づき、薬局に連絡。服用前であったため、正しい薬と取りかえた。	テルミサルタン錠20mgとロラタジン錠10mgの薬の棚が近くにあり、シートのデザインも似ているため、間違えて棚からとって調剤してしまったと考えられる。	シートのデザインが似ているものは薬剤棚に注意喚起のマークを付けた。また薬剤棚の位置をなるべく離して、間違えて薬を取らないようにした。	テルミサルタン錠20mg「トール」	ロラタジンOD錠10mg「トール」	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
1221	アレロック5mg錠が処方されていたが、アレグラ60mg錠で調剤した	同効薬で用法用量も同じ、さらに似た薬品名だったことで勘違いをしてしまった○処方せんの見間違い○単純なミス○焦り○注意力散漫	同効薬で間違えやすい薬剤があることを認識し、薬剤名をよく確認して調剤する	アレロック錠5	アレグラ錠60mg	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
1222	ピオグリタゾン錠15mg「トール」を調剤のところを調剤者が誤ってファモチジン錠OD20mg「ファイザー」にて調剤。監査者が誤りに気づき指摘、正しい薬剤を交付した。	ピオグリタゾン錠15mg「トール」とファモチジン錠OD20mg「ファイザー」の薬棚が隣り合っており、かつ2剤の外装が似ていた。流れ作業の中で確認不足により取り違いが発生した。○注意力散漫	薬棚の場所を変え、隣り合わないようにすることで対処。	ピオグリタゾン錠15mg「トール」	ファモチジンOD錠20mg「ファイザー」	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
1223	類似薬剤の取り取り間違え。	一人調剤、鑑査にて投薬。確認を怠った。	基本動作『二重鑑査』の再徹底。	クレナフィン爪外用液10%	ルコナック爪外用液5%	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
1224	外観が似ているための間違い	ヒート棚に近い。外観が似ているためのミス。	ヒート棚を離す。	ゼチーア錠10mg	セレスターナ配合錠	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1225	「セフジトレンピボキシル」と「セフカペンピボキシル」と一般名の名称が類似していたため、しっかりと確認を怠ってしまいました。在庫チェックで発見しすぐに交換できました。	バタバタと忙しくもあわててしまったため。処方せんの見間違い	あわてずにしっかりと処方名確認し調剤、監査しっかりと。	セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「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
1226	一般名処方箋を応需。事務が入力時にベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏のアンフラベートと入力するところを、ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏のダイプロセルと入力してしまい、調剤薬剤師も監査薬剤師も入力の見間違いに気がつかずそのまま調剤・投薬してしまった。翌日事務が調剤録を確認していたところ見間違いに気がつき、患者宅に連絡をし、正しいものと交換した。患者は交付日に誤った薬剤を使用していたが、副作用などはなかったとのことだった。	忙しい時間帯の中で発生した事例で、焦りや事務の入力を思い込むなど一般名の処方内容の確認を怠ったことにより起こった。調剤者は調剤経験が浅いことや、監査者は勤務時間が少ない者だったことも要因のひとつであった。	皮膚科の一般名処方を多く扱っており、似たような名称が多く存在するので、調剤時も監査時も処方箋と薬品本体に書いてある一般名の照合を徹底して行うこととした。	アンフラベート0.05%軟膏	ダイプロセル軟膏0.064%	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
1227	後発品のモンテルカストチュアブル錠5mg「ニプロ」で調剤すべきところ、先発品のキプレスチュアブル錠5mgで調剤した。投薬者が患者様にお渡しする前に気づき、後発品に取り直した。	モンテルカストチュアブル錠の棚に、キプレスチュアブル錠が入っていた。補充時に棚の入れ間違いをした。	薬品補充時は棚及び薬品を十分に確認してから行う。後発品と先発品でシートが似ているものは特に注意して監査を行う。	モンテルカストチュアブル錠5mg「ニプロ」	キプレスチュアブル錠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
1228	マグミット錠250mgとメトホルミン塩酸塩錠250mgMT「TE」のピッキング間違い	マグミット錠250mgとメトホルミン塩酸塩錠250mgMT「TE」は普通薬と劇薬の違いがある為、棚は違うが、ヒートと錠剤の色、mg数が類似しているため取り違いが起こったと思われる		マグミット錠250mg	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「TE」	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
1229	一般名ベポタステンベシル口腔内崩壊錠10mg処方のところGE希望のため、隣にベタヒスチンメシル錠があり思い込みでそのまま投薬してしまった。患者さんが気づき交換してもらいました。	普段から、似ているので、口に出して出していたつもりが、今回スルーして投薬してしまいました。	錠剤棚に蛍光色のテープ張り徹底することになります。	ベポタステンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーフ」	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
1230	一般名処方で「ヘパリン類似物質外用液0.3%」と記載あり、先発品希望の方で、ヒルドイドローション0.3%、100g 調剤するところを、ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日本臓器」100g調剤した。鑑査時にミスが発見し、すぐ調剤し直したため、大事には至らなかった。	忙しい時間帯ではなかったが、普段、ヘパリン類似物質泡状スプレーが多く処方されているため、処方内容の一般名記載を、思い込みで調剤してしまっただけと思われる。○処方せんの見間違い	処方内容はしっかりと確認し、調剤後も再度見直すようにする。外用薬に関しては、特に成分が同一で剤形も複数あるため、注意して調剤する。	ヒルドイドローション0.3%	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日本臓器」	確認を怠った判断を誤った	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「薬剤取り換え」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1231	処方箋は、エリスロマイシン200mg「サワイ」で来ていたところを、先発品ノエリスロシン200mgでお渡ししてしまいました。薬情の錠剤の写真と違っていたため、患者様が気が付き、電話をいただきました。すぐお取替えに伺い健康被害は、ありませんでした。	名前が似ていて、ジェネリック薬品と先発品の違いではあったものの、適応症のちがいがあり、同じものとして取り扱えない。外観があまりにも違っていたので、患者様の不安をつのってしまったようです。	一つ一つの確認の徹底。取り扱うもの集中力の維持。局内の自覚の再確認。	エリスロマイシン錠200mg「サワイ」	エリスロシン錠200mg	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
1232	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「アンテベートクリーム0.05% 30g/1日2回 朝・夜 塗布体」と記載されていた。患者はジェネリック医薬品を希望され、処方変更不可のチェックもなかった。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からアンフラベートクリーム0.05% 30gを調剤するところ、その上の薬棚にあったアンテベートクリーム0.05% 30g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、ジェネリック医薬品でなく先発医薬品が調剤されていることに気が付き、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはアンフラベートクリーム0.05% 30gを正しく調剤し、再度、薬剤師Bに鑑査してもらった。鑑査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	アンテベートクリームとアンフラベートクリームは棚の位置が近く、名称も似ていたため間違えた。また、患者が来局した時間は店内が混んでいたため、焦りがあった。○焦り	調剤室に名称類似医薬品の表を貼り、取り換え防止のための注意喚起をした。また、GEあり、先発ありなどの表も作成した。	アンフラベート0.05%クリーム	アンテベートクリーム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
1233	先発希望の患者に後発で投薬した	先発と後発の名前が似ている。	後発と先発希望の患者に、似ている名前の場合は、今まで以上に数人で、数回確認するようにする。	アムロジンOD錠5mg	アムロジピンOD錠5mg「サワイ」	確認を怠った	知識が不足していた勤務状況が繁忙だった		教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1234	後発品への変更間違い	単純なミス	指さし確認	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%「日医工」	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
1235	スピリーバレスピマットの処方であったところをスピオルトレスピマットでお渡しした。患者が使用開始後、口内の違和感(ネバネバ感)を感じられたことで、薬局に相談に来られ、発覚した。患者への聞き取りで血圧変動・脈の乱れなどを確認したが、特に発現しておらず、健康被害はなかったものと考えられる。	スピオルトの処方がほぼないため、鑑査時、投薬時もレスピマットデバイスをスピリーバと思いこみ、確認しお渡ししてしまった。○単純なミス○注意力散漫	吸入デバイスは似たような形状のものが多いため、毎回、デバイス中の薬剤名を見て確認する。	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入	スピオルトレスピマット60吸入	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1236	薬品名とシートが似ていた。	確認不足	気を引き締める	アナフラニール錠25mg	トフラニール錠25mg	確認を怠った	その他	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
1237	一般名でヘパリン類似物質油性クリーム0.3%25gが処方されていた。GE希望の患者であったため、ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」で調剤するところ、ヒルドイドソフト軟膏0.3%で調剤。鑑査者に指摘され、正しく調剤し直した。	薬歴の引継ぎ項目の確認を怠ったために起こった作業手順の不履行と考える。	GEが先発希望かきちんと確認していく。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	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
1238	漢方の番号の末尾が9で包装カラーが同じピンクだから勘違いした	大型連休前の多忙時で、焦りが出た	漢方は似たような名前も沢山あり、しっかり確認して落ち着いて調剤に努める。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ苓甘姜味辛夏仁湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1239	アロプリノール錠100mgが処方されていたところをウルソデオキシコール酸錠100mgで調剤。調剤監査システムPeachで間違えに気づく。	どちらもよく出るものでヒートが似ていた。確認不足だった。思い込みで調剤してしまっていた。	薬剤を取る際はしっかりと棚の薬剤名と処方箋を見て取るよう心掛ける。	アロプリノール錠100mg「ソルハラ」	ウルソデオキシコール酸錠100mg「JG」	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
1240	処方内容が「一般名・ベタヒスチンメシル」であったのに「ペボタヒスチン」を調剤、および監査にて投薬。	効能効果・用法も異なり、また単剤処方でもなかった。また投薬時も患者によく話を聞いて投薬もしている。類似名称としてチェックが漏れていたと認識しているため、再度洗い出しを行う。	保管場所も違えていたため、思い違いによる取り違えは考えにくい。効能効果が全く違うため「ベタヒスチンの棚には「めまい」「ペボタヒスチンの箱には「アレルギー」と表記。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」	ペボタヒスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	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
1241	一般名ベタヒスチンメシル酸塩錠6mgの処方のところ、一般名ペボタヒスチンベシル酸塩錠10mgを調剤して、他の薬剤師が監査時に気づいた。	一般名の名称が類似していることから、間違えて調剤してしまった。一般名処方が多くなってきていることと、一般名が長かったり、類似するものが多いのも要因。	調剤棚に、一般名の横に、先発名を()明記して、何の薬のジェネリックかを解り易くした。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」	ペボタヒスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	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
1242	セレスタミン錠12錠調剤すべき所、となりのカセットに入っていゼチーア錠12錠調剤した。	混雑時の確認の怠りにより起きた。セレスタミン錠とゼチーア錠はシートの文字が同じ色の為、気づくのが遅れた。	色が形が似たシートの錠剤はカセットの場所を離して配置することにした。	セレスタミン錠	ゼチーア錠10mg	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「その他」)**

No.	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			PMDAによる調査結果
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1243	事務Aがアタラックス錠10mgをピッキングしていたところ、錠剤の色が異なっていたことに気付く。確認したところアタラックス錠10mgの棚にアタラックス錠25mgが箱ごと間違っって置いてあった。ピッキングの時点で気が付いたため、患者にわたる前に対処できた事例であった。	調剤後にアタラックス錠25mgを戻す際、アタラックス錠10mgの棚へ戻してしまったと考えられる。忙しい業務の中、焦り、注意力散漫で生じた単純なミス。アタラックスの棚の位置は間違わないようにずらしてあったが、箱のデザインが似ていたため起こってしまったと考えられる。	ピッキング後の箱を棚に戻す際も、業務手順ののっとして指さし、声だしを徹底する。	アタラックス錠10mg アタラックス錠25mg	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
1244	先発品希望の方にデパス錠およびベネット錠を誤って後発品に変更し調剤、監査にて調剤の誤りを見逃したまま調剤した。後日、棚卸にてデパス錠の数が合わなかったため患者に確認したところ後発品で調剤していたことが発覚。後発品を回収し、先発品に交換し謝罪した。	繁忙な時間帯に来局されたため、鑑査が疎かになった。先発品と後発品では外観が類似している為取り違えに気付けなかった。	調剤前・監査前の先発品・後発品の希望の確認を徹底した。	デパス錠0.5mg ベネット錠2.5mg	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
1245	持参外用薬のラベルとお薬手帳のシールの内容が違うため、入院先の病院より照会あり外用薬のラベルが間違っていたことが判った。2種類のローションの混合処方1種類の薬品名が間違っていた。特殊なシート	頻りに処方される外用薬のラベルを予め作成してあり、調剤時にラベルを付けていた。ローションの混合薬は、ステロイドと真菌薬の混合でステロイド名が酷似する組み合わせの処方があり、ラベル選択に注意が必要だったがラベル確認が不十分なまま調剤を行った。監査時には、混合薬の空を確認していた為薬の間違いはなかった。注意散漫 作業手順の不履行	レセコンと連動するラベルの作成法に変更する。調剤後もダブルチェックを行う。	バルデスローション0.05% パンデルローション0.1%	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
1246	先発品希望の患者様に後発品のニフェジピンCR20mg錠で調剤し、交付してしまった。	投薬時、患者様と品物を確認しながら渡したが、色形が似ていたため、薬剤師、患者様ご自身も見過ぎてしまった単純なミス。また投薬時に他の薬のオーソライズドジェネリックの説明をしていたことで、注意力散漫になっていたと思われます。	投薬前の調剤済み薬品の患者希望とあわせての確認を徹底する。	アダラートCR錠20mg	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
1247	トランサミンカプセル250mgが6c 3日分のところ、トランキサム酸錠250mg「YD」を18錠お出した。その中に薬棚の近くにあって酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」を一緒に10錠誤って余分にお出した	単純なミスでトランキサム酸錠250mg「YD」と酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」の外観が似ており棚が近くにあってため間違えたと思われる	薬棚を間違えないように離れた	トランキサム酸錠250mg「YD」 酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」	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「その他」)

No.	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			PMDAによる調査結果
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1248	フルティフォームの吸入練習用を患者さまにお渡ししてしまった。(吸入の手技を説明している際にデモ器を用いていたが、入れ違ってお渡ししてしまった。)患者さまより翌日お電話があり、交換にお伺いした。	投薬時に慌てていた。確認が不足していた。デモ器と本物が似ていて、区別がしにくかった。焦り。注意力散漫。	デモ器にはっきりと記名するなど、取り違えない工夫をする。	フルティフォーム125エアゾール56吸入用	確認を怠った	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
1249	ニセルゴリン錠5mgをピッキングし計数を間違えていた。その薬剤2錠を棚に戻す際、ニコランジル錠5mgの箱に戻した。他薬剤師が次回ニコランジル錠のピッキング時に気づき、患者交付には至らなかった。○端数の処理間違い	規格が同じであり、名称の雰囲気似ている。同じ引き出しにしまっていた。新人薬剤師にて経験不足、注意不足もあった。○注意力散漫	薬剤を戻す時は他薬剤師に声かけしダブルチェックして戻すよう手順を整える。保管場所を引き出しを変える。	ニセルゴリン錠5mg「日新」	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	医薬品	ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1250	先発品をジェネリックで渡す患者に対し、入力間違いがあり薬情や薬袋の印字、代金を間違った。ムコダインDS50%のところ小児用ムコソルバンDS1.5%だと思い込み、そのままムコソルバンのジェネリックで入力。調剤は処方箋のコピーで行ったため、ムコダインDS50%のジェネリックで間違いなかった。	前回、小児用ムコソルバンDS1.5%が処方されていることも要因の一つと考えられるが、先発品名が似ており、処方入力時のチェック漏れ、監査を誤った。監査時に処方箋と散薬監査ペーパー。薬が合っており、入力ミスに気付かず見逃してしまった。○処方せんの見間違い○単純なミス	入力後のチェック、監査の徹底。	ムコダインDS50%	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
1251	他でアルファカルシドール1μgを服用しているのに気が付かずエディロール0.75を交付した。歴入力時に気が付き、処方医に疑義照会しエディロール削除になる。交付したエディロールは回収する。	併用薬の確認不足	電子薬歴の「申し送り」を利用し、歴を開いた時に注意事項を表示するようにした	エディロール0.75		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
1252	一包化の薬の一種で患者様は一般名カルベジロール2.5mgを希望されていたが先発品アークスト2.5mgを使用して一包化調剤してしまった。	後発品、先発品の財形が類似していたのでヒートからはずして一包化すると区別の判断が誤ってしまった。	必ず外したヒートをおいておく。また薬の刻印をしっかりとチェックする。		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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	関連医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1253	一般名処方で一般名イルベサルタン・アムロジピン5mg配合錠でイルアミクスLD配合錠「杏林」のところを、一般名バルサルタン・アムロジピン5mg配合錠のアムパロ配合錠「サワイ」を調剤して交付してしまった。	9月まで一般名バルサルタン・アムロジピン5mg配合錠の「サワイ」を服用していたが、10月に一般名イルベサルタン・アムロジピン5mg配合錠に変更になったことに気づかず交付。一般名が似ているため、事務も気づかず、DO処方を入力してしまったことが要因の1つです。他にもランソプラゾールOD錠15mgの取り扱いメーカーがサワイから日医工に変更したこともあり、投薬時に血圧の話よりメーカー変更の話に気を取られてしまったことも要因です。	入力チェックの強化。調剤棚に一般名もわかるようにした。	アムパロ配合錠「サワイ」 イルアミクス配合錠LD「杏林」	確認を怠った 連携ができていなかった	勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム 医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1254	一包化の機械に薬を充填する際に、ニセルゴリンのカセットにニコランジルを間違えて補充してしまった。	薬品名が似ていて、規格が同じだったため、思い込みもあり充填を間違えてしまった。似ている名称の薬剤に関しては、機械に大きく注意点として記載しておく。	今後は機械に似た名称や規格、剤形のものに関しては注意喚起の旨を貼っておく。補充する際には、ダブルチェックを怠らない。カセットに薬が残っている場合には、残っているカセットの薬と入れる薬を照らし合わせながら補充する。	ニコランジル錠5mg「日医工」ニセルゴリン	確認を怠った	技術・手技が未熟だった 勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム 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
1255	今までの病院とは違う病院からの処方(先生は同じ)で今まで一般名:ゾルピデム錠ででていたため普通錠でお渡ししていたが今回から病院が代わり処方一般名:ゾルピデム口腔内崩壊錠にかわった。今まで普通錠ででていたため普通錠でお渡しした。入力者は処方箋のまま入力したことからお渡ししているものと薬情などの相違になった。後に患者様にお電話し渡しているものとお薬の説明書が違うことを説明し、今までどおり普通錠でよいということ調剤録を変更した。	病院の名前が似ていた・先生も同じだったことから調剤者は今までと同じ薬で調剤すると判断してしまった。入力の確認がきちんとできていなかった。	処方内容や病院が少しでも変更になったら入力者・調剤者お互い確認し合う。ピッキングサポートシステムをとりこみ入力したものと調剤したものを間違えないようにする。	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「サンド」	確認を怠った 連携ができていなかった	通常とは異なる心理的条件下にあった	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「その他」)

No.	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			PMDAによる調査結果
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1256	セフェム系抗生物質とペニシリン系抗生物質に副作用歴ある患者にセフェム系抗生物質のメイアクト錠を交付。お薬手帳には副作用歴があった薬剤名の記載があり、投薬時に患者の母親より確認があったが、同じ薬品名(メイアクト錠)ではなかったためそのまま交付。薬歴記載の段階で交付した薬剤が副作用歴のあった類似薬であることに気が付き、疑義照会を行う。医師に疑義照会、その後に処方薬は変更になった。患者に電話連絡し事情説明と謝罪。母親との会話中に本人が1回分を服用。患者宅へ伺い、体調確認と正しい薬へ交換した。服用は1回分のみで、その後健康被害と思われる体調変化は見られなかった。	薬歴、問診の確認が不十分であった。普段から過去薬歴を確認する習慣が身に付いていなかった。薬剤師の知識不足に加え、患者からの質問に対し不明点を調べる等の対応をせずに返答してしまった。患者が3、4人待っていたうち最後の患者だったため、待たせていたことに、焦りを感じていた。	薬の交付時は必ず過去薬歴の確認と副作用歴や併用薬などの患者背景を把握・理解した上で対応する。患者の待ち人数に関係なく、集中して目の前の業務を行う。	メイアクトMS錠100mg	確認を怠った	知識が不足していた 通常とは異なる身体的条件下にあった	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
1257	平成30年11月12日発生のヒヤリハット事例報告。当日業務終了後、管理薬剤在庫を確認したところ、キプレスチュアブルが7錠マイナス、モンテルカスト10mg「KM」が+7錠の在庫の相違があり、該当者を検索し、患者様に確認したところ、本来キプレスチュアブル錠をお渡しするところをモンテルカスト10mg「KM」をお渡ししていたことが発覚。患者宅に出向き正しいものと交換したが、すでに1日分モンテルカストを飲んでる状態。その後処方医師に連絡の上、患者様の状態を確認の上、今後フォローを行うこととなる。幸い現時点で健康状態に問題はなし	○作業手順の不履行○注意力散漫調剤と監査&投薬は別の人間にも関わらず、監査をスルーしてしまった。監査時に調剤監査システムを使用しているが、小児患者様ということで液剤などの調剤内容があり、監査システムの使用がされていなかったことが発覚	モンテルカスト10mg「KM」とキプレスチュアブルのシートデザインが似ていることから、今後キプレスチュアブルの購入包装単位を変更を検討。調剤監査システムの使用徹底を行う	キプレスチュアブル錠5mg	確認を怠った		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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1258	患者が処方箋をもって来局。処方箋には「 Crestol 2.5mg 1錠夕食後56日分」と記載されていた。ジェネリック希望だったため、薬剤師Aは薬棚からロスバスタチン2.5mg「DSEP」56錠をピックアップして監査に回した。薬剤師Bが監査したところロスバスタチン2.5mg「DSEP」が50錠＋ Crestol 2.5mgが6錠混在していることに気付き、薬剤師Aに伝えた。薬剤師Aはすべてロスバスタチン2.5mg「DSEP」56錠であること確認して再度薬剤師Bに監査してもらった。	Crestol 2.5mgを棚に返却する時、誤ってロスバスタチン2.5mg「DSEP」の棚に返却した可能性がある。シートが酷似しているため気付かずにピックアップしたものと思われる。	薬の返却時は返却BOXに一旦薬を集めて、別の薬剤師が棚に返却しているが、複数の薬剤師で確認することを徹底したい。	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」 Crestol 錠2.5mg	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
1259	箱からソラナックス錠をだそうとしたら、リフレックス錠が入っていた。	1度出したリフレックス錠を戻す際に、ソラナックス錠の箱に入れてしまった似たかよった薬品名の為注意力散漫	薬品名の確認を徹底する	ソラナックス0.4mg錠 リフレックス錠15mg	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
1260	一般名 オロバタジン塩酸塩口腔崩壊錠5mg 56錠本人は先発品ご希望	支援シートにアレロックは本人希望で先発品と書かれていたにも関わらず、オロバタジンOD5mgJGで交付してしまった。後日患者様から飲もうと思ったらGEが入っているので交換してほしいと電話あり。急いで調剤しなおしてお届けする。	調剤する人も監査する薬剤師も、作業手順の不履行で支援シートの患者特記を確認しておらず、きちんと作業手順通り、確認すること交付の際、患者に確認してもらっているが、見た目も似ているので本人もアレロックとお思い込んで帰宅している。投薬時も薬と薬袋と照らし合わせ、ミスのないように気を付ける。事務、薬剤師それぞれわかっていると思っけていても、声がけしていくことが大切であると再認識した。	アレロックOD錠5	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「その他」)

No.	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			PMDAによる調査結果
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1261	<p>在宅患者の1包化を調剤、監査していた薬剤師から、分包外のゾルピデム5mgがピックアップされていないと申し出があったが、ピックアップした薬剤師は確認し出したとのことだったので、監査装置で確認したところ確かにピックアップされ種類・数量とも合っていた。しかし現実問題ゾルピデムが見つからないため、他の患者へ誤って渡された可能性が最も高かった。対象になる患者は7名ほどで、ただちに患者に連絡を取り、手元の薬を確認する作業を手空きの職員全員で行った。連絡のとれた患者からは発見されず、3名は連絡が取れなかった。同時に他の棚、床や引き出し、ゴミの中、棚の隙間など誤って落ちている可能性のあるところを調べても見つけることが出来なかった。夜遅くまで電話を続け一人を除き連絡が取れ誤投与が無いことを確認出来た。</p> <p>翌朝、残る一人の患者宅を訪問したが不在で電話にも出なかったため、夕方再度訪問で患者に直接会って薬を確認させてもらったが間違いは無かった。これで一応患者へ渡った可能性が無くなったがゾルピデムはあいかわらず発見できなかった。週が明けて、通常業務の中でピックアップ中の薬剤師がニコランジルの引き出しの中でゾルピデムを発見した。数量も合っておりゾルピデムは回収できた。2剤は裏面が非常に似ており単位も5mgであった。幸いその間にニコランジルの調剤が無かったため二次的な調剤過誤には至らずに済んだ。</p>	<p>ピックアップをしていた薬剤師が監査装置を使って監査した後、他の患者が集中し混み出したため1包化を放置した状態で他の患者の調剤に移っていた。監査の薬剤師も監査の途中で患者への電話対応をして薬から離れた。その間に手の空いた薬剤師が1包化の薬を目視で監査した際に、当該患者にニコランジルも処方されてピックアップされていた。1包化のニコランジルはカセットから落ちるため引き出しに戻した際に誤って(裏が似ていて5mg)ゾルピデムをニコランジルの引き出しに戻したのが原因と考えられる。1包化そのものはこの状態でも成立し、監査も済んでいるためそのまま調剤された(ニコランジルもゾルピデムも1包化にピックアップ必要ない)。</p>	<p>今回の案件の原因は、間違っただけを棚に戻す際の確認を怠った事と、1包化をする際に途中で放置したことにある。薬局内では誤ピックアップや処方変更で薬を棚に戻す際には、個人でやらずに一旦カゴに入れた後に複数の薬剤師が確認して戻すルールがあるが、患者や1包化作業が集中するときにそれを怠っていたことが今回の紛失に繋がった。今後、改めてツーマンルールの徹底を確認した。</p>	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「ファイザー」	判断を誤った	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
1262	<p>一般名 ペポタスチンベシル酸塩錠10mg と記載のある処方箋を患者が持参。薬局の在庫であるペポタスチンベシル酸塩錠10mg「サワイ」でピックアップするところ、ベタヒスチンメシル酸塩錠12mgでピックアップされていたところを、実際に監査にあたる薬剤師によって発見し、未然に調剤過誤を防ぐことができた。</p>	<p>ペポタスチンベシル酸とベタヒスチンメシル酸が共に似た名前であることから、ピックアップミスが生じたと考えられる。</p>	<p>調剤にあたる薬剤師全員に、成分名が似ている薬として、情報の共有を行うとともに、包装箱等に注意喚起施す。ペポタスチンベシル酸塩錠10mgとベタヒスチンメシル酸塩錠12mgの保管場所が近いところがあったため、それぞれを別の場所に保管するようになった。</p>	ペポタスチンベシル酸塩錠10mg「サワイ」	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	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			PMDAによる調査結果
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1263	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」の35日分処方があり、登録販売者である事務員がPDAでロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」の箱のバーコードを読み取り、薬をピッキング。監査者が監査したところ、クレストール錠2.5mgの10錠シートが1シート混在していた。(35日分のうち、ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」が25錠、クレストール錠2.5mgが10錠となっていた)PDA＝調剤ピッキング補助システム。ピッキングの際は調剤する薬と薬のGS1コードを紐づけ、在庫を戻す際は戻す薬と棚番号を紐づける。	この調剤より前に、クレストール錠2.5mgをピッキング後、患者の希望で会計前にジェネリックのロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」へ変更を行った調剤があった。一度ピッキングしたクレストールを箱に戻す際に規程どおりにPDAを介さず箱に戻したため、誤った場所へ薬を片付けてしまったことが要因と思われる。またクレストール錠2.5mgとロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」はシート、中身の薬とも色やデザインが酷似しており、ピッキング者は他の薬が混入している可能性を考えずピッキングしたため気付く事ができなかった。	改善策として、患者に渡らなかつた薬を在庫として戻すときは必ずPDAを介し棚番号を確認すること、ピッキング者も1シートずつ確認することが挙げられる。	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」クレストール錠2.5mg	確認を怠った			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
1264	ロスバスタチン錠2.5mg「ニプロ」の棚に、クレストール錠2.5mgのPTPヒートが混ざっていた。調剤時に気付いて、元の棚に戻した。	PTPヒートが似ている。薬剤を棚に戻す際の確認が不足していた。	薬剤を棚に戻す時は複数人で確認する。	クレストール錠2.5mg 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	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
1265	調剤時にクラリスロマイシン「サワイ」の薬棚からピッキングしたところ8錠中4錠カルボシステイン「サワイ」が混じっていたすぐに気づきカルボシステインの棚に戻した	二つの薬は色もサイズもPTPの形も似ている、恐らく以前に誰かが間違えて戻したと推測される	薬を戻す時は2名で確認の上戻すルールを作ったがなされていなかったのだから、そのルールを再度周知徹底	クラリスロマイシン	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
1266	一般名処方で薬剤師Aがベボタチンメシル酸塩錠10mgのところベタヒステンメシル酸塩錠6mgで調剤、監査時薬剤師Bが気付き正しいものに交換。投薬前の事例のため大事にいたらず。	花粉症の時期で薬局内が混雑していた。一般名が酷似しているため生じたものと考え、改善策としてミリ数まで読み取った後に調剤時もミリ数を処方と照らし合わせることを徹底することとした。投薬時も受診理由を伺い調剤された薬と受診理由がマッチしているか確認することを徹底する。		ベボタチンベシル酸塩錠「タナベ」ベタヒステンメシル酸塩錠「テバ」	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1267	アトーゼットHDと入力ミス	単純なミス	名前が似ている薬の種類を覚える	アトーゼット配合錠LD	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.	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			PMDAによる調査結果
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1268	一般名処方の見誤り「般」ロキソプロフェンNaテープ100mg(10×14cm温感)で本来はロキソプロフェンNaテープ100mg「タイハウ」を調剤しないといけませんでした。ロキソプロフェンNaテープ100mg「NP」を準備してしまい監査でも気づかずにそのまま投薬しました。患者様への説明中に患者様が温感を希望したことが分かり、誤調剤が発覚しました。	この患者様の前回処方がテープ50mgで今回が100mgに変更になっていたため、規格のほうだけに注意がいかせていました。	当薬局ではロキソプロフェンの外用はテープ、パップ、規格違い、温感・非温感タイプとあり、一般名処方名がよく似ているため日々取り違えないように注意しています。それでもたまたま取り違えることがあり、今までは投薬者、医療事務の誰かが気付いていたので事なきを得ていました。しかしながら今回のことをうけ、温感・非温感の記載を必ず確認し、調剤時点での間違いを完全になくすよう心掛けていきたいと思います。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイハウ」	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
1269	【般】クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%の処方であったところ、入力時に【般】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%と誤って入力した。指示書に沿って誤った薬品のまま調剤を行ったが、調剤後の最終確認時に気付く、処方修正を行った。	○作業手順の不履行:入力時、頭3文字を入力したところクロベタゾンとクロベタゾールの候補が出たが、確認が十分でないままクロベタゾールを選択してしまった。○処方せんの見間違い:入力の確認を行う際も、濃度が同じであったこともあり、一般名の違いを見逃してしまった。調剤後の処方箋との照らし合わせで、内容が異なることを発見した。	外用薬、特にステロイド剤の一般名処方類似した名称が多く、一般名も長い場合、入力や入力の鑑査時には単語ごとに区切って確認を行う。調剤後や鑑査時には、処方箋原本と実薬の一般名を照らし合わせ、違いがないか確認する。	キンダベート軟膏0.05% デルモベート軟膏0.05%		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
1270	Rp. タムスロシン塩酸塩OD錠0.2mg/91日分 のFAX処方せんの監査途中に、患者が来局した。受け手が処方せんを受け取り、監査中の薬剤師に処方せんを渡した。受け取った処方せんの日数が98日分だったため、入力ミスと思い入力者に訂正するよう指示したところ、別人の処方せんだったことに気付いた。	・患者A、Bの氏名が似ていた。・処方薬が同じ薬品だった。・受け手は、患者氏名を確認せずに、監査者に渡した。・監査者も、受け取った処方せんと、作業中の処方せん氏名を先に確認しなかった。	・受け手、監査者の間で、氏名を確認した上で処方せん受渡しを行うことを徹底する。	タムスロシン塩酸塩OD錠0.2mg「サワイ」	確認を怠った		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
1271	患者様へ、薬の交付時、クラリスとムコダインの薬袋を入れ違えて患者様にお渡し。クラリス錠200mg 1錠(朝食後)、ムコダイン錠500mg 3錠(毎食後)の用法であった。交付日、夕食後にクラリス錠200mgを服用。翌日朝食後にクラリス錠200mgとムコダイン錠500mgを服用したところ、患者様本人が入れ違えに気付く発覚。体調変化はなかった。	PTPシートの色が似ていた。対応した薬剤師は、当年度に薬剤師になったばかりで、経験不足であった。薬の交付時に、患者様との相互確認を怠った。	薬袋の上に医薬品を置き、患者様との相互確認をしたうえで薬袋へ封入する。	クラリス錠200 ムコダイン錠500mg	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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1272	ヒアレイン点眼液0.1%で処方、Pt後発品変更希望のため、ヒアルロン酸点眼液0.1%「ニッテン」で調剤すべきところ、先発品で調剤。	業務繁忙のため、外観類似品について確認が不十分だった。〇焦り	外観類似品、規格違い等、処方箋との照らし合わせなど十分な確認をするよう徹底する。	ヒアレイン点眼液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
1273	一般名処方で、先発希望の患者に対し、ヒルドイドソフト軟膏をお渡ししなければならぬ所、後発品のヘパリン類似物質油性クリーム「ニプロ」をお渡した。	今回100g包装出会ったが、100g包装の場合、先発と後発の見た目がよく似ており、薬品名を怠った事、患者の希望が先発希望であることがしっかり頭に入らなかった事が原因と思われる。	製品に記載された薬品名、また薬歴に記録されている患者の先発・後発希望を指差し確認する。	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	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
1274	本来、患者さんには「カムシア配合錠LDあすか」をお渡ししなければいけないところだったが、薬局側のミスで「カデチア配合錠LDあすか」をお渡ししそうになった。服薬指導中に患者さんが気づき、その場で「カムシア配合錠LDあすか」に交換して難を逃れた。	背景としては、「カムシア配合錠LDあすか」は当薬局ではあまり流通がないため、必要の際に他支店から小分けして頂いていた。要因としては3つの誤りを見落としたことである。1つ目は、「カムシア配合錠LDあすか」の箱は製品箱だが上記の通り、他支店から取り寄せていたため、他支店のピッキングの時点で誤りが生じているということ。2つ目は、それを又、当薬局でも誤りに気付くことができず製品箱に収めてしまったこと。3つ目は、調剤中にも気付かず、また監査でもスルーされてしまったということである。「カムシア配合錠LDあすか」の製品箱と「カデチア配合錠LDあすか」のシートの色も似ており(カムシアとカデチアのシートは全くもって似つかないが)、タイポグリセミアといった現象が今回のヒヤリハットを招いた少なからずの要因ともいえる。これは極めて遺憾であり、何らかの改善が早急に求められる。	改善策としては、基礎的な指差し確認と声だし確認を徹底すること。薬の名前を読むときもさらっと読むのではなく一字一句丁寧に読むことに徹する。監査時だけではなく小分け時にも必ず他の薬剤師が確認するようにする。服薬指導時には必ず患者さんと錠数や色、形状等も含め一緒に確認するように行う。	カムシア配合錠LD「あすか」カデチア配合錠LD「あすか」	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
1275	ノボラピッド注フレックスペンの入力をノボラピッド注ペンフィルにすることに気付かず交付。物はノボラピッド注フレックスペンで交付していた。患者へ電話し訂正。	ノボラピッド注シリーズなど似た名前が多いものが多い。また、切り替えがあったことに事務員に指示していなかった。	インスリン注射薬は似た名称が多いことの周知徹底。入力合っているか交付前・交付後の確認の徹底。	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	コンピュータシステム 医薬品施設・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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1276	他院でプレドニゾン(1)継続服用中の患者にベタメタゾンが処方されたので類似薬として併用してよいか確認の問い合わせ。プレドニゾン服用中の症状悪化の為、併用するよう指示あり。	医院では患者が服用している薬を把握していなかったようだが、結果としては変更はなかった。	処方医がすべて把握しているわけではないので、疑問があれば問い合わせせる。	ベタメタゾン錠0.5mg「サワイ」	確認を急った				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
1277	アムロジピン錠5mg「BMD」とトラネキサム酸錠250mg「YD」の10錠シートの取り間違え。	シートの色などが類似していることから単純なミス・注意力散漫が要因	劇薬の棚にアムロジピン錠を保管しており、その一つ下から普通薬の棚でトラネキサム酸錠を保管しており、お互いの薬が近かったためこのような事例が発生した。トラネキサム酸錠の薬の配置を変更し、改善を図った。	アムロジピン錠5mg「BMD」	確認を急った	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
1278	テオフィリン徐放錠100mg「サワイ」とアスパラ-CA錠200mgを入れる薬袋を逆に準備してしまっていた。交付時に気づき、患者本人と一緒に確認して修正。	繁忙期。調剤及び監査後、薬袋に薬を入れる際、2つの医薬品を入れ間違えてしまった。薬剤ヒートの色が似ていたことが原因と考える。○単純なミス	薬袋に記載されている薬品名と実際の薬剤名を確認して入れるように徹底。また、医薬品の種類、数に関しても患者と共に実物をみて確認する。	テオフィリン徐放錠100mg「サワイ」アスパラ-CA錠200	確認を急った	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
1279	ノボラピッド注が処方されていたが、今までの注射と変更になっていたため投薬時に確認をしたのだが、家族が受け取りに来ていた為分からず。本人に薬が変更されていることを必ず伝えるようにと念を押して投薬。2日後病院より電話があり、ノボラピッド30ミックス注に変更となる	注射の名称が似ているため間違えが起きる		ノボラピッド注フレックスタッチ		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
1280	患者様にご家族で処方箋を持って来局した。レキソタン錠5mgを今回よりジェネリック品のセニラン錠5mgへ患者様同意のもと変更した。お薬を準備し患者様に投薬する前に調剤録・薬剤情報提供書等を確認したところセニラン錠ではなくレキソタン錠で入力されていることに気づいた。訂正し、患者様には正しい薬剤情報提供書等をお渡しした。	同じ内容の薬がご家族にも処方されていたため間違えてご家族の方の薬をジェネリック品の変更してしまっていた。	変更する際など、氏名きちんと正確に伝えるよう気を付け注意していく。	レキソタン錠5mg セニラン錠5mg	記録などに不備があった	勤務状況が繁忙だった	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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1281	継続的にトラムセットを朝夕食後服用している。膀胱炎のためクラビット500が朝食後臨時投薬される。間違えてクラビットを朝夕食後で服薬してしまう	リウマチで継続的にトラムセットを服用している。本剤についてはご自身で自己調節のため一包化には含まれない。緑内障も進行し視覚障害も最近進行。温度が低かったりするとRaのため指先も不器用となる。こういったことが重なり、問題は発生した。以前にも同薬の経験はあり本人も十分に認識していたため安心して投薬してしまった。夕食後、残薬数が合わないと言話があり、残渣を確認すると服薬間違いに気が付かれた。翌朝まで様子を見るも下痢などもなく副作用も認められなかったため、24時間経過から服薬を継続していただいた。	患者の状態を鑑みて特殊な場合にはクラビットなど形状が似ている場合、脱包して分包、大きな見やすい文字で分包紙に服薬時点、日付の記載をすることにする。	トラムセット配合錠	患者への説明が不十分であった(怠った)	通常とは異なる身体的条件下にあった	患者側	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
1282	サワシリンとオーグメンチンの重複処方。レセコンでは必ず監査エラーが表示される。しかし、アモキシシリンの量を増量することによる、薬効を高める効果で処方されている。現在、クラバモックスの錠剤が、発売されていないので、この処方が内科医ではあたりまえに処方される。	一般的に処方される。アモキシシリンの増量処方。薬剤の知識不足により、処方意図がわからず、疑似紹介してしまった。	近年の薬物治療の実態をよく認識していない為、起こったヒューマンエラーである。今後は、このようなことがないように注意しなければならない。	サワシリンカプセル250 オーグメンチン配合錠25 ORS	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		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1283	2018年12月17日(月)12時半頃、整形外科の処方箋を持参(女性51歳) 定期的にかかっている患者で「血小板減少症」である点は整形外科医師も薬局も把握。本日手の痛みにヒルドイドクリーム10gを混合した外用剤が処方になり、薬剤師Aが調剤し薬剤師Bが投薬。投薬後、発注時に薬剤師Cが「血小板減少症」の方にヘパリン類似物質は禁忌と気付き、すぐ処方医に薬剤師Aが疑義照会を行い、ヒルドイドクリーム10gが削除になった外用剤に変更。ご本人にすぐ連絡をしヒルドイドクリーム10gが削除となった外用剤に変更。ご本人にすぐ連絡をしヒルドイドクリームを含有してない外用剤と交換させて頂いた。すぐの対応であったため未使用であった。	血小板減少症の方にヘパリン類似物質は禁忌である点は理解把握し、当該患者の薬歴にも禁忌薬剤の項に、「禁忌薬剤:ゼスタッククリーム」と記載していたが、今回のヒルドイドクリームの処方に気付かず調剤投薬してしまった。	当該患者の薬歴の禁忌薬剤の項に「ゼスタッククリーム」とのみ入力していたので「ヘパリン類似物質全般」と入力内容を追加した。また、疾患と禁忌薬剤のリストを改めて作成し、当薬局で注意すべき患者と薬剤について改めて全員で共通認識とした。また、現在は当薬局に在庫のない医薬品に関しても疾患と禁忌薬剤の関係を改めて確認した。	ヒルドイドクリーム0.3%	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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1284	○見た目が似ている	○単純なミス	確認を怠らない	エピナスチン塩酸塩錠20mg「JG」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1285	処方箋にヘパリン類似物質油性クリーム5gと記載されているがg数間違いと問合せ調剤した。服薬指導時家族の方と話しをしたら、テープかぶれとのことで疑義照会したところロコイド軟膏5gの入力間違いであった。	冬場の乾燥する時期は乾燥肌で痒みを言われる患者さんが多いのかぶれて痒みが出ているのかよく話しを聞いて調剤するとDrの意図がわかる。	新規の薬はDrからの説明を聞いたのか確認して聞いていなかったら病院へ問い合わせをしてから投薬することがだいじ	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				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1286	いつも来局していただいている患者さまに(般)ベザフィブラート徐放錠200mgが処方された。この患者さまは先発希望であるのに誤って後発品のベザフィブラートSR錠200「日医工」を渡してしまった。お渡し後に投薬した薬剤師が気が付きご本人に電話にて連絡。まだ服用されていないため、再度来局していただき先発品のベザトールSR錠200と交換させていただいた。	当薬局ではベザフィブラートは主に後発品を使用していた。そのため、思い込みもあり正確な確認を怠ってしまった。患者さま自身にも錠剤の形状が似ている為気が付かなかった。○単純なミス○焦り○注意力散漫	薬歴情報、薬情等を落ち着いて確認。よく来ていただいている患者さまについては可能な限り特徴(先発希望など)を記憶しておけるようにする。	ベザトールSR錠200mgベザフィブラートSR錠200mg「日医工」	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
1287	同一施設入所の女性2名にツムラ小青竜湯、アンブロキシソールOD徐放錠の2剤が同一用法、同一日数で処方されたが、薬袋に薬を入れる際薬袋と薬が逆に入ってしまった。施設配達後、施設職員から指摘され発覚、謝罪した。薬は発見後すぐ施設職員が正しい薬袋に戻した。	夕方であわただしく、患者名も似ており、処方内容も同一だったため薬袋の名前を見間違えた	薬袋氏名の確認徹底可能ならば、監査する薬剤師以外のスタッフが監査かごに薬袋と薬情をセットしておく	ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)アンブロキシソール塩酸塩徐放OD錠45mg「ZE」	確認を怠った	通常とは異なる心理的条件下にあった	その他		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1288	ドブスOD100ミリ錠(変更可)処方箋の調剤において誤って他成分のトキシビド100ミリを処方しかけていた。事務方のレセコン入力時にエラーとなり発覚	後発品の促進を意識するあまり商品名と似た別名成分の後発品と勘違いしてしまい別の薬剤師も気づかなかった。	成分名の一一致を必ず複数で確認する		確認を怠った	知識が不足していた	コンピュータシステム	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.	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			PMDAによる調査結果
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1289	処方内容Rp1:ワソラン錠40mg 2錠分2朝夕食後 3日分Rp2:メチルエルゴメトリン錠0.125mg「あすか」(以下メチルエルゴメトリン錠) 2錠分2朝夕食後 3日分。18歳男性患者。来局は家族(母親)であり、服薬指導は家族に実施。日曜日の救急当番体制のため、薬剤師一人での調剤・鑑査であった。(3年目薬剤師)投薬時に患者家族より群発頭痛のために救急外来受診と聴取。ワソランについては服用歴有り、メチルエルゴメトリンは初めての服用と確認。当該薬剤師は頭痛症状のためエルゴタミン製剤の使用と判断。メチルエルゴメトリンとエルゴタミンの名称が類似していた為、片頭痛に適応があるエルゴタミン酒石酸塩だと勘違いして、処方間違いに気付かず鑑査完了、投薬に至った。(知識が不十分でメチルエルゴメトリンが片頭痛に使用するエルゴタミン製剤だと思い込んでいた)	一般名名称が類似していたため片頭痛治療薬と思い込んでしまった。	・薬局内で、男性専用医薬品、女性専用医薬品、名称が類似している医薬品について情報を共有して注意喚起を行った。・レセプトコンピューターの薬局内名称を「(女:先発)メチルエルゴメトリン錠0.125mg「あすか」」に変更し、注意喚起を行った。当該薬についてその包装をビニールバックで覆い、表面に「【女性】胎盤娩出後、子宮復古不全、流産、人工妊娠中絶における子宮収縮の促進、子宮出血の予防や治療」と記載して注意喚起を行った。	メチルエルゴメトリン錠0.125mg「あすか」	確認を怠った	知識が不足していた	コンピュータシステム 医薬品	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	
1290	引出中の先発「プラビックス錠75mg」の個装箱にGE「クロビドグレル錠75mg」が混在していた。そのことに気づかずピッキングしてしまったが(30錠中14錠)、鑑査の時点で発見して事なきを得た。	恐らくピッキング戻し時の誤りと思われる。この組み合わせは同効であるのみならず、GE品がいわゆる「AG」であり、外観が瓜二つであることから、個装箱やカセットに戻す際にうっかり間違ってしまったのであろう。	同効品(GE含む)、外観・品名類似品の場合には、ピッキング戻し時にも注意する。今回のように、近時増えているAG品は特に。	プラビックス錠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	
1291	後発品にすることで、配合変化が起こった。	後発品にすることで、配合変化が起こることを知らなかった	後発品が先発品と必ずしも効能効果が一致しないように、基材の性質も異なることを心しておく。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%「JG」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「その他」)

No.	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			PMDAによる調査結果
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1292	本来、ブスコパン錠10mgをお渡しする所、誤って、プリンペラン錠5mgをお渡ししてしまった。患者から連絡を受け、過誤が発覚。	確認不足によるもの。また、PCSを使用していなかった。投薬時、患者の容体等情報の聞き取りも不十分であった。	今回の事例を全スタッフへ周知し、PCSの使用を徹底していく。確認は慎重に、また、投薬時のヒヤリングをしっかりと行う。さらに、ブスコパン錠とプリンペラン錠は、ヒートの色合いが似ている上、保管場所が近かったため、間違い防止のため配置を変更した。		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
1293	ヒルドイドローション 0.3%とビーソフテンローション 0.3%が同時に処方された。薬剤師は、処方箋には使用部位が「顔」・「体」とそれぞれに記載してあったが、同一成分(ヘパリン類似物質)で剤形(ローション)も全く同じ製品な為、どちらかが間違いだろうと思いきみ疑義照会をした。	医師から、「患者にヒルドイドローションは乳状のローションなので顔に、ビーソフテンローションはサラサラしたローションなので体に塗布するように、使い分けをするよう指導している」との回答があった。ヒルドイドローションとビーソフテンローションの性状特性、使用感などを詳しく把握していなかった。	ヒルドイドローション 0.3% は、ヘパリン類似物質の先発品であり、ビーソフテンローション 0.3% はその後発品である。後発品の外用剤の場合、先発品と比べて性状特性や使用感が異なる可能性を認識しておく必要がある。	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		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1294	処方薬の入力と用意した医薬品のコードを合致させることで監査を行うシステムを利用している。該当の品について事務員が医薬品コードを登録していた。その事務員は採用メーカーを誤ったメーカーで思い込んでおりそのまま登録。処方入力も誤った同じもので入力。監査時にコードは合致しており投薬。その後薬剤師により発覚。	システム登録者と処方入力者が同一人物であったため勘違いからミスが起こった。当時薬局にはその薬剤は該当メーカー1種のみ在庫でミスが起こりにくいものでもあり監査時の意識は低かった。見た目も似ていたことも原因。	事務員がシステム登録する場合は薬剤師が確認する。	メクロプロラミド錠5mg「タカタ」	連携ができていなかった		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
1295	トラネキサムシロップとリンデロンシロップの色が、よく似ているので、投薬びんにいれるときは、ラベルを再確認しました。							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
1296	レルパックス錠20mg 1錠1日1回 眠前 30日分の処方を持参、レルパックス錠は片頭痛時の屯用使用であり、予防投薬は行わないことを確認。患者に過去に片頭痛症状なく、頭痛症状もないことと、処方医がアレルギー剤と伝えていたことを聞き取り疑義照会を行った。ルパフィン錠10mg 1錠 1日1回 眠前 30日分と変更となった。	薬品名類似	薬剤の適応症、用法用量に疑義があれば確認。患者に症状と医師からの情報収集を行い疑義があれば確認していく。	レルパックス錠20mg		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「その他」)

No.	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			PMDAによる調査結果
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1297	施設での管理において、テープ剤には患者名と日にちを記載したシール(患者シール)を貼り、配薬カートにセットしている。監査時にその患者シールの日にちを記載したシールがなくなったため、新たに印刷。その際に、名前の似ている患者のデータを開いてしまい、そのまま日にちを変更し、印刷、貼付してしまった。配薬時には一番前の日にちのものは確認したが、途中から患者名が間違っていたことで、気がつかず配薬。看護師も正しい患者の配薬カート内に入っていたことから、正しい患者に薬剤は貼付はしており、実害はなかった。往診後に、たまたまその患者のカート内を見る機会があり、担当薬剤師と看護師が間違いを発見。その後正しい患者名に直し、薬剤に貼った。	最終的なホチキス止めや患者シールを貼るのは監査者で、調剤時のダブルチェックがされていない。配薬時に薬剤師がセットしていることから、そこでダブルチェックとしているが、ホチキス止めをしないテープ剤に関しては、患者シールをはり、薬袋にいれており、ダブルチェックの体制が整っていない。	確認の徹底。	ツロブテロールテープ1mg「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
1298	日時:本人ではなく、代理の旦那さんに投薬。対象薬剤:ニセルゴリン錠5mg「トーフ」90錠、お渡しすべきだった。ニコランジル錠5mg「トーフ」90錠、お渡ししてしまった。患者の訴え・様子:本人は怒っていないというより、あまり状況を理解されていない様子。投薬時に薬を受け取った旦那さんはかなり苛立った様子。「薬出すの遅い。早くしてくれ」「プロの癖に迷うな」「初心者丸出し」「薬間違えられるなんて、かなわんわ」発覚:投薬翌日、棚卸をしたところ、ニセルゴリンの数が合わない。その時は気付かず。週明け(投薬3日後)に、薬の棚補充をしていたところ、ニコランジルを見て、「ニセルゴリンと似ている・・・間違えたかも」と思い、在庫確認した。ニセルゴリンは+90錠、ニコランジルは-90錠となっており、ミス発覚。(以下、次ページ)	夫婦2人分の監査があり、旦那さんの処方に疑義照会があった。最初に、旦那さんの薬の監査をしたが、疑義照会する必要があり、時間がかかった。しかし、疑義照会に時間がかかることを言わずにお待たせしてしまい、遅いと旦那さんがお怒りになった。薬局のルールでは、疑義照会に時間がかかることは必ず伝えることとあった。それを守らなかった。色々言われて、焦ってしまった。急いだ。旦那さんの疑義照会は終わっていたが、入力のし直しが終わっていなかったので出せなかった。取り敢えず、先に患者本人(奥さん。当日は不在)の薬をお渡しすることになり、焦って監査をしたが、不十分だった。薬の1文字目・ヒートの文字フォントデザイン・規格・メーカーが同じで、黄色系のヒートだったはずという自分の曖昧な記憶と思い込みで、投薬した。(以下、次ページ)	必ず、疑義照会をしていること、医師から返答が返ってくるまで時間がかかること、を待っている方に伝える。焦らず、落ち着いて、監査する。1文字の見落としや見逃しが無いように、しっかり薬品名を監査する。思い込みを排除する。新しい薬を投薬した時くらい、注意深く見るよう心掛ける。ニセルゴリン錠5mg「トーフ」とニコランジル錠5mg「トーフ」に関して、調剤時に注意喚起の対策(似た名前と同じ規格・メーカーの薬があります!)をする。現在、他の薬でしているので、取り入れる。	ニセルゴリン錠5mg「トーフ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった通常とは異なる心理的条件下にあったその他	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

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

No.	事例の内容	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容			当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
		背景・要因	改善策	関連医薬品		ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1298	対応:19時頃、本人にtel→本人につながったが、旦那さんに交代したので、事情を説明→「ニコランジル錠5mg「トローワ」が90錠ある」「妻曰く、残薬があり、もらった薬はまだ飲んでいない」→「大変申し訳ございません。私のミスです。お宅まで、お薬交換に行かせて頂きます」それに対する反応:「こんな暗い時間に家来られても困る。こちらにも都合があるので、また後日薬局へ行く」→「いつ頃のご来局でしょうか」→「こっちの都合のいい時や」。投薬から6日経ったが、ご来局されていない。ご来局された際、ニコランジル錠5mg「トローワ」回収し、ニセルゴリン錠5mg「トローワ」お渡しし、改めて謝罪する。○10錠シート	実際は、ニセルゴリン錠5mg「トローワ」は黄緑色、ニコランジル錠5mg「トローワ」は黄色のヒートだった。いつもであれば、投薬時に用法や数などを確認してから、再度薬をチェックしながら薬袋に入れるが、「以前服用したことがあるため説明不要。兎に角、早くして」と言われ、チェックせずに全て入れた。その後、旦那さんの薬の入力が打ち上がり、投薬した。○焦り	ニセルゴリン錠5mg「トローワ」	確認を急った	勤務状況が繁忙だった通常とは異なる心理的条件下にあったその他	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	
1299	年齢にそぐわないホクナリンの用量であった。	忙しいか、レセコンの打ち誤り。	確認を怠らず、患者情報を最大限に生かす。	ホクナリンドライシロップ0.1%小児用			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	
1300	処方箋内に「ヘパリン類似油性クリーム50gと白色ワセリン50g混合」が2つ記載あり。疑義照会して1つ削除。	処方箋上の単純なミス	病院に疑義照会済	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」白色ワセリン「ヨシダ」			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	
1301	ピカルタミド80mg「NK」の処方があったがレセコンの入力がピカルタミド80mg「KN」となっていた。薬剤師が気が付いて入力訂正した。	屋号が似ているものがあることを薬局内で把握する必要がある。	紛らわしい屋号について、再確認した。『DSPB』と『DSEP』など。	ピカルタミド錠80mg「NK」	確認を急った	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	
1302	前回、本来(般)テオフィリン徐放錠200mg(24時間持続)をお渡しする所、誤って、(12~24時間持続)のものをお渡し。今回来局の際、前回分の過誤に気づく。	作用時間の異なる医薬品が存在することを把握していなかった。処方入力・鑑査時に作用時間の確認が漏れてしまった。	テオフィリン製剤のシステム上店舗内名称に、持続時間を記載した。薬局全スタッフへ「PMDA No.51 一般名類似による薬剤取り違えについて」を用い、改めて特に注意が必要な医薬品の周知徹底を行った。作用時間が一目でわかるよう、調剤過誤防止ラベルを使用する。処方入力・鑑査時の縦チェックの強化していく。		確認を急った	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「その他」)

No.	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			PMDAによる調査結果
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1303	レボフロキサシ錠250mgが処方され、1日2回1回1錠の処方だった。添付文章では、通常、成人にはレボフロキサシ錠として1回500mgを1日1回経口投与するとなっている。つまり、250mgを1日1回で1回2錠で処方されてなければならない。医師疑似紹介したが、このままで処方してくれといわれた。	添付文章では、通常、成人にはレボフロキサシ錠として1回500mgを1日1回経口投与するとなっている。医師が患者の状態によって1日500mgの投与量を1日2回1回250mgの投与へ変更してをおこなわれるケースがあることがわかった。	「通常、成人にはレボフロキサシ錠として1回500mgを1日1回経口投与する。」となっても医師が適応外処方として1日2回に分けて服用にするケースもある。	レボフロキサシ錠250mg「DSEP」		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
1304	一般名処方バルサルタン錠80mgの処方せんで、先発品希望の患者だったが誤ってオーソライズジェネリックで調剤してしまった。	一般名処方先発品で調剤希望の患者さまを調剤するときは薬歴で患者のジェネリックの希望の有無と調剤履歴を確認し、先発品の名称を手書きした付箋を処方せんに添付するが付箋が剥がれてしまい先発品で調剤できなかった。また投薬の直前でのチェックもシート外観が似ているため、名称をよく確認せず正しいと思込み交付してしまった	剥がれないよう前面シールの付箋を利用する。どちらも14錠シートで外観が似ているので、ジェネリックを10錠シートに変更する	ディオバン錠80mg バルサルタン錠80mg「サンド」	患者への説明が不十分であった(怠った)判断を誤った		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
1305	一般名処方だったため、ヘパリンローション0.3%「ラケール」(ジェネリック)を調剤してしまったが、患者様は先発への希望が強い商品であった。患者様が、まだ在庫が家にあったため当薬局から調剤された薬袋をあけずに2週間後くらいにジェネリックだったことを知りやはり嫌だと思いに再度ヒルドイドローション0.3%のみ処方元に処方してもらいに行った。	ジェネリックに変える時にしっかり患者様の意思をきかずに行ってしまったこと。	高齢の方は特にお薬のボトルが変わるだけでも、薬の効果が変わったのではないかと心配になり使わなくなってしまうことをしっかり理解し、ジェネリックに変える際にはしっかり外装を確認して効き目が変わらないことを説明しなくてはならない。	ヘパリン類似物質ローション0.3%「ラケール」	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
1306	(一般名)ヘパリン類似物質クリーム0.3%の処方。ビソフテンクリーム0.3%と入力するところ、ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」と入力した。監査時に発見された。	(一般名)ヘパリン類似物質～の処方の場合、候補9種類あるなかから適切な薬品を選択する必要がある。「～クリーム」と見て、「～油性クリーム」を選択してしまった。	(一般名)ヘパリン類似物質～等の選択肢が多数ある薬品については、ある程度まで絞りこまれるよう呼出しコードを長く入力し、選択肢を減らしてから入力することでミス軽減につながる。	ビソフテンクリーム0.3%	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
1307	シダキュア5000JAUとクラリチンレディタブのシートは瓜二つです。気を付けましょう。							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「その他」)

No.	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			PMDAによる調査結果
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1308	ゾルピデム錠5mgが「DSEP」のメーカー記載で処方あり。入力段階で「DSP」と誤って入力。入力、調剤の段階では気づかず、鑑査の段階で気づき修正。	DSEPとDSPのメーカー名が似ているため、間違いに気づかず入力してしまった模様。	メーカー名に関しては類似のものがいくつかあるので注意する。	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「DSEP」ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「DSP」	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
1309	薬品棚に下の薬品棚のシートが混在していた。	上下に配置していた薬剤のシートの色が似ていた。	確認を徹底する。	プラデスミン配合錠	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
1310	一般名処方で先発希望だったのに、ジェネリックで調剤。患者が帰宅後に気づき交換に来られた。	薬歴や患者情報の確認不足。基本的には一般名処方ではジェネリック医薬品を希望の方だったので思い込みもあったかもしれない。同一処方せん内で先発希望が1つだけだったこともあり注意力が足りなかった。	先発品とジェネリックについては、DO処方でも患者の前ではっきり声に出して確認してからお渡しするようにする。ジェネリックは見た目が似ているものが多いため、ジェネリックになります、と、ひと声かけるようにする。また監査や投薬時の確認も、各自が新たな目線で責任を持って確認していくよう徹底していく。	ハルナールD錠0.2mg	確認を怠った	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
1311	一般名モンテルカストチュアブル錠5mgが処方されていた。お薬手帳を忘れていたが今飲んでいるPTPの空を持っておられた。その薬が効能が似ているブランルカストカプセルだった。	お母様はブランルカストは耳鼻科でもらったもので、小児科でもらったモンテルカストとは違う症状のため、同じようなものとは思っていなかった。	飲んでいる薬があれば医師に伝えるように話す。	モンテルカストチュアブル錠5mg「明治」			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
1312	同効薬で名称の類似	単純なミス	ジャディアンス錠25mgとジャヌビア錠25mgが同じ引き出しで保管のため配置を変え、ジャヌビア錠25mg調剤時は箱に備えた付箋に交付患者氏名日付を書くとした。	ジャディアンス錠25mg ジャヌビア錠25mg	判断を誤った	勤務状況が繁忙だった	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
1313	オルメテックOD20mg錠を定期的に処方している患者さんにオルメテックOD20mg錠を28錠渡さないといけないが、その中に後発品が混ざっていた。患者さんが交付後自宅で気づき判明する。医師に報告、お詫びをして交換しました。	後発品と先発品は調剤棚では離して管理しているが手違いで先発品の棚に後発品が混ざっていた。それに気づかずに調剤し交付してしまう。多忙な中での調剤で注意力散漫であった。端数の錠剤まで良く確認しなかったため起こったと考えられる。	後発品と先発品は色や形、名称も良く似ているものも多く、薬剤を調剤する時に薬をよく確認して調剤する。ヒートから端数が生じる場合は切り離した端数を棚に戻す時によく確認して戻す。間違いやすいものは薬剤の棚を離して場所を作るか、引き出しと調剤棚と分けて管理をしてみる。	オルメテックOD錠20mg	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「その他」)

No.	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			PMDAによる調査結果
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1314	一般名処方処方箋で後発品希望の患者であったが先発品で調剤、お渡ししてしまった	先発品、後発品どちらも在庫している薬、ヒートが類似している薬であった。	薬歴の確認の徹底	メチコパール錠500μg	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
1315	医師からの処方箋がグレースビット錠50mg処方されていたが、患者への投薬時にクラビット錠で呼吸困難になった事があり、同じニューキノロン系抗生物質であるグレースビット錠→セフェム系抗生物質のプロモックスへ、医師への疑義照会→薬剤変更となる	投薬時まで副作用歴がわからなかった事が原因。	アンケートの副作用欄を書きやすくするなど改善する	グレースビット錠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
1316	先発希望の方にGE医薬品で調剤してしまい、監査、投薬時に発見できずそのまま交付してしまった	棚入れの際に、先発の棚にGEの薬を入れてしまった。調剤の際に正しい棚からとっていたので、間違いないだろうという思い込みがあり、シートも似ていたので気づくことができなかった	納品された薬は目視で棚入れを行っていたが、機械を使用し、棚入れの際にも棚と薬が間違っていないか確認してから入れるようにした	オメプラゾール錠20mg「TYK」	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
1317	メグルコ錠500mgを32錠投薬すべき処を、誤って1)メグルコ錠500mgを26錠と2)メホルミン塩酸塩MT500mg錠「トーフ」を6錠を投薬した。患者さまが自宅で気づき電話が入る。速やかに取り替えに伺ったので、誤った服薬は生じなかった。	混雑した時間帯であった為、調剤者と監査者をしっかり分けられて無い環境で運営してしまった。調剤棚の棚割りが悪く、類似品のピッキングミスが発生しやすい状態であり、整理整頓もできていなかった。	調剤・監査・投薬の手順に関して、役割分担を明確にし、作業手順通りに履行する。ピッキングミスが発生しにくいような調剤棚の割り振りをし、ピッキング後は速やかに整理整頓を行うように、管理指導を行うこととした。	メグルコ錠500mg	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
1318	双子の小児処方箋について、二人のうち一人の液剤の量を誤ってお渡しした。	双子の処方箋において、液剤の日数が一人が2日、もう一人が5日で処方されていたが、二人とも2日で処方されていると思い込み、鑑査段階で気づくことができません患者様のお母様に交付してしまった。処方内容が似ており、日数の確認を怠ってしまった。	鑑査の段階で、双子で同じような液剤・散剤が処方されていても、必ず全量を計算する。	デカロンエリキシル0.01%	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	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
1319	エペリゾン塩酸塩錠50mg「トーフ」について、頻りに処方があるため14錠、21錠、28錠、42錠の予製を行っている。他の業務中に薬剤師が偶然、28錠予製の中にタクロリムス錠1mg「トーフ」が混入していることを発見した。予製の段階で発見できず、患者への投薬はないと確認した。	エペリゾン塩酸塩錠50mg「トーフ」とタクロリムス錠1mg「トーフ」はPTPシート・錠剤の大きさ、形、配色が酷似している。各々の薬品の棚は離れているが、何らかの注意力散漫な要因により、予製作成時混入してしまった。	予製作成時においても、ピッキングシステムを使用する。	タクロリムス錠1mg「トーフ」エペリゾン塩酸塩錠50mg「トーフ」	確認を怠った		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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1320	変更不可の処方箋において、メコバラミン錠500 μ g10錠シートを調剤。「SW」を出すべきところをメーカー違いの「トーフ」で出してしまった。SWとトーフに同じ引き出しの中で、横並びに置いていた。在庫発注時に空箱をみて、間違いを発見する。	調剤時、患者さんが多く混雑していた。医療事務スタッフが不在にて、薬剤師1名と薬学実習生1名で対応していた。「SW」を出すべきと理解していても、「トーフ」の存在を忘れており、メコバラミンという表示だけで、メーカーの確認を怠った。監査時もデザインが非常に似ているので、気づかなかつた。単純なミスと焦りもあったと思われる。	必ず、メーカーの確認を徹底し思い込まないように十分注意する。配置を改善し、離れておくようにし、表示を明確にした。		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
1321	1/5 オクリニック受診し、メネシット100 3T 分3×30日分処方され、当薬局にて投薬。1/7 午後に帯状疱疹を発症してオクリニックに受診し、バラシクロビルが処方当薬局に来局。お薬手帳を確認したところ、午前中にK医院受診し、メネシット100 3T 分3×60日分。パキシルCR12.5 1T 分1×60日分処方されているのを知り、K医院は神経内科の専門医院の為、メネシットを増量するのか？投与日数が60日分と不審に思い、K医院の医師に疑似照会したところ、オクリニック処方メネシットには気づいてなく、A薬局においても見落とししていたことが判明した。患者にはメネシット 3T 分3と伝えたが、薬に対する不信感が起こり、パキシルCRは服用していないと後日聞き取り、K医師の意図した効果が得られなかった。		患者の年齢84歳、症状の訴えが強いという性格から複数の医療機関を受診し、かかりつけ薬局を決めていないという背景がある。患者と相談してかかりつけ薬局として、当薬局を決めてもらい、服薬等の管理をすることになった。服薬拒否していたパキシルCRについても、しっかり服用するようになり、コンプライアンスは向上した。	メネシット錠100	患者への説明が不十分であった(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「その他」)

No.	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			PMDAによる調査結果
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1322	12月7日(土)12時ごろに内科を受診した患者(84歳女性)。一包化の患者。残薬の持参があった。残薬を使用したため、エリキユース2.5mgがトレーに残った。繁忙な時間だった為そのまま放置。 薬剤師Aはエリキユース2.5mgの裸錠を後で片付けている時にのクレストール2.5mgと勘違いして棚にもどしそうになった。本人の処方内容にクレストールがなかったので不審に思い、もう一度印字を確認していたら、エリキユース2.5mgとわかり訂正。裸錠のエリキユース2.5mgとクレストール2.5mgが類似していることを確認。	エリキユース2.5mgは印字が2 1/2でクレストール2.5mgも2 1/2と片側の印字が同じで色も濃い黄色で似ていた。	裸錠の片付けをする時は表と裏と両方の印字を確認すること、患者の処方箋も確認することなどを徹底することにした。 クレストール2.5mg在庫せずロスバスタチンOD2.5mgDSEPへ変更することにした。	エリキユース錠2.5mg	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1323	投薬時パラシクロピル錠6錠ヒート・3錠ヒート・1錠を輪ゴムで止め、ユニックにまとめて入れてあり、患者と薬剤師確認中バルトレックス錠1錠混入に気づき交換した	パラシクロピル錠の薬品棚にバルトレックス錠が1錠混入していた。調剤時、錠剤ヒートが似ているためまた確認を怠った。	あらためて、全薬剤1錠まで監査すること。薬品を何らかの理由で棚に戻す時は複数人・あるいは声かけして戻すこと。薬品名・ヒート等似た薬剤は薬品棚をはなして在庫すること。	パラシクロピル錠500mg「ケミファ」バルトレックス錠500	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
1324	ヘパリン類似物質油性クリームと【般】ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏を等量混合の処方箋を以前より応需していた。アンテベート軟膏で混合していたが後発品のアンフラベート軟膏を採用したため希望者には後発品で混合。数日後患者より薬剤が水っぽくなっていると指摘された。ヘパリン類似物質油性クリームのメーカーに問い合わせたところ先発のアンテベートでは配合変化はないが後発のアンフラベート軟膏では分離するとの回答を得た。複数の患者に交付していたため一人ずつ確認したところ分離したが自分で混ぜなおして使用していた場合、冷蔵庫保管していたため分離していなかった場合があることが分かった	軟膏の混合する場合に先発品と後発品で配合変化に差異があることを認識していなかった。	以後、この配合は必ずアンテベート軟膏で行うことを周知。また新規の混合は配合変化がないかできうる限り確認することとした	アンフラベート0.05%軟膏		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「その他」)

No.	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			PMDAによる調査結果
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1325	ルリコン軟膏とヒルドイドソフト軟膏の混合指示のある処方を受け付けた。軟膏・クリーム配合変化ハンドブックより、混合不可であるため、疑義照会。ルリコンクリームと、ヒルドイドソフト軟膏のジェネリックであるヘパリン類似物質油性クリームであれば混合できるため、その内容に変更可能か確認。処方変更となった。	今までルリコン軟膏を単独で使用していた患者。乾燥によるかゆみも出てきたため、単純にヒルドイドソフト軟膏との混合で処方されたと思われる。	混合の際は必ず軟膏・クリーム配合変化ハンドブックにて確認し、代用薬も提案できるようにする。	ルリコン軟膏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
1326	エリキユース錠2.5mgとロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」を含む一包化指示処方箋を応需。局内内規に従い一包化実施も途中で両剤が酷似していることに気が付き一時一包化を中止し複数薬剤師にて再監査。確認後一包化実施〇錠剤の酷似	エリキユースとロスバスタチンはともに特徴的な錠剤の色調ですが、非常に酷似していることを確認することが不足していた。酷似医薬品を含む一包化実施のルールが不備だった。	一包化実施ルールの追加(分包機のシャッターオープン機能を使用し酷似医薬品を分けて一包化する)患者様への説明(特に患者様には同じものに見えるので、実物を示し酷似医薬品が含まれることを投薬指導)	エリキユース錠2.5mg		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
1327	ファモチジンD20mgとピオグリタゾン15mgを監査を、薬袋に入れる際、逆に入れてしまった。患者さまと一緒に内容確認中にミス判明。正しく入れ直しお渡した。	・ファモチジンD20mg、ピオグリタゾン15mgともにヒートのデザインが青色で似ていた。・忙しく、処方内容の確認は十分にしたが、薬袋に入れる際の確認が不十分だった。・両方とも1日1回で同じ錠数だった。	〇作業手順の不履行。薬袋の内容と実物との確認が不十分。再度確認する。	ファモチジン散10%「トワ」ピオグリタゾン錠15mg「トワ」	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
1328	リウマチ患者。サラゾスルファピリジン錠が処方されていたが、今まではサラゾスルファピリジン腸溶錠で服用中。調剤者はそのまま調剤したが、鑑査時に適応違いに気づく。		類似名称で適応が違うものの周知と調剤棚にも注意喚起の必要あり	サラゾスルファピリジン錠500mg「JG」	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
1329	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」が処方されていたところ、誤ってヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日本臓器」をおわたした。患者さま家族が思っていたものと違うと申し出があり過誤が発覚。	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」の総量が500gで処方されていた。1回の処方量が適切かどうか疑義照会するために前回内容を確認していたところ、前回は泡状スプレーであったため、処方内容が変更されていることを見落とした。また、今回は処方入力も間違っていたため、薬袋の表記や薬情でのチェック機能が働かなかった。	検薬では疑義照会の内容ばかりでなく、冷静に調剤することを心がける。また、入力時、前回の処方そのものをコピーして入力する際は、変更点がないか再度よく確認する。	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」	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「その他」)

No.	事例の内容	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
		背景・要因	改善策	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	
1330	2019年3月8日の午後に、患者様より「2019年1月16日に交付された薬剤の中に、処方されていないはずの薬が薬袋に入っている」との訴えがあった。確認したところ、患者様はアムロジピン錠5mg「ケミファ」20錠をお持ちであることがわかった。患者様は、「薬剤師が本来定期で処方されているアコファイド錠と間違えて、比較的色と名前が似ているアムロジピン錠を調剤したのではないか？」とお考えのようだった。	薬局のレセプトコンピューターを調べたところ、アコファイド錠についてはレセコン上の数と実在庫の数一致していたため、患者様が言うように薬剤を取り違えて調剤した可能性は低いと考えられる。しかし、アムロジピン錠5mg「ケミファ」の実在庫がレセコン上の数よりも21錠少なかったことから、アムロジピン錠を間違えてお渡ししてしまった可能性が高いと考えた。なお、実在庫と理論在庫とのズレは21錠で、患者様が持参してきた数は20錠なので、その間でも1錠のズレがあるが、その所在は不明。○注意力散漫○処方せんの見間違い○単純なミス	正確な調剤と監査、トリプルチェックを徹底すると共に、調剤し終わった薬剤の箱は、できるだけ速やかに引き出しや棚などの所定の場所に片付け、他の人に用意した薬剤への混入を防止する。	アムロジピン錠5mg「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
1331	ロキソニンテープだけでは痛みがひどくなったので処方を変更。モーラステープ20mgの投薬時に光線過敏症について説明した時に、このはり薬かどうかは分からないが以前に似たような副作用があったと話されたので、主治医の先生に直接話しました。先生は念のために元のロキソニンテープに戻し、追加でジクロフェナクナトリウムゲルに変更した。	本人も副作用とは思ってなかったみたいで、問診の副作用歴の欄にも記載がなかった。	モーラステープ:光線過敏症について、春から夏場にはよく説明するが、今後は冬場も説明する。	モーラステープ	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
1332	処方箋には、プロチゾラムOD錠0.25gと記載されていたが、OD錠ではない普通錠で入力してしまった。	レセコンで薬品を確定するとき、名称が似ているので間違えた。ODと普通錠があることはわかっていたが、思い込みと確認ミスです。	入力時監査時とも思い込みをせず確認を行う。	プロチゾラムOD錠0.25mg「サワイ」	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	
1333	リンデロンVG軟膏とオイラックスクリームとへパリン類似物質油性クリームのMIXで、分離・液状化が起こった。	オイラックスクリームが配合変化を起こしやすい薬品であることに気づかず調剤した	配合変化ハンドブックを確認し、配合変化に気をつける	オイラックスクリーム10%	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.	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			PMDAによる調査結果
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1334	投薬の翌日、先生に頼んだ薬だがやはりこれではなかったと患者がゾピクロン錠を持って来局。ゾピクロンは苦みの副作用がありゾルピデムをもらうつもりだったが、名前が似ているので先生に間違えてお願いしてしまった。薬剤師より苦みの副作用について言われなかったため、昨夜服用するまで気が付かなかったとのこと。疑義照会にてゾピクロン錠ではなくゾルピデム錠を渡すように病院指示あり、ゾピクロン回収しゾルピデムを渡した。	ゾルピデムもゾピクロンも服用歴のある患者。どちらが処方されてもおかしくない状況だったため、患者からの訴えがあるまで気が付かなかった。患者も高齢で理解力が低下していること、名前が似ていたことも原因と考えられる。	合わない薬があった際には薬局に申し出てもらうこと。薬剤情報提供書やお薬手帳などを利用し、診察時にDrへの連絡手段とすることを指導した。	ゾピクロン錠7.5mg「トローワ」	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
1335	皮膚科でヘパリン類似物質軟膏が処方、精神科でヒルドイドソフト軟膏が処方のため、疑義紹介で精神科処方が削除。	先発品の一般名を周知しておくこと。	一般名処方が多くなってきたので、先発品の名前などを覚えておくこと。	ヒルドイドソフト軟膏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
1336	本来、バルプロ酸Na錠200mg 3T分3 毎食後でお渡しする所、誤ってバルプロ酸Na徐放錠200mgでお渡し。今回、来局した際、過去の過誤に気づく。	入力ミス。その後の工程で、ミスに気づくことはなかった。	入力時の縦チェックの強化。他工程での業務手順を確認し、再発防止に努める。該当薬、類似薬については、局内医薬品名マスタ変更を検討する。		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
1337	一般名レバミピド錠100mgの処方があり、患者様は後発品希望のため採用薬のレバミピド錠100mg「オーツカ」で調剤しようとしたところ、ムコスタ錠100mgが34錠混入していることに気づいた。在庫を確認したところ、どちらも数量のずれはなかったため、誤って調剤していないことを確認した。	患者様の後発品に対する不安解消のため、オーソライズドジェネリックを積極的に採用している。ムコスタ錠100mgのオーソライズドジェネリックであるレバミピド錠100mg「オーツカ」は、シートの外観がとてもよく似ているため、薬品棚に戻す際に誤って戻したと思われる。薬品棚の引き出しも、2つ分しか離れていないのも原因と思われる。誰がいつ戻したか不明だが、1人で戻したため勘違いがあったと思われる。	薬品棚の配置を見直し、似ているシートの薬は棚と引き出しと分けて、場所の違いを明確にする。1人で棚に戻すのではなく、2人以上でダブルチェックをして棚に戻すようにする。	ムコスタ錠100mg レバミピド錠100mg「オーツカ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品施設・設備	仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	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			PMDAによる調査結果
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1338	レボメプロマジン錠25mg「ツルハラ」を130錠お渡ししなければいけないところ、100錠分のみジアゼパム錠2mg「ツルハラ」をお渡ししてしまった。	○作業手順の不履行 → ピッキングしたすべての薬剤を一字鑑査しなければいけなかったところ、これを怠ったために発生。 背景に、パッケージが酷似しており、棚入れの際に、レボメプロマジン錠の棚にジアゼパム錠が紛れ込んでしまっていたということも大きな要因。また、ピッキングの際にもやはりパッケージが酷似しており、サッと目視しただけでは見分けがつかないほどであること。更に、箱を開封してしまうと、ジアゼパム錠の内袋の素材がアルミ素材で中身が確認不可能であること、内袋に薬剤名の印字が一切なく、箱を開封後は何の薬なのかを確認する術がないことも大きな要因であった。通常であれば、箱から出した時点でPTPのデザインが大きく異なっており、すぐに気付くことが出来るため、100錠単位で袋のまま調剤する際には、慎重に行う必要がある。	改善策としては、まず一字鑑査を怠らないことを大前提とした上で、ジアゼパム錠の方を、デザインのまったく異なる他GEメーカーに変更することにした。	レボメプロマジン錠25mg「ツルハラ」ジアゼパム錠2mg「ツルハラ」	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
1339	クラビット細粒をピッキングしようとしたところ箱の中にレボフロキサシン細粒が混在していることが発覚。	レボフロキサシンを戻す際にヒートが類似しているためクラビット細粒の箱に戻ってしまった。	ヒート品が類似しているか否かにかかわらず、薬品を戻したり、納品したものを棚に入れる場合には必ず確認して入れること。	レボフロキサシン細粒10%「サイワイ」	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「その他」)

No.	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			PMDAによる調査結果
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1340	リルゾールの粉碎の指示があったが、錠剤のままでお渡ししそうになった。	今までが、錠剤のままですと渡していたので、指示を見落とした。(入力者、集薬者、投薬者ともに違ったが誰も気がつかず)交付するときに、代理の方と最終的に話したら、胃壊造設後の薬であることが判明。入院中から粉碎したものを使用していたが、やり方は、看護師がやっているのを見ていたのことに真似して、お湯に溶かしてすぐ チューブにいれているような気がしたので、そうしていたが、粉が溶けていないのが気になっていたといわれるので、簡易懸濁法でも5分放置後は溶けるので、時間を少しおいてみるように指導。	継続処方であっても、コメントを再度確認することを徹底する。粉碎指示であっても、どのような背景でのことをかを再度確認する。	リルゾール錠50mg「A A」	連携ができていなかった			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
1341	本来、リバロOD錠2mgを28錠お渡しする所、誤ってリバロOD錠2mg 22錠とモンテルカスト錠10mg 6錠を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。	リバロOD錠の棚に、モンテルカスト錠が混入。普段から、戻し薬のときにはハンディを使用しているが、端数を戻す時のダブルチェックが疎かになっていた。重量鑑査システムでは、重さが差異範囲内であったため問題なく通ってしまった。また、ヒートの色が似ているため、間違いのない思いこみ、確認が疎かになった。	戻し薬の際のダブルチェックを強化する。また、重量鑑査システムで問題無くても、薬袋に入れる前には、目視で数・規格など薬の確認を必ず行う。投薬時も、処方薬と薬袋の中の薬が確かに合っているか、患者と確認した上でお渡しする。		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
1342	マイザー軟膏0.05% 25g、ヒルドイドソフト軟膏0.3% 25g混合の処方において、患者がジェネリック医薬品を希望していたため、ヘパリン類似物質油性クリームで混合しようとした。実際、少ない量で混合していた患者がいたため問題ないと思い込んだ。実際はヒルドイドソフト軟膏では配合に問題はないが、ジェネリック医薬品のヘパリン類似物質油性クリームとの混合では、4週間以降分離するとの報告があることに調剤者が気づき、ヒルドイドソフト軟膏と混合して問題なきを得た。	先発品とジェネリック医薬品で配合変化に違いがあるという認識がなかった。	先発品とジェネリック医薬品で、配合可か不可であるかに違いがあることを認識し、先発品で配合に問題のない医薬品であっても、必ず配合可能かどうかを資料にて確認するようにする。	マイザー軟膏0.05%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				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	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			PMDAによる調査結果
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1343	入院時の持参薬確認において持参された薬剤の朝食後4日分の一包化全てにランソプラゾールOD錠15mgが入っていないことを病棟薬剤師が発見。家族に内服状況を確認し、10日分は既に内服済であったとのこと。調剤した院外薬局に確認を依頼し、調剤を行わなかった可能性があると回答があった。	ランソプラゾール錠が一包化されていないことに監査時に気づけなかった。	一包化薬の識別コード、錠数の確認・記録を徹底する。投薬時に薬袋から一包化薬を出して見せ、薬剤師も再度確認、説明する。	ランソプラゾールOD: 15mg	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1344	患者訴えを確認すると手指を怪我し処置したとのこと。レボカルニチン塩化物錠300mg「フソー」の処方意図が不明で、抗生剤の服用が必要な症例と考えられたため類似名のレボフロキサシンとの誤りではないかを確認。			レボカルニチン塩化物錠300mg「フソー」	レボフロキサシン錠500mg「DS EP」				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
1345	処方箋にツムラ加味帰脾湯とツムラ帰脾湯が書かれていた。同種同効薬であり、疑義照会を行い、加味帰脾湯は桂枝茯苓丸へ変更となった。	東洋医学に長けた医師で頻りに漢方薬を処方する。名称類似による間違いなのか意図的なものなのか不明。	併用が妥当ではない処方がある場合は疑義照会を積極的にに行い、突合するのが最善である。	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒(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
1346	同一病院内の内科にて定期的にネキシウムを服用中。今回皮膚科受診で、新規でファモチジンODが処方された。薬効類似のため疑義紹介を行った。	-	-	ファモチジンOD錠20mg「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
1347	前日に、一般名ヒアルロン酸Na点眼液0.1%処方されジェネリック希望されたのでティアバランス点眼0.1を調剤しお渡しした所、瞼が腫れる副作用が出る。翌日再度受診されたが同じものが処方されていたので医師へ疑似照会し人工涙液マイティア点眼へ処方変更になった。	新規の患者様へアンケートにて副作用歴もお伺いしていますが、当事者側からも薬にてどのような副作用が現れるかの説明が不足しそれに対する確認を怠った。副作用が出現した時に患者様が、医師へうまく説明できない時のフォローが欠けている。	お薬情報を見ながら、副作用についても患者様へしっかり伝える事を心掛け、又、副作用が出現した時に患者様が相談しやすい環境作りをする。	ティアバランス点眼液0.1%	人工涙液マイティア点眼液	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
1348	A病院から特別消化器症状等を訴えておられない患者様にネキシウムカプセル20mgが処方となった。おくり手帳を確認した所B医院からタケキャブ錠10mgが処方となっていた。薬効が重複(類似成分)の為処方医に疑義照会しネキシウムカプセル20mgが中止となった。	患者様がおくり手帳をA病院に提出しているにも関わらずネキシウムカプセル20mgが処方となっていた為おくり手帳の確認を怠っていたと考えられる。もしくはタケキャブ錠10mgについての認識不足(薬効等を理解していなかった)とも考えられる。	A病院におくり手帳の確認を徹底していただくか、薬局側で併用薬の確認を引き続き注意して行う。	ネキシウムカプセル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
1349	エナラプリルマレイン酸5mg「サワイ」(ACE阻害薬) 1日1回1錠朝食後 30日分で服用中の患者に対し、血圧コントロール不十分のためアジルバ錠20mg(ARB) 1日1回1錠朝食後 30日分で処方追加されたため、類似薬効の薬剤が重複。これに対し疑義照会の結果、アジルバ錠20mg(ARB) 1日1回1錠朝食後 30日分 → ドキサゾシン錠0.5mg「サワイ」 1日1回1錠朝食後 30日分に処方変更された。	RA系阻害薬は全身血圧の降下とともに糸球体血圧(濾過圧)を下げ、蛋白尿減少効果と圧負荷に伴う糸球体硬化抑制作用を発揮することで、いわゆる腎保護作用が期待される薬剤である。理論上、ACE阻害薬とARBを併用してRA系をブロックすることは、単独療法に比べて高い降圧効果が得られると考えられるが、両者の併用は高カリウム血症や急性腎不全のリスク上昇をもたらすという臨床データもあり、安易に併用すべきではないとされる。	処方監査を怠ることなく外来調剤に取り組む。処方追加を検討する際の参考情報として、ACE阻害薬とARBの併用のリスクについて医師への情報提供を実施する。	アジルバ錠20mg	ドキサゾシン錠0.5mg「サワイ」		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.	事例の内容	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容				当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
		背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品		ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1350	フェロベリン配合錠 1T 1×寝る前30日分の処方 処方箋受付時に気づき疑義照会他フェロミア錠2T 一般名メコバラミン錠500μg1Tも同用法・同日数で処方されており、下痢しやすいなどの主訴もなく一般的に類似名のフォリアミンが処方されることが多いため疑義照会したところ、フォリアミンに変更となった。	○単純なオーダーダリングミス(類似名称の医薬品処方)	今回は処方箋受付時に発覚し過誤を防ぐことが出来たが、今後も同様に受付時疑義を感じた場合は速やかに問合せを行う	フェロベリン配合錠	フォリアミン錠	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
1351	眼科でクラビット点眼0.5%を処方された患者さんが薬局。薬が処方された経緯、現在の症状を伺ったところ、以前患者さんから聞いて薬歴に記載のあったクラビット錠500mg服用後の症状に酷似していた。この時も点眼薬が処方される2日前までクラビットを服用されており、その旨、眼科医に伝えたところクラビット点眼0.5%は処方中止となった。	患者さん自身は、以前のクラビット錠服用後の症状を覚えていなかったようで、クラビットの使用を気づけるという認識がなかった。こちらからの注意喚起も足りなかったかもしれない。	クラビット錠服用後に瞼の腫れや手のむくみが生じたことをお薬手帳にこちらで記載し、これからは注意していくよう話した。他の患者さんに対しても同様に、SE歴はその都度、確認すること、SE歴のある場合はお薬手帳を使用し、記載していくことが重要だと思われる。	クラビット錠500mg		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
1352	患者が持参した処方箋にメモリー錠5mgが3錠 1日3回毎食後と記されていた。調剤を担当した薬剤師Aが用法が誤っていることに気づき、医師に疑義照会した。本来はメリスロン錠6mgを処方しようとして間違えたことが判明した。めまいはそれほどひどい状態ではなかったため、今回は処方削除となった。	名称が似ている医薬品は入力の際、誤りや、勘違い等もあるため、処方監査を怠ることなく行うこと。	処方監査を入念に行う。	メモリー錠5mg			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
1353	元々、両目に対しザラカム配合点眼液の使用があり、今回右目の眼圧改善のため右目にコンプト配合点眼液を処方追加された。チモロールの成分重複のため、処方医へ疑義照会を行なうと共に、配合されている炭酸脱水酵素阻害剤のドルゾラミド単剤で良ければ、トルソプト点眼液となることを伝え、確認を行った。	類似した製品名であるため入力間違いの可能性や、配合成分の混同があった可能性が考えられる。	点眼剤の成分や分類を確認し、併用使用が問題ないかの確認が必要。配合剤の場合は、配合内容を確認し、重複した成分がないかの確認が必要。	コンプト配合点眼液	トルソプト点眼液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
1354	患者の体重が8.2kgであったが、セフトレンピボキシル細粒10%が1.5g/日で処方となり処方医へ疑義照会を実施。ワイドシリン細粒20%の間違いであったことが発覚し、医師の指示の下処方変更となる。正しく調剤し患者へ交付。	大変混雑していて、似たような処方が多く医師が記載を間違えてしまった可能性がある。		セフトレンピボキシル錠100mg「トーフ」	ワイドシリン細粒20%		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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1355	普段から当薬局を利用されている患者が、定期薬と一緒に臨時の胃薬として数種類が処方になっていた。その中には、ファモチジンOD錠10mgが含まれていた。患者は定期薬としてネキシウムカプセル20mgを継続服用しており、薬効が類似する薬剤の重複となるため疑義照会を行なった。その結果、臨時で処方になっていたファモチジンOD錠10mgが処方削除となった。	臨時の胃薬が追加になる際、定期薬との照らし合わせが行われなかったと考えられる。	処方箋監査を怠らない。また、調剤薬鑑査の際にもお薬手帳なども利用して確認する機会を自分で作る。	ファモチジンOD錠10mg「トローフ」			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
1356	継続してアンテベート軟膏をお渡ししていた患者様が来局されて、処方内容はオイラックスHクリームであった。投薬時に外用薬変更について確認したところ、毛細血管が目立つようになっているので一時的にステロイドを中止すると説明を受けていた。処方内容と患者様の話に食い違いがあると考えて、疑義照会した。オイラックスクリームに薬剤変更となった。	オイラックスクリームを選択したかったが、名前の酷似しているオイラックスHクリームを入力してしまったようだ。	特に先頭の文字列が共通のように名前の似ている薬剤へと処方変更がある時は、患者様にも名前の似ている薬もあるので確認させていただきなどと理由を説明し、いつもよりしっかりお話を伺うようにする。	オイラックスHクリーム	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
1357	73才女性、本日テルミサルタン40mg、ロスバスタチン2.5mgの定期薬のほか、プリンペラン5mg6錠1日3回毎食前56日が追加で処方になった。消化器症状はなく、脳のCTを行ったところ脳の血管が詰まっているので薬を追加すると話あり。プリンペランと医師から聞かされていた処方内容が合致しない為疑義照会したところ、プリンペラン処方削除、バイアスピリン100mg1日1回朝食後に変更になった。	用法用量なども全く違い、薬品名も類似がみられないためどういった経緯があつての間違いかは不明だが病院では以前より処方内容を番号で管理しているらしく、その番号に沿った処方間違いではないかと推測している。	患者さんからの確認の徹底。疑問があれば疑義照会をすることで対応していく。	プリンペラン錠5	バイアスピリン錠100mg	記録などに不備があつた	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
1358	モンテルカスト錠10mgを普段より処方されている患者さんに、今回、臨時処方としてモンテルカスト錠10mg5日分が重複追加されていた。疑義紹介にて追加処方がカットになった。	風邪に続く咳喘息への対策としての処方では比較的モンテルカスト錠10mgが良く処方されていた。いわゆる定期処方として患者さんが普段服用している処方への配慮が不十分のまま臨時処方としてのモンテルカスト錠10mgを追加で処方したものとと思われる。	似たような事例の対象薬剤としてカルボシステインも重複するケースが過去に何度か有り。疑義紹介内容を収集し、その結果、比較的良く行われる事例を医療機関にフィードバックする方法を検討している	モンテルカスト錠10mg「KM」		記録などに不備があつた	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
1359	頓服処方あり日本薬局方コデインリン酸塩散1% 7g 咳がひどいとき7回分1回量としては多く、回数と類似の数だったため、入力の問題の可能性もかんがえ、疑義照会した。⇒2g 7回分に変更の指示があつた。	せきの風邪がはやっている時期であり、2g 7日分 臨時内服薬として2g 7回分 頓服としての処方がその人によってきりかえられていた。	調剤する際にも、こんなにはかつたことがないと感じるとは思うので、処方監査、調剤、最終監査それぞれにおいて都度、注意して業務にあたる必要がある	コデインリン酸塩散1%「タケダ」			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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1360	一般名ヘパリン類似物質クリーム0.3% 25g 50gが処方されたが患者さまが今まで使っていたものはヘパリン類似物質クリーム0.3%「日医工」なので 処方を書かれた医師に 疑義照会した。一般名ヘパリン類似物質軟膏0.3%と書くところ ヘパリン類似物質クリーム0.3%と誤記載が判明。意図どおりの処方に変更して ヘパリン類似物質クリーム0.3%「日医工」を調剤。	一般名ヘパリン類似物質クリーム0.3% →先発 ヒルドイドクリーム0.3%で 後発はヘパリン類似物質クリーム0.3% 一般名ヘパリン類似物質軟膏0.3% →先発ヒルドイドソフト軟膏で 後発はヘパリン類似物質油性クリーム両方とも クリームなのに 基材の違いで 先発の名称が 違い 分かりにくく医師が パソコンで一般名選ぶとき 間違っクリームと書いてあるほうを選んでしまう。	クリームでも 基材の違いで 2種あるときの一般名のつけ方がわかりづらい。	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」				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
1361	【一般名】クロルマジン酢酸エステル錠25mgが処方されていたが、10月15日に別の病院でピカルタミド錠80mgの処方があり、同薬効、機序類似のため副作用が懸念されたため処方医に疑義照会し、削除となった。	-	-	プロスタット錠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	
1362	調剤前に薬歴に記載されている患者情報のアレルギー歴を確認したところ、ヨードアレルギーの既往歴を発見。処方箋には、ヨウ素製剤(ヨウレチン錠)の処方がありました。患者様からの聞き取りにより、「最近もアレルギー科にて栄養剤で蕁麻疹に似たような全身の発疹が出てきた」との訴えがあり、過去にヨード製剤で同様の症状が現れたと確認。添付文書より、ヨウレチン錠は、「ヨードに過敏症の既往歴のある患者」に禁忌のため、処方元医療機関へ、疑義照会を実施したところ、処方削除となりました。	-	-	ヨウレチン錠「100」				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	
1363	皮膚湿疹の症状にヘパリン類似物質軟膏とステロイド外用の処方。ステロイドは一般名アルクロメタゾンプロピオン酸エステル軟膏とリンデロンVG軟膏の処方。リンデロンVG軟膏には「強い湿疹」との記載があった為、症状の程度に合わせてステロイドのランクを使い分けると考え、抗生剤の成分は不要と判断し疑義照会した。疑義照会の結果、リンデロンVG軟膏は一般名ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏に変更となった。			リンデロン-VG軟膏0.12%	デルモゾール軟膏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	

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1364	2歳児に対してデルモベート軟膏が処方されていた。年齢から照会が必要と判断。パルデス軟膏が正しかった。一般名がクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏とクロベタゾン酪酸エステル軟膏で類似しており処方入力時に間違えた。	—	—	デルモベート軟膏0.05%	パルデス軟膏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
1365	他病院心療内科の受診があったが、受診および併用薬剤を担当医師に伝えていなかった。処方箋においてセレキノンおよびカロナールの処方があったが、他病院においてメトクロプラミド、ロキソプロフェンの処方があり、作用類似に該当するため、疑義紹介確認したところ、セレキノンおよびカロナールは処方削除となる。平成30年10月26日ブレイブイド発生事例報告。	セレキノンおよびカロナールは頓服的な要素として処方されていたが、併用薬剤情報が十分に処方医師に伝えられておらず、情報共有の面から疑義紹介にて対応とした	お薬手帳の記載内容で発覚した事例。投薬前に一度担当医師にお薬手帳の提出や活用の是非があるかどうか定期的な確認が必要となる	セレキノン錠100mg カロナール錠500			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	
1366	ジェイゾフト錠25mgとジェニナック錠100mgとの処方誤り	単純なミス。風邪処方が5日で処方されてるなか、ジェイゾフト錠も同様に5日で処方されており、違和感があり疑義したら、類似名称の抗生剤のジェニナック錠200mgの入力誤りであることが分かり処方変更になった。	処方時に類似名称品がある場合は入力用のパソコンに類似名称品一覧を設置し、処方誤りに対する意識を高める。	ジェイゾフト錠25mg	ジェニナック錠200mg	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	
1367	バイアスピリン錠、ランソプラゾールOD錠(15)テバ、その他7種類の内服薬を内服中の患者に薬剤変更があり、処方せん記載から一般名アスピリン錠、一般名ランソプラゾール口腔内崩壊錠15mgが無くなって、新たにタケキャブ錠20mgが追加処方となっていた。処方せん交付時に確認したところ、医師からは内服薬の錠数を減らすために配合錠に変更するとの話しかなかったと聞き取り。疑義照会を行ったところ、タケキャブ錠からタケルダ配合錠へ変更になった。	薬剤名称の類似から医療機関が誤って入力してしまったと考えられる。	配合剤の一覧を作ることで知識の共有を図る。	タケキャブ錠20mg	タケルダ配合錠		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	
1368	名前の似ている漢方薬と間違えたと思われる。	単純なミス	こちらでも症状や病気の確認をして、誤った薬が処方されていると判断されたら、疑義照会をする	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)	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	
1369	複数医療機関を受診している患者様が、お薬手帳を診察のたび、医師に提示していたにも関わらず、同じ成分および効能類似薬が3種類も処方されていた。	医師が、一般名と商品名の両方を把握していない。もしくは、効能類似薬を把握しきれず、追加してしまう。		ブラビックス錠75mg ランソプラゾールOD錠15mg 「ケミファ」ラシックス錠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	

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1370	ヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」で、以前真っ赤になる副作用があり、その後使用していないため、医師に照会し、ヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」削除、プロベト処方へ変更となった。			ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	プロベト				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
1371	門前の消化器内科よりスルピリド100mgが3錠分3毎食前で処方。スルピリドはいつも50mgで出ていて、食前という服用時点から処方意図を確認の為疑義照会医師はモサプリドを処方したつもりになっていた。モサプリド5mgへ変更の指示有り。	医師は、ジェネリックで処方することが多い。スルピリドもモサプリドも両方処方している。『プリド』と『ピリド』の響きが似ていることでうっかりと間違えてしまった様子	食前という服用時点で疑問に思うことスルピリド100mgは規格量から消化器内科で使用することがあるのかと疑問に思うことなど。	スルピリド錠100mg(TYK)	モサプリドクエン酸塩錠5mg「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
1372	ドラール15mg2錠2×朝夕食後の処方に対してドグマチール錠50mgを誤って調剤していた。投薬と別の薬剤師がドラール15mgの用法に対して不審に思い疑義照会、トラマールOD25mg2錠2×朝夕食後の処方間違えだった。患者は服用しておらず、トラマールに変更した。調剤ミス、処方ミスの重なった症例。		薬剤師側は単純なミス、確認を徹底、用法が適しているか処方監査も徹底する。名称の似ている薬剤は特に注意する	ドラール錠15	トラマールOD錠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
1373	フェロベリン配合錠が処方されていたので様子を伺ったところ下痢ではなく貧血だったため、クリニックに疑義照会をした。	クリニックの入力ミス名前が似ているので勘違いをした	薬品名の確認	フェロベリン配合錠	フェロミア錠50mg		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
1374	医師が『モサプリドクエン酸5mg』を処方するところ『スルピリド50mg』を勘違いして処方一般名がプリドとピリドが似ていたののでうっかり間違えたと思われる。2回目来局時に、違う病院から出ていたガスモチンを初回時投与されていたのんで思い込んでいたの薬が変更になっていることを伝えたと、そんなはずは無い。本日も調子がよいと医師に伝えるとそのまま継続するようにと説明も受けたとの事。疑義照会したところ、初回時に、医師もガスモチンのGEを出したつもりだった。結果、調子がいいので、そのままスルピリド処方継続の指示有り、患者には薬を変更を医師の指示でしていることを伝えたと調子もよいので納得。	医師が一般名がプリドとピリドが似ていたののでうっかり間違えたと思われる。薬局は、どちらも今まで医師より処方があったので、疑わなかった。今までモサプリドが出る時、食後で出たり食前で出たり患者の症状にあわせて処方されていたが、スルピリドが食前で出ていたことに引っかからなかったのは薬剤師自信が未熟だったと思われる。	いつもと違う用法で出た時には『あえて』なのかどうかを必ず確認(薬剤師の経験度、知識を上げることも伴い必要)	スルピリド錠50mg「サワイ」	スルピリド錠50mg「サワイ」		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
1375	一般名処方ジフルブレドナートとヘパリン類似物質が混合処方か否かを確認した。混合指示が漏れていた。			マイザー軟膏0.05% ヒルドイドソフト軟膏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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1376	患者側はヘパリン類似物質油性クリーム0.3%を希望していたが、処方せんには一般名でヘパリン類似物質クリーム0.3%が処方されていた。投薬時に患者家族から容器の色が違うと指摘があり判明。疑義照会を行いヘパリン類似物質軟膏0.3%に変更してもらい投薬。	商品名がヘパリン類似物質油性クリーム0.3%と名称が類似していたため処方医と患者家族の間にて齟齬があった。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%とピーソフテンクリーム0.3%の容器の色を異なるものに統一をしておき投薬時にも再度患者家族の方と確認しお渡しをしている。	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」		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
1377	前回処方メトグルコ(250)2T/日から、今回エクメット配合錠HD2T/日に処方変更あり。本人様に血糖値の結果がどうであったか聞き取りを行ったところ、血糖値は上がっており薬の変更は聞いているとのことだった。ただ、用量が大幅に増えていたため、担当薬剤師が気に入り今回血糖値は大幅に上がっていたかご本人に確認したところ、そんなに上がってなかったとのこと。このため疑義紹介をした結果HDではなくLDの処方間違いであったことが判明した。	変更後の薬剤が配合剤であり、名前類似が原因のDrの勘違いによるもの	配合剤の用量に注意する	エクメット配合錠HD	エクメット配合錠LD			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
1378	皮膚科にて乾燥肌への使用でヘパリン類似物質油性クリームを処方。皮膚科受診まで機関が空いており、残薬少なくなったので、内科かかりつけ医に相談し、臨時で処方してもらうことになった。使用途中の実薬を医師に見せた。処方箋には、ヒルドイドクリームの処方記載。疑義照会を行い、ヒルドイドソフト軟膏へ処方変更になり、後発医薬品のヘパリン類似物質油性クリームを調剤実施。	医師が後発医薬品である、ヘパリン類似物質油性クリームをヒルドイドクリームであると判断したため誤処方に至った。	ヘパリン類似物質は油性クリームとクリームが存在しており、患者聞き取りや持参薬、手帳、処方経緯などを聞き、適正な剤形が出ているのか確認することが重要。	ヒルドイドクリーム0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」		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
1379	【一般名】ゾルピデム錠5mg 1.5錠/分1 就寝前服用という処方がされていたが、お薬手帳を確認したところ、今まで服用していた薬は、ゾピクロン錠7.5mg1錠だった。今回は、今までかかっていた医院から別の病院に移ったとのことだったが、薬は今までと同じものを出すとのことだったので疑義照会し、ゾピクロン錠7.5mg1錠が正しいと確認した。	今までと違う医者にかかったこと、ゾピクロンとゾルピデムの薬剤名が似ていたこと、ゾピクロン7.5mgに対して、ゾルピデムは5mg1.5錠で同じ7.5mgが処方可能だったことが要因として挙げられる。新患であったが、お薬手帳を持っていたことで発見が出来た。		ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「杏林」	ゾピクロン錠7.5mg「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
1380	ヘパリン類似物質油性クリームとデルモベート軟膏の混合処方が出た。混合によりデルモベートの有効成分の濃度が変動するため、混合には向かない組み合わせ。疑義照会にてプロベトとデルモベート軟膏のMIXに変更になった。	病院側では軟膏クリーム配合ハンドブックを備えてあることは過去の疑義照会から確認済み。それにも混合が向かないことは記載がある。処方医の最近の傾向として塗りやすさを考慮した処方が増えてきており、デルモベート軟膏の塗りやすさを考慮して処方したものと思われる。その際に確認しなかったと考えられる。	あまり使いたくない混合であれば事前確認をする。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	プロベト	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1381	内科でタケブロンOD15mg処方されていた患者に、同病院でプレドニン5mg＋パリエット10mg処方。薬歴より同効薬の重複を確認したため疑義照会しパリエット10mg削除となった。	同じ病院での他科受診のため併用薬は把握していると思われたが、処方医の確認が不十分だったか、確認するシステムが十分ではなかったのか同効薬の重複処方となっていた	お薬手帳を活用し、同効薬・類似薬の重複チェックを行う	パリエット錠10mg タケブロンOD錠15		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
1382	ビタミン剤を中止します、と主治医より話を聞いていると患者。しかしノイロロピンが削除、リリカが開始となっているため確認。ノイロロピン再開、リリカ中止となった	ノイロロピンとノイロピタンを間違えたと思われる。医師がその病院に赴任したばかりであり、採用薬もまだ把握できていなかった	その病院に取り扱っていない類似名称にも注意をする必要がある	リリカOD錠25mg	ノイロロピン錠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
1383	同医療機関で過去に類似症状で処方されたステロイド含有点鼻薬で眼圧上昇が起こったが、同事象を今回受診時に患者から医師に伝えずステロイド含有点鼻薬が再び処方された。薬剤交付時に患者に新たな副作用等を確認したところステロイド点鼻で眼圧上昇発生していたことが判り、医師に連絡したところステロイド非含有の点鼻薬に変更になった。	薬剤処方後の経過確認で効果有害事象の有無などをお聞きすることで患者さんの新たな副作用歴を更新し、同副作用を回避する事ができた。	引き続き薬剤交付時に薬剤の有害事象等を定期的に確認していく。	アラミスト点鼻液27.5μg56噴霧用	リボスチン点鼻液0.025mg112噴霧用				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
1384	血圧が高く受診した患者に対しアタラックスPカプセル25mgとアダラートカプセル5mgの名称が似ているため起こったと思われる。	アタラックスPカプセル25mgとアダラートカプセル5mgの名称が似ているため起こったと思われる。		アタラックスPカプセル25mg	アダラートカプセル5mg		その他	コンピュータシステム	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
1385	バントシン散20% 640mg（成分量）が処方されていたが、成人量を上回っていること、ビオフェルミンR散も一緒に処方されていること、患者本人がぐったりしている状態からバセットシン細粒10%の間違いではないかと疑い疑義照会する。結果、バセットシン細粒10% 640mg（成分量）に変更になる。バセットシン細粒は本来1日3～4回服用のため服用回数も問い合わせたが1日2回のままで変更ならなかった。	バントシン散20%とバセットシン細粒10%が名称が似ているために起こったと思われる。		バントシン散20%	バセットシン細粒10%		その他	コンピュータシステム	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
1386	咳症状で受診。処方箋にアスベリン錠20mgとフスコデ配合シロップの2剤の類似薬の記載があったため医師に処方内容について疑義照会し、アスベリン錠20mgが中止となった。	本来であればフスコデ配合シロップのみを処方したかったようだが、アスベリンについてもそのまま記載を行ったようだ。	処方箋上で重複している医薬品以外にも、お薬手帳や薬歴、患者からの聞き取りなどからも重複処方がないかを継続してチェックを行っている。	アスベリン錠20 フスコデ配合シロップ			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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1387	9/11同じ病院で、皮膚科からモンテルカストOD錠10mgが処方されていて服用中のため、本日9/18の呼吸器内科の先生に疑義照会。まったく同じ薬だったため、今回の分が削除になりました。	同じ薬でも、皮膚科と呼吸器内科で、別の効能で出されている場合がある。複数の科でお薬をもらわれている方には注意しなければいけない。	同じ病院でも別の科で、似た成分の薬が出たり、禁忌の薬が処方されている場合があるので、注意するようスタッフ間で共有しました。監査時に、必ず併用薬の登録を行うことを徹底します。	モンテルカストOD錠 KN10mg		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
1388	「エビスタ錠60mg」が処方中止となり、「エディロール0.75μg」へ処方変更となった。	乳がん後の術後補助療法のため、クリニックを受診している患者さん。その中で、骨粗しょう症の治療のため「アクトネル錠17.5mg」を服用していたが、服用開始から5年経過後のため、Dr. から「薬を変更しよう。」と提案され、「エビスタ錠60mg」が処方された。その際に、乳がんの手術後に「タモキシフェン」を術後補助療法として服用した際に、その副作用で右目が失明したと伺った。「血栓塞栓症、静脈炎」が右目に現れたためとのことだった。失明後も経過観察のため3か月に1度ほど眼科を受診されているとのこと。(この患者さんに我々の薬局からタモキシフェンを調剤したことはない)その不安から、エビスタ錠60mgはどうかと質問があった。エビスタ錠60mgの副作用欄に、「表在性血栓性静脈炎」の記載があり、作用機序も「タモキシフェン」と類似する部分があるため、処方医に連絡。エビスタ錠60mgが処方中止となり、「エディロール0.75μg」の処方となった。	患者さんからの申し出により、防げた事例。それまで薬局に何度も足を運んでいたにもかかわらず、薬歴にタモキシフェンの副作用歴が記載されていなかった。そのため確認作業が遅れ、無駄に患者さんを待たせることになってしまった。初回来局時に副作用歴を確認できなくても、来局のたびに、今まで服用されていたお薬で副作用がなかったかなどの確認を行う意識を持つことの重要性を実感させられた。	エビスタ錠60mg		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
1389	新患患者 耳鼻科処方(耳鼻科は以前にも受診歴有)一般名 ロキソプロフェナトリウム錠60mg 疼痛時頓服 受付時の質問で副作用歴はホクナリンテープのみの申し出 お薬手帳記載欄記載無し 喘息歴無し の申し出 投薬時確認でアスピリン喘息がないことを確認すると、そういわれれば、ロキソニンで2年前副作用を起こし以降ロキソニン禁だったと申し出あり 診察時に医師への申告なし 疑義照会し、処方削除 患者は処方箋を持ってくるときにロキソニンと似た名前が書いてあるが、違っているので大丈夫だろうと思いついていたとの申告	受診時に副作用歴の申告をしていない医師も確認していないお薬手帳に記載がない;手帳が新しくロキソニンを処方された時のものが載っていない 副作用欄にも記載がない一般名処方が一般の人にわかりづらい;似ているが名前が違うから大丈夫と思っていた	患者に必ず隠さず副作用の出た薬を申告させる薬局はお薬手帳に記載をする 繰り越す時には書き写す	ロキソニン錠60mg		確認を怠った 連携ができていなかった	その他	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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1390	ドネペジル塩酸塩錠10mg「YD」屯服1錠 10回分 1日1回嘔気時 で初処方。用法用量が不適切であったため疑義照会したところ、ドンペリドン錠10mgとドネペジル塩酸塩錠10mgの処方入力ミスだったとのこと。ドネペジル塩酸塩錠10mgからドンペリドン錠10mgへ処方訂正。	ドンペリドン錠10mgとドネペジル塩酸塩錠10mgの名称が似ているため入力ミスが起こったと思われる。		ドネペジル塩酸塩錠10mg「YD」	ドンペリドン錠10mg「EMEC」		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
1391	2018年7月4日(水) 19時30分ごろ患者(60歳男性)が処方箋を持参。歯科 一般名 セフジトレンピボキシル錠100mg 3錠4日分薬歴の情報で、セフジトレンで副作用(風邪に似た症状)の記載があったため疑義照会。セフジニルカプセル100mg3c4日分に変更	病院の確認漏れ		(般)セフジトレンピボキシル100mg	(般)セフジニルカプセル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
1392	ラミシールクリームとヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」の混合指示がでていた。ハンドブックを確認するとデータがないので混ぜられないと問い合わせた。ラミシールクリームはヘパリン類似物質との混合データがなかったため、ラノコナゾール軟膏1%「イワキ」とヒルドイドソフト軟膏なら混合データがあり問題ないと伝えるとそれと変えたいと変更となった。	混合可否を考えずに指示されている。	混合可否を確認してから調剤する。	ラミシールクリーム1%ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ラノコナゾール軟膏1%「イワキ」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
1393	処方箋には点眼・点鼻リンデロンA液とあり用法が点耳であった。耳には使えないので疑義照会後薬の変更となった。	点眼・点鼻リンデロンA液は、昔は耳にも適用があったため、また、リンデロン液と文字が似ているため、間違える可能性あり。	リンデロンA液の冷所棚に耳に使用不可と記載した。職員に認識確認した。	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%			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
1394	病院から事前にバルトレックス顆粒の在庫はありますか？と問い合わせがあった。その後、来局された患者から帯状疱疹と診断を受けたとの訴えがあったが、処方箋に記載されていたのがバルトックス細粒であったため処方医に問合せし、バルトレックス顆粒が処方される予定であったことが判明。患者の希望もあって最終的にはバラシクロビル錠「アスペン」で調剤をした。	類似薬品名により処方入力間違いの可能性が有る。	処方せんや薬歴からだけでなく、患者からの身体所見や訴えを十分に聞き出すことが重要である。	バルトックス細粒20%	バラシクロビル錠500mg「アスペン」		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「疑義照会」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1395	当薬局は久しぶりの来局の方。ベタヒスチンが処方されていたがお話をうかがうと、めまいや耳鳴りなどの内耳循環障害をうかがわせる症状はなく、アレルギー症状があつて受診とのこと。お薬手帳には以前に他院でペボタスチンの処方歴があり、類似薬品名の処方間違いではないかと思ひ疑義照会したところベタヒスチンからペボタスチンに変更となった。	お薬手帳で処方歴のある薬品(ペボタスチン)を確認し、同じものを処方しようとした際、類似薬品名を選択してしまったご様子。	処方内容が患者の主訴に合っていない場合は処方間違いの可能性を疑う。お薬手帳で現在の併用薬のみでなく過去の処方歴も確認することの重要性を意識する。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「テバ」	ペボタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」		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
1396	12kgの患者に、カルボシステインシロップ5% 3.5ml/日処方容量過少疑い、疑義照会にて確認アンプロキソール塩酸塩シロップ0.3% 3.5ml/日の間違いであった	両薬の先発医薬品の名前が似ていることによる、入力ミスと思われる	患者の体重・年齢・処方薬の常用量の確認を怠らない	カルボシステインシロップ小児用5%「テバ」	アンプロキソール塩酸塩シロップ小児用0.3%「タイヨー」			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
1397	処方内容は1)アモキシサン細粒10%7.5g分3、2)一般名アセトアミノフェン細粒20%、一般名ポビドンヨード含嗽用液7%だった。アモキシサン以外の処方内容が感冒処方であること、患者様にアモキシサン細粒の処方歴がないこと、用量が過量であること、理由から、処方記載ミスが疑われたため、疑義照会をし、一般名アモキシサン細粒10%に変更となった。	アモキシサンとアモキシシリンは薬品名が類似しているため、病院側の医療事務の入力ミスが要因と考えられる。	薬品名が類似している医薬品の把握をしておく。同処方内の医薬品から患者様の症状を推測すること、患者様への聞き取りから、処方内容に誤りがないか確認する。	アモキシサン細粒10%	サワシリン細粒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
1398	ピラノア錠20mgが処方されていたが、他院にてエビナスチン錠20mgを服用中だったため疑義照会にてピラノア錠20mgが処方削除となった。			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
1399	胃の調子が悪く、病院を受診した患者様が来局。ファモチジン錠20mgが処方されており、お薬手帳を確認した所、定時薬としてネキシウムカプセル20mgを内服していることがわかった。患者は病院にお薬手帳を見せたとのことだったが、作用重複と判断し疑義照会を行った。結果、ファモチジン錠20mg削除となった。	併用薬の見落としにより、薬効類似薬の処方が行われたと考えられる。	引き続き、お薬手帳や患者さまの聞き取りなど、処方せん以外の情報を収集することにより、処方内容に間違いがどうか確認していく。	ファモチジン錠20「サワイ」				患者側 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
1400	新患の患者様。(般)ヘパリン類似物質軟膏25gと(般)ジフルプレドナート軟膏25g混合…顔(般)ヘパリン類似物質軟膏25gとロコイド軟膏25g混合…体で処方ステロイドの強さより、用法が反対と考え、疑義照会すると、顔と体の用法が反対との返答でした。	病院でのカルテには用法の記載が曖昧だったようで、事務員による入力ミスと思われます。	ステロイドの強さ表を常にどの薬剤師も目につくところに貼るなどする。疑問に思うことはささいなことでも疑義照会を行うこと。	ロコイド軟膏0.1% ステチロン軟膏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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1401	風邪の処方通常イソジンガーゲル液7%がよく処方されているが、イソジン液10%とあったため不審に思い疑義照会したところ、イソジンガーゲル液7%の処方元の入力間違いであることが判明した。	薬剤名が似ていたために、ヒューマンエラーが起きたものと思われる。	よく出る処方薬の組み合わせで、普段と異なるものがあれば、念のため確認することが望ましい。	イソジン液10%	イソジンガーゲル液7%			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
1402	日頃当薬局を利用している患者が来局。風邪により咳症状があったため「アストミン錠10mg」が処方されていた。当薬局で管理していた情報より、患者は「シーサール錠15mg」で副作用を起こしたことがあると気が付く。副作用の程度を改めて本人の聴取したところ、呼吸苦、吐き気、湿疹と重篤であったため、骨格の類似する「アストミン錠10mg」でも同様の副作用が起こることが推測された。医師に疑義照会したところ、患者は病院では副作用歴を申告していなかった。処方「クリアナール錠200mg」に変更となった。	患者が「シーサール錠15mg」で副作用を起こしたことがあることを医師に申告せず、「アストミン錠10mg」が処方された。	患者情報の聴取。薬歴、頭書きへの記載をしっかりと行い、入力時や投薬前にしっかりと確認していく。患者には副作用歴は医療機関ごとにしっかりと申告するように説明。	アストミン錠10mg	クリアナール錠200mg		その他	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
1403	脳神経外科より不安症状でパキシル処方される。服薬指導している中で、患者より過去にパキシル服用経験あり激しい嘔吐で内服中断したことがあると聴取する。処方医にはその内容について話していないと判明したため、医師へ問い合わせを行う。結果、パキシルからロフラゼパエチルに変更となる。	お薬手帳から定期的に安定剤を処方されている、また薬歴の主訴に精神的な疲れがあると示唆される記録があるため、類似薬について服用経験があるか聴取に至った。	過去の服用歴について必ず聴取を行い、問題となる内容があれば医師に報告しているかどうか確認する必要がある。	パキシル錠5mg	ロフラゼパエチル錠1mg「サワイ」	連携ができていなかった	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
1404	新規の患者で、プレタールL50mgとの処方のため、正確な名称を疑義紹介した。プレタールOD錠50mgとの返答をもらい、調剤を進めていくと、しばらくしてから、電話連絡があり、プロスターールL50mgが正しいとのことだった。患者に調剤して渡す前に変更でき、未然に防げた。	処方箋は印字がされており、手書きではないが、文字を入力するタイプなので、入力時のミスである。 ○単純なミス	似たような薬剤名称が多いため、カタカナやローマ字の確認を再度しながら、処方箋の確認を行う。	プレタールOD錠50mg	プロスターールL錠50mg	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	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
1405	定期処方にてファモチジンOD錠が処方されていた患者様。今回ラベプラゾール10mg分1夕食後とファモチジンOD錠10mg2T分2期夕食後の2剤が処方。PPIとH2阻害薬の併用について疑問を抱いたため、疑義照会実施。結果ファモチジンOD錠が処方削除となった。	Drがファモチジン(H2阻害薬)とラベプラゾール(PPI)が類似薬効の薬剤であることを見落として処方してしまったことが考えられる。台風による停電にて休診となった翌日であり、大勢の患者が来院していたこともあり多忙であったことも要因となろう。	まったくの同一薬効の薬剤であればすぐに気が付けるが、PPIとH2阻害薬やACE阻害薬とARBなど似ているものの機序が少し異なる薬剤についてはよく注意していないと気付けないので監査時には今後も集中し特に処方追加・変更時には処方解析に時間をかけ注力していきたい。	ラベプラゾールNa錠10mg「ファイザー」ファモチジンOD錠10mg「トローワ」			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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1406	皮膚科処方【一般名処方】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏(先発品名:デルモベート軟膏)5g【用法】顔の虫さされに1日2回塗布顔にストロングゲストの軟膏は4歳小児であることを抜きにしても異常と判断し疑義紹介。医療機関側の処方ミスであり、【変更後】リンデロンVG軟膏 5g への変更となった。	一般名の「クロベタゾール」と「クロベタゾン」を誤ったものと推測しての疑義紹介であったが、結果的にはそれとも更にことなる結果であった。先発品名の「デルモベート軟膏」と、リンデロンVGの併売品の「デルモゾールG軟膏」が名称類似であるため、そこで処方を取り違えたものと推測される。		デルモベート軟膏0.05%	リンデロン-VG軟膏0.12%	判断を誤った	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
1407	処方せん受付時にお薬手帳を確認し、今回処方薬以外に服用している薬があることが判明。類似している薬があることから、患者に確認する。今回の処方薬に併用薬があることは話していないこと、今まで服用していた薬で不快感があることが確認でき、処方医に疑義照会し服用する薬が変更になった。 1)ネキシウムの服用により気分が悪くなることを確認、処方医に相談する。2)類似薬の処方があることを処方医に報告し、処方薬、併用薬を変更する。【他院での処方】ネキシウムカプセル20mgを中止する→【今回処方】ニザチジン錠150mgを服用する。【今回処方】トリメプテンマレイン酸塩錠100mgを処方削除→【他院での処方】アコファイド錠100mgを継続する。	患者は併用薬があることを処方医に伝えていないことがあり、また、お薬手帳を処方医に見せていないことがある。併用薬は随時変更されているので、毎回確認することを怠らない。薬による副作用か否かは解り難く、患者の申し出だけでなく、薬剤師が患者とコミュニケーションを取り聞き取ることが必要である。	1)処方せんを交付したときにはお薬手帳を確認し、併用薬、副作用歴、アレルギー歴などを必ず確認する2)薬歴に併用薬の記載、副作用歴、アレルギー歴を記載更新する3)お薬手帳の有効性を患者に広め、お持ちいただくことを推奨する4)医療機関を受診するときにも、お薬手帳を見せていただくことを知っていただく5)医療機関との連携がいつでも取れるようにしておくこと	ニザチジンカプセル150mg アコファイド錠100mg	ネキシウムカプセル20mg トリメプテンマレイン酸塩錠100mg	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
1408	医療機関が閉院したことにより転院してきた患者。今までかかっていた医療機関は院内調剤で、手帳・薬剤情報用紙がないため、薬局では服用薬剤が確認できない状態で調剤した。薬の管理は本人が行っていた。患者に服薬指導をしながら確認を進めたところタケルダとワソランが処方追加になっていた。聞き取りから、他医療機関でPPI類似薬と思われる薬剤を服用中と判明。併用薬が特定できないので、帰宅後電話で薬剤名を知らせよう同僚の家族に依頼。その日のうちに薬剤を持参し再来局してくれたので、併用薬がタケルダ錠10mgと判明。タケルダ錠に含まれるランソプラゾールと効果が重複するため、処方医に照会し、タケルダ錠がバイアスピリン錠に変更になった。	新規患者。初回アンケートに受診中の医療機関名の記載があった。併用薬について本人からは『胃の薬』とだけ告げられたが、「それを飲むようになってからすっきり胃の痛みが無くなった」と聞いたので、PPI類似薬を疑うきっかけになった。介入を進めたところタケルダとワソランが処方追加になっていた。聞き取りから、他医療機関でPPI類似薬と思われる薬剤を服用中と判明。併用薬が特定できないので、帰宅後電話で薬剤名を知らせよう同僚の家族に依頼。その日のうちに薬剤を持参し再来局してくれたので、併用薬がタケルダ錠10mgと判明。タケルダ錠に含まれるランソプラゾールと効果が重複するため、処方医に照会し、タケルダ錠がバイアスピリン錠に変更になった。	院内調剤から院外調剤に切り替えた患者に対しては、手帳や薬剤情報提供書等のツールが少なく情報が集めにくい。情報に対する意識も低くなってからすっきり胃の痛みが無くなった」と聞いたので、PPI類似薬を疑うきっかけになった。介入を進めたところタケルダとワソランが処方追加になっていた。聞き取りから、他医療機関でPPI類似薬と思われる薬剤を服用中と判明。併用薬が特定できないので、帰宅後電話で薬剤名を知らせよう同僚の家族に依頼。その日のうちに薬剤を持参し再来局してくれたので、併用薬がタケルダ錠10mgと判明。タケルダ錠に含まれるランソプラゾールと効果が重複するため、処方医に照会し、タケルダ錠がバイアスピリン錠に変更になった。	タケルダ配合錠	バイアスピリン錠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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1409	一般名処方で「ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏」と記載してあり、調剤者は後発医薬品のデルモゾールDPで調剤。鑑査者は患者が3歳の子供への処方と気づき、医師に問い合せたところ、医師は「リンデロンを選んだらこれがでて選んだ」と言われた。リンデロンの「DP」が「V」かどちらなのか確認したら、「V」だと言われ変更になった。	医師が処方入力する時に「リンデロン」としか確認せず、一般名をチェックしていなかったと考えられる。一般名も「DP」と「V」では似ている為、そのまま処方した。調剤者は一般名を確認し正しく調剤したが、患者の年齢まで確認しておらず強すぎるとは感じなかった。	一般名処方になり、処方間違いが増えているので、患者の年齢・性別・患部・使用部位などもしっかり確認し、正しく調剤出来るようにする。	ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏		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
1410	以前より慢性疾患で同病院の他科処方せん応需し一包化調剤していた。今回、急性疾患で同病院の他科にて同薬であるレバミピド錠100mgが処方。薬歴にて気づき照会・削除となった。かかりつけの薬局で処方せん応需一元化していたことで気づくことができた。	同一病院ながら2科ともに、主薬ではなく副作用の予防的に処方されているレバミピド錠100mgの重複があった。また定期処方薬はハイリスク薬を含んでいることもあり、飲み間違い防止で一包化していたため、患者さん側(家族)は全く気付いていなかった。同一病院でも類似薬を含んだ同種同系統薬の重複は時々あり、同一薬局での応需またはお薬手帳の携帯がなければ見逃す可能性もあった。	急性疾患等で臨時に受診する場合、患者さん側は同一病院であっても診察時にお薬手帳を提示、またはこれまでと同一の薬局に処方せんを持参することを普段から薬局、病院が啓蒙する必要があると認識することができた。医療機関側で処方薬剤を入力する際に院内での重複がチェックできるシステムがあるとよいと考えられる。また、急性期で受診した病院が治療薬を処方する際、院内調剤する場合には、当該患者の併用薬・併発症等の情報が乏しく、かかりつけ薬局がある患者の場合には、院外処方に切り替える等の対応も必要ではないかと考えられた。	レバミピド錠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
1411	オメプラール錠10mgを毎日服用中の患者へ類似薬効のアシノン錠75mgの処方があったため、処方医へ薬局から疑義照会しムコスタ錠100mgへ変更となる	処方医の併用薬の確認不足	薬局がお薬手帳などで併用薬を把握しチェックする	アシノン錠75mg	ムコスタ錠100mg	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
1412	めまいを訴える患者にナウゼリン細粒・アデホスコーフ顆粒・メトリジン錠2mgが処方されていた。患者聴取り、血圧は少し高めで140程度とのこと確認、昇圧剤の処方には疑問があり、メリスロンとの誤投薬の可能性もあると考え疑義照会。やはりメトリジン2mgではなくメリスロン6mgの誤りであったことが判明し、処方変更となった。	メトリジンとメリスロンの名称の類似。また、どちらも「めまい」で使用できる可能性がある薬であることも要因のひとつと思われる。メトリジンが昇圧剤であることを認識できていれば、患者血圧聴取時に疑問を持つことができる。		メトリジン錠2mg	メリスロン錠6mg		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
1413	救急外来にてバイアスピリン錠100mgと一般名オメプラゾール錠10mgが処方された。受付時にお薬手帳を確認したところ他医療機関にてタケキャブ錠10mgが処方されていたため疑義照会を行った。その結果一般名オメプラゾール錠10mgは処方削除となった。	救急外来受診の際に患者様はお薬手帳を提示しなかったことと処方時に併用薬の確認を怠ったことが原因。	薬局で気が付けることなのでこれからもお薬手帳を用いた併用薬の確認を徹底していく。それと同時に処方手帳の正しい活用法の訴求も行っていく。	オメプラゾール錠10「S W」					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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1414	「一般名」ヘパリン類似物質油性軟膏と、フジシロ軟膏の混合指示があったが、混合不適のため疑義照会。ヘパリン類似物質がロコイド軟膏に処方変更となった。	知識不足だと思われる。	配合不適を確認し処方発行する。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニトト」	ロコイド軟膏				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
1415	一般名クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%が額に処方されていたので一般名クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%の誤りではないかと思い疑義したところ一般名クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%の誤りであった	非常に良く似た一般名処方のステロイド軟膏であるため	ステロイドの強さ、部位から不適ではないかを確実に確かめる	デルモベート軟膏0.05%	キンダベート軟膏0.05%	記録などに不備があった	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
1416	3歳11か月男児(16kg)と2歳4か月女児(12kg)、ツムラ五苓散がそれぞれに2g、2.5gが処方されており用量が逆転していた。疑義照会紹介により、用量が逆になって処方されていることが分かった。	○単純なミス兄弟姉妹で、同じような症状で処方。同じ薬で用量だけが異なる。	兄弟で処方内容が似ている場合はかならず、体重と用量を確認する。	ツムラ五苓散エキス顆粒(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
1417	今までに一般名:レボドパ100mg・カルビドパ配合錠(商品名:ドバコール配合錠L100)3T3×毎食後が処方されており、今回薬が増量になるよう患者からは聞き取りをした。実際には、一般名:レボドパ・ベンセラジド塩酸塩錠(商品名:マドパー配合錠)2T2×朝食後が追加処方されており、疑義照会を行った結果、一般名:レボドパ50mg・カルビドパ配合錠(商品名:ドバコール配合錠L50)2T2×朝食後に変更になった。	一般名処方の場合に、前半部分が全く同じであること。更には、エンタカボン配合剤まで合わせると一般名処方だと、似通った名前が更に増えてしまう為、入力時にミスが発生したものである。	一般名処方となると今までとは違う意味合いでの、似通った名前が非常に多くなる事をスタッフ間で共有し注意していく。	マドパー配合錠	ドバコール配合錠L50		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
1418	小児科処方のペリアクチンシロップなど複数の水剤調剤し、鑑査時にお薬手帳確認したつもりではあったが、患児の母親に投薬時お薬手帳使用して服薬指導していると、類似の抗ヒスタミン剤服用中であることに気が付いた。疑義紹介したところペリアクチン処方削除となる。	鑑査時お薬手帳の確認不足	調剤、鑑査の作業手順を守ること	ペリアクチンシロップ0.04%	処方削除	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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1419	総合病院皮膚科よりオキサロール軟膏とツムラよく苡仁湯エキス顆粒の処方があった。薬剤師Aが調剤し、薬剤師Bが監査したが、両名ともにツムラよく苡仁湯エキス顆粒とヨクイニンエキス散の適応が異なることを知らなかった。薬剤師Cが再度監査した際に、皮膚科からのツムラよく苡仁湯エキス顆粒の処方であることに疑問を感じ、患者様に確認したところイボで受診したとの情報が得られたため、処方元へ疑義照会し、オーダーリングシステムでの選択ミスが発覚した。	漢方薬に対する知識不足のため、処方医のオーダーミスに思い至らなかった。	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒とヨクイニンエキス散は似た名称の漢方薬であるが、適応が異なるためあまり処方されないツムラよく苡仁湯エキス顆粒に「いぼの適応なし」の注意喚起札をつけた。	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒(医療用)	ヨクイニンエキス散「コタロー」		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
1420	患者が処方箋をもって来局した。全身の強い痒みでいつもの薬に外用薬が追加されていた。追加薬は、手書きで書かれており、クロベタゾールプロピオン酸エステルと一般名:クロベタゾン酪酸エステルの判別ができないのと剤型規格が書かれていなかった為、疑義照会をした。最初に看護師が対応し、病院の電子カルテには、一般名:クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%と書いてあるとの回答をうけたが、ステロイドの強さが全然違うので医師に再度確認してもらった。医師は、一般名:クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%を処方したつもりだったようで、病院の電子カルテごと修正されることになった。	最近では、一般名処方が主流になってきているので、一般名が類似するものについても注意が必要である。一般名は、名称が長いものが多く手書きの処方箋では、名称を省略してくる医師が多いと感じる。	名称だけでなく、規格や剤型にも注意し、少しでも違和感を感じたらしっかり疑義照会をすることが大事である。また、患者さんの背景に注意し、その薬の強さが適切であるかどうかで、違和感をしっかり感じるようにしなければならない。小児でキンダベート軟膏0.05%([般]クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%)を出すところで、デルモベート軟膏([般]クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%)が処方されてしまう可能性があることにヒヤリとする。手書き処方箋で、字が読めなかった場合に、病院のカルテを看護師に確認してもらうだけでなく、しっかり医師に確認すること。	【般】クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%	【般】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%			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
1421	マーロックスを処方するところマーズレンで処方	薬剤名が類似しているため	医師の処方薬剤名の確認及び薬局での症状などの聞き取り	マーズレンS配合顆粒	マーロックス懸濁用配合顆粒			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
1422	処方箋:ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏+アンテベート軟膏の混合指示あり。ステロイドの混合は考えにくく、患者家族からの問診でもヘパリン類似物質軟膏の可能性が高いと判断し、TEL照会。ヘパリン類似物質軟膏+アンテベート軟膏の混合指示に処方変更となる。	-	-	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%「トーフ」	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1423	ロキソプロフェンNaによる呼吸困難がある患者。一般名でジクロフェナク錠が処方されていた為、類似薬ということもあり、念のために処方元に問い合わせをした。処方医はジクロフェナク錠による呼吸困難も懸念して、カロナール錠に変更していたが、医院の受付で処方箋の渡し間違いがあり、変更前の処方箋をお渡ししていたことが発覚した。過去に数件このような処方箋の渡し間違いが起きており、大きな事故に繋がる恐れがあるとして処方元に注意喚起を促した。			ジクロフェナクNa錠25mg「トーフ」	カロナール錠200				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
1424	今までトレドミン50mgで継続服用している患者に今回トレリーフ25mgが処方された。在庫がなかったため取り寄せでの対応になったが、取り寄せして監査している時に薬歴からトレリーフの適応患者ではないと予想されること、トレドミンの減量の可能性があることが疑われたので疑義照会した。すると名前が類似していることによる処方ミスと発覚し、トレドミン25mgに変更になり事なきを得た。	薬減量による類似名称品の処方オーダーシステムの入力間違い	薬歴・手帳により減量が確認できたので薬局での一元管理は重要だと感じた。今後もお薬手帳、かかりつけ薬局のご案内を継続していきたい。	トレリーフ錠25mg	トレドミン錠25mg	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
1425	いつもオメプラゾール錠20mg1錠を朝食後で服用している患者さんの処方に、ファモチジン錠20mg2錠朝夕食後の処方が追加されました。PPIとH2-blockerは併用しないため疑義照会。ファモチジン錠20mgではなくフェキソフェナジン塩酸塩錠60mgの処方に変更になった。	抗アレルギー薬のフェキソフェナジンと名前が似ている酸分泌抑制薬ファモチジンを勘違いして処方したと考えられる。	引き続き処方監査時に同効薬が無いかを確認していく。	ファモチジン錠20「サワイ」	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「SANIK」		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
1426	いつも当薬局をご利用されている患者様。普段から手書きの処方箋。定期で頓服セルテクト錠(30)・10回分の処方があったが今回は「一般名」でセルトラリン錠(30)・10回分の記載。患者様(代理息子さん)はいつもの薬と変わっていないとの話、セルトラリンには30mg規格がないことから疑義照会を行った。処方医による記載ミスのためセルテクト錠(30)にて調剤となった。	薬剤名称が類似していることによる記載ミスと思われる。	ただ処方箋通りに調剤するのではなく、受診時に医師からどのような説明があったかなど患者様からの情報を聞き取るようにし、処方内容に間違いがないかチェックを行う。	セルトラリン錠(30)	セルテクト錠30		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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1427	ザイザル錠5mgの処方を受け付けた。この患者は新患で今までどのような治療を行ってきたかのヒアリングをしたところ前立腺肥大症の治療を行ってきたとの回答を得た。ザイザル錠5mgが処方されていたためアレルギー症状等の確認を行ったところ特に症状は出ていないとのことだった。前立腺肥大症の治療を行ってきたため処方薬がザルティア錠5mgの処方と間違っていると思い疑義紹介したところ、ザルティア錠5mgに変更となった。	医療機関の事務員の方がカルテから処方箋に記載する際に起きたミスだと考えられる。このようなミスは名前が似ている薬では起きうることと考えられる。	患者さんとしてしっかりコミュニケーションをとりどのような症状で受診しているのかを確認していけばこのように処方箋にミスがあってもそのまま調剤せず未然に事故を防ぐことが出来る。	ザイザル錠5mg	ザルティア錠5mg			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
1428	処方せんにクラシエ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス細粒と記載があったが、お薬手帳の記録と、患者様からの申し出で、今回処方されるべきものがクラシエ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス細粒であることが判明した。患者様は薬剤を変更することは医師から言われていないとの事だった。そのため、疑義照会したところ、クラシエ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス細粒に変更となった。	医療機関が、お薬手帳に記載のあったクラシエ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス細粒を読み間違えたことが原因と推察される。	クラシエ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス細粒は長い名称で、似た名称の薬があるため、処方せんに記載する際に再度確認してもらうように依頼をする。	クラシエ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス細粒	クラシエ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス細粒				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
1429	処方には抗ウイルス剤ファムビル錠250mg、バルトレックス錠500mgがそれぞれ5日分処方されていた。Drに疑義照会をしたところ、ファムビル錠250mgではなく、抗生物質のファロム錠200mgの間違いであった事が判明した。	処方医による単純な記載ミスであった。名称が似ているため、薬品を選び間違えたと思われる。	少しでも疑問に思うことは必ず疑義すること。	ファムビル錠250mg	ファロム錠200mg	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
1430	臨時処方として、一般名処方【般】セフボドキシムプロキセチル錠100mg 3錠 毎食後 7日分が出されているが、添付文書上は1日2回食後服用とされているものであるため、処方通り調剤すべきか問い合わせ。医師の記載ミスだったとのこと、上記処方を一般名処方【般】セフカペンビポキシル塩酸塩錠100mg 3錠 毎食後 7日分に変更するよう回答あり。	思い込みにより、処方薬剤名を記載し間違えたものと考えられる。	処方箋受付時、患者の体調変化・訴え等の聞き取りを行うことを徹底すると共に、特に類似名医薬品のあるものはその名称・用法・用量等について添付文書等の資料も参照しながら確認し、服薬指導前、処方監査の段階で疑義を発見する。	セフボドキシムプロキセチル錠100mg「トーフ」	セフカペンビポキシル塩酸塩錠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
1431	投薬時患者より「流産したため、ほてりなどの症状を改善するための婦人科関係の漢方薬が出ていると思う」と申し出があった。処方箋では当帰湯での処方だったため、当帰芍薬散の間違えではないかと考え疑義照会を行った結果、入力間違いが判明し薬剤変更になった。	ツムラの漢方薬では三文字入力でも似た薬剤が多く、そのため医師が入力を誤ったことが原因と考えられる。	漢方薬は症により薬が細かく分かれるため、投薬時に患者のお話をしっかり聞くことが大切と考える。	ツムラ当帰湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）			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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1432	風邪で内科受診。抗生物質 一般名クラリスロマイシン100mgの処方。併用薬を患者持参の「お薬手帳」で確認したところ他の病院でベルソムラ20mg服用中。併用禁忌の為、処方元の先生に疑似照会し、抗生物質が変更になりました。一般名クラリスロマイシン錠100mg 2錠 朝夕食後 10日分➡一般名セフトレニゾボキシル錠100mg 3錠 毎食後 10日分	基本ですが処方箋を受けたら、毎回必ず併用薬を「お薬手帳」又は「アプリ」で確認します。		クラリス錠200mg	メイアクトMS錠100mg	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
1433	【般】ヘパリン類似物質クリーム0.3%とデルモベートクリームの混合処方。混合により分離するため、疑義照会したところ、ヘパリン類似物質クリーム0.3%をヘパリン類似物質油性クリーム0.3%に変更になった。	混合時の安定性について理解が不十分だったと思われる。	混合する際は、安定性を考慮し調剤する。	ヘパリン類似物質クリーム0.3%「アメル」	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「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
1434	マイザークリーム、ウレパールクリーム混合が長期にわたっての使用しているため、疑義照会にて処方中止。	老人性乾燥肌に使用。受診の度に使用量が多くなっており、使用頻度も増えていたため使い方の確認を行う。	継続した普段使いやシミ消しなどにも使用していたため、長期にわたっての使用は皮膚が委縮し、皮膚が薄くなることもあるため乾燥肌には尿素やヘパリン類似性物質等の保湿剤単品を使用したほうがよいとお伝えする。息子さんと一緒に来局されており、本人は継続使用を希望されるが、息子さんもステロイドの長期使用には否定的だったため、これから保湿剤を買いに行くので塗り薬はすべて中止を希望される。	マイザークリーム0.05% ウレパールクリーム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
1435	定期薬に臨時で、セレスタミン配合錠 2錠 ムコスタ錠100mg 2錠 分2 朝夕食後 8日分が追加処方あり。服薬指導時にセレスタミン配合錠について蕁麻疹等のアレルギー症状の有無を確認したところ、肩と背中での痛みで痛み止めの処方追加を聞いているとの話があり、内服ステロイドの処方について疑問に感じ疑義照会。セレスタミン配合錠からセレコックス錠100mgへ変更となり、名称類似による処方せん記載の間違ひであることが判明した。	「セレコックス」と「セレスタミン」の名称類似によるレセコン打ち間違ひか思い込みによる処方せん記載間違ひ。	服薬指導時に処方せんの内容と症状について聴き取りを徹底。疑問に感じた場合は必ず疑義照会で処方医へ確認する。	セレスタミン配合錠	セレコックス錠100mg			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
1436	類似薬を使用。患者様のDrへの情報提供不足で類似薬を処方された。薬局で確認後、疑義照会後にエビナスチンの中止。ルバフィンを使用することに。併用(副作用)を防ぐことが出来た。	患者様の相互作用の認識が低かった。	併用が悪い薬品があることを患者様へ伝えて意識改善	ルバフィン錠10mg	エビナスチン塩酸塩錠10mg「YD」			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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1437	妊娠中で喉の痛みや鼻水の症状があって受診。投薬時に8年ほど前にPLを服用して全身に湿疹がでたことがあると言っていた。薬のせいだったかははっきりわからないのだが、ペレックスはPLと同じ成分が含まれるため疑義照会をし削除となった。	8年前なので、患者さんが病院で伝え忘れている可能性があった。	薬の説明を聞いて患者さんが思いだした可能性もある。似たようなお薬を飲んだことがないか、聞いてみる必要もあると感じた。	ペレックス配合顆粒			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
1438	処方箋に一般名処方で頓服 ロキソニン錠150mg 2錠 疼痛時 10回分と記載患者聞き取りを行い、痛みがあって痛み止めの頓服をだしておきますと先生から診察中話があったこと確認一般名でロキソプロフェンと類似している為、疑義照会を行い、正しくはロキソプロフェンNa錠 1錠 疼痛時 10回分誤記載であることが判明。	一般名の類似		ルリッド錠150	ロキソニン錠60mg				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
1439	前回まで先発品名ミカムロAP配合錠で処方されていたが、一般名処方テルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド配合錠に変わっていた。患者様からの聞き取り等から、処方変更があったと判断できなかったため、疑義紹介を実施。一般名処方テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠へ変更となった。	一般名で類似の配合錠がある。	一般名処方の際は、特に注意する。配合錠などは先発品名や、後発品名で処方をする。	テルチア配合錠AP「日医工」	テラムロ配合錠AP「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
1440	点眼点鼻用リンデロンA液が点耳で処方されていたため、病院へ疑義紹介。リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%へ変更となった。	リンデロンの外用液はいくつか種類があり、名称も似ているため処方間違いが起きたと考えられる。	適応をしっかりと確認する。	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%			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
1441	デザレックス錠5mg 1日4錠、1回2錠、1日2回空腹時内服の処方あり。デザレックスの承認されている用法、用量、1日量に関し相違があるため疑義照会。医師よりディレグラ配合錠を処方するつもりが入カミスを生じた。ディレグラ配合錠に変更するとの指示あり。	不明	特になし	デザレックス錠5mg	ディレグラ配合錠			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
1442	50gで処方されていたが、次回受診までには75gないと薬が不足してしまうことに患者本人が気づき、その場で疑義照会。	服薬指導の際に患者が気づいた。	使用部位や次回受診予定をヒアリングする。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニットー」					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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1443	過去にアスピリン錠服用で、脱力、めまい、寒気、胃痛の副作用が発現した患者に、鎮咳意図でアスピリン錠20mg、1回2錠10回分(咳が出る時)が屯用処方される。薬局聞き取りにより、アスピリン錠の副作用歴が残されていた。お薬手帳にも副作用歴の記載あり。患者申告では、医師診察時には、お薬手帳の提示と口頭での副作用報告をしたとのこと。疑義照会し、副作用歴を報告したところ、アスピリン錠20mgから、アストミン錠10mg 1回1錠へ処方変更となる。服薬、アストミン服薬後再来局。アストミンでは副作用なかったとのこと。	繁忙期。鎮咳処方にアスピリンを多く処方する医師であった。医薬品名称の類似。	副作用歴の確認徹底。	アスピリン錠20	アストミン錠10mg	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
1444	似た名称の薬の入力間違い	-	-	デキサルチン口腔用軟膏1mg/g	デキサンVG軟膏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
1445	一般名の類似 スピロラクトンとスピロベント により処方医が入力を間違えた患者に症状を聞き取り、処方薬に疑問を抱き問い合わせして、入力違いを訂正した			アルダクトンA	スピロベント			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
1446	当薬局を初めて利用する患者が訪問。処方内容アクアチム軟膏1% 5gと記載されていたが、アクアチム軟膏は10gチューブのため、患者に実物を見せ確認。話を聞くと病院で説明された薬と違う気がするとのこと。患者の話と処方内容が矛盾しているため、疑義照会を行った。アクロマイシン軟膏3% 5gに変更となった。	アクロマイシン軟膏 5gと入力すると、名称類似のアクアチム軟膏 5gと入力したと考えられる。	患者への聞き取り、手帳の確認等処方箋以外の情報を収集し処方内容に間違いがないか確認をする。	アクアチム軟膏1%	アクロマイシン軟膏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
1447	服薬指導の際に患者本人から過去に今回処方の鎮痛剤に色・形が似た薬で全身に発疹、かゆみが見られたとの申し出により医師へ疑義照会をした	アレルギー歴、副作用歴等の情報の聞き取り更新をしばらくしていなかった	定期的に既往歴等を聴取更新する	セレコックス錠100mg	カロナール錠200	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1448	処方箋にサリグレンカプセル30mgと記載があったが、同処方箋内にエボザックカプセル30mgがあり、普段服用しているサインバルタカプセル30mgが処方されていないため患者にききとりを行い、処方間違えの可能性があると判断。疑義照会にてサリグレンカプセル30mg削除サインバルタカプセル30mg追加となった。	名称、規格の類似による入力間違いだと思われる。	処方鑑査、薬歴の確認、患者からの聞き取りをきちんと行い、疑問が生じたら処方医に必ず確認を行う。	サリグレンカプセル30mg	サインバルタカプセル30mg				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
1449	45歳、女性、頭痛、めまいにより漢方薬が変更になるとのこと。前回はツムラ加味逍遙散エキス顆粒が処方あり。今回はノイトロピン錠4単位、1日6錠、分2朝夕食後60日分、ツムラ荳蔻散エキス顆粒 1日7.5g 分3毎食前 14日分、ロキソプロフェン錠60mg3錠 分3毎食後14日分、ヒアレイン点眼液0.3% 1日2回両目、ロキソプロフェンナトリウムテープ「タイホウ」35枚 1日1回1枚 35日分めまいに使用するツムラ荳蔻散エキス顆粒との処方間違い。疑義照会により発覚。	頭痛、めまいで処方変更になることの聞き取りからツムラ荳蔻散湯ではなく、名称の類似するツムラ荳蔻散湯ではないかと疑い確認をとった。	処方薬の変更などあるときは変更意図を確認し症状に合致している医薬品が処方されているのかを確認する。	ツムラ荳蔻散湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ荳蔻散湯エキス顆粒(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
1450	デルモベート軟膏とヒルドイドクリームが配合不可だったため疑義照会	薬局に配置している資料で確認し配合不可と判明	事前にDrと情報を共有しておく	ヒルドイドクリーム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			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
1451	バルトックス細粒20%1.5g分3毎食後5日分の処方受付。バルトレックス500mg6錠分3毎食後5日分に処方変更。	帯状疱疹の主訴であったため、バルトックス細粒と名前類似している。バルトレックス錠500mgの誤処方を見出し医師に問い合わせ。処方変更となった。○単純なミス	調剤時に主訴と処方内容に相違ないか確認する。	バルトックス細粒20%	バルトレックス錠500	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
1452	授乳中の20代女性患者にフスコデ配合錠を処方されていた。当該薬剤師が疑義照会を行い、授乳可能と考えられているアスピリンに変更され、投薬を行った。	患者背景20代女性 風邪で受診。のどの痛みと咳が主訴。アレルギー(−)、併用薬(−)、薬剤のSE(−)と確認。授乳中。処方内容1)アジスロマイシン錠(250)「トール」1日2錠 分1 朝食後 3日分2)カルボシステイン(500)1日3錠 フスコデ配合錠 1日9錠 トラネキサム酸錠(250)1日3錠分3 毎食後 7日分(以下、次ページ)	添付文書等の確認。患者さまに授乳中の旨を病院側にお伝えする。	フスコデ配合錠	アスピリン錠20		知識が不足していた	コンピュータシステム 医薬品 施設・設備 諸物品		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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1452	実施した内容授乳中より、疑義照会。フスコデ配合錠の薬剤変更。アスベリン錠(20)1日3錠。分3 毎食後7日分に変更。 意図 小児へのコデイン製剤の投与は重篤な呼吸抑制が現れることがあるとの報告があり、12歳未満の小児には投与しないこととなっている。 (呼吸抑制の感受性が高い、海外において、12歳未満の小児で死亡を含む重篤な呼吸抑制のリスクが高いとの報告がある。) 授乳中の婦人には本剤投与は授乳を避けさせること →ジヒドロコデインリン酸塩の類似化合物(コデイン)で、母乳への移行が確認されており、乳児でモルヒネ中毒(傾眠、哺乳困難、呼吸抑制等が生じた)との報告がある。 CYP2D6のUMでは母乳中のジヒドロモルヒネ濃度が高くなるおそれがある。			フスコデ配合錠	アスベリン錠20		知識が不足していた	コンピュータシステム医薬品 施設・設備 諸物品		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
1453	イボの症例にツムラよくいん湯が処方されたいたが、イボの適応がないのでヨクイニン散「コタロー」へ処方変更の疑義照会を行った。結果、変更となった。	名称が非常によく似ており、混同しやすいが、ツムラのよくいん湯にはイボの適応はない。	患者様からよく症状を確認して、薬剤の適応と合致しているか判断する。	ツムラよくいん湯エキス顆粒(医療用)	ヨクイニンエキス散「コタロー」	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
1454	クラシエよくいん湯エキス細粒が処方され、調剤した。服薬指導時、患者の症状と効能・効果に相違があったため疑義照会したところ、病院側の誤りであることわかり、ヨクイニンエキス散「コタロー」に変更された。	病院での入力時に、「ヨクイニンエキス散」と名称の似ている「よくいん湯エキス細粒」を誤って入力したと考えられる。	引き続き、患者の症状と処方内容の整合性の確認を徹底する。	クラシエよくいん湯エキス細粒	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
1455	一般名シメチジン200mg、一般名レバミピド100mg、一般名ファモチジン口腔内崩壊錠200mgの処方せん。H2プロトンポンプ阻害薬のため、疑義照会した。一般名ファモチジン口腔内崩壊錠20mgは一般名イルソグラジンマレイン酸塩口腔内崩壊錠2mgの間違いだった。	疑義照会して、カルテをみていただいたところ、医師はガスロンN・OD錠2mgを処方されていた。処方せんを発行する段階で、ガスターと入力されていたと推察できる。自動で一般名処方になるシステムであったとおもわれる。今回は薬効の重なるものであったため、患者さんに渡る前に発見できたが、そうでない場合、そのまま調剤していた可能性がある。	今一度、名前の似たものの洗い出しをしていただきたい。	ファモチジン口腔内崩壊錠20mg	イルソグラジンマレイン酸塩口腔内崩壊錠2mg			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
1456	患者が処方せんをもって来局した。処方せんには「クラリス錠200mg、2錠/分2 朝夕食後、5日分」と記載されていた。薬剤師Aは、調剤を行う前に患者の薬歴を確認したところ、マクロライド系抗菌薬で副作用歴があることに気が付き、医師Aに疑義照会を行い確認を行った。確認後、医師Aよりクラリス錠200mgの処方削除依頼を受けた。処方監査の段階で副作用歴に気づいたため、患者がクラリス錠200mgを服用することはなかった。	以前、患者に副作用が出た医薬品がジスロマック錠250mgであったため、患者本人はクラリス錠200mgが類似医薬品とわからない事により医師に伝えなかったと考えられる。	初回の問診、アンケートを実施。調剤前に薬歴を確認することの徹底。	クラリス錠200		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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1457	一般名ベポタステンベシル酸塩錠10mgが普段処方されている患者に、一般名ベポタステンメシル酸塩錠12mgが処方されていたため今回めまい等の症状変化があったのか受付時に確認したところ、いつもの鼻炎で受診したとの話だったので疑義照会をして薬剤を変更した。	受付時の処方変更に関する確認、体調・症状変化の確認が大切だと感じた。	類似名の処方変更については、処方間違いではないか特に注意する。同様の類似事例について知っておくことで再発防止になると感じた。	ベタヒスチンメシル酸塩錠12mg「日医工」	ベポタステンベシル酸塩錠10mg「トーワ」			コンピュータシステム	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
1458	ツムラ苓姜朮甘湯が初めて処方。患者様の症状の話からすると、苓桂朮甘湯ではないかと疑い疑義照会。その結果ツムラ苓姜朮甘湯→ツムラ苓桂朮甘湯へ変更となる。	名称が似ていて間違いやすい漢方。病院でのレセコン入力時にミスがあったと思われる。	名称が似ている薬剤は、薬剤棚に注意喚起を札をつけ投薬の際に患者様の症状を確認する。	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)			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
1459	定期処方薬としてラニチジン錠75mg「日医工」服用中である患者が受診時に残薬を持参し、医療機関の看護師が確認した際にラニチジンをチザニジンと誤認し、そのまま転記されたカルテで処方された。当薬局で処方箋を受け付けたときに患者からは特に体調変化ないことを聞き取っていたが、新規にチザニジンが処方されており、残薬を確認したところラニチジンとの間違いが疑われたため疑義照会して、医療機関が間違っていたことがわかった。	処方元の医療機関ではラニチジン錠75mgとチザニジン1mgを一般名処方されていて、当薬局ではどちらも先発医薬品とジェネリックは日医工製品を採用している。この2種類の日医工製品は名称が似ている上に、白くて丸い錠剤で、シートデザインが銀色のシートに緑色の文字が書かれており、この緑色も似た発色になっていて間違いを生みやすいと思われる。	これまで同様に処方箋及び薬剤鑑査の徹底と患者への服薬状況や体調変化の確認を行う。また一般的にジェネリック医薬品は先発医薬品のデザイン、色合いに似せたものになっていて、同じジェネリックメーカーの製品は色合いがとても似ていることがあるとわかったため、今回はラニチジンをシートデザインが明らかに異なるメーカーのものへ採用を変更することとした。更に日医工への報告も行った。	チザニジン錠1mg「日医工」	ラニチジン錠75mg「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
1460	処方箋には、「アムロジピン錠5mg「トーワ」1錠1日1回朝食後」と記載されていたが、前回まで「アリセプトD5mg1錠1日1回朝食後」が処方され服用していた。患者本人に朝食後の変更の説明はなかったことから疑義照会を行い、前回同様「アリセプトD5mg」に処方変更となった。同じ処方箋で「ベニジピン錠4mg「トーワ」1錠1日1回夕食後」の中止もあった。	医師が夕食後のベニジピンの削除に気を取られ、アリセプトとアムロジピンを取り違えて入力したと思われる。	定期薬の処方箋に変更、削除があった場合、患者本人によく聞き取りをすること。特にアリセプトのように副作用以外での中止が考えにくい薬品が類似名の薬品に変更された場合は、ミスを疑い疑義照会すべきと考える。	アムロジピン錠5mg「トーワ」	アリセプトD錠5mg			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
1461	一般名でニフェジピン徐放錠20mg(12時間持続)1錠夕食後で処方されていたが、ニフェジピン徐放錠20mg(24時間持続)1錠夕食後の間違いであった。	分1なのに12時間持続の処方に(12時間持続)1錠夕食後で処方されていたこと、薬歴より前回までがニフェジピン徐放錠10mg(24時間持続)1錠夕食後であったことから、疑問に思い疑義照会を行ったところ、医療機関側事務の入力ミスであったことが判明した。	一般名の似たものが多いものはミスの可能性も含めて注意深く確認を行う。薬歴や患者症状から考えて違和感のある処方変更がなされている場合にも疑義照会を行うこと。	ニフェジピンL錠20mg「トーワ」	ニフェジピンCR錠20mg「三和」			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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1462	患者が内科の処方箋を持って来局した。処方箋にはフェロミア錠50mg、1錠/分1朝食後1日おきに、15日分と記載されていた。薬歴を確認したところ、前回まではフェルムカプセル100mg、1カプセル/分1朝食後1日おきに、15日分が処方されており、今回から処方変更となっていた。患者インタビューより、医師から「もう少し効果が出るように」と説明を受けていたが、鉄総量として、100mgから50mgに減量となっていたので、処方医に対して、減量で間違いないか確認したところ、フェロミアの用量が1錠から2錠に変更になった。	類似薬への処方変更にあたり、フェルム100mg1カプセルからフェロミア50mg2錠へ変更しなければならなかった事例。標準用量が1錠や1カプセルで済む薬剤が多いため、規格を見落とし、フェルム1カプセルがフェロミア1錠に相当すると勘違いをってしまった可能性がある。○単純なミス	類似薬の切り替え時には作用の増強を狙ったものか、減弱を狙ったものか、患者インタビューで判断がつかない場合は疑義照会を徹底する。日頃から標準用量の疑義照会を行い、切り替え時には医師にも用量の再確認を行ってもらう。	フェロミア錠50mg		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
1463	処方箋はヘパリン類似物質ローションYDが処方されていた。患者に薬の変更を今回したのかの確認をしたところ、前と同じ薬でだしてもらったはずとのことで、病院に疑義紹介をして以前より処方されているヒルドイドソフト軟膏の処方に変更となった。	患者が先生に薬の現物を持っていき、その薬と同じものをと伝えたが処方発行の際に誤った薬が選択されたと考えられる。	過去の薬歴やお薬手帳を必ず参照して、患者のコンプライアンスの向上に努める	ヘパリン類似物質ローション0.3%「YD」	ヒルドイドソフト軟膏0.3%			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
1464	アスバラ配合錠が3錠/日で処方された。患者が持参した検査データを確認した所、K値は2.9だった。アスバラ配合錠の1錠あたりのカリウムは0.44mEqであり、アスバラカリウム錠300mgは1錠あたり1.8mEqである。医師の処方ミスを疑い、疑義照会した所、アスバラ配合錠とアスバラカリウム錠を間違えて処方したとのことだった。アスバラ配合錠を服用していたら、低カリウム血症の状態が続いていたと推測される。	薬品名が似ている薬剤の処方ミス。電子カルテで、薬剤を検索した時に頻繁に起こりえる選択ミスであり、このような事例に気がつくには、患者の訴えや検査データをしっかりと確認する必要があると思われる。	引き続き、患者情報を収集しながら服薬指導を行う。患者の訴えと一致しない薬剤が処方された場合は、医師の処方ミスの可能性があるため、疑義照会で確認した上で調剤を行う。	アスバラ配合錠	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
1465	手書きの追加処方がされており、ヘパリン類似物質クリーム25gとリンデロンVクリーム75gの混合処方となっており、用量が逆となっていた。一般的な用量とは異なっており疑義照会したところ、診療所のレセコンの入力はヘパリン類似物質クリーム75gとリンデロンVクリーム25gとなっていた。	背景・要因→追加の処方の手書き処方せんによるヒューマンエラーであったと考えられる。	一般的な用法用量ではない場合やおかしいと感じた場合は疑義照会を必ず行う。	リンデロン-Vクリーム0.12%ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニットー」					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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1466	平成30年10月19日（金）16時頃、歯科治療後の化膿止めとして、「一般名」セフジニルカプセル100mgが3カプセル分3毎食後3日分処方されていたが、患者様セフェム系抗生剤服用後発疹既往有りで、医療機関にその旨を確認し、クラリスロマイシン錠200mg2錠分2朝夕食後に変更となったものです。	抗生剤の過敏症既往についてやその他お薬のアレルギー、過敏症既往など生命に関わる可能性もある為、慎重に調剤していく必要があると考えます。また、患者様との普段からの会話で重要な部分の聞き取りを欠かさずに行うことが副作用回避につながると考えます。	徹底して薬物過敏症などの聞き取りを行い、類似薬にも薬局全体で注意していく必要があると考えます。	セフジニルカプセル100mg「日工工」	クラリスロマイシン錠200mg「サンド」	連携ができていなかった			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
1467	ナウゼリンOD錠10mg 3錠分3毎食直前7日分と記載された処方箋を受け付けた。効果発現には30分程度の時間を要し、食後の症状を改善するためには食前に服用するのが効果的である。当該処方箋と一緒に処方された他剤の用法は食後であり、食直前の服用が飲み忘れの防止に役立つ等のメリットも考えられないため、疑義照会をした。用法は毎食前に変更となった。	用法を入力する際に、毎食前を選択するところを、毎食直前としたようである。	引き続き医薬品情報を利用し薬剤に関する知識を十分に持つようにする。また、医師が意図的に指示した用法である場合や類似した用法の選択ミスである可能性を想像し、総合的な判断力をつけていく。	ナウゼリンOD錠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
1468	当初、サンリズムCap 50mg 2C分2朝夕食後、アルダクトン25mg、アタラックス錠10mg 各1錠 分1朝食後で処方記載があった。患者との会話の中から、アタラックス錠10mgの処方内容に違和感があったため、念のため、疑義照会。その結果、アタラックス錠10mgから、ランックス錠10mgに処方変更となった。	処方医師による、単純な思い込みによる処方間違いと思われる。（アタラックス錠10mgとランックス錠10mgの類似名？）	今後も、患者との会話の中から症状を確認し、疾患と処方された薬剤が適切かを見極めて、医師の処方ミスを防ぐ。	ランックス錠10mg	アタラックス錠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
1469	67歳女性に加味逍遙散処方。患者への聞き取りにて、「音が響く」と訴えあり。そういった訴えの場合、加味帰脾湯が処方されることが多かったため、念のため医師へ電話にて確認。加味帰脾湯に変更になった。	漢方は名前が似たものが多いので選択間違えたと思われる。		ツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒（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
1470	高血圧の患者にアムロジンとメトリジンが処方された。疑義によりメトリジンはニボラジンの誤りであると判明。	医療機関側で処方箋を作成する際に、似た名前のお薬と誤って入力		メトリジンD錠2mg	ニボラジン錠3mg	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
1471	耳鼻科を継続受診し、キプレスチュアブル錠5mgとアレロックOD錠2.5mgを長期内服していた患者が、小児科を喘息治療のため受診し、一般名モンテルカストチュアブル錠5mgとザイザル錠5mgの処方を受けた。切り替えや併用などの指示を患者が受けていなかったため疑義照会を行い、モンテルカストチュアブル錠5mgとザイザル錠5mgが削除となった。	お薬手帳に耳鼻科処方箋は貼られており、小児科医にも見せてはいた。しかし、耳鼻科の薬の後に、別の処方箋のシールが貼られており、見落としにつながった可能性がある。また小児科のケースでは、急性期疾患の治療割合の頻度多く、類似薬が過去処方されていても、内服継続のないケース多く、処方医に内服していないだろうという先入観があったかもしれない。	診察時に、内服薬と内服理由を患者と医師の間で、よく話し合ってもらうことが大切であるとする。そのことは、薬局においても、患者と薬剤師の間でしっかりと伝えなければならない。	モンテルカストチュアブル錠5mg「明治」ザイザル錠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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1472	プラリア皮下注60mgシリンジを他科にて使用中。お薬手帳にも記載があったが、見落としビスホスホネート製剤の処方となり、薬局から病院への問い合わせでビスホスホネート製剤の削除となる。	プラリア皮下注60mgシリンジが他科で処方されている場合の調剤時には類似した薬品が処方されていないかなど十分に気をつける。○単純なミス	病院・薬局共に連携して患者のお薬手帳確認を行う。	ポノテオ錠50mg		確認を怠った	その他	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
1473	ミグリトール錠の用法が食前の処方箋だったので、食事30分前の食前だと空腹のため効果が十分にはききられないため食直前ではないかと疑義し、食直前に用法が変更になった。	この患者に対しては、当該薬は初めであったこと。	医師になぜ食直前なのか、機序含め説明し、類似薬についても提示	ミグリトール錠50mg「トーワ」			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
1474	兄弟で受診しており、体重の記載が逆になっていたため、用量が逆になってしまっていた。	小児科では、兄弟で受診することがあり、名前もよう似ていることがあるため、処方内容などを確認する際に体重も確認して用量記載のミスがないかチェックする		テルギンGドライシロップ0.1% トラネキサム酸細粒50%「TCK」カルボステインDS50%「トーワ」 プランルカストドライシロップ10%「AFP」		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		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1475	過去にロキソニンとセレコックスの内服で全身に発疹が出たことがあり整形外科からロキソニンゲルが処方になっていた。しかしイブプロフェンでは問題なかったロキソニンアレルギーの可能性を考え、構造の異なるNSAIDsであるボルタレンゲル、インテパン軟膏、ナバゲルン軟膏を提案した結果、ボルタレンゲルに変更になった	乳がんの既往があり、薬剤副作用には敏感な患者だった	副作用歴の確認類似構造の化合物に関する知識	ロキソニンゲル1%	ボルタレンゲル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
1476	シュアポストの用法が食前となり効果が発揮するためには食直前処方のため疑義照会し食直前となる	入力ミスかと思われます	処方箋発行後再確認をするなど重複鑑査を行うと良いかと思えます。	シュアポスト錠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
1477	医師が処方箋入力の際、それまで処方していた先発品「エイゾプト点眼液」を、後発品「プリンゾラミド点眼液」に変更しようとして、誤って「プリピナ点眼液」で入力し、ミスに気づかないまま処方箋を発行した。薬局で、前回までとまったく薬効の異なる点眼液に処方薬が変更されているのを見た薬剤師が不審に思い、疑義照会して、入力ミスが発覚した。	電子カルテから処方箋を作成する際、処方薬は、頭文字の一致する候補が表示された中から医師が正しいものを選択して入力するが、「プリンゾラミド点眼液」と「プリピナ点眼液」は頭二文字が一致するため、隣合って表示され、選択・決定操作を誤ってしまった。	名称が類似していたり、頭文字が一致する薬剤は、コンピュータ上で選択ミスを起こしやすいため、記号等を表示するなどのシステム上の工夫をして、注意喚起する。	プリピナ点眼液0.5mg/mL	プリンゾラミド懸濁性点眼液1%「センジュ」			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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1478	経管栄養患者に下痢が原因で貧血となり、フェルムカプセル100mg 1Cap 1日1回夕食後 追加となった処方箋を受付 監査時に薬剤師がフェルムカプセルは拡散徐放性カプセルの為、経管投与へ適さない事を確認し、処方医へ疑義照会を行い、類似の経管投与可能なフェロミア顆粒へ処方変更提案を行った所、主治医より、フェロミア顆粒 1.2g 1日1回夕食後 へ変更頂き、投薬前に事象を疑義照会により回避出来、患者に正しい薬剤で交付する事が出来た。	今回は薬剤師側で投薬前に発見する事が可能となり有害事象を回避出来た為、要因無し	局内薬剤師に同事象の情報共有を行った。	フェルムカプセル100mg	フェロミア顆粒8.3%	連携ができていなかった	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
1479	【般】ヘパリン類似物質外用液が【般】ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏との混合指示で処方されており、軟膏と外用液の混合のため疑義照会。【般】ヘパリン類似物質軟膏へ処方変更になった。	一般名処方では処方するときに外用液と軟膏の選択を誤って入力し処方箋が発行された。		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				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1480	処方:プレドニン5mg 3錠 分1 朝食後 40日分 プレドニゾン錠1mg 2錠 分1 朝食後 40日分 メソトレキセート錠2.5mg 2錠 分1 朝食後 5日分 週に1回 水曜日に服用 メソトレキセート錠2.5mgの服用方法が通常と違い、週に1回服用であったので、念のため疑義照会した患者の病名は肉芽腫で、メソトレキセート錠2.5mg2錠を1週間に1回で5週間服用の指示で間違いないことを確認 その後、調剤・投薬した	・メソトレキセート錠2.5mgとメソトレキサート2mgを間違えて入力している可能性があった・メソトレキセート錠2.5mgの服用方法が通常と違って、週に1回であった		メソトレキセート錠2.5mg	メソトレキセート錠2.5mg					ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1481	一般名ファモチジンOD20mg 2錠 1朝食後 56日分	82歳の高齢で糖尿病もあるので1回40mgの投与量はどうか？と思ひ、疑似紹介。分1朝食後→分2朝食後に変更となる		ファモチジンOD錠20mg「トーフ」				コンピュータシステム 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「疑義照会」)

No.	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			PMDAによる調査結果	
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他		
1482	処方せんにロヒプノール1mg1T/分1寝る前の記載あり。過去の薬歴に夢遊病みたいな短期記憶障害があったと記載があったので疑義紹介。ハルシオン0.125mg1Tに変更になったので説明すると、過去に心療内科で投薬されたハルシオンでも似たような症状があったと訴えあり再度疑義紹介し眠剤中止で経過観察すると指示あり。眠剤服用による短期記憶障害を防げたと考えます。	投薬前に副作用歴を確認し、それを記録した日の薬歴を読んで考察する。		ロヒプノール錠1 ハルシオン0.125mg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	
1483	アモキシサンが処方されていたが耳鼻科の処方であること他の処方内容からアモキシシリンとの取り違いが強く疑われたため疑義照会し、処方がアモキシシリンに変更になった。	アモキシサンカプセル25mgとアモキシシリンカプセル250mgの名称と成分量の数字が似ていることによる選択間違いと思われる。	名称が似ていて間違えやすい医薬品を覚えておくことで防げられる。	アモキシサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「日医工」		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	
1484	当薬局を利用する患者がA院の処方箋を持って来局。処方内容は、ロキソニン錠60mg 3錠分3毎食後であった。お薬手帳を確認すると、薬情が入っていて、B院でロキソプロフェン錠60mg 1錠分1寝る前を処方されていた。B院が休診のため、A院に疑義照会した。ロキソニン錠60mg 2錠分2朝食後に変更、B院の分も含めて1日3回服用して、後日、B院を受診するようにと医師の指示が出た。	患者は、B院へは首の痛みで受診、処方された薬は炎症を抑え血流を改善する薬と思っていた。A院へは腹部の痛みで受診、名前は似ているが別の薬と考え、医師にはB院でもらっている薬のことは伝えなかった。患者自身、今まで医師に手帳を見せたことは一度もなく、B院は院内処方、薬情は交付されていた。薬情は別に保管していて、手帳とは分けていた。今回たまたま手帳に薬情を挟んでいたことで確認できた。	患者には薬局以外の医療機関でも、毎回手帳を提示することを勧める。手帳に記載しない医療機関では、自分で記入したり、薬情を貼ることに勧める。きっちり手帳を出す患者でも、他科受診の有無を定期的に確認することにした。	ロキソニン錠60mg					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
1485	風邪の患者の母親が処方箋せんを持って来局した。処方内容は【一般名】カルボシステインシロップ 用50% 0.6g、【一般名】アムプロキシソール塩酸塩シロップ用1.5% 0.6g、メブチンドライシロップ0.005% 0.5g 1日2回朝夕、7日分である。患者は1歳2か月、体重は14.7キログラムであった。過量のため、疑義照会を行った。またお薬手帳、薬歴を確認したところ、前回は同処方0.4gであった。疑義照会の結果、すべて0.4gへ変更となった。	患者は3歳の姉と同時に受診しており、2人とも同じ内服薬が処方されていた。姉の処方せんと同じ量になっていたこと、また名前類似などから医療機関側で入力時の取り違えなどが考えられる。	引き続き、処方時の確認を念入りに行う。小児の場合、特に用量や体重の確認を徹底する。	ムコダインDS50% 小児用ムコソルバンDS 1.5% メブチンドライシロップ0.005%			その他	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	
1486	リウマチ患者さんで泡状スプレーだと上手く伸ばして塗布できない。スプレーだと上手く伸ばせなくても、状態落ちている。	オーダーリングシステム上の処方医薬品の多さから、当該薬剤を選べなかった。		ヘパリン類似物質外用泡状スプレー	ヘパリン類似物質外用スプレー	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		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1487	処方せんには、一般名ロフラゼブ酸エチル錠で記載。患者さん持参のお薬手帳には今までメレックス錠が処方の方の事確認。先発名が酷似しているため処方医に疑義して確認する。一般名メキサゾラム錠1mgに変更になる。	メレックス錠1mgとメイラックス錠1mgの名称が酷似の為、一般名での記載変換時に誤っていることに気付かずそのまま処方箋を出された為。	患者さんからの情報や、お薬手帳を確認してから調剤することに努める。	メイラックス錠1mg	メレックス錠1mg			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
1488	医療機関からロキソプロフェンNa錠60mg「OHA」とセレコックス錠100mgが処方されていた。類似薬のため、疑義照会を行った。ロキソプロフェンNa錠60mg「OHA」が削除となった。	医療機関にて、ロキソプロフェンNa錠60mg「OHA」とセレコックス錠100mgが類似薬と確認出来ていなかったため。	処方箋の確認を行い、1つ1つの薬についてきちんと確認していく。	ロキソプロフェンNa錠60mg「OHA」		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
1489	お薬手帳を確認したところ、他病院にて類似薬が処方されていた。疑義照会后、ソランタールの処方が削除された。	医療機関でのお薬手帳の確認を怠った事により、類似薬の確認ができていなかったため。	調剤前のお薬手帳の確認や患者さんへの聞き取りの徹底を行う。	ソランタール錠100mg		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
1490	処方医がクラリチンドライシロップを処方しようとしたところ、名称類似品であるクラリスドライシロップを間違えて入力。患者の体重からクラリスドライシロップの用量としては少ないため、疑義照会したところクラリスとクラリチンを間違えていたことが判明した。	アトピー性皮膚炎治療中の小児で痒みを抑えるため抗アレルギー薬のクラリチンドライシロップを処方しようとしたところ、クラリスドライシロップを間違えて処方。搔破により直近2回の受診でエリスロマイシンとセフトゾンが処方されていたため、クラリスドライシロップが処方されてもおかしくない状態であった。また用法も分2朝夕食後のためクラリスドライシロップの用法であった。用量のみカバ5mgでクラリチンであり、クラリスとしては明らかに用量不足の為疑義照会したところ、クラリチンドライシロップ分1夕食後の間違いであることが判明した。	子供の薬は必ず体重から用量確認を実施する。患者の状態から処方が妥当であると都合よく解釈せずに1つ1つ丁寧に鑑査し、患者(家族)からしっかりと聞き取りを行う。	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
1491	【一般名】耐性乳酸菌錠6mgについて、抗生剤の処方がないにもかかわらず処方されていたため疑義照会したところ、ビオフェルミン錠剤へ処方変更となった。	医療機関側が一般名入力時に類似した名称の医薬品と混同したことが原因と考えられる。	調剤時に処方意図を確認して調剤し、疑義があれば積極的に照会するよう心掛ける。	【般】耐性乳酸菌錠6mg	ビオフェルミン錠剤			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
1492	五積散が処方されていたが、患者からの聞き取りにより、処方内容と処方意図に相違あるため疑義照会。五積散に変更となる。	患者は、物忘れがひどいため受診。処方医から「水を出す漢方薬を処方するから飲んでみて」と説明を受け、薬局に処方せんを持参。服薬指導時に、患者からの聞き取りにより判明。五積散と五苓散は名称が類似しているため、処方医が処方せんを発行する際に誤ったと考えられる。	名称が類似している薬剤は多数ある。健康被害に繋がる可能性もあるため、類似しているものを予め把握しておく。	ツムラ五積散エキス顆粒(医療用)	ツムラ五苓散エキス顆粒(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
1493	SG配合顆粒が1回1.3gで【胸やけ時】の頓服14回分と指示された処方箋を受けた。	病院側が入力時に名称が類似した薬剤と入力を誤ったため。	用量、用法を確認し、疑義のある時は積極的に医療機関側へ問い合わせる。	SG配合顆粒	S・M配合散			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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1494	アスピリン錠20mg 3錠 1日1回を疑似照会アスピリン錠20mg 3錠1日3回へ変更となる見逃していたら過量投与になっていた事例。	処方せん元の医療機関の入カミス		アスピリン錠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
1495	ルリッド錠150mg、ペビオゲル2.5%、ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「サトウ」が記載された皮膚科からの処方せんとお薬手帳を患者母から預かりました。お薬手帳には、同日11/6に耳鼻科からクラリス錠200mgが他薬局から調剤されました。患者母に確認したところ、副鼻腔炎のため服用していることが分かりました。ルリッドとクラリスは同じマクロライド系の抗生物質であったので、医師に疑義紹介したところルリッドが処方削除になりました。	他科で同系統の抗生剤が処方されていましたが、お薬手帳を患者様が持参していたので、抗生剤の重複投与を防ぐことが出来ました。	引き続きお薬手帳の有用性と持参を呼びかけていく事が大事だと考えられます。	ルリッド錠150					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
1496	ポノサップパック400とベルソムラ錠15mgの併用。ポノサップパック400にはクラリス錠200mgが入っているため併用禁忌の事例。	ポノサップパック400の中にはクラリス錠200mgが入っているため、ベルソムラ錠15mgとの併用禁忌を判断することが慣れていないと遅れて発見される。	ポノサップパック400やその類似のヘリコバクターピロリ関係の薬とベルソムラ錠15mgとの併用はよく気を付けること。	ベルソムラ錠15mg ポノサップパック400	ベルソムラ錠15mg ポノサップパック400			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
1497	平成30年11月14日ブレアボイド事例報告。処方にてピラノア20mgが1日1回就寝前に処方されているが、他病院内科にてセチリジン10mgが1日1回就寝前で服用していることが過去の併用薬剤から判明、さらに、アモバン・リスミーの併用もあり、作用が重複しているため疑義照会にて継続の是非を確認の上、ピラノアが処方削除となる。データがH30.6月のものでやや古いものであったが、継続中であることが判明確認となる。セチリジンの処方意図が患者本人から明確に確認できず、継続によりアレルギー改善効果の程度がわからなくなる可能性があった。薬学的観点から重複・相互作用防止加算を算定した。	過去にヒアリングした併用薬剤の確認により判明。内科は定期受診だが、耳鼻科は時々しか受診がなく、併用薬剤の重複に十分注意する必要があった	久しぶりに受診したということもあり、併用薬剤の詳細のデータがやや古い物であったが継続しているかは随時確認の上、耳鼻科については類似の重複が大変多いため、注意が必要となる	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
1498	泌尿器科にてセファランテン錠1mgのみが処方され、患者より膀胱炎と伺った。名称が類似する抗生剤と間違えて処方された可能性があると考え、疑義照会を行い、セファレキシン錠250mgに変更となった。	セファランテンとセファレキシンで最初の3文字が同じ。	患者よりしっかり情報収集したことで今回の事例に至ったと考える。	セファランテン錠1mg	セファレキシン錠250「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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1499	当薬局を始めてご利用の患者さまに一般名でセルトラリン錠25mg 17時2錠、就寝前3錠の処方があった。代理の方が薬局で、お薬手帳の持参はなく、今までも薬は飲んでいたので、薬剤名や用量は不明であった。セルトラリンの1日量が100mgを超えているため疑義照会したところ、セロクエル25mgに処方変更となった。	処方薬を入力するときにセルトラリンとセロクエルで名前が似ていて、どちらも同じ25mgの規格があったことが要因として考えられる。	引き続き、用法用量の確認を行うとともに、患者さまからの聞き取りを行い処方間違いがないか確認していく。	【般】セルトラリン錠25mg	セロクエル25mg錠		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
1500	ドボベツ軟膏10gの記載があったため1本15gである旨疑義照会したところ実際処方されていたのは、ドボネックス軟膏であったと返答があった。名称類似による処方ミスと思われる。			ドボネックス軟膏50μg/g	ドボベツ軟膏		知識が不足していた	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
1501	継続処方ではラベプラゾール10mgを服用している患者にオメプラール10mgが処方された。患者本人に状況を聞いたところ、朝の血圧が高いので夜に血圧の薬を追加すると医師から聞いているとのことだった。おそらくオルメテック10mgを入力するつもりがオメプラール10mgを選択してしまったのではないかと思います。疑義照会を行った。結果、オルメテックOD錠10mgに変更になった。	医師による類似した医薬品の入力ミス	処方変更になっている場合、患者の状況を把握して調剤する。	オメプラール錠10	オルメテックOD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
1502	一般名でヘパリン類似物質スプレーと処方になっていたが、スプレー製剤がヒルroidフォームという製品が不明瞭であった。	ヒルroidフォームの一般名がヘパリン類似物質スプレーである為、処方するつもりのものがスプレーなのかフォームなのか分かり辛い。	グラム数の違いのみになるので患者との話で食い違う場合は疑義照会が必要である。	ヘパリン類似物質スプレー	ヒルroidフォーム	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
1503	久しぶりの薬局でランソプラゾール服用中であること確認しました。処方せんにファモチジンの記載があり、患者様に先生から特別な指示がなかったことが確認できたので薬理作用が類似するお薬を処方するのかどうかを疑義照会した。ファモチジンは削除になりました。	お薬手帳の確認が不十分であったようだ	今後もお薬手帳や患者様からの聞き取りで併用薬に変更がないかを確認していく。お薬手帳をお持ちでない方にもその有用性を説明するように努めていく	ファモチジンOD錠20mg「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.	事例の内容	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容					背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
		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	ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1504	定期的に来局する患者様。喘息発作症状の為、受診後処方せん持参し来局。吸入薬、抗アレルギー薬、他セレコックス(100)1錠/1×寝る前が処方。患者様に交付するとき、どちらかに痛みがあるのか確認。胸に若干の胸の痛みはあるが、鎮痛剤など服用するほどでもない返答。鎮痛剤の必要性を感じないため、疑義照会して削除を提案。患者様が体調不良で早く帰宅したいと訴えた為、疑義照会せず処方通り交付。患者様帰宅後、Drに鎮痛剤の処方の意図を確認。セレコックスとセレストアミン間違えて処方したことが判明。患者様にTELにて連絡後、薬剤の変更(セレコックス・セレストアミン)をし再交付。	薬品名の頭文字2文字(セレコックス・セレストアミン)が似ているため、Drの薬剤選択間違いによるものと思われる	患者様を引き留め、疑義照会するべきであった	セレコックス錠100mg	セレストアミン配合錠				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
1505	耳鼻科処方箋に一般名トラネキサム酸錠250mgの記載あり。患者様からの訴えてこれと似たような名前の薬でカプセルの薬。赤と白に分かれているもので以前息苦しくなり内科の先生から飲むのをやめるよう指示があったとお話あり。以前使用していた手帳には記載があったようだが今回持参していたお薬手帳には記載なし。患者様の訴えからトラネキサムカプセルの可能性が大きいと判断。疑義照会にいたり処方削除となった。	患者様の訴え(特に副作用歴)には自分の薬局に在庫しているものは最低限薬剤の外観を覚えておくことで患者様からの訴えに迅速に対応することができるので日々の業務で意識し、覚えていくことが大事である。		トラネキサム酸錠250mg「YD」				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
1506	患者への聞き取りに際し、ペニシリンアレルギー歴があるとの事が発覚。処方薬はセフェム系のパナガンが処方されていたが、β-ラクタムと類似の骨格の為、疑義。ニューキノロン系へ変更。	施設入居者であり、患者情報聞き取り・共有がうまくできていなかった。疑義の際は、ペニシリンアレルギーにおけるセフェム系投与時のデータをメーカーに問い合わせし、その結果を根拠として医師に疑義紹介を行った。		パナガン錠100mg	レボフロキサシン錠250mg「ニプロ」				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
1507	一般名ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12% 一般名ヘパリン類似物質クリーム0.3%の混合指示あり。基材不一致のため分離起こる為疑義照会。一般名ヘパリン類似物質クリームから一般名ヘパリン類似物質油性クリームに変更確認	軟膏の配合変化に関する疑義照会。2週間で分離してしまい、200gと量も多かったため確認。	軟膏配合変化を念頭に置き、調剤を行う。	ビ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」				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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1508	プレドニン5mg12錠昼食後1日分⇒プレドニゾン1mg12錠朝食後6日分の漸減療法の処方箋において、60mgから12mgに大幅に減量していたため、疑義したところ、2日目以降のプレドニゾン1mgがプレドニン5mgの間違いだったことが発覚。7日間60mgで服用とのことだった。(当日分を昼に飲んでほしいため、分けて入力したときに選択間違えた模様)	医師の医薬品選択ミス。頭文字4文字まで似ていたため起きたと思われる	用量の大幅に漸減・漸増している場合、念のため問い合わせ実施。	プレドニゾン錠1mg(旭化成)	プレドニン錠5mg			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
1509	同一処方内に「アイミクス配合錠HD」と一般名「アムロジピン口腔内崩壊錠5mg」が処方されており、アムロジピンが1日15mgとなるために疑義照会を行った。本来、DRが「アバプロ錠100mg」を選択するところ、「アイミクス配合錠HD」を選択された。	DRの処方箋入力時に類似名称品を入力したことによるオーダーミス。整形外科のDRが他院の内科の薬を今回のみ処方する際に、起こったとみられる。	今回は切り替わったばかりの新しいお薬手帳しか持参なかったため、内科の薬の確認ができなかった。新旧のお薬手帳持参の徹底と確認を行う。	アイミクス配合錠HD	イルベサルタン錠100mg「ニプロ」				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
1510	患者は、医師から「血圧が高いので薬を増やす」と説明を受けていた旨確認した。処方内容を確認するとオメプラゾール10mgの新規追加となっていた。医療機関に問い合わせたところ、オメプラゾール10mg⇒オルメサルタン20mgに変更となった。	類似商品名のための入力ミスと思われる。	患者からの聞き取り内容と処方内容に食い違いがあれば、必ず疑義照会を行うこと。	オメプラゾール錠10mg「日医工」	オルメサルタンOD錠20mg「DS EP」		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
1511	一般名処方 ビタミンA油軟膏5000単位5gとヘパリン類似物質軟膏0.3%5gの混合指示。混合によって分離するため疑義照会。医師より混合指示削除と回答を受けた。患者には別々に使用するよう指導した。	医師が配合について確認を怠ったことが要因の1つと考える。		ビタミンA油軟膏5000単位 ヘパリン類似物質軟膏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
1512	風邪症状で受診された患者様にトラゼンタが3錠分3で処方されており、他の薬の間違いではないかと思われ、結果トランサミンカプセルの間違いであったことが判明	頭二文字が同じであった為、間違いが起こったと思われる	名称類似品に注意。患者様の症状の聞き取りもしっかり行い、その症状に合った薬であるか確認。	トラゼンタ錠5mg	トランサミンカプセル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
1513	甲状腺機能亢進症で定期的に受診している患者様が来局。メルカゾール錠5mg1錠 分1 朝食後63日分と、風邪気味の為、PL配合顆粒3g、トランサミンカプセル250mg3c、フェブリク錠10mg3錠、分3 毎食後5日分処方される。受診時に先生から、尿酸値が高いとか、尿酸の生成を抑える薬を処方するとの話がなかった為、医師に疑義照会した。その結果、フェブリク錠10mgがフラベリック錠10mg3錠 分3毎食後 5日分に変更になった。	医薬品名が似ていて、規格が同じだが、先生が誤って入力を行ったようだ。	引き続き、処方内容に疑わしい部分があるときは、患者様への聞き取りなど、処方せん以外の情報収集を行い、必要に応じて疑義照会を行う。	フェブリク錠10mg	フラベリック錠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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1514	アストリックドライシロップ80%が近隣の医院より処方され調剤を開始したが、水痘では普段分4で処方される薬であるのに対し分3で処方されていたので母親に確認したところ、今回は水痘はなく風邪による咳で受診したとのことだった。処方ミスである可能性があるため電話にて疑義照会を行ったところ、アストリックドライシロップ80%ではなくアスベリンドライシロップ2%の間違であったことが判明したので調剤をやり直した。	効能や用法については理解していたが混雑していて先確認を怠ってしまった。医院では医薬品の名称が類似していたため誤って選択してしまったようである。	先確認をきちんと行い、症状と処方された薬が正しいことを確認してから調剤を開始する。	アストリックドライシロップ80%	アスベリンドライシロップ2%	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
1515	感冒症状のある患者にユニシアHDが処方され、血圧に関して診察では何ら問題なかったため、疑義照会をしたところ、ユニフィルLA200mgを処方したかったことがわかった	商品名の頭文字二文字が同じにて入力によるミスであると思われる。	似た名称の存在を知った上で、処方箋の確認をする必要がある。	ユニシア配合錠HD	ユニフィルLA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
1516	オキシコドン徐放錠10mg「第一三共」2錠とオキシコドン徐放錠5mg「第一三共」2錠 各分2朝夕食後服薬で処方されている処方に、さらに頓服にてオキシコドン徐放錠5mg「第一三共」1錠が疼痛時の頓服として処方されていた。オキシコドン徐放錠5mg「第一三共」は徐放剤であるため頓服薬としてふさわしくない為、疑義照会にてオキシコドン錠5mg「第一三共」に変更となった。	オキシコドン錠5mg「第一三共」とオキシコドン徐放錠5mg「第一三共」は、名称は似ているが効果はことなる。	徐放剤は基本的に頓服で服薬しないことを念頭に置く。	オキシコドン徐放錠5mg「第一三共」	オキシコドン錠5mg「第一三共」	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
1517	前回テルミサルタン40mgが処方されており、十分に血圧が下がらなかったため、今回はテルチア配合錠APが処方される予定であった。しかしながら、処方箋上には前回処方のテルミサルタン40mgの記載があり、疑義照会を行ったところ、テルチア配合錠APへ処方変更となった。	前回処方がテルミサルタン40mgであり、今回処方する予定であった、テルチア配合錠APと頭文字2文字までが同じだったため、病院側で選択ミスをした可能性。処方意図としては最初から、テルチア配合錠APを処方する予定だったとのことなので、単純なヒューマンエラーが推測される。	類似する薬品名の入力後の内容再確認。薬局側では処方内容と患者情報が合致するか対応の際に確認実施	テルミサルタン錠40mg「日医工」	テルチア配合錠AP「日医工」			コンピュータシステム 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
1518	退院時の紹介状を元にサラゾピリン500mgが処方され、患者さんの既往歴と過去の使用薬品から疑義紹介を行った所「一般名:サラゾスルファピリン腸溶錠500mg」に変更となった。	同成分であったため紹介状の入力の際にサラゾピリンになったものと思われる。	似通った名前の医薬品が処方された場合には、既往歴等を確認し疑義紹介を行う事で防げる可能性が上がると思われる。	サラゾピリン錠500mg	アザルフィジンEN錠500mg			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
1519	ピオスリー配合散を服用中の患者に臨時でミヤBM錠が処方された。類似成分につき医師に確認。医師からは今回はそのまま服用してもらおうよとの返答があった。			ミヤBM錠	ミヤBM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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1520	リカルボン錠50mg錠 1週間に1回起床時の処方、調剤、鑑査でも見逃して投薬で発見。患者との会話の中でも、4週に1回の薬になると聞いており、飲みまちがいはなかったと思われるが、処方ミスであるので疑義照会を実施しご説明した。	○処方せんの見間違い ○単純なミス 思い込み前回の処方がボナロンゼリー35mgだったためそこからの薬変更、用法が前回D0であった。日数は3日分と、三か月で計算されていたので、特に違和感なく調剤、鑑査を行ってしまった。	1週間に1回、4週間に1回という処方記載が似ていることを念頭に入れて、業務を行う。また、薬が変更、追加になった際には、特に特殊な飲み方をする薬について、用法の間違いないかを確認する	リカルボン錠50mg		確認を怠った	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
1521	当薬局で初めての患者様が来局。処方監査時、内科処方箋で感冒と思われる処方内容よりアモキシサンが処方されていることに違和感。おそらくアモキシシリンを処方したかったが処方ミスで名前の類似しているアモキシサンを処方してしまったものと推測。医師に疑義照会にて確認したところ、アモキシシリンカプセル250mgを処方するところ、入力ミスでアモキシサンカプセル25mgを処方してしまったことが判明。アモキシサンカプセル25mgからアモキシシリンカプセル250mgに処方変更となる。	おそらく医師が処方箋入力時、薬品名頭3文字検索してアモキシシリンを選択するところを誤ってアモキシサンを選択してしまったものと思われる。	引き続き処方箋に記載されている内容をきちんと精査してから、調剤を行なうよう心掛ける。処方内容に少しでも違和感があれば、患者様の聞き取りや疑義照会を積極的に行なう。	アモキシサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「日医工」		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
1522	患者はムカデに噛まれ、手の腫脹を訴え病院受診されたが、処方箋には過活動膀胱治療薬であるベタニスが記載されていた。患者の訴えとそれに対する薬が違うため、頭2文字が同じベタセレミンの記載間違えではないか疑義照会紹介を行った	名称が似ている医薬品は入力の誤りや、勘違い等もあるため、処方監査を怠ることなく行うこと。	処方監査を入念に行う。	ベタニス錠50mg	ベタセレミン配合錠	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
1523	呼吸器科の処方せんでノイロロピン4単位が処方され、患者家族に説明したところ、医師はビタミン剤を処方するといっていたとお話される。疑義照会したところノイロピタン配合錠の処方間違えであることが分かり薬剤変更となった。	名称が類似していたことから間違いが起こったと推測される。呼吸器科からの処方としては不自然だが、薬局側で疑問を持つことなく、ご家族側の疑問から疑義照会にいった。	患者の容態と処方内容があっているかの注意、確認をもっと徹底する。	ノイロロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠	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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1524	一つの処方の中に抗生剤が以下の通り、2種類処方されていた。一般名:レボフロキサシ錠500mg、1錠、1日1回、今日は夕食後、明日から朝食後、5日分一般名:クラリスロマイシン錠200mg、2錠、1日2回、朝夕食後、5日分患者様のご家族の方に確認したところ、服用方法は特に何も医師より説明なかったとのこと。抗生剤が2種類処方ある時は、2種類を同日服用なのか、漸減服用なのか飲み方の確認が必要である。また、高齢で101歳であることから、腎機能も低下していることが考慮される為、一般名:レボフロキサシ錠500mg/日の用量は過量であると考えられる。よって、医師に処方適切であるのか疑義照会したところ、一般名:レボフロキサシ錠500mg、1錠、1日1回、今日は夕食後、明日から朝食後、5日分が処方削除された。	・本人が101歳で高齢であり、理解力も低下していること、ご家族の方でもあまり薬の知識や理解力がないことから、再度医師への服用方法や用量の確認が必要である場合があるので、きちんと確認が必要。・医師が抗生剤の種類を迷われている途中で、誤って2種類処方した可能性があるため、類似作用機序の薬は注意が必要。・処方の意図に対して不明点がある場合は、必ず疑義照会が必要。	・類似作用機序の薬は必ず処方の意図を考え、少しでも処方不明点がある場合は必ず疑義照会を行うこと。・抗生剤が2種類処方されているときは服用方法が、同日服用であるのか、漸減服用であるのかきちんと確認を行うこと。・患者様の理解力をきちんと確認すること。・薬によって、様々な処方の意図があると思うので、その処方の意図を考えられる知識をつけること。	レボフロキサシ錠500mg「トーフ」クラリスロマイシン錠200mg「トーフ」デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠15mg「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
1525	一般名ヘパリン類似物質油性クリームとヒルドイドフォームが処方。重複となるため、疑義照会。一般名ヘパリン類似物質油性クリームは、レスタミンコーワクリームの誤りと発覚。	-	-	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	レスタミンコーワクリーム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
1526	ブレアボイド事例:処方せんにはボラキス錠2mgが処方されていたが、薬局にて患者さんに症状を伺うと「風邪をひいて鼻水が出る」とのことだった。処方の誤りの可能性があったため処方医に疑義照会し、ボラミン錠2mgへ変更となった。	要因は医療機関での処方せん発行時に、レセコンでの処方薬の選択ミスと推測される。ボラキス、ボラミンと名前が似ており今回は「mg数」も同じだったために間違えてしまったと思われる。	薬剤師としては、処方せんの内容をそのまま鵜呑みにせず、しっかりと患者さんから情報を得て疑義があった場合は速やかに疑義照会をすることが大切である。病院としては、レセコンでの薬品検索時は、2文字ではなく3文字で検索をかけるとこのような誤りは少なくなると思う。	ボラキス錠2	ボラミン錠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
1527	風邪症状で受診の患者に対しテルピナフィン錠125mg「サワイ」が処方であったため医師へ疑義照会。テルギンG1mgへ処方変更となる。	名前が似ていたため起きた処方入力ミスと考えられる。	患者の症状と処方内容を確認の上投薬を行う。	テルピナフィン錠125mg「サワイ」	テルギンG錠1mg				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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1528	新患でお薬手帳がなく、転院後の初処方でおキシコドン錠20mg「第一三共」4錠 1日2回朝食後の処方あり。オキシコドン錠はレスキューで使用する薬剤のため監査で気づき疑義照会したところ、オキシコンチン徐放カプセル20mgに変更になりました。転院前の病院ではオキシコンチン錠20mgで服用していたと転院後の病院で紹介状に書いてあったそうです。後発品でお渡ししてくださいとのことでオキシコンチン徐放カプセル20mgになりました。	オキシコドン錠とオキシコンチン錠の名称が似ているため気づかなければそのままお渡ししていたかと思われます。	薬剤師側でおキシコドン錠はレスキューで使うと把握していないと気づけないので情報を徹底することが必要かと考えられます。	オキシコドン錠20mg	オキシコンチン徐放カプセル20mg		知識が不足していた	医薬品施設・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
1529	患者が処方箋をもって来局。一般名処方でもクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏(商品名デルモベート軟膏)が処方。ストロンゲストのステロイドであるが、顔に塗布の指示があったため、商品名デルモゾール軟膏との入力間違いの可能性もあるため、確認。疑義照会後、デルモゾール軟膏へ変更。	デルモベート軟膏とデルモゾール軟膏の商品名が類似しているため、医師が間違えたと考えられる。	ステロイド外用剤は使用部位、効果の強弱の確認の徹底する。	デルモベート軟膏0.05%	デルモゾール軟膏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
1530	オングリザ5mgからオイグルコン錠2.5mgへの処方変更があった。患者からの聞き取りで、医師から前回の半分の量にすると説明を受けたことが分かり疑義照会したところオングリザ2.5mgへ変更となった。	名称が類似・規格が同量であることによる処方のオーダーミスと考えられる。	病名や病状の変化、医師の話など出来る限りの情報を収集し判断する。	オイグルコン錠2.5mg	オングリザ錠2.5mg	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
1531	他院でセレコックス処方中の患者さまに門前の診療所からロキソニンが処方された。作用機序がほぼ似ている薬だったため併用による効果が得られないと考え疑義紹介を実施し、ロキソニンを削除。	投薬時に毎回お薬手帳を確認し、併用薬に注意しているため今回の事例に対応できた。		ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「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
1532	ネキシウムカプセル20mg新規患者に対し、お薬手帳を確認すると他院にて同じネキシウムカプセル20mgが90日分処方されていたため疑義紹介し、削除となった。	PPI重複。胃カメラしネキシウム処方となったがお薬手帳にて重複に気づき患者に確認。通常に服用中だったため疑義紹介し処方削除となった。	お薬手帳の確認、不携帯の場合にも似たような薬がないか口頭で確認を行う。	ネキシウムカプセル20mg		連携ができていなかった	知識が不足していた	諸物品		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
1533	ツムラ大黃甘草湯の処方。患者に症状を聞かずに、便秘などはしていませんが、足が攣るのでDrに相談したところ、漢方薬を出すと言われたとのこと。薬品名が類似している芍薬甘草湯ではないかと思い疑義照会をしたところ、病院側の入力間違いだったことが発覚。芍薬甘草湯に処方が変わった。	同じ甘草湯とのことで薬品名が類似していることから、入力間違いに至ったと思われる。	患者にきちんと症状を聞いてから投薬することが必要。	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)	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1534	ウラリットの「一般名」で入力しており、患者様とお話でちがうことがわかった	ウラリット一般名とクエン酸第一鉄の一般名と似ていた為DRが誤って処方した模様	疑義照会にてウラリットからクエン酸第一鉄に変更していただきました。	ウラリット配合錠	クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」	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
1535	朝方の足のしびれを訴える患者に対し、炙甘草湯が処方されていたため、疑義紹介をした所、芍薬甘草湯に処方変更になった。	名前が似ていたため、勘違いされ処方された模様。	追加薬に関しては、患者さんとの会話をしっかりと行い、処方意図と症状があるかを確認する。	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)		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
1536	11歳の女の子と母親が処方箋を持参した。カルボシステイン錠(250)とカルボシステインドライシロップが処方されていた。同成分の薬がたぶつてしまう為医師に疑義照会しカルボシステインドライシロップがムコサールドライシロップ1.5%に変更になった。	医師の処方の間違いをいち早く発見できた。名称が似ている薬は医師の間違えもある為注意が必要である。	今回は医師の間違えを早めに発見しすみやかに疑義照会し未然に健康被害を防ぐことができた。今後もしっかりと処方箋の監査続けて行きます。	ムコダインドライシロップ50%	ムコサールドライシロップ1.5%	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
1537	カリアントSRカプセル20mg 2C 2×朝夕食後で服用中の患者に一硝酸イソソルビド錠20mg2錠 2×朝夕食後が追加されて処方される。類似成分であるので疑義照会したところ一硝酸イソソルビド錠は削除になる。	商品名と成分の把握ができていない。	処方監査を確実にする。	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」			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
1538	带状疱疹後の疼痛に対し、セレコックスと一般名のデブレンオンとアセトアミノフェンが同時に処方された。患者より痛みが強いと聴取したので、必要かと判断し投薬したが、再度気になり疑義照会したところ、セレコックスではなくセルベックスを処方するつもりであったと返答あり、患者へ連絡し、服用前であったので、薬剤の変更を行った。	3種の鎮痛剤を重ねる事例は余りなく、セレコックスとセルベックスが似ている名称であり医師が処方時に間違えたものを、带状疱疹であるためか？と薬局で疑義照会をためらったために発生。疑いを持ったらずに疑義照会をするべきであった。	疑義照会はためらわずに行う。	セレコックス錠100mg	セルテプノンカプセル50mg	判断を誤った	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
1539	手法内容がグレースピット錠50mg1錠1×夕食後28日分隔日投与 グレースピット錠は抗生物質であり特殊な使い方だったがそういう事例はない。患者に質問すると何かが高いから出すと言われたとのこと。検査データを見せてもらったところコレステロールが高い。グレースピット錠とクレストール錠の間違いかと思いい、HPに連絡。処方変更ビタバスタチンCa錠1mg「EE」に変更。高コレステロール血症の薬を服用するところを抗生物質の処方になっていたため、疑義照会をしなかった場合、何らかの健康被害が出ていた可能性があると思われる。	グレースピット錠とクレストール錠は濁点を除き、一を除くとクレスになり似ているためと思われる	濁点を認識させる	グレースピット錠50mg	ビタバスタチンCa錠1mg「EE」			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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1540	以前ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」で処方されていた処方が一般名処方になった際、本来「【般】ヘパリン類似物質軟膏0.3%」と記載されるべきものが「【般】ヘパリン類似物質クリーム0.3%」と誤って記載され、調剤した。患者家族のお話から処方の間違いが発覚し疑義紹介した結果、正しい一般名に訂正となった。	一般名処方に変更になった際、類似する一般名の煩雑さから処方記載ミスが発生したと思われる。	一般名処方については、類似するものがあり間違いが発生しやすいので十分注意し、入力時や監査時にも一字一句最後まで確認する必要がある。	ヘパリン類似物質クリーム0.3%「ラクール」	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	知識が不足していた 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
1541	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏を処方するところ、誤って強力ポステリザンが処方されていた。投薬時に症状の確認をしたところ発覚した。	医師の電子カルテの操作ミス投与量等問題なかったため投薬時まで気づかなかった。	似た名称の医薬品には注意する。	強力ポステリザン(軟膏)	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏		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
1542	クラシエ小青竜湯エキス錠の処方があったが3錠/包 3包 分3毎食間と記載あり通常こちらの製材は18錠/日=6包/日となるため半分となる類似薬で散剤やメーカー違いの漢方も通常1日量が3包になることから薬剤選択間違いの可能性と婦人科で妊娠の可能性があることから少量で服用の可能性も考慮し、疑義照会。Drよりツムラ小青竜湯 3包 分3毎食間に処方変更の回答あり 患者には変更後の薬剤で交付	漢方製剤は複数メーカーで販売されている。病院の選択画面では小青竜湯で検索をかけるシステムの可能性が高く選択ミスが考えられるメーカーにより標準となる1回服用量が1包とは限らないので、用量に間違いがないか確認を怠らないようにする必要あり	単純な薬でも用量が異なれば期待する効果が得られず症状が重篤化する可能性があることを考慮して、処方内容を監査する必要がある	クラシエ小青竜湯エキス錠	ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	その他	医薬品 その他	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
1543	「ベルジピン錠10mg 0.5錠 就寝前服用 21適用外」(変更不可)との記載があったので 血圧が高いのかと思い そのまま調剤したが 投薬時に 血圧の話は先生とはしていないとの申し出があり、さらに ベルソムラ錠15mgが効きすぎるので半錠で服用している旨を話したとの事。医療機関に電話して 確認すると 事務の入力間違いであることが判明	今回は 変更不可のチェックがありなお21適用外とのコメントもあったので、そのまま調剤を進めていたが 投薬時の確認がきちんとされたので、処方薬に対しての疑義紹介ができ、本来の薬を投薬することができた。医療機関で 処方入力する時に 類似する薬品名が誤って入力され 十分に確認せずに 処方箋を患者に渡されたようである。	投薬時の患者とのコミュニケーションを十分のとることが大切である。	ベルジピン錠10mg	ベルソムラ錠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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1544	内科からアルファロールカプセル0.25μgが5年前から継続処方されていたが、整形外科へ受診し、骨密度測定を行い今の治療では骨粗鬆症の治療として不十分であるとしてエディロールカプセル0.75μgが処方された。医師から患者へ、アルファロールカプセル0.25μgからエディロールカプセルへ変更するよう指示があった。ちょうどこの投薬のあとに内科へ受診するとのことなので、お薬手帳へ、エディロールカプセルを開始したのでアルファロールカプセルを注視して頂く旨のメモ書きをして患者へ医師へ伝えるようにお渡ししたが、そのままDo処方されたので疑義照会によりアルファロールカプセル0.25μgの処方を削除。	作業手順書に記載無しお薬手帳によるメモ書きを医師へ伝えて頂くように患者へ説明したがうまく伝わっていなかった。内科では骨密度の定期検査もなく漫然とアルファロールカプセルを継続していた。	医薬品情報提供書等による情報の提供を行わずにお薬手帳への記載のみで伝達をしようとしたために伝わりきらなかった。電話やファックスによる病院への確実な情報提供をしなければならぬと考えた。新しく治療を開始した際には他病院で類似の処方がないかを良く見なければならぬ。専門医以外での治療では漫然と医薬品が処方されている場合があるので、患者へ各治療薬に関して定期検査はしているのか確認することが必要である。作業手順書に、医薬品情報提供書を提出する順番の記載と確認、周知をした。	アルファロールカプセル0.25μg		報告が遅れた(急った)連携ができていなかった	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
1545	処方元は手書きの処方箋を発行しており、処方箋の記載が「タケキャブOD15mg」との記載であった。過去の処方内容から「タケロンOD15mg」でないかと推測できたため、医療機関に疑義照会を実施。タケロンOD15mgの記載間違えである事が判明した。	タケキャブとタケロンでは名称、薬理作用、規格が類似しているため、混同してしまったのだと考えられる。	薬局内では、医薬品の名称、規格について、類似したものは隣接した場所に保管せず、規格が複数あるものについては保管場所に「他規格あり」との記載を実施して、混同しないようにした。	タケキャブ錠10mg	タケロンOD錠15			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
1546	ユリーフ錠4mgを使用中の患者に、PL配合顆粒が処方された。PL配合顆粒は前立腺肥大症に禁忌のため、薬剤師よりPL配合顆粒を処方した処方医に疑義照会し、PL配合顆粒は処方削除となった。ユリーフ錠4mgを処方した医師とPL配合顆粒を処方した医師は異なる医師だが、同一の医療機関からの処方であった。患者に薬剤を交付する前に疑義照会を行ったため、禁忌薬の投薬には至っていない。	ユリーフ錠4mgを処方した医師と、同一の医療機関に所属する医師からのPL配合顆粒の処方であり、医療機関内において情報共有が十分になされていなかった可能性がある。	薬剤師は、併用薬などの患者の基本情報を十分に把握し、禁忌薬等が処方された場合には速やかに医師に疑義照会できるように体制を整えと共に、今回の事例を事業所内で共有することで、引き続き類似する症例等において問題の早期発見ができるよう努めていく必要がある。	PL配合顆粒			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
1547	患者への投薬時に以前にヒルドイドソフト軟膏使用により痒み症状がみられたことを聞き取りにて確認。処方内容が【般】ジフルコルトロン吉草酸エステル軟膏0.1%と【般】ヘパリン類似物質軟膏0.3%の混合処方があり、疑義照会にて確認。【般】ヘパリン類似物質軟膏0.3%の処方が中止となった。	医療機関側での患者の薬剤アレルギーの既往の確認が出来ていなかったと考えられる	処方箋受付時に、処方内容のみならず、併用薬や患者のアレルギー歴などの既往の確認を行い、処方内容に間違いがないかどうか確認していく	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1548	セレコックス(100)1錠・ムコダイン(250)1錠 疼痛時の処方。実際はセレコックス(100)1錠・ムコスタ(100)1錠 疼痛時の入力ミス。可能性を疑い疑義照会を行った。医師いわく、本人がムコダインを希望しているため、処方変更なしでよいとのこと。セレコックス(100)1錠 疼痛時、ムコダイン(250)1錠 痰の時の指示があったが、患者が胃が弱いと訴えているため、明らかにムコスタと本人の勘違いと医師に相談。結果、セレコックス(100)1錠・ムコスタ(100)1錠 疼痛時に変更となった。	患者本人のムコダインとムコスタの覚え間違い。ムコダインの頓服処方のみまでは本人が訴えている「胃が弱い」という心配はカバーできず、胃障害が発現していた可能性あり。医師が患者の訴えの背景を見逃したことと、名称が似ていることによる患者の勘違いにより生じた処方と思われます。	患者とのコミュニケーションを充実させる	ムコダイン錠250mg	ムコスタ錠100mg			患者側	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
1549	前医よりロラゼパム1mgを継続して内服されている患者が、転院となった。その際、新しい病院においてロラゼパム1mgがロラメット1mgへと処方変更になっていた。医師へ念のため確認をすると、継続での処方であったため、誤ってロラメットを処方していたことが発覚した。	ベンゾジアゼピン系における一般名と商品名と規格の類似による処方ミスであると考えます。	疑義がある場合は、必ず疑義照会を実施する。	ロラメット錠1.0	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	判断を誤った		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
1550	他院にてイボの治療をされていた患者様が今回臨時でかかり、今まで使用していたヨクイニンエキス散「コタロー」を処方してもらった。しかし、処方箋上ではツムラのよく苺仁湯が処方されており、患者様の聞き取りにて、適応症が異なる事が発覚。疑義にて、店舗に在庫があるヨクイニンエキス錠「コタロー」へ処方変更し、患者様にお渡しした。	カルテにはヨクイニンP72と書かれていたが、良く使用されるツムラに変更し処方されていた。漢方は会社により、名前が同じでも中身の成分や用法、適応症が異なることがあるという知識不足や類似品名により誤って処方してしまった可能性が考えられる。	様々な症状に使われるケースがある漢方であるからこそ、患者様からの聞き取りが十分に必要であり、会社ごとに類似品の違いについて知識を付ける必要がある。	ツムラ52よく苺仁湯	ヨクイニンエキス錠「コタロー」	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
1551	定期薬(降圧薬)の処方箋を持って患者様が来局された。通常の処方箋はミカルデイス(20)1錠1×朝食後であるが、今回はミカムロAP 1錠1×朝食後で処方されていた。念のため患者様に確認したところ、血圧も安定しており医師より薬剤変更の説明を受けてないという事だった。よって処方医に疑義照会を行った。ミカムロAP 1錠1×朝食後→ミカルデイス(20)1錠1×朝食後に変更となった。	類似薬名による勘違いだと推測される。	引き続き、当該処方箋と薬歴の照らし合わせ、患者様への聞き取りなどに重点を置き、処方内容に間違いがないか確認していく。	ミカムロ配合錠AP	ミカルデイス錠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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1552	今回で2回目の来局です。初回からは3年経過していた。処方箋では一般名処方でクラリスロマイシンシロップ 用10% 3g分2で7日分とレスタミンコーワクリーム1%30gが上腕、下腿塗布で書かれていた。処方内容と処方日数から蕁麻疹で薬が出たのでは?と判断、患者が小児の為、体重を確認、体重からのクラリスDSの用量は問題なかった。お母さんに蕁麻疹でアレルギーの薬が出ると聞いていないかを口頭で確認。抗生剤が出るとは聞いていなかったため、間違いではないかと思ひ医師に疑義照会する。クラリチンDSの間違いであることが解り、用法、用量も変更になる。	始めに処方箋に書かれていた一般名処方「クラリスロマイシン」であったが、記載しようとした薬剤の名称が正しくはクラリチンDSであった。薬剤の名前が似ていたため起こったのではないかと考えられる。	今後も、処方箋の内容でおかしいと思うことがあれば、患者さんや患者さんの家族に口頭で確認する。今後はお薬手帳も持参して頂くように説明を行う。薬の用量が間違いではなくても薬名の似ている薬剤が思いつくならばより、調剤を行なう時に注意する。	クラリスロマイシンシロップ10%小児用	クラリチンシロップ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
1553	2018年10月2日火曜日11時ごろ、皮膚科を受診した患者(3歳、男性)と母親が処方箋を持って来局した。処方箋には、「アンテベート軟膏13.5g、白色ワセリン13.5g 混合 躯間四肢 1日2回 ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%日医工 50g ビーソフテンローション0.3% 50g」と記載されていた。調剤を済ませ、投薬時アレルギーのバッチテストでヘパリン類似物質に反応があることが判明した。疑義照会の結果ヘパリン類似物質油性クリーム、ビーソフテンローションは削除され、プロベト100gが処方された。	来局時のアンケートにバッチテストの件は記載されておらず、受診時にDRへの申告もされていなかった。バッチテストの反応があったことが、アレルギーを持っているという事だと認識していなかったらしい。	常識とか当たり前という概念を持たず、丁寧な対応が必要だと実感しました。	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	プロベト プロベト		知識が不足していた	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
1554	カンデサルタン2mg「あすか」1T/1x夕食後が処方された。2週間前にカルデナリン2mgが14日分処方されておりその継続が予想されたため、病院に確認するとカルデナリンとカンデサルタンの処方間違いであることが発覚し、疑義照会により修正された。	カンデサルタンとカルデナリンが名称が類似しており、病院側で入力の間違いがあったと思われる。	薬局側も過去薬歴の確認を行い、名称類似薬品の処方間違いがないか注意する。	カンデサルタン錠2mg「あすか」	カルデナリン錠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
1555	処方 Rp.ゼボラステープ20mg 14枚 /右肘1日2回貼付 投与日数7日分	先回のゼボラステープでカブレたのでその旨処方医に相談し、GE類似品で様子見ようとの指示あり。処方箋様式から【般】フルルビプロフェンテープへの書換えを処方医に当該当事者が連絡し、処方変更を処方医から指示、フルルビプロフェンテープ「ユートク」にて処方調剤完了。患者本人からお喜びの声がありました。後日、かぶれない事を確認しました。		ゼボラステープ20mg	フルルビプロフェンテープ20mg「ユートク」			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	
1556	他病院で「一般名」フェキシフェナジン錠60mgを服用中であったが、フスコデ配合錠 1T分3毎食後が処方され、似たような薬効であったため医師に疑義照会したところ「一般名デキストロメトルフアン臭化水素酸塩錠15mgへ変更1T分3へ変更になった。	風邪で薬局された患者さん、フェキシフェナジン錠60mgを服用中であつたが、今回受診した医師に服用中の薬について話さていなかったため。	患者さんには服用中の薬について受診した医師にお薬手帳など見せて伝える頂くように指導する	フスコデ配合錠	デキストロメトルフアン臭化水素酸塩錠15mg「NP」			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
1557	処方内容はデルモベート軟膏0.05%50gとヒルドイドソフト軟膏0.3% 50gの混合(変更不可)であったが、配合変化により25℃、1週間の保管で分離してしまうため、医師に疑義照会した。ヒルドイドソフト軟膏0.3%をヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」に変更となった。	配合変化を考慮していなかったようだ。	混合が必要な処方、配合変化に注意する。	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%「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
1558	調剤時にインチュニブ錠3mg、2T/日と用量が多かったため体重・増量幅等を確認するため薬歴参照したところ、インチュニブは処方歴がなく、今までインヴェガ錠3mgを服用していたため疑義。カルテ自体にインチュニブと書き間違えていたとのこと。インヴェガの処方へ変更となった。	頭の2文字が同じであり、書き間違いが起きたと思われる。もともと他の病院で処方されていた内容を引越しに伴い、こちらで引き継いだため、処方医の意図による処方内容ではなかった。インチュニブは多用するが、インヴェガは普段処方することがないDrであるためイン⇒チュニブと続けてしまったと思われる。	名称も類似しており、同じように発達障害に使用される薬剤で、さらに規格も3mgと一致していたためDrも違和感を持たなかった可能性がある。名称の類似だけでなく、規格の一致による処方間違い、取り違いに注意出来るよう注意ポップを作成した。患者の症状や、診断時のDrからの話などをよく聞き取り、処方内容との一致を確認するようにする。	インチュニブ錠3mg	インヴェガ錠3mg				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
1559	ベサノイドカプセル10mg服用後、全身に及ぶ乾燥・掻痒感発現→Dr報告後、治療優先(判断)でベサノイドカプセル10mg継続、および副作用ケアに対する、ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%処方追加	医薬品の副作用発現Drに報告後(治療優先判断で)継続(Dr指示)	副作用状況の確認、原因となる薬剤の継続確認を徹底	ベサノイドカプセル10mg	ヘパリン類似物質油性クリーム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
1560	前回までエカードLD配合錠が処方されていましたが、今回はプロブレス錠8mgで処方。患者様に確認したところ血圧が下がったので薬変えと先生に聞いていますとの事で、疑義照会 医師よりプロブレス錠8mg⇒プロブレス錠4mgに変更との返答	プロブレス4mgと8mg エカードHDとLDと似ている医薬品が多かったため、発生したミスかと思われます。	薬の変更時は患者様に確認し、医師の意図している変更内容かどうか確認する事。	プロブレス錠8	プロブレス錠4		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
1561	一般名カルボシステイン錠500mgが処方されていたが、服薬指導時患者より、該当する症状はないとの話があり疑義照会実施。処方入力時ムコスタ錠100mgを選択すべき所、誤ってムコダイン錠500mgを選択してしまい、処方箋上は一般名に変換されていたため、間違いに気付かないまま患者に交付してしまったとの回答を得た。	ムコスタとムコダインの類似医薬品が処方されていたが、一般名に変換したことでミスに気がつきにくくなったと思われる。	薬局としては患者からの聞き取りを大切に、おかしいと感じたことは患者にきちんと説明し時間を頂いて疑義照会する。処方箋発行時等、一般名処方であっても代表的薬剤名がモニターなどに表示されるようなシステムがあれば、慣れない一般名でもミスに気がつきやすくなると思われる。	(般)カルボシステイン錠500mg	(般)レバミド錠100mg	確認を怠った		コンピュータシステム医薬品	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「疑義照会」）

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1562	咽頭痛の患者さんが処方箋も持ってこれ、クラリスッド錠200mg 1錠分1屋食後 5日分その他が処方されていた。クラリスッド錠は通常分2朝夕食後で投与されるものであり、似た名前のクラビット錠500mgと間違えてる可能性があると考え、疑義照会を行ったところ、クラビット錠500mg1錠 分1屋食後 5日分に変更となった。薬局ではジェネリックのレボフロキサシン錠500mg「DESP」に変更して調剤を行った。	クラリスッド錠200mgとクラビット錠500mgはともに抗生物質であるが、その名称の先頭3文字までが同じであることから、処方入力時にミスを起こしやすい。	薬剤名と用法に整合性があるかよく確認、患者さんへのインタビューを十分に行い処方内容に間違いがないかを確認する	クラリスッド錠200mg	レボフロキサシン錠500mg「DESP」			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
1563	ストミンA配合錠処方にて患者との聞き取りにて眩暈なし、咳が出る。医師がアストミンと言っていたとの情報より、医師へ疑似紹介。医師の入カミスの発覚。			ストミンA配合錠	ジメモルファンリン酸塩錠10mg「TCK」	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
1564	ツムラ芍薬甘草湯を処方された患者様が薬局。話を聞くと更年期による倦怠感を訴えられたため、ツムラ当帰芍薬散の入力間違いではないかということで疑義照会を行い、ツムラ当帰芍薬散へ変更となった。	薬剤名が酷似していることが、処方箋入力時の間違いにつながったと思われる。	入力時に注意を払うと共に、調剤薬局では患者様の状態を確認し、処方が適切か判断する。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）			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
1565	患者様にツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒が処方。服薬指導にて症状の聞き取りを行った所、いぼやニキビの症状で受診されており、当該薬品では効果が得られない可能性が高く、疑義照会を実施。当該症状に効果があると考えられるツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒の処方間違いであり、処方内容が変更となった。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒とツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒は名称類似品であり、今回のように医師の処方ミスも起こりうる。医師の処方箋を鵜呑みにするのではなく、当該患者様にしっかり聞き取りをしっかりとっていく必要がある。これは調剤ミスにおいても起こりうるため、名称類似品で注意が必要であることを意識する必要があると考えられる。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒とツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒は名称類似品であり、処方監査や服薬指導時にしっかりと適用のある薬であるか聞き取りを行う必要がある。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒（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
1566	体重が15kgの子供にムコソルバンシロップ0.3% 7mL処方された。カ価は0.3mL/kgなので、体重23kgに相当するため、診療所へ問い合わせたところムコダインシロップ0.5%の処方ミスだった。	手書き処方箋で、看護師がカルテを見ながら処方箋に転記しているの、単なる転記ミスだったのかもしれない。	似た名前による転記ミスは起こり得るので、各薬剤の体重1kgあたりの用量を把握する。	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%			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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1567	バクシダール錠200mg、カロナール錠500mg、カルボシステイン錠250mg、セレスタミン配合錠、アズノールうがい液4%の処方箋を持って薬局。お薬手帳を持参し、重複がないか確認して欲しいと依頼される。お薬手帳より他院からムコサール錠15mg、カルボシステイン錠250mg、タリオン錠10mgの服用中であることを確認し、同成分薬、類似作用薬があるため疑義照会を行った。カルボシステイン錠250mg、セレスタミン配合錠が削除となる。	患者によると医療機関でもお薬手帳は提示していたとのこと。そのため医療機関での確認漏れによるものと思われる。		カルボシステイン錠250mg「トーフ」セレスタミン配合錠					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
1568	アンブロキソール徐放錠45mgが3錠 分3 毎食後で処方されており用量と用法がおかしいため疑義照会の結果、カルボシステイン錠500mg 3錠 分3に変更になった	おそらく病院での処方入力時は先発名を入力し、その後一般名に変更しているため最初の入力時にムコダイン錠500mgを先頭の名前が似ているムコソルバンL錠45mgと入力されたものだと考えられる	一般名も似ている薬剤もあるので注意を怠らないようにする	ムコソルバンL錠45mg	ムコダイン錠500mg			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
1569	別の病態で、他院からザイザルシロップが処方されていた。ボラミンシロップと、薬効が類似しているため疑義照会したら、ボラミンシロップが削除になった。	患者様が医師にお薬手帳を見せていないことが要因であると考えられる。	お薬手帳を医師に見せることを促す。	ボラミンシロップ0.04%			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
1570	処方内容:ブスコパン錠3錠分3 10日分 ムコソルバン錠15mg3錠分3 10日分 シングレア錠10mg1錠分1 10日分 ロキソニン錠頓服20回分患者主訴:咳と生理時の頭痛ブスコパン10日分処方を疑問に思い、疑義照会にて確認。フスコデ配合錠の入カミスであった。	医薬品名類似による入力ミスと思われる。	監査・投薬時には、薬歴お薬手帳患者聞き取りなど総合的に判断をおこなう。薬品名の類似しているもの入力時の注意喚起	ブスコパン錠10mg	フスコデ配合錠		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
1571	5日前に小児用フルナーゼ点鼻処方あり。当日処方でも小児用フルナーゼ点鼻処方。患者聞き取りにて、前回処方の小児用フルナーゼ点鼻残薬十分にあり。咳がひどくなり再受診した。疑義照会にて確認。小児用フルナーゼ点鼻削除。フスタゾール小児用2.5mg追加処方。	薬品名類似による入力ミスか。	処方鑑査のみならず、薬歴確認、残約確認、聞き取りなども注意深くおこなう。	小児用フルナーゼ点鼻液25μg/56噴霧用	フスタゾール錠小児用2.5mg		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
1572	患者は5歳の幼児であったがクラリチンドライシロップ1% 2g 分2で処方されていた。あきらかに用法用量が違っていたため(添付文書でも確認済)疑義照会をした。クラリチンドライシロップではなくクラリスドライシロップに変更になった。	薬剤名が似ているため入力間違い。	乳幼児は年齢と体重を確認し、用法用量と照らし合わせて調剤することを徹底する。	クラリチンドライシロップ1%	クラリスドライシロップ10%小児用		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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1573	一般名フルニトラゼパム錠1mg 2錠就寝前 30日分の処方があり、お薬手帳には以前ロフラゼパム錠1mg「トローワ」の処方歴があるのを確認できた。患者本人に同時服用か切り替えか聞いたところ、ロフラゼパム錠1mgを処方してもらえようように頼んだとのことであった。疑義照会したところ、医師からロフラゼパム錠とロヒプノール（一般名フルニトラゼパム）を入力ミスしてしまったとのことで、一般名フルニトラゼパム錠1mg 2錠就寝前 30日分→一般名ロフラゼパム錠1mg 2錠就寝前 30日分に変更となった。		製品名の名称類似はなくても一般名を絡めると製品名と一般名の類似することもあることを自覚しておく	ロヒプノール錠1	メイラックス錠1mg	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
1574	処方箋の記載に、トラムセット配合錠、一般名セフカペンピボキシル錠100、一般名レバミピド錠があり、投薬時に患者さんに指導する中で「風邪を引いて喉が痛い」との情報があつたので、トラムセット配合錠ではなく、一般名トラネキサム酸の記載間違いの疑義が生じたので、疑義照会をした所、トラネキサム酸を記載する所を間違えて、トラムセット配合錠を記載してしまったことが判明しました。医師から、改めてトラネキサム酸500mgを処方するように指示が出ましたので、そのように投薬しました。	医師の処方ミスか入力者の転記ミスが考えられます。	処方箋記載の薬剤から、その患者さんの症状を確認し、きちんと指導していく中で間違いが分かるように日々精進する。メーカーさんは、似たような薬品名をつけないようにする。	トラムセット配合錠	トラネキサム酸錠500mg「YD」	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
1575	アルサルミン細粒の処方であったが、患者からの聞き取りにて、胃薬ではなく、グラクティブの処方のはずと申し出。病院への照会にてグラクティブに処方変更となった。	処方箋内容が全てではなく、また、薬剤マスターにて似ている薬の間違いだけでも限らないことを頭に入れておく必要がある。	引き続き患者への聞き取りと処方内容の相違がないか確認を怠らないようにする。	アルサルミン細粒90%	グラクティブ錠50mg		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
1576	カリウム低下の患者さまにアスパラCAの処方が出ている。前回にカリウム低下と伺っているので処方箋の間違いがすぐに発見でき、病院に疑義照会し確認してもらった。	名称がアスパラまでは同じなので名称の類似が間違いを引き起こしていると思われる		アスパラCA錠200	アスパラカリウム錠300mg			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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1577	生後9か月の乳児にバンデルローションが処方されていた。当該薬剤師は処方箋通りに調剤監査し投薬。その後、乳児に対してバンデルローションは強いのではないかと気づき、患者に使用を待つように連絡。その後、医師に問い合わせたところ、バルデスローションの誤りだったことが発覚。再び患者に連絡し再度来局、薬剤を変更した。患者はバンデルをまだ使用していたため健康被害にはいたらなかった。	薬剤師の人数が発生当時少なく、じっくりと処方監査をすることができていなかった。患者情報と処方された薬剤を考察し、処方の誤りを気づくことができなかった。名前の似ている特徴的な薬剤のため、特に気を付ける必要があった。○単純なミス○焦り○注意力散漫	事例を薬剤師全員と共有し、品名が類似している医薬品について話し合った。話し合いを元に、品名が類似している医薬品のリスト、その強さの比較を載せたものを投薬台に掲示するという改善策を考えている。現在リストを作成中。	バンデルローション0.1%	バルデスローション0.05%	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
1578	13キロの男子にエステルチン0.78gは多すぎるので疑義照会医院より入力ミスでカルボシチン0.78gに変更となりました。	忙しい時間だったため、ヒューマンエラーによるミス薬品の名前が少し似ていた	見慣れない薬の時は特にしっかり用量用法を確認する事	エステルチンドライシロップ0.01%	カルボシチンDS50%「トロー」		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
1579	新患で来局された患者さんの処方箋に、ニトロールRカプセル20mgのみが処方されており、用法が胸痛発作時 舌下だったため、監査薬剤師が気づき、病院に疑義照会後、ニトロペン舌下錠へ変更となった。	病院でのオーダーリングシステムの打ち間違いだが、薬局でも新患だった為、舌下などの記載がなく、経験年数の若い薬剤師が監査をおこなっていたら、アクシデントにつながったかもしれない。	病院：処方オーダーリングする際に、同様の似たような名前がある事を踏まえて入力し、入力後確認を行う。 薬局：少しでも疑問点があれば、疑義照会を必ずおこなう。	ニトロールRカプセル20mg	ニトロペン舌下錠0.3mg			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
1580	当薬局を普段から利用している患者が来店した。処方内容はノイロトピン錠4単位4錠分2朝食後、ハルラク錠0.125mg2錠分1就寝前、ヘパリン類似物質クリーム1日1回塗布であった。お薬手帳を確認したところ、エディロールカプセル0.75μg1カプセル分1朝食後、ドネベジル塩酸塩OD錠5mg1錠分1朝食後、プラバスタチンNa塩酸塩錠5mg1錠分1朝食後、ミヤBM錠4錠分2朝食後、塩酸プロピベリン錠10mg2錠分2朝食後でも普段は継続して処方されていることが分かった。患者に残薬確認したところ、残薬調整のため処方されなかったわけでもなく、処方ミスの疑義が生じたため、疑義照会をした。上記処方内容が追加処方された。	医療機関側がうっかり処方し損ねていたようだ。	引き続き今後もおくすり手帳や患者への聞き取りなど、処方せん以外の情報を収集することにより、処方ミスがないかどうか確認していく。	エディロールカプセル0.75μgドネベジル塩酸塩OD錠5mg「ZE」 プラバスタチンNa塩錠5mg「タナベ」 ミヤBM錠塩酸プロピベリン錠10mg「アメル」	エディロールカプセル0.75μgドネベジル塩酸塩OD錠5mg「ZE」 プラバスタチンNa塩錠5mg「タナベ」 ミヤBM錠塩酸プロピベリン錠10mg「アメル」		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
1581	投薬時に前回処方中止して、以前から処方されていた薬に戻すという話を伺った。今回処方されている薬は、新規薬であるため患者と再度確認したところ、ヒューマログ注ミリオペンを処方するところ、ノボラピッド注フレックスタッチで処方されていることに気づいた。	患者は、診察時に以前の薬に戻しますという話を担当医とされていた。投薬時に、患者の話をしっかり聞くことで防止できた。	薬効は類似しているが、見た目が変わることによる不安感を覚える患者も多い。今回は副作用の経験もある患者であり、使用したことのない薬剤では拒否するような場合もある。患者からの聞き取りや薬歴の記載などで情報をしっかり収集することで予防できた間違いである。	ノボラピッド注フレックスタッチ	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1582	セレキノン錠100mg、オゼックス錠150mgが記載された処方箋を患者さんが持参した。患者さんとの話で慢性前立腺炎で受診したとの回答を得たためセレキノン錠100mgの処方間違いの可能性があると判断し疑義照会を行った。カルテの記載はセルニルトン錠の処方であることが判明し、セルニルトン錠に変更し調剤した。	医療機関の事務さんによるカルテから処方箋に記載するとき起きたミスと考えられる。このようなミスは医薬品名が似ている場合は起きやすいミスとなるので注意が必要。○単純なミス	患者さんにどのような診断でどのような治療をしていくかを医師から告げられているか確認していくことが大事だと考えました。また気になったときに疑義照会をためらわないようにしていくことが大切だと思いました。	セレキノン錠100mg	セルニルトン錠			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
1583	処方箋入力時、ファロム錠200mgが1日量 分1 夕食後 60日分で処方されている事を発見。違和感を覚え患者者に確認した上で病院に疑義。薬剤部が先生に確認した所、フェロムカプセル 1日量 分1 60日分に変更との指示あり。患者にその旨を説明した上で調剤し投薬。	薬剤師が名称が類似している薬品、使用方法を正しく理解していたことが背景にあり、常日頃から疑い深く処方内容を鑑査していることにより防げた事例。	入力、ピックアップ、鑑査、投薬全ての項目で注意深く処方内容を薬学的観点から見定める事が必要。	ファロム錠200mg	フェルムカプセル100mg	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
1584	処方箋入力が成分名でベポタスチンとなっていました。前回の処方ではベタヒスチンであった為処方薬を考慮し入力違いではなかったかと疑義照会前回DOであることを処方医より確認に処方変更になった	一般名処方による名前の類似	薬歴管理をし、かかりつけ薬局を利用していただくことにより処方変化に気が付くことができる(今回の事例では他にアレルギー薬が出ていたのでどちらの薬の処方も考えられた。前回からの継続があったので対応できたと思います)	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	メリスロン錠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
1585	ヘパリン類似物質油性クリームとレスタミンコーワクリームが混合指示で処方されていたが、混合不可の組み合わせのため疑義照会したところ混合せず別々に渡すこととなる。	処方医が混合の可否について把握していなかった。	引き続き薬局において混合指示があった場合は混合できるかどうかしっかり確認して調剤する。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニプロ」レスタミンコーワクリーム1%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニプロ」レスタミンコーワクリーム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
1586	今回の処方内容を当薬局で調剤するのは初めての患者。ツムラ荜茇朮甘湯エキス顆粒が処方されていたが、同じ処方せんに記載されている薬剤がナウゼリン、ベタヒスチン、トラベルミン配合錠であったことから、名称が類似しており間違いに適應のあるツムラ荜茇朮甘湯エキス顆粒の誤りである可能性が考えられた。疑義照会し、ツムラ荜茇朮甘湯エキス顆粒に処方変更となった。	ツムラ荜茇朮甘湯エキス顆粒と入力	引き続き他の処方薬の内容や患者からの聞き取りなどにより、処方内容に誤りがないかどうか確認していく。	ツムラ荜茇朮甘湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ荜茇朮甘湯エキス顆粒(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
1587	湿疹ができて体がかゆいと医師に話したところ、「チューブの薬を出す」と言われた患者。処方箋は「レスタミンクリーム」と手書きで追加。レスタミンクリームは、チューブ入りの剤型がないため疑義照会。「強力レスタミンコーチゾン軟膏」に変更。	手書きで処方箋に追加される場合は、似たような名前の薬や、剤型、規格を医師が間違えることが多く、薬局側でもおくり手帳等での確認を必ずするようにしている。		レスタミンコーワクリーム1%	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏	記録などに不備があった	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「疑義照会」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1588	複数回ご来局頂いている患者様において、一般名ロフラゼプ1mg1日3回毎食後30日分の追加処方があり。用法や患者の既往歴(不安や不眠の訴えなし)、患者本人にも念のため症状の確認を行い胃痛があり追加処方があると聞いているとのことで処方元に疑義照会。レバミピド100mgに変更になった。	処方薬入力の際ロフラゼプとレバミピドが似ていたことが原因であると考える。	引き続き用法用量、既往歴の確認を行う。患者への聞き取りにより処方薬に間違いがないか確認を行う。	【般】ロフラゼプ1mg	レバミピド錠100mg「JG」	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		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1589	他院よりフェキソフェナジンが処方され服用中の患者にザイザル処方。類似薬のため医院に問い合わせし、ザイザルは中止となった。	併用薬の確認を怠った	お薬手帳を確認すれば問題なかった。患者によっては薬の名称や薬効を理解していない場合もあるので口頭よりは記載してあるもの確認したほうがよい。	ザイザル錠5mg		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
1590	患者家族が抗コリン薬スピリーバレスピマットの処方箋を持参。薬歴によると、前回は別の医療機関から抗コリン薬・β2刺激薬配合剤スピオルトレスピマット処方だったため、家族と相談して疑義紹介し、スピオルトに変更された。	総合病院から前回処方された吸入スピマットの処方箋を持参。薬歴によると、前回は別の医療機関から抗コリン薬・β2刺激薬配合剤スピオルトレスピマット処方だったため、家族と相談して疑義紹介し、スピオルトに変更された。	適量が同じ薬剤でも漫然と投薬せざる処方の経緯を患者側から確実に聞き取る。患者にはお薬手帳の活用を促す。	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入	スピオルトレスピマット60吸入				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
1591	広域病院より、かかりつけの患者さんの処方箋のFAXが送られてきた。かかりつけ医通院中、心不全で広域病院へ入院していたため、在庫のない医薬品が処方されていたので、まず薬の手配をして、処方内容をしっかり見直した。ニフェジピンGR錠20mg2錠分2、ミカムロ配合錠BP1T分1で処方されていて、Ca拮抗剤2剤併用のため、問い合わせをしようと思ったが、入院中の経過が不明なので、来局してから状況について確認しようと思った。薬が準備できたときに患者家族来局。お薬手帳を見せてもらったところ、入院中と退院時処方箋は、テルミサルタン錠40mg2錠＋トリクロルメチアジド錠1mg1錠で処方されていたことが判明。家族へ、今回薬の変更について、先生からどのように説明されたか確認したところ、入院中服用していた薬が1つになった薬に変更すると説明されていた。Ca拮抗剤拮抗剤2種類併用について照会したところ、ミカムロ配合錠BP→ミコンビ配合錠BPへ変更になった。	配合錠が多くなってきて、類似した薬品名などがあることや配合剤の商品名から薬品成分が見えにくくなりしている。	・配合錠への変更時は、変更前の薬品名をしっかりと確認する。・退院時処方から外来処方へ変更になる時は、入院中の薬や退院時処方についてお薬手帳で確認する。病院によっては、入院中の薬や退院時処方について、お薬手帳への記載がないところがあるので、入院中の処方薬についてもお薬手帳へ記載してもらう。・病院へ入院して、外来処方が初めての時は、薬の変更があるか、変更がある場合そのことについて医師からどのように説明されたかを確認する。	ミカムロ配合錠BP	ミコンビ配合錠BP			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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1592	これまで当薬局を利用している患者がいつもの小児科の処方せんを持参した。処方内容はアレロック、フルメトン点眼液、グラナテック点眼液。薬歴・お薬手帳を確認し過去に他眼科にてフルメトン点眼液、アレジオン点眼液が処方されているのを確認。患者へ処方内容の確認を行ったところ、眼科処方薬と同じ薬剤を希望、眼圧治療は行ったことないことを確認し処方医へ疑義照会。グラナテック点眼液からアレギサル点眼液へと変更となった。	薬剤名に似た点はなく、単純なPC操作ミスか。開院して約半年のクリニックであり、処方マスタ等に不慣れであった可能性。	処方内容に間違いはないか、確実に過去歴の確認と、患者への聞き取りを行う。またお薬手帳の確認を確実にすること、患者へお薬手帳の有用性を説明し利用してもらおう。	グラナテック点眼液0.4%	アレギサル点眼液0.1%		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
1593	モビブレップ配合内用剤が1回2包14日分で処方されていた。患者にお話伺ったところ、便秘で悩んでおり先生から新しい薬を出すといわれた。大腸検査の予定があるかも確認したがその予定はなかった。患者の話や用法用量から名前が類似しているモビコール配合内用剤ではないかと思ひ、疑義照会を行った。モビコール配合内容剤へ変更になった。	薬品名が類似しているため、誤って医師が選択してしまったようだ。	ひきつづき、患者の話にしっかりと耳を傾け処方との矛盾に気づけるよう取り組む。名前の類似している医薬品はアラートなどで処方時に出るようにして注意喚起を行う。	モビブレップ配合内用剤	モビコール配合内用剤		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
1594	当初ロキソプロフェンが処方された患者の提出した薬手帳から類似成分のメロキシカム併用が発見された。併用により胃障害などの有害事象が予見されたため疑義照会した結果カロナールに変更となった	患者が必ずしも医師に併用薬情報を伝えていたとは限らず、医師も種類のジェネリック名称に精通しているとも限らないと考えられる	薬歴のみならず薬手帳はじめ患者提供資料からも併用薬の確認が必要、広範な薬剤について知見を広めるよう日ごろから勤めることが大切	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「CH」	カロナール錠300			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
1595	以前より皮膚科を受診していた患者の発疹を、投薬時たまたま見ることになった。その発疹が、以前見たアデホスの薬疹に似ていたので併用薬を再度チェックしたところ、内科よりアデホスが処方されていた。内科に疑義照会しアデホス中止となる。その後、患者に発疹は出るが軽くなる。	アデホスに薬疹が結構多いこと。	アデホスの初回処方次の投薬で、必ず発疹を聞く。	アデホスコークワ顆粒10%				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
1596	以前にフロモックス錠で蕁麻疹の副作用歴のある患者に「一般名」セファクロルカプセル250mgが処方、同じセフェム系抗生剤であり側鎖も類似していることから同様のアレルギー反応を起こす可能性があり確認→ペニシリン系のオーグメンチン配合錠250RSに変更になった			セファクロルカプセル250mg「サワイ」	オーグメンチン配合錠250RS	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1597	コタロー辛夷清肺湯は1包4gでしたが、処方箋の記載が1包3gできていてそのまま入力をして、患者様には4gでお渡ししましたが、患者様からg数が違うと申し出があり間違いに気づきDrに疑義照会したところ処方せんが1包4gに変更になりました。	1包のgが4gという規格がありませんが、処方箋の記載が1包3gできていてそのまま入力をして、患者様には4gでお渡ししましたが、患者様からg数が違うと申し出があり間違いに気づきDrに疑義照会したところ処方せんが1包4gに変更になりました。	番号、g数、包数としっかり声だし確認をして拾い、監査、投薬をするようになりました。漢方薬は類似品が多く、また思い込みでg数の確認をしてしまわないようにしていきます。	コタロー辛夷清肺湯エキス細粒		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
1598	患者様がお持ち頂いた処方箋上にリンデロンVG軟膏25g、ヒルドイドソフト軟膏0.3%25g以上2種類MIXが変更不可できていた（患者様が先発希望の為）リンデロンVG軟膏とヒルドイドソフト軟膏の混合調剤は25℃1週間からブリーディングしてしまつたため混合不可となっている。ヒルドイドソフト軟膏のGEであるヘパリン類似油性物質クリーム「日医工」であれば2週間までは変化なしの為、その旨をDrにお話しして変更となった。	今回のケースは皮膚科のDrからの処方であったが、医師は軟膏・クリームとの混合可否を気にせず処方することも多い。また、比較的昔から使われているリンデロンVG軟膏とヒルドイドソフト軟膏の混合調剤のような例では、そもそも混合不可であるという考え自体ないこともあるように感じる。	新しい混合調剤だけでなく、以前から混合調剤している組み合わせでも、定期的に新しい本などで混合に問題がないかチェックすることにした。	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%「日医工」		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
1599	変更後の薬剤の「一般名」を処方箋に記載すべきところを、誤って変更前の変更前の薬剤の「一般名」を記載	変更前の薬剤の「一般名」と変更後の薬剤の「一般名」類似	処方元への両薬剤の相違点についての説明を実施	ミケランLA点眼液2%	ミケラン点眼液2%			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
1600	禁煙治療の為、初めてニコチネルTTSが処方されていた患者様で、TTS30で4週間服用後再受診され、TTS20が4週間処方された。処方通りにTTS20を4週間分お渡ししたが、お渡しした後、添付文書で確認したところ、投与スケジュールとしては、TTS30を4週間服用後はTTS20を2週間、その後続けてTTS10を2週間服用するスケジュールだった。すぐに処方医に疑似照会し、スケジュール通りの処方に変更となり、すぐに、患者様に連絡し、処方変更したお薬をお渡した。	同じ禁煙薬であるチャンピックスはよく処方されていたため、チャンピックスの投与スケジュールと混乱した。（処方医も同様） 禁煙専門医の処方であったこと、閉局前でもあり、投与スケジュールの確認があいまいだった。	禁煙治療薬の投与スケジュールについては、各薬剤ごとに違うので添付文書、薬歴などでしっかりと再確認してからお薬をお渡しすること。	ニコチネルTTS20		報告が遅れた（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 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
1601	ネキシウムカプセル20mgを他医療期間にて処方され服用していたが、ランソプラゾールOD15mg「日医工」の処方があった。薬効成分類似の為、疑義照会、ランソプラゾールが削除となった。	新規追加となった薬だが、医療機関での併用薬の確認は行われなかったとのこと。お薬手帳、患者様のお話から疑義照会した。	併用薬の確認は、医療機関でも見落としやすい項目である為、再度注意すべき項目だと注意喚起が必要。	ランソプラゾールOD錠15mg「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
1602	スチックゼノールの投薬中に以前類似の医薬品（名称不明スチックゼノールの可能性もあり）でかぶれた経験があると患者より申し出あり。ポルタレンローションではかぶれやその他の副作用なかったと確認できたため、医療機関に確認。スチックゼノールからポルタレンローションへ処方変更となった。	患者の副作用歴の確認不足が要因		スチックゼノールA	ポルタレンローション1%		その他	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1603	感冒で使用する薬剤とともに、アモキシサン錠 25mgの処方あり。新患だったためアンケートを記載していたのだが、精神に関する主訴、精神科への受診歴なし。疑義照会したところ、一般名アモキシシリン錠 250mg へと変更になった。	処方せん作成時に、レセコンにて似た名称・規格量のため誤選択した模様。	・似た名称の薬がある場合、頭文字のみで判断せず最後まで名称を確認する。・患者より主訴など聞き取り、状態を判断する。	アモキシサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「日医工」	確認を怠った 記録などに不備があった	知識が不足していた 技術・手技が未熟だった	コンピュータシステム 医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1604	アシノン錠150mg2錠1日2回朝・夕食後/ラックビー錠3錠、ツムラ柴朴湯7.5g1日3回毎食前×4日分の処方。患者様の訴えが「吐き気がする」「胃が痛い」であった。咳の訴えがなかった為、疑義紹介した。柴朴湯が柴芩湯へ変更になった。名称が似ていた為、処方医が勘違いして処方した事が判明した。	患者様がどのような事で受診したか、必ず確認する。訴えと処方薬剤があてはまらない時は、必ず疑義紹介する。		ツムラ柴朴湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴芩湯エキス顆粒（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
1605	普段糖尿病薬を服用している患者が咳を訴えフスコデ配合錠3錠分3毎食後7日分で処方された。フスコデの添付文書での投与量は9錠3×のため医師へ疑義照会。9錠分3毎食後7日分へ変更となった。	医師のカフコデという似た名前の薬があることやフスコデの1回量が3錠であるところを1日3錠と間違えたことが原因と考えられる。1日投与量は十分注意する。		フスコデ配合錠		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
1606	ヒルドイドローションが処方されていたが投薬時の患者聞き取りにて過去に同薬剤にて強い刺激感が生じ中止になって経歴があることが判明（診察時Drには伝えていなかった）。Dr照会にて刺激の少ない油性タイプのヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」を提案し変更となる。	DrからのSE歴聞き取りはなく患者自身による申しでもなかった。	患者自身に診察時にはSE歴を必ず医師に伝えることを徹底し、またお薬手帳にも薬剤師がSE歴を記録し診察時の提出を患者に指導する。	ヒルドイドローション0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」			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
1607	妊娠の可能性ありの患者に対して、ドンペリドン錠（妊婦禁忌）が処方されて疑義照会。	類似薬、ドンペリドン錠、プリンペラン錠、の禁忌の取り間違え。	妊婦にも禁忌でないプリンペラン錠に処方変更。	ドンペリドン錠5mg「日医工」	ナウゼリン錠10	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
1608	一般名でロキソシロマイシンが処方されており処方指示通り調剤した。服薬指導の際、細菌感染があり痛みがあるとの訴えを確認し投薬。後で医師に確認した所、ロキソシロマイシンでなくロキソプロフェンの処方間違いである事が判明。患者へは上記の旨をお伝えし謝罪の上、薬剤を変更しお渡した。	医院による一般名のロキソシロマイシンとロキソプロフェンの入力間違いである可能性。	患者が痛みを訴えているため鎮痛剤の処方がない事を確認する。類似名称の誤入力の可能性も考えるべき。	ルリッド錠150	ロキソニン錠60mg	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
1609	2年前にピロリ1次除菌をされている方に、ボノサップが処方されたため確認を実施ボノピオンサップに処方変更となる。	医師のカルテの見落とし又は名称が類似しているため、薬剤の選択誤りが起きたと思われます。	同様の事例の再発を防ぐため、薬局内でも情報共有を行いました。	ボノサップパック400	ボノピオンパック		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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1610	新しく薬が処方されたが、お薬手帳より他病院から既に類似薬を服用中のため問い合わせ。	処方医が他の医療機関から処方されている薬があるのは知っていた模様だが、一般名薬品であったためか類似薬であることに気が付かなかったと思われる。	これからも患者さまの併用薬について気を配り、多重服用になっていないか注意していきたい。	ネキシウムカプセル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
1611	乾燥肌で継続して皮膚科に受診している患者の処方が、ヒルドイドクリーム+レスタミンクリームの混合から、ヒルドイドゲルに変更になっていた。患者に聴取したところ、保湿効果の実感が得られず、剤形変更を医師に申し出たとのこと。その際ゲルを希望した。ヒルドイドゲルは皮脂欠乏症に適応がなく、添加のイソプロパノールが保湿には不向きと判断。メーカーにも確認し、手荒れなどの進行性指掌角化症には適応があるが、保湿には不向きと回答があった。患者にその旨お伝えし、保湿剤のサンプルを實際使用してもらって、泡状スプレーがなじむことを確認。医療機関に疑義照会した。医師も受診時にサンプルを試してもらってゲルにしたが、保湿効果が得られないなら泡状スプレーに変えてください。とのことであった。	医師が患者の希望を優先するあまり、適応症を確認しなかったこと	保湿剤の剤形と使用感・効果の違いについて、患者に伝えた。	ヒルドイドゲル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
1612	ツロプテロールテープ1mgが処方されており、年齢を確認したところ、9才であり、通常は、2mgの処方であった。体重も聞き取るが特にやせすぎなどはなく、疑義照会したところ、2mgへ変更となった。	小児科の医師であったが、ツロプテロールテープは年齢による規格の変更が細かいため、ミスにつながったと推測する。	薬局内でも報告・共有し、似た事例を見過ごさないようにする。	ツロプテロールテープ1mg「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
1613	現在内服中の薬剤をお薬手帳で確認したところ、他の病院にてボノサップバック400を服用開始したことを確認した。今回ベルソムラ錠が頓服で処方されており、ボノサップバックにクラリス錠があり、ベルソムラ錠とクラリス錠は併用禁忌のため、疑似照会を行い、ベルソムラ錠は中止となった	患者さんが病院にはお薬手帳を持参しておらず、医師からの服用薬の質問も服用していないと答えたとの事	患者さんに、お薬手帳の必要性を再度説明を行った。	ベルソムラ錠15mg		連携ができていなかった	その他	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
1614	セレキノン錠100mgが処方されていたが、投薬時の問診にて胃腸症状はなく尋麻疹で皮膚に赤い腫れとかゆみがあるとの症状だった。医師へ患者の症状を伝え疑義照会を行いセレスタミンへ変更になった。	医療機関が処方せんに類似薬剤名を間違えて入力し発行した。	・今後の予防のため当該事例を薬局内に周知した。・投薬・監査時の問診をより慎重に行う。	セレキノン錠100mg	セレスタミン配合錠		その他		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「疑義照会」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1615	タケプロンOD錠30mgからの処方変更であったが、患者からの聞き取りによると今の薬では効かないので強い薬を出すとの説明で、血をサラサラにする薬とは聞いてない事を確認した。それでタケルダ配合錠ではなくタケキャブ錠の誤りではないかと考え疑義照会したところ、タケキャブ錠20Iに変更となった。	薬の名称が似ているために処方せんの記載ミスが起こったのだらうと思われる。	処方内容と患者からの聞き取りとの相違がないか、必ず確認するようにする。	タケルダ配合錠	タケキャブ錠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
1616	処方医より、『クラビットで薬疹でたことある患者がいる。ファロムでは効果ない。他の抗生剤は何かないか』と電話がありジスロマック錠処方となった。その後患者来局時に薬歴と手帳を確認したところ、薬疹はクラリシッドであることが判明。処方医に連絡しジスロマックはクラビットに変更となった。	薬品名が似ていたため、患者の勘違いがあった。	手帳、薬歴の確認の徹底。	ジスロマック錠250mg	クラビット錠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
1617	血圧が下がっているため薬変えますと医師に言われていたのに、ユニシアHDのまま継続処方医院に確認したところ、今回はユニシアLDに変更と事でした。	薬品の名前が似ている事	継続処方でも、患者さんに変更ないか確認する事	ユニシア配合錠HD	ユニシア配合錠LD		通常とは異なる身体的条件下にあった	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
1618	感冒症状によりフスタゾール糖衣錠10mg1回2錠、一般名カルボシステイン錠250mg1回1錠が毎食後に処方された。当該患者は他耳鼻科医院にて鼻炎の治療、また呼吸器内科にて喘息の治療を行っていた。耳鼻科医院ではカルボシステイン錠250mgが1回1錠毎食後で処方されており、呼吸器内科ではブランカスト錠112.5mg、アドエア250他喘息治療薬が処方されていた。今回併用薬中に処方薬との重複やフスタゾール錠10mgと効能が類似している薬剤が見受けられた為、疑義照会を行った。当該患者に再受診するよう医師からの指示があり、その後当該患者が差し替えの処方箋を持参した。差し替え処方箋ではカルボシステイン錠250mgのみ削除となっていた。	当該患者が病院でお薬手帳を提示したか不明であり、病院での併用薬確認が行えなかった可能性がある。	薬局でのお薬手帳確認や問診による併用薬確認を徹底し、病院と治療に必要な情報の共有を行う必要がある。	カルボシステイン錠250mg「サワイ」			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
1619	8歳の小児に対してプロモクリブチン錠2.5mgが処方されており疑問に感じた。ご家族が来局されており、確認したところ医師より細菌性の嘔吐(胃腸炎)と説明があったとのこと。その後、医師に疑義紹介したところフロモックス錠100mgへ処方変更となった。	プロモクリブチン錠2.5mgとフロモックス錠100mgが名称(頭3文字)が似ており、医療機関にて処方入力の際に違う薬品名を選択してしまったことが原因と考えられる。今回は対象患者が小児ということもあり調剤前に疑うに至ったが、年齢によってはそのまま調剤を行う可能性もあった。	当然行われるべきことではあるが、医療機関においては入力後再度処方を確認すること、薬局においても服薬指導時には症状確認し、処方薬剤に問題がないか確認することが必要である。	プロモクリブチン錠2.5mg「TCK」	フロモックス錠100mg				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「疑義照会」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1620	耳鼻科を久しぶりに受診した患者さんに、下記薬剤が処方されていたデザレックス錠、(一般名)ミノサイクリン塩酸塩錠50mg、(一般名)カルボシステイン錠500mg、デルモゾール軟膏患者さんが持参されたお薬手帳から、定期受診しているA病院より、ペボタステンベシル酸塩錠を継続服用しているため、デザレックス錠の服用について疑義を行ったところ、耳鼻科では、ペボタステンベシル酸塩錠を「メリスロン錠」と誤認識していた。その結果、耳鼻科からのデザレックス錠は削除になり、A病院の、ペボタステンベシル酸塩錠を継続服用するように指示があった。	タリオン錠(ペボタステンベシル酸塩錠)とメリスロン錠(ベタヒスチンメシル酸塩錠)の一般名が似ているため、間違ったと思われる	一般名が似ている医薬品について、再度、薬局内で啓発した。	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
1621	以前から排尿痛、下腹部痛の症状で受診している患者にコタロー麻杏甘石湯エキス細粒が処方された、患者は気管支喘息の既往もなく、咳も出ておらず、処方医にもそのような話はしていないということであった。患者の症状から誤入力であると考え、処方医に疑義照会した結果、コタロー麻杏よく甘湯エキス細粒に処方変更になった。	患者の疾患と薬の効能の関連付けができていなかった事と名称類似医薬品であることから誤入力に繋がったと考えられる。	今後もこのような事例が起こる可能性があるため、患者から症状を詳細に聞き取る事、またこの事例以外の名称類似医薬品と効能効果を一覧表にまとめることにした。	コタロー麻杏甘石湯エキス細粒	コタロー麻杏よく甘湯エキス細粒	連携ができていなかった	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
1622	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「インターナル吸入液1%2mL 1A 1日2回、1回1吸入」と記載されていた。処方量が1Aだったことから別薬剤の処方誤りを疑い、疑義照会を行った。その結果、本来は「インターナル点鼻液2% 1本」の処方だったことが判明し処方変更となった。	病院の処方システムで似た名前の医薬品を選び間違えた。	・薬局では患者の症状と処方内容が一致しているかを確認する	インターナル吸入液1%	インターナル点鼻液2%		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
1623	エクメット配合錠HD服用中、今回からトルリンティ皮下注が追加処方、DDP-4阻害薬とGLP-1で作用機序が類似で併用注意のため医師に確認エクメット配合錠HDからメトホルミン500mgMT錠に変更	エクメット配合錠HD→メトホルミン500mg・ビルダグリブチン(DDP-4阻害薬)配合錠のため医師も見落としやすい	近年、配合剤が増えているのので、成分及び用量の把握が必要	エクメット配合錠HD	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1624	アモキシサン25mgが処方されていたが、実際は一般名処方のアモキシシリン250mgの誤りであった。	乳癌の患者で抗癌剤治療を行っている背景があり、アモキシサンが追加されたためうつ状態の発症の有無を確認したところ精神状態は変わらないとのことだった。当日の診察内容を確認すると脇から内視鏡的腫瘍摘出術を実施しており、切除後の感染予防で処方が出ていることを確認できたため、類似名称のアモキシシリンとの処方間違えの可能性を考慮して疑義照会を実施した。その結果処方医がアモキシシリンをアモキシサンと誤って印字し処方したことが判明し、アモキシシリンに変更となった。	今回の事例のように処方された状況を患者よりしっかりヒアリングすることにより、処方意図と異なる薬が処方されていることを発見し、未然に防ぐことが出来ると思われる。	アモキシサンカプセル25mg	サワシリン錠250			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
1625	頻尿のため、トビエース処方あり。併用薬はネキシウム、ワントラム100、エディロール0.75、エックスフォージ、テルネルリン、ルネスタ、ノルバスク2.5mg、アマージ錠2.5mg。次回来局の際、トビエースのことを確認したら、認識がなく、アマージと剤型が似ているため混同しているように、薬剤師が感じた。あらかじめ、処方医に、そのことを伝え、ベシケアへの変更を提案していた。次回受診の際、やはり、認識が甘いため、ベシケアに変更となった。	アマージとトビエース、外観が似ているため、高齢の患者に間違えが発生する可能性あり。吸湿性あるため、一包装も向かない	外観の似ている薬剤の場合、一包装不可の場合、薬剤変更も提案する。	トビエース錠4mg	ベシケア錠5mg	患者への説明が不十分であった(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
1626	新規でアルタットカプセル75mgの処方があった患者より、胃症状で症状変化なく、処方医からはむくみの薬が出ると説明を受けていたことを確認した。疑義照会にて、利尿剤のアルダクトンA錠50mg 1錠/1×夕食後へ処方変更になった。	薬品名が類似のため、処方医が入力間違えをしたと考えられる。	類似薬品名のリストを作成し、局員内で共有する。また必要であれば処方医へフィードバックする。	アルタットカプセル75mg	アルダクトンA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
1627	処方箋で一般名セフカペンピボキシル細粒10%300mg(成分量として)の処方があった。患者様の体重を確認したところ18kgだった。用量が多かったため医師に電話で確認したところ、一般名セフジニル細粒10%300mgの間違いであった。事前確認ができたため患者様への間違った医薬品の交付はなし。	名前が似ていた単純なミス	記載の名前についてしっかり最後まで確認する	フロモックス小児用細粒100mg	セフジニル細粒小児用10%「サワイ」	確認を怠った	知識が不足していた	コンピュータシステム 医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1628	同じ日に大学病院の整形外科と循環器内科に患者さんが通院されていた。整形外科よりファモチジンOD錠20mgが処方。循環器内科よりネキシウムカプセルが処方されていた。類似のお薬につき両処方医に問い合わせたところ、ファモチジンOD錠20mgを削除し、ネキシウムカプセルのみで調剤してほしいと変更になりました。	患者さんに聞き取りの元、処方医から胃薬について2剤飲むようにとは特に言われてはいないと確認し、疑義に至りました。お薬手帳など確認して重複 同薬効の薬がないか2名の薬剤師で確認。		ファモチジンOD錠20mg「トーフ」		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
1629	ベタニス錠50mgが分3 毎食後 3錠14日分 で処方されていたが、ベタニス錠50mgは1日1回投与のため医師に確認したところ、ベタヒステンメシル酸塩錠6mg「JD」の間違いであることが分かった。処方が変更となり、ベタヒステンメシル酸塩錠6mgを調剤してお渡しした。	先頭の2文字が同じなため、処方入力時にミスが発生したと思われる。	名称が似ているものを把握し、用法・用量などの違い、患者様との話の食い違いなどで疑義が生じた場合、必ず医師に確認するように徹底すること。	ベタニス錠50mg	ベタヒステンメシル酸塩錠6mg「JD」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム医薬品	仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1630	同一処方にてムコダイン500mg×2T 分3 6日分と ムコダイン500mg×2T 分2 5日分があり。念のため疑似→再処方6日は500mg×3T 毎食後で服用してほしく、残りの5日は500mg×2T朝夕食後で服用でいて欲しかったとのこと。処方せんの記載間違えが発覚		処方せんに服用日の記載があると助かる	ムコダイン錠500mg			勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる身体的条件下にあった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1631	ブラザキサカプセル(75)1カプセル朝食後7日分処方。該当患者は今回初めての服用。鑑査にてブラザキサカプセルの用量が少ない為、処方医師に疑義照会。ブラビックス(75)1錠朝食後7日分に変更になる。	初めの2文字と規格が同じため、似た名前で間違えたと思われる。	医薬品を検索する際に頭の2文字「ブラ」で検索されたと思われる。検索するときは、名称の類似薬を間違えないように3文字以上で検索するとよいと思われる。	ブラザキサカプセル75mg	ブラビックス錠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
1632	患者の前回の処方箋での調剤時、薬剤師と「次回は一般名塩酸リルマザホンを試してみようかな」という会話があった。(不眠症にて様々な睡眠導入剤を試している患者)。9/25日の来局時に処方箋には「一般名リスベリドン錠2」と記入されていた。当事者の薬剤師が、前回の患者との会話、また薬歴にも同様に記載されていたため、事なきをえた。	今回の事例は、処方箋発行元の、医薬品の一般名が似ていることによるケアレミス(事務員さんの入力ミス)でした。	患者さんとの会話で得た情報も、薬歴に記載しておくことにより、処方箋発行元の単純なミスに気付く事ができます。	リスベリドン錠0.5「MEEK」	塩酸リルマザホン錠2「MEEK」		知識が不足していた	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
1633	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒の処方を受付。患者より足がつかると聞かされた。当帰芍薬散に筋肉のけいれんの適応はないため、疑義照会を行った。疑義照会の結果、ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒へ変更となった。	処方オーダーリング時に、類似名の薬品名を選択してしまったと思われる。	処方せん記載の医薬品の適応症と患者の主訴の妥当性を必ず行うことを徹底する。	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		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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1634	今回新しくネオールカプセルが処方されたが、患者に確認したところ該当するような疾患がなくかつ血糖値が高かったため、入力間違いではないかと判断し、処方元に疑義照会を行いました。その結果、単純な入力ミスであることがわかり、ネシーナ錠に変更になりました。	処方元の処方内容入力時に名前が類似していることが原因で起きた入力間違いによる。	処方元で入力を間違いが起きている場合もあることを念頭において、患者の疾患とあきらかに異なる薬品が処方されていた場合は確認を徹底することが必要です。	ネオール錠25mgカプセル	ネシーナ錠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
1635	定期的にタブロス点眼液が処方されていた患者にタブコム点眼液が新規処方された。患者に確認したところ医師からも眼圧は特に変わりなく、薬剤が変更になることは聞いていないとの訴えがあった。処方元に疑義照会したところ事務員の入力ミスであることがわかり、タブロス点眼液に処方変更となった。	名称類似品の影響	名称類似品があることの周知	タブコム配合点眼液	タブロス点眼液0.0015%	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
1636	当薬局に初めて来局し患者情報の過去履歴が無い新規患者様の処方箋内容が、テネリア錠1日3回毎食後1回1錠の処方、また、初回患者聞き取りに時に持病に糖尿病は無しと情報を得た為、用法容量も含めた適応症の薬剤間違えの可能性があると判断し、処方発行元の医療機関に疑義照会した。結果医療機関発行元の処方箋発行時の薬剤選択ミス入力と判明し、テルネリン錠の処方訂正変更指示を得て、テルネリン錠で調剤を行い投薬指導した。	テネリア錠とテルネリン錠の似た商品名による薬品名入力選択ミス。	処方箋記載薬及び当薬局在庫薬品のなかで似ている商品名薬剤をリストアップし、適応症、用法容量も含め注意喚起をしておく。	テネリア錠20mg	テルネリン錠1mg				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
1637	近隣の内科から下痢の患者さんへツムラ半夏厚朴湯 5g 2×朝夕食間、ジオフェルミン錠剤 3錠 3×毎食後、アズレン・グルタミン配合細粒 1.5g 3×毎食後の処方がでた。患者は下痢のみを訴えられており、特にのどの違和感や言われていないのでツムラ半夏厚朴湯の処方意図が不明であった。患者さんが下痢のみを訴えられていること、近隣の内科では下痢時にツムラ半夏瀉心湯を使用する傾向があること、ツムラ半夏厚朴湯とツムラ半夏瀉心湯は名称類似であることからツムラ半夏瀉心湯の間違いではないのかと問い合わせしたところその通りツムラ半夏瀉心湯の間違いだった。	患者が来局された時間帯は他の患者さんと混雑し、忙しい時間帯であったため、処方入力時にミスがおきたのではないかとと思われる。	今回は、近隣の内科の処方の特徴がわかっていることと患者さんへの症状の情報聴取を怠らなかつたので防げた事例である。もちろん、処方入力時の確認はしてもらう必要があるが、おこりうるミスではあるので最後の岩の薬局が忙しい時間帯でも通常の業務を怠らないことが重要である。	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)				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
1638	セバゾン服用していたが、眠れないので他の医院でベルソムラ、ロゼレム服用中夜遅く服用したら、ふらつきが多く出たそうです。Dr確認して削除	似たような成分で薬が残ってふらつきが起きてしまった。	似たような成分が重なるものは注意を払って疑義照会するようにする。	セバゾン		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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1639	一般名:クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%を顔に塗布指示の処方箋を受け付けた。小児の顔にストロンゲストのステロイド剤を塗布する例がなく、一般名:クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%の間違いの可能性があったため疑義照会した。	一般名処方になって間もない頃であり、院内での確認不足による処方ミスが目立っていた。頭5文字が同じである薬剤であるが強さは全く異なるため、薬局でも注意が必要だと話していたところに同処方 came。混雑している医院であり、さらに一般名処方になったことで入力するスタッフによる処方ミスが多く見られた時期だった。薬局側は似た名前の薬剤が存在していることを念頭におき、注意深く調剤・投薬していかなければいけないと改めて思わされた事例だった。	処方箋上では不備があったり、間違っているわけではないため、薬剤と使用箇所が妥当かどうかを判断しなければいけない。処方鑑査・調剤鑑査に加え、その妥当さをしっかりと鑑査していく必要があると考える。	デルモベート軟膏0.05%	キンダベート軟膏0.05%	記録などに不備があった	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
1640	皮膚科からの処方せんで「エビナスチン錠20mg1錠(分1)5日分」の処方あり。お薬手帳で、前日に耳鼻科受診し「ベボタスタチン錠10mg2錠(分2)7日分」が処方されていることを確認。効果の類似する薬が重複することを皮膚科処方医に連絡。「エビナスチン錠20mg1錠(分1)5日分」の処方は削除となった。	抗アレルギー薬の重複による副作用発現を回避できた。	お薬手帳を、薬局に来局した時だけでなく受診時にも医院に持参し提示するよう勧める。	【般】エビナスチン錠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
1641	ファミル錠250とゲンタシン軟膏10g(臀部)が処方されていた。過去薬歴を確認、臀部膿皮症で受診歴があり、患者に今回の症状を確認して前回と同じ症状と確認した、合わせて医師にヘルペスと聞いているが確認した所、聞いていないことが判明。疑義紹介を行い、投薬間違いが判明。ファミル錠200に変更になる。	ファミル錠250とファミロム錠200は、薬品名が似ていると考えられる	似ている薬品名が処方された時は、特に患者から聞き取りなどをし、監査をする必要がある	ファミル錠250mg	ファミロム錠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
1642	トミロンの在庫があるか病院から確認されたので、在庫は無く、類似する薬であるセフゾン、フロモックスを案内した。患者さんに投薬する際に、副作用情報からクラリス、ルリッド、パゼトシンで湿疹という情報を得た。トミロンは婦人科で服用したけど大丈夫だったとのこと。その薬は覚えておくように言われていたそうです。副作用を経験され、ペニシリン系でも薬疹があるようなので、過去に大丈夫であったトミロンに処方変更してもらうよう疑義照会した。	医師からの要望と患者さんの訴えとは異なっていたので、投薬の際に患者さんから聞き取りが出来て良かったと感じました。お薬手帳を活用するよう促しました。	お薬手帳の更なる普及、持参の徹底を案内する。お薬手帳の患者情報を毎回手帳が変わるたびに書き換えなくて済むように、患者情報を記入するカードを渡しました。そのカードを入れたままにできる手帳カバーも一緒にお渡ししました。	フロモックス錠100mg	トミロン錠100	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
1643	スピオルトレスピマット60吸入がフルティフォーム125エアゾール120吸入と同時に処方されていた。長時間作用型β刺激剤が重複するため処方医に疑義紹介したところスピリーバ2.5μgレスピマット60吸入に変更になった。	医師が類似する医薬品名だったため混同していた。	配合薬に関しては重複する成分が無いか確認する。	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1644	アスピリン錠10、一般名カルボシチン錠250mg、カロナール錠300、一般名モンテルカスト口腔内崩壊錠10mgの処方。患者年齢は9歳であり、モンテルカストは過量(6歳以上の小児にはチュアブル錠5mg、当処方箋記載のものは成人量)であると思われるので医療機関に問い合わせた。一般名モンテルカスト口腔内崩壊錠10mg1錠分1就寝前→一般名モンテルカストチュアブル錠5mg1錠分1就寝前に変更となった。	他のものが錠剤であり、チュアブル錠と口腔内崩壊錠も似ている為の間違いと推測される。	引き続き処方鑑査を行い、過量時は疑義照会を行う。	シングレアOD錠10mg	シングレアチュアブル錠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
1645	エビリファイ服用中の患者にレキサルトが追加処方されました。類似薬の為、疑義照会をしたところ重複投与で処方削除となった。	類似薬に関する認識が甘い為このような結果になったのだと推測されます。本薬局では、類似薬の違いをすぐ認識できるように、まとめて整理しています。		エビリファイ錠3mg					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
1646	ムコダインシロップが2歳の子に処方されていたが、体重から考えて用量が少ないため疑義照会。間違えてムソルバンの用量で計算していたことがわかり、用量変更となった	ムソルバンとムコダインが似ているため処方選択時にミスをしたと思われる	一般名で処方するなど頭文字が異なるようにして注意喚起を行う。薬局側は用量換算がすぐできるような表を作成し、体重換算を間違えないようにする。	ムコダインシロップ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
1647	タケキャブを服用中に、ほかの医院からファモチジンODが処方された。疑義紹介をしたところ重複投与となるため、処方は削除となった。	類似薬に関する認識が甘いためこのような結果になったのだと思われる。本薬局では、類似薬の違いをすぐ認識できるように、まとめて整理しています。		ファモチジンOD錠20mg「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
1648	小児に対してコデイン類の処方制限の情報があるため問い合わせしたところ、別の薬剤に変更になった。	2018年度末までの経過措置中で禁薬ではないため処方してしまったと考えられる。	薬局内で情報共有しておき、似た事例でも、発見して疑義紹介できる体制にしておく。	フスコデ配合錠	フスタゾール糖衣錠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
1649	患者はオメプラールを処方してもらったつもりだったが、記載されていたのがオルメテックであった。疑義紹介したら、記載ミスであった。	新患でオメプラール、オルメテック似ている名称で、規格が同じだったためだと考えられる。	受付時に患者への症状の聞き取りをきちんとする。	オルメテックOD錠20mg	オメプラール錠20	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
1650	デベルザ錠20mg初処方。監査時、薬歴より定期で去痰薬、降圧薬、脂質異常症薬、抗リウマチ薬を服用されている患者様にデベルザが新規で処方されていた。患者様に確認したところ、鼻水が止まらないという話しはしたが、血糖値が高いなどの話しは医師からされていないとのことで病院に確認したところデベルザ錠20mgとデザレックス錠5mgの入カミスと判明。デベルザ錠20mgからデザレックス錠5mgに処方訂正。	デベルザ錠20mgとデザレックス錠5mgの名称が似ているため入力ミスが起こったと思われる。		デベルザ錠20mg	デザレックス錠5mg		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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1651	整形外科でぜんそくに効能効果のある麻杏甘石湯が処方があった。関節痛などに効能効果のある麻杏甘湯の誤りではないかと判断し、疑義照会にて麻杏甘湯に変更となる。	処方せんの見間違い：名前が似ているので誤って処方されたのかと思われる。	効能効果を確認して整形外科でできるのを知っていたので防ぐことができた。	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）	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
1652	当薬局を初めて利用する患者の家族が来局。骨折し病院に1ヶ月入院し、2ヶ月リハビリをしていたため、3ヶ月ぶりに受診したとの事。処方内容は、一般名クエチアピン25mg 2錠分1朝食後であった。お薬手帳を持参されていたため確認したところ、クエチアピンの服用履歴はなく、代わりにクロビドグレル25mg 2錠分1朝食後を服用していた。薬の変更について医師から聞いているか確認したところ、リハビリを行っていた病院と同じ薬を継続するとの説明を受けていた。処方内容と患者の話が矛盾しているため、疑義照会をした。一般名クエチアピン25mgから一般名クロビドグレル25mg 2錠分1朝食後となった。	一般名が類似していたため、勘違いしてしまったようです。	お薬手帳や患者からの話から情報を収集し、処方内容に間違いがないか確認できるようにする。	クエチアピン錠25mg「明治」	クロビドグレル錠25mg「サワイ」		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
1653	病院より一般名ランソプラゾール口腔内崩壊錠15mgが処方、当薬局の併用薬情報とお薬手帳を確認したところ他の病院より類似成分のプロトンポンプ阻害薬、ネキシウム20mgを服用中であったため疑義紹介により該当薬品削除。	○単純なミス		ランソプラゾールOD錠15mg「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
1654	10月31日の処方はカナグル錠1錠、一般名ロスバスタチン錠(5)1錠 分1朝食後であった。11月7日に受診しさらに血糖値を下げるためジャディアンス10mgが追加となっていた。カナグルとジャディアンスが同じSGLT2阻害薬のため疑義照会したところジャディアンスではなくジャヌビア50mgとの回答であった。	ジャディアンスとジャヌビア名前が似ており両方とも糖尿病薬のためドクターが記載を間違えてしまったようでした。	薬剤師は常に作用機序等しっかりと頭に入れて処方の内容に問題点がないか把握することが大切。	ジャディアンス錠10mg	ジャヌビア錠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
1655	患者は以前からメトグルコ錠を服用していた。投薬時に患者から、血糖の数値が良くなったためメトグルコ錠から別の薬に変更になるという話をされたものの、テルネリン錠とフェブリク錠の処方のみであったため、テルネリン錠がテネリア錠の間違いでないかと病院に疑義照会したところ、テルネリン錠は記載ミスであり、テネリア錠へ変更となった。	病院の入カミスかと思われる。名前が似ているため、気付くことができなかった様子。	投薬時に、患者からきちんと聞き取りをして、処方内容と患者の症状が合っていることを確認する。	テルネリン錠1mg	テネリア錠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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1656	当薬局を初めて利用する患者が来局した。検診結果でコレステロール値が高いため薬を処方するので服用する様にとの話がされたが、効能効果の異なる薬が処方されており疑義照会を行ったところ別の薬に処方を変更された。	処方の際に頭文字の似通った薬を選択された模様（メバロチンに対してメチコバイドを処方）	引き続き処方せん以外の情報を収集することにより、処方内容に間違いがないかどうか確認していく。	メチコバイド錠500μg	メバロチン錠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
1657	血圧が高く、一般名処方でスピロノラク톤錠25mgが追加処方となったが、セララ錠25mgを服用しており、調剤5日目にセララ錠とスピロラク톤錠は併用禁忌であったことに気づき、医師に問い合わせをし、処方削除となりました。	うすすらセララ錠とアルダクトン錠の効能・効果が似ていると記憶しており、調剤当日に併用について添付文書を再確認しなかったのが原因。薬歴を見直して再度確認したのが早期発見につながった。	新規に追加された医薬品について、併用の可否をきちんと確認すること。	アルダクトンA錠25mg		確認を怠った	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
1658	いつも当薬局を利用されている患者で、以前からラベプラゾールNa錠10mgが1錠 分1夕食後で処方されているところ、今回追加でファモチジンD錠20mgが2錠 分2朝・夕食後で処方されており、薬効が重複する為、疑義紹介をした。結果、ファモチジンD錠20mgが処方削除になった。	いつもの処方をそのままに胃薬を追加した為に、重複したと思われる。	追加で処方された薬物がある場合は特に、処方の各薬物について薬学的観点から薬効が重複していないか、似通った薬効の薬物が重複することにより健康被害が起きる可能性が無いかに注意を払う。	ファモチジンD錠20mg「サワイ」			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
1659	「ムコダインDS50% 9mg、ムコソルバンDS1.5% 300mg」と記載ある処方あり。患児の体重は10kgであり、用量が逆だと判断し、疑義照会。「ムコダインDS50% 300mg、ムコソルバンDS1.5% 9mg」へ処方は変更。	・ムコダイン、ムコソルバンと名称が類似していたこと。・よくある処方なので流れ作業で入力を行った。以上2点が原因として考えられる。○単純なミス	医薬品名、用法用量の確認の徹底。	ムコダインDS50% 小児用ムコソルバンDS1.5%		確認を怠った判断を誤った	知識が不足していた技術・手技が未熟だった	コンピュータシステム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1660	当初テルネリン1mgで処方が出ていたが、当薬局でフルボキサミン50mgを服用していたので、併用禁忌だということに気づき、疑義照会を行い似た作用があるミオナール50mgに変更となった	DRが併用薬でフルボキサミン50mgを使用しているのを知らなかったため		テルネリン錠1mg	ミオナール錠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
1661	乳児へ授乳を行っている患者に対して、麻薬性鎮咳成分（ジヒドロコデインリン酸塩）を含有するフスコデ配合錠が処方されていた。ジヒドロコデインリン酸塩の類似化合物（コデイン）で、母乳への移行により、乳児でモルヒネ中毒が生じたとの報告があるため、服薬中は授乳を避けさせることと添付文書にも明記されている。しかしながら、患者は授乳の継続を希望していたため、非麻薬性鎮咳薬（デキストロメトルファン臭化水素酸塩水和物）への変更を医師へ提案し、変更となった。	処方医の失念、または患者から医師への伝え忘れにより患者が授乳中であることを医師が把握していなかった可能性がある。	患者が女性の場合は妊娠・授乳の有無を必ず確認し、患者情報に記載する。できれば、授乳婦には生後何ヶ月の児へ授乳を行っているかも併せて確認し薬歴や頭書きに記載する。	フスコデ配合錠	デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠15mg「NP」	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1662	カロナール錠500mg2錠分2で処方、調剤し服薬指導時に、薬の形が違うと申し出あり。入院していた関係で今回は別医院での継続処方を希望したよう。処方医に疑義紹介し、200mg錠6錠分3に処方変更を確認した。	カロナールの1日量のみで計算し、近似値で処方を行ったようだ。	服薬指導時にしっかりと処方薬を患者に目視してもらい確認、処方意図や背景などを聞き取りする	カロナール錠500			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
1663	内科より既に前立腺肥大治療薬タムロシン錠を処方されている患者に対して同医療機関(泌尿器科)より類似薬であるユリーフ錠が処方された。当薬局では(内科)処方調剤し処方内容を把握していたため、重複処方に関して疑義照会を実施した。その結果(泌尿器科)よりユリーフ錠は処方中止となり、経過を観察することとなった。	・医療機関内において他科での処方薬がチェックされていなかった。	・併用薬の重複確認の徹底。特に(内科)などから泌尿器用薬など専門外の医薬品が処方されている場合もあるため見逃しのないよう薬局内で注意喚起を行った。・患者に対してはお薬手帳の携帯/提示の重要性を説明する。	ユリーフ錠4mg		連携ができていなかった		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
1664	ノボラピッド30ミックスフレックスペンの処方指示お薬手帳で確認すると、前回は他院でノボリン30Rフレックスペンが継続処方されていたことを確認患者より、今回転院して前回と同じ薬をお願いしたことを確認処方箋入力の場合、候補の薬剤から誤って選択したとのこと	医師の手書きカルテから、事務の処方入力の場面で医薬品入力を類似名称のものと誤った単純ミスがあり、新規で処方させる薬が多数あったため、心理的焦りがあったものと思われる	二重チェックなど、基本手順の徹底	ノボラピッド30ミックス注フレックスペン	ノボリン30R注フレックスペン	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1665	15歳男性 ドンペリドン錠10mg「サワイ」 毎食後 5日分の処方あり。ドンペリドン錠は食後服用だと医師の意図する薬効が十分に得られない可能性がある。疑義照会により、毎食前 5日分に処方変更あり。後日、悪心の経過は良好であると患者様より伺った。	以前別患者様で類似処方を応需した際は食前服用だったので、院内でのヒューマンエラーがあったと思われる。時間帯が夕方であり院内が込み合っていたことが原因であると推測している。	食前用法の医薬品にチップや首かけ等をつけることで、見落としを防止する。	ドンペリドン錠10mg「サワイ」		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
1666	ノバミン錠5mg1回1錠1日3回毎食後14日分の処方に対し、患者本人は咳止めを処方されると処方医より聞いていた。ノバミン錠5mgには咳止め目的と類推される保険適応が見当たらないため、疑義照会を行った。処方医より、オーダー間違いでメジコン錠15mgに切り替えとなった。	医療機関側の要因ではあるが、文字数や文字の形?成分量に似たような文字があったりなど、処方医の「勘違い」と類推される。ノバミン錠5mgメジコン錠15mg「ノ」と「メ」の形、2文字目に濁点、4文字目「ン」と類似点が見られる。	新規薬剤についてはしっかりと処方意図を患者に確認することが必要と思われる。	ノバミン錠5mg	メジコン錠15mg		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
1667	緑内障の疾患をもつ患者様にチアソン錠が処方されたため、疑義紹介を行った。類似医薬品は同じく緑内障禁忌で、ロベミン、ポリフルと一緒に処方されていたため、代替薬として整腸剤を提案したら、ミヤBM錠に変更になった。	患者様が医師に緑内障であることを話していなかったため、薬手帳も見せてなかったため、医師が判断できなかった。	患者様自身に、緑内障だと飲めない薬があることを認識し、薬手帳を病院でも見せてもらうよう指導する。	チアソンプセル10mg	ミヤBM錠	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1668	頓服で「しゃっくり時」に対して【般】クロルプロマジン酢酸エステル錠25mg・先発プロスタール錠25mgが処方されたが、適応外処方でも実例がないことをメーカーに確認。そのため、しゃっくりに使われることがある【般】クロルプロマジン塩酸塩錠25mg・先発コントミン糖衣錠25mgではないかと処方医に疑義照会し、処方【般】クロルプロマジン塩酸塩錠25mgに変更された。幸い患者は処方箋を置いて一旦外出したため、確認する時間がじっくりあり、誤った薬を投薬することなく対応できた。	医師が一般名処方の選択の際に、よく似た2剤の選択を誤ったことが原因。名前だけでなく、25mgという規格も合致してしまったために気づけなかった模様。	医療機関によっては、一般名処方の場合、一般名に続けて先発品の名前を併記しているところがある。そのような対応がなされていれば、似通った一般名からの選択ミスを防げられるかと思われる。	プロスタール錠25	コントミン糖衣錠25mg			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
1669	ネクサパール服用中の患者に副作用の下痢と腹痛の症状がでたため、処方追加となった。患者からの聞き取りにより、手の指先の乾燥が急に悪化したとの訴えがあり、ネクサパールの副作用の手足症候群の疑いが強く、処方医に疑義照会を行った結果、保湿剤とステロイド剤の外用薬が追加となった。	副作用に対する聞き取りに不十分な点があったと考えられる。外用薬の追加により、副作用の増悪について未然防止につなげなかった。	薬局では、医師とのやり取りも含めて患者の話しを聞き取り、残薬も考慮した上で、薬の追加の必要性を検討する。	なしなし	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」ステブロン軟膏0.05%	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
1670	クラビット錠250mg2錠分2朝夕食後の処方がでた。クラビット錠の用法の確認と、患者本人はマイクロプラズマと言われたと話したため、疑義照会した。クラリシッド錠2錠分2朝夕食後に変更になった。	薬品名が似ている為、クラビット錠250mgと、クラリシッド錠200mgを選択し間違えたと考えられる	処方薬の用法用量の確認や、患者の話の聞き取りをおこない、処方内容に間違いがないか確認する	クラビット錠250mg	クラリシッド錠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
1671	カフコデN配合錠 9錠 分3 毎食後で処方。用量から推察するに、類似名称のフスコデ配合錠との処方間違いの可能性を考え疑義照会。カフコデN配合錠から、用法用量そのままフスコデ配合錠へ変更となった。	医師による、類似名称医薬品の入力間違い	用法用量をしっかりと確認していれば、医師の処方ミスに気付ける場合もある。今後も用法用量を含めた処方内容チェックを徹底し、患者に健康被害がおこらないよう心掛ける。	カフコデN配合錠	フスコデ配合錠			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
1672	服薬指導の際に患者に症状を確認したところ、肩関節痛にて受診。ツムラ桂枝加芍薬湯が処方されていたが、効能効果は腹部膨満感、腹痛などであり、特にお腹の症状は何もないとのこと。薬品名類似品のツムラ桂枝加朮附湯があり、効能効果が関節痛、神経痛であったため、処方ミスが考えられたため、医師へ疑義照会。疑義照会にて薬品名入力ミスが判明 ツムラ桂枝加芍薬湯→ツムラ桂枝加朮附湯への変更となる		漢方に関しては薬品名類似品が多いため、注意すべき薬品をリストアップしておく。	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒(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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1673	ペニシリン系薬剤に禁忌の患者様にオラベナムが処方されていた。担当保険医に疑義照会を行い、代替薬剤を提案し、メイアクトMS小児用細粒に処方変更された。(セフェム系も細胞壁阻害作用でペニシリン・ペネムと類似の作用であることを説明も、今回はメイアクトで構わないと了承済み)患者様には異常があれば病院または薬局(緊急連絡先)にすぐに連絡するようお伝えし、投薬を終了。後日症状確認し、メイアクト服用後の体調異常はなかった様子。	患者が担当保険医へ禁忌を伝え忘れたのではないかと考えられる。	禁忌、他の病院で処方されている等あれば担当保険医へ必ず相談するよう患者へ伝える。お薬手帳の活用。	ワイドシリン細粒20%	メイアクトMS小児用細粒10%	記録などに不備があった	知識が不足していた	コンピュータシステム	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
1674	「一般名」セフトロキム プロキセチル錠100mg分3毎食後の処方用量オーバーのため処方医に疑義紹介したところ、「一般名」セフトレンピボキシル錠100mg分3毎食後の誤りであったことが発覚した。	医師が一般名で類似名称が多く誤ったものと思われる。	患者の症状と、処方の妥当性を必ず確認する。	パナン錠100mg	セフトレンピボキシル錠100mg「トーフ」	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
1675	顔に使用する軟膏としてデルモベート軟膏が処方されていた。デルモベートは強いステロイドのため通常顔には使用しないため、疑義照会したところデルモゾール軟膏の間違えであった。	処方医が処方箋を発行する際に、似たような名前で誤って選択してしまった。	使用部位からも使用するステロイド剤の確認はできる。	デルモベート軟膏0.05%	デルモゾール軟膏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
1676	病院が変わり、以前の病院と同じお薬を出してもらうように病院同士で取り次ぎがあったようだが、一般名:クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠を三文字入力した為か、クエン酸第一鉄ナトリウム錠50mgにて処方。用量と以前からの服用薬剤からおかしいと判断し疑義照会し変更し。	三文字入力では名前の似た薬効の全く違う薬剤があるので、それに気づくためにもお薬手帳の確認が大事。	薬が変わっていたら、調剤前に患者に確認をとる。過去の薬歴としっかり見比べる。	フェロミア錠50mg	ウラリット配合錠			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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1677	1ヶ月以上に亘って「喉のつかえと かき下異常」を訴えB病院受診 した。胃カメラにて検査したが異常 ないため「柴苓湯エキス顆粒」を処方 して様子みることとなった。しかし、 患者は以前、「柴苓湯エキス顆粒」 で間質性肺炎を発症して入院した経 緯があった。そこでB病院の医師に はこれまでの背景を報告した上で間 質性肺炎の原因生薬(オウゴン、ハ ンゲ)を柴苓湯は含有のため他薬が 望ましいのではと疑似照会した。今 回は中止し、お茶うがい等で様子み るようになり処方中止となった。	A病院にて以前むくみがとれないた め柴苓湯エキス顆粒を服用していた ことがあり(その以前はラシックス、 牛車腎気丸を服用していた)。その 後間質性肺炎を発症し入院となっ た。退院時には当該薬局がかかり つけとのことで病院より詳細な連絡 があった。即ち、入院の原因となっ た間質性肺炎発症の被疑薬として 「柴苓湯」が「オレンシア点滴静注 用」とのことであった。両剤を中止し たところ寛解したため今後それらを 注意薬とするようとの報告があっ た。	漢方薬は副作用も少なく長期の服 用も安全と考えている医療者が存在 している可能性もある。間質性肺炎 の原因生薬としてオウゴン、ハンゲ と知識があったためこまめに組成を 確認し未然に防げた。今後、更に、 漢方薬による各種副作用発現に関 して、症例、原因、対処法などに ついて研修する必要がある。	クラシエ柴苓湯エキス細 粒				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
1678	薬の効果と症状が異なることに気付 いた為疑義照会を行い、類似した名 前の別の薬が処方されていることが 判明し変更となった。	定期薬を多く服用されている病状の 多い患者さんの為新たに症状が出 てきたと考えられたが実際は再発 だった。	処方理由を確認することを怠らず必 ず行う。	本草当帰芍薬散料エキ ス顆粒-M	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
1679	患者さんの病状に対して、処方した かった処方名の書き間違えではな いかと思ひ疑義照会した。	名前が似ているので間違われたと 思う。	薬品名が似ているものがあるので、 再度の確認が必要だったと思う。	ツムラ桂枝加芍薬湯工 キス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝加芍薬大黃湯エキス 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
1680	バスタロンソフト軟膏の処方だった が顔面へも塗布すること。顔面 には尿素軟膏は刺激になるため他 の外用薬への変更を勧めた。結果 ヘパリン類似物質に変更となった。	患者様がドクターに塗布部位の説 明をしていなかったために起きたと 思われる。	薬を渡す際には今回のように詳しく 話を聞く。	バスタロンソフト軟膏2 0%	ヘパリン類似物質油性クリーム 0.3%「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
1681	当該患者に新規でミケラン点眼液 2% 1日1回 両目 1本が処方され ていた。本来ミケラン点眼液は1日2 回使用の為、疑義照会したところミ ケランLA点眼液2% 1日1回 両目 2本に変更になった。	ミケラン点眼とミケランLA点眼の名 称が似ていたことによる処方せんの 記載ミスと考えられる。	ミケラン点眼、ミケランLA点眼の入 力時に用法を確認できるようにす る。	ミケラン点眼液2%	ミケランLA点眼液2%			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
1682	風邪で一般名:レボフロキサシン50 0mg処方あり、併用薬として一般 名:テオフィリン徐放錠U200併用さ れていた。3日後内服された際、足 のすねに痛みを感じ、その後太も も、腕の筋に痛み発生したため来院 された。DRはそのまま経過観察とさ れたが、薬局で相互作用や厚生省 の横紋筋融解症の副作用事例で横 紋筋融解症類似症状だったため、 Drへ報告しただちに削除となった。 数日後患者様が来局され、筋肉の 痛みも前より軽減された様子。	レボフロキサシンとテオフィリンによ る相互作用による副作用の事例と 考えられる	今回の事例は副作用を重篤化する 前に未然に予防できたと考えられる が、このような処方では併用薬が追加 された場合、相互作用による副作用 を未然に防げるように情報の共有化 が必要だと考えられる。	テオフィリン徐放U錠20 0mg「トーフ」レボフロ キサシン錠500mg「サ ワイ」					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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1683	ピタバスタチンCA錠2mg(一般名処方)の処方有り。患者さんの副作用歴にメパロチン錠 リピトール錠で横紋筋痙攣症有りであったので、医師に疑義照会 中止になりました。そのまま調剤していれば、同様の副作用が発現した可能性が強く、副作用を未然に防ぐことができたとします。	患者さんの副作用歴の収集と該当医薬品(類似医薬品)のチェックをしっかりと行う必要があると思います。		リパロ錠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
1684	胃薬が欲しくてガスロンが処方されるはずが、病院の処方せん作成ミスでガスコンが処方された。疑義紹介により処方変更。	投薬時の患者の症状の訴えと違っていた為、処方間違いであることが分かった。	似た名前の薬はいくつかあるので、推察力も必要。	ガスコン錠40mg	ガスロンN・OD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
1685	頸椎ヘルニアの痛みどめを出すDr.に言われたとの事だが、症状に合わない薬が出ていたので疑義照会した。結果、薬が変更になった。	類似医薬品名による病院側の入力ミス。	今後も引き続き患者の症状をよく聴き取り、処方監査する。	トラネキサム酸錠250mg「YD」	トラムセット配合錠	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
1686	お薬手帳にはテグレトール錠が他病院より処方の記載があるが 飲むとしんどくふらふらすると自己判断で服用中止していた。ガバベン錠(多剤併用薬)の処方が出るが 併用薬なく単独処方の為、医師に確認後変更へ	お薬手帳をうのみにするのではなく、問題なく服用できているかの確認も必要	お薬手帳の確認、他薬局でもらっている お薬の服用状況の確認を必ずすること。	ガバベン錠200mg	リリカカプセル75mg				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
1687	大黃甘草湯が処方となっていたため、便通について患者様に聞き取りを行うと、便秘症状はなく、むしろ軟便気味であるとの返答。さらに聞き取りを行うと、診察時に医師に夜に足のつりが現れることがあると伝え、医師からそういった時に服用する漢方を処方しておきますと言われたとのことであった。このことから、芍薬甘草湯を処方したかったのではないかと考え、医師に疑義照会すると、大黃甘草湯から芍薬甘草湯へ変更となった	どちらもよく処方される薬剤で名称も似ているため、医師がオーダーリング入力時に間違えて入力してしまった可能性があったと考えられる。	投薬時に患者様の体調や診察時の会話などの聞き取りをしっかりと行うこと。特に新規の薬剤の処方や規格・用法が変更になったとき、慎重に聞き取りを行い、症状と処方薬が一致しているか確認することを徹底する。	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)				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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1688	同病院複数科受診患者が、泌尿器科ではナフトピジル、神経内科ではタムスロシンを処方されていた。2年前より同じ疑義を6回程度行っている。(ヒヤリハット報告は今回が初めて。)ただ、神経内科での薬剤の調整のために、入院を数年に一度行うことがあり、単科処方での薬剤管理になっていた様子。(退院時の薬剤が他科分も変更なく2年間出ている)同効果、類似成分の薬剤であること、ならびに、血圧低下の副作用の発現を疑い、疑義照会を毎回行っている。当初は神経内科に行い変更指示あるも、次回処方では当該処方薬の削除はならず。別疑義では、泌尿器科へ紹介を行い、神経内科での薬剤を医師同士話あってもらい、削除してもらっても、次回処方でも当該薬剤の削除ならず。途中、神経内科への疑義にて変更してもらっているが、削除にならず。今回、偶然神経内科、泌尿器が7日間隔で受診となっていたので、当該2科の処方箋を疑義対象とした。	神経内科医師、ならびに病院のシステムの問題と思われる。(疑義後にカルテへの反映が果たしてされているか疑問)患者本人も疾患が要因の記憶障害、認知ならびに性格からくと思われるこだわりがあり、医師側もどの訴えへの対応が必要か混乱した可能性が十分考えられる。	ひたすら、疑義照会を続ける。	ナフトピジル錠50mg 「KN」タムスロシン塩酸塩OD錠0.2mg「日新」			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
1689	混合不可の薬剤が混合指示で処方されていた。	皮膚科の処方の為信用してしまった	軟膏・クリーム配合変化ハンドブックを1薬局につき1冊おき混合の可否を調べる	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」デルモゾール軟膏0.12%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」サレックス軟膏0.05%		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
1690	尿酸合成抑制剤が、「フェブリク」と「ザイロリック」2種類投与されていた。医師の「ザイロリック」の消し忘れのようです。薬剤師が疑似紹介をして「ザイロリック」が削除となった。医師の単純ミスである。	ザイロリックで尿酸コントロールをしていたが、コントロールがうまくいかず、「フェブリク」へ変更しようとして、うっかり「ザイロリック」を消し忘れた。	医師の処方せんを鵜呑みにせず、確認し投薬する必要がある。	ザイロリック錠100 フェブリク錠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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1691	処方箋に「一般名」レバミピド錠100mgと「一般名」テブレノンカプセル50mg それぞれ分3毎食後 30日分処方あり。成分名は異なるが薬効が類似するため処方内容について疑義照会。その結果、医師より「一般名」レバミピド錠100mgの処方削除の指示あり。	患者様は胃の調子が悪いことをDrへ訴え、今回「一般名」テブレノンカプセル50mgを処方された。その際、頓服使用しているロキソニン錠60mgの処方も希望され、一緒に併用しているレバミピド錠100mg「EMEC」の処方もご希望された。Drは患者様が希望する薬をそのまま処方箋に追加記載し、薬効類似の処方が重複となってしまった。今回はそのほかの定期薬も処方されて処方箋が2枚となり、確認が漏れてしまったものと考えられる。その処方箋をもって薬局に来局された際、薬歴の併用薬欄とお薬手帳より他院よりロキソニン錠60mgとレバミピド錠100mg「EMEC」が処方されていたこと確認。患者様に薬効重複となる旨を説明し、今回は「一般名」テブレノンカプセル50mgを(分3服用)とロキソニン錠60mg(頓服服用)のみ処方されることとなった。○処方医薬品の多さ	薬歴サマリの併用薬更新を怠らない事、またその確認を徹底する事。	レバミピド錠100mg「EMEC」		確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	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
1692	アスピリンでの湿疹 副作用歴あり当人はロキソニンはいやがり発熱疼痛はカロナールしか服用しないロキソニン→カロナールへ処方変更になった	当薬局でロキソニンは当該患者に初めて調剤副作用歴は初回聞き取りのセフェム系アスピリンでの湿疹のみで確認していた	副作用でたものと薬効類似品の場合以前に服用したことある医薬品が確認	ロキソニン錠60mg	カロナール錠200	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
1693	一般名プロメタジン6.75mg等配合非ピリン系感冒剤が3錠分3で処方されていたが一般名プロメタジン1.35%等配合非ピリン系感冒剤3g分3で調剤。監査で気付き疑義照会にて一般名プロメタジン1.35%等配合非ピリン系感冒剤3g分3に変更になった。	一般名の名前が似ているため処方の少ない一般名プロメタジン6.75mg等配合非ピリン系感冒剤への意識が疎かになってしまった。また一般名プロメタジン6.75mg等配合非ピリン系感冒剤の用量が少ないことも要因としてあげられる。	改善策としては棚への注意喚起、処方箋上の記載単位「錠」、「g」をしっかり確認するよう徹底したい。	ビーエイ配合錠	PL配合顆粒	報告が遅れた(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	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
1694	処方箋上に強力レスタミンコーワコンクワ軟膏とアンテベート軟膏の混合の指示の処方箋がPC入力された処方箋で来局された。以前の薬局の記録を確認するとレスタミンコーワクリームとアンテベート軟膏の混合剤で複数回調剤していた。また、以前の処方箋を確認すると手書きでレスタミンと記載しており、レスタミンコーワクリームで調剤していたため、HPIに問い合わせた所今回のPC入力ミスでレスタミンコーワクリームに変更し調剤した。	普段、手書き処方箋で来る病院がPC入力に切り替わるタイミングで似た処方箋の名前が入力されていることがある。	安易に手書きからPCに変わり見やすくなったと安心せず過去の処方と照らし合わせる事が過誤の防止に繋がる	強力レスタミンコーワコンクワ軟膏	レスタミンコーワクリーム1%	記録などに不備があった	その他	コンピュータシステム医薬品施設・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

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

No.	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			PMDAによる調査結果	
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他		
1695	A病院処方にてテプレノン細粒10%を服用中の患者に、B病院にてレバミピド錠100mgの処方が出された。薬効の類似する薬剤のため疑義照会にてレバミピド錠の処方が削除となった。	各々の病院にて併用薬チェックがなされておらず、薬局でのお薬手帳や薬歴の併用薬チェックでの発覚となった。	複数の病院・薬局にかかる場合は必ずお薬手帳を持参し併用薬チェックするように努める。	ムコスタ錠100mg		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	
1696	もともと大学病院にかかっていた患者が転院されて新規の医院で処方箋が出たが、医師からは薬を変えるが2種類が一緒になった薬だからとの説明があった。処方箋にはスージャズ錠とメトリジン錠の一般名処方。薬歴から今まではスーグラ錠とジャヌビア錠とメグルコ錠がずっと処方されていたことを確認。患者の症状と医師からの説明とが合わずメトリジン錠とメグルコ錠を間違えているのではないかと推察し、疑義照会した。やはりメグルコとメトリジンの入力間違いと返答あり、メグルコ錠に薬剤の変更となった。	クリニックの処方箋入力ミス	先発名入力の場合似た名前からの入力ミスは時々あるので、薬歴と患者からの情報の確認をしっかりと行う。	メトリジン錠2mg	メトグルコ錠500mg			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	
1697	3月に非常勤医師が非採用薬であるヘパリン類似物質クリーム0.3%を処方したが、処方箋出力は前回までのヘパリン類似物質軟膏0.3%であった。4月に常勤医師が前回処方継続のつもりで処方したところ、前回処方箋出力後に非常勤医師指示に従い、ヘパリン類似物質クリーム0.3%に打ち替えた処方箋が出力され、常勤医師はそれを見落とし、発行した。薬局は非採用薬であるヘパリン類似物質クリーム0.3%が持ち込まれる想定がないことから、打ち替わった処方箋を見落とし、以後、12月まで計5回(4月・6月・7月・10月・11月)同様のミスが繰り返されたが、今回、レセコン入力者が間違いに気づき薬剤師に報告、薬剤師から病院と処方医双方に確認得て、4月以降も採用薬での対応で問題ないこととなった。	非採用薬が処方されることがないという思い込みと確認不足(処方せんの見間違い)病院における処方箋発行に至るまでのフローの問題病院の採用薬管理の限界(紙カルテ)	○非採用薬が処方箋に記載されないという思い込みを捨て、品名・規格・剤形の確認を徹底する。○紙カルテに至るまでのフローの問題病院側にフローの徹底をお願いする。	ビ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」	確認を怠った連携ができていなかった		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	
1698	嘔気と眩暈の訴えで来局した。プリモボラン錠5mgが処方されていたが、患者の訴えと処方内容がことなる為、医師に疑義照会した。その結果、プリンペラン錠と間違えて処方したとのことだった。	名称が類似した医薬品で、有名なものでは、エクセラゼ／エクセگرانやテオドール／テグレートールなどがあり、調剤時には注意が必要であるが、医師も処方オーダーをする時に選択ミスをする可能性がある。常にそのことを意識して調剤や投薬を行う必要がある。	特に新規で処方される薬は、患者の訴えを良く聞き、症状と処方内容があっているか確認することが大切である。	プリモボラン錠5mg	プリンペラン錠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

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

No.	事例の内容	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果	
		背景・要因	改善策	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	
1699	フェロベリン配合錠処方あり、投薬時の患者からの聞き取りで、貧血とのことだったので、疑義照会したところフェロミアの処方間違いであった	類似名称の医薬品の選択間違い	類似名称の医薬品の注意喚起	フェロベリン配合錠	フェロミア錠50mg	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
1700	処方箋に手書きでヒルナミン(25)2T1×vdsが新たに追加になっていた。店舗にヒルナミンの在庫はなく、同成分異名称のレボトミン(25)は在庫していたのでDに変更可能か疑義照会し、変更の同意を得た。数分後、調剤中に「ヒルナミンとヒベルナを間違えて書いてしまった。正しくはヒベルナ(25)2T1×vdsです」と電話があった。それを受け、ヒベルナに訂正し患者様に薬を交付した。	似ている名前、同じ規格だったため処方医も処方間違いと考慮される。	今回の事例では、処方元の病院の採用薬はレボトミンだった為、薬局も合わせてヒルナミンではなくレボトミンを在庫していたので発見することができた。今後も病院と連携をとり、採用薬を把握しておくことで処方薬間違いによるミスを防ぐ。	ヒルナミン錠(25mg)	ヒベルナ糖衣錠25mg	確認を怠った 記録などに不備があった			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
1701	前回11/12はアレロック顆粒の処方だったが、今回12/28はアレグラドライシロップ5%に変更となっていた。服薬指導中に薬の変更について患者の母親に聞き取ったところ、変更については医師からは特に説明なく同じ薬のつもりだったとのこと。疑義照会したところアレロック顆粒に変更となった。処方箋作成時の入力間違えだったと思われる。	「アレロック」「アレグラ」と名称類似かつ同効薬での処方ミス。	処方変更時は変更の理由を確認し、医師から患者へ説明がない場合は疑義照会して確認する。同効薬でも同様。	アレグラドライシロップ5%	アレロック顆粒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
1702	お薬手帳にて他院よりエフィビーが処方されておりまだ残がある状態にもかかわらず禁忌である ترامセットが整形外科より処方となったお渡し会計後に薬歴記載時に併用禁忌であることを確認し患者から再度薬を受け取り疑義紹介にて ترامセットが中止となりカロナール500mgへと変更になった。	患者が集中した時間帯で併用薬をお薬手帳で確認する作業を丁寧にできておらず見過ごしてしまっていた。	手帳の併用を確認する際に預かった段階での確認と投薬する際の実際の2重チェックにすることで類似事例を起こさないようにしていきたい。また併用禁忌の項目を完璧に把握するように再度勉強し、レセコンでのチェック機能も有効活用する。	ترامセット配合錠	カロナール錠500	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1703	患者を含め家族3名で受診。母の体調が特に悪く、高熱、インフルエンザ。子供は他院にてクラリスの他院似てクラリスのDSを低用量にて低用量にて服用中。今回クラリス小児用が通常用量で出された。先生に手帳は見せたとのことで、今回分を服用するように聞いたか尋ねるが曖昧な返答。今回分に切り替えて服用を一度伝えるが、再度先生に確認。他院のクラリスをそのまま服用。今回処方分削除となる。	家族の体調悪く、早く帰宅したい様子。先生にも手帳は見せたとのことなので、確認済みと判断。単純なミス	複数人確認	クラリス錠50mg小児用		判断を誤った	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
1704	ジヒドロコデインリン酸塩酸が頓服1回2gで処方されており、常用量を超えていたため疑義照会。1回1gの常用量に変更された。	パート医師のため普段使用しているコデインリン酸塩酸と混同された可能性あり。	薬品名が類似しているが常用量がちがう薬は薬局でも混同しないように引き続き確認をしていく。	ジヒドロコデインリン酸塩酸1%「マルイシ」		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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1705	2018.12.12薬局にきた処方箋において、クラシエ防風通聖散エキス錠7.5錠/Dであった。前回処方箋は薬歴より防風通聖散エキス細粒7.5g/Dであり、分量としても少ないため、医師の記載入力ミスと考えられた。薬剤師が疑義照会を行い、クラシエ防風通聖散エキス細粒7.5g/Dであることを確認し、正しい用量で調剤、投薬を行った。処方箋どおりの内容では、医師の意図した十分な薬効を与えられなかったと推測された。	漢方薬の中には同じ薬品名ものがあり、メーカーや分量、細粒と錠の区別などをきちんと確認することが重要であるが、それを怠った考えられる。病院にて処方箋はパソコン入力されているため、コードが似通っていることも問題があるため、ミスが起きやすい事例と考えることができる。	薬局での処方箋確認において、一見内容に変化のない処方であって、細粒や錠の区別をきちんと確認を行い、調剤を行うように再度徹底する。	クラシエ防風通聖散エキス錠	クラシエ防風通聖散剤エキス細粒			コンピュータシステム	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
1706	関節リウマチの患者に、適用の異なるメトトレキサート錠2.5mgが処方されていたため疑義照会。結果、メトトレキサート錠2mg「タナベ」に変更になった。	類似した名称の薬剤を医師が処方入力ミスしたと推測されるため、処方監査が重要である	類似名称の薬剤に一層注意していく	メトトレキサート錠2.5mg	メトトレキサート錠2mg「タナベ」				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
1707	ノイロロピンの処方だが、患者さんはビタミン剤処方と聞いているそうで、もしかしたらノイロピタンの間違えではないかと考え、病院に確認。結果、名称類似による処方ミスと判明。	名称類似のため。	名称を最後まで確認する。	ノイロロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠	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
1708	「一般名」処方箋において、患者は「一般名」処方箋において、患者は咽頭痛・喀痰・咳で受診。当該病院からの小児の風邪処方に胃薬が含まれることはまれであり、疑義照会を行ったところ、事務員のコンピューター入力エラーであった。	当該病院では、医師がカルテに先発薬品の商品名を手書き記入し、事務員がコンピューター入力すると、「一般名」に変換されて処方箋を発行している。先発薬品の名称が類似していることから選択ミスであった。(正)ムコダイン (誤)ムコスタ。○単純なミス○注意力散漫	前方2文字だけでなく、最後まで確認し入力してもらうよう提案した。転職もない時期の事務員だったため、不慣れな部分もあったようだ。その後、医師が印刷後の処方箋の再チェックを念入りにしてくれるようになったため、再発防止になっている。	レバミピド錠100mg「E MEC」	カルボシステイン錠250mg「J G」	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
1709	ティーエスワン服用中の患者。以前から継続中の薬だが、今回より院内から院外処方へ出されることとなった。その際、血液検査の結果白血球減少の副作用が出ていたことから、新たにロイコポリン錠5mgとセファランチン錠1mgが追加された。監査にてロイコポリンの添付文書より、ティーエスワンとの併用療法に関する記載が無く、さらに用量にも疑問を感じたため監査者が処方元に疑義実施。ロイコポリン錠ではなく、ロイコ錠10mgの誤りであることが分かった。	処方元の処方ミス。処方元は電子カルテを採用しており、処方箋も手書きではなく、システムより入力される仕組みである。恐らくロイコポリンとロイコ錠の名称が似ているため、誤って処方を入力し、そのまま院外処方として出したと考えられる。	新規の薬の場合は必ず添付文書を確認する。また、専門医の処方だからと言って鵜呑みにせず、添付文書に記載のない用法用量、適応の場合は必ず処方元に疑義照会する。さらに患者から『白血球減少の副作用で新しい薬を追加する』という言葉を聴取できたのも今回のプレアボイドにつながったため、患者に診察時にどう説明が医師からあったのか聴取することも重要と思われる。	ロイコポリン錠5mg	ロイコ錠10mg			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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1710	ロキソプロフェンナトリウム錠 2錠、アルジオキサ 2錠 朝食後ツムラ炙甘草湯エキス顆粒 5g 朝夕食前整形外科からの処方であり、過去にツムラ芍薬甘草湯の処方歴あり。炙甘草湯の適応症等から判断しても、芍薬甘草湯の誤りではないかと疑義照会。ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒の誤りであったとの回答。	医療機関側の要因	類似名称の薬の場合、処方箋入力時に誤りが起こりうることを再認識し、患者の病歴や併用薬、過去の処方歴、その薬の適応症から総合的に判断して、疑義があれば積極的に疑義照会することが大切である。	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)		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
1711	クラロイシン処方のところ、エリスロシンが処方された	処方薬品の名前が似てたため。		エリスロシン錠200mg	クラロイシン錠200	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
1712	新規でツムラ大黃甘草湯が処方となったが、聞き取りより症状が便秘ではなく夜間の足の痙攣であることを確認。甘草が入る薬品として芍薬甘草湯が本意ではないかと思い疑義照会をした。その結果ツムラ芍薬甘草湯へ訂正となった。	治療目的と漢方薬の薬効、類似薬品名について把握しておく。泌尿器科からの処方であり、医師としては甘草を含む漢方として大黃甘草湯が浮かんだのかもしれない。		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)		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
1713	トラムセット配合錠が初めて処方された患者様で副作用防止にこのことで併用された薬が吐気止めと聞いていた。一般名メブプロロールが処方されていたが、そのような効能が期待されず、似た名前でもクロプラミドの間違いではと予想し、問い合わせしたところ変更となった。	両薬剤ともメブプロロール、メクロプラミドと初めの文字が似ているところに間違いを引き起こした原因があると思われる。	処方オーダーリングシステムが普及している中、商品名・一般名で初めの3文字が似ている名前もあり処方される際にもし間違いがあったとしても、薬局内で患者様との投薬での話、インタビューで予測できるものもあると思われるのでしっかりと病院の先生・看護師からどういう説明を受けてきたかなどを薬局でも問診する。	メブプロロール酒石酸塩錠20mg「トーフ」	メクロプラミド錠5mg「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
1714	臨時でカゼ薬の処方があり、本人によると咳の症状があるのに、咳の薬は出ておらず、カロナール(300)が6T3×毎食後 7日分の処方とカロナール(300) 1T発熱時 10回分とカロナールの処方が内服と頓服で2回あった。処方元の医師は咳の症状にはよくカフコデN配合錠を処方することがあったので、疑義照会して確認したところ、カフコデN配合錠の処方の間違いだったとのこと。カロナールが処方されたままでは咳の症状には効果がなく、医師の意図した薬効は得られなかったと考えられる。	カフコデとカロナールと似ているため、パソコンで処方入力の際に間違ってしまったのではないかと考えられる。	処方せん発行時の確認を強化していただくと共に、薬局側としても処方せん上や患者インタビューにて疑問に思った点は疑義照会するよう努める。	カロナール錠300	カフコデN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

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

No.	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			PMDAによる調査結果	
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他		
1715	内科よりバイアスピリンが処方されていたためランソプラゾールOD錠15mgが併用して処方されていた。その後、胃にポリリーブができ、他院消化器科より胃のポリリーブ切除後ネキシウム20mgが処方されていたことがお薬手帳の提示と家族からの聞き取りにより確認できた。内科の医師へは他院消化器科の薬のことは話していなかったようで、内科の医師は情報を知らずにランソプラゾールの処方を継続していた。	内科の医師が他院でもらっている薬の情報を知らなかった。患者も内科の医師に他院の薬の情報を知らせていなかった。	他院へ通院している場合はお薬手帳の提示等により医師に他院の処方内容を伝えるべきであり、医師も他院への通院がないかどうか確認し、通院がある場合は薬の情報を得るようにしたほうがよい。薬局では、引き続き、お薬手帳や患者への聞き取りなど、処方箋以外の情報を収集することにより、類似薬の併用がないかどうか確認していく。また、お薬手帳を持っていない患者へはお薬手帳の有用性を説明し、活用してもらう。	ランソプラゾールOD錠15mg「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
1716	ヘパリン外用剤で湿疹の副作用歴がある患者にヘパリン類似物質油性クリーム0.3%の処方があったため疑義照会した。疑義照会后プロベトに変更になった。	診察時、患者が医師に副作用歴を伝えていなかった。	ヘパリン外用剤は皮膚科でよく使われる薬であり、診察時必ず医師に伝えるように指導した。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	プロベト			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	
1717	ヒルドイドソフト軟膏が処方されていたが、同一処方箋内に(般)ヘパリン類似物質軟膏がヒルドイドソフト軟膏と違う用法で記載されていた。用法は違うが薬名表記が違うため、疑義照会を行ったところ(般)ヘパリン類似物質外用スプレーに変更となった。	医師が類似する剤形が複数あり、入力を間違ってしまった。	疑わしい点をはっきりさせてから調剤を行う、また事例を共有し剤形が複数あること、患者様に確認していくことを徹底した。	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「PP」	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	
1718	今までニューロタンを服用していた患者に、さらにオルメテックが追加処方されていた為、ARB重複について病院に確認。ニューロタンからオルメテックに変更だったようで、ニューロタン削除となった。作用重複による低血圧などの健康被害を未然に防いだ。	○単純なミス	薬効類似の医薬品に十分注意すること。繁忙時でもミスのないように落ち着いて作業すること。	ニューロタン錠25mg		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	
1719	調剤鑑査時に通常、分2で服用するプラナルカストが分1で処方されていることを確認。同じ抗ロイコトリエン薬で分1で服用するモンテルカストとの用法混同による誤処方の可能性を考え、処方医に疑義照会。その結果、【モンテルカスト錠10mg 分1寝る前服用】に処方変更となった。	モンテルカストとプラナルカストはどちらも抗ロイコトリエン薬であり、薬品名も似ていることから間違えて処方された可能性がある。	類似薬の用法について引き続き確認を行っていく。	プラナルカスト錠225mg「日医工」	モンテルカスト錠10mg「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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1720	患者の母親が小児科の処方箋をもって来局した。赤みとかゆみの皮膚炎で受診したが、保湿で一般名ヘパリン類似物質油性クリームが処方されており、服薬指導時に母親から一般名ヘパリン類似物質油性クリームでは効かなかった、変更して欲しいとの希望があった。処方医に問い合わせを行ったところ、プロベト50gと一般名アルクロメタゾンプロピオン酸エステル軟膏40gの混合に変更になった。	患者の症状が把握できていなかったため、処方内容どおりに調剤してしまった。	処方箋受付時点で受診目的と症状のため、処方内容を確認してから調剤を行わなければならない。	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	アルメタ軟膏 プロベト		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
1721	通勤時の事故で受傷した患者。疼痛緩和のためにロキソニンテープ100mgが処方されていたが、アレルギー歴を同うとロキソニン錠の内服でかゆみが出るのが分かった。疑義照会したところ、処置時にすでにロキソニンテープを貼ってしまっていた。来局時にはかゆみ等の有害事象は認められていなかった。処方念のためアドフィードへ変更となった。	病院でのアレルギー歴確認不足。患者からの申告がなかった可能性もあり。	患者へのアレルギー歴申告を促す。薬局での事故を防ぐため、初診でのアレルギーの確認や新しく出る薬の類似薬でのアレルギー歴の確認を徹底する。	ロキソニンテープ100mg	アドフィードパップ40mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	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
1722	タケルダ配合錠 1T/眼前 3日分処方されていた。37歳という年齢から抗血小板薬を服用することに疑問を抱き、疑義照会したところ、タケキヤブ10mg 1T/眼前に変更になった。	医薬品の名称が類似しているため、Dr. がタケルダ配合錠を胃薬と勘違いした。	患者の年齢、処方内容をよく精査する	タケルダ配合錠	タケキヤブ錠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
1723	いつもデキサンVGが処方される患者だったがデキサルチン軟膏が処方された。患者は処方変更は聞いていないと言っていた。	デキサンVGとデキサルチン軟膏で名前が似ていて処方医による処方ミスと考えられる。	患者からの聴取を念入りにする。	デキサルチン口腔用軟膏1mg/g	デキサンVG軟膏0.12%	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
1724	ノルスバンテープは、1週間に1枚貼付し続ける必要があるが、医師は、毎日張り替えるよう処方せんの記載していた。疑似紹介にて、1週間に1枚貼付の処方へ変更になった。	医療事務の入力間違えで、ノルスバンテープを毎日張り替えるよう処方されていたようです。医師は、カルテに1週間に1回張り替える指示をしていたようです。	医療事務の入力間違えは、これまで多数の件数ある。医師の意図とは違う処方がだされる場合があるので薬剤師は、その医薬品における知識を深めておく必要がある。	ノルスバンテープ10mg		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
1725	ロコアテープと同時に、ザルトプロフェンが処方になっていた。添付文章では、「本剤投与時は他の全身作用を期待する消炎鎮痛剤との併用は可能な限り避けることとし、やむを得ず併用する場合には、必要最小限の使用にとどめ、患者の状態に十分注意すること。」となっているので、医師に疑似紹介を行った。	ロコアテープとNSAIDsの併用は、鎮痛剤の効果を高め血中濃度が上昇するとされている。副作用発生もみられるので医師に疑似紹介を行った。それによりザルトプロフェンは、処方削除となった。	医師の意図する事がなんであるかを確認する為に、疑似紹介をすることは必要であると考えられる。医師は、「やむを得ず併用する場合には、必要最小限の使用にとどめ、患者の状態に十分注意すること。」でNSAIDsを処方している場合もあり、かつてに判断することはよくないと考えられる。	ロコアテープ ザルトプロフェン錠80mg「サワイ」		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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1726	パリエット(10)記載の処方箋持参。他の医療機関よりタケキャブ処方類似品併用の為、パリエット処方医療機関へ電話にて疑義照会。パリエット削除指示	本人手帳持参しており、医療機関の確認モレの為、薬局だけではなく医療機関側でも手帳の確認、問診の際にも再度確認をすることが大切と思われます。	薬局だけではなく医療機関側でも手帳の確認、問診の際にも再度確認をすることが大切と思われます。	パリエット錠10mg				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
1727	メブチンドライシロップ0.005%の服用により痙攣を起こした経歴あり。以降、主治医は咳症状にアストミン散10%を使用されていたものの、今回メブチンドライシロップ0.005%を処方。疑義照会にてアストミン散10%に処方変更となり、痙攣の再発を回避した。	名前がよく似た三姉妹の一人であり、多忙な医師はメブチンドライシロップ0.005%による副作用歴を失念された可能性あり。	お薬手帳に副作用歴を記載。受診時に医師に提示するよう患者家族に指導を行う。	メブチンドライシロップ0.005%	アストミン散10%	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
1728	蕁麻疹の患者に皮膚科よりザジテンシロップ5ml(分2)朝夕食後7日分が処方された。添付文書の用量より多めだったのと、類似薬にザイザルシロップがあり、用量はザイザルシロップのものと同じだったため疑義照会したところ、薬品名の記入ミスと判明。ザジテンシロップ→ザイザルシロップに処方変更となった。	薬品名が類似しており、同じような効能の薬であることから、記入ミスがおきたと考えられる	取扱が多い薬品については、名称が類似した薬品がある場合は、それを薬局内で周知するようにする。小児の用量についてはきちんと確認し、特に年齢で用量が決まっているものについては、違う場合は必ず疑義照会を行うようにする。	ザジテンシロップ0.02%	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
1729	16歳女性で鼻炎の訴えで受診後ナゾネックス点鼻とザルティア錠5mgが処方されたザルティア錠は前立腺肥大に用いる薬で明らかに不適切と思われ、患者にも確認するが鼻炎のくすりを出しますと言われたとのことで疑義照会した結果、ザイザル5mgの誤りであることが分かった	類似名称による誤処方と思われる	今回は性別や年齢からも明確な間違いと判断できるが、他にも間違いと断定しづらい類似名称もあるので、患者インタビューや疾患に注意して怪しい場合は疑義照会する	ザルティア錠5mg	ザイザル錠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
1730	高血圧の継続処方だったが、前回テルミサルタン40mg1T処方が今回はテルミサルタン40・ヒドロクロロチアジド配合錠に増量されていたが患者説明の際に、血圧は安定しており処方変更の話もきいていないことから疑義照会した結果、テルミサルタン40mgの処方の間違いで変更となった	推測ではあるがカルテシステム入力の際の入カミスと考えられる近年種類の配合剤が多数認可され、処方時にも類似名称に注意しなければ今回のようなエラーは起きやすい	上記の背景をふまえたうえでの注意が必要となる。患者自身が明確に訴えてくれる場合はよいが疑わしい場合は対面での聞き取りで聞き方を変えて工夫するなど慎重に対応したい	テルチア配合錠AP「日医工」	テルミサルタン錠40mg「日医工」	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
1731	かゆみに対してピラノア錠が夕食後に処方されたが同剤は食後服用によって血中濃度が上がる事が想定されており空腹時服用となっているため疑義照会した結果寝る前服用に用法変更となった	類似薬剤が非常に多く、中には養蜂場注意が必要な場合がある	特に新規薬剤については特徴を注意して把握に努める必要有	ピラノア錠20mg		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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1732	病院の処方箋入力時にスピロペント錠10μg4錠分2のところ、スピロラクトン25mg4錠分2で入力され処方された。用法容量に疑問を感じ、疑義照会したところ変更となった。	処方箋の入力の時に、3文字入力などにより類似の医薬品を選択する可能性があるため、医薬品名や規格・用法の確認を怠らないようにする。	医薬品の規格や用法の確認を怠らないのと同時に、患者さまの病状や経過の聞き取りなども丁寧に。	一般名 スピロラクトン	先発 スピロペント	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
1733	定期薬でベルソムラ錠10mgを服用されている患者さんに、同医療機関にて風邪の臨時処方でクラリスロマイシン錠200mg「日医工」が処方された。ベルソムラ錠とクラリスロマイシン錠は併用禁忌であるため疑義照会にて確認。抗生剤の他剤処方を推奨した結果、レボフロキサシン錠250mgに変更となった。	クラリスロマイシンは、数ある抗生剤の中でも併用の制限がかなりかかる薬剤であることは周知の事実である。特に注意を払っているため、今回は疑義照会にて禁忌薬剤との併用を阻止することができた。	特に注意すべき薬剤については、個々人の知識だけでなく職場の全薬剤師の共通の意識として注意喚起すべきである。薬局内での定期的な研修会やカンファレンスなどは重要かつ有用であると考ええる。また、ヒヤリ・ハットや過誤の事例は必ず共有して、類似の事例が起こらないように努めるべきである。	クラリスロマイシン錠200mg「日医工」	レボフロキサシン錠250mg「杏林」		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
1734	処方箋にはケトプロフェンテープ40mgと記載されており、前回は処方されたため処方箋通り調剤したが服薬指導時に患者より前回のテープ使用でかぶれたため医師より今回は違う種類のテープ剤を処方すると説明があったとの事で疑義照会したところロキソプロフェンテープ100mgを処方するつもりだったことが分かった。医院の入力間違いだった。	当該患者は以前より数回ケトプロフェンテープが処方されており、かぶれたのは今回が初めてだった。処方箋受付時に前回問題なかったか確認はしなかったため薬局でも入力間違いに気が付かなかった。	テープ剤は包装形状が似ているため、薬剤が同じ場合でも包装を確認してもらいながら同じお薬であることを説明し、また変更があった場合には患者への聞き取りをしっかりと行い、新たにこちらになった旨を説明すれば入力間違いがあった場合でもお渡しする前に気づくことができると思われる。	ケトプロフェンテープ40mg「パテル」	ロキソニンテープ100mg	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
1735	ロキソプロフェンNa錠2錠、レベルボン錠2錠 1日2回朝夕食後で処方あり。風邪はひいてなく、疼痛があることを患者様から聞き取り。	病院のコンピューターカルテを入力時、名前が似ていたため選び間違えたのではないかと推測される。	薬局での患者様からの十分な聞き取りを今後も行っていく。	レベルボン錠4mg	レバミピド錠100mg「アメル」		技術・手技が未熟だった	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
1736	リバロ錠1mgが記載された処方箋を持ってこられ、お連れ様への聞き取りから、認知症にて新規診察を受けたことを確認。抗高脂血症薬のリバロが処方されているに違和感を覚え、類似名称のリバスタッチと間違っているのではないかと判断し疑義照会を行った。1度目の疑義にて、そのまま指示を受け、再度お連れ様に確認を取り、やはりリバロが処方されていることは絶対に間違えであると判断しもう一度疑義。2度目の疑義によりリバスタッチパッチへ処方内容が変更となった。	医師の処方カルテを医院のスタッフが読み間違えて処方せんを入力されたと考えられる。医院内のスタッフとの連携不足が考えられる。薬局側も医院へ積極的に疑義を行っていないければ、間違った処方のまま交付されていた可能性がある。	患者様とのコミュニケーションの過程で気付いた事例ではある。特に新規で来られる患者様へはまず何を主訴に受診をされたかを十分に確認をするべきだと考えられる。	リバロ錠1mg	リバスタッチパッチ13.5mg	確認を怠った 患者への説明が不十分であった(急った)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
1737	患者様が、いくつか医療機関を受診しており、今回処方(般)ランソプラゾール口腔内崩壊錠15mg と類似の薬効のラベプラゾール錠10mg「ケミファ」を他の所でも処方が出ており、重複していたため、処方医に確認し(般)ランソプラゾール口腔内崩壊錠15mg が処方削除になった。	患者様がかかりつけ薬局・かかりつけ医を持っていない、医療機関に受診した際は基本門前の薬局にかかっていただいたため同効薬が処方されてしまった。	患者様に、かかりつけ医、かかりつけ薬局を持つようお話していく。	ランソプラゾールOD錠15mg「日医工」		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「疑義照会」）

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1738	A医師より「プロレナール」が処方されており、B医師より「リマプロスト」が処方されていた。AもBも他の薬局により投薬されていたが、どちらの医師が先に投薬を始めたかを、患者により確認し、B医師の「リマプロスト」を疑似紹介にて中止してもらった。	他の薬局の薬剤監査ミスだか、そのままにしておいては、患者に副作用がでては困るので、B医師の「リマプロスト」を中止してもらった。	薬局間の連携ミスにより起こった症例である。他の薬局の薬でも疑似紹介をしてエラーを訂正する必要がある。	プロレナール錠5μg リマプロストアルファデクス錠5μg「SN」		連携ができていなかった	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
1739	A医師が、処方を継続している「タケブロン」。B医師が「ラベプラゾール」を処方した。PPIの重複のため、B医師に疑似紹介をした。	お薬手帳の活用がうまくいっていない。薬局では提出するのに、B医師はお薬手帳を確認することなく、ラベプラゾールを処方したようだ。	B医師にもお薬手帳を見せるよう患者に指導する。PPIの重複は、かなりの件数でみられる。	ラベプラゾールナトリウム錠20mg「FFP」		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
1740	ムコスタ錠100mgが処方されている患者様への投薬時、お話の中で「痰が絡むのでその薬を出して貰った」との訴えに基づき、ムコスタ錠100mgではなくムコダイン錠ではないかという疑問が生じたため医師に疑義紹介を行った。結果、ムコスタ錠100mgをムコダイン錠500mgに変更指示となったため、指示通り患者様に調剤し、投薬した。	処方箋に記載されている薬をそのまま意識せず書いてある通りに調剤し、投薬してしまった事で発生しうる問題と考えられる。患者様も薬に関して知識があるとは限らないので、症状の聴取を十分に行わないとそのまま誤った薬のままお渡ししてしまう可能性がある。	類似薬名によるヒヤリ・ハットのケースと考えられるため、処方箋の薬を鵜呑みにするのではなく、きちんと患者様の訴えから正しい薬が処方されているのかどうか、薬剤師自身も常に判断していく姿勢を心がける。	ムコスタ錠100mg ムコダイン錠500mg		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
1741	症状からクラリスドライシロップの必要性に疑問を感じて問い合わせ、クラリチンドライシロップに変更	普段使い慣れてない薬の為、間違えたと思われる。○単純なミス	名前の似ている薬に注意	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
1742	当薬局を始めて来局される方、処方内容はアシノン75mg2錠分2朝夕食後、ガスモチン錠5mg3錠分3毎食後7日分ずつ、患者ご家族はお薬手帳をお持ちで確認したところ現在他科、他薬局にてファモチジン錠の処方があり服用中であった。ご家族に今回処方医師へのお薬手帳の提示をしたか確認したがしていないとのことだったので疑義照会をした。その結果アシノン錠が削除となった。	お薬手帳の確認を怠り作用の似た薬剤を処方してしまったようだ。	医療機関へのお薬手帳の確認を推奨する。また薬局でもお薬手帳での併用を変わらずに確認していく。来局者へお薬手帳所持を促す	アシノン錠75mg			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
1743	ムコダイン錠250 6錠 1日3回 毎食後6日間疑似照会ムコダイン錠250 3錠 1日3回 毎食後6日間に変更当該処方箋と薬局で管理している情報で判断した。体重、年齢から医師に疑似紹介した	単純なミス	小児は、処方箋受け取りの時、体重、年齢を確認し、薬の用量が適当であるか判断する必要があると考えられる	ムコダイン錠250		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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1744	クレストール2.5mgが中止されロサルタンカリウム25mg(日医工)が処方された。医師が後発品を処方しようとしてロスバスタチン2.5mg錠(ニプロ)を選ぶところロサルタンカリウム25mg(日医工)を選んで処方してしまった。薬歴から考えて選択ミスではないかと思ひ疑義照会したところロスバスタチン2.5mg錠(ニプロ)に変更してくださいとの返事であった。	一般名処方や後発品の成分名の名称の場合似通ったものがあることを念頭に置いて前回処方からの変更には注意をする必要がある		ロサルタンカリウム錠25mg「日医工」	ロスバスタチン錠2.5mg「ニプロ」		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
1745	咳が酷くなる患者に対し、フルタイド100吸入ディスクが処方された。他にテオフィリン、カルボステイン、レスブレンが内服として処方されていた。患者が持参したお薬手帳で併用薬を確認したところ、定期処方にてオルベスコ100μgインヘラーが出ていた。かつ、定期吸入していることを患者インタビューにて聞き取った。類似薬重複にあたる判断し、処方医に疑義初回を行ったところ、フルタイドが処方削除となった。	患者が処方医にお薬手帳を見せていなかったことが原因。薬局には毎回お薬手帳を必ず持参して頂けた方だったので、定期併用薬について把握はしていたが、毎回確認するようにしている。今回のオルベスコは、薬局が過去に得ていた併用薬情報の1つであった。	患者本人には、処方医のみならず、他院の受診時にもお薬手帳を見せての方が良いと指導した。	フルタイド100ディスク		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
1746	兄弟で感冒にて小児科受診。年齢も大きく離れてなく名前も似ている為、処方時に兄弟で逆の処方内容となってしまった。患者は当薬局を以前にも利用していたので薬局では兄弟の区別はついていて、受付時処方内容確認したところ、体重と1日用量、名前が逆と判断し処方医に疑義照会し兄弟間での処方内容の相違を確認。	午後の小児科繁忙時に名前の似た兄弟での受診は危険。年齢も離れていないし、名前も似ているので間違えやすい。Drのうっかりミスと思われる。	処方箋作成時に、患者名・体重等の確認が必要だった。発行時にも勿論再確認が必要だった。更には処方せん受付時にも患者名・体重・受診状況の確認も必要だ。	クラリスロマイシン カルボシルテイン カロナール細粒		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
1747	過去にメリアクトで薬疹出たことがある患者に、同じセフェム系である上記薬品処方されていたため疑義照会。 フロモックス削除 クラビット(500) 1T 分1 夕食後 4日分に変更	抗生剤のアレルギー歴を患者様が、医師に伝えられない時にでもお薬手帳などで薬局の薬剤師が事前に情報提供する必要がある。	抗生剤の薬疹については類似薬でも同様のリスクがあることを注意し、お薬手帳にしっかり内容を記載し、他の医療機関で新しい薬を貰うときは、副作用歴をしっかりと記録に残すことが必要。	フロモックス錠100mg	クラビット錠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
1748	門前病院よりネキシウムカプセル20が処方。併用薬について門前病院の他科でPPIが出ていないことを確認し投薬したところ、投薬直後ラフチジンが内科にて継続処方されていることを発見し疑義照会。ネキシウムカプセルが削除になったが患者は既に投薬ご帰宅してしまっていたため電話にて連絡を取り謝罪。患者より取り消したお薬を回収し返金処理。	併用薬チェックの際にPPIの重複のみに気が取られてしまった。○単純なミス	PPIだけではなく類似薬の服用歴にも注意を払う。内科だけでなく整形外科での処方も確認。混雑時でも焦らず確実に対応する。	ネキシウムカプセル20mg ラフチジン錠5mg「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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1749	初回受診時から「一般名」セファペンピボキシル塩酸塩細粒「サワイ」服用すると背中に発疹が起こると申し出があり、今まで何度か処方が出ていたが薬局で疑似照会して抗生剤を変更していた。この日は、疑似照会するも医師が「試してみても」とのこと投薬。	混み合う時間帯であったが、患者様の母親とよく話し説明指導した。なお、薬局にはこの成分のジェネリックの在庫がなく、フロモックスで投薬した。	次の日や、2～3日後の弟様が来局したときに異変がなかったかを確認しました。	フロモックス小児用細粒100mg			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
1750	処方箋にセクターローションの用法、部位のところに前額部痛い所、1日2回塗布とあったため、問い合わせしたところ、エクラーローションの間違いであったことが判明。	セクターローションは消炎鎮痛剤であり、痛い所にぬるお薬ではないため、おかしいとおもい、問い合わせ。処方箋の細部までみて、おかしいとおもったときは必ず疑義照会を行うようにし、今回はお薬の名称がかよっているため、こちらのほうも間違いをおこすおそれもあるので、より注意するようにみんなで確認しました。		セクターローション3%	エクラーローション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
1751	患者が腹痛のため、受診していた。医師は、痛みの症状なのに「ロキソニン」を処方していた。	痛み=NSIEDsの処方と医師が勘違いをして処方したとおもわれる。	疑似紹介にて「ロキソニン」から「ブスコパン」へ処方変更になった。医師の勘違いによる誤処方であったとおもわれる。	ロキソニン錠60mg	ブスコパン錠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
1752	ピラノアが食後服用と、処方せんに記載されていた。	医師が、ピラノアを食後服用でよいとの勘違いをしていたためと考えられる。	ピラノアの疑似紹介により、食前服用に訂正された。添付文章や医薬品ガイドスにより食前服用がより効果的である旨を知識として知っていたので、改善できたとおもわれる。	ピラノア錠20mg				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
1753	ルボックスがでている処方に、テルネリンが他科より処方されていた。	処方せんからすぐに判断し、テルネリンを削除してもらった。	レセプトコンピューターには、監査がかりすぎ薬剤師が、テルネリンの削除を医師に疑似紹介をしてテルネリンが削除になった。	ルボックス錠25				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
1754	ランソプラゾールを以前から服用している患者様にガスターが別の病院から処方された。薬歴を確認中に同効薬重複に気づき、TELにて処方医に確認後ガスターが削除になった。	2病院で、患者様が同じ症状を先生に報告、類似薬を処方されたものと考えられる。薬歴を確認することで、事前に防ぐことができた。	お薬手帳や、監査システムなども同時に確認することで、よりインシデントを防げると考えられる。	ガスター錠20mg ランソプラゾールOD錠15mg「日医工」				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
1755	整形外科より屯用一般名アセトヘキサミド錠500mgが処方された。この内服薬は血糖降下剤でPtにはDMの既往歴がないため、処方医に疑義照会した。今回、一般名アセトアミノフェン錠500mgとの入力間違いとのこと。Ptに説明して変更となるが、ご自身がSG配合顆粒を希望したため処方医に確認して変更した。	一般名処方でのよく似た名称の入力間違いでおきた事例であるが、Ptや家族様の情報収集で初めて確認できることで、常におくすり手帳や他の医療機関の情報を把握しなければならぬ。誤った服用は重大な事故(SE)につながる。	今回のような一般名処方での間違いは処方入力時点では見つけにくい。調剤する前での薬剤師のチェックが必ず行わなければならない。そういった調剤の流れや体制を作らなければならない。	ジメリン錠500mg	SG配合顆粒		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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1756	処方箋鑑査の際に「アリメマジン酒石酸塩シロップ」と「レボセチリジン塩酸塩シロップ」のアレルギー薬2種が処方されていた為、疑義照会にて「アリメマジン酒石酸塩シロップ」は削除となり「チベピジンヒベンズ酸塩シロップ」が処方追加となった。頭文字が同じ文字のシロップでよくある名前からの処方間違いのようでした。	同じ頭文字のシロップで耳鼻科小児科の門前にある薬局で繁忙期もありシロップや粉撒きが多く出る。	粉やシロップは似たような名前も多くありますし混合してしまうと元には戻せないで気を付けなければならない。パーセントも違うものもあるので名前とパーセント全てをきっちり鑑査しなければならない。時間はかかるがゆっくりきっちり行うよう心掛ける。	アリメジンシロップ0.05%	アスピリンシロップ0.5%		技術・手技が未熟だ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
1757	患者は下肢搔痺で来院し、医師はロコイドクリームを処方し、薬剤師がロコイドクリームの成分、使用方法等を説明し投薬した。患者は過去にステロイド剤を塗布して発疹、発赤、色素沈着等の副作用発現を薬剤師に訴えたが、医師には伝えて無かった。薬剤師は医師にその旨を伝え、変薬を提案した。医師はヘパリンクリームに変薬し、薬剤師が非ステロイド剤である事を説明して、患者は安心して持ち帰った。	患者は過去にステロイド剤を塗布して発疹、発赤、色素沈着等の副作用発現を薬剤師に訴えたが、医師には伝えて無かった。薬剤師は医師にその旨を伝え、変薬を提案した。医師はヘパリンクリームに変薬し、薬剤師が非ステロイド剤である事を説明して、患者は安心して持ち帰った。	患者の疾患に対して、ステロイド剤が最適であると判断しても、その判断を押し付けず、患者の心理状態に対して異常なまでに恐怖心を抱いていた。	ロコイドクリーム	ヘパリン類似物質油性クリーム「アメル」		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
1758	かかりつけのクリニックでスプラタストシル酸塩カプセルを継続で処方されている患者様が別のクリニックに1回目受診し、お薬手帳を見せて、抗生物質とトランサミン、カルボシステインが処方された。翌日、2回目の受診で別の先生からカルボシステイン、タリオン、ブランドカストカプセルの処方が出たが、この時はお薬手帳は見せなかった。念のためスプラタストシル酸塩カプセルとの併用について疑義照会したところ、類似薬だからとブランドカストカプセルが削除になった。さらに翌日、3回目の受診（前処方が残っているうち）でブランドカストカプセルの単独処方があり、疑義照会して処方中止になった。その次の日に抗生物質とブランドカストカプセルの処方があり、疑義照会して再度ブランドカストカプセルが中止になった。	医療機関内での情報伝達がうまくいかなかったこと。	薬局は、患者様が医療機関を受診するときは、お薬手帳を持参し可能な限り毎回提示するよう、特にいつもと違う先生の場合には必ず提示するようお願いしていくことが必要かと思えます。また、患者様ご自身に薬識を持ってもらうことも必要だと感じます。	ブランドカストカプセル112.5mg					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
1759	モービック錠処方あり。胃への負担を考えてファモチジン錠が処方された。他医療機関より、ラベプラゾール錠を毎日服用されている患者。作用類似のため処方医に確認、ファモチジンが削除となった	患者がお薬手帳を持っていかず、服用している薬が分からなかった	お薬手帳の持参を促す	ファモチジンOD錠20mg「トーフ」		確認を怠った		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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1760	リンゼス アミティーザ 同時に処方されていた 類似薬効のため重複は避けるべき 調剤時に気付き、疑義照会后、アミティーザを削除	Drの処方記載 同薬効と気付かずに処方したと思われる ○単純なミス	類似薬効分はチェックしておく	リンゼス錠0.25mg アミティーザカプセル24μg		確認を怠った 判断を誤った	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
1761	ファモチジン錠とレバミピド錠重複投与について他事例で類似ケースの疑義照会をもとに再度疑義照会。ファモチジンOD錠20mg 2錠 1日2回 朝夕食後 30日分のみ処方レバミピド錠100mg 3錠 1日3回 毎食後 30日分は 削除となる			ファモチジンOD錠20mg「ケミファ」レバミピド錠100mg「EMEC」				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
1762	フロモックス錠100mgで蕁麻疹様症状の既往歴のある患者にセファクロルカプセル250mg処方、側鎖類似のセフェム系抗生剤のため副作用発生のリスクが高いため確認→ペニシリン系のオーグメンチン配合錠250RSへ変更となった	以前からの聞き取りでフロモックス錠での副作用歴を確認していたことで防げた内容です。		セファクロルカプセル250mg「サワイ」	オーグメンチン配合錠250RS		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
1763	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日本臓器」30g という処方内容だったので、1本100gの製品のため300gの間違いであるか確認した。入力ミスであると返答があったため、ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日本臓器」30gから300gに変更となった。			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
1764	ベリチーム配合顆粒と今回から処方変更でリバクレオン顆粒が追加で処方されていた。ベリチーム配合顆粒からリバクレオン顆粒に切り替えてと言われたとのことだったが一緒に処方されていたため疑義照会によりベリチーム配合顆粒が削除になった。	初めはベリチーム配合顆粒とリバクレオン顆粒の含有成分について知識不足であり重複している成分であることに気付かなかった。患者から下痢をしたため処方が変わると言われておかしいと思い確認してからようやく同じ成分だと気付き疑義照会によりベリチームの処方が削除になった。	類似薬が処方されている場合は成分が重複していないか処方鑑査の際にしっかり確認する。	ベリチーム配合顆粒 リバクレオン顆粒300mg 分包		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
1765	お薬手帳より他の医療機関皮膚科にてピラノア錠20mgを服用中であることに気づき、作用類似のため疑義照会をし、ネオマレルミン錠2mg 処方削除となった。		引き続き、お薬手帳の確認を行い処方 の重複などがなく確認を行う。	ネオマレルミン錠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
1766	ムコスタ100mg3錠分3毎食後処方。患者は痰の薬を出すと言われていたと聞き取りしたため疑義照会実施。ムコスタ500mg3錠分3毎食後に処方変更された。	名称類似薬であったため、名称を選択する際の単純なミスと考えられる。	投薬時にどのような目的で処方がされているのか患者確認を徹底する	ムコスタ錠100mg	ムコダイン錠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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1767	咳、気管支炎の処方、一般名アンブロキシール塩酸塩シロップ用1.5% 1g 一般名カルボシステインシロップ用50% 1g 一般名ケチフェンシロップ用0.1% 1g 分3 7日分 と、ドライスキンの痒みで一般名ロラタジンシロップ用1% 0.5g 分1夕食後14日分。ケチフェンとロラタジンの処方、別々に処方出ましたが、今回は患者様の希望なのか、医師の考えかわかりませんが両方処方され、疑似照会しケチフェンがカットになった症例。	ケチフェンは気管支炎で処方、ロラタジンはそう痒で処方されていると思ひ。また、ロラタジン自体の効き目的なものも考え併用も問題ないと考え。それから患者様が、症状によって使い分けていたこともあり、投薬しようとしたが、調剤者が気が付き疑似照会した。	同種同効薬が出ている場合は、必ず疑似照会します。	ケチフェンDS小児用0.1%「トーフ」		確認を怠った 連携ができていなかった	勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム医薬品	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
1768	耳鼻科より プリンペラン錠5mg 3錠 分3 毎食後 2日分 アズノールうがい液 5ml 一日数回うがいの処方があった用法が食後というもあり、念のため患者に話を聞いたところ 吐き気は無い のどの炎症がひどくのどちんこが大きく腫れてしまっている 先生は炎症止めを出すと云っていた とのことだった 薬の間違いを確信し疑義をしたところブレドニン錠5mgに変更となった	名前が似ており企画も5mgと一緒の病院内での入力を誤ったようだ	患者の聞き取りがしっかりできたため薬剤の間違いに気づくことができた	プリンペラン錠5mg	ブレドニン錠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
1769	ムコスタ100mg3錠分3毎食後処方。患者は痰の薬を出すと云われていたと聞き取りしたため疑義照会実施。ムコダイン500mg3錠分3毎食後に処方変更された。	名称類似薬であったため、名称を選択する際の単純なミスと考えられる。	投薬時にどのような目的で処方がされているのか患者確認を徹底する。	ムコスタ錠100mg	ムコダイン錠500mg	確認を怠った	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
1770	以前から不眠の為レンドルミン錠を服用している患者さんが、さらに不眠を訴えて医師より薬剤を追加すると話があり処方箋を持って薬局。処方箋には追加でロレルコ錠が処方されていた為、疑義照会した所ロゼレム錠に変更になった。	薬品名が似ていた為、入力を間違えたと思われる。	患者さんの症状聞き取りを確実に、医師に報告することにより入力ミスを減らす。	ロレルコ錠250mg	ロゼレム錠8mg	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
1771	耳鼻科よりフロモックス 1日3錠 朝昼夕食後。 クラリシッド錠200mg 1日1錠 寝る前。カルボシステイン250mg 1日3錠 朝昼夕食後。以上をにより疑義照会し、クラリシッドではなく、クラリチンレディタブ錠10mgに訂正。	薬名が類似。	疑義照会を怠らない。	クラリシッド錠200mg	クラリチンレディタブ錠10mg		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
1772	患者様より、カフコデN配合錠で薬疹が出た事があると調剤時に発覚し、疑似照会後にツムラ麦門冬湯エキス顆粒に変更した。	患者さまが薬疹歴を病院側に伝えず処方箋を発行してもらい、調剤時に聞き取りにて発覚する。	医療行為を受ける際は必ず、副作用履歴等を伝えるように指導しました。	カフコデN配合錠	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒（医療用）	連携ができていなかった	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1773	ロスバスタチンが他の医院で処方されていたのに、処方医より処方があった。	手帳などの確認ミス	疑似紹介により処方医を同一にする必要がある。	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」		患者への説明が不十分であった(急った)	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
1774	定期の処方において糖尿病治療薬のメトアナ配合錠LDが新規で処方された。以前よりトルリシチ皮下注0.75mgアテオスを使用しており、両剤の作用が一部類似するため医師に疑義照会を実施。処方医よりトルリシチ皮下注0.75mgアテオスを削除するよう指示あり。	過去に医療機関側からトルリシチ皮下注とDPP4阻害薬の併用については作用が類似しており医療保険上もなじまないため確認するよう指示があった。処方医が新薬であるメトアナ配合錠に含まれる成分を十分に理解しない状態で処方したことが要因と思われる。	配合錠が処方された場合は使用されている有効成分の内容を十分に理解し、処方全体を見て併用や用量の確認を実施していく。	トルリシチ皮下注0.75mgアテオス メトアナ配合錠LD					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
1775	患者とのやり取りの中で患者はリウマチである。しかし処方された薬の中でリウマチの薬はない。サラゾピリンに着目したが効能書きでは潰瘍性大腸炎とある。患者は覚えがないという。疑義照会したところサラゾスルファピリジン腸溶錠とすべきところの入カミスと判明。相当の時間患者を待たせるなど混乱したが、投薬前に回避できた。	似た名前は間違いやすい。	名称決定には十分留意する必要がある。	サラゾピリン錠500mg	サラゾスルファピリジン錠500mg「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
1776	通常、タケキャブ服用中の所、他クリニックより問い合わせネキシウム(20)処方される。疑義照会により、PPI重複の為、ネキシウム(20)削除になる。	患者さんが病院受診時に、ドクターにお薬手帳の確認を求めない事があるため。	類似薬剤の使用方法や効能、副作用等の基礎知識の把握の重要性。	ネキシウムカプセル20mg		連携ができていなかった	通常とは異なる心理的条件下にあった		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
1777	一年前より他医院よりネキシウム(20)処方服用中、他クリニック受診時ガスターD10処方ありPPI⇔H2ブロッカー重複の為疑義照会して、ガスターD10削除と成った。	クリニックでのお薬の未確認が有るため、薬局におけるお薬手帳の確認を忘れない事。	類似薬剤の使用方法や効能、副作用等の基礎知識の把握。	ガスターD錠10mg		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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1778	モビブレップ配合内用剤が初めて処方された。用法が便秘ひどい時1回2包と記載があり、最近門前で採用されたモビコール配合内用剤の誤りではないかと判断し、処方医へ疑義照会した。結果、モビブレップ配合内用剤からモビコール配合内用剤へ処方の変更となった。	モビコール配合内用剤は新薬であり、最近門前病院で採用された。医薬品の頭文字2文字と剤形が類似しており、処方入力の際にミスが生じたと推測される。	類似医薬品の誤入力を避けるために、医薬品検索時は必ず3文字で検索するよう病院へ提案する。	モビブレップ配合内用剤	モビコール配合内用剤			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
1779	アドシルカ錠の禁忌薬のクラリスロマイシン錠が処方されていたため、疑似照会しフロモックス錠に抗生剤の変更をもらった。	いつも肺高血圧症の薬を投薬してる患者さんに風邪薬が処方された。そのなかに禁忌薬があった。	電子薬歴の画面に、禁忌薬として記載し今後も気付けるように対策した。特殊な薬を服用している患者さんのときは、添付文書等で確認をする。	クラリスロマイシン錠200mg「EMEC」	フロモックス錠100mg			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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1780	一般名ジクロフェナクNa点眼液0.1%を8瓶の処方内容であったが、処方数量が多い為に病院に疑義照会したところ、一般名ジクアホソルNa点眼液3%に訂正された。	一般名の類似による、処方元の印字間違い。	引き続き、処方箋内容に間違いがないかどうか確認していく。	ジクロード点眼液0.1%	ジクアス点眼液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
1781	皮膚科、内科、脳神経外科の処方を含めて受け付ける方だが、当日は皮膚科の処方箋なし。医師との診察時に前回と同じ処方を出すを確認していたことから疑義照会、処方追加と確認した。	医療機関側の要因		-----	[般]ペボタスチンベンシル酸塩錠10mg [般]ジフロラゾン酢酸エステル軟膏 [般]ヘパリン類似物質軟膏 [般]ヘパリン類似物質外溶液			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
1782	今までアレロック錠5mg、ザイザル錠5mgを服用しており、今回処方でピラノ錠20mgがさらに追加された。抗アレルギー薬3剤併用の上、類似骨格により作用重複も考えられるため疑義照会にて医師に確認した結果、ザイザルが中止になった。	○処方医薬品の多さ○処方変更時に前回処方の消し忘れ○抗アレルギー薬の構造骨格に関する知識不足	類似薬効医薬品がある場合、処方時や投薬時に作用重複等について再確認すること。研修会や学会等で専門知識を深めること。	ザイザル錠5mg		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
1783	ファロム錠200mg1日1回1錠就寝前60日分の処方せんを持って来局。患者の母親との会話の中で、貧血の症状で受診とのこと。処方医に疑義照会したところフェロミア錠50mg1日1回1錠就寝前60日分に変更となった。	院内にて処方せんを発行する際、医薬品の名称が類似していた為に処方薬を間違えたものと思われる。	調剤薬局としては、処方薬の用法用量が適切か、患者との会話等で適切な薬が処方されているか、医師の処方意図とあっているかを確認する。	ファロム錠200mg	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
1784	抗生剤の処方なく、ピオフェルミン錠が処方されていた。薬歴を確認しても、抗生剤の処方はなく、病院に問い合わせたところ、ピオフェルミン錠の誤りである事が発覚した。	ピオフェルミン錠とピオフェルミンR錠の名称の類似が原因と考えられる。	ピオフェルミンR錠の処方の際には、抗生剤の処方有無を確認する。	ピオフェルミン錠	ピオフェルミン錠剤	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
1785	2018.12.7消化器内科より、下記の内容の処方がありました。始めに、H.pylori感染、2次除菌の薬剤名3種類を明記していました。タケキャブ錠20mg 2錠バセットシンカプセル250mg 6錠フラジール内服錠250mg 2錠分2 7日分上記処方、ポノピオンバック(2次除菌)と同じ処方のため、ポノピオンバックに変更してよろしいか?と疑義照会を行いましたところ、病院からの回答は、1次感染の治療です。薬剤を間違えました。ポノサップバック400 1sh 分2 朝・夕食後 7日分に変更になりました。疑義照会をしていなかったら、投与薬剤間違っていました。	H.pylori感染治療の1次感染、2次感染の治療薬はよく似ているので確認が必要である。	H.pylori感染治療の1次感染、2次感染の治療薬はよく似ているので確認が必要である。	ポノピオンバック	ポノサップバック400		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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1786	投薬時に当該患者様の聞き取りで胃の調子が悪く胃が痛いとの訴えあり。診察時に胃薬を追加処方するという話があったそうだが処方がかつたため疑義照会した。一般名：ラベプラゾールNa錠10mg 1錠分1朝食後 28日分 が処方追加となった。気付かずに処方されないまま交付したら胃の症状が悪化し健康被害似合った可能性がある。	医師のヒューマンエラーにより必要な薬が処方されていなかった。	処方意図を読み取り、投薬時の患者様聞き取りをしっかりと行い、処方内容と症状が合っていない場合は必ず疑義照会にて確認する。	ラベプラゾールナトリウム錠10mg「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
1787	抗菌剤の処方にピオフェルミン錠が処方されていた為、Drに確認。ピオフェルミンR錠に変更の指示有り。	Drがレセコンに入力する時に3文字表記で出た薬品名を選ぶ時のミスのおよびです。	Drが入力の時にミスする事も有るので、似たような薬品名には良く注意する事が大事。逆に抗菌剤が出ていないのにピオフェルミンRになっている事も有るので、良く確認する事。	ピオフェルミン錠剤	ピオフェルミンR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
1788	患者が外科の処方箋を持って来局。「ヒルドイドクリーム0.3% 50g 売られている所1日2-3回塗布」が処方されていた。薬歴に「アルコール消毒で肌が赤くなる」と患者情報の記載あり。看護師さんからもアルコール消毒は避けるように注意されている」と患者より確認をとった。ヒルドイドクリームはアルコール類が含まれているので疑義照会を行った。これにより薬剤変更になり「ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」50g」が処方された。			ヒルドイドクリーム0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」		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
1789	以前お薬手帳を併用薬についてデータ入力。今回、プラザキサカプセル75mgの処方。お薬手帳にはプラビックス錠75mgの記載があり、通常量も異なることから疑義照会。薬の間違いで、プラザキサカプセル75mgから、プラビックス錠75mgに変更となった。		似たような名前の薬に注意する。	プラザキサカプセル75mg	プラビックス錠75mg	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
1790	風邪で受診した姉妹に4歳児の姉にはツロプロテロールテープ1mg「EMEC」を処方 2歳児の妹にも同薬剤を処方した。	年齢制限が設けられている薬剤で多数の副作用事例が報告されている よく似た年齢の兄弟が来局することはよくあり、せかさられたりしたら確認を怠って投薬してしまうことがある	ツロプロテロール経皮吸収型テープが処方された場合は年齢確認を必ず行う必要がある	ツロプロテロールテープ1「EMEC」		連携ができていなかった	勤務状況が繁忙だった	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
1791	ユベランが処方されていたが、前回まではユベEを服薬していた。患者に変更の説明があったか確認したが、説明受けていないとの返答であった為、疑義照会し、前回通りユベEに変更となった。	薬品名類似によるミス処方発行元医療機関のオーダーリングシステムの変更によるミスだと思われる	引き続き、薬歴や患者からの聞き取りなど、処方せん以外の情報を収集し、処方内容に間違いがないか確認していく。	ユベランソフトカプセル200mg	ユベE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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1792	医師の往診に同行し、診察時には1日1回タイプのを処方すると説明していたが、その後発行された処方箋を確認すると、1日2回タイプのを、用法:1日1回で処方されていたため問合せ。持続型でない製剤を、決められた用法より少ない回数使用してしまうと期待される効果が得られず症状の悪化が懸念される。診察時の医師の説明と矛盾したため問合せし、その結果持続型へ変更となった。	処方オーダーリングシステムでは、3文字検索のため、「ミケラン」と検索すれば「ミケラン点眼液」と「ミケランLA点眼液」の両方が選択可能となる。	普段から薬学的知識の向上に努め、往診に同行できる場合は特に、診察時の会話や患者の状態を注意深く観察し、処方監査に活かせるよう意識をしておく。	ミケラン点眼液2%	ミケランLA点眼液2%			コンピュータシステム 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
1793	アンテベート軟膏0.05%(10g/本)10本とヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」(25g/本)10gの混合と記載されていたが、アンテベート軟膏100gとヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」10gの混合はあまりみない割合の混合だったため、処方単位を間違えているかもしれないと思い念のため疑義照会をした。アンテベート軟膏10gとヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」10gの混合ですと回答があり、正しい分量での混合を作ってお渡しした。	アンテベート軟膏は1本10gのものを何本か、ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」は1本25gのものを何gかで処方入力しないといけないため、入力時にアンテベート軟膏10gと誤っていたのをそのまま10と入力したのが10本となってしまったのではないかとと思われる。	今回はあまり経験のない混合の割合であったため疑問に思い「g」と「本」を間違えているのではないかと、疑義照会が出来ました。病院によって入力する単位や1本10g、1本5gなどの単位もバラバラなのでgに統一するのが良いのではないかと。当店のシステムとも単位が違うため、単位には注意が必要だと感じた。	アンテベート軟膏				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
1794	インフルエンザに対し、タミフル・レベニン・アスピリン・カルボシステイン・ザイザルが処方されていた。併用薬は特になく確認できたため、抗ウイルス薬に対する耐性乳酸菌の適応はないことから、疑義照会し、ピフィズ菌配合製剤へと処方変更となった。	抗ウイルス薬には耐性乳酸菌製剤の適応がないことは、見落とされやすい事例である。また、当該医療機関は医師の販売名による指示のもと、処方箋作成がされるため、薬剤選択時に入力選択ミスの可能性もある。患者本人には、他薬に比べ健康に対する影響は少ないが、薬剤によっては負担が多くなる可能性もある。適応外処方となってしまうため、医療機関側には損害となる可能性あり。しかし今回、処方箋記載上は一般名処方となっていたため、より容易に疑義に結びつけることができた。	類似の薬品名などは、しっかり確認する。	レベニン散	レベニンS配合散			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
1795	ケトプロフェンテープ20mg 28枚が処方。薬歴にケトプロフェンパップでの皮膚症状(ピリピリした痛みを伴う刺激感)、フェルビナクテープでの喘息誘発の副作用履歴あり。同成分薬による皮膚症状および、NSAIDs製剤によるアスピリン喘息誘発の危険が高いため問い合わせ、サリチル酸製剤への変更を提案し、スチックゼノールA 40gが処方となった。	処方元で過去の副作用歴を管理していなかったため、気づかずに処方したと思われる。	処方元へ変更の要因となった過去の副作用を伝え、お薬手帳の副作用欄・薬歴のトップ画面に記載があることを確認。受診の際は、毎回お薬手帳を提示すること、類似の処方が出る際は、副作用歴があることを自ら伝えるよう指導。	ケトプロフェンテープ20mg「BMD」	スチックゼノールA			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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1796	喘息等の疾患で定期来局されている患者様が風邪症状で臨時受診され処方箋を持って来局された。処方箋には「クラシエ麻黄湯、カルボシステイン錠500mg、クラシエ五虎湯、アジルバ錠20mg、ルバフィン錠10mg、アセトアミノフェン錠500mg、トラネキサム酸カプセル250mg」が記載されていた。高血圧症の既往なく降圧剤の服用歴のない患者様で、事前聞き取りを行ったところ、血圧に異常はないとの事で疑義照会を行った。「アジルバ錠20mg」は「アジスロマイシン錠250mg」の誤りであると返答あり、「アジスロマイシン錠250mg2T分1朝食後」に処方変更となった。	医療機関にて処方医が処方入力を行う際、薬品の頭文字2文字で入力し確認を怠った可能性がある。	薬品名で類似名称品がある際は十分に確認し間違えないかどうか確認を行う。患者様との事前聞き取りや服薬指導中の中で、処方内容に問題がないか意識するよう心掛ける。	アジルバ錠20mg	アジスロマイシン錠250mg「サワイ」		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
1797	カルデナリン2mg 1錠1×朝食後が処方されていた。前々回までカンデサルタン4mg 1錠1×朝食後が処方されていて、血圧が下がりすぎると患者が病院に電話した為、その時点から「半錠にして服用するよう」と医師から指示があったよう。前回の処方はその分の残薬があり、降圧剤は残薬調整で処方なかった。今回、薬を飲み終えたので「カルデナリン2mg 1錠1×朝食後」が処方されていた。前回までの流れから、カンデサルタン2mgの記載間違えではないかと疑った。	似た薬剤名であるのが要因となったと思われる。かかりつけ薬局であった為、流れが把握できていたので気づきが早かったと思われる。	似た薬剤名は、普段から気をつけておく。リストを作るなど。患者の聞き取りをしっかりとる。	カルデナリン錠2mg	カンデサルタン錠2mg「KN」			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
1798	アスベリンDS2%が0.2gで処方されていた。用量が少なかったこととお薬手帳にて他医療機関からアスベリン散10%が処方されていたことがあるため疑義照会を行ったところ処方変更となった。	医療機関側の入力ミス	類似品名、規格違いがある医薬品については注意するよう再度確認した	アスベリンドライシロップ2%	アスベリン散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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1799	皮膚科の処方箋を持って初回の患者が来局した。患者に話を聞くと、前医と同じ薬を希望したとのことだった。オイラックスクリームとヒルドイドソフト軟膏を混合した薬が処方されていた。オイラックスクリームとヒルドイドソフト軟膏の混合の可否を調べたところ液化化するため混合できないことがわかった。お薬手帳を確認したところ、前医の処方箋は、オイラックスクリームとヒルドイドクリームを混合した薬であることがわかった。上記の内容を医師に伝え、オイラックスクリームとヒルドイドクリームを混合した薬に処方変更になった。	患者はお薬手帳を持参し、前医と同じ薬が使いたいと医師に相談していた。医師も同じ薬を処方しようとしていたが、医薬品の名称が似ていたため「ヒルドイドクリーム」と「ヒルドイドソフト軟膏」を読み間違えてしまった可能性がある。	患者の訴えと処方の内容に矛盾することがないがしっかりと確認する。	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	ヒルドイドクリーム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
1800	処方箋にナイキサン錠100mgの記載あったが、Dr.はナウゼリン10mgを処方したつもりだった。	胃腸炎のため受診した方に対しナイキサン100mg3錠、ビオスリー3錠を1日3回食前の処方。症状や用法、類似医薬品名の薬が存在することを踏まえてナイキサン100mg→ナウゼリン10mgではないかと推測された。		ナイキサン錠100mg	ナウゼリン錠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
1801	患者より、指を切って化膿しているとの訴えあり。リンデロンV軟膏が処方になっていたが、化膿しているとのことだったので、リンデロンVG軟膏の間違いでないかと疑義照会を実施。リンデロンVG軟膏に処方変更になった。	処方箋発行時、類似名称の薬剤を誤って選択したものと思われる。処方箋のみでは処方内容の妥当性の判断は難しく、投薬時の患者への確認が必要と判断。	処方箋のみでは処方内容の妥当性の判断がつかない事例も多いので、投薬時、症状などについて患者から聞き出す必要がある。名称類似薬など頭文字3文字検索で入力間違いが起きそうな薬剤もあるので、疑念を持って投薬にあたる。	リンデロンV軟膏0.12%	リンデロンVG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
1802	風邪で受診されたとき 11/5に同じクリニックの皮膚科で ザイザルシロップが14日分出されており 今回ニボラジン細粒が出されている。抗ヒスタミン剤の類似薬が重複していたので 副作用が強く出ることを懸念して 問い合わせた結果 今回のニボラジン細粒が削除となった	同じ病院でも 曜日によって医師が変わることがあり 今回は皮膚科の医師と小児科の医師との連携がされていなかった。	同じ病院でも 同類の薬が出されることが多いので チェックを怠らないようにしたい	ニボラジン小児用細粒0.6%				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
1803	前回、ざ瘡の治療で来局し、ピプラマイシン(50)が7日間処方され、しっかり飲み切りその後の来局。投薬時の聞き取りで、だいふ回復してきたのでDr.には皮膚の回復力を高めるお薬だけにしておきましょうと言われたとのことだったので、疑義照会したところ、ピプラマイシンでなく、ピフロキシンを処方したかった旨を確認したため、すぐに変更し調剤。	カルテはピプラマイシンと手書きされていたが、やや読み取りにくいのもあって、入力するスタッフが前回のピプラマイシンと思いこんでしまったとクリニックから報告あり。改善にはクリニック内の教育、連携が大事だが、薬局も聞き取りをさらに大事にしていく。	薬局は今後も聞き取りを大事に。類似名薬の注意喚起を徹底。何かあったら疑義照会も徹底する。	ピプラマイシン錠50mg	ピフロキシ配合錠	連携ができていなかった	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「疑義照会」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1804	平成30年5月にポノサップパック400にてピロリ菌の一次除菌をした患者が来局、除菌失敗のため今回の処方となったとお話されたため、処方医に疑義照会したところ、ポノピオンパックの誤りであることがわかり、ポノピオンパックに訂正された。	ポノサップパックとポノピオンパックが名称が類似しており、医療機関で処方箋を出す際にミスしたと考えられる。	ピロリ菌の二次除菌は一次除菌から数か月後になることが多く、薬歴を見逃さないようにすること、患者からの話を丁寧に聴取することで今回のような誤った処方を見逃さないようにすることが大切である。	ポノサップパック800	ポノピオンパック		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
1805	患者が耳鼻科の処方箋を持参した。メチコパール錠500μgが処方されていた。患者からよく似た薬を飲んでいる事を聞きお薬手帳を確認したところ眼科でメチコパール錠500μgが処方されていた。疑義照会にて耳鼻科のメチコパール錠500μgが中止となった。	お薬手帳の記載をよく見なかった○作業手順の不履行	ゆっくりと確認しようと思います。	メチコパール錠500μg		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
1806	メサデルム軟膏とヒルドイドソフト軟膏の混合をメサデルム軟膏とヘパリン類似物質クリームに変更。	医療機関側の配合変化薬剤確認不足と思われる。	今後も軟膏等の混合の場合は、配合変化表での確認を毎回行うものとする。	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%「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
1807	患者本人が医師に希望し、診察時に説明したものと、処方されたものが違っていたため疑義照会し、処方変更となった	カルテから処方されるまでのどこかで確認か読み間違い等のミスが起きたと思われる	処方箋受け取り時の聞き取り、服薬指導時の聞き取りを徹底する	ビ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」		勤務状況が繁忙だった	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
1808	処方せんにメスチノン錠60mgと記載されていたが、誤ってメスロン錠6mgを調剤してしまった。投薬中に患者様との対話により気づき、正しい処方薬を投薬した。	いやく品の類似名称のため。○処方せんの見間違い	類似名称の医薬品リストを作り、スタッフ間で周知した。	メスロン錠6mg	メスチノン錠60mg	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
1809	継続で受診していた方が今回新規でアレジオン20mg2錠朝夕食後で処方されていた。投与量、用法適応外のため疑義紹介。一度このままで良いと回答があったが、念のため時間をおいて本当に間違いはないかを改めて再度疑義紹介。医師がアレグラ60mgの用法と取り間違えていたことが判明。アレジオン20mg1錠朝食後の処方内容に訂正になった。	類似薬との取間違いを考慮して時間をおいて再度疑義紹介をしたことにより未然に防ぐことが出来た。		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
1810	薬局の併用薬の履歴と手帳の内容からベボタスチンベシル10を服用中で類似成分のルバフィンが処方されていたため処方元に照会。ルバフィンが削除となる。	定期薬に関して医師にしっかり伝えていなかった為と思われる。	お薬手帳を利用し医師にしっかり伝えることを指導。薬歴にも抗アレルギー剤を定期で服用している旨を分かりやすく記載し重複の無い様に注意喚起しました。	ルバフィン錠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
1811	生後4か月の乳児にアレジオンドライシロップ1% 7gが処方された。疑義照会にてケトチフェンドライシロップに変更となる。	処方元に入カミス及び通常3歳以上での使用への認識不足、類似症状の患者が続いた事も考えられる。	小児の年齢による用量の把握をする。また規格違いも踏まえておく。	アレジオンドライシロップ1%	ケトチフェンDS小児用0.1%「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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1812	市販の抗アレルギー薬で副作用歴があるが、類似薬が処方されていた。	市販の抗アレルギー薬で副作用歴があるが、処方医に伝えるのを忘れて把握していなかった。	新患の患者さんには副作用歴などの聞き取りを行い、処方箋以外の情報を収集・把握して確認漏れがないように徹底する。	ルバフィン錠10mg		記録などに不備があった	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
1813	感冒の処方。聞き取り時、咳が酷いとのこと。処方内容に疑問が残ったので問い合わせ。処方追加に。	感冒の患者が中心なので似たような処方が続く。	感冒の患者が続く、似たような処方が連続してきても、一人一人の状態を聞き取ることが重要。	プロカテロール塩酸塩シロップ5μg/mL「トローワ」	プロカテロール塩酸塩シロップ5μg/mL「トローワ」		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
1814	内科にてヘパリン類似物質外用定期的に処方の為疑義照会。ヒルドイドソフト軟膏100g削除となる			ヒルドイドソフト			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
1815	一般名ヘパリン類似物質軟膏0.3%と一般名ビタミンA油軟膏5,000単位(ザーネ軟膏)の混合指示がある処方を応需。ザーネ軟膏はヘパリン類似物質軟膏の先発品(ヒルドイドソフト軟膏)及び後発品(ヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」ともにフリーディングを起こすため混合不適である。ヘパリン類似物質クリーム(後発品:ビーソフテンクリーム)であれば混合可能なため、疑義照会し、軟膏からクリームに変更となった。	応需回数の少ない医療機関であり初めて受ける処方内容であったため、全て確認したことと判明した。	計量混合調剤で初めての内容の際には、必ず配合変化についての確認を行う。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ビーソフテンクリーム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
1816	ゾフルーザ20mg1回1錠の処方であったが、12歳以上、体重40kgの小児であったため1回2錠ではないかと思い疑義照会をした	ゾフルーザは年齢、体重によって用量が異なるので注意が必要	ゾフルーザ処方時は必ず体重、年齢を確認して処方する	ゾフルーザ錠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
1817	患者が内科の処方箋を持って来局した。お薬が追加になりましたとの事。血圧のお薬が追加になっており、血圧が高くなっているのか確認したが、変わりはないとの返答。ユニシアLD錠が就寝前に追加になっており、疑義照会した所、ユニフィルLA錠200mgに変更された。	ユニシアLDとユニフィルLAの薬品名類似によるパソコン入力ミス		ユニシア配合錠LD	ユニフィルLA錠200mg	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
1818	用法と患者への聞き取りにより、インフルエンザの薬の間違いはないかと推測され、病院に問合せ。	単純なミス	似たような名前の薬があることを認識する。患者への症状の聞き取りを必ず行う。	ゾフラン錠2	ゾフルーザ錠20mg		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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1819	<p>アクリニクより便秘治療剤の新レシカルボン坐剤が処方された患者に症状の聞き取りをしたところ、ヘルニアの疑いで激しい腰痛があるとの事。新レシカルボン坐剤の処方意図が分からなかった為、アクリニクの処方医に疑義照会を行った。その結果、鎮痛・解熱・抗炎症剤の(一般名)ジクロフェナクナトリウム坐剤25mgに処方変更された。</p>	<p>処方医が電子カルテでの処方薬選択を誤ったと思われる。(○単純なミス)</p>	<p>薬局において薬剤師が常に名称類似薬などの間違えやすい薬を意識して処方監査・服薬指導を行う。</p>	<p>新レシカルボン坐剤</p>	<p>ジクロフェナクNa坐剤25mg「日新」</p>	<p>確認を怠った</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>
1820	<p>ツムラ芍薬甘草湯が新規追加された患者。患者聴取より、嗅覚障害があるため、追加になったとあり。当該薬剤が、嗅覚障害に利用されることに違和感を感じ、名称の似ている当帰芍薬散を処方したかったのではないかと疑い、疑義照会を行ったところ、変更となった。</p>	<p>処方入力ミスによるものと考えられる。</p>	<p>患者聴取内容と処方内容で疑義があれば、その都度疑義照会を検討すべきである。</p>	<p>ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)</p>	<p>テイコク当帰芍薬散エキス顆粒</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>
1821	<p>風邪で受診した患者様に、スピロラクトン錠の処方があった。スピロベント錠と思われたため、医師に疑義紹介をしたところ、本剤は削除となった。</p>	<p>類似医薬品名の選択間違いによる。</p>		<p>スピロラクトン錠25mg「トーワ」</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>
1822	<p>アルジオキサ錠100mgが処方された。お薬手帳から他の薬局からテブレンカプセル50mgが処方されていた。両方とも胃の粘膜の防御を増強する薬であり似た薬効をもつので医師に疑義照会をしてアルジオキサ錠100mgが削除になった。</p>	<p>胃薬の重複のケースは、よく見られる。年齢が高いほど受診科が増え、重複になる可能性が出て来る、その度に削除依頼をしている。</p>	<p>薬効が似ている薬には注意をして投薬する必要がある。お薬手帳から胃薬の重複を許している薬局も見受けられるのでやめてほしい。</p>	<p>アルジオキサ錠100mg「あすか」</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「疑義照会」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1823	A眼科でアドナ錠30mg・カルナクリン錠50が出ていたが、大きい病院の眼科に行くように言われるのが嫌だということで、内科で薬だけもらっていた。内科ではカルバゾクロムスルホン酸ナトリウム錠30mg「日医工」とカリジノゲナーゼ50単位「トーワ」にて処方されていた。内科の処方箋を持参した時にお薬手帳を確認すると12/25にアドナ錠30mgが3T 分3 14日分でB眼科から処方されていた。患者に事情を聞くと眼内出血でレーザー治療をB眼科で行って、アドナが出された。B眼科の医師から糖尿病の薬と一緒に飲んでいいか内科で聞くようにと言われていたが患者は何も話さなかったとのこと。お薬手帳をB眼科で見せて、カルバゾクロムを服用中に出血を起こしているのでは増量かとも思ったが患者が何も聞いていないのでB眼科に問い合わせた。増量の意図はなく、眼科の薬を中止するよう指示があった。実は1/9にも14日分出していたそうで、残薬を持参すれば返金すると伝えてほしいと言われた。患者にはアドナを中止するよう説明し、残薬を眼科に持っていけば返金してもらえると伝えた。	お薬手帳を見ていたのに同成分の薬が見逃されていた。内科ではジェネリックで出ており、メーカー名まで印字する為に字がかなり小さかった。患者はアドナとカルバゾクロムスルホン酸ナトリウム錠が似ていると思っていたそうだが眼科で相談することもなく、眼科医師の内科で相談するようにという指示も守っていなかった。B眼科は院内処方だが、お薬手帳を出せば記録してくれるので今回重複に気付けた。	そもそも眼科の薬を内科で出すことが問題ではと思ったので、B眼科で処方されるようなら内科に問い合わせ中止してもらおうと提案したが眼科のほうが中止になった。手帳を見ても見逃される可能性を考えてチェックする。	アドナ錠30mg		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
1824	マイアロン軟膏とヘパリン類似物質油性クリームとの混合指示。両者2週間以内に分離。疑義照会後マイアロン軟膏→サレックス軟膏に変更。	医師が混合不適薬品についてご存じない。	外用剤、混合不適のもの多数あるためその一覧を医師に提示。	マイアロン軟膏0.05%	サレックス軟膏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
1825	眼軟膏を点眼すると指示があったが点入、もしくは、塗布の誤りと考え疑似紹介した。結果、点入に変更へ。	用法を十分に確認する。		オフロキシシン眼軟膏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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1826	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはジヒドロコデインリン酸塩散1%「タケダ」3g/分3 3日分と記載されていた。薬局に在庫がない医薬品だったため近隣薬局に在庫を分けてもらえないかの確認にばかり気がいっていた。近隣薬局に在庫なかったため、在庫があったリン酸コデイン散1%「日医工」へ変更してもらえないかとDrに疑義し了承を得る。リン酸コデイン散に変更し、用量はそのまま調剤した。患者さんが後で取りに来るとのことと調剤された医薬品は、しばらく薬局に置いてあったが調剤者が添付文書を確認したところリン酸コデイン散の通常用量ではないことに気付き、再度Drへ疑義。3g/分3 3日分→6g/分3 3日分へと変更し、患者へお渡しした。	在庫がない医薬品の処方内容が来たことで注意すべきことが違うことに向いていた。似た名前の医薬品は通常用量が同じであると思いついたまま調剤した。	普段、慣れていない医薬品の処方内容が来た際は必ず添付文書にて通常用量を確認する。	リン酸ジヒドロコデイン散1%「タケダ」	リン酸コデイン散1%「日医工」	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
1827	一般名処方かつ手書き処方せんにて、ケアレスマスにより似た薬剤名称が記載されてしまった。○手書き処方せん○単純なミス	ニフェジピンと記載すべきところ、誤って似た薬剤名であるベニジピンと記載してしまったと考えられる。○単純なミス○手書き処方せん	処方入力画面にて薬剤名称、規格、剤型のチェックを行ったことで防ぐことができた。	ベニジピンCR40mg	ニフェジピンCR錠40mg「トローワ」	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
1828	一般名スピロラクソン錠25mgが正しいところでスピロベント錠と処方入力されていた。どちらにしても新規薬剤の処方であったため、調剤前に詳しく内容を聞いたところスピロラクソンと間違えていると判断し、疑義照会した。	一般名が多くなり中名前が似ている医薬品が多くなってきた	新規処方薬のときは症状を確認する。定期薬のときも変更がないか確認する。	スピロベント錠10μg	スピロラクソン錠25mg「トローワ」	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
1829	整形でメチコバルとノイロピタンの処方があり、ビタミン剤の重複かと照会したが、実際はドクターはノイロトロピンを処方していたので、照会して変更して、調剤行いました。	よく似た名前の為、事務が入力間違えた様子、最近新しい事務が入った様子です。	常に処方間違いがないか、確認する。	ノイロピタン錠	ノイロトロピン錠4単位		技術・手技が未熟だった		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
1830	11歳、35kgの患者にゾフルーザ20mg2錠処方されていた。疑似照会し、1錠に変更。	医院が忙しい時期は、処方確認に特に注意を払うこと。	処方内容の確認と、患者側からの情報を得ること。	ゾフルーザ錠20mg					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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1831	以前にメジコンで強い眠気・吐き気を生じた患者に対し、一般名デキストロメトルファンが処方。患者情報にメジコン副作用歴の記載があったため疑義照会を行い、対象薬削除へ。	医療機関の間診では副作用情報が漏れてしまっていたようだ(患者の記載漏れなのか医療機関側の確認ミスなのかはわからず)。薬局においては副作用歴に関して、視認しやすいよう患者コメントの上段に記載し、必ず目を通すことを徹底しているため患者被害を未然に防ぐことができた。	医療機関での副作用情報漏れがある可能性を常に考慮し、新規処方となる薬剤については同成分の薬剤や類似薬服用歴がないかを確認する必要がある。特にジェネリックの発売がある薬剤については漏れが生じやすいので注意が必要。	デキストロメトルファン臭化水素酸塩散10% 「トローワ」		記録などに不備があった		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
1832	泌尿器科からスピロラクソンが処方された。お薬手帳で他院でセララ服用中を確認した。併用機禁忌のため病院に問い合わせ。結果スピロベントの処方だったところ、入カミスによりスピロラクソンの処方が出てしまっていた。	ジェネリック採用により薬品名の類似したものが増えた。類似した医薬品は注意が必要	スピロベント、スピロラクソンは要 注意	スピロラクソン錠25mg 「トローワ」	スピロベント錠10μg	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
1833	中枢性尿崩症の患者にデスマプレシンスプレー10が処方されていた。併用薬と過去の処方歴から疑義照会し、デスマプレシン点鼻液0.01%に変更となった。頓服頭痛時の処方にロキソプロフェンNa錠60mgとムコダイン錠500mgの服用指示の記載があった。コードの選択間違いと考え疑義照会を行った結果ムコダイン錠をムコスタ錠100mgに訂正となった。	同一患者で2つの医薬品選択間違いが起きていた。複数規格ある医薬品や名称類似薬によるものと思われる	薬局においても、患者病態・病名を処方箋から類推し、処方内容の適切性を常時確認していく。	ムコダイン錠500mg デスマプレシン・スプレー10協和	ムコスタ錠100mg デスマプレシン点鼻液0.01%協和			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
1834	患者の母親からお腹が弱いと聞き取り、調剤後に疑似照会した。	前もって患者の体質についての聞き取りが不十分だった。	患者の体質の聞き取り精度を上げ、薬歴に記載する。	オラベナム小児用細粒10%	アドソルビン原末		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
1835	一般名処方カンデサルタン(4)1日2回朝・ターカルデナリン(2)1日1回夕に変更の指示があり。患者入所の施設に確認したところ、薬が減量になるとの説明を受けていたため医師に照会し、カンデサルタン(2)1日2回朝・夕に変更となった	2018年12月26日 施設入所(60代男性)の処方せんを受け付け一般名処方カンデサルタン(4)1日2回朝・ターカルデナリン(2)1日1回夕に変更の指示あり。薬品名が類似しているため、まず施設職員に体調について確認をしたところ、血圧が下がっているため減量になるとの説明があったとのことだったので医師に疑義照会をした。その結果、カンデサルタン(2)1日2回朝・夕に変更となった。薬品名が類似しているため医師が処方せんの入力の際に間違えて記載してしまったようだ。	類似している薬品名への変更の際は、再度、患者やその家族、施設の方等に確認する必要がある	カルデナリン錠2mg	カンデサルタン錠2mg「サンド」			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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1836	一般名「ポノプラザンフマル酸塩錠」で処方中の患者様に、今回、今までの一般名ではなく商品名タケルダで処方された。「ポノプラザンフマル酸塩錠」はタケキャブのことなので、ドクターに疑義照会を行う。疑義照会後、タケルダではなく、タケキャブに変更となった。ドクターのヒヤリハットを未然に防げたケースとなった。	タケキャブとタケルダ。名前が非常に似ているので医師・薬剤師ともにヒヤリハットが起きやすい薬品であると思われる。	薬品に対する注意力が必要であろう。	タケルダ配合錠	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
1837	他院で、ロコアテープが処方されている患者にロキソニン錠が処方される。疑似照会して併用は避けるように。	完全な併用不可ではないので、疑似照会を行うこと。	疑似照会后、患者にやむおえず使用する場合、必要最小限の使用にとどめる。	ロキソニン錠60mg				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
1838	歯科でアモキシカプセル25mg処方あり、患者から「抗生剤を出すと聞かれた」と聞き取り疑義照会。アモキシシリンカプセル250mgへ処方訂正連絡があった。	類似名称のため、薬剤選択時に選択間違いがあったと考えられる		アモキシカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「トーフ」			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
1839	逆流性食道炎でタケキャブ錠20mgを服用中の患者へ、パリエット錠10mgが追加処方になっており処方箋上に両薬剤が処方になっていた。タケキャブはP-CABで、パリエットはPPIであり作用が類似するので併用は不適切であること問い合わせたところパリエット錠10mgが処方削除になった。	患者が特に逆流性食道炎の悪化を医師へ訴えたわけでもなく、過去にパリエット錠10mgを服用されていた。タケキャブ20mgへ変更になった経緯もあるので医師が勘違いして処方処方してしまったのではないかとと思われる。	今回は処方箋上の情報だけで疑義照会できた例。基本的なことだが作用類似薬等きちんと整理して重複投与に気づけるようする。	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
1840	処方)クラシエヨクイニン湯が処方薬剤師が薬を取り揃える前に処方意図を患者に確認したところ、イボがあるから医師に処方をお願いした事が分かった。本来処方されるべき薬剤は「ヨクイニンエキス錠 コタロー」。疑義照会にて薬剤変更となる。	医師が処方する際に、類似名の医薬品が目に入り、選択してしまったと考えられる。ヨクイニン湯の適応は「関節痛・筋肉痛」。成分はヨクイニン以外にも数種類を配合し構成される。一方のヨクイニンエキス錠はヨクイニンから抽出した水製乾燥エキス。適応症は「ユウゼイ」。患者の話聞き、適応症を確認し、本来の処方されるべき薬剤を判断した。	類似薬剤名に注意。適応症を含めた鑑査。患者の話聞き、薬剤の適正を判断する。	クラシエよぐいん湯エキス細粒	ヨクイニンエキス錠「コタロー」			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
1841	緑内障の患者に抗ヒスタミン剤を処方されていた。	お薬手帳をお持ちでなかったために、ドクターも確認できなかった。	患者情報から緑内障であることを知りえて、ドクターに疑似照会して、セレスターナ錠が削除になる。患者様にもお薬手帳を作るように勧める事が大切だと思います。	セレスターナ配合錠					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
1842	クラビット点眼1.5%処方だったがクラビット錠で薬疹歴があったため、疑義照会し医師に問い合わせた。別の種類の抗菌薬、ベストロン点眼に変更になった。	薬歴の表書きにアレルギー歴と対象薬品を記載し、類似薬が処方になった際にメッセージが出るようになっていた為、見落としを防止できた。		クラビット点眼液1.5%	ベストロン点眼用0.5%				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「疑義照会」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1843	処方せんに「一般名」フェキソフェナジン塩酸塩60mg2錠分2朝夕食後、「一般名」ロラタジン錠10mg2錠分2の記載あり。同効薬の記載とロラタジン10mgの分2処方の為医師に確認。カルテにクラリス200mg2錠分2朝夕食後と記載するところ、クラリチン錠10mgと記載してしまったところ、処方せんが「一般名」ロラタジン10mgになったとの事。クラリスロマイシン200mgで調剤し患者に投薬。	クラリチンとクラリスの名称が似ているためのミスが処方内容より、未然に防止する事が出来た。		ロラタジン錠10mg	クラリスドマイシン200mg錠「サワイ」		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
1844	患者本人が持参した手帳よりA院の処方薬:エビリファイ錠、ロヒプノール錠、ユーロジン錠、コントミン錠、アキネトン錠B院の処方薬:リスベリドンOD錠、ゾルピデム錠、フルニトラゼパム錠重複のため疑義照会を行った。	12月中旬よりA院より類似・同効薬が数種類処方あり。患者本人はB院の医師へ手帳を見せておらず、口頭でも併用薬に関して伝えていなかった。前回12月初旬にA院が休診のため受診できず残薬なしのため、臨時にてB院より類似薬処方。今回B院の医師が臨時薬もB院より処方している継続薬と一緒に処方してしまった。	患者本人へも手帳を診察時に持参し、他院の服薬状況を医師へ伝えるように指導する。	リスベリドンOD錠0.5mg「アメル」ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「明治」フルニトラゼパム錠1mg「アメル」					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
1845	風邪でかかられた患者に【一般名】レバミピド錠100mgが処方されていたが【一般名】カルボシステイン錠500mgの間違えであった。	処方医の電子カルテは処方薬が先発品名で記録されており、処方せん発行時に一般名に変換されるというタイプのものであった。そのため医師がムコダイン錠500mg(【一般名】カルボシステイン錠500mg)を処方したつもりがムコスタ錠100mg(【一般名】レバミピド錠100mg)を入力してしまい誤処方となった。間違えに気が付くことが出来たのは処方内に【一般名】テブレノン細粒10%があり薬効が【一般名】レバミピド錠100mgとダブるため疑義照会を行ったからであり、それがなければそのまま調剤、投薬されていた可能性は高かった。	風邪薬の処方でも胃薬が同時に処方されることはたまにあり、薬効のダブリ処方が必要ならば誤処方であることはわからなかったと思われる。(患者が余程強く痰の絡みを訴えれば処方内容を確認することはあるが…)今回のケースは【一般名】が全く違うものだが先発品名が似ているということから発生したミスなので対応策は取りにくい、そう言ったこともあり得ることを頭に入れておき、門前薬局もしくはある医療機関の処方せんを多く受けている薬局はその医療機関の医師が風邪や感染症などで頻用する処方パターンを把握しておき、少しでも疑わしい処方があれば積極的に疑義照会をかけていくことが大切である。	レバミピド錠100mg「YD」	カルボシステイン錠500mg「サワイ」				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
1846	お手帳より他の医院から類似作用のお薬(ユリーフOD錠)を服用していたため疑義照会してプロピペリン塩酸塩錠10mgを削除した		患者の聞き取りとお手帳の確認をすることが重複投与を防ぐことができる	プロピペリン塩酸塩錠10mg「YD」		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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1847	患者は喘息の憎悪を訴え受診。喘鳴と呼吸困難を認めた。処方内容はフルティフォーム125エアゾール120吸入用1日2回1回2吸入。お薬手帳と薬歴から他院より吸入ステロイド薬を処方され、継続使用中であることを確認した。服薬状況は良好。医師から吸入ステロイド薬変更の説明は受けておらず、SABA処方の可能性も考えられたため疑義照会を行った結果、サルタノールインヘラー100μgに処方変更された。	医師はSABAを処方しようとしたが、誤ってデバイス形状の似たICS/LABA配合剤を処方してしまったと思われる。	患者から得た細かな情報も薬歴に記載し、複数人の薬剤師で同一患者の情報を共有する事は重要であるが、かわりやすい薬歴作成も大切である。今後も情報を定期的に整理し、電子薬歴画面をカスタマイズすることで【より見やすい】薬歴となるよう努める。	フルティフォーム125エアゾール120吸入用	サルタノールインヘラー100μg		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
1848	12/26に89歳母にナウゼリンOD10mgが処方された。服用しているが吐き気が治らない。2018/1/5に自分(64歳息子)に処方されたメクロプラミド錠5mgを追加で飲ませていいか。処方医が閉まっているので連絡できない。処方薬はその時の本人の症状に合わせて処方されているので他の人に飲ませてはいけない。ナウゼリンOD10mgとメクロプラミド5mgは類似物質であるので併用はしないと伝えた。	患者89歳で体力減少あり食欲不振でナウゼリンOD10mgが処方。薬の管理は息子がしている。吐き気のため食欲不振で早く改善しないと体力減少が進行してしまう。処方医に連絡がつかないので薬局に問い合わせ。息子が自分自信の薬も小まめに管理しており、2018/1/5の処方薬もとっておりその中にメクロプラミド5mgが残っていた。	処方薬はその時の本人の症状に合わせて処方されているので他の人に飲ませてはいけない。89歳だと内臓の機能も落ちているので自分自身の飲む薬の用量とは違う事もあるので同一にはいけない。古い薬を服用して思わぬ事故に繋がる恐れもあり、保証も受けられない可能性もあるので処分した方がいい。薬に関する安易な考えをしないよう日頃から、処方薬の常用性を投薬事に説明するようになる。	ナウゼリンOD錠10	ナウゼリンOD錠10			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
1849	以前ジスロマック服用時にアナフィラキシーショック発現したと申し出あり。クラリシッドも似た構造をもつため疑義照会後削除確認			クラリシッド錠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
1850	妊婦に「アレギサル」が処方されていた。医師に疑似紹介して「アレギサル」が削除になった。	医師が「ベミロラステカリウム」が、妊婦に投与禁忌であることを知らなかったための事例である。	妊婦に投与しても良い薬を一覧にしておく必要がある。	アレギサル錠5mg		連携ができていなかった	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
1851	長期間メコバラミンが処方されていた。添付文章には、「ビタミンB群製剤は長期にわたって漫然と使用するべきではない」との記載があったため、医師に疑似紹介をし薬剤師が削除となった。	「長期間にわたってビタミンB群の医薬品が処方されている時は、定期的なその効果を確認する必要がある」と添付文章に記載があるが、医師が、その確認を行っていないかった。	長期間にわたりビタミンB群の医薬品が処方されている時は、その効果の随時確認を行うよう徹底する。	メコバラミン錠500μg「SW」	メコバラミン錠500μg「SW」	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
1852	皮膚科より「セレストアミン」と「リンデロン」が処方されていた。成分重複のため医師に疑似紹介をした。「リンデロン」が削除になった。	医師は、この2製品の成分である「ベタメタゾン」が重複していることを理解していなかった。	セレストアミンなどの配合剤は、成分名の一覧を医師に提示しておかなければならない。	セレストアミン配合錠リンデロン錠0.5mg		連携ができていなかった	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1853	オーゲメンチン配合錠250RS(3T3×)+サワシリン錠250mg(3T3×)が処方されていた。処方入力の際に、ペニシリンアレルギーであることが分かったため疑義照会を行った。処方医よりメイアクトMS錠100mg(6T3×)へ変更すると返答があった際にセフェム系・ペニシリン系は構造が類似しており、アレルギーを起こす可能性がある旨・ペニシリンアレルギーの方は慎重投与になっている旨を説明した。薬剤はメイアクトMS錠100mgで良いとのことであった。	病院側で患者の副作用・アレルギーの情報収集が出来ていなかったこと。	薬剤の副作用・アレルギーはいつ起こるか分からないため常に情報収集をする必要がある。	オーゲメンチン配合錠250RS サワシリン錠250	メイアクトMS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
1854	90歳女性(般)バラシクロピル錠500mg 6錠分3毎食後 4日分処方について処方鑑査の際に、年齢から推測し腎臓の機能に合った適切な量がアセスメントする必要があると考えた。医療機関に該当患者の血液検査結果を問い合わせた結果、CLcr37-40と推算された。処方内容が過量と思われるため疑義照会により、4錠分2朝夕食後に変更となる。	・CLcrの検討が必要な薬をリストアップしておく。・CLcrの検討を行うことを処方鑑査時に習慣付ける。・高齢者の場合、腎機能が正常でもCLcrの低下が疑われるため、必要に応じて医療機関にも問い合わせることで血液検査の結果の情報を得る。		バラシクロピル錠500mg「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
1855	妊婦への投薬に関する薬剤変更の実施	患者は気管支喘息のため受診していたが、咳症状が酷くなったためフスコデ配合錠が処方された。フスコデ配合錠は妊婦において、ジヒドロコデインリン酸塩の類似化合物(モルヒネ)に関して催奇形性の報告がある。当患者は妊娠中であるため催奇形性の危険性を考慮し、催奇形性の報告がないデキストロメトルファン臭化水素酸塩錠15mgへの変更を提案した。	病院側で考えられる要因としては、妊婦であることを見逃しているか、処方薬が妊婦禁忌であることを知らなかったということが考えられるため、病院での確認漏れを防ぐことが大切である。薬局側としては妊婦禁忌である薬の一覧をお渡しするなどの対応をして未然に防ぐことができないのではないかと考えられる。	フスコデ配合錠	デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠15mg「トローワ」			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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1856	インフルエンザA型の患者さんに新薬であるゾフルーザ20mgが2錠、処方されていた。患者さんは母親と一緒に診療所で隔離されていたため、処方箋だけが薬局にきて、それをともに調剤し、隔離された患者さんと母親に薬をお届けした。説明する前に名前を確認したところ、名前が姉になっており、患者さん自身は妹さんだった。この患者さんの姉妹は名前もよく似ており、カルテごと姉妹が間違えられていた。母親の指摘により判明。ゾフルーザ20mgの容量も2錠から1錠に変更になり、同時に処方されていた解熱剤のカロナール200mgも1回2錠から1回1錠へ減らされた。	名前と容姿がよく似た姉妹で起きた医療過誤である。いつも姉妹で受診されるが、今回は妹だけの受診で、どうやらドクターも診察の際に患者さんの名前を確認していなかったようだ。年齢と体重も姉妹で誤ってカルテに記載されていた。診療所の医療事務がカルテを間違えて取り出し、ドクターもそのまま記載してしまっらしい。また、薬局でもインフルエンザにて隔離された患者さんに薬をお届けしたため、処方箋を受け取りの際の患者さん確認ができなかった。	インフルエンザで隔離された患者さんでも、本人確認はしっかりと行うことが重要である。いかなる場合も、まずは本人確認。これは必須のことである。	ゾフルーザ錠20mg		確認を怠った 連携ができていなかった			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
1857	ザジテン(5mg)1T 2x朝食後、寝る前の処方でも処方監査の時にザジテンはカプセルであるため半錠にすることが困難だし、5mgという規格がないことに気づいて疑義照会を行った所、ザイザル5mgの間違いであったことに気づき処方変更となった。	名称が似ていたこと、小児のため半錠にすることに気を取られ処方せんを書き違えたと思われる。○手書き処方せん○単純なミス	院外処方せんであるので薬局で処方監査を徹底し患者インタビューを行うことで防げる事例と思われる。	ザジテンカプセル1mg	ザイザル錠5mg	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 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
1858	患者が痛み止めとしてA病院からサインバルタ初処方の処方箋を持参、その際に以前似た名前の薬で吐き気が出て中止になったことがあると患者本人から説明があった。こちらでも確認すると2年前にB病院からサインバルタ処方されており、吐き気のため中止したことも薬歴から確認できたため疑義照会を行い、結果処方削除となった	病院での患者の副作用歴の確認が不十分、お薬手帳への副作用歴の記録漏れ	定期的に副作用歴の見直しをする。その際、副作用歴・アレルギー歴をシールで印字して(なしの場合も同様)手帳の表紙裏に貼付するようにした。特に注意を要するものに対しては蛍光で線引きをする。	サインバルタカプセル20mg		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
1859	コリアパン錠の処方が来たが、患者様から聞き取りした情報や他の処方されている薬から違和感を感じ疑義照会を行ったところ、コスパン錠の入力間違いであることが判明した。	薬剤の名前が類似していたことが間違いの原因であり、規格が異なるが確認不足によりこのような入力ミスが発生したと考えられる。	ダブルチェックの徹底をおこなう。患者様からの聞き取りや、同一処方内の薬があれば検討して確認作業をおこなう。	コリアパン錠10mg	コスパン錠40mg	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
1860	下痢嘔吐のために受診し、臨時処方でも「ドンペリドン錠10mg 3錠」と「ビオフェルミン配合散 3g」が処方された。薬歴より、定期処方でも同診療所からの処方でも「ビオフェルミン錠剤 3錠」を服用していることを確認。類似の整腸剤の重複投与となり、効果があるか疑問があるため問い合わせ、今回のビオフェルミン配合散が中止になった。	午前の診療終了間際の処方であり、普段の処方薬を確認しないまま、今回の処方を決定したと推測される。	処方追加の際は服薬カレンダーや併用薬で現在服用中の薬を確認し、同一薬や類似薬を使っていないか再チェックを行う。	ビオフェルミン配合散				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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1861	処方箋にて、レボフロキサシン点眼「わかもと」25mLの処方あり。適応疾患における処方量とは考えづらく、また当該患者の処方歴ではレボカバステン点眼が今まで処方されていたこと、患者様の病状で感染性疾患・眼科処置はなく、アレルギー症状があるとの訴えがあり、疑義照会をしたところ、レボカバステン点眼へと変更となり、他薬調剤を回避することができた。	薬剤名が似ていたための処方箋入力間違えと思われる。	患者様の現在の症状と合致しない薬剤の処方では処方間違えも考慮し、疑義照会をする。	レボフロキサシン点眼液0.5%「わかもと」	レボカバステン点眼液0.025%「TS」			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
1862	調剤前の患者との確認で、ヒアルロン酸Na点眼液0.3%が処方されているが、医師から聞いていたものは0.1%であることが発覚。疑義照会にて0.1%に変更となった。	医師が処方箋発行時にPCでの薬品の選び間違いが原因と考えられる。	規格が複数ある薬品や、類似した名前の薬品については良く患者と症状や処方、治療について確認する。	ヒアルロン酸ナトリウム点眼液0.3%「TS」	ヒアルロン酸ナトリウム点眼液0.1%「TS」			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
1863	A病院より転院しB病院からは初めての処方だった。B病院からの処方箋がテオフィリン徐放錠200mg「サワイ」だったが用法が1日1回、1回2錠だったが適応外の用法の処方のまま投薬に行ってしまった。投薬時に今まで服用していた薬のヒートの色や飲み方を確認したところ、名前は分からないが緑色のヒート200mgのもので1日1回2錠の飲み方は同じであったことから徐放U錠を服用していたことが判明。疑義照会しテオフィリン徐放U錠200mg「トーフ」への変更を処方医に確認した。	B病院のレセコンにテオフィリン徐放U錠200mg「トーフ」のコードがなかったため(採用がテオフィリン徐放U錠400mg「トーフ」)処方入力ミスが起きた可能性がある。最初に薬の適応上の用法で気づければもっとスムーズだった。	転院で初回の処方の場合には用法の違いは無いが、今まで服用していた薬のヒートデザインと似ているかなどを確認する。	テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」	テオフィリン徐放U錠200mg「トーフ」	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
1864	2018年4月14日(土)14時頃、患者(58歳女性)が処方せんを持参した。一般名ニフェジピン徐放錠20mg(12時間型)1錠/分1就寝前10日分の処方であったが、患者の申し出によりいつも服用している医薬品の処方と説明を受けてたということで、薬歴を確認したところ、前回までは一般名ニフェジピン徐放錠20mg(24時間型)が処方されていた。処方医は非常勤だったため、記載間違えかもしれないと思われたため疑義照会した。その結果、前回までと同様の24時間型へ変更となった。一般名が類似していたため、入力間違いがあったようだ。	一般名ニフェジピン徐放錠20mg(24時間型)と記載するところを一般名ニフェジピン徐放錠20mg(12時間型)と見間違えて処方入力したようだ。	引き続き、薬歴や患者の聞き取りなどの処方箋以外の情報を収集することにより、処方内容に間違いがないかどうか確認していく。お薬手帳の情報を活用してもらうように患者に説明を再度行う。	ニフェジピンL錠20mg「サワイ」	ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」		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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1865	喘息でかかりつけの内科医から、メキタジンが処方あり。今回耳鼻科医から鼻水が垂れるということで「ベボタスチン」が処方。以前から服薬していたが、今回改めて処方を見直し、耳鼻科医へ問い合わせ、薬効が類似しているためベボタスチンは処方削除となった。	高齢の患者で訴えのまま、薬が処方。薬効が類似していたため、本来なら最初に疑義照会すべきなところを怠った。○単純なミス	手帳や処方内容をしっかりと確認し、疑義照会を怠らない	ベボタスチンベシル酸塩 OD錠10mg「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
1866	カフコデN配合錠の処方量が9錠分3毎食後で処方された。用量について疑問を持ち、疑義照会したところスコデ配合錠との間違いであることがわかった。	今回は名称の類似による処方入力のミスであった。	名称の類似する医薬品についてはリストを作成し、注意喚起をおこない店舗で症例の把握などしておく。	カフコデN配合錠		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
1867	2019年2月2日(土)16時頃、患者(14歳女性)の代理人が処方箋を持って来局した。「一般名:トラネキサム酸錠250mg」で処方されていた。前回処方時は、「トランコロン錠7.5mg 1日3回 毎食後 14日分」で処方されていた。今回も同様処方となるはずだったが、処方入力の段階で誤りがあった。コンピュータ入力の段階で頭文字3文字が重複する「トランサミン錠250mg」の「一般名:トラネキサム酸錠250mg」で処方されていた。調剤・鑑査の段階では、処方の際に気づかずそのまま調剤した。患者への薬剤交付前に処方の際に気づき、「トランコロン錠7.5mg」へと変更された。	頭文字3文字での入力、類似名称の別薬剤が処方されている可能性がある。	類似名称には注意を払った調剤・鑑査・投薬が必要である。また、類似名称の薬品には、調剤棚への注意喚起の記載も必要である。鑑査の段階で処方の方の妥当性を検討する。	トランサミン錠250mg	トランコロン錠7.5mg	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		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1868	総合病院の整形外科の処方せんをもって来局した。整形外科の受診は久しぶりで、処方内容は、一般名ロキソプロフェン錠60?r3錠分3毎食後12日分、ネキシウムカプセル20?r10分1夕食後12日分、一般名ロキソプロフェンNaテープ100?r14枚1日1回1日1枚足であった。同じ病院の消化器科から同種同効薬であるニザチジンカプセル75?r20分2朝夕食後が処方されているため、整形外科に疑義照会を行い、ネキシウムカプセルの処方は削除となった。	同じ病院内からの処方であるが、診療科をまたいでの病院内でのチェックが行われていなかったのであろうか。今回の事例以外にも、時折似たようなケースが当該病院からの処方では見受けられる。	お薬手帳を確認していれば、薬局で患者に薬剤を交付する前にストップをかけることが可能である。Dolばかりのお薬手帳だからとチェックを怠ることなく、毎回チェックする習慣が必要である。	ネキシウムカプセル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
1869	患者は今回より病院を変更しておられ、処方内容は前病院と同じ内容になったとのことだった。処方箋にはアバプロ錠100mgが記載されていたが、おくすり手帳を確認すると前回は他院よりアムバロ配合錠が処方されていたため疑義照会すると、病院での入力間違いであることがわかり、アムバロ配合錠に変更となった。	アムバロ配合錠を入力したところアバプロ錠と入力したようだ。	アムバロとアバプロは名称が類似しており、どちらも降圧剤なので間違いが起こる可能性が高いことを職員に周知徹底した。	アバプロ錠100mg	アムバロ配合錠「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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1870	アレグラDS5% 1g 分2朝夕食後の処方があり、通常用量が1.2gのため疑義照会を行ったところ、アレロック顆粒0.5% 1gの間違いであったことが判明した。	アレグラDS5%を処方しようとしたが、間違えてアレロック顆粒0.5%で処方を出してしまったようだ。薬の名前の類似や、同効薬という事も間違えに影響している可能性あり。	通常用量とは異なる処方を受けた場合、必ず疑義照会を行う。	アレグラドライシロップ5%	アレロック顆粒0.5%		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
1871	カルボシステイン錠250mg「テバ」、カフコデN配合錠が処方があったが、数日前に他院より類似薬をもらい服用中であり、残薬があるとのこと。疑義照会の結果、処方削除となる。	医師が他科受診、併用薬を確認していなかった。		カルボシステイン錠250mg「テバ」カフコデN配合錠		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
1872	疼痛コントロール悪化のため薬剤追加。二年前にサインバルタ服用歴があり、その際消化器症状発現により中止していた経緯があった。患者に確認したところ名前まで把握しておらず、再度の試みではなく副作用歴の見落としの可能性を疑い疑義照会。結果薬剤変更となった。	比較的軽微な副作用などで薬剤変更となった場合病院側での過去のカルテの記載が処方時に目立たずスルーされてしまうことがある。類似ケースの場合医師患者が副作用歴あることを承知の上で再度試すこともありそのまま処方となる事例も多々見受けられた。そのためそれに慣れてしまうと薬局側でも確認不十分な状態でそのまま調剤してしまうリスクがある。疑わしきは確認の原点に戻り徹底する必要がある。		サインバルタカプセル20mg	リリカカプセル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
1873	ヒルドイドクリーム（一般名 ヘパリン類似物質クリーム）で処方すべきところ、一般名 ヘパリン類似物質軟膏で処方。	前回ヘパリン類似物質油性クリーム「ニプロ」で調剤。伸びがよい製剤に切り替えると患者申し出があったが、一般名ヘパリン類似物質軟膏で処方。軟膏では今までの製剤と変わらないので、疑義照会にてヘパリン類似物質クリームへの変更をお願いした。油性クリームとクリーム的一般名の記載方法の間違いかと思われる。	患者問診の徹底。Drへの情報提供を行った。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニプロ」	ヒルドイドクリーム0.3%			コンピュータシステム施設・設備	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
1874	他院から似たようなお薬（ネキシウム20mg）が定期的に処方され服用中にも関わらず投薬しようとしてしまった。	患者様の体調が優れずできるだけ早くお渡ししようと思った。日数が多く処方されていたお薬だった。注意力散漫	薬歴をみた時にどのお薬がいつまで患者様のおてもとにあるか良く確認する	ランソプラゾールOD錠30mg「武田テバ」		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
1875	疑義照会前）ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」処方。普段当該Drはヘパリン類似泡状スプレー0.3%「日本臓器」を処方するため、病院事務側の入力段階でミスが起こった可能性を考え、疑義照会を実施。結果ヘパリン類似物質泡状スプレー0.3%「日本臓器」へ変更となる	病院側の入力時、最初の「ヘパリン」の文字で判断し、剤形の確認ができていなかったものと思われる。	剤形が複数ある医薬品については特に剤形まで確認を行う必要がある。	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」				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		
1876	整形外科処方箋にてセファロカプセル250mgと類似したクリンダマイシンカプセル150mgの記載があり疑義を行いました。医師の判断は菌種の特定ができるまでは類似薬でも2剤服用することになっていることが判明しました。処方内容の変更にはなりませんでした。	処方箋ないに類似薬の記載がある場合は、処方意図の確認が必要であることが分かりました。	処方内容に類似薬がある際は必ず、処方元の医師の処方意図の確認が必要であると考えます。	セファロカプセル250mg「日医工」			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	
1877	クラリスリッド錠200mg錠 3錠 分3で4歳児の処方記載。明らかに小児用の50mg錠とオーダーリング入力ミスと判断できたので、照会后50mg錠に訂正となる。	オーダーリングの際、複数規格ある薬剤の選択ミス。入力後の確認不足。	オーダーリング時のマスタ選択ミスは規格だけでなく、類似薬品名でも起こりがちなので、患者の年齢や症状等考慮して、薬品名、投与量が適正か鑑査を実施していく。	クラリスリッド錠200mg	クラリスリッド錠50mg小児用		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	
1878	前回ニフェジピンCR10mg「トローワ」で処方されていたが今回ニフェジピンL10mg「トローワ」に変更され処方。患者には変更の旨は聞かされておらず、血圧の変動もなかったため疑義照会。前回通りニフェジピンCR10mg「トローワ」に変更となった。	名称が似ている為、医療機関が処方箋への記載を誤ったと思われる。	引き続き患者への聞き取りを強化し、ヒヤリハットを未然に防止します。	ニフェジピンL錠10mg「トローワ」	ニフェジピンCR錠10mg「トローワ」		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	
1879	服薬指導の際にツムラ?をみて、「もっと色が薄かった気がする。薬の変更のことは何も聞いていない。」と聴取。手帳をみるとツムラ?Jの処方歴があったため疑義照会。ツムラ?Jへ変更。	2018年4月より別HPから転院されてきた患者様。名前が似ているため誤入力したと考えられる。	処方箋発行前の鑑査の徹底。	ツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ柴胡桂枝乾姜湯エキス顆粒(医療用)	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	
1880	当局は初めての利用。主訴は「体のあちこちがピクピクするため脳神経外科を受診したところ、医師より『痙攣に効く薬を出す』と言われた。」というものだった。桂枝加芍薬湯は薬効が該当しないため疑義照会したところ、芍薬甘草湯に変更となった。	薬品名が似ていたため処方記載を誤ったか、あるいは電子入力時に間違いがあったと考えられる。	ひきつづき患者からの聞き取りなど情報収集を行い、処方内容と相違ないか確認する。	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	
1881	エディロールカプセルとアスバラカリウム錠が初回で処方された患者様。投薬時には「薬が追加になると聞いている」とのしか聴取できなかった。薬剤名や用法用量等に違和感を覚えたため、確認のため疑義照会。結果、アスバラカリウム→アスバラCA錠に変更。類似する薬品名と入力で間違ってしまったとのこと。患者様の手に間違った薬が渡ることはなかった。	診療科(整形外科)や用量から、処方内容を不自然と考え疑義照会に至ることができた。		アスバラカリウム錠300mg	アスバラ?CA錠200	判断を誤った	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「疑義照会」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1882	めまいが主症状の患者様で、ずっとツムラ39番を服用していた。主治医が異動すること、別の病院の耳鼻咽喉科に変更することになり、主治医は変わらずその耳鼻科の処方箋も当薬局で調剤していた。その際、先生の処方ミスでツムラ118番が処方されていた。漢字が一文字しか違わないこと、ツムラ118番の在庫がなかったこと、めまいで来局して主治医は同じだったこともありH30.6より3回は気付かず疑義照会せずツムラ39番をお渡ししてしまった。H30.11の処方箋監査の際によく気づき、疑義照会しツムラ39番であることを主治医に確認。主治医の処方ミスであり結果的には、患者様には正しい薬を調剤していたこととなった。	ツムラ118番の在庫がなかったため、ツムラ39番と酷似している漢字があることを知らなかったという知識不足に加え、主治医が同じ、症状も変わりなかったために思い込みもあり監査がうまくいった。	改善策としては、漢字1文字ずつ全ての文字を監査し、患者様より症状、先生との会話をしっかり聞き取りし、毎回総合的に判断して調剤することが大切だと考えられる。	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)	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
1883	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%100g1日1~2回全身が処方されていたが、顔に塗布する混合薬が欲しかった模様で、照会后、ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%25g、ロコイド軟膏0.1%25g1日1~2回顔(混合)へ変更となる。	小児科医師不在で、内科医が代診で処方しており、母親の希望する薬が医師にうまく伝わらなかったものと推測される。	投薬の際に、処方希望薬だったかどうか、定期使用薬については、残薬があるかしっかりと確認すること。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」ロコイド軟膏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
1884	Drが処方されたプロスタールLが処方入力時にシロスタゾールに変わって、そのまま処方せんが発行された。	あまり使われないプロスタールと、よく使われるシロスタールの名称が似ており処方ミスに繋がった。	プロスタールの採用を後発品に変更しシロスタゾールとして採用した。	シロスタゾール錠50mg「サワイ」	プロスタールL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
1885	同病院を受診している患者さんに同生月に似たような名前の患者さんがいて、当薬局としても薬歴の確認などするときに注意していた。今回、病院の方でカルテの取り間違いがあったようで、違う名前にて処方箋が発行されてしまった。かかりつけ薬局として利用していただいていたため、持参者と処方箋の名前が異なっていることに気づけた。また、患者さんもお薬手帳を持参されていたので、そこでも確認することができた。	同姓同名や似ている名前の患者さんの薬歴には注意するように記載しておくことが必要であると考えられる。	注意点を薬歴に目立つように記載しておく。	コニール錠4	コニール錠4			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
1886	投薬時患者様からインフルエンザの診断がありインフルエンザのお薬だしくと医師から言われたが、咳止め、解熱剤のみ。医師に疑似紹介しタミフル追加になった。	繁忙期のため処方せん記載に不備があった。		カロナール錠300	タミフルカプセル75	記録などに不備があった	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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1887	2018年6月25日（月）15時頃、患者（62歳女性）が処方せんを持参した。一般名 耐性乳酸菌錠 6mg 3錠 1日 3回毎食後が処方されていた。いつも当薬局を利用する患者であったが、前回まではA病院を受診し、一般名ピフィズス菌製剤錠12mg 3錠 毎食後の服用を継続していた患者であった。今回病院がB病院へかわり、初めての処方だった。薬剤師Aが抗生剤などの治療があったか患者に確認したところ、そのような治療はなく、医師から前回と同じ薬剤を処方すると説明を受けたということだったので、医師に疑義照会した。その結果、一般名 ピフィズス菌製剤12mg 3錠 1日3回へ変更となった。	紹介状による処方薬の確認で、医薬品名が、ピオフィェルミン錠とピオフィェルミンR錠が、類似しているため間違えたようだ。	今まで通り、薬歴や患者の聞き取りなど、処方箋以外の情報を収集することにより、処方内容に間違いがないかどうか確認する。	ピオフィェルミンR錠	ピオフィェルミン錠剤		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
1888	17歳の患者様の処方箋を母親が持参。調剤・投薬時に「以前市販のパファリンで唇が腫れたことがある」との話あり。「パファリン」との薬名発言に、当初は対象有効成分としてアスピリンを想定したが、患者年齢も考慮し、念のため過去服用したパファリンのラインナップを写真提示して確認。その結果原因薬剤が「小児用パファリン」（有効成分アセトアミノフェン）であることが判明。処方内に一般名アセトアミノフェン錠200mgが含まれていたことから処方医師に疑義照会を行い、当該薬剤の処方が削除になった。	・パファリン等のナショナルブランド名のつく市販薬剤には、同一ブランド内に複数のラインナップが存在するケースが多く、類似名称の商品でも含有成分が大きく異なることがある。・患者様の多くは、市販の薬剤をナショナルブランド名でしか把握しておらず、そのラインナップ毎に含有成分が異なることを把握していない。・市販医薬品の場合は、処方箋医薬品と比較し、患者様が服用した薬剤を正確に記録に残すことが難しいことが多い。	・今回のような事例による健康被害を今後も未然に防ぐ為に、市販薬剤による副作用発現歴が認められる場合には、思い込みをなくし、製品写真などを活用し、原因薬剤を正しく把握することを心がける。・処方箋調剤業務において、日頃から市販の薬剤服用歴・副作用歴をこまめに聞き取り、正確に記録に残す。	カロナール錠200				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
1889	他院にてPL顆粒、ムコダイン錠、ロキシシロマイシン錠、リボトリール錠、アロチノロール錠を服用中。本日処方においてクラリスッド錠が処方あり。マクロライド系の類似薬の処方であり、提出されたお薬手帳での記録により薬剤師が気づき処方医に疑義照会を実施した。本日処方よりクラリスッド錠が削除との指示となり重複服用を回避した。		お薬手帳による服薬管理の重要性を引き続き啓発を続ける。現在は薬品名称に銘柄名、成分名、一般名が混在しており今後の事故防止のためにも名称の整理統一が行われることを強く希望する。	クラリスッド錠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
1890	55歳女性。高コレステロール血症、高トリグリセリド血症で通院を行っていた。当該日においてトリグリセリド値が290となりロトリガが追加となった。当該処方せんはロトリガは1日3回1日3回毎食後となり通常1日1回1包、上限は1日2回1回1包となり上限を超えていたため疑義照会にて確認。ロトリガ1日2回1日2回朝夕食後に変更となった。	類薬のイコサペント製剤は1日3回での使用となるため処方間違えた可能性がある。	医薬品の通常使用すると考えられる用量について確認を行う必要あり。類似する薬剤の明確な違いなどを理解しておく必要あり。	ロトリガ粒状カプセル2g					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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1891	デルモベート軟膏で処方されていたが、患者からの情報(使用部位や症状)からステロイドが強すぎるため、疑義照会。デルモゾール軟膏(リンデロンV軟膏のジェネリック)の誤入力であった。	名称類似患者及び病院の勘違い	患部と症状の確認の徹底名称類似品の周知徹底	デルモベート軟膏0.05%	リンデロン?V軟膏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
1892	一般名ベタヒスチン錠(6)が処方されていたため、めまいの症状を患者本人に確認したところめまいなどはないと言ひ、鼻水などの症状を訴えており診察時に話したというので、一般名ベポタスチン錠(10)との処方間違いの可能性を考慮したため疑義照会した。結果として、ベポタスチン錠(10)へ処方変更となった。	主治医は一般名が類似しているベポタスチンとベタヒスチンを間違えて処方したようだ。また、数回前の処方方でベタヒスチンを処方しており、パソコンでの入力の際にそのときの入力をひっばってきた可能性あり。	一般名や商品名に限らず、類似名称の薬剤について薬局内で注意するよう共通認識できるようにしていただく。新規採用の際に、類似の名称薬剤がある場合は要連絡して全員の周知徹底をはかる。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工」	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「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
1893	ミコンビAP処方に追加して、新規でナトリックス錠が同じ処方で追加になった。ミコンビAP中にサイザザイド系利尿剤のヒドロクロロチアジド12.5mgが配合されているが、サイザザイド類似利尿剤のナトリックスが追加になり、薬剤師も一部は気づくことなく調剤開始してしまっていた。投薬前に、別の薬剤師が疑義照会した結果、ナトリックスが処方削除となった。	配合剤を以前から処方していたため、医師が配合剤の内容を失念していた可能性あり。一部薬剤師も、配合剤の内容の確認ができていなかった。	配合剤の一覧を確認し、処方追加時は、特に注意して調剤、鑑査を行う。降圧剤の内容学習の徹底を促す。	ナトリックス錠1			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
1894	新患の初回アンケートにて、ピーソフテッククリームによる皮膚がただれる副作用が記載されていた。お薬手帳を確認したところ、ヘパリン油性物質油性クリームを使用中。母親に問題ない旨を確認した上で疑義照会して処方変更となる。			ピーソフテッククリーム0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%日医工			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
1895	めまいの症状で受診したが、めまいの薬とノイロロピンが処方されていた。患者に痛みは特にないと確認したので、処方医に疑義照会した。	医院の事務が処方せん発行時に入力ミスをしたようなので、類似した名称の薬には注意するよう提案した。	類似名称の薬の一覧を作成して、注意喚起する。	ノイロロピン錠4単位	ノイロピタン錠	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		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1896	まず、(1)定期の薬と一緒にメモリー錠5mg1錠分1の7日分が処方され、(2)7日後にメモリー錠で増量された処方が出た。その処方内容(2)は、メモリー錠10mg1錠分1が7日分。メモリー錠20mg1錠分1が14日分。1週間毎に5mgずつ増量している。最終的に維持量の20mgとなるのがメモリーの飲み方であるが、今回は、5mg→10mg→20mgと、中間の15mgを飛ばした処方となっていた。疑義照会して、(2)の処方が、メモリー錠10mg1錠分1が7日分、10mg1錠+5mg1錠で分1が7日分、20mg1錠分1が7日分の一般的な処方に変わった。	認知症の薬を処方することが少ない、呼吸器科で有名で多忙な医師が処方したから、うっかり処方を間違えたのか？慣れない薬で知識不足だった？	薬剤師は、常に疑いの目で処方を見て、処方監査を怠らずに行っていき、疑義照会を怠らない。また、継続的に知識を身に付ける、学習をしていく必要がある。メモリーは、15mg錠が無いため、メーカーが15mg錠を開発する。または、オテズラやチャンピックスを真似て、メモリーのスターバックなるものを発売する。	メモリー錠20mg メモリー錠10mg メモリー錠5mg			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
1897	以前オゼックス錠で薬疹が発生した患者への代替調剤	薬局での監査システムで服用注意喚起が出たことで判明。類似システムのクラビットの服用履歴があり、その際は薬疹の副作用が出なかったため、処方医に代替の提案を実施。実施後変更された。	過誤に至らないように監査システムの使用、ルールの徹底を従業員内で共有する	オゼックス錠150	クラビット錠250mg			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
1898	いつもエリスロシン錠200mgが処方されている方で、今回一般名でエリスロマイシン錠200mgが処方された。一般名エリスロマイシン錠の場合エリスロマイシン錠200mg「サワイ」が該当し別物扱い。エリスロシン錠200mgの場合、一般名エリスロマイシンステアリン酸塩錠200mg。本人に確認するといつもと同じ薬で今回一般名で出すとの話があったとのことで、問い合わせによりエリスロシン錠200mgの一般名に変更。	エリスロシンとエリスロマイシン「サワイ」が類似。	ステアリン酸がついてるかついてないかの違いだが、「サワイ」のものだとエリスロシン錠200mgのジェネリックであると勘違いしやすいため、一般名や製品名の変更が難しいなら、メーカーからの周知が必要。	エリスロマイシン錠200mg「サワイ」	エリスロシン錠200mg			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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1899	平成31年2月12日発生のプレアボイド事例報告。2/12にフェキソフェナジン60mg・モンテルカスト10mgがそれぞれ7日分、アラミスト点鼻1本での処方。2/8に咳症状がひどくて他病院にてアストミン・カルボシステイン・アンプロキソール・برانルカスト・ホクナリンテープの処方があり現在継続中。また、2/5に当店よりレルベア100エリプタの処方もあり、2/8の受診および併用薬剤の件を処方医師時伝えていなかった。برانルカストやホクナリンテープについて、類似薬剤との併用の懸念があるため、継続の是非について処方医師に確認したところ、フェキソフェナジン・モンテルカストは中止となり。処方レルベア100エリプタとアラミスト点鼻を継続するように指示あり。他病院の薬剤についてはそのままの見切り、薬剤の服用終了後に早めに再度受診するようにとの指示があった。特にホクナリンテープとレルベアについては成分は異なるものの、β作用薬の重複により副作用発現の懸念もあった	お薬手帳を随時確認しているが、患者様自身、診察時にお薬手帳を提出や見せておらず、車の中に置いた状態のままであったため、薬局にての確認となり、処方医師が知りえない状態であったため、継続の是非については確認の必要があった	薬局側においても現在継続中の薬剤については随時確認の必要性を感じるのと同時に、患者自身にも薬剤情報の共有の面から、医療機関においてもお薬手帳の活用の重要性を伝えていく必要がある。	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「SANIK」 モンテルカスト錠10mg「KM」				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
1900	薬交付時に患者さんから起立性低血圧に類似した症状の訴えがあり、副作用発現が疑われる為病院に問い合わせを実施。問い合わせの結果、ユリーフOD錠4mgが削除となった。投薬時に処方を変更した旨を説明し、ユリーフOD錠4mgを削除した後に体調不良が出た場合はすぐに病院を受診するように伝えた。	診察の際、処方医に起立性低血圧に類似した症状について報告を忘れた模様。	薬交付時に患者さんへの服薬状況の聞き取りをきちんと行い、薬歴への記録を忘れずに行う手順の継続、維持。	ユリーフOD錠4mg ナフトビジルOD錠50mg「サワイ」				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
1901	他院より転院にて初来局時は精神科の薬しかでていない以降内科薬が処方になると話をしており内科薬は記録を控えてあった。2回目の来局時処方内容はベルジピン散10%が4mg（成分量として）処方がでていた。お薬手帳の内容はベニジピンの4mgであったため変更になった。	Drが病院でベニジピンを採用していないと思いつき勘違いし類似名のベルジピンで処方をだしていた。事前にお薬手帳を確認しており記録も残っていたため早期の確認ができた。		ベルジピン散10%	ベニジピン塩酸塩錠4mg「YD」			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
1902	1日1回の徐放性製剤が1日3回で処方されていた。同一成分のため薬品名は類似している。	剤形・規格の確認		ムコソルバン錠45mg	ムコソルバン錠15mg	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「疑義照会」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1903	前回までビタメジンB50の処方だったが、今回からノイロロピンに変更になった。患者からの聴取で変更理由が明確でなかったため疑義照会したらノイロピタン配合錠の間違いだった。腰に痛みもあるので痛み止めへの変更の可能性もあるが疑義をかけた。	薬品名の類似。変更前の薬剤と薬効が違う。	頭文字3文字が同じため 処方時選択を間違えた可能性あり	ノイロロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠	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		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1904	アラミスト点鼻液が初めて処方された患者で、通常1日1回 1回2噴霧で使用する薬剤だが、処方では1日2回 1回2噴霧となっていた。疑義照会し、処方医に確認したところ通常量の1日1回に変更と確認できた。	成人には1回2噴霧する点鼻薬のため、表記が似ているので、使用回数も間違えやすい状況にあったと思われる。	初回確認時に違和感を感じ、添付文書を確認して発覚できた。疑問にも間違えやすい状況を確認してから判断するよう心掛ける。	アラミスト点鼻液27.5μg56噴霧用			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
1905	ミカルデイス40?rの記載 患者への確認も要領を得られず疑義紹介にてミカムロAPに変更	処方せんの見間違い	類似医薬品でのミスーしっかり知識、確認。	ミカルデイス錠40mg	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	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1906	セフカベンピボキシル錠100mgが処方されたが、患者からの問診にペニシリン系薬剤にアレルギーがあることが分かり確認した。患者本人はアレルギーを起こしたのは約40年前なので気にしてなかったとのこと。一般にβラクタム系抗菌薬においてペニシリン系とセフェム系の交差性はペニシリン系の6位側鎖構造とセフェム系の7位側鎖構造の類似性が重要になるが、原因となったペニシリン系抗菌薬の名称が分からなかったため、セフカベンを服用した場合にペニシリン系と同様のアレルギー反応が起きる可能性を無視できないと判断し疑義照会を行った。疑義照会の結果、シプロフロキサシン錠200mgに薬剤変更になった。	・患者からペニシリンアレルギーがあることが伝わっていなかった。	・患者にアレルギー歴、副作用歴などはどんなに昔のことでも病院、薬局で伝えてもらうように説明。・薬局では問診にペニシリンアレルギーがあることを問診票に書いてくれたが、自己判断で昔のことだからと書かれないことも想定し調剤の際にアレルギーや副作用歴の再確認を徹底する。	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	シプロフロキサシン錠200mg「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
1907	少し前より他院にて風邪薬を処方されていた。今回受診時、症状続いており同一薬を追加処方と伺っていたようだが、他院処方ではムコダインのところ、今回処方ではレバミドであった。医師に疑義確認したところ、ムコダイン(カルボシステイン錠)へ変更となった。	医師の確認不足。先発名「ムコダイン」「ムコスタ」の名称類似における選択間違いと思われる。		レバミド錠100mg「EMEC」	カルボシステイン錠500mg「サワイ」				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
1908	一般名処方で「ヘパリン類似物質クリーム」が処方された。患者交付時に確認したところ、ピンクのふたの薬を出すと医師から言われたとのことだった。「ヘパリン類似物質油性クリーム」の誤りが疑われたため、疑義照会の上、処方変更	医師の入力ミス		ビ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%「ニプロ」				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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1909	鼻炎での処方。成人であるがクラリシッド小児用が処方されており、患者様もDrから低用量で処方するなど話もなかったため疑義照会。結果クラリチン錠10mgを処方する予定だったことが判明。処方変更。	Dr処方入力時、クラリと3文字打ち込んで処方したところ、類似名のクラリシッドが出てきてしまったのではと推測。	用法・用量を再確認するとともに、患者様からの聞き取りも継続していく。	クラリシッド錠50mg小児用	クラリチン錠10mg	記録などに不備があった		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
1910	授乳中患者へのフスタゾール錠の投与に関して、医薬品情報室へ問い合わせた。	フスタゾール錠は構造式がジフェンヒドラミンに類似している為、乳児に傾眠の副作用の可能性がある。問い合わせによりアスベリン錠に変更した。	覚えておく	フスタゾール糖衣錠	アスベリン錠20			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
1911	アゾルガが初めて処方されたが、用法が「1日1回」となっていた。	これまで処方元はコソプトを採用していた。しかし採用削除となったため、アゾルガに変更された。その際に、医師がアゾルガの用法の記入を単純に間違えたか、それとも、用法を誤って認識していたかのどちらかと思われる。	類似薬剤の変更の際には、用法・用量の詳細な確認が必須。特に外用薬の用法間違いは、意外に気付きにくい。	アゾルガ配合懸濁性点眼液					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
1912	「一般名」での処方箋である。体にアンテベート軟膏。顔にバンデル軟膏が処方されていた。アンテベートは体に以前も使用していたが、バンデル軟膏は初めて処方されたもの。バンデル軟膏の一般名は「酪酸プロピオン酸ヒドロコルチゾン」であるが、似た一般名にロコイドの「ヒドロコルチゾン酪酸エステル」がある。使う部位が顔であることと、同レベルのステロイドが処方されていること、似た一般名があることから、バンデルではなくロコイドではないか?と思い疑義紹介した。結果、ロコイドに変更になった。	普段から、似た一般名薬品が皮膚科領域には多いので気を付けていた。	これからも注意して処方監査をする。	バンデル軟膏0.1%	ロコイド軟膏0.1%			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
1913	ヒルドイドクリーム0.3% 100g[一般名]アルクロメタゾンプロピオン酸エステル軟膏0.1% 100g;混合 処方4週間で分離のデータあるため照会し、ヒルドイドクリームから[一般名]ヘパリン類似物質軟膏0.3%に剤形が変更となった。			ヒルドイドクリーム0.3%	ヒルドイドソフト軟膏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
1914	患者の訴えが呼吸器疾患でむくみなどの訴えがなかったため確認	名称の類似		ツムラ柴芩湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ柴朴湯エキス顆粒(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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1915	チラーヂンS錠50μgとセチリジン錠10mgTYKが処方。概観酷似のため患者に間違えることが無いのか？確認。時折間違えてしまうことありとの回答を得た。同種同効品であるレボチロキシジン錠50μgサンドを紹介し、患者の同意を得て処方医に照会し、変更になりました。	外見の酷似した医薬品による飲み間違いの懸念。	同様の事象にも着目する。	チラーヂンS錠50μg	レボチロキシジンNa錠50μg「サンド」	患者への説明が不十分であった(急った)		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
1916	A病院神経内科処方でのネキシウムカプセル20mgを以前より継続服用中。今回持参処方箋にもネキシウムカプセル20mgが継続で処方されていた。お薬手帳を確認した所1月中旬にBクリニックを受診しランソプラゾールOD錠15mg武田テバが追加処方となり服用されていた。Bクリニックへ電話にて疑義照会した所、ランソプラゾールOD錠武田テバが中止となった。Bクリニック医師よりA病院併用薬の確認不足だったと説明あり。Bクリニック処方を調剤したK薬局に電話にてランソプラゾールOD錠15mg武田テバは中止となった旨伝え、お薬手帳にも記入した。	患者はお薬手帳は持参していたが医師に提示していなかった。受診科が違えば処方薬が被ることはないと思われていた。K薬局調剤時に類似を服用していないか確認を急ったと思われる	受診科が全く異なる場合でもお薬手帳を医師に見せるように患者に伝える。処方箋を応需時併用薬が不明確な場合処方元に問い合わせ、重複がないか必ず確認する。	ランソプラゾールOD錠15mg「武田テバ」		連携ができていなかった		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
1917	痛み止め処方時、一般名ベニジピン錠8mgがでていたため疑義照会。アセトアミノフェンの薬であることDr確認して、カロナール500mgに変更された。	銘柄が似ていることによる処方間違い。一般名ベニジピン錠、銘柄入力だとコニールであることから一般名アセトアミノフェン錠に銘柄コカールもあるため、Drはコカールを処方したつもりでコニール錠の一番大きな用量を処方されたと考えられる。疑義照会時、銘柄コニール、一般名ベニジピンは血圧の薬だが処方通りか確認したところDrはアセトアミノフェン500mgをしようのつもりだったと一般名での回答がありました。	今回の処方はいの先生であり採用薬ではなく他のところで処方している薬から検索されたと思われる。コカールなどの紛らわしい銘柄のジェネリックは早急に一般名を使用した名前への変更が待たれます。明らかに処方から疑問を持った処方者は積極的に疑義照会をする。処方通りだけを調剤するのではなく患者の状態、なぜ病院にかかったかをきちんと把握したため早めの対応もできると思います。	コニール錠8	カロナール錠500			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
1918	他院所より紹介の初診患者に今までと同じ定期薬(猪苓湯)が処方されるところ、誤って猪苓湯合四物湯が処方されていた。お薬手帳と異なるため疑義照会して処方変更となる。	・初診患者の定期薬入力時の間違い・マスターが類似していたため		ツムラ猪苓湯合四物湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ猪苓湯エキス顆粒(医療用)	確認を急った	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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1919	処方箋に商品名で「シルニジピン錠5mg サワイ」と記載があったところを、手書きで「コニール錠2mg」と医師の修正があった。患者様に確認したところ先発品でお願いしただけで、薬が変わるとは聞いていないとのことだったため、医師へ疑義シアレック錠5mgの間違いであること発覚。変更となった。	・コニールとアテレックの名称記載ミス。一般名の類似からの単純ミス。 ・レセコンを使用せず、手書き修正を行ったため起きたヒューマンエラー。	・レセコンを使用した入力修正の徹底。 ・手書き修正、変更時は患者様との内容の相互確認をしっかりと行う。	コニール錠2	アテレック錠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
1920	インフルエンザで受診。ゾフルーザ錠20mg1錠分1日食後1日分の内容の処方箋でした。患者が14歳で60mgであったため、疑似商会し、結果、ゾフルーザ錠20mg2錠分1日食後1日分に変更になりました	ゾフルーザ錠は年齢、体重によって、用量が確定する	必ず、体重、年齢を確認する	ゾフルーザ錠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
1921	過去にメブチンドライシロップの使用により振戦の副作用があり、中止となった経緯があった。今回、似た働きをするホクナリンテープの処方があり、処方元に確認し副作用発生時に中止するよう返答をいただいた。	処方医からの患者家族への副作用発生時の伝達漏れ	保護者の方からの話や患者情報などの記録も確認し、処方に問題ないかを確認していく。	ホクナリンテープ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
1922	ランソプラゾールOD錠15mg「武田テバ」1錠 朝食後で定期服用。さらにランソプラゾールOD錠15mg「武田テバ」1錠 朝食後が処方。そのときのコメントのところに、現在処方されているラベプラゾールと合わせて内服と指示有。窓口対応時に確認したところ、併用薬は当薬局で把握しているのみ。今飲んでる薬と合わせて飲むように先生から話があったとのこと。	患者訴えと相違があるため疑義照会。ラベプラゾールではなく、ランソプラゾール服用分に足して服用(用量)と訂正。	似た商品名であるための間違いだったと考えられる。他の事例も想定されるので、注意する。	ランソプラゾールOD錠15mg「武田テバ」	ランソプラゾールOD錠15mg「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
1923	デベルザ錠20mgが初めて処方された患者様に投薬聞き取りをしていたが、Dr. から高血糖の話がなく鼻炎で受診したと判明。デザレックス錠5mgの間違いではないか疑義紹介で確認。病院の事務の方が入力間違いしていたと判明。処方ではデザレックスに変更となった。	カルテはデザレックスだったようで、病院での入力ミス。名称が似ていることが一つの原因。ほかの要因は院内のことでお聞きできず。	類似薬剤の処方間違い事例の情報共有。病院レセコンの薬剤名に注意することが一つの原因。ほかの要因は分けなど希望があるが、現在未実施。実行できるか不明。	デベルザ錠20mg	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1924	一般名処方ではヘパリン類似物質クリーム処方の処方箋を応需。ジェネリック希望の為ビソフテンクリームで調剤した。投薬時、お薬手帳の副作用記載欄に以前受診時には記載の無かった「ヒルドイド」の記載があるのに気づいたもののビソフテンクリームが同成分と思わず投薬。薬歴作成時に他の薬剤師からの指摘により気づき、ご本人に連絡、疑義照会してパスタロンクリームに処方変更。ビソフテンクリームを回収しパスタロンクリームを交付した。	薬剤師のヒルドイドの一般名の認識不足によりビソフテンクリームとヒルドイドクリームが同一成分と気づかなかった。また、ビソフテンクリームの外装がヒルドイドクリームよりパスタロンクリームに近かったためビソフテンクリームとパスタロンクリームが同一成分と思い込んでしまった。また、患者の来局が集中していたことと当該患者の併用薬が多くそちらに気がとられ、お薬手帳のチェックが甘くなってしまった。○単純なミス○注意力散漫	薬歴及びお薬手帳のチェックを徹底する。薬歴記載の際に薬品名・一般名双方での注意喚起を行う。	ビソフテンクリーム0.3%	パスタロンクリーム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
1925	クレストールもしくはアリセプトの服用で、患者より頭痛、ふらつきのお訴えあり。	2か月前より服用始めてからの症状であり、それまでは症状なかった。自身で止めてみたところ、症状が改善する感じがしたとのこと。	Drに患者の訴えを伝えたと、クレストール、アリセプトから類似薬のリビートル、レミニールに処方変更となる。	クレストール錠2.5mg アリセプト錠5mg	リビートル錠10mg レミニール錠4mg				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
1926	来局時に患者聞き取りを行ったところ、診察時にドクターから説明された薬とは違っていたため疑義照会薬剤変更となる	医院での入力間違いと予想される	患者聞き取りの徹底、処方箋の確認を徹底する	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泡状スプレー0.3%「日本臓器」				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
1927	テラジアバスタ軟膏が処方されたが、既にメーカーが製造中止しており、在庫もないため、成分類似のアズノール軟膏またはゲーベンクリームへ処方変更を提案し、処方がアズノール軟膏に変更された。	メーカーの製造中止や経過措置期間の情報を把握できていない医療機関もある。	MRだけでなく薬局からも積極的に情報発信する。	テラジアバスタ5%	アズノール軟膏0.033%		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
1928	定期的に来局される患者さんで、新規処方に「ツムラ桂枝加芍薬大黄湯エキス 2.5g 頓服 夜間足が痛いときに9回分」とあった。処方薬と用法に矛盾があり疑義照会をおこなった結果、ツムラ芍薬甘草湯の誤りであった。	適応外処方なども考えられるため、通常と異なる使用方法がないか確認した上で疑義照会をおこなった。	漢方薬は似た名称の薬が多いため用法も含め注意する必要がある。	ツムラ桂枝加芍薬大黄湯エキス顆粒(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
1929	当初ツムラ麻杏よく甘湯の処方であったが、Ptの喘息既往歴とPtからの喘息治療で受診したとの聞き取りのため、Drへ処方内容確認。ツムラ麻杏甘石湯に変更となる。	処方オーダーリングシステムを利用する際に名称がかなり似ているため間違えてしまったものと思われる。今後は、Ptへの病状の聞き取りをしっかりと処方内容との相違がないかを確認する。	今回は処方内容の間違いを発見できた。似た名前や間違えやすい薬は多いため、処方内容とPtからの聞き取り内容が相違ないかを毎回確認していきたい。	ツムラ麻杏よく甘湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ麻杏甘石湯エキス顆粒(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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1930	81歳の男性患者に内科から、ツムラ当帰芍薬散が処方された。患者に確認すると、「いつも痙攣する時に飲んでいる薬を処方してもらった。」とツムラ芍薬甘草湯を提示したため、内科へ疑義照会。ツムラ当帰芍薬散からツムラ芍薬甘草湯へと処方変更となった。	ツムラ当帰芍薬散とツムラ芍薬甘草湯は名前が似ていて、今回は他院処方方で服用していた薬を患者が希望したこともあり、医師が処方ミスをしてしまったと思われる。	初めて処方される薬については症状に合った薬かどうか、患者との会話で確認する重要性を再確認した。また、患者が薬を持参している際は実物を確認することで、医師の処方ミスに気付く可能性も高くなるので、確認することを徹底していきたい。	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）			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
1931	皮膚科からノイロピタン配合錠が処方。帯状疱疹で通院されており、ノイロピタン錠の誤りとも考えられ疑義照会。カルテは「ノイロピタン錠」と記載されており、処方箋発行時の入力ミスであると発覚。	処方箋は、ノイロロピンとコロナールの2点が記載。過去の薬歴と合わせて考えることで帯状疱疹の治療中であることが分かり、間違いの可能性に気づくことが出来た。	病院側の処方箋入力ミスが原因。今後も薬歴や患者様からの聞き取りにより、類似した医薬品名の間違いに注意を払う必要がある。	ノイロピタン配合錠	ノイロロピン錠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
1932	アズラビン点眼液0.02%が処方されていたが、患者からは「黄土色のキャップ」と申し出があり、疑義照会したところ、アレジオン点眼液0.05%の誤りであったので変更して調剤を行った。	類似名で医療機関スタッフがレセコン入力を誤った。	類似名医薬品を把握する、患者からの聞き取りの重要性を理解する。	アズラビン点眼液0.02%	アレジオン点眼液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
1933	一般名処方ドナネキサム酸が処方されていた患者様に症状を確認したところ、時々頻脈あり血をサラサラにする薬が追加されたとのことであった疑義照会の結果、ハッサミン配合錠へ変更となった医師よりハッサミンとトランサミンを間違えたと言われた		似た薬品名の薬に注意が必要患者から症状をよく聞きとる	トナネキサム酸錠250mg「YD」	ハッサミン配合錠A81	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
1934	リドメックスコーワローションとヘパリン類似油性物質クリームとの混合の処方方が疑義照会でリドメックスコーワ軟膏とヘパリン類似油性物質クリームの混合に変わった	クリームとローションの混合は通常ないため疑義照会したところ医師側のミスであることが分かった		リドメックスコーワローション0.3%	リドメックスコーワ軟膏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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1935	10/10アリセプトD10mg錠がA病院から処方され投薬し11/26に患者様からTELがありアリセプトD10mg錠でふらつきがでるので1か月中止していたがどうしたらよいか問い合わせあり。A病院とBクリニックを兼務している主治医に相談するかA病院の別の科にかかっている医師に相談するか勧めた。患者様は主治医がいるBクリニックに行き相談しレミニールOD8mgが処方され他の薬局へ行かれた。12/26A病院の主治医にかけりBクリニックと医師が同じであったのでその主治医はA病院でBクリニックのお薬も一緒に処方されアリセプトD10mg錠とレミニールOD8mgを処方しその処方箋をこちらの薬局へお持ちになった。こちらの薬局で類似薬と判断し疑義照会をしてアリセプトD10mg錠が削除となった。またその際患者様に何うとBクリニックでレミニールが処方されたあとも他の薬局でアリセプトD10mg錠に話はなかったようのでそのままの時処方されたレミニールOD8mg錠と併用されていたそう。	Bクリニックでお薬を渡した薬局はアリセプトD10mgが前回出ており今回レミニールOD8mg錠が出ていた場合通常は切り替えと考えるかもしれないが、その事を患者様に一言確認をすれば12/26の処方がでるまで併用をすることにならなかったかもしれないと感じた。もしくは手帳を見たが気付かなかったということもありえるが、いずれにせよ、こちらの薬局でも同じ処方箋にアリセプトD10mg錠とレミニールOD8mg錠が載ったことで更なる併用を継続してしまうことを未然に防ぐことができた。	複数の医療機関にかかっている患者様はお薬手帳の重要性を知らせ、薬局でも手帳の流れで不審な部分を見つけたら患者様へのインタビューや相互作用のチェックが重要だと感じた。	アリセプトD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)				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1936	2019年2月19日(火)12時頃、新規の患者(43歳女性)が処方箋を持って来局した。処方内容は、「一般名:トラニラストカプセル100mg 4カプセル 1日2回朝夕食後 28日分」で処方されていた。新規の患者であることや、処方内容が通常量とは異なるので、処方内容に疑問を感じて、処方医へ疑義照会した。その結果、「一般名:トラネキサム酸カプセル250mg」の入力誤りであったことが判明した。	頭文字3文字での入力は、類似名称の別薬剤が処方されている可能性がある。	類似名称には注意を払った調剤・鑑査・投薬が必要である。鑑査の段階で処方の妥当性を検討する。	トラニラストカプセル100mg「タイオー」	トラネキサム酸カプセル250mg「トーフ」	確認を怠った		コンピュータシステム医薬品	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「疑義照会」）

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1937	一般名処方「ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏0.05%」50gと一般名処方「ヘパリン類似物質クリーム0.3%」50gの混合処方であった。患者希望のジェネリック医薬品であるアンフラベート軟膏とビーソフテンクリームで調剤すると2週間後には離水作用があるとメーカーより聞き取りをしていたので、処方医へ疑義照会を行った。疑義照会后、離水作用のないヘパリン類似物質油性クリーム0.3%へ変更となった。	以前にもアンフラベート軟膏0.05%とビーソフテンクリーム0.3%を混合すると離水作用があると医師に伝えていたが、まだ医師が認識していなかったと思われる。	今後もこのような混合調剤がくると思われるので、調剤時には細心の注意をはらい、その都度医師に伝えるようにする。	ビーソフテンクリーム0.3%	ビーソフテン油性クリーム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
1938	風邪で受診し下記薬剤が処方されたRp. 1PL配合顆粒 3g【般】デキストロメトルファン錠15mg 3錠【般】カルバマゼピン錠200mg 3錠毎食後 5日分 Rp. 2カロナール錠200mg 2錠疼痛時 10回分 投薬時に疲労の投薬を受けることを当該患者より確認したが処方なかった。処方元の採用薬品に去痰剤として類似する名称の【般】カルボシステイン錠500mgがあり、処方医が誤ってオーダーしたものと薬剤師が判断。処方医に疑義照会した結果、【般】カルバマゼピン錠200mgから【般】カルボシステイン錠500mgに変更となり調剤し交付した。	オーダー画面で3文字入力することを2文字で入力し、名称の類似する薬品をオーダーした。	3文字入力でしかオーダーできないようロックするシステム変更を行なう	カルバマゼピン錠200mg「アメル」	カルボシステイン錠500mg「サワイ」	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
1939	スピロペント錠(10)1錠で処方あり。疑義照会にて、アルダクトンA(25)【般】スピロラクトン1錠に変更。	事前に患者様より、他の医療機関で処方されている薬(アルダクトンA、ニフェランタンCR)を近くのかかりつけ医で処方してもらうことにすると同じ、後日薬局時の処方箋にはスピロラクトンとニフェランタンCRの記載。疑義照会により、スピロラクトンはアルダクトンAに変更。いつもご来局いただいている患者様で、薬の内容も把握できていたので、大事に至らずに済んだ。一般名と薬品名が似ていた為の誤りと思われる。	事前に受診予定の医療機関にも情報を提供する。	スピロペント錠10μg	アルダクトンA錠25mg	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1940	服薬指導時、水虫なのか伺ったところ病院では特に検査もなく水虫とは聞いていないとのこと。手に湿疹のようなものができているため以前に皮膚科で処方された手荒れの薬を希望していることが判明。ルリコンクリーム使用歴はあるが、以前の使用部位は足であり水虫も改善されていたためしばらく処方されていなかった。処方元に確認し薬剤変更となった。	塗り薬以前と同じものとのことでD ₀ 入力されたと思われる。	引き続き投薬時は患者症状を確認、適切な処方確認していく。	ルリコンクリーム1%	ステブロン軟膏0.05% 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
1941	降圧剤数種類ACE阻害薬などを服用中の患者に、血圧の下がり弱いが多かつた点で、薬理的に重複している薬が見られた。入退院を繰り返していた患者だったためか、医師側も十分な把握が出来てなかった。ACE阻害薬アラセプリルとARBテルミサルタンは薬理機序が類似しているため、疑義照会にて確認。アラセプリルは服薬中止となり、テルミサルタンのみ服用となりや薬理重複が避けられた。一包化していたため、医院側と相談の結果、アラセプリルを抜いてテルミサルタンを入れて再分包することになった。	発生要因として、処方医薬品の数量が多かつた点で、薬理的に重複している薬が見られた。	お薬手帳をしっかりと持っていていただくよう患者さんにも周知を行う。医療機関側との情報交換も定期的に行うことで、患者メリットに繋がるかと考えられます。	アラセプリル錠25mg 「日医工」			患者側	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
1942	患者様より咳や鼻水などの症状と聞き取ったが処方薬の一つにボラキス錠が処方されており疑義したところボララミン錠に変更となる。	商品名が似ている。	患者様から正確に聞き取る。	ボラキス錠2	ボララミン錠2mg	記録などに不備があった	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
1943	アジルバ20mg服用中の患者にタナトリル5mgの処方が追加された。添付文章から、アンジオテンシン変換とアンジオテンシン受容体拮抗剤の服用は、併用注意となっており、「腎機能障害、高カリウム血症及び低血圧を起こすおそれがあるため、腎機能、血清カリウム値及び血圧を十分に観察すること。」となっている。	酵素阻害剤の治療上ARBとACE-1との併用も考えられる為、医師に疑義照会をした。医師よりタナトリルではなく、タリオンの類似薬名の選択ミスによる誤処方だった。	薬剤の選択ミスのあること、注意をして監査及び投薬しなければならない。	タナトリル錠5	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1944	3歳のころからネフローズで治療を行ってきた患者さん。2018年4月26日から門前のクリニックの受診を開始。継続の受診で12月27日に門前のクリニックの処方箋を薬局に持参。風邪をひいて喉を傷めたとのことでDr. に相談し、いつも処方されているプレドニン錠5mg 1T 分1朝食後 84日分のほかに、ミノマイシンカプセル100mg 2Cp 分2朝・夕食後 7日分トランサミン錠250mg 3T 分3 毎食後 7日分が処方されていた。	初回来局時のアンケートに副作用を確認する項目があるが、患者さんがそちらに何も記入していなかった。また、そのことに関して薬剤師もきちんと確認をしていなかったため、患者さんからの申し出がなければ気付かなかった。	初回来局時のアンケートの、副作用確認のための質問の言葉に工夫が必要なのと、初回来局時には診察を受けるきっかけが何だったのかを丁寧に確認する必要があると感じた。	トラネキサム酸錠250mg「YD」	カロナール錠200	確認を怠った記録などに不備があった	その他	その他	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
	投薬時に薬剤師が薬の説明を行っていたところ、患者さんから、「トランサミン錠はトラネキサム酸と名前が似ているが、同じ成分ではないか？実は以前勤めていた美容クリニックで、トラネキサム酸を処方されて服用したところ、ネフローズが再発しそれがきっかけで門前の病院に通い始めた。」と言われた。それをきっかけに薬剤師がネフローズ再発までの経緯を改めて患者さんに確認し、そのうえで処方医に疑義照会を行ったところ、トランサミン錠250mg 3T 分3 毎食後 ⇒ カロナール錠200mg 3T 分3 毎食後 へ処方の変更となった。トラネキサム酸とネフローズ再発の因果関係は明らかではないが、可能性がゼロではないため、事前に症状の再発・悪化を防止できた事例と考えられる。									
1945	当薬局をかかりつけとしている当該患者が来局。医師に関節痛を訴えたところ、漢方薬を処方するとの話だったとのこと。しかし処方薬である麻杏甘石湯の主な適応は咳症状であり、当該患者は咳症状は全くないとのことだったため、疑問に思った薬剤師が処方意図を確認するため医師へ疑義照会。結果、処方薬がツムラ麻杏よく甘湯へ変更となった。	漢方薬について、麻杏よく甘湯を選択すべきところ、誤って名称類似している麻杏甘石湯を処方してしまったと思われる。	引き続き、お薬手帳の確認や患者からの聞き取り等の情報収集を徹底し、処方薬が適切であるか確認を行っていく。	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）		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
1946	授乳中の患者にフスコデ配合錠が処方された。フスコデ配合錠の成分の類似化合物であるコデインは母乳中への移行により、乳児でモルヒネ中毒が生じた報告がある。断乳が難しいために、医師に照会した。フスコデ配合錠から一般名 デキストロメトールファン臭化水素酸塩錠15mgに変更となった。	患者は医師に授乳中であることを伝えていなかった。医師と患者との意思疎通が、うまく取れていなかったと考えられる。	患者への聞き取りやお薬手帳等の活用により収集した情報をもとに、処方内容の確認を行っていく。	フスコデ配合錠	デキストロメトールファン臭化水素酸塩散10%「トローフ」		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
1947	本日ある患者様の処方薬にベタニス50ミリが追加になっていた。お薬手帳を拝見したところ、内科の他医院からプロピペリン10が一昨日受診時に定期薬として処方追加となっていた。類似薬であるので、処方医師（泌尿器科）に確認したところベタニス50は処方取り消しとなった。	患者様は内科の他医院からの紹介状を通じて先月から泌尿器科を受診されておられる。先月は臨時で数日分だけプロピペリンが処方あり、内科医がもしかするとすっかり今月もプロピペリンを処方してしまっていたようだ。	併用薬を毎回必ずチェックする。お薬手帳を持参されない方には有用性を説明する。	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1948	かかりつけ医でパリエット服用中の患者に、他院からネキシウムの処方があった。事前に他院のネキシウムの処方があることは患者から聞いていて、事前にかかりつけ医に確認し、パリエットの方を服用するよう患者には指導してあったが、他院の処方を投薬時に服用中の薬の再確認を怠り、そのまま投薬してしまった。薬歴記載時に上記2種の類似薬効医薬品の重複投与に気が付き、再度、かかりつけ医に疑義照会し、他院のネキシウムは飲まずにパリエットを飲んでほしいとことを再確認。患者へその旨電話にて説明。ネキシウムは破棄してもらった。	投薬時に、電子薬歴にて、定期で服用中の薬の確認を怠ってしまった。	特にかかりつけ医以外からの処方が出たときは、投薬時、再確認の意味も込めて、電子薬歴で服用中の薬を確認してから投薬する。	ネキシウムカプセル20mg	パリエット錠10mg	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
1949	花粉症にてタリオン、برانلカスト、アラミスト点鼻、パタノール点眼、フルオロメトロン点眼とともにセレコックスが頓用、症状ひどいときの指示で処方されていた患者。処方箋受付時にセレコックスの処方に違和感感じた為症状の状況を確認した。特に痛みの症状もなく、花粉症の鼻炎、目のかゆみ症状が強いときに服用するように指示されていたとのことで、名称類似品のセレセスタミン配合錠の誤りの可能性を考え紹介した。結果、セレセスタミン配合錠に処方修正された。	医薬品の頭文字2文字が一致するため、処方入力の際2文字入力した候補で選択誤りが生じたものと考えられる。処方箋発行後の確認手順も十分でなく見落とされた可能性がある。○単純なミス	3文字以上入力での処方、多数候補がある場合の選択を慎重に行う対応が必要である	セレコックス錠100mg	セレセスタミン配合錠	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
1950	サインバルタCap 20mgによる抗利尿ホルモン分泌不全の疑いがあったが、副作用の可能性に気づくのが遅れた。	Na値が下限で推移されていた方。食事が少ないこともなく、利尿剤の服用はないため、Na値が上がってこないことに疑問を持ちながらも1ヶ月程経過を見ていた。3回目の往診後、利尿剤以外でもNa値を低下させる副作用を持つものはないかと思い調べると、海外においてサインバルタで抗利尿ホルモン分泌不全の副作用報告があることを発見。文書により医師に情報提供するも、Na値が下限でコントロールできているのであればサインバルタは継続で良いと指示を頂く。2週間後の往診で塩化Na3g/日追加になるが、その後Na値が更に低下し意識低下により救急搬送される。副作用の可能性に早く気づけなかったことで状態を悪化させてしまったと判断。	副作用を検討する際は、薬理作用から考えうる可能性のみを疑うのではなく、原因を特定できないときは類似報告がないか調べ、少しでも早く原因の特定に努める。	サインバルタカプセル20mg		判断を誤った	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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1951	当店をいつも利用されている患者様で、今回もお薬手帳と一緒に処方箋をお預かりした。お薬手帳からA病院よりルネスタ錠2mgを処方されていることを確認。今回の処方ゾピクロン錠7.5mg「サワイ」が処方されていたため、疑義照会を実施。成分重複により、ゾピクロン錠7.5mg「サワイ」が中止となった。	処方医がルネスタ錠の成分がエスゾピクロンであるということを認識していなかった。先発品の成分名も頭に入れておかなければ、今後も似たようなケースが起きると想定される。		ゾピクロン錠7.5mg「サワイ」		患者への説明が不十分であった（急った）	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
1952	湿疹の症状で受診している患者様にタチオン錠50mgが処方されておりタリオンOD錠の間違いではないかと思い処方医に確認したところ病院側の打ち間違いと発覚しタリオンOD錠10mgに変更	タチオン錠とタリオンOD錠と名前が類似していたので今回のような打ち間違いのミスが起きたと思われる。患者様の主訴を確認し症状にあった薬がきちんと処方されているか確認が必要。	患者様の主訴を確認し症状にあった薬がきちんと処方されているか確認が必要。監査の際は処方箋と薬品名の確認はきちんと指と声で複数人で確認し投薬の際は症状と合った薬が処方されているかも確認が必要。	タチオン錠50mg	タリオンOD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
1953	一般名のエピナスチン塩酸塩シロップ用1%1g分2朝・夕食後で処方されていたが、分2で処方される薬剤ではないので疑義照会をしたところオロパタジン塩酸塩顆粒0.5%1g分2朝・夕食後になった。	先発名が似ていた為。	引き続き服薬方法等間違いがないか確認していく。	エピナスチン塩酸塩DS小児用1%「トーフ」	オロパタジン塩酸塩顆粒0.5%「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
1954	84歳(女性)、定期受診とは別日に臨時受診・臨時処方【般】トレドミン錠25mg「一般名」1錠 めまい時 4回分 (ミルナシブラン塩酸塩錠25mg)の処方にて、普段からメンタル不安もある患者さんである為、そのまま調剤して投薬への流れとなる実際に患者さんに臨時受診の理由を伺うと、『フワフワ』するので…とのことで患者さんの訴えと調剤薬が結びつかず、処方医療機関に疑義照会したところ…トレドミン錠25mg「一般名」→トラベルミン配合錠へ処方変更の返答あり、投薬前に修正してお渡しすることができました 両薬剤が、処方医療機関での医薬品マスタの順列が近くあり、誤選択されたとのこと	一般名処方の場合、医師が薬剤マスタから選択する際に正しく選択できていない場合もある…という認識が必要である 処方薬剤と用法の適正を見極める(処方医に「屯服時の用法の表記」に関して、確認しておく…)	今回の様に、【般】「一般名」の場合、銘柄名称時で考えて名称が似ている薬剤で疑わしいものがないかを類推することも必要である	トレドミン錠25mg	トラベルミン配合錠	判断を誤った	その他	コンピュータシステム 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「疑義照会」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1955	耳鼻科と皮膚科の処方箋を同時に持参。耳鼻科からアレジオン20mg錠1T/Day分1朝食後、皮膚科からピラノア錠20mg1T/Day分1空腹時の処方有。患者は薬の自己管理が難しく周囲の介護者が支援している状態であり、食前の服用よりも食後の服用の方が支援がしやすいとのことだった。類似薬の重複および、そのような服薬管理状況であることを皮膚科の処方医に相談し、ピラノアは処方削除となった。	-	-	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
1956	身体のかゆみを訴える患者にザイザルが処方。前回アレグラで改善せず、今回ザイザルに変更となったが、投薬時に以前、強い眠気・ふらつきが出たと確認。体のかゆみを改善させるためにも、患者はザイザルを服用するつもりだったが、他にも似た作用のお薬があることを説明し、医師に照会。以前、服用したことがあり、SEも出なかった、アレジオンに変更となった。	身体のかゆみで様々な抗ヒスタミン薬を服用したことがある患者で、ザイザルのみに眠気などのSEが出ていたとのことだったため、今までSEに出なかった同種同効薬に変更を提案するに至った。		ザイザル錠5mg	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
1957	低Na症の原因が、サインバルタCap20mgによる副作用の可能性であることに気づくのが遅れた。	普段よりNa値が下限で維持されていた方。食事の状況に問題はなく、利尿剤の服用もなかったため、Na値が上がらない原因が分からず2ヶ月間経過観察を行った。その後Na値が122まで低下し、医師より塩化Na3g/日追加の連絡を頂く。その時点で、併用薬の中に薬理作用に関係なく、Na値を低下させる副作用を持つものはないか調べ、海外において、サインバルタが抗利尿ホルモン分泌不全の報告があるを発見。医師に文書をもって疑義紹介するも、サインバルタの副作用である可能性は断言できない事、塩化Naを追加したため、このまましばらく様子を見るように指示あり。翌日意識低下のため救急搬送となり、入院先の医師にも同内容を情報提供し、サインバルタ処方中止となった。	副作用を検討する際は、薬理作用から考える可能性のみを疑うのではなく、原因を特定できないときは類似報告がないか調べ、少しでも早く原因が特定できるように努める。	サインバルタカプセル20mg		報告が遅れた(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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1958	漢方薬葛根湯と抗アレルギー薬のルバフィンの処方と共に、セフェム系抗生物質のメイアクトMS錠が処方。処方内容より、感染症の症状を伴う、鼻炎症状と判断。ただ、メイアクトMSが就寝前1回のみ処方となっており通常の用法・容量ではなかった。患者より症状の聞き取り、服用方法の確認をしたところ処方薬そのものが違う可能性が考えられたため医師に疑義紹介。その結果、メイアクトMSではなく、メイラックス錠の処方であったことが確認できたため、患者にその旨伝達し、メイラックス錠にて調剤し、説明・投薬をおこなった。	同時に処方されている薬より、抗生物質の処方されていることに疑問をもたず調剤が行われ、用法・容量の確認を調剤時に怠っていたこと。病院側はオーダーリングシステムを使用しており、名称類似のメイアクトMS錠とメイラックス錠が並んでいたこともあり選択を誤ったとのこと。	用法・容量の確認の徹底	メイアクトMS錠100mg	メイラックス錠2mg		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
1959	風邪症状と高尿酸血症で前回まで処方されていたウリアデックがなくなり、フラベリックが処方されていた。風邪もあるので疑問を持たず調剤。患者帰宅後、名称の似たフェブリクではないかと気になり医師に疑義。フェブリクに処方変更になった。	業務多忙で、監査投薬がおろそかになった。	監査時後、すぐに投薬するのではなく、ひと呼吸おいて頭を整理し投薬するよう心掛ける。	フラベリック錠20mg	フェブリク錠20mg	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
1960	ディナゲストが処方されていたが、10日分の処方ということと年齢が若くディナゲストが適用になるかわからないため医師に疑義照会したところディナゲストではなく、デュファストンの処方と間違えたということ処方変更になった。	ディナゲストは30代ぐらいから使用する場合が多く、21歳で生理不順での適応はないと考え投薬者が疑義照会した。ディナゲストとデュファストンはどちらも婦人科で多く処方される薬であり、年齢と症状、処方日数が10日分という点から考慮するとデュファストンの処方と間違えていないか確認が必要であると判断し、疑義照会したところ処方変更になった。	ディナゲストとデュファストンは名前が似ているが、患者に確認しただけでは正しいのか判断できない場合があるため疑問に思ったら疑義照会しなければならない。どちらも婦人科の医師はよく処方する薬であるが、似た名称であるが適応が全く違う。、勘違いや選択ミスが出ることで場合によって健康被害があると思われる。新人や薬を普段扱ったことがないと疑義照会への判断が難しい場合があると考えるので、メーカーに対して全く違う名前にしてもらうなど対策を立ててほしいと考える。	ディナゲスト錠1mg	デュファストン錠5mg				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
1961	プロチアデン錠25 眠れない時1回0.5錠 10回分という処方が出た。プロチアデン錠25はうつに使用する薬剤のため、不眠に使用する可能性はあるが名前が似ているプロチゾラム錠0.25の間違えではないかと思った。また、プロチアデン錠25は半錠にすることで収斂作用もあり服薬が難しいということもあり、照会した。照会の結果、プロチゾラム錠0.25の間違えであり、プロチゾラム錠0.25に訂正となった。	医師が処方入力の際、似ている名前のため選択を誤ったと思われる。	今回はプロチアデン錠25という最近、あまり使用されない薬剤ということもあり気になり、不眠に使用するのかという疑問を持つことができ、間違えを見つけられたと思われる。今後も注意して監査をしていくが、おかしかったときは必ず照会することが大切だと思った。	プロチアデン錠25	プロチゾラム錠0.25mg「サワイ」			コンピュータシステム	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.	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			PMDAによる調査結果	
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他		
1962	A医院の処方せんを患者が持ち込んだ。その際、不眠症状を申告していたと患者より聴き取り。当初の処方薬剤には、副作用で眠気等があることは承知していたので、それを目的としての適応外処方の可能性も考慮されたが、かゆみ等の患者訴求はない事、又、10年ほど前にB医院より不眠治療として「エバミール錠」が処方されていたことは薬歴より承知していた、そして「エバミール錠」と「エバステン錠」の名称の類似による誤投薬の可能性が気になった。B医院に「エバステン口腔内崩壊錠」の「不眠の効能不適合」について疑義照会した結果、エバミール錠への処方変更に至ったものである。	患者からの聴き取り情報、薬歴情報、お薬手帳情報を必ず確認した上で、新規処方薬の処方意図確認をしていくべきだとあらためて実感いたしました。		エバステンOD錠10mg「サワイ」	エバミール錠1.0				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	
1963	2才体重15kgの患者さんに1日量アスピリン散10%1.2g ペリアクチン散1%1.5g カルボステインDS50%3gの処方されていた。	ドクターの勘違いです。	疑似照会のうえ 各0.4g 0.5g 0.9g/日に変更してもらったうえで投薬した。	アスピリン散10% ペリアクチン散1% カルボステインDS50%「タカタ」			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
1964	1才乳児の ラミシールクリームが使用部位顔 キンダベート軟膏が使用部位陰部と指定がありました。母親との聞き取りにより疑問を感じ、疑似照会の結果 逆であることが判明しました。	事務員の入カミスです。	複数の外用薬では 患者さんとの聞き取りで 部位のチェックが必要です。	ラミシールクリーム1% キンダベート軟膏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
1965	当該薬剤師が投薬時に、患者様よりいつも耳鼻科でもらっているお薬をお願いしましたと聞く。薬歴を参照すると、その患者様が耳鼻科からいつももらっているお薬は、リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%と判明。しかし、その日に別の内科クリニックから処方が出たお薬は、点眼・点鼻用リンデロンA液だった。疑義紹介して、リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%に変更してもらい、事無きを得た。	名前がよく似ていて、内科のドクターも患者さんから聞いたままに処方をお願いしましたと聞く。リンデロンは、リンデロン点眼液0.01%と、リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%と点眼・点鼻用リンデロンA液と3種類存在する。それぞれ、内容成分が違い、注意が必要。患者さんも、自分が普段使っているお薬の名前を詳細に記憶していなかったと考えられる。	患者様には、どこの病院にかかるときも、必ずドクターにお薬手帳を見せていただくようお願いした。薬局薬剤師も、リンデロンには、多くの種類があることをスタッフ全員で共有するように徹底した。	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%			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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1966	処方箋にデルモゾールG軟膏 20g、【般】ヘパリン類似物質クリーム0.3% 20g、ユベラ軟膏 20g、白色ワセリン 20g混合の記載あり。混合不可のため処方医に疑義照会。回答:【般】ヘパリン類似物質クリーム0.3%→削除、デルモゾールG軟膏20gと白色ワセリン 20gの混合及びユベラ軟膏 20g、白色ワセリン 20gの混合。	今までの処方を出していたが、疑義照会をされたことがなかった様子。	軟膏剤の混合がある処方箋を受付けた際は、混合可能かどうか一度検討してから調剤に移る。また、疑義照会時に資料を求められた際は、混合不可を裏付ける参考資料を送る。	デルモゾールG軟膏 ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」ユベラ軟膏 白色ワセリン			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
1967	処方箋にはツムラ苓姜朮甘湯と記載。渡したのはツムラ苓桂朮甘湯。患者さんの症状がめまいのため、何の疑いもなく監査して渡す。後日、病院事務の方より処方箋の入カミスとの連絡を受け、確認してミスに気付く。処方したかったのは苓桂朮甘湯とのことで、渡した薬でした。患者さんには健康被害もなく良かったが、処方箋のチェックができていなかった。	漢方薬には類似する名前が多く、しっかりと監査するように注意する。医師の処方内容と調剤した薬が一致したが、処方箋のミスには気付かなかった。薬情、薬袋の監査を怠らないこと。	処方箋内容を再度確認する。	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)	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
1968	薬局された患者様にバファリン錠A81が処方されていた。投薬時の聞き取り時に頭痛で病院にかかったことが判明。疑義照会をし、バファリン錠A330に処方変更された。	バファリン錠A81は、抗血小板薬であり頭痛には適応なし。バファリン錠A330は鎮痛剤。	名前が似ている為、投薬時は患者様に症状を必ず確認する。	バファリン配合錠A81	バファリン配合錠A330		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
1969	定時薬としてテブレノンカプセルを服用している患者に、痛み止めと一緒にレバミピドが処方された。同効薬のため疑義照会したところレバミピドは削除となった。	痛み止めが出る際にセットのように胃薬が処方されることが多い。	臨時の薬が出た際には、定時の薬と類似薬がないかや相互作用がないかなどを見落とさないように注意する。	レバミピド錠100mg「アメル」			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
1970	一般名 レボチロキシシンNa 錠25μg1錠/1×朝食後 5日分 が処方されていたため医師に 疑義照会する。照会によりレボフロキサシン250mg2錠/1×朝食後 5日分となる。	患者さんに症状を聞いたところ膀胱炎だった。医師に疑義照会によりレボチロキシシン錠Na 錠25μgからレボフロキサシン錠250mgに 処方変更となる。一般名処方の類似によって 生じた誤りと思われる。薬局側も 患者さんには よく症状を確認する。		チラーヂンS錠25	レボフロキサシン錠250mg「DS EP」			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
1971	大学病院・総合病院・整形外科クリニックを受診している患者。下肢の浮腫みが強く総合病院呼吸科でフロセミド20とアスバラCaが追加処方になる。担当薬剤師は以前から整形外科でアスバラCaが処方されていたため不足分の処方と判断、処方通りに投薬した。次回受診時も同一処方だったが患者が血液検査結果を持参していてカリウム値が低いことを確認。主治医に疑義照会→アスバラカリウム錠300mgの処方間違いであることを確認した。	浮腫への処方追加にも係わらず、アスバラCa追加処方に疑問を呈しなかったこと、類似名称がある薬剤にも係わらず疑義照会しなかったことが原因。	医薬品の名称が類似している場合、特に入念に本人と主治医に臨床症状、処方目的の確認が必須。業務手順書の見直し、積極的な主治医への疑義照会が大切と考えます。	アスバラギン酸Ca錠200mg	アスバラカリウム錠300mg	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	医薬品	ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1972	一般名アトルバスタチン5mgが追加になっていたが、プラバスタチンがでている患者さんの為、どちらかが中止と思ひ疑義。疑義の間患者さんに話を聞いたところ、血圧の薬を追加になっていると言われ処方箋の入力ミスが判明。一般名アムロジピン5mgの間違ひだった。	似たような医薬品名の間違ひは気が付きやすいが、一般名の入力ミスにもきをつける必要がある		アトルバスタチン錠5mg「サワイ」	アムロジピン錠2.5mg「TYK」			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
1973	当該患者が薬局。薬剤名と分量を確認したところ「普段服用している」との話だったが、投薬後に見慣れない薬剤(セレコックス)があるとの申し出あり。また疼痛症状もないとのこと。当店の過去の調剤歴より「イフェンプロジル酒石酸塩錠(先発名:セロクラール)の処方がないことを踏まえて、医師へ薬剤が適正であるか疑義照会を行なったところ、「セレコックス→(一般名)イフェンプロジル酒石酸塩」へ薬剤変更となった。	セレコックスとイフェンプロジル(先発名:セロクラール)の薬剤名が類似していたため、入力誤りをしたと考えられる。	患者様が普段から飲まれているとおっしゃっても薬剤名、規格、数量をしっかりとご確認いただいております。また症状の聞き取り等、情報収集を徹底し、薬剤が適正であるか判断する。	セレコックス錠100mg	イフェンプロジル酒石酸塩錠20mg「サワイ」		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
1974	デルモゾール軟膏とピーソフテックリームの混合、配合時シャーベット状となるため、医師に類似薬剤への変更依頼を行い、変更となる。	外用薬の配合変化の資料による確認。		デルモゾール軟膏0.12% ピーソフテックリーム0.3%	リンデロンV軟膏0.12% ヒルドイドソフト軟膏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
1975	疑義照会にてPL配合顆粒とピーエイ配合錠が同時に処方されていることを伝え、ピーエイ配合錠を削除の指示を確認した	類似薬のPL配合顆粒とピーエイ配合錠が同時に処方されているのが確認されたため	今後も類似薬が複数処方されていたら必要性があるかを疑義照会にて確認を行ってから調剤を行う	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
1976	疑義照会にて他院で類似薬のセルベックスカプセル50mgの処方されている旨を伝え、ムコスタ錠100mgの処方削除を確認した	他院でセルベックスカプセル50mgの処方が確認されたため	今後も処方箋受け取り時に併用薬の確認を行ってから調剤を行う	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
1977	疑義照会にてPPIのタケキャブ錠10mgと一般名のランソプラゾール口腔内崩壊錠15mgが同時に処方されていることを伝え、ランソプラゾール口腔内崩壊錠15mgの削除を確認した	類似薬のタケキャブ錠10mgと一般名処方のランソプラゾール口腔内崩壊錠15mgが同時に処方されているのが確認されたため	今後も類似薬、同効薬が処方された時は疑義照会にて必要性を確認する	ランソプラゾールOD錠15mg「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
1978	疑義照会にて他院で類似薬のテブレノンカプセル50mg「サワイ」が処方されていることを伝え、今回処方一般名のレバミピド錠100mgの削除を確認した	他院で類似薬のテブレノンカプセル50mg「サワイ」の処方が確認されたため	今後も処方箋受け取り時にお薬手帳などで併用薬を確認してから調剤を行う	レバミピド錠100mg「NS」					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
1979	疑義照会にて他院で類似薬のアレロック顆粒0.5%が処方されていることを伝え、ジルテックドライシロップ1.25%の削除を確認した	他院で類似薬のアレロック顆粒0.5%が処方されているのが確認されたため	今後も処方箋受け取り時に併用薬などの情報を確認し、重複しているもないか確認してから調剤を行う	ジルテックドライシロップ1.25%					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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1980	疑義照会前はヘパリン類似物質外用液とロコイド軟膏の混和であったが、混合性が悪く、ヘパリン類似物質軟膏の間違いではないかと思ひ疑義照会した。疑義照会後はヘパリン類似物質軟膏に変更された。	名前が似ているので多忙な時は間違えやすい。医師は普段三文字検索を使っていて文頭の確認に慣れており、後方の確認は慣れていないと思われる。	名前が似ていて間違えやすい物が違えやすい。医師は普段三文字検索を使っていて文頭の確認に慣れており、後方の確認は慣れていないと思われる。	ヘパリン類似物質ローション0.3%「ニプロ」	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
1981	処方上上記単剤の処方であり用法用量ともに問題なかったため投薬に至った。投薬時の問診にて、患者の主訴は精神虚弱であったが処方されていた柴胡桂枝湯は腹痛を伴う胃腸炎等に対する適応であったため再度確認したところ、医師から見せられた薬の外観と違うような気がするとの事から疑義を実施。	柴胡桂枝湯、柴胡桂枝乾姜湯と名前が似ていることから、医師が処方選択時に誤ったものを選択したと推察	漢方の名前は非常に似通ったものが多く、薬剤選択を誤りやすい傾向にあると思われる。また、漢方製剤の場合適応が多岐にわたるものも多く、用法用量等に誤りがなければ薬剤師がその処方箋だけで適切な薬剤であるかを判断することは極めて困難と思われる。当然投薬時の問診を徹底し、主訴と適応が適合するか確認するのは当然のこととして、可能であれば処方箋に診断名を記載することでこれらのことは回避可能と思われる。	クラシエ柴胡桂枝湯エキス細粒	コタロー柴胡桂枝乾姜湯エキス細粒		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
1982	受付した処方箋を確認した所テルギンGDS0.1%の一日投与量が14gとかなり多かった。成人量を大幅に超える投与量なので、1歳の患者にもありえない投与量と考えられる。疑義紹介をおこなって医師に確認した所、一日投与量が0.4gに変更になり、日数が7日から14日に変更になった。	日数を14日にしたかったところを誤って投与量を14gにしたようだ	今回はわかりやすいミスだったのですぐに処方箋の誤りに気がついたが、近似している誤りに気がつくのは難しいと考えられる。常日頃から頻出する薬剤の投与量を目に見えるところに張り出し、すぐに確認できるようにすることが望ましい。	テルギンGドライシロップ0.1%			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
1983	ドクターはセレコックスを処方したのに、入力ミスでセリプロロール塩酸塩が記載されていた。年に2~3回しか受診していない患者なので、患者に問診して発覚。疑義照会し、セレコックスに変更された。	クリニックの事務員の薬剤名の知識不足に起因する。薬品名が類似していた。 ○単純なミス	改善策として薬局にて監査を徹底。クリニックにも類似名の薬品リストを提出。	セリプロロール塩酸塩100mg「日医工」	セレコックス錠100mg	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
1984	内科医院受診中の患者が、他病院を紹介受診され、内科医院処方内容も含めて処方箋発行された。その際、これまで内科医院では、12時間持続タイプのニフェジピン錠10mgが1日2錠で処方されていたが、ニフェジピンカプセル10mgに変更となっていた。患者聴取にて、降圧剤の変更指示はなく、内科医院処方と同内容とする旨Dr.からのお話があったとのことで、疑義照会を実施した。意図としてはニフェジピン錠10mgのつもりであったが、システム上カプセル剤を選択したようだったので、ニフェジピン錠に変更指示を得た。	病院の採用品マスタにニフェジピン錠がなかったため、近似したマスタ名が選択されたと思われる。	病院での処方箋発行時再確認も重要と思われるが、薬局として実施し来ることとして、入念な患者からの情報収集と、処方箋内容の照合を徹底することで、不整合があれば疑義照会を選択する。	ニフェジピンカプセル10mg「サワイ」	ニフェジピン錠10mg「トーフ」	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1985	他院からの転院トリレンカプセル50mg 3c 3*N (服用中) テレンカプセル50mg「サワイ」 3c 3*N へ変更となっていた。	医師の薬品名類似による処方ミス	テレンカプセル50mg「サワイ」: 処方中止。トリレンカプセル50mg → (代替品) スピロラクトン錠25mg 2錠 1*N 変更となった。	テレンカプセル50mg「サワイ」	スピロラクトン錠25mg「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
1986	当薬局を継続して利用。今回は循環器科よりラベプラゾール錠10mgが処方されていたが、同医療機関のリウマチ科でランソプラゾールOD錠15mgを継続服用中であった。疑義照会を行いラベプラゾール錠10mgが処方削除となった。	医療機関で併用薬の確認ができていなかったようだ。	類似作用する薬が出ている場合は処方の妥当性を判断し、疑義照会を行う。	ラベプラゾールナトリウム錠10mg「日工」			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
1987	今回処方よりトリルシディ皮下注0.5mgアテオスが追加、患者本人は血糖の薬が変更、としか把握していなかったが、ネシーナ錠25mg、アテレック錠5mg、アマリール錠3mg錠が今回処方なし。血圧含め、減らすには効果類似薬以外にもSU剤高容量がなくなっていたため今回処方がない分、それぞれ問題ないか疑義。アテレック錠5mg、アマリール錠3mgが追加に。(なお、ジェネリックでお渡しした。)	○処方医薬品の多さ○単純なミス○焦り誤って処方せん入力の際に血糖の薬が変更、としか把握していなかったが、ネシーナ錠25mg、アテレック錠5mg、アマリール錠3mg錠が今回処方なし。血圧含め、減らすには効果類似薬以外にもSU剤高容量がなくなっていたため今回処方がない分、それぞれ問題ないか疑義。アテレック錠5mg、アマリール錠3mgが追加に。(なお、ジェネリックでお渡しした。)	検査結果の把握及び、薬剤の効果○焦り誤って処方せん入力の際に消してしまった可能性があるが、薬局側では原因は不明。ただ、いつもより勤務医がちがっていたり、患者数が多かったため忙しかったのも原因の一つと考えられる。	無し 無し	シルニジピン錠5mg「サワイ」グリメピリド錠3mg「トーフ」		勤務状況が繁忙だった 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
1988	以前からクロビドグレル25mg 2錠処方の患者様にて75mg 1錠処方会話の中で増量したようなお話もあったが、処方医に疑義逆に減量であった	患者の聞き取り内容の不安定さ患者側の類似薬品の紛らわしさ	血圧治療薬などは神経を使い増量、減量を確認する	クロビドグレル錠75mg「トーフ」		連携ができていなかった	通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品	ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1989	前回処方がアムロジピン錠5mg朝夕服用だったが、アダラートCR錠40mg朝食後2錠に変更になっていたため疑似照会したところ朝夕2錠に変更となった	前回処方・おくり手帳等で過去履歴の確認をすること	前回処方を必ず確認することが重要である	アダラートCR錠40mg			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
1990	医師より患者へ今回からメモリーOD5mgを徐々に増量するとの伝言があったが、増量されていなかったため疑似照会を実施した。	患者とのコミュニケーションを密に実施することが重要である。	患者とのコミュニケーションを密に実施することが重要であり、さらに医療機関とも連携すること。	メモリーOD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
1991	患者より医者に話したが塗り薬が処方されていないと指摘があったため、疑義照会したところ処方追加になった。	確認を怠ったと考える	確認を怠らない	ヘパリン類似物質外用 泡状スプレー0.3%「日本臓器」	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				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1992	味覚障害を訴え、亜鉛含有のボラブレジングOD錠75mg2錠(朝食後)が処方された。これまで同医療機関から類似薬であるファモチジンD錠10mgが処方されていたが、追加で飲む必要があるのか、類似薬のため補うことができるのであれば処方削除でもよいのではないかと、電話にて医師と相談したところ、ファモチジンD錠10mgは処方削除となった。	ポリファーマシーの要因: 類似薬がすでに処方されていても、個々の訴えに対して処方追加されてしまうことがある。	類似薬が処方された場合、その必要性について吟味し、医師と相談したい。	ファモチジンD錠10mg「サワイ」			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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1993	患者は経鼻経管チューブより簡易懸濁法にて薬が投与されている。ランソプラゾールOD錠15mgは簡易懸濁するが、小さな粒が残る、チューブを詰まらせることが、介助している方々から連絡をいただいていた。そのため、チューブを詰まらせず、類似の効果が得られるファモチジンD錠10mgへの変更を医師に依頼した。	簡易懸濁研究会のデータによると、ランソプラゾールOD錠15mgは簡易懸濁によりチューブを通過すると濁すが、小さな粒が残る、チューブを詰まらせることが、介助している方々の言葉を傾聴し、配慮が必要であった。	簡易懸濁など手技が必要なものは、患者本人、介助者が困っていないかどうか、何度も確認していく必要があると感じた。今後は、確認、傾聴をさらに行いたい。	ランソプラゾールOD錠15mg「トーフ」	ファモチジンD錠10mg「サワイ」		知識が不足していた 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
1994	代謝科受診している患者にデルモベート軟膏の臨時処方あり。Drに実物を見せて処方依頼したと聞き、類似医薬品がある事を知っていたため実物を拝見した所患者が希望したのはデルモゾール軟膏(リンデロンV軟膏のジェネリック)である事が判明した。疑義照会にてリンデロンV軟膏に処方変更されデルモゾール軟膏へ変更調剤した。	処方箋オーダーはリンデロンV軟膏だがジェネリック希望の為薬局でジェネリックに変更調剤してデルモゾール軟膏でお渡し。病院へは手帳でフィードバックだが、他の薬が198日分で次回受診は半年後であり、次回受診時手帳を忘れていた為DRに報告出来ない可能性あり。また皮膚科でなく代謝科であるため塗り薬の先発はわかってもジェネリックまでは理解されていない可能性も高く、デルモゾール軟膏でオーダーだそうとして病院のオーダーリングシステムではデルモゾール軟膏の採用が無いので、似た名前のデルモベート軟膏でオーダーしてしまったと考えられる。	・患者から手帳を病院に見せてフィードバックを徹底するよう促す。 次回受診時手帳忘れていれば次々回受診時まで申し送る。 ・医師もジェネリックに似た名前がある薬の事を覚えてほしい。(もしくはチューブに書いてある成分名でみてほしい)。 ・皮膚科には先発とジェネリックの名前と写真が載った一覧をお渡ししている。わかからない薬なら皮膚科などに確認してほしい。 ・専門外の処方では似た名前の医薬品と間違えていないか、確認を怠らない。(今回はそれで防げた。)	デルモベート軟膏0.05%	デルモゾール軟膏0.12%	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	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
1995	ワイドシリン細粒20% 500mg 夕食後 70日分の処方あり。おくすり手帳からは過去に他院からパントシン散20%の処方があったことが確認された。パントシンとパセトシンを見間違っただけでワイドシリンが処方された可能性を考慮し、処方医へ疑義紹介を行った。その後、ワイドシリン細粒は削除となった。	他院から紹介のあった新規患者の薬剤をオーダーする際に、おくすり手帳の記載を見誤って別の薬剤をオーダーしてしまった事例である。パントシン散と抗生物質のパセトシンの名称が類似していることが要因と考えられる。	名称類似薬について医師と情報共有をするとともに、おくすり手帳の内容を慎重に確認することが必要である。	ワイドシリン細粒20%				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
1996	2016年6月27日に授乳中であることを当薬局で記録していた。2018年2月22日に約1年3ヶ月ぶりに来局され、当時、授乳中であるか確認したところ、まだ、寝る前などに、ちよくちよく授乳しているとのこと。カフコデN配合錠に含まれるジヒドロコデインの類似化合物の母乳への移行により乳児でモルヒネ中毒が生じたとの報告があり、本剤投与中は授乳を避けさせることとなっているため、医師に問い合わせた。カフコデN配合錠からメジコン錠15mgに処方変更された。	患者から、当時まだ授乳中であることを医師に伝わっていなかった。	出産から1年半以上経っていても、寝かしつけの為に複数回授乳しているケースもあるため、来局の際に必ず確認する。	カフコデN配合錠	メジコン錠15mg			患者側	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1997	消化器症状の処方に鎮痛剤が処方されていた。薬品名の2文字が似ていたために間違えて入力されたものと薬剤師側が認識して疑義照会、処方変更となった。	カルテの見間違い、単純なミス。	患者さんへの聞き取りも併せて処方 が合致しているか？確認は必須と思われる。	セレコックス錠100	セレキノン錠100				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
1998	蕁麻疹で受診の患者さんでアスベリンシロップとペリアクチンシロップの組み合わせで処方されていた。咳もないとのことで、疑義紹介を行ったところ、アリメジンシロップとペリアクチンシロップの間違いであった。	○単純なミス名前が似ているためにカルテの記入ミスのようにあった。	患者さんの症状と処方内容を考えること、シロップの用量が少なかったことも気づきの要因になった。	アスベリンシロップ0.5%	アリメジンシロップ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
1999	普段から当薬局で調剤している病院からの処方箋で、患者が来局。該当の処方箋は整形外科だった。腰の痛みで新しい薬が出るという意図から、精神科の処方箋との兼ね合いについては意識が向かなかった可能性も考えられる。	処方医師は、併用薬について確認されていないのかもしれない。又は、整形外科領域の疼痛のために処方するという意図から、精神科の処方箋との兼ね合いについては意識が向かなかった可能性も考えられる。	引き続き、お薬手帳や患者への聞き取りなど、処方箋以外の情報を収集することにより、処方内容に問題がないか確認していく。また、お薬手帳を持っていない患者に対して、お薬手帳の有用性を説明し、活用してもらう。	サインバルタカプセル20mg			その他	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
2000	一般名モメタゾンフランカルボン酸エステル軟膏とヘパリン類似物質軟膏の混合の指示の処方箋を受け取り、患者希望によりそれぞれ後発品のモメタゾンフランカルボン酸エステル軟膏0.1%「イワキ」60gとヘパリン類似物質軟膏0.3%「日医工」40gを軟膏混合機で混合したところ、容器内で分離した。軟膏混合の機械ではなく、手で混合するも分離。軟膏基材の問題もあるかと考え、それぞれ先発品のフルメタ軟膏とヒルドイドソフト軟膏で混合しても同様に分離した。各メーカーにも確認し、軟膏・クリーム配合変化ハンドブック第2版でも、先発品、後発品共に分離することを確認し、処方医に状況を説明して一般名モメタゾンフランカルボン酸エステル軟膏を一般名ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏に処方変更となった。	軟膏・クリーム剤の混合には剤形や薬剤により、混合時に分離、硬化、液化化し、加えて経時変化により含有量の変化もあるため、混合指示を受けたときは確認することが必要である。また、割合の違いや処方量、気温によっても違いがあることも知っておかなければならない。	薬局で使用している軟膏・クリーム剤の配合変化のデータを用意しておくことで、処方医への説明も的確にでき、患者さんをお待たせしないに対応できる。	【般】モメタゾンフランカルボン酸エステル軟膏0.1%	【般】ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏0.05%		知識が不足していたその他			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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2001	レスタミンコーワクリームと「一般名」ヘパリン類似物質軟膏0.3%の混合について調剤実施する前に、軟膏・クリーム配合変化ハンドブックで確認。ヒルドイドソフト軟膏もビーソフテン油性クリームも25°C1Wで軟化し配合は不可であることを発見。疑義照会しヒルドイドクリームであれば配合可能なため変更になった。	外用の混合については、各メーカーのインタビューフォームや配合変化などを参考に行っているがレスタミンについては該当のものがなくメーカーへ要求しても資料がないと言われる。ハンドブックがないと患者に不利益が生じる。	軟膏・クリーム配合変化ハンドブックは第2版で使用中。平成15年初版発行により最新版の発売を待っている。メーカーにより配合変化表は最新版を手配しているがすべてではなく苦慮している。	【般】ヘパリン類似物質軟膏0.3%	ビーソフテンクリーム0.3%	確認を怠った			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
2002	フェロミア6T分3が処方されたが、患者の主訴が胃腸炎のため医師へ疑義照会しフェロベリン6T分3に変更	医師の薬剤処方オーダー時に名前が、患者の主訴が胃腸炎のため医師へ疑義照会しフェロベリン6T分3に変更	患者の状態をしっかり確認、対物でではなく対人での調剤を心がける	フェロミア錠50mg	フェロベリン配合錠			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
2003	ザイザルシロップ0.05%処方あるが、他の病院で、セチリジンシロップが処方されていると薬歴に記載あり、類似成分で、重複するため、母に確認後、問い合わせしたところ、処方削除となる。	お薬手帳はあまり活用されていない方が、他の病院で、セチリジンシロップが処方されていると薬歴に記載あり、類似成分で、重複するため、母に確認後、問い合わせしたところ、処方削除となる。	必ず、併用薬を確認する。薬歴でも、過去に受診している医療機関などもきちんと記載しておく。	ザイザルシロップ0.05%					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
2004	今回オングリザ錠2.5mgが追加になったがジャヌビア錠12.5mgも処方されていた。患者様に確認すると薬が追加になったのは知っているが他は特に言われていないとのこと。病院に確認した所ジャヌビア錠12.5mgを処方より削除してほしいとの事だった。	病院にてジャヌビア錠12.5mgを削除してオングリザ錠2.5mgを処方しようとした所削除し忘れたままオングリザ錠2.5mgを処方してしまった。また、患者様への説明が不十分であった可能性もある。	新しく薬などが追加になった際は似たような作用を持つ薬や飲み合わせに問題はないか念入りに確認し患者様への確認もしっかり行う。	ジャヌビア錠12.5mg				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
2005	セチリジン塩酸塩錠10mg日医工1錠分1就寝前とルパフィン錠10mg1錠分1朝食後が併用となっていた。類似薬の重複のため、疑義照会を行ったところ、セチリジン塩酸塩錠の処方を削除し忘れであることが判明した。	医師が処方を変更する際に削除し忘れたと思われる○単純なミス	電子薬歴で系統重複のマークを見落とさない	セチリジン塩酸塩錠10mg「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
2006	眼の周囲(眼球内へ入り込んでしまうふちの部分含む)の乾燥によりヘパリン類似物質油性クリームが処方。添付文書上、眼球への使用は避けるとあり、処方元病院へ問い合わせ後、プロベトへ変更となる。	処方元病院側が要因の為、詳細については不明。	幅広い知識で監査を行う。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニプロ」	プロベト			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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2007	小児科にてシングレアチュアブル5mgを定期的に服用している患者のお薬帳を確認したところ、単発で受診した別の耳鼻科にてキプレスチュアブル5mgを服用していることが発覚。お薬手帳が新しくなったため、もしかするとほかの調剤薬局での服用確認がしっかりしていなかった可能性もあり。患者家族は似たようなものだし一緒に服用しても問題ないと思っていた様子。疑義照会にて今回のシングレアチュアブルは処方中止になった。家族の方にはシングレアとキプレスは同様の薬であることを説明し、耳鼻科から処方されているキプレスを今回は継続していくようにお伝え。	お薬手帳の持参の有無。	お薬手帳をしっかりと確認する。また患者家族にも病院、薬局にしっかりと提示すること指導する。	シングレアチュアブル錠5mg			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
2008	患者からヒアリングを行っている中、『聴室炎と診断された。お腹の辺りが痛いんです』とのコメントを得られた。処方されている記載内容が、『フロモックス錠100mgと一般名:カルボシステイン錠250mg』であったため、一般名:カルボシステイン錠250mgの処方に疑問を抱き疑義紹介を実施しました。一般名:カルボシステイン錠250mgから一般名:レバミピド錠100mgへ処方の変更となった。	患者からしっかりとヒアリングを行っていたために【聴室炎】であることが判明し疑義照会をすることができました。要因としては、処方の記載内容なだけではっきりとはわかりませんが、商品名で考えると、一般名:カルボシステイン＝ムコダイン、一般名:レバミピド＝ムコスタであり、『ムコダイン』『ムコスタ』で商品名がよく似ており、商品名から一般名へと変換できるレセコンを使用し処方箋を打ち出しているのであればありえる記載の誤りと考えられる。○単純なミス	こういった側面も考慮して、調剤・監査・投薬を実施し、ヒアリングはどういった場面でも慎重に実施しなければなりません。	ムコダイン錠250mg	ムコスタ錠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
2009	「一般名」クエン酸カリウムクエン酸ナトリウム配合錠2錠 1日1回寝る前28日分の処方が喘息で治療中の耳鼻科から処方された。本人は痛風などないとの事で、耳鼻科と関連がないように思えるし用法もおかしいので疑義照会。一般名処方なのでクエン酸第一鉄ナトリウム錠(鉄として)の間違いではないか、確認。→先の処方は削除し、クエン酸第一鉄ナトリウム錠50mg(鉄として)2錠 分1寝る前28日分に変更となる。	一般名処方の選択ミス。名前が類似している	普段聞きなれた商品名では間違わないことでも一般名処方では似た名前が多いので確認を充分取らないと大きな間違いが生じる可能性があるし、処方元も勘違いがあるかもしれないので、患者の病状に沿った処方か考え、確認しないといけないと思いました。	一般名クエン酸カリウムクエン酸ナトリウム配合錠	一般名クエン酸第一鉄ナトリウム錠50mg(鉄として)	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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2010	ツムラ麻杏甘石湯エキス顆粒7.5g分3食後7日処方。患者に状態確認すると、腰痛で受診した。作用が違うので、医師に疑義照会したら、ツムラ麻杏よく甘湯7.5gを処方したつもりだった。コンピューターの入力ミスと考える。	コンピューター入力において、麻杏甘石と麻杏よく甘は、似ているので、間違いやすいケースと考える。今回、患者に容態を確認し間違えた処方を発見し、患者からも感謝された。薬剤師の仕事は、処方医の意図を分析し、患者の容態を確認し疑問があれば、疑義照会することが、重要と考える。今後も、漢方は、類似した薬品名が多いので、患者の容態にあった漢方か、確認する必要性を痛感した。		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
2011	母親が兄弟分2枚の処方箋を持って来局したが、受付時に投与量が逆転していることに気が付かず調剤した。監査時に体重換算で兄弟の処方箋がそれぞれ逆である疑いがあり、再度、患者母親にも確認し、処方医へ確認、疑義照会した。兄の処方箋が弟に、弟の処方箋が兄の処方箋に記載されており、入れ替わっていたことを確認。薬の内容は兄弟入れ替わっているだけで量の変更などはなかったため、薬袋、水薬瓶ラベルなどを訂正し、投薬した。	兄弟で名前が似ており、体重もあまり変わりがなかったため、受付時の確認でこちらも少し混乱していた恐れがある。	処方受付時の確認において、兄弟や家族間で名前の似た方などは特に、体重や内容、処方箋の名前の確認などをしっかりと行うことを各スタッフに意識させる。○処方せんの見間違い○無し	ムコダインシロップ5% ムコソルバン内用液0.75% アスピリンシロップ「調剤用」2%	ムコダインDS50% ペリアクチン散1% フロモックス小児用細粒100mg	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
2012	この患者さんはニトロダームTTSが定期薬で出ており、今回ノルスバンテープが処方されました。シートと同じような形状なので、処方元に患者さんの認識不足により使用取り違えでの副作用を回避するために情報提供する	高齢ということもありニトロダームTTSとノルスバンテープとの区別、認識不足から副作用が発生される可能性が考えられた	高齢者には形状の似たニトロダームTTSとノルスバンテープとの区別、認識不足からの副作用を回避するため、処方元に情報を提供することで中止してもらうことができる	ノルスバンテープ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
2013	バイアスピリンが処方されている患者に対し、オパルモンが処方されていた。オパルモンの添付文書を確認したところ、抗血小板薬や抗凝固薬などとは併用注意であった。本人がお薬手帳を持参しておらず、服用している薬の名前も覚えていなかった。実際の薬を並べて服用している薬がないか確認していただいたところ、バイアスピリンを服用しているとのことだった。そこでもう一度受診してもらい、処方医と相談してもらったところ、オパルモン錠の取りやめとなった。	お薬手帳を持参しておらず、医師など、病院側も今現在服用している薬について聞いていなかった様子だった。そのため似た作用の薬が処方されてしまった。	患者への現在服用している薬、飲んでいる薬などを伺う必要がある。	オパルモン錠5μg				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
2014	下痢が続いている患児にミヤBM細粒 7g/日 毎食後 5日分の処方あり。用量が年齢から多すぎるので疑似照会し 1g/日 毎食後 7日分に変更になった。	下痢が続いていて前回の処方がピオフェルミン配合散 1g/日毎食後だった。改善しないためミヤBM再細粒に変更し7日分になったが、日数を変更するはずが用量を変更してしまっただけと思われる。用量、日数の確認をしっかりとる。		ミヤBM細粒					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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2015	花粉症で受診の患者にアラミスト点鼻が処方されたが用法が1日1回1噴霧になっていたため疑似照会し、1回2噴霧に変更になった。	小児科からの処方であり、小児用量の1回1噴霧となったものと思われる。用法用量は年齢とともにしっかり確認する。		アラミスト点鼻液27.5μg56噴霧用				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
2016	スーグラ50mgよりグリクラジド40mgに処方変更になっていたが、以前よりグルベス配合錠を服用しており、グルベス配合錠のミチグリニドとグリクラジドの併用により、膵臓に負担をかけた低血糖症発生リスクが上がるため医師に連絡したところ、グルベス配合錠がミグリトールOD50mgに変更になった。	糖尿病治療薬の配合錠を複数併用しており、似たような作用の薬が重複してしまった。	配合錠に含まれている成分を把握して、飲み合わせや成分量の上限に十分注意する。	グルベス配合錠	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」		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
2017	一般名 サラゾスルファピリジン腸溶錠が処方されるべきところ、一般名 サラゾスルファピリジン錠が処方された。	医療機関側の処方せん入力ミスと思われる。薬歴や聞き取りから患者情報をしっかり収集し、判断することが必要。	医薬品の名称類似に注意を払う	サラゾピリン錠500mg	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「テバ」			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
2018	当薬局を初めて利用する患者の家族が来局。処方内容は、ジクロフェナック点眼液 30mL（両眼1日2回）であった。家族への聞き取りにより、本患者は術前や術後ではなく、またお薬手帳からも他医院にてジクロフェナック点眼液を使用中でもないことを確認。通常、ジクロフェナック点眼液の適応は術前・術後であるため、疑義照会をした。プロムフェナクNa点眼液0.1%「ニットー」へ変更となった（用法用量は変更なし）。	ジクロフェナックとプロムフェナクは、医薬品名の後半部分が似ており、間違えて入力したと考えられる。	引き続き、患者からの聞き取りなど処方せん以外の情報を収集することにより、処方内容に問題がないか確認していく。また、お薬手帳を利用していない患者には、お薬手帳の有効性を説明して活用してもらう。	ジクロフェナック点眼液0.1%	プロムフェナクNa点眼液0.1%「ニットー」		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
2019	初めての患者が来局。受付に来られたのは患者のお母様。患者はインフルエンザの為受診されたが、処方内容はゾフルーザ錠20mgと一般名トラマドール・アセトアミノフェンと一般名アセトアミノフェン錠200mgであった。症状はどの痛みのみで、特に体の痛みなどはないとお話から、ドクターに疑義照会をする。一般名トラマドール・アセトアミノフェン配合錠が一般名トラネキサム酸錠250mgに変更となった。	医療機関側が処方箋入力の際に、名前が似ている薬であるために入力のミスをしたものと考えられます。	引き続き、患者への聞き取りなど処方箋以外の情報を収集することにより、処方内容に間違いがないかどうか確認していく。	トララセット配合錠「日医工」	トラネキサム酸錠250mg「YD」		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
2020	風邪で受診したが、症状は鼻水のみで咳は出ていないのにアスベリンシロップが処方されていたため、疑似照会しアスベリンシロップは削除となった。	風邪で受診のため、通常の風邪処方として鎮咳去痰剤の処方が出ていたと思われる。患者の症状をしっかり確認し、必要な薬剤が出ているか確認するようにする。		アスベリンシロップ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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2021	処方箋にはツムラ柴芩湯で記載されていたが、患者の薬歴と状況を見て咳治療の変更をしているのではないかと推察した。患者に確認したところ、辛い症状は咳が止まらないことだったので柴朴湯の間違いではないかということで疑義照会した。	医師の指示は柴朴湯だったが、処方箋発行の段階で病院側が柴芩湯を選択肢間違った処方箋が発行されていた。病院側の処方箋発行システムは、頭から数文字入力して選択肢から薬を選ぶ方式だったため、1文字の違いを見落とししたことだった。	漢方は商品名が酷似しているものが幾つかあるので、違う漢字の部分を○で囲むなどして明確にその薬品を調剤している意識を持つ。	ツムラ柴芩湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ柴朴湯エキス顆粒(医療用)	連携ができていなかった	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
2022	当該患者に、一般名でアレンドロン酸35mgが月に1回1錠で処方あった。前回は一般名処方ミノドロン酸50mgが月に1回1錠の処方であった。変更の背景が不明の為、患者に実際の錠剤を見せ、ポナロン錠50mgが出ているはずとのこと。そのため疑義照会し変更に至る。	患者は以前から商品名でポノテオ50mgを月1錠服用していた。一般名処方への変更により、ミノドロン酸50mgへと調剤変更された。そのミノドロンに対し違和感を感じ、以前のポノテオに変えてほしいと病院で訴えたが、医師はポノテオとポナロンを錯誤した。そのため、薬品名、用量も間違えた処方に至った。	医師が間違えないように薬を出すということに改善策も何もない。あるとすれば似通った名前の薬品を承認しないことくらいである。一般名処方になり、処方薬間違いは多発している。薬剤師がしっかりと薬品の内容と、服用状況を薬を見せながら患者に丁寧に確認する他ない。あたビスホスホネート製剤のように、1か月に一回とか週に一回とか、同じ成分でもいろいろな服用法があるものは間違えの元である。このような場合は新規用量承認の際に、危険があるということで従前の商品は回収し、承認削除するべきである。	ポナロン錠35mg	ポノテオ錠50mg			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
2023	定期受診の患者にアスバラ-CA錠200が追加処方されていたため、患者本人に受診時の医師からの説明内容を確認したところ血清カリウム値の低下を改善する薬を追加するとの説明がなされていた。処方医へアスバラ-CA錠200の処方意図と、アスバラカリウム錠300mgとの入力ミスではないかを疑義照会して確認したところ、アスバラカリウム錠300mgへ処方薬の訂正指示がなされた。	薬品名類似、かつ略称でも最初の4文字まで一致しているため入力ミスを起こしやすい。	略称の変更、採用薬の見直しなど処方医療機関の薬品マスタ上のリスク低減の工夫が必要と考える。	アスバラ?CA錠200	アスバラカリウム錠300mg			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
2024	当薬局を初めて利用される患者様で、院外処方ではない近隣耳鼻科の処方にてロラタジン錠を服用していることを初回来局記載時に申し出があり、現物をみて確認。お薬手帳の持参がなく、服薬薬剤について持参のみ。類似薬効にて禁忌ではないが副作用が強く出る可能性もあり、持ち込み処方箋発行医師(皮膚科)に確認したところ併用できる薬剤へ変更となった。	患者が皮膚科受診時に併用薬を伝えなかったことから、医師が確認できなかった為	科が違っても併用できない薬がありえる為、お薬手帳・現物持参を確実にし、薬剤変更があった際は病院窓口にて確実に伝えるように患者指導した。薬局でも毎回併用薬や他科受診がないかどうかの確認を徹底していく。	オロパタジン塩酸塩錠2.5mg「トーワ」	クレマスチン錠1mg「YD」		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
2025	前回スージャスから今回カナリア+スイニーに処方変更になっていた。監査時にDPP-4iが重複処方されていることに薬剤師が気づき、疑義照会。カナリアがカナグルへ処方変更となった。	カナリアとカナグルの名称が似ており、Drが入力時誤って選択したと考えられる。	名称の似ている薬に注意。合剤の場合は含有成分が重複しないか特に気を付ける。	カナリア配合錠	カナグル錠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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2026	クラシエ小柴胡湯エキス錠が処方されたが処方元のクリニックから処方されたことのない薬剤であることと同時に処方された併用薬から考えられる疾患では使用されないと考えられるため医師に確認したところクラシエ小青竜湯エキス錠に変更となった	薬剤名が似ていること又は表示番号が似ているため間違えたと思われる	患者様の症状の聞き取りをしっかりと処方薬と症状に関連性があるのか見極める	クラシエ小柴胡湯エキス錠	クラシエ小青竜湯エキス錠		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
2027	かかりつけの患者、一般名処方オロバタジン口腔内崩壊錠5mg1錠分2朝食後および就寝前の処方。年齢に比較量が少ない事、かかりつけ医は他の患者に2.5mgの規格を使用していた事、以前と違う薬に変更すると医師から聞いていると患者家族からの聞き取りがあった等の理由より疑義照会。ザイザル錠1錠分2に変更訂正となった。	医療機関側の事務的ミスの可能性。花粉症シーズンであり、用法の似た薬剤について医療機関側が混乱している可能性もあった。		オロバタジン塩酸塩OD錠5mg「日医工」	ザイザル錠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
2028	健康診断で中性脂肪が高いことを指摘されて処方元医院を受診治療のため医師はベザトールSR200mg2錠分2で処方処方箋の入力時に名前が似ているためか医師の指示を間違えてヘルベッサーR200mg2カプセル分2で入力入力後にヘルベッサーR200mgを一般名に変更して処方箋を発行 当薬局へは一般名ジルチアゼム徐放カプセル2P分2の記載一日量400mgの高容量であることから患者への聞き取り血圧は問題ないこと、中性脂肪が高くて受診したことを確認し処方元へ疑義照会処方薬剤が一般名ベザフィブラートSR200mg2錠分2に変更となった。	処方箋発行の際に手違いがあったと思います。2重チェックの確実な実施が必要と考えます。	新規処方薬剤の場合、処方意図をしっかりと確認するようにしたい。	ジルチアゼム塩酸塩徐放カプセル200mg「日医工」	ベザフィブラートSR錠200mg「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
2029	患者の母親が15歳の子供の内科の処方箋を持って来局した。メンコン錠15mg3錠・一般名プロチゾラム口腔内崩壊錠3錠分3毎食後4日分とデキササルテン軟膏2gが処方されている。プロチゾラム3錠分3の用法用量に疑義を覚え疑義照会したところ、一般名アンプロキソール塩酸塩錠3錠分3に変更になった。	一般名に一部似ている箇所があり処方入力時に選択を間違えられたものと推測される。	引き続き、処方内容に間違いがないか用法用量が適当かどうか確認していく。	レンドルミンD錠0.25mg	ムコソルバン錠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
2030	処方箋に記載されていた医薬品はザルティア錠であったが、患者が女性で15歳だった為、医師の記載間違いであると判断。疑義照会にてザイザル錠を書き間違えたことが判明し、正しい医薬品で患者にお渡しした。	ザイザル錠とザルティア錠の名称が類似していた為の記載間違い。	類似した医薬品名には注意する。	ザルティア錠5mg	ザイザル錠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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2031	患者様が処方箋を持参し来局。処方内容は、「一般名」カルボシステイン錠500mg3錠/分3毎食後28日分であった。患者様に、処方されたお薬をお見せし、薬効を説明して確認をしたところ、胃の薬が処方されるはずとのお申し出あり。疑義照会にてDrに確認したところ、「一般名」レバミピド錠100mg3錠/分3毎食後28日分に処方変更となる。	先発品名、ムコダイン、と、ムコスタが、名称が酷似していた為、処方箋入力時に間違えたと考えられる。	投薬時、どんな症状で受信したか、と、今回処方されている薬の薬効を、患者様に確認し、マッチングしているかを確認する事が大切と考える。	ムコダイン錠500mg	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
2032	セイブルOD錠50mg 2錠 2×朝食前 21日分 処方箋記載のまま調剤を行った。○処方せんの見間違い○処方医薬品の多さ○単純なミス	食前と食直前で用法が似ているが、患者さんが服薬して薬効をしっかりと出す用法ではない。	2×朝食前では、薬効が期待できないことを医師に伝達した。セイブルOD錠50mg 2錠 2×朝食直前21日分 に疑義照会となった。	セイブルOD錠50mg		記録などに不備があった	知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2033	胃腸炎で受診の患児に吐き止めの処方が出ておらず、吐き気がありつらそうなため疑似照会し、ドンペリドン坐薬10mgが追加となった。	患者さんの症状を詳しく聞き取り、必要な薬剤がでているかを確認する。		ビオフェルミン配合散	ドンペリドン坐剤10mg「日新」		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
2034	処方医がよく処方するネオマレルミン2mgではなく、当薬局に採用のないネオマレルミンTR6mgが処方されていた為、確認の為疑義照会を行った。その結果、病院内での処方入力ミスであることが発覚。処方ネオマレルミンTR6mg→ネオマレルミン2mgへ変更となった。	病院での入力ミスにおいては、入力者の知識不足・確認不足が要因として考えられる。	今回のような類似薬等の処方については、調剤・監査時に十分なチェックと採用薬品の把握が必要と考える。	ネオマレルミンTR錠6mg	ネオマレルミン錠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
2035	かかりつけの患者、以前にポノサップバック使用歴あり。事務的ミスを疑い疑義照会。ポノピオンバックに変更訂正。	似ている薬品名があるため二次除菌に使用する可能性のある薬剤の名前を伝え疑義照会。		ポノサップバック400	ポノピオンバック		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
2036	・カフコデN配合錠 6錠 毎食後 5日分で処方(初処方)・薬局で授乳中であることを聴取していた。・カフコデは本罪投与中は授乳を避けさせるとなっている。(ジドロコデインの類似化合物(コデイン)で母乳への移行により、乳児でモルヒネ中毒が生じたとの報告がある)	・授乳中であることを病院で伝えられていたかが不明。・授乳中に使えなかった可能性。	・現在授乳中で、カフコデは授乳を避けさせなければいけない薬であることをお伝え。・他の授乳に問題がなく、普段先生が使われる、メジコンやツムラ麦門冬湯エキス顆粒などに変更することができないか提案。・配合されているアセトアミノフェンは、授乳中でも授乳可能なため、カロナールで処方は可能であることをお伝え。・結果、メジコン錠15mg 3錠 毎食後 5日分へ変更された。	カフコデN配合錠	メジコン錠15mg	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.	事例の内容	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果	
		背景・要因	改善策	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	
2037	以前よりタブコム配合点眼液を使用していたが、タブロス点眼へ変更となっていた。しかし、患者様本人より薬剤の変更説明が医師よりないことを確認し疑義照会を実施。病院の電子カルテのシステムが変更した直後であったため、入力違いと判明。以前同様タブコム配合点眼液の処方へ変更となった。	医療機関の電子カルテのシステム変更があったため、医師が以前の処方内容のデータを再度入力し直す必要があった。その為、薬剤選択の際に名称類似薬の入力ミスの危険性が高まり、今回の事例が発生。	処方元の医療機関の体制変動により処方間違いの危険性が高まるため、処方内容の確認をより一層注意することが重要。	タブロス点眼液0.0015%	タブコム配合点眼液			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
2038	バスタロンクリーム20%と10%の取り違い投薬時に薬剤師が気づき、訂正。患者被害なし。	店舗が煩雑な状況。バーコード確認システムを使用しているが、何らかの理由でスルー	バーコード確認システム使用の徹底外観の似た製剤をピックアップし、従事者に注意喚起	バスタロンクリーム20%	バスタロンクリーム10%	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
2039	2才の患者にバンデル軟膏顔面に塗布指示。2歳児の顔にペーリストロングステロイドは強すぎると判断し疑義照会したところ、ミディウムステロイドのバルデスに変更となった。	ステロイド外用剤は一般名も含め似たような名称があり、強さも違う為注意が必要。	ステロイド外用剤は一文字監査を行ったような名称にあった強さを判断していく。	バンデル軟膏0.1%	バルデス軟膏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
2040	今回「アルファロールカプセル1μg」が処方されたが、当該患者が別の医療機関から「エディロールカプセルの0.75μg」を処方されている事を薬局で情報を得ていた事から疑義照会。「アルファロール1μg」が今回の処方より削除となる。処方通り服用していた場合、類似薬効を持つ薬の併用で高カルシウム血症等の健康被害が予想される。	当該患者が他の医療機関で服用している薬を診察時に医師へ適切に伝えられなかったか伝えていなかった事が背景にあり。		アルファロールカプセル1μg			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
2041	当該患者に初めてチアブリドが処方された為理由を聞いた所「神経性胃炎」と答えた。チアブリドには胃・十二指腸潰瘍の適応は無い。薬歴を確認すると以前にスルピリドが処方されていた事があり、疑義紹介したところスルピリドの間違えという事が判明した。	チアブリドとスルピリドは名称が類似しているうえにどちらも50mg製剤がある為間違えてしまったと思われる。	チアブリドとスルピリドのどちらかが初めて処方された患者さんには、症状や診断名を聞き出して適応であるか確認する	チアブリド錠50mg「サワイ」	スルピリド錠50mg「サワイ」		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
2042	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「日医工」が2錠1日2回朝夕食後で処方。処方箋にはパナン錠を一度記載し、削除になった形跡があった。パナン錠の後発品はセフボドキシムプロキセチル錠でセフカペンピボキシル塩酸塩錠はフロモックスの後発品。セフカペンピボキシル塩酸塩錠は通常1日3回の服用でもあるため処方医に疑義照会をしたところセフボドキシムプロキセチル錠100mg「サワイ」2錠1日2回朝夕食後に変更となった。	セフェム系抗生物質は成分名が似ており規格も同じことが多いため一般名や後発品での処方の場合間違えやすい薬剤である。	セフェム系の抗生物質の一般名での処方や後発品での処方の際は注意が必要だが用法の違いなどで気が付く場合もある。調剤の際も間違えないように気を付けるべきであり、当薬局では調剤棚の商品名の後ろに「〇〇の後発品」と記載して注意を促している。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「日医工」	セフボドキシムプロキセチル錠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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2043	11歳の新規患者に対してプロトピック軟膏0.1%が処方。小児への使用は禁忌となっている為、疑義発生。おくすり手帳より前院ではプロトピック軟膏小児用0.03%が処方されていたこと。患者に対して医師より処方変更の説明がなかったことから処方医へ疑義照会。結果、プロトピック軟膏小児用0.03%へ処方変更。	近隣の医院からの転院患者。その医院では小児へプロトピック軟膏0.1%が処方されるケースがある。今回は引き継ぎが不十分であった可能性あり。おくすり手帳を持参していたので、これまでの治療歴を医師へ情報提供することが可能であった。	類似したケースを回避するために、禁忌事項の確認を徹底する。患者さまへのおくすり手帳活用を推進する。	プロトピック軟膏0.1%	プロトピック軟膏0.03%小児用		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
2044	アレジオン点眼液が出ていた患者に説明すると、乾燥肌やアレルギーに効く塗り薬じゃないの？と言われたので問い合わせた。アレジオン点眼液は中止となり、ヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」が処方された。ヘパリン類似物質油性クリームを見せると、先生が見せてくれたのと同じ、これでいいと言われた。	患者に実物を見せて説明していたが、カルテの記載はアレジオン点眼液だったそう。	患者の話と処方の違いを確認するしかない。	アレジオン点眼液0.05%	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2045	名前が似ている男女の双子で受診している。女児に抗生物質が処方されていたが、服薬指導時に母親から男児に出るはずだと聞き取ったため確認した。疑義照会の結果、男児の処方内容と女児の処方内容が入れ替わっており女児からは抗生物質と整腸剤が削除となった。	乳児の双子で、性別は違うが名前が似ている。女児に抗生物質が処方されていたが、服薬指導時に母親から男児に出るはずだと聞き取ったため確認した。疑義照会の結果、男児の処方内容と女児の処方内容が入れ替わっており女児からは抗生物質と整腸剤が削除となった。	薬局では氏名、性別、年齢などの基本情報の確認を怠らず、服薬指導の際も患者側からしっかりと聞き取りを行う。	メイアクトMS小児用細粒10% ビオフェルミンR散				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
2046	再来の患者様で処方せん受付。一般名エピナスチン塩酸塩シロップ用1% 0.84g分2朝食後・就寝前 5日分で処方。お薬手帳よりザイザルシロップを服用中であると確認。類似の薬効のため処方医へ疑義照会。一般名エピナスチン塩酸塩シロップ用1% 0.84g分2朝食後・就寝前 5日分は削除になった。	処方医の確認漏れ	受付、処方医による併用薬確認徹底及び患者様より併用薬の病院お伝え徹底	アレジオンドライシロップ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
2047	再来の患者様で処方せん受付。一般名セチリジン塩酸塩ドライシロップ1.25% 0.4g分2 朝食後・就寝前 5日分で処方。お薬手帳よりアレロック顆粒0.5%を服用中というのを確認。処方医へは伝えたそうだが類似の薬効のため処方医へ疑義照会を行った。その結果一般名セチリジン塩酸塩ドライシロップ1.25% 0.4g分2 朝食後・就寝前 5日分は削除になった。	処方医の処方内容の確認漏れ。	処方医が処方せん交付前に併用薬を確認する。	ジルテックドライシロップ1.25%		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「疑義照会」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2048	患者が処方医に痛みを訴えたところツムラ麻杏甘石湯エキス顆粒が処方された。患者の症状をよく聞いてみて、ツムラ麻杏よく甘湯エキス顆粒ではないかと疑義照会を行なったところツムラ麻杏よく甘湯エキス顆粒へ薬剤変更となった。	薬剤名が似ていることが要因と思われる。	引き続き患者の話をよく聞き処方内容に間違いがないか確認していく。	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)				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
2049	プレドニゾロン錠を前回まで1mg4錠服用されていた患者さんに5mg3.5錠が処方された。漸減していくと医師から指示を受けていたと患者から聞き取り処方間違いを疑ったため疑義照会。	プレドニンは類似名称(プレドニン、プレドニゾロン)と規格違い(1mg、5mgなど)が存在するため特に処方オーダーミスが起こりやすい薬品であると薬剤師が把握して慎重に監査することが必要である。	プレドニンの監査の際は、名称、規格を特に慎重に監査する。	プレドニゾロン錠1mg(旭化成)				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
2050	再来の患者様で処方せんをもってこられた。処方せんに一般名フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg 2錠分2 朝夕食後 7日分の処方記載あり。投薬時に併用薬はないか確認したところ別の病院にてピラノア錠20mgを服用中であることを確認。併用薬と処方薬が類似の薬効をもつ薬剤であることから処方医へ疑義照会し確認。フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg 2錠分2 朝夕食後 7日分の処方は削除になった。	処方医による確認漏れ。	受け付けあるいは処方医が併用薬の有無について確認をする。	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2051	再来の患者様で処方せんをもって来局。処方せん内にフェキソフェナジン塩酸塩錠60mg2錠分2 7日分とベボタスチン酸塩錠10mg 2錠分2 7日分が同一処方せん内に記載あり。類似する薬効を持っている薬剤のため疑義照会にて処方医に確認。フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg 2錠分2 7日分の処方が削除になった。	前回フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg 2錠分2 7日分が処方されており処方医が間違っ前回処方薬をひっばって入力してしまったと考えられる。	処方せん発行前に処方医が再度処方せんの内容を確認する。	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「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
2052	以前より当該病院にて糖尿病の治療をされていたが、HbA1cが下がりにくく、エクメット配合錠LDに追加して、カナリア配合錠が処方された。「初回投与から配合錠が良いのか?」「よく似た名前の糖尿病薬がある!」「この薬剤だけが手書き処方」この3点が気になり疑義照会した。カナリア配合錠がカナグル錠に変更された。	今回この薬だけ手書きの処方箋になっており、医師のうっかりミスかもしれない。同種の薬効のよく似た名前には特に注意すること。手書き処方せん 注意力散漫	よく似た名前の同種同効薬には特に注意する。	カナリア配合錠	カナグル錠100mg	判断を誤った	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
2053	5歳の女児にL?ケフレックス顆粒2.4gの処方。大人量以上の用量というところもあり問合せ所、小児用L?ケフレックスであることが確認できた。	商品名が類似しているため	薬局内で今回の内容に関して情報共有し注意することとした	L?ケフレックス顆粒	L?ケフレックス小児用顆粒		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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2054	抗生剤投与なしでピオフェルミン錠が処方された。医師に疑似照会しピオスリー配合錠に変更。	ピオフェルミン錠に変更ではなくピオスリー配合錠に変更であり原因は不明。	医師の再確認。	ピオフェルミン錠	ピオスリー配合錠		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
2055	膀胱炎でサワシリン錠が処方されたが以前服用後に腹痛の副作用あり。医師の疑似照会しフロモックス錠に変更。	患者の申告漏れ。	医師との副作用歴の情報共有。	サワシリン錠250	フロモックス錠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
2056	麦門冬湯が処方されていたので症状の確認をしたところ鼻水が出るだけでほかの症状は一切ないと。咳と痰の症状確認するがなしとのことなので医師に疑義照会。小青竜湯に変更になる。	漢方の番号が29と19のためDRの入カミス。	漢方は似た名前や番号あるので症状を確認しながら投薬。	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		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2057	ロキソニン錠の内服で薬疹の副作用ありのところロキソニンテープ50mgが処方された。医師に疑似照会を行い他薬に変更してもらった。	数年前の副作用であったために医師の見落とし。	医師への情報のフィードバック。	ロキソニンテープ50mg	ケトプロフェンテープ20mg「日医工」	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
2058	新患のため問診をとったところ、副作用歴「なし」と記載あり。【般】レバミピド錠100gの処方があり、レバミピド錠100mg「オーツカ」で調剤。投薬時に薬を見せたところ、「ムコスタ錠で気持ち悪くなったことがあるがもしかして同じ薬か？」という申し出があり。レバミピド削除となり、マーズレン配合顆粒へ変更。	レバミピド錠100mg「オーツカ」は先発品であるムコスタ錠とシートのデザイン等、外観が似ている。問診時には「副作用歴なし」と記載があったが、薬を見て副作用歴を思い出したとのこと。	問診時で記載欄があっても見落とし等で記載がない場合がある。今回は外観が酷似していたため患者からの申し出があり発覚したが、投薬時にも口頭で再確認の意味をこめて副作用歴などの確認を引き続き行う。また、今回、手帳に副作用歴を記載。手帳を毎回持参し医療機関へ提示すること、口頭で申し出ることによって副作用回避できることを指導。	レバミピド錠100mg「オーツカ」			その他	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
2059	患者は精神科A病院のA医師が担当医であったが、不眠傾向を訴えた為急遽受診を希望。担当医A医師はB病院を兼任していた為発生日はB病院に勤務していた為B病院を受診した。前回A病院での処方内容からレボトミン錠5mg、ルネクタ錠2mg、一般名エスタゾラム錠1mg、リフレックス錠15mgが就寝前から夕食後、サインバルタカプセル20mgが朝食後から不眠時、一般名バルプロ酸Na徐放錠100mgが朝食後から不眠時へ変更になっていた。内容を確認すると前年10月30日に急遽B病院を受診していた際の処方内容と類似していた為B病院に疑義照会したところ、前年10月30日B病院のカルテを参照にした処方だった為、前回(同年2月1日)A病院より処方された内容を報告し、処方内容が変更となった。	担当医が病院を兼任していた際の病院側の連携体制の不備、確認不足によるもの。	引き続きお薬手帳、患者への聞き取りと薬歴より経時的変化を確認すること。確認の上、少しでも疑問な点があれば医師に確認すること。	レボトミン錠5mg ルネクタ錠2mg ユーロジン1mg錠 リフレックス錠15mg サインバルタカプセル20mg バルプロ酸ナトリウムSR錠100mg「アメル」			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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2060	ザイザル錠が処方されたが、お薬手帳により他院でルバフィン錠10mg処方されている。類似薬のため疑義照会后、ザイザル錠は削除になった。	他科受診、併用薬の確認、薬歴への記載、飲み合わせ確認の徹底	社内事例共有	ザイザル錠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
2061	ライゾデク配合注フレックスタッチ300単位を1日1回朝6単位施注している患者さんに、3月13日ライゾデク配合注フレックスタッチ300単位1キットに加えてノボラピッド30ミックス注フレックスペン300単位1キットが処方になる。配合はそれぞれ超速効型・持効型=3:7、超速効型・中間型=3:7と類似しているため患者さんの家族に使用方法を確認すると、後者を補正用に使用するよう診察時に説明を受けたとのことであった。補正用には配合剤でなく超速効型または速効型製剤が適しているため処方医に疑義照会をおこなった。ノボラピッド30ミックス注フレックスペン300単位1キットは中止となり、超速効型のノボラピッド注フレックスペン300単位1キットに変更となった。	インスリン製剤は作用・配合など多種の及んでいるため、それぞれについて熟知し処方及び調剤に当たる必要がある。		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
2062	患者は、他院で飲んでいる薬について、医師に話さなかったため、類似薬効の薬が処方された。薬局にて併用薬を確認し、疑義照会し、薬が変更された。	併用薬の有無を患者に尋ねる	併用薬の確認を行う事	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「トーワ」	カルボシステイン錠500mg「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
2063	エピナスチン20mg1T1*14日分、ベタセレミン配合錠1T1*10回分、コルタイジンスプレー15ml1本、ビクロノールクリーム10g1本の処方あり。以前から手荒れでヘパリン類似物質を使っていた。もしかしたら間違えてはないかと思ひ患者本人に手荒れではない症状が出ているか聞いた。いつもの塗薬が出ているのではないですか？との答えだったため疑義照会をかけカルテの確認をもらった。事務の入カミスでヘパリン類似物質が正しい買ったことが判明した。			ビクロノールクリーム1%	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
2064	ツムラシャカンゾウトウ湯064が処方された。患者様との会話の中でどうも違うと感じドクターに電話して確認したところツムラ芍薬甘草湯068の間違いと確認しまして処方変更になりました。	似たような名前であり番号も近かったので間違えやすかった。	漢方薬の場合必ず番号と名称を確認する。	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)	記録などに不備があった	知識が不足していた	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2065	フェキソフェナジン錠とデザレックス錠が同時に処方。すぐに耳鼻科医に疑義照会したところデザレックス錠→デキストロメトルフアン錠の間違いであると判明。	抗ヒスタミン剤が同時処方されている為の疑義照会だったが、病院側の入力ゆミス(名称類似の為)だった。	類似の薬剤の取り違えにより一層の注意が必要である。	デザレックス錠5mg フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「KN」	デキストロメトルフアン臭化水素酸塩注射液5mg「日医工」 フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「KN」			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
2066	今回花粉症にてピラノアの処方あり。お薬手帳より他院でサイザルが処方されている事確認。疑義照会にて中止、点鼻にて様子見することに。	お薬手帳や薬歴にて処方内容と併用薬の確認をきちんと行った為、類似薬の重複投与を防ぐことができた。		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
2067	カロナール200 10錠 1回分との処方あり、疑似照会して1錠10回分に変更	煩雑な作業にかまけてしまう。	1つ1つを沈着冷静に職務をこなす。	カロナール錠200				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
2068	処方せんでセレキノンが処方されていたが、患者の服薬指導で本日の受診目的が胃腸症状ではなく、ぎっくり腰による疼痛であったことが分かり、処方内容を医療機関に疑義照会し、医師の処方目的とする薬がセレコックス錠で有る事が判明し、医師の目的とする薬を患者に渡すことが出来た。	医療機関から発行された処方せんの処方内容が、類似名称の医薬品の為誤って処方せんで発行されてしまった。○単純なミス	処方せんに記載してある通り調剤すれば良いのではなく、服薬指導時に医療機関を受診した目的や医療機関での検査や処置内容を確認の上調剤し与薬、服薬指導する事が重要である	セレキノン錠100mg	セレコックス錠100mg	確認を怠った記録などに不備があった	技術・手技が未熟だった	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
2069	骨粗鬆症患者で、プラリア注開始に伴いデノタスが処方になった。定時薬ですと服用しているエディロールも処方と一緒に出ていて、類似成分になるので薬剤師が処方医へ疑義照会して、エディロールの処方が削除になった。			エディロールカプセル 0.75μg				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
2070	喘息は安定状態で、皮膚の痒みを起こしていた患者。この日の処方ピラノア、ヘパリン類似物質外用スプレー、オルベスコ、オンプレスであった。前回処方されたモンテルカストとテオフィリンの処方がないため、改善理由のためモンテルカストとテオフィリンが減薬となったかについて問診した。すると、減薬については聞いていないとのことであった。そのため、クリニックに減薬の方針かどうかを照会した。その結果、モンテルカスト 1錠分1 夕食後 42日、テオフィリン100mg 4錠分2 朝食後、就寝前 42日分が追加となり、これら2種の薬剤処方漏れによる喘息悪化を回避することができた。	医師の確認不足あるいは処方箋入力時の事務処理上の確認不足の可能性が高い。	継続治療をしている場合、薬歴、お薬手帳から変更点をチェックし、患者に症状を確認することで処方漏れを防ぐことができると思われます。	なしなし	モンテルカスト錠10mg「TCK」 テオフィリン徐放錠100mg「サワイ」			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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2071	「プロトピック軟膏 5g 顔に夜塗布」と処方に記載されていて、それを調剤し投薬。投薬時患者が薬の違いに気づく。どうやら今まで「プロベト」を使用していてそれと同じものが欲しく病院に行ったらしい。医師にプロベトが欲しいことを伝えたが医師が聞き取り間違いし「プロトピックね」と返答があった。患者も「プロベト」と「プロトピック」の名前が似ていたため、「プロトピック」はきっと「プロベト」のジェネリックなのだろうと思い込みそれをスルーしてしまったとのこと。実際の薬や薬剤師の説明を聞いて処方内容におかしい事に患者が気づき、その話をもとに疑義紹介をした。疑義紹介の結果プロトピックからプロベトに変更となる	医師と患者のそれぞれの思い込みによることが原因。患者もジェネリックは先発と薬の名前が似ていると思いで込んでいたため間違いが生じた。	薬剤師は投薬時にしっかりと患者インタビューと薬剤の説明をすることで異変に気づきやすくなると思う。薬をしっかりと患者に見せて確認してもらうことも大切である。	プロトピック軟膏0.1%	プロベト		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
2072	胃腸科よりファモチジンD錠10?の処方あり。類似薬を服用中のため処方医に問い合わせで削除になる。	調剤時薬歴で併用薬を確認すると、整形よりタガメット錠200?をもらって服用していることを確認。タガメットは胃の症状ではなく骨の石灰化の改善の適応外処方服用しており効能が重複しており保険査定の対象になる可能性があったため処方医に疑義照会して削除してもらった。	2カ所以上の場合薬歴やお薬手帳等で併用薬を確認し調剤を行う。	ファモチジンD錠10mg「サワイ」		連携ができていなかった	技術・手技が未熟だった	コンピュータシステム医薬品	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
2073	処方医がオイラックスクリームを処方しようとしたところオイラゾンクリームを処方し、患者への聞きとりで疑問に感じたため疑義照会した。	薬剤の名前が似ていたことによる、処方医の処方ミス	あまり処方されない薬剤については本当に適切な薬剤であるか疑うように心がけるべきである。	オイラゾンクリーム0.05%	オイラックスクリーム10%	記録などに不備があった	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
2074	セフジトレンピボキシル小児用細粒3グラムからセフカベンピボキシル錠100ミリ3錠に変更。	薬剤名が似ているので先生は先発名でカルテに書かれるので、事務員さんの入力間違いと思われる。	今回の場合は剤形も違っていたので、間違いに気付いたが、抗生物質は前の履歴なども確認して年齢と合わせて確認すること。似た薬剤名も特に意識して処方確認する。	セフジトレンピボキシル小児用細粒10%「サワイ」	セフカベンピボキシル塩塩錠100mg「サワイ」		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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2075	緩和療法の患者が来局した。前回は一般名:オキシコドン徐放錠5mg 2錠 分2(8時・20時)/14日分、オキノーム散2.5mg 疼痛時 1回 1包/20回分の処方であった。今回は疼痛コントロール不良のため、オピオイドが増量になるとのこと。処方内容は一般名:オキシコドン錠10mg 2錠 分2(8時・20時)/14日分、オキノーム散2.5mg 疼痛時 1回 1包/20回分であった。どちらの薬剤もレスキューで使用される内容であったため、疑義照会をしたところ、一般名:オキシコドン徐放錠5mg 4錠 分2(8時・20時)/14日分、オキノーム散2.5mg 疼痛時 1回 1包/20回分に変更となった。	一般名入力で、オキシコドン徐放錠10mgと入力すべきところを、オキシコドン錠10mgと入力したようだ。	引き続き、お薬手帳や患者への聞き取りなど、処方せん以外の情報を収集することにより、処方内容に間違いがないかどうか確認していく。また、今回のケースに関しては薬剤名、一般名が類似しており間違いやすいいため、オキシコドン徐放錠を処方する際は一般名を使用せず、先発医薬品の商品名(オキシコドン錠5mgまたは10mg)で入力した方が間違いにくいのではないかと医療機関側に提案した。	オキシコドン錠5mg「第一三共」	オキシコドン徐放錠5mg「第一三共」		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
2076	ヘパリン類似物質油性クリームとポアラ軟膏がバラで処方されていたが、アトピー性皮膚炎の方で混合しているものがないとのことでバラ処方から混合指示に変更。	医師の方にも話はしているようだったので、処方以前混合でできていたので、事務員さんの入力間違いいかもかもしれません。	バラで軟膏を投薬するのと混合で投薬するのと患者さんにとっては濃度も分量も変わって来るので症状によつてと患者さんの二−ズも考えなければならない。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日工」ポアラ軟膏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
2077	小建中湯の処方があったが、本人の訴えは鼻水が出るとのこと。病院に疑義照会したら、小青龍湯の入カミスである事が判明。	医療機関に限らず、処方名を入力するとき、頭一文字のみで入力してしまうことも多いので、良く患者様の訴えを聞き、処方内容に矛盾がないか確認する必要がある。特に似たお薬があるときは要注意。	新しい処方が出たときは、患者様の訴えに耳を傾けること。矛盾を感じるときは医療機関に疑義照会をすることをためらってはいけない。	ツムラ小建中湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ小青竜湯エキス顆粒(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
2078	患者さま風邪症状で内科受診しておりEPLカプセル3カプセルとアストミン錠10mgが3錠が分3毎食後4日分処方。高脂血症などの既往歴もないため疑義照会を実施。EPLカプセルがPL配合顆粒3g分3毎食後に変更となった。	医師はPL配合顆粒を処方したと思っていたようで入力時にPL配合顆粒を選択するところを誤ってEPLカプセルを選択してしまっていた。	・患者様の主訴などをしっかりと聞き、処方内容が適切であるか判断する。・名前が類似している薬剤は注意して監査する	EPLカプセル250mg	PL顆粒			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
2079	鼻炎に対して、すでにアレロック服用中。症状の悪化に対し、エピナスチンシロップ(アレジオン)の分2追加処方があったが、本来分1で服用する薬剤であり、またH1ブロッカーの重複について疑問視し、疑義照会。アレギサル錠へ処方変更となる。	今回の処方ミスは電子カルテの入力が原因となったもの。類似名称医薬品の選択ミス。	併用薬の確認や、薬剤の正しい用法の認識。	アレジオンドライシロップ1%	アレギサル錠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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2080	患者が処方箋をもって来局した。最近、別の医療機関にて重症筋無力症と診断されていた。精神的にも不安定な状態であった。今回の病院では、ステロイド、ヘパリン類似物質などの外用薬にアタラックスPカプセル25mgが処方されていた。また、お薬手帳を確認したところ他局にてソラナックス錠0.4mgを確認した。アタラックスPカプセル25mgは痒みに対しての処方であった。第一世代抗ヒスタミン薬の抗コリン作用によって、筋無力症の症状を悪化させる可能性があった為、第二世代目以降の抗ヒスタミン薬への切り替えを医師に提案した。今回は、抗ヒスタミン薬を削除にして筋無力症診断の医師と相談してからということになった。またソラナックス錠0.4mgに関してはソラナックスの処方医と薬局に筋無力症の事を相談した上での継続使用であるとのことであった。精神状態も悪くベンゾジアゼピン系の中では筋弛緩作用が弱いので処方されていると考えた。	既往として自己免疫疾患が多くポリファーマシーの為、お薬手帳の確認に少し時間がかかります。重症筋無力症に禁忌であるソラナックス錠0.4mgは、現在、精神的に不安定であること、今まで継続して服用していること、やめた場合逆にストレスで筋無力症の症状を悪化させることがあるため、中止できない状態でした。これから飲む薬に関しては、できるだけ副作用の少ないものにしたとのことでの疑義照会です。	患者さんの状態や意思をもとに治療に優先順位をつけ、また代わりになる治療法があるかによって、患者さんが少しでも良い選択ができるように手助けができればと思います。患者さんに、他病院の処方や薬局で話したことをなるべくお薬手帳に集約するように促した。お薬手帳を使って他の医療機関ともしっかり連携できればと思います。	アタラックスPカプセル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
2081	総合病院にて、セルセプト、グラセブター等と共に痒みでセルテクト30mgを使用されている患者様に、花粉症でセチリジンをご処方頂いていた。クリニックに電話で連絡し、セルテクトについてお伝えしたところ、セチリジンは処方削除となった。	セルセプトとセルテクトの名称が似ているためセルテクトが併用薬から抜けていた様子。	併用薬と、相互作用をしっかりと確認する。	セチリジン塩酸塩錠10mg「ファイザー」			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
2082	他院より類似薬の処方があったためヒルドイドフォームとメサデルム軟膏は確認後、削除となった			ヒルドイドフォーム0.3% メサデルム軟膏0.1%					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
2083	もともとランソプラゾールカプセル15mg 1Capが分1夕食後で処方されていた。他の医療機関でファモチジン20mg「サワイ」1錠分1朝食後で処方された	医療機関は患者からの情報収集が不完全だったか、薬手帳を確認することを怠ったため類似医薬品が重複で処方してしまった	医師は患者の訴えの中で、類似医薬品をすでに服用していることを確認すること。患者の話をよく聞か、薬手帳を活用する	ファモチジン錠20「サワイ」			その他	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2084	当薬局を10年以上利用されている患者さんが来局された。処方内容は、【般】ザルトプロフェン錠80mg3錠分3毎食後、ザイザル錠5mg1錠分1夕食後であった。9日前にモーラスパップXR120mg 10cm×14cmを処方されたこともあり、鎮痛作用を一層期待する意味でザルトプロフェン錠が投与されたと考えられる。患者さんから最近、尿の出が悪いとの事で薬が追加処方されたという事であったが、ザイザル錠に期待される効果ではなかったため、処方した医師に疑義照会を行ったところ、ザルティア錠5mgとの間違いとの事であったため薬剤変更となった。	名称類似による処方オーダーミスだったと考えられる。	医師が処方をオーダーする際に、名称の確認を2、3度行うことにより、ミスオーダーする可能性は低くなると考えられる。加えて、今回は当事者(薬剤師)と患者のコミュニケーションによって発見されたことから、処方箋を預かる際に症状の確認などを行うことも処方ミスに気付くためのプロセスの一環として効果が期待される。	ザイザル錠5mg	ザルティア錠5mg	判断を誤った	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
2085	処方箋にはツムラ葛根湯が記載されていたが、患者からの受診内容や症状の聞き取りの結果、以前から処方のある漢方ではないかと思い照会。結果、以前から服用しているツムラ葛根湯加川きゅう辛夷に変更となった。	名称類似品のため、間違えて処方されたものと思われる。	今後も、患者からの聞き取りやお薬手帳の内容を確認し、処方確認をしっかりと行っていきたい。また、患者にもお薬手帳の有用性を改めて伝えていきたいと思う。	ツムラ葛根湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒(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
2086	13歳の男の子に、【般】クラリスロマイシンDS小児用10%が10mgの力価で処方されていたため疑義照会したところ、クラリチンDS1%の処方予定だったことが判明した。	年齢と力価と症状	疑問がある時必ず確認する。	【般】クラリスロマイシンDS小児用10%	クラリチンドライシロップ1%		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
2087	血圧降下剤が前々回の薬剤に戻っており、患者本人に合わなかったのか確認したところ前回の薬剤に変更してから調子が良いので続けたいとの事。医師からも戻すとは聞いていない。その旨病院に伝えたところ処方誤りとの事だった。	薬剤名称が似通っている。	度重なる薬剤変更の場合は変更になった理由、変更後の経過をよく観察する。似通った薬剤名称の場合は複数人で確認、患者本人ともよく確認する。	イルベサルタン(100)「DSPB」	イルアミクス(100)「DSPB」			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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2088	処方内容:一般名処方へバリン類似物質外用スプレー0.3% 100g 本処方に対して、当該患者はジェネリック希望していた患者であったため、前回処方と同様であると思い、前回調剤し交付したバリン類似物質外用泡状スプレー0.3%日本臓器で調剤し投薬していたところ、投薬中に患者より「先ほど処方医師から見せてもらった泡状スプレーと異なる」との訴えがあり、処方医師が患者に見せた薬剤が先発品であると疑い、処方医師に電話で疑義照会し確認したところ、「先発品を調剤して欲しかった」とのことで、処方を100gから92gに変更依頼し、本薬剤に関して「患者希望で先発調剤とした旨」を薬歴に記載し、再度先発品で調剤、投薬し直した。	薬剤師として、処方箋受付後の調剤前の確認を丁寧に聞き取る必要があったと思われる。その一方で、一般名処方バリン類似物質外用スプレーにおいては、「スプレー剤」、「泡状」、「g数の異なる先発品」と選択肢が複数あり、調剤する際は、患者の先発、後発希望を優先し調剤する為、処方医師が本来はどのタイプを指示しているかという意図が分からない事がある。さらに、泡状に関しては、あとから発売した先発メーカーのg数が、以前に発売されているジェネリック品と異なるため、さらに疑義照会の手間が増え、患者および医療者側の混乱を招く事態となっている。	予め処方医師が先発調剤指示(銘柄調剤)をしたい場合は、安易な一般名処方処方をやめ、銘柄処方に変更不可欄への記載を加え適切な処方箋の作成を依頼したいが、それは現実的ではないため、薬局としては、本患者のように特定の医薬品だけを先発希望する場合は、次回処方時に誤りの無いよう「特定の薬剤は先発希望をするという旨」を薬歴に記載し管理、確認することで今後適切に対応できると思われる。	ヒルドイドフォーム0.3%		確認を怠った 連携ができていなかった	その他	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
2089	アムロジピン、ビタバスタチン、ベタヒスチン、ジフェニドール、ツムラ萘姜朮甘湯が処方されていて、投薬時、めまいで薬が追加と話があり、ツムラ萘姜朮甘湯ではなくツムラ萘桂朮甘湯の間違いではないかと思ひ疑義照会したところ、ツムラ萘桂朮甘湯に処方変更となった。	病院の処方入力ミスが原因と考えられます。	似ている漢方薬をピックアップしておれ。	ツムラ萘姜朮甘湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ萘桂朮甘湯エキス顆粒(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
2090	フェキソフェナジンが処方されていたが、投薬時にアレグラで副作用歴があったことが判明。疑義にてピラノアに変更となった。	薬局にはアレグラのSE情報はなく、患者の申し出にてアレグラのSEがわかった。フェキソフェナジンの外観がアレグラと似ており、患者自身がアレグラのGEと気付く。薬を見せながら投薬することは非常に役立つことがわかった。		フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「SANIK」	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
2091	【般】ヘパリン類似物質クリーム0.3%、【般】デルモベートクリーム0.05%MIX処方。MIXで安定性が悪いので【般】ヘパリン類似物質クリーム0.3%を【般】ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%に変更を病院へ提案した。変更になった。	薬剤同士MIXさせた場合の安定性が悪い。	類似品で変更できる薬は提案し、不可能な場合は重ね塗りを提案する。	ヘパリン類似物質クリーム0.3%「YD」	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「テイコク」			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
2092	いつもラタノプロストが処方される患者さんにラタチモが処方されていた。患者に薬変わったこと説明すると聞いていないとのことで問い合わせ。処方間違いだったみたいで、以前のラタノプロストに戻りました。	ラタの部分似ており、どちらもこの患者さんにラタチモが処方されていた。患者に薬変わったこと説明すると聞いていないとのことで問い合わせ。処方間違いだったみたいで、以前のラタノプロストに戻りました。	メーカーによる類似名称への注意喚起。薬変更時に患者に確認する 間違いが行われたと思う	ラタチモ配合点眼液「ニトー」	ラタノプロスト点眼液0.005%「TOA」			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
2093	受け付けた処方の内容と類似する医薬品を既に他院より処方されており、重複処方と判断し疑義照会を行った。	診察時にお薬手帳を確認する。処方箋受付時等にお薬手帳や薬歴を確認する。	診察時にお薬手帳を確認する。	セレコックス錠100mg ムコスタ錠100mg		連携ができていなかった		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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2094	1月下旬に退院された80代男性患者が5ヶ月ぶりに眼科の処方せんを持って来局された。処方せん監査時に、2種類の点眼薬(タブロス点、カリユニ点)のうちタブロス点は、2018.4の初回処方後、2018.6にタブコム配合点に処方変更となっており、直近の処方2018.10であることに気付いた。このため眼科医に疑義照会を行ったところ、タブロス点はタブコム配合点の処方誤りであることがわかり、訂正する旨の回答があった。	商品名の似た点眼薬を近医が入力誤りしたものである。	2018.6にタブロス点からタブコム配合点に処方変更となった際、薬剤変更であることを疑義照会で確認のうえタブコム配合点で調剤・交付している。今回、手術入院を挟んでの5ヶ月ぶりの眼科受診であり、類似名称の処方ミスの発見に至り、適切な効果が得られないリスク(眼圧上昇等)の回避に寄与したものと考えられる。	タブロス点眼液0.0015%	タブコム配合点眼液		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
2095	処方箋にはザイザルシロップ0.05%、6mlで記載されていたものを、添付文書の用量と異なったため、処方元のDrに疑義照会し、ザジテンシロップ0.02%の間違いであったことが発覚。処方変更された。	患者が多く、名称類似のため、Drの処方せんオーダー時の選択間違いと思われる。		ザイザルシロップ0.05%	ザジテンシロップ0.02%			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
2096	8か月ぶりの受診、来局。バルプロ酸ナトリウム錠200mg「アメル」が処方されていたが、以前はバルプロ酸ナトリウム徐放B錠200mg「トーフ」を服用していたため問い合わせ。徐放B錠に変更となった。	一般名、商品名が類似していたための入力ミス。	バルプロ酸関連薬は入力時に注意をお願い。	バルプロ酸Na徐放B錠200mg「トーフ」	バルプロ酸ナトリウム錠200mg「アメル」				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
2097	咳、鼻水等の感冒様症状のため、前回から続けての咳止め・痰切りが7日分処方+今回から追加のエナラプリル10mg14日分の処方。初回処方薬であったこともあり、患者本人に血圧について確認したところ、「血圧が高いと言われたことはない。薬は追加になるといわれたが、何の薬かはわからない。」との話を受け、処方医に疑義照会した結果、エビナスチン10mgの処方間違いであったことが発覚。	名称類似による薬剤選択間違いと思われる。		エナラプリルマレイン酸塩錠10mg「トーフ」	エビナスチン塩酸塩錠10mg「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
2098	他科受診で、類似品を服用中 重複になるので問い合わせをする。	お薬手帳での併用薬確認。		フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「SANIK」				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
2099	アレギサル点眼が1日4回で処方されていたが、添付文書では1日2回となり倍の回数となっていたため疑義照会したところ、用法はそのままアレジオン点眼に処方変更となった。	薬剤名が酷似しているものの用法的にはアレジオンのものであったことから、病院側においてPCで薬剤選択する際に間違えたものと思われる。	専門医の処方であっても通常の用法用量から逸脱しているものに関しては疑義照会を怠らないこと。	アレギサル点眼液0.1%	アレジオン点眼液0.05%			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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2100	マイアロン軟膏とヘパリン類似物質油性クリームの混合指示。両者2週間以内に分離。疑義照会後マイアロン軟膏→サレックス軟膏に変更。	医師が混合不適薬品についてご存じない。	外用剤、配合不適のもの多数あるためその一覧を医師に提示。	マイアロン軟膏0.05%	サレックス軟膏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
2101	以前同じ薬が処方されたが、その時に発疹が発現したとの事。疑似照会したところ薬品削除になった。	副作用についてよく説明すること。	患者様からの聞き取りを十分行なうこと。お薬手帳の副作用の欄に記入すること。	トスフロキサシントシル酸塩錠		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
2102	漢方薬のツムラ治頭痛一方（ツムラ59）エキス顆粒が葛根湯と共に処方されていたが、患者の話では皮膚の痒み・炎症などは無く、体の痛みで漢方を処方してもらったとの話であった。処方内容を問い合わせ確認をすると、処方薬はツムラ治頭痛一方エキス顆粒ではなく、ツムラ治打撲一方（ツムラ89）の間違いであった。	病院医師は患者にも、体の痛みの漢方（ツムラ治打撲一方）を処方すると話してあった。カルテに記載時の間違えなのか、病院レセコンに入力時の間違えなのかは分からないが、漢方薬には似た名前が多いが、漢方薬には似た名前が多い。加えて、似た名前で同じ色の漢方（今回のツムラ59とツムラ89）もあるので、調剤時には十分に注意をする。	薬局の対策としては、患者の症状をしっかりと聞き、処方薬の適応と症状が明らかに異なる時は、しっかりと処方内容を確認をする。また、漢方には似た名前が多いので、どのような薬があるか認識・把握を行う。加えて、似た名前で同じ色の漢方（今回のツムラ59とツムラ89）もあるので、調剤時には十分に注意をする。	ツムラ治頭痛一方エキス顆粒（医療用）	ツムラ治打撲一方エキス顆粒（医療用）	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
2103	スピロベント錠10μg錠服用で痙攣が生じたため患者判断で中止し、前回受診時にその旨伝えたと処方中止となっていた。今回尿トラブルの症状が改善しないので薬を増やすとDrに言われたとのこと。処方せんを確認したところスピロベントが再処方となっていた。前回処方中止となった経緯をDrに再確認したところスピロベント錠ではなく一般名プロピペリン錠10mg処方となった。	前回中止となった背景をDrが見落とし再度スピロベント錠が処方となっていた。製品名、一般名、規格単位の数字が似ているため混同しやすい。		スピロベント錠10μg	プロピペリン塩酸塩錠10mg「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
2104	いつも処方箋を持ってくる患者さんの定期処方に今回はルセフィ錠2.5mgが追加となっていた。話を聞くと少しHbA1cが上がっているとのことだったが、更に話を聞くと、花粉症の薬をDrが出すと言われたとのこと。疑義紹介したら、ルパフィン錠10mgと間違えて処方したとのことだった。	名称が似ている薬剤の処方ミスと思われる。	今後も処方追加時や変更時は特に患者の話を聞いて処方意図を確認し調剤するように徹底したい。	ルセフィ錠2.5mg	ルパフィン錠10mg	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2105	【小児科 処方】カルボシステインシロップ小児用5%「トローワ」 5mLアンブロキシールシロップ小児用0.3%「トローワ」 2.5mLアスベリンシロップ0.5% 3.5mL分3 毎食後 5日分お薬手帳確認したところ【耳鼻科 併用薬】ガイザルシロップ0.05% 5mLカルボシステインシロップ小児用5%「トローワ」 4.5mL分2 朝夕食後7日分が確認できた。対応にて、今回小児科は別症状で受診しており、切り替え指示もないことを確認。ガイザルの継続の必要があると考え、疑義し、小児科処方よりカルボシステインシロップ小児用5%「トローワ」削除となる。	・小児科でのお薬手帳、併用薬の確認不足・患者自身、小児科と耳鼻科での処方薬が重なるリスクを知らない。お薬手帳提示の意識不足。	患者には、耳鼻科と風邪症状は特に似通った薬が処方されやすいことを知識として持っていた。違う薬を飲んでいる時は必ずお薬手帳を提示するなど申告するように習慣づけて頂く。	カルボシステインシロップ小児用5%「トローワ」			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
2106	平成30年11月頃から起立性機能障害で朝が起きれない症状に対して、アマジニウムメチル硫酸塩10mg、ミドドリン塩酸塩2mg、服用してきた。しかし効果があまり見られなかった。寝つきが悪い、朝が起きれないとの訴えに【般】アマジニウムメチル硫酸塩10mg 2錠 分2 朝夕食後 14日分 【般】ロラタジン口腔内崩壊錠10mg 1錠 1日1回寝る前 10日分で処方されてきた。保護者の訴えから病院に疑義照会を行なったがカルテにはロラタジンOD錠10mg 寝る前で処方されており、疑義照会の返答もそのまま、とのことであったためロラタジンOD錠のままお渡しした。あとで他の職員が疑問を持ち、Drに直接確認に伺ったところ、商品名ロゼレム8mgの間違いであったことが判明。患者さんにすぐに電話して家まで薬の交換に伺った。	処方内容に疑義をかけて病院の返答がそのままで行ってほしいとのことだったので不思議に思いながらもそのまま調剤してお渡した。アレレル出にくいのが、プラセボ効果もあるのかな？とのことで調剤してお渡した。しかしながらもっと踏み込んで疑義照会すべきであった。Drもよく似た名前での間違いをしており、完全な思い込み間違いであった。	疑義照会をかけて病院からの返答があったとしてもなお内容に疑問が残る場合は一人で判断せず、他の薬剤師に相談する、もう一回病院に疑義照会をするなど、複数の工程を踏むことを徹底する。	ロラタジンOD錠10mg 「サワイ」	ロゼレム錠8mg	連携ができていなかった判断を誤った	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
2107	単純疱疹に対しアシクロビル錠が1回200mg、1日2回で処方。標準用量が1回200mg、1日5回であることから用量用法を照会。バルトレックス錠1回500mg、1日2回に変更となった。	アシクロビル錠の使用頻度は少なく、用法用量について添付文書の確認を行った。今回は用法が分2と用量用法を照会。バルトレックス錠1回500mg、1日2回に変更となった。	使用頻度の少ない薬剤については、類似薬効の薬剤との混同も意識し、症状に対して用量・用法が適当か、特に注意して確認を行う。	アシクロビル錠400mg 「サワイ」	バルトレックス錠500	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2108	患者が近隣医療機関の処方箋をもって来局した。処方箋にはメコパラミン500㎍1錠朝食後25日分と記載されていた。患者より、自宅に残っているメトホルミン250mg 2錠朝食後のところ、2錠朝食後に変更して服用し、飲み終えたら今回処方薬を朝食後に1錠服用続けるようにとの医師の指示を聞き取った。薬効に相違があるため疑義照会を行った。本剤からメトホルミン500mg1錠朝食後25日分へ処方変更となった。	薬品名が類似していた。	今後も患者からの聞き取りを十分に going to do.	メコパラミン錠500「トーフ」	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「トーフ」	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
2109	バイアスピリン錠を定期服用中の患者さまで、血圧上昇により臨時で受診の際に胃の不調を訴えたところ、血圧の薬と共にタケルダ配合錠が処方されていた。バイアスピリン錠は当薬局でお渡ししており、バイアスピリン錠からアスピリン+ランソプラゾールの配合錠であるタケルダ配合錠に変更かと予測していたが、投薬時患者さまより医師からバイアスピリン錠中止の指示はなく、今までの薬と一緒に飲むように言われたとのこと。アスピリンが重複するので疑義照会を行った。疑義照会の結果タケルダ配合錠からタケプロンOD錠15mgに変更となった。	胃の不調からタケプロンOD錠を処方するつもりが、似た名称のタケルダ配合錠を選択してしまったよう。	当日処方されている薬だけでなく、お薬手帳や薬歴を確認し、現在服用している可能性のある薬をしっかりと確認して併用薬のチェックを行う。配合錠が処方された場合は、何と何が混ざっているかも確認し、薬剤変更時は患者さまより医師にどのように指示されたかをリスニングする。	タケルダ配合錠	タケプロンOD錠15		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
2110	レバミピド錠服用中に類似薬効のイルソグラジン2mgが処方された	病院のDrがお薬手帳をチェック漏れていた		イルソグラジンマレイン酸塩錠2mg「日医工」 レバミピド錠100mg「サワイ」			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
2111	同じ病院で2つの科を受診しており、片方は今回初めての受診であった。定期薬でランソプラゾールを服用しており、今回臨時薬でファモチジンが処方されたため、疑義照会をしたところファモチジン服用中はランソプラゾールの服用は中止となり、処方削除となった。	病院側で定期薬の薬の見逃しがあったと考えられる	引き続き、処方監査を徹底することで類似薬の重複に気付くようにしていきたい。	ランソプラゾールOD錠15mg「トーフ」 ファモチジンOD錠20mg「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
2112	手帳からメインテート2.5mg 2T/1のところメインテート2.5mg 2/1で処方されていた。	規格が複数あり、類似していた。○単純なミス		メインテート錠2.5mg				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
2113	前回とは違う薬が出ていたが1か月前の処方似ていて、前回と用法なども違ったために問い合わせた。そこでやはりザクラスHDはアムロジンに変更。リビディルは分1朝2錠から分2 2錠に変更。フェブリク20mg 1錠追加になる。	パソコンのオーダーの単純なミス	前回との確認怠らない	ザクラス配合錠HD リビディル錠80mg	アムロジン錠5mg リビディル錠80mg	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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2114	エピデュオゲル ダラシンTゲルの塗り方について先生からの説明がなかったとのこと患者さんが先生から塗り方の指導がされていないためため疑似照会	ダラシンTゲル ダラシンTは炎症のあるニキビ(赤ニキビ)に使用します。適量をニキビの赤い部分に1日2回、洗顔後に塗布します。ニキビのない部分には塗らないでください。エピデュオゲル ニキビが顔全体にある方は部分的に塗り始め 数日かけて顔全体にひろげていくニキビが離れて有る場合 ニキビの有る個所で同時にぬりはじめてよいとの返答	分からないときにはドクターに確認	エピデュオゲル	ダラシンTゲル	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	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
2115	痛みの為サインバルタカプセル20mg処方あり。服薬指導時に他の薬があると言われて確認すると、デプロメル錠50mgを服用中。SNRIとSSRIの併用。不可ではないが処方医も知らないため確認すると、サインバルタカプセルは中止となった	院内調剤を受けている人が、他医療機関受診時にその薬のことは伝えなかったため類似作用の薬が出てしまった。	お薬手帳の持参	サインバルタカプセル20mg		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
2116	処方箋記載はノイロピタン配合錠であったが、処方医が普段あまり処方しない薬剤であり、名称の類似するノイロロビン錠4単位が頻繁に処方されている薬剤であるため、疑義照会をし処方箋発行時の入力ミスだと判明した。	薬剤名類似	名称が似ている薬剤にはとくに注意し、患者様との会話からも確認し、少しでも疑問が生じたら疑義照会を行う。	ノイロロビン錠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
2117	投薬時の聞き取りで症状的に漢方間違いではないかと疑問。疑義照会にて確認したところ変更へ。	名前が似てるものもあり間違いやすかったのではないかと考えられる	症状などの確認も必要か	ツムラ荜姜朮甘湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ荜姜朮味辛夏仁湯エキス顆粒(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
2118	リンデロンVG軟膏とヒルドイドソフト軟膏(処方箋上にGE変更不可のチェックあり)の混合指示の処方箋を受付。軟膏・クリーム配合変化ハンドブックより、フリーディングのため混合不可の情報を確認。同書籍より、リンデロンVGクリームとヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」の混合であれば8週間の安定性のデータがあることを確認し、その情報を基に疑義照会を行った。混合指示を取りやめて頂くか、あるいは処方薬剤の変更を検討してほしい旨を伝えた結果、リンデロンVGクリームとヘパリン類似物質軟膏【一般名処方】の混合指示へと変更になった。	病院における外用薬の混合時の安定性、有効性に関する認識の不備	外用薬の混合については、混合調剤により期待する薬効が得られなくなることもあるとの認識に立ち、配合の可否について慎重に判断する必要がある。また、ジェネリック医薬品の方が混合時の安定性が良いという場合もあるので、疑義照会時、医師にあえて一般名処方を提案することもひとつの方法である。	リンデロンVG軟膏 ヒルドイドソフト軟膏0.3%	リンデロンVGクリーム0.12%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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2119	風症状で受診の患者に降圧剤のアムロジンを処方されていたので電話確認したらアストミン錠の記載間違いだったので処方内容変更して調剤。	処方箋入力がPC上で行われるので入力ミスが生じた。	PC入力のミスがあることを十分に認識して監査、調剤するよう全員に周知。	アムロジン錠5mg	アストミン錠10mg		その他	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
2120	口腔内にメインベート軟膏が処方されていたため、疑義照会した結果、デキサルチン口腔用軟膏に変更になった。	一般名処方であったが、デキサルチンとデキサメサゾンとは名前が似ているため、レセに打ち間違えたと思われる。	入力薬剤の確認を行う。似ている薬剤名を認識して、常に間違っていないか意識する。	メインベート軟膏	デキサルチン口腔用軟膏1mg/g	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
2121	一般名ヘパリン類似油性クリーム25gとメサデルム軟膏25gの混合が指示された処方箋、患者本人は強く先発品希望。ヒルドイドソフト軟膏とメサデルム軟膏の混合は2週後に分離したという文献あり。先発品を使用することも伝えて疑義照会をしたが、当該大学病院の薬剤師から「文献を調べたが、混合可」と回答あり。分離する可能性があることを再度伝え、メサデルム軟膏はヒルドイドソフト軟膏との混合可能なメサデルムクリームに変更になった。	同じ文献を使用したにもかかわらず、回答が異なってしまったのは、大学病院薬剤部の薬剤師の経験・知識不足と多忙のため詳しく調べる時間がなかったと思われる。また、医師にも混合の知識が不足していたと思われる。		ヒルドイドソフト軟膏0.3%	ヒルドイドクリーム0.3%	確認を怠った判断を誤った	知識が不足していた技術・手技が未熟だった		教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2122	ベポタスチンベシルの処方あったが、眩暈症状にて受診だったため疑義照会にて確認。ベタヒスチンメシルへ変更となった。	眩暈症状続くため受診された。抗アレルギー剤であるベポタスチンベシルが処方されていたため疑義照会したところ、処方箋の入力ミスであったことが判明した。確認後ベポタスチンベシルへ変更となった。	商品名が類似しているため入力後の再確認、他スタッフによる再チェックを行うようお願いした。	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」	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
2123	ツムラ102が処方された。薬歴、面談等により薬剤入力間違いの可能性があると考え疑義を行った。結果ツムラ23の間違えであった。	似た薬剤は医師入寮であっても間違いの可能性があり注意が必要。	今後も引き続き、似た薬剤に関しては特に注意して調剤を行う。	ツムラ当帰湯	ツムラ当帰芍薬			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
2124	皮膚科でルパフィン10mg服用中のため、医師に報告。アレロックOD5mgは処方削除となる。	他薬剤服用の確認をしました。お薬手帳は持参なく、スマートフォンでのお薬管理をされましたので見せてもらいました。皮膚科受診にて、ルパフィン10mg服用中であることを医師に報告しました。そのため、アレロックOD5mgは処方削除となりました。	現在服用中の薬が同じ成分の薬で手帳は持参なく、併用するのか医師に確認すること。類似薬だからと重複と判断しないことと思います。スマートフォンでの薬管理は、さかのぼっての服用状況が見れないのが欠点かとおもいました。お薬手帳も持つように勤めたいと思います。	アレロックOD錠5		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
2125	アラセナとアルメタが似ている名称のため処方箋の記載ミス	繁忙時期、時間帯	患者さんの聞き取りを十分にしておいて疾病とあっているか確認する	アラセナーA軟膏	アルメタ軟膏		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「疑義照会」）

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2126	他科皮膚科にて処方と内科の処方と重なっていた。	「一般名」処方と少量使用の為患者さんとの確認が曖昧、お薬手帳PC管理確認をしっかりと行う。	処方医薬品の多さや、注意力散漫にとられず。疑義照会かくにんする。	アンテベート軟膏0.05% ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」 ルリコンクリーム1%		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	コンピュータシステム施設・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
2127	ヒルドイドソフト軟膏が欲しかった様子、	クリームと軟膏の違いが紛らわしく一般名から推測するのは注意が必要である		ヘパリン類似物質クリーム0.3%「ラクール」	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
2128	オーゲメンチン、ジオフェルミンRと一緒にアモキシサンカプセルが処方されていたため、患者に受診理由を確認したところ、肺炎の疑いで受診だった。アモキシサンの処方は間違いではないかと疑義照会をし(一般名)アモキシシリンへ変更になった。	名前が似ていたためと考えられる	3文字目まで同じ薬品のため、頭が同じ薬品は4-5文字入れないと選べないようにする。	アモキシサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「NPJ」			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
2129	当初ヘパリン類似物質油性クリーム「ニプロ」の処方であったが、投薬中に患者さんとの会話でヘパリン類似物質「ニプロ」とビーソフテンが処方もとで行ったアレルギーのパッチテストでアレルギー反応が出る薬剤であったことが判明したため、処方もとに報告と照会しヒルドイドソフト軟膏に変更となった	アレルギー歴等を近々に患者さん本人より聴取していなかったため事前に発見できなかった。	聴取、手帳等で定期的にアレルギー一歴を確認すること。	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0.3%	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
2130	クラリスド錠200mgが出ている処方にベルソムラ錠15mgが追加処方されたので、併用禁忌のため疑似照会をDr.にした。	勉強会で少し前に習ったことで、頭に残っていたのですがすぐに気が付いた。勉強会で学習したことは忘れないうちに、よく伝わる薬については、時々、説明書を見て確認が必要だと思いました。	Dr.のほうも疑似照会した時点で、忘れてたようで、併用禁忌だったなあという、ベルソムラ錠をルネスタ錠に変更になった。	ベルソムラ錠	ルネスタ錠1mg			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
2131	皮膚科の処方にて、内服2種、外用5種のうち1種の処方がなく4種であった外用5種の内訳は 保湿度・顔用・口角用・手用(朝)・手用(夜)。このうち手用(朝)の記載がなく患者より申し出あり疑似照会にて手用(朝)を追加処方してもらう	先々月の処方は外用5種だったが、先月の処方は外用4種であった。手用(朝)は残薬だったため処方なしであった。今月は5種必要だった。薬歴を確認せず、調剤-投薬した単純なミスであった。	処方通りに調剤するのではなく、薬歴を確認のうえ 前回・前々回の違いを見つけ、その要因が完治からなのか 必要な薬なのかを患者に確認のうえ調剤-投薬するを徹底する	レダコート軟膏0.1%	レダコート軟膏0.1%	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		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「疑義照会」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2132	嘔気、胃部不快感を訴え、レバミピドが頓服服用で処方されてきたが、定時でベタヒスチンを服用している。ベタヒスチンはヒスタミン類似作用により胃酸分泌亢進があるため、一時中止または薬剤変更にて疑義照会を行った。もしくはレバミピドではなくH2ブロッカーまたはPPIなどへ変更を提案した。	めまいの訴えにてベタヒスチンが定時処方されているが、症状については本人訴えのみで精査されていない。当該患者は98歳と高齢でもあり、胃障害の可能性があるので、胃障害の可能性があるならばベタヒスチンでは慎重投与になっているので中止が妥当と判断し疑義照会を行った。	今回、嘔気、胃部不快感の症状は強いものではないため、ベタヒスチンは中止せず、レバミピドからファモチジンへの変更で経過観察となった。今後、ベタヒスチンについても症状を観察し、不要ならば中止を検討していくこととなった。	レバミピド錠100mg「サワイ」 ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日工」	ファモチジンD錠10mg「サワイ」 なし				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
2133	処方医より、グリマック配合顆粒は継続的な処方であったが、胃腸の調子が悪く同月に専門消化器内科を受診し、セルベックス細粒が追加され継続処方となっていたことを確認。グリマック配合顆粒と薬効類似・重複となるため、併用による効果は十分に得られないと判断し疑義医師よりグリマック配合顆粒中止指示となった。	グリマック自体が漫然と処方になっており、本人は状態の改善を感じられず消化器内科へ受診されていた。そこにセルベックス細粒追加となっていたところ、診療所・医師が確認できなかったため生じたと思われる。	漫然処方となっている薬について、効果が十分に発揮されているかを都度確認し、医師と情報共有する。また、併用薬についても変更点があれば診療所と共有するようにする。	グリマック配合顆粒		記録などに不備があ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
2134	ポビドンヨードゲル10%(90g/本)1本 1日1回の処方だったが、用法指示・患者からの聞き取りにより正しくは、ポビドンヨード含嗽用液7% 30ml 1日数回が正しいだった	処方医薬品の名称類似で誤って入力したと思われる		ポビドンヨードゲル10% 「明治」	ポビドンヨードガーゲル7%「日工」			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
2135	血圧が高く、新規にてディオバン錠40mgが追加処方となったが、内科よりエナラプリルマレイン酸塩2.5mgの継続的な処方を薬歴・手帳にて確認。薬効類似であるため医師へ疑義、ディオバン錠40mgは処方中止となる。	診療所において併用薬の確認が不十分であった。	医療機関と併用薬の情報共有を徹底する。毎回、併用薬について確認をする。	ディオバン錠40mg		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
2136	一般名でレボカバステン点眼液0.025%が処方されていた。患者からの聞き取りで適応に違和感があり疑義照会をした結果、レボフロキサシン点眼液0.5%に変更となった。	医師の類似名薬品による勘違いが発生した。	薬品名だけで疑義照会しても医師が間違えて覚えている可能性があるため効能とともに確認する。医師側にも間違いやすい名前の薬品のリスト(効能付き)を作って利用してもらうことになった。	レボカバステン塩酸塩点眼液0.025%「TOA」	レボフロキサシン点眼液0.5% 「日点」	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
2137	エビスタ錠60mgを継続的に服用されていた患者であるが、整形よりブリアラ注を開始していた旨を手帳にて確認。ともに骨吸収抑制作用であり、薬効類似のため医師へ疑義、医師よりエビスタ錠60mg中止指示を確認。	他院での施術についての情報共有が不十分であった。	手帳のみならず、患者とのコミュニケーションを常にはかり、他病院でどのような治療があるかを把握しておく。医療機関と情報共有を徹底する。	エビスタ錠60mg		記録などに不備があ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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2138	一般名処方で、ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏30gとヘパリン類似物質油性クリーム「アメル」20gの混合が処方され、薬局に在庫しているヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」で調剤してよいかと患者様に確認。患者様から、ヘパリン類似物質油性クリームは「アメル」製でないとも赤くなってしまうと申告あり。アメル製でも単独では赤くなってしまう、アンテベート軟膏と混ぜていると効くので、処方してもらった。ヒルドイドソフト軟膏でも赤くなってしまうことを聴取。ヒルドイドソフト軟膏単独で、赤くなってしまうのはヘパリン類似物質そのものが合わないの、アンテベート軟膏との混合で症状が出ないのはステロイド剤の効果によるものと判断し、薬剤変更のため、医師に照会。医師から、再度受診するように指示があり、その旨を患者様にお伝えし、処方は中止となった。	ヒルドイドソフト軟膏単独使用でも、皮膚が赤くなってしまい、薬が合わないことが、医師に正確に伝わっておらず、また、一般名処方だったため、患者様がヒルドイドソフト軟膏と一般名のヘパリン類似物質油性クリームが同じ薬であることが分からなかった。	ヒルドイドソフト軟膏の一般名がヘパリン類似物質油性クリームであることを患者様に伝える。投薬時、処方薬で過去に起きた副作用を確認する際には、処方箋に記載されている一般名だけでなく、先発名でも確認する必要があることを、スタッフ全員に周知し、確認を徹底することとした。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「アメル」				患者側 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	
2139	眼圧を下げる目的でアゾルガ点眼が処方された。現在カルテオロールLA点眼使用中で併用するよう指示があったが、アゾルガ配合点眼にも同系統の成分が含まれているため、医師に問合せしエイゾプト点眼に変更になった。	処方箋には当日処方薬のみ記載。手持薬の情報が入らなかった。お薬手帳と薬歴から類似成分重複が判明。	お薬手帳の持参、掲示が大切。かかり付け薬局を持つことで患者本人の情報が把握できる。	アゾルガ配合懸濁性点眼液	エイゾプト懸濁性点眼液1%	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
2140	患者は13歳の女子で、一般名でクラリスロマイシンシロップ用1% 1g 1日1回夕食後の処方のみ。主訴は鼻炎のようで、体重も50kgあり明らかに用量が少なく、他に併用薬もないため疑義照会となる。医師はクラリチンドライシロップ1%を処方したかったようだがカルテへの記載を間違えており処方変更となる。抗菌剤と抗ヒスタミン剤で薬効が全く異なるためそのまま調剤し投薬していると医師の意図した薬効が得られなかったと考えられる。	手書きのカルテを使用しており、医師は先発品名を記載しているようだが、クラリスロマイシンシロップ10%とクラリチンドライシロップ1%は名称が類似しており記載ミスに繋がったと考えられる。	類似薬品名の薬剤は他にも存在するので他のスタッフにも周知し、薬品棚などに注意喚起を促す記載をしておくこととした。	クラリスロマイシンDS小児用10%「タカタ」	ロラタジンOD錠10mg「ファイザー」			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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2141	医療機関変更に伴い薬局を変更されて初来局。処方箋通り調剤していたところお薬手帳を確認したら『カンデサルタン錠4mgサワイ』を服用していたのを一般名ドキサゾン錠4mgと処方箋に記載。カンデサルタンをカルデナリンと勘違いをして一般名で処方されたと思われる。またニフェジピンCR錠20mg1錠、1日1回1錠朝食後となっていました。お薬手帳より1日2錠、1日2回朝食後と寝る前に1錠ずつ服用となっており問い合わせたところ前医療機関の薬剤と同じものを出すようにという指示でした	薬品名の似た名前による取り間違いの他、一般名と薬品名と混在した似た名前による取り違い。お薬手帳の内容確認および患者さんへのお薬手帳活用を推進することが大切と考えられる	繰り返しの確認	ドキサゾン錠4mg「サワイ」ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」	カンデサルタン錠4mg「科研」ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」	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
2142	月1回1錠のベネット75が他の処方と同様に28日分28錠が処方されていたため疑義照会を行ない訂正した	処方医の採用品管理が不十分なため投与する薬剤情報が十分に把握できていなかった	類似薬が多数あるため医師側の採用品管理の徹底が必要とされる	ベネット錠75mg		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
2143	アジスロマイシン錠250mg「DSEP」2錠分2朝夕食後 3日分の処方があり、2錠分1で服用する薬であるため処方医に問い合わせた結果、アジスロマイシン錠250mg「DSEP」2錠分1朝食後 3日分へ処方変更となった。	アジスロマイシン錠250mgの用法についての知識不足しており、1日量としては2錠で適当であり、カルテ上に2錠と記載があると分2であるという思い込みがあった様子。	感冒症状のために受診した方の処方などは似たような内容のものが多くなり、見過ごしてしまいがち。注意する。	アジスロマイシン錠250mg「DSEP」			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
2144	患者にピオグリタゾン錠が初めて処方された。薬を取りに来た訪問看護師に薬剤の変更点・薬効について説明したところ「血糖値が高いことは聞いていない。患者からもいつもの薬をもらったと聞いている」と申し出があり、医師へ疑義照会したところ、ピオラクチス散の誤りだったことが発覚した。正しいものへ変更して、薬を交付した。	「ピオラクチス」「ピオグリタゾン」と最初の2文字が類似していることから、医師が勘違いしたものと思われる。	薬効が全く異なる薬剤であるため、窓口で患者の症状の聞き取りを確実に行うことで取り違えを防止する。	ピオグリタゾン錠15mg「日医工」	ピオラクチス散			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
2145	コンプト配合点眼液とタブコム配合点眼液の処方あり。どちらにもチモロールが含まれるため成分が重複。交付後、重複に気づき疑義照会したところ、タブコム配合点眼液からタブロス点眼液へ変更となった。未使用であったため、健康被害はなかった。	前回のタブコム、トルソプトからコンプト、タブロスへ変更の予定であったが、名称が類似するタブコムで処方箋に記載あり。カルテの記載から処方箋へ入力する際に間違えて入力。配合剤から単剤の変更で、配合されている成分の知識はあったが、重複に気付かなかった単純なミス。	配合点眼薬の成分を把握する。名前が類似する医薬品を把握する。	タブコム配合点眼液	タブロス点眼液0.0015%	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
2146	眼科で点眼薬と一緒にソビラックス軟膏5%が左眼塗布で処方。左眼塗布の為、ソビラックス軟膏3%の処方間違いではないかとの疑いがあり疑義照会。医師の処方間違いであると確認され、ソビラックス軟膏5%からソビラックス軟膏3%へ処方変更となった。	似た名前の眼軟膏と軟膏で濃度や効能が異なるものがあるので、処方された病院、使用部位などに注意して間違いがないか確認が必要。	患者様からの病状のヒアリング、薬の規格と効能の確認を行い、処方間違いがないか必ず確認する。	ソビラックス軟膏5%	ソビラックス軟膏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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2147	ロコイドクリームと(一般名)ベタメタゾン吉草酸エステルクリーム0.12%混合指示有。お母様は乾燥に対する薬をお願いした。特に希望した薬剤などはないとの事。ステロイド2種混合は通常見ない処方の方為病院確認疑義。ロコイドクリーム削除プロベトへ変更でと返答あり。プロベトとの混合を考え、(一般名)ベタメタゾン吉草酸エステルクリーム0.12%→(一般名)ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%へ薬剤変更を提案し処方変更となる。	お薬手帳を確認しながらの入力で、単純な入力間違いと思われる。皮膚科専門医で無い為見落としてしまったと考えられる。	プロベトは軟膏基剤であり、軟膏の混合は基剤が同じもの、あるいは性質が似ているものを選択する事が原則との事から処方提案。この様な提案は必要であると考えられる。	ロコイドクリーム0.1% リンデロンVクリーム0.12%	プロベトリンデロンV軟膏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
2148	ヒューマログ注カートを処方されていたので、患者に聞き取りを行った所、注射の本体を持っておらず、今まで使用していた物は使用後廃棄しているとの話だったので、ヒューマログ注ミリオペンの処方ではないかと判断した。	名称が似ていた事と、転院されてきて、初めてお渡しする薬だったので、処方間違いが起こったと思われる。	投薬の際、より一層 患者と相互で確認を行い、聞き取りを行う。	ヒューマログ注カート	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
2149	本来インタール点鼻液が処方される所、インタール点眼液が処方されていた。患者申し出により疑義照会の後、点鼻液へ変更。	医薬品名称の類似による単純な処方ミス。	点眼と点鼻の処方間違いが数件起こっていたため、投薬時に点眼・点鼻の処方間違いがないか丁寧に確認することで防止していく。	インタール点眼液2%	インタール点鼻液2%	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
2150	患者との服薬指導の会話で、便秘なくこむら返りの症状で受診したことを聴取し、疑義をして別の医薬品であったことが判明した。	大黃甘草湯と芍薬甘草湯は、名前が似ており、処方間違いの可能性もあり。電カルでは、自分で調べてツムラの番号入力の可能性があり、入力間違いや調べたときに類似名での間違い、カルテをみて、非医療者による入力など、処方側のヒューマンファクターの間違いが可能性が高い。	患者インタビューは大事。特に高齢者に処方されることがおおい薬剤は、患者が話したからないと多い。	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)				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
2151	Drはロキソプロフェンナトリウム錠50とレバミピド100(サワイ)を処方しようとしたがレバミピドの代わりにセレコックスを誤って処方してしまった。	処方箋入力時の確認不足。	類似薬剤などには、警告表示が出せるように改善。	セレコックス錠100mg	レバミピド錠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
2152	メトトレキサートカプセル2mg 3C 3XN 60日分処方処方薬品名の間違いが疑われたため、医師へ確認正)リマプロストアルファデクス5μg 3T 3XN 60日分とのこと	誤処方に至った経緯は不明。推測されるにはメトトレキサートの先発品、名リウマチカプセルの頭文字が似ているため、入力時選択を誤ったと思われる。	処方箋発行時の再確認を求める薬局側としては、個々の薬剤の適応、適正な使用、用法用量を逸脱した処方については医療機関への確認を怠らないよう務める。	メトトレキサートカプセル2mg「サワイ」	リマプロストアルファデクス錠5μg「日医工」	確認を怠った	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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2153	施設在宅患者。足（足裏）にかゆみ訴え有、往診医に介護福祉士がメールにて相談、以前に使用の外用薬処方希望と依頼。当該患者、往診医からの直近の外用塗布剤は乾燥によるかゆみへの保湿剤処方の記録のみ。他科受診分にて一年以上前に白癬様処方有。往診医、症状のみの相談だったため他科受診分処方の可能性思い浮かばず、介護福祉士側も処方元がどこかまでは考えが及ばず、また症状についても足裏の白癬疑われる症状と詳しく伝達せず「足のかゆみ」と報告したため、実際は白癬症状だったのに対して保湿剤処方に至った。薬剤師が訪問時、具体的な症状確認し処方薬と症状が不一致であることから前述のいきさつ確認、疑義照会にて白癬治療薬へ処方変更となった。	介護福祉士から医師への報告情報内容が不十分だった。介護福祉士が人員不足で教育が行き届いていない状態だった。医師が多忙もあり症状について往診時目視確認してからの処方検討を急った。薬剤師が処方箋受付後訪問まで、新規薬および久しぶりに処方される薬剤の場合は介護職員に処方が出た経緯の確認を実施すべきだった。	介護福祉士等が医師に処方依頼する際は、より詳細な症状を報告するようにする。点眼や皮膚用薬など他科受診分の可能性がある際は、介護職員が医師に直接処方依頼せず薬・薬剤師に相談する流れにする。新規および久しぶりの薬剤を処方する際は、可能な限り医師自身が直接症状の確認を実施する。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニットー」	ランコナゾールクリーム1%「イワキ」	連携ができていなかった判断を誤った	知識が不足していた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
2154	フェロミア錠50mgの一般名が処方されていたが、他にラクビー錠、セスデンカプセル30mgの一般名、カロナル錠300の一般名、ムコスタ錠100mgの一般名が処方されており、患者本人からの聞き取りでも本日採血して結果は後日で眩暈らつき等の貧血症状もなく下痢と頭痛で受診しただけとのことと疑義紹介しフェロミアではなくフェロベリンの間違いだと判明し処方変更になった。	内科で患者が多い時間帯で医師が名称が類似した薬を誤って処方してしまった。	医師も焦って名称が類似した薬品を誤って処方することがあるので、処方監査、患者からの聞き取りをしっかりとって処方ミスを訂正できるよう気を付ける	クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」	フェロベリン配合錠				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
2155	手書きの処方箋でランソプラゾール（10）と記載があったため、一般名に対して規格がおかしいこと、当該患者様に以前処方された医薬品がラベプラゾール錠10mgであったことから疑義照会にて確認。結果、ランソプラゾール（10）ではなくラベプラゾール（10）に変更となった。	一般名同士が似ていることによる処方間違いだったと思われる。	一般名の手書きでの追加処方の場合は患者様に何の薬を処方すると言われたか確認することを怠らないようにする。	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」				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
2156	整形外科の診療所にて、鎮痛剤と一緒に一般名ランソプラゾール口腔内崩壊錠15mgの処方あり。患者持参のお薬手帳を確認したところ、他の内科診療所にて一般名ラフチジン錠10mgが処方されていた。疑義照会後、ランソプラゾール錠の処方削除となった。	整形外科の診療所では、鎮痛剤とセットでPPIが処方されることが多く、処方の際に確認漏れがあったと思われる。また、ラフチジン錠はこの整形外科ではあまり処方されることがなかったため、類似薬効を有するものとの認識も不足していたと予想できる。	お薬手帳の確認。PPI等は比較どの診療科でも処方されやすいものなので、類似薬効のものなどをまとめ、診療所との情報共有をしておくのも良い。	ランソプラゾールOD錠15mg「日医工」			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
2157	リンデロンVG軟膏とヘパリン類似物質油性クリームの混合指示であったが、両者は混合不可であるため処方医に疑義照会した上で単独で投薬した。	-	-	リンデロンVG軟膏0.12%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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2158	当薬局を利用されている患者様に一般名でエスタゾラム錠2mg 不安時 1錠14回分が処方されていたが、患者に不安感の訴えがあるため睡眠剤のエスタゾラム錠が適切かどうか医師に確認するため疑義照会したところ、エチゾラム錠0.5mg「SW」 不安時1錠14回分へと処方変更になった。	類似した医薬品名であるエチゾラムとエスタゾラムを医師が入力間違えた。	お薬手帳から処方歴のある薬を確認した上で患者への聞き取りにより処方内容に不安点があれば疑義照会し、処方内容に間違いが無いことを確認する。一般名の類似した医薬品については改めて医師に選び間違いがないようお願いした。	エスタゾラム錠2mg「アメル」	エチゾラム錠0.5mg「SW」		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
2159	一般名処方にて、セフカペンピボキシル100mg 3錠分3毎食後 5日分にて処方あり。セフカペンピボキシルは1回最高150mgであるため、疑義紹介。セフトレニピボキシル100mg 3錠分3毎食後 5日分の誤りであること判明。訂正して調剤。	一般名処方にてのため名称が似ていた。CP選択誤りか。	一般名処方は類似の名称となるため、誤りがないか今後も注意する。用法、用量が異なるものもあるのでそこもしっかり処方監査する。	セフカペンピボキシル塩酸塩小児用細粒10%「サワイ」	セフトレニピボキシル錠100mg「OK」	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
2160	久しぶりに耳鼻咽喉科に風邪で受診し、当薬局に処方箋を持って来られた。処方内容はジェニナック錠200mg 2錠、クラリス錠200mg1錠 分1夕食後と抗生剤2種類を1日1回併用との記載あり。抗生剤2種類を併用する意味を疑義照会したところ、クラリチン錠10mgに処方変更。	薬剤名が類似したところによる医院受付のパソコン入力間違いであった。		クラリスロマイシン錠200mg「マイラン」	ロラタジンOD錠10mg「サワイ」		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
2161	2歳の男児にザイザルシロップ0.05%が4ml/日で処方された。2~7歳の用量は5ml/日であるため、電話にて疑義照会した。医師はザジテンシロップ0.02%をカルテ記入も、処方の打ちミスでザイザルシロップとなっていた。疑義の結果、ケトチフェンシロップ0.02%4ml/日に変更になった。	処方打つ段階でザジテンシロップは販売中止になって、登録がないため、似ている商品名のザイザルシロップを選んでしまったものと思われる。	処方内容に疑わしい点があれば、確認をするようにする。	ザイザルシロップ0.05%	ケトチフェンシロップ小児用0.02%「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
2162	フェロベリンが分2で30日分処方されていたが、お腹を壊している様子もないし、鉄分の話をしたというので疑義照会をし、フェロミアに訂正となった。	名前が似ているための処方ミス。	背景をよく検討する。	フェロベリン配合錠	フェロミア錠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
2163	一般名ミノドロン酸錠1mgが1錠 1週間に1回朝起床時 4日分で処方。1mgで4日分はおかしい。この薬剤で1週間に1回服用薬剤は存在しないので電話で処方医に確認。リカルボン50mgを1週間に1回薬剤と思い、誤ってPCのリカルボン1mgを入力してしまった。	処方医が慌ててPC入力してしまった。同じ行にあった薬剤を間違えて選択してしまった。単純なミス	薬品名が似ている薬剤入力する場合は特に注意する。	ミノドロン酸錠1mg	リセドロン酸Na錠17.5mg		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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	
2164	皮膚科処方薬、内科よりの臨時処方。ヘパリン類似物質クリーム(一般名)の処方であったが、お薬手帳より、ヘパリン類似物質油性クリームを処方され使用中であったため、疑義照会。ヘパリン類似物質油性クリームの処方間違いであることが判明した。	-	-	ヘパリン類似物質クリーム0.3%「SN」	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日工」			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
2165	他の医療機関(総合病院皮膚科)にて痒みのためオロパタジン塩酸塩OD錠5mg「日工」を服用中の患者に(当薬局にて調剤)、花粉症のためフェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「EE」が処方された。同効薬重複のため処方医に疑義照会。処方医よりフェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「EE」を中止せよとの指示があり、中止となった。	患者が、処方医にお薬手帳を提示せず、他科受診についてもきちんと伝えていなかった。(皮膚科でもらっている薬と花粉症で使う薬が類似したものとは思っていなかったため、皮膚科受診については話していませんでした。)	患者に対し、医療機関に受診する際、お薬手帳を提示すること、また、他の医療機関でどの様な治療を受けているかについて、きちんと医師に告げること、そして、今回のように調剤は出来るだけ同じ薬局で受けるよう指導。これからも、かかりつけ薬局の有用性を認識してもらうようきちんと職責を果たしていく。	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「EE」			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
2166	乾燥肌のため保湿剤処方家族同意のもと前述後発医薬品調剤、使用后発疹、かぶれあり、主成分ではなく基剤による、アレルギーと思える。先発ヒルドイドソフト軟膏では、発症していない。他の要因によるアレルギーの可能性もあると思えます。		基剤を含めたアレルギーチェックもすべき	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日工」	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2167	ミチグリニドCa10mg内服されていたがHbA1Cが下がらないため薬追加となるが、その薬がシュアポスト0.25mgであった。類似薬剤のためDrに確認する。ポグリボースOD0.2mgに変更となる。	ミチグリニドとシュアポストの併用もあり得るのかもとも思ったが、Drに確認し間違いだったこと判明。疑わしきことは疑義を行うこと。		シュアポスト錠0.25mg	ポグリボース錠0.2mg「SW」				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
2168	大人に子供用の「一般名」モンテルカストチユアブル錠5mgが処方されていたので疑義照会し、モンテルカスト錠10mgに変更。	類似薬があり、確認不足による入力ミスによるものと思われる。	引き続き、患者の年齢を確認し、類似薬の薬品名・mgを確認して監査する。	モンテルカストチユアブル錠5mg「JG」	モンテルカスト錠10mg「KM」			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
2169	鼻水症状がありピラノア錠が処方されたが、お薬手帳の記載で類似薬のザイザル錠が定期処方されていたため重複となるため疑義照会を行いピラノア錠が削除指示となった。	患者がお薬手帳をDrに提示しなかったか、お薬手帳の確認が病院で十分に行われていなかった。	お薬手帳の重要性について患者に説明するとともに、使用中の薬の情報をその都度主治医に伝えるよう指導を徹底する。	ピラノア錠20mg		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
2170	体調が悪くクリニックを受診し、レボフロキサシン錠500mg1T分1×4日分 カルボシステイン錠250mg3T分3×4日分処方された。薬歴を確認したところ、以前カルボシステイン錠が処方された時、顔が腫れる副作用があったということなので、医師に疑似照会をした。その結果、カルボシステイン錠の処方は取り消しになった。	処方された患者さんも、カルボシステイン錠で顔が腫れた事をお忘れになっており、処方箋を見ても副作用のおきた薬という認識が無く、そのまま調剤していたら、服用するところだった。	お薬手帳の副作用のおきた薬として記入してもらい、医師にもお薬手帳をおみせするように伝えた	レボフロキサシン錠500mg カルボシステイン錠250mg		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	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2171	ウチダの八味丸とジュンコウの六味地黄丸が一緒に処方された。六味丸にケイヒと附子を加えたものが八味丸なので成分の重複が気になり疑義照会。Drの処方ミスと発覚し、麦門冬湯に変更になった	漢方薬は似たような成分の薬でも併用することがあるが、今回のように6種類も重なっていたのが気になって疑義照会を行ったことにより処方変更につながった。	漢方の成り立ち（六味丸＋ケイヒ＋ブシ→八味丸、八味丸＋牛膝＋車前子→牛車腎気丸）を把握しておくことが必要。	ジュンコウ六味地黄丸 料FCエキス細粒医療用	コタロー麦門冬湯エキス細粒		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
2172	レベニン配合散が処方されていたのだが、抗生剤は処方されていない。お薬手帳を見て抗生剤は現在服用していないように見える。そのため患者さんの母親に確認したところ、抗生剤は現在服用していないとのことだったためレベニン配合散から別の抗生剤に変更するよう疑義照会を行った	レベニン散とレベニン配合散は名前が似ているが耐性乳酸菌とそうでない菌である。そのことを医師が把握しておらず、菌の含量も少ないため医師が子供に処方したものとされる。	薬剤師は薬剤が患者様にわたる前の最後の関門のため、効能効果、用法用量、副作用をはじめとした添付文章を丁寧に確認し、処方について適切に確認していきたい。	レベニン散	レベニンS配合散		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
2173	3月2日から整形外科より腰部脊柱管狭窄症にてリマプロストアルファデクス錠「サワイ」1回1錠1日3回、毎食後処方あり服用開始。服用し始めてから胸焼けなどの症状があり上記薬剤の副作用ではないかと本日副作用相談として受診。本日ランソプラゾールOD錠15mg「武田テバ」1回1錠1日1回朝食後28日分の処方せん持参。 来局時、お薬手帳にて確認したところ昨年末より消化器からネキシウムカプセル20mgの処方あり。直近では3/23に同効薬であるネキシウムカプセル20mg1回1cp1日1回夕食後・アコファイド錠100mg1回1錠1日3回毎食前30日分の手帳シールがあったため患者本人に薬をみせながら確認したところ、リマプロストアルファデクス錠「サワイ」を服用開始した直後より整形の薬と消化器の薬が似たような薬だと勘違いして消化器からもらった薬服用しなかったことが発覚。今回症状は薬の副作用ではなく、消化器の薬服用しなかったことによる症状悪化の可能性が推測された。医師に報告したところ本日処方したランソプラゾールOD15mg処方削除し、3/23に調剤された消化器の薬を服用してもらうよう、今後は胸焼けの症状は消化器のかかりつけ病院にてフォローしてもらうように指示あり。本人に整形外科の薬と消化器の薬はどちらも医師の指示通りに服用するよう伝える。	患者本人による要因もあったと思うが、問診時の聴取に患者との行き違いあり。	患者の理解力に合わせた確認を行い説明するよう心がける。	ランソプラゾールOD錠15mg「武田テバ」			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
2174	ジスロマック・トリメプチンの処方があったが聞き取りの際に既に他の耳鼻科より抗生剤・類似薬の処方あることが確認できた。Drへ問い合わせをし、ジスロマック・トリメプチンの処方は削除された。	病院での聞き取りの際に確認が十分ではなかった可能性がある。	投薬時に患者様より併用薬の確認を怠らない。	ジスロマックSR成人用 ドライシロップ2g トリメプチンマレイン酸塩錠100mg「サワイ」		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
2175	一般名 ヘパリン類似物質クリーム の処方箋で来院。門前の医院では見かけない処方箋だったので、確認をかねて電話。ヘパリン類似物質油性クリームを処方したいとのことで変更。	最近一般名処方に変更の薬剤が増えてきて、特にヘパリンはよく処方されるお薬でした。前は先発で変更不可にも印が打ってありましたが、一般名になり、後発品に変える際、注意してとりかからなければならない。	門前からの処方でしたので、お薬手帳にて以前出していたお薬を確認し、どういったお薬が処方されていたか、また薬歴などでも確認して以前のお薬と照らし合わせながら確認する。また分からないときは疑義で確認をする必要もある。	ビ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」	連携ができていなかった	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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2176	患者様が処方箋を持って来局した。処方せんにはカリーユニの一般名であるピレノキシ点眼液が記載されていた。この患者様はカリーユニ自体、当薬局ではじめての処方であり、薬手帳の記載もなかった。患者様への聞き取りにより、白内障の進行はなく特に何も聞いていないことが判明した。疑義照会により、ヒアレインの一般名であるヒアルロン酸ナトリウムと入力を間違えたことが判明した。	一般名の類似による処方ミス	引き続き、お薬手帳の活用や患者様の聞き取りを行い処方内容に間違いがないか確認していく。また、お薬手帳がない方には重要性の説明もしていく。	カリーユニ点眼液0.005%	ヒアレイン点眼液0.1%			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
2177	ガスターD錠10mgが定期で処方されている患者にランソプラゾールOD(15)が追加。作用が類似している為疑義紹介実施。→ガスターD錠10mgが削除になる。	H2ブロッカー、PPI併用回避。	H2ブロッカーの薬品名、PPIの薬品名の把握。	ガスターD錠10mg		確認を怠った	通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品	ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2178	処方箋にノイロトピン3錠分3の指示あり。患者の状況からノイロトピンの処方に疑問が生じた。患者に確認したところビタミン剤と聞いているとのこと。ノイロピタン配合錠の入力違いの可能性があり、疑義照会した。患者にはいったん帰宅してもらった。疑義照会后ノイロピタン配合錠に変更との返事があり、調剤変更して自宅にお届けした。	名称がよく似た薬剤については商品名、薬剤名のみでなく薬効なども合わせて説明することで間違いを未然に防ぐことが可能と考える。	名称がよく似た薬剤については商品名、薬剤名のみでなく薬効なども合わせて説明することで間違いを未然に防ぐことが可能と考える。	ノイロトピン錠4単位	ノイロピタン配合錠	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
2179	老人保健施設(院内調剤)から有料老人ホームに入居された。老健からの持参薬と老人ホームへの入所時に出された処方箋(主治医)の内容が相違しており、主治医に確認したところ、アスピリンの処方もれが発覚し、追加処方となった。	病院、老人施設等、退院時処方が文書で行われる際、記載漏れ・各医院での採用薬の違いにより、転記ミス、処方漏れ等々はよくある。本事例では、アスピリンの名称がアスピリン腸溶錠(老健)とバイアスピリン(主治医)と相違しており、かつ看護師が老人ホームに入所する際に、実際に持参薬と処方内容との確認を怠ったことが要因と考えられる。外来受診時に、他の患者もあり、繁忙であることも要因のひとつ推測できる。半年に一度くらいは類似の症例が見いだされるので、基本作業をしっかりと手順を踏んで行えば、利用者の療養の場所が変わっても安心して生活できると考えられる。○単純なミス○作業手順の不履行	半年に一度くらいは類似の症例が見いだされるので、基本作業をしっかりと手順を踏んで行えば、利用者の療養の場所が変わっても安心して生活できると考えられる。主治医が変わったときの処方内容の確認。(種類、用法、用量等)	なし	バイアスピリン錠100mg	確認を怠った 記録などに不備があった	知識が不足していた 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
2180	間質性肺炎にてステロイド投与中の患者数か月にわたり漸減中、前回5mg服用今回1mgへ変更の処方副腎抑制が起こっていると考えられる状態で大幅な減量を不思議に思い疑義照会2.5mgへの変更となる。	処方入力画面の類似性、mgの確認不足と思われるまた、長期ステロイドの投与患者では副腎抑制が起こっていると考え大幅な減量時には疑義照会をすべきである。○処方医薬品の多さ	マスタ上での規格の拡大表示(【1mg】とかく5mg)など)	プレドニゾン錠1mg(旭化成)プレドニゾン錠2.5mg「NP」		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「疑義照会」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2181	一般名 メロキシカム で処方があった。が患者からは便秘の薬をもたらったと話あり。疑義照会	モービックとモビコールの名前が類似しているため ミスあり○単純なミス	3文字入力を徹底する。薬剤師は患者としっかり会話する	モービック錠10mg	モビコール配合内用剤	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
2182	患者が持参した処方箋に、患者のお薬手帳にある薬と同系統の薬が、今回から追加になっていた。そのことを疑義照会したが、変更なしでそのまま出すようにとの返事だった。患者に、同系統の薬が新しく出ていること、いつも出ている薬が今回は出していないことなどを説明したら、そのような変更はなかったと言われた。再び疑義照会の結果、他の患者の処方内容が書かれていたようだった。病院から正しい処方箋が再発行され、それで調剤し投薬した。間違った薬は交付前だったので、健康被害などはなし。	間違いの処方箋と正しい処方箋は、同じ薬もあつたりしてよく似ていたので間違えたようだ。	前回の処方と変更があった場合は、受診時に医師からそのことの説明があつたか、必ず患者に確認する。お薬手帳で、他の病院でもらっている薬と影響がないか、必ず確認する。	エディロールカプセル 0.75μg ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)	バルサルタン錠40mg「サンド」 イコサセント酸エチル粒状カプセル900mg「TC」		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
2183	ムコプリン錠15mgが1日6錠1日3回で処方されていた。添付文書上の用量は1日3錠1日3回であり、用量が添付文書の倍となるため疑義照会。結果、添付文書通り1日3錠1日3回に処方変更となった。	処方箋を発行した医療機関がムコダイン錠250mgを1日6錠で出すことが多いため、医療機関側がムコダインとムコプリンの用量を取り違えたものと思われる。	名称が似ている薬は特に、用法用量が添付文書と異なっていないか注意する。	ムコプリン錠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
2184	一般名処方「アモキシシリンカプセル250mg」が処方されていた。初回質問票の副作用歴欄に「セフェム系」と記載あり。アモキシシリン等ペニシリン系はセフェム系と同じβラクタム系のため、念のために疑義照会を行った。その結果リンコマイシン系のダラシカプセル150mgに変更になった。	成分の分類以外にも構造式が似ていることで副作用が発現するリスクは高くなる。構造式の理解が広まる必要がある。	添付文書中にβラクタム系も注意と記載する。	アモキシシリンカプセル250mg「トーフ」	ダラシカプセル150mg	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
2185	一般名処方でメベンゾラート臭化物錠(トランコロン)の処方があったが、組み合わせの薬がカフコデであった。おなかの薬と咳止めがセットで出るのは珍しく、患者様からお腹の不調を訴える申し出もなかった。いつもセットで出ているトランサミン(ヘキサトロン)とトランコロンの名前が似ている為、トランコロンではなくトランサミン(ヘキサトロン)ではないかと疑義照会した。疑義照会した結果やはりヘキサトロンの間違いであった。	クリニックのレセコンが商品名を入れると一般名に変換されるようで、おそらくカルテに先発薬品のトランサミンと記載されていたのをレセコン入力する際に候補表示されたトランコロンの一般名と選択し間違えた。	クリニックサイドは一般名と商品名が必ずしも一致しているわけではなく、間違えていることもあるということを確認し、些細なことであっても気になることがあれば疑義照会していく。	トランコロン錠7.5mg	ヘキサトロンカプセル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
2186	今回処方されていたクラリチン錠の用量に疑義を感じ処方医に照会。処方したかった薬はクラリチンではなくクラリスであったことが分かった。	名称が似ていることから、単純に処方内容入力時に間違えたものと思われる。	薬局では用法用量・年齢体重・患者からの聞き取りなどをもとに、しっかりと処方監査をおこなう。	クラリチン錠10mg	クラリス錠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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2187	メリアクトMS錠100mg 3T/バルプロ酸ナトリウム細粒20%「EMEC」1.5g/一般名)テプレノン細粒10% 1.5g/1日3回毎食後 7日分という内容で門前医院から処方され、バルプロ酸ナトリウム細粒が入っていることに違和感を感じて疑義照会したところ、イブプロフェン顆粒20%の間違いであった。	門前医院のDrがカルテに処方を書く時、アルファベットの筆記体で記入するので、事務の方がパソコンに入力する際、発音が似ていること、20%が同じなので間違ったと思われる。	処方の全体を見て、組合せが不自然なものは用量・用法が正しくても疑義照会を行う。	バルプロ酸ナトリウム細粒20%「EMEC」	イブプロフェン顆粒20%「ツルハラ」		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
2188	胃腸炎で受診し来局される。処方内容はフェロミア錠50mg6錠分3毎食後であった。量も多い症状と相違もあるため、疑義照会をした結果フェロベリン配合錠6錠分3毎食後に変更となった。	医師の薬剤処方オーダー時に名前似た薬剤を選択した模様。患者の主訴と処方箋上の用法用量が添付文書とは異なるのでそこに気づける事例であった。	患者への聞き取りや、医薬品の標準用量など処方箋以外の情報を収集することにより、処方内容に間違いがないかどうか確認していく。	フェロミア錠50mg	フェロベリン配合錠		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
2189	かかりつけ医の紹介で、別の医院に初めて受診し、検査を行った。その結果をもとに、新規の処方されたが、明らかに用量オーバー。疑義照会の結果、同薬効の別の薬剤に変更になった。 変更前)ピゾプロロール2.5mg 3T分3変更後)ピルシカイニド25mg 3C分3	処方箋発行のオーダリングシステムで、似たような名称、似たような数字で、間違いを見落としてしまったものと思われる。単純なミス。	再三の確認が必要と思われます。	ピゾプロロールフマル酸塩錠2.5mg「日医工」	ピルシカイニド塩酸塩カプセル25mg「タナベ」	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
2190	いつもの定期薬の他に、テルピナフィン錠125mgが処方された患者。服薬指導の際、水虫などの症状があるか尋ねると特にそのような訴えはなく、抗真菌薬を処方するといった話が医師からなかったとのことだった。そこで、前回処方されていて、今回処方されていなかったモンテルカスト錠10mgを見せたところ、この薬が欲しかったと患者から返答があったため疑義照会を行った。結果、テルピナフィン錠125mgからモンテルカスト錠10mgへ処方変更となった。	テルピナフィン錠125mg「CH」とモンテルカスト錠10mg「KM」のシートは、どちらも橙色で酷似していることが今回の事例につながった要因と思われる。この患者は、1年ほど前にテルピナフィン錠125mgが処方されており、橙色の薬も欲しいと看護師へ伝えたようで、それをモンテルカスト錠10mgではなく、テルピナフィン錠125mgを誤って処方してしまったものと考えられた。	服薬指導の際、処方されている薬と症状が一致していることを確認することが大切であることを再認識した。今回の事例のように、見た目や名称などが酷似している薬が関連するときは、より注意して確認していくこととした。	テルピナフィン錠125mg「CH」	モンテルカスト錠10mg「KM」		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
2191	持参したお薬手帳により他病院でクラリスロマイシンを継続して服用中であることが判明。疑似照会したところ本日処方されたセフトレニピボキシル錠がカットになった。	患者が病院にお薬手帳を提示していなかった。	患者にお薬手帳の役目や大事さを説明し、これから先病院を受診する時は必ず提示するよう指導。	セフトレニピボキシル錠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
2192	57歳男性に一般名プラミペキソールが処方された。悪心時に服用との指示があり、本剤との作用と合致しないため疑義照会したところプラミールに変更となった。	薬品名が似ているため、処方入力の際に間違えて選択してしまった。	3字入力による薬品候補の選択で間違えて選択してしまうのを防ぐため、4文字入力薬品候補が表示されるようにシステムを調節する。薬局側は薬歴と患者から聴取した情報から処方された医薬品が正しいかどうかを確認する。	プラミペキソール塩酸塩錠0.5mg「DSEP」	プラミール錠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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2193	よく苡仁湯が処方されていたが患者家族に確認したところ、「水いぼと言われた」とのことであった。処方意図と漢方薬の適応症が異なっていたため疑義照会し、ヨクイニンエキス散に変更となった。	漢方薬の名前が類似していたため	引き続き、患者やその家族への聞き取りなど、処方箋以外の情報を収集することにより、処方内容に間違いがないか確認していく	クラシエよく苡仁湯エキス細粒	ヨクイニンエキス散「コタロー」		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
2194	1一般名アンブロキシソール塩酸塩徐放カプセル45mg 3C分3毎食後 14日分2一般名モンテルカストチュアブル錠5mg 1錠分1寝る前 14日分3ツムラ小青竜湯エキス顆粒3g 分3毎食間 14日分1は本来1C分12成人のため用量が5mgだと少ない3用量が少ないため以上をもって疑義照会した。変更後の処方1一般名アンブロキシソール塩酸塩徐放カプセル45mg 1C分1寝る前2一般名モンテルカスト錠10mg 1錠分1寝る前3ツムラ小青竜湯 9g分3毎食間	用法用量の確認が怠った。2に関しては検索の際に類似医薬品を選択した可能性あり。	添付文書で用量用法の確認を行い、必要ならば疑義照会する。	アンブロキシソール塩酸塩Lカプセル45mg「サワイ」モンテルカスト錠10mg「ケミファ」ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)				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
2195	耳鼻科に継続受診中の患者で、前回受診時にアモキシシリンカプセル250mgが処方されていたが、今回、メリスロンとピオフェルミンR散の処方箋で来局した。服薬指導の際、患者家族より「前回の抗生物質で効果不十分のため、新しい薬に変更する。めまいの症状は今はない」との情報提供があった。当該処方に新規の抗生物質の処方が無かったため、処方医に照会した。その結果、メリスロンがメリアクトMS錠に変更となった。	類似名称薬剤による誤処方○単純なミス	患者及びその家族から症状の経過を確認し、処方意図と処方内容の真偽を吟味する。	メリスロン錠6mg	メリアクトMS錠100mg	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
2196	【般】ジサイクロミン塩酸塩・水酸化アルミニウムゲル・酸化マグネシウム 2g 咳がひどい時 7回分処方あり。コランチル(先発医薬品名)は胃薬であり、通常用量とも異なるので、何か別の薬処方ではないかと思われるので疑義照会。リン酸コデイン散1%「メタル」2g 咳がひどい時 7回分の誤りとの事だった。	カルテ記載により処方発行の際の事務員の見間違い、思い込み、入力間違い。	○発行された処方箋をDrが確認する。○類似名称品には気をつける。○疑わしい点は必ず疑義照会。	コランチル配合顆粒	リン酸コデイン散1%「メタル」				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
2197	プロプラノロール10 5日分の処方。パニック障害の発作時とのこと。診察時の処方内容と相違ある可能性があり疑義照会アルプラゾラム0.4不調時 5回分に変更となった	プロプラ アルプラ 似ていて忙しい中勘違いの可能性あり		プロプラノロール塩酸塩錠10mg「日医工」	アルプラゾラム錠0.4mg「トーワ」	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「疑義照会」)

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2198	半夏瀉心湯を調剤、患者お薬手帳の持参なく新患。投薬時に色が違うと指摘され、処方せんの記載通りであることを説明し心配であれば医師に連絡すると伝え、そのままよいといわれて調剤に至る。患者帰宅後連絡あり、家にある薬の名称が半夏厚朴湯だがおなじものか?という問合せを受け、違う事を伝え診察室の話と違うようであれば医師に念の為確認できることを伝え、医師に確認。処方せんの記載間違いが判明。	新患で全く服用状況がわからない患者であった。漢方であり名前が似ていた。	診察室の話と違う物がいないかを確認してかた投薬する。はっきりしないときは疑義照会をおこなう。	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(医療用)	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
2199	患者の娘が代理で来局。痒みがあり受診したと。医師からは痒み止めを処方するとの説明であったようだが、薬剤名などの詳細は聞いていない。発熱もなく、抗菌剤が処方されるような訴えは特になし。ジェニナック錠の処方意図が不明。痒みへの処方であればジルテック錠との入力間違いの可能性もあり、疑義照会。ジルテック錠へ変更になった。	似た薬剤名での選択間違いと思われる。	患者からの聞き取りを詳細に行う。	ジェニナック錠200mg	ジルテック錠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
2200	今回クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「タイヨー」で処方されたが、前回薬歴の確認では一般名:クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%で処方されていた。用法は同一であり、ステロイド強度が著しく強いものに変更されていたこと、当該患者は小児であることから不審に思い、病院に疑義照会を実施。一般名:クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%に処方変更となった。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「タイヨー」一般名:クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%は、名称が類似しており、医師から指示を受けた病院の入力者が誤って入力したことが原因であったと考えられる。ステロイド強度に関しては日頃から意識して調剤していたことが、入力誤打の可能性に気付いた要因である。		クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「タイヨー」	キンダロン軟膏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
2201	処方箋にパルトックス細粒20%で記載があった。該当する薬品の在庫がないこと、他に抗ウイルス薬の軟膏(アラセナA軟膏)が処方になっていたので、処方箋の記載間違いを疑い疑義紹介したところ、パルトックス顆粒50%に変更になった。	病院側のレセコンで入力する際、初めの3文字が似ている(もしくは同じかもしれない)ため、入力を間違えてしまったと考える。薬品名が類似している点と不注意が問題だったか。○処方医薬品の多さ ○単純なミス	商品名が変更になればよい。また、規格(%)が違うのでそこまでチェックすることを確認の作業手順に組み込む。	パルトックス細粒20%	パルトックス顆粒50%	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

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2202	久し振りに薬局の患者がいつも他の病院でもらっている薬を門前の整形にお願いしたとの事。おくすり手帳がなく口頭で伝えていた。メトトレキサート2.5mgが週1回の服用で処方されていた。メトトレキサート2mgの間違いではないかと思ひ患者に薬を見せて確認し、いつももらっている薬の形状や週1回で飲んでることを確認。疑義照会をしてメトトレキサート2mgに変更となった。	メトトレキサートもリウマチで用いることもあるため調剤をしようとしたところ、用法が異なっていたため発覚した。患者がお薬手帳も持ってきていなかったため、併用薬を確認することが出来なかった。	おくすり手帳の持参率を上げる為、掲示物にておくすり手帳を持ってきていただけるようなポスターを貼った。今回の業務に関わっていない薬剤師にも名前が似ている薬の注意と周知を行った。	メトトレキサート錠2.5mg	メトトレキサート錠2mg「タナベ」	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
2203	2019年3月まで処方方はロヒブノール錠1mgがされていたが、2019年4月からセレネース錠0.75mgに変更になった。今回は、骨折による自宅加療で患者本人は受診しておらず、薬がなくなってしまうことから奥様が代理受診。奥様と医師の話では前月同様同じ薬が出る話をしたとのこと、しかし患者家族も曖昧な点が過去散見されていた。一人目の薬剤師が疑義紹介を行うが処方変更ならず、二人目の薬剤師がさらに違う薬剤への処方変更でいいのか、念を押して確認したところ、サイレース錠1mgの処方間違いだったとのこと、処方変更され、前月と同じフルトラゼパム錠1mgで調剤実施。	ロヒブノール錠が経過措置切れのため、4月以降医院のレセプト処方箋印字が出来ず、医院事務員が医師へ相談。医師が薬剤を調べ処方したが、誤ってセレネース錠のみカルテに記載、規格未記載。事務員の判断でセレネース錠0.75mgにて処方医薬品の提案などを行う。	セレネース錠とサイレース錠など名前が似通っている場合の薬剤変更時には患者、患者家族、医院事務員、医師、当局薬剤師複数名など幾重にも確認する。経過措置切れ医薬品が処方されている患者には事前に医院に情報提供を行い、代替え印字。その後、薬局からの問い合わせで判明、処方変更になった。	セレネース錠0.75mg	サイレース錠1mg	記録などに不備があった連携ができていなかった判断を誤った	知識が不足していた	コンピュータシステム 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
2204	今まで他県の診療所にて院内で調剤を受けていた初回来局男性患者。今回、引越越しに伴い受診困難な為、処方箋の発行を受けた。お薬手帳を持参したが、院内で手書きで記載されており、規格やメーカー名など一部の情報が欠落した状態であった。処方箋にはメトホルミン塩酸塩錠250mg錠「トーワ」2錠分2朝・夕食後と記載されていたが、メトホルミン塩酸塩錠250mg錠MT「トーワ」の間違いでないかと疑義が生じ、患者本人に実物を見せて確認したが、よく覚えていないとのこと。念のため電話で問い合わせたところ、正しい処方方はメトホルミン塩酸塩錠250mg錠MT「トーワ」であったことが判明。	普段院内で調剤を行っている診療所が、臨時で院外処方箋を発行した事例。医薬品名称が類似していたこともあり、オーダーミスが発生したと考えられる。院内で記載しているお薬手帳の情報が、一部欠落し不十分であった。	・医薬品の類似名称の改善・院内調剤の場合にもお薬手帳の記載の徹底	メトホルミン塩酸塩錠250mg「トーワ」	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「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
2205	患者さんにデキサンVG軟膏が処方されていたが、使用部位が口唇であったため、疑義照会した結果、デキサルチン軟膏に処方変更になった。	患者さんが多く、混雑している中で処方を入力するときに名称が似ている医薬品を誤って選択してしまったと考えられる。○単純なミス○焦り	デキサンVGを処方せんに記載するのではなく、先発品のリンデロンVGを記載するようにする。	デキサンVG軟膏0.12%	デキサルチン口腔用軟膏1mg/g	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム 医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2206	小児科で風邪薬の処方を受けていたが、耳鼻科で類似薬が処方になる。そのため解熱剤の(般)アセトアミノフェン細粒20%以外全て削除になりました。	-	-	ムコダインDS50% 小児用ムコソルバンDS 1.5% アスベリン散10% エリスロシンドライシロップW20% ビオフェルミンR散				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
2207	当薬局を使用している患者が処方箋を持って来局。処方箋とお薬手帳を確認した所、抗生剤は類似のもの、カルボシステインも他の医療機関より処方があり、患者は服用していた。当薬局に持参した処方箋発行元に疑義。処方削除となった。			クラリスロマイシン錠 200mg、カルボシステイン錠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
2208	処方内容Rp1アモキシカプセル10mgRp2ロキソプロフェンNa錠60mgで歯科・口腔外科の処方であったので、Rp1はアモキシシリンカプセルではと疑義照会した所、アモキシシリンカプセル(250)とのことだった。	病院のマスターにそれぞれあったため、よく似ているため、誤って入力されたのではないかと思います。	歯科処方であること、普段の内容がアモキシシリンのため早期に判断できた。処方内容だけでなく、診療科目も判断の要因になることを店内共有した。	アモキシカプセル10mg	アモキシシリンカプセル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
2209	処方せんに「スミスリンローション」と記載があり、患者様に投薬の際、話を聞いたところ、鎮痛薬の外用薬を出すと言明を受けていた。医師に問い合わせをしたところ、「スミスリック」の間違いであり訂正した。	コンピュータのシステム上で、薬品名の前部分が似ていることによるオーダーミスが起こった。	薬品名のみでなく、ミリ数やパーセントなどの用量まで確認する。患者様にも確認をとる。	スミスリンローション5%	スミルスチック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
2210	当薬局を初めて利用する患者が来局した。処方内容はツムラ半夏厚朴湯であったが、お薬手帳には半夏瀉心湯の記載あり。患者は今回病院を転院することとなり、新規の病院であった。処方内容の変更については医師からは指示はなかったことから名称類似による入力間違いが疑われたため疑義照会をし、以前から服用しているツムラ半夏瀉心湯へ変更となった。	転院であったため、名称類似の医薬品の選択ミスがおきたものと思われる。	互換性のあるデータによるやり取り(QRコードなど)が実現されれば防ぎやすくなる。	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)	記録などに不備があった	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
2211	ストロメクトールが処方されるべきところ、ゾフルーザが処方されていた。	この日は両方の病名の患者さんがかかっていた。似たような服用方法の薬なので、ドクターが勘違いした。	患者さんからどんな症状で受診したのか尋ねれば防げる事案	ゾフルーザ	ストロメクトール				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
2212	ペボタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」が処方された。お薬手帳を確認したところ耳鼻科でセチリジン錠を服用中、患者本人にも確認したところ医師にその旨報告しなかったとのこと。類似成分重複のため疑義照会しペボタスチンが処方削除になった。	お薬手帳を持参していたが診察時医師には見せなかったとのこと。	お薬手帳の意義・必要性について患者様に再度説明し受診時は薬局のみでなく医師にもきちんとお見せするよう指示した。	ペボタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」				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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2213	初回アンケートで複数のNSAIDsで発疹歴のある患者に一般名プラノプロフェン点眼が処方された。構造が類似していることから、疑義照会を行ったところ、アレジオン点眼に変更となった。医院の初診票には記載がなく、点眼処置を受けていたが、来局時にはまだ問題は起こっていない様であった。	処方せんの内容を確認した際に調剤者が混合困難と考え疑義照会。	副作用歴を申告する必要を患者に理解してもらい、内服・外用・市販問わず記載させて、必要に応じて聞き取る。	ムルキナ点眼液0.1%	アレジオン点眼液0.05%	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
2214	ビソフテンローション0.3%とロコイドクリーム0.1%の混合の処方の記載があった為、剤形が似ていないため混合は困難と判断し、ビソフテンローションを同一成分の軟膏やクリーム剤に変更できないか確認。→疑義照会後、ビソフテンローション0.3%がヘパリン類似物質油性クリーム0.3%に変更になり、ロコイドクリーム0.1%と混合でお渡し。	剤形によっては混合に不適な組み合わせもあるので、外用剤だけでなく粉薬やシロップ剤や錠剤の粉砕による混合の処方がある際にも、調剤前に混合で患者さんに渡してよいか判断を怠らないこと。		ビ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」	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
2215	ダイアート錠30mgが新規処方の患者。用法は生理前に朝食後・寝る前各1錠。患者家族に症状の確認を行ったところ、生理前になると嘔吐をともなうてんかん発作があり、それに対する薬と処方医より説明されていた。また、定期に追加となるので通常よりも少ない量での処方するとの説明もあった。ダイアート錠30mgの用法とともに適応にも疑問をもったため、てんかんに適応があり名称も類似している「ダイアモックス」の間違いではないかと疑義照会。ダイアモックス末 60mg/2×へ処方変更となった。	ダイアートとダイアモックスは名称が類似しており、処方入力時の選択ミスの可能性が考えられる。また処方量も1日60mgだった点も選択ミスの原因になったと考えられる。	用法用量・効能効果の確認とともに、処方された背景などを患者から聞き取りを行うことで、対応できた事例であった。新規処方に対してはより一層の注意が必要である。	ダイアート錠30mg	ダイアモックス末		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
2216	他院の定期薬でテブレノンカプセルを服用中の患者が他院を受診し、ムコスタ錠が処方された。類似薬服用中であることを疑義照会したところ、ムコスタ錠は処方削除となった。	ブレアボイド報告の為なし。	ブレアボイド報告の為なし。	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
2217	オメプラゾール腸溶錠20mg30日分処方 5/13に呼吸検査のため 継続し服用の場合 検査にて疑似陰性となることがあるため休薬の確認を行う。検査2週間前から休薬のため23日分へ変更	検査にて休薬が必要な薬剤を抜粋してリスト作成		オメプラゾール腸溶錠20mg「武田テバ」		患者への説明が不十分であった(急った)	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
2218	3歳の患者にホクナリンテープ0.5mgが処方されていた。疑義照会により1.0mgに変更になった。	院内での採用医薬品の確認ミスとされる。	院内の問題ではあるが、薬局内でも周知し、類似薬の確認を行う。	ホクナリンテープ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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
2219	A病院より処方せんを受け付け。プレドニゾン錠1mg「旭化成」1錠1×タ食後が処方されていた。2週間ほど前までB病院に入院しており入院中から服用中の薬剤の継続としてA病院よりの処方であった。お薬手帳でB病院からの退院時処方を確認したところ、プレドニゾン錠5mg「タケダ」が処方されていたことが確認できた。プレドニゾンが5mgから1mgに急激に減量となっている点に疑義を感じ、疑義照会を行ったところ、プレドニゾン錠1mg「旭化成」からプレドニゾン錠5mgへと処方変更となった。	B病院の採用薬であるプレドニゾン錠5mg「タケダ」に当たるA病院の採用薬がプレドニゾン錠5mgであったため、名称の類似するA病院の採用薬であるプレドニゾン錠1mg「旭化成」で処方してしまったものと考えられる。 ○単純なミス	退院後に転院となる場合、医療機関医より同一成分でも採用薬が異なる場合があるため、お薬手帳等で処方された薬剤の成分・規格等について不可解な点がないかの確認を行うよう、薬局内で事例を共有し徹底する。	プレドニゾン錠1mg (旭化成)		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
2220	フェロミアを間違えてファロムで処方されていた。	前回処方を参照し、名前も似ていることから、処方間違えではないかと考え、疑義照会した。	名前が似ている薬剤が処方されてしまう実態があることを念頭において調剤する。	ファロム錠150mg	フェロミア錠50mg			コンピュータシステム 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
2221	処方箋をFAXにて応需。「ツムラ小建中湯エキス顆粒(医療用)」の処方。患者母来局時、「鼻水が酷いので鼻水の薬をもらった」とのお話あり。主訴と処方薬の不一致のため疑義照会を行い、「ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)」の入力間違いであったと判明。	名称の類似した漢方製剤。入力後の再確認を怠った。	薬局においても、主訴に対し適切な医薬品が処方されているか常に注意を払う。	ツムラ小建中湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	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
2222	小児に投与禁忌のコデインリン酸塩散が処方された。疑義照会後に削除。	他剤で咳がおさまらなかったことと小児処方禁忌に変更になっていたこと忘れての処方。	小児投与禁忌の確認徹底。	コデインリン酸塩散10%「第一三共」			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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2223	アムロジピン錠5mgとドンペリドン錠10mgの処方。お薬手帳で他院からのニューロタン錠25mg・ナウゼリンOD錠10mgの処方を確認し、類似薬・同成分薬の重複となっているため問い合わせ。血圧の薬は他院のものを中止、吐気止めは同成分薬だが患者自身が理解できないようなので他院の残薬は中止して本日処方のものだけを飲むよう回答あり。	2週間以上続く吐気と、200以上の高血圧で前日初診。2日続けて点滴処置を受け、初日はドンペリドン錠10mgを1日分だけの処方だった。事前に他の診療所を受診し「吐気止め」と「血圧の薬」を使い始めたばかりと聞き出すが薬剤名分らず、初日は処方されたドンペリドン錠10mgと手持ちの血圧の薬を使うよう指示。翌日(今回の事例報告の当日)はアムロジピン錠5mgとドンペリドン錠10mgが処方。薬局で他院処方薬の現物「ニューロタン錠25mg」と「ナウゼリンOD錠10mg」を確認。血圧の薬を追加するのか切り替えるのか本人に聞いてもわからず、吐気止めは同成分薬であり残薬で足りそうなことから問い合わせ。処方元では併用薬の確認が取れていなかったため、全て新規のつもりで処方したとのこと。血圧の薬は切替、吐気止めは本人の理解力がなく、話をしても伝わらなかったことから残薬使用ではなく本日処方分を使うことになったため、持参薬を間違えて飲まないよう回収・処分した。	初日薬局時に、他院でもらった薬を持参するよう伝え、薬局では確認できたが、処方元へも見せるという考えが患者にはなかったため、同成分薬が処方されることとなった。併用薬は受診時と調剤時、両方で伝えるよう患者に伝えるが、前日の「もらっている薬を持ってきて」という指示以上のことは理解・実践が難しいようだった。調剤前に前日の申し送り「併用薬・持参薬を確認」指示を確実に実施することが今後も必要と思われる。	アムロジピン錠5mg 「トローワ」ドンペリドン錠10mg「サワイ」	ニューロタン錠25mg ナウゼリンOD錠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
2224	診療所で一般名処方に記載しているが、似たような名前で処方入力時に誤って記載されたため。	投薬時に患者さんとの会話や他にパタノール点眼の処方があり、花粉症と判明。疑義照会にて確認し未然に防止できた。	患者さんとの聞き取りで病名を聞いたら詳しく確認すること。	クラリスドライシロップ10%小児用	ロラタジンOD錠10mg「ファイザー」		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
2225	毎回泌尿器の先生にお薬(ザルティア、ウリトス)で処方されていました。が足の手術で都立大塚病院に入院してその後内科でいつもいただいているクリニックでベンケンOD2.5mgが退院処方で処方されていて退院後の内科の先生はそのままベンケンを処方されましたが泌尿器の先生に確認したところウリトスを削除してペオーバに変更して出してほしいとの依頼で今回ベンケンOD2.5mg、ザルティア、ペオーバで処方になりました。	必ず薬手帳を確認して似たような作用の薬があれば問合せをしてください。	業務が忙しくても疑問に思うことがあれば必ず問合せをしてください。	ウリトスOD		連携ができていなかった	知識が不足していた	コンピュータシステム	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2226	メマリ錠20mgを継続して服用していたが、他科の薬と合わせて9錠服用するため、薬が口の中に残って飲み込みにくい。メマリ錠には口腔崩壊錠があるので、処方医に連絡してメマリOD錠20mgに変更になる。		普段から患者とのコミュニケーションを密にとり、訴えに耳を傾けて、コンプライアンスの悪化に繋がらないようにする	メマリ錠20mg	メマリOD錠20mg				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.	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			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2227	ジャディアンス錠10mg、グリメピリド錠1mg「NP」、メホルミン塩酸塩錠500mg「ニプロ」の処方の患者さんに、今回花粉症の薬が追加となること。ルセフィ錠2.5mg、セlestamin配合錠 ナゾネックス点鼻液50μg112噴霧用1本の処方となっていた。SGLT2阻害薬2種（ジャディアンス10mgとルセフィ2.5mg）の重複処方となるため、疑義照会。ルセフィ錠は誤りで、正しくはルバフィン錠10mgの処方であった。	処方箋記載時の単純なミスによると思われる。	医薬品の品名類似品として、さらなる周知を。	ルセフィ錠2.5mg	ルバフィン錠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
2228	オーゲメンチン配合錠250SR、アモキシカプセル(50)、半夏瀉心湯の処方箋を患者が持参した。アモキシカプセル(50)6c分310TDの処方に新規では用量が多すぎると疑問を持った。患者本人に確認すると風邪のような症状を訴えていたため、医師に疑義照会した。その結果、【般】アモキシシリンカプセル(250)6c分310TDに変更になった。名称が似ていたため間違えて入力したようだ。	アモキシシリンを入力すべきところ、名称の類似しているアモキシカプセルを入力したようだ。	引き続き、患者とのコミュニケーションを密にとり、処方薬の処方目的を聞き取る。処方内容に間違いがないかよく確認していく。特に新規の処方薬に関しては注意する。	アモキシカプセル50mg	サワシリンカプセル250		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
2229	ヒルドイドローションが処方追加になり、生活保護患者のためジェネリックのビソフテンローションで調剤。投薬時に話を伺うと、背中に塗布するが、患者は1人暮らしで自分で塗る必要がある為、ローションでは塗りにくそうで心配との事。正しく塗布することが出来ず医師の意図する薬効が得られない恐れがあった為、液だれしにくく棒などを使って自分でも塗布できる泡状スプレーについて提案し、患者の了承を得て疑義照会を行った結果、処方変更となった。	患者の自宅での医薬品の使用状況について、診察室では患者・医師ともに想像がつかず、適切な剤形の選択が行われなかった。泡状スプレーは比較的新しく発売された剤形であるため、医師が処方の際に泡状スプレーの形状・使用方法について具体的に知らなかった可能性もある。	医薬品の使用部位によっては患者自身で使用することが難しい場合がある。患者の生活状況などを聴取し、適切な剤形を提案することも薬局での重要な業務であることを念頭におき、今まで以上に丁寧な情報収集を心がける必要がある。	ビソフテンローション	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
2230	一般名処方でプラミベキソール塩酸塩徐放錠0.375mgが嘔服（吐き気のある時）で処方されていたが、当該薬剤はドパミン作動性であるため作用が相反すると考え、疑義照会を実施したところ、プラミール錠5mgへ変更となった。	プラミベキソールとプラミールの名称が類似しているため、処方作成時の人為的なミスであると考えられる。	処方された薬剤が、患者の症状に対して適当な効能かつ作用機序であるか、常に注意を払って調剤する必要がある。	プラミベキソール塩酸塩徐放錠0.375mg	プラミール錠5mg		勤務状況が繁忙だった	医薬品	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

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

No.	事例の内容	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果	
		背景・要因	改善策	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	
2231	一般名処方で「チザニジン塩酸塩錠1mg」のご処方。お渡しの際、患者様より「今日は胸やけがして受診した。肩こりの話もしたが、肩こりの薬を出すとはおっしゃらなかった」とお話しいただき、念のため疑義照会。一般名「ニザチジンカプセル75mg」との記載間違いであることが発覚、処方変更となった。	チザニジンとニザチジンで一般名が似通っていた。	患者様のお話から疑問点があれば疑義照会を行う。	テルネリン錠1mg	ニザチジンカプセル75mg「トローワ」		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
2232	緑内障でデュオトラバ配合点眼液(1日1回点眼)、エイゾプト懸濁性点眼液1%(1日2回)点眼していた患者さんにエイゾプトが1日1回に用法変更となり処方された。患者さんに処方医から用法変更の説明の有無を確認したところ曖昧な返事だったので疑義照会をした。そこでカルテはエイベリス点眼液・1日1回に変更になっていたものの、カルテの見間違えてエイゾプトの用法変更で処方箋入力されたことが分かり、エイベリス点眼液に変更と連絡を受けた。しかし、エイベリス点眼液はチモロールと併用注意、最近DSUでも併用で眼炎副作用の報告もあり、メーカーでは単剤からの使用を推奨していることから、事由を処方医に報告しデュオトラバ(トラボプロスト・チモロール配合剤)との併用について再度確認した。結果、トルソプト点眼液1%に変更となった。	まずは、定時薬と薬品名が似ていたため用法変更と処方箋入力者が思い込み処方せんの見間違いが1つの要因。処方医に新薬の副作用情報のが的確に伝わってなく、効果を期待することが優先されたこと。	処方薬の用法は添付文書通りでないことも多々あるが、患者の聞き取りを素に疑問が生じたときは必ず疑義照会をすること、処方医とのコミュニケーションをとることが大切。	エイゾプト懸濁性点眼液1% エイベリス点眼液0.002%	エイベリス点眼液0.002%トルソプト点眼液1%		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
2233	アモキシサン(25)とアモキシシリン(250)の処方入力ミス	類似薬品名による単純な入力ミスであると思われる。同病院での汎用処方方でオーグメンチンとアモキシシリンのセットでの処方があるため、聴取した患者の病状から考えてもおそらくアモキシシリンの間違いであろうと推測。疑義紹介を行った。	類似薬品名の処方については、規格まで十分に注意し、患者の病状と処方内容が合致しているかも考慮して処方監査を行う。	アモキシサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「日医工」			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
2234	「一般名」レボフロキサシン点眼液0.5%と記載してあったが、患者様の母親との指導時に症状と薬剤が一致してないことに気づき疑義照会を行った。「一般名」レボカバスタン点眼液に処方ミスが判明した。	薬品名がレボで類似していて、処方ミスが発生したのと考えられる。	指導説明、症状確認におろそかにしない。	レボフロキサシン点眼液0.5%「オーハラ」	レボカバスタン点眼液0.025%「サワイ」			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(情報不足)
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	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	
1	先発品名処方、先発希望にも関わらずジェネリックで調剤 交付患者を見送った後薬歴記載段階で間違いに気づき電話連絡となる	日数調整があり実際に交付となったのが3日分 非常に込み合っている時間帯で、またPTPシートが似ていたため思い込みで監査してしまったための間違い	思い込みを排除するため調剤録の確認もして薬袋に入れる		確認を怠った				販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。