製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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
							背景・システム・環境要因			
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	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	
1	一般名で「ヘパリン類似物質外用泡状スプレー3%　100g」の処方。患者が外用剤は先発品を希望していたので「ヒルドイドフォーム3%」を調剤しようとしたが、ヒルドイドは包装単位が「92g」であったため、「100g包装」のあるジェネリック品『ヘパリン類似物質外用泡状スプレー3%「PP」』を調剤しなおした。	・ヒルドイドフォーム3%＝92g　・ジェネリック・ヘパリン類似物質外用泡状スプレー3%＝100g　包装単位が異なるので、「ヒルドイド→ジェネリックへの変更」や「一般名記載」の場合でも互換できない。	用量変更の場合は疑義紹介による確認が必要。	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0．3%「PP」	ヒルドイドフォーム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
2	処方箋にはバルプロ酸ナトリウム徐放40%1g分2朝夕食後28日分と記載されていたが、レセコンの入力ミスでバルプロ酸ナトリウム細粒40%1g分2朝夕食後28日分となってしまったため、監査システムや薬袋がそう書かれてしまっていたため、それに引きずられて細粒で調剤してしまった。翌日その間違いに気づき本人の家まで訪問し、細粒を服用前に正しい薬と交換する。	レセコンの入力ミスから、監査システムや薬袋・薬情・手帳などすべてが間違ってしまい、それを信じこんでしまった。また、忙しかった。	似たような薬剤の規格違いは、間違えやすいものであることから、特にそのような間違いが起きやすい薬については注意することが必要であると感じた。	バルプロ酸ナトリウム徐放U顆粒40%「アメル」	バルプロ酸ナトリウム細粒40%「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
3	処方箋に記載されていたのが「ヒューマログミックス50注ミリオペン」だったのに、冷蔵庫から調剤したものが「ヒューマログ注ミリオペン」で、監査もそのまま抜けてしまった。交付後、患者からの連絡で発覚した。	冷蔵庫の中に保管してあるインシュリンが複数あり、処方箋の初めの文字でヒューマログを調剤してしまったと思われる。監査・投薬の薬剤師も混雑していたため焦りもあり、処方箋の内容をしっかり確認せず、初めの文字で監査・投薬してしまったものと思われる。	インシュリンは名前が似ているものが多いので、似ているもの同士は冷蔵庫のなかでも近くに置かない、いくつか種類があることを注意喚起する張り紙を中に貼るなどで対処した。	ヒューマログミックス50注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペン	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
4	いつも定期的に来局される患者の家族に【般】イルベサルタン・アムロジピン錠10mgが処方された。本来イルアミクス配合錠HD「DSPB」をお渡しすべきところ、誤ってイルアミクス配合錠LD「DSPB」をお渡ししてしまった。患者家族も気づかずにそのまま服用していた。施設などでの血圧測定では異常が出ることがなかった。後日患者が緊急入院した際（転倒のため）病院薬剤師による持参薬の鑑別の際、間違いが発覚した。	昼近くで注意力散漫になっていた可能性がある。一時的に混雑し、焦りもあった。一般名の表記ではHDとLDの判別がつきづらい。	監査を二重三重に行うようにした。	イルアミクス配合錠HD「DSPB」	イルアミクス配合錠LD「DSPB」	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

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
5	5/14に本人と奥様より薬局に電話あり。前回4/11調剤分のインスリンを開けたらラベルの色が違ったとのこと。ノボラピッド30ミックスフレックスペンを2瓶調剤すべきところ、ノボラピッドフレックスペンを2瓶お渡ししていた。お詫びしすぐに取り換えに伺った。使用には至っておらず、健康被害なし。	剤数が多く、FAXをいただいてすぐに取りに来られる方のため待たせまいというあせりがあった。ラベルの確認不足であった。ご本人がよく理解されているということもあり、投薬時に薬情と薬の照合を怠った。	注射は名称、形状が類似しているものが多いため、ラベルの記載を必ず確認する。投薬時に薬情と薬の照合を行い、患者さんにも確認していただく。	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	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
6	一般名処方でバルプロ酸徐放錠200mgと処方されていた。徐放錠であるバルプロ酸ナトリウムSR錠200mgを調剤しないといけなかったが、普通錠のバレリン錠200mgを調剤していた。バルプロ酸錠200mg⇒バルプロ酸徐放錠200mgと処方の切り替え時だった。服用はすべて終わっていた。患者、医師に謝罪、説明した。健康被害はんなし。	DO処方時から切り替え処方の見過ごし、一般名処方が類似しているためと薬剤師の思い込みが要因。	バルプロ酸の複数規格の存在の再確認。調剤棚に注意喚起の札を貼りました。	バルプロ酸ナトリウム錠200mg「アメル」	バレリン錠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
7	ヘパリン類似物質外溶液をヒルドイドソフト軟膏で調剤	単純なミス	ヒルドイドは複数財形があるので注意する	ヒルドイドローション0.3%	ヒルドイドソフト軟膏0．3%	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
8	ミケランLA1%が処方の所、2%を調剤、交付してしまった。すぐに気が付き使用前に回収、交換した。	Drが通常使用しているものが2%だったため、思い込みで2%を調剤、確認が疎かになってしまった。またボトルの色なども似ており、LAと普通の点眼もあるため間違えてしまった。	ミケラン点眼1%、ミケラン点眼2%、ミケランLA点眼1%、ミケランLA点眼2%それぞれに注意喚起の札を取り付けた。メーカーにも改善してもらえるよう事例として報告した。	ミケランLA点眼液1%	ミケランLA点眼液2%	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
9	グロウジェクト注射用8mgが処方されているところ、グロウジェクトBC注射用8mgを調剤してしまった。そのまま監査でも気づかなかった。	当薬局ではグロウジェクトBCは1年以上不動になっており、調剤者・投薬者ともに在庫が2種類あることを知らなかった。保管位置が近く、取り間違えやすかった。〇処方医薬品の多さ	不動の薬の配置を変える。商品名の似ている薬を薬剤師内で周知する。	グロウジェクト注射用8mg	グロウジェクトBC注射用8mg	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「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	
10	一般名：ジアゼパム錠2mg　6錠　1日3回　毎食後　28日分、その他6種類の薬剤が処方された処方せんを受け付けた。先発希望のため2mgセルシン錠を合計168錠調剤するところ、2mgセルシン錠100錠、5mgセルシン錠68錠で調剤をし鑑査に回した。調剤者とは別の薬剤師が鑑査をしたところ、5mgセルシン錠が混ざっていることを見つけて調剤者に調剤をし直してもらった。患者さんには交付する前にミスを気づけたため健康被害はなかった。	調剤後に監査サポートシステムであるポリムスを利用して照合を行ったが、100錠の束の方のバーコードを読み取ったためポリムスでは正しい2mgで照合し、エラーが出なかった。引き出しの棚の隣同士にセルシンの5mgと2mgが保管されていた。薬の箱を立てた状態で見ると5mgと2mgの箱が非常に類似しており取り間違えた可能性あり。	セルシン2mgと5mgの箱の保管場所が隣にならないよう列をずらして保管する。注意喚起のため箱の規格の数字にマジックでしるしをつける。	2mgセルシン錠	5mgセルシン錠	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
11	5月10日　医院より「前回の塗り薬がアンフラベートクリームではなく軟膏が出ていたようです。」との連絡有り。処方箋確認、処方はクリーム75g（15本）。入力データを確認したところ、入力もクリーム。現在庫を数え電子データ在庫量を確認したところ、クリームが多くて軟膏が不足していた。本人に確認したところ「もう薬は残っていない。薬が効かないから医者が変えてくれたと思っていた。聞いてみればよかったな。同じ薬が入っているのならいいよ。」当日処方があった。会計はクリームも軟膏も同額であった為、前回の薬が間違っていたことについて説明、口頭であやまった。	・薬品名類似：クリームと軟膏・外観類似：両方とも、5g包装で、キャップの色・印字がクリームはオレンジ色で軟膏はピンク色と同じ赤系統。・配置場所：隣同士（箱から出して、カゴに入れている。薬品名は明示）・患者さん：いつも「医者に任せているから」と、薬剤師の説明を聞かない方。薬品確認だけはして頂いていた。・作業手順の不履行：いつも患者さんへの説明時には、薬情と薬品を重ねておいて確認しているが、常勤薬剤師不在で忙しかったため実施しなかった。（手順書明示なし）	・配置場所変更：隣通しから段数違いに変更・業務手順書の見直しの検討：調剤薬の交付の項	アンフラベート0．05％クリーム	アンフラベート0．05％軟膏	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった		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
12	40代女性の患者様にモンテルカストOD錠10mg「タカタ」を28錠お渡ししなければいけないところを、モンテルカストチュアブル錠5mg「タカタ」が8錠混ざっていることに気付かず、投薬時に患者様からのご指摘で気づくことができた。	混雑時であり、焦りを感じていた。双方の薬の外見が類似していることから、別の患者様で処方されたお薬を棚に戻す際に間違えて戻してしまったものと考えられる。それに気づかずに当患者様に混入したものをピッキングしてしまった可能性が高い。薬をピッキングしたものが一度監査をしていたこともあり、最終監査でも気づくことができなかった。	双方の薬の棚のところに間違いが起きぬように注意喚起のメモを取り付けた。監査の前に薬をピッキングした者が間違っていないか今一度確認するようにした。可能な限り薬をピッキングする者と監査をする者が異なるような体制にした。	モンテルカストOD錠10mg「タカタ」	モンテルカストチュアブル錠5mg「タカタ」		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「規格・剤型間違い」）

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
13	【正】プレドニン錠5mg【誤】プレドニゾロン錠1mg（旭化成）	今回から新規の処方。入力時にプレドニン錠5mgとプレドニゾロン錠1mg（旭化成）を誤って選択した。入力からお渡しまで全スルー。	流れ作業にならないように、出来るだけ初期監査者と最終鑑査を別にする。出来ない場合は初期監査と最終鑑査を同じ流れで行わず、一度他の患者の初期監査や最終鑑査や投薬などを行い、同様の患者の初期監査と最終鑑査を1度区切って行うようにする。初期監査と最終鑑査が同じスタッフが担当した場合投薬者は出来るだけ別の職員が担当する。類似名のある医薬品、他規格のある医薬品は処方箋・調剤指示書の薬品名、規格をそれぞれ指さし確認し初期監査、調剤、鑑査を行う。投薬時に処方箋・調剤指示書を手元に開き、薬品と処方箋・調剤指示書を照合し、患者様と一緒に薬情を見ながら、投薬者と患者様の間で処方内容を確認する。初期監査時に初期監査を担当する薬剤師が、指さし確認しながらのチェックを徹底する。	プレドニン錠5mg	プレドニゾロン錠1mg（旭化成）	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
14	テルミサルタン錠40mgの一般名処方。調剤時にバルサルタン錠40mgを集薬し、鑑査時に取り間違えを発見。	名称もよく似た同じARB剤でmg数も同じ薬であったことが大きい原因であると考えられる。	このようなケースは後発品普及後、以前よりさらによく見られるケースと思われる。一般名処方の監査はより注意する必要がある。	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
15	【レニベース錠5mg 1錠 分1朝食後 56日分】の処方に対して、【レニベース錠2.5mg 56錠】を規格違いでお渡ししてしまった。気づいたご本人からの電話で判明。すでにご本人の判断で1回に2.5mg×2錠で2回服用している。間違えた薬2つは同成分だという事・成分量も5mgになるように服用されていたので健康被害の心配は無いことを説明し謝罪。残り54回分として、【2.5mg 52錠】と【5mg 54錠】を交換。	○17時の閉局間際に来局されたため、早く終わらせたいとの気持ちから焦って準備・投薬してしまった。○5mgは採用されてから日が浅かったため、レニベースは2.5mgと5mgの両方を在庫していることをスタッフ間で共有不足だった。（2.5mgも5mgも1人ずつにしか出ていないため調剤の機会も少なかった）○レニベースの2.5mgと5mgの箱のデザイン・色合いがとても良く似ているため取り間違いしやすかった。	○どんな状態の時でも落ち着いて調剤・監査する。投薬時には薬情の写真と照らし合わせて説明することでシートの色などから気づける機会を増やす。○新たに採用になった薬があればスタッフ間でしっかり共有するようにする。○箱にそれぞれ処方が出てる患者名を記入して取り間違いを防ぐ。	レニベース錠5	レニベース錠2．5	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	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
16	フリウェルULDの処方のところ、フリウェエルLDをお渡ししてしまった。投薬が済んだすぐ後に、事務員が入力内容を再確認し、間違いが発覚した。すぐに電話連絡をしたがつながらなず、夕刻になって連絡が取れたが、処方せん上は夕食後服用であったが、医師に本日はすぐに飲むように指示されており、夕食前だったが1錠を服用してしまった後であった。薬局より医師にも連絡をし、明日以降はULDを服用するように指示された。すぐに交換に伺った。	処方せんの見間違いである。薬局の在庫がLDのみだったこともあり、入力した事務員も、調剤者、鑑査者も間違いに気付かなかった。	ULD、LDと薬品名が似ているので、処方せんは規格までしっかり確認することを再度徹底する。	フリウェル配合錠ULD「モチダ」	フリウェル配合錠LD「モチダ」	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
17	HDという規格が最近採用となったが、類似する薬品で処方数が多いものを調剤してしまった。	処方数が多いヒューマログ注ミリオペンであるという思い込みで調剤をしてしまった。MRの案内の際も、間違いやすいということであったが、実際の調剤の時にもやはり思い込み、確認不足が発生してしまった。思い込みをせずに、薬品名の規格を最後までよく確認する必要がある。	今回ポリムスがあったため、監査の前にエラーに気づくことができた。ピッキングシステムの活用と同時に、調剤者自身も薬品名を最後まで確認するという意識をもって取り組むことが大切である。	ヒューマログ注ミリオペンHD	ヒューマログ注ミリオペン	確認を怠った	知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった	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
18	ベネット17.5が処方されていたが、ベネット75で調剤し、ポリムスチェック時に発見。	ベネット17.5とベネット75が同じ引き出しに入っていること、規格の数字が似ていることから、誤って取り間違えてしまった。	今回、規格の違いであったため、ポリムスでチェックすることができたので、調剤の時点で気づくことができた。規格の数値が類似していること、引き出しが同じであったことから、取り間違えが発生してしまったが、週1回服用と、月一回服用の違いがあるため、再発しないように、調剤時に処方箋と規格を照らし合わせて確認することが必要であると感じた。	ベネット17.5	ベネット7.5	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	施設・設備	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
19	カルボシステイン250mg処方されているところ、500mgの調剤を行った。監査薬剤師がすぐに気がつき、再調剤を行い処方せん通りに交付。	500mgの処方が多いことによる思い込み、250mgと500mgの棚が隣り合っており、外箱のデザインも似ていることが原因と考えられる。	棚に規格注意の印を施す。規格間違えが起きやすい薬であることを意識する。	（一般名）カルボシステイン250mg	カルボシステイン錠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
20	ゲルの処方をクリームで渡す	思い込みによる取違	2種間違えないよう注意喚起	ヘパリン類似物質ゲル0．3%「アメル」	ヘ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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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
							背景・システム・環境要因			
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	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	
21	前回（4/16）処方箋受付時に患者から酸化マグネシウム処方漏れを指摘され、1g/分3毎食後処方追加了承を得たが、0．33g包装品をピッキングすべきところ、誤って1g包装品をピッキングしてしまった。患者は包装の違いに気づかないまま2週間ほど服用したところで水様便伴う下痢を発症したところでに外来受診し、中止となった。その後も患者判断で1日1回夕食後服用したが、下痢症状は認められなかった。本日（6/11）来局時、残薬確認の際、包装の違いに気づいた。	・薬剤師は問い合わせから投薬までの時間短縮を急ぐあまり、注意力散漫となり、包装の違いに気づかなかった。・0．33g包装は茶色、1g包装は青色で製品名や規格が印字されており、似た色味のため目視確認が漏れてしまった。・監査システムは製品名まで監査できるが、個包装の違いまで識別できなかった。	・ストックヤードの配置見直しを検討する。・規格ごとに別会社の医薬品納入を検討する（類似デザインの採用を避ける）。・可能な限り、調剤者と監査者、監査者と投薬者を分ける。・複数規格ある薬剤の棚に注意喚起を促す付箋を貼る	重質酸化マグネシウム「ケンエー」	重質酸化マグネシウム「ケンエー」	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
22	外用薬の薬品名類似品の取り間違い	応援薬剤師との情報共有不足	処方頻度の低い薬　類似名の注意する薬品について情報を共有する	ヘパリン類似物質クリーム0．3%「ラクール」	ヘパリン類似物質ローション0．3%「ラクール」	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
23	ファモチジン錠とOD錠を混合してピッキングしていた。鑑査時に誤りに気づき正しいものを調剤。	シートの外観が似ている。ピッキングサポートシステムを用い、薬剤と入力が一致していることを確認できるが、読み込んだシートのみが一致していることしか確認できないため読み込んでいないものを確認することを怠ってしまった。	別の箱からピッキングする際ももう一度箱を読みとる作業を行う。	ファモチジン錠20mg「トーワ」	ファモチジンOD錠20mg「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
24	ベシケア錠5mgをベシケア錠2．5mgと間違えて交付。服用前に本人がいつもの薬のヒート包装と違うことに気がつき、当薬局に相談。正しい医薬品と交換になった。	医薬品名称の酷似。当薬局では薬剤情報に医薬品の写真が掲載されているが、その際の突き合わせを怠ったことも要因と考えられる。	薬剤情報の活用と薬歴へ注意事事項として記録	ベシケア錠5mg	ベシケア錠2．5mg	確認を怠った		医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
25	ピタバスタチンCa・OD錠2mg「ファイザー」を調剤しなければならないところ、ピタバスタチンCa錠2mg「ファイザー」を調剤。監査にて気が付き交換した。	ピタバスタチンCa・OD錠2mg「ファイザー」とピタバスタチンCa錠2mg「ファイザー」の外観が酷似しており、知識がないと間違えやすい為注意が必要である。	職員に実物を見せて違いを伝達し、他薬剤に関しても必ず剤形・規格を確認するよう指導した。	ピタバスタチンCa・OD錠2mg「ファイザー」	ピタバスタチンCa錠2mg「ファイザー」	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	処方箋に一般名で　ヘパリン類似物質スプレー0．3%　と記載されていたので　ヘパリン類似物質外用スプレー0．3%「日医工」で調剤したが、監査の段階で本一般名のジェネリックは　ヘパリン類似物質外用泡状スプレー「PP」であることが分かり、訂正して投薬した。	一般名「ヘパリン類似物質噴霧剤0．3%」は先発品「なし」、後発品「ヘパリン類似物質外用スプレー0．3%「日医工」」である。一般名「ヘパリン類似物質スプレー0．3%」は先発品「ヒルドイドフォーム0．3%」、後発品「ヘパリン類似物質外用泡状スプレー「PP」上記に注意して調剤すべきであった。	ヘパリン類似物質外用剤の一般名、先発品名、ジェネリック品名を改めて表形式で見やすくする必要があった。	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%「日医工」	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「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
							背景・システム・環境要因			
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	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	
27	レンドルミンの処方、棚からレンドルミンを取り出すも、監査システムでエラー（レンドルミンD錠ですとの記載）しかし、棚からはレンドルミンの場所からとっているが、レンドルミンの棚にレンドルミンD錠がいれてあったため誤ってとってしまった	レンドルミンD錠を取った際に、戻すときにレンドルミンD錠の場所ではなく、誤ってレンドルミン錠に戻してしまったため次にレンドルミンをとるときに、入っていてD錠をとってしまった見た目もかなり似ていた〇単純なミス〇焦り〇注意力散漫	見た目にとらわれず、文字をしっかりみる、取り出したところに必ずしまうと徹底する	レンドルミン錠0．25mg	レンドルミンD錠0．25mg	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
28	FAD腸溶錠15mg「わかもと」とFAD腸溶錠10mg「わかもと」の個装箱が似ている為、誤って調剤をしてしまった	箱を立てた状態で保管すると、酷似している	大きく規格を明示するように注意喚起した	FAD腸溶錠15mg「わかもと」	FAD腸溶錠10mg「わかもと」	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
29	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「シングレア錠5mg」と記載されていた。ジェネリック医薬品に変更する際に、受付で「モンテルカスト錠10mg」と入力してしまった。また、店内にモンテルカスト錠5mgの在庫がないのに気付かずに調剤助手がモンテルカスト錠10mgで調剤してしまい、薬剤師が鑑査する際に規格が違うことを見過ごして患者に投薬してしまった。後日患者が来局した際に、事務員が間違いに気付いた。患者にはその場で謝罪して副作用の有無を聴取したが、副作用の発現は確認できなかった。	モンテルカスト錠5mgと10mgのPTPシートの色が似ていたため間違えた。また、店内の在庫を把握できていなかった。規格の確認を見過ごしてしまった。事例発生時は店内が大変混み合っていた上に、当日は事務員も他店のヘルプだったため、全員に焦りがあった。処方せんの見間違い単純なミス焦り	規格注意の紙を調剤棚に貼付した。小児にはモンテルカスト錠5mgが処方されることをスタッフ間で周知した。	シングレア錠5mg	モンテルカスト錠10mg「KM」	確認を怠った 連携ができていなかった	知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった	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
30	一般名ゾルピデム酒石酸塩錠10mg「日新」処方されていたところ一般名ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「日新」に間違えて渡してしまいました。	ゾルピデム酒石酸塩錠10mgとゾルピデム酒石酸塩錠5mgは、棚の位置が近く名称も似ていたので間違えてしまった。また、患者が来局した時間は店内が混んでいたためあせりがありました。	鑑査に回す前に薬の再確認を徹底することにした。取り違え防止のための注意喚起をした。	ゾルピデム酒石酸塩錠10mg「日新」	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「日新」	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
31	6月18日当事者Aは処方箋を正しいもの（ビーソフテンクリーム）で調剤、調剤録を確認したところ入力間違いを確認修正ついでに過去のデータを確認した所過去　6回分　剤型違いで調剤していたことが判明	1．門前採用ひんありきでの入力であったため、ヒルドイド＝ヘパリン類似物質油性クリームとなっていたこと（処方箋にはビーソフテンクリーム0．3%25g/本　先：ヒルドイドクリームの記載あり）2．ビーソフテンクリーム（O/W型）　ヘパリン類似物質油性クリーム（W/O型）どちらもクリームであるため剤型の違いがわからなかった。〇処方せんの見間違い	入力時には規格に関して再度確認の徹底　先頭の商品名だけで判断して入力しない。ジェネリックメーカーさんからヘパリン類似物質の標準品とそれに対応するジェネリック医薬品（製剤写真付）違いが判る一覧表を取り寄せて、薬剤師・事務員に確認の徹底を行った。	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	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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
							背景・システム・環境要因			
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	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	
32	本来イフェクサーSRカプセル75mg 1カプセル　夕食後　30日分をお渡しすべき所、誤ってイフェクサーSRカプセル37.5mgでお渡ししてしまっていた。患者から連絡を受け、過誤が発覚した。	入力内容に対する過信が強く、確認が不足していた。	規格取り違えがあった事を店舗で共有し、処方箋に基づいた調剤を徹底するよう指導した。今回インシデントに繋がったイフェクサーは、特に規格が37.5mg・75mgと、数値の類似性もみられるため、規格取り違えの注意を促す札を設置する。	イフェクサーSRカプセル75mg	イフェクサーSRカプセル37．5mg	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
33	本来、アイトロール錠20mg　2錠　分2　1日2回　朝夕食後　63日分　一包化に朝夕分包の所、誤ってアイトロール錠10mgにてお渡ししてしまう。在庫差異から、過誤が発覚した。	処方入力は正しく、一包化作成の際に誤った10mgで調剤し分包した。PCSは、正しい20mgで記録が残っており、エラーはなかった。バーコードは20mgの箱のものを読み取ったが、調剤は隣にある10mgからピッキングした。鑑査の際にも、規格間違いに気づかずお渡ししてしまった。	PCSを通す時は、ヒートに直接印刷されているGS-1を読み取るよう徹底する。調剤者は空のヒートを鑑査者に持参し、鑑査者は必ず空のヒートを確認し、処方箋と一緒に保管するよう運用を徹底する。異規格では、刻印が類似していること、不安な刻印はヒートを直接みて確認するよう併せて周知した。	アイトロール錠20mg	アイトロール錠10mg	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
34	一般名処方「ヘパリン類似物質クリーム」をヒルドイドソフト軟膏で調剤・投薬。処方箋の確認、認識不足と思い込みによる。以前にヒルドイドソフト軟膏とステロイドの混合が処方されたこともあり投薬時にヒルドイドソフト軟膏が合わなかったのかも知れない。縫ってたらカサカサしたとお話しされたていたにもかかわらず気づかず投薬してしまった。	一般名に対する正しい薬は何かを再度確認して今回の油性という文字がなかったにも関わらず、別の財形を調剤してしまった。	一致するものかどうかを必ず確認して気になる点は疑義照会すること。	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 判断を誤った	知識が不足していた	医薬品	その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
35	一般名ヘパリン類似物質クリームと処方されていたところをヘパリン類似物質油性クリームで調剤してしまった。	昼休憩時間帯で普段受付を行っている事務がおらず、入力に不慣れな薬剤師が入力を行った。前回処方はヘパリン類似物質油性クリームの方で出ていた為、Do処方と思ってしまった。	一般名の場合、ヘパリン類似物質「クリーム」とヘパリン類似物質「軟膏」と最後の部分が異なっているので下線を引き注意を促す。	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	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
36	一般名でヘパリン類似物質クリームのご処方のところ、ヘパリン類似物質油性クリームで入力、調剤、投薬を行ってしまった。	入力時、一般名処方であったが注意力が散漫していてクリームと軟膏の剤型の確認を行ってしまった。調剤する薬剤師は経験の少ない薬剤師であった。人手が少なく、混みあったタイミングであり注意力が散漫していた。	剤型までしっかり確認し入力、調剤をする。混雑時でも落ち着いて処方箋をみる。	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	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
37	一般名処方。患者の希望で品を渡すところを、間違ってジェネリック品を渡してしまっていた。後日患者本人より確認のTELがあり発覚した。	患者の希望で先発、ジェネリックと選んでいるが名称も似ているため間違って渡してた。	患者の希望がどちらであるか再確認。外用の名称とジェネリックか否か再確認する。	アンテベートローション0．05%	アンフラベート0．05%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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
38	5/13定期薬プラバスタチン5mg「TCK」1錠 （メバロチン5mgより変更）30日分のところ、プラバスタチン10mgでお渡ししていた。次回 6/10来局時の投薬薬剤師が 正しい薬剤を交付の際、ご本人より、誤った薬に薬剤が変わったと思い、23日分すでに服用されたことを聞き取りした。同じ成分の量の多い薬を誤って調剤のため、起こりうる副作用を説明のうえ、体調はお変わりないことを確認させていただいた。	鑑査時、処方箋の確認前に 薬歴を確認した。その際、定期薬がプラバスタチン10mg「TCKK]と思い誤った。そのため、薬剤の鑑査時に 処方箋の規格に注意していなかった。薬情の写真でも交付薬剤を再確認したが、薬剤、シートの写真が類似のため、誤りに気付くことができなかった。	処方箋鑑査の手順を遵守します。入力等の処方箋の鑑査が終わってから、薬歴等を確認するようにします。規格の複数ある薬剤について、一層の注意を払うよう改善します	プラバスタチンNa錠5mg「TCK」	プラバスタチンNa錠10mg「TCK」	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
39	患者様希望がGEのブロチゾラム錠（0.25）14錠だったが、原因は不明だがブロチゾラム錠（0.25）10錠、レンドルミン錠（0.25）4錠になっていた	ブロチゾラム、レンドルインは同じ内容の薬であり、包装も酷似また、先発、後発認識のため同じ棚で管理していた。	作業の途中で中断をしない。棚位置の変更の検討	ブロチゾラム錠0.25	レンドルミン錠0.25	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
40	【般】ヘパリン類似物質スプレー0.3%と記載された処方箋を受けた。この一般名は外用スプレーと外用泡状スプレーのどちらでも調剤をすることが可能だが、液状の外用スプレーと思い込み調剤。交付前に液状と泡状があることに気づき、処方医に確認。泡状を指示されたため再調剤し、正しく交付した。	一般名処方についての知識不足。処方医との連携不足。		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%「ニットー」	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
41	「一般名」バルプロ酸錠200mgの処方であったが、「一般名」バルプロ酸徐放錠200mgと勘違いし、以前の処方と同じセレニカR錠200mgで処方入力し調剤してお渡ししてしまった。1か月後の定期受診時に、他の薬剤師が前回と同じ処方内容であったため間違いに気づいた。以前は、「一般名」バルプロ酸徐放錠200mgを、本人希望で先発品セレニカR錠で調剤していた患者であったため、以前と同じと早合点して入力・調剤・監査をしてしまった。	「一般名」バルプロ酸錠には、徐放錠と普通錠が存在しいる。当薬局では、「一般名 バルプロ酸錠」は先発「デパケン錠」、後発品「バレリン錠」があり、「一般名 バルプロ酸徐放錠」には先発品「デパケンR錠」・「セレニカR錠」、後発「バルプロ酸徐放B錠 トーワ」があり普段から、名称が似ているので気をつけていたが、以前から先発品のセレニカR錠を希望されているレアケースであったためそれにばかり気を取られ、処方内容が「徐放錠」から「普通錠」に変わっている事に気づかなかった。	「一般名 バルプロ酸錠」には、普通錠と徐放錠の2種があり、間違いやすい名前なので、今一度きちんと処方箋を確認する様、スタッフ全員で徹底する。	バレリン錠200mg	セレニカR錠200mg	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
							背景・システム・環境要因			
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	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	
42	ヒューマログ注100単位/ml10ml／箱の所、ヒューマログ注カート3mlx2／箱を誤調剤・投薬。幸い、インスリンポンプにカートは使用不能、及び患者さん自身が箱を開けてすぐに間違いだと気づかれたので、直ぐに交換出来た。	平日午後2時過ぎの丁度薬剤師手薄状態で、1人の薬剤師が調剤・監査・投薬をしなければならなかった。ヒューマログ注100単位/ml10ml／箱とヒューマログ注カート3mlx2／箱とが極めて類似外観で箱の大きさも同じ位だった。良く見れば、カートの外箱には「カート」の文字が記載されている。又、箱の封を切って添付文書を取り出して調剤しているので、その時点で気づく筈。インスリン注射方法を確認すれば間違う事は無かったと思われます。	出来る限り、複数薬剤師で調剤・監査・投薬をする。出来ない場合は、慎重に確認をする。	ヒューマログ注100単位／mL	ヒューマログ注カート	確認を怠った	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
43	レボフロキサシン錠500mg「DSEP」をクラビット500mgと取り間違えた。	取り間違えに気付き確認してみたところ、レボフロキサシン錠500mg「DSEP」の場所に、先発品のクラビット500mgが納品されていた。包装箱の外見が類似していた。	ピッキングの際は陳列ラベルだけで判断せず、ピッキングした薬剤の包装箱とPTPシートでの確認も怠らないようにする。要望にはなるが、製薬企業には先発品と後発品の外装の外見が区別できるようにパッケージを工夫してもらいたい。	レボフロキサシン錠500mg「DSEP」	クラビット錠500mg	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
44	シートの色が似ているので、間違えてしまった。投薬時に患者様に説明中に気づいた。	土曜日は大変混雑しており、確認を怠ってしまった。〇作業手順の不履行	混雑していても、手順通りに焦らずに行う。	モンテルカスト錠10mg「KM」	モンテルカスト細粒4mg「明治」	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
45	「一般名」ベニジピン塩酸塩錠、4月分の処方せんでは2mg錠1錠／日で処方・調剤（30日分）。5月分処方せんでは4mgで処方されているところを、誤って2mgで調剤（30日分）。6月処方（30日分）でも同様の誤り。7月処方分で当事者（薬剤師）が規格の誤りを発見し、処方医に報告。血圧自体は3月～7月の2mg錠1錠／日で安定しているということで、7月処方分は4mgから2mg錠に処方変更して継続。患者の健康被害は報告時点で確認されておらず、追加処置も無し。	同一処方せん内の外用剤：3月応需の処方せん「一般名」ヘパリン類似物質軟膏0．3%（ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」を調剤）の使用感で塗布後のべたつきが気になるとの相談を受け、4月応需の処方せんでは疑義照会し「一般名」ヘパリン類似物質外用液0．3%に変更（ビーソフテンローションを調剤）。5月分では外用薬変更後の使用感の確認、6月分では残薬の確認に気を取られて、ベニジピンの規格を見落とした。	疑義照会等で処方内容に変更が生じた場合、処方監査からすべての手順を再度実行することを徹底。〇作業手順の不履行〇注意力散漫	ベニジピン塩酸塩錠4mg「サワイ」	ベニジピン塩酸塩錠2mg「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
46	イグザレルト15mgをピッキングしなければならないところを、イグザレルト10mgをピッキングした。	イグザレルトの15mgと10mgのヒートや錠剤が似ている。	ピッキングの箱に注10と注15とそれぞれ付箋紙を付けた。	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	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
47	新患、メサデルムクリームとヒルドイドソフト軟膏を1:1で混合指示の処方。GE希望との事だったのでヘパリン類似物質クリームと、最近薬局で採用したプロメタゾン軟膏に替えて調剤。機械で混合するとヨーグルト状に液化してしまった。患者には使用感等説明し、メサデルムクリームは先発品のままで良いと了承を得た。	後で調べたところ、プロメタゾン軟膏にはオイラックスクリームの成分であるクロタミトンが含まれていた。クロタミトンとヒルドイドは液化するとの報告あり、これが原因と考えられる。	GEの外用剤は添加物の違いにも注意する。先発と後発で混合の可否が変わることも頭に入れておく。	メサデルムクリーム0．1%	プロメタゾンクリーム0．1%	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
48	【正】モーラステープ　20mg　28枚 【誤】モーラステープ　L40mg　28枚	入力ミスが起点です。	入力時には似た処方だとしてもDoとすぐに判断せず、用法用量、規格、薬剤名などを必ず確認致します。また、全ての工程に関わったため、自分の思い込みにより後半の確認作業に甘さが出てしまいました。今後は自分で行ったことは特に慎重にその工程ごとに確認作業を行います。今後、患者さまからのプレッシャーを感じることが多々あると思いますが、安全面を最優先させて参ります。	モーラステープ20mg	モーラステープL40mg	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
49	一般名処方で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にヘパリン類似物質泡状スプレーで入力。調剤補助システムを用いてそのまま調剤されたが鑑査時に入力ミスが発覚した。	処方箋の確認不足。普段から泡状スプレーの処方が多いことによる思い込み。	先入観による思い込みに囚われず確認をしっかり行う。	ヘパリン類似物質外用スプレー0．3%「サトウ」	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	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
50	ラシックス40の処方にラシックス10を渡してしまった。一包化調剤で、一包化したヒートをダブルチェックしているが、色が同じで気づけなかった。患者さんに渡してすぐ気づき回収したので健康被害は無し	ラシックス40とラシックス10は錠剤の大きさが同じでPTPシートの大きさもほぼ同じで、ヒートに色も赤っぽく類似点が多いため見誤った。	ラシックスに関しては、ヒートの裏だけはうすい黄色とうすい赤で異なるので、ヒートの裏も確認する	ラシックス錠40mg	ラシックス錠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
51	一般処方名でヘパリン類似物質軟膏0.3%をビーソクテンクリーム0.3%（ヘパリン類似物質クリーム0.3%）で処方しそうになった。監査時間違えをみつけてヘパリン類似油性クリーム0.3%に変更した。油性が付くかつかないかで商品が変わるのを確認した。	商品名にクリームという言葉がついているため混同してしまった例である。	商品名の変更希望が望ましいが今のところ油性＝軟膏と考えた方が無難である。	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「ニプロ」	ビーソフテンクリーム0．3%		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.	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	
52	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%100gが処方されたが、生憎在庫がなくて患者の同意を得てヒルドイドフォームを処方してしまった。その場に後から入ってきた薬剤師が泡状スプレーとフォームではg数が違うので変更できないことに気づき、すぐに電話で説明をして自宅に伺って取り替えました。	知識不足だった。	しっかりと確認していく。	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%	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
53	【正】ネキシウムカプセル20mg 【誤】ネキシウムカプセル10mg	ネキシウム20mgの棚に、1枚だけネキシウム10mgを入れてしまっていた。ヒートの形状が似ており、ピッキング時、監査時に確認が不十分だった。	多規格の薬剤の監査時には、ヒート1枚1枚の規格を確認する 薬剤を棚・箱に戻す場合は、必ず他の人にも確認してもらう、ダブルチェックして戻す。 監査レンジで監査する際に、ヒートをずらして下のヒートのバーコードも監査できるようにする。	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 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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
54	薬剤師の認識不足から生じた規格違いの薬剤をお渡ししそうになりました。	ピッキングをする薬剤師と監査をする薬剤師を別にし、しっかりチェックするべきでした。単純なミス	最終監査を徹底すること、及び類似品目にはマーカーで注意喚起を図ることにしました。	ユベラNカプセル100mg	ユベラN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	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	トリプタノール10の処方がされているところ、誤ってトフラニール10をピッキングした。その後の監査で誤りに気が付き、訂正を行った。	類似名称の他薬をピッキングしてしまった事例であり、調剤棚が並んで配置されていたことにも要因があったと考えられる。	棚の位置変更を行い、かご防止に努めた。	トリプタノール錠10	トフラニール錠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
56	カムシアHDのところ、カムシアLDを誤って患者に渡してしまった。患者も気がつかずに服用継続してしまう。	ヒートの色が似ている。引き出しの隣同士に収納されていたため、取り間違える。単純な調剤ミスが起きた。午後の混雑している中監査も通ってしまった。	薬を隣同士に収納しないようにし、MDとLDの表示をはっきり明記して、置くようにする	カムシア配合錠HD「あすか」	カムシア配合錠LD「あすか」		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
57	外用薬の基材の間違い	処方箋には「ヘパリン類似物質クリーム」と一般名で記載されていたが、入力の際に前回までと同じ「ヘパリン類似物質油性クリーム」を入力していた。そのため調剤時に「ヘパリン類似物質油性クリーム」を調剤し、監査の際に「クリーム」と「油性クリーム」の違いに気がつかず「油性クリーム」をお渡ししてしまった。	入力・監査の際には外用薬の基材まで注意して確認する必要がある。	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」	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.	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	
58	シロドシンロ腔内崩壊錠の処方を誤ってシロドシン錠で調剤してしまった。	複数の薬局で勤務中の非常勤薬剤師であり、前日勤務していた薬局が口腔内崩壊錠のみ在庫していた薬局のため普通錠の存在を知らず、当薬局では口腔内崩壊錠はあまり処方されないため、処方量の多い普通錠を調剤棚へ、少ない口腔内崩壊錠はストックケースに入れていたため、目に付いた普通錠を口腔内崩壊錠と思い込み調剤、投薬してしまった。なお、本人は口腔内崩壊錠の処方であったことは気づいていたとのこと。	複数店舗で調剤業務に従事する場合は採用薬品の確認を徹底。店舗としては多店舗で勤務する薬剤師でもミスを犯さないように、先発後発の採用の有無、類似品、他規格の有無などをわかりやすく表記し、調剤者に注意を促す。	シロドシンOD錠4mg「DSEP」	シロドシン錠4mg「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
59	一包化調剤にてメマリー錠20mgの処方にメマリーOD錠20mgで調剤。監査も気づけず、交付時に別の薬剤師が発見。交付には至らなかった。	一包化調剤の際は事前に対象の薬剤を2人体制で確認するが、注意力散漫でその際もピッキングの誤りに気づけなかったと考える。そのまま調剤・監査も進んでしまい、交付の段階で錠剤の違いに別の薬剤師が気付いた。	改善策として、類似の規格は声を出して確認するなど確認体制の見直し、作業手順の見直しをはかる。事例を薬局内で共有し再発を防ぐ。	メマリー錠20mg	メマリーOD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
60	一般名ヘパリン類似物質泡スプレー92g92gはヒルドイドフォーム　100gはヘパリン類似物質泡フォーム「日本臓器」誤ってGE100gで交付した	薬剤名、用法用量、規格などきちんと確認していなかった	確認を怠らない	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	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
61	「一般名ニフェジピン徐放錠(24時間持続)3錠分1朝食後60日分」が処方されていたが、薬剤師Aがニフェジピン CR錠20mg80錠とニフェジピンL錠20mg100錠をピッキングし、そのまま薬剤師Aが鑑査をし、薬袋の中へ入れた。投薬は薬剤師Bが行い、薬袋の中にニフェジピンCR錠20mg180錠の所、ニフェジピンL錠20mg100錠が混入されているのを交付前に気が付き、薬剤師Bは薬剤師Aにニフェジピン L錠20mg100錠の混入を指摘し、正しいニフェジピンCR錠20mgがピッキングしてもらい、二人で鑑査を行い、正しいものを交付した。	ニフェジピン徐放錠のCR錠とL錠の外箱のデザインが似ており、薬剤師Aの注意力散漫による単純なミスで起きてしまった。	ニフェジピン徐放錠の調剤棚に、「CR錠とL錠あり」の警告ポップを貼り、同じミスが起こらないよう対策している。	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		医薬品施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
62	処方箋通り「ヘパリン類似物質外用泡スプレー」を調剤したところ患者さんから前回と同じものを希望とおっしゃるため前回の処方箋等を確認しても前回と同じであったこう。前回「ヘパリン類似物質外用泡スプレー」を処方されていたのに「ヘパリン類似物質外用スプレー」を交付して患者さんは泡スプレーよりスプレーの方が使用感が良いのでスプレーを希望されたので医師に疑義紹介をし、処方内容を泡スプレーからスプレーに変更して頂き患者さんに交付しました。	泡スプレーとスプレーの見間違いで監査時や交付時に気づくことができませんでした。在庫の備蓄は同じ引き出しにあったことが要因かもしれません。剤形の確認ミス、思い込み、焦りまたは2種類あることに気づけなかったことも考えられます	備蓄の場所を含め再確認できるように考えていく	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	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
63	一般名処方の患者で、普段は先発品のジプレキサ錠でお渡し。以前話していた体調面の確認と他薬の確認に気を取られ誤ってジェネリックのオランザピンでお渡し。	次回の確認事項に気を取られ、話の中でいつものルーティンである薬の確認をせずお渡ししてしまった。ジェネリックだけあって見た目も似ているため監査の段階でも先入観から見逃してしまっていた。	処方箋、薬剤情報、薬歴の確認を徹底する。特に薬情と薬剤による見比べを2度行い、本人の前で再度確認するよう徹底する。	ジプレキサ錠10mg	オランザピン錠10mg「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	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
64	もともと口腔内崩壊錠でずっと使用していた患者様に対し　普通錠でお渡ししかけてしまった。　普通錠は本来店舗にはもともとおいておらず、他店舗からの転入の際に引き取ったもの。OD錠の棚に一緒にしまわれ箱の外観もほぼ同じだったためみわけがつかなかった。	閉店店舗の薬をすべて引き受けたことと、箱の外観があまりにも類似しており　まちがって棚にしまってしまったものと思われる。	棚に薬を戻すときは規格までしっかりと確認してから戻すようにするよう徹底周知した	ガスロンN・OD錠2mg	ガスロンN錠2mg	連携ができていなかった	技術・手技が未熟だった	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
65	エクメット錠LDを調剤するところエクメット錠HDを調剤	規格間違い。同商品のため名称類似。繁忙というのもあったが理由にはならないかと思います。確認を怠ったため	処方箋・PTPをよく見て落ち着いて調剤を行う	エクメット配合錠LD	エクメット配合錠HD	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
66	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」で処方が来ていたところ、誤ってビーソフテンクリーム0．3%でお渡ししてしまった。	ヘパリン類似物質油性クリームの「油性」の見落としと、ヘパリン類似物質クリームとの違いに対する認識不足が要因と考える。	一般名のヘパリン類似物質油性クリームとヘパリン類似物質クリームの商品名リストを作成し、一覧で確認できるようにする。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
67	2019年9月18日（水）11時半ごろ患者さんが処方箋を持って来局。「エリキュース錠5mg　1日2回　朝・夕食後28日分」という処方だった。調剤した薬剤師が誤ってエリキュース錠2.5mgをピッキング。監査者も監査時に気づく事が出来ず、そのまま投薬に向かった。投薬時にカウンターにて患者さんより「薬いつもと違うけど、変わったの？」と聞かれ、薬袋と照らし合わせたところエリキュース錠2.5mgで誤ってピッキングしている事が発覚。その場で謝罪し、正しい薬を交付した。	エリキュース錠は2規格とも処方数が少ない為、同じ引き出しに入っていた。近い場所に2剤があったこと、また繁忙時で確認が不十分であったことが原因と考えられる。	規格や名称が類似している医薬品は、同じ引き出し内でもなるべく場所を離す、またはどちらか一方を棚のカセットに上げ場所を離すなどの工夫をしたいと思う。	エリキュース錠5mg	エリキュース錠2．5mg	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
68	一般名処方でヘパリン類似物質クリームが処方されており、いつもは調剤薬としてヘパリン類似物質クリーム（ビーソフテンクリーム）をピッキングするところを、ヘパリン類似物質油性クリームを取り出した。投薬時、患者さんの家族に説明をした際、チューブの色調が異なることを指摘され再度処方薬確認をして誤調剤が判明した。その時点で、ヘパリン類似物質クリームに取り替えた。	高齢の患者さんで、使用薬剤も多く、飲み忘れ防止のため、一包化も行っている患者さんでした。内服処方薬剤も多種類（処方医薬品の多さ）で、一包化調剤の繁忙の中で、外用剤処方医薬品の処方せんの見間違い、思い込みで取り違えてしまった。	ヘパリン類似物質油性クリームとヘパリン類似物質クリームは「油性」を赤字で注意表示し取り違えを防ぐ。	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
69	箱とシートの色合いが似ており、棚も近かったため摂り間違えそうになった。	箱とシートの色の酷似	棚を離した	ビソプロロールフマル酸塩錠5mg「日医工」	プラバスタチンNa錠5mg「サワイ」	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
70	一般名処方で7日分、包装が似ている。混んでいたためによる確認不足	単純なミス		モンテルカストチュアブル錠5mg「タカタ」	モンテルカスト錠10mg「KN」	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
71	疑義照会にて追加になったランタスXR注をランタスソロスターで調剤し交付した	疑義照会似て追加であったため、確認するものが通常時に比べて不足していた。投薬席で希望を聞いてからの対応で、待たせないように少し急ぎ目の対応で、確認手順を飛ばしてしまった。調剤した人間は「ランタス」だけで判断したものと思われる。	監査後、投薬中に処方変更になった場合も監査手順を手順を焦らず実行する	ランタスXR注ソロスター	ランタス注ソロスター	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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
							背景・システム・環境要因			
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	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	
72	使っているヒルドイドソフト軟膏0.3%を処方したつもりが、（般）ヘパリン類似物質クリーム0.3%　のため、ヒルドイドソフト軟膏0.3%でないため、疑義照会。	一般名がややこしため、処方ミスが生じたと思われる。	一般名は気を付ける薬で、常に何を今まで使用したことがあるかを確認する必要がある。	ヒルドイドクリーム0．3%	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
73	ノボラピッドフレックスタッチが処方されていたが、ノボラピッドフレックスペンをお渡ししてしまった。外観が似ており、棚の位置も隣で、急いだため誤って調剤し、監査も薬品目の前半と外観の色のみ注意深く監査したため誤りに気づけなかった。	○単純なミス○焦り○注意力散漫外観類似棚の位置が隣	棚の位置を変更し、置き場所を離した。インスリンについて、複数剤形があることをしっかり学習しなおす。注意深く監査を行う。	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				ヒューマンエラー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	忙しい時間帯に、ご夫婦で処方箋を持ってこられていた。ご主人の処方箋には、ボグリボースOD錠0.2mg3錠1日3回毎食前14日分と記載あるも、その前に奥様の処方箋でボグリボース錠0.3mg「ケミファ」を調剤しており、そのまま思い込みで0.3mg「ケミファ」で調剤してしまった。監査時にミスがわかり、調剤し直したため、大事には至らなかった。	忙しい時間帯で焦っていた。ご夫婦で処方内容がよく似ており、思い込みで調剤してしまった。処方内容をきちんと確認できていなかった。	思い込みで調剤しない。しっかり処方内容を見ながら調剤する。調剤後も確認を忘れない。	ボグリボースOD錠0．2mg「武田テバ」	ボグリボース錠0．3mg「ケミファ」	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
75	「ニトレンジピン錠5mg」が処方されていて、薬剤師Aは「ニトレンジピン錠5mgサワイ」の棚から薬剤をピッキングした。薬剤師Bが監査したところ、「ニトレンジピン錠10mgサワイ」がピッキングされていた。その後、薬剤師Aに間違いを伝え正しく調剤。患者に渡ることはなかった。○10錠シート	棚にニトレンジピン錠5mg「サワイ」とニトレンジピン錠10mg「サワイ」が縦に並んでいた。薬剤を棚に戻すときに、ニトレンジピン10mg「サワイ」を外観が似ているニトレンジピン5mg「サワイ」の棚へもどしてしまった。○単純なミス	外観の似ている医薬品同士は、棚の間隔を空けて再配列する。薬を棚に戻す際に、必ず規格を確認する。	ニトレンジピン錠5mg「サワイ」	ニトレンジピン錠10mg「サワイ」	確認を怠った	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
76	「レンドルミンD錠0.25mg」が処方されている患者において、薬剤師Aは誤って「レンドルミン錠0.25mg」を調剤。忙しい時間のために、薬剤師Aは自己監査のまま患者に投薬。患者自身がいつもの薬ではないと気づき、服用前に正しい薬をお渡しした。	夕方の忙しい時間帯に、ダブルチェックを怠った。レンドルミンD錠と普通錠の外観が類似している。○作業手順の不履行○焦り	レンドルミンの剤形がD錠と普通錠で類似していることの周知徹底。繁忙時間でも作業手順の徹底をする。	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	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
77	処方　ラコールNF配合経腸用液のところ、ラコールNF配合経腸用液半固形剤を調剤　監査薬剤師も気づかず患者へ交付翌日在庫システムにてずれに気づき、患者宅へ交換対応　まだ服用する前であった	処方せん見間違い今処方まで、薬局内に半固形製剤しかなく、また薬剤師の知識・確認不足から、「ラコール」の部分だで判断してしまった	業務マニュアルには薬品名・剤型確認項目あり　調剤時・監査時の徹底調剤棚に類似品アラート目印つける	ラコールNF配合経腸用液	ラコールNF配合経腸用半固形剤	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.	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・システム・環境要因			
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	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	
78	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「チラーヂンS錠75μg、1錠/分1朝食後、28日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、チラーヂンS錠75μgを調剤するところ、上の薬棚にあったチラーヂンS錠50μgを調剤したことに気づかず、そのまま鑑査に回した。監査に当たった薬剤師Bが、処方薬のチラーヂンS錠75μgではなく50μg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はチラーヂン S錠75μg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づいたため、患者には正しい薬を交付した。	チラーヂンS錠75μgと50μgは名称、外観がともに似ており、また調剤の頻度が高いのも50μgであったため間違えてしまった。患者さん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、調剤者がピッキングした後に、鑑査に回す薬の再確認を徹底することにした。また薬棚の位置も離した。	チラーヂンS錠75μg	チラーヂンS錠50μg	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	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
79	処方せんは一般名ヘパリン類似物質クリームで来ていたが、ヘパリン類似物質油性クリーム「ニプロ」で軟膏MIXを行った。在庫管理システムで発注を行う際に店舗に置いていないヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」が在庫不足で発注候補にで挙がってたため、入力ミスが発覚した。処方せんを確認したところ、ヘパリン類似物質クリームの記載であることを確認し調剤ミスが発覚した。すぐに患者様に連絡をし、ご自宅に伺い謝罪した。誤った薬を回収し正しい薬と取り換えた。渡した薬は未使用であった為患者への健康被害はなかった。	○作業手順の不履行○処方せんの見間違い○注意力散漫・一般名処方ヘパリン類似クリームとヘパリン類似油性クリームで認識間違えがあった。・調剤監査を行ったものが1年目の薬剤師で経験が不足していた。・処方監査システムの作業をスキップしていまい調剤時に間違いに気付かなかった。	・調剤監査システム（ミスゼロ子®）使用の徹底。・テプラでヘパリン類似物質クリームとヘパリン類似油性クリームのラベルを作成し、カセットに貼付することで、一般名処方を受け付けた時の注意喚起となるように工夫をした。	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」	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
80	ゼポラスパップとテープの間違え	ゼポラスパップ処方に対して誤ってゼポラステープを患者様に渡してしまう。患者様本人が気づき再度来局され発覚。その場で謝罪・交換対応行う。○単純なミス○処方せんの見間違い	普段から薬の取り扱いには注意しているが、似たような名前のときはより一層の注意が必要。	ゼポラスパップ40mg	ゼポラステープ40mg	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	混合する薬が3種類あり、そのうちの一つだけがクリームで、慌てて、作りかけた	処方医薬品の多さのため、クリームと軟膏の確認がおろそかになってしまいがち。いつも混合処方時は、ヒルドイドソフト軟膏であったため、思い込みで調剤しかけた	落ち着いて、再度確認してから、混合調剤を実施する	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「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	その他		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
82	レンドルルミン錠　21T処方されていた。20Tはレンドルミン錠0.25mgを処方したが、次の箱を開けるときに、レンドルミンD錠0.25mgの箱を開けてレンドルミンD錠0.25mgを1T調剤した。患者さんに連絡したところ1Tはレンドルミン錠0.25mgだった。他はレンドルミン錠0.25mgだった。患者さんは次回受診時にその間違って調剤したレンドルミンD錠0.25mgを持参すると言われた。	薬のすべてのヒートの確認を怠った。レンドルミン錠とレンドルミンD錠の箱が類似していて、間違って箱を開けた。	レンドルミンD錠0.25mgは一人しかいないので、引き出しの一番奥に入れる。箱の上に患者さんの名前を記入する。	レンドルミン錠0．25mg	レンドルミンD錠0．25mg	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
83	一般名処方にて「ヘパリン類似物質外用スプレー」とあったため、後発品の「ヘパリン類似物質外用スプレー」を調剤、投薬したところ、患者母親より「ただのスプレーではなく泡状スプレーを出してもらった」と申し出があったため取り換えて投薬した。	先発品には無い剤型が後発品にはあり、一般名称は同一であるという知識が欠乏していた。	今回のようなケースでは医師の処方が何を指しているのかを疑義照会にて確認して剤型を決定し調剤しなければならない。	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	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
84	ヘパリン類似物質外用泡状スプレーが処方されていて、スプレー100gのみ見てしまって、スプレー「ニプロ」をピッキングしてしまった。泡スプレーは先発品のヒルドイドフォーム92gを扱っていたので、100gなので外用スプレーと思ってしまったが、よく見ると泡スプレーだったのでジェネリックを検索したところ100gの泡スプレーがあった。	100gは外用スプレーという思い込みがあった。よくよく処方箋をみていなかった。泡スプレーに気ずいて確認しようと思ったら、書籍類はH30年4月のもので、これらの薬剤は載っていなかった。	よく処方箋を読む。思いこみしない。	ヘパリン類似物質外用泡スプレー0.3%100g	ヘパリン類似物質外用スプレー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
85	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「チラーヂンS錠75μg、1錠/分1朝食後、28日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、チラーヂンS錠75μgを調剤するところ、上の薬棚にあったチラーヂンS錠50μgを調剤したことに気づかず、そのまま鑑査に回した。監査に当たった薬剤師Bが、処方薬のチラーヂンS錠75μgではなく50μg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はチラーヂン S錠75μg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づいたため、患者には正しい薬を交付した。	チラーヂンS錠75μgと50μgは名称、外観がともに似ており、また調剤の頻度が高いのも50μgであったため間違えてしまった。患者さん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、調剤者がピッキングした後に、鑑査に回す薬の再確認を徹底することにした。また薬棚の位置も離した。	チラーヂンS錠75μg	チラーヂンS錠50μg	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	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
86	外用薬の基材間違い	外用薬の一般名処方は長い事が多く、始めの方で判断すると基材の間違いにつながる。	自局の在庫の有無にかかわらず、基材の確認を行う。	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	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
87	シロスタゾールOD50mg84錠交付のところ、シロスタゾールOD100mgが14錠混入していた。帰宅後患者本人が気づき、当日中に持参された。謝罪の上交換。	シロスタゾールOD50mgにOD100mgが混入していたことに気づかず調剤。監査でも色が似ていることと、棚からとった思い込みで気づかず、交付してしまった。	シロスタゾールOD50mgと100mgの棚の配置を離す。監査時にゴムを外して監査する	シロスタゾールOD錠50mg「ケミファ」	シロスタゾールOD錠100mg「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
88	本来、ゾテピン錠25mg（朝食後）ゾテピン錠50mg（夕食後）等を含む一包化をお渡しすべき所、誤って、ゾテピン錠50mg（朝夕食後服用）等を含む一包化で調剤、投薬してしまった。入力内容を確認していた所、過誤が発覚した。	前回の処方から内容が変更になっていることに気づかず投薬に至った。局内混雑しており、注意が欠けてしまった。剤形も酷似しており、ゾテピン錠25mg・50mgの刻印について把握しきれていなかった。	入力時の縦チェックの徹底。混雑時ほど意識するよう徹底する。一包化直前には調剤医薬品の声だし確認を行い、局内医薬品名に喚起コメントを入れ注意を促す。	ゾテピン錠25mg「アメル」	ゾテピン錠50mg「アメル」	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
89	「（一般名）ヘパリン類似物質クリーム0．3%」で処方のところ、調剤者が『ヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」』で調剤し、監査者も間違いに気付かずそのまま投薬した。以前使用歴のある薬剤であったため、患者より連絡があり過誤が発覚し、使用前に交換した。	一般名処方の場合、文字列が似ているため、調剤者、監査者とも処方箋の見間違いに気付かなかった。気候の影響もあり、同時期の処方がクリーム剤よりも油性クリーム剤の方が圧倒的に多数であったため思い込みもあったかと思う。〇処方せんの見間違い〇単純なミス〇注意力散漫	注意深く監査を行うことは勿論であるが、監査や服薬指導時に情報箋の写真も使って確認を行うよう心掛ける。	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	医薬品		ヒューマンエラー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	患者家族が処方箋を持参。薬剤師Aがトレーにピッキングしたものを薬剤師Bが一包化。確認してお渡ししたつもりであったが、患者様が数日後、病院Cに入院して持参薬として当薬局で分包したものを持っていかれた。病院Cの薬剤部からプレドニン5mgではなくプレドニゾロン1mgが分包されているとの指摘あり。一包化の際手まきであるかどうかを確認され、手まきであるということと、間違いは今回だけであるということを伝えたところ、病院で対処してくださるとの返答あり。その後、訪問診療の担当医と患者家族にも報告し、陳謝する。	薬剤師Aがピッキングする際におなじ引き出しに入っている規格の違う薬を選択してしまった。薬剤師Bもピッキングしてある薬を改めて処方箋と照らし合わせたつもりが、規格が違っていることに気づかず、そのまま一包化してしまった。一包化の処方が並んでいたので、早く作らなくてはと焦ってしまった。	五十音順の引き出しなので、似た名称の薬が同じ引き出しに入っている。引き出しの中でも場所を遠くするなどの工夫が必要と感じた。また、ピッキングしてあっても、一から自分で作るつもりで、十分な確認が必要である。	プレドニン錠5mg	プレドニゾロン錠1mg（旭化成）	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「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	シロスタゾールOD100mgの処方で他薬とあわせ一包化されている患者であった。一包化した後、別の薬剤師の監査中に、途中でシロスタゾールOOD50mgのものが入っていることに気が付いた。その場ですぐに作り直しを行った。監査の際に気づいたので、お渡しはすることなく済んだが、患者を待たせる結果にもなってしまった。	両方の薬が、錠剤の大きさが少し違うだけで、シート・錠剤ともに酷似していた。それらの薬を隣同士のオープンケースにしまっていたこと、また薬局が混雑しており焦りからくる一包化前の確認ミスが原因だと思われる。	・シロスタゾールOD50mg・100mgそれぞれの薬を離して配置するようにした。また、他の同様の薬もわかりやすくするようにした。・一包化後の監査のほかにも、一包化前にWチェックを行うことにした。	シロスタゾールOD錠100mg「サワイ」	シロスタゾール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
92	カルベジロール10の処方がカベルゴリンになっていて患者様との話、男性ということもあり処方が間違いだと思い問い合わせ	医師の処方間違い	類似薬がたくさんあるので患者様の話をよく聞いて投薬したい	カルベジロール錠10mg「JG」	カベルゴリン錠0．25mg「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
93	以前よりヒューマログミックス25注ミリオペンを使用されていたが、今回の処方せんはヒューマログ注ミリオペンで記載されていた。薬歴を確認し、患者に変更の有無について医師から聞いているか確認したところ、変更については聞いていないとの返答あり。そのため、疑義照会をしたところ、ヒューマログ25注ミリオペンに処方変更となった。	名称の類似によるものと思われる。処方の際に前回の内容をコピーせずに入力したのが原因の可能性はあると考えられる。	薬局側のできることは、今回のように薬歴管理をしっかり行い、薬歴に基づいた調剤をすることと考えられる。疑問がある際は患者に変更について医師から指示があったか確認すること、また用法が適切かを判断することが重要と考えられる。	ヒューマログ注ミリオペン	ヒューマログミックス25注ミリオペン			医薬品		ヒューマンエラー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	患者様が入院され、本来パキシルCR12.5mgの所に、パキシルCR25mgが入っており、入院先の薬剤部が鑑別をされた際に気づかれた。	パキシルCR12.5mgと25mgは色は違うものの、規格の所の数字が似ている。	当薬局では、1薬品に一人ずつでしか処方が出ていないため、誰に処方されているものか外箱に紙を貼り、一目で見て分かるようにした。	パキシルCR錠12．5mg	パキシルCR錠25mg	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
95	一般名処方のため、剤形まで確認するが、確認できておらず、繁用されている油性クリームで調剤してしまった。	薬名、規格、剤形の確認が最後まで出来ておらず、見落としてしまった。	薬品名、規格、剤形の確認を怠らず行なう。	般）ヘパリン類似物質クリーム	般）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
96	ニューロタン50mgが処方されており調剤者がピッキングを行ったが実際にピッキングされたのは、50mgと25mgが混ざったものであった。第1次監査者がその事に気が付き、全て50mgに変えた。	薬の箱が大変似ている為、薬が納品された時に間違えて棚に戻してしまい調剤者が気が付かずにピッキングを行ってしまったと考えられる。	規格が違っていても、薬の箱が大変似ているものや薬が異なっているものでもメーカーが同一なら箱が似ているものがあるので、棚に補充する場合があってもしっかり確認して棚にしまうよう発覚したその場と昼礼で共有した。	ニューロタン50m	ニューロタン25m	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
97	レンドルミン錠0.25が処方され、ピッキングの際にレンドルミン錠0.25mgの箱にレンドルミンD錠0.25mgが紛れ込んでいることが発覚。ピッキング者が気付いたので過誤は免れたが、シートの色も似ているため、そのまま、患者様にお渡ししてしまっていてもおかしくない状況だった。	レンドルミンD錠を出して、箱に戻す際にレンドルミン錠の箱に戻してしまった。	棚戻し箱の設置。焦って戻さず、間違えてピッキングしたものは、一旦、棚戻し箱に返す癖をつける。必ず、箱と錠剤の名称を比べてから箱に戻す。指さし、声出し。	レンドルミン錠0.25mg	レンドルミンD錠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
98	外用剤　名前類似	処方薬剤の確認不足	類似については確実に確認をとる。	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	医薬品		ヒューマンエラー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	処方箋は一般名ジルチアゼム塩酸塩徐放錠カプセル100mgで処方されていたが、調剤時誤ってジルチアゼム30mgサワイを調剤し、そのまま監査もすり抜け患者様に払い出してしまった。その後患者様がいつもの薬と違うと気づき、問題が発覚した。	調剤した薬剤師は当店舗で取り扱っている薬を把握できていなかったこと　〇単純なミス処方箋が改行されている点の確認を怠ったこと　〇処方せんの見間違い薬剤師不足による多忙により監査業務が疎かになっていたこと　〇焦り	薬局内での取扱医薬品の周知、類似医薬品あり等の札を調剤棚につけるなどの工夫をし、監査業務の徹底を行う	ジルチアゼム塩酸塩錠30mg「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	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	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
100	普通錠を調剤するところ、OD錠を調剤し、監査で気が付かず渡してしまった。翌日、在庫が合わないことで気が付き、交換に伺った	普通錠とOD錠は、錠剤は剤型は全く異なっているが、シートの裏面は大変似ている。そのため、束ねている輪ゴムをはずして監査すべきだった。錠剤を直接監査できるよう、束ねるときに表を見せることが必要		シロドシン錠4mg「DSEP」	シロドシンOD錠4mg「DSEP」	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
101	社内の店舗間移動の依頼を受けたときに100gのものと言われたため、泡状スプレーだと思い込んでしまった。外用スプレーは100gの規格しかなく、泡状スプレーには100gとがあ200gるため、100gと念を押されたと勘違いしたことが誤りにつながった	ふだんは電話での依頼はなく在庫管理システム上でのやり取りだが、電話の依頼だったこともあり在庫管理システムをよく確認しなかった単純なミス	電話で依頼があった後ももう一度在庫管理システムをよく読み確認すべきだったと思う。	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
102	アスベリン錠20mgが処方された患者の調剤をした後、薬剤の鑑査をすると、アスベリン錠20mgが21錠のところ、アスベリン錠10mgが10錠と20mgが21錠で調剤されていた。	他薬局のデッドストックのアスベリン錠10mgを購入したとき、誤って20mgの100錠包装の箱に入れてしまった。PTPシートの色調も似ていることから、調剤したときには気づかず、鑑査時に気づいた。		アスベリン錠20	アスベリン錠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「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
							背景・システム・環境要因			
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	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	
103	一般名処方ではない処方せんだったが、処方せんの書き方が特殊な病院であったため入力者が一般名処方と勘違いし、ヘパリン類似油性クリームと記載があったものをビーソフテンクリームと思い込み入力した。薬剤師にも軟膏かクリームかどちらが正しいかを確認したが、薬剤師の知識不足もあり、調べることもなくビーソフテンクリームであると入力者に伝えた。ステロイドとの混合で準備をしていたところ、他の薬剤師が処方せんを見て、ビーソフテンクリームではなく軟膏のほうだと気付き正しいものを渡すことが出来た。	ヘパリン類似物質は色んな剤形があり、分からなければ確認するという作業を怠ったため、ミスが起こったと考えられる。	混合してしまえば患者さんも分からないため、きちんと確認しレセコンばかりを頼って入力しないこと、薬剤師も分からなければ相談、確認するようにと話し合った。	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
104	ニトラゼパム5mgをピッキングしなければならないところ鑑査システムを5mgのPTPで通した後次の箱を開ける際に10mgを手に取り気づかずそのままピッキングを続けた。5mgと10mgでPTPデザインが酷似していたことにより一包化の際にも気づかずそのまま交付した。	同じ薬のため保管場所が隣り合わせだった。鑑査システム上ではGS－1を読み取りが1薬品1回のためシステム上では最初に読み取った薬の正確さは担保できても続きの薬の正確性は個人の努力による。PTPのデザインが酷似している。	それぞれの薬に注意喚起のPOPをつける。次の箱を開ける際は必ず名称・規格まで確認する。PTPごとにデザイン・破損などを確認する。	ニトラゼパム錠5mg「ツルハラ」	ニトラゼパム錠10mg「ツルハラ」	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
105	一般名での処方：ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」を調剤しようとしたところ、棚にロスバスタチンOD錠2.5mgDSEP」の箱が入っていた。2日前に調剤した時に入っていた模様。在庫を調べてみると4錠の差異があった。該当すると思しき患者に確認の連絡をしたところ、4錠だけOD錠が混ざっていた。〇10錠シート	かなり似通った包装であったので、補充の際に間違えた模様。	薬剤を整理し、ロスバスタチンOD錠2.5mgの採用をやめ、普通錠のみに統一した。	ロスバスタチン錠2．5mg「DSEP」	ロスバスタチンOD錠2．5mg「DSEP」			医薬品		ヒューマンエラー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	〇10錠シートニフェジピンCR錠40mg「トーワ」1錠朝食後、アジルバ錠20mg1錠眠前の処方であったが、調剤者が誤ってニフェジピンCR錠20mg「トーワ」で調剤。監査者の指摘により発覚。	〇処方せんの見間違い〇単純なミス〇焦り〇注意力散漫繁忙時でよく似た処方の計数調剤が続いており、アジルバ錠20mgを計数調剤した際に、20mgという思い込みでニフェジピンCR錠についても調剤してしまった。	調剤時に使用する処方せんコピーの規格部分に、複数規格の取扱いがある薬品については丸印で囲い注意喚起をする。また薬品名（成分名）+規格で1薬品名称であるという意識で調剤・監査を行うこととした。	ニフェジピンCR錠40mg「トーワ」	ニフェジピンCR錠20mg「トーワ」	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「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	
107	【正】デパケン錠200mgを56錠交付する【誤】バルプロ酸Na徐放B錠200mg「トーワ」を56錠交付した。	医事スタッフの入力段階でデパケン錠200mgを誤って類似剤型変更してしまいバルプロ酸Na徐放B錠200mg「トーワ」 を選択してしまいました。その事に、初期監査、最終鑑査、薬剤交付を担当した者が気付かず交付が完了してしまいました。	類似剤形変更不可の医薬品について入力の段階で気付けるように一覧を作成する。類似剤型変更可能な医薬品の局内名称については、【類似剤型変更〇】のコメントを医薬品名称の前に記載する。類似剤型変更不可能な医薬品の局内名称については、【類似剤型変更×】のコメントを医薬品名称の前に記載する。医事スタッフは、処方箋入力時に【類似剤型変更〇】のコメントの記載がない医薬品については、薬剤師の確認をしてから類似剤型変更を実施する。	デパケン錠200mg	バルプロ酸Na徐放B錠200mg「トーワ」	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
108	OD錠と普通錠が同じ引き出しに隣り合わせに合った為、取りまちがい。また、OD錠と普通錠お箱の形状が類似してる為。	多忙につきの単純ミス	外箱が類似している場合。この度は、OD錠と普通錠と普通錠。OD錠の明記に赤マジックで〇で囲んだ。	ボグリボースOD錠0.3mg「MEEK」	ボグリボース錠0.3mg「MEEK」	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
109	メトグルコ250mg 6錠 分3 毎食後 で処方されており、いつもメトホルミン錠500mg「トーワ」 3錠 分3毎食後に変更しお渡ししていたが、その日はメトグルコ錠500mgで渡してしまった。業務終了後の出庫作業の際、数が合わず判明。 すぐ患者に連絡し変更、回収を行った。なお服用前であった。	普段より250mg錠6錠を500mg錠3錠（後発）に変えてお渡ししていた。当薬局ではそのように変更して渡すのは1名のみで、監査時に変更の意識はあったが、その日は立て込んでおり、500mgへ変更はしていたものの、後発への変更への意識が薄れており、デザインも似ているため変更しているものと思い込んで渡してしまった。	薬歴の頭書きに大きく「メトグルコ250mg6錠はジェネリックの500mg錠へ変更！」と記載し、注意喚起するようにした	メトグルコ錠250mg	メトグルコ錠500mg	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
110	ヘパリン類似物質外用スプレーが処方されていたが、ヘパリン類似物質外用泡状スプレーをピッキング。監査システムでエラーより発覚。	業務多忙により、処方せんの薬品名を最後まで読み取っていなかった。	処方せんの薬品名は最後まで読むよう、スタッフ間で意思統一をした。	ヘパリン類似物質外用スプレー0．3%「日医エ」	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	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
111	リスペリドン錠0.5mgクニヒロの棚にリスペリドンOD錠0.5mgヨシトミが補充されていた。それに気付かず調剤した。	箱の外観とシートが似ていて気付かなかった。	箱の外観が似ている薬剤を補充する際はダブルチェックを行う。	リスペリドン錠0．5mg「クニヒロ」	リスペリドンOD錠0．5mg「ヨシトミ」	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「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	
112	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏1回2g28日分と処方に記載されていた。強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏が1回2gの処方がくることは今までなかったため、疑義照会したところ、正しい記載は強力ポステリザン軟膏だったことがわかり、処方変更になった。	成分名、薬品名が似ており、病院での入力でまちがいがおこったと思われる。	入力ミスで、処方記載にミスがある場合も想定し、処方鑑査を今後も行っていく。	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			医薬品		ヒューマンエラー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	処方箋をネットで受付。忙しい時間帯で、入力者が処方箋を入力した際に軟膏のところを誤って外用液と入力し、調剤者も外溶液で調剤した。入力と調剤したものが合っていたので監査レンジでも間違いは見つけられなかった。服薬援助の時点で患者様と話が食い違い、発覚した。調剤し直して、処方入力訂正し、正しい薬をお渡しした。	入力者が前回の処方内容をコピーして入力し、今回の処方と違っていることに気が付かなかった。入力者が入力した内容に調剤者が気をとられてしまった。監査者も入力した内容が合っていると思い込んでしまった為。	忙しい時も落ち着いて処方箋を見て入力、入力チェックをする。調剤者は処方箋を見ながら調剤する。一般名を最後まで声に出して読んで入力、調剤、監査を行う。	ヘパリン類似物質軟膏0.3%	ヘパリン類似物質外用液0.3%		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
114	軟膏とクリームを間違えて調剤。	○注意力散漫○思い込み	見た目が似ている為、箱に「クリーム」と書いた付箋を貼付	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0．05%「MYK」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルクリーム0．05%「MYK」	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
115	一般名ブロチゾラム口腔崩壊錠の記載であったところ、レンドルミン錠を調剤してあったので、別の薬剤師が気が付きレンドルミンD錠に交換して調剤した。○10錠シート	レンドルミンD錠とレンドルミン錠の外観や外箱が似ているので、間違って調剤した。レンドルミン錠を服用している患者は1人しかいない為、外箱に患者名を記載し両者は離して置いた。○注意力散漫	レンドルミン錠を服用している患者は1人しかいない為、外箱に患者名を記載しレンドルミン錠は奥に離して置いた。	レンドルミンD錠0．25mg	レンドルミン錠0．25mg	確認を怠った	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
116	ロスバスタチン錠5mgが処方された患者に、ロスバスタチン錠5mgとロスバスタチンOD錠5mgを混在して調剤してしまったが、監査時に気付き訂正した。	ロスバスタチン錠5mgの保管場所に箱の形や色が似ていた為に間違えて、ロスバスタチンOD錠5mgが置かれていた。そのため、ロスバスタチン錠5mgと思い、調剤してしまった。	今まではロスバスタチン錠5mgとロスバスタチンOD錠5mgともに、10錠シートで採用していたが、ロスバスタチン錠5mgは14錠シートに採用変更し、箱の大きさを変えることで保管場所を間違えないように区別した。	ロスバスタチン錠5mg「共創未来」	ロスバスタチンOD錠5mg「共創未来」			その他		ヒューマンエラー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	デパケン錠200mgの処方。GE希望のためバルプロ酸Na徐放B錠200mgで調剤。監査中に発覚。	店舗繁忙時、デパケン錠とR錠の調剤ミス。GEに変更しているため名前も類似しており気づかず調剤した。改善策として薬の外箱に規格注意の札を貼り、繁忙時にも目に入るようにした。	薬の外箱に規格注意の札を貼り、繁忙時にも目に入るようにした。店舗スタッフに今回の事例を共有し知識面でも注意ができるようにした。	デパケン錠200mg	バルプロ酸Na徐放B錠200mg「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	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
118	一般名処方で、本来、【般】ヘパリン類似物質クリーム0.3%に該当するGEのピーソフテンクリームで調剤しなければならないところ、【般】ヘパリン類似物質軟膏で入力、そのGEであるヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」で調剤し、お渡ししてしまった。	門前病院の処方は【般】ヘパリン類似物質軟膏の処方が多いこともあり、入力・調剤ともにクリーム剤ではなく軟膏剤で調剤してしまった。調剤では、軟膏混合する前に、実際に混合する薬品を準備し、処方箋とものが合っているか薬剤師2名で確認を行っているが、【般】ヘパリン類似物質軟膏のGEが、「ヘパリン類似物質油性クリーム」という名称のため、処方せんの【般】ヘパリン類似物質クリームに対して、用意していたヘパリン類似物質油性クリームで合っていると勘違いしてしまったと考えられる。	一般名処方時、剤形違い等で類似した名称の薬品が多い場合、名称の頭の部分を確認後、後半部分の剤型に〇印を付けるようにする。特に、外用薬の一般名において類似名称や煩雑なものが多いため、一般名と商品名の対応表を別に作成し、従業員に配布、知識を習得する。名称だけを見てのピッキング、監査だけでなく規格まで見る訓練、また頭の中で薬品名、規格、錠数を読み上げる訓練を行う。外用薬の一般名と商品名の対応表を作成し、外用棚前に配置する。	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	医薬品	仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
119	ノボラピッドフレックスの1本がフレックスタッチで1本交じっていたとの当該患者からの申し出。	フレックスタッチがフレックスペンのはこに誤って入っていた可能性も否めない。そこも確認する必要があった 今後、フレックスタッチとフレックスペンの配置は同じところに置かずに離して置くなどの工夫する(箱の外観が酷似のため)		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		医薬品		ヒューマンエラー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	メコバラミンにメチコバールが混在して交付。処方日数が42日分で、いつもより2日多い処方。2日分を足して調剤した際に、メチコバールを混入させてしまった。	患者さんが集中して来局され、注意が足りなかった。	メチコバール、メコバラミンは包装も似通っているため、混入には注意して調剤する。機械を通して監査しているので、数量エラーが出たら、中身が全部あっているか確認を行う。	メコバラミン錠500「トーワ」	メチコバール錠500μg	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
121	ヒアレインミニ0.3%200個のところ、ヒアレインミニ0.1%200個で調剤。	箱が似ていた。ヒアレインミニ0.3%よりもヒアレインミニ0.1%の方が良く処方されていた。	ヒアレインミニ0.1%とヒアレインミニ0.3%の保管場所を離した。	ヒアレインミニ点眼液0．3%	ヒアレインミニ点眼液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
122	一般名処方でヘパリン類似物質外用液が処方されていたがヘパリン類似物質軟膏と間違えて入力し、調剤してしまった。	入力から調剤・監査まで全て同じ人が一人で行い、かつ忙しい時間帯で他の薬剤師は違う患者様の対応中だった為、確認を怠った。	一文字監査を丁寧に行い、焦らず業務にあたるよう注意する。忙しい時間でもダブル監査が出来るようスケジュールを組む	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	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
123	一般名　ヘパリン類似物質クリーム0.3%の処方に対し、事務員がレセコン入力を前回と同じヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」と入力した。投薬の時、薬剤師が入力ミスに気付き、ピーソフテンクリーム0.3%に訂正して投与した。	一般名が似通っていたので、よく確認しないで入力を終了してしまった。前回と変更になっていたが、前回通りと思い込んでいた。〇処方せんの見間違い	一般名処方は間違えやすいのでよりしっかり確認するよう改善。	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		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
124	「一般名」で「ヘパリン類似物質外用液」が処方されていた。患者様は、後発品を希望されている方であった。当事者は、判読ミスをしてしまい、「ヘパリン類似物質油性クリーム」を調剤した。別の薬剤師が投薬前に監査したところ、間違いに気づいた。正しい「ビーソフテンローション」を再調剤して、患者様に交付した。	薬局内は落ち着いていた。処方箋に記載されている薬品名を最後まで丁寧に確認することを怠った。当事者の気のゆるみで、単純なミスであった。	当薬局は処方箋をコピーして、それをもとに調剤している。処方箋に記載された薬品名で、複数規格(mg)や複数剤形があるものは、注意するその個所にボールペンで丸印をするようにした。そうすることで、監査する薬剤師にも注意喚起ができる。	ビ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	その他			ヒューマンエラー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	ドネペジル3mgへ減量処方に対し、前回同様5mgでの調剤・事務処理が行ってしまった。患者より、帰宅後医師との説明とは異なった前と同じに薬になっていることで、薬局に問い合わせがあり、発覚した。	しっかり規格までの確認が基本ルールであったが、思い込みや繁忙期にて確認を怠った。	基本ではあるが、規格までしっかり確認すること。患者との情報共有を繁忙期でも怠らないこと。採用するドネペジルが3mgと5mgでも外観が酷似していることから、しっかりと識別できる他社製品への採用変更も検討する。	ドネペジル塩酸塩OD錠3mg「トーワ」	ドネペジル塩酸塩OD錠5mg「トーワ」	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
126	フェブリク20mgの自動錠剤分包カセット内にフェブリク10mgが混入。調剤時は気が付かず、自動監査機も通過。目視にて誤っているのが確認された。	フェブリクの充てんミスと考えられる。大きさ見た目等が非常に似ているため、誤ったと考える。	充てん時の二重チェックの徹底をするように指示。目視の必要性の再確認。必ず徹底するように指示。	フェブリク錠20mg	フェブリク錠10mg	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
127	本来アルシオドールカプセル0．5μgを調剤すべきだったところをアルファカルシドールカプセル1μgを調剤してしまった。	複数規格がある事の知識不足と、頭文字が類似していることから取り違えが起こってしまったと思われる	規格違いの薬品が存在する旨を分かりやすく薬品棚横に記載することとした。	アルファカルシドールカプセル1μg「テバ」	アルシオドールカプセル0．5μg	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
128	ヤーズ配合錠が処方されていたにもかかわらず、ヤーズフレックスで調剤、投薬1ヶ月以上たち、同じ薬の処方せんを持って来局その際、理論在庫と実在庫の違いで過誤が発覚	ヤーズとヤーズフレックス、名前が似た薬が別剤であったという知識がなかったレセコン入力は合っていた。入力時、検索でヤーズとヤーズフレックス両方の名前が上がっていたにもかかわらず、入力者の焦りで、調剤者への注意喚起をしなかった薬袋、薬情の写真と実物は見た目が異なる。監査者が監査を怠った	未開封の箱、カセッターに「ヤーズと別の薬」「ヤーズフレックスと別の薬」と付箋を貼付	ヤーズ配合錠	ヤーズフレックス配合錠	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 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.	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・システム・環境要因			
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	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	
129	アマリール錠0.5mgの処方に対してアマリールOD錠0.5mgを調剤し交付した。	アマリールOD錠0.5mgの処方を複数の患者について受けている処方元からの処方。当該患者に、2ヶ月前よりアマリール錠が処方されていた。当事者である薬剤師は、市場および当薬局の在庫にアマリールOD錠と（普通）錠があることを知らなかった。処方箋の記載を見てアマリールOD錠の処方と思い込んで調剤した。患者と交付時に相互確認したが、アマリール錠とOD錠の外観が酷似していることから、患者自身も気がつかなかった。	当事者である薬剤師には、後発医薬品を調剤することが多い薬剤について、先発品の規格および外観について再度説明し、先発指定処方については規格・剤形共に確認することを指導した。また、再発防止のため、当該処方元の理解が得られたことから、アマリールOD錠0.5mgで調剤し、（普通）錠の処方はOD錠に置換えることで合意し、当薬局の在庫として、アマリール錠0.5mgを置かないことにした。	アマリール0．5mg錠	アマリールOD錠0．5mg	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
130	塩酸ベニジピン錠4mgが、処方されていたところを、2mgで間違って調剤し、投薬してしまっていた。患者様が帰宅後確認されて発覚し、連絡受ける。	調剤、監査、投薬、時の、確認ミス	他にピタバスタチンCa錠2mgしか処方されていなかったのに、ミスを起こしたのは、注意力が散漫していた為→よく似た色調とデザインの薬剤は、薬品棚に、『類似形状薬剤あり、取り間違えに注意』等の、警告表示をする様、改善。	塩酸ベニジピン錠4「NP」	塩酸ベニジピン錠2「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
131	眼科より処方された「一般名」カルテオロール塩酸塩点眼液1%（持続性）に対してミケランLA点眼液2%を調剤・交付してしまった。後日、棚卸時に誤調剤に気付き、当該患者に連絡、まだ使用前とのことで自宅に伺いミケランLA点眼液2%を回収し、改めてミケランLA点眼液1%を交付した。点眼薬の規格（%濃度）の間違いであった。	ミケランLA点眼の規格違いを失念しており、当薬局では2%製剤の処方が多いことから思い込みで誤調剤に気付くことができなかった。また、両規格は外袋、容器ともに色の濃淡の違いだけで似ていることもあり、患者との投薬時の確認時にも見逃してしまった。	点眼液等外用薬で複数の規格のあるものをリストアップし注意喚起を行う。当該患者の薬歴簿の表書きに「ミケランLA点眼1%」と目立つように記載するとともに2%の薬品棚に「1%あり」と表示を行う。	ミケランLA点眼液1%	ミケランLA点眼液2%	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
132	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には一般名で「【般】プロメタジン[プロメタジン塩酸塩錠]5mg 1T 分1 28日分」と記載されていたが、ヒベルナ糖衣錠25mgで調剤してしまった。投薬時に患者からの指摘で規格違いが発覚し、ヒベルナ糖衣錠5mgをお渡しした。	錠剤の色・形が同じで、大きさもあまり変わらず、シートのデザインが似ていることが原因だと考えられる。	棚の配置を変更(当該医薬品同士を近く配置しない)し、特にピッキング時の確認を徹底する。	ヒベルナ糖衣錠5mg	ヒベルナ糖衣錠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
133	「エルカルチンFF内用液10%（5ml包）」を投薬すべしところ、（10ml包）を投薬。	調剤した薬剤師、確認した薬剤師とも、10ml包のあることを知らなかった。包装が似ていた。	初回発注ではない品目については、バーコードによるオンライン発注とする。	エルカルチンFF内用液10%分包5mL	エルカルチンFF内用液10%分包10mL	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.	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	
134	ロキソニンレープを処方されていたが、間違ってロキソニンパップをお渡しした。患者様が、ひっつきが悪い、いつものと違うとおっしゃられた。お宅にお伺いして確認したところ、ロキソニンパップだった。	単純ミス。忙しくて類似処方多かったので、単純ミスを起こした。かつ患者様が何人も控えていて投薬者もロキソニンという名前とmgしか監査できていなかった。	忙しくても、確実に形状も確認することを周知した。	ロキソニンテープ100mg	ロキソニンパップ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
135	ランタスXR注ソロスターが処方されていたがランタス注ソロスターで調剤してしまった。後日調剤時に理論在庫とズレがあることが判明し調べたところ誤った薬剤を交付していたことに気がついた。患者は残薬を使用していたため、誤った薬剤の使用はなかった。	監査者は新人で規格が複数あることを知らなかった。（知識不足）名称が似ている為処方箋をよく確認する必要があった。（〇作業手順の不履行）	スタッフ全員に注意喚起し、それぞれの棚に注意喚起のラベルを貼った。	ランタスXR注ソロスター	ランタス注ソロスター	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
136	患者は視力の弱い方で、今までビクトーザ注とランタスXR注を処方されていたが、「筒の太さがよく似ているのでわかりにくい」とのことで、今回トレシーバ注フレックスタッチに処方変更された。しかし、処方内容はトレシーバ注ペンフィルになっていた。	同じ種類の剤型違いがあったために混同されたようです。	医師の手元にでも気を置いておくなどの対応も良いのではないか？弱視の方には、触ってわかる場合には商品を手に取ってもらう必要があると感じた。	トレシーバ注ペンフィル	トレシーバ注フレックスタッチ	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
137	ロスバスタチン普通錠と崩壊錠の外箱がよく似ているため取り違えてしまう	薬局の薬棚の整理と工夫が必要		ロスバスタチンOD錠5mg「DSEP」	ロスバスタチン錠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
138	患者様が数名待たれており、少しバタバタしていた。2枚に渡る処方箋で、すべて28日分処方で記載あり。一般名処方で、ゾルピデム酒石酸塩錠5mg1錠1日1回寝る前28日分記載されており、ジェネリック希望の患者様だったので、ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「杏林」を28錠調剤するところ、ゾルピデム酒石酸塩錠10mg「杏林」28錠調剤していた。ミスに気づかず、監査に回し、監査時に規格が違うことがわかり、すぐに調剤し直した。	患者様をお待たせしていて、かなり焦っていた。一般名処方で、規格までしっかり読めておらず、思い込みで調剤していた。調剤後、再確認をしなかった。	落ち着いて調剤をする。一般名処方で記載されている場合、紛らわしい、似た薬剤も多く、規格も見落としがちになるので、しっかり処方内容を読んで調剤する。調剤後再確認する。	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「杏林」	ゾルピデム酒石酸塩錠10mg「杏林」	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「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	
139	アリナミン錠25mg 2錠 56日分が処方されており、本来ならアリナミン錠25mgを112錠お渡しすべきところアリナミン錠25mg 12錠＋アリナミン錠50mg 100錠でお渡ししてしまった。	アリナミン錠25mgが保存されている棚にアリナミン錠50mgが保管されており注意力散漫による鑑査の精度低下で見た目が酷似しているアリナミン錠25mgと50mgが混在しても気が付かなかったことが原因である。	今回のように見た目が酷似している医薬品では、混在している場合があることに注意し、目視による鑑査を1つ1つのPTP包装で行い、薬剤名、規格、メーカー名、錠数を詳細に記録することで鑑査の精度を上げるようにすることが重要である。	25mgアリナミンF糖衣錠	50mgアリナミンF糖衣錠	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
140	ヘパリン類似物質ゲル0.3%が処方されていたがヘパリン類似物質油性クリーム0.3%を集薬し投薬者が発見し訂正した。	剤型が複数ある医薬品への知識・注意が不足していた。集薬後の再確認を怠った。〇処方せんの見間違い〇単純なミス〇作業手順の不履行	同成分で剤型異なる医薬品は入力段階で印をつけて注意喚起。医薬棚には注意喚起の暖簾をつけた。	ヘパリン類似物質ゲル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		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
141	ピタバスタチンCa2mgの処方でしたが誤って1mgを取り揃えた。監査時に薬剤師が気づき正しいものと交換した。	処方箋の見間違い	類似薬品がある時は規格の再確認を行う	ピタバスタチンCaOD錠2mgトーワ	ピタバスタチンCaOD錠1mgKOG	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
142	処方箋の記載はロスーゼット配合錠LDであったが、ロスーゼット配合錠HDで調剤し患者に交付した。すぐに気が付いてその場で交換した。	ロスーゼット配合錠HDの方がLDよりも繁用されており処方箋の薬剤名のみで判断し監査も疎かになっていた。ヒートも酷似しており以前より取り違えがないように保管場所も離れたところにしていたが思い込みで過誤した様である。〇注意力散漫	ロスーゼット配合錠LDに関しては服用患者が少ないので事務乳六のパソコンに入力時にアラートが出るようにし、また監査を徹底していく。	ロスーゼット配合錠LD	ロスーゼット配合錠HD	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
143	ヒアレイン点眼液0．3%が処方されていたが、ヒアレイン点眼液0．1%を調剤して、患者様に投薬する。後で監査時に気づき患者様に連絡をとり、自宅まで交換に伺い、事なきを得る。	今回ピッキング、監査、投薬までの流れで二人の薬剤師が関わったが、二人ともにヒアレイン点眼液0．3%の存在を知らず、ヒアレイン点眼液は0．1%しかないものだと思い込み調剤してしまった。そこにはあきらかな知識不足と思い込みがあったため、今回の事例に至る。	あきらかな知識不足のため起きた事例のため、少なからず調剤する医薬品の添付文書を確認して、規格、剤形などの種類があるかを確認して知識を増やす必要がある。また規格や、剤形の違いがある医薬品や名称が類似している医薬品にはシールなどで見分けがつくように工夫する必要がある。	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	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
144	軟膏とクリーム剤の取り間違い。監査時に発見	外箱の包装類似による取り間違え。保管場所を変えているが、納品で格納時に場所を間違えて保管した模様	納品時、ピッキング時、剤形の確認の徹底〇作業手順の不履行	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0．05%「MYK」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルクリーム0．05%「MYK」	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
145	【正】キプレスチュアブル錠5mg 30錠【誤】キプレスチュアブル錠5mg 28錠とキプレス錠10mg2錠でお渡し	調剤時に14錠シート2枚は正しいものを調剤したが、追加の2錠を隣にある薬もしくは間違って補充されている薬を取ってしまった。	薬品の外観が似ていることを把握して規格を確認する。外観が似ている薬品、規格違いの薬品は一目でわかるように目印をつける、または薬の棚を離す。	キプレスチュアブル錠5mg	キプレス錠10mg	判断を誤った		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「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	
146	処方箋発行医療機関の事務職員が、処方箋発行時に「ノボラピッド注フレックスペン」であるべきものを「ノボラピッド注フレックスタッチ」を入力してしまった。 前回と違う注射剤が出ていた為、処方医に確認したところ、事務職員の入力ミスであったことが判明。	「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」と類似名であった為、事務職員が入力ミスをした。	類似の2剤形が有る事を事務職員に周知してもらうように類似名薬品のリストアップと勉強会の開催。処方箋入力後の確認の徹底。をお願いした。	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	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 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
147	一般名処方、アムロジピン口腔内崩壊錠2.5mg1錠、直食後　60日分のところ、アムロジピンOD錠5mgをお渡ししてしまった。患者さん本人よりその日のうちに電話があり発覚、服用はしていない。	背景：アムロジピン関連の薬は、先発・合剤含めて30種類近くある。アムロジピンOD2.5青色、OD5mg濃い緑色と同じメーカーの為雰囲気も似ている。10錠シート60日分で錠剤の表が見えない状態で組み合わさり、ゴムで止められている。要因：一人薬剤師、忙しい時間の合間・1種のみの処方、気の緩み。	棚に規格注意の注意喚起。20、40、60などの時には、錠剤の表が見えない事が無いように（薬情の写真に写っている状態を見えるように）組み合わせるよう、操作手順を変更、徹底させた。	アムロジピンOD錠2．５mg「アメル」	アムロジピンOD錠5mg「アメル」	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
148	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「ヘパリン類似物質軟膏０．３%」と記載されていたため、本来であれば、ヒルドイドソフト軟膏0．3%を用意すべきところ、誤ってヒルドイドクリーム0．３$を用意してしまった。投薬の直前に、誤りに気付いたため、患者には正しいものをお渡しすることができた。	普段は圧倒的にヒルドイドクリームの処方が多いので、思い込みで用意してしまった。単純ミス。	処方箋に記載された剤形を最後までしっかり確認する。	ヒルドイドソフト軟膏0．3%	ヒルドイドクリーム0．３%	確認を怠った				ヒューマンエラー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	エディロール(0.5)が処方されていたが、誤ってエディロール(0.75)を交付した。	類似規格がある薬品の確認を怠った。	薬情の写真とあわせて鑑査を行っていればヒートの違いから調剤ミスに気づくことができた。	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	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
150	処方せんにはデキサメタゾンプロピオン酸エステルクリーム0.1%と記載されていた。薬剤師が調剤するさい、薬棚からデキサメタゾンプロピオン酸エステルクリーム0.1%を調剤するところ、その隣にあったデキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏0.1%を取り出してしまった。投薬の際、薬剤師本人が間違いに気づき患者には正しい薬を交付した。	デキサメタゾンプロピオン酸エステルクリーム0.1%とデキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏0.1%は棚の位置が隣で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があった。	デキサメタゾンプロピオン酸エステルクリーム0.1%とデキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏0.1%の棚の位置を離した。	プロメタゾンクリーム0．１%	プロメタゾン軟膏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.	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・システム・環境要因			
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	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	
151	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%100gの一般名処方に対しヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%100gを交付しそうになり窓口で薬情と写真が違うことで気づき取り換えた。	他に処方されていた混合軟膏の規格について細かい希望があり、そちらに気を取られ、本来「ポリムス」で薬剤の確認をすべきところを漏れがしょうじてしまった。〇作業手順の不履行	必ず最終的にポリムスを通していることを確認のうえ交付する。	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 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
152	チモプトール点眼液0.5%のところチモプトールXE点眼液0.5%で入力・調剤してしまった。	他薬剤に欠品があり、そちらに注意をとられてしまった。（注意力散漫）類似した薬品名が存在するという意識に欠け注意を怠った。	監査の徹底。点眼回数が異なる製剤なので確認しながら投薬する。類似した薬品名が存在しないか注意を払いながら入力する。	チモプトール点眼液0．5%	チモプトールXE点眼液0．5%	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

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

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	
153	一般名処方において、カムシアHDで調剤すべきところカデチアHDで調剤	正しい薬と取り違えた薬はどちらもカンデサルタン8mgの合剤であり、一般名処方にてカンデサルタンの部分だけの確認で配合剤のもう一方の確認を怠ったと思われる。	配合剤は似たような薬剤名・LD・HDと類似しているため、再度配合剤の知識としての認識と、特に注意して確認する類似薬剤に対してはピックアップしメモをつけるなど注意喚起する。	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				ヒューマンエラー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	FAXにて処方箋受付。薬剤師Aが本来セフカペンピボキシル錠100mg「サワイ」をピッキングすべきところをセフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」にて調剤していた。監査時に別の薬剤師Bが発見しミスが発覚した。また入力も誤っていた。	名称類似によるミスと思われる。また同じ抗生剤と言うことも起因しているだろう。	類似名称品に関しては棚などに注意喚起を促すメモを貼付するようにする。	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
155	一般名セファクロルをセファレキシンと読み違えて入力、計数を行い、患者に交付した。夕方患者に連絡。昼分は服用済み。効能は同じなら構わないと言ってくれたが、処方内容が変わってしまう為交換する事に	一般名になると似た名称が多くなり、パソコンなどで選択間違えるとそのまま気づかずに進んでしまう	似た名称の医薬品はマーカーなどで印をつける	ケフラールカプセル250mg	ケフレックスカプセル250mg	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
156	ウルソデオキシコール酸錠が6錠21日分処方され126錠渡したが1時間後に本人より100錠がエナラプリルマレイン酸塩錠入っていると電話があり間違いに気が付き謝罪して交換した。	ウルソデオキシコール酸錠の右隣りにエナラプリルマレイン酸塩錠があるため充填時にエナラプリルマレイン酸塩錠をウルソデオキシコール酸錠の棚に充填してしまった。	薬品の充填時に薬が間違いないか確認する。調剤時にも外観がよく似ている薬の間違いないか確認する。	ウルソデオキシコール酸錠100mg「トーワ」	エナラプリルマレイン酸塩錠5mg「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
157	薬剤を取り違えてしまったが、散薬監査システムの確認時に気付いたため事なきを得た。	置いている場所が隣り合っていたことと、ケースが類似していたため、取り違えてしまった。	配置場所を離すようにした。ラベルを見やすくした。	プルスマリンAドライシロップ小児用1．5%	プランルカストDS10%「EK」	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
158	ウルソデオキシコール100mg「サワイ」をお渡しするところ、間違えてアロプリノール錠100mg「サワイ」をお渡ししてしまった。日内棚卸し時在庫が合わず判明。該当患者様へすぐに連絡し、後日交換となった。	以前アロプリノール錠「サワイ」の錠棚にウルソデオキシコール錠「サワイ」が入っていた。採用薬品増加により錠棚は変更されたが、以前の感覚でピッキングしてしまった。両薬剤は似た形状をしており、気がつかずに投薬にいたってしまった。		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」	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
159	アロプリノール錠100mg「サワイ」とウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」の取り違え。監査者がミスゼロ子を使用し調剤ミスが発覚。	ヒートデザインが酷似しており、かつ規格も同じ100mgであったため発生した事例である。調剤者の知識不足が1つの原因でもある。	両者のヒートデザインが酷似していることを念頭に置いて調剤業務にあたる。また、調剤した後にもう一度誤薬品がないか処方箋と照らし合わせながら確認する。	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」	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
160	【正】ムコダイン錠500mg 3錠 分3 毎食後 5日分【誤】ムコソルバン錠15mg 3錠 分3 毎食後 5日分	確認不足（処方箋でムコダイン錠の記載を見た際に、以前処方されていたムコソルバン錠と名前が似ていたこともあり、見間違いからDOで引っ張ってきてしまい誤ってムコソルバン錠で入力してしまった。）また、入力手技の4文字入力を規格の確認手順が抜け落ちていた為。	入力の際に4文字入力を徹底するPDAのみで調剤を行わない。調剤の際は必ず処方箋原本を確認しながら行う。一文字鑑査を行う際、処方箋原本も指をさして確認する。	ムコダイン錠500mg	ムコソルバン錠15mg	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			ヒューマンエラー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	ジェネリック医薬品のトアラセット配合錠の棚に先発医薬品のトラムセット配合錠が充填されており気づかずに混在した状態で患者に交付、次の調剤時に混在していることが発覚し、患者に連絡しすぐに交換した	医薬品棚に充填する際の確認を徹底する。似ているデザイン包装のジェネリック医薬品と先発医薬品の場合は特にシートを一枚ずつ確認する。〇単純なミス〇注意力散漫		トアラセット配合錠「EE」	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	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
162	カンデサルタン8mgを28日分処方された。調剤棚からピッキング・監査と別の薬剤師が行い投薬時にも患者に提示し確認してもらい薬を渡した。その直後に別にカンデサルタン8mgをピッキングする際、カンデサルタンの調剤棚にブロプレス8が入っており箱が開封されている事が発覚。その直前に投薬した患者に電話連絡したところカンデサルタンにブロプレスが混入している事が判明。即日交換し、服用前だったので 事なきを得た。	検品後の薬品を調剤棚にしまう時の間違い→外箱が類似している為先入観による薬品名の確認不足。ピッキング・監査時の間違い→ヒートデザインが類似している為先入観による薬品名の確認不足。 〇作業手順の不履行 〇単純なミス 〇注意力散漫	薬品棚は五十音順に整頓されている為カンデサルタンとブロプレスは離して保管している。棚にしまう時・ピッキングする時には処方箋と薬品名を照合するだけでなく棚を引き出すようにする。	カンデサルタン錠8mg「あすか」	ブロプレス錠8	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「薬剤取り違え」）

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	
163	一包化の患者。朝食後63包のうち2包に、レミニールOD錠（4）のところアムロジピンOD錠（5）「CH」が入ったものをお渡ししてしまった。翌日別の患者の一包化間違いの薬をばらしていた際、分包された日数よりも残っていた包数が少なかった。前日の調剤時にそこから薬を使ったことを知っていた薬剤師が気づき、「全部レミニールOD錠（4）なので、写真は撮らずに自動分包機のカセットに入れる」と言われたことを思い出した。レミニールOD錠（4）のカセット内を確認したところ、アムロジピンOD錠（5）「CH」が混入していた。すぐに全日数分を作り直し、患者宅へ交換しに行った。渡薬翌日の朝分が服用済みだったが、レミニールOD錠（4）が入ったものを服用したことが確認でき、誤服用はなかった。	一包化、朝63日分、夕60日分の処方。調剤者は、朝礼で一包化間違いの薬をばらして使って欲しいと言われたことを思い出し、その中にレミニールOD錠（4）があるのではないかと考えた。一包化ヘッダの印字を見てレミニールOD錠（4）が入っているのを確認したが、その際1包に微黄色で同じ直径の薬が2錠入っているのを見て、どちらもレミニールOD錠（4）と思いこんでしまった。（実際には一包化ヘッダの印字にはレミニールOD錠（4）1T、アムロジピンOD錠（5）「CH」1Tと2種類印字されていた。）数日分（実際は8日分、合計16錠）ばらし、本来なら自分と他の薬剤師が全錠剤の刻印と錠数を確認し、写真を撮ってからカセットに薬を入れる決まりになっているが、外来が混んでいたこともあって省いてしまい、レミニールOD錠（4）のカセットにばらした薬を入れることだけを2名で確認した。その結果、レミニールOD錠（4）のカセットにアムロジピンOD錠（5）「CH」が8錠混入、一包化2日分にアムロジピンOD錠（5）「CH」が混入してしまった。	自動分包機のカセットにばらした薬を入れるときにはすべての錠剤の刻印を薬剤師2人で確認する。ばらしながら直接調剤に使用しない。自動分包機のカセットに薬を入れるときや手撒きの薬を確認してもらう際には薬品名を言わない。（誘導や思い込みを防ぐ）ルールを逸脱したことを行ったときは、そのことを最終監査者まで伝達する。ばらし作業の途中で薬を使用した時は、記録をつけ、数量を確認できるようにしておく。	レミニールOD錠4mg	アムロジピンOD錠5mg「CH」	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
	朝の一包化は2.5錠入っていて、白い錠剤1錠、レミニールOD錠（4）1錠（微黄色）、ピンクの錠剤0.5錠、このうちピンクの錠剤0.5錠のみMTUに手撒き、他はカセットから自動分包される薬だった。調剤者から一包化間違いの薬をばらして使ったという伝達はなく、監査者は他剤が混入している可能性を考え切れていなかった。レミニールOD錠（4）とアムロジピンOD錠（5）「CH」は直径が同じで色もよく似ていた。監査時には黄色の錠剤が1錠入っていることしか見ておらず、刻印をしっかり確認していなかった。また患者家族がもう一枚の処方箋を持って来局されたため、監査を急いでいた。〇作業手順の不履行〇焦り									
164	ロゼレム錠8mgの処方のところ、ロナセン錠8mgを調剤してしまった。ピッキングミス防止システムでで薬剤を読み取り照合したところ、エラーが出て取り間違いに気が付いた。	混雑時だったため、焦りと十分な確認を怠ったこと、規格が同じ・薬品名が似ていることにより取り間違えてしまった。	調剤時に処方箋にの薬品名をチェックし、確認をしっかり行うこと。ピッキングミス防止システムの使用を今後も徹底する。	ロゼレム錠8mg	ロナセン錠8mg	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
165	アボルブカプセルをピックアップしたところ、薬品棚にレキップCR錠が混入していた。同じ白いシートにオレンジの線のデザインで非常に似通っている。	以前調剤時に中止になったレキップCRの戻し間違い。	十分な確認をして、薬剤をもどす。	アボルブカプセル0．５mg	レキップCR錠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

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

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	
166	ベンズブロマロン（25）チラーヂンS（50）がバラ錠で近い場所にあり、形状がよく似ていた為取り違え全自動分包機の中に入れて一包化をしてしまった。監査時に取り違えに気づいた。特殊なシート	作業手順の不履行、注意力散漫	分包機内に入れる時は必ず二名以上で確認して投入すること	チラーヂンS錠50μg	ベンズブロマロン錠25mg	確認を怠った	その他	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
167	処方箋には「一般名ポリエンホスファチジルコリン250mg　6カプセル　毎食後　21日分」の記載があった。調剤した薬剤師Aは、EPLカプセル250mg（10カプセルシート）126カプセルを棚から取るところ、EPLの棚から26カプセル、隣の棚からウロカルン錠100錠（10錠シート）をアルミ袋のまま集めてしまった。監査した薬剤師Bは、監査システムも使用したが、アルミ袋の取り違いに気がつかず、その後投与した薬剤師Cも見落としてしまった。患者様がご自宅でアルミ袋を開封した時、薬が違うことに気がつき連絡をいただき、交換いたしました。	色は違うが良く似た大きさ、形の薬が隣にあった。当日はやや混んでいた。監査をEPL26CPだけおこない、100CPはアルミ袋のままで、大きさが同等であったことから、袋の表示の確認を見誤ってしまった）〇単純なミス〇注意力散漫	同じ大きさの薬、似ている薬は隣にしない。中身が見えない（アルミ袋）場合は、できるだけ開封した状態で監査しお渡しする。吸湿性の関係などで、開封が望ましくない場合は、袋の表示をしっかり確認する。	EPLカプセル250mg	ウロカルン錠225mg	確認を怠った 判断を誤った	知識が不足していた		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
168	一般名ヒドロコルチゾン酢酸エステル・フラジオマイシン配合剤軟膏（強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏）の処方に対し、一般名ヒドロコルチゾン・フラジオマイシン等配合軟膏（ヘモレックス軟膏）を調剤したが、患者様が腕や腹部に塗るとの情報から投薬前に間違いに気づいた。	〇処方せんの見間違い一般名の類似により間違いに気がつかず調剤した。	ステロイド剤の一般名は結合基のチェックをしっかり行う。	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏	ヘモレックス軟膏	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
169	ヘパリン類似物質外用液0.3%100gをヘパリン類似物質軟膏0.3%100gと入力し間違えてそのまま調剤してしまった。	ヘパリン類似外用液が液なのにgなので勘違いしてしまったみたいです。〇処方せんの見間違い〇単純なミス	PDAに頼らず処方せんを見ながら調剤・監査する。一文字チェックをきちんとする。	ビ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%「ニプロ」	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
170	一般名処方でキンダベート軟膏を調剤薬局様するところデルモベート軟膏を調剤。	どちらも一般名が似ているためのミス。	しっかり確認を行うこと。使用部位が「顔」になっていたのでデルモベートではなくキンダベートと気付かなければいけなかった。	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	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
171	一般名フェノフィブラート錠80mg処方に対し先発品希望のためリピディル錠80mg調剤すべきところ、フェノフィブラート錠80mg「武田テバ」を投薬してしまった。	監査時、入力は希望通りリピディルでされていることを確認したが、医薬品についてはリピディルとシートが似ていたためピッキングしてあったものをそのまま出してしまった。	輪ゴムを外してシートの表裏を確認し間違いに気づくようにする。	リピディル錠80mg	フェノフィブラート錠80mg「武田テバ」	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	
172	モーラステープL40mgを56枚調剤するところ、後発のケトプロフェンテープ40mg56枚ピッキング。	家族4人分の薬を一人の方が持ち帰られるということで、焦りもあったが、ケトプロフェンテープ40mg[三和」の包装がモーラステーL40mgと全く異なる包装だったものが、非常に酷似したものに最近変更になっていたのを、商品名を確認せず、包装を見ただけピッキングしてしまった。商品名の確認の徹底。作業手順の不履行　焦り　注意力散漫	包装酷似の後発薬品があるので、包装だけでなく、どんなに忙しくても、商品名を必ず確認して投与すること。	モーラステープL40mg	ケトプロフェンテープ40mg「三和」	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
173	4/19リンデロンVG軟膏処方をジェネリックに変更する際、デルモゾールG軟膏を入力したが、デルモゾール軟膏を渡した。4/22事務職員よりデルモゾールG軟膏の在庫がマイナスになっていると報告あり判明した。同日患者さんに連絡。取り違えのあった旨伝えおわびした。当日薬局に寄ってくださり、リンデロンVG軟膏のジェネリックのベトノバールG軟膏をお渡しした。数日間ゲンタマイシンの含まれない軟膏を使用したためできものの改善がみられなかった。	ジェネリックの在庫を把握しておらず、本来はないデルモゾールG軟膏をあるものと思い込んだ。デルモゾール軟膏をG軟膏と見誤った。当日患者さんが多くあせっていた。	類似の名称、包装など多いので忙しいときほど確認を怠らないようにする。	リンデロンーVG軟膏0．12%	デルモゾール軟膏0．12%	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
174	タモキシフェン錠20mgを取るべきところ誤ってラロキシフェン錠60mgを取ってしまった。監査者が気がつき指摘し、取り直した。	薬剤名が類似しており、〇〇キシフェン錠という文字をみて取り間違えてしまった。	薬剤名の確認を怠らず、複数回よく確認してから調剤を行う。	タモキシフェン錠10mg「サワイ」	ラロキシフェン塩酸塩錠60mg「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
175	一般名処方に対してジェネリック品のカルボシステイン錠250mg「サワイ」でピッキングするところ、カルバマゼピン錠200mg「アメル」でピッキング。監査を行った別の薬剤師が間違いに気づいた。	今回の2品目の保管場所が隣同士で、名称も類似していたことが影響したと考えられる。	保管場所の移動を検討する。また、ピッキング時に目に入る様な注意喚起の札をつけることを検討する。	カルボシステイン錠250mg「サワイ」	カルバマゼピン錠200mg「アメル」	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
176	一般名でL-アスパラギン酸カリウム錠300mgの処方をアスパラカリウム錠300mgでピッキングするところ、L-アスパラギン酸Ca錠200mg「トーワ」でピッキング。監査を行った別の薬剤師が間違いに気づいた。	誤ってピッキングしたジェネリック品の名称が、今回処方の一般名に類似していたこが考えられる。	調剤業務を丁寧に集中を切らさずに行うことを徹底する。また、ピッキング時に目に入るような注意喚起の札をつけることを検討する。	アスパラカリウム錠300mg	L－アスパラギン酸Ca錠200mg「トーワ」	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
177	リリカOD錠の処方に誤ってルセフィ錠5mgを処方し患者様にお渡しした。患者様の家族様より、1錠服用したと連絡がありました。家族様とすぐ連絡を取り薬の交換に御自宅を訪問し交換しました。	シートのデザインが似ており、他の薬剤師による監査をせずに投薬してしまいました。確認不足によミスです。	一人の薬剤師による監査だけではなく、他薬剤師による二重、三重の監査を徹底すように致します。	リリカOD錠75mg	ルセフィ錠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

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

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	
178	一般名「チメピジウム臭化物」が処方されて時に一般名が似ている「チキジウム臭化物」を調剤してしまったことで交付後患者さんからの連絡により気がつき交換させていただきました	一般名が似ていたことが要因と考えられる	レセコン入力は正しかったので薬と薬情を照らし合わて患者さんと確認しながら薬袋に入れることをおこなう	セスデンカプセル30mg	チアトンカプセル10mg	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
179	一般名の「ヘパリン類似物質軟膏」はヘパリン類似物質油性クリーム0.3%で「ヘパリン類似物質クリーム」はビーソフテンクリームとしていた。処方でヘパリン類似物質クリームと記載されていて間違ってヘパリン類似物質油性クリームを投薬してしまった。	投薬後すぐに気がついて患者宅へ薬の交換に行った。	ヘパリン類似物質油性クリームが一般名だとヘパリン類似物質軟膏となっているので間違えやすい症例である。	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」	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
180	一般名処方ヘパリン類似物質クリームで処方されていたが、ヘパリン類似物質油性クリームを調剤してしまった。監査の際に、他従業員に間違いを指摘してもらい、調剤をしなおした。	ヘパリン類似物質軟膏の調剤を行う頻度が多いため、思い込みによる調剤ミスをしてしまったことが要因であると考えられる。 〇処方せんの見間違い〇単純なミス〇注意力散漫	処方箋の確認徹底のため、指差し呼称をしてからのピッキングを行うようにする。	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			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
181	2%のところ、1%を渡した。	点眼はビニール袋に入れられ、投薬時、お互いが現物が確認できないでの交付だった。ビニール袋を透明または半透明にしていただくとわかりやすいし、さらに、容器の色が似ていたので薬局も調剤時気付きにくなった。規格が違うのだから容器の色も違った色にすると過誤は起こりにくいが、何故そうしないのか理解に苦しむ。メーカーは作って終わりなのか？過誤は薬局の責任にしてしまえばいいのか？行政、業界全体で考えなければこのようなミスは絶対に減らない。	行政、業界もしっかり考えてもらわないと、『2重監査を遂行、意識を高くもって個々がちゃんと気を付けること』、という原始的な方法しかない。	ミケランLA点眼液2%	ミケランLA点眼液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
182	一般名処方セフジニル細粒小児用10%をセフジトレンピボキシル小児用細粒10%で調剤。監査時に気が付いたため患者様に健康被害は無かった。	名称の類似、%やメーカーも同じだったこと。〇処方せんの見間違い〇処方医薬品の多さ〇単純なミス〇焦り〇注意力散漫	調剤時には手に取る時、計量時、棚に戻す時には口頭と指差し確認する。監査時にジャーナルでの確認はもちろんだが、散剤の色（セフジニルは桃色、セフジトレンはオレンジ色）も覚えておくと調剤ミス発見にすぐ気が付ける。	セフジニル細粒小児用10%「サワイ」	セフジトレン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	医薬品		ヒューマンエラー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	〇類似薬品名の取り違い			アドナ錠30mg	アゾセミド錠30mg「JG」	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	
184	一般名　ベポタスチンベシル酸塩口腔内崩壊錠10mgの処方。ジェネリック希望の患者様だったが、先発希望と勘違いし、タリオンOD錠10mgをピッキング中にジェネリック希望と気づく。慌ててタリオンを出したまま、ベポタスチンベシル酸塩OD錠10mgをピッキング。タリオンが2錠混在して調剤してしまった。交付後、タリオンを薬品棚に戻す際、間違いが発覚。患者様に電話をし、交換に伺って謝罪した。	医院がドクターの都合で早く終わるため、かけこみ患者が多く混雑していた。ピッキングが新人薬剤師であったため、焦りがあったのだと思う。56錠のうち2錠の間違いのため監査システムを通過して、ヒートデザインもよく似ていたため、投薬薬剤師も気づかなかった。	ピッキング間違いで薬を戻す時は出しっぱなしにしない。戻す箱にいれてから、正しい薬をピッキングする。投薬薬剤師は小さいヒートも確認する。	ベポタスチンベシル酸塩OD錠10mg「サワイ」	タリオンOD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
185	イグザレルト15mgをピッキングしなければならないところを、イグザレルト10mgをピッキングした。監査のときに気がついた。	イグザレルトの15mgと10mgのヒートや錠剤が似ている為のケース。	ピッキングの棚に注意10と注意15とそれぞれ付箋紙を付けて注意をうながすことにした。	イグザレルト錠10mg	イグザレルト錠15mg			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
186	一般名：セフカペンピボキシル100mg「サワイ」の処方だが、セフジトレンピボキシル100mg「OK」を調剤してしまった。	間違えた薬剤師は新人のため、類似薬に対する意識が低かった。処方箋もしっかり確認せずに調剤してしまったと考えられる。	名前の類似した医薬品については、調剤棚に「名称注意！！」等の札をつけたりする事で改善できると考えられる。	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「OK」	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
187	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「一般名」が処方され、ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」を調剤しなければいけないところ、ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」が調剤されていた。監査者がベポタスチン(10)が6錠分3で処方されるのはおかしいと気が付き、間違いが発覚。ベタヒスチン(6)に調剤し直した。	効能効果やシートのデザイン等は全く違うが、一般名が酷似しているため、間違えて調剤してしまった。名称は似ているが、mg数や用法用量が異なる薬なので、きちんと見直せば間違えたことに気付ける事例であると考えられる。	現在は一般名で処方されることが多くなったため、名前が酷似するものも多くあるので、調剤者もその処方の意図や薬の規格・用法用量を考えながら、調剤を行うと調剤インシデントも少なくなると考えられる。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
188	ノイロビタン錠が処方されていましたが、ノイロトロピン錠で調剤、投薬をしてしまった。	類似薬品名である為、普段より気を付けていた内容にもかかわらず、繁忙時間であった事と2剤を比較して出る頻度に大きな差があり、よく出る薬剤の方と思い込んでいたことからおこる見間違えであると思います。	注意力不足からくる間違いである為、調剤作業上ミスを防ぐためにあるルーチン化された作業を徹底して遵守することが一番大事であると思います。	ノイロビタン錠	ノイロトロピン錠4単位	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
189	以前診療所での処方がビーソフテンクリーム。紹介で大学病院へ。処方が変更になっていたが、気が付かなかった。	処方箋見間違い。一般名が酷似しており間違った。処方箋にQRコードなく、入力支援システムも使えず。患者様も受付時に同じ薬だと話たので、気が付かず。	以前より処方箋の入力間違いがないか、その日のうちに見直している。一般名が似ている薬ピックアップし、徹底して注意することにした。	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

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

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	
190	ツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯エキス顆粒を60包調剤するところ、数量ミスで30包ピッキングしていた。調剤者とは別のスタッフが再度調剤したが、薬剤の取り違いでツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯エキス顆粒とツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒が混ざった形で調剤した。当該薬剤師が間違いに気づき、交付には至らなかった。	漢方の数量ミスで焦っていた事、漢方の番号が38と68で包装の色が赤色と見た目が似ていた事が原因と考えられる。 〇作業手順の不履行 〇単純なミス 〇焦り 〇注意力散漫	漢方の番号や見た目での思い込みを無くすために、薬品名をしっかり指差し確認する。	ツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯エキス顆粒（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 判断を誤った	技術・手技が未熟だった 勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品		ヒューマンエラー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	【正】アトルバスタチン錠10mgを調剤 【誤】プラバスタチン錠10mgを調剤	入力ミスが起点となった。初期鑑査・最終鑑査・交付でミスに気付かなかった。	初期監査時の薬品名3分割確認を徹底する。処方変更の有無や混雑状況に関わらず確認手順を省略しない。一般名処方・後発品銘柄処方が増加しているため、成分名の類似を意識して入力照合を行う。一包化の最終鑑査時は、薬品実物の刻印と指示書記載の識別コードを直接照合しても、入力ミスがあった場合は間違いに気付くことができない。一包化鑑査前に処方箋と指示書の照合を行う事で入力ミスを発見できるようにする。初期監査者・最終鑑査者が同一の場合、初期監査に間違いがないと思い込んだ状態で最終鑑査を行わないように、手順通りすべての確認項目を徹底して行う。	アトルバスタチン錠10mg「Me」	プラバスタチンNa錠10mg「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	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
192	先発と後発医薬品の取り違い	単純なミス	確認を怠らない	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				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
193	処方箋には小建中湯7.5gを28日分処方されていたが、小青竜湯を調剤してしまい、別の薬剤師の監査も素通りして患者に交付してしまった。4日後に患者本人が、薬の味が違う、よく見たら違う薬だと持参してきた。正しい小建中湯を28日分お渡し、医師に報告。	4時半の忙しい時間に、他の薬剤をジェネリックに変更するということに気をとられたのか、漢方の薬品名、番号が似ていたことと、色がピンクで同じだったこともあり、間違えて交付してしまった。	漢方薬の名前、番号、量を指さし確認、患者にも一緒に確認してもらう。	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
194	ツムラ17五苓散7.5g、1日3回毎食前28日分の処方のところ、ツムラ17五苓散を3シュリンク21日分と、ツムラ7八味地黄丸1シュリンク7日分を調剤した。ツムラ17番とツムラ7番が混在していたにもかかわらず、監査者・投薬者ともに気が付かず交付を行った。別の患者にツムラ17五苓散が処方された際、在庫数が多いことに気が付き、渡し間違いが発覚した。間違った薬を交付した患者へ連絡し、服用前だったため、間違った薬の回収と同時に正しい薬剤を交付した。	漢方薬は一般的に、同じ末番号は同じ色の包装がされている。4シュリンクのうち3シュリンクは正しい薬剤だったことから、番号と薬剤名の確認がおろそかになってしまった。	類似包装が複数ある漢方薬は特に、交付するすべての薬剤名と番号の確認を徹底する	ツムラ五苓散エキス顆粒（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				ヒューマンエラー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	Rp.コニール錠4mgのところ、ユリーフ錠4mgをとり、監査時に発見された。	・混雑しており慌てていた。・薬品名の類似。・薬品名をよく確認せず、思い込みでとってしまった。	・混雑時においても、処方せんの薬品名、現物の薬品名を確実に読み取ることを怠らない。	コニール錠4	ユリーフ錠4mg	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
196	店舗が忙しい時間帯におきました。頻度的にシムビコートを処方されることが多く、パルミコートが処方されていたにも関わらず、シムビコートを一旦は調剤してしまいました。監査に行くまでに気づき再度調剤をし直し事故には至らずにすみました。	シムビコートとパルミコートは用法も類似し、吸入手技も同じであること、製薬会社も同じであるために色は異なるが外観も同じであることから、薬剤師側もイメージ的に取り間違えやすいことが背景・要因にある。	配置場所を離しておき、調剤時に1タイミングあけて、確認できるように考える。	パルミコート200μgタービュヘイラー56吸入	シムビコートタービュヘイラー60吸入	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
197	エバスチン錠10mg「トーワ」を調剤するべきところ、エピナスチン錠20mg「サワイ」をピッキングし、監査の薬剤師も見おとし、投薬の薬剤師も通してしまった。	エバスチン錠を服用される患者が少なく、日常的にエピナスチン錠を多く調剤していたため、思いこみでピッキングしてしまい、混雑時であったこともあり、監査者も確認作業が抜けてしまった。後刻、在庫管理を行っている事務より発注が出ていないことで取り間違いがあったのでは気が付き調べた結果、取り間違いが濃厚との判断。患者様へ電話を入れて薬を確認していただき違った薬をお渡ししてるとお話して交換することとした。	薬効や名前の似ているものは特に注意をするようにし、また規格に線を引くなどして注意喚起する。一般名での処方せん記載が増えているので特に注意が必要であるとスタッフ間で情報共有した。処方せんをじっくり見る余裕を持つように。	エバスチン錠10mg「トーワ」	エピナスチン塩酸塩錠20mg「サワイ」	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
198	一般名処方で「ヘパリン」、「外用」、「スプレー」の単語しか確認しておらず、本薬局が採用しているビーソフテン外用スプレー0.3%を集めなければならないところ、ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%を集めてしまった。	○処方せんの見間違いに加えて、当事者の薬局での採用品、ヘパリン類似油性物質の剤型についての知識が不足していたことが要因と考えられる。	処方せんの見直しとともに、本薬局で採用のあるヘパリン類似油性物質について把握することに努める。	ビーソフテン外用スプレー0．3%	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0．3%「日本臓器」	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	
199	定期薬としてニフェジピンL錠10mg「トーワ」が処方されている患者に対し、誤ってニソルジピン錠10mg「トーワ」で計数調剤を行った事例。調剤した薬剤師と監査・投薬を行う薬剤師は異なる。監査する薬剤師が投薬前に処方内容と異なることに気付き、正しいニフェジピンL錠10mg「トーワ」に修正して調剤を行い、投薬を行っている。〇10錠シート〇端数の処理間違い	開店後の来局者のピーク後に生じた事例。 共に劇薬で収納棚が同じ場所の薬剤の取り違えにより発生している計数調剤ミス。調剤時にシートの端数が生じたため、未開封の包装を開封した際に名称が似た薬剤を手に取ってしまった。2種類の錠剤が半端に混在した調剤であることと、定期的に処方されていた薬であったため、監査の際にすぐに気が付くことができた。 〇単純なミス〇注意力散漫	共に劇薬で収納場所も同じ場所、同様の薬効・同一成分量・同一メーカー品の薬剤での取り違えにより発生した事例であるため、収納場所を隔離する（調剤棚と引出しなど）。また、調剤・監査時に処方内容と薬剤の確認を徹底する。	ニフェジピンL錠10mg「トーワ」	ニソルジピン錠10mg「トーワ」	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
200	クレストール錠2.5mgの処方を受け付け、クレストール調剤中にクレストールの棚にGEのロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」35Tが混入していることに気づき、調剤中に訂正した。	〇注意力散漫：ロスバスタチンを一度ピッキングをしたものを、何かの理由で戻す際に、引き出しの箱に戻さずに、間違えてクレストールの棚に戻してしまった。	一度ピッキングしたものを戻す際は、特に気をつけること、またヒートが酷似しているものが多いので要注意。全スタッフに注意喚起した。	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	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
201	薬局を継続利用している患者様が来局。一般名処方で「酢酸ヒドロコルチゾン・フラジオマイシン配合軟膏」（販売名：強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏）が処方されていたが入力を誤り「ヒドロコルチゾン・フラジオマイシン等配合軟膏」（販売名：ヘモポリゾン軟膏）と入力、そのまま調剤してしまった。薬剤師が患者様に話を伺った際に、薬品の使用部位がおかしい事に気付き間違いが発覚した。	一般名が似ていたため入力を誤ってしまった。入力後の監査時も、他に似ている一般名の薬品があると認識が無かったため確認を怠ってしまった。〇単純なミス	処方箋と調剤録の一般名が少しでも異なる場合は必ず確認を行う。監査時の薬品名の声出し、指差し確認を徹底して行う。	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏	ヘモポリゾン軟膏	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
202	一般名記載の「ヘパリン類似物質外用液0.3%」の記載。先発優先希望のため「先発ヒルドイドローション」を調剤。交付時に「このピンクのものは以前刺激感あったので、先生には別の透明液剤を使用との話になっている」と母の訴えあり。	銘柄指定のない外用剤の準備まちがえ	ヒアリング・説明・確認をより一層注意する。	ヒルドイドローション0．3%	ビーソフテンローション0．3%	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
203	処方箋にアスベリン錠20mgが記載されていたが、誤ってアゼルニジピン錠8mgをピッキングしてしまった。すぐに気付き、調剤しなおした。	アスベリン錠20mgとアゼルニジピン錠8mgのシートの色が酷似していて、当薬局では棚の配置も近かったためこのようなミスが起きたと考えられる。	棚の位置を再度見直すことで再発を防ぐことができると考えている。	アスベリン錠20	アゼルニジピン錠8mg「日医工」	判断を誤った		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	
204	本来は処方せんにエンシュア・Hと薬の記載があったが、誤ってエンシュア・リキッドで調剤を行った。監査担当の薬剤師が確認し、調剤あやまりが発覚した。	調剤を担当した薬剤師が今月に入ってはい属になった新人であり調剤や処方せん確認がまだ慣れていなかったこと、エンシュア・Hは現状特定の医院しか出ておらず門前の病院はエンシュア・リキッドで薬が処方される為思い込みにより処方せんの見間違い及び薬の取り違いをしたと考えられる。	薬の名前が似ているものは同じ棚への配置は避ける。それが難しい場合には注意喚起の札をはり調剤時にしっかりと処方せんを確認するよう促す。	エンシュア・H	エンシュア・リキッド	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
205	ヘパリン類似物質泡状スプレーをお渡ししなくてはならないところ、間違えてヘパリン類似物質外用スプレーを渡してしまった。患者家族が帰宅後に気が付き薬局に電話連絡。お詫びして正しい薬をお渡しした。	監査が煩雑になっていたり、忙しさのあまり確実さへのウエイトが軽くなっていたことが大きな要因である。	外用薬で間違いが起こりやすい薬品に関しては十分に留意し、複数人での監査をどんなに忙しい状況でも怠らない事が必要。スタッフ全員に再確認した。	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	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
206	プラバスタチンNa錠10mg（一般名）処方のところ、ラベプラゾールNa錠10mgを調剤。監査時に誤りに気がついた。	商品名が類似。ミリ数は同一。	薬品棚に『名称類似品あり注意』のラベル貼付。	プラバスタチンNa錠10mg「オーハラ」	ラベプラゾールナトリウム錠10mg「NP」			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
207	プレドニン錠5mgが処方されたところ、プレドニゾロン錠5mgタケダで入力・調剤・監査・投薬してしまった。2回目の入力時はDo処方で処理してしまい、問題に気づけないままお渡ししてしまった。	・近隣医療機関が昼休憩中のため、集中力が欠けていた・近隣医療機関がプレドニゾロン錠5mgタケダを主に処方するため、無意識に入力・監査等でチェックが働かなかった・プレドニン錠を後発品と勘違いし、調剤・監査してしまった	・プレドニン錠5mgが先発品であることをきちんと理解する・類似名称品によるアクシデント事例があったことを職員全員が理解し、近隣医療機関外の処方箋受入時は特に注意を払って作業する	プレドニン錠5mg	プレドニゾロン錠「タケダ」5mg	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
208	タプコム配合点眼液の処方に対し誤ってタプロス点眼液で調剤し 投薬をしてしまった。使用前に患者様がお気づきになり 交換となった。	タプコム配合点眼液とタプロス点眼液の類似した点眼液があることは知っていたものの そのことを念頭においた監査ができていなかったため 本来であればより注視すべき箇所を見落とした。配合の文字の有無による違いからも誤りに気がつくべきであった。誤って調剤されたタプロスの規格は0.0015%でありその規格の数字列を処方箋で確認しようとすれば タプコム配合点眼液の処方にはその記載が無いことから誤りにきがつくことが出来たと考えられる。監査当時の背景として 薬袋発行機の調子が悪く その対応にも追われたため注意がそれてしまった。	タプコム+配合+点眼液のように複数ヶ所にわけながら1ヶ所ずつ鉛筆チェックを入れ 処方箋と薬剤を照合していく。商標名+錠剤+剤形+規格+屋号全てを確認し 薬剤名の完全一致を確認する。商標名は1文字ずつ読み取る1文字監査とする。薬袋に入れる際には 薬袋に印字された薬品名と照合しながら入れる。	タプコム配合点眼液	タプロス点眼液	確認を怠った	通常とは異なる心理的条件下にあった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
209	一般名処方で酸化マグネシウム330mgの患者様。マグミット希望で90錠を薬剤師が調剤し、監査薬剤師に渡した。調剤支援機器を用いて間違いないこと確認したが90錠のうち30錠酸化マグネシウム「ヨシダ」であることが発覚。棚を調べてみるとマグミットの棚に酸化マグネシウム「ヨシダ」が入れられていた。投薬前であったため患者様に健康被害なし。マグミット、酸化マグネシウムの在庫数確認したが間違いがないため他の患者様にお渡していることも無いと確認した。	納品者が誤って棚を間違えた亜可能性がある。最近、酸化マグネシウム「ヨシダ」の包装変更があり、マグミットに似てしまった。	納品し、棚に薬をしまうときにも調剤支援機器を用いる。	マグミット錠330mg	酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」		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
210	アンテベート軟膏25gを集薬すべきところ、アンテベート15g、アンフラベート10gが混在して集薬されていた。最終監査時に発見、正しく修正しお渡し。	総量25gが処方されており、開封済のアンテベートの箱には15gのみあり、追加で開封する際、監査システムを介さず目視で確認し、類似した名称のアンフラベートを集薬してしまった。	監査システムの利用徹底を再確認、開封時も医薬品名・規格を必ず確認。	アンテベート軟膏0．05％	アンフラベート0．05％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
211	一般名処方でセフカペンピボキシル100mgの処方に対して、間違えてセフジトレンピボキシル100mgを交付してしまい、数日間服用後に本人の奥様が気が付き、薬局に連絡があり発覚。	第3世代セフェム系は一般名が似ており、取り間違いが起きたと思われる。人員不足による多忙も原因の1つで有ると思われる。	第3世代セフェム系はセフ～から始まる薬が多く、規格も100mgが多く、取り間違いが起こりやすい状況。敢えてそれらの薬を並べて調剤棚に置く事によって注意喚起をする事とする。第3世代セフェム系の監査にはダブルチェックを徹底する事とする。	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「OK」	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	一般名処方でミカムロ配合錠が処方されてきた午前中の忙しい時だったので、一般名の「～アムロジピン配合錠」ということろだけで判断して、テラムロ配合錠をピッキングミカムロ配合錠の類似薬の【ミコンビ配合錠】との区別だけしかせず先発品希望の患者さんに後発品を渡してしまった	ミカムロ配合錠　＝　テラムロ配合錠 ミコンビ配合錠　＝　テルチア配合錠 テラムロとテルチアと名前が類似しているのでここの取り間違えを気を付けていると先発、後発を取り間違えるので注意	処方箋と調剤録の入力を確認して、調剤録を見て調剤する	ミカムロ配合錠AP	テラムロ配合錠AP「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		その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
213	【正】キンダベート軟膏　20gヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」100g【誤】デルモベート軟膏　20gヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」100g	入力時一般名処方を誤って入力し、初期監査、監査時にもその誤りに気付かず交付してしまいました。	軟膏混合調剤を行う時は、チューブ、容器に記載してある「一般名」と「処方箋」に記載してある一般名を照らし合わせてから業務を開始する。最終監査時に混合を行った軟膏の殻、容器と処方箋の一般名を照らし合わせて確認を行う。初期監査時、分割チェックの手技の徹底。頭3文字+剤形+規格ではなく、長い名前は5分割、6分割にして確認を行う。軟膏混合調剤を行う時は処方箋か処方箋のコピーを脇に置いて、処方内容を確認しながら業務を行う。よく使用するステロイド剤の「一般名」「製品名」対比表を作成。製品の一般名を覚える。	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 患者への説明が不十分であった（怠った）	通常とは異なる心理的条件下にあった	施設・設備	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
214	グラナテック点眼薬を取りそろえるところ、誤ってブロナック点眼薬をピッキングしていた。薬剤師が監査しているときに間違えに気づき、患者交付前に正しい薬に交換した。	普段勤務していた事務員ではなかったため、薬剤の名前に不慣れであることが原因と考えられる。薬剤名の類似が原因だと思われる。	薬局内での事例の周知を行い、薬剤名の確認を徹底する。薬剤の棚に「類似名称あり」の用紙を貼り、注意喚起を行った。	グラナテック点眼液0．4%	ブロナック点眼液0．1%	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		ヒューマンエラー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	一包化調剤にてアジルバ20mgとタケキャブ20mgを扱う場面がありました。パラシをしてくれていたものを利用して調剤をすすめていた。その際にタケキャブ20mgを入れなくてはいけないところにアジルバ20mgを混入してしまった。監査の時点で気づくことができたので患者さんには交付されなかったが、パッと見た感じ雰囲気が似すぎていて非常に怖いと感じました。	確認不足が一番の要因になるが、2種の形や雰囲気が似ていることに関してより注意をして調剤するべきだった。	今回事例の原因薬を一緒に見てもらいながら周知する。	アジルバ錠20mg	タケキャブ錠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
216	クロピドグレル錠75mg「SANIK」が処方されていたが、間違ってタムスロシンOD錠0.2mg「サワイ」を調剤してしまった。	クロピドグレルと、タムスロシンの棚が1段違いで、ななめであることと、ヒートの色が似ていることで、間違えてしまった。	クロピドグレルとタムスロシンの棚の位置を離した。	タムスロシン塩酸塩OD錠0．2mg「サワイ」	クロピドグレル錠75mg「SANIK」	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
217	セフカペンピボキシル錠100mg「サワイ」を調剤すべきところ、セフジトレンピボキシル錠100mg「サワウ」をピッキングしてしまった。監査で気がつき、正しい薬剤へ変更した。	成分名・商品名とも名称が類似していて、規格・剤形が一緒で混同しやすい	ピッキングする側でも十分注意が必要だが、類似した名称の薬剤が販売されることにも問題があり、メーカー側での対応も必要と思われる	（般）セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg	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

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

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	
218	一包化を作り直して、一包化のカセットに戻す際に2人で確認していたら、チザニジンとロラゼパムが混ざっていた。	バラして分けたスタッフには薬の種類、名前を伝えていなかった。分けたスタッフには似ている印字だという認識が無かった。	似ている印字は知識として頭に入れておく。引き続きカセットに戻す際は2人でチェックする。報連相をしっかり行う。	チザニジン錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った 報告が遅れた（怠った）連携ができていなかった 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			ヒューマンエラー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	2剤の外用剤混合で、ヒルドイドクリームのところをヒルドイドソフト軟膏で調剤、監査、投薬してしまいました。投薬後の入力確認時で発覚。すぐに患者様に連絡、謝罪とともにヒルドイドクリームで調剤したものをお届けしました。	処方せんの見間違い2剤の外用剤混合で、ヒルドイドソフト軟膏での予製品もあり、思い込みからミス発生。入力も誤っており、前回通りと思い込んでしまった。	外用剤混合品は特によく確認する。似た処方があるものは特に注意して調剤、監査を行う。	ヒルドイドクリーム0．3%	ヒルドイドソフト軟膏0．3%			医薬品		ヒューマンエラー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	投薬3週間後に患者から「薬のヒートに書いてある名前がいつもと違う。薬情や手帳シールは”ムコスタ錠100mg”と書いてある。これはどういう事か？」と電話があり、その時点でようやく誤って”レバミピド錠100mg「オーツカ」”を調剤している事に気づいた。すぐに陳謝。レバミピド錠100mg「オーツカ」とムコスタ錠100mgが同薬である事も併せて説明。患者が納得し「今回はこれでいい。」と答えてくれた。	レバミピド錠100mg「オーツカ」とムコスタ錠100mgのヒートが類似しており、且つ、患者との話に気が行ってしまいミスをしたようです。	注意力が散漫で、完全な思い違いでした。ヒートデザインが酷似している事も一因です。投薬前にヒートの文字まで確認する必要がある事を今後徹底するしかない様に思います。	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
221	ツムラ麦門冬湯を小青竜湯でピッキング	単純なミス	似た名前に注意	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				ヒューマンエラー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	「一般名」オルメサルタンOD5mgの処方で オルメサルタンOD5mg「DSEP]を患者様にお渡ししなくてはならないところ オルメテックOD5mgを お渡ししてしまった。	ヒートが先発とジェネリックで似ており 名称をしっかりと確認せず投薬してしまった。焦りや過信で監査がおろそかになってしまった。	ヒートが似ているからこそ名称をしっかりと確認する。過信しないで 繰り返し確認することで再発しないよう注意する。	オルメサルタンOD5mg「DSEP]	オルメテックOD5mg	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
223	ツムラ加味帰脾湯エキスを加味逍遥散でピッキングした。	単純なミス	似た名前に注意する。	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ加味逍遥散エキス顆粒（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

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
224	一般名処方で「ヘパリン類似物質クリーム」で、正しくは「ビーソフテンクリーム」を調剤するところを、「ヘパリン類似物質油性クリーム」を調剤してしまった。	○処方医薬品の多さ普段の処方が圧倒的に一般名処方で「ヘパリン類似物質油性クリーム」が多いので、思い込みが原因と考えられる。	一般名処方で「ヘパリン類似物質油性クリーム」か「ヘパリン類似物質クリーム」か間違えやすいので、赤字でチェックをつける。	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	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
225	一般名処方の処方箋にて、チラーヂンS50μgのところを、メルカゾールで調剤	一般名処方であったが、類似している名称でもなく、「甲状腺」という事が頭にあって、取り違えてしまったのだと思われる。思い込みによる影響が大きいと思われる。	新たな改善策は設けず、再度基本的な確認（薬剤名・剤形・規格・単位など）の徹底を行う。	チラーヂンS錠50μg	メルカゾール錠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
226	一般名処方で　プラノプロフェン点眼液0.1%が処方されていたが、フルオロメトロン点眼液0.1%と勘違いしてオドメール点眼液0.1%を調剤した。投薬時に別の薬剤師が気づき、プロラノン点眼液0.1%に訂正した。	処方せんの見間違い　頭文字の類似	複数人で確認する　薬情と突き合わせて確認する	プロラノン点眼液0．1%	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 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
227	ビオフェルミン配合錠で処方が出ていたが、誤ってビオスリー配合錠を調剤してしまった。投薬前に気づき再調剤を行った。	見た目、効き目、薬品名どれも類似しているものであるため調剤ミスが起こったと思われる。	ビオフェルミンとビオスリーの棚を離す3文字目以降の部分の表示を赤字・青字にそれぞれ分けて色で識別しやすくする	ビオフェルミン錠剤	ビオスリー配合錠	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
228	定期の薬が処方されていた。カルブロック錠16mgは先発医薬品希望の患者さんだったが、一般名処方だったためカルブロック錠16mgを渡すところをアゼルニジピン錠16mg「トーワ」が渡ってしまった。	当薬局では一般名処方の場合レセコン入力時点で前回処方された商品名を鉛筆で処方箋に記入し、その後ピッキングしている。また、監査時はDAIFUKUの調剤監査システムを導入している。監査システムでは調剤ミスのエラーメッセージが出ていたが、そのまま十分な確認をせず投与してしまった。原因 ・一般名を見て後発医薬品と思い込みでピッキングしてしまい、その後確認しなかった。 ・カルブロックが濃い赤と黒を基調としており、調剤監査システムに使用するトレーが黒いため正しい薬が入っていてもエラーメッ　　セージが出てしまうことが多い。そのため、いつもの機械のミスと思い確認を怠ってしまった。 ・カルブロック錠16mgとアゼルニジピン錠16mgのデザインが酷似しているためそのままスルーしてしまった。	・一般名処方について、監査時に薬歴にて過去の処方にて先発か後発かを確認する。・調剤監査システムでエラーメッセージが出たときは、ミスが起きているという前提で再度確認する。	カルブロック錠16mg	アゼルニジピン錠16mg「トーワ」	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	
229	アムロジピンOD錠2.5mg「トーワ」21錠を調剤するところ、アムロジピンOD錠2.5mg「トーワ」20錠にアムバロ配合錠「オーハラ」1錠をセロハンテープでとめて調剤し、患者に渡ってしまった。〇端数の処理間違い	・今回1錠混入したアムバロ配合錠はアムロジピンOD錠2.5mgの隣のカセットだった。ピッキング者はアムロジピンOD2.5mgのカセットにアムバロ配合錠が入っていたのか、1錠のみアムバロ配合錠のカセットから取ってしまったのか記憶が定かでない。・21錠の調剤を背合わせで1錠のみセロテープで張り付ける取り方だったため錠剤の色が異なることに気付かなかった。・医薬品のシートに印字されているバーコードにより監査ミスを防ぐシステムを導入しているが、今回は20錠が正しい医薬品であったため素通りしてしまった。監査者はこのシステムを過信し、現物の確認を疎かにしてしまった。・投薬者が新入職員で技術も未熟だった。通常フォローに入る他薬剤師が別用で離席中であった。投薬者は患者と一緒に薬を確認したが確認不足だった。〇作業手順の不履行〇焦り〇注意力散漫	・1錠の端数を出来るだけ作らないピッキングを行う。・カセットに残る端数が最小限になるように毎回意識してピッキングを行う。・棚からカセットを引き出してピッキングを行い、取り終わったらカセットを元に戻すことを徹底する。・ピッキング後にカセットに薬を返品する場合はダブルチェックを徹底する。・シートの見た目が似た薬品の棚を出来るだけ離すよう棚位置変更を適時行う。・ヒヤリハットの情報共有を全スタッフでこまめに行う。	アムロジピンOD錠2．５mg「トーワ」	アムバロ配合錠「オーハラ」	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
230	ピッキングでテラムロBP錠をテルチアBP錠に取り違え、監査時にも気づかず、患者に交付した。翌日、患者本人が服用前に薬品名が異なることに気づき、薬局に電話連絡があった。患者自宅を訪問し、本人と一緒に確認、お詫び、交換をした。	テラムロBP錠とテルチア錠BPの保管場所が隣り合っていた。他の薬について、処方内容が今回中止があったが、患者が中止薬品名を誤認識しており、監査・交付する薬剤師が、その確認・説明に注意がむいていしまい、他の薬の監査時に〇注意力散漫になってしまった。	テラムロBP錠とテルチア錠BPを含む類似名の薬の保管場所を移動した。薬監査については、薬情の写真なども参考にしたり、2重3重に確認をするようにした。	テラムロ配合錠BP「DSEP」	テルチア配合錠BP「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
231	一般名でセフジトレンピボキシル細粒10%が記載してあり、その患者様は先発希望だったので、メイアクトMS小児用細粒で調剤しないといけなかったところ、フロモックス小児用細粒で調剤。監査時に測ったジャーナル、色調などでミスが発覚。すぐに調剤し直した。	患者様は少ない時間帯だった。一般名がよく似ているので、見間違えた。調剤後、再度確認しなかった。	落ち着いて、処方箋をしっかり見て調剤する。一般名がよく似ているので、間違えやすいものは、いつも以上にしっかり見て調剤する。	メイアクトMS小児用細粒10%	フロモックス小児用細粒100mg	確認を怠った	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
232	別銘柄（類似名）の取り違え	〇処方せんの見間違い〇作業手順の不履行〇注意力散漫	作業手順の履行	アズレン・グルタミン配合細粒「EMEC」	アデホスコーワ顆粒10%	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「薬剤取り違え」）

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	
233	在宅の患者様の処方箋。処方は1週間分だった。粉砕指示があり、粉を測ったり、錠剤のものを粉砕したりと処方量は多くないが、手のかかる処方箋だった。一般名でファモチジン口腔内崩壊錠20mgと記載されており、先発希望のため、ガスターD錠20mgを集めるべきところ、すぐ近くに置いてあった、オルメサルタンOD錠20mgを集薬。確認せずに監査に回した。監査時に、ミスが発覚。指摘を受け、すぐに正しい薬に取り直してお渡しした。	忙しい時間帯だったので、気持ちが焦っていた。ガスターD錠20mgを集めたつもりだったが、ヒートの色が同じオルメサルタンOD錠20mgを取っていた。監査に回す前に、確認しなかった。	どんな時も、落ち着いて調剤をする。ヒートの色が似ているものは、棚を離しておくなど配置の工夫をする。集めた後も、監査に回す前にしっかり確認する。	ガスターD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	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
234	バルサルタンOD錠80mgの処方であったが、間違えサインバルタカプセル20mgでの調剤。	調剤時の不注意。並びが違うが名前が似ていたため思い込みによりによる調剤。処方箋の読み間違い、そもそもの剤型から違うので不注意によるものが大きい。	声出しによる処方箋のチェック。剤型、規格，処方名をしっかりと確認した上で調剤を行う。	サインバルタカプセル20mg	バルサルタンOD錠80mg「トーワ」	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
235	ニルバジピン（2）を出すべきところベニジピン（2）を患者に渡してしまった （1か月経って前薬がなくなったので飲むため見たら違うお薬が入っていたと患者自身から電話してきた間違ったお薬の服用はしてなかった）	先発名処方をGE薬にピッキングの折、共に近い場所にあり、また同じようなシート色だったため思い込みで監査をスルーしてしまった	成分名が似てる、ヒート外装が酷似してるので保管場所を変えて1動作を加えるようにする	ニルバジピン錠2mg「サワイ」	ベニジピン塩酸塩錠2mg「日医工」	判断を誤った		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
236	処方薬はセフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」だが、調剤された薬がセフカペンピボキシル錠100mg「サワイ」であった。調剤後監査時に気づき、患者さんの手には渡っていない。	もともと名称が類似しており、有効成分量、在庫しているメーカーも同じであったため取り違えが発生した。	後発品での調剤の場合は特に、類似した名称のものが多くなることを意識し、処方箋の記載と実際の薬をよく照合する。類似した名称の薬は、在庫するメーカーを別のものにしたり、保管場所を離す方法も検討する。	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」			医薬品		ヒューマンエラー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	一般名処方の処方箋で、カンデサルタン錠8mgの記載があったが、先発品希望の患者様で一包化の指示があったため、調剤棚から薬剤をピッキングした際に、ブロプレス錠8mgをピッキングするべきところを、当薬局で採用しているカンデサルタン錠8mg「日医工」をピッキングしてしまった。	ピッキングを実施した当事者が先発品と理解していたのにも関わらず、無意識下でジェネリックをピッキングしてしまったとのこと。要因としては、一般名処方と先発医薬品を混同してしまって間違えてしまったと考えられる。また、シートデザイン、色調も類似していたので間違えに気付くことが出来なかった。一包化調剤をする前のチェックで気付くことができたので、患者様への投薬前に防ぐことはできた。〇作業手順の不履行	処方箋が一般名処方の場合、先発医薬品かジェネリックかを判別しやすいように、付箋やメモ等でピッキングしやすいような環境を構築していくこと。また、忙しい時間帯等に関わらず、ダブルチェック体制を徹底していく。	ブロプレス錠8	カンデサルタン錠8mg「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「薬剤取り違え」）

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	
238	○端数の処理間違いファモチジンの薬の配置場所にレバミピドが混ざって入っていたのが原因。同じ色のヒートのため気がつかずにファモチジンとして一緒に調剤してしまった。	○作業手順の不履行調剤の際にヒートの端数を戻すときに間違えてしまった。	調剤の際は戻すときも出すときも複数人と確認すること特に似ているヒートのときは注意する	ファモチジン錠20mg「オーハラ」	レバミピド錠100mg「オーツカ」	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	医薬品諸物品	仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
239	内科処方、定期薬の患者さん、【般】エチゾラム0．5mg、1錠分1、30日分処方のところ、ピッキングでデゾラム0．5mg、20錠をトレイに入れたところで中断となる。再びピッキング開始、他剤ピッキングシステムで読込時、デゾラム10錠不足していることを思い出し、10錠追加した。その時に誤ってデパス0．5mgを10錠出してしまったと考えられる。監査システムでは先に出していた20錠のほうを読み込んだため、間違いに気が付けなっかた。向精神薬の在庫確認時に発覚。患者宅連絡し、交換させていただいた。	ピッキング時の中断、再開となり、確認が疎かになってしまった。シートのデザインも類似していたため、間違えてしまったと考えられる。		デゾラム錠0．5mg	デパス錠0．5mg	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
240	監査時に取り間違えが発覚、調剤者の自己監査、監査システムも間違いのまま通ってしまった。	在庫場所が同一のところであった、同じ剤形で外見が似ていた。箱の商品名を確認できていなかった。	商品名をしっかり指差し、声出し確認する。監査システムのメンテナンスを再度行う。	スピリーバレスピマット	スピオルトレスピマット	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
241	一般名処方「ヘパリン類似物質クリーム」のところヘパリン類似物質油性クリームで入力、調剤	ヘパリン類似物質油性クリームのほうが処方も圧倒的に多く、一般名がもともと長いので油性が入っていないことを良く見ておらずヘパリン類似物質油性クリームを選択してしまった	一般名処方の際は最初から最後までしっかりと読む	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医エ」	ヘパリン類似物質クリーム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
242	調剤者が一般名処方でベタヒスチン6mgが処方されるが、思い込みからよく処方される似た名前のベポタスチンベシルを調剤してしまった。1次監査者が間違いに気が付き、調剤者に指摘し正しい物を調剤し1次監査者と確認後、最終監査者に引き継ぐ	一般名の名前が似ている為細かな部分の確認を怠りよく処方されるお薬と思い込んで調剤をしてしまった	調剤を行う際、規格、剤形までしっかり確認して、調剤を行うよう発生後すぐスタッフに通達を行った。	ベタヒスチンメシル6mg	ベポタスチンベシル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
243	一般名処方、シフロラゾン酢酸エステルクリームのところ、スチブロンクリーム（一般名：ジフルプレドナートクリーム）を調剤し、お渡しした。交付後気付き、患者様宅へ交換に伺い謝罪した。	繁忙時間帯で確認を怠った。思い込み（一般名が類似しているため）	一般名処方の場合、注意深く確認。調剤・監査時、確認を徹底する。シフロラゾン処方時、チェックする。	ジフロラゾン酢酸エステルクリーム0．05%「YD」	スチブロンクリーム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

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

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	
244	エリスロシン錠200mg処方箋受付。薬局に在庫なしで他薬局より分譲依頼。→GEのエリスロマイシン錠なら分譲可能との返答いただき、処方入力。→エリスロマイシン錠はエリスロシン錠のGEではないことが判明。患者様にお渡し前に気付いた。	エリスロシンのGEがエリスロマイシンであるという思い込みによる間違え。入力時にエリスロシンからGE変換にエリスロマイシンが出ない段階で怪しんでメーカー問い合わせを行った。薬剤師の知識不足。薬品名の紛らわしさ。	似た名称である旨の情報共有。入力時は必ず処方通り指示された薬から変更品に変換できるかチェックする。	エリスロシン錠200mg	エリスロマイシン錠200mg「サワイ」	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
245	ヤーズフレックス配合錠で処方箋が記載されていたにもかかわらず、ヤーズ配合錠で調剤・監査していた。すでに監査済みでお渡しするだけだったが、監査者とは別の薬剤師が上記誤りに気付いた。	類似名称で類似薬効、類似パッケージと混乱しやすい。	メーカーには医薬品販売段階でもう少しわかりやすいように製品化してほしい。フレックスと通常の配合錠があることを周知徹底する。	ヤーズフレックス配合錠	ヤーズ配合錠		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
246	先発品希望の患者さんに一般名テオフィリン徐放錠100mg（24時間持続）の処方でテオドール100を入力と拾いまでしていた。監査で間違っていることに気が付き、正しいユニフィルLA100に拾い直しした。	テオフィリン徐放錠（12～24時間持続）とテオフィリン徐放錠（24時間持続）似ている物が2つ存在することを知らなかった。	似ている一般名はリストにしてその薬が出たときにすぐ見てチェック出来るようにしておく。	ユニフィルLA錠100mg	テオドール錠100mg		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
247	一般名処方で【般】フルトプラゼパム錠2mgを見間違え【般】フルニトラゼパム錠2mgと見間違え事務が入力調剤監査まで気づかず調剤してしまった。	一般名による〇処方せんの見間違いが原因と思われます。	同じような一般名をポスター化して表示し　入力及び調剤監査の場所それぞれに大きくポップアップして確認するよう指示社員には似たような注意すべき一般名をレクチャーする講義を実施	レスタス錠2mg	フルニトラゼパム錠2mg「TCK」	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
248	6月6日18時ごろ注射薬の本日の使用量・在庫の確認をしたところ、もしかしたら患者さんに間違えて誤った注射薬を渡してしまった可能性があると考え、電話にて確認したところ、はっきりとしなかったので、自宅に訪問し確認した。ノボラピッド注フレックスタッチをノボラピッド注フレックスペンでお渡ししていたことが判明し、お詫びしてお取替えした。	2つとも箱の色や形状が似ており、保管場所も近かったため、誤って取り違えてしまった。	保管場所を変更し、医薬品の名前がすぐ見てわかるように表示を作る。	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				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
249	新人薬剤師がピッキング。普段からツムラ五苓散は汎用調剤していた。今回五積散が処方だ、「五」のみで確認しており、また五積散の在庫があることを知らず調剤。	知識不足。漢方薬の名称類似について、存在を知らなかった。	一文字監査の実施。	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	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
250	ノイロトロピンのところFAD錠で調剤	錠剤の色が似ていたのと、近くにFADがあったので間違えてしまった。	FADとノイロトロピンの場所を離して間違えないようにした。	ノイロトロピン錠4単位	FAD錠10mg「ツルハラ」	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	
251	トラムセット配合錠処方の患者様にジェネリック希望の為、処方入力をジェネリック医薬品トアラセット配合錠「日医工」で入力した。調剤する際に先発品トラムセット配合錠を調剤し、監査に回してしまった。服薬援助時に患者様とお薬の確認をする際にジェネリック医薬品ではなく先発品で調剤されていることが発覚。その場で正しいジェネリック医薬品のトアラセット配合錠「日医工」に変更しお渡しした為、患者様には正しいお薬をお渡しした。	先発品とジェネリック医薬品のシートが似ており、調剤者がジェネリック医薬品と思い込み、先発品を調剤してしまった。監査時にも気づかず服薬援助時に薬情の写真とシートを患者様と一緒に確認している際に間違いを発見した。	調剤棚を先発品とジェネリック医薬品を離して配置し、それぞれの棚に注意喚起の札をつけた。調剤時は自己監査時に薬メーカーを指差し確認することを徹底する。	トラムセット配合錠	トアラセット配合錠	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
252	後発品希望の患者であり、ウルソデオキシコール酸「テバ」で調剤しなければならなかったが一部ウルソが混入していた。ピッキング時にウルソデオキシコール酸が該当棚になくなり、充填したのがウルソであった。調剤、監査時には上部のウルソデオキシコール酸を確認、計数の確認で下部にウルソがあったことを見逃してしまった。投薬時に薬剤師が気付き交換、患者に交付へは至らなかった。	当該処方箋は処方医薬品数が多く長期処方のためピッキングにも時間がかかり急いでしまった。調剤、監査時も錠数が多いため計数に気をとられてしまった。〇処方医薬品の多さ〇単純なミス	ピッキング途中の充填でも指差し確認など要確認をする。先発品、後発品は似ているデザインも多いのでとくに注意する。	ウルソデオキシコール酸錠100mg「テバ」	ウルソ錠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
253	一般名処方でベタヒスチンメシル酸塩錠6mgが1日2錠（1日2回　朝・夕食後　14日分）で処方されていたので、28錠調剤するところ、ベポタスチンベシル酸塩錠10mgを28錠調剤した。鑑査した薬剤師が誤りに気付いたので、患者には正しい薬剤を交付出来た。	ピークは過ぎたが、まだアレルギー性鼻炎（花粉症）の患者が多い時期だったので、思い込みが原因だと思われる。	以前から、アルマールとアマリール、アレロックとアテレック、ノルバスクとノルバデックスなど商品名での類似には注意が喚起されてきているが、今後は一般名処方でも類似名称が存在することを十分に認識しておくことが重要である。	ベタヒスチンメシル酸塩錠錠6mg	ベポタスチンベシル酸塩錠錠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
254	ベポタスチン10mg「タナベ」が2錠/分2で84日分（計168錠）処方されている患者に対し、ベポタスチン10mg「タナベ」で68錠、ベタヒスチン6mg「TSU」の100錠フィルム包装1つで交付した。EMシステムズのAudy（自動薬剤鑑査システム）を導入しており、重量のエラーが生じたものの、目視確認で通過してしまい、鑑査・交付を担当した薬剤師が気付かなかった。	ベポタスチン10mgとベタヒスチン6mgは規格こそ違うが名称が非常に似ており、ピッキングを担当した者が100錠包装を別の調剤棚から取った模様。自動鑑査システムを導入している慢心から、目視確認も不十分であった。	自動鑑査システムを引き続き使用するが、やはり薬剤師の目視確認は重要であると再認識する結果となった。	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「TSU」	確認を怠った 判断を誤った	技術・手技が未熟だった	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	
255	デルモゾール軟膏をデルモベート軟膏と間違えて入力され、ジェネリック医薬品希望の患者様の為デルモベート軟膏のジェネリック品のクロベタゾール軟膏で入力・調剤された。入力が間違えている為ピッキングサポートシステムも通ってしまい、最終的に薬剤師の監査でも気づかず調剤されてしまった	外来の入力はQRコードだが、今回は居宅の患者様でFAXが流れて来てそれを見ての手入力であった。デルモゾール軟膏は採用薬でもなかった為、先入観によりデルモベート軟膏を入力しクロベタゾール軟膏に変換され調剤されてしまった。	軟膏だけではなく、外用薬の一般名処方は似ている薬剤名が多い為、ローション・クリーム剤も成分名をしっかりと確認し入力と監査を行う	デルモゾール軟膏0．12%	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」	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
256	「一般名」ラタノプロスト点眼液とタプロス点眼液を取り違えて調剤した	同種同効薬であり、包装も類似していたため、誤りに気付かず投薬してしまった。思い込みによる単純なミスであった。	監査の際、どんなに多忙でも処方箋と薬を照らし合わせ、確認してから投薬することを徹底させる	ラタノプロスト点眼液0．005%「サンド」	タプロス点眼液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
257	「一般名」ニルバジピン（4）を「一般名」ベニジピン（4）と取り違えて調剤した	患者が集中していた。その中で一般名の名称が似ており、規格も同一だったため、誤りに気付かず投薬してしまった。	一般名処方が推進されており、薬剤名の似た処方箋が多くなっている。どんなに患者が集中していても、調剤と監査の際、薬剤名と規格を一つ一つ確認し投薬することで、このようなミスが軽減すると考えられる。	ニルバジピン錠4mg「サワイ」	ベニジピン塩酸塩錠4mg「日医エ」	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
258	一般名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が処方。デルモゾールで処方投薬した。	当薬局ではアンテベートはあまり処方されておらずよく出ているデルモゾール（ベタメタゾン吉草酸エステル）とベタメタゾンのみで判断してしまった。投薬時に気が付き患者にはアンテベートでお渡しした。	重量鑑査システムの利用・一般名処方は名がよく似ているので薬名の確認の徹底を行う。	アンテベート軟膏0．05%	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
259	アンテベート軟膏とヒルドイドソフト軟膏の混合指示の処方で先発品希望の患者さんに、アンテベート軟膏とヘパリン類似物質油性クリームを混合調剤したが、内服薬が先発品で用意されていたため先発品希望の患者さんだったことに気が付き、すぐにアンテベート軟膏とヒルドイドソフト軟膏の混合に調剤しなおした。	ヒルドイドソフト軟膏は後発品のヘパリン類似物質油性クリームで調剤することの方が多いため、先発品希望ということをよく確認せずに調剤したためと思われる。	処方せんだけで判断せず、先発品希望かどうかなど、薬歴等をよく確認することが大切だと感じた。	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」	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	
260	【正】ミカムロ配合錠AP【誤】ミコンビ配合錠AP	前回までミコンビで服用中で、Do入力でミコンビが入力。初期監査・最終監査・投薬で気が付かず交付に至りました。	初期監査時に声出しを行う。一包化の場合、最初の一包目の鑑査時に処方箋と錠剤を突合する。ミカムロ配合錠APとミコンビ配合錠APの薬品名表示マスタに類似薬注意のコメントを記載しました。配合剤の一覧表を確認し、間違いやすい名前の配合剤があること、そもそも配合剤は間違いが起きやすい種類の薬品であることを店舗内に周知しました。1包化投薬は、正直厳しい点はあるが、手帳と処方内容が一致しているか等確認できる所から確認して防止していくようにする。	ミカムロ配合錠AP	ミコンビ配合錠AP	確認を怠った	技術・手技が未熟だった 勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった	施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
261	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「メトグルコ錠250mg、2錠／分2、朝夕食後、28日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からメドグルコ錠250mgを全56錠調剤するところ、メトグルコ錠250mgを54錠、残り2錠を隣の棚にあったメトホルミン錠250mg「ニプロ」で調剤したことに気付かずそのまま監査に出した。監査をした薬剤師Bも錠数は確認したが、端数の2錠が正しい薬か、確認しなかった。〇端数の処理間違い閉店業務の糖尿病薬など管理薬の全量カウント時に数量誤差発覚。当日中に薬剤師Cが患者宅へ電話・訪問し、正しい内容と交換して患者様へお渡し、謝罪した。当日中の対応で、患者が誤った薬を内服せずに済んだ。	メトグルコ錠250mgとメトホルミン錠250mgは棚が隣で名称も似ていた為間違えた。自己判断や思い込みによる、単純な「錯覚」「勘違い」が要因。〇単純なミス〇注意力散漫	メトホルミン錠250mgとメトグルコ錠250mgの棚を離した位置に変更した。「規格違いあり」「ジェネリック注意」の注意喚起ツールを更新作成し運用する。調剤・監査時に細かいヒートについても薬剤に間違いがないか確認することを怠らない。今回の薬剤については、隣接する2剤であったため、再度、薬局職員全員の認識とし、調剤・監査時に意識するように周知。	メトグルコ錠250mg	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「ニプロ」	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	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
262	一般名処方で「クロベタゾン酪酸エステル軟膏　5gまぶたに塗布」の処方に対しマイアロン軟膏で入力し、調剤投薬してしまった。一番強いランクのステロイドを皮膚のうすいまぶたに患者は塗布してしまった。今回は翌朝に気が付き薬剤交換したので2回の使用にとどまり健康被害もみられなかったが使用し続けた場合皮膚が薄くなるなど副作用発現した可能性が高い。	一般名を比較するとキンダベートが「クロベタゾン酪酸エステル軟膏」、マイアロン（デルモベート）「クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏」と4文字目までが同じと混同しやすい。また入力する事務員も通常はQRコード利用しての入力が多く手入力に不慣れであった。薬剤師も経験が浅くまた、当該店舗で日が浅くデルモベートのジェネリックがマイアロンという認識がかけていた。外用ステロイド薬の一般名称は他にも似ているものが多く混同しやすい。 ミスが頻発しているような薬剤名の場合処方せんにコメント等で先発名を併記する必要性もあるのではないだろうか　〇処方せんの見間違い	処方頻度の高い、ステロイド一般名称を一覧にしレセコン回りに配置。ステロイド薬一覧を薬品棚に配置するようにした。	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	知識が不足していた 技術・手技が未熟だった 勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる身体的条件下にあった 通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
263	類似薬品があるのを知らずに、処方箋をよく見ず確認を怠り調剤間違い	知識、確認不足	類似薬があることを注意しながら、規格も違うので規格まで調剤する際に確認をする	パンデルローション0．1％	パルデスローション0．05％	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
264	一般名処方で【般】アムロジピンロ腔内崩壊錠5mgと書かれている処方箋で、患者希望でアムロジンOD(5)をいつも交付していた。今回、誤って後発品のアムロジピンOD(5)「トーワ」を誤って交付。患者本人も、帰宅後に、いつもとシートが違うことに気が付いたが、アムロジピン（5）と書いてあるので、処方医が記載方法を変えたのだろうと思って、特に連絡しなかった。薬局では、1週間後に、在庫数の確認を行っていた所、錠数が合わないことがわかり、ミスが発覚した	当薬局では、一般名処方を受けた際に後発品を調剤する場合は【般】を〇で囲む、先発品を調剤する際には、えんぴつでその名前を記載するようにしている。今回の処方箋は、入力した事務員が後発品を調剤する時のように、【般】を〇で囲んでいた。その処方箋をみた調剤者は、そのまま後発品を調剤し、また鑑査者も記載ミスに気が付かなかった	一般名と先発品名が似ている薬（今回のアムロジンやオメプラールなど）は十分注意する。また鑑査者と調剤者は、最後に薬剤情報提供書の写真と出ている薬を見比べて、間違っていないことを確認する	アムロジンOD錠5mg	アムロジピンOD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
265	処方箋には「ロキソニン錠60mg、3錠／分3毎食後、7日分」と記載。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からロキソニン錠60mgを調剤するところ、その下の薬棚にあったロキソプロフェンNa錠60mg「トーワ」を調剤したことに気づかず、ひとり薬剤師体制であったため自己鑑査でも気づかずに投薬台へと進んだ。服薬指導中に、薬剤情報提供書に印刷されている薬の外観の写真と見た目が異なることに自分で気づき、その場で正しい薬に変更し正しく交付した。	ロキソニン錠60mgとロキソプロフェンNa錠60mg「トーワ」は、薬棚の配置が上下で近く、名称も似ていたため間違えた。薬剤師Aは、通常頻繁に出る薬が後発品であったため調剤及び鑑査時に頭文字3文字の「ロキソ」のみで判断し確認を怠った。ピッキングシステムを導入していなかったため、調剤時に取り間違いに気づかなかった。	薬棚に類似名称の注意喚起表示を行う。鑑査時には先発品・後発品の確認を徹底する。	ロキソニン錠60mg	ロキソプロフェンNa錠60mg「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	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
266	ネキシウムカプセル20mgとピメノールカプセル50mgの台紙の色調が似ているため、30カプセルの内2カプセルをピメノールカプセル50mgで交付した。患者本人がカプセルの色の違いに気づき、当薬局に戻してきた。	単純なミス	薬棚位置を変更し、徹底した監査を実施。	ネキシウムカプセル20mg	ピメノールカプセル50mg	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
267	一包化の予製作成にあたり、事務員がアモキサンカプセルを集薬すべきところ、アモキシシリンカプセルを集薬。一包化を作る薬剤師は誤集薬に気付かず一包化作成。実際に患者より処方せん応需し、集薬記録と処方内容をミスゼロ子にて照合したところ、ミスが判明。	名称類似品があることを周知。規格が似てはいたが異なる（25mgと125mg）ので、規格まで指さし呼称する必要性を再確認。今回ミスを気付けた調剤補助システム（ミスゼロ子）の使用徹底。		アモキサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル125mg「トーワ」	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	
268	6月6日に処方箋を受け付けたが、あとで取りに来るとのこと。6月8日朝に来局され、その時点で調剤・監査は済んでおり、袋詰めになっていたのでそのままお渡しした。その日のうちにご本人より連絡があり、いつもの薬と外観が違う薬が入っているとのことで過誤が発覚。翌日にはご本人が来局され、正しい薬と交換するとともに謝罪。服薬前に気づいたので健康被害はなかった。	ノイロビタンとノイロトロピンは別薬効であるが類似名であること、また当薬局では普段ノイロビタンはほとんど扱わないため思い込みもあったと思われる。投薬時も袋詰めになっていたので確認せずにお渡ししてしまった。	今回の患者に関しては、電子薬歴に「ノイロビタン」とポップアップさせ注意喚起をすることとした。今までは、あとで取りに来る患者にはすぐにお渡しできるように袋詰めして用意していたが、今後投薬時に再度薬袋から出して確認するようにするか検討中である。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠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
269	後発医薬品で処方されていたが、先発医薬品をお渡ししてしまっていました。	監査時の見間違い、思い込み。	先発医薬品と後発医薬品のヒートが類似しているので、調剤時と監査時に注意する。棚に印をつけて注意喚起する。	オルメサルタンOD錠10mg「ニプロ」	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
270	一般名テルミサルタン錠40mgを一般名バルサルタン錠40mgと誤読した。服薬指導中に患者さんがいつもの薬とヒートシール包装の外観が違うと気づき、間違った薬が交付されるのは避けられた。	医薬品名称の著しい酷似。当薬局では一般名バルサルタン錠40mgがメインなのも誤読の要因であると思う。患者さん向けの薬剤情報には写真が掲載されているので、この際の突き合わせも不充分であったと考えられる。	患者さん薬品情報の写真活用と薬歴に注意事項記載	テルミサルタン錠40mg「DSEP」	バルサルタン錠40mg「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
271	セレスタミン配合錠2T2x朝食後・就寝前14日分で処方されていたが、誤ってゼチーア錠で調剤し、監査でも気が付かず、交付してしまった。翌日、患者様本人より連絡がありミスが発覚。服用前であったため、謝罪しゼチーア錠28錠を回収し、セレスタミン配合錠28錠をお渡しした。	セレスタミン配合錠とゼチーア錠のヒートが類似しているにもかかわらず、調剤棚を上下にしていた。	調剤棚を離す。ヒートが類似しているため注意を促すポップを調剤棚に貼付する。間違いやすい薬であることを意識し調剤、監査、投薬をする。	セレスタミン配合錠	ゼチーア錠10mg	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
272	【正】ツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒　【誤】ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒	不足欠品を送る際の調剤	外観が似ている薬品が隣合っていた為、薬品の置く位置を変える。鑑査の際に、漢方は名前だけでなく調剤録にかかれた数字もあわせて確認する。ピッキングを行う際は必ずPDAを通す。	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	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
273	前日に処方箋を預かった患者のウルソデオキシコール酸378錠に、誤ってファモチジン錠が端数2錠調剤されていた。患者来局した翌日、別の薬剤師が投薬前に気が付いた。PTPが似ているが、薬剤棚は離れたところにありいつ混入したか不明。	単純なミス、注意力散漫	棚入れや端数を棚に戻すときに間違いないか確認の徹底、端数使用する際も必ず確認	ウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」	ファモチジン錠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

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
274	タリオンが処方され、後発品変更希望があったので本来ベポタスチン錠を調剤すべきだったが、ベタヒスチン錠が調剤されてしまった。監査の薬剤師が発見した。	名称が似ていたため間違えてしまった。先発品での処方であったため後発品名は処方箋に載っていなかったことも要因と思われる。	後発品を出すときは名称を毎回確認する。	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「KN」	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				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
275	マグミット330mgを分包する際、通常1000錠バラ包装を使用するが、隣に置いてあるミヤBM錠の容器（1000錠バラ包装）を手にとり調剤してしまった。監査時に判明したため患者に渡してはいない。	○単純なミス　分包用のバラ包装の取り間違い　マグミット330mgとミヤBM錠は容器・錠剤の形も類似しているため間違ったと考えられる。	調剤時は必ず処方箋と照らし合わせ指差し確認をする。容器に薬品名のラベル（付箋など）を付けて注意を促す。	マグミット錠330mg	ミヤBM錠	判断を誤った	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
276	デキストロメトルファン錠15mg「トーワ」21錠処方の所、6錠をトラネキサム酸錠250mg「YD」が混在して調剤していた。（端数の処理間違い）	頻繁に処方される薬剤であったため、調剤台の上に両方とも箱が置いてある状態にあった。箱またぎの調剤などで誤って薬剤の取り間違えを起こしたと考えられる。（注意力散漫）	調剤済みの薬品は都度、薬棚に戻し調剤台の上に何もない状態を保つことを全従業員に徹底指導する。色調やシートの似ているものについて該当するものの知識をつける。	デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠15mg「トーワ」	トラネキサム酸錠250mg「YD」	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
277	ザイロリック錠100mg2錠分2　朝夕食後98日分のところウルソ錠100mg2錠分2　朝夕食後98日分で交付してしまった。	錠剤のPTP包装が類似していたため、間違えが起きたと思われる。確認不足も考えられる。患者さんへの投薬時において、患者さんに薬自体を見せずに渡してしまった。鑑査者と投薬者が同一であった。	1、薬を交付する際は患者さんにその場で薬自体を見せるようにする。2、ウルソ錠とザイロリック錠の錠剤棚の配置を変えることにより、取り間違いを防ぐ。3、状況にもよるが投薬者と鑑査者を変えることも考慮していく。	ザイロリック錠100	ウルソ錠100mg	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
278	カロナール錠200mgで調剤しなければいけないところ、酸化マグネシウム錠330mgで調剤。監査者がアテルノでチャックしているときに薬が違うことに気づく。	ヒートの雰囲気が似ている。	ヒートの見た目の変更をメーカーに希望する。	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	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
279	処方せんには「一般名ニカルジピン塩酸塩徐放錠カプセル40mg、2カプセル／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、薬棚からニカルジピン塩酸塩徐放錠カプセル40mg「日医工」を調剤するところ、思い込みをし、ニフェジピンCR錠40mg「日医工」を調剤し、調剤中、薬剤師Bの指摘により間違いに気付き、再度ニカルジピン塩酸塩徐放錠カプセル40mg「日医工」を調剤した。鑑査前に誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	普段ニフェジピンCR錠40mgの方がよく調剤していて、ニカルジピン塩酸塩徐放錠カプセル40mg「日医工」はこの患者だけでした。頭のニと徐放40mgを見て思い込みをしました。	処方せんをきちんと見るのは当然ですが、名称類似医薬品のため、他のスタッフにも周知を徹底し、取り間違い防止のための注意喚起をした。	ニカルジピン塩酸塩徐放カプセル40mg「日医工」	ニフェジピンCR錠40mg「日医工」	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	
280	クラシエ葛根湯加川キュウ辛夷エキス錠を渡すときクラシエ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス錠が混じってしまった	ヒートの色と番号似ていているため集めるとき2包だけ取り違える	似ている薬品　保管に気をつける	クラシエ葛根湯加川きゅう辛夷エキス錠	クラシエ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス錠	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラー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	ボグリボースOD錠0.3mg「サワイ」168錠調剤する所、誤ってミグリトールOD錠50mg「サワイ」110錠+ボグリボースOD錠0.3mg「サワイ」58Tで調剤してしまった。昼の発注時点でボグリボースがマイナス在庫になっていたが不足した事実はなかった。また隣の棚のミグリトールが少ないことに気づき発覚した。該当患者に連絡を取り、ご自宅に訪問し交換した。患者の服用前に連絡が付いたため健康被害はなかった。	100錠包装の外装が似ていたため、監査時に気付かなかった。単純なミス調剤時に棚が空になった際に、隣に似た色の薬剤が並んでいた為、誤って取り間違えたと思われる。	該当薬剤の棚を遠くに配置し、従業員に事例の共有を行った。	ボグリボースOD錠0．3mg「サワイ」	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		ヒューマンエラー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	○10錠シート	確認を怠った　焦り、配置が上下でヒートシートの色が類似で取り間違い	配置の変更、3重チェックの徹底	キプレス錠5mg	ムコソルバンL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
283	ニセルゴリン5mg処方の所ニコランジル5mgをピッキング、一包化の処方だったのでシートをばらす時に気付き他の薬剤師が取り違えに気が付いた	以前からニセルゴリンとニコランジルはシートの色や名前が似ていると思って場所は離してあったのですが一般名処方せんを診間違えて実際取り違えてしまった	名前や色、形の似ている医薬品は場所を変える薬を取るときに処方せんの医薬品の名前や実際取った医薬品の名前を声を出さずとも口ずさんで確認する	ニセルゴリン錠5mgサワイ	ニコランジル錠5mg日医工	確認を怠った	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
284	ドキサゾシン錠1mg「サワイ」全56錠のところ、ドキサゾシン錠1mg52錠+テオドール錠50mg4錠で調剤	両剤ともヒートの色調・デザインが類似しており、テオドール錠50mgの端数を棚に戻す際に誤ってドキサゾシン錠1mg「サワイ」の棚に戻してしまったと考えられる	端数などを戻す必要がある際は、すぐに戻さず一旦ケースに入れ、その後複数人の確認のもとで戻すこととする	ドキサゾシン錠1mg「サワイ」	テオドール錠50mg	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
285	精神科で錠剤と粉を混ぜる調剤をする際、該当薬をヒートからばらそうと思ったところ、計量時バーコードスキャンで名称を呼びかける際に違うマーズレンが出てきたのできずいた。	見た目が似ていて、医薬品の名称をしっかり確認していなかった。	基本ではあるが、改めて薬品とるときの確認が必要と思われる。	アズクレニンS配合顆粒	マーズレンS配合顆粒	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

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
286	マグミット錠330mgと酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」を取り違えし交付	以前よりマグミット服用中の患者様で処方が一般名になっており、またシートの変更により酸化マグネシウム「ヨシダ」とマグミットが類似シートになり、また他の薬剤師が休憩中で薬剤師一人の状況で思い込みによる取り違え、交付時患者さまに確認して頂くも患者様も気付かなかった、在庫管理システム及び薬歴記載時に取り違え気付き連絡後所在及び交換〇注意力散漫	交付前の薬剤監査の徹底、薬剤師一人の時は非薬剤師スタッフの目を借りて複数人数での確認	マグミット錠330mg	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
287	ツムラ人参養栄湯の処方のところ、間違ってツムラ人参湯を交付してしまった。老人保健施設の入所の方で、施設スタッフより「いつもと違う漢方です」と連絡あった。	思い込みで、調剤し、監査者も気付かず交付してしまった。	漢方は似た名称もあるため、最後の一文字までよく確認する。	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	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
288	一般名・クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%の記載をレセコンに入力する際、頭三文字の「クロベ」までを入力して検索を掛けたところ、間違えて一般名・クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%であるデルトピカ軟膏0.05%で入力してしまった。ピッキングした登録販売者は入力者と同じであったため、デルトピカ軟膏で取り揃えた。薬剤師による最終確認の際、入力されている一般名と処方箋の一般名が違うことを発見し、間違えた医薬品をお渡しすることはなかった。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%とクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%は一般名の頭四文字が同じであり、医薬品の濃度も同じ0.05%である。規格に関しても当薬局の採用品は同じ5g包装であった。このことからこの二つを混同、または検索を掛けた際間違えた可能性が高い。入力内容と処方箋を合わせて確認する作業手順の不履行と考えられる。	ステロイド外用剤の一般名は似ているもの(当該以外ではベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル⇔ベタメタゾンジプロピオン酸エステル⇔ベタメタゾン吉草酸エステルも在庫してある)が多いため、似ている薬があることを認識し、入力画面と処方箋を近づけて一字一句を確認する。またピッキング時にも医薬品の包装に書かれている一般名と処方箋を照合する。	キンダベート軟膏0．05%	デルトピカ軟膏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
289	テイコク芍薬甘草湯が処方されていたがテイコク麦門冬湯を集薬し投薬時患者に指摘され発覚した。	薬剤の外装が類似していた。保管が隣同士であった。一人調剤投薬したため二重監査がなされなかった。繁忙時だった。〇単純なミス〇焦り〇作業手順の不履行	2人以上体制の場合は必ず2人で二重監査を実施する。投薬時には患者にも内容を確認してもらう。	テイコク芍薬甘草湯エキス顆粒	テイコク麦門冬湯エキス顆粒	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
290	在庫管理システムでジャヌビア25mgがマイナス30錠だった。最初はジャヌビアの規格違いとの調剤過誤を疑い12．5mg、50mg、100mgを調べたが、それぞれ在庫数は合っており、その時点では原因は判明できなかった。後日ジャディアンス25mgを手にしたとき、ジャヌビアでマイナスが発生していたことを思い出し、調べてみるとジャディアンス25mgがプラス30錠であった。どの患者に間違えて調剤してしまったか不明であったので処方医に相談したところ、「今回は重い低血糖症状が起きていないようだから大丈夫でしょう」とのこと。次回以降細心の注意を払うこと。	ジャヌビア25mgとジャディアス25mgが同じ棚に入っており、類似名で取り違い、監査ミスしたか。思い込み。	すぐに棚を変え、注意喚起を促す札をつけた。大変な間違いで重いSEが出る可能性が大きいので、薬局内でこのような事例があったことを周知徹底する。	ジャディアンス錠25mg	ジャヌビア錠25mg	確認を怠った 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
291	事務スタッフがピッキングした際、ツムラの番号と色が似ているものが隣り合わせに並べてあったため、誤ってピッキング。鑑査の際に薬剤師が気付き間違いとわかる。	注意力散漫	ツムラの配置位置を誤りがおこらないよう配置しなおした。	ツムラ潤腸湯エキス顆粒（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			その他	ヒューマンエラー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	一般名ランソプラゾール口腔内崩壊錠15mgの処方でランソプラゾールOD錠15mgをピッキングしなければならないところ、ラベプラゾールNa錠10mgをピッキングしていた。投薬前の監査時に間違いに気づいた。	ランソプラゾールOD錠15mgとラベプラゾールNa錠10mgの配列が隣にあったため、焦って間違えたものと思われる。	処方せんの内容をしっかり確認して、類似医薬品や名称が似た医薬品に注意して、薬を集める。	ランソプラゾーOD錠15mg	ラベプラゾールNa錠10mg	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
293	ドクターのカルテの読み間違いによる処方箋誤発行（正：クラリチンDS 0.5g、誤クラリシッドDS 0.5g）明らかに量がおかしいのと前回と異なることのヒアリングでの相違で発覚、疑義照会、変更へ	投薬量の疑義照会のみならず、類似薬剤の間違いの可能性も排除せずに疑義照会できる用にする必要がある	患者ヒアリングでおかしいと思うことはきちんと疑義照会を怠らない	クラリチンドライシロップ1%	クラリシッド・ドライシロップ10%小児用	確認を怠った		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
294	患者さんが処方箋を持って来局された。薬剤師Aが調剤し、投薬者の薬剤師Bに渡した。薬剤師Bが処方箋にはツムラ十全大補湯エキス顆粒 1日2回 朝・夕食前 5g 28日分と記載があったが、調剤されたものがツムラ荊芥連翹湯であった為、薬剤師Aへ伝えた。薬剤師Aはツムラ十全大補湯エキス顆粒 1日2回 5g 28分を調剤し直し薬剤師Bにお渡した。	今回調剤した患者様の前の患者様にツムラ荊芥連翹湯が処方されており、思い込みで調剤をしてしまったと思われる。〇処方せんの見間違い〇注意力散漫	漢方薬には似たような名前もあり、又ラベルだけでは判断できないことを含めて、処方箋と調剤された薬剤を再度確認することにする。	ツムラ荊芥連翹湯エキス顆粒（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	その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
295	【正】塩化カリウム「フソー」 １．８ｇ１日３回毎食後２１日分 【誤】塩化ナトリウム「オーツカ」 １．８ｇ１日３回毎食後２１日分	入力照合ミス。塩化カリウムと塩化ナトリウムの間違いに気付かなかった	似たような薬品がある場合は2度確認する	塩化カリウム「フソー」	塩化ナトリウム「オーツカ」			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
296	ザルティア錠でお渡しするところ、ザイザル錠でお渡し。	調剤棚が上下で隣接していた。	調剤棚が上下で隣接していたため、名前が似ていることから、サワシリン錠を間に挟み調剤時注意することとした。	ザルティア錠5mg	ザイザル錠5mg	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
297	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」の処方であったがサラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」を調剤し投薬してしまった。	薬剤に関する知識不足。これまで当薬局ではサラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」の処方を受けた経験がなく、サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」が商品名変更したものと勝手に思い込んでいた。投薬時、患者本人にも薬剤を見せ確認したが、ヒートが酷似していたため患者も気付かなかった。	双方の薬剤に品名類似注意のラベルを付け注意喚起を行った。また、スタッフミーティングを行い、今回の事例の共有と、その他の取り違え事例の検索と報告をしてもらい意識向上を図った。	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」	サラゾスルファピリジン錠500mg「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
298	先発後発のデザインと名称が似ているため後発が紛れ込んでしまっていた。〇10錠シート	先発品から後発品への切り替わりの際に、後発品を先発品のほうに紛れ込ませてしまった。〇単純なミス	先発品をなくすことでなくなった。	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		医薬品		ヒューマンエラー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	処方箋上ラベプラゾール錠10mg「明治」で処方されていたところ、ランソプラゾールOD錠15mg「武田テバ」を誤ってピッキングした。処方箋を見直した際に気づき、訂正した。	同系統のPPIであることと、成分名の頭文字が同じ「ラ」であることから思い違いを起こしピッキングしてしまった。	ピッキングを開始する前に医薬品名をしっかり確認し、同系統で類似した名称の薬剤がある場合には再度確認するようにする。	ラベプラゾールNa塩錠10mg「明治」	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
300	ツムラ半夏厚朴湯の処方を半夏瀉心湯でお渡し。帰宅後管理する為薬を取り出した際、定期薬と違うものが入っていたと電話があり発覚。	ピッキングの際、繁雑とした状況、商品名の類似による思い違いが原因。	ダブルチェックの徹底、繁雑する時間帯での動線見直し。	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	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	カムシアHD処方のところ誤ってカデチアHDでピッキング。監査時に発覚した。	薬品名が「カ」から始まる4文字であること。カデチア、カムシア共に最後にはHDもしくはLDがついており名前が類似していたためと考えられる。	該当する薬剤の所に注意喚起する暖簾のようなものを作成した。	カムシア配合錠HD「サンド」	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
302	オルメサルタンOD20mg が 計60錠処方 そのうち20錠がビオクリタジンが入っていた	薬品棚の位置が近くにあった事 オルメサルタン ビオクリタゾンのヒートが似ていた		オルメサルタンOD錠20mg「ニプロ」	ピオグリタゾン錠15mg「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「薬剤取り違え」）

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	
303	一般名でアロチノロール10mgが処方された。新人の薬剤師の為、知識が不足しており、先発希望だったが、後発品で調剤してしまった。	薬剤名は専用のシートに記載されているが、薬剤が1種類しかないと思い込んでおり、確認を怠り、調剤してしまった。	アロチノロールの先発品名は後発品に類似していることを認識してもらい。また、薬局の在庫業況を把握し、調剤を行ってもらう。	アロチノロール塩酸塩錠10mg「DSP」	アロチノロール塩酸塩錠10mg「JG」	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
304	吸入薬処方でウルティブロ吸入カプセルが処方されていたところ、オンブレス吸入カプセルを調剤。監査時に誤調剤を発見した。	吸入薬同士で棚も隣だった。吸入デバイスは同一。外見は類似しており、ロゴや印字のみ違っている。	職員全員に2剤の比較・類似点を示し周知した。	ウルティブロ吸入用カプセル	オンブレス吸入用カプセル150μg			医薬品		ヒューマンエラー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	○類似名	○焦り		フルボキサミンマレイン酸塩錠25mg「日医工」	フルスルチアミン錠25mg「トーワ」	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
306	一包化調剤を行い、当該処方箋を監査していたところ別の医薬品が混入していることを発見・発覚。	該当棚に別名前の酷似した別医薬品が混入していることが発覚。過誤防止システムを使用しているが、該当の棚バーコードは正しいもののためスルー。一包化作成時もピッキングと同一者が行ったため思い込みで正しいと錯覚。	名称酷似のため注意札を作成。一包化作成前にももう一度薬品を再確認する旨徹底。	ネオドパゾール配合錠	ドパコール配合錠L100	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
307	クラシエ小青竜湯エキス錠の処方。小青竜湯エキス錠の隣に小柴胡湯エキス錠が配置してあり外観が類似していたためすべて小青竜湯だと勘違いしてしまい、小青竜湯に小柴胡湯が一部入っている状態で調剤してしまった。監査も同じ色のシートだったので違う薬剤になっていることに気づかず投薬してしまった。数十分後、発注管理の際に間違いが発覚。患者に連絡を取り正しい薬剤と交換し謝罪した。服用はしていなかった。	・外観の類似。箱、シートの色がともにピンクで同じ色だった。・薬品名が類似。小青竜湯、小柴胡湯ともに「小」から始まる感じ4文字で似ていた。・コード番号が類似。EKT19、EKT9とにていた。	薬剤の配置を離し、薬品名確認の注意を促す表示をする。職場内に周知する。	クラシエ小青竜湯エキス錠	クラシエ小柴胡湯エキス錠	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
308	ベタニスOD錠2．5mgのところをベタニス錠25mgをピックアップ。監査システムにかける前に、処方箋と照らし合わせ、間違いに気づき、正しく調剤し直した。	○処方せんの見間違い○単純なミス レセコン入力時に記憶して調剤。「ベ～」4文字「25」の字並びに惑わされ安易にピックアップした。どちらも同硬貨の薬なので疑問が生じにくい。	似た時の並びがある事をにんしきして、注意深く見る。混んでいない時こそ、宙を怠らない。	ベシケアOD錠2．5mg	ベタニス錠25mg	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
309	フラベリック錠20mg3錠分3 7日分の処方。フラベリック錠20mgではなく、フェブリク錠20mgを21錠ピッキングしてしまった。	混雑時で処方箋を見誤ってしまったことと思い込みから起きてしまった。医薬品名が似ていて、規格が同一であったことも原因のひとつと考えられる。	ピッキング後に処方せんの薬名と照らし合わせての再確認を必ず行うようにする。	フラベリック錠20mg	フェブリク錠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「薬剤取り違え」）

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	
310	患者が処方箋をもって来局。処方箋には「亜鉛華軟膏　20g　1日2回　手」と記載があった。薬剤師Aは、予め軟膏壺に詰めてある亜鉛華軟膏を調剤したつもりが、白色ワセリンを調剤したことに気が付かず鑑査へ回してしまった。鑑査を行った薬剤師Bが、軟膏壺の蓋に貼付されているラベルに「白色ワセリン」と記載されていることに気が付き、調剤を行った薬剤師Aに間違いを伝えた。鑑査の段階で間違いに気づいたため、患者には正しい薬を交付した。	軟膏のいくつかは、予め軟膏壺に詰めてあり薬剤名の記載のあるラベルを貼付してある。その時の軟膏壺は全て同じものを使用しているため外観は同じになっており、外観で異なる箇所は薬剤名ラベルののみであった。また、今回の亜鉛華軟膏と白色ワセリンは同じ列の段違いに置かれていた。	予製した外用薬は外観が似てしまう為、他の薬剤よりも慎重に調剤する。調剤時使用している処方箋のコピーにマーカーを引きながら調剤し、調剤後鑑査へ回す際の薬剤名・処方量等内容の確認を徹底する。	亜鉛華軟膏「ホエイ」	白色ワセリン「ケンエー」	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	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
311	セフカペンピボキシルを調剤する際にセフジトレンピボキシルを誤って調剤。調剤途中に気が付き修正。	名前が似ており、若干格納場所が近かったために起きた事例。	格納場所を変更するように指示。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「CH」	セフジトレンピボキシル錠100mg「CH」	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
312	アイミクスHD錠が処方されていたがイルアミクスHDを調剤した	イルアミクス配合錠HD「DSPB」の包装形態がアイミクス配合錠HDと類似しているため、間違ってアイミクスHDの棚に充填し、そのまま気づかずに調剤してしまった		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	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
313	エチゾラム錠とエペリゾン錠を取り違えた。	医薬品名が似ている。棚の上下にある。	棚の位置を離した。確認を再度徹底するようにした。	エチゾラム錠0.5mg	エペリゾン錠50mg	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
314	センノシド調剤しなければならないところフスタゾールで調剤	繁忙外観類似鑑査システム通していない	鑑査システムを通す	センノシド錠12mg「YD」	フスタゾール糖衣錠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
315	患者がアモキサンカプセル25mgと記載された処方箋を持参した。薬剤師Aはアトモキセチンカプセル25mgを調剤した。薬剤師Bは監査をしたが、間違いに気づかず、アトモキセチンカプセル25mgを投薬した。	薬品名の名称が類似し、用量が同じだったので間違いに気づかなかった。単純なミス。注意力散漫	シートの薬品名と処方箋の薬品名を照らし合わせる	アモキサンカプセル25mg	アトモキセチンカプセル25mg「ファイザー」	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
316	シグマートをGE変更で処方されたが、確認不足で先発品をピッキングした。監査者が気付き、患者への投薬は免れた。	どちらも外見が類似しているため、陳列場所は離して工夫していた。調剤者の確認不足及び注意力不足が原因。〇単純なミス〇注意力散漫	取り揃えた後何度か数え直す等、調剤者自ら確認を怠らないようにする。	シグマート錠5mg	ニコランジル錠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

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

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	
317	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には一般名で「ベポタスチンベシル酸塩10mg」の記載があった。薬剤師Aは「タリオン錠10mg」を調剤するところ、「メリスロン錠6mg」を調剤し、監査に回した。監査に当たった薬剤師Bが薬剤の取り間違えに気付き、正く調剤し直した。監査段階で間違いに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	メリスロンの一般名は「ベタヒスチンメシル酸塩」であり、今回処方のあった「ベポタスチンベシル酸塩」と酷似しているため間違えた。また、患者来局時には店内が混んでいたため、焦りがあった。	メリスロン、タリオンの薬品棚それぞれに「一般名名称注意」のシールを貼った。	タリオン錠10mg	メリスロン錠6mg	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
318	ダイアモックス処方のところ、ダイフェンをピッキングしてしまった。	名称が似ており間違えた。	ピッキング後再度処方箋と照らし合わせる。	ダイアモックス錠250mg	ダイフェン配合錠	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
319	処方箋にツムラ麦門冬と記載。調剤の際、ツムラ麦門冬29を調剤しようとしたが、同じ色、番号が似ていたため、ツムラ小青竜湯19を調剤。監査の際、医薬品が異なることに気づき正しい医薬品を調剤しなおした。	思い込みで調剤していた。処方箋と医薬品の名称確認を怠った。	処方箋の内容を確認すること。漢方薬は包装の色だけで判断しないようにする。	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	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	ツムラ五苓散の処方に対して、誤ってツムラ柴苓湯を調剤した。鑑査者が気付いた。	初回五苓散→2回目柴苓湯→今回五苓散と処方が変わっていた。昼の患者さんが少ない時間帯で注意力散漫になっており、前回と同じ内容という先入観で調剤してしまった。入力者も前回と同じ柴苓湯で入力していた。薬剤名も似ており、誤ってしまった。	処方箋は毎回しっかり確認して入力し、調剤時も処方箋を確認しながら調剤するよう徹底した。	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴苓湯エキス顆粒（医療用）	確認を怠った	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
321	本来デュアックが処方されていたところ誤ってディフェリンを交付してしまった。当初は処方箋通りデュアックを用意していたが処方入力する際に誤って前回出ていたディフェリンを選択し、薬袋がディフェリンになっていたため投薬した人間がピッキングが間違いだと思い込みディフェリンに交換して渡してしまった。発覚したのが翌日だったためすでに1度使用していたが今のところ副作用は確認されていない。	事務員が入力に際して前回処方をそのまま引っ張っており、名前が似ているデュアックに変更されていることに気がづかなかった。また鑑査にかかわった人間も処方内容が正確に入力されているかの確認を怠ったため誤って交付してしまった	処方入力の確認を今までは投薬する人間のみが行っていたが、鑑査する人間や入力した事務員本人にも再度徹底させる。	デュアック配合ゲル	ディフェリンゲル0．1%	確認を怠った 記録などに不備があった	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
322	患者が処方箋を持って来局。処方箋には「レンドルミン錠0．25mg、1錠／分1就寝前、28日分」と記載されていた。薬剤師Aはジェネリックに変更希望の患者で以前にも変更してお渡ししていたブロチゾラム錠0．25mg「ヨシトミ」を調剤するところ、別の引き出しに入れていたブロチゾラム錠0．25mg「トーワ」を調剤し気付かずそのまま監査へ。鑑査にあたった薬剤師Bは間違えて調剤されていることに気付かずそのまま投薬へ。投薬に当たった薬剤師Cも間違えて調剤されていることに気付かず患者に渡してしまった。薬剤師Cは投薬が終わった後調剤した後を片づけていたところ、ブロチゾラム錠0．25mg「トーワ」の空箱が置かれていることに気付き、患者宅に電話。患者にシートを良く見てもらい確認したところブロチゾラム錠0．25mg「トーワ」が渡っていた。後日患者が薬局にブロチゾラム錠0．25mg「トーワ」を持ってきてくれて、ブロチゾラム錠0．25mg「ヨシトミ」を再交付。	普段はブロチゾラム錠0．25mg「ヨシトミ」を調剤しているが1名だけブロチゾラム錠0．25mg「トーワ」希望の患者がおり、ブロチゾラム錠0．25mgは「ヨシトミ」と「トーワ」の2種類があった。薬剤師Aは2種類あることを知らなかった。また薬剤師B・Cはシートが良く似ていたため間違いに気が付かなかった。薬剤師Cはブロチゾラム錠0．25mg「トーワ」が出ているのは1名だけで他の患者が「トーワ」を希望していたのを知っていたので、空箱があるので間違いに気が付いた。	ブロチゾラム錠は「ヨシトミ」と「トーワ」の2種類在庫があり、通常は「ヨシトミ」を調剤し「トーワ」を希望する患者が1名だけである事をスタッフ全員に周知させる。鑑査・投薬をする薬剤師はメーカー名までしっかり確認をする。	ブロチゾラム錠0．25mg「ヨシトミ」	ブロチゾラム錠0．25mg「トーワ」	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
323	薬剤の取り間違い	名称が似ている為に間違えた	注意してピッキングする	テルネリン錠1mg	テオフィリン徐放錠100mg「サワイ」	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
324	チザニジン錠1mgの処方で、ニザチジン錠150mgをピッキングし確認の際も見過ごし、調剤薬を患者さんに説明し始めてから、取り違えに気づき、お渡しはチザニジンで投薬した。	繁忙時間帯であったことと、類似名称であったことが過誤の要因となった。	処方せんの見間違いを防ぐため、mg数表示と薬効を2種の薬品にラベル表示し採り違いを防ぐ。	チザニジン錠1mg「日医工」	ニザチジンカプセル75mg「YD」	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
325	ビーソフテンクリームをヘパリン類似物質油性クリームで調剤。	ヘパリン類似物質油性クリームの処方が多いことと、両方とも一般名で処方が来るため、軟膏とクリームが混乱してしまい頻繁に出る軟膏を調剤してしまった。	ビーソフテンクリームの処方のときは入力の時に処方せんに赤丸を付けるようにした。	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	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
326	ツムラ当帰芍薬散の処方のところ、間違ってツムラ当帰建中湯エキス顆粒を投薬してしまった。患者から「いつもと違う漢方」と連絡あり、調剤ミスが発覚した。患者さんが服用する前に交換することが出来た。	思い込みで、調剤し、監査者も気付かず交付してしまった。	漢方は似た名称もあるため、最後の一文字までよく確認する。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）	ツムラ当帰建中湯エキス顆粒（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	
327	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には一般名処方で「アトルバスタチン錠10mg、1錠朝食後28日分」と記載されていた。新人薬剤師Aは調剤する際、薬棚からアトルバスタチン錠10mg「サワイ」を調剤するところ、その右下の薬棚にあったカルベジロール錠10mg「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。監査に当たった薬剤師Bが、処方箋のアトルバスタチン錠10mgではなくカルベジロール錠10mg「サワイ」が調剤されている事に気付き、調剤した新人薬剤師Aに間違いを伝えた。新人薬剤師Aはアトルバスタチン錠10mg「サワイ」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ため、患者には正しい薬を交付した。	アトルバスタチン錠10mg「サワイ」とカルベジロール錠10mg「サワイ」はヒートデザインが似ており、棚の位置も上下で近い為に間違えた。また、新人薬剤師Aは採用薬に対する知識が不足していた。両薬剤とも複数規格があり、どちらも10mgなので規格に気を取られて薬剤名を見ていなかった。	新人薬剤師Aに毎月、薬局内で起こったヒヤリハットを集計させて、どのような医薬品を取り違いやすいかを確認させた。また採用薬に対する確認テストを行い採用薬を覚えさせた。	アトルバスタチン錠10mg「サワイ」	カルベジロール錠10mg「サワイ」	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
328	エンシュアリキッドとエンシュアHを間違えて調剤	思い込みによる単純なミス	名前の似ているものは特に注意をして調剤する	エンシュア・リキッド	エンシュア・H	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
329	7/8　8時すぎ、朝患者より電話があった。残薬が服用していたがなくなり、7/3にもらった薬を服用しようとしたら、いつも服用している漢方薬と違うのが入っているとの事。調剤状況を確認すると、7/3の処方で、ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒が処方されていた。調剤監査機の記録を確認すると、漢方薬だけ写真が撮られておらず、ぬけていた。患者宅に訪問し、現物を確認するとツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒が入っていた。患者に謝罪し、正しい漢方薬と交換した。	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒とツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒は名称が似ていた事。調剤現場の整理整頓が不十分である事。ピッキング時、調剤監査機を必ず使用するはずが、今回は使用していなかった事。監査時、注意不足があった事。投薬時、薬を患者と確認しているが確認がおろそかであった事。	調剤現場の整理整頓。ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒は使用している患者は一人しかいないので、服用患者を明確にしておくようにする。投薬時、薬情の写真を使用して確認する。調剤監査機を使用するのを改めて徹底する。	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 患者への説明が不十分であった（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
330	薬の取り違え。クロトリマゾール膣錠の処方に対し、クロラムフェニコール膣錠を誤ってお渡し	○単純なミス○焦り○注意力散漫	成分名表示が似ている物は特に注意して調剤するスタッフ同士、内容確認しあうことを怠らない。夕方以降の処方は特に誤りに注意するお薬お渡し時、患者さんにも一緒に確認してもらいながらお薬をお渡しする	クロトリマゾール膣錠100mg「F」	クロラムフェニコール膣錠100mg「F」	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	
331	一般名処方にて「ヘパリン類似物質クリーム」と記載されていたが、入力でヘパリン油性物質油性クリームと入力し、調剤監査もそれで行った。投薬時に間違いに気づいた	油性クリームとクリームで名前が似ているために間違えた内容。	レセコンで注意喚起ができるように設定が必要	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
332	ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」をお渡しするべきところを、ラベプラゾールナトリウム10mgは同効薬で名前も似ているので取り違えに気付かず投薬してしまった。	ランソプラゾールOD錠と、ラベプラゾールナトリウム10mgは同効薬で名前も似ているので取り違えに気付かず投薬してしまった。	再度、処方箋と調剤薬を見比べ確認する。	ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」	ラベプラゾールナトリウム錠10mg「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
333	アモキサンカプセル10mg処方の患者に、アトモキセチンカプセル10mgを調剤してしまった。	アモキサンカプセル10mgが処方されている患者の調剤が終わり、監査を行ったところアトモキセチンカプセル10mgが調剤されており、アモキサンカプセル10mgに調剤しなおした。名称がやや似ており、規格が同じだったことからの間違いと思われる。	名前が似ているものは取り間違いをしやすいので、薬情に載っている写真などと見比べて形状も比較し確認する。	アモキサンカプセル10mg	アトモキセチンカプセル10mg「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
334	【般】セフジトレンピボキシル錠100mg処方のところ【般】セフカペンピボキシル錠100mgを調剤。監査の段階で発覚し、正しいものを調剤し直した。	調剤者は今年4月入社の新人であり、似たような名前のため取り間違えてしまった様子。また、落ち着いた流れであったため注意力が散漫となっていたようです。〇作業手順の不履行〇単純なミス〇注意力散漫	自己監査の徹底。薬品に対する教育を徹底。	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「OK」	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
335	レバミピドオーツカのバラ500Tを発注したつもりが、以前の当薬局の採用だったレバミピドタナベのバラ50OTを発注し、それを分包機のレバミピドオーツカのところのカセットに残りが少なかったために充填した。 充填の際気づかなかった。そのためこのかたの分包品は、レバミピドオーツカとレバミピドタナベのものが混在してしまったが、散錠混合分包であったことと正しいレバミピド「オーツカ」で作られたこともあり、監査の際に気づかなかった。患者は3包分タナベの製品のを服用されていた。正しく作ったオーツカのものとすべて交換、謝罪した。患者に特に変化はなしとのことだった。	バラ錠の容器が両メーカーともよく似ていた。バラ錠剤の正しいものと違うメーカーのものが混在したが、錠剤にはレバミピド～との刻印が両方にあった。散錠同時分包であったため確認しづらい状況であった。	バラ錠の充填の際には、必ずメーカー名までしっかりと確認する。	レバミピド錠100mg「オーツカ」	レバミピド錠100mg「タナベ」	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
336	プレドニン5mgを調剤すべきところを、プレドニゾロン1mgをピッキングしてしまった。	プレドニまでの頭の名称が似ているため間違えてピッキングしてしまった。	薬品棚と処方箋コピーに赤丸を記入して間違えをしないようにしなければなせない。	プレドニン錠5mg	プレドニゾロン錠1mg（旭化成）	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	
337	シダキュア5000を調剤するところ、誤ってクラリチンレディタブを調剤	シートが似ているため、思い込みで調剤した。	クラリチンレディタブとシダキュア、ミティキュアは別々の場所に保管舌下免疫の専用の場所を作成する	シダキュアスギ花粉舌下錠5，000JAU	クラリチンレディタブ錠10mg	確認を怠った	知識が不足していた 技術・手技が未熟だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
338	商品名アナフラニール25mg で処方されていたが、ピッキングでトフラニール25mgを取ってしまった。鑑査時に気づきアナフラニールを出しなおした。	○処方医薬品の見間違い処方箋は商品名で記載されているため、調剤者が読み間違えた。忙しい時間帯でもあり焦りもあった。	場所は棚と引き出しに分けているが、それぞれに「類似名称あり」と注意喚起のしるしをつける。	トフラニール錠25mg	アナフラニール錠25mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
339	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「【後発】ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg 科研 、肩 1日1回 1回1枚 7日分 14枚」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、ロキソニンテープ 100mgで調剤し、そのまま鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが、後発品のロキソプロフェンナトリウムテープ100mg 科研ではなく、先発品のロキソニンテープ 100mgで調剤し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はロキソプロフェンナトリウムテープ100mg科研を正しく調剤し、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。	患者が来局した時間は店内が混雑していたため焦ってしまい、同じ棚にあり、また名称も似ていたため間違えた。○単純なミス	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。	ロキソプロフェンNaテープ100mg「科研」	ロキソニンテープ100mg	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
340	ビオフェルミンR散を取るべきところをビオフェルミン配合散を取りそうになった。	似た名称のものが比較的近くにあった。○単純なミス	ピッキングシステムの利用を徹底する。似た名前のものは十分距離を離して管理する。	ビオフェルミンR散	ビオフェルミン配合散	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
341	一般名処方でベタヒスチンメシル酸塩錠6mgが処方のところ、ベポタスチンメシル酸塩錠10mg「タナベ」を調製。他の薬剤師の確認により取り違え発覚。	名称類似（頭文字と語尾が同じ、且つ文字数が同じ）であることによって生じたミス。また新人薬剤師の薬の知識不足も原因である。○処方せんの見間違い○単純なミス○注意力散漫	処方箋に記載されている医薬品名称と規格の確認を徹底する。	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	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
342	セフカペンピボキシルの処方だったがセフジトレンピボキシルで調剤し、患者様に渡してしまった。	一般名称処方で類似した名称のものを、前回と同じ薬品と思い込んで入力し、そのまま間違った入力の物を見てピッキング。監査の際、処方箋と調剤録の照らし合わせをしたが思い込みでチェックしたためスルーしてしまった。	類似している一般名は数多くあるので、1文字1文字しっかり確認して監査する。入力、監査共に思い込みのまま進行してしまったので、「思い込み」にならないよう日々意識しながら作業する。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「トーワ」	セフジトレンピボキシル錠100mg「日医工」	確認を怠った	その他	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
343	調剤全量28錠中、10錠（10錠シート）が酷似の別薬剤が混入していた。	他調剤時、該当の酷似する2種類の薬剤が処方されていた患者がいた。その時に当該当の2種類が混ざってしまったのではないか？	2重監査の徹底。すべてのヒートの表裏を確認する。	チクロピジン塩酸塩錠100mg「サワイ」	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	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
344	先発調剤の際、AG薬品が混ざっていた。非常にシートデザインが似ていたため、調剤者は気づかなかった	棚のに戻し間違いシートデザインが似すぎている	ダブルチェックで棚に戻す	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	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
345	定期薬が5剤処方されており、ODP調剤を行う処方箋。その中の一剤、ビソプロロールフマル酸塩錠0．625mgが2T1×M　14日分で処方されていたが、誤ってプロプラノロール塩酸塩錠10mgトーワを集薬し、調剤してしまった。最終監査時に誤りに気づき調剤をしなおしたが、ひやりとした。	ODP調剤が続いており、気持ちの焦りがあり、本来行うべき、指差し呼称確認を怠り、類似名薬を思い込みで集薬しODP調剤をしてしまった。〇作業手順の不履行〇焦り	指さし呼称の徹底。	ビソプロロールフマル酸塩錠0．625mg「トーワ」	プロプラノロール塩酸塩錠10mg「トーワ」	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
346	クロピドグレル（75）「トーワ」をヒート調剤時にシートデザインが似ている同じ棚にあるタムスロシンOD（0．2）「サワイ」を調剤してしまった。	シートデザインが類似していたため誤ってピッキングしてしまい、調剤後薬品名の確認を怠ったためインシデントが発生した。作業手順の不履行注意力散漫	ピッキング後処方せんの医薬品名と実際に採取した薬の医薬品名を照らし合わせる。	クロピドグレル錠75mg「トーワ」	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	医薬品		ヒューマンエラー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	1包化でタケキャブ（10）が入っていないといけないのにアジルバ（40）が混ざって入っていた。その方が入院になり病院の薬剤部の方が残薬を確認したところ発覚した。何錠か服用されていたが影響があったかははっきりしていない。医師からは薬の影響はないだろうとのことだった。	不要になった1包化の薬をばらしたあとに1包化する機械のタケキャブ（10）のカセットに誤ってアジルバ（40）を入れてしまっていた。色と形が似ていたため間違ったと思われる。また1包化を鑑査するときにタケキャブ（10）はカセットがあるため間違いないと思い色と数を確認するくらいできちんと確認していなかった。〇単純なミス〇注意力散漫	アジルバ（40）とタケキャブ（10）の色と形が似ているためタケキャブ（10）のカセットを中止して、毎回錠剤をてまきするようにした。不要になった1包化をばらした後、カセットに充填するときは薬剤師2人以上で行うようにした。1包化の鑑査をするときは薬の印字を全て確認するようにした。カセットへの充填を誤るとたくさんの患者様へ影響を与えることを確認しあった。	タケキャブ錠10mg	アジルバ錠40mg	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
348	一般名処方で、これまでトアラセット「三笠」でのんでおられた患者さんにトラムセットで調剤してしまった〇10錠シート次の日の朝の在庫を確認した際間違いに気づいた〇10錠シート	トラムセットとトアラセット「三笠」はシートも錠剤もとてもよく似ており、調剤時に間違って取ってしまうと、監査の時もかなり気を付けなければ、見落としてしまう〇注意力散漫	同じ調剤棚に置かれていたので、比較的調剤頻度の少ないトラムセットを調剤棚から引き出しに移動させたこれからも在庫チェックを毎日続けて間違いは早く見つけられるようにしていく。	トアラセット配合錠「三笠」	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	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
349	先発と後発品を混在し計数調剤を行った	薬剤棚を隣に設置していた。ベザトールSRを棚に戻す際にベザフィブラートSRの棚に誤って戻したと思われる。その為2剤が混在してしまった。シートが酷似しており、ピッキングの際に誤りに気づくことができなかった。	後発品は薬品棚に置き、先発品は引き出しの中に入れることにして区別した。	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	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
350	A：処方箋：アルファカルシドールカプセル0.5μg「サワイ」のところ、アルファロールカプセル0.5μgをピッキング。B：監査でも気づけず投薬へC：投薬時、発覚。直ちに再調剤。正しい薬を交付。	名称が似ているため注意が必要。薬剤棚は離れていた。	ピッキング後の再確認の徹底。GEの場合はメーカー名まで確認。	アルファカルシドールカプセル0．5μg「サワイ」	アルファロールカプセル0．5μg	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
351	パスタロンソフト軟膏20%150gをピッキングするところ、ヘパリン類似物質油性クリーム150gを間違えてピッキングした。	処方箋の見間違い	監査時にきちんとダブルチェックをする。	パスタロンソフト軟膏20%	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
352	小児用に辛夷清肺湯の再分包の処方。ピッキング時に抑肝散が紛れ込んでおり、開封した際に混合に気づいた。少し前に成人で抑肝散が出た。予め多めの日数で準備していたので残った抑肝散を戻すときに誤って辛夷清肺湯の箱に入れたもよう。ピッキングは事務員が行い、監査を薬剤師がしている。	作業手順の不履行単純なミスツムラの抑肝散も辛夷清肺湯も黄色の背景に黒字の印字で印象が似ている。経験の浅い事務員が戻す際に間違えたものを気付かずにピッキングし調剤時に気づいた。	番号順に配置していた漢方薬を薬効別に並べ替えた。戻し薬は調剤時間中はストック籠に集めて置き、落ち着いた時間帯にダブルチェックで戻すようにルーチンを変更した。	ツムラ辛夷清肺湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	確認を怠った	知識が不足していた	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
353	プレドニゾロン錠タケダ5mgと記載されていたのにプレドニン錠5mgを渡してしまった。投薬後に気付いたので本人に連絡をして交換にきてもらった。	名称が似ており、混んでいたため焦りがあった	監査の徹底、取り間違え防止のため注意の張り紙をした。	プレドニゾロン錠「タケダ」5mg	プレドニン錠5mg	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
354	類似する名称で見間違えた	○処方せんの見間違い　シロスタゾールOD錠50とシタフロキサシン錠50で50mg同士を見間違えた。	シロスタゾールOD錠50mgは交付者が少ないので、交付者の名前を箱に紙で記載する。	シロスタゾールOD錠50mg「タカタ」	シタフロキサシン錠50mg「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
355	処方箋は、一般名処方で出されており、ヘパリン類似物質油性クリームで調剤。患者様の希望は、ヒルドイドソフト軟膏だった。	ヒルドイドソフト軟膏以外のお薬はGE希望だったため間違えて調剤。	薬歴の備考欄をしっかり確認する。	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」	判断を誤った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
356	スピオルトレスピマットが処方されているにも関わらず、調剤者がスピリーバレスピマットを調剤し、監査者がそれに気づかず、間違った薬をお渡ししてしまった。	スピオルトレスピマットとスピリーバレスピマットはパッケージや本体も似たような医薬品のため、同じサ行の薬ということもあり、近くに保管されていたため、調剤する際に間違えてしまったと思われます。単純なミス監査者も手書き処方せんで確認しづらかったこともあるが、一文字監査を怠り、間違った薬に気づかなかった。単純なミス	調剤をする際は処方箋に記載の薬品名を最後まで確認してから調剤するようにし、監査者も一文字監査を徹底し、ミスをも逃さないように心掛けた。	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	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
357	カンデサルタン錠8mg「あすか」を交付すべきところ、誤ってブロプレス錠8mgを調剤していた。後日、患者様本人からの連絡で発覚した。まだ服用前だったので、ブロプレス錠8mgを回収しカンデサルタン錠8mg「あすか」を正しく交付、患者様に謝罪した。	先発医薬品と後発医薬品の取り間違い。薬情と処方薬を見比べて確認をしていたが、外観も非常に類似しているため、誤調剤に気が付かなかった。	頻出の先発医薬品・後発医薬品を見直し。先発医薬品→10錠シート、後発医薬品→ウィークリーシートというように購入包装を変更し、在庫医薬品の包装を統一した。	カンデサルタン錠8mg「あすか」	ブロプレス錠8	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
358	「一般名」ベタヒスチンメシル酸塩12mgの処方のところ、ベポタスチンベシル酸塩10mgを調剤してしまい、監査時に誤りに気が付いた。	名称が類似していることから、処方せんの見間違いがあった。	繁用するベポタスチンベシル酸塩は薬品棚に収納し、「類似名称注意」のシールを貼った。	ベタヒスチンメシル酸塩錠12mg「JD」	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「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
359	テルチア配合錠AP「DSEP」を調剤するところを、テラムロ配合錠AP「DSEP」を誤って調剤した。監査時に気が付き、調剤し直した。	混んだ時間帯であったこと、調剤頻度が多いテラムロ配合錠AP「DSEP」と思い込んだこともあり、処方箋と照合しないままピッキングしてしまった。○処方せんの見間違い	類似名医薬品(事例以外のものも含む)の再度確認。思い込みをなくしピッキング時の確認を徹底する。	テルチア配合錠AP「DSEP」	テラムロ配合錠AP「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
360	ビラノア錠20mgが14日分処方された患者様に、4錠はビラノア錠20mg、10錠はミノサイクリン錠50mgをお渡ししていた。数日後、本人がミノサイクリン錠50mg10錠を持って病院を受診相談。病院から確認の電話があり発覚。在庫も10錠ずつ合わなかった。ミノサイクリン錠50mgは服用していないため、健康被害は無し。	ビラノア20mgとミノサイクリン錠50mgが棚で隣になっているため、誤ってピッキングしたものと思われる。PTPの色も白と黄色で全然似ていないが、錠数を確認し、思い込みで鑑査してしまったものと思われる。考えられる原因としては、ビラノア錠20mgの箱へのミノサイクリン錠50mgの混入。	数年前から店舗の決まりとして、薬が中止になった場合など一旦ピッキングした薬を戻す時は、直接戻さずよけておき、後から戻すことになっているが、徹底できていなかった可能性あり。スタッフ全員で話し合い、もう1度徹底周知した。投薬する時は錠数のみに気を取られないよう、PTPの確認も怠らないようにする。	ビラノア錠20mg	ミノサイクリン塩酸塩錠50mg「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
361	ワーファリン錠1mgの処方に対し、ワルファリンK錠NP1mgで調剤、交付。	受付処方箋中、ワルファリン1mgは大部分が一般名処方、もしくはワルファリンK錠1mg「NP」であり、ワーファリン1mgでの処方数が少なかった為、調剤時にはワーファリンK錠「NP」1mgと思い込んでいた。外観が類似しているため、監査時、投薬時にも気が付かなかった。	ワーファリン1mg指定患者の把握、錠剤の保管場所の移動	ワーファリン錠1mg	ワルファリンK錠1mg「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

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
362	【正】セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg【誤】セフジトレンピボキシル塩酸塩錠100mg	入力の時点で誤って入力	セフェム系抗菌薬については類似名の薬があることを意識して鑑査を行う。初期監査らから投薬まで担当する場合には、初期監査が合っていると思い込まずに新しい気持ちで鑑査に望む。	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「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		ヒューマンエラー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	コカールを調剤時　棚にウルソデオキシコール酸が混在しており、コカール28錠の内ウルソデオキシコール酸10錠が混ざっていた　監査時に気が付き調剤をし直した	シートが似ており　調剤時に違う棚に戻してしまったと思われる	似ているデザインは離して配置し間違えを予防する	コカール錠200mg	ウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
364	メイアクト小児用細粒の処方でジェネリック変換をしてメモを取り調剤をする流れで、メモのセフジトレンをセフジニルと見間違えた。投薬時に処方箋の先発名を確認していなかった。調剤者がそのまま投薬してしまったため、監査がおろそかになってしまった。薬歴確認時に気付き服用前に交換が出来た。	○作業手順の不履行・・・調剤者がそのまま投薬した。○注意力散漫・・・名称類似品があると認識していながら医薬品の3文字しか確認していなかった。○焦り・・・投薬時に改めて処方箋記載名と照らし合わせをしていなかった。	監査を十分行う。思い込み調剤をしない。調剤、投薬を別の薬剤師が行う。名称類似品には目立つような印をつける。	メイアクトMS小児用細粒10%	セフジニル細粒10%小児用「TYK」	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 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
365	カルナクリン(50)で処方されていたがカリクレイン(10)でお渡してしまった。患者さんがいつも飲んでいる薬のため間違いに気づき、服用せずに翌日薬局へ持参され、正しい薬のカルナクリン（50）と交換して謝罪した	監査時に他のヒヤリハット(ヒアルロン酸ナトリウム点眼液0.1%とヒアロンサン点眼液0.1%の間違い）に気づき対応して焦って監査手順を守れていなかったこと（作業手順の不履行）や似ている名前の薬品名であったため思い込みで監査してしまった。	焦らず監査手順を守り監査する。似ている名前の薬もあるという認識のもとで監査を徹底する	カルナクリン錠50	カリクレイン錠10単位	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
366	プレドニン5mgを調剤すべきところを、プレドニゾロン1mgをピッキングしてしまった。	名称が似ているため。	薬品棚と処方箋コピーに赤丸を記入。	プレドニン錠5mg	プレドニゾロン錠1mg（旭化成）	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
367	ボグリボースOD錠0.3mg「サワイ」を116錠調剤する際に100錠をアルミパックのまま渡した。16錠は陳列棚から正しく調剤したが100錠分は500錠包装の在庫分から調剤した。在庫分から500錠包装を取る際に同じ籠に入っていたミグリトールOD錠50mg「サワイ」を取り出し100錠のアルミパックのまま取り出した。監査投薬での確認が不十分でそのまま100錠アルミパックを患者様に渡してしまった。	外装の外見が類似した薬剤を同じ籠に在庫していた。安易にアルミパックのまま調剤、監査した。	外見が類似している薬剤は同じ籠で在庫しない。出来る限りアルミパックのままでの調剤をしない。	ボグリボースOD錠0．3mg「サワイ」	ミグリトールOD錠25mg「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	
368	ベトネベートクリームが処方されていたが、ジフロラゾン酢酸エステルクリームで調剤、投薬してしまった。営業終了後のマイナス在庫確認で過誤が発覚。すぐに本人に連絡し、謝罪。正しいもの(ベタメタゾン吉草酸クリーム)をすぐに速達で郵送するので、間違えてお渡ししてしまったものは使用せずに、郵送されたものを使うようお伝えした。この時点でまだ前回渡した同じものの手持ちがあることを確認。間違えてお渡ししてしまったものは次回来局時に持ってきていただけることとなった。	ジェネリックの軟膏・クリームは名称が似ているものがたくさんあるので、勘違いしたり、見落としてしまった可能性がある。新しく監査機をを導入したばかりで、うまく作動せず、機械での監査ができなかった。（実際は正しい医薬品を監査にかけているのに×が表示されることが多く、今回もそのパターンと思ってしまった。）	軟膏・クリームのジェネリックは似た名前が多いので、一文字ずつ確実に確認する。監査機で×が出た際は、必ず処方箋と実物をもう一度見比べ、投薬する薬剤師にも監査機で×が出た旨を伝え、より注意深く監査してもらうようにする。	ベトネベートクリーム0．12%	ジフロラゾン酢酸エステルクリーム0．05%「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
369	患者本人より、前回もらったニフェジピンの色が違ったと申し出があり、調べたところ、ニフェジピンL（20）「トーワ」で調剤するところ、ニフェジピンCR（20）「三和」をお渡ししてしまったことが発覚。	当薬局でメインに処方されるのは、ニフェジピンCR（20）「三和」の方であり、ニフェジピンL（20）「トーワ」の方は触る機会が少ない。思い込みで調剤してしまった結果と考えられる。〇処方せんの見間違い〇単純なミス〇注意力散漫	処方箋と実際に調剤したものが間違いないかの確認の徹底。他規格、似た名前の薬を在庫する場合には、職員への周知徹底が必要であると考えられる。	ニフェジピンL錠20mg「トーワ」	ニフェジピンCR錠20mg「三和」	確認を怠った				ヒューマンエラー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	一包化の患者様で処方箋はロスーゼット配合錠HD1錠30日分の監査をしていたところ、ロスーゼット配合錠HD10錠とロスーゼット配合錠LD20錠が分包されていることに気づいた。HD錠10錠と、新しいLD錠の箱から20錠ピッキングされており、分包した薬剤師も気づかずそのまま分包していた。	ロスーゼットのヒートは大きさが同じでおもて面が似ており、バラした錠剤の雰囲気も似ていた。箱に入った状態で棚に収納していたが近くにあり、調剤した薬剤師も2種類の在庫があったことに気づいていなかった可能性がある。	規格が2種類あり、ヒートが似ていることをスタッフで共有した。鑑査システムが入っているが、それだけに頼らず調剤する必要がある。在庫の場所を離した。	ロスーゼット配合錠HD	ロスーゼット配合錠LD	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
371	2019年7月25日（木）11時頃に、内科を受診した患者（50歳女性）が処方せんを持って来局した。処方せんには「ツムラ加味帰脾湯7．5g／分3毎食前、30日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からツムラ加味帰脾湯を調剤するところ、その上の薬棚にあったツムラ加味逍遙散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、処方薬の加味帰脾湯ではなく、加味逍遙散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は加味帰脾湯を正しく調剤し、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。	調剤後も取り間違えがないか、調剤者自身が確認することが大事。調剤しただけで安心しないこと。	似ている名前が多い漢方は、最後まで読み取って調剤。必要に応じてだが、薬品名を声に出して最後まで読んでから、薬剤をとるくらいの確認をする。〇処方せんの見間違い〇処方医薬品の多さ〇単純なミス	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				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
372	ブロナンセリン錠（ロナセン錠の一般名称薬）採用に伴い、類似名称のブロマゼパム錠との錯誤が生じた。	ブロナンセリン錠採用に伴う職員への周知が不足していた可能性がある。	周知の徹底を行う。	ブロナンセリン錠2mg「KN」	セニラン錠2	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
373	他の薬と一緒に酸化マグネシウム(330)「ヨシダ」を3錠分3×14日分で一包化しなければいけなかったところ、マグミット(330)が20錠混在した状態で分包をしてしまった。監査時にもマグミットが混在していることに気づくことが出来ず、いったん患者様にお渡ししてしまったが、患者様がお帰りになる前に、監査者が一包化を行った後のシートでマグミットが混在している可能性があることに気が付き、回収して確認したところ、マグミットが20錠混在していることがわかったため、訂正してお渡しした。	酸化マグネシウム(330)「ヨシダ」、マグミット(330)ともに調剤台上の棚にあり、場所は少し離れてはいたが、手の届く範囲にあった。そもそも薬箱の充填間違いがあった可能性が高く、一包化前のピッキング時に酸化マグネシウム「ヨシダ」とマグミットが混在してしまった。酸化マグネシウム「ヨシダ」のシートデザイン変更により、マグミットとシートが酷似していたため、分包前に気が付くことが出来なかった。監査時も刻印の確認もしていたが、錠剤の形が酷似しているのと、分包の中間に混在していたため、気が付くことが出来なかった。	充填間違いやピッキング間違いを防ぐため、処方頻度の少ないマグミット(330)を調剤台下の引き出しにしまった。一包化監査時には錠剤の形や数だけでなく、刻印もすべて確認すること、錠剤を出した後のシートも確認するように徹底する。	酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」	マグミット錠330mg	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
374	いつも一包化している処方内容で酸化マグネシウムが処方されていた。ジェネリック医薬品を調剤していたが、いままでは酸化マグネシウムヨシダを使用しており、予製剤もヨシダで調剤されていた。患者様が来局され、一包化しようとして日数がのびており、(28日→42日)急遽残りのPTPを集めた。今回から酸化マグネシウムをケンエーに変更予定だったが、ヨシダで調剤していたうえに、ヒートが似ていたことから残りの酸化マグネシウムをマグミットで調剤していた。一包化の確認時に間違いに気付き正しいものに変えた。	予製剤を作成していたこと。予製剤のジェネリックメーカー変更が曖昧だったことよくヒート変更になるが、ヒート変更だと勘違いした。マグミットとジェネリック品のヒートが似ている事。また1人入力・調剤をしており、患者様が重なって焦っていた。	ジェネリックメーカーを確認する。ヒートが似たものは要注意！	酸化マグネシウム	酸化マグネシウム	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
375	テクスメテンユニバーサルクリーム140g処方であったが、誤ってアンテベートクリームを調剤した。監査、投薬する薬剤師も気づかずそのままアンテベートクリームを患者に交付した。渡した直後に投薬した薬剤師が気づき、すぐに患者に電話で連絡、正しい薬と交換した。	テクスメテンユニバーサルクリームもアンテベートクリームも共によく処方される薬であった。テクスメテンユニバーサルクリームとアンテベートクリームの外観が共に黄色で似ていたため、調剤の際に見間違ってしまった。また、その処方箋に新規にアンテベートローションも処方されており、その事に気をとられてしまいアンテベートクリームが処方されていると思い込んでしまった。〇処方せんの見間違い〇処方医薬品の多さ〇単純なミス〇注意力散漫	処方箋と調剤で取り揃えられた薬を確認してチェックを入れる。患者に投薬する際は再度薬剤情報との突合せ確認を行う。確認を徹底する。	テクスメテンユニバーサルクリーム0．1%	アンテベートクリーム0．05%	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
376	ジェネリック希望の患者での調剤にてメトホルミン500mgを調剤するはずが、メトグルコ500mgを調剤。調剤後の見直し時に調剤者本人がミスを発見した。	メトホルミン500mgの棚に誤ってメトグルコ500mgが混ざっていたため。薬の戻し間違え。メトホルミンとメトグルコはヒートが類似しているため注意が必要。	それぞれの棚に「メトホルミン（メトグルコ）とヒート類似。取り間違え注意。」とメモを貼り注意喚起を促す。	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「JG」	メトグルコ錠500mg	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
377	加味帰脾湯が処方されていたが加味逍遥散を調剤。鑑査した者も間違いに気付かないまま投薬。患者様がいつもと違うことに気付き持参されました。1包服用してしまったが、体調は特に問題なく加味帰脾湯にお取替えしました。	名前が似ている薬なので間違えてしまったようだが、当店では普段男性に加味逍遥散がされることないためもっと注意していれば防ぐことができたミスです。	もっと気を引き締めて調剤、監査をする。	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ加味逍遥散エキス顆粒(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
378	名称類似薬剤のピッキング間違え	類似名称 の確認を怠った	ピッキング時に薬情の写真と照らし合わせるオペレーション変更を行った	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 判断を誤った	勤務状況が繁忙だった 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
379	ヒルドイドソフト軟膏のGEをヒルドイドクリームのGEと間違って調剤した。監査時に気づき交換	ヘルプにきていた人員で慣れていない事もあったが、確認を怠った	GEへの変更時には特に気をつけて調剤する。特に慣れていない薬局の時には要注意する	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医エ」	ビーソフテン油性クリーム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
380	アトラントクリーム1% 30g のところアデスタンクリーム1% 30g でピッキング 調剤鑑査時に間違いに発覚	アトラントクリーム1%は半年ぶりに調剤した為、似た名前の薬を間違えてピッキングしてしまいました。	処方せんの内容と薬をしっかり照らし合わせて、2回確認チェックを致します。在庫薬をしっかり把握します。	アトラントクリーム1%	アデスタンクリーム	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
381	クロピドグレル錠75mg「JG」を取らなければいけないところ他社の「SANIK」を誤って取る。監査システムPeechによりエラー音が鳴り気づく。	先発品のプラビックスもそうだが、後発品が似すぎており確認を怠った。	棚位置は離す。調剤時の確認の徹底。取り扱うメーカーをむやみに増やさない。	クロピドグレル錠75mg「JG」	クロピドグレル錠75mg「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

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

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	
382	一般名処方でトランドプリルの所トリクロルメチアジドを調剤してしまった	内服薬多く確認するのを誤った	名称が似ているため棚・引き出しに分けて入れているがさらに棚に名称注意の記載をする	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「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
383	○販売名が類似していることによる取り違え処方箋には『ランソプラゾールOD錠15mg』と記載されていたが、似た名称『ラベプラゾール錠10mg』を調剤し、監査でも間違いに気づかず交付してしまった。後日患者さんの家族の方がいつもと違うお薬が薬袋に入っていることに気がつき来局し、調剤ミスがあったことが発覚した。	○作業手順の不履行処方箋の名称・用量をしっかり確認し、復唱しながら監査する○単純なミス○注意力散漫	作業手順の徹底をする。また、調剤・監査中は私語を慎み、作業に集中する。	ランソプラゾールOD錠15mg「トーワ」	ラベプラゾールNa錠10mg「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
384	ラベファインパックが7日分処方されていたところ、ラベキュアパック400をピッキングして監査者に回してしまった。	ラベファインパックとラベキュアパック400が隣同士で置かれている。処方頻度の多いラベキュアパック400を思い込みで手にとってしまった。	ラベファインパックとラベキュアパック400の距離を離す。名前は似ているが数字がついているかどうかという違いもあるので名前を最後まで確認する。	ラベファインパック	ラベキュアパック400	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
385	エブランチルとエナラプリルの100p包装の取り違え。	補充の時に棚間違えて入ってることがあった。外箱よく似ているので、補充が、間違えてた。1週に1回のパート薬剤師調剤。	棚補充の時は、必ず、棚名を確認しながら補充する。薬剤師が、補充するようにする。	エブランチルカプセル15mg	エナラプリルM錠5「EMEC」	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	患者側	ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
386	デルモゾール軟膏を調剤するはずが、デルモゾールG軟膏を調剤してしまった。	忙しく、確認を怠ってしまった。	デルモゾールG軟膏とデルモゾール軟膏は名前がよく似ているため、調剤する際は必ず確認する。	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	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
387	エパデールS900が処方されたが、総数120包の中に1包だけリスペリドン内用液1mg／mL「トーワ」が混入していた。監査時に発見されたため、患者には正しいものが交付された。	ほかの患者で処方されたリスペリドン内用液1mg／mL「トーワ」で過剰にピックアップしてしまったものを戻す際に、包装外観の類似したエパデールS900の所に戻してしまったものと思われる。	業務手順書を見直し、薬剤の戻しを行う際にはダブルチェックを行うこととした。	エパデールS900	リスペリドン内用液1mg／mL「トーワ」				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
388	7月12日　ツムラ桂枝加竜骨牡蠣湯からツムラ柴胡加竜骨牡蠣湯に処方変更になった患者に変更理由を確認した。「前回間違えて投薬された柴胡加竜骨牡蠣湯を服用したところ体調が改善したため処方変更になった」と言われ、前回の誤投薬が判明した。	類似名であったことが背景として考えられるが、鑑査不十分と言わざるを得ない。	今後は薬品名の確認の徹底。類似薬品の名前についての注意点を薬歴にポップアップさせる。また、鑑査確認用名称として番号を記載するようにした。例：ツムラ葛根湯エキス顆粒「医療用→【1】ツムラ葛根湯エキス顆粒「医療用」	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）	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「薬剤取り違え」）

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	
389	眼科医院からの処方がカルテオロール塩酸塩点眼液2%「わかもと」だったのに対し、カルテオロール塩酸塩点眼液1%「わかもと」を投薬した。（外用薬の採用包装単位による計数間違い）	カルテオロール塩酸塩点眼液1%「わかもと」とカルテオロール塩酸塩点眼液2%「わかもと」が並んで陳列されていたため取り違えた。（単純なミス）	該当薬以外にも、類似した名称および規格違いの医薬品の陳列について見直し、「注意！」「確認！」の旨の掲示を施した。	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点眼液1年%「わかもと」	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
390	漢方薬の処方が出たが名前が似ていたのを確認せず18番の処方を60番で投薬しそうになった。	漢方薬の名前が似ていたのを最後まで確認せずに投薬しそうになった。	漢方薬の名前の確認はもちろんだが薬情などで漢方の番号の確認も行いながら投薬を行う。	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒（医療用）	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
391	調剤者が先発品であるカデュエット配合錠3番と、後発品であるアマルエット配合錠3番を取り違えた。監査者が投薬前の監査段階で気付き、調剤者に指摘した。患者には正しい薬が交付された。	当薬局ではアマルエット配合錠の方がカデュエット配合錠よりも調剤する頻度が高かった。処方箋上はカデュエット配合錠となっていたが、当薬局ではカデュエット配合錠を患者の同意の上でアマルエット配合錠に変更することが多く、思い込みの原因となった。当薬局では監査レンジを導入していたが、カデュエット配合錠・アマルエット配合錠両方のバーコードが読み込み難くなっており、今回もバーコードによるコンピュータの正誤判定ができていなかった。その場合目視で確認することになっていたが、それを怠った。〇作業手順の不履行〇単純なミス	どのような状況下でも、作業手順は全て行い、薬の取り違えや数え間違い、調剤漏れを予防する。監査レンジなどは調剤の補助として使い、過信しないよう注意する。調剤者は処方箋だけでなく、薬剤情報提供書など薬の外観を確認できるものを用い、後発・先発の取り違いや名称類似薬の取り違いがないか確認する。	カデュエット配合錠3番	アマルエット配合錠3番「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
392	一般名・アトルバスタチン錠5mgの処方のところ、プラバスタチンNa錠5mgを調剤。監査時に発見。	mgが同一で、一般名の類似名称品同士の誤調剤が発生。	それぞれの薬品棚に『名称類似品注意』のシールを貼り付け。スタッフ全員に注意喚起した。	アトルバスタチン錠5mg「EE」	プラバスタチンNa錠5mg「オーハラ」			医薬品		ヒューマンエラー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：クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%と白色ワセリンの混合処方。調剤者がクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%ではなく、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏で調剤。監査の段階で監査者が間違いに気がつき、作り直して患者様にはお渡しできた。	当薬局ではクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%の処方数が少なく、半年で2回程度。名称が似ているクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏の処方はとても多い。そのため調剤者は名称が似ていたため、最初の5文字が同じであるクロベタゾールを手にとってしまい、また調剤前に薬剤師によるダブルチェックをいつも行っていたが混雑時間で見るものが折らず、確認を怠ったまま調剤をしてしまったこともミスの原因だと考えられる。	混雑期でも調剤前のダブルチェックは行う。名称類似薬品棚に、注意喚起の札を貼り注意を促す。一般名処方の軟膏は類似薬品名も多いので、最初の数文字で薬品名を決め付けないように各自薬品名は最後までしっかり確認する。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0．05%「テイコク」	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」	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	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	
394	トコフェロール酢酸エステルカプセル100g「ファイザー」が処方されてるのにも関わらず、トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100g「NP」を調剤してしまっていた。	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100g「NP」は普段から店舗でよく処方される薬品であり、名前がとても似ていたためトコフェロール酢酸エステルカプセル100g「ファイザー」をトコフェロールニコチン酸エステルカプセル100g「NP」と勘違いして調剤してしまった。トコフェロール酢酸エステルカプセル100g「ファイザー」に関しては今まで店舗から処方したことがなかったのも勘違いしてしまった要因の一つだと考える。入力時に違いに気づき、修正した。	知識不足が要因とも考えられるのでしっかりと知識をつける。また、どのような処方箋であってもしっかりと細部まで目を通すことを徹底する。	トコフェロール酢酸エステルカプセル100mg「ファイザー」	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「NP」	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
395	【般】ベポタスチンベシル酸塩口腔内崩壊錠10mgに対してベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工」を調剤。鑑査時点で調剤ミスに気付いた。	先発医薬品のタリオンOD錠10mgの採用を中止し、ジェネリック医薬品を採用したばかりであった。ベタヒスチンメシル酸塩錠6mgは以前から採用していたためベポタスチンをベタヒスチンと思い込んでしまった。〇処方せんの見間違い	一般名処方は類似する名称が多いため特に慎重に確認して調剤する。規格までしっかり確認することで間違いを防ぐ。	ベポタスチンベシル酸塩OD錠10mg「サワイ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工」	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
396	調剤補助員が薬品名を見誤り集薬したことに薬剤師が気づかずに、そのまま患者に渡してしまったが、当日患者より薬が違うと連絡があり、服用前に取り換えた。	よく似た薬品名の取違いに薬剤師は患者が多く忙しかったため、焦りがあり注意力散漫となり気づけなかった。	忙しい時ほど、ゆっくり丁寧に処方箋を見て監査を行う。薬品名を声に出す。投薬時に患者の話と処方内容の整合性をチェックする。	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「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
397	トアラセット配合錠42錠お渡しするところ、2錠だけトラムセット配合錠で交付。充填ミスに気付かず、新しい箱を開けて調剤したため。	充填ミスに気付かず、箱をあけてそのまま調剤。ヒートもよく似ているため、充填する際、箱を開封する際にきちんと確認する必要があった。	カセッターの位置を片方をあまり使用しない棚に動かして、充填する際に気をつけるようにした。	トアラセット配合錠「トーワ」	トラムセット配合錠	確認を怠った		医薬品	その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
398	クロピドグエル（75）を間違えてタムスロシンOD（0．2）と勘違いして調剤してしまった。	クロピドグレルとタムスロシンが似ていたため間違えてしまった。	調剤時、処方せんを確認しつつ行う。	クロピドグレル錠75mg「トーワ」	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	医薬品		ヒューマンエラー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	【正】アズノール軟膏0.033%(20g/本） 2本デルモゾールG軟膏(5g/本) 2本混合 【誤】アズノール軟膏0.033%(20g/本） 2本デルモゾール軟膏0.12%(5g/本） 2本混合	処方箋を誤って入力・調剤、最終鑑査時も気付かずに患者様に交付	入力、初期鑑査、最終鑑査において、3分割4分割のチェックを徹底する 軟膏の混合調剤の際は、必ず軟膏のチューブと処方箋と照合する 似た薬品名が存在するものに関しては、注意喚起の札を作成して注意喚起を徹底する	デルモゾールG軟膏	デルモゾール軟膏0．12%	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

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

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	
400	バルモディア錠0.1を渡すべきところ薬剤名の似ているバルヒディオ配合錠MDを渡してしまった。患者本人から違うものが入っているという連絡があり気が付いた。	薬剤名が似ているため	今回の事例をもとに注意していく	バルモディア錠0.1	バルヒディオ配合錠MDトーワ	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
401	【一般名】セフカペンピボキシル塩酸塩細粒を調剤する際に、GEがないため、先発品で調剤を行ったところ、調剤を行った薬剤師が、似た名前の【一般名】セフジトレンピボキシル塩酸塩細粒と勘違いをし、メイアクトMS細粒で調剤を行った。しかも、レセコンは、セフカペンピボキシル塩酸塩小児用細粒と入力していた。鑑査した薬剤師は、鑑査システムの伝票にはメイアクトMS細粒と記載されていたのだが、調剤録はセフカペンピボキシル塩酸塩小児用細粒と記載されていたにもかかわらず、気づかなかった。投薬を行った薬剤師が、セフカペンピボキシル塩酸塩小児用細粒の粉の色はピンク色に近いのだが、調剤された粉の色が、オレンジ色に近かったため、違和感を感じ、調剤録と鑑査システムの伝票を確認したところ、薬剤が違うことが判明した。更には、処方された患者は年齢が1歳ということもあり、ピボキシル基がついている薬剤は低カルニチン血症を引き起こすことがあるため、疑義照会を行い、薬剤の変更を提案した。それにより、最終的に、【一般名】セフジニル細粒に薬剤が変更となった。	薬局にある在庫が先発品しかなかったため、GEから先発品を考える過程で、【一般名】セフカペンピボキシル塩酸塩細粒（フロモックス）と【一般名】セフジトレンピボキシル塩酸塩細粒（メイアクトMS）は、似たような薬剤名だったことから、薬剤を間違えて調剤を行った。	（1）思い込みで鑑査は行わないこと、（2）常日頃から薬剤の色や形などの特徴を覚えておくこと、（3）客観性のある鑑査システムの利用が大切である。	フロモックス小児用細粒100mg	メイアクトMS小児用細粒10%			医薬品		ヒューマンエラー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	一般名処方において、オロパタジンOD錠5mgのところアムロジピンOD錠5mgで調剤	一般名において、一見すると薬剤名が似ていること、また薬剤自体のシートデザインと色調がにていることも誤りの要因となっていると思われる。確認不足、また思い込みがあったと思われる。	薬効もまったく異なるため、薬歴・患者情報等をしっかり確認すれば気づくミスであると思われる。改めて改善策を新たに設けず、基本的な確認事項のチェックを十分行う事を徹底する。	オロパタジン塩酸塩OD錠5mg「明治」	アムロジピンOD錠5mg「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

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
403	患者がアイミクス配合錠LDが商品名で処方されている処方箋を持参した。薬剤師Aは処方箋に基づきアイミクス配合錠LDを調剤したが、2錠分だけイルアミクス配合錠LDが混入していることに気付かず監査に回した。監査を行った薬剤師Bがイルアミクス配合錠LDが混入していることに気付き、薬剤師Aに調剤をし直してもらった。正しく調剤し直したため、患者には正しい医薬品を交付した。	当薬局ではアイミクス配合錠LDとイルアミクス配合錠LDが医薬品棚で隣に配置されていた。本事例ではアイミクス配合錠LDの棚しか触っていなかったので、調剤の時点でアイミクスの棚にイルアミクスが混入していたと考えられる。おそらく本事例以前の調剤において、イルアミクスの調剤後端数を棚に戻す際、誤ってアイミクスの棚に戻してしまったと思われる。医薬品の外観も似ているため、その後も気づく事なく、本事例を引き起こしてしまったと考えられる。	アイミクス配合錠LDとイルアミクス配合錠LDの医薬品棚の位置を、離れた場所に変更した。	アイミクス配合錠LD	イルアミクス配合錠LD「DSPB」	確認を怠った		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
404	患者に酸化マグネシウムが処方された。調剤を行っていたところ、薬棚のマグミット錠330mgの引き出しに酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」数シートが混入しており、ピッキングした薬剤に酸化マグネシウム錠「ヨシダ」とマグミットが混ざっていることに気が付いた。	マグミット錠と酸化マグネシウム錠の見た目が同じ青のPTPシートと類似しており、また、薬棚の配置が酸化マグネシウム250mg、330mg、マグミット250mg、330mgと縦に並んでいること、酸化マグネシウム「ヨシダ」330mgの薬棚の名前欄が、包装が変わった旨の張り紙により隠れていたことから、薬を戻す際に誤りが生じたのだと考えられる。	薬を薬棚に戻す際は、薬剤師複数人の目を通す。PTPシートは表裏きちんと確認する。	マグミット錠330mg	酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」	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
405	ノボリン30R注フレックスペンをノボリンR注フレックスペンで投薬。	薬名が類似しているので特に注意し調剤業務を行うことが大切。	いくら忙しくても1人で調剤業務を行わず、違う人に確認してもらう事が大切。	ノボリン30R注フレックスペン	ノボリンR注100単位／mL	確認を怠った				ヒューマンエラー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	ツムラ大建中湯をツムラ清肺湯と取り間違えた。	外装の色が似ていたため取り間違えた。〇作業手順の不履行	似た外装であることを周知し、名称、ツムラの漢方の番号まで確認するようにする。	ツムラ大建中湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ清肺湯エキス顆粒（医療用）	確認を怠った	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
407	「一般名」アトモキセチンカプセル25mgが処方されているところ、誤ってアモキサンカプセル25mgを調剤し、患者に交付しそうになった。	医薬品名の前に「一般」の記載があったにもかかわらず、医薬品名の字面が似ていることと、規格が同一だったため、監査時に間違いを見過ごしてしまった。〇処方せんの見間違い	監査時には薬剤情報提供書に記載された医薬品の写真との照らし合わせも行うことを心掛ける。	アトモキセチンカプセル25mg「ファイザー」	アモキサンカプセル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
408	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒（医療用）の処方のところ、ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）と間違えて調剤。	単純なミスで処方せんの見間違いである。忙しい時間帯なので焦りもあったかもしれない。	漢方薬は名称が類似しているものがあるのでそれを頭に入れて日頃から調剤を行う。急いでも医薬品名を最後までしっかり確認する癖をつける。事例を店舗内で共有する。	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		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
409	トフラニール錠25mgが処方されていたが、誤って同じ棚で違う段に入っていたトリプタノール錠25mgを集薬、監査時にも間違いに気づかず患者に投薬する直前に気づいた。	商品名、効能が似ているのと同じmg数のため、取り間違えた。		トフラニール錠25mg	トリプタノール錠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
410	患者にはサイシンが処方されたが、サンシシを誤って調剤した。患者家族より煎じ液の色がいつもとちがうと話をもらい過誤に気づいた。	名称が似ていたこと、忙しい時間帯であり、焦って調剤したことが要因として考えられる。	似ている名称の薬品を抽出し、スタッフ間で調剤過誤事例を共有し、似ている名称の薬があることを認識することから始めた。	高砂サイシンM	高砂サンシシ末M	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
411	ジメチコン錠40mg「YD」をピッキングするところを化粧箱が類似しているスピロノラクトン錠50mg「YD」をピッキングしてしまい、別の薬剤師が誤りを指摘。	「確認を怠った」どちらも陽進堂の医薬品で化粧箱が非常に酷似しており、保管棚も同じ引出の「さ行」に格納されています。これまで取り間違うことは一度もなかった。当事者は、薬品名の確認を行うべきところを化粧箱だけ見てピッキングを行い、作業中、別の事を考えていたとのこと。「注意力散漫」	ピッキング（医薬品コード）を読み取るリーダーを導入した。スピロノラクトン錠を単体の引き出しを設置した（ジメチコン錠と区別）。	ジメチコン錠40mg「YD」	スピロノラクトン錠50mg「YD」	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
412	アスベリン散10%とアスベリンドライシロップ2%の取り違い。	休日診療の為小児に対する同様の処方が多く、アスベリン散10%が連続して出ていたところ、途中よりアスベリンドライシロップ2%に変わっていた事による処方箋の見間違い。初め気づかず用量の確認により判明。	同一の処方医による同様の処方箋に於いては、名前の類似している同効薬には特に気を付ける。	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	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
413	ヒューマログ注ミリオペンを処方されており、調剤者本人もその名称のものを取ったと思いこむ。実際は名称の似たヒューマログミックス50注ミリオペンを調剤し、多忙だったためもう一人の監査をせず交付。	単純なミス、作業手順の不履行	どんなに多忙でも、必ず監査を受けてから交付するよう徹底。薬剤の配置を名称の似たものは近くに置かないこととする。	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	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
414	ユニシアHDで調剤するところ、誤ってカムシアHDで調剤、交付してしまった。	先発希望の患者であった為、本来であればユニシアを調剤すべき所、調剤数の多いカムシアで調剤、交付してしまった。先発調剤の件数が減っている事による確認不足と、ヒートデザインが酷似している事による思い込みが原因と思われる。〇作業手順の不履行	色や形などのデザインだけでの判断はせずに、印字されている薬品名を指さし確認して監査することを徹底する。	ユニシア配合錠HD	カムシア配合錠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

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

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	
415	いつもの慢性疾患患者で、定時薬が処方されていたが、ミカムロAPをジェネリックのテラムロAPと間違えて投薬。後日、患者から服用時に味が違うとの連絡があり発覚。	年末で患者も通常より多く、更に年末処方で処方日数も長くなっていって、個々準備に時間が掛かっていた。ミカムロAPとジェネリックのテラムロAPのヒート・剤形が酷似している。患者本人がジェネリック品を希望していた事も有り、他の薬剤はジェネリック品で対応していた。	処方入力時及びピッキング時・監査時に薬品名を読み上げる。患者の薬歴に他とは違う条件で出す薬剤は、分かりやすく明記し、注意喚起する。	ミカムロ配合錠AP	テラムロ配合錠AP「ニプロ」	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
416	忙しい時ではなかった。一般名処方で、カンデサルタン・アムロジピン5mg配合錠1錠1日1回朝食後28日分記載あり。先発希望の患者様だったので、ユニシア配合錠HDを28錠調剤するところを、カデュエット配合錠4番28錠調剤してしまった。ミスに気づかず、監査に回し、監査時にミスがわかったため、すぐに調剤し直し、大事に至らなかった。	一般名処方で、アムロジピンのところだけで判断し、通常処方が多いカデュエット配合錠4番と思い込み調剤してしまった。調剤後に確認を怠って監査に回してしまい、ミスを未然に防ぐことができなかった。	一般名処方で、特に配合錠はよく似ているものが多いので、集中してしっかり処方内容を読む。思い込みをしないよう、注意して、調剤後に必ず再度確認してから、監査に回す。	ユニシア配合錠HD	カデュエット配合錠4番	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
417	処方せん：セファドール錠25mg2錠/分2 監査者が、ジフェニドール錠のところベタヒスチン錠で調剤されていることに気付く。調剤者がジフェニドール錠で再調剤し、監査者が再監査後投薬した。	調剤者が薬効が似ている薬剤を取り違えたと思われる。〇単純なミス	先発で記載された処方せんをGEで調剤する際には、薬剤名をよく確認する。また、今回の場合は記載されている薬剤の用量と調剤した薬剤の用量を照らし合わせると間違えに気付くこともできたと思われるため、用量もしっかりと確認し調剤に努める。	ジフェニドール塩酸塩錠25mg「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				ヒューマンエラー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	一般名：ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg 4錠 1日2回朝夕食後 30日分を、誤ってベポタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」をお渡ししてしまった。	繁忙な時間帯であり、12種類の薬が処方されている患者であったため、注意力が散漫であった。	調剤棚に注意喚起のシールを貼る。患者も含め、トリプルチェックを行う。類似名称の品目変更や監査システムの見直しを行なう。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」	ベポタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラー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	8/16 薬剤交付の際、前々回に薬がジェネリックに変わったのか、薬の色が黄色になっていたと患者が話しをする。薬袋の写真と違うため不振に思い、長年飲んでいる薬で、残薬が沢山あるので黄色の薬は飲まなかった。	名前が似ているので、薬剤を取り違えた。また、監査も同じミスをしてしまい気がつかず、交付してしまった。処方箋の見間違え	類似薬品があることの再確認患者とともに、確認しながら薬袋に薬をいれる作業を怠らない。	ベラプロストNa錠20μg「サワイ」	ベラパミル塩酸塩錠40mg「JG」	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	
420	「一般名」ジヒドロコデインリン酸塩・dl-メチルエフェドリン塩酸塩・クロルフェニラミンマレイン酸塩配合剤錠1錠　咳がひどい時10回分の処方でSAFEDIで一般名検索したが商品名（フスコデ配合錠）が検索できず、前回の処方で似たような一般名処方があり思い込んで前回のカフコデ配合錠を調剤してしまい、鑑査も気づかず投薬してしまった。	確認ミスの他に同処方で不足の薬や煩雑な在庫作業のことがあり焦っていたことも原因と考えられる。〇単純なミス〇焦り〇注意力散漫	レセコン入力後の調剤録等は一般名が全て標記されていないものもあり（文字数制限）、添付文書や薬価本等で一般名と商品名が合っているか確認しなければならない。また、レセコンの一般名入力をよく習得しなければならない。	フスコデ配合錠	カフコデN配合錠	確認を怠った 判断を誤った	知識が不足していた 通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品		ヒューマンエラー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	ビオスリー配合錠が処方されていたが、間違えてビオフェルミン錠剤を出ししてしまい、投薬直前に気が付いた。	注意力散漫による処方箋の見間違えで、同じ整腸剤で、名称が似ているため、間違えてしまった。	一人薬剤師であるため、投薬前に必ず再チェックを行う。	ビオスリー配合錠	ビオフェルミン錠剤	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
422	皮膚科受診した患者が来局。タリオンOD錠10mgを120錠お渡ししなければならないところ、120錠のうち100錠がジェネリックのベポタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」であったと投薬から数十日後患者が来局し、調剤ミスが発覚。	恐らく何らかの形でベポタスチンベシル100錠包装がタリオンODの薬棚に紛れ込んでしまい、ヒートも似ているためピック時タリオンだと思い込んでしまったと考えられる。監査時も同様のミスがあった可能性がある	監査やピック時のチェックの不十分さ・日頃の薬棚のチェックや在庫管理の甘さなどの原因が考えられるため、薬剤師一人一人に対して意識の徹底に努める。	タリオンOD錠10mg	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	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
423	【正】ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（医療） 7.5g1日3回　朝、昼、夕食前　7日分1包を微温湯50mLに溶解し、毎食30～60分前に10秒間口腔内でうがいして出してください。（内服しなくて大丈夫です。）【誤】ツムラこ半夏厚朴湯エキス顆粒（医療） 7.5g1日3回　朝、昼、夕食前　7日分1包を微温湯50mLに溶解し、毎食30～60分前に10秒間口腔内でうがいして出してください。（内服しなくて大丈夫です。）	入力時に入力ミスにより発生。	入力照合の際、徹底して文字の分割チェックをする。思い込みをしないよう、焦っていても落ち着いて行動する。知識不足だったので、漢方の勉強もしっかりする。一度でた処方内容は忘れないようにする。入力時4分割チェックを疎かにせず、常に複数の規格、似た薬品名がある事を注意して入力する。漢方のような内服薬も様々な使用用途がある事を忘れず、初めてみる処方や珍しい処方などは理解できる範囲で勉強する。	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）	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	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
424	7/22A病院より、当薬局来局患者さまが、骨折のため入院されたと電話有り。持参薬確認したら、薬袋に「テラムロ配合錠AP」と記載があるが、「テルチア配合錠AP」が入っていると言われ、7/5調剤分の誤調剤が発覚。持参薬残数の18錠をA病院に持って行って、交換した。	テラムロ配合錠APとテルチア配合錠APと、名前が類似しているが、離れた場所に置いてある。処方確認をしっかりしていれば、間違えないで済む事案であったと考えられる。	処方確認を調剤者、監査者ともに徹底すること。	テラムロ配合錠AP「DSEP」	テルチア配合錠AP「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「薬剤取り違え」）

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	
425	ツムラ小青龍湯を調剤するところ、ツムラ麦門冬湯を調剤してしまった	ツムラ小青龍湯を1週間分を4つ調剤したと思われたが、2週間分が麦門冬湯が混ざっていた。番号が19番と29番で色も似ており、調剤棚へ直す時に入れ間違えたと思われる。	棚の配置を離す事で混在しないようにしました。他の漢方も似ているものもはできるだけ離すようにしました。	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒（医療用）	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品施設・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
426	一般名でバルプロ酸Na錠100mg 2錠 1日2回 朝・夕食後 28日分と記載された処方箋を受け付け。薬局の在庫は徐放錠のバルプロ酸Na徐放B錠100mg「トーワ」のみ。徐放錠で入力・調剤してしまったが、投薬前鑑査時に誤り気付く。薬が準備するまで時間が掛かる旨を患者に説明し、準備ができたら連絡することとして帰宅してもらう。新たにバレリン錠100mgの在庫を揃え、患者に連絡して投薬を行う。	初めて処方箋を受け付けた医療機関であった。来局したのは患者家族で、薬についての確認等も詳しくはできない状況だった。薬の数も少なく、注意力も散漫になっていた。〇注意力散漫〇単純なミス〇処方せんの見間違い	バルプロ酸Naの錠剤としてバレリン錠を在庫した。徐放錠と名称が似ている「バルプロ酸Na錠」等の名称の後発品を在庫せず、バレリン錠を在庫したことで調剤ミスを起こさないようにしている。今回の事例により、再度薬局内の徐放性製剤の確認を行い、スタッフで情報共有を行った。	バレリン錠100mg	バルプロ酸Na徐放B錠100mg「トーワ」	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
427	名称類似医薬品の取り間違え。ノイロビタン配合錠が処方されたところをノイロトロピン錠で調剤してしまった。	繁忙な時間帯であったため注意力が散漫になり処方せんの見間違いをしてしまった。また鑑査時も同様に見間違いをしてしまった。〇処方せんの見間違い〇単純なミス〇焦り〇注意力散漫	名称類似医薬品に関しては医薬品名称末尾までしっかり読み、医薬品名末尾からの文字合わせをするなど読み取り方の工夫をする。お薬手帳や薬歴、薬剤情報提供文書の写真画像や医薬品シートの端の名称部分を見本シートなどと照合をする。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠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		ヒューマンエラー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	7/18にもらった漢方薬が、いつもの猪苓湯ではなく、補中益気湯が入っていたが、気が付かずに、2回分服用してしまった。と患者様本人から8/9に電話連絡があった。自宅に伺い補中益気湯を回収して、猪苓湯をお渡しした。今の所は体調変化はなし。	漢方薬の番号が猪苓湯が40番で、補中益気湯が41番と前後の番号で間違いやすい。保管されている棚は上下対角で離してはあったが、誤ってピッキング。監査時も似た包装品と番号のためか気が付かずに、患者様に渡してしまった。思い込みによるミス。	監査時に薬袋に記載された薬品名と薬剤を照らし合わせてから薬袋に入れ、投薬前にも薬情の内容と薬剤を確認、患者様に渡す時も薬剤名を声に出して確認する事を徹底したい	オースギ猪苓湯エキスG	オースギ補中益気湯エキスG	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
429	ツムラ五苓散7.5g分3毎食前35日分の処方のうち、28日分を正しい医薬品で、7日分をツムラ八味地黄丸を調剤し、交付してしまった。別の患者にツムラ五苓散が処方された際に、別の薬剤師が調剤棚にツムラ五苓散とツムラ八味地黄丸の2種類の医薬品が混在していることに気が付いた。交付した患者さんへ連絡をし、正しい医薬品と交換を行なった。当該患者は交付薬剤を服用前であった。	ツムラ五苓散の調剤棚の在庫が少なくなった際、補充するときに誤ってツムラ八味地黄丸を充填した。ヒートが類似しており、確認を怠った。	薬剤監査時はヒート1枚1枚を確実に監査する事、また類似薬品の保管場所は同じ棚に置かないようにする必要がある。	ツムラ五苓散エキス顆粒（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	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	
430	一般名処方テルミサルタン40mg・ヒドクロロチアジド配合錠に対し、テラムロ配合錠AP「DSEP」が調剤されていた。投薬時の監査で気付き、正しいテルチア配合錠AP「DSEP」を調剤した。	一般名処方および名称類似における単純なミス	一般名処方、類似名称に注意して調剤する	テルチア配合錠AP「DSEP」	テラムロ配合錠AP「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
431	スルトプリド錠200mg「アメル」とスルピリド錠200mg「アメル」で名称類似による錠剤分包機への充填ミス、監査でも見逃した。	両薬剤は同じ引き出し中に保管してあり充填時に取り間違えた。充填時も第3者に確認を取っているが確認の精度が低かった。作業手順の不履行監査時も錠剤の大きさも似ており見逃したまま監査をし患者様へ渡ってしまった。また処方医薬品も多く見逃してしまった。処方医薬品の多さ、注意力散漫	両薬剤は同じ引き出しだが離して保管するようにした。錠剤分包機のカセットに注意喚起のラベルを貼付。カセットに充填時にはJANコードを読み取り機器を設置し充填時のJANコードでの確認作業を取り入れ、目視と合わせて二重の確認を行うこととした。	スルトプリド塩酸塩錠200mg「アメル」	スルピリド錠200mg「アメル」	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		ヒューマンエラー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	[般]ヘパリン類似物資油性クリーム0.3%・25gで処方されており、ヒルドイドクリーム0.3%・25gで調剤しないといけないところ、ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」・25gで調剤していた。患者帰宅後、2時間、他の患者にヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」が処方されて、間違いに気付く。まだ薬は使用しておらず、ヒルドイドクリーム0.3%・25gと交換に伺う。	[般]ヘパリン類似物資クリーム0.3%が処方されていたが、レセコン入力の際、[般]ヘパリン類似物資油性クリーム0.3%と思いこみ、入力した模様。クリームは滅多に処方されないので、油性クリームと思い込んでいたことが間違いの要因と思われる。処方箋入力の薬品一般名と薬局のレセコンの一般名が完全に一致しないものがいくつもあり、これもその一つだった。〇単純なミス	病院と一般名が一致しないものについては、レセコンメーカーに相談して、訂正できないか検討する。調剤者、鑑査者がレセコン入力に間違いがないか、再度しっかりと処方箋を確認することで、間違いが防げると思われる。	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%「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
433	一般名処方オロパタジン塩酸塩錠5mgに対し、ベポタスチンベシル塩酸塩錠を調剤していた。投薬時監査により正しく調剤した。	思い込み。単純なミス。	一般名処方では名称の似た薬剤も多く、商品名と異なることもあるので注意する。	オロパタジン塩酸塩錠5mg「AA」	ベポ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				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
434	散薬の充填時の取り違い	散薬棚に保管しているが、インプロメンの一段下にあるプリミドンを補充してしまった。通常は発注品からの補充だが当該の2薬剤は使用量が少なく他店舗からの使用分のみ移動しているもので、予備量保管の容器が酷似しており取り違えてしまった。但し、容器の側面には薬剤秤量のジャーナルが添付してあり内容薬の確認はできる状態にあったため、補充時に確認を怠った単純なミスといえる。どちらも白色の細粒製剤であり、混合調剤時には気がつけずそのまま監査に出してしまった。秤量ジャーナルは処方箋通りとなっており、監査時には過誤に気がつける状況には無かった。当日の発注時に直前使用の無い薬剤（プリミドン細粒）があがっており不審に思った業務員が確認し取り違いがあったことが分かった。	散薬補充時の薬剤確認の徹底（瓶、薬剤の指差し確認など）	インプロメン細粒１％	プリミドン細粒９９．５％「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
435	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒を処方のところツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒を誤って投薬した。	処方せんの見間違いでツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒、ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒は名前が似ていて、ツムラの番号も125と25で似ているため間違えた。	監査するときは薬品名を最後までチェックする。	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	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
436	タクロリムスカプセル0.5mgファイザーの処方だったが名前が似ていた為ピッキングミスによりタムスロシンを調剤してしまい、そのまま鑑査もとおって交付された。患者様が服用しようとしたところ違う薬が入っていた為問い合わせあり。服用前に交換した。	不慣れな人員のピッキングであったことと、あまり出ていない薬剤だった為思い込みで鑑査が通ったと思われる。	１人にしか出ていない薬剤なので箱に○○様用とふせんをはる。	タクロリムスカプセル0．5mg「ファイザー」	タムスロシン塩酸塩OD錠0．２mg「サワイ」	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
437	エカード配合錠HDの処方に対し、エクメット配合錠HDを調剤していた。投薬時監査で気付き、正しく調剤した。	名称類似による単純なミス。		エカード配合錠HD	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
438	フスタゾール糖衣錠10mgの処方に対し、センノシド錠12mgが混在して調剤していた。投薬時監査で気付き、正しく調剤した。	センノシド錠12mgを棚に戻す際、誤ってデザインが似ているフスタゾール糖衣錠10mgの棚に戻していた。	医薬品を棚に戻す際、見た目で判断せずに名称まで確認する。	フスタゾール糖衣錠１０mg	センノシド錠12mg「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「薬剤取り違え」）

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	
439	薬剤の取り違えが発生したが、処方内容自体は継続であり、前後で転院があったため処方医に確認したところ、処方箋の記載ミスであることが判明。そのため患者に交付する薬剤自体はお渡ししたもので間違いないことを確認した。	薬剤名が酷似していることと、転院があったものの、患者が継続来局中であったため、Do処方と思い込み調剤してしまった。〇処方せんの見間違い	転院があった際には処方内容を確認することと、薬品名は全ての文字を確認して照らし合わせるよう徹底する。	安息香酸ナトリウム原末「マルイシ」	安息香酸ナトリウムカフェイン原末「マルイシ」	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
440	「一般名」ペポタスチン酸塩錠10mgをベタヒスチンメシル酸塩錠12mg「JG」と取違いをしてしまいました。10日ほど服用して痒みが取れない事に気が付き、薬が違うのでは？と来局され確認した次第です。投薬後2週間ほどして間違いの薬を服用しだし、約10日間服用されましたが、特に副作用は無く痒みが取れなかったと。名前が似てるから仕方ないとおっしゃって頂きました。	調剤監査機導入したにもかかわらず、自らの過信で使わずにお渡ししたこと。	監査システムを利用し、未然に防ぐようします。	ペポタ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12mg「JD」	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	コンピュータシステム医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
441	類似した薬品名に対する確認不足	類似した薬品名に対する確認不足	類似した薬品名に特に注意する	カムシアHD	カデチアHD	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
442	モーラステープL40のGEのパッケージ変更により、先発とGEの外袋が類似し隣に陳列していたため、取り間違えた。	先発とGEの外袋の類似のため、不注意による取り間違い。	外袋の類似のため、取り違いのないように陳列場所を変えた。	ケトプロフェンテープ40mg「三和」	モーラステープL40mg	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
443	患者が処方せんを持って来局。処方せんには「セルベックスカプセル50mg、1日3回毎食後、14日分」の記載があった。ピッキング者は調剤する際、セルベックスカプセル50mgを調剤するところ、名称が類似しているセレコックス錠100mgを調剤したことに気付かず、そのまま監査に回した。鑑査者が間違いに気づき、ピッキング者に伝えた。セルベックスカプセル50mg正しく調剤し直し、再度監査してもらった。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。	セルベックスカプセル50mgとセレコックス錠100mgは名称が似ているため間違えた。また、患者が来局した時間はちょうど店内が混んでいたため焦りがあった。	名称が類似していても、通常通り「薬剤名」「剤形」「規格」をきちんと確認すれば防げたはずである。混み合っている時こそ、鑑査に回す前に一旦落ち着いて再確認することが重要である。調剤棚に名称類似品ありのシールを貼って、注意喚起していきます。	セルベックスカプセル50mg	セレコックス錠100mg	確認を怠った 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	
444	【正】ブロムペリドール錠1mg「アメル」 1錠　分1寝る前　14日分 【誤】ハロペリドール錠1mg「アメル」 1錠　分1寝る前　14日分	入力から薬品名を間違えて、初期鑑査、最終鑑査、交付時全てで見逃してしまいそのまま交付してしまった。	入力終了後に冒頭からカーソルでの確認→指示書出力後に指差し確認で照合の2段階で確認をこ行う。持ち場を離れた時は、冒頭から再度確認を行う。薬品名が長いものや似た名称の薬剤は、ブロム/ペリドール/錠/1mg/「アメル」というように5分割や6分割してチェックを行う。初期鑑査や最終鑑査、入力などを行っている者には極力話しかけない。必要な時はタイミングを心がける。 ヒート耳を処方箋の該当箇所に合わせて4分割しする照合確認を行う。薬剤交付時は処方箋と薬剤を並べて、処方箋を見ながら指導を行う。	ブロムペリドール錠1mg「アメル」	ハロペリドール錠1mg「アメル」	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
445	「ツムラ柴胡桂枝乾姜湯」のところ誤って「ツムラ柴胡桂枝湯」を調剤し患者に交付した。入所施設の方より薬情と違う薬が入っていると連絡が入り発覚、交換した。	○処方せんの見間違いツムラ柴胡桂枝湯を調剤することが多く、“ツムラ柴胡桂”までを見てツムラ柴胡桂枝湯だと思い込んでしまった。また調剤監査システムを導入しているが、忙しく1種類のみだったため監査システムをスルーし、Wチェックせず投薬してしまった。	「ツムラ柴胡桂枝湯」「ツムラ柴胡桂枝乾姜湯」似た名称の薬剤があることを周知する。棚が隣にあるため、注意喚起のラベルを貼る。監査システムを通さない場合はWチェックを行う。	ツムラ柴胡桂枝乾姜湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒（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		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
446	アルプラゾラム0.4mg「サワイ」の処方が出ていたのだが、包装変更前のエチゾラム0.5mg「SW」がアルプラゾラムのそばに置いてあり、 エチゾラム0.5mg「SW」をピッキングしてしまった。監査システム、ダブル鑑査によって間違えが発覚。	調剤者の思い込みによるミス。○単純なミスまた薬の保管場所が似た見た目のものが並んで置いてあった。	薬の引き出しに区切りをつけ、似た薬剤は場所をずらした。また調剤を行う際は箱の名前、薬剤の名前、鑑査の際にもう1度確認と3回確認を行う。	アルプラゾラム錠0．4mg「サワイ」	エチゾラム錠0．5mg「SW」	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
447	グリチロンを取りそろえるときにグリチロンの棚の中にグランダキシンがまぎれてはいっていたために誤ってグランダキシン10Tも混ぜて取りそろえた。一包化する前にほかの薬剤師がチェックして気が付いた。	おそらく他の薬剤師がピッキングミスにてグランダキシン10Tをとったあとに棚への戻し間違いでグリチロンの棚へと混入したようです。それらは上下に位置しており、箱もオレンジと白の二色で似ています。	取り間違えたときに、すぐに棚へと戻さず間違えた薬を入れておくカゴを設置した。落ち着いた時に戻す。	グリチロン配合錠	グランダキシン錠50	確認を怠った	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
448	アトルバスタチン10EE21錠のピッキングの鑑査した所、アトルバスタチンEE10とリピトール10が1シートずつ混じっていた。おそらく前に調剤した後 リピトール1シート間違ってアトルバスタチンの棚に戻したものと思われる。10錠シートを重ねたとき。ジェネリック医薬品と先発は非常によく似ているので紛れ込んでしまうとわかりにくい。	薬剤を棚にもどすとき、棚の場所を覚えているので、かえって注意散漫になる。もどすときの確認とシートが複数ある時　すべて同じ薬と思い込んでいた。	薬剤を棚にもどすとき、薬剤名の確認と棚の中の薬剤とおなじか2度確認する。複数シートもすべてかくにんする	リピトール錠10mg	アトルバスタチン錠10mg「EE」	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

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

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	
449	一般名処方でセフジトレンピボキシル（100）3錠　毎食後の処方あり。監査の際にセフカペンピボキシル（100）にて調剤されており調剤者へ間違いを伝えた。メイアクトMSにて再度調剤し監査。患者様へは処方通りの薬剤にてお渡しする。	一般名処方であったため成分名が酷似しており調剤棚から薬剤を取り間違えてしまった。	ピッキングから監査へ回す際に再度確認を徹底。成分名、含有量共に類似点が多いので調剤棚に注意喚起を行う。	メイアクトMS錠100mg	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「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
450	一般名処方で名前が似ていたため、正しい処方はトラボプロストだったが、誤ってラタノプロストを調剤してしまった。	当店ではトラボプロストよりも圧倒的に多くラタノプロストが処方されるため、処方せんの見間違いにより、流れで調剤してしまった。監査者が間違いに気づき、患者様には正しい薬が調剤された。	どんなに忙しい時間帯でも、調剤者は自己監査を行うように心がける。	トラボプロスト点眼液0.004%「ニットー」	ラタノプロスト点眼液0．005%「TOA」		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
451	処方箋受付、薬局に在庫のなかった漢方を後日お渡しすることになったが、後日入荷した漢方を誤って違う薬剤を取り違えお渡ししてしまいました。在庫確認中に間違えが発覚し、本人様へ連絡し謝罪、間違えていたお薬7日分を回収、交換させて頂きました。（薬剤名はまったく類似していないが包装デザイン・色が類似していたため取り間違えてしまいました）	外来患者様の混雑時の焦りから、入荷してきた医薬品の名称をしっかり確認することを確認を怠ってしまい、入荷してきた外観の類似した別の医薬品をお渡ししまった。（ツムラ漢方薬、薬剤名はまったく類似していないが包装デザイン・色が類似）	ツムラ漢方薬包装デザイン・色で判断したため、取り間違えてしまい、ツムラ漢方薬は類似包装があり間違えやすいことを日頃から認識し、色や包装で判断せず、医薬品名をしっかり確認して監査を行うよう改善しました。	ツムラ越婢加朮湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒（医療用）	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
452	桂枝茯苓丸加よく苡仁が処方されていたが、集薬した薬剤祖が誤って桂枝茯苓丸を集薬した。調剤前に事務員が間違えに気が付き、取り換えた。	桂枝茯苓丸加よく苡仁はツムラ125番でオレンジ色のパッケージで、桂枝茯苓丸は25番同じくオレンジ色のパッケージであり、薬品名だけでなく包装も番号も似ているため、集薬時に間違えてしまった。	桂枝茯苓丸加よく苡仁と桂枝茯苓丸は番号も包装も似ていることを理解して、間違えないように注意する。また保管場所を離して、取り間違えをしないように対策した。	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	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
453	名前，効能が似通った薬を勘違いしてピッキングしてしまった	作業手順の不履行(1人監査をしてしまった)	必ず1人監査を極力避ける	テルチア配合錠BP「サワイ」	テラムロ配合錠AP「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
454	一般名処方でジドロゲステロン錠5mgと処方箋に記載あり、ジエノゲスト錠1mgと間違えて調剤した。投薬の際に患者様がいつもの薬と違うと見つけられた。	一般名の名称とジエノゲストが似ていたため間違えてしまった。	棚の薬品名の横に、一般名がわかるようにしました。	デュファストン錠5mg	ジエノゲスト錠1mg「モチダ」	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
455	ツムラ柴朴湯（製品番号96－グレー色）のところを、ツムラ柴苓湯（製品番号114－黄色）に取り違えた。漢字名が似ているための事例である。	処方せんの見間違い	調剤者による調剤後のチェック徹底	ツムラ柴朴湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴苓湯エキス顆粒（医療用）	確認を怠った	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	
456	ビオスリー錠を投薬しなければいけないところをビオフェルミン錠でお渡ししてしまい、ご本人からお電話があり、交換させていただく。間違った薬を服用されることは無かった。	商品名、薬効が似ている為、単純なミスが発生してしまった。	患者さんと一緒に監査する。	ビオスリー配合錠	ビオフェルミン錠剤	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
457	一般名処方ベタメタゾン吉草酸エステル0.1%のところ、ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏0.05%と間違えて調剤を行った。薬剤師の誤りがあり、鑑査担当者も見落としてしまった。また、入力者（事務員）も同じように間違えて入力してしまった。（前回通りの入力としてしまい、今回は処方変更だった）鑑査システムBarreraを利用したが、偶然にも入力情報の間違えと一致してしまったため、間違えに気づかず鑑査を通していた。	調剤時においては、一般名処方せんの見間違い。入力者も間違ったため、鑑査システムにも影響してしまい、鑑査者も連動して見間違えてしまった。	類似医薬品についての周知徹底。特に間違え事例が多いものに関しては、鑑査システムでバーコードを必ず通す事。しかしそれでも不十分なので、類似品注意カードを作成する。	デルモゾール軟膏0．12%	アンテベート軟膏0．05%	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
458	調剤棚を確認していたとこと、イルアミクス配合錠LDの引き出しにアイミクス配合錠LDが混ざっていた。在庫数確認したところ、在庫数が合わなかった。監査は目視確認と機械での重量及び写真の撮影を行っているため、機械で検証行った。イルアミクス配合錠LD　1T分1　30日分で処方があり、20Tはイルアミクス配合錠LDで調剤、10Tはアイミクス配合錠LDで調剤していることが判明した。投薬後であり、患者様はアイミクス配合錠LDを4錠服用していた。謝罪し、正しい薬と交換を行った。体調変化や血圧変動はないこと確認。	監査を機械に頼ってしまい、目視監査を怠った。薬品を引き出しに戻す際に、外観および名称が似ているため、誤って戻した可能性もあり、アクシデントの原因の一つと思われる。	目視での監査の徹底、薬品を取り出すときは引き出しを開けて薬を取り出し、取り出し後は引き出しを必ずしめる。その後次の薬を取り出す。また薬を戻す際も目視確認をしっかりと行う。	イルアミクス配合錠LD「DSPB」	アイミクス配合錠LD	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	コンピュータシステム医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
459	カルデナリン錠2mgの処方のところ、カンデサルタン錠2mg「あすか」を調剤。監査時に誤調剤に気がついた。	・名称が一部類似　・用量は2mgで同一　・文字や印が緑色で色調が似ている	薬局スタッフ全員に注意喚起。	カルデナリン錠2mg	カンデサルタン錠2mg「あすか」			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
460	調剤立て込み時、漢方を思い込みでピッキング。加味逍遙散、加味帰脾湯と名称が似ており、よく処方が出る加味逍遙散の方で調剤してしまったが、監査時にミスに気付いた。	混雑時に準備を急いでしまったために起きたインシデント〇単純なミス〇焦り〇注意力散漫	似たような名称の薬品にはピッキング時も細心の注意を払う。注意すべき薬品名の棚札を視覚的に間違えないよう見やすくする。混雑時も焦らず、自己監査を怠らない。	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）	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	
461	患者が処方箋を持って来局。処方箋に「一般名　ジフルプレドナート軟膏」と記載されていた。ジェネリック希望の患者のため、スチブロン軟膏を調剤しなければいけないところ、薬剤師Aはスピラゾン軟膏を調剤し鑑査に回した。鑑査薬剤師Bが間違えに気付き訂正。患者には正しい薬を交付した。	スチブロン軟膏とスピラゾン軟膏の棚の配置が近かった。	スチブロン軟膏とスピラゾン軟膏の配置を離した。調剤者がピッキングした後、鑑査に回す前に再確認を徹底することにした。名称類似医薬品を再確認し、間違え防止のための注意喚起をした。	スチブロン軟膏0．05%	スピラゾン軟膏0．3%	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
462	黄連解毒湯が処方されていたのに、麻黄附子細辛湯を調剤。本人に渡したが、まだ薬局内にいる間にミスに気付き交換した。	両方カプセル剤で色が似ていたため。	ダブルチェックの徹底	コタロー黄連解毒湯エキスカプセル	コタロー麻黄附子細辛湯エキスカプセル	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
463	トフラニール錠10mgの処方がでていたが、トリプタノール錠10mgで調剤投薬をしていた本人が残薬調整をしてほしいと薬を持参したことで発覚した	トリプタノール錠とトフラニール錠の名称類似している薬のため調剤間違えて渡していた。商品名が1文字しか違わないこと、規格も同じ10mgの規格のためピッキングする際に取り違いをしてしまった調剤と監査は別の者が行いチェックをするようにしているが注意力散漫もあり調剤時も監査時も見過ごしてしまった勤務1年未満の薬剤師が投薬のため投薬時にも見逃してしまう。	名称類似であるため以前より棚の位置をずらすなど注意をしていた薬なのですが今回取り違えてしまう商品名の類似品のチェックは粒の色までを見て監査をすること徹底していくよう周知します	トフラニール錠10mg	トリプタノール錠10	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
464	パントシン錠100mgを調剤するところ、パセトシンカプセル250mgを調剤しそうになった。	2019年8月9日（金）16時頃に、内科を受診した患者（73歳男性）が処方せんを持って来局した。処方せんには「パントシン錠100mg 、3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、薬棚からパントシン錠100mgを調剤するところ、パセトシンカプセルの処方だと思い込み、他の薬棚のパセトシンカプセル250mgを調剤しそうになった。同時に勤務していた薬剤師Bが、処方薬のパントシン錠100mgではなく、パセトシンカプセル250mgが調剤されそうになっていることに気付き、薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはパントシン錠100mgを正しく調剤し、薬剤師Bに鑑査してもらった。薬剤ピックアップ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。	名称の酷似した複数の薬剤が在庫する場合の調剤に於いては、思い込みでの調剤にならない様、正確に処方箋内容を読み取り複数の薬剤師による調剤を実施する。	パントシン錠100	パセトシンカプセル250	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	
465	耳鼻科の処方、一般名ベタヒスチンメシル酸塩の処方に対して、一般名ベポタスチンベシル酸塩の医薬品を調剤。監査者が調剤の誤りに気付いた。	ベタヒスチンもベポタスチンも耳鼻科にてよく処方される薬であり、名前が似ていたため間違えたようだ。	今回はピッキング監査装置を使う前に目視で気付いたが、監査装置を使えば目視で見落としたとしても誤りに気付くので、忘れず使用すること。	ベタヒスチンメシル酸塩錠12mg「JD」	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
466	[般]オルメサルタン口腔内崩壊錠20mg 1T1×朝食後、[般]ファモチジン口腔内崩壊錠20mg 1T1×朝食後 28日分の一般名処方。薬剤師の指示に基づき、事務員が薬を取りそろえた。薬剤師が監査した時にファモチジンOD錠20mg「トーワ」を調剤するところを、誤ってバルサルタン錠40mg「杏林」で調剤されていることに気づいた。間違いを指摘して、正しい薬を調剤して患者に投薬した。〇ウィークリーシート	どちらの薬剤も青いPTPシートに白い錠剤であり、ともにウィークリーシートであったため外観が類似している。錠剤の大きさは異なるが、シートの大きさはほぼ同じである。薬品棚は離して配置していたが、ともによく出る品目であり、調剤者の頭にファモチジンOD錠20mg「トーワ」は青いシートという先入観があったと思われる。調剤後に処方箋コピーと照らし合わせる作業を行ったが、先入観があったため調剤者は気づけなかった。〇処方せんの見間違い〇単純なミス〇注意力散漫	もともと離して配置していたが、さらに距離を離した。調剤後に処方箋コピーと照らし合わせる際に薬品名・規格をしっかり確認する。	ファモチジンOD錠20mg「トーワ」	バルサルタン錠40mg「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
467	エピデュオゲルが処方されていたが、在庫がなく、近隣店舗に譲渡を依頼したが、届いたものはベピオゲルだった。その後、調剤時点で薬剤師が気づき、事なきを得た。	メーカーによる医薬品名の近似名称が近似している医薬品があるということを薬剤師が認識していなかった	メーカーによる名称の変更名称が近似している医薬品があることの注意をうながす	エピデュオゲル	ベピオゲル2．5%		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
468	一般名クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏と記載されていたが、ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏で調剤した	一般名での処方だったため、名称が長く類似していたことにより、薬歴確認の際に前回と同じ処方と思い込んでしまった。	ステロイド外用薬の一般名は似ているので一覧を見やすい位置に置くなど対策が必要。	マハディ軟膏0．05%	アンフラベート0．05%軟膏		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
469	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはアルタットカプセル75mg 2カプセル 分2 朝、夕食後21日分と記載あり。そこで、薬剤師Aが誤って、後発品であるロキサチジン酢酸エステル塩酸塩徐放カプセル75mg「サワイ」をとるところ、先発品名に気を取られアタラックス錠10mgを取って用意した。また、投薬する薬剤師Bも気が付かず、そのまま薬を渡してしまった。その後患者より電話あり、一回内服した後で薬と薬袋の名称が違うことに気づいたとのこと。そこですぐに交換を伝えるも、患者より今は外出中であり、後で来局されるとのことで、そこで正しい薬剤をお渡しした。今回一回内服しており、体調を伺うも眠気あるが特にそれ以外は問題ないとのこと。	処方箋の記載がアルタットカプセル75mgであり、取ったのがアタラックス錠10mgであり、名称が似ていないわけではないが、カプセルと錠剤であり、また後発品希望であるため、名称もおのずと異なる。通常処方箋と薬袋、薬情で確認しながら薬を説明しお渡しするが、今回その過程をせずにお渡ししてしまった。また昼前で忙しい時間帯であったため、しっかり確認できなかった。	忙しい時間帯でも、しっかり確認しながら薬をお渡しするよう徹底する。	ロキサチジン酢酸エステル塩酸塩徐放カプセル75mg「サワイ」	アタラックス錠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	
470	ヒダントール錠25mg 2錠分2 84日分のところ、ヒダントールF配合錠で調剤を行った。監査者によって発覚し、再調剤した。	繁忙時間であり名称が類似していた為、誤ったものと思われる。	レセコンの伝言メモに記載。患者カードを作成し、再発防止に努める。	ヒダントール錠25mg	ヒダントールF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
471	処方箋にはアテノロール錠50mgと記載されていたが、アロチノロール錠5mgを調剤。監査者へ渡す前に再度内容確認したところ、誤りに気付き正しい薬を調剤した。	医薬品名が似ていること、規格も50mgと5mgで似ていたこと。	医薬品名と規格を最後まで確認すること。	アテノロール錠50mg「NP」	アロチノロール塩酸塩錠5mg「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
472	ワーファリン1mgが処方されていたが、調剤者が誤ってメコバラミン500μg「JG」を調剤。監査者が監査時気付いた。	シートデザインが似ている。	今回は監査システムを使用する前に気付いたが、必ずピッキング監査システムを通すこと。同じ在庫棚の離れたところにあったが、シートが似ているため、薬が混入してしまう可能性あり。在庫場所を棚と引き出しに分けた。	ワーファリン錠1mg	メコバラミン錠500μg「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
473	ノボラピッドフレックスタッチの処方をフレックスペンでお渡ししてしまった。事例発生後、5分ほどで空箱を見てミスを認識。患者様にすぐ連絡し使用前に正しい注射剤に交換させていただき事なきを得た。	○処方せんの見間違い○注意力散漫	該当医薬品に「類似品注意」の札をかけた。また薬歴に該当注射剤名称注意のコメントをいれて注意喚起。	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		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
474	一般名ヘパリン類似物質クリーム0.3%の処方に対して、一般名と違う油性クリームを投与してしまった。	ヘパリン類似物質については剤形も多く、慎重にしないと間違いやすい	ヘパリン類似物質について、当薬局の在庫品の一般名と商品の対比表を作った。	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」	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
475	ツムラ54の調剤の中に24が1シート（3包）混じっていた。ヘルパーさんからの連絡で判明。薬剤返却時に間違って入れた為。（包装色、デザインが類似している為）	薬剤返却時に間違って入れた。シートデザイン・色が似ていた為。	薬剤返却時と調剤時にも再度シート毎の確認作業を確実に実施する。類似薬の認識により特に注意を喚起する。	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）	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
476	ベルソムラ錠15mgが処方されていた。在庫の引き出し箇所にあったベルソムラ錠15mgでは在庫数が不足していた。そのため予製から調剤を行った。	数の不足があったこと、煩雑時であったことで気持ちが焦って自己監査の確認が抜けていた。確認が十分になされず、シートが酷似していたため誤った薬剤を調剤した。	調剤をした薬名を声に出して自己監査を行う。	ベルソムラ錠15mg	アトーゼット配合錠LD	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
477	2調剤だけの処方内容で、1種が一般名でエスタゾラム錠1mgが処方されていたところ、類似名のエチゾラム錠0．5mgをピッキングしていた。二次鑑査で発見し訂正。	名称が類似している商品を近い棚にしていた。いつも出ている簡単な処方内容になると、注意が散漫になる傾向が大体にしてある。注意力散漫・処方せんの見間違い・作業手順の不履行	名称が類似した商品は離した場所に置く。簡単な処方ほど間違い易いことを念頭において、慎重に確認作業をすること。	エスタゾラム錠1mg「アメル」	エチゾラム錠0．5mg「SW」	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「薬剤取り違え」）

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	
478	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%（デルモベート軟膏） 20gの処方あり。成分名クロベタゾン酪酸エステル軟膏0．05%（キンダベート軟膏）とかん違いして調剤する。別な薬剤師が監査の時点で、気付いて取り替える。	慣れていない皮膚科の処方箋だったため、一般名にあまり見覚えがない状態であった。一般名が類似した名称だったのと、0．05%まで同じだったため調剤ミスに繋がった。	一般名に関しても、薬の最後のmg数まできちんと確認する。今回は薬剤名から、レセコンを入力したため間違いに気付かずに入力までできてしまった。一般名処方から、入力する様にして、一般名の間違いを防ぐ。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0．05%「MYK」	キンダベート軟膏0．05%	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
479	一包化の監査中。ばらした後のシートを確認したところアムロジピン(5)がなくロスバスタチン(5)が入っていた。分包の中身も確認したところ誤ったロスバスタチン(5)が入っていた。	門前外、朝服用のみ一包化希望の患者。アムロジピン(5)0.5錠も他の薬剤といつも一緒に分包していた。ピッキング、分包者は同一薬剤師。ピッキング時に見間違えたまま分包してしまったと思われる。分包時の処方箋—分包機画面—取り揃えた薬の確認の怠り、シートデザインが似ていたのが要因の一つ。〇処方せんの見間違い	ピッキング、分包、監査時に処方箋を毎回確認する。人員に余裕があればピッキング、分包は同一人物にならないようにする。	アムロジピンOD錠5mg「EMEC」	ロスバスタチン錠5mg「DSEP」	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
480	FAX処方箋の調剤でツムラの治打撲一方が処方されていたが、誤ってツムラ治頭瘡一方で調剤したが、鑑査時に気がついた。	忙しい時間帯に来たFAXで文字も読み取りにくく、処方せんの見間違いが起きた。ツムラ治頭瘡一方は取扱いがあったが、あまり処方されておらず、在庫が足りなかったため、焦って、急いで発注をかけた。治打撲一方は特に名前が似ていて、取扱いもなかったため、間違えたものと思われる。	漢方薬は類似した名称の薬剤があるため、しっかりと確認してから調剤する。	ツムラ治打撲一方エキス顆粒（医療用）	ツムラ治頭瘡一方エキス顆粒（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
481	ヒューマログ注ミリオペン 5キットの処方 通常、1箱（2キット入り）二箱と1本を用意し、調剤者が、監査者ではない第三者に確認してもらい監査に回すところ、箱だしでない1本が、ビクトーザで調剤してしまい、すべての場所でスルーしてしまった。患者が持参で発覚	ビクトーザとヒューマログの箱とペンの色が似ていることによる、確認不足。単純なミスであり、調剤者が、監査者ではない第三者に確認してもらい監査に回すことにより、調剤過誤が無いように注意していたが、そのチェックが不十分であった。	今までは冷蔵庫の同じ位置に保管しているが、ビクトーザはユニパックに入れ、違う棚に保管するようにした。	ヒューマログ注ミリオペン	ビクトーザ皮下注18mg	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
482	一般名処方のベポタスチン錠10mgに対して、ベタヒスチン12mgを調剤、交付	単純ミス、類似名のため	大きく「類似名注意」のラベルをベポタスチン錠、ベタヒスチン錠の棚にそれぞれ貼付。	ベタヒスチンメシル酸塩錠12mg「イセイ」	ベポタ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

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

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	
483	先発品希望の患者様へ、ジェネリック医薬品で交付してしまった。入力は正しく行われ薬袋・薬情・手帳シールなどは正しく印字されていたが、調剤の際にジェネリック医薬品であるベニジピンをピッキングしてしまった。交付時に薬を見せながら相互確認を行ったが、見た目の似ているジェネリック医薬品であったためいつもと違う薬であることに気が付かなかった。その日のうちに在庫に差異があることに気が付き該当患者様へ連絡。服用前に正しい薬と交換させていただいた。	ベニジピンで交付している患者様が多いため、コニールの処方を見たときにベニジピンだという思い込みがあった。入力した医薬品との確認が疎かになっていた。	必ず2人以上で薬を確認する。見た目が似ている薬品でも間違いのないように、薬品名1文字ずつの確認を行う。	コニール錠4	ベニジピン塩酸塩錠4mg「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
484	一般名クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%で処方されていたが、クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%であるキンダベート軟膏0.05%を調剤しており、監査時に他の薬剤師が発見した。	一般名が似ているため、思い込みが原因となった。処方せんの見間違い	一般名をきちんと確認する。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0．05%「MYK」	キンダベート軟膏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
485	薬剤の取り違え	箱の色が似ている	複数回の確認	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TSU」	dークロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠6mg「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
486	オルメサルタンDSEPとオルメッテックは非常にパッケージが似ている状況	単純なミス	監査機器の利用により防ぐことが可能。目視によるチェックでも可能	オルメテックOD錠40mg	オルメサルタンOD錠40mg「DSEP」	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
487	類似名称薬の思いこみ	○単純なミス	必ず自己監査をおこなってから監査にまわす。また前回の写真内容と見比べし、確認をする	レスタス錠2mg	フルニトラゼパム錠2mg「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
488	リンデロンV軟膏処方のところリンデロンVG軟膏を交付してしまった。	受付後に出てくる薬情・薬袋で確認したため。単純な処方であるほど確認の慎重さが足りなくなる。○処方せんの見間違い○作業手順の不履行	取り揃えた医薬品を監査する際は必ず処方せんと照合するよう徹底する。類似名称の多い医薬品は帳票類・処方箋・医薬品があっていることを確認後患者に交付する。	リンデロンーV軟膏0．12%	リンデロンーVG軟膏0．12%	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
489	思い込みで違う薬をピッキング、一包化。別の薬剤師が監査で発見。	名称が似ている。薬剤名の知識不足。単純ミス。注意力散漫。急いで調剤。	似ている名前の薬が在庫していることをしっかり認識する。全従業員に周知。特別な意識と十分な注意のもと調剤するよう再確認。	ニセルゴリン錠5mg「トーワ」	ニコランジル錠5mg「トーワ」	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	
490	処方はアロフト錠20mgであったが、アロフト錠20mgの棚に後発品のアフロクアロン錠「サワイ」が混入しており、気づかず後発品を調剤した。調剤の自己確認時に調剤者本人が発見した。	以前ピッキング時にアフロクアロン錠「サワイ」を取った際、数量違い等で棚に戻す際、誤って先発品のアロフト錠の棚に充填したと思われる。先発品と後発品のヒートのデザインが酷似しており、棚に一緒に入っていても目立たなかった。	数量違い、取り違えなどを調剤や監査時に発見した際、その場ですぐに誤った薬を直接棚に戻さず、一旦置いておくカゴを用意した。ここに一旦置いておき、落ち着いてから複数人で確認して棚に戻す。	アロフト錠20mg	アフロクアロン錠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		ヒューマンエラー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」ベポタスチンベシル酸塩口腔内崩壊錠10のところベタヒスチンメシル酸塩錠6　でピッキングしてしまった	知識不足。確認不足。	名称類似薬は頭に入れておく、注意喚起のシールを貼る	ベポタスチンベシル酸塩OD錠10	ベタヒスチンメシル酸塩錠6	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
492	アモキサンカプセル25mgをアトモキセチンカプセル25mgでピッキングした。	単純なミス	似た名前の薬品に注意する	アモキサンカプセル25mg	アトモキセチンカプセル25mg「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
493	メレックス錠1mgをメイラックス錠1mgでピッキングした。	単純なミス	似た名前の薬品に注意する	メレックス錠1mg	メイラックス錠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
494	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒をツムラ抑肝散でピッキングした。	単純なミス	似た名前の薬品に注意する	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
495	名称類似薬の交付間違い。プロマックD錠75mgの処方に対し、プロテカジンOD錠10mgを誤って交付。	処方内容はセレコックス錠とプロマックD錠75mgの併用処方。名称が類似がしており間違えてピッキング。当薬局では調剤監査システムを用いているが、今回薬を監査システムに通していなかった。監査システムに通す薬剤師A、ピッキング～処方監査～交付を行う薬剤師Bの2人に分かれていた。薬剤師Bは薬剤師Aが監査システムにすでに通したと思い込んでおり、かつ自身がピッキングした薬だったため監査を怠った。実際は監査システムを通していなかった。プロマックD錠75mgもプロテカジンOD錠10mgもセレコックス錠との併用することがあるため疑問に思わず交付。月曜日に患者本人から電話があり発覚。	処方箋とピッキング薬剤の照らし合わせを必ず行う。	プロマックD錠75	プロテカジンOD錠10	確認を怠った 連携ができていなかった	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
496	ベポタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」をピッキングするところを誤ってベタヒスチンメシル酸塩6mg「トーワ」をピッキングしてしまった。	ベポタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」とベタヒスチンメシル酸塩6mg「トーワ」は類似名称医薬品として知られている為、隣接した薬品棚には置かないようにしていたが、それでも誤ってピッキングをしてしまった。注意換気が少なかったことが問題と考えられる。	それぞれの薬品棚に類似名称医薬品があることの注意喚起をつける	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OD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
497	ロスバスタチン2．5mgを調剤する際に、誤ってラベプラゾール10mgを調剤。そのまま交付した。	ヒートの色、錠剤の色が同じでよく似ていた。同じ棚の近くに在庫しており、思い込みで調剤した。	薬品名をわかりやすく棚に記載。薬を調剤する時に、薬品名が目に入るように変更した。	ロスバスタチン錠2．5mg「YD」	ラベプラゾールNa錠10mg「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
498	リピディル錠80mgを調剤すべきところ、GEのフェノフィブラート錠80mg「武田テバ」を交付してしまった。薬歴記入時に間違いに気づいた。	リピディル錠をGEで交付する患者の方が多いせいか、「リピディル」を「フェノフィブラート」と勝手に読み違えてしまっていた。患者さんへの交付時に患者本人にもお見せしたが、外観がよく似ているせいか、気がつかなかった。	思い込みをせず、基本に立ち返ってしっかり確認する。	リピディル錠80mg	フェノフィブラート錠80mg「武田テバ」	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
499	泡とスプレーの取り違え	知識不足	処方箋内容の確認	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
500	テラムロBP処方をテルチアBPにて調剤。監査の際に気が付く。一般名が似ているため、ピッキングを誤った。	テルチアBPの一般名がテルミサルタン80mgヒドロクロロチアジド配合錠、テラムロBPの一般名がテルミサルタン80mgアムロジピン5mg配合錠と似ている。薬局内での使用量がテルチアBPが10倍程度も多いため、最初のテルミサルタン80mgを見た際、思い込みが発生し処方せんの見間違いを起こしてしまったことが要因。	降圧剤や血糖降下薬は近年、多くの配合錠が発売されており、規格も複雑化している。これを合剤を一覧にして、体系的に覚えていく必要がある。また今回の事例は薬局内でしっかり情報共有し、類似名医薬品の調剤、配合錠のピッキングには十分に注意していくこととした。	テラムロ配合錠BP「DSEP」	テルチア配合錠BP「DSEP」	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
501	皮膚科の処方においてフルコートF軟膏(一般名フルオシノロンアセトニド・フラジオマイシン)処方されていたが調剤を誤りトプシム軟膏(一般名フルオシノニド)をお渡し。他薬局にて過誤が発覚し患者様が来局、交換をおこなった。患者様に体調の変化はなく精神面は良好であった。	一般名で処方された場合に先頭の3文字までが同一のため入力の際に過誤が発生。成分名が似ているものが多い外用剤だったために調剤者も入力を参考にしてピッキングを行った可能性が考えられる。	外用剤の棚に注意喚起の張り紙。レセコンで入力を行う際には必ず成分名の最後の一文字まで処方と照らし合わせるように対策	フルコートF軟膏	トプシム軟膏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 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	
502	外用吸入の名称が似ていて、初めて出る外用薬だった名前の感じが似ていたため、数文字確認してよく出ているエアーを出してしまった	処方箋見間違いと思い込み	最後までよく確認してから出す（	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	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
503	アローゼン顆粒で処方されていたが、後発品希望の患者の為ピムロ顆粒でお渡しするはずだった。しかし、アローゼン顆粒で集薬され、気づかずに監査・投薬をしてしまった。	他薬のことを考えながら監査してしまった。注意が欠けていた。〇注意力散漫	アローゼン顆粒とピムロ顆粒は外装が似ているので注意が必要だった。薬袋に記載された薬品名と実物の薬品名を比べて確認してから薬袋へ入れるようにしていた、継続する。	ピムロ顆粒	アローゼン顆粒	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
504	クエン酸第一鉄Na錠50mgの処方をL－アスパラギン酸Caで間違えてお渡しした。	2種類の薬品の外形が類似していて、確認が不備だった。輪ゴムで束ねていたのも、違いを見つけにくかった。	輪ゴムで束たのを外して、ヒートを確認する。	クエン酸第一鉄Na錠50mg	L－アスパラギン酸CA200mg	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
505	一般名で処方されていたベポタスチンベシル酸塩錠10mgを処方箋をもとにピッキングする際、誤ってベタヒスチンメシル酸塩錠12mg「JD」で調剤してしまった。鑑査時に間違いを発見し、その場で正しい医薬品へ変更した。	当該医薬品の一般名が初めの文字と後半部分で類似しているため、印象や思い込みで勘違いしたまま調剤してしまったものと考える。また、2種類の医薬品が50音順に配置された棚の中で非常に近い位置にあったのも取り間違いの要因になったと考える。	一般名になることで名称が似てしまうことがあることを認識し、混雑時でも処方箋内容を規格も含めて確認することを徹底する。棚に類似名称注意と記載し目立つようにする。	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12mg「JD」		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
506	患者様に先発品で調剤するべきところ後発品で投薬した	PTPシートデザイン薬品名が似ているためピッキング時に取り間違え監査も同様に見間違えてそのまま投薬した。	忙しい時間ほど注意して薬を確認する。特に先発と後発品が似ている薬は注意して監査する。また薬歴を含めしっかり確認する。	オメプラール錠10	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	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
507	一般名で「クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%」と記載してあったのを、レセコン入力の際にデルモベート軟膏を選択し、調剤もデルモベートで行おうとしたが、部位が顔だったためステロイドのランクとしては強すぎるので患者に確認したとこと、キンダベートと気付く。	一般名だと「クロベタゾン」と「クロベタゾール」で3文字検索でもややこしく、双方ともに0.05%と同じのため、ミスが起きたと考えられる。	ステロイドの外用剤は名前がややこしく、普段聞きなれないので注意が必要。似た名称の薬剤をリストアップして注意することにした。	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 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
508	クラシエ八味地黄丸料エキス錠　18錠　毎食前　30日分処方で540錠お渡しのところ、うち72錠をクラシエ五苓散料エキス錠にてお渡し。 〇特殊なシート	調剤時に近くにあった似た包装のクラシエ五令散料エキス錠を取ってしまい、1シートのみ混在してしまっていた。 〇作業手順の不履行	バーコードピッキングを採用している為、箱をまたぐ際にバーコードを読むマニュアルの徹底を行う。（作業に不慣れな事務員が行っていた為にマニュアルがしっかりと入っていなかった。）	クラシエ八味地黄丸料エキス錠	クラシエ五苓散料エキス錠	確認を怠った		医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
509	ファモチジン錠10mg「テバ」処方のところプラバスタチンNa錠10mg「テバ」を渡していた。患者より、薬袋から出したら違うものが入っていると、連絡があり、発覚。自宅に伺い交換する。	規格、メーカー、ウィークリーヒートと形状が似ていたため、思い込みがあり。患者と話をしながら薬を薬袋に入れてしまったため、薬名確認不足で渡してしまった。	投薬に入る前に、薬の確認を一度しておく。投薬時にも、患者と一緒に確認しながら薬袋に入れる。何重にも確認することが大切。	ファモチジン錠10mg「テバ」	プラバスタチンNa錠10mg「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
510	一般名からの変換時、よく似たものと間違えた。	安易に変換してミリ数違いの確認もできてなかった。	一般名をしっかり読んで、ミリ数も合っているかも併せて確認する。	ルリッド錠150	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「タイヨー」	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
511	トラディアンスAPが処方されているところ、トラゼンタで調剤した。監査者が調剤誤りに気づき、正しく調剤し直し患者に交付した。	トラゼンタとトラディアンスの名称が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。	名称類似医薬品に注意することにより調剤間違いをなくすよう注意する。	トラディアンス配合錠AP	トラゼンタ錠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
512	一般名でベタヒスチンメシル酸塩錠6mg 6T 1日3回毎食後処方をベポタスチン10mgで調剤した。	一般名処方になり似た名前の薬剤名が多く、思い込みで調剤をしたことが要因と思われる〇単純なミス〇焦り〇注意力散漫	薬剤名だけで思い込みが起こり誤った調剤に至っている為、薬剤名だけでなく規格や用法もきちんと確認した上で思い込みを取り除き、調剤にあたる。	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「タナベ」	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
513	一般名の類似による間違い	処方せんの見間違い	ダブルチェック	グリベンクラミド錠1．25mg「武田テバ」	グリクラジド錠40mg「トーワ」	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
514	一般名の類似による間違い	処方せんの見間違い	グリで始まる経口糖尿病薬の一般名の商品には「グリクラジド」、「グリベンクラミド」、「グリメピリド」を在庫しており、それぞれ離れて保管をしてあるが、処方が10剤以上あったため読み飛ばしてしまった。〇処方せんの見間違いダブルチェックが必要。	グリクラジド錠40mg「トーワ」	グリベンクラミド錠2．5mg「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
515	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒（107）2.5g 3包 朝・昼・夕（食前30分）84日分の処方に対して、間違ってツムラ五苓散エキス顆粒（17）を調剤及び監査をしてしまい、患者さんに投与してしまいました。帰宅後、箱を片付ける時に間違いに気づき、患者さん宅に電話を行い、お詫びした後、自宅まで届けました。ツムラ五苓散エキス顆粒は、全て回収することができました。	忙しい時間帯であったことと、ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒は、「107番」、また、ツムラ五苓散エキス顆粒は、「17番」のため、番号が似ていたので間違いました。	ツムラ漢方薬は、番号で取ることが多いですが、薬品名もきちんと確認しないといけないことが、強く感じています。必ず薬品名を確認することを明記しました。	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
516	一般名「クロベタゾン酪酸エステル」の処方に対し、「クロベタゾールプロピオン酸エステル」のデルモベート軟膏と誤って入力されており、なおかつ調剤薬もクロベタゾールプロピオン酸エステル【デルモベート軟膏】でされていた。通常通り監査機を通して監査を行ったが、入力もデルモベート軟膏でされているため、そのまま気づかずに患者さまへ交付してしまった。	一般名の名称がはじめ4文字が同じであり類似していること、処方箋の内容と入力された内容に誤りがないかチェックを怠ったことが要因と考えられる。また、発生時刻が午前中の忙しい時間帯であったこともあり、お待たせしないよう焦りもあったと考えられる。	今回のように一般名が類似していることもあるため、調剤の際に商品名と一般名両方とも確認を行うよう心掛ける。	パルデス軟膏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 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
517	思い込みで調剤。フロモックスのところメイアクトMS錠で調剤	○単純なミス	抗生剤は成分名が似ているので、必ずカセットを引き出す際に、成分名も記載されているのでカセットをよく確認してから調剤を行なうようにする	フロモックス錠100mg	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
518	漢方の実在庫と理論在庫が一致しなかった為、誤りを発見。正しいものと混ざって誤ったものを75包渡してしまっていた。自宅にお伺いし確認したところすでに28包が服用されていた。	調剤時の薬の取り違え。処方医にも連絡し服用してしまった旨をお伝えし謝罪した。	漢方薬は似た名前や番号があるのでよく1つ1つうい確認して、監査システムを通す。	ツムラ118苓姜朮甘湯エキス顆粒	ツムラ18桂枝加朮附湯エキス顆粒	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
519	一般名：ファモチジン口腔内崩壊錠10mgが112錠処方されていたが、100錠分をプラバスタチンNa錠10mgでお渡ししてしまった。当薬局で取り扱っているジェネリックが共に「Me」のメーカーであり、100錠のアルミ包装が酷似している為、気付かなかった。患者様がプラバスタチンを3日間服用された時点で胃の不調を感じ、調剤ミスに気付いたが、休日・祝日であった為、薬局には連絡せず、2日間市販の胃薬を飲まれた。翌営業日に来局されたが、その際には既に胃の調子も問題なくなっているとのことだった。	両薬剤のカセッターや在庫置き場が近い為、ピッキング時に混合して調剤してしまった。端数の12錠は正しい薬で調剤されていた為、監査時にアルミ包装の確認がおろそかになってしまった。	カセッターや在庫置き場からのピッキング時にをしっかり薬名を確認する。監査時には、アルミ包装の文字も一言一句しっかり確認する。	ファモチジンOD錠10mg「Me」	プラバスタチンNa錠10mg「Me」	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
520	柴朴湯が処方されているところ、誤って柴苓湯を調剤してしまった。投薬時に患者様から聞いた症状と薬効が該当しないことや薬情と説明時に見せている薬と外観が異なる事から、発覚。調剤し直し、患者様にお渡しした。	柴苓湯と柴朴湯の文字が似ていることや、当薬局での柴苓湯の処方量が柴朴湯よりも圧倒的に多く、いつもの処方であると思い込んだことにより調剤をミスしてしまった。また、患者様が複数来ていて忙しい時間だったこともあり、監査時に見落としてしまった可能性がある。		ツムラ柴朴湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴苓湯エキス顆粒（医療用）	確認を怠った	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	
521	今までアトルバスタチン10mgが処方されていた患者。処方がプラバスタチン10mgに変更になっていたがレセコン入力・調剤はアトルバスタチンのままになっていた。直前で確認し気が付いて訂正。	後発品銘柄も日医工のものを採用していたため、一般名も銘柄も初めのアトル～とプラバ～の3文字以外はすべて同一になっており、入力時・調剤時の確認があいまいですり抜けてしまった。〇処方せんの見間違い	名前のよく似たものをリストアップ、注意を促す。チェック時は処方箋本体で確認することを徹底。先発銘柄の時は間違えようがないほど名称に違いがあっても、後発になると成分名表示のため似た名称のものが出てくる。	アトルバスタチン錠10mg「日医工」	プラバスタチンナトリウム錠10mg「日医工」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラー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	ブロチゾラムM錠0.25mgEMECをエチゾラム錠0.5mgEMECで調剤、投薬した。	ブロチゾラムM錠とエチゾラム錠の錠剤、外観が似ており間違いが起こる可能性があると認識しながらも処方せんの見間違いで調剤、投薬してしまった。	薬局内で事例を周知し、再発防止に努める。余裕をもって監査する。投薬時に処方せんと薬剤を再確認する	ブロチゾラムM錠0．25「EMEC」	エチゾラム錠0．5mg「EMEC」	確認を怠った	知識が不足していた	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
523	一般名　ラタノプロスト・チモロール配合点眼液の処方せんで、ラタチモ点眼液「センジュ」を調剤すべきところを、ラタノプロスト点眼液「センジュ」を調剤し、監査もスルーしてしまった	〇処方せんの見間違い〇処方医薬品の多さ〇単純なミス〇焦り〇注意力散漫	薬剤名が似通っていることから、注意すべき薬品として、点眼薬を入れている冷蔵庫の全面に紙を貼りました	ラタチモ配合点眼液「センジュ」	ラタノプロスト点眼液0．005%「センジュ」	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
524	オメプラール錠10mgを調剤するところ、オメプラゾール錠10mg「日医工」で調剤、投薬してしまった。	患者さんは先発品希望であったにもかかわらず、オメプラゾール錠10mgではなく後発品のオメプラゾール錠「日医工」で調剤してしまった。要因は医薬品のおなじような名称とシートが似ていたため、注意せずにオメプラゾール錠10mg「日医工」を調剤してしまったこと。	類似した医薬品名称、シートの採用品は注意し、職員に注意喚起を行った。薬歴にもオメプラールに対する注意喚起を記載し、薬品棚にもダブルチェックの注意書きをのせた。	オメプラール錠10	オメプラゾール錠10mg「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
525	ヒューマログミックス50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を調剤した。2019年、8月14日（水）11時頃に、内科を受診した患者（76歳男性）の家族が処方せんを持って来局した。処方せんには「ヒューマログミックス50注ミリオペン」と記載されていた。薬剤師Aはヒューマログ注ミリオペンを調剤し、鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bも誤りに気付かず、家族に交付した。交付後、患者本人から注射使用前に「いつもと色が違う」と問い合わせあり、間違いが発覚。患者には正しい薬を交付した。	確認が不十分だった。薬局内の在庫類似品の確認不足。交付の際に、患者との確認を怠った。	交付の際に、毎回患者と薬剤名、現物を確認する。薬剤師の教育。	ヒューマログミックス50注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペン	確認を怠った 連携ができていなかった 患者への説明が不十分であった（怠った）	知識が不足していた 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	
526	患者の保護者が処方箋を持って来局。「【般】セフジニル細粒10%」と書かれていた。調剤時、セフゾン細粒10%で調剤すべきところ、メイアクトMS小児用細粒10%で調剤してしまった。（【般】セフジトレンピボキシル細粒10%）レセコンへの入力もメイアクトMS小児用細粒10%としてしまっていた。お渡し後に処方箋の内容とチェックしているときに間違いが分かり、患者保護者に連絡後謝罪交換した。	商品名は全く違うが一般名が酷似しているため処方せんの見間違いが起きた。混んできている時で焦りもあった。	成分名をしっかり確認する。	セフゾン細粒小児用10%	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	医薬品		ヒューマンエラー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	一包化調剤の取り揃えにおいて、ニザチジン錠として処方されたものを、薬剤師がチザニジン錠と勘違いして取り揃えた。監査の薬剤師が気付いて発覚した。	複数の一包化処方の調剤をおこなう中、朝だけで10錠服用される患者であり、取り揃える薬の数が多いことがミスにつながった。薬局の開局時間の中では比較的落ち着いた時間帯であり、注意力散漫になっていたと考えられる。	よく似た名前の薬について、ピックアップして薬局内で再度確認を行った。落ち着いた時間帯であっても、注意力が散漫にならないよう、互いに注意することを確認した。	ニザチジン錠150mg「YD」	チザニジン錠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
528	ニコランジル錠5mgの処方の患者様にニセルゴリン錠5mgを間違えてお渡ししていた事が発覚、当日の発注中に処方された覚えのないニセルゴリン錠が入っており、間違って渡してしまった可能性を考え患者様に連絡することで発覚。	ニコランジル錠5mgとニセルゴリン錠5mgの薬の棚が隣同士であり、規格（5mg錠）が同じで、名前も似ていた事から取り間違えたと思われる。	ニセルゴリン錠5mgの棚の配置を移動させた。	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	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
529	ツムラ麻子仁丸エキス顆粒（126）分3毎食後　7.5g×28日分処方されたものをツムラ柴朴湯エキス顆粒（96）分3毎食後　7.5g×28日分と間違えて投薬。患者が服用する前に薬剤師が気付き、ツムラ麻子仁丸エキス顆粒に交換出来たため、薬による患者に対しての影響はなし。	処方せんが立て込んだ状況でのミスであったので、焦りがあったのではないかと考えられる。	類似番号、同系色の漢方薬を今一度再確認し、全薬剤師に今回の件を伝え、調剤時にも複数人での確認とする。	ツムラ麻子仁丸エキス顆粒（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		ヒューマンエラー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	レキソタン錠2mg処方のところ、レキサルティ錠2mgと間違え調剤。	最初の2文字が同じ薬剤及び、規格も同じ2mgであったことから、勘違いをした。別の薬剤師が監査時に発見。お渡しには至らず。〇処方せんの見間違い	似た名称の薬剤がある医薬品の棚に注意の「！」マークを貼り、再確認をするよう促す。	レキソタン錠2	レキサルティ錠2mg	確認を怠った				ヒューマンエラー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	ウルソ錠のみの処方せんを持ってこられた患者がウルソ錠を前立腺の薬だと思っていたことが判明いつも薬をもらっている薬局でジェンリックに変更され説明がなく服用していたことが判明先発薬をみせてこの薬だったか確認	ヒートが似ているため間違えてしまった説明が不足していた	薬袋に何の薬か書くようにした	ウルソ錠100mg	タムスロシン塩酸塩OD錠0．2mg「サワイ」	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	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「薬剤取り違え」）

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	
532	一般名　ヘパリン類似物質軟膏0.3%での処方。患者の先発品希望あり。軟膏をローションと間違え処方入力し、調剤録をみて調剤したためそのままローションで調剤。投薬時に気がつき軟膏に変更した。	軟膏もローションも%であること、いままでローションを使用していたため履歴で処方入力してしまった。	処方箋をきちんと確認せずに調剤したことが原因で発生。調剤録だけでなく処方箋もしっかり確認する。	ヒルドイドソフト軟膏0．3%	ヒルドイドローション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
533	薬を間違えて投薬し、患者さんから後程電話あり。服用前に気づいてくれて、事なきを得た。早速正しい薬をお届けする。	処方箋に番号が書いていなかったため、薬剤師の思い込みで調剤してしまった。似たような名前は多々あるので、注意が必要。また、薬の時に実物を見せて、確認してもらうことも大切と感じた。	落ち着いて処方箋を見る。漢方は特に良く確認してから調剤にかかる。思い込みは厳禁。投薬の時には患者さんに一緒に確認してもらうとよりいい。	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			ヒューマンエラー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	ビカルタミド錠80mg「NK」（変更不可のチェックあり）の処方箋で、薬局に在庫してあるビカルタミド錠80mg「KN」で調剤し、患者に交付。交付後投薬した薬剤師がメーカー違いで渡していることに気付いた。病院へ状況を報告・相談した結果、患者の了承があればメーカー「KN」への変更してもよいと返答があり、患者に連絡し、了承を得てビカルタミド錠80mg「KN」で服用して頂く運びとなった。	当該患者はA病院にずっとかかっておりその際は一般名処方でビカルタミドが処方されており、当薬局でビカルタミド錠80mg「KN」で調剤していた。A病院の移転・病院名変更にともない、処方元の医師は同じだったが、一般名処方からメーカー指定の変更不可となっており「NK」のメーカーで処方せんが発行されていた。当該患者も処方元の医師も同じであったのと、メーカー名が酷似していた為、調剤・鑑査を見逃したものと思われる。またビカルタミド製剤のジェネリックとして「NK」があることを知らなかった事も要因としてあるだろう。〇処方せんの見間違い	メーカー名の酷似は「KN」と「NK」に限らず他にもあるため、メーカーは引き続き鑑査で確認するが、錠剤の刻印も確認する手順を追加した。	ビカルタミド錠80mg「NK」	ビカルタミド錠80mg「KN」	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
535	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」が処方され、先発希望のため本来ならデルモベート軟膏0.05%を調剤しなければならないところ、一般名クロベタゾンプロピオン酪酸エステル軟膏0.05%であるキンダベート軟膏0.05%を調剤し、投薬してしまった。	前回と今回はDO処方であったが、前回はマイアロン軟膏0.05%が処方されデルモベート軟膏0.05%に変換して調剤していた。今回は同じデルモベート軟膏がクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」で処方されていたため、この時点で薬が変更になったと思い込んでしまった。また、処方入力の際に「クロヘタ」と入力し検索したところ、当薬局のマスタにはクロベタゾールがなく、一般名クロベタゾンプロピオン酪酸エステル軟膏0.05%のみが表示されたため、これを選択しキンダベート軟膏に変換して調剤・監査してしまった。投薬時、前回よりも症状が改善しているとのことだったが医師からは薬の変更について聞いていないとのことだったため、後から気になり調べたところ間違いが判明した。	一般名は類似した名称が多く、特にステロイド剤は類似したものが多く間違えやすいので、日頃から本などを見て名前が類似したものを把握しておくようにし、調剤棚にも注意喚起の表示をする。また、実際に調剤・監査をする際には再度しっかり名称を確認する。	デルモベート軟膏0．05%	キンダベート軟膏0．05%	確認を怠った	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	
536	処方はビビアント錠20mg 1錠 28日分調剤された医薬品はラロキシフェン錠60mg「KN」 28錠投薬前の薬剤監査にて間違いを発見、患者には正しい薬剤を交付。	夕方の混み合う時間帯。整形外科の門前薬局。ラロキシフェンはエビスタのGEであるが、シートの色合いはビビアントに似ている。棚の位置は近くないが、ラロキシフェン、ビビアント共に薬効が似ており、シートの見た目も似ていることから思い込みによって取り違えて調剤。忙しい時間帯で注意力が低下していたと考えらえる。	今回は監査で気づけているので、業務手順としての改善は行わない。事例を共有し、ラロキシフェン、ビビアントで取り違える可能性があることを頭にいれてもらう。	ビビアント錠20mg	ラロキシフェン塩酸塩錠60mg「KN」	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
537	処方箋内に、ワーファリンの半錠調剤があり、その他に複数患者が待っている状態で、心理的に焦っている状態だった。ビソプロロールを取るつもりで、隣の棚のフェブリク20mgを取っていた。ヒートの色が似ていたので、そのまま渡してしまい、後日、患者から薬が違うと指摘を受けた。	1日に30枚も処方箋が来ないような薬局なので、短時間に3~4人集中すると、待たせてはいけないという心理が働いてしまう。通常、二人で確認する所、その余裕がなかった。また、以前から、色の似通ったヒートだと感じていて、間違えないよう意識していたので、却って間違えたとおもわれる。	改善策として、医薬品の配置を変え、色が全く違うものに変えることで、ピッキングの間違いに気付きやすくした。また、自身が焦っていると感じた時点で、水を飲む、深呼吸をするなど仕事と違うことを一つ入れて、脳を切り替えるようする。	ビソプロロールフマル酸塩錠2．5mg「日医工」	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		ヒューマンエラー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	眼科へ定期受診している患者の処方。薬をお渡しして3週後、開封するとキャップの色が違うからいつも薬ではないとのことで来局。ヒアルロン酸ナトリウムPF点眼液0．1%「日点」12本処方でているうち、2本のみ誤ってラタノプロスロPF点眼液0．0005%「日点」を調剤・監査してお渡ししてしまっていたようだ。お詫びして、誤った点眼薬を回収し、正しい点眼薬を2本お渡しし、自宅に残っている点眼液も誤っていないか確認してもらうようお伝えした。	・薬剤師の人数が少なく、自己監査で投薬をしてしまった。・2つの点眼液、以前はキャップの色で区別でき一目瞭然だったのが、包装の印字を確認しないと区別ができないように包装変更したため確認不足となってしまった。・類似した包装の薬剤を隣に保管していたため、注意力散漫な調剤と監査になるという単純なミス。	包装変更後も思い込みをせず、薬品名までしっかり監査すること。類似している薬は保管場所を離した。	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	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
539	正）ツムラ温清飲→誤）ツムラ温経湯 投薬直前に間違いに気づき正しく調剤できた。	たまにしか受け付けない医療機関からツムラ温清飲の処方を受け付けた。調剤者はツムラ温経湯を間違えて取り、過誤防止端末を薬品のバーコードに当ててはじかれたがバーコードが不備と思いこんだ。調剤者は過誤防止端末を通せなかったことを監査者へしらせる「目視注意」と書かれた黄色いカードを薬品につけて渡した。監査者は薬品名が類似しているため薬品違いを見落とした。投薬前に再度チェックしていたところ、薬品違いに気づき正しい温清飲で調剤した。	処方せん原本をしっかり読み、調剤した薬品名もしっかり読む間違っているかもしれないと思いながら調剤する。	ツムラ温清飲エキス顆粒（医療用）	ツムラ温経湯エキス顆粒（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	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	
540	お互いのシートの裏側のデザインが色合いなどが似ているため、裏返しで輪ゴムをして調剤すると判別が困難であった。		監査の時にはヒートの両面まで確認することを徹底する	アルプラゾラム錠0．4mg「アメル」	エスタゾラム錠1mg「アメル」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
541	処方せんには「リンデロンーVクリーム0．12％ 50g 1日数回塗布」と記載されていた。ピッキングの際、同じ引出しに入っていたリンデロンーVGクリーム0．12％を調剤したことに気付かず、そのまま鑑査に回した。鑑査に当たった薬剤師が医薬品違いに気付き、調剤した者に伝えた。リンデロンーVクリーム0．12％を正しく調剤し直し、患者には正しい薬を交付した。	リンデロンーVクリーム0．12％の処方は少なく、名称も似ていたため間違えた。処方の多い薬をピッキングしてしまった単純なミスと考えられる。	リンデロン類の在庫の確認（VGクリーム、VG軟膏、Vクリームの3種類あり）を行った。また、引き出しに「名称類似品あり」のテープを貼り、取り間違え防止のための注意喚起をした。	リンデロンーVクリーム0．12％	リンデロンーVGクリーム0．12％	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
542	9月某日病院事務より連絡があり患者本人から違う薬が紛れているとの訴えあり。その後患者本人が来局し現物を確認したところ、数日前に交付をしたウルオキシコール酸錠100mg「サワイ」（全量28錠）が一部アルジオキサ錠100mg「トーワ」（2錠）で調剤・交付されていた。患者はその薬剤について内服しておらず、交換して再交付することで事なきを得た。	該当薬剤2種類のヒートが似ていること、調剤棚の配置が比較的近くにあることが背景としてあげられる。おそらく、他の患者にアルジオキサ錠100mg「トーワ」を調剤した際にバラのヒートが落ちておりそれを戻す場所がウルソデオキシコール酸錠100mg「トーワ」に戻したために上記事例が発生したと考えられる	調剤棚配置について再検討・配置替えを行った	ウルソデオキシコール酸錠100mg「トーワ」	アルジオキサ錠100mg「トーワ」	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
543	数名患者様が待たれていて、少し忙しい時間であった。一般名処方で、セフジトレンピボキシル錠100mgが記載されており、その方は先発品を希望されている方だったので、メイアクトMS錠100mgを調剤するところ、誤って、セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」を調剤。監査時に、薬剤が違うことに気づき、すぐに調剤し直したため、大事には至らなかった。	忙しくなってきて、焦っていた。一般名処方で記載されており、普段はセフカペンピボキシル塩酸塩錠が多く処方が出ていたため、見間違えてしまった。先発品を希望されていることを忘れ、思い込みで調剤した。調剤後も再確認せずに監査に回した。	一般名処方は、よく似た薬品が多いので、注意深く処方箋をよく読む。思い込み調剤を防ぐためにも、調剤後の再確認を怠らない。	メイアクトMS錠100mg	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	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
544	一般名処方トフィソパム錠50mg「サワイ」63錠で調剤するところ、トフィソパム錠50mg「サワイ」60錠（10錠シート）に、トラネキサム酸錠250mg「YD」3錠を混在して交付した。交付日午後に患者本人から電話があり、発覚した。患者自宅が遠方の為、その日のうちに、該当処方医薬品3錠を自宅に送り、次回受診時に他の薬剤3錠を持参して頂く事にした。	監査時は、端数までしっかり該当医薬品である事を確認する事を怠らない。シートが似ていた為、同じ医薬品と思い込み、調剤してしまった。ピッキングミスをした薬剤を棚入れする際に、間違えて端数を棚入れした可能性がある。	監査時は、該当医薬品を端数まで確認する。棚に戻す際は、複数人で確認してから戻すようにする。トフィソパムとトラネキサム酸の棚が上下の位置にあり、間違いやすいので、両剤の棚の位置を離した。	トフィソパム錠50mg「サワイ」	トラネキサム酸錠250mg「YD」	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	
545	一般名セフジトレンピボキシル錠100mgで処方されていたところセフカペンピボキシル錠100mgで調剤してしまった	確認不足名称酷似保管場所が近かった	複数人で複数回確認する保管場所変更、注意喚起のメモつける	セフジトレンピボキシル錠100mg「OK」	セフカペンピボキシル塩酸塩錠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
546	一包化の患者でオルメテックOD錠10mgのところ、オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」をピッキングして分包しようとしていた。監査時にバラしたPTPシートで監査するが、監査者よりオルメサルタンだと指摘があり、訂正した。	○単純なミス○焦りオルメテックOD錠10mgとオルメサルタンOD錠10mg「DSEP」のPTPシートはよく似ていて間違いに気付かなかった。棚位置は離していたが、間違ってピッキングしたら、ミスに気付かなかった。	ピッキングする際に薬品名の確認をきちんとする。間違う可能性が高いと認識して調剤する。	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	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	ジャヌビア錠とジャディアンス錠、名称が類似する医薬品の取り間違え	特に繁忙という状況ではなかったが、確認作業の手順不履行あり。	業務手順の見直しと徹底。	ジャヌビア錠50mg	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
548	アムロジピン錠をタムスロシン錠でピッキングした。	単純なミス	形状の似ている薬に注意する	アムロジピンOD錠5mg「アメル」	タムスロシン塩酸塩OD錠0．2mg「明治」	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
549	アモキサンカプセルの処方のところ調剤時にアモキシシリンカプセルと間違え	アモキサンカプセルは当薬局では処方出たことがないため、思い込みで調剤	類似名称が多いのでしっかり薬剤名を見てから調剤する	アモキサンカプセル10mg	アモキシシリンカプセル250mg「タツミ」	確認を怠った				ヒューマンエラー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	一般名処方で「クロルマジノン」のところ「クロルプロマジン」と間違えて入力。薬剤師Aによりそのまま調剤。監査時、薬剤師Bが間違いに気づき間違えを指摘。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。	名称が似ていたこと、混雑していたことが要因と考えられる。	入力、調剤、監査、すべての段階において再確認を怠らないように徹底。常に「誤」の意識をもって業務を行う。	クロルマジノン酢酸エステル錠25mg「YD」	クロルプロマジン塩酸塩錠25mg「ツルハラ」	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	
551	メイアクトMS錠100mgの処方に対し、正しくはその後発医薬品であるセフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」を調剤すべきところ、誤ってフロモックス錠100mgの後発医薬品であるセフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」で調剤し投薬をしてしまった。調剤日当日、服薬開始前に患者様がお気づきになり、すぐに正しい医薬品と交換となった。	後発医薬品に変更を行った場合、処方箋に加えて、先発医薬品と後発医薬品の名称が併記された書面を使用して鑑査を行っており、セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」の文字を見ながら鑑査を行っていたが、セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」で調剤されていることに気がつかなかった。セフジトレンピボキシルとセフカペンピボキシルは類似した名称の薬剤であり、極めて注意が必要な薬剤であることは、全職員が承知していた。鑑査者もそのことを知っていたが、鑑査時にそのことを念頭に置いた鑑査が行えていなかった。セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」とセフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」は塩酸塩の有無の違いがあることからも読み飛ばすことなく一文字ずつ完全一致で鑑査を行っていれば誤調剤に気がつけていたと思われる。	・引き続き鑑査の際には、商標名＋剤形＋規格＋屋号すべてを確認し、薬剤名の完全一致を確認する。商標名は1文字ずつ読み取る1文字鑑査とする。薬袋に入れる際には、薬袋に印字された薬品名と照合しながら入れる。・薬局内にある類似した名称の薬剤、間違いやすい事例を共有し、経験の浅い職員でも注意できるよう教育していく。	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		医薬品		ヒューマンエラー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	ルリッド錠150mg2錠分2朝夕食後14日分の処方でレスプレン錠20mg28錠を調剤、鑑査者が気づき指摘。調剤しなおした。	棚の配置が近くにあり外観が似ていたため取り間違えたと考えられる。	棚の配置を変え、指さし確認を行う。	ルリッド錠150	レスプレン錠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
553	ノボラピッド30ミックス注フレックスペンの処方だったが、ノボラピッド注フレックスペンを調剤してしまった。監査の段階で、別の薬剤師が誤りに気づき、正しいノボラピッド30ミックス注フレックスペンに取り替えた。	業務が多忙で、名前が似ているノボラッド注フレックスペンを調剤してしまった。	業務が多忙な時ほど、商品名をしっかり確認するようにする。	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	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
554	テルミサルタン錠(40)「ツルハラ」をバルサルタン錠(40)「日新」で交付した。交付後の患者の指摘で発覚。謝罪し交換。	同じARBのため名称が類似(サルタン錠)しており、規格も同じであったため発生したと考えられる。	調剤棚への注意喚起。それぞれ取り扱っている製薬メーカーが違うので調剤・監査時にチェックを怠らない。	テルミサルタン錠40mg「ツルハラ」	バルサルタン錠40mg「日新」	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
555	似た名前の配合剤であったため取り違えた。	HDとLDの違いに気を取られてしまい、名前の確認ができていなかった。	箱に商品名を大きく記載するようにした。	カデチア配合錠HD「あすか」	カムシア配合錠HD「あすか」	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

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

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	
556	調剤棚の位置が隣である、まったく別の薬剤を手に取ってしまった。	同じ色合いの薬剤が棚の隣同士であり、処方薬の見間違えはないものの、注意が足りず手が隣の棚に伸びてしまった。〇処方医薬品の多さ〇単純なミス〇焦り〇注意力散漫	パッと見でも似ているものには注意の札を取り付けたり、なるべく同色が固まらないような配置も重要と感じた。	ベポタスチンベシル酸塩錠5mg「タナベ」	マグミット錠330mg	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
557	カムシアHDを調剤するところをカデチアHDで誤って調剤。監査時に発覚。	名称類似しており処方せんの見間違い、思い違いにより起こったと考えられる。	処方箋に印をつけて意識づけできるようにした。	カムシア配合錠HD「サンド」	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
558	2019.9.30　内科受診後の男性が来局。長期日数の一包化を希望される方で、いつもは処方箋をいったん預けた後帰宅されるが今日はまつとの事で急いで調剤を開始した。 処方内容に従ってまず、計数調剤をして数をそろえた後、一包化を開始。一包化監査時、朝分のビソプロロールが1T足りなかったが、調剤時落としてしまったと考え新しく1T追加で作り直した。患者へ投薬終了後、空ヒートを確認した際オパルモン1Tを発見。一度交付した薬を再確認したところ、朝分のビソプロロール5mg 1Tがオパルモンの代わりに夕に入っていた。	オパルモンとビソプロロールの色調・サイズが類似しており調剤時(分包機セット時)に入れ間違いがないかを見落とした。また男性来局後、10分もしないうちに他の患者が次々と来局し急いで調剤したため最初にビソプロロールが不足した際、安易に落としたと考えてしまい空ヒートの確認を怠った。	分包機にセットする前に総数の確認。カセットからスタートする前に分包錠数を間違っていないが数を確認したあと、空ヒートももう一度見直す。	ビソプロロールフマル酸塩錠5mg「ZE」	オパルモン錠５μｇ	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
559	〇外用薬の名称見間違い	〇単純なミス		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%「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
560	薬剤師が調剤作業時、ノイロビタン配合錠の処方のところ、ノイロトロピン錠4単位にて調剤していた。別の監査者が気付き、正しい薬剤にて交付した	2剤は名前が似通っているため、薬局の棚としては別の棚で管理してあった。同時、繁忙であったことと、調剤者の確認、知識不足が要因であったと考えられる。〇処方せんの見間違い〇単純なミス	調剤者に2剤の違いについて注意喚起。該当する記載だけでなく、処方箋の別薬剤との併用、薬効の観点からも調剤薬剤が正しいか判断するように指導	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位	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
561	デルモゾール軟膏を名称類似薬のデルモベート軟膏の後発品と勘違いし、他メーカー品のグリジール軟膏を渡してしまった。調剤録確認の時規格違いに気付き、デルモゾール軟膏と交換した。まだ未使用だった。	成分名をしっかり確認しないまま後発変更で入力、調剤してしまった。薬剤師も事務員の入力ミスと気が付かなかった。〇処方せんの見間違い	外用剤は成分名が似ているものが多く間違えやすいので一般名称処方の場合は特に注意し、薬品名指定の場合はなるべくそれに従って調剤する。	デルモゾール軟膏0．12%	グリジール軟膏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

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

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	
562	ソラナックス錠0.4mg 朝食後 1回0.5錠をメイラックス錠1mg 朝食後 1回0.5錠で調剤していた。1ヵ月半ほど服用し、患者が入院する時の持参薬鑑査で発覚。その日に患者が処方医を再受診し、処方箋が発行された。調剤をしてそこから正しい薬を飲み始めた。近頃日中眠気があると訴えていた。これは調剤過誤による因果関係がありそうである。気分障害も増悪傾向にあったが、これは関連が不明である。	背景・要因としては、ひとり薬剤師であること、名称が似ていたことが考えられる。	ひとり薬剤師の時も事務員に調剤結果を確認してもらうこととした。	ソラナックス0．4mg錠	メイラックス錠1mg	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
563	リバスタッチパッチ9mgとニュープロパッチ9mgをピッキング時取り間違い。投薬する薬剤師も間違いを気づかずそのまま投薬してしまった。患者さんは、グループホームの方で一応検品するが、パッチ9mgの所が同じなので、GEかと思ってそのまま貼付してしまった。翌日娘さんが訪問されいつもと様子が違う、傾眠傾向、体の傾き、尿失禁などを発見。様態が違うので薬が違うことを思い出した。	○リバスタッチパッチ9mgとニュープロパッチ9mgが同じ引き出しに入っていた。○薬の規格、箱のデザインがよく似ている ピッキングミス○単純なミス○注意力散漫	○この2種類の医薬品の保管場所を変えた。○外用剤に注意を促すカードを入れてた。○ピッキングの時も注意を促すカードを取り、投薬時に再度確認○調剤録と処方の再確認、チェック	リバスタッチパッチ9mg	ニュープロパッチ9mg	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	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
564	一般名ラロキシフェン塩酸塩60の処方。先発品希望に関わらず「サワイ」で投薬患者帰宅後、投薬者が気付く。謝罪し交換に訪問	繁忙であり確認を怠った	薬袋の写真が比較的に似ていたので画像ソフトで加工し見分けやすいようにした	エビスタ錠60mg	ラロキシフェン塩酸塩錠60mg「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	ヒューマンエラー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	入力薬袋記載が先発アンテベーとの所、ものはジェネリックのアンフラベートでお渡し	先発、ジェネで名前もビジュアルも似ているので間違えてしまった	今回は同じ薬ではあるのでそのまま使用していただいたが、中身と記載が違うことで不安になる方も入ると思うので確認を徹底する	アンテベート軟膏0．05%	アンフラベート0．05%軟膏	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
566	ザイザルを調剤すべきところ間違ってザルティアを調剤してしまった。	名前が似ていたため、思い込みによる確認ミス。	落ち着いて、一文字づつ確実に確認をするように徹底する。間違いやすいことを薬棚にも標記しておく。	ザイザル錠5mg	ザルティア錠5mg	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
567	一般名処方にてセフジトレンピボキシル錠100mgが処方。セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」をピッキングすべきところ、誤ってセフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」をピッキング。ピッキング直後、間違い発覚。	名称類似（セフ～ピボキシル）かつ、規格・メーカー・分類（経口用セフェム系抗生物質）においても同じであることにより生じたミス。○単純なミス○注意力散漫	処方箋に記載されている医薬品名称の確認を徹底する。	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 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		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
568	今までランタス注ソロスターを使用していた患者で本日とりランタス注XRに変更、調剤時に変更になっていることに気が付かず調剤、鑑査時に発見し調剤やりなおし。	似た名称あるため思い込みで調剤注意が必要	処方箋と実際の医薬品の名前をしっかり確認する	ランタスXR注ソロスター	ランタス注ソロスター	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
569	漢方薬の調剤取り違い　名称が似ている事と処方量に差がかなりある薬の為思い込みで調剤間違いを起こす。投薬前の監査にて発覚する。	漢方の名称類似と来局者が多い日であり、疲れからくる注意力散漫が出たと思われる。	ダブルチェックの徹底とミスの出やすい類似品の情報共有、過密勤務時の休憩の徹底	ツムラ防已黄耆湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ防風通聖散エキス顆粒（医療用）	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
570	Fax受付し後日交付する患者。事前監査時に【桂枝茯苓丸加よく苡仁】のところ【桂枝茯苓丸】が調剤されていることに気づいた。また、前回処方は【桂枝茯苓丸】だが前々回処方は【桂枝茯苓丸加よく苡仁】だった。念のため医療機関へ以前の処方に戻るのかと確認したところ、前回処方は手書き処方箋で【桂枝茯苓丸】と記載されていたが医師は継続して【桂枝茯苓丸加よく苡仁】を処方したつもりだったことが判明した。	レセプト入力時に誤って前回Doの【桂枝茯苓丸】が入力された。調剤者は誤って【桂枝茯苓丸】を調剤した。調剤監査システムを導入しているがレセプト機からデータ取得している為監査システムを通過してしまった。	前回【桂枝茯苓丸加よく苡仁】から【桂枝茯苓丸】に処方変更された時点で疑義照会をすべきだった。漢方は名前が似通っていても適用が違うことを再認識する。漢方は単語を区切って確認する。漢方の番号も【桂枝茯苓丸加よく苡仁】＝125番、【桂枝茯苓丸】＝25番と似通っており包装の色も同じなので留意したい。	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	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
571	患者家族が処方箋をもって来局。処方箋には、「一般名ドロキシドパロ　腔内崩壊錠100mg　2錠　分2　朝夕食後　26日分」と記載。一般名入力の際に「ドロキシドパ」と「トロキシピド」を間違えて入力。その後の鑑査時にも気づくことが出来ず、そのまま交付。服用し始めて14日後、処方元である病院に検査入院した際、処方した薬と持参薬が異なることに病院薬剤師が気づき、調剤ミスが発覚した。	「ドロキシドパ」と「トロキシピド」は名前が類似している。処方箋入力時、頭文字3つで入力して医薬品の候補が上がり、確認不十分による入力間違い。鑑査時も類似した薬品名であるため、薬品名名称末尾までの確認を怠った結果、鑑査ミスにつながった。また患者家族より新規処方追加意図の聞き取りが十分でなかった。〇処方せんの見間違い	薬局内にて、インシデント事例の共有を実施した。また、薬歴に一般名類似品について注意喚起を表示し、鑑査時に気付けるよう設定した。また、患者の病態や背景を正しく理解した上での二重鑑査を徹底した。	ドプスOD錠100mg	トロキシピド錠100mg「オーハラ」	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

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

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	
572	処方箋ではプロモックス100mg3錠毎食後3日分が処方されており、後発医薬品に変更可能であり患者様も希望されていたため後発医薬品のセフカペンピボキシル100mgCHを調剤するつもりが確認怠ってセフジトレンピボキシル100mgCHを調剤してしまった。	当時は大変混雑しているときでもあり確認を怠った。セフジトレンピボキシルもセフカペンピボキシルも頻繁に処方される薬であるため間違って調剤した。	セフジトレンピボキシルとセフカペンピボキシルは名前が類似しているにも関わらず棚の隣においてあった。今後はセフジトレンピボキシルを引き出し、セフカペンピボキシルは棚にと離した場所に置き『類似名あり注意』として標識してあるまたどちらもメーカーがCHなため今後どちらかを別メーカーに採用変更する予定。今後一文字監査　複数人での監査を心掛ける。	フロモックス錠100mg	セフジトレンピボキシル錠100mg「CH」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	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
573	一般名処方において、ベタセレミン配合錠で調剤すべきところ、ベタヒスチンメシル酸塩錠で調剤。	薬剤名が類似していることと、処方箋の基本的な確認事項のチェックを怠ったと考えられる。	業務手順に則り、処方箋の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忠実に行う。	ベタセレミン配合錠	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
574	FAXにて処方箋受付け。ノイロビタン配合錠3錠分3毎食直後90日分が処方されていたが、薬剤師Aがノイロビタン配合錠と同じ引き出し内にあったノイロトロピン錠4単位をピッキングして監査に回した。監査に当たった薬剤師Bも間違いに気づかなかった。その後ご家族の方が薬を取りに来られ、薬剤師Cが交付したが、薬の数が多く、薬剤を1つ1つつきあわせてのお渡しはしなかった。2日後、在庫の数が合わないことを薬剤師Dが発見。該当する患者が1人だったため、薬剤師Bが患者宅にうかがって確認したところ、ノイロトロピン錠が交付ざれていたので、ノイロビタン配合錠と交換した。服用前に発覚したため、治療に影響は無かった。	ノイロビタン配合錠とノイロトロピン錠の名前が似ているため間違えた。他の薬剤もたくさん交付されていたので、注意が散漫になっていた。	監査に回す前に、再度内容を確認する。薬剤名は最後まできちんと確認する。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位	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	
575	2019年7月1日（月）10：30頃に、眼科を受診した患者（66歳男性）が処方せんを持って来局した。処方せんには「トラバタンズ点眼液0.004% 7.5ml 両眼1日1回」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、トラバタンズ点眼液0.004%を調剤するところ、デュオトラバ配合点眼液を調剤したことに気付かず、そのまま鑑査に回した。処方入力は正しく行われており、薬袋にトラバタンズ点眼液0.004%の名称も写真も印刷されていたが、鑑査にあたった薬剤師Bはデュオトラバ配合点眼液が調剤されていることに気付かず、トラバタンズ点眼液0.004%の薬袋にデュオトラバ配合点眼液を入れて投薬に回した。投薬は薬剤師Aが行ったため、取り違えに気付けぬまま患者に渡した。残薬を使い終わり、7月1日処方分の目薬を使おうとしたところ、今まで使用していた目薬と名称も外観も異なっていたため、患者本人がインターネットでデュオトラバ配合点眼液を調べた。以前アレルギーを起こした「チモロール」を含有していることがわかり、2019年8月26日（月）朝に、患者本人が薬を持って来局した。	同じ緑内障治療薬で、共に「トラバ」が名称に含まれており、処方せんの見間違い・思い込みがあった。	似ている名称の薬は、調剤するときも、監査をするときにもチェックを付けて確認し、投薬する際には、薬袋の写真と実物の薬を並べて、患者本人と共に確認しながら説明を行う。	トラバタンズ点眼液0．004%	デュオトラバ配合点眼液	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
576	ミチグリニドOD錠10mgで調剤することろ謝ってミグリトールOD錠50mgで調剤。	両薬品ともに糖尿病薬、名前が似ていることから思い込みにより謝った調剤をしてしまった。〇処方せんの見間違い	両薬品棚にラベルを作成し、注意喚起を促した。	ミチグリニドCa・OD錠10mg「JG」	ミグリトールOD錠50mg「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
577	テラムロAP［DSEP］を調剤するところ、テルチアAP［DSEP］をピッキングし、2回目監査でもそのまま通してしまい、窓口確認しながら投薬しようとしたところ、患者さんに薬の包装が今回変更になったのですかと聞かれて、薬が間違っていたことに気づき、正しい薬に変更してお渡しできた。	薬品名が類似していて　かつ薬品名最後にAPが付いていて、メーカーも「DSEP」と同じ場合に、見間違いやすい原因となっている。注意力散漫	薬品名の最後にあるAPとかメーカーが同じで、薬品名が類似している場合、特に注意して調剤に当たること。電子薬歴のメモ欄に注意を促すコメントを入れておくこと。患者さんとの窓口確認の徹底を特にすること。	テラムロ配合錠AP「DSEP」	テルチア配合錠AP「DSEP」	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
578	ストラテラ10mgが一般名称処方されていた。（アトモキセチン）入力時にアモキサンカプセルと入力してしてしまった。（在庫が無く取り寄せ）	似たような名前で同じ10mg思い込みによる入力	少なくと3文字チェックは確実に行う	ストラテラカプセル10mg	アモキサンカプセル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

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

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	
579	ジェネリック希望の患者がミコンビ配合錠BPの記載のある処方箋を持ち来局。本来ジェネリックであるテルチア配合錠BPを調剤するところ、テラムロ配合錠BPを調剤してしまった。監査者が誤りに気付いた為、患者への交付は正しい薬で行なった。	先発品・後発品の薬剤の名称に類似する箇所があったため、ジェネリックを取り間違い調剤してしまった。〇処方せんの見間違い〇注意力散漫	「名称類似品あり」等の注意喚起の紙の貼付を行なう	ミコンビ配合錠BP	テラムロ配合錠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
580	医師の手書き処方せんに於いて、ワーファリンと記載すべきところワンアルファと記載　処方量が3．5mgとなっていたため疑義照会し変更となる。	名称が似ていたため医師がミスしたようだ		ワンアルファ錠1．0μg	ワーファリン錠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
581	実際に処方された薬剤は「ツムラ越婢加朮湯」でありましたが、医薬品棚において隣同士に配置された「ツムラ桂枝加朮附湯」を調剤してしまい、鑑査担当薬剤師も鑑査時にそれを見過ごして患者様に投薬してしまい、その後、薬歴記載時に不審に思った鑑査担当薬剤師が、在庫数量を確認したところ、薬剤の交付違いが判明し、患者様に連絡を取ったところ、服用前であったため、正しい薬剤と交換し、患者様の健康被害はなかった事例がありました。	調剤する際に隣同士に並んでおり、なおかつ、18番と28番で包装に赤い帯がついているところも同じで、一瞬似たような包装であることから、意識せず調剤してしまうと取り間違いが起こりうることが考えられました。さらに当局では、鑑査時に調剤された薬剤の商品名を読み上げ、薬袋に記載された薬名を読み上げることで、ピッキングミス・処方箋入力ミスを防ぐことを徹底していたにもかかわらず、その部分を怠ってしまったことで起こってしまったと考えられます。〇作業手順の不履行〇注意力散漫	似たような包装の医薬品の配置を変更する、注意喚起できるような表示をつける、またそのような医薬品を調剤する場合は、処方箋記載の医薬品名を読み上げて指差し確認する。また鑑査・投薬においては、当局のルールである調剤された薬剤の商品名を読み上げ、薬袋記載の薬品名を読み上げることを徹底することで、ピッキングミス・処方箋入力ミスを防げるように取り組みます。	ツムラ越婢加朮湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒（医療用）	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
582	ツムラ38番を90包お渡しするところ90包のうち35包を間違えてツムラ28番をお渡ししてしまった。患者様が服用前に気付いて間違った薬を持参してくださったため健康被害はなし。	ツムラ38番と28番が同じ赤色の包装デザインで類似していたため間違えてしまったと思われる。一番始めに目にしたものが38番だったためすべて38番という思い込みがあった。いつもより薬剤師の人数が少なく、患者様が集中していたため多忙だった。	ツムラ28番は透明なチャック付ビニール袋に入れて38番と違う旨、注意喚起をする。すべて同じ番号と思い込まないで番号確認をする。	ツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ越婢加朮湯エキス顆粒（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
583	薬品名称が類似していたため、調剤、監査とも間違った。	通常は監査システム（ミスゼロ子）でチェックしているが、今回の件に関してはチェックできていなかった。単純なミス	監査システムを必ず通すように心がける。	ランソプラゾールOD錠15mg「日医工」	ラベプラゾールNa錠10mg「AA」	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
584	苓姜朮甘湯の処方を苓桂朮甘湯と思い込み調剤。薬情にて監査の際、漢方の番号の相違で気付く。患者様に交付前のため、正しいものを交付。	思い込みによる単純ミス。新患様で、よく来る病院の処方のため確認を怠った。	漢方は非常によく似たものがあるため、監査時に薬情の番号と照らし合わせる。	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	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	
585	イルアミクスLDとアイミクスLDとの取り違え	イルアミクスLDの棚にアイミクスLDが配置されていたが調剤者は気付かなかった。パッケージもPTPシートも類似性があり確認時に油断があった。〇注意力散漫	取扱いAG品への意識を高めて個々に注意喚起。納入時の先発品、後発品の仕分けの際に注意を重ねる。	イルアミクス配合錠LD「DSPB」	アイミクス配合錠LD	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった 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
586	似た名前の漢方薬が存在する処方箋の調剤。	忙しい時間に名前の似ている薬剤を調剤したため。処方せんの見間違いも起きた。		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	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
587	「一般名処方」でのレボドパ100mg・カルビドパ配合錠で、事務Aが入力のさい一般名検索で上下の並びになっていた区切りを見誤り、レボドパ100mg・カルビドパ・エンタカポン配合錠のスタレボL100を選択してしまった。調剤した薬剤師Bも確認を怠り、間違えたまま調剤してしまった。監査した薬剤師Cが入力の誤りに気づき、事務Aに伝え入力の訂正をし、薬剤師Bは正しいドパコール配合錠L100を調剤し、再度薬剤師Cに監査してもらった。患者には正しい薬を交付した。	レセコンの一般名検索画面での並び・上下の区切りがわかりにくかったこと。3剤の合剤に対する知識が不足していた為、頭2つの成分名で選んでしまった入力ミスを、調剤する薬剤師も確認を怠り、そのまま調剤してしまった。	類似する成分の配合剤には置き場所、箱に注意喚起する札等を付け、配合剤の内容の確認を徹底する。3剤の配合についての知識が不足していたことも要因と思われるので、配合剤については薬剤師・入力する事務にも周知し、一般名処方は特に注意・確認するよう教育する。	ドパコール配合錠L100	スタレボ配合錠L100	確認を怠った 判断を誤った	知識が不足していた	コンピュータシステム 医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
588	施設で漢方が処方されていたが、本来はツムラ113番の三黄瀉心湯のところ誤ってツムラ15番の黄連解毒湯を調剤してしまった。施設へのお届け後に看護師が発見し薬局に連絡、直ちに正しいものをお渡しした。患者様の服用前にお渡しができたため体調変化などの有害事象はなかった。	薬局では黄連解毒湯が多く処方されていたため字体の似ている三黄瀉心湯を目にしたときに間違えてピッキングをしてしまったと思われる。	漢方を調剤する際には改めて確認を行う。施設へお届けの際にはお渡しの時に中身を出して看護師と確認を行う。	ツムラ三黄瀉心湯エキス顆粒（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	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
589	81歳男性の患者にプリビナ液0．05%が処方されたが、誤ってプリビナ点眼液0．05mg／mlを交付、その後間違いに気づき患者に連絡、使用前に交換した	夕方、混雑の状況で冷蔵庫からどちらも小分けで仕入れたプリビナ液とプリビナ点眼液を取り違え、監査も含め確認に不足があったと考えられる。〇注意力散漫	プリビナ点眼液はラベルを変更し、ぷりびな液と容易に違いが判断できるように改善。他薬剤についても似た名前の薬剤に関しては注意喚起を促すラベルなどを作っていくことにした。	プリビナ液0．05%	プリビナ点眼液0．5mg／mL	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
590	一般名処方で、セフジニル細粒10%で処方でていたが、一般名類似のセフジトレンピボキシル細粒でだしてしまっていた。監査時に気づいてセフジニル細粒でだしなおした。	セフジトレン細粒の処方が多く、忙しい時間帯だったため、焦りのため確認不足だった。	処方せんをコピーし、一般名類似の薬は赤でチェックしダブルチェックしやすいようにした。	セフジニル細粒小児用10%「YD」	セフジトレンピボキシル小児用細粒10%「OK」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
591	9月2日のビビアントの処方に対してエビスタで調剤、投薬。患者様は違うお薬と思いながらも1週間服用。やっぱり服用することが気持ち悪くなり中止。その約1ヶ月後、10月8日に来局。服用したエビスタ7錠分の空と残りの84錠をお持ちされました。処方箋を確認したところ、ビビアントのところエビスタで投薬していたことが発覚しました。服用による自覚する体調変化はないと確認。	調剤者が、同効薬でもあることより、調剤時に思い込みが入りビビアントの隣に配置されていたエビスタを調剤した。また、監査者もそのミスに気が付かず、患者様への誤投薬に至りました。	かかわる全ての場面において処方箋をしっかり確認の上調剤。監査。投薬時も患者様に確認の上渡す。同薬効、類似名前、類似外装のものは、取り間違えないように配置の変更を行う。	ビビアント錠20mg	エビスタ錠60mg	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
592	スミルスチック調剤すべきをスチックゼノールでピッキング	名称が似ていた為、思い込みで間違えた	処方箋を元に調剤をおこなう	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
593	ジェネリック希望の患者にトアラセットではなく先発医薬品のトラムセットを調剤してしまった。投薬後すぐ気がつき交換のため服薬はなし	名前、シートデザインが似ていたため見間違えてしまう。単純なミス	投薬前に声出し確認、投薬時にも患者様と確認する	トアラセット配合錠「DSEP」	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	医薬品		ヒューマンエラー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	一般名処方でチメピジウム30mgが処方されたがチキジウム10mgを調剤。監査で発見。	名前が似てる上に　どちらもサワイを採用してるので間違いやすかった。	mgまでしっかり見るよう気を付ける	チメピジウム臭化物錠30mg「サワイ」	チキジウム臭化物カプセル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
595	フロモックスを代替するときにセフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」を用意するところ、セフポドキシムプロキセチル錠100mg「サワイ」でピッキングをした。	処方入力中にピッキングをして入力終了後に出る調剤過誤システムを利用する手順だが、商品名が似ているため思い込みでピッキング。過誤システムを利用する前段階の監査でも思い込みでスルーした。過誤システムでミスを発見。〇注意力散漫	過誤システムを作業手順通りに履行する。	フロモックス錠100mg	セフポドキシムプロキセチル錠100mg「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
596	前回まで一般名アルファカルシドールカプセルだったが、今回から一般名ロカルトロールカプセルに変更となった。安定性を考慮して今回からカプセル→錠剤に変更したが、その時誤って事務員がアルファカルシドールの錠剤であるカルフィーナ錠を入力してしまい、ピッキング、監査、投薬時も薬剤師が間違いに気付かなかった。2日後、事務員が間違いに気付き、患者に電話で連絡し、お詫びしてカルデミンに交換した。	成分と剤型両方の変更で間違えやすい条件がそろっていた。カルデミン、カルフィーナともに最近在庫するようになり、名称も似ていて間違えやすかった。事務員も薬剤師もまだ慣れていなかった。	一般名処方で新しい薬に変更するときは、慣れるまで処方せんに変更後の名称を書いて、事務員も薬剤師も確認するようにする。	カルデミン錠0．25μg	カルフィーナ錠0．25μg	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	
597	外用スプレーと外用泡スプレーを間違えて投薬した。	本症例以外はすべてヘパリン類似物質外用泡スプレーであるため、細部まで処方箋を確認せず、思い込みによりピックアップし、監査の目も同じ理由で通ってしまった。	○注意力散漫 外用スプレーと外用泡スプレーを並べておくことで、ピッキング時にどちらか再度確認する工程が増え、間違いにくくなると思います。	ヘパリン類似物質外用スプレー0．3%「日医エ」	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	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
598	一包化の内容において、ガスター錠20mgで調剤するところを、ファモチジン錠20mg「テバ」にて調剤されていたことが鑑査時に発覚した。その後、訂正して調剤を行い、患者に適切な内容で投薬を行った。	分包機のカセットに充填を行う際に、端数のPTPシートを用いていたと思われる。外観が類似していたため、充填時に気付くことが無かったと思われる。	充填時にPTPの端数を可能な限り用いないようにする。	ガスター錠20mg	ファモチジン錠20mg「テバ」	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
599	薬剤を取り違えて調剤を行っていた。	一般名が同じものであり、商品名の確認不足により発生したと思われる。	類似、他規格が存在する薬品であることを明記し、調剤時に発覚、警戒が行いやすくできる環境を整える。	ジャヌビア錠100mg	グラクティブ錠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
600	一般名処方・クロベタゾン酢酸エステル軟膏を一般名クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏で入力。調剤者は正しい薬剤をピッキングしたが、ポリムスでエラーが出たため、しっかり確認しないまま、入力通りの薬剤をピッキング。監査段階でも用法が顔以外だったため、強いステロイドという認識のもと、入力ミスに気が付かず投薬に至る。	一般名の最初の3文字が同じだったため、経験が浅かった入力者が間違えてしまった。また使用部位から強いステロイド剤と思い込み、監査もスルー。	一般名処方の場合は特に類似した名称が多い。必ず最後の一文字までの確認を怠らない。ポリムスを使っての調剤では薬剤の取り間違えだけではなく、入力ミスの可能性もあると認識し、エラーが出た場合にはより一層、確認に時間をかけるように徹底。	キンダベート軟膏0．05%	デルトピカ軟膏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
601	一般名　プロメタジン6.75mg等配合非ピリン系感冒剤　3錠　が処方されていたところ、PL配合顆粒　3包にて投薬した透析の患者様で看護師が気付き、発覚。服用前に交換した。	等薬局で汎用されている　PL配合顆粒　の一般名　プロメタジン1.35%等配合非ピリン系感冒剤とピーエイ配合錠の一般名　プロメタジン6.75mg等配合非ピリン系感冒剤が似通っていることへの認識不足。	一般名が似通っている旨を掲示し、周知徹底、情報の共有化した。	ピーエイ配合錠	PL配合顆粒	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
602	先発医薬品希望の患者様に、デパス0．5mgをお渡ししなければならないところ、エチゾラム0．5mg「SW」渡してしまった。	デパスとエチゾラムの包装が似ている先発医薬品希望である患者ということを薬剤師が見落としてしまった。	採用薬はエチゾラム0．5mg「SW」だが、一部先発医薬品を希望している患者がいることを再度確認した。投薬時に薬品名・用法・用量を患者とともに確認する。	デパス錠0．5mg	エチゾラム錠0．5mg「SW」	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	
603	ツムラ125桂枝茯苓丸加よく苡仁（315g）が処方されていたが、ツムラ125桂枝茯苓丸加よく苡仁（262.5g）を見間違えて、ツムラ25桂枝茯苓丸（52.5g）を一緒に薬袋に入れてしまった。その後、在庫確認をしていたところ、間違いに気づき、患者に連絡して間違えていたツムラ25桂枝茯苓丸（52.5g）を回収、そして正しい残りのツムラ125桂枝茯苓丸加よく苡仁（52.5g）を渡した。	ツムラ125桂枝茯苓丸加よく苡仁とツムラ25桂枝茯苓丸の箱、包装のデザイン、カラーが似ている。またツムラの番号下二桁が一緒、また薬名が桂枝茯苓丸と最初の5文字が同じで見間違えた。	薬名を最後まで確認することを徹底した。また似たようなカラー、デザインの箱を隣り合わせで並べないようにした。	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		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
604	ベタヒスチン6mgが処方されたところ、ベポタスチン10mgをピッキングした。薬局スタッフが交付前に発見した。	名称類似の医薬品	名称類似の医薬品のピッキングの誤りであり、調剤室に掲示し、注意を促すことにした。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」	ベポタ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
605	ツムラの12を26包お渡しするところを、12を5包・2を21包でお渡し	ツムラの12と2の棚が隣り合っており、外観も類似していたため取り間違い監査時も表に12の薬があり、束の21包の薬は確認せずスルー	棚配置を変更監査時、端数と分包品も分けて確認	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒（医療用）	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
606	アドエア100ディスカスを調剤するところ、フルタイド50ディスカスで調剤。鑑査者が発見し、訂正。	箱の外観や色合いが似ているため思い込みによる調剤〇単純なミス	指さし確認、声出し確認。取りそろえた後、処方箋を再度通読し薬品の取り間違いや過不足を確認する。	アドエア100ディスカス	フルタイド50ディスカス	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
607	ユニシアHDのジェネリックのカムシアHDを調剤するところ、カデチアHD（エカードのジェネリック）を調剤してしまった	カHDしか見ずに調剤してしまった。カデチアHDの導入に気が付いていなかった	似ている名前の薬品があるので、薬品名をよく確認する。ジェネリック薬品には先発品の名前シールを付けて、間違えないようにする	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	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
608	メトグルコ250mgの棚の中にメトホルミン塩酸塩錠250mgMTが混ざっており、メトグルコ250mgと混ぜて調剤。投薬者にて発覚。	メトホルミン塩酸塩250mgMTのピッキングの誤りに気付き、棚に戻す際に間違えてメトグルコ250mgの棚へ戻してしまったことが要因だと思われる。	名称の似ている薬品、先発薬品とジェネリック薬品は棚の場所をなるべく離して設置するようにする。	メトグルコ錠250mg	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「三和」		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
609	先発品ハチアズレが不足して、後日小分けで用意したハチアズレと思ったものが、後発品AZで用意されていたことにきずかなかった。そのまま患者様に渡してしまったがそれにきずいて、別の日に交換できた。	外形、色がおなじだったため、名前の確認を怠った。	外見が似ていても、必ず名前を読むこと。	含嗽用ハチアズレ顆粒	AZ含嗽用配合細粒「NP」	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	
610	テノーミンをジェネリックに変更。アテノロール錠となった。以前から採用のアロチノロール錠と薬品名の類似により取り違えがあった。	ジェネリック採用直後であり、処方箋は「テノーミン」であるが実際の調剤は「アテノロール」。以前から採用していたアロチノロールと間違えた。	類似名称のものが採用になったことを再度徹底し、よく確認することとした。	アテノロール錠25mg「サワイ」	アロチノロール塩酸塩錠5mg「日医工」	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
611	繁忙時に、事務員が計数調剤を行った。ツムラ桂枝茯苓丸処方に対し、確認不足と類似医薬品を把握できていなかったことから、ツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニンで調剤。監査時薬剤師が発見し正しい薬に変更。	当時繁忙であり、きちんとした確認ができていなかった。類似品の把握ができておらず処方箋を雰囲気で読み取って調剤してしまった。どちらの漢方も帯の色が同じのため名前まできちんと確認していなかった。	同じ引き出し内に入れ、類似薬ありと、のれんをつける。漢方についてはきちんと最後まで名前を読む。	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）	確認を怠った	知識が不足していた 技術・手技が未熟だった 勤務状況が繁忙だった	医薬品 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
612	ニザチジン錠150mgとチザニジン錠1mgの取り間違え	薬品名の語尾で確認してしまった。また最終確認を怠った。（処方せんの見間違い）	今回は薬品名は似ていても規格は異なるため、最終確認をしていれば防げる事例であったと考えます。次回から規格から確認し、薬品名というような手法をとっていきます。	ニザチジン錠150mg「YD」	チザニジン錠1mg「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
613	ツムラ桂枝加竜骨牡蠣湯エキス顆粒 5g分2朝夕食前 28日分処方。入力者の持っている処方箋を見ながら、ピッキング。類似医薬品があるにも関わらず、確認不足で別物調剤。監査者がPORIMSをした際に間違えに気が付いた。	類似医薬品があるにも関わらず、確認不足。知識不足。	類似医薬品があるものは、処方箋に鉛筆で印を入れる。必ず、処方箋と現物を見比べて、確認する。知識として類似医薬品があることを頭に入れておく。	ツムラ桂枝加竜骨牡蠣湯エキス顆粒	ツムラ柴胡加竜骨牡蠣湯エキス顆粒	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
614	カロナール錠500mgの箱にメトホルミン錠500mgMT「ニプロ」30錠が混入していることに気付き、カロナール錠500mg10錠の処方に対してメトホルミン錠500mgMT「ニプロ」10錠を誤調剤していることがわかった。患者に連絡し、1錠服用していたため、薬剤師が同行し近隣の内科医院を受診していただく。服用後1時間30分の血糖値は正常で内科的に問題はないと診断を受け、経過観察となった。カロナール錠500mgの処方医にも経緯を電話で伝えた。	同日メトホルミン錠500mgMT「ニプロ」を60錠調剤したときに残りの40錠を誤ってカロナール錠500mgの箱に戻した。	投薬時にしっかり確認する。薬局スタッフに同規格(500mg)であること、錠剤の形状と外箱が類似していることの注意喚起を行った。	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
615	プラバスタチン5mg「タナベ」を調剤するところ、6錠のみ先発品であるメバロチン5mgが混入していた。	先発品とジェネリックの棚が近くに置いてあり、ジェネリック薬品の棚に先発品が入っていたため混在してお渡ししてしまった。ヒートの大きさ、外観も似ていたため、端数の6錠だけ先発品が入っていたことに気づかなかった。	棚の配置を変えた。	プラバスタチンNa塩錠5mg「タナベ」	メバロチン錠5	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	
616	メトホルミン500mgで調剤することろ、先発品のメトグルコ500mgでお渡ししてしまっていた。	充填するときにメトホルミンの棚にメトグルコを充填してしまっていた。外観も似ていたため気づかず。次の患者にメトホルミンをピックしようとしたときに別薬剤が入ってったことに気づき連絡して交換。	棚の配置を変えた。	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「日医工」	メトグルコ錠500mg	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
617	レキサルティ錠2mgが処方されているところにレキソタン錠2mgをピッキングした。すぐに気付き交付には至らなかった。	慣れと薬品名の類似が原因。慣れていると思っている薬こそ確認が重要になるかと思われる。	基本的なことではあるが処方箋を確実に読み取ることに尽きる。	レキサルティ錠2mg	レキソタン錠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
618	【般】ラベプラゾールNa錠10mg1T分1　28日分の処方があったが、ランソプラゾールOD錠15mg1T分1　28日分でお渡しした。ピッキングした薬剤師、監査した薬剤師ともにスルーし患者さんへお渡ししてしまう。当日患者さんからの指摘でミスに気付く。幸いお渡しした薬の服用はなく正しい薬との交換となる。	医薬品名が似ている点と、ピッキング棚の上下の位置に配置しておりミスが起こりやすかった。また普段はランソプラゾールでの処方がほとんどであり、今回もいつもの薬であるとの思い込みが、ピッキングした薬剤師と監査した薬剤師ともにありミスにつながった。	ラベプラゾールとランソプラゾールの薬の位置を離して管理する。いつもの薬であるとの思い込みは捨てる。ラベプラゾールの規格には15mgがないので、当然だが規格チェックまでしっかり行う。	ラベプラゾールNa錠10mg「YD」	ランソプラゾールOD錠15mg「日医工」	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
619	【般】アトルバスタチンカルシウム水和物錠5mgの処方であったが、プラバスタチン錠5mgでお渡しした。ピッキングした薬剤師、監査した薬剤師ともにミスに気付かなかった。患者さんの指摘によりミスが発覚。服用はなく正しい薬と交換となる。	ピッキングした薬剤師、監査した薬剤師ともに処方内容のチェックがしっかりできておらずミスに気付かなかった。	スタチン系は似ている薬剤名が多いことを意識し、しっかり確認をする。	アトルバスタチン錠5mg「サンド」	プラバスタチンナトリウム錠「陽進」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
620	プラバスタチン錠10mgMeを調剤しないといけない所、ファモチジンOD錠10mgMeを調剤してしまい、監査に回ってしまった。	ジェネリックの棚で、隣に並んでいたため、思い込みでファモチジンをピッキングして、自己監査しなかった。	調剤後の、自己監査の徹底。似た名前の薬は、隣に並べず、離して陳列するようにします。	プラバスタチン錠10mgMe	ファモチジンOD錠10mgMe	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
621	酸化マグネシウム錠330mgを調剤しないといけない所、マグミット錠330mgを調剤してしまい、監査に回ってしまった。	シートがすごく似ている為、合っていると思い込んで、調剤してしまいました。	調剤後の、自己監査の徹底。同じ成分でも、メーカーが違う薬がある場合、薬品名、メーカーに注意して調剤、監査を行います。	酸化マグネシウム錠330mgヨシダ	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
622	アミティーザカプセル24μgを60c調剤するはずが、アミティーザカプセル12μgが2c混ざっていた。	規格違いの為、取り間違い防止の為に棚は別にしているが、調剤者がアミティーザカプセル24μgと12μgの置き場所を把握できていなかったことが原因と考えられる。また、監査者はシートが似ているため見逃してしまった。〇作業手順の不履行〇処方医薬品の多さ〇単純なミス	調剤者への徹底指導。規格違いがある薬品も存在することをしっかり理解し、処方せんを確認して取り出す薬を間違えない事を教育。また、今回起きた出来事をしっかり反省し、今後同じ間違いが起きないように一人一人が意識するように薬局内で情報共有する。	アミティーザカプセル24μg	アミティーザカプセル12μg	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	
623	患者が書付箋を持って来局した。処方箋には「桂枝茯苓丸 3包 分3 22日分」とあった。実際に調剤をする際、桂枝茯苓丸ではなく、桂枝加竜骨牡蛎湯を調剤した。患者に手渡した。その後、薬剤師が過誤に気付き過誤が発覚した。	「桂枝茯苓丸」と「桂枝加竜骨牡蛎湯」とで名前が似通っており、患者が来局した時間は店内が混んでおり、焦りがあった。	調剤を行う際に一層注意する。また、きちんと監査を行い、患者へ交付する際にも患者本人にも確認してもらう。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（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 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
624	一包化調剤の際に、事務員が該当薬を集め、他の薬剤師が確認を行った上で一包化調剤に移ったが、後発品オメプラゾール腸溶錠20mgを調剤すべきところ、オメプラール錠20mgにて調剤されていた。監査時に気付き、再度調剤を行った。	先発品と後発品の名称が似ている保管の引き出しが同じになっており取り違いを起こしやすい	保管棚の場所を変える、2回以上ミスがあったものに関しては付箋等を付けるなどして注意を促すようにする。	オメプラゾール腸溶錠20mg「マイラン」	オメプラール錠20	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
625	五苓散と五虎湯の取り違い	当薬局では、五虎湯の処方数が多く、似た名前の五苓散の処方が出たときによる思い込みによるミスが発生。五苓散の処方数は少なく、めったに出ない処方である。	複数人での確認、レセコン入力の事務員による声かけもミス軽減を回避できる改善策となる。少数処方の声かけの約束事が業務の支障の軽減にもなるかもしれない。	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）	ツムラ五虎湯エキス顆粒（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	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
626	語数等が似ており、勘違いをしてしまう。「・・・つもり」の間違い	台風のため、業務が煩雑	いつもの確認作業を、スキップしない	ビラノア錠20mg	ビビアント錠20mg	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
627	○10カプセルシート	カプセルが類似しており、かつ棚が前後しており、引き離して保管していたが、棚卸後に、もとに戻ってしまったため、ピック間違えをし、あまりにも類似した色のため、監査をスルーしてしまった。	○焦り少し別の場所にずらして保管し、ピッキングの際に、一旦冷静になるようにした。起こったことと対策を周知徹底した。	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「NP」	トラネキサム酸カプセル250mg「トーワ」	連携ができていなかった	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
628	包装が似てる六君子湯が混在した状態で乙字湯調剤。監査時も気づかず、投薬時に気づき調剤しなおした。	監査時に包数足りないことに気づき、調剤者が誤って包装が似ている六君子湯を加え、監査者は一枚一枚薬品名を確認せず数だけ書くにして投薬に回してしまった。	思い込まず一枚一枚確認して監査する。	ツムラ乙字湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ六君子湯エキス顆粒（医療用）	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
629	ステーブラOD錠0.1mg 2錠 2x 63日分調剤の際、総数126錠に、ラキソベロン錠を6錠、抱き合わせて混入。監査の薬剤師が、確認できず患者にそのまま投薬してしまう。2時間後に、混入が、判明し、服用の前に差し替える。	今回の調剤の、前の患者の、調剤の際、ステーブラOD錠0.1mgとラキソベロン錠の処方があり、2種類とも調剤台に出してピッキングし、残りの薬をそれぞれの個箱に戻すとき、シートの外観が似ていたため、ラキソベロン錠の端数を、ステーブラOD錠0.1mgの個箱に戻してしまった。今回の調剤の際、朝の一番目の患者であったため、薬剤師の注意力が足りず、調剤、監査機能できず、気が付けなかった。	1.調剤の際、1品目ずつ薬剤を取り、もとの個箱に戻してから、次の薬剤を取り出すように改善する。2.朝1番や、休憩後の調剤・監査は、集中、注意するよう意識する。	ステーブラOD錠0．1mg	ラキソベロン錠2．5mg	確認を怠った		医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
630	先発医薬品希望の患者に後発医薬品で調剤した。	薬剤によってはこだわりのある患者がいる。	最終確認の徹底。	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%「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
631	クレストールOD（2.5）のみ先発品希望だったが、ロスバスタチン（2.5）を調剤してしまう。	いつもは薬歴を出さずにピッキングをし、今回はバタバタしていて、パソコン上での薬歴の調剤注意事項の確認を怠った。 今回風邪薬が多数処方され、注意散漫で、薬袋へ入れるときの確認も怠り、患者と薬を確認するのもヒートが似ていてスルーしてしまう。〇注意力散漫	薬歴記載時すぐに気がつき問題なかったが、薬歴確認時に慎重に薬歴の調剤方法に注意事項を記載している為、しっかり確認する。薬歴も赤字にして、今後同じミスが起こらないようにする。	クレストールOD錠2．5mg	ロスバスタチンOD錠2．5mg「ケミファ」	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
632	〇10錠シート	〇単純なミス〇焦り〇注意力散漫	〇類似名称医薬品の薬品配置の変更〇監査の際の、薬剤師によるダブルチェックの徹底〇間違えやすい医薬品調剤の際の、注意事項を全員に周知	テラムロ配合錠BP「サワイ」	テルチア配合錠BP「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
633	【正】スチブロン軟膏0．05%【誤】ジフロラゾン酢酸エステル軟膏0．05%「YD」	入力ミスにて発生した。	仕事に対する慣れが生じていることで監査法が自己流になっていると分かった。処方内容がシンプルであればあるほど指さし確認を省略してしまうことがある。 （以下、次ページ）	スチブロン軟膏0．05%	ジフロラゾン酢酸エステル軟膏0．05%「YD」	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

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

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	
633	基本である指さし確認を徹底する。来局間隔が空いている場合でも、その日の処方を重点的にみるのではなく、前回来局された際からの状態の変化をしっかりと確認する。注意力の欠如につながるため、他業務と並行して作業を行うことは避ける。 他業務との並行をせざるを得ない状況となった場合は、状況を見極め中断可能な作業を中断し、注意力が散漫とならないよう意識を切り替える。慣れからくる思い込みが過誤につながる。薬剤師が過誤を起こすことで患者様への健康被害が発生することをもう一度確認し、日々の業務を見直す。最終鑑査では処方箋から一般名の入力確認、そこからの商品名の確認順番を徹底致します。 さきに処方箋を見てレセコン画面と確認することを徹底致します。名前が似ていて間違えやすいと思った薬品名のリストを作り、自分の頭で整理できるようにします。今まで以上に入力、確認作業に集中して取り組むことを徹底致します。 今までレセコンのセット入力でザルジフ→亜鉛華単軟膏10%＋ジフロラゾン酢酸エステル軟膏0.05%、ザルスチ→亜鉛華単軟膏10%＋ジフルプレドナート軟膏でしたが、入力ミスを防ぐためにザルジフはジフロサト、ザルスチはジフルサトに変更しました。			スチブロン軟膏0．05%	ジフロラゾン酢酸エステル軟膏0．05%「YD」	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
634	一包化している最中に炭酸リチウム200mgとクラリスロマイシン錠200mgの入れ間違え	一包化する薬の量が多くよく似た錠剤の取り合違い	薬の印字をよく見て一包化すること	炭酸リチウム錠100mg「フジナガ」	クラリスロマイシン錠200mg「トーワ」	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
635	薬の名前が似ていたため取り揃えを間違えました	煩雑だったため取り揃え　監査が出来ていなかった　単純なミスです	1つをジェネリックから先発としました	ニコランジル錠5mg「サワイ」	ニセルゴリン錠5mg「トーワ」	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	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
636	一般名処方でイルベサルタン・アムロジピン10mg配合錠と記載されていたが、誤ってイルベサルタン錠100mgを調剤し患者に交付した。しばらくして患者本人から処方元医療機関に電話連絡があり、本件が発覚した。後日、患者本人が薬局に来局され正しい薬剤と交換を行った。患者は残薬を所持していたので誤った薬剤の服薬は行われなかった。	2019年9月から当該医療機関は処方箋の記載を全て一般名処方に変更しており、多忙であったことから処方せんの見間違いが起こりイルベサルタン・アムロジピン10mg配合錠とイルベサルタン錠100mgという類似した一般名を混同した単純なミスであると考えられる。	配合剤が一般名処方された場合に適切な規格等を一目で判断することは他の薬剤と比較して注意を要する。近隣の医療機関と連携を図り、患者安全のために該当する配合剤の規格を表す「LD」や「HD」という文言を一般名処方の末尾等に記載できるように働きかける。	イルアミクス配合錠HD「DSPB」	イルベサルタン錠100mg「DSPB」	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
637	一般名処方に関する事例である。(般)アナグリプチン錠100mgに対してはスイニー錠100mgが対応する。一般名で類似薬の(般)アログリプチン錠25mgにはネシーナ錠25mgが対応する。(般)アナグリプチン錠100mgが処方されたが、薬剤師が勘違いを起こしネシーナ錠25mgを調剤してしまった。監査によりスイニー錠100mgに正されたため患者には正しい薬が投薬された。一般名が非常によく似た薬であったため薬剤師が勘違いを起こしてしまった事例である。	よく似た薬品名は特に気を付ける必要があるが、規格にも注目すれば患者に届くまでに食い止められる事例である。		スイニー錠100mg	ネシーナ錠25mg		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	
638	塩化ナトリウム「日医工」の処方を塩化カリウム「日医工」で調剤しようとした。在庫がなく医療事務が誤って塩化カリウム「日医工」を取り寄せてしまったため届いたらすぐに調剤しようとしていたが、分包する前に調剤する薬剤師とは別の薬剤師がおかしいと気がついたため過誤には至らなかった。	初めて取り扱う薬であったことで、取り寄せをした際に医療事務が類似した名前の薬を発注してしまった。〇処方せんの見間違い	初めて取り扱い薬については処方箋と間違いがないかよく名前をチェックすること、複数人でチェックを行うことが大切である。	塩化ナトリウム「日医工」	塩化カリウム「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
639	エナラプリル錠(2.5)が処方されていたがビソプロロール錠(2.5)を調剤。	規格は同一なものの名前に類似性がないため調査したところ前後の患者にビソプロロール錠(2.5)が処方されていたため混同した可能性あり。その他の内服薬に変更があった。変更の薬の服薬指導に注意がいってしまったのも間違いを見逃してしまった原因の一つであったと考えられる。〇焦り〇注意力散漫	監査のルーティーンの徹底。	エナラプリルマレイン酸塩錠2．5mg「トーワ」	ビソプロロールフマル酸塩錠2．5mg「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		ヒューマンエラー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	トラネキサム酸錠250mg「日医工」3錠3×14日分で42錠　ベポタスチンベシル酸塩OD錠10mg「日医工」2錠2×14日分で28錠それぞれを取り出し、交付前に再監査をした際、トラネキサム酸錠250mg「日医工」が28錠しかないことに気づき14錠追加し輪ゴムで止めようとしたが、よく確認すると2種類とも間違いなく取り出していた。シートの色は違うがブルー系で似ているため混同してしまった。	日医工の製品に限らず、特にジェネリックのメーカーの商品は箱、シート、錠剤のプリントが似てしまう傾向にあり、シートのイメージの思い込みで監査をしたため混同してしまった。	メーカーを変更することも考えられるが、新たに採用した場合も同じ事態が考えられるので監査の徹底が必要。また、箱のデザインも似ているため入荷後に補充する場所を間違える可能性もあるため今後注意をする。	ベポタスチンベシル酸塩OD錠10mg「日医工」トラネキサム酸錠250mg「日医工」	トラネキサム酸錠250mg「日医工」ベポタスチンベシル酸塩OD錠10mg「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
641	アレルギー症状のある患者さんにオロパタジンOD錠5mg「サワイ」が28錠処方されていました。この薬はよく処方される薬でヒートの色がモスグリーンの10錠ヒートです。また良く処方される血圧薬で、アムロジピンOD錠5mg「トーワ」があり、ヒートの色がオロパタジンと似たモスグリーンの10錠ヒートです。処方箋でアムロジピンが続いており、オロパタジンがでたのに思い込みで処方箋をよく確認せずアムロジピンをピッキングしていました。監査の時点でミスに気づき患者さんに渡す以前に間違いを回避できました。忙しい中でのピッキングミスで、自己確認を怠ったことによるミスです。	良く出る薬のヒートがたまたま色や形がよく似ているということ。忙しいときに起こりやすい作業手順書に記載なしと作業手順の不履行。思い込みによる処方せんの見間違い。忙しいときの焦りと注意力散漫からおこる単純なミスです。	1．作業手順の再確認　処方箋の医薬品名，規格，数量にチェックを入れてピッキングし、その後再度自己確認を行うようにする。2．忙しいときこそ思い込みを無くして、一つ一つゆっくり確認する。3．ヒートや色や名前が似ている薬に関しては、繰り返し確認する。4．錠剤カセットに注意書きを添付する。	オロパタジン塩酸塩OD錠5mg「サワイ」	アムロジピンOD錠5mg「トーワ」	確認を怠った	その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
642	コソプト点眼液処方のところトルソプト点眼液を調剤鑑査、患者様にお渡し施設入居のため施設の介護者が気づき薬局へ連絡交換させていただく	医薬品箱、容器ともに似ているのに近くに置いていた為間違えて調剤そのまま鑑査してしまった類似医薬品有などの札をつけて対応する		コソプト配合点眼液	トルソプト点眼液1%	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
643	ビムパット錠50が処方されたが、ビプレッソ徐放錠50をピッキングした。	単純なミス	似た名前の薬品に注意する。	ビムパット錠50mg	ビプレッソ徐放錠50mg	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
644	シグマビタン168カプセル中シグマビタン100カプセルビタメジン68カプセルが混在した。	色が類似していたため単純なミス。	保管場所を変更した。	シグマビタン配合カプセルB25	ビタメジン配合カプセルB25	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラー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	一般名処方　セフカペンピボキシル錠100mgが処方。セフジトレンピボキシル錠100mgをピッキングしてしまった。機器によるバーコード監査で、薬品違いに気づいた。	○処方せんの見間違い：処方せんの薬品名の確認不足。名前が似ていて、規格も同じ。当薬局の棚が五十音順で近くに配列され、取り間違えた。	薬品名を最後までしっかり確認する。薬品棚に、類似名注意の札を付けた。今回ミスが発見できたように、導入しているバーコードによる監査システムは必ず使用すること。	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		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
646	乳酸カルシウムの指示であったが沈降炭酸カルシウムを出してしまった	ヒートが類似していたことと、沈降炭酸カルシウムの処方が多かったため思い込みで調剤してしまった	複数人で調剤・確認するようにする	乳酸カルシウム「ファイザー」原末	沈降炭酸カルシウム「ヨシダ」	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
647	先発品希望でミカムロBP処方の患者にAGであるテラムロBP「DSEP」を調剤し渡した次来局時に薬情と薬の名前がいつもと違うと訴えあり発覚健康被害なし	前回調剤時に患者より「AGなら使ってみても問題ないか先生と相談する」との会話の記録あり当該日にAGで調剤したが患者本人にはまだ変更の意思がなかった前回薬歴からの思い込みでAGへの切り替えを行ってしまったまた先発品とAGのPTPシートが類似していたため、与薬時に患者本人に確認しながら交付したが気が付かず渡ってしまった・作業手順の不履行・単純なミス・注意力散漫	患者への切り替えの意向の確認をしっかり行う	ミカムロ配合錠BP	テラムロ配合錠BP「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
648	ニセルゴリン5mg調剤するところを誤ってニコランジル5mgを調剤。監査時に発覚。	ニセルゴリン、ニコランジルどちらも採用しており、名称がやや似ていたため処方箋の見間違いが考えられる。	処方箋の確認、監査者に渡す前にも再確認するよう徹底するようにした。	ニセルゴリン錠5mg「トーワ」	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
649	ニセルゴリンが処方されているのにニコランジルを調剤し投薬した。	投薬者が調剤をした。事務も確認したら見落としてしまった。	似た名前の薬をピックアップしその薬を調剤する場合はより注意する。	ニセルゴリン錠5mg「トーワ」	ニコランジル錠5mg「トーワ」	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
650	フルバスタチン10mg「サワイ」を調剤しなければならないところ、調剤者がプラバスタチン10mg「サワイ」をピッキングしてしまった。	当薬局ではプラバスタチンがよく処方になっているので、フルバスタチンと書いてあるところをさっと見て、プラバスタチンとすぐに思い込んで調剤してしまった←注意力散漫。また、土曜日の午前は忙しく、気持ちが次の調剤に向いていたこともあると思われる。	プラバスタチンとフルバスタチンの棚を上と下に分けた。その棚（ケース）に、似た薬あるので注意と注意喚起マークを貼った。今後同じ調剤ミスが起こらないように、みんなで情報共有を行った。	フルバスタチン錠10mg「サワイ」	プラバスタチンNa錠10mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった 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
651	メキシレチンを調剤すべきところ、ジルチアゼムを投薬してしまった。箱がよく似ていて、取り違えた。	忙しさにかまけて、箱をパッと見て確認したつもりになった。	置き場所が違うところになるようにした。投薬監査時、しっかり品名確認する事改めて、心がけるようにした。	メキシレチン塩酸塩カプセル100mg「JG」	ジルチアゼム塩酸塩Rカプセル100mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
652	セララ錠50mg10錠シート3つとスーグラ錠50mg10錠シート3つを取り間違える。	患者さんが混雑していて読み間違い薬剤をとってしまった。処方箋の見間違い。セララ錠とスーグラ錠がよく似ていたために発生した。監査の時に別の薬剤師が発見する。	混雑していても、処方箋に記載された薬品名と単位をしっかりと確認する。	セララ錠50mg	スーグラ錠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
653	ヘモポリゾン軟膏が処方されていたところヘモレックス軟膏で調剤しそのままお渡ししてしまった。	他の薬剤師がヘモポリゾン軟膏が処方されていたところヘモレックス軟膏で調剤した。他の薬剤師もその間違いに気づかず監査し、そのまま患者様に渡してしまった。患者様より、「薬が変更になると聞いていたが、変わっていない。医薬品情に載っている写真とも違う。」と電話連絡あり、調剤過誤が発覚した。 〇単純なミス	〇処方箋を確認し、薬を取り揃えた後、再度処方箋と薬が合っているか確認し、監査者に渡す。〇監査者は薬品名の初めが類似しているということをを意識しながら監査する。	ヘモポリゾン軟膏	ヘモレックス軟膏	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
654	クレストールをお渡しするところGE医薬品であるロスバスタチンが混ざっている状態でお渡ししそうになってしまった事例。	薬を戻すときにGEも混入してしまっており、気が付かずにピッキング。調剤時に気が付き患者様にはお渡ししないですんだ。	先発品とGE医薬品のヒートは似ていることも多く、当薬局では先発品とGE品で棚も近いことから戻すときには間違いがないか十分注意して戻す。調剤時以外にも混入していたりしないか一人でなく数名で定期的に確認していきたい。	クレストール錠2．5mg	ロスバスタチン錠2．5mg「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「薬剤取り違え」）

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	
655	面処方を受付。一般名処方でヒドロコルチゾン・フラジオマイシン等配合軟膏″を、本来であればプロクトセディル軟膏を調剤するべきところを、強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏で調剤。入力も強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏で入力し、鑑査も気が付かず交付した。薬歴記載中に過誤判明し、患者に連絡。使用前であったので、正しいものと交換させて頂いた。″	一般名がヒドロコルチゾン・フラジオマイシン等配合軟膏″と″ヒドロコルチゾン酢酸エステル・フラジオマイシン配合軟膏″″と似ており、それぞれ別の薬剤があることを認識していなかったため、別物であると気が付けなかった。投薬中、患者から痔の治療と確認し、剤形がチューブ（10g）であったため、その場で強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏の添付文書を確認したが、気が付くことができなかった。″	面処方で普段接していない一般名処方は特に間違えやすいと感じる。類似品と混同しないよう一般名一覧を確認していく。	プロクトセディル軟膏	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏	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
656	エチゾラム錠5mg「EMEC」の一包化カセットの中に、ドンペリドン錠10mg「EMEC」28錠が充填され（両薬剤混在）、調剤・投薬されてしまった。	誤調剤した一包化の薬剤をバラして、一包化カセット及び各薬品棚に戻す作業を行った際、エチゾラム5mg錠「EMEC」：白色割線入り素錠（刻印）EE04 （大きさ）9．5×4．0mmドンペリドン10mg錠「EMEC」：白色割線入り素錠 （刻印）EE06（大きさ）9．5×4．1mmと酷似しているにも関わらず確認を怠り、ドンペリドン28錠をエチゾラムのカセットに戻すという確認ミスが原因。	バラ錠を戻す際は2名以上での確認の徹底。エチゾラム錠5mg錠「EMEC」の錠剤分包機カセットを中止。	エチゾラム錠0．5mg「EMEC」	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
657	2019.9.11処方について、（正）ツムラ123：当帰建中湯エキス顆粒→（誤）ツムラ23：当帰芍薬散エキス顆粒で調剤し、患者さんにお渡ししてしまった。当該2医薬品は名称や包装の色が似ていることから、調剤にあたった薬剤師が誤って薬をとった。薬剤師Aが鑑査し、薬剤師Bが交付した。どちらも薬品名、数量の確認を行うが、2人とも間違いに気づかなかった。当該患者さんが翌月来局した際、ツムラ123の在庫数に不明瞭な点があり、過去の鑑査録を確認すると、ツムラ23と記録しており、間違いが発覚した。	ツムラ123と23は「当帰」で始まる名称で、かつ包装の色が同じだったため、間違ったものと推察される。薬品名の確認は見落としてしまったものの、漢方薬の番号を記録していたことから、後日、間違いを見つけることができた。	薬袋に薬の写真を掲載しているので、鑑査、交付時に薬品名だけでなく番号についても確認することとした。	ツムラ当帰建中湯エキス顆粒（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	その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
658	アテノロール錠50mg「トーワ」を調剤するところ、アカルボース錠50mg「日医工」を調剤した。2019年9月25日（水）11時頃に、内科を受診した患者（60歳男性）が処方せんを持って来局した。処方せんには「一般名」アテノロール錠50mg、1錠／分1朝食後、28日分と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からをアテノロール錠50mg「トーワ」を調剤するところ、その下の薬棚にあったアカルボース錠50mg「日医工」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、処方薬のアテノロール錠50mg「トーワ」ではなく、アカルボース錠50mg「日医工」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はアテノロール錠50mg「トーワ」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。	薬品名が似ているのと規格がともに50mgという点。また、ヒートのデザインも緑色のシートに白錠剤と同じことから調剤時には取り間違えに気づかなかった。監査者が、薬品名を読み上げて薬情とチェックしていたので、読み上げた声をきいて調剤者が取り間違えをしたことに気づいた。	規格や薬品のシートデザインが似ているものは、同一棚でなく保管場所を変えるなど工夫した。	アテノロール錠50mg「トーワ」	アカルボース錠50mg「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
659	一般名処方「ヘパリン類似物質クリーム」とレスタミンコーワ軟膏のミックスの処方で、ヒルドイドソフト軟膏を調剤し、渡薬してしまった。入力は正しかった。渡薬後保存性に問題があるため交換させていただいた。	調剤の繁忙な時間でミックスの調剤のため職員にあせりがあった。調剤者は汎用されているのがヒルドイドソフト軟膏の方だったので、そちらを使ってしまった。〇処方せんの見間違い混ざった状態では判別が困難であり、混合時にバーコードリーダーを通していた。しかし監査者はバーコードリーダーの打ち出しと処方せんの突合せが不十分だった。	バーコードリーダーの打ち出しの確認励行とその内容を職員に周知した	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	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
660	患者が 「サラゾスルファピリジン500mg腸溶錠 2錠 朝夕食後 28日分」 と記載された処方箋をお持ちになられた。薬剤師Aは、サラゾスルファピリジン500mg錠でピッキングを行い、薬剤師Aも気がつかず投薬してしまった。在庫確認時に在庫のずれが発覚し、翌日患者様に連絡し交換させていただいた。 服用はされていなかった。	数字前にサラゾスルファピリジン500mg錠を在庫することになり、従業員が在庫していることを知らなかった。このためいつもの腸溶錠だと思い込みその結果過誤が起きてしまった。〇注意力散漫	全従業員に類似している薬を在庫した時は伝えることと、薬の箱に類似品ありとメモ紙を貼って防止することにした	サラゾスルファピリジン腸溶錠250mg「日医工」	サラゾスルファピリジン錠500mg「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
661	ニセルゴリン錠5mgの処方に対しニコランジル錠5mgでピッキング。監査で間違いに気がつき訂正。〇10錠シート	薬剤名称が類似していることや、調剤棚の位置が近い為、取り間違えたものと思われる。〇単純なミス	類似名称の薬品があるものに関してはシールを貼付し注意喚起を行った。	ニセルゴリン錠5mg「NP」	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
662	クレストールとクレストールODの外観類似による、薬品棚への、誤納品による計数調剤間違い。	外観が類似している薬剤を納品する際に逆の棚に入れてしまっていた。調剤時に箱を開けたときにも気づかず、そなまま同じ棚に戻してしまっていた。cube.iという目視監査の代用の、機械により異なる薬剤であることが発見され、お渡しにはならなかった。計数調剤時に箱から出した薬を、よく見ていなかった可能性と剤型違いが薬局の在庫であることを異動してきたばかりで知らなかったこと、慣れないものでも間違えないためのルール作成が必要。	他剤型ありのシールを、薬剤棚に貼付。剤型違いであまり出ない方なら在庫は引き出しに納品することにした。店舗に異動してきた薬剤師には、店舗の、薬剤リストを見せる。	クレストール錠2．5mg	クレストールOD錠2．5mg	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
663	一般名処方ベプタスチンベシル酸塩錠10mgのところ、ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工」をピッキングした。投薬前の最終監査で気付き、正しく調剤し直した。	時期的にベポタスチンの処方がほとんど無く、逆に原因不明の眩暈の症状を訴える患者が多く来られベタヒスチンの処方が増えてきていた。患者様来局時、患者が多く多忙であった。定期薬の慢性疾患のにプラスでベポタスチンが処方されており、処方せんの見間違い、注意力散漫、焦りなどの要因もあり、思い込みでベタヒスチンを取り揃えてしまった。	どちらの薬剤も、ある程度の数量の調剤を行っていた。今回の件があって、改めて名称が酷似していると気づきました。規格も異なり、服薬指導の際に患者さんとのやり取りの中で、渡し間違えには至らなかったと思われるが、基本的な処方箋の確認→ピッキング→再度処方箋を確認の作業を細心の注意をしながら行う必要があります。	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	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
664	取り間違え	薬効　名前が似ている	監査器導入	カルデナリン錠4mg	カンデサルタン錠4mg「三和」	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
665	一般名処方において、アトルバスタチン錠10mgが処方のところをアムロジピンOD錠10mgで調剤。	一般名処方において名称が似ていたため、思い込みと確認不足によると思われる。	新たな対策は設けず、基本的な事項の確認を徹底して行うこと、また声だし・指差しでの確認を実行する。	アトルバスタチン錠10mg「EE」	アムロジピンOD錠10mg「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
666	コソプト配合点眼が処方されていたが、トルソプト点眼を払い出ししてしまい、投薬窓口にて患者服薬指導中に間違いが発覚して正規のコソプト配合点眼を調剤するに至った。	コソプト配合点眼とトルソプト点眼の外箱が類似しており、繁忙時間帯であったため薬品名を確認せず箱のイメージだけで取り出しをおこなった。監査時も薬品本体も類似しているため見逃してしまい、患者投薬窓口まで発見が遅れた。	別の保管庫に薬品を保管し、名称注意など注意書きをおこなった。	コソプト配合点眼液	トルソプト点眼液1%	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
667	患者様の処方箋には「アイミクス配合錠LD 1錠　朝食後　42日分」と記載されていた。薬剤師Aが調剤を行う際、アイミクス配合錠LDを薬棚から調剤するところを、上の薬棚にあるザクラス配合錠LDを調剤し、監査台に置いた。薬剤師Bが監査時に処方薬のアイミクス配合錠LDではなく、ザクラス配合錠LDが調剤されている事に気付き、薬剤師Aに伝える。薬剤師Aはアイミクス配合錠LDを調剤し、再度薬剤師Bに監査をして貰った。監査時で誤りであった為、患者様には正しい薬をお渡し出来た。	アイミクス配合錠LDとザクラス配合錠LDは劇薬棚で上下に配置しており、薬効、名称も似ていた為間違えた。加えて、薬局全体が繁忙の時間帯あった為、集中力が欠けていた。	アイミクス配合錠LDを薬棚から劇薬の引き出しに移し、ザクラス配合錠LDから離した。加えて、調剤者の薬剤師が調剤後、再確認を行う事を周知徹底した。	アイミクス配合錠LD	ザクラス配合錠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
668	ランソプラゾール15mgとラベプラゾール10mgの取り間違えが起こったが、投薬前に気がついた。	薬効と名前が似ている為に取り違えてしまったと思われる	気をつけてピッキングする様に心掛ける	ランソプラゾールOD錠15mg「ケミファ」	ラベプラゾールナトリウム錠10mg「ケミファ」	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
669	ピッキング時に、ニザチジンとチザニジンの名前が類似しているためにピッキングミスが起こった。監査時に別のスタッフが気がついたためにインシデントへはつながらなかった。	注意力散漫が原因。監査の時に別のスタッフが気が付いたが、気を付けるべき事例	ニザチジンとチザニジンの棚の場所を離す。Geメーカーを変更しデザインが全く異なるメーカーのものを採用する。	チザニジン錠1mg「日医工」	ニザチジン錠150mg「YD」	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
670	クロピドグレル錠75mg「SANIK」を一包化調剤をする際、シルニジピン10mg「サワイ」が一部紛れ込んでピッキングされていた。薬剤師がシート確認時に、これに気付き、その後、クロピドグレル錠75mg「SANIK」で、きちんと調剤できた。	クロピドグレル錠75mg「SANIK」とシルニジピン10mg「サワイ」のヒートが酷似している。また、薬局内で近い場所に配置してあったため、戻しミスが生じていた。この事例の後、距離を離して配置。さらに「ヒート酷似！」の注意書きを張り、取り間違い、戻し間違いを防いでいる。	距離を離して配置。また「ヒート酷似！」との注意書きを貼った。	クロピドグレル錠75mg「SANIK」	シルニジピン錠10mg「サワイ」			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	デノタスとリンゼスの包装が似ているために取り間違えた。	リンゼスとデノタスは保管場所が近い部分であった、	保管場所を離して保管するように徹底した。	リンゼス錠0．25mg	デノタスチュアブル配合錠	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
672	ベリチームとPL配合顆粒は包装が似ているために取り間違いが起こった。	両薬剤の保管場所が隣同士であったため。	保管場所を片方を引き出しにしまいました。	PL顆粒	ベリチーム顆粒	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	
673	いつもヘパリン類似物質外用スプレー「日医工」を交付している患者にヘパリン類似物質泡状スプレー「日本臓器」で渡そうとして、患者への説明時に患者から指摘を受け、薬歴を再確認後ヘパリン類似物質外用スプレー「日医工」で交付した。	患者が立て込んでおり、慌てて薬歴と薬剤本体の確認が不十分だった。〇焦り	患者が立て込んでいても、落ち着いてきちんと処方せん・薬歴・薬剤本体との照らし合わせを怠らない。	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」	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
674	オキサトミド4錠(1錠・朝食後　4日分)とアストミン12錠(3錠・毎食後　4日分)処方に対し、オキサトミド8錠、アストミンが4錠ピッキングされていたため、監査者より集薬者へ再度ピッキングを指示。その際監査者はアストミン4錠をオキサトミドと取り違え、アストミンの集薬漏れのみを集薬者へ指摘。集薬者はオキサトミドを薬品棚へ戻し、新たにアストミン12錠をピッキングした。その結果処方通りのアストミン12錠に加え、アストミン4錠をオキサトミドの薬袋に入れて患者へ交付することとなった。 投薬後患者本人が気付き、服用する前に差し替えることができたため過剰投与には至らなかった。	集薬者→処方せんの見間違い（同一処方箋内に複数の用法用量が混在し、ななめ読みしてしまった可能性）監査者→焦り・注意力散漫（色合いの似たシートを取り違いした可能性）	・医薬品名だけでなく、処方数・用法に至るまで指さし確認をおこなう・ヒートの裏表まで十分に確認をおこなう	アストミン錠10mg	オキサトミド錠30mg「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	医薬品		ヒューマンエラー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	一般名ベザフィブラート徐放錠200mg、1日2錠朝夕食後処方の方でベザトールSR錠200mgをピッキングするべきところをヘルベッサーRカプセル100mgでピッキングした。監査者が気付き正しくピッキングし直して調剤した。	患者数が多くスタッフが少ない日であったため店内は慌ただしかった為、焦りがあった。ベザトールとヘルベッサーの語感が似ていることと、先発品希望の方によく出る徐放製剤がヘルベッサーRカプセルだった為取り間違えたと考えられる。	繁忙期にはスタッフを少なくしないようにシフト調整をする。語感が似ている薬には注意喚起の印を付ける。	ベザトールSR錠200mg	ヘルベッサーRカプセル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
676	R1.6.29にイグザレルト錠10mg　1錠朝食後　20日分処方されていたが、患者様にはインデラル錠10mgを20錠お渡ししてしまっていた。R1.7.3に患者様本人が来局し、いつももらっている薬と違う薬が入っていたので服用する前に持ってきた。と指摘があり発覚。	調剤時と鑑査時に処方箋の見間違いと思い込みがあり、処方とは違う薬をお渡ししてしまった。〇処方せんの見間違い〇単純なミス	薬剤師の見間違いと鑑査時の思い込みが大きな原因だと考えられる。そのため、今回の間違いがあったことを店舗スタッフ全員に知らせて意識を高めた。名前の似ている薬のリストを出してスタッフ全員周知徹底を図った。	イグザレルト錠10mg	インデラル錠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
677	注射剤の名称が似ており多忙で未確認で投薬してしまった。単位の換算間違い	保管が同位置にあり確認不足により調剤してしまった。これからは保管位置を別にし薬剤師がダブルチェックし投薬することにした。処方医薬品の多さ。作業手順の不履行。	保管場所の変更。薬剤師によるダブルチェック。	ランタス注ソロスター	ランタスXR注ソロスター	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	教育・訓練 ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
678	オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」63錠が処方されていたが、調剤時、オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」43錠+オルメテックOD錠10mg20錠で調剤。監査時にオルメテックが混在していることに気づき調剤しなおした。	棚に入っていたオルメサルタンのみでは不足していたため、新しい箱を開封したときオルメテックの箱であったことに気づかず開封して調剤したため、混在して調剤してしまった。また、オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」とオルメテックOD錠10mgの外観が似ており、混在していることに気付かなかったと考えられる。	薬をしまう際、似た薬同士は少し離れたところにしまう等、取り間違いがないよう工夫する。	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	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
679	アイミクスLDでお渡ししないといけないところ、後発品であるイルアミクスLD「武田テバ」でお渡ししてしまった。	業務が多忙な時間帯、イルアミクスの箱を開けた際にアイミクスの棚にヒートの状態で戻してしまった。その後4名の方に気づかずにイルアミクスでお渡ししてしまった。錠剤同士のヒートの類似、棚の近さ、監査時の確認不足が原因と考えられる。	棚を離すように改善。箱の状態ではなくヒート品を棚に戻す際は、棚番号と現物を2回確認することを徹底する。	アイミクス配合錠LD	イルアミクス配合錠LD「武田テバ」	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
680	「一般名処方」で類似する名前で在庫が同じメーカーを置いており取り間違えた。	棚の医薬品を五十音順に配置してある。〇処方せんの見間違い	棚に類似名があるので再確認するよう掲示する。配置の変更を検討する。	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」		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
681	リン酸ジヒドロコデイン散1%のところ、間違ってリン酸コデイン散1%で入力計算をしてしまった	リン酸ジヒドロコデイン散とリン酸コデイン散の名称が似ていることが原因で処方せんの見間違い入力の際に間違いに気づかず会計をしてしまう	入力した者とは別の者が再度入力のチェックをするようにし、今後同じ間違いを繰り返さないよう徹底する	リン酸ジヒドロコデイン散1%「フソー」	リン酸コデイン散1%「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
682	患者が処方箋を持って来局した。病院から個人医への転院に伴う継続処方であったが、当局では受付新規であった。処方中、一か所　一般名処方があった。一般名：エリスロマイシン錠200mg　2錠　朝夕食後　30日分　薬剤師Aはエリスロシン200mgを調剤した。事務員もエリスロシンで入力をした。この際一般名はエリスロマイシンステアリン酸塩錠に書き換えられ入力、監査にあたった薬剤師Bは間違いに気付かず投与した。帰宅後の患者より、薬が違うのではないか電話連絡があり、薬剤の交換に伺った。	取扱い頻度の低い薬剤であり、名称も似ていたこと、後発医薬品と先発医薬品の認識も薄かったこと、薬価本も確認していたのだが、見間違いがあった。レセコンでも調剤医薬品名で入力を行っていた。	薬価本を正しく読むこと。知識が不足だった。一般名：エリスロマイシンに先発医薬品はなく、後発医薬品に該当するのはエリスロマイシン錠サワイのみとなる。エリスロシンの一般名はエリスロマイシンステアリン酸塩である。これは先発にも後発にも該当しない。効能効果にも違いがある事を頭に入れておくこと。	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 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「薬剤取り違え」）

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	
683	内科にて定期薬の継続としてスピリーバ2．5μgレスピマット60吸入150μgが処方された方に誤ってスピオルトレスピマット60吸入で交付した。投薬前に調剤されたものが正しいかの確認したにも関わらず、外観が似ていた為間違いに気付かずお渡ししてしまった。翌日の棚卸の時にスピリーバ2．5μgレスピマット60吸入150μgとスピオルトレスピマット60吸入の在庫が1つずつずれている事が分かり間違いが発覚。患者様にすぐ電話をして正しいものをお届け。謝罪し、正しいものをお渡しして誤ってお渡しした薬を回収した。1回吸入していたが体調変化は見られなかった。	処方箋と薬品をきちんと確認したつもりだったが外観が似ていたので正しいと思ってしまった。	外観や名称が似ている物は特に処方箋、外箱、本体と確認する回数を増やして意識しながら確認する様にする。	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
684	処方箋にはツムラ柴胡加竜骨牡蠣湯が7.5g毎食前7日分の処方だったが、ツムラ桂枝加竜骨牡蠣湯で調剤を行った。調剤時の鑑査では気づかずに鑑査者まで回り、鑑査者が発見した。鑑査者が調剤者に報告し、2人で一緒に確認し、正しいものに訂正して投薬を行った。投薬前に間違いに気づいたため、患者に薬は交付しておらず、服用することもなかった。	ツムラ柴胡加竜骨牡蠣湯は大包装（189包入り）、ツムラ桂枝加竜骨牡蠣湯は小包装（42包入り）を採用しており、それに伴って保管場所も少し異なっている。また、名称の頭の名前が酷似している（例：柴胡加竜骨牡蠣湯と柴胡桂枝湯など）場合であれば見間違い等を疑えるが、今回のケースでは語尾の方の一致が原因になっていることから、調剤者が処方箋を目視で確認した上で、イメージに切り替わり、想像で調剤にあたったと考えられる。また、通常は調剤した薬を全て取りそろえた後に、必ず調剤薬の確認を行っている。しかし、間違った薬が鑑査まで回ったことから、調剤薬の一次鑑査も漏れていた可能性がある。人員の不足（病欠による）、週末の閉局間近の時間帯、かつ混雑していた時間帯という条件が重なり、疲労や注意力散漫を招いたと考えられる。〇作業手順の不履行、〇処方せんの見間違い、〇注意力散漫	混雑時などの通常時と違う環境にあっても、処方箋の記載を最初から最後までしっかり、確実に確認する。またそういう非通常時の環境こそ手順書の履行を徹底を心掛ける。	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	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
685	類似した名称と外観の薬を渡した。ふらつき等の症状があり患者様より連絡がきて発覚した。	医薬品を隣接して保管していたため取違をした	類似した名称と外観の薬が隣接していたので別々の棚に移動し対処した。	イソメニールカプセル7．5mg	イソコロナールRカプセル	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	
686	処方箋には一般名処方のラベプラゾール10mgと記載されていたが、ランソプラゾールと見間違えてランソプラゾール15mgを棚から出してしまった。鑑査に出す前にもう一度処方箋を確認し、ラベプラゾールだったと気づき、正しいものと取り換えた。 〇10錠シート	処方箋の文面をしっかり見ていなかった。〇処方せんの見間違い	処方箋をよく見て、名前が似ている薬品があるものは特に注意する。	ラベプラゾールナトリウム錠10mg「サンド」	ランソプラゾールOD錠15mg「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
687	「一般名」ケトプロフェンテープ40mg処方であった。先発品であるモーラステープL40mgを投薬するところ、ジェネリック品であるケトプロフェンテープ40mg「三和」を投薬した。	パッケジが酷似している。そのため日頃気をつけていたが、今回誤投薬をしてしまった。原因は不明。確認の不徹底であると思う。	薬歴に今回の内容を記入し、今後の注意喚起をした。	【般】ケトプロフェンテープ40mg	ケトプロフェンテープ40mg「三和」	確認を怠った				ヒューマンエラー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	ムコサール錠21錠の予製を作成時に、ムコサール錠20錠にビオフェルミン錠1錠をつけていた。調剤時に発見し、過誤には至らず。	ビオフェルミン錠とムコサール錠の棚の位置が近く、シートも類似していたため、ムコサールをとるところをビオフェルミンをとってしまっていた。 〇単純なミス	棚の位置の変更	ムコサール錠15mg	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
689	一般名でシンバスタチン錠10mg処方のところ、シルニジピン錠10mg「サワイ」で投薬してしまった	患者さまはレニベースと2種類服用されている。2種類と少ない事もあり、処方せんの見間違いによる監査がきちんとできておらず、単純なミスである。	一文字ずつ確認ししっかり落ち着いて監査するように徹底する。シンバスタチン錠10mg「NikP」とシルニジピン錠10mg「サワイ」のシートがよく似ているため、シンバスタチンのカセッターに「シルニジピンと注意！」のシールをはる。	シンバスタチン錠10mg	シルニジピン錠10mg	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
690	点眼・点鼻用リンデロンA液の処方されていた患者様に対し点眼・点耳・点鼻用リンデロン液を調剤しお渡し。調剤者、監査者共に誤調剤に気付かず、10／29　同眼科よりの処方箋持参時に投薬の際前回（10／8）に誤調剤が発覚した。	調剤じ及び監査時の処方箋チェック不足と投薬時の薬品情報と薬品との照合不足のトリプルミスによる誤調剤。繁忙の時間帯だったため確認が不十分だった。	調剤時、監査時、投薬時処方箋の確認と薬剤のチェックを徹底する。類似薬品のあるものについてはより慎重に確認を徹底する。	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%	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
691	クラシエ小柴胡湯が処方されていたがクラシエ小青竜湯をピッキングしており、ピッキング監査機器によりミスエラーが表示され、調剤ミスに気付く。	外箱、漢方番号が似ている。管理場所が近い。	一文字監査。管理場所を遠ざける。	クラシエ小柴胡湯エキス細粒	クラシエ小青竜湯エキス細粒	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	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
692	「一般名」ヘパリン類似物質クリーム（商品名　ビーソフテンクリーム）が処方されていたが、「一般名」ヘパリン類似物質軟膏（商品名　ヘパリン類似物質油性クリームを調剤した。途中で気付き交付にはいたらなかった。	主成分は同じだが、クリームと軟膏という状態だけが違う。同じ日医工の製品なのに、商品名が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表現方法が違い過ぎる。一般名処方の処方箋が多くくるので、商品名は統一感を持たせて欲しい。	薬品棚の表示は薬品が入っている小箱の薬品名部分を切って貼り付けている。そこに一般名も表記する事にした。	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」			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
693	クラシエ葛根湯加川きゅう辛夷エキス錠の処方を、誤って胡加竜骨牡蛎湯エキス錠7日分を交付。画像監査システムでもチェックできず、そのまま交付。別の患者の同じ医薬品調剤時に、在庫システムと在庫数が異なることに気が付き、鑑査システムの画像記録を確認し、患者に電話連絡の上、自宅へ交換に伺った。	1．薬剤師一人での調剤業務で他の薬剤師の監査がなかった。複数の患者が待っており繁忙だった。2．クラシエ葛根湯加川きゅう辛夷エキス錠と柴胡加竜骨牡蛎湯エキス錠が同じ棚に入庫されて混合して置かれていた。箱の色調・デザインが酷似し番号のみ異なるので誤ってしまったと思われる。3．手順に従い、画像による監査システム（Audit）を通したが、PTPが酷似しているせいか、認証されてしまった。	調剤室の棚への入庫時に、在庫品と突合を十分に行い慎重に行う。画像による監査システムのメンテナンスを行い酷似画像の登録し直しを行う。一人のオペレーション時は、ピッキング支援システム（ミスゼロ子）によるシートのバーコードチェックと画像監査システム（Audit）の両者を実施し、注意深く自己監査を行う。	クラシエ葛根湯加川きゅう辛夷エキス錠	クラシエ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス錠	確認を怠った	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
694	一般名処方セフジトレンピボキシル錠100mgを、セフカペンピボキシル錠100mgを調剤した。その後、他の事務員が見て、取り違えている事を発見して監査前に正しいセフジトレンを調剤した。	セフジトレンとセフカペンは、初めての2文字が同じため間違えやすい。医薬品は3文字までは確認するというルールがあったが、焦りや確認不足が原因と思われる。	名前が似ている医薬品は事前に把握しておく。また混雑している時間帯でも焦らずに医薬品の3文字確認など手順通りに行う。	セフジトレンピボキシル錠100mg「OK」	セフカペンピボキシル塩酸塩錠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
695	一般名処方でヘパリン類似物質外用スプレーが処方されたため、ヘパリン類似物質外用スプレー「日医工」をお渡ししようとしたら、患者さんに泡状のスプレーだといわれ、ヘパリン類似物質泡状外用スプレー「日本臓器」に取替えてお渡しした。	液状のスプレーも泡状のスプレーも、どちらも一般名はヘパリン類似物質スプレーとなるため、一般名処方の時は患者さんに液か泡かを確認する必要がある。	一般名処方の場合、液か泡かを患者さんに確認する。	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0．3%「日本臓器」	ヘパリン類似物質外用スプレー0．3%「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
696	アムロジピン錠2．5mg「EMEC」とウリトスOD錠0．1mgが処方された患者に対し、アムロジピン錠2．5mg「EMEC」を2錠少なく、ウリトスOD錠0．1mgを2錠多く渡した可能性がある。2種はデザインが似ており、ウリトスOD錠0．1mg2錠をアムロジピン錠2．5mgと勘違いし、アムロジピンの薬袋に同封または一緒に束ねた可能性がある。後日患家に行き残薬を確認したが残薬は誤差なかったため誤って服用してしまっている可能性が高い。	当該患者の調剤時、調剤ミスがあり慌ててしまったようで、アムロジピン錠2．5mg「EMEC」とウリトスOD錠0．1mgのPTPデザインが似ていたことから誤ってカセットから出し入れしてしまったと思われる。	PTPのデザインで判断しない。調剤時、端数のPTPシートについても薬品名を確認する。	アムロジピン錠2．5mg「EMEC」	ウリトスOD錠0．1mg	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
697	ツムラ小青竜湯エキス顆粒とツムラ麦門冬湯エキス顆粒を取り間違えた。	小青竜湯の置き場所に麦門冬湯が混在していた。漢方のデザインが似ているため在庫を片付ける時に間違いが起きてしまった。調剤時もデザインが似ていた為、取り間違えてしまった。	名称や番号を確認して在庫を片付ける。また、調剤時も同様に確認し取り間違えないようにする。	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒（医療用）	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
698	よく似た名称の吸入薬を間違って入力していた。薬は正しいものをお渡ししていた。			スピリーバ1．25μg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	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
699	一般名処方にて、ヘパリン類似物質クリームと記載されていた。ヘパリン類似物質油性クリームと思い込み調剤した。薬歴を記録する際に誤りを発見し正しい薬剤を交付した。	一般名処方「ヘパリン類似物質クリーム」は、当薬局ではビーソフテンクリームを調剤するが、ヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」に間違えた。当薬局での使用量は圧倒的に油性クリームが多く思い込み調剤となった。	使用頻度の少ないヘパリン類似物質クリームの一般名処方患者の薬歴に調剤注意の内容を記載しておく。	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		医薬品		ヒューマンエラー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	ネリゾナユニバーサルクリームの処方にプロトピック軟膏を調剤した。	両方とも劇薬なため同じ棚のならびにあり、チューブの色調も緑で間違って取ってしまった。	棚の並びをずらす。チューブが似ているので意識して確認するように教育する。	ネリゾナユニバーサルクリーム0．1%	プロトピック軟膏0．1%	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
701	ツムラ潤腸湯を調剤するところ、ツムラ潤腸湯で調剤しお渡ししてしまった。事務による発注作業の際在庫があわないことが判明、すぐに確認のため電話連絡を行い服用前に過誤であることを確認し謝罪及び薬剤の取り換えにうかがう。	当薬局では、補中益気湯の処方頻度が高く潤腸湯の処方はまれである。その上、漢方の番号が補中益気湯（41）潤腸湯（51）であり、パッケージが類似しているため鑑査時、投薬時にミスに気がつかなかったと思われる。	鑑査時、投薬時には、必ず処方せんと薬剤の確認を行う。併せて、継続薬である場合患者様にも同じ薬であるむね確認してもらう。	ツムラ潤腸湯エキス顆粒（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				ヒューマンエラー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	ルネスタ錠1mgを調剤するところを取り間違えてロサルタンK25mg「明治」を調剤。	PTPヒートシートの色合いが似ている、棚で上下に並んでいる為、取り間違いにつながった	棚の配置を変えて2品を離した。	ルネスタ錠1mg	ロサルタンK錠25mg「明治」	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
703	東洋五淋散を東洋五苓散で調剤	五淋散と五苓散、名称の類似、漢方薬番号の類似（五淋散42番、五苓散43番）薬効も類似が原因。思い込みよる調剤。	漢方を置いてある棚に注意喚起のシールを貼る。めったに処方されない五淋散は薬袋の印刷に番号が目立つように印刷設定した。	〔東洋〕五淋散エキス細粒	〔東洋〕五苓散料エキス細粒	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	
704	処方せんには、カンデサルタン錠8mg 1錠分1朝食後x35日分の記載あり。薬剤師Aは調剤する際、薬品棚からカンデサルタン錠8mg 35錠を調剤するところを、ななめ下の棚にあった、アテレック錠10mgを30錠調剤し、残り70錠をカンデサルタン錠8mgの棚に戻し、そこにあった端数5錠を調剤したことに気付かず監査に回した。監査にあたった薬剤師Bはカンデサルタン錠8mgとアテレック錠10mgが混在していることに気付かず、そのまま投薬に回した。投薬にあたった薬剤師Cも混在に気付かず、そのまま患者様に渡した。	患者様の来局時、薬局内が混んでいたため焦りがあった。監査時、いつもならゴムをはずして薬品と数を確認しているが、急いでいたためいつもの手順を飛ばし、ゴムをはずさないまま35個あることのみを見て、PTPヒートの色調（文字の色）が似ているので合っているだろうと思い込み、間違いに気付かなかった。	急いでいるときもルーチンワークから外れた行動しないように心がける。投薬時に相互確認して渡すよう、カルテに記載した。	カンデサルタン錠8mg「オーハラ」	アテレック錠10	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
705	【処方内容】一般名：ブロマゼパム2mg（商品名はセニラン2mg）のところを間違って「ブロナンセリン2mg」を調剤してしまった。監査する前に他の薬剤師が気付いた。	入力時に同時に調剤を始めるため、パッとみて思い込みで調剤してしまった	特に一般名の場合はよく似た薬品名が多いのでよく確認してから調剤すること	セニラン錠2mg	ブロナンセリン錠2mg「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
706	カロナール錠500mgを10錠調剤するところ、メトホルミン塩酸塩錠500mgMTがカロナールの棚に入っており、そのまま調剤。監査者が間違いに気づいて修正し、棚に入っていたメトホルミンを取り除いた。	カロナール錠500mgを充填するところ、メトホルミン塩酸塩500mgを充填してあった。シートの色合い、形状、錠剤の形が似ていることと、規格が同じ500mgであったことが原因と考えられる。ピッキングの際にシート確認を怠った。	常に疑いの目を持ちながら調剤する。ハイリスク薬は他の薬とは離して設置する。	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 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
707	セフカペンピボキシル錠を調剤するところ、セフジトレンピボキシル錠で調剤。監査時に間違いに気づいた	普段セフジトレンピボキシル錠の処方が多く、セフカペンピボキシル錠の処方は稀。名前が似ていることもあり間違いが起こった。	調剤前・後の自己鑑査を忘れないように注意します	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「ファイザー」	セフジトレンピボキシル錠100mg「OK」	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	ツムラ苓姜朮甘湯処方のところ仮入力でツムラ苓桂朮甘湯になっておりそのまま調剤してしまった。監査者が入力と調剤誤りに気付いた。	通常あまり調剤されないため慣れている方のツムラ苓桂朮甘湯を入力していたにもかかわらず調剤中も誤りに気づかず同じものを調剤してしまった。処方箋を確認しながらの入力・調剤の基本的行動がおろそかになっていた。	入力時は処方箋をよく確認する。漢方は似た薬剤が多いため特に注意する。調剤の際は処方箋を必ず見て行い、入力の確認をしてから始める基本マニュアルを徹底する。	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	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
709	薬剤師Aが処方薬の調剤をする際に、処方薬のツムラ抑肝散と見た目が似たツムラ加味逍遙散を間違えて準備。別の薬剤師Bが投薬する前の監査の際に気づいた。監査の際に誤りに気づいたため、患者には正しい薬を交付。	ツムラ抑肝散とツムラ加味逍遙散のパッケージの色、数字（54番と24番）が似ているという単純なミス。	調剤者の再確認の徹底。取り違えないように印をつける。	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）	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	
710	当該患者と夫と2枚組の処方箋を監査。夫の処方がラノコナゾール軟膏からラノコナゾールクリームへ今回変更。続いて当該患者の処方監査の際、患部は違うが2人とも同じ薬だと思い込んだ。投薬の際には同じ薬が処方されていることを説明。薬歴記入の際に当該患者の処方がケトコナゾールクリームであることに気付き、上司と調剤したものに伝える。誤った説明をしたことと、交付した物の確認のため当該患者へ電話。チューブの帯の色を確認したところ、緑色と返答あり、誤ったものを交付しているため取り替えに伺いたい旨伝える。ご自宅を訪問し、お詫びの上ラノコナゾールクリームとケトコナゾールクリームを取り替えた。	ニトラゼンクリームからケトコナゾールクリーム「イワキ」へ名称変更したため、ラノコナゾールクリーム「イワキ」と名称が類似しており、混同しやすくなった。	ニトラゼンクリームからケトコナゾールクリーム「イワキ」へ名称変更したため、ラノコナゾールクリーム「イワキ」と名称が類似しており、混同しやすくなった。調剤の際、同じ引き出しに該当薬品が在庫されており、名前が似ていることを知ってたが、処方箋を読み誤り、調剤してしまったため、引き出しの注意喚起のポップをつけて、取り間違えないようにしました。第一監査時、先発でなくGEであることに気がとられ、クリームイワキの部分に注目していて、一文字監査ができてなかった。 皆に周知してもらい一文字監査を徹底した。	ケトコナゾールクリーム2%「イワキ」	ラノコナゾールクリーム1%「イワキ」	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
711	粉砕処方にて、Lアスパラギン酸カルシウム錠をピッキングすべきところをLアスパラギン酸カリウム錠がピックされていた。報告者が粉砕しようと確認したところ間違いに気付き、訂正ののち粉砕。	1か月内に名称変更品を取り扱い始めたばかりであった。そのため、Lアスパラギン酸カリウムは「アスケート」という旧名称と思い込んだまま、新名称に変わったことを忘れて類似名薬品を誤ってピッキングしたものと考えられる。	名称変更したことを再度周知。かつ、カセッターにも注意喚起と貼った。	L－アスパラギン酸Ca錠200mg「サワイ」	L－アスパラギン酸K錠300mg「アメル」	確認を怠った				ヒューマンエラー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	一般名処方セフカペンピボキシル錠100mgが処方されていたところ、セフジトレンピボキシル錠100mg「トーワ」を調剤してそのまま投薬。投薬後に投薬した薬剤師が気が付き、正しい薬と変更。	通常頻繁に処方されているのはセフジトレンピボキシル錠の方だったため名称がよく似たセフカペンピボキシル錠の処方でも間違って渡してしまった。	薬剤情報提供書の写真の横に製剤を置いて見比べて説明することを徹底。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「トーワ」	セフジトレンピボキシル錠100mg「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
713	散剤の二種混合調剤時に、二つの薬を間違えて分包してしまった。調剤者が調剤薬のコードを紙に書き写すのを忘れていたことに気づき、調剤用記録用紙を確認した際に誤りに気づき、調剤をやり直した。	調剤時、包装が似た2剤を横に並べて調剤を行い、指さし確認をすること無く、薬剤を思い込んだまま間違えて調剤してしまった。	散薬分包時に限らず、必ず薬剤の指さし確認を行う。今回の過誤自体がコードの記入をマニュアル通り調剤時に行っていれば分包前に間違いに気づけたかもしれない。再度マニュアルの確認し、過誤の防止に努める。可能であれば、調剤記録をジャーナル管理出来る機器を導入する。	ケトチフェンシロップ用0.1% 0.8g カルボシステインシロップ用50% 0.5g	ケトチフェンシロップ用0.1% 0.5g カルボシステインシロップ用50% 0.8g	確認を怠った		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「薬剤取り違え」）

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	
714	調剤時、ビラノア錠20mgが処方されていたところ、調剤者は誤ってビビアント錠20mgを集薬していた。調剤者が入力確認を行い、再度薬剤の確認を行っていた際に、誤りに気づき、取り直した。	在庫の陳列上近くに存在する2剤で、名称の類似と同じく20mgという規格ということもあり、思い込みで集薬してしまったものとして考えられます。	再三、店舗内でも注意喚起しております内容ではありますが、必ず処方せんをもとにして薬剤を確認し、声出し、指さし確認を徹底致します。また、若い男性に処方が出ているにも関わらず、ビビアント錠の処方はおかしいと、処方せん全体をとらえることなく調剤を行っているのも、判断力の不足で有り、教育指導致します。	ビラノア錠20mg	ビビアント錠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
715	・FAXで処方箋が届き、処方箋には“[89]ツムラ治打撲一方エキス顆粒”と数字も併記してあったにも関わらず、調剤者Aがツムラ治打撲一方[89番](新規・在庫なし)のところ、前回処方されていて残り在庫のあったツムラ治頭瘡一方[59番]を思い込みで取り間違い。不足分を発注するように在庫担当者に伝え、空き箱を渡した。・在庫担当者Bも処方箋は見ていたが、そのまま空き箱を見て、思い込みで[59番]を発注。・届いた[59番]を、調剤者Cが日数をそろえて監査に回したところ、監査者Dが番号間違いに気付いた。・Krが来局される前に正しい[89番]の発注が間に合ったため、Krには遅滞なく正しい薬をお渡し出来た。	・医薬品の名称が似ていたため、「治」「一方」が一致していた既存在庫品と取り間違えた。・両方ツムラのピンク帯なので、薬情の薬品写真の違いも見落としていた。・処方箋ではなく空き箱を見て発注したため、そこでも間違いに気付けなかった。・処方箋ではなく、調剤カゴに入っていた残りの[59]と届いた[59]を見比べて相違ないと思い、箱を開けて監査に回してしまった。	・最後の文字まで一文字監査を徹底する・その都度、処方箋を確認しながら入力、調剤、発注、監査を行う・それぞれの残り在庫に、取り間違えないように注意喚起の付箋を貼った	ツムラ治打撲一方エキス顆粒（医療用）	ツムラ治頭瘡一方エキス顆粒（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
716	アゾルガ点眼液が処方あったがアイファガン点眼をピッキングして確認時に気が付いて患者には交付せずにすんだ	午前中の忙しい時間帯でもあり処方箋が手書きで見えずらく名前も少し似てるため間違えた	忙しい時間帯でも処方箋の確認はしっかりする	アゾルガ配合懸濁性点眼液	アイファガン点眼液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
717	一般名処方で、アモキシシリン細粒20%と記載のある処方せんを受け付け。処方せん内容をコンピュータに転記・入力する際に、10%と間違った。さらに、調剤する際も、コンピュータへの入力内容を参照しながら調剤したため、10%製剤で調剤してしまった。監査の際、成分・体重換算用量が、大きく逸脱していなかったので、そのまま投薬。投薬直後、処方せん入力情報を再度確認した際に20%製剤処方と気づき、薬局から帰路途中の患者を呼び止め、回収し、調剤しなおしたものを渡した。	アモキシシリン細粒製剤は、当薬局ではほとんど10%製剤処方を取り扱っているため、確認意識が不十分だった。アモキシシリン製剤は、成分名・商品名ともに末尾がシリン(ワイドシリン、サワシリン)なので、間違えやすい。〇処方せんの見間違い	アモキシシリン製剤の名称が似ているので、成分名・商品名ともに、要注意薬として、職員内で周知徹底する。体重−用量換算計算時も、より注意して確認する。	ワイドシリン細粒20%	パセトシン細粒10%	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	
718	2019年10月17日（木）13時頃、前日に耳鼻科に受診した患者（81歳女性）が処方箋を持って来局した。処方箋には「一般名ベポタスチンベジル酸塩錠10mg、2錠/分2朝夕食後、14日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からベポタスチンベジル酸塩錠10mgを調剤するところ、上の薬棚にあったベタヒスチンメシル酸塩錠6mg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、処方箋のベポタスチンベジル酸塩錠10mgではなく、ベタヒスチンメシル酸塩錠6mgが調剤されていることに気付き、調剤した薬剤師Aに間違えを伝えた。薬剤師Aはベポタスチンベジル酸塩錠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。	ベ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6mgは、棚の位置が近く、名称とヒートの色やデザインも似ていたため間違えた。また、患者が急いでいたため、焦りがあった。	ベポタスチンベジル酸塩錠10mgとベタヒスチンメシル酸塩錠6mgの棚の位置を離した。また、ベタヒスチンメシル酸塩錠6mgのメーカーを変更しヒートのデザインが違うものにした。棚にも取り違え防止のシールを貼り注喚起をした。	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「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
719	名称が類似していることで、ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏とベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏を取り違えてしまった。	最近アンフラベートからベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏に名称変更されたため、リンデロンのGEとの薬剤名の違いが把握できていなかった。デルモベートのGEも名称されているため、注意が必要。	軟膏剤のエステル基タイプまでしっかり処方箋を確認する。	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏	確認を怠った				ヒューマンエラー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	11/11、今月末に当局の棚卸業務が控えており、全採用薬の在庫数の確認を行っていた。そこでイミダプリル塩酸塩錠2.5mg日医工の数が30錠多く、またエナラプリルマレイン酸塩錠2.5mgトーワの数が30錠少ないことが判明した。すぐに処方されている患者を検索し、電話にて薬剤の確認を行ったところ、一名該当した。その際すでに9日ほど内服しており、体調の確認を行い、特に異常はないとのことでした。すぐに正しいイミダプリル塩酸塩錠2.5mg日医工をお届けし、その後体調変わりないか注意し、変わったことがあれば連絡するようお伝えしました。	調剤当日、他の薬剤（ランソプラゾールOD錠15mg）がメーカー変更切り替え（テバから武田テバ）のため、その説明を代理女性へ説明した。その後自宅にもどり代理女性が本人にその旨説明したが、イミダプリルも包装が変更したと思い込み、そのまま内服してしまった。	今回調剤過誤、患者の思い込みなど、いろんな要因が重なり、起こってしまった。まずは他剤を調剤し、患者（代理）にしっかりと確認せずお渡ししてしまったことが一番の要因と思われる。薬剤の名称末尾がよく似ており、間違えるリスクがかなり高いため、調剤棚をあえて隣同士にし、引き出す際に一緒にでてくるよう工夫し、どちらか確認するよう付箋もつけた。	イミダプリル塩酸塩錠2．5mg「日医工」	エナラプリルマレイン酸塩錠2．5mg「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
721	プレドニゾロン錠「タケダ」5mgが処方されていたのに、プレドニン錠を渡してしまった。薬歴記載時に気づき、患者様に連絡し、取り替えました。	薬品名が似ているので、間違えないように、隣同士に配置しているのに、多忙時に慌てていた為、間違えてピッキングし、そのまま渡してしまった。	多忙時でも慌てない。手が空いている人に声をかけ、鑑査してもらう。	プレドニゾロン錠「タケダ」5mg	プレドニン錠5mg	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	
722	調剤者が処方薬ノボラピッド注フレックスタッチのところ、ノボラピッド注フレックスペンで調剤を行い、別の薬剤師が鑑査を行ったところ違いが発覚した。	処方薬の確認不足名前の類似	処方薬の確認の徹底類似薬が有ることの周知	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	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
723	ジェネリック希望。いつもと同じご家族。処方内容変更なし。数時間後、ご家族から電話があり、調剤ミスが発覚した。 薬の名前＆外観が違うと、ヘルパーさんが混乱するので、いつも通りの薬を調剤して欲しいということで後日再来局。健康被害は無かった。	ピッキングは調剤経験の少ない薬剤師であった（ジェネリックの声かけはした）。薬情と照らし合わせながら、説明したが、シートが類似しており、見落としてしまった。	最終的責任は投薬にあると思っているが、今回のミスをスタッフ全員で共有し、1人1人が責任をもって行動していくよう話し合った。	グリクラジド錠20mg「トーワ」	グリミクロンHA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
724	「一般名」ヘパリン類似物質外用スプレー0．3%を当薬局繁用製剤である「泡スプレー」にて調剤。患者母親よりいつもと形が違うとの指摘あり。同一一般名の「スプレー」であることが判明。念のため処方医に疑義照会し「泡」ではなく「スプレー」を確認。患者がいつも使用しているスプレータイプを交付。	一般名から剤型の異なる2種交付可能である薬剤があるため、念のため、医師・患者へ調剤前に確認することが必要。再来の場合も念のためどちらが希望か確認することが大切	同一一般名剤型2種薬の存在の再確認と再来であっても調剤前に確認が必須	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
725	ソルミラン顆粒状CAP600mg処方せん記載でそのまま調剤を希望されれていたところ、他社銘柄のイコサペント酸エチル粒状CAP600mg「サワイ」で誤って調剤。	・ソルミラン顆粒状CAP600mgの処方記載をイコサペント酸エチル粒状CAP600mg「サワイ」で調剤している人がたくさんいた・ソルミラン顆粒状CAP600mgとイコサペント酸エチル粒状CAP600mg「サワイ」の保管場所が上下で隣り合っていた・ソルミラン顆粒状CAP600mgとイコサペント酸エチル粒状CAP600mg「サワイ」の見た目が似ていた・薬剤師が監査、交付時に確認がもれた・処方箋のレセコン、電子薬歴の入力は正しくされており、服薬指導時にその情報を確認しなかった	・後発品の採用品目をしぼる・置き場所を保管する・監査、交付時の手順の順守	ソルミラン顆粒状カプセル600mg	イコサペント酸エチル粒状カプセル600mg「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
726	ツムラ39番を、間違ってピッキングされていた18番をそのままお渡ししていた。患者から連絡があり、取り換えに伺った。患者はずっと飲んでいる薬だったのですぐ気が付いた。服用はなかった。	漢字がよく似た字のの漢方薬だったが、薬の袋に印刷された外観は異なる。まったく注意散漫というしかない。		ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒（医療用）	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
727	虫刺されにてレスタミンコーワクリームが処方されたが、誤って強力レスタミンコーワ軟膏を交付した。後日在庫のずれにより気づき患者に連絡交換した。	当薬局の在庫に強力レスタミンコーワ軟膏があり、レスタミンコーワクリームは取り寄せる必要があった。	処方箋確認不足によるもので、類似した名前のものがあることを把握して調剤を行う必要がある。	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	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	
728	アルメタ軟膏　5g処方のところ、フルメタ軟膏　5gにて調剤。最終鑑査を通過し、投薬直前に発覚。投薬前に交換し、過誤に至らず。	○処方箋の見間違い繁忙時間であり、名称類似、g単位同じのため、見誤ったものと思われる。	処方箋読み上げ、ピッキング、籠へ入れる際の計3度確認するようにした。	アルメタ軟膏	フルメタ軟膏	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
729	ビムパット錠50mgが処方されたが、ビプレッソ徐放錠50mgでピッキングした。	単純なミス	似た名前の薬品に注意する。	ビムパット錠50mg	ビプレッソ徐放錠50mg	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
730	GE希望の方に先発品を調剤。監査で間違いに気づき、GEをお渡し。	ヒートの酷似。思い込み。	調剤時に注意をする。	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「CH」	ロキソニン錠60mg		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
731	アストミン10mg　6T　毎食後で処方されていたが、ピッキングの際にアストマリ15mg　6Tで取り揃えてしまう。監査時間違いに気づき事なきを得る。	アストミン10mg、アストマリ15mgと名称、薬効ともに類似しており、確認ミスがあったと思われる。○単純なミス	規格までしっかり確認することを徹底した。	アストミン錠10mg	アストマリ錠15mg	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
732	エスタゾラムが処方されていたにもかかわらず、エチゾラムを投薬しようとしてしまった	調剤にかかわった者の監査不十分でした。	これ以降、類似名などの処方歴のある者には、薬歴やレセコンシステムにおいて、処方せんの見間違いを防ぐため薬品名類似品あり注意の旨のポップアップがでるように改善しました。	エスタゾラム錠1mg「アメル」	エチゾラム錠1mg「トーワ」	確認を怠った	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
733	【一般名処方】「トリアムシノロンアセトニド軟膏0.1%」→「レダコート軟膏0.1%」と判断したが、実際に処方された薬剤は「ケナログ口腔用軟膏0.1%」または、「オルテクサー口腔用軟膏0.1%」だった。正しい一般名としては「トリアムシノロンアセトニド口腔用軟膏0.1%」となるべき事例。（処方ミス）服薬指導時の、患者さん情報をきっかけに疑義照会に至り、処方薬確認し、適切に調剤する。	普段、あまり処方箋を受付けない遠方の耳鼻咽喉科の処方箋であったこと。患者さんがクリニック従業員より『在庫してない薬局があるかもしれない…』と声掛けしてもらっていたこと。当時『ケナログ口腔用軟膏0.1%』は販売中止となり、在庫がなければ『オルテクサー口腔用軟膏0.1%』となるロの中に塗る珍しい軟膏と言う患者さんの『想像』と『レダコート軟膏』は滅多に調剤しない軟膏でを調べると、「扁平苔癬」の様に口腔内に使用することもあり。一般名が似ている『レダコート軟膏0.1%』と『ケナログ口腔用軟膏0.1%』の取り違えが疑われ問い合わせることになる。（今回、該当の耳鼻咽喉科の門前薬局に確認すると、同様なケースが複数回あったそうです）	普段あまりおおく受け付けない医療機関の一般名処方の場合、より一層の処方内容確認と、患者さんから症状に関して伺う必要がある。	ケナログ口腔用軟膏0．1%	レダコート軟膏0．1%			コンピュータシステム医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
734	JANコード使用の監査システムを入れているが、粉薬秤量の際、印刷された用紙を監査時点で廃棄するまで薬と一緒にしている。この回はあらかじめ粉のみ先に作成していて、塩化ナトリウムと重質酸化マグネシウムが作成予定で棚の上にあった。調剤時に間違えに気付かず、監査時も重さのみを監査してミスに気づかず、患者（施設入所）に渡ってしまい、看護師が薬をセットして服用、少し便がいつもより緩いことで粉をよく見たら、塩化ナトリウムのところ重質酸化マグネシウムに似ていたことで発見、連絡をいただいて至急再作成、カマの分包品は即中止と出来た。	長く当薬局で調剤を担当している患者で処方も大きく変化無い方、慣れからの監査不足。	監査の人数が少ないがダブル監査以上とし、粉の形状まで監査必要。印刷した監査用の用紙は必要時保管の徹底。	塩化ナトリウム「オーツカ」	重質酸化マグネシウム「ホエイ」	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
735	ブロナック点眼液0．1%をお渡しするところ、入力間違いでクラビット1．5%点眼と入力し間違った薬をお渡ししてしまった。使用後健康被害は無し。	前回DOがありそのまま入力してしまった。鑑査でブロナック、クラビットが響きと字体が似ており、そのまま入力してしまった。	処方せんを受ける時にクラビット0．5%、1．5%には指さし確認をしてワンクッション入れる事にした。	ブロナック点眼液	クラビット点眼液1．5%	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
736	アンブロキソール塩酸塩錠のピッキング中トリアゾラム錠が棚に混入しているのを確認	前回トリアゾラムを使用後棚に返却時 シートの色・形が似ているので勘違いしてアンブロキソール塩酸塩錠の棚に収納	収納時の再確認	アンブロキソール塩酸塩錠15mg	トリアゾラム錠0．25mg	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
737	ピッキングの間違い加味逍遥散の処方⇒加味帰脾湯をピッキング投薬前にミスを発見。誤投与に至らずに済む。	確認を怠った。注意力散漫。加味の部分のみ読み取りピッキング作業を始めた。	類似の成分名称を含む漢方薬を列挙し再確認を実施する。ダブルチェックしなかったことも要因。作業手順を守り確実にダブルチェックを実行する。	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）	確認を怠った 連携ができていなかった		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
738	【正】ミコンビ配合錠APを交付する。【誤】ミカムロ配合錠APを交付してしまった。	処方入力	一文字鑑査を徹底致します。類似名薬品が存在する薬品マスタの先頭に注意喚起のコメントを入れました。全員が責任をもって確認できるように局内ミーティングにてマニュアルを再確認する。	ミコンビ配合錠AP	ミカムロ配合錠AP	確認を怠った	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

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

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	
739	一般名）ロラタジン錠10mg　1錠　朝食後8日分：クラリチン錠10mg8錠お渡しするところ、タリオン錠10mg8錠で誤って交付。	調剤者、鑑査者が1名ずついる状況下で調剤者が規格「10mg」が同一である点、薬剤の外見や効能効果が類似していた点により、注意不足があり取り違えが生じた。補助機械が錠剤のバーコードを読み取りを行い、薬剤の正誤判定するが、今回はタリオン錠10mg1シートのうちバーコードの記載がない8錠であったため、機械による正誤判定防止機能が働かなかった。本来であれば鑑査者が間違いに気づき、訂正すべきところ、同様の注意不足が生じ、タリオン10mgをクラリチン10mgと思い込み、薬袋に入れ、そのまま投薬してしまった。	調剤者、鑑査者ともに、いかなる状況下でも誤りがないように、今一度、確認の徹底を行う。特に鑑査者は処方箋と薬剤の確認後、薬袋の薬品名と実物が合っているか確認する。また投薬者の確認も工程に追加して3名体制での確認を徹底する。錠剤にバーコード記載がなく、補助機械の防止機能が使用できない場合は、もう一度薬剤師の目で確認し、確認したことが分かるように薬局用の記録用紙に押印。	クラリチン錠10mg	タリオン錠10mg	確認を怠った	その他	その他	ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
740	ツムラ14半夏瀉心湯84包の処方のところを、ツムラ24加味逍遥散が42包混ざってしまった。	ツムラ14の保管場所にツムラ24が入っていた。双方とも黄色の包装で外観がとても良く似ていた。双方が混ざった状態で調剤してしまい、監査、投薬すべて通ってしまった。	引き出し、棚の整理整頓を常に心がけ正しい薬が定位置にあることを全員が注意する。調剤の際、出来るだけ箱のまま出す。	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（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	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
741	近隣の耳鼻科よりセフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」が処方されたが、セフカペンピボキシル錠100mg「サワイ」を間違えて調剤してしまった。	どちらも近隣の眼科・耳鼻科から頻繁に調剤される医薬品のため、取りやすい棚に並べていた。	類似名称の医薬品は「間違い注意！」のシールを作り、目立つところに張るようにした。	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	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
742	オルメサルタンOD40mg処方のところ、テルミサルタンOD40mgでピッキング。監査時に発見し、調剤しなおしました。	名前が似ていて、同じ規格があったので、ピッキング間違えてしまいました。〇単純なミス	ジェネリック名処方の場合には特に似ている名前が多いので十分注意する。	オルメサルタンOD錠40mg「日医工」	テルミサルタン錠40mg「FFP」	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
743	忙しい時間帯に薬剤が調剤し、本来なら別の薬剤師が監査をしてから投薬するところをその薬剤師が投薬中だった為、事務員に監査をしてもらい投薬したところ、間違っていた。カウンターで気づいた。	患者自体がいつもお急ぎで帰られる為早く渡さないといけないとあせっていた。確認が十分でなかった。	どんなに急いでいても、調剤、監査、投薬の際の3回で確認するよう意識する。似ている薬はスタッフに周知してもらうようにマークをつける。	スルピリド錠50mg（TYK）	スピロノラクトン錠25mg「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
744	一般名処方「ブリンゾラミド点眼液」を入力時名前の似ている「ブリモニジン酒石酸塩点眼液」で誤って入力。監査者が間違えに気付かずアイファガン点眼液（ブリモニジン酒石酸塩点眼液）でお渡ししてしまった。次の日に病院受診した際に処方医より指摘を受けて点眼液が間違っていることが発覚した。	入力時QRコードで入力するべき所手入力をし誤った点眼薬で処方入力してしまった。その入力を監査時に気付けず投薬してしまった。	入力者は入力サポートQRコードを使って入力する。監査者は入力が間違っている可能性を念頭に置いて先入観を持たずに監査する。	ブリンゾラミド懸濁性点眼液1%「センジュ」	アイファガン点眼液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

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

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	
745	【一般名】ヘパリン類似物質クリームで処方の所をヘパリン類似物質油性クリームで調剤。	薬局で出ているのがヘパリン類似物質クリームだけだったので思い込みで調剤してしまった。	ヘパリン類似物質クリームとヘパリン類似物質油性クリームがあることを把握しておく。	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」		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
746	ツムラ当帰芍薬散が処方されていたのに芍薬甘草湯を交付しそうになった。交付時点で患者に色が違うと言われ、薬剤師が薬の間違いに気づいた。	芍薬甘草湯の方が頻度が高く処方されるので、処方箋を見たときに調剤者が芍薬甘草湯だと思い込んだ。〇処方せんの見間違い	漢方は似た名前が多く間違いやすいことを薬局内で認識する。処方箋と漢方の名前があっているかしっかりチェックする。監査時に薬剤情報提供書の写真を見て、漢方の番号があっているかをチェックする。	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	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
747	一般名処方の処方箋。リンデロンVG軟膏の処方、ベタメタゾン吉草酸エステルの記載だったが、リンデロンDPで入力、調剤してしまった。ベタメタゾンジプロピオン酸エステルを間違えて選択してしまった。鑑査者が気が付き、入力及び調剤をやり直した。	ベタメタゾンで始まる名称であるため、気を付けなければならなかったが、注意を怠った。	外用薬は、特に、類似の名称品が多いため、1文字ずつよく見て入力する。	リンデロンーVG軟膏0．12%	リンデロンーDP軟膏	確認を怠った 判断を誤った	知識が不足していた	コンピュータシステム 医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
748	処方箋には【般】メトホルミン塩酸塩錠250mg：GLと記載されていた。ところ、【般】メトホルミン塩酸塩錠250mg：MTの一般名であるメトホルミン塩酸塩錠250mgMT「ニプロ」を調剤してしまった。	〇処方せんの見間違い薬剤師として経験が未熟で、GLとMTの種類があること、違い、意味について勉強不足だった。	一般名が似ている薬品についてリストアップし、注意喚起する。	グリコラン錠250mg	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「ニプロ」	確認を怠った	知識が不足していた 技術・手技が未熟だった 勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラー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	一般名 エチゾラム錠1mg 2T分2 の処方箋を、調剤担当者が一般名 エスタゾラム錠1mgと見間違え、ユーロジン錠1mgを調剤した。監査担当薬剤師が間違いに気づき、調剤担当者に報告して訂正、再監査を行った。患者様へお渡しする前に訂正した。	一般名が似ていて、規格も同じものは、見間違えしやすい。夕方の繁忙時で、調剤担当者焦りがあって注意が散漫になっていたかもしれない。	処方箋の読み取りを最後の文字までしっかり読む事で防げるので、焦らずしっかり確認を行うように徹底する。	エチゾラム錠1mg「トーワ」	ユーロジン1mg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
750	本来、ジルチアゼム塩酸塩徐放カプセル100mgが処方された患者に対し、誤ってベザフィブラートSR200mgをお渡しした。	棚も離れており、薬効や剤形も全く異なるこれらの薬剤だが、シートの配色が似ている。薬剤師の先入観により、お渡ししたものと考えられる。後日、患者本人が気づき、交換に来局された。	薬剤師によるダブルチェックが甘かった。患者が多い時間帯で、確認に急りがあったと思われる。それぞれの棚に、今後誤りのないよう、「注意」の札をつけて、再発防止につとめた。	ジルチアゼム塩酸塩Rカプセル100mg「サワイ」	ベザフィブラートSR錠100mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
751	トリクロルメチアジド錠2mg「トーワ」をピッキングしようとして、誤って2つ隣のボグリボースOD錠0．2mg「トーワ」を取り出してしまった。その時点で気づいた為、投薬には至らず。以前にも同じミスをしそうになったことを思い出し、対策を講じることに。	箱の外装が、白地にピンク系統で似ていたため。	ボグリボースOD錠0．2mg「トーワ」の場所を別の棚に移動し、他の職員にも注意喚起を行った。	トリクロルメチアジド錠2mg「トーワ」	ボグリボースOD錠0．2mg「トーワ」	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
752	パントシン錠100mgの処方記載があったが、患者はけがで受診しており、処方医に疑義紹介してパセトシン錠250mgの誤りである旨が判明した。	患者の疾患背景と処方内容はしっかりと確認する。	類似名称の薬品に注意喚起シールを貼付した。	パントシン錠１００	パセトシン錠２５０	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
753	クラシエ小青竜湯エキス錠　18錠30日分で540錠渡すところ、クラシエ小柴胡湯エキス錠を36錠とクラシエ小青竜湯エキス錠504錠を混ぜて渡してしまった。患者さまに渡した後に小柴胡湯の空箱があるのに気付き患者様に連絡して差し替えた。	クラシエ小青竜湯エキス錠とクラシエ小柴胡湯エキス錠の箱の外装の類似・在庫場所が隣同士になっていたため、混ぜて調剤してしまった。注意力散漫監査システムは、最初にクラシエ小青竜湯エキス錠の箱で通していたので、そのまま気付かず投薬してしまった。	クラシエ小青竜湯エキス錠とクラシエ小柴胡湯エキス錠の在庫場所を離すようにする。漢方薬の調剤をするときには、番号もしっかり確認する。	クラシエ小青竜湯エキス錠	クラシエ小柴胡湯エキス錠	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
754	酸化マグネシウム1g分包品を調剤するべきところ、リン酸コデイン散「メタル」1g分包品をピッキング。当事者が分包品の色、大きさ、1g包だということで、思い込みでピッキングし、バスの時刻がありかなり急いでおられる方で、そのまま投薬し、渡してしまった。「1包1gですね」と患者様と確認しておきながらも、それが間違った薬剤との認識はなかった。患者本人が帰宅後に名前が違うことに気付き、すぐに電話をくれたため、服用前だった。当事者もすぐに交換に訪問した。	一気に患者数が増え、その割に調剤、投薬者が少なく、時間に追われていたときに冷静な判断を失い、思い込みをしてしまった。また、通常は鑑査者を間にたてていて（当事者だったわけだが）他の薬剤師が投薬するところだが、バスで急いでいたためそのまま投薬した。当事者の慢心もミスを招いた要因。	どのような状況下でも第三者の鑑査を通すことを徹底する。今回の薬剤は全く別の引き出しで区別はできているが、他の似通ったデザインの薬剤も棚の位置を大きくずらすなども再度見直す。	酸化マグネシウム「NP」原末1.0g	リン酸コデイン散1%「メタル」1.0g	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
755	トラムセットで処方のところ、名称と外観が似ている後発品のトアラセットを調剤してしまった。	先発品と後発品の名称が類似していることと、外観も酷似していることが要因ではあるが、先発品記載の処方を後発品に変更することを常に行っているため、思い込みみの要素も存在したと思われる。	薬棚の位置を離して、単純ミスによる取り違えを防ぐように物理的な対策を行った。	トラムセット配合錠	トアラセット配合錠「サワイ」	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

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

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	
756	フルイトラン錠1mgが処方されていたが、フルニトラゼパム錠1mg「アメル」を誤って調剤し、また鑑査も通り抜け、患者様にお渡ししてしまった。投薬後、すぐに間違いに気づき、患者様宅へ連絡し、薬を取り替えに訪問し、お詫びした。渡してすぐであったので、誤った薬は服用されていなかった。	忙しい状況の中で、処方せんの見間違いをした。名前、規格、ヒートの色が似ている。	過去にも同じ薬の取り違いがあったので、置き場所も、棚と引き出し、という風に離して置いているが、また間違ってしまった。更に注意を払って調剤・鑑査に努める。	フルイトラン錠1mg	フルニトラゼパム錠1mg「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
757	ロキソニンテープ100mgを処方するところ、間違えてロキソプロフェンNaテープ100mg「EE」を処方してしまった。	患者さんが多く、処方箋に（般）ロキソプロフェンナトリウムテープ100mgと記載されていて調剤及び監査も一般名につられジェネリックを処方してしまった。外観も似ていたので患者さんも気付かなかったようです。〇注意力散漫〇処方せんの見間違い	一般名処方が増えてきて先発後発やメーカー違いなどが多々存在するようになてきているのを今一度再認識し、処方入力時に印やメーカー名を記入するなど調剤者が認識しやすいようにする。また薬歴に色を付けるなど監査が容易に気づき様な工夫をする。	ロキソニンテープ100mg	ロキソプロフェンNaテープ100mg「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
758	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で入力し、それに気づかずクロベタゾールプロピオン酸軟膏で調剤し投薬した。 薬局で気づき、患者さまに連絡を取り、取り換えた。未使用。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏の使用歴があり、名前が酷似していたためと考えられる。	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、取り違えないように、2人で指差し確認するようになりました。	キンダベート軟膏0．05%	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0．05%「MYK」	確認を怠った 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
759	ツムラ排膿散及湯を42包お渡しするところ、ツムラ排膿散及湯21包とツムラ猪苓湯合四物湯21包でお渡し。	当該医薬品について・ツムラ112番と122番であり、番号が類似している。・箱の色が同じ。・隣同士に置いてあった。	置く場所を遠ざけた。	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
760	（正）ツムラ苓姜朮甘湯　（誤）ツムラ苓桂朮甘湯　でお渡し　服用前にTELにて発覚　正しいものと交換	名称が似ているため思い込みによる誤り	名称が似ている漢方薬に対する注意喚起　入力時にツムラの番号も一緒に記載されるように改善した	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）			医薬品		ヒューマンエラー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	【正】セフカペンピボキシル錠100mg 【誤】セフジトレンピボキシル錠100mg	入力時に医薬品の選択ミス	レセコンで表示される医薬品名の前に名称が似ている医薬品には「名称注意」など注意書きを入れて注意を引きやすくする対策を実行します。初期監査や最終鑑査の際の手技の再確認し、医薬品名や規格、数量などチェック項目の漏れが無いよう周知、共有します。2次元バーコード読み取り機はその日中に修復致しました。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠75mg「日医工」	セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった	施設・設備 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	
762	アスベリン錠10mgをお渡しすべきところを誤ってアストミン錠10mgで調剤し、そのまま気づかずに交付した。	あたま2文字と末字が同じで、文字数も似ている。そのために調剤ミスを起こしやすい薬剤のひつとと思われる。	処方入力の時点ですでに間違えており、あたま3文字での入力を再度徹底させる。薬名類似でも間違えやすい品目である事を職員間で再認識させる。	アスベリン錠10	アストミン錠10mg	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
763	注射剤の間違い　箱の色がよく似ていた為思い込んでしまった	患者様の出入りが多い時におこりました。いつもはインスリンの数量を出入りの時に記帳するのですが後回しにしてしまい後で気づきました	注射が出た時は必ず2人以上の薬剤師で監査してノートに数確認した旨記入する事	ノボリンN注フレックスペン	レベミル注フレックスペン	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
764	薬剤名称が似ていた	外来調剤が忙しく確認をしっかりと行えていなかった		ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒（医療用）	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	確認を怠った	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
765	2019年11月13日（水）12時半頃、内科を受診した患者（69歳男性）が処方せんを持って来局した。処方せんには「一般名ニセルゴリン錠5mg、2錠/分2、朝夕食後、35日分」と記載されていた。 薬剤師は調剤する際、薬棚からニセルゴリン5mgを調剤するところ、隣の棚にあったニコランジル錠5mgを調剤。監査時に気付かず、投薬し、お渡ししてしまった。 11月25日（月）になり、患者本人が、翌日から服用するために確認したところ、薬情とは異なる名称の薬が入っていることに気付き、調剤過誤が発覚。	ニセルゴリン錠5mgとニコランジル錠5mgは隣の棚にあり、名称が似ていて、mg数も同じだったために間違えた。	ニセルゴリン錠5mgとニコランジル錠5mgの棚を離した。投薬前に、再度監査を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、間違え防止の注意喚起をした。	ニセルゴリン錠5mg「NP」	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
766	ノボラピッド注フレックスペンの処方に対し、ノボラピッド注フレックスタッチにて調剤、交付してしまった。	ノボラピッド注フレックスペンの処方に対し、ノボラピッド注フレックスタッチにて調剤、交付してしまった。翌日、患者本人がいつもの薬と違う、と当該薬を持って来局。交付間違いを謝罪するとともに、正しい薬を交付した。投薬、交付時の単純な確認ミスである。〇作業手順の不履行〇単純なミス〇注意力散漫	インスリン製剤の注射は、名称も外観も類似しているものが多く、確認が重要である。特に今回のケースにおいては名称が非常に類似している上に、外観もほぼ同じ、色も全く同じであるため、処方箋と医薬品の確認には細心の注意を払う必要がある。	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	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
767	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「日医工」が処方されていたが、メトグルコ錠250mgと取り間違えた。投薬時に気づき、正しく交付した。	名称類似による思いこみ。	ストッカーの配列を工夫、注意喚起のシール（付箋）をつける等行う。	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「日医工」	メトグルコ錠250mg	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	
768	スピオルトレスピマット60吸入とスピリーバレスピマット60吸入の初めの文字だけを確認してしまい、薬剤等も確認したが色味等も似ていた為気付かなかった。患者様にお渡ししてから1ヶ月ほど経過していた為10日分吸入してしまった。患者様に謝罪し、正しい薬とお取替えさせて頂いた。症状等をお伺いした所、特に変わった様子はなかった。	最初の文字のみの確認に加え薬剤等の色味が似ていた為、正しいものと思い込んでしまった事が要因。〇単純なミス〇注意力散漫	似ている薬品の名称の確認をしっかり行い、間違えやすい薬品の知識を身に着ける。監査時には必ず名称を一文字ずつ確認する事。	スピオルトレスピマット60吸入	スピリーバ1．25μgレスピマット60吸入	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
769	処方箋には一般名処方でベタヒスチンメシル酸塩錠6mgと記載されていた。忙しかったこともあり一般名ベポタスチンベシル酸塩錠10mgと見間違えてピッキングを行った。前回の処方と薬剤が違っていることに気づき確認して正しい薬を取り直した。	ピッキングの前に前回処方と照らし合わせて確認する作業を怠った為間違えを生じた	急いでいる時こそ作業手順を守って行うことが大事ベタヒスチンメシル酸塩錠6mgとベポタスチンベシル酸塩錠10mgという名前がよく似た薬が横並びになっているので場所を少し話したほうがいい。	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「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
770	ブランルカストカプセル（一般名）で処方され先発品希望のところ後発品でお渡ししてしまった。	繫忙期で一般名処方のため同じ名前の後発品のまま検薬もスルーしてしまい薬袋に載っている写真と類似しているため投薬時にも気づかずお渡ししてしまった。	監査の時に裏打ちも必ず確認して先発か後発か確認する。投薬時患者様にもしっかり見せて一緒に確認する。	オノンカプセル112．5mg	プランルカストカプセル112．5mg「タイヨー」	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	その他	ヒューマンエラー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	（一般名処方）デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏0.1%に対してメサデルム軟膏0.1%でお渡ししないといけないところ、（一般名処方）デキサメタゾン口腔用軟膏0.1%であるデキサルチン口腔用軟膏1mg/gでお渡ししてしまった。投薬後の処方箋と入力の照らし合わせで間違いが発覚した。投薬時にはできものを取ってもらったと聞いており、口内炎に塗るものと思い込んでいたため指導箋を用いて口腔内に塗るよう説明していたが、症状があるのは肘で、肘に1度使用されていた。患者連絡後すぐ水で洗い流された。その後患者宅へうかがいデキサルチン口腔用軟膏を回収し、メサデルム軟膏0.1%をお渡しした。	患者を長時間待たせてしまってるという焦りと、一般名処方に対する思い込みがあった。	外用薬の部位について今後しっかり確認を行うことと、一般名について類似商品があるかもとつねに意識をして、見慣れない一般名処方が出た場合は薬価辞典等を見て確認の徹底を行う。	メサデルム軟膏0．1％	デキサルチン口腔用軟膏1mg／g	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
772	ノイロトロピン錠と処方箋に記載。だが調剤はノイロビタン錠で行われた。監査時に間違いに気づき直ちに処方通りの薬剤へ変更し交付。	棚の位置が近い薬剤名が類似週末金曜の為、混雑	棚の位置を離した業務手順に従いピッキング補助機械を適切に使用するようにした監査に渡す前に再確認を徹底した	ノイロトロピン錠4単位	ノイロビタン錠	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「薬剤取り違え」）

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	
773	一般名で記載されたカンデサルタン錠4mgと名称、規格が類似しているカルデナリン錠4mgを取り違え。ダブル監査により発覚。患者さんに交付する前に防げた。	単純なミス。名称が似ている薬の棚には大きく「名称類似品注意！」と記載する。ダブル監査の徹底。	名称が似ている薬の棚には大きく「名称類似品注意！」と記載。薬品棚の位置を離す	カンデサルタン錠4mg「明治」	カルデナリン錠4mg	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
774	スピオルトレスピマット60吸入とスピリーバレスピマット60吸入の最初の文字だけを確認してしまい、薬剤等も確認したが色味等も似ていた為気付かなかった。患者様にお渡ししてから1ヶ月ほど経過していた為10日分吸入してしまった。患者様に謝罪し、正しい薬とお取替えさせて頂いた。症状等をお伺いした所、特に変わった様子はなかった。	最初の文字のみの確認に加え薬剤等の色味が似ていた為、正しいものと思い込んでしまった事が要因。〇単純なミス〇注意力散漫	似ている薬品の名称の確認をしっかり行い、間違えやすい薬品の知識を身に着ける。監査時には必ず名称を一文字ずつ確認する事。	スピオルトレスピマット60吸入	スピリーバ1．25μgレスピマット60吸入	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
775	一般名と製品名が似ており、誤った医薬品を調剤した。監査時に誤っていることを発見し、正しい医薬品を調剤し交付した。	忙しいときに似ている医薬品名の医薬品調剤時に、誤った調剤をしてしまった。	必ず調剤時には医薬品名を読み上げて調剤を行う。	アムロジンOD錠2．5mg	アムロジピンOD錠2．5mg「NP」	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
776	レンドルミン錠の処方なのにレンドルミンD錠を投与してしまった。	薬品の箱、シートの色がかなり似ているためレンドルミンD錠をレンドルミン錠と思いこんで渡してしまった。	箱から出す時に気づくようレンドルミンD錠の箱にマジックで〇印を付けるようにした。	レンドルミン錠0．25mg	レンドルミンD錠0．25mg	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
777	【般】d－クロルフェニラミンマレイン酸塩錠2mgの処方にベタセレミン配合錠で調剤。鑑査者が、ベタセレミン配合錠は、【般】ベタメタゾン・d-クロルフェニラミンマレイン酸塩配合剤であるため、ポララミン錠2mgで調剤しなおした。	当薬局では、ベタセレミン配合錠の処方が、多かったため、一般名のクロルフェニラミンを見て、ベタメタゾン・dクロルフェニラミンと間違えて後発品のベタセレミン配合錠で、調剤をしてしまった。	一般名処方の時は、似た名称が多いので、必ず最後まで確認して、調剤・鑑査をするように徹底する。また、監査システムを利用する。	ポララミン錠2mg	ベタセレミン配合錠	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
778	ウラリット配合散が一般名で処方されたのだっが、受付の段階でクエン酸第一鉄ナトリウム50mgと間違ってレセコンに入力してしまったため、お薬説明書や薬袋などもすべて間違ってしまった。薬剤を取りそろえるときも、気が付かずそのまま取り揃えてしまった。監査したものも、手順通りではなく、お薬の説明や薬袋の情報に引きずられてしまった。投薬時にも渡した薬剤師が気が付かず渡してしまった。	一般名処方の場合、レセコンで薬剤を検索するときに似たような薬剤名が多く、間違って選択してしまうと重大なミスを犯してしまう。レセコンを入力する事務職員が薬剤師に調剤する薬剤を確認しないで選択してしまった。次回受診日に処方医がお薬ノートを診て確認の電話があり、間違いに気が付いた。	一般名処方の場合、薬剤師により調剤する薬剤を決定して、確認の上、薬剤を選択してレセコンに入力するようにしているのだが、今回は選択の時点で勘違いを起こして、間違った薬剤を選択してしまい、そのまま投薬してしまった。一般名処方時には似たような薬剤が沢山あるので、慎重に薬剤を選択して、監査をいつも以上に気を配って、きちんと行うようにした。	一般名クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム	クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」	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「薬剤取り違え」）

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	
779	代表的な類似名称であった為、間違った薬を調剤し監査システムでエラーが出ているにも関わらず、画像を登録して無理に監査を通しおのまま患者に交付してしまった。	監査システムに頼り過ぎた為、本来の処方箋をきちんと見る行為を怠っていたため処方せんの見間違いを引き起こした。	処方箋をもって最終監査をし監査システムを補助的に利用すべき	ニセルゴリン錠5mg「トーワ」	ニコランジル錠5mg「トーワ」	確認を怠った		コンピュータシステム医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
780	一般名処方でラニチジン錠75mgの処方。先発希望の患者様でピッキングされていたのはアシノン錠75mg。	一般名がラニチジンとニザチジンと似ており、規格も同一の75mgなのでピッキングミスに至った。	一般名類似薬がありとわかるように薬品保存場所にシールを貼り、注意喚起をした。	ザンタック錠75	アシノン錠75mg	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	ツムラ柴苓湯と処方のあるところを、ツムラ柴朴湯を取り違え、別の監査薬剤師もそのまま、みすごし、投薬カウンターにて、服薬指導を行う。患者に説明をおこなっている際に、患者の主訴などからみて、手元にある薬剤が誤っていることに気づき、その場で、調剤室に戻り、処方通りのツムラ柴苓湯を患者に交付するに至る。	来局者が多い時間帯であったために、急いでピッキングを行ってしまったのが、主たる原因と考えられる。監査を行った薬剤師の過誤の原因は、思い込みによる見落としが原因と考えられる。ツムラ漢方の場合、ヒートに記載された色によって識別することも可能であるため、それらを知識に含め、慎重に調剤を行い、監査の上、投薬するべきと思われる。	本事案を薬局内の薬剤師に周知を行う。また、同様に、似たような名称の医薬品を改めて確認を行うこととする。ツムラ漢方の場合、ヒートに記載された色によって識別することも可能であるため、それらを知識に含め、慎重に調剤を行い、監査の上、投薬するべきと思われる。	ツムラ柴苓湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴朴湯エキス顆粒（医療用）	確認を怠った	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
782	薬剤師Aが入力と調剤。一般名処方ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル0.05%に対して「＊ベタメ」と入力するとレセコン画面の右側に一般名と候補薬品名がずらっと並ぶ。その中からアンテベート軟膏0.05%を選択しなくてはいけない所、誤って一般名ベタメタゾンジプロピオン酸エステル0.064%のリンデロンDP軟膏0.064%を選んでしまった。薬剤師Bが鑑査時に入力間違いに気付き訂正した。	一般名ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル0.05%と一般名ベタメタゾンジプロピオン酸エステル0.064%が名称類似。ぱっと見、文字の雰囲気は似ているので混雑時などで注意力を欠くと起こしやすいミス	一文字点検など落ち着いて入力を行う	アンテベート軟膏0．05%	リンデロン－DP軟膏	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
783	一般名処方でGE選択で、名称が似かよっており トロキシピド処方が初めてで、医薬品があるのを気付いてなかった	間違えて初めて名前が似ていると気づいた。商品を入れた段階で似ているから注意が必要と気づけばよかった。	新しい商品を入れる時は名前が似ているものが無いか確認してお互い注意喚起を行う	トロキシピド錠100mg「オーハラ」	ドロキシドパカプセル100mg「アメル」		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
784	商品名メチコバール500μgの所メコバラミン500μg「NP」で調剤。	ヒートの色も似てるのでよく確認をする。	調剤時同種の薬剤があることを理解して、よく確認する。	メチコバール錠500μg	メコバラミン錠500μg「NP」	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	
785	セフジトレンピボキシル錠100mg「日医工」を調剤するところ、セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」を調剤し自己監査時に間違いに気づいた。	繁忙期で調剤する際に思い込みでピッキングを行ったため類似薬名のものを調剤した。	類似薬名の情報共有を店舗全体で行っており、注意喚起を随時行っていく。調剤時にピッキングする際に薬名を声に出すことで目だけでなく耳でも認識し、間違いを防ぐ。	セフジトレンピボキシル錠100mg	セフカペンピボキシル塩酸塩錠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
786	ツムラの苓桂朮甘湯、麦門冬湯のヒートが同じピンクで似ており、とり間違い。	漢方薬は番号順に保管してあるが、麦門冬湯29番、苓桂朮甘湯39番が薬局の在庫上、隣に陳列していた。同じピンク色のマークで外観が似ていることもあり間違えて調剤。	色の似ているものどうしは隣に陳列しないように配置。間違いの旨ミーティングで情報共有。	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	その他			ヒューマンエラー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	エックスフォージ配合錠1T・分1（朝）・30日分処方された。14T入りヒートを2枚抱き合わせにして、残り2錠を一緒にゴムで留めた。1度目のチェックですり抜け、2度目のチェックの時に抱き合わせにしているヒートのうち1枚がアムバロ配合錠になっている事に気づいた。	アムバロ配合錠はエックスフォージ配合錠のジェネリックでヒートの大きさ、色、デザインが似ており、気付かなかった。原因は別の患者にアムバロ配合錠を出した時、1シート多めに出したものを元に戻す時に、エックスフォージ配合錠の棚に戻してしまい、混ざってしまった。	他に混ざってしまっているものがないかエックスフォージ配合錠とアムバロ配合錠の開封済みのものをすべて箱から出し確認を行った後、それぞれの棚と箱に注意喚起のラベルを貼った。	エックスフォージ配合錠	アムバロ配合錠「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
788	薬の表示帯の色が同じものを間違ってピッキングし、監査も間違えてお渡ししてしまった。名前も酷似。患者の指摘で気が付き取り換えた			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）	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
789	納品時、薬剤師Aがカンデサルタン錠4mg「あすか」の薬棚にブロプレス錠4mgを収納してしまっていた。患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはカンデサルタン錠4mg「あすか」と記載されていた。薬剤師Aが気付かずにピッキングして監査に回した。薬剤師Bが監査の時点で2種が混同していることに気付き薬剤師Aに指摘した。薬剤師Aが再度ピッキングし直し、薬剤師Bが監査・投薬した。監査の時点で気付いたので患者には影響なかった。在庫数を確認、数量が合っていたので他の患者には誤った薬が渡っていないことを確認した。	カンデサルタン錠4mg「あすか」とブロプレス錠4mgの外箱が類似していた。同種同効薬、AG薬の為シートデザインも類似していた。収納時、外箱だけ見て確認せずに思い込みで収納してしまった。シートデザインも類似していたので確認せずにピッキングをした。	収納時、薬棚の位置・名前と薬品名の確認を徹底した。ピッキング時の確認も徹底した。	カンデサルタン錠4mg「あすか」	ブロプレス錠4	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
790	ニセルゴリン5mg錠を調剤すべきところをニコランジル5mg錠でおわたししてしまいました。患者さんにお渡しした後に、自分で気が付いたため実在庫を確認したところ誤差があることがわかり、患者宅へ行き交換させていただきました。	丁度、一人薬剤師の時間でした。薬品名称似ており共にニから始まり同じ文字数で、規格も5mgで同じかつ、採用品がともに東和薬品であったことも間違った要因であると思います。〇作業手順の不履行〇注意力散漫忙しかったことも一因だと思います。〇焦り	近かった薬品棚の配置を離しました。また、脳循環改善剤・狭心症治療剤と印字した蛍光色のシールを棚に貼り注意喚起するようにしました。声出し確認など調剤手順も再確認しました。	ニセルゴリン錠5mg「トーワ」	ニコランジル錠5mg「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	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
791	患者が処方箋を持って来局。処方箋には変更不可の記載付きでオメプラール錠20 「1錠分1 朝食後 42日分」の記載あり。その他にも複数の薬剤の記載あり。薬剤師Aがオメプラール錠20と間違い、オメプラゾール錠20「SW」をピッキング。薬剤師Bが監査を行ったが、間違いに気付かず薬剤を交付。その後、薬剤を発注しようとしたところ、オメプラール錠20ではなくオメプラゾール錠20「SW」が交付されている事を薬剤師Aが発見。すぐに患者様にご連絡し、ご自宅までに取り換えに伺う。内服はしておらず健康被害等も無し。	処方薬剤が多く、また繁忙であったためピッキング及び監査が疎かになった。また監査を行った薬剤師が新人であったため、似ている名前の区別がすぐには出来なかった可能性が考えられる。〇処方せんの見間違い〇処方医薬品の多さ〇単純なミス	オメプラール錠20の棚に類似名のGEがあることを記載。また新人に対しての似た名前のGEなどがある事を教え、注意喚起を行った。	オメプラール錠20	オメプラゾール錠20「SW」	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
792	注射薬が処方され、処方後薬がいつもと違っていると来局される。確認すると、ノボラピットフレックスタッチを処方するところをノボラピットフレックスペンをお渡ししていた。その場で、正しい注射薬をお渡しする。	調剤が忙しいところで普段あまり処方されない注射薬が処方され取り間違える。	今後、注射薬を区別し、類似の薬があるので注意と書いたビニールに入れて管理する。	ノボラピッド注フレックスタッチ	ノボラピッド注300フレックスペン	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	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
793	グランダキシンのところ、クロルフェニラミンをピッキングしていた。投薬時に気づいて、被害なかった。	ヒートのデザインが似ている。	棚の場所も近いので、取り間違えをしないように場所を移動する。	グランダキシン錠50	d－クロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠6mg「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
794	前回までガスモチン錠5mgの表記で、先発品希望のためガスモチン錠5mgを交付していたが、今回から処方箋表記が一般名処方となり先発品希望を確認せずモサプリドクエン酸塩錠5mg「DSEP」で交付。患者が帰られた後に気付き、すぐ連絡して服用前に渡した医薬品を回収し、正しい医薬品を交付した。	処方箋の記載方法が変わり、患者の情報や処方内容の確認が不十分となった。〇注意力散漫	先発医薬品と後発医薬品では包装や色が似ていることが多いため、医薬品名の確認を十分に行う	（般）モサプリドクエン酸塩錠5mg	モサプリドクエン酸塩錠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

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

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	
795	患者が処方せんをもって来局した。処方せんには「クラシエ桃核承気湯エキス錠、18錠／分3毎食前、28日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚から桃核承気湯エキス錠を調剤するところ、普段よく処方される十味敗毒湯エキス錠を調剤したことに気付かず、そのまま鑑査に回した。監査にあたった薬剤師Bが、処方薬の桃核承気湯エキス錠ではなく、十味敗毒湯エキス錠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は桃核承気湯エキス錠を正しく調剤し、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。	普段、十味敗毒湯エキス錠が頻繁に処方されるためクラシエの漢方が処方された時点で処方せんの見間違いにより十味敗毒湯エキス錠と思い込んでしまった。	類似名称の薬品が複数ある為薬品名の出だしで判断するのではなく必ず最後まで読んでから調剤することを徹底した。	クラシエ桃核承気湯エキス錠	クラシエ十味敗毒湯エキス錠	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
796	イルベサルタン錠100のところをイルベサルタン錠100DSEPを調剤。帰宅後の患者からの連絡で気がつく。監査時ヒートのデザインに違和感を感じたが十分な確認がされることなく投薬されてしまった。投薬時患者に対して薬袋から薬を一旦取り出して一緒に確認をしたが双方間違いに気づくことができなかった。	50音順に整理された引き出しに名称の類似した先発品と後発品が並んで入っていた。2剤のみの処方で調剤監査担当の薬剤師に安堵感にによる気の緩みが発現したと思われる。十分な確認をおこたった。	名称の類似した先発品と後発品および後発品のメーカー違いについては、同じ棚又は同じ引き出しに収納しないように収納場所を別にした。	イルベタン錠100mg	イルベサルタン錠100mg「DSPB」	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
797	頓服薬としてフスコデ配合錠が処方されていたところ、薬剤師Aがブスコパン錠を調剤。薬剤師Bが鑑査時に気付いたため、薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはフスコデ配合錠を正しく調剤し、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	フスコデ配合錠・ブスコパンともに頓服で処方されることが多く名称も類似していため思い込みがあり取り間違えが起きたと考えられる。また患者も多く忙しい時間帯であったため慌てていた。〇処方せんの見間違い	調剤者が薬をそろえ終わった段階でもう1度薬を確認してから鑑査者にわたす。	フスコデ配合錠	ブスコパン錠	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
798	ナウゼリンを調剤するべきところを、近くにあるトピナを調剤し、監査でも確認を怠りそのままお渡ししてしまった	配置場所が近く、ボトルの色も似ていたため調剤者を信じた監査時にグラムに注目してしまった	配置場所をできるだけ離す調剤者を信じないレシートの内容をしっかり確認する	ナウゼリンドライシロップ1%	トピナ細粒10%	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
799	ツムラ125をツムラ25で投薬。その後も気づかず、棚卸で数が合わないため取り違えが判明した。	エキス剤の番号が似ているため、間違えてしまった。焦り	番号だけでは判断せずに、名前もきちんと確認する。	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	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	
800	一般名処方イルベサルタン錠100mgだった。この患者さんにはいつもGEのイルベサルタン錠100mg「DSPB」を調剤していたが、調剤棚に間違って先発品のアバプロ錠100mgが入っており、そのまま先発品を渡してしまった。次の日にイルベサルタン錠100mg「DSPB」の棚に間違ってアバプロ100mgが入っているのに気が付き、患者さんに連絡を取り、まだ服用されていなかった為、全量差し替える事が出来た。	ミスゼロ子を使っているが、調剤時に棚の上に貼ってあるバーコードを読みとり、薬剤のヒートのバーコードを読み取らなかった。その為、イルベサルタン錠100mg「DSPB」を取ったと思い込み、投薬時にヒートのデザインが似通っていた為、投薬時に薬剤名の確認を怠り、棚に間違って入っていた先発品のアバプロ錠100mgを渡してしまった。作業手順の不履行が原因である。	1・棚に薬を戻す時に確認を怠らない 2・ミスゼロ子でバーコードを通す時に取り出したヒートのバーコードを必ず読み取る。3・投薬時に必ず薬品名と調剤録を確認する。	イルベサルタン錠100mg	アバプロ100mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	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
801	クロピドグレルとシルニジピンのヒートの色・デザインがよく似ている為間違えてヒートをそれぞれ1枚ずつとってしまった。鑑査機も正しい方のヒートでバーコードを読み込んだため通ってしまい、その後の目視鑑査で微妙な違いに気が付き発覚。	薬の棚カセットがお互い近くにあったため、ヒートを戻す時に戻し場所を間違えてしまったと考えられる。	ヒートの戻し間違いを防ぐため棚カセットを離れた場所に移動した。	クロピドグレル錠75mg「SANIK」	シルニジピン錠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
802	スピリーバレスピマットが処方されていたけれど、名前の類似しているスピオルトレスピマットを調剤してしまった。	確認が十分にできていなかった。	調剤・投薬時のチェックは常に慎重に行い、間違いのないよう十分な確認をするように徹底する。	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		医薬品		ヒューマンエラー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	商品名で処方されていたが患者様が後発品を希望、そのほかにも7品目のお薬がありました一般名がにていたのでとりちがえてしまいました。2時間後ぐらいに医師連絡がとれそのままでもよいとのことだったので、患者様に連絡事情を説明、ご理解いただき、服用経験もあったためそのまま服用となりました。また再度、医師に連絡処方変更となりました後日謝罪にいきました	患者様が母親と一緒で出掛けるのかでとても急いでいたので、監査が不十分だったと思われます	今回の間違えから、メイアクトMS100mg、フロックス100mgに関して、一般名が似てるので、メイアクトMS100mgの後発品の採用を中止いたしました。	セフジトレンピポキシル錠100mg	セフカペンピポキシル錠100mg	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

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

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	
804	患者さんが処方箋を持って来局した。処方箋には「フルオロメトロン点眼液0.1%日点5ml　1日2～4回両眼」と記載されていた。薬剤師は調剤する際薬棚の下の方からフルオロメトロン点眼液0.1%を調剤するところその棚の上の方にあるフルメトロン点眼液0.1%を調剤したことに気が付かず監査に回した。監査した事務員が処方薬ではないことに気が付き調剤した薬剤師に間違えを伝えた。薬剤師はフルオロメトロン点眼液0.1%を正しく調剤して事務員に監査してもらった。監査の段階で誤りに気が付いたため患者さんには正しい目薬を交付した。	土曜日ということもあり薬局内が混んでいたこともあり処方箋の確認を怠っていた。GEの処方はほとんど来ないため勘違いしてしまっていた。	名称も似ているため必ず確認するようにして、最後に確認したことが分かるように処方箋の上部にチェックを書くようにした。また薬棚には「規格違いあり」と貼ることにした。	フルオロメトロン点眼液0．1%「日点」	フルメトロン点眼液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
805	ミルナシプランで調剤しないといけないところをミルタザピタザピンで調剤患者様ご本人が気づかれ薬を交換した〇10錠シート	ミルタザピンが主に処方量が多く薬品名が似ていて勘違いし取り間違えたと思われる	似た薬があることを認識し調剤に注意、監査時もより注意し確認する必要がある	ミルナシプラン塩酸塩錠15mg「サワイ」	ミルタザピン錠15mg「杏林」	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
806	事前調剤で、処方薬メイラックス錠1mgをソラナックス錠と勘違いし、ソラナックス錠の後発品アルプラゾラム錠0．4mgを調剤した。レセコン入力時には、メイラックス錠1mgの変更調剤候補にアルプラゾラム錠が無いにも拘わらず、無理にアルプラゾラム錠0．4mgを入力した。	1．薬品名類似での取り違え。含量規格1mg：0．4mgと異なるにも係わらず、見落とした。2．レセコン警告を無視する無謀な行為	類似名リスト化、再教育実施レセコン警告無視厳禁、再教育	メイラックス錠1mg	アルプラゾラム錠0．4mg「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
807	患者が処方箋を持って来局した。処方せんには「『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　30日分」と記載されていた。薬剤師Aは採用薬のカムシア配合錠HD「あすか」を調剤するところ、思い込みによりカデチア配合錠HD「あすか」を調剤した。監査した薬剤師Bが間違いに気付き患者にはカムシア配合錠HD「あすか」を交付した。	劇薬のカムシア配合錠HD「あすか」は普通薬のカデチア配合錠HD「あすか」とは離れた薬品棚にあるが、調剤者は処方せんに記載された一般名を見て名前が似ているため思い込み調剤をした。	しっかり一般名と薬品名を確認する。	【般】カンデサルタン・アムロジピン5mg配合錠	カデチア配合錠HD「あすか」	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
808	エンシュアリキッド処方をエンシュア・Hで施設に持って行ったところ、看護師が違いに気づきすぐに交換。	エンシュア・Hの処方が続いており、処方箋をよく確認せず思い込みで調剤してしまった。	処方箋の確認をしっかりする。	エンシュア・リキッド	エンシュア・H	確認を怠った	その他	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
809	テオフィリン徐放錠200mg（12～24時間持続）と処方されていたものを24時間持続の徐放U錠と勘違いしてピッキング、監査者がピックミスに気付いた	12～24時間持続と24時間持続という表記の類似にある	処方箋をよく読む	テオフィリン徐放錠200mg（12～24時間持続）	テオフィリン徐放U錠200mg	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
810	どちらもよく調剤する薬で「OD25mg」と名称が似ている為思い込みで調剤し、投薬時お薬をお見せした時も患者様ご本人でなく娘様だった為、気づかずお渡し。15時ごろ患者様ご本人から「いつもとヒートの色が違う」とお電話があり発覚。交換しにご自宅へ伺い謝罪しました。	どちらもOD25mgであったため、思い込みで調剤、監査した。〇単純なミス	思い込まず薬品名をきちんと確認する。薬情の写真と薬を照らし合わせる。	トラマールOD錠25mg	リリカOD錠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
811	泌尿器科に継続受診、尿意切迫症状改善しないため、処方変更して経過をみるとの話しあり。（ナフトピジルOD75mg・アボルブ0.5mg・ベタニス50mg）今回の処方箋には前回Do処方で１４日分の日数変更のみだった。疑義紹介し、ベタニス50mgをベオーバ50mgへ変更。	投薬時に、患者の訴えや話を聞き漏らさないようにする。似た薬品名に注意する。		ベオーバ錠50mg	ベタニス錠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
812	ツムラ麻子仁丸エキス顆粒(医療用)が処方された患者に対し、ツムラ清暑益気湯が一部混ざってピッキングされていた。	当店では未開封の漢方薬を棚上に一括して保管しており、そこから調剤に使用する分を取ろうとして選び間違えた。棚上では番号順に配列しているのだが、元々漢方薬の取り扱いが少ない店舗であるため126番の麻子仁丸と136番の清暑益気湯が隣合わせとなっていた。包装の色も同じであり、番号も似ていることから調剤者は気づかないまま鑑査者へと受け渡してしまった。	棚上での両医薬品の位置を離して保管するようにした。また、調剤者は新しい在庫を開封する際は必ず確認を行うよう店舗内で注意喚起を行った。	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		医薬品		ヒューマンエラー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	処方箋には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と記載されていたが、調剤者が処方箋の記載をクロベタゾンと勘違いし、デルモベート軟膏ではなくキンダベート軟膏で調剤をしていた。また事務の入力もデルモベート軟膏ではなく、キンダベート軟膏と誤っており、そのまま監査まで回ってしまっていた。しかし、監査で入力と調剤した軟膏が誤っていることに気付き、患者には正しい薬を交付することが出来た。	外用薬は一般名処方で処方されることが多く、名前が酷似している場合が多い為間違えてしまったと考えられる。また患者が来局した時間は混雑していた為気持ちの焦りがあったと考えられる。	混雑しているときこそ、間違えのないように冷静に業務に当たることが大事だと考えられる。また監査に当たる者は最後の砦と自覚して取り組むことが重要だと思われる。	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		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
814	外用軟膏の混合処方　ヘパリン類似用物質クリームとベタメタタゾンエステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%　であった患者の仕事の都合で毎回早くしてくれとせかされる。混合には時間が必要なので焦ってしまい、クロバタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%と取り違えて混合してしまった。患者に投薬したあと混合したかたずけしてるときミスにきがつき患者宅に電話をいれ正しい混合軟膏を届けた。未使用で患者とのトラブルもなく解決した。	○焦り　・取り違えた軟膏の箱が処方された軟膏と同じピンクの箱　同じ0.05%だった　雰囲気が異なるな　と調剤した薬剤師は思ったが　メーカーの違い箱の雰囲気が異なっているのだと思った・キチンと名称を確認しなかった	・混合したら見かけ上なにを混合したか不明なので別の薬剤師が確認すること・ステロイド軟こうはジェネリックは成分名で商品名が長くなりエステルなどの化学名もつくので日頃から軟膏の商品名と一般名を把握しておくこと	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%	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
815	商品名にてスピリーバ2.5μgレスピマット60吸入用が1キット処方されたがピッキング者が誤ってスピオルトレスピマット60吸入用を調剤した。監査者が誤調剤に気付き患者への薬剤交付は免れた。	同事例と全く同じ事例が前職場でも発生した。○注意力散漫と言わざる終えないが比較的、調剤に慣れた薬剤師で尚且つ、取り違えた薬剤の内、片方の存在しか知らない薬剤師が犯しやすいミスと言える。	誤調剤者にはフィードバックして意識を高めてもらう事は大前提とし、新規薬剤採用の際は商品を見せて職員に周知する。類似薬の存在を知っていれば幾分リスクも減ったであろうと思われる。薬局内に名称或いは箱のデザインの類似薬のリストを掲示してみる	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	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
816	ヒューマログ注100単位/mL　2本（20mL）での処方でヒューマログ注カートを2本ピッキングしてしまっていた。患者さんに渡す前に鑑査で気づくことができたが、名前がよく似ていた為取り間違えてしまった。	ヒューマログ注100単位/mLとヒューマログ注カートの両方を在庫していることが把握できていなかった。薬のピッキングの際に薬品名の確認がしっかりできていなかった。処方薬も多くわかりづらくなっていた。	注射剤で似た名称の薬品があることを従業員にしっかり把握してもらう。似た名称の物にはPOPを付けておき、気づきやすくする。	ヒューマログ注１００単位／mL	ヒューマログ注カート	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
817	処方箋には「ベポタスチン塩酸OD錠10mg「日医工」、2錠／分2朝・夕食後、21日分」と記載されていた。ジェネリック医薬品が記載されていたため、当店の在庫するジェネリック医薬品（ベポタスチン塩酸OD錠10mg「タナベ」）への変更調剤を行った。薬剤師Aは、ベポタスチン塩酸OD錠10mg「タナベ」を42錠調剤するところを、誤ってベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工」を42錠調剤し監査に回した。監査者の薬剤師Bは、ベポタスチン塩酸OD錠10mg「タナベ」（42錠）が調剤されていないことに気付き、薬剤師Aに伝えた。ベポタスチン塩酸OD錠10mg「タナベ」、42錠を正しく調剤し再度監査を行った。	○処方せんの見間違い薬品名が類似しており、また、ベポタスチン塩酸OD錠10mg「タナベ」とベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工」が隣同士に棚におさめられていたため。	この事例を従業員で知識を共有し、再発しないよう徹底する。ベポタスチン塩酸OD錠10mg「タナベ」とベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工」の保管場所を変え、類似医薬品ありの注意喚起をつける。	ベポタスチンベシル酸塩OD錠10mg「日医工」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「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	
818	一般名処方　ミルタザピン15mg1錠28日分でミルタザピン15mg明治28錠のところミルナシプラン15mgアメル28錠で渡してしまいました。	名前の最初が類似・規格・色が同じ、立て込んでいた等はあるが単純なミス。2名の確認・患者の前に薬を提示する作業も行っていて気が付けなかった。	注意喚起・患者の前で広げる時間を急がない様にする。	ミルタザピン15mg明治	ミルナシプラン15mg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
819	ツムラ48十全大補湯エキス顆粒を60包のところツムラ108人参養栄湯エキス顆粒42包が混在していた。	包装の色が同じで番号が48と108で似ていた、単純なミス。	漢方薬の在庫、種類も多く、商品入荷したときに棚に補充するとき、調剤でピッキングするときに充分に気を付けて、用意する者、お渡しする者で薬袋の写真と照らし合わせ確認します。	ツムラ十全大補湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒（医療用）	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
820	整形外科より肩の痛みに柴胡桂枝乾姜湯が処方されていたが、似た名称の別の漢方を調剤、監査時にも気づかなかった。投薬時に症状をきいて間違いに気づき正しい薬を渡した。	混雑時で監査が不十分であった。初めの漢字をみて思い込んで調剤してしまった。〇注意力散漫	処方された漢方薬の番号を処方箋の欄外に記入し、確認する。	ツムラ柴胡桂枝乾姜湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒（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
821	処方箋には、一般名 プレドニゾロン吉草酸エステル酢酸エステル軟膏 0.3% 5g　との記載あり。調剤者はプレドニン眼軟膏で調剤したが、鑑査者が間違いに気づき、リドメックスコーワ軟膏で調剤し直した。	調剤者は『プレドニゾロン』および『酢酸エステル軟膏』の文字列だけをみて、プレドニン眼軟膏だと思い込み、誤調剤をしてしまった。 〇処方せんの見間違い　〇単純なミス　〇注意力散漫	一般名の場合には、似通った名称が複数存在する場合がある。そこで、一般名処方の調剤を行う場合には、思い込みでの調剤を避けるために、必ず成分名についても指差し確認もしくは読み上げ確認を行うよう徹底する。	リドメックスコーワ軟膏 0．3%	プレドニン眼軟膏	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
822	「スピリーバ2.5μレスピマット60吸入 1回2吸入　1日1回」と記載された処方せんを患者さんが持参されました。薬剤師Aは引き出し中央区分からスピリーバ2.5μレスピマット60吸入を調剤するところ、同引き出し内の手前区分からスピオルトレスピマット60吸入を調剤した。誤りに気付かず鑑査に回した。鑑査の薬剤師Bは処方薬スピリーバ2.5μレスピマット60吸入でなく、スピオルトレスピマット60吸入が調剤されていることに気付き、薬剤師Aに間違えを伝えた。薬剤師Aはスピオルトレスピマット60吸入を戻し、正しいスピリーバ2.5μレスピマット60吸入を調剤し、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。	スピリーバ2.5μレスピマット60吸入とスピオルトレスピマット60吸入が同じ引出し内にあること、名称も似ていることがあり間違えたと思われる。また混雑していた時間帯で焦って調剤をしたことも原因と思われる。	吸入剤の保管を薬効別に変更することで、別の引き出しに保管するようにした。調剤者はピッキング後に再確認をしてから監査者に回すようにした。	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 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

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

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	
823	60歳の男性患者に対して、ニコランジル錠5mg「サワイ」、1日2回朝夕食後1錠ずつ38日分の処方を薬を見せながら説明していたところ、薬剤師と患者が同時にシートデザインの相違を発見し確認したところ、ニコランジル錠の端数（10錠シート以外）6錠分のところにモサプリド錠5mg「ファイザー」がゴム止めされていた。その後、ニコランジル錠6錠に取り換えて交付した。ピッキングをした職員によると、ニコランジル錠のカセッターにヒート6錠がそのまま入っており、それをそのままを取り出し6錠をゴム止めしたとの事。在庫管理システムにて、ニコランジル錠5mg「サワイ」およびモサプリド錠5mg「ファイザー」2剤を確認したが、在庫数にずれはなかった。	今回間違った6錠は、シートの裏側が見えるようにゴム止めされていた。ニコランジル錠「サワイ」・モサプリド錠「ファイザー」は剤型自体は全く異なるものの、ヒートの形状・色調が似ており、チェックが漏れたと考えられる。また同一処方内で2剤とも処方されている患者もいるため、カセッターを開放したままで調剤し、単純なミスから薬剤をしまう場所を勘違いした可能性が考えられる。	薬局内のミーティングにて、薬を戻す際も薬剤のカセッターを確認し、さらに薬剤を取り出し終わった際はその都度必ずカセッターを閉めるよう周知徹底した。	ニコランジル錠5mg「サワイ」	モサプリドクエン酸塩錠5mg「ファイザー」	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
824	処方せんにて一般名でメトクロプラミド錠が出ていたが、読み間違えメトプロロールを調剤した。監査の時点で間違いにきずいたため患者には正しい薬を投与した。	名称が似ていたため間違えた。	取り間違え防止のために注意喚起の張り紙をした。	メトクロプラミド錠5mg「タカタ」	メトプロロール酒石酸塩錠20mg「テバ」	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
825	ツムラ苓桂朮甘湯をツムラ苓姜朮甘湯と間違えてお渡し。一文字違いの為誤ってお渡し。	薬の棚の並びが隣同士で、一文字違いのため取り間違え〇単純なミス	似ている名前の漢方を横に並べず間に違う漢方を挟み、「類似名あり、1文字ずつ確認」と注意喚起のシールを貼りつける。ピッキング、監査時も一文字ずつ確認をする。	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	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
826	プランルカスト錠112.5mg「AFP」を14錠×4枚と4錠取り揃えるべきところ、塩酸アンブロキソール錠15mg「PH」10T×4枚とプランルカスト錠112.5mg「AFP」を4錠取り揃えてしまった。鑑査時にも気づかず投薬してしまい、後日患者からの申し出にて発覚した。服用はされる前であった。	棚についているバーコードを読み取りピッキング時はミスゼロ子を利用しているが、棚の中に塩酸アンブロキソール錠15mg「PH」が間違って混ざっていたようで気づかずピッキングしてしまった。ウィークリーシートと10錠シートではあるが外観が似ているために思い込みで気づかなかった。一人薬剤師の時間帯で、業務にも追われていたことも原因である。〇単純なミス〇焦り〇注意力散漫	よく似ているシートデザインの薬の棚の位置を改めた。	プランルカスト錠112.5mg「AFP」	塩酸アンブロキソール錠15mg「PH」	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
827	タリオン錠10mgの処方が出ており、後発医薬品でお渡しするのに、ヒートの色のよく似ているクラリチン錠10mgの後発医薬品であるロラタジン錠10mgを出していた。薬袋に薬を入れていた薬剤師が間違いに気づいて、正しい薬を出し直す。	先発名での処方で患者様は、後発医薬品希望。次の業務もあり、慌てていたため、きちんと確認せずヒートが似ていてミリ数が同じ別の薬を出してしまった。	後発医薬品の在庫が徐々に増えているので、先発医薬品名の処方で後発医薬品にするとき、要確認すること。薬の棚に、どの先発医薬品の後発品であるか、ややこしい薬は、わかりやすく記載するようにした。	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ロラタジン錠10mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	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	
828	名前の似ている、苓桂と苓姜を間違い誤った苓姜の方を投薬してしてしまった	○処方せんの見間違い患者が複数待っている中、1人薬剤師、事務1人であった為、調剤した薬剤師が事務に確認依頼を怠った	多忙時期でも、必ず他者の確認を入れる	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 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
829	風邪の症状で受診され、トラネキサム酸・PL顆粒・メジコン錠が処方されました。トラネキサム酸を間違えて、カルボシステイン錠でお渡ししてしましました。持ち帰られた患者さんのお母様が、薬剤情報書の名前と実際のお薬が違うことに気づかれ、連絡が入りました。	カルボシステイン錠500mg、トラネキサム酸500mgどちらも、PL顆粒やメジコン錠と一緒に出されることが多く、用量も同じで錠剤の大きさも似てること、また繁忙さも重なり、つい思い込みによる単純なミスと、さらに作業手順の不履行(投薬前の自己監査)が重なったと思われる。	待合室の患者さんが多くなってくると、どうしても早くしなければとの思いがめばえ、監査がおろそかになりがちです。そういった気持ちの焦りによるミスの防止のために、作業手順を遵守することで、落ち着く時間もとれ、ミスが最小限で済むと考えられます。ピッキングミスに関しては、置き場所を変え、表示方法をさらに見やすくしました。	トラネキサム酸錠500mg「YD」	カルボシステイン錠500mg「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
830	ベタヒスチン12mg（テバ）とベポタス（タナベ）のシートの色が同じことと名前が似ている事で思い込みでピッキングしてしまった	名前の順に薬を配置していた為、処方箋上の名前見間違えて調剤してしまった	名前の似ているものは引き出しと棚に別管理する	ベポ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「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
831	2019年11月25日（月）12時頃、患者が処方箋を持って来局。処方は数種類あり、その中にツムラ大建中湯エキス顆粒7.5g　1日3回毎食前42日分処方あり。開封済みの箱から調剤を行ったが、数が足りなかったため追加で新しい箱を開けて使用。その際にツムラ猪苓湯エキス顆粒が誤って混ざって調剤してあるのを別の薬剤師が発見。監査の段階で気付けたため、患者へは正しい薬を渡すことが出来た。	繁忙時で急いでいたのもあり、大建中湯の在庫がいつもと同じ位置にあると思い込み、箱の番号や名前などをあまり確認せずに開封してしまったのが一番の原因であると思われる。	在庫を多く置いているものはなるべく同じ位置に配置するようにし、漢方薬の箱の色が似たものの在庫はなるべく離して保管する。また新しい箱を開封する時も必ず同じ薬であるか十分に確認してから開封するようにする。今回は単純に急いでおり確認不足でもあったので、忙しくとも冷静に落ち着いて調剤、監査を行うよう心掛ける。	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			ヒューマンエラー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	ガスターD20mgとオルメテックOD20mgが隣の棚にあり、シートの色が似ているためピッキングを間違えてしまった。	ガスターD10mgとガスターD20mgとオルメテックOD10mgオルメテックOD20mgが隣の棚にあり共に10mgが緑のシートで20mgが青のシート見た目が似ていた。	ガスターDとオルメテックODの棚の位置をずらした。	ガスターD錠　20mg	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
833	d-クロルフェニラミンで調剤すべきところセレスターナ配合錠で調剤した。監査で気づき、訂正した。	一般名処方になっているが、名称が似ている為に間違えたと考える。	一般名処方の名称類似薬品が増えているのでミーティングで確認した。内服だけでなく、軟膏なども注意必要な薬品多くなっているので、表示などを付けて確認していく必要あり。	dークロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠6mg「武田テバ」	セレスターナ配合錠	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

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

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	
834	チラーヂン（甲状腺機能低下症）とチウラジール（甲状腺機能亢進症）を混同し調剤・患者に指導投薬中に他の薬剤師が気づき、訂正	知識不足、名称類似の為、混同した	正しい知識を身に着ける	チラーヂンS錠50μg	チウラジール錠50mg	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
835	ツムラ苓姜朮甘湯の処方であったが、類似名称の医薬品である、苓桂朮甘湯を調剤するピッキングミスがあった。監査の時点で気付き交換した。	監査する薬剤師は苓姜朮甘湯と苓桂朮甘湯がある事を気付いていたが、調剤するものが理解していなかった事が原因	苓姜朮甘湯と苓桂朮甘湯がある事、名称類似品である事を薬局の全ての職員に周知して、調剤の際に気をつける様にした。	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
836	ジェネリックの棚に先発品が40錠混入していたのでそのまま調剤する。	包装が類似しているお薬の確認を怠った。	包装類似品全てを確認し再発防止のミーティングをして注意喚起。監査時全ての包装を確認する。	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「CH」	アザルフィジンEN錠500mg	確認を怠った 連携ができていなかった	知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラー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	施設入所中の患者。定時処方にて週1回製剤のビスホスホネート製剤のアレンドロン酸錠35mg「日医工」が処方されていた。しかし、薬剤服用開始前に、施設のNsより連絡があり、アレンドロン酸の薬袋の中に月1回製剤のミノドロン酸50mg「日医工」が入っていたとのこと。薬局の在庫管理システムにて2剤の在庫確認し、在庫数に差異が生じていたためこちらのミスと判断し、Nsへその旨説明し薬剤の差し替えに施設を訪問した。	アレンドロン酸35mg・ミノドロン酸50mg、名称は似ているが同じビスホスホネート製剤であるということ、週1回・月1回の差はあるが、1回単位の服用の製剤・包装デザインであることなどが重なり、先入観から単純なミスにつながり、薬剤を取り違えたと考えられる。	薬剤を棚から取り出す際は、処方箋を直接確認しながら、声出し・指差し呼称などを行い、さらに当薬局のマニュアルに従い必ず3人の目を通してからの交付を行うことで取り違えの可能性を減らすように薬局内のスタッフミーティングにて周知徹底した。	アレンドロン酸錠35mg「日医工」	ミノドロン酸錠50mg「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
838	11月1日、定期処方　ツムラ疎経活血湯エキス顆粒　5g2×朝夕食前28日分ほか数種類の処方が出た。事務員Aが取り揃え、薬剤師Bが監査して投薬した。12月2日にツムラ六君子湯の在庫が合わないことから、薬剤師Cが他の漢方薬の在庫を確認すると、ツムラ疎経活血湯の在庫がずれており、両薬剤の取り違えが発覚。該当する患者が1名のみであったため、11/1の処方分と特定できた。当該患者の体調不良はなかった。	ツムラ疎経活血湯エキス顆粒は53番、ツムラ六君子湯エキス顆粒は43番の処方であり、外観が類似している。ツムラの製品は下1桁の番号が同じ薬品は、箱の番号の背景や個包装の番号の背景が同じ色である。忙しい時間であり、監査した薬剤師が1文字監査を怠ったことが原因と思われる。〇焦り	監査の際は1文字監査を行う。外観だけで判断しないこと。ツムラの漢方薬は特に注意。	ツムラ疎経活血湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ六君子湯エキス顆粒（医療用）	確認を怠った	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	
839	2019年11月22日(金)11時頃に、内科を受診した患者(67歳女性)が処方箋を持って来局した。処方箋には「ノイロトロピン錠4単位、4錠／分2朝・夕食後、14日分」と記載されていた。薬剤師は調剤する際、薬品棚からノイロトロピン錠を調剤するところ、その下の棚にあったノイロビタン配合錠を調剤したことに気付かず、そのまま投薬してしまった。その後、薬歴簿を記載時にノイロビタンを誤って渡したことに気付き、患者に連絡し服薬前に交換した。	ノイロトロピン錠とノイロビタン配合錠は、棚の位置が上下で近く、名称も似ていたため間違えた。処方せんの見間違い	ノイロトロピン錠とノイロビタン配合錠のように間違えやすい薬品の棚に赤字で注意と記載した。調剤者がピッキングした後に、監査を徹底するとともに、薬歴簿にも大きく記載し取り換え防止のための注意喚起をした。	ノイロトロピン錠4単位	ノイロビタン配合錠	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
840	オルメテックOD10の棚にオルメサルタンOD10が入っていたため出し間違えて。	シートの色調などが類似しており薬剤師の中にもAGでもあり注意を怠り、薬を棚に戻す時に間違えて戻してしまった。	声掛けの徹底、採用変更の検討。	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 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
841	91歳の女性のご家族が一般名セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg×3T分3、4日分の処方箋を持参。A薬剤師がセフジトレンピボキシル錠100mg「CH」を12錠用意。B薬剤が処方鑑査時間違いに気づきA薬剤師に報告。A薬剤師によりセフカペンピボキシル錠100mg「トーワ」12錠を用意し再度B薬剤師により鑑査の上投薬した。	セフェム系抗生物質は一般名名称が類似しており、処方せんの見間違いが多く発生すると感じる。調剤、投薬時には細心の注意が必要であると感じる。特に一般名にあまりなじみのない薬剤師では、意識の徹底が必要であると感じる。	レセコン担当の事務員も含め全職員で、セフェム系抗生剤の種類、名称当について研修、確認を徹底した。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「トーワ」	セフジトレンピボキシル錠100mg「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
842	類似名称医薬品の取り違え	混雑しており、注意力散漫になっていた		KTS桂枝茯苓丸料加よく苡仁エキス顆粒	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	医薬品		ヒューマンエラー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	10錠シート	処方箋入力ミス　注意力散漫	二人でチェックしているので投薬までには至らなかった。今後もダブルチェックをしっかり行う薬ケースの表示も　類似名の薬のは注意喚起のマークを付ける	スピロペント錠10μg	スピロノラクトン錠25mg「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
844	処方せんをもって患者家族が来局。この日、新規薬剤としてツムラ桂枝加芍薬湯が処方されていたが、「ツムラ桂枝加芍薬大黄湯」で入力、その後の鑑査でも入力間違いに気づけず、ツムラ桂枝加芍薬大黄湯のまま調剤、交付。結果的に、患者は7日分服用してしまった。	入力時・鑑査時の処方せん内容の見間違いより、薬剤名類似品を調剤、交付。	名称類似品の周知、処方箋鑑査の二重化を徹底する。	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝加芍薬大黄湯エキス顆粒（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	
845	処方せんのFAXがながれてきて調剤。退院後初回。ウルソデオキシコール酸処方をアロプリノールで調剤。施設届けた後に施設からの電話にて確認し、間違いにきづいた。	どちらもサワイの商品を使用していて以前よりヒートや錠剤の印字についても似ているため混同していた。またピッキング、監査もひとりでおこなったためミスにつながった。	ピッキングの際になるべく一人時は事務さんに監査をお願いして二重監査をするようにする。また薬袋に入れるときに薬袋印字と見比べて再確認する。	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」	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
846	[一般名]クロベタゾン酪酸エステル軟膏：キンダベート軟膏を[一般名]クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏：デルモベート軟膏で入力していた。	[一般名]では5文字まで一緒のため事務員は入力ミスをしたものと思われる。しかし、患者が小児であり、小児湿疹と聞き取りをしていたことから薬剤師が監査時入力間違いに気づいた。	入力ではできるだけ長く入力する。ステロイドなどは似たような名前の薬がたくさんあるためそれを念頭に置いてできるだけ長く入力する。また小児湿疹(アトピー性皮膚炎)では原則として皮疹の重症度が重症あるいは中等度で成人より1ランク低いステロイド外用剤を使用するとある。（日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎診療ガイドラインより）このことからも小児に対してストロンゲストのデルモベート軟膏が使われるケースは稀だと思われるため薬識からも判断できる。	キンダベート軟膏0．05%	デルモベート軟膏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
847	名称が似ている抗生物質を一般名処方だったので、間違えてピッキングしてしまった。処方はセフカペンピボキシルなのにセフテラムピボキシルであるトミロンを出してしまった。	一般名をしっかりファイルしてなかった。単純なミス。	一般名のファイルを目に付く所に貼って注意喚起した。	セフカペンピボキシル錠	トミロン	確認を怠った 連携ができていなかった 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
848	一般名で「ブロマゼパム」と記入がありブロチゾラムで調剤、監査をして患者さんに交付。交付後患者さんから連絡がありミスに気が付く	心療内科の処方せんで服用方法が寝る前となっており似た名前で思い込みをしてしまいました。規格が異なるのですが気が付きませんでした。また、監査時にも気が付くことができませんでした。	薬剤の成分名だけでなく規格も確認する	レキソタン錠5	ブロチゾラム錠0．25mg「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
849	オルメテックOD錠20mg処方のところオルメサルタンOD錠20mg「DSEP」で調剤。監査時に調剤ミスに気づき交換した。	オルメテックOD錠20mgとオルメサルタンOD錠20mg「DSEP」の両方を在庫しており、間違えないようオルメテックは棚、オルメサルタンは引き出しと場所を話して管理しているものの、名前と外観が似ており勘違いしやすい。	間違えやすい薬剤に関してスタッフ間で再度確認。調剤前に調剤者が処方箋にチェックを入れるなどして、確認してから調剤する。	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		医薬品		ヒューマンエラー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	ゾピクロン10mg28錠集薬すべきところ誤ってゾルピデム10mg28錠集薬。監査時に監査者の指摘で発覚	名称類似の認識が甘かった	繁忙期も指差し、声だしでの確認を怠らない	ゾピクロン錠10mg	ゾルピデム錠10mg	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
851	オンブレス吸入用カプセルが30カプセル処方されていたが、ウルティブロ吸入用カプセルが調剤されており、数量のみ確認し投薬してしまった。	患者さんが立て込んでいて投薬を急いでおり、どちらも似たようなアルミ包装の吸入薬であったため、きちんと薬品名を確認せず数量だけ確認して患者様にお渡ししてしまった。焦りによる確認不足が原因と考えられる。	同様の形態の薬が複数存在する薬品については、特に注意して薬品名と数量を確認するようにした。	オンブレス吸入用カプセル150μg	ウルティブロ吸入用カプセル	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
852	頓服でセパゾン錠2mg2錠10回分が処方されたが名称の似ているセニラン錠2mgで調剤し交付した。患者様が服用前に気付き発覚。	監査投薬者が派遣職員で、患者様の普段から服薬している薬を把握しておらず、そのまま交付した。薬袋・医薬品情報提供書に薬剤の写真が印字されているが、確認しないのか、違いに気付かなかった。	取り扱い薬剤の中の同効薬に、名称類似薬剤がある事を自覚する。処方箋の薬剤名以外に、薬袋・医薬品情報提供書の画像と薬が合っているか確認。	セパゾン錠2	セニラン錠2mg	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
853	アスパラCa錠200mgが処方されていたにもかかわらず、アスパラK錠300mgがピッキングされ、第一監査を通していた。交付前の監査で誤っていることを気づき、交付されなかったため健康被害はありませんでした。	薬品名が類似していることとそのことを念頭におかず監査したこと、集中力の低下などが原因と考えられる。	似たような名称の薬剤は、監査時に注意を出来るだけ促すようにピックアップし掲示しておく。名前が似ていてもCaとK以外に200mgと300mgと規格量も違うた最後の文字までしっかり確認するようにする。	アスパラーCA錠200	アスパラカリウム錠300mg	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		ヒューマンエラー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	正）デルモベート軟膏0.05% 10g→誤）デルモゾール軟膏0.05% 10gでピッキング、鑑査。投薬時、薬袋の薬剤名と薬剤が異なっていることに気が付きその場で薬剤変更。	デルモベートの処方が多かったことから、思い込みで調剤。患者様が集中し一人薬剤師で忙しかったため。	似た名前の薬剤には、「名称類似品あり」と印をつけて注意喚起。いくら忙しくても薬袋に入れる際、薬剤と入力された印字と照らし合わせする。	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	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
855	一般名処方で、ビオスリーを調剤するところ、ミヤBMを調剤してしまった。	繁忙時に、一般名処方の処方箋で、酪酸菌細粒と酪酸菌配合散を見間違えた。〇処方せんの見間違い	薬棚と、薬に商品名だけでなく、一般名も記載し、類似の薬があることを周知する。	ビオスリー配合散	ミヤBM細粒	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
856	アダラートCR40の処方。先発希望のためジェネリックには変更していなかったが、今回はジェネリックで調剤してしまった。入力などはアダラートCR40だった。	調剤者が薬剤認識端末を通さなかった可能性があり。投薬薬剤師も外見が似ていることや、違う薬と解っていても、同じ成分と認識してしまいスルーしてしまった可能性あり。経験があるために起きる単純なミス。	必ず薬剤認識端末を通して処方薬、入力された薬剤、調剤した薬剤が合っていることを確認する。	アダラートCR錠40mg	ニフェジピンCR錠40mg「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
857	一般名処方にてパンデル軟膏が処方のところロコイド軟膏で調剤	一般名処方において、類似している名称のため、確認不足と思い込みが要因と思われる。	ステロイド剤は一般名が類似しているため、調剤テーブル前方に類似薬剤の一覧表を設置し、調剤前に確認できるようにする。	パンデル軟膏0．1%	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

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

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	
858	ノボラピット注フレックスタッチを出すところを間違えてノボラピット注フレックスペンを出そうとして投薬直前で気づきました。患者様に渡す直前だったので、トラブルにはなりませんでした	外箱がたいへん似ていることと、隣に置いてあったことが大きな原因の一つと考えます。	場所を離して保管しておくようにしました	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	医薬品		ヒューマンエラー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	テルチア配合剤BPをテラムロ配合BPで投薬してしまった。その後に在庫担当が在庫が合わないことに気がつき、すぐに患者さんに連絡して交換した。	当日、薬を取りに来たのが代理（奥様）だったので薬の違いにも気がつかなかったこの患者さんは2ヶ月の長期処方で薬を管理していたので、すぐに発見できた。患者さんに連絡したらまだ残薬があり、服薬前であった監査と調剤した薬剤師は新人で就業時間も短く、不慣れだった。	名前が類似した薬は数多い、まずは薬局にある在庫で類似した薬の名前を把握してもらうようにマニュアル作成して、意識してもらうように徹底する。	テルチア配合錠BP「DSEP」	テラムロ配合錠BP「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
860	【般】シメチジン錠200mgの処方を調剤時、【般】ジメチコン錠と勘違いして処方箋コピーにガスコン錠と記載し調剤にかかる。医薬品外箱の一般名を確認時タガメット錠を調剤しなければいけないことに気づく。	一般名が類似している医薬品をあらかじめ把握し注意を促す。	一般名処方のものは調剤時医薬品外箱の一般名を確認しながら調剤するようにする。	タガメット錠200mg	ガスコン錠40mg	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
861	テノーミン25mgが処方されていたのに、引き出しとなりにあるテルネリンをピッキングしてしまった。監査時には気がつかないでそのまま投薬してしまった。翌日患者より指摘ありで、謝罪して交換することになりました。	42日分投薬の患者が、3人続いて忙しく監査もれしてしまった。時間的に　枚数が集中して一人薬剤師でさばききれない時のヒューマンエラーが起きた。	似た名前のお薬は隣ではなく 離して並べるようにしました。長期投薬の患者3人はあらかじめ、処方も重いのでピッキング予製で対応するようにしました。監査の徹底、薬情の写真とのチェックを見直しました。	テノーミン錠25	テルネリン錠1mg	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
862	忙しい時間帯だった。 Rp） トラゼンタ錠5mg 1T 1x14日M のところを間違えてトラセミド錠4mgをピッキングする。かんさもすりぬける。服薬指導中に気が付きすぐに交換する。薬品名が似ているので読み間違えたようだ。在庫の棚は、トラゼンタが糖尿病薬なので全然違う場所で随分離れている。	原因：読み間違い。調剤者、監査者の不注意 〇処方せんの見間違い〇単純なミス〇注意力散漫	改善点：落ち着いて調剤する。 監査を充実させる。名前が似た薬品がある場合は保管棚に注意喚起を表示。	トラゼンタ錠5mg	トラセミド錠4mg「KO」	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	
863	分包するものと頓服でヒートで出すものがあり、混雑しており、患者をかなり待たせていた。頓服薬で間違えたこの2剤はPTPシートデザイン、色、錠剤の大きさが似ており、調剤棚も〇向のあいうえお順で並んでおりピックアップミスでトレーに入れた。待たせた、早くしなければとの思いが強く、服薬指導時も患者に確認せず、自分も確認を怠ったまま薬袋へ入れて交付してしまった。患者から電話で「服用しようとあけたら違う薬が入っていた」とTELがあり、発覚、すぐに伺い交換した	混雑して待たせているという意識が大きかった。心理的プレッシャーがあり、交付時の確認も怠ってしまった。焦りがあった。保管場所をあいうえお順でにせず、アルプラゾラムをソラナックスのそばに移動させた。〇向であり、普段から取り扱い注意と意識はあったが、焦りの方が上回った。	保管場所の区別。ダブル監査。交付時の患者と一緒に確認するを必ず実行または患者にヒートを確認してもらう。	アルプラゾラム錠0．4mg「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	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
864	トラネキサム酸カプセル100mgで調剤するところをトコフェロールニコチン酸エステル100mgで間違って調剤してしまった。	ヒート、カプセルのデザインが似ている為。棚が上下にあったため	調剤時、類似している点を加味し、ピック後もう一度、確認して監査に回す。	トラネキサム酸カプセル250mg「トーワ」	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「NP」	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
865	いつも変わらずにでていた薬が、採用してない似た名称のカナグルからカナリアに変わった事に気が付かず、投薬時に取り間違いに気が付いた。	似たような名称の同効薬で、処方せんの見間違いをしてしまった。	新規医薬品の勉強会に、似た名称の医薬品の有無の確認と、監査時の薬情の内容確認の徹底。	カナグル錠100mg	カナリア配合錠	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
866	一般名でベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルクリーム0.05%が処方されていたが、誤ってベタメタゾン吉草酸エステルクリーム0.12%を患者様に渡してしまった。	アンテベークリームを今まで使用されていた患者様で、次回から後発品希望で取り寄せてほしいとの依頼があってたので、問屋さんにアンテベートクリームの後発品をもってきてくださいと発注して、納品されたのがベタメタゾン吉草酸エステルクリーム0.12%だった。その時点で違う商品が来たことに何の疑いも持たずに、アンテベートクリームの後発品と思いこんでいましたので、その患者様が来局された時に迷わずそれをお渡ししてしまいました。薬歴を記載中に名称、%の違いに気づき、患者様の携帯電話にすぐ連絡して間違った商品をお渡ししたので使用しないよう説明して謝罪しました。純粋に思いこみによる確認ミスです。	思いこみをやめ、一般名の名称が少し似てるものがある場合はしっかりと確認する	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルクリーム0．05%「MYK」	ベタメタゾン吉草酸エステルクリーム0．12%「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「薬剤取り違え」）

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	
867	ベタニス錠50mg（14日分）処方のところ、誤ってベオーバ錠50mgを薬剤師Aがピッキング。監査にあたる薬剤師Bも気がつかず、そのまま薬袋につめたが、事務員の入力があがってきたところで間違いに気がつく。	事例に関わる患者が来局する手前から、たて続きにベオーバ錠50mgの処方が続いていた。それらの流れから、誤ってピッキング、思い込みによって監査がしたこと原因。【処方せんの見間違い】	ベオーバ錠の棚には「ベタニスと名称酷似、注意」と記載し、対策した。	ベタニス錠50mg	ベオーバ錠50mg	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
868	定期処方　シロドシンOD錠4mg　2T2×朝夕食後　ほか3剤の一包化処方。事務員Aが一包化調剤。薬剤師Bが監査したときに、シロドシンOD錠4mg「KMP」ではなく、シロスタゾールOD錠100mg「トーワ」が調剤されていることに気づいた。すぐに事務員Aに間違いを指摘し、正しい薬剤で調剤しなおした後に患者へ投薬した。	薬品名の最初の2文字とOD錠が共通しており、薬品名類似による取り間違いと考えられる。	一包化する前に、取り揃えた薬剤が間違いないか処方箋と照らし合わせて1文字ずつ確認する。	シロドシンOD錠4mg「KMP」	シロスタゾールOD錠100mg「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
869	10月、一般名クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%で処方のところ一般名クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%であるマハディ軟膏で入力、調剤、監査し投薬していた。9月処方時はキンダベート軟膏でお渡し。10月、11月の2回に渡り同じ過誤をしていた。12月に再度処方が出た際に誤りに気付いた。患者に健康被害などはなかった。	一般名の類似、%が同一。監査時に入力を鵜呑みにしていた様子。	一般名や薬剤名が類似しているものには調剤棚に注意喚起の記載をする	キンダベート軟膏0．05%	マハディ軟膏0．05%	確認を怠った 判断を誤った	知識が不足していた	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
870	定期的に通っている方でエペリゾンでの処方のところイトプリドを出していた。次の来局時にいつもと違うから飲まなかったとの話を受けて薬剤が違うことが判明。	同じ引き出しのなかにしまってあり、規格も50mgで同じ。さらに見た目もよく見れば違うがある程度似ている感じ。午後の部が始まって少し混んできた時期のため、きっちり確認もせずにだしてしまったものと思われる。	引き出しの中でもなるべく離して配置するようにした。再度確認するように徹底した。	エペリゾン塩酸塩錠50mg「トーワ」	イトプリド塩酸塩錠50mg「タナベ」	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
871	処方でケフレックス250mgのところ調剤でケフラール250mgで誤って調剤をしてきた。鑑査者が気づき再調剤を行った。	名前と規格が似ていたため誤って思い込みで調剤をしてしまった。	注意喚起の札を作成し対応。	ケフレックスカプセル250mg	ケフラールカプセル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
872	[般]ヘパリン外用泡状スプレー　100gという処方があった。普段からヘパリン外用スプレーがよく処方されていたので思い込みでそれを交付しようとしたが監査の段階で気が付いた		外用スプレーには泡状もあるという認識をしておくことが大切。そうだろうと思い込んでするのではなくそうかもしれないと疑いの目で調剤しないといけない	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スプレー0．3%「日医工」	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
873	マグミットという処方があったにもかかわらず思い込みで酸化マグネシウムを調剤してしまう。監査時で発見し交付は免れる。	同種・同効薬であるためまた使用頻度もほぼ変わらないため思い込みで調剤してしまった。ヒートもよく似ているので気をつけないといけない。	監査時では思い込みの概念はすててこれが最終チェックと思ってしっかりと確認していかないといけない	マグミット錠330mg	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
874	ツムラ桂枝茯苓丸加薏苡仁（ツムラ125）とツムラ桂枝茯苓丸（ツムラ25）と取り間違えお渡しした。	ツムラ桂枝茯苓丸加薏苡仁（ツムラ125）とツムラ桂枝茯苓丸（ツムラ25）の取り間違え名称がかなり類似しており、また箱の色がどちらもオレンジ色、かつ番号も125、25と類似点が多く、煩雑なときでもあり確認がきちんとできていなかった。	薬情の写真で125と25を良く確認する。	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	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
875	ビーソフテンCrで調剤するところ、ヘパリン類似物質油性Crで調剤。監査時に間違いに気づいた。	ビーソフテンCrよりヘパリン類似物質油性Crの方が処方頻度が高く、ついヘパリン類似物質油性Crで調剤してしまった→〇注意力散漫	しっかり処方箋を確認し撮り違いのないようにします	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				ヒューマンエラー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	ランドセン細粒が処方されているところ、誤ってアレビアチン散を調剤して交付してしまったことが在庫チェック時に判明。すぐ患者ご本人に連絡を取ったところ、前回分のランドセン細粒が残っており、それを服用していた為、アレビアチン散を服薬する事態にはならなかった。ランドセン細粒を改めて調剤し、患者宅へ訪問して、誤って調剤したアレビアチン散と交換し、謝罪した。	ランドセン細粒とアレビアチン散はどちらも白い散剤で、且つ、成人の通常用量も似通っている為、流れ作業の中で勘違いをして薬剤を取り違えた。また調剤鑑査でも見落としてしまった。	記録式の電子天秤での秤量時、必ず処方箋と薬剤名を照らし合わせる。また、調剤鑑査と投薬までにも一度別の薬剤師による鑑査を挟むなど、チェックに関わる人数を増やす。	ランドセン細粒0．1%	アレビアチン散10%	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
877	ガス～までしか読まず調剤を行った。調剤鑑査時に異なる医薬品であると判明し正しいものへ変更した。	〇単純なミス	名称が似ていても規格mgまで同じであるケースは滅多にないので規格まで確認することを怠らない。	ガスモチン錠5mg	ガスコン錠80mg	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
878	患者さんが自宅に帰ってから、薬を見て、いつもと違っているとのTELあり。窓口で確認したときは気が付かなかったとの事。一般名」アスピリン81mg・ダイアルミネート配合錠であるバファリン配合錠A81を調剤すべきところ、当薬局での使用量の多い「一般名」アスピリン腸溶錠100mgのバイアスピリン錠100mgを渡してしまう。	適応症・用法容量の類似しているもので、同じものの意識のため、剤型の違いも気にならずにわたしてしまった。	思いこみで調剤することなく、きちんと患者さんにも確認してもらって、渡すことの徹底。たった1剤の薬でも、ダブルチェックを怠らないようにする。	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	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
879	トラディアンスが36日分で処方されていたが、投薬時に43日分に変更になった。追加でトラディアンス7錠を調剤するべきところを、誤ってジャディアンス7錠で調剤を行ってしまった。投薬時に別の薬剤師が気づいたため、患者に健康被害はなかった。	投薬の途中でトラディアンスの日数が変更になり、追加で調剤することになった。トラディアンスとジャディアンスはヒートと名前が似ている事もあり、足りない分を取る時に間違えてジャディアンスを取ってしまった。また患者を待たせている為、早く調剤をしなければいけないと焦ってしまい、確認を怠ってしまった。	調剤を行う時は、薬剤名、規格、錠数を読み上げて、指差し呼称を徹底する。また、監査を行う際には数だけを見るのではなく、違う薬剤が混入しているかもしれないという考えを念頭に置き、1つ1つのヒートに書いてある薬品名・規格までしっかりと確認を行う。	トラディアンス配合錠AP	ジャディアンス錠10mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった 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
880	処方箋はオフロキサシン点眼液5ml（後）と記載されていたが誤ってオフロキサシン点眼液「日点」5mlで薬剤師が調剤、投薬時別の薬剤師が監査時点で誤りに気付いて処方通りに変更して調剤	両方とも後発品の抗生剤の点眼で名称がよく似ていて「疾患」「後発」が頭にあって「オ」「フ」「ロ」「サ」などの文字が目に入って忙しさのあまり間違って調剤してしまった。	処方の頭の文字で思い込み調剤をせずにきちんと薬品名を声あげて調剤するよう努める	オフサロン点眼液	オフロキサシン点眼液0．3%「日点」	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
881	デベルザ処方だったのに、パルモディアを誤って調剤。監査システムでエラーが出て発覚。	デベルザとパルモディアが近くに納品されていることに加えて、シートの雰囲気が似ているため、混雑の際に焦って調剤ミスがあった。	落ち着いて調剤する。	デベルザ錠20mg	パルモディア錠0．1mg	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
882	タプロス点眼とタプコム配合点眼を取り間違えた	名前が似ているため	薬品棚に注意喚起の張り紙をつけた	タプロス点眼液0．0015%	タプコム配合点眼液	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
883	メキタジン錠が正しいが、メトリジン錠で調剤してしまい監査時も間違いに気づかず患者様へお渡ししてしまった。投薬後にメトリジン錠の箱が空いていることに気づき、患者様宅へ確認に伺ったところ間違いが発覚した。	当日は混雑しており監査時の薬の確認が十分ではなかった。それぞれ類似した薬品名であるが事前の間違い防止対策が十分ではなかった。	間違えやすい医薬品が処方されている患者様には、薬歴に注意喚起の文章を残す。類似した薬品には注意する札を貼り、配置も改善した。監査では状況に関わらず一つ一つ疎かにせず丁寧に確認を行うこと徹底する。ピッキングでは必ず声出しを行い、取り出した後も再度処方箋と照らし合わせ確認することを徹底する。	メキタジン錠3mg「ツルハラ」	メトリジン錠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
884	アイミクス配合錠LDを調剤するところ、イルアミクス配合錠LDが混入してしまい、混在しておわたししてしまいました。その後、在庫数の違いに気づき、混在がわかりました。	先発品とジェネリックがとても似ているため、混在に気が付きませんでした。	シートひとつひとつ丁寧に鑑査をすること。	アイミクス配合錠LD	イルアミクス配合錠LD「DSPB」	確認を怠った	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
885	印字の処方箋に医師が手書きでアモキサンカプセル25mgの追加処方を書いていたが、誤ってアモキシシリンカプセル25mgで入力、調剤してしまった。鑑査時に気が付き訂正した。	名前と規格が似ており、また手書きで読みづらかったため間違いが発生したと考えられる。〇手書き処方せん	名前が類似していることをスタッフ全員に周知し、規格・用法をしっかり見るようにする。	アモキサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「日医工」	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
886	処方箋には一般名で【般】ゾピクロン錠7.5mg錠と書かれていた。ゾピクロン錠7．5mg「サワイ」を調剤するところ、ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「サワイ」を調剤した。	ゾピクロン錠をゾルピデム錠と読み間違えた。	一般名には似た名称があるので、一字一句見間違えないように気をつける。	ゾピクロン錠7．5mg「サワイ」	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「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		ヒューマンエラー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	新人の薬剤師がベタヒスチンと書いてある処方箋をベポタスチンと勘違いして調剤をしてしまった。監査の人も気づかずに患者さんに渡ってしまった。在庫を確認していた時に間違ったことが発覚しました。1週間くらい飲んだ形跡あり。DRに連絡し、指示を仰ぐ。患者さん症状は、これといった副作用はない。めまい等も依然と変わりなかった。患者さんには、誤り何かあったらすぐ病院にかかるよう話す。	新人の薬剤師でしたので、近くにある名前の似たようなのを取ってしまったと、思われる。また、監査した薬剤師もヒートの色も形も似ており、間違えたと思われる。時間帯も混んでいた時間帯だったので、確認を怠ったと思われる。	混んでいたりと焦りもある時間帯でも、薬の名前はしっかり確認します。また、薬の効果を考えながら監査をするようにします。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」	ベポタスチンベシル酸塩錠5mg「タナベ」	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	医薬品		ヒューマンエラー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	ロキソプロフェンNaテープ100mg（温感）のところロキソプロフェンNaテープ（非温感）を調剤投薬時に患者さんから「Drから温める湿布を処方すると言われた」とうい情報を聞き、再度処方箋を確認したところ間違いに気づいた	いつもロキソプロフェンNaテープ（非温感）が処方されることが多く、（非温感）や（温感）は気にしていなかった	次回から調剤監査するときに（非温感）か（温感）かチェックするようにする	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「久光」	確認を怠った	知識が不足していた	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
889	エチゾラム1mg錠が処方されていたところ、エスタゾラム1mg錠を調剤し、お渡ししてしまった。エスタゾラム2mg錠も処方されており、通常用量を超えてしまうことも見逃してしまった。その結果、傾眠が生じた。	多剤併用処方で、ベンゾジアゼピン系の薬が複数種類処方に含まれていた。エスタゾラム2mg錠も処方されており、それと並んだエチゾラム1mg錠の処方箋への記載が見にくい状況でもあった。	処方内容の監査と、取り揃え後の監査の徹底と、取り揃え時の処方箋へのチェックの記載の徹底について薬局内で情報共有した。また、この薬に限らず名称類似薬（ブロナンセリンとブロマゼパム、ロフラゼプとロラゼパム、ゾピクロンとゾルピデム）の取り違えの可能性と判別の徹底について薬局内で情報共有した。また名称類似薬の薬局内での配置を変更し、また配置箇所への注意喚起表示を行った。	エチゾラム錠1mg「アメル」	エスタゾラム錠1mg「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
890	【一般名】アセトアミノフェン75mgサリチルアミド135mg・・・6錠とフスタゾール6錠 【一般名】カルボシスティン錠500mg3錠 分3 10日分の【一般名】アセトアミノフェン75mgサリチルアミド135mg・・・と【一般名】アセトアミノフェン200mg錠と取り間違い 患者に投薬した 20分後気が付き 薬を交換して謝罪した。患者はまだ薬を服用しておらず事なきを得た。	インフルエンザ感染患者のイナビルの局内で吸入指導や 一包化の患者を待たせていたので 焦りがあった。また ピーエイとカロナールの【一般名】がアセトアミノフェンから始まっており、通常 カロナール6錠分3の処方はあまり出なかったので勘違いをした。	病院の医師に 今回ヒアリハット事例を伝え ピーエイ配合錠の 一般名表記を プロメタジンメチレンジサリチル酸塩6.75mg等配合非ピリン系配合薬に変更してもらい、アセトアミノフェンと区別できるようにしてもらう。類似一般名処方を思い込みで間違えないようにする。	カロナール錠200	ピーエイ配合錠	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	教育・訓練 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	
891	類似名薬剤の取り間違い。	１人薬剤師の状況で繁忙状態。思い込みによる取り間違いミス。	自動調剤機の導入。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠４単位	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
892	アスパラCA錠200mgのところをアスパラカリウム錠300mgで調剤した。すぐに調剤者が間違いに気付き、正しい薬剤にとりかえた。	処方箋記載の薬品名のアスパラという部分だけを見て、最後までしっかり確認できていなかった。	似たような薬品名の薬剤は多く存在するので、薬品名は最後までしっかり確認する。	アスパラーCA錠200	アスパラカリウム錠300mg	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
893	一般名処方でベポタスチンベシル酸塩OD錠10mgで処方され、ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工」を調剤してしまいました。一緒に処方されていた薬剤がトリノシン顆粒だったことも一つの要因と考えています。患者さん本人が10mgと6mgの違いに気づき連絡をくださいました。服薬前でしたので、ご自宅まで取り替えにいきました。	一般名の名前が似ていた。確認不足です。		ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工」	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
894	カルデナリン錠2mgを調剤・粉砕するところ、カンデサルタン錠2mgを調剤・粉砕してしまった。鑑査で気が付き事なきを得た。	まず一人の薬剤師がカルデナリン錠2mgのところ間違えて名前の似ている同規格のカンデサルタン錠2mgをピッキングして粉砕に回した。そしてもう一人の薬剤師がその間違えに気が付かずにそのままカンデサルタン錠を粉砕してしまった。鑑査の段階で始めてその間違いが発覚した。	似ている名前のある薬、しかも同規格のあるものは特に注意する必要があり、基本的な確認作業をしっかりと意識付けなければならないと考えます。	カルデナリン錠2mg	カンデサルタン錠2mg	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
895	エリキュース錠2.5mgが処方されたが誤ってエフィエント錠3.75mgをピッキングしてしまった	処方名の類似及び薬効の類似における思い違いによる間違え	ピッキングの際の再確認及び監査の際の薬剤師によるダブルチェック	エリキュース錠2．5mg	エフィエント錠3．75mg	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
896	処方せんに【一般名】で処方が記載されていた、患者は先発品希望にもかかわらず、ジェネリックで調剤していた、服薬指導時、患者さんに指摘され、間違いに気づいたので、取り換えた	錠剤の形状　シートの色、形が良く似ている	ピッキングした後の再確認を徹底する調剤した薬剤師と服薬指導をする薬剤師は、必ず変わることを徹底する	ファモチジンOD錠10mg「トーワ」	ガスターD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

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

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	
897	ツムラ28越婢加朮湯が処方されていたが、誤ってツムラ18桂枝加朮附湯を調剤。処方日数が10日分のところ、3日分のみツムラ28越婢加朮湯、残り1週間分をツムラ18桂枝加朮附湯調剤した。間違って投薬したことに気づき患者宅へ連絡し正しい薬剤を交付する。	ツムラ28越婢加朮湯の箱にツムラ18桂枝加朮附湯が間違って入っていたことが原因と考えられる。今回の事例が発生する前に、包装帯が赤く数字も類似していたためか、何らかの理由で箱への直し間違いがあった。〇単純なミス〇焦り	管理上、ツムラの箱の位置についてすべて見直した。ツムラの番号や色、また名称が類似しているものについて特に注意して棚の位置を変えるなど改善した。調剤時、投薬時にすべての包数について薬品名を確認するように周知した。	ツムラ越婢加朮湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒（医療用）	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
898	ツムラ105通導散エキス顆粒　7.5g分3食前(28)の処方箋受付。 監査時105の通導散とツムラ125桂枝茯苓丸加ヨクイニンエキス顆粒が混ざっているのに気が付かず渡してしまった。105通導散　14日分、125桂枝茯苓丸加ヨクイニン14日分で渡していた。午後発注の際にその日に出ていないはずの125の空き箱があり発覚。患者様宅に連絡し、交換	ツムラ105　通導散、ツムラ125桂枝茯苓加ヨクイニン共に42包入りで購入しており、保管が横並びになっていた。ピッキングの際2箱開けて監査用の加護に入れていたが、監査時に確認を怠りスルーしてしまった。 105と、125の番号が似ていたことと、色が同じ黄色だったためと思われる。	漢方の在庫を番号順に並べていたが、在庫が増えるうちに105と125が横並びになっていた為、番号の類似、色の類似があり混同しピッキングしてしまったので、数字が似ているもの色が似ているものは離して保管するようにした。監査の際も番号の確認の徹底と、色だけで判断しないように再度店舗内で意識の統一を行った。	ツムラ通導散エキス顆粒（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	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
899	エックスフォージ配合錠が処方されており、ジェネリック希望であったため、アムバロ配合錠を調剤するところを、よく似た薬品名のアバプロ錠を調剤してしまった。	〇作業手順の不履行先発品とジェネリックの成分名確認を怠った。	先発品の処方で、ジェネリックに変更する際の手順を再確認する。また、よく似た薬品名、間違えやすい薬品名の資料を作成し、スタッフで共有する。	エックスフォージ配合錠	アバプロ錠100mg	確認を怠った 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
900	一包化指示の処方箋でアトーゼットのところ、ロスーゼットで調剤した。分包する前に別の薬剤師が薬の確認をしていたが誤った。またもう一人の薬剤師が分包の監査をしたが、処方箋との照らし合わせが不十分で気づかなかった。繁忙の時間帯でもあったために、投薬から戻ってきた別薬剤師がその患者の投薬にあたることになった。その薬剤師の最終の確認の際に、薬剤の間違いに気づいた。	似た薬剤の薬剤名の間違い。アトーゼットの処方があまりなかったために、よく処方されているロスーゼットに変換されてしまった。確認にあたった薬剤師が2名もいたが、合っているとの先入観から処方箋との照らし合わせが不十分で間違いを見落とした。複数の薬剤師がかかわっていたために慎重さが欠けてしまった。〇処方せんの見間違い〇注意力散漫	監査時は薬を先に見ることなく、処方箋を先に見て先入観を無くして監査を行う。間違っていないかどうか、という疑いの目を持って監査にあたる。	アトーゼット配合錠LD	ロスーゼット配合錠LD	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラー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	Rp. ネキシウム20mg、1cp／28日分　のところ、20mgを22cp、10mgを6cp用意してあり、監査時に発見した。	・ネキシウム20mgの箱に、10mgが7cp混在していた。 取った28cp全てが20mgと思いこみ確認せず。監査時に発見された。・当日以前に、10mgを箱に戻す際の戻し間違いの可能性あり。・箱、シート内側デザインの類似などあり。	・ピッキングの際、薬品名・規格・銘柄などの確認を徹底する。・箱や棚に戻す際、今すぐに戻す必要がない場合も多い。後で落ち着いてから、または別の職員と確認しながら戻す必要がある。	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

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

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	
902	以前よりヒルドイドソフト軟膏が継続処方されていた患者について、これまで医師からジェネリック品への変更は不可であるとするチェックの入った処方箋を持参されていたが、その時はジェネリックへの変更が可能であるとする処方箋だった。薬剤師Aはその事に気付かず、前回までと同様のヒルドイドソフト軟膏を調剤したが、鑑査を行った薬剤師Bがジェネリック品への変更が可能であることを指摘し、薬剤師Aは患者に確認の上、改めてヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」の調剤を行った。	以前から定期的に当薬局を利用下さる患者であったため、今回も同じ医薬品で間違いないだろうとの思い込みが原因で発生したと考えられる。	薬剤の規格などは確認したことを示す為に、調剤の際に〇で囲うようにしていたが、そういったチェック項目に「ジェネリック品への変更の可否」を加えることで改善を図る。	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
903	メイラックス（1）を調剤しなければならないところ、ワイパックス（1）で調剤してしまった。	一般名処方であったが先に打ち出した調剤録を見て調剤してしまい、先発希望だったため本来はメイラックスを調剤しなければならないところ、薬品名が似ていて規格もメイラックスと同じ1mgであるワイパックスで調剤してしまった。どちらも向精神薬で保管場所も近く、余計に思い込みをしてしまった。〇単純なミス　〇注意力散漫　〇作業手順の不履行	処方箋をしっかり確認して調剤する。名前や規格が似ている薬品が存在するものに関しては普段から留意する。	メイラックス錠1mg	ワイパックス錠1．0	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
904	処方箋の記載は、商品名のセフゾンカプセル100mgであり、後発品の調剤でセフジニルカプセル100「JG」を選ぶべきところを、セフカペンピボキシル塩酸塩錠100「サワイ」を手にとってしまい、箱をあけたらカプセルでは」なく、錠剤だったので、違うものと気づき、セフジニルカプセル100mg「JG]を拾いなおした。名称と外装も似ているため、間違いやすいと思った。	一般名をきちんと理解していなかったことが原因の一つである。	一般名をしっかり覚える。	セフゾンカプセル100mg	セフカペンピボキシル塩酸塩錠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 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
905	往診に行った施設の患者様。今までは処方箋がトラムセットだったが、今回からジェネリックのトアラセット配合錠「DSEP」と記載されていた。事務員が入力時に気づかず、今までのトラムセットで入力をし、調剤者もそれに気づかず今までのトラムセット配合錠で一包化調剤。1回目の監査でそれに気づかず用意し、2人目の別の薬剤師の監査時に入力と調剤の間違いが発覚。一包化調剤をし直して患者様に正しいお薬を交付した。	トラムセットとトアラセットは先発品とジェネリック医薬品で名前が似ており、薬剤の形状も似ているため思い込みで間違いに気づかなかった。往診の施設患者の処方がたくさんあり、繁忙期のため外来も混んでおり焦りがあった。	処方箋と入力の相互チェックを怠らず、複数の人数でのチェックを引き続き行いたい。店舗で再び同じミスが出ないように店舗内で情報を共有する。	トアラセット配合錠「DSEP」	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	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
906	本来はトラチモ配合点眼を調剤すべきところを誤ってラタチモ配合点眼を調剤してしまった。記載は先発品名で書かれていた。ジェネリック医薬品の名前が類似しているために起こった事例と考えられる。	どの先発品がどの後発品になるか再度確認し、徹底周知をする。監査の際の確認を入念に行う。		トラチモ配合点眼液	ラタチモ配合点眼液	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
907	患者が処方箋を持って来局、処方箋にはノルフロキサシン錠100mg「サワイ」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際ノルフロキサシン錠100mg「サワイ」を調剤するところ、名称が似ていたトスフロキサシントシル酸塩錠150mg「サワイ」で調剤してしまった。鑑査にあたった薬剤師Bも誤りに気付かず、服薬指導時に薬剤師Aが処方箋と調剤した薬を再度照らし合わせていたところ誤りに気付いた。薬剤師Aはノルフロキサシン錠100mg「サワイ」を正しく調剤し直し、薬剤師Bが再度鑑査を行った。服薬指導時に気付いた為患者へは正しい薬を交付した。	ノルフロキサシン錠100mg「サワイ」とトスフロキサシントシル酸塩錠150mg「サワイ」の名称が似ていた為処方せんの見間違いをして調剤を誤った。また鑑査を行った薬剤師Bも正しい薬が調剤されていると思い込んでしまい、誤った鑑査を行った。	調剤を行う薬剤師は処方箋をよく確認し、ピッキング時に声出しするなど注意力を高めるよう徹底した。鑑査する薬剤師は調剤された薬が正しいと思い込まず常に疑って鑑査するよう注意喚起をした。	ノルフロキサシン錠100mg「サワイ」	トスフロキサシントシル酸塩錠150mg「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
908	エリスロシン錠200mgとエリスパン錠0．25mgを間違えてピッキングし、監査者もそれを見逃し、そのまま投薬してしまった。患者様からの電話により投薬ミスが発覚し、正しい薬剤と交換し謝罪した。	繁盛期だった。薬剤の名称が近似していた。お二人分を同時に監査したため、投薬台がいっぱいになり、薬袋に書いてある薬剤名が読とりにくかった。また、患者側から別件の質問があり、質問に答えつつ監査したため、監査が煩雑になった可能性もある。	投薬台に薬袋を並べると、監査が終わってないのに自分の番だと思って患者様が話しかけてくることがある。次回以降、お二人分を投薬するさいは、投薬台に並べる前にしっかり監査を行うことで、監査しつつ患者様と話す状況を作らないように心がける。	エリスロシン錠200mg	エリスパン錠0．25mg	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
909	一包化の処方の中に「エリキュース錠2.5mg 1錠　朝食後」が処方されていたが、「エフィエント錠3.75mg」を誤って調剤、一包化に入れてしまった。一包化鑑査中に別薬剤師がそれに気づき発覚。患者に交付する前に取り違えを修正した。	エリキュース錠2.5mg、エフィエント錠3.75mgを同じ薬品棚の引き出しに入れて保管していた。薬品名、薬効も似ていることから混同したものと思われる。」〇処方せんの見間違い〇処方医薬品の多さ〇単純なミス〇焦り〇注意力散漫	エリキュース錠2.5mgとエフィエント錠3.75mgを別の薬品棚に保管することにした。	エリキュース錠2．5mg	エフィエント錠3．75mg	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
910	一般名処方「モサプリドクエン酸塩錠5mg　3T　35日分」を「モサプリドクエン酸塩錠5mg「日新」105T」使用するところ、100Tだけ「ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TSU」」をお渡しした。	100T開封時、棚上から商品をとる際に外箱の色で「モサプリドクエン酸塩錠5mg」と思い込んでしまい開封した。監査時も5Tは「モサプリドクエン酸塩錠5mg」であったため、正しいと思い込んでしまった。	外箱の色の確認ではなく、きちんと商品名も確認する。開封時、監査時、再度確認し調剤をするようにします。在庫について、外箱の外観が似ている場合は、メーカー変更も検討します。	モサプリドクエン酸塩錠5mg「日新」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TSU」	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
911	数名患者様が待たれている忙しい時間帯であった。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%10g記載あり。ジェネリック希望の患者様だったので、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」5gを2本調剤するところ、ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」5gを2本調剤し、そのまま監査へ回した。監査時に薬剤が違うことがわかり、すぐに調剤し直したため大事には至らなかった。	一般名処方で記載されていて、通常よく処方がでているベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%と見間違えてしまった。調剤後に再確認をしなかった。薬剤に記載されている一般名と処方箋をきちんと確認していなかった。	一般名処方は、似ているものや剤形、規格など混乱しやすいので、しっかり落ち着いて調剤する。調剤後、再度確認して、監査に回す。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0．05%「MYK」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0．05%「MYK」	確認を怠った 判断を誤った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
912	忙しい時間帯ではなかった。3年ぶりに来局された患者様の処方箋で、処方内容に不備があったため、電話で問い合わせをしていた。ドンペリドン錠10mg「YD」3錠1日3回毎食前5日分記載あり。自分ではドンペリドン10mg「YD」をとったつもりだったが、実際にはトラネキサム酸錠250mg「YD」を15錠調剤していた。ミスにきづかず、監査にまわし、監査時に薬剤が違うことが判明し、すぐに調剤し直した。	処方内容の問いあわせで、集中力がピッキングに欠けていた。ドンペリドン錠10mgとトラネキサム酸錠250mg「YD」がPTPデザインがよく似ていたため、それぞれの薬剤の棚は隣合わせなど近くではないが、思い込みで調剤後も再確認せず監査に回してしまった。	処方内容をしっかり見て、集中して調剤する。似たPTPデザインという認識があるので、取り間違えないようにさらに気を引き締める。棚に取り違えないように注意のシールなど貼る。	ドンペリドン錠10mg「YD」	トラネキサム酸錠250mg「YD」	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
913	【般】ヘパリン類似物質クリーム0.3%の処方。一般名処方の場合、当薬局では基本的に後発品のビーソフテンクリームを交付する。しかし処方入力の際、誤ってヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」(【般】ヘパリン類似物質軟膏0.3%)を選択してしまい、そのまま薬袋薬情など印刷。調剤者もヘパリン類似物質油性クリーム0.3%を調剤してしまい、投薬した薬剤師も薬袋の画像と薬剤現物が一致していることで処方箋をよく確認せずにヘパリン類似物質油性クリーム0.3%をそのまま交付してしまった。後日、他の医療スタッフが入力の再チェックを行った際に間違いが発覚。患者宅に伺い、正しい薬剤（ビーソフテンクリーム）と交換、謝罪した。	●処方箋の入力ミスの背景当薬局ではよく処方される薬剤の名前は入力画面において青字で表示されるように設定している。ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」（青字）ビーソフテンクリーム（黒字）「ヘパリ」で検索すると上記2行が並んで表示される。おそらく入力者は「この病院からよく出る薬剤は青字」という認識から上の行のヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」を選択してしまったのだと思われる。 ●調剤ミスの背景当薬局にはヘパリン類似物質軟膏/クリーム/ローションの先発品と後発品の両方在庫がある。投薬した薬剤師はそれらの名称や違いの知識に乏しかった。 〇単純なミス〇注意力散漫	●入力ミスにおける改善策ビーソフテンクリームも入力画面において青字で表示されるように設定した。アクシデント報告を日誌に記載し、医療スタッフ全員に周知した。 ●調剤ミスにおける改善策ヘパリン類似物質軟膏/クリーム/ローションの棚に一覧表を貼付した。その一覧表には一般名処方であっても正しく調剤できるよう、一般名・先発品名・後発品名を記載した。	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	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	
914	施設の患者様の処方箋で、一般名処方で、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。本来なら、キンダベート軟膏0.05%を調剤するべきであり、以前からよく処方がでていたが、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」10gで調剤してしまった。監査時にもミスに気づかず投薬、薬歴での入力もクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%で入力してしまっていた。その後、同じようにまた処方箋が出て、同じ処方内容であったが、その際に改めて入力ミス、投薬ミスに気づき、主治医に前回の処方で軟膏を間違えて投薬してしまったことを報告。患者様にも連絡し、すでにクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%は使用してしまっていたが、特に異常などは生じていなかった。正しいキンダベート軟膏を改めてお渡しした。本人は、いつもの薬とは蓋の色が違うなとは思ったが、別に違和感なく塗布したとのことだったため、患者様からの問い合わせもなかった。	一般名が非常によく似ているため、見間違えてしまった。調剤者も監査者もきちんと一般名を理解できていなかった。	一般名は似たものが多く、特に外用剤は間違えやすいので、しっかり注意してみるようにする。	キンダベート軟膏0．05%	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0．05%「MYK」	確認を怠った 報告が遅れた（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
915	アムロジピン2.5mgサワイを調剤するところ、日医工を調剤。監査時に監査システムで引っ掛かりピッキングミスが分かった。	アムロジピン2.5mg、5mgともに日医工、サワイのものを採用。どちらも処方数はあるため、一番上の棚に配置されている。棚は上からサワイ2.5mg、サワイ5mg、日医工2.5mg、日医工5mgと配置。隣接はしていないが、近くにはあり。シートのデザインは5mgは青と紫で異なるが、2.5mgは色、大きさなど類似している。	2.5mgサワイの在庫を引き出しに変更。調剤監査システムの使用を徹底。	アムロジピン錠2．5mg「サワイ」	アムロジピン錠2．5mg「日医工」	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
916	d－クロルフェニラミン徐放錠6mgを調剤しなければいけないところ、普通錠の2mgを調剤。監査者が監査システム用いた監査時に発覚。	商品名が酷似。処方は普通錠の方が多く上の棚に在庫、徐放錠は処方例少ない為引き出しの在庫。なお近隣病院は普通錠も1日2回で処方することも多い。調剤者の処方箋確認不足。薬品名を見た時の思い込みが原因であると考えられる。	複数規格あるものは調剤時に注意できるように在庫の棚に注意喚起等記載する。薬剤監査システム使用の徹底。	d－クロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠6mg「武田テバ」	d－クロルフェニラミンマレイン酸塩錠2mg「武田テバ」	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

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

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	
917	患者様が処方箋をもって来局した。処方せんには「一般名」アトモキセチンカプセル10mg　4Cap／分2朝夕食後　29日分と記載されていた。薬剤師Aが調剤する際に、アモキサンカプセル10mgで調剤し鑑査に回した。薬剤師Bが鑑査する際、調剤されている薬がアトモキセチンカプセルではなくアモキサンカプセルで間違って調剤されていることに気づき、薬剤師Aに間違っていることを伝えた。薬剤師Aはアトモキセチンで正しく調剤しなおし、再度薬剤師Bへ鑑査をしてもらった。交付する前に気づいたため、患者様には正しいお薬を渡す事ができた。	アトモキセチンカプセルとアモキサンカプセルが近い場所で置かれていて、名前も似ていたことにより間違いが起きた。	調剤時、鑑査に回すまえにピッキングした薬がきちんと合っているものかを確認して回すようにする。	アトモキセチンカプセル10mg「日医工」	アモキサンカプセル10mg	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
918	亜鉛華(10%)単軟膏と亜鉛華軟膏を間違えて調剤。投薬前の監査で間違いに気づき、調剤しなおし正しい薬を交付した。	名称が類似している医薬品による勘違い、確認不足。	処方せんに記載されている医薬品名や一般名を最初の何文字かで判断せず、最後まで確認したうえで調剤する。	亜鉛華（10%）単軟膏「ヨシダ」	亜鉛華軟膏「ヨシダ」	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
919	一般名ロキソプロフェンNa錠60mg60錠処方、患者様は先発希望。薬剤師Aがピッキングの際、引き出しにロキソニン錠が50錠しかなく、補充の際に在庫棚からロキソプロフェンNa錠60mg「日医工」を間違えて補充。そのためロキソニン錠60mgを50錠、ロキソプロフェンNa錠60mg「日医工」を10錠でピッキングしてしまう。薬剤師Bが監査の際、片面（ロキソニン錠側）のみ監査し数量確認。ピッキング監査システムもロキソニン錠で読み込ませているためエラー出ず。そのまま患者様にお薬をお渡し。翌日、薬剤師Cがロキソニン錠60mgをピッキングしようとした際に調剤棚にロキソプロフェンNa錠60mg「日医工」が90錠入っていることに気付き、ロキソニン錠が前日に出ている患者様は一人の為、該当の患者様にご連絡し確認して頂く。ロキソニンに混ざってロキソプロフェンNa錠60mg「日医工」が10錠だけ入っていることを確認。服用はしておらず交換させていただき、謝罪した。	薬剤師Aは入社して間もなく、在庫の場所などをしっかりと把握できていなかったため、ピッキングミスが起きてしまった。当時薬局内は忙しく、患者様が待っていることにより焦りがでてしまい、ピッキング監査を急いだためにピッキングミスに気づくことができなかった。ロキソニンとロキソプロフェンNa錠60mg「日医工」シートの見た目が類似（緑色）のためにピッキングの際も気づくことができなかった。〇単純なミス〇焦り〇注意力散漫	今後はピッキングされたものが合っているという先入観を持たず、間違っているかもしれない、という気持ちでしっかりと細かく両面、PTPの間の部分までしっかりと確認しながら監査を行っていく。在庫の補充の際も箱の名称と棚の名称が合っているか、一人で補充する際は特にしっかりと確認して補充をする。	ロキソニン錠	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「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	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	
920	分包患者のモサプリドクエン酸塩錠5mgの中にカルベジロール錠2．5mgが混入。自動分包機にて分包を行うにあたり、カセット内に薬剤充填時誤って混入した。〇分包薬剤の間違え。	自動分包機カセットに薬剤充填時見た目の類似のため充填を誤った。〇作業手順の不履行	充填時のチェックをダブルチェックする事で作業手順を見直し、声出し指差し確認を再度徹底するように職員全員に周知した。	モサプリドクエン酸塩錠5mg「TCK」	カルベジロール錠2．5mg「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
921	ビオフェルミンR散が処方されていたがビオフェルミン配合散をはかりかけた。計る直前に止めてもらった。	薬名が似ている。単純なミス。	処方箋の薬名をきちんと確認する。	ビオフェルミンR散	ビオフェルミン配合散	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
922	タプロスミニが処方されていたところ、コソプトミニを調剤。監査システムでエラー発覚。投薬前に気づき、事なきを得た。	形状が似ているミニの点眼で、〇手書き処方せんの処方上のミニという文字に気をとられ、〇処方せんの見間違いにより、コソプトミニを調剤。〇注意力散漫にならず、しっかり処方箋を読んでいればタプロスミニは冷所保存なので取りに行く場所が違ったはずである。急に患者が混みだし、〇焦りもあり間違えた。	当たり前であるが、きちんと処方箋を声を出して読む。思い込みによる調剤をしないこと。	タプロスミニ点眼液0．0015%	コソプトミニ配合点眼液		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
923	2019年5月27日10:00頃に患者（80歳女性）が整形外科の処方せんを持って来局。処方箋には「ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒　7．5g、分3毎食後、21日分」と記載されていた。薬剤師Aは当帰芍薬散と芍薬甘草湯を取り違え、監査者の薬剤師Bへ回した。薬剤師Bは監査で間違いに気付かなかった。薬剤師Bが患者へ薬剤を交付する際に患者の主訴と薬剤の適応との食い違いに違和感を感じたが、その時点でも間違いに気付かず誤った薬剤を交付。その後薬剤師Aが取り違いに気付き患者へ連絡を取った。患者は服用前だったためすぐに患者宅へ訪問し正しい薬剤と交換した。	当該事象発生時は店内が混んでいたため焦りがあった。また、当帰芍薬散と芍薬甘草湯の名称が似ていたため間違えた。さらに、普段芍薬甘草湯の処方せんを応需機会が多く、思い込みで調剤・監査を行ってしまった。〇処方せんの見間違い〇焦り	今回、交付時に違和感を感じつつも間違いに気付けなかった点は思い込みの強さと確認の怠りが大きな要因と考えられる。患者の訴えと処方薬の適応について少しでも相違がある場合は確認を徹底し過誤に気付けるようにする。監査時は処方箋の薬剤名と現物を一字ずつ照らし合わせ取り間違えを予防する。	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 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
924	剤形（口腔内崩壊錠）と規格（4mg）が同じものの薬剤取り違い。	名称が似ている薬剤と規格が同じであったためにとり違い。〇注意力散漫	自己での二重監査を徹底する。	トラセミドOD錠4mg「TE」	シロドシンOD錠4mg「杏林」	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
925	名称が似ている薬の鳥間違い。アトルバスタチン錠5mgを出さないといけないところ、プラバスタチン錠5mgを調剤。1包化するときに色が違うことにより気づく	〇単純なミス〇注意力散漫	おなじ間違いをしないように、ヒヤリハット報告を定期的に参照する。間違えたことがあるものに関しては、名称注意などの貼り紙を棚につけておく。	アトルバスタチン錠5mg「トーワ」	プラバスタチンNa錠5mg「トーワ」	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

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

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	
926	スイニー(100)120錠投薬のところ100錠沈降炭酸カルシウム(500)とスイニー(100)20錠と投薬する。	スイニー500錠包装と沈降炭酸カルシウム500錠包装の外箱デザインが類似していた為、100錠を500錠包装から出し、監査時もバーコード確認は20錠のスイニーで行い見落としてしまった。	購入包装形態の変更の検討と、錠剤100錠包装出す時の監査は特に注意してはらうこと。	スイニー錠100mg	沈降炭酸カルシウム錠500mg「三和」	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
927	抗菌薬のクラリスロマイシンドライシロップ（DS）「タカタ」が処方されました。クラリスロマイシンDS「タカタ」を秤量していたらボトルの残りがなくなったので、新しいボトルをとり、そのまま秤量中の皿に追加して秤量しました。秤量後、分包器に入れて調剤しました。 その日の仕事が終わり薬品棚を見ると、封を開けたカルボシステインDS「タカタ」小児用50%が2本ありました。そこで、クラリスロマイシンDS「タカタ」とカルボシステインDS「タカタ」を、亜違ったことに気づきました。急いで、患者さんのお母さんに電話したら、まだ服用していませんでしたので、事情を説明し、新しく調剤し直した薬を持参しました。持ち帰った薬の味を調べると、やはりクラリスロマイシンとカルボシステインが混ざっていました。	クラリスロマイシンDS「タカタ」小児用10%とカルボシステインDS「タカタ」50%のボトルを比べると、外観は結構似ています。キャップの色が黄色と白、ラインが深緑色と紫色以外は、薬品名をよ～く読まないと同じに見えます。さらに、キャップを外すと、全く同じに見えます。悪いことに、忙しい時に箱から出すのは手間かかるので、予め両薬剤とも箱から出してストックしていました。さらに、クラリスロマイシンDS「タカタ」小児用10%とカルボシステインDS「タカタ」50%の粉の色はほとんど同じ微黄白色で、両方一緒に見比べないと分かりません。分包紙の中の薬の色を見ても、まず違いは分かりません。結局、そのまま患者さんに渡してしました。	新しいボトルを使う時は別な薬剤師に確認してもらえばよいのですが、忙しい時は大変です。当薬局では電子天秤で秤量し、秤量記録をプリントしてます。そこでボトルを変える時は、一度計量を終了し、新しいボトルのバーコードを入れてそこで再度計量し直します。そうすると、2つの同じ薬品名が出ますが、それで間違えて他の薬を計量してないことが分かります。最終計量の方に〇等の印をつけるようにしました。	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」	記録などに不備があった	勤務状況が繁忙だった	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
928	患者が処方箋を持って来局。処方箋には「一般名フェキソフェナジン塩酸塩シロップ用5%，1.2g／分2　朝・夕食後，7日分」と記載されていた。薬剤師Aが調剤する際、フェキソフェナジン塩酸塩DS5%「トーワ」を調剤するところ、その近くにあったセチリジン塩酸塩DS1.25%「タカタ」で調剤した。そのことに気付かず、そのまま鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが、薬剤の違いに気付き、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師AはフェキソフェナジンDS5%「トーワ」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。	今回対象となった、フェキソフェナジンDSとセチリジンDSの両剤が同じ薬効であり、双方ともに分包品を採用していることから思い込みによる調剤ミスが起こった。また、患者が来局した時間は薬局内が込み合っていたため注意力も散漫になっていた。	処方箋の空いた外枠などに薬剤名の略称を記載するなどしてケアレスミスを減らす。薬効の似た薬剤同士は近くに配置しないよう心がける。	フェキソフェナジン塩酸塩DS5%「トーワ」	セチリジン塩酸塩DS1．25%「タカタ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	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
929	一般名ラベプラゾール錠10mg「サワイ」と一般名ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」の取り違え	処方せんの見間違い、処方医薬品の多さ、焦り、	名称が類似する医薬品を調剤する際は名称を最初から最後までしっかり確認し調剤を行い各段階でしっかり確認を行う。	ラベプラゾールNa錠10mg「サワイ」	ランソプラゾールOD錠15mg「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

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

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	
930	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒が処方されていたが、間違えてツムラ抑肝散エキス顆粒を出してしまった。投薬直前に気付き、訂正した。	注意力散漫による処方箋の見間違い処方箋をよく見なかったため、類似の名称の薬と取り違えてしまった	処方箋をよく見る。漢方薬は類似の薬の名称に注意をする。一人薬剤師であるため、ピッキングをした後は、必ず鑑査を2回行う。	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 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 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
931	ロスバスタチン錠2．5mg「サワイ」で調剤するところ、ロスバスタチン錠2．5mg「DSEP」で調剤	通常GEであるサワイとAGのDSEPを採用している為、混同し易い。また、シートが酷似している為 監査の時点でも間違いに気付き難い。	AG希望の患者様は申し送りにその旨を記載し、メーカー名が分かるようにする。	ロスバスタチン錠2．5mg「サワイ」	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
932	ツムラ小青竜湯が処方されていたのに、ツムラ小柴胡湯を選んでいた。監査のものが3gのはずが2．5gだったので気づいた。	ツムラのマークがピンクで同じだったのと、9番と19番で似ていたので間違えてしまった。	箱に注意マークを付ける	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ小柴胡湯エキス顆粒（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
933	トランサミン250mgが処方されていたが、カロナール200mgを投薬。帰宅後、患者自身が、薬袋に印刷されてる薬の名前と、入ってる薬の名前が違うことに気が付き、連絡をくれて、発覚。	事務不在の時間で、薬剤師が入力、もう一人が集薬、投薬を行い、監査が不十分だった。カロナール200mgとトランサミン250mgのヒートが類似しているのに、上下で配置してて、誤った可能性もあり。	1人で集薬、投薬する際は、誰に薬の監査をお願いする。カロナール200mgとトランサミン250mgの間に、ロキソニン60mgを配置して、類似したヒートが上下しないよう配置を変更。	トランサミン錠250mg	カロナール錠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
934	【正】セフジトレンピボキシル細粒10%小児用「日医工」【誤】セフゾン細粒小児用10%	処方入力時にセフジトレンと入力しないといけない所セフゾンと入力してしまい発生。	最終監査の際、名称が類似しているセフェム系抗生剤には、指示書にチェックを付けて処方箋ともう1度照らし合わせて確認する。薬品棚に薬品名類似注意の注意書きをつけた。初期監査の時は処方箋→指示書の順に確認するよう指導しました。投薬の際に処方箋よりも薬袋中心に投薬しがちだと聴取しましたので、処方箋を確認してから薬袋を確認し、最後に薬剤を患者に見せるという投薬手技を徹底するようスタッフに指導しました。急いでいる時は4文字入力できていないことがあると聴取。4文字入力する意味は今回のような薬品名が似ている薬を間違わない為なので、今後はどのような時でも4文字入力するよう指導しました	セフジトレンピボキシル錠100mg「日医工」	セフゾン細粒小児用10%	確認を怠った	技術・手技が未熟だった 通常とは異なる心理的条件下にあった	施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
935	一般名処方にてセフカペンピボキシル錠が明記されていたが忙しい状況下でセフジトレンピボキシル錠をピッキングしてしまったが服用説明の際違う事に気付き処方箋通りにセフカペンピボキシル錠を調剤し服薬指導を行った。	忙しい時には気を付けるようにする	後発医薬品の場合似たような名称が多いので薬品棚に注意マーク（表示）をする。	セフカペンピボキシル錠	セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラー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	カルボシステインの処方。カルボシステインをとって調剤したつもりだったが、投薬後に再度散剤台を確認したところ、プルスマリンが出ていた。投薬後ではあったが、患者さんが近くにいらしたので取り替えることが出来た。	どちらもタカタの製品であったため、外箱が類似しており取り間違えたものと思われる。また、休憩中に呼ばれたため集中力が散漫だったかもしれない。	メーカー変更はいまのところ考えていないので、なるべく離した所に置き、とり違えを防ぎたいと思う。また、投薬前の薬の確認に念を入れたいと思う。	カルボシステインDS50%「タカタ」	プルスマリンAドライシロップ小児用1．5%	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
937	アモキセチン塩酸塩カプセルを処方すべきところ，誤ってアモキサンカプセルをお渡しした。翌日，事務員が昨日分処方箋のレセコン入力確認中に誤って調剤されていることに気が付き，患者様へ至急連絡を取った。	類似名称の薬剤の取り違えのケース。状況は医療機関の昼休み前の駆け込みで，急に来局患者数が増え，非常に多忙であった。また，業務フローでは，複数名でピッキング及び監査を行うダブルチェックが必要であったが，多忙な状況でその工程を飛ばしていた。	業務フロー中にダブルチェックの工程(更に最終監査は処方箋原本との確認)がなぜ必要かを店舗内で再研修を行った。基本的なことだが，「人間はミスをするもの」という大前提でそのミスを如何になくすかの改善が日々必要である。今回のケースでは，2つの類似名称を持つ薬品棚に注意喚起の札を掲示し，同様のミスを防ぐ対策とした。	アトモキセチンカプセル25mg「日医工」	アモキサンカプセル25mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品	教育・訓練 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
938	ロキソニンテープ100mgが処方になり、患者さまも先発品が希望。しかし、薬剤師がロキソプロフェンテープ100mg「ユートク」で調剤してしまい、投薬時に患者様がパッケージがいつもと違うと気付いた。	忙しかったこともあり、パッケージも似ているので間違えてしまった。	どんなに忙しいときでも確認は徹底する。パッケージのパッと見たデザインで判段するのではなく、薬剤名まで指差しでしっかりと確認する。	ロキソニンテープ100mg	ロキソプロフェンNaテープ100mg「ユートク」	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
939	アムロジピン錠2.5mgが処方されていたが、投薬時にグリメピリド錠1mgが混入しているのを気が付かず投薬した。輪ゴムで留めた上方の数錠がアムロジピン錠2.5mgで残り10錠シート複数錠がグリメピリド錠1mgであった。10錠シートが偶数であったため、錠剤の色、形は見えなかった。投薬直後、患者から、違う薬が混入しているとの指摘を受け、直ちに回収して取り換え、謝罪した。患者は、服用することなく健康被害はなかった。〇10錠シート	前日が、棚卸だったため、あらかじめ集薬していたグリメピリド錠1mgをアムロジピン錠2.5mgの薬品棚に誤って戻したことが最大のミスである。また、同じEMECの薬剤でシート文字、色が似ていたことも原因である。しかし、業務多忙な時間帯で、焦り、注意散漫により監査・投薬時の確認を怠ったことも否めない。この事例は、患者に重大な健康被害を引き起こす調剤過誤になる恐れがあった。〇焦り〇注意力散漫	まず、グリメピリド錠1mgとアムロジピン錠2.5mgの棚の位置を変え、距離を離した。また、異なる薬剤が薬品棚に入ってないか、頻繁にチェックするようにした。監査・投薬時に、10錠シート毎に薬剤名、規格、製薬メーカーを確認するよう徹底した。	アムロジピン錠2．5mg「EMEC」	グリメピリド錠1mg「EMEC」	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		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
940	新規患者に対しての処方、点眼・点鼻用リンデロンA液が処方されている。投薬の際、病状確認使用部位が耳であることを聴取し、疑義照会。処方間違いが発覚。リンデロン点眼・点耳・点鼻液に処方薬剤変更となった。	リンデロンは複数規格あるため、確認必須	外用薬は特に類似した名称が多く、特に一般名。十分に確認が必要	点眼・点鼻用リンデロンA液	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
941	患者が処方箋をもって来局した。処方箋には「一般名ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg 3錠/分3毎食後 14日分」と記載されていた。事務員はベタヒスチン6mg「テバ」を調剤するところ、近くの棚にあるベポタスチン10mg「サワイ」を調剤したことに気付かず鑑査に回した。鑑査に当たった薬剤師が間違いに気付き正しく調剤し、再度鑑査をした。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。	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。	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。名称類似品の表を貼り、取違え防止のための注意喚起をした。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「テバ」	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「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
942	2019年12月3日呼吸器内科を受診。定期薬の処方箋を持って来局。処方箋には一般名処方でフルバスタチン錠10mg1錠 分1朝食後 40日分と記載されていた。先発希望の為、薬剤師Aは一般名の名称が似ているプラバスタチンの先発品のメバロチン10mgを調剤。監査にあたった薬剤師Bが間違いに気付き薬剤師Aに間違いを伝えた。改めて薬剤師Aはローコール10mgを調剤し、再度薬剤師Bに監査してもらった。監査段階で誤りに気付いた為、患者には正しい薬が交付されている。	簡単な処方箋だった為、前回の薬歴をを十分確認せず調剤を行なってしまった。また、呼吸器内科の門前である為、脂質異常の薬にふれる機会が少なかった事も要因の一つだと思われる。	調剤棚に先発品の薬品名の隣に一般名を併記。監査時には必ず、薬歴でも確認を行なう等の基本的なルーチンワークは省略しないように努める。	ローコール錠10mg	メバロチン錠10	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品施設・設備		ヒューマンエラー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	半夏厚朴湯が処方されていた所、半夏瀉辛湯を誤って調剤した。施設職員が気づき服用には至らなかった。	ピークタイムにて一時的に勤務半年の新人が一人調剤となってしまい、名前の類似した漢方を一人調剤してしまった。施設から早く薬を届けて欲しいと催促もあった中焦りもあり調剤したものと思われる。ツムラ14とツムラ16の両薬剤を隣合わせにしていた事も良くなかったのかもしれない。	一人調剤させないタイムシフトの見直し棚配置の見直し	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 その他			ヒューマンエラー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	カロナール錠500mg10錠をとるところを隣の棚のメトホルミン500mgMT「ニプロ」10錠を謝ってピッキングし監査者へまわしてしまった。	シートデザインはそれほど似ていないがシートの大きさ、錠剤の形状、500mgという同じ規格等の理由により思い込みで発生してしまった。	発覚後、錠剤棚を変更し隣り合わせの状態にならないようにした。	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	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	
945	ピッキング時医薬品取り違え監査機器にて判明	PTP包装及び錠剤の類似製品名が全く異なるため取り違えを想定していなかった	過誤を発見できた、これまで通りの手順を遵守する	ザクラス配合錠HD	コニール錠4			医薬品		ヒューマンエラー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	一般名アモキシシリンカプセル250mgで処方された薬剤を事務員がピッキング当薬局にはサワシリンカプセル250mgの在庫があったが、アモキサンカプセル25mgがピッキングされた。薬剤師の監査で発覚した。	一般名と類似した名称および剤型と規格であった。	名称および規格を再確認するとともに、入力された薬品を支援表にて確認する。	サワシリンカプセル250	アモキサンカプセル25mg	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
947	スピオルトレスピマット60吸入が処方され、薬局にてカートリッジのセットとテスト噴霧を希望されたが、セット後患者より『この前は緑色だった』と色の違いを指摘され、謝ってスピリーバ2．５μgレスピマット60吸入を調剤したことが判明。すぐにスピオルトレスピマット60吸入を調剤し直し、事なきを得た。	当初薬局が繁忙で調剤・投薬時薬剤師に余裕がなかったこと、2剤の名称と形状が類似していたことが原因と思われる。	薬局内の薬剤で名称や形状が類似しているもの（例：レルベア100エリプタ30吸入用とアニュィティ100エリプタ30吸入など）、または同じデバイスで規格が違うもの（例：アドエア100ディスカス28吸入用とアドエア250ディスカス60吸入用など）をきちんと把握しておく。また薬局が繁忙であっても、調剤・監査には必要な時間をかける。（焦ることがミスに繋がる。）監査時は処方箋と薬剤を照らし合わせる他、薬情やお薬手帳の用紙など、印刷物の写真とも相違ないか確認する。誤った薬剤を投薬することは本来あってはならないが、今回のように患者からの指摘で間違いに気付く場合もあるため、投薬時は薬剤の外観までしっかりと提示し、患者自身にも目で確認して頂く作業を忘れないようにする。（既に使っているお薬であれば、同じものかどうか分かりやすい。）	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 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
948	ラベプラゾール10mg「YD」を35錠を患者に渡すところをラベプラゾール錠10mg「YD」14錠シート2枚と7錠のロスバスタチン錠2.5mg「共創未来」で調剤されたのを投薬する薬剤師が発見し、調剤し直して交付した。〇端数の処理間違い	当薬局では調剤棚は50音順で並べて管理している。別の調剤をした際、ロスバスタチン錠2.5mg「共創未来」の端数の7錠を外観の類似するラベプラゾール錠10mg「YD」の棚に戻してしまっていたことが要因のひとつ。調剤の際にもよく確認せずに取りそろえてしまったのが要因のひとつである。〇注意力散漫	外観の類似する医薬品に関しては、情報を共有し、意識をしておくこと。調剤後の端数を棚に戻す作業の際には、指さし確認など、注意して戻すこと。業務の合間にも点検をすることが同じ間違いをしないために必要であると考える。	ラベプラゾールNa錠10mg「YD」	ロスバスタチン錠2．5mg「共創未来」	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
949	薬品の取違	薬品が類似している	鉛筆による確認の記載	リンデロンーVローション	リンデロンーVGローション	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		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
950	一包化調剤・ジェネリック医薬品への変更を希望されている患者様へ一包化調剤時に先発医薬品のトラムセットで調剤、お薬をお渡しした後、在庫チェックで薬の取り違えを確認。患者様へ電話連絡後訪問し、トアラセット「YD」で調剤し直したものと交換。患者様はまだ服用前で無事お薬を引き換えることができました。	一包化調剤を何人も連続して行うのが続くと、次に一包化調剤を行う患者様のことにも気を奪われ、目の前の患者様の調剤に対して注意力が散漫になることがあります。先発・後発の名称やPTPシート・錠剤の色・形状が類似していることもあり、調剤・監査した者同士の思い込みがミスの発生を招いてしまったと考えられます。	調剤する側、監査する側、それぞれが目の前の調剤に集中すること。定期的に名称類似薬品や、PTPシート・錠剤の形状が似ているものを確認し、薬局内で情報共有し入力間違えや取り違えることをなくすよう徹底する。	トアラセット配合錠「YD」	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
951	バルサルタン処方の方にテルミサルタンをお渡ししかけてしまった。	パッケージ調剤包装で、両剤が似通ったものであったため、同じタイミングで他の薬剤師が隣で調剤している、他の患者のテルミサルタンを混同してお渡ししかけてしまった。	繁忙時間帯においての調剤について、より慎重に調剤を行うよう薬剤師全員で確認をした。	バルサルタン錠40mg「日医工」	テルミサルタン錠40mg「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
952	処方内容は「ツムラ41補中益気湯3包/分3　毎食前7日分」であったが、ツムラ51潤腸湯でピッキングし監査に回した。監査でも誤りに気付かず、そのまま交付してしまった。患者本人が内服をするときに内容が違うことに気づき薬局に連絡したことでアクシデントが発覚。内服はしていなかったため後日交換した。	ツムラ41と51は包装が似ており、調剤棚の配置も隣同士であったためピッキングで間違いが発生しやすい状態であった。また混雑しており、患者からも急いでほしい要望があったため焦っていたため、監査システムを使用せず薬剤師の目視のみで確認を済ませてしまった。	調剤棚の配置を変更し、ピッキング間違いを防ぐようにしていく。どんなときでも監査システムを使用した後交付するよう徹底する。	ツムラ補中益気湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ潤腸湯エキス顆粒（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
953	アロプリノール錠100mg「サワイ」のところ、アセトアミノフェン錠200mg「マルイシ」をピッキング、監査で発覚し患者には処方通り正しい薬を交付。	薬品棚が隣だと見た印象でピッキングしてしまう可能性あり。	配置をずらして注意喚起する	アロプリノール錠100mg「サワイ」	アセトアミノフェン錠200mg「マルイシ」	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
954	似たような名前の薬の為、CaとKまでしっかり確認せずに調剤してしまった。	最近にアスケート錠から、アスパラギン酸K錠へ名称も変更になり、アスパラギン酸はCaしかないとの思い込みもあった。	調剤棚の名称のところのCaとKに分かりやすいように赤丸を付け、取り間違えの無いように工夫した。	L－アスパラギン酸K錠300mg「アメル」	L－アスパラギン酸Ca錠200mg「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
955	セフジトレンピボキシル100mg3T分3とロキソプロフェン60mg3T分3の処方。その際セフカペンピボキシルをピッキングしてしまい監査。カメラによる監査でエラーメッセージが出て判明しセフジトレンピボキシル100mgと交換し再監査し患者にセフジトレンピボキシルをお渡しした。	薬品名、規格、パッケージともに非常に似ている。頭の「セフ」しか見ないで調剤してしまった。同じ薬品棚に並んで保管されていた。並行して行っていた業務が途中だったのでに気を取られてしまった。 注意力散漫、単純なミス	同じ薬品棚に並んで保管しない。別の棚に移動させた。シート自体は青色と緑色で全く違うのでそれを記憶しておく。また、調剤業務をする際には業務のみに集中し他の仕事は一段落させておくこと。	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				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
956	エチゾラム錠0．5mg 3錠分3 23日分でお渡しするところを誤ってロラゼパム錠0．5mg 3錠分3 23日分でお渡ししてしまった	ヒートの外観がとても似ている	錠剤監査機を導入した	エチゾラム錠0．5mg「アメル」	ロラゼパム錠0．5mg「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	ヒューマンエラー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	スピリーバレスピマットが処方された患者様に誤ってスピオルトレスピマットを交付する。薬歴記入時に気付き電話連絡し交換する。薬は、幸い未使用だったため健康被害は無し。	年末で忙しくて焦り、似通った薬品名だったために取り違える。（監査を怠る）	忙しくとも作業手順書通りに他に薬剤師がきっちりと監査してから交付する。	スピリーバ2.5ugレスピマット	スピオルトレスピマット	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
958	一般名でベポタスチンベシル酸塩錠の処方箋内容をベタヒスチンメシル酸塩錠と思いこみ間違いをした。	当薬局ではベポタスチンベシル酸塩錠の採用がなかったので類似名称薬剤名のベタヒスチンメシル酸塩と思いこみ、投薬前監査で品名間違いに気づいて至急薬剤購入を行い処方箋通りに調剤した。	類似名称薬剤の各々の包装箱に赤マジックで注意と書くようにしてトリプル監査を行うようにした。	ベポ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「TCK」	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
959	ツムラの漢方薬の処方読み間違い類似医薬品の為勘違いした。	バーコードピッキングを怠った。〇作業手順の不履行〇単純なミス〇焦り〇注意力散漫	バーコードピッキングの徹底。投薬時に患者さんとの相互確認	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	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
960	〇10錠シート	〇単純なミス	シート形状が似ているので棚と引き出しに分けて保管する。	ジルテック錠10	シルニジピン錠10mg「サワイ」	報告が遅れた（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
961	注射薬名が似通っていたため。	焦り	薬品名を最後まで確認する。	ノボラピッド注フレックスタッチ	ノボラピッド注300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
962	シムビコートが処方されたのを間違えてパルミコートをピッキングしてしまう。監査でもきづかず、処方時に薬剤師がきづく。	形が似ていたため取り間違い	シムビコートとパルミコートの保管場所を離す。	シムビコートタービュヘイラー60吸入	パルミコート200μgタービュヘイラー56吸入	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
963	最初の処方から14日後来局された際に、患者様本人から前回とパッケージの色が違うことを指摘され、間違いに気付いたが、すべて飲み終わったあとだった。効能が近いことから処方医への報告のみで、治療は行われなかった。	特に患者様が多かった日で、注意力散漫してしまった。単純なミスだった。	基本だが漢方は、類似した名前が多いので処方箋の確認を怠らないこと。投薬時も再度処方箋と照らし合わせること。	クラシエ加味帰脾湯エキス細粒	クラシエ加味逍遙散料エキス細粒	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	
964	処方されたツムラ17五苓散56包を薬品棚から3包つづりを18綴りと2包取り出し投薬しようとしたが、監査した薬剤師がその束の中に牛車腎気丸107が混ざっていたことに気が付いて正しいものに取り換えた。	五苓散と牛車腎気丸はツムラの7番系統で同じ色で棚は隣ではないが前に調剤したとき余分に出した薬を違う棚に入れ戻したようです。調剤した人も違う棚に戻した人も確認が不十分だった。	外観がよく似た薬は棚を遠ざける。棚に戻すときよく確認する。薬を監査するとき全綴りバラまでも確認すること。取違の危険性のある薬品を話し合い確認した。忙しいとき患者さんに待たせても落ち着いて調剤すること。	ツムラ五苓散エキス顆粒	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒	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
965	新規患者さんが見えられて処方せんの入力を行い、薬の調剤を行い、監査を行い、薬の交付をして終了したが、患者さんが他の医療機関に行かれた際におくすり手帳を医師に見せられた時にカリウムを服用しているのですねと言われたので、驚いた状態で当方に来局され聞かれました。調べた結果、薬は間違いなくお渡ししていましたが入力が誤入力になっていたことが判明した状況です	同時に処方せんが重なり散漫になり確認を怠ったのと、薬名が似通っているためであると考えられる	同じ様な名前にプレートに蛍光シールを貼り注意を促します	アスパラカリウム錠300mg	アスパラーCA錠200	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
966	処方箋中の一般名アロチノロール塩酸塩5mgを薬剤師Aは誤ってアテノロール25mgを調剤した、繁忙時間だったため薬剤師Bは鑑査を怠り投薬へ。新患だったため問診していく中で振戦で受診したことが判明、薬の取り間違いに気づき薬剤師Aと再鑑査、患者には正しい薬アロチノロール5mgを交付。	アロチノロール5mg・アテノロール25mgとも調剤台の同じ引き出しに入っていた、引き出し内の位置は少し離れていたが名称が類似していて、更に繁忙時間で焦りがあり薬を取り間違えてしまった。	引き出し内に薬品名の付箋をつけて2医薬品の位置を大きく離した。調剤室内に名称の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。	アロチノロール塩酸塩錠5mg「サワイ」	アテノロール錠25mg「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	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
967	一般名処方オルメサルタン口腔内崩壊錠10mgをジェネリック医薬品のオルメサルタンOD錠10mg「DSEP」で調剤するべきところをオルメテックOD錠10mgで調剤をした。	○注意力散漫パッケージ、メーカー、シート等が酷似しており、十分な注意が必要だったが確認を怠った。	調剤棚の配置変更	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		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
968	正しくはフェルムカプセル処方箋記載であるのに、集約した薬剤師が誤って同じ引き出し内のフルカムカプセルを集薬した。投薬する別の薬剤師が監査時に気が付きフェルムカプセルになおした。	薬品名の似た薬品であった。	引き出し内の隣あわせに在庫していたが、離れた場所に保管場所を変更した。	フェルムカプセル100mg	フルカムカプセル27mg	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
969	クラシエ漢方「柴苓湯」、「柴朴湯」を取り違い調剤	年末の週末で患者さんが多く時間帯も夕方で、薬剤師が疲労気味。他の薬剤師が他の患者さんのインフルエンザ治療薬の説明で対応のため、１人調剤、１人投薬の状況により発生。思い込みにより調剤ミス発生。業務終了後、在庫チェックの時ミス発生に気づく。すぐにTELしまだ服用していなかったため交換により対応する。	クラシエ漢方「柴苓湯」、「柴朴湯」は名称も似ていて、外箱の色も似ている。外箱の「苓」、「朴」の漢字に印をつけたり、配置場所を離して保管することにより改善する。	クラシエ柴苓湯エキス細粒	クラシエ柴朴湯エキス細粒	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
970	門前では亜鉛華(10%)単軟膏を通常使用しているが、遠方のクリニックからの処方であり、それが亜鉛華軟膏だった。普段の亜鉛華(10%)単軟膏を取り違えてしまったが、投薬前に気づいたため、投薬までは至らなかった。	今回亜鉛華軟膏と亜鉛華単軟膏の違いだが、名前が似ているということと、容器も類似しているため、ほかにもジェネリックと先発品で取り違える事例も出ているとおもう。	対策としては、開封後に「単」を強調するマークを入れたり、容器の上に「先」や「GE」と目印を入れたりすることを徹底することが必要だと思う。	亜鉛華軟膏「ニッコー」	亜鉛華（１０％）単軟膏「ニッコー」	確認を怠った	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
971	アローゼン顆粒が処方されていたが、アデホスコーワ顆粒でピッキングした。	単純なミス	似た名前の薬品に注意する。	アローゼン顆粒	アデホスコーワ顆粒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
972	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒（医療用）の所、ツムラ桂枝茯苓丸で調剤。監査時に発覚。	繁忙時であり思い込みで調剤してしまった。番号が125番と25番で色も似ていることからとり間違えてしまった。	指さし声出し確認。漢方調剤時は番号に目がいきがちだが薬品名をしっかり確認して調剤を行う。	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	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
973	一般名「クロベタゾン酢酸エステル軟膏0.05%」（キンダベート軟膏）であったのを、一般名「クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%」として「デルモベート軟膏」と入力誤りしてあった。その入力した商品名だけを見て調剤してしまった。服薬指導時の会話から、皮膚症状が軽症であることからデルモベート（SG)では強すぎると思い、薬剤の間違いに気がついた。	当薬局では処方例数の少ない薬剤の一般名処方で、入力時に先頭が類似した一般名の薬剤の選択間違いが起こった。また調剤時には、一般名の確認が充分ではなく、入力された商品名だけを見て間違った薬剤を調剤してしまった。	一般名処方の場合の確認事項として、商品名と一般名の確認を徹底する。	キンダベート軟膏０．０５％	デルモベート軟膏０．０５％	確認を怠った		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
974	酪酸と吉草酸の取り違い	名称が変更になって間もないため、区別が確実にできるようなしていなかった。	名称が類似している医薬品の確認を再度チェック。先発品名を掲示するなど取り違えを防止。	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」	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏０．１２％「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「薬剤取り違え」）

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	
975	メトアナ配合錠HDが処方された患者に間違えてメトアナ配合錠LDを投薬。	シート、錠剤の大きさ、形が似ているため。	規格違いの薬剤があることをわかるようにシールに記入し薬品棚に貼付する。	メトアナ配合錠HD	メトアナ配合錠LD	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
976	同じ「イ」の段で隣に配置されていたイミダプリル錠とイトプリド錠を取り違えた。	同じ沢井製薬でPTP包装が色・デザイン共に酷似していた。〇焦り	調剤棚の配置を変更した。	イミダプリル塩酸塩錠5mg「サワイ」	イトプリド塩酸塩錠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
977	ウルソデオキシコール100mgを先発希望でいつもウルソ100mgに変えていたが、GEのウルソデオキシコールで交付してしまった。	混んでいたため確認が十分ではなかった。先発とGEの外見が似ているので気付かなかった。	先発、zGE外観が似ているものは意識して入力などと照合するようにする。前回処方と今回処方をしっかり確認する。急いでいる時も、注意しながら慎重に調剤するようにする。	ウルソ錠100mg	ウルソデオキシコール酸錠100mg「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
978	サトウザルベ軟膏とダイアコート軟膏（一般名で処方）の処方だったが、当薬局において珍しい混合の組み合わせで、よく確認もせず、ヘパリン類似物質油性クリームで調剤	〇単純なミス〇注意力散漫	混合薬においてバーコード監査が事後で対応していたため。調剤前に薬剤の監査をすることを徹底することとした。	サトウザルベ軟膏10%	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
979	新しい箱を開けたため、先発にGEが混ざった。気づいて変更した服薬はしていなっかった。	ヒートが類似のため見逃した。	先発とGEの包装が類似のものはその旨薬品棚に注意書きしておく。	ムコダイン錠500mg	カルボシステイン錠500mg「サワイ」	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
980	メトホルミン500mg錠2錠分2のところ、カロナール500mg錠をとり、調剤、監査した。投薬時患者様に説明しながら渡す際に薬袋の写真で気づき、交付には至らなかった。	メトホルミン500mg錠ニプロとカロナール500mg錠は共に劇薬棚の上下に配置していたため、薬剤師は取り間違えた上、2剤はヒートの色味、サイズ、薬の形、色も類似している。また1人調剤監査だったため、思い込みで監査時にも気づけなかった。	調剤棚な配置替え	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「ニプロ」	カロナール錠500	確認を怠った	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.	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	
981	処方箋に一般名ヘパリン類似物質スプレー0．3% 100gと記載だったのでヘパリン類似物質外用スプレー0．3%日医工で調剤。投薬時も患者の母に説明し、薬を見せてお渡ししました。翌日、患者の母親から電話があり、先生に現物を見せて同じものがほしいとお願いしたのに違う薬だから正しい薬がほしいと連絡がありました。使ったら泡じゃないから、いつもの薬ではないと分かったとのこと。一度開封した薬は交換返品はできない旨を説明。薬を渡す時、薬を見せて一緒に確認しましたよねとお聞きしたら、素人なんだから泡タイプか違うタイプかなんて解らないと言われてしまいました。先生に見せた実物というのはヘパリン類似物質外用泡状スプレー0．3%日本臓器と名称確認。	投薬時、患者様からいつも使ってる薬だからといわれたので薬のことはわかっているだろうという先入観もあったかもしれません。患者様から、いつも使っている薬だからわかると言われると使い方の細かな説明、注意点等は省いた部分があると思います。	ヘパリン類似物質の薬品は一般名処方だと、どの剤形なのかが判別しづらい時があるので、医師、患者とコミュニケーションをより入念にとるように心がけるようにしたいと思います。今回のことで患者さんの分かっているは、本当には分かっていない可能性があり、薬を見せてもきちんと見ていない可能性もあると改めて実感しました。仮に定時の薬だから分かっていると説明は不要と患者から言われ、説明聞くのは面倒な素振りを見せられた時も、毎回使用服用上の注意点等はチェックし伝えることが改めて大事だと思いました。	ヘパリン類似物質外用スプレー0．3%「日医工」			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
982	93歳、女性、内科処方（10種類）、一包化指示有。朝食後6錠、夕食後3錠、ヒート包装1錠（マグミット錠）。朝一番の来局患者。それぞれの分包内容錠数は間違っていないが、何故か一箇所ほど処方内容と異なる薬剤が混入されていることを監査した薬剤師が発見。処方に記載されている『アゾセミド錠30mg「JG」』の代わりに『オルメサルタンOD錠10mg「杏林」』が分包されていた。監査時点での発見であったため、受け渡し前に未然に防ぐことができた。一方、含まれるはずのない『オルメサルタンOD錠10mg「杏林」』が1錠だけ紛れ込んでしまったのか原因解明するため、可能性として一番疑わしい前日に最終来局患者である男性（一包化指示があり、同剤が含まれる処方）に連絡をとり事情を説明、既にお渡しした分包薬を回収。再監査にて同剤が1錠抜けている箇所が発見され、それが今回紛れ込んだものであろうと確認がとれた。 （以下、次ページ）	（1）前日最終に『オルメサルタンOD錠10mg「杏林」』が含まれる処方で一包化指示であった男性患者の分包監査をした薬剤師がしっかり監査業務を行っていなかった。（2）当局は必ず「閉局時に分包機は掃除する」というルールが決められていたが、それがなされなかった結果、『オルメサルタンOD錠10mg「杏林」』がひかかっていた状況を発見できなかった。（その男性患者に内容不備である分包したものを渡してしまった。）（3）翌日、念のために分包機を掃除した事務員がひかかっていた錠剤を発見したが、確認せずその時に来局され分包される92歳女性患者の医薬品であると安易に判断し、準備容器に混入させてしまった。という一連の背景が見通せたことにより、薬剤師の監査時の注意力散漫、閉局時の分包機の掃除という作業手順の不履行、事務員の錠剤を見つけた際に確認作業を怠り慎重さに欠けたなどの反省点がみつかった。	（1）閉局時に関わらず、定時の分包機の掃除の徹底。（2）薬剤師の監査時の心理状況を平穏化させ、より一層の慎重な監査を実施させる。（3）万が一、局内で納める場所にない理不尽な状態での錠剤等医薬品を発見した職員は、一人判断でその医薬品を調剤棚等に納めず、必ず薬剤師に確認をしてからその後の処理を行うこと。	オルメサルタン錠10mg「杏林」 アゾセミド錠30mg「JG」	確認を怠った 判断を誤った	その他	医薬品 施設・設備	教育・訓練 ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（薬局ヒヤリ・ハット「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	
982	しかし、92歳女性の処方薬である「アゾセミド錠30mg」が逆に1錠足りなくなるという事態に陥った。準備の段階で間違いなくヒート数が用意されていることがヒート「殻」でも確認とれた。最終的には不足1錠の行方は、当該分包作業を行った事務員が朝一番で分包作業のため分包機を掃除していた際に内服薬1錠を発見。それは前日最終に分包された『オルメサルタンOD錠10mg「杏林』であるが、掃除をした事務員は朝一番で分包予定であった92歳女性の処方薬である『アゾセミド錠30mg「JG」』がヒート包装から取り出し中に分包機まで飛び込んだものと判断（形状、印字が酷似しているため）。見つけた『オルメサルタンOD錠10mg』を認識コード等を確認せず『アゾセミド錠30mg「JG」』の準備容器に混ぜてしまいそのまま分包された。分包後にアゾセミド錠1錠が余ったため、分包紙にくるんで調剤棚にしまっていた事が判明。			オルメサルタン錠10mg「杏林」 アゾセミド錠30mg「JG」	確認を怠った 判断を誤った	その他	医薬品施設・設備	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
983	○類似薬品名で取り違い（正：ベタヒスチン6mg「CEO」、誤：ベポタスチンOD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	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
984	一般名ブロチゾラム錠0.25mg、1日1回就寝前服用、30日分処方あり。ブロチゾラム錠0.25mg「トーワ」30錠ピッキングの中に、ブロチゾラムOD錠0.25mg「JG」が10錠シート1つ混在していた。鑑査・投薬者が鑑査時に1シートずつ確認し発覚した。	当薬局ではブロチゾラム錠0.25mg「トーワ」30錠の事前準備を行っているが、その中にブロチゾラムOD錠0.25mg「JG」が10錠シート1つ混在していた。鑑査システムポリムスを使用しているが、中に混在していたため発見には至らなかった。	1薬品取り揃え、薬を元の棚の位置に戻してから次の薬品の取り揃えを実施する。シートの向きを揃えて輪ゴムで括り、鑑査者が印字の相違点に気が付きやすいようにする。取り間違えた薬は間違いBOXに入れて後から戻す際、2人1組で薬品名・剤形・メーカーの確認を実施しているが、ヒートの両面共に確認する。剤形違いなどの見た目が似ているものは調剤棚の中で目立つように強調する。	ブロチゾラム錠0．25mg「トーワ」	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
985	いつも後発品でお渡ししている患者さんだが、間違って先発品のアスパラCA錠200をお渡ししてしまった。お渡ししてすぐに気がつき、電話、ご自宅もすぐ近くなのですぐに交換にいらしてくださった。	連休明けで忙しく、ついうっかり近くの棚なので間違えてピッキングしてしまった。一人薬剤師だったため、鑑査も不十分だった。○単純なミス○注意力散漫	どんなに忙しくても、鑑査はしっかりと行う。似た名前の薬の場所は近くにはおかない。	L－アスパラギン酸Ca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
986	夫婦で処方箋持参　夫はジェネリック医薬品希望　本人は先発品希望　本人に交付したユーロジン2mgにジェネリック医薬品エスタゾラム2mgが2錠混ざっていたとその日の夜にTELあり　次の日ユーロジン2mg2錠送ると伝え謝った	武田のユーロジン2mgと日医工のエスタゾラム2mg　は外観が非常に似ており、また引き出しも近く、薬を戻したとき　間違った引き出しに入れたのが、このように薬が混ざってしまったと思われる。処方医薬品の多さも関係あると思われる	先発医薬品　ジェネリック医薬品の外観が似ている医薬品は少し引き出しを離す。また薬を戻したり補充する時再度確認する。交付のさいにも、ゴムで括り付けている場合一度外して確認する		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
987	一般名:ヘパリン類似物質軟膏の処方に対してヒルドイドクリームを入力した。	一般名：ヘパリン類似物質軟膏薬剤名:ヒルドイドソフト軟膏製剤の様子:クリーム状 混同して勘違いしてしまった。	間違えやすい製剤だと思うのできちんとまとめ、整理しておく。	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	その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	関連医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
988	定期薬鑑査時にアムロジピン錠2.5mgの一包化中にビソプロロール錠2.5mgが混入しているのを発見一人は払い出し済みで服用まだのため交換	カセットへ一包化のミスしたものを戻す際に剤型、刻印類似のため間違えて入れる	ダブルチェックの徹底		確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラー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	デルスパート軟膏0.05%とヘパリン類似物質油性クリーム0.3%の混合指示があったため、配合変化ハンドブックで確認せずにそのまま混合調剤をおこなった。結果、数分後に分離し液状化してしまった。すぐ気が付いたため病院に疑義紹介し、混合しないで別々に軟膏を塗ることとなった。	薬局内では処方箋に軟膏混合指示がある際はかならず、配合変化ハンドブックで確認してから調剤を行う事となっているが、繁忙時間帯でありまた入院中と同じ処方であった為、特にハンドブックで確認せず調剤をおこなってしまった。	処方箋に混合指示があった場合、必ず配合変化ハンドブックで確認し調剤を行う。特に混合してはいけない軟膏を表にして調剤室に掲示した。当該事例を薬局内に周知し再発予防に努めた。	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」デルスパート軟膏0．05%	確認を怠った 判断を誤った	知識が不足していた		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
990	新規の医療機関より、ラベプラゾールNa塩錠10mg「トーワ」と処方せん記載があった。処方せん入力時に薬局事務員より、処方せん記載の薬品はラベプラゾールNa錠10mgと同じかと質問があり。調べた結果東和薬品で発売されている薬品名はラベプラゾールNa錠10mgであった。医療機関に問い合わせした結果、院内でマスター登録されていた薬品はラベプラゾールNa塩錠10mg「明治」であり、そちらと間違えて入力したとの事だった為、処方箋記載薬品はラベプラゾールNa錠10mg「トーワ」に変更となった。	ジェネリックメーカーで販売名称と異なる薬品名が処方箋にある時には医療機関に確認する。医療機関側のマスタ登録の際の登録ミスだった様だ。	ジェネリックで似た名称の薬剤には注意する。	ラベプラゾールNa錠10mg「トーワ」		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
991	小児科のシロップの処方箋を受け付けた。ニポラジン・メジコン・メプチン・ムコソルバン・ムコダインが処方されていた。ニポラジンとムコソルバンは配合不適の為、別調剤で対応したが、処方箋入力者、監査者はムコソルバンが別調剤(単剤で調剤)と考えたが、調剤者はニポラジンを単剤で調剤した。監査者はニポラジンをムコソルバンと思い込んでいた為、実際の服用量(1回量)とは異なる量で薬をお渡しした。投薬直後に調剤者が疑問に思い、調剤過誤発覚。保護者に連絡し、訂正した為、服用には至らなかった。	処方箋入力者・調剤者・監査者の情報共有、連携ができていなかった。ニポラジン・ムコソルバンは見た目が似ている為、区別ができなかった。	ニポラジン・ムコソルバンが処方された場合は、ムコソルバンを別調剤するように内規に追加した。別調剤したものが、はっきり分かるように、計量記録用紙に別調剤である旨を記載するようにした。	ニポラジン小児用シロップ0．03% 小児用ムコソルバンシロップ0．3%	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

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	関連医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
992	以前より本態性振戦が強い。以前ホクナリンテープ使用にて振戦悪化した。喘息症状が発生したときにシムビコート使用歴あり、振戦は発生せず。喘鳴続くため吸入開始となったが振戦が発生する可能性が高いメプチンキッドエアーの処方だった。	振戦や動悸を回避するためにキッドエアーを処方された。しかし使用歴がある薬剤のほうが安全性が高い多いのではないかと提案し変更になった。	β刺激剤を処方する状況、患者を把握できていないためこちらから指摘するしかない。	メプチンキッドエアー５μg	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
993	一般名セフジトレンポボキシルをセフカペンピボキシルで入力	処方箋の見誤り・よく使う医薬品の思い込み・類似医薬品の多さ	処方箋の再度確認を徹底	セフジトレンピボキシル錠100mg「トーワ」	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
994	4/30の休日診療当番日に、新患が処方箋を持ち、来局。処方中に一般名処方でクラリスロマイシン（200）が処方されており、ジェネリック希望されたのでクラリスロマイシン（200）「杏林」にて調剤、投薬したところ「以前これと似た抗生物質でひどい下痢をしたことあるので飲めないかもしれない」と言い出した。記憶が定かでないというので先発品のクラリスのシートを見せたところ「これで下痢をしたと思う」とのことだったので、その旨処方医に疑義照会し、セフカペンピボキシル（100）＋ビオフェルミンR錠に処方変更となった。	初回問診票にも副作用歴なし、口頭での確認時もお薬で副作用は起こしたことない、と言っていたので服薬指導に入ったところ、クラリスロマイシンのヒートを見て「このお薬ってすごくひどい下痢することないですか？」と言い始めたので上記のような対応となった。	お薬手帳は持参されていたので、今後手帳の表紙の裏のページなどわかりやすいところに、副作用が出て飲めない可能性のあるお薬の名前を書いておくようにご提案。また受診の際飲めないお薬を伝えたら処方医が怒る気がして言えなかった、とおっしゃるので、ご自身の健康に関する大切な情報であり、健康被害が出てはいけないし、むしろドクターも処方決定のため、知っておきたいことだと思うので、必ず伝えるようにお話しした。	クラリスロマイシン錠200mg「杏林」	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
995	皮膚科の処方せんをお持ちになった患者さんの内容の中にキンダベート軟膏が一般名処方で記載されていたが医療事務員がデルモベート軟膏の一般名と間違えて入力したが窓口で薬剤師が気がついて入力を訂正してお渡ししました。キンダベート軟膏の一般名　クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%デルモベート軟膏の一般名　クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%	最近皮膚科の処方も一般名表示で処方が記載してあるので含有量が同じでも一般名処方が似ている薬があるので気をつけてください。	当薬局ではすべて一般名処方をすべて入力の場所に記載してあるので皮膚科の処方は気をつけてください。	キンダベート軟膏	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
996	○外用薬の使用済みと未使用かどうかの確認を怠り、投薬時に誤って使用済みのものをお渡ししようとしていた。	○単純なミス○焦り	○塗り薬は混合調剤もあり、使いかけが存在するので、特に使用済みのものと未使用のものを確認することを怠らないようにする	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	通常とは異なる心理的条件下にあった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	関連医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
997	患者から「薬剤を1つ増やすと言われた」との質問あり、処方内容は前回と同じで追加処方が無かったので病院に電話にて確認。質問内容の回答を貰って、再度処方内容を看護師に確認した時に　前回処方でファロム錠処方が処方医の意図はフェルムカプセルという事で間違いであったと発覚。	病院では医師の処方入力を看護師がダブルチェックする体制だが、その当時の担当看護師がチェックを怠った為、発生。医師も電子カルテの入力時にフェルムカプセルを検索し似た名称のファロム錠を入力してしまった模様。薬剤師は患者から腎炎と聞いていた為、抗生物質の減量処方と思い、疑義照会しなかった。患者は外国人の方で日本語、英語が全く解らず。通訳で患者の友人が付き添ってきているが　その方自体が　片言の日本語と文章読解力に乏しく、診察時もコミュニケーションがままならなかった。	意思疎通が困難な患者の場合は特に病院側に逐一確認を取り、医薬連携を図る。薬剤に関する知識を強化する。患者とのコミュニケーション能力の向上。	フェルムカプセル100mg	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 その他			ヒューマンエラー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	今迄ジェネリックを交付していた患者さんの母親が受け付け時に先発品希望を伝え、処方箋には先発品名が記載。調剤は先発品を用意したが入力は過去と同じジェネリックで入力。薬剤が似ている為か監査時に気がつかず、翌日母親からの連絡で先発と伝えたのに薬がジェネリックでしたと連絡があり来局された時に調剤は希望通りの先発品であったが薬袋、薬剤情報、手帳の記載がジェネックのままであった	処方箋の備考欄に鉛筆で「今回から先発品」と記入して全スタッフにわかるようにしていたが見逃してしまった	交付時に前回にも一部同一内容の薬であったため薬剤情報を見ながら説明をしないで交付したことも要因と思われる薬剤情報と薬剤を付き合わせることが大切	セフゾンカプセル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
999	処方箋にて確認。アムロジンOD10mgを低血圧時に服用とのこと。アムロジンは高血圧治療薬のため、記載コメントと矛盾。ご本人様に確認したところ、「リズミックをいつも服用していた。今回はそのジェネリックで処方を出してくれるとのことで話を聞いていた」とのこと。疑義にて確認し、アメジニウム塩酸塩錠10mgに処方が変更となった。	患者様ご本人がリズミックの後発品をご希望されており、一般名が「アメジニウム塩酸塩錠」だったことから、アムロジンとアメジニウムの名称が似ていたために起こった処方ミスだと思われる。	薬の薬効薬理を推測し、適切な処方かを監査時に確認する必要がある。	アムロジンOD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
1000	含有量の異なるニフェジピンCR錠が朝食後（40mg）と寝る前（20mg）で処方されていたが、本人は薬品名が同じで外観が似ているため同じものと誤認して区別せずに適当に服用していた。	同じ成分だが含有量が異なっており、同じ処方で長期間服薬を続けており、薬袋も分けて投薬しているので服薬を遵守できているとの思い込みがあった。	処方内容が変わっていなくても定期的にどのように服用しているか、本人に言わせて服薬行動を確認する。	ニフェジピンCR錠20mg「トーワ」 ニフェジピンCR錠40mg「トーワ」	患者への説明が不十分であった（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

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	関連医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1001	プランルカストDSの予製を引き出しからピックしようとしたところ、プルスマリンAドライシロップが入っていた。調剤時に気が付いたため、患者には投薬せずにすんだ。	プランルカストDSとプルスマリンAドライシロップの名前が類似していたため、予製作成時に間違えてしまったと思われる。	今後は間違えないように気を付け、引き出しにしまう時は作成した当事者以外の者にも確認してから入れるようにした。	プランルカストDS10%「タカタ」	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
1002	介護施設の嘱託医からテリルジー吸入が処方され、入所患者さんにお薬を持参したところ、入所前に受診していた病院から処方されていたシムビコートを使用しておりました。二種類の成分が重複するため、処方医に連絡したところ病院からの紹介状にはその記載は無かったとのことでした。また、おくすり手帳も施設の看護師より提示が無かったとのことでした。嘱託医からの指示を頂き、シムビコートは中止となりました。当薬局から調剤した薬の情報を全て連絡し今後の参考にしてもらいました。	患者さんに伺ったところ、病院の医師が、嘱託医は知り合いだから連絡しておくと云っていたとのことでしたが、うまく連絡が取れていなかったようでした。	今後このようなケースでは、医師同志、医師と薬剤師、それと看護師を含めた十分な連携が必要と思います。そのためのツールとして、おくすり手帳は重要と思います。	シムビコートタービュヘイラー60吸入 テリルジー100エリプタ30吸入用	連携ができていなかった	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
1003	整形外科からリマプロストアルファデクス投薬中、 同一医療機関内科より患者から下肢血流悪さの訴えでベラプロストNa20μgが処方　類似医薬品の投薬	患者の訴えがそのまま処方に反映されることがある お薬手帳による確認が必要	新たな処方については手帳などを使って確認 かかりつけ薬剤師であった為に今回はわかったのでかかりつけが必要	ベラプロストNa錠20μg「YD」	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
1004	A病院の処方箋は毎回B調剤薬局で交付されていたが、7/19より当局からの交付となった。薬手帳3/15付け63日分に関しては、ロコイドクリームとヘパリン類似物質油性クリームがMIX練合で処方されていた。5月分は手帳に記載がなかった。7/19付の処方箋には、ロコイドクリームとヘパリン類似物質外用液とあったため、疑義照会に至った。薬剤部：5月分より、ヘパリン類似物質クリームから外用液に替わってしまっていたと確認。処方医：今までと同じにしてほしいので、処方はそのままでと返答。5月分の交付をした薬局に問い合わせ：3月同様にロコイドクリームとヘパリン類似物質油性クリームをMIX交付したと確認。2回目の疑義照会：ハンドブックより安定が確認されているビーソフテンクリームを使用したいため、ヘパリン類似物質クリーム(油性ではない)に変更していただいた。	クリーム剤と外用液のMIX練合の処方医師の処方入力ミスとそれに気づかずに処方してしまっていた前調剤薬局その為、疑義照会時、「今までと同じにしてほしいので、処方はそのまま」とつじつまの合わない回答を得ることとなった。また、手帳に5月分の記載が無かったことから思わぬ時間を割くこととなった。	患者に、毎回手帳活用をしていただくようにお願いした。	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	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「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	
1005	包装の色が緑で似ているマイスリー5mgとリピトール5mgをそれぞれの薬袋に入れ間違えた。患者は間違えて朝にマイスリーを飲んでしまい力が抜けて起きていられなくなった。	薬を薬袋に入れるときに単純なミスを犯してしまった。	PTPの色がよく似ている薬が同じ処方にある時はダブルチェックをして注意を払うようにする。	マイスリー錠5mg リピトール錠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
1006	桃アレルギーの患者様に桃仁を含有する漢方薬が処方されたため疑義照会により処方変更となる。	生薬は天然の薬物素材であるため食品と類似する場合があり、その中には食物アレルギーのある患者様に漢方薬を処方する場合注意しなくてはならない。	薬剤服用歴の表紙への食物アレルギーの記載と確認。クリニックへのフィードバックの徹底。	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 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
1007	退院薬からの継続処方「ニセルゴリン錠5mg」のところを「ニコランジル錠5mg」で処方される	パット見ると、薬品名が似ているため、入力のミスが発生した？	元々、ニセルゴリン錠を服用している方なので、間違いに気づいたが、何も情報がない患者なら、発見は難しいお薬手帳や、病歴の確認が大事になってくる	ニコランジル錠5mg「サワイ」	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
1008	過誤が起きる前の調剤でアイミクスHDをイルアミクスHDの棚に戻したことでイルアミクスHDとアイミクスHDが混ざった状態で患者にお渡しする過誤が起きた。	イルアミクスはAGを使っておりデザインが似通っているせいで棚に戻し間違いが起きたこと。監査システムも導入しているが混ざっていてイルアミクスを読み込むとシステムも潜り抜けてしまう重さもAG使用のため先発と変化がない	AGを使用するときは特に注意してピッキング・目視監査・棚に戻す時も指差し確認の徹底を行っていく。機会に依存しない。	イルアミクス配合錠HD「DSPB」	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
1009	アドナ錠30　3錠　トラネキサム酸錠250mg　3錠　分3　毎食後　28日分 ツムラ紫苓湯エキス顆粒（医療用）9g　分3　毎食前　28日分の処方内容。ツムラ紫苓湯エキス顆粒（医療用）9gをお渡しする所、誤ってツムラ紫朴湯エキス顆粒（医療用）7.5gをお渡し。今回、前回同様の処方内容で来局し、前回同様に入力を誤る。鑑査時にミスに気づき、過去の処方箋を確認した所、過誤が発覚。	GW明けで患者数が多く注意力が低下しており、確認が不十分であった。入力の際、似た医薬品の入力ミス防止のため、頭文字3文字を入力し検索しているが、今回はツムラサイで検索をかけてしまい両方が候補にあがり、入力ミスにつながってしまった。	入力の際は、頭文字3文字での入力を徹底する。漢方薬は、見慣れない漢字表記が多く読み方等間違えてしまう場合があるため、不安がある場合は、必ず薬剤師に確認する。包装単位が3.0gの漢方製剤については、マスタの医薬品名を修正して【3.0g】のような文言を入れ、用法や1日量と見比べ包装単位違いに気づくようにする。また、漢方製剤など見間違えやすい処方やハイリスク薬が処方された時は、目視のみでなくペン等で印をつけるよう再度徹底する。		確認を怠った	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった			ヒューマンエラー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	カンデサルタン錠2mgの調剤棚にドキサゾシン錠2mgが保管されていた。	薬効が近いこと、また個装箱の色味が似ていることが原因と推測。	職員の注意喚起をするとともに、配置を離した。「のれん」での表示はもともと対応済み。	カンデサルタン錠2mg「JG」ドキサゾシン錠2mg「NP」	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

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	関連医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1011	ベニジピン4mgとドキサゾシン4mgを監査の際に薬袋を逆に入れて投薬時に気づき入れなおしてお渡し。	ヒートの色合いが似ていたため思い込んで入れてしまっていた。ベニジピンの不足があり投薬台に立ってから不足分を受け取ったため確認が落ち着いてやっていなかった。	色見の似ているヒートなどは日ごろから意識して注意しておくようにする。不足分をもらってからの最後の確認はしっかりと2人などで行うようにする。	ベニジピン塩酸塩錠4mg「CH」ドキサゾシン錠4mg「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
1012	医療機関でお薬手帳を確認したはずなのに類似薬と判断できなかったと考えられる	お薬手帳から「ラベプラゾール10mg」が処方されており、患者さんに服用していることを確認。ネキシウムカプセル20mgが処方されていたため、処方元の医療機関に電話で問い合わせたところ、ネキシウム削除となりアコファイド錠に処方変更となった。	医療機関での類似薬の見落としが考えられるが、お薬手帳を通して薬局で類似薬と判断し、疑義照会にて処方変更になったのは、医療機関との連携が取れており、高齢患者さんの健康被害を未然に防げたと考えられる。	ネキシウムカプセル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
1013	アトルバスタチン5mgサワイを調剤するべきところをアムロジンOD錠5mgを調剤してしまった。	煩雑時（患者総数59人/日のなかで、およそ30分ないで患者12人）で2重チェックができていないか、包装が似ている薬剤で間違えたと考えられる。	煩雑時でも2重チェックを確実に行う	アトルバスタチン錠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
1014	【正】定期薬にジョイント【誤】別の方に昼1回分ジョイント	臨時のナウゼリンを調剤後、施設にて定期薬にジョイントした際に1回分を別の方（苗字が似ている）にジョイントしてしまい、配薬のナースも気が付かず介護職員が服用させる時に気が付いた。	カート引き出しやコマの氏名確認を徹底する。コマが引き出しから出されていた時は、必要なコマを一か所に集め、日付前後との内容確認しながらセットする。全てのセット終了後にもう一度間違えがないか確認する。引き出しから出ているコマにセットした時は、施設看護師に報告しチェックを依頼する。	ナウゼリンOD錠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
1015	後発薬品希望の患者様で ベザフィブラートSR200 2T63日分の処方で100Tはベザフィブラート（後発薬品）で渡したが26TはベザトールSR200（先発薬品）で渡していた患者様より一部の薬の名前が違うと連絡があり分かった	先発薬品と後発薬品のヒートが似ていた為、監査の時に気が付かず投薬してしまった	ピッキング、監査の時に 品名を読み上げ再確認する	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
1016	ホクナリンテープとスピオルトレスピマットが同時処方されていた。気管支拡張成分が重複するため疑義照会を行い、結果ホクナリンテープが削除となった。	医師の処方ミス。	疑義照会の徹底。	ホクナリンテープ2mg				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

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	関連医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1017	新規処方でメキシチールが処方されていた。患者にヒアリングをしたところ、胃薬を追加するとDrから聞いているとのこと。明らかな処方間違いであると感じ、処方もとに疑義照会をしたところ、ネキシウムの間違いであることに気が付いた。	語感の似ている製品による処方ミス	薬剤が変更になっている場合は調剤前に監査、患者ヒアリングを行う。かかりつけ薬局機能を発揮する。疑義が生じた場合、必ず疑義照会をする。	メキシチールカプセル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
1018	処方されていた「ツムラ清暑益気湯」を患者様に投薬しようとすると、効能の「暑気あたり、暑さによる食欲不振、下痢、全身倦怠、夏やせ」のどれにも当てはまらず、患者様は、「先生は残尿感、頻尿のために漢方を出しておきますとおっしゃったが・・・」と話される。医師に電話にて問い合わせ、「ツムラ清心蓮子飲」との記載間違いが判り、変更した。	当処方医が初めて処方される漢方製剤だったため、薬剤名が似ており間違いに繋がったと思われる。 薬剤師も馴染みのない薬剤だったが、患者様の話（症状）を聞いて間違いに気づくことが出来た。	漢方名はよく似た漢字が使われて長い名前のものが多いため、一字一字よく確かめる。患者様からどのような症状なのかをよく聞き取る。	ツムラ清心蓮子飲エキス顆粒（医療用）	記録などに不備があった	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
1019	イルアミクス配合錠HDの中に10錠だけアイミクス配合錠HDが混じっていた。	事前に薬剤をピッキングしていたが、日数が変更になったため10錠追加した。処方箋は先発名で記載されており、ジェネリック希望に気づかなかった。監査する薬剤師も、外観が似ていたためそのまま投薬した。	ジェネリックの可否をしっかり確認する。監査する際にはヒートの中身までよく確認する。	イルアミクス配合錠HD「DSPB」	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
1020	とある病院を受診した患者様が当薬局へ来局し、受付事務が処方箋を受け取った。調剤を行うために薬剤師が薬歴検索を行い、処方入力のため事務も患者検索を行ったが、双方該当患者がいなかったため新患と判断。患者様本人に新患の確認を行ったところ、処方箋の氏名が全く異なることに気づいた。最初の処方箋では「オテズラ」「ドボベット軟膏」が記載されていたが、患者様が病院に処方箋取替えに戻り再度来局された際には「ヒルドイドクリームとデルモベートクリームの混合」「ドボベット軟膏」となっていた。	今回は全く該当のない氏名だったため、新患と判断し調剤前にすぐに気づくことができたが、類似氏名だった場合投薬まで進み、最悪間違えた投薬を行ってしまう可能性がある。病院側のミスではあるが、薬局で氏名や生年月日も踏まえた確認を怠ると、そのまま健康被害へ繋がる可能性もある。特に今回は薬の内容も丸ごと異なっていたことから、処方箋の鑑査は氏名まで徹底する必要があると再認識することが出来た。	引き続き、氏名や生年月日も踏まえた処方箋鑑査の徹底を継続する。	オテズラ錠30mg ドボベット軟膏 デルモベートクリーム0．05% 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
1021	オフロキサシン耳科用液0.3%の用法を1日2回点耳のところ、1日2回塗布で入力していた。ううっち確認時に誤りが発覚した。	耳科用液の箇所に〇をつけて入力していたが、入力の前後で用法の確認ができていなかった。塗布と点耳で入力コードが似ているので、確認も疎かになっていた。〇単純なミス	点耳・塗布・点鼻は普段からも打ち直しをすることが多いので、感覚ではなく正確に打つように心がける。	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				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果
						背景・システム・環境要因			
	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	ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1022	デイサービスにて心臓の貼り薬を貼っている他の利用者の方が「これを貼ると苦しくない」と言ったことをきっかけに、同じ貼付剤である一般名ツロブテロールテープが処方されている当該患者が、咳症状が治まっても貼り続けていた。（何度説明しても、一般名ツロブテロールテープを心臓の貼り薬と思っている。ただし当該患者に心疾患の既往はない。）また枚数を貼れば効果があると思って2枚貼ってあったこともある。幸い動悸や不整脈の副作用の訴えはなかった。	高齢者はデイサービスにて薬や健康に関しての情報交換を日常的に行っている。また他の人が使用している薬がよりよく思えることがあるのも事実のよう。こちらからすると全く別ものの薬でも高齢患者からすると似ているものは同じに思え、予想外の使われ方をすることもあるということを認識しておかなければならないと思った。	今回の事例では何度も一般名ツロブテロールテープの説明を行っているにも関わらず間違った使い方をし、更に診察時に医師へ処方を希望する。そのため医師・看護師とも情報を共有し、臨時薬や使用法が煩雑な薬に関しては漫然と処方をしないように医師に提案する。	ツロブテロールテープ2mg「HMT」	患者への説明が不十分であった（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
1023	夜中に夜間薬局から在庫があれば小児の処方箋を応じしてほしい電話がありました。その際電話で在庫確認された抗生物質の一般名を誤って聞き取ってしまい、実際の処方箋を持参された際、勘違いしていたことに気付きました。幸い記載されていた厚生物質も在庫があり対応出来たのですがもし在庫の無い薬剤だったら夜間の出来事だったので入手不可能で患者さんや紹介者にもご迷惑をかけるところでした。	電話での在庫の確認は特に抗生物質の一般名は類似する可能性があるので十分注意する必要かあります。	FAXが使えない時の在庫の確認などはメール等の利用も検討しておく。	セフカペンピボキシル塩酸塩小児用細粒10%「サワイ」	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	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
1024	他院にてタケキャブ（10）を服用しているにも関わらずオメプラゾール処方あり。	お薬手帳など患者情報を把握していない。	併用薬を薬局任せにしない。病院受付でお薬手帳を確認する。	オメプラゾール腸溶錠10mg「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
1025	Drの処方箋がテルネリン1T分1夕食後のところ、テネリアで処方記載あり。前歴より疑問に思い、患者に確認したところ誤り発覚。	手書きの処方箋であり、名称が似ている為誤ったと思われる。		テルネリン錠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
1026	プランルカストDSとモンテルカスト細粒が同時処方されていたのに、気づかず投薬してしまった。病院スタッフが後で気づき、患者様に連絡し、プランルカストDSが処方削除されました。	多忙で、処方薬剤数も多く、類似薬剤が同時に処方されていることに気づかなかった。どんな時も、落ち着いて、ゆっくり鑑査すること。間違いがないか、疑いを持って鑑査すること。		プランルカストDS10%「トーワ」	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「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	
1027	シタフロキサシン錠50mgを取ろうとしたら、棚の中に一部ムコソルバンL錠45mgがまざっていた。	シタフロキサシン錠50mgとムコソルバンL錠45mgはシートは非常に似通っている。	両者のシートは似通っているが、薬効は全く異なっており、間違って患者に渡した場合、患者の治療の妨げとなることは間違いない。調剤を終えて安心するのではなく、棚に戻すまで集中力を切らさないよう注意が必要である。	シタフロキサシン錠50mg「サワイ」 ムコソルバンL錠45mg	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
1028	ロキシスロマインンが1錠　分1で処方。通常1日2回の薬なので疑義照会したところ名称の似たロラタジンODに変更となる	処方元はともに皮膚科。ロキシスロマイシン、ロラタジンとも皮膚科では汎用される薬で、また患者の主訴（痒み）だけならどちらの薬剤も処方され得るので分1で処方されてなかったら気付かなかったかもしれない	患者から症状をしっかり聞いて処方内容と合致しているかを毎回確かめる	ロキシスロマイシン錠150mg「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
1029	カルバマゼピンが1日量150mgで2週間、170mgで15日間と増量の指示のある処方に加えて、アスベリン散とカルバマゼピン細粒350mgの処方があった。主治医に確認したところカルバマゼピン350mgの処方ではなく、カルボシステインDSの処方であったことが確認できた為カルボシステインに変更して調剤して交付した。	カルバマゼピンの増量を兼ねた処方であり、アスベリン散と一緒であった為とご家族も理解していたので判断できた。カルバマゼピン増量とカルボシステインと同じ%であった為コンピューターで選択時に間違えたと思われる。ご家族が理解していなくてカルボシステインのみの処方を考えていたら見逃されているかもしれない。	薬の増量の際などは用量などをきちんと把握して少しでも疑う点がある時は疑義紹介をするべきである。患者・ご家族への聞き取りも大切である。コンピューターでの入力では似たような名称では選択ミスも考えられるので処方箋の鑑査をしっかり行うべきである。	カルバマゼピン細粒50%「フジナガ」	連携ができていなかった 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
1030	ネキシウム10mg、ピタバスタチン1mgを併用薬で服用されていた。今回久しぶりの他院受診。お薬手帳を見せなかったためタケキャブ10mgとリピトール5mgが重複処方。疑義紹介で削除になる。		重複受診されている患者様にはお薬手帳を必ず確認	タケキャブ錠10mg	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「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	
1031	新患で来局。ツムラ当帰飲子エキス顆粒(医療用） 2.5g／包 3包 分3 毎食後 90日分 で処方された。当帰飲子は効能として通常慢性湿疹に投与される。今回、婦人科からの処方であることから、調剤した薬剤師が違和感を感じて投薬担当の薬剤師に伝達。投薬担当の薬剤師が、お薬手帳を確認したところ「オースギ当帰芍薬散7.5g分3毎食後2時間90日分(2018.3月)」の記録があったため、処方ミスの可能性も視野に入れて患者対応を実施。交付時に患者から聴取すると「これまではオースギ当帰芍薬散を服用しており、今回も継続のはずだった。当帰芍薬散の間違いではないか」とのことだった。疑義照会を実施したところ、「オースギ当帰芍薬散7.5g 分3 毎食後 90日分」に変更された。なお、用法に関しては2018年3月以降に「毎食後」に変更されているのでそのままということになった。	おそらく、病院側で「トウキ」で薬剤検索をして類似薬品を選択して処方しまったと思われる。	今後も同様の事例が起こりうるので、薬局側で監査時に処方科と薬品の効能を確認し適切であるかどうかを判断。また応対時に患者側から詳細な情報を聴取することで未然回避に努める。	ツムラ当帰飲子エキス顆粒（医療用） オースギ当帰芍薬散料エキスG			医薬品		ヒューマンエラー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	ヒルドイドソフト軟膏とプロペトの混合で処方されていた。ジェネリック希望の患者でいつもヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」に変更している。薬剤師Aが、ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」とプロペトで混合。薬剤師Bが、交付。交付時にヒルドイドソフト軟膏に変更という説明を薬剤師Aが聞き、再度患者に確認。患者はいつも通り、ジェネリックを希望。レセコンを打ち直し、正しい薬情、薬袋で交付しなおした。	事務員は処方せんを入力するときに、前回の処方を確認せず、後発品変更をせずに入力した。（レセコン変更してから半年。バーコードを使っての入力時に、前回処方との見比べができていなかった）薬剤師Aは処方せん、薬歴からdo処方と判断し、いつも通りヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」で混合した。他にも外用剤を混合していたため、薬剤師Bが、軟膏容器に薬剤名のシールと貼った。このとき、薬剤師Bは、処方せんと裏打ちからヒルドイドソフトと判断し、ヒルドイドソフトで貼った。そのまま、お互いの確認をしないまま薬剤を交付。交付時の薬剤師Bのヒルドイドソフトに変更との説明で、薬剤師Aが気づき、患者に確認したところ、先発品ではないつも通りの後発品とのことで、レセコンを入力し直し、正しい薬情と外用薬で説明しなおした。	事務員は、バーコードを使っての入力時には、前回処方との確認を徹底する。混合製品のシールは、必ず作った本人が貼付する。先発品か後発品かは、初処方時や変更時には、ふせんでわかるようにしているが、do処方時にはしていない。そのルールを再度薬局内で確認。	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		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.	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	
1033	一般名クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%（デモゾール軟膏）の処方を一般名クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%と入力し、キンダベート軟膏で調剤された。監査・渡薬時に、処方箋の一般名と入力内容の一般名が異なっていることに気づき、デルモゾール軟膏で正しく渡薬された。	一般名処方の場合、最初の部分の名前の類似したものが多く存在しており、入力時に間違え易い。入力チェック時、一般名は類似しているものが多いことを十分留意し、チェックする必要がある		キンダベート軟膏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
1034	定期受診されている患者が予約日前に受診、アモキサンカプセル25mgが1週間分処方。患者家族に話を伺うと発熱の為受診したとの事。服薬指導にあたった薬剤師が疑問に思い、別の薬剤師に確認したところアモキシシリンカプセル250mgとの処方間違いが疑われ疑義照会。予想通り、医師の処方間違いであることが発覚。患者服薬前に正しい薬剤を交付することが出来た。	アモキサンとアモキシシリンで名前が似通っており、規格も25mgと250mgと一見勘違いしやすかった為に医師が処方間違いに気づけなかったと思われる。〇単純なミスまた、鑑査担当の薬剤師も内科から1週分のみアモキサンカプセルが追加になった事に疑念を抱けなかったのは12時過ぎと薬局が混雑する時間であったことも要因と思われる。〇焦り加えて、服薬指導担当の薬剤師もアモキサンがアモキシシリンの先発品と一度勘違いをして服薬指導にあたっており名称の類似性、医薬品数の多さも一因と推測する。	アモキサンは最近では精神科処方でも応需が少ない事、アモキサンとアモキシシリンの取り違えは以前より頻発している事を薬局内で共有、アモキサンが新規で処方された患者においてはアモキシシリンとの取り違え出ないか鑑査時・服薬指導時に留意する事とした。	アモキサンカプセル２５ｍｇ	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
1035	一般名：ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%とベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏0.05%の混合処方を応需。後発品同士は併合変化で分離するとの事でDrに配合変化を疑義照会。前医院でそのように処方されたものを継続したとの回答。一度電話を切り再度確認。先発品同士は分離しないとの情報を得た。再度Drに確認。先発品で調剤するか、後発品ならば軟膏をクリームへ変更することで混合可能である旨説明。患者、Drと話した結果ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステルクリームへの変更となった。	一般名処方で処方箋を応需した場合は基本的には後発品を調剤する。ただ、それによって配合変化を起こす組み合わせもあることを理解しておく。	Drと密に連絡をとり、処方内容、処方意図、患者の要望等一番うまくいく選択を行う必要がある。	ヘパリン類似物質油性クリーム０．３%「日医工」 アンフラベート０．０５%軟膏 アンフラベート０．０５%クリーム	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

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	関連医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1036	ツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯エキス顆粒(38番)とツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(68番)を就寝前の同用法で使用されていた患者様。（38番と68番は同じ赤色ラインの漢方薬）ご自身で服薬管理BOXに入れる間に38番を背面（銀色面）に向けて脇に置き、そのまま忘れて68番のみをセット。いざ服用しようと思った時に、2種類飲むはずの漢方薬が1種類しかないことに気が付いたが、以前から処方されていた68番の方が残置薬数が多いことから、薬局が38番と68番を間違えて二重で調剤したと思い込み、日祝明けの薬局開局日までの2－3日38番の服用をせず過ごされた。	漢方薬の投薬時、個別の銘柄を読み上げるだけで、デザインが似ているので混在注意するなどの注意喚起を怠っていた。普段と違う応援者が対応していたことで、不慣れのため間違いうるという思い込みを強くさせた。	継続薬であったとしても、外観の似た薬品に対しては都度、薬品類似の注意喚起を声、薬袋等への記載で行い、相互に確認できるようにする特に、普段と違う薬剤師が対応するときには患者様が理解をしているか一つ一つ丁寧に確認する	ツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯エキス顆粒（医療用） ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	患者への説明が不十分であった（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
1037	前回、ツムラ苓佳朮甘湯をお渡しすべき所、誤ってツムラ苓姜朮甘湯にて調剤しお渡ししてしまった。今回、前回同様の処方内容で来局し、前回同様誤って調剤。鑑査者が間違いに気づき、前回の処方箋を確認した所、過誤が発覚した。	重量鑑査システムに頼りすぎており、処方箋の確認が不十分であった。	重量鑑査システムに頼らず、処方箋と調剤薬を照らし合わせるよう全スタッフへ周知徹底する。また、漢方薬の類似名称の医薬品マスタを更新し、注意喚起を行う。		確認を怠った				ヒューマンエラー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	3日前に受け付けた処方箋にて交付した薬剤に対して、連休明けの3日後の朝に患者の要望で2品目外用薬が追加になった。その連絡を処方元より受けていたが、処方元より患者家族に追加処方を含めた処方箋をお渡ししていた。薬局は、受け付けた処方箋に対してすでに渡し済みの医薬品も調剤し交付した。	処方追加の連絡が処方元からあったが、患者様がいつどのように来られるのかを確認していなかった。患者家族が朝処方箋を受け取っていたが来局されたのが夕方で、対応した薬剤師には今回の処方追加のことが伝わっていなかった。また、監査、投薬時に前回の薬歴（3日前の薬歴）の確認不足で、処方薬が重複していることに疑いを持たなかった。	処方元より、処方追加の連絡が電話により行われることがあります。その時に連絡を受けた者が、薬剤師、事務員等調剤に関わる者に周知をする。薬歴をしっかり確認し、明らかに受信間隔が狭かった場合は患者様に確認し、必要であれば疑義照会する。今回のように、患者家族が来られた場合は疑義照会をするべきである。	プロトピック軟膏0．1% ビラノア錠20mg ドレニゾンテープ4μg／cm2 デルモベート軟膏0．05% 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 連携ができていなかった 患者への説明が不十分であった（怠った）	知識が不足していた	コンピュータシステム	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
1039	施設入居中の方に10/3SG配合顆粒が処方されました。SG顆粒は以前服用した残りがありDRの指示で10/3の朝から服用開始となり定期薬にはすでにホッチキスでとめてありました。以前SG配合顆粒が処方されたとき、顆粒は飲みにくいと訴えていたのを覚えていたのでピーエイ錠に変更になりました。ピーエイ錠は10/3夕から服用と思い込み、ピーエイ配合錠を服用してもらった後にSG配合顆粒も服用していたことがわかりました。	薬局側が10/3の朝からすでにSG配合顆粒を服用していることをしらなかった。勝手に10/3の夕から服用であると思い込んでしまった。	臨時の薬で服用開始日が書いていないときはいつから飲むのかDRに確認する。施設にも、その旨を伝える。	ピーエイ配合錠 SG配合顆粒	連携ができていなかった	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「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	
1040	ラクナ脳梗塞の既往のある患者で他院似てバイアスピリン処方の87歳の女性の患者が萎縮性の膣炎で軽い出血があり受診したが、プレマリン配合錠の処方が有り、禁忌患者に当たるため処方医に疑義照会→処方が中止になった。	お薬手帳は持参されていて娘さんと受診し、来局された。婦人科医師が経験値の差かもしれないが、高齢者で脳梗塞などの持病のある患者に対して、エストロゲンによる血栓形成促進傾向についての意識を、他院併用薬や既往症について持っていかない傾向があるためか。	医師多数の大病院の場合、経験値の差があるため、主治医にお薬手帳をきちんとみてもらい、既往症について注意喚起していただけるうに、婦人科特有のホルモン剤については血栓形成傾向に関して特に高齢者では重篤な副作用につながるので、十分注意してほしい。	プレマリン錠0．625mg	確認を怠った	知識が不足していた 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
1041	ジクロード点眼液が処方されていたところ、ラタノプロスト点眼液「わかもと」を投薬。患者様よりいつもの薬と違うのでは？との電話連絡がきました。本人より薬品名を教えていただき、アクシデントと判明。本人より自覚症状など確認し、副作用などの確認を行ったが、特になく患者宅へ伺い正しい薬と交換させていただきました。	どちらも冷所保管の点眼剤で、キャップの色が類似しているため、調剤時は混雑時のため、焦りからか思い込みにより取り違いが起きたと思われます。	処方箋、薬袋、薬剤名、調剤録などをしっかり確認し、服薬指導時にも本人と実際に物を見せながら確認を行うを徹底していく。	ジクロード点眼液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
1042	【般】d－クロルフェニラミンマレイン酸塩シロップ0．04%の処方箋受付。当薬局の備蓄が、クロルフェニラミンマレイン酸塩シロップ0．05%「NP」のみだったため、医療事務がクロルフェニラミンマレイン酸塩シロップ0．05%「NP」で誤って選択し入力。調剤時に規格が異なることに気づき、違いを確認。成分もd－クロルフェニラミンマレイン酸塩と（dl体）クロルフェニラミンマレイン酸塩と光学異性体が異なる薬品と発覚。今回は患者急ぎ希望のため許可を得て、医療機関へ疑義照会実施し、クロルフェニラミンマレイン酸塩シロップ0．05%「NP」へ変更となった。（今回は用量用量は変更なし、眠気注意するよう指導し終了。）	レセコン一般名処方入力時、d－クロルフェニラミンマレイン酸塩の場合は、頭文字“d”から入力しないと選択できない。しかし、“クロル”と入力し選択してしまたったため、表示されたクロルフェニラミンマレイン酸塩シロップ0．05%「NP」を選択し規格違いに気づかず入力してしまった。成分名類似のため、処方せんの見間違い。	上記の事項があったことを、全職員へ伝達し、注意喚起。レセコン入力時、アルファベットも含めて入力すること、最終画面で規格も再度自己鑑査徹底指導。クロルフェニラミンマレイン酸塩シロップ0．05%「NP」と、ポララミンシロップのレセコン局内用名称を変更し、規格違いを明確にした。クロルフェニラミンマレイン酸塩シロップ0．05%「NP」のラベルに、規格違い注意の付箋貼付し、注意喚起。	クロルフェニラミンマレイン酸塩シロップ0．05%「NP」 ポララミンシロップ0．04%	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
1043	処方せんにヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」とアンフラベート軟膏の混合指示があった。2種のチューブを調製のため用意していたが、別の薬剤師が混合による配合変化を疑い、ハンドブックで調べたところ、混和2週間で分離と記載があった。疑義照会により、アンフラベートクリームに変更となった。	外用剤の混合による配合変化についての意識が低いため、確認を怠った。	外用剤の混合時には、まずハンドブックにより配合変化を確認する。	アンフラベート0．05%軟膏 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

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	関連医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1044	定期処方薬としてノイロビタン配合錠を服用している患者であったが、今回の処方はノイロトロピン錠4単位に変更となっていた。患者に確認をしたところ処方変更の指示は受けていなかった。薬剤師が病院へ疑義紹介を行ったところ、ノイロビタン配合錠を処方すべきところをノイロトロピン錠4単位で間違って処方をしていた。疑義紹介でノイロビタン配合錠へ処方変更となり、健康被害を未然に防ぐことができた。	病院側の対応としては、薬剤名の最後まできちんと確認を行う。薬局側の対応としては、特に処方変更時には患者への聞き取りを強化し、傷病名との疑わしい点がある場合には疑義紹介を行う。	新患の場合は傷病名の確認をきちんと行い、継続して来局している場合には聞き取りを丁寧に行う。疑わしい点がある場合には疑義紹介を行う。	ノイロビタン配合錠			医薬品	仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1045	眩暈や吐き気で受診した患者様に、嘔気時に頓服服用でプリモボラン錠5mgが処方されていた。プリモボラン錠の適応は骨粗鬆症や再生不良性貧血なので、病院に疑義照会。プリモボラン錠5mgは削除になり、プリンペラン錠5mgに変更になりました。	プリモボランとプリンペランの薬剤名が似ており、さらに規格も同じだったので、病院側が入力をミスしたと考えられる。	薬剤名が似ていても適応は全く違うため、服薬指導時にきちんと症状を聞き取ることが必要である。聞き取った症状に合わない薬が処方されていると考えられる場合は、必ず疑義照会をする。	プリモボラン錠5mg プリンペラン錠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
1046	他院にて進行非扁平上皮非小細胞肺癌の治験中の患者が感冒にて医院受診。治験の併用注意療法にNSAIDs・アミノグリコシド系抗生物質の投与と注意が書かれたカードをご持参された。医院受診時にはカードの提出を忘れてしまったとの事。当該患者にロキソプロフェン処方となったため疑義照会を行い、カロナールに変更となった。	患者の治験治療の不理解。注意が書かれているカードを提出しなかった。	プレアボイド事例。薬局でカード提示があったため、併用注意薬似気付く事が出来た。	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
1047	アンフラベート軟膏とヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」の組み合わせをMIXすると、分離してしまった。配合不適切な薬剤であった。	後発品を希望する患者様だったため、後発品同士の軟膏MIXを作成した。作成後、しばらくすると軟膏が分離しドロドロになってしまったことに監査者が気付き、先発品同士を混ぜ患者様にお渡しした。のちに調べると、アンフラベート軟膏とヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」の組み合わせは配合不適で、分離が生じる事例があることが分かった。	アンテベートとヒルドイドソフト軟膏のMixは必ず先発品で混ぜてお渡しする。また、先発品同士での混合が問題ない場合でも、GEに変更する場合は配合不適でないかどうかを必ず調べてから行うよう徹底する。	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」 アンフラベート0．05%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「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
						背景・システム・環境要因			
	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	ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1048	ビソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「トーワ」を朝食後に、エチゾラム錠0.5mg「トーワ」を就寝前に服用中の患者様。交付の翌日に交付済みの薬とともに来局し、その日の朝に薬をよく見ないで袋から取り出して服用したら、一日中眠気と倦怠感でつらかった、よくよく薬の袋を確認したら、朝食後の薬袋にエチゾラムが、就寝前の薬袋にビソプロロールフマル酸塩錠2.5mgが入っていたとの訴え。すぐに店内のカメラを確認したところ、確かに薬袋に薬を入れるときに、エチゾラムを朝にビソプロロールを寝る前に入れていたことが確認できた。車の操作中の事故などは特になかったとのこと。	繁忙期でもなかったため、調剤の手順がおろそかになっていた可能性がある。処方箋と処方薬の確認、処方箋と薬袋の確認を行い、薬と薬袋を比較して監査としていなかったかどうか。薬袋に間違いなく薬をセットするところまで、丁寧に行えていたかどうか。ビソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「トーワ」とエチゾラム錠0.5mg「トーワ」の外観はとても似ているためぱっと見判断がつきにくいことがあるが、それを認識しながらピッキング・監査・投薬したかどうか。薬効を意識してピッキング・監査・投薬したかどうか。〇作業手順の不履行〇単純なミス〇焦り〇注意力散漫	薬効を考えながら薬袋にセットするなど、間違えない手順を必ず取り入れるなど手順の工夫を設ける。用量・規格を声に出して読み上げながら薬袋に入れる、投薬時に患者さんと薬と薬袋を一緒に確認しながらお渡しするなど。また多忙な患者さんであって、投薬中にスマホをいじっているなどの際も、「名前と薬の確認を一緒によろしいでしょうか？」などと呼び掛けて相互に間違いを防ぐなど。	ビソプロロールフマル酸塩錠2．5mg「トーワ」 エチゾラム錠0．5mg「トーワ」	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	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
1049	退院後初めての在宅訪問の患者宅で、デルモゾール軟膏を持参したところ、退院時にもらって帰られた薬剤はデルモベート軟膏であることが判明。類似名であったことから医師に確認。退院時カンファレンスの際の資料によりデルモベートであったことが確認できた。	事前情報が少ない初めての在宅患者宅の場合、連携の取れる職種（訪問看護師、ヘルパー、ケアマネ等）に事前確認することもできるが、急な対応であったのと頻繁に使用される外用薬ということで処方箋通り訪問し、現場で類似名薬品であることに違いに気づいた。	できる限り退院時カンファレンスの資料をもらう、既存の連携先であれば事前情報を手に入れる。また、訪問時も、患者の手に薬が渡る前に退院時の薬情などで内容確認する。	デルモゾールG軟膏 デルモベート軟膏0．05%	連携ができていなかった	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
1050	プロラノン点眼液の処方であったが、プロラノン点眼液の隣にある同じ緑色のキャップのティアバランス点眼液0．1%を調剤してしまった。	忙しい時間の流れ作業によるミス。隣同士で並んでいるため、間違えて取っていたものと思われる。〇焦り・〇注意力散漫	似たようなボトルの色の目薬は隣同士に置かず、離して保管するようにしました。	プロラノン点眼液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
1051	ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏とヘパリン類似物質軟膏の混合指示。該当患者様がジェネリック希望を申し出たのでアンフラベートとヘパリン類似物質油性クリームで混合、調剤した。鑑査時に混合の可否を調べたら、2週間程度で分離する可能性がある事を確認して、アンテベートとヘパリン類似物質油性クリームで調剤しなおし、投薬した。	混合可否の表を速やかに確認できる場所に掲示して、多忙な時間帯でも速やかに確認後調剤する。	混合可否の表を見やすい場所に掲示した。	アンフラベート0．05%軟膏 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「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	
1052	「一般名処方」で「ヘパリン類似物質軟膏」が処方された処方箋で、処方箋入力担当事務員が「ヒルドイドローション」と入力し、調剤担当事務員が「ヒルドイドローション」をピッキングし、監査した薬剤師が処方箋チェック・薬剤監査で見落とした。入力内容とピッキング薬剤を突合させる「ミスゼロ子」が導入されている店舗だが、双方同じミスをしたため、エラーにならなかった。投薬時に薬剤師が患者様に使用方法等を説明する際に、患者訴え「冬場なので乾燥がつらいためローションから塗り薬へ変更を希望した（前回はヒルドイドローションが処方されていた）」と処方内容が合致しないため投薬しながら改めて処方箋を確認し、入力ミス・監査ミスに気が付いた。	当事者薬剤師の監査手順として、処方箋監査→薬剤監査→薬歴チェックの順で行っているのだが、患者数が少なく、処方箋入力を待っている状態だったため、手順をPC画面で薬歴チェック→処方箋監査→薬剤監査としたため、前回同様ヒルドイドローションが処方されたと思い込んだ状態で処方箋監査をしたため、薬の変更を見落としたと思われる。〇作業手順の不履行が要因。	業務量に関わらず、作業手順を変えない。ヘパリン類似物質は薬剤形が数種類あり、一般名処方の場合名称も紛らわしいため処方箋監査の際は一層注意して監査する必要がある。	ヒルドイドソフト軟膏0．3% ヒルドイドローション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
1053	男性の患者にフスタゾール・フスコデ・その他にも薬品多数が処方されており、フスタゾールがフスコデの薬袋、フスコデがフスタゾールの薬袋に入っていた。横で話を聞いていた事務員が疑問を感じ他の薬剤師に相談。すぐにその薬剤師が薬袋の中身を確認し入れ間違えていることを発見、それぞれの薬袋に正しく入れ直し、過誤は未然に防止できた。	フスタゾールとフスコデの薬品名の類似および投薬した薬剤師の確認不足	薬袋に入れる際は最初の文字のみの確認ではなく、薬袋の名前と薬の名前を最後まできちんと確認して薬袋に入れるようにする	フスコデ配合錠 フスタゾール糖衣錠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
1054	タケキャブ10mgを定期で継続している患者様にプロテカジンOD10mgが臨時で処方されていることに気が付かず投薬してしまった。後の点検で類似薬を投薬してしまったことに気が付き疑義紹介。プロテカジンODからガスロンN2mg2錠分2へ変更された。すぐに患者様へ電話。まだ、服用していなかったので薬局に戻してもらった。	投薬時に処方箋監査を集中し見落としがないように気を付ける。調剤者、投薬者の2重チェックを怠らない		プロテカジンOD錠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
1055	一般名　ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%　100gの処方。同じ一般名の医薬品に、通常のスプレータイプと、泡状スプレータイプがあり医師の処方意図が、どちらもよいのか、どちらかを指定したかったのか不明だった。	同じ一般名で、かなり基剤・使用感が異なる医薬品についての医師の処方意図がはっきりしない。	処方意図がはっきりしないときは疑義照会をするしかない	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%「ニットー」			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

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	関連医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1056	一般名処方でヘパリン類似物質軟膏を入力時にビーソフテンを選択調剤者はヘパリン類似物質油性クリームを調剤。ニューポリムスにて監査でエラーが発生したため入力確認を行った結果入力ミスが判明。	入力の際に選択ミス原因は一般名が長いため語尾まで確認を行わず薬剤の選択を行ったことが原因	一般名に関しては薬剤名と一緒ではないため、特に外用の場合は語尾まできちんと確認を行う必要があります。監査システム「ニューポリムス」での確認も欠かさないことで今回の事例に気がつくことができました。必ずダブル確認の監査を行うように改善	ヘパリン類似物質油性クリーム		知識が不足していた	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
1057	本来、ミカムロ配合錠BP 14錠をお渡しすべき所、誤ってミカムロ配合錠BP 10錠とテラムロ配合錠BP 4錠でお渡ししてしまった。今回、同様の処方内容で来局し、在庫差異を発見。調査を進めた所、前回の過誤が発覚した。	調剤時、ミカムロ配合錠BPの調剤棚の薬がなくなり、在庫棚から新しく取った箱が、テラムロ配合錠BPであった。名前や箱のデザインが似ていることから誤ってしまった。確認不足であった。	先発品と後発品は、見た目や名前が似ているものが多いということを踏まえ、今後は慎重丁寧に業務し、再発を防ぐ。	ミカムロ配合錠BP	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
1058	別医療機関で処方されているテプレノンカプセル50mgを1日3回毎食後1回1カプセルで服用中であるのに対し、レバミピド錠100mgが1日3回毎食後1回1錠で処方された為、疑義照会を行った。レバミピド錠100mgの処方は中止となった。	今回のケースにおいては、お薬手帳より併用薬を確認し、類似薬が処方されている事に気付き、重複服用を回避できた。改めてお薬手帳を活用する必要性を確認できた。		テプレノンカプセル50mg「トーワ」 レバミピド錠100mg「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
1059	小児の風邪薬のシロップ（アスベリン+ムコダイン+ペリアクチン）を調剤中に精製水でメスアップするところをアンモニア水でメスアップしてしまった。アンモニア水、精製水どちらも同じメーカーの健栄のものを使用しておりラベルがほとんど一緒であった。当事者も忙しさによりメスアップする際に確認を怠っていた。当事者本人が調剤途中に臭いで気づき調剤中のものを破棄し新しく調剤し対応した。	○単純なミス○焦り○注意力散漫	精製水とアンモニア水のラベルが似ていたことによる取り間違いを考慮し棚の位置を変え、アンモニア水に関しては普段ほとんど出ないため引き出しの奥にしまい対応した。	滅菌精製水「ケンエー」 アンモニア水「ケンエー」	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
1060	処方内容 デルモベート軟膏記載、実際の使用する薬はデルモゾールG軟膏であった。患部が耳であり、作用が強すぎるため、薬歴にて確認、患者に確認した結果、欲しかった薬がデルモゾールG軟膏であった。経験のある薬剤師が対応したため、健康被害に至らずに済んだ。	患者から医師への伝達ミス、医師の記載ミスの可能性が考えられる。類似した名前の薬はある程度、薬局スタッフ間も熟知しておく必要がある。	類似した名前の薬はある程度、薬局スタッフ間も熟知しておく必要がある。	デルモゾールG軟膏 デルモベート軟膏0．05%	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

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	関連医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1061	ノイロビタン配合錠4T分2朝夕食後であったため用量過多のため疑義照会をしたところノイロトロピンの誤りであることが判明。	薬品名が類似していることによる誤り。処方頻度が低いため病院事務スタッフの薬識不足。	薬品名が類似していて間違いやすい薬品のリストを作成して病院へ提示する。	ノイロビタン配合錠		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1062	兄弟2人分の処方箋計4枚のうち、兄の1枚目と弟の2枚目を受け取って調剤。監査時に、年齢と薬の監査をしていたときに、年齢に比べ少ないことに気づき、2人分の処方が混ざって受け取ってしまっていたことが判明。患者様に確認し、抜けていた処方箋を探してもらって受け取って、調剤監査をし直した。Rp番号が1人目の1枚目と2人目の2枚目で連番になっていたのと、兄弟で名前が似ていたため受け取り時に気づかなかった。	お預かり時、処方せんが数枚にわたる場合、調剤時、監査時、各自全員が、氏名ををを確認するようにできていなかった。	処方箋が複数枚にわたる場合は、お預かり時、調剤時、監査時、各自全員が、都度「以下余白」他、処方箋に必要な記載事項を確認することを徹底。	カロナール	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
1063	ツムラ五苓酸の在庫場所にツムラ牛車腎気丸の箱が混ざっていた。	17番と107番で番号が酷似していることや箱の色、デザインが同じであった為に十分な確認を怠り違う場所に保管してしまった。本来番号順に並べて在庫しているため、全く別の場所になるが、単純なミスである。	箱の色やデザイン、漢方の番号だけで判断せず、薬品名をしっかり確認して在庫する。	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		医薬品		ヒューマンエラー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	施設入所の患者で、新しく降圧剤処方の可能性ありと担当看護師より話を聞いていて処方を待っていたが、発行された処方箋が聞いていた患者ではなく、同じ施設同部屋入所の娘の処方箋だった。患者は90歳、娘は71歳。名前が似ていて、一文字しか変わらないため、Drが指示を出した際聞き間違えからのミスである可能性を考えて問い合わせ、母である当初予定していた患者の処方に訂正された。調剤前に気付いたので交付とはならず。	Drからの指示が電話、口頭が多い医院なので、名前間違いが度々あった。	以前から名前が似ているので要注意だった家族。新しく処方になる際は再確認必須。今回は71歳の娘に降圧剤が処方でも不自然でない状態だが、介護者から密に話を聞き取っていたことで発見できたので、細かい体調変化検査等はチェック重要。	カンデサルタン錠8mg「あすか」		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
1065	処方箋を受け取り、保険証の提示を求めて確認したところ処方箋の氏名と保険証の氏名が違っていたため疑義照会保険証の患者さん氏名が正しいことを確認	似た氏名の患者さん氏名で処方箋が発行されていた。	処方箋氏名・保険証氏名・本人に確認することを徹底していく	アスピリン「バイエル」カルベジロール錠10mg「サワイ」ロスバスタチンOD錠5mg「DSEP」ゼチーア錠10mg 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

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	関連医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1066	医師がベオーバ錠を処方せんに記載し、処方箋を発行。患者がその処方箋を持って来局したため、調剤を行った。服薬指導の際、薬剤師が「今日は尿の薬が出ていますが、どうされましたか」と患者に確認を行ったところ、「そのようなことは特にない、新しいアレルギーの薬なら出ると聞いている」と回答。医師に上記の内容で確認を行ったところ、処方ミスであることが判明し、ビラノア錠20へ処方変更となる。	どちらも比較的新しい薬剤であり、医師が薬剤の名称を正しく覚えておらず処方したことが要因であると考えられる。名称も「ビ」と「ベ」から始まるため、発音等比較的似ており、処方ミスに繋がったと考えられる。	医師へ薬剤の情報提供を日常的に行い、提供の際に類似の名称や外観など注意すべき点を確認すること、服薬指導の際、新規の薬剤が処方されている場合は何の疾患に処方される薬で、薬効はどのようなものかを患者とも確認することが考えられる。	ベオーバ錠50mg ビラノア錠20mg	記録などに不備があった 連携ができていなかった	その他	医薬品		ヒューマンエラー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	ロキソプロフェンNa錠60mg「サワイ」とシメチジン錠200mg「日医工」が同時に処方されていた。間違えてシメチジン錠200mgの方を2錠服用した。	目が悪く、薬のシートの色もよく似ていた為、間違えたようだ。	シメチジン錠200mgの方に黒マジックでラインを引いてはっきり区別できるようにした。	シメチジン錠200mg「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
1068	患者さんの症状咳症状に対しDrの処方がツムラ麻杏よく甘湯で処方されそのままお渡ししてしまった。患者さんが家に帰ってから薬情を見て自分の症状と違うのではということで電話があり。Drに疑義し確認したところツムラ麻杏甘石湯のまちがいであったことが判明した。その後お薬を交換してお渡しする。	他にもお薬がでていたのとお薬の薬効をしっかり把握していなかった事も原因にあげられる。よく似ている薬ということも原因。患者さんとのお話の中でこの薬の適応があっているのかなど確認すべきであった。	患者さんとのお話の相違があればその時に疑義照会していく。知識をもっとつけていく。	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）	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		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
1069	ジェネリック医薬品での調剤希望の患者様にヘパリン類似物質クリーム＋ビトラ軟膏の混合処方ヘパリン類似物質を取り扱いジェネリック医薬品の「日医工」で調剤。マゼリータによる混合後の確認でブリーディングにより少量の水分が分離。	両剤が混合によるブリーディングを起こすという知識に欠けていた。	先発医薬品に変更調剤で配合変化無し。先発・後発で混合変化に差が出る場合がある事を認識する。	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」 ビトラ軟膏0．1%		知識が不足していた			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	関連医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1070	◎以下に記載する散剤混合薬のうち、下痢に用いる薬を【混合薬ゲ】、便秘に用いるものを【混合薬ベ】とする。 処方中止となっている薬(消化剤と【混合薬ゲ】)があったが、患者本人は、その事を診察時に処方医から聞いておらず、「薬があった方が安心する」との事だった。処方医に確認すると「本人は何と言っている？必要というなら出しておいて」との回答だった(前月8月には【混合薬ゲ】と【混合薬ベ】の両方を希望の為、疑義照会した経緯があった)。患者本人への再確認により、便秘をするという事だったので、今回は処方通り【混合薬ゲ】は無しとして、後日患者宅へ電話連絡し、お通じの具合を確認する事となった。	長い間、定期処方で【混合薬ベ】を調剤していたが、年始ぐらいに「お通じの薬は飲みすぎるとお腹を壊してしまう」との訴えが有り。3月5月には【混合薬ベ】の残薬を持参し処方削除となる事もあった。7月には、患者が下痢を訴えるようになり、7月から【混合薬ゲ】が処方されるようになった。【混合薬ゲ】と【混合薬ベ】は、酸化マグネシウム原末の分量が異なるだけの違いで、外見上(恐らく味も)は似ていた。【混合薬ゲ】にのみマジックで黄色線を入れていた程度の違いだった。薬剤情報提供書では、写真は固有の写真しか出せず、説明文では「お通じを良くする薬です。」といった記載で、便秘薬・下痢止めの薬といった文言は入っていなかった。	薬袋に貼るラベルとして「赤線入り便秘薬」「線無し 便秘薬」「黄色線入り 下痢の薬」「オレンジ線入り 下痢の薬」の4種類を作成。気になる患者の該当処方薬袋に貼る事とした。	酸化マグネシウム原末「マルイシ」ビオフェルミン配合散 ジアスターゼ原末「マルイシ」炭酸水素ナトリウム「ニッコー」	確認を怠った		医薬品	その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1071	ユベラ軟膏とキンダベート軟膏とヘパリン類似物質油性クリームの3種を混合するよう指示のある処方箋を受け付けた。軟膏・クリーム配合変化ハンドブックにて確認したところ、ユベラ軟膏とキンダベート軟膏を混ぜると経時的にキンダベート軟膏の含量が上部に偏ってしまうため、混和不良であった。また、ユベラ軟膏とヘパリン類似物質油性クリームを混ぜると強いブリーディングが起こり、混合不可であった。疑義照会し、ユベラ軟膏は混ぜずにそのまま調剤し、混合可能なキンダベート軟膏とヘパリン類似物質油性クリームの2種は混合し調剤した。	医師の知識不足。門前のDrには混合不可の薬が出た際には表にしてお渡ししているが、今回の病院は門前ではなかったため情報提供もできていなかった。	混合する前に必ずハンドブックを確認し、調剤を行う。門前でない病院の医師にもFAX等を用い、混合不可表をお渡しする。	ユベラ軟膏 キンダベート軟膏0．05% ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」	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
1072	患者本人が処方せんを持って来局。「ノボラピッド注フレックスペン」 3キットが記載されていた。薬剤師Aは鑑査を終えた当該薬品を本人へ交付した。入院していたが、退院後かかりつけ医での初受診との話であった。翌日、処方元クリニックの事務員より連絡があり、誤処方であることが発覚した。正しくは「ノボラピッド注フレックスタッチ 3キット」であるとのことであった。ただちに患者へ連絡を行い、前日の誤交付分は未使用であることを確認、正しい処方に基づいた薬剤を交付した。	ノボラピッド注フレックスペン、ノボラピッドフレックスタッチと名称が酷似しているために誤った薬剤で処方せんが発行されてしまった。薬局での薬剤交付時には、ユニパック越しに現物を見せるのみの確認であり、デバイスについてのやり取りが不十分であった。おくすり手帳や退院時処方が分かる資料も無かったために、以前の使用薬品を確認できなかった。また、処方元の事務員はノボラピッド注にデバイスが異なる製剤が存在することを十分把握できていなかった可能性がある。	入院先からかかりつけへの転院など、処方医を変えての継続処方の際には、従前の処方と変更が無いか、変更があった場合には適正かを確認する。おくすり手帳などの資料がない際には、患者に類似名、デバイスの異なる薬剤があることを説明・確認した上で交付を行う。	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	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

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	関連医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1073	11月26日来局時に継続してノイロビタン配合錠を服用されていた患者様へ代わりにドクター手書きでノイロトロピン錠の記載あり。受付後疑義照会せず調剤し、鑑査。投薬時に別の薬剤師がいつもノイロビタン配合錠を服用されていることに気づき疑義照会。ノイロトロピン錠とノイロビタン配合錠の記載ミスと判明し処方変更となる。	手書き処方箋の為見づらく見落としてしまった。〇手書き処方せん〇処方医薬品の多さ〇単純なミス	手書き処方箋の場合は特に確認に気を遣う。類似名称のためのミスであり、類似名称品を薬局内において再度注意喚起する。	ノイロビタン配合錠	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	教育・訓練 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
1074	一包化監査の際に、メイラックス錠1mgの刻印（MS・M18）を「SW・81W」と、逆さまに認識してしまい、サワイ製薬製品を使っていない場面だったため、ひやりとした。	錯視	逆さまにしても、「さかさまであることが分かる文字や数字」を使った刻印のみ使用することが出来るといいです。 9と6、0、1、8、これらの組み合わせは逆さまでも数字として読めてしまうので危険。WとM、S、O、Z、これらの組み合わせは逆さまでもアルファベットとして認識できてしまうので危険。	メイラックス錠1mg	判断を誤った	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
1075	OD錠が入っているべき棚に普通錠が入っていた。カンデサルタンOD錠を直近に処方された患者に電話で問い合わせ確認したところ、普通錠を交付された事実はなかった。危うく間違った剤形を調剤するところであった。	OD錠と普通錠を同じメーカーを採用していることにより、外観も似ておりまた剤形の意識が希薄であったと思われる。使用した薬剤だけでなく未開封の在庫まで充填されており、何らかの心因的要因が関連していると思います。勤務終了間近であったため時間的余裕もなく焦りが生じたと思います。	薬を戻す時、充填する時の確認作業を徹底する	カンデサルタンOD錠8mg「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
1076	併用薬に同効薬（ザイザル錠）があったにもかかわらず、監査の際に見落とし、ルパフィン錠（10）を調剤投薬した。患者帰宅後にザイザルの服用に気付き、ルパフィン処方医に疑義照会実施。ルパフィン錠（10）→モンテルカスト錠（10）へ変更となる。当日中に患者宅に薬剤の交換に伺い、ルパフィンの服用には至らず。	問診票の記載に「糖尿病」とあり 糖尿病薬の確認に気をとられた。	どんな薬剤を飲んでいるか、先入観ではなく確認すること。また患者さんご本人とも投薬の際に一緒に確認する。	ルパフィン錠10mg	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
1077	ピロリ除菌のため、クリニックよりボノピオンパック処方。患者様に確認したところ、ピロリ除菌は初めて。疑義照会を行ったところ、ボノサップパップ400に処方変更となった。	ボノピオンパックとボノサップパップの名称が似ているため、入力の誤りと考えられる。	クリニックにピロリ除菌の薬剤を再度確認し情報提供。薬局内でもこの情報を共有し、ピロリ除菌の回数を確認するように徹底する。	ボノピオンパック			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

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	関連医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1078	一般名フェノフィブラートを調剤するはずが、ロサルヒドを調剤していた。監査時に発覚し、交付には至らなかった	フェノフィブラートの棚にロサルヒドが入っていたこと、またフェノフィブラートとロサルヒドのヒートの見た目が非常に似ていることが原因と考えられる	見た目の類似している棚に、類似注意の札を貼って注意を促す	ロサルヒド配合錠LD「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
1079	2019年2月19日「一般名」「クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%」（キンダベート軟膏）を誤って「クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%」（デルモベート軟膏）で入力、調剤、交付してしまいました。この時は患者様に交付直後気誤りに気づき、回収、交換を行ったのですが、前回も同様に入力、調剤してお渡ししていました。	「クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%」と「クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%」は名前が似ていることもあり、入力間違いに気づきませんでした。調剤担当者はこの処方が「ヘパリン類似物質軟膏」との混合調剤だったため、「早く混合調剤を開始しないといけない」とあせり、調剤前の確認を疎かにしてしまいました。	監査時は一般名を「クロベタゾン」「酪酸」「エステル」「軟膏」など複数に分けてチェックを行うことにより見間違いを防ぐことと致しました。また、調剤前に軟膏チューブに記載してある成分名と処方箋の一般名に相違がないか確認することと致しました。	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	医薬品		ヒューマンエラー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	一般名処方でヘパリン類似物質軟膏できていた処方を、後発品で希望されていたところ先発品で調剤した	○単純なミス○注意力散漫	ピッキング時に入力内容と照合確認を行う	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
1081	エリキュース5mgをその保管場所へ配置しなければならないところ、間違えてエナラプリルM5mgの保管場所へ配置されていた。また、その逆も。ピッキングの際に薬剤師が発見、発覚したため、「当事者」はその時に薬局にいた全員としている。	両品とも同じ卸へ発注しており、検品後、保管棚へ配置する際に入れ違えが発生した。箱が類似しており、それぞれ在庫もあったため、かつ忙しい時間帯であったことも重なり、注意力が散漫となり見間違いが生じてしまったと考えられる。	忙しい時でも焦らずに確認する。	エリキュース錠5mg エナラプリルM錠5「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
1082	今回はツムラ小青竜湯のところ、前回まではツムラ麦門冬湯を服用。PC入力の際DOで入力。調剤は小青竜湯で調剤したが、入力が麦門冬湯になっていることに気が付かず投薬。2日後家族から、「飲んでいる薬は19番だが、説明書には29番と書かれているが服用してもいいか。」とTELあり。処方は19番なので、入力ミスであることをお伝えし、薬はそのまま継続服用するよう指示。	漢方は種類が多く外観も類似しているものもあるので、入力の際6文字以上入れて入力することにした。グラムもツムラの場合2.5gと3gがあるので注意するよう、漢方の箱に3gのものは大きく3g／1包と記載するようにした。 処方せんの見間違い		ツムラ小青竜湯エキス顆粒（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 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
1083	イナビル吸入用の処方に対して、デモ機を誤って交付した	薬剤とデモ機を同じ引き出しに在庫していた。外装が似ている事から誤ってデモ機を調剤し、監査でも気づかずそのまま交付した。	デモ機の在庫を薬剤の在庫とは別の引き出しに移動した。監査業務の徹底を再度行う。	イナビル吸入粉末剤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

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果
						背景・システム・環境要因			
	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	ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1084	抗がん剤治療されている方に、ロペラミドカプセル（一般名）が頓服の吐き気時で処方されており、確認を行った結果、ロラゼパム錠（一般名）の頓服吐き気時の間違いであった。	名称の類似による処方間違いだと思われる。	用法違いに関して疑義が必要。	ロペラミド塩酸塩カプセル1mg「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
1085	アトルバスタチン錠5mgトーワが朝食後にゾルピデム錠トーワが就寝前に処方されていたが、それぞれの薬袋に薬が逆に入っていた。処方された翌日、患者から服用薬について問い合わせの電話があり、双方が間違った薬袋に投入されていることが発覚。まだ服用前で未服用であった。	午前中の混みあっていた時間帯で、見た目が似ている双方をうっかり入れ間違えてしまった。	この2薬品のヒートが似ているので、一方を他のメーカー薬に変更することにした。	アトルバスタチン錠5mg「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
1086	一般名　ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg　が　2T朝　夕食後　5日処方されていたが、患者問診すると眩暈はなくて、アレルギーとのこと処方医確認すると　ベポタスチンベシル酸塩錠10の間違えだった	名称類似	必ず問診で症状確認する	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「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
1087	オラセフとオンブレスの外見が類似しており、患者が自宅にて管理する際に混ぜて管理をしてしまった。	薬剤師が外見が類似していないと感じる薬でも、同じ大きさ、色のシートだと同じ薬と判断してしまう患者がいることを知らず、投薬時に注意するよう指導を行わなかった。	同じ大きさ、色のシートの場合、患者の理解度に合わせて、管理する際に注意するよう指導が必要である。	オラセフ錠250mg オンブレス吸入用カプセル150μg	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
1088	アジスロマイシンの処方でGEのアジスロマイシンをお渡しする際、5年前、よく似た3日間服用する薬で、血便が出たとの報告を受け、ジスロマック(先発品)を患者様に見ていただき、ジスロマックであることを確認。医師報告し、(般)アジスロマイシンの処方が、セフジトレンピボキシルへ変更された。	当薬局での服薬歴だけではなく、きちんと今までの治療歴などをお話していただけるように努める。	丁寧に患者様の話を伺う体制を整える。	アジスロマイシン錠250mg「日医工」				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	関連医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1089	デルモゾール軟膏とヘパリン類似物質油性クリームの混合指示の処方だった。混合すると分離するため混合不可とデータがあるため、疑義照会。配合の問題のないヒルドイドソフト軟膏へ変更となった。	軟膏の混合は、分離するものがあるので、調剤時には確認してから調剤している。	引き続き、混合調剤の場合は確認作業を行う。	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
1090	ツムラ137加味帰脾湯エキス製剤1日3包18日分の処方された患者より、交付後2週間後に「手持ちの薬を確認したところ違う漢方（ツムラ127麻黄附子細辛湯）が21包入っている」と電話にて連絡あり。薬局内のコンピュータ在庫システムで確認したところ、両者の漢方が21包ずつ差異があり本事例が発覚した。	ツムラ127と137は外観が類似しており、全量54包をピッキングする際には42包の包装2つから必要量の調剤を行うが、一方の包装しかミスゼロ子(ピッキング鑑査システム)を読ませておらず別物調剤が行われていることに気付けなかった。	複数の包装から調剤を行う際には、全ての包装に対して調剤鑑査システムを通すようにする。	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒（医療用）	確認を怠った		コンピュータシステム医薬品	ルールの不備	ヒューマンエラー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	ウルソデオキシコール酸100mg「サワイ」とアロプリノール錠100mg「サワイ」の棚の補充の入れ間違い。	2つの箱の包装が似ていたことと考え事をしていたこともあり補充の際に入れ間違えた。	補充などの作業中も集中して行う。	ウルソデオキシコール酸錠100mg「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
1092	当該患者が継続して服用しているノイロビタン錠を医院にて希望されたが、処方された薬剤はノイロトロピン錠4単位であった。お薬の交付時に薬品名の取り違えが判明。医師に問い合わせた結果、ノイロビタン錠に処方変更となった。	ノイロビタン錠とノイロトロピン錠の薬品名の類似による間違いである。	薬剤は名称とともに視覚でもしっかりと確認を行う。特に類似薬品名については充分に注意を払う。	ノイロトロピン錠4単位			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1093	バルプロ酸ナトリウム徐放錠200mgでセレニカRかデパケンRかの判断に迷いが生じた。	一般名が変更される情報があり、判断に迷った。	迷いがあれば処方医に疑義紹介を実施し、注意喚起ラベルを作成し監査台に掲示した。	バルプロ酸Na徐放B錠200mg「トーワ」	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
1094	間違った注射剤を渡してしまって、患者様からご指摘を頂いた。	インスリングラルギンBSチュウミリオペン「リリー」を注文するところを箱の似ているヒューマログチュウミリオペン「リリー」のバーコードで注文してしまった。注文者と投薬薬剤師が同一人物だったため思い込みをしていた。	バーコード発注にたより過ぎず品名の確認怠らないこと	ヒューマログ注ミリオペン	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

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	関連医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1095	数日前に他院内科からアモキシシリンカプセル750mg・日が処方されていたが、お薬手帳を耳鼻科医院に受診の際に提示したが、事務スタッフが医師へ薬剤情報を伝達せずに診療が終了し、類似薬剤が重複して処方されてしまうところだった。	医事スタッフは薬剤関連の知識が不足していて、薬効や類似薬剤であることに気が回らなかった。	薬局で受け付け時に薬手帳の内容を再度確認し、重複処方と認められる場合、積極的に疑義照会を行う	オーグメンチン配合錠250RS	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
1096	ロコイド軟膏5gとヘパリン類似物質油性クリーム5gの混合の処方で12gの軟膏容器に入れて、『なんこう練太郎』で混合したが、ロコイド軟膏が固くて十分に混合されず、下の方にロコイド軟膏が固まっていたままでお渡ししてしまった。後日、分離しているようだと連絡いただき、分離ではなく、混合の仕方が不十分であったとおわびし、交換させていただいた	冬場は、調剤室でも固くなる軟膏がある。また、使用する容器もぎりぎりすぎた	固めの軟膏は機械にかける前に、少し混和し柔らかくしてから他薬と混合したほうがよい。また、使用する容器も少し余裕のある大き目の容器を選択すべきである	ロコイド軟膏0．1%	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
1097	クエチアピン「科研」が処方されており、当薬局の採用品はクエチアピン「DSEP」だったが、入力が「科研」のまま、薬袋・薬情も「科研」で記載されていたが、実際に患者に交付した薬剤はクエチアピン「DSEP」だった。	薬局がオープンしたてで、採用品を事務側・薬剤師側で共有できていなかった。慣れない環境下で調剤していたため、交付時間違いに気づかなかった。外見がとても似ているので、薬袋/薬情に記載されている写真で気づかなかった	新しく採用した薬剤は薬局職員全員で共有する。薬剤交付時、患者さんとひとつひとつ確認しながらお渡しする	クエチアピン錠25mg「DSEP」	確認を怠った	技術・手技が未熟だった 勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる身体的条件下にあった	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
1098	調剤時ゾルピデム酒石酸OD錠10mg「EE」の箱に2錠だけマイスリー錠10mgが入っていた	別日、調剤した際にマイスリー錠10mgの箱に戻さなければいけないところ確認を怠り、誤ってゾルピデム酒石酸OD錠10mg「EE」の箱の中に入れてしまった。次の調剤をしなければいけないという焦りから注意力散漫な状態であり集中力が欠けていた	マイスリー錠10mgとゾルピデム酒石酸OD錠10mg「EE」は錠剤、シートの色が似ているため注意喚起の記載を薬剤の付近に貼った	ゾルピデム酒石酸塩錠10mg「EE」	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
1099	アンテ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にて患者様が後発品希望であり変更不可のチェックもなかったため、ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏にて調剤を行った。1ヶ月後患者様より水が浮いてくるとの訴えがあり確認を行ったところ2週間後に分離するとのデータがあった。アンテベート軟膏では配合変化がなかった。	よくある保湿剤との混合指示にて配合変化の確認を怠った。	先発と後発とで配合変化が起きる事があるので処方時はインタビューフォーム等にて確認の上調剤を行う。	アンテベート軟膏0．05% ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0．05%「MYK」	確認を怠った	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.	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・システム・環境要因			
	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	ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1100	同処方内にベポタスチン錠10mgとフェキソフェナジン錠60mgが記載。類似成分のため疑義照会。フェキソフェナジンがプランルカストカプセル112.5mgに変更となった。	類似薬の処方では併用可能かチェック。	社内で事例共有。	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
1101	大学病院処方の一般名：シロドシンロ腔内崩壊錠4mgと近医のユリーフ錠4mgが重複	12月初めに大学病院に検査入院し、シロドシンロ腔内崩壊錠4mgが追加となった。退院後の近医受診時にユリーフ4mgが処方となっていた。12月19日大学病院を受診時に近医でユリーフ4mg処方になっていること気づかず、シロドシンロ腔内崩壊錠4mgが処方となっていた。本人の聞き取りにて似たような薬があるとのことで重複が発覚。お薬手帳を持っていなかったが、持ってきてくれユリーフ4mgが処方されていること確認。大学病院処方はお渡しせず、近医でユリーフを継続して処方してもらうようにお伝え。	患者にお薬手帳を診察の都度見せるように指導。薬局でも必ず出し、重複がないか確認してもらうようにお伝え。	シロドシン錠4mg「DSEP」	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
1102	ヘパリン類似物質油性クリームとフシジンレオ軟膏とロコイド軟膏の混合の処方だった、分離してしまうので疑義照会にてヘパリン類似物質をプロペトに変更となりました。	軟膏の種類によっては混合できないものがあるので注意が必要	多種類の軟膏の混合の場合は、特に注意が必要である	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」	判断を誤った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1103	フルティフォーム、フスコデ配合シロップ処方あり。薬歴副作用欄に「エタノール：ショック」と記載あり。エタノール含有製剤処方のため、疑義照会実施。吸入はシムビコートービュヘイラーへ変更、フスコデ配合シロップは処方削除となる。	ちょうど前月の薬局内勉強会にて、薬局ヒヤリハット事例収集分析事業の事例を検討していた。今回と似たような事例（共有すべき事例2019年No.6事例3）があったのを思い出し、すぐにハッとすることができた。	副作用歴を毎回チェックする。お薬手帳の確認、患者への聞き取りをしっかりと行い、情報は薬歴にしっかりと残し、随時監査に反映できるようにしていく。	フルティフォーム125エアゾール120吸入用 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「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	
1104	一般名ヘパリン類似物質外用液が処方されていた。前回来局時にジェネリック希望と伺っており、ジェネリック医薬品であるビーソフテンローションでの処方歴もあり、処方箋に医師からジェネリック変更不可の指示も無かった為、前回同様ビーソフテンローションで調剤したが、投薬時にアルコールアレルギーであると患者から報告を受けた。医師にもアレルギーであることを伝え、ビーソフテンローションは使用しないよう指導を受けていたことを知り、すぐに先発品に調剤し直した。	・消毒液等のアルコールアレルギーであることを薬局で確認できていなかった。・医師にはアレルギーがあること、以前使用して副作用があったことを伝えていたそうだが、処方箋に変更不可の記載はなかった。	・一般名ヘパリン類似物質外用液で処方が出た場合は、医師から先発を使用するように言われていないか確認する。・初回来局時の問診票のアレルギーの項目にアルコール（消毒液など）を追加する。	ビーソフテンローション0.3%	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）				ヒューマンエラー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	患者さまの処方箋受付時、セロクラールをピッキングしようとした薬剤師が、セロクラールの棚にセレキノンが混入していることを発見。ピッキングする前に発見されたため誤調剤には至らなかった。	繁忙期の中、セレキノンを間違って手に取った薬剤師が、間違えてセロクラールの棚に薬を返してしまったと考えられる。基本的に処方箋を順次受け付けている時間帯には戻したい薬はすべて戻しBOXに入れ、落ち着いた状態で2重確認をしながら所定の棚へ薬剤を戻すルールになっている。今回の件では、戻しBOXに入れることなくその場で棚に返そうとした結果、2重確認も行われず間違った棚に入れてしまった思われる。セロクラールとセレキノンはヒートの色味や錠剤形・色等も似ていた。	ルールの不徹底が薬剤の戻しエラーにつながったと考えられる。どのような状況でも流れ作業で2重確認なしに薬を戻すことはしない。間違ってとってしまった薬は必ず戻しBOXに一度いれ、落ち着いた状態で2重確認をしながら棚に戻すことを徹底する。〇作業手順の不履行〇単純なミス〇焦り〇注意力散漫	セロクラール錠20mg セレキノン錠100mg	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		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
1106	端数の処理間違え 他薬の端数が棚に混入していて、見た目も類似していたため、気付かずに調剤・鑑査してしまった。	〇注意力散漫〇焦り 調剤棚の位置が隣同士だったため、端数を戻し間違えたと思われる。次に調剤した際、混入に気付かず、調剤・鑑査してしまった。	棚の位置を変更し、端数を戻す際は指差し確認！	ランソプラゾールOD錠30mg「トーワ」	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「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
							背景・システム・環境要因			
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	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	
1107	他院でザイザル錠5mgが処方されていて現在も服用中。オロパタジン塩酸塩錠は薬効が類似しているため疑義紹介を行い、オロパタジン塩酸塩錠は削除となった。	併用薬のチェック不足	投薬前に患者から併用薬の情報を聞き取る。	オロパタジン塩酸塩錠5mg「ファイザー」		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
1108	Aさんから処方箋のFAXが薬局に届いた。いつもの処方内容とは別の内容だったが、どこか、体調不良なのかと思い、薬を手配した。投薬時に話を伺うと、「いつもの薬と同じはず」という事が分かり、HPに問い合わせることに。土曜日午後のためその日のうちに解決できなかった。営業日にAさんがHPに話に行くと、処方箋差し替えとなった。 いつもの処方内容は　タリオン錠10mg　2T　分2　朝夕食後　。今回のミス処方の内容は　タウリン散98%「大正」3g　分3　毎食後　。差し替え後の処方内容は　ベポタヒスチン10mg「タナベ」 2T　分2　朝夕食後　（タウリン錠の後発品）	マスターが変更となったようで、タリオン錠のマスタが消え、間違えてタリオンと似ている名称　タウリン散と入力してしまったようだ。	引き続き患者からの十分な情報収集を行い、処方に疑義が生じた場合は確認してから調剤したい。かかりつけ薬局をもつことでこのようなミスを防げると思うので、患者側にはかかりつけを推奨したい。十分な情報収集が患者から得られなかった場合は防げなかったミスだと思われるので、患者側には情報収集の協力もお願いしたい。病院側にはこのような入力ミスがないよう対策を講じてもらいたい。	タウリン散98%「大正」	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」		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
1109	前回、血圧が高いため、アムロジピンOD5mgにカンデサルタン4mgが追加になっていた。今回来局時、「まだ血圧が高いため、薬を変更すると医師から説明があった」と患者よりお話あり。今回、アムロジピンOD5mg・カンデサルタン4mg→カデチアHDへ変更となっていた。しかし、カムシアHDの間違いである可能性も考えられたため、念のため病院に電話で疑義照会。カデチアHDではなく、カムシアHDへ変更するよう指示あり。	配合剤の名称が似ているため、医師が処方を間違えた可能性あり。	前回やその前の薬歴を確認し、処方の流れを把握する必要あり。患者との話で、少しでも疑問があることは疑義照会する。	カデチア配合錠HD「あすか」	カムシア配合錠HD「あすか」		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1110	オイラックスクリーム、ヘパリン類似物質軟膏、デルモベートクリームの混合処方があったが、混合で液状化してしまうためオイラックスだけ単剤での処方に変更確認。	配合変化する薬品の組み合わせの確認を怠った。	配合変化を起こす組み合わせについて、その都度医療機関に情報提供を行う。	オイラックスクリーム10%	オイラックスクリーム10%		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
1111	併用薬にトラムセット配合錠があるが同成分・類似薬が処方で出ていたため疑義照会にて確認。	併用薬を患者さん本人が受診時主治医にきちんと伝えていなかったため。	併用薬は自身でもお薬手帳で主治医に受診のたびの伝えるよう確認。薬局内でも継続の併用薬は毎回確認する。	カロナール錠200 ロキソプロフェンNa錠60mg「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.	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	
1112	新規で来局された患者さまの処方にスピロピタン錠1mgが処方されていた。そのほかに処方されている薬がカンデサルタン、ビソプロロールフマル酸錠、ワーファリン、フロセミドということから薬剤師がスピロノラクトンと間違えて入力したのではないかと考え疑義照会を行った。その結果処方変更となりスピロノラクトン錠25mgへと処方変更になった。	スピロピタン錠とスピロノラクトン錠の名称類似。	処方通りに調剤を行うだけでなく処方全体から疑問点があれば必ず疑義照会を行う。また患者さまからも処方内容に関しての聞き取りを行い正しく処方されているかを確認する。	スピロピタン錠1mg	スピロノラクトン錠25mg「CH」		その他			ヒューマンエラー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	循環器内科定期受診中、フルコートクリームが処方されていた。投薬時に患者に確認したところ、爪が白くなっているため水虫の薬をお願いしたとお話あり。診察は問診のみであり、内服薬は副作用が懸念されるため外用薬を処方すると医師から説明を受けていた。患部に強い炎症はなく、皮膚～爪が白くなっているとのことであったため、医師に確認したところフルコートクリームからフロリードDクリームへ処方変更となった。	炎症のある足白癬に対し一時的にステロイド外用薬を使用することもあるが、診察時の状況から判断すると、本症例においては外用抗真菌薬を処方予定だったのではないかと推測された。患者が水虫の薬と理解してステロイド外用薬を長期連用した場合、足白癬の症状が悪化する恐れがあった。要因としてはステロイド外用薬と外用抗真菌薬の名称類似が考えられる。	具体的な症状・患者背景を投薬時に聴収することにより、処方薬の妥当性を判断することができた。今後も処方薬から推測される症状と患者の症状が一致するかの確認を怠らず業務にあたっていきたい。	フルコートクリーム0．025%	フロリードD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
1114	処方箋に【ランソプラゾールOD15mg「サワイ」】と記載あり。併用薬（お薬手帳、薬歴に記載あり）に【ファモチジンOD20mg「サワイ」】あり。薬効が類似しているため疑義紹介を行った。その結果、【ランソプラゾールOD15mg「サワイ」】が削除となった。	医療機関側が併用薬の確認を怠ったこと、患者が医師に併用薬の申し出をしなかったことが要因と考えられる。	医療機関側が併用薬を確認すること。患者に、併用薬がある場合は医療機関に申し出るよう伝えること。	ランソプラゾールOD錠15mg「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
1115	ファモチジンD20mgが処方他医療機関より、タケキャブ処方で服用中類似薬効の薬剤が重複しているため、疑義紹介し処方薬が削除	医師の患者への確認もれによる処方	お薬手帳の確認や、患者本人との話で防げる事例	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
1116	初来局の患者様。咳喘息で以前飲んでいた薬をお願いして処方してもらったとのこと。今回の処方内容のうちの1つがムコスタ錠であったが、お薬手帳では過去にムコダイン錠が処方されてたため疑義照会をしたところ、ムコスタ錠からムコダイン錠500mgに変更になった。	薬品名が似ていたので、処方入力時に間違えた可能性が考えられる。	引き続き、投薬時の患者様への聞き取りと、併用薬などお薬手帳の確認をしっかりと行っていく。	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.	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	
1117	同一処方の中にプラバスタチン10mgとピタバスタチン2mgが混在。同系統の高脂血症薬が重複していた。プラバスタチン10mgが今までの定期薬。 今回ピタバスタチン2mgが追加されていた。先に患者の話を伺うことができた。「検査の結果中性脂肪が高く薬が変わると聞いてます」と。	中性脂肪が高いならスタチン系が2剤ではなく、フィブラート系の薬が追加と思われる。処方医へ疑義照会を行った。回答が、スタチン系が2剤になっているとは気付かなかった。プラバスタチン10mgを中止しピタバスタチン2mgへ切り替えるよう改めて指示あり。	予想した結果とは異なったが薬効の類似する重複処方を発見したときは躊躇せずに処方医へ確認することを今後も実践していく。	ピタバスタチンカルシウム錠2mg「テバ」 プラバスタチンNa錠10mg「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
1118	感冒治療、口唇ヘルペス治療で受診の患者に対してメサデルム軟膏をヘルペス部位に塗布の指示で処方があった。口唇ヘルペスの治療で通常ステロイド外用剤は使用しないため、薬剤の誤入力の可能性があると判断して疑義照会を行った所、当該医薬品（メサデルム軟膏）からスタデルム軟膏に処方変更となった。	メサデルム軟膏、スタデルム軟膏と類似名称であるため、医療機関側での誤入力であったたと考えられる。	患者の治療対症となる疾病、症状を確認して、正しい医薬品が処方されているか確認することが重要であると考える。	メサデルム軟膏0．1%	スタデルム軟膏	確認を怠った 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
1119	臨時薬でレボチロキシンNa錠50μgが処方されていたため薬効を説明すると今日は膀胱炎で受診したとの事。確認するとレボフロキサシン500mgの入力間違い。医師の指示は正しかったが受付の入力間違いであった。	ゴールデンウイーク明けで医院も混んでいて忙しかったため名前が似ていたのと50と500で数字も似ていたため入力を間違えたと思われる	追加処方があった場合は患者の症状と処方されたお薬が問題ないかよく患者から話を聞くことが大切である。忙しくても時間をかけて確認が必要である。	レボチロキシンNa錠50μg「サンド」	レボフロキサシン錠500mg「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
1120	ムコスタ錠100mgが頓服で10回分処方されている患者様に、同一処方箋でムコスタ錠100mg毎食後3錠の処方。重複しているため、疑義照会したところ、ムコスタ錠100mgではなく、ムコダイン錠250mg毎食後3錠の誤りと判明した。	薬品名が類似していたため、入力を誤ったと考えられる。	類似する薬品名のため、処方鑑査で用法も含めて妥当な内容か確認する。	ムコスタ錠100mg	ムコダイン錠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
1121	フシジンレオ軟膏10g1本が処方されていたが、投薬時に「前回と同じ薬が出るはずである。」「怪我や可能などはしていない」とお話があり、今回の処方と食い違いがあったため疑義。疑義の結果、フシジンレオでなくフロジン外用液であることを確認。調剤しなおし正しい薬でお渡しした。	フシジンレオ軟膏、フロジン外用液は先頭の文字が似ているため処方時に誤って選択してしまったと考えられる。	薬歴はしっかり記載し、投薬前に必ず確認する。患者さんとのお話で食い違いがあった時はそのままにせず確認して必要があれば疑義をする。	フシジンレオ軟膏2%	フロジン外用液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.	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	
1122	処方内容ミヤBM細粒　1日量1g1日2回朝食後と寝る前　14日分　コメントにて下痢がひどくなったら減量可と指示有医薬品とコメントに相違がある為患者さんご家族に確認したところ便秘薬が処方されると診察時に話があったとのこと。	効能が類似しているので処方入力の際ミスがあった可能性あり。	今回処方にコメントがあったため確認が容易であったが、コメント記載がなかった場合、ご家族への聞き取りが重要であると認識。今後も服薬指導でご家族への聞き取りを徹底したい。	ミヤBM細粒	重質酸化マグネシウム「ニッコー」			環境・設備機器	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
1123	ビホナゾールクリーム1%「F」100gが処方。量が多く疑問に思い、患者様に塗る場所を確認すると、「顔に塗る。保湿の薬を頼んだ。」との回答あり。疑義照会すると、ビーソフテンクリーム0.3%を処方するつもりが、病院が誤ってビホナゾールクリーム1%「F」を処方してしまったとのこと。	薬品名が似ていたので処方ミスしてしまったと考えられる。	患者様に症状を確認し、処方薬と矛盾していないか確認し、疑問に思うことがあれば疑義照会する。	ビホナゾールクリーム1%「F」	ビーソフテンクリーム0．3%		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1124	44歳男性で帯状疱疹後疼痛で受診。疼痛緩和の為の処方がされた。処方内容はロキソニン錠60mg、レバミピド錠100mg「杏林」、ノイロビタン配合錠、メチコバール錠500μgだった。食事はしっかりとれており、栄養状態は問題なし。ノイロビタン配合錠ではなく、ノイロトロピン錠4単位の入力ミスではないか疑義照会したところ、ノイロトロピン錠4単位に変更となった。	痛みの症状で受診までしか聞き取りが出来ておらず、帯状疱疹後疼痛という背景を認識していなかった。また食事の状態の聞き取りもしておらず、ビタミン不足の状態であるかの認識もかけていた。ノイロビタン配合錠にも神経痛などの効能があるが、患者様背景を認識していれば名称類似医薬品のノイロトロピン錠4単位の処方入力の間違えではないかという予測がたてられていたはず。また用法用量も1日2回4錠で出ていたことからも、処方間違いの予測もできたはずだが確認不足だった。	調剤前に十分な聞き取りを行う。また調剤中に不審点が見つかれば、再度患者様から背景を聞き取りを行うことが必要。名称類似品に関しては以前からヒヤリ・ハット事例があるので、振り返り確認して注意喚起を促す。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位	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
1125	他医療機関2施設においてカルボシステインDSを処方され蕁麻疹がでたと初回アンケートにて確認をした。今回ムコダインDSが処方されていた為承知の上で処方されたか処方医に確認したところ、医院事務員の入力ミスと判明、ムコサールDSに変更となる。	類似名を採用している場合、投与量・副作用歴などから問題ないか特に注意深く調剤する。		ムコダインDS50%	ムコサールドライシロップ1．5%	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
1126	12歳の患者様にアクトシン軟膏3%30g　1日1～2回　患部に塗布で処方があった。患者様にお伺いしたところ、にきびに使用とのことで、疑義照会してアクアチムクリーム1%　10gへ変更になった。	アクトシン軟膏とアクアチムクリームの名称が似ていたため間違ったと推測される。	年齢、使用薬品を確認して、疑わしいと判断された場合には投薬前に患者様に確認を行う。	アクトシン軟膏3%	アクアチムクリーム1%	判断を誤った	知識が不足していた	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（薬局ヒヤリ・ハット「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	
1127	皮膚科クリニックより、耳の炎症（外耳・中耳どちらかは不明）に対して点眼・点鼻用リンデロンA液が処方されていたため、処方医に照会を行った。その結果、リンデロン点眼・点鼻・点耳液に処方変更となった。	患者は別医療機関でもらっていた薬と同じ薬を処方してもらうため、お薬手帳を持参していた。元々はリンデロン点眼・点鼻・点耳液を使用していたが、処方医療機関で処方箋を発行する際に名称の似ているが耳の症状に適応のない点眼・点鼻用リンデロンA液を処方してしまったと考えられる。また、点眼・点鼻用リンデロンA液が中耳炎などの患者への点耳により非可逆性の難聴が生じる恐れがあることを認識しておらず、処方してしまった可能性も考えられる。	類似した名称の薬剤でも疾患・使用部位によっては使用できないケースがあることに注意するとともに、患者からの聞き取りやお薬手帳の確認も徹底することが重要と考える。	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%				その他	ヒューマンエラー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	1才、体重9kgの患者に対し、アセトアミノフェン坐剤小児用200mg1回1本が処方された。疑義照会によりアセトアミノフェン坐剤小児用200mgからアンヒバ坐剤小児用100mg1回1本への変更となった。	院内での確認ミスと思われる。	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。	アセトアミノフェン坐剤小児用200mg「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
1129	8才の患者にメプチンエアー10μg吸入100回発作時1回2吸入で処方されていた。疑義照会によりメプチンキッドエアー5μgの間違いであることがわかった。	院内での確認ミスと思われる。	院内の問題ではあるが、薬局内にも周知し、類似薬の確認を行う。	メプチンエアー10μg吸入100回					その他	ヒューマンエラー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	ツムラ五淋散エキス顆粒7.5g 1日3回の処方箋。患者への問診でこの処方では不適切ではないかと思い疑義照会。医師よりツムラ五苓散エキス顆粒に変更するよう指示あり。	漢字が似ており医師がカルテへの記載を間違えたのではないか。		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）	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
1131	プラリア注開始に伴い、デノタスチュアブル配合錠が処方開始となり、服用中の定時薬であるエディロールカプセルと類似成分の含有があるため、疑義照会。処方医確認の上、エディロールが処方削除となった。	定時薬にエディロールが処方されている事を処方医が見落とした、もしくはデノタスチュアブルの中に重複成分が入っていることを認知しておらずデノタスを処方した可能性がある。	処方医に毎度処方するとき定時の処方薬は何を飲んでいるのかを再確認していただく。	エディロールカプセル0．75μg		確認を怠った				ヒューマンエラー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	以前よりテネリア錠20mgが処方されていたが、今回スージャヌ配合錠が追加処方されていた。SGLT2阻害の効果を期待しての追加と考えられたが、DPP-4阻害作用がテネリア錠と重複するため疑義照会を行った。	Drの不注意と薬品名の類似が考えられる。		スージャヌ配合錠	スーグラ錠50mg		その他	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1133	臨時で風邪症候群の追加薬（トラネキサム酸、ソランタール）が処方された。整形外科にてセレコックスを服用中であることが患者本人から申し出があり、ソランタールと類似するため処方医に疑義照会を行った。その結果、ソランタールが処方削除となった。	患者本人がお薬手帳を持参していたものの、処方医に見せなかった、もしくは申し出なかったのが要因として考えられる。	お薬手帳に記載があったので、今回類似薬重複を避けることができた。他の病院での服用薬についても処方医には伝えるべきと患者本人に伝える。	ソランタール錠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
1134	皮膚科よりアモキサンカプセル25mgが処方、疑義照会したところパセトシン（一般名：アモキシシリン）の間違いだった。	一般名と先発品の商品名が似ている。	処方内容と一緒に何科の処方か確認する。	アモキサンカプセル25mg	パセトシン錠250			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
1135	往診で処方がでる患者さまに普段から一般名：リマプロストアルファデクス（5μg）が6錠/分3毎食後で処方されていましたが、この日は一般名：ベラプロストナトリウム（20μg）が6錠/分3毎食後で処方されました。そのまま調剤しようと思いましたが同日に往診されている他の患者さまの処方に似ていた事から疑義照会し、前回までのリマプロストアルファデクス（5μg）が正しいとの返答をもらいました。	薬効的には、かけ離れたものでないため患者さま単独の薬歴だけでは判断しずらいと思いました。1日に何軒も往診にまわるので業務もかなり忙しいことが想像できます。	ある程度は他の患者さまの処方内容も記憶しておくことが必要ではないかと考えます。疑義をかけやすい環境をつくることが大切。	ベ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「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
1136	[一般名]ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏と[一般名]ヘパリン類似物質外用液との混合だったため、液剤と軟膏が混ざりにくいため軟膏と軟膏の混合に変更してもらった。[一般名]ヘパリン類似物質外用液→[一般名]ヘパリン類似物質軟膏への変更			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」				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1137	今までワーファリン錠1mg3錠朝食後で処方されていた。今回ワーファリン錠1mg3.5錠とリクシアナOD錠30mgが朝食後で処方されており、患者に確認したところ、薬を変更する話があったと確認したため疑義照会をした結果、ワーファリン錠が処方削除となった。	類似薬効の薬の切り替えで切り替え前の薬が処方削除になっていなかった。	新規薬剤が処方された場合の聞き取りを怠らない。	ワーファリン錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1138	ペキロンクリームとヘパリン軟膏の混合処方あり。患者さん様の症状は上腕部の皮膚の角質化と発疹症状であり、過去処方確認にて同様症状に類似薬名ベギンクリームが処方されていた。今回の症状とペキロンクリームの適応が異なる為疑義照会した。	薬剤名称が類似していた為確認不足により起きたエラーと考えられる。〇単純なミス	処方入力時に確認をしっかり行う事が必要、患者様に症状・治療目的を聞き取り確認することが大事。	ペキロンクリーム0．5%	ベギンクリーム20%		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
1139	タプロス点眼液とタプコム配合点眼液の名称類似のため混乱	これまでタプロス点眼液で治療を行っていたが、眼圧上昇のため、タプコム配合点眼液へと変更となった。手持ちのタプロス点眼液が2本余っていたため、残薬を使い切るため、チモプトールXE点眼液0.5% 2本とタプコム配合点眼液が一緒に処方されていた。当該患者は、COPD 治療のためスピオルトレスピマットを併用しており、点眼液ではあるが、β遮断作用を持ち、オロダテロールのタプコム配合点眼液に含まれるチモロールは中止となった。また、タプコム配合点眼液からタプロス点眼液へ処方を戻る必要があったが、名称が類似しているため、疑義照会を仲介していた病院の事務員は混乱していた様子であった。そのため、医師に直接電話を代わってもらい説明を行った。	事務員を介した疑義照会の場合には、事務員は医薬品の知識が不足していると考えられるため、内容を理解する上で必要となる情報をわかりやすい言葉で補ってお伝えする必要がある。疑義照会の内容が複雑になると考えられる場合、可能であれば、医師に直接代わってもらうことも必要である。	チモプトールXE点眼液0．5%				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
1140	投薬時、患者様の状態を確認したところ、踵の痛みあり。痛みの度合いと鑑みてセレコックスの200mgはおかしいと判断。以前似たような事例で、軽度の疼痛に対してセレコックス200mg処方の場合、保険適用上減点の対象になったことあり。直ぐに疑義照会を行い、処方訂正していただいた。	クリニック側の処方入力間違い。	クリニック側の処方入力間違いの場合は、日頃からの患者様とのコミュニケーションが重要になる。ただ処方された薬剤を調剤するのでなく、患者様の状態を聞き出し適切な薬剤が処方されているか確認しながら服薬指導する。患者様とのコミュニケーションを取り状態を確認することで、強力な鎮痛剤を使うことによる胃腸への負担増あるいはその他の副作用発生リスク増を回避することが出来ました。	セレコックス錠200mg	セレコックス錠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
1141	授乳中。フスコデ処方あり。フスコデは授乳中止のため疑義照会し、処方削除となった。	フスコデは、ジヒドロコデイン酸塩の類似化合物（コデイン）で母乳移行により乳児でモルヒネ中毒が生じたとの報告あり。安全性を考慮し、授乳婦への投与を回避した。	引き続き、患者への聞き取りで授乳の有無を確認し、授乳可能な薬かどうかチェックしていく	フスコデ配合錠			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.	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	
1142	エリザス点鼻粉末の処方あり。お薬手帳確認時に他科にてナゾネックスの処方記載あり。患者に確認したところ現在も使用中でDr，に伝えていないとのことであったため疑義照会しエリザスの処方削除となった。	患者はお薬手帳は薬局のみで使用するものと認識しており医療機関へ提示していなかった。	お薬手帳の活用方法を患者へ説明。薬品は品目数も多く違う名前でも同じ成分や類似の薬剤が存在することを説明。全ても医療機関で提示するよう指導。	エリザス点鼻粉末200μg28噴霧用 ナゾネックス点鼻液50μg112噴霧用				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
1143	一般名処方　類似薬剤の選択ミス。			ノイキノン錠10mg	セレキノン錠100mg				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1144	処方内容はアレグラ錠60mg　2錠分2朝夕食後であったが、お薬手帳・薬歴・患者様の話を聞いたところ、今まではアレロック錠5mgを服用していたため、疑義照会。アレロック錠5mgに変更となった。	クリニックでのアレロック錠5mgとアレグラ錠60mgとの入力ミス。薬剤名が似ていたため誤ったようです。	前回までの服用履歴の確認と、患者様への処方変更の有無の確認をおこたらないこと。	アレグラ錠60mg	アレロック錠5		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1145	類似医薬品名の選択ミス	なし	なし	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
1146	皮膚科より、以下の薬品処方があった。処方1:【般】ヘパリン類似物質軟膏0.3%　100g　顔=2回・頭=1回朝、処方2:パンデルローション0.1%　20ml 頭=夜1回、処方3:アクアチムクリーム1%　20g　顔=2回　他 省略。処方1の頭に対し、剤形が軟膏の処方について、薬剤が髪の毛に付着し、べたついて使用感が悪いと判断。また、顔　への塗布についても、外用液の方がいいと判断した為、患者にも確認し、医師へ疑義照会。結果、剤形の処方間違いだったそうで、【般】ヘパリン類似物質外用液0.3%（調剤薬:ビーソフテンローション0.3%）へ処方変更となった。	同じ有効成分の薬でも、複数の剤形がある。医療機関側が一般名の処方入力時に剤形確認を怠ったことが原因と考えられる。	外用薬の場合は、塗布部位と剤形の確認をしっかりと行い、患者にも確認してから薬を交付するようにする。	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医エ」	ビーソフテンローション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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1147	新規患者への処方監査時、オノンカプセル112.5mgとキプレスOD10mgが同処方内に存在。薬効は類似であり、通常はどちらか一方の処方であることが多い。またつまりを輩出させるための処方が不足していることから、クリニックにおいて処方箋入力時の薬品選択ミスの可能性が否定できないために、疑義照会を実施。結果として、オノンカプセルの処方は削除し、ムコダイン錠500mg 3錠 1日3回毎食後 14日分が追加となった。	初回使用する薬剤への理解が薬局医療事務・薬剤師ともにあり、受付時に違和を感じることができた。同種同効薬の理解に向けた局内の勉強会も実施していたことが、今回の変更につながっている。クリニック側は忙しく、医療クラークの単純なミスであったと想像される。	処方箋入力の段階のミスと思われる。疾患のガイドラインを学ぶこと、同種同効薬の把握をすすめることで、予防が可能と思われる。	オノンカプセル112．5mg	ムコダイン錠500mg			コンピュータシステム	教育・訓練 その他	ヒューマンエラー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	処方箋には一般名でプレドニゾロン錠5mgと記載があったが、処方履歴よりおかしいと思い医師に疑義照会を行ったところプレマリン0．625mgの間違いだった。	医師が処方箋を作成する際に薬品名の類似の為、選択を間違ったのではないかと推測。	処方箋を作成する場合のチェックを強化してもらう。	プレドニン錠5mg	プレマリン錠0．625mg	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
1149	定期処方にブロチゾラムOD錠0．25mg「サワイ」とネシーナ錠25mgが追加になっていた。患者様にお話を伺ったところ、「頓服の睡眠薬と、睡眠のリズムを整える薬を出すと聞いている。糖尿とは言われていない。」とおっしゃった。疑義照会を行ったところ、処方変更となった。	名称類似もないことから処方医または入力を行った者の勘違い、もしくはミスと思われる。	引き続き、処方変更があった際には薬の内容の確認、先生からの説明内容について患者様から聞き取りを行う。	ネシーナ錠25mg	ロゼレム錠8mg		その他			ヒューマンエラー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	11時頃、患者来局。 ボナロン錠35 1T 1日1回 朝食前 5月16日木曜日 1日分 アルファカルシドールCAP 1CAP 1×28日分の処方だった。 ボナロン35は1週間に1回服用のため 4日分でないと合わない。 なので疑義照会したところボノテオ錠50 1T 1日1回 朝食前 1日分に変更になった。	ボナロンとボノテオ名前が似ているため入力時に間違ったと思われる。	引き続き、日々の業務で用法容量等勉強しておく。	ボナロン錠35mg	ボノテオ錠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
1151	患者がA病院の内科を受診し、タケキャブ錠20mg，ミヤBM錠，フラジール錠250mg，アモキサンカプセル25mgの記載された処方箋を持参。アモキサンカプセル25mgではなくアモキシシリンカプセル250mgの処方間違いではないかと疑い、患者にヒアリングを行ったところピロリの2次除菌の薬が出ると聞いたとのこと。疑義照会を行い、処方変更となった。	名称が似ているため、病院での処方箋作成時に薬剤の選択間違いが起こったと考えられる。		アモキサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「日医工」				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1152	両膝痛にてセレコックス、レバミピド、ケトプロフェンテープが処方されたが、テープではかぶれるとご本人より申し出あり。疑義照会にてスミルスチックに変更となる。貼付剤による副作用を未然に回避することができた。	当局では新規処方であったため副作用歴を確認したところ、他の貼付剤でかぶれることが多いとの情報が得られたため、疑義照会を行い未然に副作用回避することができた。	類似薬による副作用歴の確認を徹底。	モーラステープ20mg	スミルスチック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
1153	患者様が定期薬の処方箋を持参された。薬歴確認した所、通常はセレキノン錠100mg（他2剤処方あり）であるがセレスタミン配合錠が処方されていたので患者様に確認した。アレルギー症状は無くいつもの薬を希望した。医師の方からも処方変更の旨は聞いていないと返答あり。よって医師へ疑義照会を行った。セレスタミン配合錠→セレキノン錠100mgへ処方変更となった。	類似薬名による処方医の処方ミス。	処方監査（及び薬歴確認）と患者様への聴き取りを重点に行っている。又疑義照会後は医師の方へ情報提供書よりフィードバックするよう徹底している。	セレスタミン配合錠	セレキノン錠100mg		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1154	処方箋ないに抗生剤2種あり、疑似照会で1つ削除になる。	病院側Do処方より処方箋作成。消し忘れによる記載ミス		セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」			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
1155	患者が「当帰芍薬散　眠前1包　30日分」の処方箋をもって来局した。当帰芍薬散は体質改善の漢方処方であり、このような使い方は滅多にないと考えた。処方名の近い、芍薬甘草湯の間違いではないかと考え問い合わせた。医療機関からも足の痺れで受診したことを情報提供していただき、処方は芍薬甘草湯に変更になった。	方剤名が似ていた事による入力ミスと考えられる。	特殊な用法のある漢方は覚えておくとよいと考える。	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）		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1156	普段から定期的に来局される患者が、逆流性食道炎の症状が悪化したとのことで急きょ受診された。処方箋には、タケキャブ錠20mg7日分の記載とともに「ネシーナ中止し代わりに服用」との指示が書かれていた。普段は、糖尿病も合併しているためネシーナ錠25mgを服用しており、逆流性食道炎の治療としてはタケプロンカプセル15mgを継続して服用している。当日血糖値の測定することもなかったことを患者から聴取した。中止指示のあった薬が今回服用の薬とは全く異なる効能の薬であるために疑義紹介を行った。その結果、「タケプロン中止し代わりに服用」と指示が変更になった。	ネシーナ錠25mgとネキシウム錠の名称が似ているために、処方医は糖尿病薬であるネシーナ錠をPPIと思い指示されたことが予想される。	一時的に薬剤を変更する場合、その指示が正しいかどうか薬歴や患者の話を聞いて精査する必要がある。	タケキャブ錠20mg	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
1157	以前にヘパリン類似物質の外用剤で痒みが出ていたとの記録があり、患者に確認。 患者から医師に確認してほしいと依頼があり、電話にて処方医に疑義照会を行った。 照会の結果、アンテベートローションとして調剤するように指示を得た。	煩雑な時間帯であったため、副作用のチェック項目が抜けていた。	患者詳細をつぶさに記録し、簡便に確認できるように情報を整理しておく。	アンテベートローション0．05%	ビーソフテンローション0．3%	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
1158	腹痛、吐き気の症状で受診した患者様へ桂枝茯苓丸が処方されていた。腹膜炎や打撲傷等に適応はあるが、胃腸炎の症状で処方されることは少ないため、問い合わせをした。疑義後、桂枝加芍薬湯に変更になった。	どちらも薬品名が桂枝から始まるため、処方医は名称を間違えて処方したと思われる。	漢方は類似名称で、効果が大きく異なる薬が多いため、薬の種類・薬効を把握しておく必要がある。	クラシエ桂枝茯苓丸料エキス錠	クラシエ桂枝加芍薬湯エキス錠			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
1159	レグナイト錠300mgが1日2回朝・夕食後に処方されており、通常は1日1回夕食後の薬なので、処方医に疑義照会したところ、ガバペン錠300mg1日2回朝・夕食後に変更になりました。	レグナイトの一般名「ガバペンチンエナカルビル錠」であり、ガバペンの一般名「ガバペンチン錠」であるので、処方医の処方オーダーの選択間違いがあり、疑義照会時に気が付いたようです。	添付文書上の用法ではなかった場合、しっかり疑義照会をして確認させてもらう。システムで類似の一般名の薬は注意が出るようにする。	レグナイト錠300mg	ガバペン錠300mg			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
1160	一般名「ベタヒスチン」が処方されていたので、患者さんにめまいがありますか？とお伺いしたところ、「めまいなんかない、鼻水の薬を出して欲しい」との回答。疑義照会したところ、一般名「メキタジン」に変更になった。	ベタヒスチンの以前の商品名が「メニタジン」であったので、患者さんがメモしていたメキタジン、という名前を見て、「メニタジン」と勘違いしたものと思われる。一般名と商品名と現在の商品名などが類似しており、混同してしまった。	患者さんからよく話を聞く事で、処方された薬と、現在の症状との関連性が間違いないものである事を確認して、調剤・投薬をすることを、常日頃から気をつけて業務に取り組みたい。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」	メキタジン錠3mg「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.	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	
1161	77歳女性が【般】アセトアミノフェン錠200mg 3錠 【般】トラマドール・アセトアミノフェン配合錠 3錠 毎食後 7日分の内科の処方をもってこられた。処方受付時に薬剤師Aが、カロナールとトラムセットではアセトアミノフェンが重複しているので、本日の症状を確認。患者様より、風邪でのどが痛いので受診したこと話しあり。トラムセットの適応は、非がん性慢性疼痛・抜歯後の疼痛の為、処方医に疑義照会し、トラネキサムサン錠250mgへ変更になりました。	薬剤個々の適応を把握し、処方病院の科なども考慮し、受け付け・調剤・監査・投薬を行う。	医薬品名や成分名が似た名前の医薬品は、より注意する。	トラムセット配合錠	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
1162	当薬局新患。お薬手帳お忘れ。介護人女性が来局 処方内容 アスパラカリウム錠300mg 分3 毎食後 9T 聞き取りにより他に似た薬を飲んでいるとのことで、調剤元の薬局に確認したところ、アスパラカリウム散服用中とのこと。 処方医に照会し、他で飲んでいるアスパラカリウム散と合わせて一日量が2700mgになるように アスパラカリウム錠300mg 分3 毎食後 6T に変更となる。	今回患者からの聞き取りにより、アスパラカリウムの重複が判明。聞き取りをしなかった場合、手帳もなかったので重複して調剤していた可能性も。	手帳がない場合は、聞き取りをし、同じような薬が処方されている場合は調剤元の薬局に確認を行ってから調剤に当たるようにする。	アスパラカリウム錠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
1163	処方箋の記載に「グリメサゾン軟膏 7ｇ 亜鉛華軟膏 3ｇの混合」の指示が記載されていた。しかしそれまでに類似した使用方法で出される指示は「グリメサゾン軟膏 3ｇ 亜鉛華軟膏 7ｇの混合」であることが多く，効果過剰になる恐れがあった為疑義照会した。そこで訂正が必要であることが発覚し「グリメサゾン軟膏 3ｇ 亜鉛華軟膏 7ｇの混合」に処方変更となった。	似た用法に対する外用剤の混合比率であったためそれまでの記録を確認したところ疑義が生じた。また当日は同院からの処方件数が普段より多かったことから医院の現場の多忙も原因と考えられる。	普段の医院の処方と容量が違う，剤形が違うなど少しでも違和感があれば確認のため疑義照会を行ったほうがいいと考えられる。	グリメサゾン軟膏 亜鉛華軟膏「ニッコー」					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
1164	レスタミンコーワと混和すると軟らかく乳液状になった。安定性に問題があると判断。薬局ヒヤリハット事例で同様の情報が報告されていたので、それを参考にビーソフテンクリームに処方変更依頼を行った。ビーソフテンクリームの場合は、異常な軟らかさは見られなかった。	ヒヤリハット事例を印刷保管していても、その内容について復習不足であった。患者様にお渡しする前に気が付いたものの、実際に混和するまで気がつかなかった。	定期的にヒヤリハット事例を復習する。	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「ニプロ」	ビーソフテンクリーム0．3%		知識が不足していた			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1165	ザイザルの処方だったので患者に痒みがあるのか確認したところ頻尿で受診したとのこと。処方医に確認したところザイザル削除、ザルティア追加処方となった。	薬名が似ていたための処方間違え。	初出の薬は特に処方薬と患者の症状が食い違いないか確認する。	ザイザル錠5mg	ザルティア錠5mg	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		ヒューマンエラー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	75歳男性の患者様が来局された。処方内容は【レボフロキサシン点眼液】であったが、患者様が持っていた点眼液はレボカバスチン塩酸塩点眼液であり、同じものの処方をしてもらったはずとの申し出を受ける。処方医に確認したところ、本当は抗アレルギー薬のレボカバスチン塩酸塩を処方したかったが、誤って抗生物質のレボフロキサシン点眼液を処方したことが発覚する。医師に確認の上、抗アレルギー薬であるレボカバスチン塩酸塩点眼液を処方するに至った。	医師が処方箋を作成する際に、予測入力の上に出てきた、名前の類似している薬剤を誤って選択してしまったことが要因と考えられる。〇注意力散漫	医師が処方箋を作成する際、薬剤名を最後までしっかり確認すると共に、今後も調剤時の患者様との対話を大事にしていくことで、未然防止に努めていきたい。	レボフロキサシン点眼液1．5%「杏林」	レボカバスチン塩酸塩点眼液0.025%「TOA」				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1167	一般名：カルボシステインシロップ5%0.6ml 3×毎食後で処方される。処方監査をした薬剤師が、剤形違いの処方間違いではないかと気づき疑義照会した結果、一般名:カルボシステインシロップ用50%0.6g 3×毎食後に変更となった。	一般名処方にすると、シロップとドライシロップの名称が類似しており、処方入力間違いをしやすい。	よくある間違いだと認識しておくことと、最終的には体重換算で処方用量をしっかり確認すれば処方間違いだと判断できる。	カルボシステインシロップ5%「タカタ」 カルボシステインドライシロップ50%「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
1168	他院よりセルベックスを服用中。レバミピドの処方あり。類似薬であるため疑義照会を実施。レバミピド中止となる。			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
1169	処方している医師は、インシュリン製剤を処方されるときにカートリッジ製品は使用することがありませんでした。今回初めて使用する患者さんに対してカートリッジ製品を処方されていたため、問い合わせをしました。	商品名が類似しているため間違えてしまったのではないかと思われます。	インシュリン製剤一覧表を確認して内容確認をします。	トレシーバ注ペンフィル	トレシーバ注フレックスタッチ		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1170	2歳8ヶ月、体重12kgの小児に対し、ゼスラン小児用細粒0.6%1.3g/日で処方。体重あたりの量が明らかに過量であること、ビオフェルミンR散が一緒に処方されていたことから、類似名称の抗菌薬ではないか疑義照会したところ、セフゾン細粒の間違いであったことが判明した。	ゼスラン小児用細粒とセフゾン細粒小児用の名称類似による誤処方と思われる。		ゼスラン小児用細粒0．6%	セフゾン細粒小児用10%			その他		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1171	患者が「こむらがえり」の症状を訴えており、「しゃかんぞう」の適応から考え名前の似ている「しゃくやくかんぞう」ではないかと思われたため、医師に紹介して発覚した	漢方の読み方が酷似していた為、間違いが起こったと推測される。	患者インタビューを的確に実施することで患者の不利益を回避できます。	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
1172	タプロス点眼液0.0015%を常用していたが、眼圧や体調に著変ないにも関わらずタプコム配合点眼液へ変更となっていたため確認。類似名による処方誤りであったようでタプロス点眼液0.0015%へ処方変更となった。			タプコム配合点眼液	タプロス点眼液0．0015%				その他	ヒューマンエラー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	以前から内科（院内処方）でオキサトミド30mgが処方されている患者様が、耳鼻咽喉科を受診し処方せんを持参。その処方薬の中に、オキサトミド30mgと効能効果が類似するオロパタジンOD錠5mgが処方されていたため、患者様に聞き取りをしたところ、患者様はきちんと医師にお薬手帳（内科以外にも受診歴があるため）を見せたが、内科の薬（院内処方）に関してはお薬手帳には記載がないことが判明。耳鼻咽喉科の医師には、内科の院内処方薬は伝えていないという事だったので、医師に疑義照会したところ、オロパタジOD錠5mgの処方が削除になりました。	患者様自身はお薬手帳を毎回持参してくれるなど、意識の高い方であったが、院内処方のお薬の内容が、お薬手帳に記載されていなかったことが重複処方の要因になったかと思います。薬局側でオキサトミド30mgの内科処方を把握していたにも関わらず、お薬手帳に記載されているかの確認をしていなかったことも要因のひとつに挙げられます。	お薬手帳をきちんと持って来て下さる患者様でも、院内処方のお薬の内容をメモしていらっしゃらない方もいるので、今後は薬局側でそういった事例に該当する患者様がいた場合は、患者様の了解を得たうえで、出来る限り転記するようにしたい。また患者様にも、院内処方薬についてもお薬手帳にメモするか、病院受診の際は医師に伝えて欲しいとお願いしました。	オロパタジン塩酸塩OD錠5mg「ファイザー」			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.	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	
1174	感冒による鼻汁・中耳炎で母と一緒に小児患者様が耳鼻咽喉科を受診。アリメジンシロップ0．05%の処方があったが、お薬手帳を確認したところ、皮膚科からザイザルシロップ0．05%の処方（当薬局以外で調剤）があり、効能効果が重複するため医師に疑義照会したところ、アリメジンシロップが削除になりました。	皮膚科に定期的に受診している患者様で、お薬手帳も持参してくれていたが、いつもは外用だけの処方が多かったため、医師がザイザルシロップの処方を見落としたと考えられます。お母様も医師に、皮膚科から臨時でザイザルシロップをもらったことを伝えていなかった。お母様はかゆみでザイザルが出されたため、耳鼻咽喉科の医師に伝える必要はないと判断したようです。	定期受診先を把握していても、大きく処方内容が変化しない患者様に関しては、毎回併用薬をチェックしているつもりでも、抜けてしまうことは考えられる。患者様に毎回お薬手帳の持参を促すとともに、薬局サイドもチェック漏れの無いように他施設の前回処方とお薬手帳を指さしなどで確認するように心がけたい。また、皮膚科でかゆみ、耳鼻咽喉科で鼻汁と治したい症状が違っても、類似したお薬が処方されることもあることを患者様に説明しました。	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
1175	今回初めてのクレメジン速崩錠500mg8T分2朝昼食間の処方であったが、患者様は生活保護の方で原則ジェネリックを選択する必要があった。確認したところ、ジェネリックに変更することは構わないということだったが、ジェネリックでは200mgの規格となるため、球形吸着炭カプセル200mg20C分2朝昼食間へ変更となり、1回に10C服用することは生活背景として年々、食事摂取量の低下も把握しており、80代後半の高齢者には服用が難しいと思われた。そこで薬学的に考慮し先発品のまま調剤することも踏まえて、患者様へ確認したうえで疑義照会し、話し合いの結果、医師にクレメジン細粒分包2gへ変更していただくことで、ジェネリックとして球形吸着炭細粒分包2gを調剤することとした。結果的に1回1包の服用で済ますことが出来て、しっかり指示通り服用ができることが期待される。	ジェネリックへの変更は類似の剤形や規格変更も要件を満たせば可能であるが、変更したものが患者様にあっているかも確認することが重要である。薬剤師が変更したことによってきちんと服用できない要因を作ってしまったり、アドヒアランスが下がらないようにしなければならない。	近年では様々な工夫をこらしたジェネリックも発売されており、先発品やジェネリックの規格や特徴などを把握し、常に患者様にとって最良の選択ができるように情報収集に努めたい。	クレメジン速崩錠500mg	クレメジン細粒分包2g			医薬品		ヒューマンエラー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	毎回、ゼスラン・デパス・シナール配合錠が処方されていたが、今回はゼスラン・デパス・新規でテノーミン25mg1錠朝食後処方だった。患者家族に確認した所、いつもの薬と返事あったため医療機関に確認。カルテも確認していつもの処方となった。	商品名も似ておらず、処方が出たことが無い医薬品だった為、医療機関にも確認したが処方が違っていた理由は不明。手書きカルテ・処方箋の為、医療機関スタッフの読み間違えなのかもしれない。	いつもと違う薬が記載されていて関連性も不明瞭な場合、先に患者に確認した方が良い。副作用等違う症状が出ることを抑えられる可能性が高くなる。	テノーミン錠25	シナール配合錠		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
1177	「一般名処方」ドネペジルOD（5）とイクセロンパッチ9mgが同時に処方されていたため、病院へ疑義照会。ドネペジルの消し忘れが判明。	類似薬の同時処方にも注意をしていく。	今回は未然に防ぐことが出来たため問題なし。薬効も意識していきたい。	ドネペジル塩酸塩錠5mg「トーワ」					その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1178	頓服の痛み止めと胃薬が1回1錠の10回分で処方されているのと、3日分のアモキサンカプセルの処方の内容で、3日分のアモキサンカプセルの処方意図が不明で、もしかしたら抗生剤を処方したかったのに医師が誤って記載をしたのでは？と疑い、疑義照会をした。病院の採用薬で一般名処方でアモキサンカプセルが打てるので処方箋代行入力ミスの可能性がある。	アモキサンカプセルの3日分の処方という意図不明な処方に対して疑問を持つこと。一般名処方が増えてきているので似たような一般名・商品名の処方薬には慎重に監査を行うべきである。		アモキサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「タツミ」			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
1179	風邪で処方あり。患者様のお薬手帳から併用薬を確認したところ、メンタルクリニック受診中。併用薬　レキサルティ（CYP3A4で代謝）と処方薬のクラリスロマイシンは、併用注意。レキサルティの血中濃度が上昇する為に、疑似紹介し抗生物質が変更されました。	必ず、患者様の「お薬手帳」または「アプリ」で併用薬の確認をしてます。		クラリスロマイシン錠200mg「サワイ」	アジスロマイシン錠250mg「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
1180	新規の処方として　プラビックス（50）2錠　1日1回　の処方あり。用量超過の可能性があったため疑義照会行ったところ　プラビックス（25）2錠　1日1回　と用量変更となった。	一日量と錠剤の規格が似ており、間違えてしまったと考えらえる。	過量の可能性があるものは必ず疑義照会を行う。	プラビックス錠25mg		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
1181	風邪の為に抗菌剤のクラビット500mgが処方されました。患者様持参のあ薬手帳で併用薬の確認をしたところ帯状疱疹後神経痛でロキソニン60mgを服用中。プロピオン酸系非ステロイド性消炎鎮痛薬とクラビットの併用は、相互作用により痙攣をおこす恐れがある。処方元の内科の先生に疑似紹介したところクラビットからクラリス200mgに変更になりました。	必ず患者様の「おくすり手帳」または「アプリ」で併用薬の確認を実施すること。		クラビット錠　500mg	クラリス錠　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
1182	処方箋：スピラゾン軟膏0.3%25g・ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」25g混合の指示あり。薬局内にある「軟膏・クリーム配合変化ハンドブック」確認した所スピラゾン軟膏とヘパリン類似物質油性クリームの組み合わせは分離を起こしてしまうため、疑義紹介し、ヘパリン類似物質油性Crとの配合でも安定性のあるリドメックス軟膏への組み合わせへ変更。	病院への情報提供不足	配合で安定性のよい組み合わせを記載した表を作成し、病院へ情報提供。	スピラゾン軟膏0．3%	リドメックスコーワ軟膏0．3%	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.	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	
1183	ヘパリン類似油性物質が125gとロコイド軟膏25gの混合軟膏の処方があり。念のため主治医に各薬剤の用量を疑義照会しヘパリン類似油性物質25gとロコイド軟膏25gに変更となる	2種の外用剤の混合比に通常1対1か1対2が多い	2種の外用剤の混合比に注意配る	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」			その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1184	入力鑑査時 アレグラドライシロップ0.5g 夕食後と記載されていたので0.5gで分包すれば良いのか、また分1でよいのかを確認行ったら アレジオンドライシロップ 0.5g 夕食後に変更となった	名前が似ているため入力間違いと考えられる	アレグラは基本分包品のまま使用なので分包するときは確認行ったほうが良いだろう	アレグラドライシロップ5%	アレジオンドライシロップ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
1185	投薬時に患者の症状をうかがったところ、主治医のいつもの麻黄湯の使い方と異なり、疑義照会したところ麦門冬湯に変更となった。	感冒症状に対する処方でしたが、発熱・インフルエンザ様の訴えがなく、普段の処方と違和感を感じた。疑義したところ「番号が…」と、その後処方変更に至った。	院内のオーダーの見間違いの疑い（27と29 の疑似番号） 薬局内でもこの事例を周知した。	ツムラ麻黄湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒（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
1186	処方箋にて「当帰芍薬散」が処方されていたため、処方通りに調剤、監査を行う。投薬時、患者様より「こむら返りが最近おこるので、受診した」との回答あり。名前の似ている「芍薬甘草湯」ではないかと考え、疑義照会。「芍薬甘草湯」が処方されることとなった。	医師の入力ミス	漢方にきちんと患者の訴える効能があるか確認する。	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）				その他	ヒューマンエラー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	処方せんに「ザイロリック錠75」と記載あり。その規格の薬剤が存在しない。定時薬「ザンタック錠75」が処方されていなかったため、疑義照会し追加してもらった。	薬剤名類似の為、手書き処方せん記入ミス	規格のない薬剤が処方。規格違いか、薬剤名違いか、確認をする。	ザイロリック錠75	ザンタック錠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
1188	診察時に「体の塗り薬が欲しい」と希望されていましたが、以下の薬剤が一般名で処方されていました。 【般】ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏0．05% 15g【般】ヘパリン類似物質軟膏0．3% 15g 混合 頚部、手足 外用 塗布 服薬指導時に、患者の話と処方部位が不一致だったため、疑義照会を行いました。以下の薬剤に変更となりました。 クロベタゾール軟膏0．05% 25g【般】ヘパリン類似物質油性クリーム0．3% 25g混合 1日2回 体 外用 塗布	クリニックも混雑していたようなので、医師がミスを起こしやすい環境だったと推察しています。患者の申し出た言葉の中で、判別できる内容が使用部位だけだったことも今回の原因と考えています。	薬剤名、使用部位などの確認を徹底し、患者の話す内容と薬剤に差異がないかを確認する	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」 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% ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」			医薬品 その他		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1189	内科からフスコデ配合錠、一般名レバミピド錠100mg　の臨時、風邪処方の処方箋を持って来局。いつも他科で受診しておりガストローム顆粒を定期で服用している。胃薬重複の為病院に問い合わせしたところ、ムコスタ錠100mgとムコソレート錠15mgの記載ミスと発覚。	ムコソレート錠を名称が似ているムコスタ錠と医療事務が勘違いして一般名レバミピド錠と処方箋に記載してしまった。いつも来ている患者さんでガストローム顆粒を服用している為発見したが、新患、胃薬の併用がなければ気付かなかった可能性がある。		レバミピド錠100mg「サワイ」	ムコソレート錠15mg			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
1190	ベオーバ錠50の替わりにユリーフ錠OD4が2錠分2で処方。変更の理由はベオーバはよく効いているが、新薬のため2週間おきに来院しないといけない。それが負担になってきたそうだ。ユリーフOD錠4mgは数ヶ月前に処方になっており、転倒やふらつきの副作用が起こったため、ベオーバ錠に変更になった薬であった。ベオーバ錠はβ3アドレナリン受容体刺激作用があり、適応は過活動性膀胱である。ベタニス錠は類似の作用機序と適応を持つので、ユリーフからベタニス錠への変更提案と、ユリーフによる副作用歴について、処方医に連絡した。ユリーフ OD錠4mgは中止になり、ベタニス錠50mgに変更になった。	数ヶ月前に起こったユリーフ OD 錠4mg による副作用が医師にうまく伝わっていなかったか、確認忘れによると思われる。ベオーバ錠とベタニス錠の適応は過活動性膀胱であり、ユリーフは前立腺肥大症である。作用機序、適応においてもベタニス錠のほうがベオーバ錠の代替として適当と考えられた。	今回は薬局での薬歴の確認により、副作用が起こった薬の処方を未然に防ぐことができた。今後も薬歴確認は確実に行っていく必要がある。	ユリーフOD錠4mg	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
1191	前回の処方がプレドニン錠5mg　0.5錠で服用してた患者が来局。今回の処方がプレドニン錠5mg　2錠で増量された処方内容であった。投薬時に増量されたことを患者に確認したところ、減量するように診察時に説明があったとのことであった。医院へ確認を行ったところ、プレドニゾロン錠1mg2錠への減量であったことが発覚し、処方変更となった。	前回処方薬と今回処方薬の名称類似などが考えられる。	処方変更時は必ず患者等に詳細をヒアリングし、引き続き事故防止に努める	プレドニン錠5mg	プレドニゾロン錠1mg（旭化成）		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1192	前回までザクラスHD服用の患者。今回血圧が思うように下がらないので薬が変更になったとおっしゃっていた。胃の調子が悪くなったり、逆流しているとかはない。今回の処方の内容がアダラートCR40mgと一般名オメプラゾール20mgだったため、疑問を感じた当該薬剤師がクリニック医師に疑義照会。一般名オメプラゾール20mgから一般名オルメサルタン20mgに変更になった。名称が似ているので医師のミスだった。前回薬歴と患者情報により過誤に至らず未然に防いだ。	一般名称が似ているので間違えてしまう可能性がある。患者情報・前回薬歴により疑問を感じたときは積極的に疑義照会を行うことが重要である。		オメプラール錠20	オルメテックOD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
1193	クラリシッド（200）が1日1回昼食後となっていた。用法について疑義照会を行った所、クラビット（500）に処方変更となる。	クラビット（500）を処方しようとしたところを、誤って名称が類似しているクラリシッドを選択し処方したと考えられる。	引き続き、抗生物質が処方された時は、その抗生物質が用量依存なのか、回数依存なのかを考慮したうえで、用法・用量の確認を行い、その用法では本来の効果が得られないと考えられる場合には、疑義照会を行い、適切な薬剤、用法、用量を提案する。	クラリシッド錠200mg	クラビット錠500mg		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
1194	一般名：ベポタスチンベシル酸塩口腔内崩壊錠2T/2×MN60日分処方あり、患者へ確認したところ、眩暈がするとの訴えがあり、当薬剤に眩暈の適応症が無いことから不信に思い疑義照会。しかし、返答が、「当院では、眩暈の薬としてベポタスチンメシル酸塩口腔内崩壊錠をよく処方する。」との回答あり。いったんは、適応外使用なのかと思い、「わかりました。」と了承するも、ベタヒスチンメシル酸塩錠の誤りではないかと強く疑い、再び疑義照会を行うと、「医師に確認してみる。」との返答。数分後、ベポタスチンベシル酸塩口腔内崩壊錠を削除し、ベタヒスチンメシル酸塩錠3T/3×N60日分へ変更して下さいと回答あり。	疑義照会を受けた際、医師に確認せず病院受付の方が疑義対応を行った事が問題。また、「ベ」から始まる一般名の薬剤で、「ベシル」、「メシル」などの中間語句も類似していることから、薬剤選択ミスであったと考える。	院外処方箋発行前に、病院内で、薬剤選択ミスはないか確認が必要。疑義照会を受けたときに、薬剤師や医師に確認するようにして頂きたい。	ベポタスチンベシル酸塩OD錠10mg「日医工」	ベタヒスチンメシル酸塩錠12mg「TSU」	判断を誤った	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
1195	一般名処方で「ロラタジン錠10mg」が処方されていたが、用法が「1日2錠　朝夕食後」であり、また同時に一般名処方で「セチリジン塩酸塩錠10mg」も処方されていたため疑義照会。「クラリス錠200」に処方が訂正された。	医療機関側の入力ミス（おそらくクラリチンとクラリスの名称が似ていることからの勘違い）が原因	薬局としては、調剤前の処方鑑査を徹底することにより、このような処方ミスを防ぐことが出来ると考えられる。	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.	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	
1196	定期薬へファモチジン10mgの追加処方があり。定期薬の内容にネキシウム10mgが残っており薬理作用が類似する内容のため疑義紹介。疑義紹介にて、ネキシウム10mgが処方削除となる。	状態経過が安定していることから処方変更が推察される状況と考えられた。処方推察を元に患者本人へ事前確認での確認をし疑義紹介へと繋がった。		ネキシウムカプセル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
1197	胃カメラ実施時、脂物を食べると胃上部がジクジクすると話し、モサプリド錠が処方。物理的な圧迫で食道～胃上部に炎症があったとのこと。お薬手帳と薬歴の記録から、整形外科でナウゼリンOD錠10mgの服用を確認。類似薬効品のため問い合わせ、モサプリドの処方は中止となった。	従来よりPPIによる消化器の治療は受けていたが、最近整形外科の鎮痛剤がトラムセットになり、吐気予防のためナウゼリンも処方されるようになった。患者による併用薬の未申告、内科診療所での未確認により、今回モサプリドが処方されてしまった。	内科以外からも胃薬等処方されることは普通にあり、複数科受診も多いことを十分認識する。常にお薬手帳や聴き取りで併用薬等を最新情報に書き換え、レセコンと目視によるチェックを行う。	モサプリドクエン酸塩錠5mg「AA」			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
1198	いつもは内科診療所の処方箋を持ってくる方が、整形外科の処方箋を持参。胃の調子が悪いので薬を追加してもらったとのこと、「ネキシウム10mg 1カプセル 56日分」が従来からの整形の薬に追加になっていた。内科診療所で「タケキャブ錠20mg 1錠」を常用しており、PPIの重複処方となるため問い合わせ、ネキシウムの処方は削除となった。	内科診療所と整形外科で常時薬をもらっているが、整形外科でも消化器・心臓・泌尿器分野の内科的治療を受けている。消化器・心臓分野の治療は内科診療所でも受けており、双方で総合的な治療ができない状態が続いている。先月、整形外科の医師より内科診療所へ治療を任せたいと話が出たが、整形分野のリウマチ治療については引き受けられないと内科医より話があり、結局整形外科からの紹介・転院の話はなくなってしまった。患者の治療の全体像が両科の医師ともに把握できていないため、患者の話のままに今回のネキシウムの処方が行われてしまった。	整形等、通常専門分野以外の薬を取扱わない医師では、お薬手帳を見ても類似薬が出ているか判断がつかないことも多く、薬局でのチェックは欠かせない。常に併用薬を記録・確認し、重複投薬や二重受診がないよう、医師や患者の誘導も考慮する。	ネキシウムカプセル10mg			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
1199	SU剤であるグリメピリド、グリニド系薬剤であるナテグリニドが同一処方箋内で処方されており、疑義照会を行ったところナテグリニドが処方中止となった。	グリメピリドとナテグリニドが似た系統の薬剤であることを処方医が気付かなかったことが推察される。当患者は他にDPP-4阻害薬やSGLT-2阻害薬、チアゾリジン系薬剤、ビグアナイド系薬剤、α-GI阻害薬を併用しており、また他院から転院して間もなくであり転院前からグリメピリドとナテグリニドを併用していたことも手帳から確認できていることからDo処方のまま漫然と処方が継続されてしまっていたものと推察される。	他院はもちろん同一処方箋内においても不適切な併用薬剤がないか十分注意する必要がある。	ナテグリニド錠30mg「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.	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	
1200	一般名処方で前回から間違えて記載。それに気が付かず今まで通りに調剤。疑義紹介をしたところ処方箋記載が間違っていた。	似たような一般名に迷わされた。結果は問題ないが、初回に出たときにきがつくべきである。 単純なミス	一般名の場合は箱にかかれている、成分名を再度各確認。	ウラリット配合錠	クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」	報告が遅れた（怠った）記録などに不備があった	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
1201	胃腸炎の為受診。お薬手帳の併用欄にネキシウム（20）服用中の記載あり。一般名ファモチジン口腔内崩壊錠10mgが処方されており、薬効が類似の為疑義照会。一般名ファモチジン口腔内崩壊錠10mgは処方中止となった。	H2ブロッカー・PPIは繁用薬剤。記録がないと患者は「胃薬服用中」の申し出しかないことが多い。正確な聞き取りと記録が大切。	薬効・薬理・保険適応を日常より意識して業務にあたる。	ファモチジンD錠10mg「サワイ」				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
1202	[般]ヘパリン類似物質外用液0.3% 184g で処方あり。184gはおそらくヒルドイドフォーム2本を指すため疑義照会したところ変更となった。	薬品名だけでなく量も確認する。		ヒルドイドローション0．3%	ヒルドイドフォーム0．3%		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1203	アジルバ20mg服用中。タナトリル5mgの処方が追加された。ARBとACE-Iの併用と考えられたが、添付文章から併用注意の為、疑義照会をした	類似名の選択ミスによる誤処方でタナトリル5mgではなくタリオン10mgだった。	添付文章・薬歴によって確認する必要がある。	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
1204	痒みの症状を訴えられたので、疑義照会して薬剤の変更になった。			ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」	ベナパスタ軟膏4%		その他			ヒューマンエラー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	88歳女性　膝の痛みで受診。投薬時に症状を聞き、ヒルドイド軟膏は処方ミスの可能性があったので疑義照会した。照会後、ゼスタッククリームに変更になった。	同じヘパリン類似物質が成分の薬だったため、処方入力時に医師が間違えて処方した。		ヒルドイドソフト軟膏0．3%	ゼスタッククリーム		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
1206	オースギよく苡仁湯が処方されていたが、患者様に症状を確認したところ、イボの治療であった。オースギよく苡仁湯にイボの効能がないため、疑義紹介したところイボの効能のあるヨクイニンエキス「コタロー」に変更となった。	医師が処方入力の際、名称類似から取り違えて入力したと考えられる。	引き続き、投薬の際に症状をヒアリングし、効能効果に疑義があれば疑義紹介を行う。	オースギよく苡仁湯エキスTG	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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
							背景・システム・環境要因			
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	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	
1207	施設入居の方。入居時の服用薬を情報としていただいていた。その際ジメチコン40mg　2錠分2で処方が出ていたが、施設往診医からの処方ではジメチコン削除になり、メジコン15mg　2錠分2が追加になっていたため疑義照会で確認したところ、ジメチコン40mg2錠分2　継続との回答があった。	ジメチコンとメジコンが似ているため入力時にミスが発生したと考えられる	施設入居の方は入居時の服薬情報や状況の確認が必要である。新しい医師の処方になった際は服用歴との照らし合わせが必要になる。	メジコン錠15mg	ジメチコン錠40mg「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
1208	一般名処方セフジトレンピボキシルと一緒に、一般名ビフィズス菌錠が処方されており、ビフィズス菌錠の整腸作用が期待できないので疑義照会で耐性乳酸菌製剤の処方を打診し変更してもらった。	抗生剤の処方時には耐性乳酸菌の服用が適切であるという知識や、製剤名「ビオフェルミン」「ビオフェルミンR」が似ていることや処方箋作成時のシステムの扱いに対する注意が必要なのかもしれません。	抗生物質処方時の乳酸菌製剤に対する知識の共有。製剤名は最後までしっかり確認する。	ビオフェルミン錠剤	ビオフェルミンR錠		知識が不足していた	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
1209	半年前にもアルボ錠200mgが処方された経緯があり、監査の時点で疑義はなかった。今回処方で抗ヘルペス薬のゾビラックス軟膏が処方されていたため、投薬時に口唇ヘルペスの状態等を聴取したところ、患者より飲み薬も希望したことを聴取。そのため、処方元に疑義照会を行ったところ、アルボ錠ではなくアメナリーフ錠を出すところを間違って入力したことが判明した。その後は正しい処方に変更し、医師の意図した薬剤をお渡しすることができた。	以前にも処方されてた処方のため違和感なく投薬となった。処方元の要因として類似名称、同一規格が推測される。	抗ヘルペス外用薬処方時の内服薬の有無を予め確認する。	アルボ錠200mg	アメナリーフ錠200mg	判断を誤った		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
1210	ポリフル錠500mgを長期使用されている方に人間ドッグで腎結石があったことを聴衆ポリフル錠500mgは腎結石に使用禁忌のため疑義照会を実施ポリフル錠500mgの削除また類似薬効のミヤBM錠　1日3→6錠へ変更となった	ポリフル錠500mgの禁忌内容を把握する患者情報を投薬時などに収集した際、問題ないか確認する	投薬時に、日常生活や検査内容など些細なことでもよいので、薬剤師に教えてほしいことを患者様にお伝えし、内容を把握した上で問題のある事例でないか疑いをもって確認する	ポリフル錠500mg	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
1211	薬品名の類似による処方間違い	セレキノンとレバミピドが処方になっていた。 患者さんからの聞き取りからセレコックスの処方間違いである可能性を感じ　疑義照会し変更となった。	常に処方内容に疑いの目を持ち、患者さんへ聞き取り、必要に応じて疑義照会をしていく。	セレキノン錠100mg	セレコックス錠100mg			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1212	呼吸器内科でランソプラゾールOD、循環器でネキシウムが処方されていたため照会。以前から循環器のネキシウムは服用しており、呼吸器のランソプラゾールが追加になっていたため、ランソプラゾールは削除。	同病院の他科での処方でした。お薬手帳も持っていましたが、こちらで両科とも調剤したので、重複に気づけました。	病院内でも他科で処方された薬の類似薬の重複に気づけるシステムがあれば、良いと思われます。4	ランソプラゾールOD錠30mg「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
1213	エクメットLD配合錠が出ていた患者。今回主治医診察時に「LDでは降下不十分」「増強しようか」という話が出ていたとの事。検査値からも血糖の降下は見られず。そこで、処方医に疑義確認をしたところ、LD配合錠ではなくHD配合錠への変更となる	LD/HDと、類似名により取り間違えられた可能性あり。患者とのヒアリング内容と処方内容の一致/不一致の確認をしっかりと行うこと	患者とのヒアリング内容と処方内容の一致/不一致の確認をしっかりと行うこと	エクメット配合錠LD	エクメット配合錠HD	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
1214	他の医療機関からタケプロンOD15mgを処方されている患者さんの家族が来局されました。胃の痛みが取れず検査を行う予定で検査の日まで薬を服用する様に医師より指示あり。処方薬はタケキャブ10mgを分1朝食後1錠服用というものでした。お薬手帳は持参されて確認してもらったとの事でしたので現状服用されているタケプロンOD15mgを中止し、タケキャブ10mgに変更かどうかを医師に疑義照会する。今回の処方薬がタケキャブ10mgではなくてタケプロンOD15mg1錠に変更になる。現在服用中のタケプロンODを15mgから30mgに増量するつもりがタケキャブ10mgと記載してしまった様です。	タケキャブとタケプロンは同じPPIであり、名称も似ていたので間違えて記載されたのではないかと思われます。	患者さんはお薬手帳を持参されており、医師に見せた事も覚えていたので疑義照会をした時にすぐに医師も薬の変更をしてくれました。継続してお薬手帳を医療機関受診時に持参していただく様に話す。薬剤師は薬歴とお薬手帳を必ず確認し重複するものが無いかのチェックを行う。	タケキャブ錠10mg	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
1215	処方箋記載医薬品がアモキサンカプセル10mg、オーグメンチン配合錠250RS、【一般名】耐性乳酸菌錠6mg、【一般名】トラネキサム酸錠250mg、【一般名】アンブロキソール塩酸塩錠15mgと記載があったが、患者情報および症状聞き取り情報から、アモキサンカプセル10mgではなく、アモキシシリンカプセルの記載ミスを疑い疑義照会を行なった結果、アモキシシリンカプセル250mgへ変更となった。	アモキサンカプセルとアモキシシリンカプセルの名称が類似している為、医師が勘違いして選択してしまった。	医師へ情報提供を行った。	アモキサンカプセル10mg	アモキシシリンカプセル250mg「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「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	
1216	転院にて受診の患者の処方にて、一般名トランドラプリル（0．5）4T分2朝寝る前の用法で手書き処方されていたが、手帳記載では以前は一般名トランドラプリル（1）1T分1で処方だった。患者側は何も聴いていないとの話だった為疑義照会。病院側の転記ミスにて実際には一般名トランドラプリル（1）1T分1で処方が正しいものであったため、変更となった。	病院側が紹介状からの転記を誤ったと思われる。本人処方内で似た記載としてドキサゾシン（0．5）4T分2朝寝る前の処方が合ったため、そちらと混同して誤って記載された可能性がある。	手帳の記載の再度の確認が必要と思われる。今後も薬局側では手帳や本人・家族の話との照合が重要と考えられる	トランドラプリル錠0．5mg「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
1217	発熱、風邪様症状を訴える患者に、【般】カルボシステイン錠500mg、【般】ロキソプロフェンNa錠60mgが処方された。患者家族からの申し出で本人は胃が弱いために胃薬もお願いしたとのことで、疑義照会を行った。【般】カルボシステイン錠500mgから【般】レバミピド錠100mgへ変更となった。	医師が処方入力の際にムコスタと入力するところムコダインと入力してしまった。商品名が類似していることから起こった事例であると考えられる。ロキソプロフェンとレバミピドが必ずしも抱き合わせで処方されるわけではないので気付くことが出来なかった。	まずは患者への確認を行い、少しでも違和感があれば疑義照会を行う。	ムコダイン錠500mg	ムコスタ錠100mg	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
1218	患者様がお持ちになった処方箋には「ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒　7.5g　1日3回毎食前」と記載されていたが、患者様が訴えるのどの痛みという主症状と、ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯の効能効果が一致していなかったため疑義照会を行ったところ、「ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏湯」の処方間違いであったことが判明し、「ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏湯エキス顆粒　7.5g　1日3回　毎食前」に処方変更となった。	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯とツムラ小柴胡湯加桔梗石膏湯はともに柴胡を含む漢方で名称が類似している。	患者様の症状をしっかりと聞き出し、症状にあった医薬品が処方されているのかを確認する。	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒（医療用）			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
1219	他の医院での薬効類似薬メキタジンとフェキソフェナジンの重複処方。疑義により処方中止	薬手帳の確認不足	薬手帳の確認励行	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「SANIK」		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
1220	他の医療機関で処方の薬効類似薬ラニチジンとの重複について疑義。処方中止	薬手帳の確認不足	薬手帳の確認励行	ネキシウムカプセル20mg		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「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	
1221	血液凝固因子に異常がある患者様へヘパリン類似物質が処方された。疑義照会によりウレパールクリームへ変更となった。	病歴等をクリニックと共有できていなかった。	病歴をクリニック等としっかり共有する。	ヒルドイドソフト軟膏	ウレパールクリーム	連携ができていなかった	知識が不足していた	コンピュータシステム医薬品	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
1222	クロベタゾールプロピオン酸エステルクリーム0．05%（採用薬：デルモベート）10gとヘパリン類似物質油性クリーム0．3%（採用薬メーカー：日医工）10gを混合するFAX処方箋を受け付けた。 0歳4か月児でステロイド外用剤分類がストロンゲストでもよいか疑問を持ったため問合せを行い前医の処方継承とのことで回答を得た。 念のため外来へ訪問し、記録を再確認してもらったところ実際の調剤薬は「デルモゾール軟膏0．12%」と「ヒルドイドソフト軟膏0．3%」であった。 処方を継承すると「ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0．12%（リンデロン－V）」と「ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%」となる。処方医療機関にはデルモゾール軟膏0．12%の採用が無かったためデルモベート軟膏0．05%を選択し入力し、【般】クロベタゾールプロピオン酸エステルクリーム0．05%の処方となったと思われる。 再度問合せし、処方医より、当該医療機関で採用となっているステロイド外用剤分類が同じ製品「デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏0．1%（メサデルム）への変更となった。	・他医療機関の前処方をお薬手帳に記載されている商品名で判断した。・当該医療機関で採用が無く、他の医薬品に振り替えようとしたとき、ステロイド外用薬分類が異なる名称が似ている商品名を選択し、一般名処方した。	・ステロイド外用剤については一般名と商品名を入念に確認する。・年齢や使用部位等からステロイド外用剤分類が適当かどうかについても考慮の上、処方鑑査・調剤・投薬へつなげる。・お薬手帳や薬歴により、過去の使用歴、他医療機関の記録を確認する。	デルモベートクリーム0．05%	メサデルム軟膏0．1%	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	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
1223	他院で定期処方としてオロパタジン5mg 2錠/日服用中。今回、類似薬のビラノアが処方されていたため疑義照会した。結果、ビラノア削除となった。	－	－	ビラノア錠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
1224	他院にて定期でザジテンドライシロップ処方あり。今回、類似薬のゼスラン小児用細粒が処方されていたため、疑義照会をした。結果、ゼスラン削除となった。	－	－	ゼスラン小児用細粒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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1225	主治医はセレコックス（100）1回1錠1日2回の処方を行いたかったが、処方箋入力はセレスタミン回1錠1日2回となっていた。	月初めの土曜日であり時間帯も忙しかった。医薬品名の3文字目での検索では無く2文字目で出てきた内容で決定をして上下で入力誤りが起こった。他の医薬品でも2文字目までが同じ医薬品は多いので、最低でも3文字目までの入力を心がける	類似名医薬品リストをお渡しして注意を促した	セレスタミン錠	セレコックス錠100mg	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
1226	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。			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
1227	患者の「痒みと痛みがあって、もの貰いや結膜炎とは言われなかった」との訴えから、主訴と薬が一致しないため疑義照会。レボフロキサシンがレボカバスチンに変更になった。	前回も同じ症状(コンタクトしたままこすって充血と痒み→炎症)で、レボフロキサシン、その他が出てたのでそのまま出したと考えられる。	患者さんとの会話の中で、症状をできるだけ確認し、特に似た名前の薬があるものが出てる時は特に気を付けて確認する。	レボフロキサシン点眼液1．5%「キッセイ」	レボカバスチン点眼液0．025%「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
1228	投薬時、患者より、診察時医師より、症状もかなりひどいので強いステロイドを処方するとの話があったことを確認した。デルモゾールのランクはストロンゲストではなく、症状に見合っていない疑いがあったため疑義照会。デルモベート軟膏に処方変更となった。	病院での処方入力の際、最初の3文字が同じであるデルモベート軟膏とデルモゾール軟膏を選び間違えてしまったと考えられる。	今回のように投薬時に診察時の話や症状を聞くことで処方を最終チェックできる。また似た名前の薬剤があるものに関しては意識的にこちらから症状にあっているかの確認をするのも必要だと考える。	デルモゾール軟膏0．12%	デルモベート軟膏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
1229	痒みで継続受診している、プレドニンの減量中の患者。前回プレドニン錠5mg1錠であったが、今回はプレドニン錠5mg4錠となっていた。プレドニンの急激な増量に疑問を感じ疑義照会をし、プレドニゾロン錠1mg（旭化成）4錠に変更となった。	医療機関が規格の確認でミスをしてしまった。	同一・類似の薬剤名で規格が異なるものがある場合、鑑査の際注意する。	プレドニン錠5mg	プレドニゾロン錠1mg（旭化成）			その他		ヒューマンエラー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	ロキソプロフェンとムコダインが処方されたが、診察時、胃薬がでると聞いていたと患者様よりお話あり.	ムコダインとムコスタの名称類似による処方ミス	ロキソプロフェンとムコダイン、ロキソプロフェンとムコスタどちらも処方が考えられる内容であるため、患者からの聞き取りをしっかりおこなう.	ムコダイン錠500mg	ムコスタ錠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.	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	
1231	処方せん備考欄にプラビックスカプセル75→プラザキサカプセル75rへ変更と記載があり、普段の処方がプラビックスカプセルからプラザキサカプセルへ変更になっていた。一方で、患者さん側はもともと脳梗塞で受診継続の背景があり。今回は転倒による頭部強打、体の痛みで連日病院受診をしていた。その際の処方箋受け取り時の出来事であるが、患者さんは薬が変わるとは聞いておらず、処方変更ではなく、処方追加の可能性と、用量についての疑義の必要性があった。結局は、薬剤変更ではなく、カルテの書き損じ、読み間違いによる結果で処方変更ではなかった。	イベントが起きた後での受診、来局だったため、処方変更が伴ったが、薬品名が類似していた点が招いたクリニック側での処方箋記載時のミスである。薬局においては、患者さんからの聞き取りを経てクリニック指示が変更ではなく追加の可能性があるし、追加の上での用量変更なのか、いくつか医師処方意図を読み取れる節もあった。疑義照会において、処方意図の確認、用量用法が少な目である点指摘をしたうえでの返答をいただけたので、未然に過誤を防止することができた。	処方箋応需時で薬剤変更がある場合、薬剤によっては変更理由の背景、内服者の年齢や体格を考慮して用量変更をする必要があることを念頭に監査の必要がある。 変更との指示があっても、併用が可能な場合もあり、併用の際の用量も加味して検討する必要がある 薬品名が似ている場合には、用法、用量に疑わしい問題があれば、疑義照会をする必要がある。 受診理由に変更がある場合の処方薬を吟味する必要がある。	プラザキサカプセル75mg	プラビックス錠75mg	患者への説明が不十分であった（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
1232	こむら返りには、ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒が処方されるが、ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒が処方されていた。	処方時に、こむら返りに対して芍薬甘草湯エキス顆粒を処方するところを間違えて当帰芍薬散エキス顆粒を処方した。単純なミス。	漢方薬を処方する際には、名前の似ているものを間違えないように注意する。	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
1233	授乳婦に対して、処方箋には「アモキサンカプセル25mg」と書かれていた。処方に違和感を覚え、何気なく患者に症状を確認したところ、咽頭痛があり溶連菌ではないとの返答。すぐにアモキシシリンカプセル250mg」と入力間違いと思い疑義紹介。処方変更となる。	名前が類似しているものの入力間違い。（単純なミス）。焦りもあったか。婦で産後鬱と決めつけて投薬していたら、間違いを未然に防ぐことはできなかった。	投薬前に確認を十分に行い処方解析と本人への症状の聞き取りを念入りに行う。	アモキサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「日医工」	判断を誤った	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
1234	処方内容Rp1アモキサンカプセル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われます。	歯科処方であることと、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。	アモキサンカプセル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
1235	一般名でフェキソフェナジン塩酸塩錠60mg処方。他院にて類似薬のエピナスチン塩酸塩錠20mg「日医工」を継続的に服用しているため、疑義照会を行い削除となった。		患者がお薬手帳を診察時に見せているにも関わらず、類似薬効の薬剤を処方されているので、処方医もお薬手帳の内容をしっかりと確認することが必要	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1236	ザジテンシロップ5ml2x朝夕食後と入力されていたがザイザルシロップ5ml朝夕食後の誤りだった	名称が似ているため処方入力を誤ったものだと思われる	特になし	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
1237	ザジテンシロップ5ml2x朝夕食後と入力されていたがザイザルシロップ5ml朝夕食後の誤りだった	名称が似ているため処方入力を誤ったものだと思われる	特になし	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
1238	ロキソプロフェンNa60mg、テプレノンカプセル50mg各2錠分2 他服用の患者に対し、背中の痛みが新たに発生し、同クリニックより一般名処方にてジクロフェナクNa徐放カプセル37.5mg、レバミピド錠100mg各2錠分2追加処方。類似併用薬重複しているため疑義照会後、ジクロフェナクNa徐放カプセル37.5mg、レバミピド錠100mg各2錠分2が削除となった。	処方医の類似併用薬重複監査漏れ。	院内院外含め新たに処方追加する際は併用薬を確認する。	ジクロフェナクNa徐放カプセル37．5mg「トーワ」レバミピド錠100mg「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
1239	ジスロマックSR成人用DS 2gが3日分処方されていたまた、服用時点は昼食後と食事の影響を受けるタイミングの指示だった	休日で診療に来ていたDRおそらく、ジスロマック錠と混同しての処方だったと推測該当病院では、その採用が無く類似薬のSR成人用DSで代替したと思われる	他医院から、当該病院にヘルプで来られたDRの処方に関しては、要チェックが必要	ジスロマックSR成人用ドライシロップ2g	ジスロマックSR成人用ドライシロップ2g	判断を誤った	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
1240	ミケランLA点眼液2% 1日2回点眼になっていたので、LA液の場合は1日1回であることクリニックに確認したところ、用法変更になった。		薬剤名が似ている時は特に、薬剤名が違うのか、用法が違うのか慎重に確認する必要がある。	ミケランLA点眼液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
1241	同病院内の他診療科から類似薬の処方あり。耳鼻咽喉科からザイザル錠、整形外科からアレロックOD錠が処方されていたため疑義照会をしてザイザル錠が削除となった。	病院内での連携不足と、患者様による医師への情報提供が不足していたことが原因と考えられます。同病院内の処方であっても重複の確認を怠らずに行う必要があると再認識した事例でした。	病院内での連携	ザイザル錠5mg 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
1242	整形外科よりツムラ麻杏甘石湯エキス顆粒 5g 朝夕食前 14日分処方されたが、患者は咳の症状はなく関節の腫れを訴えていたため、処方医に疑義照会した。照会の結果、ツムラ麻杏よく甘湯エキス顆粒へ変更となった。	類似名によるご処方あるいは入力ミスと思われる。	-	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1243	アトーゼット配合錠HDと「一般名」ロスバスタチン5mgの処方有。前回までロスバスタチン5mg　2T＋ゼチーアの処方、またスタチンが2種類処方されていることに疑義を感じ問合せしたところアトーゼット配合錠HD→ロス―ゼット配合錠HDに処方変更となった。	○処方医薬品の多さ特に配合剤は類似の名称が多いので、単純なオーダリングミスと考えられる	前回との処方比較含め薬歴での確認を徹底し、疑義照会などで未然回避する	アトーゼット配合錠HD	ロスーゼット配合錠HD	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
1244	めまいがするので、耳鼻科を受診し、メリスロン錠6mgとセファランチン錠1mgが処方された。セファランチン錠に耳鼻科領域の適応症がないため、疑義照会行った。結果、処方はセファランチン錠1mgではなく、セファドール錠25mgに変更された。	薬剤名の類似による選択のミスが原因ではないかと考えられる。入力時に3文字目までを入力して選択したため、セファドールとセファランチンの入力を誤ったのではないかと考えられる。	商品名の類似した薬品の採用がある場合は、入力時に注意ができるよう文字色を変える等対策が必要。一般名による処方にすることで、商品名の類似した薬剤の入力ミスを防ぐ。	セファランチン錠1mg	セファドール錠25mg	患者への説明が不十分であった （怠った）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
1245	鼻炎症状のためアレグラ処方。投薬時に「アレグラと名前の似ている、ディレグラ配合錠という薬で動悸や頻脈などの副作用が生じた」と患者より申し出あり。ルパフィンも服用歴あるがそちらでは問題なかったとのこと。動悸、頻脈の副作用はディレグラ配合錠中のプソイドエフェドリンによる副作用の可能性の方が高いが、患者が過剰に心配していることもあり、フェキソフェナジンの成分が重複するアレグラ錠の処方を変更してほしいと処方医へ疑義照会。ルパフィンでは副作用歴ないとのことも医師に伝えて、ルパフィンへ変更となった。	－	－	アレグラ錠60mg	ルパフィン錠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
1246	処方せんはツムラ18番桂枝加朮附湯で処方されていたが、薬剤師が服薬援助時、患者様とお薬確認の際今まで使用していたツムラの60番桂枝加芍薬湯とは違うことが発覚。医師に疑義照会し処方変更となった	名前が似ており、処方の打ち間違いと思われる。	服薬援助時、患者様とお薬を確認する際、再度一緒に薬を見て確認していただく。	桂枝加朮附湯	桂枝加芍薬湯	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.	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	
1247	フェロベリン配合錠 4錠分2 の処方があり、当薬局の採用薬ではなかったため、用意するまでに時間がかかることを伝えた。数時間後薬剤が届き、投薬の際に症状の確認をしたところ、下痢ではなく貧血で受診したことが分かった。このことから、処方せんの記載内容がフェロミア錠 50mg 4錠分2 の間違いということに気が付き、疑義照会にて調剤の変更となった。	医師が処方入力の際に、頭文字3文字で検索したため、類似した名前の薬剤を選択したこと。フェロベリン配合錠の用法用量の知識が不足していたこと。調剤監査や発注作業などの業務を、一人の薬剤師が行ったこと。	処方せん監査から服薬指導までの一連の業務を一人の薬剤師が行わず、複数人の確認が入るようにすること。処方せん監査や投薬の際に、患者から症状を聞き出す機会を増やすようにすること。普段から受け付ける機会の少ない病院の処方せんには、特に注意を払うこと。	フェロベリン配合錠	フェロミア錠50mg		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
1248	ボノピオン処方の患者で、聞き取りからピロリ除菌初回と判明。疑義によりボノサップに変更。	名前が似ていたため処方入力間違い。	薬局での聞き取りの徹底。	ボノピオンパック	ボノサップパック400	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
1249	以前より当薬局を利用されている患者。今回臨時薬としてセフジニルカプセル100mg「日医工」3cap分3毎食後の処方があり、ケアマネジャーさんが処方箋を持って来局された。患者は普段からマグミット錠330mg 3錠分3を服用していた。セフジニルはマグネシウム含有制酸剤で効果が減弱されるため、2時間あけて服用することが推奨されているが、ケアマネジャーさんに確認したところ、毎食後の用法だけでも正しく服用できる限界で、これ以上複雑になると飲み間違いかねない、普段から便秘がちでマグミットの中止も難しいとのことだった。医師に経緯を説明し、類似薬でマグミットとの相互作用のないセフカペンピボキシルへの変更は可能か提案したところ、セフカペンピボキシルに変更することになった。	通常このような場合は服用時間をずらすことで対応してもらうが、患者は先日も飲み間違いを起こしたとケアマネジャーの方から連絡があるなど、服薬能力に心配のある状態であった。ケアマネジャーさんと連携が取れており、患者の現状を正しく把握することができたため、適切な対応ができた。処方医はセフジニルと酸化マグネシウムの相互作用を把握していない様子だった。	この患者個人としては、今後ケアマネジャーの方と、薬剤師の在宅医療への参入が適当かどうか考えていくことになった。特に認知機能の低下がある患者については、ケアマネジャーなど、本人以外からも服薬状況を確認することが重要である。	セフジニルカプセル100mg「日医工」	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「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
1250	処方においてアセトアミノフェン錠200mgが処方されており、さらにアセトアミノフェンを100mgを含むカフコデN配合錠が一日6錠処方されていたので医師に疑義照会した。その結果フスコデN配合錠6錠分3に変更となった。	名称のイメージが似ていたため、処方入力の際医師が間違えた可能性あり。		カフコデN配合錠	フスコデ配合錠		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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1251	フェントステープ剤で少しかぶれが出てきた。かぶれの事は受診時に先生に相談しなかったと薬局で聞き取り。疑義照会しヘパリン類似物質外用泡スプレーが処方追加になった。	フェントステープのようになかなか他剤への変更が容易でない場合は保湿剤等で副作用軽減を図るのも良いと思われる。	Drの副作用の聞き取りが不十分な場合もあるので薬局でしっかりと聞き取りしDrへ情報提供することも徹底する。	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
1252	3ヶ所の病院に行かれている方．お薬手帳おもつているが・病院でも提出しなかつたし飲んでいる薬を申告しなかったため3ヶ所で同じ薬が処方された．処方日がちがつた為少しきずくのがおくれたが2件の病院に擬似照会し削除となつた．	複数の病院で多数のお薬を処方されている患者様にはお薬手帳お必ず提出するよう強くアドバイスをする事．	お薬手帳の重要性の再確認	エディロールカプセル アルファロール		連携ができていなかった	その他	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
1253	処方内容はフスコデ配合錠 1錠 腹痛時服用であった。患者からの聞き取りにより咳症状は無く、腹痛があることがわかった。疑義照会にて処方内容の確認を行ったところ、ブスコパン錠10mg 1錠 腹痛時服用へ変更となった。	類似名称のため薬剤選択を誤ったようだ。	患者から症状の聞き取りを行い、症状に合った薬が処方されているかどうかを確認する。	フスコデ配合錠	ブスコパン錠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
1254	処方箋は一般名；サラゾスルファピリジン錠500mgで記載されていた。患者アンケートによりリウマチ治療薬が処方されるはずなのに、本剤は潰瘍性大腸炎の治療薬であるため疑義紹介をし、一般名；サラゾスルファピリジン腸溶錠500mgに変更となった。	一般名記載のため入力時に選択ミスをしたと考えられる。	一般名が類似している医薬品で効能が異なる医薬品がある場合は、薬効別分類をするなど普段から保管方法などにも注意をしたほうがよい。	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」	サラゾスルファピリジン腸溶錠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
1255	FAXにて処方受信、新規の内容にてフルタミドの処方確認、入力、計数、鑑査の流れ。程なくして患者来局、手帳持参にて他病院から似たような処方が出ていた事を確認し転院と推測、今回の処方に一部変更があった為、投薬時に聞き取り開始。変更点はコレミナールからフルタミド、推測通り転院であったが、それまでの間に前立腺の異常は無いし、診察時に話もしていないとの事で違和感を感じ、コレミナールについて情報検索。コレミナールの成分名がフルタゾラムであることが判明し、医師が類似名称にて処方箋を書き間違えた可能性が高いと判断した為疑義照会。結果医師よりフルタミドではなく、フルタゾラムのコレミナールに訂正の指示を確認した。	転院ということで恐らく紹介状があったと思われるが、成分名で医療情報提供が行われていたと推測される。また、コレミナールは後発が存在しない為、電子カルテ等でフルタの検索では挙がってこない可能性もあり、フルタミドがそのまま入ってしまったのではないかと思われる。	事前防止の為、改善策なし。	フルタミド錠125mg「ファイザー」	コレミナール錠4mg			コンピュータシステム医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1256	処方内用をチェックの際、<一般名処方；アプレゾリン（10）3C　分3毎食後>とあったが、アプレゾリンは錠剤の為、念のため本人に症状等確認したところ、「先生は以前飲んでいた薬を再度処方しますと説明ありました」との事。以前服用していた薬は一般名称；アプリンジン塩酸塩カプセル10mgだった為、処方医に照合、処方一般名称；アプリンジン塩酸塩カプセル10mgに変更となる	一般名称による処方は処方医師の方でも勘違いが多い類似名称の間違い	薬剤服用歴・背景や症状とあわせて薬剤の確認を慎重に行う必要がある	アプレゾリン錠10mg	アプリンジン塩酸塩カプセル10mg「NP」			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
1257	クロピドグレルを服用中の高齢患者にロキソニンは回避が好ましくないことは知識としてはわかっているが、繁忙であることと、歯痛うを発生した患者の家族ににせがまれて、誤った判断をするところであった。 結果的には、一般名エトドラクを処方してもらって問題なくリスク回避でき、対処した。	歯痛に効き目が早いのは一般的にはロキソニンであるが、高齢でかつクロピドグレルを服用しているので胃潰瘍発症とそれによる出血ののリスクあり。リスク回避のため、NSAIDsでなくCOX2選択性が高く胃腸障害が発現しにくいハイペンを選択（ハイペンは処方（服用）歴あり、残薬があるかもしれないが、本日の患者宅において保管場所の特定が困難なので、処方箋を新規に医師よりFAXしていただく。Ep）（患者宅にて；直接対面したが、緊急を要するほどの歯が痛いようには見受けられず。） 歯が痛くないときは服用しなくていい、と伝える	→改善策としては、かかりつけ医師に相談して薬の判断をすること。 日頃から似た事例でトレーニングをしておくことが大切。いざというときに、正しい判断ができるように、また他職種で確認知合うことが大切。	ロキソニン錠60mg	エトドラク錠200mg「SW」	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	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
1258	精神科の定期処方箋に「アタラックスP25mg」が追加になって患者が持参。患者と話をしたところ血圧が高いため変更になった、不安感やかゆみに関しては気になっていないとの情報を得る。患者の申し出と薬効が一致しない為、処方医に疑義照会し降圧剤「アダラートCR錠20mg」へ変更となる。	○処方医薬品の多さもあるが、精神科で普段使わないアダラートCR錠20mg処方であること。また類似薬品名が頻繁に使われるアタラックスP25mgであったこと。	医療機関側の問題、薬局側でもしっかりと吟味する	アタラックスーPカプセル25mg	アダラートCR錠20mg	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.	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	
1259	当該患者は初来局である。3種類の薬剤が処方されており、処方薬剤はスピロピタン錠0.25mg、フロセミド錠40mg（一般名）、ヒルドイドローション0.3%であった。発生当時は当該患者のほかに患者が4～5名待合室で待っている状況であった。スピロピタン錠0.25mgは当薬局に在庫がなく、卸売り企業および他薬局に在庫の問い合わせを行なった。この時点では処方医の処方間違いには気づいていなかった。卸売り企業より商品の入荷に時間がかかるとの回答があったため、その旨を当該患者に伝えた。その際に当該患者の受診理由が左腕、左手の浮腫であることが聴取の結果判明し、医師に疑義照会を行いスピロピタン錠0.25mgはスピロノラクトン錠25mg（一般名）に変更となった。	スピロピタン錠0.25mgとスピロノラクトン錠25mgの名称類似および規格類似	繁忙時であるかそうでないかに関わらず、処方せん受付時の処方内容監査と患者への聴取を怠らないこと。	スピロピタン錠0．25mg	スピロノラクトン錠25mg「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
1260	定時処方としてトピロリックが処方されている患者に、今回新規で一般名「アロプリノール」が追加となった。作用が重複していることに当該薬剤師が気づき、医師に疑義紹介し一般名「アロプリノール」が処方削除となった。	当該Drは治療効果を優先させるため、重複処方にはあまり関心がないことが要因の一つと考えられる。	当該クリニックの場合、類似薬の重複処方にはある程度のパターンが認められるので（他にはARBの重複が多い）、スタッフ全員で情報を共有する。	アロプリノール「サワイ」			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
1261	アレルギーの錠剤が継続で処方されていた。痒みがあるということで保湿が足りないと判断。患者自身も乾燥肌であることを認めている。よって保湿剤が必要と考え疑義照会をした。	患者が乾燥による痒みと思っていなかった為、処方医に痒みしか訴えていなかった。	引き続き患者の話をよく聞く。	なし	ヘパリン類似物質外用スプレー0．3%「日医工」		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1262	風邪症状を訴える患者にポラキス錠の処方が出ていた。排尿状況についてDrとは特に相談はされておらず、処方間違いが疑われたため疑義照会した結果、ポララミン錠の間違いだった。	風邪症状を訴える患者にポラキス錠の処方が出ていた。排尿状況についてDrとは特に相談はされておらず、処方間違いが疑われたため疑義照会した結果、ポララミン錠の間違いだった。院内のシステム変更によりDrが処方入力に未だ慣れていないようと話す患者が複数人いらしたため、誤入力が疑われた。	患者からの主訴等の聞き取りの徹底し処方内容との確認病院の環境変化の調査（システム変更の情報）により誤入力（ヒューマンエラー）が疑われた。薬品に関する知識（類似名薬剤等）により処方間違いを疑われた	ポラキス錠2	ポララミン錠2mg		勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1263	当該患者様には、以前より一般名トラボプロスト点眼液が処方されているが、今回の処方では一般名トラニラスト点眼の処方であった。過去の処方歴、既往、患者様の眼圧を下げる薬をもらったという発言から、総合して誤処方と考え、疑義照会した。その結果、トラニラスト点眼の処方削除、トラボプロスト点眼液の処方追加となった。	処方医院の処方箋は、一般名処方であった。トラボプロスト点眼と、トラニラスト点眼という似た名前の点眼薬であったため、処方箋の入力の誤りがあったと推察される。	当該患者様は当薬局に常時処方箋を持参されているので、服薬記録が残されているため、今回、過去の処方薬を確認して、疑問に思い、間違いの発見となった。 今後も処方箋を調剤鑑査するにあたり、服薬記録、新患などの場合はお薬手帳による服薬状況の確認、患者への問診をしっかり行い、処方内容が適切かチェックする。	トラニラスト点眼液0．5%「サワイ」	トラボプロスト点眼液0．004%「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
1264	兄弟で来局兄にリドメックスコーワローションが処方されているが頭の症状を訴えているのは弟であることが母親からの聞き取りにより判明し、処方が入れ替わっていることが発覚。疑義照会の結果、兄のリドメックスコーワローションが削除となり弟に追加となった。	兄弟で来局し似たような症状だったため処方が入れ違ってしまったと考えられる	それぞれにどのような症状があるのか聞き取りを怠らないよう徹底する	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
1265	膝痛の為　ロキソプロフェンNa60mgの処方有り。他の病院でセレコックス100の処方有り毎日分2朝夕食後で服用中であることをお薬手帳で確認できた為　疑義照会しました。セレコックスの服用を中止してロキソプロフェンNaを服用するように指示有。	患者さんがDRにお薬手帳を見せなかった為、類似薬を服用していることに気が付かなかったと思われます。	他院でお薬をもらわれている場合などには、DRにも必ずおくすり手帳などを使って伝えるように指導いたします。	ロキソプロフェンNa錠60mg「サワイ」	ロキソプロフェンNa錠60mg「サワイ」	連携ができていなかった		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
1266	併用薬に五苓散がある患者に、成分が類似している猪苓湯の処方があった。疑義照会により、併用薬の五苓散の中止指示を頂いた。	確認不足	確認の徹底	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）	ツムラ猪苓湯エキス顆粒（医療用）	確認を怠った	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
1267	いつも来局されている患者様がいらした。前回、血圧高いため一般名のアムロジピンOD2.5mg朝食後からアムロジンOD5mg寝る前に変更になった。今回は、変更前の一般名アムロジピンOD2.5mgで来ているため、患者様にお聞きし血圧150のままのため問い合わせ。結果、前回と同じアムロジンOD5mg寝る前に変更になった。	前々回と似た処方内容だったため、前々回の処方DOで引っ張ってしまった可能性が高い。	引き続き前回のデータと照らし合わせ、確認する。	アムロジピンOD錠2．5mg「アメル」	アムロジピンOD錠5mg「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.	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	
1268	歯科で一般名セファクロル250mgが処方されたが、他院でクラリスロマイシン錠200を服用中であったため疑義照会をしてケフラールを削除。	お薬手帳を確認したことにより抗生物質の重複を確認できた。	お薬手帳を確認し、類似した薬を飲んでいないか確認する。	ケフラールカプセル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
1269	イグザレルト（10）が処方されていたが、薬歴を確認したところ3日前にも同じ処方がなされていた。追加して増量とも考えられたが1日用量をオーバーであるため疑義照会を行った。医師の名称類似による処方ミスであることが判明し、イルアミクスLDに処方変更となった。正しいものに変更して患者様にお渡しした。	患者本人が「イ」の付く名前の血圧の薬を処方してほしいと頼んだそうだが、病院での伝達がうまくいっておらず直近で処方されたイグザレルトと医師が混同してしまった様子。	患者本人が医師に薬を依頼する場合、薬の名前を把握できておらず処方ミスが起きる可能性がある。薬歴やお薬手帳でしっかり投薬履歴を確認し、重複投与を防いでいく。	イグザレルト錠10mg	イルアミクス配合錠LD「オーハラ」			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
1270	処方内容はクラリチンドライシロップ1%0.5g朝食後とクラリチンレディタブ10mg1錠朝食後となっていたため疑義紹介を行った	クラリチンとクラリスの名称が類似のための処方ミスと考えられる	まず最初に3か月前に7歳になったばかりの点に着目し、処方ミスではなくあえて両方だしている可能性も検討した。しかし、患者様への聞き取りから処方ミスであることを疑い疑義紹介を行った結果、処方変更となった。引き続き、年齢や体重、患者様の症状から処方鑑査を行いたい。	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
1271	アレルギー性鼻炎でアレグラ服用中の患者に皮膚炎による痒みにてルパフィン錠が処方される。類似薬重複にて疑義照会を行い、アレグラが削除となった。			ルパフィン錠10mg アレグラ錠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
1272	体重10kg、1歳7ヶ月の男児へオノンドライシロップ10%：9mg／日の処方があり、体重当たりの用量が大幅に少なかったため、疑義照会。結果、医師の勘違いであり、70mg／日へ変更となった。	医師が他の医薬品と勘違いして用量を入力したと考えられる。	小児疾患に使用される薬剤は、だいたい同じようなものではあるが、散剤の含有濃度が異なっていたり、医薬品名が類似していたり、後発品採用による一般名称であったりと、多種類に及ぶので、その都度、小児用量の確認を行い、また電子鑑査機器への小児用量の登録等を行い、ミス防止に努める必要がある。	オノンドライシロップ10%			その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1273	一般名処方でアムロジピン錠5mg・アトルバスタチン5mg配合錠3番　1錠　朝食後の処方があった。その前の処方は一般名イルアミクス配合錠HDだった。薬歴やお薬手帳の記載内容から、いままでスタチンが処方されたことが無かったため、変更内容を患者に確認したが、血圧は下がったが、LDLに関しては特に問題なかったとの回答を得て、処方医に疑義照会した。その結果、処方が一般名イルアミクス配合錠LDに変更となった。	配合錠ということもあり、一般名での薬品名の判別が簡単でなく、今回は似たような名称を誤って拾った可能性がある。〇処方医薬品の多さ　〇単純なミス	処方内容に変更があった場合は薬歴やお薬手帳の記載内容を確認することはもちろん、患者さんからも変更の根拠となるような情報を収集する必要があある。	アマルエット配合錠3番「サンド」	イルアミクス配合錠LD「杏林」	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
1274	メタクトLD錠　2錠　朝夕食後で処方あり。メタクトLDは1日1回の用法のため疑義照会。患者様に確認すると、今まで服用していた、スイニー錠100m　2錠とメトホルミン錠250mg　2錠を、今回から配合錠に変更にすると説明を受けていたため、メトアナ配合錠LDの間違いであったことが発覚した。メタクトLDは、ピオグリダゾンを含有しているため、初回2錠服用することにより、急激な体重増加、浮腫等起こす可能性が考えられる。	類似した商品名のため、薬剤の選択間違いが起こったと考えられる。	配合錠が多く発売されているので、含有されている成分や用量の確認を怠らない。すぐに確認できるよう一覧表などを整備しておく。処方変更の際は、今まで服用していた薬と配合錠の内容を確認し、必要ならば、患者にヒアリングし、少しでも疑問を持った場合は、疑義照会を行う。	メタクト配合錠LD	メトアナ配合錠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
1275	当初フルニトラゼパム1mgが処方されていたが、患者様への聞きとりの中で利尿剤を出すと言われてたため疑問に思い疑義照会したところフルイトラン1mgの処方に変更になった。	医薬品名の類似。	患者様への症状の聞きとり内容と処方内容が正しいかの確認を徹底。	フルニトラゼパム錠1mg「アメル」	フルイトラン錠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
1276	一般名でアレグラドライシロップ　0.5g　分1夕食後服用で処方された。用法用量とも不適である点、また体重が10kgとアレジオンドライシロップの用法用量に合致する点から、アレジオンドライシロップの間違いではないかと推察し、照会。アレジオンドライシロップへ処方変更された。	先発の名称が類似しているから、医薬品の選択ミスと考えられる。用法用量が添付文書通りかしっかり確認しなければならない。	用法用量が添付文書通りかしっかり確認しなければならない。	アレグラドライシロップ5%	エピナスチン塩酸塩DS小児用1%「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
1277	複数の病院に行かれていて、真武湯・人参養栄湯・八味丸・牛車腎気丸と漢方が処方された。ジオウが1日15gと多くなってしまうのと、ポリファーマシーの観点からも牛車腎気丸と八味丸は成分も近いため八味丸を削除となった。	患者様が飲んでる薬を先生に伝えなかったため、似たような薬が処方された。	お薬手帳を活用するよう指導した。	ウチダの八味丸M				患者側		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1278	当薬局初来局の患者様の処方。手帳持参され、内科より処方された外用薬の内容。手帳より、昨年から長期で使用されているDo処方であった。しかし、当薬局鑑査時にクリーム剤の混合について配合不可であることが発覚。2週間で硬化・含量低下が見られ、薬学的な介入が必要と判断し、処方元に疑義照会を実施した。その結果、リンデロンVGクリーム0.12%-ヒルドイドソフト軟膏0.3%からリンデロンVGクリーム0.12%-ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%への変更となった。これにより、含量低下を防止し、適切な治療効果が得られたと考える。患者様はジェネリックを希望しない方だったが、医師了承済みとのこと・含量低下が起こり得ることを説明すると納得された。	新規処方時に応需された際に配合変化について鑑査確認が行われなかった可能性。当薬局では、「軟膏・クリーム配合変化ハンドブック第2版」を用いて配合変化の鑑査を実施した。	当薬局では本事例のように今後とも外用剤の配合変化に関して鑑査を徹底してまいりたい。	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	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
1279	緑内障の診断はないが、眼圧が正常値以上の患者が来局。風邪によりPL配合顆粒が処方される。薬局にて眼圧を伺ったところ24-25mmHgと高値であったため疑義照会。念のためPL配合錠は削除、カロナール錠へ変更となった。	複数病院、診療科に受診する患者であるため、各病院での病歴管理が難しかった。また緑内障という診断はされていないため、処方・調剤においても薬剤の選択が難しい事例であった。	システムによっては、禁忌が多い病歴は登録があれば警告が出る設定が可能。今回の事例でも、緑内障という診断はなかったが、便宜上緑内障病歴を登録していたため警告が表示され、見逃しを防止した。診断が怪しくても、念のため病歴は登録しておくことで類似事例防止につながる。	PL配合顆粒	カロナール錠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
1280	「一般名」レバミピド錠100mg　3錠　分3毎食後　4日分の処方が出ていたが、投薬時、患者家族より咳が出るため受診したこと、胃の話などなかったことがわかり、疑義照会すると、ムコソルバン錠15mg　3錠　分3毎食後　4日分に変更となった。	ムコスタ錠とムコソルバン錠と頭2文字が似ているため間違った可能性あり。	少なくとも3文字以上の入力をして薬品検索をすることや、入力後の確認を徹底すること。	ムコスタ錠100mg	ムコソルバン錠15mg		技術・手技が未熟だった	コンピュータシステム	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1281	12才の患者様にアラミスト点鼻液27.5㎍56噴霧用、1日1回各鼻腔に2噴霧ずつとの処方であった。添付文章上、小児は1回1噴霧ずつであるとされている。指示書に小児（15才未満）となってるので疑義。→Dr. より、1日1回各鼻腔に1噴霧ずつに変更すると返答あり。	クリニックで小児は12才未満との見解があり、アラミストに関しては15才未満1回1噴霧ずつであることを説明。小児用フルナーゼの小児とは12才未満であると説明。	小児と書いてあっても、指示書や添付文章を確認。年齢などで用法も違うこともあるので、類似薬品の用法用量は表にして、随時確認するようにしている。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1282	医師（整形外科）が処方を電子カルテに入力する際に、薬品名が類似している薬を誤って選択したと思われる。その誤りに気づくことなく、処方線が患者に渡され、薬局受付時のチェックにより疑義照会となり誤りと判明した。	処方元の医院で紙カルテから電子カルテに変更し、院外処方が開始されてから2ヶ月程度しかたっていないので、入力方法や内容のチェック体制など、十分に慣れていないと思われる。	医師の処方意図を推測しながら、処方内容を確認する。	セレクトール錠100mg	セレコックス錠100mg			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
1283	グリメピリド錠1mg　3錠/朝夕食後という処方箋を受け付けて、前回処方箋の通り朝2錠、夕1錠で調剤をしようとした。しかし前回は朝2錠夕1錠という明確な指示が記載されていたが今回は抜けていた。一応疑義照会したところ2錠/朝夕食後という処方変更になった。	明確な指示がなくても前回と同じ処方と決めつけてしまった。	処方内容が前回と類似しているから同じであると判断せず、明確な指示がされていなければ必ず処方医に確認することを今後徹底しようと局内で話し合った。	グリメピリド錠1mg「ファイザー」		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
1284	パセトシン錠250とビオフェルミン錠が一緒に処方されていました。ビオフェルミン錠よりビオフェルミンR錠の方が適していると思い医療機関へ疑義紹介をしました。ビオフェルミンR錠を処方したかったとの返答でした。ビオフェルミン錠からビオフェルミンR錠に変更になりました。	名前が似ているお薬は入力ミスなどが起きやすいので注意が必要だと思います。	抗生物質、抗菌薬とビオフェルミンR錠との適応をしっかり確認する。	ビオフェルミン錠剤	ビオフェルミン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
1285	パンデルローションを処方。3日前ぐらいからキンダロンローションが製造中止になって、同じ成分のパルデスローションに切り替わっていた。当医師は4歳の小児にベリーストロングのパンデルローションを処方することが普段より少ないため、疑義紹介を行い処方が変更になった	パンデルローションとパルデスローションの名前が似ている為、処方ミスしたと考えられる。	パンデルローションとパルデスローションは、名前が似ている為、この処方が出た時は、年齢（小児以下への処方）、使用部位(顔などへの処方）など注意して確認をして、処方ミスが疑われるときは積極的に疑義紹介を行う	パンデルローション0．1%	パルデスローション0．05%	記録などに不備があった	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
1286	ベタニス錠25mg　6錠1日3回毎食後　42日分が処方された。処方箋入力時に前回入力がベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「テバ」であったために疑義照会をして訂正変更になった。その後念のために変更した内容をFAXで報告した。	前回の処方箋が手書きの処方箋であり「ベタヒスチンメシル6mg」と書かれていた。今回処方箋の記載はコンピュータ入力であったがベタニス錠6mgとなっていた。入力システムによる選択ミスかと思われます。	成分名処方になり類似した薬品名が多いので薬品名は最後までしっかり読むように注意する。入力システムが3文字で検索するタイプであるので、その際も類似した薬品名を見分けて注意深く選択する。手書き処方で情報が不足している場合は必ず疑義照会をする。一般名処方であった場合もどのメーカーの医薬品にしたかをFAXなどで報告する。	ベタニス錠25mg	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「テバ」	確認を怠った		コンピュータシステム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1287	外科にて粉瘤摘出術を受けた患者にセフジトレンピボキシル錠「CH」が処方になった。この患者は同日午前中、歯科にてインプラント治療でセフカペンピボキシル錠を処方されており、病院側は「歯科受診した」との申し出あるも服用薬剤を確認しなかった為、類似薬のセフジトレンピボキシル錠「CH]を医師が処方。薬局にて聞き取りした所、上記の2薬剤が同時服用になるので疑義照会し、セフジトレンピボキシル錠「CH」は削除となった。	患者は歯科、外科受診の際にお薬手帳を持参していなかった、しかし、処方された薬は持参していた。病院側が服用薬を確認していたら防げた事だった。	薬局に於いては、患者に対してどのような科の受診に際してもお薬手帳を持参し、提示するように説明する。病院側は患者の他院受診状況を聞き取り服用薬を把握する努力を行う事。	セフジトレンピボキシル錠100「CH」			その他			ヒューマンエラー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	風邪に対して、【ブルフェン錠100mg 6錠　分3毎食直後　5日分】が処方。薬歴にてバファリンによる吐き気の副作用歴を確認したため、念のため投薬時に他の副作用歴についても確認したところ、ロキソニン、イブでも吐き気が起こったことがあること、カロナールは問題なく飲めることを確認。医師に疑義照会した結果、【カロナール錠200　6錠　分3毎食直後　5日分】に変更となった。		類似薬の副作用もきちんと確認する。	ブルフェン錠100	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
1289	レグナイト錠300mg　1錠　1日1回夕食後レグナイト錠300mgが初めて処方された。症状を確認したところ足が痒いとのこと。夜寝るときに悪化するとか、じっとしていたら悪化するなどはなく常にかゆみがあるとの事。動いたりしても楽になるわけでもないとの事。以前水虫になった時と症状が似ていて以前は塗り薬を塗ったら楽になったとの事。今回はそのときと同じ薬を欲しかったけど、先生にはむずむずするとしか伝えておらず足も直接確認されてないとの事だった。仕事は調理場で働き日中ずっと長靴を履くため足がよく蒸れるとのこと。レストレッグスの典型的な症状がない事と上記の状況を踏まえて主治医に疑義照会を行ったところレグナイト錠300mgは中止でテルビナフィン塩酸塩クリーム1%が追加となった。	医師による確認不足で症状と薬の内容が一致していなかった。患者の症状と希望を確認したうえで医師にテルビナフィン塩酸塩クリーム1%を提案したところレグナイト錠300mgは中止となりテルビナフィン塩酸塩クリーム1%が追加となった。	薬剤師も薬のアドヒアランスや飲み忘れなどだけではなく適切な薬剤が選ばれているかを判断する必要がある。その為には薬の知識だけではなく病気の知識も必要であると考えます。また積極的に症状を聞き取って妥当な薬剤かどうかを判断していく能力が必要だと考えます。	レグナイト錠300mg	テルビナフィン塩酸塩クリーム1%「トーワ」		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1290	ラフチジン錠継続服薬されていたが乳腺の腫れを訴えられ今回よりネキシウムカプセル（20）1Cap・分1（夕食後）に処方変更となっていた。以前にタケプロン投与にて皮膚粘膜眼症候群の副作用歴ありと薬歴にて確認した為、ネキシウムカプセルがタケプロンと構造式が類似していることから同様の重篤なアレルギー症状誘発を考え疑義照会した所、「一般名」レバミピド錠（100）3錠・分3（毎食後）に変更となった。	ネキシウムカプセルとタケプロンは構造式が類似している事で同様の重篤なアレルギー症状誘発の可能性があった。	新規処方薬の際はアレルギー歴や副作用歴を再確認する事が大切だと思われる。	ネキシウムカプセル20mg	レバミピド錠100mg「ZE」		その他			ヒューマンエラー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	一般名としてセフジトレンピボキシル100mgが1日3錠2日分と処方されていた。母親に説明した際に、小児科と同じ抗生剤をあと2日分（合計7日分）継続して様子をみましょうと医師より話があった旨を聞く。お薬手帳は持参していたが、そのときのシールはなし。ただ小児科の薬を薬袋ごと持参しており、診察時にはそれを見せたとのこと。その薬袋を見せてもらうと、セフジトレンピボキシル錠ではなく、セフカペンピボキシル錠100mgだったため疑義紹介し薬剤変更。セフカペンピボキシル錠100mg「日医工」でお渡し。	門前医はセフカペンピボキシル錠よりも、セフジトレンピボキシル錠を処方する頻度の方が高い。一般名がとてもよく似ているので、薬局ではセフカペンピボキシル錠が処方されていないかをいつも要注意で見ていた。診察時に薬袋から前医処方薬を判断したと思われるが、見慣れたセフジトレンピボキシル錠を選択したのではないかと考えられる。	前医からの処方の続きを意図して処方されている薬は、処方内容が妥当であっても、本当に同じ成分・用量のものできちんと「前医からの継続」という条件を満たしている薬であるかを、お薬手帳や持参の薬袋、患者からの聞き取り等で念入りに確認することが必要であると感じた。	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」			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1292	イノラス経腸溶液　用量がエンシュアリキッドと同じになっている	エンシュアリキッドからの切り替え時、類似薬ということから用量を間違えている、単純なミスの疑い	用法、用量、などしっかりとチックする	イノラス配合経腸用液		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
1293	医師がピタバスタチンCa・OD2mgをカルシウム剤と勘違いし処方削除	骨粗しょう症　高脂血症にて受診中、家族さんとの会話から、本日血液結果でCa値が上がってたので薬減ったよと喜ばれる血液データ確認し総コレステロール値は以前と変わらず、医師の勘違いと疑い疑義照会しピタバスタチンCa・OD2mg追加処方となった。	削除になった薬剤などは削除要因を、患者さんに聞きだし、一般名による名称類似薬などは、ヒヤリハットも多く薬剤師も事務も今後気をつけていきたい。	ピタバスタチンCa錠2mg「サワイ」		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.	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	
1294	薬剤交付時に残薬と処方内容を患者母と確認の際に処方あった「パルデスローション50g(10g×5)処方」に関しては用途不明とお話有。前回同部位には「パルデスローション50g/本」の処方あり。前回処方の現物パスタロンローションを見せた上で今回も同じものを処方予定だったと確認しHP確認にて「パルデスローション」⇒「パスタロンローション」へ変更	名称類似・類似剤形(ローション)であった為	お渡しの際の処方内容の確認で回避。	パルデスローション0．05%	パスタロンローション10%	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
1295	初めて処方された薬剤で、処方内容は、プラバスタチンNa錠10mg「アメル」1錠分1朝食後であった。患者は以前から当薬局に来局しておりお薬手帳も持っていたため処方薬と服用薬を確認していたところ成分として類似しているアトルバスタチン10mg「トーワ」を服用していることが分かったため処方医に疑義照会をした。プラバスタチンNa錠10mg「アメル」1錠分1朝食後は中止となり代わりにパリエット錠10mg　1錠分1朝食後に変更になった。	パリエット錠10mgの一般名であるラベプラゾールNa錠10mgを入力するところ、プラバスタチンNa錠10mg「アメル」と入力したようだ。	引き続き、薬歴やお薬手帳などを用いて患者の服用薬を確認し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を確認していく。また、お薬手帳をお持ちでない患者に対してお薬手帳の有用性を説明し、薬局をかかりつけにすることで薬局で患者の服用薬を薬局で管理できることを説明することでこのようなヒヤリハットを未然に防げることをご理解していただく。	プラバスタチンNa錠10mg「アメル」	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
1296	継続してネキシウムカプセル20mを服用している患者に、同じ医療機関を体調の変化により受診し、その際一般名ニザチジン錠150mgが追加で処方された。患者は医師よりネキシウムからニザチジンへの変更や服用の中止などの連絡は受けていない。作用機序が似ているため、一般名ニザチジンとネキシウムの服用方法について疑義照会したところ、一般名ニザチジンは削除となった。	薬歴を管理し、監査時や投薬時に確認をすることは重要である。併用薬、処方履歴は必ず確認し、重複投与がないか、相互作用はないかを確認する。	・薬歴管理の重要性を改めて確認し、必ず処方歴、重複投与、相互作用などがないかを確認する。・他の薬局での服用歴を確認するためにも、お薬手帳をお持ちいただくことも続けて勧める。・薬歴ではアレルギー歴、副作用歴、他薬局での服用歴など、更新を怠らない。	【般】ニザチジン錠150mg					その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1297	柴胡桂枝乾姜湯の処方があり、貧血、不眠などに効果がある薬であるが、投薬時、患者様の症状(腹痛)と食い違いが発生したため医師に疑義照会。桂枝加芍薬湯に変更になった。	名称の類似している漢方薬であったことから(発行医療機関にて)処方入力間違いが発生したと思われる。	漢方処方はさまざまな適応、適応外処方があるが、患者様に丁寧に聞き取りを行うことで、処方の誤りに気づくことがある。聞き取りと処方内容を理解しておくことで間違いが防げると思う。	ツムラ柴胡桂枝乾姜湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒（医療用）	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)			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.	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	
1298	当該患者は2019.6.23に左ひざの怪我で薬局の門前病院の形成外科よりアモキシシリン250mg 3T×毎食後の処方が7日分でて薬局で薬をお渡ししていた。患者は2019.6.25にも同医師を受診。その際にはセポケラの除去OPをされ再び来局された。その際にセファクロル250mg 3T×毎食後5日分で処方が出ていた。2剤は類似作用をもつ抗生剤であり、服用期間が重複する為疑義。2019.6.25に処方されたセファクロルの処方が中止になった。	医師が同一患者と気づいていなかった可能性がある。	引き続き、薬歴やお薬手帳などから情報収集を行う。	セファクロルカプセル250mg「日医工」			その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1299	調剤した薬剤師が患者の薬歴よりムコダインによる副作用歴を発見。副作用歴には以下の薬による副作用歴が記載されていた。(クラリス、ムコダイン、ムコソルバン、ストナ、ピリン系)。どの薬も服用により全身に蕁麻疹が見られたとのこと。疑義照会によりムコダインは削除になったが調剤者とは別の投薬者が患者のお薬手帳よりトランサミンによる副作用歴を発見。疑義照会しトランサミン錠も削除になった。これにより患者の副作用を回避することができた。	お薬手帳に記載されていた副作用のあるお薬はPC薬歴内の副作用歴には全て記載されておらず、今回のトランサミンによる副作用歴も薬歴には記載がなかった。薬歴に記載されている情報は定期的に更新していたが患者も副作用が出たお薬を全ては把握していなかった。患者自身、医師に副作用の出たお薬を全て伝えられていなかったと考えられる。	定期的な情報の更新はこれまで以上に頻度を増やし、患者への聞き取りを具体的に行う。(いつ、どんなお薬でどのような副作用が現れたのか、類似した作用のお薬は服用可能か等。)患者への聞き取りだけでなくお薬手帳など他の媒体を介して得られる情報も毎回確認するよう徹底する。	ムコダイン錠500mg トランサミン錠250mg		確認を怠った 記録などに不備があった	勤務状況が繁忙だった	医薬品	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	アストミン散が処方されていたが、年齢に対して過量だったため、疑義照会した所、アスベリン散に変更になった。	アストミンとアスベリンの名称類似のため生じたと思われる。	名称類似に注意喚起を行うように、掲示する。	アストミン散10%	アスベリン散10%			医薬品		ヒューマンエラー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	臨時薬の処方に「サルポグレラート錠100mg」が5日間追加されていた。患者様不在のため状況が確認できなかったが、薬効として不自然を感じたため疑義照会をおこなったところ、鎮咳剤ジメモルファンへと変更された。	HP側でのカルテ入力となり、薬の名称も似通ってはいないためどのような経緯で入力ミスをしたかは不明	薬局側からは違和感を感じた時には疑義照会、また、患者様への聞き取りをおこなう。	サルポグレラート塩酸塩錠100mg「TCK」	ジメモルファンリン酸塩錠10mg「TCK」	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
1302	他院からアレロック錠の処方があり定期服用しているが別の症状で受診しビラノア錠が処方された。類似薬のため疑義照会を行い、ビラノア錠が処方削除となった。	診察時にお薬手帳の内容を確認できていなかった。患者からDrに対して服用中の薬の申し出が不十分であった。→お薬手帳の提示に徹底とDrへの報告を促すための指導が必要。		ビラノア錠20mg		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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1303	他院からの引き継ぎ処方。今回ツムラ桂枝茯苓丸よく苡仁エキス顆粒7.5g 分3 毎食前 56日分が処方されており患者に確認したところ、症状と薬効に相違あり。お薬手帳を確認しツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒での処方歴あり、薬剤違いの可能性あるため疑義照会。ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒 7.5g 分3 毎食前 56日分へ変更となった。	薬剤名の類似、ツムラの番号25と125で1ケタ違いの為包装の色も同じであることから今回の事例へ繋がったと考えられる。また、お薬手帳を確認した際にも名称をしっかり確認せずに調剤、監査したことも要因である。	お薬手帳持参の場合は必ず過去の処方や併用薬を確認する。薬剤の見た目では患者が判断できないような類似医薬品もあるので、投薬時に症状を聞き取り処方意図の妥当性を判断する。	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		医薬品		ヒューマンエラー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	ジフルプレドナード軟膏＋ドボベット軟膏の混合が処方されているが、ドボベッド軟膏の中にリンデロンDPがすでに含まれている事を医師へ疑義照会すると、ドボベット軟膏→ドボネックス軟膏へ変更になりました	医薬品名の類似の為ドボベット軟膏とドボネックス軟膏の入力を間違えたと思われる。	薬品名の検索は3文字目まで必ず入力し、入力後も確認する必要あり	ドボベット軟膏	ドボネックス軟膏50μg／g	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
1305	当薬局を初めて利用する患者が来局した。2つの病院から処方箋を持参しており、一方の病院ではヒルドイドフォーム0.3%が処方されており、もう一方の病院では一般名処方でヘパリン類似物質スプレー0.3%が処方されていた。重複している事実について患者に確認したところ、同じ薬は必要ないとのこと。疑義照会により医師に重複の事実を確認したところ、ヒルドイドフォームが削除となった。	患者はお薬手帳を持参していたが、当日中に2つの病院を受診していたため確認ができなかった。また、ヒルドイドフォームはDo処方だったためそのまま入力していたようだ。	お薬手帳の確認はもちろんのことだが、当日中に2つの病院を受診している場合、相互作用について確認が漏れる可能性が高い。そのためお薬手帳確認時に複数の病院で処方されている事実が確認できた場合、当日中に受診していないか確認する。	ヒルドイドフォーム0.3%			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
1306	一般名セチリジンが処方されていたが、投薬時患者の症状が咽頭痛だったため念のために確認→一般名セチルピリジニウムに変更となる。	患者の訴えと処方内容の確認、類似名称のある薬剤があることを学習しておく。	医師に頭文字3文字だけでは類似薬剤があることを再度知らせておく。	セチリジン塩酸塩錠10mg「PH」	セチルピリジニウム塩化物トローチ2mg「イワキ」				その他	ヒューマンエラー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	約1年ぶりに整形を受診しリマプロストアルファデクス5µgが処方された。患者は併用薬の薬情を持参しており確認したところ、プロサイシン20µgを服用していた。類似薬の為、その場で疑義照会をした結果リマプロストアルファデクスは処方削除となった。	薬情が裏表の記載であったため裏に書いてある併用薬を見落としたと思われる。	引き続き、併用薬チェックを行い重複投与にならないように確認していく。	リマプロストアルファデクス錠5μg「日医工」			その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1308	・ムコダインシロップが、1日量、8mlで処方されていたが、少し少なめで、以前、14mlで服用されていたこともあり疑義照会、小児　用ムコソルバンシロップへ変更となった。	・ムコダイインシロップとムコソルバンシロップは、どちらも小児によく処方され、名称もよく似ている。	・服用量が大きくちがうので、名称をしっかり確認することが必要。	ムコダインシロップ5%	小児用ムコソルバンシロップ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
1309	処方箋にカルフィーナ錠0・5　6錠　3×30日分が定期薬に追加になっていました。カルフィーナは通常1日1回の服用ですが1日2回で服用されている方もいらっしゃるため病院に確認をせずに患者さんに骨粗しょう症のお薬が追加になりましたか？とお尋ねすると痛み止めを出していただくようにお願いをしましたとお答えが返ってきました。すぐに病院に確認するとカルフィーナではなくカロナール錠200の6錠3×の間違いですと返答あり患者さんにはきちんと説明をしました	カルフィーナとカロナールは名前が似ているのでおそらく病院の入力ミスと思われますがカルフィーナ0・5が1日3回服用の時点で病院に用法の確認をすべきでしたが怠ってしまいました	処方箋で疑問に思うところが少しでもあれば今一度確認をしてから患者さんに交付する	カルフィーナ錠0．5μg	カロナール錠200	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
1310	一般名レバミピド処方があったが、手帳よりガストロームを併用中と確認。薬効が類似しているため、DRに確認したところ、レバミピド削除となる			レバミピド				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
1311	メキシチール100が処方されていたが、既往歴には不整脈はないとの認識であり、投薬前に患者に不整脈かどうか聞くも不整脈ではないとの返事。また患者の主張ではビタミン剤を処方するとDrが言っていたとのことで、疑義照会に至った。	病院の入力ミスだと思われる。メキシチールとメチコバールの類似名称に起因。	今後も継続して、既往歴を把握して薬歴に記入していく。既往歴に合った薬がきちんと出ているのか確認をする。患者とDRとのやり取りも把握するべく患者への聞き取りも継続して行う。	メキシチールカプセル100mg	メチコバール錠250μg			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
1312	八味地黄丸（ツムラ7番）が処方された患者様に投薬時、足の裏のしびれで出してもらったとうかがった。特に痛みが発生しているわけではなく、適応から考えて、牛車腎気丸（ツムラ107番）の間違えである可能性が考えられたため、疑義照会の後、牛車腎気丸へ処方変更となった。	医薬品の番号、外観が酷似していたことが原因のひとつであると思われるが、単に処方医の勘違いであった可能性もある。	投薬時、患者主訴と処方薬の適応が合致するものであるか、しっかり確認する。特に漢方薬の場合は注意が必要	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒（医療用）	記録などに不備があった		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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1313	患者にはツムラ小青龍湯エキス顆粒7.5g/日が処方されていた。本薬剤の規格は3g／包であり、今回の処方では分包しなおす必要があるが、本薬剤は吸湿性が高く分包に不向きである。患者の年齢・体重から9g／日でも問題ないと判断し、医師に相談したところ、分包品での準備が可能な9g／日に変更になった。患者には薬剤の分量が変更になった旨を説明し、正しい薬剤を交付した。	漢方薬は7.5g規格のものと9g規格のものがあるので、医療機関側が入力の際に誤って7.5gとした可能性も否定できない。	患者の体重・年齢等を考慮し、正しい量の薬剤が交付されているか常に確認する必要がある。規格が似ている薬剤も多くあるため、処方箋や調剤内容をよく見ながらミスのないよう患者に交付することが重要である。	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
1314	患者家族が処方箋を持って来局した。処方箋には「【般】ケトチフェンシロップ用0．1％ 4g 分3毎食後 5日分」と記載されていた。調剤前に用量が多い事に気が付き、処方医への疑義照会を行った。今回は散剤ではなく水剤を処方予定だったと判明し、「【般】ケトチフェンフマル酸塩0．02%シロップ 4mL 分3毎食後 5日分」へ処方変更となり、水剤として正しく調剤を行い、患者には正しい薬を交付した。	ケトチフェンの一般名が散剤と水剤で類似しているので、間違えるところだった。	小児用量や薬の規格を確認したうえで調剤を開始するように徹底することにした。	ケトチフェンDS小児用0．1%「TCK」	ケトチフェンシロップ小児用0．02%「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
1315	患者様より、中性脂肪が高い為薬が追加となったとお話しあり。実際処方で追加されていたのはルパフィン錠（抗ヒスタミン剤）であり患者様のお話しと一致しない為疑義照会したところ、ルパフィン錠はパルモディア錠へ変更となった。	処方医が比較的新しい薬の少し似た名前の医薬品を混同していたと思われる。		ルパフィン錠	パルモディア錠		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
1316	疑義照会前の処方箋には「イルトラ配合錠LD」が処方されていたが、調剤前に患者様の持参されたお薬手帳を確認したところ、他医療機関より処方されている内容が、イルアミクス配合錠LD「サワイ」となっていたため発行医療機関に疑義照会したところ、イルアミクス 配合錠LD「武田テバ」に変更となった。	イルトラ配合錠LDという先発品の名称と、イルアミクス配合錠LDという成分の違う配合錠の後発品の名称が、似ているため混同されやすいことが背景にあったと思われる。	引き続き、お薬手帳や薬剤情報提供書などを確認したり、患者様本人より聞き取りをしたりしてお薬の情報を処方箋以外で確認するよう心がける。お薬手帳を持参されていない場合や作成されていない患者様には、お薬手帳の有用性について説明し、手帳を作成したり持参を促す。	イルトラ配合錠LD	イルアミクス配合錠LD「武田テバ」		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
1317	継続して受診されている患者さんで、いつもレスタス2mgが処方されていた患者さんに、レスリン25mgが処方されていた。投薬時、患者に確認したところ、そういった話は診察中に出ていないという事だったので、医院に確認したところ、処方が変更になった。	処方箋のミスなので詳細は不明だが、おそらく製品名の類似が原因か。		レスリン錠25	レスタス錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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
							背景・システム・環境要因			
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	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	
1318	患者から浮腫みの訴えに対しツムラ芍薬甘草湯の処方あり。疑義照会をしツムラ当帰芍薬散に変更となる。	類似名の選択ミスと考え処方元に疑義照会し変更となった。	処方薬と患者の訴え、薬歴などを照らし合わせていく。	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）		その他			ヒューマンエラー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	オースギよく苡仁湯が処方されていたが、患者より病状を確認したら「イボ」で漢方薬を出してもらったと聞き取り。イボに適応があるのは『ヨクイニンエキス散「コタロー」』であったためDrに疑義照会をし、ヨクイニンエキス散「コタロー」に変更となった。	「ヨクイニン」がイボに効果があることから病院のオーダリングにあったオースギよく苡仁湯を選択したと考えられる。	漢方薬は名前が似通っていても効能が全く違うことがあるため、患者の訴えと処方内容が合致しているか確認をする	オースギよく苡仁湯エキスTG	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
1320	エディロールが処方となり Ptに薬剤を見ていただいた際に、以前中止になった薬に似ているとのお申し出があった。薬歴を確認したところ、以前高Ca血症で処方中止となった経緯があった。高齢でもあるので念のためHPに照会し、処方削除となった。	既往歴について Ptの申し出はなかったと思われる。	薬剤自体をPtに見ていただくことで、PtがSEを思い出すことができることもあると思われる。受診の結果の処方であったが、SEの既往歴があったため念のために照会することも大切である。	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
1321	痛風発作の患者に、痛み止めと胃薬が処方されたが、本来、レバミピド100mg 1日量3錠 分3 7日分の処方のところ、レボフロキサシン250mg 1日量3錠 分3 7日分 と記載されてた。	名称の類似した医薬品の入力ミス	常に、用法を確認し、かつ患者インタビュー時にも処方内容が妥当かを確認する。	レボフロキサシン錠250mg「DSEP」	レバミピド錠100mg「オーツカ」			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1322	整形にかかった患者に対し、つわりなどで使われることの多い小半夏加茯苓湯が処方に。患者にも確認した所つわりや気持ち悪さの症状ではないとの事で漢方の効能と患者訴えが合っていないため病院に疑義紹介。カルテから処方せんに打ち込む際に間違えてしまったとの事。	漢方は似たような名前が多いため、パソコンの入力の際に茯苓の文字につられて選んでしまった。	必ず最後の一文字まで確認する事と効能の面からも間違いがないか確認する。	ツムラ小半夏加茯苓湯エキス顆粒（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
1323	フェログラデュメットが処方されていたが、他院で鉄剤（フェロム）を貰っている旨患者さまより申し出あり。疑義照会で削除となる。	他院の薬がお薬手帳に記載がなかったが、患者さまへの口頭の確認で同効薬の重複が確認できた	類似薬・同効薬を他局で貰っていないか、手帳に記載がなくても都度確認することが必要	フェロ・グラデュメット錠105mg				患者側		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1324	臨時の風邪処方の中に、ツムラ麻杏よく甘湯の記載あり。特に痛みなどの適応となる訴えもないため、処方医がよく処方するツムラ麻杏甘石湯の誤りではないかと推察して疑義照会を行い、処方変更となった。	ゴールデンウィークの休日当番で平常の倍以上混雑しており、医師も入力や確認が疎かになり、似た名前の別薬剤を選択してしまったと思われる。	漢方薬については似た名前の製剤があることを把握したうえで、処方誤りがないか確認する必要がある。病院もとても混雑していたので、処方医のケアレスミスが多いことを想定し、勝手な思い込みで誤りを見落とさないようにすることが大切。	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）		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1325	カナリア配合場が追加処方されていたが、含有する成分と同効果の成分ネシーナの処方も前回通りされていたため疑義照会を行なった。結果カナグル錠の処方誤りとの回答を得た。	商品名は非常に名前が類似しているものが多く医院側が安易に薬品入力を行なったと考えられる。		カナリア配合錠	カナグル錠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
1326	女性に対して適応にはならないユリーフ錠が処方されていた。患者から聞き取ったところテレビで類似した名前の頻尿に関わる放送があったため医師に相談したとのこと。女性への保険適応がないこと、また女性に対して考えられる効能はないため疑義照会したところベタニス錠への変更になった。	医師の安易な処方によるものと考えられる。		ユリーフ錠4mg	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
1327	医療機関側スタッフが、メリスロン錠6mgを処方入力しようとしてメトホルミン塩酸塩錠250mgMT「TE」を入力し、処方箋を交付した。	名称がさほど類似していなくてもコンピュータ上で選択してしまうことがあるため確認が必須。	レセコン入力時の検索は1文字ではなく最低3文字で行う。	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「TE」	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
1328	患者は紹介された病院で白内障関係でレーザー治療をした後に、そこで交付された処方箋を持参、オドメール点眼液0.1%　5ml1日3回、デュオトラバ配合点眼液2.5ml　1日3回が記載されていた。デュオトラバ配合点眼液の用法がおかしい（1日1回）。疑義照会しティアバランス点眼液0，1%に1日3回に変更となった。	患者は眼圧のことは何も言われておらず、新しい目薬を出すとも言われていなかった。患者はホームドクターからもらっていたオドメール点眼液0.1%とティアバランス点眼液0，1%の容器を見せて同じものを欲しいと伝えた。当局薬剤管理服用歴よりその2剤の継続処方確認した。	処方入力時に一部でも似た名称の医薬品の選択間違いをしないよう注意してほしい	デュオトラバ配合点眼液	ティアバランス点眼液		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
1329	地元のクリニックでカロナール錠とカフコデN配合錠が併用された処方箋を受け付けた。カロナール錠とカフコデN配合錠の併用は重篤な肝障害を引き起こす可能性があり医師に疑義紹介しフスコデ錠に変更となった。	名称が類似している為と思われる。	配合錠には注意して調剤する。	カフコデN配合錠	フスコデ錠	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.	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	
1330	上気道炎で臨時で内科受診された患者にロキソニン60ムコスタ1003錠毎食後4日分処方があった。他の病院整形で定期薬ハイペン100 レバミピド100 オーツカ服用と患者本人より聞き取り、お薬手帳で確認した。類似の作用機序や、同成分約のため、患者訴えの症状のどの腫れに医師の意図した効果がみられないおそれがあり、疑義諸王会し、トランサミン250 3錠 毎食後4日分へ変更となった。	かかりつけでない病院の内科では、患者の併用薬の把握が難しいこと。	かかりつけ薬局で患者のすべての併用の確認をする	ムコスタ錠100 ロキソニン錠	トランサミン錠250mg	連携ができていなかった		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
1331	夜間頻尿の患者に、夕食後にベオーバ、眠前にリンゼス1錠が処方された便秘はしていないとの話で、疑義、夜間頻尿による不眠に対し、ルネスタを処方したつもりであったとのことリンゼス→ルネスタに変更	名前が何となく似ているため、勘違いして、処方されたと考えられる	患者、インタビューをしっかり行い、症状と、処方薬が合っているか確認を怠らない	リンゼス錠0．25mg	ルネスタ錠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
1332	アンフラベート軟膏とヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」を混合の処方。後発メーカー指定の処方であった。両薬剤は配合変化により2週間で分離するデータがあるため、アンフラベート軟膏を配合変化しにくい先発のアンテベート軟膏に変更した。	過去にアンフラベート軟膏とヘパリン類似物質油性クリームを混合調剤し、2週間後に分離してしまったケースを経験済みのため、調剤前に気付くことができた。	軟膏剤の混合指示がある場合は、必ず配合変化についてのデータを確認するようにする。	アンフラベート0．05％軟膏	アンテベート軟膏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
1333	咳鼻の症状がある患者にスロービッドカプセル50mg 2C 朝夕食後で処方されていた。スロービッドの成人量としては少なすぎる為疑義照会。その後スロービッドではなくグレースビット錠50mg 2錠 朝夕食後の処方間違いであることが発覚。	クリニックでの名称類似での処方選択間違い。	薬局でも患者からの症状聞き取り、用法用量の確認しっかりと確認が必要。〇単純なミス	スロービッドカプセル50mg	グレースビット錠50mg	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	コンピュータシステム医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1334	2019年2月9日 ツロブテロール塩酸塩シロップ用0.1%が1日量1.5gの処方せんをもった患者さんあり。日量がおかしいので、患者さんへの聞き取りと、これまでの薬歴を確認して、ホスミシン（＝ホスホマイシンCaシロップ用40%）とホクナリン（＝ツロブテロール塩酸塩シロップ用0.1%）の入力ミスではないかと判断し、疑義紹介した。ツロブテロール塩酸塩シロップ用0.1%は削除となり、ホスミシンCaシロップ用40%に変更となった。	薬剤の名称が似通っているもの、この場合はホクナリンとホスミシン、を間違える可能性はある。	前後関係を考えながら、問診をすることが大切である。	ツロブテロール塩酸塩DS小児用0．1%「タカタ」	ホスホマイシンカルシウムドライシロップ40%「日医工」			医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1335	抗菌薬が処方されていない処方箋で、ビオフェルミンR散が処方されました。患者さんのご家族に確認した所、お腹の調子を崩されているとのことで処方して頂いたそうです。患者さんへの聞き取り、お薬手帳や薬歴の確認から抗菌薬の処方はない事がわかりました。抗菌薬との併用が無い場合、ビオフェルミンR散では効果が期待できないため、処方医に疑義照会を行いました。今回は、ビオフェルミンR散がビオフェルミン配合錠へ変更となりました。	ビオフェルミンR散とビオフェルミン配合錠では、名称が類似しており入力の際に間違えてしまった可能性があります。	このような場合、患者さんへの聞き取り、薬歴やお薬手帳の確認を行うことで、防止できると考えられます。患者さんには、医療機関へ行く場合は持参する様にお伝えします。	ビオフェルミンR散	ビオフェルミン		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
1336	一般名ヘパリン類似物質外用液0.3%が処方されていたが、以前ヒルドイドローションを使用し湿疹が出たため処方医に疑義して処方削除になった。	患者は顔だけに塗った時に湿疹が出たため、体だったらいいと思っていた。DRには言っていたが、お薬手帳には記載していなかった。	今後お薬手帳に記載してもらい、患者様にも注意喚起する。	ヒルドイドローション0.3%		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
1337	ご家族が尿の薬を出すと先生から説明されていたが、心臓の薬が処方されていた。	病院側の要因：処方選択の際に、名前の似た薬を選択してしまったか	病院側のチェック体制を強化する	カルベジロール錠10mg「サワイ」	ベシケア錠2．5mg		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1338	咳症状で来局した患者の処方箋にブチルスコポラミンの記載があったため、患者確認後、処方医に問い合わせたところフスコデ配合錠に変更になった	ブスコパンとフスコデの名前が似ていたための処方のうち間違えが考えられる	処方内容と症状の確認を行う	ブスコパン錠10mg	フスコデ配合錠		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1339	3歳男児患者にて、アスベリンDS 1.5g/日、ムコダインDS、ムコサールDSがそれぞれ1.2g/日で処方されていたが、薬局で聞き取りした患者体重は16.2kgでありムコダイン、ムコサールが過量であると判断し疑義照会をした。結果、ムコダインDS、ムコサールDSが1.2→1.0g/日へと変更となり体重換算の適正量となった（アスベリンDSの用量はそのまま）。	兄弟でどちらも散剤で処方箋を持参され、入力中体重を誤って認識された可能性。	散剤混合処方の場合でも、それぞれの薬剤の用量の体重換算が適切か必ず計算して確認する。兄弟にてどちらも似た処方の場合は特に要注意。	ムコダインDS50% ムコサールドライシロップ1．5%			その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1340	【般】ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg2T分2朝夕食後　と【般】ジフロラゾン酢酸エステルクリーム10gの処方箋を応需。ベタヒスチンの用法の違和感とジフロラゾンの処方があることから、患者様に話を聞くと蜂に刺されたとのこと。疑義照会後【般】ベポタスチンベシル酸塩錠10mgへ変更となった。	一般名が類似していたため	医療機関側の確認の徹底と患者様からの情報を読み取る	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「タナベ」			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1341	ツムラ柴胡桂枝乾姜湯エキス顆粒の処方あり、服薬指導時担当した薬剤師が、患者との話からツムラ葛根湯エキス顆粒との間違いに気づき疑義照会したところツムラ葛根湯に変更となった。	該当薬剤はツムラ11とツムラ1であり番号の類似により入力を誤ったと思われる。	処方入力後の確認の徹底。	ツムラ柴胡桂枝乾姜湯エキス顆粒（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
1342	ミルラクト細粒50%をミヤBMに変更	処方箋にミルラクト細粒50%があったが当薬局の在庫にミルラクトがなく、類似品に処方変更できないか疑義照会を行ったところミルラクトではなくミヤBMを処方しようとしていたことが判明した。	処方する医薬品名の確認を徹底する	ミルラクト細粒50%	ミヤBM細粒		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
1343	他院似てクレストールOD2.5mgを長期で服用している患者が、整形外科の検査値を持参。CPK：302↑基準値MAXの2倍なので報告すべき事象のため患者の同意のもと処方元の医療機関に患者情報告。主治医が患者にすぐに患者に連絡し、服用中止になる。	高脂血症薬の横紋筋融解症状と見られる副作用は整形外科の患者ではかなり多く篩にかかることがある。高脂血症薬は一度診断されると漠然投与傾向も目につく。処方元は血中コレステロール値の定期検査だけではなく、横紋筋融解症の指標となるCPK値など定期的に検査をしていただきたい。	横紋筋融解症は重篤な副作用であることを医師、薬剤師も再認識し情報共有すべき。	クレストールOD錠2．5mg		連携ができていなかった 患者への説明が不十分であった（怠った）	知識が不足していた			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1344	フスコデ 配合錠1日3錠分3毎食服用と記載された処方せんを応需した。過少投与疑いがあるため、クリニックへ疑義照会したところ、カフコデN 配合錠1日6錠分3毎食後服用に変更となった。	名前がにているので選び間違えた可能性があり。フスコデ配合錠の正しい服用方法などの確認不足も原因にあると思われる。	薬の用法用量しっかり確認すること、名前が似ているお薬が多いので三文字検索も徹底すること	フスコデ配合錠	カフコデN配合錠	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
1345	お薬手帳より、タケキャブを継続服用している患者に、今回テプレノンとオメプラールの処方あり。タケキャブとオメプラールは作用が類似のため医師に問い合わせてオメプラールを削除。	医師にお薬手帳を見せておらず、作用が重複したものが処方された。	お薬手帳で、継続投与の薬の確認を怠らない。	オメプラール錠20		確認を怠った			その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1346	病院からツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒が処方された。患者様はめまいを患っておりツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒は症に合わないと判断した。疑義紹介を行ったことでツムラ苓姜桂朮甘湯エキス顆粒と医師が誤っていたことが判明したため変更となった。	医師は漢方を番号で判断する傾向が一部である。またよく使う漢方以外に似た名前があることを知らないことも多い。 今回はパソコンにうつ際に検索に選択を誤り起こった単純なミスと考えられる。	病院では医薬品名の一文字チェック。薬局では漢方が症とあっているかの聞き取りと薬学的評価を行うこと。	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医薬品		ヒューマンエラー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	医師のパソコンの入力ミスによる類似名称を防いだ事例処方　オルメサルタン10mgからオメプラゾール10mgに変更。患者様から、血圧の薬をだすと聞いてないとおっしゃてたので、Drにオルメサルタンの処方でお渡しでよかったどうかきくと間違った処方だった。それによりDrは胃も少しあれているので胃薬を出そうと思っていたとのことで。処方はオメプラゾールに変更になった。	医師のパソコンの入力ミスによる名称類似品　確認不足	患者様からしっかり情報収集する。	オルメサルタンOD錠10mg「トーワ」	オメプラゾール錠「トーワ」10mg	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
1348	体重7.2kgの0歳児への小児用ムコソルバンシロップ0.3%の1日量が4.2mlと記載があった。前回、小児用ムコダインシロップ4.2mlが処方されており、過量または薬剤誤りの可能性があり、疑義照会を実施。ムコソルバンシロップ1日容量4.2ml→2.1mlへ変更となった。	薬剤名類似の上に、薬剤変更が重なった。	類似薬剤を把握し、用量の違いを把握する。	小児用ムコソルバンシロップ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
1349	処方せんはミケラン点眼液2%5ml1本右目1回となっていた。通常ミケラン点眼液は1日2回点眼。ミケランLA点眼液2%であれば1日1回。患者様に確認すると今回初めての薬で1日1回と聞いているちうことだったので、薬品名と用法用量を疑義照会をしたところ、ミケランLA点眼液2%2.5ml1本右目1日1回と回答があったため、ミケランLA点眼液2%2.5ml1本をお渡ししました。	入力時に選択候補に両方ともあがってくるため、選択するのをミスしたのだろうと思われる。	規格が複数ある類似薬が点眼液でもあるので入力後しっかり確認する。	ミケラン点眼液2%	ミケランLA点眼液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
1350	5歳女性18キロの患者様へアスベリン散10%が1日量1.8gにて処方あり。処方量が多いためクリニックへ疑義照会後、アスベリンドライシロップへ変更になった。	DSと散剤が類似しているため、処方する際に誤ってしまったと考えられる。	剤形は良く確認する。	アスベリン散10%	アスベリンドライシロップ2%	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「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	
1351	当帰芍薬散を処方があったが、患者様の聞き取りでこむら返りに使うとのことで、適応はなく、名前の似ている芍薬甘草湯と間違えている可能性があり、疑義照会を行った。	Drの入力ミス。	効能効果・患者の主訴をよく確認すること	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）				その他	ヒューマンエラー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	患者様が処方せん持って来局。処方せんには、セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」2錠/分2朝夕食後　5日分と記載されていた。添付文章では、1日3回に分けて服用の記載があり。通常でも分3で処方されているため、疑問に思い疑義することに。疑義すると、名前が似ていることもあり、入力時に間違って選択したよう。セフポドキシムプロキセチル錠100mg「サワイ」2錠/分2朝夕食後　5日分に変更となった。	今回は病院側のミスもあり。薬局側としても通常分3で服用するものと、分2で服用するものと、用法が違っているため、気が付けたこともある。	一般名処方や、ジェネリック名はよく似た名前も多いため、調剤時や、監査時には、注意してよく確認するように、心がけをする。	セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」	セフポ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
1353	（一般名）パリン類似物質軟膏0.3%、プロペト混合指示有り。混合により4週後にはブリーディングする為、混合は2週間までのとの文献あり。今回他の内服薬が4週間分処方されていた為念の為病院確認疑義し混合指示削除してもらう。	混合による配合変化等の認識不足。	混合による配合変化等の情報は薬剤師側できちんと情報を管理し正しい情報を伝える必要がある。	ヒルドイドソフト軟膏0.3% プロペト			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
1354	以前から当薬局を利用している患者にサインバルタカプセル20mgの処方が整形外科より出された。当該患者は精神科も受診しておりレクサプロ錠による治療中であった。患者に確認したところ、医師に併用薬については報告しておらず、またお薬手帳の持参も忘れていた。サインバルタカプセル20mgとレクサプロ錠は併用注意に該当する。疑義照会にて医師に報告したところサインバルタカプセル20mgは処方削除となり、その他の薬の処方が無かったため処方受付自体がなくなった。患者には、類似の薬であり医師からの薬の処方が無くなったこと、お薬手帳は医師に確認してもらうことなどを指導した。	患者は、7／3に退院したばかりで直近の服用歴はなかったが服用歴の中にレクサプロ錠があった。レクサプロ錠は継続されることが多い薬のため、本人に服用を確認した上で疑義照会を行った。過去の履歴であっても服用の可能性のあるものについては口頭であっても患者本人に確認すべきであると感じた。		サインバルタカプセル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.	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	
1355	54歳女性以前セフジトレンピボキシル錠100mg「CH」を服用し、眩暈と下痢の副作用発現の記載が薬歴にあった。この度、耳鼻科でサワシリン錠250mg分4　4日で処方される。添付文章にてアモキシシリンとセフジトレンピボキシルは構造が類似しており、一方で副作用がでた場合、もう一方も注意が必要の記載があった。また患者の家族でもアモキシシリンで下痢症状が発現した方がいる事も踏まえて、疑義照会を行いクラリス200mg分2　4日分に変更。	患者は病院でセフジトレンの副作用歴を伝えていなかった。	患者情報の充実	サワシリンカプセル250	クラリス錠200		その他	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
1356	CpeOX療法中。休薬期間での来局時、気温上昇に伴い、べたつき感が気なって保湿剤の使用回数・使用量が低下していると伺った。手足症候群はグレード1．若干手に違和感を感じていた。夏場に近づくにつれて、更に保湿剤使用量が減少し手足症候群が悪化する可能性があると判断。疑義照会で気温上昇により保湿剤、使用量が低下していることを伝え、泡状スプレーを提案。処方追加となった。""	季節変動による患者行動変化の聴取不足	患者様と距離の近い薬局はライフスタイルの変化を聞き取り、個々のライフスタイル・思いに合わせた処方提案・情報提供を行っていく必要がある。"000000208887"	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」		その他			ヒューマンエラー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	インフルエンザで【般】アセトアミノフェン錠200mgのほか、イナビル吸入粉末剤20mgが処方された。患者本人からのききとりで、去年、インフルエンザでリレンザを使用して手にブツブツがでて抗アレルギー薬で治療を受けたことをはじめて知った。	疑義照会時、処方医は、患者から、去年、インフルエンザでリレンザを使用して手にブツブツがでて抗アレルギー薬で治療を受けたことがわかり、疑義照会して、リレンザと類似構造のイナビルを構造式が異なるタミフルカプセル75mgに変更になった。	患者からのアレルギーや副作用情報をしっかりききとり、副作用を起こした類似構造の医薬品は避けるように注意が必要。	イナビル吸入粉末剤20mg	タミフルカプセル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
1358	前回歯医者でセフゾンカプセル100mgを1日3回服用されていて、今回はセルベックスカプセル50mgのみを1日3回処方されていました。患者さんに確認した所、症状はまだよくなっていないし胃が特に荒れているわけではないので病院に確認した所、セルベックスではなくセフゾン継続とのことでした。	病院側の確認ミス。セフゾンとセルベックスの名前と用法が似ている事。	治療の経緯を理解して、患者さんに今後の治療の方針を確認する。名前が似ている薬剤はmgの量を確認すれば見分けられる。	セルベックスカプセル50mg	セフゾンカプセル100mg			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1359	一般名レボフロキサシン点眼液0.5%で処方あり。患者様に説明中に違和感に気づき問い合わせた結果リボスチン点眼液に変更。	一般名でレボフロキサシン点眼液とレボカバスチン点眼液で名称が類似していたため入力の段階での誤り。	薬局から類似名称の医薬品リストを作成しクリニックにお渡しして注意を促した。	レボフロキサシン点眼液0．5%「キッセイ」	レボカバスチン塩酸塩点眼液0．025%「わかもと」	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
1360	患者本人からの聞き取りにより、生理不順で間違いない事を確認し処方内容を照らし合わせた上、プレドニンとデュファストンの処方意図を医師に確認したところ、プレマリンとデュファストンの処方間違いである事が分かった。	薬品名の類似や確認不足の為と思われる。	プレドニンとデュファストン併用は別の意図で処方されることもあり、患者からの聞き取りが大切である。	プレドニン錠5mg	プレマリン錠0．625mg			医薬品		ヒューマンエラー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	ザイザル錠が処方されたが他院にて処方されており重複していた。疑義照会し今回の処方は削除となった。	病院側に皮膚科に定期的に通院していることが伝わっていなかった。	次回以降類似薬がでないように皮膚科の通院・処方状況を伝えた。	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
1362	前回処方より、フルイトラン錠2mgが追加となり、フルニトラゼパム錠2mgが削除となっていた。患者さまへ確認したところ、その変更は聞いていないとの申し出があったため疑義照会。結果、フルイトラン錠2mgは削除となり、フルニトラゼパム錠2mgが追加となった。	医薬品の名称類似による入力ミスと思われる。	入力する際は3文字以上医薬品名を打ち込む。名称類似医薬品があることを把握しておく。	フルイトラン錠2mg	フルニトラゼパム錠2mg「アメル」			医薬品		ヒューマンエラー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	「ビオフェルミン配合散　3g　分3」の処方が出たが、お薬手帳で他から「ビオフェルミンR錠」をもらって服用中である旨を確認、ビオフェルミン配合散の処方は削除となった。	他科受診状況、併用薬を伝えず、処方元でも確認を怠ったため、類似品が処方となってしまった。	医療機関受診時はお薬手帳を提示し、他で薬をもらって治療中であることを伝えるよう指導した。	ビオフェルミン配合散			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
1364	臨時でメチコバールとノイロビタン配合錠が処方されていた。ノイロビタンはシアノコバラミン含有しており成分重複。患者聞き取りで帯状疱疹後の痛みを相談したと分かり（処方間違いだと思って）疑義紹介した。	ノイロトロピンとノイロビタン。医薬品の名称が類似している。		ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位			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
1365	70歳男性　他病院にてタケキャブ錠20mg処方中にタケキャブ錠20mgの重複処方疑義照会理由　タケキャブ錠20mgの重複処方タケキャブ錠20mgの削除	○注意力散漫処方時に併用薬の確認を怠った。	類似薬服用の可能性もあるため、他の受診、併用薬を確認する。	タケキャブ錠20mg		確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（薬局ヒヤリ・ハット「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	
1366	今回抜歯されたのに処方されているのはセルベックスカプセルのみでした。患者さんに確認した所、他の病院でもらっているのはロルカム錠とサイトテック錠でした。サイトテック錠とも重複するので病院に確認した所、セルベックスではなくてセフゾンカプセルでした。	セルベックスとセフゾンの名称・用法が似ている。病院側の単純なミス。	名称の似ている薬は特に気をつける。名前は似てても量は違うのでmgの数量まで見る。	セルベックスカプセル50mg	セフゾンカプセル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
1367	当該処方箋（整形外科）にて[一般名]レバミピド錠100mgの処方あり。消火器内科より定期薬として以下の処方があり、薬効が類似するため服用の必要があるかを疑義照会にて問い合わせ。[一般名]テプレノンカプセル50mg　3プセル分3[一般名]ラベプラゾール錠10mg　1錠分1疑義照会の結果、レバミピド錠が処方削除となる。	病院内で他科処方の確認ができておらず、服用する必要のない薬剤が処方されたと考えられる。	同一の病院内であっても他科からの処方が確認できていない場合があるので、薬局内でも処方歴と照らし合わせて確認する必要がある。	レバミピド錠100mg「オーツカ」				その他		ヒューマンエラー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	ポビドンヨード外用液10%「うがい」で処方箋記載あり、疑義照会にてポビドンヨードガーグル7%に変更。	処方箋入力時のミスと思われる。	類似名、他規格ある薬剤については注意する。	ポビドンヨード外用液10%「マイラン」	ポビドンヨードガーグル7%「マイラン」		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
1369	皮膚科クリニックから、ツムラよく苡仁湯12g/3×の処方があった。	用量への疑問と、皮膚科からの処方でツムラよく苡仁湯であることと、一緒にベセルナクリームの処方もあったため、疣贅での処方と考え、ヨクイニンエキス錠とのオーダリングミスであると判断し、医師へ疑義照会を行った。	類似した名称が他にある際、処方と診断名が正しいかどうかは患者さんからの症状の聞き取りで判断することになるので、患者さんとのコミュニケーションを良くとることと、疑わしいことがあれば医師への疑義照会を徹底します。	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒（医療用）	ヨクイニンエキス錠「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
1370	ロサルタン50、他糖尿病薬3種処方。服薬指導の中で、血圧の話に触れた際に血圧手帳を確認。3月は140前後の血圧が5月から血圧100を切っていたので立ちくらみ等を確認すると、立ちくらみや眩暈に似た感じがあるとの事。医師に処方提案交えて報告。ロサルタン25に減量。	医師に血圧の話はしていなかったとの事。	薬剤師と医師の連携が取れていたので今回は特になし。	ロサルタンK錠50mg「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「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	
1371	2回目の来局。1度目の来局時の処方内容はリンデロンVクリーム10gとヘパリン類似物質油性クリーム10gの混合指示であった。今回の処方内容はリンデロンVクリーム25gとヘパリン類似物質油性クリーム5gの混合指示。症状の変化について家族に確認すると改善傾向とのことだった。症状と処方変更内容が一致しないため疑義照会を行った。リンデロンVクリーム5gとヘパリン類似物質油性クリーム25gへ変更となった。	リンデロンVクリームとヘパリン類似物質油性クリームを逆の用量で入力したようだ。	症状の聞き取りを正確に行い、処方内容の適正性を見極めなければならない。	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%「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
1372	処方せん記載がバラクルード(500)という記載であり用法も2錠分2で5日分となっていた。薬局でも新規処方であった。患者へ症状の確認をしたところ、口唇の「単純疱疹」ではないかと推測した。バラクルード自体が0.5mgではなく(500)との記載であったことと、患者への聞き取りよりバルトレックス(500)が正しい処方ではないかと推測し、疑義照会を行った。結果、診断名が「単純疱疹」とわかり、バルトレックス500mgへ処方が変更となった。	薬効が違うが名前が似た薬剤は多くある。特に今回は手書き処方せんであったことも間違いに気づいた一因であった(規格のおかしさなど)。あと新規薬剤でバラクルードが肝炎薬と特殊であったこと。	普段見慣れない薬剤については一旦立ち止まり確認を行うことが大切。規格、用法、日数から読み取れる情報を踏まえて患者本人に確認を取ることで防げることも多い。	バラクルード錠0．5mg	バルトレックス錠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
1373	一般名アモキシシリンカプセル250mg2カプセル朝夕食後14日分が追加になり、アモキサンカプセル10mg4カプセル朝夕食後が中止になっていた。患者様にそのことを伝えたところアモキサンが増えると聞いていたとの事。アモキサン25mgを処方しようとしてアモキシシリン250mgを選んでしまった様子。疑義照会してアモキサン25mg2カプセルの間違いと確認。正しく調剤してお渡しした。	薬をパソコンで選ぶときにアモキシシリンと似ていたので選んでしまった様子。	今後も患者様への聞き取りなどをしっかりと行い処方の間違いがないか注意していく。	アモキシシリンカプセル125mg「トーワ」	アモキサンカプセル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
1374	患者は風邪の症状で来局処方箋の内容は一般名処方でクラリスロマイシン・プロカテロール・アスベリン・アマンタジンであった。患者はインフルエンザでもないためアマンタジン（商品名シンメトレル）の処方意図が不明であった。商品名で類似しているモンテルカスト（商品名シングレア）と薬品相違を疑い疑義照会を実施。モンテルカストに変更になった。	シングレアとシンメトレルの名称類似。病院のシステムでは、医師が商品名で入力しても、一般名の処方箋として発行される。	処方意図不明の薬剤については必ず疑義照会を行う。	シンメトレル錠100mg	シングレア錠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	
1375	ディレグラ配合錠が1日2回、1日2錠朝夕食後で処方されていた。添付文書では1日2回1日4錠朝夕食前投与であった。疑義照会により添付文書通りの処方内容に変更となった。	先生が初めて使う薬であり、アレグラと似た成分のため、用法用量がアレグラと同じだと思ってしまったと思われる。	用法用量を添付文書を参照し確認を行う。	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
1376	一般名処方ポリエンフォスファチジルコリン（販売名EPLカプセル）の処方は、PL配合顆粒の間違いであった。薬効と患者談より、疑義照会を行った。	販売名が似ていた為と思われる。		EPLカプセル250mg	PL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
1377	レスプレン錠30mgの処方せんを患者が持参。問診では咳は出ていないとのこと。処方医に疑義照会したところ、テプレノンカプセルを処方したとの回答。処方せん作成時の入力ミスと思われる。	処方せん発行医療機関が手書きカルテを使用している。処方医がカルテに記載した「テプレノン」の判読がし辛く、処方せん作成担当者が似た名称の「レスプレン」と勘違いしたものと推測される。	患者への問診の徹底を図る。	レスプレン錠30mg	テプレノンカプセル50mg「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
1378	風邪で受診の患者様。風邪の処方の中にフェロミア　1日6錠　分3　用量オーバーで処方されていたため疑義照会。医師は下痢のためフェロベリン配合錠を処方したつもりだった。フェロミアは処方削除でフェロベリン配合錠が処方された。	フェロミアが常用量をオーバーしていたため疑義照会したので、医師が類似薬品名を間違えて処方したことが判明。医師がパソコンで入力する際に、薬品名の頭文字が同じ「フェロ」で始まる為、間違えてしまったと思われる。	患者様から症状を詳しく聞きとり、何か気になることがあった時は疑義照会して確認するようにしたいと思います。	フェロミア錠50mg	フェロベリン配合錠	記録などに不備があった		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
1379	前回投薬時、内服で一般名処方ロキソプロフェン錠60mg、セファクロルカプセル250mgの処方あり。その時の投薬で、膀胱炎での服用と聞き取りあり。今回、ロキソプロフェン錠60mgとセファクロルカプセル250mgが頓服（頭痛時）の用法に変更となっていた。頭痛時頓服での抗生剤の内服に違和感を感じたことに加え、ロキソプロフェン錠と一緒に処方されるセルベックスカプセルとセファクロルカプセルの名前が類似している事もあり、Drに疑義照会。Drはセルベックスカプセルの処方をしたかった事が判明。セファクロルカプセル250mgからテプレノンカプセル50mg（セルベックスカプセルのGE）に変更となった。	一般名処方と商品名が似ている薬があったため発生。病院では電子カルテを採用しており、名前が似ている医薬品をオーダーしても気づかない事がある。	処方内容を鵜呑みすることなく、効能効果、適応症なども考慮して疑問に思う週間を身につける。似ている医薬品には注意して処方鑑査を行う。	セファクロルカプセル250mg「サワイ」	テプレノンカプセル50mg「トーワ」			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.	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	
1380	投薬時に患者様の訴えと処方に相違があった	患者様がうがい薬を出すと言っていたけど、胃薬が出ていた。類似薬と処方間違えている可能性があり疑義紹介、処方変更になった。	引き続き、患者様の訴えに耳を傾け、投薬時に処方と相違がないか確認する	アズレン・グルタミン配合細粒「EMEC」	含嗽用ハチアズレ顆粒			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
1381	処方箋には、一般名のエチゾラム錠1mgと記載があったが、患者様に薬をお渡しする際に「エチゾラムは合わないとDrに話しました」と申し出あり。病院へ連絡すると事務員より、カルテには「一般名　エチゾラム1mgと記載がある」と回答受ける。処方内容が異なる可能性があるのでDrと直接お話しさせていただきたいことを事務員へ伝え、Drと直接電話にて疑義照会。「一般名　エスタゾラム1mgの処方に変えてください」と回答を受ける。	成分名が似ているものに関しては、処方箋作成時の医薬品選択ミスも考えられる。	成分名が似ているものに関しては、服薬指導時に患者様へお渡しする予定の薬の先発品の名前（今回であれば、エチゾラム→デパス、エスタゾラム→ユーロジン）も併せて説明したほうが、Drの意図した処方内容ではない薬をお渡ししてしまう可能性を防げると思われる。	エチゾラム錠1mg「トーワ」	エスタゾラム錠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
1382	A病院眼科より初回でエイベリス点眼液が処方された。前回まではタプロス点眼+アイファガン点眼2種を併用。当該患者にタプロス点眼→エイベリス点眼に切り替えかと、お伺いしたところ、併用するように指示あったとのことで、疑義照会にてタプロス点眼中止の指示を受けた。	担当薬剤師もエイベリス点眼の処方を初めて受け付けたため、添付文書をよく確認のうえ監査を行った。エイベリス点眼はタプロス点眼は作用機序が似通るため、エイベリス点眼使用時はタプロス点眼は禁忌となる。疑義照会時に医師は禁忌であることはご理解されていたようだが、今回処方にタプロス点眼がなかったため、確認を怠ったとのことだった。	普段目にすることがない医薬品の場合は添付文書にて、用法用量、禁忌、併用をよく確認し処方内容が妥当であるかを判断したうえで投薬を行う。今回は継続来局の方のため薬歴から前回処方等も把握することができ禁忌を回避できたが、面で処方箋を応需することもあるため薬歴のみではなく、お薬手帳も処方監査に役立てる。	エイベリス点眼液0．002%	タプロス点眼液0．0015%	判断を誤った			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
1383	ホクナリンテープで動悸、不眠傾向が出たことがある女児に対して、同薬剤の処方がなされていたため、患者様、処方医と相談し、処方削除となった。	他院で以前処方されたお薬で副作用があったため、処方医が認識していなっかったケースであった。薬局のレセコンに患者様の副作用情報を登録し、類似薬の処方があった場合ポップアップが出てくるような設定があったため判明。	聞き取りした副作用情報をレセコンに登録し、類似処方を出してしまうことを防ぐ。お薬手帳の副作用歴を利用、受診時Drに見せるよう指導する。	ホクナリンテープ1mg		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
1384	今回、アレンドロン酸35mg、アルファカルシドール0.25μgの処方。お薬手帳を調べると、数日前に他院よりアクトネル75mg、アルファカルシドール0.5μgの処方あり。処方医に数日前に類似薬の処方が出ていることを伝えると、2剤が削除となった。	定期的に処方箋を持ってくる患者であったが、他院の処方は院内で貰っていた様子。お薬手帳での管理をしていなければ、患者に重大な副作用が出ていた可能性も考えられる。今回のようなことを防ぐため、必ずお薬手帳を持参することを指導。	お薬手帳の確認の徹底。	アクトネル錠75mg アルファカルシドールカプセル0．5μg「サワイ」アレンドロン酸錠35mg「トーワ」アルファカルシドールカプセル0．25μg「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.	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	
1385	一般名：ボグリボースロ腔崩壊錠０．３mg　３錠　毎食直前、グルベス配合錠　１錠　昼食食前が処方される。グルベス配合錠にもボグリボース０．２mgが配合されており重複の為、疑義照会。グルベス配合錠からグルファスト錠10mgに変更になる。	処方医が含有成分を勘違いしていた。	似た名前の医薬品は他にもあるため、間違えすい医薬品を事前にスタッフ間で情報共有する。	グルベス配合錠	グルファスト錠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
1386	咳が出ている高齢者の患者様にdrは咳止めの漢方薬を処方したかった。しかし漢方薬の参蘇飲「ジンソイン」の読み方がdr自身が分からず「サンソイン」と読んで医療事務に処方依頼。医療事務はそれを勘違いし詳しく追及せずにツムラ酸棗仁湯「サンソウニントウ」を処方。往診同行をしていた薬剤師が咳止めに酸棗仁湯はおかしいのではないかと気が付き処方の変更に至る。	drの漢方に対する知識不足。	漢方薬は読み方が難しい薬剤、読み方の似ている薬剤が多いので注意をするとともに効果が当該患者様に該当しているのかしっかりとチェックをしていくことが必要となる	ツムラ酸棗仁湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ参蘇飲エキス顆粒（医療用）	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
1387	3歳、体重13kg　クラリスドライシロップ　0.5g分1の処方。体重に対して量が少なく、用法も添付文書から逸脱しているため疑義照会を行ったところ、クラリチンドライシロップの処方ミスであることが判明した。	薬品名の類似による処方ミスが発覚した事例。皮膚科からの処方だったため処方ミスの可能性に気づけたが、耳鼻科からの処方だと、少量長期処方と混同し気づけなかった可能性もある。〇単純なミス	今後、同様の処方ミスが発生する可能性があるので、監査台に注意喚起の掲示をした。	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%		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
1388	薬剤変更になる疑義変更首に使用指示のスチブロンからスピラゾンへの変更依頼	土曜AM10時まで診療のところ、50人以上受付人数が入っていて非常に繁忙状態皮膚科門前で、転院に伴う継続処方はよくあることだった。他同一処方に体ジフラール軟膏処方があり、首にスチブロン処方だった。患者に確認した所、当患者は2年以上受診間隔があいて特段継続処方でないこと、且つ外見上赤みや発疹が首にない状態ことからベリーストロングの軟膏使用の処方意図に疑問から類似薬のスピラゾンでないかと推測し、疑義にて変更となる。また、スチブロンGEの在庫なく、先発品のマイザー軟膏の在庫はあった。ここ数年スチブロン記載の処方はなかった。	繁忙期故に処方箋や調剤のミスが起きやすい所である。特に新しい医薬品処方があった場合は受付事務及び薬剤師両者で確認した後に、分かる範囲で患者の外見上から処方意図も判断に再度心がける。	スチブロン軟膏０．０５%	スピラゾン軟膏０．３%		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
1389	一般名トラマドール・アセトアミノフェン配合錠の処方は、トラネキサム酸カプセルの間違いであった。	名称の類似	処方意図をよく考える。	トラムセット配合錠	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1390	ウレパールローション処方。応対時に、母親より以前使った時に刺激感があったため、変更してほしいという訴えあり。副作用発現の恐れがあるため、別の保湿剤への変更を依頼したところ、ヘパリンローションに変更となる。その後問題なく使用出来ていることを確認。	副作用に関しての把握が病院で出来ていない。	副作用に関して把握した際は、応需先にも情報共有をする。	ウレパールローション10%	ヘパリン類似物質ローション0.3%「ニプロ」				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
1391	新規でトリプタノール錠10が処方されていたが、普段よりも多い用法用量であった。患者さんに確認を行ったところ、トリメブチンを出すという話だったという回答あり。疑義照会し、トリメブチンマレイン酸塩錠100mgへ変更となった。	頭2文字の似た薬剤の入力ミスによるものと思われる。	今後も疑義が生じた際の確認は怠らない。	トリプタノール錠10	トリメブチンマレイン酸塩錠100mg「日医工」		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1392	ベネット75mgが4日分、その他の薬剤は28日分であった為、週1回製剤のベネット17．5mgとも間違いの可能性を考慮し、疑義紹介を行った結果、ベネット17．5mgを4日分に変更になった。	多規格あり、数字が類似している為、見間違いがあったためと思われる。	規格や飲み方が異なる薬剤については処方監査の際に、他の処方の日数も考慮して監査する。	ベネット錠75mg	ベネット錠17．5mg				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
1393	胃部不快から嘔吐を繰り返す患者に対してタケキャブの処方開始指示が出された。定期処方履歴にてネキシウムを服用中であった為、併用で間違いないか確認した所、両薬剤の薬効重複に気付いておらず、改めて現在服用しているネキシウム中止の上でタケキャブを開始とするよう指示を受け、その内容にて患者への対応を行った。	同効薬剤の併用、特に類似薬は見逃しやすい要因のひとつである為、十分に注意を行う必要がある。今回は医療機関にて同効薬を併用しているイメージ自体なかった為、薬剤の種類によっては非常に危険な状況であったと言える。	医療機関へH2ブロッカーとPPI及び作用機序の異なるPPI同士の併用には十分に注意する必要が有る旨を注意喚起した。	タケキャブ錠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
1394	定期薬でイルソグラジン4mgを服用継続中、整形外科に受診しレバミピド錠が処方されたため類似薬重複で疑義紹介。レバミピド錠が削除になった。		お薬手帳、電子薬歴の情報をしっかり確認し重複を防ぐ	レバミピド錠100mg「NS」	イルソグラジンマレイン酸塩錠4mg「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1395	眼科を受診し、母親が処方せんを持って来局。処方内容にプレドニン眼軟膏があり、投薬時に眼軟膏の使用方法を説明していると、似たような薬を皮膚科で処方してもらったとのこと。皮膚科で使用している薬を確認すると、プレドニン眼軟膏と同じ成分であったため眼科に疑義照会を行い、プレドニン眼軟膏が削除となった。重複使用による、副作用の発現を回避できた。	処方せん受付時に他の併用薬を確認していれば、さらにスムーズに疑義照会を行えた。併用薬の確認を、服薬指導時必ず行う。	今回の事例を従業員で共有し、投薬時、受付時の併用薬の確認を行い、重複投与を予防できるよう教育を行う。	プレドニン眼軟膏					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
1396	抹消性神経障害性疼痛治療薬であるタリージェ（5）とリリカOD75mgが処方されていた。	もともとリリカを服用されていた患者に対してタリージェが追加となる。タリージェは新薬のため、医師がタリージェとリリカが類似していることを理解していなかった可能性がある。	タリージェとリリカは同種同効薬であることを周知徹底する。	リリカOD錠75mg タリージェ錠5mg		確認を怠った	知識が不足していた	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1397	精神科にてパキシル錠20mg服用患者に対し、今回整形外科からサインバルタカプセル20mgが処方され、類似薬効で重複の為疑義照会を実施したところ、サインバルタカプセル20mgが削除となった。	処方医が併用薬を把握していなかったと思われる。		サインバルタカプセル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
1398	いつもはミカルディス40mgで服用のだが処方が一般名でテルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド配合錠での処方になっていた。患者に聞き取りしたところ変更の話は聞いてないとのことで病院に疑義紹介。今回より処方箋が一般名での記載変更に変えたことによる入力ミスが発覚し、薬剤が変更となった。	一般名処方が進む中、病院が一般名処方に切り替えたことにより名称が似たものと間違えて入力した医師の認識の間違いだった。	病院の処方入時に内容を確認していただくように伝える。処方変更した場合は必ず患者に聞き取りを行う。	ミコンビ配合錠AP	ミカルディス錠40mg		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
1399	ご家族3人で受診してそれぞれに似たような内容の処方が出た。エバスチンロ腔崩壊錠10mgとザイザル錠5mgが一緒に処方され同効重複、ザイザル錠に切り替えたこと確認するとともに患者様が小児であることから用法も異なっていること伝え、分1就寝前→分2 朝食後・就寝前に処方変更となった。	他の家族にも同じような内容で処方、変更前の薬の削除を忘れており、多忙で患児が14才で小児用量・用法であることを勘違いしたと思われる。	ザイザル錠は15歳未満の場合 分2朝・就寝前の処方であること、患児は今年の誕生日で15才になること等報告して注意喚起を促した。	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.	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	
1400	チザニジンが初めて処方された患者。薬の説明時に、受診時には最近下痢、腹痛があるという話をしたとのこと。患者の訴えと処方された薬剤の薬効が合致しないため疑義照会。処方したかった薬はチキジウムであったということで処方変更。	医療機関での処方オーダーが1文字でも検索可能になっている可能性が高いと思われます。一般名の商品が増えており似た名称の商品が増えているのも要因と考えられます。	似ている商品名の薬剤を採用しない、処方オーダーの際、3文字以上の検索を徹底するなど。	チザニジン錠1mg「日医工」	チキジウム臭化物カプセル5mg「サワイ」		勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1401	手足のひどい所にデルモベート軟膏を塗るが、その前にヘパリン類似物質油性クリームを塗る方でした。今回の処方になかったので医師に疑義照会する事に。	前回も処方がなかったので、医師が処方箋に入力を忘れてしまったと考えられる。	処方せん通り渡すだけでなく患者様からも話を聞き今後もよく確認する。	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%	デルモベート軟膏		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
1402	きゅう帰賿艾湯が処方されていたが、1包あたりの処方量と患者の主訴と違ったため疑義照会を行ったところ、きゅう帰調血飲へ変更となった。	病院の医師と受付の連携不足。手書きのカルテを受付が見て処方箋を作成しているのではないかと考えられる。	漢方薬は名称類似品が多いため、処方箋作成時には必ず漢方名を先生から口頭で確認する。	ツムラきゅう帰膠艾湯エキス顆粒（医療用）	太虎堂のきゅう帰調血飲エキス顆粒			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
1403	市販薬カフコデにて蕁麻疹の副作用歴がある患者に、リン酸コデイン錠が処方されていた。カフコデの有効成分ジヒドロコデインとの構造類似性を危惧し、医師に疑義照会。リン酸コデインからデキストロメトルファンに処方変更となった。	問診表にてあらかじめ副作用歴を確認しており、薬歴にもわかるよう記載があったため投薬時に気づくことができた。副作用歴はわかる範囲で詳細に歴に残し情報の共有が重要であると、再度認識できた事例であった。	患者への定期的な問診を行い、副作用歴を常に把握しておく必要がある。	リン酸コデイン錠5mg「ファイザー」	デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠15mg「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
1404	ロプレソール錠20mg1錠分1寝る前30日分処方。新患のため薬局でのデータはないため、初回聞き取りを行う。不整脈があるか、高血圧があるかの問いかけに、患者様は ないと返答。不眠の訴えがあり、ロヒプノール錠2mgと処方間違えているのではないかと思い、疑義照会。当薬局にサイレース錠2mgしか在庫がなかったため、サイレース錠2mg1錠分1寝る前30日分に処方変更していただく。疑義照会したことにより、患者様は抗不整脈薬を必要でないのに服用して副作用がでるこもなく、未然に防ぐことができた。	薬品名類似品医師のカルテを受け付けで入力される際に間違われることもあるため。	患者様の症状と薬が合っているか、薬をお渡しするときには患者様から聞き出し、疑問に思ったことは疑義照会するようにする。	ロプレソール錠20mg	サイレース錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1405	当薬局を初めて利用する患者が来局した。喘息でシムビコートタービュヘイラーが処方されていた。初回アンケートの副作用歴の欄に咳を止める貼り薬で手の震えが出たことがあると記載があった。患者に聞き取りしたところツロブテロールテープであることがわかり、医師には話していないこともわかった。シムビコートタービュヘイラーにはツロブテロールテープと同じβ刺激薬が入っているため副作用の危険性があることを疑義照会で伝えたところ、パルミコートタービュヘイラーに処方が変更となった。	患者が貼り薬の副作用は吸入や飲み薬とは関係ないと思い医師に話さなかったようだ。	患者にはどのような薬でも副作用が出たことがあれば医師や薬剤師に伝えてほしいと説明した。似たような成分の入った薬は様々あることを理解していただく必要があると思った。	シムビコートタービュヘイラー60吸入	パルミコート200μgタービュヘイラー112吸入			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
1406	処方医が「(般)ロピニロール錠2mg」と一般名を記載してきたのでそのまま調剤しようとした。患者に服薬指導をしているうちに「以前に処方されたことのある睡眠薬ロヒプノールはよく効いたのに製造中止になってしまったから」と患者が発言したので処方箋の記載間違いかもしれないと思い、疑義照会した。処方医はロヒプノール錠2mgを処方したつもりで似た一般名を記載していた様だ。	患者からの聞き取りが不足していた。	疑義が生じた場合に自己判断せず医師に必ず疑義照会をする。二重監査を徹底する。	ロピニロール錠2mg「JG」	ロヒプノール錠2	連携ができていなかった	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
1407	定期処方でテラムロ配合錠APを服用中の患者様に（一般名）アムロジピン錠5mg追加処方。お渡し時に患者様よりコレステロールのお薬追加と聞いているとのお話があり問い合わせ。	名称類似によるものか、薬品名の記入ミスと推測される。	患者様のお話内容と実際の処方内容が異なるため、疑義照会して発覚した。お薬変更の際、患者様のお話よりしっかり情報を得て疑問点はDr.に必ず問い合わせをする。	アムロジピン錠5mg「トーワ」	アトルバスタチン錠5mg「トーワ」	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
1408	フェロミアが初めて処方されていたので、薬効を説明し貧血ぎみだったのかとお聞きしたところ、痛風で診てもらったとの返事だったため、処方医に確認しお薬変更となった。	名前がよく似ており（フェロミアとフェブリク）選び間違えたと思われる		フェロミア錠50mg	フェブリク錠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
1409	数年前から定期的に来局している患者の処方箋にツムラ加味逍遥散が記載されていた。薬歴を見たところいつもツムラ加味帰脾湯を服用している。患者に薬が変更になったのか確認したところ医師からはいつもの薬を出すと言われたとのことで医師に疑義照会した。処方はツムラ加味帰脾湯に変更になった。	よく似た医薬品名の記載ミス。	薬歴で前回処方を確認し、処方変更があった場合は患者に間違いないか確認する。	ツムラ加味逍遥散エキス顆粒（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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1410	「一般名」アセトアミノフェン5mL・「一般名」カルボシステイン7mLの混合指示された処方内容であった。アセトアミノフェンの用量、混合指示が不適当であったため疑義照会を行ったところ、アスベリンシロップ5mLの間違いであった。	「一般名」アセトアミノフェンとアスベリンの名称が似ていたため、主治医が記載を誤ってしまっていた。	今回は、「一般名」アセトアミノフェンとしての用量も少なく、他の薬剤との混合も通常ないことから疑義照会に結び付いた。混合指示が無くても用量的にも少なかったため疑義照会を行う必要のある症例であった。処方鑑査で見つけたものは必ず疑義照会を行って主治医の確認んを行うことが重要である。	カロナールシロップ2%	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
1411	淡と咳がつらい患者様にクラリチン10mgが出ていました。お薬の説明中にアレルギー症状はないとの訴えがありました。念のため医院様へ疑義紹介の結果、クラリス200mgへ変更になりました。	単純な入力ミスか、患者様の訴えによってお薬が変更になったのか不明ですが、名前の似ているお薬は特に注意が必要だと思います。	お薬の説明時に患者様の訴えをよく聞いて、気になる点があれば速やかに医療機関へ情報提供する必要があると思います。	クラリチン錠10mg	クラリス錠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
1412	皮膚科よりRp1)ヘパリン類似物質油性クリーム50g、Rp2)マイザー軟膏50g処方。チューブのまま交付時に患者さんが以前同じ塗り薬をもらったときは混合だったとおっしゃったため疑義照会。混合となる。	混合指示の入力忘れ。	投薬時薬を出して確認していたため患者さんも混合していないことに気付けた。今後も投薬時の薬の確認を徹底していく。	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」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」マイザー軟膏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
1413	ルボックス服用中の患者に併用禁忌のテルネリンが処方されたため、類似薬のミオナール変更を提案			テルネリン	ミオナール	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
1414	定期にて普段アレニスト点眼が処方されているが、今回アレジオン点眼が処方されていた。患者より特に変更の旨、医師より聞いていないとのことで、疑義照会。アレニスト点眼へ変更となった。	今回アレジオン点眼の他に、臨時のお薬(タリビッド眼軟膏)が処方されていた為、症状変化に伴うアレジオン点眼への処方変更と思っていたが、患者より聴取していくと、特別痒くもないし、アレジオン点眼と症状の整合性が取れなかった。病院のカルテ上はアレニスト点眼になっていたそうで、おそらくだが名称類似の為、思い込みで処方入力されていたのだと考察。	薬局側もただ処方通り出すのではなく、日々患者よりの情報収集を行い、処方内容と聴取内容との整合性が取れているかを必ず確認する事。	アレジオン点眼液0．05%	アレニスト点眼液0．5%				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1415	患者様ご家族が手書き処方箋を持って来局。ここ3ヶ月ほど、同一処方内容が継続していた患者様だったが、これまでリボトリール錠0.5mgを1錠分2で服用する処方のところ、今回はリスパダール0.5mgを1錠分2で服用する旨の記載（普通錠記載）。疑義照会しようにも、医療機関が閉院してしまっており、その場での疑義照会不可。来局された代理の方に確認したが、「薬については本人が管理している。私は何もわからないが、本人は聞いていると思う」との仰せ。「一度帰宅して、薬剤変更についてご本人に確認してみて欲しい」旨を伝達し、その日は他の処方薬のみお渡し。翌朝、同じ代理の方が再来局され、「薬剤が変更になるとは聞いていないと本人怒っている。確認して欲しい」との依頼有り。改めて処方元医療機関に疑義照会を実施したところ、記載間違いであったことが判明、修正を実施したうえで投薬した。誤投薬はしていない為、健康被害発生は特になし。	要因：薬品名が類似名称であった。（リボトリールとリスパダール）背景：別薬効の処方薬ではあるものの、変更が有り得なくもない内容と考えられる。背景：代理人来局の案件。事前確認＆投薬時にも、患者本人の服薬状況や薬剤変更の有無に関する情報を代理人がご存知でなかった為、「多分本人が聞いていると思います」と言われると、そのまま投薬してしまいかねないのではないかと懸念される。	対策：手書き処方であったため、「ちょっとした書き間違い」の可能性を想定することが大切。対策：リスパダール錠には「OD錠」にしか0.5mg錠が存在しない為、普通錠記載で処方している点に違和感を感じることが大切。	リスパダールOD錠0．5mg	リボトリール錠0．5mg			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
1416	同じ処方箋の中に、モンテルカスト錠とプランルカストカプセルが処方されていた。これらの効果が似ており、重複投与となるのではと考え処方医に疑義照会した。結果、プランルカストカプセルはテオフィリン徐放錠100mgに変更となった。	処方医の処方箋記載ミスと思われる。	今後も薬同士の相互作用・効果の重複に気をつける。	プランルカストカプセル225mg「日医工」	テオフィリン徐放錠100mg「日医工」		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1417	一般名処方　カルテオロール塩酸塩点眼液2%（非持続性）　1日1回の処方であったが薬剤の使用回数に疑問があったため疑義照会をした。一般名処方　カルテオロール塩酸塩点眼液2%（持続性）　1日1回へ変更となった。	類似薬による処方入力間違い		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
1418	処方箋に書かれていた薬品名はノイロトロピン錠だったが、薬剤師の問診で患者の母親が先生からビタミン剤を処方すると言われているということを聞き取ったため疑義照会した。	薬剤師が調剤中に子供にノイロトロピン錠の処方はおかしいと気づき母親に問診して発覚した。	患者の年齢や類似名称の薬品には注意を払う	ノイロトロピン錠4単位	ノイロビタン配合錠			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1419	胸に化膿疹でゼビアックスローション処方。レボフロキサシン錠でアナフィラキシーっぽい症状が出た暦ありで疑義→クリンダマイシンゲルに変更	副作用歴、その薬剤だけでなく、類似薬剤にも注意する。	患者情報はこまめに聞き出すこと。	ゼビアックスローション2%	クリンダマイシンゲル1%「クラシエ」				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
1420	皮膚科よりルパフィン錠10mgが処方された。薬歴より鼻炎にて耳鼻科に受診中であり、セチリジン塩酸塩5mg「CH」を毎日服用されている方であった。類似医薬品の重複につき処方医に照会した。ルパフィン錠10mgは処方取り消しとなり、外用薬のみの処方となった。	医療機関での他科受診と併用薬の確認が不十分であった。本人も特に申し出しなかった。単純なミス。作業手順の不履行。	お薬手帳の提示と、併用薬の確認を定期的に行うことが必要である。	ルパフィン錠10mg		確認を怠った 記録などに不備があった	勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム患者側	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
1421	皮膚科より（般）フェキソフェナジン塩酸塩錠60mgと（般）ヒドロキシジンパモ酸塩カプセル25mgが処方された。他医療機関より（般）ロラタジン錠10mgを服用中であることを持参されたお薬手帳で確認。類似医薬品の重複につき処方医に照会した。（般）フェキソフェナジン塩酸塩錠60mgは処方取り消しとなった。かゆみ強いため、（般）ヒドロキシジンパモ酸塩カプセル25mgは服用の指示。	高齢者のため、お薬手帳の不備があり、医療機関での確認も不十分であった様子。作業手順書の不履行。	高齢者の場合、たくさんの医療機関に受診しているケースが多くみられるため、来られた都度、併用薬の確認を行うようにすることが必要である。	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「EE」		確認を怠った 記録などに不備があった	勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム患者側	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
1422	今まで感冒処方などしか処方がなかった患者にトラゼンタ新規処方。症状確認すると足が痺れたように痛いと申し出あったため、糖尿病神経障害の影響かと考えたが、血糖値など検査値を確認すると血液検査など受けていないとのこと。疑義照会を行うと医師がトラゼンタとトラムセットの名称を勘違いしていたとのこと。トラムセットに処方変更となり、患者様へお渡しする前に未然に防げた。	今回は医師の処方自体が間違っていたが、処方箋発行時の入力ミスで起こる可能性も考えられる。名称類似品については薬局内で調剤棚に表記、同様の事例が再び起こるようなら医療機関へも再度情報提供を行う。あまり頻回に起こるようなら採用薬についても医療機関と相談する必要があると思われます。	今回のケースでは処方元の処方箋において「トラムセット」を一般名処方に切り替えてもらえば入力ミスは防げると思われるが、医師がカルテにトラムセットを処方するつもりでトラゼンタと書かれてしまうと、防ぐのは難しいかと思われる。その場合は処方元の他の医療スタッフにも情報共有を行う。	トラゼンタ錠5mg	トラムセット配合錠			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1423	前回処方が30日に対して2か月ぶりの来局だったため入院していたのかなどを本人に確認したところ、入院していたと回答を得た。その際に服用していた薬を確認させていただいたところ、入院時は加味帰脾湯を服用していた。しかし、今回処方が加味逍遙散だったため本当にそれで正しいのか病院に確認したところ、Dr.のカルテ指示は加味帰脾湯だったが、処方箋入力時に加味逍遙散と勘違いして入力してしまったとの回答を得た。	似た名前の薬があり、しかもその片方が通常極端に多く処方されていることからの思い込み。	入院などを経て提示処方に変更があった場合にはできるだけ正確に服用していた薬について確認する必要がある。名前の似た薬が存在するものは特に、病院事務の入力ミスもあり得るため、特に注意が必要である。今回は入院時に服用していた薬がお薬手帳に記載されていたため確認できたが、手帳に記載がなければ患者とやり取りをして本当に飲んでいたかの確認が必要であるように思う。	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）	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
1424	他医院で一般名ランソプラゾール服用、薬効類似薬一般名ファモチジン処方疑義にてファモチジン中止	薬手帳確認不足	絆手帳の確認励行	ファモチジン錠20mg「ケミファ」		確認を怠った	その他	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1425	頭皮のかゆみが悪化したことで受診した。デルモゾールGローションが処方されたが、薬剤服用歴により前回処方の薬がリンデロンVGローション（デルモゾールGローションの先発品）であることが判明し、問い合わせたところデルトピカローションの転記ミスであった。	同じ製薬会社で作っているデルモゾールGローションと、デルトピカローションは名称類似している。診療受付最後の患者であり、医療機関側の職員が慌てたとのことだった。	日頃から患者への聞き取りや経時的な変化など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。	デルモゾールGローション	デルトピカローション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
1426	過敏性腸炎で下痢しやすく前回受診でいままで服用していたイリボー錠を2．5mgから5mgに増量したが改善傾向みられないため早めの受診だがDrに相談したところイリボーからきりかえ服用するようリンゼス錠0．25mが処方されたが投薬中患者さんの話と処方薬の適応症が異なるため疑義照会したところコロネル錠500mgに変更になった。	調剤中に知識不足だったのかそこまで考えがいかず投薬中に薬情での確認などで発見した。	類似する薬を再確認し電子薬歴にもすぐ確認できるような工夫をし対処できるようにする。	リンゼス錠0．25mg	コロネル錠500mg	確認を怠った	知識が不足していた			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1427	クラリスDSの用法・用量は、通常小児にはクラリスロマイシンとして1日体重1kgあたり10～15mgを2～3回に分けて経口投与となっている。患児の体重14kgに対し、処方の用量は少なく、用法も異なっていた。家族より「とびひ」で痒み止めを処方すると医師から説明を受けたことを確認した。「とびひ」ということで抗菌薬の適応としてはクラリスでも間違ってはいない。しかし、疑義照会の結果、痒み止めの薬としてロラタジンDS（先発医薬品名はクラリチン） 0.5g 分1 寝る前7日分の処方間違いであると確認した。	医師によるオーダリング処方時のクラリスとクラリチン（ロラタジン）の名称類似による選択ミスが要因。（病院では先発で検索・確定しても一般名で処方される。）また、薬剤師による家族からの聞き取りで「とびひ」で、痒み止めの治療で処方されたと聞き取った。クラリスにかゆみ止めの適応はないが、とびひの治療でクラリスを使うのは間違っていないため、薬の間違いか、用量不足かは疑義照会をするまでは断定はできなかった。アマリールとアルマールのような名前だけが似ていて適応疾患は全く違うパターンではなく、使われる疾患が同じということもあってより間違えやすく、薬局でも間違いに気づきにくい。	クラリスとクラリチンは名称類似のため間違って処方される可能性があるため、この2つの薬で用法、用量に疑問を感じたら薬剤の間違いの可能性も想定できるようにする。また、「痒み止め」と処方意図の聞き取りから更にその可能性を疑う。オーダリングシステムで検索するので、一般名で類似、先発品名で類似、など名前が似た薬は注意が必要。	クラリスドライシロップ10%小児用	ロラタジンドライシロップ1%「NP」	判断を誤った	その他	コンピュータシステム医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1428	ヒルドイドソフト軟膏＋ベトノバールG軟膏　混合指示→混合直後にゲンタマイシンの力価10%以上低下、2週間で分離のため配合不適	処方医の知識不足	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」ベトノバールG軟膏→リンデロンVG軟膏 それぞれ変更することで同薬効で配合可能	ヒルドイドソフト軟膏0．3% ベトノバールG軟膏0．12%	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「ニプロ」 リンデロン－VG軟膏0．12%		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
1429	他院からの引き継ぎで、処方箋にはガスコン錠40mgと記載があったが、お薬手帳と患者様との確認でガスロン錠2mgであることが判明し、病院に疑義照会し、ガスロンへ変更となった。	薬剤の名称が似ていることから、病院の入力時の単純ねミスであることが考えられる。	お薬手帳を有効活用し、処方箋に書かれているからと鵜呑みにせず、患者様と確認して調剤する。	ガスコン錠40mg	セレガスロン錠2	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
1430	クリニックから、リトドリン塩酸塩錠5mgを低血圧時に服用と記載された処方箋が持ち込まれた。新患の方で、現在他の病院（婦人科・産婦人科等）へはかかっていなかった。本日中に必要との事だったが、処方に疑いがあったため本人に口頭で確認したところ、血圧がかなり低いので以前にも他でもらった事のある血圧を上げるお薬を希望されたとの事でした。リトドリンと名称が似ているミドドリンの間違いではないか病院に疑義照会したところ、病院の聞き間違いにより他薬を入力した事が判明。疑義により、低血圧時に服用のミドドリンに処方変更になった。	患者様から処方依頼された薬を処方された場合。普段その病院では取り扱ってない薬剤を、薬効等未確認のまま処方したことが原因と考えられる。	患者が他でもらっていたお薬を専門外の医師にお願いした場合に起こりやすい。お薬手帳や患者様との話の内容により確認が出来る場合がある。	リトドリン塩酸塩錠5mg「F」	ミドドリン塩酸塩錠2mg「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.	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	
1431	処方はパンデル軟膏1日2回、顔に塗布。パンデル軟膏は、ステロイドの中でも、berry strongの部類で、顔に使用するのは強すぎるため、Drに疑義したところ、パルデス軟膏に変更となった。	今回、パンデル軟膏とパルデス軟膏では、名前が似ているため、処方時に入力間違いといった単純なミスが、考えられる。	薬品名の間違いは、患者様にとって、大きな問題。間違いやすい薬品名の一覧表を作成して、再確認するように、徹底する。	パンデル軟膏0．1%	パルデス軟膏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
1432	点眼・点鼻用リンデロンA液が、1日2回点耳の指示で処方あり。点耳で使用できないため疑義照会を実施。結果、リンデロン点眼・点耳・点鼻液0．1%へ変更となった。	名称が類似しているため、医師が処方入力の際に薬剤を選び違えたものと思われる。	外用薬の処方監査の際には、用法にも注意を払うよう心がける。	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
1433	フロモックス錠100mgが処方された患者に、ビオフェルミン錠剤も処方されていた。ビオフェルミンR錠でないと薬効が得られない恐れがあるため、疑義照会したところ、ビオフェルミンR錠に変更になった。	名称が類似する医薬品に関して、確認を怠ったためと考えられる。	予め、類似する名称の医薬品について情報を共有し、誤りの可能性があると意識して鑑査に臨む。	ビオフェルミン錠剤	ビオフェルミンR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
1434	変更前ナゾネックス点鼻液　1日1回1回1噴霧変更後ナゾネックス点鼻液　1日1回　1回2噴霧 患者の年齢が12歳で、前回までアラミスト点鼻液を使用していたが、今回からナゾネックス点鼻液に変更となった。用法がアラミストは15歳未満は1日1回、1回1噴霧で、ナゾネックスは12歳以上が1日1回、1回2噴霧であるが、Dr.が誤認。疑義紹介により、回数変更となった。	前回までの同系統の医薬品の用法との誤認があった。	類似した医薬品でも、用法容量、年齢の確認をしっかりと行う。	ナゾネックス点鼻液50μg56噴霧用		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
1435	一般名でスピロノラクトンが処方されていたが、履歴を見ると前から一般名でスピロペントを服用していたので患者に確認したところ、薬剤の変更はないとのことなので疑義。一般名でスピロペントに変更。	一般名類似による、処方箋の入力間違い。	名称が類似している場合はアラートが出る仕組みにする。（最初の3文字共通の場合）	スピロノラクトン錠25mg「YD」	トニール錠10μg			医薬品		ヒューマンエラー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	当薬局を継続利用している患者様が来局した。処方内容はクラリチン錠10mg1錠分1夕食後、アクアチム軟膏であった。患者様のお薬手帳から他院でアレロックを継続服用されていることがわかった。患者様の母親は医師にそのことを伝えていないのと、医師も尋ねてこなかったとのこと。類似成分の重複のため医師に問い合わせをしたところクラリチンは削除となった。	服用情報についての聞き取りができていなかったようだ。	引き続き、お薬手帳や聞き取りなどで処方薬以外の服薬情報を収集することにより間違いがないか確認していく。	クラリチン錠10mg			その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1437	他院から転院してきた患者に対し、転院前の処方と同様の薬品を処方するつもりで、デルモベート軟膏（ストロンゲスト）ではなくデルモゾール軟膏（ストロング）が誤って処方されていた。同じ処方箋にて、同じランクの外用ステロイドのフルコート軟膏（ストロング）も同時に処方されていることで違和感を感じ、お薬手帳にて前院の処方内容を確認したところ、上記の間違いの可能性に至った。患者本人にも、診察時に前院の処方から変更なしということで説明を受けていること確認し、処方医へ疑義照会を実施。デルモゾール軟膏→デルモベート軟膏へ変更となった。	薬品名は類似だがランクの異なるステロイド外用薬を、診察時に見間違いか入力時の選択ミスで誤って処方してしまったものと思われる。	薬品名だけで判断するのではなく、どういった使い分けや意図での処方かを考えて処方監査を行う。	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		医薬品		ヒューマンエラー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	施設の患者様で、水虫の症状があり、看護師さん同席のもと往診時に塗り薬を処方依頼。往診同日に、医院から処方せんのFAXがきた際に、ボアラ軟膏とヘパリン類似物質油性クリームのミックスの処方が出ており、水虫への薬効が考えられないと判断し疑義照会を行いました。結果、ボアラ軟膏とルリコンクリームのミックスに変更となりました。	居宅の場合は、薬局が常に施設内に常駐していない為、入居者の様子を逐一把握できていない事が多い。	施設と密に情報交換を行うようにする。また、施設内の入居者の細かい情報がひと目見て分かるように、一覧の表にするとともに、他薬局からの持ち込み薬や、入院情報なども詳しく記入する様徹底する。	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医エ」	ルリコンクリーム1%	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
1439	定期来局の患者。前回、レルベアは他院より転医となった処方であり、残薬があった為14吸入が処方された。今回、定期薬30日分に対して14吸入1キットの処方だった為、患者に吸入使用状況、残薬について確認したところ「毎日使用している。残薬もなくなっているので足りない。病院でも吸入の状況などの確認があり、足りるように出す、との話があった。」とのこと。病院に疑義照会、確認したところ、14吸入から30吸入へ処方変更となった。	前回の処方内容と類似であった為、病院側で吸入の規格が前回から変更になっていたことを見落としたと考えられる。	コンプライアンスの確認の徹底、次回の重要確認事項の申し送りを薬歴に残す。	レルベア100エリプタ14吸入用	レルベア100エリプタ30吸入用		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1440	ゼビアックスローションで薬疹が出た患者にクラビットの処方あり、キノロン系薬物に過敏症の既往がある患者には慎重投与のためルリッドに処方変更	ゼビアックスローションで薬疹が出た患者にクラビットの処方あり	類似した構造を持つ抗生物質は内服薬のみ注意すればよいという先入観を捨てる必要がある	クラビット錠500mg	ルリッド錠150	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1441	苓姜朮甘湯が処方されていた。患者さんに症状を聞き取ると、めまいとのこと。名称類似薬に苓桂朮甘湯があり、めまいへの処方であればこちらではないかと確認。処方内容変更で、苓桂朮甘湯に変更。	漢方は使用用途も広く、判断しにくいが、患者さんからの聞き取りを十分に行うことで名称類似薬との間違いであることが分かった。	聞き取りはしっかりと行う。	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）		その他			ヒューマンエラー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	H30.8に当該医院でパロキセチン・モサプリド・ルネスタ・アルプラゾラムの処方がされていた患者さんが、R1.7に便秘の症状のみで受診された。H30.1の精神科Do処方と共にリンゼスが処方されていた。しかし、精神科に関しては転医されたようで別のクリニックから類似薬を服薬中だったことをお薬手帳と聞き取りから確認した。当該医院でのリンゼス以外の処方は中止となった。	医院で処方箋を出す際に、DO処方からひいてきたことが原因と考えられる。	お薬手帳を確認することで、重複投薬防止につながったと考えられる。	パロキセチン錠10mg「明治」 モサプリドクエン酸塩錠5mg「EE」 ルネスタ錠1mg アルプラゾラム錠0．4mg「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
1443	アモキサン10mg3カプセル　毎食後　7日分の処方だった。患者様は、飼い犬に噛まれたので受診し、抗生剤がでるときいているということなので問い合わせした。処方医師の入力ミスだったことが判明。一般名アモキシシリン250mg　3カプセル　毎食後　7日分に処方変更になった。	処方医師による　入力ミス　アモキサン⇔アモキシシリン　名前が似ているので　選択間違いと思われる。	処方科は、整形外科だった。患者様どういったことで受診したかを聞くことで、処方薬　意図を推量することができるので、その確認を怠らないことが大切。	アモキサンカプセル10mg	パセトシンカプセル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
1444	かねてよりAクリニックに通院しバイアスピリン錠100mgとタケプロンOD15mgを服用していた患者。B病院に入院したあと、退院後初めてAクリニックに通院し処方が出たため来局。処方箋によるとバイアスピリン中止と記載があったが、患者より入院中と同じ薬のはずだとの情報を得、お薬手帳を確認。B病院入院中にタケプロンとバイアスピリンをタケルダに変更したことが確認できたためAクリニックの処方医に確認したところタケプロンOD錠15mgからタケルダ錠へと変更になった。	タケプロンとタケルダの名前が似ているため処方医が見誤った可能性がある。今回ていねいに患者情報を確認し、お薬手帳に入院中の処方の記載もあったためムーズに確認が行えた。	薬局内でも似ている薬は誤認、取り違えが発生しやすいので特に注意して調剤し、鑑査時にも注意深く確認を行う。今後も患者からの聞き取り、お薬手帳の確認、薬歴の確認を丁寧に行う。	タケプロンOD錠15	タケルダ配合錠		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.	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・システム・環境要因			
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	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	
1445	患者様は常に他病院よりカルボシステイイン500mgとセルベックスカプセルを1日2回で服用していることを、病院に報告しなかったためにカルボシステインが同じ用量で処方され、セルベックスカプセルと似た薬効のレバミピド錠が処方されていたため、疑義照会のうえ、カルボシステイン500mgとレバミピド錠が削除となった。そして、漢方薬でコタローの麻黄附子細辛湯エキスカプセルが1日2回1回1カプセルで追加処方となった。	患者側が現在服用中の薬剤を医師に伝えていなかったために同じ薬や似た薬効の薬が処方されてしまった。	必ずお薬手帳を持参し、現在服用中の薬を正しく医師に伝えるよう説明した。	カルボシステイン錠500mg「トーワ」 レバミピド錠100mg「日医工」			その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1446	テルチアAPからテラムロBPに変更になっていた。ヒドロクロロチアジド→アムロジピン5mgへ変更するためテルミサルタンは40mgのままの可能性があったため疑義照会しBPでよいか確認した。その結果テラムロBPからテラムロAPへ変更となった。	ミカルディスファミリーは表記が似ている(ミカムロAPBP、ミコンビAPBP)ため処方医が混乱する可能性がある。処方変更時は医師の意図通りの変更になっているか不安な時は疑義照会が必要である。	処方薬が合剤の場合、具体的なミリ数が記載していない場合も多い。処方変更時は特にミリ数の問題がないか確認が必要である。	テラムロ配合錠BP「サワイ」	テラムロ配合錠AP「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
1447	▼処方内容（一般名処方）【般】トリアムシノロンアセトニドクリーム0.1% 5g1日数回　荒れているところに塗布 ▼患者聴取口内炎に塗るように出していただきました。 ▼評価クリームは皮膚などへの使用。口腔用軟膏への剤型変更提案。	先発品のケナログ口腔用軟膏を院内で採用していたが終売となり一般名処方に。その際、名称の類似した非口腔用のクリームを誤って処方してしまった。	採用変更の際、マスタ登録を複数人でチェックする。	レダコートクリーム0．1%	オルテクサー口腔用軟膏0．1%	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
1448	患者よりK値が下がっているとのコメントを得た。今回処方がアスパラCA錠であったことから、アスパラカリウム錠と間違えている可能性があることと考え、疑義照会。アスパラCA錠からアスパラカリウム錠300mgへ変更となった。	名称が似ていることから、医師が勘違いをした可能性がある。	名称が似ているものの処方時の確認徹底が必要と考えられる。	アスパラ－CA錠200	アスパラカリウム錠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
1449	処方受け付け時に処方内容の確認を患者と行うとリンデロンV軟膏と親水ワセリンについて別の病院より同疾患、同部位で類似薬が処方されていることを確認しました。患者より今回処方分の薬は不要である旨話があったので医師に電話にて疑義照会しました。医師より該当薬を削除するよう指示があり該当薬削除になりました。	患者はお薬手帳を持ち歩いていたものの該当処方の記載が見当たらず、活用出来ていなかったものと思われる。また、医師との対話の中で別病院でも治療している旨話していなかったのが原因と考えられる。	以下の内容を患者様にお伝えしました他科受診、併用薬がある時はその旨病院を受診した際、薬局を利用される際に伝えてください。お薬手帳を利用すると便利なので是非ご活用下さい。	リンデロン－V軟膏0．12% 親水ワセリン					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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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
							背景・システム・環境要因			
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	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	
1450	ドボネックス軟膏45g処方について疑義照会を行う。ドボネックス軟膏は1本10gか30gの製品のため、念のため確認したところ、ドボベット軟膏45gの間違いであった。	ドボネックス軟膏とドボベット軟膏は名称が非常によく似ており、違いはステロイド含有の有無であるが、医師・薬剤師も混同しやすい。	類似名称医薬品の認識を徹底し、処方内容に疑問がある場合は積極的に疑義照会する。	ドボネックス軟膏５０μｇ／ｇ	ドボベット軟膏	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1451	同時に来局された3名の小児患者に「アモキサン細粒10% 6g 1日3回毎食後 10日分」の処方が出ていた一般名アモキシシリンとの名称間違いではないかと思い、処方医に確認入力間違いだったとのことで全員「サワシリン細粒10%」に変更してお渡しした	処方医が普段取り扱うことが少ない薬であったことと、一般名アモキシシリン細粒10%に対して「アモキ」と「細粒10%」まで類似していたため混同してしまった可能性があるアモキサン細粒10%が明らかに用量オーバーしており、かつ3名の小児に同時に出ていたため名称間違いを疑えた	先発品名と一般名との類似による入力間違いもありうることを想定し、処方された医薬品が患者の症状に適しているものか確認する	アモキサン細粒１０％	サワシリン細粒１０％			医薬品		ヒューマンエラー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	60代男性に足の吊りの痛みの症状でツムラ炙甘草湯が処方された。適応に無いことから疑義照会をしたところ、ツムラ芍薬甘草湯を処方するつもりであったことが判明した。	名称が類似していることから、病院が処方箋発行時に間違えて入力してしまったものと考えられる。患者様との会話のやりとりで誤った処方を防ぐことができた。	漢方には類似している名称が多数あることから、入力時には注視して頂く必要がある。患者様とのコミュニケーションを大切にしながら、正しい処方であるか判断する必要がある。	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）			医薬品		ヒューマンエラー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	疼痛の為麻酔科に受診した患者。薬局での受診の開きがあったが以前の継続処方でサインバルタカプセル20mgの処方があり。併用薬の確認を行った所、神経内科よりアジレクト錠０．５mgが合間に開始となっていた。添付文書よりアジレクトとサインバルタの併用は禁忌となっているため疑義照会に至った。双方の医師が協議して疼痛が強いことから麻酔科処方は変更なかったが神経内科のアジレクトを休薬し14日後からサインバルタ服用開始となった。	同一医療機関内で情報の共有ができておらず双方の医師もお互いわからない状態であった。調剤薬局においては神経内科は他薬局で調剤されており単一の薬局だけの情報では禁忌を見逃す可能性があった。手帳を持っていたことにより重大なアクシデントを防げた事例。	他科併用薬の確認が重要。手帳の持参がなければ今回気づくことができなかった可能性があり。類似の事例がないように併用禁忌の薬がある処方を受けている患者には確実に手帳を持参するように啓発必要。	アジレクト錠０．５mg	サインバルタカプセル20mg	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
1454	スピリーバレスピマットの処方が来ていたが今まで使っていたのはスピオルトレスピマットで変更は聞いていないとのことであったため確認したところスピオルトレスピマットの間違いだった。	名称が似ているため間違ってオーダリングしてしまったと考えられる	類似名称品がある場合はそれが正しいのか確認しながら服薬指導を行う。	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
1455	鼻症状にで受診の患者様。前回処方内容から薬を変えるとDrより説明あり、カルバマゼピン200mg「アメル」が処方追加。。耳鳴りや痛みなど全くなく、カルボシステインとの処方間違えの可能性が考えられ、疑義照会にてカルボシステイン500mg「JG」に変更となる。	薬品名最初の2文字が一緒、3文字目もバ行で類似しており、処方内容入力時に間違った可能性あり。		カルバマゼピン錠200mg「アメル」	カルボシステイン錠500mg「JG」			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1456	以前副作用聞き取りの「ポンタール250mg」が処方されて、類似薬効品の疑義照会を行い一般名「ロキソプロフェンNa60mg」へ変更になった。	6年前の初回処方時に副作用の聞き取り済→処方時に注意するシステムが必要。薬局では副作用登録をし、処方入力時に不可と判断可能。	医院へ疑義照会時に、同様の案件を繰り返さないよう記録依頼	ポンタール錠250mg	ロキソプロフェンNa錠60mg「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
1457	風邪を引いて、副鼻腔炎を併発したため、内科と耳鼻科の2科を受診したが、処方薬を申告しなかったため、殆ど同じ内容の薬が処方された。副鼻腔炎の治療を優先したほうが良いと判断し、内科に疑義照会した結果、内科の処方はすべて削除となった。	副鼻腔炎を併発していたため内科より耳鼻科の受診を勧められたが、患者さんが似た内容の薬が処方されるという認識がなく処方医に申告していなかったため、重複したと考えられる。	どのような疾患でも必ず処方薬があるときは、処方医に申告することを指導した	トラネキサム酸錠250mg「YD」 ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」 セフジトレンピボキシル錠100mg「日医工」 レバミピド錠100mg「EMEC」				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
1458	60歳女性、血糖コントロールがうまくいかなくグリクラジドからグリメピリドに変更となったが、最高用量の6mg分2となっていた。類似薬剤からの変更とはいえ最高用量での投与は低血糖リスクが高いため疑義照会。2mg分2となり、漸増することになった。	30日分の処方で来局が2か月ごととと服薬コンプライアンスが不良であった。そのため、血糖コントロールが不良になっているのは薬効不足ではない可能性があり、低血糖リスクが高いと考え疑義照会を行った。		グリメピリド錠3mg「オーハラ」		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
1459	アスベリン20が処方されていたが、投薬時、患者様から花粉症状で鼻水が出るから受診したとの申し出を受け、アレジオン20の間違いではないかと気づいた。	アスベリンとアレジオンは名称が良く似ている。	患者様からのヒアリングを徹底し、必要に応じて疑義照会を積極的にすること。	アスベリン錠20	アレジオン錠20	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
1460	処方せんにアレジオンDSとジルテックDSの2種があり、同一薬効なので問い合わせた事例	アレジオンDSとアスベリンDSの名称が類似している	処方せんの内容をよく確認し、必要に応じて疑義照会を積極的に行うこと。	アレジオンドライシロップ1%	アスベリンドライシロップ2%	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
1461	定期薬としてアムロジピン2．5mg、カンデサルタン4mgを服用されている方。今回からノルバスク増量とカンデサルタンからカルデナリンへ変更となっていたため患者様へ確認した所血圧はいつもと変わりないので同じはずとお話あり。電話で確認して処方内容が変更となった。	単純にカンデサルタンとカルデナリンの響きが似ていたため誤って入力してしまった可能性が高い門前クリニックのレセコンが新しいものへ切り替えとなり処方の記録も新しく入力されたために起こった誤りであると考えられる		ノルバスク錠5mg カルデナリン錠4mg	ノルバスク錠2．5mg ブロプレス錠4		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1462	処方箋の記載は（一般名）モンテルカスト細粒4mg　0．7包　1日2回朝・夕食後 4日分となっていたが、モンテルカスト細粒の用法は通常1日1回であるので用法の間違いなのか、薬品名の間違いなのか不明の為疑義紹介しプランルカストDS0．7gの間違いであった。	一般名の場合薬品名がよく似ているため処方箋の記載ミスが発生したと考えられる。	薬品名と用法・用量を必ずチェックする。	キプレス細粒4mg	プランルカストDS10%「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
1463	姉妹での処方であった。姉の処方にツロブテロールテープ0．5mgがあり、年齢が4歳、体重も4歳平均であること、お薬手帳を参照し、前回は1mgであったことを確認。患者さま（母親）に確認しても医師から特に用量については聞いてないとのことだったため、疑義照会を行った。姉妹の受診であったため、2歳の妹の用量と処方医の書き間違いであったことが判明した。結果ツロブテロールテープ1mgの処方に変更となった。	姉妹での受診であったこと、手書きの処方せんであったことが考えられる。	姉妹、兄弟、似ている名前、同姓同名に注意する。名前だけではなく、生年月日でも患者を確認する。	ツロブテロールテープ0．5mg「HMT」			その他			ヒューマンエラー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	呼吸器科からの処方で、初めてアスパラCaが処方された患者。お薬手帳を確認したところ、数日前に同じ病院でアスパラカリウム散が処方されていた。前回カリウムで、今回カルシウムなのは不自然に感じ、来局された患者家族に経緯を確認した。前回粉が飲みにくかったことを診察時に伝えたところ、錠剤へ変更すると医師から説明を受けていた。疑義照会をしたところ、アスパラカリウム錠の間違いであったことが判明し、処方がアスパラカリウム錠へと変更になった。	アスパラCa錠とアスパラカリウム錠は薬名の頭の部分が同じであり、処方入力時の薬剤の選択間違いが要因と思われる。患者自身は以前から当薬局を利用している患者ではあったが、呼吸器科の処方は前回他の薬局で調剤を受けており、当薬局で情報がなかったため、お薬手帳を持参していたことが処方間違いを発見するきっかけとなった。お薬手帳の重要性を再確認できた事例であった。	類似名称で間違いやすい薬品名を知っておくこともこういった間違いを発見する材料になると思われる。また、今回の事例では、患者がお薬手帳を持っていたことで間違いに気が付けたので、日ごろから患者にお薬手帳の重要性やお薬手帳の使用・持参を啓発しておくことも、リスク回避のための手段につながると思われる。	アスパラ－CA錠200	アスパラカリウム錠300mg		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
1465	めまいの症状が主訴の患者に対し、苓姜朮甘湯が処方されていたが、気が付かずに入力を行った。他の薬剤師が監査を行ったときにめまいに対しては苓桂朮甘湯ではないかと思い、病院に疑義照会を行ったところ病院での入力ミスが発覚し、苓桂朮甘湯への変更となった。	患者様が今回が初回の来局で、初回質問票に自身の症状について記載があった為、ミスに気が付くことができた。また、他の薬剤師がたまたま苓桂朮甘湯の知識を持っていた為、疑義照会を行う事ができた。	今回のケースは発見するのが非常に困難、薬剤師の日頃からの知識が物を言う事例だと思われる。漢方薬は1字違いの名前の似た薬が多数あるので、効果や効能に対し疑問がある場合は一度疑義照会した方が良いと思われる。	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）		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.	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	
1466	併用薬あるためリリカOD錠(75)処方削除	お薬手帳より、ほかの病院より類似薬タリージェを服用していることが確認された。疑義照会したところリリカOD錠(75)は処方削除となった。		リリカOD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
1467	2019年8月20日(水) 15時頃、患者(83歳女性)が処方せんを持参した。 ボナロン錠35mg1錠 1日1回起床時服用 1日分で処方されていた。整形外科の処方箋をお持ちになるのは初めてであった。1ヵ月に1回飲めばいい薬と説明を受けた、とのことだったので、医師に疑義照会した。 その結果、ボノテオ錠50mgに処方変更になった。 薬品名が似ているため、誤って薬品を入力したようだ。	同薬効で、名称も似ているための薬品選択ミスだと思われる。	特に初めて処方される薬は、患者さんがどのような説明を受けているかしっかり確認する必要がある。症状、できれば病名、服用法など。	ボナロン錠35mg	ボノテオ錠50mg			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
1468	リウマチの痛みの薬を希望したと、普段通院の整形ではなく総合病院の血液科から「ロキソニン」「セルベックス」の新規処方。整形で抗リウマチ薬を休止しているため痛いとのことだが、整形から「レバミピド」は継続処方中。セルベックスとレバミピドは類似薬のため、セルベックスのみ処方を中止してもらう。	他科でリウマチの治療状況を把握しないまま処方をし、患者側も併用薬を提示せずに処方を希望したため、胃薬が重複してしまった様子。	他院・他科受診時には、薬の有無にかかわらずお薬手帳を提示するよう指導。リウマチの病状が思わしくなければ、まずはきちんと整形で状況を伝え、治療方針を決めてもらうよう話した。	セルベックスカプセル50mg			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
1469	おなかの不調で内科受診ついでに痛み止めの貼付剤を希望したと処方箋を持参。貼付剤として処方元の整形外科から処方履歴のある「ロコアテープ」が処方されたが、胸部悪心・発咳の発現で使用中断の薬歴記録あり。疑義照会の上、ロコアテープの処方は削除となる。	翌日に他院で類似薬を処方される予定があるにもかかわらず患者が貼付剤を希望。たまたま数か月前に同総合病院の整形外科を1回のみ受診しており、その際処方されたのがロコアだったため、その処方を内科で再処方した様子。ロコアテープの副作用については使用直後に当薬局で聞き出しており、全身性の浮腫の疑いがありとしてお薬手帳にメッセージを残すが再診はなく、医療機関側へは伝わっていなかったようである。	不必要に貼付剤を重複でもらわないよう、患者へ指導。貼り薬でも命に係わる副作用が出ることがあると認識し、自己判断で薬を使わないよう注意喚起。お薬手帳と薬歴の副作用記録がきちんとされていることを再確認した。	ロコアテープ			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
1470	肺炎の患者にクラリス(一般名クラリスロマイシン)を処方するはずが、医療機関側の機械の操作ミスでクラリチン(一般名ロラタジン)が処方されてしまった。	クラリスとクラリチンの名称類似のため、パソコンでの入力ミスが生じてしまったよう。	適応症や用法用量から薬について疑問を持ち、疑義照会を怠らない。	ロラタジンOD錠10mg「サワイ」	クラリスロマイシン錠200mg「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1471	総合病院Aから定期処方でロカルトロールが処方されたが、同患者に先日診療所Bでアルファロールカプセルが処方されたばかり。類似薬の処方であり、次回受診分までアルファロールが足りてしまうため、総合病院Aのロカルトロールを削除、次回から処方してもらうようお願いした。診療所Bの処方は中止してもらうよう患者家族へ伝達、どちらも当薬局での調剤のためその旨薬歴でも申し送りをする。また、定期処方にはない診療所Bからのフォサマック35mgは中止するよう指示を出した。	元々診療所Bに通院していたが、数か月前に大腿骨転子部の骨折で総合病院Aへ入院、その後Aの系列の総合病院Cへ転院し、リハビリ入院。総合病院Cを退院したが退院時処方が足りなくなったと、先日突然診療所Bを受診。紹介状も服用薬の持参もなく、状況がわからないまま診療所Bでは入院前と同じ薬を処方した。今回最初の入院先である総合病院Aを外来受診し、定期処方の処方箋を持参。診療所Bの薬のうち、類似の薬剤を重複薬として一時抜いてもらう事態となった。各病院・診療所で他へ行ったことを患者は話しておらず、一貫しての治療に支障が出ている。また、診療所では骨折の詳し病態がわからずに入院前と同じ薬を出したが、そのうちのフォサマック錠35mgは大腿骨転子部の骨折という病態からして中止すべきであったが、処方されてしまっていた。	患者の希望どおりに前回の診療所Bの医師が処方した場合でも、処方内容に疑問があれば服用薬剤の現物を取りに帰ってもらうなど、必要な措置をとる。お薬手帳には毎回情報を記載し、退院時処方も添付するよう指導する。	ロカルトロールカプセル0．25			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
1472	一般名処方でヘパリン類似物質外用スプレーの処方があり、コメントで200g製品でと記載あり。外用スプレーには200g製品なく、泡状スプレーには200g製品があるため患者様へ確認したところ、泡状スプレー処方されると医師から聞いているとのことであった。疑義照会をし、泡状スプレーで処方した旨を確認した。	一般名処方では泡状スプレーも泡でない製品も同じ「ヘパリン類似物質外用スプレー」と処方されてしまうこと。	患者にどちらで処方されていると聞いているか、確認が必要。	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」	連携ができていなかった		コンピュータシステム医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1473	リオベルLDが処方されているのにカナリア配合錠の追加処方があった。	院内でカナグル錠100mgを処方するつもりが名称が類似するカナリア配合錠を記入し処方箋に記載してしまったと推測する。	名称確認をより徹底する。	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
1474	以前キンダロンローションを使用の患者発売中止になっているため、切り替えが行われたと考えられる。切り替え品は、パルデスローションだが、パンデルローションが処方されていたため、念のため確認	強さが異なるが名称が類似しているため、患者の治療歴を加味する必要がある。		パンデルローション0．1%	パルデスローション0．05%			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1475	患者からの聞き取りによりワーファリンが3.0mgより今回2.5mgに減量になったと聞き取り実際の処方がワーファリン1mg 2Tとワンアルファ0.5μg 1T になっていた頭文字が同一による医院でのオーダーリング誤りと推測 問い合わせた結果ワンアルファ0.5μg中止 ワーファリン0.5mgに変更となった	頭文字が同一で規格も似ているものはオーダーリング誤りの可能性注意しなければならない		ワンアルファ錠0．５μｇ	ワーファリン錠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
1476	頓服 カロナール錠200mg 2錠 ベラパミル錠40mg 1錠 疼痛時の処方ベラパミル錠を疼痛時に服用することは一般的にはない、また、狭心症の患者ではなかったため疑義照会ベラパミル錠からレバミピド錠に変更となった	医師の処方時のオーダーミス頭文字は異なるが、音の響きは似ている様に思われる。レバミピドを処方しようと思って、頭の中にベラパミルが浮かんでしまったのではないか。薬効を考えながら処方する必要あり。薬剤師の鑑査が非常に重要であることがわかる例。		ベラパミル塩酸塩錠40mg「タイヨー」	レバミピド錠100mg「ZE」	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
1477	通常ではツムラ半夏瀉心湯が出ている患者様であったが、今回ツムラ半夏厚朴湯が処方されるはずの所がいつも通り半夏瀉心湯が処方されていた。	漢方薬の名称が似ており、また休み明けということもあり繁忙期であったと思われる。	投薬時に患者様に漢方の名前だけではなく、番号も確認することでいつもと同じであるか、それとも変更になっているのかがわかりやすくなると考えられる。	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）		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
1478	患者の主訴と処方薬の効能が一致しないため医療機関に問い合わせ	医師の思い違いによる処方ミス	患者の主訴を聞き効能と合っているか確認。似ている薬があるので注意する。	クラシエよく苡仁湯エキス錠	ヨクイニンエキス錠「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
1479	処方の追加時、手書きでローコール(10)の記載を二重線で訂正し一般名でプラバスタチン錠(10)の記載で処方あり。当該患者が生活保護の受給者であったため、修正の際にメバロチンとローコールの一般名を取り違えた可能性があり照会。照会の結果ローコールの一般名であるフルバスタチンへ変更となった。	手書き処方の際に同効薬に一般名に類似したものがあったため取り違えたものと思われる。規格もともに10mgについてはあるためそのまま病院側の入力もされたと推測される。	初回の追加処方だったため、印刷で処方された際は見抜く事は極めて難しい。手書きだったため今回は、照会することができたが一般名記載の際には用法、内容ともに投薬時含め患者と確認することが重要。	メバロチン錠10	ローコール錠10mg			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
1480	7/11にファムビル錠が7日分処方され、帯状疱疹の診断であった。7/18受診にてノイロビタン配合錠、メコバラミン錠の処方がされた。帯状疱疹後の神経痛と予測した為医師に疑義照会後、ノイロビタン配合錠ではなくノイロトロピン錠4単位の誤りであったことを確認する	医療機関の処方入力の際に、類似名の為誤った薬剤に変換されたと思われる。	患者への聞き取りを行い、不審に思った事は処方元に確認した方がいい	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠４単位		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1481	リンデロンVが普段の処方に追加で処方されていた為、処方理由を患者に確認した所、子供が手足口病でその影響でかゆみが出ているかもしれないと聴取できた為、リンデロンVの処方が不適切であると判断し、疑義照会を行った。その後、ヘパリン類似物質クリームで様子を見ることになった。	医師側も手足口病が影響しているかもしれないかゆみと認識していたが、リンデロンVがウイルス皮膚感染症に禁忌だと見落としていたことが要因と考えられる。	時々、かゆみが出ている患者に塗り薬が処方されるが、その原因を薬局でも聴取することが大事だと再認識させられたので今後も処方内容と聴取した内容に問題ないか確認していく。	リンデロン－Ｖ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
1482	患者からの主訴申し出では胃酸が上がるような胸痛とのことだった。以前に他医でネキシウムを服用したことがあるとも申し出したとのこと。処方はメキシチール50mg　分1、28日分であったため医師の見解では不整脈による要素も否定できずに処方されたかと推察したものの患者は別病院にて循環器科受診もしているためやはり疑義照会が必要と考え、照会。結果ネキシウムカプセルの処方間違いであった。「ネキシ」と「メキシ」の発音の類似などから処方間違いが生じたようだ。	患者からの申し出などにより医師が本来ネキシウムと処方したかったところを発音の似ているメキシチールと混同してしまったようだ。	循環器科受診もあった患者だが、もし服用していた場合には相当の健康被害の可能性が推察できる事例であった。患者は手帳持参忘れであったが、患者ヒアリングと薬局管理情報に基づく疑義照会で解決したことは非常によかったと思う。今後も患者自身へのヒアリングや手帳・など総合的に情報を組み合わせて処方の妥当性を考察し、違和感を感じた場合には疑義照会を迷わず行うことが重要だと考える	メキシチールカプセル５０mg	ネキシウムカプセル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
1483	グリメピリド1mg「NP」とロスバスタチンOD錠2.5mg「ニプロ」が似ているので飲み間違えて、同じ薬を2錠飲んでしまったから、間違えないようにして欲しいと希望あり。	錠剤の色がグリメピリドはピンク、ロスバスタチンは黄色であるが、薬のシートがどちらも緑っぽい為に間違えてしまったよう。	グリメピリドは服用時点が朝食後である必要があり、ロスバスタチンは夕食後に変更しても問題ないため、医師に服用時点の変更の処方提案をして夕食後に変更となり、服薬過誤を防止する。	ロスバスタチンOD錠2．５mg「ニプロ」		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
1484	照会せん内容；ガスロンN錠4mg処方の患者さん。お腹が張る為その薬を処方との事。処方内容と症状が異なる為、処方医に疑義照会；ガスコン錠40mgに変更。	オーダー時、薬品名が似ている為間違えた様子。	投薬時、処方箋内容と患者さんからのお話に薬歴・お薬手帳情報を活用して総合的に間違い無いか確認していく。	ガスロンN錠4mg	ガスコン錠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
1485	シムビコートが、1日1回・1回2吸入で処方。通常の用法用量と違う事から疑義照会を行った所、1日2回・1回1吸入、と変更となった。患者は咳症状がつらい状況にあり、用法用量の違いで得られる効果等も変わってきたと思われる。処方監査の段階で対応できたため、健康被害には至らなかった。		類似薬が多く、各々に用法用量が違う場合がある為、その用法用量が適正かを記憶のみで確認してしまうと、記憶違いや思い込みによるミスが起きる場合もある。その患者に初めて処方された時や前回と変更している場合は、わかっていると過信せずに、添付文書等でその都度、確認を行うと良いと思う。	シムビコートタービュヘイラー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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1486	お薬手帳持参にて、来局。お薬手帳、聞き取りにより他院にてブランルカスト112.5mg服用中と確認。キプレスチュアブル錠5mg「一般名」処方のため、類似薬のため疑義錘愛行った。医師よりキプレスチュアブル錠5mg「一般名」削除となった。	お薬手帳をクリニックで見せていなかったようだ。	今後もお薬手帳や聞き取り等のより処方箋以外の情報収集を行い、処方内容の間違いや銃服薬、副作用薬などの確認を行っていく。	キプレスチュアブル錠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
1487	一般名：セフジトレンピボキシル細粒10%と、ラックビー微粒Nが記載された処方箋を応需。ラックビー微粒Nは抗生物質投与時の効能効果を持たないため、ラックビーR散に変更になった。	ラックビー微粒NとラックビーR散の名称の類似による入力の誤りと考えられる。		ラックビー微粒N	ラックビーR散		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
1488	内科よりスロービッドカプセル200mg1日2C分2朝・夕食後5日処方。処方箋受付時、8／21に発熱有り救急でグレースビット50mg2錠分1夕食後5日分、カロナール錠500mg発熱時1錠頓服5回分臨時処方があった事、咳等呼吸器症状、喘息の既往歴ない事をお薬手帳、患者聞き取りで確認。処方医に処方内容の疑義照会、グレースビット錠50mg2錠分2朝・夕食後5日分に処方変更となった。	疑義照会時、処方箋発行元の医療機関にお薬手帳提示はされており救急からの臨時薬でグレースビット錠50mgの処方があったことは確認されていたとの事だったが、スロービッドとグレースビットという類似の内証であった為誤って入力された。	これまで通り処方箋受付時に処方内容、お薬手帳の記載内容、薬歴記載情報の確認、患者への聞き取りで処方薬について適正であるか確認する。患者本人にも、これまで通り医療機関を利用する際はお薬手帳の提示をするように薬交付時に継続して説明する。	スロービッドカプセル200mg	グレースビット錠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
1489	Lアスパラギン酸Ca錠200mg「トーワ」を定期服用されている患者に本日処方がなかったため確認したところ、残薬があるため今回は処方なしでよいとのことだった。念のため持参された残薬を確認したところ、Lアスパラギン酸Ca錠200mg「トーワ」の中に他院で処方されたドンペリドン錠10mg「EMEC」が混ざっていた。残薬が足りないためLアスパラギン酸Ca錠200mgが追加処方となった。	ヒート包装の色、デザインが似ていたため患者側が同じ薬だと思い込んでいた。	なるべく残薬がある場合は薬局、病院に持参してもらい間違いがないか確認する。必要に応じて一包化を検討する。	Lーアスパラギン酸Ca錠200mg「トーワ」	Lーアスパラギン酸Ca錠200mg「トーワ」			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
1490	「一般名」ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏0.05% 10g 50本「一般名」ヘパリン類似物質油性クリーム0.3% 25g 2本 1日2回 体に塗布 薬局へ：混合して下さい という処方箋を持参された。ベタメタゾンが過量だと感じ、疑義照会をしたところ、50本→50gへ変更となった。	軟膏の量を50gで入力するところ、誤って50本と入力してしまったようだ。	引き続き患者への聞き取りなど、処方せん以外の情報も収集することにより、処方内容に間違いがないかどうか確認していく。	アンテベート軟膏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.	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	
1491	2019年8月26日16時頃、患者（70才男性）が処方せんを持参された。ボノピオンパックが処方されていた。薬歴を確認したところ今まで除菌薬は一次除菌の薬は処方されたことなく、患者に確認した所、初めての除菌とのことだった。ボノピオンパックは他の除菌が不成功だったときの薬剤であるため、疑義照会にて確認。ボノサップパック400に変更になった。	医薬品名が似ていた為の処方ミスと思われる。調剤薬局での丁寧な聞き取り必要	調剤薬局での丁寧な聞き取りにより判明した。	ボノピオンパック	ボノサップパック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
1492	呼吸器科の処方せんだったがリアルダ錠1200mgが処方されていた。患者に確認した所消化器科の相談はしていないとのことで疑義照会を行った。結果、同処方せん記載のリザベンカプセル100mgを入力する際に誤って記載されてしまったと確認し、リアルダ錠1200mgは削除となった。	パソコンによる入力のため類似名称薬と間違えたと思われる。	診療科と処方内容の整合性を意識して調剤すれば必ず気付ける内容のため、整合性を意識して常に調剤に取り組む。	リアルダ錠1200mg			その他			ヒューマンエラー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	デキサンVG軟膏処方あったが、患者聞き取り時に口唇に塗布することが分かった。主治医へ確認しデキサルチン口腔用軟膏へ変更となった	薬品名が類似していたため、処方記載時に誤って入力したものと思われる	処方薬の確認、用法を患者本人へも確認する	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		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
1494	ツムラ桂枝加芍薬湯　7.5g3x毎食前が処方されていたが、患者に症状を聞き取りしたところ「更年期障害のような症状で、腹痛などの症状はない」との返答だったため　ツムラ桂枝茯苓丸　との処方間違いが考えられたため、疑義照会を行った。その結果、ツムラ桂枝加芍薬湯　7.5g3x毎食前　→　ツムラ桂枝茯苓丸　7.5g3x毎食前　の間違いであったことが判明した。	病院側の処方ミスが原因。病院側のシステムで、漢方の番号は出ないもののため似ている名前の薬は間違えて処方されてしまうことがある。	初回処方の際は聞き取りをしっかり行い、処方内容に間違いがあると疑われる場合は必ず病院に疑義照会を行うことを徹底する。	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）			医薬品		ヒューマンエラー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	お薬手帳より他院にてトロキシピド服用中の為、セルベックスカプセルが処方されていたので疑義照会し今回セルベックス削除となった。	処方医がお薬手帳を確認していなかった、もしくはトロキシピドと成分名だった為薬効を理解してなかったことで、作用が類似する薬品が処方されたと考えられる。	毎回必ずお薬手帳の確認、患者への併用薬のヒアリングは重要と考えられる。	セルベックスカプセル50mg				その他		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1496	リンラキサーにて副作用歴があるにも関わらず、今回処方されていたので疑義照会して確認し、結果リンラキサーは削除となった。	処方されたクリニックのカルテに副作用歴があった旨が記載されてなかったと考えられる。	カルテに記載されていても見逃すことはあると思うので、ポップアップで表示する、該当薬品や類似薬が処方、調剤された場合にはチェック機能でひっかけるなどの対策が必要。	リンラキサー錠250mg				その他		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1497	イルアミクスHD服用中。LD処方だが、血圧変動なく医師からも特に説明はなかったとのこと。HDとLDの間違いではないか疑義照会。	名称類似による間違いに注意。	名称類似薬の調剤・監査時には特に注意をして調剤を行う。	イルアミクス配合錠LD「DSPB」	イルアミクス配合錠HD「DSPB」			医薬品		ヒューマンエラー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	処方箋を持って患者様来局。処方箋には一般名でセチリジン塩酸塩錠10mgが1錠就寝前14日分で処方されていた。患者様が持参したお薬手帳を確認したところ、今回処方箋発行元とは別の医療機関から処方されたザイザル錠を服用中であることがわかった。両薬剤は薬効が類似しており、このままでは副作用発現の恐れもあるため当該薬剤師が医師に疑義照会をした。それにより一般名によるセチリジン塩酸塩錠10mgの処方が削除になった。	医療機関側でのお薬手帳の確認において併用を見逃した可能性がある。	現在通っている他病院がある場合は、医師にお薬手帳を提示する際に、併用薬の病院名、どのような薬を飲んでいるかを伝えるように患者様へお伝え。	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
1499	皮膚の乾燥があり、一般名：ヘパリン類似物質クリーム0.3%が50g追加になった患者。応対時に本人に確認したところ、使用感が変わることに不安があり、以前使用していたヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」に変更を希望。患者本人の不安解消、アドヒアランス向上のため、処方変更が必要と判断したため疑義にて確認。ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」に変更可能と回答あり。			【般】ヘパリン類似物質クリーム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
1500	ツムラ人参等エキス顆粒1日9g分3毎食前の処方であったが、一包が2.5gの分包品の為、処方医に用量の確認を行った。名称類似の処方ミスであることが判明し、人参等栄養エキス顆粒1日9g分3毎食前と薬剤が変更指示があった。	処方内容の確認不足	薬剤名をしっかりと確認し処方を行う。薬局においても十分に薬剤名、用量等の確認を行い、必要があれば確実に疑義照会を行う。	ツムラ人参湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒（医療用）	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1501	誤）トライコア錠80mg正）トラゼンタ錠5mg処方箋の記載ミス	患者は6日前に退院しており、退院時処方にはトライコアの記載はなかった。患者からの聞き取りより、中性脂肪・LDL高値の指摘はなかった。 頭文字2字が同一で、類似名称品のトラゼンタと薬品相違の可能性もあったため疑義にて確認。トラゼンタに変更になった。	退院時処方を受け取る際は、薬情などと見比べて入院中の薬剤と大きな変更がないか注意する。	トライコア錠80mg	トラゼンタ錠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
1502	患者様のお薬手帳、薬歴情報からPL顆粒でのアレルギー歴確認。処方内容にPL顆粒に含まれるプロメタジンと類似薬のアレグラ、PL顆粒に含まれるアセトアミノフェンの記載あり。患者様に伺ったところ、先生にはアレルギー歴は話したとのこと。しかし念のためもう一度確認してほしいとのご要望あり。先生に患者様のアレルギー歴、本日PL顆粒に含まている成分と同じ薬のアセトアミノフェン、類似の薬のアレグラが処方されていると報告。服用可能か確認。先生から、アセトアミノフェン、アレグラは削除との指示あり。	医師がPL顆粒に含まれる成分を把握していなかった可能性あり。もしくは風邪薬のセット処方から該当薬を削除するのを忘れた可能性がある。	患者様のアレルギー歴・副作用歴を必ず確認するよう徹底する。また配合製剤については、含まれている成分を添付文書等で必ず確認する。アレルギー歴にある薬剤と同一成分または類似成分の薬剤が処方されていた場合は必ず疑義照会を行う。	アセトアミノフェン錠200mg「NP」 アレグラ錠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
1503	イニシンク配合錠とデベルザ錠が処方された患者が服用後頭痛がする。甘い物をとをと良くなるとの事だった。ドクターには話してないとの事で疑似照合　患者とドクター直接　話してもらい　薬剤師とドクターで意見交換後デベルザ錠のみに処変となる。			イニシンク配合 デベルザ錠		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
1504	投薬時に副鼻腔炎かと思い症状を聞いてみると、花粉症の症状が良くならないので薬を変えてみるとのこと。21日前にオロパタジンが30日分処方されていたため、名称類似のクラリチンと間違えて処方された可能性があった。疑義照会してクラリチン錠10mgに変更になった。	処方入力時の薬品名取り違い。	処方入力時、入力後の確認を徹底する。	クラリスロマイシン錠200mg「タカタ」	クラリチン錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1505	高血圧のためテルミサルタン40服用中の患者。今回血圧が172と高値だったため、アジルバ20が追加になった。ARB同士の併用となるため疑義紹介を行った。医師の勘違いにより同系統の薬を追加してしまったようで、テルミサルタン40・アジルバ20が処方削除となりアジルバ40に変更となった。高齢者に対して初回から高用量である事についても確認したが、一時的な処方である事・降圧が必要である事などから、高用量で処方することとなった。次の受診時、血圧が正常値に戻ったためアジルバ処方中止となった。	ジェネリック医薬品や同効で似たような名称の薬が存在し、医師も困惑することがあるようだ。	商品名・成分名の両方が分かっていれば問題ではない。医師も勘違いすることがある事を念頭において、必要に応じて疑義紹介を行う。	テルミサルタン錠40mg「EE」	アジルバ錠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
1506	今回他院より転院今までも呼吸器科にて喘息治療を行っており、口頭でdrにアドエアを使用していたといことで伝えたところdrが250ディスカスの見本を見せてそれを使用していると答えたようだ。そのまま250ディスカスが処方されていた為年齢から考えても処方薬としては不適当だと思い患者の母親に詳しく聞いてみたところ、詳しくはわからないとのこと。そこで初めておくすり手帳を出されて過去の処方薬を確認したら100ディスカスが処方されていた。その旨drに問い合わせを行い100ディスカスに処方変更となった。	患者(小児）への聞き取りでdrも見本は見せたものの形だけで判断して詳しくわからない状況で本人も返事をしたようで今回のような規格違いが処方された。付き添いの母親も形で判断して返事をしたようだ。	使用していた薬剤などは見た目だけでは判断しづらいもの、酷似しているものも多々あるので必ず商品名や規格まで確認をする必要がある。そのためにはおくすり手帳の活用が重要だと改めて感じました。	アドエア250ディスカス60吸入用	アドエア100ディスカス60吸入用			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
1507	ファロム錠200mg　分1　朝食後　35日処方されており、患者訴えが、足は腫れているが、鉄が下がってると言われたとの事。内容と用法がおかしいことから疑義照会⇒フェルムカプセル100mgに変更となる。	Drがpc操作を間違えたか、薬剤名称の記憶違いが考えられる。	薬剤師が患者からの情報収集を行なっており、ファロム錠200mgの用法を理解していたため疑義照会にて変更できたが、患者からの情報収集は当然であるが、類似名称薬に関しては適応疾患だけでなく用量・用法も知っておく必要がある。	ファロム錠200mg	フェルムカプセル100mg		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
1508	お薬手帳を拝見し他科受診で、類似薬を服用中だった。			フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1509	クラシエよく苡仁湯エキス細粒を処方。患者様は尋常性疣贅のためおかかりであったが、適応が関節痛、筋肉痛の適応である漢方をご処方になっていた。医師に疑義照会をしたところ、尋常性疣贅に適応があるヨクイニン散「コタロー」に処方変更になった。	尋常性疣贅に適応があるヨクイニン散とクラシエよく苡仁湯が名称類似品でまったく違った適応になる医薬品を誤って選択してしまったと考えられる。	引き続き処方内容についてお薬の適応を含め処方せん監査を行うようにする。	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
1510	目の痒みを訴える患者が薬局に持ち込んだ処方箋には、アズレン点眼液の記載があった。以前は同じ症状でアレジオン点眼液を使用しており、薬歴にも当該医薬品の使用歴が無かったため、記載ミスを疑い、医療機関側に疑義照会した。その結果、共通する頭文字による処方箋の記載ミスだということが判明し、医師の承諾を得て、患者にはアレジオン点眼液が提供された。	アズレンとアレジオンの最初の「ア」、頭文字が共通いていたため、処方箋に薬剤名を記載する際にミスが起こった。	酷似している薬品名に限らず、最初の一文字という共通点だけでも記載ミスが起こりうることを認識し、患者の症状と薬歴を念頭に置いたうえで処方鑑査を行い、適切な医薬品の管理と提供に努めること。	アズレン点眼液0．02%「わかもと」	アレジオン点眼液0．05%	記録などに不備があった	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
1511	残薬によりしばらく処方されていなかったウルソデオキシコール酸錠100mg「トーワ」が3錠朝食後で処方あり。1回量としては上限で服用可能だが、通常用法が毎食後であること、以前処方されていた時には毎食後であったため疑義にて毎食後へ変更となった。	○注意力散漫○単純なミス○焦り毎食後と朝食後の字面が似ていること、久々の処方であったため他の薬剤の朝食後処方分に纏めてしまった可能性あり。	通常用法用量であるかの確認と、以前処方されていた時などもともと蓄積されていた情報とを判断し処方を監査していく。	ウルソデオキシコール酸錠100mg「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
1512	他院でセレコックス100mgが処方されており、服用中である。医師にも伝えていたが、ロコアテープが処方された。 疑義照会にて、ロコアテープに内服薬と同等の効果と副作用がある旨を医師に伝え、ロコアテープからロキソニンテープ100mgへの変更となった。	処方医のロコアテープについての副作用の認識が不足していた。お薬手帳より、他院のセレコックス100mgの処方が確認できたので、薬局としては他の類似薬としてロコアテープの変更を考えた。また、家族からも本日の診察時に他院のセレコックスは服用継続して、併用してロコアテープを使用するように聞かれている事を確認できた。	お薬手帳の確認と、本人または家族からの情報に合わせ、医師に再度ロコアテープの副作用についてお話しし、他の湿布薬で代用してもらうなどの、薬局からの確認が大事であると思われる。	ロコアテープ	ロキソニンテープ100mg		知識が不足していた	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1513	セレコックス錠100mg　2錠分2　朝夕食後　7日分 カフコデN配合錠　6錠分3　毎食後　4日分	セレコックス錠100mgと、カフコデN配合錠につき、解熱鎮痛作用重複のため疑義照会を実施。フスコデ配合錠　9錠 分3毎食後 4日分に変更と確認 患者様からは「咳が酷く、わき腹の痛みが出ている」とお話あり。フスコデとカフコデの間違いが原因と考えられる。フスコデの方が1錠あたりのジヒドロコデインやメチルエフェドリンなどの鎮咳成分が含まれる量も多く、処方量にも誤りがあった。疑義照会の結果、期待されていた鎮咳症状改善効果が得られないなどのリスクを回避することができた。	医療機関における、名称類似薬処方時の再確認	カフコデN配合錠	フスコデ配合錠		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1514	セレコックス錠100mg　3錠分3毎食後の処方で用法逸脱のため照会したところ、病院受付の方の入力ミスと判明。正しくはセレキノン錠100mg 3錠分3毎食後	病院受付での入力ミス。名称類似による間違えと予測できる処方せんの見間違い	今回は用法逸脱から、処方間違いを発見できたが、同じ用法だと処方箋のみでは発見できない可能性がある。患者からの症状聴取をもとに、処方が適正か判断することが重要である	セレコックス錠100mg	セレキノン錠100mg	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
1515	他院からの転院の患者。[般]アトルバスタチン5mg1Tと[般]ドキサゾシンメシル酸塩錠4mg1Tが処方されていた。前医の処方Doのようだったが、降圧剤がドキサゾシン4mg1剤のみに疑問を感じたので患者に尋ねたところ前医からの処方内容指示書のようなものに、ドキサゾシン4mgではなく、カンデサルタン4mgの記載あり。処方医に問い合わせカンデサルタン4mgへ変更となった。	[般]ドキサゾシンメシル酸塩の先発医薬品名はカルデナリンであり、カンデサルタンと薬品名が似ていることから生じた間違えと思われる。	普段から処方内容を疑うことなく調剤・監査するのではなく、処方薬の適正を判断する必要があると考える。	ドキサゾシン錠4mg「サンド」「トーワ」	カンデサルタン錠4mg「サンド」	確認を怠った	知識が不足していた			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1516	【般】フドセミド錠20mg　3錠　分3毎食後　5日分の処方を受けた。通常、用法とは異なるので、患者に症状を聞いた。排尿痛、尿の濁りとの事。処方間違えが疑われ、疑義照会を行った。カルテにはフロセミドとの記入されているとの事。Drに確認してもらった。フロモックス錠100mgと誤り、記入していたとのこと。結果、【般】セフカペンピボキシル錠100mg 3錠　分3毎食後　5日分へと処方変更となった。	フロセミド(ラシックスの成分名）とフロモックスの名称類似による処方間違え。	類似名称の薬を把握する。過去の類似名称による事故を把握。疑わしいときは必ず疑義照会を行う。	フロセミド錠20mg「武田テバ」	フロモックス錠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.	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	
1517	「レボフロキサシン点眼1.5%」の一般名処方について、患者に病状をうかがったところ、「アレルギー」とのお話だった。過去にレボカバスチン点眼の処方歴があったため医師に照会し変更となった。	処方医は最近一般名処方を行いだしたばかりであった。薬品名のスタンプを使用されており、押し間違えたものと推察された。	患者に病状を確認して調剤を行う。医師にも名前が類似していることを再度確認いただいた。	レボフロキサシン点眼液1．5%「TOA」	レボカバスチン点眼液0．025%「TS」	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
1518	患者は8歳の幼児であったが、アモキサン細粒10% 6g 分3で処方されていた。患者に症状（耳垂れ）を確認の上、明らかに用法、用量が違うため疑義照会をした。アモキサン細粒10%ではなく、一般名 アモキシシリン細粒10%に変更になった。	薬剤名が似ているため入力間違いと思われる。	患者様に症状（幼児の場合は体重も）を聞き取り、薬剤、用法用量が正しいかを確認する。	アモキサン細粒10%	ワイドシリン細粒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
1519	H病院の医師より以下の内容の処方ありアモキサンカプセル25mg 朝・夕食後 2cap 10日分トランサミン錠250mg 朝・昼・夕食後 3錠 10日分カロナール錠200 200mg 発熱、疼痛時 2錠 3回分患者に受診理由を確認したところ、のどの痛みの為受診しただけであり、うつ病などの話はしていないとのこと。アモキサンカプセル25mgがアモキシシリンカプセル250mgとの処方間違いの可能性がある為、H病院へ問い合わせ。 H病院よりアモキサンカプセル25mgをサワシリンカプセル250mgに変更するよう返答あり。用法はそのままとのことだったため、サワシリンカプセル250mgは毎食後服用にしなくてよいか問い合わせたが、そちらはそのままで良いとのこと。	薬剤名、剤形、規格が類似しているため、医師が処方ミスをしたと考えられる。	薬剤をすべて一般名に変更し、新規薬剤を承認する際、既存のものと頭3文字が一致しないようにするなどのルールを定める。	アモキサンカプセル25mg	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
1520	咳が止まらないということで呼吸器科の病院に新規で通院した患者さんがネキシウム20mgを含む処方箋を持参した。この患者さんは別の病院の消化器科でブロスターM20mgを服用していた。呼吸器科の医師に何か服用に関して指示があったか患者に確認したが「特に何も言われていない」という回答だったので、疑義照会して似たような胃薬が出ているので処方内容の確認をした。呼吸器科の医師からの回答は消化器科のブロスターを休ませてネキシウムを服用するように指示を受けた。	おそらくお薬手帳は病院で確認していなかったと思われる。もしかしたら患者に服用方法を指導していたかもしれないが、患者には伝わっていなかった。	いつもと別の医院の処方を持参した時は併用薬に重複などないかしっかり確認する。	ネキシウムカプセル20mg	ネキシウムカプセル20mg	記録などに不備があった				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1521	指の関節が痛いと患者が訴え、整形受診。9/2整形外科で（般）ベンズブロマロン（50）1T　朝食後　14日処方あり。7/2より内科にて尿酸値高いと指摘されフェブリク（20）開始され服用中。整形医師に薬手帳は見せたとのことだったが、特に説明がなかったとのこと。念のため疑義照会したところ、（般）ベンズブロマロン（50）削除となった。	患者様は医師に薬手帳を見せているが、医師の方で確認不足であった様子。	科の違う医師からの類似薬の処方は、念のため確認する	ユリノーム錠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
1522	妊娠はしていないが、妊娠の可能性のある患者に対し、ジクロフェナクが処方されており、妊娠前期であれば処方可能であるロキソプロフェンに変更となった。	NSAIDsは妊娠後期に禁忌であることが多いが、ジクロフェナクは妊娠していれば禁忌であるため、その旨を処方医に確認を取り変更することとなった。	薬効の似た薬剤でも妊婦に使えるものと使えないものがあるため、異なる禁忌のあるものや薬効のあるものについて知識を深めることが重要である。	ジクロフェナクNa錠25mg「サワイ」	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「ファイザー」	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
1523	同じ医院と内科を受診。皮膚科でジルテックとメキタジンの処方があり、内科からタリオンの処方あり。どちらも14日分で処方。類似薬が重複して処方されているため医院に確認し、内科のタリオンが削除	○医院での処方内容の把握ミス	先確認で処方内容を確認したことで、類似薬処方確認できた。他科からの処方内容をよく確認してから調剤、入力にとりかかるようにする	タリオン錠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
1524	不眠の訴えがあり当該診療所を初めて受診。ゾルピデムとデベルザが就寝前の処方だったが、デベルザは通常朝に服用することと、患者は医師から血糖値などに関しての説明は無かったとのことで疑義照会。その結果、デベルザからベルソムラに処方変更になった。	商品名が類似していることと、規格が20mgで同じことから、処方医が混同して入力を誤ってしまったものと思われる。	通常と異なる用法や用量の処方があったときは、患者への聞き取りをより一層詳細に行い、それでも解消しない時は積極的に疑義照会を実施するべきである。	デベルザ錠20mg	ベルソムラ錠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
1525	以前軟膏を使った際に副作用が出たことがあると投薬時に聴取した。患者は名称は不明とのことだが外観が紫のような赤っぽいようなふたであると聴取した。アンフラベート軟膏がその外観に似ていたため、疑義照会。外観の異なるマイセラ軟膏へと処方変更になった。			アンフラベート0．05％軟膏	マイセラ軟膏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「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	
1526	処方でサルコートカプセル外用が90日分で処方。患者様に確認したところ口腔内乾燥について市販の商品で改善した話はDrにしたが、それ以外はしていない。添付文書の使用上の注意で3週間で効果ない場合中止とあるため日数が長期すぎるかつ、患者様の話と処方薬と関連がなかったため疑義紹介。結果処方薬は削除になった。	処方削除のためはっきりとわからないが、口腔内乾燥の話をDrとしていたので、類似薬のサリベートと間違えたのではないか。	患者様の話をしっかりときき処方の妥当性についてつねに考える。添付文書を確認し処方日数や使用上の注意で問題ないか確認する。	サルコートカプセル外用50μg				医薬品		ヒューマンエラー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	適応のない類似医薬品が処方されたので疑義照会で確認して変更してもらった。	先発品モニラックのGEであるラグノスゼリーは先発同様に男性の便秘症に適応がないが、別途に臨床試験をおこなったラグノスNFゼリーには慢性便秘症の適応がある。	先発品とGEでは適応症が異なる場合があるので、違いを理解しておくことが求められる。	ラグノスゼリー分包16.05g	ラグノスNF経口ゼリー分包12g		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
1528	ツムラ桂枝加芍薬湯が初めて処方され、患者に聞き取りしたところ、足がつるので処方してもらったと確認できた。薬と症状が合っていないので疑義照会したところ、ツムラ芍薬甘草湯に処方変更となった。	漢方薬の選択の間違いと思われる。	漢方薬の使い方は多様であり、また名称が類似する薬剤も多いので、初めての処方の時は必ず確認するようにし、疑問がある場合は疑義照会を行うようにする。	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
1529	この度、小児科の処方せんにてモンテルカストチュアブル錠が14日分処方されたが、耳鼻科より処方されたモンテルカストチュアブルを服用中であるとのことと、耳鼻科へ継続受診されることが聞き取りで確認できたため、小児科医に疑義照会し、処方削除となった。	小児科と耳鼻科は同時に受診されることが多く、処方も似ていることが多いため、同効薬の重複投与に注意する必要がある。	お薬手帳の活用と患児の保護者に対する聞き取りを徹底する。	モンテルカストチュアブル錠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
1530	クラリチンDSの用量過多かつ用法不適、抗アレルギー剤重複の為問い合わせ。問い合わせの結果、クラリチンDSからクラリスDSへ処方変更。	クラリチンとクラリスの薬品名が似ていた為に医師による処方間違いが起きたと疑われる。〇単純なミス	今後、小児の年齢や体重から用量・用法の確認、併用薬の確認をすることが重要と考えられる。	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			医薬品		ヒューマンエラー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	泌尿器科へ初診の患者さん。「ウブレチド錠5mg 6T 分3 毎食後 17日分」の処方。ウブレチド錠は泌尿器科で30mg／日を使用することがありえない薬剤のため問い合わせ。カルテには「尿をアルカリ化するためにウラリットを処方」との文言があり。ウブレチド錠5mg←→ウラリット配合錠の入力ミスであることが発覚。	ウ・・・トという似たフレーズの薬同士のため、薬剤を入力する画面で選択を誤ったと考えられる。通常、3文字検索を用いるハズだが、どのような操作で今回の事例に至ったかまでは不明。	ウブレチド錠が6T 分3で処方されることは極めて異例であることを、他のスタッフにも周知徹底しておく。（とくに、泌尿器科では1日5mgまで）	ウブレチド錠5mg	ウラリット配合錠				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.	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	
1532	スピロペント錠10μgを誤って選択し【般】スピロノラクトン錠25mgで処方せん発行	○処方せんの見間違いその他処方内容　アスベリン錠20　トランサミン錠250　アンブロキソール塩酸塩錠15　の処方にスピロノラクトン錠25mgの処方があり患者に症状聞き取り疑義にて確認したところスピロペント錠10μgの間違いであることが発覚	一般名処方は類似した名前があるため患者からの聞き取り怠らないようにし処方監査を行う	アルダクトンA錠25mg	スピロペント錠10μg			医薬品		ヒューマンエラー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	リバスタッチパッチ4.5mgが追加となった。以前、他の精神科からイクセロンパッチ9mg出ていたことがあったが、かぶれのため中止となった経緯があった。レミニールに変更となったが、服用により症状の悪化が見れらたため中止していた。認知機能低下が著しく、家族より薬の再開の希望があったため、医師は貼付場所を変えることを指導して処方された。保湿の必要性をあると判断し照会により、ヘパリン類似物質油性クリームを追加調剤した。精神科からはヘパリン類似物質油性クリームも出されていたが、かぶれが起きており、塗り方の指導も行った。	医師側：かぶれたのは同じ場所に貼ったためと理解したため、保湿クリームの処方の必要性を認識していなかった。患者側：保湿剤の正しい塗り方を理解していなかったため、皮膚の状態を良好に保てなかった。	医師への情報提供を行い、正しい保湿で副作用の回避ができる事を理解してもらう。	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」		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1534	メトトレキサートが7日分処方されているが、他の薬剤も7日分で処方となっている。メトトレキサートは1日分ではないかと考え疑義照会し、1日分に変更となった。	処方元は7月にも類似したミスをしている（別途報告済）。当薬局は門前薬局ではないため、その当薬局だけで2件目であることから相当数ミスを繰り返していないか案じている。		メトトレキサートカプセル2mg「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			ヒューマンエラー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	69歳の患者に対して一般名「フェキソフェナジン塩酸塩錠30mg」分2朝夕食後が処方され、年齢に対し少量であるため監査時に疑義照会。結果「フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg」分2朝夕食後へ変更	類似した事項が以前にもあった。		フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「EE」				医薬品		ヒューマンエラー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	低カリウム血症でスローケーを継続服用していたが、当該薬が製造中止になったため、代替薬への処方変更があった。初期鑑査でアスパラCA錠が処方されていることに気づき、アスパラカリウム錠の間違えと判断し疑義照会を行った結果、アスパラカリウム錠に処方が変更になった。	医薬品の名称が似ているために生じた医師の入力ミスと考えられる。○単純なミス	患者の体調変化を薬歴に残し、検査値などを記録しておくことで、処方の妥当性を判断することができる	アスパラ－CA錠200	アスパラカリウム錠300mg	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1537	骨密度の検査が改善していたので骨の薬を中止しますと処方医からいわれたが ビビアントは削除 エディロールは継続 エパロースが中止	医薬品の名前が似ていて処方医の入力ミス	薬剤変更の場合本人に説明をきいてるか確認	エディロール0.75μ		確認を怠った	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
1538	当薬局を初めて利用する患者が来局した。処方内容はビラノア錠20mg1錠分1朝食前とモメタゾンフランカルボン酸エステル点鼻液50㎍56噴霧用1瓶1日2回、1回2プッシュ両鼻腔にであった。通常モメタゾンフランカルボン酸エステル点鼻液は1日1回噴霧なので疑似義紹介した。1日1回、1回2プッシュに用法変更となった。	入力ミスのようであった。	引き続き、おくすり手帳や患者への聞き取りなどの情報を収集することにより、処方内容に誤り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に対してお薬手帳の有用性を説明し活用してもらう。	モメタゾン点鼻液50μg「杏林」56噴霧用	モメタゾン点鼻液50μg「杏林」56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
1539	添付文書において1日1回食後服用と記載されているロラタジン錠 10mg（以下ロラタジン錠）が1日2回 朝夕食後で処方されていた。用法の確認のためDrに連絡した所ロラタジン錠からクラリスロマイシン錠 200 mg（以下クラリスロマイシン錠）へと変更となった。	ロラタジン錠の先発品がクラリチン錠であるため、似たような名前であるクラリスロマイシン錠へと打ち間違えた可能性がある。ロラタジン錠などの抗ヒスタミン薬は風邪症状に使われる薬剤と一緒に使われることは少なくないので入力の際にエラーをすり抜けたことも考えられる。	今回のように用法の異なる薬剤の場合は念のため、Drに添付文書の情報を提供し、処方された用法で良かったのか確認をとっていく必要がある。また、用法が似ているものも少なくないので風邪症状でも一人ひとりの情報を服薬指導の中から収集し、医師の処方意図と患者の症状が合致するのかも検討していくべきである。	ロラタジン錠10mg「EE」	クラリスロマイシン錠200mg「日医工」			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
1540	痛風の発作疑いによる足の痛みにインテバンSP処方するところイトリゾールカプセルを処方。1日2回、食後の用法であったのと患者様へのインタビューの結果から処方薬を疑義照会。ただし当薬局にインテバンSP在庫なく土曜日だったため入庫も難しかったため、類似薬品のボルタレン錠に変更を医師にお願いした。	パソコンで入力の際確認ミスかと	引き続き患者様への聞き取りと処方監査を徹底する。	イトリゾールカプセル50	ボルタレン錠25mg		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
1541	頻繁に受け付ける医院より普段目にしない内容の薬品名で処方があり（ジェネリック商品名で記載）同じものがなく採用の別のメーカーでお渡ししていいか患者に確認したところそもそも欲しかったのは真菌薬であることがわかり問い合わせにて薬が変更となった	似た名称の医薬品であり医院が処方の際に間違えた可能性	普段見ない名称の処方の際は患者の希望なのか早めに気に掛ける必要あり	ルリクールVG軟膏	ルリコンクリーム			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1542	セレクトール100mgが定期の薬と一緒に新規で処方。血圧は140/76と高めだが、医師には変更追加の話は聞いていない。腰痛の薬を処方すると言われたらしい。疑義照会にて確認。セレクトール100mg2錠からセレコックス100mg2錠に訂正となった。	医師がセレクトール100mgとセレコックス100mgを処方する際に「セレ～100mg」と似た名前だった為、コンピュータの画面で選び間違えて、確認を怠りそのまま処方箋を発行してしまった。	薬の変更、新規処方の際は、患者への問診を念入りに行い疑問があれば医師に確認をする。	セレクトール錠100mg	セレコックス錠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
1543	今までずっと「アーチスト錠2.5mg 1錠」とそのほかの薬を服用していた患者さん。FAXで届いた処方箋には、「一般名：カルベジロール錠10mg 1錠」と他の薬が記載されていた。カルベジロール錠10mg「サワイ」を調剤し、来局した患者さん確認すると、担当医から薬の変更は聞いておらず、血圧も少し低いくらいで安定しているとのこと。念のため疑義照会すると、パソコンへの入力時に、先発名を入力せず一般名で入力したため、規格を間違ってしまったとのこと。「一般名：カルベジロール錠2.5mg」に処方が変更になり、カルベジロール錠2.5mg「サワイ」を調剤し、お渡しした。	今まで先発で処方されていた薬が一般名処方に変更になった場合は、処方箋をよく確認する必要がある。	似た名前の一般名もあるので、よく確認する必要がある。	カルベジロール錠10mg「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
1544	処方が2種されていたが、症状に合う薬が処方されておらず。	医師の処方忘れ		なし なし	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「ニプロ」 スピラゾンクリーム0．3%				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1545	皮膚科からザイザル錠が処方ざれていたが、内科からアレロックOD錠が処方されたため疑義が生じ、照会した。結果、アレロックOD錠は削除された。	金曜日という事もあって、いつもに増して受診患者数が多かった。内科医師に併用薬の情報が届いていなかった可能性もある。	お薬手帳の確認、患者からの聞き取り（併用薬情報）をしっかり行い、重複や類似医薬品の服用がないか確認する。	アレロック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
1546	6歳の小児にアレジオン錠20mg1錠分1で処方された。疑義照会したところアレロック顆粒 5mg分2 に処方変更となった。	休日に救急受診した小児患者さんに間違ってアレジオン錠が処方された。アレジオンとアレロック顆粒は名称の始めが類似しているため処方時に選択間違いがあったと思われる。類似名称薬については特に注意が必要と再度認識した。		アレジオン錠20	アレロック顆粒0．5%			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.	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	
1547	内科の処方箋持参の患者さん。リリカOD錠25mg4錠　分2　35日分の処方あり。同じ病院の整形外科より類似薬タリージェ錠2．5mg処方あり（調剤当局）。疑義照会しリリカOD錠削除となる。	同じ病院でも科が異なると薬重複することある	併用薬については引き続き患者さんと確認していく	リリカ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
1548	一般名ベポタスチンベシル酸塩錠10mgが処方されたが、投薬時患者様に確認したところ、思い当たる症状が無かった為疑義したところ、一般名ベタヒスチンメシル酸塩錠12mgであったことが判明し変更となった。	一般名ベポタスチンベシル酸塩錠、一般名ベタヒスチンメシル酸塩錠似通った一般名の為に、処方入力時に誤って入力されたと考えられる。	投薬時には必ず薬がどのような症状・意図で出されたかを患者様に確認をとる。	ベポタ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12mg「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
1549	一般名処方にてベポタスチンベシル酸塩錠10mgが処方、用法が1回1錠1日3回毎食後であったため患者に確認したところめまいがするため、めまい止めの薬を処方しておくと医師から話しがあったと聞き取り。疑義紹介実施し、ベタヒスチンメシル酸塩錠12mg1回1錠1日3回毎食後へ変更となった。	薬品名類似		タリオン錠10mg	メリスロン錠12mg			医薬品		ヒューマンエラー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	アデホスコーワ腸溶錠60mgを定期でもらっている患者さんが、ATP腸溶錠20mgの処方箋を持ってこられた。ヒアリングすると特にDrから変更のお話は無かったとのこと。処方間違いの疑いのため疑義照会し、定期のアデホスコーワ腸溶錠60mgの処方に変更となった。	Drのカルテが間違えたのか、病院事務の入力が間違えたのかはわからないが、定期の処方が理由なく変更になっていた。薬剤師として疑問に思い疑義照会するべき事項である。病院のレセコンの薬選択時に規格違いや名称が似ている薬が間違えて選択されていることはよくあるので注意が必要である。	改善点は病院側にあるので、薬局としては処方箋の間違いに気付けるよう経験を積んでおくことだと思う。	ATP腸溶錠20mg「AFP」	アデホスコーワ腸溶錠60		その他			ヒューマンエラー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	風邪の症状でダントリウムCapが処方されており、患者様に確認したところ、ダンリッチという薬剤を希望されたとの事でした。すぐに処方医へ疑義紹介を行い、ダントリウムCapは処方削除となりまし。	風邪の症状でダントリウムが出たことで、疑問に思い念のため確認を行ったことにより、今回の処方が誤りであったことが確認できた。ダンリッチという薬剤が現在販売されておらず、似た雰囲気の薬剤を誤って選択したものと考えられる。	患者様の様態をしっかり確認したことにより、事前に回避できた。	ダントリウムカプセル25mg		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医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1552	レグテクト333mg2錠夕食後の処方。そのまま調剤し、服薬指導へ。患者様より飲酒はしていない、足がむずむずするということで受診したという話からレグナイト300mgではないか考えと病院に問い合わせ。Drよりレグナイト300mgへ変更の指示があり患者様には正しい医薬品をお渡し出来ました。	レグナイトとレグテクトは類似名称なのでオーダーする際のミスだと思われる。	類似名称だとしても用法用量が異なるのでそちらから判断できる事例でもありました	レグテクト錠333mg	レグナイト錠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
1553	医院で患者自身がくるみアレルギーによる痒みを訴え、ディレグラ配合錠を希望した為に処方。薬局側ではディレグラ配合錠にアレルギー性鼻炎以外の適応がない為、医師に疑義照会をして他の抗アレルギー剤への処方変更を申し出た。	医師はディレグラ配合錠をアレグラ錠と成分が類似している為、エフェドリンの存在に重点を置かずに適応が同じだと思い込みで判断して起きた事例です。	医師、薬剤師ともに自信のないときは今日の治療薬や添付文書を確認すれば防げた事例です。薬の効能、効果、副作用だけでなくしっかり適応についても勉強しましょう。	ディレグラ配合錠	アレロック錠5mg	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		ヒューマンエラー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	膀胱炎にて泌尿器科受診患者。膀胱炎改善後にブラダロン錠200mgが新規に処方。他HPにて定期のベタニス錠50mgを服用していることを薬局情報にて確認。類似薬剤となるため、副作用リスク上昇を考えDr疑義照会にてベタニス50mgを定期服用していることをお伝え。今回新規での処方であったブラダロン錠200mgは中止で対応するように指示あり。	泌尿器科Drが当患者の服用薬剤の把握ができていなかった。お薬手帳の活用がうまくなされていなかった。	病院への受診の際にはお薬手帳をみせるように指導。	ブラダロン錠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
1555	6/10皮膚科の処方でユーパスタ軟膏が処方されているが、乾燥で使用されていることから医師のミスを疑い、患者さんに説明。そのときは患者様の希望で医師に連絡はしていなかった。患者様から医師にしっかり伝えていただけたようで、6/24の皮膚科の処方箋ではパスタロンソフト軟膏20に変更されていた。	「パスタ」という類似している言葉から医薬品を間違えたか。	引き続き、患者様の聞き取りに時間を割き、処方内容に違いがないか確認していく。また、こちらから疑義照会できるよう患者様からの信頼を得ていく。	ユーパスタコーワ軟膏	パスタロンソフト軟膏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
1556	フランカルボン酸モメタゾン軟膏0.1%「イワキ」とヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」の混合処方。混合によりブリーディングあり。病院に確認を取ると今まで同処方で何度かお渡ししていたとのこと。しかし、安定した薬効が得られないため疑義し、ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」をヒルドイドソフト軟膏0.3%に変更して混合しお渡しした(ブリーディングなし)。	フランカルボン酸モメタゾン軟膏0.1%「イワキ」の医薬品情報だけでは混合による配合変化が見つからなかった。混合前にヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」の情報も確認すべきだった。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」のインタビューフォームに他剤との配合変化についての記載があるため、混合前に確認を怠らないようにする。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1557	患者（2歳の子供）が風邪をひき、近くの病院を受診。そこでは原因菌種を特定する検査ができないと言われるが薬をもらう（他薬局）。当日のうちに検査のできる他の病院に受診。そこでも薬をもらう（当薬局）。投薬終わって帰る間際、家族の会話から2つの病院に受診したことに気付き、患者にヒアリングし、似た処方であったため最初に受診した方の処方を疑義照会で削除する。	風邪の臨時薬で同日2か所の病院を受診していると予想しなかった。お薬手帳に先にかかった病院・薬局処方情報がなかったため判断できなかった。	症状のほかに当日朝からの行動についても投薬中に聞く。（併用薬については聞いたがまだ飲んでないため患者に併用薬としての認識がなかった）	カルボシステインシロップ5%「タカタ」 アセトアミノフェン坐剤小児用100mg「JG」 アンブロキソール塩酸塩内用液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
1558	ご家族と来局。前回の退院時に薬がだいぶ減っていた。今会、処方内容が増えて一包化してほしいとの要望。処方道理に調剤したが、投薬時にご家族が薬がだいぶ増えておかしいとのこと。疑似紹介したら、入院前の薬を間違えて処方してしまっていた。	たぶん医師は新たに処方するのでなく過去の処方をコピーしていると思われる。その後、確認せずに処方を発行するので、本人やご家族との確認が重要	薬の変更時は、前回からの経緯をチエックを確認する。 疑わしい場合は必ず四肢に疑義	アリピプラゾール錠3mg「アメル」 パキシルCR錠12．5mg	アリピプラゾール錠3mg「アメル」 パキシルCR錠12．5mg	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	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
1559	肝障害の既往歴がある患者様に対して、レミニールOD12mg 2T×2の処方。	肝障害の既往歴がある患者様に対して、レミニールOD12mg 2T×2の処方。疑義照会にて、レミニールOD12mg 1T×1に処方変更となった。前回は12mg 1T×1で5週間服用していた。履歴よりC型肝炎の既往歴あり。添付文書より、中等度の肝障害に対する服用法と類似しており、最大量16mgを超過していたため、疑義照会を行った結果、減量となった。	今回はその場にいた薬剤師全員が該当患者の既往、服用歴を把握していたため対応をスムーズに行うことが出来た。引継ぎや普段のコミュニケーションが大切である。	レミニールOD錠12mg				医薬品		ヒューマンエラー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	当帰芍薬散エキス顆粒が初めて処方されていた。投薬時、症状について確認を行ったところ寝ている時に足が攣る事を処方医に相談してところ漢方薬の処方となったとの申し出があった。当帰芍薬散に筋肉の痙攣による疼痛緩和の効能はなく、処方内容と矛盾している為、疑義照会を行った。芍薬甘草湯エキス顆粒へ変更となった。	当帰芍薬散、芍薬甘草湯が名称類似の為入力時に誤って入力したようだ。	引き続き、投薬時の聞き取りやお薬手帳の確認など情報の収集を行うことにより処方内容を確認していく。	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）		その他			ヒューマンエラー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	症状、部位及び母親の話より1剤だけの処方とは考えられず、疑義照会を行ったところ、医師の処方忘れであったことが判明。新たに軟膏MIX剤が追加処方となった。	患者の話と処方箋内容に矛盾がないかよく検討することが大切である。	患者の話をよく聞く事。	リンデロンーV軟膏0．12%	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」 ボアラ軟膏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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1562	元々スーグラとテネリアを使用していた患者。カナグル(100)に処方変更になっていたが、患者に聞いたところ2剤が1剤にあわさると聞いていたとのこと。疑義照会した結果、カナリア配合錠に変更。	内科の電子カルテにて、「かな」と打ってでてきた薬を選んでしまったのだろう。類似名称に対する間違い。	薬局でも、数値や患者の訴えを聞き、処方内容が正しいかどうかしっかり確認する。	カナグル錠100mg	カナリア配合錠			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
1563	ラグノスゼリー　48g分2　と処方箋記載。ラグノスゼリー　1包16.05gであることから疑義照会。ラグノスNFゼリーの処方間違いであることが判明。	名称が類似しているため、病院での処方入力時に誤ってしまったと思われる	類似医薬品名の周知徹底	ラグノスゼリー分包16.05g	ラグノスNF経口ゼリー分包12g		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
1564	ヘパリン類似物質スプレーが処方されていた。患者様からスプレーは使用しにくいので、ローションに変更してほしいと申し出あり。医師に疑義照会し、ビーソフテンローションに変更となる。	医師と患者様間でスプレーかローションかをきっちり話ができていなかった。	医師は患者様に外用薬の種類をその都度確認して、処方する。患者様も医師に自分自身がどのような外用薬が使用しやすいか、きっちり医師に伝える。	ヘパリン類似物質外用スプレー0．3%「日医工」	ビーソフテンローション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
1565	ドネペジル5mgが処方されている患者に新たにイクセロンパッチ4，5mgが処方されたため処方医に疑義照会する。 その後処方取り消しとなる。	類似薬の服用に際して添付文書の確認は必要。		イクセロンパッチ4．5mg		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
1566	薬局来局時、ケトプロフェンテープ20mgの使用部位に、テープ剤の形で赤く炎症が見られた。2月、3月、6月にも処方歴あり、以前から光線過敏症に対しての注意喚起は行なっており、当初は見られなかった。今回、光線過敏症の症状に類似しており医師に疑義照会。ロキソニンテープに変更となった。	赤い炎症を医師に伝えているかは不明。	今後も投薬時に副作用の有無を確認し、必要に応じて医師に報告、薬剤の変更を提案していく。	ケトプロフェンテープ20mg「三和」	ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg「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
1567	クロチアゼパム　150mg　分3という処方が記載されており、量が過量なため15mgか薬剤名が違うのか問い合わせ、クロルプロマジンとの書き間違いと発覚。	一般名処方で類似薬との入力ミスが発生、力価処方、手書き処方。	薬剤名だけでなく規格に意識し、調剤監査を行う。問い合わせを行う場合にも、量のミスと決め付けずに薬剤のミスの可能性等よく考えて問い合わせを行う。また書き間違いとのことなので同様のミスが起こる可能性があり、薬局内で情報を共有した。	クロチアゼパム錠5mg「トーワ」	クロルマジノン酢酸エステル徐放錠50mg「三和」	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「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	
1568	いつも硝酸イソソルビドテープが処方されている患者様に、硝酸イソソルビド錠が処方されていた。患者様は変更は聞いていないとのことで疑義照会。いつもどおりの硝酸イソソルビドテープへ変更となった。	医師が処方箋入力時に誤って同じ名称の剤形が違う薬剤を選択してしまったものと思われる。	処方箋の入力はPCでの検索であるため、やはり類似の名称の薬剤や剤形違いの薬剤が処方されてしまうことがある。薬局では以前の処方内容を確認の上患者様から聞き取りをし、疑問点があれば疑義照会する必要がある。患者様とのコミュニケーションを重視していく。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	硝酸イソソルビドテープ40mg「サワイ」			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
1569	チザニジン錠1mg「サワイ」（先発：テルネリン錠）の処方が1錠1×朝食後ででた。患者に確認したところ、肩こりなどの症状はなく、糖尿病薬を処方すると聞いていると言うことで疑義が生じた。結果として、テネリア錠に変更となる。	テネリア錠のオーダリング選択時に、名称類似のテルネリン錠を選択し、そのジェネリックであるチザニジン錠1mg「サワイ」を選択した可能性があると思われる。	・名称類似商品の薬局内情報共有・通常の用法とは異なる場合の疑義の徹底	チザニジン錠1mg「サワイ」	テネリア錠20mg	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
1570	全部で6剤処方されていた中にガスロンN・OD錠(2)が含まれていた。お薬手帳より他院からレバミピド錠(100)の投与を受けていることを確認。類似薬であるため疑義照会を行い同薬中止となる。	診察時に患者がお薬手帳を見せていたか否かは不明。医療機関側の確認漏れの可能性もある。	特になし。	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
1571	当薬局を2度目に利用する患者が来局した。処方内容は、「一般名」ヘパリン類似物質外用液0.3%とネリゾナユニバーサルクリーム0.1%を混合して塗布するものであった。当該処方は初めての処方で患者は処方医から特段の説明は聞いていないし、希望も言っていないとのことであった。患者が高齢ということもあり処方通りだと粘度が低すぎて思うように塗布できない可能性が考えられ、「一般名」ヘパリン類似物質軟膏0.3%を「一般名」ヘパリン類似物質外用液0.3%と間違えて入力した可能性も考えられるため疑義照会をした。「一般名」ヘパリン類似物質軟膏0.3%に変更となった。	「一般名」ヘパリン類似物質軟膏0.3%と入力するところ、「一般名」ヘパリン類似物質外用液0.3%と入力したようだ。	長い一般名の場合は文頭の数文字のみで確認しがちです。一般名全体や名称末尾からも確認するなど、再確認を徹底すべきと考えます。	ピーソフテンローション0．3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1572	一般名処方でフェロベリン配合錠が1錠　分1朝食後で50日分処方あり。新規処方薬であり、処方日数も長いことから疑義照会を行ったところ、フェロミア錠の間違いである事が発覚。処方変更となった。	一般名にすると違う薬剤名になるが先発品名がフェロベリンとフェロミアと似ているため、入力ミスが起こった可能性が高い。	少しでも疑問点がある場合は必ず疑義照会を行う必要がある.	フェロベリン配合錠	フェロミア錠50mg			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	
1573	当院でオロパタジン塩酸塩OD（5）が処方されていたが、他院でベポタスチンベシル塩酸塩錠10mgが服用されていたが、ベポタスチンベシル塩酸塩錠をベタヒスチンメシル酸塩錠（12）の眩暈の薬と勘違いし、重複していることに気付かずに交付してしまった。数分後に、お薬手帳のコピーを再度みると、他院の薬は皮膚科の処方であることに気付き、再確認すると、ベポタスチンベシル塩酸塩錠は、タリオンの後発品であることに気付いた。直ちに疑義照会後、当院のオロパタジン塩酸塩OD（5）の処方が中止、削除になった。患者さんへ電話し、オロパタジン中止の旨を伝え、回収した。	他院のベポタスチンベシル塩酸塩錠（：タリオン錠のジェネリック）を当院の耳鼻科でも眩暈に処方されるベタシスチンメシル酸塩錠と思い込み、当院処方のオロパタジン塩酸塩OD（5）との重複に気付かず、交付してしまった。本日、遠方での研修会に電車で行く予定で、業務的にも忙しい時間帯であり、2分後に退勤、また電車に間に合うかなど、時間への焦りがあったと思われる。	今後は、他病院の科名（：今回は皮膚科）を確認し、その患者さんがどういう疾患、病気で薬を飲んでいるのかを再確認する、またジェネリックの類似名称に気を付ける、どんなに忙しい状況でも焦りは禁物、患者さんの安全を優先し、お薬手帳の内容をきちんと正確に把握するようにします。	オロパタジン塩酸塩OD5mg「アメル」		判断を誤った	知識が不足していた 通常とは異なる心理的条件下にあった		その他	ヒューマンエラー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	循環器内科でジャヌビア錠50mgが追加された。患者には医師より「おしっこを出す薬を処方する」と説明あり。腎臓内科ですでに同じDPP4阻害薬のエクア錠50mgが処方されており、ジャヌビアではなくSGLT2阻害薬のジャディアンスと間違えている可能性もあるので疑義照会したところ、ジャヌビアからSGLT2阻害薬のカナグル錠100mgに変更となった。	他の科で処方されている糖尿病薬を知らなかったか、頭文字が似ている薬を間違えた可能性がある。	お薬手帳や患者から、併用薬や医師からどう説明を受けているかを確認し、安全に飲めるものなのか常に検討していく。	ジャヌビア錠50mg	カナグル錠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
1575	戻当該患者は糖尿病の治療のため、スージャヌ配合錠とエクメットLD配合錠が処方されていた。初回はそのまま投薬してしまった。のちに支払基金から返戻が来たので、処方医に疑義照会。そのまま投薬するように指示があった。その後もそのまま処方が続いていたので、再度疑義照会を行ったところ、その次の処方からスージャヌ配合錠が削除となった。	類似薬剤が処方されていたが、合剤であったため、重複に気付けなかった。	類似薬理作用の薬剤の重複については普段から細心の注意を行う。特に合剤での処方の場合、見逃してしまう可能性が高くなってしまうので、構成薬剤の確認を常に行うようにする。	スージャヌ配合錠		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
1576	当初処方箋には「フルティフォーム50エアゾール56吸入用」が処方されていたが、当該患者は以前より一般名「フルチカゾン点鼻液50µg56噴霧用」を使用しており、用法も「点鼻」であったため疑義照会し医療機関側の入力ミスであることが判明。以前より使用している「フルチカゾン点鼻液」に訂正し調剤した。	処方薬の頭文字が「フル」で類似し、規格、容量も「50」「56」と同じであったための入力ミスであると思われる。	処方箋を受けた際、処方薬から判断される病名と、当該患者の疾患の整合性、用法等が合致しているのかを総合的に判断し、疑義がある場合には積極的に疑義照会することの重要性を改めて申し合わせた。	フルティフォーム50エアゾール56吸入用	フルチカゾン点鼻液50μg「サワイ」56噴霧用			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1577	ツムラ炙甘草湯エキス顆粒　7.5g分3毎食前　14日分の処方箋を持参。患者様へのヒアリングにて「こむら返り」に対しての服用であることを確認。炙甘草湯は通常、動悸・息切れの症状に使うため薬効的に相違があり、1日量も9.0gであるため「芍薬甘草湯」の間違いであることを推測して疑義照会した。	ツムラ炙甘草湯と芍薬甘草湯は名称が似ているため医療機関での入力時に誤りが発生したものと思われる。	・投薬時に患者様へのヒアリングをしっかり行い、処方内容が正しいものかどうかの確認を徹底する必要がある。	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）			医薬品		ヒューマンエラー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	エクメット配合錠HDを服用してる患者に対してカナリア配合錠の追加処方。カナグル錠の併用がないこと、エクメット配合錠とカナリア配合錠でDPP－4阻害薬の処方が重なってることから疑義照会。医師がすでに帰宅しており、カルテはその通りなのでそれで大丈夫ですと言われるも、医師に確認するように伝えて医師に電話で確認してもらった。カナリア配合錠からカナグル錠に変更。	名前が似ておりそれに伴うミスであると考えられる。疑義照会の時に医師が不在でカルテと合ってるからといわれたが、医師に確認するよう伝えた。		エクメット配合錠HD 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
1579	処方せんにはクラリチンと記載があったが、実際はクラリシッドだったことが判明。用法から間違いに気づく。	名前の似ている薬だったので医療機関が間違えたのだろう。	薬局としても気を抜かず、処方箋に疑わしいところがあれば必ず疑義照会する。	クラリチン錠10mg	クラリシッド錠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
1580	定期で来局されている患者さんより【般】ブロムペリドール1mg、他2種の薬が記載された処方せんを受け付けた。患者さんの話を伺うといつも服用している薬を処方してもらったとのことであったが、薬歴を確認したところ、ブロムペリドールは初めての処方であった。また薬歴より今までブロムペリドールではなく【般】ブロマゼパム1mgが処方されていたことを確認。処方間違いの可能性があったため、疑義照会をして薬剤が変更となった。	一般名にするとブロムペリドールとブロマゼパムははじめの2文字が同じであること、また規格も同じ1mgがあることから薬品名の類似による間違いの可能性がある。	薬品名は最後までよく確認する。今回は患者さんとの会話、薬歴の確認で間違いに気づけたため、今後も薬歴の確認や患者さんとの確認をきちんと行っていく。	ブロムペリドール錠1mg「アメル」	セニラン錠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
1581	当薬局で皮膚科処方トコフェロール酢酸エステルカプセル100mg「ファイザー」を継続服用の患者様が、同一疾患で病院を変更して処方箋を持参された。記載の薬剤がユベラNカプセル100mg＝トコフェロールニコチン酸エステルカプセルであり、効能適応が異なるため医療機関へ疑義。変更になった	医療機関側の効能適応違いを把握していなかった	過去処方歴、患者希望薬剤の情報を持っていたため交付前に判明。トコフェロール→ユベラに直結したと推測される。有効成分の類似名称があること、効能適応違いの薬剤であることの知識を薬局内で共有	ユベラNカプセル100mg	トコフェロール酢酸エステルカプセル100mg「ファイザー」			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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
							背景・システム・環境要因			
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	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	
1582	医師が手書きカルテに「ムコスタ」と記載したのを、病院事務が入力する際に「ムコダイン」だと思い込んだ。一般名処方で入力したため、薬剤師は「カルボシステイン」との記載を見て、先発品希望の患者に「ムコダイン」を調剤した。その後患者と会話に違和感を感じ、胃薬を処方したかった可能性を考え疑義照会したところ、「レバミピド100mg」と入力すべきところを思い込みで「カルボシステイン500mg」と入力したと判明した。	一般名に不慣れな病院事務の思い込みだが、レバミピドとカルボシステインではあまりに名前が似ていないので、薬剤師も気付けなかった。また、他に風邪薬が処方されており去痰剤も納得のいく内容であった。以前は病院はムコスタ・ムコダインと入力していたため、先発品は名前が似ていたために起きた勘違いと推測される。		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
1583	新患の方。カルバマゼピン錠100mg3T分3が処方されていたが、風邪症状で受診とアンケートに記載されていたため、疑義照会したところカルボシステイン錠500mg3T分3に変更となった。	患者さんに聞き取りをし、処方医師がよく似た薬剤と処方間違いをされているのではないかと思い疑義照会した。	患者さんの症状、処方内容を確認し、疑わしいときは医師に確認する。	カルバマゼピン錠100mg「フジナガ」	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
1584	一般名処方にてカベルゴリン錠1mg１錠分１　の処方箋を患者様持参。継続の有無を尋ねたところ、乳汁の異常分泌により受診、カベルゴリンは明日より開始とのこと。開始量が0.25mgであることから、処方ミスを疑い疑義紹介。疑義紹介の結果　カベルゴリン錠0.25mgへ変更となる	処方オーダリングシステムにての入用のため、錠剤の規格を誤って処方入力してしまった。	規格が数種類ある薬剤、名称の似ている薬剤に関しては調剤、投薬前に必ず患者様へ変更の有無や開始なのか継続なのかを問診する。疑義が生じたら必ず疑義紹介を行う。	カベルゴリン錠0．25mg「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
1585	トミロンにて副作用歴ある患者にフロモックス処方	新規来局患者。問診票には副作用歴に記載なし。投薬時口頭で確認したところ、トミロンで副作用歴があること発覚。患者は医師に伝えていたが、医師はトミロンとフロモックスが類似系統であること認識していなかった。	問診票に未記載であっても、口頭などそのほかの手段でも重ねての確認を患者に行うことを徹底していく。	フロモックス錠100mg	ジスロマック錠250mg	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
1586	眼科処方で、緑内障患者にアゾセミド錠30mgの処方あり。緑内障患者で眼圧を下げるためと本人より確認したため、一般名の類似による入力ミスを疑った。疑義照会ののち、ダイアモックス錠250mgへと処方は変更することとなった。	一般名による処方で、同じ利尿剤でもあり、アゾセミド、アセタゾラミドと始まりと終わりに類似した文字が並ぶためミスにつながったと思われる。	患者の既往歴の確認。診療科と疾患の関係の確認が重要となる。	アゾセミド錠30mg「JG」	ダイアモックス錠250mg	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	コンピュータシステム 医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（薬局ヒヤリ・ハット「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	
1587	新規でご来局の患者様で、以前より継続中の『フリウェル配合錠LD「モチダ」』を転院先の病院で処方して貰った。しかし、処方せんでは『一般名　ノルエチステロン・エチニルエストラジオール0.02配合錠』(＝フリウェル配合錠ULD)が処方。患者様に話を聞くと、病院では問診表に服用薬を「フリウェル」としか書かず、規格がある事をご本人も把握していなかった。診察時は病院からも、同じ薬を出しますと言われ、種類の確認も無かった。診断の上での用量変更なのか、確認の疑義照会を行い、結果これまで同様のフリウェル配合錠LD「モチダ」へ変更となった。	患者と医療機関との間での問診の聞き取りや確認不足、また、一般名が酷似している為処方箋への記載ミス等が考えられる。	今回の患者様はお薬手帳を携帯しておらず、会話や聞き取りをしっかり行わなければ確認出来なかった可能性もある為、服用薬のある患者様へのお薬手帳の活用の推進、また調剤・投薬時の患者様との会話や聞き取りによる確認もしっかり行っていく。	フリウェル配合錠LD「モチダ」			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
1588	他院でツムラ牛車腎気丸エキス顆粒が継続的に処方されており、今回同一成分がほぼ入っているツムラ八味地黄丸エキス顆粒が処方されていた。投薬の際、患者様に今回の症状(頭が重い・倦怠感・痛み(－)・体の冷え等)を聞き、またお薬手帳を持ってきていたので他の病院で飲んでいる薬をDrにお話ししているかを確認したところ一応伝えてはあるとお話しがあった。少し、曖昧さが感じられたので念のため確認。ツムラ八味地黄丸エキス顆粒は削除となりツムラ清暑益気湯エキス顆粒に処方変更となった。	お薬手帳の確認、患者・付き添いの家族からの聞き取りや八味地黄丸エキス顆粒・牛車腎気丸エキス顆粒をDrが処方することが多かったこともあり以前に他の漢方薬を含め色々なことを確認していたので今回の飲み合わせを見過ごすことなく気づくことができた。	他院との併用薬の確認は必然であるが、臨時薬に関しては作用が似たケースが多いので細かい確認を今後もしっかり行っていく。	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ清暑益気湯エキス顆粒（医療用）		その他			ヒューマンエラー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	ガスロンN錠4mg1日6錠毎食後の処方箋を受け付ける。ガスロンN錠4mgは常用量が1日4mgのため疑義照会する。医療機関の回答として1回目は間違いないとの返答だったが、患者の症状が腹部膨満感との事で再度疑義照会する。その結果医師の思い違いだったとの事でガスコン錠40mg1日6錠毎食後に変更される。	薬品の名称が似ている為に、単純なミスで入力を間違えたとの事です。	まず処方された薬品の常用量の把握、それに患者様へ症状の聞き取りをして処方薬が間違えていないか確認することが大切だと思います。	ガスロンN錠4mg	ガスコン錠40mg	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
1590	セレコックス処方の希望だったが、セレキノンとの誤処方	名称類似	疑義紹介にて変更依頼、セレコックスへ変更	セレキノン錠100mg	セレコックス錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1591	ガスターD10mgが、処方されていたが、別の病院で、ランソプラゾール錠15mgが処方されていたので、重複するので、Drに疑義照会し、ガスターD10mgは、中止。キャベジンUコーワ錠25mgに変更になった。	病院側の、お薬手帳の確認を怠ったことによる単純なミス。	お薬手帳を、しっかり確認し、併用薬に類似薬、同効薬がないか、チェックする。	ガスターD錠10mg	キャベジンUコーワ錠25mg	連携ができていなかった	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
1592	患者様がかかりつけ医の定期処方箋を持って来局された。処方箋には、「パルモディア錠0．1mg1錠／分1夕食後35日分」他、5種類の定期処方が記載されていた。パルモディア錠は今回初めて処方追加された薬剤であるが、患者様の事前聞き取り確認より「アレルギーや痰の症状を診察時に相談した」との内容や、パルモディア錠の用法用量が通常処方量と異なることから疑義照会を行った。結果、「パルモディア錠0．1mg」は「ルパフィン錠10mg」の処方誤りと処方医より返答あり。パルモディア錠は削除、ルパフィン錠mg1錠／分1夕食後の処方へ訂正となった。	比較的発売より新しい薬剤2種であり、処方医が記憶が曖昧だった可能性がある。薬品の名称が「ルパ」「パル」をそれぞれ含み、若干類似していたことも原因と考えられる。	患者様の聞き取り事前確認にて不明な点や疑問点などがあれば必ず処方医に疑義照会を行うことを徹底する。	パルモディア錠0．1mg	ルパフィン錠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
1593	週1回服用のアレンドロン錠35mgが2日分（実質2週間分）処方されていたが、患者は「月1回で2か月分」との説明を受けたということで、月1回製剤との選択ミスの可能性を疑い、疑義照会した。	薬品名が〇〇ドロンと似通っているので、医師が選択ミスをしたものと思われる。	患者が受けた説明と、処方内容に食い違いが無いか詳しく確認する必要がある。	アレンドロン酸錠35mg「サワイ」	ミノドロン酸錠50mg「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
1594	ザイロリック錠100とガスター錠20mgがどちらも分1夕食後で処方されていたが、患者から二つの薬のPTPシートが似ていて飲み間違えそうになると申し出があったため、疑義照会をしザイロリック錠100の用法を分1朝食後に変更した。	ザイロリック錠100とガスター錠20mgのPTPシートが類似していた。	引き続き患者への聞き取りを行い、飲み間違えによる健康被害を防止していく。	ザイロリック錠100				医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1595	アモキサンカプセル25mgが分3毎食後1日3錠で処方されていたが、同時にオーグメンチン配合錠250RSが処方されていた。患者様に体調を聞いたところ、うつ病の症状はなかった。オーグメンチンが処方されていたので、もしかしたら他の抗生剤と併用で処方する予定だったのではと疑い、疑義照会しました。その結果、アモキサンカプセルではなくて、アモキシシリンカプセル250mgを処方する予定だったことが判明し、処方変更になりました。	処方元クリニックが、患者さまの薬を似たような名前の薬と間違えました。	処方せん通りに薬を出すのではなく、常に患者様の体調にあっている薬か疑いながら、薬を監査することが必要。	アモキサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「NP」				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
1596	ポピヨード液　咽頭に使用と指示あり。患者へ確認したところうがい薬処方と聞いていた。ポピヨードは消毒薬でうがい薬ではないため、ポピドンヨードガーグルではないかと疑義紹介し変更となった。	消毒薬とうがい薬で薬品名が似ていることで起こったもの。 患者が30mlのうがい薬であるとすぐになくなるので、大きい容量のものとお願いして250mlポピヨード液10%を医師が処方選んでしまった。	医薬品についての正しい知識が必要。 似た医薬品でも使用用途が異なるものがあるので意識して処方確認する。	ポピヨード液10%	ポピドンガーグル		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
1597	アンテベート軟膏(2群)を塗布しても症状がひどいために薬剤変更と医師より伺ってると患者様がおっしゃてました。ジェネリック処方は皆無であり、アンテベートよりもランクが低いデルモゾール軟膏(3群)処方の為に疑義照会をしました。デルモベート軟膏(1群)に変更。		普段使用しない薬剤が処方されたら疑う。デルモゾールとデルモベートは商品名が類似してるために、類似薬は何群に該当するか把握をすること。	デルモゾール軟膏0．12%	デルモベート軟膏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
1598	手書きの処方箋。処方記載はテラムロ配合錠AP。前回処方はテルチア配合錠APだったとこから、患者様にDrから薬の変更の話があったか確認したところ、何も聞いていないとの事で疑義照会し発覚。テルチア配合錠APに変更となる。	問い合わせとした際、同じ薬だというDrの認識があった様子。違いを説明	薬の変更時は必ず患者様に変更の話があったか確認、確認とれなかったらDrに疑似紹介をする	テラムロ配合錠AP「ニプロ」	テルチア配合錠AP「DSEP」	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
1599	前回来局時にトラゼンタ錠5mgを処方されていた患者様に、今回はトラディアンス配合錠APが処方されていた。前々回まではトラディアンス配合錠APを継続服用していたが症状改善のために前回からトラゼンタ錠5mgに変更されていたことを薬歴より確認。処方医に疑義照会を行い、トラゼンタ錠5mgに変更となった。	当該患者様はトラゼンタ錠5mgを含む計7剤を服用しており、当該医療機関では名称の類似するトラディアンス配合錠とトラゼンタ錠の変更をDo処方によってスルーしてしまったと思われる。	お薬手帳や薬歴を経時的に確認し、処方内容が変更されている場合には服薬経緯を確認する。監査支援システムにより前回処方と変更がある際にはピックアップされるので変更の有無は漏らさずに確認する。	トラディアンス配合錠AP	トラゼンタ錠5mg		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1600	感冒で受診したとのことで3種類の薬剤が処方されていた。その中に抗うつ剤が含まれていたため疑義照会したところ、抗生剤に変更となった。	医療機関側で処方箋を入力する際に、類似した名称の薬剤を誤って選択してしまったと考えられる。	今後も患者の病状について情報を収集し、処方監査を行っていく。	アモキサンカプセル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
1601	ラニチジン塩酸塩において、発がん性物質が極微量混入している、又、類似化合物のニザチジンについても発がん性物質混入可能性否定できないため、分析中とメーカーより報告があった。そのため医療機関へ疑義紹介を行い、ニザチジン錠150mg「YD」→ラフチジン錠10mg「ファイザー」へ変更となった	メーカーより発がん性物質の混入可能性、出荷停止連絡を受け、疑義紹介実施。	同系統医薬品への変更提案、疑義紹介実施。医薬品等回収関連情報などを随時確認、他種との連携実施。	ニザチジン錠150mg「YD」	ラフチジン錠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
1602	定期でいつも来局されている方。いつもの病院とは別の病院処方箋を持参。定期薬でランソプラゾールを服用していたが、今回の処方でラベプラゾールも処方されていた。	定期でいつも来局されている方。いつものA病院とは別のB病院処方箋を持参。A病院の定期薬でランソプラゾールを服用していたが、今回のB病院処方でラベプラゾールも処方されていた。類似成分重複の為疑義紹介後削除となった。	自店の薬歴だけでなくきちんとお薬手帳を確認することで、他医療機関で服用している薬を把握でき、重複服用防止につながる。患者様の口頭ではなかなかすべてを把握することは困難なため、お薬手帳を持参して頂くことが重要である。窓口での声掛け、投薬時に手帳に関する患者教育、手帳アプリの活用が必要だと思われる。	ラベプラゾールナトリウム錠10mg「サンド」			その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1603	継続処方が「カンデサルタン錠4mg1錠」のところ、「カルデナリンOD錠4mg1錠」が処方されていた。	9月より老健施設の嘱託医が変更。処方医が替わったため、処方内容が正確に引き継がれていなかった。薬品の名称・規格が類似している。		カルデナリンOD錠4mg	カンデサルタン錠4mg「あすか」			その他		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1604	ボノテオ錠(50)1錠起床時の指示で8日分処方があった。同じ処方にエディロールが60日分で処方があった。前回履歴より、ボナロン35mg週に1回の指示で4日分　エディロールは30日分で処方があったボノテオ50mgは1か月に1回服用する薬であるため、前回処方からもボナロン35mgではないかと疑義が生じた。患者も変更の指示は聞いていいなかった。医師に疑義照会、前回同様ボナロン35mg週に1回8日分に変更になった	投与期間が違い、名称が似ている薬には注意が必要である		ボノテオ錠50mg	ボノテオ錠50mg	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1605	慢性的な鼻炎のため定期でロラタジンを服用している患者。かゆみの訴えがあり、薬剤追加で、ビラノア、セレスターナも追加された。類似薬剤が3剤あるため疑義照会したところビラノアが削除となった。	定期でロラタジンが処方されていることを忘れて処方したと思われる。	引き続き処方監査を徹底して行う。	ビラノア錠20mg ロラタジン錠10mg「NP」 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
1606	セフカペンピボキシル塩酸塩細粒10%処方あり。患者家族より、溶連菌感染症の治療であることを確認。処方量と体重換算により、セフジトレンピボキシル細粒の可能性があったため処方医に疑義照会し、変更となった。	セフカペンピボキシルとセフジトレンピボキシルでは、今回の処方医がいつも溶連菌感染症の時の選択でセフジトレンピボキシルを使用することが多いため発覚したケースです。一般名がとてもよく似ているので、普段から注意して調剤している薬剤でもあります。		セフカペンピボキシル塩酸塩小児用細粒10%「サワイ」	セフジトレンピボキシル小児用細粒10%「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
1607	他院処方より、プランルカスト90日分処方にて、服用継続中。患者様ご家族より、似てる名前の薬が処方されているが、問題ないかと聞かれた。	お薬手帳持参していただき、また、薬は母親管理だったため、気づけた。代理人や手帳無しの場合だと確認できない事案。	お薬手帳持参の大切さ、重要性を、説明しながら持参率を上げていきたい。	モンテルカスト細粒4mg「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
1608	定期でオメプラゾール錠20mg「SW」を服用中の患者さんが別症状で同クリニックを受診したところファモチジンOD錠10mgが処方された。類似作用薬のため疑義照会をした。疑義照会の結果ファモチジンOD錠10mg削除となった。	クリニックでの定期処方内容の確認不足	引き続き患者さんの併用薬の内容を管理していく。	ファモチジンOD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
1609	11歳の子供に緑内障点眼薬トラボプロストが処方されていた。前回来局時には仮性近視改善点眼薬のトロピカミド処方だったので、トロピカミド処方の誤りではないかと疑義照会した。	頭文字が似ているために入力ミスしたと考えられる	2重にも3重にも確認を徹底しなければならない	トラボプロスト点眼液0.004%「ニットー」	トロピカミド点眼液0．4%「日点」	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
1610	クラリスDS1日5mg処方。換算すると体重0.5kgの小児へ処方する量で6歳小児には過少のため疑義照会。クラリチンDSの誤りであったことが判明し、処方が変更になった。	レセコン3文字検索で、クラリチンより優先してクラリスが出てくる様子（ほかのクリニックでも同様の事例あり）。ケアレスミス。	類似薬を把握しておく。処方量から処方薬のミス、または用量のミスの可能性を疑う。	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%	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.	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	
1611	新規でツムラヨクイニン湯エキス顆粒7．5g3×毎食前14日分の処方有。湿布ももともと処方あった為痛みについて投薬時確認したところ。痛みはあるが漢方は首のいぼのために処方してもらったとのこと。ヨクイニンエキス散の間違いではないかと思われ疑義照会。ヨクイニンエキス散6gに変更となる。	とても似た薬剤名のため、医師が処方まつがいされたと思われる。ツムラヨクイニン湯エキス顆粒にはヨクイニン以外にいくつか生薬含有され関節痛や筋肉痛に使用する。イボにはヨクイニン単剤のもの使用されるため処方の意図を患者との面談でよく確認すること重要。この患者の場合継続で湿布も出ており痛みのための処方であった可能性もあった。今回まだ若い方だったので処方間違いに気づけたが認知機能の落ちた高齢者であれば難しかったかもしれない。	患者から情報を引き出すことしか今回の処方ミスに気付くことは困難と思われる。	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」		その他			ヒューマンエラー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	幼少時から循環器の薬を続けている。5年前までは錠剤などを粉砕して投薬をしていた。Ptは中学生になりすべて錠剤で服用しているが、症状が安定してきたこともあり服用を忘れることも増えてきた。（すべて一包化） ・3か月前から用法が1日2回から1日1回に変更された。用法が1日1回になったが症状も安定していると聞いていた。その医療機関では、受診後患者が病院からFAXを薬局に送信してきます。 処方内容を見ると1日1回夕食後で安定していたはずだったが、以前のように朝夕食後に変更になっていた。 薬歴を確認すると1年前に処方されていた内容（1日2回）と一致していた。これは、おかしいと思い、当該患者が来局される前に医師に直接疑義照会を行った。 そうした所、医師のオーダーリングミスが発覚した。その後、教えてくれてありがとうと感謝された。 その1時間後、患者家族が来局され、検査結果もよかったので前回と同じ薬を出しておくと聞いていたようでした。	現在、当該薬局では電子薬歴を採用しているが、紙媒体も併用している。今回の場合、処方内容に疑問を感じて、紙薬歴で過去に遡ったら同じ処方が出てきたので医師のオーダーリングミスが発覚した。 1年前の処方薬に似ているとはいえ、ワーファリン、フロセミド、スピロノラクトン、クエン酸鉄の量が変わっていたこともあり、服薬前で良かった。 最近の電子カルテは、進化しておりコメントを処方箋に入力することもできます。 処方箋に前回のコメントがそのまま残っていたり、医師が過去のデータを確認してている時に前回Doと入力をしてしまうリスクもあるので、必ず前回の処方内容を確認することが必要である。	薬剤師が処方内容に疑問に感じたら、FAX等で患者が来局前であっても、特に一包化などの指示がある場合は、予め医師に疑義照会をしないといけない場合もある。	ワーファリン錠1mg フロセミド錠20mg「NP」 クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」 オプスミット錠10mg スピロノラクトン錠25mg「トーワ」		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	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	
1613	クラリスドライシロップ2．6g2×3日分朝夕食後の処方とクラリスドライシロップ1．8g1×14日分夕食後の処方あり。患者母親に確認したところ3日2回で服用してあとは1回でと答えられたため、ダブっての処方は問題なしと判断するも、1回処方の薬剤の用量多めと思われ確認疑義したところ、実はクラリチンドライシロップ0．5g1×夕食後14日分の間違いと判明。	クラリス、クラリチンと似通った薬剤名であったことと他院耳鼻科で処方あった薬を皮膚科で処方されたため医師が自分で選んだ薬ではなかったことが原因と思われる。また保護者からの情報も間違っていたので初めからの疑義が必要であった症例。	処方薬間違いの場合は処方箋だけでは気づけない可能性高く改善は難しい。	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
1614	ジャヌビアを服用されている方に、新規処方としてテネリアが追加された。同作用機序の薬剤のため疑義照会した結果、テネリアではなくカナグルを処方予定だったとのことで、変薬。	医師がテネリアとカナグルを混同していたと考えられる。	医薬品名が似た印象のものが多いので注意する。	テネリア錠20mg	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
1615	セレコックスが初めて処方された患者さんに症状を伺ったところ、太ももの裏に痛みと痺れがあるので受診されたとのこと。患者さんとの会話で、Dr.から痛み止めを2種類出すと言われていたことが判明したため疑義照会した。ノイロビタン配合錠はノイロトロピン錠4単位の誤りで薬が変更になった。	薬の名前が似ているため、Dr.が入力を間違えた。	初めて処方される薬は、患者さんからの聞き取りを丁寧に行う。名前の似ている薬に注意する。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1616	一般名トリアムシノロンアセトニド軟膏が処方されていたのでレダコート軟膏を調剤したところ、服薬指導の際に口内炎の塗り薬と聴取した為、疑義照会したところケナログ口腔用軟膏(一般名トリアムシノロンアセトニド口腔用軟膏)を処方するつもりであったことが判明。ケナログは薬価収載が外れており、在庫上の理由もありデキサルチン口腔用軟膏に処方変更された。	一般名処方：トリアムシノロンアセトニド口腔用軟膏とするところをトリアムシノロンアセトニド軟膏で処方、ケナログ口腔用軟膏が薬価収載から外れたため、変換ミスが生じたようである。	一般名処方では、語句が一部違うだけで剤形や使用部位の異なる製剤が選択されてしまうので、類似名称の薬剤は特に服薬指導の中でも十分に確認する必要がある。	レダコート軟膏0．1%	デキサルチン口腔用軟膏1mg／g			医薬品		ヒューマンエラー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	(一般名)セチリジン塩酸塩錠　10mg　1錠　分1夕食後　の処方に対して、アレルギー症状等はないと患者聞き取りにより問い合わせ　→　シルニジピン　10mg　サワイ　1錠　分1夕食後　に処方変更となる	名前が似ていたための単純ミスと思われる	患者への聞き取り(なぜこの薬が出ているのか？なんのために飲んでいるか？)をきっちりする	セチリジン塩酸塩錠10mg「NP」	シルニジピン錠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.	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	
1618	新規来局の患者。白内障の手術目的の事前検診にて病院受診。血液検査にてコレステロールが高いことの指摘受け、コレステロールの薬で、尚且つ軽めの薬を出すことを医師から聞いていた。処方薬が、血圧の薬（アムロジピン）であったため、疑義紹介実施。その結果、アトルバスタチンに変更となった。	カナ検索の際に、誤って選択され、その後、確認されることなく処方発行されたと思われる。	日頃から、患者の病状に関し聞き取る姿勢が重要。そのうえで、処方薬との整合性を確認する必要がある。今回の処方間違いは、名称類似性もあって、薬剤師の調剤時にも起こりうる内容である。	アムロジピン錠2．5mg「TCK」	アトルバスタチン錠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
1619	事務員が処方入力中にガスターとタケキャブが同一処方箋内に処方されていることに気づき薬剤師に相談、類似効果の薬剤が重複しているため病院に疑義照会しガスターが削除となった。	過去の薬歴を確認したところ、前回にガスターを含む複数の薬が処方されており、服用途中でガスターとの差し替えでタケプロンが単独で処方されていた。今回タケプロンがさらにタケキャブに変更になって他剤と一緒に処方されたが、途中タケプロンと差し替えになったガスターを担当医が処方箋から削除するのを忘れたため、ガスターとタケキャブの両方が処方されたと推測される。	医師側の単純なミスであるが、服用途中で変更になった薬剤を削除し忘れる可能性は今後もあり得るため、処方変更時にはお薬手帳や過去の薬歴の確認を入念に行う必要がある	ガスターD錠20mg 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
1620	ロキソプロフェンナトリウム錠60mgが1回3錠10回分の頓服で処方されていた。通常量より多いと考えられるため医師に疑似照会し1日3回1回1錠5日分の誤りだったことが判明。	入力、調剤時には知識が不足していたことや急いで業務をおこなったことで発見できず、鑑査者が発見し疑義照会を行った	処方監査をしっかり行い調剤をすること。	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「CH」			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
1621	整形外科より、女性である患者に、一般名「【般】クロルマジノン酢酸エステル錠25mg」が処方となっていたため医師へ疑義照会をおこなった。結果、一般名「【般】クロルフェネシンカルバミン酸エステル錠250mg」のまちがいであることを確認し処方変更となった。	一般名が類似しているためにおきた事例	性別や処方科などの確認を怠らないようにする	【般】クロルマジノン酢酸エステル錠25mg	【般】クロルフェネシンカルバミン酸エステル錠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
1622	整形外科にて腰痛でサインバルタカプセルが処方された。手帳より併用薬を確認すると他院でパキシルを飲んでいることが判明した。サインバルタはSNRI、パキシルはSSRIのため薬効が類似している。疑義照会し確認したところサインバルタからトラムセット配合錠に変更となった。	患者様が他院で服用中の薬を整形外科の医師に伝えていなかったことが要因だろう今回は手帳を持参していたため確認ができたが、手帳がなかった場合確認を怠ってお渡ししていた可能性がある	手帳を持参している場合は必ず併用薬を確認し、持参していない場合は患者様への聞き取りを強化するべきである	トラムセット配合錠	サインバルタカプセル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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1623	ピロリ菌除菌療法初回なのに二次除菌用製剤ボノピオンパックが処方されていた。初回であることは患者からの聞き取りで把握し、疑義照会の上一次除菌用製剤に変更となった。	健康診断でピロリ菌感染が見つかり、除菌療法は近医を受診した為、患者情報の伝達が上手くいかなかった。処方医が普段処方慣れていない薬剤を使用したため、似たような商品名を混同していた。		ボノピオンパック	ボノサップパック400		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
1624	コタロー半夏瀉心湯が処方されていたが、患者からの聞き取りにより薬剤が違うと判明。疑義照会にてコタロー半夏厚朴湯に処方変更になった。患者に渡す前に変更できたため、健康被害を防げた事例。薬剤名が似ていることからのオーダーミスと思われる。	患者の状況をきちんと聞き取ることにより防げる事例。		コタロー半夏瀉心湯エキス細粒	コタロー半夏厚朴湯エキス細粒		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
1625	患者アンケートにて、バファリンで蕁麻疹の副作用歴のある患者さんにカロナール錠はが処方されていた。患者さんに伺ったところ、医師には伝えていないとのことだった。バファリンとカロナールは類似成分であり、バファリンの市販薬にはアセトアミノフェンの入っている製剤もあるため、医師疑義照会した。	医療機関での副作用歴の聞き取りが不十分であった。	医療機関でも副作用歴の聞き取りをしっかりおこなうことで再発を防ぐことができる。	カロナール錠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
1626	エビスタ錠60mg3錠1日3回毎食後が処方、用量過量のため疑義照会し1錠1日1回朝食後に変更となる。エビスタ錠の適応は「閉経後骨粗鬆症」であることに気づき、再度疑義照会したところ、医師は以前から前立腺肥大で服用しているとのでそのままでよいとのこと。患者が持っていた薬剤情報提供書を確認したところ、エビプロスタット配合錠を服用していたことが判明した。再度確認し、エビプロスタット配合錠DB　3錠1日3回毎食後に変更となった	・お薬手帳の持参がなかった・薬剤名の類似・医師の思い込み	・お薬手帳を持参する・3文字検索を徹底する・適応症違いから薬剤名の誤りである可能性も考慮にいれる	エビスタ錠60mg	エビプロスタット配合錠DB	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
1627	元はA診療所を受診していた方が、久しぶりに来局され、今回はBクリニックを受診し、A診療所と似たような内容の処方せんだった。内服3種類は変更なかったが、インシュリンの種類が変わってますねと話したところ、以前と同じはずだ！という反応だったのでBクリニックに電話照会したところ、A診療所で出ていたインシュリンに変更となった。	詳しくお聞きしたところ、A診療所とBクリニックの間、他県で事故をしてそちらで入院していた。退院後直接Bクリニックに変えて受診した。そのためどこからも紹介状がなかった。またお薬手帳は持って行ったが、その際医師がインシュリン名を見間違えたようす。インスリンの名称が似ている事も一因となったと思われる。〇単純なミス〇処方医薬品の多さ	患者は、転院時、紹介状とお薬手帳が両方利用する。医師は、似た名前の医薬品がたくさんあることを念頭において、紹介状やお薬手帳を確認する。薬局は処方内容と患者の話に相違があれば必ず疑義照会する。	ノボリンR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 連携ができていなかった		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1628	元はA診療所を受診していた方が、久しぶりに来局され、今回はBクリニックを受診し、A診療所と似たような内容の処方せんだった。内服は変更なかったが、インシュリンの種類が変わってますねとご家族に話したところ、以前と同じはず！ということだったのでBクリニックに電話照会したところ、A診療所で出ていたインシュリンに変更となった。	A診療所から紹介状をもらわずに、Bクリニックに変えた。お薬手帳は持って行ったが、その際医師がインシュリン名を見間違えた。インスリンの名称が似ているた。〇単純なミス〇処方医薬品の多さ	患者は転院前の医療機関から紹介状を書いていただき、お薬手帳と両方利用する。医師は似た名前の医薬品がたくさんあることを念頭において、紹介状やお薬手帳を確認する。薬局は処方内容と患者の話に相違があれば必ず疑義照会する。	ノボリンR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 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
1629	耳鼻咽喉科から喉の痛みのため、ロキソニン錠60mgが処方されたが、お薬手帳を確認したところ、総合病院からトラムセット配合錠が処方され服用していたので、耳鼻咽喉科の医師に疑義照会した。結果、ロキソニン錠60mgはカットとなった。	医師が併用薬を把握していなかったために発生したものと思われる。	今後もお薬手帳は必ず確認し、併用薬があった場合は、併用禁忌あるいは併用注意のみならず、類似薬効の薬が処方されていないかについても十分に注意を払う。	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
1630	6歳のお子様が風邪で来局された。処方箋にはレニベース5mgが6錠分3で処方されていた。患者の症状や用法用量的にもおかしいと思い処方医に疑義照会で確認するとレスプレン5mgとの処方間違いであることが分かったため処方が変更となった。	医薬品の名前と成分量が似ている為処方医が処方を間違えたのだと考えられる。	医薬品は頭文字3文字まで入力して検索する。	レニベース錠5	レスプレン錠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
1631	前回タリージェ錠5mg処方されていたが、今回ベポタスチンメシル錠10mgになっていた。患者さんに確認したらアレルギー症状はないとの事だったので　入力間違いかと疑義照会の上　タリ―ジェ錠に変更になった。	服薬指導時の患者さんからの聞き取りと薬剤副領歴から　医師がタリ―ジェ錠入力をタリオン錠で入力されたと考えられる。	頭文字の似ている薬剤の入力時には注意する	ベポタスチンメシル塩酸塩錠5mg「タナベ」	タリージェ錠5mg	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
1632	前回と違う薬が処方されており、患者に聞き取りをしたが、処方内容と一致しないため、疑義照会した。医院の事務員より、アムバロとアバプロの取違であることがわかり、訂正された。	名称が類似している医薬品の入力間違い。	前回処方と違うときに、患者に聞き取りし、確認する。	アバプロ錠100mg	アムバロ配合錠「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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
							背景・システム・環境要因			
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	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	
1633	産婦人科よりムコスタ錠100mg3錠分3処方を調剤し、服薬指導をした際に「胃薬ではなく鼻水の薬を出してもらう予定だった」と患者から申し出があった。ムコダイン錠との間違いである可能性があったため、処方医に疑義照会を行ったところ、ムコダイン錠500mg3錠分3に変更となった。	患者申し出によりムコダイン錠を処方してもらう予定が、ムコスタ錠が処方された。処方医が類似名称のため処方入力を間違えた可能性もあるが、患者本人もムコスタとムコダインの識別が曖昧であったため、口頭でムコスタが欲しいと申し出た可能性もある。	薬剤名と合わせて薬効についても確認をとる	ムコスタ錠100mg	ムコダイン錠500mg			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1634	皮膚の痒みにツムラ当帰芍薬散が処方されていた。患者は婦人科系の疾患はないとのことで、医師に疑義照会。処方がツムラ当帰飲子に変更となる。	類似した名前の漢方薬を処方（単純なミス）	患者から、丁寧な聞き取りを行い、患者の主訴と処方に食い違いに気が付くよう心がける	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）	ツムラ当帰飲子エキス顆粒（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
1635	ルパフィン10mgが3錠毎食後で処方。用法用量が添付文書上と異なり、解熱剤を追加とDrから説明を受けていたため、他薬剤との処方間違いの可能性あり疑義照会。バファリンA330mg3錠毎食後に変更となる。	ルパフィンとバファリンの名称類似が、処方間違いの原因と考えられる。		バファリン配合錠A330	ルパフィン錠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
1636	2019年2月2日（土）19時頃、患者（50歳女性）が処方箋を持参した。風邪に対する処方で、ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒7．5g毎食後で処方されていた。問診表の副作用欄への記載はなかったが、葛根湯により体内に熱がこもり困ったことがあると患者自身より聞き取ったため、成分類似薬である本薬剤が不適切と考え、疑義照会した。その結果、ツムラ補中益気湯エキス顆粒7．5g毎食後に変更になった。	初診、初来局であったため、保険医の処方傾向を知らず、漢方処方があるとは思っていなかった様子。また、服薬指導時の会話における葛根湯という単語で過去に副作用があったことを思い出したようだ。そのため、漢方による副作用の伝達が漏れてしまったようだ。	問診表への記載がなくても、副作用・アレルギーの聞き取りは口頭でも確認をすることにした。	ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒（医療用）	ツムラ補中益気湯エキス顆粒（医療用）		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1637	ずっと以前から服用されているアバプロ50mgが処方されている処方箋を受付し、同時に提出されたお薬手帳を確認したところ同種のARBであるブロプレス錠2mgが別の循環器科より処方されており、2種同時に服用されていた。　お薬手帳に記載されていたブロプレスの処方元である医師に疑義照会し以前からアバプロを服用されていることを説明し、ブロプレスの服用中止の指示を受け患者に伝えた。	当該患者は内科にて血圧治療を受けていた際、頻脈があるとのことで検査を勧められ循環器科を受診しかなり以前からビソプロロールを服用していた。今回たまたま循環器科を受診した際に血圧の上昇がみられたためビソプロロールからブロプレスに処方変更がなされたと考えられる。医師には変更の際、他院からの処方の認識がなく、調剤した薬局でもお薬手帳の内容の見落としがあった可能性がある。	今回、高血圧と頻脈という関連する2つの疾患で2つの医療機関を受診する場合かなり薬効の類似する薬が処方される可能性が高いことを患者に説明し一つの医療機関での受診を勧めるとともに、医師の診察の際にはお薬手帳の提出をするようお願いをした。	アバプロ錠50mg	ブロプレス錠2	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1638	他院より、ロルカム錠4mg服用中の患者当該医院より、（般）ロキソプロフェンNa錠60mg処方あり。 調剤、鑑査後、投薬時にお薬手帳を確認し、併用薬が判明。疑義照会後ロキソプロフェンNa錠60mgの処方削除となった。	患者より事前にお薬手帳を確認することができず、投薬のタイミングとなったが（作業手順の不履行）、併用薬を確認できたため類似薬の重複投与を避けることができた。	現在事前に手帳持参の有無を行っているが、受付から投薬までに持参手帳を確認できないことがあるため、口頭での併用薬確認の徹底などを今後も継続していきたい。	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「日医工」		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
1639	7/20にアレグラ錠が28日分処方されていたにもかかわらず、7/27に同じくアレグラ錠が28日分に処方され確認することなく投薬した。	後日、処方医からの指摘似て発覚。患者様には7/20処方分服用終了後に、7/27処方分服用するように指示され重複服用されていませんでした。	電子薬歴の服用履歴の確認の徹底に努める。	アレグラ錠60mg	変更なし	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
1640	フェロベリン配合錠の処方箋を応需したが、投薬時に貧血の薬が出ると聞いたと患者より聴取。薬効と主訴に相違がある為、名称が類似しているフェロ・グラデュメット錠やフェロミア錠のオーダーミスの可能性があると推測し疑義照会。疑義照会の結果、クエン酸第一鉄Na錠「JG」に処方変更された。	おそらくフェロミア錠をオーダーしようとし頭文字3文字のフェロだけで呼び出してしまい、フェロベリン配合錠が誤ってオーダーされてしまっていた。結果的にはフェロミア錠自体が採用薬として登録されていなかったのかクエン酸第一鉄Na錠「JG」への変更になった。	推測にはなるが処方箋作成時薬剤を呼び出す際に3文字程度で検索をかけているとすると薬効が全く異なる医薬品がオーダーされてしまうため、類似名称薬品については整理して常に注意をしておく必要がある。用法用量は自動でつくのかフェロベリン配合錠の用法用量となっていたため、さらに詳しく知り対策を立てる為には処方箋のオーダーシステムを知る必要がある。	フェロベリン配合錠	クエン酸第一鉄Na錠50mg「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
1641	フェノフィブラート錠80mgとパルモディア錠0．1mgの処方が出ていた。同類薬のため、疑義照会を行ったところ、フェノフィブラート錠が処方中止となった。		処方薬追加・変更時には薬効や作用機序に似たものがないか、処方内容を十分吟味する。	フェノフィブラート錠80mg「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
1642	1日に2科受診された患者様が来局。両方にクラリスロマイシンとジスロマックの抗生剤が処方されていたので両病院に疑義。クラリスロマイシンが削除になった。	2科受診しているが患者自体は1つ目の病院でなんの薬が処方されているか把握していなかった。今回の件では病院が処方薬の説明と患者側も薬の把握する努力を行っていたのが要因と考えられる。	同日なら処方を確認した時点で把握できるので医師に疑義照会する。また病院もお手帳の管理を確認することで重複投与を防ぐ。薬局側も今回と似たケースは多く存在する。お手帳も患者様が持参しないと併用薬は薬局は聞き出すしか手がなくなるので、持参してもらえるよう手帳の有用性も周知する必要がある。	クラリスロマイシン錠200「MEEK」		確認を怠った				ヒューマンエラー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	皮膚科の処方でアモキサンカプセル10mgあり。不振に思いアモキシシリンカプセルではないかと疑義、結果医師の勘違いだった。	良く似た薬名には十分注意。良く処方の意味も考える。	漫然と調剤ではなく、処方内容を考えながらの調剤監査が必要です。	アモキサンカプセル10mg	サワシリンカプセル250	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1644	処方記載にネリゾナ軟膏0．1%、【般】ヘパリン類似物質軟膏0．3%の混合調剤指示があり、患者既往を聞きとりしたところ、以前同薬の使用により浮腫が発現したことがあるようで、疑義照会にて確認。ネリゾナ軟膏0．1%からデルモベート軟膏0．05%に処方変更となった。	医療機関側で患者のアレルギー歴など確認ミスがあった可能性が考えられる	処方箋監査時や投薬時に、処方内容が患者の主訴とあっているか、用法、用量に間違いがないか、添付文書の活用や患者からの聞き取りを積極的に行い確認していく。	ネリゾナ軟膏0．1%	デルモベート軟膏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
1645	喉の不調があり。前回処方されていた薬が処方。 アモキシシリンカプセル250mg　3カプセル　3x　毎食後で4日分処方されていた。 投薬中に、前回副作用がなかったか？改めて確認したところ、アモキシシリンで発疹が出て、前回自己判断で中止していたと。病院・薬局に相談いただくようにお話していましたが、多忙にて連絡が出来なかったとの事でした。そのまま症状も改善したため放っておいた。聞かれた今になって思い出したと。 発疹また出る可能性があるため薬を切り替える必要があると考えられる。病院に電話して医師に確認。アモキシシリンは中止になった。 代わりに セフジトレンピボキシル錠100mg 3錠　3x　毎食後で4日分に変更になりました。 類似系統のため慎重投与。その旨もお伝えしました。同様の症状あれば相談すること。	患者様多忙。相談するようにお話はしていたが、具体的な方法までお話していなかったこと。	多忙な場合は電話でも良いので、何かあればご報告していただくようにお話しました。	アモキシシリンカプセル250mg「NP」	セフジトレンピボキシル錠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.	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	
1646	半年前、血圧、血糖値を下げる薬に加え、一般名プラバスタチン錠5mg1錠朝食後で服用開始となって以降来局が途絶えた。今回コレステロールを下げる薬として一般名アトルバスタチン錠10mg1錠朝食後と一般名ロスバスタチン錠2.5mg1錠夕食後で処方される。半年程度類似処方箋持参がなく、患者様から今回新しい薬を追加すると聞いていると聴取。基本的にスタチン系を2剤併用することはないことから、疑義照会し一般名ロスバスタチン錠2.5mg2錠夕食後服用に変更となった。	半年以上同処方の来局がなく、最近別の病院の痛み止めの処方を持参した際、お薬手帳にも糖尿、血圧、コレステロールの薬の処方歴が確認できなかったため口頭で現在併用薬を確認したところ、最近環境の変化で気力低下しており受診していなかったと聴取。勤務状況も繁忙のなか、一包化処方だったため調剤行為で一杯になっていた。また、半年のうち別薬局で一般名アトルバスタチン錠1錠朝食後を調剤されていたと予想される。処方医がスタチン系薬剤を処方していないと誤解したか、削除し忘れたのか不明だが、今回別のスタチン系薬剤が処方された。	レセコン入力時のポップアップ確認徹底。前回来局から日数があいており、処方が大幅に変わっているようであれば、患者様もしくはお薬手帳で飲み方の相互確認などを密に行う。スタチン系薬剤を2剤併用することで効果が上がる報告はないため、併用は基本的に疑義する必要があると周知する。	アトルバスタチン錠10mg「サンド」 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	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
1647	「ヘパソフトプラス」のパッチテストで陽性反応の出た患者に対し、ヘパリン類似物質油性クリームが処方されていたため疑義照会。ヘパリン類似物質油性クリームがプロペトに変更となった。	「ヘパソフトプラス」の成分：ヘパリン類似物質0.3%、パンテノール1%、ジフェンヒドラミン1%、クロタミトン5%ヘパソフトプラスで陽性反応があることは医師も確認していたが、ヘパリン類似物質含有と知らずに処方。薬局の患者情報に記載があり、監査時に発覚。	同成分を誤って処方しないよう、含有成分について医療機関に情報提供。	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医エ」	プロペト	連携ができていなかった	知識が不足していた	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
1648	同日の消化器内科でカリメート経口液が新規処方されているのにかかわらず、ケイキサレートドライシロップが継続処方されており、効果の重複する薬のため疑義紹介したところ、ケイキサレートが処方削除。	カリメート経口液は今回処方の前から別病院でもらっており、服用している状態だった。その際、別病院の医師の指示でケイキサレートはストップするよう指示がありすでに服用していなかった。今回門前病院でカリメートを処方するようになったが、医師間の情報伝達がうまくできておらず、ケイキサレートも継続して処方されてしまった。	今回のヒヤリハットは病院側の連携不足と考えられるが、複数科で同じ症状を診てもらっているケースでは処方薬の重複や類似薬が出ていないかしっかり確認する必要があると再認識した。	ケイキサレートドライシロップ76%		連携ができていなかった				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1649	処方箋には一般名でブリンゾラミド懸濁性点眼液と記載。過去の薬歴から当該患者には初交付であったため緑内障であるか確認したところそうではなく経度の炎症のみとの回答を得た。処方薬が不適切と判断し疑義照会したところ医師から処方箋作成担当者へAZ点眼との指示であったが担当者が発音の似ているエイゾプト点眼と誤解したことが判明。処方元では後発品がある薬剤は一般名処方で入力することが原則であることから冒頭のような記載となった。	処方医療機関内における連絡ミス。薬局にて処方箋記載薬剤と患者の病状を確認したことにより処方元のミスを発見できた。	患者の病状と処方薬の妥当性を確認する。	エイゾプト懸濁性点眼液1%	AZ点眼液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
1650	当薬局でいつもリウマチ科の処方箋を受付し、アルファロールカプセル0.5μg1Cap朝食後服用中の方に、今回整形外科からアクトネル錠75mg1錠起床時（月1回）とエディロールカプセル0.75μg1Cap朝食後服用の処方がでた。整形外科の処方医が併用を把握していなかったのか、疑義照会してエディロールカプセルは処方削除となった。	ここ2年整形外科でテリボン皮下注を使用し骨粗鬆症の治療をしていたが、治療期間終了に伴い、今回2年ぶりにアクトネル錠とエディロールカプセルの処方が復帰した。同じ医療機関の処方箋のため、併用アラートが出たと思われるがそのまま処方したと考えられる。	類似薬効の併用について把握する。他科診療、新規薬剤に関してはいつも以上に注意深く確認する。病院での注射薬使用などあれば、お薬手帳にも記載していただくようにする。	エディロールカプセル0．75μg			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
1651	当局をよく利用している患者様が来局。処方内容は風邪の薬で一部、一般名ツロブテロールテープ0.5mgがあった。8月が誕生日の患者様であり、前回は7月の来局で似た内容の処方があった。誕生日を過ぎて3歳になってからは初めての処方箋であり、ツロブテロールテープが増量されていないことについて処方医に疑義照会を実施したところ、ツロブテロールテープ1mgに処方変更となった	患者の年齢が3歳になっていたことを見落としたことが考えられる。2か月前の処方と類似していた為、前回の処方を一部コピーしていたことが考えられる	年齢のよって用量の変更が必要な薬（ホクナリンテープ、アレロック顆粒、ザイザルシロップ等）について、調剤棚に「〇歳～〇歳」、「〇歳では〇g」等の表示を行うことで、薬局での調剤時に気付ける環境を作る。	ホクナリンテープ0．5mg	ホクナリンテープ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
1652	ビソルボン細粒　2g　毎食後が処方で出ていた。症状を確認すると下痢とのこと。医師に疑義照会を行うとビオフェルミン配合散　2g　毎食後に変更になった。	薬品名が似ているため、処方箋の記載ミスが起こった	患者の症状と薬効に妥当性があるか確認を怠らない	ビソルボン錠4mg	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1653	便秘の患者に対して一般名センノシド12を処方すべきところ、一般名ブチルスコポラミン臭化物10が処方されていた。患者の訴えと異なる処方の為、疑義照会を行い変更となった。	〈推測〉処方発行元のカルテには(手書)先発名のプルゼニド12が記載されていた。事務職が処方箋転記の際プルゼニドと似た名称であるブスコパンと間違え、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。	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、専門知識を有する者が処方発行業務に携わることが必要と考える。	ブスコパン錠10mg	プルゼニド錠12mg		その他			ヒューマンエラー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	当該患者はかゆみで皮膚科を受診し、ルパフィンが処方されたが、別件でいつも受診している内科でザイザルを処方されて継続服用していることがお薬手帳により分かったため、疑義紹介しd-クロルフェニラミンマレイン酸塩に処方変更された。	患者は受診時お薬手帳を持参していたが、受付では出さず医師に直鉄手渡したが、しっかり目を通すことなく返してよこしたという。疑義照会時、受付では質問票の併用薬の欄には「なし」に印がついていたので併用薬はないと思われた。受診時のシステムへの説明不足と理解不足、相互の見解の違いによるものと思う。	医院で初回質問票を記入してもらう際に、お薬手帳の有無を確認し、先に併用薬を知っておく必要がある場合は受付で処理するのが望ましい。	ルパフィン錠10mg	d－クロルフェニラミンマレイン酸塩錠2mg「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
1655	前回、ロスバスタチンOD5mg 1錠 ゼチーア錠10mg 1錠　分1 夕食後の患者様の処方が今回　ロスーゼット配合錠LD 1錠　ゼチーア10mg 1錠　分1 夕食後に変更になっていた。薬剤師Aは、ロスバスタチン減量と合剤に変更は確認したものの、ゼチーアが減ってない事に気付かず監査を通した。監査が済んで投薬しようとした薬剤師Bが、エゼチミブが被っている事に気づき疑義紹介、ロスバスタチン減量の確認とゼチーアの消し忘れなので、削除を確認して重複投薬を水際で防いだ。	ゼチーアとロスバスタチンの出ている処方を合剤のロスーゼットに変更した処方に変更しようとされたが、ゼチーアを処方削除し忘れられた。	繁忙時間で確認したつもりだったが、できてなかった。処方監査は、冷静に落ち着いて行う。ヒヤリハット事例として薬局内で周知徹底し薬剤師で勉強会をして再発、類似再発予防を確認した。	ロスーゼット配合錠LD ゼチーア錠10mg		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
1656	アドエア250ディスカス28吸入用を1日1回、1回2吸入で処方されていた為疑義照会。1日2回、1回1吸入に変更となった。	他の薬剤の吸入用法と誤ってしまった可能性がある。	吸入剤で似ている用法のものを(アドエア、フルティフォームなど)リスト化し、医師に伝達した。	アドエア250ディスカス28吸入用		確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（薬局ヒヤリ・ハット「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	
1657	83歳女性に クラシエ六君子湯エキス細粒が処方された。この方は以前より球形吸着炭細粒分包2g「日医工」を服用されていた。薬剤交付時に上記2種の薬の包装が似ている。間違えてしまうかもしれないと申し出があった。処方医に飲み間違えてしまう可能性あるためクラシエ六君子湯エキス細粒からツムラ六君子湯エキス顆粒への変更提案し、ツムラ六君子湯エキス顆粒へ処方が変更された。	医薬品の包装の類似	患者の理解力、認知力から類似している包装と思われた場合、しっかり患者から聞き取りし違うものと認識できる薬剤を処方医に処方提案していく。	クラシエ六君子湯エキス細粒	ツムラ六君子湯エキス顆粒（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
1658	耳鼻科でディレグラ配合錠が処方されて服用中だが、内科でルパフィン錠10mgが処方された。	患者はお薬手帳を持っていたが、内科でドクターに見せなかったか、ドクターが見落とした可能性が考えられる。	お薬手帳で併用薬をしっかり確認し、持参されていない場合は類似薬を使用していないか確認する。	ルパフィン錠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
1659	2019年9月6日（金）午後3時頃、代理人（嫁）持参の93歳の女性の口腔外科による院外処方箋を受け付けた。処方はアモキサンカプセル25mg 2C 分2 朝夕食後 7日分。代理人との話の中で精神症状なく抜歯を控えているとのことなので、アモキシシリンとの間違えを疑い、疑義照会した。確認不備の間違えとのことで、サワシリン250 3C 分3 毎食後 5日分に処方変更になった。尚、疑義照会時当該医師不在の為、上司医師の回答となった。	一般名、薬品商品名は似通ったものが多数あり、調剤する薬剤師にとっても勘違いし易い事例です。患者情報収集の大事さと、緊張感を持った確認が重要であると感じました。	現疾患と患者背景の把握が重要	アモキサンカプセル25mg	サワシリンカプセル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
1660	今回よりグラケーカプセル15mgが処方されたが、骨粗鬆症のお薬は今まで処方されたことがなく、他院で処方された事も無いためビタミンKとカリウムを補う薬の処方の間違いは無いか患者様への聞き取りにより確認。その結果、採血の結果でカリウムの数値が少なかったことと、ビタミンの薬を出す話は聞いてない事が判明。クリニックへ疑義照会を行ったところ、グラケーカプセル15mgが削除となり、スローケー錠600mgが追加となった。	グラケーの薬名にケーがつく為、K（カリウム）と間違えてしまったか、スローケーと薬名が似てるので間違えてしまったのではないかと考えられる。似た薬名のものは十分に注意する必要がある。		グラケーカプセル15mg	スローケー錠600mg		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1661	肺炎にて受診。一般名レボフロキサシン錠500mg1錠一般名ブロムペリドール錠1mg一般名ツロブテロールテープ2mg処方。処方箋受付時他病院で服用中の薬ブロムペリドールを処方してもらったのかと、患者本人に問診の結果、手帳からも他病院受診なく、一般名の類似しているブロムヘキシン塩酸塩錠4mg処方元の処方箋入力ミスと判明。	処方元の処方箋入力ミス。一般名の類似薬の表示の仕方を今後改善する必要がある。	一般名類似薬が多いため今後処方箋表示方法の見直しが必要。手帳や患者からの聞き取りが重要。	ブロムペリドール錠1mg「アメル」	ブロムヘキシン塩酸塩錠4mg「トーワ」		技術・手技が未熟だった	コンピュータシステム医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1662	一般名:ドネペジル錠で処方されていたが、患者状況・症状より一般名「ドンペリドン錠」の誤りの疑いがあり、疑義紹介。一般名ドンペリドン錠に処方変更になった。	名称類似のため	受診された科、患者の年齢や症状から処方薬が問題ないか確認する	ドネペジル塩酸塩錠10mg「NP」	ドンペリドン錠10mg「トーワ」	記録などに不備があった	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
1663	当薬局に患者家族来局。アダラートCR錠（40）の処方が残薬調整のため今回は不要と備考欄記載あり。同日、同一医療機関の他科のDrよりアムロジンOD錠の処方が出ていたため、患者家族に対して処方医師に類似医薬品の処方追加の話を聞いているか確認したところ、特に聞いていなく、以前から服用している物と一緒に服用するものだと認識していた。聴取のみだと副作用発現が疑われたため、処方医師に同一医療機関内での同効薬重複の疑義照会を行った。アムロジンの処方削除になり、アダラートの服用継続のみとなった。	医療機関内でカルテの共有ができていなく、処方重複に至ってしまったようだ。	引き続き、当薬局の薬歴・お薬手帳の活用により患者の情報を管理し、処方内容に誤りがないか確認していく。患者にかかりつけ薬局を決めるメリットを説明し、薬局での併用薬の一元管理を行う。	アムロジンOD錠5mg 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
1664	定期的に受診している患者。体重18.9kg。伝染性膿痂疹と診断され、クラバモックス小児用配合ドライシロップが処方された。以前にも同薬の処方があり、その際薬歴に下痢のため禁忌と登録していた。門前医院に疑義紹介したところ、クラバモックス小児用配合ドライシロップからクラリスドライシロップ10%小児用へ変更、ラックビー微粒Nが追加となった。	2018年2月ころ、クラバモックス小児用配合ドライシロップが新規で処方され、服用した際に副作用と考えられる下痢症状がみられた。次回来局時に問診にて確認し、クラバモックス小児用配合ドライシロップとその類似薬を電子薬歴に登録。2019年7月に同薬が処方された際に薬局にて禁忌と判明。医院でのカルテにも記載があったと考えられるが、手書きカルテのため確認しきれず処方されてしまったと推察される。	手書きカルテのため、警告すべき注意事項は表紙等に記載していただくようにする。薬局では注意事項をその都度電子薬歴に登録し、投薬時の問診でも確認を怠らない。他院・他薬局で同様の事例がある場合は、お薬手帳に記載してある可能性も考えられるので患者に合わせて活用する。	クラバモックス小児用配合ドライシロップ			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.	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	
1665	定期的に受診している患者。体重18.9kg。伝染性膿痂疹と診断され、クラバモックス小児用配合ドライシロップが処方された。以前にも同薬の処方があり、その際薬歴に下痢のため禁忌と登録していた。門前医院に疑義紹介したところ、クラバモックス小児用配合ドライシロップからクラリスドライシロップ10%小児用へ変更、ラックビー微粒Nが追加となった。	2018年2月ころ、クラバモックス小児用配合ドライシロップが新規で処方され、服用した際に副作用と考えられる下痢症状がみられた。次回来局時に問診にて確認し、クラバモックス小児用配合ドライシロップとその類似薬を電子薬歴に登録。2019年7月に同薬が処方された際に薬局にて禁忌と判明。医院でのカルテにも記載があったと考えられるが、手書きカルテのため確認しきれず処方されてしまったと推察される。	手書きカルテのため、警告すべき注意事項は表紙等に記載していただくようにする。薬局では注意事項をその都度電子薬歴に登録し、投薬時の問診でも確認を怠らない。他院・他薬局で同様の事例がある場合は、お薬手帳に記載してある可能性も考えられるので患者に合わせて活用する。	クラバモックス小児用配合ドライシロップ	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
1666	すでに他院にてネキシウムカプセル１０mgが処方されていたが、お薬手帳を持参せず受診したため、ラベプラゾール錠１０mgが処方された。患者様とお話する中で似たような薬をすでに服用していることが判明し、お薬手帳を取りに帰ってもらったところ、重複していることがわかり、処方医に連絡、再受診となり、処方箋は削除となった。	お薬手帳がなく、患者様の申し出がなかったらわからず、そのまま投薬しているところだった。患者様の中には、1度服薬すれば症状が治まると思っている人もいるので、症状が治まってくる目安なども伝えられると参考になるのかとは思う。	お薬手帳を持参してもらうように声かけをしていく。	ラベプラゾールナトリウム錠１０mg「ケミファ」				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
1667	もともとタケルダ配合錠1錠分1朝食後ほか数種の薬が処方されている患者様に胃の調子が悪いため8/20の受診時、ランソプラゾールカプセル15mg1カプセル分1夕食後mgが追加処方された。タケルダ配合錠内にランソプラゾールが15mg配合されているため、ランソプラゾールを追加して、1日30mgにするのか、用法は朝夕となるが良いか確認するべきだったが、ランソプラゾールの成分がかぶっていると気付かずそのまま交付。9/20来局時にも同じ処方が出ており、その時に別の薬剤師が成分がかぶっていることに気付いた。処方元に問い合わせをして、8/20分はランソプラゾールトータル30mgで医師確認済みで良いとのこと。9/20のランソプラゾールカプセル15mgは処方削除となった。	タケルダ錠は配合錠であるが、似た成分ではなく、抗血小板剤とPPIの組み合わせ。抗血小板剤のイメージが強く、ランソプラゾールが配合されていることに気付かなかった。新しい薬が追加されているときは相互作用を確認するが、その時点で漏れてしまった。	相互作用を確認する場合、処方内容に配合剤が含まれている場合はその配合成分までしっかり見る事、周知徹底。	ランソプラゾールカプセル15mg「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「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
							背景・システム・環境要因			
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	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	
1668	一般名メコバラミン錠0．5mg 3錠毎食後で定期に追加処方。患者家族からの聞き取りでは、「先生からは不整脈が改善されてないから、3回飲む別の薬を足しますと聞いてます」との内容で、先生からの説明と処方内容に食い違いがあるため疑義照会したところ、一般名メキシレチンカプセル50mgへ処方変更になった。	商品名でメチコバールとメキシチールの違いで、頭一文字しか一致していないが、二文字目がチとキで形が似てることと、規格が500μgと50mgで一見近しいこともあり、クリニックで処方入力の際に誤ったかと思われます。	代理のご家族でも処方に変更があった場合は先生から説明があるはずなので、きちんと聞き取りを行い、その処方で妥当であるかの判断をすることが大切。	メチコバール錠500μg	メキシチールカプセル50mg		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
1669	服薬指導時、「乾燥予防で全身に塗る塗り薬がでると医師に言われたが、25gのチューブ入りのものではなく、青い蓋の容器に入った100gだすと言われた。」とのことで、疑義にて処方変更。	診察内容と処方内容の不一致。	診察時の内容を確認し、処方内容、使用部位と回数から処方量が適切か確認する。	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」	連携ができていなかった	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
1670	（一般名）レバミピド錠100mgが処方されたが、他科でテプレノンカプセル50mgを定期処方で服用中であった。効能効果・成分類似薬品のため疑義紹介実施。結果、（一般名）レバミピド錠100mgの処方削除となる。	疑義紹介により類似薬品の重複服用を未然に防ぐことができた		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
1671	カロナール細粒20%　1mg/回で処方があった。用量が少なすぎるので患者に確認したところ、粉で処方が出るとは聞いていないそう。おそらくカロナール錠200mg1Tで処方するところをカロナール細粒20%で入力してしまい、数字を入力するところを「1」で入力したため、1mgという表記になったと思われる。疑義照会をしたところ、カロナール細粒20%1mg/回　→　カロナール錠200mg1T/回に変更になった。	錠剤で1Tで出したかったため、「1」と入力をしてカロナール細粒20%「1」mgという表記になったのだと思われる。少し内容は変わるが、似たようなケースだと、すべて30日分処方だが、1種類だけ「○○錠　30T分1　14日分」といった入力のものもたまにみかける。「30」日分と入力しようとしたが、用量の部分に誤った入力してしまったケースである。	常に用法用量のチェックを行うとともに、医療機関側の入力者の気持ちも考えることで、どういったミスが起こり得るのかを想定しておくことが大切です。	カロナール細粒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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1672	以前よりベルソムラ錠10mg1錠を服用していた。患者本人はDrより容量を減らすため半分にして出すと説明を受ける。ベルソムラ錠10mg0.5錠7日分と記載の処方箋を持ち来局。ベルソムラ錠は添付文書、インタビューフォームにシートから取り出した状態では光及び湿度の影響を受けるためPTPのまま保存し服用直前に取り出し服用するようにとの記載あり。そのためDrへ疑似照会を行う。半錠は安定性等に問題ありと説明、他剤への変更等を提案。Drからの返答は続けたいので1錠で処方し直前で半錠にして服用、残ったものは破棄するよう指示あり。患者にはDrからの指示を伝えお薬交付。次回以降患者に確認するときちんと半分にして片方は破棄していた。	医師がベルソムラの特性を知らなかった。	ベルソムラの特性を知っていたため疑義照会が行えた。シートから取り出し1日たつとコーティング層のひび割れや溶出速度の低下が認められるという事で見た目の変化による患者の不安などを防ぐことが出来た。PTP包装から取り出すような加工が必要な場合はその安定性を課ならず確認し調剤を行う。	ベルソムラ錠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
1673	プレドニン錠5mg 2錠朝食後で処方。もともと他院で処方されていたが、医療機関をひとつにまとめるために処方依頼したとのこと。お薬手帳で過去の履歴を調べたところ、ずっとプレドニゾロン錠1mg 2錠で処方されていたため疑義照会し、結果今まで通りのプレドニゾロン錠1mg 2錠へ変更となった。	プレドニンとプレドニゾロンで名称が似ているための誤りと思われる。	プレドニゾロンでも別規格はあるため、規格の確認は当然のこと、お薬手帳できちんと履歴を確認することが大切である。	プレドニン錠5mg	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
1674	ミルナシプラン錠15mgが記載された処方箋を持って患者が来局。新規の患者で手帳の確認をすると前回までは別の病院からミルタザピン錠15mgが処方されていた。患者に確認すると、「転院し、紹介状通りに処方箋書いてもらった。前回と処方内容は変わらないと医師から聞いている」との事だった。入力ミスを疑い、疑義紹介したところミルタザピン錠15mgに変更になった。	医師が薬剤を入力する際、2文字で検索を掛けてしまい似た名称の薬剤を選択した可能性が高い。	薬剤名を入力する際は最低3文字以上で検索をかける。入力後も薬剤名を最後まで確認する。薬局側は新規患者の場合、手帳が薬剤・用量変更確認の重要なツールになるので必ず確認する。	ミルナシプラン錠15mg「日医工」	ミルタザピン錠15mg「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1675	大腸癌患者。診察で骨への転移が見つかり、今回外科より酸化マグネシウムに加えてデノタスチュアブル配合錠が処方された。他院整形でエディロールカプセル0.75μg、アレンドロン酸錠35mg、ノイロトロピン錠4単位、タリージェ錠5mg、ヘパリン類似物質油性クリームを継続中である。デノタスチュアブル配合錠沈降炭酸カルシウム・コレカルシフェロール・炭酸マグネシウム配合剤であり、重複する成分があるため他院整形の薬はやめ、今回処方へ切り替えるか処方医へ疑義照会した。返答は、他院の薬については全く知らなかったとの事で、他院の薬は服用を続けてデノタスチュアブル配合錠は中止となる。	医師の情報収集不足である。お薬手帳を診察時に患者から提出をしていなかったことも考えられる。	薬剤師もお薬手帳による併用薬チェックを怠らないことはもちろんのこと、患者から診察時に医師へお薬手帳を提示するようにその必要性を啓蒙する。	デノタスチュアブル配合錠			その他	患者側	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
1676	当薬局を初めて利用する患者が処方箋を持参した。新患問診票にて過去にジェニナック錠により蕁麻疹を生じたことがあるとの情報を得たが、同じニューキノロン系であるレボフロキサシン錠が処方されていた。念のため患者に処方内容について話を伺い、過去にもクラビット錠が処方されたことがあり同様の疑義をして薬を変えてもらった経緯を確認。医師に問い合わせたところ、ファロム錠へ処方が変更となった。	診察時に患者の副作用歴について確認が行われなかった、あるいは確認は行ったものの処方医が抗生剤の分類について考慮しなかった可能性がある。	抗生剤は同成分だけでなく類似構造を持つものに関しても注意しなければならない。必ず添付文書等で構造や分類を確認する。	レボフロキサシン錠500mg「アメル」	ファロム錠200mg		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1677	歯科から「一般名アシクロビル軟膏5%　1日数回塗布」と処方あり。投薬時、患者主訴の口内炎とアシクロビル軟膏の適応が異なるため処方医に疑義照会。「アフタゾロン口腔用軟膏0．1%　1日3回塗布」に処方変更となった。	薬剤の名称が似ていることが原因と考えられる。	・患者の主訴を的確に引き出す服薬指導を行う。・処方医の処方意図を考えながら監査する。	アシクロビル眼軟膏3%「ニットー」	アフタゾロン口腔用軟膏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
1678	アレルギー性鼻炎により、アレロックOD錠5およびプランルカスト錠112．5mg「AFP」が処方されたが、他院にてキプレスチュアブル錠5mgの併用が判明した。	保護者の代わりに、祖母が同伴しており、口頭での確認により類似薬の併用が判明した。	まずは、お薬手帳の持参率の向上とともに、院内処方の場合、お薬手帳への記載が抜けている事があるので、口頭でも再度確認する事が重要。	プランルカスト錠112．5mg「AFP」					その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1679	新規でツムラ大黄甘草湯が処方されていた。患者の訴えを聞くと足が攣るということで薬が追加になったと聞き取り。大黄甘草湯の効能と異なり疑義照会を行うと芍薬甘草湯と間違えた処方であったことがわかり変更となった。誤った漢方薬で服用すると下痢することが考えられる。	漢方薬の類似名称薬で勘違いか入力間違えにより誤処方であった。		ツムラ大黄甘草湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	判断を誤った	知識が不足していた	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1680	9/10に9/9発行の処方箋を持って来局。一包化の処方箋、前回Do処方だったので急いで一包化を作成した。投薬前に手帳を確認すると、9/7に類似処方があることに気付いた。患者様に確認すると、手持ちの薬のことについては特にDrとお話はされていないとのことで病院薬剤部へ照会。今回はクリニックで処方されていない薬（タケキャブ10mg、フェブリク10mg、リマプロす田アルファデクス錠5μg処方削除）のみの処方となった。次回のクリニックの予約に合わせて日数も変更になった。	○処方医薬品の多さ○単純なミス○焦り普段はメインのクリニックでの処方だったが入院したこともあり、前回8/19のみ門前病院で処方、その後再度かかりつけクリニックへ行ったことは患者様がお話にならず、Drは知らなかったとのこと。系列のクリニックであったが、連携は取れておらず、患者様にお任せしているようだが、患者様は高齢であることもあり、理解されておらず、気づかずに薬局まで処方せんを持参。処方箋が4枚に及んでいたが、受付時にお話しはなかった。一包化の処方だったので、調剤に急ぐことに必至で、手帳の確認を後回しにしてしまった。	調剤前監査をきちんとしていれば、患者様をもう少しお待たせすることなくお渡しできた。手帳の持参が無ければ気付かなった可能性も高い。プラザキサも服用されていたので重複処方にならずに済んでよかった。認知の低い患者様には手帳の持参を忘れないように今後もアピールしていく。クリニックでのDrは門前病院にも出向している医師なので、今後の対応はクリニックをメインにしていくことを病院と確認、クリニックとの連携は病院にお任せすることになった。	タケキャブ錠10mg フェブリク錠10mg リマプロストアルファデクス錠5μg「サワイ」		確認を怠った	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
1681	左眼：緑内障でミケルナ配合点眼を継続仕様していた患者。右眼のOpeのため、Ope前除菌点眼やOpe後の点眼薬などの臨時処方が数回続いた。今回、左目の点眼薬が初歩されたがミケラン点眼2%が処方されていた。患者に確認したところ変更するなどの説明なかったことから医師へ疑義照会し、以前と同じミケルナ配合点眼へ変更となった	臨時点眼が数回続いたため、定時点眼を新規に処方入力したのだと思われる。その際に類似名のミケラン点眼と入力ミスをしたのだと思われる。	臨時処方後の定時処方再開時は転記ミスなどが起こりえるため、薬歴等よく確認しミスがないか確認する。	ミケラン点眼液2%	ミケルナ配合点眼液			医薬品		ヒューマンエラー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	バイアスピリンが処方された処方せんを受け取ったが、患者様との会話やいつも服用している薬から考えてハイペンの処方であるのではと疑い、疑義照会後ハイペンに変更になる。	名前、mg数が多少似ているため病院側のミス。	今後も患者様の聞きとりをしっかし、適切な治療に貢献していく。	バイアスピリン錠100mg	ハイペン錠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
1683	小学生の頃服用したときに湿疹が発現した。もう5年経っているのでどうかと思うが・・・と相談された。病院へ疑似照会したところ薬品カットになった。	患者さんの過去に副作用にかかったことはないか詳しく質問しなかった。親御さんの申し出により判明した。	薬の説明をするときに、副作用にかかわることや過去に副作用はなかったか質問することが大事であると改めて思った。	カロナール錠200		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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1684	脳梗塞で入院後、かかりつけ医に受診。入院中に開始した薬をこれからはかかりつけ医でだしてもらうとの事。パリエット錠とタケプロン錠の2剤が処方された。病院に確認したところ、パリエット錠は中止でバイアスピリン錠に変更となる。頭文字が似ていることから入力の際にミスがあったのではないかと思われる。	今回はPPIが2剤だったので間違いに気づきやすいが、わかりにくい薬もあると思うので、新しく薬が増えた際は、患者さんからの聞き取りもしっかりしていく必要があると思います。	処方内容をしっかり確認し、新しい薬が増えたり変更があった場合は、患者さんからの聞き取りも十分にするようにする。	パリエット錠10mg	バイアスピリン錠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
1685	ご家族が来局。リンデロンVG軟膏とオイラックスクリームの混合処方が出ていた為、痒みの頻度・程度を聞いたところ乾燥して夜中に掻きむしっているその度に起こされる。乾燥が原因とも考えられる為、ヘパリン類似物質外用泡状スプレーの説明をした。非常に使いやすそうだし、しっとりするなら試してみたいとのこと。	患者のご家族が痒みの頻度・程度、夜中に起こされることまで伝えていなかった為。	引き続き投薬時に患者の話をよく聞く。	-	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
1686	患者様が以前もらった実物を持っていって診察時にお話し、同じ薬を出すと処方医から説明があった。処方箋ではデルモベートスカルプローションだったが、実物はデルモゾールGローションであった。疑義照会し、デルモゾールGローションに変更になった。	似た名前の薬剤であった。オーダーリングシステムではなく手書き処方箋であった。	今回の場合後半の名前がまったく違う。似ている薬剤が多々あるので最後まできちんと名前を確認する。	デルモベートスカルプローション0．05%	デルモゾールGローション	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
1687	以前から「一般名」テオフィリン徐放錠200mg（12～24時間持続型）2錠／日　分2で処方されていたが、今回「一般名」テオフィリン徐放錠200mg（24時間持続型）2錠／日　分2に変更となっていた。24時間持続型製剤の場合の用法は分1のため、病院に疑義照会を行ったところ、以前の12～24時間持続型に変更となった。主治医がこの日は不在で別の医師が処方したところ入力を誤ってしまっということだった。	テオフィリン徐放製剤には12～24時間持続型と24時間持続型の二種類が存在しており、用法は12～24時間持続型は1日2回または1日1回、24時間持続型は1日1回となっている。今回主治医が不在のため別の医師が良く似た名称の薬を誤って入力してしまったのが原因であるが、適応となる用法・用量を確認しておくことが大切である	一般名称はテオフィリン徐放製剤に限らず名称が類似したものが多数存在しているため、しっかりと最後まで名称を確認するとともに、用法・用量を把握しておくことが大切である。	テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」	テオフィリン徐放錠200mg「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1688	アレグラ錠60mg3錠分3の処方がアンプラーグ錠100mg3錠分3へ変更となった。	病院側の取り決めとして、医師が筆記でカルテを記載し、医療事務がこれを判読し、オーダリングシステムを用いて処方箋を発行する。今回の場合、医療事務の判読ミスによりアンプラーグを引用すべきところをアレグラで引用してしまった。カタカナでカルテを記載した場合、各々の事態が似ていることから判読ミスが起こったと考えられる。薬局側としてはアレグラ錠60mg3錠分3というあまり見ない処方であった事と、患者の病態から抗ヒスタミン剤の処方意図が不明であった事から疑義照会を行った。結果、処方変更となった。	通常の用法用量でないなど、処方に疑わしいことがあった場合は疑義照会を怠らないことが重要である。且つ他剤より推察できる病態と追加薬との因果関係について判断能力を養う必要がある。	アレグラ錠60mg	アンプラーグ錠100mg			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
1689	内科の処方でノイビタ錠25が出ていた。10/8にノイロビタン配合錠が処方されていたので変更なのか問い合わせた。事務職員が対応して、カルテを確認して、ノイロビタン配合錠の間違いと返答があった。	名前が似ているので入力を間違ったよう。10/8に出ていたがコピーしなかったのかも。		ノイビタ錠「25」	ノイロビタン配合錠	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
1690	処方医は「アンギナール散12.5%」を処方する意志があったが、処方せんには「アレギサールドライシロップ0.5%」と誤って入力された。要因としては、「アンギナール散12.5%」は現在は「ジピリダモール散12.5%「JG」」と名称変更していたこと。それにより、アンギナール散と入力できなかったこと。また、アレギサールと名称類似していることが考えられる。薬局薬剤師が患者様との聞き取りの中で処方間違いを疑い、処方医に疑義照会し、間違いを発覚した。これにより、患者様は正しい薬剤を服用し、治療をすることができた。		今後も処方間違いを常に疑い、患者様からしっかりと聞き取りを行っていく。	アレギサールドライシロップ0．5%	ジピリダモール散12．5%「JG」	判断を誤った	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
1691	プロカテロール塩酸塩シロップ1日量9mL、カルボシステインシロップ1日量10mLで体重10kgの1歳8ヶ月の小児に処方されていた為、薬剤師が過量と判断し、処方医に疑義照会した。プロカテロール塩酸塩シロップ1日量5mL、カルボシステインシロップ1日量6mLに変更となった。	まず、年齢における平均体重に比べて用量が多かったため疑問に思い、体重確認により過量服用を防ぐことが出来た。	定期的な体重確認が重要だと考える。	プロカテロール塩酸塩シロップ5μg／mL「日医エ」 カルボシステインシロップ小児用5%「トーワ」 ザイザルシロップ0．05% ツロブテロールテープ0．5mg「HMT」 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.	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	
1692	当薬局をいつも利用してる患者母子が来局した。処方内容は【一般名処方】オキシブチニン塩酸塩錠2mg 2錠分二朝夕食後 レスタミンコーワクリーム 50gであった。患者母に受診理由を聞き取ったところ、全身に原因不明の湿疹が出来ていて痒みがひどいので受診した。。かゆみ止めが出ると聞いている、おしっこに関しては待ったく問題ないと。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。結果、ポララミン錠2mgに変更となった。	【一般名処方】オキシブチニン塩酸塩錠2mgは商品名にすると、ポラキス錠となりポララミン錠と名称が似ており、さらには規格がどちらも2mgであることから、入力の際に選択を誤ったようだ。	患者からの受診理由、症状を丁寧に聞き取ること等、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。特に子供の場合は本人のみならず、付き添いの家族からも状態を聞き取ることが大切である。	ポラキス錠2	ポララミン錠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
1693	前回来局日が3年以上前の患者様。以前の薬歴の表書きや問診、お薬手帳の副作用欄に「ペニシリンで薬疹」と記載があるのを発見した。患者様にお話を伺ったところ、「以前ペニシリンで体中に薬疹ができたことがあり、それ以来怖くて避けてきた。医師にも伝えてある。」との返答。セフジニルはセファロスポリン系の第三世代で、ペニシリン系との交差反応が起きる確率は約2～3%と低いとはいえ、βラクタム環は潜在的に免疫原性をもつことが知られており、ペニシリンで薬疹がでるのであれば母核の構造類似性が高いセフジニルでも薬疹がでる可能性も否定できない。またセフジニルの添付文書上、ペニシリン系で過敏症の既往歴がある患者様には慎重投与となっている。今回セフジニルが処方された経緯として、右手中指の爪の間から細菌が入ったための指先の炎症ということで、リスクがあるセフジニルではなく、他の抗菌薬で良いのではないかと判断し、疑義照会を行った。その結果、レボフロキサシンに変更となった。 服用後約2週間が経過したが、湿疹を始めとした副作用報告は現在のところ入っていない。 参考文献：医薬品安全性情報 Vol.14 No.22（2016/11/02）p7～9	病院側で患者様の副作用情報を把握できていなかったまたは、Dr.の抗生剤の母核の構造に対する認識不足。	同様に、患者様からの聞き取り・お薬手帳から情報収集を行い、処方内容に間違いがないか確認を行なう。	セフジニル細粒小児用10%「YD」	レボフロキサシン錠500mg「TCK」				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1694	B学病院泌尿器科からA医院（泌尿器科）への紹介受診。当薬局へは初来局。お薬手帳は自宅に忘れた。今回から、ミニリンメルト錠50μgが新規に処方されていた。薬局内の初回アンケートにはCクリニック（内科）からテラムロBP配合錠のみ処方を受けている旨の記載があった。アンケートから他剤併用を疑い詳細の聞き取りをしたところ、「利用薬による治療も行っているが紹介状もあるから薬の情報は医師同士で共有しているはずだ」とお話しされ、併用薬については医師との確認を行っていなかった。ミニリンメルトとチアジド系利尿剤、チアジド系類似剤、ループ利尿剤の併用禁忌（併用による低Na血症発現の恐れ）について疑義照会を行い、ミニリンメルト錠50μgは削除となった。	紹介状にも併用薬剤についての記載があったようだが、大学病院からの紹介後、A医院での初回受診で紹介元以外の処方内容の確認に漏れがあった。	引き続き患者への聞き取りを行っていく。お薬手帳の携帯を患者に指導していく。	ミニリンメルトOD錠50μg			その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1695	他病院でファモチジン20mgを2錠朝夕食後で服用中の患者にネキシュウム20mg1Cが処方になった。医師は重ねて服用しても良いと言っていたと聴き取った。PPIとH2ブロッカーは作用が類似なので併用はしない。重ねて服用しても効果はないと判断、医師に問い合わせ、ネキシュウム20mg服用している間はファモチジンを中止するように指示をもらった。	お薬手帳を見せていたが医師は2剤重ねて服用しても問題ないと考えていた	情報交換として医師と話し合いの機会を持つことにした	ネキシウムカプセル20mg	ファモチジン錠20「サワイ」	連携ができていなかった	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
1696	湿疹で受診した患者が来局した。処方箋には、一般名クラリスロマイシン錠200mg 1錠1日1回 の記載があった。処方鑑査に当たった薬剤師が疑問を感じ、疑義照会をおこなった。回答は、一般名ロラタジン錠10mg 1錠1日1回 に変更する旨であった。	医師はクラリチン錠を処方しようとして、処方オーダリング画面で誤ってクラリス錠を選択していた。	類似した名称の薬品が誤って処方される可能性があるので、些細な疑問であっても必ず疑義照会を行うようにする。	クラリスロマイシン錠200mg「トーワ」	ロラタジン錠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
1697	SG配合顆粒が処方されていた。患者様本人と話してみると、風邪で痰がらみなどの症状ありと診断され、風邪薬を処方してもらったとのことだった。PL配合顆粒と間違えたのではと思い、疑義照会したところ、PL配合顆粒に処方変更となった。	どちらもアルファベット＋配合顆粒と似た名称のため、SGとPLを勘違いしたのではないかと思われる。	患者様との話の中で、あやしいと思ったことは必ず疑義照会をして確認する。とくに、似た名称などの場合は十分注意する。	SG配合顆粒	PL配合顆粒		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1698	ピラノア錠20mgが処方されていたが、他院にてルパフィン錠10mgが処方されていたため、似ている作用の薬が重複するため医師に確認した。	手帳を持参していたが医師には手帳を見せず、併用薬を伝えなかったため似ている作用の薬の重複が起こった。	お薬手帳の使い方を説明。薬局だけでなく病院の医師にも飲んでいる薬を伝えることを指導し、その際手帳を見せるとわかりやすいこと説明。	ピラノア錠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
1699	非常勤医師が、ヘパリン類似物質油性クリームをヒルドイドクリームと処方	薬歴より、以前と軟膏が変更になっている為患者に確認、疑義照会となり前回使用薬ヘパリン類似物質油性クリームをヒルドイドクリームと勘違い処方した	ヒルドイドについては、剤型が多種あり、一般名称から剤型を勘違いし易いので、使用部位、使用法や使用歴の確認をする。	ヒルドイドクリーム0．3%	ヒルドイドソフト軟膏0．3%			医薬品		ヒューマンエラー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	監査時、処方内容に疑問を感じ患者様に確認したところ、「喘息で受診、利尿剤が出るという話は聞いていない」と聴取。医師へ確認したところ、スピロノラクトン錠25mg処方削除、スピロペント錠10μgへ変更。	名称類似医薬品の処方ミス	処方内容に疑問を感じた場合は、患者への確認、疑義照会を徹底する。	スピロノラクトン錠25mg「CH」	スピロペント錠10μg			医薬品		ヒューマンエラー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	ニキビでの継続治療の為来院されたが、前回処方薬では効果が不十分だったため十味敗毒湯から薬が変更になったそう。桂枝茯苓丸ではニキビの適応がないため、他剤との間違いの可能性があったため疑義照会し、変更となった。	患者が立て込んでおり、似た名称の薬剤だった為、確認を怠ってしまったと思われる。	間違えそうな名称の薬剤にはより注意できるよう、声に出して名称をなぞりながら読む。	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）	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
1702	アドエア250エアゾール120吸入 1日2回　1回1吸入　で処方有。患者様はDRより使い方の指導は受けておらず、使うのも初めてとのこと。用法が通常と異なったため疑義紹介したところ、アドエア250ディスカス28吸入に変更。	Drが処方箋を入力するとき名前が似ていたので間違えたとのこと	病院・薬局で周知し、注意するように提案	アドエア250エアゾール120吸入用	アドエア250ディスカス28吸入用			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
1703	センノサイド顆粒8%　1回2g28回分便秘時の頓服処方。過量の為疑義照会するとセンノサイド錠2mg1回2錠28回分と判明	病院のオーダリングシステムの不備。名称が類似している薬が処方された。過量などの警告が出ないようだ。またはそれを無視して医師が処方。	類似薬で規格が違うものは処方監査を厳しく行うこととする	センノサイド顆粒8%「EMEC」	センノシド錠12mg「トーワ」	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	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.	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	
1704	長期に渡り血小板が低値の患者に、保湿を目的としてヘパリン類似物質油性クリームが処方された。投薬が完了し、使用直前に患者が薬情を確認したところ、「私に合わない薬があるかもしれない」と薬局に電話があった。薬歴を確認したところ、恒常的に血小板が減少している旨の記録が確認されたため、禁忌に該当する恐れがあり処方医に疑義照会をおこなった。	薬歴の特記事項の見落としがあったと思われる。	特に新規処方の薬剤については用法用量禁忌について鑑査を強化する。	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」	ベギンクリーム20%	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1705	皮膚科で貰っていたものを内科で同じものを希望して処方してもらったところ　皮膚科でマイザー軟膏の後発品　スチブロン軟膏との混合調剤でしたが　内科の採用薬のスルプロチン軟膏と間違えて処方されていた患者からの聞き取り　手帳との確認から発覚	スチブロン（マイザー軟膏の後発品）と　スルプロチン（非ステロイド軟膏）と似た名称のための間違い	似た名称の把握　先発名処方でない場合は　先発品の並列記載	スルプロチン軟膏	マイザー軟膏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
1706	慢性疾患のない患者に、トラネキサム酸錠250mg3錠とともにアイトロール20mg3錠が分3毎食後で処方されていた。疑義照会で確認しアンブロキソール錠15mg3錠の間違いであることを確認した。	アイトロールとアンブロキソールの名称が似ているため入力ミスと思われる。	確実に3文字で頭出しをするよう提案する。	アイトロール錠20mg	アンブロキソール塩酸塩錠15mg「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
1707	他院でずっと緑内障治療のためミケランLA点眼液2%を処方されている患者様が白内障手術を別の病院で行った。その際、今まで使っていたミケランLA点眼液も一緒に処方希望だったようだが、処方せんに記載されていたのはミケラン点眼液2%だった。前回他薬局にて1度そのまま調剤されていたが、患者様は見た目がいつもと違うと思いつつ、そのまま使用していた。今回当薬局でミケラン点眼液が1日1回で処方されていることを疑問に思い、疑義照会をした結果、ミケランLA点眼液2%に変更になった。	医師の診察が繁忙であったかと推測される。また、PCでの処方せん入力ではミケラン点眼液の方がミケランLA点眼液よりも上位に表示されていた可能性もあると思われる。	処方せんに薬品を入力する際、最後の文字まで手入力する、もしくは似た薬品がある場合は注意喚起が表示されるシステムがあれば良いのではないかと思う。	ミケラン点眼液2%	ミケランLA点眼液2%		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.	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	
1708	当薬局で アモバン継続の患者に他院でルネスタが頓服で処方されていることに手帳できづく。類似した薬のため 処方医と相談があるか？と尋ねたが 高齢のため要領をえず。当薬局でのアモバンの処方日数を減らし（疑義の上）交付し 他院受診時にルネスタ処方医に手帳を見せて指示を仰ぐように説明するが その次の来局でも患者が自らルネスタ処方医に説明できず そのままになっていることを発見。トレーシングレポートを用いて DRに報告。他院のルネスタが削除になった模様	患者が高齢のため不眠を訴えるケースでは他の医療機関で追加で眠剤は出されるケースもある。ただ今回のように アモバンとルネスタのよに類似した構造をもつ眠剤ということが 患者説明で要領をえなかったにせよDRの理解がなかったようにも思われる。（手帳みてもルネスタ処方継続されていたため）服用剤数がふえることにより 高齢者では副作用の発生もあがることを考えて患者自身の説明によらず処方医に伝えることが大切だと思われる	つねに患者の話を聞くことは大切だが その患者の理解力なども考慮してトレーシングレポートを最大限活用することが患者の健康被害の防止につながると考える	ルネスタ錠1mg		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
1709	一般名処方で、疼痛時の頓服としてロキソプロフェンNa錠60mg・カルボシステイン錠500mg 各1錠 10回分の処方が出ていた。疼痛時にカルボシステインを頓用する可能性は低く、先発品名称の頭文字が類似しているレバミピド錠100mgの処方の誤りであると考えられたため、疑義照会。一般名処方でカルボシステイン錠500mg 1錠/回→レバミピド錠100mg 1錠/回へ処方変更になった。	医療機関側で、おそらく先発品名称で入力したものが処方箋上に一般名で反映されるシステムを利用していると思われるが、その際にムコスタ錠100mgではなく、頭文字の類似したムコダイン錠500mgを選択してしまったと思われる。	今後も、処方されている薬の内容に疑義があると判断された場合は、医療機関に疑義照会を行っていく。	カルボシステイン錠500mg「トーワ」	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
1710	処方元の医療機関が変更になった。状態が不安定なため、若干の処方内容に変更があったが、現在服用しているアスパラカリウム錠ではなく、アスパラCA錠が処方された。処方元の医療機関に変更の確認をしたところ、入力間違いであったため、アスパラカリウム錠へ変更となった。	患者の状態が不安定となり、対応可能な病院へと主治医が変更となった。処方入力する際に、薬剤名の入力を間違えた様子。 〇処方せんの見間違い〇処方医薬品の多さ〇単純なミス〇焦り〇注意力散漫	名称が似ているのでメーカーに名称変更の要望を立てる。医療機関側が入力する際の確認を怠らない。	アスパラーCA錠200	アスパラカリウム錠300mg	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
1711	A小児科を受診し処方箋が発行された患者が、同日にB耳鼻咽喉科受診し処方箋が発行された。両方の処方箋を弊社で同時に受け付けた。A小児科の処方箋とB耳鼻咽喉科の処方箋の両方にアンブロキソールとカルボシステインが処方されていた。疑義照会の結果B耳鼻咽喉科の処方からアンブロキソールとカルボシステインが削除された。	患者の母親は小児科と耳鼻咽喉科で同じお薬が処方されると思わなかったそうだ。そのため、耳鼻咽喉科受診時に小児科の処方箋を持っていたが医師に伝えなかったとのこと。	患者母親に様々な病院で類似したお薬や同じお薬が処方される可能性があることを説明した。飲み合わせが悪い場合もあるので、医師に併用薬などがあれば伝えるように指導。お薬手帳の活用も説明した。	カルボシステインシロップ小児用5%「テバ」 アンブロキソール塩酸塩シロップ小児用0．3%「タカタ」				患者側		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1712	リハビリで他院に入院していた患者がかかりつけ医に転院になった際、処方薬が名称の類似から間違っていた。お薬手帳の内容から処方間違いに気づき、疑義照会につながった。疑義照会の結果、処方薬の間違いが訂正され患者の健康被害はなかった。	リハビリで他院に入院していた患者がかかりつけ医に転院になった。患者持参のお薬手帳の情報から、退院時の処方薬は多数（15種類）あったが、その中に パルトックス細粒20%があった。かかりつけ医からの処方薬は退院時処方と同じ内容であったが、パルトックス細粒20%のところバルトレックス顆粒50%が処方されていた。疑義照会したところ、処方薬の間違いが訂正され、バルトレックス顆粒50% は 【般】パンテチン細粒20% に変更となった。	処方せん発行先の処方ミスであったが、特に名称類似薬については注意が必要であると再確認した。名称は類似しているが、含有量は20%と50%と異なっており、またお薬手帳の内容を精査したことから疑義照会につながった。今後もお薬手帳の内容を精査していく。	バルトレックス顆粒50%	パンテチン散20%「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
1713	処方内容の中にビラノア錠20mg1錠1日1回寝る前があった。患者がお薬手帳を持っていたので確認したところ、他の医療機関でジルテック錠10mgを服用中と分かった。類似薬のため、疑義照会を行い、処方内容が削除された。	医療機関側でお薬手帳の確認を怠ったこと。	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事で、重複などを確認していく。	ビラノア錠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
1714	頸部痛を主訴に整形外科を受診した患者様。スミスリンローションが処方された処方箋を持参し来局された。病態と処方内容が一致しないため、薬品名類似による処方ミスを疑い疑義照会を実施。結果、スミルローションへ処方変更となった。	処方箋発行時、薬品名が類似したものと見誤り、処方ミスが起こったものと推察される。	処方意図が不明あるいは病態と処方内容が一致しないような処方の場合、積極的に医療元へ疑義照会を行うこととする。	スミスリンローション5%	スミルローション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
1715	患者が転院先で眠剤の処方を希望したが、「0.25」としか伝えなかったため、一般名処方でエチゾラム0.25mgが処方された。当薬局は患者のかかりつけ薬局であったため、転院前の処方歴よりレンドルミンD錠0.25mg処方が確認できたため、疑義照会した。医師も前と同じ薬を出したいとの事だったためレンドルミンD錠0．25mgへ変更となった。	レンドルミンの一般名がブロチゾラムでエチゾラムと似ていることや、患者が薬の名前を記憶していないまま依頼したため、0．25mgだけでは判断が難しかったと思われる。	新規で処方された薬については特に患者としっかり話をし、患者背景を確認し、処方歴を確認した上で医師の処方意図を推定するよう努めることで、患者に寄り添った仕事ができると思われる。	デパス錠0．25mg	レンドルミンD錠0．25mg		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
1716	泌尿器専門病院から睡眠薬であるトリアゾラム錠0.125mg 一日一回 朝食後の処方を受け付けた。疑義照会の結果、シロドシンOD2mgに変更となった。	睡眠薬が朝食後に処方されていること・処方元が泌尿器系病院であることの2点から疑義照会を行った。ハルシオン（一般名トリアゾラム）とタムスロシン（一般名ハルナール）を名前の類似により処方ミスを行ったと推察される。	効果・効能と用法・用量を把握しておくことでヒヤリ・ハットを起こしやすい薬を薬局内で共有し注意喚起する。	トリアゾラム錠0．125mg「TCK」	シロドシンOD錠2mg「EE」	連携ができていなかった				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
							背景・システム・環境要因			
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	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	
1717	定期薬でチザニジン錠1mgを服用していた方がファモチジン錠に変更になっていた。今回の処方変更について患者は変更は聞いていなかった。DRの方針でニザチジン使用患者の処方をファモチジンに変更することになっていた。一般名処方で成分名が類似していたためニザチジンと勘違いをされて変更されたと推測されたため疑義照会を行いチザニジンの処方に戻った。	チザニジンとニザチジンの成分名の類似による見間違えから起こった	引き続き処方変更時には変更理由や症状の確認を行うことで気づけるようにする	ファモチジン錠10「サワイ」	チザニジン錠1mg「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
1718	処方内容にソランタール錠100mgが出ていた。お薬手帳と患者への聞き取りにより、他の医療機関でセレコックス錠100mgが処方されていた。類似薬のため、疑義照会を行った。疑義照会後、ソランタール錠100mgが削除となった。	医療機関での併用薬の確認を怠った。	お薬手帳や患者への聞き取りで情報を収集して、重複や相互作用などを確認していく。	ソランタール錠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
1719	処方内容でソランタール錠100mgが出ていた。お薬手帳と患者への聞き取りにより、ロキソニン錠60mgを服用中と確認。類似薬のため、疑義照会を行った。疑義照会後、ソランタール錠100mgは、削除された。	医療機関の併用薬確認ミス。	お薬手帳や患者への聞き取りで情報収集をして、重複等を確認していく。	ソランタール錠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
1720	53歳男性にフロモックス小児用細粒100mg 3mg 分3毎食後の処方があった。患者本人に確認したところ嚥下に問題はなく、用量も少なすぎるため疑義照会を行った。照会の結果セフカペンピボキシル錠100mg 3T 分3毎食後へ処方変更になった。	先発品フロモックス錠100mgを処方しようとして類似名称のフロモックス小児用細粒を選択してしまったと考えられる。処方元病院にはフロモックス錠の採用がないようで、過去にも同一内容の処方誤りで疑義照会歴があった。	処方誤りが起きやすい事例について薬局内で認識し引き続き注意していく	フロモックス小児用細粒100mg	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」			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
1721	処方内容でソランタール錠100mgが出ていた。お薬手帳と患者への聞き取りにより、セレコックス錠100mgを服用中と確認した。類似薬のため、疑義照会を行った。疑義照会後、ソランタール錠100mgが削除となった。	医療機関での併用薬の確認ミス。	引き続く、お薬手帳や患者への聞き取りによる情報収集をして、重複などを確認していく。	ソランタール錠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
1722	新規でハイペン錠200mgとセレコックス錠100mgの処方があり。COX－2阻害薬の併用に対して疑義照会行い、セレコックス錠100mgからセルベックスカプセル50mgへの変更となった。	名称の類似する薬剤による処方ミス。	監査時、調剤時における類似した薬剤名称、薬効や相互作用等の確認が重要である。	セレコックス錠100mg	セルベックスカプセル50mg			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1723	整形外科の処方、多剤ある中でビタミン剤ノイロビタン錠が処方されていたため患者より情報取集と用量用法から判断し、名称が似てるノイロトロピンの間違えでは？疑義照会する。ドクターの処方入力間違え、ノイロトロピン錠に変更となる。	ビタミン剤なので整形で処方される事もあるかもしれないが、名称が似てる薬品が存在しドクターの処方間違えの可能性	患者の症状と医師とどのような会話があったのかの確認、それを受け医師がどのような意図があり処方したのか想像する事も今後のヒヤリハットの防止になるのではと思う。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠４単位			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1724	当帰芍薬散が頓服で処方されていた。患者様より、足がつるので薬をもらったとの情報を聴取。当帰芍薬散ではなく、芍薬甘草湯処方したかった可能性があるため、疑義照会を行った。疑義照会の結果、芍薬甘草湯に変更となった。	健康診断の時期であり、医師が多忙であった。	・似ている名前の漢方薬は、混同してしまう可能性があるということを念頭に置くこと。・患者さまより体調確認し、適切な薬が処方されているか確認すること。	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
1725	ドライシロップとシロップを取り間違え。	確認不足。単純なミス。	ドライシロップとシロップは名称が似ているので、量などを参考にして常に確認を怠らないことが大事である。	小児用ムコソルバンDS１．５% アスベリンドライシロップ2%	ムコソルバンシロップ アスベリンシロップ０．５%	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
1726	アスベリンとアレジオンの入力間違い	確認不足。注意力散漫	似ている医薬品は特に注意をして確認する。処方せんの記載や患者様の症状のヒアリングを駆使して対応していくべきである。	アスベリン錠20	アレジオン錠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
1727	透析をうけている患者様でザイザルが処方。ザイザルは重篤な腎障害の方には禁忌。この禁忌事項にあてはまると判断し病院のDrに報告し透析患者様でも減量の必要のないアレジオンに変更。	患者様の基本情報、特に重要な事項についてはスタッフ全員すぐに確認出来るように薬歴、レセコンに記載。また薬剤の知識としても十分に必要となる。それにより患者様のザイザルの高い血中濃度が持続するおそれがある事を防ぐ事が出来た。	上記に類似した事項を防ぐため患者様の重要な基本事項はスタッフ全員が分かりすく必ず確認する事が重要と思います。	ザイザル錠5mg	アレジオン錠20		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
1728	処方箋の記載において、クラリス錠200mgの処方のところをクラリチン錠10mg 2錠 分2朝夕食後 × 5日分と誤って記載あり。	薬局にて調剤業務を行う際に発覚。もともとクラリチン錠10mgは、一般的に1錠 分1の処方が多いため、他の処方がカルボシステイン錠250mg、カフコデ配合錠、メジコン錠15mg 3錠 分3毎食後 ×5日分の処方があったため、名前が類似しており、クラリス錠200mgではないかと思い、疑義照会にて問い合わせすることとなる。疑義照会後、クラリス錠200mg 2錠 分2朝夕食後 × 5日分の処方に変更となる。	処方箋の確認の徹底が必要。	クラリチン錠10mg	クラリス錠200	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「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	
1729	1か月前の受診をきっかけに転院してこられた患者。セルニルトン錠1錠分1夕食後で新規処方されたが、適応症と性別が不一致のため疑義照会実施。セルトラリン錠の処方誤りであったことが発覚。前院で定期服用していた薬剤を継続で処方したかったとのこと。お薬手帳よりセルトラリン錠25mg0．5錠分1夕食後で処方されていたことを処方医に伝えたところ、セルトラリンOD錠25mg0．5錠分1夕食後へ処方変更となった。	処方医が処方入力時に類似薬品名を誤って選択し、そのまま処方に至ったと考えられる。	継続処方の場合は患者からの聞き取りをしっかり行い、処方内容と相違ないかを確認する。	セルニルトン錠	セルトラリンOD錠25mg「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
1730	ボノピオンパックが処方されていたが、患者からの聞き取り情報よりピロリ除菌が初めてとのことなので疑義照会を行ったところ、ボノサップパック800へ処方変更となった。	ボノサップパックとボノピオンパックの名称が似ているため、誤って選択してしまった。	医師へ情報提供を行った	ボノピオンパック	ボノサップパック800	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
1731	半年振りに来局。痒みが強く外用薬3種の他、クラリチン錠　2錠分2　朝夕食後が処方になった。通常分1服用の薬であり、患者家族に確認したところ特に服用法については聞いていないとのこと。医師に疑義照会したところ、1錠分1夕食後に変更となった。	クラリス、タリオンなどの薬剤と用法を取り違えてしまったようだ。	類似名称・類似薬効の処方が連続する場合でも名称・用法をきちんと確認する。流れ作業にならないよう気をつける。	クラリチン錠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
1732	4月にヒルドイドフオームを処方され両足に使用されたところ、塗布部が潮紅しパンパンに腫れた経験あり。今回ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%が処方され、同成分のヘパリンが含有されている。含有成分同じなので、医師に疑義紹介したところ処方削除となった。	一度使用して発疹、潮紅等の副作用がでた成分については基材が変わっても同等の副作用が出る場合も考えられる。	薬歴に副作用の情報を記載する。薬剤名、成分名、副作用の状況を残し、局内で情報を共有するとともに、主治医にも情報提供する。	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	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
1733	一般名アテノロール錠50mgがいつもの薬についかとなった処方箋を受け取ったが、患者様から、ふるえの症状を確認したためクリニックに疑義照会をした。 アロチノロール錠5mgに変更となった。	アテノロールと、アロチノロールが似ているための間違いだったと思われる。		アテノロール錠50mg「ファイザー」	アロチノロール塩酸塩錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1734	前々回の処方でパンデルクリームでヒリヒリしたので、前回ネリゾナユニバーサルクリームに変更になっていた。にもかかわらず、またパンデルクリームが処方されたので確認、擬似照会　ネリゾナユニバーサルクリームに変更となった。	前回の薬剤変更理由を聞いておく	薬剤の変更理由をちゃんと伺い、きちんと記載しておく。	パンデルクリーム	ネリゾナユニバーサル		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
1735	ダイアコート軟膏とヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」の混合が処方されたが、配合不可の組み合わせのため疑義照会を行った。ヘパリン類似物質油性クリームがヒルドイドソフト軟膏へ変更となった。	Drが配合禁忌に関する知識がない可能性、認識はあっても忙しさで確認不足で処方してしまった可能性が考えられる	薬局側で配合禁忌の一覧を作成し、配合禁忌の薬品が処方されたときにすぐに確認できる体制にしておく	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%		その他			ヒューマンエラー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	産婦人科からアルファカルシドールカプセル、アスパラカリウム錠が処方されていた。アルファカルシドールは血中Caの吸収を促進させるが、一緒に処方された薬剤がカルシウムと名称が酷似しているカリウム剤だったため、疑義照会にてDr．に確認したところアスパラカルシウムへ変更になった。	医療機関の入力ミス	患者の既往歴、現病歴、使用薬剤をしっかり確認。	アスパラカリウム錠300mg	L－アスパラギン酸Ca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
1737	治頭瘡一方と治打撲一方の類似名称による処方誤り。	FAXで治頭瘡一方が処方されていた処方箋が来ていたため準備はしていた。類似名称の薬があることは知っていたので、治頭瘡一方がどんなお薬かは調べていた。患者さんが来局されたとき関節の痛みで出してもらってたということを仰られていたので、効能効果が違うと思いもしかしたら類似名称の誤りではと考えDrへ問い合わせ。治打撲一方の間違いでした。		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）			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1738	ジェネリック希望の患者で、ヒルドイドソフト軟膏とベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏の混合指示が出ていた。しかし、両方後発品に変更しヘパリン類似物質油性クリームとアンフラベートクリーム二つを混合すると2週間後には分離してしまう。そのため片方を先発品のアンテベートクリームに変更してもらうよう疑義紹介を行った。	外用剤は先発と後発品によって同じ成分でも混合できるものと出来ないものが変化してくる。アンフラベートクリームでも問題なく混合は出来たが、当薬局に在庫がなく取り寄せるには時間がかかるため先発への変更を今回は依頼した。	新規で処方された場合には本やインタビューホームなどで混合可能か調べる。	アンフラベート0．05%軟膏	アンテベートクリーム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.	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	
1739	短期処方でファモチジンOD（20）＋エカベト顆粒が処方されていた患者の定期処方にラベプラゾール（10）が追加になったが、ファモチジンも短期処方で処方されたままだった。疑義照会したところファモチジンOD（20）は削除、エカベト顆粒は短期処方のままとなった。	短期処方で胃症状が改善しないため強い薬を定期処方で追加した時に、類似薬を抜き忘れたようす。	処方変更時には類似薬効の薬がだぶっていないか特に注意する	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
1740	シダキュアを継続服用している患者にミティキュアを処方	薬品名の類似性による単純なミス	複数名による確認	ミティキュアダニ舌下錠10，000JAU	シダキュアスギ花粉舌下錠5，000JAU	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
1741	普段　当該Drが処方する漢方と別のものが処方されており　処方数の多い漢方と名前が酷似していたため患者に症状とDrからの説明をききとり　主訴がこむら返りのため　シャカンゾウトウではなく　芍薬甘草湯を処方するつもりではないかと推測疑義照会により　DR意図したものが芍薬甘草湯であると確認できたため　処方変更して患者に交付した	名前が酷似していること。医院側にマスターがあったため　違う漢方を選んだと思われる時間的に多忙な時間帯だったため　処方選択にもミスがあったのではないか。	患者の話をよく聞き取り　処方内容と合致していない場合は　疑義照会を怠らずDRに確認をとること。	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）		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
1742	総合病院で複数科受診されている患者様。泌尿器科より定期的にスピロペント錠10μg4T朝夕食後で服用中。今回呼吸器科よりホクナリンテープが追加となったが、長時間作用型β2刺激作用の薬剤重複のため不整脈など副作用の可能性あり疑義照会した。ホクナリンテープ削除となった。	スピロペントは腹圧性尿失禁に対しても適応があるため泌尿器で処方されていたので気付かれなかったよう。	複数科や複数病院に受診されている患者については薬歴やお薬手帳を活用し、重複薬や類似薬効薬剤について確認を行う。	ホクナリンテープ2mg			その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1743	肩から背中にかけて広い範囲で発疹の増悪、改善を繰り返している症例。ベリーストロングステロイドと、保湿剤の混合軟膏の処方を検討しており、以下の処方を受けた。アンテベート軟膏50gヒルドイドソフト軟膏50g以上を混和し、一日2回肩、背中へ塗布当該患者は生活保護受給患者であり後発品への変更が原則となり、アンテベート軟膏はアンフラベート軟膏へ、ヒルドイドソフト軟膏はヘパリン油性クリームへと後発変更として調剤指示を行おうとした。軟膏、クリーム配合変化ハンドブックを確認したところ先発品のアンテベート軟膏と異なり、後発品のアンフラベート軟膏はヒルドイドソフト軟膏と混和しても、後発品のヘパリン油性クリームと混和しても2週間で分離するため混合できないことを確認。アンテベート軟膏に混合不可印を記載して貰う事も検討しつつ、今回は混和性と医療経済面を考慮し以下のように処方変更疑義をかけて後発品変更して調剤を行った。アンテベートクリーム50gヒルドイドソフト軟膏50g以上を混和とし、1日2回肩、背中へ塗布。	アンフラベート軟膏と異なり、アンフラベートクリームはヒルドイドソフト軟膏、クリーム、先発後発問わず、混和に適しており分離等は起こしにくい。当症例に類似した処方検討は多くあり、後発品の推進に向けても同様の処方検討は逐一見直す必要がある。	慣れ親しんだ軟膏であっても、組み合わせや後発品変更によって保存可能条件が異なる例も多数存在する。後発品の採用時にも混合に頻繁に用いる品目に関しては、混合性を加味して検討していくことが大切と考えられる。	アンフラベート0．05％軟膏 ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」	アンフラベート0．05％クリーム 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
1744	新規患者が総合内科の手書き処方せんを持って来局した。お薬手帳は持参しなかった。処方は、ビオスリー配合錠1回1錠1日3回毎食後4日分、フェロミア錠1回2錠1日3回毎食後4日分、ブチルスコポラミン臭化物錠10mg「ツルハラ」1回1錠1日3回毎食後4日分であった。患者インタビューで主訴は下痢と腹痛であり、貧血症状はないこと、併用薬は便秘にて使用の酸化マグネシウムのみであることを聞き取った。主訴とフェロミア錠の処方意図に疑義があること、フェロミア錠の用量としては過量と考えられたことより、フェロミア錠はフェロベリン配合錠の誤りの可能性が考えられたため、処方医に対して問い合わせを行った。結果、フェロミア錠は処方削除となり、フェロベリン配合錠1回2錠1日3回毎食後4日分に処方変更となった。	医療機関で薬の処方時、医薬品名の似ている薬同士を誤ったと考えられる。	患者インタビューより処方内容を検討して薬剤変更となった事例。今後も適正な患者インタビューを行っていく。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1745	もともと門前の内科で薬を処方されており、当薬局で調剤をしていた。先日、他の総合病院で薬を処方されていたが、その時の処方が、いつもスピロノラクトンのところ、一般名クレンブテロール塩酸塩錠で処方されていた。患者ご家族に確認したところ、いつもの薬と同じものを処方してもらっているとのこと。クレンブテロール塩酸塩錠は、先発品がスピロペントであり、スピロノラクトンと最初の3文字が同じのため、間違いの可能性もあると思い疑義照会を行ったところ、スピロノラクトンに処方が変更になった。	一般名と成分名が似ているために、病院での入力が間違ってしまったのだと思われる。	今後も患者ごとの薬をしっかりと把握し、併用薬も含めてきちんと管理していく必要がある。また、薬の変更等を聞いているかの聞き取りも重要であると思われる。	スピロペント錠10μg	スピロノラクトン錠25mg「トーワ」	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
1746	退院時処方を引き継ぐが、いくつか薬剤変更のある処方。スピロペント塩酸塩錠10ugが一般名処方で含まれていたが、前立腺肥大の治療中でもあり、禁忌にあたる可能性もあり。お薬手帳を確認するも退院時にはなく、スピロノラクトン錠25mgの服用があったため疑義照会を行ったところ、Drによる薬剤の選び間違いであったことが分かった。	今回は禁忌にあたる可能性から、気づくことができた事例であるが、退院時処方等を確認する場合に変更になっているのか、誤っているのか検討する必要性がある。特に一般名処方では全く似ていない薬剤でも、商品名より入力し変換されるパソコンの場合、選び間違いがおこる可能性がある。	患者の症状・変化を確認し、変更の可能性がある薬剤か検討するとともに、削除された薬剤と追加された薬剤に商品名が似ているものがないかも検討する。	スピロペント錠10μg	スピロノラクトン錠25mg「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
1747	10月23日（水）にマグミット錠330mg 0．5錠 1日1回 夕食後、他にジャヌビア錠50mg、モビコール配合内用剤、レンドルミンD錠0．25mg、ロゼレム錠8mgと記載された処方せんを持参。マグミット錠330mgには割線がないことと散剤として酸化マグネシウム原末もあり、患者本人に服用状況について確認したところ、患者自身で微調整されていることが判明。粉薬での服用の提案等、患者本人に対して説明したが、基本は1回1錠でマグミット錠330mgを服用している。散剤は好まないと回答をえた。処方医師に対してもマグミット錠には割線がないことと微調整されるのであれ散剤への剤形変更の提案及び患者より聴取した内容を含めて疑義照会。結果、マグミット錠330mg 1回1錠 1日1回 夕食後に処方変更された。	患者が、レンドルミンD錠についても1回0．5錠で処方されていることもあり、マグミット錠とレンドルミン錠について間違って捉えている傾向も見受けられ、また、患者本人がお薬そのものの服用を嫌がる傾向があることを処方医師との情報共有の中で判明した。便通がスムーズでないため便に対する固執も見受けられた。	同じ成分、類似成分でも錠剤もあれば、散剤も存在する。また割線がない錠剤については基本的に半錠分割を行わないことを周知し、剤形変更等処方医師に対して提案できる体制をとっておく。	マグミット錠330mg		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	その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1748	5月16日の処方は一般名スピロノラクトン錠であったが6月17日の処方は一般名スピロペント錠であった。疑問に思い疑義照会したところ一般名スピロノラクトン錠との回答であった。	ドクターは一般名スピロノラクトン錠のつもりであったが名前が似ていたため一般名スピロペントと記載を間違えてしまった。	薬歴、患者さんの病態を良く把握することが大切。	スピロペント錠10μg	スピロノラクトン錠25mg「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
1749	副作用歴でヘパリン類似物質油性クリームで体のかゆみがひどくなったことあり。主治医には伝えていなかった。投薬時の聞き取りにて発覚し、疑義照会してプロペトに処方変更になった。	薬の名前が覚えられず、薬品の包装を見た時にヘパリン類似物質油性クリームで体のかゆみがひどくなったことあったことを思い出した。	服薬指導時に前回の薬の効果や副作用歴を必ず聞き取りをして、薬歴に記載する。	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」	プロペト	連携ができていなかった	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
1750	他院（整形外科）を定期的に受診しており、ロキソニン錠60mgを1回1錠1日3回毎食後に服用していることを医師に伝えてないと訴えあり。今回カロナール錠500mgが1回1錠1日3回毎食後服用で7日分処方されており、薬効が類似しているため医師に照会した。			カロナール錠500					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
1751	ディレグラ配合錠で過去に頻尿の副作用歴のある患者に、ディレグラ配合錠が処方されていた。患者に確認して医師に疑義照会した結果、ディレグラ配合錠からアレグラ錠60mgに変更となった。	処方医が患者の副作用歴を把握していなかったためと思われる。	今後も患者の副作用歴から、処方薬併用薬に副作用歴のある薬や類似薬がないか確認し、適宜疑義照会していく。	ディレグラ配合錠	アレグラ錠60mg		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
1752	一般名エペリゾン錠が処方された患者に対して聞き取りをおこなうと、意図した薬剤と違うものが処方されている可能性があるため疑義照会をおこなう。結果、一般名エチゾラム錠との処方ミスと発覚した。	処方元医療機関の処方入力の際の医薬品選択ミスで類似名称の医薬品を選択してもらった	患者からの聞き取りをしっかり行い、患者主訴と処方薬の薬効が適切かを判断する	エペリゾン塩酸塩錠50mg「トーワ」	エチゾラム錠0．5mg「アメル」			医薬品		ヒューマンエラー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	3歳女児、体重12.2kgクラリチンドライシロップ1% 1.3g 朝夕食後 4日分コメント：悪くなったら服用開始 用法・用量、添付コメントから異変に気づき疑義照会。クラリスロマイシンドライシロップ小児用10% 1.3g 4日分に処方変更となる	名称類似役のためミスがあったと思われる	引き続き注意深く処方監査を継続していく	クラリチンドライシロップ1%	クラリスロマイシンドライシロップ小児用10%「タカタ」				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1754	ファムビル錠250mg　分3毎食後服用、7日分アルメタ軟膏　1日1回ガーゼに伸ばして腹に塗布という内容の処方箋で帯状疱疹の患者にステロイド剤が出ていたため念のために疑義照会を行う。結果、アルキサ軟膏2%に変更になった。	アルメタとアルキサは名称が類似しており医療機関での処方箋記載ミスがあった。	小さいことでも疑問に感じた際は疑義照会を徹底する	アルメタ軟膏	アルキサ軟膏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
1755	風邪にて受診した患者様持ってこられた処方箋の中に、抗うつ剤であるアモキサンカプセル25mgが記載されていた。患者様に症状や、気分を落ち着ける薬を出すなどの説明が医師からあったか等確認したが、一切なく、ただの風邪の薬という話しかなかったとのことであった。処方箋を発行した医師が他病院からの非常勤の医師であったこと、また当薬局にて抗生物質のアモキシシリンカプセル250mgの在庫があり同病院からの処方で調剤をしたことがあったことなどから、入力ミスを疑い疑義照会を行った。疑義照会の結果、医師の入力ミスと回答があり、アモキシシリンカプセル250mgへの薬剤変更となった。	アモキサンカプセル25mgとアモキシシリンカプセル250mgの名称・剤型・規格の類似から、医師が入力時にミスしてしまったと思われる。	処方箋入力時、基本3文字にて検索をかけていると、このように似た薬剤であると、誤入力を起こしやすくなってしまう。よくあるミスとはいえ、入力後に、しっかりとその内容を今一度疑いの目をもって確認することが重要であるということを認識すべきである。また、今後もほかの薬剤でも起こりえる問題であるため、薬局側も類似品に注意し、薬剤師とともに、レセ入力を行う事務員も、薬品名だけでなく、大まかに何に使われる薬なのか、などを把握しておくとよいと思われる。	アモキサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「NP」		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
1756	ボアラ軟膏が処方されていた患者の母親から、投薬時にボアラ軟膏で痒みが出たという訴えを聞き取り、主治医に疑義照会。リンデロンVG軟膏に変更になった。	ボアラ軟膏で痒みが出たことを主治医が把握していなかった。	似たような塗り薬は多いので、きちんとお薬手帳を利用して、情報収集することが大切です。	ボアラ軟膏0．12%	リンデロンー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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1757	当薬局を初めて利用の患者が処方箋を持って来局した。初回問診票を依頼すると、生後9ヶ月の子に授乳中との記載があった。フスコデ配合シロップが処方されており、薬剤師が添付文書を確認すると、授乳中の婦人には，本剤投与中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，母乳への移行により，乳児でモルヒネ中毒（傾眠，哺乳困難，呼吸困難等）が生じたとの報告がある、との記載があり、患者に医師には授乳中であることを伝えたかを確認すると、伝えたところ子供でも飲める薬を出しておくと言われたとのことであった。念のため疑義照会にて添付文書に上記の記載があることを連絡すると、アストミン錠10mgに変更となった。	医師は、フスコデ配合シロップに授乳中の婦人に対する注意があることを失念されて処方されていたと思われる。	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、妊娠や授乳など特別な素因をお持ちでないかと処方された薬剤にそれに関する注意事項がないかを確認していく。	フスコデ配合シロップ セネガシロップ「ケンエー」	アストミン錠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
1758	他の処方は風邪薬で、そこに利尿剤の処方だったので、不思議に思い、問い合わせした所、トランサミンカプセルの間違いと発覚。	病院の入力間違いが考えられる。診療科なども判断して見慣れない処方が来たら、落ち着いて考える。	似ている名称だと入力間違いなどを想定して、調剤、鑑査する必要がある。診療科なども判断して見慣れない処方が来たら、落ち着いて考える。	トリクロルメチアジド錠2mg「日医工」	トランサミン錠250mg			その他		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1759	13歳情勢の患者様にカロナール200mg錠　一回　10T　10回分　発熱時に処方。疑似照会後カロナール200mg錠　一回2T　10回分　に変更	繁忙時間で病院側処方入カミス。	繁忙時間でも落ち着いて仕事をするようにする	カロナール錠200		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
1760	こむら返りに漢方　処方間違い	名称が良く似ている	確認	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	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
1761	アレジオンDS1%　6g分2で処方。用量と用法について疑義照会。→アレグラDS5% 力価60mg(製剤量1.2g)に変更。	処方入力時の薬品名の選び間違いから発生したと考えられる。	特に名前が似ている薬、引き続き処方内容に誤りがないか確認していく。	アレジオンドライシロップ1%	アレグラドライシロップ5%		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1762	背景約一ヶ月前の5月末に類似処方があり、その時のロペラミド塩酸塩の分量は0.25mgであった。患児は生後7ヶ月で、体重は約7kg。ロペラミド塩酸塩の添付文書上の用法用量は、0.02～0.04mg/kg、分2～3であり、問題なし。 今回の処方では、ロペラミド塩酸塩の分量が0.5mgで記載されていた。前回よりも下痢がひどいのか、医師から多めに処方すると言われたのか、などのヒアリングを行ったが、そうではないとの回答であり、一般的な量の倍量が処方されているため疑義照会を行った。 疑義照会の結果、分量の記載誤りであったことが分かったので、ロペラミド塩酸塩を前回と同じ分量に変更して調剤することとなった。	医療機関の計算誤り。	再来の場合、前の来局から日が浅くても、処方量から予想される体重に前回とのズレがある場合は、体重確認や症状のヒアリングを欠かさず行う。	ロペラミド塩酸塩細粒小児用0．05%「タイヨー」			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
1763	ミオナール処方。患者投薬時、肩こりなど症状ないとのこと。問い合わせ、シナール配合錠処方するべきところ、ミオナール処方したそう。変更となる。	処方もと病院、類似名称処方ミス。	他医療機関ミスの為、根本改善は不可能。投薬時、丁寧な聴取を心がけるほかない	ミオナール錠50mg	シナール配合錠				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
1764	他病院にて定期薬でビオフェルミン服用中の患者。お腹の調子が悪く別病院受診、ラックビー、ベリチーム処方となる。ビオフェルミンとラックビーが似た効能のためDrに確認、ラックビー削除となりベリチームのみ処方に変更となった。	患者は他病院の薬をDrに伝えておらず、お薬手帳持参もDrには確認してもらっていなかった。薬局にて手帳確認で発覚し変更に至った。	併用薬の確認は怠らないようしっかりとちぇっくしていく。	ラックビー微粒N		連携ができていなかった		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
1765	咳症状なく内耳障害で耳鼻科を受診した患者に対し、アストミン錠10mgが処方されていた為処方について確認を行った。アストミン10mgが削除になりアデホスコーワ顆粒10% 3g 1日3回毎食後に処方変更となった。	アから始まる薬品名の入力間違いの可能性あり	似た薬品名の入力間違いをなくす。薬局側の対策としては患者から症状を聞取り処方内容の妥当性を検討する。	アストミン錠10mg	アデホスコーワ顆粒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
1766	患者が処方箋をもって来局した。処方箋にはアモキサンカプセル10mgと記載があったが、他の処方薬から考えて不自然であるため、処方医に確認したところ、一般名処方【般】アモキシシリンカプセル250mgへと変更指示があった。	アモキサンカプセルとアモキシシリンカプセルの薬名が似ていることから、処方箋入力の際の間違いが要因と考えられる。	他の処方薬から考えて不自然である処方に際して、薬名の似ている薬を検討し、対処する。	アモキサンカプセル10mg	【般】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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1767	退院時の紹介書の確認もれ	薬品名の酷似	その都度、薬局でも処方内容の再確認する	ミカムロ配合錠AP	ミカムロ配合錠BP	確認を怠った				ヒューマンエラー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	神経内科定期処方にセレコックス100mg2錠／分2　朝夕食後が追加された処方箋が持ち込まれた。薬歴とお薬手帳を確認した所、整形定期服用薬にロキソプロフェン60mg「EMEC」3錠／分3　毎食後で服薬中と確認。類似成分の追加にて疑義照会し、セレコックス100mg2錠／分2からリリカOD25mg1錠／分1ねる前に薬剤変更となる。	医療機関側で併用薬等の情報を聞き取れていなかった。	引き続き、薬歴やお薬手帳等で情報収集に努める。	セレコックス錠100mg	リリカ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
1769	リンデロンVGクリーム・レスタミンコーワクリーム・ヘパリン類似物質油性クリームの処方を受付。医師による混合指示有。混合不適（混合により含有量の低下等）の為、疑義照会。それぞれ単体での調剤、投薬となった。	単純なミス、配合変化の確認不足		リンデロン－VGクリーム0．12% 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%「日医工」		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
1770	タケキャブ錠10mg・1錠・分1、【般】ファモチジン口腔内崩壊錠10mg・4錠・分2、ネキシウムカプセル20mg・1カプセル・分1の3剤が同一処方箋内に記載されていたため、処方医に電話にて確認したところ、患者様ご本人の希望もあり、処方指示をしたとのこと。 タケキャブ10mgのみに訂正指示いただく。	医療機関内での患者様と医師とのやりとりは処方箋だけでは把握困難。 患者様の希望で処方箋に薬がそのまま記載されることもあるということも考慮して、類似効果のある薬、重複服用の可否等の把握をしておく。	類似効果のある医薬品の把握と、重複使用の可否の確認を必ず行う。患者様と処方医とのやりとりは薬局では把握困難なため、患者様や近隣医療機関の医師との円滑なやりとりを行うためにも、平素から良好な関係を築いておく。	タケキャブ錠10mg ファモチジンD錠10mg「日医工」 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
1771	数日前に耳鼻科受診にてセフカペンピボキシル処方あり今回受診時に、Drにお薬手帳見せたところ、前回と同じ抗生剤を出しますとの話があったと聞き取り今回の処方内容がセフジトレンピボキシルであったため疑義照会	セフカペンピボキシル、セフジトレンピボキシル名称類似によるお薬手帳確認ミス		セフジトレンピボキシル小児用細粒10%「CH」	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1772	内科のかかりつけにて アプレース錠100mg1錠 朝食後の定期処方をお薬手帳にて確認。今回皮膚科よりレバミピド錠100mg2錠 朝夕食後 4日分が処方され 胃薬として類似な為 疑義照会。レバミピド錠100mgは夕食後に1錠に変更となり 重複を避けることが出来た。	お薬手帳を 病院で見せてなかった。		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
1773	ビーソフテンクリームがなくなったので2本欲しいと患者様が病院へかかり、薬をDrに見せて処方してもらったとのこと。薬局では処方箋。また、前回の歴がパスタロンソフト軟膏10%の処方だったためお渡しまで希望の処方内容と違うことにに気づけなかった。薬お渡しの際に患者様が希望の薬と違うと言い、実際の薬を見せていただいて処方ミスと確認して疑義照会。結果、パスタロンソフト軟膏10%80g(4本)から一般名処方ヘパリン類似物質クリーム3%50g(2本)に処方変更となった。	薬局での監査だけでは把握しきれないので、患者様との話・情報収集を大切にする	お渡しの際に必ず物を見せ、主訴と処方内容が一致しているか確認する。これを怠らないように努めていく。	パスタロンソフト軟膏10%	ビーソフテンクリーム0．3%	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
1774	女性にバイアグラが処方されており、保険処方せんとなっていたため疑義照会を行った。バイアスピリンと間違えて処方されていたことが判明した。	処方オーダリングシステムのため”バイア”で検索して最初に上がってきたものを選択されたと思われる。	似たような名前の薬品名が多いため頭数文字が同じ場合は特に気をつける必要あり。	バイアグラ錠25mg	バイアスピリン錠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
1775	頓服で疼痛時にトラベルミン配合錠が処方された。トラベルミン配合錠は、眩暈治療薬であり、痛みに対して効果がないことから照会を行ったところ、トラムセット配合剤に変更となった。処方医が薬剤選択時に誤ったと思われた。疼痛時にトラベルミン配合錠を使用しても、意図した薬効は得られなかったと思われる。	医師が、処方選択時にトラムセットとトラベルミンの名称が類似していることから、誤ったと思われる。しかし、効能効果が異なるため、頓用の「疼痛時」という指示に医薬品があっていなかった。	薬局では、患者の体調や訴えと処方された医薬品が一致しているかの確認を行う。また、今回の事例のように医薬品とその頓用指示が一致していない医薬品について使用方法の確認を行うこと。	トラベルミン配合錠	トラムセット配合錠		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
1776	処方箋確認時、バラシクロビル500mgが3錠分3で処方がきており、単純疱疹でも帯状疱疹でもない用法だったため処方医に電話にて疑義照会を行った。その結果、単純疱疹に対する処方であり、用法が2錠分2へと変更になった。	類似薬にファムシクロビルがあるが、その用法と混同してしまったものと思われる。	抗ウイルス薬は用法用量がしっかり決まっているためしっかり内容を把握し、今後も間違いに気付くように努める。また、新入社員に対してはこういった間違いが起こり得るということを伝える。	バラシクロビル錠500mg「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.	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	
1777	帯状疱疹後の皮膚症状と疼痛で受診。タリオン5mgが初処方であったが、通常、10mg1日2回で使用される医薬品であり患者に対しても少なめの用量の説明はなかったため、処方医師へ疑義照会。その後、タリオン5mgではなくタリージェ5mgを処方するつもりであったことを確認。そちらへ変更し交付。	薬名類似と規格が同じであったため、処方の際の打ち間違いが要因かと思われる。疾病的にも抗アレルギー薬が処方されても違和感が少なかったが、通常量よりも少なかったため気づくことができた。	薬名、規格が類似しているものについては店舗内で共有し、注意を払う。患者からの聞き取りを重視し処方が妥当か判断する。	タリオン錠5mg	タリージェ錠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
1778	初回にてエピナスチン錠20mg開始。手帳にて他医院でルパフィン錠服用類似薬効となるため疑義にて確認、エピナスチン処方削除となる			エピナスチン塩酸塩錠20mg「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
1779	前回、手足のひび割れ、痒みによりA皮膚科から臨時薬としてデルモベート軟膏0．05%（Stronges）が処方されていたが、定期通院しているB診療所とA皮膚科の2ヶ所を通院することが難しいため、今回より定期通院しているB診療所から軟膏が処方されることとなった。しかし、B診療所からはデルモゾール軟膏0．12%（Strong）が処方された。	前回、手足のひび割れ、痒みによりA皮膚科から臨時薬としてデルモベート軟膏0．05%（Stronges）が処方されていたが、定期通院しているB診療所とA皮膚科の2ヶ所を通院することが難しいため、今回より定期通院しているB診療所から軟膏が処方されることとなった。しかし、B診療所からはデルモゾール軟膏0．12%（Strong）が処方されており、患者様へ確認してみると「A皮膚科で出ていたお薬と同じものを出す」とのことだった。このまま使用していた場合、十分な効果が見込まれない可能性があり、医師へ疑義照会を実施、デルモベート軟膏0．05%へ変更となった。	類似名称の医薬品は、効果が一緒でも作用時間の違い、効果が全く違うものなど数多くある。今後も類似名称の医薬品をしっかりと把握し、診療所や店舗間で情報共有することがとても重要である。	デルモゾール軟膏0．12%	デルモベート軟膏0．05%	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
1780	9歳の小児モンテルカスト錠10mgが処方されていた。9歳はチュアブル錠5mgであるので疑義照会してチュアブル錠5mgに変更となる。	名称が似ているので入力間違いに可能性あり。	薬局も年齢に注意して食い止める。	モンテルカスト錠5mg「KM」	モンテルカストチュアブル錠5mg「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
1781	投薬時に咳止め薬の説明と症状の確認を行ったところ、患者から「腸の薬をもらった、咳は出ていない。」との訴えがあった。類似名による医薬品検索での選択の誤りと考え、疑義照会を行ったところ、薬剤がフスコデ配合錠からブスコパン錠10 mg に変更となった。	要因として、処方元レセコンの処方箋入力時の検索画面で類似名が一覧となっていたことが考えられる。	ヒヤリハット防止策として、処方意図と患者主訴が一致しているかの確認を行いながら投薬する。	フスコデ配合錠	ブスコパン錠10mg			コンピュータシステム医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1782	ポララミン錠2mgの処方が30日分出ており、患者に症状確認したところ、夜尿症の相談で受診したとのこと。病院に疑義したところ、ポラキス錠2mgの処方の入力ミスであることがわかった。	病院の処方入力ミスであったが、新人の事務が間違えたものと考えられる。	名称の頭2文字と規格も同じであったため、処方を見違える可能性もあるため、それぞれの保管場所に名称類似注意のテープ貼付。薬局内の職員にも周知した。	ポララミン錠2mg	ポラキス錠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
1783	処方せんの記載ではアンフラベートローションであり調剤を実施した　投薬の際に患者さんから指摘を受けてアンフラベート軟膏を以前に調剤をしてもらったとのことであった　処方医に疑義照会をした結果ではアンフラベート軟膏であることを確認をした医師と患者さんと相互確認の上でお渡しをした	外用剤は似たような規格が多いので処方せんの入力と調剤と鑑査と交付時には慎重に確認をしながら業務を行う必要がある		アンフラベート0．05％ローション	アンフラベート0．05％軟膏	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
1784	普段から利用いただいている患者様でインテバンカプセルと一般名）テプレノンカプセルを服用中だったが患者様自身に覚えのないインテバンからインデラル錠10mgに変更されていたために疑義照会。結果インデラルからセレコックス錠100mgに変更。	ハッキリとはわからないがセレコックスへ変更時にインデラルとインテバンの名称が似ていたために起こった可能性はあります。	あまりに異なる変更があった場合の事前の疑義照会と投薬時や調整時確認の継続	インデラル錠10mg	セレコックス錠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
1785	ランソプラゾールOD15が処方されたが、他院からファモチジンOD20が処方されていた。類似薬重複の為、疑義照会、処方薬削除になった	手順遵守	基本的な併用確認を怠らない	ランソプラゾールOD錠15mg「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
1786	A医院にてエパデールS900を服用中の方に、B医院から類似成分のロトリガ粒状カプセル処方されていたため、また患者さんもB医院にはエパデールS900を服用中のことをA医院に伝えていなかったため問い合わせ。B医院のロトリガ粒状カプセル削除であること確認。			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
1787	患者はフロモックスで薬疹が出ることは把握していた。また、抗生剤に対して薬疹がでないか？と不安を持っていた。今回処方されたサワシリン錠250は大丈夫か？内服に対して不安があるならば、以前飲んでも大丈夫だったクラリスに変更してはどうか？と提案。処方医に疑義照会し、変更してもらう	患者は過去にフロモックを内服して薬疹が出たことがある。また、今回処方されたサワシリンは薬剤の基本骨格はフロモックスと類似している。抗生剤は以前飲んでも大丈夫だったクラリスに変更したいと希望があり、疑義照会する		サワシリン錠250	クラリス錠200		知識が不足していた	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.	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	
1788	ツムラ疎経活血湯7．5g　毎食前10日分の処方せんを監査して患者さん本人、付き添いの母親のもとにたち、今日の受診理由を確認、膿栓をとってもらったと確認、痛みはないがにおうしのどに違和感は感じる。しびれ等確認するもそういうのはないとのこと。のどが慢性的に少し赤いと先生に言われた。とのこと、普段、疎経活血湯は神経のしびれ、痛み（舌等）に使うことが多いため、のどの慢性的な炎症の場合は荊芥連翹湯が多い。ツムラの番号が53、50と似て居るため病院の入力ミス等も考えられるため患者に断りを入れて疑義照会をしました。案の定先生の意図する薬は荊芥連翹湯だったため変更し説明して投薬しました。	処方されている漢方薬から、監査時におおよその疾患、症状を予測して患者に話を投げかけ疑問に思うときは必ず疑義照会、確認なのですがと先生に連絡を取ることが大事に思います。	疑問時にまあいいか。は絶対ダメ。処方意図が分からないときは勉強して先生に疑問をぶつけて解決する。またその情報をほかの薬剤師にも伝えて共有、備蓄する。	ツムラ疎経活血湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ荊芥連翹湯エキス顆粒（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
1789	頻尿を訴えた87歳の女性のFAX処方箋にハルナールD0．2mg が処方され調剤されていたのを、翌日交付した。その直後別の薬剤師が処方箋を見て問題に気づいて疑義紹介し、患者には渡した薬の変更の可能性を伝え、置いておくよう連絡。回答は、バップフォー10mgの誤りだったとのことで、薬を回収し再調剤して再交付する。誤服用は無し。	患者が女性と言うことが念頭に置かれていなかった、あるいは適応症が前立腺肥大で男性に特化されるという知識・意識がなかった。名称類似による誤りの可能性もあり。	男性あるいは女性に特化された適応症を持つ薬剤にも気を配る必要がある。名称の類似にも注意する。	ハルナールD錠0．2mg	バップフォー錠10	確認を怠った		医薬品	その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（薬局ヒヤリ・ハット「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	
1790	○シクレスト舌下錠5mg1錠夕食後×【般】ニコランジル錠5mg1錠夕食後	継続して受診し、8種類の薬剤を服用している患者。2019年11月X-14日に症状悪化し、シクレスト舌下錠5mg2錠朝夕食後で処方開始。投薬2日後に薬局に電話相談あり。眠気が酷く日常生活に差し障るとのこと。病院薬剤部と相談の上、朝食後分を半錠に、それでもダメなら夕食後のみにして様子を見るよう説明していた。2019年11月X日シクレスト処方から2週間後再受診。シクレスト舌下錠5mgの処方がなく、【般】ニコランジル錠5mgが以前から処方のあった8種に追加となっていた。患者に確認したところ、胸の痛みや重苦しさ、息切れなどはないとのこと。また、シクレスト舌下錠5mgは半錠にしても眠気が出たため夕食後のみ服用していると聴取。薬歴の内容と今回の患者聴取内容より、シクレスト舌下錠5mgの入力間違いの可能性について疑義照会実施。結果、医師オーダーの「シクレスト舌下錠5mg」を病院事務員が「シグマート錠5mg」と誤入力し、【般】ニコランジル錠5mgとして院外処方に入力されたことが判明。	一般名処方が多くなってきている昨今、処方としての名前が似ていなくても今回のような「入力元の薬剤」の誤入力によるヒヤリハットは増えてくると思われる。院内でも3字以上の入力を心掛けていただきたいが、薬局としては「本当に必要な薬剤か」「処方が漏れていないか」など様々な可能性を考え疑義照会を実施していきたい。そのためにも継続した内容を薬歴に残すことと、しっかりした患者からの情報聴取が必要となるものと思われる。	シグマート錠5mg	シクレスト舌下錠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
1791	エクア錠50mgからトラゼンタ5mgへの変更があったが、患者からの聞き取りの際に以前トラゼンタに似た薬を使用した際、HbA1cの急増がみられ中止になったことがあると確認した。医療機関への問い合わせを行いトラゼンタ錠5mgは中止、エクア錠50mgで継続となった。			トラゼンタ錠5mg	エクア錠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
1792	商品名が類似しているため、医療機関側が選択ミスされたと思われる。	新患で、アンケート記入表より、当日は　頭痛により受診したことが分かったため、医療機関に疑義照会をして判明した。	紛らわしい商品名がある場合は、特に注意して処方監査することが必要です。	S・M配合散	SG配合顆粒		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1793	内科からツムラ苓姜朮甘湯（118番）が処方されていたが、一緒に処方されていた薬がベタヒスチン（6）・メトクロプラミド（5）だったため疑義照会したところ、ツムラ苓桂朮甘湯（39番）の間違いであった。	医薬品名称が似ていた。処方箋の漢方名称には番号の記載はなかった。	処方内容から疾患を類推して、疑わしい薬があれば疑義照会する。	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				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1794	ムコスタ錠の処方であったが、処方内の他の薬剤との組み合わせと患者からの聞き取りにより、疑義照会。ムコダイン250mgに変更となった。ムコスタとムコダインの類似名称による処方せんの書き間違いであった。	ムコスタとムコダインの類似名称による処方せんの書き間違いであり、注意が必要である。	薬剤との組み合わせと患者からの聞き取りにより、交付薬剤の間違いを防ぐことができる。	ムコスタ錠100	ムコダイン錠250mg	判断を誤った	技術・手技が未熟だった	コンピュータシステム	仕組み	ヒューマンエラー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	婦人科処方よりプレドニンの処方があった。患者様に確認するが新しい薬が出るとは聞いていない様子。歴を確認すると定期でプレマリンを服用中。疑義照会した結果プレマリンに変更。	処方医がプレマリンを処方するべきところを、誤ってプレドニンを処方。薬剤名が似ていることから入力を誤ったとみられる。	服用薬の管理、患者様との処方薬の確認を行うことにより、疑義照会を行うことができた。同様の事例を見逃さない為に薬局内での共有。	プレドニン錠5mg	プレマリン錠0．625mg	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
1796	1日2錠ではあるが、用法に疑問を感じ電話で確認した。	Dr.が薬を選ぶ際、単純に間違えて入力した可能性がある、名前が似ているのもあり上下で選択を間違えた可能性あり	似た名前のお薬には十分注意する、事例集などを確認し、知識として覚えておく	クラリス錠200	クラビット錠250mg	判断を誤った		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
1797	副作用歴のある薬剤と類似物質の処方	歯科の処方せん受付。初回利用の為問診票を用いてアレルギー歴等聞き取り。聞き取り時にセフトリアキソンナトリウムのアレルギー歴があることが発覚。（投与後咽頭部に痒み、息苦しさを感じたため救急で受診された経緯あり）処方されている薬剤がセフェム系の為疑義照会を行った。	聞き取り時に副作用歴がある場合、経過を確認して疑義照会に役立てる。再来の場合も副作用歴が薬歴で目立つようにしておく。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	アモキシシリンカプセル250mg「日医工」				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1798	類似成分、同効能薬を服用中のため重複するため、医師へ報告確認にて処方削除	耳鼻科と皮膚科、違う症状で受診してるため同じ薬が処方されるとは思ってなかった。薬の知識理解力不足のため、十分説明しお薬手帳を医師にも見せるよう指導	お薬手帳持参指導	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
1799	コタロー苓桂朮甘湯1回2gで処方。前回コタロー苓姜朮甘湯で処方されてた。通常、苓桂朮甘湯はツムラで1回2.5gで処方されていて、在庫もなし。メーカーと用量の確認をお願いした。	薬品名の類似。メーカーにより1包量が異なることがある。	調剤後にメーカー、薬品名、用量を処方箋チェックしてから、ピッキングシステムにかけて、監査を行う。	コタロー苓桂朮甘湯エキス細粒	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒（医療用）			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1800	処方箋において、プレドニン錠1mgとあるが、プレドニン錠は規定が5mgのみしかなく、必要量が1mgであれば同成分のプレドニゾロン錠1mgがあるため、医師に疑義照会をした。その結果、プレドニゾロン錠1mgに処方変更となった。	プレドニン錠とプレドニゾロン錠は、同成分であるが、剤形が全て同一ではなく、含有成分の量に違いがあるので、注意が必要である。	薬剤名は似たようなものも多く、引き続き、処方内容に問題がないかどうか、確認していく。	プレドニン錠1mg	プレドニゾロン錠1mg（旭化成）	記録などに不備があった	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
1801	中耳炎で受診の患者様にルパフィンが処方されており、お薬手帳で併用薬を確認したところ他院より類似薬のビラノアを鼻炎で服用して居る事が判明。今回の受診でお薬手帳を医師に見せていなかったというので医師に照会しルパフィンが削除となる。	今回の症状が耳の為、鼻の症状で服用している薬剤の内容を医師に伝えていなかった事、また医療機関で拭くよう状況の確認がなされなかった事が原因と考えられる。	今後、受診の際は全て服薬内容を医師に伝えること、薬局にもお薬手帳を引き続き持参し提示するように指導。	ルパフィン錠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
1802	2019.11.5　患者（70代男性）入所中の施設スタッフ来局。退院後初の来局。デパケン錠200mgとデパケンR錠100mgが同時に処方されていた。疑問に思い処方医へ疑義照会。デパケン錠200mg→デパケンR錠200mgへ変更となった。	名称が酷似しており、剤形違いを判別しづらい	名称の似ている薬剤は特に注意する	デパケン錠200mg	デパケンR錠200mg			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1803	在庫の無いノイロトロピンの処方が出たので、投薬の前に患者様に痛み止めの薬が欠品しているので取り寄せになる旨をお伝えしたところ「痛いところは無い」「前にもらったビタミン剤が欲しいと先生にお願いした」との返答だったので疑義照会すると、ノイロビタンの間違いであった。	クリニックの事務員がカルテに記載されていた「ノイロビタン」をレセコン入力する際に、間違って「ノイロトロピン」を選びそのまま発行されたものと思われる。	クリニックの処方箋をそのまま信用せず何かいつもと違うことがあれば患者様にも話を直接聞くようにする。薬の名前で似たややこしいものがあれば、薬名ではなく薬の効能なども交えて説明するようになる。	ノイロトロピン錠4単位	ノイロビタン配合錠		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
1804	イニシンク配合錠服用しており今回HbA1c高値のため処方追加。カナグル錠100mg追加するところをカナリア配合錠を追加してしまったとの事。	名前の類似　処方医薬品の多さ	レセコンの注意喚起の確認。調整・鑑査時薬効での確認。	カナリア配合錠	カナグル錠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	医薬品		ヒューマンエラー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	定期処方でネキシウム20mgが処方されているが、他クリニックにて重複処方としてガスター10mg　14日分処方あり。現在服用薬の確認を行い、処方削除	他クリニックにて現在服用中の服用薬の情報を伝えていなかった。	患者様にお伝えし、同効薬削除となった。またアルサルミン細粒、セルベックスカプセルも重複作用で処方さえれちたが、こちらはご自身で調節して服用とのことで処方削除を行なわなかった。似たようなお薬が処方されることがあるため。現在服用薬の情報は伝えるようにお伝えした。	ガスター錠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	
1806	オーグメンチンとアモキサンCapが同時処方。他にも肺炎系の薬が同時処方。不審に思い患者にメンタル系薬剤の件を確認。そんな話は聞いていないとの事で疑義照会。アモキシシリンCapに変更。	薬剤名が似ている為、入力ミスと考えられる。	不審に少しでも感じた事は必ず解消してから投薬する。	アモキサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「日医工」			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
1807	アスパラCaを服用されていた患者にアスパラKが処方されていた。疑義照会にて確認をおこなったところアスパラCAの記載ミスだった。	単純なミス	類似した名称の薬剤変更の処方せんの際は疑義照会をかける。投薬時に患者へ薬剤変更の説明を受けたか確認を取る。	アスパラカリウム錠300mg	L－アスパラギン酸Ca錠200mg「サワイ」	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
1808	黄耆建中湯7.5g分3毎食前5日分で処方されていたが、服薬指導時に患者様との話が合わず、疑義照会した。黄連湯に変更となった。	院内での採用医薬品の確認ミスと思われる。	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。	ツムラ黄耆建中湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ黄連湯エキス顆粒（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
1809	患者は当薬局を8年以上利用される70歳の女性。薬の処方により毎月の病状等は電子薬歴にて把握していた。この度、末梢神経障害に内服を処方すると医師から聞かれていたが高脂血症治療薬のメバロチン錠5mgが1日3錠で処方された。話に矛盾を感じ医師へ疑義照会したところメチコバール錠500μgであることが判明し変更となった。	医師がパソコンで薬を選択した際、メバロチン錠、メチコバール錠の様に同じメで始まり間にバが入る薬のため似通った名称で誤入力された模様。	デパス錠とデパケン錠、アレロック錠とアロテック錠など事例を挙げればきりがないほどあり、今後とも患者への聞き取りや処方の意図をよく把握した上で調剤したい。	メバロチン錠5	メチコバール錠500μg		その他			ヒューマンエラー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	ハチ刺されの患者さんで、普段ハチ毒には茵ちん五苓散が処方されるのに、茵ちん蒿湯が処方されていた。	病院の事務の方による茵ちん～で薬を選ぶ入力ミス。	名称類似の薬が処方された時は要確認する。	ツムラ茵ちん蒿湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ茵ちん五苓散エキス顆粒（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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1811	他院から転院された患者さんが当薬局を利用される。一般名トリアゾラム0.25mg　1錠分1就寝前　28日分、一般名ブロチゾラム0.25mg　1錠頓服　頭痛時　14回分、ツムラ人参湯5g分2　朝夕食間、一般名ラベプラゾールNa10mg1錠分1朝食後28日分、その他ブロプレス8mg、コニール4mg、アマリール1mg　各1錠分1朝食後　28日分 【疑義内容】 ベンゾジアゼピン系睡眠薬が2種重複しており、一方は頭痛時の頓用なのでブロチゾラム0.25mgについて疑義照会した。 【回答】 ブロチゾラム0.25mgをエチゾラム0.25mgに訂正となった。	一般名処方がよく似ており、力価も同じ0.25mgなので混同したようだ。	今回は処方せんのみで疑義照会となったが、他院から転院した患者さんはお薬手帳、薬情、薬等何かを持っているので見せてもらうようお願いする。	ブロチゾラム錠0．25mg「ヨシトミ」	エチゾラム錠0．25mg「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
1812	継続服用中のスルピリド錠50mg「アメル」を三か月前から減量していたが、特に患者に話がないまま以前の用量（最近と比較すると1錠増量）で処方されていた。照会したところ、その分に関しては削除となった。頓服薬の追加のため、4か月前の処方からDo処方で入力したものと推測された。	入力手順としてDo入力は注意を払う必要性がある。〇処方医薬品の多さからの〇単純なミス（確認不足）が発生したものと推測される	類似の処方の際には以前のものからのDoの可能性もあるため、最近との比較も十分に行う必要がある。患者本人への確認も有効	スルピリド錠50mg「アメル」		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
1813	ヘパリン類似物質外用スプレーが処方されていたが、気温低下で乾燥がするため、ヘパリン類似物質外用泡状スプレーへの変更が治療上効果が良いと患者からの申し出のため照会して変更			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%「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
1814	4歳の処方箋にクラリシッドドライシロップ10%小児用　0.5g　分1　夕食後の記載があった。用量が少なく、用法も分1であること、そして患者の祖母が蕁麻疹で受診したという話から疑義照会をしたところ、クラリチンドライシロップ1%に変更となった。	クラリシッドとクラリチンの名称が似ているための入力ミス〇単純なミス	用法・用量の確認をきちんとすること。患者ともしっかりと会話をし、症状に対し処方されている薬で間違いないか確認を行う。	クラリシッド・ドライシロップ10%小児用	クラリチンドライシロップ1%				その他	ヒューマンエラー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	ツムラ麻杏よく甘湯が処方されていたが、患者は咳で受診、前回他院で麻杏甘石湯が処方されていた為疑義照会した結果、麻杏甘石湯に変更となった。	はじめ2文字が共通のため処方ミスが起きたと考えられる。	似た名前の薬があることを注意喚起する。そのまま薬剤交付しないために添付文書や薬情を確認する必要がある。	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	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1816	8歳姉と5歳妹にバナンドライシロップが1日2.28gで処方された。体重を確認したところ、姉は24kg、妹は19kg。妹は1日2.28gで問題ないが、姉は体重に対して少ないと判断し疑義照会。結果、姉の薬は1日2.88gと変更になった。	姉妹で受診し、体重換算での1日量の数字が似ていた（2.28と2.88）ため、間違えたと思われる。	小児の粉薬が処方された際は直近の再来局を除いて毎回体重を確認している。調剤の際は必ず体重と処方量の差異がないかを確認したうえで調剤している。基本的なことだが、これは必ず続けていきたい。それにより、万が一医師が処方ミスした際もすぐに対応できる。	バナンドライシロップ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
1817	1日量が既定の量を大幅に超えていた。1日15mgの処方であった。	医療機関の処方をうつシステムに打ち間違いやすいと考えられる。	処方が変更になっているときには、用量用法などが間違えてくることがあるので、処方が似ていても必ず確認するようにすること。みぎから左にながさない。	エチゾラム錠0．5mg「アメル」				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
1818	耳鼻科に受診したが皮膚科受診薬情報を伝えなかったため類似成分の重複投与につながった	皮膚科でアレロック　タベジールを継続的に服用中ではあったが患者に耳鼻科でも類似薬が出る可能性の知識がなかったため受診時につたえなかったおくすり手帳の活用を指導しました		タリオン錠10mg				患者側		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1819	耳鼻科を初受診した患者にモンテルカスト錠10mgが処方された。当患者はお薬手帳を持参しておらず、併用薬剤名が不明だったが、モンテルカスト錠10mgと似たような薬を他でもらって服用していると申し出あり、その薬を調剤している薬局へ電話し併用薬を確認。モンテルカスト錠10mgは定期服用中であることが判明。耳鼻科からのモンテルカスト錠は中止となった。	医療機関での併用薬確認不足患者がお薬手帳を持参していなかった。	お薬手帳を持参されていない患者においては、特に十分に聞き取りを行い、重複・併用禁忌が無いか確認する。患者にも、お薬手帳の重要性を説明し、医療機関・薬局へは必ず毎回持参するよう指導	モンテルカスト錠10mg「KM」		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
1820	内科の方でかぜ症状でフスコデ配合錠が処方されていて既往歴に緑内障があったのでこのまま処方していいか確認しました。確認後メジコン錠に変更になりました。眼科に問い合わせて閉塞隅角緑内障という病名の確認は行っていました。	眼科にかかってることを内科の医師が知らなかったのでそのまま薬が処方されたようです。	診察時に他の病院で治療してる病名などの情報を医師に伝えてもらうように説明しました。内容を薬歴に記載し似たようなことがあっても対応できるように注意を促しました。	フスコデ配合錠	メジコン錠15mg	記録などに不備があった 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.	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	
1821	今まではツムラ当帰芍薬散を継続して処方されていたが、今回ツムラ芍薬甘草湯が処方されていたため患者に足がつることがあるのかを聞き取りしたところ、そのような症状はないとのこと。患者は処方変更はないと医師から言われたとのことで病院に疑義照会したところ、ツムラ当帰芍薬散に処方変更になった。	病院内のレセプトコンピュータのシステムについては不明だが、漢方には類似した名称が多々あるため選択ミスした可能性が考えられる。	漢方に限らず類似した名称の薬品を入力、鑑査する際は一文字ずつ確認したほうが良いと思います。	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）			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
1822	類似薬の処方間違い	院内処方にて貰っていた薬が院外処方に切り替わった患者様へ初めてスピノラクトン(一般名)処方。病歴なし、医師から利尿剤追加の説明等ないことを確認し医師へ疑義照会。スピノラクトンではなく継続している気管支拡張剤スピロペントの誤りであると発覚した。 〇作業手順の不履行〇注意力散漫	処方箋発行時に確認を怠らないようにしていただき、薬局でもお薬手帳などを参照し過去処方比較を徹底、患者様のお話と矛盾がないか確認する。	スピロノラクトン錠25mg「CH」	スピロペント錠10μg	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1823	他病院の薬を応需先の病院に移したが、お薬手帳を確認したところ、薬が変更になっていた。変更予定がないことから、疑義照会したところ、お薬手帳に記載の薬に変更となった。	成分名が似ているため、薬剤選択時に間違って選択したと思われる。	お薬手帳等での前回処方薬との照合と変更時には患者への確認を行う。	ドキサゾシン錠4mg「YD」	カンデサルタン錠4mg「YD」	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
1824	アルコール過敏症の患者様に、アルコールを含むメサデルムローションとヘパリン類似物質外用スプレーの処方あり。今回の薬剤使用歴なく、過敏症症状が出る恐れあり患者様も心配である為医師に疑義照会。アルコールを含まない、メサデルムクリームと使用歴のあり安心して使用できるヒルドイドローションへ変更となった。	アルコール過敏症の方にアルコールを含むメサデルムローションとヘパリン類似物質外用スプレーが処方された。医師は患者様がアルコール過敏症であること、当薬剤にアルコールが含まれる事を考慮していなかった。	引き続き、副作用歴やアレルギーなども定期的に患者様に確認し、禁忌薬が出ていないかなどを確認していく。必要であれば医師にも情報提供を行う。	メサデルムローション0．1% ヘパリン類似物質外用スプレー0．3%「日医工」	メサデルムクリーム0．1% ヒルドイドローション0．3%	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
1825	適応部位が眼周囲の処方で一般名：プレドニゾロン吉草酸エステル酢酸えすてる軟膏0.3%の処方されたが、眼に入る恐れから眼軟膏だと考え疑義照会を行った。結果一般名：プレドニゾロン酢酸エステル眼軟膏0.25%へ変更となった。	リドメックス軟膏及びプレドニン眼軟膏の一般名ではどちらもプレドニゾロンとなっており入力誤りが発生した可能性あり。	一般名では主成分名が似ている物があることを認識し、剤形まで確認を行う。	リドメックスコーワ軟膏0．3%	プレドニン眼軟膏		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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1826	風邪薬として、PL配合顆粒・トランコロン錠・レスプレン錠が処方されたが、患者への服薬指導時の聞き取りでお腹症状がないことがわかり疑義照会にて確認。トランサミン錠を処方する予定が入力時の選択画面で薬品の選択を誤りトランコロン錠が処方されたことが判明した。	クリニックでの処方オーダーで、医薬品マスターのコードが頭文字3文字が同じだったためにオーダーミスにつながったと思われる。処方内容と患者からの症状の聞き取りとの照らし合わせによって、処方箋のミスに気付くことができた事例である。	類似する医薬品名と薬効について把握し、服薬指導において患者からの症状聞き取りにより処方内容との整合性を常に念頭に置いて服薬指導に心がける。処方鑑査をしっかり行う。	トランコロン錠7．5mg	トランサミン錠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
1827	患者はいつも風邪で他の医師にもらっている薬を今回担当医師にお願いしたとみえた。ザイザル1錠　分1寝る前で処方がでたが、ザイザルは服用したことがなく、サラザックというのを頼んだとのことだった。医師に疑義照会した。サラザックをザイザルと思ったとのこと。サラザックはPLの後発だと伝えた。PL3g分3へ変更するよう指示を受けた。	名前が類似して、目指す薬効も似ていると医師も頻繁に処方されている薬剤をイメージしてしまい、サラザックをザイザルのことをそう思ったのだと理解したようだ。お薬手帳も持っていなかった。	患者には医療機関受診時はお薬手帳を携帯するように働きかける。	ザイザル錠5mg	PL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
1828	当局を利用して2回目の患者が来局をした。処方内容は、ツムラ63五積散エキス顆粒　7.5g分3毎食前 14日分であった。薬歴より2か月前に他院でツムラ17五苓散エキス顆粒が処方されていたため患者に確認したところ、同じ薬を処方してもらうよう医師に話していたことが判明した。処方内容と患者説明が異なる為、疑義照会をした。ツムラ63五積散エキス顆粒はツムラ17五苓散エキス顆粒に変更となった。	薬剤名が似ていた為、病院が処方箋への記載を間違えたようだ。	引き続き、薬歴確認や患者への聞き取りを実施する事で、内容に間違いが無いかを確認していく。	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
1829	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏14本　の処方過量を疑い、患者に医師からの使用法の指導について尋ねたところ「1回1本注入するように言われた」とのこと。類似名称の強力ポステリザン軟膏の間違いと考え、疑義照会し変更。	医師は「強力」で入力し、誤って強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏を選択してしまったことが考えられる。	患者に医師からどのように説明されたかを確認すること　医師に適切に疑義照会を行うこと	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏	強力ポステリザン（軟膏）			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1830	グラクティブとランタスを使用している患者さんで、HbA1c=7.5前後でしばらく変動がなかった。来局時の処方箋でグラクティブが無くなり、エクアが出ていたのでグラクティブ⇒エクアへの変更と思っていた。しかしエクア錠50mgが2錠分1　夕食後で出ていたので、患者さんに「DRから何か特別な指示は有りましたか？」と聞いても「聞いていない」とのことでしたので、エクア錠50mgの用法について疑義をかけた所、グラクティブ錠50mg　分1　夕食後　に変更となった。つまり、DRの薬の取り違えミスでした。	専門医であっても、似た作用・名前・用法・用量の薬を間違うことが有る	患者さんからの話をよく聞き、少しでも疑義があれば疑義照会をかけることが大切である。	エクア錠50mg	グラクティブ錠50mg	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
1831	高血圧症で7月からテルミサルタン錠40mg「DSEP」を服用中の患者様。ここのところ血圧が上がってきた為アムロジピンOD錠2．5mg　1回1錠が追加になった。ただこの患者は最初5月に受診して、アムロジピンOD錠5mgが処方されていた。その時3日間ほど服用したら、口内炎が複数できたため中止した経緯があった。患者様に確認したら、特に主治医とその話題が出なかったそうなので、疑似紹介をしたらカルブロック錠8mgに変更になった。	5月にアムロジピンOD錠を服用して口内炎が出来た時に、直ぐに主治医には連絡せず自分の判断で中止をしていて、次回の診察の時に主治医にその事を伝えた。その為次からテルミサルタンに変更になったが、主治医がその事を見落とした可能性がある。	常に患者様の服用歴、副作用歴を確認することを怠らないようにした。	アムロジピンOD錠2．5mg「サワイ」	カルブロック錠8mg		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
1832	眼科からの処方箋で一般名処方でレボフロキサシンが10瓶処方されていた。ピッキングの際、抗菌剤が一度に10瓶処方されるのはおかしいと思い、疑義照会したとこと一般名処方レボカバスチンの間違えだったことが発覚。	おそらく、医療機関が処方箋のデータを入力する際に類似薬品名のため間違えたと思われる。	このようなシステム上のエラーは今後も起こりうるため、服薬指導前であれば、処方量や薬歴の患者の疾患などの背景などを確認しながら調剤し、その時点でわからなくても、患者への聞き取りを確実にし、間違った薬剤が処方されないよう気をつける。	レボフロキサシン点眼液0．5%「タカタ」	レボカバスチン点眼液0．025%「ファイザー」	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
1833	当薬局を継続して来局されている患者で、初めてフロモックス100mgが処方されていた。調剤時に薬歴確認したところ、以前にサワシリンでアナフィラキシー様の薬疹で救急搬送されたことがある記録が残されていた。フロモックスはサワシリンと化学構造が類似しており、疑義照会にて当薬局で服用歴があったミノマイシン錠50mgに処方変更になった。	処方した病院側が過去にサワシリンによる薬疹で救急搬送されたことを認識できていなかったため、同種薬のフロモックスを処方したものとみられる。	引き続き初回の来局時を含めて定期的に薬の副作用の有無を確認して、聴取した情報を薬歴に残しておくことより、調剤時に未然に防ぐことができるように努めていく。	フロモックス錠100mg	ミノマイシン錠50mg		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1834	ファムビル（250）3錠分3　3日分の処方。患者からの聞き取りと3日分の処方であることからファロム処方の可能性を疑い電話にて確認。ファムビル(250)→ファロム(200)に処方訂正となった。	薬品名の類似と医院スタッフの思い込みによる考えられる	類似した名称の医薬品があるものはなるべく一般名処方などを取り入れて区別しやすくする。	ファムビル錠250mg	ファロム錠200mg			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1835	ルパフィン処方の処方せん受付の際に、内科から類似薬を処方されて服用中であることが薬歴、お薬手帳から判明。鼻症状に関しては患者自身気になっておらず不要と判断し照会。	今回の受診の際に患者が医師に現在服用中の薬剤を伝えていなかったためと思われる。	受診の際は必ず服用中の薬剤を医師に伝えるように患者へ指導すること。併用が確認できるように、今後も定期の薬剤はしっかり薬歴に残しておく事を徹底する。	ルパフィン錠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
1836	服薬指導時、抗生剤が処方されるという話だったが処方箋に記載なく、クロミッドの処方も心当たりなし。	似たような名前だったため処方を間違えた可能性。	服薬指導時の聞き取りによりその処方が治療内容に合っているか確認を行う。	クロミッド錠50mg	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
1837	一般名：ヘパリン類似物質軟膏0.3%が75gで処方されていた患者。応対時に患者本人に確認したところ、今回はDrとの話でローションタイプのものを処方されるはずであったとのこと。誤処方である可能性があるため、疑義にて確認。ヒルドイドローション0.3%　75gに変更と回答あり。			【般】ヘパリン類似物質軟膏0.3%	ヒルドイドローション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
1838	ザーネ軟膏と一般名処方のヘパリン類似物質軟膏の混合指示があったが混合不可の組み合わせであったため疑義照会しビーソフテンクリームに変更となった	ザーネ軟膏は軟膏という名前であるが親水性クリームとなるため軟膏と混合が望ましくないことを医師が把握していなかったものと考えられる	軟膏の混合指示がある場合はその可否をしっかり調べてから調剤する。	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「ニットー」	ビーソフテンクリーム0．3%			その他		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1839	病院側のスタッフ間で口頭で薬剤名を伝えた際に、ベタヒスチンとベポタスチンを聞き間違えたことによる。	施設と病院との当事者間での電話連絡であったために、類似薬品名を聞き間違えた。単純なミス	薬剤師側：処方箋自体に問題はなくても処方間違いがあるので、投薬時に患者もしくは患者代理の方に必ず処方内容の確認を行う。スタッフ間での伝達：処方に関わる伝達の際は薬品名等正確に再確認する。特に電話の際は注意する。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TCK」	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	確認を怠った 連携ができていなかった		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「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	
1840	手帳持参なく、口頭での聞き取りのみで服用薬の確認を実施(その際本人はそれ以上の確認を拒否)。投薬時に錠剤を見せて再確認したところ、他でもらっている薬と似ているとの申し出あり、再度服用薬の確認をお願いした。結果、他科での処方薬の薬情をお持ちと判明、内容も重複が発見されたので疑義照会し削除。	繁忙の時間帯でもあり、本人の拒否もあったため、併用薬の確認が不十分であった。〇焦り	重複した際のリスク等も説明したうえで、必ず確認を実施する。	ムコスタ錠100mg トランコロン錠7．5mg イリボー錠5μg		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
1841	複数の病院へ通院している患者でA病院でもらっている薬剤を通院の都合でB病院で臨時処方してもらっていた。しかし、それ以降お薬手帳で確認したところ2回目以降も同様にA、B両病院から類似の薬剤を複数月に渡って重なる形でもらっている状況が判明した。	患者自身の言葉を鵜呑みにし、患者自身の理解力に任せ病院へ連絡せず処方投薬を継続していた。	患者の言葉を鵜呑みにせず、お薬手帳などで確認できることは確認し、同様の要件が起きた際には口頭のみならず文面及び関連病院への通達する旨を患者に説明し対応していく。	ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」 アムロジピンOD錠2．5mg「トーワ」 テラムロ配合錠AP「日医工」 ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「DSEP」		患者への説明が不十分であった（怠った）判断を誤った			ルールの不備	ヒューマンエラー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	一般名にて、カルボシステイン錠250mg、フェキソフェナジン塩酸塩錠30mgが処方された。他院より、オロパタジン塩酸塩OD錠5mgの処方をお薬手帳にて確認。現在、服用中と確認できたため、処方医に疑義照会。フェキソフェナジン塩酸塩錠30mgの処方は、削除となった。	忙しい時間帯だった。処方医に、他院他科からの処方薬が伝わっていなかった事が、今回の事例の要因となった。	忙しい時間帯は、医療者同士、患者医療者間でも、連携ミスが生じやすいので、注意する。朝礼等で、情報を共有し、似た事例が生じた際、すみやかに対応できるように努める。	フェキソフェナジン塩酸塩錠30mg「KN」			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
1843	セファドール錠25mg 3錠 分3 毎食後 4日分の処方が記載された処方せんをもって来局された。眩暈等の症状がでているか確認したところ眩暈はなく、咽頭痛と鼻炎が症状として出ている事を確認した。薬効と矛盾しているため疑義照会を行ったところ一般名 セフジトレンピボキシル錠100mg 3錠 分3 毎食後 4日分に変更になった。	セファドール錠25mgと一般名 セフジトレンピボキシル錠100mgの名前が類似していたことによる入力を間違えたようだ。	引き続き、来局時に患者の主訴を確認し主訴に対する薬効が正しいものであるかを確認する。	セファドール錠25mg	セフジトレンピボキシル錠100mg「OK」		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
1844	合剤の一般名処方への変換ミスによる処方箋。	患者の転院受診の初回で、今まで他病院で処方されていた薬を処方することになったと、患者より薬局にて聞き取り。患者の薬歴簿より、今までの処方薬と違っていたため処方医へ疑義照会後、薬の変更となった。	名称が似た薬、合剤の内容成分配合などの理解をきちんとする。注意力散漫にならないよう処方箋をチェックする。	ミカムロ配合錠AP	ミコンビ配合錠AP				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1845	血糖値が高かったため、トラゼンタが追加処方となっていた。すでに同系統の血糖降下剤であるDPP4阻害剤ジャヌビアを服用しており、作用機序が重複するため、医師に疑義照会をしたところ、ジャヌビアをSGLT2阻害剤であるジャディアンスと勘違いしていたとのこと。トラゼンタからジャディアンスの追加処方に変更となった。	処方医は循環器内科の専門医であった。名称が類似していることと、PC画面上での確認であったため、勘違いしてしまったようである。	引き続き処方内容及び医薬品の特性などを考慮し、必要に応じて疑義照会をしていく。	トラゼンタ錠5mg	ジャディアンス錠10mg		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
1846	トスフロキサシントシル酸塩細粒小児用1．5%とフロモックス小児用細粒100mgで蕁麻疹の副作用歴ある方。転倒により口腔内切ってしまい歯科医院受診、サワシリン細粒10%処方。錠剤の服用は可能であることご家族様に確認。セフェム系抗生剤のフロモックスとペニシリン系抗生剤であるサワシリンは薬剤の構造が同じため慎重投与だが、副作用歴を考慮した上で系統の違うテトラサイクリン系であるミノマシン錠を提案。ミノマシン錠は8歳未満は象牙質着色の可能性もあるが、多剤変更不可の場合投与可能。短期間なら色もあまりつかないと考えての提案。	類似構造の抗生剤に関して考えずに処方したようである。	引き続きお薬手帳や患者様からの聞き取りなどにより、副作用歴など処方せん以外の情報を収集することにより、お薬が適正使用されているか確認していく。また、お薬手帳を持っていない患者様にはお薬手帳の有用性を説明し活用していただくよう努めていく。	サワシリン細粒10%	ミノマイシン錠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
1847	前回アトモキセチン新規で漸増投与。今回、一般名のアトモキセチン25mgとアモキサンカプセル10mgで処方あり。アモキサンカプセル追加の処方とも考えられるが、薬歴の症状と齟齬があり、かつ名称も似ていることから確認した薬剤師が疑念を抱く。患者様に確認したところ、増量の話は聞いているが新規で薬が追加する話は聞いていないとの回答。疑義照会にて一般名のアトモキセチン処方のつもりが間違えて処方してしまったと発覚。	（アマリール、アルマールのように）名称が似ている薬の処方ミス。今回は薬の種類も近かったので、しっかりと症状の確認と、医師とどのような話だったかを聞き取らないと発見できなかったと思われる。	患者様の話から医師の話と症状の確認を行い、処方内容に間違いがないか確認していく。	アモキサンカプセル10mg	アトモキセチン錠10mg「トーワ」		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1848	ユベラ軟膏25g+ヒルドイドソフト軟膏0.3% 25gの混合で指示あり。「軟膏・クリーム配合変化ハンドブック」より、ユベラ軟膏+ヒルドイドソフト軟膏0.3% の組み合わせは混合不可である。このまま混合してしまうと、医師が期待した効果が得られない可能性がある。ヒルドイドソフト軟膏0.3%のジェネリックであるヘパリン類似物質油性クリーム0.3%であれば、ユベラ軟膏との混合可（ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%のインタビューフォームより）である。医師に相談し、ユベラ軟膏25g+ヒルドイドソフト軟膏0.3%25gの混合へ変更となった。	軟膏・クリームの混合可・不可の例について医師が把握していなかった。	処方頻度の高い軟膏・クリームについて、混合可・不可の例を門前診療所と薬局で共有する。	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」		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
1849	風邪で内科にに受診した患者に「メイアクトMS100、3錠／毎食後、3日分が処方された。昔風邪で点滴したときに吐き気が酷くなり中止したことを堪忍。すぐにDrに疑似紹介をかけクラリス200に変更してもらう。	お薬手帳を持っている人はお薬手帳を見て副作用を確認するか、持ってない場合は患者さんに聞いてみる	必ず患者さんにお薬手帳を持って副作用欄に書いてもらうかスマホなどに保存してもらう	メイアクトMS錠100mg	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
1850	聞き取りにて過去に小青竜湯にて動悸症状が出たことのある患者に対し、当該薬品が処方されたため、麻黄を含まない類似方剤　苓甘姜味辛夏仁湯を提案し、処方変更となった。	麻黄剤の副作用歴について確認を行うことで未然回避につながる。		ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ苓甘姜味辛夏仁湯エキス顆粒（医療用）	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
1851	以前から来局している患者。ツムラ桂枝茯苓丸（25番）が新規処方されていた。患者へ投薬時に、ツムラの60番を処方しますと医師から説明されていた事が判明。病院へ問い合わせた所、ツムラ桂枝加芍薬湯（60番）の誤りであることがわかった。疑義照会にてツムラ桂枝茯苓丸からツムラ桂枝加芍薬湯に処方変更になった。	漢方の名称が類似しているため、桂枝加芍薬湯と誤って桂枝茯苓丸と入力したと考えられる。	引き続き、投薬時に患者への聞き取りやお薬の説明をしっかりしていく事で、患者の病態と異なる処方がされていないか等の確認をしていく。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒（医療用）		その他			ヒューマンエラー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	新規でミケラン点眼1%　1日1回の処方を受け付けました。通常1日2回のため用法について疑義紹介をかけたところ、ミケランLA点眼1%　1日1回に変更になりました。	処方医が、薬剤を選択する際に、類似薬名を選択してしまったと思われる。		ミケラン点眼液1%	ミケランLA点眼液1%			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（薬局ヒヤリ・ハット「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	
1853	8歳の小児にキプレス錠5mgが処方されていたキプレス錠5mgは成人の適応のため医師に確認、キプレスチュアブル錠5mgに変更	医療機関で入力時に似た名称の為、入力ミスしたようです〇単純なミス		キプレス錠5mg	キプレスチュアブル錠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
1854	スチブロン軟膏0.05%とサトウザルベ軟膏10%の合剤の用法が「保湿」として処方。薬剤間違いもしくは用法間違いの可能性有りのため問い合わせ。薬剤間違いでヘパリン類似物質油性クリームに変更となる。	今回、ステロイドの合剤はメインベート軟膏とサトウザルベ軟膏が処方になっており、前回処方されていたスチブロン軟膏0.05%とサトウザルベ軟膏10%の合剤とヘパリン類似物質油性クリームの入力を処方箋入力時に修正しようとして誤ったと思われる。	なし	スチブロン軟膏0．05%サトウザルベ軟膏10%	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「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
1855	モビプレップ配合内用剤　2包　夕食前　14日分→モビコール配合内用剤　2包　夕食前　14日分	モビプレップ配合内用剤は大腸内視鏡検査、大腸手術時の前処置腸管内容物の排除のための薬剤。外来での処方であり、14日分の処方はおかしいと思い疑義照会をしたところモビコール配合内用剤へ変更となった。名前が似ているため間違えたと思われる。		モビプレップ配合内用剤	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
1856	患者が処方せんを持って来局しました。処方せんには「ツムラ大防風湯7.5g毎食前28日分」と記載されていました。薬剤師が投薬時「どうされましたか？」と尋ねると「OTC薬のナイシトールと同じ漢方薬をお願いした」と言う答えが返ってきました。医療機関への疑義照会でナイシトールの成分が防風通聖散である事を伝えました、その結果ツムラ防風通聖散7.5g毎食前に処方変更になりました。	漢方薬の名前が似ていたと、DrのOTC薬への情報不足が考えられます。	薬歴、おくすり手帳の活用に加えて、患者さん本人から直接情報を得ること。またDrとの連絡を密にして正しい調剤をしていきたいと思います。	ツムラ大防風湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ防風通聖散エキス顆粒（医療用）				その他	ヒューマンエラー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	前回加味逍遥散を処方され、今回再来局の患者様。加味帰脾湯が処方されたため変更内容について服薬指導時に確認したところ、医師からは診察時前回同様の内容で継続と指示されていた様子。疑義照会により記載ミスと発覚。処方薬を加味逍遥散へ変更指示を受け、調剤し服薬指導しました。	手書き処方せんのクリニック。加味帰脾湯も加味逍遥散も類似名称のため記載ミスがあったと考えられる。服薬指導時に処方内容について医師と患者の間でどのように話があったか聞き取り、正しい薬であることを確認することが大切と考えられます。		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	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1858	前回加味逍遥散を処方され、今回再来局の患者様。加味帰脾湯が処方されたため変更内容について服薬指導時に確認したところ、医師からは診察時前回同様の内容で継続と指示されていた様子。疑義照会により記載ミスと発覚。処方薬を加味逍遥散へ変更指示を受け、調剤し服薬指導しました。	手書き処方せんのクリニック。加味帰脾湯も加味逍遥散も類似名称のため記載ミスがあったと考えられる。外来混雑によりクリニックスタッフが注意力散漫になっていた可能性も考えられます。	服薬指導時に処方内容について医師と患者の間でどのような話があったか聞き取り、正しい処方内容であるか確認することが大切であると考えられます。	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	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
1859	ガスターD20mg処方、他院でパリエット10mg内服中疑義照会の結果、ガスターD20mgは削除になった	処方時の併用薬の確認の不備	併用薬を確認し登録するなど必要、薬歴に関しては類似薬が出た時にポップアップが出るように設定が必要	ガスターD錠20mg					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
1860	患者はITPを患っており、症状が悪化したためプレドニンが処方された。医師は、プレドニンによる胃への障害を防止するためムコスタを処方するところ、誤ってムコダインを処方。ジェネリック品で調剤した当局において、レバミピドに対しカルボシステインが投薬される恐れがあった。	薬剤名の類似以外について、病院において誤った処方がされた理由は明確ではない。ステロイドについては継続薬ではなく、来局間隔も空いていたので、投薬時に患者にインタビューするまで処方が誤っていたことには気づかなかった。また気づくことは不可能と考えられる。	患者に対するインタビューを丁寧に行い、処方薬が服用される根拠を明確にすることで、誤った薬剤の服用を減らすことができる。	カルボシステイン錠250mg「トーワ」	レバミピド錠100mg「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
1861	救急患者の処方。外傷ありで縫った処置後。処方内容はアモキサンカプセル25 ミヤBM ロキソプロフェン 患者情報より精神疾患なく処置後の感染症防止と考えられるため疑義照会後アモキサンカプセル25→アモキシシリンカプセル250に変更。	病院側処方発行時に内容未確認。名称類似の医薬品選択によるミス。	患者情報を正確にとることにより処方内容との違いを判断。	アモキサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「タツミ」	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
1862	患者の処方箋にフランカルボン酸モメタゾン軟膏0．1%「イワキ」100gとヘパリン類似物質軟膏「日医工」100gの混合の記載を確認。配合変化のハンドブックから上記の2つは混合するとすぐにブリーディングし、分離してしまう事を確認。疑義照会でフランカルボン酸モメタゾンクリーム0．1%「イワキ」に変更して混合を行い、患者に交付。	配合変化による分離等に関する知識不足	製薬会社等から良く使用する薬の配合変化のガイドブックを取り寄せるなどをしてすぐに確認できるような体制を作っておく。	フランカルボン酸モメタゾン軟膏0．1%「イワキ」	フランカルボン酸モメタゾンクリーム0．1%「イワキ」	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
1863	プロチゾラムOD錠0.25mgが4錠分4で処方になっており、用法用量疑問の為疑義紹介をしたところブロムヘキシン塩酸塩錠4mgに処方変更となった。	処方入力時、薬品名の最初の二文字を入力し検索した際に違った薬を選んでしまったが、気付かずにそのまま処方してしまったと考えられる。類似した薬品名による〇単純なミス、確認不足と考えられる。	用法、用量、患者様の症状に即した薬が処方されているかを確認徹底する。	プロチゾラムOD錠0．25mg「サワイ」	ブロムヘキシン塩酸塩錠4mg「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1864	他院より胃薬が2種類処方あり。整形にて痛み止めを服用する際に、胃薬の処方あり。他院との薬効が類似しているため、整形の胃薬が処方削除となった。	胃薬、消化剤を服用中の患者。整形の痛み止めは、朝夕で処方だが、現在は朝のみ服用との事。痛み止めを服用の時点と、他院での胃薬の服用時点は同時。胃の調子は特に悪くなく、嚥下が少し落ちてきている。薬の種類も多いので、減らせるものならなくても問題ないと、娘さんの情報があったため、今回胃薬が1種類中止となった。	患者さんの状態（胃、嚥下）を確認しながら、削除ができた。	レバミピド錠100mg「オーツカ」				その他		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1865	咳が出ているとの事で、以下処方内容の処方せんを受けた。レルベア200エリプタ 1キット 1日1回 1回1吸入【一般名】モンテルカスト錠10mg 1錠 分1就寝前【一般名】デキストロメトルファン錠15mg 6錠 分3毎食後【一般名】ジサイクロミン塩酸塩・乾燥水酸化アルミニウm・酸化マグネシウム配合顆粒 3g 分3毎食後 ジサイクロミン塩酸塩・乾燥水酸化アルミニウm・酸化マグネシウム配合顆粒は、商品名でコランチル（胃炎・消化性潰瘍用剤）である。患者さんに伺うと、胃の症状は特にないとの事。疑義照会すると、処方時入力ミスで有るとの事がわかった。正しくは局方リン酸コデイン酸1% 3g 分3毎食後 処方であったとの事。	医薬品類似名称による、処方ミス。	類似医薬品名の把握。	コランチル配合顆粒	リン酸コデイン散1%「メタル」			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
1866	レベニン錠処方で併用薬から抗生剤の服用、消化器症状も問題ないと患者より聴取。処方内容に違和感があり、門前Drの処方の傾向からレバミピドの入力間違いの可能性があると考えられたため疑義照会結果一般名レバミピドの入力間違いが判明し、処方変更となった	名称類似のため処方箋の入力間違いが生じたと考えられる	薬学的に問題ない処方でも違和感がある場合は病院へ確認を行う	レベニン錠	レバミピド錠100mg「Me」				その他	ヒューマンエラー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	ビーソフテンローション使用部位の効果が短く学校での塗布が難しい状況を確認したので医師に軟膏剤に変更を提案した。医師の指示があり、軟膏に変更となった。	使用間隔や効果など詳しく聞き取りが出来たので医師へ剤形の提案ができた。		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」			その他		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1868	ラベプラゾール10 を服用中 ボノピオンパックが処方された 類似薬効が重複する	病院にて処方箋を定期のラベプラゾールをDO入力したと思われる。特に確認せずボノピオンを処方追加されていた	確認をする	ボノピオンパック ラベプラゾールNa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
1869	今回から転院後の処方内容を受け付ける。お薬手帳にて他院と同じ内容で処方されていることを確認したが、「一般名」ラベタロール錠100mg2錠分2の処方が出ておらず、代わりに「一般名」ラベプラゾール錠10mg2錠分2の記載がされていました。疑義照会によりラベタロール錠100mg2錠分2に変更となりました。	類似名ではあったため医師側の方で薬剤の選択を誤った物と思われる。	転院処方の際はこちらの薬歴では内容の確認が取れず、お薬手帳が安全性を担保するのに重要な物であることを示す事例でした。	ラベプラゾールNa錠10mg「ファイザー」	ラベタロール塩酸塩錠100mg「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
1870	メリスロン錠6mg6錠とテネリア錠20mg2錠が処方された。糖尿病の既往がないにもかかわらず、テネリア錠20mgの1日量が多いことから処方医に疑義照会した結果、テルネリン錠1mgに変更になった。	処方医がテルネリン錠1mgを処方すべきところ、誤ってテネリア錠20mgを処方した。薬剤名が似ていることから入力を誤ったと思われる。	薬剤師がテネリア錠20mgの用法・用量や患者さんの既往症などの背景をきちんと把握していたため、疑義照会することができた。 同様の事例を見逃さないために、このような事例を薬局内で共有することは重要と考える。	テネリア錠20mg	テルネリン錠1mg	連携ができていなかった	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
1871	A総合病院よりB病院に転院。A総合病院では（一般名）ニフェジピン徐放錠20mg（24時間持続）処方であり、アダラートCR20mgで交付していた。今回、転院時の処方がアダラートL20mgであり、患者に薬の変更について聴取したところ変更とは聞いていないとのことであった。A総合病院ではニフェジピンCR20mgの一般名処方であったことをお伝えしたところニフェジピンCR20mgに変更になった。	医師はA総合病院からの紹介状で確認した（般）ニフェジピン徐放錠20mg（24時間持続）をニフェジピンL20のの一般名であると思い、ニフェジピンL20mgで処方したようであった。	一般名処方が増えているが、医師が薬品の一般名を十分に把握していないことがある。特に剤形違いなどは一般名が似通っており間違いが起こりやすい。転院時など薬剤が変更となっている際には十分確認が必要である。	アダラートL錠20mg	アダラートCR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
1872	水用の鼻水がでて困っているという患者本人の訴えがあったが、処方は、ツムラ小柴胡湯 7．5g 分3毎食直前 5日分であったため、オーダーの際、小青竜湯を選択しようとして、誤って類似名称の小柴胡湯を選択した可能性もあるため、念のため、疑義照会して、ツムラ小青竜湯 9．0g 分3毎食直前 5日分に変更となった。	患者からの症状のききとりから、類似名称薬のオーダー誤りを疑われる事例であった。	患者からの症状のききとりをしっかりして、類似名称薬のオーダー誤りを疑われる場合は、疑義照会していくことが大切である。	ツムラ小柴胡湯エキス顆粒（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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1873	セチリジン塩酸塩DS1.25%［タカタ］分2　0.8gが処方されたが、ザイザルシロップ0.05%で発疹、息苦しさの既往歴があり類似薬のため疑義照会。薬局在庫のフェキソフェナジン塩酸塩DS5%「トーワ」を処方医師に提案した結果、同薬　分2　1.2gに変更。			セチリジン塩酸塩DS1.25%「タカタ」	フェキソフェナジン塩酸塩OD錠60mg「トーワ」	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
1874	初めて当薬局に来局される。過去に様々な抗生物質で副作用歴がある。今回、患者様が歯科でクラビットなら大丈夫と伝えるも、処方箋はクラリスが処方されていた。	処方歯科医に疑義照会したところ、クラビットを処方しようとしたが、歯科のレセコンにクラビットの登録がなく、名前のよく似たクラリスを処方したとのこと。	引き続き、患者様へのヒアリングは徹底して行い、処方された薬が正しいかどうかを確認したうえで調剤することを徹底する。	クラリス錠200	クラビット錠500mg		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
1875	13歳 女性　デプロメール（25mg）1T/1×就寝時 継続服用中不眠の訴えがあったようで医師に相談後追加処方としてロゼレム（8mg）1T/1×就寝時で追加併用すると大幅に血中濃度が上昇するため 副作用の発現率が上がってしまうため処方箋受付時での疑義紹介ができ、処方を止めることができた	不眠の訴えによる日中の不安定な状況の改善を目的としていたようだがベンゾジアゼピン系を処方したくない患者（通学者）状況があったようだ	ロゼレム発売時に似たような事例があり デプロメール処方患者には電子薬歴上すぐわかるよう画面上にポップアップするよう対策をしていたのが今回功を奏したようだそのまま投薬せず処方箋受付時 疑義紹介を行うことができた	ロゼレム錠8mg			その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1876	治頭ソウー方湯が処方。患者の母親から「たん瘤ができて受診した」と話があった。効能効果と異なるため疑義紹介したところ、治打撲一方湯へ変更となった。	漢方の名称が似ていたため起こった。今後も患者の症状を確認し、調剤を行う。		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）	報告が遅れた（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
1877	処方箋にはセレクトール錠100mg 2錠　1日2回朝夕食後　14日分とあった。セレクトール錠は降圧剤であるが、当該患者は降圧剤を使っておらず、また腰の痛みを訴えて受診していたことから、薬剤違いを疑い処方元に思い問い合わせた結果、セレクトール錠100mgは、セレコックス錠100mgの誤りであることが判明した。　変更前）セレクトール錠100mg　2錠、ムコスタ錠100mg 2錠　1日2回朝夕食後　14日分、アドフィードパップ40mg　21枚　1日1回腰に貼付　21日分　→　変更後）セレコックス錠100mg　2錠、ムコスタ錠100mg　2錠　1日2回朝夕食後　14日分、アドフィードパップ40mg　21枚　1日1回腰に貼付　21日分	セレクトール錠100mgとセレコックス錠100mgは名前が似ているだけでなく用量まで同じであるため見間違いが生じたものと思われる。	普段から、患者の主訴と薬剤が一致しているかよく確認することが大切であると思われる。	セレクトール錠100mg	セレコックス錠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.	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	
1878	以前からルナベル配合錠ULDを服用されている患者様にLDが処方 患者様に確認したところ先生からお薬の変更についてお話しなし そのため、病院に確認したところULDに変更になった	医薬品名の類似	処方変更時は、先生からお話があったか患者様に必ず確認する	ルナベル配合錠LD	ルナベル配合錠ULD			医薬品		ヒューマンエラー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	風邪の処方内容の中に糖尿病治療薬が入っており患者様に確認したところ血糖値は正常とのことだったため疑義照会をした。解熱鎮痛薬のブルフェンの入力間違えだったことが判明した。	医師の処方入力時の単純なミスとのことだったが過去に服用歴も無く文字も似ていないため正確な情報は不明だが文字を入れずにエンターを押したためか五十音順の上の方に位置するアカルボースが選択されてしまったのだろう。処方箋発行前の確認もされていない。	今後も処方内容に違和感があれば積極的に聞き取りと疑義照会を行う。	アカルボース錠50mg「日医工」	ブルフェン錠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
1880	歯科から一般名処方でアモキシシリン細粒20%1.8g分3毎食後2日分がでていたものの、2日前に他院の内科で一般名処方でセフジトレンピボキシル細粒10%が処方されていた。抗菌スペクトルの似通った2剤であったため、疑義照会を行い歯科からの処方であるアモキシシリンが削除となった。	歯科と内科の2科におかかりの患者様。歯科では内科から抗生物質が処方されており、服用している旨をつたえていたものの、薬品名までは伝えていなかった事が原因と思われる。	受診時に併用薬があるということだけでなく、お薬手帳を見せるべきであることを患者様につたえていく必要がある。	アモキシシリン細粒20%				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
1881	一般名処方Lアスパラギン酸Ca錠200mgで定期薬とは別、新規処方された。患者の年から骨粗鬆症要望寛考えられた。投薬後、6か月前薬歴から低カリウム血症一般名処方Lアスパラギン酸カリウム錠300mg処方されたことがあり、念のため疑義照会したところ、Lアスパラギン酸カリウム錠300mgの間違いであった. 患者に連絡し交換、健康被害には至らず。	処方元医療機関が、これまで手書きカルテから事務員が処方箋を発行していたのを、処方医自らが発行しるように変更したところであったため処方医の処方箋発行の技術不足。	一般名の類似した薬品に対する注意喚起	L－アスパラギン酸Ca錠200mg「トーワ」	アスパラカリウム錠300mg	確認を怠った	知識が不足していた 技術・手技が未熟だった	コンピュータシステム	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
1882	一般名処方にてジクロフェナククリーム1%が処方されたが、患者の既往歴に同薬剤にてかぶれとの記載あり。患者からの聞き取りにて再度確認後、疑義紹介。一般名処方ヘパリン類似物質クリーム0.3%に変更。	副作用歴や既往歴等の患者背景の聞き取り不足。	投薬前に薬歴の確認を徹底する。副作用歴やアレルギー等はまとめて記載する。	ジクロフェナクNaクリーム1%「日本臓器」	ビーソフテンローション	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	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1883	一般名処方での処方イトプリド塩酸塩50mg 6錠 分3 毎食後 30日分の処方に違和感を抱いたため処方元へ疑義照会。一度はカルテにその記載があるとのことでそのままと返答されたが、先発品のガナトンと、名前のよく似たガスコンを出そうとしたところ一般名を間違えたのではないかと思ったため再度疑義照会を実施した。2回目は詳細にカルテを読み上げてもらえ、イトプリドではなくトリメブチンの記載があったことを確認。誤りを発見できた。イトプリド→トリメブチンへ薬剤変更となった。	カルテから処方せんを作成する際に一般名処方の医薬品を選択し間違えたことが要因として考えられる。	店舗採用薬の用法用量は把握しておき、違和感があれば必ず疑義照会を行う。	イトプリド塩酸塩錠50mg「タナベ」	トリメブチンマレイン酸塩錠100mg「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
1884	ノボラピッド注フレックスタッチ朝8単位、昼4単位とノボラピッド注フレックスペンタ14単位が処方されていた。患者本人に確認したところ、「以前通っていた病院（他県）と同じのを出してもらうように頼んだ。ミックスがないので出してほしくて受診した」とのこと。翌日前のお薬手帳を確認し、ノボラピッド30ミックスとの間違えと判明し、病院に問い合わせ、変更となった。	患者の引っ越しにて転医となった。診療情報提供書などの書類がなく、患者持参のお薬手帳の情報をもとに処方されたとのこと。処方箋の入力の際に類似薬と間違えたと思われる。	今回は、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というほぼ同じ薬が同じ処方箋に載っていたため、間違いに気づくことができた。今後も処方箋におかしいところがあればきちんと確認してから調剤をする必要がある。	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				その他	ヒューマンエラー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	一般名クロルマジノン錠25mg（先発名プロスタール）→一般名ポラプレジンクロ腔内崩壊錠75mg（先発名プロマック）	新規処方としてクロルマジノン錠25mgがあり、患者様より状態変化を聴取。薬剤師「新しいお薬が出ていますね。トイレ、尿の調子が良くないのでしょうか？」患者「いや、特に悪くない」薬剤師「前立腺肥大とか、泌尿器関係のご相談をされてもいませんか？患者「一切してないね。味覚障害が起きているって話をした」疑義照会し処方変更となる。クロルマジノン錠25mg（先発名プロスタール）とポラプレジンクロ腔内崩壊錠75mg（先発名プロマック）で、先発名が類似していたために発生したと考えられる。	医療機関内での処方内容の伝達方法を見直す必要があると考える。今回は先発名の類似が要因であると推測されるが、処方箋の記載自体は一般名であった。医療機関への問い合わせ時に担当者から先発名の発言があったため、医療機関内での処方伝達方法（紙面、手書き等でのカルテ記載？）に先発名でのやりとりがあり、それによって発生したのではないかと推測される。	プロスタール錠25	プロマックD錠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
1886	今まで2つの降圧剤を使っていたが、患者様より1つの薬があることを友人に聞いてDrに希望を伝えミカムロAPが処方された。当店は初めてであり、手帳もない状態で、話を聞いていく上で疑義を生じ、結果はミコンビAPが処方になった。	Drが今まで合剤をだしたことがなく、薬の名前が類似したものが複数あり、確認がおろそかだった。	今回のケースはもし患者様がいつもの薬だからなどと言っていたら気づかなかった可能性もあった。お薬手帳の管理をしていればもっと容易に薬の過誤に気づくことができた。	ミカムロAP	ミコンビAP		知識が不足していた			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1887	アメナリーフが処方されており、患者様に聞き取りのところ帯状疱疹と診断されたと確認。ノイロビタン配合錠が処方されていたが帯状疱疹によるものでビタミン不足による痛みではないと思われ、加えて用法が4錠分2の記載であったため確認したところノイロトロピン配合錠へ変更となった。	名称類似の為処方作成時に入力を誤ったと思われる。	患者様の症状に対して処方されている薬剤が適正化を判断する。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠４単位			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1888	前回処方でロラタジンOD10mg服用していたの患者さん。鼻水がまだ止まらないと受診。ピレチア5mg1錠寝る前の処方箋。アレルギー性鼻炎に効能があり1回5～15mg1日1～3回の用法用量からは判断できないがあまり処方されたことがない薬だったため疑義照会して確認したところ、ビラノア錠の間違いであることが判明	名前が似ていることで処方入力を間違えた可能性がある	名前が似ている薬品がある場合注意するように申し合わせておくこと	ピレチア錠（5mg）	ビラノア錠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
1889	【名称類似医薬品の処方ミス】神経痛がありタリージェ錠10mg　1錠分1就寝前で服用中の患者。今回応需した処方箋にはタリオン錠10mg1錠分1就寝前の記載があり、タリージェの処方は無し。患者に確認したところ、特に症状に変わりはなく薬剤変更の話もされていないとのことであった。名称類似による処方ミスの可能性を考え病院へ疑義照会を実施。その結果、タリージェ錠10mg1錠分1就寝前の処方が継続することとなった。	薬剤名称が類似しており、医師が処方箋を入力する際に誤って入力してしまったものと考えられる。	今回の事例は、普段この病院からタリオンの処方が出ないため早めに気がつくことが出来た。医師にも誤りがあるということを念頭に置き、処方変更があった際にはなぜ変更になったのかしっかりと確認することが最大の改善策であるだろう。	タリオン錠10mg	タリージェ錠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
1890	プラビックス錠75mg（クロピトグレル錠）を処方していたが本来、プラザキサカプセル75mgが正しかった。	リクシアナOD30mgとプラザキサカプセル75mgが処方されていたため、疑義照会で確認したところ、プラビックス錠の処方であった。 類似名称、同じ75mgだったため、間違えて処方してしまったとのこと。今回、調剤前に気づいたため、患者様には渡らず。		プラザキサカプセル75mg	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1891	ペントシリンで軽いアナフィラキシーショックを起こさけれたことのある患者様にセフカペンピボキシル100が処方された　セフェム系抗生剤の骨格とペニシリン系の抗生剤との骨格が似ていることにより同じ副作用が出る可能性があることで薬剤の変更をお願いしたところニューキノロン系のレボフロキサシンに変更になった	初回来局の問診により副作用歴があるという情報を得ることができ、またその情報をすべての職員に引き継ぎができてきたことで未然に防げたとおもわれる		セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「CH」	レボフロキサシン錠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
1892	ファモチジン錠服用中にランソプラゾールOD錠15mg処方、類似薬処方、薬効重複のため。ファモチジン錠処方削除となる。	薬効で重複していないかの確認を行う。		ファモチジン錠20mg「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
1893	ツムラ芍薬甘草湯の処方を応需。投薬時に症状を確認したところ、「のどが痛くて以前別の薬局でもらった薬をお願いした」と患者より聴取。適応症と聴取内容が異なるため、病院に確認したところ、甘草だけの薬を出したかったが見つからなかった。類似している生薬で構成されている漢方を選んだとコメント。甘草湯が正しい処方ではないかと推測し、患者に製剤を見せて確認。甘草湯へ変更になった。	該当医療機関は、漢方採用品は「ツムラ」がメインとなっている。ツムラには甘草湯は存在しないため、今回のような事例が起きたと考えられる。患者はお薬手帳を使用してはいたが、抜けている箇所もあり、甘草湯の処方は手帳からは確認できなかった。患者の聴取内容からでしか確認できない状況であったため、処方薬の検討が難しかったと考えられる。	お薬手帳の活用の徹底。過去の服用薬剤を把握する上で非常に有用なツールであることや、複数の医療機関の薬剤も一つの手帳で管理すること等をより知っていただくように周知していく必要がある。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	クラシエ甘草湯エキス細粒	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
1894	元々、フルティフォーム125エアゾール56吸入を服用中の患者様に咳の症状悪化のためスピリーバ2.5μgレスピマット60吸入を追加する予定だったが、名前が類似しているスピオルトレスピマット60吸入を追加してしまった。	吸入薬の配合剤の併用のため、薬効の重複を見落としてしまった事例である。また、薬品名が類似しているため処方内容を誤ったことも予測される。	今回、最初に処方された薬と処方変更となった薬は薬品名が類似していることから先入観で併用は問題ないと判断してしまったようなので、配合剤の併用の際は成分の重複に関して特に意識して確認する必要がある。	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		その他			ヒューマンエラー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	他院にてシルニジピン錠服用中　今回処方にアムロジピンOD5mg処方あり類似薬効のためアムロジピンを削除	病院にておくすり手帳の確認漏れ〇単純なミス	おくすり手帳の確認は必ずする	アムロジピンOD錠5mg「トーワ」			その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1896	眠剤としてルネスタを服用していた。今回寝る前にリズミックが処方されており、患者に体調確認。眠剤が中止という話も聞いておらず、また血圧に関しては何も話がなかったことから、類似名の間違いを疑い、疑義照会。リズミック10mg 1錠寝る前がリスミー2mg 1錠寝る前に変更になった。	病院で医師が処方入力の際、最初の3文字がほぼ一緒である2種類の薬を選び間違えた。	日頃から、しっかりと患者への体調確認を行った上で処方監査を行うことで防ぐことができると思われる。	リズミック錠10mg	リスミー錠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
1897	今までE中央病院神経内科を受診されていたが施設入所に合わせてAクリニックに転院。Aクリニックが引き続き処方を継続することになっていた。持参薬終了するため継続処方がAクリニックより出たため、調剤。日付、薬品等確認していたところ持参薬はノイロビタン配合錠であったが今回ノイロトロピン錠4単位が処方されていたため、Aクリニックに電話にて問合せ。ノイロビタン配合錠に変更となった。	○単純なミス ノイロビタン配合錠とノイロトロピン錠4単位は最初の3文字『ノイロ』が共通している。処方入力の際、『ノイロ』の部分のみ見て間違えてしまったのでないか。	処方せん：ノルバスクとノルバデックス等薬品名が似通っているもの同士の取違えは話題としてよく取り上げられている。今回は持参薬を薬局でも確認できる状態だったため間違いを確認しやすかったが患者の背景にある病状等考慮する必要もあるかと思われる。	ノイロトロピン錠4単位	ノイロビタン錠	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		ヒューマンエラー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	久しぶりに来局された患者様にゾビラックス錠200mg 1錠分1夕食後が処方されていたが、薬剤師が添付文書の用量とは当てはまらないことに気付き、患者様に聞き取りを行ったところ、ヘルペス等はなく不眠があるとの訴えがあった。その後その旨を病院に確認すると、ソラナックス0.4mg錠 1錠分1夕食後に変更となった。	名称が類似しており、病院側の薬剤選択時に誤りがあったと考えられる。	薬剤の用法用量を添付文書にて確認する。患者様からの聞き取りを正確に行う。	ゾビラックス錠200	ソラナックス0．4mg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
1899	6歳女児のシダキュア5000JAU30日分の処方せん応需。当局初・手帳持参なしのため、受付時に1週間前より開始し、明日から増量であることを母親に確認、調剤を行った。投薬時に「スギ花粉症ですね」と声をかけたところ「いえ、ハウスダストです」と返答があり、ミティキュアとの処方誤りが発覚。疑義照会によりミティキュアへ変更になった。	処方時のシダキュア⇔ミティキュアの入力ミス（単純なミス）。背景として、初回ミティキュアは他薬局調剤で手帳持参なく、薬歴表紙には花粉症・ハウスダストの記載有、患者母親から聞き取る以外に、気づける要素はなかった。また薬剤師は、年齢・登録医師の確認・服用可能かに注視していた。患者母親は、乳児2人を連れており注意力散漫な状態での投薬だった。仮にアレルゲンの確認が不十分なまま投薬した場合、アナフィラキシーショックなどの危険も考えられた。	投薬時の薬名・用法・用量の声出し確認を徹底する。シダキュア・ミティキュア初回投薬時はアレルゲンの確認を必ず行う。シダキュア⇔ミティキュアは名称、パッケージも類似しており、薬局側での過誤発生も考えられる。棚や箱に注意喚起の札を付けるなど対策を行う。	シダキュアスギ花粉舌下錠5，000JAU	ミティキュアダニ舌下錠10，000JAU	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1900	整形外科より「ノイロビタン配合錠　4錠　分2／オパルモン錠　3錠　分3」の処方あり。整形外科からビタミン剤の処方自体がおかしいわけではないが、該当薬剤の処方量が通常より多く、名前の似ているノイロトロピン錠の通常の用法、用量と合致していたので処方ミスを疑い照会。ノイロトロピン錠への変更となった。	頭3文字が「ノイロ～」で全く同一のために起きたオーダーミスと思われる。頭文字3文字で検索して、名前が酷似していることと、ノイロビタンもノイロトロピンも一規格しかなく、名称の後に規格が入らない薬剤であったこともミスの原因と思われる（これが規格ありの薬剤であれば規格を確認する際に気づけることもあるため）。	各薬剤の汎用される用量と用法をきちんと頭に入れておくこと。また、今回のように同時に処方されている薬剤から予測することも可能なため、常日頃から多角的に物事を見るよう心掛けることが肝心である。日ごろから応需している医療機関に関しては、所謂処方の癖のようなものを周知しておくことも大切であると思われる。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠４単位	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
1901	処方せんには一般名でエチゾラム錠0．5mgとあったため以前交付したことのあるエチゾラム錠0．5mg「アメル」で調剤して患者様へ交付しようとしたところお願いしたのはアルプラゾラムだと患者様から申し出があったため発覚。	処方せんがどう作成されるかわからないので推測となってしまうが患者様がDrに口頭でアルプラゾラムが欲しいと伝えたようなのでカルテに記載するときに間違えてしまったのではないかと推測される。	類似名称の調剤間違いはよくあることだと思うので、処方せんとあっているからと思い込まず、患者様がどのような薬が必要かを投薬時に見極め、正しく使ってもらえるように患者様からの話をきちんと精査しなければならないと思う。	エチゾラム錠0．5mg「アメル」	アルプラゾラム錠0．4mg「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
1902	診療所内科にて風邪薬としてロキソニン錠60mgとセルベックスカプセル50mgが出ていたが、他の診療所整形外科にてセレコックス錠100mgが処方されていたため医師に疑義照会した。結果、ロキソニン錠、セルベックスカプセルが削除となった。	今回新規で風邪薬として頓服薬ロキソニンが出たが、薬歴にて他科で痛み止めとしてセレコックスを飲んでいることが確認でき、処方医師に問い合わせしたところロキソニン、セルベックスの削除となった。	今後も似た作用機序を持つ薬の重複服用には注意を払う。医療機関にかかるときはお薬手帳を持っていくように患者に呼びかける。	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「日医工」テプレノンカプセル50mg「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
1903	以前から門前の医療機関とアセトアミノフェンの容量について、1500/日を超えないように処方されていることを確認するように約束していた。今回カロナール錠500　3錠　毎食後　とともに　カフコデN配合錠　6錠　毎食後　が処方されておりアセトアミノフェン2100/日になってしまうので問い合わせをしたところ処方間違いでカフコデN配合錠がデキストロメトルファン　6錠　毎食後へ変更になった。	風邪の患者が増え病院が混みだし、似たような処方が続いたため医者が入力ミスをした。たまたまアセトアミノフェンの容量について医者と話し合いルールを決めていたので処方ミスに気づけた。	風邪の処方は、現在出ていない症状に対しても念のため処方されることが多いので患者と聞き取りをしつつ配合錠や総合薬の併用で成分過多にならないように薬剤師が気を付ける必要がある。病院が混雑していると医者も打ち間違いをしやすいので薬局でミスに気づき患者に被害が出ないようにする。	カフコデN配合錠	デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠15mg「トーワ」				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1904	薬局にてデルモベート軟膏が初回交付の方で、処方通りに調剤監査を行い、服薬指導を行っていたが、患者より希望していた軟膏と違うと指摘があった。患者は希望していた軟膏を携帯の写真に収めており、薬剤師がその写真を確認をしたところ、デルモゾールG軟膏であることが発覚した。主治医に患者が希望する軟膏の名称と成分が違う旨を疑義照会したところ、病院の採用品であるデキサンVG軟膏へ処方変更となった。	今回の処方誤りは製品名称の類似によるものである。デルモベートとデルモゾールは頭3文字が一緒であり、処方医も間違えやすいことが多い。また、ステロイドのランクも異なることより、もしデルモベート軟膏を交付していた場合は健康被害を生じる恐れがあった。	類似品に関しては薬剤師の調剤時にも生じやすいが、処方医も誤って製品を選んでしまうことを意識しておく必要がある。今回はデルモベート軟膏が初回交付であったため、患者に現物の確認をしっかり行ったことで、防ぐことができた。このケースの限らずに、薬の交付時に患者に現物を確認してもらうことは、調剤過誤（エラー）を防ぐツールであると考えられる。	デルモベート軟膏0．05%	デキサン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
1905	新患さんがAクリニック(透析科)の処方箋を持ってこられる。Bクリニックからクリニックに転院してきたばかりで、今回の処方がAクリニックでは初めての定期処方とのこと。お薬手帳をお持ちでなく、以前まで飲んでた薬がわかるものは何かないかを聞いたところ、薬情は持っているとのことだったのでみせて頂くと、以前まではトラセミドで処方されていたところが、今回からトラゼンタでの処方になっていた。患者様も今回の処方薬の変更は聞いてないとのことだった為、疑義紹介をしたところ処方入力間違いでトラセミドへの処方変更になった。	類似薬品による処方ミス。	薬局側の確認不足で処方ミスに気付かず薬を渡してしまっていたら、低血糖等の健康被害も考えられる事例でした。新規の患者様の処方においてはお薬手帳等を活用して、併用薬だけに限らず以前までの定期処方薬の確認を徹底する。	トラゼンタ錠5mg	トラセミド錠4mg「KO」			医薬品		ヒューマンエラー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	体重9kgの小児にアンブロキソールDS3%が0．6gの1日量で処方されていた。体重換算で20kg相当と考えられたので疑義実施したところ診療所採用品はアンブロキソールDS1．5%であり入力間違いとのことで薬剤変更となった。	処方元の入力ミス	処方元に注意喚起を行った。薬局側でも規格類似注意品目としての認識をもつ。	アンブロキソール塩酸塩DS3%「タカタ」	アンブロキソール塩酸塩DS小児用1．5%「タカタ」		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1907	ベタヒスチンメシル酸塩錠12mg「イセイ」が頓服「かゆい時」で処方されていた。服薬指導時に患者様から以前にもらった薬を出してもらったはずだが、この薬は初めてだと言われたため、医師に確認したところベタセレミン配合錠の間違いだったことが分かった。	医師の処方ミスと薬局での処方鑑査のミスが重なってしまった。通常よりも人員が少なかったため焦ってしまった。	名称が類似した医薬品があるものに関しては棚にPOPをつけて注意して確認する。	ベタヒスチンメシル酸塩錠12mg「イセイ」	ベタセレミン配合錠	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1908	歯科よりサリグレン処方の処方箋をもって来局。患者にドライマウスについて確認したところ、「口の渇きではなく、歯科処置をしてきて抗生剤を出すと先生は言っていた」とのことで、薬剤について疑義照会を行った。その結果、サワシリンへ変更となった。	類似名による処方箋発行時の選択ミスと思われる。	薬剤名の確認	サリグレンカプセル30mg	サワシリンカプセル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
1909	患者の母が来局。痛み止めを出すと言われたとのことだったが、鎮痛作用のある処方薬なし。疑義照会したところ、セレキノン100mgではなく、セレコックス100mgの間違いだったことが判明。正しく服用していただいた。	名前の類似とともに、セレキノン、セレコックスともに100mg錠だったこともあり、処方時に間違いが起こったと思われる。ケガでの受診で、湿布や抗生剤軟膏なども併せて出ていたことと、レバミピドの処方もあったため、セレキノンの処方は不自然には感じられたが、患者との会話により、処方薬の間違いである可能性がさらに強くなり疑義照会する。今後も患者とのコミュニケーションをしっかり行うよう心掛けたい。	処方薬に不自然な点がないか？処方解析をしっかり行う。また投薬時に患者の話をしっかり聞き取ることで、間違いが判明することも多いので、患者とのコミュニケーションをしっかり行う。	セレキノン錠100mg	セレコックス錠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
1910	足の潰瘍にアクトシン軟膏、ゲーベンクリーム、デルモゾールG軟膏がいつも処方されている患者に対し、8/30にたまたま同じ部分別の疾患でデルモベート軟膏が処方されていた。患者との会話の中で8/30の疾患は症状改善したと話があったが、11/1の際もデルモベート軟膏が処方されていた。疑義照会を行い、デルモベート軟膏からデルモゾールG軟膏へ変更に至った。	・薬品名が似ている点・同じ部位に対し処方歴があったこと	今回は患者との会話をしっかり行っていため処方間違いに気付くことができた。今後も同様に行えたらと思う。	デルモベート軟膏0．05%	デルモゾールG軟膏			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
1911	処方箋記載医薬品名がノイロビタン配合錠となっていたが、他に処方されている医薬品が一般名セレコキシブ錠、ツムラ芍薬甘草湯など、整形領域症状に対応するものであったため、ノイロビタン配合錠との組み合わせに疑問を持ち、疑義照会した。ノイロトロピン錠が医師の意図する医薬品であることが判明、変更となった。	処方箋発行時、類似した名称の医薬品が間違って選択されたものと思われます。医師の意図を勘案し、未然に疑義照会によってミスを未然に防げた事案です。類似した名称の薬品名に注意をしていくことが肝要と思われます。		ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		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「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	
1912	ロスバスタチン5mgとゼチーア服用の患者にアトーゼットHDが処方された。患者に確認したら配合剤に変更すると説明されていた。主治医に確認したところ「配合剤にしただけなので処方通り」と言われたがアトルバスタチンとゼチーアの合剤に変更になると説明するとロスーゼットHDに変更となった。	名称の類似	配合剤に変更された時は、必ず従来の服用薬と薬名と含有量を確認する。	アトーゼットHD	ロスーゼットHD			医薬品		ヒューマンエラー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	リン酸ジヒドロコデイン散の用量誤り。前回リン酸コデイン散にて処方が1回2gで処方されていたが、薬剤変更後もそのままの量で処方されてしまっていた。疑義照会にて用量について問い合わせたところ1gに変更となった。	処方薬剤変更時に似ている医薬品の場合用量を間違えてしまう場合がある。	各々が処方鑑査できるように薬剤の量を必ずチェックする。そのために使用量について常に把握しておく。	リン酸ジヒドロコデイン散1%「ホエイ」		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
1914	初めてアスパラカリウムが処方されたが、患者の話から間違いでないかと判断し疑義照会アスパラCAの処方間違いだったと判明アスパラCAに変更となった	品名が似ている		アスパラカリウム錠300mg	アスパラ－CA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
1915	乾燥による痒みについて医師より一般名でヘパリン類似性物質クリーム、ロコイドクリーム混合の処方がありました。患者様自身は別に内服28日分の処方を頂いています。ヘパリン類似性物質クリーム、ロコイドクリームの混合について軟膏・クリーム配合変化ハンドブックより、2週間程度の安定性しかなかった為、医師に報告し安定性が高い、ヘパリン類似性物質クリーム、ロコイド軟膏の混合指示に変更し対応しました。	軟膏・クリームの混合については処方薬（商品）の組み合わせである物は2週間で分離してしまったり、またある物は着色してしまうなど安定性が異なる場合があります。	必要に応じ軟膏・クリーム剤の配合変化についてはハンドブックなどを活用し適宜確認をとる。	ロコイドクリーム0．1%	ロコイド軟膏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
1916	当薬局に定期的に来院されている患者様、処方内容はビブラマイシン錠50mg　1錠　分1就寝前14日分であった。 この他にステロイド外用剤が処方されている事、患者から聞き取った症状とビブラマイシン錠50mgの適応が合致しない事、ビブラマイシン50mgの用量が過少である事から疑義照会を行った。 ビラノア錠20mg　1錠　分1就寝前14日分に変更となった。	処方箋作成時にビラノア錠20mgと入力するところ、ビブラマイシン錠50mgと入力したようだ。	本事例以外にも名称が似ている薬剤があり、同様のミスが発生する可能性が有るので過去の事例を調査し処方鑑査を行う。	ビブラマイシン錠50mg	ビラノア錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1917	風邪で来局した患者の処方箋を見ると、小柴胡湯が処方されていた。病院に疑義紹介をすると、小青竜湯の間違いだったことが判明。	小柴胡湯と小青竜湯の名称が似ていること、小柴胡湯加桔梗石膏も風邪の症状に処方することがよくある、という背景がある。	毎回よく確認する	クラシエ小柴胡湯エキス細粒	クラシエ小青竜湯エキス細粒		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
1918	疥癬の治療での処方で、ストロメクトール錠3mg　1錠　分1夕食前　1日分、ザイザル錠5mg　1錠　分1就寝前　7日分、オイラックスクリーム100g、ヘパリン類似物質外用液50gとなっていた。76歳女性に対してストロメクトール錠3mg1錠は少ないのではと思い、患者に体重を確認したところ47kgと回答されたため、病院に疑義紹介をかけてストロメクトール錠3mg　3錠へと変更になった。	3錠出すつもりが、規格が3mgであったために1錠と入力してしまった恐れ	ストロメクトールは体重に応じて服用量がかわる薬であるので極力薬局でも体重を確認する。その際、他の患者に聞こえないような配慮があるとより望ましい。	ストロメクトール錠3mg					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
1919	ビオフェルミン錠剤が処方されていたが、抗生剤も処方されており、処方医へ確認し、ビオフェルミンRへ変更いただいた。	抗生剤として、フロモックス錠が処方されている患者にビオフェルミン錠剤を処方していたが、ビオフェルミンRへ変更いただいた。	似たような名称の薬剤であるが、相互作用で効果が異なってくるため、他の服用する薬剤を確認することが必要である。	ビオフェルミン錠剤	ビオフェルミンR		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
1920	ビオフェルミン錠剤が処方されていたが、抗生剤も処方されており、処方医へ確認し、ビオフェルミンRへ変更いただいた。	抗生剤として、フロモックス錠が処方されている患者にビオフェルミン錠剤を処方していたが、ビオフェルミンRへ変更いただいた。	似たような名称の薬剤であるが、相互作用で効果が異なってくるため、他の服用する薬剤を確認することが必要である。	ビオフェルミン錠剤	ビオフェルミンR		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
1921	定期受診の患者の処方内容が前回と一部変わっており、グリチロンが中止、【般】アスパラギン酸Ca錠が追加になっていた。アスパラギン酸Ca錠のコメント欄には「K値低下のため」と処方医コメントが書かれていたため、アスパラギン酸K錠の間違いではないかと疑義紹介し、アスパラギン酸K錠に変更となった。	名称類似による単純なミスだと思われる。	類似名称の薬品の院内名称に注意喚起のマークを付けるなどして注意喚起する。	アスパラーCA錠200	アスパラカリウム錠300mg	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1922	小児科にて皮膚の乾燥の為ヘパリン類似物質軟膏0.3%「一般名」が処方、投薬時にお母さんから以前この成分の薬で赤くなった事があると申告あり。小児科に問い合わせた結果プロペトに変更になりました。	小児科ではヘパリン類似物質軟膏0.3%「一般名」の副作用は報告していなかった。お薬手帳にも処方歴はあったが副作用の記載はなかった。ヘパリン類似物質軟膏0.3%「一般名」の赤みは軽度であったため記載してなかった。	ヘパリン類似物質軟膏0.3%「一般名」は小児には比較的よく処方される薬品である。発赤・発疹の副作用は頻度不明となっております。主成分か基材での発赤か」は」不明であるが、小児皮膚はデリケートであるため、投薬時は保護者からよく聞き取り、副作用の可能性も理解される範囲で伝える。軽度の副作用でも必ず手帳に記載して医療機関・薬局に伝える様に保護者に説明する。	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」	プロペト			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
1923	ザジテンシロップ0．02%が処方されていたが過量と判断したため、疑義照会。ザイザルシロップ0．05%に変更となった。	医療機関の要因。薬剤名類似による入力ミス。	現状作業の継続	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
1924	耳鼻科受診のお子様に「一般名」クラリスロマイシンシロップ用100mgが1日6gで処方されていた。体重15kgの子供に使用する量ではないと思ったため疑義照会を行った。それに伴い適切と思われる2gへと変更となった。	薬剤が今回から変更となったために入力のミスが生じてしまったことにより出た数値なのかまた小児用の錠剤タイプのものが存在するのでその数値と勘違いして入力を行った可能性がある。必ず体重換算を行うことで防げる内容だと思われる。	処方内容が変わったときは適切な処方なのか適切な量なのかをしっかりと判断して調剤を実施することが必要である。名称類似　規格違いなどの把握もしていくことにより気づくことが可能ではないかと思われる。	クラリスロマイシンDS小児用10%「トーワ」			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
1925	類似薬品名選択アスベリンドライシロップを選択しなければならないところ、アストリックドライシロップを選んでしまった。	薬品名の頭の2文字と後ろの剤型名だけで選択してしまった。	類似薬品名薬品をリストアップ、レセコンに注意喚起マーク等をつけておく。	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%			医薬品		ヒューマンエラー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	妊娠中の患者で、以前リトドリン塩酸塩錠が処方されていた。転院後、今回当帰飲子の処方　特に湿疹・かゆみなし　リトドリン　動悸の副作用あるので、変更するとDrから聞いている。処方薬の適応症ないので疑義照会。当帰芍薬散の処方間違えだった。	薬品名が類似していたため、Drの処方入力間違え。	薬歴・手帳の活用、患者の症状経過を確認し、処方薬の適合確認を同様に継続する。	ツムラ当帰飲子エキス顆粒（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
1927	医師から爪水虫の薬が処方されると説明を受けていたがネキシウムカプセル20mgが処方されていたため疑義照会。ネイリンカプセル100mgに変更になる。	頭文字が一緒で響きが似ているためDrが入力を間違ったと思われる。	患者からの情報収集と、処方の妥当性判断の徹底。	ネキシウムカプセル20mg	ネイリンカプセル100mg				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1928	マイザークリームとヘパリン類似物質油性クリームの混合軟膏の塗布部位が、右脇となっていた。患者に確認したところ、右脇はヘルペスができて、痛みがあるとのことだった。ステロイドは通常ヘルペスには塗布しないため、使用部位を医師に確認したところ、身体の、カサカサしているところへ塗布することに変更された			マイザークリーム0．05% 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			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
1929	ケトプロフェン、ロキソプロフェンに対してアレルギー歴のある患者様に一般名ケトプロフェンテープが処方された。患者本人に確認し過去に使用し問題なかったボルタレンテープに変更してもらった。	病院ではロキソプロフェンのみのアレルギーしか伝えておらず薬局でケトプロフェンのアレルギーも確認できた。	アレルギーの場合は似た成分のアレルギーの確認もするようにすること。基本的なことであるが大事だと考えられる。	ケトプロフェンテープ40mg「日医工」	ボルタレンテープ30mg			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1930	眼科よりダイアモックス錠0.6錠1×朝食後3日分と【般】Lアスパラギン酸Ca錠200mg3錠3×毎食後3日分が処方。ダイアモックスによるカリウム低下防止の為カリウム剤を処方することがあるが通常カルシウム剤を処方することが無い為疑義照会に確認。アスパラカリウム錠2錠2×に変更となった。	処方医が小児の為アスパラカリウムを1回200mgを1日3回でで処方したかった為、アスパラCA200を選択してしまった可能性が高い。アスパラの名称が同じ、一般名も同じため間違えた可能性が高い。	似た名前がある医薬品については調剤時に投薬時により一層気に掛ける。	アスパラーCA錠200	アスパラカリウム錠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
1931	新規の患者。初めて受診して、ドラール15mgが寝る前に処方になっていた。あまりでる薬ではないので、患者さんと話していたところ、不眠はなく痛み止め出すといわれてきたみたい。疑義紹介をしたところ、トラムセットの間違いと判明。	寝る前の用法と、名称が類似していることから、処方箋入力者が間違えた様子。医師のカルテはトラムセットだったようです。	効能がまったく違うものなので、患者との対話で気づけたが代理人等の場合は気づけなかったかもしれないので、あまり出ないような薬は特に入念に聞き取りをする。	ドラール錠15	トラムセット配合錠			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
1932	お薬手帳から他の医療機関で類似薬が処方されていることを確認。疑義照会にて削除	医療機関との連携不足。	こちらで確認できる併用薬について医療機関へ報告するなどして連携が必要。患者側にも併用あれば受診時に伝えるよう説明。	ルパフィン錠10mg		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
1933	疼痛時の処方に対してツムラ炙甘草湯処方あり疑義照会にて芍薬甘草湯へ変更	名称がかなり似ているため、どのような症状に対して処方しているのか患者様に確認する。		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）			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1934	皮膚科よりニキビ治療のため、ファロム錠200mgが処方されていた。当患者はてんかんの既往歴がありデパケンR錠を服用していた。ファロム錠とデパケンR錠は併用注意ではあるが、血中バルプロ酸Na濃度の低下によるてんかん発作のリスクを考え、疑義照会。医師もその可能性を危惧し、ルリッド錠150に処方変更となった。	普段は他院・他薬局利用しているため、気が付きにくかった。	類似の事案を薬局内外で情報共有する。門前医院からよく処方される薬剤についての知識を深める。	ファロム錠200mg	ルリッド錠150	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
1935	便秘症で通院していたが、以前他院でピコスルファートナトリウム処方受け、同じものを題してもらうように先生に申し出たが、処方されていたのがビスコート0．5眼粘膜剤であった。	薬品ネームがよく似ているが用途が違うため患者確認しピコスルファートナトリウムであることが判明した。多分、パソコン入力を間違えたのではないか。	患者からの情報を丁寧に聞き取りとお薬手帳の確認が重要と思われる。	ビスコート0．5眼粘弾剤	ピコスルファートナトリウム内用液0．75%「JG」			医薬品		ヒューマンエラー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	漢方方剤の処方ミス。こむら返りの薬を処方してもらったと聞き取るが、処方は血の巡りを改善する方剤であるため疑義照会に至る。	漢方方剤は似通った名称があり、不慣れな処方元だとエラーが起こりやすい。	患者の症状を聞き取り、間違っていないか常に確認する必要がある。	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）			その他		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1937	風邪の症状があり定期薬（ノルバスク錠）に追加でクラリシッド錠200mg、トラネキサム酸カプセル250mg、ニフラン錠75mg（3錠毎食後）、バファリン配合錠A330（1錠朝食後）、ソロン細粒20%、ラックビー微粒N、アズレン含嗽用散0.4%が臨時追加処方。ニフラン錠75mgとバファリン配合錠A330の解熱鎮痛薬の重複と1錠分1の用法について違和感があったこと、クラリシッド錠で過去に下痢の既往があり別の抗生剤への変更を提案するため合わせて疑義照会をしたところ、バファリン配合錠ではなくルパフィン錠10mgの間違いだったことが判明。	風邪の臨時処方で定期薬の処方へ追加だったが、病院にて処方せん発行の際にルパフィンと入力するところを名称の似たバファリンと間違えて入力したものと思われる。どちらも風邪の臨時で処方されることが多い為思い込みによる入力の可能性あり。	他に解熱鎮痛の同種同効薬が処方されていたこと、1錠分1という通常用法でなかったため疑義照会につなげられた。少しでも疑わしい点があれば必ず疑義照会を行う。名称の3文字一致等はないが文字数等似ている部分もあるため処方元や店舗内で注意喚起と情報共有行う。	バファリン配合錠A330	ルパフィン錠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
1938	ペキロンクリーム0.5%、ヘパリン類似物質油性クリーム、ウレパールクリーム、10%サリチル酸をすべて混合指示。しかし、ペキロンクリームとウレパールクリームの混合は混合直後に分離する。そのため、ペキロンクリームのみ重ね塗りに変更。	医療機関側の知識不足が原因か。	メーカーへの問い合わせなどを行い、混合の可否を確認する。	ペキロンクリーム0．5%	ペキロンクリーム0．5%		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
							背景・システム・環境要因			
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	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	
1939	ツムラ五苓散とツムラ猪苓湯が処方されている処方箋を受付。構成生薬や薬効が類似しており、他院通院中の2019年7月にツムラ五苓散からツムラ猪苓湯へ処方が変更になった経緯があったため今回より併用していただくのか処方医へ疑義照会を実施。ツムラ五苓散が削除となった。	2019年8月に入院し退院後に在宅診療所へ病院が変わった。継続薬の処方は今回が初めてであり、お薬手帳を確認し記載されている薬剤をすべて処方したとのこと。そのため2019年7月までで服薬が終了していたツムラ五苓散も処方されてしまっていた。	引き続き服薬状況や体調の変化の聞き取りなどの情報収集を怠らない。	ツムラ猪苓湯エキス顆粒（医療用） ツムラ五苓散エキス顆粒（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
1940	パセトシンで蕁麻疹歴のある患者様に、アモキシシリン細粒を調剤してしまった。患者様の基本情報に副作用歴は記載されていたが、調剤前には気づかず、投薬中に気づいて処方医へ問い合わせた。結果、セフジトレン細粒へ処方変更になった。	基本情報の確認不足、注意喚起不足	注意喚起文を増やし、投薬完了までのどこかの段階で気づけるようにする。他のスタッフにも情報を共有し、似たようなことが起こるかもしれないと注意を促す。	アモキシシリン細粒10%「タツミ」	セフジトレンピボキシル小児用細粒10%「サワイ」	確認を怠った		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
1941	ビペリデン塩酸塩散1%「ヨシトミ」のところ、誤ってビペリデン塩酸塩錠1mg「ヨシトミ」で処方されていた。10月までビペリデン塩酸塩散1%「ヨシトミ」、1.5gで処方されていたが、11月処方時にはビペリデン塩酸塩錠1mg「ヨシトミ」、1.5錠で処方されており、成分量としては1/10で処方されていた。調剤者、鑑査者はそのまま処方箋通りに業務を行ったが服薬指導の際に、患者に上記変更について内容を確認したところ、患者から変更されていると医師から聞いていないと言われ、前回処方量を参照し疑義照会したところ病院の処方誤りが発覚した。	病院の処方箋の記載誤り。ビペリデン塩酸塩散1%「ヨシトミ」とビペリデン塩酸塩錠1mg「ヨシトミ」の名称が類似しておりレセコンで入力する際に誤ったと考えられる。	服薬指導の際には前回薬歴を参照し、変更点については必ず患者と確認する、その際に患者からの情報と処方内容がかみあわない場合は疑義照会を行う	ビペリデン塩酸塩錠1mg「ヨシトミ」	ビペリデン塩酸塩散1%「ヨシトミ」	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
1942	処方内容は、アレグラDS5% 2g 分2朝夕食後であった。アレグラDS5%は新規で処方されており、12歳以上は1回1.2g 分2処方されるため、類似薬品誤りの可能性があり、疑義照会をした。アレロック顆粒0.5% 2g 分2朝夕食後に変更になった。	頭文字2文字が同じであるアレロック顆粒と入力するところを、アレグラDSと入力を誤ったようだ。	添付文書の用法逸脱、病院採用薬の類似医薬品の把握することにより、処方内容に間違いがないかどうか確認する。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1943	アンフラベート軟膏とヒルドイドソフト軟膏の混合指示であったが、アンフラベート軟膏はヒルドイドソフト軟膏及びGEのヘパリン類似物質油性クリームのいずれとも混合不可（すぐに分離を始めるため）そこでアンテベート軟膏への変更を提案した結果、アンテベート軟膏に変更された。	病院の採用マスタがアンテベート軟膏ではなく、アンフラベート軟膏であり、今回のように混合不可の薬剤とも混合指示で処方できるようになっていた。	マスタ設定で混合不可の組み合わせで処方できないようにシステムを改良する。混合可否について、医師側でも知識を身に付け、処方箋記載を行う。	アンフラベート0．05％軟膏	アンテベート軟膏0．05％			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
1944	前立腺肥大症、頻尿で通院していたが、前回と同じ処方内容で90日分から14日分になっていた。次回の再診日程、理由を患者に確認したところ、最近、夜間トイレ回数増加で診察時に相談したら新しい薬を試すと言われたとのこと。処方変更の可能性が高いので疑義照会をしたところ、ベタニス錠50mgからベオーバ錠50mgへ変更になった。	ベタニス錠もベオーバ錠も、どちらも1日1回投与の膀胱β3アドレナリン受容体作動薬である。また規格も50mgで同じであり名前も似ていることから、医療機関で処方入力の間違いがあった。	ベオーバ錠50mgは昨年発売された新しいβ3アドレナリン受容体作動薬で、既存のベタニス錠と効能効果・用法用量もほとんど同じで、名前も似ていることから、間違えやすいので注意が必要。当然、薬局での調剤取り違えにも注意。	ベタニス錠50mg	ベオーバ錠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
1945	当薬局を継続的に利用されている患者が来局した。処方内容にリンゼス錠0．25mg1錠朝食後が処方されていた。当薬局で、この患者にリンゼス錠が処方されたのは初めてであり、用法が食後であったので疑義照会したところ、食後から食前へと変更となった。	一包化されている患者であり、用法を出来る限り揃えようとして食後と入力してしまったと考えられる。	食前・食後の用法は似ており見落としやすいこともあるので注意するように薬局内に周知	リンゼス錠0．25mg			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
1946	効能効果類似のタリージェとリリカが同時に処方	確認不足	随時情報共有。	リリカOD錠25mg タリージェ錠2．5mg				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
1947	エイベリス点眼を使用している患者の服薬指導の際、医師から前回と同じ薬を継続するようにいわれたと話あり。名称が似ているエイゾプトの処方に疑問をもち、疑義照会。エイベリス点眼の処方であること判明。	名称が似ている薬品を誤って処方してしまったと考えられる	名称の似ている薬に注意をすること服薬指導の際、患者の訴えをしっかりききとることで改善できると考えられる	エイゾプト懸濁性点眼液1％	エイベリス点眼液0．002％	連携ができていなかった	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1948	患者さま母親が処方箋をもって来局処方箋には「アスベリン散10%、アレジオンDS1%、アンブロキソールDS1.5%、メプチンDS0.005%、ビオフェルミン配合散」と記載母親より特にアレルギーや合わなかった薬はないと伺ったが、薬歴には2年前ホクナリンテープにて悪心・嘔吐があり、中止にて体調改善との記録があった。ホクナリンテープの類似成分であるメプチンDSが処方されているため疑義照会を行った。その結果メプチンDS0.005%は削除となった	母親もアレルギーがあった薬のことを忘れておりDRに伝えていなかった。薬歴に副作用の記録として残っていたため疑義照会に繋がった。	今までの副作用歴を薬歴に残すことだけでなく、お薬手帳などにも副作用歴を記録し他院に行かれた際も対応できるようにする。	メプチンドライシロップ0．005%		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
1949	処方【般】クラリスロマイシン錠200mg　2錠　　分2　朝夕食後7日分※ジスロマックにて、副作用歴あり。	ジスロマックにて、副作用歴を確認した為、似たような系統のクラリスロマイシンでも副作用が出現する可能性があった為、他剤への変更を提案した。	お薬手帳や問診を怠らない。同系統の薬剤は注意する。	クラリス錠200	フロモックス錠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
1950	一般名ロキシスロマイシン150mgと一般名レパミピド錠100mgが処方された。一般名ロキシスロマイシンは、通常容量は1日分2の薬であるため、疑義が必要と判断。また、胃薬も同様に処方されていたことから、名前が似ているロキソプロフェンの可能性もあると判断。疑義紹介後、ロキシスロマイシンから、ロキソプロフェンに変更された。	3文字入力においても、処方医の意図と異なる場合があるために、類似薬品名に注意する。用法や、患者からの聞き取りから、抗生物質ではなく、鎮痛剤のロキソプロフェン処方である可能性が高いと判断。疑義紹介後、ロキシスロマイシンではなく、ロキソプロフェンの間違いであった。		ロキシスロマイシン錠150mg「日医工」	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「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
1951	エックスフォージ服用中だが血圧が下がりにくいため降圧剤追加と医師から聞いて来局。コデインリン酸塩酸が追加になっており疑義照会したところコディオ配合錠に変更になった。	処方医がコディオ配合錠を処方すべきところ、間違ってコデインリン酸塩酸を処方した。薬品名が似ていることから入力ミスにつながったと思われる。	患者からの聞き取りにより疑義照会することができた。引き続き聞き取りを徹底し、薬局内でこのような事例をしっかり共有する。	リン酸コデイン散1%「日医工」	コディオ配合錠EX				その他	ヒューマンエラー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	1歳7か月の小児にムコソルバンDS3%　0．6g/日が処方。明らかに過量と思われる処方であるため疑義照会。小児用ムコソルバンDS1．5%　0．6g/日へ変更となった。	午後の診療開始後の忙しい時間であったため、類似医薬品との選択ミスと思われる。	忙しい時間でも必ず処方医薬品の薬剤名・企画を確認する必要がある。	ムコソルバンDS3%	小児用ムコソルバンDS1．5%		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
1953	フェキソフェナジンDS5%　1g分2指示。6歳だと通常1.2g分2であり、特別指示もないようなので疑義にて確認。オロパタジン顆粒0.5%へ処方変更	先発品名称類似（アレグラ⇔アレロック）	先発品名称類似（アレグラ⇔アレロック）	フェキソフェナジン塩酸塩DS5%「トーワ」	オロパタジン塩酸塩顆粒0．5%「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1954	当該患者にノイロビタン配合錠 4錠分2 朝夕食後が処方された。当該患者にノイロビタンは新規処方であったが、投薬時、神経の痛みを訴えて受診したことを確認した為、処方医に疑義照会をおこなった。結果、ノイロビタンではなくノイロトロピン錠 4錠分2へと変更となった。	処方入力の際の類似名称が原因の入力ミスであるが、処方応需時や調剤中に患者に症状を確認することを怠った。投薬時に聴取した内容により疑義を行えたが、本来は調剤開始前に疑義を行うべきだった。	新規処方について、処方箋応需時や調剤前に、医師より患者へどのような説明があったか確認する。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠４単位	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
1955	脳外科よりアモキサンカプセル25mgの処方（定期薬）あり。しかし最近状態がよくなく心療内科の通院を再開し、パキシル錠20mg・ジプレキサ錠2.5mgは処方、現在はその2種を服用しておりアモキサンカプセル25mgは服用していないことをご本人から聞き取った。脳外科の処方医に疑義照会したところ、アモキサンカプセルは中止となった。	同じ症状を複数科のDrに相談したため、薬効が類似している薬剤が重複して処方となった。	お薬手帳をよく確認し、ご本人から丁寧な聴き取りをする。	アモキサンカプセル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
1956	重症筋無力症を患っている患者様より、以前薬剤名は忘れてしまったけど薬を服用して重症筋無力症の症状が悪化したことがあるため薬の飲み合わせを確認してほしいと相談受け処方内容の確認、禁忌薬剤はないが、キノロン系類似薬剤にて重症筋無力症症状悪化おこることがあり慎重投与、処方内容にグレースビット錠50mg記載を確認したので、影響の少ない薬剤、クラリス、フロモックスやメイアクト、アジスロマイシン処方変更を提案メイアクトMS100mg変更になり、重症筋無力症症状の悪化なく服用	普段使用される風邪薬の中にも病状は悪化させてしまうものもあるので、患者の既往歴との確認は徹底する		グレースビット錠50mg	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1957	医務室勤務である患者が咳症状時に日常的に服用していた薬を求めて受診された。医師はフスコデ配合錠と勘違いして患者に説明。患者も服用していたものと答えて処方してもらった。患者は緑内障で眼圧が安定しないと最近話していたことを薬歴より確認して、医師に疑義問い合わせをしたが、日常的に服用していて問題ないと判断した。再度患者にリン酸コデイン錠ではないかと核にしたところ、そうかもしれないという。再び医師に連絡して、眼圧が安定せず、上がっていることなどを説明してリン酸コデイン錠に変更を依頼し、医師もリン酸コデイン錠へ変更に同意した。	名前の似ている薬剤を同じと判断する患者が多い。一部似ている文字が含まれるような薬品については患者の話を信用せずに確認していくことが大切である。	緑内障でも眼圧が安定している患者も多いが最近の状況も確認必要。医師の判断があっても、より安全な薬剤を選択してもらうように医師にも提案していく。	フスコデ配合錠	リン酸コデイン錠5mg「ファイザー」	確認を怠った 判断を誤った		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
1958	新患にミカムロ配合錠APが処方になったが、持参したお薬手帳にはミコンビ配合錠APと記載があった。転居による転院で医師からは同じ薬を処方すると聞いていたとのことで疑義照会し、ミコンビ配合錠APに変更になった。	医師が似た名前の薬があるという認識がなかった可能性あり。もしもお薬手帳がなかった場合、発見できなかった可能性がある。	少しでも疑問に思ったら疑義照会する。紹介状を薬局でも見られるようなシステムになればと思う。	ミカムロ配合錠AP	ミコンビ配合錠AP	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
1959	プスコパン3T×3、カロナール頓服5回分と記載された処方箋を外国の方が持ってこられた。日本語の理解もあまりなく、英語の用法が書かれた用紙を用いてジェスチャー交えながら投薬。投薬後、家族の方から「咳の薬を先生に出してほしいと伝えたのに薬の説明書にはお腹の痛みを和らげるしか書いていない。」という連絡があった。疑義照会したところ「フスコデを出すつもりでした、入力ミスです。」とのことで薬品変更。	Dr：処方箋入力の際のミスで似た名前を入力してしまった。　薬剤師：患者の主訴の聞き取り・コミュニケーション不足。	英語の用法・症状が書かれた用紙やプレートを改めて作りなおし、薬局内に周知する。	プスコパン錠10mg	フスコデ配合錠	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
1960	定期処方にてランソプラゾールを処方中、今回ラベプラゾールへ変更になっているが本人は変更を聞いていない。同薬効ではあるが変更が正しいか確認は必要。疑義照会したところランソプラゾールが正しく、間違いが判明した。	類似名であったため病院での処方入力時に間違えた可能性あり。	処方入力後確認、指さし呼称をしっかりしていただく。類似名一覧を作成して間違いないか確認していただく。	ラベプラゾールNa錠10mg「トーワ」	ランソプラゾールOD錠15mg「武田テバ」	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品	ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（薬局ヒヤリ・ハット「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	
1961	アナストロゾール錠1mg　1回1錠1日1回昼食後→ファモチジンOD錠20mg 1回1錠1日1回朝食後　へ変更患者様は病院を転院したばかり。主治医に使用歴のあるストロカインを飲みたいと依頼した。医師からは病院の都合で処方できないと断られ、類似薬を代わりに出すといわれた。患者様の聞き取りから胃痛であると理解したので、ファモチジンを提案したところ採用された。	医師が薬を調べた結果、薬効が似つかない抗がん剤を誤って選択してしまったようだ。医師の処方時に病院の薬剤科はすでに閉まっており、医師が専門外の薬を誰にも相談できなかったことで発生したと思われる。	医師の専門外の薬の処方について知識が必要処方薬の薬効を確認する必要がある	アナストロゾール錠1mg「ケミファ」	ファモチジンOD錠20mg「オーハラ」		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
1962	呼吸器機能↓でアドエアが使えないと申し出あり、類似薬効のフルティフォームに変更			アドエア250ディスカス28吸入用	フルティフォーム125エアゾール120吸入用	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
1963	お薬手帳を拝見し、類似品を定期的に服用している。	お薬手帳の重要性		ファモチジンOD錠20mg「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
1964	頭痛、めまいで便秘はない患者にツムラ潤腸湯エキス顆粒が新規で処方されていたため疑義照会し、頭痛、めまいに適応があるツムラ釣藤散エキス顆粒に変更となった。	3文字で名前が似ているため処方医の勘違いの可能性が高い。		ツムラ潤腸湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ釣藤散エキス顆粒（医療用）	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラー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	「一般名」ロキソプロフェンNa錠60mgとセレコックス錠100mgがいたむ時屯服服用で処方されていた。鎮痛剤が一度に2種類処方されていたため疑義照会を行ったところ、セレコックス錠100mg→「一般名」テプレノンカプセル50mgに変更になった。	処方医がセルベックスカプセル50mgを処方するところ、セレコックス錠100mgを選択したかと思われる。	事例を共有し、似通った薬品名による処方ミス　調剤ミスを把握し、処方箋をしっかり読みとる。	セレコックス錠100mg	テプレノンカプセル50mg「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
1966	前回はデルモゾール軟膏単独処方で、今回はデルモゾールとプロペトの混合処方となっていたが、デルモゾール軟膏にGE変更不可のレ点が入っていたため違和感を感じ、患者本人に確認したところ、軟膏は強くすると言われたと言った。疑義照会をしたところ、デルモベート軟膏の間違いだった。	医師が処方箋を作成する時の入力が3文字入力の為、デルモゾールとデルモベートで間違いが起こった。	軟膏は名称が似ているものも多く処方間違いが起こりやすい。現在の症状を伺い、同じ薬を継続するのか、弱くするのか強くするのかなど、診察時にどのような話を医師としたかも確認し、薬をお渡しする。	デルモゾール軟膏	デルモベート軟膏		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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1967	腰痛症ではなく神経痛に関して、ノイロトロピン錠が処方箋に記載されており、疑義照会したところ、名称が類似しているノイロビタン配合錠へ変更となった。	名称が類似していた。	名称が類似しているものに関しては、患者から聞き取りをしっかり行い、適切な内容で処方するよう気をつける。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠４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
1968	同じ病院だが、呼吸器外科セレコックス100mgが処方箋にて処方あり。別日に口腔外科にてジクロフェナク錠25mgの調剤があったことを、お薬手帳と薬歴にて確認。類似薬の重複になるため、処方削除かジクロフェナク錠25mgの服用中止を提案。	今回は同じ病院の処方箋を別日で応需しており、また手帳にも記録があったため確認できた。	今回は同じ病院で別の診療科の処方箋をどちらも受け付けていたが、お薬手帳での確認も怠らないようにする。	セレコックス錠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
1969	服薬指導時　患者からかゆみ訴えあり、Drに外用剤出してもらうお話あり塗りやすさからクリーム剤ではなくローション剤にしておく旨Drから説明あり 処方薬　ナパゲルンローションは、鎮痛消炎剤でありかゆみや乾燥などへの適応はなく疑義照会に至った疑義照会後いったんウレパールローションでとの返答があったが、当該病院での採用が無かったために再度確認の疑義照会 ウレパールローションではなく、ヘパリン類似物資スプレー0．3%へと変更になった	他院から赴任して1年目のDrの為、採用薬の把握なくウレパールローションを処方しようとしたところナパゲルンローションを処方してしまったそうです。また該当病院の採用薬の知見が無かったものとられる。	薬局では、服薬指導時の聞き取りを正確に行うことが医療事故を無くす一歩新規追加薬に関しては必ず症状を確認する	ナパゲルンローション3%	ヘパリン類似物質外用スプレー0．3%「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
1970	風邪症状で受診。「トランコロン錠」が処方されているも消化器症状の話は医師としておらず、咽頭痛の訴えがあった。「トランサミン錠」の処方である可能性を考え、疑義照会。結果、「トランサミン錠」に処方が変更となった。	名称が似ているため、入力時に誤ったと考えらえる。	入力時の医療機関側の誤りは可能性があるため、患者さんからの聞き取りを行うことは必須である。	トランコロン錠7．5mg	トランサミン錠500mg			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1971	患者本人よりイライラ感があり漢方を処方されたと聞き取り。柴苓湯と似た薬品名で不安感に使用する柴朴湯があるので確認したところ、変更。	医師の処方箋入力時の確認不足		ツムラ柴苓湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴朴湯エキス顆粒（医療用）				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1972	投薬の際　患者より人前にでると緊張すると訴えあり。医師より漢方薬を服用してみるよう指導されたとのこと。小青竜湯が処方されていたため疑義照会。小建中湯へ変更となった。	小青竜湯は19番　小建中湯は99番。番号が類似しているため院内で間違えたのではないかと推測できる。	患者の症状と異なる場合は、薬品名、グラム数、番号を確認する必要があると感じた。	小青竜湯	小建中湯	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
1973	一般名：クラリスロマイシンDS10% 1.2g　1日1回夕食後　7日分一般名：エピナスチンDS1%　0．3g　1日1回夕食後　7日分一般名：カルボシステインDS50%　0．6g　一般名：アンブロキソールDS1．5%0．6g　1日3回毎食後　7日分一般名：ヘパリン類似物質クリーム0．3%　100g　1日2回全身に塗布ロコイド軟膏0.1%　20g　1日2回塗布 クラリスロマイシンの用法について確認。分1から分2朝夕食後に変更となった。	○単純なミス	疑義により防ぐことができた。情報の共有。	クラリスロマイシンDS小児用10%「タカタ」					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
1974	ムコスタ点眼液を処方すべきところをムコスタ錠で処方された	名称が類似しているため注意が必要	患者さんと一緒に確認する	ムコスタ錠100mg	ムコスタ点眼液UD2%			医薬品		ヒューマンエラー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	一般名処方：サラゾスルファピリジン錠500mgだが、リウマチ治療中のため、疑義照会したところ、一般名：サラゾスルファピリジン腸溶錠500mgに変更になった。薬歴などにより判断した	一般名処方の類似する薬品として注意しなければいいけない医薬品	薬効の全く違う薬なので患者の疾患情報を把握して処方鑑査にあたる	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」	サラゾスルファピリジン腸溶錠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
1976	薬歴より今までアイミクスLD服用しており、今回アバプロ100mgに変更かと思われましたが、患者様より変更の話はなかったとの申し出あり、疑義にて今まで通りのアイミクスLDに変更となった。	アイミクスLD継続だが、何らかの操作ミスがあり、似た名称のアバプロが選択されて処方となったと思われる。	カルテとの相違が無いよう確認する。	アバプロ錠100mg	アイミクス配合錠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
1977	セフジニル処方の患者に服薬指導中、患者の訴え（眩暈）と薬効が合わず、医師に疑義紹介し確認。セファドールの間違いであることが判明。処方内容がジフェニドールに変更になった。	名称が似ている薬品が存在している場合は、患者の訴え、症状を正確に収集するように特に気を付ける必要があると実感しました。	患者の訴え、症状は正確に聞き取る。	セフジニル	ジフェニドール25			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1978	ヘパリン類似物質で発赤症状が生じる患者に処方。薬局薬歴に記録あったので問い合わせをしてプロペトへ変更へ。	医師が患者の副作用歴を忘れていた。		ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」	プロペト			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
1979	中耳炎の悪化による点耳薬の変更についてDrより説明あったと聞き取り。ボスミン外用液の処方意図が不明のため名称類似のホスミシンと間違えている可能性を考え疑義照会。結果、入力ミスのため、ボスミン外用液ではなく、ホスミシンS耳科用液が正しいと確認	類似名称による入力ミス	入力の際に3文字検索ではなく4文字検索にする。	ボスミン外用液0．1%	ホスミシンS耳科用3%	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	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
1980	1つのRp)に3種類の軟膏の処方あり。ステロイド2種類（ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏　25g、ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏25g）に保湿剤1種類（ヘパリン類似物資軟膏25g）の処方でステロイドを2種類混合する必要性に疑問があり。3種類混合するのか確認したところ、ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏は単独で、ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏とヘパリン類似物資軟膏2種類のみ混合と確認した。	医師が、Rp)を分けて処方する必要性の認識不足と考える。	今回、3種類を混ぜて調剤してもおかしくはなかった。薬学的観点から疑問に思って問い合わせをして発覚したので、今後も小さな疑問であっても疑義照会して確認することを継続する。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0．05%「MYK」			その他			ヒューマンエラー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	2019年11月、不眠症を訴え処方追加になったベルソムラ錠15mgに関して、同病院から処方されているコルヒチン錠、また感冒症状で他病院からよく処方されるクラリスロマイシン錠と併用禁忌薬の為、疑義照会にて他剤へ変更依頼の事例。	痛風発作治療、血糖降下薬、降圧薬等、各種治療剤を服用中の患者にて、併用禁忌薬のベルソムラ錠処方事例。コルヒチン錠又はクラリスロマイシン錠と肝代謝酵素CYP3Aで阻害し、血中濃度上昇による副作用リスクを懸念し、類似作用のあるロゼレム錠へ処方変更の検討を依頼。		ベルソムラ錠15mg	ロゼレム錠8mg	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
1982	他院よりタケキャブ20mgを服用中の方に対してザンタック150mgが処方されていた。お薬手帳より、類似薬効なので疑義紹介をしてザンタック150mgを削除	他院よりタケキャブ20mgを服用中の方に対してザンタック150mgが処方されていた。お薬手帳より、類似薬効なので疑義紹介をしてザンタック150mgを削除患者さんは病院にはお薬手帳を出してない様子でした。	患者さんにお薬手帳は病院にも提出し、先生に確認してもらう様に薬局側からも指導する。	ザンタック錠150		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	ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1983	整形外科に受診した患者の処方にセレクトール錠100mg　2錠　分2とあったので、腰痛で受診した患者に処方されるのはセレコックスだろうと、すぐ間違いに気が付いた。医院に確認するとセレコックス100mgですとのことだった。	これまで服用していたロキソプロフェンから、セレコックスに変更する際に、名前がよく似たセレクトールにまちがったと思われる。医師が直接入力したのか、医院の事務職が間違えたのか不明。ただ、こちらから問い合わせをしたときに、簡単に「セレコックスですよ、直しておいてください」と言うべきではないと思う。医療過誤に間違いないと考える。		セレコックス錠100mg	セレクトール錠100mg	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
1984	小児にクラビットが1日2回の用法で処方されていた。疑義紹介を行ったところ、用法の間違いではなく、薬剤の間違いで、クラリシッドの処方に変更になった。	クリニックで処方箋の入力を行った担当者が、名前の似ている薬剤を誤って入力した。クリニックでは医師の手書き処方箋を事務がパソコンに入力し直して処方箋を発行していた。	似た名称の薬剤の登録ミスが起こらないよう、パソコンの入力時は声出し確認を行う。	クラビット錠500mg	クラリシッド錠50mg小児用	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 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 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
1985	小児に対し、ビオフェルミンR散が3gで処方されており、同処方に抗生物質がなかったため処方医に問い合わせ	まず、ビオフェルミンの添付文章上の記載が成人量しか記載がないため、小児にも同容量を処方してしまったと考えられるまた、整腸剤は名前が似ているため取り違えてしまったのかと考えられる	薬剤師も成人容量しか記載ないものを把握し、小児に適切な容量をすぐに答えられる必要があると考えられる整腸剤に関しても、必ず適応のあるものなのか確認して監査をする必要があると考えられる	ビオフェルミンR散	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
1986	アベロックス錠が2錠夕食後で処方されていたので、用量オーバーのため問い合わせ1錠に変更。	Drがジェニナック等類似薬の容量と勘違いした様子。	用法用量のチェックの徹底。	アベロックス錠400mg				医薬品		ヒューマンエラー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	老健施設の嘱託医が変更になった際、リーバクト配合顆粒を服用している患者の処方が『一般名：ロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク配合散』となっていた。処方医に問い合わせ『一般名：イソロイシン・ロイシン・バリン配合顆粒』へ変更となった。	一般名が類似している。医師も慣れない処方で確認がもれてしまった模様。		ロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク配合散「雪印」	リーバクト配合顆粒			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1988	家族が薬を取りに来局。血液検査の結果薬を出すと言われたのでもらって帰るとのことで、追加の薬が処方となっていた。アルダクトンA、塩化ナトリウムの2点。検査値などわからない状態なので、特に処方薬については問題ないかと思っていた。むくみはあるとの話だった。ダイアートを服用中でむくみがあるため、アルダクトンAを追加していたので、K値が低めなのかと思った。塩化ナトリウムは経管栄養などで栄養剤のみの患者さんにはよく処方出ているが、他の方ではあまり処方出ることがない。以上の事より、疑義照会で確認したら、K値が低いので塩化カリウムを処方するつもりだったことが分かった。	高齢で薬は自分が管理できない状態だが、食事などは普通に食べれて栄養剤など使用することもない状態。検査により少ないので薬を飲むように聞いていたが何かまでわからない。	栄養剤での栄養摂取が主の方でない処方で塩化ナトリウムが処方されているときは、内容確認するようにする。名前が似ている為、間違えて選択されている可能性がある。	塩化ナトリウム＊（山善）	塩化カリウム	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
1989	ラタノプロスト使用中の患者にPA配合錠が処方患者は閉塞隅角緑内障であったが手術で良くなったと医師に伝えていた薬局で眼圧を下げる薬を使用している旨患者に指摘すると、それは知らずに使用していた思い出してみれば、手術したのは白内障だったとのこと医療機関に連絡し、処方変更となった	似た病名で患者が混乱していた	緑内障カードの普及眼科医に記載してもらう用に薬局で配布できるものの作成を検討	ピーエイ配合錠	ベポタスチンベシル酸塩錠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
1990	風邪で受診の患者様。クラリチン錠10mgが処方されていたが用法用量が適応外のため疑義照会の結果、クラリスロマイシン錠200mgに処方変更となった。	類似名称薬剤の誤選択と思われる。	薬剤の添付文書上の用法用量をしっかり把握しておくこと。患者様の症状や受診時の医師とのやりとりを丁寧に確認すること。	クラリチン錠10mg	クラリスロマイシン錠200mg「CH」				その他	ヒューマンエラー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	一般名処方「クラリスロマイシンDS 1g 1日1回 夕食後 14日分」の処方であったが，他剤(プランルカストDS，フルチカゾン点鼻液及びゼペリン点眼液)から判断し，中耳炎等の可能性を疑うことができない処方内容であることから判断し，花粉症に対する処方の可能性が高く，疑義照会を行った。疑義照会の回答では，クラリスロマイシンDSが「クラリチンDS(ロラタジンDS) 1g 1日1回 夕食後 14日分]に変更となった。	処方元が類似名称の「クラリスロマイシン」と「クラリチン」を誤入力したと考えられる。薬局側としては，今回は他剤の情報から明らかに花粉症に対する処方内容だと判断できたため，疑義照会につながった。	処方内容及び患者様から得られる全体の情報から，本処方の妥当性を判断して投薬する必要がある。処方元がよく処方する薬剤を中心に，薬名が類似している一覧表を提供することも効果があると考えられる。	クラリスロマイシンDS小児用10%「タカタ」	ロラタジンDS1%「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1992	施設入所者。往診時、背部から腹部にかけての痒みあり 臨時でアレジオン錠20 1錠 寝る前が処方されるも、定期薬で エピナスチン塩酸塩錠20mg 1錠 夕食後を服用されていた為 疑義照会。症状により適宜増減あるが 1日1回の用法でありまた腎排泄の薬剤であることから高齢者にはさらなるCmax上昇が予想される為問い合わせると 臨時処方削除となり 今回は塗り薬のみでの対応となった。	Dr.が 定期薬のエピナスチンを アレジオンと思わず処方されたよう。使い慣れた薬のGEは覚えているものの 他院などからの処方は分かりにくい事があるよう。	GE同士でも 良く似た名称があるので 間違わないよう 1文字監査の徹底と 往診Dr.の報告書には 先発名も記載している。	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
1993	風邪のためカルボシステイン錠が処方されたが、現在中耳炎で耳鼻科にかかっているとのこと。処方医は抗生物質が重複している可能d性があるため今回抗生物質は処方しないと言われたとのことだったが、患者の話によるとよく似た薬を耳鼻科でもらっている気がするとのこと。カルボシステインは中耳炎でよく処方されるため重複している可能性があり、お薬手帳に耳鼻科服用薬書かれていなかったため患者が近所の自宅まで服用薬を取りに帰り見せていただいた。耳鼻科でもカルボシステイン錠処方されていたため処方元に疑義照会、処方削除となった。	耳鼻科ではお薬手帳が交付されず、処方薬が把握できなかった。	今回患者自宅近隣のため服用薬を取りに帰っていただけたが、このようなケースは往々にしてあるためできる限り併用薬の確認に努める。	カルボシステイン錠250mg「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
1994	リポクリン200mg継続中の患者。この回にパルモディア錠0．1mgが追加となった。パルモディアは一般的な他のフィブラート系とは添付文書上の注意事項の文言はないものの、一般名に同じフィブラートの名前を持つ薬剤ということで、念の為、追加処方の疑義紹介を行ったところ、先に出ていたリポクリンが中止となり、パルモディアでの治療に切り替えとなった。	レセコン上は注意などが表示されず、パルモディアも一般的なフィブラート系とは一部薬効薬理が異なるものであるが、新薬でどの程度の薬効が発現されるか不明瞭なところもあり、また構造上の類似点もあり、相互作用が心配された為、疑義紹介に至った。	添付文書上問題とならなくても、同系の作用を表すと想定される薬剤の重複についても注意を払う。	リポクリン錠200	パルモディア錠0．1mg				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
1995	カルデナリン4mg錠 1錠で処方されていたが、カルデナリン錠が初回の投与だったため開始用量が多すぎると思い疑義照会を行った結果カンデサルタン錠4mg錠 1錠の誤りであった。	コンピューターの入力時に類似名称だったため選択を間違えたと考えられる。	監査時に初回用量を確認することでミスを発見できると考えられた。	カルデナリン錠4mg	カンデサルタン錠4mg「あすか」			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
1996	アレグラDSが処方されていたが、他院にてアレロック顆粒とヨクイニンエキス散が既に処方されていることが判明。類似薬効のため照会し、アレグラDSは削除となった。	お薬手帳並びに自薬局の薬歴をよく確認する。	お薬手帳の持参啓発を推進し、重複・相互作用防止に努める。	アレグラドライシロップ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
1997	新館で風邪の患者さん、ツムラ小柴胡湯が処方されており、患者様にヒアリングした所 「風邪は2，3日前から引き肝臓も悪くない。咳や鼻水がある」とのお話で、オーダリングシステムでツムラ 小青竜湯とツムラ小柴胡湯を混同して入力した可能性が示唆されたため疑義照会 その結果、ツムラ小柴胡湯からツムラ小青竜湯へ処方は変更になった。	同じ”小”から始まる方剤で、オーダリングシステムで選択を間違えたのがミスの原因と考えられます。薬剤師が患者へヒアリングして各々の方剤の使用目的と照合する事で疑義に気付き、ミスを防ぐことにつながると考えます。	漢方薬も西洋薬もだが、名称類似品については、各々の薬剤の特徴や使用目的の違いをしっかり把握した上で、薬剤師から患者へのヒアリングやお薬手帳、過去の処方歴の確認を通して適切な処方監査の勤める事でミスを防ぐことができると考えます。	ツムラ小柴胡湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）	確認を怠った	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	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
1998	フェブリク錠20mgとウリアデック錠20mgを間違えた処方せんの記載になっており、初回投与にも関わらずフェブリク錠20mg、2錠分2（ウリアデック錠の用法・用量）と記載されていた。	処方せんが集中し注意力が散漫となり監査で気づかずに投薬時に患者さまとの会話を通じ、初回投与であることが判明。初回投与量としてフェブリク錠20mgが不適切な用量ではないか、また分2指示であったことから、ウリアデック錠20mgとの処方間違えでないかを医師に疑義照会し、患者さまにはウリアデック錠20mgを調剤し、交付した。当該医師にとっても初めてのウリアデック錠の処方であったため、クリニックにおける処方せん交付時にクリニックスタッフも不慣れであったため、普段処方しているフェブリク錠20mgと記載された処方せんを発行していた。	当然の事ではあるが、新規処方時には特に基本的な用法・用量の確認をしっかり行ったうえで調剤、監査、投薬を行う。使い慣れない薬剤を医師が処方する場合には、可能な限り予めDIの基本事項を医師と情報共有しておく必要がある。特に同一薬効群で規格が似ている場合にはより一層の注意深さが必要である。	フェブリク錠20mg		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
1999	処方箋にはツムラ小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒で記載されていたが投薬時に患者の訴える症状と効能が明らかに異なるため病院に疑義照会をしたところ小柴胡湯の入力間違いと分かった。正しい薬を調剤して交付した。	午前外来の忙しい時間帯で漢方も名前が似ているものも多く、思い込みで入力されたと思われる。	患者さんの受診された内容と薬の効能が合致しているのかを必ず確認しておく。	ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒（医療用）	ツムラ小柴胡湯エキス顆粒（医療用）	確認を怠った 記録などに不備があった	勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム 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
2000	イブプロフェン錠で処方されるべきところ、イプリフラボン錠で処方されていた	類似医薬品の入力間違い	類似薬品名チェックをする。	イプリフラボン錠200mg「サワイ」	ブルフェン錠200	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
2001	当薬局を以前から利用されている患者が来局。フェロベリン配合錠が追加で処方されており、他剤と同じく90日分処方されていた。一包化で時間のかかるため、一時帰宅されていた患者に電話にて今回追加になった薬について確認すると、貧血のために貧血の薬を追加するとのことで、処方内容と矛盾していたため、疑義照会を行った。医療機関側の入力ミスとのことでフェロ・グラデュメット錠に変更となった。	フェロ・グラデュメットと入力するところをフェロベリンと入力してしまったようだ	似ている薬剤名の薬も多いのできちんと1文字ずつ確認して決めつけて行動しないよいう注意する。	フェロベリン配合錠	フェロ・グラデュメット錠105mg		その他			ヒューマンエラー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	ロゼレムが処方されていたが、来局時患者から聞き取りをした所、不眠の症状はなく、下痢の症状で受診していたと確認。ロペミンと名称が似ていることから疑義照会し、担当医がロペミンと誤って処方していたことを確認。	今回の処方箋が発行される7日前にラックビー微粒Nのみ処方され、下痢の症状で継続受診されていた。ラックビー微粒Nは今回も処方されていたが、下痢止め薬（ロペミン）に関しては初回処方であった。患者自身も投薬時に説明を受けるまでは、どのような作用のある薬なのかわからない状態であり、薬剤師の症状の聞き取りがなければ、ロゼレムのまま処方せん通りに患者に渡っていた。	今回の処方箋に記載があった内容は、ラックビー微粒Nとロゼレムの記載であったが、投薬時に聞き取りをしなければ、通常処方されていても違和感のない内容であるため、患者の手にそのまま渡っていた可能性が高い。今後も来局時に患者から受診内容を聞き取る事は必須である。	ロゼレム錠8mg	ロペミンカプセル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
2003	当薬局を継続利用中の患者が来局した。ビオフェルミンR錠が処方されていたが、抗生剤の処方はなかった。お薬手帳でも抗生剤の併用は確認出来ず、患者に聞き取りを行ったところ、お薬手帳記載以外で服用中の薬はないとのことだったので、疑義照会をした。ビオフェルミン錠剤に変更になった。	処方医薬品を選択する際に、名称の似ているビオフェルミンR錠を選択してしまったようだ。	引き続き、お薬手帳や薬歴を活用し、患者への聞き取りをしっかりと行って、処方内容に間違いがないか確認していく。	ビオフェルミンR錠	ビオフェルミン錠剤		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
2004	整形外科の処方箋にてワーファリン1mgとリカルボン50mgの処方が出た。投薬前に患者さんと会話し骨粗しょう症の薬が処方になったこと確認し疑義紹介した。ワーファリン1mgとワンアルファ錠1μgの入力ミスだった。	病院事務の打ち間違え。ワーファリンとワンアルファの名称の類似のためのミスと思われる。		ワーファリン錠1mg	ワンアルファ錠1．0μg			コンピュータシステム医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2005	当薬局には久々の来局。処方にツムラ当帰飲子が処方されていた。お薬手帳にはツムラ当帰芍薬散が処方された記録があり、患者様は変更を聞いていない。妊娠中の諸症状で服用していると話があったので処方誤りを疑い疑義紹介。処方誤りでツムラ当帰芍薬散を処方するつもりだったと回答があり、訂正になった。	ツムラ当帰飲子とツムラ当帰芍薬散で名前が似ていたため医師が処方入力時誤って入力したのではないかと考えられる。適応が違うため適切に疑義紹介を行い処方誤りを止めることが出来た。		ツムラ当帰飲子エキス顆粒（医療用）	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（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
2006	降圧剤のテラムロを夏場はAP、冬場はBPで服用しれているとヒアリングにより確認。事例発生時は7月で処方変更は聞いていない、血圧は比較的落ち着いていると確認したため、Drへ問い合わせを行い処方ミスが発覚。APでの継続となった。	テラムロのAPとBPは一文字違いの為、入力時にミスがあったのではないかと考えられる。薬局でも正確なヒアリングができていなければ季節によって切り替えていることは確認が難しかった。	・患者への詳細なヒアリング・類似薬品の取扱時は院内外ともに注意すべきである	テラムロ配合錠BP「EE」	テラムロ配合錠AP「EE」	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		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
2007	一般名処方でクラリスロマイシンの処方あり、用量が適正でなかったため、患者へ症状等の確認行ったところ、クラリスとクラリチンの間違いの可能性があったため、医院へ問い合わせし処方変更。	医院の医師が先発名でカルテを書いていることにより、医院の事務入力時にミスが起こった。似た名前の先発名であったために起こってしまった事例であると考えられる。	医院の医療事務へ採用薬を確認し、薬局から先発医薬と一般名のリストをお渡しし、ミスの起こりやすいものを医院と薬局でチェックして連携を強化することにした。	クラリスロマイシンDS10%小児用「サワイ」	ロラタジンDS1%「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
2008	ツムラ苓甘姜味辛夏仁湯エキス顆粒が風邪の臨時処方の中に記載されていたが、一緒に処方されていた錠剤がクラリスロマイシン・イブプロフェン・d−クロルフェニラミン・トラネキサム酸などで鎮咳剤や去痰剤がなく漢方の効能を考えると不自然だったため疑義照会した。正しくはツムラ小柴胡加桔梗石膏エキス顆粒だった。	問い合わせをした際、レセプトコンピューターで処方せん入力をした事務員が「ツムラの109と119の誤りでした」と回答があったため、ツムラの通し番号で入力するシステムのようだ。番号が似ているため入力時に選択ミスをしたのだと思われる	薬歴のほかに患者さんからの症状の聞き取りや処方内容の鑑査を徹底する	ツムラ苓甘姜味辛夏仁湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒（医療用）		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
2009	応需処方にてランソプラゾール口腔内崩壊錠30mg（一般名）が処方されたが、他科にてガスターD錠20mgを定期服用中であることをお薬手帳にて確認。疑義照会の結果、当日処方のランソプラゾール錠が処方削除となり、類似薬の重複服用を防止する事が出来た。	同一病院内の他診療科での処方内容について、診察時に医師が確認できなかった事が推測される。		ランソプラゾールOD錠30mg「日医工」				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.	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	
2010	来局の際、ネキシウムカプセル20mgを処方されていたが、退院時に院内処方されたタケキャブを現在も服用中であることをお薬手帳にて当薬局薬剤師が確認。疑義照会により、ネキシウムは院内処方分のタケキャブを飲み切ってから開始する事となり、類似薬の重複服用を避ける事が出来た。	医師が院内にて処方していたタケキャブが無くなる日程について、外来の忙しさ等によりカルテやお薬手帳にて把握出来ていなかった事が推測される。		ネキシウムカプセル20mg	ネキシウムカプセル20mg			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
2011	ミヤBM錠　3錠　分3毎食後が処方されていたが、他病院にてビオフェルミン錠3錠　分3毎食後が定期処方されている為、疑義照会にてミヤBMが削除となった。	以前にも同患者で同じケースがあり、お薬手帳を持ち歩かれているが、病院では提示しない患者であった。	患者の特徴をスタッフ間で周知することで、似たケースは回避できる。	ミヤBM錠					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
2012	基幹病院より個人のクリニックに転院しきた患者様の初めての処方。以前の処方と比較するとニフェジピンが削除になっていた。この件に関し患者様に聞き取りするも、聞いていないとのこと。クリニックに問い合わせるとニフェジピン追加処方となる。	いつもほぼかかりつけ薬局として、当薬局を使ってくださっており、今までの基幹病院からの処方箋も調剤していた為、処方変更がわかり、その聞き取り問い合わせができた。	これまでも似たような事例があったので、特に退院処方や、転院処方はきをつけて処方をチェックする必要がある。	なし	ニフェジピンCR錠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
2013	この度、インフルエンザと診断されイナビル吸入粉末剤が1キット処方されていたが、患者の年齢を確認したところ10歳になっていたので、1キットから2キットへの変更の疑似照会を行った。		引き続き、おくすり手帳や患者からの聞き取りにより、情報収集を行い処方箋に間違えはないかを確認していく。	イナビル吸入粉末剤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
2014	一般名エスタゾラム錠1mg　3錠分3後　処方あり　一般名エスタゾラムは眠剤であるため　疑義紹介すると一般名エチゾラム錠1mg　3錠分3後と変更になる	一般名が　よく似ているため　医療機関の入力者の入力間違えと思われる。	よく似た一般名のため　今後もあり得る。 何度も確認するか　自分なりの対策が必要と思われる	エスタゾラム錠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
2015	しもやけにてアロミドン軟膏とユベラ軟膏の混合を処方された患者と四肢の乾燥とかゆみでスピラゾン軟膏、ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」などを処方された患者の姉妹の処方箋を応需。受診した2名の姉妹の名前の漢字が1文字違いのみで似ていた。投薬時に名前と症状と医薬品が合わず。保護者も本人も患者取り違いの可能性を指摘。照会にて、薬剤変更となる。	いつも以上に兄弟で来る患者が多く見られた。また、混みはじめる時間帯でもあったため、患者を取り違った可能性がある。	忙しいときほど家族や本人と薬と症状の確認をしながらの投薬が必要である。名前、症状確認から説明への流れを守る。	アロミドン軟膏0．3%　ユベラ軟膏	スピラゾン軟膏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	患者側		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2016	患者は骨粗鬆症治療中であり、処方内容を確認した際、アスパラカリウム錠はアスパラカルシウム錠と間違えているのではないかと感じた。投薬時に患者より、骨密度検査の結果が芳しくなかったため、診察時カルシウムの不足を補う薬を処方すると指示も受けていた。話を聞きさらに疑いが強まったため、疑義照会を行い、上記の内容に変更となった。	医師が処方オーダーする際に医薬品名がアスパラまで同じである為、医薬品の選択ミスをしてしまったと思われる。	該当薬はかなり名称が類似していることから、今後もこのような間違いがおこる可能性もある。薬局内でも情報を共有し、注意喚起を行う必要があると感じた。	アスパラカリウム錠300mg	アスパラ－CA錠200			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
2017	口唇ヘルペスの患者に一般名処方で「アルクロメタゾンプロピオン酸エステル軟膏」が「口周りのヘルペスに塗布」の指示で処方された。患者に処方内容を確認するとヘルペスの原因ウィルスを抑える薬を出すとの説明があったことを聴取した。処方医に処方内容を確認したところ、「ビダラビン軟膏」に処方変更となった。	処方医が処方内容入力時の薬剤選択で先発品名で入力を行い、類似した名称の「アルメタ軟膏」と「アラセナー軟膏」を間違えた様子。ステロイド外用剤で通常ウィルス感染部位には使用しないため投薬時に窓口で内容確認し、発見につながった。	一般名処方において処方入力時には先発品名で入力し、一般名に変換している場合がある。先発品名が類似している薬剤が誤って選択される可能性があるため、用法や適応症、患者問診等で処方内容の確認を入念にに行う。	アルメタ軟膏	アラセナ－A軟膏3%			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
2018	1週間前に凍瘡で受診し、人参養栄湯が処方されていた患者に、今回は凍瘡では処方されないであろう桂枝人参湯が処方されていた。受け取りが代理の方だった為、受診理由が確認できなかった。前回処方と比較したところ漢方薬以外の内服薬も変更になっていた。おそらく凍瘡が悪化し（前回処方薬では効果不十分と判断）漢方薬以外の内服薬が変更になっていると推察。医師に疑義照会を実施したところ、EK-108人参養栄湯とEK-82桂枝人参湯の入力を間違っていたことが判明し、処方変更となった。	漢方薬は類似の名称、番号のものがあるため間違ったと考えられる。	漢方薬は様々な症状に対して使用される事が多いので、深く効能、症例を理解することが大切である。	クラシエ桂枝人参湯エキス細粒	クラシエ人参養栄湯エキス細粒	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
2019	メリスロン錠12mg　3T　分3　毎食後　5日分　とツムラ苓姜桂朮甘湯エキス顆粒（医療用）7.5g　分3　毎食前　5日分　で処方されていたが、患者の主訴がめまいであり、ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒の効果効能には腰痛、夜尿症、腰の冷えの適応しかなく、患者の他の症状も尋ねたが何もなかったことから、効果効能にめまい、ふらつきがあるツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒との誤記であると考え、医師に疑義紹介しツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒に処方変更となった。	製剤名が類似しており、電子カルテの漢字の読み順から「姜」のほうが先に表示されるので誤ってツムラ苓姜桂朮甘湯エキス顆粒を選択してしまったものと思われる。	漢方薬にはよく似た名称の製剤が多々あるため、患者へのヒアリングをしっかり行い主訴と適応が一致するか再確認する必要があると感じた。	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）			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
2020	セレスタミン配合錠とレバミピド錠がセットで処方されていた。セットで処方されていることに違和感を感じ、患者から聞き取りを行った。「痛み止めを処方してもらった」と情報を聞き取った。セレスタミンではなく、セレコックスの間違えかと思い疑義照会を実施。セレスタミン配合錠からセレコックス錠に変更となった。	病院側で処方入力時に名称類似で選択ミスがあったと考えられる。	処方追加時は手帳確認、患者情報聞き取りなどいつも以上に徹底する	レバミピド錠100mg「杏林」	セレコックス錠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
2021	産婦人科を受診した患者様にルナベル配合錠LD（エチニルエストラジオールとして0.035mg含有） 1日1回21日分で処方されていた。前回処方はルナベル配合錠ULD（エチニルエストラジオールとして0.02mg含有）で処方されており、患者様にお話を伺うと、薬の変更について医師から説明はなかったとの返答をいただいた。処方内容に違和感を感じたため、医師に疑義照会を行ったところ、本来処方するはずだったルナベル配合錠ULDを誤ってルナベル配合錠LDで処方してしまったとのことだった。結果、ルナベル配合錠ULD 1日1回21日分へ変更となった。	ルナベル配合錠LDとルナベル配合錠ULDの名前が非常に似ているため、今回医師が間違って処方してしまったと考察。	薬歴・患者様からの聞き取り・薬の情報などから総合的に判断して、適切な薬か判断する。ルナベル配合錠ULDとルナベル配合錠LDなど類似性が非常に高く、紛らわしい名前の薬については把握しておく。	ルナベル配合錠LD	ルナベル配合錠ULD			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
2022	チラーヂンS錠50μgと(般)クエン酸第一鉄ナトリウム錠50mgが処方された処方箋を応需。チラーヂンが1日1回夕食後、クエン酸第一鉄が1日2回朝夕食後であった。夕食後が重複しており、相互作用による吸収低下の可能性があるため医師へ連絡した。その結果、チラージンの用法は寝る前に変更となった。	医師より問い合わせ時に今回の組み合わせによる相互作用を知らなかったと話があった。知識不足が原因と考える。	今回の件について薬局内でスタッフと共有し、同様、類似の事案を発見した場合に適切に対処で切るよう指導。	チラーヂンS錠50μg			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
2023	普段よりタケキャブ錠20mgを服用されている患者へ、別病院整形外科より(般)ファモチジン口腔内崩壊錠10mg、セレコックス錠100mgの処方があった。すでにPPIのタケキャブを服用されているため、整形外科へ連絡した。その結果、(般)ファモチジン口腔内崩壊錠10mgは処方削除となった。	整形外科の医師は併用薬を確認せず処方をしていた。	薬局内にて今回の件をスタッフと共有し、同様、類似の事案の場合に適切に対処できるよう指導。	タケキャブ錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
2024	【医療機関の処方ミス】以前からテラムロ配合錠APを服用しておられ、今回血圧が上がっていたのでDr.より薬を変更しておくからと云われる。実際処方された薬は薬品名は違うが同じ薬だったので問い合わせて確認。APより含有量の多いBPの間違いであることが分かった。	薬品名がミカムロAP/BP(テラムロAP/BP)とよく似てるので間違われた。	【今後の注意事項】患者様との会話の中から今回の処方ミスが発覚。患者様との会話及び十分な薬の説明がいかに大切な事かを再確認。	ミカムロ配合錠AP	ミカムロ配合錠BP				その他	ヒューマンエラー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	基幹病院にて他診療科よりランソプラゾール処方にて投薬　3日後ラベプラゾールを他診療科にて処方される　疑似照会にて削除となる医師に確認済	大型基幹病院にて他診療科との連絡ミス	オーダリング・処方医どうしの連絡にて確認必要	ラベプラゾールナトリウム錠10mg「NPI」		連携ができていなかった	勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム	ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2026	2019年10月7日15時頃に、小児科を受診した患者（7歳男の子　体重30kg）と患者の母親が処方箋をもって来局した。 処方箋にはRp1.ムコダインDS50% 1.92g　ムコソルバンDS3%　0.8gと記載されていた。 入力が完了し、調剤する前にムコソルバンDS3%が成人にのみ適用がある薬剤であることに気付いた。 疑義照会にてムコソルバンDS3%が成人にのみ適用がある薬剤であることをお伝えしたところ、小児用ムコソルバンDS1.5%　1.6gに変更となった。 調剤前に誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	過去に、似たようなケースで別の患者（小児）でムコソルバンDS3%が処方されていたことがあった。	それ以降注意喚起として、成人用であることを強調したラベルを貼付していたため、速やかに気付くことができた。	ムコソルバンDS3%	小児用ムコソルバンDS1．5%			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
2027	地元の産婦人科クリニックから、総合病院に紹介された患者様..もともとの病院ではクラシエ柴苓湯を処方されていたが，総合病院ではクラシエの採用がなくツムラでの処方となる。その際に、柴苓湯を誤って五苓散で処方した様子.本人に確認し、お薬手帳を確認し、今までと違う漢方製剤であることを説明したところ患者様が不安に思う様子だったので疑義照会し、五苓散ではなく柴苓湯が正しいことを確認，正しく調剤し投薬した。	処方せん発行時に、漢方薬の商品名の勘違い。単純なミスと考えられる	にかよった商品名、作用の類似した漢方薬に関しては特に注意が必要と考える	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴苓湯エキス顆粒（医療用）	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（薬局ヒヤリ・ハット「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	
2028	初めてボルタレンが処方されていた患者様。服薬指導時、娘さんがボルタレンでアナフィラキシーを起こしたことがあることが判明。体質も似ているため、ご自身も副作用が出る可能性があるので服用するのが怖いとのこと。病院に疑義照会し、服用歴のあるロキソニンへ処方を変更してもらった。	ご自身ではなく娘さんで副作用が出たので、その情報を医師に伝えていなかった。処方する薬の名前までは医師から聞いていなかったので、その場で医師にボルタレンを服用するのが怖いという旨を伝えれていなかった。	薬歴や服薬指導時に患者様の情報をしっかりと収集し、処方内容に問題点はないか確認を怠らないようにする。患者様が安全かつ安心して薬を服薬できない可能性があるときは処方医に照会する。	ボルタレン錠25mg	ロキソニン錠60mg	確認を怠った 患者への説明が不十分であった（怠った）	その他	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
2029	一般名ベポタスチンベシル酸塩口腔内崩壊錠10mg2T分2×35日分の処方箋を受付。薬歴より、前日に交付の定期処方内にも同薬35日分の処方があったため、患者に昨日と同じ薬の処方で良いのか確認したところ、今日は眩暈の薬を頼んだとのことだった。疑義照会にて一般名ベタヒスチンメシル酸塩錠6mgとの処方間違いであることが判明。	一般名の類似による処方間違い。定期処方は主治医による処方。当該処方は同病院の他の医師による処方だった。「前にもらったことのあるこの薬がほしい」と患者が持参したベタヒスチン錠を見て、直近のカルテにあったベポタスチンをベタヒスチンと間違えて複写して処方した可能性が考えられる。	一般名および名称類似医薬品に関する注意喚起	ベポ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「TCK」			医薬品		ヒューマンエラー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	個人在宅の患者様の処方箋にデルモゾール軟膏の記載があり、準備をして翌日配達を行なった。娘様との話の中で、それまで使用していたマイザー軟膏より強いステロイドを処方してもらうことになったとの情報がありました。強さとして処方されたデルモゾール軟膏がマイザー軟膏より弱くなっている為、帰局したのちにクリニックへ疑義照会を行った。確認してもらうと、カルテ記載にはデルモベート軟膏とあったとのことだったため、翌日、娘様に説明の上、使用していない軟膏をデルモベート軟膏へ差し替えた。	薬剤名が似ているため、レセコンで処方箋に起こすときに選択を間違えたものと思われます。	患者様や家族様の話の中には、医師からの指示内容が含まれるため、しっかりと聞き取りを行い、処方箋内容と齟齬がないか確認することは大切だと、改めて感じました。	デルモゾール軟膏0．12%	デルモベート軟膏0．05%	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
2031	当該の抗生物質が同時に処方されているにも関わらず、耐性乳酸菌製剤であるビオフェルミンRの処方ではなくビオフェルミンが処方されていた	医薬品名の類似性が問題と考える	薬局側でも2度、3度の確認が必要	ビオフェルミン錠剤	ビオフェルミンR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
2032	他院にて「トルソプト点眼液1%」が処方されている患者に対し、「エイゾプト懸濁性点眼液1%」が新規に処方される。薬効が類似の薬品のため、処方元へ疑義照会をし、処方が削除となる。	処方元に併用している点眼を伝えていなかったのが原因。疑義照会にて処方元も併用を認知。	患者にお薬手帳など、併用薬のわかるものを持参するように促す。専門性の高い薬剤は専門科へ受診するように指導。	エイゾプト懸濁性点眼液1%				患者側		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2033	双子の小児（2歳／体重は同程度）に鎮咳剤・去痰薬・抗アレルギー剤の3種混合薬が処方された。姉には『ペリアクチン散1%：1日0.22g』弟には『ポララミン散1%：1日0.22g』を混合する指示だったが、ポララミン散の1日量が多いことに気づき、医師へ連絡した。『2人ともペリアクチン散1%：1日0.22g』へ変更され、変更後の指示通りに薬剤を交付した。	双子の小児・体重が同程度・症状が類似している、という状況であったため、必然的に、2人に交付された薬剤の相違点を重点的に確認することとなった。当薬局で使用しているレセコンには、2人の処方内容を同時に確認できる機能があるため、処方箋の記載内容に疑わしい点があることを発見しやすい。		ペリアクチン散1%	ポララミン散1%		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
2034	一般名処方で ミトドリン 処方。投薬時の聞き取りで、普段の血圧は高いとのこと。疑問に思い 医師に疑義照会。ベタヒスチンの間違いであったことが判明。	先発名が メトリジンとメリスロンのため類似。 病院のレセコンで間違って入力されたものと思われます。	投薬時の聞き取りにより 処方内容と患者様の症状が一致しないことに気づけた事例。患者さんの話にしっかり耳を傾けられるよう 服薬指導を行っていきたいと思います。	メトリジン錠2mg	メリスロン錠6mg	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
2035	ラクツロースシロップ60%「コーワ」の処方、小児への適応なく疑義照会。 ラクツロースシロップ65%「武田テバ」へ処方が変更となった	ラクツロースシロップ60%「コーワ」の処方、お薬手帳より、今まで他病院にて、ラクツロースシロップ65%「武田テバ」を服用しており、次回までに薬が足りなくなる為いつもと違う病院に受診。 同じ物を処方してもらったとのこと。 規格とメーカーの違いで、コーワには小児への適応がないため、疑義照会。 処方変更となった	ラクツロースには似た規格の60%トーワと65%武田テバがあることを念頭に、また適応症が違う事を周知しておく。	ラクツロース・シロップ60%「コーワ」	ラクツロースシロップ65%「武田テバ」		知識が不足していた	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
2036	ダオニール錠2.5mgを定期服用中。血糖コントロールが不良のためスターシス錠90mgが追加 スターシス錠はSU剤と効果が類似しており併用による相乗。相加作用および安全性が確立されていないため併用は避ける薬剤のため疑義照会を実施。スターシス錠90mgは削除となり、代替薬として背ブルOD錠75mgに変更になった。	医師がダオニール錠とスターシス錠では類似の作用があることを失念していた可能性あり。		ダオニール錠2．5mg	スターシス錠90mg		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
2037	以前一般名メトホルミンMTの処方歴のある患者へメトホルミン250mg「トーワ」の処方があり疑義照会を行ったところDrとしてはMTの方を選択されていたと確認し変更を行った。	事務作業の処方箋入力の際に薬剤選択違いがあったとのことで類似名称薬の選択が要因と考えられる。	患者に健康被害が起こることはないと予測されるが不安を与える可能性があるため今後も鑑査には十分に注意を行い服用歴のある薬のチェックを手帳と薬歴、ヒアリングを用いて確実に行っていく。	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」				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
2038	風邪の治療で一般名アンブロキソール塩酸塩錠15mgの処方があった。投薬時に症状を確認すると胃腸症状を訴えがあり、せきやたんのの症状はないとのことで、疑義照会を行なったところ、ムコスタ錠へ処方変更となった。カルテにアンブロキソールの旧名称であるムコソレートと記載誤りがあったと分かった。	医薬品の名称が似ていたため	処方箋は一般名で記載されていても、医療機関の手書きカルテでは旧名称で書かれていることもあり、手書きによる記載ミスはあると想定して、引き続き投薬時の症状の確認を行う。	アンブロキソール塩酸塩錠15mg「タイヨー」	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
2039	当該患者が、以前他院で処方してもらったフスコブロン配合シロップ（フスコデのGE）がよく効いたので同じものを処方して欲しいと診察時話した。しかし、処方されているものはブスコパンだったため（ちなみに、腹痛などの症状はなし）、疑義照会にて確認したところ、フスコデ配合錠に変更となった。	GE薬品の名称に関しては、成分名でないものもまだ存在する。今回の事例のように、名前は似ていても薬効が全く違うものもあるので、注意が必要だ。	今回は、他院でもらった薬情と本日の症状によって、疑義照会の対象であることが判明した。薬品名を正確に把握する為にも、お薬手帳や薬情が大切な情報源である。	ブスコパン錠10mg	フスコデ配合錠				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2040	胃腸症状のある患者に咳、風邪症状に効果のある参蘇飲が出ていたため、疑義照会したところ、胃腸症状、気分が塞ぐ症状に出る香蘇散へ処方変更になった。	名称類似であったため、処方時に医師が入力ミスしたと思われる。患者聞き取りにより処方誤りを防ぐことができた。	投薬時に患者に詳細な症状、医師から薬の処方内容についてどう聞いているかの聞き取りを確実に行う。	ツムラ参蘇飲エキス顆粒（医療用）	ツムラ香蘇散エキス顆粒（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
2041	自尿できないため、尿バルーンを使用していており、定期的に交換を行っている。看護師よりバルーンが良く詰まってしまうと相談受けた。管には汚れが目立つ付着していて、砂状にざらざらした感じがあるとの事。別の往診担当Dr.から似たような症状の方にウロカルン錠が処方になり服用して数日で尿量が上がり、尿懸濁がなくなってきた事例を経験したため、ウロカルン錠を試してみてはどうですかと提案して開始することになった。	対象患者は褥瘡があり範囲は広くなっている。感染症が起こると悪化するリスクが高い。尿バルーン交換は当初1月1回の予定であるが、1週間持たないこともあり、管が詰まってしまうとその都度交換していて患者だけでなく看護師負担も大きい。管を変えてが汚れてしまう。2週間に1度の往診時では、管を変えたばかりのことも多く汚れがあまり目立ていなかったので様子見であった。バルーン交換頻度が高いと感染症リスクが往診前に看護師に状態を確認し、交換頻度も高いことから薬剤師から直接往診医に現状と体験事例を説明したことによって、ウロカルン錠が服用開始となった。	尿カテーテルやバルーン使用の患者に対して、管のつまり有無・熱発の発現はないか看護師や介護士等と話し合い状況確認し、医師にフィードバックするとよい。その時必要ならば処方提案につなげていく。他職種との連携が必要である。	ー	ウロカルン錠225mg	連携ができていなかった				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2042	血圧、血糖値が高く、内科に継続受診。ニューロタン25mg、アムロジン5mg、テネリア20mgを継続服用していたが、11月の受診時に、処方箋上、左記3種に追加でジャヌビア25mgが処方された。テネリアもジャヌビアも同じ作用機序のDPP4害薬であることに気が付き、医師に疑義照会した。最初、医師はこのような服用方法はあるけれどと言いながらも、結局今回はテネリアでなくジャヌビア25mgのみの処方になった。その後、医師が自分で気が付き、ジャディアンスとジャヌビアを間違えて入力していたことに気が付いた。ジャディアンスならばSGL2阻害薬なので理に適っている。	ジャヌビアとジャディアンスは良く薬名が似ていて、同様の間違いは考えられる。薬剤師もあいまいなまま調剤をすると、つられて間違ってしまう可能性がある。結果、患者の著しい不利益になる。	糖尿病治療薬は日進月歩で次々と新しい薬が登場する。薬剤はしっかりと知識を高めることが、必要です。	テネリア錠20mg		判断を誤った	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
2043	苓姜朮甘湯が処方されたが、患者の症状（イライラして眩暈がする）と過去の服用暦から苓桂朮甘湯ではないかと思われたので、疑義照会したところ、苓桂朮甘湯が正しく、苓姜朮甘湯は間違いであることが判明した。	漢方薬の類似した名称で処方入力の間違いが発生したと思われる。	間違いやすい名称の薬品を取り扱うときは、何度も確認することと、患者から症状を聞いて効能と照らし合わせて投薬しないといけないと思います。	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 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		ヒューマンエラー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	ビオフェルミン配合散で皮膚症状の副作用あり。ビオフェルミンR錠の処方があったので医師に疑義照会。ミヤBM錠に変更になる	類似薬による副作用の症状を見落とさない	患者の聞き取り等による副作用について確認を怠らない	ビオフェルミンR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
2045	10歳男児の風邪症状に対する処方にアモキサンカプセル25mgが処方あり。主訴と違うため疑義照会を行ったところアモキシシリンカプセル250mgへ変更になった。医薬品名3文字目まで同じことから入力ミスと考えられる。規格も25と250で似ているため間違えないと判断してしまったと思われる。	患者様の主訴をしっかり聞き取り、適用を確認し問題ないことを確認の上調剤を行わなければならない。類似名医薬品に関して知識を深め、類似薬品が存在する医薬品に関してはしっかりと確認するよう注意する必要がある。	処方箋受付時に情報収集を行い、間違いないか確認して今回のように疑義が生じた場合は疑義照会を行ってから調剤をすることを心掛ける。	アモキサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「トーワ」			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
2046	緑内障治療初回の患者に一般名ドルゾラミド塩酸塩点眼駅1%が処方となっていた。当該薬剤の適応は薬剤治療中の緑内障に対しての併用のみ。疑義にてエイゾプト点眼に変更となった。	一般名を選択する際に似た名前の薬剤だった。	新規処方の薬剤は添付文書をよく確認する。	トルソプト点眼液1%	エイゾプト懸濁性点眼液1%			コンピュータシステム医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2047	継続薬にEPLカプセルの処方が追加処方　投薬時患者様より風邪気味の為　お薬が追加になったとの事だが効能効果に疑問を持ち疑義照会　DRよりPL配合顆粒との間違いの為　処方変更	PC入力の為　数文字で薬剤を検索かけるため類似した薬剤と間違える可能性があり。	入力後に再確認の必要があります。	EPLカプセル250	PL配合顆粒			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
2048	トレーシングレポート服薬指導時に患者さんより、次回のときにリンデロンVクリーム、ヘパリン油性クリームを100g追加で出してほしいと要望がありました。次回受診時までにトレーシングレポートを提出し、次回受診時に追加となった	病院側の確認不足患者さんより説明不足	患者さんからの訴えを随時薬局でも、聴取しクリニックにも伝えていく	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「ニプロ」	リンデロンーVクリーム0．12%				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2049	エクメットHD 2錠　朝夕食後　を普段服用している患者　併用薬ピオグリタゾン30mg今回からメタクトHD2錠朝夕食後に変更になっているピオグリタゾン30mgもそのまま処方されていたため疑義紹介で確認　メタクトHDではなくメトアナHDだった事が判明	名称が類似した、合剤が多く存在するため　タイピング後の選択ミスが原因になったと考えられます。	監査の段階で発見されたので、処方監査の段階で気づくために合剤の中の薬剤も用量をしっかり調剤前に確認する	メタクト配合錠HD	メトアナ配合錠HD		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
2050	一般名処方でヘパリン類似物質外用液0.3%が処方されていたが、患者様ご家族より軟膏をお願いしたはずとの申し出あり。疑義照会したところ、一般名処方のヘパリン類似物質油性クリーム0.3%の誤りであった。	ヘパリン類似物質には外用液、軟膏、クリーム3種類の剤形がある。医師は一般名処方により薬品名が長くなっており、剤形の違いを見落とした可能性がある。前回処方は外用液だったため、薬局でも患者様ご家族にお話を伺わなければ見逃す可能性があった。	一般名処方では特に剤形の違いに注意する。複数剤形があるものについては患者様やご家族に必ず確認を行う。	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」	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
2051	Dr.よりビーソフテンクリームとプロペトの混合指示あり。基剤違いのため、本来混合不可。問合せにて油性クリームへの訂正指示あり。	Dr.の認識ミス。基剤違いでの混合の可否について知識不足。		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」			医薬品		ヒューマンエラー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	ケフラールで過敏症のある患者に対してセフジトレンピボキシルの処方。構造が似ており過敏症を起こす可能性を考慮し医師に確認を実施。別系統の抗菌薬、ジェニナックに変更となった。	患者から医師へ過敏症の情報伝達が上手くできていなかった、またはケフラールとセフジトレンが類似薬と判断が出来なかった可能性あり。	お薬手帳のアレルギー歴欄に必ず記載。抗生剤であれば系統も記入する。	セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」	ジェニナック錠200mg				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2053	1）高血圧症、2型糖尿病、コレステロール血症の患者。高齢である。86歳2）10月下旬くらいから血圧が高めで推移している。BP150～170 DO処方継続で様子を診ている状況であった。3）ニフェジピンCR錠20mgは24時間持続型で通常1回投与である。変更前のニフェジピンL錠20mgの間違いの可能性がある。4）このままの処方だと過度の血圧低下によりふらついて転倒する危険性が高い。 以上の点を勘案して疑義照会を行った。	1）外来が混雑していた。〇焦り2）薬の名称が類似していた。〇単純なミス（確認不足）	処方内容と処方履歴の照合を確実に実践する。	ニフェジピンCR錠20mg	ニフェジピンL錠20mg			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
2054	3歳の患者にホクナリンテープ0.5mgが処方された。疑義照会によりホクナリンテープ1mgに変更になった。	処方内容が前回と類似していたため、3歳を超えていることに気づかず、医療機関にて前回DOの機能を利用して処方入力をされたと思われる。	3歳児へのホクナリンテープ0.5mgの処方について、入力時に警告が出るようなシステムを利用する。	ホクナリンテープ0．5mg		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
2055	もともと循環器に受診しているが、今回血糖高値を指摘され他科受診を行った。その際、スーグラ錠50mgが処方された。もともと循環器にてジャディアンス錠10mgを服用中であり、同系統のSGLT2阻害薬に該当することから疑義照会を行った。主治医からの返答はスーグラ錠50mgをそのまま処方するようにとの指示であったが、再度疑義照会を行い、ジャディアンスをジャヌビアと勘違いしていたことが判明。今回は2度の疑義照会を行い、スーグラ錠が中止となった。	疑義照会をつなぐのが医事課職員であり、内容がうまく伝わっていなかったことが要因である。加えて、名称類似による主治医の認識間違えも今回の処方ミスにつながったと思われる。〇処方せんの見間違い〇処方医薬品の多さ	疑義照会をつなぐスタッフが薬の知識が少し乏しいように思う。知識の向上あるいは、可能であれば薬剤師にその業務を託して頂きたい。	スーグラ錠50mg		確認を怠った	知識が不足していた	医薬品	その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2056	プロプラノロール塩酸塩徐放カプセル60が初処方服薬指導時に患者は生理不順と不正出血を訴え受診したと判明医師との話とは違う処方内容医師に疑義照会にて確認実施し、プラノバール配合錠に変更	名称類似医薬品	患者応対時の処方内容の確認の徹底	プロプラノロール塩酸塩徐放カプセル60mg「サワイ」	プラノバール配合錠			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2057	引っ越しのため医療機関を変えての初めての受診、当薬局は2回目の来局。お薬手帳の情報にて同じ薬を処方してもらうよう医師へお願いしたようだが、違う薬が処方。お薬手帳によると、クラシエヨク苡仁エキス錠18錠分2朝夕食後で今まで処方されていたが、ヨクイニンエキス錠「コタロー」18錠分2朝夕食後で処方。薬効が違うため疑義照会を行い、当薬局在庫してあるツムラヨク苡仁湯7.5g分3毎食後に変更となった。	院内のマスターにクラシエヨク苡仁エキス錠のマスターがないため、ヨクイニンエキス錠「コタロー」を安易にクリックしたのかもしれない。	名称類似でも薬効が違う場合もあり、薬の効能効果をしっかり把握したうえで調剤、監査を行うよう心掛ける。医師の転記ミスの可能性もあるため、前歴比較など十分確認を行うことを心がける。	ヨクイニンエキス錠「コタロー」	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒（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
2058	形成外科からの処方せん持参。アンテベートクリームと「一般名」ヘパリン類似物質クリームの混合指示の処方だった。処方せんにはアンテベートクリーム0．05%（5g）20本、【般】ヘパリン類似物質クリーム0．3%20gと記載されており、アンテベートクリーム0．05%:【般】ヘパリン類似物質クリーム0．3%が5:1で混合するのに違和感を感じ、処方医に疑義照会を行った。その結果、アンテベートクリーム0．05%（5g）4本、【般】ヘパリン類似物質クリーム0．3%20gの処方内容に変更になった。	オーダリングシステムを用いた処方システムで、外用薬の単位が「g」でなく「本」であったため処方入力時に20gを4本に置き換えず、入力したと推測される。	外用薬に起こりがちなケースであり、「g」と「本」が混在が見受けられることを認識して調剤にかかる。	アンテベートクリーム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
2059	定期処方と一緒に一般名処方で「ベタヒスチンメシル酸塩錠12mg」の処方が追加される。数か月前にも同じ処方が出ていたので、症状が再発したのかと思い、確認した所、今回は鼻水の症状であり、めまいは特に無いとのことだった。病院に薬剤部経由で疑義照会した所、一般名「ベポタスチンベシル酸塩口腔内崩壊錠10mg」に変更となる。ベタヒスチンとベポタスチンを医師が入力時に間違えたとのことだった。	一般名処方の名称が似ており間違えを起こしやすいと考えられる。また今回は用法も、3錠分3で処方されていたため、患者様に症状についてしっかりと確認を行ったため、発見できたと考えられる。	追加になった薬については症状を確認し、内容と適合しているかの確認が必須であると考えられる。	メリスロン錠12mg	タリオンOD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	
2060	プレアボイド事例。皮膚科処方で来局。帯状疱疹の診断で「一般名処方」ファムシクロビル錠500mg3錠分3，7日分処方。お薬手帳、患者聞き取りにより前日内科よりバルトレックス500mg錠　6錠分3、5日分処方を確認。皮膚科処方がバルトレックス500mg　6錠分3，2日分に処方変更。（内科飲みきり後に服用開始、医師指示。）	お薬手帳には記載あるが、内科服用中を患者が申告していなかった。類似の服用重服の恐れあった。	お薬手帳の確認と、新規で処方の場合は背景をよく確認。	ファムシクロビル錠500mg「DSEP」	バルトレックス錠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
2061	アスベリン散10%の処方をうけたが年齢あたり、体重あたりどちらでも過少量だと判断し疑義照会を行った。その結果アストミン散10%へ処方が変更。	同効薬で同剤型、類似名称で同規格であったため間違いが起こったと思われる。	同効薬が存在する場合はそれを意識できるように印を付ける。必ず小児の場合は体重年齢あたりの用量計算を行う	アスベリン散10%	アストミン散10%	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
2062	イルアミクスとカムシアの薬効類似薬の重複について疑義。疑義にてイルアミクスをアムロジピンに変更	○単純なミス	確認の励行	イルアミクス配合錠LD「オーハラ」	アムロジピン錠5mg「EMEC」	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
2063	白内障手術後の処方箋を持参された時に患者から病院で説明を受けた薬と名前が違うと指摘があった。疑義照会にて処方医に確認したところレボフロキサシン点眼液1.5%「TOA」ではなくガチフロ点眼液0.3%であることが判明。	同種・同効薬、名称類似、ボトルのキャップの色など類似点多かったためと思われる。	患者から病院でどのような説明があったか確認を徹底する事。経験上、他患者での同病院の白内障術後に使われる処方内容と違う点に気づいた場合は処方医に確認するなど疑問の解消を必ず行う。	レボフロキサシン点眼液1．5%「TOA」	ガチフロ点眼液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
2064	薬効類似薬、アコファイドとガスモチンの併用について。疑義にて　ガスモチン中止	○単純なミス	確認の励行	ガスモチン錠5mg		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
2065	患者からカリウム低下の旨聞き取る。処方箋には、アスパラ-CA錠200と記載あり話の相違ある為、疑義照会。アスパラ-CA錠200からアスパラカリウム錠300mgに変更となる。	類似医薬品として注意喚起もでている医薬品の間違いである。患者からの情報がカリウム値低下とはっきりしていたので免れた事例の1つと考える。		アスパラ－CA錠200	アスパラカリウム錠300mg	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2066	マイコスポールクリームとラミシールクリームの混合指示が出ており，事務員は違和感を感じたが薬剤師に報告せず。薬剤師が調剤前に不思議に思いドクターに疑義照会を行った。「マイコスポールクリーム」ではなく「マイザークリーム」だったと返答あり。名前が似ており間違えて処方してしまったとのこと。	事務員はあまり見ない外用剤の混合指示だったが薬剤師への連絡を怠ってしまった。月曜日の午前で混んでいる時間だった。（作業手順の不履行，注意力散漫）。	混雑していても，処方箋に不備や疑問点があれば必ず周りの職員に相談する。それでも解決しなければ疑義照会を行う。	マイコスポールクリーム1%	マイザークリーム0．05%	報告が遅れた（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
2067	泌尿器科の処方箋をお持ちになり、レボフロキサシン（500）が処方されていた。併用薬を確認したところ昨日風邪で別の病院に受診し、レボフロキサシンと同じニューキノロン系の抗菌薬アベロックス（400）を服用中とのことでまだ残薬があり継続服用中であった。医師に疑義照会したところ、アベロックス服用終了後に続けてレボフロキサシンを服用するよう指示が出ました。	患者様本人は別の疾患で受診しているので同じ薬は出ないだろうと医師には併用薬を報告していなかった。	疾患は違っても同じもしくは類似薬が処方される事がある事、飲み合わせは疾患に関係なく発生する事をお伝えし、併用薬がある時は必ず医師・薬剤師に報告するようお伝えしていく。お薬手帳の活用推進。	レボフロキサシン錠500mg「トーワ」		連携ができていなかった	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
2068	施設の患者様にてメマリー初処方にて5mg×28日分処方。7日ごとに維持量まで増量の可能性があると疑似照会。高齢とのこともあり14日処方に。様子を見て今後増量していくと回答を貰う。	施設所属の医師がメマリーの増量の仕方を勘違いしていた。	それぞれ、添付文書を読み使い方を理解しておく必要がある。	メマリー錠5mg		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	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
2069	一般名ヘパリン類似物質軟膏0.3% 25g 1日1回 1日2回 顔に塗布と処方箋にあったので、処方医に疑義照会する。正しくは、1日2回顔に塗布となり、1日1回を削除する。確認後、調剤し、交付する。	処方箋の記載間違いによるもの	当該事例を薬局内で周知し、再発予防に努める。	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
2070	アルコールアレルギー持ちの患者に対し、ゼビアックスローションを顔のざ瘡に塗るよう処方があった。薬局の初回問診にてアレルギーを確認、添加物にアルコールが使用されているので疑義のうえ添加物にもアルコールを使用していないゲンタシン軟膏に処方変更となった。	アルコールアレルギー持ちの患者が初来局。（問診にてアレルギー確認）病院の問診でもアルコールアレルギーに関しては記載したとのこと。ゼビアックスローションは添加物にアルコールを使用していることを説明し、疑義照会。アクアチム等の類似薬もアルコールを使用していることをドクターに説明、最終的にゲンタシン軟膏に処方変更となった。	添加物に対するアレルギーの存在を広く周知し、処方箋の初期監査の時点で気付き患者に確認し疑義照会を行う。また、そのアレルゲンを使用しない類似・代替薬をリストアップする。	ゼビアックスローション2%	ゲンタシン軟膏0．1%			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（薬局ヒヤリ・ハット「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	
2071	ツムラ当帰芍薬散が1日1回就寝前、1回2．5gで処方された。投薬時に最近夜に足がつるようになったので薬をもらったと聞き取り。投薬後、薬歴記載時に芍薬甘草湯との誤りではないかと気づき病院に確認。疑義照会でツムラ芍薬甘草湯に処方変更。患者宅に電話で状況説明、謝罪し、当帰芍薬散は回収、芍薬甘草湯お渡ししました。	対象の薬の名前が似ていたことと、各漢方薬の適応、一般的な用法の認識が不足していた。〇注意力散漫	各漢方薬の適応、用法を再確認し、投薬時の患者からの聞き取り内容に当てはまる薬か確認する。	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 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	医薬品		ヒューマンエラー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	一般名　クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%　1日数回幹部に塗布（顔）で処方箋に記載。疑義照会をしたところ一般名　クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%に変更となった。	一般名のクロベタゾールとクロベタゾンが酷似していたことと、%が0.05%と同一だったため、一般名の記載間違いが発生した。	調剤棚の薬品名の部分に『類似薬剤あり』の注意喚起をした	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0．05%「MYK」	キンダベート軟膏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
2073	内科の定期薬としてランソプラゾール服用中の患者さんに、別日、外科臨時としてファモチジンが処方された。薬効類似薬にて問い合わせしたところ、ファモチジンの処方が削除となり、ランソプラゾールを継続するように指示された。	定期薬の処方日から1ヶ月近く過ぎていた為、カルテの見落としがあった様子	定期と臨時が別日に出ていると、見落としが起きやすい為、併用薬確認は毎回行う必要がある。	ファモチジンOD錠20mg「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
2074	下痢、口内炎を主訴とする患者に対しツムラ半夏厚朴湯が処方されていた。疑義照会の結果、ツムラ半夏瀉心湯へ処方変更。	処方箋作成時、入力ミスがあったようだ。漢方に関する知識が不足している薬剤師も多かった。	名称類似薬品は特に注意して調剤、監査を行う。漢方の知識を深めるために、定期的に漢方製剤の研修会を行うことにした。	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）		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
2075	一般名でロピニロール徐放剤2mgサワイとあったが、初めて服用される薬であったが当薬局はレキップCR2mgの先発しか置いておらず、その時点でまず疑義照会をし先発で出してよいかとの返答で先発で出しても良いとあり。患者様に先発への変更許可のみ聞いていたので投薬時に改めて症状を踏まえてお聞きしたところロピニールではなく、眠れないのでロヒプノールをお願いしたとのこと。そこで改めて名前の似てる薬剤が処方されたと分かり、再度疑義し、発売中止になってるロヒプノールをサイレースに変えて頂きました。	患者様との会話はきちんとしなければならないと改めて痛感致しました。		サイレース錠2mg	ロピニロール徐放錠2mg「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.	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・システム・環境要因			
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	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	
2076	2019.11.5　患者（70代男性）の処方箋応需。デパケン錠200mgとデパケンR錠100mgの処方あり。確認のため処方医に疑義照会。デパケン錠200mg→デパケンR錠200mgへ変更となった。	処方医の確認漏れか	名称の似ている商品に注意し鑑査をする	デパケン錠200mg	デパケンR錠200mg			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2077	オーグメンチン配合錠250　3錠　1日1回朝食後　3日分の処方。処方医に疑似照会。1日3回毎食後に変更。	薬剤の知識を日頃から増やしておく。	少しでも気になる事は、処方医にたずねる。	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
2078	他院からの引き継ぎ処方。お薬手帳を確認し、ニセルゴリン（5）と間違えてニコランジル（5）が処方されていると思われたため処方医に問い合わせ。ニコランジル（5）2T2×→ニセルゴリン（5）2T2×朝・夕食後へ変更となった	薬剤の名称が似ており規格も同じであったため、薬剤選択の際にミスしたものと思われる。	お薬手帳当で処方歴の確認をしっかり行う。	ニコランジル錠5mg「トーワ」	ニセルゴリン錠5mg「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
2079	姉妹で受診し、薬剤交付も姉妹で受けていた。数点の散剤と、トランサミンシロップが処方されていた。散剤は体重に比して添付文書の範囲内だったが、シロップのみ添付文書の用量を逸脱した量だった。また、姉と妹の散剤の用量は異なるのに、シロップの用量は同じだった。この事を総じて疑義が生じ、処方元に処方量を照会を行った。結果、姉妹のシロップの処方量を誤って同一にしている事が判明し、妹のシロップの処方量が減量となった。	姉妹の受診で、名前が似ている事から重複してしまったと思われる。開業医で薬剤部のチェックなど受ける事は無い為、誤った用量のまま処方箋が発行されてしまった。	引き続き、数字札やクリップを用いた識別を行う事で、患者の取り違いや入れ違いを防ぎたい。病院との間でも、兄弟姉妹に関して、お互いに誤りを防げるような取り組みは導入できるようにしていきたい。病院には事例を伝え、情報のフィードバックを行った。	トランサミンシロップ5%		確認を怠った 連携ができていなかった	その他	コンピュータシステム 医薬品施設・設備	教育・訓練 仕組み ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2080	患者への聞き取りで授乳中と判明。母乳のみでミルクは飲ませたことがないとの事。カフコデNが処方されていたため疑義照会しメジコンへ変更となった。	医師がカフコデNが母乳移行し、ジヒドロコデインの類似化合物で乳児にモルヒネ中毒が生じた事例がある事を知らなかった。	女性には妊娠、授乳を必ず確認する。	カフコデN配合錠	メジコン錠15mg		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2081	［般］エピナスチン塩酸塩錠20mが処方されておりこの薬で発疹が出た事があると訴えた。患者様は処方元の病院には継続して受診していて、この薬もそこで処方されたと言ったが、病院に問い合わせた所この薬が処方さえた記録はなかった。投薬時に確認すると他の病院で処方された事を思い出したようだった。	ジェネリックが普及し類似した名前の薬が増えてきていて患者様が間違える事が増えてきた。改めてお薬手帳の必要性、若い世代の人には電子お薬手帳の方が持ち歩いてくれるのではないかと感じた。		エピナスチン塩酸塩錠20mg「トーワ」	ザイザル錠5mg	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	患者側		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2082	Drが後発推進しているので後発にしようとした。スピリーバレスピマットのジェネリックがスピオルトだと思った。調剤時にスピオルトレスピマットとレルベアが処方になっていたのでおかしいことに気づいた。	○単純なミス	先発品から後発品の変更の際は似ている名前が多いので成分をよく確認する。	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	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
2083	持参した処方内容は「クラビット点眼液0.5% 5ml左目1日4回点眼」であった。患者は緑内障で継続して通院しておりクラビット点眼液は前々回と同処方であったため投薬したところ患者本人から「医師から症状がよくなったのでもう点眼しなくてよい。緑内障の薬だけ処方する」と言われたとの事で、医師に疑義照会をした。「グラナテック点眼液0.4% 5ml左目1日2回」に処方変更になった。	医師は「グラナテック点眼液0．4%」を処方入力するところ名称の似た「クラビット点眼液0．5%」を入力したようだ。	引き続き、お薬手帳や患者への聞き取りなど、処方箋以外の情報を収集し、処方内容に間違いがないかどうか確認していく。	クラビット点眼液0．5%	グラナテック点眼液0．4%		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2084	心療内科にてうつ病の為レクサプロ10mg 2錠が処方されていた患者で、併用薬の用量についてまで詳細は不明であったが3回目の来局で初めてお薬手帳をお持ちになったため確認したところ、他院整形外科から疼痛に対してサインバルタカプセル20mg 3カプセルの処方があった。この時点でセロトニン症候群など副作用の兆候は見られなかったが、いずれもSSRIとSNRIで似た系統の薬であり、どちらも上限量での処方となっているためセロトニン症候群のリスクが高くなることも考えられたため疑義照会を行った。レクサプロ10mgは1錠へと減量され、ミルタザピン錠15mg「明治」 1錠が追加された。さらに再来時にはレクサプロは削除されることになった。	初回からお薬手帳等確認できるものがなかったため3回目の来局時似た系統の薬を併用していることに気づくことになった。	初回来局時など早い段階で併用薬の詳細を確認できるように患者に依頼をする	レクサプロ錠10mg	ミルタザピン錠15mg「明治」	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
2085	ヘパリン類似物質軟膏0.3%50gとサレックス軟膏0.05%5g混合指示の処方内容。サレックス軟膏の混合割合が低いため意図通りの用量で問題ないか確認したところ、50gが正しい処方量であった。	医科側の処方入力時の数字「0」の入力漏れ	入力ミスが疑われる場合は念のための確認が必要である。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
2086	定期処方薬でベルソムラ錠15mgが処方されている患者が感冒症状があり受診をした。その際にクラリス錠200mgが処方となった。薬剤師がベルソムラ錠15mgとクラリス錠200mgが併用禁忌であることを確認し疑義紹介を行った。クラリス錠200mgが削除となり、フロモックス錠100mgに処方変更となった。傾眠、疲労感等の副作用の発現を未然に防ぐことができた。	繁忙時であり処方医も併用薬への十分な配慮がなかったことが要因と考えられる。	薬局側での対策としては、スタッフ間での事例報告を行い情報共有する。類似事例への対応が迅速にできるようにする。	クラリス錠200	フロモックス錠100mg		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
2087	施設入所中の患者。前回処方時は手書き処方せん、今回処方はレセコン入力された処方せんだった。前回「（般）ハロペリドール錠2mg2錠 分2」だったが、今回「（般）リスペリドン錠2mg 2錠 分2」へ変更。調剤前に施設側にDrより話があったかを確認。何も話がなかったとの事だったので病院へ疑義照会。前回同様「（般）ハロペリドール錠2mg2錠 分2」へ処方変更となった。	○手書き処方せんからレセコン入力へする際に当事者が思い込みで入力してしまったのではないかと思われる。薬剤名は酷似していないが、類似薬効で同規格という所でのミスがあったのかと思われる。	手書き処方せんをレセコン入力の処方箋へする際、入力者は十分に注意して行う。また入力された処方せんを病院内で一度チェックをしてほしい。処方変更されているが、カルテに記載が無い場合などは一度Drへ確認をするなどすれば未然に防げる可能性あり。当薬局は、今回は一度処方受けての二度目の処方だったので気付いたが、そうでない場合は気付けないこともあるかもしれない。施設側への問い合わせや以前処方されていた薬の情報などで発見することが出来たので、他職種との連携や情報の確認も大事である。	【般】リスペリドン錠2mg	【般】ハロペリドール錠2mg	確認を怠った	その他	コンピュータシステム医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2088	ヘパリン類似軟膏を胸部に使用する処方であったが、患者様とのヒアリングにより腕ではないかとの事。医師に確認するため、疑義照会を行った。その結果腕に使用することとなった。	○単純なミス○焦りそのクリニックの特性上、胸部に使用する患者さまに処方することが多い為医師の書き間違いが起きたと思われます。		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
2089	耳の傷と痛みで受診されたとのことで、タリビッド耳科用液が処方されるべきところ、タリビッド点眼液が処方されていた。	タリビッド耳科用液0.3%とタリビッド点眼液0.3%があり、薬品名が似ていたため、間違えて処方されてしまったと思われる。	病院での確認の徹底とともに、薬局でも、患者様との確認を引き続き行っていく。	タリビッド点眼液0．3%	タリビッド耳科用液0．3%			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2090	アモキサンCap25処方があり、患者へ確認したところ肛門のOPE後であった。処置内容と処方内容に乖離があるため疑義照会し、アモキサンCap25→アモキシシリンCap250の処方間違いであった。	薬品名を三文字入力をすることが多いので、類似した名称のため間違いにつながったと思われる。	患者から症状を確認し処方内容の適正を判断することと、自店舗内でも類似名称医薬品については目印をつけて区別する等注意喚起を行う。	アモキサンカプセル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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
2091	抗アレルギー薬のペリアクチン散1%が処方されていたが、お薬手帳を確認したところ他院より処方された類似薬効のザイザルシロップ0.05%を服用中だった。重複投与となる為、疑義照会してペリアクチン散1%が削除となった。	ザイザルシロップ0.05%服用中だったことを知らなかった。	引き続きお薬手帳や薬歴で重複投与がないか確認していく。また、医院にも併用薬などの情報提供を行う。	ペリアクチン散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
2092	ずっとノボリン30Rが処方されていた方で、急に処方箋記載がノボラピッド30ミックス注に変更となっていたため疑義照会したところ、処方箋記載の誤りであることが判明し、インスリン薬剤が変更となった（元に戻った）。	コンピューター入力時の、類似薬品名の選択ミス〇処方せんの見間違い	薬剤名は最後まで確認する。薬剤名、剤型、用量、メーカー名など全て確認する。声出し・指さし・ペンチェックなどを併せて行う。	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				ヒューマンエラー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	1歳11ヶ月 体重11kgに一般名アンブロキソール内溶液0．75% 1日4mL処方あり、疑義照会にて一般名アンブロキソール小児用シロップ0．3% 1日4mLに変更。	処方薬剤選択時に、名前が類似する薬剤を選択した可能性がある。		ムコソルバン内用液0．75%	小児用ムコソルバンシロップ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
2094	クラリスロマイシンとレボフロキサシンが同時に処方されていた。医院に疑義照会したところ、レボフロキサシンとカルボシステインの間違いであった。	一般名により似た名前や同効薬、似た症状からの勘違いなど、ふえていると思われます、	照会を当たり前と考えて、医院への問い合わせは必要不可欠であると思われる。	レボフロキサシン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
2095	スーグラ錠50mgが新規処方されたが、投薬時の聞き取りでは血糖値は正常であり医師に指摘されたこともない。今日は便秘の薬を出すと聞いているとのことで疑義照会したところ、グーフィス錠5mgの誤りであった。	薬品名の響きがほんの少し似ていることによる、処方医の勘違い。	患者が訴える体調変化と処方内容が食い違っていないか確認する。	スーグラ錠50mg	グーフィス錠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
2096	門前医院が新患の患者に対し、常用薬を聞き取りし、カルデナリン4mg（一般名ドキサゾシン）を処方した。患者はお薬手帳を持参していなかった。患者来局し、アンケート等聞き取りしたが、常用薬はカンデサルタン4mgであったため疑義照会し処方変更となった。	先発名とGE名で似ている点、規格が4mgと同じだった点、どちらも降圧薬として用いられる点などが重なって起きたミスだったと考えられる。お薬手帳を持参していなかった点もミスを誘発した要因だと考えられる。	解決策としては、お薬手帳持参声掛けの徹底、PP推奨による手帳忘れ対策、しっかりとした聞き取り等で常用薬の一致を確かめる。メーカー違いなどにより同一薬でも見た目の違いがある場合なども考慮しなければならない点に注意する。	ドキサゾシン錠4mg「サワイ」	カンデサルタン錠4mg「EE」			医薬品		ヒューマンエラー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	いつもミルタザピンを服用していたがミルナシプランに変更になっており、初期用量が添付文書と違っていたためギギしたら薬剤が間違っていた。	一般名処方にする際に、名称が似ていたため病院側が間違えたと考えられる。処方入力後今一度確認する必要がある。		ミルナシプラン塩酸塩錠15mg「トーワ」	ミルタザピン錠15mg「YD」	確認を怠った		コンピュータシステム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2098	肝炎の症状抑制のためにエンテカビルOD錠5mg「トーワ」「一般名」を服用中の患者が風邪症状で受診した際に、フスコデ配合シロップ「一般名」、ムコサール錠15mg「一般名」と一緒にツムラ小柴胡湯エキス顆粒が処方されていた。お腹が張ったり、微熱や悪心もなく、肝機能の下がっている患者への投与は避けるべきと考えられるため、疑義照会をして、処方中止となった。	漢方には似た名前の薬が多く、風邪症状から小青竜湯等の薬と間違えて処方された可能性があると考えられる。	漢方薬は患者の症状に合わせて効能が選択されるため、薬歴等の確認と患者の聞き取りから、患者の身体状況を考えた上で処方鑑査を行う必要がある。また、漢方薬は似た名前の薬が多いため、処方医の処方意図を考えつつ、常に名称類似の可能性を忘れてはならない。	ツムラ小柴胡湯エキス顆粒（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
2099	新規薬にデベルザ錠20mg1日1錠1日1回就寝時7日分処方あり（他定期薬56日分、クリアナール錠とトラネキサム酸錠は7日分処方あり）糖尿病治療をしていいない患者さまのため、新規薬についてどんな薬か説明はあったか確認したところ、喉の痛みと鼻水が出るから薬処方してもらったと聞き取りができ、糖尿病薬であるわけがないと判断し、類似名？であるデザレックスの間違いではないかと疑義照会したところデザレックス錠5mgの間違いであった	最初の1文字目しか名前があっていないためどうして間違ったか不明だが、類似名で処方間違いをしてしまったと判断できる。	新規や変更薬については診察時に説明があったか毎回確認し、違う場合は疑義照会が必要	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
2100	一般名ケトプロフェンテープ40mgが処方されていたが、患者さんがほしかったのはテープ剤ではなく、パップ剤の一般名ケトプロフェンパップ120mgだったそうで、お渡しするときに違っていることがわかった。	前回と外用剤の内容が類似薬と変わっていれば、処方前にご本人に確認をしましょう	外用の内容が急に類似薬に変わっていれば、処方前に確認をする。	モーラステープL40mg	モーラスパップXR120mg			医薬品		ヒューマンエラー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	当薬局を利用している患者（血液透析）。非透析日に胃症状悪化で受診。定期でタケキャブ10mg錠服用中。パリエット錠10mg1T1×、ムコスタ錠100mg3T3×10日分の処方を持参。Drに確認したところ、定期で服用している内容を見落としたとのことで、今回のパリエット錠が中止となった。	定期受診日とは別に症状悪化で受診した時は、すでにもらっている薬剤と類似の薬剤が処方されるケースがよくあるため、必ず過去の薬歴やお薬手帳を確認する。		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
2102	ロキソニン錠60mgが処方されたが、他院にてセレコックス錠100mgを服用中だったため疑義照会し、ロキソニン錠60mgが削除となった。	処方医が、NSAIDを併用していることを知らずに処方したと思われる。	併用薬をチェックし、類似薬を服用中であれば必ず疑義照会を行う。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
2103	ネキシウムカプセル20mgを服用中の患者に対しボノサップパック800が処方され同時に服用するよう指示があった。薬効類似の薬品を含むためボノサップ800服用中はネキシウムカプセル20mgの服用を中止し、ボノサップ800服用終了後に再開するように処方変更を提案。提案通り日数、指示が変更となった。			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
2104	アスベリン散10%が年齢・体重に対して多いと薬局にて疑義が生じ、照会したところアスベリンドライシロップと勘違いと回答あり。アスベリン散10%の用量を変更して処方となった。	同一成分の似た剤形のため、間違いが起きた。		アスベリン散10%		判断を誤った	勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2105	アスベリン散10%が年齢・体重に対して多い用量で処方されていた。処方箋監査時に疑義が生じ照会。アスベリンドライシロップと勘違いしていたとDrより回答。正しい用量のものを交付。	繁忙時ということもあり、同一成分の類似剤形で濃度が異なるため誤りが生じた。		アスベリン散10%		判断を誤った	勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム	教育・訓練	ヒューマンエラー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	他病院でニポラジンを処方されていて、受付でお薬手帳を見せたが、正確に医師に伝わっておらず、似たような作用のポララミンが処方された。	他病院では他にも薬が処方されていたため見落とされたかもしれない。	風邪と発疹でという違う病気で受診されていたが、薬が重なることがあることを説明。飲んでいる薬がある場合は、医師にも直接話すよう伝える。	ポララミンドライシロップ0．2%			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
2107	認知症外来に通院中の患者。食欲不振のため、漢方が処方されると医師から説明を受けていた。処方箋どおりに人参湯を調剤したが、患者家族に追加理由を伺ったところ、人参湯ではなく人参養栄湯の方が症状にあっているのでは？と疑問に感じ疑義照会した。	人参湯・人参養栄湯の名称が似ているために入力ミスが起こったと思われる。医師から患者に説明された処方理由を確認していなかったら、そのままお渡ししていた可能性もある。	漢方は幅広い用途で用いられるが、服薬指導時に患者からも情報を引き出し、疑問に思った点は必ず確認する。	ツムラ人参湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒（医療用）		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.	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	
2108	2歳の乳幼児にホクナリンテープ1mgが処方されていた。	風邪等にり小児科が混雑状態であった。兄弟の一人（兄：3歳）が誕生日を迎え、3歳（ホクナリンテープ0.5mg→ホクナリンテープ1mg）になる予定が、弟（2歳）の処方の方に処方変更（ホクナリンテープ0.5mg→1mg）が行われた。兄弟の名前が似ており、処方医の勘違いによる入力ミスであったが、当薬局での処方入力時、処方箋のコピーにも年齢を書いてもらっていた事もあり、監査時に薬剤師が間違を発見した）	Drに疑義を行い処方変更して頂いた。病院でもカルテの名前に色のついたマーカーを入れ注意するとの連絡を頂いた。	ホクナリンテープ1mg		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
2109	リセドロンは起床時に服用しないといけないため、服用が難しく、残薬が相当数あった。また、ピコスルファートのヒートのデザインと類似しているため、飲み間違える可能性があるため、処方医に相談した。	−	−	リセドロン酸Na錠2．5mg「日医工」	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
2110	診察室にて、肩の痛みについてリウマチの可能性もありリウマチの治療も行うと医師より患者に話があり、処方箋にモーバーが記載されていた。リウマチに対する医薬品ではあるが、薬局側で確認したところ、ガイドラインから削除されている医薬品であったため、疑義が生じた。鎮痛剤のモービックの可能性も捨てきれなかったことから、クリニックに出向き、モーバーがガイドラインでは外れている薬であることから確認したい旨を伝えた。仲介してくれた看護士にはモービックの可能性も捨てきれないと説明した。結果、モービック10mgの処方予定であったことが判明した。	モーバーとモービックの選択間違いであったことから、医師のカルテ画面での選択ミスという単純なミスであると思われる。しかし、患者にはリウマチの治療という話が行われていたために、発見しにくい事例と考える。後に分かったことではあるが、実際にリウマチ適応のあるステロイド薬の注射剤がクリニックでは投与されていたため、患者からの情報も間違っていないことが問題を難しくしている。	ガイドラインから大きく外れる治療薬が処方される場合は、外れる理由がないかを確認した上で、疑義照会の必要性を検討する必要がある。類似医薬品名による間違いは以前より発生しているため、医薬品名の上2文字が同じで可能性のある医薬品を検討してみることも有用かもしれない。	モーバー錠100mg	モービック錠10mg	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	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
2111	メジコン錠15mgが処方された患者に、他病院でフスコデ配合錠が処方されていた。類似薬のため疑義照会実施。メジコン錠が削除となった。	処方医が他病院処方内容を確認しなかったことが原因と推察する	今後も処方薬と当該薬局および他薬局や他病院で処方調剤された薬剤との併用について確認を継続していく。	メジコン錠15mg			その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2112	バルプロ酸服用中の患者にラミクタール25　2錠　分2で追加処方。レセコンも禁忌エラーなし。通常は併用可だが併用開始時だけはラミクタールは25mg隔日服用、2週間後25mg/日に漸増のためDrに照会。併用でできるとだけ記憶していたとのこと。処方変更になり朝食後1錠からの隔日服用、2週間後から1錠朝食後服用になった。	症状をコントロールする薬で類似成分の追加併用時は代謝にも気配り。気になったら添付文書の確認。	手帳の確認と「他にはありませんか？」のひとこと。	ラミクタール錠25mg バルプロ酸Na徐放B錠200mg「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
2113	メレックス1mg3錠分3での処方。当薬局では初めての処方だったが患者は今までも飲んでいたとのこと。処方歴を確認すると3月にはメイラックス1mgで処方されていた。病院へ確認するとメイラックス1mgの間違いだったとの返答。	メレックス1mgとメイラックス1mgは、どちらも安定剤として処方されることが多く、名称が類似しているため間違えてしまったと思われる。	過去の服用歴の確認を怠らない。患者とは名称と薬剤の実物を照らし合わせてから交付する。	メレックス錠1mg	メイラックス錠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
2114	以前から眩暈で服薬されていた患者様です。投薬の際「耳鳴りも出現した。」と医師に話したと伺う。処方内容はアストミン錠(10mg)3錠　分3毎食後28日でした。患者様は「咳は全く出ていない。医師からは耳鳴りのお薬を処方すると聞いて来た。」と。患者様の訴えと薬効が異なる為、問合せをしたところ、ストミンA配合錠3錠分3毎食後に処方が変更となる。	処方薬品の名称が似かよっていた為と推測される。		アストミン錠10mg	ストミンA配合錠		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2115	一般名：ビカルタミド80mg　2錠分2朝夕食後　5日分が新規で処方。高齢男性であるため薬剤に疑いはないが、用法に疑問あり照会。患者もインフルエンザで受診したと話している。一般名：オセルタミビル75mg　2C分2朝夕食後　5日分の誤りであることが発覚。	似た名前の処方せん入力ミスによる誤り。	患者にも受診背景を伺うことで確信を得られたので、疑義照会前の聞き取りは重要だと思われます。	【般】ビカルタミド80mg	【般】オセルタミビル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
2116	セルベックスとセレコックスの薬剤名称類似による処方間違い。	定期の薬に加え、セルベックスカプセル50mgが追加になっていた。投薬時に患者本人に症状確認するものの、胃の不調などはなく、代わりに腰を痛めたという事だった。疑義照会し、セルベックスカプセル50mgがセレコックス錠100mgへ変更となった。		セルベックスカプセル50mg	セレコックス錠100mg			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
2117	他院より転院直後の受診で、近隣医療機関の処方箋にはアスパラCA錠と記載されていたが、くすりの手帳には前医ではアスパラK散50%の処方内容だったと確認したため、処方医へ処方意図を確認のため疑義照会対応。→アスパラCA錠の処方削除と、血中カリウム値が安定しているため、アスパラK散も処方なしと返答指示を確認。	前医の紹介状の記載時か紹介状の転記時か病院での処方入力時の、類似名称のための単純な入力ミスの可能性が考えられる。患者様がくすりの手帳を持参したお陰で、処方過誤の危険を回避できた事例。	転院直後の処方時は、処方医の処方入力ミスや、紹介状の記載又は転記ミスが発生しやすい傾向がある。今回の事例のように、患者様のくすりの手帳持参して頂ければ、薬局にて患者様の健康が脅かされないように再確認ができるため、くすりの手帳の保持の有効性を今後も広報すべき。	L－アスパラギン酸Ca錠200mg「サワイ」		確認を怠った 記録などに不備があった 判断を誤った		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
2118	目ヤニの患者に点耳薬が処方。	繁忙時間帯による単純なミス。	よく似た名前の医薬品には特に注意が必要。	タリビッド耳科用液0．3%	タリビッド点眼液0．3%	判断を誤った	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
2119	3歳の双子と、今年6歳になる長女がいる患者さまで、名前が非常に似ている。 全員が同じ薬の処方だったが、長女の分量が少なく、双子の兄の用量がとても多かった。薬局にて体重管理をしているため、お母様に体重を再度確認。処方量が6歳のものと3歳のもので逆の分量で処方箋が発行されていた。	名前の近似による誤入力が原因だと思われます。	現在、兄弟による名前の近似が増えている中、レセコンや薬歴による体重管理は必須と考えます。これが3人同時ではなく、子供1名の処方箋であれば適宜と判断し調剤するケースも少なからずあると思われる。名前の近似によるケースは【長女】【双子】などのキーワードを入れておくことも良い。	アスベリンシロップ「調剤用」2% カルボシステインDS50%「タカタ」 ムコサールドライシロップ1．5%				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
2120	ルミガン点眼液、ミケルナ点眼液を別薬局より継続して使用されていたが、今回当薬局に受診。ルミガン点眼液に含まれるビマトプロストおよびミケルナ点眼液に含まれるラタノプロストは類似成分であるため病院に成分の重複に関して疑義照会を行ったところ、ミケルナ点眼液→ミケランLA点眼液に変更となった。	点眼薬では特に目の乾燥や抗アレルギーなどの成分を重複して使う場合があるが、その上で医師が点眼薬の成分重複を把握していない可能性を考慮する。	2種類以上の成分をもつ点眼液を把握し、重複の状態を確認する。必要に応じて疑義照会を行う。	ミケルナ配合点眼液	ミケランLA点眼液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
2121	皮膚科より、ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%とネリゾナクリームの混合の処方箋があった。配合変化を調べたところ、この2種を混合すると液状化を起こし配合不適となっているため疑義照会を行った。その結果、ネリゾナクリームがネリゾナ軟膏へ変更となった。	診察時の状況など不明。	軟膏混合の処方が来た際は、調剤前に軟膏・クリーム配合変化ハンドブック等で調べてから調剤する。	ネリゾナクリーム0．1%	ネリゾナ軟膏0．1%	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
2122	貧血と胃の不調の訴えのある方に、【般】カルボシステイン錠500mgが処方されていた。症状との不一致が見られたため疑義紹介を行った。ムコスタ錠のところを誤ってムコダイン錠と入力されたことが判明した。【般】レバミピド錠100mgに変更となった。	投薬時に症状など丁寧に聞き取ることの重要性を再認識した。今回の医療機関では、入力する際は一般名処方入力でなく、先発医薬品名で入力するため類似した名称では入力誤りが発生することが解った。	今後の注意点として把握しておく。	カルボシステイン錠500mg「トーワ」	レバミピド錠100mg「NP」		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
2123	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」とプロペトの混合軟膏が処方されていたが、患者とやり取りする中で、同じ混合軟膏がまだ残っていることが分かった。医師に確認のうえ、削除になった。	患者が医師に残薬ありと伝えていなかったと考えられる。	患者とよくコミュニケーションを取り、残薬があるかどうか確認するようにする。	プロペト 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
2124	セフゾンカプセルと類似薬で副作用が出たことがあるため、クラリス200へ処方変更した。			セフゾンカプセル100mg	クラリス錠200	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	ヘパリン類似物質クリームとクロベタゾン酪酸エステル軟膏の混合が、処方されたが、他院皮膚科にて、ジフルコルトロン吉草酸エステルクリームとヘパリン類似物質軟膏の混合を使用して為、疑義照会にて、中止の回答を得た	薬歴の管理で、他科併用を確認する		クロベタゾン酪酸エステル軟膏0．05%「テイコク」 ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」					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
2126	他院にて、類似薬の服用を確認したので、疑義照会にて、中止の回答を得る	患者が、Drに、お薬手帳を、見せていなかった	Drには、他科併用薬を確認してもらうように指導する	ビオスリー配合OD錠 ナウゼリンOD錠10					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.	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	
2127	精神・神経領域の疾患により状態不安定時にはA病院を、状態安定時には通院等の事情によりA病院から紹介を受けてB病院を受診しているという事情のある患者様に対し、前回A病院受診の際にはヒベルナ糖衣錠5mgが処方されていたが、B病院ではヒルナミン錠5mgが処方されていた。過去のB病院処方時はA病院の処方内容と同じ薬剤を引き継ぐ形で処方されていたが、今回のみ薬剤が異なっていたことから処方薬剤の誤りの可能性を考え疑義照会を行ったところ、ヒルナミン錠5mgの記載は誤りで、ヒベルナ糖衣錠5mgの処方が正しいことが判明した。	手書き処方箋であることから、医師の頭の中では正しい薬剤の記載を行ったつもりであったがミリ数の同じ類似名称の薬剤の記載をしてしまい、そのことに気づかず処方箋を交付してしまったことが考えらえる。		ヒルナミン錠（5mg）	ヒベルナ糖衣錠5mg	確認を怠った 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
2128	ヘパリン類似物質クリームについて、2017年8月頃まで出荷されていたもの、20g・160gにはチモールという添加物が入っていて独特なにおいがする。同じ名称で2017年10月以降のものは、25g・50gにはチモールが入っていない。（マルホMRさんからの情報）	まだ両方の商品が出ている時に、においのついている方を患者さんに渡してしまった。2017年8月頃の商品はチューブであれば、3年位の期限があるので、薬局に在庫していることもあるので、処方するときは注意が必要だ。単純なミス	添加物の変化についても詳しくしる必要がある。	ヘパリン類似物質クリーム 20g	ヘパリン類似物質クリーム 25g	連携ができていなかった 患者への説明が不十分であった（怠った）	知識が不足していた	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
2129	ザクラス配合錠HDを服用中の患者さんに、アダラートCR錠20mgの追加服用指示が出ました。ザクラス配合錠HDの中には成分アムロジピンが含まれており、これはアダラート錠CR20mgの成分のニフェジピンと薬効が類似します。ジヒドロピリジン系のL型チャネル作用Caブロッカー併用の有用性は確認されていないため、疑義紹介をし、アダラートCR20mg→カルデナリン錠1mgへ変更となりました。	配合錠に含まれている成分がわかりづらいことが考えられます。	配合錠の成分を確認しやすいよう、一覧を監査台などに用意しておくと良いと考えます。	アダラートCR錠20mg	カルデナリン錠1mg		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
2130	患者のご家族が他院処方のラックビー微粒Nを見せて、「これと同じものが欲しい、ビフィズス菌が入っているものが欲しい」と相談したところ、「病院で取り扱いがないから、別の似たお薬を出します」とビオフェルミン配合散が処方された。ビオフェルミン配合散にはビフィズス菌が入っていないが、ビオフェルミン錠にはビフィズス菌入っていることを処方医に伝えたところ、ビオフェルミン錠に変更となった。	処方医はビオフェルミン配合散とビオフェルミン錠について、「成分同じで、単に剤形が違うもの」と認識していた様子。	特になし	ビオフェルミン配合散	ビオフェルミン錠剤				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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
2131	血小板減少性紫斑病がある方に一般名：ヘパリン類似物質スプレーの処方→現疾患の悪化の恐れが考えられ（禁忌薬）、代替薬提案でウレパールローションへ変更外用薬でも侮れない事例として報告	薬局では比較的病院よりも本人情報量が少ないことが多いその中でも会話や五感も含め情報を収集することが必要と再度考えさせられた		ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0．3%	ウレパールローション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
2132	かかりつけ医が休診中のため、心臓がしんどくなったときに服用する薬の手持ちがなくなったと、別の医療機関を受診。お薬手帳を忘れたため、薬の名前を伝えて、同じ薬を処方してもらったとニトロール5mg、心臓が苦しいとき服用10回分の処方箋を持参。用法や服用方法が口腔内ですぐとけるとの話から、ニトロール5mgではなくニトロペン舌下錠のことではないかと、疑い、医薬品の写真を見せて確認。必要としていた薬はニトロペン舌下錠であると確認し、疑義照会を行い処方変更となった。	患者が必要としている薬の名前をしっかり把握しておらず、お薬手帳や薬情を持っていなかったため、診察時に類似医薬品と勘違いして処方された。	処方箋の入力時、3文字入力でも類似医薬品で間違うことがあるため、数種類薬がリストされたときは注意のカードを入れる。投薬時に患者からよく話を聞いて、薬が間違いないか確認する	ニトロール錠5mg	ニトロペン舌下錠0．3mg			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
2133	他院で、ラベプラゾールNa10mgが処方されていたが、タケキャブ錠10mgが処方された。PPIが、重複投与になるので、疑義照会した。その結果、タケキャブ錠10mgは、処方削除となった。	クリニック側の、お薬手帳の、確認不足。繁忙時期でもあり、処方医薬品の多さもあり、見落としがちだった。	お薬手帳を、しっかり確認し、併用薬に、類似薬、同効薬がないか、必ずチェックする。	タケキャブ錠10mg		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	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
2134	以前よりアムロジン錠5mg、ロスバスタチン錠2．5mg「DSEP」を服用中。今回、ジャヌビア錠12．5mgが追加になった。全盲の患者のため追加や臨時の薬があった場合は手で触り感触で覚えているのだが、ロスバスタチン錠2．5mg「DSEP」とジャヌビア錠12．5mgの外形が酷似していた。患者も触ったところ似ているが少し違うので問題ないと言っていたが、服用間違いが否定できないため疑義照会し分包となった。	全盲の患者のため、普通の患者と違う注意が必要となる。人によると思うが触感で覚えている場合、類似しているとの見間違いの原因になりえる。	病院と薬局での連携を密にし、配慮が必要な患者については患者と相談しながらやりやすいように改善していく必要がある。	ジャヌビア錠12．5mg	ジャヌビア錠12．5mg	連携ができていなかった	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
2135	主訴「胃が痛い」との患者に一般名「オランザピン10mg」が処方された。服用歴がなく、処方意図不明なので疑義照会を行った。結果、「オメプラゾン10mg」に変更となった。	一般名処方が他の薬剤の製品名と類似していた。	一般名、製品名、ジェネリック医薬品名など、全てにおいて類似する名称に注意する。	オランザピンOD錠10mg「アメル」	オメプラゾン錠10mg			医薬品	その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2136	皮膚科よりフェノール亜鉛華リニメントとアクアチム軟膏の混合調剤処方がされたが、いつもは、アクロマイシン軟膏との混合であるため疑義照会したところアクロマイシ軟膏の入力ミスであることが分かった。	レセコン入力時の単純な入力ミス。似た薬品名の時は何回も確認する。		アクアチム軟膏1%	アクロマイシン軟膏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
2137	定期処方でタプロス点眼液を使用している患者に、合剤であるタプコム点眼液が処方された。患者に確認したところ、検査結果も良好と言われたとのこと。医師に疑義照会したところ、いつものタプロス点眼液に変更になった。	薬剤名類似による処方箋記載ミス	処方薬剤と患者との会話で食い違いがあった場合、疑義照会をし、確認してから交付する。	タプコム配合点眼液	タプロス点眼液0．0015%				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2138	他院より紹介状で受診。新患で来局。お薬手帳を確認したところ以前受診していた病院では「柴朴湯」が処方だったが、今回「柴苓湯」が処方された。疑義照会したところ「半夏厚朴湯」に変更になった。	医薬品の名称が似ていたことと、病院の採用に「柴朴湯」がなかったことが考えられる。		ツムラ柴苓湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用）			医薬品		ヒューマンエラー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	ガスター20が整形外科から処方されていたが、内科ですでにPPIを定期的に服用していた為、処方医に紹介結果、レバミピド100mgに変更となった	整形外科でもお薬手帳を見せていたが、重複に気付けなかった	薬局でも類似薬重複に注意する	ガスター錠20mg	ムコスタ錠100mg	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
2140	臨時で処方されたネキシウムカプセル10mgが患者の訴えと合致せず、処方を不審に思い再確認したことで発覚。患者が他病院で処方された一般名チキジウムカプセル10mgを門前医師に処方できないか依頼して、処方してもらったつもりでいたが、処方箋にはネキシウムカプセル10mgが記載されていた。名称を勘違いして処方していないか疑義照会をしたところ、門前採用薬である先発品のチアトンカプセル10mgに処方が変更となった。	医師の勘違い、思い込み、不注意、集中力の欠如によるもの。	医師の処方を鵜呑みにしないこと。類似した名称の薬品についての知識を見につけておくこと。患者からの聞き取りを十分に行うこと。日ごろから記載間違いの多い医師なので少しでも疑わしい内容は必ず疑義照会する習慣が付いている。	ネキシウムカプセル10mg	チアトンカプセル10mg	確認を怠った 記録などに不備があった 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	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
2141	小児用ムコソルバンDS1.5% 600mg 1日2回朝夕食後服用の処方箋をもって来局。投与量過量のため疑義照会ムコダインDS50% 600mg 1日2回朝夕食後に薬剤変更となった。	薬剤の名称が類似していたため処方の誤りにつながりやすいと考えられる。	薬剤の名称の類似をなくす。電子カルテ上で投与量過量の警告などが出るようにする。	小児用ムコソルバンDS1．5%	ムコダインDS50%	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「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	
2142	医師より、数十分前にパソメット錠の在庫の問い合わせがあったことを、当薬局の受付事務より報告を受けた。その後、当薬局を初めて利用する患者が来局した。問診票・医療面接により、妊娠6週であること、アテレック錠10mgを服用中で産婦人科主治医より循環器内科を紹介されたこと、妊娠中でも服用して差し障りがないものを服用予定であることが分かった。	名称類似	妊娠中に使用できる薬剤について、処方医と懇話。	パソメット錠2mg	アルドメット錠250	確認を怠った 判断を誤った	知識が不足していた 通常とは異なる身体的条件下にあった 通常とは異なる心理的条件下にあった その他			ヒューマンエラー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	当薬局には新規に来局された患者様で、ツムラ苓姜朮甘湯が処方されていた。薬を調剤し、服薬指導時に患者様に薬を見せた時に、頼んだ薬と違うと言われ、患者様の持っていた薬を確認するとツムラ苓桂朮甘湯だった。病院で医師に見せて頼んでいたとのことだったので、確認間違いか、薬品名が似ているため薬品名の選び間違いの可能性があり、病院に疑義照会して事情を説明し、ツムラ苓桂朮甘湯に変更となった。	苓姜朮甘湯と苓姜朮甘湯の名前が1文字違いで、かなり名称が似ていることから、薬品名の選び間違いが疑われる。	今回は患者様からの申し出で気付けたが、薬局としても苓姜朮甘と湯苓姜朮甘湯とがあることを必ずゼンスタッフが把握し、服薬指導時に患者様とのやり取りで症状などから薬の断定ができるようにし、更に防止に努めたい。	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒（医療用）			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2144	【般】カルプロニウム塩化物外用液5%と【般】ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル液の処方箋持参。監査時に患者情報よりアルコールアレルギーがあると記載があり、添付文書で確認したところエタノールが含有されていたため問い合わせを行ったところ【般】カルプロニウム塩化物外用液5%は削除となった。	アレルギー情報や薬で体調が悪くなったなどの情報はアンケート確認以外で中々更新の機会が少ない。外用液などは揮発性を高めるためにアルコールが使われていることも多いため確認して問い合わせに至った。	アレルギー情報などの項目を毎回は厳しいが3，4カ月に1回など周期を決めて情報の更新をしていく。外用剤全ての添加物の把握は無理だが、アルコールの有無や類似薬の添加物の違いなどの把握が必要。	フロジン外用液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
2145	アスベリン、ムコダイン、メプチンがシロップで処方されていたが、1回量が1mLや0.4mLと異常に少なく、散剤を処方しようとした可能性を考慮しDrへ疑義照会を行った。その結果、全て散剤で処方する予定であったがシロップで入力されていることを判明し、処方内容及び用量の変更が行われた。	1日量が非常に少なく、7日分のシロップであっても総秤量が10mLを超えなかったため違和感を感じた。また、シロップ以外にも散剤の剤形があるため、散剤である可能性を考慮した。Drへ確認したところ、予想通り散剤で処方をする予定であったことが判明した。	年末の繁忙期であり、処方箋発行時の単純な入力ミスであると考えられる。今後も名称類似だけでなく、剤形の間違いの無いようにチェックしていく。	メプチンシロップ5μg／mL ムコダインシロップ5% アスベリンシロップ0．5%	メプチンドライシロップ0．005% ムコダインDS33．3% アスベリン散10%	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
2146	患者様が始めて服用する薬として（一般名）ニフェジピン徐放錠20mg（24時間）が1日1回で処方。服薬指導を行ったところ、患者様の主訴は消化器症状だったため、疑義照会の結果（一般名）ファモチジン錠20mgに処方が変更された。	（一般名）が似ていること、薬剤の規格も20mgと共通していることから、入力ミスもしくは思い違い等のミスと考えられる。分量や用法においては問題なかった。	入力違い及び類似した名称は気をつけて調剤を行う、また投薬時の病状の確認をしっかり行うよう従業員に注意喚起を行った。またノルバスク・ノルバデックスやアテレック・アレロックなど他の薬剤についても従業員指導を行った。	ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」	ファモチジン錠20「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
2147	前立腺肥大症で尿閉症状のある患者様にアレルギー症状緩和のためピーエイ配合錠が処方された。ピーエイ配合錠は尿閉のある患者様には禁忌であるため問い合わせ。一般名：フェキソフェナジン錠60mgに変更となった。	ピーエイ配合錠は同医療機関では汎用されるが、現病歴の確認が漏れてしまったことが原因と思われる。	風邪やインフルエンザなど流行の時期は似たような処方箋を応需することになるが患者様ひとりひとりへ現病歴、併用薬、副作用歴など聞き取りをし、服用しても大丈夫な薬か確認することが必要である。	ピーエイ配合錠	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
2148	リーバクト配合顆粒を継続服用している患者様に他の医療機関よりアミノバクト配合顆粒が処方された。重複のため疑義照会によりアミノバクト配合顆粒が削除となった。	2つの医療機関において医師同士が情報交換を行いながら治療を行っていた。患者様がお薬手帳を毎回持参提示していたが、医師の確認に漏れ・見逃しがあった可能性がある。	薬局でも患者様にかかりつけ薬局の必要性を再度伝え今後もお薬手帳をしっかり持参提示するように指導を行った。薬局でも類似名称・後発品などで名称が違う場合の注意を行い再発防止に努める。	アミノバクト配合顆粒		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
2149	ボノピオンパック 1シート 分2朝夕食後 7日分が処方された患者。ご本人より、過去にピロリ菌の除菌治療歴はなく、今回が初めての除菌治療であると聞き取りあり。今回されたボノピオンパックは通常2次除菌で使用される薬剤であることから、処方誤りの可能性もあり、疑義照会。ボノピオンパック 1シート 分2朝夕食後 7日分→ボノサップパック400 1シート 分2朝夕食後 7日分へ変更となった。	2次除菌に用いるボノピオンパックと、1次除菌に用いるボノサップパックは、名称が類似している。医療機関側で、処方入力時にボノサップを選んだつもりが、誤ってボノピオンを選んでしまったと思われる。	患者からの聞き取り内容と、処方されている薬の内容に相違がある場合は、医療機関側に確認していく。同効の類似名称の薬剤については、処方箋確認時により注意が必要である。	ボノピオンパック	ボノサップパック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
2150	当薬局に継続利用する患者様が来局した。ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒が処方されており、患者様に症状についてお伺いしたところ、足をよく攣るのでそれに対する漢方を処方してもらうとのことだった。処方内容と患者の話が矛盾をしている為、疑義照会をした。ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒はツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒に変更となった。	薬剤名が似ていた為、病院が処方箋への記載を間違えたようだ。	引き続き、薬歴確認や患者への聞き取りを実施する事で、内容に間違いが無いかを確認していく。	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）		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
2151	近隣の眼科クリニックで右眼めばちこにレボフロキサシン点眼液1.5%「日医工」が処方されていたが、問診でニューキノロン系抗菌薬でひどい蕁麻疹を経験されていたことがわかり、疑似照会を行い、コリナコール点眼液に変更いただいた。	処方元とニューキノロン系が不適であることを情報共有できていなかった。	今回の疑似照会により情報共有出来たが、事前に情報共有することも必要ではないかと思う。	レボフロキサシン点眼液1．5%「日医工」	コリナコール点眼液	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
2152	ウルティブロ吸入カプセルが定期的に処方されている患者にアノーロエリプタが処方された。薬剤変更でなく、この季節だけ併用するようにいわれたとのこと。両方とも抗コリン＋β刺激薬のため、念のため電話で疑義照会した。クリニックの受付が「医師が併用するように指導していた」と答えたが、内容が同じ薬なので、本当に併用かと確認したところ、医師の思い違いでアニュイティ100μgエリプタを処方したかったと判明し、変更した。	患者もクリニックの受付も医師の指導をよく聞いていたが、処方医が単純なミスを犯した。抗コリン＋β刺激薬→症状がひどい季節にステロイド追加のつもりだったが、アノーロ⇔アニュイティと名称が少し似ており、間違えてしまったと思われる。〇単純なミス	医師の処方意図をよく確認する。疑義照会の窓口が処方医でない場合、なぜ疑義照会しているか、内容をよく説明し、処方医に再度確認してもらうこと。	アノーロエリプタ30吸入用	アニュイティ100μg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
2153	アレルギー性の発疹で来た患者に、めまいのジフェニドールが処方されていた。	今回は、約名類似に基ずく処方ミスの事例であったが、患者様とのヒアリングでめまいでは無いとの事で疑義照会の対象のなった。	一般名と商品名のダブル記載で改善。	ジフェニドール塩酸塩錠25mg「タイヨー」	セレスタミン錠			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
2154	他病院でユリーフ錠4mg服用中の患者にタムスロシン塩酸塩口腔内崩壊錠0.1mgが新規で一般名処方されており、疑義照会でタムスロシン削除となった。	他病院でユリーフ錠4mg服用中の患者にタムスロシン塩酸塩口腔内崩壊錠0.1mgが新規で一般名処方されており、疑義照会でタムスロシン削除となった。	特に新規に追加になった薬剤がある場合、類似薬を服用していないかお薬手帳や口頭で確認する。	タムスロシン塩酸塩OD錠0．1mg「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
2155	一般名でヘパリン類似物質クリームで処方されており、患者様がジェネリック医薬品希望のためビーソフテンクリームで調剤。薬歴より前回はヘパリン類似物質油性クリームで処方されており、患者さまに確認したところ変更の話は聞いていないということだったので疑義照会を行った。その結果油性クリームに変更された。	ヘパリン類似物質クリームの部分だけ手書きで追加されており、名前が油性クリームと紛らわしいため医師が処方を間違えてしまったと考えられる。	きちんと患者様に薬の変更の話があったかどうかを確認することが大切だと改めて実感した。	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%「アメル」			医薬品		ヒューマンエラー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	β刺激薬のスピロペント錠服用の患者にβ刺激剤のテープ剤ホクナリンテープが処方されていたので疑義照会したところホクナリンテープは中止になった。	他院での類似薬の処方があった。単純なミス。	併用薬はその都度確認が必要。	ホクナリンテープ2mg		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.	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	
2157	逆流性食道炎の症状があったが、医師の方から「胃酸を抑えるお薬を、試しに出してみる」と患者さんに説明。タケキャブ（10）が新規で処方されたが、今までオメプラゾール（10）がずっと処方に入っていたのを失念していたらしく、「今まで出てなかったからね」と説明。調剤中にPPIが2種処方箋にあるため、疑義照会を行った。その後患者さんに再度クリニックに戻っていただくよう指示あり、再度処方箋を持込されたが、今度はムコスタ錠が処方追加されていた。ムコスタ錠は他の病院で処方となっており、これも重複するため、医師に再度連絡。今まで服用していたオメプラゾールが効果出ていないのであれば、タケキャブに変更してみてはと提案。変更になった。	似たような症状で、病院をいくつか掛け持ちしている場合、今回のような重複が発生しやすいため、できる限り「お薬手帳」を活用し、さらに「かかりつけ薬剤師」とすることで、併用薬や症状、病名などを一括管理することで、防げた内容だったと思います。	他にも、ガスモチンや消化器の薬もまだあるため、お薬手帳の内容や患者さんについて、医師と情報を共有し、症例の検討など行うと良いと考えました。	オメプラゾール錠「トーワ」10mg	タケキャブ錠10mg	連携ができていなかった	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
2158	ブランルカスト錠とキプレス錠の同時処方。調剤時気づかず投薬前に別の薬剤師が気づき疑義照会したところキプレス錠からオロパタジン錠へ変更となった。	最後に受付した患者様。比較的繁忙だったこともあり調剤時類似成分による重複を見逃してしまった。服薬指導前に別の薬剤師が気づき医療機関へ疑義照会しブランルカスト錠継続しているものの、アレルギー症状が継続して出ているため抗ヒスタミン薬の追加処方へ変更となった。〇単純なミス〇焦り〇注意力散漫	繁忙な時こそ処方内容をしっかり確認する。	ブランルカスト錠112．5「EK」オロパタジン塩酸塩錠5mg「EE」	ブランルカスト錠112．5「EK」キプレスチュアブル錠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
2159	小児に対しクラビット細粒が処方されており、禁忌であるため為処方医に疑義照会をしたところ、クラリシッドドライシロップに変更になった。	クラビットとクラリシッドの名称類似による間違い、もしくは小児への誤った処方と考えられる。	用量が適切かどうか、適応が適切かどうか、禁忌ではないかを常に検討する必要がある。	クラビット細粒10%	クラリシッド・ドライシロップ10%小児用			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
2160	以前、ペニシリン系の薬剤で副作用歴のある患者に、セフェム系の薬剤が処方された。セフェム系の薬剤は、ペニシリン系の薬剤に過敏症のある患者には慎重投与であるため処方医に確認。ニューキノロン系の薬剤に変更となった。	患者が受診した際に、副作用の出たことある薬剤についてはクリニックでも伝えていた。処方された薬剤は、セフェム系であり、患者が訴えたペニシリン系ではなかったため処方されたと思われる。	薬局にて副作用歴など十分に確認し、類似の薬剤にも注意して処方元に疑義照会をする。	フロモックス錠100mg	クラビット錠250mg		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
2161	ツムラ大黄甘草湯の処方有。患者は足のつりを診察時訴えたとのことで照会。芍薬甘草湯へ変更となる。	類似する医薬品名	その都度照会	ツムラ大黄甘草湯エキス顆粒（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.	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	
2162	20歳女性。アクトシン軟膏の処方があり使用部位聞くとニキビに使用とのことで疑義照会しました。その後アクトシン軟膏に変更になりました。	アクアチム軟膏とアクトシン軟膏で類似名で間違えられたと考えられます。	服薬指導時に外用薬の使用部位や症状を聞くことでその薬剤が適しているか判断することができなければいけない。	アクトシン軟膏3%	アクアチム軟膏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
2163	かかりつけ医よりチザニジン1mg2T朝・夕で商法されており、4日後に他施設でエペリゾン50mg3T毎食後で98日された処方を持参し当薬局来られた。患者との話の中で、お薬手帳の有・無確認でDrに　お薬手帳を見せてない事が解った。Dr　に疑似紹介を行い処方が中止となった。	お薬手帳の重要性とDrに見せるよう促した。		エペリゾン			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
2164	以前ビーソフテンクリームが処方されて、使用後肌が赤くなり発疹が出た経験がある方に今回再度ビーソフテンクリームの処方があった。薬歴に記録を残していたので母親とお話しして、ヘパリン類似物質のクリーム製剤だけが合わなくて、ローションほかの製剤は問題なく使えていたことを確認して疑義照会にて油性クリームに変更をお願いした。	病院側が副作用歴を把握できておらず、以前処方歴のあるビーソフテンクリームをそのまま処方したと考えられる。	これまで通り、患者からの聞き取り内容は随時薬歴に反映していつも最新情報が閲覧できるようにして情報を共有するよう心掛けていきたい。	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」		その他			ヒューマンエラー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	タプコム点眼液が処方されていた。タプコム点眼液には名称類似薬にタプロス点眼液があることは熟知していたので、毎回患者に確認する。今回初診の患者であったので、タプコム点眼液を調剤して患者に確認してもらうと、「入院時にもらっていた点眼薬と違う、変更することは聞いていない」とのことであったため、疑義照会すると正しい処方は、タプロス点眼液であることが判明した。処方訂正してもらい、タプロス点眼液をお渡ししました。	最初の二文字が同じなため、パソコン入力時に二文字入力し、選択を間違ったと思われる。薬局でも名称類似薬は注意が必要。	処方の確認と、患者からの情報確認。	タプコム配合点眼液	タプロス点眼液			コンピュータシステム医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
							背景・システム・環境要因			
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	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	
2166	ドライアイによる眼球の炎症により、ムコスタ点眼が処方された。早速患者の薬歴簿を確認したところ、当該患者にあっては過去に涙道閉塞の既往歴があり、当該薬剤のムコスタ点眼の添付文書には涙道閉塞を助長させる重大な副作用報告があったため、処方医師に対し類似薬としてヒアレインミニ点眼へ変更するよう提案し、変更された。ヒアレインミニ点眼を続けてもらっているが、涙道閉塞の副作用等は発生しておらず、経過も順調である。	処方元の医師側に当該患者の既往歴として涙道閉塞があった過去を認識されいなかった。今回のムコスタ点眼の処方によって当薬局より処方元医師に情報提供を行い、結果として処方変更がなされ当該患者に既往歴のある涙道閉塞が起こらなかった事例と考えている。	当薬局における具体的な改善策はない。今後も各医療機関で処方される当該患者の薬剤による副作用・相互作用防止していくため、患者様からの情報等を逐次薬歴簿に記載し、処方された薬剤の説明文書を確認したうえで、処方元医師へ薬剤変更等の処方提案を行っていく。	ムコスタ点眼液UD2%	ヒアレインミニ点眼液0．1%	連携ができていなかった	知識が不足していた	医薬品	ルールの不備	ヒューマンエラー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	ロキソニンで過去に倦怠感が発現したにも関わらず、ロキソニンが処方されていた。過去にカロナールの服用歴があることを、患者様より聴取し、疑義紹介にてカロナールへの処方変更を提案し、変更となった。	副作用歴の聴取不足	処方薬および類似薬で過去に体調不良が無かったか、以前似たような症状で薬を使ったことがなかったか、1剤ずつ確認する。	ロキソニン錠	カロナール錠500			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
2168	ニキビの症状で受信した患者にゼフナート外用液2%が処方されていた。薬剤交付時の聞き取りの際に患者本人から爪の感染症は無いという情報、受信時にも医師から爪の感染症があるといった旨の話も全くなくニキビの治療についてのみしかなかったという話から、名称類似のほかの薬を処方しようとしていた可能性も考え医師に疑義照会をした。結果としてゼフナート爪外用液2%とゼビアックスローション2%の処方せんへの記載ミスだと判明し、処方内容もゼビアックスローションへと変更する運びとなった。	名称類似の医薬品の医療機関側での入力ミス	調剤薬局側で患者側からの聴取を行い、処方内容が治療内容に沿っているかどうかのチェックを徹底するようにする。	ゼフナート外用液2%	ゼビアックスローション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
2169	アスピリン1g　分1朝食後バイアスピリン錠100mg　1錠　分1朝食後に変更	ほかの薬の変更がありバイアスピリン錠もアスピリンに変わっていた。医薬品名称が似ている。	アスピリンの適応も違うため効能効果、用法容量も確認し調剤を行う。以前の薬をお薬手帳や処方内容で確認し患者さんへの変更点の聞き取りを行う。	アスピリン	バイアスピリン錠100mg	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
2170	診察時の話と異なる為照会→センノシド、マグミット削除。ヘパリンは乾燥部に1回～2回塗布。レボフロキサシン点眼は1日3回両目に。アズノール軟膏は1回～2回臀部に塗布と確認。	−	−	センノシド錠12mg「フソー」 マグミット錠250mg ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」 レボフロキサシン点眼液0．5%「オーハラ」 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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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
							背景・システム・環境要因			
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	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	
2171	総合病院耳鼻咽喉科から、アモキサンカプセル25mg 3カプセル 毎食後5日分が処方された。既往歴のない患者で、診療科と用法用量からアモキシシリン（一般名）ではないかと推察し疑義照会したところ処方せんの間違いでアモキシシリンカプセル250mg（一般名）に変更になった。	病院側オーダリングの間違い薬品名の類似が要因と思われる		アモキサンカプセル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
2172	以前から尿酸値が10と高くフェブリク40mg 1錠 朝食後服用していた尿酸値がなかなか下がらないため、アロプリノール(100) 1錠 朝食後追加となった。両剤とも尿酸合成阻害薬であり、薬効が重複しているため、疑義照会した。尿酸排泄促進薬であるベンズブロマロン(25) 1錠 夕食後と処方変更となった。	最初は、薬剤変更時の処方削除忘れと思い疑義した際に、追加で処方していたことが判明。添付文書には禁忌や併用注意の記載がなく、処方時に見落とした可能性がある。	メーカー主催の勉強会実施や、薬局からの情報提供を強化することで、双方の知識を深める。	アロプリノール錠100mg「サワイ」	ベンズブロマロン錠25mg「テバ」		その他	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
2173	本来1日2回点眼のアレジオンLX点眼液0.1%を1日4回で処方。	アレジオン点眼液の用法が1日4回のため間違えて処方してしまったと考えられる。	類似薬がある場合は添付文書等で用法用量の確認を必ず行う。	アレジオンLX点眼液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
2174	総合病院皮膚科からの紹介でA皮膚科を初めて受診され、ドボネックス軟膏が45g処方された。お薬手帳と薬歴より、前回8/27は総合病院皮膚科より、乾癬の治療でドボベット軟膏が30g処方されていた。患者への聞き取りの結果、ドボベット軟膏を使用後、効果を実感されており、医師から薬剤変更についての説明がなかったため、疑義照会を行った。その結果、ドボベット軟膏 45gに変更になった。	紹介元からの情報不足または、薬剤名が似ているにことから入力を誤ったと思われる。	薬剤師が服薬指導の際に、患者背景を把握し、情報の聞き取りを行った結果、疑義照会することができた。	ドボネックス軟膏50μg／g	ドボベット軟膏	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
2175	頻尿でバップフォーを服用中の患者様に同種であるベシケア錠が処方された。名称が似ているベタニスの可能性も考慮し疑義照会を行いベシケア→ベタニスに変更となった。	処方医が類似の名称の薬で薬効が近い薬剤と入力を誤った可能性がある。	今回の事例を薬局で共有するとともに、他の類似名称のノルバスク・ノルバデックス等改めて注意喚起を従業員に伝え、防止に努める。	ベシケア錠5mg	ベタニス錠50mg	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2176	ツムラ麻杏よく甘湯が処方されていたが、患者は咳症状を訴えており、医師に確認したところ、ツムラ麻杏甘石湯に処方が変更になった。	投薬時、患者の主訴と処方薬剤の照合を徹底する。	名称の類似した薬剤がある時は、注意して調剤・投薬を行う。	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	その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
2177	処方内容は、ルパフィン錠10mg1錠分1ねる前14日分、タベジール錠1mg2錠分2朝・夕食後14日分、ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%50gアルメタ軟膏0．1%50g混合体1日1～2回、アクアチム軟膏0．1%10gキズ1日2回であった。患者からの聞き取りで前立腺肥大が判り、疑義照会したところ、タベジール錠1mg2錠分2朝・夕食後14日分が処方削除	医療機関で患者の病名の把握がなっていなかったためと思われる。	医療機関で患者の病名の把握もしていただきたい。薬局では、かかりつけ薬剤師でなくても患者から詳しい聞き取りをし、疑義を感じたら必ず疑義照会し、調剤する。	タベジール錠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
2178	ランソプラゾールOD15mg服用中の患者に類似薬のニザチジン錠150mgが追加となったため、疑義照会を行い、ランソプラゾールが削除となった。	胃の不調を患者が医師に訴え、医師がニザチジンを追加したが、類似薬のランソプラゾールを服用中のため、疑義が生じた。	追加があった場合は、同効薬・類似薬の処方がないか確認を行う。	ランソプラゾールOD錠15mg「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
2179	一般名処方せんに対して後発医薬品で調剤して渡していたが、他科受診時に同成分の先発医薬品が頓服で調剤されていたので、重複して飲まれていたのではないかと疑い患者様に確認したところ、見た目が非常に似ていたので、重複して飲んでいないと思うとのことで、今回の処方の削除を申し出ましたが、それでは数が足らなくなるので、次回他科に行ったときに削ってもらうように言いますとの返事でした。	お薬手帳をたまたま忘れられたりしたときに重複していたかもしれないので、患者さんとしっかりと内服状況の確認をする必要があると思います。またお互いに他科受診された時の薬局でも確認して頂けたら防げたかと思います。		レバミピド錠100mg「EMEC」	レバミピド錠100mg「EMEC」	患者への説明が不十分であった（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
2180	アレジオン点眼液0．05%が処方された患者様。1日2回両目点眼で処方されていたが、能書では1日4回点眼になっている。患者様に点眼回数2回と説明を受けたか尋ねたがはっきりしない。最近アレジオンLX点眼液0．1%(1日2回点眼)も薬価収載されたので処方間違いを疑った。Drに照会したところ、アレジオンLX点眼液に変更となった。	アレジオン点眼液とアレジオンLX点眼液と名称が似ているので混同したようだ。	引き続き、医薬品情報を適正に管理・把握し、調剤の際は患者様に受診時の状況を確認しながらお薬を交付するよう努める。	アレジオン点眼液0．05%	アレジオンLX点眼液0．1%		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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
2181	15歳の患者にカロナール錠とムコソルバンL錠処方。用量が適正かどうかを判断するため体重などの聞き取りをしたところ、今日は骨折の為受診していて、他の相談はしていないとのこと。去痰薬であるムコソルバンの処方が患者からの聞き取り内容と合致しないこと、カロナールが処方がされていることから、ムコソルバンと名前が似ており胃腸障害予防の為服用するムコスタの間違いかと考え、医師へ疑義照会。ムコソルバンL錠1錠分1就寝前からムコスタ錠3錠分3毎食後に変更となりました。	聞き取りによって処方の違和感に気付くことができた。またNSAIDsやカロナールは胃薬と一緒に処方されることが多いため、間違いの背景を推測することができた。	臨時薬や処方内容の変更があった場合は特に、その処方内容が本当に症状に適しているか聞き取りが重要だと思うので、続けていきたい。	ムコソルバンL錠45mg	ムコスタ錠100mg		その他	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2182	初めて来局される患者にツムラ荊芥連翹湯が処方。投薬時の聞き取りで今日は腹痛の為受診し、腎臓の近くに結石が通った痕があるとの診断でした。荊芥連翹湯は蓄膿症やニキビなどにしか適応がなく、腎石症に適応を持つ猪苓湯の間違いかと考え疑義。猪苓湯に変更となりました。	膀胱炎や腎石症には猪苓湯が処方されることが多いが、漢方は適応外の処方も多数あるため荊芥連翹湯についても調べ直した後、疑義照会を行いました。またツムラの荊芥連翹湯と猪苓湯は番号や包装が似ており調剤でも気を付けていた為、今回もすぐに気付くことが出来たのだと思います。	漢方には種類がありますが、代表的な適応はしっかり覚えておく。また患者からの聞き取りは、業務が忙しくても欠かさず行うことが重要だと思います。	ツムラ荊芥連翹湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ猪苓湯エキス顆粒（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
2183	カフコデN配合錠が処方されたが、患者はカフェインで心房細動の副作用を起こしたことが薬歴から確認された。カフコデにはカフェイン類似のジプロフィリンが含有されており副作用の重症度から考えて類似骨格成分を含まない咳止めとしてデキストロメトルファンに変更提案（疑義照会）し、その通り変更となった	医師側も配合剤の成分や、禁忌対応までのフォローは困難と考えられ、薬剤師でのチェックは有用と思われる	禁忌にかかわる薬歴チェックは重篤なイベント回避のために重要	カフコデN配合錠	デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠15mg「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
2184	一般名ロラタジン錠10mgが処方される。患者さまに処方された状況症状をお伺いしたところ、胃の症状で受診しアレルギーの症状は申し出ていないとのこと。疑義照会し内容を確認したところ、一般名ファモチジン錠10mgの入力ミスであることが判明した。ロラタジン錠10mg→ファモチジン錠10mgへ処方訂正となる。	ロラタジン錠10mgとファモチジン錠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。		ロラタジン錠10mg「TCK」	ファモチジン錠10「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
2185	いつもの処方内容に便秘薬が追加されていると説明、その際患者様より便秘はしていない、鼻水の薬を出してもらってるはず、とのこと。医院へ確認したところ、入力ミスということが分かり、センノサイド錠12mg→セレスタミン配合錠に処方変更となる。	センノサイドとセレスタミンの名称が似ているため入力ミスが起こったと思われる。		センノサイド錠12mg	セレスタミン錠		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
2186	バファリン配合錠A81で蕁麻疹歴ありの患者に、ピーエイ配合錠が処方。ピーエイ配合錠にはサリチルアミドが配合されている。患者に確認したところ、医師に聞かれなかったから副作用歴については伝えていないとのことで、疑義照会の結果ピーエイ配合錠が削除になった。	薬局でバファリン配合錠A81の副作用歴について電子薬歴に記録されていた。配合錠の成分を確認する習慣ができていたため類似成分に気づくことが出来た。	今回関わっていないその他薬剤師にも配合錠の成分を確認する習慣をつける必要がある。	ピーエイ配合錠					その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2187	難治性の逆流性食道炎の患者であり、消化器内科より処方された、タケキャブ錠10mgを継続服用していた。泌尿器科に受診したついでに胃の不調を相談したら、プロテカジンOD錠10mgが処方された。胃酸分泌を抑制する薬剤として薬効が重複しており、プロテカジンは不要であると思われ、医師に照会し、削除となった。	処方医が併用薬の確認不足であったか、タケキャブとプロテカジンは薬効が類似しているとの認識不足であったことが考えられる。	併用薬の確認、タケキャブとプロテカジンは薬効が類似しているとの認識を持つ。	プロテカジンOD錠10		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
2188	他院よりフェキソフェナジン、ヒルドイドローション処方されており、今回処方のビラノア、ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%日医工は作用が重複するため処方削除となった	併用薬の確認が充分行われていなかった。	他科受診、併用薬の確認を徹底する。	ビラノア錠20mg 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
2189	処方内容は、ディレグラ配合錠2錠分2朝・夕空腹時7日分、ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%100g顔1日2回であった。通常ディレグラ配合錠1回2錠服用のため、疑義照会をしたところ、ディレグラ配合錠4錠分2朝・夕空腹時7日分に変更。	処方せん発行時の確認ミスと思われる。	医療機関では用法、用量の確認も処方箋交付時に必ずしていただきたい。医師は忙しいので確認できない時もあるが、医療機関の受付の重大さを公的機関で診療報酬だけでなく、色んな情報を勉強するようにしていただけるとよい。疑義照会もしても直ってこない処方箋にはペナルティを与えてもよいと思う。薬局では、用法、用量の把握と処方箋の監査を徹底し、疑義があれば必ず疑義照会をし、調剤するが、疑義照会とその処理（備考欄の記入等）が多くて自分の薬局の調剤ミスにつながる不安がある。	ディレグラ配合錠+G605					その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
2190	フェロベリン配合錠の長期処方が追加となった。患者様に聞き取りをしたところ、貧血で受診。フェログラデュメットとの入力ミスの可能性あり疑義照会を実施、フェログラデュメットに変更となった。	処方医の入力ミスが考えられる。	投薬時の確認の徹底、類似した名称の薬剤についてはノルバスク、ノルバデックスのような別例についても紹介し対策。	フェロベリン配合錠	フェロ・グラデュメット錠105mg	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
2191	普段より2つの病院にかかっており、1つ（循環器内科）は2、3カ月に一度検査を兼ねて受診。1つ（内科）は毎月受診している。どちらからも同じではないが、以前より類似の処方がされていた。患者様にも常々どちらかの病院に薬はまとめるように、と説明。ただ理解不足。今回2カ月ぶりに受診した循環器内科にてロスーゼットHD、ブロチゾラムが処方。しかし月内に受け付けた内科の方でゼチーア、リバロ、ブロチゾラムの処方あり。病院へ問い合わせ、他院より同様の処方をされていることをお伝えし、ロスーゼット削除。ブロチゾラムはご本人さんがたまに2T飲んでしまっていたこともあり既に手持ちがなく、次回内科の受診まで困ると訴え。その点もお伝えし、今回に限り次回受診予定日までの不足日数分のブロチゾラムを処方（30日分→15日分へ変更）。ご本人さんとも再度薬の飲み方、重要性をお伝えし、どちらの病院にもお薬手帳をしっかり見せて確認していただくことを約束した。	薬局の説明不足、ご本人さんの薬に対する理解不足、Drとの連携不足	ご本人さんに多重処方について説明、理解をしていただき、どちらか一方に薬はまとめていただく。お薬手帳は常に受診する先の病院へ提示していただく。Drとの連携を強め、薬局側で気づけることがあれば細かくDrへフィードバックする。	ロスーゼット配合錠HDブロチゾラムOD錠0．25mg「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
2192	手書き処方よりムコダインの記載あり、薬剤の規格不備があり問い合わせを行ったところ、ムコスタ錠との間違いと判明し、変更となった。今回は他剤がエクセラーゼ、ナウゼリンが同時に処方されていた。	ムコスタとムコダインの記述間違いの可能性が高い	規格不備については確実に発見できるよう規格のチェックを徹底するように指導。類似名称についてはノルバスクノルバデックスなど他の事例を含め指導。処方解析、患者様からの聞き取りを確実に行い処方ミスを発見する。	ムコダイン錠500mg	ムコスタ錠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	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
2193	リリカカプセルにて強い傾眠・中止歴がある患者に、リリカOD錠が処方。服薬指導時に患者本人より「類似した名前の薬で、傾眠が出た」との訴え。薬歴を確認したところ、3年前に「リリカカプセル」による傾眠の副作用の記載あり。 疑義照会を実施したところ、処方医側では「処方歴がない」との返答であったが、カプセル／OD錠の違いにより、処方医側では検索が上がらなかった模様。薬局の情報を伝達し、処方変更。同系統ではあるが、別薬剤　タリージェ錠　に変更。	薬局側の薬歴の、本文中には副作用の記録があったが、患者基本情報への副作用歴記載が漏れており、受付監査時に見逃すこととなり、結果、投薬（服薬指導）中、かつ患者本人からの申告により副作用歴に気づく流れとなった。 また、処方元のシステムにおいて、剤形が異なる場合に別薬剤として認識される可能性が示唆され、処方せん発行時における見逃しが生じた可能性も考えられている。	患者基本情報の記載が十分に行われていなかったことから生じた案件でもあるため、初回以降も何らかの情報が得られた場合は速やかに記載・内容更新を行うよう注意喚起実施。 処方元医療機関との副作用情報の共有について、書面も含めたやり取りを再検討する。	リリカOD錠25mg	タリージェ錠2．5mg	記録などに不備があった 連携ができていなかった		その他		ヒューマンエラー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	一般名ベルベリンゲンショウコ配合錠が抗生剤、痰きりとともに処方されておりましたが、現在の症状をよく聞いてみると、患者さんがお腹の症状には身に覚えがないとおっしゃるので電話で確認とったところ　アスベリン20mg錠の間違いであったので差し変えてほしいと返答がきました	薬品名がやや似てること、両方とも普段は用法が同じ6錠分3で出す処方であることと相まって　処方記載ミスが出たのではないかと思います	用法を説明するだけは不足であると改めて感じました　処方内容と患者主訴との突合せを欠かさないようにしていこうと思います	リーダイ配合錠	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
2195	ピーエイ、カフコデ、カルボシステイン、ブルフェンの処方で来局。服薬指導中の聞き取りでアスピリン喘息であること判明。（医師に申告しておらず新患表などにも記載なし）禁忌品ある為疑似照会したところ、麦門冬湯とトラネキサム酸へ全面的に処方変更となった事により症状の悪化の可能性を未然に防ぐ事が出来た。	服薬指導時まで患者自身もアスピリン喘息が禁忌が多い事忘れていたとの事。	今後も患者自身がうっかりしている事もありうるので新患表のみを鵜呑みにせず服薬指導時しっかりと聞き取りを行う様にする事の重要性を再確認した。	ピーエイ配合錠 カフコデN配合錠 カルボシステイン錠500mg「サワイ」 ブルフェン錠200	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒（医療用）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
2196	テオフィリン徐放錠200mgが処方された患者より、「以前に似たような症状でもらった薬で動悸がしたことがある」との申し出があった。処方医に照会したところ、テオフィリン徐放錠200mgは処方より削除となった。	咳の症状で受診した患者に対し、テオフィリン徐放錠200mgが処方されていた。薬歴などに副作用の記載は無かったが、投薬中、患者本人より「以前に咳で受診した貰った薬で胸がどきどきするようなことがあった」と聴取。薬剤名などは不明だったが医師に疑義照会したところ、「念のため削除します」となった。 上記の情報は投薬開始後、かなり話してから聴取した。	処方されたお薬に対し、服用経験があるか、副作用の経験がないか、処方箋の入力を行う前に聴取する。また投薬まで確認できなかった場合は、投薬の最初に聴取を行う。	テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」		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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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
							背景・システム・環境要因			
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	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	
2197	ツムラ炙甘草湯の処方が追加となった、投薬時患者様よりこむら返りの薬と聞き取りを行い、芍薬甘草湯の可能性があり疑義照会を行った。結果芍薬甘草湯に処方変更となった。	処方が「シャクヤクカンゾウトウ」と「シャッカンゾウトウ」で名称が似ているため入力ミスをしてしまった可能性がある。	漢方は類似名称が多く入力、調剤において名称を最後までしっかり確認を行いミスがないように調剤する。また患者様への症状の聞き取りにより処方の妥当性を考えるよう従業員に指導を行った。	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
2198	ビーソフテンローション0．3%が処方された。患者が、ヘパリン類似物質外用スプレー0．3%を処方すると医師から聞いていると申し出たため、医師に電話で確認した。患者の申し出の通り、ヘパリン類似物質外用スプレー0．3%に変更するよう医師から指示があり、そのようにした。	医師のミスと考えられる。	患者とよくコミュニケーションを取り、処方内容を確認するようにする。	ビーソフテンローション0．3%	ヘパリン類似物質外用スプレー0．3%「PP」		その他			ヒューマンエラー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	セファドール、ロキソニン、ムコスタの処方があり、投薬時の症状確認において指の怪我と聞き取りセファドールの適応の症状はなかった。怪我との聞き取りもあり、セファドールと類似したセフィム系の薬剤の処方ミスも考え、疑義照会を行った結果一般名セフカペンピボキシルに変更となった。	セフと頭文字が同じなため、入力ミスと考えられる。	投薬時のヒヤリングを確実に行い同様の事例でも見逃さないように業務を行う。	セファドール錠25mg	セフカペンピボキシル塩酸塩錠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
2200	処方でセレコックス100が出ていたが、いつも服用しているリカルボン50が処方されていなかった。出ていないことを確認したら、セレコックスとリカルボンを先生に間違えて伝えたとの事。先生に疑義照会を行い、セレコックスからリカルボンへ変更を行った。	名前が似ているわけではないが、患者さんにとっては薬の名前はどれも難しく、特に高齢者では見分けがつかないことがよくある。患者さんの話を聞いていた際に骨の薬を頼んだつもりでセレコックスが欲しいと先生に伝えてしまったとの事が分かりました。	患者さんの話をよく聞いて本当に何が欲しいのか、何を伝えたかったのか確認することが大切であると感じました。	セレコックス錠100mg	リカルボン錠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
2201	処方箋では五積散となっていたが、患者の足がひどくむくんでいたため、先生は五苓散をお出しになられるはずだったのではないかと思い、処方内容を電話で確認したところ、五苓散であった。	今回の事例については、漢方の知識が少しあったため、発見することができたと思われる。薬局に勤務する他の薬剤師も、漢方を処方される先生の処方内容や処方意図について理解できるようになるために、漢方についての勉強は必要であると感じた。	どの薬剤師がどんな処方を見ても処方内容を理解できるようになるようにし、事故防止に繋げていきたいと思う。	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
2202	24歳男性に風邪の処方がありました。処方箋記載薬の中にドネペジルOD(10)3錠分3の記載があったため担当DRに疑義照会したところドンペリドンの間違いであることが判明いたしました。	医薬品名の類似による処方箋記載間違い。患者様の年齢およびドネペジルの用法・用量から間違いではないかと考え担当DRに確認のため疑義照会いたしました。	名称の類似した医薬品のリストを作成し、情報を共有する。	ドネペジル塩酸塩OD錠10mg「DSEP」	ドンペリドン錠10mg「日医工」				教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
2203	耳鼻科の処方箋を持った患者様が来局。処方内容はPL配合顆粒6g分3、7日分であった。過量と判断し照会したところピーエル配合錠へ変更となった。	薬の名前が似ているので入力を間違えたようだ	よく出る薬の用法用量は認識しておく	PL顆粒	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
2204	ツムラ 1番 大建中湯 の処方が手書きで受付。 1番葛根湯なのか、100番大建中湯なのか不明のため疑義照会の結果、ツムラ1番葛根湯と確認が取れたため調剤を実施。	処方医の記載ミスの可能性が高い	番号の記載がある場合は、番号と名称の確認。また漢方の類似名称においても注意するように、レセコンのそばに類似名称のリストを作成し掲示を行った。	ツムラ葛根湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ大建中湯エキス顆粒（医療用）	確認を怠った	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
2205	ロキソプロフェン錠が処方されていたが、家に多くロキソニン錠が残っているとのことで、疑似照会しこの度のロキソプロフェン錠は処方削除を行った。		引き続き、お薬手帳や患者からの聞き取りなど、処方箋以外から情報を収集し処方内容に間違えはないかを確認する。また、お薬手帳を持参していない患者にはお薬手帳の有用性を説明し、活用してもらう。	ロキソプロフェンNa錠60mg「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
2206	一般名アモキサピンカプセル25mg、ロキソニンともに5日分、イソジンガーグルの処方箋を受付。急性処方と見られアモキサピンカプセル25mgではなく、一般名アモキシシリンカプセル250mgの可能性があったため、疑義照会を行い一般名アモキシシリンカプセル250mgに処方変更となった。	医師の類似名称によるオーダーミスが考えられる。	類似名称による過誤を防止するようにノルバスク・ノルバデックスなど他の事例も含め従業員に指導を行った。	アモキサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「日医工」		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
2207	ノイロビタン 2錠が処方され、投薬時に患者様から聞き取りを行ったところ、ノイロトロピンの可能性があり疑義照会を実施。処方変更となった。	処方医がノイロトロピンとノイロビタンの類似名称により入力ミスした可能性がある。	類似名称による過誤を防止するようにノルバスク・ノルバデックスなど他の事例も含め従業員に指導を行った。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位	確認を怠った		医薬品施設・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
2208	ジェニナック錠200mgとクラリシッド200mg併用のため疑義照会を行った。クラリシッドではなくクラリチンを処方すると回答があった。	クラリチンとクラリシッドの最初の2文字が同じなので医院のほうで入力をまちがえてしまったようです。	今後は似た名称のある薬剤については特に注意していきたい。	クラリシッド錠200mg	クラリチン錠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
2209	アスタット軟膏が処方され、部位が額であり投薬時に確認を行ったところ、化膿での使用と確認がとれた。疑義照会を実施したところ、アクアチム軟膏へ変更となった。	処方医がアスタットとアクアチム軟膏と勘違いして処方した可能性がある。	類似名称による過誤を防止するようにノルバスク・ノルバデックスなど他の事例も含め従業員に指導を行った。また患者様からのヒアリングを適切に行い、処方の疑義を発見するように従業員に指導を行った。	アスタット軟膏1%	アクアチム軟膏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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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
							背景・システム・環境要因			
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	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	
2210	薬剤の交付の段階では患者に他科の薬を飲んでいるという意識がなかった。説明に対する返答に違和感を感じ、お薬手帳を確認したところ、半年近く前に他科の処方薬があったことを確認した。実物を見せると「今飲んでいる薬と似ている」との返答。お薬手帳にはなかったが、続けて受診している様子だったので処方医に疑義紹介したところ削除となった。	複数受診の患者は、どの薬がどこの科から出ているか意識していない様子が見られます。お薬手用も毎回持参していない方も多い	お薬手帳をかくにんする際、直近だけでなく、かなり前にさかのぼって確認する必要がある。	テプレノンカプセル50mg「トーワ」		連携ができていなかった	技術・手技が未熟だった 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
2211	2歳の子供にヨクイニン湯が処方あり。患者様に症状を確認するとイボの治療のため処方箋をもらったとの返答あり。類似名称でイボ治療の適応があるヨクイニンエキス散ではないかと問い合わせ。処方間違えとのことで変更となった	普段あまり漢方製剤に触れられない処方医のため投薬前に適応を確認した。	類似名称の適応症違いを把握しておく	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」				その他	ヒューマンエラー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	新規の患者様で、お薬手帳より以前から複数の糖尿病治療薬を他のクリニックで処方されていることを確認。今回の処方内容は、以前から服用中の薬に加えて、テネリア錠とジャディアンス錠が中止になり、カナグル錠が追加という処方。投薬時、患者様より今回から薬がテネリア錠とジャディアンス錠を組み合わせたような薬に変更するとDrから聞いていることが判明。疑義照会をしたところ、カナグル錠からカナリア配合錠に処方変更となる。	お薬手帳で他のクリニックで処方されていた薬を全て確認し、今回の処方内容との変更点を患者様と確認したことで処方内容に誤りがあるのではないかということが判明。また、カナリアとカナグルの名称が類似していることから処方を入力時のミスが発生していたと考えられる。	患者様との会話を通して処方内容と異なる点や疑問に感じる点がある場合は、積極的に医師に疑義照会をして確認をする。	カナグル錠100mg	カナリア配合錠			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
2213	ピーエイ配合錠が6錠/日で処方あり。通常小児には3錠/日での処方が多く、女児で体重も少なかった為処方医に確認	その直前に小児ながら体重の多い風邪の男児がおり、その処方と内容が似ていたようです。	使用患者の体重等、患者情報の確認をこまめに行い、患者データを常に新しいものにしておく。	ピーエイ配合錠		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
2214	患者さんがのどの閉塞感や違和感を訴えていたので半夏厚朴湯が妥当と考えらるが、半夏瀉心湯が処方されていたため、念のため医師に確認したところ、半夏厚朴湯を選択するつもりだったが、間違えて半夏瀉心湯を選択してしまったとのことでした。健康被害は考えられないものの、医師の意図とする薬効が発揮されない事例と言うことで報告いたしました。	医師も半夏厚朴湯を処方するつもりだったが、間違えて半夏瀉心湯を選択してしまったとのことでした	漢方薬は名前が似ているものが多いので、調剤時も入力の際も、最後まで一文字一文字声に出してしっかり読む。	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）		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
2215	定期薬でタケプロンOD15mgを内服している患者に、臨時処方としてガスターD10mgが処方になった。疑義照会してガスターD10mgは処方削除となった。	患者の定期薬の内容の把握が処方医院で徹底されていなかった。	薬局では患者の定期内服薬や頓服薬・その使用頻度等を把握し、薬歴に記載しておく。重複や類似薬が処方された場合は処方医へ確認する。	ガスターD錠20mg		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
2216	処方内容：デルモベートクリーム10g（変更不可）ヒルドイドソフト軟膏10g（変更不可）を混合 当該薬剤師が「軟膏・クリーム配合変化ハンドブック第2版」を参照したところ、分離・含量増加により混合不可を確認。上記の内容でクリニックに問い合わせを行ったところ、薬剤変更となった。			ヒルドイドソフト	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「テイコク」		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2217	類似薬での発癌性を考慮し、薬剤変更を提案。	卸問屋より情報提供あり。服用している患者に連絡し、主治医に相談して頂いた。		ラニチジン錠150mg「サワイ」	ファモチジン散10%「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
2218	定期的に来局している患者が処方箋を持って来局した際、リボトリール細粒　3mg（成分量）が処方されていた。前回まではリスパダールが処方されていて、それぞれの適応症が異なるため処方医に確認したところ、リボトリール細粒　3mg（成分量）→リスパダール細粒　3mg（成分量）へ変更となった。	名称が似ているため処方医が勘違いした可能性がある	用法・用量に問題がない場合でも患者が処方変更について何も知らない場合は必ず処方医に確認を行う。引き続きお薬手帳や患者への聞き取り、処方箋のコメント、調剤録による過去の処方との照らし合わせなど、処方箋及び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どうか確認していく。	リボトリール細粒0．1%	リスパダール細粒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
2219	患者は近くの医療機関Aを臨時に受診し一般名クラリスロマイシン錠200mg・アストミン錠10mg・エンテノロンR−散が通常量で3日分処方されて来局。お薬手帳の提示を求めるとかかりつけの医療機関Bから10ヶ月前にスプリセル錠を含む投薬の記録があった。本人への聞き取りによると現在はスプリセル錠50mgだけを2錠継続中であるとのことだった。クラリスロマイシンのCYP3A4阻害作用によりスプリセルの血中濃度が上昇するおそれがあることを処方医に疑義照会するとクラリスロマイシンは処方中止となった。	患者はお薬手帳を処方医に見せなかった。患者はお若く明晰な感じを受けるため「必要な情報は積極的に医療機関に申し出られるだろう」との思い込みが医師にもあったようだ。	業務で接する患者さんやご家族にはどなたにもお薬手帳の意義と利用法について日頃からお話しし、お薬手帳はどの医療機関でも受け付け時に提示し、類似の処方内容であっても処方されるたびに記録することをわかっていただくよう努めること、また服用歴の確認なしには調剤しないことを徹底する。	クラリスロマイシン錠200mg「タカタ」			その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
2220	糖尿病患者でジャヌビア50mgとトルリシティが処方された。医師へ確認したところ、ジャヌビア50mgからメトグルコ250mgへ変更となった。	糖尿病患者でジャヌビア50mgとトルリシティが処方された。ジャヌビアとトルリシティは機序が似ており、医師へ確認したところ、ジャヌビア50mgからメトグルコ250mgへ変更になった。	糖尿病薬は多くの薬剤が発売されており、それぞれの薬剤の機序を確認し、相互作用の影響等を検討し、患者にあった処方が必要である。	ジャヌビア錠50mg	メトグルコ錠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
2221	一般名処方でアゾセミド錠の処方。定期薬に含まれていたゾニサミド錠が削除されていたので、処方医に問い合わせ。ゾニサミド錠の定期処方へ修正・変更となった	一般名名称の類似。		アゾセミド錠60mg「JG」	ゾニサミド錠100mg「アメル」			医薬品		ヒューマンエラー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	メルカゾールが処方再開したが患者がこれで体調悪くなったことがある。今回、他の薬にしてほしいと話があった。薬歴を確認するとプロパジールの服用歴もあったのでこちらに変更できるか確認した	過去にメルカゾールでの副作用歴あり。薬歴に副作用歴の表示の方法を再検討し、禁忌薬や副作用歴のある薬の服用を未然に処方を防ぐことができる。	患者とのコミュニケーションを大切にし、新規処方や処方再開の際には丁寧なヒヤリングが必要。過去の類似薬との比較や変更になった背景は薬歴の見出しに経時的にまとめていくことが必要。	メルカゾール錠5mg	プロパジール錠50mg	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 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
2223	フェロベリン配合錠の長期処方が追加となった。患者様に聞き取りをしたところ、貧血で受診。フェログラデュメットとの入力ミスの可能性あり疑義照会を実施、フェログラデュメットに変更となった。	処方医の入力ミスが考えられる。	投薬時の確認の徹底、類似した名称の薬剤についてはノルバスク、ノルバデックスのような別例についても紹介し対策。	フェロベリン配合錠	フェロ・グラデュメット錠105mg	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
2224	病院からの転院患者。酸化マグネシウム細粒83%が処方されていたが、患者が持っていた薬剤情報を確認すると以前は酸化マグネシウム細粒が処方されていた。	よく似ている名称であり、処方発行する段階での確認不足だと思われる。〇処方せんの見間違い	発行前に再度確認する	酸化マグネシウム細粒83%「ヨシダ」	炭酸マグネシウム「ケンエー」	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
2225	処方箋記載通り、ヘパリン類似油性クリームを投薬したが、皮膚にキズがあり、使用するとしみると翌日申し入れがあり、処方医に文章で情報提供をしてオイラックスクリームを再処方していただいた。	ヘパリン類似油性クリームは、キズがある場合は、しみることがある。	投薬時に患者に確認すること	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」	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	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
2226	湯薬の処方箋に薬価未収載の桂枝を一緒に調剤する旨の指示あり。患者への聞き取りの際、Drより「保険のきく漢方薬を処方する」との話があったとのことで疑義照会。照会後、桂皮に変更になった。	名称の類似に加えて用法も似ている。クリニックで入力する際に、桂枝が薬価未収載品で入力できなかった為、指示という形で記載。Drのカルテ上では桂枝と記載されていたが、Drは桂皮のつもりで処方していた。	患者への十分な聞き取りで防止するほかない	トチモトの桂枝	トチモトの桂皮			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
2227	一般名処方でレボフロキサシン500mg2T 2×MAN 5日分の処方記載があり。用量用法がおかしく疑義照会を行ったところ医院のオーダリングシステムでクラリシッド錠200mgを選ぶつもりでクラビット錠500mgを選択していたよう。一般名処方のクラリスロマイシン200mg 2T 2×MAN 5日分に処方変更された。	医院での先発品名の類似品との選択ミスによる処方ミス。〇単純なミス	医院での確認の徹底。薬局側でも今後用法用量に対しての確認を再度徹底します。	クラビット錠500mg	クラリスロマイシン錠200mg「NPI」	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
2228	強力ボステリザン軟膏が処方されていたが、薬歴を確認したところ使用歴がなかった。患者様とお話をする中でも特に薬剤の変更に関しては聞いていないとのことだったので医師に確認したところ、今まで通りプロクトセディル軟膏を処方してくださいとのこと。	類似薬による思い違いと思われる。	医師、クリニックに注意喚起。	強力ボステリザン（軟膏）	プロクトセディル軟膏		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
2229	セレコックス錠100mg 3T分3毎食後14日分、メチコバール錠500μg3T分3毎食後14日分、セレコックス錠100mg2T分2麻夕食後14日分の処方箋において、セレコックス錠が重複しているのと、通常は分2で服用することから疑義照会にて処方医に確認。セレコックスに名称が類似しているセルベックスを処方するつもりなのか、漸減で服用するのか確認したところ、ムコスタ錠100mg3T分3毎食後14日分に変更するよう指示あり。セレコックスの重複投薬は防止できた。	処方箋の記載不備の確認漏れ	漸減投与と思い込んで調剤しない。	セレコックス錠100mg	ムコスタ錠100	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
2230	定期薬でパリエット10mgを服用中の患者様が臨時で同一医療機関へかかり、ネキシウム10mgを処方される。医薬品の変更かと尋ねると変更とは聞いてないとの返答。疑問を感じ疑義照会を行った結果、医師はパリエットを処方中であることを見逃し、類似薬のネキシウムを重複して処方してしまったとのことで、ネキシウムが処方削除となった。	処方医が処方歴の確認を怠った。薬剤交付の際は処方された経緯を必ず患者様に確認する必要がある。		ネキシウムカプセル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
2231	セフェム系抗生物質にアレルギーのある患者にケフラールカプセルが処方された。疑義照会後、バクタ配合錠に変更となった。	アレルギー歴についての確認不足	患者のアレルギー歴は薬歴に記載しておく。抗生物質については類似構造の系統にも注意する。	ケフラールカプセル250mg	バクタ配合錠		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.	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	
2232	今回、ビクトーザ皮下注が追加された。以前より服用していたカナリア配合錠も継続処方となっており、カナリア配合錠に含まれるDPP-4阻害剤のカナフロジンとGLP-1作動薬のビクトーザ皮下注が同種同効薬のため、疑義照会を行ったところ、カナリア配合錠→カナグル錠100mgへ変更となった。	カナリア配合錠に含まれる成分が把握されていなかったことと、カナリアとカナグルの名前が似ていることが要因なったと考えられる。	配合剤が増えているので、その成分をしっかりチェックしておくこと、名前が似ているものについてはさらに注意をしておく必要がある。	カナリア配合錠	カナグル錠100mg		その他	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2233	PL配合顆粒で副作用歴あること確認ピーエイ配合錠とPL配合顆粒は同組成であることから疑義照会ツムラ葛根湯に変更となる。	副作用歴の聞き取りをしたら類似薬にも注意する	副作用歴の聞き取りをしたら薬歴に反映させチェック機能を強化する	ピーエイ配合錠	ツムラ葛根湯エキス顆粒（医療用）	確認を怠った	知識が不足していた		教育・訓練	ヒューマンエラー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	アスパラCA錠処方追加されるところ処方箋記載がアスパラカリウム錠300mgでの処方。処方オーダリングシステムの入力間違え	名称が似ているため選び間違えと思われる。病院の確認ミス	患者様のお話をよく聞き、処方内容を疑う	アスパラカリウム錠300mg	アスパラ－CA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
2235	セルベックス細粒が他院にて定期処方されている患者様。今回整形外科にてムコスタ錠が処方されており、薬効類似のためムコスタ錠削除となった。	患者様は病院にお薬手帳を渡し忘れた。医師が他院にて何が処方されているか判断できず、ムコスタが処方された模様。	病院へ受診する際お薬手帳を持参していただくことを説明し、薬局内でもお薬手帳持参時に過去の処方薬を確認する。	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
2236	ボナロンゼリーで口内炎、舌炎が疑われる患者に一旦は中止となったが、新たに処方が出ていた為処方提案を含めた疑義照会を行ったところ、処方削除となった。		患者の過去の副作用情報を収集し該当薬剤もしくは類似薬剤が処方された場合は疑義照会を行い患者の不利益にならないようにする	ボナロン経口ゼリー35mg			その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2237	患者より「めまいのため苓桂朮甘湯を服用してみたくて、処方医に相談して処方してもらった。」と申し出があったが、処方されていたのは一時違いで、腰痛などで処方されるツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒（医療用）であったため、処方医に疑義照会してツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒（医療用）に変更となった。	漢方薬には類似名称の方剤があり、処方医が処方入力時に選択を誤ってと思われる。	漢方薬には類似名称の方剤があり、患者からのききとりをしっかりして、類似名称薬のオーダー誤りを疑われる場合は、疑義照会していくことが大切である。	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）				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2238	リンゼスとアミティーザ　類似薬効だが同時に処方されている	○単純なミス		アミティーザカプセル24μｇリンゼス錠0．25mg			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、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	
2239	他院にてレバミピド錠服用中　類似薬効のイルソグラジン錠が今回処方イルソグラジン処方削除	おくすり手帳の確認漏れ　〇単純なミス		レバミピド錠100mg「オーツカ」 イルソグラジンマレイン酸塩錠2mg「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
2240	患者は、総合病院内科から定期薬でカルブロックが処方されている。健康番組で口腔カンジダの情報が自分に似ていたために同病院耳鼻科を受診して、検査もせずフロリードゲル経口用が処方された。カルブロックとフロリードゲル経口用は併用禁忌のため疑義紹介して処方削除になり、検査後に改めて処方薬を検討することとなった。	同じ病院内では相互にカルテや処方薬を閲覧が出来るが、今回追加処方されたフロリードゲル経口用は禁忌チェックがかからなかった。	調剤薬局でも処方チェックする仕組みはあるので、新たに追加された処方がある時は併用禁忌を疑ってその都度確認する必要がある。	フロリードゲル経口用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