

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる 調査結果	
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に 関わる要 因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
1	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「セルシン錠〔2mg〕、3錠分3毎食後 28日分」と記載されていた。薬剤師Aはセニラン錠2mgと思い込んで、セニラン錠2mg 84錠調剤した。誤りに気が付かずそのまま監査に回した。監査にあたった薬剤師Bも間違いに気づかずセニラン錠2mg 84錠投薬した。	薬品名が類似していたため、処方箋の見間違いで間違いが発生。	セニラン錠の棚に、注意喚起のメモを貼る。該当患者の引継ぎ欄に注意喚起のメッセージを入れる。当該事例を薬局内に周知し、再発の予防に努める。	2mgセルシン錠	セニラン錠2mg	確認を怠った		医薬品	仕組み	セニランの販売名は、製造販売業者により、一般名に変更予定である。
2	セルシン2mgの半錠の処方あり。処方箋をみてセニラン2mgを調剤者が間違えてピッキングしてしまった。半錠調剤時に再度処方箋を確認したところでピッキングミスを見。	医薬品名称の類似で、処方箋の確認を怠りセルシン2mgが正しいところセニランmgをピッキングしてしまった。○単純なミス○処方せんの見間違い	セルシン2mgおよびセニラン2mgの棚周囲に「注意：類似名称薬あり」とメモ書きを目立つよう記載	2mgセルシン錠	セニラン錠2mg	確認を怠った		医薬品		セニランの販売名は、製造販売業者により、一般名に変更予定である。
3	「一般名」ジアゼパム錠5処方でセルシン5を調剤するところセニラン錠5を調剤してしまった。監査時に気が付いた。		名称が似ているため注意	5mgセルシン錠	セニラン錠5mg	確認を怠った		医薬品		セニランの販売名は、製造販売業者により、一般名に変更予定である。
4	患者が持ち込んだ処方箋は一包化指示の処方箋で、複数の薬のなかにアテレック5mg1錠分1朝食後が記載されていたが、薬剤師Aが見誤ってアレロック5mgを分包した。薬剤師Bが監査を行った時に誤りに気がつき作り直した為患者には渡らなかった。	処方せんの見間違い 注意力散漫 思い込み	薬の箱に類似名ありと注意表示をつける。	アテレック錠5	アレロック錠5	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		アテレック錠とアレロック錠の販売名類似については、薬剤取換え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
5	処方アテレック錠5mgであったが、間違えてアレロック錠5mgで調剤した。監査時に気づき、調剤しなおした。	名称が似ており、規格も同じだったため、処方せんの見間違いと調剤時の焦りが原因だと考えられる。	調剤時には処方せんの確認をしっかり行い、落ち着いて調剤する。	アテレック錠5	アレロック錠5	確認を怠った	技術・手技が未熟だった			アテレック錠とアレロック錠の販売名類似については、薬剤取換え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り違い」)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に 関わる要 因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
6	アレロック(5)処方のところ、アテレック(5)調剤アレロックは10錠シートアテレックはウィークリーシートを採用していたが、名称類似により見間違い。	単純なミス	一文字鑑査の実施	アレロック錠5	アテレック錠5	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			アテレック錠とアレロック錠の販売名類似については、薬剤取違い事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
7	アレロック5mg処方に対し、アテレック5mgを調剤してお渡し。2回服用した後、家人がPTPIに「高血圧の薬」と書かれているのに気づき 薬局に問い合わせし判明。	類似した名前の薬だったため、思い込みでビックし、鑑査時・投薬時ともミスに気づかなかった。	鑑査時 立て読み鑑査で確認、投薬時も薬袋に書かれている写真等と照らし合わせて確認する。	アレロック錠5	アテレック錠5	確認を怠った		医薬品		アテレック錠とアレロック錠の販売名類似については、薬剤取違い事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
8	アレロック錠5mgをビックキングするところ、間違ってアテレック錠5mgをビックキングしてしまった。	作業手順では、ヒートに記載された薬品名と処方箋に記載された薬品名を突き合わせ確認するが、それを怠っていた。また、声出し、指差し確認も怠っていた。	作業手順を再確認、徹底する。今回該当する医薬品の薬品棚に「名称類似・薬効(アレルギー、血圧など)」の注意喚起の札を掲示し、また、レセコン内の医薬品の局内名称にも同様に「名称類似・薬効」の文言を入力する。	アレロック錠5	アテレック錠5	確認を怠った				アテレック錠とアレロック錠の販売名類似については、薬剤取違い事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
9	一包化の予製作成時、処方箋にはテオドール錠100mgと記載されていたが、テグレート錠100mgで調剤してしまった。予製鑑査時に、鑑査者が間違いに気が付いた為、交付までにはいかなかった。	処方箋・薬の確認・調剤時の指し呼称が不十分であった。調剤者の経験が浅く、名称が似ており、規格も一緒だったので、間違いに気が付くことができなかった。	調剤時の薬の名称・規格・用量・用法・日数の指し呼称を徹底する。患者のメモ等に間違いやすいものは注意喚起の伝言を残す。	テオドール錠100mg	テグレート錠100mg	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	教育・訓練		テオドール錠とテグレート錠の販売名類似については、薬剤取違い事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
10	薬品名の類似と同ミリ数の為。	棚は離れた場所にあったが、思い込みが強かった為。	思い込みを持たず、記載通りの薬品名をミリ数を声に出してビックキングする	テオドール錠100mg	テグレート錠100mg	判断を誤った				テオドール錠とテグレート錠の販売名類似については、薬剤取違い事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
11	Rp. フェアストン錠40mg、1錠/90日分のところ、デュファストン錠5mgを90錠ビックキングし、鑑査時に発見された。	・金曜夕方、疲れていて集中力が欠いていた。・医薬品名の類似。・作業後の再確認を怠った。	・類似する医薬品名を認識し、作業後の再確認を怠らない。	フェアストン錠40	デュファストン錠5mg	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		フェアストン錠とデュファストン錠の販売名類似については、薬剤取違い事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に 関わる要 因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマン ファクター	環境・設備 機器	その他	
12	マイスリー5が処方されていたが、マイスタン5を調剤した。	マイスタン10も処方されていたため、てマイスリーを読み間違えた。 ○処方せんの見間違い	調剤後に再度確認する。類似薬品名は注意する。	マイスリー錠5mg	マイスタン錠5mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			マイスリー錠とマイスタン錠の販売名類似については、薬剤取換え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
13	ロフラゼブ処方のところ、ロラゼパムを調剤	薬剤名が、似ているため、誤って調剤。	処方されている患者の名前を付け、調剤のつど確認できるようにした。	ロフラゼブ	ロラゼパム	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	仕組み	ロラゼパム錠とロフラゼブ酸エチル錠の販売名類似については、薬剤取換え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
14	一般名：ロフラゼブ酸エチル1mg ロフラゼブ酸エチル1mg「サワイ」のところロラゼパム1mg「サワイ」をピッキングした。	取り間違った。名前が似ている。○単純なミス	よく名前を確認してピッキングします。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った				ロラゼパム錠とロフラゼブ酸エチル錠の販売名類似については、薬剤取換え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
15	ロフラゼブ酸エチル錠1mgと一般名で処方された薬をロラゼパム錠1mgで調剤して、他の薬剤師が監査するも気づかずに本人に渡す。翌日本人の家族が薬局し薬の取り換えを指摘される。幸いなことに服用する前に本人がヒートの違いに気づき服用はしなかった。	一般名で処方されていたので類似の名称に気が付かずに調剤してしまった。	処方名の確認と薬のヒートの名称の確認を複数回複数の薬剤師で確認すること。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品		ロラゼパム錠とロフラゼブ酸エチル錠の販売名類似については、薬剤取換え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
16	ロフラゼブ酸エチルとロラゼパムを取り違えて調剤、投薬前の発見により患者に渡る前に調剤をやり直した。	名称の似ている薬剤であることに加え、同じ引き出しで保管されていたため取り違えたのだと推察できた。	ロラゼパム1mgについては採用を中止し、先発のみの採用とするとともに、0.5mgについては保管場所を変更した	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	判断を誤った	技術・手技が未熟だった	医薬品	仕組み	ロラゼパム錠とロフラゼブ酸エチル錠の販売名類似については、薬剤取換え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り違い」)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に 関わる要 因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
17	一般名でロラゼパムとロフラゼパムが似ていて、最終確認を怠った(自己監査)	○作業手順の不履行○処方せんの見間違い	向精神薬の引き出しの中の分類をした。	ロフラゼパム酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った	その他	施設・設備	仕組み	ロラゼパム錠とロフラゼパム酸エチル錠の販売名類似については、薬剤取違い事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
18	ロフラゼパム酸錠(1)「サワイ」が処方されていたが、ロラゼパム錠(1)「サワイ」と取り間違えた。監査者が気づき、正しく調剤、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、注意喚起のれんをつける等行う	ロフラゼパム酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	判断を誤った	勤務状況が繁忙だった			ロラゼパム錠とロフラゼパム酸エチル錠の販売名類似については、薬剤取違い事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
19	ロフラゼパム酸エチル錠(1)「サワイ」を調剤すべきところ、ロラゼパム錠(1)「サワイ」をピックアップしてしまった。監査者が気づいて正しい薬剤を調剤、交付	名称類似による思い込み	処方せん、調剤録薬剤名と実物との指さし確認を徹底、ストッカーに注意喚起のれん等の対応	ロフラゼパム酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ロラゼパム錠とロフラゼパム酸エチル錠の販売名類似については、薬剤取違い事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
20	薬剤取り間違い	名称の類似、同じ棚に配置	棚の配置の変更。名称類似の喚起	ロフラゼパム酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った	知識が不足していた勤務状況が繁忙だった	医薬品		ロラゼパム錠とロフラゼパム酸エチル錠の販売名類似については、薬剤取違い事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
21	薬剤取り違い。患者申し出より発覚。10日ほど服用後、薬剤が異なることに気づき服用中止。	名称類似による薬剤の取り違い。調剤者・監査者ともに確認不足だった。	棚に注意喚起の札を付ける。調剤・監査時、処方箋と薬剤の確認徹底。投薬時に薬剤を提示し、確認してお渡りする。	ロフラゼパム酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った				ロラゼパム錠とロフラゼパム酸エチル錠の販売名類似については、薬剤取違い事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
22	ロフラゼパム酸エチル1mgが処方されたがロラゼパム1mgを調剤してしまった。○10錠シート	業務が忙しくよく似た名前で取り違えた○単純なミス	注意深く処方箋を確認、薬剤の名前を確認する。	ロフラゼパム酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	教育・訓練	ロラゼパム錠とロフラゼパム酸エチル錠の販売名類似については、薬剤取違い事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる 調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に 関わる要 因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器	その他	
23	ロフラゼプ1mg「サワイ」30日分処方された。調剤する際、ロフラゼプ1mg「サワイ」の箱を取り出し調剤過誤防止のためミスゼロ個でバーコードを読み取りピッキングを始めた。100錠包装の箱には60錠入っており、数が足りなかったため、新しい箱をとりだしピッキングを続けた。その際あやまって似た名称のロラゼパム1mg「サワイ」の箱から錠剤をとりだし端数の処理間違い調剤をした。シートのデザインが少しちがっていたので鑑査時に判明した。	当事者は、薬局にロラゼパム1mg「サワイ」とロフラゼプ1mg「サワイ」の両方が採用されていることは理解していた。調剤過誤防止のミスゼロ個でバーコードを読み取り正しい医薬品をピッキングしたことによる安心から新しい箱を手にとるときに確認を怠った。	端数処理をするとき、新しい100錠包装の箱を手にとったときも再度ミスゼロ個でバーコードを読み正しいものであること確認する。	ロフラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	施設・設備	ルールの不備	ロラゼパム錠とロフラゼパムエチル錠の販売名類似については、薬剤取換え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
24	ロフラゼパム錠1mg「サワイ」が処方されているのに、ロラゼパム錠1mg「サワイ」がピッキングされていた。最終鑑査で気が付いたので交付までには至らなかった。	良く例えられる名称が似ている取り違い易い例としてノルバスクとノルバデックス、テオドールとテグレートなどがあるが、これらは薬効が明らかに違うので当該患者の疾患がある程度分かっていたら間違いだと気づくことができる。ロフラゼパムとロラゼパムは対象疾患が近いし、同一患者にも処方されることがあるので、疾患からは判断できない。文字を一文字一文字確認しなければ間違える恐れがある。	頭文字3文字を拡大文字にする。	ロフラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った	その他			ロラゼパム錠とロフラゼパムエチル錠の販売名類似については、薬剤取換え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
25	【一般名】ロフラゼパムエチル錠1mgの処方、ロフラゼパムエチル錠1mg「トーフ」を調剤するところ、ロラゼパム錠1mg「サワイ」で調剤した。鑑査システムでエラーが出たため、ミスに気付いた。	両剤とも向精神薬であり、名称も類似している。規格も同じであるため、思い込みにより間違えて調剤してしまった。○注意力散漫	最後の一字まで確認し、指差し呼称を行いながら調剤する。	ロフラゼパム錠1mg「トーフ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ロラゼパム錠とロフラゼパムエチル錠の販売名類似については、薬剤取換え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる 調査結果	
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に 関わる要 因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
26	翌朝の棚卸時に、ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」とロフラゼブ酸エチル錠1mg「SN」の数量が10錠ずつの差異があることに気づき、該当の患者に電話で確認し、誤りが発覚した。デザインが変わり、効き目がいい薬なのかと思い、残っていたロラゼパム錠0.5mg「サワイ」を飲まずに、ロフラゼブ酸エチル錠1mg「SN」を昼にすでに1錠服用してしまっていた。副作用などの健康被害は起きていないことを確認した。	名称が類似している上、同じ引き出し・近い場所に保管していた。間違いやすいと思い、気にはなっていたものの、対策を取っておらず、過誤が発生してしまった。 ○単純なミス ○作業手順の不履行	「類似名称あり！注意！」のラベルを付けた。意識を高めるよう、呼びかけた。	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「SN」	確認を怠った		医薬品 施設・設 備		ロラゼパム錠とロフラゼブ酸エチル錠の販売名類似については、薬剤取換え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
27	翌日朝の棚卸時にロラゼパム錠0.5mg「サワイ」とロフラゼブ酸エチル錠1mg「SN」に7錠ずつの差異があることに気づき、該当の患者へ電話したところ、誤って交付していたことが発覚した。投薬時にいつもと違う薬だと気付いていたようだが、効き目がいい薬なのかと思い、朝から服用し始めていた。当日昼に来局して頂き、交換を行った。副作用などの健康被害が起きていないことも確認できた。	1週間前にも同じ過誤を起こしたばかりで、「類似名称あり！注意！」のラベルを作って対策していたにも関わらず、過誤を起こしてしまった。注意不足だった。○作業手順の不履行 ○注意力散漫	ロラゼパム0.5mg「サワイ」の引き出しを、別な引き出しに移動した。ロフラゼブ酸エチル錠1mg「SN」が処方の場合、「フ」の文字に丸を付けて、念入りに確認を行う。入力・ピッキング・鑑査時に声掛けをして確認する。	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「SN」	確認を怠った				ロラゼパム錠とロフラゼブ酸エチル錠の販売名類似については、薬剤取換え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
28	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「(一般名)ロラゼパム錠0.5mg2錠分2朝夕食後30日分」の記載があった。薬剤師Aは調剤する時にロラゼパム錠0.5mg「サワイ」を調剤するところを誤って同じ薬棚からロフラゼブ酸エチル錠1mg「トーフ」を取り監査に回した。薬剤師Bは監査システム(パレラ)で間違いに気づき、調剤した薬剤師Aに伝えた。薬剤師Aはロフラゼブ錠0.5mg「サワイ」を正しく調剤し直した。監査段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	ロラゼパムとロフラゼブは名称が似ていたため間違えやすかった。同じ棚の中にあり位置も近かった。薬剤師は新人だったため間違えに気づき難かった。混んでいたため焦りもあった。	ロフラゼブ錠とロフラゼブ酸エチル錠の棚の位置を離した。「名称類似あり」のマグネットを近くに貼り取り換え防止のために注意喚起した。	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「トーフ」	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 施設・設 備		ロラゼパム錠とロフラゼブ酸エチル錠の販売名類似については、薬剤取換え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる 調査結果	
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に 関わる要 因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
29	一般名が【一硝酸イソソルビド】の処方について本来であればアイトロールを調剤しなければならなかったところ、【硝酸イソソルビド】であるブランドルを調剤してしまった。鑑査者が一般名の微妙な違いに気付き、本で調べたところ、一般名は類似しているが、医師の処方内容と異なる事が発覚。	一般名の見落としと知識不足。	一般名処方の情報共有。レセコンの局内用名称を変更し、区別しやすくし対応。	アイトロール錠20mg	ブランドル錠20mg	判断を誤った	知識が不足していた		教育・訓練	硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠の販売名類似については、薬剤取換え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
30	一般名「硝酸イソソルビド徐放錠20mg」のところ、「一硝酸イソソルビド錠20mgトーフ」で調剤。	一般名処方で事務員の入カミスに気付かず、硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠が同等ではないとの認識不足も重なったため。	一般名で似たような名称がある医薬品を列挙し、職員に周知させる。	ブランドル錠20mg	一硝酸イソソルビド錠10mg「トーフ」		知識が不足していた			硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠の販売名類似については、薬剤取換え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
31	一般名処方された一硝酸イソソルビド錠20mgを硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」で調剤してしまった。	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」と硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」の医薬品の名前がとてもよく似ている薬の在庫があったこと。	両方の薬の在庫があることを周知することとそれぞれ処方されている患者さんの未決申し送りに注意事項として記入しておく。	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品		硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠の販売名類似については、薬剤取換え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
32	一包化する患者。錠剤分包機に錠剤をセットする際、本来、硝酸イソソルビド錠20mgをセットすべきところ誤って一硝酸イソソルビド錠20mgをセットしてしまった。一包化した場合、監査時に錠剤のロット番号だけでなく、実際に分包したPTPシートのカラも確認するようになっている。監査時にPTPシートのカラを確認したところ誤っていることに気が付き、分包しなおした。	当薬局では硝酸イソソルビド錠20mgよりも一硝酸イソソルビド錠20mgを調剤する機会の方が圧倒的に多い。今回処方されていたのは硝酸イソソルビド錠20mgだったが、思い込みと確認不足により取り間違いが発生したと考えられる。○処方せんの見間違い	類似名薬剤が存在するものは特に注意して調剤・監査する。処方入力した薬剤師も調剤する薬剤師に、注意すべき薬剤があることを気づいた時点で伝える。今後も一包化した際はPTPシートのカラもつけて監査時に十分確認できるようにする。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠10mg「サワイ」	確認を怠った				硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠の販売名類似については、薬剤取換え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果	
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器		その他
33	個人在宅を行っている患者さまで一包化を行っている。処方箋ではランドル錠20mgの記載であったが、ジェネリック希望であったため硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」で調剤するところを、一硝酸イソソルビド錠20mg「トーフ」でピッキングし、分包を行ってしまった。一包化の監査システムを導入しているが、監査時にエラーが発生し間違った薬で調剤していたことが発覚した。正しい薬剤で作り直し、患者さまには正しい薬で交付した。	薬のピッキングの後に処方箋をもとに照らし合わせを行うが、それができていなかった。○作業手順の不履行	似た名称で間違えやすいことをスタッフ一同共有し、見誤らないようにする。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「トーフ」	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品	ルールの不備	硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠の販売名類似については、薬剤取換え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
34	患者が処方箋を持って来局。処方箋には「硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」2錠分2朝夕食後90日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」を調剤する所、一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」を調剤し、気づかずに監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが、処方薬の硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」ではなく、一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」が調剤されていることに気づき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aは硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」を正しく調剤し、再度薬剤師Bに監査にもらった。監査の段階で誤りに気付いた為、患者には正しい薬を交付した。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」と一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」の名称が類似している事と、患者来局時は店内が混雑しており焦りもあった為。	業務手順を見直し、調剤者がピッキングした後に、監査に回す前に再確認する事を徹底する。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品		硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠の販売名類似については、薬剤取換え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
35	患者さんが、処方箋を持って来局した。処方箋には、「一般名で、硝酸イソソルビド徐放錠20ミリグラム、4錠／分2朝、夕食後、28日分」と記載されていた。薬剤師Aは、一硝酸イソソルビド20ミリグラム「サワイ」で、ピッキングし、薬剤師Bも、監査でも気がつかず、薬剤師Cが、投薬時、発見、再度、薬剤師Bに監査してもらい、患者さんには、正しい薬、硝酸イソソルビド20ミリグラム「サワイ」を投薬した。	名前、薬効が、似ている上、薬剤師Bは、入店1か月目のため、在庫品目を把握していなかった。患者来局時は、店内が、混んでいたため、焦りがあった。	硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドの在庫位置を離し、業務手順を見直し、メンバーには、名称類似医薬品を伝え、調剤室には、表を貼り、再注意を徹底させた。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」	確認を怠った判断を誤った	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	硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠の販売名類似については、薬剤取換え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「薬剤取り換え」)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる 調査結果	
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の 行動に 関わる要 因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマ ンファク ター	環境・設 備機器		その他
36	一包化希望の患者様への分包調剤。処方情報(般)一硝酸イソソルビド徐放錠指示の所、硝酸イソソルビド徐放錠で分包してしまった。分包後、監査した薬剤師の指摘により薬剤の間違いである事に気づいた。	処方せんの見間違いと単純なミスによる取り間違い。待合室も混み入っていた為、焦りもあったものと考えられる。	類似名称薬の採用がある医薬品については「名称注意」と立札を付けて、注意喚起を促すようにした。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「ツルハラ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠の販売名類似については、薬剤取換え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
37	硝酸イソソルビド徐放錠20mgと一硝酸イソソルビド錠20mgの取り換え	一包化を行う前の計数調剤時、ピッキングマシンを使用していなかったため、取り揃える薬品を間違えた。	一包化の前でも、ピッキングマシンで薬品に間違いがないことを確認する。似た名称の薬品があることを注意喚起出来るよう、箱にラベリングする。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「トーフ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「トーフ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠の販売名類似については、薬剤取換え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(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	
38	セニラン2mgを、誤って2mgセルシンのカセットに戻してしまった。	医薬品の名称が類似している。確認を怠った。		セニラン錠2mg 2mgセルシン錠	確認を怠った		医薬品		セニランの販売名は、製造販売業者により、一般名に変更予定である。
39	テオドール錠100mgを調剤するところ、誤ってテグレート錠100mgで調剤し一包化した。	複数人の一包化調剤が夕方過ぎにFAXで送られてきた。急いで調剤しなければと気持ちが焦り、処方内容から短時間で調剤できる方から優先して一包化していったが、その最初が当患者だった。	名称類似薬のリストをアップする、一包化の際は調剤したシートをのこして、監査時に確認。	テオドール錠100mg	確認を怠った	通常とは異なる身体的条件下にあった 通常とは異なる心理的条件下にあった			テオドール錠とテグレート錠の販売名類似については、薬剤取違え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
40	レセコン入力時の似た名称の薬剤の選択間違いで、事務員がノルバスクOD錠5mgにノルバデックス錠10mgを入力し、薬袋・薬情・手帳シールが作成され、調剤鑑査時に薬剤師が気づいた。	事務員の個人の資質的に注意力散漫な面があり、週末の午前中の多忙な時間であったので、特に焦りがあったと思われる。長年勤めていたかたから新しい事務員となって半年経ち、慣れも出てきたのか、入力等ミスが多発している時期で、鑑査時特に気を付けていたので交付まで至らなかった。名称は似ているが薬効は全く異なる薬剤で、薬剤師としては間違ふことはまずないと思われるが、事務員は薬効までは理解していることは少ないので、気づきにくいかもしれない。	個人の資質的な面があったので、ミスが多くても見逃さないように薬剤師間で注意を行った。	ノルバスクOD錠5mg ノルバデックス錠10mg	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		ノルバスク錠とノルバデックス錠の販売名類似については、薬剤取違え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる 調査結果	
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器		その他
41	メブチンミニ25μg、カルボシステイン錠250mg、アスペノンカプセル10mg、クラリスロマイシン錠50mgという処方があり、患者に確認すると風邪で受診したとのこと。風邪の患者に抗不整脈薬であるアスペノンカプセル10mgが処方されており、名称が類似するアスペリン錠10mgとの入力間違いを疑い医師に疑義照会したところ、その通りである旨の返答があり、処方変更となった。	○単純なミス		アスペノンカプセル10	アスペリン錠10	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		アスペリン錠とアスペノン錠の販売名類似については、薬剤取違え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は対策を検討中である。
42	医療機関からアスペノン10mgの在庫確認連絡があり、在庫有りと返答。程なくして投薬品が含まれる処方箋を患者さんが持参。何の躊躇いもなく調剤し投薬。後程、処方状態に疑問を持ち(カロナールとアスペノン4日分処方だった)医療機関に疑義照会した。結果、アスペノンではなく、アスペリンの間違いであった。医療機関が既に患者さんへ連絡しており、後程本人が交換にみえた。	処方意図を汲み取った、処方監査が不十分であった。バタついていたこともあり、焦り、患者さん本人への聞き取りも不十分であった。	名称の類似や効能効果を鑑みた処方箋監査を徹底し、何より患者さんへの聞き取りに注力する。	アスペノンカプセル10	アスペリン錠20	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		アスペリン錠とアスペノン錠の販売名類似については、薬剤取違え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は対策を検討中である。
43	カルボシステイン錠500mg、トラネキサム酸カプセル250mg、PL配合顆粒等の中に、種類だけ、アプリンジン塩酸塩カプセル10mgが7日分で処方されていたため、患者に不整脈等で医師に診てもらったかを確認したところ、風邪で今回かかったと回答があり、病院に疑義照会したところ、アスペリン錠10mgの間違いだった。	病院で入力するときにアスペノンカプセル10mgとアスペリン10mgでの名称が似ていることから、間違えたと考えられる。	病院の薬剤部でも再確認するシステムを構築する。	アスペノンカプセル10	アスペリン錠10	確認を怠った		コンピュータシステム 医薬品		アスペリン錠とアスペノン錠の販売名類似については、薬剤取違え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は対策を検討中である。
44	71歳の患者に対し、新規でアテレックが処方されていたが、患者聴取より、アレルギーの薬を処方すると言われていた。疑問に思った薬剤師が疑義照会、アテレックからアレロックへ訂正となった。	注意喚起されている程に名前が似ている薬であるので、Dr入力時に勘違いをされていたと思われる。		アテレック錠10	アレロック錠5	判断を誤った				アテレック錠とアレロック錠の販売名類似については、薬剤取違え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
45	アテレック5mgで処方箋は記載あり、薬局にて後発品のシルニジピン5mg「サワイ」に変更している患者さん、来局時処方せんを確認したところアテレック5mg1錠夕食後から2錠朝食後に変更、患者さんに理由を聞いたところかゆみが出ているためアテレックを1日2回にするような話だったそう。アテレックとアレロックを混同している可能性が考えられたため疑義照会したところアテレック5mgは1日1回に戻り、代わりにフェキソフェナジン60mg2錠朝食後が追加となった。	名称が似ている薬だったため医師も薬品名を混同したと思われる。	対策:医師のオーダーでアテレックを使用中止とし【般】シルニジピン錠5mgに変更する。	シルニジピン錠5mg「サワイ」		確認を怠った				アテレック錠とアレロック錠の販売名類似については、薬剤取違え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
46	前回まで継続してエクセラゼ配合錠が処方されていたが、今回、エクセグラン錠で処方	処方医薬品の名称類似で誤って入力したと思われる		エクセグラン錠100mg	エクセラゼ配合錠			医薬品		エクセグラン錠とエクセラゼ錠の販売名類似については、薬剤取違え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
47	エクセグラン100mg3錠分3での処方。初回。初回としての用量に疑問を持ち疑義照会をしたところ、エクセラゼ錠3錠の処方ミスだった	病院の処方ミス。	病院の処方ミスであったが、初回であり、外科からの処方での可能性のありえる処方だった。スタッフによっては気がつかないケースも考えうるため、類似名称の医薬品についての理解と、そういった危険があることを念頭に業務にあたる。また、新規薬剤追加の際には投薬時のヒアリングを十分に行いミスを防ぐ。	エクセグラン錠100mg	エクセラゼ配合錠				その他	エクセグラン錠とエクセラゼ錠の販売名類似については、薬剤取違え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
48	エクセグラン(100)が処方。薬歴よりてんかん・脳の手術の既往がない事確認。患者本人にもそのような既往がない事、及び引きつけなどの症状がなく、今回は胃部不快感で受診したことを確認。処方医へ問い合わせの結果、エクセラゼ錠に変更となった	エクセラゼ配合錠とエクセグラン錠の薬品名の酷似による処方過誤と推測される。	薬歴・患者からの情報をもとに処方の適性を評価し調剤する	エクセグラン錠100mg	エクセラゼ配合錠			医薬品	その他	エクセグラン錠とエクセラゼ錠の販売名類似については、薬剤取違え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
49	一般名クエチアピン(セロクエル)25mg 3T毎食後の処方、歴より処方記録なし、既往歴より疑義照会したところ、セロクラール20mg3錠毎食後へ変更となった。	調剤者は疑問に思わずに調剤を実施、鑑査時セロクエル初回であり、以前も似たような処方間違いがあり不安に感じて疑義照会を行ったところ変更となった。患者にも確認したところ、以前でたことのあるセロクラールをお願いしたとの発言もあった。	病院での処方ミスの可能性を視野に入れて業務を行う。セロクラール20mgをセロクエルで処方してきた例は過去にもあったので意識する。	セロクエル25mg錠	セロクラール錠20mg			その他		セロクエル錠とセロクラール錠の販売名類似については、薬剤取違え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
50	以前より当薬局を利用の患者様。処方内容はテオドール錠100mg2錠2×MAであった。前回までは三叉神経痛によりテグレート錠200mg2錠2×MAを服用していた。処方日数も60日分で効能も全く異なる薬剤のため不審に思い患者へ確認したところ前回よりも量を少なくしてもらったが違う薬とは聞いていないとのことDrへ疑義照会。結果、テグレート錠100mg2錠2×MAへと変更になった	電子カルテでの薬剤呼び出しの際にテオドールとテグレートを間違えたようだ	名称の似ている薬剤については病院側の発行時に間違いリスクは非常に高い。今後も不審な処方内容についてはしっかりと疑義照会を行って確認していく	テオドール錠100mg	テグレート錠100mg		その他			テオドール錠とテグレート錠の販売名類似については、薬剤取違え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
51	いつもマイスタンが処方されている患者に、一般名でゾルピデムが処方されていた。患者家族に確認したところ、処方変更の話は聞いていないとのことで疑義照会をかけた。マイスリーとの間違いでゾルピデムが入力されてしまったため、今まで通りマイスタンに処方変更となった。	いつもと同じ医師にかかっていたが、違う病院で診察を受けていた。類似名称で入力ミスが起こった。	薬歴のチェックや、患者・家族への聞き取りを丁寧に行う。	【般】ゾルピデム錠5mg	マイスタン錠5mg			コンピュータシステム医薬品		マイスリー錠とマイスタン錠の販売名類似については、薬剤取違え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
52	マイスタン5mgが処方、投薬時、患者様より眠れないので薬を出してもらったと確認。薬効がおかしいので疑義	薬名類似による処方医の入力ミスと思われる○単純なミス	新規の薬が出たときはどういう意図ででたのが必ず確認する	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg	確認を怠った				マイスリー錠とマイスタン錠の販売名類似については、薬剤取違え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
53	マイスタン5mg 1錠 不眠時 5回分・新規処方、他の抗てんかん薬ないため適用外	・マイスタン5mgが今回初処方では不眠時処方されているが、マイスリー5mgを夕食後定期処方と以前不眠時処方された履歴もあり、マイスリー5mgの処方ではなかったか確認。	・新規処方薬の処方監査の徹底・類似名称や頭の数字文字同じ薬への注意、情報共有	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg			コンピュータシステム医薬品		マイスリー錠とマイスタン錠の販売名類似については、薬剤取違え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

製造販売業者等により既に対策がとられているもの、もしくは対策を既に検討中の事例
(薬局ヒヤリ・ハット「疑義照会」)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果		
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター		環境・設備機器	その他
54	処方箋にはマイスタン錠5mgが記載されていたが薬歴よりゾルピデム錠5mgが過去に処方されていたことから疑義照会したところマイスタン5mg錠ではなくマイスリー5mg錠に変更になった。	医療機関側が入力の際似た薬を選択したために起きたと考えられる。薬歴確認したことで疑義照会をし事故には至らなかった。	監査、投薬時に薬歴確認をしっかりと行い、患者様から得た必要事項は必ず薬歴に残す。	マイスタン錠5mg	マイスリー錠5mg			医薬品		マイスリー錠とマイスタン錠の販売名類似については、薬剤取違え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
55	新規患者さまに、ロラゼパム錠1mgサワイが、1回1錠1日3回で処方されていた。分3で処方されていたことから患者様に伺ったところ、以前はワイパックスを服用していたとのことで、医師に問い合わせ。ロラゼパム錠1mgサワイへ変更となった。	一般名、薬効が似ていた。		ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」				教育・訓練	ロラゼパム錠とロラゼパムエチル錠の販売名類似については、薬剤取違え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
56	患者が別病院から転医し、門前の病院をかかった際、医師がお薬手帳から採用している薬への変更を行った。お薬手帳にて一硝酸イソソルビド20mg「サワイ」の記載がされていたが、医師が処方したのが一般名で硝酸イソソルビドとなっていた。	一般名で硝酸イソソルビドと一硝酸イソソルビドが別の薬である知識がなく、同一のものと判断した。	病院への疑義紹介を行い、同一ではないことを伝えたくて、薬局内にて同様のケースが起きないように一般名が類似している薬について情報共有を行う。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」	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		硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠の販売名類似については、薬剤取違え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。
57	硝酸イソソルビド徐放錠(20)一硝酸イソソルビドへの変更。家の近くの医院に転院。薬局は継続利用。前の病院と同じ薬が出ると説明されたら聞きとったが処方が変わっていたので疑義。	医師による単純なミス。薬剤名が類似しているために生じたと思われる。	手帳や過去歴との照らし合わせ。患者とのコミュニケーションを今後ももと、かかりつけ薬局として頑張る。	硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」	連携ができていなかった		医薬品		硝酸イソソルビド徐放錠と一硝酸イソソルビド錠の販売名類似については、薬剤取違え事例が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1	レニベース錠2.5とレニベース錠5を毎回渡していた。56日分投薬後、一ヶ月経過後からレニベース錠5が足りず、レニベース錠2.5がたくさん余っていると来局された。在庫を確認し、ちょうど過不足があったのでレニベース錠2.5を預かりレニベース錠5の不足分を渡した。	レニベース錠5とレニベース錠2.5は100錠1箱で仕入れている。これらは箱のデザインが良く似ていて引き出しに間違えて入っていた。また100錠をまとめるビニールシートも似ていて1日2回56日分112錠で100錠+12錠で出すときに、2.5mg100錠をビニールシートで間違えて輪ゴムでまとめてしまい気づかずに渡した。入荷時の管理と調剤・投薬時の確認ミスがあった。	確認を徹底する。特に薬品名称は規格量まで必ず見る。	レニベース錠5	レニベース錠2.5	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
2	調剤においてラベプラゾール錠10mgのところをランソプラゾールOD錠15mgを調剤していた。鑑査において別の薬剤師が発見し、訂正した。	類似名称かつ同効薬であるという点で取り間違えたと思われる。	名称を最後まで確認するとともに規格剤形まで再確認する必要あり。間違えた内容を薬局内にて周知し、注意喚起を行う。	ラベプラゾールナトリウム錠10mg「FFP」	ランソプラゾールOD錠15mg「テバ」	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
3	処方箋中の処方ヘパリン類似物質軟膏0.3% 50gの軟膏を前回処方の外用液と思い込んだ。	処方せんの見間違い	処方せんの内容を音読する	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	その他			ヒューマンエラー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	ヘパリン類似物質の「スプレー」と「泡状スプレー」の確認が疎かになっていた。似かよった製剤があるのは知っていたが確認ができていなかった。監査の段階で間違いに気づき、正しい物を投薬。		常に処方箋を最後まで読むという基本事項を怠らないようにすること。特に間違いやすい薬をリストアップする。	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日医工」	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
5	施設入居されてる患者様に、内科より一般名でヘパリン類似物質『外用液』0.3%が処方された。ジェネリック医薬品ご希望の方なので本来であれば薬局で在庫しているビーソフテンローション0.3%をお渡ししなくてはならないが、入力時誤って一般名をヘパリン類似物質『軟膏』0.3%で入力してしまった為、そのジェネリック医薬品であるヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」で準備され、鑑査・投薬時も間違いに気付かずお渡ししてしまった。後日入力のチェック時に誤りが発覚、患者様はすでに薬剤を使用されており、処方医に経緯を連絡した所、今回は『軟膏』の処方に変更となり、交換は行わなかった。	鑑査・投薬者が同一であり、『軟膏』であると思い込みで確認してしまったのが原因。○処方せんの見間違い○注意力散漫	外用薬が一般名で処方されている時は剤形の間違いがわかりにくいので、処方箋表記の最後までしっかり確認する。急いでいても思い込みで確認しない。	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	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
6	皮膚科より一般名でジフルコルトロン吉草酸エステル「軟膏」0.1%とヘパリン類似物質軟膏0.3%の混合指示の処方が出た。本来であれば薬局に在庫しているネリゾナ軟膏0.1%とヒルドイドソフト軟膏0.3%で混合しお渡ししなければならないが、入力時、一般名を前回と同じジフルコルトロン吉草酸エステル「クリーム」0.1%で入力してしまい、ネリゾナユニバーサルクリーム0.1%とヒルドイドソフト軟膏0.3%の混合で調剤した。調剤者、鑑査者、投薬者ともに間違いに気付かなかつた。後日、入力チェック時に間違いが発覚、病院に経緯をお話した所、今回はジフルコルトロン吉草酸エステルクリーム0.1%に処方変更するとの事、患者への連絡交換等は行わなかつた。	急いで鑑査していた為、前回と同じジフルコルトロン吉草酸エステルクリーム0.1%で正しいと思い込んでしまった。○処方せんの見間違い○焦り○注意力散漫	一般名の剤形変更は気付きにくく間違いも起こりやすいので、急いでいても思い込みで確認しないよう徹底する。	ネリゾナ軟膏0.1%	ネリゾナユニバーサルクリーム0.1%	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラー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	一般名 ヘパリン類似物質クリーム0.3% 75g とあり、本来であればヒルドイドクリーム0.3%を調剤するところ、間違えてヒルドイドソフト軟膏0.3%を調剤。	○処方せんの見間違い		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
8	ヒルドイドクリーム0.3%が処方された患者様の調剤時ジェネリック希望の方だったのでヒルドイドクリームをヘパリン類似物質油性クリーム0.3%(ヒルドイドソフト軟膏のジェネリック)で調剤してしまった。他のクリームと混合だったので混ぜている時に気が付き実施はしなかつた。	ヒルドイドクリームが今まであまり流通していなかつたが、最近になってプロモーションされるようになり今までより流通するようになったことを知らなかつた為。○処方せんの見間違い	ヒルドイドクリームが流通するようになったことを認識したので、以後気をつけるようにする。	ヒルドイドクリーム0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	確認を怠った判断を誤った	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
9	エクメット配合錠LDを調剤するところ、エクメット配合錠HDを調剤した。	それぞれの包装が非常に類似している(色彩)為。	保管場所の変更、テープ貼付による規格確認。	エクメット配合錠LD	エクメット配合錠HD	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
10	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「一般名ヘパリン類似物質外用液0.3%、100g 1日2回」と記載されていた。薬剤師Aはヒルドイドローション0.3%調剤の所、ヒルドイドソフト軟膏0.3%を調剤し鑑査に回した。薬剤師Bが間違えていることに気づき調剤をやり直し薬剤師Aと共に鑑査し投薬に回した。	薬剤師Aの思い込み。○注意力散漫	処方箋に記載された医薬品の剤形もしっかり都度確認してから調剤する。	ヒルドイドローション0.3%	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	確認を怠った判断を誤った	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「規格・剤型間違い」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
11	事務員がレセコンに入力。入力は正しかった。薬剤師が間違えて集め、もう一名の薬剤師が調剤投薬を行った。	先月より誤った薬剤の使用患者が新たに増えた。そのため薬局内に類似名称(形状違い)の薬剤の在庫があったが、薬局内の薬剤師に類似薬がある認識がなく、誤った投薬に気付いていなかった。が、在庫チェックの際に気付いた。	レセコン画面、薬局内の用紙に剤型が2種類ある注意表示を出すようにした。薬局内全員で剤型が2種類ある事を確認した。	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	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
12	後発品の採用変更で似た商品名の取り間違い。	商品名の確認不足、ミスゼロ子の更新もれ	ミスゼロ子の更新、使用徹底。商品名の指さし確認	ロスバスタチンOD錠2.5mg「JG」	ロスバスタチン錠2.5mg「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
13	患者様が処方箋をもって来局。薬剤師Aは処方箋にはジェノゲストOD錠1mg「モチダ」の記載があったがジェノゲスト錠1mg「モチダ」の箱が目に入ったので思い込み調剤を行った。そのまま監査に回す。そして薬剤師Bが監査を行っている中で、剤形が異なる事に気が付き薬剤師Aに誤りを伝え取り直させた。再度取ってきてもらったものを薬剤師Cにチェックしてもらった。	最近ジェネリックの発売があり、先に錠剤タイプを導入後、門前病院の採用薬がOD錠の剤形となり、両方剤形を準備している事を知らずに調剤を行った。シートデザインも箱も酷似している為取り間違いの要因となったことが考えられる。○注意力散漫。	従業員全員に周知してもらう事と、普通錠のタイプは在庫を無くすようにする。	ジェノゲストOD錠1mg「モチダ」	ジェノゲスト錠1mg「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
14	同一成分のヘパリン類似クリームとヘパリン類似物質油性クリームと基剤が違い混合不可のものなのだが、間違って混合した	認識はしているのだが、うっかりミス	混合時の複数監査を行う	ビーソフテンクリーム0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	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
15	サンピロ点眼液1%が処方の所2%の点眼液を調剤。調剤後確認している時に発見	サンピロ点眼液はあまり処方がないため確認不足があり、容器も類似しているため間違えた。	薬品棚に規格違いありの記載をし注意を促すように対応	サンピロ点眼液1%	サンピロ点眼液2%	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
16	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「ヘパリン類似物質泡状外用スプレー 100g」と記載されていた。薬剤師Aは、前回まで処方されていた「ヘパリン類似物質外用スプレー 100g」だと判断。泡状の製品があるとは思わずに間違えて調剤、投薬してしまった。次回、来局時に薬剤師Bが「ヘパリン類似物質泡状外用スプレー 100g」を調剤したが前回か変わっていたのではないかと思い、前回の処方を確認して調剤ミスに気付いた。患者、医師に連絡し、今回から「ヘパリン類似物質泡状外用スプレー 100g」を調剤、投薬した。			ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「PP」	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」	確認を怠った	知識が不足していた			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果	
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他		
17	デゾラム1mgの処方箋を受け、調剤を行ったが、デゾラム1mgの棚に、デゾラム0.5mgのPTP(調剤済みの6錠)が紛れ込んでいた。ピッキング中に気づき、誤って棚に戻されていたでぞらむ0.5mgは正しい棚に戻した。	棚の場所が隣接していた。PTPのデザインが類似していた。	調剤後のPTPの戻し間違いが無いよう、職員にインシデントの伝達と注意喚起を行った。	デゾラム錠1mg	デゾラム錠0.5mg	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	
18	デルモベート軟膏100g処方患者様(継続)より前回分に白いキャップのデルモベートとかいたチューブが1本あった。名前が同じなのでそのまま使った。	デルモベート軟膏30g(緑のキャップ)個装箱は濃い緑の目印。外おきの棚に在庫。デルモベートクリーム30g(白いキャップ)個装箱は薄い緑の目印。調剤台の引出し(劇)監査においてスルー。患者様からの申し出があり、ミス判明。在庫確認は混合予製もあり判断できず。クリームは軟膏に比べて頻度が少ない。よって、混入は納品時に異なる場所に混在したものと思われる。患者様には基剤がクリームと軟膏の説明を行い、お詫び。理解、了承いただく。	気が付いていないミスの防止。納品場所は十分離れている。パッケージの類似性に対する注意喚起。発注納品時において、デルモベートクリーム個装箱に縦形にゴムをひとつずつかけてから、引出しにいれる。スタッフ全員にて情報共有。	デルモベート軟膏0.05%	デルモベートクリーム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
19	チアブリド塩酸塩錠50mg「アメル」処方時、棚に誤ってに保管されていたチアブリド塩酸塩錠25mg「アメル」を調剤した。再確認時、規格の違いに気づき正しいものを調剤した。	チアブリド塩酸塩錠「アメル」は25mg、50mgとも100錠包装で採用し、この二つの外装が色調を反転したデザインであり、入庫の際チアブリド塩酸塩錠50mgの棚に誤って25mgを収納してしまった。	チアブリド塩酸塩錠「アメル」25mg、50mgの棚位置を離し、またひと目で確認できるよう規格に目印を付けた。また、外装デザインが類似していることを薬局スタッフ全員に伝え、納品時は特に注意するようにした。	チアブリド塩酸塩錠50mg「アメル」	チアブリド塩酸塩錠25mg「アメル」	判断を誤った		医薬品	仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	
20	100錠包装のバックされたものを100錠と、残りの26錠を調剤、包装も似ており、そのまま監査にだす。しかし、監査者が規格違いであることを発見。	薬を納品したり、戻すときに誤った棚に戻している可能性が高い。	必ず棚に戻すときに確認する、また監査時も、規格誤りであることを疑ってしっかり見る	カルベジロール錠2.5mg「JG」	カルベジロール錠1.25mg「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	
21	サインバルタ30mg処方の所、サインバルタ20mgでピッキング	PTPのデザインが似ている事。棚の上下で隣接していたこと。	注意喚起の表示を付け、棚の場所を若干移動させた。	サインバルタカプセル30mg	サインバルタカプセル20mg	確認を怠った		医薬品 施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	
22	レキソタン2mgのつもりが1mgを計数中に気づき、正しい2mgを拾いなおした。	裏側のデザインがよく似ているため、見間違えた。	表のデザインなどよく確認する。	レキソタン錠2	レキソタン錠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	
23	処方指示はモンテルカスト錠10mgであったが、モンテルカストチュアブル5mgを調剤してしまった。投薬時、患者に錠剤を見せながら説明する時点で気づき、処方指示通りの薬剤に変更した。	モンテルカスト錠10mgとモンテルカストチュアブル錠5mgのヒートデザインが似ているため確認判断を誤ってしまった。	再度確認の徹底と多規格剤形の再認識の徹底、また多規格剤形のカセットには分かりやすくなるように目印を貼付。さらに監査時には声に出して確認を行うようにする。	モンテルカスト錠10mg「ニプロ」	モンテルカストチュアブル錠5mg「ニプロ」	判断を誤った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
24	一般名ピソプロロール錠2.5mg 0.5錠、一般名ピソプロロール錠0.625mg 0.5錠を28日分一包化する処方であったため手順通り0.5錠を28日分分包機に入れ調剤した。錠剤をマスに撒いているときにまとめて錠剤をマスに落としてしまった。ピソプロロール錠2.5mg「日医工」とピソプロロール錠0.625mg「日医工」は酷似しているため半分に割ると見わけがつかなくなってしまった。一旦時間を頂き、別のメーカーのものを手配して調剤した。	医薬品採用時に、同じメーカーの規格違いが酷似していることに気づかなかったためと思われる。	薬局の採用医薬品でピソプロロール錠0.625mg「日医工」と錠剤の形状が異なるピソプロロール錠0.625mg錠「トーワ」の採用で見わけが容易となった。	ピソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「日医工」ピソプロロールフマル酸塩錠0.625mg「日医工」	ピソプロロールフマル酸塩錠0.625mg「日医工」ピソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「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
25	ラミクタール錠100mgを調剤するところ、ラミクタール錠25mgを調剤した。	鑑査時に2規格のヒートの色調が似ていたため、勘違いして投薬してしまった。注意力散漫。	調剤や鑑査時には、薬剤名・規格等を指差し/声に出して確認を行う。視覚だけでなく、聴覚や口の動き等も確認作業に取り入れる。	ラミクタール錠100mg	ラミクタール錠25mg	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
26	処方箋は、「一般名」ヘパリン類似物質クリーム0.3%だったので、ピーソフテンクリーム(等)で調剤しないといけなかったが、ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」で調剤してしまう。鑑査時、鑑査者が気付き、ピーソフテンクリームに取り換える。	処方を受けている病院は、今までヒルドイドクリームの商品名で、処方が出ていた。今回より一般名に変更になった。ヘパリン類似物質油性クリームの方は、以前より「一般名」で出ていたため、細かいところまでチェックせずに調剤してしまう。	「一般名」ヘパリン類似物質クリーム0.3%のクリームのところエンピツで丸を記入する。また、職員に「一般名」ヘパリン類似物質軟膏0.3%と似ているので十分に注意するよう周知。	ピーソフテンクリーム0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	確認を怠った	知識が不足していた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
27	規格単位のピッキングミス。包装も少し酷似している点も含むが、通常10mg規格をよく触れることが多い為単純なヒューマンエラー。	単純なミス	規格単位が複数あるものに関しては鑑査時にチェックを入れるなどして改善を図る	ブラバスタチンNa錠5mg「サワイ」	ブラバスタチンNa錠10mg「サワイ」	確認を怠った患者への説明が不十分であった(怠った)	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
28	一般名ヘパリン類似物質軟膏150gだったがヘパリン類似物質ローション150gと間違えて入力そのまま調剤、鑑査、投薬してしまった。	この薬の場合、ローションタイプのほうが多く処方されて、ヘパリン類似と読んだ時点でローションを選択してしまう。又両方グラム表示なのでうっかりしてしまった。	薬の名前を最後までしっかりと読み確認しなければならない。○処方せんの見間違い	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ピーソフテンローション	確認を怠った判断を誤った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラー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	先発品ミオナール錠50mgを後発品のエペリゾン錠50mg「日医工」で調剤するところを先発品のまま調剤。後日それぞれの医薬品の在庫数が合わないことから間違いに気付いた。	後発医薬品への変更忘れ	先発品処方の場合でも、後発希望の患者には、後発変更が可能であることが多いということを中心に、後発品へ変更の場合は手書きでメモを入れて、手書きメモも見逃さないようにする。また、先発品・後発品はPTシートが酷似しているものも多いので、薬品名まで読み、確認する。	エペリゾン塩酸塩錠50mg「日医工」	ミオナール錠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「規格・剤型間違い」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
30	便通改善のためビオスリー配合錠と酸化マグネシウム錠500mg錠「ヨシダ」が継続して処方されている患者に対し、薬剤師Aがビオスリー配合錠と酸化マグネシウム錠330mg錠「ヨシダ」で調剤を行い、薬剤師Bが監査を行ったが間違いに気づかず、薬剤師Bはそのまま交付。翌日、患者が酸化マグネシウムの規格がいつもと違うことに気づき、薬局に確認の電話が入ったことで誤調剤に気付いた。患者はまだ服用しておらず、すぐに正しいものと交換したため健康被害にはつながることはなかった。	当薬局には酸化マグネシウムの錠剤は他にマグミット錠があり、酸化マグネシウム錠「ヨシダ」よりマグミット錠の方が多くの患者に処方されている。処方箋は一般名で記載されているが、今回の患者には使用頻度の少ない酸化マグネシウム錠「ヨシダ」で調剤を行っていることから、マグミット錠と間違えないことに気を取られ、さらに500mg錠より330mg錠の方が使用量も多いことから、規格に関しては思い込みがあったことが間違いの原因と考えられる。	類似薬の誤調剤をなくすためには、今回のような薬剤はあえて棚を近づけ注意を引くようにする。他薬剤にも同成分のジェネリック医薬品が複数採用されているものがあり、可能なものは1種類に統一することも検討。規格間違いに関し今回は思い込みがあり、処方箋をよく見ていなかったことが原因。処方医の処方パターンにとらわれず、処方箋をよく見ることも再度徹底する。	酸化マグネシウム錠500mg「ヨシダ」	酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
31	投薬時に、患者様にオルメテック10mg10錠シートとジェネリックのオルメサルタン10mg「DSEP」10錠シートの実物を見せながら説明したが、あまりにもヒートデザインが似ていたため、包装の箱に戻すときに混合して調剤棚に収納してしまう。	○単純なミス	包装パッケージの似ている錠剤の再認識	オルメテック錠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	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
32	当該患者さんのご家族が処方箋を持って来局。処方箋にはヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「PP」と記載。しかし同月2週間前の処方箋まではずっとヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」が処方されていた為、入力(事務)も調剤(薬剤師)も間違えてヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」を投薬してしまった。その後、処方箋を見直していた時に間違いに気づき、患者さん宅に連絡。すぐに取り換えに行き、使用されることなく交換した。	当薬局には、ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%の在庫がなく、また当該患者さんがずっとヘパリン類似物質外用スプレーを使われていたことから、入力する事務も調剤する薬剤師にも思い込みがあった。○単純なミス○注意力散漫	当該事例を薬局スタッフ全員に周知し再発防止に努めた。思い込むことなく、必ず再度処方箋を指おい確認することとした。	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「PP」	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「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
33	アテノロール投薬後30分くらいしてから患者様がいつもと色が違うと来局された。アテノロール50mgのところアテノロール25mgでお渡ししていることが判明した。すぐに交換し謝罪した。	監査時の確認不足。ヒートのデザインなども類似しており投薬時にもスルーしてしまった。	規格違いなどの薬は監査時に処方箋にチェックを入れるようにした。	アテノロール錠50mg「JG」	アテノロール錠25mg「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
34	メトレート錠2mgを処方しなければならぬ所をメトレキサートカプセル2mgを処方してしまい、患者本人の指摘により気がついた。	メトレート錠は先発医薬品だと思いき、後発医薬品を患者さんが希望されていたため、後発医薬品のメトレキサートカプセルに変更した。	一般名ではない後発医薬品への理解を深める。監査時に名前の類似した医薬品について、より注意して確認する。	メトレート錠2mg	メ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	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
35	一般名処方において、今回の処方箋はニフェジピン徐放錠10mg(24時間持続)であった所、調剤者は前回まで出していたニフェジピン徐放錠10mg(12時間持続)と思い込み、ニフェジピンL(10)「サワイ」を調剤した。監査者が気づき、患者には正しい薬を投薬出来た。	調剤者は、前回の薬歴を見た後で調剤を開始した為、一般名で(12時間持続)が(24時間持続)に変更になっていたのを見落として、前回Doで調剤してしまった。処方せんの見間違いによる単純なミスだが、前回の内容を見た後だったので、前回と同じと思いきってしまった面もある。	一般名処方においては、名称が似通った薬も多いので、全てに目を通す事を徹底すると共に、ピッキングシステムの確実な使用を義務づけた。	ニフェジピンCR錠10mg「サワイ」	ニフェジピンL錠10mg「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
36	外用薬の規格間違い	包装の色も黄色の濃淡のみで似ているため、調剤補助装置の警報が鳴るまで気づかなかった。	本剤含め類似医薬品の指導	カルテオロール塩酸塩LA点眼液1%「わかもと」	カルテオロール塩酸塩LA点眼液2%「わかもと」	確認を怠った	知識が不足していた			ヒューマンエラー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	オルメテックOD錠20mgの調剤であったが、ジェネリック医薬品のオルメサルタンOD錠20mg「DSEP」での調剤があった。別薬剤師が監査で気が付き、交付には至らなかった。	オルメテックOD錠20mgとオルメサルタンOD錠20mg「DSEP」はPTPシートの色、デザインが酷似しており、普段他店舗で働いている人員であった為、間違いに至ったと推察される。	採用メーカーの変更。人員の教育。メーカーに印をつけ、注意喚起する。	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	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
38	定期処方された薬剤について鑑査を実施中、エルカルチンが250mg処方のところ100mgで調剤されていたことに気付いた。既に前回処方分を7日分服用済みだったため、処方医に連絡、過量投与ではないため体調に変化がなければ翌日から250mgへ戻せば良いとの回答を得た。体調に変化がないことを確認 翌日よりエルカルチンFF250mg服用へ戻し、3日後訪問し、体調に変化がないことを改めて確認。	思いこみによる○単純なミス、及び、シートの包装が、錠剤の大きさは違うものの類似していたためと思われる	薬の箱の規格に赤字で丸印をつけて注意喚起する	エルカルチンFF錠250mg	エルカルチンFF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
39	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」に対しロスバスタチンOD2.5mg「DSEP」をピッキングした。	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」を調剤時、戸棚にOD錠が収納されていた。	類似パッケージについて情報共有を実施。入庫の際に誤りのさいように注意する。	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」	ロスバスタチンOD錠2.5mg「DSEP」		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
40	【般】ロスバスタチンOD2.5mg錠のヒートに隠れるように【般】ロスバスタチン2.5mg錠が紛れ込んだもの。終業間際だったため、当日は気づかず、翌朝【般】ロスバスタチンOD2.5mg錠の棚に【般】ロスバスタチン2.5mg錠の箱が入っていたことから理論在庫を確認し、誤って交付したことを当該患者に連絡。まだ、前回の残薬があり服用しておらず、紛れ込んだ【般】ロスバスタチン2.5mg錠を交換させていただいた。	ピッキングの際、外箱が酷似していたため、【般】ロスバスタチンOD2.5mg錠の新しい箱と間違えて【般】ロスバスタチン2.5mg錠を開封、先に出していた【般】ロスバスタチンOD2.5mg錠ヒートに紛れこんだ状態で輪ゴムでくっってしまった。監査の際にヒートを確認したつもりが発見できず、そのまま交付してしまった。	【般】ロスバスタチン2.5mg錠の取り扱いをやめ、【般】ロスバスタチンOD2.5mg錠のみにした。	ロスバスタチンOD錠2.5mg「DSEP」	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
41	ロスバスタチンOD錠2.5mg「DSEP」をロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」でピッキングした。	確認作業を怠り、OD錠と勘違いしてしまった	ロスバスタチンOD錠2.5mg「DSEP」とロスバスタチン錠2.5「DSEP」の類似性の周知。	ロスバスタチンOD錠2.5mg「DSEP」	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
42	イフェクサー75mgの処方に対して処方箋入力でイフェクサー37.5mgと入力。以前まで37.5mgを服用だったので、同じ処方と思い込んだ。そのまま調剤者も37.5mgと思い込み調剤、監査システムもそのままスルーしてしまい、監査時に間違いに気づいた。	顔をみたことのある患者様だったのでDO処方であるという思い込みによる入力間違い、用量の数字も似ていたの思い込み。また調剤者は入力したもので調剤してしまった可能性がある	入力者は思い込みをぜったいしない。いつもの患者様でも改めて見直す。特に用量などの数字は何度も確認。調剤者は処方箋原本を見て調剤することが不可欠。	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		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
43	○10錠シート○規格の取り間違い28錠処方で見える8錠は0.625mgと正しく、残りの20錠は表面が見えない状態で5mgが入っていた。裏面はどちらの規格も似通っているため、間違いに気づかなかった。		ゴムで止めてある薬剤の内側も確認するように徹底する	ビソプロロールフマル酸塩錠0.625mg「ZE」	ビソプロロールフマル酸塩錠5mg「サワイ」	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
44	ネキシウムカプセル20mgを調剤中に棚の在庫が不足した為、棚に在庫を補充した。その際、誤ってネキシウムカプセル10mg(500カプセル包装)を20mgの棚に補充し、続けて調剤したため、ネキシウムカプセル20mg14個のところ、20mg4個、10mg10カプセルシート1枚(10個)を端数の処理間違いで混ぜて調剤してしまった。そのまま鑑査を通して患者様へ渡してしまった。その後、別の患者様の調剤をしている時に、棚の中に規格違いが混ざっていることを発見した。すぐに、該当患者様へ連絡が取れ、速やかに交換して間違いの薬の服薬は免れた。	ピッキングシステムを使用していたが、ネキシウムカプセル20mgを調剤した時にバーコードを読ませたが、そのあと補充した薬のバーコードは読ませていなかった。形、色が似ている為、調剤者は注意力散漫で気付かなかった。鑑査者も片面は正しかったのでそのまま、通してしまった。	棚に補充する際は、ピッキングシステムの補充機能を使う。補充した薬のバーコードを再度読ませる。	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	通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品施設・設備	仕組みルールの不備	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
45	ネキシウムカプセル10mg91カプセル調剤するところを、端数の処理を間違い89カプセル集薬されていたため集め直しを依頼。その後集めてきたものが、10mg85カプセルと20mg6カプセルになっていることにお渡し前に気づき、集めなおして正しいもので渡した。	・最初に数を間違えたことによる○焦り・本来使うべき確認機器の未使用○作業手順の不履行・規格違いでシートが似ていたことでの思い込み・棚の配置の整理を行ったことでの位置の混乱	・確認機器の使用の徹底・規格までしっかり確認することの徹底・医薬品棚の名称や規格をわかりやすくする・棚の整理を行った後はスタッフ全員で確認、注意喚起を行う	ネキシウムカプセル10mg	ネキシウムカプセル20mg	確認を怠った	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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
46	一包化調剤で該当医薬品の200mg2T⇒100mg2Tの規格変更に気が付かず交付してしまった。	一包化は分包機の履歴を引用して調剤を行っている。前回DOのデータを元に調剤を行っており、別Rpの医薬品が今回からGEに変更になったなどの変更点に注力してしまい規格の変更気が付かなかった。また、投薬者も他店からの応援者であり監査が疎かになっていた。また、医薬品の外観が類似していることも要因と思われる。	照合の際は規格から読む。薬歴などで前回処方と見比べると紙媒体であれば規格に丸をするなどして強調する。調剤者はデータ変更の有無や変更した項目を監査者に伝えるなど。	バルプロ酸ナトリウムSR錠200mg「アメル」	バルプロ酸ナトリウムSR錠200mg「アメル」		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
47	一般名：ヘパリン類似物質軟膏0.3%で処方された時、ビーソフテンクリームを調剤し、監査時に、コンピューター上にヘパリン類似物質油性クリームと表示されていた為、処方箋入力者、ピッキング者、監査人で、考察してヘパリン類似物質油性クリームを投薬。	最近、後発医薬品の使用頻度を高めた事により、一般名、成分名、商品名に不慣れなこともあって、一般名の中に油性という文字がないのと、軟膏という文字を見落とした事及びどちらの薬品にもクリームという文字があるため、ケアレスミスで、ヘパリン類似物質油性クリームではないヘパリン類似物質クリームをピッキングしてしまった。	一般名処方の時は、特に、思い込みや見落としのない様、心掛ける様に再度確認を徹底した。	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%	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
48	ユニシア配合錠のLDとHDを取り違えた。投薬前に監査者が気づき、事なきを得た。	ユニシア配合錠はHDとLDの外観が類似しているため。	取り違えやすい薬に関してはスタッフに特に注意するよう予め注意を促しておく。調剤カセットを隣接させ、注意喚起のラベルを貼り付けておく。	ユニシア配合錠LD	ユニシア配合錠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
49	ベネット75mgを調剤すべきところベネット17.5mgが調剤されていた。鑑査時に間違いに気づき、正しいベネット75mgを交付した。ベネット75mgとベネット17.5mgは特殊なシートであるが、サイズや形が類似している。	調剤時に忙しかったこともあるが、見た目が似ているために単純なミスとして取り間違いが起こったと思われる。	もともと在庫場所は離れている。ベネット17.5mgのカセッターに「17.5mg・1週間に1回」のシールを貼付したまた薬袋の写真も区別がわかりやすい写真に変更した。	ベネット錠75mg	ベネット錠17.5mg	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
50	「一般名」ヘパリン類似物質油性クリームヒルドイドソフト軟膏を取るところを後発品ヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」を間違えて取った。監査システム使用により間違いに気づき、お渡しすることはなかった。	単純なミス焦り 注意力散漫	後発品 先発品の確認をしっかりと把握し、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」	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
51	ピタノイリン25の棚に50が充填されていたため、25mgで調剤するところを50mgで調剤。	店舗内規として、棚への補充は『機械でバーコードの照合または2名以上で確認』としている。今回は2名での確認を行ったが、薬品名のみでの確認で、規格まで確認せずに充填を行ってしまったため、他の規格のものが補充されてしまった。補充を行った2名とも複数規格存在することを把握しておらず、また箱が類似していたため間違いに気づかなかった。	内規『機械でバーコードの照合または2名以上で確認』を下記に変更。原則は機械でバーコードの照合とする。機械を使用できない場合は、2名以上で薬品名と規格を読み上げ確認を行うこととする。	ピタノイリンカプセル25	ピタノイリンカプセル50	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「規格・剤型間違い」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
52	一包化をする際、ネキシウム20mgの処方に対して、ネキシウム10mgを入れていた。患者さんが気づき、作り直した。	一包化前の規格の確認不足。一包化の監査を使用後の空ヒートで行ったが、20mgと10mgの空ヒートの色が似ている為、間違いに気づかず。	一包化する前に、規格確認を自動錠剤分包機の記録用紙を利用。	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				ヒューマンエラー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	一般名のエチゾラム0.5mg 1錠エチゾラム0.5mg 0.5錠エチゾラム0.25mg 1錠プロチゾラム0.25mg 1錠プロチゾラム0.25mg 0.5錠プロチゾラム0.125mg 1錠 上記品目が断続的に処方された処方せんを次々と連続して応需した。コンピューターの入力と調剤の両方でミスが連続して発生した。薬品の品目を間違える事はなかったが、エチゾラム・プロチゾラム両方処方され、両方の規格が間違っている事例もあった。幸いにもコンピュータ入力と調剤を同時に間違える事がなく、投薬前までに発見修正する事ができた。	名称のやや類似する2医薬品が各々2規格、先発品と後発品の差異もあった……という処方せんを連続して受け付けた。入力・調剤ともかなりのバリエーションがあり、処方せんの見間違い、規格違い、先発・後発の間違いなどがあった。○処方せんの見間違い○処方医薬品の多さ○単純なミス○焦り○注意力散漫	薬剤師が一人の時間帯も多く、最終的には患者と共に薬情の写真で実物を確認しながら投薬、を励行する他ない。また同様の状況下では、患者さんにお渡ししてしまうケースもありうるため、調剤した医薬品を写真で記録しておく必要性も感じた。	エチゾラム錠0.25mg「アメル」	エチゾラム錠0.5mg「アメル」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
54	一包化している患者で、エチゾラム錠0.5mgと1mgが混和していた。監査時に刻印と違いに気が付き、患者へ交付されることはなかった	PTPシート、錠剤の見目が似ており、かつ、同じカセッターに入っていたため間違いが生じた。○注意力散漫	見目が似ているものは、別のカセッターにできるようにする。それが困難であれば、『規格注意』といった貼り紙で注意を促す。	エチゾラム錠0.5mg「トーフ」	エチゾラム錠1mg「トーフ」	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
55	患者の家族が処方せんを持って来局した(2回目の来局)。処方せんには「ノボラピッド注フレックスペン300単位 3キット」と記載されていた。薬剤師Aは、ノボラピッド注フレックスタッチ300単位 3キットと思い込み、注射剤払出簿(注射剤ごとに患者氏名・払出日・数量を記載する)に記録し、冷蔵庫より取り出した。薬剤師Bが鑑査を行ったが誤りに気付かず、薬剤師Aが患者家族に交付した。1週間後に、事務職員が注射剤の在庫確認の際に、交付ミスに気が付いた。すぐに患者家族に連絡したところ、まだ未使用であったため、ノボラピッド注フレックスタッチ300単位 3キットを回収し、ノボラピッド注フレックスペン300単位 3キットを交付した。処方元の医師へ報告した。	通常、注射剤が新規処方処方された場合は、注射剤払出簿に患者名を新たに記入する必要があるため、疑問を感じるはずである。しかし、薬剤師Aは、多くの病院で採用されている改良型のノボラピッド注フレックスタッチ300単位が処方されていると思い込んでいたため、疑問を感じなかった。また薬剤師Bは、処方医薬品数が多かったため(合計12品目)、処方せんに記載された医薬品名と注射剤の名称とを、しっかり確認しないまま鑑査を終えた。処方せん受付時に、患者家族より「急いでいる」と言われ、薬剤師Aと薬剤師Bは焦っていた。○処方せんの見間違い○処方医薬品の多さ○焦り	注射剤払出簿に履歴がない場合は、必ず他のスタッフに声をかけ、新規処方である事を一緒に確認する。類似した名称や外観の注射剤は、保管エリアを分け、「取り間違い注意」の表示をする。処方せんに記載された医薬品名と間違いがないかを、できれば2人以上で鑑査する。	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	通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品	仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	
56	モンテルカスト錠(10)「一般名」が30日分処方されていた患者様へモンテルカスト錠(10)28錠とモンテルカストチュアブル(5)2錠で調剤。ポリムス(監査システム)もモンテルカスト錠(10)だったため、監査では通ってしまい、患者へ交付する際にチュアブル錠が混ざっていることに気づき、取り換え。	両剤の形状が似ており、花粉症シーズンでかなり忙しかったため、確認を怠ってしまったこと、また1日に大量に処方が出る薬剤だったため、モンテルカスト錠の中にモンテルカストチュアブルが混ざっていた可能性も考えられる。	シート全ての文字を確認すること。間違えて取ってしまった薬剤はすぐに戻さず、取り間違えBoxへ。戻すときはダブルチェックを徹底する。	モンテルカスト錠10mg「ニプロ」	モンテルカストチュアブル錠5mg「ニプロ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった 医薬品	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
57	患者さんといろんなお話をしながら投薬。ヒートの色も似ていることからオルメサルタンOD(10)のところ誤ってオルメサルタンOD(20)を投薬してしまう。患者さんが帰られた後処方せんを確認した時に間違いに気づき、ご自宅へ電話連絡し交換に行った。気づくのが早かったため患者さん自身もまだ帰宅後薬の確認をしていなかったため事なきを得た。	比較的患者さんが多い曜日であったのと薬剤師一人勤務であったこともあり、誤って用量の多いものを投薬。患者さんが帰られた後処方せんのチェックをした時に間違いに気づき、ご自宅へ電話連絡し交換に行った。○処方せんの見間違い○焦り	必ず処方箋と薬を確認すること。投薬したのもでもすぐに確認することによって未然に防ぐことができるので、不安に思ったらすぐ確認すること。	オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」	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
58	一般名処方による外用薬の計数間違い	処方せんの見間違い	一般名処方の場合は、名称の異なる部分をしっかり確認して調剤すること。	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%「アメル」	確認を怠った	知識が不足していた技術・手技が未熟だった 医薬品	ヒューマンエラー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	一般名ヘパリン類似物質クリーム0.3%が処方されていた。ヒルドイドクリーム0.3%で調剤すべきところ、ヒルドイドソフト軟膏0.3%で調剤し、患者さんにお渡しした。投薬後、薬歴記入時に違うことに気づき、急いでご自宅へお届けした。持ち帰ったところでまだ使用されていた。謝罪しお取替えした。	ヘパリンとクリームが目に入り、ヒルドイドソフト軟膏との思い込みがあり、そのままソフト軟膏を取ってしまった。監査も確認不足であった。	間違いやすいものなので一般名と商品名が一目でわかるよう、一覧表を監査台へ貼りつけた。監査時に注意して見るよう全員で共有した。	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
60	アスピリン錠10mgを調剤するところ、誤ってアスピリン錠20mgを調剤した。自己監査によりアスピリン錠の規格間違いに気づいたため患者への交付には至っていない。	・確認漏れ(単純なミス)・アスピリン10mgと20mgのシートの外観が酷似していることも原因の1つとして考えられる。	薬品の規格まで指さし呼称。調剤過誤防止システム活用を徹底する。	アスピリン錠10	アスピリン錠20	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった 医薬品	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
61	一般名処方【般】ヘパリン類似物質外用液0.3% 25gヒルドイドローション0.3%で入力、調剤すべきところ、ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」で誤入力、誤調剤。交付後、入力した人とは別の事務員が気付き、間違いが発覚。すぐに患者様に連絡、お詫びする。患者様の希望で、翌日の午後に伺い、不足分の料金をお支払いいただき、薬、薬情、領収証を正しいものと交換する。	ヒルドイドローションは今までほとんど一般名処方が出たことがなかったため、思い込みがあり、【般】ヘパリン類似物質の後ろの文字を最後まで見ずに調剤していた。また、入力が間違っていたことで、薬情の写真やパソコンの画面も間違っていたため、尚更気づかなかった。処方せんの見間違い	思い込みをなくし、処方箋を最後まで見て調剤する。	ヒルドイドローション0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム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
62	一般名「ヘパリン類似性油性クリーム0.3%」のところを「ヒルドイドクリーム0.3%」で入力。	受付時のパソコン画面ではヘパリン類似性油性クリーム0.3%の代替薬として先発医薬品ヒルドイドソフト軟膏0.3%が表示されなかったため、『クリーム』という表記に引っ張られヒルドイドクリーム0.3%で入力。	一般名処方の表記名について再学習。事例を他のスタッフと共有。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニプロ」	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	確認を怠った判断を誤った	知識が不足していた技術・手技が未熟だった	コンピュータシステム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
63	一般名処方にて「ヘパリン類似物質軟膏」と処方されていたにもかかわらず、「ヘパリン類似物質ローションニプロ」を調剤してしまった。監査にて気付き、「ヘパリン類似物質油性クリーム ニプロ」にてお渡しした。	当薬局ではヘパリン類似物質外用液に対し、ヒルドイドローション、ピーソフテンローション、ヘパリン類似物質ローション「ニプロ」、ヘパリン類似物質「ラケール」の4種類、ヘパリン類似物質軟膏に対し、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」を用意している。それぞれの患者の希望は薬歴に入っており、調剤用プレシートにも印刷されることになっている。「ニプロ」の商品が外用液と軟膏にあるため、これまでもたびたび「外用液 ニプロ」と「油性クリーム ニプロ」の取り違いはあった。	患者の希望を薬歴に入力する際、定型文で入力するように徹底した。(例: ☆ヘパリン外用液は「ニプロ」) ☆また、軟膏のところを外用液で調剤するミスがあったため、ヘパリン類似物質軟膏のジェネリックを希望する患者には▲▲ヘパリン軟膏は「ニプロ」油性クリーム▲▲と定型文を入力することとし、外用液と軟膏両方処方される患者には、それぞれの定型文を入力し、定型文内の記号にて注意を促すようにした。今回の事例もこの定型文入力があったため、監査時に気付くことが出来た。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニプロ」	ヘパリン類似物質ローション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
64	調剤時、ニフェジピン錠20mg「日医工」56錠必要なところ22錠不足していた。在庫より補充する際、規格違いのニフェジピン錠10mg「日医工」を取り出し、22錠混在させてしまった。監査でも混在を発見できず投薬した。その後ニフェジピン錠20mg「日医工」を調剤する際、ニフェジピン錠10mg「日医工」が充填されていたので調剤過誤が発覚した。投薬後の患者に連絡し、ニフェジピン錠20mg「日医工」34錠とニフェジピン錠10mg「日医工」22錠でお渡ししてしまったことを確認した。	調剤監査システムを使用するという作業手順の不履行は無かったが薬品在庫引出しから取り出す際、規格確認を怠った。混雑時、処方医薬品の多い処方箋で、いつも急がされるので焦りと注意力散漫があった。また、ニフェジピン錠20mg「日医工」とニフェジピン錠10mg「日医工」の外箱・シート外観が類似しているため在庫薬品の取出し・調剤・監査において気付けなかった。	在庫薬品取出し・充填の際に医薬品規格の指差し確認をする。ニフェジピン錠20mg「日医工」とニフェジピン錠10mg「日医工」の外箱・シート外観が類似しているのを目見て識別しやすい印刷にしていなければありがたい。	ニフェジピン錠20mg「日医工」	ニフェジピン錠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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
65	2018年4月10日(火)11時45分頃に、内科を受診した患者(65歳女性)が処方箋を持参し来局された。処方箋には内服薬3種類とノボラピッド注フレックスペン300単位、夕食前3単位とインスリングルルギンBS注ミリオペン「リリー」と針が記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、冷蔵庫からノボラピッド注フレックスペンを取り出すところ、その下のかごに入っていたノボラピッド30ミックス注フレックスペンを調剤してしまった。監査にあたった薬剤師Bが間違いに気がつき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aが正しくノボラピッド注フレックスペンを調剤し、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づいた為、患者には正しい薬を交付した。	ノボラピッドの種類や似た医薬品名の注射もあり、間違いやすく、同じかご内に2種類の注射をいれていた。	医薬品を入れているかごの手前に医薬品の名前を記載し、処方箋を確認しながらピッキングができるようにし、取り違い防止のための注意喚起をした。	ノボラピッド注300フレックスペン	ノボラピッド30ミックス注フレックスペン	確認を怠った	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	
66	本来ニフェジピンL錠20mg「サワイ」でお渡しする所、ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」でお渡ししてしまった。入院される病院薬剤部より、患者の持参薬を確認した所、誤った薬が入っていると連絡を受け発覚。	同診療科、同医師での処方箋が2枚に分かれており、処方箋にQR記載あるも、2枚目のデータは飛ばない為、ニフェジピンは手入力にて対応。その後、調剤者、鑑査者、投薬者いずれも入力間違いに気づくことができなかった。	今後見間違いのないよう、入力や確認書に表示される薬品名を、【L錠20mg】ニフェジピンL錠20mg「サワイ」に変更。その他の、類似薬についてもすべて行った。また思い込みのないよう、縦チェック、声だし鑑査を今まで以上に行い、再発防止とする。	ニフェジピンL錠20mg「サワイ」	ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」	確認を怠った			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	
67	一般名処方箋でメチコパール250μgを選択する所ピッキング作業で500μgを準備、写真を用いて監査しているが似ているため気づかず投薬。患者本人が服薬前に確認したところ数字が違うことに気付いて問い合わせあり。服用前に交換に伺った。250μgは10錠シート、500μgはウィークリーシートを採用していた。	人事異動と改定の複雑作業のなか単純な処方に単純なミス。	当薬局では500μgがメインのため、棚の位置を移動、どりらにも規格違い注意の記載。250μg服用中の患者には薬歴に間違い注意の記載。薬情が似ている薬は規格の確認徹底。	メチコパール錠250μg	メチコパール錠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	
68	処方箋の確認不足	処方せんの見間違い	処方箋をしっかりと確認する	ビーソフテンローション	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった		ヒューマンエラー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	剤型違い	○単純なミス		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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
70	ヒアレイン点眼液0.1%10本交付するべきところ、6本が0.3%になっていた。10本入りの箱を開けるときに0.3%の箱を開けてしまったと考えられる。容器が似通っているため、監査の時に1本確認しただけで、あとは同じものと思ったようである。患者様が自宅で気づき、持って来られた。	0.1%と0.3%の容器が似ている。監査のときに1本1本確認しなかった。交付時に1本ずつビニール袋に入れてしまっているため、気づきにくい。○単純なミス	箱を開けるときに規格を注意する。監査時に1本1本確認する。点眼薬をビニール袋に入れるときは名前と規格が外から見えるように入れる。	ヒアレイン点眼液0.1%	ヒアレイン点眼液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
71	注射医薬品の類似のための取り間違い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	注意力散漫 単純なミス	箱も類似のため、フレックスタッチの箱に付箋で「フレックスタッチ」と書き差別化	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
72	テープ剤のところパップ剤で調剤し、監査でも気づかず投薬。毎日の在庫チェックにて間違いに気付いた	調剤時、薬品名がよく似ているので薬品名の最後まで確認しないままに投薬している。監査する時も同じ事が起こっていた。○処方せんの見間違い	監査は、処方箋原本ともう一度突き合わせて行うようにする事の徹底。	ロキソプロフェンNaテープ100mg「三笠」	ロキソプロフェンNaパップ100mg「三笠」	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
73	一般名で「ヘパリン類似物質クリーム0.3%25g」と処方され、正しくはビーソフテンクリーム0.3%を調剤すべきところ、ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」を調剤していたことに投薬後気づいた。処方元に問い合わせたところ、一般名「ヘパリン類似物質軟膏0.3%」ではなく、一般名「ヘパリン類似物質クリーム0.3%」で間違いのないとの返答だった。なお、処方元がヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」を処方したい場合、一般名記載は「ヘパリン類似物質軟膏0.3%25g」となる。	一般名「ヘパリン類似物質クリーム0.3%25g」との記載だと名称が酷似したヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」が先に連想された。また、以前ビーソフテンクリームは25gチューブの販売が無く20gチューブで販売されていたのも疑われない原因の一つだった。さらに、患者は入院時ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」を使用していた為、継続使用の為の処方であると疑わなかった。○処方せんの見間違い	思い込みを無くすことと、一般名処方から複数の薬剤が連想される場合は処方元への確認を徹底する。	ビーソフテンクリーム0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	確認を怠った				ヒューマンエラー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	エブリファイOD錠6mgをアリピプラゾールOD錠6mg「ヨシトミ」で調剤するべきところを、アリピプラゾール錠6mg「ヨシトミ」にて調剤し交付。当日の在庫チェックの際に発覚。	・待ち時間一時間を超える非常に繁忙な状況であり、また処方医薬品の多さから焦りも発生していた。・アリピプラゾールOD錠6mg「ヨシトミ」とアリピプラゾール錠6mg「ヨシトミ」は同一の引き出しに保管していた。○処方医薬品の多さ○焦り○注意力散漫	ジェネリック医薬品への変更に際し、患者の希望に応じて剤形が変更になる場合があるため、レセコンへの注意喚起の入力を行う。外観類似品の保管場所に表示を付ける。	アリピプラゾールOD錠6mg「ヨシトミ」	アリピプラゾール錠6mg「ヨシトミ」	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.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
75	患者が処方箋を持って来局した。処方箋は一般名で「【般】ヘパリン類似物質外用液0.3%」と記載されていた。薬剤師Aはヒルドイドローションを調剤するところ、読み間違えにてヒルドイドソフト軟膏にて調剤。鑑査にあたった薬剤師Bがローションで調剤されていないことに気づき、薬剤師Aに誤りを伝えた。薬剤師Aはヒルドイドローションを正しく調剤し、再度、薬剤師Bに鑑査してもらった。	もともとどちらの剤形もよく処方されるものである。事例発生当時は、複数の患者様がいる時間帯で多少の焦りもあった。○処方せんの見間違い	確認の徹底として、剤形や規格が複数あるものは再チェックを行う	ヒルドイドローション0.3%	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
76	母親が子供の処方せんを持って来局された。一般名でヘパリン類似物質クリーム0.3%と書かれていたが入力・調剤ともにヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」で行われた。投薬していた薬剤師が間違いに気づき、ビーソフテンクリーム0.3%へ変更しお渡しした。	一般名処方へのヘパリン類似物質軟膏とクリームは混同しやすい。一般名処方でもクリームと書かれているが製品名が油性クリームとなっている為、間違いを起こしやすい要因である。	間違いやすい製品は入力者・監査者ともに覚えておく必要がある。名称が似ている製品は間違える可能性が高いため、国やメーカーはその点も考慮してもらいたい。	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」	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
77	【正】パルミコート吸入液0.5mg 14管吸入薬 1日2回 1回1吸入 【誤】パルミコート吸入液0.25mg 14管吸入薬 1日2回 1回1吸入	しばらく来局が無かった。再来した時にFAXでの入力であったため規格の変更が気づきにくく入力から誤り、その後スルーした。原本が来た時に照らし合わせが不十分であったこともあり、そのままお渡し。	FAX処方箋の判読しづらい部分は原本を預かった時点で再度確認を行うように予めFAXにその旨を記載してもれなく確認を行うように徹底する。外観が似ている薬剤であることを店舗内に周知し、パルミコートの鑑査を行い際に規格確認を行う際の外観確認を徹底する。	パルミコート吸入液0.5mg	パルミコート吸入液0.25mg	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	コンピュータシステム施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
78	一般名処方、カルシトリオールカプセル0.5をカルフィーナ0.5でピックアップしてしまった。監査で間違いに気づき、訂正してお渡しできた。		ビタミンDは名称が似ているおり特に気をつけているため、気づくことができた。今後も注意が必要。	カルシトリオールカプセル0.25μg「テバ」	カルフィーナ錠0.25μg		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
79	後発品のロキソプロフェンNaテープ100mgを投薬しなければならないところ、先発品を投薬しそうになった。投薬直前に、調剤に携わったものが誤りに気が付き、後発品を投薬することができた。	内服に関して、先発品希望だったが、テープ剤のみ後発でもよいとのことだった。頭では、テープ剤は後発品希望と認識していたが、調剤の鑑査にて確認が不十分だった。ロキソプロフェンNa100mgテープと、ロキソニンテープ100mgは、パッケージが似ているため、うっかり先発品と思い込んでしまった。	患者側の先発品、後発品希望の再確認と、鑑査にて薬の再確認の徹底	ロキソプロフェンNaテープ100mg「三和」	ロキソニンテープ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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
80	ビタミン配合カプセルB50を60カプセル調剤しないといけないところ、ビタミン配合カプセルB25が10カプセル混入。投薬後、在庫発注の段階で、発覚。通常、あまり処方されないビタミン配合カプセルB25が発注されているので、薬剤の入出庫を確認。同日にビタミン配合カプセルB25が処方された患者がいないのでビタミン配合カプセルB50が処方された該当患者に確認。調剤済の薬剤の中にビタミン配合カプセルB25が10カプセル混入していると返答あり。謝罪の上、直ぐに交換に自宅訪問。服用前に回収・交換完了。10カプセルシート	新しく医薬品の箱をあける時に規格違いに気づかなかった。ビタミン配合カプセルB50、25のPTPシートが非常に似通っており、60カプセルを輪ゴムで束ねて調剤されると医薬品の裏表は確認するが、輪ゴムを外して全PTPシートを確認することを怠ってしまった事が原因。注意力散漫単純なミス	医薬品の規格が複数ある薬剤は、新規開封時はもちろん、調剤・監査時に全てのPTPの規格を確認する。	ビタミン配合カプセルB50	ビタミン配合カプセルB25	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
81	門前の医院以外の処方箋で外用剤混合の一般名処方であった。ヘパリン類似物質軟膏とジフルプレドナートクリームとの混合であったが、1ヘパリン類似物質が油性剤だった事2薬局にはマイザー軟膏しか備蓄がなかったことで、マイザー軟膏にて混合を行い投薬してしまった。	1ヘパリン類似物質の機材を先に見てしまい油性剤の混合と思い込んだ。2普段の調剤でマイザー軟膏しか扱っていなかった。調剤側も処方箋入力側も同時に同じヒューマンエラーが起こり誤調剤となった。	普段扱わない医院からの処方箋は特に剤型や企画に注意を払う。	(般)ジフルプレドナートクリーム	マイザー軟膏	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
82	ネキシウム10mgで調剤するところ、20mgで入力し調剤監査、投薬時に患者様に確認したが、色が紫で似ているため患者様も気が付かず、投薬者が処方箋を確認し、間違いに気が付く。誤った薬をお渡ししないですんだ。	ネキシウム10mgは在庫がなく、門前の病院は20mgしか処方がないだろうとの思い込み。入力から投薬まで同じ薬剤師が業務を行ったため、間違いに気が付くタイミングが遅れた。ヒートの色が同じのため患者様もいつもよその薬局でもらって飲んでた薬にもかかわらず気が付かなかった。	規格が他にも存在する薬剤については確認を怠らないようにする。また入力、調剤、監査、投薬すべてにおいて処方箋の確認を怠らないようにする。	ネキシウムカプセル10mg	ネキシウムカプセル20mg	確認を怠った				ヒューマンエラー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	○10錠シートオラドールSのところオラドール錠で調剤	名称の類似による誤調剤○処方せんの見間違い	処方箋を再度確認して調剤	オラドールストローチ0.5mg	オラドールストローチ0.5mg	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「規格・剤型間違い」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
84	【正】エンシュア・リキッド 90本でピッキング【誤】エンシュア・リキッド90本でピッキングのところ、9本をエンシュア・Hでピッキング	調剤時に、エンシュア・リキッドのコーヒー味をピッキングするところ、エンシュア・Hのコーヒー味をピッキングし、梱包。最終鑑査も同一者のため、そのまま気付かず、施設に配達。	エンシュア・Hとエンシュア・リキッドの外観が似ている為、明確に区別できるように、大きく名前表示し、仕切りを作成する。エンシュア・リキッドやエンシュア・H等栄養剤の端数の缶をピッキングする際は、1缶毎PDAを必ず使用する。エンシュア・リキッドとエンシュア・Hの外観が似ていることを認識し、混入している可能性を考慮してピッキング・鑑査を行う。自分でピッキングした後、最終鑑査を行う場合も、数だけでなく、薬品名や規格の確認も徹底する。思い込みによるミスを防ぐため、他の薬剤と同様に施設の栄養剤のピッキングも、最終鑑査者以外が極力行い、最終鑑査を明確に行う。	エンシュア・リキッド	エンシュア・H		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
85	アマリール錠1mg処方のところ、アマリール錠1mgとアマリールOD錠1mgが混ざった状態で、患者様に投薬しようとしたときに、気づき、その場でとりかえて投薬した。	納品時に入れる場所を間違えてなおしたため、ピッキング時に混ざった状態になり、そのまま調剤、投薬に至った。2剤型あるため、薬品棚の位置は離れていたが、箱、ヒートそれぞれよく似てるため、気が付かなかった。○注意力散漫	2剤型があることは、認識してるが、各段階でそれぞれが、気を付けるようにするように徹底した。	アマリール1mg錠	アマリールOD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
86	サワシリン細粒10%が処方されていたが、アモキシシリン細粒20%「タツミ」を調剤してしまった。監査で間違いに気づく。	サワシリンに20%があることを当事者が知らなかった(知識)類似薬としてサワシリン10%があった。	規格まで処方箋と照らし合わせる。当事者の知識向上が必要。散剤ボトルに10%と20%がわかるように書く	サワシリン細粒10%	アモキシシリン細粒20%「タツミ」	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	教育・訓練	ヒューマンエラー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	一般名：ヘパリン類似物質外用液で処方があり、ビーソフテンローションを調剤・投薬するところ、一般名：ヘパリン類似物質軟膏と勘違いしヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」を調剤し交付してしまった。	一般名処方に不慣れであり、普段から一般名：ヘパリン類似物質軟膏の処方が多かったことから勘違いにより調剤ミスしてしまった。	一般名処方の場合、成分だけでなく剤形まで確認して調剤、監査、投薬をおこなうようにする。	ビーソフテンローション	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	確認を怠った	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
88	一般名：(般)ヘパリン類似物質クリーム0.3%を、(般)ヘパリン類似物質軟膏0.3%の入力ミス	患者様の多く、忙しい時間帯。後発品ではなく、ヒルドイド希望の患者様。以前にヒルドイドソフト軟膏0.3%の処方歴があり、薬歴の注意事項に「ヒルドイドソフト希望」のコメントがあった。監査・調剤は別の薬剤師だったが、2人ともコメントを見て、ヒルドイドソフト軟膏と思い込んでいたこともあり、入力間違いに気付かず。窓口でも間違いに気付かず、そのまま渡してしまった。○処方せんの見間違い○単純なミス○焦り	薬歴の注意事項のコメント「ヒルドイドソフト希望」→「ヒルドイド希望」に訂正し、思い込みをなくすようにした。	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
89	処方箋には「ノボラピッド注フレックスタッチ」1本の処方であったが、投薬中に当該薬剤の本数を増やして欲しい旨の申し出があり、投薬者が疑義紹介をして1本追加になった。追加された1本を誤って「ノボラピッド注フレックスペン」で調剤した。	取り違えた薬剤と正しい薬剤は、冷蔵庫内に隣同士並んで保管してあった。投薬者は疑義紹介での追加であったため、自ら調剤と鑑査を行い取り違えに気付くこと無く投薬した。鑑査は調剤鑑査を支援する機器である「ミスゼロ子」を通さず、目視で調剤品の本数を追加記録。当該薬剤はそれぞれ、大きさやパッケージが異なるが、患者との相互確認も疎かになり取り違えに気付かなかった。焦り、単純なミス	冷蔵庫内のスペースに限界があるものの、似た名称の薬剤取り違え防止として、陳列場所を引き離す対策を実施した。ミスゼロ子を再調剤時の鑑査でも使用して、薬剤の取り違えがないかを確認する。	ノボラピッド注フレックスタッチ	ノボラピッド注フレックスペン	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
90	【正】ネキシウムカプセル20mg 14C交付【誤】ネキシウムカプセル20mg 14C中、4Cを10mgで交付。	ネキシウム20mgの中に10mgが4C混ざるインシデント。10Cヒートでなく端数が混入し、裏面にGSコードがなし。PDAの充填履歴を確認したがピッキングエラーの戻しミス。	PDAの充填履歴が混在が発生したと思われる期間中に存在せず、また混入した半端分の4Cの裏にGSコードが存在しなかったため、充填の際のダブルチェックが疎かになったか、ルールを逸脱し1名で充填した可能性があります。ミーティングでPDAを使用しない場合の充填のルールを再確認し、逸脱した場合は嚴重注意に処する旨を傳達しました。ピッキングや鑑査の際に半端分も十分に確認していれば防ぐことができた事例です。色は似ていますが、全く同じではないので、混入の可能性を常に念頭に置きながら業務を行うよう注意致しました。	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	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
91	レンドルミンD錠0.25mgが28錠調剤のところ、鑑査のときに10錠だけレンドルミン錠0.25mgと一緒に入っていたことに気づく。その時点で調剤し直したので患者には正しい薬で交付された。	レンドルミンD錠0.25mgの保管場所を確認したところ、レンドルミン錠0.25mgの100錠1箱が混入していた。レンドルミン錠0.25mgを入庫して充填したときに、双方の外箱が似ていることもあり、気付かないまま充填したと考えられる。調剤するときも空いていたレンドルミンD錠0.25mgの箱から18錠とり、残りの10錠を新しい箱から取るときにそのまま気づかず開けて調剤したと考えられる。	充填場所の区画や薬の箱自体に名称注意やレンドルミン「D」ではありません等のタグをつけて注意喚起を促した。	レンドルミンD錠0.25mg	レンドルミン錠0.25mg	確認を怠った	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
92	レンドルミンD錠をお渡しすべきところレンドルミン錠を調剤。鑑査でも発見できず患者様に交付。2日後「いつもより錠剤が溶けない」と電話連絡があり交換に伺った。	同製剤の口腔内崩壊錠と普通錠であり、名称が似ており、向精神病薬のため保管も近いところに置かれている。処方箋の確認を怠ったうえ、薬歴の確認事項欄の「レンドルミンD錠」という記載も、調剤者・監査者ともに見逃してしまった。○処方せんの見間違い○単純なミス	口腔内崩壊錠と普通錠を採用している薬品については特に注意するよう話し合った。薬歴の確認事項欄をもっと目立つ表記にした。	レンドルミンD錠0.25mg	レンドルミン錠0.25mg	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
93	朝夕食後で35日分の一包化調剤の方。夕食後がリバロOD錠2mgを1錠、メトグルコ錠500mgを1錠分包するところ、バロOD錠2mgをリバロOD錠1mgで調剤し、最終鑑査で気付かず患者に交付してしまっ。次の来局時に在庫がずれていたことから、調べたところこの患者でインデントが発生していたことが発覚した。	最終鑑査で識別コードを正しく確認せず、OD錠とメーカーの特徴を見て思い込んでしまったことが原因と思われる。錠剤同志の色や大きさや刻印などがとても似ており、注意して鑑査する薬品であったが、認識が欠けていた。また調剤後のヒートの耳を残しているが、鑑査時に十分な確認がとれていなかった。調剤棚の配置が同じ引き出しに、まとめて配置されていたことも調剤時のミス要因に繋がったと思われる。	ヒートからばらした一包化を最終鑑査する際は、鑑査を始める前にヒートの殻を確認してから行うよう徹底する。調剤時に間違えないよう、リバロOD錠2mgと1mgの棚配置を離した。	リバロOD錠2mg	リバロOD錠1mg	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
94	処方箋は、一般名で、【般】ヘパリン類似物質外用液0.3%となっていた。その1年近く前に、この患者にヘパリン類似物質軟膏0.3%を出していた記憶が、薬剤を揃える薬剤師・入力する事務員の双方にあり、両者で間違えてしまった。そのため、ミゼロ子でも発見できず、5月に再度同じものが処方されるまで、間違っていたことに気づけなかった。	印象に残る患者だったため、以前と同じ薬だと思い込んでしまった。	しっかり確認する。特に、剤型・規格など。いつもの薬だと思い込まない。	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				ヒューマンエラー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	一般名処方記載の処方箋にて「ヘパリン類似物質外用液」→「ヘパリン類似物質軟膏」と思い込みヘパリン類似物質油性クリームをピックアップを行ってしまった。鑑査時に発覚。	一般名処方記載が増えており、ヘパリン類似物質の医薬品は一般名途中まで記載が同じためインシデントが起こったと考えられる。	ピックアップ者、鑑査者共に一般名処方時は最後の剤型まで確認を行うこと。鑑査時は記録として剤型のところに○をするなど行い、鑑査した記録を残すようにする。	ビーソフテンローション0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	確認を怠った	技術・手技が未熟だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
96	テグレート錠100mgが処方されていたが、テグレート錠200mgをピックアップ、一包化の途中で気付き100mgと交換。	テグレートは100mgも200mgも調剤する機会が少なく、引き出しの同じ段に閉まってあり、箱も非常に良く似ているためピックアップミスしたと思われる。また処方箋が一般名処方なので、確認作業が増えていることも考えられる。○処方せんの見間違い○単純なミス○注意力散漫		テグレート錠100mg	テグレート錠200mg	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
97	【正】カムシア配合錠HD(ユニシアのジェネリック)で入力【誤】カムシア配合錠LD「あすか」で入力	過去の入力の際、類似剤形からLDを選び入力。そのまま投薬までスルーしてしまった。その後、前回LD錠が選ばれているため2回同様に入力してしまった。	合剤やジェネリックの変更の際は、一般名が正しく入力されていても、変換が正しくされていると思わずにきちんと確認を徹底する。知識が曖昧な時は、マスタの入力で正しいことを確認できると思わずに、添付文書で用法用量が正しいことを確認する。投薬時は前回から薬が変わる説明などがなかったか、Doで間違いがないかをきちんと確認する。	カムシア配合錠HD「あすか」	カムシア配合錠LD「あすか」	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
98	これまで一般名：ヘパリン類似物質軟膏で処方があり、ヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」で継続してお渡しの患者。今回から一般名：ペパリン類似物質クリームでの処方になっていたが、いつも通りの入力。「塗り薬が少しかわったと聞いている」とのこと再度確認、発見。	ヒルドイドのシリーズに関しては、一般名、後発品名称の記載が分かりにくく、見落としの要因になった。		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」	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
99	カルボシステイン錠250mg「トーフ」252錠をピックアップしようとして、棚に少ししか入っておらず、棚の上に保管している1,000錠包装をあけようとしたところ、間違って500mg「トーフ」の箱をあけて、500mg製剤の100錠未開封を2束ピックアップ。最終監査時にもスルーしてしまい、投薬している時に投薬薬剤師が間違っていることに気がついた。	250mg製剤と500mg製剤が近いところにそれぞれ1,000錠包装が保管され、ピックアップ者が規格の間違いに気が付かず、異なった用量の箱を開けてピックアップしてしまった。監査者も未開封100錠束の薬剤名・規格を一度スルーしてしまった。	・包装が似ていることもあり、500mg製剤のものは次回から100錠包装に切り替える・指差呼称が実施されていなかったため、徹底する。・監査者は、未開封100錠束も薬剤名・規格を確認する。	カルボシステイン錠250mg「トーフ」	カルボシステイン錠500mg「トーフ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
100	クレストール錠2.5mgの処方。ジェネリック医薬品のロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」で入力したが、ロスバスタチンOD錠2.5mg「DSEP」で調剤。別薬剤師が監査で気が付き、交付に至らなかった。	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」とロスバスタチンOD錠2.5mg「DSEP」はPTPのデザインが酷似しており、確認不足もあり、間違いに至ったと推察される。	人員教育を実施。また、OD錠に印をつけ、注意喚起する。	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」	ロスバスタチンOD錠2.5mg「DSEP」	確認を怠った	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
101	オドメール点眼液0.02%3本の処方。3本中、オドメール点眼液0.05%1本が紛れていた。今回、監査システムを通したものが偶然オドメール点眼液0.05%だったため、監査に引っかかり発覚。	オドメール点眼液0.02%の保管場所に0.05%が紛れていたために、今回のヒヤリハットが生じる。また、オドメール点眼液0.02%、0.05%の外観がとてもよく似ており、気付かなかった。	薬剤を保管する際に、薬剤名と保管場所をしっかりと確認する。	オドメール点眼液0.02%	オドメール点眼液0.05%			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
102	ロスバスタチンOD錠2.5mgの棚に、ロスバスタチン錠2.5mgの箱が混ざっていたが、気付かず調剤。監査でも気づかずOD錠と普通錠が混在した状態で患者さんにお渡ししていた。午後の調剤時に、OD錠の場所に普通錠が混ざっている事に気づき、在庫の数が合わないため、午前中に渡した患者の所に混ざったのではないかと思ひ患者に連絡、確認したところ混ざってお渡ししていたことが判明。お詫びして、正しいものに交換した。	充填ミスと調剤ミス当薬局は、ロスバスタチンOD錠2.5mgは500錠包装、ロスバスタチン錠2.5mgは100錠包装で購入しており、保管場所もOD錠は棚、普通錠は引き出しに分けていたが、充填ミスでOD錠の棚に普通錠の箱をしまっていた。調剤時は午前で、発見時は午後。棚にはOD錠のピロー包装と普通錠100錠包装の箱が混じっている状況だったが、混在時で気付かず箱を開けてしまったと考えられる。ヒートの形と大きさが似ているため、監査時も気づかずお渡ししてしまった。	混雑時でも確認を怠らない。特に剤形違いの似ているヒートなどには注意する。	ロスバスタチンOD2.5mg「DSEP」	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
103	レスリン(25)を調剤すべきところを、誤ってレスリン(50)を調剤した。第一鑑査により発見された。	レスリン(25)とレスリン(50)はともに引き出しの中に離して配置してあった。調剤者はまだ調剤経験が少なく、レスリン(25)に他規格が存在することを意識できていなかったため、医薬品名のみで判断してしまい、最初に目に付いたレスリン(50)の方を調剤してしまった。またレスリン(25)とレスリン(50)はパッケージのデザインが酷似しており、規格部分の塗りつぶしの反転以外は、箱の大きさ、配色などのデザインが同一であった。さらに開封により規格表記の部分がはがれてしまうことが多く、箱を縦にして置いた場合、規格を意識しにくくなってしまいうも原因である。	・医薬品名+剤形+規格(+GEであればメーカー名)での確認を徹底する。 ・複数規格が存在し、パッケージデザインが似ている同じ引き出し内にしまわれているものは離して配置することをルールとする。(近くに配置する方が他規格を意識しやすいという意見も一理ある。しかし、近くに配置していながら複数規格を意識できずに複数の規格を混ぜて調剤してしまった場合に、監査時に表面のヒートの規格のみで判断して混在をスルーしてしまう、という事態を避けるため、離して配置することとした。)レスリンの他に、ワンアルファ(1/0.5/0.25)、ユリノーム(25/50)、ユーロジン(1/2)、セルシン(2/5)などもパッケージデザインが酷似しているため、離して配置することをルールとする。	レスリン錠25	レスリン錠50	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
104	(般)ヘパリン類似物質外用スプレー0.3% 100gが処方されたが、剤形の確認を怠り、ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%で入力、調剤してしまった。交付時に患者家族から「スプレーを出してもらっているはず」と訴えがあり、調剤ミスに気付いた。	普段、油性クリームを頻用しており、一般名処方剤の確認を怠り、クリーム剤と思い込んでしまった。	処方箋のコピーにチェックを入れて確認	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
105	メプチンエア-10μg吸入100回の処方だったが、メプチンシングヘラー10μg吸入100回で入力して、監査時に指摘され訂正できた。	処方せんの見間違い。「メプチン」10μg吸入100回で勝手に思い込み勘違いし入力して監査に回してしまった。単純なミス。	似ている名前の薬、mg数違いなど沢山の薬があるので「名称」「mg数」など毎回処方変更になることを前提に注意し繰り返し確認する。	メプチン10μgエア-10吸入	メプチンシングヘラー10μg吸入100回	確認を怠った判断を誤った	その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
106	一般名処方ヘパリン類似物質外用液が処方されているところ、ヘパリン類似物質泡状スプレーを調剤。	代替調剤できるものと誤って認識していた。	MRの情報提供が正確ではなかったため、正確な情報を提供するように会社へ申し入れた。代替調剤の際はSAFE-DIで可能かどうか確認する。	ヘパリン類似物質外用液	ヘパリン類似物質泡状スプレー		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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
107	患者のお母様が小児科の手書きの処方箋を持ち来局。お子様は来ていませんでした。たまに来る医療機関のもので、手書きで読みづらいこともあるので気を付けていました。今回、キプレスチュアブルという文字は読めたのでキプレスチュアブル5mgでお渡ししようとしたところ、お母様が「いつもはスティック状のものです」とおっしゃったので、再度処方箋を確認しました。よく見るとキプレスチュアブルの文字の後に4mgと読める文字がありました。お子様の年齢も3歳であることを確認し、キプレスチュアブル5mgの適応年齢も6歳以上だということを確認し、医師に疑義照会したところキプレス細粒4mgであることがわかりました。細粒と書くべきところをチュアブルと書いてあったために誤解していました。患者様にはキプレス細粒4mgをお渡しし、調剤ミスを起こさずに済みました。	通常、小児科の処方箋の場合は、ミスをなくすためにコピーをとり、入力用、調剤用としてそれぞれが落ちて見えて見ることができるようにしていますが、今回は手書きの処方箋だったうえに、薬の名前は読めていたのに、キプレスチュアブルは5mgだという思い込んでしまいました。また、年齢確認が遅くなってしまったのも原因だと思います。お薬手帳も持っていなかったため、処方歴も確認できませんでした(うちの処方歴にもキプレス細粒4mgが出たことはなかった)○手書き処方箋○処方せんの見間違い	不鮮明な(判読が難しい)場合は、その場で疑似照会(確認)するようにするお薬手帳がない場合など、服用している(していた)お薬がわからないときは、会話の中でわかることもあるので話をしよう努める小児科の場合は必ず年齢・体重をその場で確認する	キプレス細粒4mg	キプレスチュアブル5mg	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
108	【正】本日より2.5mgに減量【誤】前回Doのアムロジン錠5mg1錠分一朝食後28日分でお渡し	入力時	一文字鑑査の徹底、類似名称のGE、他規格のある薬品について意識することを薬剤師間で再度確認し注意喚起を行う。入力確認中は確認した場所までカーソルを合わせるようにする。作業が中断した場合は2段階工程を戻り入力を再開するようにする。投薬時での患者様からの聞き取りと別に薬剤交付時の処方箋と薬、薬袋との確認を徹底する。実施が出来ているかを毎週確認を行う。今までできていなかったため、調剤者と最終鑑査者は別の薬剤師が担当を行うようにする。どうしても同じ薬剤師が担当しなければならぬ事例の場合は調剤終了時に他のスタッフに確認を依頼し、その後最終鑑査を行う。薬剤交付時にS情報の聞き取りをする際にはオープンクエッションにより聞き取りを行う(先生から薬の変更点や増量、減量についての話はありましたか?など)。処方箋を持参、確認をしながら調剤を行う。	アムロジピン錠2.5mg「明治」	アムロジン錠5mg	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		ヒューマンエラー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	チモプトール点眼液0.5%処方のところチモプトールXE点眼液0.5%を調剤した。その後監査時に取り間違いに気づき正しいもので調剤した。	業務が忙しい時間帯の中で、処方せんの見間違いを起こした。また、チモプトール点眼に複数剤形あることを調剤者が認識していなかったことが重なったため。	他規格のあるものに対し、他規格ありの名札をつける。事例をスタッフで共有し類似するものについて定期的に確認を行う。	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	知識が不足していた勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
110	ビーソフテンローションとヘパリン類似物質油性クリームとの取り間違い	単純なミス	処方せんをよく確認する	ビーソフテンローション	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	確認を怠った	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
111	患者が処方箋を持って来局した。一般名「プラバスタチンNa錠5mg、1錠/分1朝食後、35日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からプラバスタチンNa錠5mg「トーフ」を調剤するところ、誤ってその上にあったプラバスタチンNa錠10mg「トーフ」を調剤していることに気付かず、そのまま鑑査に回した。鑑査に当たった薬剤師BはプラバスタチンNa錠5mg「トーフ」ではなくプラバスタチンNa錠10mg「トーフ」が調剤されていることに気付かず、患者にそのまま服薬指導を行い、薬剤を薬袋に入れて交付した。なお、鑑査された薬剤を証拠として画像に残すために、交付前の薬剤を写真撮影して画像保存していた。その後患者より電話があり、いつも処方されているプラバスタチンNa錠5mg「トーフ」ではなくプラバスタチンNa錠10mg「トーフ」が薬袋に入っている旨の連絡があった。 →背景・要因欄へ	プラバスタチンNa錠5mg「トーフ」とプラバスタチンNa錠10mg「トーフ」は棚の位置が上下で近く、名称も似ていたため間違えた。患者が来局した時間帯は他の患者で混雑しており、調剤した薬剤師及び鑑査した薬剤師に焦りがあった。 →写真にて確認したところプラバスタチンNa錠10mg「トーフ」が交付されていることに薬剤師A及び薬剤師Bが気づき、薬剤師Aが患者宅まで赴きプラバスタチンNa錠10mg「トーフ」35錠を回収し、プラバスタチンNa錠5mg「トーフ」を手渡した。患者はプラバスタチンNa錠10mg「トーフ」を服用していなかった。	薬棚の配置について同名の薬剤の配置を離すように配置換えを行った。調剤担当の薬剤師は鑑査に回す前に再度薬剤の名称、規格及び錠数等を確認し、鑑査に回すこととした。鑑査担当の薬剤師においては調剤された薬剤について指差し確認、声を出しての確認を徹底してから服薬指導を行うこととした。患者で混雑しているにもかかわらず調剤及び鑑査を徹底するよう注意喚起を行った。	プラバスタチンNa錠5mg「トーフ」	プラバスタチンNa錠10mg「トーフ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった	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
112	アクトスOD錠15mgを後発品変更希望の患者様。一化調剤。ピックの際、ピオグリタゾンOD錠15mg「DSEP」とピオグリタゾン錠15mg「DSEP」を混在して束ねてしまった。分包前の調剤鑑査にて発覚しピックをやり直し。脱PTP前に混在に気が付いたので、煩雑な修正は免れた。	当該薬は、いずれも箱の印字が似通っていて間違いやすい。OD錠は、それを識別できるように「OD」と表記してあるが、他の文字等と同じ色合いのインクを使用しているため、見落としがちである。またPTPシートの縞模様も使用しているインクは同じ色であり、着色部分が反転させてあるものの縞模様の間隔が同じであるため、これも美間違いやすい。	保管位置を区別してOD錠/普通錠を明示する。恒久的にはメーカーへ改善要望を出したい。	ピオグリタゾンOD錠15mg「DSEP」	ピオグリタゾン錠15mg「DSEP」	確認を怠った	その他	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「規格・剤型間違い」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
113	一般名処方エナラプリルマレイン酸塩錠2.5mgを5mg錠と取り違えて交付した。	一時的に処方集中中で注意散漫となり剤形よく似た製剤のピックアップと監査で見逃す単純なミスをした。当薬局においては同剤の半割・粉碎や一包化調剤が多いため吸湿性の心配が無く、剤形が大きいEMEC製品を採用していた。このエナラプリルM錠は5mgと2.5mgの大きさ・剤形・色ともにほとんど見分けがつかないためピックアップミスをよく起こす為、監査には注意を払っていた。	吸湿性を気にせずすむPTPで交付する処方については明らかに外見の異なる銘柄を採用して、取り間違い・見間違いの可能性を下げることにした。(2.5mg錠にファイザーを新規採用した)2mgと5mgを隣りあわせの棚に置いていたものを2.5mg錠は引き出しに配置して取り違え・戻し間違いを防ぐようにした。	エナラプリルM錠2.5「EMEC」	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	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
114	先発品調剤希望の患者様に処方せんにはレンドルミンOD錠2.5mgの記載があったが、10錠シートの酷似から後発品を取り添えてしまい、検査薬剤師も看過して与薬してしまった。但し、当日の在庫確認から残分不一致が判明。両剤の取り違いの可能性からレンドルミンOD錠の処方記載患者様(当日1名のみ)と連絡を取り、服用開始前に回収、交換を実施し服用過誤は未然に防ぐことができた。	PTPシートの色調、デザイン等酷似から過去にも取り違いありだったが、当日、多忙も有り注意力散漫から見落とし発生となる。	レンドルミンOD錠2.5mgと後発品を調剤する際、それぞれユニパックに入れ、「後発品、先発品と取り違い注意」の朱書きシールを貼り、ユニパックを開封しないと調剤不能の状況にして必ず、注意書を確認するよう調剤方法を変更した。	レンドルミンD錠0.25mg	プロチゾラムOD錠0.25mg「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
115	アマリールOD錠1mgを60錠調剤しなくてはいけないところ、アマリールOD錠1mg40錠と誤ってアマリール錠1mgを20錠で調剤してしまった。	アマリールOD錠1mgとアマリール錠1mgの外箱が酷似しており、納入し調剤だに収納する時点でアマリール1mgの箱をOD錠の棚に入れてしまっていた。シートもにていて繁忙時ということもあり、監査を抜けてしまった。	納入して棚に入れるときに確認の徹底、監査時には繁忙時であっても声を出して錠剤の名前と現物を確認し、かつ2重監査する。○焦り○注意力散漫○処方医薬品の多さ	アマリールOD錠1mg	アマリール1mg錠	確認を怠った	通常とは異なる心理的条件にあった	医薬品	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
116	いつもヒアロンサン点眼液の処方であったが今回ヒアレイン点眼液に変更になっていたが、レセコンのDO機能を使ってヒアロンサンで入力した、鑑査時に画像が異なったため違いに気づき入力しなおす。	思い込みによる入力単純なミス	注意して処方箋を見る、似たような薬品名を意識しておく。	ヒアレイン点眼液0.1%	ヒアロンサン点眼液0.1%	確認を怠った	通常とは異なる心理的条件にあった	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
117	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日本臓器」をお渡しすべきところ、ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」をお渡ししてしまった。調剤者も監査者も泡状スプレーの処方であることに気付かなかった。	処方医薬品数が多く変更点もあったのでそちらに気をとられていた。泡状スプレーの在庫がなく、処方も今までなかったため認識されていなかった。医薬品名が長く名称の途中までが同じだったので、処方箋を見間違えてしまった。○処方せんの見間違い○処方医薬品の多さ	今回の事例の情報共有。インシデント報告会の実施。	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「規格・剤型間違い」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
118	ビソプロロール2.5mg「日医工」を調剤するところを同.625mg品で調剤し、監査者が気が付いた。	ビソプロロール0.625「日医工」と同0.25mgは先発のメインテートと異なり、錠剤の形が同じ丸形で、PTPの外観もよく似ている。	棚位置を離す対応した。棚に取り間違い注意のシールを貼った。	ビソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「日医工」	ビソプロロールフマル酸塩錠0.625mg「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
119	「ポリスチレンスルホン酸Ca経口ゼリー20%25g」という一般名処方に対して「カリメート経口液20%」を調剤してしまった。	当該患者には長期にわたって「カリメート経口液20%」が処方されており、事故発生時の処方においてゼリー剤に変更になった。一般名が類似しており、処方箋の見間違いが起こったと考えられる。事故発生当時は業務が忙しく、焦りがあったものと考えられる。	忙しさにかかわらず、薬品名をフルネームで確認する。	アーガメイト20%ゼリー25g	カリメート経口液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
120	ペルサンチン錠100mg 180錠 交付すべきところ 100mg錠 80錠 25mg錠 100錠で交付。ペルサンチン100mg錠はカセット保管 25mg錠は引き出し保管していた。外観が似ているため 入庫時 25mg錠を100mg錠のカセットに入れてしまっていた。調剤時 100mg錠と思い込み箱から出しそのまま交付。剤型は全く異なるが 100錠抱き合わせのままの為 間違いに気づかず。発注業務時に間違いに気づいた。	○単純なミス	複数規格のある薬剤は 入庫時・調剤時 確認を徹底する	ペルサンチン錠100mg	ペルサンチン錠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
121	「一般名:ヘパリン類似物質スプレー」を泡状でお渡しせず、スプレーでお渡ししようとしたところ、患者様が気が付いて泡状スプレーに変更した。	泡状スプレーがあることの知識がなかった。一般名は「スプレー」となっていて「泡状スプレー」が出せることを知らなかった	泡状スプレーがあるということを情報共有した。	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「PP」	ヘパリン類似物質ローション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
122	テグレート錠200mgのところテグレート錠100mgで調剤してしまった。投薬時、いつもの薬と違うとの訴えがあり、誤りに気づいた。○単位の換算間違い	一緒に処方されている医薬品に、ヘパリン類似物質外用液があった。当薬局には、メーカー違い、剤形違いがあるため、間違えないようにと注意が向いてしまい、テグレートの調剤がおざなりになってしまった。監査時にも、間違いに気づかず、投薬してしまった。○単純なミス○焦り○注意力散漫	調剤する際には、すべての医薬品について医薬品名・規格・剤形に注意する。確認の際には、メーカーのチェックを徹底する。間違いが多い医薬品には、薬品棚に「複数規格あり。100mg!!200mg!!」など注意喚起のフラグをつける。	テグレート錠200mg	テグレート錠100mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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		
123	処方せんには「アルファカルシドール錠0.25μg 1錠 分1 眠前 30日分」と一般名で記載されていた。薬剤師Aは患者様の意向もあり、先発品のワンアルファ錠0.25μgを調剤するところ、外観が類似しているワンアルファ錠1.0μgで調剤をしてしまい、気付かず監査を行った。監査の段階で、規格違いであるワンアルファ錠1.0μgで調剤していることに気づき、ワンアルファ錠0.25μgを正しく調剤を行い再度監査して患者様に正しい薬剤を交付した。	他の患者様も来局されており心理的に焦りが生じていたため調剤時の自己監査を怠った。	調剤を行った後の自己監査を行うという業務手順の再確認と徹底。外観の類似や規格違いなど取り間違いをしないように薬剤を保管している棚に注意喚起を促すラベルを作成する。	ワンアルファ錠0.25μg	ワンアルファ錠1.0μg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
124	処方箋には「ベネット錠75mg 1錠 月1回 起床時 2日分」と記載されていた。薬剤師Aが誤ってベネット錠17.5mgを調剤した。薬剤師Bが監査を行ったが、間違いに気づかずにそのまま患者へ渡してしまった。その後在庫管理を行い、ベネット錠75mgの在庫が多いことに気づき、患者宅へ連絡し間違いに気づいた。	薬品名が同一で規格が75mgと17.5mgと類似しているために間違えた。また、患者が来局した時間が込み合っていたため焦りがあった。 ○単純なミス○焦り○注意力散漫	複数規格のある薬剤は調剤棚に「複数規格あり」と貼り、ピッキングの際に取り違えに気づけるようにする。複数人による監査を徹底する。	ベネット錠75mg	ベネット錠17.5mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品 施設・設備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
125	一般名のヘパリン類似物質クリーム、尿素クリーム20%の混合をヒルドイドソフト軟膏、ウレパールクリーム10と規格違いで調剤。監査の薬剤師が気づき変更して調剤。	いつも調剤する薬と思い込んだことによる単純なミスと注意力散漫で処方箋を正しく読み取れていなかった	思い込みをやめ、基本に戻り注意深く処方箋を確認し調剤する	ヒルドイドクリーム、ケラチナミンコーワクリーム20%	ヒルドイドソフト軟膏、ウレパールクリーム10%	確認を怠った			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
126	ピタバスタチン錠1mg(一般名)に処方に対し、在庫薬のピタバスタチンOD錠1mg「杏林」を調剤すべきところ、同じく在庫薬のピタバスタチン錠2mg「MEEK」を調剤してしまった。	該当患者の前に1包化調剤があり、調剤に時間がかかってしまったため薬局が込み合ってしまった。長くお待ちせしてしまったので、焦りがある状態で調剤をしてしまいさらに確認時もヒートが似ていたためミスに気が付かなかった。	調剤に時間のかかる処方の場合には可能であれば(1)一度帰宅してもらい後で再来局してもらう(2)服薬指導の順番を入れ替える等して焦りが起こらない状況を作る。	ピタバスタチンCa錠2mg「杏林」	ピタバスタチンCa・OD錠1mg「杏林」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
127	グループホーム入居者への定期投薬の際、ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」100gに対して、ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「PP」を調剤・交付してしまい、3週間後の次の定期投薬時に気づいて、正しい物をお渡しした。	木曜の夕方に処方があり、そのまま調剤を行い、翌日多忙な中に鑑査を行ったが、見逃した単純なミス。外用泡状スプレーが発売になってから、外用スプレーはほとんど動いておらず、この患者へこの薬剤の処方6か月ぶりで、外用スプレーが動いたのは5か月ぶりであり、同じ1本100gという規格も間違いやすい要因の一つと思われる。	ヘパリン類似物質については名称が似たものも多く、注意しているつもりが見逃しがあった。「日医工」と「PP」というメーカー違いも見逃してしまっているため、名称の似ているものについては再々確認を行うこととする。	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「PP」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
128	プラバスタチン10mg錠のところ5mg錠を調剤、投薬してしまいました。	プラバスタチン10mg錠と5mg錠は同じメーカーでよく似た包装である。プラバスタチン10mgの処方箋は2名ほどと症例がすくないため頻繁にでていた5mg錠を思い込みでとってしまいました。	あまりでないプラバスタチン10mgは引き出しにいれ 5mg錠は錠剤棚にいれ取違の内容にわけていれました。規格違いのある薬剤は必ずmgの確認を行い一人調剤をできるだけ避けるようにします。	プラバスタチンナトリウム錠10mg「NikP」	プラバスタチンナトリウム錠5mg「NikP」	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
129	商品名が類似しており、通常使用(採用)している医薬品がプレドニゾン錠であったため、思い込みで調剤したものと思われる。	処方せんの見間違いによる単純ミス	投薬時に本人にも確認を怠らないように心掛ける。	プレドニン錠5mg	プレドニゾン錠「タケダ」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
130	フルイトラン錠2mgが処方されているところ、フルニトラゼパム錠2mgを調剤してしまった。監査により発見できたので、患者には渡されていない。	最初の2文字フルが同じなのと、規格が2mgと同じことによる〇処方せんの見間違い。帰宅する時間が近づき〇注意力散漫が原因と思われる。	処方箋は見て調剤するのではなく、しっかりと読んでから調剤を始めるようにする。気のゆるみが原因なので、薬局内でしっかりと声を出しながら仕事をやる。カセットに類似名称ありと張り紙をする。	フルイトラン錠2mg	フルニトラゼパム錠2mg「アメル」	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
131	・処方ではネキシウム10mgで処方されていたが、見間違えて20mgをお渡ししてしまった。処方日は7/18だったが、実際に服用始めたのが8/7でいつもとヒートの色が異なることで患者様が気が付く。翌日来局。ネキシウム10mgと交換しお詫びした。	〇単純ミスヒートの色も似ているため集中力の欠落による単純ミスだと思われる。	今後規格が複数ある薬は、それを頭に入れて処方時に改めてどの規格であるかを再確認する。投薬時にも患者さんと一緒に新鮮な目で再確認。	ネキシウムカプセル10mg	ネキシウムカプセル20mg	確認を怠った	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
132	オルメサルタン10mgが処方されていたが、オルメサルタン20mgを患者様にお渡ししてしまった。帰宅後患者様がいつもの薬と異なると気が付き、薬をもって来店。外観が似ているので、間違えてお渡ししたことに気が付かなかった。	・単純なミス調剤するときは、無意識に薬を手にとっているため気が付かなかったと思われる。	・処方箋を読み返し、mg数の違いのあるものは特にチェックする。	オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
133	一般名処方だったため「トコフェロールニコチン酸」だけを見てユベラ錠50mgと思い込み調剤、投薬をしたが、投薬中に患者にいつものと形が違うと指摘されたがすぐに気づかず、それを聞いていた事務員に再度指摘され薬袋をみて気づきその場でユベラNソフトカプセル200mgに変更して投薬した。	管理薬剤師より規格の違うユベラがあることを聞いていたが、忘れてしまい、また一般名処方だったため最初の部分で思い込み調剤をしてしまい最後まで確認を怠ってしまった。	一般名処方の場合は特に似たような名称が多いので最後まで読み取り、規格まで確認をする。	ユベラNソフトカプセル200mg	ユベラ錠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
134	25mgアリナミンF糖衣錠を調剤しなければいけないところ、誤って50mgアリナミンF糖衣錠を調剤してしまった。	アリナミンF糖衣錠の製品の箱は外観がよく似ているため、規格をよく確認せず調剤してしまった。	薬剤を納品後、薬品棚に配置する際に十分気を付ける。また、棚卸しの際にも規格の違う製品が混ざっていないか確認する。	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		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		
135	【正】メバロチン錠10【誤】メバロチン錠5	入力ミス	いつ何時も冷静に、4分割確認を行う。必ず処方箋に近づけて薬品のチェックを行う。処方せん読取装置の通らない門前以外の処方箋は手入力になるのでいつも以上に細心の注意を払う。処方箋を見ながらひとつひとつ投薬を行う。メバロチンの10mgと5mgで外観が似ているためカセットに規格注意の張り紙をつけた。	メバロチン錠10	メバロチン錠5	確認を怠った判断を誤った	技術・手技が未熟だった通常とは異なる身体的条件下にあった通常とは異なる心理的条件下にあった	施設・設備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
136	ニフェジピン錠(10)をお渡しすると、ニフェジピン錠(20)を患者さまに渡してしまった。患者さまからの指摘により、薬の渡し間違いが発覚した。	PTPシートの表面の基調色がオレンジ色主体で類似していたこと、繁忙時の多剤処方、実習生の指導が重なり、取り間違いに気が付かなかった。	指差呼称・監査の徹底と、薬棚への”類似薬注意”表記の工夫し直しとともにPTPシートの裏面チェックする際の意識付け、シートの不良のみならずデザインへの注意、をした。	ニフェジピン錠10mg「日医工」	ニフェジピン錠20mg「日医工」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった		ヒューマンエラー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	アゾセミド錠30mgが処方されていたが、アゾセミド錠60mgを投薬。	ヒートデザインが似ており、保管位置も近かったため、取り違いがおきた。	調剤時と鑑査時、交付時に確認を徹底する。	アゾセミド錠30mg「JG」	アゾセミド錠60mg「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
138	シングレアチュアブル錠が処方されていたところ、シングレア錠を調剤してしまった。ヒートの外観が似ていた為、監査、投薬時に気が付かず患者様にわたってしまった。服用前にご家族が気付き連絡をいただいたので服用前に全量、正しい薬に交換させて頂くことが出来た。	両剤の薬品棚が上下で、うっかり取り間違えた。棚を離すとかえて2規格あるのを忘れてはいけなく近くにして逆にならぬミスにつながった。	シングレア錠の棚に紙で「成人用」と記載した暖簾を付けて、ピックアップ時に一旦注意喚起するよう改善した。	シングレアチュアブル錠5mg	シングレア錠10mg	確認を怠った	その他	医薬品 施設・設備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
139	初回処方箋を祖母持参。(後発)ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」と記載されていた。処方に対してヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日本臓器」を出した。保険薬事典でも同じくくりになっており問題ないと考えお渡しした。次の同処方方の処方箋持参のおり、「ベタつく」と先生と話したが、先生は「泡状」は出していないと発言され、保険薬事典で同じところに記載されており変更不可もなかったものでどちらでも可との当方の判断で泡状を渡してしまった。9/20、事情が判明し泡状でない分を取り寄せ自宅にお届けした。2016年に同じような事例があったため、今回合わせて報告。	システム上でも変換でき、保険薬事典でも同じくくりとなっているため見逃ししやすい。外用薬は使用感で処方が大きく左右されることもあるため、形状の違いがある薬について確認した。	普段処方の少ない薬であり、同じ成分の薬の在庫があるということが最初になってしまったため外用剤の取扱には注意が必要。	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」	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 教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
140	外観類似による取り間違い。	○作業手順の不履行 キプレスとキプレスチュアブルの外観が似ている為、規格まで確認するべきところであったが、投薬待ちの患者が多かった為規格まで確認していなかった。	キプレス10mgおよびチュアブル5mgの棚を分け、2つの規格を視界に入れないよう配置変換を行う。	キプレスチュアブル錠5mg	キプレス錠10mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
141	施設の患者様の調剤。処方箋には「酸化マグネシウム錠300 3錠/分3 毎食後 28日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際に酸化マグネシウム300「ヨシダ」を調剤するところを薬棚の隣にあった酸化マグネシウム330「ヨシダ」を調剤していた事に気づかずに監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが処方箋記載の酸化マグネシウム300「ヨシダ」ではなく酸化マグネシウム330「ヨシダ」が調剤されていることに気付き、調剤した薬剤師Aに間違いを指摘した。薬剤師Aは酸化マグネシウム300「ヨシダ」を正しく調剤し、再度、薬剤師Bに監査をお願いした。監査の段階で間違いに気付いた為、患者様には正しい薬を交付した。	酸化マグネシウム300「ヨシダ」の薬名と規格が似ていた為、また薬棚が近かった為に間違えてしまった。また、調剤していた時間帯店内が混んでいた為に焦りがあった。	酸化マグネシウム「ヨシダ」の300と330の薬棚を離した。薬名の規格に色違いのマジックで分かりやすく○を付けておいた。スタッフ全体にこの間違いを報告し、調剤、監査の際に注意するように促した。	酸化マグネシウム錠300mg「ヨシダ」	酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」	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
142	2018年9月3日(月)13時頃、内科を受診した患者(85歳)が処方せんを持って来局。処方せんには「一般名:ロバスタチン口腔内崩壊錠2.5mg1錠/分1夕食後 28日分」と記載。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からクレストールOD錠2.5mgを調剤するところ、右隣にあったクレストール錠2.5mgを調剤したことに気づかず、そのまま監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが、処方薬のクレストールOD錠2.5mgではなく、クレストール錠2.5mgが調剤されていることに気付き、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師AはクレストールOD錠2.5mgを正しく調剤し、再度、薬剤師Bに監査してもらった。監査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	クレストールOD錠2.5mgとクレストール錠2.5mgは薬棚の位置が左右で近く、名称もPTPデザインも似ているため間違えた。また、患者が来局した時間は混雑しており繁忙による焦りがあった。	クレストールOD錠2.5mgとクレストール錠2.5mgの棚の位置を離した。調剤者が鑑査者に薬を回す前の見直しを徹底する等の業務手順の見直しを行った。それぞれの薬の棚に取り違い防止の札を貼り注意喚起をした。	クレストールOD錠2.5mg	クレストール錠2.5mg	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
143	処方箋では「ピタバスタチン2mg「トーフ」」が処方されていたが誤ってピタバスタチン1mg「トーフ」を調剤。患者様がいつもと薬が異なることに気づき後日来局。	1人の薬剤師が調剤後、監査システムを利用し、一人監査をして投薬してしまった。類似品による取り間違い。	規格を注意するよう、調剤棚の色を変えて目立つように工夫を行った。類似品であることを認識する。	ピタバスタチンCa錠2mg「トーフ」	ピタバスタチンCa錠1mg「トーフ」	確認を怠った連携ができていなかった	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
144	薬剤師Aが疑義照会して一般名であるロスバスタチン2.5mgが処方された。患者が先発品希望だったためクレストール錠2.5mgとした。薬剤師Aは誤ってクレストールOD錠2.5mgを調剤し、鑑査の薬剤師Bも間違いに気づけずそのまま患者に渡してしまった。翌日、納品されたOD錠をみた薬剤師Bはおかしいと思い、クレストール錠とクレストールOD錠の在庫確認をしたら間違いに気づいた。	疑義照会をした薬剤師Aはその場ですぐに内容を処方箋に記入しないで、口頭で簡潔に薬剤師Bに伝えていた。クレストール錠2.5mgとクレストールOD錠2.5mgの外見もよく似ており、薬剤師Aは間違えてピックアップしてしまった。すこし忙しかったこともあり、鑑査の薬剤師Bも良く確認しないでスルーしてしまった。 ○単純なミス○焦り○注意力散漫	疑義照会したらその場ですぐに内容を記入する。外見がよく似た薬剤や他の剤形や規格がある薬剤は特に念入りに確認をする。	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	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラー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	処方箋で「レルベア200エリプタ30吸入1キット」処方されていたがレルベア100エリプタ30吸入1キットを誤って交付。患者様ご本人がいつもと違う薬であることに気づきミスが発覚。	M&A後2日しかたっておらず、店舗の体制が整っていなかった。類似したデザインの薬であった。ヘルプ薬剤師で不慣れであった。	類似品の医薬品であることをしっかり認識する。規格の確認を徹底する。	レルベア200エリプタ30吸入用	レルベア100エリプタ30吸入用	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
146	患者が来局し一包化調剤を行った。処方箋には「一般名：テオフィリン徐放錠200mg(24時間持続)1錠分1就寝前30日分」の処方が記載してあった。薬剤師Aが一包化調剤を行い薬剤師Bが調剤監査を行った。監査の際薬剤師Bは違和感を感じたので詳しく調査したところ調剤されていた薬は「商品名：テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」」であり、対応する一般名は「テオフィリン徐放錠200mg(12～24時間持続)」であることが発覚した。本来正しい調剤はテオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」であったので再度調剤をしないおし投薬へと至った。	午前中の忙しい時間であり、注意力が散漫になっていた。一般名が類似した薬品であるため確認が不十分であり間違った調剤にいたった。	調剤棚や医薬品の包装箱に対応する一般名を付箋を貼り付ける。調剤時に指差し呼称などの徹底を行うなどの対応を行う。	テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」	テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
147	一般名処方 ヘパリン類似物質外用スプレー 100gと記入、GE希望の方で当薬局在庫 ヘパリン類似物質外用スプレー 日医工100gで交付した。実際は以前3か月前に処方してもらったヘパリン類似物質外用泡状スプレー 日本臓器100gが希望医薬品であった。以前までは処方せんに商品名ヘパリン類似物質外用泡状スプレーで記載あり。今回から一般名処方に。泡状スプレーは当店常時在庫薬ではなく、以前も近隣から小分けで用意した経緯あり。今回投薬相手が祖母で内容不明であり、その場でも確認したが間違いに気づけず交付あり。その後、母親から連絡あり、処方の経緯確認し、前回3か月前同様泡状スプレー希望であったこと確認し、交換対応した。	一般名処方により、外用スプレーも泡状スプレーもどちらも変更可能であることに対して、単純なミス、認識が不足していた。	どちらも同量GEであり、変更可能であることが監査時にもわかるよう、薬品マスタ店舗表示に泡状、液体どちらもあることを表示。今回の患者さんは、泡状スプレー希望であることを申し送りに記載対応した。	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」	患者への説明が不十分であった(怠った)判断を誤った	その他	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
148	処方薬ジャディアンス10mgのところ25mgでお渡しした。患者様が自宅にて医薬品がいつもと違うことに気づき連絡し発覚となる。謝罪し渡した医薬品を回収し正しい医薬品を交付した。患者様は服用はしていない。	GWの前日での繁忙期で患者様が急いでおられ、調剤者が医薬品の取り違いをしてしまい、交付者ともに処方内容の確認が不十分であった。	繁忙期は鑑査者と交付者が同一人物になることが多いが、調剤者、鑑査者、交付者は別の人物とすることで三重のチェックを行い、処方箋の見間違い、医薬品の取り違えを防ぐ。また類似している医薬品の取り違えを防止するために、薬剤棚の位置を離すなど配置や、医薬品棚に目印を施す。	ジャディアンス錠10mg	ジャディアンス錠25mg	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
149	一般名処方での処方箋の記載で、ユニシアの高用量か低用量かの確認を怠り、高用量のHDのほうで調剤してしまいました。人数が少なく、一人で調剤・鑑査・投薬をして患者様にお渡し。患者様も急いでいたため、確認できずお渡ししてしまいました。後日、患者様が薬がいつもと異なることに気づき、薬局に来局され、謝罪し交換いたしました。10錠シート	患者様が急いでいたのもあり、処方箋入力以外では一人で行ってお渡ししてしまいました。確認の大切さの自覚が足りないと思います。○作業手順の不履行○単純なミス○焦り○注意力散漫	今後は必ず一人ではなく、ほかの者の目を通すようにしていきます。また、類似している薬の箱、ヒートの場合は保管する場所を離しておくようにし、一般名処方の場合は必ず規格も確認するのを怠らないようにします。	ユニシア配合錠LD	ユニシア配合錠HD	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	医薬品 施設・設備	教育・訓練 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
150	手書き処方箋で、L?ケフレックス(1000mg)分2朝夕5TDという処方に対し、ケフレックスシロップ用細粒10%で調剤していた。監査時発覚し、お薬を渡す前に正しい薬に修正できた。	用法からも推測できる場所であったので薬名以外に気づくポイントはあったと思われる。調剤者の知識不足、確認不足。	似た名前前の薬や、作用時間の違う薬等のリスト表を作り、間違えないようにする。	L?ケフレックス顆粒	ケフレックスシロップ用細粒100	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「規格・剤型間違い」)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因 ヒューマンファクター 環境・設備機器 その他	
151	一包化している薬の中に、いつもはヒベルナ5mg 2錠であるところを、1錠はヒベルナ5mg、もう1錠は25mgが入っていたと連絡あり。○分包品の計数間違い	ヒベルナの錠剤が25mg、5mgともにオレンジ色で若干大きさが違うくらいでよく似ている。2錠ずつのほかにも薬剤が沢山ある一包化であるため、1錠だけ25mgが混入していたのに気づかず調剤・監査・投薬していた。○処方医薬品の多さ	一包化の錠剤は、1つ1つきちんと、刻印はじめ錠剤をしっかりと監査する。調剤棚のヒベルナの規格違いを離れたところに置き換え、調剤時にも注意するようにした。	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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
152	ツムラ六君子湯(43)112包処方のところ、一部ツムラ当帰芍薬散(23)を21包 混合して投薬してしまった。投薬後 他の患者様に ツムラ六君子湯を調剤した際に 六君子湯の箱の中に当帰芍薬散が混ざって入っていたことが発覚し患者様に連絡したところ 混ぜてお渡ししていたことが確認とれ 陳謝し取り換えた。	ツムラの漢方は 番号の一の位毎に同じ色の帯になっていて ツムラ六君子湯(43)とツムラ当帰芍薬散(23)は 同じ黄緑色で似ていたため、前回の調剤で 当帰芍薬散を箱に戻す際に 間違えて六君子湯の箱に戻してしまったお薬を 次の患者様に調剤するときに混ざったまま調剤、監査してしまった。監査者も色が同じだったため、全ての束の薬剤名を確認せず 同じ色だったため一束違う漢方が混ざっていたことを見落としてしまった。○単純なミス○注意力散漫	薬を棚や箱に戻す際、色など思い込みで戻さず きちんと薬剤名を確認して戻す。監査するときも 外観が同じ色で似ていても すべての束の薬剤名を確認する	ツムラ六君子湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	技術・手技が未熟だった勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
153	一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	オドメール点眼液0.1%	プロラノン点眼液0.1%	判断を誤った	通常とは異なる心理的条件下にあった		教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
154	名称が類似している医薬品の間違い	医薬品の配置も近いこと、よく処方される医薬品であることが背景としてあり、監査時も思い込みによるもので医薬品の取違い。	医薬品の配置変更。棚に注意喚起のシールを貼付する。	トコフェロール酢酸エステル錠50mg「トーフ」	トラネキサム酸錠500mg「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
155	後発品希望患者にフェキソフェナジン錠60mg56錠調剤すべきところ、フェキソフェナジン錠34錠+アレグラ錠22錠を混合して集めてしまった。	調剤時、残数が少なくあわてて補充をしたところ、よく確認せずにアレグラ錠を補充してしまい、そのまま混合して調剤してしまった。監査機でも挟みこんだため、エラーチェックに引っかからず、監査者も見逃してしまった。その日はおひとりしかフェキソフェナジン錠の処方がなく、年明けに調剤するときに間違えて充填されたことが発覚した。また、フェキソフェナジン錠とアレグラ錠の外箱、シートもよく似ており間違えてしまったと思われる。焦り、注意力散漫	補充する際、指さし確認を徹底して作業するようにする。余裕があるときに補充をし、忙しい時にならなように気を付ける。	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「SANIK」	アレグラ錠60mg	確認を怠った	技術・手技が未熟だった通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
156	調剤 医薬品間違い正 ツムラ治打撲一方エキス顆粒 誤 ツムラ治頭痛一方エキス顆粒	見慣れない処方であったため、まず薬の在庫があるかどうか焦っていた。医薬品名称が類似していることから、誤ってしまった。また、漢方は、最後に薬情の写真に記載している番号と一致しているか確認してお渡しするように心がけていたが、おろそかになってしまった。ただし、漢方の番号も、59番(ツムラ治頭痛一方)、89番(ツムラ治打撲一方)と下一桁が同じで、シートの色もピンク色で同色であったことも誤りに気付かずに処方してしまった要因の一つであると考えられる。知識不足も背景にある。 ○作業手順の不履行○焦り	既存マニュアルの徹底。漢方の知識向上。	ツムラ治打撲一方エキス顆粒(医療用)	ツムラ治頭痛一方エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	知識が不足していた 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
157	ジェネリック希望患者さんで、ムコダイン250が処方されており当薬局で備蓄しているカルボシステイン250「サワイ」を調剤するところを、誤ってムコプリン15を取り揃える。監査時に別の薬剤師が間違いに気づき、患者さんに間違った薬を渡すことはなかった。	ムコダインとムコプリンは名前と薬効も似ているので間違えたと考えられる。	ミリ数まで確認すれば防げることなので薬品名とミリ数まできちんと確認を徹底する。	カルボシステイン錠250mg「サワイ」	ムコプリン錠15mg	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
158	ワーファリン1mg84錠の鑑査の際、1シートだけメコバラミン500μg JGが混在しているのを、鑑査者が発見。医薬品在庫ソフトで確認したところ、在庫数は合っていたので、調剤過誤には至らなかった。	メコバラミン500μg JGとワーファリンはシートの色、デザインが酷似しているため、ワーファリンのピックアップより以前に誰が棚に戻し間違いをしたと思われる。調剤者もすべてのシートは確認せず、輪ゴムで閉じてしまった。	ワーファリン1mgとメコバラミン500μg JGは、薬品棚の離れた場所にあったが戻し間違いが起きたため、メコバラミンはそのまま薬品棚に、ワーファリンは取りづらい場所の引き出しに移動。薬剤師全員にミーティングにて、注意喚起。	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
159	オルメサルタンOD10mg「DSEP」をオルメテックOD10mgの棚に補充してしまい、オルメテックODを調剤しなければいけないところをオルメサルタンOD「DSEP」で調剤してしまった。	オルメテックODとオルメサルタンOD「DESP」の箱・PTPが類似しているため。	薬品棚の名称欄の横に「類似薬品あり」のタグを貼り付けた。	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
160	オルメサルタンOD錠20mg「トーワ」10錠シートとファモチジンOD錠20mg「トーワ」10錠シートのヒート包装が大変似ているので、患者様に投薬しそうになりました。	注意力散漫で未熟でした。	ファモチジンOD錠20mgを14錠シートに変更して全員に注意喚起を行った。又、離れた場所におきました。東和薬品にクレームを出してシートデザインの変更をお願いしました。	オルメサルタンOD錠20mg「トーワ」	ファモチジンOD錠20mg「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「薬剤取り違い」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
161	メタクトが処方されていたところエクメットがピックアップされた。投薬前に気が付き正しい薬剤をだすことはできた	同じLD錠で名前が似ていたためと考えられる	ピックアップ時に薬品名を声だし確認するようにした	メタクト配合錠LD	エクメット配合錠LD	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
162	酸化マグネシウム(330) 84錠の処方 酸化マグネシウム(330)24錠 カロナール(200)60錠でお薬をおわたしてしまった。	カロナール(200)と酸化マグネシウム(330)「ヨシダ」の包装がよく似ていて、カロナールを調剤後に間違えて、酸化マグネシウム(330)の棚に戻してと思われる。	カロナールの棚を引き出しの中にしまい、場所を移動した。	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	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
163	ノイロピタン配合錠で処方されていたものを、類似名称のノイトロピン錠4単位で調剤。監査時に間違いに気づき、調剤者に処方内容を再度確認してもらい調剤。再監査で間違いがないことを確認し投薬。		代表的な間違いやすい薬剤をリストアップし、対象薬剤が出た時は特に注意して調剤・監査をするよう努める。	ノイロピタン配合錠	ノイトロピン錠4単位	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
164	後発医薬品への変更不可欄にチェックのあった薬剤を誤って後発医薬品に変更し調剤。服薬指導時に気づき、先発医薬品で調剤しなおし交付した	多数の処方の中、2製剤のみ変更不可指示があったがすべて変更可と誤ってしまった○処方せんの見間違い○処方医薬品の多さ	後発医薬品への変更可否については調剤に入る前に確認を行うことで防止策とする	アンテベート軟膏0.05% ヒルドイドソフト軟膏0.3%	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」	確認を怠った				ヒューマンエラー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	プロクトセディル軟膏の処方をジェネリックに変更し、ヘモレックス軟膏でお渡しするべき所をヘモポリゾン軟膏で渡してしまった。ヘモポリゾン軟膏の在庫が多かったため棚卸確認した所、当該患者の処方分実在庫が多かったためご本人へ確認して発覚。正しい薬剤と交換。すでに使用されていたが処方医に連絡した所、早めの受診、検査の必要の指示はなかった。当該薬品使用で経過をみながら使用するよう伝えた。	調剤時に処方箋と入力の確認が不十分であり、計数のみ確認したうえで調剤した。○作業手順の不履行 監査時薬剤確認が不十分であり、ポリムス読み取りができていないまま鑑査を終えてしまった。○作業手順の不履行投薬時、プロクトセディル軟膏のジェネリックはヘモポリゾン軟膏だと思い込んでいたので、薬袋と薬品を確認せずに投薬。○作業手順の不履行	調剤者は類似薬剤の薬がある場合は、処方箋と入力を確認したうえで調剤する。鑑査者は類似薬剤名の可能性を意識し、薬袋との表示と合わせ、よく確認したうえでポリムスの読みとり漏れがないよう手順遵守に努める。投薬者は処方箋と薬剤、薬袋を確認したうえで患者様と確認しながら投薬する。	ヘモレックス軟膏	ヘモポリゾン軟膏	確認を怠った		その他		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
166	エピナスチン錠10mg(一般名処方)14錠を調剤するところ、エパルレスタットが2錠混入してしまった。	シートの色形大きさが似ている、メーカーが同じで判別しにくい。その前にエパルレスタットを調剤した際、半端をエピナスチンの棚に入れたためと思われる。	片方を、別のメーカーに変更し、識別しやすくした。	エピナスチン塩酸塩錠10mg「ファイザー」	エパルレスタット錠50mg「ファイザー」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	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
167	アナフラニール25が処方だったが、アンプリット25を調剤してしまった。患者が帰宅する前に気づき、取り換えた。	名前の確認不足。○単純なミス		アナフラニール錠25mg	アンプリット錠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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
168	皮膚科の処方箋にて一般名でベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%が処方された。そのまま処方箋を見ながら薬剤師Aが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」を調剤した。薬剤師Bが監査したところ間違いを発見。	一般名処方によるジェネリック医薬品の取り間違いが起こった。入力された薬剤はデルモゾールであり、類似した医薬品を取り間違えたことによる処方せんの見間違い。		デルモゾール軟膏0.12%	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」	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
169	一般名処方にて「オルメサルタン口腔内崩壊錠10mg」と処方あり。ジェネリック希望とのことだったので、オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」をレセコンに入力したが、誤ってオルメテックOD錠10mgを調剤してしまった。	オルメテックOD錠とオルメサルタンOD錠「DSEP」のシートがかなり酷似しているため、きちんと確認をせずに調剤したことによる単純なミス	調剤監査システムの導入により、調剤前にハンディシステムで確認をする。	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			ヒューマンエラー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	スチブロン軟膏で調剤すべきところスピラゾン軟膏で調剤してしまった。	医薬品名称が似ており単純なミスであった。	きちんと医薬品名を確認する。	スチブロン軟膏0.05%	スピラゾン軟膏0.3%	確認を怠った	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
171	フルニトラゼパム1mg、アリピプラゾール3mg「ヨシトミ」はともに半錠分包予製している。前者の入った袋から調剤をしたら、後者がその袋の中に混ざっており、そのまま調剤した。監査段階で気づき、投薬前に修正。	両剤ともに、大きさ・色が似ている。	それぞれの半錠分包予製の袋に「取り違い注意」の掲示と、それぞれのPTPシートを貼り付けた。	フルニトラゼパム錠1mg「アメル」	アリピプラゾール錠3mg「ヨシトミ」	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
172	「一般名」シンバスタチン錠5mg 1錠 分1 寝る前 30日分 の処方箋でシンバスタチン錠5mg「日医工」を30錠調剤、投薬しなければいけないところ間違えてシルニジピン錠5mg「サワイ」を30錠調剤、投薬してしまった。患者さんが、服用直前にいつもと薬の色が違うのでよく見たら名前も違っていたので飲まずに翌日電話をかけてこられて間違いが発覚した。	患者さんの検査結果の話に気をとられ確認を怠った。1年前にも同じ間違いをしている。薬品名・規格数の類似、思い込みがあった。処方せんの見間違い	薬歴の申し送り事項、表紙にシンバスタチン錠5mg「日医工」注意と大きく赤色で記載した	シンバスタチン錠5mg「日医工」	シルニジピン錠5mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果	
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器		その他
173	カロナールシロップ2% 4ml 発熱、疼痛時服用10回分のところを単シロップ(丸石)でお渡し。姉弟と同じ調剤をだったが、弟の熱が下がらないのでカロナールシロップを飲ませたが効果がなく、患者のお母様よりお電話連絡。さらに見た目が単シロップと似ており、なめたら味も同じであったとのこと。単シロップは同処方箋で処方されていた為、味を比べることが出来たとのこと。	姉弟で調剤者は、同じであったが同時並行では作っておらず、1人ずつ作っていたが、シロップをその都度棚に納めず、手元に並べて調剤してしまっていた。鑑査者は調剤者から説明のみで、内容物は疑って鑑査しなかった。今回1つの処方箋内に無色透明のシロップが単品で3つ、着色ありの混合薬が1つと計4本の水剤があり、その為、調剤時、全てのシロップを手元に用意してから調剤してしまった為、取り違いが起きてしまったと考えられる。 ●シロップを1剤ずつ調剤し、その都度棚に戻さず、全シロップを手元に出してしまった。●鑑査時に、カロナールシロップと単シロップでは、粘度が異なる為、鑑査で発覚する可能性もあったが、調剤者の話だけでは、全量のみ鑑査してしまった。	水剤ラベルシールをしっかりと使用すること、さらに1剤ずつ調剤し、棚にしっかりと戻すということを徹底。において、粘度の異なる部分があるので、そのような部分もしっかりと鑑査することを徹底。	カロナールシロップ2%	単シロップ*(丸石)	確認を怠った				ヒューマンエラー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	2018年1月6日 11:15頃薬剤師が ترامセット配合錠の処方の所、誤ってカロナール錠500mgで調剤。鑑査時に薬剤師Bが気が付き、薬剤師Aに報告。その後、薬剤師Aは ترامセット配合錠に調剤をし直し、再度薬剤師Bに鑑査してもらった。鑑査時の発覚なので、患者様には正しい薬を投薬した。		隣りの棚ということと、錠剤の形が似通っている点もあり、棚の見直しをし、配置換えを行った。	ترامセット配合錠	カロナール錠500	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラー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	クラシエ八味地黄丸エキス細粒を90包調剤すべきところ、全90包のうち、クラシエ温清飲21包を、混合して調剤した	2種の医薬品の外装が酷似していること、同じ引出に配置していたことが、原因と推察される	クラシエ温清飲をビニル袋に入れ、温清飲を記載し注意喚起した	クラシエ八味地黄丸料エキス細粒	クラシエ温清飲エキス細粒	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	教育・訓練		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
176	アナフラニール10mg処方トフラニール錠10mgで調剤。鑑査時に間違いに気づいた。	アナフラニールの方が処方頻度が高い。似たような名前。規格も双方10mg、20mgのため、間違いやすい	調剤時、再度名前の確認。カ価の確認をしっかりと行う。	アナフラニール錠10mg	トフラニール錠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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
177	患者が処方せんを持って来局した。【一般名】セフトレニドキシム100錠/分3毎食後 4日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、引き出しからセフトレニドキシム100「サワイ」を調剤するところ、セフカペンピボキシム100「サワイ」を調剤したことに気づかず、そのまま監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが、セフトレニドキシム100「サワイ」ではなく、セフカペンピボキシム100「サワイ」が調剤されていたことに気づき、薬剤師Aに間違いを伝える。薬剤師Aはセフトレニドキシム100「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ため、患者には正しく薬剤を交付した。	同系統の抗生物質で頭の名前が類似していた事、同じ引き出しに在庫していた事で間違えてしまった。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。	処方頻度の多い「セフトレニドキシム100「サワイ」」を引き出しではなく、薬棚へ変更した。調剤者が監査に回す前にも「一文字鑑査」を徹底することとした。	セフトレニドキシム錠100mg「サワイ」	セフカペンピボキシム塩酸塩錠100mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品 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
178	「カンデサルタン4mgJG」を処方されたが、誤ってエナラプリルマレイン酸塩錠5mgを調剤した。	シートの裏が白地にオレンジの字で似ているため見間違えた。確認不足あり。単純なミス	薬の棚を遠くにずらした。調剤者はシートの中の錠剤が見えるように置く。シートも錠剤も確認する。	カンデサルタン錠4mg「JG」	エナラプリルマレイン酸塩錠5mg「JG」	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
179	ビクトーザを調剤すべきところ、ヒューマログミリオペンで調剤。ビクトーザの在庫なく、患者宅へ郵送する薬剤を準備していた。準備の間、至急で取り寄せた当該薬剤がいつもヒューマログを保管していた場所に入っており、箱の色合いも似ていたところから、取り違い調剤してしまった。監査時に気づき、正しいもので郵送している。	至急で取り寄せた薬剤で、取り急ぎ冷蔵庫に保管されていた。普段ヒューマログ注ミリオペンの保管場所にあったことから、思い込んで調剤してしまった。箱や注射筒の色合いも似ており、監査時まで気づけなかった。郵送締め切り時間が迫っており焦ってしまったこともある。注意力散漫であった。	いつもの保管場所と異なっていたり、外観が似ていても調剤時は、しっかりと薬剤名を確認する。	ビクトーザ皮下注18mg	ヒューマログ注キット	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラー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	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒(医療用)、7.5g/分3毎食後」と記載されていた。薬剤師Aは、ツムラ五苓散エキス顆粒(医療用)を牛車腎気丸と思い込み調剤した。牛車腎気丸で調剤するところ五苓散で調剤してしまったが誤りに気付かず、そのまま監査におくった。薬剤師Aが牛車腎気丸で調剤するところ五苓散で調剤されていることに気付かず監査を行った。	事例発生当時は、忙しく焦った状態で調剤・監査怠ってしまった。○焦り調剤・監査時に薬剤のデザインが似ているため五苓散を牛車腎気丸と思い込んで調剤・監査してしまった○単純なミス 調剤した薬剤師とは別の薬剤師が監査をおこなうところ、同じ薬剤師が監査を行った。○作業手順の不履行	原則として調剤と監査を別の薬剤師が行うようにする。当該事例を周知し、再発の予防に努めた。	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	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
181	ビーソフテンクリームが変更不可になっていたが、ヘパリン類似物質油性クリームに変更してしまった。	処方せんの見間違い	処方箋をきちんと確認する。	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」	確認を怠った				ヒューマンエラー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	ペレックス配合顆粒のヒートデザインとSG配合顆粒のヒートデザインが似ていたためとり間違い。	薬品棚の引き出しに 顆粒だけの引き出しに それぞれを隣同士に保管していたため。	別々の引き出しに保管	ペレックス配合顆粒	SG配合顆粒	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
183	・頓服でソラシロールが処方されていた患者に処方せんでソランタールが処方。いつものソラシロールと思い込みお渡ししようとしたところ、患者がいつもと薬の色が違うと言った為発覚。	・同一処方せんで重複投与の疑義照会があり、注意力散漫となっていた。・ソラシロールとソランタールで名前が似ていたため思い込みが発生した。	・現在はソラシロールは名称変更し、プロプラノロールになっている。・名称が類似している医薬品について、情報収集、共有する。・薬歴の確認の重要性について再確認する。	ソランタール錠100mg	ソラシロール錠10mg	確認を怠った	通常とは異なる心理的条件下にあった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
184	クレストールOD錠2.5mg84錠調剤し交付した。その後、薬品棚に充填する際に、クレストールOD錠2.5mgの棚にAGのロスバスタチン錠2.5mg「DSDP」の开封された箱があることに気づいた。先発品と後発品が混ざって交付した可能性が考えられた。発見の時間から、交付された患者は一人だったので、連絡をとり、服用前に交換した。	薬品棚には医薬品を包装箱に入れた状態で保管しており、クレストールOD錠2.5mgもロスバスタチン錠2.5mg「DSDP」も100錠包装での購入で外観が酷似していた。	AGは先発品と見かけが酷似していることから、同じ包装での在庫はしないようにする。ウィークリーシートがあれば、どちらかに採用するようにして、区別する。棚にシールを張るなどして注意喚起する。	クレストールOD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
185	配合剤で同じAPが付く名称が似ているので間違えてしまった。	ちょうど混雑していたため一人調剤、監査してしまった。	調剤者と監査者は別の者がするようにする。どうしても同一者が行う場合は患者さんと一緒に確認、お渡しするようにする。	ミコンビ配合錠AP	ミカムロ配合錠AP	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラー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	一般名処方ではヘパリン類似物質となっており、ヒルドイドソフト軟膏を調剤したが監査で何故先発品調剤との疑問あり確認すると、一般名で軟膏となっていたのでヒルドイドソフト軟膏を選択したとの事。患者より先発希望は無。	知識・認識不足(以前薬局内での伝達があったにもかかわらず記憶忘れ有)	伝達事項の個人管理徹底。	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%	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「薬剤取り違い」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
187	ロキソニン錠が処方されたが、誤ってロキソマリン錠を調剤し、監査者が調剤間違いに気付いた。	代替調剤の増加からロキソマリン錠の処方量が増え、一般名処方からロキソマリン錠を調剤するケースと、商品名での処方からロキソマリン錠を調剤するケースがあり、今事例の直前に連続して商品名での処方からのロキソマリン錠の調剤が連続したため、処方せんの見間違いと注意力散漫からロキソニン錠の処方でのロキソマリン錠を調剤したと思われる。	ジェネリック医薬品は先発品と商品名が類似していることが多いことを意識し、処方箋の確認を常に注意深く行うことを朝礼にて注意喚起した。また、名称が酷似している品目については、調剤棚に注意喚起の札をさらに目立つように設置することとした。	ロキソニン錠60mg	ロキソマリン錠60mg	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
188	処方はずつら抑肝散加陳皮半夏だったが、誤ってツムラ抑肝散を調剤してしまった。名称が似ていたため、最終鑑査時の確認を怠ってしまった。	当薬局では施設からの処方せんの応需をしており、当該患者も施設入所者であった。施設からは主に「抑肝散」が処方されるため、抑肝散の処方だろうとの思い込みと、処方せんの薬品名を最後まで確認しなかったことが原因と考えられる。	当該患者に関する定期処方処方せんをコピーし、当該医薬品名にマーカーを引き、陳列棚に貼付し、注意喚起している。また、電子薬歴へ事例の登録を行い、処方が出た際にポップアップ表示されるようにした。	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒(医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)	確認を怠った		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
189	一般名処方にて、イミダプリル5mgのところイトブリド50mgで調剤	一見したとき、一般名・字面が似ていること。また調剤者の思い込み・確認不足が要因であると思われる。	基本的な確認事項である、薬剤名・剤形・規格・単位の確認をしっかりと行うこと。調剤過誤チェックシステムを運用。類似・間違いやすい薬剤名についてはピックアップし、注意喚起を促すメモをカウンターへ貼付。	イミダプリル塩酸塩錠5mg「日医工」	イトブリド塩酸塩錠50mg「日医工」	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
190	オルメサルタンを14錠取ったあと在庫棚にオルメサルタンを取りに行った際、間違えてオルメテックの箱をとり調剤。のこり14錠オルメテックでお渡し。	注意力散漫単純なミス包装が類似している	在庫棚、調剤台に包装注意の張り紙を貼る	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	知識が不足していた技術・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
191	一般名でヘパリン類似物質クリームと処方されていたが、ヘパリン類似物質油性クリームをピックアップし事務も薬袋をヘパリン類似物質油性クリームでだしていた。他薬剤師の二重チェックにより発見。	一般名ヘパリン類似物質クリームは商品名ビーソフテンクリームのため、油性が記載されていないことに気がつかなかった。	薬局内全員に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違い、又、あまり処方されていない一般名は薬価帳で確認するよう指導。	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
192	アルファカルシドール0.25「BMD」で調剤しなければならぬところを、カルシトリオール0.25「BMD」で誤って調剤してしまった。	単純なミス似た薬剤であるため、認識を誤ってしまった。また、患者様もかなり多く待ち時間が長かった。	終礼にて定期的に共有	アルファカルシドールカプセル0.25μg「BMD」	カルシトリオールカプセル0.25μg「BMD」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
193	2/17(水)9時10分 薬剤師3名本日朝一番の患者様。いつもと同じお薬で日数のみ異なっていた。投薬時に日数の違いを説明し、患者様に薬を見せて投薬。2/25(木)10時15分患者様が来局される。自宅ですも薬を箱に仕分けしているのだが、薬がなくなったので昨夜セット(2/17処方分)しようとしたら、いつもの薬と違うので持ってきたのだが確認してもらいたいとの事でした。確認するとミカムロ配合錠BPでお渡しするところ、ミコンビ配合錠BPでお渡しした事が発覚する。ミコンビ配合錠BPは服用していない。患者様には、間違っている事をお詫びして、正しいお薬を渡す。特にお怒りはなく、血压の相談をされて帰宅されました。朝一で薬局内も混雑もなく、余裕があったにもかかわらず、ミスが起きてしまいました。	○単純なミス	今回も行っていたが、投薬時に患者様に薬を見せながら一緒に確認をする事を徹底する。似たような名前の薬品が薬局内に存在する場合は、スタッフ間で声かけなどし注意喚起そして調剤・監査にあたるようにする。	ミカムロ配合錠BP	ミコンビ配合錠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
194	薬剤師AがオルメテックOD錠20mgを28錠調剤すべきところ、誤ってオルメサルタンOD錠20mg「DSEP」が8錠混ざって調剤したが気づかずそのまま監査にまわした。監査にあたった薬剤師BはオルメサルタンOD錠20mg「DSEP」が8錠混ざっていることに気づき、薬剤師Aに伝えた。薬剤師AはオルメテックOD錠20mgを28錠正しく調剤し、再度薬剤師Bに監査してもらった。薬剤監査システムミスゼロ子を使っているが、その時はオルメテックOD錠20mgのバーコードをよんだため、ミスに気付かなかった。	錠剤、ヒートの酷似		オルメテックOD錠20mg	オルメサルタンOD錠20mg「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
195	アンテベート軟膏0.05%を調剤しなくてはいけない所、リンデロンV軟膏0.12%を調剤した。	一般名処方では処方せんの見間違いによるもの。アンテベート軟膏の一般名はベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏でリンデロンV軟膏のベタメタゾン吉草酸エステルと似ており、最初のベタメタゾンのみで判断してしまった。	一般名処方の場合、処方薬が先発品なのか後発品なのか希望確認する。処方薬が決定したら、一般名処方では調剤しなくてはいけない薬剤を調べてから調剤を開始する。	アンテベート軟膏	リンデロン-V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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
196	塩酸リルマザホンが処方され、塩酸リルマザホンの棚から新しい箱を開け調剤したが、鑑査時にシンバスタチンが調剤されていることが指摘された。	塩酸リルマザホンの薬品棚にシンバスタチンが混入していた。販売メーカーが同じで箱のデザインが類似している為、入荷時に棚の入れ間違いが起きたと考えられる。	入荷時は品名と棚の確認を再度行うこと、調剤の際も処方せんと薬品を確認することを全職員に対して教育訓練にて再確認。入荷後に薬品棚のチェックを行い、入荷時の間違いがないか確認する。	塩酸リルマザホン錠2「MEEK」	シンバスタチン錠5「MEEK」	確認を怠った	その他		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
197	オルメサルタンOD20mgでいつも服用されている患者に間違えてオルメテックOD20mgで調剤後投薬在庫が合わないことから、該当患者に電話連絡したところ、薬局側のミスに気付く。	名称、ヒートのデザインの酷似	両方とも手に取りやすい、錠剤棚にしまっていたが、頻度の低いオルメテック錠を引き出しにしまい、意識付けを図る。	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	オルメテックOD錠20mg	確認を怠った				ヒューマンエラー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	オルメテックOD錠20mgが処方。ジェネリック希望の患者のためオルメサルタンOD錠20mg「DSEP」で調剤しなければならない所オルメテックOD錠20mgで取り揃え。最終鑑査時に気づいた。	採用したオルメサルタンOD錠20mg「DSEP」とオルメテックOD錠20mgのシートのデザインが似ていたための取り間違い。	オルメサルタンOD錠20mgは1シート14錠PTP包装に変更。	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	オルメテックOD錠20mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
199	オルメテックOD錠で変更不可の方にオルメサルタンOD錠を調剤したが、鑑査の時点で気が付いて正しい薬剤に訂正した。	オルメテックOD錠とオルメサルタンOD錠の外観が非常に似ていた、また、薬品棚も近かったので間違えた。単純なミス	オルメテック錠とその後発品の薬品棚を離して取り違えを起こしにくいようにした。	オルメテックOD錠10mg	オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」	判断を誤った	勤務状況が繁忙だった	施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
200	処方 正しい:ツムラ17 五苓散 7.5g 1日3回毎食前 40日分→誤り:ツムラ40 猪苓湯 7.5g 1日3回毎食前 40日分	実際の処方はずつら17五苓散 7.5g 1日3回毎食前 40日分だったが、通常28日分、56日分が多い中、40日分と珍しい日数だったので、40というのに気を取られてしまい、ツムラ40猪苓湯を誤って出してしまった。また、五苓散と猪苓湯では、「苓」の字が同じだったことから、調剤後にも調剤者は誤りに気付かなかった。	漢方名は長く複雑なものが多いため、ツムラ〇など番号で区別していることが多く、漢方名に対する認識が弱かったと考えられるので、今後は、番号の確認だけではなく、必ず、処方箋の漢方名と現物を確認するようにする。また、日数が40日など中途半端な日数が出た場合、その日数を調剤するのに気を取れる可能性があるため、いつもと日数などが違う場合は、特に冷静に対応するように心がける。そして、漢方名は似ている名前も多く、間違いやすいことがあるので、似通ったお薬名は、今後、列挙して共通情報にして、調剤ミス未然に防ぐよう努める。	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	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
201	投薬完了後、直ぐに薬歴記入の際に処方せんを見直した時に医薬品の間違いに気づき、すぐに患者様家族を追いかけて回収後、新しく調剤して再投薬しました。	作業手順の不履行(鑑査を一人で実施)	簡単な処方内容でも鑑査手順を簡略化しないこと。	ムコダインシロップ5%	フスコデシロップ	確認を怠った	その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
202	グルベス配合錠をグルファスト錠10mgでピックアップした。	名前、薬効が似ているため、棚の位置が近く無意識に取り違えた。	ピックアップ時に、確認をして鑑査に出す。	グルベス配合錠	グルファスト錠10mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラー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	シートの色とサイズが類似しており薬品棚も隣りあわせだったため、思い込みでつかんでしまった。	類似のシートの薬剤を隣りあわせに配置していたことが要因と考える。	薬品の配置を再検討した。	シングレア錠10mg	ニポラジン錠3mg	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
204	先発品と後発品の誤投薬先発希望の患者様が带状疱疹で来局。初回12月14日に5日分処方され、継続して12月18日に2日分追加処方があり、2回目の来局投薬時に前回の薬が先発と後発品が混ざっていたと、お怒りになられた。処方された薬30錠中、6錠後発品が混在していた。	○作業手順の不履行今回混在した原因として、患者様来局前に、先発品のコーザに後発品を誤って入れたことが考えられる。今回該当する薬品の先発と後発のヒートが大変よく似ているため、ピックアップ時・鑑査時とともに間違いに気づくことができなかった。	・納品時、棚にしまう時は薬品名をしっかりと確認する。・先発品と後発品のコーザを上下で設定していたため少し離して置き、先発・後発とわかりやすいように記載。・ヒートの表面の色やデザインがよく似ているので、コーザの中に入れるときは裏返しにしておく。・派遣薬剤師にも調剤の最初にインシデントがあった旨伝え店舗の約束事として入れ間違いの注意など伝えるようにした。・ピックアップ時にすぐ輪ゴム止めするのではなく、鑑査時ヒートの薬品名をよく目視確認をし、間違いがないことを確認後、最後にゴム止めする。	バルトレックス錠500	バラシクロビル錠500mg「ケミア」	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
205	定期的に『スピオルトレスピマット60吸入用』を使用している患者さまへ『スピリーバレスピマット60吸入用』を誤って交付してしまった。薬局が混んでいる状態で確認を怠ってしまった。帰宅後に蓋の色が違うことに気づいた患者さまより連絡があり発覚。すぐに患者宅へ向かい謝罪をし、使用前に薬を交換した。	薬局が混雑をしていた状況で確認を怠った。○注意力散漫 ○単純なミス	薬局内へ事例を周知し、その他、名称の似たものを列挙し、再確認するようにうながした。	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	医薬品		ヒューマンエラー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	調剤時にオルメサルタンOD錠のところオルメテックOD錠を調剤してしまった。鑑査時に薬剤師が気づき、患者に渡す前に対応できた。		オルメサルタン・オルメテックの容姿が似ているため、ヒートを10錠シート、14錠シートで分けて外見で確認出来るようにする。	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	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
207	薬剤師Aが処方箋の記載がエイゾプト懸濁性点眼液1%だったが、確認を怠り誤ってアゾルガ配合懸濁性点眼液を調剤した。鑑査した薬剤師Bは処方箋と調剤された薬剤の違いに気づき正しく訂正した。	事例が起きた時間帯は混雑しており、処方箋の確認を怠ってしまった。併せて薬剤師の人数が少ない時間帯でもあったため、注意力散漫な状態で、集中力を欠いてしまった。	・当該事例を薬局内に周知し、再発の予防を促した。・調剤棚に類似効能薬ありの注意喚起シールを貼った。	エイゾプト懸濁性点眼液1%	アゾルガ配合懸濁性点眼液	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果	
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器		その他
208	患者が耳鼻科の処方せんを持って来局した。処方せんにはアスピリン錠20mgと記載されていた。薬剤師Aはアストミン錠10mgで調剤。鑑査にあたった薬剤師Bはそのままアストミン錠10mgで渡してしまった。翌朝、母親から「お薬の説明書にはアスピリンと書いてあるが間違いではないか？昨日は祖父が薬を飲ませたので気付かなかったがお腹もゆるい。関係あるか？」「お腹は処方された抗生剤の影響が高いです」と説明した。お薬は母の職場に交換に伺う。お腹の調子も再度確認したが、「その後はお腹は大丈夫です」	同じ効能で似たような名前の薬を、注意力散漫で間違った薬を渡してしまった。	調剤時に3文字ずつ確認する。調剤時にも間違いが散見されるので、薬局内で注意喚起を促した。	アスピリン錠20	アストミン錠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
209	一般名処方でも処方されていた患者様に、通常はジェネリック医薬品であるオルメサルタンOD錠10mg「DSEP」を調剤しなければならぬところ、先発品であるオルメテックOD10mgでお渡ししてしまった。シートが類似しているため、患者本人も投薬時に気づかず、そのまま帰宅。帰宅してから投薬した薬剤師が薬歴を確認していた際にミスに気付いた。	通常勤務しているスタッフではない人物が監査・投薬を行った。確認不足が要因であると判断。	当薬局では、ほとんどの患者様がオルメサルタンに変更している。よって、先発希望の患者の薬歴や申し送りに先発希望と一目でわかるようにしていく。	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 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
210	配合不適のものを外用剤の混合が行われそうになったデルモゾール軟膏とヘパリン類似物質油性クリームとの混合は配合不適のため、リンデロン-V軟膏0.12%のまま調剤した。	よくできる組み合わせなのに 配合不適のものを知識が不足していた	よくできる組み合わせで後発医薬品にすることで配合できないものについては 一覧表にまとめておく	リンデロン-V軟膏0.12%	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 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
211	調剤薬剤師がテラムロAP「DSEP」での処方があったところ、テルチアAP「DSEP」で調剤してしまった。鑑査薬剤師が間違いに気づき患者にはテラムロAP「DSEP」を交付することができた。	調剤者がテラムロAP「DSEP」とテルチアAP「DSEP」は名前が似てるのに、調剤するときにはしっかり確認しなかったのが原因です。	薬名をしっかりと確認して調剤する。また鑑査薬剤師に渡すときにもう1回確認して渡す。	テラムロ配合錠AP「DSEP」	テルチア配合錠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
212	ピッキング時にブラバスタチン5mgトローワをアトルバスタチン5mgサワイに取り違えてピックアップした。薬剤師が監査時取り違いに気づき交換した。	似通った薬は薬品棚の位置をずらしているが、・・・スタチン5mgと語尾が一致しピッキングの勘違いをしたようだ。	当該患者当該薬の棚の位置の記載のある帳票を利用しピッキングを徹底する。	ブラバスタチンNa錠5mg「トローワ」	アトルバスタチン錠5mg「サワイ」		勤務状況が繁忙だった その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
213	セフトレンピボキシル錠100mg「サワイ」が処方されていたが、調剤の際、セフカペンピボキシル錠100mg「サワイ」で調剤していた。監査の際に薬剤師が気がついた。○10錠シート	名前が似ており、確認不足だった。	調剤録に確認し、刻印や色を記入する。	セフトレンピボキシル錠100mg「サワイ」	セフカペンピボキシル塩酸塩錠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
214	アシノン錠150mgが処方されジェネリック変更希望のため、変更して調剤。ニザチジン錠150mgをピックアップする所をラニチジン錠150mgを誤ってピックアップ。監査した薬剤師も間違いに気が付かなかった。その後、投薬前に薬剤監査支援システムによる監査で薬品違いが判明した。	ニザチジン錠とラニチジン錠で名前が似ていて、尚且つ規格が150mgで同じであった為、薬品の取間違いに気が付かなかった。	それぞれの薬品棚に先発品の名前を大きく書いたシールを貼り、注意喚起を促しました。	ニザチジン錠150mg「YD」	ラニチジン錠150mg「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
215	漢方薬名称類似による入力間違い	作業手順の不履行	レセコン入力の医薬品コードを変更	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
216	フルオロメロン点眼液0.1%「わかもと」を名称が類似した先発品のフルメロン点眼液0.1%で調剤した。			フルオロメロン点眼液0.1%「わかもと」	フルメロン点眼液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
217	一般名セフカペンピボキシル細粒(フロモックス)の処方に対しセフトレンピボキシル細粒(メリアクト)を調剤してしまった。	一般名で名前が似ており、また処方元がほとんどフロモックスを出すことがなく、また常用量も同じなため量に不信を感じることもなかった。	フロモックスの処方の時は事務担当者から付箋をつけてもらう、印刷される調剤支援シートにフロモックスは赤字で印刷されるようにした。	メリアクトMS小児用細粒10%	フロモックス小児用細粒100mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム 医薬品 施設・設備	仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
218	先発後発の間違い	外見が似ているため、誤って充填したと思われる。	複数人で確認して充填する。	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	オルメテックOD錠20mg	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果	
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他		
219	小青竜湯7.5g(分包品)35日分の処方のうち、小柴胡湯7.5g14日分(1箱分)が混入してお渡ししてしまった。薬品を発注する際に小柴胡湯の空箱が出ていたため、処方がないのにと疑問に思い、在庫を確認し、間違いに気がついた。すぐに患者さんに連絡、まだ手持ちがあったため、服用してなく、大事に至らなかった。すぐに交換に伺った。	○単純なミスツムラ19小青竜湯の引き出しに1箱だけ9小柴胡湯が入っていたため、名称もパッケージも酷似しているため、35日分のうち14日分を小柴胡湯でお渡ししてしまった。	・ツムラ9と19の引き出しを別の段に変える・鑑査を1文字ずつ、1箱ずつよく見る	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)			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	
220	アズレン・グルタミン配合細粒「EMEC」(0.5g/包)3包3毎食後/14日分の処方に対し、アズクレニンS配合顆粒(0.5g/包)を42包調剤し監査に回した。混雑していたため、一旦ほかの作業をし、当該処方の最終監査を行ったが、調剤時の思い込みもある誤薬と気づけなかった。後に事務員の指摘で間違いが発覚。患者様に連絡し正しい薬剤と取り換えることができた。	一次監査が済んでいないものを、監査済みと思い込んだ。【作業手順の不履行】混雑時の焦りもあった。【焦り】	調剤録の薬品名表示を下記のように変更した。・アズレン・グルタミン配合細粒「EMEC」→アズ【レン】・グルタミン配合細粒「EMEC」※名称類似※・アズクレニンS配合顆粒→アズ【クレニンS】配合顆粒※名称類似※	アズレン・グルタミン配合細粒「EMEC」	アズクレニンS配合顆粒	確認を怠った	通常とは異なる心理的条件下にあった				ヒューマンエラー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	施設の入居中の患者様で、朝食後のアボルブカプセルを一包化にホチキス止めする所、見た目の形状がよく似ているレキップCR錠2mgのホチキス止めを行った。	同じ販売会社でPTPの形状も似ている為、取り間違えと確認不足によりホチキス止めを行ってしまった。最終的な監査で間違いを発見し、間違いを防止出来た。	見た目の形状が似ているPTP薬の棚に、取り間違え注意の札を貼ることで再発防止に繋がった。	レキップCR錠2mg	アボルブカプセル0.5mg	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	
222	共に10錠シートAGの為形が似ている		棚の段を変更	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		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	
223	(般)ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏0.05%の処方だったのでアンフラベート0.05%軟膏日医工を調剤しなければいけなかったところ、一般名がよく似ているリンデロンV軟膏0.05%塩野義(一般名 ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏)を調剤してしまったが、監査の段階で気がつき患者さんには渡らなかった。	一般名を勘違いした。朝1番の患者さんで調剤態勢に気持ちにならなかった。処方せんの見間違い単純なミス集中力散漫	注意力散漫にならないように集中力を養う落ち着いて調剤する一般名は必ず確認する	アンフラベート0.05%軟膏	リンデロン-V軟膏0.12%	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「薬剤取り違い」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
224	処方せんで一般名処方「セフトレニピボキシル細粒10%1.5g/分3」をフロモックスの一般名「セフカペンピボキシル」と勘違いし、フロモックス細粒を調剤。自己監査にて間違いに気づき、メリアクトMS小児用細粒で再調剤。患者には正しい薬を交付した。	一般名の類似	類似した名称の医薬品の再確認。	メリアクトMS小児用細粒10%	フロモックス小児用細粒100mg	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
225	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒の処方に、ツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニンエキス顆粒を調剤した監査の際に発見された。色と番号が似ていたための取り間違い	単純なミス ○単純なミス	番号、名称を再度確認する	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニンエキス顆粒(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
226	一般名処方フルバスタチンと記載されており、プラバスタチンと見間違えてピッキングしてしまった。	プラバスタチンとフルバスタチンの名称が似ている。プラバスタチン錠の10mgの方が5mgよりも消化が多いため10mgをピッキングしている。	ピッキングする前に処方箋の確認を怠らないことと、ピッキング後に再確認をすること。	【般】フルバスタチン錠30mg	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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
227	一般名である「カンデサルタン・アムロジピン2.5mg配合錠」が処方されていたが、それまで1年以上処方されていた「カンデサルタン4mg・ヒドロクロチアジド配合錠」を調剤し交付した。	名称が似ており、これまで1年以上処方されていたこともあって、思い込みがあった。	処方せんに記載されている名称と薬を、指をさして確認する。	カムシア配合錠LD「あすか」	カデチア配合錠LD「あすか」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラー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	ツムラ加味逍遥散が処方されていたがツムラ抑肝散を取り間違えて調剤して投与。後日在庫確認中に取り間違いに気づく。本人に確認して過誤を確認。医師にその旨を伝え、患者本人に謝罪して薬を交換する。	包装及び色がよく似ていたための間違い。	名称及び番号の確認及び薬剤師によるダブルチェック。	ツムラ加味逍遥散エキス顆粒(医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	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
229	アトルバスタチン10mgが処方されていないのに交付されたと調剤翌日来局	アトルバスタチン5mgが処方されており、またアムロジピン5mgとアトルバスタチン5mg錠のシートデザインが似ていた為、確認を怠ったと考えられる	確認を怠らない	アムロジピン錠5mg「明治」	アトルバスタチン錠10mg「明治」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
230	一般名処方類似名称	監査者がセフジニルの先発名がセフゾン、セフジニルの先発名がメリアクトMSと認識していなかった。調剤者の取り揃えは正しかったが、監査者が誤解し、誤っていると伝えた。調剤者は、処方せんを確認せず、監査者の言った商品名を取り直した。	類似医薬品名の場合監査システムで警告音が出るようにした。取り直しは、必ず処方せんで確認するよう指導した。セフジニル、セフカペン、セフトレニルの先発医薬品名を覚えるよう指導した。職員に周知した。	セフジニル錠50mg「サワイ」	セフトレニピボキシル錠100mg「サワイ」	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	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
231	アルメタ軟膏0.1%の処方フルメタ軟膏0.1%で調剤し、服薬指導時に気づき調剤しなおした。	○薬剤名称が酷似○注意力散漫	薬の保管場所に『薬剤名称注意』の札を貼り注意喚起。	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			ヒューマンエラー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	オルメテックOD錠20mg処方を間違えてオルメサルタンOD錠20mg「DEEP」をピックアップした。	ほとんどの患者さんがオルメサルタンOD錠20mg「DSEP」なので取り違えた。また包装、デザイン、名前も類似しているのも間違えの原因となった。	配置場所を離し、色分け、付箋の記載をした。	オルメテックOD錠20mg	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	確認を怠った	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
233	オルメテックOD錠10mgの引き出し内に、オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」(AG)が充填。外観が似ていたため、異なるものと気付かず、先発医薬品とAG医薬品を混在で調剤。オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」は当日午前に入庫した商品で、13:30の在庫確認時にずれが発覚。交換のためご自宅訪問。	納品されて棚にしまう時点で、思い込みで棚に充填した。	朝礼での情報共有。	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		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
234	デパス処方、デゾラムで調剤、監査、服薬指導。患者からの指摘によりミス発見。謝罪し、ジェネリックであること説明。今回はジェネリックで良いとのこと了承。差額返金、薬情、手帳差し替え。	ジェネリックへ頭の中で差し替えてしまった。商品名が一般名でないのでデの一文字で調剤、監査してしまった。パッケージも似ている。	薬剤ヒートの文字列しっかり確認。	デパス錠1mg	デゾラム錠1mg		勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラー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	ツムラ温清飲エキス顆粒(57番)7.5g分3毎食前28日分の処方を受付けた。名称が似ているツムラ温経湯エキス顆粒(106番)でお渡ししてしまった。患者が服用前にいつもの番号と違うことに気づき薬局に連絡がありインシデントが発覚。	当薬局では処方せんコピーを用いての調剤を行い、ツムラの漢方薬は薬品名処方の場合コピーに番号と調剤包数を記載することになっている。この患者で調剤者は手順書通りに、処方せんコピーに番号と包数を記載したが、名称が似ているツムラ温経湯エキス顆粒(106番)と勘違いし調剤(処方せんコピーにも、106番を84包と記載)鑑査者は、混雑していたことと処方せんコピーに番号が記載されていたこともあり、注意力散漫で確認を怠りそのまま通してしまった。与薬は調剤と鑑査をしていない別の薬剤師が行ったが、家族3人分をまとめてお渡しで焦りがあり十分な確認ができずそのまま渡ししてしまった。	温清飲と温経湯の調剤棚に、薬品名類似注意の札(POP)を作成。薬袋に薬品名を印字する際、ツムラの漢方薬は今後番号も印字するようマスターメンテナンスを設定する。	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)	確認を怠った記録などに不備があった患者への説明が不十分であった(怠った)	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果	
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他		
236	漢方の柴苓湯が処方されたが、柴朴湯を間違えて調剤したことが鑑査で判明した。	柴苓湯と柴朴湯とも在庫しており、類似している品名のため、調剤者の知識不足もあり間違えて調剤してしまった。	教育訓練を行い、柴苓湯、柴朴湯は品名が非常に類似している為、調剤の際には十分気をつけるように職員に伝達した。また、柴苓湯および柴朴湯の箱に、「本当に柴苓湯？」と注意喚起する表示を行い、調剤の際に気が付くように工夫した。	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		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	
237	患者さんが処方箋を持って来局された。処方箋に一般名 セフジトレンピボキシル錠100mg 1日3回 毎食後 3錠 5日分と記載されていた。薬剤師Aはフロモックス錠100mgを15錠調剤し監査へ回した。薬剤師Bは本来、メイアクトMS錠100mgが調剤されなければいけない所、フロモックス錠が処方されていることに気づき薬剤師Aに伝える。薬剤師AをメイアクトMS錠100mg 15錠調剤し直し薬剤師Bが再度鑑査した。	一般名で表記されると似ている薬剤の為、間違えたと思われる。メイアクトMS錠100mg(一般名 セフジトレンピボキシル)、フロモックス(一般名 セフカペンピボキシル)〇処方せんの見間違い〇注意力散漫	一般名の場合、似た成分名の薬剤が処方された場合、処方箋をしっかりと見て正しい薬剤が調剤されているかを確認する。	メイアクトMS錠100mg	フロモックス錠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
238	オルメサルタン40mgをテルミサルタン40mgで調剤、監査の段階で見出し、患者の元に薬がわたることは無かった。	ジェネリックが急激に増えた為、同種同効薬が増え、調剤業務の煩雑による。(注意力散漫)	似通った名前、ミリ数の似通ったものの薬剤の場所を移動し、間違えた薬棚には、要注意マークを取り付けた。	オルメサルタン錠40mg「日医工」	テルミサルタン錠40mg「日医工」	確認を怠った	その他				ヒューマンエラー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	レザルタスHD調剤のところ、ザクラスHDをピックアップ。名称類似確認不足によるものであり、監査時に発見修正。			レザルタス配合錠HD	ザクラス配合錠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
240	コタロー桂枝加竜骨牡蛎湯を調剤したつもりが誤ってコタロー桔梗石膏を渡してしまった。幸い、服用する際に患者が気づいて当薬局に持参したため健康被害は生じなかった	単純な取り違いミスで分包品の包装が似ているが番号、商品名の確認を怠ったのが原因と思われる	調剤、監査する際には必ず、処方せん内容と商品名、漢方の番号を必ず確認して行う作業を徹底する	コタロー桂枝加竜骨牡蛎湯エキス細粒	コタロー桔梗石膏エキス細粒	確認を怠った判断を誤った	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「薬剤取り違い」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
241	患者が処方せんをもって来局した。処方せんには「スプラタストシル酸塩カプセル100mg JG、3カプセル/分3毎食後、28日分」と記載されていた。薬剤師Aは、スプラタストシル酸塩カプセル100mg JGを84カプセル調剤するところ、2、3個隣の棚のトラニラストカプセル100mg CHを84カプセル調剤してしまった。鑑査にあたった薬剤師Bはそのまま投薬ブースに向かい患者様に説明しようとしたところ、間違いに気づき、薬剤師Aに誤りを伝えた。薬剤師Aはスプラタストシル酸塩カプセル100mg JG 84カプセルを正しく調剤し、再度、薬剤師Bに鑑査してもらった。	ヒートの柄、カプセルの色形、用法、と両薬剤ともに抗ヒスタミン作用のないアレルギー剤とよく似ており、調剤棚の位置も近くであったために取り間違いが起こった。処方せんの見間違い	同効薬で形状がよく似ており同じように棚に入れてあったため、当局であまり処方されないトラニラストカプセル100mg CHを引き出しに入れ、調剤のたびに出すように棚の位置の変更をしました。	スプラタストシル酸塩カプセル50mg「JG」	トラニラストカプセル100mg「CH」	確認を怠った	知識が不足していた	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
242	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」を56錠を用意しなければならないところ、クレステールOD錠2.5mgを6錠混在させてしまった。	調剤時、非常に忙しかった。ピッキング者はクレステールOD錠の棚から端数をピッキング、残りの50錠は箱から取り出していた。監査者はシートの形状が似ている事もありそのまま監査をそのまま通してしまっ。幸い、投薬者が投薬中に間違いに気付いた為、過誤には至らなかった。○処方医薬品の多さ ○単純なミス ○注意力散漫	先発品、AG、通常GEの3種類を使用していたので先発品の取り扱いをなくしAGにスライドした。	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」	クレステールOD錠2.5mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
243	ミヤBM細粒(分包品)で処方されていたが、誤ってラックビー微粒N(分包品)でお渡し。	○単純なミス ○注意力散漫 当該患者の前に調剤した患者がラックビー微粒Nでの処方だったため、イメージで引っ張られてしまい、類似薬効のため棚も隣接しており取り間違えてしまった。監査者も注意力散漫であり、これをしっかりと確認できなかった。	引き出しに分包品の写真を貼って区別するなど、視覚に訴える配置にすると、イメージによる思い込みで調剤ミスする際には効果的ではないかと思う。	ミヤBM細粒	ラックビー微粒N	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
244	オルメテックOD錠20mgをオルメサルタンOD錠20mg「DSEP」に変更しているのに、オルメテックOD錠20mgで調剤していた。一包化の患者だったのでカセットにない薬品はPTPシートより出してばらしていた。監査の為に残っていたPTPシートを見た監査者よりオルメテックだと指摘があり調剤しなおした。	オルメテックOD錠20mgはカセットがあるので、PTPシートから出したということはジェネリックを選択と分かっていた。しかし、ピッキングの際に間違った。混んでいて慌てており、オルメテックODとオルメサルタンODはPTPシートも錠剤もよく似ていて間違いに気付かなかった。	分包作業に入る前にピッキングした薬剤の監査をする。	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	オルメテックOD錠20mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
245	QRコード付きの処方箋がうまく読み込めず、別のツムラの漢方が誤って読み込まれていた。入力で気づかず、調剤者も入力された漢方を調剤し、鑑査・投薬でも気づかなかった。	お盆で開いているクリニックは少なかつたため、薬剤師の配置人数が少なかつた。しかし予想に反し患者数は多く大混雑した。調剤時、投薬時はあまり処方せんをみていなかった。入力と薬は一致していたため気づけなかつた。どちらの漢方もヨクイニンが入っており、似たような効果があつた。鑑査者は異動してきたばかりで、Dr.が普段処方しない薬だとは気づけなかつた。 ○処方せんの見間違い○焦り	処方せんに基づいて調剤～投薬を行う。処方せんをみながら投薬を行う。現在は薬剤師が2人以上いる場合、調剤と鑑査を必ず別の者が担当することを徹底している。	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒(医療用)	ツムラ麻杏よく甘湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠つた	勤務状況が繁忙だつた	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
246	一般名処方でバルサルタン錠40mgが処方されており、処方箋のコピーに薬局の採用品である日医工の製品に変更して調剤することを知らせるために日医工と記載。テルミサルタン40mgも日医工を採用しており、名称が類似していること、規格、メーカーが同じであることから勘違いして調剤。		類似薬が処方されている場合には違いの分かる箇所(今回の例であればバル、テルミの箇所)に丸で囲って区別をつけるようにした。	バルサルタン錠40mg「日医工」	テルミサルタン錠40mg「日医工」			医薬品		ヒューマンエラー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	いずれも青色の10錠シート。PTPの外観も外箱の外観も類似している。そして、調剤棚の二つ隣に並んでいたことから間違えて調剤してしまつたと考えられる。ミスゼロ子の使用で間違いに気づけた。		名前だけではなく、PTPや外箱の類似についてもスタッフに周知徹底する必要がある。	オメプラゾール錠20mg「日医工」	オルメサルタンOD錠20mg「トーワ」	確認を怠つた	勤務状況が繁忙だつた	医薬品		ヒューマンエラー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	包装が非常に類似している(デザインは同じで同系色で色分けしている)	医薬品名の読み間違い。包装での判断があつた	自己再チェックの徹底	オルメテックOD錠10mg	オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」	確認を怠つた判断を誤つた	その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
249	オルメサルタンとオルメテックの箱及びヒートが酷似していることにより、思い込みによって棚に補充していた。手に取つたときに間違いであることが発覚。棚をすべてチェックしたが、患者様に投与されてはなかつた。	棚への補充のミスは非常に単純なミスであり、思い込みによるものが強いと考える。	忙しい時間帯ではなく、余裕のある時間に確実に確認しながら補充を行う。また、あまりにも酷似している点から製薬会社にも変更を求める。	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	オルメテックOD錠20mg	判断を誤つた	勤務状況が繁忙だつた	医薬品	その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
250	患者様はジェネリック希望。一般名処方カルデナリン2mgを対象品のドキサゾシン2mgではなくカンデサルタン2mgでピッキングし、監査でもチェックが漏れてしまい、投薬時に患者様申し出でミスが発覚。	規格が同じで一般名のカルデナリンとカンデサルタンが似ていることから誤ったピッキングとなり、監査者も繁忙時間帯という事もあったが、シートの色とデザインが似ていることから、一文字監査を怠り規格のみのチェックとなってしまうことが要因。○作業手順の不履行	ピッキング時と監査時の声だしの徹底。名前が類似している薬品のスタッフ間での共有。	ドキサゾシン錠2mg「サワイ」	カンデサルタン錠2mg「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
251	ジェイゾロフト25処方先発医薬品希望の患者様だったが、セルトラリン25「JG」で調剤してしまった。鑑査時・投薬時も気づかずにそのまま患者へ渡してしまった。	○作業手順の不履行○単純なミス作業手順の不履行と単純なミスによるものが多い。ジェネリックの使用頻度の高い医薬品の為、ジェネリックで間違いのないと思いついてしまった。また先発品とジェネリックでシートが類似しているのに気づきにくかった。また鑑査時は処方箋と薬剤の確認はしっかりと行ったが、入力内容の確認を怠っていた。	調剤時誤らないように、シートが類似しているものは薬剤カセットに注意喚起のしるしをつける。薬剤鑑査時は、入力内容・処方箋情報・薬剤の3つをしっかりと照らし合わせて確認する。	ジェイゾロフト錠25mg	セルトラリン錠25mg「JG」	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
252	メイアクトの処方があり、GE希望の為変更して調剤したところ、名前が似ているため、誤ってセフカペンを調剤してしまった。	注意力散漫	棚の名称の下にGEの名前を記載し、棚位置等も少しずらしました。	セフトレンピボキシル錠100mg「日医工」	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「日医工」		勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラー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	ピッキングされたクレストールに一般名ロスバスタチン2.5「DSEP」が混在していた。	パッケージが極めて似ている。棚へ商品を戻す時に間違えた為、両方が混在して入っていた。	包装の変更をお願いします。	クレストール錠2.5mg	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
254	処方箋ではロキソプロフェン錠60mg「EMEC」のところ、一般名処方と思い込んだ為、本人が先発医薬品を希望したため、ロキソニン錠で交付。	門前の医療機関が常に一般名処方の為それに慣れてしまい、広域処方箋の読み取りが確実に出来ていなかった。処方せんの見間違い	一般名処方やジェネリックの処方など、一見似ているように思い込んでしまうため、じっくりと処方箋を読み取る事が重要である。	ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」	ロキソニン錠60mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
255	いつも同じ病院の処方箋を持って来る患者が初めて受け付ける病院の院外処方箋を持って来局した。処方箋はPL配合顆粒が記載されていたがSG配合顆粒と思い込み、監査する者が他の者にSG配合顆粒を取るよう指示した。そのため監査もSG配合顆粒でしまい患者に投薬してしまった。	処方箋を自分の目で確認せず薬を監査の人に渡した。PL配合顆粒の処方頻度が少なく注意すべき類似医薬品という認識が低かったため、スベルの思い込みで調剤指示し自分で監査した。	業務手順の再確認をし、処方内容を必ず自分の目で確認して調剤するように習慣をつける。監査する時、薬品名にも印をつけて確認するようにする。	PL配合顆粒	SG配合顆粒	確認を怠った	その他	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
256	リンデロンV軟膏が処方されているところ、間違えてリンデロンVG軟膏を調剤。	入力者が応援者、調剤、監査ともに新人だったため、名称の似ている薬剤の認識が薄く、調剤、監査の手技が未熟だったことが考えられる。○処方せんの見間違い	名称の似ている薬、他規格ある薬の棚に注意喚起の札を付ける。間違えやすい薬剤のリストを作成してスタッフ間で情報共有する。	リンデロン-V軟膏0.12%	リンデロン-VG軟膏0.12%	確認を怠った		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
257	ツムラ桂枝加朮附湯が処方されているところ、ツムラ桂枝茯苓丸を調剤。	新人2人が調剤、監査を担当。名称が似ている薬剤で注意が必要だったが、手技が未熟なこともあり調剤ミスに気づけなかった。	名称が似ている薬剤についてリストを作成して注意喚起を促す。名称が似ている薬剤の棚に注意喚起の札を付ける。	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)	確認を怠った		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
258	スピラゾン軟膏0.3%を調剤しないといけないところ、ステブロン軟膏0.05%を調剤してしまった。	名前の類似があり、繁忙状態だったため、取り違いが発生した。	棚の名前の欄に類似品目ありなどのラベルをする。	スピラゾン軟膏0.3%	ステブロン軟膏0.05%	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラー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	モンテルカストのKNとKMを見間違えて調剤しそうになった。監査時に監査者が発見。とり間違えに気づき、正しいものに差し替えた	モンテルカストにKMとKNという名前の似た会社があることを予想していなかった。思い込みの調剤を行った。	処方箋監査を徹底し、調剤時に指さし確認を行う	小林化工	キョーリンリメディオ	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
260	H29/11/22の処方でツムラ(24)加味逍遥散が120包欠品した。入荷次第お渡しすることになったが、誤ってツムラ(54)抑肝散をお渡しした。患者様は、別薬剤の抑肝散とは気づかず(処方内容では1日2回、1回1包ずつだが実際は1日1回、1回1包ずつ)服用。そのため間が空き、7日間服用した時点のH30/2/13に患者様が気づき、薬局に電話をいただいて判明した。体調変化はなかったと本人より話あり。	24番と54番が同色で見た目が似ていた。欠品があった場合、不足分の薬袋は出していなかった。加味逍遥散が入荷した際の調剤・監査では、処方箋と薬剤の突合確認が不十分であったと思われる。	間違えやすい薬剤には錠剤だけでなく漢方にも注意喚起札を付ける。欠品の調剤・監査における基本確認である処方箋と薬剤、薬袋の突合を再周知、再徹底する。欠品があった場合、不足分の薬袋も予め用意しておく。	ツムラ加味逍遥散エキス顆粒(医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)	確認を怠った			ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
261	処方箋ではロキソプロフェン錠60mg「EMEC」レバミピド錠100mg「NP」のところ、一般名処方と思い込んだ為、本人が先発医薬品を希望したため、ロキソニン錠ムコスタ錠で交付。	門前の医療機関が常に一般名処方の為それに慣れてしまい、広域処方箋の読み取りが確実に出来ていなかった。処方せんの見間違い	一般名処方とジェネリックの処方など、一見似ているように思い込んでしまうため、じっくりと処方箋を読み取る事が重要である。	ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」レバミピド錠100mg「NP」	ロキソニン錠60mg ムコスタ錠100mg	確認を怠った判断を誤った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
262	棚卸時にバルサルタン錠40mg「サンド」とテルミサルタン錠40mg「サワイ」の在庫が合わず、渡し間違いが発覚。患者を特定し、電話にて患者に事情を説明し、お渡しした薬を確認してもらったところ、やはり渡し間違えていた。すぐに服用を中止してもらい、残薬を正しいものと交換した。患者の体調に変化はなしとの事だった。処方医にも今回の件を報告し、特に問題ないのでこのまま様子を見るとの指示をうけた。	販売名・メーカー名類似による思い込み、監査不足。○処方せんの見間違い○注意力散漫	ピッキング・監査時の読み上げ徹底。当該薬品に過去調剤過誤があったとわかるよう印をつけて十分に注意する。	バルサルタン錠40mg「サンド」	テルミサルタン錠40mg「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
263	一般名処方が類似している。			アラミスト点鼻液27.5μg56噴霧用	フルナーゼ点鼻液50μg56噴霧用	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
264	患者さんがドンペリドンを含む処方せんを持ってきた。薬剤師Aが調剤。薬剤師Bが監査。薬剤師Cが投薬前に再度監査。そこでドンペリドンとリスペリドンが混ざって調剤されていることが判明。ドンペリドンのケースにリスペリドンが混ざって入っていることがわかり調剤しなおし、再度監査してもらった。	箱から一度出したリスペリドンに戻すときにシートデザインの類似からドンペリドンのケースに戻してしまったのではないか。そのさい一人で戻したと思われる。○注意力散漫	薬に戻すときは一人で戻さず、時間の余裕があるときに二人で確認しながら戻す。	ドンペリドン錠10mg「JG」	リスペリドン錠1mg「CH」	確認を怠った		医薬品	仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
265	一般名処方で「エチゾラム錠1mg」という処方箋で、正しくは「エチゾラム錠1mg「アメル」」を調剤すべきところ「エスタゾラム錠1mg「アメル」」で調剤してしまった。監査時に別の薬剤師が薬剤の取り違いに気が付き、患者交付には至らなかった。	薬剤名称が類似している為、作業手順の不履行により起こってしまったと考えられる。	調剤終了時に自己監査を行うことを徹底する。	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
266	一般名 フルバスタチン錠10mgを プラバスタチン錠10mg で調剤してしまった	単純なミス	文章をしっかり読む・思い込みで判断しない・同じ系統の薬の一般名は似ていることを認識する	フルバスタチン錠10mg「サワイ」	プラバスタチンNa錠10mg「MED」	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
267	耳鼻科受診後ほかの薬局で薬を見た際、そちらの薬剤師に薬が異なることを指摘される。ツムラ麦門冬湯(3包/毎食前 14日分)のところ、小青龍湯で渡してしまった。	番号や薬効が似ているので思い込みで取り間違えた。色と数で判断してしまった。前回も同じ薬がでていたので、ちゃんと確認してもらわずに投薬してしまった。	漢方は間違いやすいことを認識し、調剤後再確認する。薬の名前と薬情の写真などで確認する。	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ小青龍湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
268	両方ともよく処方される薬なので、目薬をビニールの小袋に入れて、集薬しやすいように保管しており、両方ともオレンジ色の小袋に入っているの、色だけで判断して集めてしまった。	思い込みによる調剤。外観のよく似たものを、近くで保管している。確認不足。	中身をしっかりと確認して調剤をする。	アズレン点眼液0.02% 「わかもと」	リザベン点眼液0.5%	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
269	ヒルドイドソフト軟膏希望の患者にヘパリン類似物質油性クリームを交付。	薬歴の確認不足。	薬歴のサマリーを利用。(他がGE希望だったため勘違いしてしまったので。)	ヒルドイドソフト軟膏	ヘパリン類似物質油性クリーム	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
270	棚卸時にアスピリン錠10mgとアスピリン錠20mgの在庫が6錠合わないことが発覚。処方内容はアスピリン錠10mg全量21錠。1回目の監査時に15錠しか取っていないことに気が付き、再度調剤。この際に、アスピリン錠20mgを6錠取ってしまったと思われる。患者宅に電話をし謝罪。患者宅に交換に伺った。	シートほデザインが似ており監査の際に見落としてしまった。○注意力散漫	2つの薬品の位置が上下に配置されていたので配置変えをしました。ヒートの裏表のデザインも確認する。	アスピリン錠10	アスピリン錠20	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
271	棚卸時にツムラ125番とツムラ25番の在庫が合わないことが発覚。患者を特定し電話にて確認したところ、やはり渡し間違えていた。まだ服用を開始していないとのことだったので、患者宅にお伺いし、正しいものと交換した。	番号・名称が似ていた為に、監査時に確認が不十分だったと思われる。○処方せんの見間違い○注意力散漫	漢方は似ているものが多いので、名称は最後まできちんと確認する。	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				ヒューマンエラー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	「一般名」ベザフィブラート錠200mgの処方、先発品希望の患者にジェネリック医薬品を渡してしまった。	シートの色が似ており、処方も一般名だったため取り違いに気付かなかった。	患者が先発品希望かジェネリック希望か確認し、先発品希望の時には処方箋に商品名を書くようにする。	ベザトールSR錠200mg	ベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」	確認を怠った	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
273	ツムラ当帰芍薬散を調剤するところ、ツムラ芍薬甘草湯で調剤してしまい、ポリムスで照合する際にエラーになり、取り間違いに気付いた。	ツムラ当帰芍薬散の「芍薬」を見て、処方頻度の高いツムラ芍薬甘草湯で調剤してしまった。	漢方は、特に名前の似た薬が多いため、名前をしっかりと読む。ポリムスを通す前にもう一度確認する。	当帰芍薬散	芍薬甘草湯	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
274	オルメサルタンOD錠とオルメテックOD錠が非常に似ているので、間違いやすい。いつもドキッとす。裏を必ずみて違うことを確認して投薬している	表面のみみて調剤すると、間違いやすい充填する時も注意が必要。包装品までそっくり	充填する場所を離している	オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」	オルメテックOD錠10mg	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
275	「一般名」で処方のセフトレニドピボキシルをセフカペンピボキシルと間違えて判断し、調剤。監査で発見し、インシデント事例となった。	一般名でセフトレニドピボキシル・セフカペンピボキシルが類似しているため、間違いやすい状態。	薬剤の棚に、処方せんの薬剤名再確認のアナウンスを貼付	セフトレニドピボキシル錠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
276	オルメテックOD20mgの処方箋を持って来局。薬剤師Aは調剤する際に包装がよく似ているオルメサルタンOD20mg(DSEP)をピックアップした。そしてそのまま監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが処方薬のオルメテックOD20mgではなくオルメサルタンOD20mg(DSEP)が調剤されていることに気付く、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師AはオルメテックOD20mgに訂正して調剤し直した。そして再度薬剤師Bに監査してもらい、患者様に正しい薬を交付した。	最近オルメサルタンOD20mg(DSEP)を採用し調剤棚の位置を近くに設置したため。名称も包装も似ていたため間違えたと考えられる。また店内が混雑していたためあせりもあったと思われる。	まず棚の位置を変更し、店舗内で薬剤師全員にこの事例を共有し再確認をした。	オルメテックOD錠20mg	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	確認を怠った判断を誤った	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
277	処方箋には麻黄湯エキス顆粒 7.5g/1日3回 毎食前 7日分と記載されていた。薬剤師Aは、麻黄湯エキス顆粒であるが、麻黄附子細辛湯エキス顆粒であると思い込んで誤って調剤した。監査にあたった薬剤師Bは、麻黄附子細辛湯エキス顆粒で調剤されていることに気づき、薬剤師Aに誤りを伝えた。薬剤師Aは麻黄湯エキス顆粒 7.5g/1日3回 毎食後 7日分を正しく調剤し、再度薬剤師Bに監査してもらった。	事例発生当時は外来投薬の時間帯で忙しく、処方箋内容と調剤する内容の確認を怠ってしまった。また、麻黄附子細辛湯エキス顆粒の処方が多かったため思い込みにより誤って調剤してしまった。 ○処方せんの見間違い○焦り	・やむを得ず他の業務を行う場合は、対応後は業務を途中から再開するのではなく一からやり始めるようにする。 ・当該事例を薬局内に報告し、再発防止に努めた。 ・名称類似医薬品には赤でマークを必ずすることで確認をし、また調剤した際に薬品の内容とマークした箇所を復唱して再度確認を行う。	ツムラ麻黄湯エキス顆粒(医療用)	コタロー麻黄附子細辛湯エキスカプセル	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
278	拘束中の患者さんの2日分の処方箋を警察官が持ち込みされる。ブランドルカスト錠112.5mg「AFP」1回2錠 1日2回朝夕食後2日分の処方に対しファモチジンOD錠10mg「テバ」を4錠投薬する。投薬後、TELにて担当警察官から、薬剤情報及び薬袋の薬の名前と入っている薬の名前が違うと指摘を受ける。ブランドルカスト錠112.5mg「AFP」の4錠を警察署へもっていく。	錠剤棚にアイウエオ順に薬剤を配置しているため、ブランドルカスト錠112.5mg「AFP」とファモチジンOD錠10mg「テバ」が近い場所にあった。錠剤の大きさ、シートの色調が類似していて、確認を怠ってしまった。警察官への投薬という特殊な事情もあった。	ブランドルカスト錠112.5mg「AFP」とファモチジンOD錠10mg「テバ」の錠剤棚の位置の変更を行う。再度、確認の徹底を周知する。	ブランドルカスト錠112.5mg「AFP」	ファモチジンOD錠10mg「テバ」	確認を怠った	通常とは異なる心理的条件下にあった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
279	漢方の投薬間違い	患者からの聞き取りで お薬は変わっていないと言われたので 変更は無いと思ってしまった処方箋の見間違い	類似の漢方の場合には 確認を再度行う	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒	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
280	ツムラ加味逍遥散が処方になっていたが類似医薬品の加味帰脾湯をピックアップを行ってしまい、監査でも思い込みにより通してしまいました。居宅療養管理指導を算定の患者様だったため投薬の際に間違いに気づき変更を行い投薬を行いました。	最近、クリニックより加味帰脾湯がよく処方されていた為同じ処方だと思いついてしまった。作業手順書に添って行っていなかった。		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)	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
281	一般名クロベタゾン酪酸エステル外用液0.05%の処方に対しマイアロンローション0.05%(一般名クロベタゾールプロピオン酸エステル外用液0.05%)を調剤。監査時システムにて間違いに気づいた。	一般名酷似による調剤ミス。単純なミス		【般】クロベタゾン酪酸エステル外用液0.05%	マイアロンローション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
282	処方箋では、フェルピナクパップ70mg「ユートク」と書かれてあったが、処方箋を見た時からフェルナビオンパップ70mgだと思って、処方入力していた。薬剤師に指摘され、間違いに気づいた。		名前が類似する薬が多いので、薬名を最後までしっかりと確認するようにする。	フェルピナクパップ70mg「ユートク」	フェルナビオンパップ70	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
283	オルメテックOD20の処方後後発品でお渡しすべくところ、先発品でお渡ししてしまいました。	オルメテックOD20とオルメサルタンOD20のヒートが似ており、ピックアップを間違え、監査時に気づかず調剤した	後発品のある薬剤は いつも以上に意識し注意する	オルメテックOD錠20mg	オルメサルタンOD錠20mg「ニプロ」	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
284	オルメテックOD20で調剤するところを、オルメサルタンOD20「DSEP」で調剤。監査の段階で気が付き患者には渡らず。	薬の棚への充填間違い。同じ引き出しに先発もGE品も在庫を入れていた為、包装の外観もPTPシートも非常に類似しており充填間違いが発生した。○作業手順の不履行棚から取る際には、混雑時間帯でありジェネリック品が混入していることに気が付かなかった。○焦り ○注意力散漫	在庫置き場の薬の外箱に、「GE品」、「先発品」と記載したシールを張り付け、充填時に気が付くようにした。重点ミスをした職員には注意を喚起した。その他職員にも事例を伝達した。	オルメテック錠20mg	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	確認を怠った		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
285	ツムラ五淋散が処方されていたが、ツムラ五苓散を調剤した。投薬者が監査時に気が付いた。	漢字3文字で似ていたため五淋散と思いながら、五苓散を調剤した。単純なミス。	きちんと確認してから調剤する	ツムラ五淋散エキス顆粒(医療用)	ツムラ五苓散エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	知識が不足していた			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
286	一般名における入力間違い(規格・薬剤・用量)	新規処方。一般名処方ではチモロール点眼液0.5%(持続性) 2.5mLと処方。事務員はチモプトル点眼0.25% 5mLと入力。調剤者は正しく0.5%XEをピックアップ。入力に誤りがあることを事務員に伝え防止。薬局在庫には類似薬(チモロール点眼液0.5% 5mL)(チモプトル点眼液0.25%/0.5% 5mL)(チモプトルXE点眼液0.25% 2.5mL)を多数かかえており当然入力画面でも一般名処方では選択肢に挙がる。	薬局スタッフでのインシデント報告・共有。チモプトル点眼剤の知識強化。	チモプトルXE点眼液0.5%	チモプトル点眼液0.25%	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 その他		ヒューマンエラー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	ベイスン錠0.2mgを渡すところをベイスンOD錠0.2mgでお渡ししていた。次の来局時に患者本人からの指摘によって判明。模様が少し違うと思いつつも全て服用したとのこと。口の中で溶ける剤形かそうでないかが違う事、薬の成分とその含有量に違いがないことを説明。	ベイスン錠はめったに処方されることがなく、普通錠とOD錠の両方が在庫してあったが、両方在庫してあるという認識がなく、最初に目についた方で調剤した可能性が高い。外観が似ているため、監査のときも気づかずスルーしてしまった。	普通錠とOD錠の両方が在庫してあることを分かりやすく掲示する。	ボグリボース錠0.2mg	ベイスンOD錠0.2mg	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
288	【般】ヘパリン類似物質クリームで処方あり。ヘパリン類似物質油性クリームで調剤。	面で受け付けている処方箋。【般】ヘパリン類似物質油性クリームで受け取ることが多い。今回珍しく【般】ヘパリン類似物質クリームの処方であった。思い込みもあり確認がおろそかになった。○単純なミス	入力者が入力段階で気づいた際は薬剤師に声をかけるよう連携する。店舗で再度間違いやすいインシデントとして情報共有。カセットへの注意喚起札なども検討。	【般】ヘパリン類似物質クリーム	ヘパリン類似物質油性クリーム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
289	一般名)クアゼパム錠15mg 1錠寝る前の処方 自店の採用品ではクアゼパム錠15mg「サワイ」が該当。誤って、類似名称のクロチアゼパム錠5mg「日医工」をピックアップした。別の薬剤師による監査から誤りが発覚。		ステロイド外用剤など、類似する名称の薬品名の再確認	クアゼパム錠15mg「サワイ」	クロチアゼパム錠5mg「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
290	先発品希望の方へ後発品を調剤した。	薬歴確認を怠った単純なミス		ヒルドイドソフト軟膏0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
291	本来、アロチノロールであったが、アテノロールでピックアップしており、監査者が気づいた。	名前が似ており、調剤棚の位置も近くにあるため、間違えて取ってしまったと思われる。患者が混んでいた時間であったため、焦りがあったことも確認を怠った原因かもしれない。	調剤棚の位置を離し、「類似品名薬あり」のラベルを設置した。	アロチノロール塩酸塩錠10mg「DSP」	アテノロール錠50mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
292	エンシュア・リキッド コーヒー味を処方されていたが、エンシュア・H 黒糖味を調剤、投薬してしまった。患者様のご家族から電話があり判明。宅急便にてコーヒー味を送り、エンシュア・Hは廃棄していただくようお願いした。	単純な確認ミス。コーヒー味と黒糖味の色が似ていて確認を怠った。	調剤した薬剤師と監査する薬剤師の2人で声だし確認する事。患者様にもお渡ししながら確認していただくこと。	エンシュア・リキッド	エンシュア・H	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	コンピュータシステム	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
293	セレキノンを調剤しなければならないところ、セレスタミン配合錠を調剤。シートが似ている為無意識に間違えてしまった。			セレキノン錠100mg	セレスタミン配合錠	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
294	(一般名)へパリン類似物質外用液の処方に対し、ビーソフテンローションご希望の患者様にヒルドイドローションを調剤した。監査時に気づき投薬ミスにはならなかった。	冬場はヒルドイドローションをご希望される患者様が多く、薬歴の確認を怠り、思い込みで調剤してしまった。注意力散漫	薬歴表書きの「調剤・投薬上の注意」の欄に記載している外用ジェネリック医薬品には黄緑の蛍光ペン。内服ジェネリック医薬品にはピンクの蛍光ペン。等 色分けをして目立つようにしました。	ビーソフテンローション0.3%	ヒルドイドローション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
295	2018年2/16日(金)14時頃 内科を受診された患者(29歳男性)が来局。一般名処方でクラリスロマイシン錠200mg、2錠/分2朝夕食後、7日分が処方されていた。患者はジェネリック希望のため、クラリスロマイシン錠「サワイ」でお渡しすることになるが、クラリス錠とクラリスロマイシン錠「サワイ」の薬棚が横に隣り合わせになっており、クラリスロマイシン錠「サワイ」の薬棚にクラリス錠が混在していたため、薬剤師Aは2錠クラリス錠が混在した状態で監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが、クラリス錠が2錠混在していることに気づき、調剤した薬剤師Aに伝えた。薬剤師Aはクラリスロマイシン錠200mg「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ため、患者には正しい薬を交付した。	昼休憩明けの少し患者が集中した時間帯。薬棚が横に隣り合わせで、ヒートの色も似ていたという事もあり、薬棚への戻し間違いがあったと思われる。○注意力散漫	・薬棚の位置をずらす。・薬棚へ薬を戻す際は、直接戻さず、仮戻しBOXを作成し、手の空いた時間に戻すようにする。・監査に回す前の自己チェックをする際は、端数に違う薬剤が混在している可能性を頭にいれてチェックするよう全スタッフに周知。	クラリスロマイシン錠200mg「サワイ」	クラリス錠200	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
296	ジェネリック医薬品希望の患者に、処方箋にオルメテックOD錠10mgと記載されているのをそのままオルメテックOD錠10mgで調剤してしまった。鑑査薬剤師が間違いに気づきオルメサルタンOD錠10mg「DSEP」に変更して交付した。	患者が先発医薬品希望かジェネリック医薬品希望かの確認を怠った。調剤棚は離して置いているが、オレメテックOD錠10mgとオルメサルタンOD錠「DSEP」は外観も名称もとてもよく似ているため。○作業手順の不履行○注意力散漫	お薬手帳を確認し先発医薬品希望かジェネリック医薬品希望かをしっかりと確認すること。又オルメテックOD錠10mgとオルメサルタンOD錠「DSEP」は外観も名称もとてもよく似ているためしっかりと確認すること。	オルメテックOD錠10mg	オルメテックOD錠10mg	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
297	患者さんが処方箋をもって来局した。処方箋には「コタロー麻黄附子細辛湯エキスカプセル」6カプセル/分3毎食前、4日分と記載されていた。薬剤師Aは似た包装の「コタロー三黄瀉心湯エキスカプセル」をピックアップして薬剤師Bに監査を依頼。薬剤師Bも似た包装と思い込みで監査が通ってしまい薬剤師Aに薬を渡し患者さんに投薬してしまった。患者さんが以前服用歴のある薬で、帰宅後気づき薬局にTELあり。謝罪し誤薬を回収。正薬をお渡した。	薬剤師Aによる思い込みと薬剤師Bの注意力散漫が重なって起きたミスと考えられる。	漢方薬の多い店舗のため、似た包装の漢方は棚を隣にしないのと似た名前の漢方も多いので、棚に目立つように札を貼り付け。今回は注意力散漫によるミスでもあるので、従業員に再度監査の徹底を伝える。散剤監査システムは導入済だが、薬剤バーコードピックアップシステムや散剤以外の薬剤監査システムの導入も検討すべきと考えます。	コタロー麻黄附子細辛湯エキスカプセル	コタロー三黄瀉心湯エキスカプセル	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	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
298	ビーソフテンクリーム＋アロミドン軟膏混合の指示だったが、ヘパリン類似物質クリーム「日医工」＋アロミドン軟膏で混合してしまった。調剤鑑査支援システム(ポリムス)を使用しており、鑑査時に気が付き、正しく作り直し、お渡した。	一般名が、ビーソフテンクリームはヘパリン類似物質クリーム、ヘパリン類似物質油性クリームはヘパリン類似物質軟膏のため、間違いやすい薬品である。調剤鑑査支援システムが有効だった事例。		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
299	処方箋に一般名で書かれていてビーソフテンクリームを渡すところヘパリン類似物質油性クリームを調剤しました。投薬の時に患者様がいつもと容器のデザインが違うことに気づき、調剤過誤が発覚し、ビーソフテンクリームを渡しました。	処方箋が一般名だったため、頻繁に処方されているヘパリン類似物質油性クリームを勘違いして調剤をしてしまった。	処方箋をよく読み、間違いやすい所に鉛筆でチェックをするようにします。	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」	判断を誤った	知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
300	ヘパリン類似物質ローション0.3%「ニプロ」で処方があったにも関わらず、先発品のヒルドイドローション0.3%で調剤してしまう。	一般名処方と勘違いしてしまった。	一般名処方なのか、後発品名称なのか処方箋の読み方の再確認を行う。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニプロ」	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
301	エリスロシン錠200mgが処方されている患者様に後発医薬品としてエリスロマイシン錠200mg「サワイ」へ変更しようと調剤し準備していた。レセコンへの入力の際に変更できない為、保険薬事典プラスで調べたところ一般名が異なることに気付く。変更せずエリスロシン錠200mgをお渡す。		スタッフ間で情報を共有し周知徹底した。名称が類似していても後発医薬品とは限らないので確認が必要。	エリスロシン錠200mg	エリスロマイシン錠200mg「サワイ」		知識が不足していた	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
302	○よく似た名前の勘違い	○処方せんの見間違い	処方箋の再確認	ラベプラゾールナトリウム錠10mg「ケミファ」	ランソプラゾールOD錠15mg「ケミファ」	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
303	ツムラ苓姜朮甘湯が処方されているところ、ツムラ苓桂朮甘湯で入力・ピッキングをしてしまった。		漢方は似た名前が多いので、入力・ピッキング・監査時は一文字ずつ確認をする。	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
304	患者さんが処方箋を持って来局。処方箋にはロキソニンテープ100mgと記載されていたが、間違えてロキソニンパップ100mgを調剤。監査時に間違いに気づきロキソニンテープ100mgを投薬。	薬剤師の処方箋の見間違い。○単純なミス	調剤時に慌てない。薬品名が似ているもの、規格が複数あるものの一覧を貼りだし、常日頃から注意する。	ロキソニンテープ100mg	ロキソニンパップ100mg	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラー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	一般名テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠での処方があった。テラムロ配合錠APを調剤すべきところを、薬剤師Aは名称の似ているテルチア配合錠APと思い込み調剤してしまったが、誤りに気付かずそのまま鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが調剤された薬が間違っていることに気づき、薬剤師Aに誤りを伝えた。薬剤師Aはテラムロ配合錠APを正しく調剤し、再度薬剤師Bに鑑査してもらった。	事例発生当時は、土曜日の昼、業務修了間近で集中力を欠いていた。また通常であれば、一般名処方薬を調剤する時は、調剤者は調剤後に調剤録又はお薬手帳で調剤した薬が正しいか確認するが、その確認作業を怠った。○作業手順の不履行○注意力散漫	・調剤者は調剤後にもう一度処方箋の一行目から調剤録又はお薬手帳で調剤した薬が正しいか確認し、その作業が終わったら「確認終わりました」等声をかけて鑑査に回す。・配合剤は商品名、配合成分名、配合量等複雑で間違いやすいため、当該事例を薬局内で周知し、再発の予防に努めた。	テラムロ配合錠AP「サワイ」	テルチア配合錠AP「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
306	オルメテックOD錠を錠剤棚から取ろうとしたら、オルメサルタンOD錠「DSEP」の箱が入っており、気づかず開封してしまったが、監査時に気がつき、変更し患者さんへはオルメテックOD錠お渡しできた。	100錠包装の箱が非常に似ており、納品後に錠剤棚に入れる場所を間違えてしまった。	棚の場所を、引出と棚に区別しました。	オルメテックOD錠20mg	オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」	確認を怠った	その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
307	エリキユース錠5mgで処方のところ誤って、エリーテン錠5mgにて集薬を行ったが、最終鑑査にて集薬ミスを発見した。	名称類似と規格一致による思い込みによる集薬	類似名称である旨を医薬品棚に掲示を行った。	エリキユース錠5mg	エリーテン錠5mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
308	デトルシールCP(2) 1C 60日分、アタラックスP CP(25) 1C 60日分の処方、「10錠シート」を輪ゴムで60錠ずつまとめて投薬した。調剤時、焦っていたため、一つ一つの製品の箱を出しっぱなしにして集薬した。その後片づけるときにデトルシールが40T足りないことに気づいた。アタラックスP CP(25)60Tと思っていた輪ゴムでまとめた束の中に、デトルシールが40錠紛れ込んでいたことに気付かず投薬していた。	デトルシール(2)とアタラックスP(25)のシートが、色、大きさも酷似していた。調剤時、「焦って」いたため、一つ一つの製品の箱を出しっぱなしにして集薬した。	2つの製品のシートが酷似していることを薬局内スタッフに周知した。調剤時、1製品ずつ片づけながら集めるルールを徹底した。	アタラックスPカプセル 25mg	デトルシールカプセル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
309	午前中の繁忙時間帯に広域処方箋を応需。手書き処方箋で一般名で記載されていた。レセコンでの入力で類似の一般名を選択してしまったため、リンデロンV軟膏となるところがアンテベート軟膏になってしまった。調剤時に一般名の選択ミスに気付かなかったためそのまま入力内容どおり調剤してしまった。	手書き処方箋を解読することに集中したため、一般名処方の入力間違いに気付かなかった○手書き処方せん繁忙時間帯で焦りもあった○焦り	一般名処方の場合、官能基や規格までしっかり確認し確認の精度を上げる繁忙時間帯では一般名入力時はダブルチェックを徹底	リンデロン-V軟膏0.12%	アンテベート軟膏0.05%	確認を怠った	知識が不足していた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
310	子供の散剤の調剤。ともにGEにて名称も似ており、自己監査での思い込みにて間違えました。			セフカペンピボキシル塩酸塩細粒10%小児用「日医工」	セフジトレンピボキシル細粒10%小児用「日医工」	確認を怠った	知識が不足していた技術・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
311	納品時にオルメサルタンOD錠20mg「ESDP」の薬品棚にオルメテックOD錠20mgを入れてしまった。気が付かずにオルメサルタンOD錠20mg「ESDP」を調剤すべき時にオルメテックOD錠20mgを調剤、投薬してしまった。2日後に他の薬剤師が気が付き、それまで調剤した患者をピックアップし薬を取り換えた。	オルメサルタンOD錠20mg「ESDP」とオルメテックOD錠20mgの外箱、ヒートが非常に酷似しており、ミスにつながった。	外箱、ヒートが酷似している薬品をピックアップし特に注意して薬品棚に入れる、調剤することを徹底する。	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	オルメテックOD錠20mg	確認を怠った				ヒューマンエラー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	薬剤師AがオルメテックOD錠5mgを調剤するところ、誤ってオルメサルタンOD錠5mg「DSEP」を調剤した。薬剤師Bが鑑査時に気づき、薬剤師Aに伝えて正しい薬剤を調剤しなおしてもらい、再度、薬剤師Bが鑑査をした。鑑査時に気づいたため、患者には正しい薬剤を交付した。	オルメテックOD錠5mgとオルメサルタンOD錠5mg「DSEP」の外観が非常に似ていること、またオルメサルタンOD錠5mg「DSEP」を調剤する機会が多いため、思い込みから間違えた。		オルメテックOD錠5mg	オルメサルタンOD錠5mg「DSEP」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
313	先発品希望の患者様にノイキノン錠10mgが処方されており、調剤、監査ともに見落としがあって、ジェネリックのユビデカレノン錠10mg「サワイ」をおわたしてしまいました。後日、患者様から違う薬が入っていると連絡があり、交換しました。しかし、次回の来局時その事をきっかけに患者様の方からジェネリックへの関心が出てきたのか、変更時の金額差の問い合わせがあり、差額をお答えしたところ今後全てジェネリックにすると言われました。	ヒートが類似しており、同じ引き出しに保管されているので間違えて調剤し、同様の理由で監査も見落としした。	収納している引き出しを分けてわかりやすいラベルへ変更する。また患者様へジェネリックの説明を徹底する。	ノイキノン錠10mg	ユビデカレノン錠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
314	エブトール錠250mgが処方されていましたが、併売品のエサンプトール錠250mgを間違えて調剤してしまいました。	定期薬としてエブトール錠が処方されていた患者様に、併売品の名前の似ているエサンプトール錠を調剤してしまった。エサンプトール錠の患者様が来院されて、在庫が足りなかった為、原因を調べていたところ、ミスに気がきました。	併売品は名前が似ているものが多いので、十分注意する。特に、エブトール錠とエサンプトール錠は同じ引き出しに入っていて取り違い易いので、(併売品あり)の札を箱にくくり付けるようにしました。	エブトール250mg錠	エサンプトール錠250mg	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
315	アムロジン錠5mgとアムロジピン錠5mg「トーフ」を間違えて分包した。予製作成の段階だったので、お渡し前に気付いて対処した。	錠剤の概観と名称が似ていたため。	該当の錠剤の写真を拡大し、スタッフ全員と共有した。拡大写真と名称を、鑑査の目に付く箇所に貼った。	アムロジン錠5mg	アムロジピン錠5mg「トーフ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
316	正しくはツムラ加味逍遙散54包を交付するべきところ、ツムラ加味逍遙散51包とツムラ抑肝散3包を患者本人に交付してしまい、患者帰宅後に家族から電話にて指摘があり発覚した。患者はまだ服用していない段階だった。	ツムラ抑肝散をツムラ加味逍遙散の薬品棚へ戻し間違えたのと、包装の類似が原因と考えられる。	薬品在庫場所に注意喚起を掲示した。	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒(医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
317	ユニシアHDで処方されている患者様に対し、普段からジェネリック変更でカムシアHD「あすか」で調剤してお渡ししていた。当日もカムシアHD「あすか」で調剤していたが、カムシアHD「あすか」の調剤棚(カセッター)内にユニシアHDの箱が充填されており、調剤者は気付かずに全60錠中10錠をカムシアHD「あすか」・50錠をユニシアHDで調剤してしまった。ピッキングシステムを使用していたが正しいバーコードを読んでいたためエラーが出ず、鑑査時も輪ゴムで止められた薬の片面がカムシアHDだったため薬が合っていると思ってしまった。また、先発とAGの関係のためヒートが酷似しており、ぱっと見では気付かなかった。他の患者様の調剤中にカムシアHDのカセッター内にユニシアHDが入っている事に気づき発覚。該当患者様宅へTEL。その後、正しい薬とお取り換えした。患者様は未服用であった。			カムシア配合錠HD「あすか」	ユニシア配合錠HD	確認を怠った			ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
318	当該日翌日の朝の棚卸時に、アスピリン錠10mgとアスピリン錠20mgの在庫が6錠合わないことが発覚した。処方内容はアスピリン錠10mg全量21錠であった。1回目の監査時に15錠しか取っていないことに気が付き、再度調剤したところ、アスピリン錠20mgを6錠取ってしまい、監査時にも気が付かずそのままお渡ししてしまった。患者宅に電話をして説明・謝罪をした。自宅に伺い交換をした。	薬品棚に10mgと20mgが上下に配置されており、20mgの所を10mgと思い込み、ピッキングしてしまった。監査時にもシートのデザインが似ていた為、気が付かなかった。○注意力散漫	同じ薬の規格違いが上下に配置されていたので、配置変えをした。ヒートの裏表のデザインを確認する。	アスピリン錠10	アスピリン錠20	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
319	当該日翌朝の棚卸時にツムラ125番とツムラ25番の在庫が合わないことが発覚。患者を特定し、自宅に電話をしてお渡しした薬の名前を確認してもらったところ、やはり渡し間違えていた。まだ服用を開始していないとのことだったので、自宅にお伺いし、正しいものと交換をした。	番号と名称が似ていて、包装のデザインも同じだったので、薬品名の最初の文字だけで判断して調剤してしまった。監査時にも確認が不十分だった。○処方せんの見間違い○注意力散漫	漢方薬は包装の色が同じだったり、名称がにっていたりが多いので、最初の文字だけで判断せずに、頭からお尻の文字まできちんと確認して調剤・監査すること。	ツムラ桂枝茯苓丸加よぐ 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				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
320	処方せん記載は一般名での処方。ジェネリック希望の方で、オルメサルタン錠5mg「DSEP」を調剤するところ先発品のオルメテック錠5mgを調剤。投薬者がミスに気付き、調剤者へ戻した。患者へ渡ることではなく、訂正となった。	○作業手順の不履行当時、調剤監査システムがアップデートされておらずオルメサルタン錠5mg「DSEP」のバーコードが読み取れない状況であった。調剤者は通らない事を知っていたため監査システムの使用を省略。目視による確認もあいまいだった。○焦り開局後に患者が多くなり、調剤者に焦りが生じていた。処方箋や入力情報のチェックを怠ってしまった。	調剤監査システムは常に最新の状態へアップデート。使用できない品目は生じえないようにする。処方箋情報だけでなく、入力された内容についても確認する事を手順として明確化。類似した医薬品を近くに保管せず、場所をずらしておく。	オルメサルタンOD錠5mg「DSEP」	オルメテック錠5mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム		ヒューマンエラー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	一般名処方と似た箱からの取り違い	思い込みと確認の甘さ	確認の徹底	オルメテックOD10	オルメサルタンOD10	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
322	患者先発希望で一般名でモンテルカスト錠10mgの処方あり。キプレスで調剤したつもりが、手元にはモンテルカスト錠「KM」を持っていた。ピッキング途中で当事者が気づき、キプレス錠を取り直した。	外観が非常に似ているため取り間違えた。○単純なミス	モンテルカストKMを14錠シート、キプレス錠を10錠シートを採用薬とした	キプレス錠10mg	モンテルカスト錠10mg「KM」	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
323	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「ノボラピッド注フレックスペン」と記載されていた。薬剤師Aは「ノボラピッド注フレックスペン」を「ノボラピッド注フレックスタッチ」で調剤した誤りに気付かずそのまま監査に回した。監査にあたった薬剤師Bは誤りに気づき薬剤師Aに伝えた。薬剤師Aは正しく調剤し、再度、薬剤師Bに監査してもらった。	名称が似ている注射薬があることを意識していなかった。○単純なミス	薬剤を取り出す時、薬袋に入れる時、その都度必ず処方箋と名称を確認する。	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	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
324	レトロゾールのところ全量をアナストロゾールで交付。別件で入院予定であったため、その際の持参薬確認時に病院薬剤師が発見。過誤判明。	名称のゾールが同じで名称が類似しており、同効薬であるため取り違い。保存場所は別の引き出し。処方箋確認不足。	監査時にジェネリック品名だけではなく先発品も十分に確認する。調剤監査システムPeech導入。	レトロゾール錠2.5mg「JG」	アナストロゾール錠1mg「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
325	リバスタッチ9mgの処方のところ、リバスタッチ9mg1箱とニュープロパッチ9mg1箱を調剤した。	包装類似の知識がなかった。ひと箱ずつ調剤過誤防止システムを通すという内規を忘れていた。自己監査をしっかりと行えていなかった。	過誤防止システムを100%実行する。一通り調剤した後、自己監査を徹底する。類似の包装を予め把握しておく。	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 技術・手技が未熟だった	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
326	患者さんはクレストールOD2.5mg希望したが、GEの普通錠をお渡ししてしまった。○10錠シート	ヒートが似ていた為監査で見落とした。○単純なミス	先発医薬品と後発医薬品、普通錠とOD錠などの間違いが出ているので、そこを重点に監査の時に気を付けるようにする。	クレストールOD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	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
327	カロナール錠200mg 20錠を酸化マグネシウム330mg「ケンエー」でピッキングされていた。監査者が間違いを発見した。	カロナール錠200mgのケースに酸化マグネシウム330mg「ケンエー」が混ざっていた。外装が非常に似ており、かつ近くにあってため、もどし間違いがあったと考えられる。	カロナール錠200mgと酸化マグネシウム330mg「ケンエー」の保管場所を離した。薬を戻す際は調剤中ではなく、落ち着いたときに戻すようにスタッフへ指導した。	カロナール錠200	酸化マグネシウム錠330mg「ケンエー」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
328	調剤時に不足分があり、取りそろえる際に間違えて他の薬剤を混在させてしまった。	不足分を取りそろえる際、そばに有った外観の類似した薬剤と一緒に取りまとめてしまった。○単純なミス	異なる箱から出した場合は、必ず別に置き、最終監査の際、名称確認を確実にを行う。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)	ツムラ黄連解毒湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	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
329	ツムラ29番(麦門冬湯)と、ツムラ19番(小青竜湯)の取り間違い。	包装が似ていたのでは誤って調剤してしまった。○単純なミス	包装だけでなく、名称も忘れずに確認する。鑑査の徹底。	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
330	一般名処方でセフジレンピポキシルが処方されていたが通常その医院ではセフカペンピポキシルの処方が多く間違えて薬剤を測りそうになり、事前に気がつき、正しい処方にて調剤。未然に薬剤名を再確認して防げた	処方箋をPCで入力している事務の傍らで先に薬剤を出したときにきちんと確認できず処方の多い方を取り出しそうになったのが原因	きちんと薬の名前の再確認をする	セフジレンピポキシル小児用細粒10%「サワイ」	セフカペンピポキシル塩酸塩小児用細粒10%「サワイ」	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 その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
331	処方一般名でラベプラゾールだったものを誤ってランソプラゾールを出してしまい、薬情のシート写真確認後に間違いに気付き正しい薬品にて処方し未然に防いだ。	同じラ行の棚に合った為似たような名前前で慌ててしまい取り違いが起った	棚を分けることで同じ棚に似たような名前を入れないよう分けた	ランソプラゾールOD錠15mg「DK」	ラベプラゾールNa錠10mg「ファイザー」	確認を怠った 判断を誤った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
332	15:30頃、患者さんの娘さんが薬局。処方箋には「トラマールOD(25)」の記載。8T4xの処方。薬剤師Aが誤って、「トレリーフOD(25)」で調剤。薬剤師Bが監査はしたが、そのまま薬剤師Aが投薬。患者さんへ確認はしながらではあるが、交付。同日の19:30頃、薬局に患者さんの娘さんより電話あり。「前回、トラマールOD(25)という薬を？」とのこと。→薬剤師Cが対応。処方箋には「トラマールOD(25)」の記載。こちらで間違えてお渡ししてしまったことお話し。次の日の朝の分までしか薬がないとのこと、患者さん宅の近隣の駅まで向かい、交換することをお話し。駅にて、間違えたトレリーフOD(25)を確認し、改めて、娘さんにもトラマールOD(25)と一緒に確認してもらった。申し訳なかったことお話しして、交換。今回、服薬には至らなかった。	・午後の少し忙しい時間帯であった。・本店から忙しいときに手伝いに来る薬剤師が、普段よく来る薬剤師と今回は違った。・監査は行っていたようだが、確認不足だった。	トラマールOD(25)もトレリーフOD(25)も当薬局ではどちらもよく出る薬で、名称も似ている。並びも近かったため、場所を離して陳列。また、薬局の薬剤師全員に情報の共有を行い注意喚起を行った。	トラマールOD錠25mg	トレリーフOD錠25mg	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通常とは異なる身体的条件下にあった	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
333	ミチグリニドCa錠10mg「JG」とミグリトールOD錠50mg「サワイ」を取り違い投薬した。	ミチグリニドCa錠10mg「JG」とミグリトールOD錠50mg「サワイ」のシートデザイン、錠剤のサイズ、名称、用途が酷似していて、ミグリトールOD錠50mg「サワイ」を採用して日が浅かった為認識不足もあり取り違えた。薬歴記載時に発覚し連絡、正しいものと交換した。未服用であった。		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	その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
334	「一般名」処方βメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏0.064%で来ており、正しくはリンデロンDP軟膏であったが、一般名が類似しているβメタゾン酪酸エステルジプロピオン酸エステル(アンテベート軟膏)で入力、調剤を行い、監査の際に間違いに気づいた。	一般名の類似名による判断ミス	局内で周知。薬品名(一般名)は最後まで確認を行う。	リンデロンDP軟膏	アンテベート軟膏0.05%	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
335	「一般名」クロベタゾン酪酸エステル外用液0.05%のところ「一般名」クロベタゾールジプロピオン酸エステル外用液と勘違いし、キンダロンローションで入力調剤すべきところをデルモベートスカルプローションで入力調剤してしまった。監査者が気づき、正しいものに入力調剤しなおした	乳児の頭部に対する処方だったが、ステロイドのランクが妥当か確認しなかったため。「クロベタ〜」で始まる一般名の外用液はデルモベートスカルプローションという思い込み。入力されたデータが誤っていないという思い込み。	ステロイドは成分名が似ていて効果の異なるものが多いため、一般名処方の場合、曖昧な知識や過去の薬歴に頼らず、ステロイド外用薬の一覧を確認してから必ず入力調剤する。	キンダロンローション0.05%	デルモベートスカルプローション0.05%	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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
336	薬剤師Aがツムラ半夏白朮天麻湯をツムラ半夏厚朴湯を調剤、鑑査し薬剤師Bもあやまって調剤された薬剤をそのまま投薬してしまった。次の日、事務が処方せんをチェックしている際気づき本人に電話1包は服用したが特に健康被害はなく正しいものへ交換した。	○処方せんの見間違い	類似名称のリストに漢方も加えて職員に周知させる	ツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
337	ご本人と母親の2人分の処方せんを受け付け。母親にレザルタスHD配合錠の処方あり。ザクラスHD配合錠を調剤すべきところ、間違えてレザルタスHD配合錠をお渡しした。ご本人から帰宅後に電話連絡があり、発覚した。	夕方の薬剤師の少ない時間帯に、数名の処方せん応需が重なりバタバタしていた。○焦り門前の病院以外の処方せんで見慣れないフォーマットであった。母親にレザルタスHD配合錠が処方されており、同効薬で名称が似ているので間違えてレザルタスHD配合錠を調剤。監査・投薬でも気づかずそのままお渡ししてしまった。監査担当の薬剤師は、いつもなら調剤薬と薬品情報書の薬剤の写真を見比べていたのに、忙しかったため省略していた。○作業手順の不履行	忙しい時でも、落ち着いて1剤ずつ処方せんと調剤薬を見比べて確認を行う。	ザクラス配合錠HD	レザルタス配合錠HD	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
338	一般名『セフジトレンピボキシル100mg』で処方箋に記載。セフカペンピボキシル錠100mg「日医工」で薬剤師Aが誤ってピッキング。薬剤師Bが監査時に気が付セフジトレンピボキシル100mg「サワイ」で出し直してお渡しした。	処方箋の見間違い、思い込み、焦り。自己監査不足	特に抗生剤は類似名の薬品が多いので一文字ずつしっかり確認を行う。ピッキングした人は監査に回す前に自身で自己監査をしっかり行う。	セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「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
339	一般名処方によりオルメサルタン口腔崩壊錠(20)1T 42日分が処方されていた患者。先発品希望のため、オルメテックOD錠を42錠(ウィークリーシート3枚)渡さなければいけないところ、オルメテックOD錠(20)14錠、オルメサルタンOD錠(20)「DSEP」28錠でお渡ししてしまった。後日、別の薬剤師がオルメテックの棚に開封されたオルメサルタンの箱があるのを発見。直近のオルメテック処方患者に連絡を取ると、ジェネリックであることに気が付かず服用していたとのこと。謝罪し、本来渡すはずだったオルメテックと交換を行った。特に体調に変化みられず、治療は行っていない。○ウィークリーシート	オルメテック錠の棚にオルメサルタン錠の箱が入っており、外観が類似していたため(どちらもウィークリーシート、140錠入り)同じオルメテックだと思い込み箱を新たに開封して調剤してしまった。監査者もシートの外観が似ているため間違いに気が付かなかった。	先発のオルメテック錠はウィークリーシートではなく、10錠シートに変更する。調剤する機会の少ない先発品は引き出しの中に入れる。	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

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
340	一般名:セフトレンピボキシル細粒10%であり、商品名メリアクトのところ、商品名フロモックスで調剤してしまった。監査システムにてエラーがかかり、間違いに気づいた。	一般名処方による名称の類似が要因。薬剤師の知識不足、確認不足。	監査システムの利用の徹底と一般名処方時の調剤時の商品の確認の徹底	メリアクトMS小児用細粒10%	フロモックス小児用細粒100mg	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
341	ツムラ抑肝散24を24日分のところ、ツムラ加味逍遙散54をそのうちの7日分を混ぜ込んでしまった。	ストックから出してくるときに、下一桁同じのデザインが類似する漢方のため、間違えて調剤した。	商品名、番号の確認をしっかりと確認する。	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	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラー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	薬品名の類似によるピッキングミス	焦り単純なミス	繁忙時における単純なヒューマンエラーである。物理的な改善策は以前より十分実施しており繁忙時の一人調剤におけるエラーは個々の心因的レベルを上げるしか他にないように思われ課題である。	アロモドン軟膏0.3%	アボコート軟膏0.1%	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
343	患者が処方せんを持って来局した。処方せんにはクレステール2.5mg錠分1夕食後28日分と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からクレステール錠2.5mg錠を調剤するところ、GEのロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」を調剤したことに気付かずそのまま監査にまわした。監査にあたった薬剤師Bがクレステール2.5mgではなくロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」が調剤されていることに気付く調剤をした薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはクレステール2.5mgを正しく調剤し再度薬剤師Bに監査してもらった。監査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	AGということもあり外観が似ていることが要因と考えられる。	縦読み監査の重要性の再度周知。	クレステール錠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			ヒューマンエラー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	半夏厚朴湯の処方がでたところ、半夏瀉心湯を投薬した。1週間後、在庫確認で交付違いの可能性があり、患者へ連絡。間違って投薬していたことを確認。すぐに取り換えました。患者さんは3包服用した後でしたが、体調の変化などないとのこと。処方医にも連絡しました。次回受診時に体調の変化がないことを確認。薬剤の間違い	忙しい時間であり、監査、確認を怠ったことが原因。半夏厚朴湯はめったに処方されない薬であり、薬をとりだした薬剤師の勘違い、思い込みがあったと思われます。処方せんの見間違い、思い込み	監査の徹底、複数人で確認を実施すること。漢方は名前が似ている場合があるため、処方箋、薬、ツムラ番号など複数箇所を確認すること。	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	その他	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
345	リファジンカプセルの処方に対し、ジェネリックを希望されない方にリファンピシカプセルで調剤してしまい、外観が酷似しているため監査も気づかず投薬患者が帰宅後包装変更気づき発覚	一枚の処方の中に、ジェネリック薬での処方と先発処方が混在し、調剤時、患者の希望の先発薬の調剤をジェネリックを調剤することによりジェネリック希望と勘違いした	入力の製品名と、薬品の製品名の確認の徹底を周知	リファジンカプセル150mg	リファンピシカプセル150mg「サンド」	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
346	患者が処方箋を持参。処方箋には一般名でセフトレニボキシ小児用細粒10%と記載。薬剤師Aが調剤する際に、薬棚の隣にあったセフカペンピボキシ小児用細粒10%で調剤しようとしていた。計りの横に居た薬剤師Bが間違いに気づき、薬剤師Bが薬剤師Aに間違いを伝え、計量する前に正しく調剤した。再度、薬剤師A、Bで確認しあい、過誤を未然にふせぐことができた。	セフカペンピボキシ小児用細粒10%とセフトレニボキシ小児用細粒10%は、同じ棚に隣合わせであり、また一般名も似ていたため間違えた。また、ほかに数名の患者が重なった時間で、焦りがあった。	セフトレニボキシ小児用細粒10%とセフカペンピボキシ小児用細粒10%の棚の位置をはなした。また、一般名を分かりやすく表記した札を作り、薬箱にくくりつけ、注意喚起をした。また、再確認を徹底することにした。	セフトレニボキシ小児用細粒10%小児用「日医工」	セフカペンピボキシ塩酸塩細粒10%小児用「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
347	一般名処方メサラジン腸溶錠400mgが処方されたが、GE希望でメサラジン腸溶錠400mg「サワイ」を調剤するところ、誤ってメサラジン錠500mg「JG」を調剤し、交付。	自店舗で頻繁に処方されるメサラジン錠500mgの処方と思いこんでピッキングを行ってしまった。混雑時の待ち時間による焦りもあり監査でも誤りに気付かず交付してしまった ○焦り○注意力散漫	ピッキングに関して、誤った薬が正しい薬と同じ引き出しに収納されており、思い込みによる間違いが起こりやすい状況にあったため規格注意を促すPOPを設置。また似た名前の医薬品(誤りやすい薬)がある薬の引きだしには写真付きの警告紙を貼付し注意喚起。	メサラジン腸溶錠400mg「サワイ」	メサラジン錠500mg「JG」	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
348	スピリーパレスピマットが処方されている患者様。調剤時、外用棚の隣にあったスピオルトレスピマットを取って、監査者へ回してしまった。監査者が気づき、投薬には至らなかった。	スピリーパレスピマットとスピオルトレスピマットは、同じ製薬会社で薬品名と見た目が似ているため、取り間違いが起こったと思われます。		スピリーパ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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
349	患者の処方箋がFAXにて送られてきた。処方箋には「リンデロンVローション10ml 1日1回 患部に塗布」と記載されていた。事務員Aは、リンデロンVGローションであると思いこんでレセプトコンピューターに入力した。リンデロンVローションとリンデロンVGローションの両方を在庫していたため、よく処方されるリンデロンVGローションがピッキングされたが、誤りに気づかずそのまま監査に回した。監査にあたった薬剤師Aも誤りに気づかなかった。翌日、患者家族が処方箋を持って来局した。投薬にあたった薬剤師Bも誤りに気づかなかった。調剤録を確認していた事務員Bが誤りに気づき、患者宅へ訪問し謝罪と薬剤交換を行った。患者の薬はまだ未使用だった。	当薬局において、名称が極めて似ている薬剤を先入観で入力してしまい、調剤や鑑査する薬剤師も先入観で行ってしまった。○処方せんの見間違い	先入観で行わず、常に処方箋の薬剤名の最後の一字まで確認する。	リンデロンVローション	リンデロンVGローション	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラー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	調剤する薬剤師がパルミコートでお渡しするところをデバイスの似ていてよく処方されるシムビコートで調剤してしまった。鑑査・投薬する薬剤師はそれに気づかず患者様に投薬し、投薬時に吸入手技の説明を行ったにもかかわらず気づけなかった。患者様帰っていったが自宅に帰ってから薬を開けてみたら違う薬が入っていたため薬局に連絡が入り患者様ご家族に取り換えに来ていただき謝罪した。	デバイスの似ている吸入薬:タービュヘイラーやレスピマット等の確認不足、単純なミス	パルミコートとシムビコート、スピリーバとスピオルトなどデバイスが同じ吸入器は外観が似ているため十分に注意していく。以前もスピリーバとスピオルトを誤って渡してしまった例がある為声出し確認等をしっかり行いミスのないよう徹底していく。処方量の少ないパルミコート・スピオルトの処方箋原本に色付きのフセンを貼ることで注意を促す対応をしたところミスが減った。	パルミコート200μgタービュヘイラー112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	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
351	バルプロ酸Na徐放錠200mg「トーワ」を56錠調剤する際に、端数の6錠がファモチジンD錠20mg「サワイ」で調剤されており、そのまま患者の手に渡った。	該当する薬品の配置は隣接していた。シートの色調や裏面の外観が似ており、本件とは別の調剤時にファモチジンD錠20mg「サワイ」をバルプロ酸Na徐放錠200mg「トーワ」のカセットに戻し間違えた事で、取り間違いが起きた。	外観が酷似している薬を隣接させないよう配置変更した。	バルプロ酸Na徐放錠200mg「トーワ」	ファモチジンD錠20mg「サワイ」	確認を怠った		施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
352	ミカルデイス錠20mgをジェネリックへ変更しテルミサルタン錠20mg「日医工」を調剤しないといけないところ、テルミサルタン錠40mg「日医工」を調剤。別の薬剤師が気付かず投薬。患者が帰宅後いつもと色が違うと気づき薬局へ電話あり。	当初ミカルデイス錠の20mgも40mgも「日医工」のパッケージ品(28錠入れ)を採用していた。外からシートの色まで確認することはできない。パッケージはデザインと色調が似ていて、調剤時20mgではなく40mgをピッキングしてしまった。さらに監査・投薬時もスルーしてしまった。	シートの色で視覚的にも分かりやすくするためパッケージ品の採用を止め、従来のシートが見える包装のものを採用した。	テルミサルタン錠20mg「日医工」	テルミサルタン錠40mg「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 ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
353	ワーファリンとワンアルファの取り違い。監査時に気付いて交換した。	企画が同量の名前の似た薬品の取り違い。	類似品リストを作成し説明した。	ワンアルファ錠0.5μg	ワーファリン錠0.5mg	判断を誤った	技術・手技が未熟だった勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
354	【般】ジェノゲスト錠1mg 2錠分2朝夕食後28日分の「一般名」記載の処方せんを受け付けた。患者の希望によりジェネリック薬の調剤に際して、ジェネリック薬のジェノゲスト1mg「モチダ」を50錠と先発品のディナゲスト錠1mgを6錠と混合で調剤してしまった。別の薬剤師の監査時に間違いが発見され、ジェノゲスト錠1mg「モチダ」56錠に調剤しなおしたため、患者に誤交付には至らなかった。	入局後間もない薬剤師で、先発品とジェネリック薬が混同していた。同じ調剤棚に陳列していたこと、同じメーカーの薬剤でシートの包装のデザインが類似していることもあり、監査時に間違いに気づくことができなかった。患者が開局時間よりも前に来局されたので、焦りがあった。	新人薬剤師への教育の徹底。特に先発品とジェネリック薬、規格が数種類あるものを確認。陳列について、今回は取り扱いが少ないディナゲスト錠を引き出しに入れて、随時確認できるようにした。監査の徹底、複数の目での確認など作業手順についてスタッフ全員で改めて確認した。	【般】ジェノゲスト錠 1mg	ディナゲスト錠1mg	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
355	サクコルチン配合錠5錠のところ、ザイロリック錠100mg5錠でピッキング。	PTPデザインの類似性と棚の配置	サクコルチン配合錠とザイロリック錠100mgの棚を離す	サクコルチン配合錠	ザイロリック錠100	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
356	風邪の処方の時に、コタロー麻黄附子細辛湯エキスカプセルの処方が多く、1日量も6Capとコタロー桔梗石膏エキス細粒6gで似ているため、思い込みでよく処方されるほうを集薬してしまった。	思い込みによる調剤。処方箋の確認不足。	処方内容をしっかり見て調剤をする	コタロー麻黄附子細辛湯エキスカプセル	コタロー桔梗石膏エキス細粒	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
357	ツムラ(12)を10束お渡しするうち、他薬局から借りてきた1束がツムラ(22)であったのを確認不足でそのまま薬袋に入れてしまい、過誤発生した。	鑑査者の確認不足、漢方の見た目が12番と22番が似ていた、単純なミス	借りてきた薬も鑑査機器に通して確認をする	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ消風散エキス顆粒(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
358	一般名:ロキソプロフェンナトリウム60mg ロキソプロフェンナトリウム60mg「日医工」のところロスバスタチン2.5mg「DSEP」でピッキングした。	同じ棚、上下ある薬を取り間違った。ヒートの色が似ていた。○単純なミス	ピッキング時は名前をよく確認して取ります、	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「日医工」	ロスバスタチン錠2.5mg「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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
359	処方せんは一般名処方でファミシクロビルとの記載なのでファミビルを調剤すべきが、誤ってファロム錠200mgピックアップしてしまった。	一般名・薬剤名の類似しているファミシクロビルが口唇ヘルペス薬との認識がなかった鑑査レンジが×となっていたのに目視OKとしてしまった	一般名をよく確認する。不明な場合は調べる。病名と薬が適合しているか考える。他の処方薬との組み合わせで考える。類似した薬についてあらかじめ自分でリストなど作り注意する。	ファミビル錠250mg	ファロム錠200mg	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
360	ピソプロロールフマル酸塩2.5mg「サワイ」調剤時、ピコスルファートNa「サワイ」2.5mgと外箱が類似であるため、取り違えたかとヒヤッとして再度確認、間違え出ないことを確認した。	患者さんが込み合い、尚且つ薬剤数の多い患者さんで急いでいた。	箱の外装にマジックで印、「注意！」の文字をを入れ改善。	ピソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「サワイ」	ピコスルファートNa錠2.5mg「サワイ」	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
361	ツムラ16とツムラ17が同じ棚に入れてあり、取り間違えた。	忙しい時間帯で、包装の色が似ていた。	棚を分けて、遠い場所に配置した。	ツムラ半夏厚朴湯	ツムラ五苓散	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
362	アンテベート軟膏の処方に、アンテベート軟膏の棚から薬を出した。5本のうち4本がGEであるアンフラベート軟膏だったことに投薬カウンターで気がついて取替えをした。	アンフラベート軟膏を棚に戻すときに間違えてアンテベート軟膏の棚に戻してしまった。包装もよく似ていた。	外用薬の場合、記載されている薬品名を監査のときに読み上げる。	アンテベート軟膏0.05%	アンフラベート0.05%軟膏	判断を誤った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
363	服用日印字のODP調剤事例。印字設定が夕食後スタートにもかかわらず朝食後服用薬より分包機に錠剤セット。ミスに気づきやり直し時、ザイザル錠が一包分見当たらず、思い込みにより形状類似のメインテート0.625mgをピックアップし分包機へセット。調剤他者による監査時にミス指摘。なお、当該のザイザル錠は最初の分包紙内に残存していた。	錠剤形状の記憶のみに頼った誤調剤。繁忙時間につき調剤者による十分な自己監査が徹底されなかった。	再分包時も監査システムの利用。再分包前の分包紙内の確認の徹底。監査時の錠剤刻印の確認。	ザイザル錠5mg	メインテート錠0.625mg	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
364	テグレート100mgのところGEのカルバマゼピン100mgで調剤してしまう。処方箋はテグレート200mg1錠/朝夕食後100mg2錠でも可とコメントあり。	規格を変更する際にGEに変えてしまった。2剤のデザインが似ていて気づけなかった。	GEなのか先発なのか、規格を変更するときはじっくり見て思い込まないように意識づけする。処方箋記載と医薬品を確認するさい、○を付けてチェックする。	テグレート錠100mg	カルバマゼピン錠100mg「アメル」	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
365	『クラシエ五苓散料エキス錠』の計数調剤時に『クラシエ柴胡桂枝湯エキス錠』を誤って集薬する事例があった。薬剤師Aが計数調剤を行い自己監査、投薬台にて薬剤師Bが最終監査。その場で気付き再調剤。患者への影響はなかった。○特殊なシート	薬剤棚に類似名称の医薬品が並んでいる。直前患者で調剤した『クラシエ柴胡桂枝湯エキス錠』が出しっぱなしになっており同様の薬剤で調剤してしまった。また、繁忙時のため調剤者の薬剤師Aは、計数調剤の途中でいったんその場を離れている。調剤補助システムを使用していたが、中途半端のまま放置されていたためシステムを活かせていなかった。また、中間監査を自己監査で済ませダブルチェックを行っていないかった。○作業手順の不履行○処方せんの見間違い○焦り○注意力散漫	・業務の区切りの明確化・調剤後の片づけの義務化・類似医薬品の配置変更・作業手順の順守・中間監でのダブルチェックの実施	クラシエ五苓散料エキス錠	クラシエ柴胡桂枝湯エキス錠	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品施設・設備	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
366	【一般名】ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏0.064%「YD」のところを【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軟膏0.05%「JG」をお渡し。2回目の処方の際に、調剤者が医薬品の箱に記載されている一般名と処方箋の一般名が異なっている事に気づき過誤が発覚。	外用ステロイドの入力の際に、「ベタメタゾン」から呼び出しをし、組み込みと在庫があった先発品の「アンテベートクリーム」を選択。処方薬の正式な一般名とパーセントを見落としたまま、調剤、鑑査し処方。面からの応需した処方箋で元々在庫がない医薬品、受付の際に、「ベタメタゾン」「プロピオン酸エステルクリーム」という単語のみをみて入力、調剤、鑑査してしまった。また在庫である医薬品で出せると思い込んでしまい、細部を見落とした。外用ステロイドは一般名が似ているものも多く、特に注意しなければいけないものの確認を怠った。	一般名のステロイド処方では細部まで特にしっかり確認すること、薬名が似ていても濃度は違うので、こちらも注視することを徹底。	ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏0.064%「YD」	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」	確認を怠った				ヒューマンエラー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	午後の混み合っていた時間帯で、1包化の患者。時間がかかるとお伝えし、30分後に取りに来ると言われていた。その後、1包化を調剤しながらその間に来る患者にも対応していた。漢方は牛車腎気丸が107、五苓散が17色は同じで数字も似ていることから取り間違えたと思われる(配置場所が別の漢方を間に1つ挟んでの配置)また、1つ前の処方も五苓散で同じ用法用量で日数も同じだったのも要因と考えられる。監査時も1包化を作り終えた安堵感から数だけの確認になってしまっていた。30分後患者が来た時も混み合っており、薬を見せながら投薬していたが、焦燥感も重なりその時点では気付かなかった。		自店では漢方の種類が多い。色、番号が類似しているものは出来るだけ離して配置するようにした。	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	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
368	ビーソフテンローション100mlのところ、ヘパリン類似物質油性クリーム100gを出してしまった。	○単純なミス○焦り○注意力散漫	確認	ビーソフテンローション	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
369	○薬剤取り違い一般名処方:セフジニルカプセル100mgの処方内容を誤ってセフトレンピボキシルカプセル100mgと認識を間違え調剤をしてしまった。	○単純なミス○焦り○処方せんの見間違い繁忙時間帯で処方箋内容を入力する段階で処方内容の見間違いが発生し、調剤監査の薬剤師が気づかずに交付までたどり着いてしまった。閉局後、処方内容を確認していたところ誤って交付をしていたことが発覚し、正しい処方内容と交換し対応。内服前で健康被害なし。	入力確認を怠らないように確認を徹底する。一般名処方の場合、類似名称が多いため注意深く確認を行う。	セフジニルカプセル100mg「JG」	セフ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
370	一般名処方で、テルミサルタン40mg「DSEP」で調剤するところ、先発品のミカルディス40mgで調剤し、投薬時も気が付かず患者に交付された。2月に来局時、薬袋の薬品名とシートの名前が違うから飲まなかったと申告があり、ミカルディス40mgを持参された。	錠剤のシートが酷似していることは認識していたが、調剤者、鑑査者、投薬者とも調剤頻度の高いテルミサルタン40mg「DSEP」と思い込んでしまった。○単純なミス	ミカルディス錠、テルミサルタン錠を調剤棚の上下に配置してあったが、調剤機会の少ないミカルディス錠を調剤台の引き出しに配置した。	テルミサルタン錠40mg「DSEP」	ミカルディス錠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
371	繁忙期で立て込んでおり、調剤者がクラリチンの処方に対し、シートの類似するタリオンにて調剤。投薬者が交付前に発見し訂正した。	繁忙期で待たれている患者様が多かったこと調剤者に焦りが生じた	タリオンはウィークリーシート、クラリチンは10錠シートのように包装に差を付ける	クラリチン錠10mg	タリオン錠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
372	薬剤の取り違い。薬局在庫が合わず発覚。処方日数42日分。すでに服用をほぼ終了していた。	薬袋の写真での思い込み調剤および監査(処方箋と薬剤の確認不足)カプセルの外観が似ており、調剤者、監査者共に確認不足が原因	処方箋の欄外に漢方薬の番号を記入し、処方箋と薬剤の確認の徹底。投薬時に薬剤を提示し薬品名を伝え、確認しながらお渡し。	コタロー黄連解毒湯	コタロー麻黄附子細辛湯	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
373	オーソライズドジェネリックのオルメサルタンOD錠20mg「DSEP」を交付するところ、パッケージがあまりに類似している為、先発品のオルメテックOD錠20mgをピックアップしていた。薬袋に入れる際に気付きそのまま交付には至らなかった。	パッケージが類似しており気付かなかった。	後日、DSEP担当者MRから同じような事例が有りパッケージを変更したとの報告を受ける。パッケージ変更後は見分けは付くようになるが、確認を怠らずに業務にあたる必要がある。	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	オルメテックOD錠20mg	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
374	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と誤入力した。	単純なミス	似た一般名があることを覚えておく。最後の1文字まで確認する。	キンダベート軟膏0.05%	デルモベート軟膏0.05%		知識が不足していた技術・手技が未熟だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
375	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「エペリゾン塩酸塩錠50mg「日医工」3錠分3毎食後7日分」と記載されていた。薬剤師Aは、10錠シートのエペリゾン塩酸塩錠50mg「日医工」を16錠と、2つ隣の棚にあった10錠シートのウルソデオキシコール酸錠100mg「トーワ」を縦に5錠ずつに切り分け、その5錠を先のエペリゾン16錠にゴムで留めて調剤し、監査に回した。監査にあたった薬剤師Bは、ウルソデオキシコール酸が5錠混ざって調剤されていることに気づき、薬剤師Aに誤りを伝えた。薬剤師Aはエペリゾン21錠を正しく調剤し、再度、薬剤師Bに監査してもらった。○10錠シート	エペリゾン塩酸塩錠50mg「日医工」とウルソデオキシコール酸錠100mg「トーワ」のシートが似ていたことと、その2つの薬剤の棚位置が近かったことで、ミスが起きてしまった。また調剤の際の確認が足らなかったことも原因と考えられる。○注意力散漫	この2薬剤をはじめ、似ている薬剤の棚を離すよう、棚の位置を変更した。調剤時に慎重に調剤を行うことを確認した。当該事例を薬局内に周知し、再発の予防に努めた。	エペリゾン塩酸塩錠50mg「日医工」	ウルソデオキシコール酸錠100mg「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
376	100錠包装箱の類似によるピッキング間違い	忙しさの為の単純ミス	箱に効能明記	カロナール500	メトホルミン500MTニプロ	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
377	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(16)を84包調剤するところを、ツムラ半夏厚朴湯(16)54包とツムラ茯苓飲合半夏厚朴湯(116)30包を一緒に調剤した。お渡しする前に、別薬剤師が鑑査時に気づき修正した。○分包品の計数間違い	半夏厚朴湯の箱の54包をとり、棚に戻って新しい箱を開ける際に誤って茯苓飲合半夏厚朴湯の箱を取り、調剤の続きをしてしまった。○作業手順の不履行○注意力散漫	分包品の名前や包装が似ているものがあることを認識する時間を作り、共有。調剤の際は、指さして確認する。	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ茯苓飲合半夏厚朴湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	技術・手技が未熟だった 勤務状況が繁忙だった		教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
378	リーゼ5mgの後発品「クロチアゼパム5mg」で一包装化するとき、「クアゼパム15mg」を誤ってピッキング。そのまま一包装化してしまった。	単純なミス・思い込みによるピッキングミス	一包装化する前に今一度「薬品名・規格」を確認する。似た名前の薬は同じ医薬品棚でも近くに配置しないよう工夫をする。	クロチアゼパム錠5mg「サワイ」	クアゼパム錠15mg「YD」	確認を怠った	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
379	1).アンブロキソール錠「日医工」の調剤2).ピコスルファートNa錠「日医工」を誤って調剤(同じメーカーなのにデザインが非常に類似)3).監査で発覚	同じメーカーなのにデザインが非常に類似○作業手順の不履行	棚の位置を変更、名称の確認の徹底	アンブロキソール塩酸塩錠15mg「日医工」	ピコスルファートナトリウム錠2.5mg「日医工」	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
380	コソプト配合点眼液を調剤交付しなければならぬところトルソプト点眼液1%が調剤されていた。	同じ緑内障のくすりだったこと包装変更になって以前は容器の色で識別しやすかったが包装変更後色が似ているので識別がしにくくなった。	色で監査するのではなく容器の文字を監査する	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「薬剤取り違い」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
381	通常ヘパリン類似物質外用泡状スプレーがよく処方されるが、この方は、ヘパリン類似物質外用スプレーをご希望の方で、一般名で記載したら、両方とも【般】ヘパリン類似物質外用スプレーなので、いつもよく出るほうを調剤してしまった。	一般名処方と同じでも、患者さんにより希望の医薬品があることを頭に入れておく。	通常と異なる商品の場合、処方箋のFAXに商品名を記載してから調剤する。	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日本臓器」	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
382	一般名クロベタゾン軟膏0.05%(キンダベート)での処方であったが薬剤師のピッキング、事務員の入力もクロベタゾール0.05%である(デルモベート)でお渡しするところだった。	一般名クロベタゾン軟膏0.05%(キンダベート)とクロベタゾール0.05%(デルモベート)の名称が似ている。また、遅い時間帯で、薬剤師、事務員共に1人体制であった。更に、知識不足も一因と考えられる。	外用ステロイド剤の商品名:一般名の一覧表を作成し、事務員入力PCの近く、調剤室、両方にすぐに見れる表を作成した。	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	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
383	アレジオン錠20mg28錠をお渡しのところ、間違えてエピナスチン塩酸錠20mg「サワイ」28錠をお渡ししてしまった。患者様は服用前だった。	忙しかった時間で、先発後発でヒートの色も似ているため見落としてしまい、監査の時も気づかずお渡ししてしまった。○単純なミス○焦り	投薬前の最終監査者は薬袋、薬情、薬があっているか声だし確認し、合っていたら処方箋コピーの患者IDに○をつける。忙しくなってくると、どうしても手順を怠ってしまいがちなので、再度各自気をつけて調剤を行う。	アレジオン錠20	エピナスチン塩酸錠20mg「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
384	ツムラ「ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒」処方のところ、薬名の似ているツムラ「ツムラ芍薬桂朮湯エキス顆粒」と取り間違えて交付。空箱にて他の薬剤師が取り間違いに気づき患者さんに確認し、やはり取り違えていた。	単純な確認ミス。思い込みもあった。	薬剤名を必ず処方箋と突き合わせる。漢方薬は番号の確認を必ずする。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬桂朮湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラー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	10錠シート	単純なミスシートの色が似ている。	時間をかけ二度以上処方箋を見直す	バクシダール錠200mg	シプロキササン錠200mg	確認を怠った	通常とは異なる心理的条件下にあった		ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
386	一般名処方「テルミサルタン(40)・ヒドロクロロチアジド(12.5)」で記載されていたので「ミコンビ配合錠AP」を調剤して投薬しようとしたところ、患者より後発希望の申し出があったため変更する際、「テルチア配合錠AP」で調剤しなければいけないところ「テラムロ配合錠AP」で調剤・投薬を行った。その後、患者からの申し出により過誤が判明したが服薬する前だったので健康被害には至っていない。処方医師にも報告済。	混雑している時間帯で焦りがあり、薬剤変更後薬剤師1人で調剤・投薬を行ってしまい、他の薬剤師が監査せずにお渡ししてしまった。類似した名前の薬剤であった為、単純な取り違いミスが発生してしまった。	必ず、調剤・監査・投薬を別の薬剤師が行い、混雑している繁忙時でも役割を分担しチェックを行う。	テルチア配合錠AP「日医工」	テラムロ配合錠AP「日医工」	確認を怠った判断を誤った				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
387	ツムラ68のみ処方の患者様に必要数量交付後、次回来局時にツムラ68に混じってツムラ38が含まれているとの訴えがあった。在庫データと実在庫を照らし合わせてみるとどちらも数は合っているが、他薬局でもツムラ38は処方を受けていないとの事で、ツムラ68を誤り分交付した。	ツムラ68とツムラ38は外観が似ているため、箱に戻す際に誤って違う箱に戻してしまった可能性がある。	患者様と一緒にツムラ68であることを確認しながら交付する。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った				ヒューマンエラー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	テルチアAP錠処方だが、テラムロAP錠を調剤して、監査の時点でも見過ごしてしまった。薬管理をしている患者家族からのいつもの薬と異なると連絡があり判明。ただちに取替えに伺い事故に至らなかった。	○注意力散漫保管場所が同じ引き出しの中にあり、近接していた。またその時患者が急に混みだした。	離して保管した。その他の薬剤についても類似名称薬品ほ保管場所を見直した。また患者が混んでいる時こそ、注意を払うよう内部で申し合わせた。	テルチア配合錠AP「DSEP」	テラムロ配合錠AP「DSEP」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
389	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)、5g/分2朝夕食後、14日分」と記載されていた。薬剤師Aは、名称や外観の類似しているツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒(医療用)であると思い込んで調剤してしまい、誤りに気付かずそのまま鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bは、ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)で調剤されていないことに気づき、薬剤師Aに誤りを伝えた。薬剤師Aはツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)を正しく調剤し、再度、薬剤師Bに鑑査してもらった。	事例発生当時は、患者様が集中する時間帯で忙しく、医薬品名の頭の部分のみを見て、よく処方されているツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒(医療用)のほうだと勘違いして調剤してしまった。また、調剤後も他の患者様のお薬を早く調剤しなくてはと焦り、確認を怠ってしまった。	患者様が集中する忙しい時間帯であっても、処方せんに記載されている医薬品名の最初の部分のみを見て調剤するのではなく、きちんと最後まで確認を怠らないようにする。当該事例を薬局内に周知し、再発の予防に努めた。	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	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
390	オルメテック10mgの処方だったが、オルメサルタン10mgが用意されていた。最終監査時に気が付き訂正した。	オルメテックとオルメサルタンの名前が似ていること、またヒートのデザインが酷似しているため。	オルメテックとオルメサルタンの在庫の場所を離して(すでに対策していた)、先発、ジェネリックと印をつけた。	オルメテック錠10mg	オルメサルタンOD錠10mg「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
391	前日、薬棚の配置換えを実施、カロナール200と酸化マグネシウム330が上下に配置となっていた。当日、カロナール200を調剤する際に、誤って下の棚の酸化マグネシウム330を手にとってしまった。すぐに気づいたため、患者様の手には渡らなかった。シートの色やデザインが似ているものが近くにあったことによるミスと判断、再発防止のため、棚の位置を変更した。	シートの色、デザインが似ている薬を上下の並びで配置してしまった単純なミスと考えられる。	すぐに棚の配置を変更。他の薬の配置についても見直しを実施。	カロナール錠200	酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」	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
392	テネリア錠が処方されたが、テネリア錠の引き出しの中に、ニフェランタンCR20mgが紛れ込んでいた	ニフェランタンCR20mgを棚に戻す際、同じ20mgとシートのデザインが似ていたため、間違えてテネリア錠の棚に戻してしまったと思われる	数調整などで薬を棚に戻す際は、シート一枚一枚確認を行う様にする	テネリア錠20mg	ニフェランタンCR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
393	先発名処方ではサアミオン5mgが処方された処方せん。ジェネリック希望であったため、ニセルゴリン5mg「サワイ」を出そうとしたら、ニコランジル5mg「サワイ」をピックアップした。監査で間違いに気づく。	名前が似ていることによるピックアップミス。	薬剤棚にニセルゴリンと記載し、注意を促す。	ニセルゴリン錠5mg「サワイ」	ニコランジル錠5mg「サワイ」	判断を誤った	技術・手技が未熟だった	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
394	【正】ロスバスタチンOD2.5mgトローワ3錠分1朝食後 51日分 153錠交付 【誤】ロスバスタチンOD5mgトローワ100錠と端数ロスバスタチンOD2.5mg53錠お渡し	調剤する際にカセット内に薬の端数のみ。メーカー切り替えにて在庫確保が十分ではなく欠品状態であった。調剤棚にあるロスバスタチンOD錠5mg(トローワ)を見て箱包装が類似しているものを取り調剤を行った。	端数は基より、100錠包装においても薬品の名称をひとつひとつきちんと気持ちを置いて確認していきますPDAの使用手順を再確認を行いました。	ロスバスタチン錠2.5mg「トローワ」	ロスバスタチン錠5mg「トローワ」		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
395	一般名処方、後発品のオルメサルタンOD錠を調剤するところ、誤って、先発品のオルメテックOD錠を調剤してしまった。鑑査をすり抜けて、患者に渡ってしまったが、その日のうちに気が付いて患者に連絡した。患者はまだ薬を服用しておらずに、正しい薬と取り替えた。	オンラインで誤って、オルメテックOD錠20mgを発注してしまったことに、検収したものが気が付かず、オルメサルタンOD錠の棚に入れてしまったことと、鑑査も不注意のため、すり抜けたために起こった。	オンラインの発注時、検収時、充填時、調剤時、鑑査時、服薬指導時に、必ず複数回確認するようにした。	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	オルメテックOD錠20mg	確認を怠った	その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
396	カルブロックとカンデサルタンの取り間違い。監査時発覚。	同じ8mg規格のカ行の薬で判断間違えた様子。	類似名前品リストを作成し、徹底する。	カンデサルタン錠8mg「あすか」	カルブロック錠8mg	確認を怠った判断を誤った	知識が不足していた技術・手技が未熟だった勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
397	ジルチアゼムとジアゼパムの取り間違いも、すぐ気づき正しい処方通り調剤する。	類似薬品名の取り間違い。	類似薬品名リストを作成し、チェック徹底する。	ジルチアゼム塩酸塩Rカプセル100mg「サワイ」	ジアゼパム錠2「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
398	一般名処方ではメリアクト100mg処方(セフジトレンピボキシル)→レセコン入力をフロモックス100mg(セフカペンピボキシル)で入力 調剤・投薬ともにフロモックスで行ってしまった。	処方せんの見間違い・単純なミスよく似ている一般名であり単純な確認ミスであると思われる	一般名処方の特によく似ているため細心の注意を払う。一文字一文字をよく確認する。	メリアクトMS錠100mg	フロモックス錠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		ヒューマンエラー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	ツムラ大建中湯15g分3毎食前56日分のところ、ツムラ清肺湯が21包混ざっていた。	水色で似ており確認を怠った。○単純なミス○注意力散漫	番号、薬剤名を複数で確認する	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			教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
400	本草猪苓湯(40番)が処方され、開封済みの箱では必要数に足りなかったため、新しい箱を開封した。本来40番を空けるところ、近くに合った六君子湯(43番)を取ってしまい、40番と43番が混在した状態で調剤された。鑑査時に発覚。	本草製薬の場合、すべての漢方薬で外観が類似しており、取り違いが起こりやすい。○単純なミス	各漢方薬毎に仕切りをつけ、隣り合う漢方薬の取り違いを防ぐ。	本草猪苓湯エキス顆粒-M	本草六君子湯エキス顆粒-M	確認を怠った		医薬品	仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
401	処方がユリーフOD錠4mgだったが、適応が似たタムスロシンOD0.2mgをピッキングしてしまった。	ピッキング担当者が処方内容を目にし、実際にピッキングに至るまで1分程度間があき、その間に同じ薬効の薬と勘違いしてしまった。	必ず処方せんやそのコピーなどを目の前に置き、ピッキング～監査を行う。	ユリーフOD錠4mg	タムスロシン塩酸塩OD錠0.2mg「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			ヒューマンエラー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	一般名処方の処方箋で、先発品と後発品の名称が類似しており、在庫も2種類有るため、取り間違えてしまった	薬歴の確認が不十分だった	薬歴の確認を徹底する	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	コンピュータシステム	教育・訓練 ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
403	分3毎食後で一化が必要な患者様に対し、調剤棚で隣に並べて在庫していたニセルゴリンとニコランジルを取り違い分包してしまった。監査時に別の薬剤師が気づき、すぐに作り直して正しい薬剤でお渡しできたため、健康被害等はなく、医療機関にも報告はしておりません。正しいお薬はお渡しできましたが、患者様をかなりお待たせしてしまいました。	薬品名が類似していることに加えて、同じGEメーカーを採用していることもあり、普段から間違いやすい医薬品としてスタッフ一同注意していた。○単純なミス○注意力散漫	何度も確認してから分包する。	ニコランジル錠5mg「トーフ」	ニセルゴリン錠5mg「トーフ」	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
404	マグミット錠500mgを84錠調剤するべきところ、84錠の内4錠にアポラスノン錠25mgが混ざっていた。患者への投薬、服薬指導中に当事者の薬剤師が発見し、交換した。	外観が類似していたので、調剤棚へ入れ間違えていたことが原因と考えられる。○注意力散漫	調剤棚へ薬を戻す作業は繁忙時を避けて実施する。	アポラスノン錠25mg	マグミット錠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
405	マグミット錠500mgを84錠調剤するべきところ、84錠の内4錠にアポラスノン錠25mgが混ざっていた。患者への投薬、服薬指導中に当事者の薬剤師が発見し、交換した。	外観が類似していたので、調剤棚へ入れ間違えていたことが原因と考えられる。○注意力散漫	調剤棚へ薬を戻す作業は繁忙時を避けて実施する。	アポラスノン錠25mg	マグミット錠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
406	一般名オルメサルタン10mgの処方。この患者様はオルメサルタン「DSEP」なので、まずそれを出し、不足分を箱から出そうとしたところ、誤ってオルメテック10mgの箱を開けて、混じりそうになった。監査の薬剤師が発見した。	オルメテックとオーソライズドジェネリックの箱が似すぎている。シートも。薬局の場合は、患者様の希望によるので、先発品と後発品を置いているところが多いため、あまりにも似すぎている箱、シートデザインはリスクが大きい。	処方入力時に、声かけ、メーカー名を口で囲い、目立たせる。	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				ヒューマンエラー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	ツムラ大建中湯エキス顆粒の分包品保管場所に、ツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒が紛れ込んでいた。それに気づかず、調剤時にツムラ大建中湯エキス顆粒56包のところ、ツムラ大建中湯エキス顆粒53包とツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒3包で交付してしまっていた。別の調剤時に、ツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒が誤ってツムラ大建中湯エキス顆粒のところに保管されていることが発覚した。速やかに患者に電話で確認したところ交付した薬の中にツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒があることを確認した。当日中にツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒は回収した。	来局者が多く、混雑しており、心理的に焦っていたこともミスの要因につながった。またツムラ大建中湯エキス顆粒とツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒の見た目がよく似ていたことも確認ミスにつながった。	各薬剤の保管場所に戻す場合は、薬剤師一人では行わず2人以上で確認して医薬品を保管場所に戻すことにした。	ツムラ大建中湯エキス顆粒(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	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果	
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器		その他
408	先発品希望であったが、後発品を調剤。	先発品とよく似た包装デザインのため、確認不足。	薬品名の確認を強化する。それぞれの薬品の配置に注意する。投薬時に再度確認する。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg	ロキソプロフェンナトリウムテープ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	
409	端数の処理間違い ミカムロ配合錠BP28錠をゴムで止めた中にテラムロ配合錠BPが4錠混ざっていた。患者さん本人が帰られて薬をセットするときに違う薬が混じっていると気づかれた。	単純なミス 輪ゴムを外さず確認。外観がよく似ており、外から見て同じものだと思った。棚の端数の中に2種類がまざっていたと思われる。	鑑査の際 必ず、輪ゴムをはずして確認する。外観がよく似ている(特に最近入ったオーソライズドジェネリック医薬品)薬の一覧を掲示し、また薬棚への表示をして注意喚起。端数の戻しは2人で確認する。	ミカムロ配合錠BP	テラムロ配合錠BP「DSEP」	確認を怠った	その他	医薬品施設・設備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	
410	ODP作成時、全自動分包機のカセットにベザフィブラート錠を入れるところ、誤ってフラボキサートが混入。28包装中2錠混入していたが、鑑査時に気付かずお渡ししてしまった。患者服用の際刻印が違うことに気付いて薬局へ持参。幸い服用はされておらず、謝罪の上作り直した。	要因)ODPをばらした際、剤型が似ていたため刻印をすべて確認せずにカセットに入れた作業手順の不履行があった。また鑑査の際、処方医薬品の多さと時間的な焦りがあった。	・作業手順の再度見直し・ODPのばらしとカセットに戻す作業は2人以上で確認し合いながら行う。・時間的な焦りのないよう効率化を再検討する。	ベザフィブラート徐放錠200mg「トーフ」	フラボキサート塩酸塩錠200mg「日医工」	確認を怠った 記録などに不備があった	知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム 医薬品	教育・訓練 ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
411	ザイロリック100mg 1錠 28日分にカロナール錠200mg 1錠が混入したまま投薬してしまった	ザイロリック錠とカロナール錠のヒートが似ており、棚が近かった。	ザイロリック錠を引き出しに入れ、カロナールと離れた。	ザイロリック錠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	
412	施設の薬でお急ぎだったので焦っていた。処方色が色々変更になっており、そっちに気を取られていた。漢方は柴だけ見て集めてしまった。	急ぎの薬だったので、焦っていた。処方箋をしっかりと見ていなかった。	漢方の処方名も似た名前があるので、しっかり最後まで見て集める。どんなに急いでいても焦らず、落ち着いて集薬する	ツムラ柴苓湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ柴朴湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	通常とは異なる心理的条件下にあった		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果	
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器		その他
413	患者が心療内科の処方箋を持って来局した。開店時間前の準備中の慌ただしさの中で調剤を行った。「ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」」が処方されていたが、誤って「エチゾラム錠0.5mg「日医工」」を調剤し、気付かないまま交付してしまった。2日後の午後2時20分に患者の妻より電話があり、手元にある錠剤と薬袋の薬の名前が違うとの報告で間違いが発覚した。2回分を服用してしまっていたが、副作用や気になる症状などは特になかったとの事だった。すぐに自宅に伺い、正しい処方薬である「ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」」を交付し、「エチゾラム錠0.5mg「日医工」」を回収した。その後、処方医に報告を行った。	事例発生当時は、朝の開店準備中で店内が慌ただしく、注意力散漫な状態であり、集中力を欠いていた。	・薬剤師のダブルチェックかトリプルチェックへとミス防止への体制強化 ・最終的なチェックは必ず患者と共に行う ・薬袋、薬情と調剤した薬剤が同一か再度確認する ・取り間違いのないように「類似薬あり」の注意札を設置 ・患者薬歴の頭書きに、間違えた薬の注意喚起の項目をつくる ・一般名が似た名称の薬剤には注意を強める	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」	エチゾラム錠0.5mg「日医工」	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
414	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」をバラして保管する時に、表記を「オルメテックOD20mg」と記入して戻ってしまった。別の薬剤師が一包化調剤の際、そのバラ錠を使用。表記を見たことで思い込みもあったが、錠剤が酷似しているため、一包化調剤者も鑑査者も気付くことができなかった。後日、改めてバラ錠を使用する際、中身がオルメサルタンOD20mg「DSEP」であることを発見。コンピュータ在庫と出庫歴から当該患者様の一包化の入れ間違いが発覚。患者様へ謝罪し、AGであるため添加物も含め同成分であることを説明し、ご理解いただくことができた。		バラ錠の保管時には、空ヒートの一部を保管容器に添付することをルール決め、店舗内全スタッフへ周知した。	オルメテックOD錠20mg	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	確認を怠った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
415	名前の類似による間違い	単純なミス	名前の似ている物に印をつける	タブコム配合点眼液	タブロス点眼液0.0015%	確認を怠った	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
416	先発希望の患者に対して、オルメテックOD錠20mgを処方通り調剤すべきところ、GEであるオルメサルタンOD錠20mg「DSEP」を調剤。鑑査にて取り違えを発見。	複雑な時間帯ではあったが、関連薬が先発とAGの関係にあり、剤形とPTPの見え目、大きさ等が同一と言っているほど似ている。○単純なミス	両医薬品の陳列位置を大きく離れた。	オルメテックOD錠20mg	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
417	処方箋の記載を最後まで確認せず、ノイロピタン処方のところ、ノイロトロピンを調剤。	50音順で仕舞っているため、似た名前前の薬剤が近くに置かれることになる。単純なミス	処方箋の記載を最後まで確認。現物も指さし確認。調剤監査システムにてチェック。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位	確認を怠った				ヒューマンエラー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	柴胡桂枝乾姜湯の中に12包葛根湯が混じっていた。	漢方薬の在庫は多くなく 番号順においており、葛根湯を戻すときに箱に入れ間違えたのか柴胡桂枝乾姜湯の中に葛根湯が混じっていたのに気が付かずに混ざった状態で渡してしまった。1番と11番で青帯で似ている。監査もゴムでとめており、1包ずつ番号を確かめていなかったのできずかなかった。	棚を離しておくようにした。柴胡桂枝乾姜湯は左端と記載をした	柴胡桂枝乾姜湯	葛根湯	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
419	一般名処方「クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%」「パルデス軟膏0.05%」のところ「クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%」「デルトピカ軟膏0.05%」で調剤されたが、鑑査者が気づいて調剤のやり直しとした。	一般名の名称が類似しているところが原因。小児へ処方だったのでクロベタゾールは使うことは少ないことを認識していれば防げた。	名称類似品についての注意喚起が必要、ステロイドのランクについても教育が必要。小児に強ステロイドを使うのか？ 今回は、調剤時だったが、処方箋の内容でも病院側の入力ミスがあり発行された事例もあったので、処方箋の監査、調剤の鑑査ともに気をつける必要がある。	パルデス軟膏0.05%	デルトピカ軟膏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
420	ムコスタ錠100mgでの処方があった。先発医薬品希望の患者であったが、誤って後発医薬品のレバミピド錠100mg「オーツカ」で調剤し、交付した。業務終了後、在庫確認時にムコスタ錠100mgとレバミピド錠100mg「オーツカ」の在庫がそれぞれずれていることに気づき、患者様に電話連絡。レバミピド錠100mg「オーツカ」で交付していることを確認。患者宅に訪問し、謝罪の上、ムコスタ錠100mgとレバミピド錠100mg「オーツカ」の交換を行った。服用前に回収を行えた。	レバミピド錠100mg「オーツカ」はムコスタ錠100mgのオーソライズドジェネリック医薬品であるため、PTP包装が酷似している。よく医薬品名を確認せずに調剤、鑑査、投薬を行った。○単純なミス○注意力散漫	医薬品の棚には注意するよに注意書きがあるが、より分かりやすい工夫をするよう話しあった。患者様としっかりと医薬品名を確認するように努める。	ムコスタ錠100mg	レバミピド錠100mg「オーツカ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラー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	一般名の手書き処方せん。臨時処方出た「セフボドキシムプロキセチル錠100mg」と繁用品の「セフカペンピボキシル錠100mg」を、レセコン入力時に読み間違え誤入力。さらに調剤時も読み間違えて誤調剤。	手書き処方せんでの処方箋見間違い。まれに処方される抗生剤と繁用される抗生剤の名称が似ていた。○手書き処方せん○処方せんの見間違い	手書き処方せんは複数人にて内容確認。	セフボドキシムプロキセチル錠100mg「サワイ」	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
422	一般名処方の処方箋にて、先発希望の患者に後発薬を調剤してしまった。	業務終了時間際に患者が二人来られた。事務も帰った後で入力と調剤をしないといけない状況だった。入力を終え、先発希望の方との認識はあったが、とっさに箱の色などが似ているのもあり、後発の箱から調剤してしまった。片づける際に気づき、患者宅へ交換に行った。服用はしていなかった。	一人の時こそ、あせらず二度も三度も確認が必要である。	エカード配合錠HD	カデチア配合錠HD「あすか」	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
423	後発医薬品と先発医薬品の取り間違い	般処方の為に前回は確認したにもかかわらず取り間違い一包化にする時に気が付いた	声に出して確認すること	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	その他			ヒューマンエラー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	テルミサルタン錠20mgを調剤すべきところバルサルタン錠20mgを調剤。監査時に別の薬剤師が気づいたため、投薬前に無事交換できた。	医薬品が同じARBであること、規格も20mgであったことから、思い込みによる間違いが起きやすい医薬品であったと考えられる。○処方せんの見間違い	一般名処方が増えていることから、このようなケースは今後増えてくることが予想される。品名が似ているだけでなく、同じ系統でミリ数規格も同じであるような薬が存在する場合は、棚の配置や注意喚起をするなどの工夫が必要と思われる。	テルミサルタン錠20mg「サンド」	バルサルタン錠20mg「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
425	ロキソニンを取るつもりがきちんと確認せず隣のレプリントンを取ってしまった。	忙しくてついつい文字をみななかったし、よく似ていた。	投薬前に気が付き、その場でその薬品を離して保管した。	ロキソニン錠60mg	レプリントン配合錠L100	判断を誤った	勤務状況が繁忙だった	その他		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
426	【般】セフジレニドピボキシル錠100mgを調剤セフカペンピボキシル錠100mgで監査済み。投薬説明時に気がつき、正しいものでお渡し		似た名前のもので、間違いやすいもののリストを作成し、スタッフ全員で周知する。	セフジレニドピボキシル錠100mg「トーフ」	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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
427	後発品のオルメサルタンOD錠20mg「DSEP」が処方されていたが、先発品のオルメテック錠20mgが混入した状態で調剤し交付した。交付後に棚の在庫を確認した際に、後発品のオルメサルタンOD錠20mg「DSEP」の棚に先発品であるオルメテックOD錠20mgが残っていたので混入に気づき、患者に連絡し服用前に交換した。	後発品のオルメサルタンOD錠20mg「DSEP」は、先発品であるオルメテックOD錠20mgのオーソライズドジェネリックでありPTPシート、箱包装が酷似している。調剤時に、不足分のオルメサルタンOD錠20mg「DSEP」を補う為に、引き出しに間違えて納入してあったオルメテックOD錠20mgを開封してしまい、監査時もシートの外観が酷似しているため混入に気づけなかった。混入した原因については、先発品であるオルメテックOD錠20mgを発注し検品した従業員(薬剤師もしくは事務員)が、間違えて後発品であるオルメサルタンOD錠20mg「DSEP」の棚に納入してしまったためと思われる。	今回の事例について薬の類似品を薬局内に周知させる。類似品を発注時は注文書に「先発」「後発」「薬品名注意」など、検品時に分かるように赤ペンで記載し箱包装にも同じ付箋をつけて輪ゴムでくくる。	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	オルメテックOD錠20mg	確認を怠った	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
428	同じ棚に仕切り板でシートの色が似た薬が2種類入っていたため混入していることに気付かなかった	確認不十分な単純ミスによるものと考えられる	別の棚に分けて充填することにした	メイアクトMS錠100mg	ムコソルバン錠15mg	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	施設・設備	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
429	一般名処方にて酪酸プロピオン酸ヒドロコルチゾンで処方あり。パンドル軟膏のところ、ロコイド軟膏で調剤。	一般名が酪酸プロピオン酸ヒドロコルチゾン(パンドル軟膏)と、ヒドロコルチゾン酪酸エステル(ロコイド軟膏)で類似していることも要因として考えられるが、調剤者の確認不足が要因としては大きい。	以前より軟膏の一般名類似薬剤については、類似薬剤一覧表を調剤テーブル前に貼付し、処方せん鑑査時、そして最終鑑査へ渡す前に確認できるようにしている。再度薬剤名類似品一覧表にて確認することを徹底する。	パンドル軟膏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
430	3/17発行処方箋のセフカペンピボキシル100mg「サワイ」3錠分3食後7日分を、セフジトレンピボキシル(100)「日医工」3錠分3食後7日分を入力から与薬まで通してしまっていた。3/31処方箋入力時に処方箋下部に「Do」と記載があるにもかかわらず前回と同じ内容でないことに入力者が気づき、発覚した。処方医に経緯を説明し、3/17のセフカペンピボキシルはセフジトレンピボキシルでよいと了承をえてお許しいただいた。また、3/31のセフカペンピボキシル記載の処方箋もセフジトレンピボキシルで調剤してよいと回答をえた。患者には不安を与えない為に、医師に確認のうえで説明をしていない。	セフカペンピボキシルとセフジトレンピボキシルは名称も似ており、系統も同じであることから間違いがocこりやすいと考えられる。	セフカペンピボキシルやセフジトレンピボキシル処方時は見直し者や監査者が処方箋と支援票を照らし合わせ、入力に間違いがないか、支援票の薬品名に蛍光ペンをひくということを提案したい。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	セフジトレンピボキシル錠100mg「日医工」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
431	スピリーバ2.5gレスピマツト60吸入を調剤するところスピオルトレスピマツト28吸入を誤調剤し投薬。患者が気づき連絡あり	調剤、監査した薬剤師とは別の薬剤師が投薬した。繁忙時に投薬した薬剤師も間違いに気づかず投薬	名称や外観、色調なども類似しているため間違いやすい薬として職員に注意喚起を行う。	スピオルトレスピマツト28吸入	スピリーバ2.5μgレスピマツト60吸入	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
432	処方箋が一般名処方でセフカペンピボキシルと記載されていたが、セフジトレンピボキシルと読み間違えて調剤し、監査者に渡してしまった。監査者が気づき投薬はされなかった。	処方せんの見間違い、注意力散漫	名称が似ている薬品は間違いやすいことを意識して調剤し、監査者に渡すとき再度自分で確認する	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」	確認を怠った	その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
433	アロプリノール「サワイ」とウルソデオキシコール「サワイ」は同じ棚にあり、調剤者個人の中で似たイメージを持っていたため間違えた。他にも色やGEメーカーがサワイであることなど類似点がある	単純なミス	調剤時間間違いやすいことを意識して、監査者に渡す前にもう一度確認してから渡す	アロプリノール錠100mg「サワイ」	ウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
434	一般名処方取り間違い	先発品と後発品を縦に配置しており、何かしらの拍子に混在、パッケージも似ておりピッキング時には気が付かず監査時に混在が発覚し、調剤しなおした	シートが似ており今後も混在が予想されたので普段であれば先発と後発品は縦に配置しているが配置を別の棚にして混在を避けるようにした	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	オルメテックOD錠20mg	確認を怠った		その他		ヒューマンエラー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	患者様と薬を確認していたところ、一般名処方ニコランジルを調剤するところを名称類似医薬品であるニセルゴリンへ取り間違えていた事が判明し、取り間違いによる有害事象を避けることが出来た。	患者様が急いでいる様子がきになったこと、忙しい時間帯だったため、調剤者と監査者ともに処方内容の確認が不十分であった。また、ジェネリックメーカーが同じであったこともあったので、ミスが置きやすい状況であった。	一般名処方に関しては、繁忙期には調剤者や監査者、交付者が同一人物になることが多いが、きちんと調剤者、監査者、交付者それぞれが同一人物にならないように二重三十のチェックを行い、医薬品の取り間違いを防ぐ。また、	ニコランジル錠2.5mg「サワイ」	ニセルゴリン錠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
436	一般名オルメサルタンOD20処方。普段、「DSEP」で投薬しているが、誤って先発品をピッキング、一包化。監査時に気付いたので交付前に一包化、再作成	薬剤師1名で勤務時、多忙で、焦り注意力散漫が原因	オルメテックとオルメサルタンOD20「DSEP」は見た目も似ている。カセッターを離し配置	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	オルメテックOD錠20mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラー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	バナンドライシロップ5%が処方箋に記載されていたところ、セフゾンドライシロップ10%を調剤し交付	夜間の時間帯に小児の細粒指示の処方箋がくることはほとんどなかったため、慌ててしまった。完全に思い込み調剤し、薬袋ともつき合わせて確認して交付を怠った。バナンの一般名がセフゾン細粒の名前と似ていた	一般名処方の処方箋であり、先発名の名前と酷似していたため、今後調剤をする際には薬袋の印字も確認し調剤後、分包することを徹底するとともに、薬剤交付時も薬袋と必ず再度確認することとする。	バナンドライシロップ5%	セフゾン細粒小児用10%	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「薬剤取り違い」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
438	処方箋調剤で調剤助手がピッキングの際、一般名ランソプラゾール口腔内崩壊錠15mgでランソプラゾールOD15mg「DK」28錠をピッキングすべきところ、ラベプラゾール10mg「科研」28錠をピッキングする。最終監査で薬剤師がラベプラゾール10mg「科研」が28錠出ていることに気づき指摘し、調剤助手にランソプラゾールOD15mg「DK」28錠をピッキングし直しをさせたことで調剤過誤を防ぐに至った。	考えられる要因としては、当時心理的には急ぐような状況ではなく焦りは無い。おそらくこの処方箋の前の処方箋に一般名ラベプラゾール錠10mgがありラベプラゾール10mg「科研」28錠をピッキングする作業が当事者にはあったため、一般名ランソプラゾールの部分を思い込みでラベプラゾールと処方せんの見間違いと言う単純なミスによってピッキングに至ったようだ。	今回の場合は類似一般名と前処方箋の調剤が脳裏に残ることで起きたと予想されるが、類似ではあるものの名称に違いがある、規格が10mgと15mgの違いがあることから、最後まで一般名を読み切っていないところに注意散漫なところが垣間見える。今回は当事者がまたランソプラゾール15mgまたはラベプラゾール10mgをピッキングする場面に出くわした時に、この失敗を振り返りながらピッキングができるか、さらに監査する薬剤師もそのミスがあったことを熟知し今回はどうなのかと再確認する努力に尽きると考える。	ランソプラゾールOD錠15mg「DK」	ラベプラゾールナトリウム錠10mg「科研」	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
439	アサコール錠400mg 6錠 分3 49日分に対しアサコール400mgを292錠、メサラジン腸溶錠400mg「KN」を2錠調剤した	アサコールの薬品棚の上にメサラジンの薬品棚があり、何らかのはずみでアサコールの薬品棚に混入したメサラジンを気がつかずに調剤したものと思われる。	薬品棚から薬が落ちて下の薬品棚に混入することは起こりうることを認識しておきながら、剤型、色調が似ているものを近くに配置していたことに問題があったので、アサコールとメサラジンの薬品棚を離して配置することにした。万が一、別の薬品が混入しても剤型、色調が異なれば容易に発見できるものと推察される。また、投薬者の薬剤監査を今一度徹底するように指導した。	アサコール錠400mg	メサラジン腸溶錠400mg「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
440	一般名処方で記載された『クロベタゾン酪酸エステル軟膏』をデルモベート軟膏(一般名:クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏)と間違えてしまった。	似ている一般名と、普段軟膏の一般名に慣れていないのもあり単純なミスをしてしまった。	レセコン入力時と、ピッキング時、監査時にそれぞれ確認するよう徹底する。	キンダベート軟膏0.05%	デルモゾール軟膏0.12%	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
441	オルメサルタンOD錠「DSEP」の棚にオルメテックOD錠が入っており、混ざった状態で調剤。監査時に気づき、取り替えて投薬した。	ヒート包装が似ているため、それぞれ引き出しと机上に分けて保管していたが、ピッキングのミスにより薬を戻す場所を間違えてしまった。	急いでいる時や余裕がない時は、その場で対処しようとせず、一旦保留にして手が空いた時に戻すようにする。ヒート包装や名前が似ている薬はダブル監査で保管場所になおすようにする。	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 連携ができていなかった	勤務状況が繁忙だった	施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
442	メサデルム軟膏0.1%が処方されていたところ、メサデルムクリーム0.1%で調剤し、患者に渡してしまった。患者帰宅後、発注作業をおこなっていたところ、渡し間違えていることに気がついた。	薬剤の名称が似ていたことと、調剤および監査時の確認が十分でなかった。○単純なミス ○注意力散漫		メサデルム軟膏0.1%	メサデルムクリーム0.1%	確認を怠った 判断を誤った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
443	テラムロAPのところテルチアAPをお出して、患者様が数日後服薬後気が付いて電話連絡。ちょっと感覚が違うとおもって血圧を測ったらいつもよりは高かったとのこと。その他被害はなし。その後薬の性質の違いを説明し、すぐ交換、患者様は特に気を悪くはしていない。	類似名称のための取り違い、一人ピッキング一人監査だがそれが漏れた。単純なミス。	今後配合剤、類似薬品のある場合は、薬情の刻印と同じであるか確認することとした。	テラムロ配合錠AP「DSE P」	テルチア配合錠AP「DSE EP」	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
444	ツムラ麻杏甘石湯が1歳男児に1.8g分3で処方。分包品をばらして薬局内で分包しなおす事になった。その際漢方在庫棚から名称の似ているツムラ麻杏よく甘湯を取り分包をばらして量った。量り終わり散財監査システムのレシートと箱の名称を確認したところ別の薬品であることに気づき調剤をし直した。	漢方薬品には普段使われない漢字や名称の似ているものがあり、見た感じで思い込んでしまったと考えられる。		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)	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
445	処方「リンデロンVG軟膏」だったが、レセコンへの入力「リンデロンV軟膏」になっていた。患者への交付前の監査で気づき、訂正した。	過去にリンデロンV軟膏の処方歴があった為、処方せんの見間違いと思い込みで入力していた。	似た名前の薬は入力時特に注意する。	リンデロン-VG軟膏0.12%	リンデロン-V軟膏0.12%	確認を怠った				ヒューマンエラー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	処方箋には一般名でセフカペンピボキシルで処方が来ていたが、入力と用意した薬がどちらもセフジトレンピボキシル錠OKであった。監査時に気づき、正しく調剤し交付した。	普段、セフジトレンを調剤することが多く、事務薬剤師ともに思い込みがあった。	一般名処方、製品名も似た名前のものを洗い出して注意喚起。入力は頭4文字で徹底。	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 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
447	一般名処方の般)フルバスタチン錠10mgを般)プラバスタチン錠10mgと勘違いした為に発生	薬品監査時に調剤ミスに気づき、正しい薬品で渡すことはできた	「類似名称あり」の表示を行う、また、この事例を従業員で知識の共有を実施	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			ヒューマンエラー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	DDP4のテネリア20mgが処方されたが、SGLT2のデベルザ錠20mgをピッキングしてしまった。監査の段階で発見されたがまさにヒヤリした状態になった。	両方ともDM薬であり、かつ同量の20mgであり、名称が似ているためピッキングしてしまった。	今まで引き出しに入れてあったがカセットに変更し名称注意を記載することにした。またレセコンの医薬品マスタにも同様に名称注意を記載し、入力時にも注意できるような対策をした。	テネリア錠20mg	デベルザ錠20mg	確認を怠った	その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
449	一包化ワーファリン錠0.5mg1.5錠をワーファリン錠0.5mg0.5錠と-halfジゴキシン錠0.125mg1錠で分包調剤・鑑査時は見付からず、ワーファリンのため二重鑑査を行っているため、二重鑑査で発覚。	○単純なミス○注意力散漫	錠剤の色が似ているので、halfジゴキシン0.125mgのバラを誤ってワーファリン錠0.5mgの棚に戻した。そのまま気づかずに調剤したので、錠剤を棚に戻す時は十分注意し分包時も薬品を確認する。鑑査時は注意深く鑑査する。	halfジゴキシンKY錠0.125	ワーファリン錠0.5mg	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
450	「一般名記載」先発品で一包化希望の患者で処方箋はアロチノロール10mg記載があり、本来ならばアロチノロール塩酸塩錠10mg「DSP」をピックアップ及び一包化実施するところを、勘違いしアロチノロール塩酸塩錠10mg「サワイ」をピックアップし一包化を実施した。鑑査薬剤師の確認により先発品ではなくジェネリック医薬品でのピックアップに気づき再調剤となった。	患者が多く一包化に時間がかかるため薬歴での確認作業がおろそかになり、またアロチノロール塩酸塩錠10mg「DSP」がジェネリック医薬品と薬剤名記載方法が似ているためジェネリック医薬品と勘違いしピックアップ及び一包化したことが原因と考えられる。	薬歴の確実な確認作業の実施と鑑査薬剤師との情報の共有化および「薬歴」記載方法の変更による視認性を上げる。	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「サワイ」	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
451	一般名処方における調剤において、名称が似ているためかピックアップ薬剤師及び鑑査薬剤師の二重薬剤取り間違いが起きてしまったことと、さらに、患者ご本人がしばらく席をはずしてから取りに見えて、用意してあったお薬をお渡し時、患者様が急ぎであったこと、薬局が混んでいたことなど重なり、説明時にも再確認で取り違い発見できず調剤ミスが起こった。	処方せんの見間違いでの単純ミスで生じたことが、投薬時の状況など不注意の連鎖で、患者様からの指摘まで気づけなかった。	更なる慎重な鑑査、写真入り薬情を用いた患者様への投薬の徹底、一般名処方の似ている薬剤の配置場所の変更。	セフカペンピボキシル100mg錠	セフトレンピボキシル100mg錠	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)	勤務状況が繁忙だった	医薬品 施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
452	患者さんが処方箋を持って来局された。処方箋に一般名 ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12% 5gと記載あり。薬剤師Aはリドメックスコーワ軟膏0.3%を調剤し鑑査へ回した。薬剤師BはリンデロンV軟膏0.12% 5g調剤される所、リドメックスコーワ軟膏0.3%が調剤されていることに気がつき薬剤師Aへ伝えた。薬剤師AはリンデロンV軟膏0.12% 5gを調剤し直し再度、鑑査へ回した。薬剤師Bは再度鑑査し投薬を行った。	今までは商品名で記載されていた薬剤であったが4月より一般名記載に変更されていた。成分の吉草酸エステルに気を取られ、「プレドニゾン」と「ベタメタゾン」を確認せず調剤してしまったと思われる。○処方せんの見間違い○注意力散漫	一般名処方により、日頃慣れていない成分名が記載されている時、また特に成分名が似ている時は処方箋記載名と薬剤包装記載名の成分名が同じであることを再度確認する。	リンデロン-V軟膏0.12%	リドメックスコーワ軟膏0.3%	確認を怠った	知識が不足していた			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
453	一般名処方「アルファカルシドール錠0.5μg」をアルファカルシドールカプセル0.5μg「サワイ」と取り違えた。在庫チェック時に発覚、患者自宅へ電話の上、薬剤を交換した。	4月から処方元の記載形式が一般名に変更になったため、名前が似ている処方元からもよく処方されるアルファカルシドールカプセルと取り違えた。	一般名処方では名称が似通っているのでよく注意する。	カルフィーナ錠0.5μg	アルファカルシドールカプセル0.5μg「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「薬剤取り違い」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
454	カルボシステインの端数がクラリスロマイシンの調剤棚に混入していた。調剤時に気付かずピッキングし、監査でミス発覚し、訂正。患者さまには正しいものをお渡し。○端数の処理間違い	ヒートの色、デザインの類似。薬ピッキング後、残った錠剤を棚に返す時の確認の怠り。○単純なミス○焦り○注意力散漫	棚の場所を動かし、見た目の類似するものは離す。薬返却時もしっかり目視確認。返却ボックスを作り、薬返却は忙しくない時にゆっくり返却することにする。	クラリスロマイシン200mg	カルボシステイン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
455	一包化患者。ナフトピジル錠の一般名処方だったが、クロピドグレル錠75mgと勘違いして一包。ナフトピジルは他の職員が準備しており、剤数が1つ多いことに調剤中気がつき間違いが発覚。クロピドグレルを抜いて作り直した。	規格が同じ75mgであったこと、ナフトピジルは普段在庫がなく新規採用であったことから間違ってしまった。	薬品名は声に出して読む。棚に「類似薬品あり」の付箋を貼る。	ナフトピジルOD錠75mg「FFP」	クロピドグレル錠75mg「KN」	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
456	セフカペンピボキシルが出ていたにも関わらずセフジトレンピボキシルを渡してしまった	その薬であってないにも関わらずあっているものと決めつけてしまった。注意不足。○処方せんの見間違い	似たような名前の薬がある場合はより一層注意を怠らない。渡す直前にもう一度確認して渡す。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「トーフ」	セフジトレンピボキシル錠100mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
457	ニセルゴリンをニコランジルと読み間違え5mgという規格も同じだったため正しいとおもいこみ投与、営業終了後の在庫確認時に誤りが発覚し患者に連絡し正しいものを取り換える	名称と規格が似ており、しっかりとした確認を怠った	患者の薬歴等にニセルゴリン注意という注意喚起の付箋を貼る	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	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
458	ザイザル錠5mgを調剤しようとカセッターを開けたところ、ザイロリック錠100mgの箱が入っていた。	ザイザルとザイロリックのカセッターが上下になっていた。また、同メーカーのため、包装が似ていた。	ザイザルとザイロリックのカセッターの間に別の医薬品を設置した。	ザイザル錠5mg	ザイロリック錠100			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
459	ノイロピタン配合錠を処方されていた。ずっと続けて出ている患者で、この度手術で入院する。数日後入院先の病院薬剤師から連絡があり、患者が持ってきた薬がノイロピタン配合錠ではなく、ノイロトロピン錠だったとのこと。病院に正しい薬剤を持っていき対応していただいた。	似た名前の薬で収納する引き出しが隣接していて過去にも渡す寸前でミスに気づくことがあった。現在ノイロピタン配合錠は該当患者にしか出しておらず他の多数の処方ではノイロトロピン錠ばかりを出しており、この度は調剤・監査を一人で行い最後までミスに気づかず処方した。	当該患者の薬歴に注意喚起を明記した。収納場所を離した。カウンターでの監査を徹底する。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
460	処方箋通り先発医薬品を調剤すべきところを後発医薬品を調剤した。	医薬品の取り揃え時、当該薬品の箱(140錠包装)から処方された数を取り出した。翌日、他の薬剤師が調剤中に当該医薬品の箱に、同医薬品の後発品が入っていることを発見し、在庫数を確認したところ、調剤誤りが判明した。調剤時、棚ならびに箱の医薬品名は確認したが、医薬品とそのシートに注意を払わなかった(注意力散漫)。混雑しており処方医薬品の多さ(7種類)もあったため、通常は取り揃えの後確認してから投薬者に渡すところを、再確認せず、作業手順の不履行があった。処方薬とジェネリック医薬品のシートの外観が類似していた。	薬剤の取り揃えの際には、棚・箱だけでなく、シート上に印刷された薬剤の名称も必ず確認する。薬剤を棚に戻すときには、必ず、一枚一枚二人で確認して戻す。	リバロ錠1mg	ピタバスタチンCa錠1mg「明治」	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
461	アンテベートローション(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)を調剤すべきところ、汎用処方方のリンデロンVGローション(一般名:ベタメタゾン吉草酸エステル・ゲンタマイシン硫酸塩)をピックアップしてしまった。	一般名処方薬の薬品名を最後まで読まず、途中まで読んで頻繁に出ている薬品と思い込んだため。○注意力散漫	外用薬の一般名は類似しているものが多いため、十分注意して調剤し、2名以上で監査をしてから投薬する。	アンテベートローション0.05%	リンデロン-VGローション	確認を怠った	知識が不足していた			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
462	エナラプリル塩酸塩錠5mg「MED」がなかなか見つからず、やっと見つけたのがイミダプリル錠5mg「TYK」で名称が似ていた為、そのまま調剤してしまった。監査の時にミスが発覚した。	処方箋をしっかりと見ていなかった。確認不足。引き出しの中に、薬がパンパンに入っており、他規格のものも混ざっており、医薬品の標記も小さい文字なので、探しにくい。	落ち着いて、処方内容と薬剤を確認する。	エナラプリルマレイン酸塩錠5mg「MED」	イミダプリル塩酸塩錠5mg「TYK」	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
463	ベポタスチン錠10mg「一般名」を間違えてベタヒスチン錠6mg「テバ」をピックアップした。監査者が監査時に発見。	処方箋の発行様式が変更されすべての薬が一般名処方になったばかりであった。商品名では違いがあったが一般名では名称が似ており棚も近かったため処方箋をよく確認せずに反射的にピックアップした。	薬棚に注意喚起・用量確認の掲示を行った。	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「テバ」	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
464	一般名処方 ベポタスチンベシル酸塩10mgになっていたが、めまいの患者さんが続いた為 ベタヒスチン塩酸塩錠6mgを調剤したが、監査をする薬剤師がそれに気づいた。	一般名がかなり似ているので注意を怠った。	思い込みは無くし、処方箋をもう一度確認する。	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」	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「薬剤取り違い」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
465	【正】ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(医療用) 60包【誤】ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(医療用) 27包 ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(医療用) 33包	ピッキング中にツムラ16番が足りなくなり、新しい箱を開ける際、16番と26番を見間違えて取り、PDAも通していない可能性があります。	忙しくてもPDAをきちんと通してピッキングを行う。最終鑑査時に、きちんと輪ゴムを外して異なる薬が混入していないか確認する。漢方薬等見た目が似ている薬品については、PDAを通して充填することは勿論、目視でもしっかり確認する。	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(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	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
466	○10錠シート	○処方せんの見間違い		ウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」 プラバスタチンナトリウム錠10mg「日医工」	アロプリノール錠100mg「サワイ」 プラバスタチンナトリウム錠5mg「日医工」	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
467	ミカムロAPが処方されたが、ミコンビAPを取った。監査も通ってしまい、投薬時に気が付いた。	APとBPがあるので、APを選ぶことに取られてしまった。名前が似ていた。○注意力散漫	薬品名は初めから最後まで一字一字読むこと。	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			ヒューマンエラー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	タリオン錠10mg112錠のところ10錠だけクラリスロマイシン錠50mgでお渡しした患者様より、10錠だけ違う薬が入っていると連絡あり謝罪し薬を交換した	調剤時、監査時、投薬時に確認を怠った 外観が少し似ている	錠数が多い場合も、きっちり確認をする	タリオン錠10mg	クラリスロマイシン錠小児用50mg「トーワ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
469	アイファガン点眼液のところプロナック点眼液をお渡しした 翌日、患者様が来局され薬が違うと言われ調剤ミスが判明した患者様に謝罪し薬を交換した	点眼薬の容器が少し似ている	思い込み調剤をしないこと 容器が似ている薬品の配置場所を変える	アイファガン点眼液0.1%	プロナック点眼液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
470	患者が内科からの処方箋を持って来局。調剤した薬剤師がセルトラリンを取るつもりが、「25mg」、「明治」と認識していたところ、近くのカセッターに入っていたクエチアピン25mg「明治」を調剤してしまった。その後、監査した薬剤師も思い込みで監査してしまい、間違えて投薬してしまった。患者が家に帰って調べたところいつもの薬と違うので連絡をもらい、調剤ミスが発覚した。	事例発生当時はちょうど忙しい時間帯で、調剤や監査もバタバタした中で行われていたため、注意散漫で違う薬を調剤してしまった。また、本来ならば処方箋、薬袋、医薬品と3点を見ながら監査をするところ思い込みで監査・投薬してしまった	・調剤する時には処方箋をよく確認して、他に似た薬剤もあるので注意して行う。・監査時は原則として他の業務を行わず、処方箋・薬袋・医薬品を注意して監査する・投薬時は薬を患者に見せつつ、薬剤と数を確認して貰いながら投薬する	セルトラリン錠25mg「明治」	クエチアピン錠25mg「明治」	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
471	耳鼻科から一般名でベタヒステンの処方。花粉症の時期でベポタステンの処方が多く、思い込みでベポタステンをピッキング。	一般名の類似。○単純なミス	規格まで確認してピッキングする。	ベタヒステンメシル酸塩錠6mg「トーワ」	ベポタステンベシル酸塩錠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	
472	一般名処方にて、クロベタゾン酪酸エステル軟膏(先発:キンダベート軟膏)が処方されているところ、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏(先発:デルモベート軟膏)で調剤。鑑査の際に鑑査者が気付く。	経験が浅く、似たような一般名の商品の知識が不足していた。○処方せんの見間違い	名称の最後までしっかり確認し入力するよう徹底。よく一般名で処方される外用薬はリストアップして目立つところに貼付。	キンダベート軟膏0.05%	デルモベート軟膏0.05%	確認を怠った	知識が不足していた勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラー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	一般名処方「エスタゾラム錠1mg」が処方になり、患者が先発品を希望。調剤者が「エチゾラム錠1mg」と読み間違い、デパス錠1mgを調剤。鑑査者が気が付き、すぐに修正した。	一般名処方になったばかりで類似薬品名の注意喚起が不十分であった。	店舗全体への周知、確認の徹底	ユーロジン1mg錠	デパス錠1mg	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
474	一般名処方であり名称が似ていたため取り違えて出そうとしたが、間違いに気づき正しく調剤できた。	一般名が似ていたため見間違えた	一文字ずつゆっくり読むこと	パルデス軟膏0.05%	デルトピカ軟膏0.05%	判断を誤った	知識が不足していた勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
475	○端数の処理間違い プラビックス75mg1日2錠30日分の処方であった。ウイークリーシートのため、端数は4錠となる。その4錠が外装が似ているファモチジンOD「トローワ」錠を調剤してしまい、そのまま監査システムを通過、窓口にて再監査している際、発見。	ファモチジンODの端数の薬剤を戻す際、誤って似ている外装のプラビックスのところに戻ってしまった○単純なミスから発生したと思われる。その後、調剤者は、その端数をそのままプラビックスにつけてしまった○注意力散漫であったためと思われる。さらに、監査システムもそのままエラーなしで通過してしまった。その時、エラーが起きて画像登録はしていなかった。	薬剤を調剤棚に戻すときは、名称と規格を再度良く確認するように徹底。改善がみられない場合には、端数を戻すときはダブルチェックを検討する。調剤者は、十分注意を払って端数の薬剤を調剤する。最終監査者は、今回のようによく薬品をチェックし、誤った薬剤を投薬しないように更なる注意を払うようにする。	プラビックス錠75mg	ファモチジンOD錠20mg「トローワ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だったその他	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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
476	<p>患者が、処方せんを持って来局された。定期的に受診されており、【般】オルメサルタン20mg(口腔内崩壊錠) 60日分の処方がある。後発品希望のため、いつも通りオルメサルタンOD錠20mg「DSEP」 60錠を調剤したつもりだった。</p> <p>患者帰宅後、事務員AがオルメサルタンOD錠「DSEP」の調剤棚に、開封されたオルメテックOD錠20mgの箱が入っていたことに気付いた。在庫の数を確認したところ、患者へオルメサルタンOD錠20mg「DSEP」40錠とオルメテックOD錠20mg20錠を渡していた可能性があった。すぐに患者に連絡したところ、まだ袋から出していない状態だった為、オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」60錠と交換した。</p> <p>患者に渡した薬を確認したところ、オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」40錠とオルメテックOD錠20mg20錠を交付していたことが分かった。調剤棚への補充は事務員Bが行った。外箱が類似しているため、オルメテックOD錠20mgが入荷されたときに、誤ってオルメサルタンOD錠20mg「DSEP」の棚に補充した。</p>	<p>調剤棚への補充の時の確認不足、調剤時の確認不足、監査時の確認不足が重なって起こった。10錠シート6シートを輪ゴムで束ねると、全てのシートの確認が不十分となっていた。また、シート、外箱が似ており、あいうえお順で上下の調剤棚に配置してあった。名前も、「オルメ」まで同じために、確認したつもりが、十分でなかった。</p> <p>○単純なミス</p>	<p>事例を全職員に周知した。調剤時に全てのシートを確認することを再確認した。また、調剤棚へはオルメサルタンOD錠「DSEP」のみを配置し、処方数の少ないオルメテックOD錠20mgは引き出しに収納することにした。他社後発品発売後に、別の銘柄に変更し、見た目にも異なることが分かりやすいようにした。</p>	<p>オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」</p>	<p>オルメテックOD錠20mg</p>	<p>確認を怠った</p>	<p>技術・手技が未熟だった</p>	<p>医薬品</p>	<p>仕組み</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
477	<p>ジェネリック医薬品変更可の処方箋にて、アクトネル17.5mgが処方箋に記載されていたため、以前より患者にジェネリック調剤希望の旨問診していたため、リセドロン酸Na錠17.5mg「サワイ」を調剤するところ、間違えて類似薬効であるフォサマック35mgを調剤、監査してしまった。投薬時に別の薬剤師が過誤に気づき正しい薬を投薬したので、患者本人は渡らなかった。</p>	<p>単純なミスであり、当該患者以外に家族の処方箋も同時に入り、営業時間の終了間際も重なった為、焦りがあったと思われる。</p>	<p>今回、調剤→一時監査→投薬時の監査と3重チェックを行ったことが、過誤を未然に防げた要因であると思われる。今後も徹底して行うように心がける。</p>	<p>リセドロン酸Na錠17.5mg「サワイ」</p>	<p>フォサマック錠35mg</p>	<p>確認を怠った</p>	<p>通常とは異なる心理的条件下にあった</p>	<p>医薬品</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
478	<p>ツムラ107を調剤するところツムラ137で調剤してしまった。</p>	<p>○単純なミス。薬品名・ツムラの番号をしっかり確認せず外観で判断してしまったこと。隣接するところに保管していたことが要因。</p>	<p>外観が似ているものは離して保管し取り違えを防止。単純なミスによるものなので確認を徹底して行う。</p>	<p>ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒(医療用)</p>	<p>ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒(医療用)</p>	<p>確認を怠った</p>		<p>コンピュータシステム</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
479	葛根湯が処方されているところ補中益気湯を集薬していることに途中で気付いて葛根湯を調剤。	葛根湯と補中益気湯が外観がよく似ており、番号も1と51であり、問屋から買った薬剤を棚に戻す時に間違えて置いており、そのことに気付かず調剤しそうになった。	棚に戻す時や調剤時に再度漢方薬は確認するようにした。出来ればツムラに番号と色を変更してもらった方が間違いが減ると思われる。	ツムラ葛根湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ補中益気湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラー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	患者来局。マグミット330mgの薬袋にデキストロメトर्फアン錠15mg「トーフ」が混ざっているとのこと。持参された薬は患者の申し出の通り2種が混在していた。(患者にデキストロメトर्फアン錠15mg「トーフ」の処方歴はなし)服用していないとのこと。	薬局内の棚の配置が隣り合わせで少し外観が似ている事から、誤って調剤し監査及び窓口(同一人物)も気付かずに渡してしまったと考えられる。	棚の配置を変更した。(上下隣接していた棚を1段離した。)監査の徹底	マグミット錠330mg	デキストロメトर्फアン臭化水素酸塩錠15mg「トーフ」	確認を怠った		施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
481	ラフチジン錠5「ファイザー」を調剤するところ、誤ってプロテカジン錠5を調剤してしまった。ヒートが酷似していたため気が付かなかった。	ラフチジン錠5「ファイザー」とプロテカジン5のヒートが酷似している。	卸の担当者に伝えた。	ラフチジン錠5mg「ファイザー」	プロテカジン錠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
482	メルカゾール5mg0.5錠の処方に対してピドキサール10mg0.5錠で調剤・投薬をしてしまった。	バラのものを半錠にした。ピドキサールのバラがメルカゾールのカセットに入っており、そのまま作ってしまった。調剤・監査・投薬において外観が似ているために刻印のチェックが見逃されていた。	必ず刻印のチェックを行う。バラのものに関しては入れ物に必ず薬品名を記載して保管する。	メルカゾール錠5mg	ピドキサール錠10mg	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
483	スチックゼノールA 40g処方に対し、スミルチック40gを調剤。	一包化薬と外用処方。一包化の調剤後、外用薬の調剤に移った。スミルチックとスチックゼノールが共に40g剤形も似ているため、混同してしまった可能性あり。	調剤、Wチェック時に声だしと鉛筆チェックを徹底。	スチックゼノールA	スミルチック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
484	アスペリン錠20mg処方のところ、調剤者はアストミン錠10mgにて調剤。鑑査者が間違いに気付き事なきを得た。調剤者は4月1日より転職された状態にあり、店舗の採用薬や配置などを理解していなかった。	繁忙時間帯における焦り、なれない環境における緊張などが原因と考える。	店舗に所属する年数が長い職員が、新規職員がエラーを起こしやすいことを十分に理解した上で、注視していく。また薬効などが似ているもの、薬剤名が似ているものなどは普段より周知して気をつけるように継続的に教育する。	アスペリン錠20	アストミン錠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		教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
485	一般名処方を入力・調剤間違い強 力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏 (一般名:酢酸ヒドロコルチゾン・フラ ジオマイシン配合剤軟膏)50gが処方 されていたのを誤ってヘモレックス軟 膏(一般名:ヒドロコルチゾン・フラジ オマイシン等配合軟膏)50gで入力。 一般名が非常に似ていたため調剤 者・監査者ともに間違いに気付か ず。投薬時に患者さまより薬が違う との指摘があり発覚。	一般名が非常によく似ていたため。 注意力散漫による確認不足	再確認の徹底。調剤者・監査者は監 査システムに頼りきらず処方箋をよ く確認する。	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	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
486	類似薬品名の間違え	処方せんの見間違い		ツムラ当帰芍薬散エキス 顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス 顆粒(医療用)	確認を 怠った	勤務状況 が繁忙 だった			ヒューマンエラー 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	加味帰脾湯処方のところ、誤って加 味逍遙散を交付した。数日後、患者 さん自身が違う薬と気づき、交換に 来て下さった。	加味という文字を見て、性別、年齢 からよく調剤する方の加味逍遙散と 思い込んでしまった。最後まで文字 列を確認しなかった。○単純なミス	思い込まず、最後まで文字列を確認 する。似ている名称の漢方薬をしっ かり意識する。	ツムラ加味帰脾湯エキス 顆粒(医療用)	ツムラ加味逍遙散エキス 顆粒(医療用)	確認を 怠った	技術・手 技が未熟 だった 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
488	オルメサルタンOD錠「DSEP」はA Gですが、メーカーも同じグループ会 社ということもありPTPシートだけ なく、包装まで酷似している。名称の 「オルメ」も同じため調剤棚も近くに 配置していたこともあり取り違いが発 生した。		シートデザインが告知していない 「トーワ」の製品に変更した。	オルメテックOD錠20mg	オルメサルタンOD錠20 mg「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
489	一般名処方「エナラプリルマレイン酸 塩錠5mg」に対し、普段は「エナラプ リルM錠5「EMEC」」をピックアップす るところを、その横に置いてあった 「エリキユース錠5mg」を間違えて ピックアップした。他に複数の調剤業 務を行っていたこともあり、監査で も見落とされ患者に交付されてし まった。患者から「いつもと違う名称 の薬になっているが、変わったので しょうか？」との問い合わせを受け、 それぞれの在庫数を確認して交付 誤りに気が付いた。	両者のパッケージが非常に類似して いるため、普段から取り違えないよ うに気を付けていたが、この時はゆ とりがなかったため無意識にピック ングをしていたと思われる。	両者の置き場所を離れた。	エナラプリルM錠5「EME C」	エリキユース錠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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果	
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他		
490	スピオルトレスピマットが処方のところ スピリーバで入力・調剤した。投薬時に患者様から薬を変更すると医師から聞いていたと聞き取り調剤ミスが発覚	名前や剤形も類似していることと、いつもスピリーバが出ている患者様だったので、処方変更しに気付かず思い込みで調剤・監査してしまった。○単純なミス○注意力散漫	薬剤名が似ているものは、普段から意識し、思い込みで調剤・監査しないよう心掛ける	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	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラー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	最終監査時に取り違えに気付いた。一度監査していたが、その際は気付くことができなかった。	・調剤した薬剤師が現場に慣れておらず、○焦りと知識不足によって○単純なミスが起こってしまった。・監査時が不十分であった。○注意力散漫	・名称類似品に関する知識の共有・注意喚起・引き続き「調剤時・監査時に、声に出して薬剤を読み上げる」・この件をキッカケに、「ペラパミルはよく処方されるが、あまり出ないペミロラストと同じ引き出しに入っていた」ことに気付いた。ペラパミルの場所を、とりやすい場所に移動した。	ペラパミル塩酸塩錠40mg「タイヨー」	ペミロラストK錠10mg「トーフ」	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	
492	ヒューマログミックス50注ミリオペンのところをヒューマログ注ミリオペンで調製。薬剤鑑査前に使用している監査システムのポリムスにてエラーが出て取り間違いに気がつく。	名称が類似しているため普段から気をつけていたが、取り誤った。	薬品名+剤形+規格+メーカー名など細かく照らし合わせて確認する。	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				ヒューマンエラー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	商品名でアスピリン錠20を処方されたが、誤ってアストミン錠10mgを調剤した。	名称類似品が存在していることは把握していたが、業務の繁忙さからくる焦りで調剤間違いに気づくことができなかった。	名称類似品が存在する場合に、該当する医薬品の調剤棚の個所に“名称類似品アリ、注意”と記載した紙を貼り、調剤棚から薬品を取り出すときは、その紙を確認するようにし、紙をめくってからでないと調剤できないように改善した。	アスピリン錠20	アストミン錠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	
494	ミカルディス錠20mg1錠30日分の処方。ウィークリーシートを採用しているため、14錠2シートと2錠で計30錠の調剤を行った。しかし、2錠がミカルディス錠20mgではなくミオナール錠50mgであった。監査時に気が付き調剤過誤が発覚した。	ミカルディス錠20mgは調剤棚のカセットに保管してある。調剤時、2錠に切り離されたものがあつたので、よく確認せずにミカルディス錠20mgであると思い込み調剤した。しかし、実際はミカルディス錠20mgのカセットの真上のカセットに保管しているミオナール錠50mgであった。調剤中にミオナール錠をカセットに戻すときに間違えてミカルディス錠のカセットに戻ってしまったと考えられる。また、監査機器(アテルノ)を使用しているが、ウィークリーシートのバーコードを使用し、2錠の重さも類似したためエラーが発生しなかった。	調剤中に調剤カセットに戻すときは一度別の場所に保管し、落ち着いた時間に薬品名と調剤カセットを確認して戻すようにする。	ミカルディス錠20mg	ミオナール錠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 医薬品	教育・訓練		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
495	ジェネリック希望の患者さん。ピッキング時の出来事。患者さんの前には出していない。ジェネリックのラフチジン錠10mgをピッキングするべきところを先発品のプロテカジンOD10mgをピッキングした。別の薬剤師がそれを発見。ラフチジン錠10mgになおす。	ラフチジン錠10mgを取るべきとわかっていただいていたのにプロテカジンOD10mgに手を伸ばしていた。思い込みがあった。ヒートのデザインも両方とも青基調と若干似ている。	プロテカジンOD10mgとラフチジン錠10mgの棚は離れていた。しっかり確認して思い込みでピッキングしないように注意する。	ラフチジン錠10mg「日医工」	プロテカジンOD錠10	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
496	(一般名)アロプリノール錠50mgで処方されているところ、(一般名)アテノロール錠50mgと勘違いしてしまい、調剤に取り掛かろうとしたところ、他の薬剤師が間違いに気づいた。	処方せんの見間違いによるものと思われる。思い込みにより、確認を怠ったことが原因と考えられる。	一般名処方名前は名前が酷似しているものが多いので、調剤に取り掛かる前に再確認することが必要と考える。	ザイロリック錠50	アテノロール錠50mg「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
497	一般名処方セフトレンピポキシル錠100mgが処方されていたところ、セフカペンピポキシル錠100mgを誤って調剤し、投薬してしまった。患者本人が持ち帰った薬を飲もうとした際、薬袋に印刷された写真と違うものが入っていることに気づき、薬局に連絡があった。ご自宅に交換に伺い、誤った薬を回収、服用前であることを確認した。	セフトレンピポキシルと、セフカペンピポキシルの名称が似ていることによる単純なミスであり、混雑時のため焦りもあった。調剤者と監査者によるダブルチェックを行っていたが、ミスを防げなかった。	薬袋、薬情の写真も確認するよう、鑑査手順の徹底を行う。薬品棚に注意喚起のラベルを貼る。	セフトレンピポキシル錠100mg「CH」	セフカペンピポキシル塩酸塩錠100mg「CH」	確認を怠った	知識が不足していた勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラー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	メリスロン6mg6錠、1日3回14日分処方されていた。通常応需している医療機関からは3錠、1日3回での処方がほとんどであった。そのとき1人薬剤師で調剤、投薬をしている時間帯で、調剤時にいつもと同様と思い込み84錠調剤しないといけないところを42錠で調剤する。投薬時に数が足りないことに気づき、残り42錠を薬剤師本人は調剤棚からとったつもりが、メリスロン錠6mgのとなりの棚のリピトール錠5mgを42錠とり、結果メリスロン6mg42錠とリピトール錠5mg42錠投薬してしまう事態となってしまった。翌日、患者さんが違う薬が入っていることに気づき、薬局に持参して事態を把握した。服用はしておらず、健康被害はなかった。	思い込み。投薬時に気づくも、あわてていたとのことととなりの棚の薬をとってしまった。	メリスロン6mgとリピトール5mgの包装が似ていることも一因ではあったので、調剤棚の薬の位置を移動させた。	メリスロン錠6mg	リピトール錠5mg	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
499	一般名:ロキソプロフェンテープ50mgを70枚の調剤のところ、6P(42枚)はロキソプロフェンNaテープ50mg「JG」で調剤したが、残り4P(28枚)はケトプロフェンテープ20mgで調剤をした。鑑査で発覚し、患者へは渡らなかった	調剤時の確認不足、保管棚が近い事、外用薬のデザインが酷似していること ○単純なミス	保管棚の場所を離して、混在しないようにする。デザインが酷似している事を全員が認識するデザインの変更をメーカーに伝えてみる	ロキソプロフェンNaテープ50mg「JG」	ケトプロフェンテープ20mg「テイコク」	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
500	オルメサルタンOD20mg42錠を調剤するところ、10錠だけ、オルメテックOD20mgだった。鑑査者が気が付き発覚。○10錠シート	先発、ジェネリックともにヒートのデザインが酷似している事。保管棚の位置はカセットと引き出しと別れているため、ミスした薬の戻し間違いが原因かと思われるがいつの時点なのかは不明。○単純なミス	ミスした薬の戻す際のルールの徹底。デザイン酷似品の混在の可能性を認識する	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	オルメテックOD錠20mg	確認を怠った		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
501	処方箋記載はサアミオン錠5mg、GE希望により変換。ニコランジル5mg「サワイ」とニセルゴリン5mg「NP」を誤ってピッキング。鑑査で防止。	思い込んでの調剤が原因。単純なミス 注意力散漫	名前が似ているので、棚に札を作成して貼付。札には先発名とGE名を記載して注意喚起。	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				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
502	定期的に当薬局を利用されている患者から処方せんを受け取った。調剤時、薬剤師AがアダラートCR錠20mg 28錠を薬品棚から取り出した。他の薬品もすべて取り揃えた後、改めて薬剤師Aが処方せんに基づき監査を行った。この際、アダラートCR錠20mgではなくジェネリックのニフェランタンCR錠20mgであることに気付いた。以前にニフェランタンCR錠20mgを薬品棚に戻す際に誤ってアダラートCR錠20mgの棚に戻していたものと考え、いつ、誰が行ったかは特定できない。両剤のヒートの外観は極めて似ている。調剤自体は処方せん通りに正しく完了し、患者には何ら被害はなかった。	製品の的外観が似ている先発・後発医薬品の棚間違いによる取り違い	アダラートCR錠20mgは現在、稀用薬品のため繁用薬品棚から稀用薬品の引き出しに移動させ、戻し間違い、取り違いの再発防止を図った。	アダラートCR錠20mg	ニフェランタンCR錠20	確認を怠った			ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
503	一般名処方であったので、メリアクトMS錠はセフジトレンピボキシル塩酸塩、フロモックス錠はセフカペンピボキシル塩酸塩とで、名称がよく似ている。	最初の2文字と後半の名称が同じなので処方せんの見間違いをした。	一般名処方を全文字を覚えるしかない。ちなみにバナン錠100mgも一般名はセフボドキシムで始まり混乱しやすい。	メリアクトMS錠100mg	フロモックス錠100mg	確認を怠った	通常とは異なる心理的条件下にあった その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
504	一般名処方、ジェネリック希望であった。マイアロン軟膏を調剤すべきところが成分名が似ているキンダベート軟膏を調剤した。(キンダベートのジェネリック採用無し)	4月から外用薬も一般名処方が多くなった。成分名から先発とジェネリックそして薬品名へと頭の中での変換が煩雑になった。外用ジェネリックは商品名が一般名になっていないものが多い。	成分名、先発とジェネリックの薬品名を貼って注意深く調剤する事とした。 外用ジェネリックが一般名になっていないものが多い。煩雑で間違いやすく感じるのでは是非一般名商品を希望致します。	マイアロン軟膏0.05%	キンダベート軟膏0.05%	確認を怠った	知識が不足していた	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
505	一般名ドンペリドン錠10mg21錠が処方されたが、ドンペリドン錠10mg「タイヨー」20錠とタリオン錠10mg1錠を輪ゴムで括り付けて交付した。その後、1週間処方から2週間処方に変更依頼があり、そのままの形で持参された為、発覚した。	比較的混雑していたとは言え、薬剤師の人数は相応のものだったし、特別慌てていたことや、他のことに気をとられていたわけではないにも関わらず、誤ってピックアップしたものを監査時・投薬時にも発見できなかった。	普段から思い込みを捨てるように注意し、他の薬剤師にも注意喚起しているが、それでもこういう調剤過誤が起こりうることを心にしっかり刻み、これからは一層、確実に処方薬をピックアップし、監査してもらい、患者にも確認しながら交付していく。尚、1人薬剤師の時でも、自分が調剤した薬剤を、初めて見る薬剤と同じようにきちんと監査し、患者にも確認しながら交付していくことが各薬局で必要且つ重要だと思える。因みに、やはり類似する薬剤は棚から離して保管する方が良さそうだし、如何なる状況でも先入観を捨て、誰がピックアップしたもので間違えているものだと思います、その間違いを発見する為だと思って監査していきたい。	ドンペリドン錠10mg「タイヨー」	タリオン錠10mg	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
506	オルメテックOD錠20mg(第一三共)84錠 処方 処方 オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」が4錠混ざったものをピックアップした。	オルメテックOD錠の棚にオルメサルタンOD錠「DSEP」が混ざっていた。	デザインが似ているため 棚はかなり離れているがそれでも起きてしまった。メーカーがデザインを変えてくれるのが一番と思う。	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	その他			ヒューマンエラー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	処方せんには、「ノイロピタン配合錠3T/分3毎食後・21日分」が記載されていたが、薬剤師Aは調剤する際、ノイロトロピン錠4単位を調剤したことに気付かずそのまま監査にまわした。監査した薬剤師Bは、ノイロピタン配合錠ではなく、ノイロトロピン錠4単位を調剤されていることに気付かず、患者に間違った薬を交付した。	ノイロピタン配合錠とノイロピタン錠4単位は、薬品棚の位置が近く名称が似ていたため、間違えて調剤した。また、監査の段階で、先入観で正しいものと判断してしまった。	調剤者がピックアップした後に、監査のまわす前に、薬の再確認をする。ノイロピタン配合錠とノイロトロピン錠4単位の薬品棚に、名称類似薬品取り間違い防止の注意喚起のメモを貼る。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位	確認を怠った	その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
508	処方せんには「クレストール錠2.5mg 1錠 朝食後 7日分」と記載されていた。薬剤師はクレストール錠2.5mgの棚から6錠+1錠で調剤をした。時間をかけて自己鑑査時にクレストール錠2.5mg 6錠とロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」1錠の誤った調剤をしていた事に気がついた。再度正しくクレストール錠2.5mgを全7錠調剤しなおした。	クレストール錠2.5mgの棚にロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」が混入されていたことが原因。ロスバスタチン錠を棚に戻す際に誤ってクレストール錠の棚に戻ってしまった単純なミスが事の発端と思われる。	AG品は外見がとても先発品と似ているためスタッフ一同に注意喚起をした。棚に戻す場合は落ち着いた時間帯で指さし・声だし等で確実に対応している薬品の棚に薬をもどすように努めた。	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				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
509	一般名オルメサルタン処方先発のオルメテックOD20mgを選択されている患者様に対して投薬しようとしていた場面、オルメサルタンOD20mg「DSEP」のシートが1枚混ざっていた事に気付きその場でオルメテックOD20mgに差し替えてお渡しした	オルメテックODのAGであるオルメサルタンODが発売されてすぐに採用したが、外箱やシートがとても似ていたため採用当初から気をつけるよう注意していたが、調剤棚に薬の箱をしまう際間違えて入れてしまい、2つの薬を混在させてしまった○注意力散漫	薬効別配置のため2つの薬剤を同じ棚に配置していたが、区別を明確にするため、棚と引き出しというようにまったく違う場所に配置するようにした。またその棚や引き出しに「先発品」「ジェネリック」というネームをつけ、入れる際確認できるようにした	オルメテックOD錠20mg	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラー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	○10錠シートピカルタミド「ファイザー」が処方されて、ピッキングでフルタミド「ファイザー」をピックしてしまった。	○注意力散漫○単純なミス共に引き出し管理の医薬品であり、ファイザー製品を採用していたため外装が類似。目視確認時はピカルタミドを確認しているが、手に取ったのはフルタミドだった。	外装が似ている医薬品は保管場所を近くにせず、似ている薬品があることを注意喚起できるポップを作成する。	ピカルタミド錠80mg「ファイザー」	フルタミド錠125mg「ファイザー」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
511	ツムラ麻黄附子細辛湯エキス顆粒(127番)が56日分の調剤をするところ、189包入りの包装を新しく開けるときに、誤ってツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒(37)の箱を開けてしまい、混在した状態で調剤をしてしまった。薬剤の交付時に投薬者が気づき、改めて正しい内容に修正してお渡しした。	漢方の37番と127番は共に茶色で、なおかつ末尾7番と見た目が似ていることから取り違えて調剤してしまったと考えられる。	漢方の一束ずつ番号を確認して調剤・監査するように徹底する。	ツムラ麻黄附子細辛湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
512	カルバゾクロム30mg21錠を調剤するところ、3錠のみアドナ30mgが調剤されていた投薬時に発見し、正しいものでお渡しした	どの段階で混ざったかは不明だが、ジェネリックと先発が混在していた。確認が不十分なこと、カセットへの戻し間違いなどが考えられる○単純なミス	端数を調剤する際に、混在しないかを十分に確認していく。GS似たものは近くのカセットに配置しない	カルバゾクロムスルホン酸Na錠30mg「YD」	アドナ錠30mg	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
513	ツムラ桂枝加芍薬湯を調剤しなければいけないところ、ツムラ桂枝加芍薬大黄湯で調剤、監査してしまい投薬時に患者さまの前で確認中に発覚した。	店舗混雑時で注意が十分ではなかった。	類似している薬剤名の薬は特に注意を徹底し調剤⇒監査⇒投薬を行う	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	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
514	一般名処方。ミコンビAPのところミカムロAPで調剤、監査時も気が付かずそのまま投薬。患者本人がいつもと違うと気が付き連絡をくれる。差し替えとする。	名前が似ているための単純なミス。連休前の煩雑時に発生している。	2剤のみの単純処方だったため、かえって確認がおろそかになった。名前が似ている薬剤のため間違いやすいことを踏まえ再確認が必要。「類似名あり、再確認」の札をそれぞれの薬剤に取り付けることとした。	ミコンビ配合錠AP	ミカムロ配合錠AP	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラー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	一般名処方ロラタジン錠10mg1錠分1朝食後28日分の処方、ロラタジン錠10mg「サワイ」10錠ヒート2枚と6錠と2錠で28錠調剤したところ、その2錠がベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」になっていた。鑑査者が気づき指摘。調剤しなおした。	当薬局はジェネリック品のみの棚を備えている。ロラタジン錠10mg「サワイ」の棚とベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」の棚が1段違いで近いため、端数を戻すときに両方のヒートの色調が似ていることも重なって、間違えてロラタジン錠10mgの棚にベポタスチンベシル酸塩錠10mgを混入させてしまったと推察される。	棚の位置を離すことと、確認を促すポップを設置し注意喚起を行う。	ロラタジン錠10mg	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg	確認を怠った			ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
516	オースギ麻子仁丸エキスGが30H(2g/H)処方であったが、間違えてオースギ大黃甘草湯エキスT錠30H(2錠/H)を投薬した。患者は全て服薬し便通はよくなり飲みやすかったため、処方医に錠剤の便秘薬を希望したところ、そのような薬を処方した履歴はなかったことにより薬局に問い合わせがあり判明した。処方医に報告し、以後注意するように指導を受けた。	調剤者および監査者に確認したが特に忙しかったということはなく、外観が似ていたため間違えてしまったようだ。処方せんの内容と、薬と、薬情の三点確認を怠ったか、やったとしてもできていなかったようだ。○単純なミス○注意力散漫	処方せんの内容と、薬と、薬情の三点確認を常に注意深く行う必要がある。普段はできていても少しの気の緩みがこのような調剤ミスに繋がることを、常に意識して、緊張感を持って業務を行う必要がある	オースギ麻子仁丸料エキスG	オースギ大黃甘草湯エキスT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
517	クロルフェネシン錠250「サワイ」が42錠 処方になっている所、外観が類似している クロピドグレル75「サワイ」が10錠混ざり調剤されていた。幸い鑑査者が発見し交付には至っていない。クロルフェネシンのカセットにクロピドグレルが10錠混ざり保管されていたことが原因であった。	カセットの配置で名称や外観の類似品は、極力 場所を離し スタッフ間で共有していたが、ピッキング間違いを戻す時に間違えたと思われる。	類似品の情報共有、保管場所を離す、鑑査時にすべてのヒートを確認する事の徹底とした。	クロルフェネシンカルバミン酸エステル錠250mg「サワイ」	クロピドグレル錠75mg「サワイ」	確認を怠った	その他	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
518	母親の処方せんを娘さんが持ってきた。新患。処方せんは一般名フェルピナクパップ70mg。先発品希望といわれ、セルタッチ70mgを調剤した。当日、息子さんから電話があり、セルタッチは温シップですか？と質問。いつもは自分が別の薬局でもらっているといわれた。処方せんを確認したところ、一般名に(10×14cm温感)の記載確認し、誤って冷シップを調剤したことが判明した。	先発品希望と言われたことに気がいっていた。一般名の確認を怠った。	一般名の確認外用剤は特に酷似した成分が多いことから、識別できるように普段から表にしたりし、注意喚起する。	フェルナビオンパップ70	セルタッチパップ70			医薬品		ヒューマンエラー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	一般名処方に対し誤った商品を調剤した。	一般名が合剤になっており、最初の薬品名がテルミサルタンで同じ。もう一剤の薬品名の確認を怠った。製品名が似ていたため気づけなかった。	名称類似品として注意喚起を行う。薬品棚、監査台の目につく場所に注意を促す紙を貼った。	テルチアAP	テラムロAP	確認を怠った	知識が不足していた勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
520	カルボシステインDSを交付するところ、次の患者さん用に調剤したメプチンDSを誤って交付した。次の患者さんの鑑査をする時に、薬剤師が色調の違いに気づき、確認したところ誤った薬であったことが判明。患者さんに連絡し、服用前に交換し謝罪した。	業務が繁忙しており、調剤した薬の順番が変わって鑑査にまわっていた。白い散薬であり、処方日数、重量鑑査では判明せずそのまま交付してしまった。散薬鑑査システムの用紙も添付されていなく、確認を怠ってしまった。○注意力散漫○作業手順の不履行	繁忙時も散薬鑑査システムの用紙と薬剤、処方箋を一緒に調剤するときに準備し、順番が前後しないように十分注意する。似た形状の薬が多いのでしっかりと色調の鑑査もするように注意する。	カルボシステインDS50%「タカタ」	メプチンドライシロップ0.005%	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
521	隣同志で保管された注射薬を調剤し、箱から出ていた隣の別医薬品を誤って調剤した。	似た名前の医薬品が隣同士になっており、箱から出ていたものが別の医薬品であることを考えず調剤したため。	似た名前の医薬品を、離して保管する。	ヒューマログミックス25注キット	ヒューマログ注キット	確認を怠った				ヒューマンエラー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	カロナール錠200のところ酸化マグネシウム錠330mgケンエーを取り違えた。	調剤棚が近く、PTPシート・錠剤の大きさが似ているため思い込みで取り違えてしまった。	酸化マグネシウム錠330mgの棚をカロナール錠200mgから手の届く範囲から離れた。	カロナール錠200	酸化マグネシウム錠330mg「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
523	ツムラ41補中益気湯 7.5g 30日分 分3 毎食前90包で調剤するところ、69包で集薬。鑑査者が調剤者に1束(21包)不足を伝え、追加で1束集薬したが誤ってツムラ61桃核承気湯で集めた。それに気付かず投薬者が患者に渡してしまった。後日、患者が気付き来局されたことで発覚。○分包品の計数間違い	調剤時の数量確認不足。鑑査時に不足を発見した場合の調剤過誤防止システムの利用不備。41と61のデザインが似ていることで同じ薬と思い込み調剤。鑑査者の監査が不十分で合ったことに加え、全ての薬剤を十分に患者と確認しないままお渡し。○作業手順の不履行○焦り○注意力散漫	鑑査時に数量の不足があった際も、調剤者は調剤過誤防止システムを必ず通す。処方箋原本にて再確認を実施。投薬時に全ての薬を患者と確認する。	ツムラ補中益気湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ桃核承気湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	技術・手技が未熟だった		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

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果	
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器		その他
524	炭酸水素ナトリウムで調剤するはずが、誤って、乳糖を手に取り秤量。散剤調剤台の下の棚に、どちらも似た箱で保管している。バーコードで監査記録を出していたが、監査でも気づかず、投薬。投薬後すぐに気づき連絡したので、服用せず交換、対応。	散剤薬剤名の三重チェックを怠った。○作業手順の不履行○注意力散漫	散剤調剤時は三重チェックをする。よく使う、炭酸水素ナトリウムを調剤台の上で保管する。	炭酸水素ナトリウム「ヨシダ」	乳糖水和物「ヨシダ」	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
525	ミカルデイスを40日分調剤するところ、30錠で調剤されていたことに投薬前の監査で気が付き正しい錠数に取り直した。その際、先発品のミカルデイスではなく、後発品のテルミサルタンを取ってしまった。患者には先発品と後発品が混在した状態で渡してしまった。	調剤ミス、先発品・後発品が似ている○注意力散漫	先発品、後発品がよく似ているため普段から戻し間違いが多い薬である。調剤時、監査時によく確認すること。テルミサルタンの調剤棚に後発とメモを貼ってわかりやすくした。	ミカルデイス錠20mg	テルミサルタン錠20mg「杏林」	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
526	「カンデサルタン・アムロジピン5mg配合錠」という一般名処方の記載された処方せんを応需。当事者は商品名が類似している「カデチア配合錠HD」と「カムシア配合錠HD」の取り間違いを起こす。他の薬剤師が鑑査中にその取り違いに気付き訂正した。	思い込みと確認不足からくる単純なミス。	配合剤の一般名処方では頭の文字で判断せずにきちんと最後まで確認をすることを徹底する。	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			ヒューマンエラー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	カナリア配合錠を間違えてカナグル配合錠でピックアップ、交付してしまった。当日薬の見直し業務にて発覚、患者服用前に連絡、回収をした。	カナリアとカナグルが名前が似ているという認識の不足や確認を怠ったこと。	カナリアとカナグルは名称が似ているという意識をもち、その点を踏まえた上で確認作業を怠らない。カナグルとカナリアに名称類似などの注意喚起の印をつける。	カナリア配合錠	カナグル錠100mg	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
528	【正】ツムラ釣藤散(47) 70包 【誤】ツムラ釣藤散(47) 49包ツムラ五苓散(17) 21包	ツムラ五苓散の戻し間違い、または充填時に入れ間違えた。	薬戻し、充填時はPDAを使用するか、ダブルチェックで戻す。箱が複数ある場合は全ての箱にPDAを使う。類似した色やデザインであることを念頭におき、すべての薬品について処方箋と照らし合わせて確認する。投薬時には量が多いものでも全てを患者さまと一緒に確認する。	ツムラ釣藤散エキス顆粒(医療用)	ツムラ五苓散エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	通常とは異なる心理的条件下にあった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
529	患者様が処方箋を持って来局した。処方箋には一般名「【般】セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg」と記載されていた。薬剤師Aはフロモックス錠100mgを調剤するところ、思い込みによりメイアクトMS錠100mgで調剤した。薬剤師Bも鑑査時に思い込みにより間違いに気が付かなかったが、投薬時に尿路感染の治療だと聞き取り、フロモックス錠ではないことに違和感を抱き、再確認したところ誤りに気が付いた。	薬局における調剤内規に従い、処方箋コピーの一般名「【般】セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg」横に調剤者がメイアクトと記入しなければならぬ所、フロモックスと記入したことにより、鑑査者も思い込みにより誤りに気が付かなかった。抗生剤の処方が少ないこと、セフェム系の一般名類似による思い込み、セフェム系抗生剤の採用薬が複数あることが原因だと思われる。	セフェム系抗生剤の採用薬が複数あるため、調剤者が処方箋コピーに書き込む際は鑑査者にもわかるよう記入し注意喚起する。	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
530	カルコーパ錠100を調剤しなければならぬところ、棚に誤ってビペリデン塩酸塩錠1mg「アメル」が充填されていることに気が付かず調剤。鑑査機は使用していたが薬品が充填されているカセットに付いているバーコードを読み取ったため間違いに気付かず。鑑査者が間違いを発見。	それぞれの箱の外装が酷似していたこと。充填時に鑑査機を使用していなかった可能性、又は同じ薬品が複数個納品された場合は1つしか鑑査機を通していないため紛れ込んでしまった可能性あり。	充填時には必ず鑑査機を使用・1箱ずつ鑑査機を通す	カルコーパ配合錠L100	ビペリデン塩酸塩錠1mg「アメル」	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
531	ラベプラゾールNa錠10mgサワイで調剤するところ、ランソプラゾールOD15mgサワイで調剤	薬効が似ており、五十音順の棚では近くに配置されていた。連休明けで大変混雑しており、思い込みで調剤し確認を怠った結果取り違えた。処方鑑査で気づき、交付される事はなかった。○処方せんの見間違い ○処方医薬品の多さ ○単純なミス ○注意力散漫	処方箋に従って落ち着いて調剤する。間違いやすい薬の配置を変える。棚に注意喚起の表示をする	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	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
532	いつも使用している「ノボラピッド注フレックスタッチ」の処方だったが、冷蔵庫から取り出す際に「ノボラピッド50ミックスフレックスペン」を取り出していたのに気が付かず、そのまま投薬してしまった。その後、患者さんがあたらしいインスリンを取り出したところ、いつもと違うものだと気が付いたが、他の病院の受診時間が迫っていたため、気にせずうってしまった。	薬品名が、途中まで一緒の「単純なミス」での取り違えでしたが、この患者さんは、血圧が安定しておらず、一包化の薬品が毎回変更になるため、その時も変更時間に取られ「焦り」があったのも要因の一つでしょう。	冷蔵庫内で、名前の似たものが隣にならないように離しておくこと、記名式のチェックシートを薬品とくっつけておくことで、別なもので出せないように、限定する事。	ノボラピッド注フレックスタッチ	ノボラピッド50ミックス注フレックスペン	確認を怠った		医薬品	仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
533	調剤時ツムラの漢方を取るときに「柴」の文字でよく出る柴胡桂枝湯をとってしまった	○処方せんの見間違い 調剤終わり確認後、違う漢方を取ってしまったことを認識、正しいツムラ柴朴湯に変更した	ツムラの漢方の場合似た薬はおおいのので最初の文字で判断せずすべてを見たうえで調剤する	ツムラ柴朴湯エキス顆粒(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	その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
534	ベザトールSR200が60錠処方のところ、20錠は正しかったが、40錠はベザフィブラートSR200「サワイ」が調剤してあった。監査者が発見したので投薬することはなかった。	忙しかったことが原因と思われる。名称が類似しており、包装の色も似通っているため、保管場所を話して保管していた(ベザトールは引き出し、ベザフィブラートは棚に置いていた)がこのようなミスが起こった。○処方せんの見間違い○単純なミス○焦り○注意力散漫	このようなことがあったことを職員に連絡し、先発品を後発品と思い込んだり、その逆もあるので、焦らず、複数回確認していく	ベザトールSR錠200mg	ベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラー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	処方箋に記載された薬剤が先発医薬品で変更不可にも関わらず、後発医薬品を準備してしまった。	処方箋に記載された変更不可のレ点を見落としたこと、患者様自体が以前より後発医薬品を希望されていたことにより「～だろう」という思い込みから後発医薬品を準備してしまった。また棚からのピッキング段階においても先発医薬品と後発医薬品が上下に配置されていたこと、シート包装の見た目がほとんど同色で相違ない印象だったこともあり、改めて見直すタイミングが見いだせなかったことも間違いを助長する要因となった。○処方せんの見間違い○単純なミス	・調剤ルールの徹底(業務手順書に従った作業の再認識、情報は常に疑ってかかること)・処方箋確認時の声だし、指差し確認・先発医薬品、後発医薬品(シートがほとんど同色で同じ)においては棚の位置を離す、棚札(特に後発医薬品)の色の変更、文字の大きさの変更、「先発シート類似につき注意」などの対策を講じる・ピッキング終了後、監査者に回す前に再度処方箋と照らし合わせを行うようルールの追加	タリオンOD錠10mg	ベポタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」	確認を怠った	その他	医薬品施設・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
536	処方元の処方方法が銘柄処方であったものが、一般名処方へ変わった。以前はロキソプロフェンNaテープ100mg「科研」、ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」のように、非温と温感のシップの処方の判別が容易であったが、一般名処方が【般】ロキソプロフェンNaテープ100mg(10×14cm非温)、【般】ロキソプロフェンNaテープ100mg(10×14cm温感)のように、類似した表示になったため、処方せんを見間違い調剤ミスをしたが、監査者がミスを見つけたため、誤投薬には至らなかった。	処方せんの見間違い	処方せんのコピーの非温と温感に○を付け、調剤をする。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「科研」	確認を怠った				ヒューマンエラー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	ツムラ甘麦大棗湯と違って調剤したところ、アテルノ監査システムでツムラ桂枝人参湯であることが判明した。	2剤が重ねて置いてあった。10番違いで同じ色をしていて、漢字5文字で見た目が似ていた。	保管場所を離す。	ツムラ甘麦大棗湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝人参湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った		コンピュータシステム	仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
538	ザクラスHDが処方されていたが、ザイザル錠を出してしまった。交付時に患者本人から薬が違うと指摘された。	スタッフの欠勤でいつもと違う心理状態だった。2人でチェックしたが見逃してしまった。○注意力散漫○単純なミス	名前が似ている薬、HDやLDなど末尾が似ている薬のリストアップをしてスタッフに通達し、共通認識するようにした。	ザクラス配合錠HD	ザイザル錠5mg	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
539	箱が酷似していたためシンバスタチンとシルニジピンの取り違いがあった		引き出しの中の配置を変更しました。	シンバスタチン錠5mg「SW」	シルニジピン錠5mg「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
540	一般名処方のため名称が似ていた			キンダベート軟膏0.05%	デルモベート軟膏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
541	ノイトロピン42錠で調剤するところ、ノイロピタン42錠を調剤	似た名前の薬剤があるのを知らずに、途中まで同じ薬剤の箱を手にして調剤した。知識不足、確認不足。○処方せんの見間違い ○単純なミス	薬に関する意識を増やすこと。最後まで確認を怠らないよう気をつけること	ノイトロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠	確認を怠った	知識が不足していた勤務状況が繁忙だった	コンピュータシステム施設・設備	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
542	一般名 ロサルタン50mg・ヒドロクロロチアジド配合 1日1回朝食後30日分で処方があり、先発品のプレミネント配合錠LDを渡すべきところ、誤って後発品のロサルヒド配合錠LDを渡していたことが患者さんの電話にて判明した。	薬剤と薬物情報提供書との確認不足。単純なミス注意力散漫	先発品と後発品、規格違いなどでシートや薬剤のデザインが類似しているものは、特に注意して調剤・監査を行う。処方箋と薬剤、薬剤情報提供書の3点のチェックを徹底する。	プレミネント配合錠LD	ロサルヒド配合錠LD	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果	
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器		その他
543	患者が皮膚科・泌尿器科クリニックの処方箋を持ち来局。処方箋には「ツムラ排膿散及湯エキス顆粒 7.5g/分3毎食前 28日分」と記載されていた。薬剤師Aが名称からツムラ122番と確認し薬品棚から調剤する際、同じBOXに入っていたツムラ猪苓湯合四物湯112番と取り間違えて監査に回した。監査に当たった薬剤師Bは薬品名の確認を行わず、番号と外観の色で122番と思い込み監査を行い数量確認をして投薬。投薬時患者への確認は行ったが外観の類似から気づくことができず、また継続服用中の薬であったため名称を読み上げたり詳細な確認を怠りそのまま患者の手に渡った。その後患者から薬が今までと違うと連絡があり発覚した。	ツムラ110番から130番まで42包包装品が同じBOXに保管されており、112番と122番が混在していた。末尾が2番の為緑色であったため目についた112番を調剤するに至った。また監査時に本来薬品名を監査すべきところ、外観で監査したため122番であるとの思い込みが起こった。○注意力散漫	漢方保管の場所、配置を番号順にし目視で確認できるよう改善した。納品、調剤、監査とも確認は番号では行わず、必ず薬品名での確認を行うよう確認手順を徹底する。	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	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	
544	【正】ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒 【誤】ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒	前回、半夏厚朴湯が処方されており、Do入力してしまった。	漢方薬は特に似ている名前の薬が多いことを再度スタッフ全員で確認する。名前の似ている漢方についてレセコン表示名に【 】をつけて強調して表示する。分割確認の手技を徹底する。	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 判断を誤った	通常とは異なる心理的条件下にあった	施設・設備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
545	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「スプラタストシル酸塩カプセル100mgJG 3カプセル/分3毎食後14日分」と記載されていた。薬剤師Aは棚よりピッキングを行うが22カプセルあり、不足分を下の引き出しより箱から20カプセル出し、残りを棚のカートへ戻した。しかし不足分を取る際にスプラタストシル酸塩カプセルを取ったところ、誤ってトラニラストカプセル100mgCHを取ってしまった。スプラタストシル酸塩カプセルが22カプセル、トラニラストカプセル100mgが20カプセルと混入して調剤してしまった。その後鑑査にあたった薬剤師Bは混入に気が付かず、輪ゴムで閉じ患者様へ投薬となった。翌日別の薬剤師Cがスプラタストシル酸塩カプセルの棚への補充作業をしていたところ、違うトラニラストカプセル100mgが80カプセル入っていることに気が付き、すぐに在庫システムで確認したところスプラタストシル酸塩カプセルが20カプセル多く、トラニラストカプセル100mgが20カプセル少なかった。昨日の投薬歴を確認し、三名の該当の可能性のある方を判明。各三名に電話をし該当者を割り出し正しいスプラタストシル酸塩カプセルへ交換となった。(内服はされていません)	当局では以前にも再三スプラタストシル酸塩カプセルとトラニラストカプセル100mgの取り間違いがあった。包装の箱、ヒートの柄等もよく似ており、棚の配置も変えたが同じように過誤が起こった。おそらく卸からの納品の際に引き出しへしまう時に誤ってスプラタストシル酸塩カプセルの場所に、トラニラストカプセル100mgを入れてしまった。その後包装の箱もよく似ており気付かずに経過したと思われる。	卸からの納品の際には、注意して納品する必要がある。また調剤棚への補充の際も注意して入れる必要がある。さらに包装の箱が非常によく似ており、今回の件でトラニラストカプセル100mgの採用へ変更することとした。(トラニラストカプセル100mgCHからトーワへ)	スプラタストシル酸塩カプセル50mg「JG」	トラニラストカプセル100mg「CH」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
546	1日2回、1回1錠、28日分の処方、56錠を調剤(10錠シート5枚+端数6錠1枚)したが、6錠だけ別の医薬品を調剤、鑑査で見逃されそのまま投薬した。後日異種の薬があると患者様が来局、お詫びして交換した。○10錠シート○端数の処理間違い	当該薬はPTPシートの表面は緑色と銀色で大きく異なるが、裏面は白色で類似していた。端数6錠を裏返して50錠と組み合わせて輪ゴムで束ねたため外観が類似してしまったものと推測する。また鑑査時は輪ゴムを外すか緩めて全てのシートを確認する事になっているが、この手順が守られなかったために見逃されたものと推測する。○作業手順の不履行	作業手順の再確認:PTPシート鑑査時、束ねられた全てのシートの確認	ファモチジンOD錠10mg「日新」	フルバスタチン錠10mg「三和」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラー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	ジェネリック医薬品の取り違いがあったがすぐに間違いに気が付き、正しい薬剤を調剤した			ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「PP」	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	
548	一包化の調剤で、本来ジェネリックのオルメサルタンOD錠20mg「日医工」を調剤するところを誤って、オルメテックOD錠20mgを調剤して分包してしまった。	同じ棚に配置しており、名前も似ていたため間違えてしまった。	オルメサルタンOD錠20mg「日医工」の方が調剤することが多いため、オルメテックOD錠20mgを棚から引き出しへ移行した。	オルメサルタンOD錠20mg「日医工」	オルメテックOD錠20mg	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
549	スピリーバ2.5レスピマット60吸入を調剤時、棚にスピリーバの記載があったため入っているものと思い込み確認せずにスピオルトレスピマット60吸入で調剤してしまった。監査時に薬の頭文字が類似しており規格も同じであったため正しいと思い込み誤った薬を投薬してしまった。		スピオルトには「スピリーバと取り間違いあり」と記載した赤い紙をつけ注意喚起をした。監査時には処方箋に印をつけ声出しをしながら行う。	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	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
550	外用剤混合の際、ボアラ軟膏100g容器とヒルドイドクリーム100gの容器が酷似しており、誤って混合	○注意力散漫		ヒルドイドクリーム0.3%	ボアラ軟膏0.12%	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
551	在宅の医師から処方せんのファックスが来ました。処方せんには「エレジエクト注シリンジ」10本と記載されていた。薬剤師Aは、「生食注シリンジ「オーツカ10ml」を「エレジエクト注シリンジ」と思い込んで調剤した。薬剤師一人の為。再度自己監査をするはずが、自己監査をしないまま、患者宅に訪問し、投薬時に、患者家族の指摘で間違いに気が付き、再度薬局に戻って、正しい「エレジエクト注シリンジ」を調剤し、自己監査して再度患者宅に訪問して正しい「エレジエクト注シリンジ」をお渡ししました。	薬局に置ける調剤内規では、一人薬剤師の場合、調剤後、一置きついて、自己監査をするはずが、患者家族から今日中に欲しいと連絡があり、保管してるところが隣り合わせに置いてあり、包装箱の外観が似ていることから取り違い、焦り自己監査を怠ったため誤ったまま調剤し患者宅に訪問してしまった。	類似薬剤の保管場所を離して、特定の薬剤は、使用している患者名を記載した札をつけて保管することに変更し、薬局内連絡ノートで事例を報告周知しました。また定期的な薬局内勉強会でインシデント事例報告を取り入れて再発予防に努めました。	エレジエクト注シリンジ	生食注シリンジ「オーツカ」10mL	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
552	三物黄ごん湯を三黄しゃ心湯で入力。	同じ文字が入っている漢方の入力ミス。	漢方は名前が似てたり、難しいので注意してしっかり確認する。	ツムラ三物黄ごん湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ三黄瀉心湯エキス顆粒(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「薬剤取り換え」)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
553	定期の処方だったが、その中で2種類変更があった。処方箋が一般名で、テルミサルタン40mg、アムロジピン錠5mg配合錠と記載してあったが、最初のテルミサルタン40mgだけを見て入力してしまい、そのまま入力確定をして鑑査に回してしまい、鑑査時に誤りに気付いた。その後訂正をして、薬情や薬袋、手帳を正しいものに差し替えた。	入力時に記載されている一般名をしっかりと確認をせずに、入力してしまった。	処方箋は一般名で記載されているので、似た名前のは注意して、よく確認して入力すること。似た、一般名の薬はなるべく覚える。	テラムロ配合錠AP「DSEP」	テルミサルタン錠40mg「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
554	処方箋の記載は一般名でセフカペンピボキシル小児用細粒10%と記載されていた。前回の処方箋は、セフトレニピボキシル細粒10%だったが、一般名も類似しており、処方量も同じだったのでレセコンの前回Doの機能を用いて入力をした。薬品が変わっていることに気が付かず、そのまま確定して鑑査に回し、鑑査時に発覚。入力を訂正して、正しい薬情、手帳を出しなおした。	一般名もよく似ており、処方量も同じだったので、前回Do機能を用いて入力したこと。確認を怠ったこと。	一般名が類似している薬が多いため、落ち着いてよく見て入力をする。	セフカペンピボキシル塩酸塩小児用細粒10%「サワイ」	セフトレニピボキシル小児用細粒10%「サワイ」	確認を怠った		コンピュータシステム		ヒューマンエラー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	そんなに忙しくない時間帯だった。処方箋に湿布薬が追加になっており、そのことばかりに気を取られており、処方内容が変わっていることに気が付かず、前回Doで入力し、鑑査に回してしまった。鑑査時に発覚して、入力訂正。薬情、薬袋、手帳を正しいものに差し替えた。	一般名がアトルバスタチンとプラバスタチンで似ており、規格もどちらも10mgだった為、変更が気が付かなかった。処方箋をしっかりと確認していなかった。	焦って入力をしない。処方箋全体をよく見る。	アトルバスタチン錠10mg「トール」	プラバスタチンNa錠10mg「ケミア」	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
556	一般名処方、類似名のものを間違えて調剤する	勘違い、単純なミス	語尾まで確認する	セフトレニピボキシル錠100mg「サワイ」	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	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
557	ニコランジル錠5mg「サワイ」で調剤すべきところ、ニセルゴリン錠5mg「NP」で調剤してしまった。調剤監査で発覚。	名称類似、5mgが共通であるため、取り違えてしまった。	ニセルゴリンとニコランジルを間違える可能性があることを注意喚起する。	ニコランジル錠5mg「サワイ」	ニセルゴリン錠5mg「NP」	確認を怠った判断を誤った	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
558	ヘパリン類似物質ローション「ニプロ」で調剤しなければならないところ、ビーソフテンローションを誤って交付した。	同じジェネリック医薬品であるため、自己判断や思い込みにより調剤後の鑑査が不十分となった。		ヘパリン類似物質ローション0.3%「ニプロ」	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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
559	今まで「一般名」へパリン類似物質クリームをヒルドイドクリームででていたが個人の判断で患者の意見を聞かずにビーソフテンクリームで渡してしまった	処方他の薬で疑義照会して焦っていた	前回までに使用していた薬と相違ないか渡す前にもう一度確認してお渡し	ヒルドイドクリーム0.3%	ビーソフテンクリーム0.3%	確認を怠った判断を誤った	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
560	レミカットカプセル2mg処方の患者さんに、鑑査で見落として誤ってエメロミンカプセル2mgをお渡ししてしまった。その後、レミカットの在庫が多く、誤ってエメロミンカプセルを渡してしまったことに気付いた。患者さんに電話して内容確認してもらい、謝罪。すぐ自宅に伺い、謝罪と交換をした。残薬があり、まだ服用はしていなかった。	歩行困難な患者さんだったため、待合室の椅子にてそのまま投薬。混んでいたのと、投薬時薬を広げるスペースも限られていたため焦りがあった。	処方箋と、医薬品の照らし合わせを徹底すること。薬品名の似ているものは、薬歴に目立つようチェックをしたり、医薬品名を記入して再確認できるようにした。	レミカットカプセル2mg	エメロミンカプセル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
561	一般名処方での調剤にて、セフトレンピボキシル錠の処方ではマイアクトMSのところ、フロモックス錠でピッキング。	一般名が類似しているものの確認不足。フロモックスの処方が続いていた。作業手順の不履行。	確認をしっかり行うこと。	マイアクトMS錠100mg	フロモックス錠100mg	確認を怠った	知識が不足していた			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
562	本来メトホルミン塩酸塩錠250mg GL グリコラン をお渡しする所、メトホルミン塩酸塩錠250mg MT メトグルコで、過去3回お渡ししてしまっていた。今回Do処方として入力・調剤。投薬時にGLとMTの違いに気づき発覚となる。	GLとMTの違いを全スタッフが理解していなかった。	すぐに全スタッフに周知した。今回の医薬品に限らず、商品名や一般名が似ているものについては特に注意が必要な事を再度認識し、処方箋と医薬品を十分確認の上調剤するよう全体で徹底していく。	グリコラン錠250mg	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「ファイザー」		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
563	「オルメテックOD錠20mg」の処方に対し、調剤薬剤師が『オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」』を調剤。監査薬剤師が間違いに気づいた。	名称が類似。錠剤シートが類似。調剤棚の配置も近かった。	調剤棚の配置を変え、各薬剤の棚に「名称類似薬あり・注意!!」の見出しを付けた。	オルメテックOD錠20mg	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」			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
564	一般名「ロキソプロフェンNaテープ50mg(7×10cm温感)」の処方に対し、調剤薬剤師が『ロキソプロフェンNaテープ50mg「三和」』を調剤。監査薬剤師も間違いに気づかず、投薬時に患者家族より「いつもの外用剤と違う」との指摘を受けた。正しくは『ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg「タイホウ」』	一般名の名称類似:名称末尾の「温感」⇔「非温感」の違いのみで判断。	レセコン入力時に処方箋に鉛筆で「タイホウ」か「三和」かを書き込むこととした。	ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg「タイホウ」	ロキソプロフェンNaテープ50mg「三和」	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
565	一般名処方による薬剤の取り違いがあった。処方箋には 一般:テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠 と記載があったが、テルチア配合錠APサワイをピックアップした。別の薬剤師が鑑査し取り違いに気付いた。	一般:テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠(テラムロ配合錠AP)と、一般:テルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド配合錠(テルチア配合錠AP) は名称が似ているため取り違えてしまった。	一般名処方が多くなり、配合剤の一般名は特に名称が長いので、最後まで注意してよく確認するように再度薬局内で話し合った。	テラムロ配合錠AP「サワイ」	テルチア配合錠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
566	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「(一般名)デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏0.1% 15g、(一般名)ヘパリン類似物質軟膏0.3% 15g 混合指示」と記載があった。患者はジェネリック希望のため、薬剤師Aは(一般名)デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏をメインベート軟膏で調剤し鑑査に回した。鑑査に当たった薬剤師Bはメインベート軟膏とヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」は分離のため混合不可のため、先発品のメサデルム軟膏に変更するよう指示して再度鑑査を行った。メサデルム軟膏とヘパリン類似油性クリームはわずかにブリーディングするが週間冷暗所で保管可能である。	調剤した薬剤師Aは経験が浅く、軟膏の混合可否についてあまり気にせずに処方せん通りに調剤してしまった。	誰でも確認できるように混合可否についてまとめた表を活用し、わからないときには調べたり周囲に確認するように店舗内で話し合った。	メサデルム軟膏0.1%	メインベート軟膏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
567	一般名処方オルメサルタン口腔内崩壊錠20mgを一包化する際に先発品とジェネリック医薬品が同じ棚に存在していたため一緒にピックアップしてしまった。その後気付かず一包化してしまい監査の時に気が付いた。	調剤棚にオルメサルタン「DSEP」を戻す際に先発品の棚に入れてしまった。ヒートの外観もよく似ているため先発品と後発品が混合されていることに気が付かなかった。	後発品を調剤棚に、先発品を引き出しにしまうことにした。	オルメテックOD錠20mg	オルメサルタンOD錠20mg「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
568	(般)オルメサルタン口腔内崩壊錠10mgが処方されていたが、オルメサルタンOD錠10mg「トーフ」とグラクティブ錠50mgが混ざって調剤されていることに、鑑査の段階で気がつくことができ、患者に薬が渡らずに済んだ。	オルメサルタンOD錠10mg「トーフ」とグラクティブ錠50mgのPTPシートの外観が似ていたため、混ざっていることに気がつかずに調剤した。	取り間違い防止のため、PTPシートの外観が似ている医薬品は上下左右隣同士にならないように配置した。	オルメサルタンOD錠10mg「トーフ」	グラクティブ錠50mg	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
569	処方箋でスミルスチックと記載されていたが、外装の似ているスチックゼノールを調剤し、別の薬剤師も気づかず渡薬してしまった。	当薬局の勤務薬剤師ではなく、二人とも他店からの支援薬剤師であったため普段とは違う心理状況にあったかもしれないが、確認を怠ったことには違いない。○単純なミス○焦り○注意力散漫	他店への支援であってもきちんと確認するよう、社内教育を徹底する。	スミルスチック3%	スチックゼノールA	確認を怠った	技術・手技が未熟だった 通常とは異なる身体的条件下にあった	医薬品	ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
570	ジクロフェナクNaゲル1%「SN」を調剤するところを、ロキソプロフェンNaゲル1%「NP」で調剤。	同系統の薬であることと、名前似ていること、剤形、含有率が一緒のため勘違いして調剤した単純なミスである。	調剤棚に類似の名前ありなど注意喚起の札を取り付ける。	ジクロフェナクNaゲル1%「SN」	ロキソプロフェンNaゲル1%「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
571	2018年5月25日 薬剤師Aは桂皮加竜骨牡蠣湯を監査しようとしたところ、柴胡加竜骨牡蠣湯が調剤されていることに気が付いた。ただちに正しい薬剤を再調剤、監査し患者へ交付した。患者への実害なし。	・名称が類似していたため取り違えたと考えられる。取り違いを考慮して、薬剤棚は離れた場所にある。・業務が多忙であった。	・処方箋を確認する。	ツムラ桂枝加竜骨牡蠣湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ柴胡加竜骨牡蠣湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
572	ツムラ猪苓湯合四物湯(以下112番)を144包調剤すべきところ、うち42包がツムラ排膿散及湯(以下122番)になってしまっており、調剤監査の薬剤師も見落とし、投薬担当の薬剤師でミスに気づき直ちに交換した。	本来112番を備蓄しておくべき棚に1箱(42包)だけ122番を収納していたこと。調剤者及び監査者は思い込みで合っているものと考えた(外観が酷似しているため)○注意力散漫○作業手順の不履行	包数が多くてもすべての薬剤について、「名称」を確認するよう義務付ける(本件では112番と122番で番号も近く、末尾の数字が同じことから色も緑で同色だった)。また、それ以前の薬剤の収納についても同様に注意を促す	ツムラ猪苓湯合四物湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ排膿散及湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	医薬品施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
573	サラゾピリン錠500mgが処方されている所、サラゾスルファピリジン腸溶錠を取り間違えてしまった。バーコードによる監査システムによって間違いに気づくことができた。	サラゾピリン錠500mgとサラゾスルファピリジン腸溶錠500mgの見間違い、確認を怠ったため。	何科から処方箋が出ているかの確認や、サラゾピリン錠500mgとサラゾスルファピリジン腸溶錠500mgと似た名前の医薬品があることを意識しておく。	サラゾピリン錠500mg	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「CH」	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
574	調剤時薬品採取間違い	処方せんの見間違い	似た名称の薬があるものは注意し、さらに調剤後監査者に渡す前に自分で再度ダブルチェックする	ロサルタンカリウム錠25mg「NP」	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
575	調剤すべき先発薬に対してジェネリック医薬品で調剤	FAX処方せんで来ていたが、調剤しておらず来店により焦ってしまった。調剤前に別口で対応していたため、確認不足。シート、見た目が似ていることから見逃し。	声に出して読む。シートの見た目だけでなく、薬品名もしっかり読んで確認。	アーチスト錠2.5mg	カルベジロール錠2.5mg「JG」	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
576	一般名処方センナエキス錠80mg処方を見逃して、センノシド錠12mgを調剤してしまった。	一般名名称が類似していることと、繁忙時に一人調剤、一人監査になってしまったことが、原因。	調剤者、監査者を必ず別の者にするのと、mgまで確認することを徹底した。	ヨーデルS糖衣錠-80	センノシド錠12mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
577	調剤の際にスタデルム軟膏とゲンタマイシン軟膏の軟膏混合指示にて、スタデルム軟膏ではなくメサデルム軟膏をゲンタマイシン軟膏と混合した。軟膏壺の蓋には取り間違えた軟膏名のまま「メサデルム軟膏/ゲンタマイシン軟膏」と記載した。監査では気づかれず、投薬者が軟膏壺の蓋に記載されている医薬品と処方箋の医薬品名が異なることに気づき発覚した。	スタデルム軟膏メサデルム軟膏の名前が類似している。軟膏壺へ張り付けるシールは手書きであったため、監査者の確認もれは「スタ」と「メサ」のカタカナの書き方が雑だった場合に判読しにくかった可能性あり。○単純なミス○注意力散漫○処方せんの見間違い	全スタッフに医薬品名が類似しているものを再度周知し、調剤時及び監査時、投薬時に壺の印字をしっかりと確認する。調剤者が壺に貼り付けるシールは手書きではなく、プリンターで色分けもしてわかりやすく印字することに変更。	スタデルム軟膏5%	メサデルム軟膏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
578	処方箋は 変更可 ロドピン錠25mg 24日分 → 患者希望よりジェネリック変更している為、ロソピロンで長年調剤している患者に 処方日数の変更に取り扱われる等があり、先発品のロドピン錠を調剤、お渡ししてしまう。	調剤時:ロソピロン錠が成分名+「メーカー名」ではない為にジェネリックではない認識がある知識不足、名称が近い為、思い違いをするという単純なミスが考えられる監査時も同様に:名称が近い為、頭の文字のみで監査をした気になる作業手順の不履行があったと思われる。	調剤時には薬歴手帳等で前回などの処方や注意事項をしっかりと確認し、調剤するべきものを把握してから行う。監査時:見た目が似ているものをまとめ、見間違いしやすいものを認識して業務にあたる。	ロソピロン錠25mg	ロドピン錠25mg	確認を怠った 判断を誤った	知識が不足していた 技術・手技が未熟だった		教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
579	予製を作る際にオルメテックOD錠10mgが在庫が足らなかったが、パソコン上ではまだ在庫があることになっていたので、他の人の予製を探してみたところオルメサルタンOD錠10mgの処方のところオルメテックOD錠10mgになっていたため取り間違いに気が付いた。	○単純なミス	作業を途中でやめないこと。また、違う人に引き継ぐときはメモ書きを残しておくなどわかり易いようにしておく。PTPシートや箱が似ているため意識をしてよく確認をする必要がある。	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	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
580	一般名処方において、ロスバスタチン錠2.5mg処方のところ、ロサルタンカリウム25mgを誤ってピッキング。監査時に発覚。	類似名によるヒヤリハットだが、保管位置も近く、思い込みにより誤った薬剤をピッキング	両薬剤の保管場所の移動および類似名ある旨の表記を薬品棚に設置	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」	ロサルタンカリウム錠50mg「サワイ」	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
581	一般名処方の記載確認誤りによるコンピューターへの入力誤り	処方箋の見間違い	今回の薬剤については特に誤りに注意が必要だったが、一般名処方については最初から最後の文字までしっかりと確認するように各職員に徹底させる。	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 記録などに不備があった	知識が不足していた			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
582	一般名処方であり、知識不足から違う薬剤をピッキング。	一般名の知識不足。	一般名処方では似ている名称も多く間違えやすい事を肝に銘じる。	リドメックスコーワローション	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「薬剤取り違い」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
583	薬剤師Aはペポタスチンの監査を行っていた。その際、ペポタスチンの中にロラタジンが混じっていることに気が付いた。正しい薬剤で再度調剤し、監査を行った。患者への実害はなかった。	・多忙であった。・ペポタスチンとロラタジンの外観が類似しており、隣どうしに置いてあった。	・ペポタスチンとロラタジンの棚の位置を変更した。	ペポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ロラタジンOD錠10mg「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
584	カナグル錠28日分が処方されていたところ、28錠のうち2錠のみ、グラクティブ錠が混入していた。患者が気づき、飲まずに次回来院日に薬局に持参してくれたことで発覚した。予備の薬もなかったため、来院日の前日と来院日の2日間は、カナグルを服用できなかった。	カナグル錠とグラクティブ錠は、錠剤の形は似ていないが、シートの裏面は白地と銀色に緑の文字という点で類似しており、2錠だけを裏にして輪ゴムで止めていたと思われるため、監査時も気づかなかったと推察される。また、錠剤棚の位置も、同じ列の2段違いで配列されていたため、取り間違いもしくは、調剤時以前の戻し間違いの可能性も考えられる。○単純なミス	取り間違いや戻し間違い防止のため、カナグルとグラクティブの錠剤棚の位置を離れた。監査時には、シートの文字と規格までしっかり確認することを再度徹底する。	カナグル錠100mg	グラクティブ錠50mg	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
585	処方せんに記載されていたのはツムラ19の小青竜湯であったが、ツムラ29の麦門冬湯をピックアップしてしまった。調剤監査時に監査者が間違っていることに気づいたためそこで間違ったまま渡すことはなかった。	繁忙期で風邪の症状の際にツムラ19・29はそれぞれ処方されることも多く、またツムラの番号が1の位が同じ9でおかつ色もピンク色で同じであるので名前も違っても色や数字が似ているところから取り間違えてしまったものと思われる。	番号だけで見るのではなく名前もきちんと確認した上で調剤する。	ツムラ小青竜湯エキス顆粒	ツムラ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	教育・訓練	ヒューマンエラー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	ディレグラ配合錠を調剤すべきところをトラムセット配合錠を調剤。監査者が間違いに気づく。	錠剤の大きさや形が類似しているため。	今回のミスを全薬剤師に周知した。在庫の位置を離れた。	ディレグラ配合錠	トラムセット配合錠	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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
587	【正】【般】クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%で入力し、キンダベート軟膏0.05%を調剤【誤】【般】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%で誤って入力し、デルモベート軟膏0.05%を調剤	4/〇〇の入力時、4文字入力を実施。【般】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%と【般】クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%の一般名が画面上表示されていたが、確認不十分なまま画面一番上に表示されている【般】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%を誤って選択し入力を終えた。その後、初期監査時、一般名処方が入力されているかの照合が実施されておらず、薬品名のみ調剤指示書のチェックが入っていた。最終鑑査時においても、一般名処方が入力されているかの確認が不十分であり、調剤指示書に記載されたデルモベート軟膏で薬剤鑑査を終えた。翌日、原本残置の服薬指導時に乳児の顔へデルモベート軟膏の使用は強いとの違和感を感じていたが、処方せん・調剤指示書の確認が不十分であり薬剤交付を終えた。	入力時、処方せん記載の一般名全ての文字列を確認してから、薬品名を4文字以上入力し、画面を指差し確認し正しい一般名を選択する。初期監査時、処方せん記載の一般名全ての文字列の確認を行ってから、調剤指示書の一般名入力箇所を入力照合を行う。最終鑑査時、処方せん記載の一般名全ての文字列の確認を行ってから、調剤指示書の一般名入力箇所を確認し薬剤鑑査を行う。薬剤交付時、原本残置・FAX残置の場合であっても処方せん記載の一般名全ての文字列の確認を行ってから、服薬指導を行う。似た名称の薬品名・一般名について、薬剤師・事務に情報共有し、知識を深めヒューマンエラーを防止する。	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	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
588	一般名オルメサルタンOD20mgで処方された。当薬を出すべきところを間違えて先発品オルメサルタンOD20mgでお出した。投薬時に気が付き交換した。	両薬の名前と包装が類似していたこと、及び確認ミス。	両薬の保管場所の配置換えと確認徹底を担当薬剤師に命じた。	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	オルメテックOD錠20mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラー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	【正】エイゾプト2本【誤】コソプト点眼液 2本	同じ引き出しに保管されており、どちらもバーコードの読み取りログは残っていた。そのためPDAは使用していたが、はじかれてしまったほうを拾ってしまったと考えられる。	類似薬品であるため、棚移動し視覚による思い込みを起こさないよう対策を立てた PDAの使用について、はじかれたときの理由の検証を都度行い、必ず自己解決するようにした。	エイゾプト懸濁性点眼液 1%	コソプト配合点眼液	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
590	ニセルゴリン錠のところ違う薬ニコランジル錠をお渡ししてしまった	調剤者の思い込みで通常出る頻度の高い、ニコランジルを調剤してしまった。鑑査者も鑑査もれで見逃してしまった	ニコランジルとニセルゴリンが同じ引き出しで隣に在庫していたため、注意喚起のため別に移した。薬歴簿にも、類似品あるため注意喚起を促す警告標記した	ニセルゴリン錠5mg「サワイ」	ニコランジル錠5mg「サワイ」	確認を怠った	その他	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
591	カルボシステインDS50%、ムコサルDS1.5%を計量混合、分包した。W監査で計量した医薬品を確認したところ、カルボシステインDSではなくクラリスロマイシンDSの瓶が置いてあった為、取り間違えに気づくことができた。	カルボシステインDSと、クラリスロマイシンDSの置き場所が近かった(隣)。同じメーカーでデザインも類似していた。○注意力散漫	・置き場所を離す・散剤や水剤は、計量混合前に、秤量するものを他者に監査してもらう。	カルボシステインDS50%「タカタ」	クラリスロマイシンDS小児用10%「タカタ」	確認を怠った	その他		その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
592	一般名処方のオルメサルタン40mgのところ見間違えてテルミサルタン40mgをピックアップしてしまった。監査役の別の薬剤師が気が付き、投薬前に差し替えました。	名称が似ている、mg数が同じ、メーカー名が同じであった。繁忙時間で急ぎ良く確認せずピックアップした結果、見間違えてしまいました。	似ている名称が存在するにもかかわらず、慌ててピックアップしてしまった。急いでいてもピックアップした後、もう一度確認する事を怠らない。	オルメサルタンOD錠40mg「DSEP」	テルミサルタン錠40mg「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
593	後発医薬品希望の患者さんに、モサブリド錠5mgを調剤しようとしたところ、実際に調剤されていたのはガスモチン錠5mgだった。交付前の監査で間違いが判明し、調剤者と確認したところ、モサブリド錠5mgの調剤棚にガスモチン錠5mgが入っていたことが判明した。	先発医薬品と後発医薬品の外観が非常に似ていた事。棚に間違った医薬品が入っている可能性を考えていなかった事。	薬を棚に戻す時や調剤する時に、棚の名称と医薬品の名称が同じであることを確認する。	モサブリドクエン酸塩錠5mg「NP」	ガスモチン錠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
594	一般名で「ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏0.05%」の処方だったが、一般名「ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏」のリンデロンDP軟膏を誤って調剤しそうになった。処方入力の待機中に再度確認して誤りに気づき、正しく「アンテベート軟膏0.05%」を調剤した。	注意力散漫	一般名は類似した医薬品が多いため、スタッフ間で再度注意喚起を行った。	アンテベート軟膏0.05%	リンデロンDP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
595	アンフラベートクリームを調剤したところ、パソコン上の数量と実際の数量が違って発覚。3月末に棚卸をしていたので、4~5月までに処方されていた患者を確認したところ、違って数と同数が処方されていた患者は一人だった。該当患者にすぐに電話したところ、アンフラベートクリームでお渡しするところ、アンテベートクリームでお渡ししていた。処方せんを確認したところ、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クリームの記載だった。	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クリームの記載だった。先発品も後発品どちらも名前も類似し、外観もほぼ同じだったので、注意力散漫だったと考えられる。	アンテベートクリーム、アンフラベートクリームの調剤時には、ダブルチェックをすることにし、最低でも二人で確認することにした。	アンフラベート0.05%クリーム	アンテベートクリーム0.05%	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラー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	「一般名」でロキシシロマイシン錠150mgが処方され、次の患者が待っていたので気持ち焦り、ヒートの色調が類似して間違えて取り揃えられたロラタジン錠10mg「サワイ」の錠数のみ確認して投薬してしまった。	ヒートの色調が類似して間違えて取り揃えられたロラタジン錠10mg「サワイ」の錠数のみ確認して投薬してしまった。注意力散漫であった。	処方箋、調剤録、取り揃えた医薬品の名称、規格、メーカー名を監査時にチェック、記載を徹底する。	ロキシシロマイシン錠150mg「ファイザー」	ロラタジン錠10mg「サワイ」	確認を怠った	通常とは異なる心理的条件下にあった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
597	リリカOD25を間違えてトラマールOD25で渡してしまった薬局が混雑していて、確認を怠ってしまった後日、家族が気付いて、持参し、交換しました	インフルエンザ流行時期で薬局が込み合っていたのもあり、いつもは薬剤師と事務員で確認しあっているのだが、確認を怠ったOD錠で25mgで類似していたものもある	いくら繁忙期でもみんなで薬と数量を確認しあうことを、あらためて確認しあいましたうちの薬局は連絡ノートを使用していて、何かあったら、ささいなことでも書くようにしています	リリカ25	トラマール25	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
598	薬剤師Aが一包化の予製を作成するときに、カムシア配合錠HD「あすか」のところ、カデチア配合錠HD「あすか」を取ってしまい、そのまま気づかず一包化を作ってしまった。薬剤師Bが監査の時に気がついて患者へ渡す前に作り直すことが出来た。	薬品名が酷似しているためうっかり取り違えてしまった。集中力に欠けていた。○注意力散漫	カムシア、カデチア両方の箱に「類似名注意！！」の札をつけて注意喚起した。	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	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
599	処方内容がATP腸溶錠20mg「第一三共」(先発品)であり患者自身も先発品を希望していたにも関わらず、調剤者である薬剤師Aが名称の類似よりATP腸溶錠20mg「日医工」(後発品)と思い込み調剤し、監査者の薬剤師Bも気付かず監査を通してしまった。患者様が後から取りに来るとの事で投薬待ちの状態のまま置かれていた時に、在庫管理をしていた薬剤師Cが先発品と後発品の在庫の残数に違和感を覚え確認したところ発覚した。	後発品と名称が類似している先発品がある事を周知徹底していなかった。	名称類似等、調剤、監査時に気を付ける薬品の再確認及び、処方箋内容の薬歴入力時に注意喚起を促すメッセージを表示するように設定した。	ATP腸溶錠20mg「第一三共」	ATP腸溶錠20mg「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
600	オルメテックOD錠40mgと記載の処方、患者様ジェネリック希望のため、オルメサルタンOD錠40mg「DSEP」を調剤すべきところを、先発医薬品のまま調剤した。レセコンへの入力にオルメサルタンOD錠40mg「DSEP」で行った。在庫が合わないために、調剤前の写真を確認したところ、調剤ミスに気付いて、患者様に謝罪・薬を取り換えた。	患者様本人でなく代理の方だった薬剤師と代理薬局の方が一緒に確認したが、オーソライズドジェネリックでPTP包装が先発品ととても似ているため、また名称も似ているため気づかずにそのままお渡ししてしまった。	ジェネリックメーカーに先発品と外見が似すぎているものは包装の変更をお願いする薬局では薬棚を離す、処方箋に記載されている銘柄とは違う医薬品を調剤する必要もある為、薬歴、薬袋等を十分確認する。	オルメサルタンOD錠40mg「DSEP」	オルメテックOD錠40mg	確認を怠った		医薬品	仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
601	【般】カンデサルタン錠4mgとの記載でプロプレス錠4mgを調剤すべきところカルデナリン錠4mgを調剤した。鑑査前に当事者が気づきプロプレス錠4mgを調剤し直し鑑査後お渡した。	一般名処方先発医薬品とジェネリック医薬品名が類似しており読み違い、取り違えてしまった	一般名処方時、先発医薬品名・ジェネリック医薬品名の似た名前の薬に注意する。	プロプレス錠4	カルデナリン錠4mg	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
602	一般名処方でリンデロンV軟膏(=【般】ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏)が処方されていたが、誤ってアンテベート軟膏(=【般】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。監査者が気づき、正しく渡すことはできた。	一般名処方の頭の部分が同じであり、処方量の多いアンテベート軟膏だと思い込んでしまった。	一度調剤した後に再度、薬剤に記載の一般名と処方箋記載事項を照らし合わせる。	リンデロンV軟膏0.12%	アンテベート軟膏0.05%	確認を怠った			その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
603	アジスロマイシン小児用錠100mg「タカタ」4錠 分1朝食後 3日分のところ、間違えてクラリスロマイシン錠50mg小児用「TCK」を12錠で調剤。別の鑑査者に間違いを指摘され、正しいもので患者様にお渡し。	○作業手順の不履行:調剤前に処方鑑査を実施していなかった。また、調剤後に処方箋と薬を照らし合わせて確認を行わなかった。 知識不足:クラリスロマイシンを分1で調剤する場合は限られているが、基本の用法用量を把握していなかった(新人のため)。	業務手順として、調剤前の処方鑑査、および調剤後の処方箋と薬の照らし合わせを徹底する。似たような薬の違いを学習する。	アジスロマイシン小児用錠100mg「タカタ」	クラリスロマイシン錠50小児用「TCK」	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
604	一般名処方のヘパリン類似物質クリーム0.3%処方あり。よく処方される油性クリームと取り間違え。	○処方せんの見間違い一般名処方の名称をきちんと最後まで見ていなかった。	処方箋を最後までしっかりと読む、声出する。規格、剤形までしっかりと確認する。先発とジェネリックの把握もする。	ヘパリン類似物質クリーム0.3%「YD」	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「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
605	前々回までアタラックス-P(25)が一般名にて処方されており、前回からアタラックス錠(25)に変更になったが、それに気づかず交付。今回、同処方がありそこで交付間違いに気づいた。	DO処方であるとの思い込みと、一般名処方での区別が付きにくい医薬品であったため	近似名称薬剤であるとの知識と着眼点を持って入力・調剤・鑑査を実施する。	アタラックス錠25mg	アタラックス-Pカプセル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	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
606	処方箋上には「ストロカイン錠5mg」が記載されていて、以前より処方されているものであった。調剤を担当した薬剤師Aが処方箋を読み間違えて「スルカイン錠100mg」を調剤。(スルカイン錠5mgとストロカイン錠100mgは調剤棚の同じ引出しの似た位置に入っている)鑑査を担当した薬剤師Bが間違いを発見。投薬には至らなかった。			ストロカイン錠5mg	スルカイン錠100mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
607	疑義照会にてツムラ112 14日分→ツムラ112 28日分へと変更となった。その際追加の14日分のピッキングにおいてツムラ122を取り違えてしまった。同日、棚のツムラ122の箱の中にツムラ112が混ざっており、在庫チェックしたところ事例が発覚した。ピッキングでの取り違いと、棚に戻す際の間違いが同時に生じた事例であった。	・疑義照会後の追加にてダブルチェックが正しく行えていなかった・類似した見た目によるピッキングミス	・漢方は見た目の類似が多いことを再認識し、ピッキング・監査の際には注意する。・ダブルチェックを徹底する。	ツムラ猪苓湯合四物湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ排膿散及湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った判断を誤った	勤務状況が繁忙だった通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
608	ヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」の処方に対し、ビーソフテッククリームを調剤してしまった。	処方せんの見間違いであり、後発品はビーソフテンという名前という意識がとれなかったのと、クリームという表記だけが目に入ったものと思われた。	基材の違いによる剤形の特性の違いを再確認するよう周知する。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ビーソフテッククリーム0.3%	確認を怠った	知識が不足していた			ヒューマンエラー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	一包化中、患者にミオリラクが処方されているところ、誤ってミオナールが1錠ほど分包されていた。監査時に発見。ミオナールはヒートの状態ではなく小袋に入れられた状態でミオリラクの棚に戻されていたと考えられ、それを使用したのだと思われる。	類似名称のため、ミオリラクとミオナール見誤ったと考えられる。	ミオリラクとミオナールの棚の所に名称注意などを記載する。調剤時に名称が似ているものは処方箋の医薬品名に○をつけるなどを行う。	ミオリラク錠50mg	ミオナール錠50mg	確認を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	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
610	オルメテックOD錠10mgの薬品棚に、オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」が10錠(1シート)混入していた。オルメテックOD錠10mg全量90錠で調剤を行うはずが、90錠のうち10錠(1シート)のみオルメサルタンOD錠10mgが混ざっていることが最終監査で発見された。投薬には至らなかった。	「オルメテックOD錠10mg」と、そのオーソライズドジェネリックである「オルメサルタンOD錠10mg」のシートのデザインが大変似ており、薬品棚に戻す際に間違えられたものと考えられる。大変似たデザイン、名前であることを意識しており、薬局内の薬品棚を離す工夫をしていたが、工夫している為に安心していただけか疑うことが出来なかった。○単純なミス	定期的に、これらの薬品棚の在庫数を確認する。今回の事例を周知し、外観が似ている薬剤について、調剤時・監査時にしっかり確認する。	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		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
611	一般名処方でクロベタゾン酪酸エステルと記載があり、入力でデルモベートの一般名であるクロベタゾールプロピオン酸エステルで入力してあった。薬剤師は調剤時にポリムスでデルモベートをピックアップしたため気づかず、監査をした薬剤師も気づくことができなかった。投薬した薬剤師が投薬中にデルモベートは顔に塗らないということに気づき疑義照会を行ったところ、デルモベートではなくキンダベートを処方したはずであると医師から返答があり、一般名を見誤っていたことに気づいた。	ポリムスに頼っていて、処方箋の記載を見ながらピックアップを行っていた。一般名が類似しており、特に忙しい時間帯であったため入力間違いしやすい状況であった。監査者の経験不足により、デルモベートが通常顔に使用しない軟膏であることに気づけなかった。	処方箋の一般名を確認して調剤をする。間違いやすい薬剤を一覧表などにまとめておく。	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	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラー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	ジフェニドールを調剤しなければいけないところを、ジピリダモール錠をピックアップ。前後半名称類似+「韻」の響きが似ているための調剤ミス			ジフェニドール塩酸塩錠25mg	ジピリダモール錠	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
613	一般名処方で「ベタヒスチン」が処方され、誤ってベポタスチンをピックアップした	どちらも、処方頻度の少ない薬で、一般名称が似ている薬という認識が欠けていた。	類似名称薬として、周知を徹底する	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5mg「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
614	処方記載:(一般名)ニルバジピン錠2mgのところ、ベニジピン塩酸塩錠2mg「日医工」でピックアップ。調剤監査にて間違いに気づき、患者の手元に渡すことはなかった。	・同じ引き出しに並んでいたこと。・包装箱が似ている。・規格が一緒。・同じ製薬会社を採用。以上の理由にて見間違いが起こった。○処方せんの見間違い	包装箱に使用患者名を記載した。引き出しの配置を変更した。	ニルバジピン錠2mg「日医工」	ベニジピン塩酸塩錠2mg「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
615	ノイロトリン錠のところ、ノイロピタン配合錠を調剤してしまった。鑑査時に、気が付いた。	○処方せんの見間違い	名前が似ているため、調剤棚の配置を離す。名称にラインを引いて、注意を促す。	ノイロトリン錠4単位	ノイロピタン配合錠	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
616	6/00AM 先発希望でアムロジンOD錠5mgだが、アムロジピンOD錠5mg「明治」(後発品)でお渡ししてしまった。患者様が帰られて薬歴を書いている時に薬歴の掲示板に書いてある「先発品希望」の文字に気づき、ミスが発覚。そのあと何度か患者様のご自宅へ電話するも繋がらず、やっとPMIに繋がった。念の為、中身を確認してもらおうと、やはり後発品をお渡ししていた。	入力チェック時、処方箋へ転記する時に先発品のところ、後発品で転記してしまった。思い込みで後発品名称を転記してしまった。先発名と後発名で名前が類似しており、当薬局では大半が後発でお渡ししている。○作業手順の不履行	薬歴の掲示板等の情報を活用する。入力チェック時、最終監査時は特に見るようにする。転記時は入力情報をそのまま転記する。	アムロジンOD錠5mg	アムロジピンOD錠5mg「明治」	確認を怠った	その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
617	Rp.ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」《タリオン》2錠 1回1錠(1日2錠) 1日2回朝夕食後 42日分ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」を84錠投薬しなければいけないところ、ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工」を間違えて投薬してしまった。	薬の名称類似で、発売当初から注意喚起していたが、疲れが出てくる時間帯で、患者さんも多く、処方内容の複雑な調剤業務が多かった。注意力散漫になっていた。	・薬品棚に目立つよう、注意喚起の張り紙をした(棚より飛び出させた)・鑑査をできる限り、複数回するようにした	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工」	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
618	同じイメージの薬だったため、調剤ミス	同じ引出内の近くにある。似た名前のため間違えた。	箱に札をつけて、ベポタスチンとベタセレミンは違う薬だと警告。また自己監査を徹底するよう本人に指導した。	ベポタスチン10mg	ベタヒスチン6mg	確認を怠った				ヒューマンエラー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	監査時に正しくはオルメサルタンのところ、先発品のオルメテックで調剤されているのを発見。調剤者はGEをピックアップしたと回答。棚を確認したところGEの棚にオルメテックが充填されていた。	当店のオルメサルタンはオルメテックのAGを採用しており、外見がほぼ同じになっている為充填ミスが起こった。	AGはどの薬も酷似しているため、常に気をつけるようにミーティングで確認する。	オルメサルタンOD10mg	オルメテックOD10mg	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
620	薬効類似点眼薬の取り間違い。	不十分な確認。休み明けの混雑。	十分な確認。混雑時の対応。	プロラノン点眼液0.1%	フルオメソロン0.02%点眼液	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
621	6剤処方されている処方箋のうち、グリミクロンの先発の記載があったが後発に変更していた。調剤録を確認せずピックアップしたため、薬剤師が別物の後発品をピックアップしてしまった。物の確認にあたった事務が、グリクラジドではなく、グリベンクラミドが調剤されていることに気づき、調剤した薬剤師に間違いを伝えた。グリクラジドを正しく調剤し、再度、監査した。監査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	グリベンクラミドとグリクラジドは棚が同じで、名称も似ていたため間違えた。また、患者が来局した時間は店内が混んでいて、薬剤師も1人でピックアップから監査までしていたため、焦りがあった。	調剤録またはお薬手帳のシールを確認し、後発に変更するときは自分の記憶を頼らず、印刷物で確認する。	グリミクロンHA20	グリベンクラミド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

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
622	カルボシステインシロップ用50%とプラナルカストシロップ用10%の取り間違いカルボシステインシロップ用50%調剤後10包中1包に異物混入があることに気が付いた。その後、異物混入した包を除き、1包をほぐして1日分である2包分を新しく調剤しなおせばよかったが、誤ってすべてほぐしてしまい、慌ててしまった。鑑査のため、秤の隣に置いてあったカルボシステインシロップ用50%を取ろうとしたとき、前に調剤され秤の隣に並んであったプラナルカストシロップ用10%を取ってしまった。容器が似ており、自分が出したものだと思い薬剤名の確認を怠ってしまった。医薬品同士が白色で似ており混ざりあってしまった。改めてカルボシステインシロップ用10%で調剤しなおしたが、混ざり合ったものが隣にあったことで、どちらを量っていたか分からない状態になっていた。最終的に量り途中の医薬品すべてを破棄し、新たに調剤しなおした。	異物混入後、調剤しなおす際ミスをしたことで慌ててしまい、医薬品名の確認を怠ったこと。○焦り前にプラナルカストシロップ用10%が調剤されていることに気が付いていなかったこと。○注意力散漫	医薬品名の確認は慌てていても必ず行うようにする。先に調剤する処方方は左側の秤で量り、調剤し終わった医薬品は左側に置くという決められたルールを守る。異物混入後など、調剤しなおすことが必要になった際、誰かに声掛けし医薬品が揃っているかダブルチェックを行う。	カルボシステインシロップ用50%	プラナルカストシロップ用10%	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
623	サイボクトウ処方のところ、サイレイトウを調剤。監査の薬剤師がすぐに間違いに気づき、再調剤し、交付。	細かい部分の確認を怠った。処方せんには、漢方薬の番号の記載はなかった。	漢方薬は名前の類似が多いことを認識し、一字ずつ指差し確認する。	サイボクトウ	サイレイトウ	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
624	処方箋には一般名でセフカペンピボキシル塩酸塩錠100mgとの記載があったが、普段セフジトレンピボキシル錠のほうが多く調剤している為、勘違いをしセフジトレンピボキシル錠を調剤してしまった。服薬指導前の検薬で服薬指導担当の薬剤師が気付く、正しい薬剤に変更したため、患者のもとに間違った薬が渡されることはなかった。	処方箋の内容をしっかりと確認していなかったことが要因。○処方せんの見間違い	処方箋の内容をしっかりと確認すること、薬品棚に目立つよう「類似名称あり」と書いて注意喚起する	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	医薬品	その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
625	一般名:耐性乳酸菌0.6%(ピオフェルミンR散)に対し、一般名:耐性乳酸菌1.8%(レベニン散)を調剤。一般名の%表示がいつもと異なることに別の薬剤師が気づき、調剤をやり直した。薬局内で採用されていたのはレベニン散のみで、処方箋入力時に採用品目としてレベニン散のみが表示されていたため、入力も誤っていた。	薬局で採用されていたのが耐性乳酸菌1.8%であった。%によって薬品が全く異なることに気づかなかった。	一般名によっては、%や記号だけで見分ける必要があるものもある、ということに対する知識が不足していた。名称を部分ではなく全体で見るように、確認を怠らないようにスタッフ間で周知。特に採用していない薬が出た場合、採用品との名称が似ていると細かな違いに気づかない可能性があるため、注意が必要であるとの認識を持つことを確認。	ピオフェルミンR散	レベニン散	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
626	アザルフィジンEN錠500mgの処方に対し、GE変更の際、誤ってサラゾスルファピリジン錠500mgを手にとった。	「腸溶錠」が付くか付かないかだけの類似医薬品名だったため手に取ってしまったという、単純なミスだった。	サラゾスルファピリジン錠とサラゾスルファピリジン腸溶錠を離れて配置し、今後注意して調剤するようスタッフ全員で再確認をした。	アザルフィジンEN錠500mg	サラゾスルファピリジン錠500mg「JG」	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
627	メグルコ250mg 3錠 35日分の処方箋で鑑査時にメグルコ250mg105錠のところメホルミン250mg三和が10錠混入していた。理論値と実数を確認したところ一致していたので他の患者には投薬していないことがわかった。	調剤ミスをしたときは誤った薬剤は戻しボックスに一旦入れて戻すときは確認するというルールを設けていたが怠ってしまった。	ルールを守る。類似薬品ありと注意分をカセットに貼付した。	メグルコ錠250mg	メホルミン塩酸塩錠250mgMT「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
628	似た名称の別の薬と取り間違えた。	処方せんの見間違い	棚に確認を促す工夫をする。	ミチグリニドCa・OD錠5mg「三和」	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
629	ツムラ半夏瀉心湯を間違えてツムラ半夏厚朴湯でお渡し	名称が類似していたのと、半夏瀉心湯の在庫がなかったため調剤・鑑査時に気づかずお渡し。また、薬効も類似していたため主訴より気づくこともできず。○処方せんの見間違い○注意力散漫	漢方薬は名前が類似しているものも多いのでしっかりと処方せんと照らし合わせて鑑査を注意深く行う。	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った				ヒューマンエラー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	アスパラCAとウラリット配合錠の取り間違い投薬後 指摘があり取り違い発覚	調剤台の上段 同じ列にあり 箱外装とPTPの形状が似ている60錠の処方箋で調剤後束ねてからの確認を怠った鑑査中にお薬相談があり集中力欠いた常連の患者で細かい鑑査を怠った注意力散漫	調剤台の薬品のラベルに 注意喚起のラベルをはり取違注意と記載した患者の薬歴伝言欄に記載一層の鑑査確認の徹底	アスパラCA錠200	ウラリット配合錠	確認を怠った	その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
631	ミコンビBPからのジェネリック調剤において、テルチアBPと所をテラムロBPにて調剤し投薬。長期にすでに服用されている患者さんのため、本人が気づいて後日来店にて交換し謝罪した。	名前が似ているので注意するように日頃から情報共有していたつもりだったが、実際ミスが起きてしまった。注意力散漫が影響。	薬歴や薬棚への注意喚起徹底する。	テルチア配合錠BP「DS EP」	テラムロ配合錠BP「DSE P」	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
632	一般名処方において[般]デキサメタゾン液0.1%との記載だった。一般名においてデキサメタゾン外用液0.1%とデキサメタゾンプロピオン酸エステル外用液0.1%の2種類があるが、処方箋の入力時および監査者も後者のデキサメタゾンプロピオン酸エステル外用液0.1%に対応するメインベートルーシオン0.1%だと思い、入力および調剤のインシデントが発生した。	一般名に2種類の似たような名前があるのがわからなかったという知識不足と、もとのレセコンのマスタに、処方箋記載の一般名デキサメタゾン液0.1%というマスタが無く、判断を確認後の調剤を誤った。	一般名とそれに対応する商品名をすぐに確認できるように、監査台に対応表の一覧を配置。レセコンは処方箋と同じ一般名となるように、注意のアラートができるように設定。	デキサメサゾンローション0.1%「イワキ」	メインベートルーシオン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		ヒューマンエラー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	ツムラ小建中湯が処方されていたが、ツムラ小青竜湯で調剤され、そのまま患者に交付。服薬指導はツムラ小建中湯で説明。患者家族より服用前に説明されたものと違うものが入っていると連絡があり発覚。	医薬品の包装や薬品名が似ている事と忙しい時間帯で注意力が散漫になっていた。	包装で判断せず、しっかり薬品名を確認する。	ツムラ小建中湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラー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	ウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」の記載がある処方箋を受け付けた。調剤時に誤ってアロプリノール錠100mg「サワイ」を調剤してしまった。	ヒートのデザインが似ているために取り間違えた。〇処方せんの見間違い〇単純なミス	調剤するときにデザインではなくて医薬品名に必ず注目するようにする。	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		医薬品		ヒューマンエラー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	1包化指示の処方方でオルメサルタンOD(20)「DSEP」28日分のところ、オルメテックOD(20)8日分が混ざって調剤されていた。薬品は手まき調剤であったが、気づかず調剤し監査時に気がついた。	分包機を使用し、手まきで調剤を行っていたが、その際ヒートの色や形がそっくりで気がつかずに調剤したと思われる。また、オルメサルタンODの棚にオルメテックODが間違えて戻されていた可能性がある。	1包化を行う際も薬剤をよく確認する。また、薬品を棚に戻すときも複数人で確認して戻す。オルメサルタンOD「DSEP」とオルメテックODはヒートの色や形が大変似ているため調剤時よく注意をする。	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	オルメテックOD錠20mg	確認を怠った	その他			ヒューマンエラー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	類似薬効薬の薬品の取り違い	繁忙期で薬品棚の上下を取り違い、用法容量にもぎもんを抱かなかったピッキングアシストシステムを完了させていなかった〇注意力散漫〇作業手順の不履行	ピッキングアシストシステムは必ず完了させ、投薬時にも再度薬品を確認し読み上げながら投薬する。	スイニー錠100mg	エクア錠50mg	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
637	オルメサルタンOD錠20mg「ニプロ」でピッキングするところ、先発のオルメテックOD錠20mgでピッキングしてしまった。	「オルメ」までしか見ておらず、注意力散漫により間違えた薬品をピッキング。PTPデザインも類似しているため、ピッキング者は気づけなかった。		オルメサルタンOD錠20mg「ニプロ」	オルメテックOD錠20mg	確認を怠った	知識が不足していた			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果	
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他		
638	ヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」200gの調剤において、チューブ(25g/本)4本+ツボ(100g/個)1個でお渡し希望の患者が来局。調剤時に、ヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」のチューブ(25g/本)4本+ヒルドイドソフト軟膏のツボ(100g/個)1個で取りそえを行った。監査システム(アテルノ)にバーコードを読み込ませる際、ヒルドイドソフト軟膏のツボ(100g/個)のバーコードを読み込ませたところ、調剤間違いのエラーが上がった。	今回は、監査システムに「ヒルドイドソフト軟膏のツボ(100g/個)のバーコードを読み込ませたので調剤間違いのエラーが上がったが、もしヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」のチューブ(25g/本)のバーコードを読み込ませていたら、そのまま調剤過誤へ繋がる可能性が高い事例と思われる。調剤者は入社2週間と経験が浅く、思い込みで調剤を行った。また、ヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」とヒルドイドソフト軟膏のツボ(100g/個)は、フタがピンク・容器が白と外観の配色も類似しており、確認を怠ってしまったことが要因と考えられる。	取り揃え後の再確認を徹底する。今回は外用薬であったが、内服薬の場合は、(100錠などの)1箱+端数の錠剤で取りそえる場合など、箱と端数の錠剤が一致している事をしっかりと確認することが重要である。	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	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	
639	風邪薬処方の中で「一般名」レバミピドが処方されていた。患者は以前先発品を希望されていたため、一旦4TDでムコスタ錠を投薬。投薬後、患者からすべての薬を5TDにして欲しいと要望される。医師に確認後5TDとなり、その場で4TDから5TDに日数変更。2錠を戻し5錠を新しく準備した際に、5錠分を「一般名」レバミピド「オーツカ」で調剤し、交付。	患者の体調悪く、早く帰宅したがっていたため、早く処理しなければとの思いがあった。そのため、確認を怠ってしまったと思われる。レバミピド錠のGE採用品が「トーフ」から「オーツカ」に変更になったばかりで、以前までの「トーフ」では色調が大きく異なっていたため、判別しやすかったが、「オーツカ」の方はムコスタと見た目が酷似しており、とっさに判別できなかったと思われる。○焦り○単純なミス	棚を入れ替え、両剤が一度に視界に入るようにし、一旦確認できるようにした。	ムコスタ錠100	レバミピド錠100mg「オーツカ」	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
640	患者家族が処方せんをもって来局した。処方せんには「オフロキシ眼軟膏0.03% 3.5g」の記載があった。薬剤師Aは一般名処方と思い込み、薬局に在庫している先発品の「タリビッド眼軟膏」を調剤した。事務職員Aが入力確認のため、処方せんの通りに読み上げているのを薬剤師Bが耳にし、タリビッド眼軟膏の一般名は「オフロキサシン」であり、「オフロキシ」ではないことに気付いた。薬歴を確認したところ、前回同一医療機関の他科(眼科)から、今回と同じ記載の処方せんを受け付けており、その際先発品のタリビッド眼軟膏でお渡ししていることがわかり、前回分についての過誤が判明した。	薬剤師A・薬剤師Bともに「オフロキシ眼軟膏」という商品名の医薬品の存在を知らなかった知識不足が最大の原因。さらに、【般】の記載がない一般名処方も散見されることから、屋号がないことにより一般名処方と思い込んでしまった。また、本年4/1からどちらも基礎的医薬品に移行したことに伴い、レセコン上でも「先発」「後発」とのフラッグがなくなり、気付くことができなかった。○処方せんの見間違い	【般】の記載がなく一般名と思われるものが、本当に一般名処方か、似たような商品名がないかの確認を徹底する。	オフロキシ眼軟膏0.3%	タリビッド眼軟膏0.3%	確認を怠った 判断を誤った	知識が不足していた				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
641	オルメックOD錠20mgのところオルメサルタンOD錠20mg「サワイ」で調剤した	包装がにている	薬袋や手帳シールなど医薬品の記載があるのでそれと照らし合わせスタッフへヒヤリハット事例の報告をし情報の共有化を図る	オルメックOD錠20mg	オルメサルタンOD錠20mg「サワイ」	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
642	外用剤包装類似による取り違い	焦りから注意力散漫	他の薬剤師の再監査を行う	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	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
643	パセトシン錠250をパントシン錠100で調剤。鑑査時に発見し、正しい処方薬に変更	名称が似ている単純なミス注意力散漫	薬棚に注意喚起の札をつける	パセトシン錠250	パントシン錠100	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
644	品名間違い	調剤未熟の為、類似商品名間違の単純なミス	調剤監査システムの活用	ストミンA配合錠	アストミン錠10mg	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
645	フルイトラン錠1mgを調剤してお渡ししなければならぬところを、誤ってフルニトラゼパム1mg「アメル」を調剤してお渡した。患者様本人が帰宅後に間違いに気がつかれ、薬局に電話していただいたことで、薬剤取り違いが判明。その後、患者様が誤って渡したフルニトラゼパム1mg「アメル」を薬局に持参され、フルイトラン錠1mgと交換し、謝罪した。	薬剤の名称や箱・ヒートのデザイン・色などが似ていることで、処方箋を見間違ってしまった。○単純なミス	調剤・鑑査共に、思い込みでなく何度も処方箋を見直して業務にあたるように努める。	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		医薬品		ヒューマンエラー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	(般)セフジニル細粒処方されたが酷似してる(般)セフジレンピボキシル細粒で調剤して投薬時に他の薬剤師がミスに気づいた。			(般)セフジニル細粒	メイアクトMS小児用細粒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
647	後日在庫を確認したところボンビバ錠の在庫が不足していることに気づきポノテオの在庫を確認したところ在庫が過剰にあることに気づき患者へ電話で問い合わせたところいつもと異なる薬剤が入っていたことを確認する。服薬はしていなかった。	多忙な時間帯に医薬品種類数の多い処方箋を続けて受けた。薬効が同じで薬品名およびシートの形状が類似している薬剤を調剤してしまった。以前から薬剤から受ける印象が似ていることに気づいていたが取り違いへの対応策をとっていなかった。○処方医薬品の多さ○処方せんの見間違い	ポノテオ錠50mgとボンビバ錠100mgを同じ引き出しへ輪ゴムでとめてしまうことで取り出すときに再確認できるようにする。取り違い注意との札をそれぞれに添付する	ポノテオ錠50mg	ボンビバ錠100mg		勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
648	トラムセット配合錠が処方された患者に対して、誤ってトラマールOD錠25mgを調剤したが、薬剤監査システムを通過しなかった為再度処方箋を確認し、トラムセット配合錠を調剤し直し、事無きを得た。	当日の当該時間帯が繁忙時であったため、焦りもあり処方箋を見た際、前回処方したトラマールOD錠25mgが引き続き処方されていると思い込み、トラマールOD錠25mgを調剤してしまった。その際、いつも行っている声だし確認が出来ていなかった。	調剤時には必ず声だし確認を実施する。似たような薬品名がある薬剤の調剤においては、必ず薬品名・規格の最後まで声だし確認を実施する事を徹底した。	トラムセット配合錠	トラマールOD錠25mg	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
649	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「ツムラ温経湯 7.5g 1日3回 28日分」と記載されていた。薬剤師Aは、自己監査して処方箋コピーに印もつけていたが誤って「ツムラ温清飲」を調剤した。監査システムのハンディーエラーにより過誤発覚。正しく「ツムラ温経湯」で調剤し直し、薬剤師Bをしてもらった。	忙しい時間帯であり類似薬剤名の取り間違いが起こった。類似薬剤名があることを忘れていた、焦っていたことが大きな原因となっている。	落ち着いて処方監査。類似薬剤名の有無を再度スタッフ間で共有し注意喚起を促す。	ツムラ温経湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ温清飲エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	知識が不足していた勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
650	処方箋入力者が、[般]ヘパリン類似物質外用スプレーと[般]ヘパリン類似物質外用液を見間違え、入力。監査時に入力チェック時に発覚し、修正した。	見間違い、確認漏れ。	薬の名前は似ているものもあるので、末尾まで確認する。	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	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
651	一般名でプリンゾラミド点眼液と処方に記載されていたが思い込みでアゾルガ点眼の一般名(プリンゾラミド・チモロールマレイン酸点眼液)と間違えてピックアップしようとした	医薬品の一般名と商品名の記憶が完璧ではなく、また一般名が類似しているため、急いで集めようとしたことによる焦りと単純なミス。	一般名と点眼瓶の成分を確認すること	プリンゾラミド懸濁性点眼液1%「ニットー」	アゾルガ配合懸濁性点眼液	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
652	イコサベント酸エチルの処方の所をエパデールSで調剤、監査して投薬。患者家族からの連絡で発覚。服用には至って無かった。直ちに交換した。	思い込みによる調剤、包装も似ていた事からの監査での抜け落ちが原因。	毎回しっかりと確認して複数回の検算を行う様に徹底する。	イコサベント酸エチル900mg	エパデールS900mg	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
653	ランソプラゾールOD錠15mg「DK」が処方されていたのに対して、ラベプラゾールNa錠10mg「ファイザー」を調剤。鑑査者は気づかず、服薬指導時に発覚。	語感がやや似ていること、棚位置が近い(=薬効分類が近い)ことが要因になったと考える。処方せんの見間違い、単純なミス、注意力散漫時に発覚。	調剤棚に「名称酷似あり!」というシールを見えやすいように貼付して、スタッフへの注意を促す。	ランソプラゾールOD錠15mg「DK」	ラベプラゾールNa錠10mg「ファイザー」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
654	ツムラ五苓散(17番)の中に一部ツムラ麻黄附子細辛湯(127番)が混ざっていたためツムラ五苓散調剤時に医薬品が混在(特殊なシート)監査時に間違いに気づいたが、ピックアップシステムではバーコードを読み取り監査するため正と判断	棚への戻し間違い漢方薬の色が似ていた(ツムラ17とツムラ127はヒートが同色)	棚への戻すときの確認が必要	ツムラ五苓散エキス顆粒(医療用)	ツムラ麻黄附子細辛湯エキス顆粒(医療用)		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「薬剤取り違い」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
655	ベザフィブラートSR錠200「サワイ」2錠分2朝食後90分処方のところベザトールSR錠200を調剤した。薬剤師が投薬前に監査したことにより発覚した。患者に渡す前に気が付き調剤しなおした。	以前にも、同様の調剤ミスが起こっていたため、注意喚起のシートを貼り付け、調剤ミス対策を行っていた。それでも同様の調剤ミスが起こってしまった。名前や見た目が似ていることが原因と思われるが、注意力が散漫になっていたようだ。○単純なミス	再度、同じような調剤ミスが起こったことについて薬剤師に連絡し、薬歴にも注意するように記載をした。調剤ミス起こしやすい薬剤であることを各自が再認識するように指導した。	ベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」	ベザトールSR錠200mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラー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	本草芍薬甘草湯が処方されていたが、本草防己黄耆湯で調剤されていた。在庫も少なく、一人分も出せない状況から、他の患者に処方されているかどうか在庫管理のため別システムで確認をしたところ、本草防己黄耆湯の本日の処方データが挙がってこなかった。疑問を感じ、該当患者の薬歴を確認したところ、本草芍薬甘草湯であることが発覚。発注箱と処方内容がおかしい可能性を疑い、処方箋原本を確認したところ調剤ミスが発覚。調剤ミス+監査も思い込みがあった可能性あり。発注しようとした薬剤師が発見となり、投薬寸前で防止に繋がった。	○処方せんの見間違い○処方医薬品の多さ○焦り 新人薬剤師の調剤であり、本草のパッケージが非常に類似していたことから、調剤経験不足が可能性としては高い。若干置く場所は間隔をとっていた。また、投薬前の監査では、処方箋内容も大量にあったから、慌てていたことや2重確認の思い込みも発生していた可能性あり。もし、報告者本人も同じ状況の場合、そこに気づけたかどうかという点、間違っただけで調剤or投薬していた可能性は否定出来ないかと思われた。	処方箋名称+調剤薬剤の名称 チェック+調剤業務における新人教育の見直し。	本草芍薬甘草湯エキス顆粒?M	本草防己黄耆湯エキス顆粒?M		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
657	ベタヒستنメシル塩酸塩錠12mg「イセイ」を集める所を、ベポタステンベシル酸塩錠10mg「タナベ」を収薬しそうになり、ヒヤリとした。調剤棚から出そうとした時点で気づいた。	徐々に忙しくなっていた。類似名称 ○注意力散漫	類似名称ありの注意喚起の札を棚に貼り、棚の配置もさらにずらして難した。	ベタヒستنメシル酸塩錠12mg「イセイ」	ベポタステンベシル酸塩錠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
658	処方箋が一般名処方であり、その一般名が、セフジレンピボキシルの所を、セフカペンピボキシルと勘違いをしてしまい入力を行った。その為、変換後の先発名も間違えることになってしまった。	事務員がお休みだったことと、今回の患者さんと同じタイミングで、セフカペンピボキシルの患者さんが来局されていたこと。通常、一般名処方の処方箋の受付が少ない薬局であった事。	一般名処方との変更は、お薬手帳には記載があるので、必ず確認を怠らないようにする。一般名処方、特に抗生剤やステロイド外用剤は、似通った名称が多いので、商品箱なども確認を行う手順を増やしていく。	メイアクトMS錠100mg	フロモックス錠100mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
659	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg、3錠/分3食後、30日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からベタヒスチンメシル酸塩錠6mgを調剤するところ、その下の引き出しにあったベタヒスチンメシル酸塩錠6mg、を1包化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、処方箋のベタヒスチンメシル酸塩錠6mgではなく、ベポタスチンベシル酸塩錠10mgが調剤されていることに気付く、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはベタヒスチンメシル酸塩錠6mg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。	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は棚の位置が上と引き出しで違うが、名称も似ていたため間違えた。また、患者が来局した時間は店内が混んでいたため焦りがあった。	業務手順を見直し、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は棚と引き出しの位置に「薬品名注意」の紙を貼って取り違い防止のために注意喚起をした。調剤者がピッキングした時必ず、処方箋の医薬品の最後まで読みピッキングし再確認を徹底することとした。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工」	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	確認を怠った判断を誤った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
660	○特殊なシート デザインが似ていて投薬時に確認ミス	派遣薬剤師と当人薬剤師しかおらずエラーが発生した○単純なミス	こういう状況を作り出さないよう配慮する	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
661	アンフラベート軟膏を調剤するところ、アンテベート軟膏を調剤。	名称類似	別の棚に配置	アンフラベート0.05%軟膏	アンテベート軟膏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
662	薬剤師Aは、監査時に桂枝茯苓丸加よくいんを調剤すべきところ、桂枝茯苓丸が調剤されていることに気がついた。ただちに正しい薬剤を調剤した。患者への実害なし。	・番号や外観が類似しているため取り違えた。	・処方箋を確認する。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸加よくいんエキス顆粒(医療用)	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
663	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「一般名:デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏0.1%・一般名:ヘパリン類似物質軟膏0.3% 2種混合、1日2回全身四肢に塗布」と記載されていた。薬剤師Aは患者のジェネリック希望と混合の安定性を考慮し、メサデルム軟膏0.1%とヘパリン類似物質油性クリームを混合すべきところ、メインベート軟膏0.1%とヒルドイドソフト軟膏を混合し鑑査に回した。薬剤師Bは間違いに気が付き、調剤した薬剤師Aに伝え、正しく調剤した後、再び薬剤師Bが監査した。鑑査の段階で誤りに気がついたため患者には正しい薬を交付した。	混合変化に注意して調剤していたが、焦りや経験の浅さなどが要因となりミスにつながった。	注意すべき軟膏の配合変化表を改定し見やすいものとする。	メサデルム軟膏0.1% ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	メインベート軟膏0.1% ヒルドイドソフト軟膏0.3%		知識が不足していた			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
664	ミチグリニド・CaOD錠10mg「三和」で調剤するところを、ミグリトールOD錠50mg「サワイ」で調剤。調剤者、監査者ともに他薬調剤に気付かず、投薬者が患者へ投薬する直前の確認で気付き修正して正しい薬でお渡し。	○単純なミス他の患者の処方箋内容に対応しながら業務遂行してしまっていた	名称類似薬を把握する事。該当患者に当たっているときは他の事にとらわれないように気を付ける事。調剤棚の類似薬は目立つように区別して保管する(色分けするなど)	ミチグリニドCa・OD錠10mg「三和」	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」	確認を怠った	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
665	端数の処理間違い ドキサゾシン2mgの銘柄が異なる薬剤が混合した状態まで鑑査まで来た。	ドキサゾシン錠の棚位置が上下関係にあるため	同じ規格、シートデザインなどが似ているものは近くに置かないなど物理的工夫が必要	ドキサゾシン錠2mg「NP」	ドキサゾシン錠2mg「トーフ」	確認を怠った		施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
666	名称の類似した医薬品の取り違い	○注意力散漫	呼称して調剤	メンタックスクリーム1%	メサデルムクリーム0.1%	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
667	薬剤師Aが処方箋でアロチノロール錠5mg「DSP」(先発品)の先発希望の患者様に誤ってアロチノロール錠5mg「日医工」(後発品)を調剤してしまった。監査時、薬剤師Bが気づき取り直した。	アロチノロールは先発品と後発品の名称が類似しているため発生したヒヤリハットと考えられる。	先発・後発の名称が類似している事を周知徹底し、薬品の箱にも付箋等で注意喚起を促すよう心掛ける。	アロチノロール塩酸塩錠5mg「DSP」	アロチノロール塩酸塩錠5mg「日医工」	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
668	一般名処方、ニザチジン錠と処方されているところ、チザニジン錠を調剤してしまった。一般名がよく似ていることから、調剤ミスになった。	あわてて、処方内容を見間違えた。	処方内容をmg数まで、確認する様徹底した。	アシノン錠150mg	チザニジン塩酸塩錠1mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
669	チルミン42錠を調整するところ、チルミン40錠とチオスター2錠で調整していた。	チルミンのカセッターにチオスターが混入していたと思われる。	チルミンとチオスターのように名前と外見が似ている薬のカセッターは離すようにする。カセッターに補充する際は2人で確認するようにする。薬剤のそばに注意喚起のメモを貼る。	チルミン錠100	チオスター錠10	確認を怠った			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
670	処方が一般名でセフジトレンピボキシル小児用細粒と記載されていたが、その前に調剤した患者様の処方がセフカペンピボキシル小児用細粒だったので、メイアクトで調剤しないといけないうところ、フロモックスを調剤して鑑査に回してしまった。鑑査時にミスが発覚。すぐに訂正して正しいものをお渡しした。	比較的落ち着いている時間帯だったが、小児の調剤が続いていた。一般名の名称が似ているため、思い込みで調剤してしまった。	一般名処方、似た名前が処方されていることがあるため、しっかり見て、落ち着いて調剤する。	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				ヒューマンエラー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	前回処方にて、一般名処方「ヘパリン類似物質軟膏0.3%」が処方されていたが、今回処方、一般名処方「ヘパリン類似物質外用液0.3%」に変更になっていた。レセコン入力、調剤、鑑査にて外用液への変更を見逃し、交付前に間違いを発見。	一般名に漢字が多く、二つの薬の違いが見分けにくい名称であることが大きな要因。「前回処方と変更なし」という思い込みも大きな要因。〇処方せんの見間違い	「漢字が多く間違いやすい一般名」ということを念頭に置いた上で、調剤、鑑査をする。処方箋に二次元バーコードが入っていれば、レセコン入力の間違いを防止でき、鑑査時にも発見できる可能性が上がる。	ビーソフテンローション	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラー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	チザニジン(1)3錠分3 28日分のところ、ニザチジンカプセル(75)84カプセルを調剤した。鑑査者が気づき、正しい処方へ調剤しなおしたため、交付には至らなかった。	繁忙時、類似した薬品名の為取り間違えた。間違えて調剤した薬は通常分3では用いられないため、薬剤に対する知識も不足していた。		チザニジン錠1mg「日医工」	ニザチジンカプセル75mg「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			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
673	タブコム配合点眼液が処方されていたが、タブロス点眼液を調剤、鑑査時気づき訂正	名前が似ているため	処方箋の再確認、名称が似ている医薬品は、棚に注意喚起のマークを付ける	タブコム配合点眼液	タブロス点眼液0.0015%	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラー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	ノルバスク錠2.5mgを調剤するところを、ノベルジン錠25mgを調剤していた。	2018年7月20日11時ごろ受けた処方箋の処方内容がノルバスク錠2.5mg1錠分1 朝食後 14日分であったところ、処方箋の見間違いからノベルジン錠25mg 14錠 調剤していた。 鑑査時に鑑査者が気づき指摘。正しくノルバスク錠2.5mg14錠を調剤しなおし、患者に交付した。	薬品名、規格の字面が似ていたことから発生したものと思われる。このような事例は共有し、名前の似た薬は特に注意をするよう徹底。	ノルバスク錠2.5mg	ノベルジン錠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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
675	一般名でエスタゾラム錠1mg、ユーロジン錠1mgで入力、調剤する所、前回処方(一般名)ロルメタゼパム錠1mg(調剤ではロラメット錠1mg)のまま入力、気付かず調剤、監査、投薬してしまった。次の日の処方箋チェック時に分かった。患者様は1日分ロラメットを服用したが継続処方健康被害などはなし。	入力時、一般名が似ていたため、変更されていることに気が付かなかった。両薬剤とも規格が1mgで同じだった。調剤時、お薬手帳のシールと処方箋を確認して入力があるか確認するが、その際も気が付かなかった。監査時、一般名と薬剤があるかの確認を怠った。投薬時、患者様に、前回と同じであること伝えたが、そのまま疑問を抱かず、帰られた。	同系統の薬だと一般名が似ている。入力時、前回と同じだと思わず、一般名の変更がないかしっかり確認する。調剤の際、一般名と先発薬剤が同じ成分の物なのか確認しなかった。お薬手帳のシールに変更前の一般名や薬剤を表示するようにして、確認しやすくした。エスタゾラムの先発品はユーロジンだが、より、間違えにくいように、エスタゾラム錠1mg「アメル」(ジェネリック)を採用した。	ユーロジン1mg錠	ロラメット錠1.0	確認を怠った				ヒューマンエラー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	セイブルの処方に対し後発品代替調剤にてミグリトールとするところを、ミチグリニドで調剤した。患者様の申し出により発覚。1錠服用したが低血糖等はなく人体に影響はなかった。	2剤とも「ミ」で始まる糖尿病治療薬で、1日3回食直前の用法、ヒートの印象が黄緑色で酷似している。調剤棚の配置が近かった。調剤者、監査者ともに違和感をもつことなく確認をスルーした。○単純なミス	ミグリトールは調剤棚の上段に、ミチグリニドは下段引き出しにと配置を変更し、注意喚起の札を作成し棚に設置した。薬剤名・規格とも1語1句確認することを徹底した。	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」	ミチグリニドCa・OD錠10mg「三和」	確認を怠った		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
677	患者母親が処方箋を持って来局した。処方箋にはアルダクトンA細粒10% 4mgと記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、散剤薬棚からアルダクトンA細粒10%を調剤するところ、その横にあったアスピリン散10%を取り違いに気付かず秤量した。薬剤師Aが分包機にて分包する際に薬剤の色が違うことに気づき、アルダクトンA細粒10%を正しく調剤し、薬剤師Bに鑑査してもらった。調剤の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬剤を交付した。	アルダクトンA細粒10%とアスピリン散10%は散剤棚の隣りにあり、名称が類似している、ともに褐色瓶である事から取り違えて調剤した。	アルダクトンA細粒10%とアスピリン散10%の棚の位置を離した。散剤瓶の蓋に大きく薬剤名称と薬効も記入した。他の薬剤師にも取り違い防止のための注意喚起をした。	アルダクトンA細粒10%	アスピリン散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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
678	2018年7月20日(金)14時頃に、整形を受診した患者35歳女性が処方せん持って来局。処方せんには一般名で「ケトプロフェンテープ40mg、14枚 腰 7日」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からモーラステープL40mgを調剤するところその隣にあったヤクバンテープ40mg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、処方薬のモーラステープL40mgではなくヤクバン40mg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はモーラステープL40mgを正しく調剤、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、患者には正しく薬を交付した。	モーラステープL40mgとヤクバンテープ40mgは棚の位置が隣であり、規格が同じであるため取り間違えた。	モーラステープL40mgとヤクバンテープ40mgの棚の位置を離れた。また調剤手順を見直し調剤者が調剤し、監査者に回す際に再確認を徹底することとした。調剤室には規格・名称類似品のリストを貼付し取り間違えの注意喚起をした。	モーラステープL40mg	ヤクバンテープ40mg	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
679	「一般名処方」エチゾラム錠1mgのところ「一般名処方」エスタゾラム錠1mgを処方入力し、ユーロジン錠1mgを調剤投薬してしまった。薬歴記載時に間違いに気づき、患者へ連絡し正しい薬と交換。服用なく健康被害なし。	閉店間際の来局であった為、急いで処方監査入力を行い確認を怠った。調剤録をもとに調剤を行い、処方せん原本の処方薬確認を怠った。○処方せんの見間違い	一般名処方の類似名称には、十分に注意を払う。必ず処方せん原本をもとに調剤監査を行う。	エチゾラム錠1mg「アメル」	ユーロジン1mg錠	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
680	一般名でラタノプロスト・チモロール配合点眼液と記載しているところ、ラタノプロスト点眼液を調剤した	処方箋の確認不足;人員が減って焦り。名前が類似しているため処方せんの見間違い。	処方箋にラインを引き再度確認を行う	ラタチモ配合点眼液「ニットー」	ラタノプロスト点眼液0.005%「TOA」	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
681	処方箋の正しい内容はファモチジンD錠のところ薬剤師のピックアップの際に色、大きさが類似しているセレコックス錠を取り出し調剤した。二重鑑査により間違いに気づき患者様に投薬する前の段階で防ぐことができた。	見た目や大きさが類似している医薬品の棚が近くにあったこと、用法が同じことによる薬剤師の思い込みにより今回の事例が起こったと考えられる。	色、大きさが類似している医薬品の棚を離すこと、処方箋の医薬品名や規格部分に鉛筆で印をつけてから調剤を行うようにすることで事例のミスが減ることに至った。	ファモチジンD	セレコックス100	確認を怠った	通常とは異なる身体的条件下にあった 通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品 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
682	一般名処方でもネオマレルミンを調剤すべきところセレスターナ配合錠で調剤	一般名の一部が類似している事セレスターナ配合錠のほうが処方頻度が高い事	一般名が似ている事、注意すべきポイントをスタッフ皆で確認	ネオマレルミンTR錠6mg	セレスターナ配合錠	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	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
683	「フラベリック錠20mg」の1錠分1夕食後14日分の処方。誤って「フェブリク錠20mg」をピックアップ。監査時に気がつき、訂正した。	名称・規格の類似。今回、フラベリックが分3でなく「分1夕食後」と、フェブリクがよく見かける用法になっていたのもミスの要因と思われる。		フラベリック錠20mg	フェブリク錠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
684	よく似た名前の医薬品の取り違いミス	注意力散漫 処方せんの見間違い		パルデスローション0.05%	パンドルローション0.1%	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
685	アイミクスHDとイルアミクスHDを誤ってピックアップした。監査時に発見した。	アイミクスHDとイルアミクスHDに棚の位置が近かった。また、単純なミスでヒートがよく似ているので誤ってピックアップした。	アイミクスの箱はチャックつきビニール袋にいれてから棚に保管するようにして、袋を開けない限り箱を取り出せない様に区別した。	イルアミクス配合錠HD「DSPB」	アイミクス配合錠HD	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
686	レスプレンとカルボシステイン錠3錠分3処方時、レスプレンが2錠足らなくてカルボシステインが2錠多く投薬。後日、家人によって申告して頂く。	ヒートシールの酷似	棚が近くにあり、ヒートシールが酷似していたために棚の位置を離すことにした。	レスプレン錠20mg	カルボシステイン錠250mg「テバ」	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
687	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには、「キンダベート軟膏30g、1日2回朝・夜 軀幹・四肢・顔」と記載されていた。薬剤師Aは、調剤する際、外用棚からキンダベート軟膏5gチューブ6本調剤するところメサデルム軟膏5gチューブ6本を調剤したことに気が付かず、そのまま監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが、処方薬のキンダベート軟膏ではなく、メサデルム軟膏が調剤されていることに気が付き、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aは、キンダベート軟膏を正しく調剤し、再度薬剤師Bに監査してもらった。監査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	キンダベート軟膏とメサデルム軟膏の外観(水色)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。		キンダベート軟膏0.05%	メサデルム軟膏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
688	投薬後に患者から「薬情に記載されている薬ともらった薬が違う」と電話があった。自宅で交付した薬を確認したところ誤調剤である事が発覚。患者に謝罪し正しい薬と交換した。	患者は以前からムコソルバンを継続服用しており、効果不十分のため最近、薬剤変更になった。当薬局ではムコソルバンの処方が多いため投薬者は思い込みによりムコソルバンとムコダインを確認不十分のまま投薬したものと思われる。	調剤者及び監査者の薬剤確認を怠らないとともに、患者の服用歴を把握し投薬をする。名称の類似している薬剤に関しては特に注意する事。	ムコダイン錠250mg	ムコソルバン錠15mg	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
689	先発品と後発品の取り間違い	単純なミス	外用薬の一般名処方の際は、薬剤名を注意深く確認する。よく似た薬剤名で間違いやすいものは事前にピックアップし、箱に注意書きを添付する。	キンダロン軟膏0.05%	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
690	薬剤師Aが2018年5月14日(月)PM5時頃、患者Tの定期処方30日分と風邪薬の処方6日分の処方薬を調剤(ピッキング)し、薬剤師Bが調剤(ピッキング)された処方薬を監査後、患者Tに投薬した。その処方箋にはカナグル錠100mg1錠分1朝食後と記載されていたが、薬剤師Aが誤って名前がよく似たカナリア配合錠を調剤し、監査した薬剤師Bもその誤りに気付かずそのまま投薬してしまった。2日後の5月16日(水)朝、患者Tより薬をピルケースにセットしようとしたらいつもと違う薬が入っていると電話連絡があり、薬を持参して頂いたところ間違っただけでカナリア配合錠が調剤されていることが発覚し、カナグル錠100mgと交換した。	薬剤師Aがピッキングするとき、単純なミスで名前がよく似たカナグル錠100mgとカナリア配合錠を間違えてしまったことに加え、薬剤師Bが忙しさと注意力散漫から、そのまま投薬してしまった。	処方中の患者数がそれほど多くないので、カナグル錠100mgとカナリア配合錠それぞれの棚に処方中の患者名をリストにして札をつけ、ピッキング時に確認するようにした。薬剤の名前が似ているのでそれぞれの薬剤が処方された時は注意するように薬局内に周知し、注意喚起を行い、再発予防に努めた。	カナグル錠100mg	カナリア配合錠	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
691	患者が処方せんを持ってきた。処方箋には一般名処方「ベタメタゾンリン酸エステルNa点眼点耳点鼻液0.1%」と書いてあり、患者がGE希望だったため、薬剤師Aが「サンベタゾン眼耳鼻科用液0.1%」を調剤すべきところ、ボトルの色が似ていて、調剤棚の上下に配置されていた「プロラノン点眼液0.1%」を調剤してしまった。ダブルチェックをした薬剤師Bも、本数とボトルの蓋の色が同じだったことを確認しただけで、薬品名を確認せず監査終了してしまった。翌日患者本人から連絡があり、誤調剤に気付いた。	調剤棚の配置に問題があった。似たボトルを棚の上下に配置してしまったこと、「注意」などの掲示をしておかなかった。また、ちょうど混雑していた時間帯だったため、焦りがあり、単純ミスをしてしまった。	見た目が同じような薬剤、規格違い、名前が似ている等の場合には「注意」などの掲示をするようにした。また、サンベタゾンについては採用をとりやめ、眼科医とも相談し全く違う見た目のGEに採用を変えた。ダブルチェックについては、必ず薬品名と数をチェックすること再度徹底した。	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%	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 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
692	ノボリン注処方のところ、ノボリン30注を投薬。施設入居者であったため、投薬前に施設職員が気づき報告を受けた。直ちに交換。特殊なシート	薬局在庫が、30注のみだったため、間違えてそれを投薬。	インスリンは、名称が似ているものが多く、また誤薬は重大な事につながる危険性をともなうため、職員に厳重に注意。今後、名称一覧を掲示するなどして、投薬前にダブルチェックを行うこととした。	ノボリンN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	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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
693	一般名でベポタスチンが処方された処方箋を調剤した際、誤ってベタヒスチンをピックアップしていた。	名称類似	名称以外にも規格の確認を実施。また用法も2・分3と異なるためその点でも気が付くことが出来る。	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラー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	一般名類似による取り間違い。	名称類似による単純なミス。注意力散漫	一字ずつ確認する。用法の違いによる確認をする。	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
695	一般名 クラリスロマイシンシロップ用10%で後発品のクラリスロマイシン小児用ドライシロップ10%「タカタ」を調剤する所を近くにある、後発品のカルボシステインドライシロップ50%「タカタ」で調剤してしまった。一人薬剤師の為、調剤、鑑査し投薬後、散薬台を片付ける時に、クラリスロマイシンドライシロップ小児用10%「タカタ」で、無い事に気付いた。すぐに患者様へ電話で、「薬を間違えた薬を回収して正しいお薬に変更するので、服用しないで下さい」と連絡し、約1時間半後に全量回収した。	調剤時、混んでいた。他のクリニックより、麻薬の問い合わせがあった。最初は、正しいクラリスロマイシンDSを手にとったが、未開封だった為、開封済みのものを手に取る時に、近くにあったカルボシステインDSを手にとってしまった。急いでいた為、確認不足。薬品が別の場所にあった。外観が似ていた。	薬品を同じ場所に戻すように、棚に表示を付けて、外観が似ているもの、薬品名が似ているものは離して置くことにした。	カルボシステインDS50%「タカタ」	クラリスロマイシンDS小児用10%「タカタ」	確認を怠った	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
696	一般名処方でクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%が処方されていたが、入力者が誤ってクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%を選択してしまい、そのまま調剤・鑑査・投薬してしまった(キンダベート軟膏を出すはずが、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」を出してしまった)。入力確認者がすぐに気付き、患者が使用する前に交換できた。	一般名の名称が似ている。鑑査した薬剤師は薬局に入ったばかりで、ステロイドの強さまではイメージできていなかった(顔に塗る指示で通常ストロンゲストのステロイドを塗布することはほぼない)。	薬品棚に類似一般名名称があることを記載しておき、調剤時に注意喚起できるようにしておく。	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%「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
697	ヒルドイドクリームジェネリックとしてピーソフテンクリームに変更したが調剤時にヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」をピックアップしてしまった	どちらもクリームが名称にあり成分も同一なため処方箋を見て調剤時に処方機会の多いヘパリン類似物質油性クリームと思い込んだまた、注意力散漫によりピックアップ前後に調剤録での変更後のジェネリックの薬品名の確認を怠った	先発品から後発品に変更した場合は調剤録との突合せや処方箋への鉛筆記入を行いピックアップ時に必ず確認する	ピーソフテンクリーム0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
698	クラリスロマイシン錠処方されていたものの、カルボシステイン錠を調剤してしまった。	前日に調剤棚の配置を変更したのと両薬剤がよく似ていたのも要因の1因だと思います。	類似薬は少し棚をずらして配置するようにするのと、棚の配置を変更した場合には周知徹底し気を付けて調剤するようにする。	クラリスロマイシン錠200mg「トーフ」	カルボシステイン錠500mg「JG」	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
699	ジェネリック医薬品(オルメサルタン錠OD「DSEP」)の調剤にもかかわらず、先発品(オルメテック錠OD)で調剤されていた。	オルメテック錠のAGということにあり、かなりシートのデザインが酷似しているが、調剤棚が近い場所にあることによって取り違えた。	オルメテック錠とオルメサルタン錠「DSEP」の置き場所を離す。	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	その他			ヒューマンエラー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	ジスアス点眼液が処方されているところ、ヒアレイン点眼液0.3%を調剤してしまった。	点眼液の外見の色だけを見て判断し、調剤、自己監査してしまった。	薬品名の確認をせず調剤してしまっていた。容器の形が同じで、色味が似ているものであっても手に取った薬剤と処方せんはしっかり見比べ確認する。	ジクアス点眼液3%	ヒアレイン点眼液0.3%	確認を怠った	技術・手技が未熟だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
701	ツムラ麻杏よく甘湯7.5g 1日3回 毎食前14日分の処方のところ、ツムラよくい仁湯で調剤していたが、誤りに気が付かず、監査に回した。鑑査した薬剤師が間違いに気が付きツムラよくい仁湯を14日分を調剤し交付した。	処方せんの見間違い。	漢方は似ている漢字が使われているので、処方箋見間違いのないよう十分注意する。	ツムラ麻杏よく甘湯	ツムラよくい仁湯	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
702	ヘパリン類似物質のスプレー、軟膏、ローションを色々使っている患者様で、処方箋が一般名でヘパリン類似物質~となっているため、剤型まで確認せず、前回Dと入力したら、剤型違いのものだった。	入力時、処方された医薬品の剤型の確認不足。	同じ一般名の外用薬でも、色々な剤型があることを頭に入れて、気を付けて入力をする。	ヒルドイドローション0.3%	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
703	一般名処方ではラタノプロスト・チモロールマレイン酸塩配合点眼液の処方を午後から人員が少なくなった時点で、患者様の話を聞きながら処方箋を見てピックアップする際にラタノプロスト点眼液をピックアップした。鑑査の時点で気づき、ラタチモ配合点眼液に変えて事なきを得る。	処方の確認不足。最初のラタノを見て思い込み調剤。処方せんの見間違い。	処方箋を見たときに類似品があるときは(特に配合剤の一般名)鉛筆で処方箋にラインを引き、自分また皆に注意喚起する。	ラタチモ配合点眼液「ニットー」	ラタノプロスト点眼液0.05%「ニットー」	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		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
704	一般名処方にてセフカペンピボキシル錠100mgのところを、セフジトレンピボキシル錠100mgと思い込み、セフジトレンピボキシル錠100mg「OK」を調剤してしまった。投薬後に気づき、正しいものと交換した。	セフカペンピボキシル錠100mgとセフジトレンピボキシル錠100mgの名前が似ており思い込みにより間違えてしまった単純なミスと思われる。	再度処方箋を確認すること。	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「OK」	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
705	ピタバスタチン錠1mgが60錠の処方、その中にリバロ錠1mgが10錠入っていた。	PTPシートのデザインが似ている棚の前後に両方の薬を配置していた	確認不足 棚を別々にする	ピタバスタチンカルシウム錠1mg「日医工」	リバロ錠1mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
706	皮膚科より一般名処方の処方箋を受付。「(般)クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05% 1日2回口唇、口周囲の症状強い患部に塗布」のところ、(般)クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%と見間違い入力。最終鑑査者が、口周囲にデルモベート軟膏は強すぎるのではないかと考え確認、入力間違いに気づいた。	外来の混雑で焦りがあった。薬剤名は3文字以上で入力しているものの、「クロベタゾ」まで被っており最後まで確認できていなかった。○焦り○処方せんの見間違い	処方箋の薬剤名の確認を最後まで徹底する。一般名が類似している薬剤についてスタッフに注意喚起した。	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	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラー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	レダコートクリームが処方されていたが、見間違えてダイアコートクリームで調剤した。監査で間違いに気づき、調剤し直した。	レダコートとダイアコート、商品名が似ているので見間違いが発生した。処方せんの見間違い 単純なミス 焦り 注意力散漫	似ている商品の棚に注意するシールを貼付する。	レダコートクリーム0.1%	ダイアコートクリーム0.05%	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
708	カリクレイン錠10単位で調剤するところを、カルナクリン錠50で調剤	新人研修中であった。薬局内が込み合っており、本人の焦りもあり名前が似ている事から思い込み調剤。○処方せんの見間違い○処方医薬品の多さ○単純なミス○焦り○注意力散漫	指差し確認の徹底、研修の強化、棚への注意喚起札設置	カリクレイン錠10単位	カルナクリン錠50	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
709	皮膚科処方一般名「クロベタゾン酪酸エステル軟膏」(キンダベート軟膏)の「クロベタゾン」に注目し、「クロベタゾール」(デルモベート軟膏)とプロベト軟膏の混合処方を調剤。調剤者にデルモベート軟膏で良いかと確認を求められたが一般名とどちらも0.05%であり、かつ処方「強」の記載があったため監査者も勘違いをしてしまった。監査者が調剤録の確認時に入力がキンダベート軟膏だったので、ミスに気が付き再度処方通りのキンダベート軟膏とプロベト軟膏混合を作り直して交付。患者様には交付せずすみ、大事には至らなかった。	処方あまり来ない皮膚科の処方箋で、かつその皮膚科薬の一般名処方あまりなじみがなかった。監査者も処方箋にある軟膏の%がキンダベートとデルモベートが一緒で一般名も若干似ており、顔に塗るには強いステロイドと思いながら「強」の文字でデルモベートと勘違いしてしまった。	なじみの少ない一般名処方もしっかり書籍等で確認をした上で調剤録等とも照らし合わせて多角的なチェックを怠らないようにする。	キンダベート軟膏0.05%	デルモベート軟膏0.05%	判断を誤った	知識が不足していた 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「薬剤取り違い」)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
710	【正】リピトール錠10mgのGE(アトルバスタチン錠10mg)【誤】プラバスタチン錠10mg(メバロチン錠10mgのGE)でち入力、交付	入力の際に2年ぶりのた来局であったがDO処方呼び出しで入力開始。後発品の語尾名称類似で見落とししてしまった。	2年以上の間隔があいて来局された患者様についてではDO処方呼び出しでの入力をせず、手入力で入力する。薬品数が多く、手入力に大変時間を要する場合は入力者、初期監査、最終監査はそれぞれ別の職員で確認するようにする。入力時の処方箋指さし確認を徹底する。毎週100%精度で指さし確認できているが自己チェックを行う。入力台に処方箋を照らしあわせしやすいように台を設置して確認しやすくする。	リピトール錠10mg	プラバスタチンNa錠10mg「トーフ」	確認を怠った判断を誤った	知識が不足していた技術・手技が未熟だった通常とは異なる心理的条件下にあった	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
711	一般名処方。セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mgを調剤するところ、セフジトレンピボキシル錠100mgを調剤。別の薬剤師が監査段階で間違いに気づく。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mgとセフジトレンピボキシル錠100mgのピッキングミス。処方せん見間違い。	一般名には似た名称があるので気をつける。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
712	外箱のデザイン類似のため取り違い			ラロキシフェン塩酸塩錠60mg「サワイ」	タムスロシン塩酸塩OD錠0.1mg「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
713	フォサマック錠35mgが処方されていた。以前より後発医薬品であるアレンドロン酸錠35mg「トーフ」を渡していたが、誤ってメトトレキサート錠2mg「トーフ」で調剤してしまった。渡す前の監査で気がついたので、アレンドロン酸35mg「トーフ」で調剤をしておして渡した。	土曜日で従業員も少なかったが、多くの患者が来局してしまい混雑した。その焦りにより包装が類似している薬と取り違えてしまった。	アレンドロン酸錠35mgを東和ではなく、違うメーカーにする。	アレンドロン酸錠5mg「トーフ」	メトトレキサート錠2mg「トーフ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
714	処方せん記載ツムラ治頭瘡一方エキス顆粒のところ、ツムラ治打撲一方エキス顆粒で調剤投薬した。	番号や名称が類似していたため。処方せんの見間違い	薬剤情報提供文書の写真に記載されている番号との照らし合わせを忘れずに行う。	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)	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
715	ジャヌビア(12.5)の処方に対し、ジャディアンス(10)を誤って調剤。最終自己監査時に自分で気づき、ジャヌビアを取り直した。	似た名前の糖尿病薬であり、1つのボックスのどちらの箱も入っていたため、頭の「ジャ」のみを確認してピッキングしてしまった。また、患者を待たせている状況で少し焦りもあったと考える。	トレーに薬を置く前に再度処方箋を確認する習慣をつける	ジャヌビア錠12.5mg	ジャディアンス錠10mg	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
716	ファモチジンOD錠mgのところピオグリタゾン15mg錠で調剤	どちらも日医工の製剤で、包装デザインが似ており、棚の位置も近かった。調剤者の確認不足もあり。	ピオグリタゾンの薬剤だなケースに、注意喚起を記載したシートを貼り、ピッキング時シートに手が触れないと薬剤をとれないようにした。	ファモチジン錠20mg「日医工」	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
717	アレンドロン酸35mg「日医工」の処方のところリセドロン酸17.5mg「サワイ」を誤って交付してしまった。名前や効果が類似しているにも係らず、数量の確認のみ行って交付してしまった。薬局在庫を確認した際に誤りが発覚した。	薬が「骨粗鬆症の薬」と効能で分けられており、近くにおいてあった。数量のみ確認してしまった。〇処方せんの見間違い〇単純なミス	薬の名称、数量ともに確認を行う。	アレンドロン酸錠35mg「日医工」	リセドロン酸Na錠17.5mg「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
718	10錠シートの大きさ、色が酷似しているため、日ごろ特に気をつけるようにしていたが、とうとう患者への投薬時に間違いに気づき、アムロジピンをセチリジンに調剤変更した。	単純なミスだけに、注意力散漫になりがちであり、先入観も調剤過誤の原因である。	使用患者の少ない方のセチリジン「オーハラ」を、シートの色、模様、大きさがアムロジピン「イセイ」と大きく違うセチリジン「YD」に変更した。その後は調剤過誤が無くなった。	セチリジン塩酸塩錠10「オーハラ」	アムロジピン錠5mg「イセイ」	確認を怠った	その他	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
719	メトグルコ錠500mgの処方のところ、メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「三和」を調剤、投薬した。帰宅後に患者が違う薬であることに気づき、薬局に電話連絡。患者宅へうかがい、正しい薬へ交換した。	薬剤師が一包化薬の変更対応でかかりっきりになり、一人で監査・投薬となる時間帯に発生。監査時に薬袋写真と見比べたが、外見が酷似しているため誤調剤を見逃す。	一人監査・投薬を極力避ける。監査時には薬品名・規格を読み上げ確認。	メトグルコ錠500mg	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「三和」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
720	今回よりジェネリック医薬品への変更を希望せず、処方箋通りの薬を希望する患者に対してヒルドイドソフト軟膏をジェネリック医薬品のヘパリン類似物質油性クリームへと変更して調剤。投薬時、患者が気づいたため間違いが発覚した。	前回まではジェネリック医薬品へと変更していた患者であり、薬歴に次回より処方箋通りの薬で調剤するようメモはしてあったがそれを見落としたため今回の間違いが起きたと考えられる。	メモは分かりやすく誰が見ても気づくようつけるようにする。調剤前に患者ごとのルールを確認して調剤するよう徹底する。	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	確認を怠った				ヒューマンエラー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	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒処方のところ、誤ってツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒で調剤。監査時に気づき調剤し直した。	半夏瀉心湯と半夏厚朴湯で名前が似ており、処方せんの見間違いにて調剤誤りが起きたと考えられる。	似た名前がある薬について特に調剤時注意するよう周知。	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	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
722	カルデナリンのジェネリックであるドキサゾシンを調剤しなければならぬところ、誤まってカルデナリンを調剤してしまい、監査にて発覚。	薬剤の名称が似ていたこともあると考えられる。確認が甘かった。思い込みがあったのかもしれない。	錠剤シートに記載のある名称と実際の処方箋を近くにもっていき、見比べながら名称を確認するようにする。	カルデナリン錠2mg	カンデサルタン錠2mg「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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
723	類似名称薬品の調剤ミス。	調剤、監査において確認を怠った。 ○注意力散漫	一文字鑑査を行う。	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%	点眼・点鼻用リンデロンA液	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラー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	ロキソプロフェンテープ100mgの処方所をケトプロフェンテープ40mgにて投薬。本人が帰宅後に気付いて後日薬局に交換しました。	見た目が似ていることでの単純なミス、思い込み。	思い込みがあることを認識し、目視の徹底を。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「ケミファ」	ケトプロフェンテープ40mg「テイコク」	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
725	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「ツムラ排膿散及湯エキス顆粒(122)、5g/分2朝夕食前、14日分」のほかいくつか薬剤が記載されていた。薬剤師Aはツムラ122を28包調剤するところ、誤ってツムラ消風散エキス顆粒(22)を28包調剤してしまった。鑑査にあたった薬剤師Bはそのまま投薬ブースに向かい患者様に説明し、お渡しした。その後患者本人より薬剤情報の記載と、調剤された漢方薬が違うとのことで来局あり。すぐに確認したところ間違いに気が付いた。内服されておらず、すぐに正しい薬をお渡しした。	今回間違いのあった漢方は末尾の数字が『22』とよく似ており、また包装も緑で間違い要素があった。	この間違いは再三当局でも起こった。そのため、漢方薬の箱に「納品の際確認を、122と22と注意！！」と札を付けていたが、今回見落とし、さらに処方せんにも処方薬の横に番号と包数の記載を取り決めていたが、行われずにいた。いろいろとミスが重なり間違いが起こった。再度この事態を共有し、徹底して注意を行うようにする。	ツムラ排膿散及湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ消風散エキス顆粒(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
726	2018年5月14日(月)16時頃、耳鼻咽喉科を受診した患者(69歳女性)が処方箋を持って来局した。処方せんには、「アスピリン錠20mg3錠/分3毎食後7日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚の引き出しからアスピリン錠20mgを調剤するところ、その隣の引き出しのメチコパール錠500μgを調剤したことに気が付かず、そのまま監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが、処方薬のアスピリン錠20mgではなく、メチコパール500μg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、アスピリン錠20mgを正しく調剤し、再度薬剤師Bに監査してもらった。監査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	アスピリン錠20mgとメチコパール錠500μgは、隣の引き出しで、シートの形状及び色も似ていたため、間違えた。また、月曜日の忙しい時間帯だったため、確認を怠ってしまった。	アスピリン錠20mgとメチコパール500μgの引き出しの位置を離した。ピッキング後に、処方せんを再確認して、ピッキングが正しいか確認するよう徹底した。	アスピリン錠20	メチコパール錠500μg	確認を怠った判断を誤った	勤務状況が繁忙だった	医薬品 施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
727	柴胡加竜骨牡蠣湯が処方されていたが、名称が似ている為、桂枝加竜骨牡蠣湯を取り揃えてしまった。監査時に間違いに気が付くことができた。	繁忙時間帯であり、思い込みが発生してしまった。	類似名称の漢方薬を周知し、その医薬品を取り揃える際は類似名称があることを自覚し発生を未然に防ぐ。	ツムラ柴胡加竜骨牡蠣湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝加竜骨牡蠣湯エキス顆粒(医療用)	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
728	一包化の際、セレコックス錠200mgがないことに気づき、ピッキングをした薬剤師に依頼。慌ててピッキングをして一包化する薬剤師に渡し、数錠ヒートから取り出したところで、錠剤の形状が違うことに気づき、セロクエル錠200mgだったことが判明した。	薬局内が忙しい時間帯だったこともあるが、セレコックス錠100mgの処方が多いが200mgの処方少なく、薬剤師に慣れていないことも要因にある。棚の中は名前順で並んでいるため、近いところにあったことも薬剤師ミス原因であるかと思われる。○単純なミス○焦り	棚の中は名前順であるため、名称が類似した薬には付箋を貼って注意を促すようにした。また、一包化する際にもピッキングされた薬剤と処方箋が一致しているかをコピーした処方箋にチェックをしてから一包化するようにした。	セレコックス錠200mg	セロクエル200mg錠	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
729	別の患者で一包化をするためピッキングしていた薬が同じ卓上にあり、それを間違えて薬袋に入れてしまった。後日、患者より定期薬だったため、すぐに気づき服用前に連絡あり、至急お取替えにお伺いした。	同じ卓上に、別の患者のピッキングした薬が置いてあり、薬剤の色が似ていたため間違ったと考えられる。忙しい時間帯で焦りがあり、注意力散漫になってしまった。	同じ机上に何人もの患者の薬を置かない。声に出してピッキング、監査をする。	ジャディアンス錠10mg	グリメピリド錠3mg「モチダ」	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
730	一般名処方メサデルム軟膏のところ、アンテベート軟膏を調剤。監査時ミスに気付いた。	一般名の名称が似ていること、繁忙であったこと、心理条件が悪かったこと。	落ち着いて調剤すること、処方箋をよく読むこと、心理的にも働く環境を整えること。	メサデルム軟膏0.1%	アンテベート軟膏0.05%	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
731	【正】アスパラカリウム錠300mg 【誤】L-アスパラギン酸Ca錠200mg「サワイ」	一般名から入力する際、一般:L-アスパラギン酸K錠 300mgを選択しなければならない所、一般:L-アスパラギン酸Ca錠 200mgを選択してしまった。	投薬時の対策投薬時に薬、処方箋を再度確認しながら渡す。患者さんが急いでいる場合などでも薬の説明は簡略化せずに落ち着いて投薬する。初期監査外来が混雑していても、見慣れた処方箋でも、思い込みせず薬品名と規格を確認する。最終監査一般名からの薬品確認の際に変更前(一般名)の薬品の入力が入力されたことをしっかりと確認した上で変更後の薬品名と実際の薬品を4分割してチェックを行うことを徹底する。類似している薬品名の局内薬品名の前に「一般名注意」のコメントをいれた。受付・入力外来患者が立て続けに来局し混雑していても、落ち着いて対応し、薬品名の頭だけでなく、規格までしっかりと確認を行う。受付・入力どんな状況でも落ち着いて、入力後の確認作業を怠らないようにする。	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 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
732	アイミクスHD処方所のジェネリックのイルアミクスHDでお渡しした。毎日在庫行っており、その時点でお渡し違い発覚、ご本人に連絡し、正しいものと交換した。	先発ご希望の方にジェネリックでお渡し、単純なミスと思われる、	先発とオーソライズドジェネリックで見てもよく似ており、十分な注意が必要です。2種類が近くに保管していたせいもあり。今後は離れた場所の保管を徹底するよう心がけます。また、万が一に備え、今後も毎日の在庫確認で、未然に防止できるよう努力します	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		医薬品		ヒューマンエラー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	ニフェジピンL10mg「サワイ」をニフェジピンL20mg「サワイ」と間違えて取りそろえたことに気づかず一包化調剤しお渡ししてしまった。	外観が酷似していることから取りそろえ時に見逃してしまう。一包化後の監査も錠剤のデザインが似ている刻印も最後の一枚までしっかり見れていなかった。	一包化確認シートを作成。最終監査時に錠剤の外観、刻印、用法ごとに何種類入っているかしっかり確認できるようにした。	ニフェジピンL錠10mg「サワイ」	ニフェジピンL錠20mg「サワイ」	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
734	ツムラ2番の保管場所に12番が混在していた。投与後に気づき、患者本人へ連絡後交換した。	ツムラの2番と12番の包装が似ており、保管場所は離れていたが戻し間違いがあったと思われる。監査時の注意が足りなかった。注意力散漫	鑑査時も数量だけでなく薬品名の確認も確実にを行うように注意する。薬品を保管場所へ戻す際も十分に確認して戻すようにする。一瞬の見た目だけで判断しない。	ツムラ葛根湯加川きゅう 辛夷エキス顆粒(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				ヒューマンエラー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	一般名が類似していたため、ベタヒスチン酸塩錠を調剤するところ、ベポタスチンベシル酸塩錠を誤って調剤した。	医薬品名を最後まで確認せずに、思い込みで調剤してしまった。	処方内容から薬剤や用法・用量を確認し、ある程度何の疾患であるかを把握して調剤を行う。効能・効果や商品名を目立つように、引き出しの表記を工夫する。	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「タナベ」	確認を怠った	知識が不足していた			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
736	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「オフロキサシン点眼液5ml 1日2回」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、調剤棚(冷蔵庫)からオフロキサシン点眼液を調剤するところ、付近にあったオフロキサシシングル点眼液0.3%「わかもと」を調剤したことに気付かず、そのまま監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが、処方薬のオフロキサシン点眼液ではなく、オフロキサシシングル点眼液0.3%「わかもと」が調剤されていることに付き、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはオフロキサシシングル点眼液0.3%「わかもと」を正しく調剤し、再度、薬剤師Bに監査してもらった。監査に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。	オフロキサシン点眼液、オフロキサシシングル点眼液0.3%「わかもと」は両者とも冷蔵庫保管の商品で棚の位置が上下で近く、名称も似ていたため間違いに繋がったと思われる。また、間違えた薬剤師Aは新入社員で類似商品の存在を認識できていなかった知識不足、調剤中の指差し、声出し、調剤後の自己監査などの確認が徹底できておらず間違いに繋がったと考えられる。	オフロキサシン点眼液、オフロキサシシングル点眼液0.3%「わかもと」の保管場所を離して保管するようにした。また、薬剤師Aに対して業務手順を再確認させ、調剤時の商品名、剤形、規格、メーカーの指差し、声出し、必ず監査に回す前に薬の再確認を徹底することとした。また、スタッフ全員に今回の間違いの事例を共有しました。	オフサロン点眼液	オフロキサシシングル点眼液0.3%	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
737	メリアクトMS錠の処方箋でジェネリック希望の患者様の薬剤ピッキングにおいて、セフトレンピボキシルをピッキングするところ、誤ってセファペンピボキシルを拾ってしまった。監査者がポリムスを用いて監査中に気付き、正しい薬剤に変更後投薬したため、事故は免れた。	当薬局ではメリアクト、フロモックスの両薬剤とも処方を受ける量が多く、それぞれ後発品での調剤も多い為、また薬剤の一般名や用法も似ていることもあり、合っていると思いついてしまっていた。○注意力散漫	フロモックス、メリアクト、またそれぞれの後発品の置き場所に距離を設ける。後発品のメーカー名が異なる為、きちんとメーカー名まで見る。ポリムスの徹底	メリアクトMS錠100mg	セファペンピボキシル塩酸塩錠100mg「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
738	メリスロンの処方箋でジェネリック変更希望によりベタヒスチンメシル酸塩錠を調剤するところ、ペポタスチンベシル酸塩錠を調剤した。	名称類似で確認を怠った。	名称の下に先発品名を記載、棚の位置を離した。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」	ペ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
739	ノイロトリン錠で処方されたが、ノイロピタン配合錠で誤ってお渡ししてしまった。薬歴入力中に気づいたため、すぐに電話して差し替えた。幸いまだ服用してなかった為、事なきを得る。○10錠シート	名称類似品にて、思い込みによるミスだと思われる。	名称類似品の箱に注意喚起の付箋を貼付する。3重監査を徹底する。	ノイロトリン錠4単位	ノイロピタン配合錠	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
740	一般名処方箋でケトプロフェンテープ40mg患者先発希望のところGEの科研製薬を調剤した。正しくはモーラステープL(40)でした。	科研のケトプロフェンテープのパッケージがリニューアルされて先発と似ている。	落ち着いて処方箋どおりに薬品名文字確認、GE先発区別していく。	モーラステープL(40)	ケトプロフェンテープ(40)「科研」	確認を怠った判断を誤った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
741	事務員がレセプトコンピューターに入力する際に入力をミス。取り揃え・監査の際に入カミスに気付かず柴胡桂枝乾姜湯を調剤・交付。4/6、交付者が薬歴記載中に入カミスを発見。すぐに患者に連絡するが応答はさらに翌日4/7。患者は柴胡桂枝乾姜湯を1日分(3包)使用。4/7時点で柴胡桂枝湯服用中止、当薬局薬剤師が患者宅郵便受けに柴胡桂枝湯を投函、4/7夕分より服用開始を指示。4/9患者来局、柴胡桂枝乾姜湯回収(使用回数3回も確認)、健康被害の兆候認めず。	医薬品名称の類似。○処方せんの見間違い。レセプトコンピューター入力時の選択候補表示の類似(「サイコケ」で両社が表示、「サイコケイ」で柴胡桂枝湯、「サイコケカ」で柴胡桂枝乾姜湯が表示)。当薬局での使用頻度野田による思い込み(2017年1月~12月調剤回数実績でツムラ柴胡桂枝乾姜湯151回、ツムラ柴胡桂枝湯11回)保存場所が近接(整理番号10と11)	漢方薬は整理番号順の配置としていたため、棚配置は変更なし。保管場所に「類似名称有」の注意書きを表示。レセプトコンピューター入力時の医薬品名称を赤表示に変更し注意を喚起。取り違い事例を勤務者で周知・共有。	ツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ柴胡桂枝乾姜湯エキス顆粒(医療用)	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
742	リンデロンVGローションが記載された処方箋。ジェネリック希望の患者様で、デルモゾールGローションを調剤すべきところ、デルモゾールローションを調剤。調剤監査システムでエラーが出て間違いが発覚。	リンデロンVGローションの処方頻度が低く、リンデロンVローションの処方頻度が高いため、思い込みによる調剤。その上、ピッキングを行った薬剤師は調剤経験が浅く、VGとVの違いを把握していなかった。	マニュアル通り監査機器を使用したため、間違いに気づけた。職員に事例の周知徹底と間違えた職員には似たような名前があるため、かならず、薬品名を最後までしっかりと確認するよう指導。	リンデロン-VGローション	デルモゾールローション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
743	ジャヌビア錠50mgをピッキングしなければならぬところ、グラクティブ錠50mgをピッキングし、その後の監査で間違いに気づいた。	調剤棚にジャヌビア錠50mgとグラクティブ錠50mgが隣り合って配置されていた。思い込みによる類似薬のピッキング。注意力散漫	ジャヌビア錠50mgとグラクティブ錠50mgを離して配置する。ピッキング時に薬品の指差し、薬品名の声だしをする。	ジャヌビア錠50mg	グラクティブ錠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
744	医薬品の名前が似ていた	処方せんの見間違い	近すぎたので、場所を変えた	テルチア配合錠AP「サワイ」	テラムロ配合錠AP「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
745	調剤棚の配置は、五十音順。処方箋は、セレスタミン配合錠だったが、一つ上の段の引き出し中のゼチーア錠を調剤。調剤監査の際に取り間違いが判明し訂正できたため、患者様の被害はなかった。外観も類似していることも原因の一つと考えられる。	単純なミス。注意力の散漫。	調剤棚の配置を変更。外観が類似している事にも注意することに。	セレスタミン配合錠	ゼチーア錠10mg	確認を怠った	その他	医薬品 施設・設備	仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
746	処方せんには「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% 10g」と記載されていた。アンフラベート0.05%調剤のところ、リンデロンVクリーム0.12%で調剤してしまい、そのまま監査に回した。監査者が間違いに気付き、調剤者に間違いを伝え、正しく調剤し直した。監査の段階で気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	直前までリンデロンVクリームが続けて処方できていたため、一般名の名称も似ていたため間違えた。	一般名称の最後の規格まで読み取り、棚の見出しにも一般名称を張り出す。規格の部分を目立たせるように強調した。	アンフラベート0.05%クリーム	リンデロンVクリーム0.12%	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
747	一般名:ミチグリニドCa錠10mgを調剤するところを一般名:ミグリトールOD錠50mg「サワイ」を調剤した	単純なミス:隣接したところにおいてあり、箱の色、錠剤の色が似ていたためミスに気づかず渡してしまった	隣接したところに置かず、ピックアップしたあと、必ず確認する	ミチグリニドCa・OD錠10mg「フソー」	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
748	ゾルピデムOD5mg「サワイ」1T/寝る前30日分で処方されていたが、本人希望により半錠にして交付していたが、クエチアピン25mg「明治」と取り間違えて交付。苦みや寝つきでおかしいと思い、よくみたらクエチアピンだったので連絡があった。	最初にヒートで準備していたが後で半錠に直す際、予製を使用。色が似ていたので取り間違えた。	外観だけでなく必ず印字も確認し、可能な限り第三者の目を借りてチェックする。区別のためにクエチアピン半錠に予製に紫のラインを引くことにした。	ゾルピデム酒石酸塩OD錠5mg「サワイ」	クエチアピン錠25mg「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
749	一般名処方による処方箋で、先発希望の患者様に後発品を渡した	患者さんのほかの薬の要望にきを取られ、確認がおろそかになった。先発品と後発品でシートデザインが似ているため品名確認がおろそかになった。	品名による確認の徹底	アザルフィジンEN錠250mg	サラゾスルファピリジン錠500mg「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
750	スルピリド錠200mgを分包する所を錠剤取り間違えて、スルトブリド錠200mgを分包。投薬前に気づき作り直しに。	名称類似、棚が互いに近く、注意不足	スルトブリド錠の棚の下に「取り間違え注意」の注意書きをする。局員と間違いを共有する	スルピリド錠200mg「アメル」	スルトブリド塩酸塩錠200mg「ヨシトミ」	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
751	酸化マグネシウム10錠シート3枚必要なところ、一つ下の棚のミカルデイスも混ざっていたことが監査時に発覚。○10錠シート	二種類のヒートのデザインが似ていたこと、棚が近くだったことで取り違えた。○単純なミス○焦り	急いで調剤したためおこった間違いであるため、落ち着いて調剤する必要がある。また、患者にわたる前に調剤ミスに気づくために、注意深く監査する。	酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」	ミカルデイス錠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
752	セフェム系抗生物質細粒の後発品を複数品目同時採用。名称が類似しているため誤った医薬品で調剤。監査者がミスに気が付き正しいものに訂正した。	先発品と異なり一般名では同系統の抗生物質で名称が類似しているためミスが発生してしまった。薬剤の配置も名称順で並べていたため取り間違いが起こりやすい状況だった。	薬局内で採用品目、名称の再確認を行いました。薬剤配置については使用頻度も考慮して再配置を行った。	セフカペンピボキシル塩酸塩細粒10%小児用「日医工」	セフジレンピボキシル小児用細粒10%「OK」	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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
753	処方せんの薬品は一般名処方で一般名はアムロジピンベシル酸塩・アトルバスタチン水和物配合剤4で商品名はアマルエト配合錠4番ですが、名称が似ているアムバロ配合錠をピックアップ。検品する者も配合錠の確認はしたものの、間違った配合錠をピックアップしたことに気づかず、そのまま、患者へ投薬してしまった事例です。	同じような名称でアムバロとアマルエト同じ配合錠で名称もアムロジピンが入っていて長い名称。ピックアップした本人の職場が浅く入社間近。チェックする側も違う配合剤をピックアップするとは、思わない。名称が長いので、他の薬剤師は念入りにチェックしてピックアップしてきていますが、新入社員はプライドからか、記憶でピックアップの仕事をしてしまったようで、確認をせず、ピックアップしている。58歳で再就職の入社なので、焦りがあったようです。	入社履歴書には調剤経験が豊かな記入があったが、ピックアップのミスが多いので、なれるまで回りのものが、より一層チェックしていくことが、必要なことがわかった。ミスした当事者を当分の間、ミスしないよう周りが見守って様子を見る。	アマルエト配合錠4番「日医工」	アムバロ配合錠「日医工」	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 その他	ヒューマンエラー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	リンデロンV軟膏が処方されたが、誤ってリンデロンVG軟膏を調剤し、また、システム入力者も同様に誤ってリンデロンVG軟膏を入力、患者に渡してしまった。その後、薬歴簿記入時に誤りに気づき、リンデロンVG軟膏を回収、正しいリンデロンV軟膏を渡した。	リンデロンVG軟膏が処方されることが圧倒的に多い状況で、リンデロンV軟膏が処方された。	調剤時にチューブの重量しか確認した形跡がなかった。類似名称の薬剤があることを認識、把握する。また、入力フォームで「V」、「VG」を強調し、判別しやすくする。	リンデロン-V軟膏0.12%	リンデロン-VG軟膏0.12%	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラー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	リバスタッチパッチを35枚お渡しするところ、イクセロンパッチが7枚混ざっていた。	箱が似ていて、近くにあったため、リバスタッチパッチ28枚1箱にイクセロンパッチ7枚を足した状態で調剤してしまった。監査時に箱から出したが、確認が不十分だった。○単純なミス	リバスタッチパッチの在庫をビニール袋に入れてイクセロンパッチと区別して保管するようにした。	リバスタッチパッチ18mg	イクセロンパッチ18mg	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
756	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「プレドニゾロン錠5mg、1錠/分1朝食後、21日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からプレドニゾロン錠5mgを調剤するところ、下の段のプレドニン錠5mgを調剤したことに気づかずチェックに回した。チェックした薬剤師Bが間違いに気づき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはプレドニゾロン錠5mgを正しく調剤し、再度薬剤師Bのチェックを受けた。チェックの段階で間違いに気づいたので、患者には正しい薬を交付した。	プレドニゾロン錠5mgとプレドニン錠5mgは薬棚の位置が上下で近く、名称も似ていたため間違えた。また、店内が混んでいたこともあり、焦りがあった。	プレドニゾロン錠5mgとプレドニン錠5mgの薬棚の位置を離れた。店内が混み始めたら、患者に一言声をかけ、焦らず調剤するようにした。調剤室に類似名称の表を貼り、間違い防止の注意喚起をした。	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
757	医薬品の取り違い: バイミガード(ニソルジピン)とニトレンジピンと間違えて調剤	今回より一般名での処方となっていたため類似名の医薬品を取り違い調剤。監査時にも確認するも判断のミス。	医薬品の成分名が似ているものをほかの従業員と共有し注意するように調剤棚に記載	バイミガード錠5mg	ニトレンジピン錠5mg「日医工」	判断を誤った	勤務状況が繁忙だったその他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
758	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には、一般名で「フルオシロンアセトニド、フラジオマイシン硫酸塩軟膏 50g」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からフルコートF軟膏を調剤するところ、その隣にあったフルコート軟膏を調剤したことに気付かず、そのまま監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが、処方薬のフルコートF軟膏ではなく、フルコート軟膏が調剤されていることに気づき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師AはフルコートF軟膏を正しく調剤し、再度、薬剤師Bに監査してもらった。監査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	フルコートF軟膏とフルコート軟膏は、薬棚の同じ引き出しに入っており、名称も似ていたため間違えた。また、患者が来局した時間は混んでいたため、焦りもあった。○単純なミス○焦り	フルコートF軟膏とフルコート軟膏の保管位置を離し、区別し易くした。また、業務手順書を見直し、調剤者がピッキングした後に、監査に回す前に薬と処方箋及び薬情を付け合せて再確認を徹底することとした。	フルコートF軟膏	フルコート軟膏0.025%	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
759	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入を調剤するところ、スピオルトレスピマット60吸入を調剤・交付した。2018年7月18日(水)19時頃、内科を受診した87歳男性が処方せんを持って来局、処方せんには、スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入 1キットと記載されていた。スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入を調剤するところ、スピオルトレスピマット60吸入を調剤して、交付しました。すぐに患者宅に訪問、交換しました。間違いに気付くのが早かったため、治療には影響がなかった。	名称が似ていて、処方せんの見間違いがあった。	業務手順を見直して、ピッキングしてから、再度、薬の再確認をすることにしました。	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		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
760	ミコンビ配合錠AP処方のところ、ミカムロ配合錠APIにて、調剤。監査時、調剤間違いが発覚。	○処方せんの見間違い○単純なミス	薬剤名が類似しているものについては、しっかり、処方せんを確認する。	ミコンビ配合錠AP	ミカムロ配合錠AP	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
761	○ウィークリーシート	○単純なミス○焦り	名称の頭だけが違い、「サルタン」と似た名称のため、ミスが起こったものと思われる。そういった名称の薬の在庫があることを明確にし、もとの先発品が何であったか判断し、監査をしていく。また、薬棚に、目に留まるように名称を明らかにした。	テルミサルタン錠40mg「タナベ」	バルサルタン錠40mg「サワイ」	確認を怠った判断を誤った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
762	当該患者への処方薬はニセルゴリン錠5mg「NP」であったが、誤ってニコランジル5mg「トーフ」をピックアップ。監査時にも気づかずそのまま投薬する。次回受診で来局されたときに、患者配偶者より、「この前の薬、シートの色がいつもと違うかった。主人とも話したが5mgだし、似ているから一緒だろう、とそのまま飲んでいた。」と話を受け発覚。2週間くらい誤った薬を服用となったため、主治医にも報告の上、改めて受診いただく。幸いにも体調の不良や異変はなかったとのことで、特に加療はなく経過をみることとなった。	同じニ、から始まる6文字の5mgの薬品名、似ているのでつい思い込み監査時にも気づかず投薬してしまった。	一文字ずつ確認を怠らず、ピックアップ及び監査を行う。薬剤情報の写真とも照らし合わせることも取り入れる。	ニセルゴリン錠5mg「NP」	ニコランジル錠5mg「トーフ」	確認を怠った	その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
763	セフトレンピボキシル錠100mg「CH」を12錠ピックアップするところ、10錠は正しいセフトレンピボキシル錠100mg「CH」、残り2錠が間違っ棚に入っていたオフロキサシン錠100mg「サワイ」をピックアップしていた。患児が帰宅後、母親より電話があり発覚。	夕方の少し忙しい時間帯であった。剤形は楕円形(セフトレンピボキシル錠)と丸(オフロキサシン錠)で全然違うが、シートの背面がよく似た色をしているため、正しく12錠揃っていると思い込み、監査時も気づかなかった。	両錠剤の棚が隣同士であったため、少し話す。また、監査時、表も裏も確認するよう徹底。錠剤をゴムで留める場合、同じ面を向けて留めることも取り入れる。	セフトレンピボキシル錠100mg「CH」	オフロキサシン錠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
764	【正】(般)クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%5g【誤】(般)クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%5g	一般名入力ミス	一般名入力の際は成分類似のものがあることを意識して入力を行う。一般名入力後の確認を徹底をする。初期鑑査時、4分割チェックを意識して行う。初期鑑査、最終鑑査台に、ステロイド外用剤の一般名と商品名対応リストの設置を行なった。	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	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
765	アムロジピンOD錠5mgが処方されていたが、アムロジピンOD錠5mgで調剤を行った。調剤した薬剤が正しいものであるかを確認する機器を使用したところ、エラーが発生したため薬剤師に再確認を行ってもらい取り違いのミスが発覚した。	多くの薬が処方されており、他の薬や調剤が終わっていない薬のことなどを考えていたため処方箋を細かく確認せずアムロジピンOD錠5mgが処方されていると思い込んでしまった。	処方内容の確認を徹底し、似た名称の薬があることを意識して調剤を行う。	アムロジピンOD錠5mg	アムロジピン錠5mg「杏林」	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
766	ロキソニン錠9錠のところ、ロキソマリン錠が2錠混在した	ロキソニン錠保管場所にロキソマリン錠が混在していたことに気づかず調剤、監査を行った。また、通常よりも混雑しており焦りがあったため監査を行ったが発見することができなかった。シートデザインが似ていることも要因と考えられる。	・輪ゴムでまとめているがはずして監査を行う・ピックアップしたものを戻す際の間違えをなくすために、2人以上で確認して戻すことで混在を避ける	ロキソニン錠	ロキソマリン錠60mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
767	混雑時にユニシアがピックアップされていたが、気が付かず監査。投薬者が投薬前に気付き交換。	包装が大変酷似している。混雑時で監査がおろそかになった。	最近のAGは酷似しているため、入力時の声掛けを必ずする。	カムシア配合錠LD「あすか」	ユニシア配合錠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
768	配合剤の似ている名前間違い2規格(「AP」, 「BP」)取り間違いを防ごうと気がそこに集中してしまい、医薬品を取り間違えてしまった。		医薬品の保管場所を離れたところにした。	ミコンビ配合錠BP	ミカムロ配合錠BP	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
769	オルメテックOD10mgのGE医薬品と先発医薬品を同じ引き出しに入れていた。箱外観・ヒートも類似しており先発と後発医薬品をゴムでまとめていたため同じものと思い込んで調剤した。GEで調剤すべきところ28錠中24錠を先発で取り、ばらして分包に使った。端数の処理間違い	ばらしたヒートはゴムで28錠分を留めて確認するようにしていたが見逃した。単純なミス	先発と後発は同じ引き出しに入れられないようにする。包装規格を先発と後発は変えるようにする。	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	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
770	一般名処方で「テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠」と記載があり、ジェネリック希望患者のため、テラムロ配合錠AP「DSEP」を調剤するはずが、頻回処方される、テルチア配合錠AP「DSEP」を調剤してしまった事例。調剤監査時に発見し、患者被害は特にありませんでした。	一般名処方が似ていること。一般名処方が似ている薬剤があることの認識不足と注意不足。	処方箋入力時にテラムロであることの注意喚起をする。	テラムロ配合錠AP「DSEP」	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		ヒューマンエラー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	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「ペプリコール錠50mg、2錠/分2朝・夕食後、28日分」と記載されていた。事務員Aは、薬剤を前回処方の方のタンボコール錠50mgと思い込んで処方入力した。そのためペプリコール錠50mgで処方入力するところ、タンボコール錠50mgで処方入力してしまったが、誤りに気づかずそのまま監査に回した。監査にあたった薬剤師Aは、ペプリコール錠50mgで入力されていないことに気づき、事務員Aに誤りを伝えた。薬剤師Aはペプリコール錠50mgを正しく調剤し、再度、薬剤師Bに監査してもらった。	薬品名が似ている薬剤で、剤型・規格・用法用量・処方日数は前回処方の薬剤と一致していたため、薬剤変更無しと思い込んで前回通りに処方入力してしまった。	監査する際に薬剤名を声に出して確認する。当該事例を薬局内に周知し、再発の予防に努めた。	ペプリコール錠50mg	タンボコール錠50mg	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
772	ツムラ(8)大柴胡湯63包処方の所、42包は間違いがないが、21包はツムラ(28)えっぴかじゅつ湯を渡してしまっていた。	包装や番号が似ていた為。保管場所が隣だった為。	保管場所を変更し隣同士にならないようにする。又、投薬前の監査をしっかり行う。	ツムラ大柴胡湯エキス顆粒(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	その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
773	定期的を受診している患者さんで、一般名処方による処方せんにて、ニフェジピンL20mg「日医工」が2T分260日分と書かれていた。調剤の際に100錠をビニール包装、20錠分を10錠シートで調剤したが、ニフェジピンL20mgの引き出しに在庫として充填してあった100錠包装の医薬品がニフェジピンCR20mg「日医工」であったため、調剤ミスとなって患者さんに交付してしまっ。後日電話があり、100錠包装のビニールを開封したところ違うものであるということであった。	両剤は名称が似通っているものであり、在庫を引き出しに補充する際に見誤ってしまった。○単純なミス	100錠ビニール包装は必ず開封して調剤、交付する事とした。	ニフェジピンL錠20mg「日医工」	ニフェジピンCR錠20mg「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
774	患者様本人から電話があり薬情と実際の交付薬剤の写真と名前が違うと指摘され薬剤の取り違いが発覚。	販売名の類似した薬剤を単純ミスにより取り換えをした。忙しい状況での焦りと注意力散漫が要因	調剤と別の薬剤師が監査できる状況になるべく作る。1人調剤の時は特に監査の徹底をする。	トスフロ点眼液0.3%	ガチフロ点眼液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
775	「一般名」プラバスタチンNa錠10mg 1錠分1 朝食後228日分が処方されたが、誤ってアトルバスタチン錠10mg「サワイ」で調剤した。帰宅後患者からその旨の電話があり発覚。正しいものをお渡しした。	単純なミス	薬効類似品の取り換えを防止する為、調剤棚の配置を変えた。	プラバスタチンNa錠10mg「サワイ」	アトルバスタチン錠10mg「サワイ」	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	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
776	アトピー治療中、20代女性足のかゆみ症状があり来局。処方箋ではオイラックスHクリームが記載されていたがオイラックスクリームを渡してしまっ。渡した後にはきずいて、連絡をとり交換した。	待ち患者が多く薬剤師が焦っていたため。	類似薬品名の確認を重視し、複数の薬剤師でチェックしていく。	オイラックスクリーム	オイラックスHクリーム	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	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mgが処方されていた。調剤をする際セフトレンピボキシル錠100mgと取り間違い、鑑査に出そうとしたところ他の薬剤師が気づいた。その後、再度取り揃え患者さんの手に渡らずに済んだ。	水曜日の午前中の忙しい時間帯であった。処方箋に記載されていた薬剤を早く取りそろえることにより焦ってしまい、近くにあった名称が似ている薬剤と見間違い、その結果取り違えた。	忙しい中でも箱に記載されている医薬品名を最後まで読みしっかりと確認をする。また、それらの医薬品がどのような疾患の治療に用いられるのかを理解し、処方内容と関連付けていき調剤に集中する。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	セフ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技術・手技が未熟だった勤務状況が繁忙だった	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
778	加味帰脾湯の処方を加味逍遙散で調剤投薬した	加味逍遙散と加味帰脾湯 見間違い、思い込みのためよくでている加味逍遙散をとりちがえてしまった。患者様の希望の漢方であった漢方の内容も説明したが本人納得して帰られている。	同じ成分、症状の重なる漢方はたくさんあるため特に似た名前の薬は確認、患者様にみせて投薬することが大事だ	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	知識が不足していた	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
779	エパルレスタット錠50mgの処方に対して、エルサメットS配合錠を投薬していた。患者家族からの連絡により、間違いが発覚し、すぐに取り換えに伺った。まだ服用はしていなかったとのこと。	当該患者はご夫婦で来局し、お二人ともに処方医薬品が大変多く、特に注意が必要な患者であった。調剤担当の薬剤師の不注意により、類似名称で取り違い、近くに配置してあった、違う薬を調剤してしまった。また、監査、投薬した薬剤師が患者対応に追われていたため、確認が不十分になってしまった。○処方せんの見間違い○処方医薬品の多さ○単純なミス○焦り○注意力散漫	類似名称の薬剤の箱それぞれに、大きく注意喚起の札を貼付て、再確認を促すようにした。	エパルレスタット錠50mg「アメル」	エルサメットS配合錠	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラー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	オルメテックOD錠40mgを調剤するところ、オルメサルタンOD錠40mgをピッキングしてしまった。	連続してピッキングをしている中で、見落としがあった。集中力が切れていた	先発とGEで名前が似ている薬剤は、ピッキング後に再度手に取って確認し、間違いを防止する	オルメテックOD錠40mg	オルメサルタンOD錠40mg「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
781	一般名処方記載ラノコナゾール軟膏患者希望クリームと聞き取り 一般名からの後発剤形変更は疑義し医師の許可なく変更可能と判断し変更してクリームで投薬してしまった。	1剤目に一般名処方へパリン類似物質軟膏 後発変更 ビーソフテッククリーム0.3%で入力 調剤 2剤目のラノコナゾール軟膏も無意識に変更可能と勘違いしてしまった。事務入力、調剤者薬剤師、投薬薬剤師も勘違いに気がつかなかった。	一般名からの変更 内服 外用時に徹底をする	ラノコナゾール軟膏1%「イワキ」	ラノコナゾールクリーム1%「イワキ」	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
782	8/10(金)に患者様にファモチジンOD錠20mg 14錠お渡ししたが8/11(祝)12時頃薬局の緊急携帯に転送電話あり、2錠だけいつもと違う薬が入っているのですがどうなっているのでしょうかと連絡ありバルプロ酸Na200mgを2錠入っているとのこととでミス発覚。8/13(月)に在庫確認し錠数誤りが確認できたため郵送にてご自宅にお送りし、次回来局時にバルプロ酸Na200mg2錠をお持ちいただくことになった。	8/10(金)に患者様にファモチジンOD錠20mg 14錠お渡ししたが8/11(祝)12時頃薬局の緊急携帯に転送電話あり、2錠だけいつもと違う薬が入っているのですがどうなっているのでしょうかと連絡ありバルプロ酸Na200mgを2錠入っているとのこととでミス発覚。8/13(月)に在庫確認し錠数誤りが確認できたため郵送にてご自宅にお送りし、次回来局時にバルプロ酸Na200mg2錠をお持ちいただくことになった。	バルプロ酸Na200mgとファモチジンOD錠20mgはシートの色や外観が似ているため今回のミスが起こったものと思われる・薬をしまう際に間違いの無いようにしまう・忙しい時などには薬を一時的に保管できるような後でしまうものBOXを設置・納品する際なども外観の似ている物などは注意する・声だし確認を行う・ヒヤリハット、インシデントを共有する	ファモチジンOD錠20mg「テバ」	バルプロ酸Na徐放B錠200mg「トーワ」	確認を怠った		医薬品施設・設備	仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果	
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他		
783	アダラートCR(20)を交付すべき患者に、後発品であるニフェジピンCR(20)を交付した 医薬品をピックアップした薬剤師と鑑査を実施した薬剤師は、別であった。患者は前にもらっていた薬が残っていたため、すぐに気が付かず、10日ほど経って、袋を開けたところ、いつもと違う医薬品が入っていたことで電話連絡が来て、ミスが発覚した	処方箋と薬を鑑査したあとに、最後に調剤者と鑑査者がともに、薬情と薬を照らし合わせることを業務手順としている。今回のミスは、薬剤師が二人ともその過程でミスに気が付かずに交付したことが原因である。また先発品と後発品のシートが似ていることも気が付かなかった要因の一つである。○作業手順の不履行○注意力散漫	漫然と業務するのではなく、業務手順に沿って、しっかりと確認して業務を行う。後発品は先発品とシートが似ているケースが多いので、十分注意する	アダラートCR錠20mg	ニフェジピンCR錠20mg「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	
784	包装箱やシートの見た目が非常に良く似ており薬を取り違えた。	先発品とジェネリックの棚を分けていたが充填するときに取り違えてしまった。○注意力散漫	充填や薬を戻す際には2名の薬剤師で確認すること。	オルメテックOD錠5mg	オルメサルタンOD錠5mg「DSEP」	確認を怠った	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	
785	スカイロン点鼻液50μg28噴霧用が4本処方されていたところ、スカイロン点鼻液50μg28噴霧用を3本とノスラン点鼻液2%を1本の計4本で調剤してしまった。患者本人が帰宅後に気が付き薬局に連絡してきて発覚した。	調剤および服薬指導時において、点鼻液4本すべての名称の確認を怠ったため、間違いに気が付かなかった。○作業手順の不履行○注意力散漫	服薬指導時にも外用薬の名称を確認する。容器の色が似ているうに棚の位置も隣であったので、棚位置を変更した。	スカイロン点鼻液50μg28噴霧用	ノスラン点鼻液2%	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
786	先発希望の方でしたが一般名処方だったため見落としてしまいジェネリックで渡しそうになってしまいました。	注意不足でジェネリックをピックアップしましたが、監査で気が付きました。	一般名処方の時も患者様の希望を確実に確認し調剤に入るようにします。	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「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	
787	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」で処方されているところ、先発医薬品のヒルドイドソフト軟膏0.3%で調剤してお渡した。	今までは、ヒルドイドソフト軟膏0.3%で処方されており、混合しなければならなかったため焦りから読み間違えてしまったと考える。	前回の処方箋のコピーをとっておき、今回処方箋と見比べてどこが変更になっているか視覚的にわかるようにした。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラー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	調剤時、薬品名が類似していたため取り間違えてしまった。	処方せんの見間違い	声出し確認、指差し確認を行う。	アムロジピン錠10mg「KN」	アトルバスタチン錠10mg「KN」	確認を怠った	技術・手技が未熟だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果	
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器		その他
789	類似名医薬品のピッキング誤り。	○作業手順の不履行・縦読み監査の実施不履行。○処方せんの見間違い・処方内容を監査できていない。○注意力散漫・睡眠不足等による体調不良。	入社からの期間が短く、業務に慣れな従業員であったためマニュアル等の読み合わせ、OJTを行なう。正確な業務を行なううえで、体調管理についても必要であることを説明した。	ベタヒスチンメシル酸塩錠12mg「日医工」	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「日医工」	確認を怠った	知識が不足していた技術・手技が未熟だった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
790	7/18 ルミガン点眼液0.03% エイゾプト懸濁性点眼液1% デタントール0.01%点眼液 各2瓶ずつ患者希望でひとつの薬袋で渡していましたが8/7に来局され違う薬が入っているとのことで残薬を持参されました。リザベン点眼液0.3%(未使用分)が2瓶とルミガン点眼液0.03% デタントール0.01%点眼液の使いかけが入っていました。お詫びをしてリザベン点眼液0.3%(未使用分)をエイゾプト懸濁性点眼液1%に取り替えました。	旧包装のエイゾプト懸濁性点眼液1%の点眼袋の色調がリザベン点眼液0.3%の点眼袋と似ていたことによる単純な間違いとされます。リザベン点眼液0.3%は点眼袋に入れて薬棚に在庫していました。	投薬前に再度中味を確認する。	エイゾプト懸濁性点眼液1%	リザベン点眼液0.5%	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
791	患者さんが、処方箋を持って来局した。処方箋には、「一般名で、カンデサルタン2ミリグラム、1錠/分1就寝前、30日分」と記載されていた。薬剤師Aは、カルデナリン2ミリグラムをピッキングし、薬剤師Bも監査でも気がつかず、薬剤師Cが、投薬時、発見。再度、薬剤師Bに、監査してもらい、患者さんには、正しい薬、カンデサルタン2ミリグラム「サワイ」を投薬した。	名前、薬効、力価が、似ているため、注意を怠った。処方せんの見間違いである。患者来局時は、店内が、混んでいたため、焦りがあった。	一般名処方、商品名処方の混合処方に対しては、より注意し、メンバーには、名称類似医薬品を伝え、調剤室には、表を貼り、徹底させた。	カンデサルタン錠2mg「サワイ」	カルデナリン錠2mg	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
792	一般名エリスロマイシン錠200mgと処方がありエリスロシン錠200mgで調剤した。あとで確認したら一般名エリスロマイシン錠200mgはエリスロマイシン錠200mg「サワイ」だと判明した。エリスロシン錠200mgの一般名エリスロマイシステアリン酸塩であった。	一般名エリスロマイシン錠200mgはエリスロシン錠200mgが発だと勘違いしてしまった。エリスロシン錠の一般名がエリスロマイシステアリン酸塩とは分らなかった。	一般名が似ている薬品の取り違いなので一般名はどの薬品に該当するのかしっかり確認してから調剤をする。	エリスロマイシン錠200mg「サワイ」	エリスロシン錠200mg	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「薬剤取り違い」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
793	オルメサルタンOD20mg「日医工」の場所に、オルメテックOD錠20mgが混じっていた。薬剤を取りそろえる際に、調剤者が発見したため、患者に薬が渡ることはなかった。	注意力散漫各医薬品の10錠シートの見え目が似ていた	ダブルチェックの強化合ってると思い込んでダブルチェックせずに、近くで医薬品名も確認して、指定の場所へ置く	オルメサルタンOD錠20mg「日医工」	オルメテックOD錠20mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
794	処方箋に「ツムラ半夏厚朴湯」とあったが、「ツムラ半夏白朮天麻湯」を誤って投薬してしまった。患者が帰った後すぐに間違いに気付き、電話連絡後ただちに薬の交換をした。患者はまだ服用してなかった。	薬剤名が似ているので、思い込みで間違った方を取ってしまった。	漢方の処方の場合、処方箋に製品番号が記載されている時もあるので、番号も合わせて照合し、取り間違いのないように注意する。	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒(医療用)			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
795	プラナルカストドライシロップ処方の患者に類似名のプルスマリンで調剤。鑑査時にレシートでミス発覚	類似名による医薬品間違い	処方箋よく確認して、調剤すること。類似品の名称をごっちゃにしないように再度薬局内で教育した	プラナルカストドライシロップ10%「AFP」	プルスマリンADライシロップ小児用1.5%	確認を怠った	技術・手技が未熟だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
796	処方箋を基に薬剤師Aが集めた薬剤を1包化する際に、薬剤師Bは事前の確認がおろそかであったため、処方箋ではモンテルカスト錠10mgと記載されていたが、実際にはモサプリドクエン酸5mgが用意されていたのに気づけなかった。1包化の最中に、処方箋の記載がモンテルカスト錠10mgであることに気付き、最初から1包化をやりなおした。	モンテルカスト錠10mgとモサプリドクエン酸錠の商品名が似ている事に起因すると考えられる。	ピックアップした時から文字だけ見ずに最後まで薬品名を確認する。間違いやすい薬剤は、薬局内で情報共有し、調剤時の確認、鑑査体制には特段の注意が必要である。	モンテルカスト錠10mg「KM」	モサプリドクエン酸錠5mg「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
797	患者が処方せんをもって来局した。処方せんには「一般名でアトルバスタチン錠5mg、1錠/分1夕食後、60日分」と記載されていた。事務職員Aは処方入力時に前回来局時と同じ薬の「プラバスタチン錠5mg「ケミファ」と入力間違いをし、薬剤師Aは調剤する際に、患者が持参したお薬手帳と比較しながら、前回と同じ「プラバスタチン錠5mg「ケミファ」を調剤した。そのまま、監査は当事者2人で行い、間違いに気付かず、投薬となった。投薬台で患者と会話している際に誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	規格が同じで薬の名前も似ていたため、間違えた。「処方せんの見間違い」「注意力散漫」	処方せん入力時には前回と比較し、薬名に変更がないかをチェックを入れて確認する。調剤時は処方せん、薬袋をきちんと確認する。また、薬剤師が複数いる時間帯では入力、調剤に携わっていない者が監査を行うようにする。	アトルバスタチン錠5mg「サワイ」	プラバスタチンNa錠5mg「ケミファ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
798	施設入所者の退院処方、一包化。院内採用のバルプロ酸ナトリウム錠(200)「アメル」で処方。処方入力はバレリン、調剤を同時進行、GE→GE変更をし、バレリン錠(200)で調剤のところ、徐放錠のバルプロ酸ナトリウム徐放B錠(200)「トーフ」で調剤。鑑査時に間違いに気付いた。	デパケン錠とデパケンR錠があることは知っていたが、薬剤名の似ているGEを調剤してしまった。当薬局の採用は普通錠の薬剤名が成分名を含まない商品で採用しているため、普通錠と徐放タイプの違いに注意が行き届かなかった。	知識として知らない事務スタッフがいることもあり、違いを説明。薬局内で普通錠と徐放錠の薬名の違いを薬価本収載品を確認。	バルプロ酸ナトリウム錠200mg「アメル」	バルプロ酸Na徐放B錠200mg「トーフ」		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
799	ノボラピッド注フレックスペンとノボラピッド注フレクスタッチを取り違えた。	単純なミス	似た名前の薬剤がある事を再度確認する。	ノボラピッド注フレックスペン	ノボラピッド注フレクスタッチ	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
800	アレロックOD錠5mgを調剤するところ、イトブリド錠50mgを調剤した。	ジェネリックの採用に伴い、棚の入れ替えを行った。調剤後に戻す場所を間違えていたため、1シート異なる薬が入ってしまった。また、シートの色が似ていたこともあり監査の時に気づかずに患者さんに交付してしまった。患者さんから指摘いただき、調剤ミスに気が付いた。調剤棚の配置、監査時の注意不足が要因である。○単純なミス○注意力散漫	似ているシート・名称、規格等の棚の配置を考慮する。起きてしまった事に対し薬局内で情報共有し、一人一人が調剤・監査に注意を払う。	アレロックOD錠5	イトブリド塩酸塩錠50mg「トーフ」	確認を怠った		医薬品施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
801	エチゾラム0.5とエペリゾン50を間違えて交付。患者本にも当初は気が付かず5日服用して、まったく眠れないことで、薬が違うことに気が付いた。	エチゾラムとエペリゾンを間違えて投薬。名前が似ており、確認を怠った。○注意力散漫	監査の時には、処方箋名と薬剤名を確認する。	エチゾラム錠0.5mg「SW」	エペリゾン塩酸塩錠50mg「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
802	一般名が似ているため、間違えてピックアップした。一包化するとき気が付き、訂正した。	成分名をしっかりと覚えていないことが間違えにつながった。	一般名処方に対応できる知識を習得すること。	バルヒディオ配合錠MD「テバ」	ロサルヒド配合錠HD「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
803	ツムラ人参養栄湯の処方を、間違えてツムラ人参湯を交付。施設入所の方で、施設スタッフより「いつもの漢方と違う」と連絡があり、調剤ミスが発覚。患者さんが服用する前に交換する事が出来た。	思い込みで調剤し、監査者も気付かずに交付してしまった。ツムラ人参湯でしか見てないと思われる。	漢方薬は似た名称も多いので、最後の一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				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
804	当薬局での、オルメテックOD錠10mgの投薬患者1名 他オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」錠を投薬。両剤のヒートが酷似しており、また保管棚も近い場所であり、取り違えた。発注を投薬後に 行なうためその際に、錠剤の払出確認後発注の手順のため、約1時間後発覚。すぐに当該患者に連絡し、薬剤を交換。当該患者も、ヒートがあまりに酷似しているため気付かず。当該患者服用なし。○10錠シート	要因は、調剤数(人数)の違いによる、単純なミスと考えている。	両剤の棚配置の変更と、オルメテックOD錠10mgの棚に、投薬患者名を記載し、注意喚起をした。また、逆の調剤を防止するため、オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」の棚にも同様の記載を行なった。	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	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
805	ニフェジピンCR20mg「トロー」126錠の調剤。ニフェジピンCR20mg「トロー」26錠とアダラートCR20mg100錠で調剤されていた。	検品後、包装が類似していたためアダラートCR20mgをニフェジピンCR20mg「トロー」の棚に入れていた。調剤者がそのままピッキングしてしまった。○注意力散漫	類似している包装について、職員全員で共通認識するよう日頃から声掛け。検品後は声出し、指さし確認してしまう。	ニフェジピンCR錠20mg「トロー」	アダラートCR錠20mg	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
806	【正】一般:クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%キンダベート軟膏0.05% 5g 1本 1日2回 部位:顔【誤】一般: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0.05% 5g 1本 1日2回 部位:顔	入力ミスが起き、初期監査、最終鑑査共にスルーして、発生した。	面処方や不足薬等の非日常の事態が発生した場合、一度深呼吸を行い、落ち着いた心境と環境で鑑査を行うこと。何時も以上に、慎重に1文字ずつ確実に確認を行う。一般名の鑑査は、最後まで薬品名を確認し入力、照合、鑑査を行う。特に外用ステロイドは、塩、エステルにより強度が異なる為、塩やエステルを含め最後までしっかりと確認し入力、照合、鑑査を行う。一般名処方の場合は、内服薬のヒート、外用剤は、チューブ、瓶、容器などに記載されている成分名と処方箋を突合する。一般名処方から先発品が調剤されている場合、調剤指示書から正しく一般名が入力されているか、正しい先発品に変更されているか確認の後、鑑査を行う。一般名処方、類似名称が多くなる為、4文字入力を5文字まで入力とする。その上で、選択薬剤が多い場合は、処方箋と6文字以降も突き合わせてから入力する。	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	知識が不足していた 通常とは異なる心理的条件下にあった	施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
807	患者処方箋には「ペクタイト錠100mg3錠/分3毎食後、28日分」と記載されていた。薬剤師は、薬棚(引き出し)から、ペクタイト錠100mgを2箱取り出したつもりが、誤って、隣に入っていたベザトールSR錠200mgの箱も取り出してしまった。箱から取り出して調剤したのち、余った薬を箱に戻す際に自身で気が付いた。その後、調剤した薬を再度よく確認しなおし、監査したのち、患者と一緒に薬を確認して、正しい薬を渡した。	ペクタイト錠100mgとベザトールSR錠200mgは、販売が同じキッセイであり、外箱の外観が酷似していた。また、その2種類の薬を隣接して保管していた。加えて、患者来局のタイミングが一人薬剤師の時間帯であり、処方された薬も多く、焦りもあった。	外箱が類似した薬剤を引き出し保管する際には、隣接させないよう、仕切りを用いで離して保管をするよう改善した。	ペクタイト錠100mg	ベザトールSR錠200mg	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
808	取り間違い。陳列場所も隣で『クエン』と名前も似ているので取り間違えた。監査中に取り違いを発見した。		陳列場所を離す。注意喚起する。	クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」	クエンメット配合錠	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
809	一般名:ドキサゾシンメシル酸塩錠2mgと書かれた処方せんで、カルデナリン錠2mgを選択しなければならぬところを、カンデサルタン錠2mg「EE」を勘違いして調剤しようとした。薬局に薬剤師が一人の時間帯で、自分で監査する段階で、薬品名が違うことに気が付いて、選択しなおしたので、患者の手元に渡る前に気が付くことができた。	名前が似ていて、ミリ数が同じ薬。一般名処方せんを確認しただけでは、判明しないが、単純なミス、勘違いであった。	一般名から変更調剤した際に、薬品名を入力画面や、薬袋、調剤録などの情報と照らし合わせる必要がある。	カルデナリン錠2mg	カンデサルタン錠2mg「EE」	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
810	マドパー105錠処方100錠束と5錠ヒートでお渡ししないといけない所、マドパー100錠束の代わりにマグミット330mg100錠束をお渡しした。後日家族より連絡いただき直ぐに取り換えに行く。	調剤・監査に2名の薬剤師が関わりすり抜けた事にも問題があるが、一番の原因は2種類(マドパー・マグミット330mg)を一つの棚で保管し、しかもどちらも1000錠箱で注文し一部を棚にて保管していた為100錠アルミシートきずかなかった事	直ぐに棚を別にし全ての棚で箱ではなくアルミシートで2種類以上一緒に入れているものが無いか確認。全て別棚に変更する。	マドパー配合錠	マグミット錠330mg	確認を怠った	その他	施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
811	患者が処方箋を持って来局し、処方箋には「一般名でオルメサルタン口腔内崩壊錠10mg1錠/分1朝食後30日分」と記載薬剤師Aは調剤する際患者がジェネリック医薬品希望のため薬棚からオルメサルタンOD錠10mg「DSEP」を調剤するところ、先発医薬品のオルメテックOD錠10mgを調剤。オーソライズドジェネリックだったためシートの外見がかなり酷似しており気付かずにそのまま鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師BがオルメテックOD錠10mgが調剤されている事に気づき調剤した薬剤師Aに間違いを伝え、薬剤師AはオルメサルタンOD錠10mg「DSEP」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。	ジェネリック医薬品オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」は先発医薬品であるオルメテックOD錠10mgのオーソライズドジェネリックであるため外見がとても酷似している上に薬棚も近くに配置していたため間違いが起ってしまった。	オルメテックOD錠10mgとオルメサルタンOD錠10mg「DSEP」の棚の位置を離し薬を入れておくカセットにも「先発品」、「後発品」という旨をわかりやすく色分けのシールを貼りピックアップの段階でも今以上に注意喚起できるよう改善を行った。また業務手順書も見直しを行い鑑査の再確認を行う等を徹底した。	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
812	アリピプラゾール錠3mg「ヨシトミ」35錠調剤されたものを鑑査したところ、一部に先発品のエビリファイ錠3mgが混在していた。交付前の鑑査で気付く、再度正しく調剤を行い患者に交付した。	○単純なミス○注意力散漫錠剤の外見が酷似しているため、前患者の調剤で錠剤を薬品棚に戻す際に誤って戻してしまった。	薬品棚の配置を変更し、戻し間違い・取り違いのない位置に変更した。当該医薬品の外見が酷似していることに関し、インシデントレポートの作成・スタッフ間で注意喚起。	アリピプラゾール錠3mg「ヨシトミ」	エビリファイ錠3mg	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 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
813	病院からツムラ小建中湯が処方。患者は以前より小建中湯によりSE発生歴がある。誤処方ではしくは大建中湯だった。	名称が似ているため誤処方であると考えられる。対応で発覚。	患者対応により聞き取りの徹底。薬歴の副作用歴に警告色を用いるなど共有システムの改善。	ツムラ小建中湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ大建中湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	技術・手技が未熟だった	医薬品	仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
814	薬剤師Aが処方箋のコピーを見ながら調剤を実施。処方箋はクラリスDSの記載であったがクラリスDSで調剤を実施。調剤時に監査システムNewPORIMSの先調剤機能を利用して調剤薬剤の情報をバーコードにして出力して調剤薬品と共にかごの中に入れていた。薬剤師Bが監査した際に、分包された散剤の外観・量・重さを確認し、最終的にNewPORIMSの監査機能で処方入力との照らし合わせを行ったところ、エラー音が鳴り、入力情報との差異が発覚。散剤の印字・NewPORIMSバーコードの印字を確認したところ、クラリスDSが調剤されている事が判明した。再度正しい薬剤にて調剤をし直し、患者様には正しい薬剤をお渡しした。	当薬局ではクラリスDSが処方されることが圧倒的に多いため、調剤者がクラリスDSの処方と思い込んで調剤を行ってしまった。またクラリスDSとクラリスDSは外観も似ている為、調剤中には気づきにくかった。	名前・外観等が類似している薬剤は離れた場所に保管する。散在調剤前には他者に薬剤が正しいか確認していただく。	クラリスドライシロップ10%小児用	クラリスドライシロップ10%小児用	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
815	アムロジンOD錠5mgとアムロジピンOD錠5mg「サワイ」を取り違えて交付してしまった。その後、レセコンと実在庫の数が合わないため気が付いた。	・名称・外観が酷似しているため取り違えてしまった。・発売されている医薬品に同成分・同規格が多いためミスを発見できなかった。○処方せんの見間違い○単純なミス	・先発・後発品名のスタッフ全員への周知徹底・調剤監査時に複数回チェックを行う・当該患者にはレセコンの伝言欄に記入した上でスタッフに注意喚起	アムロジンOD錠5mg	アムロジピンOD錠5mg「サワイ」	確認を怠った	知識が不足していた勤務状況が繁忙だった	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
816	定期的に来局される患者様で、再来局。エサンプトール錠250mgが処方されているところをエプトール錠250mgで出してしまった。当日16時ごろに薬歴記載のため、処方箋を確認し間違いが発覚。患者様に電話したところ、すでに1回分服用済みであった。すぐに患者宅を訪問し残りの分をエサンプトールと交換した。	エプトールが以前から採用になっており、エサンプトールを使用している患者は当該患者のみであったため、エサンプトールの薬剤はエプトール錠であるとの思い込みがあったと思われる。名前も酷似しているため、確認を怠り、見落としてしまった。	処方箋の一字監査の徹底。エプトール、エサンプトールはいずれも目に付くように棚配置を工夫する。当該患者薬歴には強調文字でエサンプトール錠であることを記載する。	エサンプトール錠250mg	エプトール250mg錠	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品	仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
817	一般名処方箋にはケトプロフェンテープ40mg(10cm×14cm)35枚と記載されていた。患者はジェネリック希望ではあったが、薬歴の申し送りからテープだけは先発希望を確認したが、日医工のケトプロフェンテープの包装が変更になり、先発のモーラステープと類似している事に気付かず監査に回し、調剤済みの患者用ボックスで調剤録を確認した際に先発のモーラステープである事に気付いた。再度、モーラステープを正しく調剤し、医療事務に確認を取って貰った。監査段階で誤りに気付いた為に患者には正しい物を交付した。	以前の日医工のケトプロフェンテープは包装が真っ白な物であったが、今年の6月頃から包装変更により先発のモーラステープと類似していた為、間違えてしまった。また、前日は睡眠不足もあり注意喚起を怠ってしまった。	包装変更品で外観が類似の物には付箋等を添付し、取り間違い防止のためにもスタッフ間で注意喚起を促し周知する。	モーラステープL40mg	ケトプロフェンテープ40mg「日医工」	確認を怠った	通常とは異なる身体的条件下にあった	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
818	スミルテープ35mg 56枚 1日2回貼付→ミリステープ5mg 56枚をピックアップ	名称が似ている医薬品の取り違い。バーコードチェックでエラーになり鑑査時に気付くことができた。薬品名と規格の確認不足が要因。○処方せんの見間違い	ピックアップの際は薬品名、剤型、規格について入念に確認する。バーコードチェックを怠らない。	スミルテープ35mg	ミリステープ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
819	一般名処方の【クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%】に対して医療事務は、一般名が【クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%】であるデルトピカ軟膏0.05%でレセコンソフトに入力を行ってしまい、薬剤師もそのまま調剤を行ってしまった。別の薬剤師が監査を行った際に気づき、正しいパルデス軟膏0.05%で調剤をやりなおした。	一般名が似ているために起こった事例だと思われる。	薬局内でこの事例について周知徹底し再発予防に努めた。	パルデス軟膏0.05%	デルトピカ軟膏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
820	「一般名」アモキシシリン水和物細粒200mgと記載されていたが、アモキシシリン細粒10%「タツミ」で調剤してしまった「一般名」耐性乳酸菌散0.6%と記載されていたが、耐性乳酸菌10%「JG」で調剤してしまった。	PCでの入力時に規格の確認を怠ってしまい、一般名と類似の名前を選択してしまった。調剤を行う薬剤師も当薬局の採用薬品を把握していなかったため処方箋よりPCでの入力を信じてしまい調剤行ってしまった。処方せんの見間違い、処方医薬品の多さも要因の一つ	薬剤師の知識としてアモキシシリン細粒には10%と20%の2規格あること、耐性乳酸菌と記載の一般名には1gの菌の量が薬品によって異なることを把握しておく。薬品のカセットに規格違いがあることが分かるように目印をつけておく。	ワイドシリン細粒20%ピオフェルミンR散	アモキシシリン細粒10%「タツミ」耐性乳酸菌散10%「JG」	確認を怠った	知識が不足していた			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
821	ノボリン30R注フレックスペンを調剤するところ、ノボリンR注フレックスペンでお渡し。患者様が使用前に気づき謝罪の上交換。		注射剤は類似した名称が多いため、調剤時、監査時は要確認する。投薬時も再度確認。	ノボリン30R注フレックスペン	ノボリンR注フレックスペン	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容									PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
822	処方されている薬が先発医薬品のクラリスドライシロップ10%小児用であったが、頻りに処方されているクラリスロマイシンドラシロップ10%「タカタ」で調剤してしまい投薬時に気づき再度調剤しなおした。	思い込み、名称の類似、剤の色が違うが気付くことができなかった。	類似名称医薬品や後発医薬品が多くなってきているので調剤時にも縦読み監査が必要。	クラリスロマイシンDS小児用10%「タカタ」	クラリスドライシロップ10%小児用	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
823	「トラゼンタ錠」が処方されたのに対し、「ジャディアン錠」を調剤してしまった。	同効種で思い込みによって調剤してしまった。棚も上下の関係になっていた。調剤後の照合の際に間違いに気づき、正しく調剤して患者様にお渡しした。	規格、同効薬、似た名称の取り違いに十分注意して調剤を行う必要がある。	トラゼンタ錠5mg	ジャディアン錠10mg	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
824	一般名オルメサルタンOD錠20mgが処方されていた。患者様は後発品を希望されたが、誤って先発品のオルメテックOD錠20mgをピックアップした。その直後にミスが発覚し、誤って取ったオルメテックを格納場所に戻したが、その際に一部分が机上に残ったままであった(10錠シートx3)。その後、オルメサルタンをピックアップする際に、机上に残ってあったオルメテックをオルメサルタンと勘違いし、その上にオルメサルタン12錠(10錠シートx1+2錠)を合わせて監査システムで監査したところ、重量・外観のチェックが通り、監査OKとなった。その後、投薬時のチェックにより、オルメテックが混在していることが判明し、患者にはオルメサルタンを渡すことができた。○10錠シート	実務実習生が先発品を後発品と誤ってピックアップした。その後、誤って取得した薬剤の数量を確認せずに格納場所へ戻したため、戻し忘れが発生した。戻し忘れのシートを色などの大雑把な外観のみの確認で、記載されている文字までは確認しなかったため、先発品と後発品を混在させてしまった。	外観が類似しており、先発品・後発品共に10錠シートを使用しているため、先発品をウィークリーシートに変更し、外観での判別をわかりやすくする。	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	オルメテックOD錠20mg	確認を怠った 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
825	一般名類似により本来マイアロン軟膏0.05%で調剤するところをパルデス軟膏0.05%で調剤を行った。	処方せんに一般名でクロベタゾール0.05%軟膏(商品名:マイアロン軟膏0.05%)と記載されていた。しかしクロベタゾン0.05%軟膏(商品名:パルデス軟膏0.05%)と判断し、パルデス軟膏で調剤を行った。監査時にピックアップミスに気づいた。○処方せんの見間違い○単純なミス	一般名処方の際は、処方せんと医薬品に記載されている一般名の確認を指し確認するようルール化する。	パルデス軟膏0.05%	マイアロン軟膏0.05%	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
826	患者が処方箋を持参し「一般名:テオフィリン徐放錠200mg(24時間持続) 1錠 分1夕食後 35日分」と記載されていた。患者は後発医薬品希望で本来テオフィリン徐放U錠200mg「トーフ」を調剤すべきところ、テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」で調剤してしまった。患者へ交付する前に違和感を感じ再度処方箋と付け合せを行い誤りに気付き、正しく調剤しなおし患者へ交付した。	○処方せんの見間違い 一般名で類似しているものがあるにもかかわらず注意・確認を怠った	薬品棚に一般名が類似しているものが存在する場合には注意書きを加えた(12~24時間持続・24時間持続など)処方箋入力者とも連携を取り注意を促しあうこととした	テオフィリン徐放U錠200mg「トーフ」	テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品 施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
827	類似後発品の取違に投薬薬剤師が気が付かなかった。	正しいものが出ているとの思い込みで処方箋をよく見ずに投薬。	思い込みへの注意。処方箋の二重の確認	プラバスタチン	アトルバスタチン	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
828	レプリントンL100の棚に過ってロキソプロフェン60mg「CH」が入っており。外見が類似していたため誤って取り違えてしまった。	患者が多く忙しい時間帯だったため確認を怠って調剤を行ったところレプリントンL100の棚にロキソプロフェン60mg「CH」が入っており途中まで気づかずに調剤しそうになってしまった。	外見がにているものの棚は離しておくようにする。また、戻し間違えや棚補充の際に過った薬を入れていないか注意するようにする。	レプリントン配合錠L100	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「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
829	一般名アセトアミノフェン錠500mg1錠疼痛時服用 10回分 の処方。メトホルミン錠500mg 10錠を渡した。昼に午前中に処方があった薬剤の在庫を確認しているのですが、その際に在庫が10錠ずれていることが分かり判明した。すぐに患者に連絡しご自宅に伺い謝罪し交換させてもらった。服用前だった。	調剤者の中に以前よりカロナール500とメトホルミン500が類似しているという思いがあったことによる思い込み。当時話し合いをしている最中に処方 came ため、確認がしっかりとできていなかった。	何かをしている最中でも、処方が来た際にはその作業を中止し、処方に集中するべきだった	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	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラー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	処方薬一般名:ベポタスチンベシルで処方があったが、誤って入力・調剤ともにサクコルチン(一般名:ベタメタゾン-dクロルフェニラミン)にて入力・調剤をしてしまっていた。	名称類似・単純なミスによる事例。処方になれていないものが対応していたので確認も甘かった。	入力時は最終画面で再確認する。調剤時は必ず処方箋と照らし合わせての調剤を徹底する。	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	サクコルチン配合錠	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
831	一包化の調剤時に、アルダクトンA錠25mg 28錠ピッキングする際、そのうち10錠シートだけメインテート錠2.5mgが混在していた。ピッキングする薬剤師と分包する薬剤師が違った為事前に気付き交換。	窓口が混雑していた背景はなく、この2剤の表面のデザインが酷似していたことによる単純なミスと思われる。	一包化の際は、出来るだけ2人以上の薬剤師の目を通るシステムにするよう心掛ける。	アルダクトンA錠25mg	メインテート錠2.5mg	確認を怠った	その他	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
832	エクメット配合錠を調剤するところエクア錠50mgを調剤	混雑時、名前の確認不足。似ている薬だったため間違えた。	調剤棚の位置を配置換えして類似薬あり、取り違い注意の徹底を行った。	エクメット配合錠HD	エクア錠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
833	薬剤師Aが一般名でテルミサルタン錠40mgで処方されていたのを見間違え、バルサルタンで調剤してしまい、薬剤師Bが監査で気づいた。	一般名処方の響きと、金曜日の夜ということで疲労も溜まり注意力散漫になっていたと思われる。	似ている響きのある一般名がある事を意識し、またミスの多くなりやすい時間帯はそのことも意識して業務に集中する。	テルミサルタン錠40mg「DSEP」	バルサルタン錠40mg「サンド」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
834	一般名である『【般】L−アスパラギン酸カリウム錠300mg』が処方されていたが、誤って『【般】L−アスパラギン酸Ca錠200mg』である『L−アスパラギン酸Ca錠200mg「サワイ」』を調剤した。介護施設の複数の入居者の処方せんを受け付け、一旦調剤に時間をもらった。外来の調剤と並行して、入力・計数調剤・一包化調剤・監査を終え、介護施設の医療従事者に確認してもらった際に誤りを指摘された。	処方内容を隅々まで目を通しておらず、類似名称医薬品を誤って選択し、監査でも見逃してしまった。正確さより、早さを優先したために処方を読み取る精度が落ちたと考える。調剤にかかる人員が少ないのも要因になるかもしれない。○処方せんの見間違い○単純なミス○焦り○注意力散漫	処方せんを受け付けた患者毎に調剤を完結させる。また、備蓄している類似名称医薬品や本件のような類似名称医薬品の処方例を中心に、類似名称医薬品をリストにして注意喚起を図る。	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
835	処方箋は「一般名)ヒドロコルチゾン・フラジオマイシン等配合軟膏」と記載されていたが、処方箋入力時に誤って「一般名)ヒドロコルチゾン酢酸エステル・フラジオマイシン等配合軟膏」で入力。調剤者も入力者と同じく一般名を勘違いし、ヒドロコルチゾン酢酸エステル・フラジオマイシン等配合軟膏である「強カレストミンコーチゾンコーワ軟膏」で調剤、鑑査者も間違いに気付かなかった。別の投薬者が患者様に交付しようとしたところ、痔であることを確認、以前にももらったことのある薬剤でありその時と違う形状であることを聞き取り、薬剤が間違っていることに気付く。交付前に気付いたため、患者様には正しい薬剤を交付した。	外用薬の一般名処方であり、一般名が酷似していたため勘違いした。薬価取載上の一般名と、調剤システム上の一般名の表記が若干異なることがあり、今回もその違いだと思い込んでしまった。	一字一句確認を怠らないようにする。表記が異なるだけだと思いつまみず、保険薬事典等で再確認する。	ヘモレックス軟膏	強カレスト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	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
836	患者が処方せんをもって来局した。処方せんには「ザンタック150mg1錠/1日1回就寝時服用」と記載されていた。ジェネリック希望の患者だったため薬剤師Aは調剤する薬棚からラニチジン錠150mgを調剤するところ、同じ引き出しの隣の仕切りのニザチジン錠150mgを調剤したことに気がつかずそのまま監査に回した。監査にあたり薬剤師Bが処方薬のジェネリックであるラニチジン錠150mgでなくニザチジン錠が調剤されていることに気が付き、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはラニチジン錠150mg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づいたため患者には正しい薬を交付した。	ラニチジン錠150mg「日医工」とニザチジン錠150mg「YD」は引き出しの中で隣あった仕切りの中に入っており、同じ150mgで箱の大きさも似ていたことから間違えた。また金は来局した時間は店内が混雑していたため焦りがあった。	引き出しの中でのラニチジン錠150mgとニザチジン錠150mgの位置を離した。また調剤者が監査に回す前にピッキングの再確認をすることをあらためて徹底した。	ザンタック錠150	ニザチジン錠150mg「YD」	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
837	2018年9月14日(金)16時頃に、内科を受診した患者77歳女性が処方せん持って来局。疑義照会で追加になったツムラ麦門冬湯を誤ってツムラ小青竜湯でお渡し。薬剤師Aはピッキング・投薬する際、ツムラ番号・帯色類似のツムラ19小青竜湯を調剤したことに気付かず。後日、患者様が医療機関に連絡。医療機関より薬局に電話連絡があり、間違いに発覚。正しい薬に交換・お渡し。	ツムラ19小青竜湯・ツムラ29麦門冬湯は帯色(ピンク)・番号類似・類似適応(ともに気管支喘息あり)のため間違えた。また、店内混雑していたため焦りもあった。	疑義照会で薬剤追加の際、1人の薬剤師で対応していたが、必ず別の薬剤師とダブルチェックを行う。「取り間違い注意」のラベルを貼って、注意喚起する。	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	医薬品		ヒューマンエラー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	ワーファリン顆粒0.2%が処方されていたが、調剤当時は忙しく、確認を怠ってしまいフェロミア顆粒8.3%を手にしたのに気付かず、そのまま調剤してしまった。	ワーファリン顆粒0.2%とフェロミア顆粒8.3%の容器が似ており、手にしたもののがワーファリン顆粒0.2%であると思込んでいたこともあり、確認を怠ってしまった。	・集薬を行った者以外が調剤前に集薬されたものを確認し、その確認後に調剤を行うようにした。(ダブルチェックの徹底)・調剤者も調剤前に再度処方箋と照らし合わせを行うことを徹底。	ワーファリン顆粒0.2%	フェロミア顆粒8.3%	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	施設・設備	ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
839	処方箋で「アルファロールカプセル0.5 1カプセル」処方されていたが、誤ってアルファカルシドール1.0「サワイ」を調剤。業務終了後、特定管理薬剤棚卸をしたところ、ミスが発覚。すぐに患者様に連絡をし、正しい薬をお渡し。薬の服用はなく、患者様が気づかれる前の発覚であった。	アルファロールはこの患者様のみの処方。よく処方されているアルファカルシドール1.0を誤って調剤。監査者はヘルプ薬剤師で、監査に不慣れであった。	似た名前前の薬であることを認識。患者様の薬歴にも、注意するようメモを残す。	アルファロールカプセル0.5μg	アルファカルシドールカプセル1μg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
840	新人による注射薬の調剤誤り。ヒューマログ注ミリオペンをヒューマログ注ミックス25ミリオペンと調剤誤り。	知識の乏しさと思い込み	注射薬の名称類似品について教育。冷蔵庫にインスリンのカラーコード表を貼付し、間違い防止に努める	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	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
841	コソプト配合点眼液が処方されていたが、トルソプト点眼液1%をピックアップし、監査、投薬の段階においても気付かないまま患者様にお渡ししてしまった。	容器の色合いも白と橙で似ている事と、名前も似ているため、思い込みで調剤が進んでしまい、単純なミス、注意力不足だったと思われる。	今までは調剤の簡便さ、時間短縮を求めて、小箱を開封後、蓋部分を切り取っていたが、蓋をその都度開閉し、確認するようにした。	コソプト配合点眼液	トルソプト点眼液1%	確認を怠った	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
842	一般名【般】ロスバスタチン錠5mgで処方されているが、今まではロスバスタチンOD錠5mg「DSEP」で調剤していた。今回はロスバスタチン錠5mg「DSEP」で調剤をしてしまった。	ロスバスタチンOD錠5mgの薬棚にロスバスタチン錠5mgが充填されていた。本来普通錠は引出に保管されているため、ピックアップした担当者は薬棚から取り出したためOD錠と思い込んでしまった。また、今回の検薬者は処方箋には【般】ロスバスタチン錠5mgと記載されていたため、そのまま普通錠で投薬。薬歴にはOD錠で調剤していると記載があるが、確認を怠ったと思われる。○単純なミス	ロスバスタチン錠「DSEP」とロスバスタチンOD錠「DSEP」の100錠包装の箱は酷似しているため、今後はあえて近くに置くことで、必ずどちらであるかを確認しなければならない状況を作ることにした。	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		医薬品		ヒューマンエラー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	スルピリド錠50mgを調剤するところ、クロチアゼパム錠5mgを調剤し、監査する薬剤師も間違いに気づかず患者に交付してしまった。その後、在庫医薬品の数を数えたところ、レセコンと実数が合わないため、処方箋を確認したら、一人スルピリド錠50mgが処方されていた。患者に確認し間違っていたため、取り換えに患者宅に行った。2日分服用していたが、体調は問題ないということだった。経過を医師に連絡した。	調剤した薬剤師は、たなからくすりをとるときに、薬の名前を確認していなかった。監査した薬剤師も間違いに気づかなかった。シートの色が似ていたことも気づかなかった要因と思われる。作業手順の不履行		スルピリド錠50mg「サワイ」	クロチアゼパム錠5mg「サワイ」	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
844	ユビデカレノン錠が処方されていたところ、メコバラミン錠を誤って交付。	作業時繁忙状態で確認を怠ってしまった。シートが類似しているため気付かず交付。	薬剤名を処方箋と付け合わせて確認。	ユビデカレノンカプセル5mg「トーワ」	メコバラミン錠500μg「S W」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった		教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
845	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」とクレストール錠2.5mgのヒートが類似しているため、棚へ戻す時に間違えてしまい、調剤するときに混ざったままピックアップしてしまった。	ヒートが類似しているためと、繁忙時間に慌てて棚に戻ってしまったのが原因と思われます。	棚を遠くに離して、戻す時には確認する。	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」	クレストール錠2.5mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
846	患者が処方せんをもって来局した。処方箋には「【一般名】アムロジピン錠2.5mg 1錠/分1朝食後、28日分」と記載されていた。以前より来局されている患者で、これまでも本人より先発品希望の旨をうかがっていた。薬剤師Aは調剤録の確認を怠り、ジェネリック(アムロジピンOD錠2.5mg「サワイ」)で調剤し監査に回した。監査に当たった別の薬剤師Bが誤りに気づき、薬剤師Aに伝えた。正しいもの(アムロジピンOD錠2.5mg)を調剤しなおし、再度監査を実施。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。	患者が来局した時間帯は店内が混雑していた。名称も似ており、単純なミスであった可能性もあるが、調剤録の確認をおろそかにするなど作業手順の不履行もあったものと思われる。	業務手順の再確認: 忙しい時間帯でも調剤者・監査者を分け、二重監査を徹底する。患者の希望(先発・後発)の記載を大文字にするなど判別しやすいようレイアウトを変えた。	アムロジピンOD錠2.5mg	アムロジピンOD錠2.5mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
847	「一般名:テルミサルタン40mg・アムロジピン塩配合錠」28日分に対して、テラムロAP「DSEP」で調剤すべきところテルチアAP「DSEP」で調剤。後日、患者が手持ちの薬を飲み終わり、服用を開始しようとしたところ薬が違うことに気づいて来店。テルチアAPは未服用、持参したテルチアAP28錠をテラムロAP28錠に交換。	テラムロとテルチアはテルミサルタンの配合錠であり、どちらも「DSEP」のものを採用している。名称が似ていたため取り間違えて調剤してしまった。一般名処方については調剤時毎回処方箋の備考欄に調剤する薬剤名を記載しており、「テラムロAP「DSEP」」と正しく記載したにもかかわらず思い込みと確認不足でテルチアAPを調剤、別の薬剤師が監査したにも関わらず見落として交付してしまった。受け取りはご家族で、店頭でも薬が違うことには気付かなかった。○単純なミス○注意力散漫	一般名処方の配合剤においては配合されている成分と成分量を確認し、調剤・監査時に処方薬とピックアップした薬とにそれぞれ相違がないか確認する。調剤時、監査時の声出し、指差しの確認を徹底する。	テラムロ配合錠AP「DSEP」	テルチア配合錠AP「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
848	一般名処方において、カルボシステイン錠500mg、セフカペンピボキシル錠100mg。先発希望であったが、ジェネリック薬である薬剤にて調剤した。	類似する処方連続し、ジェネリックと思い込み用意してしまった。投薬前の患者アンケートをチェック時に気づき訂正できた。	調剤前のジェネリック・先発品の確認徹底を実施。	ムコダイン錠500mg フロモックス錠100mg	カルボシステイン錠500mg「トワ」セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
849	一包化調剤を行っている患者において、オルメテックOD錠20mgで処方・入力となっている所、ジェネリックのオルメサルタンOD錠20mg「DSEP」で調剤されていた。鑑査者が気づき、患者に交付されることは無かった。一包化を作る全自動分包機のカセットに、オルメテックではなくオルメサルタンが充填されていることが判明した。	全自動分包機のカセットに充填する際に、必ず複数人で錠剤の刻印を必ず確認するようルール付けしていたが、オルメテックの刻印が「オルメテック OD20」なのに対してオルメサルタンは「オルメEP OD20」であり似ていたため充填者がオルメテックと思い込み入れてしまっていた。また、錠剤の厚さや直径なども同じであったため全自動分包機もエラーが出ず分包されてしまった。	全自動分包機カセット充填の際の刻印チェックを再度徹底した。特にAG(オーソライズド・ジェネリック)はシートの見え、刻印、錠剤の形状も酷似している物が多い為、他の薬品においてもそれぞれの違いを把握しておくようスタッフ全員に注意喚起を行った。	オルメテックOD錠20mg	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
850	スピオルトレスピマットのところで誤ってスピリーバレスピマットで調剤	間違えやすい薬剤があることを把握していなかった。同じレスピマット、60吸入であることで思い込みがあった。	スピオルト側に容易に取り出さないようにかぶせをつけ、「類似薬品」の注意喚起の札を張った。	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	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
851	カデチアLD「テバ」の処方を間違えてカムシアLD「サンド」を調剤した。一包化していたので、本人・家族は間違いに気づかないで服用。ふらつき症状がでたので病院に受診し、入院、病院の看護師が薬の間違いに気づいた。	業務が忙しく、薬の監査がおろそかになり、間違いに気づくことなく調剤してしまった。	名前に類似性のある薬を複数在庫する場合は、棚の場所を近くにしない、それぞれの棚に注意喚起の印をつけることにした。	カデチア配合錠LD「テバ」	カムシア配合錠LD「サンド」	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
852	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「アトルバスタチン錠5mg、1錠/分1夕食後、30日」と記載されていた。薬剤師は調剤する際、薬棚からアトルバスタチン錠5mgを調剤するところ、他の薬棚にあったプラバスタチン錠5mgを調剤したことに気付かず、そのまま患者の前で監査し交付しようとしたところ患者から間違いを指摘された。薬剤師は、アトルバスタチン錠5mgを正しく調剤し、監査後患者に交付した。患者に交付前に間違いを指摘され誤りに気付いたため、患者に正しい薬を交付することができた。	アトルバスタチン錠とプラバスタチン錠は、名称が似ていたため間違えた。また、薬剤師が一人で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。	薬の再確認の徹底と、名称類似医薬品の表を張り、取り違い防止のための注意喚起をした。	アトルバスタチン錠5mg「サワイ」	プラバスタチンNa錠5mg「ケミファ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
853	7月19日に一般名で処方され投薬されたが残薬があったため8月24日になって開封点眼したところ、さし心地が違うため誤薬に気づき、当薬局に問い合わせし調剤過誤が判明した。	隣接した調剤棚に両薬剤ともメーカー作成の同色系のビニール袋にあらかじめ入れて保管していたため誤ってピッキングし、さらに監査および服薬指導の薬剤師も思い込みで見落としした。○注意力散漫	類似した品名や形態の薬剤は隣接した棚を避けて保管し、メーカー作成の袋にあらかじめ収納しておかない。	レボカバステン点眼液0.025%「ファイザー」	レボフロキサシン点眼液0.5%「キッセイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品 施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
854	一般名処方でプレドニゾン吉草酸エステル酢酸エステルクリーム 10gと処方された。再診時、医師が薬品を見せたら薬局でもらった薬と違うことが判明。医院から連絡があった。患者に確認したところ、アンフラベートクリームが調剤されていた。5g2本のうちすでに1本使用していた。本来調剤するべきスピラゾンクリーム5g2本をお渡しし、後日アンフラベートクリームを回収した。	プレドニゾン吉草酸エステル酢酸エステルクリーム5gとベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル5gは、ほぼ同時期にジェネリック切替したため一般名名称類似・同薬効・1本当たりのG数が同じであったため、勘違いして調剤した。	外用薬の棚に、商品名以外に一般名を表示した。	スピラゾンクリーム0.3%	アンフラベート0.05%クリーム	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「薬剤取り違い」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
855	処方箋のアンテベート軟膏が記載しているところに、事務員が誤ってアンフラベート軟膏で入力、誤りに気付かずアンフラベートで調剤してしまい、鑑査の段階で間違いが発覚	類似医薬品の取違・勘違い	類似医薬品があることを薬局内で周知し、アンテベートは先発品、アンフラベートは後発品であること再度周知した	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
856	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「ザルティア錠5mg 1錠分1夕食後 28日分」と記載されていた。事務Aは、調剤する際薬品棚の引き出しからザルティア錠5mgを調剤するところ、その横にあったザイザル錠5mgを調剤したことに気付かずそのまま鑑査にまわした。鑑査にあたった薬剤師Bが、処方箋のザルティア錠5mgではなく、ザイザル錠5mgが調剤されていることに気づかずそのまま投薬した。	ザルティア錠5mgとザイザル錠5mgは、引き出しの中の位置が隣同士で近く名称も似ていたため間違えた。また、患者に薬を見せながら投薬したがお互いに気付かなかった。後日、患者から電話があり在庫チェックをして間違いに気づいた。	ザルティア錠5mgとザイザル錠5mgの引き出しの中の位置を離した。また、業務手順書を見直し薬の再確認を徹底することとした。ザルティア錠5mgは患者宅に郵送し、ザイザル錠5mgは次回の来局時に持ってきていただいた。	ザルティア錠5mg	ザイザル錠5mg	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
857	ツムラ半夏瀉心湯で処方されていたがツムラ半夏厚朴湯で調剤してしまい、窓口での指導中に気が付いた。	当薬局では半夏厚朴湯のほうが処方数が多く、名前が似ているため取り違えてしまった。ツムラの漢方薬は番号で包装紙の色が違うため、薬歴に服用している漢方の番号と色を記載しておくようにした。	ツムラの漢方薬は番号で包装紙の色が違うため、薬歴に服用している漢方の番号と色を記載しておくようにした。	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	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
858	一般名、外用薬で間違いが発生	原因は、一般名が1、よく似ている2、医療機関により少しずつ記載がちがう などにより 処方せんの見間違いの単純ミスです	外用薬の一般名は特に注意が必要	アンテベート軟膏0.05%	リンデロン?DP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
859	ツムラ24番加味逍遙散エキス顆粒が処方され投薬した患者より帰宅後連絡があり、同薬剤にツムラ54番抑肝散エキス顆粒が1包のみ混在していたとの報告があった。実際に薬剤を持参していただき、混在が確認された。	ツムラ24番加味逍遙散エキス顆粒とツムラ54番抑肝散エキス顆粒は包装の色やデザインが類似しており、調剤、鑑査時の確認不足も重なり、発生したと考えられる。また、ピッキング作業において何らかの理由で収納場所に戻す際に、ツムラ54番をツムラ24番の箱に収納してしまった可能性も原因として考えられる。	漢方薬は視覚的に類似したデザインが多いので、調剤時、鑑査時、収納時に番号や薬剤名を1包ずつ確認することを徹底する。また、ピッキング作業において何らかの理由で薬剤を収納場所に戻す必要がある時は、その場で戻さずに原則的に他の人が収納を行う。その為に、収納待ちの薬剤を入れる専用の箱を用意した。	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒(医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
860	タリオン10mgが処方箋には記載されていたが、薬棚には、一般名「ベポタスチン10mg」しかなく、また、隣り合う薬棚の上下で一般名「ベタヒスチン6mg」があり、薬剤師Bが誤って一般名「ベタヒスチン6mg」をとり、監査時に薬剤師Aが気づき、誤りをBに伝え、患者には正しい薬を交付した。	薬棚の上下、近くに似たような名前前の薬剤があった。発生時、繁忙していた。	棚を引き離した。表示をマーカーで違いを目立つようにした。	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「日医工」	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
861	8/27のファモチジンシルニジピン(10)で間違ってお渡ししていた。9/12に来院され、13日間飲まれていたので主治医の受診に付き添い血圧などを確認。血圧は低下は見られなかったが、こちらのミスでご迷惑おかけしてしまった謝罪と今後の体調変化があればすぐ連絡していただくようにお伝えする。	薬袋(薬情)写真を見ながらピッキングしていたと思われる。ダブルチェックを行っているがシートの色が似ていることから監査で見過ごしてしまった。○作業手順の不履行○単純なミス○注意力散漫	シートの色が似ていることで思い込みから薬剤違いを見過ごしてしまったことから、処方箋と薬の薬剤名をしっかりと確認することを徹底する。	ファモチジンD錠20mg「サワイ」	シルニジピン錠10mg「サワイ」	確認を怠った			その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
862	一般名処方でベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステルクリームが出ていたが、本来アンフラベートクリームを調剤すべき所を、誤ってリンデロンVGクリーム(ベタメタゾン吉草酸エステル・ゲンタマイシン硫酸塩配合)を調剤してしまい、監査、窓口共に見逃し、患者に渡ってしまった。薬歴記入時に薬剤の間違いに気づき、患者宅へ行き、使用前に交換でき、害はなかった。	ステロイド外用剤の一般名処方はかなり似ていて、取りちがえる事が多発すると思われる。特に今年からは一般名処方が多くなっていて、このような事例は全国で起こる可能性あり。ステロイド外用剤の成分名は良く覚えておいて、調剤時にも最新の注意がいると思われる。	調剤棚に類似名称有り記載したり、個人の知識を高める努力をする事が大事と思われる。監査もステロイド外用剤は要注意するように、全員で統一する。	アンフラベート0.05%クリーム	リンデロン?VGクリーム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
863	「一般名」の酷似による処方データ入力誤り、調剤、監査誤り(正)【般】クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%(キンダベート軟膏)⇒(誤)【般】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)で誤って交付	○処方せんの見間違い○単純なミス○焦り○注意力散漫 ステロイド剤の一般名処方の受付がほとんどなく、知識不足より酷似した名称のステロイド剤を処方入力時に選択し入力データを元に調剤、監査を行ってしまった。	ステロイド剤の一般名称と商品名をリスト化し、監査時に酷似したものと取り違えないか確認する。調剤、監査時に当該製品の一般名称の記載を確認する。	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
864	定期薬はジェネリック希望の患者に対して、いつも通りジェネリックだと思ひ込み、変更して調剤した。処方せん受付・入力した薬剤師は、「今回は処方通り希望」と患者から聞いていたが、調剤する薬剤師に伝えておらず、連携ミスが起こった。投薬する薬剤師もシートがよく似ており見逃してしまった。	患者からの希望を調剤に関わる全員に伝えることができていなかった。	今後は処方通り希望かジェネリック希望か、処方せんを受け付けた薬剤師が後続にしっかり伝わるようにメモを添付するようにする。	ゼスラン錠3mg ムコダイン錠500mg	メキタジン錠3mg「サワイ」カルボシステイン錠500mg「トーフ」	確認を怠った連携ができていなかった	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
865	8月7日17時に御本人様より店舗にTELあり。「ゾルピデム10mg「NP」がゾピクロン10mg「サワイ」になっています。自分で調べたら似ている薬で、本日夜勤なので昼過ぎに飲みました。」という内容です。監査記録を確認後、こちらのミスによるものでありと判断し、折返しお電話にて謝罪、正しいものと交換する旨をお伝え。同日18時30分にご自宅にて謝罪、ゾルピデム10mg「NP」をお渡し。	S: 監査の際、ゾピクロンをゾルピデムだと思い込み、処方せんに消し込みを入れていた。H: ゾピクロンとゾルピデムの配置が横並びになっている。E: 電話がかかってきた際に伝言を聞くなど、監査以外の考え事をしていた。L: 外来が立て込んでおり、待たせないようにと監査以外のことも同時進行で行っていた。L: PICKの際に1stが疎かになっていた。	S: 監査を再度徹底し、監査が終わり、薬袋に入れる際、改めて薬袋の表示と現物を確認する。H: 名前が似ている場合、横並びにならないように場所を変える。E: 監査中はメモなどに残してもらるか、終わってから聞くなど、他のことを考えながら監査をしない。L: 監査の合間に同時進行で作業せず、監査中は監査にのみ集中して行えるようにする。L: 外来が立て込んでいる状況でも1stは必ず行う。	ゾルピデム酒石酸塩錠10mg「NP」	ゾピクロン錠10mg「サワイ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品 施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
866	一般名クラリスロマイシン200mg処方のところ、カルボシステイン250mgを調剤してしまった。投薬時に、監査の薬剤師がミスに気づき訂正した。	クラリスロマイシン200mgとカルボシステイン250mgのヒートデザインが酷似していたのと、直前にクラリスロマイシン200mgの場所を変更したため、単純なミスで取り違えてしまった。 ○単純なミス	以後、取り違えを無くすためクラリスロマイシン200mgのヒートにあらかじめ赤線を引き、一目で違いがわかるように工夫しました。また、薬剤の場所を変更しなるべく取り違いがないような配置に変更しました。	クラリスロマイシン錠200mg「NPI」	カルボシステイン錠250mg「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
867	一般名処方であり似た名称のため取り違い。システムにより投薬前に発見	○単純なミス	自己確認の徹底	オルメサルタンOD錠20mg「EE」	テルミサルタン錠20mg「EE」	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
868	一般名ヘパリン類似物質軟膏の処方 ビーズフテンクリーム0.3%をピッキング通常 一般名ヘパリン類似物質クリームが多く処方されていて 思い込みもあった先発品希望の患者様だったため 監査時に入力内容と医薬品の違いに気づく	処方せんの見間違い 思い込み	しっかり処方内容をよみこみ ピッキングをする監査時に 入力内容とも突合せ見直す	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	ビーズフテンクリーム0.3%	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
869	リン酸コデイン錠5mg「ファイザー」28錠お渡しするところを、リン酸コデイン錠5mg「ファイザー」26錠とロキソプロフェンナトリウム錠60mg「サワイ」2錠が混入している状態でお渡し。錠剤を戻す際に棚番の近い薬が混入したためと思われる。背面のデザインが酷似していたため監査時にも気づかずそのままスルー。	○単純なミス	もどし間違いヒート類似の薬を抽出し、棚位置の変更監査、調剤時にヒートの裏面だけでなく表面を確認	リン酸コデイン錠5mg「ファイザー」	ロキソプロフェンNa錠60mg「サワイ」	確認を怠った 判断を誤った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
870	患者が病院から処方箋内容をFAXした。処方箋には「プレドニゾロン錠1mg(旭化成)3錠/分1 朝食後35日分」と記載されていた。実務実習中の学生A・Bは調剤する際に薬棚からプレドニゾロン錠1mg(旭化成)を調剤するところ、その隣にあったプレドニゾロン錠「タケダ」5mgを調剤したことに気が付かず、監査に回した。監査にあたった薬剤師Cは総数のみの確認で、名称を処方箋で照らし合わせての監査を怠り気が付かないままだった。後ほど患者が来局した際に薬剤師Dが薬を見せながら投薬中に処方薬のプレドニゾロン錠1mg(旭化成)ではなくプレドニゾロン錠「タケダ」5mgが調剤されていることに気が付き、患者に謝罪したのちに薬剤師Cと実習生A・Bに間違いを伝えた。薬剤師Cはプレドニゾロン錠1mg(旭化成)を正しく調剤し直し、再度薬剤師Dに監査してもらった。投薬時に気が付いたため、患者には正しい薬を交付した。	プレドニゾロン錠1mg(旭化成)とプレドニゾロン錠「タケダ」5mgの棚は隣り合わせにあり、名称も似ているため取り間違えた。実習生には規格違いの薬がある事、名称類似薬品が存在することの知識はなかった。薬剤師Cは両薬品は外観が異なるため、取り間違えるわけがないとの思い込みにより、監査をする時に総数のみの確認しかしていなかった。名称と処方箋との照らし合わせての監査を怠ってしまった。	プレドニゾロン錠1mg(旭化成)とプレドニゾロン錠「タケダ」5mgの棚の引き出し内に「規格注意」の注意喚起用に付箋をつけた。また業務手順の見直し調剤者がピッキングの後に再度、自分自身で声出し確認してから監査に回すよう徹底することに決めた。名称類似医薬品の存在を全スタッフ間で共有し、調剤ミス事例の情報を共有する事に決めた。情報共有することの必要性・重要性について話し合った。実習生の調剤ミスについて、今まで以上に監査時に慎重になるべきと確認しあった。	プレドニゾロン錠1mg(旭化成)	プレドニゾロン錠「タケダ」5mg	確認を怠った判断を誤った	知識が不足していた技術・手技が未熟だった	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
871	患者が19時頃に処方箋を持って来局。薬剤師Aがツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒を、誤ってツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒をピッキング。薬剤師Bが監査するも、間違いに気づかず投薬した。患者が帰宅後、間違いに気づき、薬局に電話をされたことで発覚。服用前だったので、健康被害はなかった。	薬剤師Aの名称が似ていた。閉店間際だったため、集中力が散漫であった。また、監査システム電源を切っていたので、使用しなかった。	ダブルチェック体制は継続する。監査システムは必ず使用する。投薬時に患者に薬を確認してもらう作業を怠らない。	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	通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品	仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
872	点眼点鼻用リンデロンA液の処方のもと点眼点鼻点耳用リンデロン液を調剤した。	薬局での採用薬は点眼点鼻点耳用リンデロン液のみで、事務員が思い込みにより点眼点鼻点耳用リンデロン液で入力を行った。同患者は同時に処方箋を3枚持ち込んだため、焦りがあった。薬剤師は処方箋コピーをみてから薬剤監査システムを用いて誤った薬剤を調剤したが、入力間違いが原因でエラーが出ず、処方箋の監査時にも思い込みにより気づかなかった。	点眼点鼻点耳用リンデロン液の箱に類似薬あり、注意の札を貼付して注意喚起を促した。	点眼・点鼻用リンデロンA液	リンデロン点眼・点鼻・点耳液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「薬剤取り違い」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
873	処方せんには「ノイロピタン 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、薬棚からノイロピタンのところその横にあったノイロトロピンを調剤したことに気付かず、そのまま鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが、処方薬のノイロピタンではなくノイロトロピン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はノイロピタンを正しく調剤、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、患者には正しい薬が交付された。	ノイロピタンとノイロトロピンは名前が似ているが棚が隣り合っていた。患者来局時は混雑しており焦りがあった。	棚の位置を離し、類似名称の注意喚起をした。ピッキング後の再確認を徹底した。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位	確認を怠った判断を誤った	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
874	薬剤取り違い	ブルスマリンA15mgとプラミール5mgのシートが似ているうに調剤棚が隣同士だった。単純なミス	アイウエオ順で隣同士となる薬品でシートが似ている薬品は間違えないように棚の位置を離す。	ブルスマリンA錠15mg	プラミール錠5mg	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
875	スミルスチック処方のところスチックゼノールAで調剤し、そのまま投薬してしまった。患者さんも形が似ているので違う薬と気が付かず使用してしまったところ、においがいつもの薬と違うことに気が付き薬局に持参され、調剤ミスに気が付きました。	2つの薬を隣同士で保管していました。2つあることを意識するつもりが慣れからよく見ないで調剤してしまったことが要因と思われます。鑑査する薬剤師も形とグラム数で鑑査したため、薬品名をしっかりと確認しなかった注意力散漫が原因と思われます。	似ている薬剤の存在を意識して、薬品名をしっかりと確認することを共有しました。	スミルスチック3%	スチックゼノールA	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
876	処方箋にはカロナール錠200mg 1回2錠 5回分の記載があり、カロナール錠200mgの10錠シートをピッキングしなくてはならないところ沈降炭酸カルシウム錠500mg「三和」の10錠シートをピッキング。鑑査者が気が付き患者への交付はなし。	処方箋は1調剤の頓服のみで単純であった。どちらもよく調剤する薬剤である。錠剤はどちらも白色で、シートもどちらも銀色ベースの青文字。雰囲気似ていたためとり間違えてしまったとのこと。単純なミス、焦り	調剤棚をよく見る、手に取った薬品の名称を確認する、棚の位置を遠ざける、カロナールに印をつける対応を行った。	カロナール錠200	沈降炭酸カルシウム錠500mg「三和」	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
877	患者本人よりいつもと薬が違うとの申し出があった。確認した所(正)ツムラ小柴胡湯? 28日分 56包 ⇒(誤)ツムラ小青竜湯? 42包 ツムラ小柴胡湯? 14包でお渡ししていることが分かった。服用前で体調変化も無いこと確認し、薬回収、正しい薬をお渡ししました。	調剤、鑑査の不備。袋が同色の漢方で、名称も似ているため見間違えました。・納品時に場所を間違えて棚にセットしていた。・一部が正しいと他も同じ物であるとの調剤者・鑑査者の思い込み調剤が原因。	・鑑査時は薬情および処方せんを確認しながら実施、服薬援助時は薬情をお客様に見せながら声をだして一緒に薬の確認を実施する。・間違いやすい薬に関しては、注意喚起の札を設置。・グーコ、レセコンにも間違いやすい薬がでている方には、伝言メモを残しておく。	小柴胡湯	小青竜湯	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
878	先発医薬品のヒルドイドソフト軟膏のところ、間違えて後発医薬品のヘパリン類似物質軟膏「日医工」でお渡ししました。	薬袋が不要な方だったので、確認がおろそかになっていました。	今後は薬袋がなくとも、投薬時にも必ず処方箋と薬歴を併せて確認をするよう注意します。	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	確認を怠った患者への説明が不十分であった(怠った)				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
879	SM配合散とつくしAM散を間違えて調剤し、患者さんから電話があり気づいた	似たような名称も関係するが、完全な注意不足と思われる	類似する名称の医薬品がある場合は注意して調剤する	S・M配合散	つくしA・M配合散	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
880	ロサルヒドLD「アメル」を35錠で調剤するところ、35錠のうち11錠を過ぎて先発品であるプレミネントLDで調剤してしまっただ。	月初で薬剤納品が多く、片づけをしながら調剤をしていた。ロサルヒド「アメル」を調剤中に在庫が不足したため、納品したものの中から薬を探した。その際に誤ってプレミネントLDを手にとり、そのまま調剤をしてしまった。ロサルヒド「アメル」35錠を調剤するところ、ロサルヒド「アメル」24錠、プレミネントLD11錠で調剤し、投薬時も気づかずに患者様へ薬をお渡ししてしまっただ。投薬後、薬を片付けているときに、ロサルヒドLD「アメル」の棚にプレミネントLDが入っていることが分かり、患者様へ連絡を入れた。その際に、お渡しした薬が先発品と後発品が混ざっていることが判明し、患者様宅へ伺い正しいお薬と交換した。○焦り○単純なミス	納品後の薬剤を開封する際は、思い込みではなく、しっかり薬剤を確認してから開封し調剤する。先発品と後発品はPTPのシートが似ている場合もあるので、調剤、投薬時は薬剤をしっかりと確認する。	ロサルヒド配合錠LD「アメル」	プレミネント配合錠LD	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
881	ファムビル錠で調剤するところ、ファロム錠200mgで調剤	薬局が大変紺雑している状況下で、頭文字と効能が似ている事から思い込みで調剤。○処方せんの見間違い○単純なミス○注意力散漫	処方箋から正しい情報を得て、調剤後も再確認必要。少なくとも薬局在庫がある品目については、用法・用量・薬効等に関して、十分な知識を有するよう教育	ファムビル錠250mg	ファロム錠200mg	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		ヒューマンエラー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	アムロジピンOD錠5mgアメルを28錠で調剤すべきところをアムロジンOD錠5mgが8錠端数取り間違えるインシデント。	ヒートは類似していたが、端数まで自己監査ができていなかった。ピッキングサポートシステムが導入されていたが、10PTPで登録完了しており、端数の確認が希薄になっていた。		アムロジピンOD錠5mg「アメル」	アムロジンOD錠5mg	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「薬剤取り違い」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
883	一般名処方でトスフロキサシンが処方されたが誤ってセフトレキシム『OK』を調剤、監査の際、他の薬剤師が発見し再調剤を行った。	繁忙期により、セフトレキシムとトスフロキサシンの外観が酷似していたので調剤ミスがおこった。	トスフロキサシンのメーカーを『サワイ』から『日医工』にすることによりPTPの外観、色合いが変わりミスがなくなった。	トスフロキサシントシル酸塩錠150mg「サワイ」	セフトレキシムピボキシル錠100mg「OK」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラー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	桂枝茯苓丸加ヨクイニンを通常よく調剤する桂枝茯苓丸が処方されていると思い込み、間違えて集薬したところGS−1コードの読み込みをしてくれたスタッフにより製品違いに気づいた。	処方せんの上に患者の保険証やお薬手帳があり、バット内で処方名が隠れていたのを見落とした単純なミス	漢方の場合似た名前の方剤がある為、似ているものには特に違う部分に印を入れるなどして区別しながら集薬する。	ツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニンエキス顆粒(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			その他	ヒューマンエラー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	一般名オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」の処方に対して後発希望ではない患者へオルメテックではなくオルメサルタン「DSEP」が調剤された。服薬指導時に気づき、交換した。	後発希望の有無、絶対オルメテックがよいという申し送りもあったが確認を怠った。○注意力散漫	AGはデザインが似ているため注意深く監査する。調剤時の注意事項や申し送り事項があれば毎回声を掛け合う。	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	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
886	ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」が処方のところ、ラベプラゾール錠10mgを間違えて調剤。そのまま患者様にお渡しする。後日患者様から直接薬局に電話があり、薬が間違えていることが判明。取り換えに行きました。	同一薬効で、メーカー名も同じで名前が似ているため取り間違えてしまった。	薬剤の名称を最後まで読み、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Na錠10mg「サワイ」	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
887	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」のところオルメテックOD錠20mgで投薬してしまった。	見た目が似ていたため鑑査時気づかなかった。○単純なミス	見た目だけではなくしっかり薬剤名を声に出して鑑査する。	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	オルメテックOD錠20mg	確認を怠った 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
888	めまいのため、以前より耳鼻咽喉科から(般)ベタヒスチンメシル酸塩錠6mgが処方されていた患者様。花粉症のために、同耳鼻咽喉科より(般)ベポタスチンベシル酸塩錠10mgが新たに処方となる。一般名のカタカナの表記が類似しているため、変更ではなく以前から服用しているベタヒスチンメシル酸塩錠と思いこんでしまった。患者様からアレルギー性鼻炎との症状を伺い、間違いに気づいた。	薬局は落ち着いた時間帯であった。いつもきていただく常連の患者様で、処方変更もほぼない方であった。あの方は、いつもこの薬をもっていくからという思い込みがあり、類似した一般名での処方だったことが重なり、薬が変更になっていることを気づかなかった。○単純なミス○処方せんの見間違い	一般名が類似してはいるが、規格の数字は異なる。思い込みで調剤せず、ただしく処方箋を読む習慣をつける。いつもの患者様だから、いつもの薬という思い込みを排除する。	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「日医工」	確認を怠った 判断を誤った	その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
889	ノイロトロピンで処方されていたが、ノイロトロピンで調剤・交付してしまった。	似通った薬品名のため	最終監査で再確認する。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位	確認を怠った				ヒューマンエラー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	イクセロンパッチ4.5mgのところを間違えてニュープロパッチ4.5mgを調剤した。それを監査者が見落として監査・投薬してしまった。	調剤者、監査者共に注意力散漫により間違いが生じた。	両製剤は形状が似ており、9mg、18mgの規格のものは色も同じなので特に注意が必要である。このことを全職員に通達し注意を促した。	イクセロンパッチ4.5mg	ニュープロパッチ4.5mg	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
891	ビオスリー配合錠とビオフェルミン錠剤は剤型と包装シートが似ており、ビオという名称も両方についているので、勘違いした。	時間帯的に患者様が重なりました。	投薬窓口の薬剤師数を増やす。(監査、投薬にゆとりを持つ。)	ビオスリー配合錠	ビオフェルミン錠剤	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
892	プレドニゾン5mgが処方されていた患者さんにアルダクトン25を渡してしまった。患者さんが服用前に気づかれたため間違えて服用するまでには至らなかった。	繁忙の時間帯であったのとヒートの色の類似・また薬の置き場所が近かった為今回のことがおこってしまったと思われる。	今回のことから二つの薬の位置を離し、注意喚起を促す付箋を貼るようにする。	プレドニゾン5mg	アルダクトン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
893	カンデサルタン錠8mgあすか40錠を調剤するところ、カンデサルタン錠8mgあすか30錠+プロプレス錠8mg10錠で調剤してしまい投薬してしまった。患者が、持参して下さり、発覚した。すぐに間違えた薬を交換し謝罪した。	○単純なミス○注意力散漫調剤棚に間違えて戻したと考えられるプロプレス錠8mgが混在しており、外観が酷似しているため、繁忙時での確認不足により引き起こされたと考えられる。	薬の棚に薬を戻すときは、目視、声出しして行うようにする。2人以上いる場合は、他者確認するように努める。	カンデサルタン錠8mg「あすか」	プロプレス錠8	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
894	ジャヌビア25mgが処方されているのに対し、ジャディアンス25mgを調剤。監査者も監査時には気付かず、投薬時に薬情の写真と異なる事に気づき発覚	煩雑な状況にあった事に加え、ジャヌビア・ジャディアンスはともに糖尿病薬であり、並んで保管されている為にピッキングミスが生じたと考えられる。	類似した名前の医薬品は並列陳列をしない。監査時には名称だけでなく、薬情・薬袋に印字されている医薬品の写真も確認する事により再発を防ぐ	ジャヌビア錠25mg	ジャディアンス錠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
895	先発希望に方に後発医薬品を調剤	昼休憩をまわし、人数が少ない時間帯に発生した。外来は混んでおり、確認不足であった。	患者サマリなどを確認してから調剤を行う	ヒルドイドソフト軟膏	ヘパリン類似物質油性クリーム	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
896	一般名ベザフィブラートが処方されていたところフェノフィブラートを調剤、鑑査。投薬時に患者に指摘され誤りに気づく。	フェノフィブラートが汎用されているため思い込みで監査してしまった。規格の確認を怠った。○注意力散漫	同系統の一般名処方時は薬剤名が類似していることが多いため注意する。調剤間違えを防ぐため薬剤の箱に注意書きを添える。	ベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」	フェノフィブラート錠80mg「武田テバ」	確認を怠った	通常とは異なる心理的条件下にあった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
897	レベミル注フレックスペンを調剤するところトレシーバ注フレックスタッチを調剤。	○単純なミスレベミル注フレックスペンを使っているのは1人で、トレシーバ注フレックスタッチはたくさん処方されている。メーカーも同一で薬効も似ており、イメージカラーも緑で共通ということで非常に間違いやすいと思う。レベミルは早く販売中止にするべき。		レベミル注フレックスペン	トレシーバ注フレックスタッチ	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
898	施設向けの薬で、処方箋に記載された「ツムラ柴苓湯」を読み違え、「ツムラ柴朴湯」を調剤。気づかず監査に回した。監査時点で間違いに気づき正しく調剤をし再度監査をした。	薬名が似ている	ツムラ漢方薬には番号が振られており、薬名と合わせて番号を確認することにより調剤ミスを防ぐ。	ツムラ柴苓湯エキス顆粒(医療用)	クラシエ柴朴湯エキス細粒	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
899	一般名処方のため「ヘパリン類似物質クリーム」と入力すべきところを「ヘパリン類似物質油性クリーム」と入力してしまい、調剤、監査もその間違いを見逃してしまった。	患者様が何人か待っていたため、焦りがあり、確認を怠り、処方箋入力に間違いがあることをみのがし、入力されたままお薬出してしまった。	よく似た名称があるお薬はとくに注意ぶかく監査して、患者様がまっけていてもあわてないように心がけるようにして、焦っているときは深呼吸して精神を整えるようにする	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	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラー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	患者が持参した皮膚科処方箋に当薬局では滅多に調剤しない一般名「クロベタゾン酪酸エステル軟膏」を調剤。監査した薬剤師Bが使用部位「顔」となっていた為に疑問に思い再度確認しキンダベート軟膏の間違えであることに気付く。再度薬剤師A・C・Dに添付文書・PMDA・今日の治療薬2018等で確認。念のため処方医AへTELにて確認。キンダベートであることを再確認。処方医Aより普段は処方しないが当該患者母親が以前に使用し経過良好及び希望した為処方したとの言葉あり。患者へは正しい薬を交付した。	当薬局では滅多に手にしない一般名「クロベタゾン酪酸エステル軟膏」キンダベートと繁用軟膏で且つよく目にする一般名「クロベタゾールエステル軟膏」デルモベートが一般名が似ていたため先入観でデルモベートを調剤してしまった。	一般名記載外用剤のリスト再作成及びヒヤリハットの共有をはかり再確認して調剤するよう注意喚起した。	キンダベート軟膏0.05%	デルモベート軟膏0.05%	判断を誤った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
901	患者が処方箋を持って来局。処方箋には「リドメックスコーワ軟膏 10g 1日2回」と記載されていた。GE品希望の患者の為、薬剤師Aは調剤する際に薬棚からスピラゾン軟膏を調剤する所、スチブロン軟膏を気付かずにそのまま調剤・投薬した。約1時間後に患者様から電話にて薬袋と内容が違くと指摘があり発覚した。直ぐに患者宅へ伺って正しい薬と交換した。	スチブロン軟膏とスピラゾン軟膏は同じステロイド剤で名前が似ており、さらに同じ製薬メーカーの為包装も酷似していた。患者来局時は混雑している時間帯で薬剤師Bはその時には投薬していたため監査ができずにいた。	2種の薬棚位置は事故防止の為、意図的に離して置いていたが、調剤者がピッキングしたあと別の薬剤師が監査をしていれば防ぐ事が出来た。この点をこれから徹底して行う。	スピラゾン軟膏0.3%	スチブロン軟膏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
902	ツムラ抑肝散加陳皮半夏の処方に対し、ツムラ抑肝散を調剤。他薬剤師が新規採用薬の確認をする中で、当該薬剤の誤交付に気がついた。	該当薬は未採用の薬剤であったため、採用のある名称の似た薬と勘違いをしレセプト入力を行い且つ調剤を行った。監査機械を導入していたが、処方入力者と監査者が同じミスをしたため気づかずそのまま交付。交付後30分以内だったため、ただちに連絡し取り換えが出来た。	ミスが重なれば機械のチェックといえども万能ではない。きちんと処方名全体の確認に気をつける。	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒(医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	知識が不足していた	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
903	一般名処方フルトプラゼパム2mgできたところを薬剤師Aがフルニトラゼパム2mgと勘違いし調剤。監査時、薬剤師Bが気づきレスタスに取り直した。	一般名が類似している薬がある事の認識が不足していた。また繁忙期だったため処方箋の記載をきちんと確認せずに調剤してしまった。	繁忙期でも一般名処方の名称はきちんと確認してから調剤する。	レスタス錠2mg	フルニトラゼパム錠2mg「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
904	一般名処方セフカペン〜でフロモックスを調剤するところ、セフジトレン〜のメイアクトをピックアップしてしまった。	一般名の類似。作業手順の不履行。単純なミス。	注意喚起をする張り紙を付ける。ダブルチェックをする。	フロモックス錠100mg	メイアクトMS錠100mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(薬局ヒヤリ・ハット「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	
905	一般名処方にて、ヘパリン類似物質外用液と記載があったのに、医薬品選択にてヒルドイドソフト軟膏を選択した。	一般名処方の規格部分を最後まで確認せず、ヘパリンだけで思い込みでヒルドイドローションを選択した。 ○単純なミス○処方せんの見間違い	入力後の調剤録チェックにて、ヘパリン類似物質の場合、最後の文字が軟膏か外用液かを赤インクでチェックする。	ヒルドイドローション0.3% ヒルドイドソフト軟膏0.3%	確認を怠った	その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
906	カロナール錠200を10錠出してすぐに酸化マグネシウム錠330mg「ケンエー」を168錠出した。輪ゴムで止めた時点でカロナール錠が見当たらないことに気づき調べた所、酸化マグネシウム錠と一緒にまとめていた。	酸化マグネシウム錠を箱から一度に出せず、同じ患者の処方なのでまとめておこうとカロナール錠のすぐ横に置いたこと、シートの大きさやデザイン・色の組み合わせが類似していて束ねたときにも気づかなかった。	この2種が同じ患者に出たときは、今回の件を教訓に気をつける。	酸化マグネシウム錠330mg「ケンエー」	確認を怠った			ルールの不備	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
907	【一般名】酪酸菌配合錠で処方の為ビオスリー配合錠で入力すべきところ酪酸菌製剤のミヤBM錠で入力してしまった。	常時勤務者ではない担当入力者だったため処方箋が見慣れずに一般名からの薬剤の知識が不十分だった。	一般名入力は似ている部分が多く混乱しやすい為全ての名称が該当している入力後確認を怠らない様にする。常勤で無い担当者のスキルアップに努めてもらう。	ミヤBM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
908	処方せんには、使用部位が「ベピオゲルはカオニキビとそのまわり、ゼビアックスローションはカオ赤ニキビ」と記載されていた。薬剤師Aはラベルに使用部位を書いたあと、ベピオゲルにカオ赤ニキビのラベル、ゼビアックスローションにカオニキビとそのまわりのラベルを貼ってしまった。薬剤師Bが鑑査の時に気づき、ラベルを貼り直した。	薬とラベルをよく確認せずに貼ってしまった。○単純なミス○注意力散漫	ラベルを貼る前に、もう1度処方せん・薬・ラベルをよく確認する。似た部位の場合は特に気をつける。	ベピオゲル2.5% ゼビアックスローション2%	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
909	普段よりエスエーワン配合OD錠T20を服用している患者。調剤時に同成分の別メーカーのGE(エスワンケーケー配合錠T20)を購入していることに気付いた。成分同じなら大丈夫ということで患者了承の上交付した。	以前はエスワンケーケー配合錠T20を薬局の採用としていたがOD錠が販売された為、エスエーワン配合OD錠T20を薬局で使用する様になっていた。発注時に名称が似ている為気付かずに発注してしまった。 ○単純なミス	以前まで使用していた、エスワンケーケー配合錠T20をPC上に出さない様に設定した。	エスエーワン配合OD錠T20 エスワンケーケー配合錠T20	確認を怠った		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	関連医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
910	入力時、前回処方をもそのまま入力したら、コタローの漢方2種類が出ていないのに、消すのを忘れて、そのまま確定。クラシエの小青竜湯クラリスロマイシンと見間違えて入力していない事に気が付かなかった。	前回と似たような薬が出ており、Do処方を用いて入力したこと。確認不足。	入力後の再確認を徹底すること。	クラシエ小青竜湯エキス細粒 コタロー桔梗石膏エキス細粒 コタロー麻黄附子細辛湯エキスカプセル	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
911	ヘパリン類似物質の一般名油性クリームを、ビーソフテンクリームと間違えて入力。調剤は正しかった。監査時に発覚。	ヘパリン類似物質の剤形に関する知識の不足、確認漏れ。	ヘパリン類物質の剤形に注意喚起、周知徹底する。	ビーソフテンクリーム ヘパリン類似物質油性クリーム日医工	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
912	繁忙時間はすぎた昼休憩直後に広域処方箋を応需。普段は二次元バーコードを使用して入力しているが、広域処方箋で二次元バーコードがなかったため手入力となった。レセコンの機能でDo入力を使用したが、今回から用量が変わっており、気づかず入力鑑査者へ渡り、そこで発覚した。	ぱっと見たときに前回と内容が類似していたためDo処方と判断してしまった〇処方せんの見間違い	入力時も処方箋の医薬品名、用法用量、処方日数をしっかり指さし呼称し確認徹底する	プレドニン錠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
913	患者が皮膚科の処方せんを持って来局した。(皮膚科からの処方せんは初めて受付)【般】ベタメタゾン吉草酸エステル・ゲンタマイシン軟膏50gと【般】ヘパリン類似物質油性クリームの処方があった。後発品希望であったため、デルモゾールG軟膏50gとヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」をご用意した。混合の指示はなかったため別々にお渡ししたところ「いつも行っている薬局では別々に塗るのが面倒だからと混ぜてもらっているのでも今もその様にして欲しい」と患者から要望があった。そこで医師に確認する前に配合変化について調べたところ、これらの薬剤は先発品でも後発品でも混合不可であったため、その旨患者に説明し別々にお渡しした。			デルモゾールG軟膏 ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」			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「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	
914	ツムラ100大建中湯とツムラ10柴胡桂枝湯の両剤の処方において、各々該当する薬袋を入れ違えた	ツムラ100大建中湯とツムラ10柴胡桂枝湯のパッケージの類似により取り違えた○単純なミス	患者の薬歴トップ画面において注意喚起のメッセージを入れた薬袋に入れる前に薬袋の写真と合わせて、投薬カゴを区別して確認してから入れる手順とした	ツムラ大建中湯 ツムラ柴胡桂枝湯	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
915	オゼックス細粒小児用15%が処方されている処方せんとバナンドライシロップ5%が処方されている処方せんの調剤を2台の分包機を使用し、同時に調剤した。調剤済の薬は処方せんの上に置くが、そこへ置くときにオゼックスとバナナが入れ替わってしまった。監査時薬剤が異なることに気付かず、患者に交付してしまった。	分包機が2台あるため、同時進行で調剤したことで、間違いが起こりやすくなった。オゼックス細粒小児用15%とバナンドライシロップ5%は見た目の色調が似ているため、監査時に気が付かなかった。	複数枚の処方箋調剤を同時進行してしまうと取り違える可能性があるため、処方箋1枚ずつ調剤するようにする。	オゼックス細粒小児用15% バナンドライシロップ5%	確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
916	フルメロン0.1%で調剤・交付したが、入力後発のフルオメソロン0.1%であったことに投薬後に気づいた。	薬歴を確認し、過去の払い出しは先発で行われていたため先発希望と判断し、フルメロン(0.1)を調剤した。処方入力の内容確認はすでに他の薬剤師によって行われていたため、投薬前・投薬中の確認を怠り、そのまま投薬を行った。○作業手順の不履行調剤時、他に処方されていた眼軟膏の説明書を探すのに手間取り、あせって投薬に入ってしまった。○焦りまた、名称が酷似しており、説明中にも気づけなかった。入力者とお互い声掛けで来ていなかったことも要因だと考える。	調剤監査時、声かけを行う。投薬前・投薬中も薬品名の確認をしっかり行う。	フルメロン点眼液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
917	Rp. ルジオミール錠10mg 処方のところ、トフラニール錠10mgとレセコン入力し、監査時に発見された。	・混雑していた。・処方薬多数。薬品名が似ている。・前回処方を出し入力したが、入力前に変更点に気づきパソコン画面に付箋をつけておいたが、実際に入力する際にはその付箋が目に入らず忘れてしまった。・入力後の再確認を怠った。	・変更点に気づき付箋などつける際は、入力しようとしている処方せんに貼付する。・再確認を怠らない。	ルジオミール錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	
918	今回、一般名でラベプラゾール錠10mgと記載があり、前回まで、一般名ランソプラゾール口腔内崩壊錠15mgで処方されており、DOだと思って入力して、鑑査時に間違いに気が付いた。	一般名が似ており、しっかり確認しなかった為。	処方箋をよく見て、落ち着いて入力すること。その後、確認もしっかりする。	ラベプラゾールナトリウム錠10mg「NP」ランソプラゾールOD錠15mg「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
919	処方内容が変更になっており、薬の名前が似ており、Doで処理してしまった	処方箋の確認不足	処方箋をしっかり見て、入力すること。	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
920	一般名 ヘパリン類似物質クリーム0.3%での処方に対し、入力をヘパリン類似物質油性クリームで入力してしまう。			ヘパリン類似物質クリーム0.3%「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
921	リスパダール錠のところリスペリドン錠、リスパダール内用液のところ、リスペリドン内用液で投薬しそうになった。	リスパダールとリスペリドンは文字数、字ずらが酷似しており、確認が散漫になってしまった。	レセコン入力時に先発医薬品であることを事務社員に認識させ、監査時先発医薬品の場合はヒートで分かるような薬袋に変更する	リスパダール錠1mg リスパダール内用液1mg/mL	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
922	欠品薬 ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」を二重に送付した	2月〇〇日の処方箋の欠品薬は、2月△△日に調剤し、おくすり不足連絡票にも鑑査印の押印があった。ゆうパックの記録より2月□□日に送付され、2月●●日に配達済みの確認も完了していた。調剤ログより、2月●●日に再度調剤の記録があり、ゆうパックで再度送付されていた。返却された薬品と薬袋に鑑査印がなかったことから、ピッキング後、鑑査をせずに郵送処理がされたと推測される。	欠品薬の調剤、鑑査は必ず「おくすり不足連絡票」とセットで行い、押印をして、確認を徹底するよう朝礼にて注意喚起する。	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	
923	処方入力時に名称が類似する医薬品で登録してしまった。六味丸で入力してしまい、正しくは六君子湯であった。鑑査でも気付かずそのまま通ってしまったが、六味丸の在庫が0であったため患者様が誤って服用することはなく、被害はなかった。	六味丸と六君子湯は初めの文字が同じため誤って選択しやすい薬である。在庫が0で鑑査時に物がなかったため、最終鑑査でも気付かずに通ってしまった。	漢方薬は類似している名称の医薬品があるため、処方入力時や調剤・鑑査の時に1字ずつ確認するようにする。また、今回の用に物が無くて処方せんと薬袋や薬情等と見比べて、誤りがないか最終確認するようする。	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	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
924	処方箋に一般名処方で「亜鉛華軟膏(20%)」と記載されていた。入力の際一般名で入力すると実際は「(般)亜鉛華軟膏」を選ばなければならないところを、「亜鉛華単軟膏20%」と入力してしまった。	亜鉛華軟膏と亜鉛華単軟膏の違いを把握していなかった。処方箋に20%と記載されていたため、20%と名称に付く薬品を選択して入力しなくてはいけないと思い込んだ。	似たような名称の薬品は多いため、処方箋に記載している薬品と本当に同じものか入力後再度確認し確認したら鉛筆でチェックを入れる。%が記載されていないければ違うと思いつくのではなく、きちんと調べてから判断する。似たような名称の薬をピックアップし、薬局内で共有する。	亜鉛華軟膏「ヨシダ」	確認を怠った	知識が不足していた	コンピュータシステム 医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
925	分譲の引渡しでツムラ苓桂ジュツ甘湯をお渡しするところツムラ苓姜ジュツ甘湯と間違えてお渡し。	分譲の際に、薬剤師2名で確認しお渡ししたが、十分に確認ができていなかった。受け取り側もすぐには気付かず、販売側で在庫の確認をした際に気づき、受け取りもとに連絡。患者にはいきわたっておらず、返品いただく形で対応。○注意力散漫	漢方は特に似た名前が多いため、より注意を払う。医薬品の受渡しの際は、薬剤名・数・規格すべてにおいて一言一句確認をする。	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒(医療用) ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	
926	ガチフロ点眼液5mL の処方箋を受付。事務員が薬剤師に在庫の有無を確認した。当該薬剤師は、ガチフロ点眼液と言われたものをトスフロ点眼液と思い込み、「併売品のオゼックス点眼液であれば在庫している。処方医に問い合わせ併売品の調剤が可能であればすぐにお渡しできる。」と回答した。処方元医療機関には「併売品のオゼックスで調剤可能か？」と問い合わせたところ、「良い」との返答。鑑査の時に監査担当の薬剤師に指摘されて、思い込みからのミスが判明。すぐに処方元に、先の問い合わせを撤回させて頂くとともに、ガチフロ点眼液は薬局在庫品ではなかったため、近隣から購入した上で調剤を行った。	当時、混雑した状況下であり、当該薬剤師には焦りがあったと思われる。また、疑義照会時にも、医療機関側から特段指摘されることもなかったため、監査担当の薬剤師に指摘されるまで間違いに気づかず、問題のない対応をしていると思いでいました。○焦り	事務員から在庫の確認をされたときに直接処方箋を見ていませんでしたが、文字できちんと確認していれば、このような思い込みを防げたのではと思います。医薬品名称の最初の文字が似ている薬剤はよく注意喚起がなされていますが、今回のように語尾が似ている薬剤でも間違いや思い込みが生じることがあるのだと思いました。特に抗生物質は名称が似ているものが多く、一般名処方により間違えやすいと思います。落ち着いて都度の確認を行ってはいけないと思いました。	ガチフロ点眼液0.3%	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
927	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏「JG」とヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」を1:1で混合すると2週間でブリーディングした。	配合変化の確認をせずに混合した。	初めて混合する薬剤は必ず配合変化について確認する。特にジェネリックは注意。	日本ジェネリック 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
928	(正)垂鉛華軟膏「ホエイ」のところ(誤)垂鉛華「ホエイ」で入力	○類似名称のため、レセコンへの誤入力発生。○レセコン入力が全ての印刷物に反映し、照合に使用する監査システムも機能しなかった。	○社内移動品の場合は入庫伝票にJANコードが、バーコードが印刷されてくるため、これを使用して照合をする。○入庫伝票を確定していれば、入力時の在庫確定の際に欠品表示はなく、誤入力を回避できる。○最終監査時には、処方箋と印刷物の医薬品名が正しいか確認をする。	垂鉛華軟膏「ホエイ」	確認を怠った	知識が不足していた	コンピュータシステム	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	正しくは「タフマックE配合カプセル」を入力しなければならないところを、誤って「タフマックE配合顆粒」を入力していました。調剤録を確認していたところ誤りを発見し、正しい入力を行うよう指示しました。	○単純なミス○焦り○注意力散漫	同一薬剤で異なる剤形が複数ある場合や、名称のよく似ている医薬品について間違いが起きやすいことを普段から意識する。また、その情報を薬局内で情報共有する。	タフマックE配合カプセル	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「その他」)

No.	事例の内容	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
		背景・要因	改善策	関連医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
930	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箋でジェネリック医薬品使用不可印が押されていないことから、ジェネリック医薬品のアンフラベート0.05%軟膏とヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」に変更し混合してお渡し。3週間後、再来局された際、水が出てきているとの申し出あり。ブリーディング発生していた。	アンテベート0.05%軟膏とヒルドイドソフト軟膏0.3%の混合では配合変化が認められない事は認識していたため大丈夫だと思っていた。アンフラベート0.05%軟膏との混合では配合変化が認められる事を知らなかった。また調べる事もしていなかった。 ○単純なミス	混合の際は配合変化ハンドブック等で必ず配合変化を確認してから調剤を開始する。	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」	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
931	2018年7月28日、監査をしていた薬剤師Aは、ビーソフテンローションの薬袋と、デルモゾールG軟膏とヘパリン類似物質クリームの混合の薬袋を互いに入れ間違えて投薬口へ出した。薬剤師Bが投薬口で気が付いたため患者への実害はなかった。	・忙しい時間帯であった○単純なミス	・監査時は処方箋と薬袋の内容を確認する。	ビーソフテンローション0.3% デルモゾールG軟膏ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	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
932	皮膚科処方にてアンテベート軟膏0.05%とヒルドイドソフト軟膏0.3%の1:1混合指示の処方箋を預かった。患者はジェネリック希望であり、当薬局で常備しているアンフラベート軟膏0.05%とヘパリン類似物質クリーム0.3%「日医工」の薬剤で混合しようとした。先発同士の配合では配合可であるためジェネリック医薬品でも大丈夫と過信し、調剤を始めたが、お渡し前に、該当ジェネリック医薬品のメーカーが提供している配合変化情報を確認していたところ、配合後分離するため、配合不適との情報を見つけた。最終的には配合可のデータがあるアンテベート軟膏0.05%とヘパリン類似物質クリーム0.3%「日医工」を混合し患者にお渡しした。	混合調剤は時間がかかるため、患者を待たせないよう急いで調剤しようとしたが焦ってしまい、配合可かどうかは皮膚科指示であったため、大丈夫だろうと過信し、確認を怠ってしまった。	調剤者は配合可能か分からない薬剤は必ず調べてから調剤を行う。患者を待たせぬよう、薬局で採用している軟膏・クリームにおける代表的な配合変化情報は、時間のあるときにまとめて調べておき迅速に対応できるように工夫する。	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」	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「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	
933	前回、本来コタロー抑肝散加陳皮半夏 9g をお渡しする所、誤ってツムラ抑肝散7.5gをお渡ししてしまっていた。今回、来局し疑義照会した際に、過誤発覚となる。	前回、トリプタノールの処方であったが、前立腺肥大のため疑義照会を行う。コタロー抑肝散加陳皮半夏へ変更指示があったが、コタロー抑肝散と勘違いしてしまう。コタロー抑肝散は在庫が無かったため、再度疑義照会する。詳しい薬品名は伝えず、コタローはなくツムラであればある、と伝えたとと思われる。医療機関 オーダー:ツムラ抑肝散加陳皮半夏 薬局入力:ツムラ抑肝散	疑義内容の確認については、丁寧に確認することを徹底する。また、普段出ているものと違うメーカー、規格、用量について、類似品がないか確認するとともに、オーダー内容に誤りがないか再度確認をする。	コタロー抑肝散加陳皮半夏エキス細粒	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
934	本来先発医薬品「セイブル錠50mg」をお渡しせねばならない所、後発医薬品「ミグリトール錠50mg「トーフ」」で調剤してしまう。交付後、患者様が気づき当薬局に来局。謝罪、交換となった。	平成30年4月の診療報酬改定に伴い一般名処方の増加に伴い、一般名一つに対し複数の在庫がある事、先発医薬品と後発医薬品のデザインが似ていること、監査システムを導入しているが先発医薬品と後発医薬品の区別は薬剤師が行わなければならない事があげられ、混雑もあり調剤過誤となった。○処方せんの見間違い○注意力散漫	最終監査以外にも、投薬時にお薬手帳、カルテ、薬袋にて再確認の徹底。監査システムに後発医薬品、先発医薬品の区別方法を確認。	セイブル錠50mg	確認を怠った	技術・手技が未熟だったその他	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
935	一般名処方に記載されており、先発医薬品希望の患者であったが、思い込みにてジェネリック医薬品で調剤を行った。鑑査も思い込みにて先発医薬品だと勘違いし、患者に交付。その後在庫が異なることに気づき患者へ間違った薬が交付されたことに気づく。服用する前であり、事情を説明して先発医薬品で用意し直した。	思い込みにて調剤を行ったことが要因であると思われる。鑑査者も外観が似ていることから、先発医薬品だと思い込んでしまったため、確認を怠った。作業手順の不履行が原因である。	作業手順を怠ることなく、再度医薬品と薬袋など照らし合わせて行うことを確認した。	ロサルタンカリウム錠25mg「モチダ」	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	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	
936	【正】夕食後にツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒1包とツムラ麻子仁丸エキス顆粒1包をホチキス止めた物が28日分【誤】夕食後にツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒のみ2包の物が10日分、ツムラ麻子仁丸エキス顆粒のみ2包の物が10日分	施設の運用として、最終鑑査後は薬袋に入れずに用法ごとでホチキス止めをした後に薬袋に入れて管理。最終鑑査者が鑑査後に1日分のホチキス止めの見本を作成して、医事スタッフが残りをホチキス止めしている。今回は、医事スタッフが誤って夕食後分の一部で同じ漢方薬を2重でホチキス止めしたことで発生。いずれの漢方薬の番号と外観が類似していたことで同じ漢方薬と思い込んでいた。	最終鑑査者からの指示・注意喚起を見ながら行う。ホチキス止めといえども薬品を意識しながら行う。人によりやり方がまばらであることで次の行程との連携がとれない状況であったため、以下の様に運用を統一しました。最終鑑査時～ホチキス止めにするまで・外来と同じ様に帳票類の照合から始める。・薬袋鑑査後は同じ用法のものを集約。・薬剤の鑑査、鑑査済みの物は薬袋の上に並べる。・薬袋に「錠剤1包、散剤2包、ツムラ126 1包、ツムラ26 1包」の様に赤マジックで記載・1包見本作る。残りのヒート品などはその薬袋内に入れる(126と26の様に紛らわしい物には付箋で注意喚起)・薬袋で見本の1DOSEを仕切る様に重ねてホチキス止めにする 安全意識が低下していると思われるスタッフも存在するため、ミーティングを開き自分事として考えてもらった。どうすることが対策となるか全員で話し合った。ホチキス止め後の確認をしっかりと行う。薬袋の薬品名(赤マジックで記載した内容にも注意しながら)と照合しながら戻す。	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った報告が遅れた(怠った)	技術・手技が未熟だった通常とは異なる身体的条件下にあった通常とは異なる心理的条件下にあった	施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
937	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」及びウリモックスクリーム10%を1:1で混合したものを患者様へ提供した。その後患者様より、水が出てきているとの指摘を頂く。	メーカーに問い合わせしたところ、両者を混合した場合、混合により乳化状態が変化する解乳化が生じたと考えられるとのこと。(O/W型)と(W/O型)の性質の異なった2つの製剤を混合することは解乳化を引き起こす可能性が高くなるとのこと、それによって一部液状化が起きてしまったとの回答を得ました。	保存法を薬局にて30日間実施したところ、室温では一部液状化が出たが、冷蔵においては液状化がなかったため今後の対策としては、患者様にお渡しする場合は冷蔵保存にてお願いするようにした。	ウリモックスクリーム10%ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	
938	オフサロン点眼液とオフロキサシン点眼液の名称類似による間違い			オフサロン点眼液	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
939	患者さん喉が引っ掛かる感じがあると受診されたが、半夏白朮天麻湯が処方されていた。喉のつかえと患者さんの訴えから、半夏白朮天麻湯ではなく半夏厚朴湯ではないかと問合せしたところ、処方変更となった。	半夏から始まる名称の似た漢方同士で処方する薬剤を間違えたか。また患者さんの訴えが医師に上手く伝わっていなかった可能性もある。	名称や含有生薬の似た漢方でも適応を把握、或いは比較検討し、患者さんの訴えに沿った処方になっているか確認するよう心掛ける。また患者さんにはご自身の症状を医師へしっかり伝えて頂くように喚起する。	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)		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
940	「次ページあり」の記載に気が付かず、全4ページ中、3ページのみ調剤した。	〇単純なミスメインで応需している病院以外の処方せんだったので見慣れなかった。受け付けた3ページでボリュームがあったので記載を見逃した。	処方せん全体を見るようにする。	ロキソニンパップ100mgヘパリン類似物質クリーム0.3%「YD」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
941	先発希望の患者。アマリール錠1mgの処方だったが、グリメピリド錠1mg「JG」をお渡ししてしまった。帰宅後本人からの電話で発覚。FAXでの処方箋受付で、監査者は監査後残置薬としておいてあり、別の投薬者はそのままお渡しした。	先発希望であったが、ピッキングがジェネリックであり、また監査者も錠剤の見た目が似ていることから数の確認のみを行いそのまま監査してしまった。注意力散漫、作業手順の不履行	処方箋、写真付き薬袋、現物の3点チェックを確実にを行う。	アマリール1mg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
942	一般名オルメサルタンが出ていた患者は先発を希望していたがジェネリックで渡してしまい服用を始めてしまった電話で連絡したところジェネリックのまま服用でよいと了解を得た	人員不足で一人で調剤をして監査、投薬までしてしまったオルメテックとオルメサルタンのヒートも似ていた	先発とジェネリックの棚を離れた最低でも2人の目を通して投薬することを守っていく	オルメテックOD錠20mg	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、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	
943	クラシエ桂枝茯苓丸エキス錠処方患者に対し調剤し交付しようとしたところ一部にクラシエ黄連解毒湯エキス錠が混ざってしまっていた。	戻し間違いがありクラシエ桂枝茯苓丸エキス錠の箱の中に一部クラシエ黄連解毒湯エキス錠が1シート混ざっていたが数の確認に気を取られ物の確認が不足していた。ヒートの色が似ているために戻し作業を誤ってしまった、箱に入っていることで別のものが入っていることはないと思いついで正しい確認がおろそかになった。	何かしらの要因で薬を元の棚や箱に戻す場合には2人以上で確認を行いながら作業することとする	クラシエ桂枝茯苓丸料エキス錠 クラシエ黄連解毒湯エキス錠	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
944	ピタバスタチンCa錠1mg「杏林」3錠がリバロ錠1mgの錠剤棚にあった。何らかの事情でピタバスタチンCa1mg「杏林」を定位置の引出し内に戻す際、誤ってリバロ錠1mgの棚に戻されていた。別の調剤時、調剤者により薬品の混在を発見し元の引出へ戻した。	ピタバスタチンCa錠1mg「杏林」とリバロ錠1mgの外観が類似しているため。○作業手順の不履行○単純なミス	薬品に戻す際には1 しっかり薬品名を確認する2 呼称する3 複数人数で確認して戻す以上のいずれかを実施する。	ピタバスタチンCa錠1mg「杏林」	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
945	アスベリンドライシロップおよびカルボシステインドライシロップ「タカタ」を混合する処方において、分包機のホッパーの設定を誤り、アスベリンドライシロップがセットされたホッパーが作動しなかった。その結果、アスベリンドライシロップが混合されることなく分包されたが、調剤時の繁忙ゆえに確認を怠り、そのまま患者に渡してしまった。	小児科以外の複数の処方箋や兄弟の似通った処方箋を抱え繁忙だったこと、慣れている分包機の操作だったことから、ホッパーの確認を怠った。また、調剤後の複数名の監査も通り抜け、患者に投薬してしまった。○注意力散漫あとで、ホッパーにアスベリンドライシロップがそのまま残っていることを発見。患者宅に電話して正しい薬と取り替えた。服用前であった。	ホッパーのスイッチの不具合があり、2度の操作が必要であり、表面からABホッパーが作動していることになっているが、実際はちがっているため、再度の操作が必要になっている。機械の故障が治らないため、現在、新機械の見積りをしてもらっているところである。機械は故障しているが、それをカバーするようにきちんと操作をきちんとすること。監査の徹底。	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	施設・設備		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果	
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他		
946	マリゼブ25、メグルコ250、フォシーガ5、グルベス配合錠服用中の40歳代女性。今回血糖値悪化とのことでリオベルLDが追加になった。マリゼブ(オマリグリプチン)とリオベル(アログリプチン+ピオグリタゾン)は類似成分重複の為、疑義照会を行い、その結果リオベルが削除になり、オイグルコン2.5mgが追加になった。しかし、今度はオイグルコンとグルベス配合錠(ミチグリニド+ボグリボース)の類似成分重複となってしまう、その場で医師に指摘、グルベス配合錠の方が処方中止となった。結果的に、グルベス配合錠が中止となり、オイグルコンに処方変更となった。	医師が処方する際、配合錠の類似成分の重複の見落としが原因であったと思われる。糖尿病薬のため、低血糖がおきて健康被害につながる可能性があったと認識している。	糖尿病薬は種類も増え、かつ配合剤も多く発売されているため、糖尿病薬の成分表の作成、見直しを行った。	リオベル配合錠LD グルベス配合錠 マリゼブ錠25mg	オイグルコン錠2.5mg - マリゼブ錠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	
947	当薬局を初めて利用する患者さんが来局した。処方内容は、「マイスリー錠5mg 1T 分1就寝前 14日分」であった。お薬手帳を確認したところ、類似薬を含めて服用歴は無かった。用法について疑義照会した。就寝前との回答を得て、処方箋通りに調剤した。	マイスリー錠の用法は、1回5~10mgを就寝直前に経口投与。		マイスリー錠5mg	マイスリー錠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
948	以前からカンデサルタン4mgを他の病院で服用していた。今回血圧が高いため、1錠追加すると聞いていたことを患者様から聞き取り。1錠追加で8mgになると思っていたが、カルデナリン4mgで処方されていた。血圧の薬なので、変更になったのかもしれないと患者様からのお話があったが、当該薬剤師が処方間違いを疑い、疑義照会に至った。疑義照会によりカルデナリン4mgからカンデサルタン4mgへ処方変更となった。	薬品名類似による処方間違いと思われる。	類似薬品の処方誤りは重大な事故につながる可能性がある。患者様からの聞き取り、手帳の確認など今後も発生防止に努めたい。	カルデナリン錠4mg	カンデサルタン錠4mg「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	

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
949	処方内容 ツムラ灸甘草湯 2.5g こむら返り時 20回分 1年ほど前に同様の症状で 芍薬甘草湯が処方されたことがあり患者に確認しても薬品の変更は聞いていないとのこと適応も違うので医師に疑義をかける。 薬品名が似ているので入力を間違えたとのこと 変更後 ツムラ芍薬甘草湯 2.5g こむら返り時 20回分 になった			ツムラ灸甘草湯エキス顆粒(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
950	「一般名」テプレノンカプセル50mg、ラックビー錠、イトプリド錠50mg「日医工」処方されているが、錠剤飲みこめないため、処方医に連絡。テプレノンは細粒に、ラックビー錠はラックビー微粒Nに、イトプリドは粉薬がないため、類似薬剤を確認され、モサブリド細粒に変更			テプレノンカプセル50mg「サワイ」ラックビー錠イトプリド塩酸塩錠50mg「日医工」	テプレノン細粒10%「トーワ」ラックビー微粒N モサブリドクエン酸塩散1%「日医工」	患者への説明が不十分であった(怠った)				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
951	一般名 バルサルタン錠4mgと記載された処方箋が持ち込まれる、薬歴からカンデサルタン錠4mgを前回処方されていることが確認できたので処方元に疑義照会をかけ、カンデサルタン錠4mgに変更になった	一般名が類似した薬剤である為、書き間違いが生じたと考えられる。また処方元も用量の確認に気を取られて名前の確認を怠った事が原因と考えられる。	薬品名、規格を確認すること	バルサルタン錠40mg「科研」	カンデサルタン錠4mg「あすか」	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
952	ノイキノン錠10mg 4錠 朝夕食後14日分が処方された。薬局在庫としてノイキノン錠はなく、インターネットでノイキノン錠10mgの添付文書を確認したところ1回1錠1日3回食後となっているため、用法・用量どちらの面からも疑義紹介が必要と考えた。疑義紹介の電話をする前に、新しい薬が処方されているため症状を患者に確認したところ腰部付近の痛みを訴えていた為、処方箋に記載のある用法・用量から推測してノイロトロピン錠4単位での処方だったのではないかと考え疑義紹介を行った。その結果、ノイロトロピン錠4単位へ変更となった。	在庫していない薬剤の処方だったため、添付文書で用法・用量を確認した。新規処方されている薬剤について、患者に状態を確認した。類似している名称の薬剤があった。	取り扱いのない薬剤について、必ず添付文書を確認する。類似している名称の薬剤(ノイキノン、ノイロトロピン、ノイロピタンなど)の取り扱い注意。	ノイキノン錠10mg	ノイロトロピン錠4単位			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
953	近医より神経痛が改善されずサインバルタ20mgが処方されたのだが、別の心療内科でイフェクサー37.5mgを処方され服用していることが、薬局の薬歴とお薬手帳より判明する。近医に疑義紹介を行い、神経痛の症状があることから、イフェクサーの服用を中止、サインバルタ20mgへ変更するよう指示がでた。	複数の診療所にかかり、別の症状でかかっているため、作用機序が同様の薬剤が処方されるとは患者は想定していない。また院内処方を行う診療所へはお薬手帳を患者が提示することがあまりない。今回はたまたま処方せん発行されたため、発覚する。	患者にお薬手帳の診療所での提示を伝える。症状が別で使用があり、名称が異なる薬剤でも類似薬が存在することを周知する。	イフェクサーSRカプセル37.5mg					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
954	一般名バルプロ酸Na細粒40%0.5gと処方箋にあり、以前ほかのクリニックから同じ患者さんがセレニカRを処方されていたのに気づき疑似紹介した。患者さんにわたる前に変更することができました	一般名処方ではDrのミスに気づきにくい	慣れていない薬剤師ではなくその病院からくる処方箋は決まった薬剤師が担当するようにする	デパケン細粒40%	セレニカR顆粒40%	連携ができていなかった	勤務状況が繁忙だった	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
955	12/20 整形外科にてベザフィブラートSR200mgサワイ30日分の投薬あり1/19 循環器受診しコレステロール2.5mg投薬あり、ベザフィブラートは1/20にて終了のため次回中止し、クレーストール2.5mgを継続に服用するように循環器医師の指示がありました。	患者が整形外科にてコレステロールを下げる薬を服用していることを話さなかった。	同効薬の重複を発見した際には、積極的に医師に疑似紹介するように、再度周知した。	ベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」	ベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」	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)	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
956	小児の処方箋でありムコサールドライシロップ50mg(大用量)の用量が記載されていたので、医師に連絡をし確認したところ20mgに変更になった。	ムコサールドライシロップの小児としては用量が多く、お薬手帳、レセコン機による前回の用量と違いがあったため気が付いた。	小児の体重に対する薬品の適正量に注意し調剤すること、薬品の相互作用、計量混合が良いか確認をするように周知した。レセコン機入力の際にも用量が多いと気付いた場合には、医師に疑似紹介をするので、知らせるように周知した。	ムコサールドライシロップ1.5%		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
957	【般】プロマゼパム錠2錠朝夕食後のところを【般】フルニトラゼパム錠2mg2錠朝夕食後で処方されていた。		一般名に酷似した処方に注意する。	フルニトラゼパム錠2mg「SN」	レキソタン錠2	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
958	咽頭炎の処方に【一般名】メペンゾラート錠7.5mgと処方があったが、患者さんとの話の中でお通じは良好と言われたため薬剤名からトランサミンかなと思ひ疑義照会。結果【一般名】トラネキサム酸カプセル250mgとなった。	先発薬剤名がトランコロンとトランサミンが類似していた為、処方入力時に誤ったと思われる。	処方箋受付時に、患者さんに体調変化などに関する聞き取りを徹底することで服薬指導をする前に疑義を発見する。	トランコロン錠7.5mg	トランサミンカプセル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.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
959	OTCドリエルを服用されている患者に対して、類似成分のトラベルミン配合錠を処方される。OTCドリエルを1回2錠で飲まれていたため、処方医はトラベルミン配合錠1回2錠の処方。ただOTCドリエルは2錠で成分のジフェンヒドラミンが50mg。トラベルミン配合錠は1錠で40mgのため過料となるため疑義照会を行い、1回1錠に変更			トラベルミン配合錠					その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
960	前日に類似処方をしていて、翌日インフルエンザの陽性反応が出たため新規処方をしてしまったようだ。疑義照会をしたところイナビル以外の薬剤は削除、前日処方されていた抗生剤は服用を中止指導するようこの指示があった。			レスプレン錠20mg ネキサム酸錠250mg 「YD」カルボシステイン錠250mg 「トーフ」コカール錠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
961	継続して「タブコム配合点眼液」が処方されている患者に、今回は数年ぶりに「タブロス点眼液0.0015%」が処方されていた。投薬時に患者に処方の変更になっていることを伝え薬剤を見せたところ、患者は変更を聞いていなかった。特に眼圧も落ち着いているがいつもと同じくらいで、症状が改善しているというほどでもないとの患者の話により、医師に疑義照会を行ったところ、タブコム配合点眼液に訂正するよう指示を受けた。	病院側のカルテ記入もしくは処方オーダー入力の際のミスであり、頭文字2文字が共通のため誤ったものと思われる。	もともと間違いやすい薬剤として両方の目薬の棚に「類似薬品名あり」の注意喚起の札をつけているが、投薬時にも患者の話から薬剤の変更/継続を判断できるよう聞き取りを行う。	タブロス点眼液0.0015%	タブコム配合点眼液			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
962	薬剤名が似ている？とのコメントがあったが、医師から事務員への伝達間違い		薬剤師が気づくほかない	クリアミン配合錠S0.5	フォリアミン錠	記録などに不備があった	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
963	足の痛みの為、整形外科受診。整形より痛み止めと胃薬としてタケキャブ錠の処方あり。定期薬を当薬局で渡しているが、その中に胃酸を抑えるラフチジン錠を服用中。類似薬の為処方医に連絡、タケキャブ中止と指示あり。今回整形外科医医師にはお薬手帳を見せていなかった		受診時にはお薬手帳を見せるように指導	タケキャブ錠10mg		連携ができていなかった			その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
964	医院より釣藤散の処方があったが、患者からの聞き取りで頭痛はなく、膀胱炎で受診したとのこと。疑義照会で確認したところ、釣藤散ではなく、猪苓湯の入カミスであったことが判明した。	医院のレセコンの入カミス(商品名が類似していたことからの変換ミスと考えられる)	患者との聞き取りをよりしっかりとす	ツムラ釣藤散エキス顆粒(医療用)	ツムラ猪苓湯エキス顆粒(医療用)			その他		ヒューマンエラー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	今まで[般]スルピリド錠100mgを処方されている患者に[般]スルトプリド錠100mgが処方。体調等かわりないとのことで疑義照会の結果[般]スルピリド錠100mgに変更された。		一般名に似た医薬品を熟知する。	スルトプリド塩酸塩錠100mg「アメル」	スルピリド錠100mg「アメル」	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
966	患者の母が4歳の娘の処方箋を持って来局した。処方せんには「クラリスドライシロップ10% 0.5g 分1 夕食後 7日分」と記載があった。処方せんが持ち込まれる前に、クリニックから4歳児のクラリチンドライシロップの服用方法について問い合わせがあり、症状をお伺いしたところ、蕁麻疹とのこと。医薬品名が似ていることによる記載誤りの可能性があるため、疑義照会。医薬品記載誤りであったと確認。ただし医薬品「クラリチンドライシロップ10% 0.5g 分1 夕食後 7日分」を調剤し、お渡しした。			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%			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	42歳女性にバナン錠100mg 3錠分3毎食後で処方があった。同じ処方医より以前に小児でバナン錠100mg 1.5錠分3毎食後で処方があり疑義照会をしたが、処方の通りで変更なしとの回答であった。今回も同じ意図による処方かと考えながらも、疑義照会したところ処方間違えのため2錠分2朝夕食後に変更となった。	過去に似た例で疑義照会して変更にならなかったこと。他のセフェム系薬剤は1日3回が多いため処方医も同系統であるバナン錠は1日3回と考えられた可能性がある。	通常用法と異なる場合には疑義照会をまず行うこと。バナン錠では同様の例が発生する可能性があることを周知する。	バナン錠100mg		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
968	眼科の処方箋でジクロードが処方されていたが、患者との会話より手術等がないことより、疑義照会した所、ジクアスの間違いで薬剤変更となった。	品名類似による処方の間違い	薬局としては教育訓練を行い、患者との会話の中で疑念が生じた場合、また、診療科と薬剤の矛盾が生じた際等には必ず疑義照会をするように職員に伝達した。	ジクロード点眼液0.1%	ジクアス点眼液3%	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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
969	患者にバファリンA半錠が処方されたが、鑑査時に患者の手帳を確認したところ、前病院にてバファリン81が処方されていた。患者との会話より抗血小板作用を目的として処方されていた為、疑義照会したところ、バイアスピリンに薬剤変更となった。	商品名類似による処方薬選択の間違い	薬局内では、退院や転院に伴う病院変更や紹介時には手帳を十分に確認し、規格や品名等に矛盾が無いことを確認し、また、疑義がある場合には、必ず疑義照会するように職員に指導した。	バファリン配合錠A330	バイアスピリン錠100mg		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
970	【般】ヘパリン類似物質クリームと白色ワセリンを混合する指示の処方だったが、クリーム剤とワセリンでは基剤が違い、分離してしまい、意図する治療効果が得られないと考え、処方元医療機関へ疑義照会。クリーム剤を軟膏剤へ変更することとなり、【般】ヘパリン類似物質軟膏から、ヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」と白色ワセリンの混合調剤をし、患者へお渡しした。	医療機関側(医師)の薬品の製剤に関する情報の不足、知識の欠如など	医師と処方箋を受け取った薬剤師の薬学的確認・製剤的な情報提供、医師との協力体制、連携のスムーズさ 相互理解 等々 必要となってくる	ビーソフテンクリーム0.3%	ビーソフテンクリーム0.3%		その他	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
971	5歳に(一般名)ロラタジンシロップ用が1.9g/dayで常用量超過の為疑義照会をおこなった。DrはクラリチンではなくクラリスDSを処方したとの事。カルテから処方箋を入力した時に誤って入力されたと思われます。	クラリチンをクラリスが名称が似ているため入力を誤った	処方箋鑑査時に薬用量を確認する	クラリチンドライシロップ1%			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
972	「一般名」ユビデカレノン10mgの処方があったが、患者さんから聞き取った症状と適応症が一致していなかったため、処方意図確認のため疑義照会をおこなったところ、トリメブチンマレイン酸に変更になった。	医師はセレキノン処方したつもりであったが、ノイキノン誤って処方、処方箋は、一般名のユビデカレノンで出力された。	不明な点は必ず疑義照会を行う。	ユビデカレノン錠10mg「トーワ」	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
973	歯科の処方箋でボルタレンとロキソニンがそれぞれ3回分ずつ頓服で処方されていた。どちらも一般名処方だった。処方内容に違和感があった。患者に話を聞くと歯周病で化膿止めを飲むことになっていた。疑義照会したところ、ジクロフェナクNa錠25mg1T 3回分は、ジスロマック錠250mg2T 3日分の間違いだっ			ボルタレン錠25mg	ジスロマック錠250mg		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
974	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%を常用されている患者様。処方箋を受け付けた際、手書き記載の一般名にて、ヘパリン類似物質クリーム0.3% 50g 1日2回 手足の記載あり。ジェネリック希望の方の為にピーソフテンクリーム0.3%にて調剤したが、投薬時、患者様がいつも使用しているクリームを医師に処方してもらったとおっしゃった為、処方箋の一般名の記載に誤りがある可能性があり、医師へ確認を行った。疑義照会の結果、ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%の処方へ切り替えとなった。	処方箋の一般名記載が一般的となった現在、医師が手書きにて記載された処方箋ではこのようなエラーが起こると考えられる。	一般名記載の際に素早い対応ができるよう、商品名だけでなく一般名の知識も深めておく。	ヒルドイドクリーム0.3%	ヒルドイドソフト軟膏0.3%				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
975	カフコデ配合錠が1日9錠で処方されたため、過量投与であり疑義照会にてフスコデ配合錠の処方医のミスであることが判明			カフコデN配合錠	フスコデ配合錠	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
976	{一般名}ヘパリン類似物質クリームが処方されていたが、お薬手帳よりヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」をお使いだった事判明。医師に照会したところヘパリン類似物質油性クリームを出したかったとの事。{一般名}ヘパリン類似物質軟膏0.3%に変更していただいた。			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		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
977	服薬指導の際、患者様からピロリ菌の一次除菌をするとのお話があり。ポノピオンパックが処方されていたため、疑義照会にてポノサップパック400に変更となった。	薬剤名が似ており、病院側で処方ミスをした可能性あり。	患者情報をしっかり確認することが重要。その情報を元に、治療に適切な薬剤が処方されているか判断する。	ポノピオンパック	ポノサップパック400	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
978	プラザキサ75mg1Cap分1での処方用量も少なく、類似名の医薬品プラビックス75mgの可能性も考え疑義紹介	他病院からの紹介クロピドグレル75mg「ニプロ」を使用しており、プラビックスを選択しようとして間違った可能性あり	用法用量以外にも手帳などの情報から推測されるもので疑義紹介する	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.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
979	患者が耳鼻科処方せんを持って来局した。花粉症症状に備えて、例年使用している抗アレルギー薬を処方してもらったとのことであったが、しばらく家族の介護にて県外で過ごすことになるので30→60日分に延長してもらったとのことであった。しかしながら処方された薬剤は、服用経験のない(一般名)オロパタジン塩酸塩錠5mg 2錠 分2朝夕食後であった。例年は、フェキソフェナジン錠 60mg 「SANIK」2錠 分2朝夕食後で交付している薬歴での記録があった。患者は薬剤変更の希望なく、服用経験のない薬剤を60日分処方されることは適切でないと判断したため、医師に疑義照会した結果、(一般名)フェキソフェナジン塩酸塩錠 60mg 2錠 分2朝夕食後 60日分に処方変更となった。	処方せん発行の際、アレグラ錠60mgを誤ってアレロック錠5mgと入力した上で一般名へ変換したため、フェキソフェナジン→オロパタジンと処方誤りが起こったと考えられる。	一般名からは類推できない、先発医薬品名の類似が原因での処方入力誤りが存在することを薬局にて共有した。	【般】オロパタジン塩酸塩錠5mg	【般】フェキソフェナジン塩酸塩錠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
980	一般名:ヘパリン類似物質ローションと、ニゾラールクリームとの混合指示			ヒルドイドローション0.3%	ヒルドイドソフト軟膏0.3%			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
981	クロネタゾン酪酸エステル軟膏とヘパリン類似油性クリームとの混合が処方されたが、確認したところ混合不適のため疑義照会して混合確認したところ、混合ではなく別処方となった。			ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「テイコク」		連携ができていなかった				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
982	いつもの患者が来局。処方内容は「一般名」ヘパリン類似物質クリーム0.3% 5g 1日3~4回 全身で処方。前回は50gで処方。	50gのところ5gで入力したようだ。 ○単純なミス	引き続き、前回の薬歴と比較、用法、部位で適切な用量かも推測。投薬まで見つけきれなかったときは、本人へもインタビューは出来るようにする。	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
983	クラシエ柴苓湯エキス細粒が1日量7.5g、1日2回朝夕食後で処方されていた。この薬剤の1日量は8.1gが通常であり添付文書には適宜増減の記載もあるが記載ミスである可能性も考えて疑義照会を行った。その結果7.5gから8.1gへと変更となった。	漢方のエキス製剤の1日量はメーカーごとの違いに加えて薬剤ごとの違いもある。市販での各社のシェアも考えれば7.5gが最もポピュラーであるため類似のミスは珍しくない。○単純なミス		クラシエ柴苓湯エキス細粒		確認を怠った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
984	一般名ヘパリン類似物質クリーム0.3%が処方されていた患者さまが「ヒルドイドソフトが出ると聞いています」と投薬時にお話しされた。ヒルドイドソフトであれば一般名に油性という名称がつくため疑義照会を行った。結果一般名ヘパリン類似物質クリーム0.3%から一般名ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%へと変更となった。	処方医は皮膚科医ではなかったため多岐にわたるヘパリン類似物質製剤の一般名に疎かたのではないかとされる。○単純なミス○処方医薬品の多さ		ヒルドイドクリーム0.3%	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	確認を怠った	知識が不足していた			ヒューマンエラー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	ザラカム配合点眼液とコンプト配合点眼液が同時に処方されており、監査者が気づき疑義照会。ザラカム配合点眼液→ルミガン点眼液へ変更コンプト配合点眼液→変更なしとなった。	1か月前、薬局近くに眼科が移動してきて、急に眼科の処方が増えた事もあり点眼の配合剤を把握できていなかった。	配合剤が入っている成分を確認。名前も似ているのが多いので、指差しや書き込みなどをして確認を徹底する。	ザラカム配合点眼液 コンプト配合点眼液	ルミガン点眼液0.03% コンプト配合点眼液	確認を怠った	知識が不足していた	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
986	一般名レボフロキサシン点眼液0.5%が2本処方になっており、通常抗生剤の点眼液は1本処方が多いため、念のためDrに確認した。実際には一般名レボカバステチン点眼液を処方するところだったが、PC入力のミスで類似名称のレボフロキサシンを記載してしまったということだった。	○単純なミス	抗生剤点眼液の複数本処方には十分注意する。スタッフ同士で名称類似の処方に注意するよう今回の薬剤に関して情報共有し、患者様の言動と処方薬に食い違いがないか注意を払う。	レボフロキサシン点眼液0.5%「わかもと」	レボカバステチン塩酸塩点眼液0.025%「わかもと」			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
987	処方箋受け取り。ミノマイシン顆粒2%0.4gピオフェルミンR散1g分3毎食前2日処方であったが、本人年齢10歳であったため、処方元医院疑似照会しミノマイシン顆粒2%4gに変更となった。	処方箋入力時の、記入間違いと思われる。	処方監査の確実な実施。	ミノマイシン顆粒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
988	一般名処方で、先発医薬品希望の患者さんにヘパリン類似物質クリームが出た。患者さんはヒルドイドソフト軟膏が欲しかったとのことで、照会にて、ヘパリン類似物質軟膏に変更となった。	ヒルドイドソフト軟膏は見た感じがクリームのようなので、口頭でクリームを希望されたため。	お薬手帳や薬歴を参考にする。	ヒルドイドクリーム	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	連携ができていなかった				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
989	一般名オロパタジン塩酸塩錠5mgを服用中の患者様へ一般名エピナスチン塩酸塩錠20mgが処方された。類似薬効のため成分重複による副作用防止のため疑義照会にてエピナスチン塩酸塩錠を削除。	患者様が併用薬を医院で伝えていなかったのと、処方箋受付段階での過去薬歴参照等で併用薬のヒアリングが不十分だった。	患者様へ他医療機関へ受診の際は医師へ併用薬伝えることと、処方箋受付段階での過去薬歴等により併用薬のヒアリングを十分に行う。	エピナスチン塩酸塩錠20mg「日医工」		連携ができていなかった	その他	患者側	仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
990	初処方時は一般名バルプロ酸ナトリウム徐放錠200mgとの記載だったが、今回処方箋が一般名バルプロ酸ナトリウム錠200mgと打ち出されてきた。疑義紹介したところ、入力ミスとのことで、バルプロ酸ナトリウム徐放錠200mgに変更となった。	病院の事務での入力時に間違えた。徐放の記載を見落とししたこと。一般名になり、類似薬がたくさんあり、間違いやすい。		バレリン錠200mg	バルプロ酸ナトリウムSR錠200mg「アメル」			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
991	他医療機関(皮膚科)でタリオンを服用中であったが、デザレックスが処方されていたため疑義照会したところ、デザレックスが削除となった。	医師は皮膚科でタリオンが処方されているのを認識しておらず、デザレックスを処方してしまった。	類似薬の重複処方は疑義照会を行う	デザレックス錠5mg			その他			ヒューマンエラー やヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
992	レスタミンコーワクリームとヒルドイドソフト軟膏の混合指示のある処方箋を受け付けたが、配合変化を確認したところ配合不可(軟化)との事のため照会Drからいつも混ぜているが確かに柔らかい、変えるならどうしたら良いか?との問い合わせ有った為、混合はせず、別剤として必要な部位のみレスタミンコーワクリームを重ねてもらうことになった			レスタミンコーワクリーム1% ヒルドイドソフト軟膏0.3%	レスタミンコーワクリーム1% ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニプロ」	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
993	フラベリック錠20mgが6錠(1日量)での処方でも用量を確認し3錠に変更になった。	フスコデ錠は6錠で処方されることが多いので名前の類似から間違えた可能性がある。	今後も添付文書で用法用量をきちんと確認していく。	フラベリック錠20mg		報告が遅れた(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
994	前回医師の手書きで処方にトフラニール(25)が処方されたが、今回打ち出された処方では、トリプタノール(25)へ変わっていた。疑義紹介したところ、トフラニール(25)へ変更となった。	トフラニールとトリプタノールは、薬品名の類似、同一規格、薬効類似など、間違いやすいと思われる。		トリプタノール錠25	トフラニール錠25mg			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
995	他院の処方薬をかかりつけ病院で処方してもらう際に、入力に誤り。パントシン錠200mgをパンスポリンT錠200mgで処方されていた。お薬手帳と薬歴から誤りに気づき疑義照会した所、パンスポリンT錠200mgからパントシン錠200mgへ変更となった。	パントシン錠200mgとパンスポリンT錠200mgの名称が似ているため		パンスポリンT錠200	パントシン錠200	確認を怠った判断を誤った		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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
996	患者さんが病院の診療時間外に処方箋を持って来店(病院が近くでないため)投薬時前回と同じ薬かと確認したら、前回はめまいだが今回は冷えて腰が痛いとのこと。前回はツムラ苓桂朮甘湯だったが今回の主訴とは合わないのを、医師にいわれたことを確認すると118番を服用するよういわれたとのこと。118なら苓姜朮甘湯。処方箋の間違えを疑い、いったん処方箋を預かり翌日病院に確認したところ、ツムラ苓姜朮甘湯が正しいとわかり、すぐに患者さんに連絡正しい薬で調剤して、取りに来てもらった。	苓桂朮甘湯と苓姜朮甘湯は一字違いで名前が似ていたために処方箋を発行するときの入力ミス		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)			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
997	2018年3月3日(土)患者(38才男性)が処方箋をもって来局した。処方箋にはステブロン軟膏0.05%5g。顔面に塗布と記載されていた。ステブロン軟膏はステロイド剤の強さがベリーストロングになるため、皮膚の弱い顔面に塗布することに疑問を感じ、医療機関に疑義照会したところ、強さがマイルドのスピラゾン軟膏0.3%5gに変更になった。	薬剤の名称が酷似しているため、医療機関が入力の際誤って入力したとみられる。		ステブロン軟膏0.05%	スピラゾン軟膏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
998	1歳4カ月の小児にザジテンシロップが5ml/日、処方されていたが、ザジテンシロップの用法は0.3ml/kg/日のため、量が多すぎると思い、処方元の医療機関に問い合わせる。ザジテンシロップ→ザイザルシロップに変更との事	ザジテンシロップとザイザルシロップの名称類似のための間違いと思われる。	小児の用量は年齢、体重をもとに、量が適正であるかどうかを確認する。	ザジテンシロップ	ザイザルシロップ	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
999	ベタメタゾン錠が処方されたが、他院でプレドニゾン錠を毎朝継続服用していることがお薬手帳で分かったので医院に問い合わせ。類似薬なのでベタメタゾン錠が中止になった。	患者が受診時に併用薬を申告しなかった。また、医院でも薬手帳の確認を怠った。	患者側には受診時は服用中の薬があれば申し出るよう伝え、医院でもできるだけ確認してもらうようお願いする。もちろん薬局でも確認を怠らない。また、今回は患者は以前伝えているというようなことを言われたが、期間が開いた場合は再度服用中を伝えるよう指導。	ベタメタゾン錠0.5mg「サワイ」					仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1000	眼圧の角膜移植の経過良好(一般名:アシクロビル軟膏(5%)5gの処方が出ている。)本身体調を確認したところ、単純ウイルスに起因する角膜炎の様子であった。一般名アシクロビル軟膏(5%)5gの処方が出ていたが、一般名アシクロビル眼軟膏3%の間違いではないかと思ひ処方医へ確認の疑似紹介を行った。処方医の薬品間違いが判明した。	患者の本日の受診内容を良く聞くことで、処方医も薬品の間違いを発見し確認が行えた。	患者のお薬手帳により、病気の経過を知り、本日の受診内容を鼓膜聞くことにより、処方医の処方に対する薬品の読み取りが重要なことと感じました。	ゾビラックス軟膏5%	ゾビラックス眼軟膏3%				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1001	5歳患者の処方箋に「クラリスドライシロップ10%小児用 0.5g 1日1回 夕食後 28日分」と記載があった。用量が少ない、用法が1日1回、抗生剤としては処方日数が長いことから疑義紹介したところ「クラリチンドライシロップ1%」の間違いであった。	「クラリスドライシロップ10%小児用」と「クラリチンドライシロップ1%」の医薬品名が類似しているため、入力ミスしたのだと考えられる。○単純なミス	処方箋の記載を「クラリチンドライシロップ1%」から一般名処方「ロラタジンドライシロップ1%」に変更する。	クラリスドライシロップ10%小児用	クラリチンドライシロップ1%			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
1002	出産後の方で婦人科では処方されたことのない漢方桂枝加朮附湯が処方された。管理している履歴、症状の聞き取りで桂枝茯苓丸ではないかと察知し処方医へ電話照会したところ間違いが判明した。	漢方は似たような名称があるため処方医が確認を怠ったために起きた間違いと思われる。	漢方は似たような名称があるためよく確認し監査していきたいと思う。	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)	確認を怠った				ヒューマンエラー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	「ウリンメット配合錠」が処方されていた患者の処方箋が「エクメット配合錠」へ手書きで修正されていた。これまで糖尿病薬処方歴なく、鑑査時に疑義照会にて「エクメット配合錠」は「クエンメット配合錠」の誤りのため変更となった。	当該日の数日前に、「ウリンメット配合錠」が経過措置切れのため、「クエンメット配合錠」へ変更になる旨を近隣の内科へ連絡していた。当該の内科は処方の修正を手書きで記載される医院であった。「クエンメット配合錠」に変更すべきところ、名称が類似しており、処方数の多い「エクメット配合錠」へ記載されたようであった。	名称が類似しており、病院でも間違いが起こる可能性があることを念頭に確認が必要	エクメット配合錠LD	クエンメット配合錠				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
1004	整形外科の処方箋を持って、代理の方来局。腰の痛みにて、ロキソニンとガスターD処方された。内科より定期薬でネキシウム(20)服用中のため、薬効類似薬服用中と問い合わせを行い、ガスターD中止となった。			ガスターD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	
1005	一般名:セフトレンピボキシル錠100mg処方。患者からの新患アンケートより、幼少時にセフゾンで蕁麻疹ありと記載あり。同系統の薬、セフェム系であるため医師に疑義照会を行った。医師からの回答は、似ている薬だがセフトレンピボキシル錠で蕁麻疹が出ていないならばそのままでよいとのことであったため、注意喚起し、そのまま交付した。		同成分ではないため、注意して服用し、体調変化があったらすぐに相談するよう指導した。過去に副作用が出た薬ではなく、同効薬・同系統の薬が処方された場合に、処方変更を依頼するか苦慮する。また、今回のように薬品名が分かっている場合はよいが、「かぜ薬」や「抗生物質」などで副作用ありの場合は、疑義照会をするべきか否かの判断が難しい。	セフトレンピボキシル錠100mg「日医工」	セフトレンピボキシル錠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
1006	ドラール錠15mgが処方されており、服薬ケアで痛み止めが出るはずであったと聞き取り。疑義紹介を行ったところ、トラマールOD錠50mgの処方であったと発覚。名称が似ていることが原因であった。	医師はトラマールを処方したつもりであったが、ドラールを誤って処方	処方意図の確認徹底と、患者様との服薬ケア時のコミュニケーションを深く図ること。	ドラール錠15	トラマールOD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
1007	一般名処方 デキサメタゾン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で配合変化を調べたところ分離し配合に適さないため疑義照会。デキサメタゾンプロピオン酸エステルクリームとの混合は問題ないことを伝えて、デキサメタゾンプロピオン酸エステルクリームに変更指示を受け、メサデルムクリームとヒルドイドソフト軟膏を混合することを伝えた。	処方医が配合変化に注意を払っていなかったことが要因の1つと考える。		メサデルム軟膏0.1%	メサデルムクリーム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「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1008	腰痛で整形外科を受診の患者。数日前から他院の整形外科を受診していたが、改善しないため別の整形外科へ。以前からの処方薬はお薬手帳の記録から、リリカ75mg 1Cap 1xVds、ロキソニン、ムコスタ、ボルタレンサポ25mgが頓服であるとわかった。今回の受診では、処方医からロキソニン、ボルタレンは胃の負担が大きいので、負担が少なく、且つ長く飲める薬に変更すると話があったと聞き取った。処方内容はロキソニンテープ、リリカ75mg セルベックス50mg 各2Cap 2xMAnであった。患者に聞いたところ、ムコスタはかなり残っているので、胃薬は不要と処方医に話したとのこと。当初、こちらはロキソニンを削除し、代わりにリリカを増量しただけと思っていたが、胃薬が今回出るのはおかしいのではないかと疑問を持たれた。そこで、念のため処方医に疑義照会を行ったところ、処方オーダーリングシステムの入力ミスであることが判明した。セルベックス50mgは誤りで、セレコックス100mg を2T 2xで処方したつもりだったとのことだった。	実際にはセルベックスは一般名処方に記載されていたため、類似名での誤りに気付くことが最初の時点でできなかった。しかし、患者からの聞き取りにより、インシデントを防止することができた。	お薬手帳への確認と患者への聞き取りは必ず行い、また不明な点がある場合には疑義照会を行うなども徹底する。	セルベックスカプセル50mg	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
1009	定期処方の他に花粉症用にディレグラ配合錠が1錠分1就寝前で追加処方になっていた。薬剤師Aは患者が高齢の為通常量より減量処方と思い、処方通り調剤した。監査時に薬剤師Bがディレグラ配合錠の用法・用量が余りにも少量であると判断し、類似薬名のデザレックス錠の処方が正しいのではないかと疑問を抱き薬剤師Aに伝え、添付文書で用法用量確認の上、処方医へ疑義照会した。結果、ディレグラ配合錠からデザレックス錠に変更になり、薬剤師Aはディザレックスを調剤して薬剤師Bに再度監査してもらって投薬した。			ディレグラ配合錠	デザレックス錠5mg			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1010	ファモチジン常用者にレバミピド処方。類似薬重複の疑義により削除	患者−医師間の情報伝達不足による単純なミス。	臨時医には常用薬を伝える習慣をつけさせる。手帳活用法指導。	レバミピド錠100mg「E MEC」		確認を怠った患者への説明が不十分であった(怠った)	知識が不足していた	医薬品患者側	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1011	内容】一般名類似のための医師の処方入力間違い 般 フルオロメトロン点眼液0.1% 5ml右目 1日4回 般 レボフロキサシン点眼液0.5% 5ml右目 1日4回 般 セフジニルカプセル100mg 3C 般 レバミピド錠100mg 3T般 チアプリド塩酸塩錠50mg 3T 毎食後 チアプリド塩酸塩錠50mgではなくチアラミド塩酸塩錠100mgではないか疑義にて処方内容を確認したところチアラミド塩酸塩錠100mgに変更となった。			グラマリール錠50mg	ソラントール錠100mg	確認を怠った判断を誤った				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1012	2歳の子供の処方において医師の処方がデキストロメトルファン臭化水素酸塩散10%1g分3 5日分できていたが明らかに用量オーバーだがそのまま調剤してしまった。別の薬剤師が投薬した際、子供も割には量が多いので気づき医師に疑似照会しデキストロメトルファン臭化水素酸塩散10%0.1g分3 5日分に変更となった。	秤量を間違えた薬剤師はその前、続けてデキストロメトルファン臭化水素酸塩散10%を大人分2人計っていた為、年齢を確認せずに秤量調剤してしまった。レセコン上でも警告が出るが事務員も警告しなかった。	以前より行っているが、処方せんのコピーに赤字で年齢、体重を大きな字で記載し確認を徹底する。レセコンの事務員も警告が出た場合はその都度薬剤師に連絡を徹底する。	デキストロメトルファン臭化水素酸塩散10%「日医工」		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
1013	今回セフカペンポキシル アスベリン散 カルボシステイン ロラタジン カロナール細粒の処方がされ 他医院でオノン ゼスラン クラチチンの処方がされていた Drに疑似紹介して 今回の処方を優先にして オノンは継続服用ゼスランは一旦中止クラチチンは服用後 症状続く時は再開して良いと指示あり	患者保護者がDRIにお薬手帳を見せなかった 薬局側で毎回手帳確認して 保護者からの残薬を確認している	小児科の場合 無料のせいか簡単に色々な 病院を重複受診している また 病院受付でもお薬手帳を受け取りDRIに見て貰うようにする	クラリチンドライシロップ 1% ゼスラン小児用細粒0.6%	クラリチンドライシロップ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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1014	処方指示はディレグラ配合錠4錠分2朝食後・寝る前であったが、用法について疑義照会を行う。医師にディレグラ配合錠は食事の影響を大きく受け効果が減弱するため空腹時投与とされている事を伝えたと、用法の変更指示あり。ディレグラ配合錠4錠分2朝食前・寝る前へ用法変更となる。	ディレグラ配合錠を頻用していないと、その用法が空腹時である事を見落としてしまうケースがあり、その他の類似薬同様に用法を食後とし易い。	薬剤師間でも知識を共有し、その知識を医師にもしっかりフィードバックできる体制を維持していく事。	ディレグラ配合錠		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
1015	処方箋鑑査時に一般名でメホルミン塩酸塩錠250mg「トーフ」と記載されていることを確認。一包化指示ありだったため一包化作成後鑑査時にメホルミン塩酸塩錠250mgMT「トーフ」が入っていることに気付いた。前回薬歴を確認したところメホルミン塩酸塩錠250mgMT「トーフ」が正しいことが分かったため病院に疑義照会を行った。病院側の入力ミスだったことが判明した。調剤ミスではなかったため患者に薬剤を交付した。	病院側で類似薬の入力間違いがあったこと、薬局内でメホルミン塩酸塩錠はMTの記載があるかどうかで先発薬品が違い薬価や用量が違うため注意が必要との情報共有がされていないことが判明した。	病院側の対応は不明、薬局内では今回のケースと同様の間違いが起こり得る薬剤についてスタッフ全員に情報共有を行うことにしました。	メホルミン塩酸塩錠250mg「トーフ」	メホルミン塩酸塩錠250mgMT「トーフ」		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
1016	処方箋にツムラ麦門冬湯7.5g が記載。投薬時に患者さんからお腹が張って痛みありと訴えあり。処方内容から疑義照会してツムラ大建中湯を処方するはずだったと判明。処方変更して投薬に至りました。	漢方薬の種類が多いことによる入力ミスがあったものと思われる	漢方薬は種類が多く酷似した名前が多いため、カルテとの確認を都度行う。	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ大建中湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った	その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1017	他病院にてアレロックの処方あり、当日小児科よりポララミン処方されたため、類似薬の為そのまま処方してもいいか疑義照会したが、医師は患者母よりの話で、アレロックは服用終了したと勘違いして、ポララミン処方したと回答。患者母に再度確認してまだ服用中とのことだったので、ポララミン削除。	患者側と医師との意思疎通が出来ていなかったことが要因と思われる。	薬局側としては、併用薬に関してはきちんと医師に正確に伝えるように患者様にはお伝えするようにアナウンスすることを心掛ける。	ポララミン錠2mg		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
1018	いつもノイロトロピンを処方されているが、処方箋の記載がノイロビタンになっていたため、ノイロビタンで準備していたが、患者本人に確認したところ、薬の変更や追加の話はなかったため、医師へ問い合わせしたところ、名称が類似していたための薬品間違いであったことが判明し、変更して調剤した。	ノイロトロピンとノイロビタンは、名称が似ており、まぎらわしく、入力の際に薬品名を選び間違えたと思われる。	薬歴から継続薬が変更された場合は患者本人にしっかり確認してから調剤を行う。	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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1019	カリウム値が低い患者にアスパラCaが処方された。	カリウム値が低いことは確認していたが、名前が似ていたため処方せん入力時に間違いが生じた。	1. 患者の状況を聞き取り、処方内容に間違いがないかを確認する。 2. 特に新規で処方された薬に関しては、患者の状態、医師からどのように話を聞いているかを確認し、疑問に思ったら疑義照会する。	アスパラCA錠200	アスパラカリウム錠300mg			コンピュータシステム 医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1020	患者処方箋に「メイアクト錠100mg 3錠/分3毎食後7日分」と記載されていた。薬歴簿から過去にサワシリンカプセルによる薬疹による治療歴を確認、基本骨格が類似のセフェム系抗生剤を避けることが必要との判断で医師に疑義照会、処方せんが「クラリス200mg2錠/分2朝夕食後7日分」の処方に変更となった。			メイアクトMS錠100mg	クラリス錠200		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
1021	レグテクト錠333mg 1錠 5回分(不眠時)の処方断酒補助剤を不眠時に処方されていたため疑問に思い疑義照会レグナイト300mgの処方ミスと判明	疑義照会時、薬品名が類似しており、DRのカルテ記載に誤りがあったと確認	類似薬品名に注意し、処方意図を考えながら監査する	レグテクト錠333mg	レグナイト錠300mg			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1022	フロリードゲル経口用2%は乳幼児の使用に安全性が認められていない。乳幼児に外用処方にてフロリートゲル経口用2%が出ていることに疑問を感じ疑似紹介を行った。医師は、外用薬と認識していたため、経口用内服と判断できずに、1日3回5gの処方せんを出していた。疑義紹介から、経口用として1日3回1g 5日分と判明した。	外用処方であったことで、何日分の記載が処方せんになかった。ゲルを外用と認識していたので、内服処方にならなかった。	剤形がチューブでありゲルの名称があることから、外用・内服どちらともとれるので、服用法を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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1023	一般名「クロルプロマジン塩酸塩錠50mg」との処方であったが、従来は一般名「クロルマジノン酢酸エステル徐放錠50mg」の処方であった。薬剤が全く別のものであるが、薬を変更するなどの連絡も特にはなかったため、医療機関へ疑義照会し、入力ミスによるものと判明。従来のクロルマジノン酢酸エステル徐放錠50mgへ処方変更された。	4月になって、一般名処方が増え、医療機関での入力の際に酷似した名称で○単純なミスにより間違えたものと判明。	法改正などの絡みもあって、PC入力上に違いが生じてきている。特出して一般名処方が増えている。従来と違う処方内容になっている場合には特に注意して、間違いのないように更に注意していきたい。今回は事務職が始めに気づいて薬剤師へ声かけして判明したが、今後も薬局内での連携、医療機関との連携を図って患者に安全な医療提供ができるように図っていきたいと考える。一般名処方には長い名称のものが多く、後発品名称は屋号がその後について、更に長い名称となっている。慣れない名前の際には落ち着いて先発品が何であったかなどを確認して調剤にあたるようにしていきたい。	コントミン糖衣錠50mg	クロルマジノン酢酸エステル徐放錠50mg「KN」	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
1024	タリオン錠10mgとアレジオン錠10mg、類似薬効薬剤の重複あり。両剤ともに朝食後服用指示。お薬手帳の記載により、両剤は他院小児科継続処方であることを確認。但し、アレジオン錠10mgは就寝前の指示となっていたため、疑義照会を行った。アレジオン錠10mgは朝食後から就寝前に用法変更となった。	お薬手帳の有効活用が行われていなかったものと思われる。	病院・診療所受診時にお薬手帳を必ず医師に提出するよう指導を行った。	アレジオン錠10			その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1025	一般名処方ではラックビー錠、ジメモルファンリン酸塩錠10mgの処方箋を患者が持参。投薬の際に症状を伺ったところ、咳の症状はなくガスが腹部に溜まっており苦しいと聴取。病院に疑義照会したところ、ジメモルファンリン酸塩錠ではなく、ジメチコン錠40mgの間違いであったことが発覚。	類似した一般名処方だった為、処方箋の入力間違いだった様子。		アストミン錠10mg	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
1026	1歳12kgの患者に一般名処方アンブロキシソール塩酸塩シロップ7ml/日で処方容量過多を疑い、疑義照会をおこなった一般名処方カルボシステインシロップ7ml/日の間違いであった先発医薬品の名称がムコソルバンとムコダインで類似しているためと思われる		年齢・体重の確認を怠らない	アンブロキシソール塩酸塩シロップ小児用0.3%「タイヨー」	カルボシステインシロップ小児用5%「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「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1027	<p>総合病院循環器内科に定期通院し服薬中で残薬もある患者が、紹介元の循環器内科クリニックに経過の報告のため受診したところ、病院類似薬の処方箋が発行された。ワーファリンは病院2.75mg INR2.12のところ、クリニックでは4mgが処方され、出血事故の可能性が予測された。降圧薬は病院アジルバ20mgで収縮期圧100以下のところ、クリニックではカルブブロック16mg、プロプレス4mg、コディオ配合錠EX、アジルバ40mgが処方され、深刻な低血圧が予測された。高尿酸血症に病院ではフェブリク20mgが処方されていたが、クリニックではザイロリック50mgが処方された。病院でも一般名アロプリノール50mgが12月まで処方されていたが、1月に痛風発作を来し、尿酸値12.7のため、フェブリク20mgに1月から処方変更になっていた。クリニックのアロプリノール50mgでは痛風発作の再発が懸念された。</p> <p>→背景・要因欄へ</p>	<p>患者は元々通院していたクリニックに「顔を出さないと悪い」「お世話になりたいことがある」と思い、クリニックに時々受診していた。クリニック医師は病院からクリニックに転医すると勘違いし、病院の次回受診日をクリニックに患者が次回来院する日と誤解していた。しかし、なぜか処方箋は60日分も処方されていたが、クリニックの医師は、DMのコントロールを改善するために(HbA1C7.9)、いい薬をあげると患者に説明し、患者はその薬だけが処方されると思っていた。</p> <p>→病院では心不全に対し、一般名ビソプロロール2.5mg0.5錠、アゾセミド60mg、フロセミド20mg、トリクロルメチアジド1mgが処方されていたが、クリニックでは全く処方されていらず、深刻な心不全を来す恐れがあった。DMIに対し病院ではネシーナ25mgの処方であったが、クリニックではスーグラ25mg0.5錠が通生かされ、脱水の可能性が危惧された。</p>	<p>クリニック医師に疑義照会したところ、種々の誤解が判明し、スーグラ以外の薬剤12種類を削除した。スーグラは脱水の可能性があり、心不全のコントロールに影響し、腎機能(cre1.43)を悪化させる可能性もするため、病院次回受診時に相談するよう説明した。</p>	<p>カルブブロック錠16mg プロプレス錠4 コディオ配合錠EX フランデルテープ40mg ネシーナ錠25mg アジルバ錠40mg ゼチーア錠10mg リバロOD錠2mg ザイロリック錠50 ワーファリン錠1mg ウルソ錠100mg エパデールS600</p>				医薬品		ヒューマンエラー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	<p>アスパラCA錠200mgが処方されていたが、前回はアスパラカリウム錠300mgであった。処方医へ処方変更の確認をしたところ、前回同様アスパラカリウムへ変更された。</p>	<p>前回処方箋は医師が手書きで、紹介状の転記であったと思われる。今回処方箋はオーダーリングの印字された処方箋であったが、処方入力の際に選択を誤ったと思われる。</p>	<p>名称類似医薬品の情報共有</p>	<p>アスパラCA錠200</p>	<p>アスパラカリウム錠300mg</p>	<p>記録などに不備があった</p>		医薬品		ヒューマンエラー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	<p>2歳の患者にアスピリン散10%が1日量として1.5g処方されていた。疑義照会により、アスピリンDS2%の量で処方されたことがわかった。疑義照会后、アスピリン散10%、1.5g→0.6gに変更になった。</p>	<p>院内での採用医薬品の確認ミスと思われる。</p>	<p>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。</p>	<p>アスピリン散10%</p>					その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1030	患者様が皮膚科の処方せんを持って来局した。処方せんには、「ヘパリン類似物質ローション0.3%「ニプロ」50g 塗布部位:顔」と記載されていた。患者様は診察の際に、医師にもパラベンアレルギーがある事をお伝えされていたが、薬局の方でも「パラベンアレルギーがあるが問題ないか」と確認をされた。添付文書等で確認したところ、ヘパリン類似物質ローション0.3%「ニプロ」にパラベン類が入っていた為、処方医に対し問い合わせを行ったところ、ヘパリン類似物質ローション0.3%「ニプロ」からプロベト 50gに処方変更された。		・主成分だけでなく、パラベン類等添加物でのアレルギーについても、薬歴の頭書きなどに記載し、他の薬剤が処方された場合にも、きちんと確認出来るよう体制を整える。	ヘパリン類似物質ローション0.3%「ニプロ」	プロベト				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1031	患者が病院を変更し、初めて来局された。処方内容は一般名で「バルプロ酸Na錠200mg 2錠分2朝夕食後」と記載があったが、処方せん入力では「バルプロ酸Na徐放錠200mg「トローワ」」が入力されていた。監査の際に気づいて訂正を行おうとしたが、他病院でかかっていた際の手帳内容から医師はバルプロ酸Na徐放錠を出したかったが、普通錠を処方してしまった可能性があったので疑義照会を行った。結果、一般名のバルプロ酸Na徐放錠200mgに変更になった。	一般名が類似していたために入力を間違えた可能性。○処方せんの見間違い	類似の一般名処方がある薬については薬局内で情報共有し、注意を促す。医薬品の局内名称にマークをつけて注意できるようにする。前回までの手帳の内容、患者からの聞き取り内容から処方の妥当性のチェックを欠かさない。	バルプロ酸ナトリウム錠200mg「アメル」	バルプロ酸Na徐放錠200mg「トローワ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった 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
1032	『ビタミン(25) 3錠 3×毎食後』で処方があったが、在庫がなくビタミン(50)であればすぐに投薬可能である為、病院に処方変更の可・不可の問い合わせを電話にて行った。処方変更OKとの回答あり、『ビタミン(50) 3錠 3×毎食後』で患者様にお渡しした。数分後、病院から差し替えの処方箋がFAXされたが、内容がビタミン(25)だったため、患者様には(50)でお渡ししている旨を伝えた。病院と薬局で認識の相違があったことが判明した。	・ビタミンは(25)と(50)があるが、問い合わせ時に(50)であることの念押しをしなかった。・ビタミン(50)は、1日量が1～2カプセルであることを病院に伝えていなかった。	・類似薬に処方の変更依頼をする際には、あらかじめ成分量、投与量を熟知すること。・電話での問い合わせの際には、規格についてもしっかり確認を取ること。	ビタミン配合カプセルB25	ビタミンカプセル50	確認を怠った	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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1033	当薬局にて、歯科よりアモキシカプセルが処方されている処方箋を受け付けた。歯科よりよく処方されるアモキシシリンと似た名前であることから処方誤りの可能性が高いと考え疑義照会をし、処方に変更された。			アモキシカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「トーフ」	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
1034	乳糖不耐性Ptに対して乳糖含有製剤の処方。メーカー照会により類似薬中乳糖含有量の最も少なく被害が生じにくいとされるビオフェルミン配合散へ医師と協議の末変更とした。			ラックビー微粒N	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
1035	ピラノア錠(20)が”夕食後”で処方された。ピラノア錠は添付文書上”空腹時”の服用とあり、またインタビューホームの薬物動態に関する項目・”食事の影響”欄にバイオアベイラビリティが有意(AUCが約40%、Cmaxが約60%)に低下するとある為、疑義照会により”就寝前”へ処方変更された。	2016年以降に発売された抗アレルギー薬3種の内、服用タイミングが指定されているのはピラノア錠のみである。さらに、ピラノア錠と販売ノパッケージのイメージが類似しているアレグラ錠も服用タイミングが指定されていないため、混同したと考えられる。	医院側に上記資料をもって情報提供を行うと同時に、MRに類似事例が起こる可能性があることを連絡する。	ピラノア錠20mg			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
1036	感染症が疑われる患者様にアクロマイシン軟膏と、飲み薬としてクラリチン錠10mgが分2朝夕食後で、処方されていた。ダニによる感染症が疑われたので当初、アレルギー症状を抑えるため、クラリチン10mgを多めの処方として分2で医師が出したと思った。念のため疑義照会したところ、クラリチン10mgではなく、クラリス錠200mgの間違いであったことが判明した。	処方したクリニックの処方箋記載ミス。おそらくレセコンで薬名検索で、最初のクラで検索して、似た薬としてクラリチンを選択してしまったと推察されます。	処方箋を薬理学上からしっかり考えて、その処方が適切なものであるか確認できるように常日頃から訓練することが必要。	クラリチン錠10mg	クラリス錠200				教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1037	処方箋に手書きでウラリット錠(20)と記載あり。尿酸値が高いため、薬剤が追加になると確認。名称の似た同効薬として、ウリアデック錠20mgがあり、記載内容から混同されている可能性を考え疑義照会を実施。やはり処方医の書き間違いとのことで、ウリアデック錠20mgに変更となった。	手書き処方せん		ウラリット配合錠	ウリアデック錠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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1038	痛み止め内服薬の処方内容が、1回1錠・疼痛時・20日分となっていた。処方箋鑑査、計数調剤後の自己鑑査時に気づかず、投薬する直前に入力内容に気付き、疑義紹介を行った結果、1回1錠・疼痛時・20回分と変更になった。	休み明けで患者がいつもより多く忙しかったのもあるが、日と言う字と回と言う字が似ているため、投薬直前まで気付かなかった。	処方鑑査、調剤鑑査で気付かなかったため、薬局スタッフ内で情報共有し、その時点でのチェックポイントとしての鑑査の意義を見つめなおし、指差し呼称が抜けているなどないように気をつけてもらう。	ロキソプロフェンNa錠60mg「トーフ」		確認を怠った	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1039	クラリシッド・ドライシロップ10%小児用 0.5g 分1 夕食後 14日分が処方された。用量が少なく、また患者症状を確認したところ、クラリチンドライシロップ1%の間違いではないかと考え、疑義紹介した。	医薬品名称が似ている。○単純なミス	一般名処方を入力してもらう。	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%			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
1040	皮膚科から、「アレジオンドライシロップ1% 1g 1日2回 朝夕食後」の処方があった。お薬手帳から患者の体重が12kgで、アレジオンドライシロップは1日1回の薬であり、体重20kgの用量であったため問い合わせた。アレジオンドライシロップではなく、アレロック顆粒の記載間違いであることが判明し、処方薬が変更になった。	名称が類似しているため、病院側の入力ミスと考えられる。	処方薬と用法用量の整合性(小児においては、体重による用量)の確認が重要である。	アレジオンドライシロップ1%	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
1041	ロキソプロフェンの処方があったが、患者様からこれに見た目が似ている薬で2回喘息発作が起きたと申し出があった。お薬手帳を確認したところロキソプロフェンであったため、疑義照会を行なった。	医師は処方する薬の名前などは説明していなかった。副作用歴についても聞き取りはなかったようだ。	ロキソプロフェンでの副作用発現は最近のことで、それが起きてから初めての来局だったため薬歴にも記載がなかった。患者聴き取りは毎回おこなう必要がある。	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「日医工」レバミピド錠100mg「DS EP」	トラムセット配合錠 プリンペラン錠5				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1042	咳症状にて内科受診時に、精神科より服用している薬剤の聞き取りと伝達が十分でなかった為、類似薬が処方された。生薬成分の重複があるため、処方医に疑義照会したところ薬剤変更となった。	医療機関でのお薬手帳の提示や服用薬の聞き取りを怠っていた。	診療科関係なく、お薬手帳の提示と服用薬の伝達行うこと。	[東洋]桂枝加厚朴杏仁湯エキス細粒 [東洋]桂枝加厚朴杏仁湯エキス細粒	クラシエ白虎加人参湯エキス細粒 ツムラ滋陰降火湯エキス顆粒(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	患者側	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1043	患者様が内科の処方箋を持って来局在庫がなかった為後日受け取りする事で帰宅処方箋を確認すると【般】メキタジン(ゼスラン)小児用細粒0.6%とシプロヘブタジン塩酸塩シロップが処方されていたこと、お薬手帳を確認すると以前似た処方箋でセスデン細粒6%の処方があり、メキタジンの用量も多めだったことがあった為疑義照会しゼスランに変更となった			ゼスラン小児用細粒0.6%	セスデン細粒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
1044	トルリンティ皮下注0.75mgアテオス処方患者に、ジャヌビア錠50mgが処方。類似効果にて念のため疑義照会を実施、中止となる。			ジャヌビア錠50mg		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
1045	錠剤の大きさ、シートの印字の色の似ており、視力低下のある患者には識別が難しく誤飲の可能性あった。		調剤前に薬歴で患者の背景を確認することを徹底する。	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「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
1046	亜鉛華「ホエイ」が処方。処方箋入力には亜鉛華軟膏。処方箋の医薬品は粉薬の為疑義照会。医師の間違いだっただけで軟膏に変更。	医師の処方間違いであったが入力も間違えていたため「処方せんの見間違い」もある	似ている薬剤名に注意する	亜鉛華「ホエイ」	亜鉛華軟膏「JG」	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
1047	リン酸ジヒドロコデイン1%2g咳がひどいとき 7回分処方1回の用量が添付文書(1g)の倍量であること、対象患者は後期高齢者であることから推測し、処方薬はリン酸コデイン散1%の間違いでないかと推測し、疑義照会→予想通りの間違いであることが判明、処方変更となった。	発行元医療機関の処方医が非常勤医師であったため、通常処方されない薬剤が処方、類似の名称を持つ薬剤とレセコンで取り違え入力を行ったものと推察される。処方せんの見間違い		リン酸ジヒドロコデイン散1%「ホエイ」	リン酸コデイン散1%「日医工」	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	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
1048	セフカベンピボキシルとロキシロマイシンが処方。抗生剤がかさなるので疑義照会結果、ロキソプロフェンに変更になった。	単純なミス		ロキシロマイシン錠150mg「JG」	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1049	患者がかかりつけの内科処方せんをもって来局した。鼻水が多く、鼻炎用の薬剤を処方してもらったとのことであった。ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷 7.5g 分3毎食間7日分と、アレグラ錠60mg 2錠 分2朝夕食後7日分の処方であった。薬歴を確認すると、葛根湯服用後に蕁麻疹が発生した記録があり、それによる薬疹が疑われた。構成生薬が合致する葛根湯加川きゅう辛夷でも、薬疹発生の可能性が考えられたため、医師に照会した結果、処方取り消し、アレグラのみの処方に変更となった。	処方医は葛根湯加川きゅう辛夷を鼻炎に繋用するため、副作用歴について見落としていた可能性がある。	構成生薬のうち、薬疹の原因となるものは特定されていない。他の漢方製剤においても構成が類似するものは服用に注意が必要であることを薬局内で認識を共有した。	ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒(医療用)			その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1050	メルカゾールにて蕁麻疹が出現での内服変更といわれて薬局へ、処方ハイパジール3mg 3錠 分3 14日分、聞き取りにて血圧など全く先生は話に触れてない、語尾の似てるプロバジールとの勘違いではないかと疑義紹介、プロバジール 3錠 分3 14日分へ変更となる	医師の記憶の勘違い	今後も症状と処方薬材の整合性を確認していく	ハイパジールコーワ錠3	プロバジール錠50mg				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1051	「一般名」へパリン類似物質軟膏0.3%とレスタミンコーワクリーム1%を混合指示の処方せんが出た。以前からヒルドイドソフト軟膏0.3%とレスタミンクリームを混合して調剤していたが、患者さんから「しばらくすると軟らかくなる」との指摘があったため、軟膏・クリーム配合変化ハンドブックを確認すると、混合不可の組み合わせになっていた。そのため、疑義照会し、混合せずに調剤となった。	以前薬局でチェックしたときは混合後2週間までは可となっていたため、その後確認してなかった。再度新しい本で確認したところ、混合不可となっていた。	以前から混合調剤している薬剤に関しても、定期的に情報を入れ、混合に問題がないかチェックすることにした。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」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」レスタミンコーワクリーム1%			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
1052	歯科の処方箋 一般名処方アモキシシリンカプセル250mg(製品名はアモキシサン)とカロナール錠200が処方されていた。患者からの聞き取りで精神的な変化はなく、歯の治療薬とのことだったので疑義照会した。アモキシサンではなく、アモキシシリンカプセル250mgの誤りと判明し、サワシリンカプセル250mgで調剤した。通常は歯科以外に内科の通院歴がある。	医師が一般名処方の時にどのように薬を選択しているかは不明だが、おそらくアモキシサンとアモキシシリンを選択し間違えたと考えられる。	今回同様、患者への聞き取りを怠らず、医師からどのような説明を受けているか、また他に服用中の薬などから処方に疑わしい点がないか確認する。	アモキシサンカプセル250mg	サワシリンカプセル250	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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1053	貧血の患者に、一般名:クエン酸カリウム・ナトリウム配合錠 が処方されていたため、疑義照会を行ったところ、一般名:クエン酸第一鉄 の処方へ変更となった。	処方間違いとなった2剤の名称が非常に類似していた。	・病院内・および薬局内での類似一般名の周知。・システム上、注意喚起の設定。	クエンメット配合錠	クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」	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		ヒューマンエラー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	副作用経験のあるレバミピドが処方させていた為疑義照会。レバミピド削除、服用経験あり副作用経験のない類似薬のソロンへ処方変更となる。			レバミピド錠100mg「杏林」	ソロン錠50				その他	ヒューマンエラー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	ノボラピッド30ミックスフレックス注7キットで処方された。前回まではノボラピッド注フレックスタッチが処方されていて患者家族の確認したところ「変更は聞いていない」とのこと。処方元に疑義照会したところ入カミスと判明。ノボラピッドフレックスタッチに処方変更となった。	処方箋入力の際類似した名前であったため間違えて選択したと思われる。	患者への聞き取りをしっかりとし、処方内容に間違いがないか確認する。	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タッチ		勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1056	エスエーワン配合OD錠+ハーセプチンの患者、前回の薬歴にナウゼリン不要とあったが、今回ナウゼリンが出ていたので疑義にて病院に確認。ついでに初回のツムラ十味敗毒湯の処方があったので、皮膚湿疹があるのかついでに聞いてみた所、漢方はお腹の症状で出してもらったとの事。十味敗毒湯に新しい使い方があるのかと、メーカーのツムラに問い合わせたがそういった使われ方の報告はないとの事。再度疑義にて十全大補湯との間違いではないかと確認した所、十全大補湯との処方間違いであった事が発覚。処方変更で、十味敗毒湯でなく十全大補湯に変更となった。	ツムラジュウまでは読み方が一緒。あくまで推測だが病院のオーダーリングシステムではツムラジュウで検索した所十味敗毒湯と十全大補湯がでて選び間違えたのではないかとと思われる。単純な処方ミス	患者がお腹の症状で出してもらったとの聞き取りで間違いに気づいたので、患者からの症状の聞き取りは重要である。症状と出た薬が合致しない時は似た医薬品の名前があるものは間違いである可能性も考える。	ツムラ十味敗毒湯エキス顆粒(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		コンピュータシステム 医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1057	定期的に処方せんを受け付けている患者さんが来局。今回から薬の内容が変更になると聞き取りした。エリキユース錠2.5mgとアーチスト1.25mgを服用していたが、今回エリキユースが削除されアーチスト2.5mgが追加になっていた。エリキユース錠2.5mgの中止について患者は何も聞かされておらず、薬学的に考えても削除するべきではないと薬剤師は判断した。病院へ連絡したところアーチスト2.5mgとエリキユース2.5mgの処方へ変更となった。	名称は違うものであるが規格が2.5mgと同じであるため、処方せんを発行する際に入力を間違えてしまった可能性が考えられる。	名称の類似だけでなく同じ規格の製品がある場合は注意が必要となる。処方内容がおかしいと感じた場合は、念のため処方元へ確認を行う必要がある。	アーチスト錠1.25mg	エリキユース錠2.5mg			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1058	ドラマミンが処方されており、服薬指導の際患者本人に症状を訊いたところ、眩暈などは起こっておらず、今日は咽頭痛で受診との回答あり。疑義照会を行ったところ、トランサミンに処方変更となった。	薬品名が非常に似ている為、医師が電子カルテ上で薬剤を選択する際に、選び間違えた可能性が考えられる。		ドラマミン錠50mg	トランサミン錠500mg			コンピュータシステム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1059	タリビッド点眼液が処方されたが、患者家族からは眼疾患についての話はなく、外耳道癌を患っており、あくまで耳への薬剤について処方とのことで、処方のオーダーミスが疑われ疑義紹介となった。その結果、タリビッド点眼液からタリビッド耳科用液へと処方変更された。	名称類似	使用目的、使用部位の確認の徹底	タリビッド点眼液0.3%	タリビッド耳科用液0.3%	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
1060	精神科で定期的を受診されている患者様。今回ツムラ118菴姜朮甘湯エキス顆粒が処方追加されていたため症状の聞き取りを行ったところ、めまいや動悸があるとのこと。ツムラ118菴姜朮甘湯エキス顆粒は腰痛、腰の冷え、夜尿症へ効果のある薬剤であり、これらの症状ははしないと確認。主訴のめまいや動悸から考え、名称類似薬のツムラ39菴桂朮甘湯エキス顆粒の処方間違いである可能性あり処方医へ疑義照会。ツムラ118菴姜朮甘湯エキス顆粒からツムラ39菴桂朮甘湯エキス顆粒へ変更となった。			ツムラ菴姜朮甘湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ菴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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1061	普段より「一般名」プラバスタチンナトリウム錠5mgを服用していた患者の処方が「一般名」フルバスタチン錠30mgに変更となっていた。疑義照会にて、意図的に処方変更を行ったのか確認をしたところ「一般名」フルバスタチン錠30mgを服用から「一般名」プラバスタチンナトリウム錠5mgへ変更となった。	新規来店患者であった。お薬手帳を持参していた。調剤時、患者は外出していたため、本人に処方変更についての確認はとれなかった。お薬手帳の情報で、今回は今まで継続受診していた医療機関とは異なる医療機関を受診していることが分かった。処方内容が「一般名」プラバスタチンナトリウム錠5mgから「一般名」フルバスタチン錠30mgに変更されていた。通常、転院直後に処方変更があることは少ない為、念のため疑義照会を行った。		フルバスタチン錠30mg 「三和」	メバロチン錠5		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
1062	処方箋でラックビー微粒N1%の処方あり。最終鑑査前にお薬手帳で併用薬確認。同日服用開始、他院処方ではセフジニル細粒小児用10%とレベニン散処方を確認。レベニンとの類似薬効重複と、セフジニルによるラックビーの効果不十分が懸念され、併用薬の情報提供と合わせ疑義照会。効果不十分理由に本処方削除、経過観察となった。	手帳を毎回確認することで最新の併用薬の把握が確実にできた		ラックビー微粒N				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
1063	処方せんに「ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%」とあるも、一般名処方か、後発品の銘柄未記入かの判断できず、疑義したところ、先発品ヒルドイドソフト軟膏の支持であることを確認した。			ヒルドイドソフト軟膏0.3%	ヒルドイドソフト軟膏0.3%		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1064	セルニルトン錠1T 屯×10回分 気分不良時で処方となっていた。用法的にもおかしく、女性でもあるため患者様にも確認したところ安定剤が処方になると聞いていたとの事だったので病院に疑義紹介にて確認セルニルトンからセルシン錠2mgへ変更となった	名前が似ていることから発生した入力ミス	病院側の入力時のアラートなどの対策 薬局側の監査時、薬剤の薬効に対する知識の向上	セルニルトン錠	2mgセルシン錠	患者への説明が不十分であった(怠った)		医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1065	以前PL顆粒にて副作用歴のある患者。今回感冒症状にてアセトアミノフェン錠300mg3錠分3毎食後含め6剤の処方あり。PL顆粒にはアセトアミノフェンが含まれているため、服用により副作用が発現する可能性が考えられる。そのため、疑義照会により類似薬であるロキソプロフェン錠60mgに変更提案を行い、提案通りの変更となった。			カロナール錠300	ロキソプロフェンNa錠60mg「トーフ」		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1066	フェロジピンが処方されていたが、患者は血圧の変化は訴えておらず、貧血の薬を頼んだと聞き、処方医に確認。クエン酸第一鉄Na錠50mgに処方変更になった。	商品名と成分名が似ていたことによる入力ミスと思われる。	症状の確認をしっかりとしながら、処方内容に間違いが無いかを確認する。	スプレンジール錠5mg	クエン酸第一鉄Na錠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
1067	一般名処方【般】クエン酸ナトリウム・クエン酸カリウム配合錠とシナール配合錠の2剤が処方されていた。内科においてシナールと一緒に処方される薬剤は鉄剤である事が多く、一般名では【般】クエン酸ナトリウム・クエン酸カリウム配合錠と【般】クエン酸第一鉄ナトリウム錠50mgの名称が似ているため、処方誤りの可能性を疑い疑義照会をしたところ、【般】クエン酸第一鉄ナトリウム錠50mgへ変更となった。			ウラリット配合錠	フェロミア錠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
1068	アマリール1mg 1T/屯用1回分処方疑義照会しアマージ2.5mg 1T/屯用1回分処方に処方変更となった。処方薬の名称が類似していることからレセコン入力時の処方ミスを検討。事前に察知し疑義照会により患者の健康被害を回避した。	患者家族がアマリール1mg 1T/屯用1回分の処方箋を持参し来局。脳外科の処方箋で脳下垂体のホルモン分泌以上による血糖値上昇を考慮しつつ患者に服薬指導した。患者の家族によると本日は頭痛による受診であり、糖尿病の既往は無く、高血糖も見られていないとの事から、アマリールとの類似名称であるアマージとの誤処方の可能性を踏まえて疑義照会をした。処方医は帰宅したため当日の処方確認は困難との回答を受けたこと、患者は現在片頭痛発作はみられていない事から翌日の対応となった。翌日の疑義照会によりアマージ2.5mg 1T/屯用1回分に処方変更となった。	現在適応外使用や最新の治療では薬剤師自身が把握していない治療法も多々あると思われます。服薬指導時には患者既往歴やどのような症状で受診したのか、きちんと確認する必要があります。	アマリール1mg錠	アマージ錠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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1069	整形外科を同姓の患者「エ〇コ」「エ●コ」が同じ時間帯に受診した。クリニックが患者を取り違えて処方箋を渡した。処方箋・お薬手帳を持参し薬を受け取りに薬局を訪れた。レセコン入力中に事務員が処方箋の名前とお薬手帳の名前が違うことに気付いた。患者さん本人に保険証を見せてもらい本人確認をした所、クリニックが違う患者の処方箋を渡してしまっていたことがわかった。病院に連絡し正しい処方箋を交付してもらった。	同姓の患者で二人の名前もよく似ていたため、処方箋の交付ミスが起こったと考えられる。	患者の氏名の確認をしっかりと行う。同姓患者や発音の似ている患者が待っている状況では特に気を付ける。	エディロールカプセル0.75μg	アルファカルシドールカプセル0.5μg「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
1070	アロマシン錠を服用中の患者様。門前の整形外科にて骨粗鬆症治療中だったが、血液検査の結果、追加でビビアント錠が初処方された。ホルモン関連の内容だったため添付文書等を調べたが、特に直接相互作用などの記載は見られず、そのまま調剤してお渡した。後日この内容に引っ掛かりを覚えた別職員が、ビビアント錠の製造販売元のファイザー製薬社へ問い合わせたところ、乳がん患者の骨粗鬆症治療マニュアルではビビアント錠は推奨になっていないとの回答を受け、処方元の整形外科Dr.にその旨を連絡し、結果ビビアント錠の処方が削除になった。また患者様にも連絡し、手持ちのビビアント錠を回収させていただいた(この時点で5T服用されていた)。	投薬前にインターネットでも相互作用について調べたところ、それぞれ類似薬のエピスタとアリミデックスについては相互作用の可能性が示唆されていたが、当該薬剤の組み合わせについては相互作用に言及が見られなかった。また、ビビアント錠は骨と乳腺への効果が異なることから、乳腺への影響が少ない薬剤であると言われていることを改めて確認したため、患者様には「おそらく乳腺への影響は少ないと考えられるが、どちらにしてもビビアント錠の服用初期は更年期障害様症状が見られる可能性があるため、もし違和感があるようならご相談ください」とお伝えして、薬剤を交付した(門前の整形外科ではビビアント錠の違和感の有無を見るためか、初回は通常より短めで14日分のみ処方である)。 →改善策欄へ	情報が薄い薬剤について疑問を持った場合は、製造販売元に直接問い合わせるなどしてより多くの情報収集を図る →後日問い合わせたファイザー社からは「乳腺への影響が全くないとは言いきれない」「治療マニュアルでは一応ビスホスホネート製剤が推奨であり、今の時点ではビビアント錠は記載されていない」との回答を得た。処方元の整形外科Dr.は、ビビアント錠の乳腺への影響が少ない効果自体は把握されており、連絡時特にお怒りではなかったが、「治療マニュアルに沿っていないのであれば中止しよう」とのことのでビビアント錠の処方削除へ至った。	ビビアント錠20mg			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
1071	ツムラ桂枝加芍薬湯の処方があったが、処方せん上の肩こり・頭痛とのコメントと患者からの症状聞き取りから処方との矛盾を感じたためこの処方での良いのか疑義照会にて確認したところ、芍薬甘草湯の処方ミスであったことが発覚した。	名前に芍薬がつくので似ていた。薬剤師に漢方の知識があったので、症状に対して桂枝加芍薬湯の処方に疑問を持つことができた。	名前の似ている漢方も多く、また症状と処方の適応症が対応しないこともあるため今後も患者からの症状聞き取りを行い、不明点があれば疑義照会を行う。	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1072	ジャヌビア25mgが追加され、処方箋にアクトスからジャヌビア25mgに変更とペンで書いてあった。アクトスは前回の処方箋で既に中止になっており、類似薬のトラゼンタ5mgは中止になっていなかった。アクトスとトラゼンタを間違っているのではないかと思ひ疑義紹介を行った。その結果、トラゼンタは中止になり、ジャヌビア25mgは50mgに増量となった。	医師との連携不足	医療機関との連携をしっかりとる。処方箋監査の徹底。	ジャヌビア錠25mg トラゼンタ錠5mg		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
1073	風邪症状を訴える患者に対してアクトス錠が3錠/日、1日3回毎食後で処方されていた。処方せんには他にペレックス配合顆粒、クラビット錠が処方されていたこともあり、アスピリン錠と間違えて処方されているのではないかと疑義照会。結果、アストミン錠が3錠/日、1日3回毎食後に処方変更となった。	処方せん内容の入力時の選択ミスと考えられる。	名称が類似している医薬品について店舗スタッフでどのようなものがあるのか確認しておく。患者からの聞き取りを丁寧に行い、処方内容との齟齬がないか確認をする。	アクトス錠15	アストミン錠10mg	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
1074	血糖値悪化の為、グルファスト5 3錠 毎食前が、グルファスト10 3錠 毎食前に増量になり、テネリア錠20mgが中止になり、「一般名」グリメピリド錠1mg 1錠 1回朝食後、追加となった。類似な作用で、併用は避けるべきであるため、疑義照会し、グリメピリドが、削除となり、テネリアが戻された。			グリメピリド錠1mg「トローワ」			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
1075	当薬局の初めて利用する患者が来局した。処方箋にはシクレスト舌下錠 1錠 分1 朝食後の記載。シクレストの用法が分2ではないので、患者にどのような症状で受診したか確認したところ健診でコレステロール高値を指摘されていた。処方医に疑義照会し、処方入力間違いであることが発覚。クレストール5mg 1錠 分1 朝食後に処方変更になった。	処方医のローマ字入力でシクレストとクレストールの入力が類似している為と考えられた。最初の文字のシがないとクレストまで4文字が同一となるのも入力間違いの要因と考えられた。	投薬時や調剤時に違和感を感じた事は患者に聞き取りしたり、疑わしい時は必ず疑義照会を行うことを徹底する。お薬手帳や、患者さんからの聞き取りも重要であると認識。シクレストの用法が異なる時点で疑義照会となるので、比較的、気づきやすかったが、シクレストとクレストールの3文字検索ルールや名前類似として起こりうる間違いとして知識となった。	シクレスト舌下錠10mg	クレストール錠5mg		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1076	今回眼圧が上がっているということで薬を強くすると言われたと患者さんからのお話あり。ただ、処方内容は前回と変わらないラタノプロスト点眼液0.005%「ニットー」だった。そのため疑義照会。その後ラタチモ配合点眼液「ニットー」に変更となった。	薬の名前が類似していたためおこったと思われる。また、時間帯的にも混雑しており、病院側のチェック漏れ、医師と処方を入力する病院事務の間で伝え漏れがあったと思われる。	患者さんからの聞き取りの徹底。続くときには病院側への注意喚起も行う。	ラタノプロスト点眼液0.005%「ニットー」	ラタチモ配合点眼液「ニットー」	記録などに不備があった	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	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
1077	一般名でレボカバチン点眼液0.025%の処方。患者に目の症状を聞いた所、目の炎症で目やにが出ているとの事だった。抗菌剤のレボフロキサシン点眼液の可能性があると判断し、疑義照会を行った所一般名でレボフロキサシン点眼液0.5%に変更になった。	処方箋への処方入力の際に3文字入力では無く2文字入力を行い、さらに確認を怠ったためではないかと思われる。	特に一般名は似たような名前が多いため十分に注意するよう病院の事務に依頼した。	レボカバチン点眼液0.025%「サワイ」	レボフロキサシン点眼液0.5%「キッセイ」		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
1078	他院からの処方でもルソムラ服用中の患者にクラリスが処方された。疑義にて併用薬を伝えたと、オゼックスへの変更となった。	病院側でお薬手帳の確認漏れがあったと推測される。	手帳の利用率を上げ、類似事例の防止に努める	クラリス錠200	オゼックス錠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
1079	ロフラゼブ酸エチル錠2mg 1日3回 毎食後 初処方 リフレックス30mg (今回15mg→30mgへの増量) ロフラゼブ酸エチルは通常1日2回処方のため疑義照会。医師が不在。連絡も取れないため今回はこのまま調剤してくださいという指示。処方したい薬と違う薬(ロラゼパム等)を処方している可能性もあるため処方医と連絡とれ次第確認して下さるようお願い。患者本人はうつ傾向のため薬が増量になるとは聞いているとのことのため、その場では処方通り服用するようお願い。その日の夕方頃、病院から処方医へ確認が取れたとの連絡あり、本当に処方したかったのはセフェム系抗生剤のメリアクトだったことが発覚。(頻尿があり膀胱炎疑いのための処方。薬局では聴き取ることができなかった。)病院から患者に連絡、ロフラゼブは服用しないようお願い。	医師はメリアクトを処方したかったが誤ってメイラックスを選択してしまった。メイラックスを選択するとロフラゼブ酸エチルにオーダーが変更される仕組みだと考えられる。	用法に疑義がある場合、処方意図とは違う類似名称の他薬が処方されていることが十分考えられる。医師に確認が取れるまで服用しないでいただく配慮も必要か。	ロフラゼブ酸エチル錠2mg「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	その他	仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1080	当番医で患者も多く、当該患者(29歳女性)が処方医に対して、妊娠の可能性のあることを伝えていなかったため、催奇形性のあるナウゼリン錠が処方されていた。投薬時の聞き取りにより、妊娠の可能性あることが判明し、疑義照会により類似薬で妊娠の可能性ある患者でも使用できるプリンペラン錠に変更になった。	処方医療機関も忙しくて、処方医が十分な問診ができていなかった。薬局で妊娠・授乳の有無について確認したため、未然に胎児への催奇形性リスクを避けることができたが、薬局も忙しかったため、確認が不十分であれば、防げなかった可能性が高い。	忙しい時間帯で焦って確認を怠ると、妊娠していたとすれば、胎児に重大な健康被害が及ぶ可能性があった。今後も忙しい時でも、出産・育児適齢期の女性への投薬の際には、妊娠・授乳の有無をしっかりと確認するよう店舗内で周知徹底する。	ナウゼリン錠10	プリンペラン錠5		勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラー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	整形外科受診した患者に新規でサインバルタカプセル20mg 1カプセル 分1夕食後が処方された。お薬手帳の情報から以前より脳外科でフルボキサミンマレイン酸塩錠50mg 1錠分1を服用していた。先生には以前お薬手帳をお見せしたということだったが類似系統薬という点と両者の併用でCYP1A2によりサインバルタの血中濃度が上昇する。医師がご承知で処方かどうか連絡し併用薬を先発名(ルボックス)で伝えるとサインバルタは処方削除となった。			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	
1082	(般)プロムフェナクNa点眼液0.1% 1日4回右眼 で処方 当該医療機関からは、同点眼液は通常1日2回として処方されるため、用法を確認する為、電話にて疑義紹介を行った。結果、薬剤名の入力誤りであることが判明、用法はそのままに、(般)プロムフェナクNa点眼液0.1%をクラビット点眼液1.5%へ変更することとなった。処方箋受付後すぐに疑義紹介を行った為、患者様へは本来の意図通りのお薬を正しくお渡しできた。	医療機関側の入力誤りであるため詳細な要因は不明であるが、プロムフェナクとクラビットの薬剤名に類似点があること、処方箋では一般名で表記されるため、誤りを見逃した可能性が推察される	通常とは異なる用法での処方において、薬剤そのものの入力ミスである可能性を念頭におき、疑義紹介時には用法と共に、薬剤名についても誤りが無いか確認する必要がある。	プロムフェナクNa点眼液0.1%	クラビット点眼液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.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1083	患者が精神科クリニックの処方箋を持参して来局。前回、ツムラ補中益気湯が新規で、ツムラ加味帰脾湯が久しぶりで追加となっていた。今回定期受診の際に患者はツムラ加味帰脾湯服用にて気持ち悪さが出てしまったと相談し、削除となっているつもりであった。服薬指導の際にツムラ加味帰脾湯が出ていてツムラ補中益気湯が出ていないことに気づかれ、気持ち悪さが出たのはツムラ加味帰脾湯であると訴えあり。その旨Aメンタルクリニックに疑義照会し、ツムラ加味帰脾湯は削除し、ツムラ補中益気湯は前回同様処方となった。	○単純なミス→処方医は前回初めて服用したのがツムラ補中益気湯であったので副作用が出た薬剤がそれだと思い込まれたか、単純に処方削除する薬剤を間違えたかのどちらかが考えられる。	処方や調剤に際して、副作用のあった薬剤の確認は類似の薬剤と勘違いしないように慎重に確認すべきである。	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒(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
1084	痒みのため皮膚科に来院。セレスタミン配合錠、ルパフィン錠10mg、ヘパリン類似物質油性クリーム50g処方。患者からの聴取により他院から蕁麻疹による抗アレルギー薬(名称不明)、ヒルドイドソフト軟膏の処方確認。重複投与になるため皮膚科医に併用確認。ルパフィン錠とヘパリン類似物質油性クリームが削除となる。		患者、病院、薬局の情報連携の不足	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」		連携ができていなかった				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1085	ヒルドイドローションの処方。汗をかくとローションはすぐに落ちるとの訴えがあり、疑義照会にて油性クリームとなった。剤形変更にて効果減弱を回避。	小児の処方。交付時に薬を確認した結果お母さんの訴えがあり、剤形に対する思いを診察時に伝えられていなかった。		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%「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
1086	【般】沈降炭酸カルシウム錠500mg1錠(頓服)38℃以上の発熱時という明らかに変と思える処方だったので処方元に疑義照会し、カロナール錠500mgに処方変更となった。	先発品のカルタン錠500mgとカロナール錠500mgは類似と言えば類似。院所によって処方箋の入力方法が先発品のカナ入力で一般名処方となる場合もあり、今回のような処方間違いが起きたと推測される。	今回のように柔軟に状況を判断し行動をとる事が大切。	沈降炭酸カルシウム錠500mg「三和」	カロナール錠500			コンピュータシステム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1087	患者は前回、20日前に受診した際にリバスタッチパッチ4.5mgが開始となり、33枚処方されていた。今回残薬がある状態で受診しており、ヘパリン類似物質軟膏と共に、リバスタッチパッチ4.5mgが35枚処方されていたが、医師から増量もしくは現状維持の指示はなかった。また、患者には軽微なかぶれ以外の副作用は見られなかった。通常28日間使用して増量する薬であり、初期量で継続しても効果が得られないと思われたため、前回分を使い切ったあと、9mgに増量ではないか問い合わせたところ、リバスタッチパッチ9mg、35枚処方に変更となった。	医師が単純に増量を忘れていたか、前回受診から今回受診までが20日だったため、残薬を考えずに、4.5mgの使用が28日間を超えるように継続にしたと思われる。		リバスタッチパッチ4.5mg	リバスタッチパッチ9mg	確認を怠った				ヒューマンエラー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	ペニシリンアレルギーのある患者へ、セファレキシシン錠250mgが処方(ペニシリンとβラクタムが類似のため慎重投与)。疑義照会にてダラシカプセル150mgへ変更。	薬局では、薬剤アレルギー歴を、薬歴とお薬手帳へ記入し、確認を行っていたため、本件の対応となった。	薬剤アレルギー歴の確認徹底。医療機関への情報提供。	セファレキシシン錠250「日医工」	ダラシカプセル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
1089	患者より前回と同様の処方が出ていたと訴えあり。医療機関に確認をとったら処方漏れであったため、追加依頼し、実施となった。			なしなしなしなしなし	カロナール錠300 モーラステープ20mg モーラステープL40mg デルモゾールDP軟膏0.064% ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「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
1090	他院からの転院患者。内服3種類のうち、一般名チアブリド錠50mg4錠分4毎食後・寝る前の処方あり。チアブリドの常用量を超えており、おくすり手帳を確認したところ転院前の病院ではドグマチール錠50mgで処方されていたことが判明。一般名類似に伴う薬品選択間違いの可能性を懸念し疑義照会した結果、一般名スルピリド錠50mgへの変更となった。	一般名チアブリドと一般名スルピリドの名称がやや類似しており同一規格であったことから、処方オーダーミスがあったと思われる。	薬局内にて一般名や商品名の類似薬品について共有。今回は手帳の確認がしっかりできたことから防げた事例でもあるので、手帳確認の徹底と持参の啓蒙を継続していく。	チアブリド錠50mg「日医工」	スルピリド錠50mg「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
1091	オースギ小柴胡湯 7.5g 分3毎食前 28日分で処方。患者申し出より他HPで処方してもらっている薬であることがわかった。お薬手帳を確認するとツムラ小青竜湯の間違いであることがわかったので疑義照会し変更してもらった。	薬品名が似ているので入力ミスしたと思われる。	引き続き患者から聞き取りをし、お薬手帳で服薬情報を確認する。	オースギ小柴胡湯エキス錠	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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1092	2018年7月6日(金)患者(0歳女性)の家族が処方箋を持参。感冒の対症療法としてアスピリンドライシロップ2%1日0.2g&ムコダインドライシロップ50%1日0.4g分3混合とザイザルシロップ0.05%1日2.5mL分1が処方されていた。患者の体重は8kg程でムコダインとザイザルは年齢、体重に相当した用量だったがアスピリンだけは1日4mgで常用量をかなり下回っていた。投与量について処方医に疑義照会したところアスピリンドライシロップ2%→アスピリン散10%1日0.2gに変更となった。	アスピリンにドライシロップと散の規格違い類似剤形が存在しており処方箋交付時の剤形選択間違いがあったと判断。	製剤量表記の散剤、水剤は調剤開始前に分量に換算し患者の年齢、体重に見合った適正量になっているか鑑査する。また電子薬歴に体重を登録してログイン時に自動で用量鑑査されるよう設定する。	アスピリンドライシロップ2%	アスピリン散10%	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
1093	整形外科よりリカルボン、エディロールの処方が開始されたが、該当患者は別の医院にてデスノマブ注を半年に1回摂取受けており、同時にデノタス錠を服用中であったため、疑義照会によりリカルボン、エディロールの処方削除となった。		類似する薬効の薬剤が重複することによる、低Ca血症などの有害事象が起こる可能性があったがそれを回避することができた。	リカルボン錠50mg エディロールカプセル0.75μg		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
1094	ヘパリン類似物質クリームとアルメタ軟膏の混合処方のうち、アルメタ軟膏の量が多く疑問に感じたため疑義照会。5gを25本との記載であったが、25gの間違いであった。			アルメタ軟膏			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.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1095	患者が耳鼻咽喉科の処方箋を持って来局した。軽度の眩暈があるため、初めて耳鼻咽喉科を受診したとのことであった。投薬時、薬歴を確認したところ、他院よりモンテルカスト錠10mg、エピナスチン塩酸塩錠20mg、レルベア200エリプタ30吸入が処方されており喘息の治療中であることが分かった。今回、耳鼻咽喉科からベタヒスチンメシル酸塩錠6mgが1日3回毎食後1回2錠で処方されていた。ベタヒスチンメシル酸塩錠の添付文書には「ヒスタミン類似作用を有するため、気道の収縮を引き起こすおそれがあり気管支喘息の患者には慎重投与である」との記載があり、処方医に対して当該患者が他院にて気管支喘息の治療中であることについて情報提供を行ったところ、ベタヒスチンメシル酸塩錠6mgからセファドール錠25mgに変更された。	当該患者が耳鼻咽喉科を受診した際に、定期的に呼吸器内科を受診している旨は伝えていたが、服用している薬の詳細については伝えていなかった。また、薬局における調剤内規では、薬歴およびお薬手帳を確認してから調剤をすべきであったが事例発生当時は業務が集中する時間帯で忙しく、併用薬の確認を十分に行わず、調剤を行い投薬に向かってしまった。○作業手順の不履行	・調剤時には調剤者、鑑査者ともに処方箋と薬歴およびお薬手帳を確認することを徹底する。・受診する際には必ずお薬手帳を持参し、担当医師、薬剤師等に手帳を見せて、定時薬及びアレルギー歴などを確認してもらうように指導する。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	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
1096	チモプトールXE点眼液と処方されてきたが点眼回数が2回となっていたためDrに照チモプトール点眼液に変更となる	名称が似ているため手書き処方せんで医師が書き間違えたとおもわれる		チモプトールXE点眼液0.5%	チモプトール点眼液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
1097	「一般名」ヘパリン類似物質クリーム0.3%の処方があり、初めての処方だったため母親に処方合っているか確認したところ「先生から泡の薬を出しておく。」と言われたとのことのため、疑義照会を行ったらヘパリン類似物質泡状スプレーに処方変更となった。	一般名処方になるとヘパリン類似物質にはローション、クリーム、油性クリーム、泡状スプレーなど類似するものが多く存在するため医師の選び間違い。	今までに処方されたことのないものであれば患者さんに確認してからお渡しする。	ヒルドイドクリーム0.3%	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日本臓器」			医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1098	当薬局を初めて利用する患者が来局した。処方内容は、アダラートカプセル10mg分1夕食後だった。患者はお薬手帳を持っていたので確認したところ、今までアタラックス錠10mg分1夕食後で継続されていたことが分かった。患者代理のヘルパーへ処方変更について説明を聞いていたか確認したところ、今まで他病院を利用しており当病院へ転院してきたのだが処方変更については説明を受けていないとの事だった。処方内容と患者代理の話が矛盾しているため、疑義照会をした。アタラックス錠10mg分1夕食後へ変更となった。	薬品名が似ていたため、誤って入力をしてしまったようだ。	引き続き、お薬手帳や患者聞き取りなど、処方箋以外の情報を積極的に収集することにより、処方内容に間違いがないかどうか確認していく。お薬手帳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。	アダラートカプセル10mg	アタラックス錠10mg		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1099	患者様より処方箋をお預かりしたところ、ここ最近便秘がひどいとのこととで処方を追加してもらったとのこと。処方箋を見る限り特に便秘薬の様なものが見受けられず処方元へ疑義照会を行った。疑義照会したところ、薬品名を誤って入力してしまったとの報告があり薬品間違いが発覚。患者への問診、調剤の段階で発覚したため患者へは交付されず健康被害等もなかった。		薬局、病院との連携を今後さらに深めていき、病院スタッフへ類似薬品の入力の際は注意していただく様にリストや説明文書を交付して行く。薬局内も同様に類似薬品の入力間違いを起こさないように徹底していく。	25mgアリナミンF糖衣錠	酸化マグネシウム錠330mg「ケンエー」	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
1100	2018年8月23日 15時頃 いつも来局されている患者様が来局される。従来よりルネスタ錠2mgの服用で睡眠は安定されていたが、最近、眠れないとの訴えがあり、強い薬を処方追加することを処方医より伺っている。処方追加薬として、セレネース錠1mgの処方追加。睡眠導入剤の追加が考えられるため、セレネース錠1mgの処方について処方医に疑義照会を行った結果、セレネース錠1mgからサイレース錠1mgに変更となった。	処方医は、従来よりフルニトラゼパム錠製剤はロヒプノール錠を採用されていたが、このロヒプノール錠が2019年3月末で経過措置満了となるため、今年6月よりサイレース錠へ採用品を切り替えられた。サイレース錠とセレネース錠は名称類似で、両剤とも中枢神経系に作用する薬に加えて、同規格(1mg)が存在するため、サイレース錠1mgと処方入力する際、セレネース錠1mgと入力を誤ったことが考えられる。	名称類似薬は、処方入力時、調剤時共に間違える原因となる。サイレース錠、ロヒプノール錠を製造販売されているエーザイ製薬が、この度、同一成分製剤のブランド1本化に際し、サイレース錠を継続商品として選択された。ロヒプノール錠は中外製薬からの移管商品ではあるが、類似薬のあるサイレース錠ではなく、ロヒプノール錠を販売継続していただきたかった。	セレネース錠1mg	サイレース錠1mg		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「疑義照会」)

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1101	セロクラール錠20mg カロナール錠200 グランダキシン錠50mg 各3錠 3x1 21日分 の処方。本人より、頭がくらくらするが、頭痛の症状がないことを確認し、処方医師に疑義照会。カロナール錠200からカルナクリン錠50に処方変更となった。	カロナール錠200とカルナクリン錠50の医薬品名が似ているためと思われる。	患者の症状をきちんと確認することで、疑義照会につながった。	カロナール錠200	カルナクリン錠50			医薬品		ヒューマンエラー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	ブレアボイド事例;血液検査結果にて 診察あと カリメート散の新規処方あり。検査結果 みせてもらったところ K値 2.2mEq/Lとあり。低カリウムであることが判明。疑義照会した結果 カリメートではなく アスパラカリウム錠(GE アスケート錠)であった。	薬品名が類似の薬が処方。検査結果より疑義照会の対象となる。	今後も検査結果も聞き取りしながらの処方監査徹底する。	カリメート散	アスケート錠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
1103	2018年 8月10日(金)15時頃、患者(65歳女性)が処方せんを持参した。ビビアント錠20mg 1錠 眠前で処方されていた。新規患者で内科と婦人科を標榜しているクリニックの婦人科からの処方せん。主治医と骨粗しょう症の話をしたと患者様から訴えがあった。お薬手帳を確認したところ、今まで他院でビビアント錠20mgの服用歴がある事を確認すると、「そのこの薬は継続して飲んでいる」との返答、投薬を担当した薬剤師は用法に疑問を感じ、患者様にいつもと違う用法であることを確認するとともに、本日受診の目的を確認、患者様から秋のアレルギーが始まったみたいと訴えがあり、アレルギー性鼻炎の治療を目的として受診した事が分かった為、処方医に電話にて処方に薬について確認、ビラノア錠20mgを処方しようと思いきやコンのクリックミスと判明、ビラノア錠の処方に変更となった。	お薬手帳に他院ではあったが継続服用しており、受診のタイミングも合っていた事。婦人科の先生と骨粗しょう症の話をしたと患者から話があった。薬剤師との会話の中で患者も骨粗しょう症の話进行全面にしていた事。用法が眠前で無ければ、そのまま投薬してしまう可能性があった。	頭文字とmg数が共通、似ている名称については患者ヒアリングを入念に行う	ビビアント錠20mg	ビラノア錠20mg			コンピュータシステム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1104	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒が一日量7.5gで処方になっており疑似紹介により一日量9gに変更になった。もしそのままの量で調剤していたら医師の思っていたほどの薬の効果は出なかったのではないのでしょうか。			ツムラ麦門冬湯エキス顆粒(医療用)				その他		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1105	【一般名】ベタメタゾン・d-クロルフェニラミン配合錠で処方が出ていた為にベタセレミン配合錠(セlestamin配合錠のGE)で調製し投薬。投薬時の話や症状を聞くと薬の効果と一致していないために疑問に思い医院に疑義照会。セレキノン錠の間違いだった。	処方箋発行元医院の入力間違い薬品名が似ていた為に入力間違いをした模様	これからも疑問に思ったら疑義照会をする。引き続き、投薬時は症状をしっかりと聞くようにする。	ベタセレミン配合錠	トリメプチンマレイン酸塩錠100mg「日医工」	確認を怠った	知識が不足していた技術・手技が未熟だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1106	患者が定期的に受診している内科の処方箋を持って来局した。お薬手帳の記録から他医療機関よりファモチジンD錠20mg(1日2錠)が処方されていることを確認した。処方医に胃痛を訴えて、ネキシウムカプセル20mgが処方されたが、ファモチジンと薬効が類似しているため併用しても医師の意図した効果が現れない可能性と副作用発現のおそれがあるため、処方医に対して問い合わせを行なったところ、ネキシウムカプセル20mgの処方が削除になった。	処方医は、患者が以前から他の医療機関で処方されている薬を確認しないで処方した。	処方医と患者情報の共有を常に行なうようにし、患者にも受診時には併用薬がある旨をお薬手帳を利用して毎回伝えるように教育する。	ネキシウムカプセル20mg		連携ができていなかった				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1107	「一般名処方」へパリン類似物質軟膏0.3%30g、「一般名処方」プレドニゾロン吉草酸エステル酢酸エステル軟膏0.3%30g混合。1日1~3回 体幹・四肢・湿疹・あせも 処方。ヒルドイドソフト軟膏で発赤発疹の副作用あり。ヒルドイドローションは問題なく使用できるため疑義照会し、ヒルドイドローション30gリドメックスローション30g(用法変更なし)に変更となる。			ヒルドイドソフト軟膏0.3%	ヒルドイドローション0.3% リドメックスローション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
1108	シダキュアは新しく発売されて、発売後1年間は14日処方までの薬剤であることはわかっていたが、普段よりシダトレンの処方がほとんどだったため、名称がよく似ていることもありシダキュアを30日渡してしまった。すぐに気づき、医師に確認後、薬局内で14日分渡した。患者に14日までしか出せない薬であることを説明し、了解していただいた。	薬剤の名称が似ているためシダトレンの処方がほとんどなのでその中でシダキュアが気づけなかった。	今回の件を事務員も含め全職員で確認し、今後シダキュアとシダトレンの時には声かけをする様に対策した。	シダキュアスギ花粉舌下錠5,000JAU	シダキュアスギ花粉舌下錠5,000JAU	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.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1109	新任の先生に受診。一般名 メベンゾラート臭化物錠7.5mgを継続服用中の患者さんが来局。今回処方中止になっていた為、中止理由を患者さんに伺ったところはっきりしなかった。体調が良いのか尋ねたところあまり芳しくなく、薬が中止になる事に不安を覚えていた為、中止理由を疑義照会した。そうすると、駆虫薬なので、長期に飲む必要は無いとカルテ記載ありと回答。先生が、メベンダゾール100mgと勘違いした事が判明。再度先生に確認してもらい、処方継続になった。	新しい先生だった事。トランコロン的一般名記載が先生のご存じの薬駆虫剤と似ていた為の勘違い	投薬時の詳細な聞き取りを徹底し、疑問があればきちんと疑義照会をする。	メベンダゾール錠100* (ヤンセンファーマ)	トランコロン錠7.5mg	判断を誤った	その他	医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1110	ツムラ当帰芍薬散が処方されていたが、患者聞き取りにより、目的とされる効果が得られないのではないかと考えられたため、疑義照会したところ、ツムラ芍薬甘草湯の間違いであることが判明した。	漢方の名前が類似している。病院が最近院外処方を始めたばかりで、入りに慣れていなかったかもしれない。	患者に対する聞き取りをしっかり行い、処方目的とあっていることを確認する。	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)			医薬品		ヒューマンエラー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	当該薬局にて定期的にプラビックスを含む薬剤を交付していた患者さんが通常とは別の医療機関に受診し、別の薬局にてさらにシロスタゾールが処方されており服用していた。イベント発生日に定期にかかっている医療機関にはその旨を伝えておらず、当該薬局に来局しお薬手帳にて発覚する。薬効や作用機序的には類似した薬剤であるためプラビックスを処方している医療機関に疑義照会を行う。医療機関同士の相談によってシロスタゾールの服用は中止となる。		患者さんにお薬手帳の活用をしっかりと伝える。特に別の医療機関にかかる際にはかならず持参するように啓蒙を徹底していきたい。	プラビックス錠25mg		連携ができていなかった				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1112	普段当該病院内科受診している患者が、初めて当該病院泌尿器科の処方せんも一緒に持参された。処方内容は一般名スピロラクソン錠25mg2錠分2朝夕食後であった。患者に症状を聞き取りした所、「尿もれで他の病院の泌尿器科受診していたが、家から遠くタクシー代も高いため、当該病院の泌尿器科に転院した。当該病院の泌尿器科の医師から今まで服用していた薬と同じような薬を処方する」と説明を受けたとの事。患者の訴えと処方内容に相違があったため疑義照会。スピロベント顆粒0.002%1.5g分2朝夕食後に変更となる。	スピロベント顆粒で処方したかった所、名称類似薬の一般名スピロラクソン錠を誤ってオーダー入力してしまったようだ。	引き続き患者からの聞き取りやお薬手帳からの情報を入手し、処方内容に間違いがないか確認していく。	スピロラクソン錠25mg「日医工」	スピロベント顆粒0.002%		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
1113	今まではエクアを服用していたが、血糖値の改善がよくないので薬を強くすると言われメタクトLDが処方されました。ただ、今までと全く違う成分に変更になるのはおかしいと思い、似た名称であるエクメットLDとの誤処方では?と思い問い合わせたところ、やはりエクメットLDへ変更になりました	同じ糖尿病役に対して、似たような名称が存在していることが要因と思われる	似たような名称を登録させない。出来るだけヒューマンエラーの起きにくい名称を採用させるようにしたい。また薬の内容が変更になる場合は処方医の意図を考えて調剤することが大事だと思います	メタクト配合錠LD	エクメット配合錠LD	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラー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	今まではアムロジン5mgを服用していたが、血圧の下がりが悪いので薬を変更するといわれ、ミコンビAPが処方されてきた。だが、薬の成分が全く異なっているので、似た薬の名前のミカムロAPの誤処方では?と思い問い合わせたところ、やはりミコンビAPからミカムロAPへ変更になった。	同じ高血圧の薬で、同じメーカーがミカムロAP、ミカムロBP、ミコンビAP、ミコンビBPと紛らわしい商品名を発売していることが原因と思われる	メーカーが似たような商品名を採用しない様にさせたりするのが一番と思われます。現場サイドでは薬の変更の時には変更の意図をしっかりと読み取ってから調剤することが重要だと思います	ミコンビ配合錠AP	ミカムロ配合錠AP	確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラー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	A病院とB病院にかかっている患者さん(当薬局をかかりつけにしている)A病院でもらっているセレコックス錠200mgが足りなくなりB病院では出してもらったことなかったが、ついでお願いで出してもらった。しかし処方せんにはセレクトール錠200mgの記載があった。疑義照会して、セレコックス錠200mgへ変更してもらった	病院でのコンピュータ入力時、セレコックスとセレクトールが似ているので、入力を間違った(入力したのは、医師が事務なのかは不明)当薬局をかかりつけにしていたので、容易に発見できた。	病院でのコンピュータ入力時、新規の薬に関しては何かしらのメッセージが必要と思われる。	セレクトール錠200mg	セレコックス錠200mg			コンピュータシステム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1116	投薬時の患者との会話で、処方内容と症状が一致しないことが判明。一般名処方であるが、先発品に読み替えると、「ムコダイン」「ムコスタ」となり、類似名称の誤りではないか?と推測し、疑義照会の上、カルボシステイン錠→レバミピド錠へ処方変更となった。	先発品名称での入力間違いと思われる。	投薬時の患者への説明が一方向的にならない様、ヒアリングを更に丁寧にを行う。	カルボシステイン錠250mg「サワイ」	レバミピド錠100mg「アメル」		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1117	本人が、GE薬の希望を医師に伝えた。眼圧下り過ぎなどの体調変化はない。軽い点眼に変える話も医師からなかったとのこと。前回までタブコムが処方されていた。今回、代わりにラタノプロスト一般名で処方あり。タブコムはPG系とβ系の合剤、ラタノプロストはPG系単剤。疑義照会の必要ありと判断。医師に疑義照会。タブコムをタブロスと見間違いあり。ラタノプロスト一般名からラタチモ一般名へ処方変更された。	タブコムとタブロスの名称が似ていることが要因。処方箋に複数の緑内障薬が処方されており、煩雑。さらに、一般名処方が出されたことにより、成分名記載でより混乱をきたした可能性あり。	名称の似た医薬品リストを作り、間違いがないよう、注意喚起。商品名と一般名の一覧リストを作り、確認を容易にする。常に疑い、慎重に処方監査し、少しでも不安があれば疑義照会を徹底する。	ラタノプロスト点眼液0.005%「ニットー」	ラタチモ配合点眼液「ニッテン」		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
1118	【一般名】ヘパリン類似物質スプレー0.3%との処方せん指示であったため、ヘパリン類似物質外用スプレー「日医工」にて調剤したところ、患者より「主治医よりムース状になるものを出す」と言われたとの患者訴えあり。泡状スプレーでの調剤が正しかった。【一般名】ヘパリン類似物質スプレー0.3%は「外用スプレー」と「泡状スプレー」の2択があるということを知らなかったことにより発生した事例。	門前ではない広域処方箋であったためDrの意図を知らなかった。【一般名】ヘパリン類似物質スプレー0.3%の処方が前回出ていたため継続だと思い込んだ。それにより患者からの情報収集を怠った。【一般名】ヘパリン類似物質スプレー0.3%から外用スプレーと泡状スプレーの2択が出来るということを知らなかった。	店舗スタッフ全員へ今回の事例を共有。一般名処方での注意点を確認。処方元へ連絡し、一般名処方では外用スプレーか泡状スプレーが判断出来ないということを報告。→以降、処方記載方法が変更になったため、外用スプレーか泡状スプレーかの判断が可能になった。MR担当者にも今回の事例情報提供。	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 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
1119	患者が内科の処方せんを持って来局した。受付の際、風邪のような症状で受診したと聞いた。処方内に「【般】オキシブチニン塩酸塩錠2mg」とあったが、「ネオマレルミン錠2mg」ではないかと推測し、処方医へ疑義照会した。その後薬剤が「ネオマレルミン錠2mg」へと変更になり調剤した。	一般名処方薬剤名が似ていた。	患者へのヒアリングも判断材料となるので、体調等に関する聞き取りを行うことで、服薬指導する前に疑義を発見する。	オキシブチニン塩酸塩錠2mg「テバ」	ネオマレルミン錠2mg		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1120	2つの医療機関で似た薬が処方されている疑義にて被っていた降圧剤が中止となる	患者自身が臨時で以前受診してからそのまま継続して定期薬をもらっていたもう1つの病院へは話していない。薬の手帳より発覚	他科に受診するときは必ず併用薬のことを知らせてくださいと指導した	アテレック錠10		連携ができていなかった				ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1121	痛みの訴えがある患者様が整形外科を受診し、処方箋を持って来局した。処方内容はトラムセットとセレクトール100mgとモーラスパップ。循環器の薬も多剤併用していることから本人に血圧など変動があったのか？を伺うとそのようなことは一切ないことから、痛み止めのセレコックス100mgの間違えではないかと推測し、疑義照会。名称が似ていたことによる入力ミスという理由でセレコックスに変更。	かかりつけの患者様で全ての薬を薬局で管理が出来ていたことにより、患者様とコミュニケーションが円滑に取れ、調剤前に防ぐことが出来たと考える。セレクトールが分2であること、セレコックスと名称が似ていることから推測出来たのが要因。		セレクトール錠100mg	セレコックス錠100mg		技術・手技が未熟だった		教育・訓練 仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1122	タケキャブ錠10mg1錠1×朝食後28日分が処方されているが、ファモチジン錠20mgテバ2錠2×朝・夕食後7日分と一緒に出しそうになった。	類似作用に気付くのが遅くなり、慌てて疑義照会を行い、ファモチジン錠20mgテバを削除してもらった。	類似薬・重複作用を有する処方内容の確認を徹底する。	ファモチジン錠20mg「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
1123	以前よりタブコム配合点眼液を使用されていたが、今回よりタブロス点眼液に変更となっていた。患者様に確認したところ変更のお話は聞いていないとの事。疑義照会の結果、タブコム配合点眼液に処方変更となった。		引き続き、名称が似ている医薬品は注意喚起しミスが無い様に薬名の最後まで確認を徹底する。	タブロス点眼液0.0015%	タブコム配合点眼液			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
1124	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはジェニナック錠200mg 2錠 分1 朝食後服用 3日分の処方があったが、ジェニナックとピオフェルミンR併用適応なしで処方医へ確認したところ、ジェニナック→アジスロマイシン錠250mg「トーフ」の記載間違いであった。	名称 用法の類似のため処方箋入力時の単純ミスが起こった。	患者本人からの聞き取り カルテ確認で疑問時は積極的に疑義照会を行う。	ジェニナック錠200mg	アジスロマイシン錠250mg「トーフ」		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1125	トラゼンタ錠とジャヌビア錠の処方。2剤とも同種同効薬であるため、疑義照会。ジャヌビア錠→ジャディアンス錠へ変更となった。	薬品名が類似しているため、病院で、処方薬を入力する際に、誤って入力してしまったものと思われる。	薬品名の類似しているものの注意喚起の目印などを作成する。	ジャヌビア錠50mg	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	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
1126	アンフラベート軟膏0.05%10gとヘパリン類似物質クリーム0.3%「アメル」20gの混合について配合変化ハンドブックで確認し、混合直後に分離するとあったため配合不可。疑義にて確認。		ヘパリン類似物質クリーム0.3%「アメル」→ヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」に疑義にて変更。(変更薬剤との混合の場合は、1:3の混合割合で2週間までわずかにブリーディングとあったため、使用限度を2週間と説明し調剤した)	アンフラベート0.05%軟膏 ヘパリン類似物質クリーム0.3%「アメル」	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」		知識が不足していた			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1127	歯科の歯肉の腫れで一般名「セファレキシンカプセル250mg」の処方がありケフレックスを調剤した。しかし、その後薬歴を見直していると前回は同じ症状で、処方が一般名「セフトレンピボキシル錠100mg」となっていたので念のため疑義紹介した。結果、Drの入力間違いであることが判明した。幸いにも、患者様はまだ未服用でありメリアクトに取り換え事なきを得た。		昨今一般名処方が多くなり、同類薬では類似する一般名も多くなった。ゆえに、一般名処方時はDrの入力も常に間違えていないかを常に念頭に置き、過去薬歴を参考にす。また、そのDrの処方癖を薬剤師間で情報共有するなどして今後も対応していきたい。	ケフレックスカプセル250mg	メリアクトMS錠100mg	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
1128	一般名 クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏 外陰部での処方であり部位から判断して一般名 クロベタゾン酪酸エステルの間違ひではないかと判断し確認したところ処方間違いであったことが判明。	処方医薬品の類似する名前の入力ミス	似た名前を入力注意の徹底と薬局側でも処方の妥当性のチェックが必要	デルモベート軟膏0.05%	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
1129	ヘパリン油性クリームが「口腔内のびらん」のまま投薬。患者さまがおかしいことに気づき使用しないまま次の診察時にDrに申し出でて発覚。患者様本人から薬局に連絡があり、ヘパリン油性クリームの正しい薬効用法を説明してそのまま使っていただくことになりました。	トローチが欲しいとの訴えなどの疑義照会があったため気を取られ、用法チェックを見落とした	監査時に用法チェックを再度確認する。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」		確認を怠った患者への説明が不十分であった(怠った)	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1130	イボ治療に向けてHPIにて処置後スピール膏の処方なし	○作業手順の不履行○単純なミス	確実な確認	スピール膏M	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日本臓器」	確認を怠った連携ができていなかった	勤務状況が繁忙だった			ヒューマンエラー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	処方箋には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%4gと記載。患者家族からの聞き取りで口内炎に以前使用していた薬剤をお願いしたと確認。当薬局ではメサデルム軟膏(5g/本)を採用しており、患者の訴えと適応が異なるため疑義照会をした。一般名処方デキサメタゾン口腔用軟膏0.1%4gに変更となった。	成分名が類似しているため	一般名処方が多いため、採用品で成分名が類似しているものを把握しておく。引き続き、患者からの聞き取りをすることで処方内容に間違いがないか確認していく。	デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏0.1%	デキサメタゾン口腔用軟膏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

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1132	他院に入院中、褥瘡あり亜鉛華(10%)単軟膏 50g:リンデロンVG軟膏50gを混合し調剤されており使用されていた。退院後、往診希望で医院転院された。医院で、フェノール・亜鉛華リニメント 30gと処方箋記載され、カチリ「ホエイ」を調剤してお渡した。次回ご家族より、薬の感じが違う乾燥してボロボロになると言われた。病院に疑義照会したところ、亜鉛の軟膏とは違うのといわれ、入院中院内で投与された薬袋を持参していただいたところ記載あり、亜鉛華(10%)単軟膏 50g:リンデロンVG軟膏50gを混合したものと判明。入力時、亜鉛があるので医療事務が同一だと勘違いされて処方発行されたものと判明した。早急にカチリ「ホエイ」中止、亜鉛華(10%)単軟膏 50g、リンデロンVG軟膏50gを混合してお渡しして改善に改善傾向である。	病院が、亜鉛華10%単軟膏をアエンで処方箋入力した所、以前より採用されているフェノール亜鉛華リニメントに変換されたようだった。今回も同様の処方が出ており、投薬窓口で前回の使用感をうかがったところ、褥瘡が乾燥してボロボロになるとの訴えと、通常は水痘でじくじくするとき使用されるケースが多い薬剤で、褥瘡では使用しない。退院時処方とは、使用感など異なると家族の訴えあり判明した。退院時の薬袋で、亜鉛華(10%)単軟膏 50g、リンデロンVG軟膏50gを混合と判明して以降褥瘡安定された。	退院後、転院される場合処方薬が類似薬品などに変換されるケースがある。今回、処方入力で効果が異なるが、薬名が類似した薬に変換され使用感に疑問を持たれて判明した。他院後は、入院前と処方の変更されている場合も多い。過誤防止のためお薬手帳など文書で薬名、規格が正確に把握できるよう保険薬局も対応する必要がある。また、今回 亜鉛華など一部でも類似した医薬品名は入力や投薬時は注意が必要と考える。	亜鉛華(10%)単軟膏「ニココー」	カチリ「ホエイ」	記録などに不備があった連携ができていなかった患者への説明が不十分であった(怠った)	知識が不足していた その他	コンピュータシステム 医薬品	教育・訓練	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1133	フェロミア錠50mg 6T/3x で処方されており、見慣れない用法用量であるため疑義照会。結果、フェロベリン配合錠の処方間違いであることが発覚し、処方変更となった。	医師の処方入力間違い。薬剤の頭3文字検索で表示された他の薬剤を処方した事例。	職員への名称類似品目の周知。患者聴取より処方薬の妥当性を判断。	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
1134	新患の患者様で処方箋はテルチア配合錠APで出ていた。何も疑問に思わずに監査まで終わったがお薬手帳で前回まで他院でテラムロ配合錠APが出ていたことが発覚。名称も似ているためDrの入力間違いを疑い、患者様に薬の変更を聞いているか確認したが何も聞いていないとの事でした。以上をもとに疑義照会したところDrの入力間違いであることが判明。	名称が似ている薬だったがそれをあまり意識せずに業務を行ったためもう少しで患者様に交付までする所でした。お薬手帳も持っていたためその内容の確認をしっかりと行う事が重要だと感じる事例でした。	調剤、監査、投薬どの場面でもお薬手帳の確認を行うようにする。名称が似ている薬品がある場合には特に気を付ける。	テルチア配合錠AP「DS EP」	テラムロ配合錠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
1135	総合診療科にてツムラ五苓散エキス顆粒5g分2、整形外科にてツムラ牛車腎気丸エキス顆粒5g分2が処方。効能が類似、使用生薬の重複投与が確認されたため、疑義照会を行い、今回は総合診療科の五苓散が削除になった	各医師が他科の処方内容を把握しきれていなかったためと思われる事例	医療機関側のチェック体制がどのようになっているかが不明であるが、各科で確認できる体制を整えて頂く	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			仕組み	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1136	手の骨折で整形受診した患者に、「プロプレス」処方されていた。薬局にて患者に「血圧測定していない事、高血圧ない事」を確認。疑義照会したところ、「抗生物質フロモックスを処方箋記載すべきところ、誤ってプロプレスを入力していた」との間違えが判明した。	医師によるフロモックスとプロプレスの処方箋入力間違い。	処方箋入力時に似たような名前の薬に注意する。	プロプレス錠12	フロモックス錠100mg	確認を怠った	知識が不足していた	コンピュータシステム		ヒューマンエラー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	5歳男児に、アレグラ錠(30)1日2回が処方されたが、当該薬は7歳以上が処方適用となる為、疑義照会を行った。これにより、ケトチフェンDS小児用0.1%へ処方変更された。	医院側の情報精査不足が考えられます。また、アレグラドライシロップ5%(～前略～2歳以上7歳未満の小児にはフェキソフェナジン塩酸塩として1回30mg～後略～、「添付文書」より)と混同した可能性があります。	類似薬含め、用法用量や効能・効果などの適用に差異があるものを一覧に整理し、適宜、情報交換や勉強会を通じて認識していただく。	アレグラ錠30mg	ケトチフェンドライシロップ小児用0.1%「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
1138	アクアチム軟膏 10g 1日1回外陰部に塗布 の処方を受付・調剤した。交付の際にお母様へ症状を伺ったところ「カビが原因で赤くなってしまったみたい」との返答。アクアチムは真菌を原因とする疾患には効果が無いことから当該薬剤師が疑問に思い医師に疑義照会したところ、アスタットクリームへ処方変更となった。	アクアチムとアスタットの処方を医療機関側が誤った原因としては、名称が似ていることによる「入力ミス」「薬効の違い」などが考えられる。記載された処方薬剤は合っていると思い込まず、交付時の患者様と会話等からその処方薬剤が正しいかどうかを判断するのも薬剤師の任務である。	交付時はただ処方薬剤をお渡しするだけでなく、症状や体調変化の聞き取りをしっかりと行い、処方せんの薬剤や用法用量に問題が無い確認することを徹底する。	アクアチムクリーム1%	アスタットクリーム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
1139	アスタット軟膏が処方されていたが、患者に聞くと水虫やカンジダ等はなく足の指が化膿しているとの事だったので、類似名称の薬剤と間違えたものと思い、医師に疑義照会をした。処方薬はアクアチム軟膏に変更となった。	似た名称のため間違えたものと思われる。		アスタット軟膏1%	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
1140	小児用ペレックス配合顆粒4g1日2回 2歳児のため1回量2gは多いので、疑似紹介をした。(添付文章確認)	休日当番で、小児の患者が多く、年齢とg数と回数の割合の確認ができていなかったのが要因と思われる。	年齢、体重、薬品の服用方法の再度確認が必要である。	小児用ペレックス配合顆粒			その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1141	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒を定期的に服用中の患者に、同じ医師よりツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒が処方された。問い合わせたところ、ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒の間違えであった。	医師の処方入力ミスであったが、薬局の薬歴を活用する事で防ぐことができた。	処方元へ、類似名称のある医薬品について注意喚起を行っていく。	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒(医療用)		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1142	一般名処方ではベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%(先発品はリンデロンV軟膏)と記載された処方箋を受け付けた。当該処方元からリンデロンV軟膏の処方が行われたことがなかったため、調べてみると前回処方時には先発名で処方されており、そこにはリンデロンVG軟膏0.12%と記載されており、一般名の似ているリンデロンV軟膏とVG軟膏について処方元が一般名での記載を誤っている可能性があるという疑義照会をおこなった。結果処方元はリンデロンVG軟膏の一般名処方をしようとして誤ってリンデロンV軟膏の一般名であるベタメタゾン吉草酸エステルと記載していたことが判明した。処方変更を受け、リンデロンVG軟膏の後発品であるデルモゾールG軟膏で調剤を行った。	医療機関側で一般名処方の確認がおこなわれていなかったことが要因と思われる。	間違えそうな一般名について医療機関側にも情報提供を行うことで改善策とする。薬局では必ず先発名を参考書籍などで確認し、疑わしい点があれば疑義照会によって確認を行う。	リンデロンV軟膏0.12%	デルモゾールG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
1143	スミスリンローションが処方。部位に肩・上腕とあった。患者は以前に処方されたことがある薬だと言ったが、調剤履歴がなくおかしく思い疑義照会。スミルローションが正しい処方だった。	薬品名の類似の為、2文字で医師が検索し処方間違い。	患者さんの話をよく聞き、正しい処方かどうかを確認する。	スミスリンローション5%	スミルローション3%	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
1144	お薬手帳で併用薬を確認したところ、他院でネキシウムカプセル20mgを服用している事が判明。疑義照会し、ランソプラゾール中止に。類似薬重複投与による肝機能障害などのSEを回避できた。	病院での併用薬確認ができていなかったと考えられる。	引き続き、お薬手帳や患者への聞き取りなどで処方内容に間違いがないか確認していく。	ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」			その他	患者側		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1145	フェブリク錠10mg服用し、下痢や便秘、湿疹や痒みが出た。	フェブリク錠を服用し下痢等の症状が現れており、今回は頭の痒み、湿疹などもあり、以前と似たような副作用症状が現れていたため、疑義照会を行い、フェブリク錠削除となった。		フェブリク錠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
1146	該当患者に新規で当帰芍薬散が追加されていた。患者に冷え等の症状を確認したところ、その様な症状はなく、脱水で足のこむら返りがあるので以前他医療機関で処方されていた芍薬甘草湯を希望していたとのことで処方医に確認したところ芍薬甘草湯に変更となった。	その日は代診の先生が診察を担当していた。どちらの薬剤の名称にも芍薬が含まれる。	代診の先生時、新規薬剤の追加時は処方薬の確認を念入りにする。名称類似薬剤の間違いは処方入力時にも起きる可能性があることを忘れない。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1147	一般名：ファモチジン口腔内崩壊錠20mgが処方されていたが他院にてネキシウムカプセル20mgが処方されており作用が似ており一般名：ファモチジン口腔内崩壊錠20mgの効果が期待できないため疑義照会にて一般名：ファモチジン口腔内崩壊錠20mgの削除を提案。	一般名：ファモチジン口腔内崩壊錠20mgが処方されていたが他院にてネキシウムカプセル20mgが処方されており作用が似ており一般名：ファモチジン口腔内崩壊錠20mgの効果が期待できないため疑義照会にて一般名：ファモチジン口腔内崩壊錠20mgの削除を提案。要因としては患者から処方医に対して併用薬を伝えていなかったため。	薬手帳や患者から併用薬を聞き出し確認を徹底する。	ファモチジンOD錠20mg「トーフ」		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
1148	医師よりドキサゾシン4mg錠 2T分1で処方された。用量が多いこと、新規在宅患者処方のため、処方医に疑義照会をした。回答は「入院していた病院でも同じ薬を飲んでいたので、同じものを継続した。紹介状にもカルデナリン(8)1Tと書いてあり、カルデナリン(8)が処方マスタに出てこないで、カルデナリン(4)2Tで一般名処方した」とのことだった。患者は高齢で、寝たきりで、認知症のため、患者からの聞き取りは困難であった。紹介状に書かれているカルデナリン(8)と言う薬剤の規格は世の中に存在しないため、薬剤師としては納得できず、再度処方医に電話をし、紹介状内容の確認および入院先の病院を確認した。入院していた病院にも電話し、「本当にカルデナリン(4)2T飲んでいただけか」確認を行った。 →背景・要因欄へ	入院先の紹介状が間違っていた。入院先の主治医が記載を間違えた。実際に飲んでる薬剤はカンデサルタンであり、名前の似ているカルデナリンと記載してしまった。 →その結果、服用していた薬剤は、カンデサルタン(8)1Tであると分かった。電子カルテに正しく処方がされていたが、紹介状に現在の服用薬を記入する際に、誤ってカルデナリン(8)1Tと記載したということが分かった。すぐに入院先の病院の方が、退院後の現在の処方医に「紹介状の記載ミス」を電話してくれた。処方医より、ドキサゾシン(4)2Tをカンデサルタン(8)1Tに処方変更するとの電話があった。	紹介状記載に関しても、人間なので、間違っているケースがあることを念頭に置く。明らかな用量オーバーなど、薬剤師の目で適切に冷静に判断する必要がある。1度疑義照会しても納得できないことは、患者の不利益にならないよう、再度確認することが重要である。	ドキサゾシン錠4mg「テバ」	カンデサルタン錠8mg「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
1149	最初、ツムラ柴朴湯エキス顆粒 3g・分2朝夕食間で処方。分包して出すのは珍しい、量も少ないので念のために医院に確認。医院からは「1包を半分にして下さい」との回答。分包しようとしたがツムラ柴朴湯は1包2.5gだった為に再度疑義照会。ツムラ柴苓湯エキス顆粒 3g分2朝夕食間の医院側の入力間違いだった事が分かった。	名前が似ていた為に入力を間違えたものと考えられる。	これからも疑問に思ったことは疑義照会をして確認する。	ツムラ柴朴湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ柴苓湯エキス顆粒(医療用)	確認を怠った		コンピュータシステム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1150	前回帯状疱疹により、「一般名」ファムシクロビル錠250mg、カロナール錠200が6錠・毎食後で処方された。残薬があった為、Drがすべて飲み切るよう指示。今回帯状疱疹後神経痛により、メチコパール錠500μg・3錠とカロナール錠200・9錠が毎食後で処方された。患者様とお話ししたところ理解力が低下しており指示通り服用できるか不安があった為、Drへ疑義照会し一包装指示を頂き、残薬と共に一包装調整した。	ファムシクロビル錠250mgとカロナール錠200のヒートが酷似していること、患者の理解力が低下していることから服用間違いをし、残薬が発生してしまったと考えられる。	カロナールの規格変更と、高齢者に対しての一包装を提案した。	カロナール錠200	カロナール錠500				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1151	背部に皮膚炎にて診療を受ける。聞き取りにて、赤みもかゆみのない。家族より乾燥しているとのこと。処方軟膏効果に疑問ありにて、疑義紹介する。薬間違いが認められた。	医師よりTELにて;他の事柄に気を取られて、入力間違いと返事ある。	処方薬剤効果効果と患者主訴との乖離確認は必須です。	ステブロンクリーム0.05%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」		その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1152	似た効果の一般名オロパタジン塩酸塩錠と一般名ペポタスチンベシル酸塩錠10mgが処方されていたため、病院へ確認。すぐに一般名オロパタジン塩酸塩錠5mgが削除になった。	処方入力時に誤って入力したようだ。	引き続き注意深く処方箋内容を確認していく。	オロパタジン塩酸塩錠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
1153	再来局でツムラ加味帰脾湯14日分処方あり。前回より不眠、自律神経の乱による諸症状のため加味帰脾湯が処方されていた。患者からの聞き取りによるとのぼせやほてりの症状が強くなっており、医師より薬を変更すると説明を受けていた。疑義照会したところツムラ加味逍遙散の間違いだっただけがわかり、処方変更となった。	加味帰脾湯は前回からの継続で処方されていると思われたが、患者から症状、主訴、医師との相談内容を確認したところ、処方が加味逍遙散に変更となることが判明した。名前が似ているため医療機関で薬剤名の入力を間違えたものと思われる。処方元の医療機関では少し前に事務スタッフの異動があり、たびたび細かい処方ミス起こっていた。	処方箋や薬歴を確認するとともに、患者の訴えや症状などの聞き取りも徹底する。	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒(医療用)		その他			ヒューマンエラー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	初めて来局された患者でツムラ苓姜朮甘湯が処方。お薬手帳によると過去に他院で苓桂朮甘湯が処方されていた。患者本人より以前から他の医療機関でめまいの治療を受けていたが今回より転院、医師と相談して同じ薬を継続することになったことを確認。疑義照会で苓桂朮甘湯に変更となった。	名称が類似しており医療機関で処方入力を間違えたと思われる。お薬手帳と患者からの聞き取りによる経過や症状などの確認と、薬剤師が名称が類似する薬剤が存在すること把握していたことにより処方のミスに気づき、疑義照会で薬剤が変更となった。	お薬手帳と患者聞き取りによる情報収集を徹底する。	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)				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果	
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他		
1155	当薬局を初めて利用する患者より、処方箋のFAXが届いた。処方箋は5つあり、そのうち2つは、リクシアナ錠30mg1錠分1朝食後、エリキユース錠2.5mg1錠分1朝食後であった。どちらの薬剤もDOACであり、薬効が類似する為、疑義紹介を行った。結果、リクシアナ錠は削除となり、エリキユース錠のみに変更になった。	Dr. がリクシアナ錠の入力を削除し忘れたようだ。	引き続き、薬効重複がないか確認していく。また、薬歴(パソコン)の相互作用チェックを利用して、重複薬の確認を行う。	リクシアナ錠30mg エリキユース錠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	
1156	精神疾患で定期通院中の患者様。服薬指導中にアルコール摂取量が増えており依存していると聞き取り。医師からは禁酒補助の薬を処方するとの説明あり。定期薬に加えてセルテクト錠30mg3錠分3毎食後が処方となっていた。疑義紹介を実施しレグテクト錠333mg3錠分3毎食後に訂正となった。	セルテクト、レグテクトと薬剤名が類似しているため入力ミスと思われる	名称の類似している薬剤の場合には患者様との会話から処方箋の入力ミスがないか常に注意する。	セルテクト錠30	レグテクト錠333mg				医薬品		ヒューマンエラー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	同時受診の姉との処方取り違い。投薬時のインタビューで当該患者の症状に合わないため疑義の上処方追加(メプチンシロップ・ムコダインシロップ)。ゼスランシロップの用量は当該患者の体重で処方されていたため用量変更は無し。	同時受診の姉と名前が似ていたため取り違えられたと思われる	患者の症状を聞き取り、処方内容と合っているか確認する。	メプチンシロップ5μg/mL ムコダインシロップ5%	メプチンシロップ5μg/mL ムコダインシロップ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
1158	ポララミンシロップ・メプチンシロップ・ムコダインシロップの処方。同時受診の弟との処方内容の取り違い。投薬時に症状を確認したところ処方内容が姉弟で取り違っていたため疑義の上変更。用量は当該患者の体重で処方されていたため、メプチンシロップ・ムコダインシロップ削除以外は変更なし。	姉弟で名前が似ていたため取り違えられたと思われる。	患者の症状に見合った処方内容かを確認する	メプチンシロップ5μg/mL ムコダインシロップ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
1159	一般名アンブロキシール錠15mg 1錠 分1で処方されていたが、通常は3錠分3で処方される薬である。このままだと期待した効果が得られないため、調剤前に疑義照会した結果1日1回で服用するムコソルバンL錠45mgと判明した。	アンブロキシールは規格が15mgと45mgがあり、用法が異なるが名称が似ているため混同しやすいと考えられる。	クリニックへの情報提供規格が複数ある薬の注意喚起	アンブロキシール塩酸塩錠15mg「サワイ」	ムコソルバンL錠45mg				その他		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1160	受付時にオングリザ2.5mgが不眠時頓服で処方されていたのを確認した。医師に疑義照会したところ本人にも伝えてるのでそのまま服用してもらってくださいと言われ一度電話を切った。調剤時に不信に思ったので患者にも糖尿病などの持病をもっているか、医師とどのような会話をを行ったのか確認しもう一度疑義を行った。もう一度疑義を行ったところ処方間違いが発覚した。	受付時にオングリザ2.5mgが不眠時頓服で処方されていたのを確認した。医師に疑義照会したところ本人にも伝えてるのでそのまま服用してもらってくださいと言われ一度電話を切った。調剤時に不信に思ったので患者にも糖尿病などの持病をもっているか、医師とどのような会話をを行ったのか確認しもう一度疑義を行った。もう一度疑義を行ったところ処方間違いが発覚した。	患者と医師がどのような会話を診察でしたのか聞き取ること、不眠時でオングリザに似た薬があるのか想像する。	オングリザ錠2.5mg	オランザピンOD錠2.5mg「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
1161	ステロイド非含有の軟膏処方すると患者からの話あり。処方にはステロイド含有の強力レスタミンコーチゾン軟膏だったため疑義照会。非含有のレスタミンコーワクリーム1%に変更。	名称類似が処方ミスの原因と考えられる。	配合剤の成分を確認する。	強力レスタミンコーチゾン軟膏	レスタミンコーワクリーム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
1162	ラタチモ配合点眼液「ニッテン」1本処方されていたが、投薬時に「いつもと違う。初めて見るものです」と患者様より言われたため、いつもは何を使っていたのか聴取したところ、キサランを使用と確認。医師はGEで出すと話していたそうで、キサランのジェネリックである一般名:ラタノプロスト点眼液ではないかと疑義。一般名:ラタノプロスト点眼液の間違いであったと判明したため、ラタノプロスト点眼液0.005%「ニッテン」に薬剤を変更してお渡しした。	ラタチモ配合点眼液「ニッテン」とラタノプロスト点眼液0.005%「ニッテン」の名称が類似していたことが要因にある可能性が考えられる。	今回のように、投薬時に患者様へ薬剤をしっかりと見せ渡すことを継続していく必要があると考えられる。	ラタチモ配合点眼液「ニッテン」	ラタノプロスト点眼液0.005%「ニッテン」		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
1163	名称の始まりが同じような読みの薬品名の処方間違い。一般名処方では名称の類似はないが(クラリスロマイシン錠200mgとロラタジン錠10mg)、医療機関のコンピューターが先発品での入力のためクラリス錠200mgとクラリチン錠10mgで入力誤りが発生。ジェニナック200mg錠も処方になっているため抗生剤の重複。クラリチン錠10mgの処方漏れ。	背景・要因同医療機関、同医師が処方する比較的多い組み合わせの感冒に対する処方。処方慣れもあったか処方入力時の選択誤りという単純なミス。改善策調剤前の処方監査を慎重に行う。併用することもあるが抗生剤の併用や一般的な用量ではない処方量などから一般名処方によることでの誤りを見落とさないよう意識する。		クラリス錠200	クラリチン錠10mg	確認を怠った	その他	コンピューターシステム	その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1164	エディロールがリウマチ膠原病内科で処方されたが、眼科でアルファロールを服用中であることが薬歴で確認できたため、重複すると判断し、医師に疑義照会した。医師からエディロール処方削除との返答いただいた。	他科で類似薬が処方されていることが医師に伝わっていなかった。処方医薬品の多さ	薬局では常に併用薬チェックを怠らない。患者側としては複数科受診の場合、常にお薬手帳の持参が必須。	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
1165	併用薬が類似薬になってしまう為疑義照会。	歯科よりセフジニル錠100mgが処方されていたがお薬手帳を確認したところ現在セフトレニボキシルを服用していることが確認できたため医師へ疑義照会しセフジニル錠はカットになった。	お薬手帳の確認と併用薬の有無を口頭にて確認するよう心掛けている。	セフジニル錠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
1166	クラリスドライシロップ 0.5g 分1夕食後 5日分と処方されていた。年齢・体重(16kg)から考えて、用量が少ないというのと、患者の症状が、鼻水ということで問い合わせ。結果、クラリチンドライシロップに変更となる。	病院側のレセコンの入力の際、薬品名が似ているので、誤って選択した可能性が高い。	以前にも同じ間違いで問い合わせをしたことがあったので、薬局内で注意喚起をしていた。引き続き、薬局内で情報を共有し、注意喚起をしていきたい。	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%	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
1167	門前病院より処方内容:一般名スルトブリド錠50mgと記載があった。普段あまり使わない薬なので違和感を持ち、類似名の薬で門前ではよく使うスルピリド錠50mgの間違いでないか確認したところ間違いであった。	先発名では間違いにくいと思われることも一般名処方だとすごく似ているので間違いやすい薬である。(バルネチールとドグマチール)今年の医療報酬改定により病院からの一般名処方が増えた。	新規処方の場合、門前薬局での経験上でしかわからないと思うが継続の場合はお薬手帳などでしっかりと確認。	スルトブリド塩酸塩錠50mg「アメル」	スルピリド錠50mg(TYK)			医薬品		ヒューマンエラー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	クラリシッドが添付文書とは異なる用法(1T分1)で処方されていたため、クラビットと間違っていることを疑い疑義照会し、クラビットへ変更になる。	病院側で処方箋発行時に名前の酷似した薬品名を選択したことによる。	添付文書上の適応、用法用量を把握し、処方内容の監査でミスが見つかるようにする。	クラリシッド錠200mg	クラビット錠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
1169	処方医が一般名アモキシシリンカプセル250と入力するところをアモキサシカプセル25と入力した。患者さんに確認して風邪とおっしゃったので抗鬱剤ではなく抗生物質が妥当と考え疑義照会し処方変更となった。	処方入力時にアモキと3文字入力すればアモキサシカプセルが先に画面に出る単純なミスと思われます。	よく似た名称の薬剤の知識を得て、患者さんとコミュニケーションをとっていく。	アモキサシカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「日医工」	確認を怠った	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
1170	ミニプレス錠0.5mg2錠分2朝夕食後新規処方。患者より主訴排尿障害を聞き取る。ミニプレスの女性の排尿障害に対する臨床試験、エビデンスがないため疑義照会。エブランチルカプセルに変更となる。	同効薬、類似薬においてエビデンスの有無、適応が異なる医薬品についてリスト化し把握しておく。		ミニプレス錠0.5mg	エブランチルカプセル15mg				その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関する要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1171	サレックスクリーム50gとヘパリン類似物質油性クリーム0.3%50gで混合の指示あり疑義照会。サレックスクリームからサレックス軟膏に変更。			サレックスクリーム0.05%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		ヒューマンエラー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	類似薬重複防止	他の病院でオロパタジンをもらっていた記録を患者さんのお薬手帳で確認。(薬も継続して服用中と確認)セチリジンが処方されていたが類似薬だったので今回セチリジンを処方した病院へ疑義照会し、セチリジンをカットしてもらった。	お薬手帳の確認を行うことと、患者さんには併用薬がないかを毎回必ず確認する。	セチリジン塩酸塩DS1.25%「タカタ」					その他	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1173	クリニックから総合病院に紹介された患者。クリニックではアダラートCR錠20mgで処方されていたものと同じ処方という話で処方箋が交付されたが、処方内容は「一般名:ニフェジピン徐放錠20mg(12時間持続)」だった。診察室での医師の話とこちらで持っていた情報を照合し、「一般名:ニフェジピン徐放錠20mg(24時間持続)」の処方誤りと判断し、医師へ疑義照会を行った。提案通りの処方内容に処方変更となった。	一般名処方類似に関するオーダーリングの誤り。病院のシステム上「一般名:ニフェジピン徐放錠20mg(24時間持続)」が非採用であり、オーダーリングに載ってこないとの回答であった。	今後も処方箋の記載は「一般名:ニフェジピン徐放錠20mg(12時間持続)」になるとのことで、毎回の疑義照会が必要になる。医師より処方コメントなどで対応を検討いただけるよう申し入れた。薬局でも薬歴に注意喚起を促すコメントを記載、処方監査を怠らないようにする。	アダラートL錠20mg	アダラートCR錠20mg			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
1174	かかりつけ医処方でフェブリク錠10mgを常用痛風にてかかりつけ医以外を受診。類似薬ザイロリック錠100mgが処方されたため疑義照会をした。ザイロリック錠100mgは削除となった。	かかりつけ医よりフェブリク錠10mgを処方されていることを今回の処方医が認識していなかったため	引き続きかかりつけ医、かかりつけ薬局の大切さやお薬手帳の有用性を説明し活用してもらう。	ザイロリック錠100			その他			ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1175	整形外科の処方箋を持参した患者さんと話をしたところ、手首を切って縫ってきたという話だったがめまいの薬が処方されていたため、間違いではないかと思い疑義照会したところ名前が似ている抗生剤と間違えていたことがわかった。	今回は患者さんとの会話からおかしいと気づいたので、常に患者さんからの聞き取りはしっかり行うことが大事です。	日ごろから患者さんからのききとりをしっかりと行うこと。医療機関の入カミスもあると疑いながら監査をしっかりと行い、疑わしいことがあった場合は直ぐに疑義照会をすることが健康被害をおこさないことにつながると思います。	セファドール錠25mg	セファクロルカプセル250mg「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
1176	一般名でアレンドロン酸錠35mgの処方、コメントに起床時4週おきに内服とあったため疑義照会。一般名でミノドロン酸錠50mgに変更となった。	一般名の名称が似ているため、一週おきと四週おきとで思い込みが生じたと思われる。また、最近ミノドロン酸のジェネリック医薬品が発売されたため、一般名処方です際に間違いが起こったと思われる。	今後も、特別な用法があるものは特に注意して鑑査を行う。薬品名が似ている薬剤にも注意を行う。	アレンドロン酸錠35mg「ファイザー」 ミノドロン酸錠50mg「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.	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			PMDAによる調査結果
							ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1177	お薬手帳と患者本人からの確認により、他病院にてネキシウムが処方されていた。確認後、類似薬のため、疑義照会した。疑義照会后、ラニチジンが削除となる。	忙しくて、確認を怠ったため。	お薬手帳や患者本人への確認を徹底しておく。	ラニチジン錠75mg「サワイ」		確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1178	他医療機関にて、モービックが処方されていた。お薬手帳にて確認後、類似薬のため、処方医療機関へ疑義照会した。疑義照会后、ソランタールの処方が削除となった。	お薬手帳と患者本人への聞き取りにて判明。その確認は、怠らないようにする。	お薬手帳の活用や患者本人への聞き取りを徹底していく。	ソランタール錠100mg		確認を怠った	勤務状況が繁忙だった	医薬品		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1179	プラザキサ服用服用中の患者さんが足痛のためお薬手帳を携帯せずに他病院の整形外科を受診、一般名リマプロストアルファデクス錠が処方、当薬局に来局した。メーカーに問い合わせ医師に疑似照会した方がよいとの結論に達し医師に連絡した結果薬が削除になった。	患者さん本人がお薬手帳を携帯しなかったこと、医師も常用薬の確認を怠ったことが原因と考えられる	お薬手帳の携帯をより啓蒙する。	リマプロストアルファデクス錠5μg「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
1180	患者にプロテカジンが処方されてきた。処方上は問題なかったが、患者のお薬手帳を見せてもらった時に、ネキシウムが処方されていて、類似薬効の医薬品の為、疑義照会をして、プロテカジンが削除された。	患者が続けてきていた為、処方箋のみを確認して、手帳の確認を後にした為に、もう少しで渡してしまうところだった。処方箋をもらうと同時に処方箋も確認出来ていれば、慌てずに対処できたと思う。	処方箋と同時に処方箋も確認し、類似薬の重複には注意したい。	プロテカジン錠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
1181	前回ピラノア新規処方となったが今回アレジオンへ処方変更。添付文書上用法は1回20mgを1日1回経口投与だが、1日2回投与になっていたため処方医師に疑義照会。1回60mgを1日2回経口投与のアレグラ錠の間違いであった。アレジオン(一般名:エピナスチン)からアレグラ(一般名:フェキソフェナジン)へ処方変更となる。	頭文字2文字一致の名称類似医薬品のため入力ミスが起きたと考えられる。	一般名処方の患者でも、病院では先発品名入力を経て一般名処方になっている場合が多いため、注意が必要である。	アレジオン錠20	アレグラ錠60mg	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
1182	処方せんの記載はアクアチム軟膏30gだった。アクアチム軟膏を調剤し投薬していたが、患者に話を聞くと医師から「軟膏は冷蔵庫で保存するよう言われた」とのこと。アクアチム軟膏は冷所保存の対象ではないので疑義照会したところ、アクトシン軟膏30gの記載間違いであることが判明した。	アクアチム軟膏とアクトシン軟膏の名称が似ていた		アクアチム軟膏1%	アクトシン軟膏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

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

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果	
	事例の内容	背景・要因	改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
							ヒューマンファクター	環境・設備機器		その他
1183	患者、急性上気道炎の症状で一般名 アセトアミノフェン錠500mg 3T 毎食後が処方アセトアミノフェンの添付文書上、上気道炎の場合は頓用で処方だった為、疑義カルボシステイン錠500mgの間違いだつたと返答があり、処方変更。	処方箋を出力するコンピュータ上で、カルボシステイン錠500mgを選択すべきところ、カロナール錠500mgを選択してしまったと思われる。カロナール錠500mgを選択すると処方箋上では自動で一般名に変換されるため、一見すると名称類似の間違ひとは気づきにくい。疑義するまでは他の薬剤と間違えていたと気づかなかった。		カロナール錠500	カルボシステイン錠500mg「JG」			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(情報不足)
(薬局ヒヤリ・ハット「その他」)

No.	公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容								PMDAによる調査結果
	事例の内容	背景・要因	改善策	関連医薬品	当事者の行動に関わる要因	背景・システム・環境要因			
						ヒューマンファクター	環境・設備機器	その他	
1	用法の入力を間違えました。	頓服薬の用法が『疼痛時』だったのに「疼痛時又は発熱時」で入力してしまいました。入力コードが似ているので間違えました。朝の時間から患者様が混んでしまっ一人て入力していた為、焦ってしまい、確認が不足しました。	前回の入力をそのまま引っ張った時は、必ず副用法を確認するように気を付けます。		確認を怠った				販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。
2	一般名処方に対し、先発希望の患者に後発品を計数・与薬。自宅伺い交換。	一般名の名称が後発品と酷似しているため。計数者の技能不足。与薬者の監査思い込み。	全ての処方せんに対し、先発なのか後発なのかを念頭におく。先発希望などがある患者の背景を考慮する		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		教育・訓練ルールの不備	販売名等の情報が不明であり、検討困難と考える。