

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業収集結果

本報告は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構が、財団法人日本医療機能評価機構がホームページ等で公開している薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業平成21年度年報に該当する事例の概要について、安全管理対策に関する調査・検討を行い、結果を報告したものである。

- 1) 医薬品の安全使用に関して製造販売業者等による対策が必要又は可能と考えられた事例
..... P. 1
- 2) 製造販売業者等により既に対策がとられている、もしくは対策を既に検討中の事例
..... P. 2
- 3) ヒューマンエラー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. 3
 - ・規格・剤形間違い
..... P. 3
 - ・薬剤取違い
..... P. 34
 - ・その他
..... P. 59
- 4) 情報不足等のため製造販売業者による対策が困難と考えられた事例
..... P. 66
- 5) 疑義照会の事例
..... P. 70

平成 22 年度 第 3 回医薬品・医療機器安全使用対策検討会結果報告

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構

1. 調査対象の範囲

財)日本医療機能評価機構による薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業平成 21 年度年報に該当する評価機構ホームページの公開データ(平成 21 年 4 月 1 日～12 月 31 日の間に報告された事例)のうち、「規格・剤形間違い(規格間違い含む)」、「薬剤取違い」、「その他」及び「疑義照会」に関する事例。

	事例内容	事例数	報告全体に占める割合
調剤又は 特定保険医療材料	規格・剤形間違い	216	14.8%
	規格間違い ^{注)}	3	0.2%
	薬剤取違い	181	12.4%
	その他	44	3.0%
疑義照会		107	7.3%
計		551	37.7%

注)特定保険医療材料のみ

2. 検討方法

薬局ヒヤリ・ハット事例について、医薬品の使用方法及び名称・包装等の観点から安全管理対策に関する専門的な検討を行うため、各医療関係職能団体代表、学識経験者等の専門家及び製造販売業者の代表から構成される標記検討会を開催し、医薬品の物的要因に対する安全管理対策などについて検討した。

3. 調査結果

1) 医薬品の製造販売業者等による安全使用対策の必要性の有無により、444 事例を調査したところ、下記表の結果となった。

調査結果	事例数	割合
医薬品の安全使用に関して製造販売業者等による対策が必要又は可能と考えられた事例	1	0.2%
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	1	0.2%
ヒューマンエラー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	95.8%
情報不足等のため製造販売業者による対策が困難と考えられた事例	17	3.8%
計	444	100%

2) 107 事例の疑義照会の理由等を分類したところ、下記表の結果となり、医薬品の安全使用に関して製造販売業者等による対策が必要又は可能と考えられた事例が 1 件認められた。

調査結果注)	事例数(割合)
薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)	30(28.1%)
薬歴等	29(27.1%)
患者の申し出	13(12.1%)
処方箋の書き方等(誤記を含む)	11(10.3%)
年齢・体重換算の結果	9(8.4%)
患者の症状等	2(1.9%)
その他	13(12.1%)

注) 疑義照会の理由・根拠

4. 調査結果の内訳

1) 医薬品の安全使用に関して製造販売業者等による対策が必要又は可能と考えられた事例

パッケージデザインによる誤認事例（1 番）

2) 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

インスリン注射薬の販売名称の類似によるヒヤリ・ハット事例（1 番）

3) ヒューマンエラー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) 情報不足等のため製造販売業者による対策が困難と考えられた事例

5) 疑義照会的事例

糖尿病薬と高血圧薬との販売名称の類似によるヒヤリ・ハット事例（7 番）

医薬品の安全使用に関して製造販売業者等による対策が必要又は可能と考えられた事例(規格・剤形)

No.	処方された 医薬品	間違えた 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
1	リピディル カプセル100	リピディル カプセル67	一包化調剤。全自動分包機にセットされていない薬品のみを棚出しして機械にいれる。本処方ではリピディルのみが該当。棚出し(30カプセル)を「67」で行い、分包機に入れている最中にカプセルの色の違いに気づき作り直した。	リピディルカプセルは調剤棚の上下に配置されている。「100カプセル」包装で納入しており、「リピディル100」を調剤する際「箱」に書いてある「100カプセル」の表示が目につき「67」を調剤してしまった。	分包機に入れる前に他の人に確認してもらうことを怠らないこと	確認を怠った勤務状況が繁忙だった医薬品	今回の事例は「リピディルカプセル100」の処方指示を「リピディルカプセル67」の箱に記載された包装単位100カプセルの100を有効成分含量(100mg)と誤認したものである。そのため包装単位と有効成分量を誤認しないなど、パッケージデザインについて視認性を高めたものに変更が必要と考える。

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

No.	処方された 医薬品	間違えた 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
1	ノボラピッド注30 0フレックスペン	ノボラピッド30 ミックス注フレク スペン	ノボラピット注300フ レックスペン処方のとこ ろノボラピット注30ミッ クス注フレックスペンを だしてしまう。	混雑時に急いでしまい 確認不足のままだして しまった。	混雑時でも急がず確認	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	インスリン製剤の販売名について は、平成20年3月31日付薬食審 査発第0331001号・薬食安発第 0331001号連名通知「インスリン 製剤販売名命名の取扱いについ て」により、命名方法を規定して おり、本製造販売業者は上記通 知を踏まえ「ノボラピッド注300フ レックスペン」を「ノボラピッド注フ レックスペン」に変更しているところ。

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(規格・剤形間違い)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
【規格間違い】						
1	アーチスト錠10mg	アーチスト錠2.5mg	規格の間違いをした。			確認を怠った
2	アーチスト錠20mg	アーチスト錠10mg	アーチスト20mgのところを10mgで調剤した。	確認不足。		確認を怠った
3	アクトス錠15	アクトス錠30	アクトス15mgを30mgで調剤した。		処方箋を最後までよく読んで規格を確認する。特に糖尿病薬は注意して意識づけをする。	確認を怠った
4	アクトス錠30	アクトス錠15	アクトス30mgをアクトス15mgで調剤した。	30mgはほとんどでないので、規格違いを把握していなかった可能性がある。		知識が不足していた
5	アダラートCR錠20mg	アダラートCR錠40mg	一包化の患者であり、従来、アダラートCR40mgが処方されていたが、今回の処方から20mgに変更となった。気づかずにアダラートCR40mgのまま調剤してしまい、投薬時にご本人から指摘を受け	一包化のため、予製品があり、アダラートCR40mgのまま調剤してしまった。	処方箋チェックを徹底する。	確認を怠った
6	アダラートCR錠40mg	アダラートCR錠20mg	アダラートCR錠40mgのところ、アダラートCR錠20mgで調剤した。	「40mg」の規格があるのは知っていたが、ほとんど出ることがなかったため、「20mg」と思い込んだ。	薬歴に「アダラートCR(40)」と書いた。あまり出なくても、複数の規格があることを意識する。	確認を怠った
7	アダラートカプセル5mg	アダラートカプセル10mg	思い込みで調剤してしまった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
8	アドエア500ディスクス	アドエア250ディスクス	アドエア500ディスクスをアドエア250ディスクスで調剤してしまった。	注意力が散漫であった。	集中して調剤する。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった 教育・訓練
9	アドナ錠10mg	アドナ錠30mg	アドナ錠10mgで処方のところ、アドナ錠30mgで調剤してしまった。	アドナ錠30mgがよく出ているので、思い込みで調剤してしまった。アドナ錠10mgがあるという意識が少なかった。	規格も声だし確認する。	確認を怠った
10	アドフィードパップ80mg	アドフィードパップ40mg	アドフィードパップ80mg処方のところ、アドフィードパップ40mgを調剤した。	当薬局ではアドフィードパップ40mgの処方が多いため、思い込みがあった。		確認を怠った

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(規格・剤形間違い)

No.	処方された 医薬品	間違えた 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
11	アドフィードパップ 80mg	アドフィードパップ 40mg	規格の確認不足だった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
12	アドフィードパップ 80mg	アドフィードパップ 40mg	処方箋の確認不足だった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
13	アムロジピンOD 錠2.5mg「ト ーワ」	アムロジピンOD 錠5mg「ト ーワ」	ジェネリック希望があり、事務的な やり取りに気を取られ、規格を取り 違えた。	事務手続き、調剤をすべて一人で 行ったため。	事務手続き、調剤、変更後の鑑査 の担当を分担する。	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
14	アムロジン錠2. 5mg	アムロジン錠5m g	アムロジン2.5mgのところ、誤っ て5mgを調剤した。		声だし、指差し確認の徹底。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
15	アムロジン錠5m g	アムロジン錠2. 5mg	アムロジン錠5mgをアムロジン2. 5mgと間違ふ。鑑査段階で発見。	注意力が掛けている。	処方箋をもう一度しっかり読むよう 指導する。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった
16	アモキサンカプセル 25mg	アモキサンカプセル 10mg	【事例の内容】 ピッキングの薬剤師と投薬の薬剤師がそれぞれ別だったにもかかわらず、薬情と薬を確認していたはずが、きちんと出来ていなかった		再度、鑑査の実施を再確認し、鑑 査システムの導入も検討している	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
17	アモバン錠10	アモバン錠7.5	規格を間違えた。			確認を怠った
18	アルファロールカ プセル0.5μg	アルファロールカ プセル0.25μg	規格を間違えた。			確認を怠った
19	アレグラ錠30mg	アレグラ錠60mg	子供の薬を親が取りに来られた。 アレグラ錠のみ小児用量と量が少 なく、他の薬は成人量だったので、 注意不足、思い込みにより、アレ グラ錠30mgをアレグラ錠60mg として調剤してしまった。本人が、 服用時に剤形が違うことに気が付 き、家族の方から連絡があった。	当薬局ではアレグラ錠60mgの処 方が大半をしめ、アレグラ錠30m gはあまり処方されないため、思い 込み、勘違い、注意不足が重なっ た。	処方箋の年齢確認、処方後の鑑 査を徹底する。薬棚の「他含量あ り」シールの確認を行う。	確認を怠った その他注意力の不足
20	アレグラ錠30mg	アレグラ錠60mg	アレグラ30mgのところアレグラ60 mgを調剤。監査時に気づいた。	通常アレグラ60mgの処方が多い。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
21	アレグラ錠30mg	アレグラ錠60mg	アレグラ30mgを間違えてアレグラ 60mgで調剤する。	処方箋の確認不足。年齢等の確 認不足。	処方箋を読む力不足。再度アレグ ラについても規格が2種あり、どの 年齢まで使用できるか確認する。	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(規格・剤形間違い)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
22	アレジオン錠10	アレジオン錠20	患者本人が処方箋を持って来局した。アレジオン錠10のところアレジオン錠20を調剤した。監査で間違いに気付いた。	調剤後の確認を怠ったため。	調剤後、再確認をする。	確認を怠った
23	アンデプレ錠25mg	アンデプレ錠50mg	調剤者の規格違い。鑑査で気づいた。			確認を怠った
24	イノレットR注	イノレット30R注	イノレットRにイノレット30Rをお渡しした。	イノレット30Rの調剤頻度が高く、思い込みをした。鑑査・投薬者同一で疲労感。	患者さんとの確認をおこたらない。	確認を怠った 通常とは異なる身体的条件下にあった
25	エバステルOD錠5mg	エバステルOD錠10mg	【事例の内容】 「エバステルOD錠5mg」を、間違えて「エバステルOD錠10mg」を調剤してしまった。母親がすぐ気がついたが仕事が忙しくて連絡できず、4日後に連絡してきた。すぐ気がついたので飲んでいなかった。		規格までしっかりと確認して調剤するように薬局内で申し合わせました。	確認を怠った
26	エパデールS600	エパデールS300	エパデールS600を300に間違えた。当該患者の担当ヘルパーから入電。本日患者宅へ薬を持参する予定だが、薬の説明書の写真と現物が異なるため確認したいとの内容であった。処方せん確認により、誤調剤が発覚。 規格の600を消し込みしていないところから、確認漏れと思われる。(手順書を逸脱した鑑査手順を実施したと思われる) 5.投薬者は、患者の代理(ヘルパー)とともに本日から開始になったエパデールS600の確認を実施したが、薬の説明に終始し処方せんと現品(規格)の確認を怠ったと思われる。(当然ヘルパーは初めての薬剤のため、薬剤師との相互鑑査において気付くことはなかった) 6.当薬局では、バーコードによる鑑査チェックを実施しているが、一包化薬の患者の場合有効性が低いためにバーコード鑑査による薬剤の照合を実施していなかった。	1.当該患者の調剤は一包化調剤であり、エパデールS600は一包化対象外の薬剤である。2.エパデールSには3規格(300,600,900)が存在し、3種類を並列に保管管理している。3.調剤者は、一包化調剤終了後にエパデールS600をピックアップすべきところ思い込みにより300を誤調剤した。4.鑑査者は、一包化薬の鑑査と共にエパデールSの数量は確認したが、規格	1.調剤手順:エパデールSの配置・配列については、並列配置・注意喚起の実施を施してあるため、これ以上の対応は不必要と判断。 2.鑑査手順:鑑査と共に実施する消し込み行為が不十分であったことが原因であるため、再度手順書の内容を周知徹底する。 3.投薬手順:患者との相互鑑査を基本としているが、代理者並びに新規開始薬剤の場合、相互鑑査が機能しない。よって、投薬前における投薬者による自己鑑査の徹底を図る。 4.その他:通常の調剤(一包化薬以外)の場合、バーコード鑑査により防ぐことが可能な事例であったため、今まで実施していなかった『一包化薬患者のバーコードによる鑑査』を実施検討する。そのために、業務手順書を見直すことを早急を実施する。	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(規格・剤形間違い)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
27	エパデールS900	エパデールS600	エパデールS900で調剤すべきを、エパデールS600で調剤し、交付に至った。翌々日の在庫数確認の際、数が合っていない事により調剤ミスに気付いた。調剤履歴をとり、処方の数より類推し、ミスを起こした可能性のある処方と患者を推測し、電話で確認したところ、当該患者とその処方であった。本人は、帰宅後にミスに気づいており、残っていたエパデールS900を服用していた。近々、当薬局を訪れる予定であったが、当方よりの電話連絡がありかえって感心された。本来であれば当薬局で訪問し、陳謝の上、正規の薬剤に交換すべきであるが、本人が来てくれる事になった。	バーコード調剤をすべきところを、この手順を怠り、調剤したのが原因の一つ。	1)バーコード調剤のルールの徹底。2)ルール違反をしても、なお、調剤ミスが発生しないシステムを作った。3)エパデールS600とエパデールS900の保管場所が離れていたため、あえて近くにして、力価注意の意識を高めた。エパデールS600の保管場所に、600mgと印刷された紙製の小さなノンを保管場所上部に貼付して、600mgを取り出すときに、当該処方がエパデールS900でないことを確認するよう、環境的障壁を作成した。	確認を怠った その他手順どおりに調剤しなかった
28	オイグルコン錠1.25mg	オイグルコン錠2.5mg	処方ではオイグルコン1.25と記載されていたが、2.5mgを調剤してしまった。	オイグルコン2.5mgと思いこんだ。忙しい時間帯だった。	規格が複数ある医薬品は、再度必ず規格確認するよう徹底する。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった
29	オキシコンチン錠10mg	オキシコンチン錠5mg	規格を間違えた。			確認を怠った
30	オブランゼ錠10	オブランゼ錠20	オブランゼ錠の規格を間違えた。		鑑査時の確認の徹底。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み
31	オルメテック錠20mg	オルメテック錠10mg	規格を間違えた。			確認を怠った
32	オルメテック錠20mg	オルメテック錠10mg	規格を間違えた。			確認を怠った
33	ガスターD錠10mg	ガスターD錠20mg	規格間違い	確認ミス	注意を怠らないこと	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(規格・剤形間違い)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
34	ガスターD錠20mg	ガスターD錠10mg	ガスターD錠20mgを調剤するところを10mgで調剤。鑑査で気づいた。			確認を怠った
35	ガスターD錠20mg	ガスターD錠10mg	ガスターD20mgをD10mgで調剤した。			確認を怠った 技術・手技が未熟だった
36	カルフィーナ錠0.5μg	カルフィーナ錠1.0μg	【事例の内容】 カルフィーナ錠0.5μgをお渡しするところを、カルフィーナ錠1.0μgをお渡しした。FAXで鑑査したもの、投薬時再度、鑑査をしなかった。他のことに気をとられていた。			確認を怠った
37	クアゼパム錠20mg「MNP」	クアゼパム錠15mg「MNP」	クアゼパム20mgで調剤するところを15mgで調剤。鑑査で気づいた。			確認を怠った
38	クラシエ当帰芍薬散料エキス細粒(2g/包)	クラシエ当帰芍薬散料エキス細粒(3g/包)	【事例の内容】 3g/包が当薬局の在庫品。他院より2g/包が初めて処方されたが、発注時に在庫規格である3g/包を発注した。投薬前に、発注した薬剤師と異なる薬剤師が気づき、患者様の手には間違えたものはわたらなかった。同メーカーの漢方で数種規格があると、採用数が限定される病院とは異なり、薬局ではかなりの注意が必要となる。			確認を怠った 医薬品
39	クラビット錠	クラビット錠250mg	患者の妻が処方箋持参し来局した。処方箋調剤するも、クラビットの規格を間違えて調剤した。鑑査時も鑑査不十分にてそのまま患者窓口へ行ってしまった。服薬指導時に薬情とつきあわせて確認して貰っていた所、薬情の写真と現物が違うことに気づき、処方箋を確認し、クラビットの規格間違いに気づいた。その場で交換し、謝罪して交付した。	調剤者の確認が不十分であり、まだほとんど250mg錠を触った事が無い状況であったと思われる。鑑査者は、複数の規格がある事を分かっていたが、調剤者を過信して鑑査業務が不十分のまま鑑査を終了してしまった。	調剤者が経験不足であることを念頭に置きながらの鑑査業務と、調剤者の経験にかかわらず確実な鑑査を実行できるよう習慣づける。	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
40	クラビット錠250mg	クラビット錠	クラビット錠250mgのところクラビット100mgで調剤。鑑査で気づいた。	クラビット250mg錠の発売間もなかったため250mg錠があることを認識していなかった。		判断を誤った 知識が不足していた
41	クラリス錠200	クラリス錠50小児用	規格を間違えた。			確認を怠った

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(規格・剤形間違い)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
42	クレストール錠 2.5mg	クレストール錠5 mg	クレストール錠2.5mgを出す所を 5mgを出してしまった。	思い込みによる確認ミス。	しっかり確認。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品
43	コントミン糖衣錠 12.5mg	コントミン糖衣錠 25mg	規格を間違えた。			確認を怠った
44	サイレース錠1m g	サイレース錠2m g	自動分包機の入力でサイレース1 mgを入力するところを2mgで入 力。鑑査で気づいた。			確認を怠った
45	サイレース錠2m g	サイレース錠1m g	自動分包機の入力でサイレース2 mgを1mgで調剤、鑑査で気づい た。			確認を怠った
46	サイレース錠2m g	サイレース錠1m g	自動分包機の入力でサイレース (2)で入力するところ、サイレース (1)で調剤。鑑査で気付いた。			確認を怠った
47	ジェイゾロフト錠5 0mg	ジェイゾロフト錠2 5mg	【事例の内容】 自動分包機の入力でジェイゾロフト50mgで調剤するところをジェイゾ ロフト25mgで調剤。鑑査で気づいた。			確認を怠った
48	ジプレキサ錠10 mg	ジプレキサ錠5m g	【事例の内容】 今回、ジプレキサ錠10mgが処方されていたが、前回は5mg錠が処 方されており、一包化もあったため慌ててしまった。数錠ばらした時に 気が付いた。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
49	ジプレキサ錠10 mg	ジプレキサ錠5m g	【事例の内容】 今回ジプレキサ錠10mgが処方されていたが、前回5mg錠が処方さ れていたために思い込みがあった。その他の処方薬も含めて一包化 だったので、5mg錠をばらし始めた時に気が付いた。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
50	ジプレキサ錠5m g	ジプレキサ錠10 mg	自動分包機の入力において、ジプ レキサ5mgを調剤するところ10mg を調剤。鑑査で気づいた。			確認を怠った
51	スターシス錠30 mg	スターシス錠90 mg	規格を取り違えた。			確認を怠った
52	スルピリド錠50 mg(TYK)	スルピリド錠100 mg(TYK)	自動分包機の入力でスルピリド50 mgで調剤するところをスルピリド1 00mgで調剤。鑑査で気づいた。			確認を怠った

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(規格・剤形間違い)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
53	セイブル錠25mg	セイブル錠50mg	セイブル25mgとセイブル50mgのとり間違い。監査時に発見した。	通常セイブル50mgの処方の方が多い。		確認を怠った 通常とは異なる身体的条件下にあった
54	セロクエル25mg錠	セロクエル100mg錠	【事例の内容】 就寝前のセロクエル錠25mg、3錠のところを誤ってセロクエル錠100mg、3錠を粉碎調剤してしまった。粉碎後の鑑査もあまくなり、2日間患者様が服用する事故になった。幸い大きな体調の不具合はなく、経過を観察していただく事になった。		複数規格薬剤の注意札の再検討、調剤から払い出しまでの確認回数の再徹底化、ピッキング事故防止機器の採用検討。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった 仕組み
55	タケプロンOD錠30	タケプロンOD錠15	タケプロンOD錠30mgが処方せんで来たところ、タケプロンOD錠15mgで調剤してしまった。	タケプロンOD錠処方の9割以上がタケプロンOD錠15mgであるため、規格までの確認を怠ってしまった。	3度チェックの実施、声だし確認の実施。	確認を怠った
56	ディオバン錠80mg	ディオバン錠40mg	ディオバン80mgの処方のところ、40mgを調剤した。当日中に患者が気づき来局され、交換した。		2規格以上ある薬剤に対して再度注意することを認識する。	確認を怠った
57	ディオバン錠80mg	ディオバン錠40mg	多剤処方の一包化の調剤において、処方せん中のディオバン40mgからディオバン80mg変更を見落とし処方せんを鑑査した。調剤直前に気が付き、改めて鑑査をやり直した。	当事者の職務怠慢。薬歴と処方せんの確認が甘い。	鑑査の手順につき、安全管理手順書遵守するよう職員に再通知。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 教育・訓練
58	ディオバン錠80mg	ディオバン錠40mg	多剤処方の一包化の調剤において、処方せん中のディオバン80mgをディオバン40mgから変更となっている事に気付かずに処方せんを鑑査した。調剤直前に別の薬剤師が変更に関心し、改めて鑑査からやり直し調剤した。	当事者の職務怠慢。薬歴と処方せんの確認が甘い。	鑑査の手順につき、安全管理手順書遵守するよう職員に再通知。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 教育・訓練
59	テグレート錠100mg	テグレート錠200mg	テグレート錠100mgを352錠処方するところ、テグレート錠100mgを300錠とテグレート錠200mgを52錠で調剤した。	箱を見て、テグレート錠100mgが足りないと思い、在庫してある引き出しから300錠を出して、残りの端数を取ろうとした時に、間違えてテグレート錠200mgを取ってしまった。自己鑑査でも気づかなかった。	1つのことに気を取られると、他に意識が行かなくなることが多いので、自己鑑査では、一度気持ちを入れ直してやり直す。	確認を怠った

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(規格・剤形間違い)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
60	デパケンR錠100	デパケンR錠200	規格違いをした。			確認を怠った
61	デパス錠1mg	デパス錠0.5mg	デパス1mgのところ0.5mgを調剤。監査で気づいた。			確認を怠った
62	テレミンソフト坐薬2mg	テレミンソフト坐薬10mg	テレミンソフト2mgを10mgで調剤した。			確認を怠った
63	ニューロタン錠50mg	ニューロタン錠25mg	規格を間違えた。			確認を怠った
64	ネルロレン錠「10」	ネルロレン錠「5」	ネルロレン10mgで調剤するところを5mgで調剤。鑑査で気づいた。			確認を怠った
65	ネルロレン錠「5」	ネルロレン錠「10」	自動分包機の入力で5mgで入力するところを10mgで入力。鑑査で気づいた。			確認を怠った
66	ノボラピッド30ミックス注ペンフィル	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30ミックス注ペンフィルが処方されていたが、フレックスペンを調剤。患者対応した薬剤師が気がつき、お渡しする前に正しい薬剤に交換した。	最近になりノボラピッド類が販売名変更となりペンフィルとつくようになった。それに伴い処方箋の様式も変更となり、今までノボラピッドのあとに文字がつく場合は、フレックスペンであるとの認識をしていたため、調剤を間違えやすくなってしまった。	新しい処方箋様式を再認識し、最後までペンフィルであるのかフレックスペンであるのか確認をするよう心がける。	確認を怠った その他処方箋の見誤り 医薬品
67	ノボラピッド注フレックスペン	ノボラピッド30ミックス注フレックスペン	ずっとノボラピッド300注フレックスペンが出ていたが今回、名称変更によりノボラピッド注フレックスペンを処方しなければならないところをDrが誤ってノボラピッド30ミックスフレックスペンを処方してしまった。当事者はその違いがわからず、また患者さんに確認せずにそのままノボラピッド30ミックスフレックスペンを調剤してしまった。	メーカーの安易な名称変更、Drへの情報提供の不足が主たる原因だと思いがあってはならないミスである。メーカーにも初めに名称を付ける時によく考えて付けてほしいし、厚労省にも名称を付ける基準を厳格にし、名称変更というものが出ないようにしていただきたい。	職員への周知徹底。	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(規格・剤形間違い)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
68	ノボリンR注フレックスペン	ノボリン30R注フレックスペン	薬剤を取り違えた。			確認を怠った
69	ノボリンR注フレックスペン	ノボリン30R注フレックスペン	ノボリンR注の処方を、30Rを渡していた。すべて使い切ってしまったと患者より指摘あった。	配薬が間に合わず患者が、既に透析を終えて帰り支度も整っていたため、「薬を早く渡してほしい」と言われて慌てて渡したためか？基本的なことを省いていた。	基本的に忠実、処方箋との照合、冷静さをうしなわない。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
70	ノルバスク錠2.5mg	ノルバスク錠5mg	ノルバスク錠2.5mgのところ5mgで調剤してしまった。			確認を怠った 技術・手技が未熟だった
71	ノルバスク錠2.5mg	ノルバスク錠5mg	分量の異なる薬を調剤した。	品名のみ確認で分量の確認を怠った。	品名、分量の確認を励行する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
72	ノルバスク錠5mg	ノルバスク錠2.5mg	ノルバスク錠5mg処方をノルバスク錠2.5mgで誤調剤、投薬した。患者は1、2日間にわたり、半量のノルバスクを服用されていた。心カテ検査入院中に判明した。患者の血圧に特別な上昇無く、体調は安定していた。	・思い込み調剤。当薬局ではノルバスク調剤95%が2.5mg製剤。・薬品棚には注意表示があったにもかかわらず、過誤が発生。	・薬歴簿1号紙に「大学病院ノルバスク規格注意」の張り紙を貼付。・お届け時の調剤手順の再徹底。・アムロジピン製剤規格の再確認。当薬局には3銘柄、10規格(OD錠含む)あることを再確認。・人員削減のため、調剤を慌てる傾向があるため、タイムアウトに注意。	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
73	パキシル錠10mg	パキシル錠20mg	パキシル錠10mgを調剤すべきところ、パキシル錠20mgを調剤し渡してしまった。	以前より数年にわたりパキシル20mg錠を服用していたが、今回から10mg錠に変更になっていた。調剤した薬剤師が今回も20mg錠であると思い込んでいたため、間違いに気がつかなかった。また、パキシル以外に処方変更があり、そちらに気が向いていた。	投薬時には、患者さんにも確認してもらう。	確認を怠った
74	パキシル錠20mg	パキシル錠10mg	自動分包機の入力ミス。鑑査で気づいた。			確認を怠った
75	パキシル錠20mg	パキシル錠10mg	パキシル20mgで調剤するところを10mgで調剤。鑑査で気づいた。			確認を怠った

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(規格・剤形間違い)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
76	パキシル錠20mg	パキシル錠10mg	前回の処方内容は夕食後にパキシル錠20mg×1錠、寝る前にパキシル錠10mg×1錠だった。今回は夕食後にパキシル錠20mg×1錠、寝る前にパキシル錠20mg×1錠に変更になった。変更気づかず前回と同じように寝る前にパキシル錠10mgを渡してしまった。薬剤師が薬歴を記入しているときに間違いに気づき、すぐに連絡したために服用する前に交換することができた。	前回と同じでDoだろうという薬剤師の思い込み。前は夕食後と寝る前の規格が違うものなので、処方箋も別々に(分1 夕食後20mg1錠、分1 寝る前10mg1錠)記載してあった。ところが今回は規格が一緒のものなのに別々に(分1 夕食後20mg1錠、分1 寝る前20mg1錠)記載してあった。規格が同じものなので分2として記載してあれば薬剤師も気がついたと思う。(分2 夕食後と寝る前20mg2錠)	処方箋入力事務員が行っており、事務員は規格の変更に気づいたが、薬剤師にその変更を伝達しなかった。今度から変更があるときは必ず申し出るようにしてもらった。	確認を怠った その他処方せんの記載方法
77	パルミコート吸入液0.5mg	パルミコート吸入液0.25mg	【事例の内容】 パルミコート吸入液0.5mgのところを0.25mgでお渡しした。投薬後の処方箋のチェックで気づき、患者宅へ伺い、吸入前に正しいお薬と交換しました。			確認を怠った
78	ヒアレインミニ点眼液0.1%	ヒアレインミニ点眼液0.3%	2回目の受付で、前回と同一日数・同一内容の処方箋であった。投薬時に、別規格品であることに気がつき(色、規格表示シールにより)、お詫びしお渡しした。	受付頻度の少ない眼科処方であり、当該薬剤は、前回の受付が初めての購入であった。常備のヒアレイン点眼液は1規格(0.1%のみ)であり、ミニ点眼液に2規格あることの確認を怠ったのが主要因と考える。	業務手順書に照らし、新規購入薬剤の場合は、複数の薬剤師で、別規格品の確認を徹底することを申し合わせた。	確認を怠った 知識が不足していた
79	ヒューマログミックス25注ミリオペン	ヒューマログミックス25注キット	患者さんはずっとヒューマログミックス25注キットを使用していたのだが、今回からミリオペンに変更。その変更気づかずキットを渡してしまった。翌日、投薬した者とは別の薬剤師が在庫チェック中に発見。患者さんにすぐに連絡したところ、交換に来ていただけだったので、謝罪とともにミリオペンの用法を説明させていただいた。	ずっとキットを使っていたための思い込みと、病院側でキットからミリオペンに採用変更したことの情報が入っていなかった。	思い込まずに、しっかり処方箋をチェックする。	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(規格・剤形間違い)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
80	ヒューマログミックス25注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペン	ヒューマログミックス25注ミリオペン処方の所、間違えてヒューマログ注ミリオペンで投薬。後日患者さん本人がいつもと違う注射薬が入っていたと申し出があり発覚。注射は未使用で健康被害はなし。	準備の段階でヒューマログ注ミリオペンを用意しており、鑑査の段階でも見逃してしまった。また投薬時にも確認が抜かり、そのまま患者さんの手に渡ることになった。	ヒューマログ注ミリオペンとヒューマログミックス25注ミリオペンを並列して陳列する。その上規格注意の張り紙を掲示する。投薬時にも患者さんと一緒に注射の種類を確認する。	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
81	フルタイド100口タディスク	フルタイド200口タディスク	フルタイド100口タディスクが処方されていたところ、フルタイド200口タディスクを調剤してしまった。	フルタイド100口タディスク1剤の処方内容であった。家族3人分をまとめてピックアップした。1剤の簡単な処方だったので、確認を怠ってしまった。	患者の年齢を確認することにより、注意して調剤することが可能であった。処方内容だけではなく、患者の年齢、性別なども確認して調剤する。	確認を怠った
82	フルニトラゼパム錠1mg「アメル」	フルニトラゼパム錠2mg「アメル」	調剤者が規格ミス。鑑査者が気づいた。			確認を怠った
83	フルニトラゼパム錠1mg「アメル」	フルニトラゼパム錠2mg「アメル」	フルニトラゼパム1mgをお渡しするところを2mgをお渡ししてしまった			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
84	ブルフェン錠200	ブルフェン錠100	病院からのファックスにて処方箋受付。ブルフェンを含む、15種類の薬剤の一包化、計量混合調剤。ブルフェンは、疼痛時として、これまで時々処方されていた。いままでは、消炎鎮痛薬としてブルフェン錠100mgが処方されていた為、同一処方として調剤したが、実は増量していて、ブルフェン錠200mgが処方であった。	ファックスの為見づらかった事。ブルフェンの規格に200mgがある事を失念していたこと。	漫然と調剤するのではなく、確認を怠らないこと。常に複数規格があるかを気にしながら調剤すること。	確認を怠った 知識が不足していた 教育・訓練
85	フルメジン糖衣錠(1)	フルメジン糖衣錠(0.5)	フルメジン(1)を調剤するところをフルメジン(0.5)で調剤し、鑑査の薬剤師が気付いた			確認を怠った
86	フルメロン点眼液0.02%	フルメロン点眼液0.1%	フルメロン点眼液0.02%のところ、フルメロン点眼液0.1%で調剤してしまった。	混んでおり、簡単な処方箋を先に済ませてしまおうとした。点眼液2瓶だけであり、急いで調剤したため、確認を怠った。	規格チェック。声出し確認。	確認を怠った

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(規格・剤形間違い)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
87	フルメロン点眼液0.02%	フルメロン点眼液0.1%	フルメロン点眼液0.02%のところ、フルメロン点眼液0.1%を調剤した。	忙しい時間に一人で調剤していて、自己鑑査を怠った。	どんな時でも自己鑑査をする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
88	ブロプレス錠8	ブロプレス錠4	ブロプレス錠8のところ、ブロプレス錠4で調剤してしまった。	ブロプレス錠4の調剤が続いていたので、思い込みで調剤してしまった。	規格まで声出し確認を徹底する。	確認を怠った
89	フロモックス錠100mg	フロモックス錠75mg	フロモックス錠100mgのところ、フロモックス錠75mgを調剤した。	休憩に入る前の調剤であり、気がぬけてしまった。普段、ほとんどフロモックス錠100mgしかでていないので、フロモックス錠75mgがあることが頭からぬけていた。	自己鑑査時における、規格の読みあげを徹底する。	確認を怠った
90	ベイスンOD錠0.2	ベイスンOD錠0.3	ベイスンの規格取り間違い。	確認の不足。	処方薬を集めた後の袋詰め前の確認強化、鑑査の徹底。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった
91	ベイスンOD錠0.3	ベイスンOD錠0.2	ベイスンOD錠0.3のところベイスンOD錠0.2を調剤した。			確認を怠った
92	ベイスン錠0.3	ベイスン錠0.2	ベイスン錠0.3mgのところ、よく出ている方の0.2mgをだしてしまった。	剤数、日数、粉剤、一包化と多いため、あせって確認を怠った。	受診近くなれば、あらかじめ用意しておく。	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
93	ベザトールSR錠200mg	ベザトールSR錠100mg	処方せんには採用薬では無い100mgが記載されていたが、200mgしか置いてないのでそのまま調剤した。帰宅後、患者が薬情と薬剤の不一致に気付いて電話連絡を入れ、事故が発覚した。	100mgの採用がないため、ベザトールと言えば200mgの頭が出来上がっていた。新規採用(臨時採用)時、クリニックから薬局への連絡体制が構築されていなかった。	薬剤名は先頭だけでなく規格名まできちんと確認するよう徹底する。新規採用(臨時採用)は備考欄にその旨を記載して貰える様にクリニック側と交渉する。	確認を怠った コンピュータシステム 仕組み ルールの不備

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(規格・剤形間違い)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
94	ベプリコール錠50mg	ベプリコール錠100mg	継続してベプリコール100mg1錠を1日2回朝・夕食後で飲んでいった。(錠剤カッターにより、薬局で割って、分包して出していた。)2ヶ月前より、ベプリコール50mg2錠を1日2回朝・夕食後に変更になったが、当薬局には、100mgの規格しかないため、コンピューター、ピッキング、薬剤師ともに気づかず100mgを調剤。今月に処方された時点で、2ヶ月間患者さんが、倍量のんでいたことに気づいた。(体調は異常なし。)	全員調剤になれてきたこともあり、初心にもどった気持ちで調剤していないため、自分の薬局にない規格はないと錯覚を起こしていたことに原因あり。(規格確認をしていない。)錠剤鑑査システムもあるために、薬剤師自身も、規格違いはしないと安心していただるところに落とし穴があった。	思い込みをなおすのは、至難のわざと思われるので、投薬後の処方せんチェックをかならず翌日までに、早い段階でのミスの発見に努める。理想はさらに、投薬後2回のチェックを行う。(別々の人間が行う)	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
95	ペルジピンLAカプセル20mg	ペルジピンLAカプセル40mg	ペルジピンLAカプセル20mgのところ、ペルジピンLAカプセル40mgで調剤してしまった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
96	ペンフィルR注300	ペンフィル30R注300	インスリン製剤の調剤において、Rを調剤、交付すべきところ、30Rを調剤、交付してしまった。	調剤、鑑査、交付時確認。何れも素通りしてしまった。	インスリン個々にラベルを作成し、調剤、鑑査、交付時確認の際、処方箋の裏面に貼付する。	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 医薬品
97	ペンニードル30G8mm	ペンニードル32Gテーパー	【事例の内容】 注射針をペンニードル30G8mmの所をペンニードル32Gテーパーと間違えて手渡した。後日気がつき、未使用のまま回収交換出来た。		処方せんを十分に確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
98	ペンニードル32Gテーパー	ペンニードル30G8mm	ペンニードル32Gテーパーのところ、ペンニードル30G8mmを調剤した。	ペンニードル32Gテーパーが減多に出ないので、「ペンニードル」の処方箋はペンニードル30G8mmだろうという思い込みがあった。	通常、あまり出ない規格も、しっかり頭に入れて調剤、自己鑑査する。	確認を怠った その他思い込み
99	ホクナリンテープ0.5mg	ホクナリンテープ1mg	規格を間違えた。			確認を怠った
100	ホクナリンテープ1mg	ホクナリンテープ2mg	ホクナリンテープ1mg28枚を2mg28枚でとってしまった。	ホクナリンテープ2mgの処方箋が続いていて、確認を怠って薬名(ホクナリンテープ)しか見なかった。	規格まで声だし確認をする。	確認を怠った

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(規格・剤形間違い)

No.	処方された 医薬品	間違えた 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
101	ホクナリンテープ 2mg	ホクナリンテープ 1mg	ホクナリンテープ2mgのところ、1mgで調剤した。	他の薬剤や、その用法について確認をしていたので、見落としたようだ。		確認を怠った
102	ボナロン錠5mg	ボナロン錠35mg	規格を間違えた。			確認を怠った
103	ボナロン錠5mg	ボナロン錠35mg	規格を間違えた。			確認を怠った
104	ホリゾン錠2mg	ホリゾン錠5mg	自動分包機の入力で規格違いで調剤。鑑査で気づいた。			確認を怠った
105	ポロセーブカプセル 0.25μg	ポロセーブカプセル 0.5μg	ポロセーブ0.25μgをわたすところ0.50μgを渡した。次に来局し翌日薬を確かめたら前回と違うと気がつき、電話で薬局に指摘があった。	開店直後で出勤しているのが薬剤師一人だった。また、事故が発生の直後にも患者さんが待っており、あせりがあった。	患者さんとの相互鑑査を徹底する。	確認を怠った 患者への説明が不十分であった(怠った) 勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった
106	マイクロファイン プラス31G×5mm	マイクロファイン プラス31G×8mm	マイクロファインプラス31G×5mmのところ、マイクロファインプラス31G×8mmで調剤した。	マイクロファインプラス31G×5mmの存在を知らなかった。	規格を把握する。	確認を怠った 知識が不足していた
107	マイスリー錠10mg	マイスリー錠5mg	マイスリー10mgを5mgで調剤した。			確認を怠った
108	マイスリー錠10mg	マイスリー錠5mg	マイスリー10mgを5mgで調剤した。	マイスリー5mgが処方されることが多いため、思い込みによる調剤が原因。		確認を怠った
109	マイスリー錠5mg	マイスリー錠10mg	規格を間違えた。			確認を怠った
110	マグミット錠330mg	マグミット錠500mg	規格を間違えた。			確認を怠った
111	マグミット錠330mg	マグミット錠500mg	規格を間違えた。			確認を怠った
112	マグミット錠500mg	マグミット錠330mg	規格を間違えた。			確認を怠った

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(規格・剤形間違い)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
113	マグラックス錠200mg	マグラックス錠330mg	マグラックス錠200mg処方のところマグラックス錠330mgで薬剤師が用意、別薬剤師がミスに気づきマグラックス錠200mgを用意して投薬	来局患者多数による焦りと思い込み		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 教育・訓練
114	ミカルディス錠20mg	ミカルディス錠40mg	ミカルディス錠20mgに対して40mgを投薬してしまった。翌日患者本人から電話があり間違いに気づいた。すぐに交換に伺った。	混雑していたために、薬剤師が一人で調剤し投薬してしまった。	混雑しているときこそ、他の薬剤師や事務員に声をかけチェックしてもらおう。	確認を怠った 医薬品
115	ミカルディス錠20mg	ミカルディス錠40mg	ミカルディス20mgが処方されていたのに、ミカルディス40mgを間違えて調剤、投薬した。	患者さんとインフルエンザのことや、マスクのことなど、他の話をしながら、投薬していた。後で、処方箋を見直して、気がついた。	複数規格の薬については、処方箋の薬品の規格を鉛筆で、印をしてより気をつけるようにする。将来的には、機械でチェックできるように機器の導入も検討中である。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
116	ミカルディス錠20mg	ミカルディス錠40mg	処方箋と照らし合わせる前に調剤した。	確認不足だった。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
117	ムコダイン錠250mg	ムコダイン錠500mg	規格を間違えた。			確認を怠った
118	ムコダイン錠250mg	ムコダイン錠500mg	ムコダイン250mgの処方のところ、ムコダイン500mgを投薬してしまった。	インフルエンザの患者が3人来客、非常に忙しい状況で確認が十分でなかった。ムコダインは500mgが多く処方されるので、500mgとの思い込みが強かった。	落ち着いて、確認鑑査をしっかりと行う。薬歴、処方せん、薬袋をしっかりと確認していく。2人以上で薬の確認を行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
119	ムコダイン錠500mg	ムコダイン錠250mg	処方箋はムコダイン500mgだったのに、調剤はムコダイン250mgでした。鑑査で判明。調剤をやりなおしました。	規格違いありの表示あったのに、思い込みでしてしまった。	規格違いを手にする時は声だしをする。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった 医薬品 教育・訓練
120	メキシチールカプセル100mg	メキシチールカプセル50mg	メキシチール100mgのところを50mgで調剤。	処方箋と照らし合わせての確認を怠った。		確認を怠った
121	メキシチールカプセル100mg	メキシチールカプセル50mg	メキシチールの規格違いを渡していたが、服用前であったので交換した。	薬品名や数のチェック確認を手順どおりに実施していなかった。	手順を遵守する。確認を徹底する。	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(規格・剤形間違い)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
122	メキシチールカプセル50mg	メキシチールカプセル100mg	メキシチール50mg1日3回を間違えてメキシチール100mgで調剤する。鑑査で気づき、防いだ。	メキシチールは100mgと思いこみがある。	同種医薬品で規格が複数ある時の調剤の規格確認を徹底する。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった
123	メチコバル錠250 μ g	メチコバル錠500 μ g	新規にメチコバル錠250 μ gの処方されたが、メチコバル錠500 μ gをお渡しした。	当薬局で使われるメチコバル錠は、ほとんどが500 μ gのため、メチコバル錠という思いこみだけで渡してしまった。	ほとんど使われない薬剤でも、再度、規格を見直すようにする。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった 医薬品
124	メバロチン錠5	メバロチン錠10	自動分包機の入力で規格間違い、鑑査で気づいた。			確認を怠った
125	メバロチン錠5	メバロチン錠10	メバロチン5mgのところ10mgで調剤し、さらに鑑査ミスのため気づかず、10mgを交付した。患者様の電話の指摘により発見、交換すると共に、謝罪を行った。	当薬局ではほとんど10mgしか回転しない為、調剤・鑑査漏れとなる。また棚も上下に並んで配置していた。	レセプトコンピュータ及び薬歴に注意するようコメントを入れた。薬品棚の配置をずらした。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品
126	メリスロン錠12mg	メリスロン錠6mg	メリスロン12mgのところを6mgで調剤した。			確認を怠った
127	モーラスパップ60mg	モーラスパップ30mg	モーラスパップ60mgを35枚で調剤しないといけなところ、30mgで調剤してしまった。			確認を怠った
128	モーラスパップ60mg	モーラスパップ30mg	モーラスパップ60mgをモーラスパップ30mgで調剤した。	60mgはたまにしか出ないため、思い込みで調剤したのが原因。		確認を怠った
129	モーラスパップ60mg	モーラスパップ30mg	モーラスパップ60mgをモーラスパップ30mgで調剤した。			確認を怠った
130	モーラスパップ60mg	モーラスパップ30mg	シップの規格を取り違えた。			確認を怠った
131	モーラスパップ60mg	モーラスパップ30mg	薬剤を取り違えた。			確認を怠った
132	モーラスパップ60mg	モーラスパップ30mg	規格を間違えた。			確認を怠った
133	モーラスパップ60mg	モーラスパップ30mg	規格を間違えた。			確認を怠った

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(規格・剤形間違い)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
134	ユリーフ錠2mg	ユリーフ錠4mg	ユリーフはカプセルから錠剤に切り替えになったが、処方せんはユリーフカプセル2mgのままだった。処方医に問い合わせをしてユリーフ錠2mgでお渡しするはずだったが、誤ってユリーフ錠4mgでお渡ししてしまった。お渡しした直後に気づき、患者さんに謝罪し、正しいものと交換した。服用はしていなかった。	規格の見落とし。思い込み。カプセルから錠剤になった。追加になった薬に気を取られていた。	鑑査の強化。薬歴の表にユリーフ錠2mgと書き、mgのところに波線をひく。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品
135	ラシックス錠40mg	ラシックス錠20mg	当薬局では初めての患者だった。ラシックス錠40mg1錠が処方されていたが、誤って20mg1錠で交付してしまった。その後、過ちに気づき、服用前に対応した。	採用されているラシックス錠の規格が20mgのみだったため、疑いを持たず調剤し、鑑査時も過ちに気づかなかった。	鑑査時の医薬品名・規格の確認を徹底する。規格が複数ある医薬品の再チェック。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品 仕組み
136	ラニラピッド錠0.1mg	ラニラピッド錠0.05mg	取り違えた。			確認を怠った
137	ラニラピッド錠0.1mg	ラニラピッド錠0.05mg	規格違いをした。			確認を怠った
138	ラニラピッド錠0.1mg	ラニラピッド錠0.05mg	規格を間違えた。			確認を怠った
139	リスパダール錠2mg	リスパダール錠3mg	自動分包機の入力で規格間違い。鑑査で気づいた。			確認を怠った
140	リバロ錠2mg	リバロ錠1mg	規格を間違えた。			確認を怠った
141	リピトール錠5mg	リピトール錠10mg	リピトール5mgで調剤するところ10mgで誤って調剤し、鑑査で発見した。	10mgが処方されることが多いため、思いこみによる調剤が原因。	処方箋を最後までよく読む。規格を確認する。	確認を怠った

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(規格・剤形間違い)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
142	リンラキサー錠125mg	リンラキサー錠250mg	処方医療機関の採用は、リンラキサー錠250mgだった。リンラキサー錠125mgは備蓄しておらず、レセコンにも登録していなかった。そのため、規格確認を怠り、リンラキサー錠250mgでレセコン入力をし、処方箋の規格を十分注意せず、リンラキサー錠250mgを調剤し交付してしまった。	リンラキサー錠250mgが採用薬であり、リンラキサー錠125mgを備蓄しておらず、規格の確認を怠った。	処方せんと調剤薬の平行鑑査。処方せんを声を出して読み、調剤した薬と合致する旨を十分に鑑査する。	確認を怠った その他125mgは、処方医療機関の採用でなかった 教育・訓練
143	レキソタン錠5	レキソタン錠2	規格間違い、鑑査で気づいた。			確認を怠った
144	レスリン錠25	レスリン錠50	レスリン(25)で調剤するところを(50)で調剤。鑑査で気づいた。			確認を怠った
145	レニベース錠5	レニベース錠2.5	規格違いをした。			確認を怠った
146	ロキソニンテープ100mg	ロキソニンテープ50mg	ロキソニンテープ100mg3袋をロキソニンテープ50mg3袋で渡した。	規格まできちんと見なかった。	鑑査で規格まできちんと確認し、患者に渡す前に再度確認する。	確認を怠った
147	ロヒプノール錠2	ロヒプノール錠1	規格の間違いをした。			確認を怠った
148	ロヒプノール錠2	ロヒプノール錠1	ロヒプノール錠2のところロヒプノール錠1で調剤し投薬した。患者がしばらく服用し、「何となく眠れない」と言うので、気がついた。	向精神薬の同じ引き出しに入っており、頻用はロヒプノール錠1だったので思い込みで調剤した。	払い出し記録があるので、いつも出ている患者かどうか、必ず氏名を確認し、調剤、鑑査での再確認を徹底する。	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

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(規格・剤形間違い)

No.	処方された 医薬品	間違えた 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
149	ワーファリン錠0.5mg	ワーファリン錠1mg	ワーファリン1mg0.5錠からワーファリン0.5mg1.5錠へ処方変更があったが、ワーファリン1mg1.5錠で調剤した。	患者さんとの会話で、ワーファリンが増えたことの確認が不十分だったための思い込み。	ワーファリンの引き出しに、再確認を促す表示。	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
150	50mgアリナミンF糖衣錠	25mgアリナミンF糖衣錠	棚卸で、数量が合わずに発覚した。	手順どおりの鑑査が出来ておらず、声だし確認もなされていなかった。他の薬は患者との確認はできていたが、その薬は規格確認もできていなかった。	初期鑑査、1文字鑑査、声だし確認を徹底する。	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(規格・剤形間違い)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
【剤形間違い】						
151	アスピンドライシロップ2%	アスピリン散10%	日次棚卸時、アスピンドライシロップの量が合わないことから発覚。調剤時のジャーナルには、アスピリンDSではなく、アスピリン散と記載されており、アスピリン散の残量も減っていた。すぐに本人さん(お母様)に連絡し、謝罪。アスピリンDSをすぐにお持ちし、アスピリン散を持ち帰った。	調剤者は、アスピリンに散とドライシロップがあることを知らずに調剤した。鑑査者は、幼児に散を調剤しないという思い込みから、色もほぼ同じであるアスピリン散をジャーナルできちんと確かめないままに鑑査済とした。忙しく、散剤が3種類処方されている患者で、そのうちの1種であるムコダインに異物が入っており、まきなおした時間のロスから、早く出したい思いがあり、量の鑑査・異物の鑑査はきちんと行ったが、品目の鑑査がおろそかになっていた。一番上のムコダインDSの薬品名を確認した事は覚えているが、アスピリンが散であることは見落としていた。肝心な薬品名を鑑査するという手順が抜けていた。	鑑査時に必ず薬品名をチェックする。アスピリンには散とドライシロップがあり、主成分の含有量が違う事が分かるように印をつけ、必ず確認してから調剤するよう徹底する。	確認を怠った 知識が不足していた
152	アタラックスPカプセル25mg	アタラックス錠25mg	カプセルを錠剤と間違えた。			確認を怠った
153	アデホスコール腸溶錠20	アデホスコール顆粒10%	患者家族の連絡で調剤ミス判明謝罪。既に8日間服薬(計22包)、体調を伺ったが副作用と思われる症状は確認できなかった。ミスの内容を説明、正しい薬と交換し念のため後日、受診するようすすめた。2日後、処方医の先生にTEL、ミスの内容上記経過を報告した。後日患者来局し異常無かったことを確認。	思い込み	鑑査の徹底	確認を怠った コンピュータシステム 医薬品 その他思い込みがあった

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(規格・剤形間違い)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
154	アデホスコーワ顆粒10%	アデホスコーワ腸溶錠60	アデホスコーワ顆粒10%が処方されていたが、アデホスコーワ腸溶錠60を渡してしまった。	今回、患者はのどの不調で受診し、トミロンなど3種類の薬が処方されたが、以前からめまいで受診しており、アデホスコーワ顆粒10%など4種類の薬が処方されていた。薬局カウンターで今回のトミロンなど3種類以外に、いつものめまいの薬も残数が少ないため、欲しい旨の申し出があった。医院に問い合わせの電話をして処方追加となったが、調剤の際に「顆粒」と「錠剤」を勘違いをしてしまい、確認をしないまま渡してしまった。	処方箋へ修正や追加の記入を正確に行ってから調剤をはじめる。	確認を怠った その他□頭で処方追加が行われた
155	アリセプト錠5mg	アリセプトD錠5mg	アリセプト錠5mgが処方されていたが、アリセプトD錠5mgを調剤した。患者はまだ服用していなかった。患者宅へ薬の交換に行き、謝罪した。	5mgのみ確認し、剤形チェックがもれていた。	1剤1剤集中して鑑査を行う。	確認を怠った
156	アンテベートクリーム0.05%	アンテベート軟膏0.05%	アンテベートクリームの処方のところをアンテベート軟膏を入力していた。透析の患者で、透析室の看護師より、現物とお薬票が違っていると指摘があり、入力間違いに気付き、訂正した。			確認を怠った
157	エコリシン眼軟膏	エコリシン点眼液	エコリシン眼軟膏のところ、点眼液を調剤した。	「エコリシン」が目に入った際、点眼液と思い込んでしまった。	調整後は、思い込みをせず、自己鑑査を行う。	確認を怠った その他思い込み

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(規格・剤形間違い)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
158	エビプロスタット配合錠DB	エビプロスタット錠	既に投薬した患者が来店し、「いつもの薬と違うがどうか?」と質問した。	2次元バーコードの対象品であったため、読み取ると処方通りに入力できるが、配合錠と錠剤の変更をした覚えがない。手入力によるチェックをする時もマーカーをつけるようにしていたが、それらもスルーしていた。服薬指導も患者が来られたのは、3日後であった。来られた時に湿布薬が患者希望の品と違うものであったことから、医師に連絡する必要がある、そちらに気を取られていた。	入力時に手入力したところ、バーコードで読み取って少しでも手を加えたところには、注意喚起のマーカーを入れることを徹底する。入力鑑査時にも、規格違いを注意喚起できるように青ボールペンで規格に丸をつける。前回の来店時と違っているときは、入力者は、新規“S”同“D”と、印をつける。コメントも入力する。	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
159	エンシュア・リキッド	エンシュア・H	エンシュアの規格違いを渡していた	チェックシートの確認が、味と本数確認だけして薬品名を見落としていた。	他者にも確認依頼、表示をわかりやすくし注意喚起する。	確認を怠った 判断を誤った
160	ガスターD錠20mg	ガスター錠20mg	2人の異なる医師から、それぞれ処方された。通常は、まとめて入力するところを別々に入力した。「ファモチジン口腔内崩壊錠」と一般名で記載されている時の調剤は、当薬局では「ガスターD錠」を選択することと取り決めをしているが、今回は、取り決めと異なる「ガスター錠」を入力した。	調剤録の確認は行ったが、レセコンに入力した薬品名に疑問に思いつつも見過ごしていた。入力者の経験が浅く、周囲に確認できる者がいなかった。また、入力した薬品名が誤っていると判断ができなかった。規格違いに関しては、思い込みと投薬前の薬歴の確認が不十分だった。	調剤録と、処方箋を確認することの意味の理解。一般名処方など、処方箋の記載と異なる薬品名で調剤する場合、処方箋のコピーに必ず調剤する薬品名を記載し、薬歴と確認を行う。周囲に確認できる者がいない場合は、患者に説明し、曖昧な判断で投薬を行わない。	確認を怠った
161	コディオ配合錠MD	コディオ配合錠EX	コディオ配合錠MD 1回1錠分1朝食後14日分をコディオ配合錠EX 1回1錠分1朝食後14日分で交付した。	繁忙時期に確認が十分にできなかった。MDとEXの違いに注意が不十分だった。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品
162	コディオ配合錠MD	コディオ配合錠EX	コディオ配合錠の規格を確認せずに調剤した。鑑査でミスを見つけた。	医薬品の名称が類似しているため、調剤ミスが起こった。	規格多注意のラベルを付け、棚配置を変更した。コディオ配合錠EXとMDの名称が類似しているため、メーカーには今後変更していただきたい。	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(規格・剤形間違い)

No.	処方された 医薬品	間違えた 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
163	コフノールLカプセル45	コフノール錠15mg	処方箋はコフノールL45であったが、調剤されたものがコフノール錠15であった。投薬時気づき交換した。	薬品名をしっかりと確認していなかった。	あわてずに調剤、鑑査する。	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
164	ジプレキサザイデイス錠5mg	ジプレキサ錠5mg	患者の家族の方が来局。ジプレキサザイデイス錠5mg処方されたが、誤ってジプレキサ錠5mgを調剤した。	いつもどおりの処方のため、薬剤師の気がゆるんでいた。ジプレキサ錠とジプレキサザイデイスの剤形の違いに気がつかなかった。	処方内容の読み上げ確認。調剤棚に「剤形注意」「規格違いあり」などの注意喚起のシールを貼る。スタッフの知識力向上。	確認を怠った 知識が不足していた
165	シングレアチュアブル錠5mg	シングレア細粒4mg	剤形を間違えた。			確認を怠った
166	シングレア錠10mg	シングレア細粒4mg	シングレア錠10mgを調剤するところ、シングレア細粒で調剤してしまった。			確認を怠った
167	ゼポラステープ40mg	ゼポラスパップ40mg	ゼポラステープ40mgのところ、ゼポラスパップ40mgを調剤し交付した。患者から「色が肌色ではない」との電話でミスが発覚した。	ゼポラステープの存在を認識していなかった。「ゼポラス」と「40mg」のみの確認でテープ剤、パップ剤の認識がなかった。	認識を持つと共に、外用薬の調剤時に注意することとした。	確認を怠った 知識が不足していた
168	セルベックスカプセル50mg	セルベックス細粒10%	剤形を間違えた。			確認を怠った
169	セルベックス細粒10%	セルベックスカプセル50mg	「錠剤が飲めない」と注意書きがあった。この場合、セルベックスは細粒で調剤するべきところ、カプセル剤で調剤してしまった。	セルベックスの細粒があることを忘れてしまっていた。	他規格の勉強をする。	確認を怠った
170	タケプロンOD錠15	タケプロンカプセル15	名称だけを見て、剤形を確認しなかった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
171	タッチロンテープ20	タッチロンパップ30	タッチロンテープをタッチロンパップと間違い患者へ投薬した。その後、処方せんの確認をしている時に間違いを発見した。患者へ連絡し使用前に取り替えた。			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(規格・剤形間違い)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
172	タリオンOD錠10mg	タリオン錠10mg	タリオンOD錠を処方のところ、タリオン錠で調剤・鑑査した。	通常、タリオン錠の処方がほとんどで、OD錠が出ることはまずなかった。そのため、思い込みで調剤、鑑査を通過させてしまった。	処方薬の規格・剤形を見逃さないため、品名を(気持ち)右から読むように意識して、薬情の写真ともチェックする。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった
173	チモプトール点眼液0.5%	チモプトールXE点眼液0.5%	薬局にはチモプトール点眼液0.5%の在庫はなかったが、チモプトール点眼液0.5%の処方を見て、在庫のあるチモプトールXE点眼液0.5%を調剤して手渡してしまった。患者はチモプトール点眼液0.5%1日2回のところを、チモプトールXE点眼液を1日2回で使用してしまった。	チモプトール点眼液0.5%とチモプトールXE点眼液0.5%があることの認識不足。しっかりと処方箋の文字を読んで確認しなかった。服薬指導もチモプトールXE点眼液であれば1日1回なのに、1日2回の指示を矛盾と感じなかった。	文字を声を出して読む。手渡す際にもう一度確認する。	確認を怠った 知識が不足していた ルールの不備
174	デパケン錠200	デパケンR錠200	デパケン錠200mg4錠84日分をデパケンR錠200mgで調剤してしまった。	確認が甘くデパケンの文字を見てRの方だと思いこみ調剤してしまった。	必ず声だし調剤をする。規格・錠数の確認を行う。	確認を怠った
175	デルモベートクリーム0.05%	デルモベート軟膏0.05%	デルモベートクリームを調剤するところ、デルモベート軟膏で調剤した。			確認を怠った
176	ドグマチール錠50mg	ドグマチールカプセル50mg	ドグマチール錠50mgで調剤すべきところ、ドグマチールカプセル50mgで調剤、交付した。	バーコードによるピッキングを省略したか、ピッキングマシンの警告音を軽視したため。頻繁に変更されるJANコードに管理がおいついてない現状も良くない。警告音に対する警戒感が麻痺していた。	ピッキングマシンでの調剤を徹底する。本日付けで極力、JANコードに依存せず、内部コードで表現できるようにした。また、使用頻度が高いものは引き出しではなく、調剤棚上部で管理するように、多くの商品の配置場所の変更することとした。ドグマチールカプセル50mgについては、不動在庫エリアに保管場所を移動した。	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 その他四一ルの不徹底

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(規格・剤形間違い)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
177	トランサミンカプセル250mg	トランサミン錠250mg	1.トランサミンカプセル250mgをトランサミン錠250mgに間違えた。2.投薬者が、投薬後の薬歴作成時に誤調剤に気づき、電話連絡後交換をした。3.服用前のため健康被害は無し。	1. 処方せん登録者が、トランサミンカプセル250mgのところトランサミン錠250mgで誤登録した。2. 調剤者は、登録された調剤支援用のシートで調剤したため誤登録されたトランサミン錠をピックアップした。3. 鑑査者は、処方せん鑑査(処方せんと支援シートの照合)において消し込みをしながら鑑査をしたにもかかわらず誤登録に気付かなかった。4. 鑑査者は、調剤鑑査(処方せんと調剤薬の照合)においてやはり消し込みをしながら鑑査をしたにもかかわらず誤調剤に気付かなかった。	1. 処方せん登録は、頭3文字で検索をしている。「トラン」と入力すると1行目に錠剤、2～4行目に他薬、5行目にカプセルが表示される。よって、錠剤とカプセルが上下に並列で表示されるように改善した。2. 同一名称の剤形違いのため、登録薬品名を『【錠250mg:トランサミン】と【カプセル250mg:トランサミン】』と剤形を頭に持ってきた。	確認を怠った 知識が不足していた 医薬品
178	トランサミン錠250mg	トランサミンカプセル250mg	在庫にないトランサミン錠が処方入力されていることを発見し、トランサミンカプセルの在庫が少なく、錠剤があることをわかっていなかった。	薬品名にチェックが入っておらず、手順どおり実施できていなかった。店舗にトランサミンカプセルしかなく、錠剤があることをわかっていなかった。	手順どおりの調剤を徹底する。医薬品名だけでなく剤形まで声出し確認、指差し確認を行う。	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
179	ノルバスクOD錠5mg	ノルバスク錠5mg	ノルバスクODの処方だったがノルバスク錠を調剤した。監査で発見した。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
180	ノルバスクOD錠5mg	ノルバスク錠5mg	ノルバスクOD錠が新規に採用になったが、以前のままのノルバスク錠をそのまま調剤してしまった。監査者が気づき、正しく交付した。			確認を怠った 通常とは異なる心理的 条件下にあった
181	ビオフェルミンR錠	ビオフェルミン錠剤	ビオフェルミン規格違いを調剤した。	基本の声だし確認や鑑査を一人で行った。	鑑査時の声だし確認、二人以上のときは、調剤と鑑査を分ける。一人のときは、アシスタントにも目を通してもらう。	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(規格・剤形間違い)

No.	処方された 医薬品	間違えた 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
182	ヒルドイド	ヒルドイドソフト	リンデロンDP軟膏・ヒルドイドを混合する処方のところ、リンデロンDP軟膏・ヒルドイドソフトを混合調剤してしまった。	150gずつの混合で多量であったことで、急いだために、思い込みで調剤してしまった。	医薬品の名称の声出し確認。	確認を怠った
183	ヒルドイドクリーム 0.3%	ヒルドイドソフト	薬剤を取り違えた。			確認を怠った
184	ミコンビ配合錠B P	ミコンビ配合錠A P	ミコンビ配合錠BPのところ、ミコンビ配合錠APを調剤したが、鑑査でミスを発見した。	製品名が似ているために読み誤りがあった。	製品名が似ているため、製薬メーカーに成分量表示の変更を望みませぬ。	確認を怠った 知識が不足していた 医薬品
185	モーラスパップ3 0mg	モーラステープ2 0mg	モーラスパップをモーラステープで調剤した。		外用剤は剤形まできちんと確認する。	確認を怠った
186	モーラスパップ3 0mg	モーラステープ2 0mg	モーラスパップ30mgが処方されていたのに、モーラステープ20mgを調剤し、渡そうとした。患者よりいつものと違うと指摘があり、間違いに気付いた。	以前は「モーラス30mg」「モーラステープ20mg」と名称の長さが違って、ひと目で判別できたが、名称変更により「モーラスパップ30mg」となったため、処方せんの印字で見ると、見間違ふことがある。間違いやすいことは自分でも認識していたが、この日は一人薬剤師だったため二重鑑査が徹底できなかった。	処方せんに、モーラスパップ30mgなのか、モーラステープ20mgなのか確認するために、鉛筆で「パップ」「テープ」部分に確認のチェックを入れるようにする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品
187	ユリーフカプセル 4mg	ユリーフ錠4mg	ユリーフカプセルが処方されていたのに、注意力不足で錠剤を調剤してしまった。		剤形の間違ひをしないように、注意喚起の印をつけた。	確認を怠った
188	ユリーフカプセル 4mg	ユリーフ錠4mg	カプセルでの処方を錠剤で調剤していた。	引き出しにカプセルが入っていなかった。棚上に錠剤があったので、それを拾ってしまった。規格、数量はチェックしていたが、剤形をチェックしていなかった。	自己鑑査をしない。剤形にチェックを入れる。	確認を怠った

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(規格・剤形間違い)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
189	ユリーフ錠4mg	ユリーフカプセル4mg	ユリーフ錠4mgが処方されていたのに、ユリーフカプセル4mgを調剤しお渡ししてしまった。4日後に他の薬剤師がユリーフ錠、カプセルの在庫数が合わないことに気づき、調剤ミスが判明。すぐに患者宅へ連絡して薬を取替えに行った。患者は残薬があり、まだ服用していなかった。	ユリーフにはカプセルと錠があることは分かっていたが、数の確認のみで処方箋ときちんとみていなかった。	剤形が異なるものは、棚の配列を変えてはいた。鑑査を十分注意して行う。	確認を怠った
190	ラミシール外用液1%	ラミシールクリーム1%	ラミシール外用液のところ、ラミシールクリームで調剤した。	急用の方で、忙しかったことも重なり、焦りが生じた。	忙しかったり、焦らせられたりしても、落ち着いて自己鑑査をする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的条件下にあった
191	リンデロン-VG軟膏0.12%	リンデロン-VGローション	剤形を間違えた。			確認を怠った

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(規格・剤形間違い)

No.	処方された 医薬品	間違えた 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
【調剂量間違い】						
192	アズノールうがい 液4%	アズノールうがい 液4%	アズノールうがい液5mL包装のと ころ、10mL包装で調剤した。	集中できていなかった。	集中する。	確認を怠った 通常とは異なる心理的 条件下にあった
193	アスピリン散1 0%	アスピリン散1 0%	アスピリン散の予製。1日量0.4gの ものと1日量0.3gのものをとり間違 えてしまった。監査の時に気づい た。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
194	アドエア100ディ スカス	アドエア100ディ スカス	患者本人が来局した。アドエア100 ディスクス28BLのところアドエア 100ディスクス60BLを調剤した。監 査で気付いた。	調剤後の確認を怠った。初めてアド エア100ディスクス28BLが出たの で、説明器具の準備などに気をと られた。	調剤後の再確認を必ずする。	確認を怠った
195	アドエア100ディ スカス28BL	アドエア100ディ スカス60BL	正:アドエア100ディスクス28BL 誤:アドエア100ディスクス60BL	アドエア100ディスクス28BLは、 当該患者のみしか使用していな い。250と500は60BLの在庫あ るが、100ディスクスは28BLのみ の在庫であった。先月、たまたま6 0BLが調剤された。当該薬剤師 は、60BLが当薬局で調剤され、 在庫していることをしらなかった。 午前に調剤済み、アドエア100 ディスクスの在庫が0になり、卸へ 注文。午後、納品された同薬剤を 保管する際、在庫0のはずの同薬 剤の在庫が1個あり、不審に思 い、ゴミ箱を調べたところ、アド エア100ディスクス60BLの外箱を 発見。すぐ患者宅へ電話し、60BL と28BLを交換する。	アドエア100ディスクスの28BLと 60BLが同じ引き出しで管理され ていた →ちがう引き出しで管理する	その他アドエア100ディ スカスの在庫が28BLの みで、60BLは当薬局に 在庫がないと思っていた
196	アドエア500ディ スカス	アドエア500ディ スカス	前回、アドエア500ディスクス60プリ スターの処方を28プリスターで、調 剤していた。	アドエアの規格についての認識不 足。28プリスターのみの在庫で あったため、アドエア500までの確 認で終えていた。	量の規格だけでなく、使用回数 の規格についても必ずチェックを 入れる。曖昧な認識の薬品につ いては、きちんと確認し、問題解 決してから、調剤・監査・投薬す る。	確認を怠った

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(規格・剤形間違い)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
197	アローゼン	アローゼン	アローゼン1g/包で調剤するところを0.5g/包で調剤。鑑査で気づいた。			確認を怠った
198	クラシエ防風通聖散料エキス細粒	クラシエ防風通聖散料エキス細粒	3.75g 112包→2.5g 168包で、調剤して渡していたが、患者本人が気づいた。服用前であった。	2.5g包での計算を行い処方箋のコピーに書き込んだ。鑑査もその書き込みを信用した。	散薬の服用回数には、特に気をつける。用法に○印をつけ、1包あたりの重さを記入する。	確認を怠った その他思い込み
199	クレストール	クレストール	クレストールの規格違いを調剤したが、患者家族が、説明書の色が違うことに気が付き、患者本人が持参された。	薬剤師Aが調剤しているところに、患者対応が入ったため、薬剤師Bが続いて調剤した。薬剤師Bが調剤を行い、薬剤師Aが鑑査をした。声だし確認の徹底がなされていなかった。	一連の行為(調剤・鑑査)は、各一人が行う。手順の励行。あわてず焦らず正確に実施する。	確認を怠った 連携ができていなかった
200	グロリアミン顆粒	グロリアミン顆粒	グロリアミン顆粒0.5g包装のところ0.67g包装を誤調剤した。	通常、グロリアミン0.67g包装の処方がほとんどである。まれに処方された0.5gを、0.67gと認識したことで誤調剤した。鑑査の際に分包数の確認記録は残っているが、内容量のg数は記録されていないため、確認不十分、思い込みと思われる。	配置を並列に変更し、視認性を高めた。1包あたりのg数を記録として残す。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
201	トラバタンズ点眼液0.004%	トラバタンズ点眼液0.004%	トラバタンズ点眼液0.004% 5mlと処方されていた。2.5ml/個と鑑査段階で気づく。最初は点眼液1本で調剤していたが、確認後2本に変更。	点眼液=5mlと思いこみがある。	点眼液に2.5mlもあるので、どんな種類があるのか確認する。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった 医薬品
202	ペルジピン	ペルジピン	ペルジピンLAの規格間違いで調剤していたが、患者が気づき服用には至らなかった	規格チェック不足と鑑査時の注意不足。2人薬剤師はいたが、一人で調剤・鑑査・投薬していた	2人鑑査の順守。調剤と鑑査は、別々に行う	確認を怠った
203	ボルタレンゲル1%	ボルタレンゲル1%	ボルタレンゲル50g1本のところ、25g1本で調剤した。	確認不足だった。近隣の医療機関以外の処方せんだった。	声出し確認する。	確認を怠った

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(規格・剤形間違い)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
204	マグラックス細粒83%	マグラックス細粒83%	マグラックス細粒83%分包品で2g/分3のところ、3g/分3で調剤してしまった。	自己鑑査をおろそかにしてしまった。	忙しい時でも、自己鑑査がおろそかにならないようにする。	確認を怠った 施設・設備
205	メイラックス	メイラックス	メイラックスの数量を低く調剤していた	規格には、○印をつけていたが、見落としていた	基本を遵守し、患者に渡す時も確認を行う	確認を怠った その他○印がついていたが見落とした
206	酸化マグネシウム原末「マルイシ」	酸化マグネシウム原末「マルイシ」	酸化マグネシウム2g分2/30日分のため、1g/包のところ、0.67g/包を60包調剤した。	2g分3の場合、1包は0.67gなので、1日量2gとなっていたのを見て、0.67g包を取ってしまったと考える。包数は合っていたので、分2であることは別途、確認していたと考えられる。		確認を怠った
207	重カマ「ヨシダ」	重カマ「ヨシダ」	酸化マグネシウムの分包品 1包1gを取らなければならないところ、1包0.5gを取ってしまった。	粉末だったので、規格チェックが甘かった。	分包品も規格のチェックをしっかりとる。	確認を怠った
208	重カマ「ヨシダ」	重カマ「ヨシダ」	重カマ0.67g/分2(1包0.33g)処方のところ、1包0.67gで調剤した。			確認を怠った
209	重質カマグG「ヒシヤマ」	重質カマグG「ヒシヤマ」	カマ0.67g/包、3包分3で調剤するところをカマ1g/包、2包分2で調剤。鑑査で気づいた。			確認を怠った
210	重質カマグG「ヒシヤマ」	重質カマグG「ヒシヤマ」	カマ分包品の規格ミス。鑑査で気づいた。			確認を怠った

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(規格・剤形間違い)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
【その他】						
211	ジェイゾロフト錠25mg	リスパダール錠2mg	自動分包機の入力で処方変更に気づかず入力。鑑査で気づいた。			確認を怠った
212	セロクエル25mg錠	ヒベルナ糖衣錠25mg	自動分包機の入力において、セロクエル25mgを調剤するところヒベルナ25mgを調剤。鑑査で気づいた。			確認を怠った
213	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)	ツムラ83で調剤するところをツムラ54で調剤。鑑査で気づいた。			確認を怠った
214	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)	ツムラ品名違い。投薬時に気づいた。			確認を怠った
215	プレドニゾン錠1mg(旭化成)	プレドニン錠5mg	プレドニゾン1mgをプレドニン5mgで調剤した。		処方箋を最後までよく読んで調剤する。	確認を怠った
216	メインテート錠2.5	アーチスト錠2.5mg	患者が来局し、4日前にもらった薬がいつものと違うと言われた。中身を確認したところメインテート2.5mgのはずが、アーチスト2.5mgが入っていた。患者は残薬があったため、間違った薬を飲んでいなかった。間違えてお渡ししていたことをお詫びし、その場で薬を取り替えてお渡しした。	処方箋FAXの文字が一部切れており、調剤者が「2.5mg」の規格をみて、アーチスト2.5mgと思い込んで調剤し、鑑査者も処方箋原本の確認を怠った。	処方箋FAXが判読しづらい場合には、思い込みで調剤は行わず、原本がきてから確認すること。これは、本来マニュアルにも規定されていることであり、マニュアルの遵守を徹底する。	確認を怠った
217	ユーロジン1mg錠	スルピリド錠100mg(TYK)	自動分包機の入力で薬剤の変更に気づかず入力。鑑査で気づいた。			確認を怠った

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(薬剤取違え)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
1	アイピーディカプセル100	アタラックス-Pカプセル25mg	アイピーディカプセル100で調剤するところ、アタラックス-Pカプセル25mgで調剤してしまった。	先頭の文字「ア」を見て思い込み、調剤をしてしまった。	1文字ずつ声出し確認。	確認を怠った
2	亜鉛華軟膏「ヨシダ」	亜鉛華(10%)単軟膏「ニッコー」	病院が採用している亜鉛華軟膏「ヨシダ」ではなく、亜鉛華単軟膏「ニッコー」で調剤してしまった。	同じ薬効の薬が2種類以上あり、混乱を招いた。	門前病院の処方せんの採用品目に今一度目を通し、使う際は作っている会社名までの声だし確認。	確認を怠った
3	アスベリンシロップ	アリメジンシロップ0.05%	アスベリンシロップ処方をアリメジンシロップで調剤して投薬した	シロップ剤時の色監査の確認が不明。また、記録もなされていなかった。	シロップ剤の調剤は、全量の計算時に色も記入。調剤後、調剤者と別の者が監査し、量と共に色の記載にもチェックを入れる	判断を誤った その他思い込み
4	アスベリン錠20	アストミン錠10mg	確認不足だった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
5	アセメール錠10	アルマール錠10	過去2回の処方について、アセメール(後発品)で調剤すべきところを、アルマール(先発品)で調剤した。当該患者は錠剤自動分包機で一化化をするが、履歴データが記録されるため、次回の一化化は、その履歴データを利用して調剤を行っていた。今回は履歴データと処方箋を照合したが、処方薬が変更されたことに気づかずに、そのまま分包をしてしまった。		錠剤分包機の入力については、速さよりも確実性を重視して行うことを徹底する。鑑査は、処方せんに忠実にを行う。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった その他慣れ 教育・訓練
6	アダラートCR錠10mg	ニフェランタンCR錠10	薬袋と入っていた薬剤の名称が異なっており、患者本人からの電話により発覚した。	声出し確認、指差し確認ができていたが、記憶になく、手順どおり実施できていなかった可能性がある。処方箋写しにて、名称、計数のチェックはされているにもかかわらず、ニフェランタンとアダラートを取り違えていた。両薬剤が同一成分であることを通常から認識しており、このことから、手順を踏みながらも形だけの鑑査をしていたと考えられる。	鑑査時には必ず全ての手順をきちんと行うよう、意識的に落ち着いて実施する。また、薬剤師は調剤した薬が処方箋と合致しているか、最後に全て確認することを徹底する。薬袋をまとめている場合でも、薬袋と薬剤の確認をひとつひとつ行うことを徹底する。	確認を怠った

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(薬剤取違い)

No.	処方された 医薬品	間違えた 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
7	アテレック錠10	アーチスト錠10mg	アテレック錠10mgを、アーチスト10mgで調剤してしまった。	他の作業と並行しつつ調剤したため、確認不足だった。	作業が終了できるものは完了させるなど、並行に行わないようにする。	確認を怠った
8	アナフラニール錠10mg	トフラニール錠10mg	アナフラニール10mgをトフラニール10mgで調剤した。			確認を怠った
9	アプラチン錠20mg	アゼプチン錠1mg	取り違えた。			確認を怠った
10	アプレース錠100mg	アンプラーグ錠100mg	薬剤を取り間違えた。			確認を怠った
11	アベロックス錠400mg	バルトレックス錠500	アベロックス錠400mgを2錠取る ところ、バルトレックス錠500を2錠取ってしまった。	患者を待たせていたので、焦ってしまった。	自己鑑査を徹底する。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった
12	アムロジンOD錠5mg	アムロジピン錠5mg「サンド」	アムロジンOD錠5mgをジェネリックにする方で、アムロジピンOD「トーフ」を調剤するところを、アムロジピン5mg「サンド」で調剤してしまった。	備考に書いて、事務員に伝えた後、その方の調剤の順番がまわってくるまでに20分くらいあった。アムロジピン「サンド」は棚にあるが、OD「トーフ」は引き出しにあって、目に入らなかった。	ジェネリックに変える変則的なものは、特に流さず慎重に、処方せんを指で追いながら声だして調剤する。	確認を怠った 医薬品
13	アムロジンOD錠5mg	ノルバスクOD錠5mg	アムロジンOD錠5mgを、ノルバスクOD錠5mgと取り違えた。	ノルバスク錠5mgが最近ODに変わり、混同しやすい。	チェック時は確認をおろそかにせず、シートの薬名をしっかりと見る。指差し確認を行う。	確認を怠った
14	アムロジンOD錠5mg	ノルバスクOD錠5mg	アムロジンOD錠5mgを処方されていたのに ノルバスクOD錠5mgを渡してしまいました。	メインで処方せんを受けているクリニックからの処方箋は、全ての患者さんに ノルバスクOD錠を処方されているのが、この患者さんのみアムロジンOD錠処方なので 常々間違っ てはいけないと気をつけていたが、患者さんが集中して一人薬剤師なので 確認不足で投薬してしまった。	患者さんの薬歴に注意のメモをつける事にした。近医にも過誤を報告して 使用薬品を統一可能か相談させてもらった	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 その他思いこみ防止策 必要

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(薬剤取違え)

No.	処方された 医薬品	間違えた 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
15	アムロジン錠2.5mg	アムロジピン錠2.5mg「CH」	普段は内科と泌尿器科を受診している患者さんで、内科の医療機関を変更した方。医療機関が変わった為、従来までのジェネリック薬から先発品へ戻ったが、名称の類似に気づかずジェネリック薬で交付してしまった。	調剤・鑑査・交付に関して、夜間帯を除いて同一者が行わないことになっているが、この事例については、鑑査と交付を同一者が行ってしまった。	マニュアルを再確認しながら内容の徹底をしていく。	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
16	アルプラゾラム錠0.4mg「トーフ」	スカルナーゼ錠1mg	処方せんには先発医薬品で記載されており、後発医薬品に変更を行う患者だった。薬歴を見て変更する時に、間違えて書き写してしまい、同種同効薬のため気づかず調剤した。ソラナックスの後発医薬品であるアルプラゾラムを取るところ、メイラックスの後発医薬品であるスカルナーゼを取ってしまった。	薬歴から転記する時、しっかりと確認をしていなかった。後発医薬品名から先発医薬品名を同定出来ていなかった。	後発医薬品を取る時、先発医薬品が何であるかを考えて調剤する。転記ミスをしないように注意する。	確認を怠った 知識が不足していた
17	アルロイヤーネーザル	ナイスピー点鼻液50μg	アルロイヤーネーザルの処方のところ、隣にあったナイスピー点鼻液を調剤してしまった。鑑査で気づいた。			確認を怠った
18	アレジオン錠20	アルピード錠20	処方のアレジオンを後発薬品に変更したが、印をつけていなかったために(アルピード)、先発のアレジオンを調剤した。	後発薬品に変更したが、記載していなかったため、監査シートと処方箋の両方を見て監査をしたため。	後発品の変更時は、処方箋のコピーに変更の旨を書きくわえる。入力時に後発品に変更していることをPC上でも確認できるようにする。	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
19	アレビアチン錠100mg	ベザトールSR錠100mg	一包化をして処方されている患者にベザトールとアレビアチンを間違えて調剤したと思い(在庫がちょうど合わなかった)、お取り換えに行きました。		バラした錠剤を元の場所に戻すときは二人以上で確認する。定期的には在庫のチェックをする。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった
20	アンテベート軟膏	デルモベート軟膏0.05%	アンテベート軟膏処方のところ、デルモベート軟膏で調剤した。	いつもは自己鑑査を調剤した後にしているが、忙しかったために思い込みで取ってしまい、そのまま鑑査者に渡してしまった。外用の処方箋をまとめてカゴを持ってピックアップしていたので、それも原因かと思われる。	外用だからと油断せず、流すように処方せんを見ないようにする。必ず何の薬でも、自己鑑査を行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(薬剤取違い)

No.	処方された 医薬品	間違えた 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
21	アンブロキシソール 塩酸塩錠15mg 「タイヨー」	バザロイン錠10	アンブロキシソール錠のところバザロイン錠を調剤。鑑査で気づいた。			判断を誤った
22	インテバン外用液 1%	ナパゲルンロー ション3%	インテバン外用液1%のところ、ナパゲルンローション3%で調剤した。			確認を怠った 技術・手技が未熟だった 教育・訓練
23	エンセロン錠20 mg	チクピロン錠100 mg	以前からの残薬があったため、薬袋を22日後に開けたところ、エンセロン錠の薬袋の中にチクピロン錠が入っているとの電話があった。チクピロン錠は服用していない。直ちにご自宅まで交換に行った。	保管場所は離れており、先入観や勘違いによるものと思われる。(薬品名称の末尾がロンで終わっている。)	鑑査時は他の業務を行わず、鑑査業務に専念する。	確認を怠った
24	オメプラール錠1	オルメテック錠10 mg	薬剤を取り違えた。			確認を怠った
25	オメプラール錠1 0	オメプラゾール錠 10mg「アメル」	オメプラールの処方を、オメプラゾールで調剤して渡していた。当日の棚卸で誤薬が発覚	間違っ拾った。鑑査も規格だけに注意を払っていた。また、間違っ棚に収納されていた。	規格・薬品名の再確認、汎用のオメプラールを目線の高さに保管。	確認を怠った その他補充自体を誤っていた
26	オメプラール錠1 0	オルメテック錠20 mg	処方箋内のオメプラール10mgをオルメテック20mgと読み誤った。			確認を怠った 知識が不足していた 教育・訓練
27	オラドールスト ローチ0.5mg	SPTローチ明治	オラドールストローチのところ、横にあったSPTローチを調剤。鑑査で気づいた。			確認を怠った
28	オルメテック錠20 mg	オメプラール錠2 0	処方薬オルメテック錠20mgを56錠渡すべきところ、オルメテック錠20mgをヒートで46錠、オメプラール錠20mgをヒートで10錠混入して、交付した。すぐに、患者様からの連絡により発見。	オルメテック錠20mgの錠剤棚に混入していたオメプラール錠20mgを一緒にピックアップして、技術の未熟さと、確認不足で十分な鑑査をせず、患者様へ交付した。	オルメテック錠20mgとオメプラール錠20mgの棚が隣だったので、場所を変えた。薬品を棚から出し入れする時は十分な確認をすること、鑑査時には間違いは常にあるものだということを頭に入れながら行うということを申し合わせた。また、何事も複数の人間で確認をしながら進めるように周知徹底した。	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 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(薬剤取違え)

No.	処方された 医薬品	間違えた 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
29	ガスロンN錠2mg	ガスロンN錠2mg	通常11種の薬剤を一包化している患者さん。事務員と一緒に確認したにも関わらず、ガスロンN錠を出し忘れたまま分包を開始してしまった。分包後のチェックで足りないことが発覚し、再度分包しなおした。	この時、薬剤師が一人で、この患者さんの後に続けて患者さんが入ってきてしまい、慌ててしまった。	患者さんが多くても慌てない。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
30	ガランターゼ散50%	アドソルビン原末	ビオフェルミン+ガランターゼが処方されていたのをビオフェルミン+アドソルビンと間違えて調剤した。調剤後、投薬中に間違いに気づき改めて調剤しなおした。	調剤直前に急に停電、15分後に復旧し調剤する。患者を待たせているという焦りと、下痢止めの薬であるという思い込みが全く違う薬を調剤してしまう結果となった。	調剤者自身も鑑査システムの記録を確認するように徹底する。	確認を怠った その他停電後で慌てていた
31	カリーユニ点眼液0.005%	ヒアレイン点眼液0.1%	カリーユニを調剤するところ、ヒアレインを調剤してしまった。	処方上にはヒアレインも処方されており、それぞれを調剤したつもりだったが、誤ってヒアレインを調剤してしまっていた。同じ棚の並びにあるため、名前を確認せず思い込みで調剤してしまったのが原因。	目薬の箱に書いてある名前をよく確認してから調剤する。	確認を怠った
32	カリーユニ点眼液0.005%	ヒアレイン点眼液0.1%	薬剤を間違えた。			確認を怠った
33	カルナクリン錠50	カリレチンS錠25単位	一包化して渡す患者に、カルナクリン錠50を調剤すべきところを、カリレチンS錠25単位を調剤してしまい、鑑査者も気付かずに患者に渡してしまった。薬を受け取ったのは代理の方だった。帰宅後、本人よりいつもの薬と色が違うと電話連絡があり、間違いに気付いた。お詫びして、正しく作り直した一包化薬を自宅に届けた。	忙しい時間帯で一包化薬の調剤が続いていたので、処方箋との確認が不十分のまま思い込みで調剤してしまった。	間違いやすいパターンであることを認識して、薬歴の表にも注意書きのシールをつけた。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
34	カロナール錠200	カルナクリン錠25	カロナール錠200mgとカルナクリン25mgのカセットが隣のためとり間違い。監査時に気づいた。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(薬剤取違い)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
35	逆性石ケン液0.025「ヨシダ」	ヒビテン・グルコネート液20%	薬品を取り違えた。			確認を怠った
36	グッドミン錠0.25mg	レンドルミン錠0.25mg	患者が、前回の処方(30日分)のみ終わったところで手持ちの残薬を確認されたところ、薬情に記載のない薬(レンドルミン)が16錠余っていることに気づかれた。今日、窓口で薬を受け取られる際にこの旨のお申し出があり確認したところ、前回お渡しした眠前薬は、処方のグッドミンではなくレンドルミンであることが判明した。患者には、グッドミンはレンドルミンの後発品であることを説明しお詫びをしたが、「今までは、薬をのむとすぐに眠りについていたのに、このごろ、薬の効き目がよくないと感じていた」とのお話であった。なお、来局の際に持参されたレンドルミン16錠は、グッドミンに交換させて頂いた。	レンドルミンと後発品のグッドミンはシートの色や形が似ている。取り揃え段階で、同種同効品を無意識に間違えており、慣れからくる品名の勘違いが原因と考えられる。また、鑑査者も外見に惑わされたものと考えられる。	取り揃えにおいて、薬剤を手から離すときに、再度、処方と現物を照らし合わせることを習慣づける。また、鑑査者は投薬時に、シートの薬品名、含量をきちんと読んで確認する。	確認を怠った その他 図せり 医薬品 教育・訓練
37	クラシエ葛根湯エキス細粒	ツムラ葛根湯エキス顆粒(医療用)	クラシエの葛根湯が処方のところ、ツムラの葛根湯を調剤した。	葛根湯は通常、ツムラで処方されるので、思い込みで調剤した。声出しが出来ていなかった。	最初から最後までの声出し確認の徹底。	確認を怠った 知識が不足していた
38	クラビット錠	クラリシッド錠200mg	薬剤を取り違えた。			確認を怠った
39	クラビット錠	クラリシッド錠200mg	クラビット錠が処方されていたが、クラリシッド錠200mgを調剤した。	処方内容の問い合わせや、薬を近隣薬局に借りに行くなどの業務が重なり、意識がおろそかになっていた。	どんなときでも声出し、指差し確認を忘れない。忙しい時こそ、一呼吸おいて、落ち着いて調剤をする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
40	クラリス錠200	クラリシッド錠200mg	薬剤を取り違えた。			確認を怠った

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(薬剤取違え)

No.	処方された 医薬品	間違えた 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
41	グルコバイ錠10 0mg	アカルボース錠1 00mg「タイヨー」	10月にファックスにて処方せんを受け取り、事務員がコンピューター入力をしようとした所、前回までグルコバイ錠を後発品であるアカルボース錠に変更していたが、今回処方せんが後発品不可となっており、入力には処方せんとおりのかどうかを薬剤師に確認した。この患者さんは後発品を強く希望されている方であり、処方せんの記載間違いかと考えたが、今までの処方せんも確認した方がよいと考え、過去の処方せんも確認した。すると7月までは後発品可の処方せんだったものが、7月以降は後発品不可となっていた。7月と9月に同処方の処方せんが出ており、2回とも不可に気づかず処方せん記載のグルコバイ錠ではなく、後発品のアカルボース錠を調剤し交付していた。発行した医療機関に後発品不可は間違いなのでは(本人が希望されていた経緯があるので)と照会したが、体調不良があり7月より意図的に後発品不可に変更しているとの回答であった。	これまで何ヶ月も後発品で調剤しており、本人が後発品を強く希望していたこともあって、処方せんが後発品可となっているかをあまり確認せず、計算・調剤・鑑査を行っていた。	一度後発品に変更してしまうと、以降は後発品可の処方せんで発行されると思い込んでしまう傾向があり、確認を怠りがちなので、後発品を調剤する際は必ず後発品可の処方せんかどうかを事務員も薬剤師も確認する。	確認を怠った その他思い込みがあった

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(薬剤取違え)

No.	処方された 医薬品	間違えた 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
42	コートリル錠10mg	プレドニン錠5mg	以前に変更されていた薬剤を変更前の薬剤で調剤していた。	変更の指示は2週間分であったが、1週間分のみ変更した。配薬日当日に処方変更になったので、2週間分変更していると時間的に配達できなくなってしまうため、1週間分のみ変更した。その後、もう1週間分変更を行っていなかったことに気づかず、次の週の配薬のための薬のセットを行ってしまった。チェック体制の整備が行われていなかった。	変更途中の場合は、カゴに変更途中の紙をはり、処方箋のコピーは変更有のファイルに挟んで、配達前に再確認する。	確認を怠った 連携ができていなかった
43	コナン錠10mg	コニール錠4	確認を怠り、患者からの指摘で判明した。			確認を怠った
44	ジェイゾロフト錠25mg	トレドミン錠25mg	ジェイゾロフト錠25mgのところ、トレドミン錠25mgで調剤してしまった。	他の人と業務についてほかの事を話しながら調剤、鑑査をした。25mgしか見ていなかったと思われる。同効薬だった。	話を区切ってから鑑査する。	確認を怠った その他話しながら調剤
45	ジクロフェナクナトリウムテープ15mg「ユートク」	ボルタレンテープ30mg	後発品へ変更するのを間違えた。			確認を怠った
46	シングレア錠10mg	キプレス錠10mg	シングレア錠を調剤すべき所を、併売薬であるキプレス錠を調剤し、渡していた。	同効薬の勘違い。繁忙時に取り違えた。普段、薬情の写真と調剤したモノを比べて取り違えを防止しているが、繁忙のため、それを怠った。普段、投薬時に患者さんにヒートシールを見せながら投薬を心がけているが、繁忙のため、それを怠った。	薬情の画像と比べるのを繁忙時でも怠らない。薬剤を確認してもらいながら投薬するのを怠らない。併売をする時には同じ名前で販売をしてもらいたい。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品
47	スターシス錠90mg	ボグリボース錠0.3mg「SW」	薬剤の取り違えた。			確認を怠った
48	ストガー錠10	ガスポート錠20mg	薬剤を取り違えた。			確認を怠った

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(薬剤取違い)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
49	スリノフェン錠60mg	ロキソニン錠	スリノフェンが処方されていたが、誤って、ロキソニンを調剤してしまった。鑑査時に発見できず、投薬時に気付いた。	スリノフェンはロキソニンのジェネリック医薬品であるため、調剤時にスリノフェンとロキソニンを混同してしまったものと思われる。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
50	スローケー錠600mg	スローフィー錠500mg	スローケーをスローフィーで調剤した。			確認を怠った
51	スローケー錠600mg	スローフィー錠500mg	名前が似ていて、カセッターも隣だったため、取り違えた。		カセッターの隣を離して置いた。	確認を怠った
52	スローケー錠600mg	スローフィー錠500mg	同じ棚で名前が似ていたため、取り間違えた。			確認を怠った
53	セイブル錠50mg	ボグリボースOD錠0.3mg「サワイ」	セイブル50mgを調剤するところ、ボグリボースOD0.3mgを調剤した。	カセットが隣なので、とり間違えたと思われる。		確認を怠った
54	ゼスラン小児用シロップ0.03%	ザジテンシロップ0.02%	ゼスランシロップ処方にザジテンシロップを調剤し交付した。処方せん確認鑑査時点で気付き、患者さん服用前に交換、謝罪した。	思い込みによる調剤。当日薬剤師1名休みの為、調剤鑑査を一人で行う。	散薬鑑査システムを用いて、シロップ剤もバーコード鑑査を実施することにした。	確認を怠った 医薬品 仕組み
55	セパミット-R細粒2%	セレニカR顆粒40%	セパミット-R細粒2%で処方のところ、セレニカR顆粒40%で調剤してしまった。	セパミット-R細粒2%は分包品があったが把握しておらず、調合と判断し、調合メモに「セパミットR」と記載したが、思い込みでセレニカR顆粒40%を調剤してしまった。	メモをしっかりと見て調剤する。	確認を怠った
56	セファランチン錠1mg	ウルソ錠50mg	セファランチンが処方されているところ、ウルソを調剤した。グリチロンが処方にあつたので、いつもよく出るウルソと勘違いをした。声出しを怠っていた。			確認を怠った
57	セレコックス錠100mg	アンブロキシソール塩酸塩錠15mg「タイヨー」	セレコックスとアンブロキシソールとも処方あり。一包化作成時、両剤の取り違いによる、コンベア薬品作成ミス。(数包のみ)	錠剤を棚から取った後、勘違いによるコンベア作成時のPTP取り違い。	コンベア薬品が数種類あつた際、混ざらないようPTP(殻も)を輪ゴムでくくる。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 諸物品 仕組み

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(薬剤取違い)

No.	処方された 医薬品	間違えた 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
58	セロクラール錠20mg	テクニス錠20	ジェネリックと思い込み調剤、鑑査をスルーしてしまった。			確認を怠った
59	ゾピクール錠10	マイスリー錠10mg	自動分包機の入力でゾピクール10mgで調剤するところをマイスリー10mgで調剤。鑑査で気づいた。			確認を怠った
60	ソラナックス0.4mg錠	アルプラゾラム錠0.4mg「トローワ」	ソラナックスをアルプラゾラムにせず、先発品のままで調剤した。	自己鑑査の途中に問い合わせの返事が来て、かなりお待たせしていたので、そちらに気が行ってしまった。	一つずつ落ち着いて作業する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
61	タケプロンOD錠15	タケプロンOD錠30	タケプロンOD錠15mgの処方でタケプロンOD錠30mgを出してしまった。1錠服用して患者さんが気が付き来局してわかった。服用後も体に変調はなかった。		繁忙期も集中力を落とさないように気を付ける。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
62	タフマックEカプセル	コスパノンカプセル40mg	タフマックEをコスパノンで調剤した。			確認を怠った
63	タプロス点眼液0.0015%	ルミガン点眼液0.03%	タプロス点眼液が処方されたが、ルミガン点眼液を投薬した。調剤助手が気づき、薬局の外で呼びとめ、交換した。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 施設・設備 仕組み
64	タリオン錠10mg	クラリチン錠10mg	タリオン錠10mg2錠/分2、15日分のところ、クラリチン錠10mg2錠15日分で調剤した。	電話をしながらピッキングをした。タリオンと言いながらクラリチンを取っていた。元々自分でも間違えやすいと思っていたのに間違ってしまったのは、確認がしっかり出来ていなかったかと思われる。	自己鑑査を、どんな時でも行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
65	タリオン錠10mg	パキシル錠10mg	錠剤カセッターよりタリオンを取り出そうとした際、パキシルが混入していた。	少し前にパキシルが処方されたが、疑義照会で数量が減じて戻す際、誤ってタリオンのカセッターへもどしてしまった。両剤ともシートに青ラインあり、一瞬同じに見えたとの事。	各カセッターに注意喚起のシール貼り付ける。	確認を怠った 医薬品

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(薬剤取違え)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
66	タリビッド眼軟膏 0.3%	クラビット点眼液 0.5%	タリビッド眼軟膏のところ、クラビット点眼で調剤した。	確認もれ。		確認を怠った 技術・手技が未熟だった 教育・訓練
67	タリビッド眼軟膏 0.3%	タリビッド耳科用液 0.3%	薬剤を間違えた。			確認を怠った
68	チラーヂンS錠50	ラニラピッド錠0.05mg	薬剤を間違えた。			確認を怠った
69	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)	ツムラ24加味逍遙散84包のところ、7包だけツムラ54抑肝散が混入。(ツムラ24加味逍遙散77包+ツムラ54抑肝散7包で調剤。)	2回目に開けた薬の引き出しを間違えた。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
70	ツムラ葛根湯エキス顆粒(医療用)	クラシエ葛根湯エキス細粒	ツムラ葛根湯のところをクラシエ葛根湯で調剤し、渡してしまった。	頻度の高い銘柄を調剤してしまった。鑑査者も思い込み、指導で確認を怠った。漢方1種類のみで気を抜いた。	調剤、鑑査、指導と3回の確認は薬品数が少なからうが徹底して行うこと。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった
71	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝加芍薬湯のところ、ツムラ柴胡桂枝湯でお渡ししてしまった(分包品の帯の色で薬を判断してしまった)。投薬した直後に気付いて、その場で謝罪しすぐに交換をいたしました。			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
72	ツムラ五苓散エキス顆粒(医療用)	ツムラ五淋散エキス顆粒(医療用)	夕方来局。処方内容は定期処方 で特に変更無し。処方箋では五苓散が処方されていたが、名前の似ている五淋散で調剤してしまった。鑑査でもチェック出来ず、交付時も薬剤師、患者共に気づかずそのまま交付した。数日後、患者より連絡あり誤調剤発覚。服用していつもと味が違うので気がついた。今のところ有害事象はなし。	定期処方では五苓散が処方されていたが、五苓散はこの患者のみで、薬局としては主に五淋散を調剤している。いつもは、このことを踏まえて気をつけて調剤していたが、今回はうっかりミスで誤調剤、鑑査でも気づけずに患者に渡ってしまった。	薬歴の頭書きに記入するなど、たとえ調剤の時点で間違えても、鑑査で確実に発見できるような配慮を行う。	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(薬剤取違え)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
73	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)	「柴胡桂枝湯」を「柴胡桂枝乾姜湯」に間違えた。薬歴を記載するため処方内容を確認中、入力誤りに気付いた。直ちに患者宅へ連絡後、経緯・内容を説明するとともに薬の交換に訪問した。	処方せん入力者は、名称が類似していたため、薬剤選択画面において誤入力をした。入力者は薬品の頭3文字「サイコ」を入力したら、選択画面に誤調剤薬となった「柴胡桂枝乾姜湯」が単独表示され、誤ってそのまま入力した。処方薬の柴胡桂枝湯は「サイ」を選択しないと選択画面に出てこなかった。よって、薬品選択における品番設定に問題があった。調剤者は、誤入力に従い誤った薬を調剤した。鑑査者は、誤入力並びに誤調剤に気付くことなく鑑査を終了した。具体的には、消し込みによる鑑査において、誤調剤された柴胡桂枝乾姜湯の番号11と情報リスト(調剤支援表)の番号11の照合が一致したことで鑑査を完結してしまい、本来実施すべき処方せん記載薬である柴胡桂枝湯(番号10)と誤調剤薬の柴胡桂枝乾姜湯(番号11)の目視による鑑査、つまり処方せん調剤薬の並列鑑査が実施されていなかった。投薬者は、当該患者が当薬局で投薬される初めての漢方薬だったため、柴胡桂枝乾姜湯(番号11)の薬効を確認、説明することのみに集中してしまった。	1) 処方せん登録者は、登録終了後、処方せんと登録内容を再度確認する。漢方薬の場合、薬品名が類似しているため、薬品名を最後まで読む。2) 鑑査者は、手順書に従い処方せんと調剤薬の並列鑑査を実施する。特に漢方薬の場合、薬剤名を確実に読みながら消し込みを実施する。3) 投薬者は、薬品名を声に出しながら患者に確認・説明をする。「これは、漢方薬です。・・・」ではなく、「これは、漢方薬で、10番の柴胡桂枝湯です。・・・」と、番号と薬品名をしっかりと伝える。4) 患者本人による鑑査機能が発揮されるように、お薬手帳への記録を開始した。以上のことから、処方せん登録者の薬品選択において、誤登録を防止するために、漢方薬の品番設定を検討する。また、鑑査業務等については、業務手順書に従い、調剤を実施すれば防ぐことが可能なため、その他、新たな再発防止策は施さずに、業務手順書の再確認と業務の実施に努める。	確認を怠った 知識が不足していた コンピュータシステム
74	ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ19を調剤するところ、ツムラ29を調剤した。		調剤時にヒートの番号と名前を処方箋ときちんと確認して調剤する。	確認を怠った

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(薬剤取違い)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
75	ツムラ大建中湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ猪苓湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ100が4束のところ、ツムラ40が3束混入していた。	通常は、ツムラ100とツムラ40は違う段に置かれているが、ツムラ100の箱の下にツムラ40が重なっていた。同じ色だったために同じ薬だと思い込み、3束取ってしまった。	重なっていて、なおかつ同じ色だったので、そのまま気づかず出してしまったと考える。1束ずつ指差し確認をしていれば、間違えるはずがないため、鑑査時の漢方の番号と名前のチェックを忘れず行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
76	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒(医療用)	ツムラ麻子仁丸エキス顆粒(医療用)	ツムラ八味地黄丸を間違えてツムラ麻子仁丸を調剤した。			確認を怠った
77	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ黄連解毒湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ16を調剤するところをツムラ15で調剤した。鑑査で気づいた。			確認を怠った
78	ツムラ防己黄耆湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ麻杏よく甘湯エキス顆粒(医療用)	鑑査を間違えた。			確認を怠った
79	ツムラ麻黄附子細辛湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ麻黄湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ麻黄附子細辛湯のところ、ツムラ麻黄湯で入力、調剤し投薬した。	薬品名の頭の文字が類似。入力、調剤、鑑査時点での確認不足。	忙しくても再確認の徹底。	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
80	ツムラ麻黄附子細辛湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ麻黄湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ麻黄附子細辛湯のところ、ツムラ麻黄湯でお渡した。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
81	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒(医療用)	【事例の内容】 小児科で芍薬甘草湯が処方されることがあまりないため、スチックゼノールAとセットの処方に疑問を感じながら、よく処方される桂枝加芍薬湯で調剤してしまった。調剤後に改めて処方箋を見直したところ、芍薬甘草湯の間違いであったことに気付いた。			確認を怠った その他注意力が不足していた。
82	ディオバン錠40mg	ミカルディス錠40mg	薬を取りちがえた。			確認を怠った
83	ディオバン錠40mg	ミカルディス錠40mg	薬剤を間違えた。			確認を怠った

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(薬剤取違え)

No.	処方された 医薬品	間違えた 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
84	テグレート錠100mg	テオドール錠100mg	テグレート錠100mgをテオドール錠100mgで調剤した。	テオドールを投薬した後で、思い込みでピッキングしてしまった。	テグレートを声出しをしながらテオドールを取ってしまったので、指さし確認と最終鑑査でシートを見て声出しをする。	確認を怠った
85	テトラミド錠10mg	デパス錠0.5mg	テトラミド錠10mgをシートで30錠調剤しなくてはいけないところをデパス錠0.5mgをシートで調剤した。処方、服薬開始日から25日後に病院外来看護師より電話あり判明しました。12時過ぎに奥様が来局し、現物を確認した。持参した薬袋に1錠ずつはさみでカットされたデパス0.5mg10錠、テトラミド錠10mg1錠、フルニトラゼパム2mg13錠があった。近医にかかっていた(状態が落ち着いており医療機関を変更する予定で打ち合わせもかねて)が投薬は無い。薬は当薬局分だけとのことだった。今回持ち帰った薬の中にデパス錠が入っていたことで今回の薬はいつもと違うと思われるっており、薬剤情報提供文書とも異なっていると気づいていたが、服用は続けていた。体調が悪くなる一方だったので、病院に電話をかけたとのこと。病院には看護師に相談したのみであり、診察日ではなかったため診てもらわず直接薬局にきた。間違えて薬をお渡ししてしまったこと、それを飲み続けられていたことでの体調不良になられたこと、わざわざ来局していただいたことなどを深くお詫びしました。次の受診までのテトラミド錠10mg5錠をお渡しし、デパス錠0.5mgは回収しました。別途主治医にお詫びし書面にて報告しました。	テトラミド錠10mgとデパス錠0.5mgのシート形状がよく似ていることもあり、間違えた可能性あり。投薬時、窓口で薬品名と現物確認を本人と行いました。そのときは理解、認識は十分できる方との印象ありました。	慌てず調剤に取り組む。投薬時に薬剤師が行っている確認と患者の立会いの確認の視点は同じとは限らないので気をつける。	確認を怠った その他四観が良く似ているため見逃した 医薬品 その他四互いの棚が近い
86	デパス錠0.5mg	コンスタン0.4mg錠	デパス0.5mgをコンスタン0.4mgと誤って調剤した。			確認を怠った
87	テルギンGドライシロップ0.1%	ムコダイン細粒50%	テルギンGドライシロップを計量すべきところをムコダイン細粒を計量してしまった。	テルギンGのすぐ下にムコダイン細粒が配置。容器の外観も似ているため、すぐに間違いに気付かず、分包後の鑑査で気付いた。	計量前の確認も怠らない。	確認を怠った
88	テルネリン錠1mg	ナウゼリン錠10mg	テルネリン錠をピッキングすべきところを誤ってナウゼリン錠をピッキングしてしまった。投薬前の鑑査時に発見されたので投薬には至らなかった。	2剤とも要注意薬や特定管理薬ではないので、もともとの薬品棚の位置が近く、且つ名称のリズム感が似ているので、ピッキングミスを起こしてしまった。	双方にピッキングミスに対する注意喚起のメモを貼った。	確認を怠った その他特定のヒューマンファクター無し 医薬品

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(薬剤取違え)

No.	処方された 医薬品	間違えた 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
89	デルモベートスカルプローション0.05%	メサデルムローション0.1%	デルモベートスカルプをメサデルムローションで調剤した。			確認を怠った
90	ドキサゾン錠1mg	ドルナー錠20μg	名前が似ていて間違えた。			確認を怠った
91	トライコアカプセル100mg	ドプスカプセル100mg	トライコアの処方箋をお持ちになり、調剤、交付。帰宅後、トライコアのところにドプスが調剤されていたことを気づき、2日後に来局されて判明する。患者さまには交換、謝罪。残薬があったためドプスの内服はなし。	チェックの怠り(トライコアとドプスが似たカプセルであることから)。	処方内容と処方薬の一字一字毎のチェック。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった
92	トランサミン錠250mg	トランサミンカプセル250mg	在庫にないトランサミン錠が処方入力されていることを発見し、トランサミンカプセルの在庫が少なくもわかり発覚した。	薬品名にチェックが入っておらず、手順どおり実施できていなかった。店舗にトランサミンカプセルしかなく、錠剤があることをわかっていなかった。	手順どおりの調剤を徹底する。医薬品名だけでなく剤形まで声出し確認、指差し確認を行う。	確認を怠った 知識が不足していた
93	ナウゼリン錠10	プリンペラン錠5	隣のカセッターだったため、薬剤を取り違えた。			確認を怠った
94	ニバジール錠2mg	コニール錠2	ニバジール錠2mgが処方されていた患者にコニール錠2を渡していた。後日、コニールが処方された時にコニールの在庫が無いことでニバジールとコニールを間違えて渡した事に気付いた。当該患者と連絡を取ろうとしたが電話が無く、連絡が取れなかったため、薬局を閉めた後に地図を頼りに患者宅を訪ねた。渡した薬を見せて頂き、薬を間違えて渡したことを確認した。患者は間違えて渡された事に気付かず、既に1錠服用されていたが、特に健康被害も無かったため、間違えて渡した事を謝罪し、正しいニバジールと交換した。	ニバジール、コニール共に小分けの会社より28錠ずつ購入しており、血圧の薬ということもあり同じ引き出しに保管していた。いつも来られる患者であるため、血圧の薬で2mg、28錠渡さなければいけないという思い込みがあり、薬剤交付の時の薬情での確認も十分で無かったために間違った薬剤を交付していた。	思い込みと慣れにより手を抜かず、薬はきちんと処方せんと確認するとともに、交付時にも必ず薬情で薬を確認しながら渡すようにする。	確認を怠った その他思い込みと慣れ

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(薬剤取違い)

No.	処方された 医薬品	間違えた 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
95	ニフラン点眼液 0.1%	カリーユニ点眼液 0.005%	薬剤を間違えた。			確認を怠った
96	乳糖	酸化マグネシウム	リーゼ顆粒10%に賦形剤として、乳糖を入れる際、酸化マグネシウムを入れて調剤した。	予製を作成した際、秤量した薬剤について監査が実施できていなかった。	作成者以外(調剤)が監査を行う。2人以上で監査をする、作成したものの・作成が正しく行われたか確認する。	確認を怠った
97	ニューロタン錠25	テノーミン錠25	薬剤を取り違えた。			確認を怠った
98	ニューロタン錠25mg	テノーミン錠25	取り違えた。	棚が上下だったため間違えた。		確認を怠った
99	ネルビス錠250mg	アチネス錠50	ネルビス錠が処方のところアチネス錠を投薬してしまった。それを、患者さんが気づいてくれて、来局交換に来てくれた。	調剤で間違えるわけが無いという気の緩み、名称を声に出しての確認不足。	鑑査作業の徹底。鑑査ルールの再確認。	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
100	ネルロレン錠「5」	ゾピクール錠7.5	自動分包機の入力でネルロレン5mgを調剤するところを、ゾピクール7.5mgで調剤。鑑査で気づいた。			確認を怠った
101	ノイロトロピン錠4単位	ノイロビタン錠	似た名前の医薬品であったため、間違えた。			確認を怠った
102	ノボラピッド30ミックス注フレックスペン	ノボラピッド注フレックスペン	前々回、処方内容がノボラピッド30ミックス注のところ、誤ってノボラピッド注を渡してしまった。その時点において、患者さんも「今回は薬が変わったんだろうな」と思って使用した。前回は処方どおりのノボラピッド30ミックス注を渡して使用した。今回、本人が医師と話しをして「薬はずっと変わっていない」と聞き、前々回の薬が間違っていたことに気づいた病院から連絡があり判明した。	薬剤師の確認不足と注意力のなさによるミスは明らかで、また、患者さんが説明をしてもらうことを極端に嫌う方で、投薬時に薬や処方内容等の説明ができていなかったこと等が要因と考えられる。他にその当時、当事者の体調、心理面が不安定であったようである。	スタッフ一同でヒューマンエラーと安全対策について研修を行い、チームワークやコミュニケーション環境の向上に努め、まずは何より安全と確実を第一に業務を遂行することを申し合わせた。これからも、改善すべきところはお互いに意見を出し合い、対応し、安全対策に関する研修を定期的に行うようにする。	確認を怠った 患者への説明が不十分であった(怠った) 技術・手技が未熟だった 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 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(薬剤取違え)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
103	ノボラピッド注フレックスペン	ノボラピッド30ミックス注フレックスペン	ノボラピッド注フレックスペンを調剤するところ、ノボラピッド30ミックス注フレックスペンと取り間違えた。		処方箋のインスリンの名前に鉛筆で丸をして、調剤するものを再度確認する。	確認を怠った
104	ノボリンR注フレックスペン	イノレットR注	ノボリンR注フレックスペンを調剤するところ、誤ってイノレットR注で調剤。鑑査で気が付いた。	処方箋をよく見て確認していないことによるヒヤリハット事例	処方箋をよく確認し、インスリンなどの危険薬に関しては二重鑑査を行うなど対策をたてることで予防	確認を怠った
105	ハルナールD錠0.1mg	パナルジン錠	ハルナールD錠0.1mg28錠のうち、10錠がパナルジン錠であることを鑑査時に発見した。	パナルジン錠を棚に戻す際、ヒートシールの色や形状が似ているため、隣りのハルナールの棚に入れてしまっていたのではないかと推測。	ハルナール錠0.1mgとパナルジン錠の棚を一段ずらし、一つあけた。スタッフに注意喚起した。	確認を怠った その他ヒートシール類似で見誤った その他棚が近くにあった
106	ヒアレイン点眼液0.1%	カリーユニ点眼液0.005%	隣のカセッターの薬剤と取り違えた。			確認を怠った
107	ヒアレイン点眼液0.1%	プロラノン点眼液0.1%	処方ではヒアレインであったが同じ引き出しの中にあるプロラノンを調剤した			確認を怠った 技術・手技が未熟だった
108	ビオスリー散	乳酸カルシウム「ホエイ」	ビオスリー散ヒートを乳酸カルシウムヒートと勘違いした。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
109	ヒダントール錠25mg	メリスロン錠6mg	ヒダントール錠25mgを調剤するところ、メリスロン錠6mgを調剤してしまった。	事前にヒダントール錠25mgが足りなくなりそうなことを言われていたため、何錠借りれば良いかということに意識が行っていた。業務手順を守らなかった。該当薬を借りに行っている間に鑑査に回してしまい、自己鑑査もしなかった。	欠品等があるときは間違いやすいことを意識し、決めたことを必ず守る。薬を全てそろえてから鑑査に回す。	確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった
110	ピナトスカプセル10mg	ケタスカプセル10mg	ジェネリックへの変更をし忘れた。			確認を怠った 技術・手技が未熟だった 教育・訓練
111	ヒルドイドクリーム0.3%	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	薬剤を取り違えた。			確認を怠った

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(薬剤取違え)

No.	処方された 医薬品	間違えた 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
112	フェルナビオン パップ70	アドフィードパップ 40mg	フェルナビオンパップ70(温湿布)2袋処方のところ、アドフィードパップ40mg(冷湿布)2袋を渡した。	処方せんを見ずに鑑査をしてしまった。	鑑査で確認をし、患者さんに渡す前にもう一度確認をする。	確認を怠った
113	フェルム・カプセル	フルカムカプセル 27mg	フェルムカプセル305mgを調剤するべきところ、同じ引き出しにあるフルカム27mgを調剤してしまう。鑑査でも気がつかなかったが、投薬時、薬剤師と患者の両者が間違えに気がついた。	同じ引き出しに名称の似た薬品があったため取り違えた。フェルムカプセルは規格が一つしかないため、規格まで確認していなかった。	薬品名称の確認は当然だが、規格が一つしかない薬品でもきちんと規格を確認するようにする。	確認を怠った 医薬品 ルールの不備
114	フスコデ錠	ムコダイン錠250 mg	フスコデ錠のところムコダイン錠250mgで調剤。鑑査で気づいた。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
115	プラコデシロップ	フスコデシロップ	プラコデシロップ処方のところ、フスコデシロップを調剤し交付した。	薬品容器に薬品名の記載なく、期限を書いた紙にのみ薬品名が書いてあったので、読み間違えて調剤した。薬品の形状(色)が全く異なっていることを知らなかったため、そのまま調剤した。	似ている薬がある場合は表示を大きくわかりやすくすること。新規在庫薬品は必ず事前に情報を確認しておくこと。	確認を怠った 知識が不足していた
116	フラビタン錠10mg	プラバスタン錠10	フラビタン錠10mgのところ、プラバスタン錠10mgを調剤。鑑査で気づいた。			確認を怠った 判断を誤った
117	プリモボラン錠5mg	プリンペラン錠5	薬剤を取り違えた。			確認を怠った
118	プルゼニド錠12mg	センノサイド錠12mg「サワイ」	薬剤を取り違えた。			確認を怠った
119	プルゼニド錠12mg	センノサイド錠12mg「サワイ」	薬剤を取り違えた。			確認を怠った
120	プレドニゾロン錠「タケダ」5mg	プレドニン錠5mg	プレドニゾロンを調剤するところ、誤ってプレドニンを調剤した。			確認を怠った
121	プレドニゾロン錠1mg(旭化成)	プレドニン錠5mg	薬剤を間違えた。			確認を怠った

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(薬剤取違い)

No.	処方された 医薬品	間違えた 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
122	プレドニン錠5mg	プルゼニド錠12mg	プレドニン錠5mg処方のところ、誤ってプルゼニド錠12mgを投薬した。	多忙だったため、もう一人の薬剤師による鑑査がおろそかになった。医薬品棚が同一列で、間ひとつ空けて配置していたので、近くだった。	鑑査を徹底すること。医薬品棚の配置を変更。列を一段違えて、かつ1メートル以上の距離をあけた。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった その他わかり 施設・設備
123	プレラン1mg錠	プレロン錠1mg	血圧降下薬を投薬するところ、間違えて副腎皮質ホルモン剤を投薬するところだった。	薬品棚と一緒に並べていたのがよくなかった。	離れた場所に医薬品を置くようにした。	確認を怠った 医薬品 施設・設備
124	プロクトセディル軟膏	強力ポステリザン(軟膏)	プロクトセディル軟膏2g7本の処方のところ、強力ポステリザン(軟膏)を調剤した。	2つの軟膏は、以前から間違いやすく注意医薬品だったため、わざと同じ引き出しに入れてしっかり確認して取るようにしていた。今回は3品目で7日分という比較的簡単な処方で、気を抜いてしまった。強力ポステリザン(軟膏)が納品されていて、その箱の印象が頭に残っていて、何の疑いもなく強力ポステリザン(軟膏)を取ってしまった。	簡単な処方の時も、日頃行っている声出し、指差し確認を怠ってはいけない。	確認を怠った
125	プロスターール錠25	フリバスOD錠25m	プロスターール錠25のところ、フリバスOD錠25mgを調剤した。	忙しかった。当該事例発生前にフリバスOD錠を多く調剤していたため。	しっかり処方せんを確認して取る。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
126	プロチゾラムOD錠0.25mg「タイヨー」	レンドルミンD錠0.25mg	ジェネリックへの変更を忘れた。	薬歴の表紙の確認もれ。	自己鑑査時、薬歴の表紙まで確認する。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった 教育・訓練
127	ブロプレス錠4	プラバチン錠10	薬剤を取り違えた。			確認を怠った
128	フロモックス錠100mg	クラリシッド錠200mg	薬剤を取り違えた。			確認を怠った
129	プロレナール錠5μg	ドルナリン錠20μg	プロレナール5μgの処方あり。後発品に変えようとオパプロスモン5μgを用意しようとしたところ、勘違いしドルナリン20μgをお渡しした。患者が気づき来局した。	プロサイリン20μgの後発品がドルナリン20μgであり、プロレナール5μgとプロサイリン20μgを勘違いした。	混雑していた時間帯だったせいもあり、思い込んでしまった。慎重に行いたいと思う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(薬剤取違え)

No.	処方された 医薬品	間違えた 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
130	ベイスン錠0.3	ベイスンOD錠0.3	ベイスン0.3mgをベイスンOD0.3mgで処方した。服用後、患者より今回の薬は甘かったと報告あり。	繁忙な時間帯で確認ができていないか、ODを見逃した。	監査の徹底。棚の入れ替え。本人のピッキング後見直しの徹底。	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
131	ベザテートSR錠200	ベザトールSR錠200mg	ベザテートSRを調剤している患者に、先発品のベザトールSRを調剤した。調剤録・処方箋・薬歴を確認していたが、日次棚卸まで気付かなかった。	ピッキング前に薬歴と処方箋の確認をしていなかった。店内のルールが周知徹底していなかった。	レセコンへの入力⇒処方箋鑑査⇒調剤録確認⇒ピッキング⇒鑑査とし、スタッフへ周知徹底し実践する。入力時に、前回に代替調剤を含む処方であった場合、調剤室に声かけ、処方箋コピーに代替品を書き込むルールとする。	確認を怠った コンピュータシステム
132	ベネット錠2.5mg	ボナロン錠5mg	薬剤を取り違えた。			確認を怠った
133	ベルデリール錠0.2mg	ラシックス錠40mg	処方された薬とは違った薬をピッキングした。	錠剤が、床に落ちていた。前日に撒きなおした薬が、ラシックスだと思いきってしまった。	処方箋と薬剤の確認徹底。不足などがある場合は、鑑査者に伝える。	確認を怠った 技術・手技が未熟だった
134	ペンフィルR注300	ペンフィル30R注300	いつもと異なる注射が入っていたので、交換してほしいと来られた。処方箋を確認したところ、ペンフィルRが正しかったのだがペンフィル30Rを間違えて渡してしまっていた。幸い本人が気づいて使用していなかった。	FAXの写りが悪い上に手書きで見づらい箇所ではあった。業務も連休明けで多忙だったこともあり、普段よりもあせって調剤をし、確認を怠ってしまったと考える。	FAX処方では処方箋原本と差し替え時に確認をしっかりと行うとともに、インスリンは窓口で患者に確認してもらう。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 通常とは異なる心理的 条件下にあった その他用書き処方
135	ボナロン錠35mg	フォサマック錠35mg	ボナロン錠35mgを処方されていたが、フォサマック錠35mgを調剤してしまった。薬歴の記入する際に気づき、患者宅へ交換に伺った。	処方せんを多くうけている近医が、フォサマック錠35mgを採用していて、ほとんどがフォサマック錠35mgなので、思いこみで調剤してしまった。家族が処方せんを持参されたので、そのまま持って帰った。	薬剤情報文書と交付薬剤を照らし合わせて、再度確認する事を徹底する。	確認を怠った その他思いこみで調剤
136	ボナロン錠5mg	セレコックス錠100mg	薬剤を間違えた。			確認を怠った
137	ボナロン錠5mg	セレコックス錠100mg	シートの色が似ていたため、薬剤を取り違えた。	該当薬剤のカセッターが一段違いで近かった。		確認を怠った

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(薬剤取違え)

No.	処方された 医薬品	間違えた 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
138	ボラザG軟膏	強力ポステリザン (軟膏)	ボラザG軟膏のところ、強力ポステリザン(軟膏)で調剤した。	忙しい時間で、焦りがあった。	思い込まず、自己鑑査を落ち着いて行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
139	マグミット錠330 mg	マグラックス錠330 mg	マグミット330mgをマグラックス330mgで調剤した。	マグラックス330mgの処方箋がほとんどの医院の処方箋であるため、確認を怠った。	ジェネリック医薬品なので「一般名+会社名」への名称変更を希望。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品
140	マルチネスパップ 70mg	セルタッチパップ 70	マルチネスパップの処方のところ、隣にあったセルタッチパップを調剤してしまった。鑑査で気づいた。			確認を怠った その他勘違い
141	ミカルディス錠40 mg	ディオバン錠40 mg	薬剤を取りちがえた。			確認を怠った
142	ミカルディス錠40 mg	ディオバン錠40 mg	ミカルディス錠40mgのところをディオバン錠40mgで調剤した。	確認不足、思い込み。		確認を怠った
143	ミカルディス錠40 mg	ディオバン錠40 mg	ミカルディス錠40mgとディオバン錠40mgの取り違いをした。	同効薬で成分量が同じものであったため、ミカルディス錠40mgを出す所、ディオバン錠40mgを投薬してしまった。患者さんは、前と違うと思いつつも10日間服用した。事後に報告を受けた。	鑑査体制の改善。投薬後のチェック体制の強化。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品
144	ミカルディス錠40 mg	ニューロタン錠5 0mg	日次棚卸中にミスに気づく。分包の鑑査をしていたときに錠剤がひどく汚れていたために、入れ替える際にミカルディスのところを誤ってニューロタンを入れてまき直してしまった。	薬をピックアップしたときに何の薬かをしっかり確認しなかった基本的なミス。鑑査時も思い込みから分包の錠剤の数の確認だけで、薬の種類の確認を怠ってしまった。	ピックアップするとき、分包するとき、何の薬かを指差し声だし確認をする。鑑査時も一度見ているからと安易な気持ちにならず、一からしっかり見直して鑑査する。	確認を怠った
145	ミカルディス錠40 mg	ミカルディス錠20 mg	ミカルディス40mg 1錠 アムロジン2.5mg 1錠 分1朝食後 2日分	いつもかなり多くの処方内容で、28日分のお薬をとりにくる患者です。この日不定期に2日分のみだったため、どうされたのかなあ?と思いながら調剤し、受け取りに来た代理の方にお渡ししたところ、その後、ご本人から、薬が違うと連絡があった。	余計な事を、考えたりせず、調剤に集中する。	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

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(薬剤取違え)

No.	処方された 医薬品	間違えた 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
146	ムコダイン錠500mg	ムコスタ錠100mg	薬剤を取り違えた。			確認を怠った
147	メコバマイド錠500 μ g	メチコバル錠500 μ g	いつも後発医薬品に変更する人でメチコバルからメコバマイドに変更だったが、記載を見逃した。久しぶりに調剤された他薬品の説明に重点をおいたため、投薬時も見逃した。			確認を怠った 技術・手技が未熟だった
148	メコバラミン錠500「トーフ」	メチコバル錠500 μ g	メチコバル錠500 μ gをメコバラミン錠500「トーフ」へ変更希望する患者に対し、変更することを忘れてしまった。	他にも変更するものが多く、見逃してしまった。	前回の処方内容とのすりあわせを必ず行う。	確認を怠った
149	メサデルムクリーム0.1%	レダコートクリーム0.1%	薬剤の取り違えをした。			確認を怠った
150	メチコバル錠500 μ g	ムコスタ錠100	薬剤の取り違えをした。			確認を怠った
151	メチコバル錠500 μ g	ムコスタ錠100mg	薬剤を取り違えた。			確認を怠った
152	メチスタ錠250mg	ムコダイン錠250mg	メチスタ錠250mgのところ、ムコダイン250mgを調剤してしまった。鑑査で気づいた。			確認を怠った
153	メデタックス錠1	メイラックス錠1mg	メデタックス錠1で調剤するところを、メイラックス錠1mgで調剤。鑑査で気づいた。			確認を怠った
154	メバロチン錠10	プラバスタン錠10	メバロチン10mgを出す所を後発品のプラバスタン10mgを出していた。患者さんが3回服用した時点で服用を中止し、再受診された事で発覚した。	調剤する量はプラバスタンの方が多く、汎用品目の棚にはプラバスタンが置いてある。頭の中で、プラバスタチンを思い浮かべ、プラバスタンを調剤したと思われる。	鑑査の徹底。窓口において患者さんと確認しながら投薬を行う。	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

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(薬剤取違え)

No.	処方された 医薬品	間違えた 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
155	メバロチン錠5	メバン錠5	メバロチン錠5mg処方であったが、メバン錠5mgで投薬し、28日間服薬した。患者家族(妻)が服薬管理をしている。妻は間違いに気づいたが「メバン錠はメバロチン錠のジェネリック品と分かったため、そのまま服用しました。」と、次の調剤日に報告を受けた。	当薬局ではジェネリック医薬品を推進しており、メバン錠の使用量がメバロチン錠よりも圧倒的に多くなっていた。調剤時の思い込みが主たる原因になる。	メバロチン服用患者全員の薬歴簿に「メバロチン服用中」と目立つ表示をつけることとした。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 医薬品
156	メルビン錠250mg	メデット錠250mg	メルビン錠250mgを調剤するところをメデット錠250mgを調剤してしまった。	当薬局ではメデット錠の使用量の方がメルビン錠よりも多いため、メデット錠を調剤してしまった。	鑑査時で確認できたが、あまり処方されない薬ほど慎重に調剤する必要がある。	確認を怠った
157	モーラスパップ30mg	セルタッチパップ70	薬剤を取り違えた。			確認を怠った
158	ユベラNソフトカプセル200mg	ユベラNカプセル100mg	ユベラNソフトカプセル200mgをお渡しするところを、誤ってユベラNカプセル100mgを渡してしまった。	多忙な時間帯で、確認が不十分だった。また、家族が受け取りに来たため、患者の前での処方箋との照らし合わせも省略してしまった。	薬剤交付時には、処方箋との突合を確実に励行する。	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
159	ユリノーム錠25mg	ユリーフ錠4mg	薬剤の取り違えをした。			確認を怠った
160	ユリノーム錠25mg	ユリーフ錠4mg	薬剤を間違えた。			確認を怠った
161	ユリノーム錠25mg	ユリーフ錠4mg	ユリノームを調剤しなければならなかったところをユリーフを調剤してしまった。	思いこみにより調剤してしまったと思われる。	薬剤名を最後まできちんと読む。	確認を怠った 知識が不足していた
162	ランソプラゾールOD錠15mg「DK」	タケプロンOD錠15	タケプロンOD錠をジェネリックに変更希望の方に対し、ランソプラゾールOD錠に変更しないで調剤してしまった。	他にもジェネリックに変更する薬品が多く、見落としてしまった。	前回の処方とのすりあわせを必ず行う。	確認を怠った
163	ランソプラゾールOD錠15mg「トローワ」	ランソプラゾールOD錠15mg「タイヨー」	メーカーを間違えた。			確認を怠った

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(薬剤取違い)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
164	ランタス注ソスター	アピドラ注ソスター	薬剤を取り違えた。			確認を怠った
165	リーゼ錠5mg	マイスリー錠5mg	確認不足だった。			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
166	リピトール錠10mg	プラバチン錠10	薬剤を間違えた。			確認を怠った
167	リピトール錠5mg	ローコール錠20mg	効能が同じための思い込み。			確認を怠った
168	リボスチン点鼻液0.025mg112噴霧用	アルロイヤーネーザル	リボスチン点鼻液のところ、アルロイヤーネーザルを調剤した。	多忙。棚が隣り合っていた。	集中する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
169	リンデロン-Vクリーム0.12%	リンデロン-VGローション	薬剤を取り違えた。			確認を怠った
170	リンデロン-V軟膏0.12%	リンデロン-VG軟膏0.12%	リンデロンV軟膏を調剤するところを間違えてリンデロンVG軟膏を調剤。交付後すぐに気付き、交換した。			確認を怠った その他注意不足
171	リン酸ジヒドロコデイン散1%「フソー」	リン酸コデイン散1%「フソー」	リン酸ジヒドロコデイン散をリン酸コデイン散で調剤した。	2種類の存在は知っていた。鑑査時に見落としてしまった。	類似薬に関しては、注意喚起のラベルを貼る。アンダーラインを引く。処方薬とジャーナルを確認する。	確認を怠った 知識が不足していた
172	ルプラック錠4mg	ダイアート錠30mg	薬剤を取り違えた。	隣のカセッターにあるため、間違えた。		確認を怠った
173	ロキソニン錠	ケンタン錠60mg	取り違えた。			確認を怠った
174	ロキソニン錠	ケンタン錠60mg	薬剤を取り違えた。			確認を怠った

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(薬剤取違え)

No.	処方された医薬品	間違えた医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
175	ロキソニン錠	ソレトン錠80	ロキソニンをわたすところ、当薬局で使用頻度の高い、ソレトンを調剤、そのまま投薬してしまった。翌日服用前に薬をみたところ、説明文書と違う、いつも飲んでるのと違うことに気がつき、すぐ来局。服用してなかったため、健康被害なし。			確認を怠った 通常とは異なる心理的条件下にあった
176	ロコイド軟膏0.1%	アンテベート軟膏0.05%	ヒルドイドソフト軟膏とロコイド軟膏を混合するところを、ロコイド軟膏ではなくアンテベート軟膏を混合してしまった。	月曜日だったこともあり混雑していた。散剤やシロップの混合を終えたところに、事務員がヒルドイドソフトとアンテベート軟膏を持ってきた。各10gであることだけを事務員に確認したが、薬剤師は処方箋を見ていなかった。鑑査時にミスに気づき、混合しなおした。	処方箋は必ずチェックする。混合する前に、自分以外の職員とチェックしてから作業にとりかかる。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
177	ロルカム錠4mg	ルプラック錠4mg	薬剤を取り違えた。			確認を怠った
178	ワーファリン錠0.5mg	ワルファリンカリウム錠0.5mg「HD」	ワーファリン錠0.5mgのところ、ワルファリンカリウム錠0.5mg「HD」で調剤した。	確認不足。		確認を怠った
179	ワルファリンカリウム錠1mg「HD」	ワーファリン錠1mg	(正)ワルファリンカリウム錠1mg「HD」とすべきところを(誤)ワーファリン錠1mgとしてしまった。		一次二次鑑査の徹底	判断を誤った
180	ワンアルファ錠1.0	ワーファリン錠1mg	ワンアルファ錠1.0のところ「ワ」と「ファ」から勘違いして、ワーファリン錠1mgを調剤してしまった。鑑査で気づいた。			確認を怠った
181	MS冷シップ「タイホウ」	MS温シップ「タイホウ」	冷湿布と温湿布の取り間違え			確認を怠った 勤務状況が繁忙だった

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(その他)

No.	関連する医薬品の情報	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
1	アーガメイトゼリー	アーガメイトゼリーに服薬日の日付を一日遅く印字していた	他の服用薬と同様に、本品もその日からの開始と思いこみ、印字のチェックを怠っていた	シール作成・貼る時・監査時には、氏名・薬品名・開始日を監査表で声だし、指差し確認をする。配達前のチェックでも、一包化以外の日付入りの薬品に関して、日付チェックをする	確認を怠った
2	アーテン散1%	内科から、新規の患者さんで、日曜の昼ごろ処方箋を持参された。「若いころから他院でもらっている向精神薬を、近隣の内科医院で処方してもらった。今夕の服用分がないので。」との事。在庫がなかったが、休日配達をたのめる薬品卸に手配がつき、調剤した。この時、アーテン散の量が多めだったが、今までの薬を、頼んで処方してもらったと言われ、医院も閉まっていたため、疑義照会しなかった。処方量が誤っていた。(5-10倍量)	日曜の午後で、在庫のない初めての薬のため、「明日ではダメですか?」とお聞きしたところ、「今日の分がなくて困るので処方してもらった。」といわれ、なんとか間に合わせ事に気がいって、投薬時にも、錠剤の方は、いつもの薬であることを確認してもらったが、散剤の量は判らなかった。服用時に患者さん自身が、いつもより多いと気づき、全量は服用せず、翌日、同医院にて再受診し、薬の処方量の誤りとわかり、処方変更となった。	これで良いものと思い込まず、とにかくおかしい時は、しつこくても確認、鑑査を十分にする。	確認を怠った 判断を誤った 知識が不足していた その他間に合わせようとした その他日曜の午後だった
3	アベロックス錠400mg	アベロックス2錠分1昼食後の処方に対し疑義照会してジェニナック2錠分1昼食後に変更になったが、初めに調剤していたアベロックス2錠をジェニナックと一緒に投薬してしまった。2日後にアベロックスの在庫確認をして間違いに気付いた。直ちに連絡をしたが患者さまは2日間2剤を服用してしまった。すぐに謝罪に伺い主治医に連絡をした。健康被害は特にありませんでした。	処方変更後、調剤台の上にアベロックスの入った薬袋を置いたままにしており、そのまま誤ってビニール袋と一緒に入れてしまった。また薬剤師が1人であったため鑑査に不備があった。投薬も患者宅に配達であり、また患者本人は不在で家族に手渡し、本人に薬の説明はできなかった。	調剤台の上の整理整頓、鑑査、薬袋の確認は複数です。自宅配達の場合、患者さまに直接会えなかった場合は必ず後で電話で確認と説明をする。	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 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(その他)

No.	関連する医薬品の情報	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
4	アムロジン錠2.5mg	いつもアムロジン錠2.5mgを調剤して渡していた患者に、病院の採用薬がアムロジピン「サンド」2.5mgであったため、アムロジピン「サンド」2.5mgが処方されており、そのまま調剤してしまった。	薬歴にはアムロジン錠2.5mgでずっと調剤した記録があったので、確認を怠ったことによるものと思われる。	薬歴を必ず確認する。再度、手順を見直す。	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 その他四方箋 仕組み
5	アンダーム軟膏5%	アンダーム軟膏の薬情に密封療法についての説明があり医師も薬剤師も密封療法を指導していないが患者が書かれていたからやってみたら赤くかぶれた	薬情に記載されているデフォルトの指導事項では十分とはいえず見直しが必要	外用薬で密封療法が記載される可能性のある薬剤の薬情を確認し記載があるものを削除した	記録などに不備があった コンピュータシステム
6	オキノーム散0.5%	オキノーム散0.5%5mg(原薬量)(製剤量として1g)を5g(製剤量)としてコンピューター入力、説明文書を交付した。	mgとgの認識間違い。0.5%5mgからの製剤量を計算できなかった。	換算計算式の設定(済)処方箋の散剤の量の記入様式の理解	確認を怠った 判断を誤った 知識が不足していた 勤務状況が繁忙だった コンピュータシステム 教育・訓練
7	ガスター錠10mg	他科からラデン(ザンタックのGE)が長期で処方になっているのを気付かず、ガスターを調剤し患者さんに渡した。交付後、薬歴記入中に重複に気付き、疑義照会し、ガスターが削除になる。交付したガスターの回収へ行く。幸い、服用されていなかった。	比較的に患者数が少ない時間帯で、気の緩みがあり、レセコンの重複チェックにも気付かず、服薬指導前の薬歴確認も不十分だった。	レセコンの重複チェックの徹底。服薬指導前の薬歴確認の徹底	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(その他)

No.	関連する医薬品の情報	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
8	カルブロック錠16mg アムロジンOD錠5mg	アムロジンOD錠5mg服用患者に、カルブロック錠16mgが追加されたが、同効薬の重複に気付かずに調剤	1. 投薬者が、薬歴作成時に重複に気付いた。2. 処方医に確認したところ、「血圧高値」につき追加したが重複に気付かなかった。よってカルブロック錠は中止し、アムロジン錠5mg2錠に増量に変更となる。(アムロジン錠10mg/日については治療上必要のため敢えて処方を確認済み)3. 患者へ連絡の後交換とする。	1. 重複については、当事者を含め従業者の知識に依存しなければならぬ。よって、薬学的知識の向上を目指す。2. 新規追加が発生した場合には、現在服用薬との問題点を確認する作業を徹底する。3. システム的に同効薬の重複を防止する手段を検討する。	確認を怠った 知識が不足していた コンピュータシステム
9	ザンタック錠150	定期処方にもあるザンタック錠150mgを必要ないのに、前回と同じ処方と勘違いして薬袋に入れた。			確認を怠った
10	スピリーバ吸入用カプセル18μg	薬をチャック袋に入れて薬歴に挟んで持参した。スピリーバは冷所保存品であるため別のチャック袋に入れてあった。何かの加減でスピリーバのチャック袋のみ薬歴の中の紙の下に入りこんでいたために見落としてしまい、分包した内服薬とホクナリンテープをカレンダーにセットしただけで帰宅してしまった。	配薬時に処方内容の確認を怠った。患者様が不在の部屋に入ること躊躇があって、早く部屋を出ようと焦っていたこと、薬歴に厚みがあったこと、配薬を終わったチャック袋を挟んでいたりしたため、その時は配薬忘れには気付かなかった。	冷所保存品など別にしてある薬剤についても、配達時には確認してまとめてから持参する。配薬時に処方内容を確認し配薬漏れがないかの確認をしっかり行う。	確認を怠った その他餌りがあった
11	ゼポラスパップ40mg	FAXにて調剤受付。新規薬品としてゼポラスパップ40mg処方追加された。薬剤交付時には特に何も言っていなかったため、そのまま交付した。翌日、ゼポラスはかぶれるとのことで、セルタッチへの変更希望があった。	ゼポラスでかぶれの副作用がある事を把握していなかった。	定期的に患者情報の聞き取りを行う。	記録などに不備があった その他情報収集の不足
12	セレスタミンシロップ	セレスタミンシロップに服用用法のラベルを貼り忘れた。			確認を怠った

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(その他)

No.	関連する医薬品の情報	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
13	タスモリン錠1mg ツムラ五苓散エキス顆粒(医療用)	1)一包化において、夕食後14日分全てにタスモリンを入れるべきところ、全く入っていなかった。2)漢方(五苓散)が1日1包、14日処方だったが、42包お渡ししていた。	薬剤師が普段より1人少なく、また午前中のピークの時間帯であった。その上、一包化の患者さんも立て込んでおり、鑑査及び薬歴チェックが不十分であった。	1)一包化は患者ごとに要望が違うため、しっかり薬歴に記載し、患者に確認をする。2)「漢方は分3である」との固定観念をもたない。	確認を怠った
14	チラーヂンS錠50	チラーヂンS錠50が1錠/分2で処方されていたため、0.5錠として調剤すべきところ、調剤しなかった。	ピッキング、自己鑑査時に用法まで確認していなかった。	自己鑑査時、用法の指差し確認。	確認を怠った
15	デルモベート軟膏0.05% サトウザルベ軟膏20%	来局時、前回調剤分の軟膏容器への記載が違うのではないかと指摘あり。軟膏容器に『交互に塗る』と記載すべきところ、『重ねて塗る』と誤って記載してしまった。気付かずそのまま交付したが、患者本人は従来通り、交互に塗るよう、正しく使用していた。『次回来局時に確認するつもり』で今回申し出があり、過誤が発覚した。	軟膏容器への記載事項で表現頻度の高いものは、予めシールを作成している。シール『重ねて塗る』を確認不足により手に取り、貼ってしまった。繁忙時間帯による要因も考えられる。	複数人数によりチェックを行う。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった
16	ノボラピッド注300フレックスペン	かかりつけの病院からインスリンの記載された処方箋を発行されたが、本来ノボラピッド注300フレックスペンを処方するところを誤ってノボラピッド30ミックス注フレックスペンで処方していた。用法や用量にはおかしい事はなかった事及び薬局には代理の方が取りに来られていた為そのまま調剤され、患者本人が使用前に違う事に気が付き連絡を受けたことで発覚した。	院外処方箋を発行して日が浅かった為か、病院側で十分に確認できていなかった。薬局側では初めて受けた処方内容だったため前回との違いを把握できなかった。薬を受け取られた方が代理人で普段の薬を把握していなかった。	病院側には類似名称があるので確認を徹底するようにお願いしました。薬局側では用法用量の確認を徹底するとともに、代理の方の場合は念入りにそれまでの服用歴などを確認していただくこととした。	確認を怠った 連携ができていなかった 患者への説明が不十分であった(怠った) 知識が不足していた コンピュータシステム 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(その他)

No.	関連する医薬品の情報	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
17	ビソルボン錠4mg	患者帰宅後に連絡があり、今回追加の薬の名前が、いつももらっている情報カードに載っているが同じ薬なのかと質問があった。確認したところ重複と分かった。医師に問い合わせをした結果、ビソルボン削除となり、患者宅へ回収に行った。	混雑する曜日、時間帯でのミスであった事と、レセコン、PC薬歴のチェック画面が分かりづらく見落としてしまった。	混雑時は特に冷静に業務を行う。システム上の問題点を機器メーカーと話し合い改善する。	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
18	ヒューマログミックス25 注ミリオベン	当日昼頃に処方箋を出した方で、昼食の為、一時外出された。薬局では名前を呼んだときに患者さんがいなかった為、インスリンのみ冷蔵庫へ一時保管しておいた。食事後に再来局時に最終的にインスリンの交付が漏れてしまった。	再来局したときに、インスリンの単位数が変更になっており服薬指導に頭が集中してしまった。一時冷所保管する場合は「冷中」の札を差し込むことになっているが、実施されていなかった。	交付者は名前を呼ぶ前又は最終交付前にカルテの表紙を確認する。マニュアル厳守の再確認(事例報告含む)	確認を怠った 連携ができていなかった その他確認作業の不備 施設・設備 ルールの不備
19	ヒルドイドローション0.3%	ヒルドイドローション0.3% 50g×2処方。うち1本の容器底に記載されているはずの使用期限、製造番号が記載されていなかった。患者母親はいつも数本ストックしていて、古いものから使用するため、確認したところ気付いて薬局へ連絡した。すぐに交換しメーカーに問い合わせをした。製造過程では未記載のものははじかれるもので、アルコールで塗擦したところ完全に消される旨を確認、報告された。	投薬の際床に落としたもの(数日前)を酒精綿で拭きそのまま薬品管理棚に戻していた。使用期限、製造番号が拭い去られていることに気付かず調剤、交付した。まさかそんなはずはないとの思い込みで、確認怠る。	床に落とすなどのないよう注意。(必ずトレーなどに入れる。)投薬の際に期限の確認。メーカーへの要望:記載場所の変更、インクの変更	確認を怠った 報告が遅れた(怠った) 勤務状況が繁忙だった 仕組み
20	ボナロン錠5mg	ボナロンは起床時に服用するが、起床時の袋に入れておらず、朝食後の袋にいれてあった	投薬して説明した患者は、本人の友人であった。服薬指導や内容確認を軽く済ませていたのかもしれない。	声だし確認・指差し確認。全ての内容を見せてから渡す。	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(その他)

No.	関連する医薬品の情報	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
21	ポララミン錠2mg	一包化薬へ処方薬以外の錠剤であるポララミン錠2mg0.5錠が1包分に混入してしまった。	ポララミン半錠の予製時に包数40包で入力し42個をセットした為、41、42番目の2個が分包機内に残ってしまった。よって、分3、24日分の一包化の昼17、18番目に混入した。(予製の鑑査時には異常が発見出来なかった。)鑑査開始時は集中していたが、1包に混入していたことを発見したことで油断し、もう1包あったことを見逃した。	手順書は遵守されていた。全ての工程で作業完了まで集中力を持続させるよう徹底する。	確認を怠った
22	ムコダイン錠250mg	ムコダイン錠250mg12錠を投薬後、トレイ内にムコダイン錠250mg12錠が残っているため、交付忘れと思い、すぐに患者を追い交付した。その後、調剤記録を確認したところ、「3×4」(調剤薬の包装:ウィークリー包装3錠×4列=12錠の意)と記されており、患者に交付した包装「3×3+3」(調剤薬の包装:ウィークリー包装3錠×3列=9錠プラス3錠の輪ゴム止めの意)とは異なることに気付いた。過剰に交付した可能性を疑い、患者に電話連絡をしたところ、ムコダイン錠250mg12錠が過剰に交付されていることが判明した。	鑑査者が鑑査時に薬歴等の下に隠れていたムコダイン錠250mg12錠に気付かず調剤漏れと判断し、新たに調剤をして鑑査を終了した(この時点でトレイにはムコダイン錠250mg12錠が二重に存在していた)。投薬者も同様に、薬歴簿の下に隠れているムコダイン錠250mgに気付かず投薬した。投薬後にトレイの中からムコダイン錠250mgが出てきたため、慌てて投薬済みの薬袋の中身を確認せずに、交付してしまった。	1)鑑査者は、トレイ内の薬剤鑑査の際に、鑑査終了時点でトレイ内に薬が残っていないことを確認する。(業務手順書に追加)2)投薬者は、投薬終了時にトレイ内に薬剤が残っていないことを確認する。(業務手順書に追加)	確認を怠った 技術・手技が未熟だった ルールの不備
23	レベミル注フレックスペン	レベミル注の単位数が前回7単位から今回6単位に変更していた。入力時、7が削除されていないで、67単位となっていた。処方箋確認時に気づき患者宅へ連絡した。本人は、6単位とわかっていた。		入力の確認には、事務2人と鑑査時の薬剤師1人が行っているが気付かなかった。確認を怠らないように注意する。	確認を怠った その他確認不足

ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例(その他)

No.	関連する医薬品の情報	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因
24	塩化ナトリウム「ヤクハン」	塩化ナトリウムに他剤混入で投薬。患者様管理の施設の方よりピンク色に変色していると連絡有。	分包機の吸引が悪く、直前に分包したセフゾン細粒が混じったと思われる。		確認を怠った諸物品
25	2mgセルシン錠	処方箋通り2mgセルシン錠21日分を調剤したが、調剤録には2mgセルシン14日分となっていた。調剤録と薬袋と処方箋の照合せずに調剤した。	調剤のときの処方箋と調剤録、薬袋の手順に添った確認ができていなかった。	処方箋と調剤録、薬袋の照合を確実に行う。	確認を怠った技術・手技が未熟だった
26	医薬品以外	アマリール1mg錠を0.5錠で包装する際、印字をアムロジン2.5mg0.5錠と入力し、そのまま気づかず包装し、患者さんに渡した。患者さんも印字の違いに気づかず、内服を続けた。薬剤の間違いはなかった。発見の経緯は、患者さんが検査入院され、病院の薬剤部で薬剤のチェックのときに印字ミスを発見した。	分包機のコメントマスターの登録の順番が、アマリール1mg0.5錠の下端にアムロジン2.5mg0.5錠があり、選択時に入カミスを招いた。	作成者が確認後、他の人に印字も再度確認してもらおう。監査機の目の高さに、確認忘れを防止するための注意書きを貼付した。患者さんへの受け渡し時にも、再度確認する。	確認を怠ったルールの不備
27	医薬品以外	事務員がレセコンへ入力する際に BioフェルミンR(散剤)と BioフェルミンR錠の入カミスを起こした。投薬薬剤師は処方箋通りに BioフェルミンR錠を渡した。しかし、薬剤師は事務員の入カミスに気づかずに間違っただまの薬袋、薬情を患者に渡してしまった。	事務員が入社1ヶ月未満の新人だった。投薬薬剤師が調剤録、薬情、薬袋を確認しないで投薬してしまった。事務員は BioフェルミンRには2種類あることや子供と大人の剤形の違いも知らなかった。BioフェルミンRだけではわからないので、R散とかR細粒とか粉薬とわかるように名称を変えてほしい。	投薬する前に必ず調剤録を確認するのを徹底することにした。Bioフェルミンの規格について事務員に説明した。	確認を怠った知識が不足していた教育・訓練

情報不足等のため製造販売業者による対策が困難と考えられた事例

No.	関連する医薬品の情報	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
1	アスベリンシロップ0.5% ムコダインシロップ5% セネガシロップ	混合シロップ剤の目盛を1日2回で取らないといけないうところ、1日3回で取ってしまい、患者宅より1回分服用の後、指摘をうけた。(結果的に服用量が少なくなって)当日は当事者である薬剤師が不在だったため、管理薬剤師が薬をつくりなおして届け、その場で謝罪した。後日、当事者である薬剤師も患者家族(母親)に謝罪した。	通常、混合シロップ剤の処方方は1日3回の場合が多いため、それが先入観としてあると思われる。事務員の指摘により一度作り直したものの、結果的に目盛を同じように取り間違えた。	患者の薬歴にも目につく処に注意書きはしていたが、常に基本にのっとりた調剤の流れを意識する必要があると考える。	確認を怠った教育・訓練	シロップの目盛記載の間違いとのことであり、名称・包装等の医療安全対策の検討は困難と考える。
2	エビプロスタット配合錠DB	処方薬が変更になっているのを説明しなかった。	他の薬剤師が鑑査したものを投薬したため、処方変更になっているのを確認せずに渡した。	処方薬が変更になっている場合は申し送りがきちんと出来るようにメモに残す。	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	変更処方の説明未実施とのことであり、名称・包装等の医療安全対策の検討は困難と考える。
3	カロナール錠300	カロナール調剤済みのカウンターの下に落としていた。	薬種が多く、まとめる際に落下したようだ。患者とひとつずつ確認作業しなかった。	薬を見せながら袋に入れる	その他袋に入れる時、落していた	薬剤の手渡しミスとのことであり、名称・包装等の医療安全対策の検討は困難と考える。
4	タケプロンOD錠15	入力をしている際、本来7日分残っているところが残り0であったことから発覚した。	処方日、使用日数、残日数を記載することになっているが、いずれも記載がなされていなかった。記載を忘れていたという意識もなく、記載忘れについては入力の際に気付いた。	手順を踏むことを徹底する。投薬前には鑑査表の記載が終わっていることを必ず確認する。	確認を怠った記録などに不備があった	分包器の設定間違いとのことであり、名称・包装等の医療安全対策の検討は困難と考える。

情報不足等のため製造販売業者による対策が困難と考えられた事例

No.	関連する医薬品の情報	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
5	ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)	ある日から中止になっていたが、定期変更をしておらず調剤した	変更内容をチェックしていなかった。	配達前チェック時、変更内容がないかのチェックをする。	確認を怠った 連携ができていなかった	中止薬剤の定期変更の実施をしていなかったことによる調剤ミスとのことであり、名称・包装等の医療安全対策の検討は困難と考える。
6	ノルバスク錠5mg	実在庫の数が少なかったことで、レセコンへの処方入力漏れが発覚した。	処方薬と処方箋の照らし合わせに意識が集中し、レセコンの入力内容をチェックすることが、おろそかになっていた。入力漏れのチェックができていなかった。	「早くしなければいけない」などの焦りや感情を排除して、鑑査に取りかかる。鑑査する際は、最初に処方箋と調剤記録で剤数を確認し、入力漏れを防ぐ。	確認を怠った	レセコンへの処方入力漏れとのことであり、名称・包装等の医療安全対策の検討は困難と考える。
7	ハルシオン0.25mg錠	レセコン入力が間違っていて、棚卸のときに入力間違いに気付いた。	手順通りではなかった。ハルシオン以外の薬は28日分だったので日付の違いを見落としたと思う。指導の時に薬の数ばかり確かめてしまっ、薬袋の日数確認を怠った。	手順は遵守し、おちついて対応する。	確認を怠った	レセコンの日付け入力間違いとのことであり、名称・包装等の医療安全対策の検討は困難と考える。
8	プロプレス	1種類必要量より、少なく郵送していた。	不足薬を用意した後の最終確認ができていなかった	納品された薬剤は、受け取ったスタッフが確認し、必ず薬剤師が最終確認後、アシスタントに不足薬リストへの記載、郵送をする。郵送した旨を患者に連絡。2～3日経っても薬が届かない場合は、連絡していただくように説明する。近くの場合は、配達をする。	確認を怠った その他研修中	薬剤不足とのことであり、名称・包装等の医療安全対策の検討は困難と考える。

情報不足等のため製造販売業者による対策が困難と考えられた事例

No.	関連する医薬品の情報	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
9	ムコサールドライシロップ1.5% ムコダイン細粒50% アスベリンドライシロップ2%	前回と医療機関が変わっていたが、確認を怠り、前回の医療機関名と医師名でレセコンを入力した。			確認を怠った 教育・訓練	処方医療機関等の入力間違えとのことであり、名称・包装等の医療安全対策の検討は困難と考える。
10	メリアクトMS小児用細粒10% ビオフェルミンR	内服薬(散剤4種類、錠剤1種類)が5種類処方されていた。当該薬剤に関しては、処方日数が5日分、他のものに関しては3日分。一人薬剤師のために、一人で調剤、投薬を行った。(事務員に関しては他の処方箋を入力中だった)すべての薬に関して3日分を調剤、投薬した。3日後に患者からTELがあり、薬袋に書いてある日数と違う旨の連絡があり発覚した。	調剤するときにはすべての日数が3日分と思い込んでしまった。調剤する際に処方箋の内容を事務員がレセコンに入力しているときに横から覗き込んで作成したために日数はすべて一緒だろうという思い込みが生まれた。日数より服用量のほうに目がいってしまい、日数の確認を怠ってしまった。	処方箋の確認を再徹底。調剤時、鑑査時、投薬時に必ず処方箋を確認する。鑑査はできるだけ事務員と一緒にを行うようにする。投薬時は患者さんと一緒に確認しながら行う。	確認を怠った ルールの不備	処方日数間違えとのことであり、名称・包装等の医療安全対策の検討は困難と考える。
11	リスモダンカプセル100mg	ジェネリックへ変更し忘れた。	自己鑑査を怠った。	自己鑑査徹底。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	ジェネリックへの変更忘れとのことであり、名称・包装等の医療安全対策の検討は困難と考える。
12	レンドルミン錠0.25mg	患者Aの薬を患者Bのボックスに入れていた。	ボックスに入れた後、鑑査しているが、その行為自体を怠った。	薬剤師2人、アシスタント2人で行っている。フロアにつき薬剤師1人を今後は、2人で行うようにする。不要な配薬ボックスは、撤去する。	確認を怠った	患者ボックスへの配布間違えとのことであり、名称・包装等の医療安全対策の検討は困難と考える。

情報不足等のため製造販売業者による対策が困難と考えられた事例

No.	関連する医薬品の情報	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
13	医薬品以外	シロップ剤の秤量時、メスアップを間違った。鑑査時に気づいた。			判断を誤った	メスアップの間違いとのものであり、名称・包装等の医療安全対策の検討は困難と考える。
14	医薬品以外	分包機の日数の設定間違えて21日分のところ14日分で渡した。	鑑査時に14日分と思い込んでいた。		確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	分包器の設定間違えとのものであり、名称・包装等の医療安全対策の検討は困難と考える。
15	医薬品以外	鑑査後の薬袋を患者様に渡す時、ビニール袋に入れ忘れた。	患者様がとても急いでいた為にあわてて用意し、薬歴を確認することに気をとられて、渡し忘れてしまいました。	再度確認をする。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	薬剤の手渡しミスとのものであり、名称・包装等の医療安全対策の検討は困難と考える。
16	医薬品以外	自動分包機で21日分調剤するところを14日で調剤。鑑査で気づいた。			確認を怠った	分包器の日数設定間違えとのものであり、名称・包装等の医療安全対策の検討は困難と考える。
17	医薬品以外	異なる患者のお薬手帳に処方内容の記載されている用紙を貼り付けてしまった。個人情報、プライバシーが守られなくなってしまう可能性があった。		お薬手帳の名前を再確認する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった	異なる患者の処方内容を手帳に貼付したとのものであり、名称・包装等の医療安全対策の検討は困難と考える。

疑義照会の事例のうち、医薬品の安全使用に関して製造販売業者等による対策が必要又は可能と考えられた事例

処方された 医薬品	間違えた 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
【疑義照会事例No.7】						
アマリール1mg錠	アルマール錠10	アルマール錠10をアマリール1mg錠で処方されていた。患者との確認で処方ミスを発見した。疑義照会を行い、処方変更となった。	オーダーリングのミス。アルマール錠10は処方頻度の少ない薬であり、誤ったと考えられる。		確認を怠った コンピュータシステム	アマリールとアルマールの名称類似性については、平成15年11月27日付医政発第1127004号・薬食発第1127001号連名通知「医療機関における医療事故防止対策の強化について」及び平成20年12月4日付医政発第1204001号・薬食発第1204001号連名通知「医薬品の販売名の類似性等による医療事故防止対策の強化・徹底について(注意喚起)」により、医療機関に注意喚起しているところであり、製造販売業者においても誤用防止のために製品に関する情報提供及び表示の変更等を実施しているところである。 しかしながら、過去より死亡を含む同様事例が繰り返し報告されており、また、平成14年8月29日付医薬発第0829006号「医療安全推進総合対策への取り組みの推進について」においても企業は、患者の安全を最優先に考えた医療安全を確保するための積極的な取り組みが求められており、今般、再発防止の観点から名称の変更が必要であると考えられる。

疑義照会の事例

No.	処方された 医薬品	変更された 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
1	アーガメイトゼリー		【事例の内容】 アーガメイトゼリーが7日分処方されていたが、疑義照会により56日分へ変更となった。			確認を怠った	その他
2	アズノールうがい液4%	イソジンガーグル液7%	【事例の内容】 医師にうがい薬をお願いしたが、使用歴のあるイソジンガーグル液7%ではなく、アズノールうがい液4%が処方されていたことを投薬時に発見した。疑義照会を行い、アズノールうがい液4%はイソジンガーグル液7%に変更された。		事前に使用歴のあるものと異なるものが処方されていることを伝えれば、待ち時間を短縮出来たかもしれない。	その他患者様のご希望	患者の申し出
3	アスパラCA錠200	アスパラカリウム錠300mg	本人が来局した。処方箋はアスパラCAで記載してあった。(初処方)投薬時、追加となる薬についてどのように聞いているか患者確認したところ「カルシウム剤が追加になるとは聞いていない」とのことで疑義照会をした。疑義照会にてアスパラCAでなく、アスパラカリウムであったことが判明した。	患者は以前よりスロークーを服用していた。今回は本来、アスパラカリウムの追加処方であった。アスパラCAの鑑査時にアスパラカリウムかもしれないと気づき、患者確認すべきであった。以前の薬歴からはアスパラCAが追加になる様子はなかったが、新たな病態から処方追加になったのだと安易に考えてしまった。	今回の事例に限らず、薬の変更時には鑑査時など不明に思った時点で患者確認し、受けている説明と処方内容の一致を確認する。一致しない場合には疑義照会を行う。	確認を怠った 知識が不足していた 医薬品	薬歴等
4	アスベリン錠10	アストフィリン配合錠	【事例の内容】 他剤は成人量だが、アスベリン錠のみ10mgだった。病院に疑義照会を行ったところ、事務の入カミスであった。正しくはアストフィリン配合錠だった。			その他病院側の入カミス	年齢・体重換算の結果

疑義照会の事例

No.	処方された 医薬品	変更された 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
5	アドフィードパップ 40mg		【事例の内容】 アドフィードパップは前回も処方があった。まだ手持ちがあるので、今回は必要ないと患者本人から申し出があった。疑義照会を行い、処方削除となった。			その他問題なし	患者の申し出
6	アマリール1mg錠		【事例の内容】 アマリール1mg錠、2錠／分1朝食後の処方だったので、その通りの調剤を行ったが、薬歴によると前回から、アマリール1mg錠、3錠／分2朝食後2錠 昼食後1錠となっていた。患者からの申し出で、前回と調剤の内容が違う事を指摘され、薬歴の経過から1日3錠であろうという疑義が生じ、照会したところ、3錠に変更となった。		調剤の前に、もう一度、薬歴を確認する。処方箋とコンピュータ入力が合っていることを再認識する。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 仕組み	患者の申し出
7	アマリール1mg錠	アルマール錠10	アルマール錠10をアマリール1mg錠で処方されていた。患者との確認で処方ミスを発見した。疑義照会を行い、処方変更となった。	オーダーリングのミス。アルマール錠10は処方頻度の少ない薬であり、誤ったと考えられる。		確認を怠った コンピュータシステム	薬歴等
8	アモバン錠10	アモバン錠7.5	【事例の内容】 患者から、「今までと同じ規格の医薬品が欲しい」と申し出があったため、疑義照会を行い、アモバン錠10がアモバン錠7.5に変更となった。			その他店舗問題なし	患者の申し出
9	アルロイドG		【事例の内容】 アルロイドGが「毎食後」と処方されていたので、疑義照会を行い「毎食前」に変更となった。			その他店舗問題なし	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会の事例

No.	処方された 医薬品	変更された 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
10	イソバイド		前回イソバイド60mL分2で処方。今回から病院の採用が変わり、分包品でお渡しすることになった。採用は、1包20mLと1包30mLだった。処方せんに20mL/包 2包 分2 と記載されていたため、用量が正しいか確認をした所、30mL/包 2包 分2に変更となった。	採用変更があったため、処方せん入力時に間違えてしまったことが考えられる。		確認を怠った	薬歴等
11	イトリゾールカプセル50	ラミシール錠125mg	カルブブロック服用患者に併用禁忌薬であるイトリゾールが処方された。	他科でカルブブロックをもらっていたが、医師が併用禁忌であることを知らずに処方した。	メーカーの情報提供不足の可能性はある。医師も処方する前には併用可能かどうか確認する必要がある。	知識が不足していた	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
12	イノレット30R注		【事例の内容】 イノレット30R注の処方において、以前から投与量が減量になったにもかかわらず、今回の処方量が減量前の投与量であった。患者への投薬中に発見し、疑義照会を行った結果、正しい投与量に変更となった。			確認を怠った	薬歴等
13	インテバンクリーム1%		【事例の内容】 インテバンクリームが25g処方されたが、3週間後の次回診察まで薬が足りないとの申し出があったため、疑義照会を行い、75gに変更となった。			その他店舗問題なし	患者の申し出

疑義照会の事例

No.	処方された医薬品	変更された医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
14	ウラリット錠		【事例の内容】 定期的に処方されているウラリット錠(3日前に30日分処方されたばかり)が、今回臨時薬と一緒に27日分処方された。患者さんは医師から何も言われていないとのこと。医師に確認し、今回は削除することとなった。			その他病院側の確認ミス	薬歴等
15	エトドラク錠200「KN」	ボルタレンゲル1%	他施設でがん治療中の患者に、エトドラク錠200「KN」が処方された。当該患者が持参した薬情より、ティーエスワンカプセル25、ロイコン錠10mg、アズノールうがい液4%、モーラステープ20mgの処方を確認し、白血球減少症への懸念を処方医に疑義照会した。エトドラク錠の処方は中止となり、ボルタレンゲルへ薬剤変更となった。	抗がん剤治療中にもかかわらず、お薬手帳の携帯指示が徹底していない。		その他医師等の確認不足	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
16	エバステルOD錠5mg		【事例の内容】 エバステルOD錠5mgがいつも通り処方されていたが、「花粉の季節のみ飲んでいない」という患者からの申し出により疑義照会し、削除になった。			その他処方ミス	患者の申し出

疑義照会の事例

No.	処方された医薬品	変更された医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
17	エビスタ錠60mg	ベネット錠17.5mg	閉経前の女性へのエビスタ錠60mg調剤した。	初回担当男性薬剤師は、43歳女性に対し閉経について未確認。2回目担当男性薬剤師は、薬歴記載時に43歳女性へのエビスタ錠60mg処方方に疑問を持ち、薬歴に次回確認のメッセージを残した。3回目担当男性薬剤師は、子宮筋腫切除済みの可能性を想定すると共に、女性薬剤師不在のため確認することをためらった。4回目担当男性薬剤師は、前回のメッセージから女性薬剤師に確認を依頼、結果閉経前であることが判明、疑義照会后変更となる。エビスタ錠60mgが閉経後の女性限定であることに初回に気付くことができなかった。男性薬剤師の場合、女性に対し閉経について確認することが困難であった。	1. エビスタ錠60mgの適応・特徴・注意すべき事項等について再度教育を実施した。2. レセコンの局内名称を「エビスタ錠60mg」→「(閉経後限定)エビスタ錠60mg」に変更した。3. 薬剤の箱に「エビスタ錠60mgは閉経後女性限定です」のカードを設置した。	確認を怠った報告が遅れた(怠った)連携ができていなかった通常とは異なる心理的条件下にあった教育・訓練	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
18	エンシュア・リキッド		【事例の内容】 エンシュア・リキッドが250mLのところ、1mLで処方されていた。医師が1本と勘違いしたようだ。			確認を怠った	処方箋の書き方等(誤記を含む)
19	エンシュア・リキッド		【事例の内容】 エンシュア・リキッドが250mLのところ、1mLで処方されていた。医師が1本と勘違いしたようだ。			確認を怠った	処方箋の書き方等(誤記を含む)

疑義照会の事例

No.	処方された 医薬品	変更された 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
20	ガスター錠10mg	ガスターD錠20mg	【事例の内容】 今までA病院を受診していたが、今回から近隣の開業医を受診することになった。今まではガスターD錠20mgが処方されていたが、今回はガスター錠10mgに減量されていた。変更について何も説明を受けていないとのことで、医師に疑義照会をした。医師は規格まで把握していなかった。			その他病院側の確認ミス	薬歴等
21	カゾデックス錠80mg		【事例の内容】 カゾデックスが処方されてなかったが、患者に聞き取ったところ、変更になることはない判断したため、疑義照会を行った。			確認を怠った	その他
22	カルナクリン錠50	メリスロン	【事例の内容】 新規の患者であり、併用薬にカリクレインがあった。同種同効果のカルナクリン錠50が処方されていたので疑義照会をしたところ、カルナクリン錠50が削除になり、メリスロンが追加となった。			確認を怠った	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
23	カロナール細粒20%		【事例の内容】 カロナール細粒20%0.5gと処方されていたが、患者の体重が25kgであったため、疑義照会を行い、1gへ変更となった。			その他店舗問題なし	年齢・体重換算の結果
24	カロナール細粒20%		【事例の内容】 小児科において、4歳の患者にカロナール細粒20%1回0.004g、頓服10回分が処方された。成分量として0.8mgだったため過少投与と考え、疑義照会をした結果、カロナール細粒20%1回0.8gに変更となった。	病院薬剤部での処方鑑査の徹底。		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	年齢・体重換算の結果

疑義照会の事例

No.	処方された医薬品	変更された医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
25	カロナール細粒50%		カロナール細粒50%1.8g/痛む時、6回分が生後1カ月半の患者に処方された。処方医に疑義照会をしたところ、0.18gの誤りであった。	生後1カ月半の患者だったこと、単品の調剤であったこと、カロナール細粒20%しか在庫をしていなかったこと、忙しなかったこと等の要因で気付いたが、気を抜いて業務を行っていたら、ミスが発生した可能性がある。	散剤、顆粒の調剤は気をつけなければいけない。	確認を怠った知識が不足していた施設・設備 仕組み	年齢・体重換算の結果
26	カロナール錠200		22kg女児への処方において、他の処方薬は体重相当量で処方されていたが、カロナール錠200mgのみ過量処方だった。	病院側の入力ミス。		その他病院側の確認ミス	年齢・体重換算の結果
27	カロナール錠200		【事例の内容】頭痛でカロナールが処方された。薬歴よりアセトアミノフェン過敏症と判断したため、疑義照会を行った。医師より薬剤削除と回答を頂いた。			その他医療機関	薬歴等
28	キュバール100エアゾール		【事例の内容】小児だがキュバール100エアゾールが処方され、吸入回数が1日2、3回となっていた。疑義照会の結果、キュバール100エアゾールのままで吸入回数は2回となった。			知識が不足していた	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
29	クラビット錠	クラビット錠500mg	【事例の内容】クラビット錠(100mg)の処方が1錠/分1であった為、疑義照会にて確認したところ、クラビット錠500mgに訂正するように医師より指示があった。			医薬品	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会の事例

No.	処方された 医薬品	変更された 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
30	クラビット点眼液 0.5%		患者本人が処方箋を持って来局した。投薬中、めいぼの症状は左眼であることがわかった。病院へ疑義照会して、クラビット点眼液0.5%、タリビッド眼軟膏0.3%各右眼→左眼に訂正となった。	投薬中、どちらの目か確認することでわかった。	これからも、毎回確認しながら投薬しようと思う。	その他病院のミス	患者の症状等
31	グリベック錠100mg		【事例の内容】 グリベックが7日分処方されていたが、疑義照会を行い、14日分に変更となった。			その他店舗問題なし	その他
32	クレストール錠2.5mg	ゼチーア錠10mg	リバロ錠2mg服用中の患者さんのコレステロール値が改善されないのので、医師が併用薬剤としてゼチーア錠10mgを処方しようとしたが、勘違いでクレストール錠2.5mgをオーダーリングしてしまった。処方箋の内容を見て同じスタチン系の薬剤の重複に気づき疑義照会したところ、ゼチーア錠10mgへ訂正になった。	医師の勘違いによるものではなかったかと、思われる。		その他医師の勘違い	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
33	ゲシン錠25mg		28日分の処方箋だったが、1種類のみ8日分で処方されていた。	処方箋発行時にレセコンへの入力ミス	ダブルチェック等	記録などに不備があった その他わかり コンピュータシステム 教育・訓練	処方箋の書き方等(誤記を含む)

疑義照会の事例

No.	処方された医薬品	変更された医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
34	ケナコルト-AG軟膏	ケナログ口腔用軟膏0.1%	皮膚科からケナコルトAG軟膏(口腔に使用)として処方された。添付文書、メーカーに確認し、口腔は適応外であるため疑義照会。ケナログに変更となった。	医院側の処方箋入力時の確認不足によると思われる。	使用部位まで適切に確認する。	医薬品	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
35	ケンタン錠60mg		【事例の内容】 ケンタン 1×屯 3錠 5回分を鑑査時に疑義照会せず、投薬時に気づき疑義照会を行った。疑義照会后1錠×5回分へ変更となった。			確認を怠った	処方箋の書き方等(誤記を含む)
36	ザイロリック錠100		【事例の内容】 以前よりザイロリック錠100mg1錠を服用していた(薬歴にも記載、確認していた)が、本人は他院受診の際、そのことを伝えていなかった。そのため、ザイロリック錠100mg2錠の処方せんが発行された。疑義照会を行い、削除になった。			その他情報収集	薬歴等
37	ジェニナック錠200mg		ジェニナック200mg1日1回のところを1日2回と記載された処方箋がきた。照会后1日1回朝食後に変更となった。	処方医院側の入力ミス。	抗生物質等、1日1回の処方も近頃多い。その辺の用法の確認もしっかりする。	記録などに不備があった その他医院側の確認不足	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
38	ジェニナック錠200mg		ジェニナック錠200mg1錠昼食後の処方に対し、常用量は2錠である旨を疑義照会し、2錠に増量となった。	たまにしか出ないお薬なので、用量の間違い。	添付文書を医師に持って行った。	確認を怠った 判断を誤った 知識が不足していた	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会の事例

No.	処方された 医薬品	変更された 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
39	ジフルカンカプセル100mg		【事例の内容】 フルダラ服用の患者において、通常はフルダラ服用後、ジフルカンが処方されていた。その日はジフルカンが処方されていないため、当事者が患者にジフルカンが処方されていないことを確認したところ、処方箋記載漏れであることが分かった。疑義照会にて医師に確認したところ、ジフルカンが処方追加となった。			その他薬剤の処方箋への記載漏れ	薬歴等
40	スターシス錠90mg		スターシスの用法が食直前にもかかわらず食後で処方が出ており一包化して渡す寸前に気づき疑義照会を行い訂正を作り直した	医師、薬剤師とも知識の不十分	学習するしかない。	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	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
41	スターシス錠90mg		【事例の内容】 通常、食直前服用されるスターシス錠が食後服用の指示になっていた。			その他病院側の入力ミス	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
42	セイブル錠25mg	メルビン錠250mg	【事例の内容】 ボグリボースODフィルム0.2「QQ」服用中にセイブル錠25mgが追加された。どちらもαグルコシダーゼ阻害で作用が重複する薬剤であった。医師に確認したところボグリボースを処方していたことを忘れていたとのこと。セイブルからメルビン錠に変更になった。			その他病院側の確認ミス	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
43	セデスG	SG顆粒	販売中止されているセデスGが処方された。代替品のSG顆粒に処方変更となった。		販売中止品なので健康被害は出ないが、販売再開の見込みがない薬剤は薬価基準から削除してはどうか(代替品があるため)。薬価基準に載っているため、レセコンのデータとしても有効にしなければならず、有効だから処方可と判断されても無理はない。	その他薬価基準の問題	その他

疑義照会の事例

No.	処方された医薬品	変更された医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
44	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	レボフロキサシン錠100mg「YD」	投薬中に、セフカペンピボキシル塩酸塩錠処方のところ、他の医療機関から先発医薬品のフロモックス錠が処方されているということがわかった。処方医に疑義照会したところ、セフカペンピボキシル塩酸塩がレボフロキサシン錠「YD」に薬剤変更となった。服用中だったフロモックスは中止するよう処方医から指示があった。	患者が服用中の薬を処方医に伝えていなかった。お薬手帳を持っていなかった。	薬情をいつも持参して受診時には医療機関にみせることを伝えた。	連携ができていなかった 知識が不足していた 患者側 教育・訓練	薬歴等
45	セレコックス錠200mg	セレコックス錠100mg	リウマチ患者ではないにも係わらずセレコックス錠200mgを調剤(疑義照会することなく処方せん通りに調剤)	ソレトン錠80mgからセレコックス錠200mgにNSAIDsに処方変更があった。担当薬剤師は、痛みの増強による変更を患者から情報収集済み。処方せん通りに調剤を完結した。19日後の今回、別の薬剤師が同一処方に対し、病名(リウマチ以外)と規格(200mg)が適応外と判断、疑義照会を実施。医師との協議の結果セレコックス錠100mgに変更となる。1回目の薬剤師は調剤経験9ヶ月(服薬指導5ヶ月)のためセレコックス錠200mgの適応症を十分把握していなかった。また管理薬剤師は、特殊薬剤の教育を実施していなかった。	1. セレコックス錠200mgのような特殊薬剤並びに新規採用薬剤については、特徴等について教育・伝達を実施する。2. レセコンの薬局内名称を「200mg:セレコックス錠」→「200mg:セレコックス錠(リウマチ)」に変更することで注意を促す。3. セレコックス錠200mgの箱に「リウマチ患者限定」のカードを付ける。	確認を怠った 知識が不足していた 教育・訓練	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会の事例

No.	処方された医薬品	変更された医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
46	セレベント50ディスク		【事例の内容】 セレベント50ディスクの処方において、疑義照会を行い、1日1回、1回2吸入のところ、1日2回、1回1吸入に用法変更となった。			確認を怠った	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
47	タナトリル錠5		処方箋ファックスにより調剤開始。循環器内科と代謝内科の2科からの処方箋であった。循環器内科で、既にカプトリル処方があったが、追加で代謝内科より、同じACE阻害剤のタナトリルが処方されたので、代謝内科の医師に照会し、タナトリル削除となった。	医師の併用薬の確認不足。	医師は、他科での処方薬を確認せずに、処方する場合も多い。薬剤師の、薬歴や応対時の併用薬チェックを徹底する。受診時に、必ずお薬手帳を持参し、担当医師にチェックしてもらうように指導する。	その他医師の確認不足	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
48	タミフルドライシロップ3%		【事例の内容】 タミフルドライシロップ1.16gが5gへ変更となった。			その他店舗問題なし	その他
49	タリビッド眼軟膏0.3%		【事例の内容】 患者希望の薬が抜けていた。処方ミスだった。			連携ができていなかった 知識が不足していた コンピュータシステム 教育・訓練	患者の申し出
50	タンナルビン「ホエイ」	ロペミンカプセル1mg	【事例の内容】 患者コメントに「牛乳アレルギーあり」の患者であった。処方にタンナルビンがあったため、疑義照会をしたところ、ロペミンカプセル1mgに変更となった。			その他規定どおり対応できた 医薬品	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
51	チモプートルXE点眼液0.5%	チモプートル点眼液0.5%	【事例の内容】 チモプートル点眼液0.5%のところ、チモプートルXE点眼液0.5%で処方されていた。			連携ができていなかった 技術・手技が未熟だった コンピュータシステム 教育・訓練	その他

疑義照会の事例

No.	処方された医薬品	変更された医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
52	チモプトールXE点 眼液0.5%		【事例の内容】 緑内障治療中で高眼圧治療薬を多剤併用中の患者が久しぶりに来局した。かかりつけの眼科医に紹介された病院で緑内障手術を受け、退院後に術後フォローの処方せん(右眼への術後処方と左眼への緑内障処方が混在)を持参した。術後処方の点眼薬の用法指示の中でチモプトールXE0.5%の用法に疑義がある事を、処方箋、薬歴、患者持参のお薬手帳の情報から判断した。疑義照会を行い、下記の通り、チモプトールXE0.5%の用法が「右眼」から「左眼」に変更となった。変更前)リンデロン0.1% 右眼4回クラビット点眼 右眼4回プロナック点眼 右眼2回チモプトールXE0.5% 右眼朝1回トラバタンズ点眼 左眼夜1回変更後)リンデロン0.1% 右眼4回クラビット点眼 右眼4回プロナック点眼 右眼2回チモプトールXE0.5% 左眼朝1回トラバタンズ点眼 左眼夜1回			その他囚カミス	薬歴等
53	ツムラ抑肝散エキ ス顆粒(医療用)		【事例の内容】 ツムラ抑肝散エキス顆粒が、7.5g/分2(朝、夕)で処方されていたため、疑義照会を行い、5g/分2(朝、夕)に変更した。			その他処方せん記載ミス	処方箋の書き方等(誤記を含む)
54	デパケン錠200	デパケンR錠200	【事例の内容】 患者が内科の処方箋を持って来局した。薬歴を確認し、いつもはデパケンR錠200mgのところデパケン錠200mgで処方されていたため疑義照会し、変更となった。		処方変更時は薬物治療の経過を考えて確認する。	コンピュータシステム 医薬品	薬歴等
55	トプシムクリーム 0.05%	アンテベートク リーム0.05%	【事例の内容】 投薬時に患者より、「医師が薬を変えと言っていたが、変わっていないようだ」との訴えがあった。病院に確認したところ、トプシムクリーム0.05%がアンテベートクリーム0.05%に変更となった。			その他病院側の入力ミス	患者の申し出
56	トラメラス点眼液 0.5%	トラメラスPF点 眼液0.5%	【事例の内容】 処方せんを発行した医療機関において、トラメラスPF点眼液0.5%に採用品が変更していたにもかかわらず、トラメラス点眼液0.5%で処方されていた。			連携ができていなかった 知識が不足していた コンピュータシステム 教育・訓練	その他

疑義照会の事例

No.	処方された 医薬品	変更された 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
57	トラメラス点眼液 0.5%	トラメラスPF点眼 液0.5%	【事例の内容】 採用薬がトラメラス点眼液0.5%から防腐剤無添加のトラメラスPF点眼液0.5%に変更になっていたが、変更前のトラメラス点眼液0.5%で処方されていた。			連携ができていなかった 知識が不足していた コンピュータシステム 教育・訓練	その他
58	ナウゼリンドライシ ロップ1%		【事例の内容】 体重16kgの患者に対して、ナウゼリンドライシロップ1%が0.6g/分3で処方された。少なすぎると考え、医師に疑義照会を行ったところ、1.6gの間違いであった。			その他病院側の入力ミス	年齢・体重換算の結果
59	ニフラン点眼液0. 1% ヒアレイン点眼液 0.1%		【事例の内容】 ニフラン点眼液3本→6本、ヒアレイン点眼液3本→6本にそれぞれ変更となった。			その他用量変更	薬歴等
60	ニューロタン錠50 mg		【事例の内容】 内科にて定期の薬、オルメテック20mgあり。腎臓移植後の定期検診で、一年一回受診。泌尿科医師よりたんぱく尿ありでニューロタン50mg処方。疑義照会で内科の薬を把握していなかったとの事でニューロタン削除。	患者さんは前回一年前の泌尿科受診時にお薬を見せていたので、知っていると思っていた。新しい薬が出たり、久しぶりに他の科にかかったりするときにはお薬手帳をしっかりと医師に見せる様に提案。		確認を怠った 記録などに不備があった その他医師の他科の薬の把握不足 その他薬手帳の活用不足	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
61	ノイロトロピン錠4 単位		【事例の内容】 整形外科からノイロトロピン錠4単位4錠/分2の処方があり、「これからは、整形外科から薬をもらうこととなった」と患者本人より聞いていた。翌日に内科からノイロトロピン錠4単位の処方があったため、病院に連絡したところ、内科からの処方は薬剤削除となった。			その他規定どおり対応できた 医薬品	薬歴等

疑義照会の事例

No.	処方された 医薬品	変更された 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
62	バイアスピリン錠100mg		【事例の内容】 胃カメラの為、休薬中だったバイアスピリン錠の印刷漏れという、処方箋の印刷ミスがあった。複数の薬剤が処方された処方箋において、最上段の印刷がされていなかった。薬歴からの情報と患者のコメント、処方欄に通常印字される剤数を示す数字が1剤目のみ印字されていないという、処方箋の不審な状況を鑑み、処方医に疑義照会をしたところ、バイアスピリン錠の処方再開であることを確認した。			コンピュータシステム その他印刷用プリンター	その他
63	パラクロジン錠100mg	プレタール錠50mg	【事例の内容】 パラクロジン錠100mg2錠/分2、49日分の処方があり、家族に渡す際、当該薬を初めて服用することがわかった。パラクロジン錠100mgは、投与初期2か月は2週間に1度の血液検査が必要であり、処方も2週間とあるが、家族は血液検査のことを聞いていないとのことであった。疑義照会を行い、プレタール錠50mgに変更となった。			その他規定どおり対応できた 医薬品	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
64	バルトレックス錠500		バルトレックス錠500mg 2錠 1日2回の処方箋。患者さんに話を聞いてみると、左太ももの辺りに帯状疱疹。○単純疱疹において通常、成人にはバラシクロビルとして1回500mgを1日2回経口投与する。○帯状疱疹において通常、成人にはバラシクロビルとして1回1000mgを1日3回経口投与する。バルトレックス錠500mg 6錠 1日3回毎食後に変更となった。	たまにしか出ない薬なので、処方の用量を誤った。	添付文書を医師にお渡しした。	判断を誤った 技術・手技が未熟だった	患者の症状等

疑義照会の事例

No.	処方された 医薬品	変更された 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
65	ピーマーゲン散 ショーワ		【事例の内容】 処方箋にピーマーゲン散ショーワ7. 5g/分3と記入あり、疑義照会をしたところ4. 5g/分3の間違いであった。			その他規定どおり対応できた 医薬品	処方箋の書き方等(誤記を含む)
66	ヒューマリンR注 カート	ヒューマリンR注 キット	【事例の内容】 通常、ヒューマリンR注キット処方の患者。クリニックの処方が普段と異なりカートで処方。疑義照会を行い、患者様にはいつも使用しているキットを調剤。コンピューターシステム使用による処方医の選択ミスも考えられる。			確認を怠った 知識が不足していた コンピューターシステム 医薬品	薬歴等
67	フェロミア錠50mg	インクレミンシロップ5%	【事例の内容】 鉄の錠剤で胃痛を起こしたことがあるため、シロップにしたいと申し出があった。疑義照会により、フェロミア錠50mgからインクレミンシロップ5%へ変更になった。			その他患者希望	患者の申し出

疑義照会の事例

No.	処方された医薬品	変更された医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
68	フォリアミン錠		リウマトレックスを週に三回服用している患者から、副作用防止の目的でフォリアミン錠5mg2錠、毎日服用の指示がされた処方せんを受け取った。	フォリアミンとリウマトレックスは一緒に服用するとリウマトレックスの吸収が妨げられるが、フォリアミンはリウマトレックス投与後12時間から24時間開けての投与だと効果に影響はない。しかし、今回の処方ではリウマトレックスの効果が減弱する可能性があることから、疑義照会を行った。医師はフォリアミンの常用量は1日5mgから20mgを2、3回分服連日服用であり、その通りに指示を行ったとの事だったが、リウマトレックスの効果減弱するのであれば、フォリアミンは週一回の服用でも良い、との事から、リウマトレックスの最終投与日から一日開けて服用するように処方変更となった。	薬の情報をしっかりと常に仕入れて勉強をしておく。疑義照会をしっかりと行う。	知識が不足していた	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
69	プロプレス錠4		【事例の内容】 転院前の処方から、プロプレス錠4が抜けていたため、疑義照会を行い、プロプレス錠4が薬剤追加された。			その他店舗問題なし	薬歴等

疑義照会の事例

No.	処方された医薬品	変更された医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
70	ブロプレス錠4	カソデックス錠80mg	下〇さん(男性)がもってこられた処方せんが、下△さん(女性)の処方せんだった。一緒に提出されたお薬手帳は下〇さんのものだったため、確認したところ、違う方の処方せんを持ってきていることが判明した。病院にて、患者間違いをして処方せんを交付したのらしい。	名字が同じ「下」から始まり類似していた。また年齢も近かったためではないか。診察そのものは本人がされるが、受付や処方せん交付、薬局への来局は本人とは限らず、ご家族であることも多いため性別だけでは判断できない。	薬局においては、今回のようにお薬手帳や保険証などで、必ず処方せんを確認する。病院における改善策は不明だが、このような事例があったことは、病院側へ連絡した。	確認を怠った 勤務状況が繁忙だった 患者側 教育・訓練 ルールの不備	その他
71	ブロプレス錠8		いつもの処方では、ブロプレス4mg 今回8mgに変更になったのか、患者さんに確認しても聞いていない。照会后いつもの4mgに戻る。	処方医院側の確認不足。	薬局では、薬歴での確認、おかしい時は、患者さんに確認、照会も直接医師に問い合わせようとする。とにかく処方医側の受付事務の態度が、疑義照会しても 何がおかしいか？医師に取り繋いでくれなかったり、とにかく薬の事を何も解っていない事、平気でトンデモナイ処方入力をする人が多い。入力も新人の事務員がしたりして、問い合わせをしても話が通じない。改善してもらいたい。大変な事故が起きないかいつもハラハラして薬局の業務を行っている。行政からの厳しい指導を望みたい。	確認を怠った 知識が不足していた 技術・手技が未熟だった コンピュータシステム 教育・訓練	薬歴等

疑義照会の事例

No.	処方された 医薬品	変更された 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
72	プロプレス錠8 ノルバスク錠5mg		【事例の内容】 いつもノルバスクとプロプレスをお渡ししている方だが、ノルバスク錠5mg、プロプレス錠8が処方せんに記載されていなかった。患者本人に確認したところ、医師から特に話はなかったとのことだった。疑義照会を行い、薬剤追加になった。			その他問題なし	薬歴等
73	ペリアクチン散1%		【事例の内容】 小児科の患者にペリアクチン散1%が処方されていたが、1日量が成分量で0.07mgであった。処方内容を入力中に入力者が不審に思い、薬剤師へ確認をした。投与量が過少と判断されたため、医師に疑義照会を行った。1日量が成分量で0.7mgへ変更となった。			確認を怠った	年齢・体重換算の結果
74	ヘルミチンS坐剤		【事例の内容】 ヘルミチン坐剤は、1か月に20日間、週5日の制限があり、かつ精神神経系に副作用の可能性がある薬だが、1日2回28日分毎日使用の処方が出た。疑義照会を行い、1日2回(5日/週)20日分となった。未然に防ぐことが出来た。			その他規定どおり対応できた 医薬品	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
75	ホクナリンテープ2mg	オメプラール錠20	【事例の内容】 患者から、必要ではないホクナリンテープ2mgが処方されており、必要であるオメプラール錠20が処方されていないと申し出があった。疑義照会を行い、オメプラール錠20が薬剤追加となり、ホクナリンテープ2mgが薬剤削除となった。			確認を怠った	患者の申し出
76	ボルタレンサポ25mg	ボルタレン錠25mg	【事例の内容】 ボルタレンサポ25mg1個、ムコスタ錠100mg1錠痛むとき10回分の処方であった。外用と内服が同じ用法で処方されており、患者本人はとくに先生から聞いてないとのことより、疑義照会をした。ボルタレンサポ25mgからボルタレン錠25mgへ変更となった。			確認を怠った	処方箋の書き方等(誤記を含む)

疑義照会の事例

No.	処方された 医薬品	変更された 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
77	マイスリー錠10mg		【事例の内容】 マイスリー錠10mg1錠 不眠時 56回分処方だったため、疑義照会を行い、30回分へ変更した。			その他処方回数変更	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
78	ムコサールドライシロップ1.5%		【事例の内容】 3歳の子にムコサールドライシロップ1.5%が0.06g(1日量・製剤量)として処方されているのに事務員が気づき、薬剤師が量が少ないと判断した。疑義照会を行い、0.9gに変更となった。			その他店舗に問題なし	年齢・体重換算の結果
79	ムコスタ錠100		【事例の内容】 形成外科より痛み止め、化膿止めと共に、ムコスタ錠100mgの処方があった。別の医療機関において、ムコスタ錠100mgを含む定期処方を服用中だった。医師に疑義照会を行い、形成外科のムコスタ錠100mgが処方中止となった。重複投与を未然に防ぐことが出来た。		医師の問診時に、お薬手帳を確認する。	記録などに不備があった連携ができていなかった勤務状況が繁忙だった その他複数医療機関受診による重複投与	薬歴等
80	ムコダイン細粒50%		【事例の内容】 ムコダイン細粒0.09g分3で処方された。体重換算し、量が少ないと考えたため、疑義照会を行った。0.09gから0.9gへ分量変更となった。			その他問題なし	年齢・体重換算の結果
81	ムコダイン細粒50% ムコサールドライシロップ ペリアクチン散1%		【事例の内容】 (1)ペリアクチン散0.4g、ムコダイン細粒1.5g、ムコサールドライシロップ1.5g、ホクナリンドライシロップ1.5g 14日分(2)ムコダイン細粒1g、ムコサールドライシロップ1g、ペリアクチン散0.4g 5日分(1)と(2)が同時に処方されていたので疑義照会を行い、(2)の処方が削除となった。			その他問題なし	処方箋の書き方等(誤記を含む)
82	メイアクトMS錠100mg		【事例の内容】 透析患者にメイアクトが処方されたが、通常用量での処方だった。通常、透析患者には1日1回100mgが標準のため疑義照会を行い、処方変更となった。		投薬ガイドブック等、各種資料の活用、確認。	確認を怠った知識が不足していた 施設・設備 教育・訓練	薬歴等

疑義照会の事例

No.	処方された 医薬品	変更された 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
83	メリアクトMS錠10 0mg	クラビット錠	膀胱炎再発で診察、処方箋が発行された。以前に診察の際、メリアクトが処方され、薬疹がありクラビットへ変更した経緯があった。薬疹歴を見落としてメリアクトが再度、処方された為、疑義照会を行い、クラビットに変更となった。	メリアクトを処方した医師とクラビットに変更した医師が異なる為、記載法などの違いで見落としと思われる。	共通の記載事項を設けるなど、情報をきちんと共有し、活用できる環境を再設定する。	その他患者の薬疹歴を見落としていた	薬歴等
84	メバン錠5	バナン錠100mg	処方箋を受け付けた段階で、風邪の処方内容の中に高脂血症用薬が書かれていたため、医薬品名がメバンであり、力価の記載もなく、ひょっとしたらバナン錠ではないかと思い、疑義照会してみたところ、抗生物質であるバナン錠の間違いであった。	医師の手書き処方で、医師の思い込みのミス。思い違いし易い薬品名、規格もれもあり、処方箋発行時点でのチェックもされないとのこと。	コンピューターシステムの導入。チェックが働く院内手順の見直し。医師はコンピューター導入が無理なら、規格までを薬品名として覚えるべき。	勤務状況が繁忙だった コンピューターシステム 医薬品 仕組み ルールの不備	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
85	メリスロン錠6mg		メリスロン錠6mg1日3錠のところ1日6錠の処方が入力されていた。照会后3錠に変更になる。	処方医院の入力、確認、ミス。	処方箋は疑ってかかるよう、常に注意する。	確認を怠った	薬歴等
86	ユニプロン坐剤10 0	アンヒバ坐剤小児 用200mg	【事例の内容】 当該患者に小児用バクシダールとユニプロン坐薬が同時処方され、当薬局でのバクシダールの処方が初めてだった為、何の気なしに添付文書を見ていたら、併用禁忌であることが分かったので、疑義照会后、アンヒバ坐薬に処方変更となった。			知識が不足していた	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会の事例

No.	処方された 医薬品	変更された 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
87	ユリーフ錠4mg	ユリノーム錠50mg	処方箋にユリーフ(4)処方あり。患者さんが女性のため、適応外なので念のためにDrに確認すると処方ユリノーム(50)だった。Drはカルテにユリノーム(50)と記載をしていたが、処方入力時に間違っただけと思われる。	処方医院側が混雑していたのか？ハッキリわかりません。	薬局側にも言えることだが、処方箋入力、鑑査はダブルチェックなどを含む確認を徹底していくようにする。	記録などに不備があった その他確認不足	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
88	ラシックス錠20mg リーバクト顆粒 モニラック原末 ラックビーR		【事例の内容】 前回の処方では処方日数の調整が行われたが、今回も前回の処方日数のままで処方されていた。次の受診予約日を考慮して疑義照会を行い、処方日数が全て28日分に変更となった。			その他店舗問題なし	薬歴等
89	ランタス注ソロスター	ノボリンN注フレックスペン	【事例の内容】 患者の薬歴から、継続的にランタス注ソロスターを使っていると判断されたが、処方箋がノボリンN注フレックスペンで記載されていた。患者本人も変更の話は聞いてないとのことだったため、病院に疑義照会をしたところ、正しくはランタス注ソロスターであった。処方箋、カルテは、ノボリンN注フレックスペンであった。			その他規定どおり対応できた 医薬品	薬歴等
90	リウマトレックスカプセル2mg		【事例の内容】 リウマトレックスカプセル2mg 3カプセル(*8時・20時 翌日8時・20時 *土曜日・日曜日 1日2回 8時・20時 8日分)との処方があり、土・日曜日で計4回服用するかのような処方せんの記載だったため、疑義照会を行い、リウマトレックスカプセル2mg 3カプセル(1日2回 8時・20時 土曜日 4日分 1日1回 8時 日曜日 4日分)と用法を変更した。			確認を怠った	処方箋の書き方等(誤記を含む)

疑義照会の事例

No.	処方された医薬品	変更された医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
91	リピトール錠5mg	リピトール錠10mg	退院して2度目の外来処方受付時に入院中の処方を確認したところ、リピトール10mg1錠を服用していたことを確認した。退院後の外来処方箋はリピトール5mg1錠で処方されていた。	忙しくて確認せず、2度目の来局での確認となった。		退院して初外来の時点で、薬局も入院中の処方内容を確認すべき。	薬歴等
92	リレンザ		リレンザ1回2プリスターを1回1プリスターと処方箋に記載されていた。鑑査段階で気づき照会した。	処方箋発行医院側の確認ミス。	処方箋発行医側の問題。	確認を怠った	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
93	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%		患者本人が処方箋を持って来局した。前回リンデロン点眼点耳点鼻0.1%の用法は1日4回だった。今回1日3回になっていた。用法が違うので患者に確認すると1日2回と聞いていた。疑義照会し、処方箋1日3回→1日2回に訂正となった。	処方箋の内容が異なっていたのを、患者本人に聞いて発覚	変更内容は、本人とよく話して確認	その他病院のミス	薬歴等
94	リン酸コデイン散1%「三共」		【事例の内容】 リン酸コデイン散1%「三共」3g/分3と処方されていたが、疑義照会を行い、「1回1gを咳がひどい時に服用」と用法変更になった。			その他店舗問題なし	その他
95	ロキソニン錠	ボルタレン錠25mg	【事例の内容】 投薬中に「ロキソニン錠で尿が出難くなる」と申し出があったため、処方されていたロキソニン錠について疑義照会を行い、ボルタレン錠25mgに変更となった。			その他田分対応できた医薬品	患者の申し出

疑義照会の事例

No.	処方された 医薬品	変更された 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
96	ロキソニン錠 ムコスタ錠100		【事例の内容】 ロキソニン、ムコスタが2錠分3で処方箋に記載されていたため、疑義照会をしたところ、2錠分2に変更になった。			確認を怠った	処方箋の書き方等(誤記を含む)
97	ロキソニン錠 ムコスタ錠100	メジコン錠15mg ダーゼン5mg錠	「去年もらったことのある風邪の薬が欲しい」と患者から医師へ申し出たところ、ロキソニン1錠、ムコスタ1錠 発熱時または痛む時20日分、と処方された。投薬時、患者より「欲しいのはこれではない」と申し出があった。疑義照会を行い、メジコン3錠、ダーゼン錠5mg3錠/分3、7日分に処方変更となった。	医師の勘違いによる処方ミス。		その他処方ミス	患者の申し出
98	ロキソニン錠 ムコスタ錠100		【事例の内容】 ロキソニン錠とムコスタ錠100の処方漏れがあった。疑義照会を行い、14日分処方追加となった。			その他店舗問題なし	その他
99	ロキソニン錠60mg		【事例の内容】 ロキソニン錠60mgの処方がないと患者様から申し出あり、疑義照会により薬剤追加した。			確認を怠った	患者の申し出
100	ロヒプノール錠1		【事例の内容】 病院側の予約の都合と思われるが、処方日数30日分を限度としているロヒプノール錠1が35日分で処方されていた。疑義照会を行ったところ、30日分に変更となった。			その他病院側の判断ミス	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)

疑義照会の事例

No.	処方された 医薬品	変更された 医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
101	ワーファリン錠1mg		ワーファリン錠1mgの投与量について、1日目のみ8mg、2日目以降は2mg投与との医師の意図であったことが、疑義照会後に判明した。疑義照会前の処方では、2日目以降も8mg投与で継続することとなっていた。	電子カルテの入力ミス。	疑義照会により訂正。	その他□□かり分量確認をしたため未然に防ぐことができた コンピュータシステム教育・訓練	その他
102	ワーファリン錠5mg		専門病院退院後初めての受診で(入院前5mg0.5錠→退院後)5mg1錠+1mg2錠が処方される。急な増量に当たるため照会するも、前の病院の処方を引き継いだのでそのまま良いと受付を通じて回答があった。一度は調剤しようとするも、他の薬剤師が5mgと0.5mgの読み違いでは無いか?と疑問に思い、今度は直接医師に問い合わせた所、入院先の都合で5mg0.5錠を0.5mg1錠と1mg2錠で対応していた事が判明した。	1)問い合わせをしたので(疑問に思っても)納得してしまった。2)医師に直接問い合わせるルールを徹底しなかった。	受付を通じた疑義照会は極力避ける。お薬手帳の記帳を徹底させる。※入院先、受入先双方に薬剤情報がきちんと伝達されていなかった。(入院中に処方された薬を持って退院したため情報提供書にその内容が記載されておらず、患者が持っている薬情だけが頼りとなってしまった)	判断を誤った その他疑義照会をしたと言う思い込み コンピュータシステム	薬歴等
103	ワンアルファ錠0.5		ワンアルファ0.5μgを5μgと記載されていた。	処方箋発行医側の確認ミス。		記録などに不備があった	処方箋の書き方等(誤記を含む)

疑義照会の事例

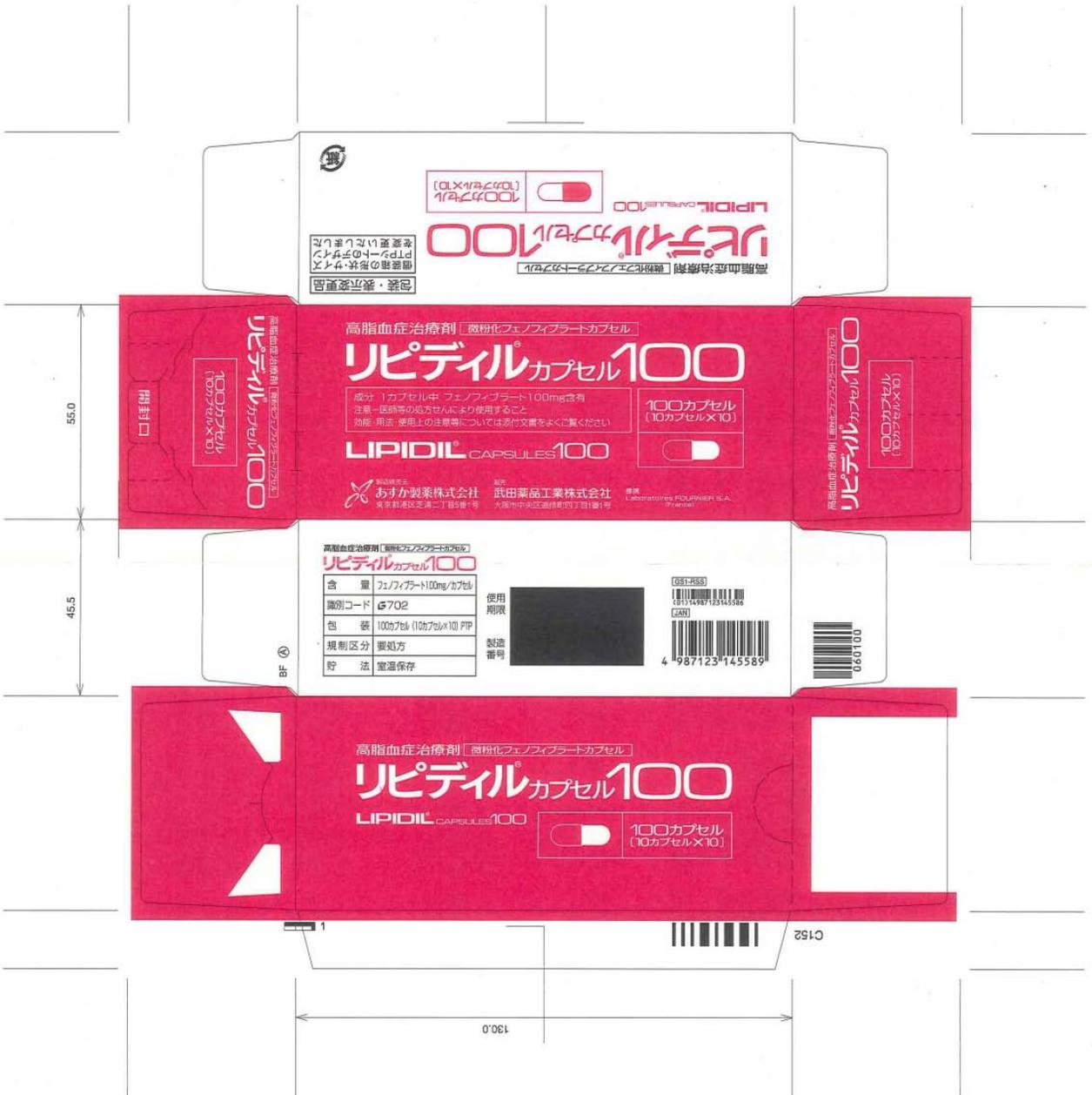
No.	処方された医薬品	変更された医薬品	事例の内容	背景・要因	改善策	発生要因	調査結果
104	PL配合顆粒		緑内障治療中の患者にPL配合顆粒が処方された。疑義照会により、当該処方薬が削除となった。	投薬時まで当該処方の確認がされないまま調剤、鑑査を行ったことで、危うく患者にそのままの薬を渡すところであった。禁忌の薬剤に対する確認が不十分であった。薬歴や患者プロフィールの確認を怠っていた。	追加の薬などがあった場合は薬歴の確認、患者プロフィールの確認をしっかりと行い、服用に対して問題のない薬であるとしてしっかり確認した上で薬剤交付にあたる。	連携ができていなかった技術・手技が未熟だった教育・訓練	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
105	PL顆粒		【事例の内容】 前立腺肥大の患者にPL顆粒が処方されていたため、疑義照会を行い、PL顆粒が薬剤削除となった。			その他店舗問題なし	薬の特性等(併用禁忌、服用方法、対象患者、同類薬など)
106	PL顆粒		【事例の内容】 以前にペレックス顆粒にて肝機能数値上昇の副作用があり、服用禁忌になっていた。今回、成分がほぼ等しいPL顆粒の処方があり、確認のために処方医へ疑義照会をしたところ、薬剤削除になった。			その他規定どおり対応できた医薬品	薬歴等
107	SG顆粒		【事例の内容】 今回、SG顆粒1g分2、14日分の処方だった。以前、頓服で1g10回分の処方があったために、「1回量が減ったのかどうか」を患者に確認したが「聞いてない」とのことだった。疑義照会を行い、2g分2に変更となった。			その他勘違い	薬歴等

薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業収集結果

- ・ パッケージデザインによる誤認事例 P1～2
- ・ インスリン注射薬の販売名称類似によるヒヤリ・ハット事例 P3～5
- ・ 糖尿病薬と高血圧薬との販売名称の類似によるヒヤリ・ハット事例 P6～27

パッケージデザインによる誤認事例







薬食審査発第 0331001 号
薬食安発第 0331001 号
平成 20 年 3 月 31 日

日本製薬団体連合会会長 殿

厚生労働省医薬食品局審査管理課長

厚生労働省医薬食品局安全対策課長

インスリン製剤販売名命名の取扱いについて

医療事故を防止するための医薬品の表示事項及び販売名の取扱いについては、平成 12 年 9 月 19 日付け医薬発第 935 号 厚生省医薬安全局長通知、平成 15 年 11 月 27 日付け薬食発第 1127003 号 厚生労働省医薬食品局長通知及び平成 16 年 6 月 2 日付け薬食発第 0602009 号厚生労働省医薬食品局長通知により、関係企業における積極的な取組を要請しているところです。

今般、インスリン製剤の取り間違えによる医療事故を防止するため、「医薬品・医療機器等対策部会」の下に「医薬品類似性ワーキンググループ」を設置し、具体的な対策の検討を行ってきたところであり、医薬品類似性ワーキンググループの検討結果（厚生労働省ホームページ<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/dl/s1105-2c.pdf>に掲載）や医薬品・医療機器等対策部会の意見を踏まえ、医療事故を防止するためのインスリン製剤販売名命名の取扱いとして別添の対策を行うことが重要であることから、貴会会員企業に対する周知方御配慮いただきますようお願いいたします。

インスリン製剤販売名命名の取扱い

1. 販売名の基本

- (1) 剤型別、使用者にわかりやすい販売名とする。
- (2) 販売名は、必要な情報のみを加えることとして、できるだけシンプルにする。
(販売名中の不要な情報は除くことが好ましい。)
- (3) 販売名中の数字は、通常は一つとし、多くても二つまでを原則とする。
- (4) 販売名の変更は、可能な限り避ける。変更する場合でも、最小限とする。
(変更による新たなリスクを最小限にする)
- (5) 同一ブランドで2種類以上の形態がある場合には、それぞれに形態に関する情報を加えることが望ましい。

2. 表示方法について

使用者に各製剤毎の違い（剤型や製剤的特長等）が区別しやすいよう視認性に注意して、情報を表示すること。

3. 医療関係者が主に使用する製剤 [バイアル製剤]

- (1) 原則：「ブランド名」＋「製剤組成の情報」＋「剤型」＋「規格（濃度）」
例）「ブランド名」＋「R、N等」＋「剤型」＋「△単位/mL」
- (2) 製剤組成：製剤の性状R（速効型）あるいはN（中間型）を表示し、混合物ではRの割合を表示する。同一ブランド名中に異なる性状の製剤がない場合は記載しない。
- (3) 剤型：注（現状の通り）とする。
- (4) 規格（濃度）：インスリン注射液のバイアル製剤は、濃度の情報が重要であることから、100 単位/mL の単位を表示する。数字だけでは誤解を生じるので、単位/mL を入れる。

4. 自己注射用製剤 [カートリッジ製剤] [キット製剤]

- (1) 原則：「ブランド名」＋「製剤組成の情報」＋「剤型」＋「容器の情報」
例）「ブランド名」＋「R、N等」＋「剤型」＋「カートリッジ、キット等」
- (2) 製剤組成：製剤の性状R（速効型）あるいはN（中間型）を表示し、混合物ではRの割合を表示する。同一ブランド名中に異なる性状の製剤がない場合は記載しない。
- (3) 剤型：注（現状の通り）とする。
- (4) 規格（濃度）：インスリン注射液の自己注射用製剤（カートリッジ製剤、キット製剤）販売名には濃度の情報を付けず、直接の容器等への記載事項として、表示す

ること。

- (5) 容器：カートリッジ製剤かキット製剤かを区別する情報を加える。同一ブランド名がバイアル製品にはなく、またカートリッジ製品かキット製品の一方のみに使用されている場合には、表示しなくても良い。



医政発 第1127004号

薬食発 第1127001号

平成15年11月27日

各都道府県知事

各政令市市長 殿

各特別区区長

厚生労働省医政局長

厚生労働省医薬食品局長

医療機関における医療事故防止対策の強化について

標記については、平成12年9月29日付け健政発第1129号・医薬発第989号厚生省健康政策局長・医薬安全局長通知「医療施設における医療事故防止対策の強化について」により貴管下医療機関における医療事故防止の取組強化が図られるよう周知徹底方お願いしたところである。

しかし、依然として医療事故報道が後を絶たず、最近の特定機能病院や大学医学部附属病院等における医薬品の過量投与や誤投与のように、従来から危険性の指摘されている医薬品による患者死亡事故が依然として発生していることから、貴管下医療機関における医療事故防止の取組強化が図られるよう、改めて周知徹底方お願いする。

あわせて、貴管下医療機関において下記事項について確認及び検討を行うよう、御指導方お願いしたい。

また、下記事項の趣旨を踏まえて、薬局においても、事故防止対策について確認及び検討を行うよう、御指導方お願いしたい。

記

1. 間違いやすい医薬品の採用状況の確認

- ・ 各医療機関において別添「処方点検や調剤時、病棟への供給時に注意を要する医薬品」（日本病院薬剤師会）等を用いて、間違いやすい医薬品の採用状況を把握すること。
- ・ 間違いやすい医薬品の組合せの双方が採用されている場合には、双方を採用することの必要性を再検討すること。

2. 間違い予防のために講じている方策の確認

間違いやすいことが指摘されている医薬品を採用している場合、間違いを予防するために講じている方策を再確認するとともに、それが有効に機能しているかどうかを確認すること。

3. 抗がん剤の使用体制の確立

抗がん剤の使用に際しては、これまでも過量投与に伴う重大な事故が発生していることに鑑みて、各医療機関において抗がん剤を処方する場合の条件を明確にするなど処方ミスを防ぐための方策を講じることや、薬剤部において抗がん剤の種類、投与量等の二重確認を可能な限り行うことなど、抗がん剤を安全に使用するための体制を確立するとともに、それが有効に機能しているかどうか確認すること。

処方点検や調剤時、病棟への供給時に注意を要する医薬品

- 1 誤処方による事故、ヒヤリハット報告があった医薬品名の組み合わせ
 - ・アマリール、アルマール
 - ・サクシン、サクシゾン
 - ・タキソール、タキソテール
 - ・ノルバスク、ノルバデックス
 - ・オーダリングシステム等を採用している医療機関において先頭3文字が同一の医薬品

- 2 名称類似によると思われる調剤エラーや誤投与のヒヤリハット報告が複数あったもの
 - ・アロテック、アレロック
 - ・ウテメリン、メテナリン
 - ・テオドール、テグレトール
 - ・プレドニン、プルゼニド

- 3 投与量のチェックを厳しく行うべきもの
 - ・タキソール
 - ・タキソテール
 - ・インスリン製剤
 - ・小児におけるアミノフィリン

- 4 投与方法についての注意喚起（他の医薬品との供給方法の差別化）を行うべきもの
 - ・カリウム製剤
 - ・リドカイン製剤（特にキシロカイン10%）

(日本病院薬剤師会)



医政発第1204001号
薬食発第1204001号
平成20年12月4日

各都道府県知事
各保健所を設置する市の市長 殿
各特別区区长

厚生労働省医政局長

厚生労働省医薬食品局長

医薬品の販売名の類似性等による医療事故防止対策の強化・徹底について
(注意喚起)

医療機関における医療事故防止対策については、これまで、平成15年11月27日付け医政発第1127004号・薬食発第1127001号厚生労働省医政局長・医薬食品局長通知「医療機関における医療事故防止対策の強化について」、平成16年6月2日付け医政発第0602012号・薬食発第0602007号厚生労働省医政局長・医薬食品局長通知「医療機関における医療事故防止対策の強化・徹底について」により、その取組強化が図られるよう、貴管下医療機関に対し周知徹底方お願いしてきたところである。

しかしながら、医療事故情報収集等事業においても、依然として医薬品の使用に関連する取り違え事例等が報告されているところである。さらに、今般、ヒドロコルチゾン製剤「サクシゾン」と筋弛緩剤「サクシン注射液」を誤って処方し投与したことによる死亡事故が発生したことから、各製造販売業者に対し各医療機関への注意喚起を行うよう指示したところである。

については、貴管下医療機関及び薬局において、患者の生命に直接かかわる可能性のある医薬品による取り違え事故等を防止するため、医薬品の販売名がお互いに類似している等の医薬品を処方、調剤、投与する際には、医療関係者が相互に確認・照会等を行う等協力して、医療事故防止対策の取組強化が図られるよう、改めて周知徹底方お願いする。

あわせて、貴管下医療機関及び薬局においては、処方、調剤、投与等における誤りは、患者に重篤な健康被害を及ぼす可能性があることから、販売名の類似性に注意を要する

医薬品の安全な使用及び特に安全管理が必要とされた医薬品の適切な管理によって、医療事故を防止するため、下記の1～5までの事項についての確認及び検討を行うよう指導方をお願いしたい。

記

次に掲げる事項について、医療機関の管理者又は薬局の開設者の指示の下に、医薬品の安全使用のための責任者（以下「医薬品安全管理責任者」という。）は、各医療機関及び薬局における使用状況下で、各事項が相互に関連し効果的に機能するよう実施体制の確保を図られたい。なお、病院及び患者を入院させるための施設を有する診療所においては、安全管理委員会との連携の下に行うこと。

1 各医療機関における採用医薬品の再確認

医薬品の販売名の類似性に起因した取り違えを防ぐため、各医療機関においては、次に掲げる薬剤（別添1）の採用状況を確認し、事故防止のため、採用規格や名称類似性等に関する確認を行い、その薬剤を採用する必要性について改めて検討すること。

- ・ 平成15年11月27日付け医政発第1127004号・薬食発第1127001号厚生労働省医政局長・医薬食品局長通知「医療機関における医療事故防止対策の強化について」の別添に記載されている薬剤
- ・ 医療事故情報収集等事業において、薬剤の名称が類似していることによる取り違え等の報告があった医薬品

なお、財団法人日本医薬情報センター（JAPIC）が運用する「医薬品類似名称検索システムホームページ」（URL：<http://www.ruijimeisho.jp/>）において、他の既採用薬同士や新規採用薬との名称類似性を調べることができるので、併せて参考とされたい。

- ・ 平成20年3月25日付け厚生労働省医政局総務課・医薬食品局安全対策課事務連絡「医療用医薬品類似名称検索システムの公開について（情報提供）」

<http://www.info.pmda.go.jp/iryujiko/file/20080325-1.pdf>

2 医薬品の安全使用のための方策についての確認・検討

1) 医薬品の安全使用のための手順書の見直し

各医療機関及び薬局で定める医薬品の安全使用のための業務に関する手順書（以下「医薬品業務手順書」という。）に基づき、特に安全管理が必要とされた医薬品（別添2を参考に各医療機関及び薬局が定めるもの。以下「要安全管理医薬品」という。）について、その妥当性及び取扱い上の注意を検討するとともに、医薬品業務手順書に基づく業務の実施状況及びその方策が有効に機能しているかどうかについて確認し、同手順書の内容を改めて検討すること。

なお、各医療機関及び薬局において医薬品業務手順書を見直す際には、「医薬品の安全使用のための業務手順書作成マニュアル」（平成19年3月30日付け医政総発第

0330001号、医薬総発第0330001号通知別添)を参考とされたい。

- ・ 「「医薬品の安全使用のための業務手順書」作成マニュアルについて」(通知)

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/dl/070330-8.pdf>

- ・ 「手順書作成マニュアル」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/dl/070330-1a.pdf>、

- ・ 「手順書作成マニュアル」巻末資料(別添2)
- ・ 「手順書作成マニュアル巻末参考」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/dl/070330-1b.pdf>

2) 従業者に対する医薬品の安全使用のための方策の周知徹底

採用医薬品の再確認や医薬品業務手順書の見直し等を踏まえ、販売名の類似性に注意を要する医薬品及び要安全管理医薬品について、その使用目的及び取り違え・誤使用等を防止する方策や適正に使用する方法等について、従業者に対し、改めて周知徹底すること。

3 処方せん等の記載及び疑義内容の確認の徹底

販売名の類似性に注意を要する医薬品及び要安全管理医薬品を処方する場合並びに当該薬剤を投与する患者を他の医療機関又は他の診療科に紹介する場合にあっては、当該薬剤名を確認し、服用方法及び用量等を処方せん又は紹介状等に分かりやすく記載すること。

また、注射薬など、医薬品業務手順書における要安全管理医薬品が処方又は指示された場合、処方医、診療科を確認し、処方せん等における医薬品名、服用方法及び用量等に疑義がある場合には、処方医に対して疑義照会を徹底して行うこと。処方内容に関する照会や確認が円滑に行われるよう、職種間の連携体制を築くこと。

特に、今般の医療事故に鑑み、ヒドロコルチゾン製剤「サクシゾン」と筋弛緩剤「サクシン注射液」の使用に対しては十分注意されたい。

(参考)

<http://med2.astellas.jp/med/jp/message/20081121SC.pdf>

http://www.kowa-souyaku.co.jp/medical/product/inform/market/szv_0807.pdf

4 オーダリングシステム等の病院情報システムにおける工夫

オーダリングシステム等の病院情報システムを導入して処方が行われている医療機関においては、同システムの薬剤選択機能や警告画面表示について、例えば、その医薬品の性質等を示す用語等が販売名に付加される表示方法や、薬剤選択画面表示及び警告画面表示等において、リスクに応じた確認方法とする等、誤処方を防止する対策を検討されたい。

5 医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集等について

医療法及び薬事法の規定により、医薬品安全管理責任者は、医薬品の安全使用のた

めに必要となる情報の収集その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策を実施し、情報収集・管理を行い、必要な情報について当該情報に係る医薬品を取り扱う従業者に迅速かつ確実に周知徹底を図る必要がある。

また、迅速な安全性情報の収集を可能にし、その業務を円滑に実施するため、医薬品・医療機器の安全性に関する特に重要な情報が発出された際に、電子メールによる情報配信を行う「医薬品医療機器情報配信サービス」があり、以下のURLから無料で登録できるので、積極的に活用されたい。

- ・ 「独立行政法人医薬品医療機器総合機構医薬品医療機器情報配信サービス」

<http://www.info.pmda.go.jp/info/idx-push.html>

なお、別添3のとおり、社団法人日本病院薬剤師会から平成20年11月21日付けで「疑義照会の徹底及び医薬品安全管理手順書の緊急点検について」が通知されているので、上記の事項を実施する際の参考とされたい。

- ・ 「疑義照会の徹底及び医薬品安全管理手順書の緊急点検について」

<http://www.jshp.or.jp/cont/081121-2.pdf>

<p>(留意事項) 本通知の内容については、貴管下医療機関の医療に係る安全管理のための委員会の関係者、安全管理者、医薬品及び医療機器の安全使用のための責任者並びに薬局の医薬品の安全使用のための責任者等に対し、周知・徹底されるよう御配慮願います。</p>

薬剤の名称の類似性等に注意を要する医薬品について

「医療機関における医療事故防止対策の強化について」（平成 15 年 11 月 27 日付け医政発第 1127004 号・薬食発第 1127001 号厚生労働省医政局長・医薬食品局長通知）の別添及び医療事故情報収集等事業において、薬剤の名称の類似性等が指摘されている取り違え等の報告があった医薬品は以下のとおり。

- (1) 平成 15 年 11 月 27 日付け医政発第 1127004 号・薬食発第 1127001 号厚生労働省医政局長・医薬食品局長通知「医療機関における医療事故防止対策の強化について」の別添

URL:<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/dl/031127-1.pdf>

- 1 誤処方による事故、ヒヤリハット報告があった医薬品名の組み合わせ
 - ・ アマリール、アルマール
 - ・ サクシン、サクシゾン
 - ・ タキソール、タキソテール
 - ・ ノルバスク、ノルバデックス
 - ・ オーダーリングシステム等を採用している医療機関において先頭 3 文字が同一の医薬品
- 2 名称類似によると思われる調剤エラーや誤投与のヒヤリハット報告が複数あったもの
 - ・ アロテック、アレロック
 - ・ ウテメリン、メテナリン
 - ・ テオドール、テグレトール
 - ・ プレドニン、プルゼニド

- (2) 医療事故情報収集等事業

URL: <http://jcqhc.or.jp/html/accident.htm#med-safe>

- 1 平成 16 年 10 月～平成 18 年 12 月までに、医療事故情報等事業に報告された薬剤の名称が類似していることに関連した事例
(医療安全情報 NO. 4 「薬剤の取り違え」 (2007 年 3 月)
URL:http://www2.jcqhc.or.jp/html/documents/pdf/med-safe/med-safe_4.)
 - ・ タキソール注射液、タキソテール注 (再掲)
 - ・ セフメタゾン静注用、注用セフマゾン
 - ・ ファンガード点滴用、ファンギゾン
 - ・ アレロック錠、アレリックス錠
 - ・ アルマール錠、アマリール錠 (再掲)

- ・ ラクテックD注、ラクテック注

2 平成19年1月～平成19年12月までに、医療事故情報等事業に報告された薬剤の名称が類似していることに関連した事例

（平成19年年報 「IV 医療安全情報の提供 1 医療安全情報の提供事業の概要」 （216頁））

- ・ ニューロタン錠、ニューレプチル（内服）
- ・ スロービット（内服）、スローケー錠
- ・ ヒルトニン（注）、ヒルナミン（注）
- ・ フェノバル散、フェニトイン散

巻末資料：

平成 19 年 3 月 30 日付け「医薬品の安全使用のための業務手順書」作成マニュアル

特に安全管理が必要な医薬品（要注意薬）例

下記の医薬品は、事故発生により患者に及ぼす影響の大きさに十分配慮し、使用上及び管理上、特に安全な取り扱いに留意しなければならない。

内服薬を主とした記載となっており、「注射薬に関する特記事項」を別途記載した。剤形によらず、各項目に該当する医薬品の取り扱いには注意が必要である。

なお、規制医薬品（麻薬、覚せい剤原料、向精神薬（第1種、第2種）、毒薬・劇薬）については、関係法規を遵守されたい。

（ ）内は代表的な商品名

1. 投与量等に注意が必要な医薬品○ **抗てんかん薬**

フェノバルビタール（フェノバル）、フェニトイン（アレビアチン）、カルバマゼピン（テグレート）、バルプロ酸ナトリウム（デパケン）等

○ **向精神薬**

ハロペリドール（セレネース）、レボメプロマジン（ヒルナミン）、エチゾラム（デパス）等

○ **ジギタリス製剤**

ジギトキシン、ジゴキシン（ジゴシン）等

○ **糖尿病治療薬**

経口血糖降下剤（グリメピリド（アマリアル）、グリベンクラミド（オイグルコン、ダオニール）、グリクラジド（グリミクロン）等）等

○ **テオフィリン製剤**

テオフィリン（テオドール、テオロング）、アミノフィリン（ネオフィリン）等

○ **抗がん剤**

タキソテル（ドセタキセル）、タキソール（パクリタキセル）、シクロホスファミド（エンドキサン）、メルファラン（アルケラン）等

○ **免疫抑制剤**

シクロホスファミド（エンドキサンP）、シクロスポリン（ネオーラル、サンディミュン）、タクロリムス（プロGRAF）等

2. 休業期間の設けられている医薬品や服薬期間の管理が必要な医薬品

メトトレキサート（リウマトレックス）、ティーエスワン、ゼローダ、ホリナート・テガフル・ウラシル療法薬（ユーゼル・ユーエフティ）等

3. 併用禁忌や多くの薬剤との相互作用に注意を要する医薬品

イトラコナゾール（イトリゾール）、ワルファリンカリウム（ワーファリン）等

4. 特定の疾病や妊婦等に禁忌である医薬品

ガチフロキサシン（ガチフロ）、リバビリン（レベトール）、エトレチナート（チガソン）等

5. 重篤な副作用回避のために、定期的な検査が必要な医薬品

チクロピジン（パナルジン）、チアマゾール（メルカゾール）、ベンズブロマロン（ユリノーム）、ピオグリタゾン（アクトス）、アトルバスタチン（リピトール）等

< 注射薬に関する特記事項 >

1. 心停止等に注意が必要な医薬品

- **カリウム製剤**
塩化カリウム (KCL)、アスパラギン酸カリウム (アスパラカリウム)、リン酸二カリウム等
- **抗不整脈薬**
ジゴキシン (ジゴシン)、キシロカイン (リドカイン) 等

2. 呼吸抑制に注意が必要な注射薬

- **筋弛緩薬**
塩化スキサメトニウム (サクシン、レラキシン)、臭化ベクロニウム (マスキュラックス) 等
- **麻酔導入・鎮静薬、麻薬 (モルヒネ製剤)、非麻薬性鎮痛薬、抗てんかん薬 等**

3. 投与量が単位 (Unit) で設定されている注射薬

- **インスリン (100 単位/mL)**
- **ヘパリン (1000 単位/mL)**

4. 漏出により皮膚障害を起こす注射薬

- **抗悪性腫瘍薬 (特に壊死性抗悪性腫瘍薬)**
マイトマイシンC (マイトマイシン)、ドキソルビシン (アドリアシン)、ダウノルビシン (ダウノマイシン)、ビンクリスチン (オンコビン) 等
- **強アルカリ性製剤**
フェニトイン (アレビアチン)、チオペンタール (ラボナール)、炭酸水素ナトリウム (メイロン) 等
- **輸液補正用製剤**
マグネシウム製剤 (硫酸マグネシウム)、カルシウム製剤 (塩化カルシウム)、高張ブドウ糖液等
- **その他**
メシル酸ガベキサート (エフオーワイ)、造影剂等

平成20年11月21日

医薬品安全管理責任者殿
薬剤部長殿

(社) 日本病院薬剤師会
会長 堀内 龍也
医療安全対策委員会
委員長 土屋 文人

疑義照会の徹底及び医薬品安全管理手順書等の緊急点検について

今般徳島県で発生したサクシンとサクシゾンの処方違いによる医療事故に鑑み、各医療機関では下記の点につき、疑義照会の徹底と「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書」に関して再検討を行うとともに、その実施状況について緊急点検を実施して下さい。

1 筋弛緩薬に関する疑義照会を徹底して下さい

筋弛緩薬が、通常注射オーダされることがない、あるいは注射オーダ頻度が少ない診療科の医師から処方された場合には、他の薬剤とのオーダーエラーが発生している可能性を考慮し、処方医に対して疑義照会を徹底して行って下さい。なおその際には、処方意図を確認する等、具体的な疑義内容を示して照会を行うことが重要です。

2 オーダリング等における薬剤名称表示を工夫して下さい

オーダリングや電子カルテ等、病院情報システムを利用して処方が行われている施設においては、名称の前に下記の例のように筋弛緩薬等の文字を付加して、当該薬剤が筋弛緩薬であることを明示する、あるいは索引名の頭にハイリスク薬である記号等を付加して他の薬剤と同時に検索されないことにする等の工夫を行ってください。

例. ★筋弛緩薬★サクシン注〇〇mg (筋弛緩薬であること、規格を明記すること)

3 名称類似医薬品の取扱等について

名称類似等医薬品関連の医療事故を防止するための対策については、これまでも当委員会から注意喚起をしてきましたが(参考文献参照)、名称類似の薬剤選択のエラーを防止する為に、一方を採用中止にする方法は、医療機関が単独で行える方法ではありませんが、オーダリングシステムの薬剤選択や警告画面で注意喚起されないで、確定画面に展開する等の事例が見受けられます。また、医師が異動した為に、採用薬剤名や規格を十分に把握されていない可能性もありますので、この対策方法は抜本的なものではないことを再確認して下さい。

また、薬剤選択については、できれば五十音方式ではなく、薬効別選択方式、あるいは医師別に使用薬剤を登録する方式など、各医療機関で使用しているシステムの薬剤選択機能を再確認して、その活用についてあらためて検討を行って下さい。

なお、当委員会では、今後病院情報システムを担当する保健医療福祉情報システム工業会（JAHIS）と安全な薬剤選択方法について話し合いを行う予定です。

4 医薬品安全管理手順書等の緊急点検をして下さい

今般の事故事例を参考に、医薬品安全管理責任者は、各医療機関で定める「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書」のハイリスク薬に関する定義品目および手順等の妥当性について改めて検討を行うとともに、その実施状況について緊急点検を行って下さい。また、当該医療機関におけるハイリスク薬及びその取扱に関して院内で各職種に周知徹底を図って下さい。

【参考文献】

日本病院薬剤師会リスクマネジメント対策特別委員会からの通知

平成15年10月27日：「医薬品関連医療事故防止への病院薬剤師の緊急自己点検について」(<http://www.jshp.or.jp/cont/031027.pdf>)

平成15年11月12日：「処方点検や調剤時、病棟への供給時に注意を要する医薬品について」(<http://www.jshp.or.jp/cont//031112.pdf>)

平成16年5月10日：「医薬品管理と患者安全に資する調剤方法の更なる徹底について」(<http://www.jshp.or.jp/cont/040511.pdf>)

医政発第1204002号
薬食発第1204002号
平成20年12月4日

(別 記) 殿

厚生労働省医政局長

厚生労働省医薬食品局長

医薬品の販売名の類似性等による医療事故防止対策の強化・徹底について
(注意喚起)

標記について、別添のとおり各都道府県知事、保健所を設置する市の市長及び各特別
区長あてに通知しましたので、貴職におかれましても、当該通知の内容について了知い
ただきますようよろしくお願いいたします。

<別記 関係団体>

社団法人 日本医療法人協会 会長	社団法人 日本病院薬剤師会 会長
社団法人 全日本病院協会 会長	社団法人 日本看護協会 会長
社団法人 全国自治体病院協議会 会長	社団法人 日本助産師会 会長
社団法人 日本精神科病院協会 会長	社団法人 日本臨床工学技士会 会長
社団法人 日本病院会 会長	日本製薬団体連合会 会長
独立行政法人 国立病院機構 理事長	宮内庁長官官房参事官
社団法人 全国老人保健施設協会 会長	法務省矯正局長
社団法人 日本医師会長	文部科学省高等教育局長
社団法人 日本歯科医師会 会長	防衛省大臣官房衛生監
社団法人 日本薬剤師会 会長	独立行政法人 国立印刷局 理事長
財団法人 日本訪問看護振興財団 理事長	
財団法人 日本医薬情報センター 理事長	
保健医療福祉情報システム工業会 会長	
独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 理事長	
財団法人 日本医療機能評価機構 理事長	

医政発第1204003号
薬食発第1204003号
平成20年12月4日

各地方厚生（支）局長 殿

厚生労働省医政局長
（ 公 印 省 略 ）

厚生労働省医薬食品局長
（ 公 印 省 略 ）

医薬品の販売名の類似性等による医療事故防止対策の強化・徹底について
（注意喚起）

標記について、別添のとおり各都道府県知事、保健所を設置する市の市長及び各特別
区長あてに通知しましたので、貴職におかれましても、当該通知の内容について了知い
ただきますようよろしくお願いいたします。



医薬発第 0829009 号
平成 14 年 8 月 29 日

各都道府県 薬務主管部（局）長 殿

厚生労働省医薬局長

医療安全推進総合対策への取り組みの推進について

医薬品・医療用具の安全対策につきましては、日頃より種々御尽力いただいているところであります。

本年 4 月 17 日に「医療安全推進総合対策～医療事故を未然に防止するために～」がとりまとめられ、その中で、現状、医療上必要不可欠なものとして使用されている医薬品や医療用具にかかわる安全性の向上についても提言されているところです。

このほど日本製薬団体連合会、日本医療機器関係団体協議会に対して、別添のとおり通知したので、御了知のうえ、適宜、貴管下関係企業に対し、御指導方お願いいたしたい。

別 添

医薬発第 0829006 号

平成 14 年 8 月 29 日

日本製薬団体連合会会長
日本医療機器関係団体協議会会長 } 殿

厚生労働省医薬局長

医療安全推進総合対策への取り組みの推進について

厚生労働省では、近年、医療機関における医療事故が相次いでいる中、医療安全対策の目指すべき方向性を示すため、平成 13 年 5 月に医療安全対策検討会議（座長：森亘 日本医学会会長）を設置し、医療安全対策について、主として医療事故を未然に防止するためにはどのような対策を講じるべきかという観点から検討を行い、本年 4 月 17 日に検討結果を「医療安全推進総合対策～医療事故を未然に防止するために～」としてとりまとめたところです。その中には、医療上必要不可欠なものとして使用されている医薬品や医療用具の安全性の向上についても提言されています。

については、本報告書における医薬品、医療用具に関する提言を踏まえ、患者の安全を最優先に考えた医療安全を確保するための積極的な取り組みを推進するため、貴会傘下会員に対し、下記について周知いただきますよう、よろしく願いいたします。

また、貴会におかれましても、特に、下記 I. 4 に示しているとおり、傘下会員が収集した意見・要望等の情報を集約し整合化する等、医療従事者の意見・要望等への対応を検討するための体制・組織の整備を進めていただく等、医療安全の確保に向けた積極的な取り組みをお願いいたします。

記

I 基本的事項について

1. 医薬品、医療用具の取り違えや誤使用等がないようにするため、製品の開発・改良、関連情報の提供等、製品側からの対応に積極的に取り組むこと。
2. 製品を開発する段階から、実際の使用に供された時の取り違えや誤使用のリスクを想定し、それらを極力軽減させる設計や製品開発を行うこと。
3. 製品の市販後の安全対策として、より多くの医療従事者から製品に関する意見・要望等の情報収集に積極的に取り組み、製品の改良に反映させること。
4. 医療従事者の意見・要望等への対応を検討するにあたっては、個々の企業としての取り組みのみならず、各企業が収集した意見・要望等の情報を集約・整合化するために団体が行う取り組みに協力すること。
5. 医療機関におけるリスク管理のため、収集した情報を医療機関等向けの情報として発信すること。
6. その他、以下の(1)～(4)に掲げる事項が、医薬品、医療用具を供給する企業としての責務と役割であること。
 - (1) 医薬品、医療用具の供給を通じて医療にかかわっている立場として、国民の保健医療の向上のため、医療従事者等の安全にかかわるニーズを尊重すること。
 - (2) 研究・開発・製造・流通の各段階において安全対策に取り組むことにより最終使用段階における安全な製品の供給が確保されるよう努めること。
 - (3) 製品間の類似性・誤使用を招きやすい構造等、医療従事者等とのかかわり(インターフェイス)により生じる問題に関して、医療安全を確保する観点から積極的に取り組むこと。
 - (4) 類似性に関する情報等、医療機関に注意を喚起する情報を迅速に提供すること。

II 医薬品に関する事項について

1. 医薬品の販売名・外観の類似性について

(1) 開発段階の対応

(ア) 新たに開発する製品について、既存のものとの取り違え・誤使用等のリスクを軽減するための対策に取り組むこと。

(イ) 容器、包装等の外観写真に関する情報等を組み込んだデータベースが開発され次第、活用するとともに、医療従事者等の意見を幅広く聴取する等により、製品に関する取り違え・誤使用等のリスクを適切に評価すること。

(2) 市販後の対応

(ア) 市販後において指摘される製品間の類似性に関する情報を収集し、医療機関等や患者に対して注意を喚起するため広く公表するとともに、そのための体制を整備すること。

(イ) リスクの特に大きいものについては、必要なリスク軽減策を講じること。

(ウ) リスク軽減策として、販売名・外観を変更した場合には、医療関係者に対して外観の変更等に関する注意を喚起するような表示をするとともに、変更後の新たな事故発生等への影響も十分に考慮すること。

2. 製品に関する情報の記載方法等の標準化・統一化について

記載方法や記載場所の標準化・統一化に従い、規格や剤型等の製品の多様性を考慮しつつ、取り違え・誤使用等のリスクを回避するための情報を確実に医療機関等に対して提供すること。

3. 医薬品情報の提供・活用について

(1) 医薬品情報の提供

医薬品の取り違え、誤使用等を回避する観点から、医療従事者に対して、医薬品の販売名・外観の類似性に関する情報を提供すること。

(2) 医薬品情報の活用

安全性を一層考慮した医薬品等の使用が医療機関等において可能となるよう、医薬品全体の情報を医療機関等が活用するために、必要な医薬品情報データベースの整備へ向けて取り組むこと。

(3) 国民・患者への情報提供

国民・患者に対して、医薬品の販売名・外観の類似性に関する情報を積極的に提供すること。

Ⅲ 医療用具に関する事項について

1. 人の行動特性、限界を考慮した設計について

- (1) 医療用具を設計・開発する段階において、人間の行動や能力その他の特性を考慮し、操作する者が安全かつ有効に使用でき、誤使用しにくいような設計の考え方（ヒューマンファクターエンジニアリング）を積極的に導入すること。
- (2) 単純な操作ミスが生命の危機に直結するような医療用具については、できるだけ構造又は機能の単純化、操作方法の簡略化を進めること。
- (3) 事故防止対策に関する国際基準等が存在しない医療用具にあつては、我が国における防止対策のための基準を国際基準化するための働きかけを産学官がより一層協力し、積極的に行うこと。

2. 適切な保守管理について

- (1) 医療機関等に対して、現在必ずしも徹底されていない耐用期限の設定や、保守点検に関する必要な情報提供を行うこと。
- (2) 医療機関における保守管理の実効性を高めるため、保守点検に必要な情報を添付文書に記載すること。

3. 使用方法等に関する医療機関内の研修への支援について

医療機関内で使用目的及び操作方法等の情報提供を行う等、医療機関における研修の取組を支援すること。

4. 医療用具情報の提供・活用について

- (1) 医療機関に、医療用具情報を入手するために設置された窓口に対して、迅速かつ的確に医療用具に関する情報を提供すること。
- (2) 医療従事者に対して効率的に情報提供するため、医療用具の情報に関する専門家を育成すること。
- (3) 医療用具の添付文書の書式や記載内容の整備・標準化を進めるとともに、提供方法等の充実を図ること。
- (4) バーコードチェックが普及するよう検討すること。