

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1	今まで(般)メトホルミン錠250mg G L 3錠3*毎食後の指示だったが、(般)メトホルミン錠250mg G L 4錠3*毎食後(2-1-1)増量。(般)メトホルミン錠250mg G L は750mg/日までなので問い合わせ。(般)メトホルミン錠250mg G L →(般)メトホルミン錠250mg M Tに変更となった	メトホルミン製剤にはメトグルコ(M T)とグリコラン(G L)と2種類あり容量に違いがあるため、750mg/日以上の時は注意する	(般)メトホルミン錠250mg G L の箱に「750mgまで」と記載した	(般)メトホルミン錠250mg G L	(般)メトホルミン錠250mg M T		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2	エルデカルシトール採用し、一般名処方にて順次エディロールから変更していた。エルデカルシトール0.5アルファカルシドール0.5名称酷似しており取り違えた。患者家族が服用前に気付いた。	一般名、商品名ともに似ていた。エルデカルシトール採用間もない時期であった。	類似品目にして今後注意する。	【船】エルデカルシトールカプセル0.5μg	アルファカルシドールカプセル0.5μg「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3	「[般]メトホルミン塩酸塩錠25mg:MT」との処方において、メトグルコ、又は、メトグルコの後発品を調剤すべきところ、グリコラン250mgの後発品であるメトホルミン250mgトーフで調剤してしまった。同一成分であるが、先発・後発の関係では無い医薬品であり、監査した別の薬剤師によりミスが発見された。	後発品利用率を上げる為、安易に考えてしまった背景がある。同一成分、同一成分量であっても元の先発品と紐付けされていないケースがあるので注意が必要である。	一般名名称の後半部分の記号を見落とさない。(今回の「MT」に限らず、「徐放」「〇時間」等の表記も含む)	【般】メトホルミン塩酸塩錠250mg:MT	メトホルミン塩酸塩錠250mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4	【般】アズレンスルホン含嗽用液でアズノールうがい液を集めるところA Z点眼が集まっていた。	一般名のアズレンと液の部分だけを見て集めていた。	一般名による類似が増えているので、成分名だけでなく含量や剤型まで指差し確認していく。	【般】アズレンスルホン酸Na含嗽用液4%	A Z点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
5	門前病院の2回目の処方箋に記載されていた【般】エピナスチン塩酸塩錠10mgの処方に対し、エピナスチン塩酸塩錠10mg テバと入力し、実際にお渡ししたのはエピナスチン塩酸塩錠20mg サワイでした。3回目に来局の際、入力も交付も同じく間違えたまま行い、4回目に来局の際、過誤に気づき、謝罪。10mg はジェネリック品の在庫なくアレジオン10mg を交付。患者様に体調変化や副作用は全くなく、患者様自身も20mg を服用していることに気付いておりませんでした。	2回目来局の際、処方入力・調剤・鑑査・投薬を、ヘルプの不慣れな薬剤師一人で行い、薬があるはず、との思い込みや確認不足により、過誤が起きた可能性があります。3回目の来局時は、常駐する薬剤師ではありませんでしたが、処方入力～投薬までを一人きりで行い、他の薬剤師が追加になったり、用法用量変更もあり、焦りや確認不足が引き起こした結果だと思われます。4回目来局時、処方入力は事務が行っており、二人の目で確認できたことや冷静に対処できたことが過誤発覚に繋がったと思われます。	薬剤師一人きりでの運営時間を減らし、事務さんに入ってもらうことで、二人の目で確認し、落ち着いて対応できる時間を増やす。1人きりですべてを行う際は、処方入力時の確認や鑑査回数を増やすことで過誤の発生を抑制するよう努める。	【般】エピナスチン塩酸塩錠10mg	エピナスチン塩酸塩錠20mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
6	一般名処方にてクロルフェニラミンマレイン酸塩シロップ0.05%が処方。医療事務の入力も0.04%で入力。立て込んでいた為パーセントをよく見ずに調剤してしまった。交付後の振り返りで発見し、服薬前に交換できた。	繁忙時に、クロルフェニラミンは0.04%だけと思い込み、規格の確認を怠った。	両剤を並べて陳列し、0.04%、0.05%の注意書きを掲示した	【般】クロルフェニラミンマレイン酸塩シロップ0.05%	d-クロルフェニラミンマレイン酸塩シロップ0.04% 「トローワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
7	【般】テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠のところ、テルミサルタン錠40mgで集めていた。	配合錠であったが一般名の前半部分だけ読んで見落としていた。また複数の処方箋を同時に対応していたため集中力が散漫であった。	1枚ずつ丁寧な対応を心掛けること。忙しい時間帯であっても処方箋の記載内容を指差しや声出し確認も同時に行っていくこと。	【般】テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠	テルミサルタン錠40mg 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
8	ジェネリック医薬品希望の患者に【般】ヘパリン類似物質クリームが処方されていたが、ヘパリン類似物質油性クリーム「ニプロ」を調剤した。	一般名である【般】ヘパリン類似物質クリームと、商品名であるヘパリン類似物質油性クリーム「ニプロ」は、名称が類似しており、患者がジェネリック医薬品を希望する場合は普段から注意していたが、込み合っていたためが見落とした。	一般名及び先発品名記載したラベルを作成し、ピッキングの際に見えるところに置いておく。職員に各々の一般名、先発品、ジェネリック品の名称周知を徹底する。	【般】ヘパリン類似物質クリーム	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3% 「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
9	25アリナミンを調剤する予定が50アリナミンの方を調剤。鑑査時に気づき問題なく調剤	規格間違いによる注意ミス。25アリナミンの規格の箱と50アリナミンの規格の箱が隣通しにあった。	類似医薬品、規格は離して保管する。	25mgアリナミンF糖衣錠	50mgアリナミンF糖衣錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
10	25mgアリナミンF糖衣錠の計数調剤で、新しい箱を開封する際に50mgアリナミンF糖衣錠を開封し、25mgと50mg錠を組み合わせた状態で計数調剤してしまった。	調剤棚では25mg錠と50mg錠を別に分けて保管しているが、ストック分は引き出しと一緒に入れていた。包装デザインが似ているため規格を注視せず手に取って開封してしまったのと、さらに25mg錠と50mg錠のシートサイズが同一でそれらを合わせて輪ゴムで括れてしまったため、監査をすり抜けてしまった。	調剤棚に規格別の取り違いの注意喚起を示し、ストック分も25mgか50mgか自然と注視できるように分けて保管する。	25mgアリナミンF糖衣錠	50mgアリナミンF糖衣錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
11	2mgセルシンを調剤すべきだったが、5mgセルシンを間違えて調剤していた。月末の向精神薬の棚卸で在庫数が合わないことが発覚し、当該患者へ電話をして確認し間違いが分かった。頓服薬の為、服用しておらず、患者への被害はない。	監査の段階で気づけたはずだが、繁忙時間帯あり、他の薬剤師が一度監査していた為、投薬者の監査が不十分であった。	他の薬剤師が監査したものでも、投薬する薬剤師も一度目を通すように心掛ける。	2mgセルシン錠	5mgセルシン錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
12	セルシン毎回お渡ししている方に、ジアゼパムをお渡ししてしまった。投薬後に気が付き交換へお邪魔した。	一般名処方であったために、思い込みが発生。監査者が慣れていない者で気が付かなかった。	処方せんをしっかりと確認して調剤を行うことを全スタッフが再度徹底する。	2mgセルシン錠	ジアゼパム錠2mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
13	処方箋は、アンテベートクリームとサリチル酸ワセリンで、クリームと軟膏で混合できないことに後で気づき、病院に問い合わせたところ、サリチル酸ワセリンではなく、レスタミンクリームの間違いだと病院に言われ、ご本人に事情を説明し交換した。	混合時、クリーム、軟膏の確認をする	混合の際、基材に注意する	5%サリチル酸ワセリン軟膏東豊	レスタミンコーワクリーム1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
14	臨時の処方箋を薬局にて入力、調剤、監査、配薬の過程で全ての行程をミスした状態で通過。施設の投薬者が普段と色が違うとのことで、薬局に連絡。ミスが発覚後差し替えにて対応。	原因についてヒアリングしたところ、薬局内でよく使う規格が25mgだった事もあって思い込んでしまった。そもそも調剤した一年目のスタッフは5mgの規格を知らなかった。当然慣れや忙しさから来る慢心もあった。	処方箋の確認という一番の基本で一番大切なことの確認の徹底。さらにセレロックス200、フェキソフェナジン30、アロプリノール50、ウルソ錠50など、自店舗で使用患者が少なく間違いやすい薬の知識の共有。さらに勉強会などを定期的実施する。	5mg アリナミンF 糖衣錠	25mg アリナミンF 糖衣錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
15	【正】 d-クロルフェニラミンミンマレイン酸塩徐放錠 6mg 「武田テバ」 1錠 【誤】 d-クロルフェニラミンミンマレイン酸塩錠 2mg 「武田テバ」 3錠	d-クロルフェニラミンミンマレイン酸塩徐放錠 6mg の在庫が無かったため、d-クロルフェニラミンミンマレイン酸塩錠 2mg 3錠にて入力し、調剤後お渡し。初期監査、最終鑑査にて剤形の誤りを見落としのまま投薬し薬をお渡ししてしまった。	入力時に普通錠への変更が不可であることがわかるよう、ファーンエスの表示用薬品名のメンテナンスを実施する。入力照合の手技の逸脱により発生しているため、局内で改めて手技の確認を実施し、再発を防止する。	d-クロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠 6mg 「武田テバ」	d-クロルフェニラミンマレイン酸塩錠 2mg 「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
16	カリウム製剤のグルコンサンK細粒が供給不安定になったため別のカリウム製剤のアスパラカリウム300へと処方変更された。その際に医薬品のピックアップ者が誤ってアスパラカルシウム錠をピックアップしてしまった。監査者が気付いたためアスパラカリウム錠300を再度ピックアップしてもらったため誤った投薬にはならなかった。	カリウム製剤の不安定な供給及び欠品の多発により製剤を変更せざるを得ない状況にあった。また、たまたまカルシウム製剤を当薬局では調剤する機会が多いため間違えてしまった。	ピックアップ後の処方箋の再確認する。	L-アスパラギン酸Ca錠 200mg 「サワイ」	アスパラカリウム錠 300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
17	一般名処方【般】L-アスパラギン酸Ca錠200mgの処方に対し、アスパラカリウム錠300mgをピックアップしそのまま投薬。その時は薬剤師一人でピックアップと監査が一人ですることになり気付くのが遅れた。薬歴を書くときに気が付いて、慌てて患者に電話し交換してもらった。患者本人も気付いておらず、服用もしていなかったため健康被害等は発生しなかった。	「アスパラ」という文字でアスパラカリウムと勘違いしてしまった。一人薬剤師でバタバタしていたという事もあり監査も大雑把になっていた。	しっかり監査の時間を作る。一人薬剤師の時は事務の人にも見てもらう。	L-アスパラギン酸Ca錠200mg「サワイ」	アスパラカリウム錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
18	患者は施設入居患者であったが、施設看護師より「L-アスパラギン酸K錠の規格が以前と違う」との連絡あり確認したところ、誤ってL-アスパラギン酸Ca錠で調剤されていたことが発覚。28日処方のうち6日分を施設に配薬しており、そのうち5日分は回収してきたが、1日分を服用されてしまった。	以前、L-アスパラギン酸K錠は「アスケート錠」という商品名できていたが、名称変更により「L-アスパラギン酸K錠」と変更になった。そのため「L-アスパラギン酸Ca錠」と名称が酷似してしまい、間違いを起こしてしまった。	薬剤を保管する引き出しに「K」と「Ca」をしっかりと目立つように表示し、注意を促すように変更した。	L-アスパラギン酸K錠300mg「アメル」	L-アスパラギン酸Ca錠200mg「トール」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
19	7歳の小児に「L-ケフレックス顆粒2g」が処方されていたところを「L-ケフレックス小児用顆粒 2g」であると思い込み、薬を手配している最中に違いに気がつき、患者様には正しい薬で準備することが出来た事例 しかし既にクリニックは営業終了となっており、内容の確認が出来ず。クリニックの門前である薬局を訪問し常勤の薬剤師にご相談したところ、世の中に「L-ケフレックス顆粒」と「L-ケフレックス小児用顆粒」が存在しており、「体重20kg以上ある小児であればL-ケフレックス顆粒を使用することができる」事実を教えていただいた。 当薬局には「L-ケフレックス小児用顆粒」しか在庫していなかったため、その場でお薬を購入させて頂き正しい内容で調剤する事ができた。	土曜日閉店間際に久しぶりに来局された7歳の男の子の処方箋。処方元のクリニックは少し離れている。手書き処方「L-ケフレックス顆粒 2g」の記載を「L-ケフレックス小児用顆粒」と思い込み、調剤担当の薬剤師が体重換算に合わない量であると判断し疑義照会した。	処方薬の候補を細かく確認する必要があると感じた事例。門前ではないクリニックからの処方箋だったため、備蓄が十分ではなく店舗の採用医薬品にとらわれて考えてしまった事がヒヤリハットにつながってしまった。普段あまり触れない薬を調剤する際は、似た名前の薬がないか調べてからお渡しする習慣をつけるようにした。また医薬品一覧をすぐに調べられるように、書籍を全て最新のものに買い替え、アプリのデータ内容のアップデートをかけた。また新たに「L-ケフレックス顆粒」の採用を開始した。	L-ケフレックス顆粒	L-ケフレックス小児用顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
20	MS温湿布のところ冷シップで投薬してしまった。在庫がずれていたため発覚。	監査システムがあるが使用しなかったため間違いに気づけなかった。	監査システムを使って監査する。	MS温シップ「タイホウ」	MS冷シップ「タイホウ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
21	定期的に同じ処方箋の患者様で散剤4種類を混合をする所、そのうちの1剤アーテン散1%をアキネトン細粒1%と間違えて調剤。監査者がジャーナルより間違えに気づき、再調剤して事なきを得た。	アーテン散1%とアキネトン細粒1%は薬効、名前が似ており、その2剤の置き場所も近かった。また意識としてその2剤の間違いに注意すべきとの意識も薄かった為。	アーテン散1%とアキネトン細粒1%の置き場所を離すことで注意を喚起する。基本に戻り、処方箋と使用薬剤との確認を徹底する。	アーテン散1%	アキネトン細粒1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
22	薬剤師A(職種経験年数1年)はアイベータ配合点眼液2本が処方されていたところを、アイファガン点眼液2本で調剤した。監査を行った薬剤師B(職種経験年数16年)が調剤の誤りに気づき薬剤師Aに伝えた。薬剤師Aは再度調剤を行い、薬剤師Bが鑑査、正しくアイベータ配合点眼液を患者へ投薬した。	処方せんを受け取ったのは休日前日の午後のため、店舗内が混雑しており焦りがあった。アイベータ配合点眼液にはアイファガンが含まれているため勘違いに繋がった。また、薬剤の見た目や名称が類似していた。	ダブルチェックの徹底。再発防止のため薬局内に情報周知に努めた。類似している医薬品の棚の位置を離れた。	アイベータ配合点眼液	アイファガン点眼液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
23	患者は先発品希望であるが、ジェネリック医薬品を調剤。監査時に気が付き変更した。	医院からの処方箋には一般名で記載されていて、先発希望の方はほとんどいない状況であり通常ジェネリックで調剤していた。限られた患者に先発を調剤していたので、患者名を覚えていたら防げたが調剤した薬剤師は他店舗からのヘルプであった。	調剤前にお薬手帳などで確認するなど、調剤前に気が付けるように対応する。	アイミクス配合錠HD	イルアミクス配合錠HD「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
24	一般名処方でアイミクスHDが処方された。前回まで継続してアイミクスLDが処方され当薬局で調剤・お渡ししてお渡ししており、入力者、調剤者は今回からアイミクスHDに増量されたのに気が付かず、アイミクスLDで入力し調剤。鑑査者もそれに気が付かず、アイミクスLDのまま投薬者に薬を回した。投薬者の最終確認で間違いに気が付き、アイミクスHDに変更してお渡しした。	思い込みと確認不足。	薬局内で情報をシェアし、全員に注意喚起を促した。	アイミクス配合錠H D	アイミクス配合錠L D		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
25	アイミクスLDで処方されている患者に誤ってアイミクスHDでお渡しした。交付後、患者本人より電話問い合わせがあり発覚し、すぐに自宅に交換に伺った。幸い服用はしていなかった。	繁忙による普段とは異なる心理状況。確認不足。	三重鑑査の徹底。患者に現物を見せながら投薬。	アイミクス配合錠L D	アイミクス配合錠H D		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
26	不足分の薬が、後から処方追加になった。それまではアイファガンだった。前回から変更になっていたアイラミドが処方されたが、調剤者が間違ってアイファガンをピックアップした。交付者は、アイラミドと思い込んで交付。帰宅後、患者本人が、点眼する前に間違いに気付き、電話をしてくれる。すぐお宅に伺い、アイファガンが交付されていたこと確認。取り替える。	ボトルの形が同じで、名称が似ている。思い込み。	アイファガンとアイラミドの置き場所を離しておく、名称が書いてある場所に注意喚起の印を付ける。交付者は、鑑査の時に、ボトルに書いてあるの医薬品の名称を必ず最後まで読み上げてから、交付する。	アイラミド配合懸濁性点眼液	アイファガン点眼液 0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
27	アイラミド配合懸濁性点眼液5本の処方。5本中1本だけアイファガン点眼液が混ざっていた。	アイラミド配合懸濁性点眼液とアイファガン点眼液が同じ引き出しに入っている。当薬局は、ブルーフィットという調剤鑑査機を使用している。バーコードを読み取って医薬品の間違い発見をしてくれる。今回、アイラミドのバーコードを読み取ったのでアイファガンが混入していることに気づけなかった。	アイラミド配合懸濁性点眼液とアイファガン点眼液の引き出しは同じままだが、引き出しの開閉等で混じらないように、仕切り板より低い1段だけにした。蓋の色が見えやすいように並べた。アイファガン点眼液だけ目薬袋に入れた。アイラミド配合懸濁性点眼液は目薬袋に入れないので区別しやすい。調剤鑑査機に乗せる時も目視鑑査を怠らない。投薬前に鑑査して薬袋に入れる。スタッフ全員に注意喚起した。	アイラミド配合懸濁性点眼液	アイファガン点眼液 0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
28	アイラミド配合懸濁性点眼液が処方されていた患者にアイファガン点眼液0.1%を交付してしまった。患者本人が気づき、発覚した。	監査者が監査時に気づけなかった。交付者が服薬指導時に薬剤の名称の確認を怠った。	調剤・監査・交付時には必ず、処方箋の記載と調剤された薬剤が一致しているか確認する。	アイラミド配合懸濁性点眼液	アイファガン点眼液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
29	アイファガン点眼液が処方されていたのを、アイラミド配合懸濁性点眼液を調剤してしまい投薬前監査の際に、キャップの色が異なることに気づきアイファガン点眼液に変更し投薬いたしました	同じメーカーであること、容器が同じであったりする場合が多いので同様薬効別、さらにシートや容器など視覚的に似ている医薬品は棚の位置を一段ずらすなど取り間違えを防ぐ手立てが必要	類似医薬品の間、視覚的異なる同様薬効医薬品を入れました	アイラミド配合懸濁性点眼液	アイファガン点眼液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
30	処方箋には「アクトシン軟膏10g」と処方されており、本品が30gチューブでの処方一般的なかつ褥瘡等の治療薬であるが30代の患者に処方されており薬剤師が疑問に感じた。患者へ主訴等をヒアリングすると褥瘡等の症状はなく、ニキビによる肌荒れとの訴えがあったため処方医に問い合わせたところ「アクアチム軟膏10g」の処方であったことが発覚した。	どちらの商品名も「アク」から始まることによる入力誤り。規格用量、年齢、患者主訴から誤りであることは判断できるため類似名称の医薬品については必ず理解しておく必要がある。	通常の処方量と異なる場合や処方と患者の属性に矛盾がある場合は慎重にヒアリングを行う必要がある。	アクトシン軟膏3%	アクアチム軟膏1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
31	アグリリンカプセル120カプセルを調剤するところ、100カプセルはアグリリンで、20カプセルをアプリンジンにて調剤してしまった。後日患者から連絡あり。服用する前に気づいたため、健康被害なし	アグリリンとアプリンジンは同じ棚にあり、100カプセル包装を調剤した後、20カプセルは確認漏れでアプリンジンを調剤してしまった。抱き合わせになっており、鑑査の段階でも細かく見なかったことが要因としてあげられる。	棚の場所をずらし、鑑査の段階でも端数まで必ず確認することを改めて徹底した。	アグリリンカプセル0.5mg	アプリンジン塩酸塩カプセル20mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
32	一般名でメサラジン腸溶錠400gが出たが、先発希望の方でアサコールが必要であったが、ペンタサ250をピックアップしてしまった。	バット見で判断してしまった為だということです。一般名の名前が長く似ているためにミスしてしまった。	一般名の最後の規格までしっかり見るように意識する。間違えたことを周りに報告することにより皆にも気を付けさせる。	アサコール錠400mg	ペンタサ錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
33	メサラジン250mg が一般名処方で処方。患者さんは先発品希望であった。ジェネリックのメサラジンを調剤してしまい調剤監査システムのエラーで発覚した。	慌てており、先発品のアサコールを認識できていなかった。	間違えた事例を記録し、再度見直すようにシエラーに気付けるようにする。	アサコール錠400mg	メサラジン錠250mg 「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
34	アサコール錠400mgで処方が出ていた。薬局に在庫がなく、メサラジン腸溶錠400mgではなくメサラジン錠500mgを誤って発注してしまった。その後調剤時、監査時も気づくことなく患者さんに渡ってしまった。	当薬局にはメサラジンを複数規格採用している。全て同一メーカーを採用しているため外装のデザインが似ている。また同じ在庫棚にしまっているため取り違いの原因になった。監査の際には入力との違いにも気づくことができず、そのまま交付してしまった。	今後はそれぞれの外装に注意喚起の付箋をつけ調剤時に確認できるようにする。また、薬歴にも目立つように記載し、監査の時に改めて確認できるようにする。	アサコール錠400mg	メサラジン錠500mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
35	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には一般名処方サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg 1日2錠分2朝食後35日分と記載されていた。入力者(職種経験年数1年)はアザルフィジンEN錠500mgを入力するところ誤ってサラゾスルファピリジン錠500mg 「日医工」と入力した。入力鑑査にあたった薬剤師が、一般名がサラゾスルファピリジン腸溶錠ではなく、サラゾスルファピリジン錠で入力されていることに気づき、入力者に間違いを伝えた。鑑査で誤りに気付いたため、入力者は一般名をサラゾスルファピリジン腸溶錠と正しく入力し、患者には正しい薬剤と正しい印刷物を交付した。	似た名称がある一般名処方であり、入力者が、サラゾスルファピリジン錠とサラゾスルファピリジン腸溶錠が別の薬剤であることを知らなかったため間違えた。また、患者が来局した時間は混んでいたため焦りがあった。	調剤室内の連絡ノートに、一般名処方を入力を間違えやすい医薬品をピックアップした表を貼り、従業員に周知した。	アザルフィジンEN錠500mg	サラゾスルファピリジン錠500mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
36	2020年7月某日(土)11時半頃に、初めての患者(90歳女性)の家族が処方箋を持参した。処方箋には一般名でサラゾスルファピリジン腸溶錠500mg1日2錠 分2 朝夕食後28日分と記載されていた。薬剤師はサラゾスルファピリジンだけを見て、サラゾピリン錠500mgを調剤しようとした。しかし、事務員がレセプト入力時にサラゾピリン錠500mgは腸溶錠ではなく普通錠であることを指摘し、アザルフィジンEN錠500mgを処方されていることに気がついた。また、患者の家族からの問診で疾患はリウマチだと聞き、サラゾピリン錠は潰瘍性大腸炎の薬なので、アザルフィジンEN錠で間違いないとわかり、患者にはアザルフィジンEN錠を交付した。	同じ成分でも普通錠と腸溶錠で効能が違うものがあるので、注意すること。	同じ成分でも普通錠と腸溶錠で効能が違うものがあるので、処方箋を正しく読み取り、患者に間違いなく交付するよう社内で確認し合った。	アザルフィジンEN錠 500mg	サラゾピリン錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
37	初回処方時、薬局に後発品在庫ないため先発品で対応する。後発品取り揃え時、担当者に「サラゾスルファピリジンを準備して欲しい」と伝達したところ、担当者はグループ内薬局のマスタから普通錠を選択して発注・準備した。2回目以降の調剤・監査・発注・準備いずれも普通錠で対応してしまった。4回目の調剤時、他薬局から応援に来た薬剤師がアザルフィジンENが後発品の腸溶錠製剤に対応すると指摘し、発覚した。	アザルフィジンENの後発品準備の際、普通錠か腸溶錠かの別をきちんと伝えずに担当者に発注依頼した。レセコン入力の際、一般名マスタに沿った抽出がなされておらず、成分名だけで後発品変換の抽出がかかるため、普通錠と腸溶錠いずれも選択できる状態だった。	後発品選択の際、今一度、一般名マスタに従った抽出・選択ができるよう注意を払う。	アザルフィジンEN錠 500mg	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
38	<p>ファモチジンD10 1回1錠 1日2錠 アザルフィジンEN500 1回1錠 1日2錠 レバミピド100 1回1錠 1日2錠 朝夕食後 28日分ブレドニン5 1回1錠 1日1錠エディロールカプセル 0.75μg 1回1錠 1日1c 朝夕食後 28日分ロゼレム錠8 1回1錠 1日1錠 レンドルミンD0.25 1回1錠 1日1錠 就寝前 28日分</p> <p>令和2年7月6日処方 ジェネリックを希望している患者の為アザルフィジンEN錠500をジェネリック医薬品に変更する際サラゾスルファピリジン錠500「日医工」に変更。アザルフィジンENは腸溶錠であるが、普通錠であるサラゾスルファピリジン錠500「日医工」に変更しそのまま投薬してしまった。過誤判明の7/14正午、患者に連絡を取り、夕食後の分の薬を飲まないよう指示。処方後7日間は服用していたようだが体調に変化は見られなかったことを確認。医師に連絡をとり対応を確認したところ、残りの薬だけでも腸溶錠に変えたほうが量的に適切なので交換してほしいという指示を頂いた。7/14夕方患者宅へ向かい残りの薬の交換をさせて頂き謝罪した。</p>	<p>以前まで薬局ではアザルフィジンENのジェネリック医薬品としてサラゾスルファピリジン腸溶錠500「SN」を採用していたが販売中止になったため、アザルフィジンENのジェネリックの設定を、薬局ですでに採用になっていたサラゾスルファピリジン500「日医工」に設定変更を行っていた。薬剤師が事務員に設定変更の指示をだしているが、腸溶錠と普通錠については気が付かなかった。処方入力時、先発医薬品からジェネリックの切り替えを行うが、薬局が採用しているジェネリックメーカーを推奨品として登録するため、入力者、調剤者、鑑査者、投薬者ともに一度登録設定されたものについては疑問を抱きにくい。</p>	<p>薬品の登録時には薬剤師同士で確認をし、調剤薬局事務員に指示を出すようにする。すでに設定されている医薬品でも規格、剤形、医薬品の特性に注意して鑑査を行うようにする。</p>	<p>アザルフィジンEN錠 500mg</p>	<p>サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
39	【般】サラゾスルファジン腸溶錠の処方でも腸溶錠でないサラゾスルファジン錠「JG」を選んでしまったが、監査役と相談して間違いに気づき、腸溶錠のアザルフィジンEN錠で調剤し正しく投薬できた。	【般】サラゾスルファジン錠→先発品サラゾピリン錠、後発品サラゾスルファピリジン錠【般】サラゾスルファジン腸溶錠→先発品アザルフィジンEN錠、後発品サラゾスルファピリジン錠腸溶錠を理解しておくようスタッフに伝えました。	腸溶錠や持続性や徐放錠など、一般名処方の場合間違えやすいので、気をつけるよう知識をみなで共有するよう心がけています。	アザルフィジンEN錠 500mg	サラゾスルファピリジン錠500mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
40	(般)サラゾスルファジン腸溶錠の処方でも腸溶錠でないサラゾスルファジン錠「JG」を選んでしまったが、監査役と相談して間違いに気づき、腸溶錠のアザルフィジンEN錠で調剤できた。	【般】サラゾスルファジン錠→先発品サラゾピリン錠、後発品サラゾスルファピリジン錠【般】サラゾスルファジン腸溶錠→先発品アザルフィジンEN錠、後発品サラゾスルファピリジン錠腸溶錠を理解しておくようスタッフにも伝えました。	腸溶錠や持続性や徐放錠など一般名処方のときにとり間違えないようにみなで知識を共有するよう心がけています。	アザルフィジンEN錠 500mg	サラゾスルファピリジン錠500mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
41	一般名処方の処方箋で、サラゾスルファピリジン腸溶錠500mgのところを見間違えてサラゾスルファピリジン錠500mgで入力、調剤し、お渡ししてしまった。	薬局のお昼休みになったところで来局され、薬剤師1名で対応していた。また自店に採用のない薬で、近隣店舗から探してこなければならず、すべて1人で行うために焦ってしまった。他店の在庫が見れる在庫管理システムに頭3文字の「サラゾ」で検索をかけ、最初にでてきたサラゾピリンで譲渡依頼。処方箋入力し、近隣店舗へ取りに行き自店へ戻って監査をしたが、完全に頭の中で思い込んでしまいそのままお渡ししてしまった。投薬後に再監査を行った時に間違いに気づき、すぐに連絡。服用前に交換することができた。	通常、1人調剤時には近隣店舗から薬を持ってきてもらっているが、休憩時間に持ってきてもらうのも悪いと遠慮してしまった。通常時と同じように対応し、薬を持ってきてくれる応援薬剤師の目も借りて落ち着いて対応するようにする。	アザルフィジンEN錠 500mg	サラゾピリン錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
42	アザルフィジンE N錠500mgの処方。生活保護の方で当店へこの薬品の処方箋を持ってこられるのは初めてであった。生活保護の方であったため、ジェネリックへの変更をする際に、腸溶錠としなければいけないところ、サラゾスルファピリジン錠500mgを調剤しお渡ししてしまった。患者様は2日服用してしまっただが、体調に影響はなかった。	調剤の際に、腸溶錠と普通錠があることに気が付かず、普通錠を調剤してしまった。(知識不足)	一般名で類似の薬剤があるため、ジェネリックへ変更する際は、正式名称を最後まで確認してから調剤する。	アザルフィジンE N錠500mg	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
43	1回目の来局の際にアザルフィジンで投薬。薬局の備蓄がないとのことだった。患者様付き添い家族にもお話しして了解を得ていた。2回目の来局時、ジェネリック希望のため入力者はジェネリックで入力。調剤者はアザルフィジンを出した。監査者はジェネリックの備蓄あるのか確認。発覚した。	備蓄なしで患者様の了解を得たまま今後もアザルフィジンで調剤することをレセコンに伝言として反映しなかった。	患者情報で入力にかかわることは伝言メモで残す。	アザルフィジンE N錠500mg	サラゾピリン錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
44	前回調剤時にアザルフィジンEN錠をジェネリックへ変更可能と患者様よりお話があったため事前にジェネリックの在庫を調達し、今回初めてジェネリックへ変更調剤した。アザルフィジンENのジェネリックはサラゾスルファピリジン腸溶錠であり、サラゾピリンのジェネリックがサラゾピリン錠であるが、 在庫を調達した際にサラゾスルファピリジン錠を発注してしまい、それがサラゾピリンのジェネリックであることに気づかず調剤しお渡ししてしまった。(規格はサラゾスルファピリジン錠もサラゾスルファピリジン腸溶錠も500mgで同じであった)事務員がその日の午後にミスに気づき、交付した薬剤師が患者様に連絡。その日の午後に患者様宅へ交換に伺った。服用前だったので、事なきを得た。	サラゾスルファピリジンという名前のついたジェネリックが2種類あること、認識がなかったこと、異なる2剤の規格が500mgで同じであったことから、ジェネリックを調剤する際に違うお薬であるという認識が持てなかったことで起こった過誤であると考えられる。	ジェネリックを採用するときには先発名とジェネリックの商品名をきちんと確認して発注すること。また納入時にも再度何の薬のジェネリックあるかを確認するようにすること。	アザルフィジンE N錠500mg	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
45	アジスロマイシン細粒 1日1.8g 分13日分処方されているのをクラリスロマイシン細粒で調剤してしまった。鑑査した薬剤師が発見。	繁忙期であり、当該薬剤師は心理的にも焦っており経験年数も長かったことから慢心していた様子。	アジスロマイシンとクラリスロマイシンの位置を変えた。当該薬剤師と鑑査にあたった薬剤師で、散剤の色が少しだけ異なることを確認。「見た目」も大事であることを再度伝えた。	アジスロマイシン小児用細粒10%「タカタ」	クラリスロマイシンDS小児用10%「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
46	普段より先発医薬品のアシンノン150mを服用していたが、後発品と思い込みニザチジン錠で調剤して投薬。投薬時に錠剤の大きさや色などが似ていることから気づかずにそのまま帰宅。患者様が帰宅して数日後に服用しようとしたところいつもと何かが違うと気がつき電話がきた。	患者の服用しているものが後発品と思い込み、調剤、服薬指導までおこなってしまった。処方入力間違えておらずアシンノンだった。	しっかり薬袋や薬情と処方箋の照らし合わせをするように心がける。患者様にいつものお薬ですよね?と投薬時確認するようにする。	アシンノン錠150mg	ニザチジン錠150mg「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
47	繁忙時間の1人調剤において、薬歴確認不十分のまま3調剤中第3番目の調剤においてアジルバ錠20mg1回0.5錠91日分のところを、アジルバ錠20mg1錠にて調剤。投薬時患者との目録監査において双方ともに差異を感じないまま投薬してしまった。従来当調剤はアジルバ錠10mg1錠にて行う内規を知らずに、シートデザインはともかく2剤の外観が似ていることもあり、患者も20mg91錠に違和感をもたれなかった。投薬後、薬歴記入時及び立ち会った実務実習生の指摘がありミスに気付いた。患者宅に出向き謝罪し、服用前の当該薬剤と正しい薬剤を交換した。	来局歴10年以上の患者でありながら、当該薬剤師にとっては久しぶりの投薬でもあり、20mg半錠を10mg1錠で投薬する薬局内規の認識が低かったこと及び薬歴記載内容の確認不十分、さらに目録監査において、当該2剤の外観が酷似しているために患者も違和感を持たなかったことが挙げられる。	繁忙期で1人時間帯であっても、監査の徹底を行うこと。薬歴確認の徹底及び薬局内調剤内規には精通すること。	アジルバ錠10mg	アジルバ錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
48	アジルバ20mgを服用中の患者様が薬局されたが、今日から10mgへ変更になっていた。そのことに気付かず、事務員が20mgでレセコンに入力、その後薬剤師が鑑査をおこなったが、またしても気付かず。投薬の前に最終確認できず、調剤鑑査をし直した。	その薬局時に、処方箋のファックスが送られていなかったことで、お薬の準備ができておらず、患者様がかなり気分をがいされた様子だったことや、忙しい時間帯であったことが、原因の一部であり、薬剤師、事務もあわせて調剤鑑査をおこなってしまった。よって患者がどんな態度であろうとも、慌てず、理由を説明し、時間をいただく了承を得て仕事に取り掛かるようにする。	患者がどんな態度であろうとも、慌てず、理由を説明し、時間をいただく了承を得て仕事に取り掛かるようにする処方箋のFAXが送れていないことは患者の落ち度であるが、そういった場合でも患者に気持ちよく帰っていただく為に失礼のない対応方法を職員で話あった。	アジルバ錠10mg	アジルバ錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
49	7種類の薬を一包化するにあたってアジルバ錠10が処方されていたが、アジルバ錠20を調剤し、一包化してしまった。投薬後すぐ、もう一度処方箋が気になって見たところ間違いに気づき、患者さん宅に回収しに行き訂正し配達した。	当事者が調剤し、一包化する前に他の薬剤師が鑑査したが間違いに気付くことなく一包化してしまった。忙しかったこともあり、調剤や鑑査がおろそかになってしまった。	調剤棚の配置を変えたり、規格によって色などが違うのできちんと把握するよう徹底。忙しくても落ち着いて調剤、鑑査する。	アジルバ錠10mg	アジルバ錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
50	アジルバ20mgの処方箋を40mgで調剤、気づかずにそのまま交付した患者本人から間違いを指摘され服用前に正しいものと交換した	昼の時間で人員も少なく、経験不足の薬剤師も勤務していた	しっかり確認する	アジルバ錠20mg	アジルバ錠40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
51	アジルバ錠20mgをお渡しするところ間違えて40mgをお渡し。患者様帰宅後気付かれ薬局に連絡。	調剤補助を導入し始めてmgを間違えてピッキング、投薬者も鑑査、投薬時気付かず。	忙しい時ほど 確実に鑑査をする。	アジルバ錠20mg	アジルバ錠40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
52	自動分包機のカセット内にアジルバ錠とタケキャブ錠が混ざっていた。	マニュアル通りの薬品補充を怠ったため。	バーコード管理を怠らない。	アジルバ錠40mg	タケキャブ錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
53	普段在庫していない薬剤の処方を受け付け、近隣薬局で譲渡してもらった。譲渡手続きの書類はアストミン散10%であったが、譲渡された現物の医薬品はアスベリン散10%であった。両剤では色調も異なるが、患者を長時間待たせていたため慌てて調剤した。交付直前に譲渡医薬品の被包に記載された医薬品名の誤りに事務員が気づいた。他薬局の間違いに引っ張られました。	譲渡依頼先(チェーン店)の薬剤師は、自薬局の在庫把握ができないうらい勤務して日が浅い、または、調剤経験が乏しいようであった。	譲渡先での医薬品名称、用量の確認を徹底する。また、普段在庫していない医薬品に関して、調剤前に再確認をする。	アストミン散10%	アスベリン散10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
54	処方箋記載上はアスバラCAであったが、調剤した薬品がアスバラカリウム	比較的忙しい時間帯において、1つ前の調剤でアスバラカリウムが処方されていた。そのまま意識で他の処方箋に向き合っていた為発生したと考えられる。	改善策としては、どんな状況下においても冷静に判断する心構えで臨む。必ず、調剤ビッキング用の機材を使用する。	アスバラ-C A錠200	アスバラカリウム錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
55	アスバラC A錠が処方されている患者に間違えてアスバラカリウム錠で調剤。鑑査時に気づき投薬前に正しい薬になおした。	あいいうえお順に棚が並んでおりアスバラC A錠をとったつもりでいたが、見間違えたのか一つ下のアスバラカリウム錠をビッキングしてしまった。自分ではアスバラC A錠をとったつもりだったので鑑査の時まで気が付かなかった。	ビッキング時の薬局内規を再確認。処方箋と調剤棚の指さし確認を怠らない。類似薬品名のは棚を上下に配置しないようにして取り間違いを防ぐこととした。	アスバラ-C A錠200	アスバラカリウム錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
56	アルファカルシドール1マイクログラム、ピタバスタチンCa2mgの処方新しくて。患者はリピートル10mgを既に服用しており、患者の話では骨粗鬆症の薬を新しく出すとの事だった。処方内容と食い違うため疑義照会したところ、医師はピタバスタチンCa2mgではなく、アスバラCa200mgを処方するつもりであった。	医療事務による単純な入力間違いであった。ピタバスタチンCaとアスバラCaの違いであった。患者は既に抗コレステロール薬を服用歴していたため、調剤時に間違いに気付くことができた。	医療機関も間違えて別薬を処方する場合もあるため、新規の薬剤が処方された際は、患者にしっかりと内容確認をしてから投薬することを徹底する。	アスバラ-C A錠200	リパロ錠2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
57	薬剤のピッキング中にアスパラカリウム処方をアスパラカルシウムと思い込みピッキング。一包化する薬剤師が発見し正しい薬をピッキングし一包化を行った。	アスパラカリウムとアスパラカルシウムは名前が似ているためそのままピッキングしてしまった。	透析中の患者であるためカリウム剤とカルシウム剤の間違えは命にかかわることもあるため名前が似ていることを十分注意して別の病院から処方箋が突然来た場合でも間違えないよう心掛ける。	アスパラカリウム錠300mg	アスパラ-C A錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
58	アスパラK錠を処方されていたがアスパラCa錠で調剤してしまった。病院はすべて一般名処方、アスパラCa錠を服用している患者さんが多く取り違えてしまった。	アスパラK錠とアスパラCa錠の一般名処方は、始まりが一緒で最後のカルシウムとカリウムの違いになるので、最後まで確実に読む必要がある。当薬局では、アスパラCa錠服用の患者さんが圧倒的に多く、アスパラK錠服用の患者さんが少ないため「慣れ」で調剤してしまった。	アスパラK錠服用の患者さんは多くないので、調剤時に分かるようにレセコンに注意喚起をするようにした。	アスパラカリウム錠300mg	L-アスパラギン酸Ca錠200mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
59	アスパラカリウム錠の記載だったが、L-アスパラギン酸Ca錠を渡してしまって、それを2錠服用した。患者様の家族の方から電話があって、正しい薬と交換する。	業務が多忙で、名前が類似していたため間違いだと考えられる。	監査システム導入を検討	アスパラカリウム錠300mg	L-アスパラギン酸Ca錠200mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
60	アスパラカリウムとグルコンサンカリウムのとりまちがい。	同じカリウム剤のため、思い込みによる取り間違い。	アスパラカリウムの患者さんは少ないので薬歴にアスパラカリウムの記入、印をつける。	アスパラカリウム錠300mg	グルコンサンK錠5mg q		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
61	患者本人がかかりつけ医師に定例薬に加え他病院からの薬も処方をお願いした。その際お薬手帳の情報を提示しそのまま処方。処方内容から(骨粗しょう症)アスパラ配合錠ではなくアスパラCAではないかと推測。手帳の記載がアスパラ配合錠：カルシウムの補給とあり内容が間違っていた。患者本人が薬の実物を持参しており、確認したらアスパラCAだった。以上により他病院に問い合わせして処方内容を確認したら、カルテにはアスパラCA処方であった。かかりつけ医に疑義紹介をして、上記の内容を伝えアスパラ配合錠→アスパラCA錠に変更。	お薬手帳の情報、処方内容が正しいと思いきまない	他院からの処方を転院で受ける場合、お薬手帳と合わせ実物も確認する。処方内容の精査	アスパラ配合錠	アスパラ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
62	アスペノン10mg g 2cap60日分処方されている患者さん、全部で120capだが端数の20capを10mg g、100capアルミ包装を20mg gで用意してしまった。患者さんが10mg g服用し終わって、100capのアルミ包装を外して服用しようとしたときに色が違うことに気付いて当薬局に連絡してくれた。	10mg g、20mg gと棚が近くあったこと、また、10mg gの棚に20mg gが入っていた可能性も。機械を通して薬は1回1回充填しているが、棚見間違えで充填してしまったか。またピッキングする際も機械のアルミ包装を外して服用しようとしたときに色が違うことに気付いて当薬局に連絡してくれた。	薬をピッキングする際、端数と同様、箱から出したバーコードも一緒によむ。鑑査者も端数ある場合も注意深く用量確認。	アスペノンカプセル20	アスペノンカプセル10		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
63	アスペリンシロップ調剤用2% 4mlで処方されていたが在庫なし&当該薬剤師の知識不足によりアスペリンシロップ0.5% 4mlで調剤。お渡し後、当該薬局常勤の薬剤師が調剤録を見直した際に気づき、処方医にアスペリンシロップ0.5% 16mlに疑義して用量変更。患者はまだ服用していなかったため正しく調剤した分をお届け。健康被害はなし。	入力正しくされていたため、監査システムを用いていけば交付前に間違いに気づくことはできず。また規格違いがあることを知らなかったのも要因の一つのためしっかりと剤形、規格も確認する。	監査システムを通っているか、交付前に再確認。また調剤時に商品名、剤形、規格の3点を処方せんをみながら確認。	アスペリンシロップ「調剤用」2%	アスペリンシロップ0.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
64	アスペリンドライシロップ2% 1gの処方のところ、アスペリン散10%で調剤した	当薬局の門前ではアスペリン散10%が主に処方されており、門前以外の処方アスペリンドライシロップ2%であったが、アスペリン散と思い込み、調剤した。	アスペリン散とドライシロップの瓶に大きく%表記すること、レセコン入力時にアスペリンドライシロップは赤字で表記されるようにした	アスペリンドライシロップ2%	アスペリン散10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
65	アスペリンDS 1gの処方あり。間違えてアスペリン散 1gを調剤。別薬剤師が監査時に、アスペリン散の容器が出ていることに気づき発覚。	棚には、「アスペリンDSもあり注意」の札を貼っていたが、見落としてしまった。DSと散の2種類があることは認知していた。	ボトルにも直接、注意喚起のシールを付ける。また薬剤容量チェック表をそれぞれ薬剤の棚のすぐ下に貼り付ける。	アスペリンドライシロップ2%	アスペリン散10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
66	アスペリンドライシロップ処方のところ、アスペリン散で調剤	意識不足。	小児投与量の教育粉でもドライシロップと散等種類がある場合があり注意するよう指導。	アスペリンドライシロップ2%	アスペリン散10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
67	混雑時、当薬局で取り扱いのあるアスペリンDS2%とアスペリン散10%を取り間違えて計量。分包する際に色の違いなどから間違いに気づいたため、患者交付せず。	混雑時剤形・規格までの確認が不足していた。	今後は剤形・規格に印をつけ、ボトルも区別するようにした。	アスペリンドライシロップ2%	アスペリン散10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
68	薬局にアスピリン散の在庫がないことに気づかず、アスピリンDSと勘違いして調剤した。	散剤監査システムを導入したばかりで、その操作に慣れておらず、そちらに気がとられた。小児の散剤の分包時の入力複雑で、そちらにも手間取っていた。	アスピリン散とアスピリンDSの違いについて再学習。再周知。散剤監査システムの操作の習熟。分包の入力方法の再確認。	アスピリン散10%	アスピリンドライシロップ2%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
69	小児散剤のMIX処方で単剤アスピリン追加のところ、約束処方の配合剤を追加で調剤	忙しい時間で調剤、投薬が1人薬剤師で行われてしまい、取り違いに気づかず調剤し投薬。薬歴記入時にとり違いが発覚。散剤計量時の記録紙は取り違いの品目があったが、投薬時に再確認をせずスルーした。約束処方ほぼ出ている状況で違和感なくピッキングをしてしまった。	1人薬剤師の状況避けられない場合は再確認の徹底。散剤棚の並びの改善。今回薬剤は隣同士の配置だが既に思い込みでピッキングの為、配置は関係ない。	アスピリン散10%	ピソルボン細粒2%他2剤配合		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
70	感冒症状に対して、アスピリン10mg 3錠分3毎食後で処方があった。成人であるため、この量では効き目が薄いと考えられ、もしかすると同医院で多く処方のあるアストミン錠10mgと入力ミスが起こったのではないかと疑義し、照会した結果変更となった。	アスピリンとアストミンはどちらも非麻薬性鎮咳薬であり、名称も類似しているが、アスピリン成人使用量(60~120mg/日)とアストミン成人使用量(30~60mg/日)には違いがあり、取り違えた場合、期待した効果が得られなかったり、高用量で副作用が出る恐れがある。医院のレセコン入力担当者が「ア・ス」と頭文字2文字だけ入力し、選択ミスが起こったものと考えられる。	医院の動向を把握しておく。アスピリンとアストミンで成人容量が異なる事を店舗で共有、棚などに掲示しておく。	アスピリン錠10	アストミン錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
71	アスピリン錠10mgが処方されていたが、ピッキング時にアスピリン錠20mgを調剤していた。監査の最終段階でピッキング監査システムで誤調剤に気づき、アスピリン錠10mgに調剤し直したうえで投薬した	アスピリン錠のPTPシートの表面は10mgと20mg似ているが、煩雑な時間帯で入念な確認ができずに気づかずそのまま調剤してしまった	アスピリン錠のPTPシートの表面と裏面の両面、10mgと20mgの規格まで入念に確認する。アスピリン錠の薬品棚に別規格がある旨の注意書きを付ける対策を行った	アスピリン錠10	アスピリン錠20		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
72	定期通院の患者さんに処方されているバイアスピリン錠100mgについて、当日より一般名処方となり(般)アスピリン腸溶錠100mgの記載となった為、担当薬剤師が薬品名をよく確認せずアスピリン錠20mgをピッキングしてしまった。他薬剤師が監査システムにより取り違えを発見し、投薬前に未然に防ぐことができた。	土曜日午前は患者が集中するため忙しく、集中力の維持が難しい。	集薬後の監査を必ず2名で行うようにしている。	アスピリン錠20	バイアスピリン錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
73	アズレン含嗽用顆粒の一部がAZ含嗽配合顆粒の収納スペースに混在していた。	両薬剤の包装容姿が類似していた事。同じ引き出しへ収納されていた事。医薬品を戻す際、十分な確認がなされていなかった事。	事例を全員で共有し、注意喚起を行う。両薬剤の収納スペースを別々にする。	アズレン含嗽用顆粒0.4%「日医工」	AZ含嗽用配合細粒「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
74	一般名処方アズレンスルホン酸Na含嗽用顆粒0.4%の処方だったが、在庫薬がAZ含嗽用配合細粒「NP」0.1%だったためこちらをを調剤してしまった。監査時に気づき取り寄せて交付しました。	広域からの一般名処方であり、調剤者がアズレンスルホン酸ナトリウムに別規格があることを把握していなかった。また、AZ含嗽用配合細粒は炭酸水素ナトリウムも含まれているため別薬品であった。	全従業員による薬局内採用薬の再確認。広域からの一般名処方は規格や成分等、類似の医薬品がないか都度確認する。	アズレン含嗽用顆粒0.4%「日医工」	AZ含嗽用配合細粒「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
75	点眼薬取り違え(アズレン点眼液0.02%「ニットー」が処方されたが、トラニラスト点眼液0.5%「ニットー」を出してしまった)	2剤とも同じメーカーで、点眼袋の色が全く同じ目立つ橙色であり、点眼剤の棚には同じ色の点眼袋は他に無く、うっかり取り違えてしまった。合わせて監査時に目薬を袋から出して確認する動作を怠ってしまった。幸い患者様はアズレン点眼液を継続使用しており、点眼時に間違いに気づき使用することはなかった。	繁忙時間帯といえども監査時には点眼袋から目薬を必ず出して確認することを徹底する。	アズレン点眼液0.02%「ニットー」	トラニラスト点眼液0.5%「ニットー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
76	処方箋入力の際前回DO入力し、アセチロールクリームが10%から20%へ変わっていることに気づかずミス	たくさん処方があったので焦りがあり、DO入力の確認が十分でなかった	あせらずに必ずDO入力のと1つ1つ確認する!	アセチロールクリーム20%	アセチロールクリーム10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
77	頓服で痛み止めとしてアセトアミノフェン錠200が処方されていたが、誤ってアルファカルシドール錠0.5をピックアップした。調剤監査薬剤師も見落としてしまったため、そのまま患者様へ投薬。数時間後お母さまより「娘が、骨のマークがついているのは何故?と行って気づいた。」とTELあり。すぐに交換に伺った。	薬の知識が少ない事務員がピックアップした。午前中の最も混んでいる時間帯であった。薬品棚が隣通しに並んでいた。監査薬剤師が見慣れた処方箋だった為、注意を怠った。	事務員がピックアップの場合はできる限り、あと2名の薬剤師がチェックできるようにする。棚の並びを3つとばしに変更した。監査薬剤師の連続投薬をなるべく減らし、集中力がもつように心がける。	アセトアミノフェン錠200「三和」	アルファカルシドール錠0.5		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
78	アセトアミノフェン200の処方に対し、アセトアミノフェン300を誤って調剤、交付。在庫確認時気づき、お電話し取替えに伺う。300は服用しておらず健康被害はなかった	アセトアミノフェン300の処方の頻度ははるかに多く、思い込み	mg数の監査、普段頻度が少ないmgが定時で出ている患者は薬歴でも判断がつくように申し送りに記載。	アセトアミノフェン錠200mg「マルイシ」	アセトアミノフェン錠300mg「マルイシ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
79	アセトアミノフェン200mgが処方され、アロプリノール100mgをピックアップしてしまった。鑑査した薬剤師により発見された。	投薬棚が隣同士で配列されており、シートの色、デザイン、錠剤の大きさが酷似していたため。繁忙時に急いでいたこと、慣れにより棚の場所で覚えていたために発生してしまった。	これまでは五十音順で規格を離して配置していたが、シートのデザインにも注意して、配置することとした。	アセトアミノフェン錠200mg「三和」	アロプリノール錠100mg「杏林」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
80	棚に入っているアゼルニジピンミリ数が異なっていた調剤後に間違いに気づき交付前に訂正	薬を在庫してしまう時に間違えた。箱ごと間違えたため複数のミスにつながるところだった	在庫してしまう時に再度確認 周知 ミリ数が異なる場合、場所をあえて変えることも検討	アゼルニジピン錠16mg「トーワ」	アゼルニジピン錠8mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
81	アゼルニジピン錠16mg「日医工」(30錠 3シート)を調剤する際に、同8mg錠(10錠 1シート)が棚の中に混在しており気付かずに調剤してしまった。投薬時にシートの大きさの違いに気付き発覚。	計数調剤ミスの後によく棚を確認をせずに戻ってしまったこと、外観類似の薬剤をすぐ隣で保管していたが原因だと思われる。	ピックアップミスブールを作成。計数ミスをしたものは一度ここに保管し、後で複数人で確認しながら棚に戻すことを徹底する。類似薬剤の棚は少なくとも間隔を1つ以上離して保管する。	アゼルニジピン錠16mg「日医工」	アゼルニジピン錠8mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
82	処方ではアゼルニジピン錠16mgを28錠のところを、25錠はアゼルニジピン錠16mgで、3錠アスベリン錠20mg混ざっていた。気づかずに投薬し、週末の棚卸時に気づきすぐに患者へ連絡。服用後だったが、薬疹等の体調不良もみられず、血圧も安定していたため、お詫びし間違えた3錠もお渡し。	アゼルニジピンとアスベリンが上下に棚が並んでいた・外観が赤色であるため、ピッキング・監査時も気づかずに患者へ渡ってしまった	アゼルニジピンとアスベリンの棚を離れた。監査時、輪ゴムを外してすべての薬が間違えないか念入りに確認する	アゼルニジピン錠16mg「日医工」	アスベリン錠20		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
83	アゼルニジピン錠8mg NP処方。処方箋の確認不足によりアムロジピン錠5mgサワイを調剤。監査時に気付く。	当日、アムロジピン錠5mgサワイの処方箋が数人続き、処方箋の確認をあまりせずに調剤したため。	処方箋の確認を怠らない。また、調剤後の監査時は前回処方と比較したり薬袋、薬情なども用いて調剤間違いを防ぐ。	アゼルニジピン錠8mg「NP」	アムロジピン錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
84	アゼルニジピン錠8mg NP処方のところ、アムロジピン錠5mgサワイで調剤。監査時に気付き調剤し直す。	処方箋の確認不足。また、その前の処方でもアムロジピン錠の処方が続いており、流れて調剤してしまう。	処方箋の確認を怠らない。また、漫然と調剤せず、処方をしっかり確認する。	アゼルニジピン錠8mg「NP」	アムロジピン錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
85	以前より、アゾセミド錠60mg「JG」を服用していた患者が、今回よりアゾセミド錠30mg「JG」に減量になった。入力者がそのことに気づかず、そのまま前回D0で入力、出てきた調録をもとにピッキングをおこない、そのまま監査にまわした。監査した薬剤師が発見し、正しい薬剤に取替え、患者に誤った薬剤を交付することを防いだ。	・今回まで、D0処方が続いていたため、今回もD0処方だろうという思い込みがあった。・処方箋が一般名処方のため、先発後発のミスへらすためにピッキング時に調録を参考にしていたため、ミスに気づかなかった	・入力の際に、前回D0で入力ではなく、必ず処方せんをみて入力を行う・ピッキングの際に調録だけでなく処方せんも必ず確認を行う	アゾセミド錠30mg「JG」	アゾセミド錠60mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
86	【正】アゾセミド錠60mg「JG」でお渡し【誤】アゾセミド錠30mg「JG」でお渡し	FAX処方箋のため2次元バーコードが読み込めず入力時に誤って入力した。	FAX処方箋患者投薬前の処方箋原本と指示書の照合徹底を朝礼にて周知	アゾセミド錠60mg「JG」	アゾセミド錠30mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
87	先発品希望の患者様だったが、ジェネリックで調剤投薬帰宅後本人が服用前に気づき連絡	スローケー(商品名で処方)も一緒に処方されていたがジェネリックしか採用がなかったためつられて調剤アダラートは一般名処方だったため、監査の際つられて見逃した	薬袋には商品名で記載されているので、忙しくても薬袋を見て監査	アダラートCR錠20mg	ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
88	投薬2日後に患者より入電。長年アダラートを服用しているが今回ジェネリック医薬品に変えられてしまっている。投薬時にも説明はなかったし、交換してもらいたいとご立腹。お詫びし現物交換。お届け対応申し出るが、患者本人が来局することになった。	多忙による不注意。外観が似ているため、先発品と思い込み投薬してしまったとのこと。ダブルチェックを行っているが、新人の行う調剤段階でのミスが多くなっていることも要因。	外観の似ている薬剤は、頻度の低いものを棚ではなく引き出しにしまうなど場所を離す工夫をする。先発品とジェネリックの間違えやすい薬品については、調剤棚にジェネリックの印をつけて注意喚起。	アダラートCR錠20mg	ニフェジピンCR錠20mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
89	繁忙時に先発希望の患者様にジェネリック医薬品を渡してしまった。家に帰っていつもと薬の名前が違うことに気づき再来局。	繁忙時で一人調剤、鑑査になってしまった。	ビッキングしてからもう一度落ち着いて鑑査をするようにする。出来るようなら事務の人にも確認してもらうようにする。	アダラートCR錠40mg	ニフェジピンCR錠40mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
90	R1/6/28より(般)ニフェジピン徐放錠10mg(12時間持続)はアダラートCR10mgだと思っていた。	(般)ニフェジピン徐放錠は処方箋の(12時間持続)(24時間持続)を見逃さないようにする。	処方箋を丁寧に確認して鑑査するようにします。	アダラートL錠10mg	アダラートCR錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
91	一般名処方 ニフェジピン除放錠10mg(12時間)が処方されていたが、当薬局にはCR錠の在庫がなく、調剤、入力、鑑査ともに誤り、交付時に誤りに気付いた	徐放錠に12時間持続のものと24時間持続のものがあるという認識の不足があった。拡張検索により、レセコンで12時間持続のものからCR錠で入力できてしまった。	薬品名が同じでも動態が異なる製剤についてしっかりと確認を行う。レセコンの拡張検索を行う際は薬剤師などに確認を行う。	アダラートL錠10mg	アダラートCR錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
92	アダラートカプセル10mgが1C分1朝食後で処方されていた。このような処方珍しく違和感があったため医師へ問い合わせ。アダラートCR錠の処方が正しいと確認できたため、アダラートCR錠10mg 1T分朝食後となった。	同じ銘柄でも作用時間の異なるものがあるので、こうした薬剤の監査時には特に注意が必要と考える。	アダラートであれば12時間持続型また24時間持続型などレセコンの入力時に確認できればより上流で気付くことができると考える。	アダラートカプセル10mg	アダラートCR錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
93	ピッキングの薬剤師が「アテノロール錠」をとるところ、焦って隣に配置された「アロチノロール錠」をピッキングした。確認して監査に渡すところ、この時も「アロチノロール錠」と思い込みそのまま監査にわたった。監査の薬剤師が間違いに気づき、大事には至らなかった。	その時は薬局内の最も繁盛時間帯であり、外来患者の処方箋が詰まっていた。1包化する処方も多く、ピッキングの薬剤師には焦りがあったようである。当局は週ごとに2、3名の薬剤師をピッキング・監査、投薬と業務分担してローテーションを組んでおり、ピッキングの薬剤師は調剤業務もこなすため、迅速で的確な作業が要求される。思い込みと、箱の形状も類似しており、どちらも汎用薬ではなかったためミスを誘発したと考えられる。監査の薬剤師が発見し、患者までには至らなかった。	調剤での1包化は特に時間を要するため出来るだけ予製をおこなっておくことにする。業務分担を見直し、ピッキングの薬剤師の業務は分担制にせず適宜余裕をもっておこなっていくことにする。特に繁盛時間帯は焦らず、落ち着いて業務を行うことを徹底する。	アテノロール錠 2.5 mg 「サワイ」	アロチノロール塩酸塩錠 5 mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
94	アテノロール 2.5 mg 処方のところアロチノロール 1.0 mg を調剤してしまった	思い込みで調剤してしまいました	薬の箱に取り違い注意と記入した	アテノロール錠 2.5 mg 「トーワ」	アロチノロール塩酸塩錠 1.0 mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
95	本来アテノロール25mgが交付されるべきであるところ、調剤者の不注意により50mg錠が交付されてしまった。お渡しから4日後、患者が直接来局し、規格間違いによる調剤ミスであることが発覚した。	外来混雑時間帯により、調剤者がダブルチェックを怠った。また、そのまま鑑査がなされていない状態で、お渡しとなってしまったことが原因と考えられる。	必ずダブルチェックを行い、患者に誤った規格の薬剤が交付されないよう、再発防止に努めることとする。	アテノロール錠 2.5 mg 「トーワ」	アテノロール錠 5.0 mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
96	アテノロール錠50mg が処方されていたところ、間違えてアロプリノール錠 100mg で調剤してしまっていた。患者さんに連絡したところすでに飲まれていて、1日分だけ残っていたので交換した。患者様に謝罪して健康状態を確認ところ異常はなかった。	名前が似ているために間違ってしまった。一方化して渡しているので調剤・監査・投薬すべてチェックして防ぐことが出来なかった。	処方箋の薬の名前・規格を確認する。	アテノロール錠 5.0 mg 「サワイ」	アロプリノール錠 1.0 mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
97	アテノロール50mg処方であったのに、間違っておロチノロール塩酸塩錠5mgサワイを投薬していました。9月9日水曜日に、MCが棚卸しの準備のため、薬の数を数えていたところ、アロチノロールの数がおかしい事に気づき、アテノロール50と間違ってお薬していたことが判明しました。患者にすぐ確認し、交換に行き、陳謝しました。6錠服用していました。体調の変化は幸いありませんでした。	1日火曜日は、施設に配達する薬が、未監査のままだぶ残っている状態で、外来の投薬と施設の鑑査と両方行っていたため、投薬時の鑑査がおろそかになったと考えられます。	1. 薬の調剤時に正確にピッキングすることを心がける。2. 薬剤師が投薬時、どんなに混んでいても、慎重に投薬すること。患者の命にかかわる事を肝に銘じること。	アテノロール錠50mg「サワイ」	アロチノロール塩酸塩錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
98	アテノロール(25)「トーワ」が処方された患者さんに、外装色が似ているベンズプロマロン(25)「トーワ」を間違えて調剤した。監査時に誤りに気づき、正しい薬を交付した。	アテノロールとベンズプロマロンの外装色が似ており取り間違えを起こした。また、患者様が来局した時間は店内が混んでいた為、焦りがあった。	アテノロールとベンズプロマロンの外装を比較して、似ている点や相違点を確認し、ピッキング時に取り違えを行わない様な意識付けを行った。	アテノロール錠50mg「トーワ」	ベンズプロマロン錠25mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
99	アデホスコーク顆粒10% 3g 14日分の処方に対し、1g分包を42包調剤するところを 0.6g分包を42包調剤。画像監査システムPeechの監査も通ってしまった。監査者の監査で1g分包と0.6g分包の違いに気がつく。	異動初日 アデホスコーク顆粒10% 1g分包品と0.6g分包品が異なる引き出しに閉まっており、2規格在庫していると思わなかった点。入力段階で、処方箋をよく見ずに、調剤を開始した点。	アデホスコーク顆粒10% 0.6g分包品の包装箱には、注意喚起のため、「0.6g」の文字を丸く赤字で囲っている。入力段階での覗き込んだの調剤を禁止。	アデホスコーク顆粒10%	アデホスコーク顆粒10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
100	非常勤薬剤師の調剤により間違いが発生し、薬袋に入れたあと再度確認し間違いに気づく。	非常勤で不慣れな中での規格間違いと、慣れによる確認不足。	処方箋確認とともに薬剤情報提供書の写真を見るなども加えて監査。	アドエア100ディスク60吸入用	アドエア500ディスク		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
101	小児気管支喘息の患者に対してアドエア250ディスク28吸入用 1回1吸入1日2回 の処方があり、添付文書上成人量だったため、疑義紹介を行った。医師に直接TELにて確認後、アドエア100ディスク28吸入用 用法変わらずに変更となった。	アドエアのPC上での入力間違いが考えられる。	小児用量を必ず確認して、疑問点があれば疑義紹介を行う。	アドエア250ディスク28吸入用	アドエア250ディスク28吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
102	アドエア250が処方されていたが、アドエア100をピッキングされており、監査時に発見。アドエア250に取り替えて交付。	同じ引き出しに保管している。	アドエアを収納している引き出し内の区画に「規格注意」と掲示した。	アドエア250ディスクス28吸入用	アドエア100ディスクス28吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
103	アドエア500ディスクス60吸入用が処方されたが、アドエア250ディスクス60吸入用を調剤。監査者が規格間違いを発見して正しい規格を調剤し直して交付した。	多忙であったことと、250ディスクスが汎用されているため、当事例についても250ディスクスが処方されていると思い込んでしまった。	規格までが医薬品名称と認識して調剤する。以前よりどの薬剤が使用されているかについて、薬歴で確認する。	アドエア500ディスクス60吸入用	アドエア250ディスクス60吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
104	アドエアの処方はまだで、フルティフォームの処方が多いため、フルティフォームと思い込み、規格の確認を交付してしまっ。夕方、処方箋のチェックの際、アドエアであったと気づき、すぐに患者宅へ電話をし、交換した。未使用だった。	他剤をGEにするかしないかに気を取られていて、吸入は処方箋をちゃんと確認せずに渡してしまった。患者様にもフルティフォームと言って、お見せしたが、患者様にも気づいてもらえなかった。	思い込みで調剤・監査・投薬をしない。患者様にも薬をしっかりと確認してもらう。	アドエア50エアゾール120吸入用	フルティフォーム50エアゾール120吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
105	アドエア250ディスクス60吸入用が処方されていたが、28吸入用をピッキングしてしまった。同僚の薬剤師の指摘で発覚。	同じ場所に陳列していたので、無意識に手が出た。	陳列する棚を色アクリル板で仕切った。	アドエア250ディスクス60吸入用	アドエア250ディスクス28吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
106	平素より当薬局を利用してくださっている患者様。処方アトセツトHDだったが、アトセツトHDの箱の中にアトセツトLDが混入していた。調剤者が外装の色の違いでLDの混入に気づき、その場で正しい薬にピッキングをし直したため患者様に影響はなかった。ミスゼロ子®(レセコン入力した薬剤をJANコードまたはGS1コードを読み取り照合を取るシステム)は箱をスキャンしていたため、照合は一致していた。	今回の原因は2つ挙げられ、充填作業とピッキング作業それぞれに問題があったと考える。1つ目に充填作業において、ミスゼロ子®の充填処理機能(充填先のバーコードを読み取り、これから充填する薬剤のシート等についているバーコードを読み取ることで照合作業を取る機能)を用いず、かつダブルチェックを怠ったゆえのミスである。規格や詳細まで確認せず思い込みが引き起こしたと考えられる。2つ目にピッキング作業において、集薬時に箱のスキャンを行った点が挙げられる。手元の薬をスキャンしていたら照合不一致で気づくことができたと考えた。	充填作業はミスゼロ子の充填機能の使用徹底する。ゼロ子を用いるのが難しい場合には充填者・確認者の2人の目視によるダブルチェックで充填をする。また類似品の充填場所はなるべく遠くに置き、ピッキングミスが減らしていく。また不足時に新しい箱を開けるときにもゼロ子でスキャン、またはダブルチェックを行い、同じ薬剤であることの確認を徹底する。	アトセツト配合錠HD	アトセツト配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
107	アトーゼットLDが処方された患者であった。(その他処方もあり)当事者の意識としてアトーゼットLDを取りそろえたつもりであったが、ロソーゼットLDを取っていた。監査者が気づき、患者さまへ渡すことはなかったが、類似商品の取り違えが起こった。	アトーゼットにはLDとHD、ロソーゼットにもLDとHDがあり、今回はLDに意識がいくあまり、アトーゼットをロソーゼットと間違えていることに気付かなかったため起こった事例と考えられる。	当薬局ではアトーゼットとロソーゼットの取り間違えを防ぐために、左右の医薬品備蓄棚において、アトーゼットとロソーゼットを別の位置に置くことにした。それでも取り違えが起こることも考えられるため、処方医薬品を取りそろえる際に、声出しをすることで、取り間違えの減少に努めている。	アトーゼット配合錠LD	ロソーゼット配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
108	アトモキセチンカプセル2.5mgで処方されていたにも関わらず、誤ってアモキシシリンカプセルを調剤。監査システムによりエラーが発生したためその場で気づき正しいアトモキセチンカプセル2.5mgを調剤し直した。	一緒に処方されていた他のお薬で在庫がないお薬が複数あり、患者様より今日中に全て手配して欲しいとの要望もあったため在庫確保に気を取られてしまった。一人店舗のため調剤中に来られた他の患者様の対応もあり集中力が散漫になってしまった。	薬品名が類似しているものについて薬剤師として知識を習得しておく。類似名称の医薬品は箱に注意喚起のため札をつけた。	アトモキセチンカプセル2.5mg 「日医工」	アモキシシリンカプセル2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
109	後発品を調剤したつもりになっていたが先発品だと鑑査で分かった。	後発品の剤型理解について徹底する。	後発品の剤型理解について徹底した。	アトモキセチン錠5mg 「トーワ」	ストラテラカプセル5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
110	(般)アトルバスタチンOD錠5mgが処方されていたが、誤ってアムロジピンOD錠5mg「トーワ」を調剤、監査者も気付かずそのまま交付してしまった。後日、服用開始時に患者本人が気付き薬局へ連絡あり。当日中にアトルバスタチンOD錠5mg「トーワ」を届けたが、患者外出後であり2日間服用できなかった。帰宅後、薬を受け取ったことと体調変化ないことを電話にて確認した。	外観が似ている薬品なので注意深く監査しなければいけなかった。機械での監査も併用するべきだった。	調剤者が機械監査を行った後に監査者へ渡す。一文字監査を徹底する。薬情と照らし合わせながら監査、交付する。	アトルバスタチンOD錠5mg 「トーワ」	アムロジピンOD錠5mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
111	(般)アトルバスタチン錠5mgの処方。アトルバスタチンOD錠5mg「トーワ」のところが誤ってアムロジピンOD錠5mg「トーワ」が調剤されていた。監査、交付時に気付かずお渡ししてしまい、2日後に患者が服用前に気付き連絡があったため発覚した。	機械監査に関する業務手順を変更したばかりであり、機械監査を忘れていた。目視での監査が不十分だった。	監査時に処方箋・薬情・薬剤を並べて照合する際、薬剤の薬品名を念入りに確認する。監査の補助として機械監査を必ず行う。交付時も薬袋・薬情・薬剤が合っているか患者に見せながら再確認する。調剤棚に注意喚起の印を付ける。	アトルバスタチンOD錠5mg 「トーワ」	アムロジピンOD錠5mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
112	一包化調剤でアトルバスタチン10mg錠が処方されていたが、5mgを調剤してしまう。	入院して、入院以前の薬と処方追加されたり、大きく変更になっていた。4連休明けと昼の混雑時に来局される。10種類の錠剤の一包化調剤であった。	複数規格のある医薬品の調剤には十分確認をす。医薬品数の多い一包化調剤には混雑時でも時間をかけて監査する。	アトルバスタチン錠10mg「サワイ」	アトルバスタチン錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
113	アトルバスタチン10mgが処方されているところ誤ってプラバスタチン10mgをお渡しした。	忙しかったため、監査時に規格のみを見てしまったものと思われる。	アトルバスタチン、プラバスタチンそれぞれの引き出しに取り間違い注意と記載。注意喚起した。	アトルバスタチン錠10mg「サワイ」	プラバスタチンNa錠10mg「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
114	総合病院で退院後、はじめて開業医に紹介され受診。アトルバスタチン10mgは夕食後処方だったが、入力で朝食後に入力。鑑査で気が付き、夕食後に訂正。	混雑時で、入力時に処方箋を見て薬品名、用量、用法の確認を徹底出来ていなかった。	混雑時でも、入力時、鑑査時に処方箋を見て、薬品名、用量、用法を声出し・指さし確認を徹底する。	アトルバスタチン錠10mg「サンド」	アトルバスタチン錠10mg「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
115	予製をつづけていた薬。事前に薬剤師が監査を終えていたがその時点では気付かず。10/21来局した際、別の薬剤師が監査したがその時点でも気づかず。残薬があり別の薬剤師が確認した際アトルバスタチン錠5mg「EE」を見つけ誤投薬発覚。患者さんにすぐに連絡を取りまだ手付かずの状態であり事情を説明しお届け、交換、お詫びを申し上げた。	一包化を行う際機械のカセットから出る薬と手出しの薬があり手出しの薬は詳細に確認したがアトルバスタチン錠10mg「EE」はカセットの薬であったため信用して企画までを見ていなかった。	アトルバスタチンがカセットの薬であり、処方も前回からの継続処方であったため油断。思い込みもあった。コンベア、カセット関係なく必ず確認する行為を怠らないようにする。	アトルバスタチン錠5mg「EE」	アトルバスタチン錠10mg「EE」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
116	2020年9月某日13時頃に、平素より当薬局を利用している患者(70歳男性)が処方箋を持って来局した。処方箋には【般】アトルバスタチン錠5mgと記載されており、患者はGE希望であった。薬剤師A(職種経験年数3年)はアトルバスタチン錠5mgを調製するところ誤ってアトルバスタチン錠10mgを調製し、鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが、処方薬の規格が違うことに気付き、調製した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはアトルバスタチン錠5mgを正しく調製し、再度、薬剤師Bが鑑査した。鑑査で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付し	混みあっており、ピッキング時確認を怠った。棚のカセットが近いためとっさに取ってしまった	カセットに規格注意の勧告混雑時こそ冷静になるよう努める	アトルバスタチン錠5mg「EE」	アトルバスタチン錠10mg「EE」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
117	アトルバスタチン5mgのところを、同10mgで鑑査、お渡し。(用法用量や錠数は処方通り)服薬指導時にも確認いただいたが、そのミスに気付かず、患者様帰宅後にお電話にてご指摘いただき、発覚。服薬前であり、残薬も少数あったため、正しい薬剤を即日郵送することで対応できた。	背景に多忙時間帯や慣れが挙げられる。主要因としては自己設定ルールの不遵守が考えられる。	自己設定ルールの内、以下の1点を再度徹底する。【声出し鑑査】小音量での声出し鑑査。処方箋に記載された薬剤名を読み上げた後、自身が鑑査する薬剤名を読み上げることによって照合する。特に多忙時において活用、徹底する。	アトルバスタチン錠5mg「サワイ」	アトルバスタチン錠10mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
118	アトルバスタチン錠5mg処方のところ、アムロジピン錠5mgで交付し、患者様が帰宅後、いつもと違うお薬が入っているということで再来局される。	ピッキングする人、そろったお薬を確認する人、最終鑑査の人と3人の目と通したが、間違いに気づけず、間違ったお薬を交付してしまった。見慣れた処方内容ということで、慢心もあった。	今まで通り、数人で確認し調剤する。薬情との照らし合わせも行い、入力との確認もするようにする。	アトルバスタチン錠5mg「サワイ」	アムロジピン錠5mg「科研」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
119	チェックを怠り過去歴等の確認を行わなかった。	当時患者様が多く来局し椅子も一杯の様で密を避けようとなるべく早く投薬しようとしていた。	過去歴の確認及びピック確認時にもう一度手に取って声出して再確認する。	アトルバスタチン錠5mg「トーフ」	アトルバスタチン錠10mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
120	カンデサルタン2ミリとアトルバスタチン5ミリを共に東和で採用している。両方服用している患者様が来局したときに「似すぎていて困る」とクレームを受けた。実際に服薬指導をして、両方並べて確認したとき、私も逆の薬を指さして説明してしまった。	他にもアムロジピンOD2.5の東和薬品とビタバスタチンOD2.5ミリの東和薬品が似ていることが判明した。同じ服用地点のため、患者様には再度説明した。医薬品採用時には、外観が似ている薬を採用していないか検討しなければいけないと思った。	類似の薬があれば薬袋に書いて説明する。しかし、今回の事例は全て同じ製薬会社のもだったため、直接、製薬会社と連絡を取り、患者様から指摘があり、薬剤師も間違えたことなどを直接伝えた。	アトルバスタチン錠5mg「トーワ」	カンデサルタン錠2mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
121	規格の違い	いつも来られている方で慣れからか確認不足	処方監査時、患者様の年齢を見落としてがちなので、その確認も忘れない	アナフラニール錠10mg	アナフラニール錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
122	アナフラニール25mgのところ10mgで交付。	アナフラニールがあまり出ない薬で複数の規格があるという認識が甘かった。	過誤防止機器の使用は徹底	アナフラニール錠25mg	アナフラニール錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
123	一般名処方により、定期薬として、アパプロ錠を交付しているが、アムパロ配合錠を誤って交付した。	一般名処方であり、知識不足に伴い、すぐに商品名が思いつかなかったと思われる。それに伴い、薬情・薬歴による薬剤の確認を行い、ピッキングをしたところ、類似名称に伴い、過誤が生じてしまった。また、監査した薬剤師も、同様に、類似名称に気づかず投薬・交付に至ってしまう。	一般名処方の場合において、一般名から商品名(先発)の読み替えはすぐに適切に行えるように、薬剤師の知識・スキルの向上を目的として、研修を行った。また、配合剤の一般名処方には注意が必要であり、単純に薬歴→DO処方と判断するべきではなく、適宜web、薬価本などを多用し、その都度確認を行うなどの必要性を従業員間で共有した。	アパプロ錠50mg	アムパロ配合錠「杏林」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
124	薬棚引き出し内にアマリール錠0.5とOD0.5が隣り合わせて収納されていた。気付かずにOD錠を箱から出して一包化してしまった。監査時に空のPTPを確認した時に剤形が違うことが発覚した。	忙しい時間帯であった。	どちらかを棚の上へ置いて同じ引き出し内に収納するのをやめる。	アマリール0.5mg錠	アマリールOD錠0.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
125	3/10処方時に先発をGEで84日分投与してしまったのが、5/29に患者から電話連絡にてGEだった事が発覚。それまで患者自身も分からないで服用してたとの事	患者自身はGEでもOKであるが、こだわりのある薬剤のみ先発希望だった。またDrが変更不可のチェックをしてくる薬剤もあった先発とGEの外装がほとんど変わらない事から監査をスルーしてしまった(患者も分からなかった)	本人の希望であるが厚生省がGEを推奨してる事なので患者に今後理解を求める 先発と包装が大変に酷似してる薬剤はピッキングと監査両方でしっかり確認する	アマリール0.5mg錠	グリメピリド錠0.5mg「AA」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
126	アマリール錠の中にジェネリックのグリメピリドが混入していたため、調剤時にも監査時にも気付かず混合して、一緒にお渡し。	PTPが酷似していたため、忙しいときに確認に漏れがでしてしまう	ジェネリックメーカーを変更し、棚に戻す際には必ず、医薬品名を確認することの情報を共有する。	アマリール0.5mg錠	グリメピリド錠0.5mg「科研」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
127	薬剤8種の定期処方。前回処方を引き継いで入力しアマリールが減量されてる事に気が付かなかった。	入力の際、薬品名、規格、メーカーなど、区切って確認するよう徹底されており、実際処方箋のコピーにも確認したマーキングがされていたが、見落としてしまった。	対策はされていたが、起こりうるヒューマンエラーだと思う。監査者が、しっかり確認し見落とさないようにするしかない。	アマリール0.5mg錠	アマリール1mg錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
128	アマリール錠0.5mgから1mgへの規格変更があったのに気づかず、入力および調剤を行い、薬剤を交付した。レセプト前の確認の際に間違えに気づき、すぐに患者および医師に連絡し、患者には正しい薬に変更させて頂いた。	入力、調剤、監査それぞれで、最後に確認する必要がある処方箋をしっかりと見ることが出来なかった。忙しさもなく、通常の流れて仕事が出来ていた状況なのに、確認できていなかったのは慢心だと思われる。また、長期処方のため、Do処方と簡単に思ってしまった思い込みもあった。患者との会話などで、気づけることがあったのに、止めることが出来なかったのは、心に余裕がなかったのではないと思われる。	規格間違えが再度発生しないよう、規格がある薬については印をつけて注意喚起。入力時には規格まできっちり確認できるよう、確認手順を見直した。最終的には処方箋との照らし合わせながらの投薬を行うよう申し合わせた。	アマリール1mg錠	グリメピリド錠0.5mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
129	今まで長く服用していた薬剤、アマルエット配合錠1番、合剤で一般名での処方、今回は3番に変更、患者さんと話して、血圧の薬剤アムロジピン増量されたことに気が付き、アマルエット配合錠3番で投薬する	長く変更もなく服用していた薬剤なので、思い込みをしてしまったこと、合剤の場合気を付けて、一般名のミリ数をきちんと確認しなかったこと	合剤の薬剤が増えてきたので、合剤の含まれている薬剤の各々のミリ数を確認すること。患者さんと、投薬時よく話すこと	アマルエット配合錠3番「DSEP」	アマルエット配合錠1番「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
130	一般名処方アムロジピン5mg・アトルバスタチン5mg配合錠3の処方あり。患者様は、飲みなれているアマルエット配合錠3番「サンド」のメーカーをご希望。予製で「サンド」16錠と「ニプロ」40錠で準備されており、調剤時に、混在していることが発覚した。	予製時、新しい箱を開けるタイミングで、「サンド」を取るところを、名称が類似している「ニプロ」で取ってしまったと考えられる。	スタッフ間でメーカー違いの在庫について確認。薬歴などを用いて注意喚起を行った。	アマルエット配合錠3番「サンド」	アマルエット配合錠3番「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
131	前回アミティーザ24 μ g2カプセル×分2処方のところ、今回アミティーザ12 μ g1カプセル分1へ変更になっていた。規格変更に気が付かず、24 μ g1カプセル分1で事務入力。調剤も24 μ gにて薬剤交付してしまった。投薬後、薬歴入力時に発覚。患者様へ連絡し、正しいものを交付。	用法変更にはばかり注意が向いてしまい、規格変更を見逃してしまった。	処方入力・調剤・監査・交付時に処方箋チェックを徹底する。	アミティーザカプセル12 μ g	アミティーザカプセル24 μ g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
132	アミティーザカプセル12 μ 処方のところ、24 μ を調剤・交付。患者様服用時に気づかれ連絡あり。	規格がいくつかある薬剤の確認不足。	処方内容の確認をきちんとする。	アミティーザカプセル12 μ g	アミティーザカプセル24 μ g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
133	在宅訪問している患者での事例。これまでアミティーザの24μgℊを服用していたが、減量されて12μgℊにて処方された。調整時にはこの変更が気が付かず準備。後刻、別の薬剤師が患者宅を訪問、薬箱へセットしている際に、処方記載とは異なる規格であることに気が付く。同時に患者家族からも、「今回下剤を減量すると医師から聞いている」ということを確認できたため、調整ミスであると断定。直ちに薬局へ戻って、正しい規格のものに修正した。	患者は長期間に渡りアミティーザの24μgℊを服用しており、「前回と同じはず」であるという思い込みがあったものと思われる。また、薬局での調剤頻度も12μgℊに比べて圧倒的に24μgℊが多く規格に対する注意が薄くなっていたとも考えられる。	アミティーザには規格が2種類あることを周知し、“規格を注意すべき薬剤”として意識付けを行った。	アミティーザカプセル 12μg	アミティーザカプセル 24μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
134	アミティーザカプセル12μgが処方されていた患者に対して、アミティーザカプセル24μgで調剤	アミティーザカプセルの規格違いの認識がなく、規格確認をせずに調剤	規格違いに関しては、再度認識してもらうこと。規格違いに関しては、棚の配置を変更。	アミティーザカプセル 12μg	アミティーザカプセル 24μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
135	前回処方された一包化薬から中止になったミニプレスを取り除き追加になったアミティーザ12μgを一包化する際に24μgと間違えてしまった。通常の処方手順と異なったことから錠剤監査システムの利用を忘れてしまった。投薬後に管理薬剤師がすぐに気付き連絡をし正しいのに取り変えた。服用前だったので問題はなかった。	忙しい中、以前処方の時間のかかる一包化薬の作り直しに、つい監査が不徹底になってしまった。	追加薬の錠剤監査システムはどの段階で誰が行なうかを決め明確に周知することが必要	アミティーザカプセル 12μg	アミティーザカプセル 24μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
136	アミティーザ12μgをアミティーザ24μgで調剤しようとした。	思い違いによる。	2度確認するように徹底する。	アミティーザカプセル 12μg	アミティーザカプセル 24μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
137	アミティーザカプセル12㎍処方に対して、24㎍のピックを行い、監査時判明	アミティーザ24㎍の処方が多数のため、確認を怠ったため	規格をしっかり確認する規格ごとの配置を改善する	アミティーザカプセル 12μg	アミティーザカプセル 24μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
138	トリプタノール錠25mgの処方に対して、10mg錠で投薬を行った。	症状悪化し、追加となった薬。薬局在庫、システム上の採用薬登録が10mg錠であったため、25mg錠の処方記載を見落とした。	他の規格が存在する薬剤に、付箋を付けた。	アミトリプチリン塩酸 塩錠25mg「サワイ」	アミトリプチリン塩酸 塩錠10mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
139	数か月前から、先発品のアムロジピンOD錠10mgを一般名記載の処方箋になったために、アムロジピンOD錠10mg(日医工)に変更したが、入力は、そのまま、先発品のアムロジピンOD錠10mgのまま、患者様にお渡ししていたために、差額を計算して、返金し、基金には、取り下げて正しいもので、再請求を行った。	ジェネリックに変更した際に、打ち込みの事務との連携をしっかりとってなかった事が要因であることと、アムロジピン・アムロジピンと似ているために、見過ごしてしまった。	打ち込みの薬剤と、調剤薬の確認をしっかりとる事と、初めてジェネリックに変更については、薬歴に、わかるように、記載する。	アムロジピンOD錠10mg	アムロジピンOD錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
140	アムロジピンOD10mgと5mgの調剤ミス。1包化のため最終の鑑査で患者さんにお渡しする直前に過誤に気がつき再度分包、ご自宅にお届けする。	思い込みによる確認不足。いつになく調剤時に分包が重なり焦ってしまい鑑査不十分となった。	調剤の業務手順書に則り、鑑査の充実と複数規格のある薬については識別ラベルを明記。調剤時の確認と鑑査を徹底する。	アムロジピンOD錠10mg「サワイ」	アムロジピンOD錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
141	投薬中患者さんから錠剤の色違い	薬情見ながら患者さんと一緒に確認しながら渡す	薬情見ながら患者さんと一緒に確認しながら渡す	アムロジピンOD錠10mg「トーワ」	アムロジピンOD錠5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
142	アムロジピンOD錠2.5mgの患者様に5mgをお渡ししていた。投薬後、患者様からの連絡により判明した。	日数変更により、そちらに気を取られ数量確認にだけ目がいていた。	見落としのないよう再度確認を行う。	アムロジピンOD錠2.5mg「KN」	アムロジピンOD錠5mg「KN」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
143	1人薬剤師での勤務時間のため、立て込んでいる時間帯でもあり、規格違いに気づかずにそのまま交付した	ピッキングと鑑査を薬剤師一人で行ったため、規格の違いに気づかずに交付した	事務員はいたので、ピッキングを事務員にしてもらい。鑑査を薬剤師が担当する体制をとることにした	アムロジピンOD錠2.5mg「NS」	アムロジピンOD錠5mg「NS」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
144	アムロジピンOD錠2.5mg「ケミファ」32T必要だが、アムロジピン錠2.5mg「ケミファ」32Tがピッキング。	ODの見落とし。	auditの鑑査をしっかりと行う。	アムロジピンOD錠2.5mg「ケミファ」	アムロジピン錠2.5mg「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
145	規格間違え	処方箋内容見間違え	処方箋よく見る	アムロジピンOD錠2.5mg「サワイ」	アムロジピンOD錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
146	一化の監査の際、本来アムロジピンOD錠2.5mg「サワイ」が分包されていないところ、5mgが分包されていることに気付いた。カセット内の錠数を確認し、誤って分包されたものはその場で修正され、誤飲には至らなかった。	イーターに錠剤分包時、補充者と薬剤師の二人で補充される薬が正しいのかダブルチェックをするが、カセットと異なる錠剤を誤って補充されようとしているにもかかわらず、医薬品名があっていたため規格違いが見過ごされたままそのまま充填されてしまった。	イーター補充時、必ず帳簿に補充する医薬品名を記入し、正しいかどうか確認したのちに補充することになっている。引き続きダブルチェックを徹底する	アムロジピンOD錠2.5mg「サワイ」	アムロジピンOD錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
147	アムロジピン口腔内崩壊錠2.5mgの一般名処方であった。アムロジピンOD錠は2.5mgと5mgが採用されているが、5mgが調剤されていた。監査者が気づき2.5mgに揃えなおし患者に投薬した。	調剤棚の位置が上下で並べて配置されており、錠剤の色は同じオレンジ色であることから、取り出すときに棚の位置を取り違い、そのまま監査に回ったと考えられる。	調剤棚の配置を入れ替え、一枠間が空くようにした	アムロジピンOD錠2.5mg「サワイ」	アムロジピンOD錠5mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
148	投薬時、血圧が安定しているのに薬が半量になっていることに疑問を感じ、疑義照会した。疑義照会時に今回用量変更ではなく、前々回から用量が半量になっていることに気がつかずに2回も間違った用量で投薬していたことが発覚。医師に伝え指示を頂き、今回から用量変更で服薬することになった。患者さんには、2回も間違って投薬していたことをお詫び申し上げ、今回から用量変更になることを説明した。そのとき、患者さんからは医師が薬を変更すると言われたのに、変更になっていないと思ったことがあったと教えていただいた。	当薬局では投薬ミスが無いように監査レンジを導入している。しかし、処方箋入力ミスとピッキングミスにより監査レンジでは発覚しなかった。その後投薬時には、監査レンジに問題なかった安心感で、確認を怠り間違いに気がつけずに投薬してしまった。 処方変更になった日は薬局が混雑しており、後から薬を取りに来ていただきお渡しした。そのとき調剤ミスをして用意していた薬をそのまま疑いもなく投薬してしまった。	一般名処方になってから薬の名前が複雑になっているが、用量まできちんと確認するようにする。混雑時こそ、平常心を持ち調剤するようにする。監査レンジに安心せず、常に確認する。投薬時は可能な限り、患者さんに医師との話と相違がないか確認する。	アムロジピンOD錠2.5mg「サワイ」	アムロジピンOD錠5mg「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
149	アムロジピンOD2.5mgの処方を間違えてOD5mgを投薬	予製時に間違い、投薬時監査不足	鑑査時、医薬品名、剤型、規格にレ点チェック実施投薬時、薬情と比較しながら患者と相互確認実施	アムロジピンOD錠2.5mg「科研」	アムロジピンOD錠5mg「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
150	10月20日 患者来局し受付。該当医薬品の用法が朝食後から夕食後に変更されていた。用法の変更を気を取られてしまい、別規格の薬剤がピッキングされていることに気づかず投薬。患者が別の医療機関に入院することになり、入院先の医療機関にて服用薬剤の確認時に過誤が発覚した。発覚後直ちに処方元の医療機関に報告。患者の入院は該当医薬品の過誤によるものではないと判断されるも、再発しないよう徹底するように指導された。	医薬品のピッキング後の確認作業が疎かになっていたことが原因と思われる。	今後は2人以上で薬剤の確認を徹底することで再発防止に努める。	アムロジピンOD錠 2.5mg「明治」	アムロジピン錠5mg 「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
151	施設の患者さんで定時処方薬でアムロジピンOD5mgを服用中であった。分包機を新機種へ切り替えてデータをいつもはレセコンを通して入力したデータより調剤するが新しい分包機に切り替えたばかりだった為、薬剤師Aが分包機に直接手入力で入力した際に間違えてアムロジピンOD2.5mgを入力しそのまま気が付かず調剤から交付まで薬剤師B、Cも気が付かずそのまま交付してしまった。その後も気が付かずその入力データのまま調剤、監査、交付し4回目の調剤で気が付き医師へ連絡しアムロジピンOD2.5mgでも血圧が落ち着いているとの事で減量になった。	アムロジピンOD2.5mgとアムロジピンOD5mgが同じメーカーで錠剤の形や色も同じで大きさと印字が違っただけだった為、思い込みと新分包機の操作に慣れていなかったため間違いが起こったと考えられる。	アムロジピンOD2.5mgとアムロジピンOD5mgは分包機のカセットから自動で落ちてくるため、自動で落ちてくる薬の再確認とレセコンデータ入力後に必ず調剤をするようにした。	アムロジピンOD錠5mg「EMEC」	アムロジピンOD錠2.5mg「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
152	アムロジピンOD錠5mgを調剤するところをアムロジピン錠5mgを調剤しました。	剤型違いの薬剤も取り揃えているので過誤が起こるリスクが多いです。	薬剤シートのコード確認を行う調剤過誤防止システムを導入しました。	アムロジピンOD錠5mg「NP」	アムロジピン錠5mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
153	一包化でアムロジピンOD錠5mgが分包されるべきところ分包機ゾルピデム酒石酸塩錠5mgが分包されていた。服用後いつもと様子が違うので病院で一包化薬を確認したところ間違いが発覚した。	棚卸前で一包化薬をバラしたゾルピデム錠のバラ錠がアムロジピンOD錠5mgのストッカーの補充されたと思われる。監査でも見逃された。	バラ錠を小皿で保管する場合は該当するPTPシートを入れてラップで封をする事になった。	アムロジピンOD錠5mg「サワイ」	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「AA」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
154	アムロジピンOD錠2.5mg、2T分1から5mg、1T分1へ変更。	該当薬以外にも、13薬品が処方となっている。また、不慣れなスタッフによるオペレーションが原因	経験が必要	アムロジピンOD錠5mg「トーワ」	アムロジピンOD錠2.5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
155	アムロジピン口腔内崩壊錠5mgと処方箋に記載があったが、2.5mgの規格のものを調剤していた。交付前のチェック時にその誤りに気づき、正しい規格のものを取りそろえた。	2.5mgと5mgは、名称として一致している部分が多く、どうしても最後の文字が印象に残りやすく誤り易いものであったと考えられる。さらに、処方されていた剤数も多かったこと、調剤棚と言えば上下に設置してある薬であったため、余計に調剤ミスを招いたものと推測した。	以前から誤り易い典型として、注意喚起は行っていた。調剤する薬剤の外観も含め、今一度違いを頭に入れること及び、カセットには「規格注意」との注意書きも貼るようになった。	アムロジピンOD錠5mg「トーワ」	アムロジピンOD錠2.5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
156	アムロジピンOD(5)をお渡ししなければならぬところ間違えてアムロジピンOD(2.5)をお渡ししていた。翌日患者様より、アムロジピンOD(2.5)をもらっていた。処方はどうなっていたか、問い合わせあり。定期処方アムロジピンOD(5)であったため、監査ミスで間違えてお渡ししてしまっていたこと謝罪。本日は前回お渡し分を服用されており、間違った薬はまだ服用されていないと確認し、正しい薬と交換させていただいた。	監査に集中しておらずミスにつながってしまった。	監査に集中し規格をよく確認し薬情と照らし合わせることでミスをなくすよう注意を徹底する	アムロジピンOD錠5mg「トーワ」	アムロジピンOD錠2.5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
157	以前よりアムロジピン錠5mg朝食後アムロジピン錠2.5mg夕食後に服用していたが今回より朝食後2.5mg夕食後に服用に変更になりました。それにきずかずに調剤しました。	業務多忙 慣れによりいままでと同じように打ち込んでしまった。	今後は本物の処方箋を確認するようにしたい。	アムロジピンOD錠5mg「トーワ」	アムロジピンOD錠2.5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
158	かかりつけ医からの定期処方ではアムロジピン10mg 1錠。以前から服用中。腎機能検査のため他病院入院。アムロジピン服用中止。シルニジピン10mg 2錠、ニフェジピン徐放20mg 2錠に変更されていた。かかりつけ医はアムロジピン10mg 2錠として処方した。	他病院での処方変更がきちんとかかりつけ医に情報がとどいていない。アムロジピン上限量オーバー	処方変更時、他病院への検査入院等があったときは 病院から処方された内容を必ず確認する。	アムロジピン錠10mg 「トーワ」	シルニジピン錠10mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
159	今までアムロジピン2.5mgが処方されていた定期処方が5mgへ変更になったのを気づかず他の処方薬と一包化して交付した。当日の薬歴の確認中に前回からの処方変更に気づき、電話で知らせ薬剤の交換をした。まだ、服用はしていなかった。	処方せんの確認不足と監査ミス。その時間帯が多忙であった事も一因と考えられる。	・調剤・監査時をの徹底。薬歴との突合せを徹底する。また、患者さんと一緒に確認しながら薬剤名を声を出して説明する。・薬局内に注意喚起の掲示を行う。・医療機関への連携を密にする。	アムロジピン錠2.5mg 「EMEC」	アムロジピン錠5mg 「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
160	アムロジピン錠2.5mgを一包化調剤のところ、アムロジピンOD錠2.5mgで調剤。ピッキングシステムの使用で通常は他医薬品が調剤されると間違いに気がつくはずであったが、システムの使用漏れのためそのまま鑑査をし、投薬者へわたり投薬者が前回の処方と違う点があったため発覚にいたる。	一包化調剤が集中し、調剤者、鑑査者にも焦りもあったと考えられる。焦りからくる鑑査手順の遵守ができていなかったためエラーが起きてしまったと考えられる。	調剤者はダブルチェック、鑑査者はピッキングシステムを使用することを繁忙時であっても必ず行う。	アムロジピン錠2.5mg 「KN」	アムロジピンOD錠2.5mg 「KN」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
161	多くの患者ではアムロジピンは5mgの規格のものが処方されるので、当該の患者も5mg処方だと思い込んでいた。	繁忙期による処方せんの確認不足	規格の間違いないか監査、調剤の際、規格のところにチェックを入れるようにした。	アムロジピン錠2.5mg 「KN」	アムロジピン錠5mg 「KN」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
162	一般名処方のアムロジピン(2.5)で、今までも処方されているアムロジピン(2.5)「TCK」で出さなければいけない所、先発のアムロジピン(2.5)でピッキングしてしまった。	調剤中、なるべく私語は控える。	調剤中、なるべく私語は控える。	アムロジピン錠2.5mg 「TCK」	アムロジピン錠2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
163	アムロジピン錠2.5mgのところをアムロジピンOD錠5mgでお渡し。服用前に患者様が気付き持ってきてくださり発覚。	調剤監査で人を分け、二人体制だったものの、繁忙だったこともありそのまま見落とし患者様にお渡ししてしまった。	患者様の目の前で投薬時に薬が間違っていないことを確認。声出し、指差し確認を怠らないようにする。	アムロジピン錠2.5mg「サンド」	アムロジピンOD錠5mg「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
164	処方内容が変更していたのに処方手帳を主にみて調剤(処方箋を照らし合わせたがいまい)又、処方入力も変更しに気付かず前回処方そのまま入力してしまった。午後に処方箋チェックして誤りに2点の誤りに気付く患者宅に連絡して薬を取り換えた。(※薬はまだ服用されていなかった。)	当初2人の薬剤師が勤務していたが1人の患者の調剤・鑑査に手をとられ15～20分手をとられた。次から次に患者が来局。他の薬剤師がほぼ一人で対応していた。患者が薬局の席を人で埋まるのが焦りとなり冷静さが欠けていた。(※薬剤師及び事務員)	患者持参の処方箋のコピーをとり調剤して対応	アムロジピン錠2.5mg「トーワ」	アムロジピン錠5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
165	本当はアムロジピン2.5mg1回0.5錠だったが、間違えて1回1錠のままお渡ししていた。	ずっと同じ処方でお渡ししていたので今回も同じ処方だという思い込みがあった。	処方箋の情報と調剤した時の薬を突き合わせる。	アムロジピン錠2.5mg「フソー」	アムロジピン錠2.5mg「フソー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
166	アムロジピン錠2.5ミリグラムとアムロジピン錠5ミリグラムの取り間違え。監査時にはスルー。投薬前に投薬台で確認する際に発覚。	繁忙時で、棚についても横並びであった。監査も忙しい状況で手抜きになってしまっており、監査機も通していなかった。	棚に注意喚起の張り紙を貼る。監査機が通したか全員が分かるようなサインや印を決めておく。繁忙時においても薬剤名だけでなく規格・用法用量についても注意深く確認を行う。	アムロジピン錠2.5mg「杏林」	アムロジピン錠5mg「杏林」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
167	アムロジピン錠5mgの一般名処方。薬局ではアムロジピン錠の5mgを3種類を取り扱っており、今回はアムロジピンOD錠5mgで調剤しないといけないところをアムロジピン錠5mgで調剤して患者さんへ渡した。患者さん本人がいつもと色が違うと帰宅後に気付く発覚。薬の服用なし。	良く処方されているアムロジピン錠5mgと思い込みで調剤・監査。薬歴での見落としもあると思われる。	一般名の横に鉛筆で商品名を記載するようにしていたが、再度品名記載を徹底する。薬歴にも確認できるようにメモを記載する。	アムロジピン錠5mg「EMEC」	アムロジピンOD錠5mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
168	処方箋に書かれているアムロジピン錠5mgの規格を見間違え、2.5mgのもので調剤した鑑査中に間違いを発見し、すぐに正しい薬を調剤した患者に対する健康被害はなかった	処方箋を入力中に横から処方箋を見て調剤しているため、見間違えてしまった	横から見て調剤をしても、鑑査に回す前に再度処方箋と薬に間違いがないかを確認してから鑑査に回す	アムロジピン錠5mg「EMEC」	アムロジピン錠2.5mg「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
169	アムロジピン 5 m g をとる時に下の棚にあるオロパタジン 5 m g の取違をしってしまった	棚の配置を気を付けてる取違のあった棚にマークを付ける	取違のあった棚に目印となる印をつけてアピールした	アムロジピン錠 5 m g 「Y D」	オロパタジン塩酸塩錠 5 m g 「Y D」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
170	一般名処方でOD錠の記載だったが、患者は以前から通常錠で服用していた。	これまでの薬剤服用歴との比較、確認が怠っていた	これまでの薬剤服用歴との比較、確認を徹底する	アムロジピン錠 5 m g 「ケミファ」	アムロジピンOD錠 5 m g 「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
171	アムロジピン錠 5 m g 「サワイ」を調剤すべきところ、薬局内で使用頻度の高いアムロジピン錠 5 m g 「EMEC」で調剤した。	汎用メーカーに違いないという思い込みがあった。やや忙しく確認を怠った。	処方箋をきちんと確認する。 ピッキングリストを必ず確認する。	アムロジピン錠 5 m g 「サワイ」	アムロジピン錠 5 m g 「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
172	アムロジピン5mgのところ端数がアムロジピンOD錠5mgであったが、監査でも気付かずに交付したところ患者本人が気付いた。	端数の戻し間違え	棚を全部出してから調剤し、戻す場所を明確にする。事例を職員全員で共有する。	アムロジピン錠 5 m g 「明治」	アムロジピンOD錠 5 m g 「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
173	患者が処方箋を持って来局した。事務員が処方箋を受け取り、レセコンに入力し調剤録を作成した。薬剤師が処方箋、調剤録、お薬手帳を確認し調剤を行った。この際に、処方箋上では、アムロジピン錠5m g だったが、入力ミスにより調剤録は、アトルバスタチン錠5 m g だった。お薬手帳を確認すると、以前にもこの患者がアトルバスタチン錠を服用しており、調剤を行った薬剤師が間違いを見抜くことが出来なかった。そして、患者に薬剤師が服薬指導をした際に、患者が「血圧が高かった」と仰っており、薬の内容と患者の訴えに違いがある事から、投薬を行う薬剤師が再度処方箋を確認すると間違いに気づいた。	処方箋と調剤録での薬の名前が同じアから始まり、規格も5m g と同じであった。そして、患者さんが以前から服用していた薬だと思い込んでいた。	薬剤師が処方箋、調剤録、お薬手帳を確認する際に思い込みに捕らわれず、薬一つ一つを正確に確認する。	アムロジピン錠 5 m g 「明治」	アトルバスタチン錠 5 m g 「E E」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
174	処方入力ミス	確認不足	個人指導	アムロジピン錠 5 m g 「明治」	アムロジン錠 5 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
175	アムロジピン錠5mgを調剤するところをアムロジピンOD錠5mgを調剤してしまった。	薬局内での使用量がOD錠の方が多かったため、思い込みで調剤してしまった。	調剤に入る前の薬歴の確認を確実にする。周囲のスタッフに声がけて規格の認識を共通化する。	アムロジピン錠 5 m g 「明治」	アムロジピンOD錠 5 m g 「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
176	繁忙時期であったため、処方箋確認時に思い込んだ。	繁忙時期で焦ってしまった。	先発品と後発品の確認の確認を怠らない	アムロジンOD錠 1 0 m g	アムロジピンOD錠 1 0 m g 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
177	アムロジンOD錠 2. 5 m gのところをアムロジピンOD錠 2. 5 m g「EMEC」で調剤、そのまま鑑査でも見過ごし投薬。包装の違いで患者本人が気づいて電話にて発覚。お詫びし直に、正しい薬を交換した。	先発品処方を後発品への変更の調剤となるため、取り揃え・鑑査時の入力の確認不足。	過誤の詳細について、職員に周知し、帳票類を用いて入力内容の確認と薬剤の照合を行うことを再度確認した。	アムロジンOD錠 2. 5 m g	アムロジピンOD錠 2. 5 m g 「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
178	先発のアムロジン希望の患者にジェネリックのアムロジピンを調剤、交付してしまった	以前ジェネリックで服薬していたので調剤者の思い込みと思われる。薬歴の確認不足と思われる	薬歴の確認をしっかり行う	アムロジンOD錠 2. 5 m g	アムロジピンOD錠 2. 5 m g 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
179	今回より容量変更となっていたが以前の入力をコピーでレセコン入力し確認が甘かった。処方せんも一般名処方でありmm数の所が改行されており見難かった。	待たれていた患者様がいたため意識がそちらへも向いてしまっていたと思われる。	容量の種類のあるものは特に気を付け薬剤師からも出来る限り声掛けをするように心がけていく。	アムロジンOD錠 5 m g	アムロジンOD錠 2. 5 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
180	アムロジンOD 5 m g と アムロジピンOD錠 5 m g トーワの取違い調剤監査システムのエラーによって 間違いを発見した。発見したのは調剤者	アムロジンOD 5 m g と アムロジピンOD 5 m g トーワの名称が近い勘違いし、取り間違えてしまった。	声出し、指差し呼称等行い、間違えないように手順を遵守する。	アムロジンOD錠 5 m g	アムロジピンOD錠 5 m g 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
181	先発希望の方にジェネリックでお渡ししてしまった。	先発かGEかをしっかり確認する習慣をつけるようにする。	在庫している薬剤についてしっかり覚えていく。	アムロジンOD錠 5 m g	アムロジピンOD錠 5 m g 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
182	余り処方されない先発品のアムロジンOD錠5mgが処方されたため、いつもの考えでアムロジピンOD錠5mgを調剤してしまった。	いつも通り、またその他の患者さんと一緒という気持ちで調剤していたため。	一調剤ごと、きちんと処方箋を確認して調剤すること。	アムロジンOD錠5mg	アムロジピンOD錠5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
183	先発医薬品希望の患者様に、後発医薬品を調剤した。	電子薬歴を常時扱ってきたスタッフが紙薬歴である当該薬局へ従事することとなり、慣れていなかったことが原因のひとつと思われる。紙薬歴で必要な情報をすぐに取り出せるよう紙薬歴を把握できなかった。	患者様の希望が先発なのか後発なのか、初めてその薬局で従事した薬剤師にもはっきり分かるように薬歴への記載の徹底。	アムロジンOD錠5mg	アムロジピンOD錠5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
184	普通錠とOD錠の間違い一般名処方は口腔内崩壊錠だが、患者希望で普通錠を調剤していたが、今回はOD錠で調剤した	薬歴の確認を怠った	薬歴の確認を怠らない	アムロジン錠2.5mg	アムロジンOD錠2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
185	アムロジン5mgとノルバスク5mgの取り間違え	思い込み	ピッキング中はなるべく静かにする	アムロジン錠5mg	ノルバスク錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
186	先発希望の方にジェネリックでお渡ししそうになった	ジェネリックの調剤回数が多いことによる思い込み。	先発希望の方の処方箋に『S』後発希望の方の処方箋に『G』と記載して調剤時の注意喚起とする。	アムロジン錠5mg	アムロジピン錠5mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
187	アムロジン錠5mgとアムロジンOD錠5mgを混在してお渡ししてしまった	剤形違いが上下の陳列棚に置いてあり取り間違えてしまった	剤形違いのものに関しては上下左右に陳列しない間違えやすい薬剤名は薬剤の引き出しを色分けすることでミスを誘発防止監査の徹底	アムロジン錠5mg	アムロジンOD錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
188	形成外科にて処置後の処方にて、オーグメンチン配合錠RS250、アモキシサンカプセル10mgが3日分処方。4日前の救急外来ではアモキシサンカプセル→アモキシシリンカプセルだったことがお薬手帳にて確認できた。疑義照会すると、アモキシサンカプセルではなく、アモキシシリンの処方誤りだった。	電子カルテの入力の際、よくある頭数文字からの検索等でのミスではなかったかと推測。	お薬手帳を含め、患者様からの情報を得て、処方内容をチェックする。	アモキシサンカプセル10mg	アモキシシリンカプセル250mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
189	アトモキセチンCapとアモキシサンCapの名称が似ていてピックを間違えた	監査機器を通せば間違いは減るが2重チェックを忘れない	類似名称ありのシールを棚に貼る	アモキシサンカプセル25mg	アトモキセチンカプセル25mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
190	成分名処方アモキシサンカプセル25mg 3C分3食後で処方されていたが、アトモキセチン錠25mgが84錠用意されていた。監査の段階で気づき、アモキシサンカプセル25mg 84Cで交付。	処方箋の数だけ見ている。用法も見ながら出していたら、アトモキセチンは取らなかったかもしれない。	一般名には似た名称があるので、一字一句まちがえないように気を付ける。	アモキシサンカプセル25mg	アトモキセチン錠25mg「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
191	アモキシサン25mgが3カプセル7日分処方された79歳高齢患者から次回の受診日に先生からはカプセルと言われたのに錠剤が入ってたとの申し出あり。持参の錠剤を調べたところアトモキセチンであった。	その日は発達外来がある日でアトモキセチンが多く処方されており、名前が似ているため思い込んだ。	調剤者と投薬者の間にもう1度鑑査を違う人間が行う。	アモキシサンカプセル25mg	アトモキセチン錠25mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
192	患者がアモキシシリンカプセル125mgの処方箋を持参された。当薬局で普段調剤しているのがアモキシシリンカプセル250mgであったため規格を確認せず250mgで調剤。監査時に気付く。	アモキシシリン125mgの規格があるという知識不足。規格の確認不足。	必ず処方箋と医薬品の規格が間違っていないか指差し声出し確認し、量が間違いないかを考えて調剤する。	アモキシシリンカプセル125mg「日医工」	アモキシシリンカプセル250mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
193	歯科処方より、アミトリプチリン1回3mg× 日分と処方あり。容量も不確かかつ処方日数も空白であり、歯科よりアミトリプチリン処方意図確認に至る。	処方医に確認により、処方薬の打ち間違え・入力ミスであり、アミトリプチリン→アモキシシリン250mg1回1cp1日3回毎食後3日間と処方変更となった。今回処方変更指示により、患者へスムーズに歯科治療後の細菌感染処方として抗生物質をお渡し出来た。	処方意図をしっかりとくみ取り、疑わしい処方に関してはその都度処方医へ疑義照会を行う。	アモキシシリンカプセル250mg「NPJ」	アミトリプチリン塩酸塩錠25mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
194	今までアラミスト56噴霧が処方されていた患者さんに、アラミスト120噴霧が処方されたが、入力時に気付かず、かつ投薬時にも今までと同じ薬が出ていと聞き取りとしたため、そのままお渡ししてしまった。投薬後、間違った規格をお渡ししていたことに気付く、医療機関にすぐに連絡したところ、今回はそのままいつも通りの56噴霧で良いということになり、患者さんご本人にも事情を伝えた。	また、これまで扱ったことのなかった薬剤だったため、入力時に候補として画面に出てこなかった。患者さんへの投薬の際、「いつもの点鼻が出ている」と聞き取りしていた処方入力ミスの段階から発生。発生した理由は、アラミストは56噴霧しかないという思い込み。	店舗在庫の外用剤をリストアップし、各薬剤ごとに規格・剤形をエクセルにまとめ、当事者である自身への自己啓発と薬局内共有を行った外用棚に、複数規格がある旨の掲示を行った	アラミスト点鼻液27.5μg120噴霧用	アラミスト点鼻液27.5μg56噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
195	アラミスト点鼻液120噴霧用1本が処方されていたが、当薬局では56噴霧用しか処方されてではなく、入力時に事務員によって120吸入が処方されていることに気づいた。在庫もなかったため患者の了承得て、今回は56噴霧用2本でお渡しした。	いつも56噴霧用のみの処方だったため、薬剤師の思い込みが原因だった。	規格が何種類もある薬品は特に注意して、確認する必要がある。	アラミスト点鼻液27.5μg120噴霧用	アラミスト点鼻液27.5μg56噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
196	【正】アリピラゾール錠12mg「日医工」 42錠【誤】アリピラゾール錠12mg「日医工」 2錠、アリピラゾール錠3mg「日医工」 40錠	アリピラゾール錠12mg「日医工」の引き出しに誤って3mg「日医工」が充填され、調剤者は、空いている箱のみをPDAを通し、足りない分をPDA通さずに箱をあけて調剤した。	ピッキングの際、ヒートがバラバラになる場合には、全てにPDAを通す鑑査時、一度輪ゴムを取り、全ての薬品が同じものであることを確認する薬品充填時、全ての箱に必ずPDAを通す	アリピラゾール錠12mg「日医工」	アリピラゾール錠3mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
197	アリピラゾール錠の中にエビリファイ錠のヒートが2錠混ざっていることを監査者が発見。	以前の調剤でエビリファイ錠の端数をアリピラゾール錠の棚に戻したことが原因。棚の並びが2剤隣同士だった。2剤のヒート包装が似ていた。	棚の位置を変え、2剤を離れた場所に設置。調剤時、端数を戻す際や使用する際は情性で行わず確認を行うことを指導。	アリピラゾール錠3mg「アメル」	エビリファイ錠3mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
198	アリピプラゾール錠 6 m g 「JG」 のところ誤ってアリピプラゾール錠 3 m g 「JG」 で誤って調剤、 監査時気付き訂正。	土曜日で薬剤師一人での業務中、 繁忙で確認を怠った。 外箱が似ていて、 先に目についた方をとってしまった。	ピーチを導入しているためその時点で気付けた。 一人で調剤監査を行う際でもしっかりと処方箋と薬剤の付け合わせをする。	アリピプラゾール錠 6 m g 「J G」	アリピプラゾール錠 3 m g 「J G」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
199	アリミデックス錠 1 m g のところを、 後発品のアナストロゾール錠 1 m g 「NK」 で調剤、 患者様本人が気づいて電話をいただいた。	調剤時、 鑑査時の確認不足	思い込みによる誤調剤、 鑑査時の確認不足、 医療関係者であり知人でもある患者様の調剤となり、 調剤者・鑑査者共に、 気の緩みがあったと思われる。 また職員1名が休日で比較的繁忙な状況であったので、 ミスが起りやすい状況であること踏まえて業務を行うよう再度確認した。	アリミデックス錠 1 m g	アナストロゾール錠 1 m g 「NK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
200	患者様へ投薬する際にアスピリンシロップとアリメジンシロップを間違えて調剤した。 渡す際に気付かず渡してから 1 0 分後に気付いた。 その後すぐに連絡を取り薬剤の交換をした。	調剤者と鑑査者のダブルチェックを行っていたが水剤はバーコードによる確認が出来ず鑑査者は目視確認のみになる。 水剤に関しては目視確認が最後の鑑査項目になるため必ず確認を怠っていけないところ十分な確認をしていなかったことが原因。	今後の水剤の鑑査ではダブルチェックはもちろんのこと、 十分な目視確認を実施していきたい。 今回の対応した患者様の薬歴に注意喚起を記載しました。	アリメジンシロップ 0. 0 5 %	アスピリンシロップ 0. 5 %		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
201	アルダクトン 2 5 m g で用意のところ 5 0 m g で用意	一包化を希望している患者様で、 FAXで来ており先に準備をしていたが、 今回はアルダクトンを別包にしてほしいと依頼あり。 一包化からアルダクトンはずして、 ピッキングした際に間違えて 5 0 m g で調剤	ダブル鑑査をしていなかったため、 ダブル鑑査の徹底	アルダクトン A 錠 2 5 m g	アルダクトン A 錠 5 0 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
202	アルタットカプセル 75 m g 2錠 / 日朝夕食後 90 日分をニザチジン 150 m g 「YD」 にて集薬してしまう 監査時に間違いに気づき、 患者さんにわたることは無かった	同行薬の為、 無意識のうちに集薬してしまった棚の配置が近く、 箱が似ている	鑑査時の薬情記載の写真と実物の見比べを徹底	アルタットカプセル 7 5 m g	ニザチジン錠 1 5 0 m g 「Y D」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
203	【正】アルドメッド錠125mg 【誤】アルドメッド錠250mg	充填業務。アルドメット125mgのカセットに充填されていたアルドメット250mgは12/2にの納品されていた薬と判明。充填ログを解析し12/2と12/3に充填されていたと確認。払い出しは12/6までなし。500錠包装であり、払い出しもないのに2日連続で充填されていることから、12/2充填時にPDAは読んだが、調剤棚から取り出さずに充填したことで隣のカセットの125mgに充填した可能性がある。	箱単位で必ずPDAを用いて充填。PDAを用いてのピッキングを徹底。カセットの薬を充填・ピッキングするときは、必ず調剤棚のうえに置き充填・ピッキングをおこなうブロッキングをおこなうように、鑑査を行う際は1名に集中する。複数患者の処方を平行して鑑査しない。鑑査手技の徹底。また、定期的にスタッフ間で手技のチェックを行う。全医薬品GS-1コードでバーコード管理を行う。	アルドメット錠125	アルドメット錠250		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
204	FAXにて処方箋を受け取り、定期処方と思ひ込み日数のみ確認し規格が変更になっていることに気づかなかった	FAXでの処方箋、定期と思ひ込みがあり、お待たせしないように気をとられチェックが甘くなった	FAXと原本、調剤録をきちんとチェックしてから慌てずにお渡しする	アルファカルシドールカプセル0.25μg「トーワ」	アルファカルシドール錠0.5μg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
205	アルファカルシドール0.5μg処方所、アルファカルシドール1μgで入力、一包化、鑑査し8/17まで服用していた。	多剤の処方であることと、全ての薬剤が一般処方名記載だったために、気をとられてしまい、処方入力の間違ひに気がつかず、一包化、鑑査をしていた。外来患者対応などで繁忙であったための注意不足だった。	入力ミス、調剤する際も十分注意してしっかり鑑査を行う。	アルファカルシドールカプセル0.5μg「サワイ」	アルファカルシドールカプセル1μg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
206	一般名アルファカルシドールをエディロールで渡してしまった	薬効が似ていた為間違えてしまった	薬歴やお薬手帳をよく確認する。	アルファカルシドールカプセル0.5μg「トーワ」	エディロールカプセル0.5μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
207	処方箋上はアルファカルシドールカプセル0.5μg「日医工」での記載だったがアルファカルシドール錠0.5μg「アメル」で調剤し患者にお渡し。お渡しした直後に再来局されいつももらっている薬(アルファカルシドールカプセル0.5μg)と違うとの指摘がありピッキングミスが発覚した。	患者が立て込んでおりピッキングをした人物と鑑査・投薬をした人物が同じだった為、確認不足であったものと思われる。	忙しい時でもピッキングと鑑査をする人を別の person にする、どうしても一人調剤になってしまう際はピッキング内容を誰かに確認してもらったうえで再度鑑査を行うようにするとよいのではないか。	アルファカルシドールカプセル0.5μg「日医工」	アルファカルシドール錠0.5μg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
208	アルファカルシドールカプセル1μgを一包化のところ、0.5μgが一包化されていた。錠剤に刻印がないため、鑑査システムの機械にひっかからず、また監査時に空のヒートの目視も十分にできておらず気づかなかった。薬を渡した後で、空のヒートをもう一度確認し発覚。薬はその日に回収し、作り直しでお渡しした。	直近で来局された患者さんの薬の監査をしながら、後で来られる患者さんの一包化の監査をしていた。	空のヒートの確認を徹底。刻印のない錠剤は監査システムの機械に通してもしっかり目視確認。	アルファカルシドールカプセル1μg「サワイ」	アルファカルシドールカプセル0.5μg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
209	アルファカルシドール0.25を調剤するところをカルシトリオールカプセル0.25で調剤した。1次監査では見抜けず、交付前の2次監査で発見できた。	在庫棚が近接していたため、調剤者は取り間違えた可能性あり。監査者も思い込みで間違えた可能性あり。	在庫棚を遠ざける。調剤後にさらに間違いがないかチェックする。	アルファカルシドール錠0.25μg「アメル」	カルシトリオールカプセル0.25μg「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
210	アルファカルシドール錠0.25「アメル」処方に対しアルファカルシドールカプセル0.25「サワイ」を誤調剤(一包化)。監査時に他薬剤師にて指摘あり調剤行方。	同一成分・用量に対して2製剤在庫あり。思い込みにてカプセルにて調剤した。	同一成分製剤についての注意喚起	アルファカルシドール錠0.25μg「アメル」	アルファカルシドールカプセル0.25μg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
211	通常から一般名処方アルファカルシドール錠0.5㎍で処方、カルフィーナ錠0.5㎍で調剤していたが、8/7にアルファカルシドール錠0.5㎍「アメル」に名称変更されたものになっていた。薬局内には他にアルファカルシドールカプセル0.5㎍「サワイ」もあり、調剤者は名称変更により錠剤とカプセルがあることをしっかり認識していなかった。交付時に患者より剤形が違うことを指摘され、間違いなく交付することができた。	一般名処方では後発品の剤型を変更する可能性もあるが、名称変更などで同一名称、成分、用量で多剤型の後発品を在庫することになった場合にしっかり認識しておく必要がある。	在庫後発品の用量と剤型の間違いが起きないように患者メモにより一旦考えられるようにした。	アルファカルシドール錠0.5μg「アメル」	アルファカルシドールカプセル0.5μg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
212	以前は商品名カルフィーナだったが、最近一般名アルファカルシドールに変更になり、ピッキングの際、エルデカルシトールを取ってしまった。	0.5㎍で単位が同じであることと効能が同じであることで思い込みをした。	単位だけで判断せず、きちんと名称の確認をおこなう。	アルファカルシドール錠0.5μg「アメル」	エルデカルシトールカプセル0.5μg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
213	アルファカルシドール0.5μgをアルファロール0.5㎍を取った。	アメルの記事があったが見ていなかった。	処方真横にメーカーの名前を書くようにする。	アルファカルシドール錠0.5μg「アメル」	アルファロールカプセル0.5μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
214	自動錠剤払い出し機の中にアルファカルシドール錠(1)が入っているところ、(0.5)が混ざっていた。処方が出た際に混ざっていることに鑑査で気が付いた。	充填時の確認不足	バーコードを活用したチェックを徹底する。	アルファカルシドール錠1.0μg「アメル」	アルファカルシドール錠0.5μg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
215	調剤中のピッキング中外装の酷似の為取り間違った一包化中誤薬品にきずいた	多忙中棚が隣にあり外装酷似の為取り間違った	引き出しと棚に分けて保管	アルファカルシドール錠1.0μg「アメル」	リスベリドン錠0.5mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
216	先発品のアルファロールカプセル0.5μgが処方されていたが、後発品であるアルファカルシドールカプセル0.5μg「サワイ」を患者様へ交付してしまった。	頭文字3文字のみで薬剤の判断をしまったための思い込みによる単純な鑑査ミス。	思い込みで鑑査を行わず、特に後発品がある薬剤については、メーカー名までをきちんと指差し確認して鑑査を行うようにする。調剤時においても、後発品が存在するものや規格がいくつかあるものに対しては、より注意するよう周知徹底する。	アルファロールカプセル0.5μg	アルファカルシドールカプセル0.5μg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
217	一般名でフェキソフェナジン口腔内崩壊錠の処方が出た。患者が「アレグラにしてください」と先発希望の胸を伝えるために商品名をおっしゃったため、事務がアレグラ錠で入力を行い、薬剤師も鑑査時に気づかずそのままアレグラ錠でお渡ししてしまった。患者本人が帰宅後に診察室内で医師に伝えられた口腔内崩壊錠ではない事に気づき、来局。まだ服用をしていないとのことで正しいアレグラOD錠と交換した。	当薬局にはアレグラODの在庫はなく調剤もした経験がなかったため、フェキソフェナジンの先発品はアレグラ錠しか頭になかった。口腔内崩壊錠の文面も見落とっていた。事務も薬剤師も固定概念のまま入力・調剤・鑑査をしてしまった。	一般名処方の際の文面読み取りへの注意の徹底	アレグラOD錠60mg	アレグラ錠60mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
218	71歳の患者にアレグラ錠30mgが処方されていた。疑義照会にて60mgの間違いであることが分かった。	休日の合間の多忙な時間帯であった。	多忙な時間帯であっても落ち着いて鑑査する。	アレグラ錠30mg	アレグラ錠60mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
219	一般名処方でフェキソフェナジン錠の処方。Ptは基本的にはGE希望であるが、アレグラをご希望でされている方であった。投薬後、薬歴等見ていた際に気が付き、すぐに本人へ電話連絡して服用前に入れ替えとなった。	一般名処方に対する調剤者のGE、薬歴等の確認不足等が考えられる。	薬剤ごとに先発やGEの指定のある方等の確認を徹底させる。	アレグラ錠 60mg	フェキソフェナジン塩酸塩錠 60mg 「E E」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
220	アレサガテープ8を14枚の処方がでいたが、入力・調剤・投薬全てアレサガ4、14枚にしてしまった。	処方箋記載の内容の見落とし。	処方箋をしっかりと確認する。	アレサガテープ 8mg	アレサガテープ 4mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
221	母子の処方箋を同時に受付。子)アレジオン点眼液0.05% 母)アレジオン点眼液LX0.1%の処方であったが、どちらともアレジオン点眼液0.05%でお渡ししてしまった。	混んでいる時間であった為、入力チェック、鑑査チェックがしっかり出来ていない。	再度チェックの手順について確認。箱管理を行っているが、どちらの薬剤にも「他規格有 注意」の札を付ける。	アレジオンL X点眼液 0.1%	アレジオン点眼液 0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
222	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはアレジオンLX点眼液0.1% 5㎖ 1日2回 朝晩と記載されていた。薬剤師A(職種経験年数1年)はアレジオンLX点眼液0.1%を調剤するところ誤ってアレジオン点眼液0.05%を調剤して鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが処方箋のアレジオンLX点眼液0.1%ではなく、アレジオン点眼液0.05%が調剤されていることに気が付き、調剤した薬剤師Aに伝えた。薬剤師Aは、再度アレジオンLX点眼液0.1%を正しく調剤し、再度、薬剤師Bが鑑査した。鑑査で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	規格に対する知識が不足していた。また、患者が来局した時間帯が丁度店内が混んでいた為、焦りがあった。	指さし声出し調剤を心がける事、よく出る薬については、規格まで覚える事などの指導を行った。	アレジオンL X点眼液 0.1%	アレジオン点眼液 0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
223	アレジオンLX点眼液0.1%が処方されており、ピッキングは正しく行っていた。処方入力がアレジオン点眼液0.05%になってしまっていた。	アレジオンまでは名称が同じであるため、誤って入力してしまった。	同じ名称の濃度が異なる薬品であるため、複数濃度が存在することを周知しておく。処方入力時に注意しながら入力を行うようにする。	アレジオンL X点眼液 0.1%	アレジオン点眼液 0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
224	アレジオンLX点眼液処方に対し、アレジオン点眼液で調剤してしまった。棚卸し実施時に過誤が発覚した	名称が似ているため、取り違えたと考えられる。	鑑査時・服薬指導時に確認を行ったことが要因と考える。注意喚起した。	アレジオンL X点眼液 0.1%	アレジオン点眼液 0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
225	一般名での処方を先発品希望の患者さんであったが、誤ってジェネリックをお渡ししてしまった。	連休前の繁忙時であり、一種類のみの処方であったため、急いでしまい確認をお渡ししてしまった。	立て込んでいても、裏打ちも確認し、一般名処方時は特に注意して鑑査を行う。	アレジオン錠 10	エピナスチン塩酸塩錠 10mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
226	アレジオン点眼処方の方にアレジオンLX点眼液がピックアップされていた。調剤鑑査機器により判明。投薬前に交換した。	繁忙により薬品名の確認が疎かになり、ピックアップを行っていた。	指先確認を行い、薬品名を必ず確認することを徹底した。	アレジオン点眼液 0.05%	アレジオンL X点眼液 0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
227	アレロックOD錠2.5mg処方のところ、アテノロール錠25mgをピック。鑑査時に間違いに気づきアレロックOD錠2.5mgで交付。	名称が似ていた。隣り合う引き出しに保管してあった。名称注意喚起がされていなかった。	「名称注意」の札を引き出しに設置。保管場所は少し距離を離れた。	アレロックOD錠 2.5	アテノロール錠 25mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
228	アレロックOD錠5mgの中にオロパタジン塩酸塩OD錠5mg「日医工」が混入した状態でお渡し。	調剤棚に隣接して配置されていたため、棚へ薬品を戻す際に間違えた可能性あり。結果、取り間違いが発生したと思われる。	調剤棚の配置を変更、注意喚起のための目印をつけた。	アレロックOD錠 5	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
229	アレロックOD錠にオロパタジンOD錠が混ざっていたと患者様のお母様が来局	オロパタジンOD錠を棚に戻す時に色が似てるので間違えて先発品の棚に戻してしまった。	慣れていても 棚に薬剤を戻す時には再度確認をする。	アレロックOD錠 5	オロパタジン塩酸塩OD錠 5mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
230	6歳男児にアレルギー性鼻炎でアレロック錠5mg処方されたが、同薬は7歳未満への安全性は確立されておらず、保険適用もない。保険適用のあるエバステル5mgに変更となった。	6歳は小学校に入り、錠剤が飲めるようになり本人や家族が、7歳未満で保険適用のある薬はほとんどない。	抗アレルギー剤の保険適用の年齢早見表を作成する。	アレロック錠 5	エバステル錠 5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
231	アレロック錠5mgは先発薬での調剤を希望している患者にオロパタジン錠5mg「トーワ」を渡してしまった。患者から電話があって間違いに気づき、自宅まで交換に行った。	その患者は10種類程度の薬を服用しており以前はすべてジェネリックで調剤をしていたのだが、数か月前にアレロック錠のみを先発薬にして欲しいと希望があった。そのため患者の名前を見た途端、この人は全てジェネリックの人だと勘違いして調剤してしまった。	レセコンの伝言欄に「アレロックのみ先発」と目立つように記載した。当時居たもう一人の薬剤師は電話応対中だったため自己監査で薬を渡したが、なるべく調剤と監査は別の薬剤師がやるようにする。	アレロック錠5	オロパタジン塩酸塩錠5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
232	オロパタジン錠をオルメサルタン錠と取り違えてお渡ししてしまった	冬になって血圧が高めになると言う話にご本人も納得されたようにお話しされたので違和感なく渡してしまった	何重もの監査と患者様とのコミュニケーションをもっと密にとるように心がけるようにした	アレロック錠5	オルメサルタンOD錠5mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
233	アレロック5 2錠 1日2回 14日分を謝ってオロパタジン(サワイ)5で調剤して、投薬者の別の薬剤師が気づいた。	混雑してきて、調剤する物が慌てて取り間違えたのが原因。	監査する人と調剤する人を同一人物にしない。	アレロック錠5	オロパタジン塩酸塩錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
234	アレロック場が処方されていたが、ジェネリックであるオロパタジンで薬をお渡ししていた。	多忙だった時間帯であり、耳鼻科の処方ジェネリックに変更している患者が多かったため、その慣れで処方箋の変更不可を見落としてしまい、オロパタジンで出してしまった	処方箋の変更不可のところがきちんと確認する	アレロック錠5	オロパタジン塩酸塩錠5mg「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
235	アレロック顆粒1.2gが処方された患者さんに対して、集薬時アレグラDS 1.2gを集薬してしまった。鑑査システムに通した時に気づいた。	抗アレルギー薬で小児にも処方される同系統の薬物。名前の最初の2文字が同じ。量も処方される可能性がある量。	患者さんは7歳以上でアレグラの場合は量が少なくなるので、年齢と量の知識を採用薬品に関してはできるだけ習得しておく。	アレロック顆粒0.5%	アレグラドライシロップ5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
236	アレンドロン酸35mgが1錠起床後28日分で処方されてきた。他の血圧の薬も28日分だったため、アレンドロン35mg錠4日分にしてもいいか疑義紹介を行った。	医師は5mg錠を処方したつもりであったので5mg錠を28日分に変更になった。先方事務の入力間違いであることが発覚。	このように今後も見逃しなく続けるように全員に情報共有した。	アレンドロン酸錠35mg「トーワ」	アレンドロン酸錠5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
237	アレンドロンの取り間違い。	ミリ数が違うものをピッキング。	確認の徹底。	アレンドロン酸錠5mg「トーワ」	アレンドロン酸錠35mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
238	患者はアローゼン顆粒1g/包を服用している患者様であったが、アローゼンの包装が0.5g/包もあり、こちらのほうが調剤する機会が多く、アローゼン顆粒0.5g/包で交付した。交付後、薬歴記載時にアローゼン顆粒の包装を間違えたこと気づき、交換に伺う。患者様は服用前であった。	受け取りが患者様本人ではなく、ご家族の方であった。アローゼン顆粒を交付する際は1g/包の包装箱に患者様の氏名を書いていたが、気づかず0.5g/包を調剤し、渡してしまった。	当薬局はアローゼン0.5g/包で渡す患者様が多い。1g/包を渡す患者様には、薬歴の頭書きにも記載し、レセコンを打ち込む薬局事務にも声掛けをしてもらい2重、3重でチェックできる体制を整えていく。	アローゼン	アローゼン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
239	アローゼン0.5g分包品を2包分で1g量の処方とところを2g量として会計計算してしまった。会計時の入力確認をしたところ1日グラム数が違うことに気づき会計を計算しなおした。	0.5gで2包の合計1gであるところを2包なので2gと思い込み計算してしまった。混雑時で慌てていたのか確認が不十分だった。	包装規格をよく確認して入力する。ダブルチェックは必ず行う。	アローゼン顆粒	アローゼン顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
240	先発希望のところを一般名処方から後発品で調剤、監査した際も色で認識してしまい(包装の色は全く同じ(アローゼンとビムロ顆粒))渡してしまった状態、棚卸の際発覚、便秘の薬との事で幸い調節して服用していたため、まだ手付かずの状態、連絡を取り合えて後日お取替えに行きました	もし同じ色を使っていて名称のみ違うような物に関しては包装の違うもの(例えば4包ものと7包もの)という形で分けるのも一つの手かなと思います	慣れや色認識で判断してしまった事、確実に調剤者、鑑査者ともに確認を怠らないようにするようにして全員で徹底する	アローゼン顆粒	ビムロ顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
241	アローゼン顆粒0.5g分包で交付すべきところを1g分包で交付してしまった	処方せんや薬歴のメモに「0.5g分包」とコメントがあったのにも関わらず、思い込みと早く投薬しなければと慌ててしまい、コメントを見落としてしまった。内科の患者には1g包装のルールもあったので、そのまま交付してしまった。	複数の規格があるのものについてはメモの有無にも注意を払い、落ち着いて鑑査、投薬する	アローゼン顆粒 0.5g分包	アローゼン顆粒 1g分包		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
242	後発品希望している患者の調剤。処方せんに記載されていた医薬品名はアロチノロール塩酸塩錠5mg「DSP」だった。調剤者はこれが先発品と気づかず、後発品だと思いそのまま調剤した。監査者が薬袋の印字名がアロチノロール塩酸塩錠5mg「日医工」になっていることに気づき投薬前に間違いがわかった。	先発品名と後発品名の名称が類似している。(アロチノロール塩酸塩錠5mg「DSP」とアロチノロール塩酸塩錠5mg「日医工」)どちらも同じ引き出しに並んで保管してあった。赴任してばかりの薬剤師で取扱い薬品の把握がまだできていなかった。	薬局スタッフ全員に当該医薬品の取り違いに対する注意喚起を行った。保管場所の引き出しに仕切りを設けて先発品と後発品を区別して保管するよう変更。また先発品と一目でわかるように保管場所に先発品であることの表示を行った。	アロチノロール塩酸塩錠5mg「DSP」	アロチノロール塩酸塩錠5mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
243	後発品希望の方で、いつもアロチノロール(5)「JG」でお渡ししている方。調剤は実習生が行い、調剤時のチェックを職員の薬剤師がチェックしていたが、先発もアロチノロール(5)「DSP」で似ているため、実習生が間違ってしまった。監査でも気づかず、そのまま患者に渡してしまった。渡した後に、監査薬剤師が気づき、患者に電話。本人は不在だったが、家族より、今回のみ先発品でよいと了解得てくれた。処方箋の備考欄にメーカー名を記入するように決めた。ポップアップで注意するようにもした。	実務実習生の対応、実習生が調剤後、チェックしているものの、確認が不十分であった。	間違いやすい、医薬品のため、薬歴にポップアップでわかるように変更した。処方箋の備考欄にもメーカーを記載するように変更した。	アロチノロール塩酸塩錠5mg「JG」	アロチノロール塩酸塩錠5mg「DSP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
244	アロプリノール錠100mgの処方をウルソデオキシコール酸100mgで調剤されていた。監査時に気づき、すみやかに直した。	外装、規格の類似。忙しかったため、思い込みで調剤。	薬品棚が近くにあったが、少々離れた位置にした。スタッフ間で情報共有した。	アロプリノール錠100mg「サワイ」	ウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
245	調剤時取り間違い○アロプリノール→ ×アンブロキシソール	慣れによる、類似名称薬品の取り間違い	類似薬品の棚に「注意」マークつける	アロプリノール錠10 0mg「サワイ」	アンブロキシソール塩酸 塩錠15mg「サワ イ」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
246	処方箋にはアロプリノール錠「サワ イ」と記載があるが、患者の希望でア ロプリノール錠「タナベ」を渡すところ、 処方通りにアロプリノール錠「サ ワイ」を渡してしまった。	処方通りに出しても、間違いが起こる。	薬歴に大きく記載。	アロプリノール錠10 0mg「サワイ」	アロプリノール錠10 0mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
247	アロプリノール錠100mgの処方の方 と、カロナール錠200を調剤して渡した。 2日後、患者が薬剤を持参されて、間違え に気付いた。	ヒート・剤形の色が同じで、錠剤棚の上 下に入れていたため、取り出しを間違え た。	錠剤棚の位置を変更した。	アロプリノール錠10 0mg「サワイ」	カロナール錠200		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
248	処方箋にはアンテベートクリーム 0.05%25gとヘパリン類似物質軟膏50g の混合と記載されていたが、誤ってアン テベート軟膏0.05%をピックアップし、 確認誤りそのままアンテベート軟膏 0.05%25gとヘパリン類似物質軟膏50g で混合し、監査時見落としし、そのま まお渡しした。閉局前に、調剤時使用 した薬剤を棚に戻す際に気づき患者へ 連絡。すでに使用済みだったが特に異 常は見られなかった。処方医に報告し た際、本来は軟膏を選択したいが使用 感の問題で患者がクリームを希望して いるだけなので問題ないという処方医 の見解を得られた。	多忙による確認の怠り	調剤時薬剤確認の徹底	アンテベートクリーム 0.05%	アンテベート軟膏0. 05%		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
249	繁忙のため事務員が調剤を手伝ってくれていた。一般名ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏0.05%とスルプロチン軟膏の混合での処方があった。当薬局でよく払い出される薬に一般名ベタメタゾンプロピオン酸エステル軟膏0.064%とスルプロチン軟膏の混合があり、それと間違えてピッキングを行った。監査の薬剤師が気づき、正しい薬に変え投薬を行った。	繁忙のため通常ピッキングは薬剤師が行っているが事務員にも手伝ってもらっていた。一般名でのピッキングに慣れていない為、細部まで注意が向かなかった。	ステロイドの一般名は似た名前のものが多いので最後の%まで確認を行う。一般名から商品名への変換が難しい場合は薬情や薬袋での確認を行う。	アンテベート軟膏0.05%	デルモゾールDP軟膏0.064%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
250	【般】ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏の処方に、従来はアンテベート軟膏を調剤していた。事例発生の数日前から名称変更品のベタメタゾン吉草酸エステル軟膏を使用し始めたため、誤って調剤した。	【般】ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏の処方が多く、それに対応する商品が一般名を用いたものになっていた。処方せんを十分に読まず思い込みで調剤したことが原因と考えられる。	ベタメタゾンで始まる製剤は「酪酸～」と「吉草酸～」があることを周知する。	アンテベート軟膏0.05%	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
251	ベナバスタ軟膏との混合調剤におけるメサデルム(一般名デキサメタゾンプロピオン酸エステル)とアンテベート(一般名ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル)の間違い。一般名の頭が似ていたため誤判断して、メサデルムのところをアンテベートで調剤、投薬。昼休み前の薬品発注及び在庫チェック時に発覚。直ちに調剤し直し、患者に連絡。閉店後ご自宅に伺い、謝罪の上交換済み。薬の使用はなし確認。	たまたまだが、当時調剤及び患者からの電話での問い合わせでごった返しており、判断ミスにつながってしまった。	なるべく急がなければという気持ちからの早トチリです。処方入力が終わって品名をきちんと確認してから調剤すべきでした。混雑していても慌てることなく、上記の確認をルーチンワークとして確立すること。必要に応じて薬剤師同士または薬剤師と事務とで声掛け監査の実施。	アンテベート軟膏0.05%	メサデルム軟膏0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
252	(般)アセトアミノフェン坐剤100mgと記載しているにもかかわらず、アンヒバ坐剤200mgを取り出していた。	患者集中による焦りで名称の同じ規格違いの物を用意してしまった。	監査システムの徹底活用で確認監査を徹底する。	アンヒバ坐剤小児用100mg	アンヒバ坐剤小児用200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
253	病院小児科より、アンヒバ坐剤50mgが処方されていた。近隣小児クリニックで良く処方されている アルビニー坐剤50mgを調剤してしまいました。	思い込み。	調剤した後に、すぐ他の業務にうつらず、確認する。	アンヒバ坐剤小児用50mg	アルビニー坐剤50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
254	【正】アンブラグ錠50mg 26錠送る。【誤】アンブラグ錠50mg 25錠にアンブラグ錠100mg 1錠が送られた。	送り用のカゴにアンブラグ錠の50mgが10錠2枚と縦に半列5錠と裏に1錠を輪ゴムでセットされた物が用意された。鑑査者が確認したつもりで見逃した。	調剤・充填どちらも箱でPDAを通すときは、どのバーコードをPDAに通したか分からなくならない様に、1つずつ通してから取り出す(または充填する)。アンブラグ錠は同じ個人管理の引き出しに入っているため、100mgの箱には緑色で大きめに100と書くようにした。場所も離すようにした。まさか起きるはずがないことも起こりえると思いつつ集中する。特に患者が目の前にいない送りの作業もしっかり気を抜かずに行う。鑑査は疑いを持ってしっかりとやることにした。出来るだけばらにしたり輪ゴムを解いて確認する。裏の1錠は危険なので特に気を付けて、できるだけ表につけるようにする。	アンブラグ錠50mg	アンブラグ錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
255	サルボグレラート錠50mg「サワイ」を全く異なる成分アカルボース錠50mg「サワイ」と取り違えて調剤、処方。	当該薬剤師の思い込み。規格とmgとメーカーが同一であり、最近採用した品目だと思い込み調剤。写真つき薬袋や薬情不要な方で、薬剤と処方異なることに気づく機会が少なかった。	名称の指差し確認。処方の内容をきちんと調剤録などで確認、見合わせを行う。	アンブラグ錠50mg	アカルボース錠50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
256	一般名処方において、アムロキソール塩酸塩シロップとあり、薬局で汎用している塩酸アムロキソール液にて調剤を行った。しかし、監査した別の薬剤師が、水薬の全量から判断し、過誤がある可能性を指摘。確認を行ったところ、処方すべきが、アムロキソールシロップ0.3%であったのに対し、実際調剤したのは、塩酸アムロキソール液0.75%であった。	当薬局で、調剤するのは、塩酸アムロキソール液であるため、単純に思い込みと過信による間違いである。一般名処方の場合に限ったことではないが、処方箋におけるmg数ちがい、%違いを十分注意する必要がある。	薬局において採用している品目における、同規格の%違いの医薬品の一覧を作成し、従業員間で情報の共有を行った。しかし、採用品目に限らず、処方箋を丁寧に最後まで理解しなければならず、特に水薬・粉薬は、後の判別が困難なため、特段の注意が必要であることを周知した。また、今後監査システムの導入についても、薬局において検討することになった。	アムロキソール塩酸塩シロップ小児用0.3%「TCK」	塩酸アムロキソール内用液0.75%「PH」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
257	アンブロキシソールの45mg処方、15mgで調剤してしまった。	15mg処方が多いための思い込みと、採用メーカーも同一であり色味等も似ており、取り違えてしまった。	用法用量の部分でも気付けたと思うが見逃してしまったので、処方箋をしっかりと読み込んで調剤に取り掛かるように今一度注意すしていく。	アンブロキシソール塩酸塩徐放OD錠4.5mg「サワイ」	アンブロキシソール塩酸塩錠15mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
258	ご本人が高齢のため娘さんが嫁ぎ先から来局したので、本人がいつもと規格が違う薬と気が付き、薬局に連絡がきたのは、DO処方を受け取って1週間後だった。幸い服用されなかったため、薬局の職員がすぐにご自宅を訪問して、正しい薬と交換をした。	夕刻の閉店が近い時刻で、薬剤師の注意力が散漫になった可能性がある。監査に加えて、投薬時も薬の確認を行う。	注意力が落ちる時間帯や、混雑する時間帯は特に注意し、監査に加えて確認を念入りに行う。監査する薬剤師の人数を増やす、器機でコードエラーを読み取るなど、対策を立てる。	アンブロキシソール塩酸塩錠15mg「タイヨー」	アンブロキシソール塩酸塩徐放OD錠4.5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
259	一般名でアンブロキシソールが処方されていたのですが、カルボシステインに入力間違え	思い込みで入力しないようしっかり見直す	入力者だけではなく、お薬にかかわる全員が注意すること。	アンブロキシソール塩酸塩錠15mg「タカタ」	カルボシステインDS50%「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
260	アンブロキシソール(15)「トーフ」42錠を調剤したところ、40錠はアンブロキシソール(15)であったが、2錠がアテノロール(25)「トーフ」だった。調剤支援システムのポリムスを使用する際に投薬者が気づき、直ちに正しい薬に交換して交付した。	アンブロキシソール(15)40錠は中表に4枚が重ねられ、アテノロール(25)2錠は表を向けて輪ゴムでまとめられていた。調剤支援システムのポリムスを使用する際はアンブロキシソール(15)の裏面バーコードを読み取ったため監査時は正しい薬が調剤されていると判断し計数を確認する際に多剤が2錠混在していることに気づけなかった。交付時、2錠のシートに25mgの文字がついていることに気づきミスが発覚した。アンブロキシソール(15)のカセッターの中に左隣りのアテノロール(25)2錠が混入していたか、端数の2錠を調剤する際にとりのカセッターから取ってしまったためと思われる	アンブロキシソール(15)とアテノロール(25)のカセッター位置を離す監査時は必ず表裏で薬を確認する。調剤時の端数のカセッター戻しも他者に確認してもらう。を徹底した	アンブロキシソール塩酸塩錠15mg「トーフ」	アテノロール錠25mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
261	アロプリノール100mg 3T分3毎食後14日分での処方箋を患者様が持参された。医薬品名称が似ているアンブロキソール15mgを42Tでピッキング。監査時に気付く。	規格mg数も確認しながらのピッキングができていなかった。	ピッキング時は必ず規格mg数も確認する。	アンブロキソール塩酸塩錠15mg「日新」	アロプリノール錠100mg「日新」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
262	イーケブラ錠250mg 2錠 分2で処方されていたが、いつも500mgの処方しか着ていなかったため、確認をおこたって調剤をしてしまった。他の薬剤師が誤りに気が付き、お詫びし差し替えました。服用する前に誤りが発覚したため、健康被害はありませんでした。	1人薬剤師の時間帯に起きてしまった。	2人体制になるように補充も含め検討。	イーケブラ錠250mg	イーケブラ錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
263	患者様が来局され、イグザレルト10mgに同15mgが8錠混ざっていると持参された。服用はしていなかった。監査器で確認したところ、8錠混入しているのが確認された。謝罪し、交換となった。	予製を作っている患者で、処方日数が、前回35日分のところ、28日分になっていた。半端な錠剤を少なくするため、不要な薬を戻すかごの中に置いてあったイグザレルトを利用したところでミスが出たものと思われる。	予製については、半端が出てもしそこから不要な錠数は除く。	イグザレルト錠10mg	イグザレルト錠15mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
264	2020年10月某日14時頃、患者(80歳男性)さんが処方箋を持参した。処方箋にはイグザレルト15mg 1日1錠朝食後28日分と記載されていた。薬剤師A(職種経年数20年)はイグザレルト15mgを調製するところ誤って10mgを調製し、監査にまわした。監査にあたった薬剤師Bが、処方薬のイグザレルト15mgではなく、10mgが調製されていることに気づき、薬剤師Aに間違いを伝え、薬剤師Aは再度調製し直し、患者さんにはイグザレルト15mgを投薬した。	規格の確認を再度薬局内で徹底した。	規格の確認、監査を徹底する	イグザレルト錠15mg	イグザレルト錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
265	2020年11月某日、夕方ごろに該当患者が処方箋を持って来局された。処方箋にはイグザレルト10mg、1日1錠朝食後30日分の記載があった。当事者の薬剤師はイグザレルト10mgを一包化調剤するところイグザレルト15mgで調剤してしまった。しばらく経ってから監査システム(ミスゼロ子)を用いて監査に当たった当事者の薬剤師が医薬品の規格間違いに気づいた。再度イグザレルト10mgで調剤した。監査時に調剤ミスに気づいたため、患者には適切な内容の薬をお渡しすることができた。	夕方の立て混んでいる時間帯のため急いで調剤したことで不注意・確認不足が発生したと考えられる。多規格ある薬剤を確認不足のまま調剤した。薬品棚が並んでおり取り違えしやすい環境だった。	立て混んでいる時間であっても処方箋のチェックと医薬品の呼称を行うこと。医薬品鑑査システム(ミスゼロ子)を用いた調剤を徹底する。多規格ある薬剤は特に注意を払って調剤する。薬品棚の配置を変えて規格取違いの注意喚起のポップを貼る	イグザレルト錠15mg	イグザレルト錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
266	イコサベント酸エチル粒状カプセルで出すところ、ロトリガ粒状カプセルで出してしまった。交付後に、交付者が気が付き、患者に確認を行い、違う薬剤であったことが判明。	棚が近くの為、同じ粒状カプセル剤の間違いをしてしまった。	繁忙であったが、ピッキング後の監査をしっかりと行うべきであった。	イコサベント酸エチル粒状カプセル900mg「日医工」	ロトリガ粒状カプセル2g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
267	イソソルビド内用液70%分包30ml「CEO」をイソソルビド内用液70%「CEO」で調剤。	イソソルビド内用液70%分包30ml「CEO」とイソソルビド内用液70%「CEO」では、同成分で同量であればよいとの思い込みがあった。	薬価の違いもあり、単位も「包」と「ml」の違いがある。薬品名だけでなく分量・単位まできちんと確認する。	イソソルビド内用液70%分包30ml「CEO」	イソソルビド内用液70%「CEO」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
268	イソバイドシロップ20mlで処方されたが、GEで飲みやすいイソソルビドCEOで入力してしまった。イソソルビドCEOは30mlしか販売されておらず、容量を増やしてしまった形で渡してしまった	イソバイド30mlで処方を受ける事が多く、GE希望の方はイソソルビドCEOに変更してお渡しすることが多かった。	イソバイド20mlからイソバイドCEOに変換する事が出来ないよう入力設定し、また入力時、監査時、投薬時に鑑査を徹底するよう薬局内で共有	イソバイドシロップ70%分包20ml	イソソルビド内用液70%分包30ml「CEO」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
269	イソバイドの20mlと30mlの渡し間違い	規格が複数あるものは気をつける	監査を確実にする	イソバイドシロップ70%分包20ml	イソバイドシロップ70%分包30ml		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
270	投薬後、患者さんが帰宅途中気が付いて薬を薬局に持ってきてくれて交換しました。	規格の違うものがある薬品は必要以上に注意して監査しお渡しするように気を付ける。	ピッキングも監査も思い込まずに確認する。	イソバイドシロップ70%分包20mL	イソバイドシロップ70%分包30mL		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
271	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはイソバイドシロップ70%分包20mL 1日4分包2朝昼食後35日分と記載されていた。薬剤師A(職種経歴10年)はイソバイドシロップ70%分包20mLを調剤するところ誤ってイソバイドシロップ70%分包30mLを調剤し、監査に回した。監査した薬剤師Bは誤って調剤されていることに気付かず、薬剤師Cが投薬前の監査でイソバイドシロップ70%分包30mLが調剤されていることに気付き、監査した薬剤師Bに間違いを伝えた。薬剤師Aはイソバイドシロップ70%分包20mLを正しく調剤し、再度、薬剤師Bが監査した。投薬前で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	イソバイドの取り扱いが多く、規格の確認を怠ってしまった。患者が来局した時間は店内が混んでいたため焦りがあった。	業務手順を見直し、薬の配置の周知及び規格・数量の確認を徹底することにした。	イソバイドシロップ70%分包20mL	イソバイドシロップ70%分包30mL		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
272	先発品のイソバイドが処方されていたが、当薬局では、頻度が高い方の後発品：イソソルビド内用液のほうで調剤してしまった。発注をするときに、他の従業員が気づいて、患者宅に交換にすぐに伺った。残薬があったので、まだ飲んでいなかった。	午前中の混雑時、慌てていたため、確認が不足していた。患者も包装が変更したのかと思っていた。	薬歴の確認事項の欄に大きく、イソバイド(先発品)と記載して、注意喚起をうながした。	イソバイドシロップ70%分包30mL	イソソルビド内用液70%分包30mL「CEO」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
273	耳鼻科受診でイソメニールカプセルを服用している患者に対し、エブランチルカプセルを調剤、交付。患者は外観が少し違うと思いながら、服用を続け、次回来局時に残薬を持参し、違っていることを訴えた。	その曜日は耳鼻科、泌尿器科の両方の診察があり、エブランチルカプセルが、混在した可能性がある。	注意深く監査する	イソメニールカプセル7.5mg	エブランチルカプセル15mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
274	イトブリド錠が処方のところイミダプリル錠で調剤、監査が行われ投薬。ミスに気が付かず服用。処方前から残薬があったので残薬服用終了後からの開始だったが、名称が違うとのことで当事者が間違いかな?とのことで来局時に問い合わせがありました。調べたところ、アクシデントであることが判明されました。	処方箋の記載は一般名処方であり、薬剤はイミダプリル錠は調剤棚にあり、イトブリド錠は引出しに保管でしたが、読み間違いで調剤し、それを監査時・投薬時でも気づかずにお渡ししてしまいました。	改善としては、監査システムを導入し、棚にもミスに気がつくようマーキングするなどの対応をしました。	イトブリド塩酸塩錠 50mg 「サワイ」	イミダプリル塩酸塩錠 5mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
275	定期の一包化薬と一緒にイドメシニコワゲルが追加で処方されていたのだが、イドメシニコワゾルで調剤、お渡ししてしまっていた。数日後、調剤録の内容を事務員がチェックしていた際、イドメシニコワゲルで処方されているのに、ゾルで調剤していたことに気が付き、事例発生日は勤務していなかった管理薬剤師が医師にその旨連絡したところ、イドメシニコワゾルで処方したつもりだったとのことだった。(医師が処方箋入力の際、薬品名の選択を間違えた) よって、結果的には正しいものでお渡ししていたということにはなった。	当薬局ではイドメシニコワゾルを調剤することがほとんどで、イドメシニコワゲルの処方が出ることはほぼ無い。今回の事例の患者についても、イドメシニコワゾルは以前より使用しており、イドメシニコワゾル処方であると思い込んでの調剤であった。	処方箋上で"イドメシニコワ"と見ると、いつものゾルであると思い込み、丁寧に最後まで薬品名の全ての文字を確認していなかった事が原因。思い込み、慣れを捨て、薬品名は最後まできちんと確認する事を徹底することとした。	イドメシニコワゲル 1%	イドメシニコワゾル 1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
276	イブプロフェン100 8Tの処方にイブプロフェン200 2T 混在してお渡ししてしまった。	上下に隣接して置いていた。ピッキングした後必ず再度ミリ数 形状等の確認不足。	上下に隣接して置いていたのを2段はなしておきました。ピッキングした後必ず再度ミリ数 形状等の確認することを徹底。	イブプロフェン錠 100mg 「タイヨー」	イブプロフェン錠 200mg 「タイヨー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
277	イブプロフェン100mgのところ200mgでお渡し。2日間服用されたが副作用など体調変化は見られなかった。	入力もピッキングも監査も間違っていた。単純なミス。慢心。	教育・訓練の徹底	イブプロフェン錠 100mg 「タイヨー」	イブプロフェン錠 200mg 「タイヨー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
278	イブプロフェン100mgが処方されていたところ、200mgで交付していた。何錠か服用後、母親が気づき、来局。すぐに医師にも報告したが、体重、年齢的にも問題ない量で、現在体調変化なければ問題ないということになり、100mgを渡し服用続けることになった。	応援として店舗に来ていた薬剤師でイブプロフェンの規格の鑑査を見落としていたため起きたものと考えられる。また、慣れていない環境で数人まとまってきてしまったことで焦りが出たとも考えられる。	マニュアルの再徹底。成分名、剤形、規格をそれぞれ切り離して監査することがマニュアルになっているのでそこを再度薬局内で手順確認し、共有する。また、刻印による鑑査も行うようにする。	イブプロフェン錠100mg「タイヨー」	イブプロフェン錠200mg「タイヨー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
279	一般名にてイブプロフェン100mgが処方。イブプロフェン200mgで調剤されていることに気が付かず投薬。投薬して二日後に患者様が薬が誤っていることに気が付きご来局。処方元の医療機関に誤った規格でお渡しし、服用してしまったことを報告。ドクターは患者様の体重と年齢から200mgは服用できるので、健康被害は出る可能性はほぼないとのことので安心するようにと患者様に伝えるよう指示あり。	誤った調剤を行った方が当薬局の勤務での経験が浅かったことから、焦りによる鑑査の漏れと薬の保管場所の把握ができていなかったことで起きてしまったと考えられる。	規格が複数あるものは保管場所を変える、またはそれぞれ速くに配置する。外見だけで判断せずに錠剤の印字を用いた鑑査、投薬時に患者様と規格まで確認を行う。	イブプロフェン錠100mg「タイヨー」	イブプロフェン錠200mg「タイヨー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
280	イブプロフェン200mgのところ、イフェンプロジル20mgでお渡し。数時間後に在庫が合わない事が判明し患者さまにお電話いれたところ過誤が発覚。幸い、頓服薬として処方されていたこともあり、服用はしていなかった。患者さま宅へお薬の回収、謝罪をした。	コロナ疑いの患者であったため車投薬をしたが、通常のお渡しと異なった事も注意散漫となった原因と考える。	また、イフェンプロジルの引き出しに注意喚起のシールを貼る。イブプロフェンの在庫、採用をやめブルフェンだけの採用とする。	イブプロフェン錠200mg「タイヨー」	イフェンプロジル酒石酸塩錠20mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
281	Cap製剤服用しており、思い込みでCapを調剤。本人も錠剤への変更をDrから説明受けておらず、Drと患者間での意思疎通も不十分だった。	当薬局ではイブランス服用患者がこの方1名のみであり、強い思い込みが原因による取り違えた。監査時に錠剤で処方されている事に気が付き患者へ確認したところ「いつもの薬としか聞いていない。今まで通りCapで構わないけど」と返答あり。これを受け疑義照会にて剤形変更依頼。Cap処方でもOKと解答いただき今まで通り イブランスCap25mg で交付した。	Drからの説明無く剤形などが変更になるケースは稀であり、当薬局ではかなりのレアケースだった。今回の事例を職員全員で共有し、Do処方が続いている方でも処方変更のね可能性があることを念頭に置いて調剤するよう心掛ける。また、気づいた者がすぐに全員に周知し早い段階での情報共有を図る。	イブランス錠 2.5 mg	イブランスカプセル 2.5 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
282	前回までイブランスカプセル25mgで処方されていたが、イブランス錠25mgに変更になっていた(カプセル⇒錠剤へ切替になっていた)。	最初は前回Do処方でも思い込みで調剤したが、調剤後に処方箋の記載を再度確認したところ、剤形変更になっていたことに気付いた。	調剤前に処方箋を確認し、調剤後にも処方箋と薬剤を照らし合わせて確認する必要がある。読み上げ確認も有効。	イブランス錠 2.5 mg	イブランスカプセル 2.5 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
283	イミダプリル錠 2.5 mg 「テバ」 30錠の所の、エナラプリル錠 2.5 mg 「JG」 30錠をピックアップしてしまった。監査時に薬剤師が気付き、交付には至らなかった。	名称が類似している為間違いに気づかずピックアップしてしまった。薬品棚も場所が近い為間違えた。	一般名をきちんと覚える。確認を怠らない。薬品棚にシールで目印を付ける。	イミダプリル塩酸塩錠 2.5 mg 「テバ」	エナラプリルマレイン酸塩錠 2.5 mg 「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
284	イミダプリル塩酸塩錠 5 mg が処方されていたが 2.5 mg を取っていた。薬袋に入れる前に気が付き交換。	確認不足で勝手に 2.5 mg と思い込み取り出したと推測。	忙しくとも処方箋と薬剤を1つずつ確認し取り出し、他の者が監査する。	イミダプリル塩酸塩錠 5 mg 「日医工」	イミダプリル塩酸塩錠 2.5 mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
285	イルアミクスHDが処方されている患者の薬をピックアップしている際に誤ってエディロール0.75をピックアップしてしまった。患者に渡す前に監査担当が気づき交換した。	当薬局では名称順に薬を並べていたため、イルアミクスHDとエディロール0.75が隣同士に置いてあった。両方もかなりの頻度で出るため、急いでいる時に取り違えてしまった。	シートの色が似ている薬は近くには置かないようにする。	イルアミクス配合錠HD 「DSPB」	エディロールカプセル 0.75 μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
286	先発希望の方で平素よりアイミクスHDが処方されていたが、今回病院の採用品変更によりジェネリックのイルアミクスHDが処方されていた。気が付かず、誤っていつも通りのアイミクスを調剤してしまった。	アイミクスが採用変更になっていることを知らなかったこと、慌てて調剤して気が付かなかったことが原因。	入力者と調剤者として確認し合う。アイミクスが処方されている方の入力画面を前もって変更しておく。	イルアミクス配合錠HD「DSPB」	アイミクス配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
287	般) イルベサルタン・アムロジピン10mg配合錠 が処方で、イルアミクス配合錠HDを調剤すべきところ、イルアミクス配合錠LDを調剤。前回まで、LDが処方で、今回からHDに処方が変更になっていた。	般) イルベサルタン・アムロジピン10mg配合錠のように、配合錠の一般名の場合mg記載位置が、通常の単剤処方と異なるため見落としが発生しやすい。	配合錠の場合、mgにチェックをして確認する事にした。	イルアミクス配合錠HD「DSPB」	イルアミクス配合錠LD「DSPB」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
288	継続して血圧の薬を服用している患者様。今回より血圧高値のため、イルアミクスがLDからHDへ変更となったが、処方入力の時点でDo処方だと勘違いして変更前のデータを入力。服薬指導時に聞き取りで発覚。処方内容変更し、正しい薬をお渡しした。	ドライブスルーなど他の患者様を待たせている状況だった。急ぎ、焦りによる確認不足が原因。	今後は、忙しい状況でも、必ず処方箋原本と調剤録を比較して、相違がないか指差し確認を行う。	イルアミクス配合錠HD「DSPB」	イルアミクス配合錠LD「DSPB」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
289	イルアミクスHD【イルベサルタン100mg・アムロジピン10mg】で処方箋されていたのに、アムロジピン10mgの記載を見逃し、イルアミクスLDをピックアップしてしまいました鑑査の薬剤師が気づき、イルアミクスHDに変更できました。	処方箋をしっかりと確認していなかった。	処方箋をしっかりと確認してピックアップする。鑑査の薬剤師がもう一度見直し、間違いがないかしっかり確認する。	イルアミクス配合錠HD「DSPB」	イルアミクス配合錠LD「DSPB」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
290	イルアミクスで入力したのに先発品のアイミクスを手に取り患者さんに渡してしまった。その後連絡を取り服用前に正しいものに取り換えることができた。	薬局開始してすぐでPDAがまだ起動していなかった。薬剤師1人のみの時間帯で機械なしで目視で確認せざるを得ない状況だった。	一人でも慌てない、薬のシートだけで判断せず薬品名をしっかりと確認する。	イルアミクス配合錠HD「EE」	アイミクス配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
291	配合剤の一般名処方で今回アムロジピンが5mg→10mgと用量が増えていたが前回と同様に入力してしまった。処方せんに鉛筆で事務が商品名を書いているので調剤する者もそれを見て薬を拾ってしまった。	イルベサルタン・アムロジピン10mg配合錠の処方せんに10mgのところに鉛筆で事務が○をつけてはいたが前回DOで入力してしまった	配合剤は一般名が長くわかりづらいのでなおさら用量を再度確認して入力が必要がある。調剤する者は事務の鉛筆の商品名を見て捨てるのではなく処方せんと照らし合わせながら調剤する。	イルアミクス配合錠HD「サワイ」	イルアミクス配合錠LD「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
292	一般名で合剤が処方された。各成分量でLDやHD等になるが確認不足だった。	合剤の各成分量の確認。一覧にする。	成分量の確認。	イルアミクス配合錠HD「サワイ」	イルアミクス配合錠LD「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
293	一般名処方ではイルアミクスHDが処方されているところを、イルアミクスLDで調剤。監査時に気づいたため患者様には適切な薬をお渡しした。	調剤時に「イルアミクス」の名前だけで調剤してしまい規格の確認を怠っていた。	調剤時には薬品名すべて(剤形、規格まで)確認したうえで調剤する。また調剤サポートシステム使用の徹底。	イルアミクス配合錠HD「サワイ」	イルアミクス配合錠LD「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
294	アイミクス配合錠HDが一般名処方され、「イルベサルタン・アムロジピン10mg」で処方されていて、本来「イルアミクス配合錠HD」をとらないといけないところ、当該薬局にて頻回に使用されている「イルアミクス配合錠LD」を取り違えてしまった。	一人薬剤師の時間帯であり、ピッキングミス、監査不足。処方箋の一般名処方を見て「イルベサルタン」の配合錠というイメージで「イルアミクス配合錠LD」を調剤、監査してしまった。レセコン入力では正しく「イルアミクス配合錠HD」でされていたため、入力との整合性もとれていなかった	配合剤の一般名処方は、「LD」や「HD」という名称が使われていないため、異なる薬剤の用量での判断になる配合剤の一般名について採用品を中心にリストを作成し、監査台に設置。配合剤の用量違いがあることを再度周知徹底した	イルアミクス配合錠HD「サワイ」	イルアミクス配合錠LD「オーハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
295	お渡しする薬剤が イルアミクスHD だが 薬袋にはイルアミクスLDと記載。	事務さんに後発に変更を伝えたが きちんと薬剤を伝えなかったためHDをLDと入力、そのまま確認せず投薬。	薬剤はmgまできちりと伝えるように指導	イルアミクス配合錠HD「武田テバ」	イルアミクス配合錠LD「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
296	イルアミクスLDが一般名処方されており、継続で服用中のイルアミクスHDを調剤しようとした。もう一剤、薬が減っていることを説明していたところ、患者様からイルアミクスも含量を減らすと言われたと言われ気づいた。	一般名処方の服用中の医薬品との思い込みがあったため、前回と同じと判断してしまった。最後の数字までしっかり処方箋を読み込むよう注意する。	LDとHDのカセットー注意喚起する。他の配合剤についても配置等見直す。	イルアミクス配合錠LD「DSPB」	イルアミクス配合錠HD「DSPB」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
297	レセコンにイルアミクス配合錠LDと入力するところ、イルアミクス配合錠HDと誤入力ピッキングもイルアミクス配合錠HDだった。監査時も、その間違いを見逃して患者に交付。9月来局時に、調剤ミスが発覚。	同一成分の低用量と高用量を、ピッキングされた薬が正しいと誤った認識をしてしまったことに起因すると考える。	監査時に、処方箋と実際にピッキングされた薬が正しいか最新の注意を払う。置き場所を分けて配置した。	イルアミクス配合錠LD「DSPB」	イルアミクス配合錠HD「DSPB」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
298	ジェネリック医薬品希望の患者で処方箋には、アイミクス配合錠LD 1錠 1日1回朝食後 28日分と記載があった。誤って、イルアミクス配合錠HD「DSPB」を28錠調剤したところ、監査時に発覚した。	イルアミクス配合錠HDをよく処方いただくので、思い込みで調剤を行ってしまった。	忙しい時間帯でも落ち着いて、処方内容を確認して調剤を行う。	イルアミクス配合錠LD「DSPB」	イルアミクス配合錠HD「DSPB」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
299	イルアミクスLDを入れている棚にアイミクスLDの箱を入れてしまっていて、正しい薬がはいっていると思い込んで調剤してしまい、監査者は包装が似ているため見逃してしまった。	医薬品購入後、棚に入れる際、包装の似ているものは特に入れ間違いのないように確認する。	棚に入れるときはもちろん、箱を開けるときにもきちんと名称確認をする。	イルアミクス配合錠LD「DSPB」	アイミクス配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
300	一般名で処方されていた。調剤は患者の希望を確認し、先発医薬品またはジェネリック医薬品で調剤する。イルアミクスLD ジェネリック医薬品をお渡ししなければならないところ、先発医薬品のアイミクスLDをお渡ししてしまった。 後日納品があったときに、在庫が合わないことに気付いて発覚した。	イルアミクスLD、アイミクスLDは包装がよく似ていて、わかりづらい。	同じ引き出しにイルアミクスLD、アイミクスLDを閉まっていた為、ジェネリック医薬品と先発医薬品の棚位置を変更した。投薬・監査時に薬品名をしっかりと確認する。	イルアミクス配合錠LD「DSPB」	アイミクス配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
301	イルアミクスLDを処方 LDの患者は1人だけで他はすべてHDなのでうっかりLDの薬剤をつかんでいた	一般名処方の為規格違いの見落とし	PCにLDを出す時と記録	イルアミクス配合錠LD「DSPB」	イルアミクス配合錠HD「DSPB」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
302	合剤が一般名で処方されてたので 2種類の薬の規格を確認せず (LDとHD) 調剤してた	本人の勉強不足と 確認不足が原因。	合剤の場合もふくめ、規格違いの薬に十分注意する。	イルアミクス配合錠LD「DSPB」	イルアミクス配合錠HD「DSPB」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
303	イルアミクスLDが処方されていたが多忙であったためイルアミクスHDを取り出した。薬袋に入れる時に再度確認し取り間違えに気がついた。	多忙で処方箋をきれいに確認していなかった。	多忙であっても1字1句確認する。	イルアミクス配合錠LD「EE」	イルアミクス配合錠HD「EE」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
304	イルアミクスHDがずっと処方されていて、LDに変更になったのに気づかずそのまま調剤してしまった。	コロナシフトで薬剤師と事務2人での勤務で、調剤と監査が一人薬剤師だったため。	合剤の処方時は、再度、規格を確認し、他の薬剤師、事務にも再度確認してもらうようにする。	イルアミクス配合錠LD「サワイ」	イルアミクス配合錠HD「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
305	イルアミクスLD「トーワ」の調剤棚のカセットの中にアイミクスLDが紛れ込んでおり、調剤時に発見。	充填時に入れ間違えが起きた。イルアミクスLDとアイミクスLDが隣同士のカセットになっていたのが要因だと考えられる。	イルアミクスLDとアイミクスLDのカセットの順番をずらして、近くに配置しないようにした。	イルアミクス配合錠LD「トーワ」	アイミクス配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
306	イルトラ配合錠LDを調剤するところ、イルアミクス配合錠LDを調剤し与薬した。その後、患者より連絡があり間違いが発覚した。	先頭2文字と「LD」が同じであったため間違えてしまった。多忙な時間帯であっても十分な確認が必要。	十分な処方箋の確認。患者ともダブルチェックを徹底する	イルトラ配合錠LD	イルアミクス配合錠LD「DSPB」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
307	ピッキング間違えた。	同成分が入っていて名前の一部が同じなので間違えてピッキングしてしまった。新規の薬や併用薬に気をとられ提時薬の監査が不十分だった。	調剤。監査時の注意徹底。名称、規格、色などを注意して確認することによること。	イルベサルタン錠100mg「DSPB」	イルアミクス配合錠LD「DSPB」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
308	一包化の患者で、一包に5種類7錠。イルベサルタンの規格が50mgから100mgへ増量になっていたが、50mgで調剤し、鑑査も見過ごしてしまった。薬を渡す際に患者側から今回、増量の話聞き、渡す前に作り直し正しい内容で交付した。	定期的に来局されている方で処方内容も一年近く変更がなかった。その為調剤者がいつも通りと思い込み、処方内容を精査せず前回と同じデータで一包化を作製。鑑査者は、普段店舗にいる薬剤師ではなく、臨時の薬剤師であったため、処方内容に変更があることに気付かなかった。	処方内容変更点の有無を、薬歴や患者聞き取りによって確認してから、調剤する手順を徹底し、臨時薬剤師にも分かりやすい手順を作製。	イルベサルタン錠100mg「日医工」	イルベサルタン錠50mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
309	入力時、会社名のない一般名があり、製品名と間違えて選択。	先発名と成分名が似ていて、会社名のない成分名のもがあり、会社名がないので先発であると思い込み、選択してしまった。	一文字監査をする	イルベタン錠200mg	イルベサルタン200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
310	イルベタン錠のところイルベサルタン錠でお渡し	先発希望の患者様と分かっていたが、名称がかなり類似しており間違えてしまった。	最後の1文字までしっかり確認してお渡しするようにする	イルベタン錠50mg	イルベサルタン錠50mg「DSPB」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
311	インクレミンシロップを調剤するとき色に類似しているトランサミンシロップで調剤してしまった患者から色が違うと指摘ありまちがいに気づく	特に繁茂でもなく本人の思い込みで調剤してしまった	調剤した後、シロップ瓶と一緒に監査にまわす。色、においの周知する	インクレミンシロップ5%	トランサミンシロップ5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
312	インスリン グラルギンB Sカートが処方されたのに、インスリン グラルギンB S ミリオベン注を調剤してしまった。	調剤時、及び監査時に処方箋をしっかりと確認することが必要だと思われる。	煩雑時は特に処方箋をしっかりと確認し、間違いのないように注意することが必要だと思われる。	インスリン グラルギンB S注カート「リリー」	インスリン グラルギンB S注ミリオベン「リリー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
313	10月20日深夜に処方箋をFAXされる。翌朝受付、入力調剤を行った。この時いつも使っているインスリングラルギンBS注ミリオペンがカート注へ変更になっていることに気付かず入力。調剤者、監査者も気付かず交付。翌12月1日に同じようにFAXされ、翌2日に入力、調剤。この際監査者が処方箋がカート注へ変更になっていること、入力ミスに気付いた。念のため前回の10月の処方箋も確認し、ミスが発覚。病院へ問い合わせたところ病院側の入力ミスであったこと、今までのミリオペンで継続間違いのない事を確認した。	定時薬で長い事インスリングラルギンBS注ミリオペンを使用している方。入力者、監査者共に今回もDO処方だと思い込みがあった。処方自体も重く見落としてしまった。監査者はカート注の取り扱い経験がなくそのタイプの製剤の存在を認識していなかった。投薬時も患者との会話で今まで通りで間違いないと確認したため間違いに気付かなかった。(本来はカート注への変更ではなかったため患者の認識もミリオペンで間違いなかった。)	インスリン製剤の注射のタイプ一覧を店舗内で回覧、周知を徹底した。インスリン製剤の入力時、入力チェック時は剤形部にしっかり〇をつけて意識づける事を徹底した。	インスリン グラルギンBS注カート「リリー」	インスリン グラルギンBS注ミリオペン「リリー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
314	インスリングラルギンの『カート』を『ペン』と取り間違えた事例。	通常『ペン』の方が処方が多く思い込みもあって取り違えてしまった。通常調剤過誤防止システムを導入しているがたまたまフリーズしてしまって機能が停止していて外来も混んでいたでそのまま投薬してしまった。	忙しいと機械に頼りがちになるのでまずは必ず処方箋と薬の照らし合わせがまず大事であると痛感したのでシステムは確認であることを頭に入れて使用していくことを徹底しました。	インスリン グラルギンBS注カート「リリー」	インスリン グラルギンBS注ミリオペン「リリー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
315	ヒューマログ注ミリオペンからバイオジェネリックのインスリンリスプロBS注ソロスターに切り替えがあった。インスリンリスプロBS注ソロスターは最近採用された商品で、従来より採用されていたインスリングラルギンBS注ミリオペンと思い込み調剤をしてしまう。	名前の最初の読みがインスリンから始まる名前であったため、思い込み調剤となる。	バイオジェネリックは、名前が似ているため注意して調剤するようにし、採用状況を周知するように改善する。	インスリン リスプロBS注ソロスター H U「サノフィ」	インスリン グラルギンBS注ミリオペン「リリー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
316	他院処方より「インドメタシンクリーム1%日医工」50gが1本処方のところ、25gを1本で調剤。監査で発見。入力は合っている。	普段見慣れない「他院処方」であり、あまり処方されない50gだったので、先入観とg数まで見れていないことによる。	今回のケースをスタッフ全体に周知。また、他規格ある医薬品には「注意札」などを設置。	インドメタシンクリーム1%「日医工」	インドメタシンクリーム1%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
317	調剤者が一包化作成時に薬を集める際に、イミダフェナジンOD錠0.1mg「JG」の棚の中にウルトスOD錠0.1mgが少量混ざっており、その2剤を混合して集めてしまった。包装が似ているため気づかずそのまま一包化作成。鑑査時に2剤が混合していることを発見し該当するものだけ正しく作成。	先発品と後発品で包装が似ていたことと調剤棚も近かった為、薬を戻すときなど間違いが起こった可能性がある。	先発品・後発品で似ている薬剤については調剤棚を離して配置するよう工夫する。	ウルトスOD錠0.1mg	イミダフェナジンOD錠0.1mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
318	処方：ウルトス錠0.1mg 後発医薬品変更希望患者のため、調剤者はイミダフェナジン錠で調剤するとこと、当薬局内ではイミダフェナジンOD錠が多く出ていることもあり、後で調剤 鑑査者は確認もなく交付	調剤者：薬品名だけで判断し、普段よく手に取っているものを流れ作業的に調剤してしまった 剤型確認不足 特にイミダフェナジンに関しては錠剤とOD錠では色調もことなるので、患者からは全く異なる薬剤と認識されてしまう鑑査者：同様に薬品名だけで判断 漫然とした鑑査	各薬剤棚に、錠・OD錠があることを記載薬情など写真がついたものでの鑑査	ウルトス錠0.1mg	イミダフェナジンOD錠0.1mg「杏林」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
319	調剤した薬剤を棚へ戻す際、同じ患者に処方された類似のヒートのデザインの薬剤2種類が相互に入れ替わった状態で棚に戻されていた。	名前だけでなく、ヒートのデザインが非常に似ている薬剤が存在する。薬品を採用する際にも選択基準として取り入れることがリスク軽減につながる。	棚に戻す際の薬品名と棚位置の確認の徹底	ウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」	メキシレチン塩酸塩錠50mg「KCC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
320	患者さんが処方箋を持参し来局。処方箋には一般名でウルソデオキシコール酸錠100mg 1日3錠毎食後28日分と記載されていた。薬剤師A(職種経験20年)はウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」を調製するところ、オメプラゾール錠20mg「アメル」を調製し鑑査へ回した。鑑査薬剤師B(職種経験20年)は誤りに気付かず投薬薬剤師Cへ回した。投薬薬剤師Cが誤りに気付く薬剤師AとBに伝えて、正しいものと交換をして投薬をした。	ウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」とオメプラゾール錠20mg「アメル」は棚の場所がすぐ近くにあり、ヒートデザインが類似していたため間違えた。患者が来局した時間は店内が混雑しており、焦りがあった。	ウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」とオメプラゾール錠20mg「アメル」の場所を離れた。調剤者がピッキングした後の薬の再確認と鑑査時のヒートでの名前確認を徹底することとした。	ウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」	オメプラゾール錠20mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
321	ウルソデオキシコール100mgをアロプリノール100mgで調剤。鑑査時、取り間違いに気づく。	ヒートのデザインが酷似している。両方とも大容量で買ってるので箱からばらして棚に入れてる。最近、棚の移動もした為よけい混乱。	アロプリノールを100錠包装に変更し箱のまま棚に入れる事に。ヒートの名前も必ず確認を徹底する。薬剤師引継ぎノートにも記載し周知する。	ウルソデオキシコール酸錠100mg「テバ」	アロプリノール錠100mg「ツルハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
322	ウルソデオキシコール酸50mgの処方で100mgで調剤してお渡ししてしまいました。患者さんがいつもより大きい気がすると連絡があり在庫を確認後間違いが確定したためお詫びして作り直して交換に行きました	繁忙だったため一包装の際の確認ができずそのまま作られたためあっていると思いきや出来上がっているのをそのままお渡ししてしまった事が原因です。	忙しくても一包装前に再度確認してから分包に入ってもらいます	ウルソデオキシコール酸錠50mg「テバ」	ウルソデオキシコール酸錠100mg「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
323	ウルソ錠50mg 3錠 3×毎食後 5日分の処方、ウルソデオキシコール錠50mg「テバ」にジェネリック変更して調剤を行った。その際、先発品のウルソ錠が混在してお渡ししていたことが調剤後に発覚。患者宅を訪問し、お渡しした薬剤を確認したところ、ウルソ錠とウルソデオキシコール錠を確認、調剤をなおした。	期末の棚卸し業務の準備を行う際、誤ってウルソ錠をウルソデオキシコール錠のカセットに収納してしまった。	類似薬剤のカセットを隣り合わないよう配置。類似名医薬品の再確認。思い込みを無くし、確認を徹底する。	ウルソデオキシコール酸錠50mg「テバ」	ウルソ錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
324	ウルソデオキシコール酸50ミリグラムのところ100ミリグラムを調剤した、50ミリグラムはこの患者のみでいつも出ているm数確認せず調剤した。	慣れによる確認不足。	しっかりと処方箋確認すること。	ウルソデオキシコール酸錠50mg「テバ」	ウルソデオキシコール酸錠100mg「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
325	7月に処方箋はウルソデオキシコール酸100から50に減量になっていたが、100mgで交付。10月来局時に前回から減量になっていたことが発覚。	薬局にはウルソデオキシコール酸100mgの規格しかおいてなかったため、50mgの処方せんに気が付かないでいつも通りの100mgをだしてしまった。	薬局においてない規格もできることがあると心得て監査する	ウルソデオキシコール酸錠50mg「トーワ」	ウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
326	ウルソデオキシコール酸50mgのところ100mgで投薬	通常100mgが多く出ているので思い込みにより100mgをそのまま調剤	規格について普段でないものには入力時とダブルチェックを行う。	ウルソデオキシコール酸錠50mg「トーワ」	ウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
327	コレステロールの高値による脂肪肝でH26.9.24からウルソデオキシコール酸錠100mgをずっと服用してきた。コレステロール値は確かに少しずつ下がっており体調はいいようでした。肝機能値も正常になっていた。ここずっと薬の変更は全く無く、今回も同じ処方と思い込んで処方箋を見てしまった。又、事務職も同じ間違いをしてしまった。	処方箋を見直す。思い込みのない事。	とにかく処方箋をキチンと見る事。思い込みを無くして、見直しをする事。	ウルソデオキシコール酸錠50mgテバ	ウルソデオキシコール酸錠100mgテバ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
328	一般名処方の中で先発希の患者さんにジェネリック医薬品をお渡ししてしまい、後日在庫チェック時に数が合わない事に気が付いて患者さんへご連絡した。正しい先発医薬品にお取替えさせて頂こうと思ったが、ご自分でもいつもとは違うのは気が付いていて今回はジェネリック医薬品でよいということになった。後日お会計を返金させて頂く事となった。	一般名処方ではジェネリック医薬品の方が調剤の頻度が高く、先発希望であること確認が不十分で、調剤者も監査者も見落とす事としてしまった。	薬局の確認書にも先発希望のむね書いてあるが、調剤者は処方箋をもう一度確認、監査者先発かジェネリック希望かもう一度確認していく。	ウルソ錠100mg	ウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
329	ウルソで調剤すべきところを後発品のウルソデオキシコール酸トーフで調剤した	棚が近かった	棚の位置を離れた	ウルソ錠100mg	ウルソデオキシコール酸錠100mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
330	先発希望の患者様でウルソ錠100mgをお渡ししなければいけなかったところをジェネリックのウルソデオキシコール酸100mg「テバ」でお渡ししてしまっていました。別件でウルソ錠とウルソデオキシコール酸を数えた際に相違があることに気が付きました。何度か電話連絡しましたが繋がらずFAXにて事情を説明。折り返しの電話を下さったので謝罪。今回はジェネリックのままが良いと言ってくださり次回差額分を返金することになりました。	先発品よりもジェネリックを出すことが多くなっていることによる慣れからのミスだったと思います。	先発後発の希望をきちんと確認して入力とも照らし合わせてから監査にあたりたいと思います。	ウルソ錠100mg	ウルソデオキシコール酸錠100mg「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
331	一般名処方でウルソとウルソデオキシコールを間違えた	類似名称	先発か後発かを判断できるよう工夫した	ウルソ錠100mg	ウルソデオキシコール酸錠100mg「Z E」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
332	交付後、翌日患者本人より希望していないのに薬袋に後発医薬品が入っているとの申し出ありその場で交換して謝った。服用していなかったため健康被害は無かった。	繫忙時間帯の終わりに見落とし。数種類の内服薬をすべて先発医薬品で調剤するところ1剤だけ間違えた。監査する時間が十分にあったのに処方箋を読み切れてない。	調剤と監査は複数人数と時間をかけて間違えないようにする。先発医薬品と後発医薬品の場所を離す。	ウルソ錠100mg	ウルソデオキシコール酸錠100mg「トロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
333	ウルソの棚からからウルソをピックアップしたはずが、監査をしたところウルソデオキシコールが20錠混ざっていた。そこでウルソの棚を調べたところ他にも数錠ウルソデオキシコールの混入が見つかった。他の処方でウルソデオキシコールを調剤したあと、間違えてウルソの棚にウルソデオキシコールを返却していたものと思われる。両方の在庫を調べたところ差異はみられなかったため、気付かないまま間違えて投薬した可能性は低いと判断した。	ピックアップする時には間違えないように注意をしていたが、残った錠を棚に戻す時に注意を怠った。先発医薬品とジェネリック医薬品のヒートなどの見た目がよく似ていること。棚が上下で続きになっている。	先発医薬品の棚とジェネリック医薬品の棚を区別できるようにシールを貼った。またシートの見た目が似ているものには更に注意書きをし、棚の位置を少し離れた。	ウルソ錠100mg	ウルソデオキシコール酸錠100mg「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
334	一般名【般】ウルソデオキシコール酸錠50mgと処方箋記載。いつも先発品でお渡ししていたが、間違えて後発品でお渡ししてしまった。後日在庫確認により間違いが発覚した。	一般名処方の場合、思い込みにより出すのではなく、前回の処方を確認して、調剤、監査する。名称、メーカーまで確認する。	監査時、過去の薬歴を参考に薬を確認。その際、名称、メーカーまで確認する。	ウルソ錠50mg	ウルソデオキシコール酸錠50mg「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
335	ウルソデオキシコール酸50mg錠のところ、100mgで調剤し、監査もスルーしてしまった。	規格の確認を怠った。	処方回数が多い100mgは棚へ、50mgは引き出しへ保管場所を変更。	ウルソ錠50mg	ウルソデオキシコール酸錠100mg「トロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
336	初めて追加で一般名プリンゾラミド点眼液1%のエイゾプト懸濁性点眼剤とすると、入力時に一般名が類似しているブリモニジン酒石酸塩点眼液0.1%と入力をしたためアイファガン点眼液を出してしまいました。鑑査でも間違いに気付かず通過して投薬してしまいました。次回来局時に同じ処方箋が出ていたところ前回の薬とは違うことで発覚しました。	入力の時に初めての薬剤でもあり一般名処方だったので、しっかり確認しないで入力してしまったため似ている名前の点眼薬と間違っ入力してしまった。鑑査でも一般名と薬剤が違っていることを見抜けず薬袋に入力されている薬剤と間違いに気付かず通過して投薬してしまいました。次回来局時に同じ処方箋が出ていたところ前回の薬とは違うことで発覚しました。	・最近、一般名処方が多く類似した名称があるため、入力時には頭文字は2文字ではなく3文字以上及び濃度(%)にも注意しながら入力する。・鑑査時には一般名と製品名に注意し特に一般名の確認をしながら行う。	エイゾプト懸濁性点眼液1%	アイファガン点眼液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
337	メチコバル錠500μg処方のところ250μgで投薬してしまいました	メチコバル錠500μgの棚に250μgが入っていたので、ピッキング時にも薬剤の規格もきちんと見る	メチコバル錠は250、500の箱が同じデザインなので入荷時に気をつける。よく似たデザインはリストアップする	エーザイ	エーザイ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
338	予製でエクア錠のところエクメット配合錠を取って、PDAレシート出力。調剤時にエラーで気付いた。	糖尿病でdoだが、エクメット配合錠の方がよく出ているため間違えた。	予製時でも薬剤名の確認を怠らない。PDAエラーが出た時に、薬剤名?規格?数量など原因も確認しておく。	エクア錠50mg	エクメット配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
339	入力時、エクメットHDと入力しなければいけないところをメトホルミン(500)と入力してしまった。交付前に鑑査で見つけ、訂正済み。	数回前にメトホルミン(500)→エクメットHDに変更していたが、今回の入力時にメトホルミンが処方されていた頃の入力から引っ張って来てしまったため、メトホルミンで入力してしまった。	入力時に過去分から複写する時は必ず最終確認を行うよう指示を出した。	エクメット配合錠HD	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
340	定期的に来局される患者。薬が変更されることが、ほとんどなかった。今回もいつもと同じと思い、DOで入力。糖尿の薬が変更になっていた。ピッキング時に、間違いに気づいた。投薬時に、A1Cの数値から、今回から薬が変更になる事を確認。	レセコン入力時の思い込み。一文字確認をしなかった。	先入観なしでの入力。そのためにも、一文字確認の徹底が必要。	エクメット配合錠HD	エクメット配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
341	一般名ビルダグリブチン・メトホルミン塩酸塩500mg配合錠が処方されていたが、一般名ビルダグリブチン・メトホルミン塩酸塩250mg配合錠、商品名エクメットLDを交付してしまった。長期間継続的にエクメットLDが処方されており、9月から増量となっていたが見落とした。10月に増量に気付き医師に連絡し10月分からエクメットHD服用することになった。体調には異変はないことが確認できた。薬品名が長い為、パソコンの薬歴画面ではmgの部分まで表記されないことに気付いた。	長期間継続的にエクメットLDを服用していたので、増量を見落とした。1包化のため、患者側も増量無しで交付されたことに気付かなかった。本人は車椅子生活で毎回夫が受け取りに来局するが、夫はひどい難聴で会話が成立しないことも説明に支障をきたしている。	薬品名が長く、薬歴パソコン画面にmgが表記されないことを改善するため、全角表記を半角表記に変更し確認しやすくした。他に毎回mg注意喚起コメントが表記されるように設定した。	エクメット配合錠HD	エクメット配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
342	エクメット配合錠LDの処方があり、事務員が調剤した。薬剤師が監査したところ、メトアナ配合錠LDのPTPシート1枚が混ざっていた。事務員はエクメット配合錠の薬品棚しか触っていないので、以前メトアナ配合錠LDを調剤した際に戻し間違いだと思われます。	エクメット・メトアナは薬品棚の位置は、離していました。「配合錠LD」の薬品名の後半が同一で、色も同系統色であるため、調剤の慣れと確認不足で戻し間違いをしてしまった。	事務員へ調剤時にPTPシート1枚ずつ確認するように指導しました。薬品を元の位置に戻す際には、なるべく2人で確認する。一人の時も声出し確認・指さし確認で間違いを防ぐ。	エクメット配合錠LD	メトアナ配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
343	エクメット配合錠LDが処方されていたにもかかわらずエクメット配合錠HDを調剤。監査でも気が付かずそのままお渡しする。	調剤時の確認不足。最終鑑査を怠った。	調剤者も鑑査に回す前に再度確認する。鑑査者も鑑査を徹底する。	エクメット配合錠LD	エクメット配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
344	エクメットLDをエクメットHDのとり間違え	ピッキング時に、思いこんでピッキングした。	棚をずらしているが、付箋などで色分け。	エクメット配合錠LD	エクメット配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
345	エクメットLD2T/40日処方のところ、エクメットHD2T/40日分をお渡ししてしまった	ピッキング・監査・投薬時の確認不足。	ピッキング時から処方箋の確認の徹底お互い声掛けをして、処方内容を確認する	エクメット配合錠LD	エクメット配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
346	患者が処方箋をもって来局した。処方箋にはエサンプトール錠250mg2錠93日分の他、アジスロマイシン錠250mg1錠 93日分、リファンピシンカプセル2c p 93日分の処方であった。3種類ピッキングを行い処方箋入力チェック後のびっきピッキングシステム使用の際にエサンプトールをエプトールで調整していることを自身で気づきエサンプトールで正しく取り直し監査に回した。	エサンプトールとエプトールでは名前が類似していたため思い込みもあり間違えた。また来局時間はスタッフの人数も少なく少し混んでいた為焦りが生じていた。	処方元によってエサンプトールとエプトールでの処方が分かれてくるため病院での把握をしておく。また、ピッキングシステムを使用しているため入力もし間違っていたらエラーにならないことも起こるため、事前の処方箋チェックはしっかりと行い日頃から注意する。	エサンプトール錠250mg	エプトール250mg錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
347	名称が似ているため、取り違えてしまった。	どちらも、メンタル領域の薬で、向精神薬の引き出しに入っているため、取り間違えた。	名称を声に出して、最後まで、読む。	エスタゾラム錠1mg 「アメル」	エチゾラム錠1mg 「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
348	名称の似かよった、エスタゾラムとエチゾラムを誤って調剤した	当薬局ではエスタゾラムはあまり調剤されないどちらも同じ効能、規格も同じであった	エチゾラムとエスタゾラムの保管場所を変更、職員にも徹底	エスタゾラム錠1mg 「アメル」	エチゾラム錠1mg 「フジナガ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
349	主で受けている医療機関からエスタゾラム1mg「アメル」の処方はなく、多飲の処方箋を持ってきてくださる患者様への間違い。圧倒的にエチゾラム錠1mg「アメル」の取扱い量が多く、思い込みによる取り間違いが原因と考えられる。	エスタゾラム1mgは当該患者含め数名ほどしかいないのに対し、エチゾラム1mg「アメル」は月に数千錠処方が出ているため、処方箋を確認した際に後方3文字、規格のみで判断してしまい思い込みが生じたと考えられず。	調剤時に確認する紙媒体のものにマーカーで目立つようにする。調剤棚にも注意喚起を示す表記を行った。	エスタゾラム錠1mg 「アメル」	エチゾラム錠1mg 「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
350	エスタゾラムで処方が出ているところエバミールを調剤してしまった。	以前まで「エ」で始まる向精神薬がエバミールのみだったので最初の文字だけ見て調剤してしまった。	薬局の現在の採用品を覚えていくとともに、調剤時に取った薬と処方薬があるか再確認するようにする。	エスタゾラム錠1mg 「アメル」	エバミール錠1.0		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
351	エスタゾラム2mgとエチゾラム1mgの取り間違い。	多忙な時間帯であった。名称が似ておりメーカーも「アメル」で同じだったため間違いやすかった。	棚へ注意喚起のシールを貼る。薬局内での似ている名称薬剤の把握、職員間での共有。	エスタゾラム錠2mg 「アメル」	エチゾラム錠1mg 「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
352	前回まで何度も同じ患者様に「エストラーナテープ0.72mg」が処方されていた。今回「エストラーナテープ0.36mg」と変更になっていたが集薬「エストラーナテープ0.72mg」と入力「エストラーナテープ0.72mg」になっていた。監査した薬剤師も見落とすまま投薬した。患者様の傾聴では「しばらく薬を使用しなかったがやはり使用しないと症状が改善しない。」との発言があった。後日、間違いが発覚して薬を交換させてもらった時に「主治医からは薬を減らしましょうかね。」と言われていたらしいが疑問に思われていたらしいのだが当日にはそれは言われていなかった。	一旦症状に変化があった場合や薬の中断があった場合は規格の変更があることを頭に置いておく。また服薬指導の最後に「なにか疑問な点などはありませんか?」などの言葉かけをすると患者様の腑に落ちない部分が聞けると思われ間違い防止になると思われる。	複数規格が存在する場合は棚や箱に複数規格ありとの表示をつけるなどの工夫もあると良いかもしれない。	エストラーナテープ 0.36mg	エストラーナテープ 0.72mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
353	一般用医薬品名称が類似している医薬品の取り違い。監査システムの使用で間違いが発覚。処方箋は一般名処方ではエストリオール錠0.5mgが処方。エストリール錠0.5mg(エストリオール錠)とジュリナ錠0.5mg(エストラジオール錠)を間違えて取り揃えてしまった。	薬局内は繁忙状態であり、経験年数の少ない従業員が取り揃えを行った。	間違えやすい医薬品は保管場所を離し、間違い防止のPOPを棚に掲示する。	エストリール錠0.5mg	ジュリナ錠0.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
354	エストリール錠が前回までは1mg処方だったが、今回から0.5mgに変更となっていた。レセコンの入力間違いに気づかず、監査システムを通してしまい、調剤ミスとなった。	・普段1mgの方が処方として出る頻度が高く、思い込みで調剤してしまった。	規格が複数ある場合は必ずチェックを入れるようにする。	エストリール錠0.5mg	エストリール錠1mg * (持田)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
355	メーカー、大鵬薬品と岡山大鵬による混同、また、先発品ティーエスワン配合OD錠T20(大鵬薬品)と後発品エスワンタイホウ配合OD錠T20(岡山大鵬)にも類似しているため、混同された。	メーカー名、薬品名の類似	薬品名の再確認徹底	エスワンタイホウ配合 OD錠T20	ティーエスワン配合 OD錠T20		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
356	処方箋がジェネリックでジェネリックで出さなければいけないが薬局では先発品しか置いていなかった。ゆっくりと監査すれば間違いがないが他作業中で注意が散漫になってしまい、先発薬と後発薬を間違ってしまった。	発注作業中、パソコンの通信エラーが出てその対応に当たっている最中に鑑査をしなければいけない状況となる。	ゆっくりと監査できる状況を作る。	エスワンタイホウ配合OD錠T25	ティーエスワン配合OD錠T25		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
357	ジェネリックのエゼチミブでお渡ししている患者へ、先発のゼチアアで調剤	調剤者による思い込み、勘違い	調剤前にジェネリックで調剤しているかの確認を徹底する	エゼチミブ錠10mg「DSEP」	ゼチアア錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
358	処方薬を取り間違えたまま、一包化を行った。さらに監査を行ったものそのまま投薬してしまった。後日、患者様より、いつもと異なる色の薬があると連絡をいただき、確認後ミスに気付いた。	一包化のミスは非常に重いものと認識し、薬局内で再度一包化をする時の手順を再確認。薬の取り間違いを防ぐための、空包装の名称・数を確認を徹底。投薬時の監査も注意して行い、投薬後も薬歴記入時、処方箋確認時にさらに再確認するように注意喚起した。	常に細心の注意を試み、失敗事項も共有し、今後の改善に努める。	エゼチミブ錠10mg「DSEP」	エルデカルシトールカプセル0.5μg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
359	エタネルセプトBS皮下注50mgペン1.0mL「TY」の処方だったが、エタネルセプトBS皮下注50mgシリンジ1.0mL「TY」でレセコン入力およびピッキング、投薬まで行ってしまった。初めて扱う医薬品で、当日在庫がなかったため翌日患者家族宅へ配達に行き、一旦家族へお渡ししたが、本人が使用する際にいつものとは違うことに気づき、薬局に連絡があった。 また、問屋への電話注文をした際に、ペンタイプでしたつもりだったが、納品されたのがシリンジタイプで名前自体は間違っていないので、正しいものと思い込んでしまった。さらに問屋からの納品の際に、「TY」表示のものが2メーカーあることが発覚し、どちらが正しいかの確認のために、通常配達されず、その際にはすでに患者宅への約束の配達時間がせまっておイライラしてまったく確認することができなかった。	注射剤にはシリンジタイプ/ペンタイプ両方ある可能性があることを知らなかった。バーコードを利用したピッキングシステムを使用していたが、新規の薬で在庫がなかったため当日バーコード監査できなかった。問屋への電話注文の際に、薬品名は確認したが、剤形(シリンジタイプ/ペンタイプ等)については確認したかどうかあいまい。	新規医薬品等でバーコード監査システムが使えない場合は、そろった段階で再度監査にかけようにする。特に、取り寄せが翌日になった場合に、おろそかになる可能性があるため、その点も含めて監査できるようにする。 問屋への電話注文の際に、薬品名はもとより、間違いやすい部分(今回はシリンジタイプ?ペンタイプ?その他、普通錠 OD錠等)を、念を押して確認する。	エタネルセプトBS皮下注50mgペン1.0mL「TY」	エタネルセプトBS皮下注50mgシリンジ1.0mL「TY」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
360	一般名エチゾラムの処方された。後発品のEMECを継続的に服用されていたが、調剤時間違えてアメル製品を取ってしまった。鑑査でも気づくことが出来ず患者本人にわたってしまい。投次の来局時に「錠剤が小さかった」との患者さんの発現に過誤であると気が付いた。	違うメーカーを複数規格採用しているという知識が不足しており調剤監査とともに過誤に繋がったと思われる。監査時確認事項が十分に行われておらずメーカーの違いに気が付くことが出来なかった。投薬時ヒートが分かるように示したが患者さん本人も気が付くことが出来なかった。	メーカー名を含めた指差し呼称によるチェック手順の徹底をもう一度行います。違うメーカーを複数規格採用しているものを確認し注意します。	エチゾラム錠0.5mg「EMEC」	エチゾラム錠0.5mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
361	一般名処方エスタゾラム錠0.5mgに対して、エチゾラム錠0.5mg「SW」をピッキングするところ、隣のエスタゾラム錠1mg「アメル」を慌ててピッキングしてしまった。	投薬ピッキング両方をこなすため、慌てて、類似名数種規格がある場合、特に気を付けてピッキングしなければいけないところを、慢心で、怠ったため間違えてピッキングしてしまった。	類似名の薬の為、間隔をあけての配置に変更。規格類似名等特に注意のいる薬品は、マニュアルに沿った行動をすることを再確認する。今まで通り人の目を変えて2度確認して、投薬することの励行	エチゾラム錠0.5mg「SW」	エスタゾラム錠1mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
362	一般名処方エチゾラム0.25mg処方あるも0.5mgで調剤。監査者が投薬前に気づく。	当薬局ではエチゾラムについては0.5mgがほとんどの割合で処方されて、0.25mgがほとんど処方されない状態。その中で0.5mgで調剤を間違えてしまった。	投薬前のために患者様には被害なしだが、0.5と0.25mgではメーカーは異なるものを採用していたが、デザイン等も似ているので後発のエチゾラム0.25を取りやめ、先発のデバス0.25mgを採用した。	エチゾラム錠0.5mg「SW」	エチゾラム錠0.25mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
363	エチゾラム0.5mg3錠分3毎食後(90錠)渡すべきところを、エチゾラム1mg3錠分3毎食後(90錠)を渡してしまった。	入社間もない薬剤師で焦りを感じ、また当薬局の在庫を十分に把握できていないことで発生したリスクであると考ええる。	人員調製も必要だが複数薬剤師での監査を行い、規格に印をつけるなど意識づけを行った。	エチゾラム錠0.5mg「クニヒロ」	エチゾラム錠1mg「クニヒロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
364	採用薬品エチゾラム0.5「SW」だが、患者1名のみ「トーワ」使用。そのことに気付かず調剤してしまった。	薬歴の確認事項に色を付けて記載し注意を促す。	入力者、調剤者、監査者の連携をとること。また薬歴の確認事項に記入することでミスを防ぐ。	エチゾラム錠0.5mg「トーワ」	エチゾラム錠0.5mg「SW」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
365	エチゾラム1mgの処方のところ、エチゾラム0.5mgで調剤した	調剤補助機器を通すところ、慣れて機器を通さずに調剤した	調剤前に機器を手に持ち、確実に調剤補助機器を使用する	エチゾラム錠1mg「EMEC」	エチゾラム錠0.5mg「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
366	エチゾラム1mgを調剤すべきところ0.5mgでお渡しし、半月以上気づかず服用。朝起きられずだるさがあったので薬を確認したら規格違いだった。	普段、1日3回で0.5mgが良く処方されるので、1日3回エチゾラムと見て規格を流し見してしまったモノと思われる。	薬の名前、剤型、規格、数量の順に必ず再確認する。	エチゾラム錠1mg「SW」	エチゾラム錠0.5mg「SW」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
367	処方箋指示エディロール0.5μgのところ0.75μgカプセルをお渡しした。患者様より帰宅後電話があり患者宅に訪問し確認した。0.75μgカプセルの服用はない。訪問時0.75μgカプセルを回収し0.5μgカプセルをお渡しした。	エディロール0.75μgの処方箋が続き規格の確認が不十分であった。同患者様の処方薬で不足分がありその対応に気が取られていたことも過誤の要因となった。	複数の仕事を平行して行わず外来時は調剤、監査、投薬に集中し各工程の精度を上げる。	エディロールカプセル0.5μg	エディロールカプセル0.75μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
368	G E 調剤を誤って先発品で調剤。鑑査時に発覚。	外観が非常に似ており、思い込みにて先発品で調剤してしまった。	棚位置を分ける。注意喚起の記載。	エディロールカプセル0.5μg	エルデカルシトールカプセル0.5μg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
369	連休前の繁忙時間帯に、夫婦で来局。今までもらっていた薬局が閉局したからこちらの薬局へお二人も分の薬をもらいに来たとのこと。処方元が当薬局が普段から受けている医院ではなかった。お二人の薬は全て先発名で記載された処方箋だった。お二人の処方箋はいずれも、8種程度の薬が処方されており、一般的な処方内容だった。今回問題の薬は、当薬局では、同成分の薬は日常的に調剤しており、在庫も多数あったが、該当処方薬の規格は初めて取り扱う規格だった。該当薬を除く薬は頻出する規格であり、その薬も当薬局で出ているいつものものだと思います。気付いたきっかけは、いわゆるダブルチェックで、一旦時間を置いて、再度処方箋を見てビックキングされた薬を確認した際に調剤ミスに気付いた。	当薬局では、バックグラウンドとして、薬剤師数が少ないため、繁忙期のさらに繁忙時間帯は、通常の倍以上の患者に、お待たせしない為にも、いつもより早く薬を渡す必要がある。そのため、調剤、監査、服薬指導、いずれに関しても、普段より短い時間での判断を迫られてしまう。連休前等の繁忙期、さらに1日のうちの繁忙時間帯に、普段取り扱っていない処方元の処方箋を持ち込みがあり、お二人一緒で、品目数も比較的多く、繁忙時間帯の為、判断に要する時間が少ない中、規格が複数あること自体は知っていても、今まで取り扱ったことが無い規格だと、今回もいつもの規格だと思ってしまう。気付いたきっかけは、いわゆるダブルチェックで、一旦時間を置いて、再度処方箋を見てビックキングされた薬を確認した際に調剤ミスに気付いた。	薬剤師数を増やし、調剤、監査、服薬指導に、普段どおりの時間をかけても、患者へのお薬の提供が遅くならないような環境を整える。普段取り扱ったことの無い処方元の処方箋は、規格や剤形違い等に特に気をつける。過去、触れたことの無い薬も、他規格を覚えて、いつも通りとは限らないということを肝に据えて調剤をする。ダブルチェックを徹底、ただ2回見るのではなく、リセットして新たな気持ちで確認すること。	エディロールカプセル0.5μg	エディロールカプセル0.75μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
370	定期薬としてエディロールカプセル0.5μgを服用中の患者に薬を投薬。帰られてから薬を確認したところ、エディロールカプセル0.75μgが入っていたと言って、交換に来てくれました。	当薬局でのエディロールカプセルの投薬は95%以上0.75μgであり、確認不足によりビックキングに取り間違えて、監査もすり抜けてそのまま投薬してしまった。	今現在、エディロールカプセル0.5μgを服用中の患者名を書き出してエディロールカプセルの棚に貼るとともに、処方が出た場合にμgのところは赤丸をつけて、監査でももれの無いように気を付けることとしました。	エディロールカプセル0.5μg	エディロールカプセル0.75μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
371	【般】エルデカルシトール0.5μgで調剤するべきところ、【般】エルデカルシトール0.75μg→エディロール0.75μgでお渡ししてしまった。	薬局には【般】エルデカルシトールは0.75μgの1規格しかなかったため、他の0.5μgだとは気付けなかった。	処方箋をよく見る。	エディロールカプセル 0.5μg	エディロールカプセル 0.75μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
372	当薬局ではエディロールを0.75μmの2規格を採用。0.5μmを使用しているのは当該患者のみ。他はすべて0.75μm規格を服用している。一包化の調剤時に使用量の多い0.75μmを選び一包化、監査する薬剤師もシートの確認を怠ったために規格違いの薬剤を交付してしまった。	エディロールは球状の特徴があるものの、刻印や規格の印字がないため一包化後では確実に規格を見分けることができない。色に若干の違いはあるが、2規格を同時に見比べる必要がある。投薬口で交付するまでシートを一緒に保管し投薬しているが確認を怠り見逃してしまった。	0.5μm規格を使用しているのは当該患者のみであるため、薬歴のポップアップ機能を使用し注意喚起。薬棚のエディロール0.75μm0.5μm両者に当該患者の使用についてを強調して提示。	エディロールカプセル 0.5μg	エディロールカプセル 0.75μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
373	11/5、12/3、1/7と、間違えて0.75μgをお渡ししていたことを、2/4の投薬時に発見。0.5μgをお渡しする。	エディロールカプセルは、この方だけが0.5μgで、他は0.75μgであったため、思い込みがあり、しっかりと規格を確かめず、お出しした。	しっかりと規格を確認していたら防げたミス。規格の違う薬剤がある物はチェックをして確認。	エディロールカプセル 0.5μg	エディロールカプセル 0.75μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
374	薬剤のピッキングミスがあり薬棚に戻す際にエルデカルシトールサワイをエディロールの薬棚に戻されていたのを他の薬剤師が発見、過誤には至らず。	別に混雑時でもなくただの思い込みです。	薬を戻す時にも複数の薬剤師で確認して戻す様にする。	エディロールカプセル 0.5μg	エルデカルシトールカプセル0.75μg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
375	一般名処方にてエルデカルシトールカプセル0.5μgの処方あり。先発医薬品希望の患者に誤って後発品をお渡ししてしまった。	当薬局ではほとんどの患者が後発品希望であった	監査時に処方箋と調剤録の確認を徹底する	エディロールカプセル 0.5μg	エルデカルシトールカプセル0.5μg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
376	2020年9月某日在宅患者の処方箋が医療機関からFAXされた。処方箋にはエディロールカプセル0.5μg 1カプセル分1朝食後 26日分と記載されていたが、事務A(経験年数1年)が誤って、エディロールカプセル0.75μgと入力した。薬剤師Bは入力間違いに気づかず、監査システムを利用してピッキングを行い、エディロールカプセル0.75μgで一包化して監査に回した。	混雑した時間帯に処方箋がFAXされたため焦りがあった。ピッキング監査システムを利用して入力間違いがなかったためエラーとならず、処方箋と入力内容を確認しないうちに調剤した。薬剤師Bが、患者が過去にエディロールカプセル0.75μgを服用していた事を記憶しており、思い込みがあった。一包化だったため、ヒートから出されたエディロールカプセル0.5μgと0.75μgの外観が似ていた。	処方箋と入力内容が合致することを確認してから、ピッキング監査システムを利用して調剤することとした。一包化の設計図に注意喚起のマークを引いた。一包化調剤の際に使用した薬剤のヒートは監査まで残しておき、必ず確認してからの廃棄を徹底することとした。外観が類似する調剤棚のカセットに、注意喚起のメモを貼付した。	エディロールカプセル 0.5μg	エディロールカプセル 0.75μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	監査にあたった薬剤師Cが、処方薬のエディロールカプセル0.5μgではなくエディロールカプセル0.75μgで調剤されていることに気づき、入力した事務Aと調剤した薬剤師Bに間違いを伝えた。薬剤師Bはエディロールカプセル0.5μgを正しく調剤し、薬剤師Cが監査を行った。監査で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。						
377	患者さまのお電話にてエディロールカプセル0.75μgをエルデカルシトールカプセル0.75μg「サワイ」でお渡ししていたことが発覚。ご自宅にお伺いし、交換対応し、謝罪申し上げた。	処方集中時間帯で注意力散漫。	GE患者用の札を新調し、調剤カゴに入れておいてアイキャッチしやすくする。	エディロールカプセル 0.75μg	エルデカルシトールカ プセル0.75μg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
378	エディロールカプセル0.75μg 1錠朝食後 90日分と記載がある処方箋を受け付けた。後発医薬品エルデカルシトール0.75μg「サワイ」を90錠調剤するところ、エルデカルシトール錠0.75μg「サワイ」を86錠とエディロールカプセル0.75μgを4錠取り揃えた。監査時に気づきエルデカルシトール0.75μg「サワイ」90錠を交付した。	当該患者の調剤を行った時は繁忙な時間帯であった。PTPシートのデザインが類似していたため間違いに気付かなかった。	監査時の手順作業についてスタッフ全員で確認を行うこととする。	エディロールカプセル 0.75μg	エルデカルシトールカ プセル0.75μg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
379	エディロールカプセル0.75μgの処方があり、後発品の希望があったためエルデカルシトールカプセル0.75μgで調剤をした。しかし入力のエディロールになっており、鑑査者も後発品になっていることに気づかずそのまま交付した。	エディロールカプセルの後発品を在庫し始めたばかりだったので、スタッフ間でしっかりと後発品が存在することの認識がないものがあった。	後発品を在庫しているものに関しては当該品の先発品の棚に後発品がある旨がわかるように表示した。情報を共有するノートに新しく在庫した後発品に関しては記載しスタッフ間の情報共有を強化した。	エディロールカプセル0.75μg	エルデカルシトールカプセル0.75μg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
380	エディロールで入力されているところ、エルデカルシトールで調剤した。	繁忙期における焦りが原因かと思われる。	薬剤情報提供書で写真と照らし合わせるよう改善した。	エディロールカプセル0.75μg	エルデカルシトールカプセル0.75μg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
381	処方箋にエディロール0.75と記載のところ、思い込みと確認不足で、0.5をピックアップし、監査で間違いがわかった。	頻繫に使用される薬品に対しての思い込みで、処方箋の確認不足で、薬品を取り違えてしまった。	扱えなれた薬品でも、3度の見直しを行い、規格チェックしていく	エディロールカプセル0.75μg	エディロールカプセル0.5μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
382	エナジア高用量のところエナジア中用量をピックアップし、監査時に発見。	薬剤師の注意不足。薬剤の名前の後ろの漢字が1字だけしか違わないため間違いやすい。薬剤の箱の大きさはまったく同じで、色も似ているため間違いやすい。	隣同士に配置するのではなく、場所を変えて配置する。	エナジア吸入用カプセル高用量	エナジア吸入用カプセル中用量		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
383	エナジア吸入用カプセル中用量の処方だったが、調剤担当が高用量を調剤し、薬剤交付時確認を怠ったため高容量のものを渡してしまった	エナジアは中用量と高用量が在庫としてある事を周知徹底していなかった。両方在庫として置いてあったが、処方医からは『基本的に中用量を処方する』と聞いていたので、中用量を調剤するものと思ってしまう、確認を怠った。	エナジアは中用量と高用量が在庫としてあることを全員が認識する。調剤の際、監査の際共に用量の確認をしっかりとる	エナジア吸入用カプセル中用量	エナジア吸入用カプセル高用量		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
384	新規でエナジア吸入薬が処方された。普段は処方箋下に二次元バーコードが印刷されているが、当該処方では恐らく不具合にて印刷なし。交付前鑑査にて入力誤りを発見。	普段とは異なる処方せん状況であった。	二次元バーコードの有無によらず、規格数量等は指さし確認にて確実に入力・鑑査を行う。	エナジア吸入用カプセル中用量	エナジア吸入用カプセル高用量		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
385	エゼチミブ10mgを調剤する際に色だけで判断しエナラプリル5mgをピッキングしてしまった。鑑査の時に発見し患者さんには渡らなかったが鑑査を通してしまったら患者さんに検討被害である可能性のある事例です。	忙しい状況の中、慣れから商品名を良く見ないでピッキングしてしまった。	外見が似ているものはなるべく棚が隣り合わないよう離して設置した。	エナラプリルM錠5「EMEC」	エゼチミブ錠10mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
386	エナラプリルマレイン酸5mg>2.5mgへの減量指示を見逃して、5mgのまま入力・投薬してしまった。2時間後に気が付き、患者宅へ取り換えに伺った。	繁忙さに負けてDO処方であると思込み入力してしまった。ピッキングも入力画面を参考にしていて、間違えてしまった模様。	処方箋指示の確認の徹底。ピッキングと監査者を分けていく。	エナラプリルマレイン酸塩錠2.5mg「サワイ」	エナラプリルマレイン酸塩錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
387	エナラプリル2.5mgで処方のところ5mgで一包化。投薬後、在庫管理の際に発覚。	一包化を監査する前の段階でヒートの殻を廃棄してしまったこと、監査時に刻印チェックでスルーしてしまっていること。	特に一包化の場合はヒートを残しておいて監査を行う。監査時にはその作業に集中して行えるよう体制を整える。	エナラプリルマレイン酸塩錠2.5mg「サワイ」	エナラプリルマレイン酸塩錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
388	エナラプリルマレイン酸塩錠5mg0,5錠で処方されていたのでエナラプリルマレイン酸塩錠2,5mgで調剤しないといけないのにエナラプリルマレイン酸塩錠5mgで調剤して渡してしまった。	いつも来ていただく患者さんで急がれる方なので薬の確認がきちんとできてなかった。	薬を渡す時はまずは物を確認して、処方箋、薬袋で再確認をするようにする。	エナラプリルマレイン酸塩錠2.5mg「ファイザー」	エナラプリルマレイン酸塩錠5mg「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
389	一般名でファルプリル錠2.5mgが処方された、一包化の患者に自動分包機のカセットに誤ってイミダプリル錠2.5mgが充填されたためイミダプリル錠2.5mgが混入し調剤がされた。監査時に薬剤師が混入に気が付き患者には交付されずに事なきを得た。	ファルプリル、イミダプリルは名前が類似し、規格も2.5mg、5mgと重なるため、普段からとり間違えに十分注意をし、ファルプリルはカセットを使用、イミダプリルはカセットを使用しないことを薬局内で熟知していたが、日曜でもレギュラーで入っているメンバーではなかったため、気が付きにくかった。分包機カセットの充填時には必ず、単独で行わず2名以上で声出しと目視確認を行う手順になっていたが、十分に目視確認をしなかったため、誤って充填されたとおもわれる。	土曜、日曜などの休日の体制では必ず薬局内を熟知したメンバーを1人は入れるようシフトを見直した。目視確認のさいは必ずカセットに入れてある見本錠剤も見るようにした	エナラプリルマレイン酸塩錠2.5mg「杏林」	イミダプリル塩酸塩錠2.5mg「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
390	一般名処方でエナラプリルマレイン酸塩錠5mgの処方でイミダプリル塩酸塩錠5mgで調剤。	名称が似ているため取り間違えたものと考えられる。	当該薬局に在庫があり名称が似ているものについては全て把握する必要がある。リストアップをし注意喚起を行った。	エナラプリルマレイン酸塩錠5mg「Nik P」	イミダプリル塩酸塩錠5mg「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
391	患者さん来局。処方箋にはエバスチンOD5mgが処方。薬剤師Aは年齢的なものもあり、OD錠ではなく10mgの普通錠をピッキングし、薬剤師Bに監査依頼。薬剤師Bが監査で気づき発覚。	15歳という年齢からOD錠でなく普通錠を拾ってしまったのと、その時混んでいて偶然エバスチンの処方が続いたため、うっかりエバスチン10mgをピッキングしてしまったと考えられる。	忙しい時でも、2規格以上あるものは必ずmg数の所に○なりチェックを行うこと。日ごろから2規格以上あるもののリストが薬局内に掲示してあるので、日ごろから目を通すようにしておく。	エバスチンOD錠5mg「日医工」	エバスチン錠10mg「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
392	処方箋にはエバスチン錠10mgと記載あり。後発に変更する際に、焦りがあり、隣に置いてあったエバルレスタット錠を調剤してしまった。交付時に発覚し、交換を行った。	類似医薬品が、調剤棚に隣接して置いてあったことが間違いの原因であると推測される。調剤棚に配置する際は、類似名に気を配り、薬品を調剤する際に、後発名をしっかりと確認する必要がある。	調剤棚の見直しと配置の変更。引き出しには、薬品に先発の薬品名を記載した札を輪ゴムで止める工夫を行う。	エバスチン錠10mg「タカタ」	エバルレスタット錠50mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
393	エバデールS900のところイコサベント酸エチル粒状カプセル900mgでピッキングしてしまった。	慣れ、焦り	慣れていても毎回確認を怠らず、先発後発の間違えも気を付ける。	エバデールS900	イコサベント酸エチル粒状カプセル900mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
394	施設に入所している患者様へエバデールS900を渡すべきところ、S600を渡してしまった。施設の看護師さんがすぐ気づいてくれて、電話あり、すぐに交換にうかがいました。	施設なので、いつもの薬だというおごりによるミスでした。今後、同じことの無いように、規格に印するなど注意喚起をこれまで以上に徹底させます。	ダブル監査を普段からしていますが、再度、注意するようにします。	エバデールS900	エバデールS600		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
395	先発希望の患者様に後発品をお渡し。薬袋に入れた状態で投薬を行ったため、患者様帰宅後まで間違いに気づかず。後日患者様より指摘のご連絡を頂き、取り替え実施。	疑義照会や患者様の対応等、様々な作業が重なってしまい、焦りにより個々の注意力や確認能力が低下していた。数人の目を通したにも関わらず、間違った薬を患者様にお渡ししてしまった。	繁盛期においても調剤、鑑査、投薬を別々の薬剤師で行うことを徹底。いかなる状況においても、確認は複数人で行い、患者様に投薬カウンターにて薬を確認してもらうようにする。	エバデールS900	イコサベント酸エチル粒状カプセル900mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
396	整形外科定期受診。処方箋にエビスタ錠60mgあり。後発品希望のため、ラロキシフェン錠を調剤すべきところを薬剤師A(職種経験年数15年)がバゼドキシフェン錠20mgで調剤。鑑査した薬剤師Bも確認不足で薬剤の取違えに気付かず患者へ交付。同日午後、薬剤師Bが交付ミス进行し薬剤師Aへ報告。患者へ連絡、服薬開始していないことを確認しバゼドキシフェン錠を回収、ラロキシフェン錠を説明し交付した。	同じSERMのラロキシフェン錠60mgとバゼドキシフェン錠20mgは名称が似ていたため間違えた。また、処方箋が先発品エビスタ錠での記載だったため後発品変更で間違いを起こした。	調剤棚の当該医薬品所在にそれぞれ先発品名シールを貼っている所以对策は講じている。調剤時、鑑査時の確認を徹底した。	エビスタ錠60mg	バゼドキシフェン錠20mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
397	不注意	棚の位置を変えた	棚の位置を変えた	エビスタ錠60mg	エクア錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
398	エビナスチン塩酸塩錠10mgの処方だったがエビナスチン20mgの規格違いの薬を調剤。患者様にお渡しする前の鑑査時に別の薬剤師が気付いた。	成人によく処方される20mgだろうという思い込みによる調剤が原因だったと考えられる。	処方箋をしっかりと確認し規格までみてから調剤するよう心掛ける。	エビナスチン塩酸塩錠10mg「サワイ」	エビナスチン塩酸塩錠20mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
399	エビナスチン塩酸塩錠20mg 30錠のところエビナスチン塩酸塩錠10mg 30錠お渡ししてしまった。	薬剤師2人だけで忙しくて定時薬に対して鑑査ミスをしてしまった。	薬剤師全員に規格、名称、二重チェックをすること徹底される。	エビナスチン塩酸塩錠20mg「JG」	エビナスチン塩酸塩錠10mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
400	エビプロスタットDB錠が処方医の指示のもと2錠分2で処方されており、患者の了解を得て後発品であるエルサメットS配合錠に変更したが当該薬剤師が添付文書の含有量のエルサメット配合錠の欄を見て含有量が以前販売されていたエビプロスタット錠と同等と判断し4錠分2で交付してしまった。次回来局時に調剤過誤が発覚したが、患者本人は寒くなって血圧が上がった以外は変わった様子はないとのことだった	当該薬剤師は以前エビプロスタット錠とエルサメット錠を在庫する薬局に勤務しており、その時にエビプロスタット錠がDB錠に変更になり販売中止になった経緯が頭にあったためDB錠とエルサメットS配合錠の含有量に差があると思ひ添付文書を確認したとき、焦ってエルサメット配合錠の欄を参考に半量だと勘違いして変更・交付してしまった。	エビプロスタットDB錠とエルサメットS配合錠の含有量は同一であることを周知させた添付文書を確認するときは、規格まできちんと参照するよう心掛けるようにした	エビプロスタット配合錠DB	エルサメットS配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
401	エビリファイ内用液1mLがはじめて処方された。エビリファイ内用液分包装品3mLで調剤していたが、投薬時に監査者が規格間違いに気づいた。エビリファイ内用液は分包装品のmL数による入力の区別がなく、バーコード監査機も規格間違いを発見できない。	同成分のアリピプラゾール内用液「アメル」は3mL包と6mL包でそれぞれ別の医薬品登録が可能であるため、処方入力時、調剤時ともにミスが起こりにくい。リスパダール内用液も同様に、規格毎(分包装品毎)の商品登録がないため、改善が求められる。	リスパダール内用液やエビリファイ内用液では同様のミスが起こりやすいことをミーティングで注意喚起し共有した。棚での配置の距離を離すなど、調剤者がより注意しやすい状況をつくるように対策した。	エビリファイ内用液 0.1%	エビリファイ内用液 0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
402	エベリゾン テバ がでていた方へ、チザニジン テバ を出してしまいました。前回チザニジンが出ており、そのことを記憶していたこと、会社がテバと同じで薬効が同系統のため、完全に思い込みでチザニジンを出してしまいました。患者様が入院の際にそのまま薬を持参して、病院薬剤師の方が気づき連絡をいただきました。急いで病院に向かい、交換しました。幸い服用はしておりませんでした。	一人薬剤師のため、調剤監査を一人でを行っています。患者様とのコミュニケーションを大切にしているので、その方の処方歴も頭に入っていました。	患者様も薬の変更を知らないことがあるということを再度認識し、薬変更ないと言われても本当に変更がないかしっかり処方箋を確認する。毎日調剤をしていると慣れてしまうところがあるが、調剤と監査の間に少し時間をあけて2度チェックするようにする。	エベナルド錠50mg	チザニジン錠1mg 「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
403	エベリゾンの棚から薬をだしたら数錠カモスタット錠が入っていた 直前の調剤でカモスタットを棚から取り出して多くとりすぎたときに斜め上のエベリゾンの棚にPTPデザイン類似のために戻し間違えていた	金曜夜遅く一人薬剤師で注意力が低下していた	デザイン類似のエベリゾン錠の棚とカモスタット錠の棚はあえて離す配置に変更する	エベリゾン塩酸塩錠50mg「トール」	カモスタットメシル酸塩錠100mg「トール」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
404	一般名処方エベリゾン塩酸塩50mgで、エベリゾン塩酸塩錠50mg「トーワ」を調剤すべきところ、エパルレスタット錠50mg「トーワ」で調剤・交付してしまった。交付してから2日後に、薬局の現在庫とコンピュータ上の在庫の突合せてエベリゾン塩酸塩錠50mg「トーワ」の現在庫が多い事が発覚。該当患者へ連絡したところ、エパルレスタット錠50mg「トーワ」が渡っていたことが判明。患者様服用前だったため、エパルレスタットは全て回収し、謝罪の上改めてエベリゾン錠を交付した。	医薬品の名称が類似していること、どちらもメーカーが東和であったことから取り違えが起きたと考えられる。	医薬品の名称類似により、エベリゾンとエパルレスタットの取り違えが起きたことを薬局内に周知し、注意喚起を行う。薬剤を薬袋に入れる際、実物と写真を照らし合わせて確認しながら入れる。	エベリゾン塩酸塩錠50mg「トーワ」	エパルレスタット錠50mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
405	エベリゾン錠50mg「アメルの処方」を、在庫のある同日医工の製品で調剤した。入力はアメルであったが気が付かず交付した。	普段エベリゾン錠日医工を扱っていたためにエベリゾン錠であることだけ確認し、監査が疎かになった。	後発医薬品のときはメーカー名までしっかり確認する。	エベリゾン塩酸塩錠50mg「日医工」	エベリゾン塩酸塩錠50mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
406	今までエリキユース5mgを服用していた患者が今回2.5mgに減量されていたのに気が付かず調剤。	いつもの患者の薬なので前回と同じであると思ひ込み、処方箋の読み込み不足が生じた	処方箋内容の確認を調剤前と調剤後の2回行う	エリキユース2.5mg	エリキユース5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
407	エリキユース2.5mgを調剤する際に、棚にエナブラリルM錠2.5が混入していた。調剤時に気づいて、在庫を確認。在庫のずれはなかったため、他の人に渡してしまったとかはない。	充填する際にピッキングシステムを使用せずに入れてしまっている可能性がある	ピッキングシステムの100%実施を再度徹底	エリキユース錠2.5mg	エナブラリルM錠2.5「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
408	エリキユース2.5mgを調剤するところ、エフィエント錠3.75mgを調剤してしまった	効能、名前、規格が似ているためカセッターの配置が近かったため	薬をはなして配置し、取り間違いのないように工夫する	エリキユース錠2.5mg	エフィエント錠3.75mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
409	頭ではエリキユースと思ひながらも、同規格の近くの棚にあるエナブラリルを集薬した様子	同じエで始まる薬で近くに棚があったため取り違えの原因となった	たなの間をあけて付箋等で注意喚起する	エリキユース錠2.5mg	エナブラリルマレイン酸塩錠2.5mg「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
410	規格の間違いで患者に、お渡し 後日、気づき連絡。幸いまだ服用しておらず、交換に伺う。エリキウス錠 5 2錠 分2 朝、夕食後 60日分 計120錠 を エリキウス錠 2.5 120錠で出してしまった。	急いで調剤となれで そのまま出してしまった。	必ず 数人が目を通す様にする。他の人も、目配り出来る 余裕も持つ様にする。	エリキウス錠5mg	エリキウス錠2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
411	他の患者にエリスロシン200が処方された際に欠品したと、在庫担当より報告あり精査すると、エリスロシン100とエリスロシン200の在庫がちょうど同じ数ずれていたエリスロシン100が処方されていた患者に電話連絡エリスロシン200で調剤、交付され、すでに数日服用されていた体調で特に気になることはないとのこと医師に報告し、患者に体調変化がないので特に受診や検査は不要と指示をいただき正しい規格の薬と交換し、謝罪した	知識不足、確認不足新人が鑑査しており、エリスロシンに複数規格があるということを知らなかった規格の確認を怠った	薬品名の規格に○をつけ、確認を行う薬袋に載っている写真との照らし合わせを行う	エリスロシン錠100mg	エリスロシン錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
412	前回エリスロマイシン200mgの処方が出されたが沢井薬品の供給不足のため薬剤がなくて疑義照会したがエリスロマイシン200mgでの調剤を命じられた。他の薬局で譲渡してもらい調剤した。今回はエリスロシン200mgの処方を受けたがエリスロマイシン200mgと名前が似てるので前回と同じ処方と勘違いしてレセコンで印刷までしてしまった。患者への説明前に気が付いてエリスロシン200mgに差し替えた。	背景は昼時で繁忙前回のエリスロマイシン200mgの調達に非常に苦労した要因は、処方せんの薬剤名が似てるのでレセコン入力時に気付かなかった。	前回の処方箋に依存せずしっかりと処方箋の薬剤の名前を見落とさないように似た名前の薬剤をピックアップして確認するのが改善につながると思います。	エリスロシン錠200mg	エリスロマイシン錠200mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
413	エリスロシン錠で処方あり。エリスロシンとエリスロマイシン錠「サワイ」が同一のものと思ひ疑義照会せずに変更して調剤。エリスロシンの一般名がエリスロマイシステアリン酸塩ということと代替調剤不可のことを鑑査者が知識不足の為、理解していなかった。	一緒に勤務していた他の薬剤師に相談せず自己判断でエリスロシン→エリスロマイシン「サワイ」に変更してそれが正しいものと思ひ込んで、処方監査、統合鑑査を同じ薬剤師が行ったことが原因。報連相がきちんとできていないこと、疑問点を解消しなかったことも原因と考えられる。	処方監査時に疑問点が発生した場合は自己判断で解決せず、他の薬剤師や上司に確認してから調剤を行う。お薬手帳などもきちんと参照してから調剤を行う。	エリスロシン錠200mg	エリスロマイシン錠200mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
414	エリスロマイシン200mgの処方に対してエリスロシンと入力したところから始まり、入力監査・ピッキング・薬剤鑑査に至るすべてで抜けてしまっていた。投薬時に処方箋を確認しながらエリスロマイシンではないことに気づき、急いで変更して患者様に交付。	普段からエリスロマイシンが頻繁に出る病院ではあり、間違いやすい薬ではあるが、ある程度慣れていて本来であれば気付くところを見落としてしまい、今回初めて起きてしまった事例。近隣の薬局が潰れてしまったため、処方箋枚数が伸びていて、全体に疲れてしまい注意力が散漫になっているのも1つの原因として考えられる。	処方入力した後の入力監査・処方箋と出てきた調剤指示書との照らし合わせによる1文字チェック・ピッキングの際は処方箋と照らし合わせの調剤・最終鑑査は再度調剤指示書と処方箋を確認した後に処方箋による監査・投薬時には処方箋と照らし合わせての投薬を行う。以上のことを忙しい時でも徹底して今後の調剤にあたっていく。	エリスロマイシン錠200mg「サワイ」	エリスロシン錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
415	一般名エリスロマイシン(200mg)と記載された処方をエリスロシン錠200mg(一般名エリスロマイシステアリン酸塩)で調剤した。	一般名エリスロマイシンに該当する薬剤の先発品は販売中止となっており、現在エリスロマイシン錠200mg「サワイ」のみ該当する。エリスロマイシンは側鎖名の違いで調剤すべき医薬品が異なる。	一般名処方薬をレセコンに入力する際の注意点の確認、および知識の共有。	エリスロマイシン錠200mg「サワイ」	エリスロシン錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
416	【般】エリスロマイシン錠200mgの処方に対して、【般】エリスロマイシステアリン酸塩錠200mgであるエリスロシン錠200mgを調剤した。	エリスロマイシン錠に2種類の一般名が存在していることを知らなかった。レセコン入力時にチェックがあったが、統一取載品と思ひ込んでしまった。	レセコンの一般名から商品名へのチェック機能を無視しない。一般名処方については、商品名と塩・水和物まで付け合わせて確認する。	エリスロマイシン錠200mg「サワイ」	エリスロシン錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
417	エリスロマイシン(200)サワイが処方されているところ、エリスロシン(200)をピッキング。監査の際に違いに気付いた。	エリスロマイシン200「サワイ」とエリスロシン200の適応症が一部違うなどを知らずに、勘違いして、思い込みによりピッキングしてしまった。知識不足、確認不足が原因である。	一人調剤は行わず、しっかりと2名以上の薬剤師による調剤・監査を実施していく。また、知識の補充を行うように日々の勉強を勤しむ。	エリスロマイシン錠200mg「サワイ」	エリスロシン錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
418	エルカルチン内用液10% 1mL/日で処方されていたが、当店在庫がエルカルチン内用液分包5mLのみであったため、開封して調製しようと考えた。成分や添加物に違いがなかったため開封は問題ないと考えたが、念のためメーカーに開封可能か確認したところ、バラ品(100mL瓶)と分包品は薬価が違うため別物と考えてほしいとの回答だった。	エルカルチン内用液の100mL瓶製品と分包品は同じ中身であったため、同製品と考えて調製可能と判断してしまった。薬価が違うため請求上の問題も考えられるため、処方箋に分包の記載がない場合はその通りに調製が必要であった。	分包品も開封できるものとできないものがあり、調製が初めての薬品の場合は疑問があれば病院や製薬メーカーに確認が必要と周知した。	エルカルチンFF内用液10%	エルカルチンFF内用液10%分包5mL		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
419	バラ品の処方名であったが、分包品を調剤した。最初は気が付かなかったが、規格値外であることに気が付き、疑義し、分包品に変更してもらった。	日頃あまり処方されていない薬であることと、名称が似ていることから間違えた。	規格等類似品があることを従業員でよく認識するようにする	エルカルチンFF内用液10%分包5mL	エルカルチンFF内用液10%分包10mL		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
420	【般】オオウメガシソウエキス0.5g・ハコヤナギエキス等配合錠と一般名処方。この薬剤の先発品は存在せず、後発品のエルサメット配合錠またはエビカルス錠を選択しなければいけなかった。当薬局には在庫しておらず、成分が2倍のオオウメガシソウエキス1mg・ハコヤナギエキス等配合錠であるエビプロスタット配合錠DBのみ在庫していた。その為に、先入感でエビプロスタット配合錠DBで調剤してしまった。調剤、監査でも気が付かず、薬剤交付時に発見できた。	○以前はエビプロスタット錠があったが販売中止になり、2倍量のエビプロスタットDB錠が販売されるようになった。しかし、ジェネリックは両方の剤型が存在する。○一般名処方された場合 【般】オオウメガシソウエキス0.5g・ハコヤナギエキス等配合錠となり非常に見にくい 改善策はメーカーを指導いただき、ジェネリックの低用量の販売を中止する。病医院の一般名処方ではなく、製品名処方をお願いする。薬局としては、容量をキチンとみる。	【般】オオウメガシソウエキス・ハコヤナギエキス等配合錠は、先発はエビプロスタットDB錠のみだが、ジェネリックは低用量と高容量の薬剤がある事を自覚、認識する。調剤時、監査時の容量チェックを厳しくする。	エルサメット配合錠	エビプロスタットDB錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
421	11.25処方箋調剤時、前回の10.28調剤メモに規格転記ミス発見。原因追及するとジェネリックのエルデカルシトールへの切り替えて記載を誤って記入したことが判明。一包化分包機記録からは正誤どちらでお渡ししたか確認できない薬剤であったため、お渡し先へ訪問し誤調剤を確認し誤薬回収。正薬に取り替えた。	思い込んで誤った規格を記載してしまった。	調剤メモ作成時は規格の記入をやめ処方の方で確認する。一包化の際は空ヒートを確認する。また一包化のヒートの一部を次回まで残し、確認を容易にする。再度処方箋に記載された規格と調剤した規格が同じか確認する。監査時、薬袋・薬情の薬品名も確認する。	エルデカルシトールカプセル0.5μg	エルデカルシトール0.75μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
422	処方箋を持って来局。処方内容には【エルデカルシトール0.5μg 1C 分1朝食後 6日分 と記載されていた。誤って規格違いであるエルデカルシトールカプセル0.75μgで調製されていたのを、薬剤師A(職種経験年数4年)が気付かずに交付した。その後、薬剤師Bが処方内容を確認した際に、誤りが発覚。直ちに、誤って調製した薬剤と正しい薬剤の交換に伺った。	エルデカルシトール0.5μgとエルデカルシトールカプセル0.75μgの規格が異なっていることに気付かなかった。店内が通常より忙しく、確認が疎かであった。	ピッキング後、鑑査に回す前に処方内容の確認を行う。鑑査の際に、調製した薬剤と処方箋の内容を確認する時に、薬剤名だけでなく規格に確認を徹底する。	エルデカルシトールカプセル0.5μg「サワイ」	エルデカルシトールカプセル0.75μg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
423	エルデカルシトール0.5μg処方のところ、0.75μgで交付してしまい、翌日在庫確認をしていたところ、在庫数が合わないことにピッキングした事務員が気づき薬剤師に確認、発覚。患者さんに電話連絡し、まだ服用されていないとのことで自宅へ薬剤交換に行き謝罪しました	エルデカルシトール錠0.75μgの処方ほとんどであるため、ピッキング時に誤り、監査時も思い込みでそのままスルーしてしまった	思い込みをなくし、処方箋を規格までしっかり確認する	エルデカルシトールカプセル0.5μg「サワイ」	エルデカルシトールカプセル0.75μg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
424	エルディカルシトール0.5μg処方のところ、分包機のカセットのある0.75μgで入力に自動時に一包化、監査時に色での識別が出来ていなく、ミスして調剤してしまう。	0.5μgはカセットがなく0.75μgはカセットがあるため、しっかり処方せんと分包機の入力を確認が出来ていなく、スルーしてしまった。	分包した際のカプセルの色とPTPシートを必ず確認するように徹底	エルデカルシトールカプセル0.5μg「サワイ」	エルデカルシトールカプセル0.75μg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
425	エルデカルシトール0.5μgの処方あり。通常通りの手順で0.5μgの箱より計数調剤を行ったが、鑑査時に0.75μgのシートが混ざっていることが判明。鑑査の段階で気付き、取り換えた。	エルデカルシトール0.5μg箱に0.75μgのシートが1シート混入していた。計数調剤時に気付かず、そのまま調剤を行った。	1度箱や棚から取り出した薬剤をもとの位置に戻す際のダブルチェックの徹底。多規格ある薬剤は、保管場所を離しておく等の工夫、注意喚起の札の設置。計数調剤時にはすべてのシートで薬剤名を確認することの徹底。	エルデカルシトールカプセル0.5μg「サワイ」	エルデカルシトールカプセル0.75μg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
426	頻繁に処方される薬の規格であると思いついて入力した。	QRコードの読み取りシステムを導入しているが、手で入力したほうが早いとのことで入力し規格を間違えた。	QRコード読み取り機器を必ず使用する。	エルデカルシトールカプセル0.5μg「日医工」	エルデカルシトールカプセル0.75μg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
427	一般名処方後発品調剤するところ先発品で調剤してしまった。	以前は先発品での調剤だった為、慣れで調剤してしまった。	個人でもダブルチェックを徹底する。	エルデカルシトールカプセル0.75μg「サワイ」	エディロールカプセル0.75μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
428	9/1よりエディロールカプセルをGE変更し、当該患者様の一包化で初めて開封し使用。規格間違いで発注、検品時の確認漏れのまま調剤に使用。当店で0.75μgの規格しか取り扱ったことがなく、識別コードがなく、透・不透明の軟カプセルでの区別となり監査時に見落としがあった。空シートの確認はしたが、初めて見る薬品で0.5μg扱うことがないため0.75μgとの思い込みがあった。	調剤監査システムKEYENCEで新規GE品のマスタ登録がされていない旨のメッセージがあったが、強制的に対象外品目として扱ってしまい、規格間違いに気が付けなかった。	新規採用品の発注は、成分名・規格・屋号を確認し、データ送信前に発注者以外の者がチェックする。納品、検品時も成分名・規格・屋号を指差し声出しにて確認する。新規採用品やGE変更品は入庫処理し、マスタ登録確認後に調剤に使用する。使用開始日の朝礼時にスタッフ全員に申し送りを徹底。	エルデカルシトールカプセル0.75μg「サワイ」	エルデカルシトールカプセル0.5μg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
429	前回までエディロールで調剤されていたが、今回より後発品希望あり、エルデカルシトールでお渡し。その際に前回のままエディロールで入力をして会計した。	新規採用になった後発品などはしばらく付箋などを付けて、調剤、入力に注意する。	新しく後発品が発売、採用された薬品について、患者さんの希望確認した際には薬歴に記載する。	エルデカルシトールカプセル0.75μg「サワイ」	エディロールカプセル0.75μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
430	処方箋を預けて一旦家に戻った患者が来局。監査済みの所に置いてあった薬を、数を確認してお渡ししたが、後発品希望の患者に、先発品をお渡ししてしまった。	1人で店番をしている時に、自分が関わっていない処方の患者が戻られて、用意されている薬の位置から、既に他の薬剤師が確認した後と思いきみ数は確認したが、色彩の似たヒートまで詳しく確認しなかった。	監査済みの場所に置いてあっても、印が押されていない場合、監査をしていない可能性があるのので、数だけでなくヒートの色や形状も良く確認する。	エルデカルシトールカプセル0.75μg「サワイ」	エディロールカプセル0.75μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
431	GE薬希望の患者様に一般名処方でエルデカルシトールカプセル0.75μgが処方されており、エルデカルシトールカプセル0.75μg「サワイ」をピックアップするところ、先発薬であるエディロールカプセル0.75μgをピックアップしてしまった。	繁忙な時間帯であり慌ててしまった為、取り違いを起こしてしまった。	GE薬希望の患者様をピックアップする際、GE薬の名称を正確に赤字で処方箋コピーに記載した上でピックアップし、その後ピックアップ者自身が誤りがないか再度確認する。	エルデカルシトールカプセル0.75μg「サワイ」	エディロールカプセル0.75μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
432	エルデカルシトール0.75μg「サワイ」の薬棚にエディロール0.75μgが補充されており、ピッキング時に誤って先発のエディロールを取ってしまった。	薬棚補充時に単独で補充。	薬棚への補充時は2人でチェックする。	エルデカルシトールカプセル0.75μg「サワイ」	エディロールカプセル0.75μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
433	エルデカルシトールカプセル0.75μgが処方されていたが、エルデカルシトールカプセル0.5μgを調剤してしまった。交付前に薬袋を確認している際に間違いに気づいた。	忙しい時間帯で、処方箋を監査したのち、一度に薬剤をピッキングしてしまったため、このようなミスが生じたと考えられる。	処方箋とピッキングした薬剤の確認を一剤ごとに行うように徹底する。	エルデカルシトールカプセル0.75μg「サワイ」	エルデカルシトールカプセル0.5μg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
434	【般】エルデカルシトール0.75mg、56日分処方。後発希望の患者。ピッキング時にエディロール0.75mg36錠、エルデカルシトール0.75mg「日医工」を20錠ピッキング。監査時に間違いに気付く。	エルデカルシトール0.75mg「日医工」の薬剤カセットにエディロール0.75gが紛れており、間違えてピッキング。先発品とGEでシートの外観が似ている、薬剤カセットが前後にあるため間違いやすい。ピッキング時の薬剤を手にとったあとの、処方確認が不足していた。薬剤入庫時の名称確認が不足していた。	ピッキング時の薬剤を手にとったあとの、処方箋との照らし合わせで一部ではなく全体を確認するようにする。納品時にカセットと薬剤実物の名前を再度確認してから行う。複数にの目で確認して行う。外観類似のものは注意喚起の表示をつける。	エルデカルシトールカプセル0.75μg「日医工」	エディロールカプセル0.75μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
435	エディロールカプセルのジェネリック発売の際の規格の登録入力間違い。(0.75μgを0.5μgで登録していた。)間違いに気づかず投薬していた。同薬の二人目の投薬の際に気づいて訂正を行い、入力間違いのあった一人目の患者様に連絡を取り規格の入力間違いがあったこと、薬剤は処方通り間違いのないことを伝える。	早くジェネリックを患者様に提供しようと思い、薬剤の登録入力の確認を十分にできていなかった。	商品入荷後に十分な時間をかけて正しく登録入力できているかを行ってから提供していきたいと思います。	エルデカルシトールカプセル0.75μg「日医工」	エルデカルシトールカプセル0.5μg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
436	エルネオバNF1号1000mlが処方されたがエルネオバNF2号1000mlを交付した。不足していた為翌日に発注したが、交付したと思われた1号1000mlが発注されておらず2号1000mlが届けられたため間違いに気づいた。	エルネオバ2号が処方されている患者がいたため、慣れで2号を調剤し、調剤と鑑査を一人で行った。医師のコメントで麻薬の至急配達と記載されていた為焦りがあった。	エルネオバに処方されている患者の名前を記載する。	エルネオバNF1号輸液	エルネオバNF2号輸液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
437	患者は居宅療養管理指導対象であり、10月19日にエルネオパ2号1000mlを調剤すべきところ、誤ってエルネオパ1号1000mlで調剤、与薬。10月21日訪問時、残薬確認の際に調剤エラーが発覚した。	調剤時、調剤印押印時の確認を怠った。また、バーコード認証システム(F-WAVE)の未使用が判明した。調剤が完了する前に他の業務に移ってしまいF-WAVEを使用し忘れた可能性がある。輸液調剤時にF-WAVEが使用できない環境である。監査者は輸液が揃う前に内服薬のみ先に調剤、その後時間が経ってから輸液の監査をした。輸液関連に詳しい薬剤師が調剤したことで大丈夫だろうと思い込み、注意が散漫した。また、用量の異なる製剤があるため1000ml製剤の確認にのみ注意が向いてしまい、規格の確認が漏れてしまった。	薬品の在庫場所全てにおいて(2階、3階含む)F-WAVEが使用できるようにし、在宅担当用にF-WAVEを設置する。さらに、支援票がなくても処方データを読み込むことができるようになると使用漏れを防げると考える。	エルネオパNF2号輸液	エルネオパNF1号輸液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
438	R2.7.10 はじめてエンクラッセが処方されたが、一般名処方で「ウメクリジニウム臭化物62.5μgエリプタ30吸入」と記載されており、当薬局には在庫がなく、通常処方されているアノーロ「ウメクリジニウム臭化物・ピランテロールトリフェニル酢酸塩吸入用30吸入用」と間違えて入力。ピッキングもアノーロと間違え、監査も投薬者も気づかなかった。8月以降もエンクラッセが一般名で処方されたが、誰も気づかずアノーロで調剤。12/3にツロブテロールテープが追加されたために問い合わせたことで、ミスが発覚した。	一般名処方ウメクリジニウムだけを見てアノーロと思いこんだ。一般名処方の記載のされ方が統一されておらず、わかりづらかったエンクラッセを在庫していなかったため、ほかの薬であるという発想がなかった。入力を信じてアノーロをピッキング、監査してしまった。初回の処方信じて、2回目以降はD o処方と思いこんだ。	吸入の一般名処方分がわりづらく、普段からピッキング・入力ミスが目立つ。最初から最後まで記載内容をよく確認する。吸入の在庫置き場に、一般名処方の記載通りに名称を書いておき、ピッキング時に確認する入りに頼らず、必ず自分で確認する	エンクラッセ62.5μgエリプタ30吸入用	アノーロエリプタ30吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
439	新規エンシュアリッドの在宅患者で家族の人が処方せんを持ち込んだ。今までは別の薬局でエンシュアリッドの調剤をしてもらっていた。手書きの処方箋でエンシュアリッド毎食後で各1缶ずつの記載があり調剤を実施した。患者さんに投薬の際にエンシュアリッドを投薬しようとしたところ、家族の人からカロリー数を上げるのでエンシュアHではないかと指摘があった。医師に疑義照会をしたところエンシュアHの記載違いであることが判明した。再度処方せんをエンシュアHに訂正して患者さんに調剤をした	手書きの処方箋の場合には医師の記載ミスがあった。処方せんの受け取り時に類似薬品がある場合には患者さんと相互確認する意った。	新規の患者さんの場合には処方せん受け取りから鑑査の際にも患者さんと一緒に処方せんの確認する必要がある。	エンシュア・H	エンシュア・リキッド		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
440	エンシュア・Hで調剤しなければならぬところ、エンシュア・リキッドで調剤した。鑑査前に自己監査で気づき、正しいものを取り揃えた。	用法について疑義照会を行った後、そのまま調剤を行い、患者様を待たせていることもあって、少し精神的焦りがあった。当店ではエンシュア・リキッドの方が調剤することが多いため、慣れからそちらを調剤してしまった。またエンシュア・Hとリキッドは共に近くに置いていたため、誤った調剤を行ったと思われる。	必ず、処方箋と薬を照らし合わせ調剤を行い、自己監査も徹底づける。酷似した薬は近くに置かない、また注意喚起の張り紙を掲示する。	エンシュア・H	エンシュア・リキッド		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
441	エンシュアHのパニラ3缶とコーヒー4缶を準備すべきところ、パニラ4缶、コーヒー3缶で調剤してしまった。監査時に数量がおかしいのに気づく。	同じエンシュアHであり、どちらが何缶か、思い込みでしてしまった可能性がある。	処方箋をよく見て、どちらが何缶かよく確認して調剤する。	エンシュア・H	エンシュア・H		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
442	処方箋FAXが事前にきたがエンシュアHが記載されている処方箋のみFAXが届かなかったためその時間働いていた薬剤師が患者に電話で問い合わせ、エンシュアが処方されていると電話にて確認し患者来局前にエンシュアをご用意。患者来局時に別の薬剤師が処方箋原本の確認を怠ってしまいエンシュアリキッドをお渡し。事務員が再度原本と入力確認の際にエンシュアHが処方されていると発覚し即患者に電話で謝罪しエンシュアHをお渡しした。	処方箋FAX内容と処方箋原本の照合ミス。薬剤師間の伝達ミス。電話による薬剤師確認が甘かった。	処方箋FAX内容と処方箋原本の照合は必ず投薬前に行う。薬剤師間で状況をしっかり共有すべく後日取りに来る患者のお薬にはメモ書きをつける。電話にて薬剤師内容等確認する場合は詳細も聞き逃さないようにする。	エンシュア・H	エンシュア・リキッド		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
443	いつも定期で来られている患者。今回よりエンシュアHからエンシュアリキッドに処方変更あったが、気付かずエンシュアHで処方。事務員が調剤録の確認をしたところ、処方間違いに気づく。すぐに患者に電話にて連絡したところ、体重増加のため今回からエンシュアリキッドに処方変更がされていたことが分かった。患者はまだ服用していなかったため、正しいものと交換した。	いつも来られている患者だったため、完全に思い込みでエンシュアHであると思ってしまった。また、血圧の薬が追加となっていたため、そちらに気を取られ、確認を怠ってしまった。また、知識不足(エンシュアHとエンシュアリキッドの違い等)も原因の一つであったと考えられる。	同処方が続いている患者についても監査を徹底する。	エンシュア・リキッド	エンシュア・H		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
444	エンシュアリキッドが処方されていたが、エンシュアHを在宅患者にもっていき、手渡す際に気づき持ち帰った。	エンシュアリキッドとエンシュアHの見目が似ており、保管が所が隣であったことが原因により、薬剤師が間違えてしまったと考えられる。	エンシュアリキッドとエンシュアHの保管を変更し、わかりやすいように名前名札もつけた。またダブルチェックするようになった。	エンシュア・リキッド	エンシュア・H		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
445	一般名処方で経腸成分栄養剤(2-1)液と記載されてきたが、入力する際に、候補でいくつかあった内の、(9-2)は明らかに違うのでそれは選択しなかったが、頭と同じ(2-2)の方を選択してしまった。鑑査の際に入力をチェックをしている時にミスがあることに気が付いて、入力しなおして事なきを得た。見逃したままならエンシュアキッドを出すところを、エンシュアHiを出してしまうところだった。	一般名処方が出るようになってから、製品名ではなく、一文字違いの処方せんが出回るようになった。一文字たりとも見逃さず確認することが重要になった。	(9-2)や(2-1)(2-2)の所に確認したという意味で、鉛筆で丸で囲むしるしを付けるようにした。	エンシュアキッド	エンシュアHi		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
446	ペンとシリンジの読み間違い	慣れ	監査の徹底	エンブレル皮下注50mgペン1.0mL	エンブレル皮下注50mgシリンジ1.0mL		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
447	事前にFaxにて処方箋受診有。エンブレル皮下注を普段よりシリンジで使用しており、痛みがあるとの事でDrと相談したところペンに剤型変更となった。入力～投薬の際、変わっていることに気付かず、そのままお渡しした。	規格などには注意していたが、継続してシリンジで処方されており、変更されていることに気付くにくかった。	声出し・指さし確認実施する。	エンブレル皮下注50mgペン1.0mL	エンブレル皮下注50mgシリンジ1.0mL		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
448	ヒューマンエラーと判断するエンブレル皮下注50mgシリンジエンブレル皮下注50mgペン シリンジとペンの発注ミスです。	担当薬剤師の経験不足、確認不足	基本的なルール、マニュアルの遵守を通達!	エンブレル皮下注50mgペン1.0mL	エンブレル皮下注50mgシリンジ1.0mL		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
449	エンベシドクリームをピッキングすべきところ、ゼフナートクリームをピッキング。鑑査を行った別の薬剤師が間違いに気づいた。	当薬局ではどちらも処方があり、外観が青色で似ている為、思い込みによって今回の間違いを起こしたと考えられる。	思い込みによる取り違えを防止するために、今一度調剤時の基本的な手順を見つめなおす。	エンベシドクリーム1%	ゼフナートクリーム2%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
450	初来局の患者で以前から他薬局でエンレスト100mg錠2錠を飲んでいました。新薬のため当該薬局には50mg錠のみの在庫でした。薬剤師Aは50mg錠4錠で調剤。鑑査者Bは新薬のためインタビューフォーム・添付文書を熟読して「100mg以上の用量を投与する際には50mg錠を使用しない」との記載を発見し、患者には100mg錠2錠で投薬。	薬剤師Aは1日量を合わせ調剤しましたが、50mg錠と100mg錠では「生物学的同等性がないため」とありました。同一薬でも使えないケースがあることを周知します。	繁忙時間でもイレギュラーの中でも、新薬を扱う時には特にインタビューフォーム・添付文書など熟読する必要があります。患者を多少待たせてでも不明点などは確認してから投薬することにしました。	エンレスト錠100mg	エンレスト錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
451	内服、外用ともに処方薬剤の多い施設入所患者さんの処方せん。オイラックスHクリーム30gが処方、前回にも処方歴ありだったが、処方監査者、調剤者ともによく処方されるオイラックスクリーム10g入り3本と判断し調剤、監査者も処方薬剤の多さからそのまま薬袋に入れてお届け。本来はオイラックスHクリーム5g入り6本であった。お届けした施設看護師より指摘があり判明。	内服薬の一包化等、薬剤監査が多かったこともあるが、薬剤情報提供書および薬袋に名称や写真があるのに、確認を怠り、また前回にも同じ処方があったのに確認を怠ったことが原因。なお、外来患者業務も行いながらの作業であった。	当然のことではあるが、薬歴、薬袋、薬剤情報提供書等の確認を取りながら監査する。	オイラックスHクリーム	オイラックスクリーム10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
452	新規処方で、オイラックスクリームが処方されていたが、オイラックスHクリームをお渡ししてしまった。患者本人は気付いていないが、その後の在庫チェックで、ミスに気づき、患者宅へ連絡。取り換えとなった。	通常はオイラックスHの方が多く処方されていたので、通常と同じように判断ミスをしてしまった。	監査時にしっかりと確認する。	オイラックスクリーム10%	オイラックスHクリーム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
453	処方は安中散だったところ、猪苓湯を渡ししてしまった。帰宅され、服用する前に気づかれ電話があり、薬を変えています。	2つの漢方薬を並べて保管しており、調剤の間違えと、患者様との話をしながらの投薬で確認を怠った。	保管場所の変更。投薬の時の確認の徹底。	オースギ安中散エキスG	オースギ猪苓湯エキスG		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
454	オースギ十全大補湯 7.5g 3×処方 在庫なかったため、「オースギ十全大補湯 1包2.5g」を発注したところ、オースギが製造にかかわっている「ジュンコウ十全大補湯」が納品される。 オースギ十全大補湯は一包4gのため疑義したところ、処方ミスと判明。	漢方が各メーカーによって含有成分・含有量など変わることA処方ミスの恐れがあること 上記の確認ができなかった。	上記確認	オースギ十全大補湯エキスG	ジュンコウ十全大補湯 F Cエキス細粒医療用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
455	オースギ大黃甘草湯をオースギ麻子仁丸の箱にしまった。	確認不足。	確認を徹底する。	オースギ大黃甘草湯エキスT錠	オースギ麻子仁丸料エキスG		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
456	オースギ麻子仁丸126包が処方。 オースギ麻子仁丸1箱とすぐ隣りに並べてあったオースギ酸棗仁湯エキスGを間違えて1箱を取り、合わせて126包を準備した。この方はご夫婦で薬局されて二人で16種類の薬が42日分処方。一人薬剤師だったので数だけはしっかり数えて投薬台に16種類の薬を並べて交付してしまった。当薬局では漢方薬には各々在庫管理表がついていて、薬を出すたびに数合わせをするシステムをとっている。 交付したときにオースギ麻子仁丸を取ったときにもう一枚在庫管理表があったことを思い出して、すぐに確認したらもう一枚の在庫管理表はオースギ酸棗仁湯だったことがわかり、まだ薬局内にいらした患者様から薬をいただいてすぐ直すことが出来た。	当薬局はツムラの漢方薬が多数あり、ほとんど「ツムラ」の処方が多い。「オースギ」はごくたまにしか出ない。オースギ麻子仁丸とオースギ酸棗仁湯は入っている箱が薬の名前以外は大きさも同じ、箱の感じもそっくりで、しかも在庫の数もぎりぎりだったので、うっかり隣に置いてあるオースギ酸棗仁湯を取ってしまった。いつもは患者様が一人のことが多いが、この時は急に患者さんが複数いらして、処方数も多く焦る気持ちもあったと思われる。	改善策：二つの漢方薬は離しておくことにして、「間違い注意!」の紙を張った。またメーカーにツムラのように色を変えて欲しいと要望した。	オースギ麻子仁丸料エキスG	オースギ酸棗仁湯エキスG		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
457	オキシシドン徐放錠を発注すべきところ普通錠を注文→卸からの納品時の検品でも疑いを持たずそのまま納品→以前に交付していたものと外観・形状が違うことにも気づかずそのまま交付	オキシシドンに普通錠と徐放錠が存在することを認識していなかった。	管理薬剤師が不在の時のベテラン薬剤師の業務であっても、必ず別の薬剤師と相互にダブルチェックを徹底する。	オキシシドン徐放錠5mg「第一三共」	オキシシドン錠5mg「第一三共」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
458	オキシコドン徐放錠の指示のところ、オキシコンチンTR錠(オキシコドン徐放錠の乱用防止製剤)でお渡し。患者は服用済だが規格ミスはないため被害はないものと思われる。	一般名処方で判断を誤った。ピッキングの際、心理的状況に焦りがあった。	当日中に麻薬の調剤数と帳簿を照らし合わせる。一般名処方に気をつける。	オキシコドン徐放錠 5mg 「第一三共」 オキシコドン徐放錠 10mg 「第一三共」	オキシコンチンTR錠 5mg オキシコンチンTR錠 10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
459	一般名による類似名称の医療用麻薬の処方記載ミス。	5mg オキシコドン徐放錠 1錠 「疼痛時 1時間以上あけて何回でも」徐放錠であれば(誤)1錠 (正)2錠 12時間ごとなので用量用法記載が違い、薬品がまちがってれば「徐放錠」がつかないオキシコドン錠 5mg である。薬品名・用量・用法すべてに疑義紹介の必要ある内容。結果、レスキューのオキシコドン錠 2.5mg へ変更となり、医師がレスコンから類似薬品の選び間違えが起こった。	今回のような間違えやすい類似薬品に関しては医師がレスコンの入力もわかりやすくする必要あり。定期的な薬薬連携にて病院へフィードバックされて(レスキュー)と処方箋に記載されるようになった。薬局事務も一般名記載処方の判読ができるように類似薬品などは情報を共有している。	オキシコドン錠 2.5mg 「第一三共」	オキシコドン徐放錠 5mg 「第一三共」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
460	オキシコドン錠で処方であったが、実際には徐放錠の処方だった(処方ミス)	類似名称	入力時に頓服なのか徐放錠なのかわかるよう表示するようにした(オキノームのジェネリック等)	オキシコドン錠 5mg 「第一三共」	オキシコドン徐放錠 5mg 「第一三共」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
461	処方箋受付前に電話にてオキシコドン徐放錠5mgの在庫があるかの確認あり、対応した事務員が在庫ある旨を返答。その後処方箋を持参して来局した際に、一般名処方「オキシコドン徐放錠5mg(乱用防止製剤)」と処方されているところ、乱用防止製剤ではない「オキシコドン徐放錠5mg「第一三共」」で入力、それを基に薬剤師が「オキシコドン徐放錠5mg「第一三共」」で調剤しているところに別の薬剤師が介入し乱用防止製剤で処方のため、通常の徐放錠での調剤は不可でありオキシコンチンTR錠5mgもしくはオキシコドン徐放錠5mgNX「第一三共」での調剤が必要であることを指摘し、誤投薬には至らなかった。	調剤していた薬剤師はオキシコドンに乱用防止製剤が存在することは認識していたが、処方入力を担当した事務員は認識していなかったため、受付前の電話の際に確認が漏れた。受付後に調剤していた薬剤師も通常のオキシコドン徐放錠5mgとの思い込みもあり。発覚後、患者家族とお話した際に患者家族も電話で薬品名を伝える際に「乱用防止製剤」とは伝えなかった、通常の徐放錠と乱用防止製剤の2タイプが存在することを知らなかったとのこと。	当日の職場会議にて当事例を注意喚起が必要な事例として全職員間で情報共有を図った。	オキシコンチンTR錠 5mg	オキシコドン徐放錠 5mg 「第一三共」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
462	オキノーム5mgの入力を前回Do2.5mgのまま入力。他の規格変更には入力時に気づいている。	入力者は他の規格変更は10→20mgと気づけたが、2.5→5mgの変更に気づけなかった。前回の処方が必要なら間違いはなかったと思われる。前回処方での認識がない監査者は先入観がなく入力確認の時点ですぐに気づけ、調剤は帳簿の記入もあり処方せんだけをみているので規格を間違える事はなかった。	複数規格がある事を認識し、前回Doで入力する時は再確認をするよう指導	オキノーム散 5 mg	オキノーム散 2.5 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
463	FAXにて0.25mgの処方だったが、0.5mgで入力、調剤、監査が行われていた。患者様来られ、投薬中に規格が違うのではないかとお話があり、処方箋を確認すると間違っていることが発覚。	ピッキングシステムを使用しているため、入力が間違ってしまうと、違う薬を取り揃えてしまうことにつながる。監査時には、ピッキングシステムを通っているという考えがあり、監査の制度が甘くなってしまっていた。	入力されたものが正しくないと間違ったものが取り揃えられてしまうことをしっかりと認識し、監査時には、間違っていることを前提に薬のチェックを行う。	オゼンピック皮下注 0.25mg SD	オゼンピック皮下注 0.5mg SD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
464	オゼンピック皮下注0.25mgのところ0.5mgで調剤してしまっていた。	注射指導に時間がかかり、注射を出してもらったが、それをよく見ないで渡してしまった。色が異なっていたが、あまり出ない注射なので、気がつかなかった。	オゼンピックは0.25mg→0.5mg→1mgの増量していく。初めてなので、勉強会をすることにした。	オゼンピック皮下注 0.25mg SD	オゼンピック皮下注 0.5mg SD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
465	インスリン注射が定期で出ている患者で、FAXがきてから薬を発注していた。いつものように、処方せんが送られてきており、注文したが、規格違いがあるのを知らず、薬品名のみで発注してしまった。他の薬剤師が規格違いを納品をみて発見し、返品と交換をした。	規格違いを見落としによるミスであるので、規格の入念なチェックが必要と思われる	規格違いの把握、知識を得ておくのが必要である。注文時規格の確認も必要。処方せんに規格を確認したものについては、間違えやすいと思ったものに関してはえんぴつでしるしを入れることにした。	オゼンピック皮下注0.5mg	オゼンピック皮下注0.25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
466	<p>前回(7/22)のオゼンピック皮下注の増量(0.25mgSDから0.5mgSD)を見逃して、0.25mgSDで調剤・交付をしたが、今回もデバイスが0.5mgSDで処方されていることを見逃し、前回と同じ0.25mgSDで患者さまに交付した。交付された皮下注は全て使用された。</p> <p>8/19に処方監査時に処方量が1.0mgSDと更に増量されていることにより、この日のミスに気づいた。この時点でも薬局の在庫が0.25mgSDのみであり、処方箋の規格確認を怠った。薬剤交付時にお渡しした情報箋と薬手帳シールも誤った規格で記載した。</p>	<p>前々回、前回と同じ規格で入力していたため、処方箋の規格に注意を払わず前回同様の規格で入力を行った。この時点においても、薬局内で3種類の規格の存在を確認するミーティングなどを行っていなかったため、この注射が在庫規格のみであると調剤者・鑑査者・入力者ともに思い違いを起こしていた。</p>	<p>新しい薬品が販売された時には、入力担当者・薬剤師全てで規格数を確認し、用法や用量の増量・減量方法を理解するための勉強会を実施する。処方箋のコピーに薬剤名・規格・数量にチェックを入れ、調剤者と鑑査者それぞれが確認を行う。また多規格が存在あるいは類似名称の注射剤については、『多規格あり』『名称類似薬あり』などの札をゴム留めするなど、調剤時に注意喚起するような保管方法を工夫する。処方薬の規格や用量が前回入力内容と異なる場合は、入力前に担当者が薬剤師に内容確認し、薬剤師の注意を喚起する。</p>	オゼンピック皮下注 0.5mgSD	オゼンピック皮下注 0.25mgSD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
467	<p>前回(7/22)のオゼンピック皮下注の増量(0.25mgSDから0.5mgSD)を見逃して、0.25mgSDで調剤・交付をしたが、今回もデバイスが0.5mgSDで処方されていることを見逃し、前回と同じ0.25mgSDで患者さまに交付した。交付された皮下注は全て使用された。</p> <p>8/19に処方監査時に処方量が1.0mgSDと更に増量されていることにより、この日のミスに気づいた。この時点でも薬局の在庫が0.25mgSDのみであり、処方箋の規格確認を怠った。交付時に、患者さまに診察時の医師からの指示や説明がなかったか十分に確認しなかった。効果不十分であることを推測したにもかかわらず、規格間違いに気がつかなかった。低用量での継続使用だったため、薬効不十分だった可能性がある。</p>	<p>当薬剤の在庫薬剤が引き続き0.25mgSDのみであったため、鑑査者は処方箋の規格に注意を払わず、思い込みで在庫している規格違いの薬剤だと読み間違えた。この時点においても、薬局内で3種類の規格の存在を確認するミーティングなどを行っていなかったため、この注射が在庫規格のみであると調剤者・鑑査者・入力者ともに思い違いを起こしていた。</p>	<p>新しい薬品が販売された時には、入力担当者・薬剤師全てで規格数を確認し、用法や用量の増量・減量方法を理解するための勉強会を実施する。処方箋のコピーに薬剤名・規格・数量にチェックを入れる方法を統一・徹底し、調剤者と鑑査者それぞれが確認を行う。また多規格が存在あるいは類似名称の注射剤については、『多規格あり』『名称類似薬あり』などの札をゴム留めするなど、調剤時に注意喚起するような保管方法を工夫する。</p>	オゼンピック皮下注 0.5mgSD	オゼンピック皮下注 0.25mgSD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
468	<p>前回(7/22)のオゼンピック皮下注の増量(0.25mgSDから0.5mgSD)を見逃して、0.25mgSDで調剤・交付をしたが、今回もデバイスが0.5mgSDで処方されていることを見逃し、前回と同じ0.25mgSDで患者さまに交付した。交付された皮下注は全て使用された。8/19に処方監査時に処方量が1.0mgSDと更に増量されていることにより、この日のミスに気づいた。この時点でも薬局の在庫が0.25mgSDのみであり、処方箋の規格確認を怠った。低用量での継続使用だったため、薬効不十分だった可能性がある。</p>	<p>当薬剤の在庫薬剤が引き続き0.25mgSDのみであったため、調剤者は処方箋の規格に注意を払わず、思い込みで在庫している規格違いの薬剤をピッキングした。この時点においても、薬局内で3種類の規格の存在を確認するミーティングなどを行っていなかったため、この注射が在庫規格のみであると調剤者・鑑査者・入力者ともに思い違いを起こしていた。</p>	<p>新しい薬品が販売された時には、入力担当者・薬剤師全てで規格数を確認し、用法や用量の増量・減量方法を理解するための勉強会を実施する。処方箋のコピーに薬剤名・規格・数量にチェックを入れ、調剤者と鑑査者それぞれが確認を行う。また多規格が存在あるいは類似名称の注射剤については、『多規格あり』『名称類似薬あり』などの札をゴム留めするなど、調剤時に注意喚起するような保管方法を工夫する。処方薬の規格や用量が変更されている場合は、入力前に担当者が薬剤師に変更の妥当性を確認し、薬剤師の注意を喚起する。</p>	オゼンピック皮下注 0.5mgSD	オゼンピック皮下注 0.25mgSD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
469	<p>7/22にオゼンピック皮下注が0.25mgSDから0.5mgSDに増量されていたが、デバイスの規格変更を見落とし、変更前と同じ0.25mgSDで入力を行い、患者さまに誤った規格の薬剤を交付した。薬剤と一緒にお渡しした情報箋や薬手帳シールも誤った規格のものであった。交付された皮下注は全て使用された。8/19に処方監査時に処方量が1.0mgSDと更に増量されていることにより、7/22のミスに気づいた。薬局の在庫が0.25mgSDのみであったため、薬剤の規格変更(デバイス変更)を不注意により見落としした。低用量での継続使用だったため、薬効不十分だった可能性がある。</p>	<p>この薬剤は前回診察でこの患者さまに初めて処方された。初回処方が発売直後(2020年6月)であったため、入力担当者はこの薬剤のデバイスが3規格存在することに気づかず、前回処方と同じ規格の薬剤を入力してしまった。処方箋の内容と入力内容との突合せ確認も不十分であった。交付終了後の処方箋確認においても、規格違いでの入力が見落とされた。</p>	<p>新しい薬品が販売された時には、入力担当者・薬剤師全てで規格数を確認し、用法や用量の増量・減量方法を理解するための勉強会を実施する。処方箋のコピーに薬剤名・規格・数量にチェックを入れ、調剤者と鑑査者それぞれが確認を行う。また多規格が存在あるいは類似名称の注射剤については、『多規格あり』『名称類似薬あり』などの札をゴム留めするなど、調剤時に注意喚起するような保管方法を工夫する。処方薬の規格や用量が変更されている場合は、入力前に担当者が薬剤師に変更の妥当性を確認し、薬剤師の注意を喚起する。</p>	オゼンピック皮下注 0.5mgSD	オゼンピック皮下注 0.25mgSD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
470	7/22にオゼンピック皮下注が0.25mgSDから0.5mgSDに増量されていたが、デバイスの規格変更を見落とし、変更前と同じ0.25mgSDで患者さまに交付した。交付された皮下注は全て使用された。8/19に処方監査時に処方量が1.0mgSDと更に増量されていることにより、7/22のミスに気づいた。薬局の在庫が0.25mgSDのみであったため、薬剤の規格変更(デバイス変更)を不注意により見落とし。低用量での継続使用だったため、薬効不十分だった可能性がある。	当薬剤の添付文書では用量ごとにデバイスが異なることが明記されているが、前回処方が発売直後(2020年6月)であり、薬局備品の最新版医薬品集でも3種類の規格の存在を確認することができなかった。そのため、この注射が在庫規格のみであると調剤者・鑑査者・入力者ともに思い違いを起こしていた。処方箋の確認も不十分であった。	新しい薬品が販売された時には、従事者全てで規格数を確認し、用法や用量の増量・減量方法を理解するための勉強会を実施する。会を実施する。処方箋のコピーに薬剤名・規格・数量にチェックを入れ、調剤者と鑑査者それぞれが確認を行う。また多規格が存在あるいは類似名称の注射剤については、『多規格あり』『名称類似薬あり』などの札をゴム留めするなど、調剤時に注意喚起するような保管方法を工夫する。	オゼンピック皮下注 0.5mgSD	オゼンピック皮下注 0.25mgSD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
471	7/22にオゼンピック皮下注が0.25mgSDから0.5mgSDに増量されたが、デバイスの規格変更を見落とし、変更前と同じ0.25mgSDで患者さまに交付した。交付された皮下注は全て使用された。8/19に処方監査時に処方量が1.0mgSDと更に増量されていることにより、7/22のミスに気づいた。薬局の在庫が0.25mgSDのみであったため、薬剤の規格変更(デバイス変更)を不注意により見落とし。	当薬剤の添付文書では用量ごとにデバイスが異なることが明記されているが、前回処方が発売直後(2020年6月)であり、薬局備品の最新版医薬品集でも3種類の規格の存在を確認することができなかった。そのため、この注射が在庫規格のみであると調剤者・鑑査者・入力者ともに思い違いを起こしていた。	新しい薬品が販売された時には、従事者全てで規格数を確認し、用法や用量の増量・減量方法を理解するための勉強会を実施する。会を実施する。処方箋のコピーに薬剤名・規格・数量にチェックを入れ、調剤者と鑑査者それぞれが確認を行う。また多規格が存在あるいは類似名称の注射剤については、『多規格あり』『名称類似薬あり』などの札をゴム留めするなど、調剤時に注意喚起するような保管方法を工夫する。	オゼンピック皮下注 0.5mgSD	オゼンピック皮下注 0.25mgSD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
472	オゼンピック0.25mgが1ヶ月続いていた患者さんで、0.5mgに変更になったのに気が付かずレセコンに入力し調剤した。投薬直前に事務員が気が付き変更した。事前にメーカーより説明を受けていたにも関わらず、気が付くのが遅れた。	投与量を漸増していく薬はリストアップするなど、スタッフ全員で共有していく。	薬歴に次回、規格要注意などメッセージを残す。	オゼンピック皮下注 0.5mgSD	オゼンピック皮下注 0.25mgSD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
473	処方箋表記が"オゼンピック皮下注1mgSD 0.5ml"であったが、調剤時に0.5mgのものをピッキングしてしまった。監査者より指摘され発覚。	前回まで0.5mgでの処方であったことと、表記に0.5mlとあり、mgとmlの読み違いがあったためこのようなことが起こった。	複数規格の薬剤の周知徹底。同様に数字規格が2種以上記載がある薬剤の把握を行うことで、入力や調剤ミスを防ぐことができる。	オゼンピック皮下注 1.0mgSD	オゼンピック皮下注 0.5mgSD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
474	監査時に処方箋記載のオノンカプセル56カプセル処方を54カプセルで調剤されていたため2カプセル足して数量直しを行ったが、足したものがジェネリックだった 投薬後に監査投薬したものが気が付き、当日中に連絡を行い正しいものをお渡しする旨を伝え回収する事にした	計数ミスばかりに気を取られ、肝心の薬剤自体の確認を怠った 見た目がジェネリックと先発が似ているため目についたものを慌ててて付け足したのが原因 その後の直しの確認も調剤者とは別の薬剤師に確認してもらったが、その際きちんと処方箋を見せての確認をしていなかったため、確認者もそのまま数量だけ確認した	計数間違いを直す場合は数、薬剤をきちんと確認し行う 直しの確認は処方箋を添えて行ってもらう 可能ならば調剤者に行ってもらう	オノンカプセル112, 5mg	ブランドカストカプセル112, 5mg 「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
475	一般名処方において、ジェネリック医薬品で調剤がなされるべきところ、先発医薬品で調剤をしてしまった。鑑査および投薬時にはそれに気付かず、薬歴簿を記入時に気付いた。	忙しい時間帯でもあり、焦りおよび慣れが重なってチェックが疎かになってしまった。錠剤シートが似ているところも要因のひとつと考えられる。	錠剤棚の位置を変えるとともに、調剤時の確認および鑑査時の確認、薬歴簿のチェックおよび投薬時に患者さんとの確認を徹底する。	オパルモン錠5μg	リマプロストアルファデクス錠5μg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
476	オメプラゾールを先発のオメプラールと間違えた	類似している商品名	棚を離し、声掛け等で工夫することになった	オメプラゾール錠「トーフ」10mg	オメプラール錠10		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
477	トローチの思い込みでSPトローチ→オラドールトローチ調剤	忙しくしっかり確認していなかった。思い込み。	名前声出し確認	オラドールSPトローチ0, 5mg	SPトローチ0, 25mg「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
478	ジプレキサザイデイス(5)が処方されたが、GEへ変更する際に規格を間違えて選択した。ピッキング時、監査時も気づかずに投薬、後日の入力チェックで発覚した。監査画像でも規格を間違えてお渡ししていることを確認した。すぐに患者様にお詫びと体調確認の連絡をし、処方医にも連絡をした。	入力で間違えた規格を選択したが気付かずに入力を確定した。ピッキング者は裏打ちを見て拾い、監査者は処方箋都の照らし合わせを行わなかった。	忙しくてきちんと処方箋との照らし合わせを行う。	オランザピンOD錠5mg「明治」	オランザピンOD錠2, 5mg「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
479	ツムラ白虎加人参湯エキス顆粒(医療用) 6g/朝夕食前 21日分、【般】ヘパリン類似物質クリーム0.3% 150gプロベト 150g プロトビック軟膏0.03%小児用 130g 混合、【般】トリアムシノロンアセトニド軟膏0.1% 5gを処方箋で受け付けた。アトピー性皮膚炎で、全身に軟膏を塗布していたことから、疑わずに処方箋通りのレダコート軟膏0.1% 5gを調剤したが、患者から使用目的を伺ったところ、口内炎に処方されていることが判明した。医師に確認したところ、トリアムシノロンアセトニド口腔用軟膏0.1%を処方したつもりでいることが分かった。すぐに差し替えて、口腔内用軟膏を患者に投薬した。	一般名が同一のため、選択ミスをしたことが考えられる。紛らわしい名称には、確認アラートが出るようなコンピューター上の工夫があるとよいと思う。	使用部位や使用目的をその都度、確認し矛盾がないことを確認するプロセスが大切である。	オルテクサー口腔用軟膏0.1%	レダコート軟膏0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
480	オルベスコ100μgインヘラー112吸入用が処方されていたが、規格を誤り、オルベスコ200μgインヘラー56吸入用をお渡ししてしまった。後日気がつき連絡。患者使用前だったため交換した。	7/29外来で、オルベスコ200μgインヘラー56吸入用の処方あり。在庫1キットのはずが無し。代わりにオルベスコ100μg院ヘラー112吸入用の在庫が1キット多く、規格違いでお渡ししていることが発覚。多忙時間であり、規格を間違え調剤してしまい、監査においても見落としてしまった。	多忙時でも規格までしっかりと確認し、慎重に調剤すること。監査時においても新たな目で確認徹底をする。	オルベスコ100μgインヘラー112吸入用	オルベスコ200μgインヘラー56吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
481	オルベスコ100μgの処方オルベスコ200μgで調剤しお渡し	短時間で多くの処方箋を受け付けたため薬局内が混雑していて焦りがあった可能性あり	混雑していても通常と変わらない監査を実施する 監査後すべての薬の監査をいつもと変わらず行ったかを自身で思い起こす	オルベスコ100μgインヘラー112吸入用	オルベスコ200μgインヘラー56吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
482	オルメサルタンOD錠20mgとフロセミド20mgが一包装されていました。処方変更によりオルメサルタンOD20mg→10mgに減量されたので一包装から20mgを抜き10mgを入れるという作業時に一緒に一包装されていたフロセミド20mgを抜いてオルメサルタンOD10mgを入れてしまいました。	一包装をバラしてやり直さず切り目を入れて薬を入れ替えることはよくあります。薬品名が打ってある錠剤については逆に注意してみていなかった。印字の漢字だけで薬を入れ替えてしまった。	一包装薬をバラさずに作り替える際は抜いた薬剤の点検確認をさらにもう一段階強化+ひとりで見ないことを徹底。	オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」	フロセミド錠20mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
483	オルメサルタンOD錠30錠調剤のところを20錠で調剤した。	重なっており20錠が30錠に見えた。	すべて錠数を目視で確認する。	オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」	オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
484	平素よりオルメサルタン20mgを継続服している患者。血圧の数値が安定してきた(110/75)と落ち着いてきたので、今回よりオルメサルタン10mgへ切り替えになったようです。しかし、処方箋のオルメサルタンの字面だけでDOと判断。監査時に気づいたため修正した。	字面だけで前回DOと判断。慢心があったものと思われる。	処方薬の入力、調剤、監査時、それぞれで医薬品名だけでなく規格、剤型までしっかりと見る。監査者が確認するからよい、と入力調剤者がチェック甘くならないよう注意。	オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
485	オルメサルタンの棚にオルメテックを補充してしまった。	包装が似ている。	補充を同時にしない。補充前に棚と薬品名をチェックする。	オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」	オルメテックOD錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
486	オルメサルタンOD錠10mg56日分の処方に対してオルメテックOD錠10mg56錠が調剤されていました。投薬の際、薬剤師が気付き、オルメサルタンOD錠10mgの棚に、オルメテックOD錠10mgが充填されていたのを発覚しました。	オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」の棚に、オルメテックOD錠10mgが充填されていました。先発品、後発品(AG)の140錠包装、又はPTP包装がかなり類似しているため、納品の際に間違えて充填し、ピッキングの時にも違和感もなく調剤したと思われます。	名称類似のシールを貼っていましたが、慣れてくると間違えるので、定期的に教育、研修等が必要である。	オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」	オルメテックOD錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
487	オルメサルタン10mg処方をお渡しして20mgで服用前にお渡ししてしまいました。患者様より服用前にご連絡いただき交換に至る。	繁忙時で焦った事が原因と考えられる。	調剤と監査時2回確認する。	オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
488	薬剤師AはオルメサルタンOD錠10mgを調剤しようとして、オルメサルタンOD錠10mgの棚から薬をとった。薬剤師Bはその処方箋を鑑査したら、薬がオルメサルタンOD錠20mgだったことに気が付いた。薬を取り直そうとオルメサルタンOD錠10mgの棚を見たところその棚の中にオルメサルタンOD錠20mgが混じっていた事に気が付いた。薬の補充時に薬の棚を間違えてしまった事と、その棚にはオルメサルタンOD錠10mgしか入っていないと思いこんで、薬を取り出した時に確認していなかったために起きた事例だった。	薬局内の薬は同じ名前が違う規格の薬が多くあるが、間違えないように場所を離して気をつけている。オルメサルタンOD錠は場所こそ違うが、包装形態が似ており、色も濃さが違うが似たような色であったため、補充時に間違えて補充してしまったと思われる。また、この薬はよく処方される薬のため、慣れもあり、間違えているとは思わなかったため、確認行動があいまいだったと思われる。	薬の補充時は、特に規格が複数ある薬に関しては薬名だけでなく、規格まできちんと確認しうえて補充するようにする。	オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
489	オルメサルタンで出すべきところをオルメテックで出してしまった。	オルメサルタンの棚にオルメテックが混在していて誤って出してしまったようです。補充の時の入れ間違え原因でしょう	棚に戻すときはしっかり確認	オルメサルタンOD錠10mg「サワイ」	オルメテックOD錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
490	事前に病院よりFAXで受け付けた処方箋と本処方で薬剤の変更があった。	同じだとおもいこみ	必ず投薬前本処方で再監査してから投薬し、投薬中にも処方箋と照らしあわせながら患者様と相互確認する。	オルメサルタンOD錠10mg「トーワ」	オルメサルタン錠20mg「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
491	オルメサルタンOD錠10mgトーワの処方だったがオメプラゾール錠10mgトーワがピッキングされた。監査時に気付き、患者には正しい薬が交付された。	薬剤名の最初の文字が同一で薬剤棚の位置が近く、どちらも10mgの規格があるため、取り違いが起きたと思われる。	似た薬名で同一規格のある薬剤については特に注意する。薬名を声に出し確認する。	オルメサルタンOD錠10mg「トーワ」	オメプラゾール錠10mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
492	オルメサルタンOD20mg「DSEP」の棚にオルメテックOD20mgが混入ヒートのデザインが似ている為に棚に戻すときに入れ違いが発生したものと思われる	注意不足	入庫時やピッキングの際は重ねて注意する同じミスが繰り返されている為 再度徹底する	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	オルメテックOD錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
493	オルメサルタン錠40mgで処方されていたが、誤ってオルメサルタン錠20mgで交付してしまった。交付後、患者より薬が違うと電話があった。	薬の入れ替えがあり、調剤棚の場所の変更があった。そのため、普段から使用しているところから調剤を行ったため、規格が異なる薬を調剤し、交付してしまった。	思い込みでやってしまうことが多いため、交付時確認してもらうようにする。	オルメサルタンOD錠 20mg「DSEP」	オルメサルタンOD錠 40mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
494	患者様本人が処方せんを持参して来局した。処方せんには「オルメサルタンOD錠20mgDSEP1錠朝食後服用40日分」と記載されていた。薬剤師が薬剤棚から誤って「バルサルタン錠20mgサワイ」40錠を取り出した。監査台にて照らし合わせたところ、レセコンの入力内容との間違いに気づき、患者様には正しい方の薬剤を交付した。	忙しさに忙殺され、降圧剤と20mgだけの思い込みで確認を怠ってしまった。	処方せんをしっかりと確認し、レセコンとの入力内容も一つ一つ確認する。	オルメサルタンOD錠 20mg「DSEP」	バルサルタン錠20mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
495	内科クリニックの処方。テルミサルタン錠20mg「DSEP」が以前より出ていて、今回オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」に代わっていたが、入力の変更されていないので、事務員に入力ミスを伝えた。その際に前回処方を確認すると、前回からオルメサルタンOD錠20mg「DSEP」で処方されていたが、テルミサルタン錠20mg「DSEP」で入力されており、在庫を確認するとずれていた。薬も間違えて渡していたことが判明した。内科クリニックに前回のミスをお詫びして伝えると、今回より変更するよう指示があった。処方箋は患者家族が持参していたので、今回より薬を変更してもらうように説明した。	名前が似ており、メーカー名も同じで事務員・薬剤師ともに変更気付かなかった。投薬時に患者へ前回と同じ血圧を下げる薬だと中身を見せて説明したが、患者からは変更になった話がなくミスに気付かなかった。	薬品名の確認を丁寧に行うようにし、棚に注意喚起の紙を貼った。	オルメサルタンOD錠 20mg「DSEP」	テルミサルタン錠20mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
496	オルメサルタンOD錠20mg「DSE P」での処方のところ、オルメサルタンOD錠「サワイ」でピッキングした。監査マシンのアテルノによりピッキングミスが発覚、交付前に間違いに気づき正しいものをピッキングしてお渡しした。	同じ名称メーカー違いのものを薬棚に並んで設置していたため取り違いが起きやすい状況だった。シートのデザインも似ている薬品だった。	棚の位置をずらして分かりやすくした。メーカー名を目立つようにしてピッキング時に目につくように配慮した。	オルメサルタンOD錠20mg「DSE P」	オルメサルタンOD錠20mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
497	オルメサルタンOD20mgDSEP60錠の処方56錠は20mgで残り4錠を10mgで交付してしまった	10mgと20mgの棚が上下で端数を直すときに確認不足で入れ間違った可能性あり	規格違いの棚は上下ではなく間をあけて棚設定するようにした端数を棚に直すときは落ち着いたときに二人で確認して棚に直すようにする。	オルメサルタンOD錠20mg「DSE P」	オルメサルタンOD錠10mg「DSE P」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
498	オルメサルタンOD20mgを調剤しようとしたところ、オルメサルタンOD錠20mgを保管しているカセットにオルメテックOD錠20mgが混入していることに気付いた。	医薬品卸業者から受け取り検品した医薬品を棚付けする際に誤って名前の似ているオルメテックのカセットへオルメサルタンを入れてしまったと考えられる。	アルミビローの状態では外観が非常に似ているため、棚付けの際には箱から取り出さずにする。	オルメサルタンOD錠20mg「アメル」	オルメテックOD錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
499	オルメサルタンOD錠20mg・35錠のところ、オルメサルタンOD錠20mgを7錠、テルミサルタン錠20mgを28錠 調剤した。	オルメサルタンOD錠20mgの錠剤棚に、テルミサルタン錠20mgが28錠、間違えて入っていた。ヒート包装の色が同じであり、そのまま確認せずに調剤した。	薬品補充時の確認&点検。調剤時の監査強化。	オルメサルタンOD錠20mg「サワイ」	テルミサルタン錠20mg「FFP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
500	オルメテックOK20mgを調剤時に手に取った際、オルメサルタンOD20mg「トール」が混ざっているのに気が付いた。オルメサルタンOD20mg「トール」を調剤後、戻す棚を1段間違えてオルメテックOD20mgの棚に戻ってしまったようでした。	ヒートの形・色 薬品名が似ているため違和感なく戻ってしまったようです。棚も上下続いていたので 間違いが起りやすかったと考えられます。	上下に続いての棚になっていたため 一段開けて入れるように改善し、薬の見出しの「トール」のところに蛍光ペンで色を付けて区別しやすくなりました。	オルメサルタンOD錠20mg「トール」	オルメテックOD錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
501	オルメサルタンOD 20mgで調剤すべきところをオルメテックOD 20mgで集薬してしまったが、鑑査時に気づき、正しい薬剤を交付することが出来た。	薬剤の名称、包装が類似している。	必要な(患者希望の)薬剤がジェネリック医薬品か先発品かを確認してから調剤を行うようにする。	オルメサルタンOD錠 20mg 「トーワ」	オルメテックOD錠 20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
502	オルメサルタン112錠され、そのうち100錠をオルメサルタンOD(20)「トーワ」でお渡しし残り12錠を「DSEP」でお渡ししてしまった。	「トーワ」医薬品棚カセッターに「DSEP」が混入していたため、調剤時に誤ってピッキングしてしまった。	メーカーが複数ある薬に関しては箱で在庫する。	オルメサルタンOD錠 20mg 「トーワ」	オルメサルタンOD錠 20mg 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
503	新規患者対応となった際に残薬を整理した。他薬局で交付となったものを確認していたところ薬袋にはオルメサルタンと記載されていたが中身がテルミサルタンであった。当該薬局に電話確認を行ったところ調剤過誤であったことが判明した。	商品名の類似	他薬局のため特になし。残薬確認の際にも刻印を確認し、適切な確認につとめる。	オルメサルタンOD錠 40mg 「DSEP」	テルミサルタン錠 40mg 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
504	2020年5月27日76歳男性。K病院より前回同様の処方内容にて調剤。入局し2か月の薬剤師にて調剤投薬。翌日、5月28日朝、患者本人より「ミリ数が違うものが入っている」と連絡があり確認の上、送付。	監査薬剤師の監査の怠りにより規格違いを渡してしまう。局内のコミュニケーション不足。	規格違いがある場合、声に出して確認。徹底。	オルメサルタンOD錠 40mg 「DSEP」	オルメサルタンOD錠 20mg 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
505	患者が処方せんを持って来局した。この方はジェネリック希望の患者で処方せんには一般名処方でオルメサルタン口腔内崩壊錠40mg 1日1錠分1朝食後60日分が処方されていた。薬剤師A(経験年数20年)はオルメサルタンOD錠40mg「DSEP」を調剤するところ誤ってオルメテックOD錠40mgを調剤し、監査に回した。監査にあたった薬剤師BがオルメサルタンOD錠40mg「DSEP」ではなくオルメテックOD錠40mgが調剤されていることに気付き、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師AはオルメサルタンOD錠40mg「DSEP」を正しく調剤し、再度、薬剤師Bが監査した。監査で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	オルメサルタンOD錠40mg「DSEP」とオルメテックOD錠40mgはPTPシートの色や形が似ているため間違えた。また、患者が来局した時間は店内が混雑していたため焦りがあった。	オルメサルタンOD錠40「DSEP」とオルメテックOD錠40mgの棚のが近くに配置されていたので、間隔を置いて配置する。	オルメサルタンOD錠40mg「DSEP」	オルメテックOD錠40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
506	オルメサルタンOD40mgの調剤を行おうとしたところ、オルメサルタンOD40mg「DSEP」のカセットにオルメテック錠40mgが箱ごと混入していることに気づいた。調剤中に気が付いたため患者様への間違った薬剤の交付などは無かった。	棚付け時の注意不足、チェックの怠り	棚付けの際の薬品名と棚のラベルのダブルチェックを徹底する	オルメサルタンOD錠40mg「DSEP」	オルメテックOD錠40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
507	オルメサルタンOD10mgから、オルメサルタンOD5mgに減量となっていたが、変更を見落とし、今まで通りのmgで調剤する。服用前に、薬変更する。	思い込みによる調剤あり。当局では、初めて処方mgであった。	監査を徹底し、違う目による監査も行うようにする。	オルメサルタンOD錠5mg「DSEP」	オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
508	オルメサルタン錠20mg処方のところテルミサルタン錠20mgで調剤	繁忙時であったため、焦りから取り間違いを起こした	繁忙時でも自己確認を怠らないように心掛けをする	オルメサルタン錠20mg「オーハラ」	テルミサルタン錠20mg「オーハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
509	一般処方によるジェネリック医薬品の取り間違え	複数ジェネリック医薬品を採用していることでのリスク	ジェネリック医薬品を一つの銘柄にしぼる。スタッフ間での声掛けの強化	オルメサルタン錠 20 mg 「ニプロ」	オルメサルタン錠 20 mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
510	処方箋に、オルメテックOD10mg 1日1錠 分1夕食後91日分と記載されていた。薬剤師A(職種経験年数1年未満)が、オルメテックOD10mg 91錠をピッキングし監査に回した。薬剤師B(職種経験年数10年)が監査を行い、オルメテックの中にオルメサルタンOD10mgが4錠混ざっていたことを発見した。監査で誤りに気が付いたため患者には正しい薬を交付した。	オルメテックOD10mgとオルメサルタンOD10mgは、名称、包装ともに似ている為間違えた。薬剤を箱に戻すときにしっかり確認しなかったのも1つの原因と考えられる。	薬剤の取り間違えをしたときは、必ずテイカーを使用し元に戻す。JANコードがなくテイカーが使用できない場合は、必ずダブルチェックし元に戻すことを徹底する。	オルメテックOD錠10 mg	オルメサルタンOD錠10 mg 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
511	オルメテックOD10mgの処方のところをジェネリックのオルメサルタンOD10mgでお渡ししてしまった。患者にお渡し後、すぐに気が付き患者宅へ電話。服用される前に自宅へ出向き、オルメテックOD10mgと交換した。	薬局がやや混雑した状況だった。さらに処方一般名で記載されており、お渡しする薬剤も先発とジェネリックが混在していた患者だった。ジェネリックの患者が多く、先入観からジェネリックでお渡ししてしまった。	調剤者、監査者の両方で先発薬であることを口頭で確認する。	オルメテックOD錠10 mg	オルメサルタンOD錠10 mg 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
512	定期受診の病院よりFAXで処方せん内容受領、先発希望の患者で一般名処方の記載でオルメサルタンOD20mgと調剤前にメモして調剤するところをオルメサルタンOD20mg 「DSEP」とメモ、そのまま調剤した。監査で見逃し、投薬後に再度入力確認をした事務員が間違いを発見、患者に連絡して当日中に患者自身が薬局・薬剤を交換で対応した。	調剤した内容を先に別の薬剤師が監査済で、投薬で引き継いだ際に前回との比較がメモに記載されていて「前回(来局時の内容)と変更なし」と口頭で説明受けたため、錠剤数のみ確認して薬袋の先発の記載を確認せず袋に入れたこと、前回との比較を再度確認せずお渡ししたことが原因である。また当日の時間帯は一人薬剤師での投薬対応で該当患者及び家族の来局が早く調剤および入力が間に合っておらず、準備後の監査を急ぎ焦って投薬したことによることも原因と考える。	これまでも他の薬剤師が監査した内容で投薬して間違いがあった事例があったため、再度自身で再監査するようにしている。今後も他の薬剤師が監査した内容を投薬の際には、自身の目で再度監査して処方内容を事前に理解し説明できるように、また未然に間違いを防ぐことができるようにする、また患者が重なっても焦らず落ち着いて監査できるよう心掛ける。	オルメテックOD錠20 mg	オルメサルタンOD錠20 mg 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
513	オルメテックOD錠20mgの棚の中にオルメテックOD錠10mgの規格の未開封の箱が混入。調剤過誤には至らなかったが、異なる規格のものが混入しており、間違って調剤を行うところだった。	卸から納品時に、薬品名・使用期限・製造番号等を確認しながら整理していくが、経験の浅いものが納品を行ったため、同一規格と間違えた可能性が考えられた。	薬品名・使用期限・製造番号の確認を納品・整理していくことはもちろんの事、慣れていないものが納品を行った場合には、経験豊富なものが再度チェックをすぐに行うようにする。	オルメテックOD錠20mg	オルメテックOD錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
514	一般名表記の処方箋で、患者は先発品による調剤を希望。オルメテックOD(20)を調剤する所、オルメサルタンOD(20)「サワイを」調剤。帰宅した患者より、電話連絡があり、誤りに気が付いた。	多忙な時間帯、一般名表記だった事もあり、確認不足が発生した。	薬品名の確認を徹底。薬歴に先発品希望の有無、希望先発品名をわかりやすく記載し、注意をうながす。	オルメテックOD錠20mg	オルメサルタンOD錠20mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
515	オルメテックOD錠20mg 1錠 1×M 28日分処方あり。オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」を28錠渡してしまった。当薬局では午前・午後2回棚卸をするためその時に発覚。家まで交換に伺う	確認不足。忙しくダブルチェックせずに一人調剤・一人監査で渡してしまった。	ダブルチェックの徹底・指先確認を行うようにする	オルメテックOD錠20mg	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
516	オルメテックOD錠20mg処方先発品を希望する患者にオーソライズドジェネリック(AG)であるオルメサルタンOD錠20mg「DSEP」で調剤をした。	外観が酷似しているため以前より注意のため陳列場所を分けたり、袋に入れて先発品とAGの区別をしていたが、取り間違えた。補助的に外観検査機を導入していたが外観デザインの酷似のため品目適合となってしまった。	外観検査機のマスタから酷似デザイン面のデータを削除した。上記2薬品で調剤する患者の薬歴に注意喚起のポップアップを行った。	オルメテックOD錠20mg	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
517	先発品希望の患者。12/15来局時「前回違う薬が入っていた」と指摘を受けた。在庫を調べたところ、オルメテックOD錠が12錠多く、オルメサルタン錠ODが12錠少ないことが確認され、11/17調剤時に先発品44錠と後発品12錠でお渡ししたことが判明した。	外観が非常に似ており、調剤者が輪ゴムでとめていた薬剤を輪ゴムを外さず確認したため混入に気が付かなかった。	外観類似薬は輪ゴムを外して1枚ずつ薬品名を確認する。情報共有し再発予防する。	オルメテックOD錠20mg	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
518	一般名処方。いつも先発希望でオルメテックOD5で調剤し、渡している方。調剤者が入力時の一般名処方のオルメサルタン5mgをみて、調剤し、最後に処方箋や調剤録をよく確認せずに、監査までもって行ってしまった。	一般名処方先発希望の方は、処方箋備考欄に先発品の銘柄を書いて、鉛筆で線を引くようにしているが、調剤者が見逃してしまった。	交付時、間違えないよう、先発希望であることを、ポップアップで出るようにする。処方箋、調剤録、薬歴をよく確認して出す。調剤者も調剤後に再度、処方箋と調剤録をよく確認して出す。	オルメテックOD錠5mg	オルメサルタンOD錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
519	先発品とジェネリック取違い	思い込み	ダブルチェックの徹底薬剤師不足時は事務員にもチェックしてもらう	オルメテック錠10mg	オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
520	オルメテック10mgのところ、オルメサルタン10mg「JG」で調剤。100錠のアルミヒートのため、薬局使用の鑑査システムPeechを未使用。鑑査者が発見。	手順の不徹底。鑑査システムの意味を理解していなかった。	過誤の概念や、危険性の再指導鑑査システムの概念の指導手順の順守	オルメテック錠10mg	オルメサルタン錠10mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
521	当該処方せんは今回で初の受付。過去に別の患者にて「オレンシア皮下注125mgオートインジェクター」が処方されたことがあり在庫していた。監査時に「オレンシア皮下注125mgシリンジ」であることに気付かないまま1ヶ月程ご来局もなく残置の状態に。そのまま棚卸を迎え、金額差異を上位から確認したところ当該薬品にて50万円もの差異を生じたため改めて処方内容を確認。当該薬品の規格違いが発覚した。交付は未然に防がれた。	規格違いを見落としたことに加え、繁忙と焦りから自局の在庫のみで解決できたという思い込みが発生の要因と考えられる。調剤鑑査システムも導入しているが、新規採用薬についてはシステムが正しく機能しない弊害もあったと考えられる。	注射薬は特にリスクが高い為、どの注射剤においても1文字鑑査を徹底する。入力者もレセコン上の新規採用をする際には必ずその旨を伝達するよう徹底する。	オレンシア皮下注125mgシリンジ1mL	オレンシア皮下注125mgオートインジェクター1mL		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
522	オロパタジン塩酸塩OD錠5ミリグラムの後発品で処方されていたが、先発のアレロックOD錠で調剤してしまった。	外観が似ており、混雑時であったため患者との確認を怠った	まず、処方された薬を患者と共に確認しその他の情報を聞き出すように順番を変えた。また、事務としては投薬する前に薬品のツメ・裏チェックを終わらせるようにする。	オロパタジン塩酸塩OD錠5mg「トーワ」	アレロックOD錠5		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
523	一般名処方後発品希望の患者に対し、アレロックOD錠5mgをピッキングしてしまった。	多忙のため、確認を怠ってしまった。	ピッキングする人と鑑査をする人は違う薬剤師が行う。	オロパタジン塩酸塩OD錠5mg「トーワ」	アレロックOD錠5		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
524	分包装オロパタジンドライシロップの規格がオロパタジン顆粒と異なっていることを知らずピッキングし監査時に気づいた	粉・顆粒がすべて同じ規格だと思い込んでしまった。	棚に整理するときに注意喚起のPOPをつけた。1包あたりのgは必ず確認する	オロパタジン塩酸塩ドライシロップ1%「日本臓器」	オロパタジン塩酸塩顆粒0.5%「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
525	オロパタジン塩酸塩シロップ用1%0.5g1日2回朝夕食後の処方記載。ドライシロップ剤形があることを認識せずに顆粒0.5%製剤で調剤を実施。鑑査者が剤形、規格の違いを発見。当該医薬品在庫がなく、医師に疑義照会し顆粒0.5%1gに処方変更を頂き正しく調剤し交付。	オロパタジンの散剤が1剤形しかないという思い込みがあり、調剤を進めてしまった。ジェネリックのみではあるが、規格の異なるドライシロップ製剤があることを認識、周知し今後の調剤ミス防止につなげる。	オロパタジンドライシロップ剤形があることを周知徹底。別規格が存在することを首飾りを用いた注意喚起を行う。	オロパタジン塩酸塩ドライシロップ1%「日本臓器」	オロパタジン塩酸塩顆粒0.5%「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
526	近隣の医療機関より、オロパタジン錠2.5mgが処方されているが5mg錠で調剤した。	普段、オロパタジンは5mg錠で処方されることがほとんどであるため、慣れが主な原因と思われるが、規格確認を疎かにしてしまったと考えられる。	必ず二人以上の目を通すようなチェック体制を心がける。同じようなヒヤリハットがあるたびに情報を共有し、全員でいろいろなミスが起こる可能性を意識しながら職務にあたる。	オロパタジン塩酸塩錠2.5mg「明治」	オロパタジン塩酸塩錠5mg「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
527	一般名処方で患者様は先発希望でこれまでも先発で投薬していた。今回、ピッキングが後発品でされており、監査でチェックすべきところを見逃してしまい患者様に渡ってしまった。患者様に体調変化はなかった。	ヒートの見た目が類似していたため確認が不十分だった。	成分が同じものはヒートの見た目も類似していることがあるため必ずヒートに書かれている名称を確認する 先発とGEで10錠シートと14錠シートに分けて在庫されているので再確認する	ガスターD錠10mg	ファモチジンD錠10mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
528	ガスターD錠10mg60錠のつもりで監査システムリ通したところ、重量が60錠のはずが64錠と表示されたのでおかしいと思い確認すると、ガスターD錠が40錠、ファモチジンOD錠10mgが20錠、一緒に輪ゴムで止められていた。	機械に通したGS1コードはガスターD錠の方だったため、重量が同じ薬剤であった場合、気付かずに交付していた可能性がある。また、日常業務による慣れから同系色であるというだけで同じと判断してしまっただと考えられる。	引き出しの中の医薬品、先発品・後発品の思い違い・取違い、すべてにおいて気を付けることはもちろんのこと、機械が1錠でも違う値を示したら、1回疑い確認する癖をつけるよう周知徹底する。	ガスターD錠10mg	ファモチジンOD錠10mg「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
529	平素より当店を利用している男性患者(66歳)が、一般名処方でファモチジン口腔内崩壊錠10mg、テブレノンカプセル50mg、その他4種類の薬が処方された処方箋を持参された。この患者は平素より先発品を希望されており、入力は普段通り先発品で間違いなかったが、調剤者は後発品をピッキングしてしまった。監査者も間違いに気が付かず、患者もいつも通りですね、という感じで実物の薬剤についてはお互いに軽く確認してお渡ししてしまった。患者が帰宅後、薬を取り出した際に気が付いて当店に連絡、正しい物と取り替えさせていただいた。	現在は86%程度がジェネリック医薬品でのお渡しのため、ジェネリックをピッキングする機会の方が断然多く、頻出の薬でもあり、患者背景を確認せずにピッキングしてしまった。さらに、監査時には患者背景の見落とし、先発品と後発品のヒートが似ているため、間違いにも気が付かずそのままお渡ししてしまった。	薬歴の表書きに、個々の希望、特性などを目立つように記載し、ジェネリック医薬品はシートは先発品と似ているものが多いので、気を付けて監査をする。	ガスターD錠10mg セルベックスカプセル50mg	ファモチジンOD錠10mg「トーワ」 テブレノンカプセル50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
530	ガスターD10mgと20mgの取違。ほとんどはジェネリックで調剤しているため、保管場所が重なり、2規格の混乱を招いていた。	ピッキングしたものと、監査投薬が同一人物であったため、ミスに気づくことができなかった	処方箋監査、ピッキング、一包化、監査、投薬をできる限り別人で行えるように体制を整えた	ガスターD錠20mg	ガスターD錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
531	ガスモチン錠とモサプリド錠が混ざって交付されていたと患者より電話があり、発覚した。	患者に交付前に取り揃えの段階で、後発品が先発品の棚に混ざってしまっていた。そのため、後発品が入っているのも気づかず、交付してしまった。	交付前に確認を行い、薬の種類、数があるかを確認しなければならない。また、患者にも見せられ、薬があるか確認してもらおう。	ガスモチン錠5mg	モサプリドクエン酸塩錠5mg「AA」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
532	先発希望でガスモチン5mgを飲んでいる患者にモサプリド錠5mgを誤ってお渡しした。	来局が営業開始後すぐであったので、焦ってしまった。ガスモチン168錠を渡すところを、100錠はモサプリド、68錠はガスモチンで渡した。ガスモチンの棚にモサプリドが誤って入っており、ピッキングの際に気づかなかった。	・棚に薬を戻す際に、一呼吸おいて、確認してから戻す・定期的に棚に誤って薬が戻っていないか確認する・ピッキングする際も、違うものが混じっていないか見ってからピッキングする・監査者は数の確認だけでなく、後発品と先発品が混じっている可能性も考えて、ヒートをチェックする	ガスモチン錠5mg	モサプリドクエン酸塩錠5mg「EE」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
533	ガスモチン錠5mgで処方されておりいつもはその通り投薬しているのにその日はモサプリドクエン酸塩錠5mgで投薬してしまった。その後患者本人より連絡があり発覚した。	この患者さまはモサプリドクエン酸塩錠5mgと思い込んでいた。月曜日の午前の忙しい時間帯に確認に注意を払ってなかった。	一人で調剤することが多く薬情の写真と合わすなど冷静な確認の場面を増やすようにした。	ガスモチン錠mg	モサプリドクエン酸塩錠5mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
534	一般名処方カンデサルタン8mg・ヒドロクロロチアジド配合剤に対し、カデチア配合錠HD「あすか」を調剤する所、名称の類似しているカムシア配合錠「あすか」を準備してしまいました。監査投薬担当薬剤師も違いに気付かずそのまま調剤。その日の午後在庫の違いから、準備した薬剤師が間違いに気づき、患者様に問い合わせ交換することで事なきを得ました。患者様は薬が変わったものと思ったとの事こちらで気づかなければそのまま内服してしまう事になった事例でした。	配合錠が多くなり、一般名処方の処方箋から薬品名に結び付けるのがなかなか難しくなると感じます。つい、思い込みと準備されている薬剤を疑うことなくスルーしてしまいがちになってきている為、間違いに気が付きにくくなっていると思います。	確実に一般名と薬剤名に間違いのないことを確認し、急がず思い込まず・患者様に必ず薬を見てもらって確認していただく！事の徹底を忘れない。	カデチア配合錠HD 「あすか」	カムシア配合錠LD 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
535	一般名処方箋で、カンデサルタン8mg・ヒドロクロロチアジド配合錠をカンデサルタン8mg・アムロジピン配合錠と取り換え。	台風時で、到着早々の調剤。一般名処方箋で、薬品名のチェック、思い込みで鑑査不足。	一人薬剤師時でも、事務員とダブルチェック。薬袋の薬剤名、薬情、薬歴からもしっかりチェックする。	カデチア配合錠HD 「あすか」	カムシア配合錠HD 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
536	カデチア配合錠が処方されたところに、誤ってカムシア配合錠をピックアップした。監査の時点で気づき、事なきをえた。今回の事例は3回目であった。	名前の類似、屋号が同じ。繁忙な時間帯に起こっている。	該当薬剤の保管場所に、薬品名確認の札を貼り、注意すべき薬剤のリストを作成し、助手・薬剤師共に再発防止に努める。	カデチア配合錠HD 「あすか」	カムシア配合錠HD 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
537	カデチア配合錠HDを渡すところ、カムシア配合錠HDを渡してしまった。	一包化をして渡した後に薬局内の事務員により発覚した。一包化を行ったのは同じ事務員でゴミ箱のヒートを見て違うことに気が付いた。	一包化した後のヒートも確実に確認する事	カデチア配合錠HD 「テバ」	カムシア配合錠HD 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
538	2名分の処方箋を持参。1名は一般名処方「イルベサルタン・アムロジン5mg配合錠」の処方。もう1名において、一般名「アムロジン5mg・アトルバスタチン10mg配合錠：4」と他4剤の処方。最初の方でイルアミクス配合錠LDを調剤。もう1名の方の処方も1つ用意しようと考え、10mgだけを注意し、イルアミクス配合HDも調剤。鑑査者からミス指摘。カデュエット配合錠に調剤し直す。	2剤が並ぶ配合錠においてもう1名の影響もあり、イルアミクスだと思い込み、LDとHDを分ける後半のミリ数に着目。10mgでしたのでイルアミクス配合錠HDを調剤。	ポリムスという調剤監査システムの導入しており、患者さんには渡らないよう対策しております。店舗内で事例の周知を行い、最初から起きないように周知徹底します。	カデュエット配合錠4番	イルアミクス配合錠HD「DSPB」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
539	一般名で処方記載の、カプトプリルを入力し、カプトリル（先発）をお渡ししましたが、入力がかプトプリルのままであった。	入力違ってしたが、一般名と先発名が似ていたため、薬情の記載が間違っただけで気が付かず患者へ渡してしまった。	処方せんと薬情と薬品の3点確認をしっかりとこなう。	カプトプリル	カプトリル錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
540	カムシアHDとLDのと取違	処方箋の細かい数字をよくチェックしなかった。	棚に配合錠のそれぞれの成分の量を記載する	カムシアHD	カムシアLD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
541	処方是一般名。カムシアLDと思いながらカムシアHDを手にとってしまった	カムシアの箱が赤がLD、緑がHDとなっている。赤のほうに注意すべき薬が多いので勘違いしてしまった。今までも出していたが慣れと注意力ぶそきもあり。	箱出ししているが、声を出して確認。薬剤の置いてある箱に間違い注意の札をかけてビッキングのときに注意喚起するようにした。	カムシア配合錠HD「あすか」	カムシア配合錠LD「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
542	6/1調剤分の間違いについて8/24本人からの申し出で発覚 6/1分がカデチア配合錠HDであった、すでに61日分服用終了している 今回再びカムシア配合錠HDだったのでおかしいなど気付いて連絡があり担当薬剤師が自宅に向いて確認したところ過誤が判明謝罪し、残薬の23錠を回収、カムシア配合錠HDに交換しました 本人様の体調に関しては 服用後トイレが近くなった感じはするが・・・目立った体調変化はなしとのことでした 今回の経緯・対応について処方医療機関薬剤部あてに郵送にて報告いたしました	普通錠と劇薬の区別はされていたものの同じ引き出しに入れて保管していました →同じメーカー、成分異なる配合錠とのことで間違えやすいので今後は引出しと棚に区別して配置し、間違えないように配慮しました	劇薬と普通薬の保管場所分けの注意、調剤・鑑査・投薬時の再確認、薬局スタッフ間の情報共有をしました	カムシア配合錠HD 「あすか」	カデチア配合錠HD 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
543	カムシア配合錠LDを継続的に服用しておられ、当日も軽微な血圧上昇があったが医師から変更とは知らされておらず、投薬時に今まで通りにカムシア配合錠LDを渡そうとしたがよく見ると一般名処方での処方薬規格が5mgとなっていた。疑義照会后、今まで通りの2.5mgのカムシア配合錠LDと変更になって事なきを得た。	配合剤の一般名処方では 規格を見落とすやすく確認が不可欠であるのにそれを怠ったことが原因。	配合剤の一般名処方では商品名と規格をし複数人で必ず確認し 入力、監査、調剤、投薬を徹底する。	カムシア配合錠HD 「あすか」	カムシア配合錠LD 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
544	先発品と後発品を調剤棚からの取り間違い	薬品棚の位置を変える	薬品棚の位置を変えた。	カムシア配合錠HD 「あすか」	ユニシア配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
545	取り違えて薬剤交付後、患者本人が来局し違う薬が入っていたと指摘あり。確認したところ、規格を取り違えていた。正しい薬をお渡しし、医師に報告。	シートの外観がにているため、取り違えてしまった	2重チェックの徹底を心掛ける	カムシア配合錠HD 「あすか」	カムシア配合錠LD 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
546	投薬時に今回からカムシアLDからHDに増量であることを確認したところ、前回から変わっているはずと申し出があった。ききとりにより、患者の血圧は安定していることを、処方医に照会して指示を仰いだ結果、カムシアLDの継続となった。	配合剤の一般名は告知しており、mg数を確認しなければいけないところ、do処方だと思い込み入力・調剤・投薬してしまった。投薬時の症状聞き取りも不十分だった。	配合剤の入力・調剤について間違いが起こりやすいことを周知徹底した。投薬時にいつものお薬と過信せず、症状をしっかりお聞きするように心掛けることを周知した	カムシア配合錠HD 「サンド」	カムシア配合錠LD 「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
547	カムシアHDの処方をカムシアLDで調剤されていたのに気が付かずお渡し帰宅後の患者さんが間違いに気が付き連絡。すぐに正しいものを交換に伺いました。	ピッキング者の思い込みと 鑑査・投薬者の確認不足	鑑査・投薬時に 規格について○をつけて確認	カムシア配合錠HD 「サンド」	カムシア配合錠LD 「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
548	カムシア配合錠HDの処方に対して、カデチア配合錠HDを調剤してしまった。	名称が類似していた事。知識不足のため、何と何の配合剤であるかの認識が甘かった。	配合錠の名称の意味をよく知るよう注意喚起した。	カムシア配合錠HD 「ニプロ」	カデチア配合錠HD 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
549	カムシアLDからカムシアHD変更時の入力ミス ピッキングミス	カムシアHD処方の患者にカムシアLDをお渡ししてしまいそうになる。背景:過去半年カムシアLDにて収縮期血圧値150位で変動無かったが継続処方であった患者の薬剤増量に気が付かず入力と調剤。要因:いつもと薬剤変更ないだろうとの慢心	今回 最後の薬剤監査時に気が付いた為 事なきを得たが、入力時 前回処方からのコピーに慢心せず 入力後 入力者 他の者 2名にて入力監査を行う事が必要と考えられる。今後も 薬剤と実際に処方箋に記載されている薬剤が正しいかの監査は続けていきたい。	カムシア配合錠HD 「武田テバ」	カムシア配合錠LD 「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
550	【正】カムシア配合錠LD「あすか」 【誤】カムシア配合錠HD「あすか」	処方箋入力時に、後発品を選ぶときHDとLDの選択を間違えた。処方鑑査時入力間違えを見落とし。投薬時に入力ミスを見落とし、患者様との会話からのHDからLDへ変更の旨、ききとり不十分であった。	配合剤の初期監査時や最終監査時に成分の監査が出来ていなかったことから、初期監査時、一般名での成分の規格に○をつけHD錠かLD錠か確認を行う。最終監査時、再度、成分と配合錠の規格が一致しているか確認を行う。医事スタッフ含め、配合剤で複数規格がある医薬品を再度周知すること。	カムシア配合錠LD 「あすか」	カムシア配合錠HD 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
551	カムシアLD錠の処方があったが、間違えてカムシアHD錠を調剤していた。監査時に間違いに気付いたため健康被害は起こらなかった。	処方箋を十分に確認せず、また思い込みで規格違いをピッキングしてしまった。	処方箋を十分にチェックし、規格違いに気をつける。	カムシア配合錠LD 「あすか」	カムシア配合錠HD 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
552	カムシア配合錠LDを出すところをカムシア配合錠HDを出していた。監査の段階で気づいたため変更した。	規格の異なる薬剤を上下の棚に並べているため、取り違えが起きた。	規格違いの薬は、規格の違いがはっきりわかるように、目立つように、注意するよう意識が向けられるよう表示する。	カムシア配合錠LD 「あすか」	カムシア配合錠HD 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
553	カモスタットが処方されたが外観類似のとなりのエベリゾンを取り出した	棚がとなりあわせだった	棚を離す	カモスタットメシル酸塩錠100mg「トーフ」	エベリゾン塩酸塩錠50mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
554	他剤と共にカモスタットメシル酸塩錠100mg「日医工」が6錠分3、28日分が処方されており、68錠はカモスタットメシル酸塩錠100mg「日医工」で100錠はピロー包装のままエベリゾン塩酸塩錠50mg「日医工」を調剤してしまった。交付時もバラの68錠は正しいカモスタットメシル酸塩錠100mg「日医工」であったこととヒートの色合いが似ていたため交付者も患者様も気づかず交付してしまった。発注業務中に調剤した覚えのないエベリゾン塩酸塩錠50mg「日医工」の空き箱があり発覚。すぐに患者様と連絡を取り服用前に正しい薬に交換することができた。	特に来局者数が多くなる月曜の忙しい時間の出来事で焦りや疲れから注意力が散漫になり、いつも在庫が置いている場所から慣れた手の感覚で箱を取ってしまい正しい箱を取ったと思い込み誤調剤してしまった。監査、交付時もバラの68錠の方に注意がいきまわらぬ方が正しく調剤されているのでピロー包装の方は色合いだけを見て正しく調剤されていると思い込みそのまま交付してしまった。	来局者数が多くて速さも求められる状況で焦りや疲れがある時こそ集中して調剤ミスのないように徹底する特に慣れて調剤することのないようにする。充填業務や調剤中であっても新しく箱を開けるときは開けた時と棚に戻す(調剤かごに入れる)時のダブルチェックをするように徹底する。ヒートが似た色合いの薬剤やデザインの似ている薬剤をリストにして再認識し注意して調剤に当たる。名称が似ている薬剤だけでなくヒートが似た薬剤も取り間違いのないように離して保管出来るように保管場所を考えて調剤ミスを少なくする環境を整える。	カモスタットメシル酸塩錠100mg「日医工」	エベリゾン塩酸塩錠50mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
555	全量105錠であったため、100錠についてはアルミニウム外装をつけたまま、残り5錠についてはヒートで用意したためヒートのデザインの違い・錠剤の色調の比較が出来ずそのまま交付してしまった。	mg数の違いから収納棚が上下になっており、取り違えてしまった。	類似名称の薬品は出来るだけ棚を離す、又100錠以上交付の場合は外装を取り除いてヒートデザインや錠剤の色調を比較出来る様に手順を改善する。	カリジノゲナーゼ錠25単位「日医工」	カリジノゲナーゼ錠50単位「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
556	他薬剤師が監査中、前回の処方内容と今回の処方内容に相違があることに気づき、前回処方のレセコン入力を確認したところ「カリメート(ポリスチレンスルホン酸Ca経口液)」とすべきところ「アーガメイトゼリー(ポリスチレンスルホン酸Caゼリー)」と誤って入力・調剤してしまっていたことが発覚。患者様ご家族に謝罪し、改めて正しい処方医薬品をお渡しした。	一般名処方の「ポリスチレンスルホン酸Ca経口液」をゼリーと思い込んで監査をしてしまった。処方医薬品名の最後までをきちんと確認できていなかった。	複数剤形の医薬品は特に意識して注意を行う(インテパン・ロコイド・クレメジン etc) 処方単位数から剤形を確認する(個・包・g etc)	カリメート経口液 20%	アーガメイトゼリー		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
557	一般名処方の般:ポリスチレン酸カルシウム経口液20%、を以前からよく見る、般:ポリスチレン酸カルシウムゼリーと間違い入力した。	一般名処方の薬剤の剤形の多種あることを知らなかった。	一般名処方の場合、名称のあとの単位。〇g、個または包をしっかりとみること。	カリメート経口液 20%	アーガメイトゼリー		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
558	カルコーバ配合錠L100mgのところをスタレボ配合錠L100mgと思い込みそのまま調剤、鑑査時にも気づかずにそのまま投薬した。投薬後の入力確認で入力ミスを発見し、すぐに電話連絡し正しい薬に取り換えに伺い、服用前に対処することができた。	事務による処方入力時には、正しい入力 がされていたが、調剤時にカルコーバ配合錠L100mgとスタレボ配合錠L100mgを同一のものと思い込み、スタレボ配合錠L100mgですべて取り揃えられた。入力を修正する際に、鑑査者が入力の修正を行い、入力もカルコーバ配合錠L100mgで統一した誤った入力をした。その後の鑑査の際に確認作業が疎かになってしまい、そのままスタレボ配合錠L100mgが誤って交付された。	タクシーを待たせており、お急ぎの患者様ということで、調剤時に焦りがあった。急いでいるときこそ、正確に処方せんの内容確認を行うこととした。調剤時の処方修正はできる限り鑑査者は行わないようにする。処方せんと入力、取り揃えられた薬剤と薬袋の確認が疎かになっていたため、いずれの作業もひきつづき毎回確実に行うことを再度周知した。鑑査業務の最終工程で、処方せんを元に薬剤がすべて取り揃えてあることを再度確認を行うこととした。また今回の患者様は、歩行困難があり、本人は車でお待ちになり、窓口の対応は見守りヘルパーであったため、可能な限り車まで赴き、状態と薬剤の確認を行うこととした。	カルコーバ配合錠 L100	スタレボ配合錠 L100		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
559	調剤者がホスレノールOD錠250mgからカルタンOD錠に処方変更されていたことに気づかず、ホスレノールOD錠250mg(交付は後発品の炭酸ランタンOD錠250mg「イセイ」)で調剤してしまいました。入力者も監査者も処方変更気づかず、そのまま交付してしまいました。	調剤者、監査者、入力者ともにいつもと同じ薬だろうと思いこみで業務を行っていたこと、業務に集中できておらず、気のゆるみがあったことが原因です。	処方監査をするものは、より丁寧に処方監査を行い、入力者は処方監査の結果を鵜呑みにせず、処方箋をしっかりと確認して入力するようにしました。監査者は、入力チェック、薬の監査ともに一文字監査を必ず行い、過誤が再発ないようにしました。	カルタンOD錠250mg	炭酸ランタンOD錠250mg「イセイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
560	一般名処方「カルテオロール点眼液2%(持続性)の処方箋を調剤時にLA点眼液のところをPF点眼液でお薬を投薬。投薬時にいつもの点眼液と袋が違うとの申し出があり、発覚。	LAやPFなど略語に対する理解が欠けていた。	それぞれの用法用量を再度丁寧に確認する。	カルテオロール塩酸塩LA点眼液2%「わかもと」	カルテオロール塩酸塩PF点眼液2%「日点」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
561	カルテオロール塩酸塩PF点眼液2%を投薬すべきであったのに、調剤当事者がまだ店舗業務に不慣れであったために、間違えてカルテオロール塩酸塩PF点眼液1%を投薬してしまいました。	調剤当事者がまだ店舗業務に不慣れであった事に加えて、規格が違う事が明確に解る様に、%の所にマジックで色を分けて丸〇マークで囲ったりの工夫がなされていなかった。	調剤当事者の注意力や練度を上げる事、及び規格違いがある医薬品への知識を養う事と、規格が違う事が明確に解る様に、%の所にマジックで色を分けて丸〇マークで囲った。	カルテオロール塩酸塩PF点眼液2%	カルテオロール塩酸塩PF点眼液1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
562	調剤者が後発品でピッキングするところを先発品でピッキングし、監査者が間違いに気づいた。	後発品をピッキングするべきところを先発品でしてしまった。	後発品か先発品か確認する。	カルデナリン錠1mg	ドキサソシン錠1mg「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
563	処方カルデナリン錠2mgでジェネリック希望。成分名はドキサソシンであるのにカルデナリンと名称類似のプロプレスのGEカンデサルタン2mgで調剤。	商品名、成分名の類似品に注意。先発品からGEへの変更注意。	調剤・監査の徹底を再確認。	カルデナリン錠2mg	カンデサルタン2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
564	ピッキング時、カルデナリン2mgのところカンデサルタン2mgを出してしまい、監査者もそのまま投薬してしまいました。	同じ間違いを繰り返しているため、類似薬品名・思い込みがあったと思われる。処方量も多くなく、間違える環境ではないと思われるが、認識不足から起きていると思う。	類似薬品ありの掲示と、あわてず落ち着いて調剤に取り組む様周知徹底した。	カルデナリン錠2mg	カンデサルタン錠2mg「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
565	カルデンリン錠2mgが製品名で処方された。実際に調剤し交付した薬剤はカンデサルタン2mgだった患者本人が服用前に気づき薬局に連絡、交換して正しいカルデナリンを交付した	最初の「カルデ」と「2mg」のところで勘違いしたと思われる直近でカンデサルタンの使用量が増えたことも思い込みの要因と考えられる	薬の棚に暖簾をつけて注意喚起薬歴の患者メモにカンデサルタン処方ある人全員に注意のメモを残した	カルデナリン錠2mg	カンデサルタン錠2mg「タナベ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
566	一般名処方に対し先発品で処方入力。患者様へは後発品でお渡ししてしまった。	1日2錠(分2)服用を50日処方で丁度100錠のため、アルミ包装のままピッキングを行い、先発品と後発品の包装が類似していたため監査、投薬ともに見逃してしまいそのまま患者様へと渡ってしまった。薬の補充を行う際、処方されたはずの薬が減っていないことに気づき、直ちに患者さんへ連絡を行い服用前に交換することができた。	・引き出しに、先発品と後発品がわかるような表示をつけた・ピッキング、監査、投薬それぞれ必ず手順を遵守して行うように徹底、ミーティングで職員全員で共有を行った	カルナクリン錠50	カリジノゲナーゼ錠50単位「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
567	カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム錠10mgが処方されていたが思い込みで30mgを調剤した。	カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム錠は30mgしか在庫がなく、10mgがあることを失念した。	二重チェックの徹底	カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム錠10mg「日医工」	カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム錠30mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
568	カルバマゼピン細粒50%「フジナガ」とカルボシステインDS50%「ツルハラ」の入力間違い	類似名称で規格の%も文字数も近いため入力間違いにつられて薬剤の取り違えあり	薬品検索の際は頭文字だけに注目せず、医薬品名、剤形、規格、投与量全てを二重に確認して入力・調剤まで行う	カルバマゼピン細粒50%「フジナガ」	カルボシステインDS50%「ツルハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
569	調剤の段階で、カルバマゼピン100mgの指示に対しカルバマゼピン200mgがピッキングされていた。監査者は、規格が違うことに気が付き調剤者に確認。再度調剤を行った。患者には、処方箋通りの薬剤を交付した。	カルバマゼピン100mg、とカルバマゼピン200mgは、同じ引き出しに入れてあった。頻繁に調剤する薬剤は、1薬剤ごと棚にカセットにいれて配置しているが、調剤頻度の低い薬剤は、引き出しに50音順に入れてあるため、カルバマゼピンの100mg、200mgともに隣り合わせて入れてあり、ピッキングの際、うっかりミスに繋がる可能性があった。	錠剤を50音順に引き出しにいれることは、変更はできないが、同じ引き出しでも規格違いの薬剤は、仕切りなどで離してレイアウトを行い、「規格注意」の表示を行う。	カルバマゼピン錠100mg「アメル」	カルバマゼピン錠200mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
570	ジェネリックは薬によって希望するという患者様だったが、いつも先発で飲んでいるカルブロックが今回はジェネリックで入力されていることに薬歴を記入している時に気付き、ご家族の方に連絡をして確認してもらったところ入力通りのアゼルニジピンでお渡ししていたことが分かり、薬の残りも1~2日分しかないとのことだったので、カルブロックを速達で郵送し、アゼルニジピンは後日返品していただくこととなった。その後、ご家族の方がミコンビ配合錠BPでもらうべき薬がミコンビ配合錠APで入っていることに気付き、来局していただき交換することになった。	監査機に通した時もNGとなっていたが、調剤した薬剤師から監査を行う薬剤師にうまく伝達されていなかったため、監査のところで気づかず薬袋に入れてしまっていた。また、投薬は別の薬剤師が行ったが、すでに薬が薬袋の中に入った状態で用意されていたため、いつも服用している薬ということもあり、薬袋から出して再度監査をしなかった。	患者様が重なり、忙しくて監査を怠ったことが原因。何人も関わらないように1人の薬剤師がしっかりと監査することが大事であるとする。	カルブロック錠16mg ミコンビ配合錠BP	アゼルニジピン錠16mg 「日医工」ミコンビ配合錠AP		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
571	薬の監査中に発見する。患者さんには直接被害はなかった。	忙しく、カルブロックは16mg服用の患者さんがとても多い。8mgは限られた患者さんのみ服用。今回の患者さんははじめての処方であったため、とり間違えてしまった。	カルブロックは、8mg、16mgPTPが同じような使用のため注意する。保管する場所を変えているが、今後注意していく。	カルブロック錠8mg	カルブロック錠16mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
572	同一成分の規格間違い	検索の際に誤って選択	注意をスタッフに徹底するよう指導	カルベジロール錠1.25mg「JG」	カルベジロール錠2.5mg「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
573	処方ではカルベジロール錠1.25mgで記載されていたが、ピッキングの時点で2.5mgで間違えられており、ダブルチェックでもそのミスを見つけることができなかつたため、患者本人に間違った規格のまま薬が渡ってしまっていた。幸い、患者本人がヒートの違和感に気づき、すぐにTELで薬局まで知らせてくれたため、健康被害などは起こらなかった。患者本人が残薬も所持していたため、患者のご厚意により次回来局まではそれでつないでもらい、来局されたときに正しい規格の薬をお詫びの上交付した。	人員が足りておらず、業務が重なっていたため、いつもより監査が雑になっていた点患者本人との最終確認がなされていなかった点この2点が大きな要因と思われる。	薬品棚に注意書きを記載し、規格間違いの注意喚起を行った。当たり前ではあるが患者本人が急いでいたとしても患者本人との最終確認を怠らないようスタッフ全員に周知した。	カルベジロール錠1.25mg「サワイ」	カルベジロール錠2.5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
574	規格の異なる薬を用意してしまった。	確認不足。	プリムスを使用し、確認を十分に行う。	カルベジロール錠1.25mg「サワイ」	カルベジロール錠2.5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
575	一包化調剤で半錠調剤のものが多く処方されており、さらに繁忙時間帯で同規格、同効薬であったためピッキング間違いをしまい、そのまま調剤してしまった。	一包化調剤で、手差し分包の薬剤は空のPTPと一緒に監査へ回すため、薬剤交付前に間違いに気づくことができた。半錠処方が多い薬剤については小さい規格を用意するなどの工夫はしているが、今回間違えた薬剤についてはそれもなく薬効も似ていることから思い込みによるミスとなった。	今後はピッキングしたものを指さし確認するなど確認作業を徹底することとした。	カルベジロール錠2.5mg「JG」	ピソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
576	〔(一般名) カルベジロール錠10mg 2錠〕を「カルベジロール錠10mg「サワイ」 1錠〕で調剤した。以前から「カルベジロール錠20mg「サワイ」 1錠〕に規格変更して調剤している患者だった。10mgと20mgの取り違え。一包化の前後に調剤者以外のスタッフの監査を受けたが気づけなかった。当日の在庫確認時に気づき、すぐに患者に電話で連絡。翌日に来局していただき作り直しお渡しした。	店舗内が混雑している時間帯で一包化調剤のため、監査がおろそかになっていた。処方箋の記載は10mgのため、監査時に気づきづらかった。	調剤時に使用する処方箋のコピーに、規格変更時は規格と用量の変更について分かりやすく記入して調剤時に使用する。監査時は、処方箋だけではなく規格・用量と薬品の写真の記載のある薬袋を使って監査を行う。	カルベジロール錠20mg「サワイ」	カルベジロール錠10mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
577	一般名でカルボシステインで処方されたものを先発名のムコダインと間違えて、成分がアンプロキシソールのムコサールを調剤してしまった。	後発品と先発品の名称が混ざってしまい調剤を間違えてしまった。	後発品にも先発品が何だったかシール等はり、間違えないようにする。	カルボシステインDS 50%「タカタ」	ムコサールドライシ ロップ1、5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
578	カルボシステインDS50%の処方に対して入力段階でカルボシステイン細粒50%を選んで入力してしまった。入力監査では気付かずに薬剤調整を行ってしまったが、処方監査の時点で細粒とドライシロップの違いに気付いて変更することができた。	入力後、確認はしていたがFG・DSなどの認識に乏しかったために気付いていなかったことが要因、処方監査では処方箋に対して3回目のチェックが入るために剤型の違いに気付くことができず未然に防ぐことはできた。	DS・FGだけではなくCR・Lなどの意味を理解して認識してもらうこと、薬剤師だけではなく調剤事務も含めて一覧を作成して常に確認できるように周知徹底を行っていく。入力・入力監査・調剤監査の3人で処方箋との照らし合わせを行い、今後も業務にあたっていく。	カルボシステインDS 50%「タカタ」	カルボシステイン細粒 50%「ツルハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
579	カルボシステインシロップの処方だったが、フスコデ配合シロップを計量、投薬した。投薬後、フスコデ配合シロップの蓋が開いてたため間違いに気付き、まだ駐車場にいた患者の母親に説明・謝罪してカルボシステインシロップと交換した。	同じ茶瓶で配置も近かった。漫然と調剤したためラベルの確認不足だった。	フスコデ配合シロップのみ水剤棚の離れた場所に配置した。調剤時にラベルの確認を怠らない。以前から調剤ミスの予防のために計量後すぐに蓋をしないようにしていた。今回それで気が付いたため、今後もこの対策は継続する。	カルボシステインシ ロップ5%「タカタ」	フスコデ配合シロップ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
580	一般名でカルボシステイン細粒50%と処方がありカルボシステイン細粒50%「ツルハラ」を調剤しなければいけない所、カルボシステインDS50%「トーフ」にて調剤監査にても、秤量した際に発行するジャーナルにもて見逃ししてしまった。業務終了後の在庫チェックにて、秤量とチェック表が合わない事が分かった調剤する薬剤が間違っている事が判明し、患者は来局しておらず調剤をし直した	カルボシステイン細粒50%「ツルハラ」を使用する患者が一人であり通常使用しているカルボシステインDS50%「トーフ」で調剤をしてしまった	該当患者が一人でもある事から、薬歴記載時に注意を促すよう記載を改めた	カルボシステイン細粒 50%「ツルハラ」	カルボシステインDS 50%「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
581	患者の母親が処方箋を持って来局した。処方箋には(一般名)カルボシステイン錠250mg 2錠分2 7日分と記載されていた。薬剤師Aはカルボシステイン錠250mgを調製する所を誤ってカルボシステイン錠500mgを調製し、鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが規格の間違いに気づき、訂正し、患者には正しい薬を配布した。	繁忙時間帯で焦りあり。確認不足だった。	調剤者がピッキングした後、鑑査に回す前に確認するよう徹底する。取り間違い防止のための注意喚起をした。	カルボシステイン錠250mg 「サワイ」	カルボシステイン錠500mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
582	カルボシステイン錠250mg 「サワイ」を調剤すべきところをカルボシステイン錠500 「トーワ」で調剤。端数を集めて調剤行ったため、調剤した医薬品のJANコードを鑑査機器で読み込めなかったため箱のJANをスキャン。その際誤ってカルボシステイン錠250mg 「サワイ」の箱JANをスキャンしたためエラーはでず調剤者は問題ないと判断。鑑査時に間違いが発覚。正しく調剤し投薬。	鑑査機器を過信してしまったこと。	鑑査機器の利用困難な場合は第三者にチェックを受ける。	カルボシステイン錠250mg 「サワイ」	カルボシステイン錠500mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
583	処方上カルボシステイン250mg 297錠取りそろえる所、カルボシステイン500mg 200錠と250mg 97錠で取りそろえてしまった。鑑査も通り患者さんにお渡し。別患者でカルボシステイン250mgの処方があり、薬局内在庫のズレが発覚。患者さんに電話にてお手持ちの在庫確認していただいたところ、事例発覚。	PDA使用しているがカルボシステインが隣同士で置かれている	カルボシステインの2規格を話して配置する。	カルボシステイン錠250mg 「サワイ」	カルボシステイン錠500mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
584	処方箋には一般名でカルボシステイン錠250mgが処方となっており、当薬局採用の沢井のものをピッキングしなくてはいけないところ、間違って500mgトローワのものをピッキングしてしまい、更に監査でもスルーして患者様にお渡ししてしまった。お母様が看護師とのこともあり、すぐに気が付いて薬局に電話をしてきたことで、間違いに気づいた。直ぐにご自宅に交換に伺い取り換えてお詫びをした。	慣れによる単純なピッキングミスではあるが、調剤・監査・投薬で全部スルーしてしまった。忙しい時間帯で、早く出すことばかりを気にして注意が散漫になっていた。	基本に立ち返り時間ではなく、慎重に正確に調剤することを心掛ける。	カルボシステイン錠250mg「サワイ」	カルボシステイン錠500mg「トローワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
585	息子さんの処方せんを取りに来られた母親を患者と勘違いし、大人への処方と判断。用量を確認せず、調剤。更に投薬薬剤師も監査を怠り、そのまま投薬してしまった。その後、監査・投薬した薬剤師が歴入力時に気付き、すぐに患者母親と連絡を取り、服薬前の取換ができ、大事には至らなかった。	経験豊富な薬剤師の慢心による決めつけと、経験未熟な薬剤師の見落としが重なり、調剤ミスにつながってしまった事例。	調剤時、処方箋の年齢と剤型の確認を必須とし、監査に処方せんと薬袋での2重チェックを行っていくことを当事者2人だけでなく、薬局内全体で共有し、徹底することとした。	カルボシステイン錠250mg「サワイ」アレグラ錠30mg	カルボシステイン錠500mg「サワイ」アレグラ錠60mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
586	処方箋にはムコダイン錠250mgと記載。患者がジェネリック医薬品を希望されていたので、カルボシステインで調剤した。(令和2 8月6日)後日(令和2 8月14日)患者より、カルボシステイン250mgのところカルボシステイン500mgが入っていると電話があった。患者の自宅へ行きお詫びし、正しいものと交換した。	規格の見落とし。	規格や剤形が複数ある薬品は特に注意し調剤する。薬品と薬袋の照らし合わせを行う。	カルボシステイン錠250mg「トローワ」	カルボシステイン錠500mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
587	初診で風邪症状でかかり、症状が緩和しないため再度受診された。処方されたお薬は前回と同じ内容の薬で、服用後の症状、状態などを確認したが、交付するときに患者さまと薬を確認せず渡した。翌日、母親から電話があり、カルボシステインの規格が違うと連絡あり。1回分だけ服用したとのこと。お詫びとともに、健康被害等の確認をし、特に問題ないことを確認し正規の規格にものを投薬した。	投薬前の監査が忙しさからきちんと確認しておらず、また投薬時に患者さまと確認することも怠ったため間違った規格のものが投薬された。	業務マニュアルの見直し、また監査確認の徹底を周知。	カルボシステイン錠250mg「トーワ」	カルボシステイン錠500mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
588	クラリスロマイシン錠の棚にカルボシステイン錠のヒートがあり調剤してしまう。	以前に棚の戻し間違い。	全従業員に通知。	カルボシステイン錠250mg「トーワ」	クラリスロマイシン錠200mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
589	クラリスロマイシン錠200 2T分2とカルボシステイン錠250 3T分3が含まれる処方内容。クラリスロマイシンは正しく調剤したが、カルボシステインはクラリスロマイシンとカルボシステインの混ざった状態で渡していた。 患者様が同じ薬が入っていると持ってきてくれて判明した。考えられる原因は、別の処方のときにカルボシステインを間違った錠数取り出した→気づいてカルボシステインを箱に戻すが誤ってクラリスロマイシンの箱に戻してしまった→当調剤時に、カルボシステインとクラリスロマイシンのごちゃ混ぜの状態でお渡ししてしまったというケースだと思われる。カルボシステイン錠250トーワとクラリスロマイシン200トーワのヒートや錠剤の色・形状が似通っていたため誤って混ざったと思われる。対策としては、それぞれの配置場所を離して目線を変える他、カルボシステインを錠剤に刻印のあるJGへ変更した。その結果、見間違うことはなくなったと思われる。ただ、今回は患者様が気づいたため、結果的にカルボシステインを服用しており、誤飲は起こらなかった。	カルボシステイン錠250トーワとクラリスロマイシン200トーワのヒートや錠剤の色・形状が似通っていたため誤って混ざったと思われる。	対策としては、それぞれの配置場所を離して目線を変える他、カルボシステインを錠剤に刻印のあるJGへ変更した。その結果、見間違うことはなくなったと思われる。	カルボシステイン錠250mg「トーワ」	クラリスロマイシン錠200mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
590	カルボシステイン250mgの処方のところカルボシステイン500mgで投薬しており、再来局時に判明。	門前病院の採用薬がカルボシステイン500mgであったため、同病院から処方されたイレギュラーな規格を見落としした。	カルボシステインが処方されたら規格に丸印をつけることにした。	カルボシステイン錠250mg「トーワ」	カルボシステイン錠500mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
591	カルボシステイン錠500mg、ゾルピデム錠5mg、ツムラ当帰芍薬散が処方。今までと同じもの処方すると聞いていたが異なるものが処方になっていた。疑義後、カルボシステイン250mg、ゾルピデム10mg。ツムラ芍薬甘草に変更となった。	当月から他院から新しい耳鼻科Drが門前病院に入られた。患者様は他院の時から耳鼻科Drに見てもらっていた。同じ処方を出すとのことだったが異なっていた。来たばかりだったのでDrはPC端末操作がおぼつかなかったものと考えられます。薬局ではお薬手帳との照らし合わせをしっかりと行えば防げるかと思いません。	お薬手帳と処方箋の照らし合わせをしっかり行いミスに気づけるようにする	カルボシステイン錠250mg「トーワ」ゾルピデム酒石酸塩錠10mg「AA」ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)	カルボシステイン錠500mg「トーワ」ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「AA」ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
592	処方箋をもとにムコダイン錠(500)をピッキング後、投薬前の薬歴画面にて後発医薬品希望の患者様であるとわかった。	薬局内が忙しいこともあり、正しい判断で処方箋のピッキングを行うことができなかった。ムコダイン(500)とカルボシステイン(500)「サワイ」の包装が似ていることもあり、ピッキング中に気付かなかった。	ピッキング前には患者様情報を確認して先発品、後発品希望かをしっかりと確認する。包装類似がある医薬品には、薬局内で注意喚起するようにする。	カルボシステイン錠500mg「サワイ」	ムコダイン錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
593	棚卸の時、レザルタスHDの数がPC上の理論在庫より少なかった。後日カルボシステイン500mg「サワイ」の棚からレザルタスHDが見つかった。包装が似ていて、棚へのもどし間違えなどで起こったと考えられる。患者には渡ししていなかった。	包装類似のものも棚が近くいと過誤が起こりうるので名称類似、規格違いの薬と同じような対策が必要でした。	棚の位置を変更した。包装類似のものをスタッフで話し合い、類似のものを認識するよう心掛ける。	カルボシステイン錠500mg「サワイ」	レザルタス配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
594	混雑している時にムコダインだからと言って薬情を見ずに投薬して、間違えてお渡しした。	混雑して対応急ぎすぎて、急いでだすことを優先しすぎてしまった	忙しくても常に薬情とともに説明を加えて、お薬を投薬する。	カルボシステイン錠500mg「サワイ」	ムコダイン錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
595	処方箋入力者が入力している途中で処方箋をよく見ながらピッキングしなかったこと。入力が完結してから調剤をやり間違いが起こった。薬剤交付する前に監査者が気付いたため、患者様には正しく薬をお渡しできた。	処方箋をよく見ながらピッキングしなかったこと。入力が完結してから調剤を行うように心がける。	マニュアル通り調剤業務を行う	カルボシステイン錠500mg「サワイ」	カルボシステイン錠250mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
596	クリニックよりコロナール細粒50%が処方されたが投与量過大の為疑義照会したところ、コロナール細粒20%の間違いであることが判明した。	クリニックでの薬剤選択ミス。	薬局内で小児投与量をしっかりと把握しておく。	コロナール細粒20%	コロナール細粒50%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
597	カロナール細粒20%の1g分包品を選ばなくてはいけないところ、間違えて0.5g分包品を選んでしまった。監査時に間違いに気づき訂正をした。	1g分包品と0.5g分包品が同じ容器に入っており、取り間違いが発生したと思われる。	1g分包品と0.5g分包品の容器を分けて、規格も大きく表示をして取り間違いがないように改善した。	カロナール細粒20%	カロナール細粒20%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
598	カロナール細粒50%の処方をカロナール細粒20%で調剤しようとしてしまった	規格までちゃんと確認してなかった	規格には丸印などのチェックをする	カロナール細粒50%	カロナール細粒20%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
599	アセトアミノフェン錠200mg処方のところ入力をカロナール300mgに間違え、さらにカロナール300mgで調剤した。投薬後に気付くすぐに入力訂正と薬の交換を行った。	処方箋と入力、調剤した薬をしっかりと確認しなかった。	処方箋をもとに入力、薬歴、調剤した薬の確認を徹底する。	カロナール錠200	カロナール錠300		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
600	カロナール錠200mgが処方されていたが、服薬指導前に最終鑑査を行ったところ、ピッキングされていたものがカロナール錠300mgであった。	患者さんが立て込んでいた。ピッキングしたときに規格(200mgまたは300mg)の確認が抜けていた。	投薬前の最終鑑査の重要性を改めて感じた。必ずピッキング時に規格も確認する。規格違いであるという意識を更に高めるため、調剤棚は異なる規格を敢えて隣同士にした。	カロナール錠200	カロナール錠300		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
601	カロナール錠200mgが処方されていたが、間違えてカロナール錠300mgを調剤してしまった。監査も気付かず処方してしまった。	注意力不足。処方薬が多く少し特殊な投薬をする患者さんではある。	この患者さんについては、投薬の仕方が特殊なので監査が少し大変であることから、調剤は特に気を付けて行うように申し合わせた。	カロナール錠200	カロナール錠300		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
602	<p>10/14定期薬30日分処方あり。福祉施設を利用されている患者様であり、薬の管理はご自身では難しく、毎回氏名と用法を印字して一包化したものを福祉施設のスタッフと同伴で来局され、持ち帰ったあとは、福祉施設が管理しているという状況でした。</p> <p>この日も福祉施設スタッフ同伴の元、一包化、監査を行い、投薬指導して患者様は帰られました。11/26福祉施設スタッフの方が来局され、10/14に渡した一包化内の薬マグミット錠330mgが2錠分のみカロナール錠200mgになっていると持参されました。確認を行うと、確かにマグミット錠330mgが2か所、2錠分のみカロナール200mgになってしまっていました。話を聞くと、本人さんに重大な副作用は現れていないが、少しまえから便秘傾向があり、確認したところ、今回の発見に至ったとのことでした。予測ですが、すでに服用された薬ももしかしたらカロナール錠200mgに代わって調剤されていた可能性も考えられます。その場で、謝罪、説明を行い、正しく分包したものと差し替えました。</p>	<p>カロナール錠200mg、マグミット錠330mgはともに一包化の際にはバラ包装を使用していました。錠剤の形や大きさが似ているため、分包時、分包後の監査で間違いに気づくことができませんでした。</p>	<p>今回カロナール錠200mgとマグミット錠330mgが混ざって調剤されていた原因として、いずれもバラ包装を使用していたことが考えられました。瓶の大きさや薬品ラベルの色が極めて似ており、誤って混入してしまったのではないかと話し合いました。改善策として、カロナール錠200mgのバラ包装の採用を中止し、ヒートを採用することにしました。また他のバラ包装の薬についても、瓶の見やすいところに手書きで薬品名を記入し、より分かりやすいように陳列することにしました。</p> <p>分包時、分包後の監査は必ず別の者が行き、なるべくたくさん目の通すよう話し合いました。</p>	カロナール錠200	マグミット錠330mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
603	<p>カロナール200で処方の所、カロナール500で入力。調剤、監査もスルーしてしまい、投薬時に発覚。</p>	<p>カロナール500の処方量が多いので思い込み。</p>	<p>処方箋での確認を徹底させました。</p>	カロナール錠200	カロナール錠500		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
604	<p>疼痛によりカロナール200mg6T分3毎食後のところ300mgを調剤。在宅患者様でお薬カレンダーによる服薬管理をされており一旦、当該カレンダーに他の定期薬と一緒にセットしたが、薬局に戻り300mgのヒート殻を調剤者が見て間違いに気づいた。通常はカセットのある自動錠剤分包機にて分包するが、調剤時に使用中だったため手巻きの分包機にてヒート品から一包化したところ規格違いを調剤。自己監査にて完結してしまった。服用前に交換に伺ったため過量投与には至らなかった。</p>	<p>当該薬品は200mg及び300mgが汎用されヒートシールの色調は異なるが裸錠では外観が酷似しているため分包した場合は特に気を付ける必要がある。今回は思い込みによる薬剤の選択ミスと分包されたものの刻印やヒート殻をしっかりと見ていなかったためヒート品を分包することによりミスの要因も増加した。</p>	<p>・調剤棚への規格違い注意喚起のシールを貼付。 ・自己監査はせず薬剤師が一人の場合でも他のスタッフに規格等の確認。 ・一包化監査機器の導入検討。</p>	カロナール錠200mg	カロナール錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
605	カロナール300mgを84錠お渡しする中に4錠酸化マグネシウム330mgが混じってお渡ししていました	調剤時にカロナールのところに酸化マグネシウムが混ざっていることに気が付かず調剤して、監査時にも気が付かず患者様にお渡ししてしまいました。	薬を棚に戻すときに自分以外の人にも確認してもらうようにする。起こりうる事故を認識して調剤監査時にも注意を払うように徹底する	カロナール錠300	酸化マグネシウム錠330mg「モチダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
606	患者様より、服用前に電話連絡があり過誤発覚。(服用なし)カロナール300で調剤すべき所、カロナール200で調剤されていると指摘あり。すぐに患者様宅を訪問して、正しい薬と取り換えた。	昼休憩時の薬剤師の人でが少ないタイミングで一度に3名来局されて、慌ててしまう部分があった。	規格の確認まで徹底する。監査時の確認は当然の事、投薬時も処方箋、現物の確認を行いながら投薬する。	カロナール錠300	カロナール錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
607	カロナール錠500mgが処方されていたが、レセコン入力をカロナール錠300mgで入力して、そのまま交付した。	不慣れな事務員の入力ミス、mg数違いなので監査時も気づきにくかった形	薬だけの監査ではなく、薬情や薬袋など、入力の監査もきちんと行う様にする。	カロナール錠500	カロナール錠300		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
608	カロナール錠500mgが処方されていた患者さんに、メトホルミン錠500mgTM「DSEP」を間違えて調剤してしまったが、途中で気づいてカロナール錠500mgを調剤しなおした。	カロナールもメトホルミンもよく出る薬で、棚の場所は遠いが、比較的下の方で位置が似ている場所に在庫している。また、見た目が似ているために間違えて調剤してしまった。	カロナールとメトホルミンの間違いがあったことを薬局内に周知。また、薬の棚の位置を少しずらした。	カロナール錠500	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
609	2020年10月某日(月)11時50分頃に、新患者(39歳男性)が処方箋を持って来局した。38.4℃の発熱の症状があり受診。処方箋にはカロナール錠500mg 頓服 発熱時1回1錠 5回分と記載されていた。薬剤師(職種経験年数10年)は、カロナール錠500mgを調剤するところ誤ってメトホルミン500mgMT「DSEP」を調剤した。その日は一人薬剤師だったため監査も同一薬剤師が行った。 翌日、薬剤在庫確認時にカロナール錠500mgの数が多くことに気づき、メトホルミン500mgと間違っていることが発覚、すぐに患者宅へ電話するも、前日14時頃1度内服してしまったとの事だった。内服後は、熱は下がりがめまいふらつき、空腹感などの症状はなかったとの事だった。発汗はあったが、低血糖によるものなのか発熱によるものなのかは不明。現在は、体調不良もないとの事だった。	月末で忙しくしていた。門前の医院は通常、風邪や発熱などの処方院内処方だったが急に今回は院外処方となってきたため焦りや、コロナウイルスの心配もありいつもと違う状況であった。カロナール錠500mgとメトホルミン500mgは劇薬で形も似ているため前から思い込みによる間違いをしやすい薬品だったので、棚を変えたり工夫も行っていたがそれでも間違えてしまった。	メトホルミン500mgMT「DSEP」のメーカーを変更し色形の違うメーカーを採用とした。、小さいパーテーションだったものを大きく変更し、フェイスシールドの常備、アルコールですぐ消毒できるようにアルコールティッシュを投薬台に置き外の待合室を設置するなどコロナウイルスへの予防対策をしっかり行い発熱患者が来局しても焦らないようにした。	カロナール錠500	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
610	上記内容を処方医へ報告し、指示を仰いだ。医師は、特に今現在体調不良がなければ様子見て良いとの事だった。	入力間違えていること、調剤も入力を見て間違えてしまった	必ず原本を見て調剤を徹底する	カロナール錠500	カロナール錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
611	整形外科の処方 鎮痛剤としてカロナール500mg分1 x 5回分を、カロナール200mg x 5を調剤する	内科の処方で解熱剤として カロナール200mg x 2錠 x 5回分がよく処方されるため、カロナールは200mg錠と思込みをしてしまう	mgの再確認を徹底する特にカロナールの500mgは劇薬指定(在庫場所も一般薬とは異なる場所に在庫してるが)につき、1回の錠数-ミリ数に細心の注意をはらい調剤すること	カロナール錠500	カロナール錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
612	カンデサルタン錠2mgの処方のところ、カルデナリン錠2mgで投薬してしまった	繁忙	十分時間をかけて監査を行う	カンデサルタン錠2mg「あすか」	カルデナリン錠2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
613	カンデサルタンのmg数をいつも一番よく出るmg数で選んでしまい数量や、先発ではないこと、などに気を取られてしまった。特に、日数多く全処方日数バラバラだったので、個数の間違いチェックばかりに気を取られてしまった。	日数多く全処方日数バラバラだったので、個数の間違いチェックばかりに気を取られてしまった。mg数確認ミス。患者さんに情報を聞くほうばかりに気を取られてしまった。	調剤に真剣に取り組めるように気を引き締めて行こうと思っている。	カンデサルタン錠4mg「あすか」	カンデサルタン錠8mg「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
614	カンデサルタン錠4mg x 60錠処方のところ2mg x 60錠で投薬してしまった	繁忙	十分時間をかけて監査を行う	カンデサルタン錠4mg「あすか」	カンデサルタン錠2mg「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
615	医療事務のレセコン入力ミス(カンデサルタン2mgあすか)に気が付かず印刷物の手帳シールを元に調剤。監査時に気づき(カンデサルタン4mgあすか)で再調剤。	調剤手順として処方箋レセコン入力と並行して調剤体制だが、普段慣れない医療機関からの処方箋での戸惑いと焦りで途中から印刷物の手帳シールを見ながらの調剤になったが間違えてカンデサルタン2mgあすか調剤に至ってしまった。	調剤ミスは人為的な問題であって低確率で起こりうる事象です。いかに調剤監査で取り出し無い様に業務遂行するまで。少人数業務運営の為、迅速かつ確かな判断が求められますので徹底してヒヤリ・ハットゼロを目指してがんばりましょう。	カンデサルタン錠4mg「あすか」	カンデサルタン錠2mg「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
616	カンデサルタン4mgが処方された患者に対し、カンデサルタン8mgが調剤されていた。鑑査者が間違いに気づき、投薬前に4mgに直したため、問題はなし。	継続でカンデサルタン4mgを使っている患者のため、増量に気づかず前回と同じ規格を調剤してしまった。	調剤は必ず今回の処方箋を確認して行い、手帳や前回の薬歴だけを参照しないようにする。	カンデサルタン錠4mg「アメル」	カンデサルタン錠8mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
617	カンデサルタン錠処方のところ、ドキシサゾン錠でピッキングし、監査もすり抜け患者に交付してしまった。ピッキングした当人が気づき発覚となった。	カルデナリンの一般名はドキシサゾンであるが、カンデサルタンをカルデナリンと勘違いし、ドキシサゾンで交付に至った。	先発品から後発品への変更や、一般名からの調剤時には名前が似ているものなど特に注意確認してから行う。	カンデサルタン錠 4 mg 「アメル」	ドキシサゾン錠 4 mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
618	投薬時にカンデサルタンの規格が異なっていることに気が付いた。	背景：お渡しの前に一度監査を行っていた。要因：複数の規格がある。	今回の事例を薬局内で情報共有する。実物と指示書で規格を確認後、指示書の規格部分にチェックを付ける。	カンデサルタン錠 4 mg 「サワイ」	カンデサルタン錠 2 mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
619	薬剤師 1 人の時に応需し、翌日取りに来るとのことで帰宅。【般】カンデサルタン錠 8 mg の処方にて通常「あすか」にてお渡ししている患者に対して、入力は「あすか」で入力したがピッキングは「サワイ」で行い、監査の時に気づかずそのままスルー。翌日患者来局時別の薬剤師が対応し、投薬時に発覚。	焦り・思い込み	一つの薬剤をとっても名称・剤形・規格・メーカー名など様々な情報があるので、確実に照らし合わせる。ミス発生時は必ず確認を怠っていないので、先入観をもたずに業務に取り組む。	カンデサルタン錠 8 mg 「あすか」	カンデサルタン錠 8 mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
620	4 mg から 8 mg に変更になっていたのに前回のまま計算していたので、薬袋の記載も前回のままになっていた。薬は正しい 8 mg を渡した。	調剤過誤システムが鳴っていなかったのにきちんと確認せずに渡してしまった。他の話の話を取られていた。	きちんと前回の薬歴と比較して過誤システムの確認をしてから渡す	カンデサルタン錠 8 mg 「あすか」	カンデサルタン錠 4 mg 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
621	カンデサルタン錠 8 mg 「サワイ」で処方入力するところ、誤ってカンデサルタン錠 8 mg 「あすか」にて処方入力してしまった。	複雑な状況であったため、代替入力と入力確定時の確認を怠ってしまった。	処方入力確定前に薬剤師に使用する薬品名を確認する。また処方入力確定後にも、処方箋原本とお薬手帳のシール・薬袋などを確認した上で薬剤師に回す。	カンデサルタン錠 8 mg 「サワイ」	カンデサルタン錠 8 mg 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
622	【般】モンテルカストチュアブル錠 5 mg の処方できていたが、間違えてキプレス錠 10 mg で入力し、キプレス錠 10 mg で調剤。監査でも気が付かずに通してしまった。投薬直後に投薬者が気がつき、誤った薬は服用はすることなく、正しい薬に差し替えた。	モンテルカストの年齢に応じた用量について、入力者・監査者ともに知識不足だった。	レセコンでモンテルカストを入力すると、規格ごとに適応年齢がコメント表示されるように変更し、処方入力時・監査時にも一目で分かるようにした。	キプレスチュアブル錠 5 mg	キプレス錠 10 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
623	4月に調剤しお渡ししていた薬剤でしたが、内服せずに保管されておられ、8月に喘息症状があったため、その夜母親が服用させたところ、お子さん本人が味がいつものと違うと訴えたため、確認したところ誤りがわかり、薬局に連絡、その日のうちに訪問させて頂き、お子さんの様子の確認、誤った薬剤の交換を行いました。	キプレスチュアブル(5)とモンテルカストチュアブル(5)、キプレス錠(10)とモンテルカスト(10)を薬局に採用しており、それぞれ後発品を先発品の横に置いている状態でしたが、となりあっていたためピッキング時にミスが起きたと考えています。錠剤の包装もシートの外観も似ているため、その後の確認もスルーしてしまったのだと思われます。	取り違えが起きやすい薬剤としていつでも意識できるように、またピッキング時に注意が必要な薬剤であることを注意喚起できるようキプレスチュアブル(5)とモンテルカストチュアブル(5)、キプレス錠(10)とモンテルカスト(10)の棚の上に、『注意!!』という赤いシールを貼っています。また棚も離して配置するように変更しました。監査時には患者の年齢、処方薬剤の用量、ピッキングされた薬剤の確認を慎重に行うことを周知徹底することにしました。	キプレスチュアブル錠 5mg	モンテルカスト錠 10mg 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
624	キプレス細粒で調剤されていたが、30包準備するところ2包足りなかった。最初の調剤者ではなく気づいた監査者が2包調剤したが、しっかり確認せずG Eのモンテルカスト細粒を取り出して合わせてしまった。交付前に投薬者が間違いを発見したため患者には正しくお渡しした。	監査者が調剤者に調剤をやり直すように指示すべきところを怠ってしまった。2人によるチェックを怠ってしまった。	調剤者、監査者の業務分担の徹底、もしくは調剤された薬品の2人以上でのチェックの徹底	キプレス細粒 4mg	モンテルカスト細粒 4mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
625	キプレス錠 10mg を21Tお渡しのところ、キプレス錠10mg、10T モンテルカスト錠10mg日医工11Tでお渡し。患者家族が発見し、後日モンテルカスト錠10mg日医工とキプレス錠10mgを交換した。	今回処方箋処理前にモンテルカスト錠とキプレス錠を取り間違え、それを定位置に戻す際に誤ってモンテルカスト錠をキプレス錠のところに戻してしまったと思われる。	取り間違いを戻す際は2人以上の目で確認しながら戻す。	キプレス錠 10mg	モンテルカスト錠 10mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
626	調剤時、一般名処方 クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%の処方あり、キンダベート軟膏のところ、一般名クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏のデルモベート軟膏を調剤してしまい、監査時に間違いに気づいた。	一般名の知識不足。普段あまり軟膏剤がでないため。	一般名処方似ている旨の調剤棚へ注意喚起を行う。他スタッフへ共有し、注意喚起、再発防止を徹底する。	キンダベート軟膏 0.05%	デルモベート軟膏 0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
627	事務員の入力時にクロベタゾン酪酸エステル軟膏と入力のところ、クロベタゾールプロピオン酸エステルと入力してしまったためにキンダベート軟膏0.05%ではなく、デルモベート軟膏0.05%をお渡しした。	頭3文字でシステムに入力する際に頭5文字まで同じで規格が0.05%と同じ医薬品があることに気づいていなかった点。ピッキング時に担当が知識が足りずに入力された調剤録にてピッキングを行ったため、照合のシステムを突破してしまった点。監査者が監査する際にも全文があっている事を確認していなかったため、前半部と規格同一の医薬品を見逃してしまった点。投薬時にも同じステロイドで強くなるというニュアンスでの確認だったので会話が成立した点。	入力時・監査時の全文確認の再徹底外用ピッキング時に一般名を確認できるように表を掲示して処方せんのみでピッキングするよう徹底	キンダベート軟膏0.05%	デルモベート軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
628	処方元とは異なる皮膚科のDrより「今年の7月頃(恐らく手帳の記載から)キンダベートが処方されているようだ、クロベタゾールプロピオン酸を間違えて渡していないか?」とご連絡処方箋を確認したところ、キンダベートに対して異なるGEが処方されていたことが判明した	レセコンのシステム上、後発医薬品を選ぶ際、入力した先発医薬品から紐づけされた後発医薬品を表示されたものから選ぶ形になるが、キンダベート軟膏にはその後発医薬品との紐づけがなかったため、手動で選ぶ必要が生じた。その際「クロベタゾン酪酸エステル」を「クロベタゾールプロピオン酸エステル」と誤って入力したため、まずそこで間違いが生じた。	外用剤のジェネリックは現在名称変更も多く行われているため、改めて成分名と製品名の紐づけを日頃から心がけ、スタッフ間で情報共有を行う。	キンダベート軟膏0.05%	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	また当薬局は監査レンジを導入しているが、大元の入力自体の間違いに気づけなかったため、調剤、監査時に気づくことができなかった。入力監査時に、先発医薬品の成分名を正確に把握していなかった、また投薬時の聞き取りで使用部位からステロイドのランクの誤りに気づけなかった2点が要因である。改めて名称類似のステロイドの把握と、使用部位からランクを紐づける。						
629	一般名処方のレセコン入力時に、クロベタゾン酪酸エステル軟膏をクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏と選択した後、入力チェックの際に間違いに気付かず、ピッキング鑑査システムを使い、間違った薬剤をピッキングされました。最終鑑査の段階で処方せん原本の一般名と異なる薬剤がピッキングされたことに気付き、正しい薬剤と取りかえることができました。	外用薬の一般名処方名称の類似したものが多く、間違えると全く効果の異なる薬剤を投薬してしまうことにつながる為、注意喚起をしました。	外用薬の一般名処方は、名称類似が多いことを注意喚起し、処方せん鑑査、入力鑑査、ピッキング鑑査、最終の総合鑑査で、処方せんに記載されている内容と一致することを、各鑑査段階で確認することにしました。	キンダベート軟膏0.05%	デルモベート軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
630	患者(女性)が処方せんをもって来局。事務員が受け取り薬剤師Aが処方監査後、調剤。一般名処方であり【般】クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%(キンダベート軟膏)を【般】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%(デルモベート軟膏)と勘違いして調剤。事務員の入力が入り正しくされており、薬情の印字により誤りに気付く。患者に交付前に正しく変更して投薬できた。	お昼前の込み合う時間でバタバタしており、頭文字の4文字「クロベタ」で思い込みにより判断してしまった。	ステロイドの外用剤は似たような一般名のもので多いので必ず名称をフルネームで確認し、商品名が全然違っていても一般名が似ているものは注意喚起のシールを貼って調剤の際に注意を促すよう情報共有と対策を行った。	キンダベート軟膏0.05%	デルモベート軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
631	正)キンダベート軟膏5g誤)デルモベート軟膏5g 7/21手入力でクロベタゾン酪酸エステル軟膏のところクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏を選択し、デルモベート軟膏で入力・交付。処方箋記載の指示部位は陰部ひどいところ。 8/20再受診 DO処方前回の入力を引っ張り入力・調剤中に使用部位が陰部ということに疑問を持ち、クロベタゾン酪酸エステル軟膏だと気付く。前回の処方箋を確認したところ、事故が発覚。 父親に事情を説明の上、謝罪。病院にも経緯を説明した。約1ヶ月デルモベートを使用した事に関して父親は、「症状は改善もせず、悪化もせずそのままです。」との事。	一般名処方、クロベタゾン酪酸エステル軟膏をクロベタゾールプロピオン酸エステルと思い込み入力・監査をしてしまった。入力時、最初の4文字【クロベタ】で検索し、上下にクロベタゾンとクロベタゾールが出てくることから、選択ミスをした可能性も高い。体じゅう赤いボツボツがあり、特に陰部が痒くて夜中起きてしまうほどという症状と、処方箋記載の陰部ひどいところという言葉から、強いステロイドでも問題ないと誤った判断をしてしまった。	ステロイドの強弱と使用部位についての知識を再認識する。慣れや思い込みで処方箋記載の薬剤を決めつけない。常に間違っているかもという考えを持ち、小さな疑問も見逃さない。	キンダベート軟膏0.05%	デルモベート軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
632	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%(キンダベート軟膏)で処方が出ていた患者に、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%(デルモベート軟膏)で調剤。監査時に内容の誤りに気が付かず監査。投薬者が投薬時の患者様の状態確認の際、誤りに気付き患者様には正しい処方内容で投薬。	一般名処方での名前が類似している為取り間違えが発生。デルモベート軟膏 顔への使用の為、監査時にも処方内容に疑問はあったが1日1~2回 顔の赤い所で部位を限っての使用であったため、受診時に医師から特別に指示があったかもと思い込んでしまった。	顔にストロンゲストのステロイドが出ていた時点で、内容をもっと疑うべきであった。使用部位とお薬の強さで疑問がある場合は一般名を確認し本当に誤りが無いか確認する。門前以外の処方戦は手入力である為、外用剤は一般名が似通ったものも多いので、特に入力と処方内容に相違が無いか指差して確認する。	キンダベート軟膏0.05%	デルモベート軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
633	広域処方箋受付システムより受付手入力で入力ミス患者に間違えたままお渡し裏打ち確認時に間違いに気づいたため、患者に連絡、交換しました	広域処方箋受付システムより受付の為手入力で入力したため間違えて類似名称で入力してしまった。その他の薬で軟膏MIXの配合変化がおりその対応に追われていた為処方箋との突合せでスルーしてしまった。	薬棚に類似名称注意のシールを貼り注意喚起する	キンダベート軟膏0.05%	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
634	広域の病院からの処方箋で一般名処方のクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%が処方されていたが、集薬時に誤りクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」を取り出してしまった。他剤との混合調剤であったが混合前に再確認して気づいた為に正しいキンダベート軟膏に交換できた。	一般名処方であったが最初の4文字だけしか見ておらず勘違いして強度の違う薬剤を取り出してしまった。今回小児への顔の塗布を未然に防げて良かった。	一般薬名称の酷似した薬剤であるが、ステロイドの強度が全く違う薬剤。また一般名の長い薬剤はパソコン入力時や集約時には特に注意が必要である。今回職員教育の徹底や薬品棚に要注意の表示を行った。	キンダベート軟膏0.05%	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
635	クエチアピン錠25mgをクエチアピン錠50mgと間違えて入力してしまった。	確認不足(入力ミス)	1人ではなく二重で確認を行う。	クエチアピン錠25mg「アメル」	クエチアピン錠50mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
636	クエンメット配合錠で処方されたところを、クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」をピッキングしてしまった。薬剤の交付前の監査で判明し、正しい薬剤に交換した。	「クエン」という3文字を強く認識するあまり、正しい薬剤をピッキングできなかったと考えられる。また、調剤棚でも、クエン酸第一鉄Na錠とクエンメットは上下に位置するため、より過誤を招きやすかったものと考えられる。	類似名称であるため、棚のトレーに「類似名称注意」のシールを貼るとともに、ピッキングした後も再度処方箋と照らし合わせて確認するようにと周知徹底を行った。	クエンメット配合錠	クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
637	クエンメット配合錠を取り間違えてクエン酸第一鉄Na50mgで調剤。監査、投薬時気づかず、患者へ交付。帰宅後患者様より「いつもと違う薬が入っているが薬が変わったのか？」とTELあり間違いが発覚。患者様宅へ伺い、本来渡すべきクエンメット配合錠と交換し謝罪。	薬名の始めの3文字が同じであり、棚も前後に配置していた。ヒートも類似しており、間違えに気づけなかった。	薬名を最後まできちんと読んだ上で調剤し、始めの文字のみで判断しない。棚の上下で近い場所にあったため、クエンメットは引き出し、クエン酸第一鉄Na50mgは棚と置き場所を変える。	クエンメット配合錠	クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
638	調剤時にクエンメット錠の所をエクメット配合錠で調剤。監査時に間違いに気付いた。	名称が似ている為起こった間違いであると思われる。また、普段からエクメット配合錠がよく処方されるため、よく確認せず思い込みにより調剤していた。	名称類似であることを情報共有し、必ず、調剤した薬と処方された薬を照らし合わせて確認することとした。	クエンメット配合錠	エクメット配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
639	整形外科、退院後初めての処方クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム的一般名処方に記載がありました。処方があってもおかしくはないお薬ですがあまり処方があるお薬ではないので疑問に思いお薬手帳確認しご本人にお薬の変更はないこと確認し医師に問い合わせをしました。クエン酸第一鉄ナトリウム50mgの間違えであることがわかりました。	処方時の一般名処方を選択する時の選択ミスでした。クエン酸の部分に似ているのでパットみたときの判断ミスです。	お薬手帳の確認 ご本人への確認が大切です。	クエン酸第一鉄Na錠 50mg「サワイ」	ウラリット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
640	今まで鉄剤としてクエン酸第一鉄が処方されている患者が、今回から【般】クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠と記載された処方箋を持ち込んだ。一般名から商品名を検索すると、今までの鉄剤ではないため、患者さんに別の薬に変更するように言われているかを確認。本人は、今までと同じ薬が処方されると聞いていたとの回答だったために、問い合わせを実施。その結果、今までと同じ【般】クエン酸第一鉄であった	今回より、この病院の処方箋が一般名処方に切り替わっており、今まで商品名で書かれた薬がすべて一般名に変わっていた。その際に、名称が似ているために、別の薬剤を選択してしまった可能性がある。	処方内容に変更がある場合には、患者に処方医からどんな説明を受けているかを確認する。また似通った一般名に関しては、十分に注意する。	クエン酸第一鉄Na錠 50mg「サワイ」	ウラリット錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
641	2020年9月30日、普段から行っている理論在庫と実在庫が一致しているかの確認していたところ、グラクティブ錠12.5mgの実在庫が理論在庫と比べ61錠多く、またジャヌビア錠12.5mgの実在庫が61錠少なかった。	思い込みで鑑査してしまった。投薬時、薬情との突き合わせを怠ってしまった。	複数の薬剤師による調剤・監査を実施しているが、銘柄違い・規格違いを調剤録にチェックをし、さらに投薬時、処方薬と薬情の突き合わせを徹底し、調剤ミス防止に努める。	グラクティブ錠12.5mg	ジャヌビア錠12.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	銘柄の渡し間違えが疑われ、直近で61日分の処方箋を確認。2020年9月30日に61日分の処方箋をお持ちのなられた患者様に10月13日夜電話にて連絡。外出先ですぐに確認できないとのことで、翌10月14日再度お電話で連絡を取り、グラクティブ錠12.5mgで調剤すべきところ、ジャヌビア錠12.5mgを調剤しお渡ししていたことが判明、お詫びした。気づかず服用開始していたが健康被害はなかった。当然残薬の交換をお伝え、患者様の意向に沿い対応。主治医にもお詫びし、経緯を説明した。						
642	グラクティブ50mgをずっと服用していたが、血液検査で腎機能悪化が確認され、クレアチニンクリアランスを計算したところ30以下になっていた。グラクティブはクレアチニンクリアランス30以下の場合1日の最高用量は25mgのため疑義紹介を行った。疑義紹介の結果グラクティブ25mgに減量となった。	今までも腎機能低下があったが、クレアチニンクリアランスが30以下になったのは初めてだった。	処方箋に検査値の記載があるため、今後も患者の肝機能や腎機能をチェックするようにする。	グラクティブ錠25mg	グラクティブ錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
643	グラクティブ錠50mgをジャヌビア錠50mgと間違えて1包化した。	薬効同一による思い込み	自己監査の徹底、類似薬品の周知徹底	グラクティブ錠50mg	ジャヌビア錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
644	葛根湯処方を見ながら補中益気湯を調剤した。	葛根湯は1番補中益気湯は41番で1番を見てしまったのと、包装色が同じ出会ったので取り違えた。	保管場所を離れた。また包装箱の薬品名が確認し易いような保管とした。	クラシエ葛根湯エキス細粒	クラシエ補中益気湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
645	定期処方が出ており、投薬時に今回は風邪薬が追加と聞き取り、処方内容に相違があり疑義照会を実施。「クラシエ」の葛根湯が追加となった。処方入力の際に、調剤を行ったが誤って「ツムラ」の葛根湯を調剤。処方入力完了後、内容を確認して最後にバーコードを読み込むハンディ式の監査システムを使用した際にエラー音となり、葛根湯の販売メーカー間違いが発覚。処方指示の「クラシエ」を再調剤して、交付した。	土曜日、薬剤師1名で勤務。来局患者が集中して混雑している時間帯だった。葛根湯は処方として「ツムラ」が払い出されることが多く、混雑の焦りから「ツムラ」と思いこみで調剤を行ってしまったことが原因。また漢方は似た製品が多いので、成分に注意がいき販売メーカーへの注意が薄れてしまった。	調剤録に漢方製剤については「ツムラ」や「クラシエ」など販売メーカーを○でチェックを行う。漢方はメーカー毎に保管場所をしっかりと分ける。	クラシエ葛根湯エキス細粒	ツムラ葛根湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
646	クラシエ葛根湯7.5g分2朝夕食後の処方であったが、クラシエ葛根湯7.5g分3の包装で集められていた。	クラシエの漢方薬には1日2回製剤と3回製剤があった。製品名のみ確認して用法の確認を見落としていたことが原因。	取り間違いのないように置き場所は離している。思い込みのないように処方箋の最後まできちんと読み、指差しや声出しによる確認も必要。	クラシエ葛根湯エキス細粒	クラシエ葛根湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
647	クラシエ葛根湯エキス錠T18T分3毎食前4日分で処方されていた。錠剤の1シート18錠包装(1日分)であるが、2日分のみは正しいものでピッキングされており、残り2日分はクラシエ四物湯エキス錠でピッキングされていた。監査の時点で、違う薬剤であることに気づき、正しいものを交付した。	クラシエ葛根湯エキス錠Tとクラシエ四物湯エキス錠の包装が類似しており、四物湯を調剤した際に、まちがえて葛根湯の棚に戻していたことが原因と考えられる。包装(色とシート)が類似しているため、ピッキングの際にすべてのシートの品名を確認していなかった。	ピッキング、監査の際のシート1枚ずつ(束から外したもの)薬品名の確認の徹底。類似包装品の棚を離しておく。類似品ありの札を棚につけて注意喚起を行う。	クラシエ葛根湯エキス錠T	クラシエ四物湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
648	納品されたクラシエ桂枝加芍薬湯エキス錠とクラシエ柴胡桂枝湯エキス錠を棚に戻す時に両剤が混在して置かれていたことに気付いた。処方が出た患者さんに電話で確認したところ両剤を混在してお渡ししていたことが判明した。患者さんは未服用でありすぐに交換させて頂いた。	両剤の包装は色が同じである。監査時に商品の一部のみを確認して後は同じ薬と思い全ての包装の商品名を確認しなかったことが原因である。また棚に両方の商品が混在して置かれていたため取り間違えたのも原因である。	監査時に一部の商品名の確認だけで済ませずに全ての包装の商品名を確認するようにする。また在庫の棚にも漢方の番号と商品名のタグを付けて視覚的に注意ができるようにする。	クラシエ桂枝加芍薬湯エキス錠	クラシエ柴胡桂枝湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
649	クラシエ桂枝茯苓丸処方のところ、クラシエ黄連解毒湯で調剤。空き箱で過誤が発覚。すぐに電話したが1回分服用済み。自宅に差し替えに伺って交換。	クラシエ桂枝茯苓丸と黄連解毒湯と箱が類似している。	類似している薬は隣に置かない。監査時に薬の色だけでなく、名称、番号まで注意深く確認する。	クラシエ桂枝茯苓丸料エキス細粒	クラシエ黄連解毒湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
650	多数の待たれている患者がいる中、当該患者来局。処方箋を入力してもらい、調剤録をチェック後ピッキング。監査後、投薬を行ったが、主訴と薬情の記載に相違あり。(喉の違和感を訴えているが、薬情には腹痛吐き気に効能の記載)改めて薬情をと薬品を照らし合わせると、処方箋記載の薬品は「柴朴湯」であり、入力された薬情や薬袋をみると「柴苓湯」と記載されていた。患者に謝罪し、入力を変えて正しい薬袋、薬情で投薬を行った。	当店ではポリムスといわれるハンディターミナルを使い、薬品監査を行うが、漢方などの散剤などの場合、ポリムスで読み取りが行えないケースがあり、その際は一文字鑑査で行うようになっている。混雑の中、一文字鑑査がおざなりになってしまい、柴朴湯と柴苓湯の一文字の違いが見抜けなかった。	まずはこのような事例があったことを店舗内に共有し、柴朴湯と柴苓湯が存在すること、間違えやすいことを薬品棚に注意書きを行うなどして注意喚起を行っていく。混雑時でも、声を出しながら一文字鑑査を確実にを行う事を徹底していく。	クラシエ柴朴湯エキス細粒	クラシエ柴苓湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
651	クラシエ十味敗毒湯 6g 分2朝夕食前 28日分の処方箋に対して、事務員が3g包×56包ピッキングしなければならぬところ、誤って2g包×56包をピッキング。薬剤師が鑑査時に気づき、正しい3g包で再度ピッキングを行った。	事務員はクラシエの漢方に多包装あることを知らず、思い込みでピッキングしてしまった。	クラシエの漢方には多包装あることを伝え、漢方に関してはピッキング時に1回服用量や1日量が薬と合っているか確認するように指導。多包装あるものに、外箱に1包あたりのg数を赤ペンを用いて○をつけるなどの対応をして注意喚起した。	クラシエ十味敗毒湯エキス細粒	クラシエ十味敗毒湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
652	クラシエ23番、2包分2朝夕食前30日分の処方であった、28日分は、4袋調剤残り2日分を調剤しようとしたら、クラシエ83番が、2包 箱に入ってる事に気がついた。	包装の色が、同じ黄緑色の為 なおし間違えていた	名前と番号をしっかりと確認する	クラシエ当归芍薬散料エキス細粒	クラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
653	【正】クラシエ八味地黄丸料エキス錠 【誤】クラシエ五苓散料エキス錠	欠品調剤の際にPDAを通さずに調剤を行った。	欠品の薬を調剤する際に、目視による2人確認ではなく、必ずPDAを通すようにする。PDAの照合方法としては次の2通り。配薬時、前回までの薬と今回の薬の照合を行い、誤りがないか注意深く確認するように習慣づける。最終鑑査手技について再度確認を行う。必ず処方箋と薬品名を突合するように習慣づける。	クラシエ八味地黄丸料エキス錠	クラシエ五苓散料エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
654	クラシエ 半夏瀉心湯エキス細粒調剤すべきところ、名称・パッケージの色が類似しているクラシエ 半夏厚朴湯エキス細粒で調剤。患者様の前での最終鑑査にて発見。	薬剤師1名、事務1名で患者様3名を対応しており繁忙であった。薬剤師の名称、パッケージが類似しているにもかかわらず、隣合わせに置いて備蓄していた。	複数の箱を開けて調剤をするときは全ての箱をハンディーを通してから調剤する。名称類似品、パッケージ類似品は離して備蓄する。	クラシエ半夏瀉心湯エキス細粒	クラシエ半夏厚朴湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
655	初めての患者さんで薬局に在庫のない薬の処方せんを持ってこられた。後日配達することでその場はお渡しせず、休みあけの月曜日に配達した。投薬者が発注をまちがえて名前が類似した薬を注文、届いたものを確認せずに別の薬剤師が配達した。	薬剤師1が名前が類似していたので、注文を間違えた。薬剤師2が届いたものを処方せんを見ずに配達した。	不足があった場合、処方せんもしくは処方せんのコピーと一緒に申し送りしておく。薬袋に不足だったものの薬剤師名も書いておく。	クラシエ半夏瀉心湯エキス細粒	クラシエ半夏厚朴湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
656	不足品が発生したため、不足品を郵送でご用意した。慌ててご用意したので別の医薬品をご用意してしまった。薬局内の在庫が合わなかったので多く残っていたものが患者さんに渡すべき医薬品であったのが判明した。郵便物が届く前に処方薬を用意して患者宅で交換となった。	医薬品名を最後まで確認せず思い込みでつくってしまった。	不足品をそろえる場合でも医薬品名を最後まできちんと読み取る。	クラシエ補中益気湯エキス細粒	クラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
657	クラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒 7.5g 分2の所 分3でお渡ししていた	7.5g 分2 なので3.75gの分包品をお渡しする所、 分3 2.5gの分包品をお渡ししていた	3.75g の分包品と2.5gの分包品があることを周知する	クラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒	クラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
658	クラシエ六君子湯 6g 分3 28日分の処方が出た。当店で採用しているものは3g包のみ。入力、ピンキングと気が付かず監査者へ。調剤監査システムでも3g包を入力しているため一致。そのまま投薬をし、患者が後日、14日経過後に薬局へ電話をしすでに残薬がないという問い合わせ時に発覚。1.5倍量を飲んでいたことが発覚。	若いピンキング者を取り、多忙な中監査を行った。監査者はクラシエ六君子湯には2g包が世の中にあることは知らず、採用している3gのみと思い込んでいた。	まずは2g包と3g包など、複数規格が存在することを全スタッフで共有。理解した上で棚番メンテナンスを行い、取り間違い防止に努める。事務員にもフィードバック。	クラシエ六君子湯エキス細粒	クラシエ六君子湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
659	一般名処方のレボフロキサシンにおいて後発品を希望しない患者に後発品にて入力してしまっていた。	繁忙時における入力ミス。監査時の薬剤師のチェック漏れ。	事例内容を事務・薬剤師に周知。入力、監査時のチェックを繁忙に関わらず徹底する様指導。	クラビット錠250mg	レボフロキサシン錠250mg「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
660	患者さまは先発品希望だったにも関わらず、ジェネリック医薬品があったため、レボフロキサシン点眼液0.5%で投薬してしまっていた。	先発品を置いていなかったため、ジェネリックをだしてしまった。患者さまに説明し、同意があればよかったが、それもできなかったがいけなかった。	最近ジェネリックも増え、先発品を置いてない場合も多いため、再度ジェネリックの説明をして確認して投薬をするようにする。	クラビット点眼液0.5%	レボフロキサシン点眼液0.5%「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
661	お昼の時間帯で、その日はたまたま閑散としておりました。調剤者はもうすぐ昼休憩に入るところで、少し気が緩んでいました。眼科様からの処方でクラビット点眼が処方されていたが、規格の確認を怠ってしまい別規格のクラビット点眼を調剤しました。監査者が発見をし、患者様の手元に渡る前に正しい薬を調剤しなおしお渡ししました。	昼休憩に入りたいという気持ちが先立ち、規格の確認を怠っていた。	昼休憩の前後や閑散状態からの1人目の患者様の調剤、鑑査などは気が抜けている状態で業務が行われる可能性が高いため、店舗スタッフ全員で緊張感を持つように心がけること。	クラビット点眼液0.5%	クラビット点眼液1.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
662	1歳の子供にクラビット点眼1.5%が処方されたが0.5%で調剤し、投薬時に気付く	当該処方前に同病院で90歳の患者さんにクラビット点眼0.5%が処方されていたため、今回も小児1歳なので思い込みで0.5%で調剤してしまっていた	年齢の固定概念を取り払い、処方薬品の規格を1つずつ確認しながら調剤する	クラビット点眼液1.5%	クラビット点眼液0.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
663	クラビット点眼液0.5%を1本のところ、クラビット点眼液1.5%でピッキング	1. 5%の処方と思い込んだ	薬名を確認する際には右から意識してみるように周知。	クラビット点眼液1.5%	クラビット点眼液0.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
664	処方箋はクラビット点眼液1.5%となっていたが、レセコン入力の際にクラビット点眼液0.5%と入力してしまった。患者さんに交付前に気づいて、訂正した。	普段、クラビット点眼液0.5%の方が、よく処方されるために、思い込みで入力してしまった。	処方箋を、きちんと確認する。出来れば、二人でチェックする。	クラビット点眼液1.5%	クラビット点眼液0.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
665	先発品ご希望の患者様であったが、ジェネリックのレボフロキサシン点眼液1.5%で入力。いつも調剤後はミスノ(監査支援)の機械通すところ患者様多く、飛ばしてしまった(監査支援を通すのを・・・)。患者様にお渡し前に渡薬時薬剤師が薬歴確認中判明。	面処方も多く受付してるので、普段見慣れない処方にはいつも以上に慎重に取り組むべき。	必ず繁忙期であっても社内ルールを厳守するように周知徹底。	クラビット点眼液1.5%	レボフロキサシン点眼液1.5%「杏林」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
666	処方箋では0.5%クラビットがでていたが、ピッキング時に1.5%を取ってしまった。	普段、よく処方される医薬品だったため、思い込みもあり0.5%をピッキングしてしまった。0.5%と1.5%との間違いは注意喚起していた。	棚を離すこと、規格のところに印をつけることで分かりやすくしていく。	クラビット点眼液1.5%	クラビット点眼液0.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
667	先発品調剤希望の患者様にGEで調剤。投薬時、服薬指導中に判明	大半の患者がGE変更しており、ひさしぶりの来局で先発品希望である旨見逃した。	薬歴に分かりやすく記載	クラリシッド錠200mg	クラリスロマイシン錠200「MEEK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
668	年齢、規格をしっかりと確認せずに調剤した。	繁忙時間ではなかったが、他の処方せんも同時に調剤をしていた。他の処方箋が小児の処方箋であったことから、子供だと勘違いしてしまい調剤した。	集中して医薬品名を最後までしっかりと確認して調剤をする。	クラリシッド錠200mg	クラリシッド錠50mg小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
669	クラリスドライシロップの処方変更不可の医薬品の入力をクラリシッドで入力してしまい、薬局にクラリスを備蓄していないことを把握しておらずクラリスとクラリシッドを同じと思いこみ調剤してしまった。	慣れない薬剤師の調剤監査、入力の間違い	入力チェックの強化、処方箋の薬剤の変更不可に対する注意	クラリスドライシロップ10%小児用	クラリシッド・ドライシロップ10%小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
670	9歳の男児にクラリスロマイシン錠200mgが処方されていたが、クラリスロマイシン錠50mgをピッキングした。調剤監査によって間違いを防いだ。	思い込みで調剤せず、処方箋をよく見て、薬歴や患者の体重などから、用量を確認する。	繁忙時でも、落ち着いて調剤し、違う人の目で監査を行う。	クラリスロマイシン錠200mg「サワイ」	クラリスロマイシン錠小児用50mg「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
671	クラリス錠処方 調剤時に後発品のクラリスロマイシン錠200トローワのカセットにカルボシステイン錠250mg トローワが混入	ヒートが酷いため、前に戻し間違えた模様	クラリスロマイシン錠は引き出しに移動。	クラリスロマイシン錠200mg「トローワ」	カルボシステイン錠250mg「トローワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
672	兄妹の2枚の処方箋を応需。妹は2歳。妹にはクラリスロマイシン50mg 1日2錠の処方あり。当該11歳の兄にクラリスロマイシン200mg 1日4錠の処方。処方入力の事務員・調剤担当の薬剤師どちらも過量処方に気づかず。監査担当の薬剤師が投薬前に気づき、処方医に確認し200mg 4錠の処方を50mg 4錠に変更してもらい、事なきを得た。	事務員・調剤担当薬剤師、ともに妹より兄の方が体重的にも年齢的にも処方量が多いことで疑問を感じずスルーしてしまった。	各薬剤の成人用量あるいは小児用量の上限値などを周知徹底。よく調剤する薬剤の用量を年齢別や体重別で一覧にして調剤時に目のつきやすいところへ掲示する。	クラリスロマイシン錠50mg小児用「NPI」	クラリスロマイシン錠200mg「NPI」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
673	クラリチンDSが処方されたところ、処方箋記載がクラリスロマイシンDSになっていた。以前よりクラリチンDSを服用されていたが処方変更の予定ではないと患者様より聞き取りがあったため確認したところ、処方箋の入力ミスだった。	最初3文字が同じため、選択を間違えたと思われる。	以前の薬歴との違いを確認し、投薬時での確認を徹底する。	クラリチンドライシロップ1%	クラリスロマイシンDS小児用10%「トローワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
674	今回からクラリチンレディタブにクラリチン細粒から変更	クラリチンレディタブは外観が特徴的なので間違いが起りにくいと思っていたが、シダキュアと外観が酷似しており、取違いが起こった。	ピッキングシステムにより間違いは是正されたが、外観が特徴的であるがゆえに思い込みから間違いに気づけない事例だった。	クラリチンレディタブ錠10mg	シダキュアスギ花粉舌下錠5,000JAU		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
675	クラリチンレディタブ錠処方患者さんに、包装の似ているシダキユアスギ舌下錠で錠剤をピックアップしてしまい、投薬前監査にて発覚。その方にはミテキユアダニ舌下錠も処方されており思い違いによると思われる。	土曜日には平日お仕事の患者さんが殺到する傾向があり注意力散漫な時間帯だとそのような取違いも発生しやすい。処方せんと薬情と医薬品現品の付け合わせが重要と思われる。特に現品と薬情の写真の照らし合わせで過誤を発見できることも多いかと思えます。	煩雑な時間帯、季節こそより一層注意深く監査が大切。投薬者も、調剤者が間違っているもと考えて監査すること	クラリチンレディタブ錠10mg	シダキユアスギ花粉舌下錠5, 000JAU		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
676	グリクラジド錠40mg半錠のところ、グリクラジド錠20mgで調剤してお渡しするところ、グリクラジド錠40mg1錠でお渡ししてしまった。後日、在庫量が合わなかったため患者さまに確認したところ、調剤ミスがわかった。お薬の交換に患者様宅に行ったところ、体調には異常なかった。	規格が複数あるにもかかわらず、確認不足の為間違えてしまった。	規格が複数あるものに関しては、さらに確認する様に注意する	グリクラジド錠20mg「サワイ」	グリクラジド錠40mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
677	クロミッド錠50mgを10錠、グリコラン錠250mg90錠を調剤しなければならぬところをクロミッド錠50mgを20錠、グリコラン錠250mgを80錠調剤し、投薬していた。	グリコラン錠のシートを1シートずつ確認しなかったため、クロミッド錠が紛れていたことに気づけなかった。	薬品庫から薬品を取り出す際に1シートずつ薬品名を確認し、その後輪ゴムで留める前にダブルチェックを行い、薬剤名とシートの確認を行う。	グリコラン錠250mg	クロミッド錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
678	一般名でメトホルミン錠250mg「GL」とあり当薬局ではメトホルミンはメトグルコまたはそのジェネリック医薬品しかしばらく調剤機会があった、また在庫がない為MTを集薬した。再度確認した際にGLに気づきグリコランを調剤。成分は同じでも1日最大使用量が異なる為、別薬剤と考えるべき	メトホルミンはMTの調剤に慣れていたので、疑いなく集薬をした。特に一般名はどの薬に対する一般名であるかを再確認をする必要がある	メトホルミンだけでなく他の薬でもあったので再確認、シクロスポリンも同様に適応症の違いもあり全員で共有した。	グリコラン錠250mg	メトグルコ錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
679	処方箋に一般名でクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏と記載されていたのをクロベタゾン酪酸エステル軟膏と見間違え調剤した	忙しい時間帯だったため焦って確認を怠った	どの時間帯にも関わらず落ち着いて処方薬、薬剤の確認を注意して行う	グリジール軟膏0.05%	バルデス軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
680	在庫を調べていた時にグリセリン浣腸「ヲオタ」60がマイナス在庫になっていることが発覚。グリセリン浣腸「ヲオタ」小児用30の方は実在庫の方が少ない状態だった。対象患者は1名のみで、電話で確認したところグリセリン浣腸「ヲオタ」小児用30が渡っていた。12本渡したうち、1本使っていたが特に健康被害はなかった。	基本的に門前の病院から処方されるのが、グリセリン浣腸「ヲオタ」小児用30なので思い込みで調剤・監査してしまった。また新規処方の薬があり在庫がなかったため、その薬の手配に気を取られ注意力が散漫になっていた可能性がある。鑑査システムを通し忘れていて、混雑時の焦りにより通すのを忘れた可能性がある。	交付前に鑑査システムを通すことを徹底。グリセリン浣腸小児用30mLの棚に、規格が異なるものがある旨を掲示し注意喚起をする。	グリセリン浣腸「ヲオタ」60	グリセリン浣腸「ヲオタ」小児用30		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
681	一般)グリセリン浣腸液50%120mL10個と処方記載あり。一般名からグリセリン浣腸液50%「ケンエー」120mLを選択したつもりが、グリセリン浣腸液50%「ケンエー」30mLで入力していた事が後日判明した。 (在庫管理システムのエラーにより)	ケンエーG浣腸液50%からグリセリン浣腸液50%「ケンエー」へ名称変更となったが、名称変更後は薬品名に用量の表示がなくなり、一般名から薬品を選択する際に違う用量のものを選んでることに気づけなかった。	レセコンの局内表示に用量が表示されるようマスタを変更した。	グリセリン浣腸液50%「ケンエー」	グリセリン浣腸液50%「ケンエー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
682	患者から電話があり、グリベンクラミドがいつもの薬と違うとのこと。調べると2.5mg錠を出すところ、1.25mg錠を調剤していた。患者が薬局に来られるということで、持参してもらい、2.5mg錠と取りかえた。服用には至っておらず、効果の低下など健康影響はなかった。	これまでもピッキングミスがあったため、処方箋のコピーをとり、薬剤名、用量、剤型に印をつけ、数量を記入して、1個送りで取るルールにしていた。この対策でピッキングミスはずいぶん減ってきたが、それでも発生した。実際に2.5mgに丸がついているのにピッキングされていたものが1.25mgだった。投薬者も患者が急いでいたこともあり、薬袋の印字と見比べるルールになっていたが、それが抜けたまま薬を渡す状況になり、結果間違った薬が患者にわたってしまった。	これ以上の対策ということになると、ミスゼロ子などの導入しかないが、現状、金銭的な理由で導入の余裕がない	グリベンクラミド錠2.5mg「トーフ」	グリベンクラミド錠1.25mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
683	先発品のグリミクロンで入力を行うところ、ジェネリック医薬品のグリクラジドで入力されていた。投薬へ行く薬剤師の薬歴確認時、前回と異なる薬剤であることが発覚し誤りを未然に防ぎ正しい薬をお渡しできた。	入力前に掲示板を確認してから入力を行うフローになっている。	入力前の掲示板の申し送り事項確認のフローの徹底。薬歴確認時の処方比較の徹底。	グリミクロン錠40mg	グリクラジド錠40mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
684	施設利用者への投薬。施設従事者が医師より含量の減量になると説明があったが、薬剤情報には減量になっていないものが届けられたため、問い合わせがあった。レセコンの入力ミスに気付かず、薬も処方通りに調剤されたいなかった。	多忙の日。数人が処方箋に目を通したにもかかわらず、減量になっていることに気付かなかった。	処方箋の細部にもしっかり目を通す。	グリメピリドOD錠0.5mg「テバ」	グリメピリドOD錠1mg「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
685	グリメピリドOD錠0.5mg トーフを60錠ピッキングするところ、箱の外観類似品のグリメピリドOD錠1mg トーフも混同してピッキング。幸い患者交付前の鑑査時に発見	外観類似品が同じ引き出しにおいてあるのでかんちがいた	外観類似品が同じ引き出しにおいてあるので一方を他の引き出しに変更した	グリメピリドOD錠0.5mg「トーフ」	グリメピリドOD錠1mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
686	【正】グリメピリドOD錠1mg「KN」(GEで調剤) 【誤】グリメピリドOD錠0.5mg「KN」(GEで調剤)	処方内容が変更となっていることに気づかず、前回とほとんど同じ内容で入力をしてしまった。	初期監査と最終監査を別の薬剤師が行うように環境作りをする。入力、初期監査及び最終監査の手技の見直しを行う。	グリメピリドOD錠1mg「KN」	グリメピリドOD錠0.5mg「KN」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
687	一般名処方グリメピリド1mg1T/2x朝夕食後のところ、いつもは0.5mg2T/2xで調剤していたが、事務員が誤ってグリメピリド1mg2T/2x朝夕で入力したものを処方監査の工程で見逃してしまった。監査担当の薬剤師がそれに気づいた。	混雑している状況だった。事務員の入力ミスが長年にわたり日常茶飯事で改善すずに諦めており、薬剤師側で間違えないようにと対策を立てていた。	事務員の入力ミスを今更ながら見直し、改善させる。慌てやすい薬剤師に調剤マニュアルをしっかりと細かく教え込み急いでも間違えない様な体制を作る。	グリメピリド錠0.5mg「オーハラ」	グリメピリド錠1mg「オーハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
688	グリメピリド錠0.5mgが粉碎処方で処方されていたが誤って1mg錠を調剤していることを監査時に見落とし患者様にわたってしまった。	監査時にヒートを確認しバーコードを読み取るようになっていたが目視のみでバーコード監査をしなかった。	監査の手順順守の徹底。監査シートを必ず確認・保管する。	グリメピリド錠0.5mg「三和」	グリメピリドOD錠1mg「KN」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
689	グリメピリドが1mgに増量になっていたのに気が付かず。0.5mgのまままで調剤、交付した	処方の変更気づかなかった。	処方箋をよく見る、慌てない	グリメピリド錠1mg「EMEC」	グリメピリド錠0.5mg「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
690	グリメピリド1mgが、定期薬で一般名処方された。糖尿病薬 多剤併用の患者で、処方も煩雑だが、ピッキング予製が0.5mgでなっていたのを、監査もれて投薬してしまった。	夕方、患者が時間帯に集中して、注意が散漫になった、患者が、定期薬で急いでる。薬情知らないなど、あまり説明させてもらえなかった。息子さんのお薬の質問に追われ監査 説明不足による誤薬でした。患者からの電話で発覚して、謝罪して、交換した4.	監査Wチェックの徹底、薬情不要の患者にも出して確認する。	グリメピリド錠1mg 「NPJ」	グリメピリド錠0.5mg 「NPJ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
691	グルコバイOD50mgのわきに入荷時補充でグルコバイ50mgを陳列しあった。	類似薬は棚補充時注意し全品スキャン、スキャンが通らない時名称変更と勘違いしないよう注意が必要。	スキャンが通らない時名称変更と勘違いしないよう注意し複数人数で再確認することにした。	グルコバイOD錠50mg	グルコバイ錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
692	当局においては以前はカリウム補給剤についてはスローケーが使用されることが多く、グルコンサンK錠はほとんど使用されることはありませんでした。したがってカリウム補給剤と言えばスローケー（現在は製造中止）であったのが塩化カリウム徐放錠「St」に変更されていました 処方箋を見ながら患者にKが足りない状況になったんだなぁと現状を把握しておりました、しかしながら取りに来られたのが患者様自身ではありませんでした。本人の体調が悪いとの事で当日は患者様のご主人さんが取りに来られておりました、以前より時々ご主人様が取りに来られることはあったのですが、非常に短気な方で待たされる事を極度に嫌われる方でしたので早々に薬をご用意しないと機嫌が悪くなるという事を知っておりました（イライラされていると最後まで薬の話も聞いていただけないような状況になる為）の慌てて薬をご用意しました。その中でKが不足されている事を手際よく伝えないといけないと考えK補給の事ばかりが頭をよぎっており、ついすっかり塩化カリウム錠を調剤してしまいました	患者様の家族が薬を取りに来た時点でかなり短気の方であることは知っておりましたので、少しでも早く薬をお渡ししようと考えたところから慌ててしまったことが原因であると認識しています その上、スローケーが製造中止となつてからアスパラカリウム散などへの変更の際の換算量などに注意が必要だったなぁ、などこの調剤とは関係のない事が頭をかすめ、注意が散漫になったことも事実です。いずれにせよ当局においては1人薬剤師なので監査も1人監査をする為、簡易ピッキングシステムを導入しておりましたが、どうしても忙しくなると目視による監査となっていた事も誤調剤につながったと考えております	患者様や患者様の家族の性格がどうであれ、いくら忙しくとも簡易ピッキング操作は怠らないようにして行くこと、頭の中を薬効ばかりに気を取られないようにすることが肝要であると考えます	グルコンサンK錠5mg Eq	塩化カリウム徐放錠600mg 「St」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
693	グルベス配合錠84錠処方のところ、ピッキングにてグルベス配合OD錠84錠ピッキングされていた。監査時に発見し、ピッキングしなおした。	グルベス配合錠の棚の横にOD錠があるため、取り間違えが起きてしまった。	棚に複数規格がある旨の注意喚起の札を貼付し、再発防止に努めている。	グルベス配合錠	グルベス配合OD錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
694	グルベス配合錠が処方されていた患者の予製を作成した際に、グルベス配合OD錠で調剤していた。患者が処方せんをもって来局された際に、予製を確認したところ間違えていることが発覚した。	当薬局では門前病院の採用がグルベス配合OD錠なので、OD錠を調剤することが多く、グルベス配合錠は他病院の処方でもしか調剤することがなかったため、よく調剤するOD錠をとってしまったと思われます。	処方箋でOD錠なのか普通錠なのかよく確認し、ピッキングシステムを必ず使用するように徹底する。	グルベス配合錠	グルベス配合OD錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
695	OD錠の一般名処方であったが、普通錠を交付。交付時に別の薬剤の数量間違いに交付者が気が付き訂正、この薬剤の剤形違いには気が付かなかった。調剤者が空箱が普通錠であると後に気が付き、取違いが発覚。患者は気が付かず薬剤を整頓していたが、服用前に連絡し交換した。	監査者は新人で不慣れであり、間違いはどちらも見逃がした。経験のある監査者も居たが、再確認の要請を遠慮してしまった。薬剤棚の配列がいつもと変わってしまっていた。(人員の入れ替わりが原因と思われる)間違いが複数あった場合、一つに気を取られてしまう。	数量記載など、監査の方法を見直す。不慣れな勤務者の場合は、経験のある者が積極的に再チェックを行う。	Crestol 5mg OD錠	Crestol 5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
696	先発品希望者であることを間違えて後発品を調剤	監査もシートが似ているため間違えてしまった	簡単な処方箋であったのがかえって間違えてしまったと思われるため以後おいつそう注意して業務を行います	Crestol 2, 5mg	Rosvastatin 2, 5mg 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
697	一般名で(般)ロスタタチン錠2.5mgが処方された。この患者には本来先発品の Crestol を渡すつもりが、誤ってロスタタチンをピッキングしてしまった。監査時に気づき、 Crestol をお渡しした。	一般名に気をとられてしまったことや、包装が類似していることが原因と思われる。	処方箋を熟視熟読する。包装が似ている先発と後発は監査時に見分けが付きにくいので、しっかりと確認するようにする。	Crestol 2, 5mg	Rosvastatin 2, 5mg 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
698	一包化の患者で Crestol 2, 5mg が処方され、作成後の監査にて一部に Crestol OD錠 2, 5mg が混じっている事案が発生。監査者が異変に気付いて作成し直す事で解決した	Crestol 2, 5mg の棚のところに一部OD錠が混じっていることが今回のヒアハリハットの原因となった。	棚に薬を戻す際に別剤形がある場合はより一層注意して棚に戻すように指導。また別剤形が採用されている品目は、棚に「別剤形あり!」というシールをすべて貼ることにした	Crestol 2, 5mg	Crestol OD錠 2, 5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
699	医薬品を薬効順に配置しており、一般名処方時に Crestol錠とロスバスタチン錠「DSEP」を取り間違えてしまった。	ロスバスタチン錠「DSEP」はAGであり、PTP外観が酷似していることや、棚が近くにあるため取り間違えが発生してしまった。また、同様に戻し間違いが生じやすいと考えられる。	同効薬であってもある程度離しておくことにした。以前は注意書きを貼りつつ、隣接しているものがあったが、先発品と後発品を棚の左右に分けておくことにした。また、棚に先発品を、引き出しに後発品を、と分けて置いたりも実施することにした。	Crestol錠 2.5mg	ロスバスタチン錠 2.5mg 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
700	先発品で調剤のところ外観類似のGEで交付しそうなところで発覚	引き出しや棚が同じ場所にある	棚や引き出しを分ける	Crestol錠 2.5mg	ロスバスタチン錠 2.5mg 「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
701	調剤の棚の中の Crestol錠 2.5mgの中に、ロスバスタチン錠 2.5mg 「日医工」が2T混ざって入っていた。	ピッキングで、残りの薬を戻す時に、注意して戻す。	薬品名を必ず確認して棚に入れる。	Crestol錠 2.5mg	ロスバスタチン錠 2.5mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
702	本来、 Crestolが入っているベ薬棚に、ロスバスタチンが5錠混ざっていた。ピッキング時に薬剤師が気づき、未然に防ぐ事ができた。	調剤時不要な薬を棚に戻す際、先発品とGE品を混同し、十分な目視確認をせずに戻したことが要因と考えられる。	目視確認の徹底と十分な鑑査。	Crestol錠 2.5mg	ロスバスタチンOD錠 2.5mg 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
703	見た目が似ていたので誤った	保管する場所を近いところにおいていた為、誤った	保管場所を離す	Crestol錠 2.5mg	ロスバスタチン錠 2.5mg 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
704	Crestol5mg錠を交付するところ OD5mg錠を交付した	棚の横に並んでいて取り違えた	配置の変更	Crestol錠 5mg	CrestolOD錠 5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
705	Crestol錠5mgを調剤するところ、 CrestolOD錠5mgを調剤した	忙しい時間帯に焦り	棚の位置を変更した	Crestol錠 5mg	CrestolOD錠 5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
706	Crestol錠5mgの所、2.5mgを調剤する。	この患者以外全ての患者様が2.5mgである。思い込みで2.5mgを調剤。	レセコンの注意の所に5mg注意と記載	Crestol錠 5mg	Crestol錠 2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
707	毎回ではないがときどき頓服として処方されるクロチアゼパム錠を5mg錠での処方のところを10mgで薬の用意をしてしまった。服薬指導時に処方箋を見ながら患者とチェックしながらお渡しする際に気づくことができたため違う薬を渡すことを防ぐことができた。	久しぶりの追加薬ということで、普段よく処方される規格である10mgの方を無意識に入力してしまったと思われる。監査者もスルーしていたことから、処方箋内容の確認が甘かった。	入力ピッキング、監査時に処方箋をよく見る。規格までよく見る。見慣れない規格を見逃さないようにする。今回のように服薬指導時にも処方箋を見ながら服薬指導、患者と相互確認を行う。	クロチアゼパム錠5mg「トーワ」	クロチアゼパム錠10mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
708	患者さんのご主人が処方箋を持って来局された。処方箋には一般名で「クロビドグレル錠25mg」 1日2錠 分1朝食後 14日分 と記載されていた。薬剤師A(職種経験年数20年)は、クロビドグレル錠25mgを調製するところを誤って、75mgを調製し、鑑査なしに交付してしまった。30分後、薬剤師Bが気づき、患者さんに電話で連絡しご自宅にて確認交換させて頂いて25mgを交付した。	クロビドグレル錠75mgしか投薬しなかったため、25mgがあるのに気が付かず調製してしまった。他の薬剤師も他の患者さんの対応で忙しく鑑査なしで交付してしまった。	業務手順を見直し、調剤者がピッキングした後、どのような状況でも鑑査に回して再確認を徹底することを注意喚起した。	クロビドグレル錠25mg「SANIK」	クロビドグレル錠75mg「SANIK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
709	クロビドグレル錠25mgのところをクロビドグレル錠75mgが入っていると報告。入院時の持参薬鑑別により間違いが発覚。処方箋発行医療機関より報告有。患者に謝罪にいき、詳細を説明。クロビドグレル錠25mg 1錠1×朝食後 56日分	今日のインシデントはクロビドグレル錠25mgを75mgと誤認したことが原因と考えられる。クロビドグレル錠75mgは1錠で処方され、クロビドグレル錠25mgは2錠でという先入観で調剤、投薬していた。	再発防止の対策として、クロビドグレル錠25mgを服用している患者をリスト化し(当薬局は少人数のため)、処方箋受付時にすべての職員に注意喚起(声だし確認)、全員に周知徹底することで再発を防止したい。	クロビドグレル錠25mg「YD」	クロビドグレル錠75mg「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
710	クロビドグレル錠75mg「SANIK」にオルメサルタンOD40mg「DSEP」が混在していたと患者側より連絡があった。	クロビドグレル錠75mg「SANIK」とオルメサルタンOD40mg「DSEP」が、当該患者の一人前の患者に出ており、その患者の処方薬を棚に戻し間違えたと思われる。	薬を棚にもどす時に注意を払う	クロビドグレル錠75mg「SANIK」	オルメサルタンOD錠40mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
711	AG希望の患者様のクロビドグレル錠75mg「sanik」を「サワイ」で取り間違いし、交付しそうになった。	希望の細かい患者様だったので、注意不足だった。	薬歴に細かく記載し、職員全員が把握できるようにしておく。	クロビドグレル錠75mg「SANIK」	クロビドグレル錠75mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
712	一般名処方にてクロベタゾールプロピオン酸エステルクリームが処方されていたが、誤ってクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏で調剤、鑑査をしてしまった。患者様にいつも使用しているものと色が違うとの指摘を受けて発覚。その後クリームでお渡し。	ステロイドの一般名処方では似た名称が多いこともあり、有効成分名は注意してみているが、剤型までしっかりと見ていなかった。普段での処方でも軟膏が多かったことあり間違えてしまったと考察。	処方箋のコピーにステロイド一般名処方の場合は剤型にマーカーをすることで間違いを予防する。	クロベタゾールプロピオン酸エステルクリーム0.05%「MYK」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
713	デルモベートクリームを後発品に変更したがクロベタゾールプロピオン酸エステルクリーム0.05% 5g14本とベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルクリーム0.05% 5g14本を間違えた。	一包化や軟膏混合で多忙な時間帯。ステロイド外用剤の一般名は長くて先発から変える場合名称の確認に手間がかかる。どれが何の後発なのか覚えにくい。	先発品と後発品を一緒にした名称札を作成し他の軟膏類とは別に場所を作って保管する。	クロベタゾールプロピオン酸エステルクリーム0.05%「MYK」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
714	調剤者が当該薬剤を取り間違えたが、監査システムにより取り間違いに気付くことができ、患者への健康被害を未然に防ぐことができた。	デルトピカローションに引き続き、パルデスローションも名称変更になった。変更後の名称が成分名のため、酷似している。今回は調剤時のミスであったが、処方入力の際にも注意が必要と思われる。	当該薬剤に対して、シールや付箋等で「名称類似」の注意喚起を行った。	クロベタゾールプロピオン酸エステルローション0.05%「イワキ」	クロベタゾン酪酸エステルローション0.05%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
715	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏 1本が処方されていたが、調剤者はクロベタゾールプロピオン酸エステルクリームを調剤した。その後、監査者が処方されたのは軟膏であることに気づき、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏を患者に交付した。	調剤者は、少し前にクロベタゾールプロピオン酸エステルクリームを調剤しており、「クロベタゾールプロピオン酸エステル」の名称までしか確認せず、クリームと思い込んでしまった。結果、処方せんをしっかりと確認せずに、調剤を行った。クロベタゾールプロピオン酸エステルクリームとクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏は名称が非常によく似ているため、日頃から気をつけるように注意喚起してきたが、調剤者の思い込みによりインシデントが発生したと考える。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏とクロベタゾールプロピオン酸エステルクリームは同じ棚の上下で並んでいるため、軟膏とクリームの文字を強調して区別がはっきり付くようにする。また、今一度処方せんをしっかりと読むことを徹底していく。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」	クロベタゾールプロピオン酸エステルクリーム0.05%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
716	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には【般】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05% 10g 左手の爪に1日2回と書かれていた。事務員はクロベタゾール軟膏0.05%「MYK」を調剤すべきところ、クロベタゾールローション0.05%「MYK」を調剤。薬剤師が監査・交付時に気付かずお渡し。翌月10/5に来局された際の投薬時のお話で誤りが発覚。薬局側の誤りであることを謝罪。成分は同じであると説明した。副作用の発現はないとお話だった。	軟膏とローションの剤形違いであり、また棚が隣であったため間違えた。他にアクアチムローションが処方されていたため、ローションでの処方との思い込みがあり監査でスルーしてしまった。休憩に入る職員がおり、煩雑する時間帯で焦りがあった。	・軟膏とローションを隣り合わないようにする。 ・監査の際に指差し確認をする。 ・投薬時にも患者と一緒に確認する。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」	クロベタゾールプロピオン酸エステルローション0.05%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
717	処方箋を受付、入力時、(般)クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%を選択するところを、(般)クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%で選択してしまい、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」のところをクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「テイコク」で渡してしまった。投薬後の入力確認時に気づき、交換した。	一般名の最初の5文字が同じで入力時の選択を間違えてしまった。ピッキング時、入力を頼りにしてしまい、誤った薬を取ってしまった。鑑査、投薬時、病院を変更し、初の処方で、処方内に不足薬、欠品薬があり、確認する事が多く、処方箋の一般名とお渡しする軟膏の一般名の違いに気が付くことができなかった。	ピッキング時、入りに頼らないよう、一般名から薬を取ることができるように軟膏一覧表を作る。軟膏の棚のラベルを作り、似たような一般名の薬がある場合、注意を促すように印をつける。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「テイコク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
718	一般名記載の処方箋で、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏が処方されていたところ、間違ってクロベタゾン酪酸エステル軟膏を調剤し、監査、投薬する薬剤師も気づかず投薬に。投薬時に患者との話から間違いに気づくことが出来た。	土曜日の忙しさも伴い、さらにバルデス軟膏からクロベタゾン酪酸エステル軟膏に名称が変わったばかりだったため。	薬剤師間で、名称変更、包装変更のあったものは、随時共有し、監査の徹底をする。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
719	クロベタゾン酪酸エステルとクロベタゾン酪酸エステルの取り間違い	ステロイドの外用薬は名称変更が相次ぎ、類似の薬品名があるので取り間違えた。	画像付きのステロイドの外用薬一覧表を作り、調剤、鑑査の時に使用することにした	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「イワキ」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
720	一般名処方でクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%と記載があったがレセコン入力時商品名選択でクロベタゾールを選択してしまった。監査で気が付かず、交付時に使用部位、年齢を確認したところクロベタゾールでは強すぎるため処方せんの記載を確認するとクロベタゾンの記載であった。	一般名処方をジェネリック医薬品の商品名に選択する際の選択ミスである。類似の医薬品名であり5文字目まで同じため間違いやすい。	レセコン入力時、監査時、投薬時に類似の薬品名が存在する薬剤であることを念頭において業務を行う。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05% 「イワキ」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05% 「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
721	クロベタゾン酪酸エステル軟膏が処方されていたが、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏で調剤してしまった。	一般名処方であるため、名称が類似しており間違えてしまったと考えられる。	外用薬の一般名処方は特に間違えやすいため、ピッキングの際には名称を最後までしっかり確認する。また使用部位等も一緒に確認すると誤りに気付くことができるので、名称だけではなく用法も見落とさないようにする。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05% 「イワキ」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05% 「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
722	クロベタゾン酪酸エステル軟膏をクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏で発注そのままクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏で調剤してお渡し。	ステロイドを「クロベタ」の頭4文字で覚えていたので、発注時に間違えた。	錠剤と外用に使える調剤監査システムを導入。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05% 「イワキ」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05% 「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
723	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%と書かれていた。クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%を調剤した。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%をクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%と読み間違えた。最近、一般名が変わったばかりで、キャップのふたの色以外は、チューブの形状も同じなので、間違ってしまった。	一般名は似た名称があるので、一字一句見間違えないように気をつける。薬品棚に、「マイルド」と「ストロングスト」の付箋を貼り付けた。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05% 「イワキ」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05% 「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
724	GE薬希望の患者様にキンダバート軟膏が処方されており、GE薬であるクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「イワキ」をピッキングするところ誤ってクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」をピッキングしてしまった。	繁忙な状況であり慌ててしまい取り違えてしまった。	ピッキングする際、変更するGE薬の名称を赤字で正確に処方箋コピーに記載し、その上でピッキングしたものをピッキング者が再度確認する。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05% 「イワキ」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05% 「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
725	一般名処方において、クロベタゾン軟膏とクロベタゾール軟膏の相互の取り間違い。	調剤者研修を受けた事務員が主にピッキング。慣れや頭3文字での思い込みによる調剤と考えられます。	注意喚起や4文字目以降、軟膏やクリームまでしっかり確認する。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05% 「イワキ」 クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05% 「MYK」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05% 「MYK」 クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05% 「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
726	一般名処方に不慣れなため十分な確認が必要	一般名処方の場合、名称が似ているため十分な確認が必要	入力や調剤時に細部まで薬品名・一般名を確認するように対応する	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05% 「テイコク」	デルモベート軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
727	【般】クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%5gが処方されていたが、【般】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%5gと間違えて調剤した。監査者が気が付き、投薬前に発覚した。	忙しい時間帯であり、類似名称の薬剤を良く確認しないまま調剤してしまった。また類似名称薬剤であるが、薬の棚に要確認等、注意書きをしていなかったことも原因と考えられる。	類似名称の薬剤に関しては薬剤棚に赤字で注意喚起をするよう印をつけた。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05% 「テイコク」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05% 「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
728	外用薬で軟膏の処方であったが、同じ薬剤名の剤型違いのクリームでピッキング。	前回と同じ処方だと思い込みピッキング。剤型変更に気が付かなかった。	剤形まで確認を怠らない。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05% 「テイコク」	クロベタゾン酪酸エステルクリーム0.05% 「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
729	ケトコナゾールクリーム10gと処方の所、ゲンタマイシンを処方した。	繁忙時間だったため、監査を怠ってしまったのが原因である。	人為的な監査と、ミスゼロ子による監査は、繁忙時間帯でも必ず行うこと。	ケトコナゾール2%クリーム	ゲンタマイシン硫酸塩軟膏0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
730	後発品希望の患者様。ニゾラールクリーム初処方。レセコン入力者が、誤ってニゾラールローションで入力し、鑑査にて発覚。	レセコンにニゾラールクリームが登録されていなかったため、三文字入力時の候補表示だけでニゾラールローションを選んでしまったと思われる。また、当該患者様を受け付けた直後に別の患者様を受け付けており、繁忙な状況であった。	入力、調剤、鑑査の全行程で、剤型も含めた確認と、後発品希望有無の確認を必ず行う。	ケトコナゾールクリーム2% 「イワキ」	ニゾラールローション2%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
731	ケトチフェンシロップの3mL入りを調剤すべきところを、2mL入りで調剤をした。	繁忙であり、思い込みもあった。	処方箋に2mL、3mLの札を事務員につけてもらうことにした。	ケトチフェンシロップ0.02% 「日医工」	ケトチフェンシロップ0.02% 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
732	点鼻液処方でも通常あまり処方されていないので処方の多い点眼液を投薬してしまった。	慣れ、慢心処方箋監査不足	処方箋、薬歴の監査投薬時患者本人に確認	ケトチフェン点鼻液0.05% 「サワイ」	ケトチフェン点眼液0.05% 「SW」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
733	一般名処方にてケトプロフェンテープ40mgが処方されていたが、規格を間違えてケトプロフェンテープ20mgで調剤してお渡ししてしまった。お渡し直後に再度処方せんチェックを行い、交付間違いに気づき、その場で交換した	施設入所に伴い、一包装対応、薬袋への記載事項が増えるなど、普段とは異なる状況のため、処方監査が不十分だった。	規格・単位までしっかりと監査を行う	ケトプロフェンテープ20mg「テイコク」	ケトプロフェンテープ40mg「テイコク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
734	処方入力ミス	確認不足	個人指導	ケトプロフェンテープ20mg「日医工」	モーラステープ20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
735	入力ミス	前歴の確認不足	個人への指導	ケトプロフェンテープ20mg「日医工」	モーラステープ20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
736	処方せんにおいてはケトプロフェン40mgであったが、20mgを患者様に渡してしまった。	調剤及び監査の際、混雑しルールにのっとり作業ができていなかった。	再度、作業手順書どおり行うよう調剤者、監査者に指導した。	ケトプロフェンテープ20mg「日医工」	ケトプロフェンテープ40mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
737	ケトプロフェンテープ40mgパテルの在庫を補充する際、保管場所の箱に間違えてモーラステープL40mgを補充してしまった。その後に、湿布の在庫を確認していた別の薬剤師が違う湿布が入っていることに気が付いた。	当薬局ではケトプロフェンテープとモーラステープの両方の採用があり、同じ棚の上下に同じ大きさの箱で管理している。ケトプロフェンテープ40mgパテルはもともと包装されている箱から出し、モーラステープL40mgの箱を利用して作った箱に入れ替えている。補充する際には、必ずピッキング監査システムのミスゼロ子で、在庫を入れる箱につけてあるバーコードとケトプロフェンテープの外箱のバーコードを確認しながら行うことになっていたが、補充をした薬剤師が間違いないと思い込み監査システムを使わずに自分の思い込みだけで補充してしまった。	充填の際は必ずピッキング監査システムを使うことを再度徹底した。ケトプロフェンテープ40mgパテルとモーラステープL40mgは包装も大きさもよく似ているのに、同じ棚の上下に同じ大きさの箱で管理をしていた。ケトプロフェンテープ40mgパテルは大箱で購入することをやめ、10袋ずつの小さい箱で管理をすることにした。これによって違う箱に補充する作業を無くし、保管の場所もモーラステープと離すようにした。常日ごろから、万が一違う薬が充填されていないか、注意しながら薬品棚を見守ることも大事である。	ケトプロフェンテープ40mg「パテル」	モーラステープL40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
738	ケトプロフェンテープ40mg「パテル」「大石」56枚処方のところ、モーラステープL40mg/28枚とケトプロフェンテープ40mg「パテル」「大石」/28枚でお渡ししてしまった。	モーラステープL40mgの保管場所にケトプロフェンテープ40mg「パテル」「大石」が置いてあった。	保管場所に薬品の名称を付ける。薬品名を確認してピッキングする。	ケトプロフェンテープ40mg「パテル」	モーラステープL40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
739	ケトプロフェンテープ40mg「日医工」の処方されている患者に対し、ロキソプロフェンNaテープ100mg「ファイザー」を調剤・交付してしまう。夕方の在庫確認にて発覚。患者に連絡を入れ、交換対応。患者との感情トラブルなし。	ケトプロフェンテープは先発品の希望も多いため、本薬局にはロキソプロフェンテープの方が調剤されている状況であった。また、採用しているケトプロフェンテープ「日医工」とロキソプロフェンテープ「ファイザー」の外観も似ていたため、調剤者、監査者両名が見逃してしまい、交付する結果となった。	ケトプロフェンテープで処方されている患者の把握。外観の似たものを採用しない、または棚などに注意喚起用の付箋などを貼る。監査者は薬品名もしっかりと確認する。	ケトプロフェンテープ40mg「日医工」	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
740	ケトプロフェンバップ60mgのところ、30mgでレセコン入力。処方箋監査不足で30mgのまま投薬。その後当日中に間違いに気づき、60mgと交換。	数分も待たず待ち時間にご立腹で怒鳴り始めたため、焦ってレセコンの入力ミスに気付かず、また処方箋との監査不足でそのままお渡ししてしまった。	何があっても手順を変えず、基本である処方箋との監査を十分に行う。	ケトプロフェンバップ60mg「三和」	ケトプロフェンバップ30mg「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
741	ケブザラ皮下注200mgシリンジでの処方をケブザラ皮下注200mgオートインジェクターでピッキングを行っていた。鑑査時に他の薬剤師が気づき、ケブザラ皮下注200mgシリンジに変更した。	最近ケブザラ皮下注200mgオートインジェクターの処方が増えていた為、ケブザラ皮下注200mgシリンジでの処方だったが、慣れでオートインジェクターで用意をしてしまっていた。	シリンジとオートインジェクターなど種類の異なる医薬品も多い為、注意喚起のPOPを作成し、ピッキングの際にわかりやすくしておく。2種類のタイプの薬を置く際は従業員に先に注意喚起をしておく。	ケブザラ皮下注200mgシリンジ	ケブザラ皮下注200mgオートインジェクター		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
742	【般】セファクロルカプセル250mgが処方されていたがケフレックスカプセル250mg(一般名:セファレキシカプセル250mg)でレセコン入力してしまった。調剤した薬剤師が、処方せんの一般名(成分名)と入力された医薬品の成分名が異なることに気づき入力を訂正した。	レセコンに入力する際、「セファ」の3文字検索してケフレックスカプセルを選択してしまった。当薬局はケフレックスカプセルもよく調剤するため入力間違いに気づけなかった。	3文字以上入力しての検索をする	ケフラールカプセル250mg	ケフレックスカプセル250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
743	ケフレックス250mgと処方箋に書かれていたが、ケフラール250mgを調剤し、監査も通ってしまった。投薬前に再確認したところ、調剤者(投薬者と同じ)が気がつき、患者様には処方通りケフレックス250mgをお渡しすることができた。	近隣の医院ではケフラール250mg処方されることが多く、前の週にも沢山処方され、ケフラールについての話をしていた。規格が250mgで同じであること、頭文字がどちらも「ケフ」であるため、よく処方になるケフラールで調剤してしまった。連休明けで忙しかったこともあり、そのまま監査でも見落としてしまった。	ケフラールとケフレックスをあえて隣の棚に配置し、注意を促すシールを貼り 調剤時、きちんと確認するようにした。	ケフレックスカプセル 250mg	ケフラールカプセル2 50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
744	一般名処方でセファレキシンカプセルをケフラールと勘違いして入力・調剤・投薬した。薬歴記入時に間違いに気がついて患者様に連絡して交換した。	通常は2次元バーコードで処方箋入力しているが、込み合っていたため手入力で行ったため一般名からの変換を間違えた。そのまま、調剤・監査・投薬した。	2次元バーコード入力はデータベースに紐付けされているので、手入力を行わない。	ケフレックスカプセル 250mg	ケフラールカプセル2 50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
745	ケフレックスカプセル処方ありジェネリック希望のためセファクロルカプセルで調剤しようとしたところ、入力内容と違うことに気づき、別薬剤と判明	セファレキシンとセファクロルを混同ケフレックスに後発医薬品ないことも失念(当薬局にセファレキシンカプセル在庫なし)	ケフレックスカプセルの外箱にGEなし、またセファクロルカプセルの外箱にケフラールのGEと記載	ケフレックスカプセル 250mg	セファクロルカプセル 250mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
746	R p. ゲンタシン軟膏のところ、ゲンタマイシン硫酸塩軟膏を調剤・監査済み。別の薬剤師が投薬する際に誤りを発見し、訂正した。	・ゲンタマイシン硫酸塩軟膏「タイヨー」の方が、極端に調剤数が多い。 ・患者メモに、数年前のメモ(一般名)ゲンタマイシン硫酸塩軟膏「タイヨー」があった。今回は一般名処方ではなかったにもかかわらず、そのメモを見て調剤・監査してしまった。(レセコン入力には誤りなし)・投薬の際に別の薬剤師が発見し、訂正した。	・薬歴内容を参照しながらも、思い込みによらず、眼前の処方せん指示がどうかを常に確認することを怠らない。	ゲンタシン軟膏0.1%	ゲンタマイシン硫酸塩軟膏0.1%「タイヨー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
747	当日は、管理薬剤師が休みを取っていたので、慣れていない薬剤師が代わりに業務に入って下さった。同じ抗生物質の軟膏だったので取り間違えたのだと思う。	人数の少ない薬局なので、事務員さんも含めてダブルチェックをしていたが、手伝いに来て下さったのが上司のため言い出せなかった。次回から、そのことをお願いするようにした。	薬局のスタッフ、手伝いの人も含めて、積極的にダブルチェックをするように今まで以上に心がけることを再確認した。	ゲンタマイシン硫酸塩軟膏0.1%「タイヨー」	クリンダマイシンゲル1%「クラシエ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
748	コタロー黄連解毒湯カプセルが処方のところ、調剤者がコタロー三黄瀉心湯カプセルをピックアップ。監査時に薬剤が違うことに気づき、コタロー黄連解毒湯カプセルに変更して投薬。	漢方薬は同じところにしまっており、コタロー黄連解毒湯カプセルとコタロー三黄瀉心湯カプセルは、エキス顆粒剤とは違い外箱・外観共に類似しているため、調剤者が誤った薬剤だと気づかずに調剤してしまった。	外観類似品に関しては、外箱に外観類似品ありとテープ等で分かりやすく気付くようにしておく。	コタロー黄連解毒湯エキスカプセル	コタロー三黄瀉心湯エキスカプセル		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
749	コタロー大柴胡湯去大黄を、誤ってコタロー大柴胡湯で調剤。	処方箋に書かれている医薬品名を最後まで確認できていなかった。	薬名を最後までしっかり確認する。	コタロー大柴胡湯去大黄エキス細粒	コタロー大柴胡湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
750	よく出る薬と名前が似ていたので、そっちを取ってしまった。後日、在庫チェックで発覚し、患者様にお電話したところ、まだ飲んでおられず、薬局に来ていただき交換させていただいた	忙しく、つい、取り慣れた薬を出してしまった。自分でもしっかり確認できず、又、監査してもらわず投薬してしまった	処方箋のしっかりとした確認、薬情報照らし合わせでの確認をする。監査はできる限りしてもらう	コタロー麻杏甘石湯エキス細粒	コタロー麻杏よく甘湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
751	コニール錠2をピックアップの際、当該薬品の引き出しにコニール錠4が混入しておりそのまま気が付かずピックアップをし、監査時にも気が付かず投薬時に患者との確認で発覚。	薬品の引き出しには調剤過誤防止システムのバーコードを使用しているが、コニール錠4の戻しの際に誤ってコニール錠2の引き出しに戻ってしまった可能性が考えられる。通常、調剤誤り等で薬品を引き出しに戻す際は薬品のバーコードと引き出しのバーコードを調剤過誤防止システムのハンディターミナルで照合を行うか、使用できない場合は2人以上でのダブルチェックで戻しを行うが、手順が何らかの理由で漏れてしまった。またピックアップ時、監査時にも処方せんの規格と実物の規格の確認ができていなかった。	引き出し等へ薬品を戻す場合は2人以上のダブルチェックと指差し声出しでの薬品名、規格の確認を徹底する。調剤過誤防止システムを導入しているため使用を徹底する。調剤時、監査時にも薬品名と規格の処方せんと指差し確認を徹底する。	コニール錠2	コニール錠4		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
752	2020年9月某日午前10時半ごろ患者様が処方箋を持って来局された。処方箋にはコバシル4mgの記載があった。患者情報でジェネリック医薬品を希望されていたためペリンドプリルエルブミン錠4mg「サワイ」を調整するところを処方箋の記載をコニール錠4mgと見間違えてしまいベニジピン錠4mg「日医工」を調整して鑑査に回した。患者交付前に監査者が気づきペリンドプリルエルブミン錠4mg「サワイ」を調整しなおして患者様へ交付した	処方箋に記載された医薬品をしっかりとチェックできておらず思い込みで調剤を行ったためと考えられる。	商品名で類似した名前の医薬品がある為、調剤前に処方箋のコピーに商品名の横に成分名を記載してから調剤を行う。	コニール錠4	ペリンドプリルエルブミン錠4mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
753	県立病院からファックスで処方箋が届いた。事務員がコントミン50ミリグラムのコントミン25ミリグラムで入力。薬剤師もコントミン25ミリグラムを調剤した。後日、処方箋の確認をしていたところ間違いに気づき、薬剤師が患者様宅に訪問、お詫びし薬をとりかえてきた。患者は5日分10錠のうち3錠服用していた。眠くなるからと服用をやめていた。	Faxの印字が薄く煩雑に入力してしまった。また、薬剤師も薬袋や薬情の写真から25ミリグラムと勘違いしてしまった。	Faxの買い替え。Faxや薬袋ではなく、処方箋原本の確認を確実にこなうこと。	コントミン糖衣錠50mg	コントミン糖衣錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
754	いつも来てくれている方なので、事前に前回の処方通りで一包化調剤をしていた。調整者がコントミン錠50mgのところ、間違ってヒルナミン錠50mgが調剤されていたが、一包化をする薬剤師がそれに気づかず、きちんと鑑査せず、一包化調剤をしてしまった。実際に処方箋を持ってこられた時にも鑑査するが、スルーしてしまった。その後、理論在庫と実在庫の確認の際に間違っていることが判明。患者に連絡後、間違った薬を服用前に正しい薬剤に取り替えた。	調剤助手にピッキングしてもらおうが、一包化の前にきちんと鑑査する習慣ができていないのが大きな原因だと思われる。また一包化後の鑑査はコントミンとヒルナミンの形状が色は違うが、大きさ、糖衣錠という点でよく似ているため見逃したと思われる。	一包化の前に鑑査をして、先調剤の場合は薬歴に、FAXがある場合はFAXされた処方箋に印鑑を押すことをルールとする。一包化された薬剤については印字をきちんと確認する。	コントミン糖衣錠50mg	ヒルナミン錠(50mg)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
755	精神科受診の患者さん一化で調剤。D O 処方継続のため予製にしている。予製時に、コントミン50mg のところをヒルナミン50mg にて作成。予製の監査時にも発見できず。実際に患者さん来店。最終監査にて監査者が発見。患者さんには正しい薬をお渡ししました。	劇薬・規格が同じという共通点のみで間違いがないと、慣れによる慢心によるミス。	予製時に一度監査済みでも、実際に来店時に再度第三者による確認の重要性を再度認識しました	コントミン糖衣錠 50 mg	ヒルナミン錠 (50 mg)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
756	2020年7月某日(木)11時半頃、平素より当薬局を利用している患者(77歳男性)が処方箋をもって来局した。処方箋には、7処方11薬品が記載され、ニセルゴリン錠5mg 3錠 分3后 30日分と記載されており、薬剤師A(職種経験年数5年)は、患者が先発医薬品での調剤を希望しているため、サアミオン錠を90錠調整すべきところをニセルゴリン錠5mg を90錠調整して監査に回した。監査をした薬剤師B(職種経験年数年)は、これを見落としそのまま患者に交付してしまった。後ほど患者から連絡があり、GEを使用する場合には事前に教えて欲しいと申し入れがあり本件が発覚した。	繁忙時には、薬歴、薬袋、薬情の印刷前に、処方箋のコピーを元にピッキングに着手している。この時、本人のGE希望の確認が不十分であるとGEと先発医薬品との取り違えが発生し、監査でのチェックが不十分であるとすり抜けるリスクが発生する。	最終監査時には、処方箋(原本)、薬歴、薬情、薬袋を総合的に突き合わせて齟齬が無いように十分精査する。	サアミオン錠5mg	ニセルゴリン錠5mg 「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
757	処方せん受付時に「サインバルタ増量になった」という話をされ来局された患者様。サインバルタ20mg での処方から30mg への増量になったと思入力を開始するも、処方せん上は同じ用法用量のまま。よくよく確認してみると、ロキソプロフェンが増量になっていた。	来局者は開局以来こちらを利用されている上に定期受診ため、持ち込まれた時にされた話は正しいだろうと勝手に判断していた。	事前情報は参考程度に、しっかり処方せんと向き合うこと。来局者の話が正しく処方せん自体が間違っている可能性もあるため、話と処方せん内容のすり合わせは入念に。必要に応じて疑義照会を行う。	サインバルタカプセル 20mg	サインバルタカプセル 30mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
758	サインバルタカプセル20mg 2C 1日1回朝食後 が新規で処方追加になっていた。患者は血圧の薬を服用する話をDrとしていたが、処方されたサインバルタには言われている薬効がない。患者は以前の病院で血圧が高い時にバルサルタン80mg 0.5錠で服用していた経緯がありDrに話したようだ。処方医は婦人科Drであり間違っている可能性が高く疑義照会にて確認バルサルタン錠の間違いであったこと発覚	Drによる入力ミスか、患者からの聴き取りミスがあり専門医でなかったため気づかず処方に至ったと考えられる。	特になし	サインバルタカプセル20mg	バルサルタン錠80mg 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
759	以前はサインバルタ30mgを服用していたが前回より20mgに減量になった。だが、今回30mgで薬をお渡ししていた。患者さんご本人から連絡があり発覚。薬の服用はしておらず、すぐにお薬を交換させていただいた。	時間帯が薬局の多い時間帯でもあったため、焦りもあり2人の目を通していたがミスにつながってしまった。	監査レンジを使用しているが、薬が1つでも照合しないという判定が出たときの申し送りがしっかりできていなかったことが要因の1つであると考えられたので、1つでも照合しないときの札を新しく作製し、その札が入っているときはすべて注意して確認するようにスタッフへ周知した。	サインバルタカプセル20mg	サインバルタカプセル30mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
760	サインバルタカプセル20mgのところ30mgで調剤し、患者様に渡してしまった。	薬局が混雑している時間帯で、焦ってしまい、十分な監査を怠った。	混雑時でも、薬品名・規格・数量の確認しっかり行う。	サインバルタカプセル20mg	サインバルタカプセル30mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
761	サインバルタ20mg 28カプセル処方のところ、20カプセルは20mgでお渡ししたが、8カプセルはサインバルタ30mgでお渡し。患者様本人が服用前に気づかれたため、体調変化等なし。	サインバルタ20mgのカセットに30mgが混入。薬を充填の際に規格の異なる場所にしまったことが考えられる。また調剤時、・監査時にしっかりと全てのヒートで規格を見ていないことが考えられる	薬をカセットに入れる際は2名で確認調剤・監査の際に全てのヒートも確認	サインバルタカプセル20mg	サインバルタカプセル30mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
762	サインバルタ30ミリ2錠のところサインバルタ20ミリ2錠をピッキングした。患者に渡す前に再度確認のときに気づいた。	みまちがえた。過信によるもの。	棚を離すようにする	サインバルタカプセル30mg	サインバルタカプセル20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
763	【正】サインバルタカプセル30mg 4カプセルを調剤【誤】サインバルタカプセル30mg 2カプセル サインバルタカプセル20mg 40カプセルで調剤し、他規格混入	調剤時にカセッターにあった2カプセルをPDAで取り、その後、棚上にある在庫をPDAを使わず取った際に、誤って20mgのものを取ってしまったと考えられる。(後日発覚のため調剤者の記憶は不鮮明、PDAの調剤履歴は30mgを一度読み込んだのみ)	全ての作業にPDAを使用する。ヒートのはヒートのバーコードをスキャンし、新しい箱や別の場所にあるものを調剤する際にはそのたびにスキャンを行う。一緒に確認してもらえない患者さんは、事前に最終鑑査者後別の局員にも確認してもらう。最終鑑査時間遅ないように処方箋と照らし合わせてすべてのヒートを確認する。	サインバルタカプセル30mg	サインバルタカプセル20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
764	サインバルタ30mg56錠処方のところ、50錠を30mgで調剤し、半端6錠は取る際誤ってサインバルタ20mgを調剤してしまった。	当時、入力と調剤の両方を一人の事務スタッフが行うことも多く、先のごとに気が取られて調剤時の集中力が欠けていたこともあった為、繁忙期などどんな状況でも一度目の前の調剤に集中し、責任、危機感を持って取り組むよう注意が必要だった。	調剤する手順として、50錠を先に箱から調剤した後一度すべて薬品だにに戻して、再度半端6錠を調剤した為、薬品ケースごと一括して取り出し調剤すれば効率的でもありミスを防ぐことに繋がったと同時に、鑑査前にミリ数の目視確認は必ずすべきだった。	サインバルタカプセル30mg	サインバルタカプセル20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
765	11月20日よりサインバルタカプセル20mgを2カプセルで1日1回朝食後の追加処方があり、それ以降処方箋のdo処方が続いていたため、12月19日も前回doで入力し調剤録を出して会計とした。調剤録を薬剤師に渡し、薬剤師が調剤前に確認したところ、サインバルタが30mgで2カプセル、1日1回朝食後に増量となっていることに気づき、事務員に報告。入力を訂正し患者様には正しい調剤で対応できました。	ずっとサインバルタカプセル20mgが続いていたため、今回同じだろうと思いついて入力。入力後の再確認もおろそかになっていた。	処方せんを入力した後、再度入力を確認していくことを徹底することにしました。	サインバルタカプセル30mg	サインバルタカプセル20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
766	前回までレザルタスHDが処方されており、今回ザクラHDに処方変更となっていた。処方せんをちゃんと見ていたつもりだったがHDに気がとられ前回と同じレザルタスを調剤してしまい、そのまま患者に交付してしまった。交付後、すぐに気づき交換してもらった。	HD錠でレザルタスと思いで調剤していたのと、トリクロルメチアジドの処方追加もありそちらに気がとられていたところもあった。	必ず指さし、声出しを行いミスのないようにする。	ザクラ配合錠HD	レザルタス配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
767	ザクラス配合錠H Dが処方されていたところザクラス配合錠L Dを投薬するところだった	忙しくても落ち着いてする	事務員も含めて数人でチェックする	ザクラス配合錠H D	ザクラス配合錠L D		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
768	ザジテン点眼と点鼻を間違った	自己監査だったため第二の人が必ず確認するようにする	自己監査をしないようにする	ザジテン点眼液0. 05%	ザジテン点鼻液0. 05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
769	ザジテン点眼液が処方されたが、ザジテン点鼻液でお渡し。使用に至った。	・在宅の患者・作業中断することがあり、監査が煩雑になった・ご本人より電話あり、別の薬剤に関して薬を変更して欲しいと要望あり、医療機関へ問い合わせが必要となったそのため、監査が中断し、監査の途中手順が抜けた。	・監査したものしてないものを明確に記録を残す・監査を中断した場合は、はじめから監査をやり直す	ザジテン点眼液0. 05%	ザジテン点鼻液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
770	一般名で亜鉛華軟膏10%が処方されたが、亜鉛華軟膏10%「ホエイ」で調剤、交付してしまった。交付後に投薬薬剤師が違和感を感じ、再度確認したところ、他薬調剤が発覚。医師に報告したが、今回の症状では亜鉛華軟膏でも問題ないのでそのまま良いとの返答。処方変更するかたちとなった。	普段は、商品名サトウザルベ軟膏10%、亜鉛華軟膏10%「ホエイ」の処方を受け取るが多いこと。監査薬剤師が監査業務以外も並行して行っていたこと。	間違えやすい医薬品について再度、職員全員で確認を行った。業務をできるだけ並行することのないよう、タイムシフトの見直しを行った。	サトウザルベ軟膏10%	亜鉛華軟膏「ホエイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
771	2名分を準備していた。どちらも多剤処方のため確認を怠った。混合薬のため、軟膏容器が類似していた。	どちらも予製してある混合薬のため、近傍に在庫していて、取り違えた。	目印になる付箋の色を別々のものにするようにした。	サトウザルベ軟膏10%	10%サリチル酸ワセリン軟膏東豊		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
772	処方箋に手書きで亜鉛華単軟膏と記載あり。当薬局の在庫状況では亜鉛華単軟膏処方時にはサトウザルベ10%を調剤するところ、亜鉛華軟膏「ニッコー」を調剤した。ベテラン事務員がレセコン入力を在庫の無い亜鉛華単軟膏「ニッコー」とした為、勘違いを起しやす状況だった。次の日に在庫管理のデータ上に在庫が無いのに亜鉛華単軟膏(10%) {ニッコー} が調剤された(マイナス在庫)になっていることになっていたので発覚。正しいものを調剤しなおし、患者へ交換した。	調剤した薬剤師の当薬局での経験不足。他の薬剤師による鑑査不足。事務員への教育不足。	今回の事例を全職員に周知。今回の様な間違いのないように「亜鉛華単軟膏(10%)処方時にはサトウザルベ10%を調剤」と書いたメモを見えるところに貼る。なるべく他の薬剤師がかかわっての鑑査の実施。	サトウザルベ軟膏 10%	亜鉛華軟膏「ニッコー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
773	一般名(亜鉛華単軟膏20%)が処方されていた。サトウザルベ軟膏20%を調剤しなければならないところ、誤って亜鉛華軟膏20%を調剤してしまった。翌日、調剤の誤りに気付き、患者に連絡をして薬剤を取り換えた。誤った薬剤を一度使ったとのことだった。	亜鉛華単軟膏は20%、亜鉛華軟膏は10%しかないというような認識でいたため、%だけを見て調剤していた。日頃から亜鉛華軟膏20%の調剤は頻繁にしていたが、サトウザルベ軟膏20%はあまり調剤しておらず、当薬局での採用もなかった。	規格が複数存在する医薬品については、注意して調剤する。	サトウザルベ軟膏 20%	亜鉛華軟膏「ホエイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
774	皮膚科の処方箋でデルモベート軟膏と【般】亜鉛華単軟膏20%の混合の処方。サトウザルベ軟膏20%で調剤するところ、亜鉛華軟膏「ヨシダ」で調剤。交付前の監査で誤りに気付き、差し替えた。	日頃よりデルモベート軟膏と亜鉛華軟膏のMIXが頻繁に処方されており、一般名の名称が類似していることからサトウザルベと亜鉛華軟膏を取り違えてしまった。	調剤棚に亜鉛華軟膏とサトウザルベ取り換え注意の札を貼り注意喚起。	サトウザルベ軟膏 20%	亜鉛華軟膏「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
775	亜鉛華単(20%)軟膏が処方されていたが、亜鉛華軟膏で入力し、調剤、投薬をしてしまった。投薬後に、他の薬剤師が入力間違い、薬の取り違えに気付き、交換に伺った。	一般名処方の場合、亜鉛華軟膏、亜鉛華単軟膏(10%、20%)と間違えやすい。	亜鉛華軟膏、亜鉛華単軟膏と名称が類似していることを周知した。どの軟膏を調剤したのか、調剤者・監査者2名で必ず確認をする。	サトウザルベ軟膏 20%	亜鉛華軟膏「ホエイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
776	(般)亜鉛華単軟膏20% 20g(サトウザルベ軟膏20%)とアズノール軟膏 20gの混合軟膏を亜鉛華軟膏「ニココー」20gとアズノール軟膏 20gの混合軟膏で調剤。翌日に気づき、正しい薬と交換した。1回だけ使用していたが、体調変化はないと確認した。	一般名で処方されており、(般)亜鉛華単軟膏20%と亜鉛華軟膏「ニココー」(20%)を勘違いして調剤してしまった。%の方に気を取られて、軟膏が単軟膏かの確認不足だった。	一般名処方の場合は必ず保険薬事典で薬品名を確認することを徹底した。また亜鉛華単軟膏は単のところに赤丸、10%、20%とそれぞれの%も目立つように赤丸をつけてスタッフに注意喚起した。	サトウザルベ軟膏 20%	亜鉛華軟膏「ニココー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
777	ザファテック錠100mgを与薬するところ50mgを出した。	ザファテック錠100mgを与薬するところ50mgを出した。発注時に在庫がおかしいことに気づき確認したら理論在庫と相違していた。その後患者さんへ連絡し、まだ服用していないとのこと。確認したら50mgが渡っていた。後日交換に来ていただいた。	監査時に処方薬と支援票を照らし合わせの入力がチェックは意識的に行っていたと思うが実際にピッキングされた薬剤と処方箋が一致しているかのチェックが不十分だった。また数のチェックに意識がいており、一番重要である正しい薬がピッキングされているかの確認が疎かになった。最近では処方箋と薬をまず見比べて監査し最終的に薬袋に入れる時にも薬を確認して渡すようにしている。	ザファテック錠 100mg	ザファテック錠 50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
778	サムスカOD錠7.5mgを28錠調剤すべきところ、サムスカOD錠を26錠と、普通錠2錠を調剤し患者に交付した。薬局の在庫数が異なることに気づき、誤って調剤・交付したことがわかり、服用前に正しい薬剤と交換した。	数量の確認に気を取られ、端数も全て同じ薬剤が調剤されているという思い込みがあった。PTPシートの配色が異なるもの、同規格であり、錠剤の見え方や大きさがほぼ同じであったため気づくことができなかった。OD錠の採用時期が最近だったため、包装の違いをわかっていなかった。医療機関からOD錠・普通錠それぞれの処方があり、どちらも在庫していた。	剤型が異なる薬があることを周知し、注意を促す。在庫をOD錠に統一する。	サムスカOD錠7.5mg	サムスカ錠7.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
779	調剤時、サムスカOD錠7.5mgを準備する際、分包紙にまとめられた錠剤を先にセットし、不足分をヒートで準備し一包化した。10/10～11/13(35日分)までの調剤を行い、分包紙にまとめられた分を先に使用したため10/10～10/15までに薬が偏って混入。11/13分から監査開始しトリアゾラム錠0.25mg「日医工」が混入していることに気付かず患者様の手元に渡った。10/14に入院し入院先の薬剤部でトリアゾラム錠0.25mg「日医工」が混入している連絡を受け、対応。10/16以降はサムスカOD錠7.5mgで調剤してあるのを確認。	数日前、調剤時にシートから多く取り出したサムスカOD錠7.5mgを薬包紙に分包して保管。その際にサムスカOD錠7.5mg、トリアゾラム0.25mgも含めた何種類かの薬剤整理を分包紙に入れる作業を1人で行う。その際、色・形・大きさが類似したトリアゾラム0.25mgとサムスカOD錠7.5mgが一緒に保管され調剤される。再度、使う際に刻印も含めた監査の徹底をする必要があったこと、どんな作業に対してもダブルチェックを行う事を徹底されていなかった。	現在使用してる分包紙がグラシン素材のため中の薬剤が確認しづらい為、今後、透明なセロポリ素材のものに変更する。	サムスカOD錠7.5mg	トリアゾラム錠0.25mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
780	広域の医療機関から処方されたサムスカ錠2.5mg1錠昼食後を定期服用中の患者。今回処方分から、サムスカOD錠2.5mg1錠昼食後に剤型変更になっていたことに気づかず、今まで通りのサムスカ錠2.5mgで投薬した。後日、事務員が間違いに気づき、処方元医療機関に問合せして、普通錠に変更となった。次回来局時に、経緯を患者に説明し、お詫びした。	門前の医療機関からの処方箋は、バーコードで読み取るため、剤型変更があれば自動で変更処理されるが、今回のように広域からの処方箋では、変更内容を処方箋から直接読み取る作業が必要となる。それに事務員が慣れていなかったため、見落としてしまった。監査した薬剤師も、処方箋の監査が不十分だったため、変更気づくことができなかった。	バーコードリーダーを通さない処方箋では、より慎重に入力・監査する必要がある。レセコン画面にポップアップで「入力注意！」等の注意喚起を促すことにした。レセコン入力自体が間違っていた場合、医薬品情報書や薬歴画面を見ながら、監査をしていると、間違いに気づけない。必ず処方箋原本に基づき、処方監査を行う。	サムスカOD錠7.5mg	サムスカ錠7.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
781	処方箋にサムスカOD錠7.5mgと記載されていたが、サムスカOD錠15mgを調剤した。監査者、交付者ともに、間違いに気が付かないまま患者様に投薬した。後日、在庫が合わず、間違いに気が付いた。処方医に連絡し、特別な対応はいらないとので、患者様に謝罪し、サムスカOD錠7.5mgと交換しました。健康被害はありませんでした。	処方箋の確認がしっかり出来ていなかった。	思い込みを無くし、処方内容を再度しっかり確認する。	サムスカOD錠7.5mg	サムスカOD錠15mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
782	施設に入居中の方で10/14に受診し定期薬処方になり10/22～11/4の分の薬を一包装して施設の方にお渡しする。その後骨折し入院となり、持参薬を入院先の薬剤部が薬剤鑑別したところ15mgであるはずの薬が7.5mgのものが入っていた。すぐに在宅医と入院先の主治医に連絡し、事情を説明し正しい量で調剤しなおして入院先の薬剤部にお届けした。その後家族様の家に行き謝罪する。	システム変更中のため保管していた調剤印、鑑査印の用紙を廃棄していたため特定できず。二重チェックをしていたにも関わらず両者ともスルーしてしまったことに問題あり。	薬剤のピック、調剤、鑑査したものはそれぞれ表に印をおし規格が複数ある薬剤は特に慎重に行う。調剤に関わる薬剤師や入力を行う事務員とのコミュニケーションを図り、気を付けるところなど声に出して確認しあう。忙しい時は特に深呼吸するなど落ち着いて再確認する。	サムスカ錠15mg	サムスカ錠7.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
783	【般】ラタノプロスト・チモロール配合点眼液なので、ザラカム配合点眼液でお渡ししなければならないところ、キサラン点眼液をお渡ししてしまった。	点眼剤の一般名処方に慣れてなかった為、判断を誤った。	配合点眼の入力するときの選択は十分に注意する。	ザラカム配合点眼液	キサラン点眼液0.005%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
784	サラゾスルファピリジン錠500mg「JG」のところをサラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」で調剤し患者にお渡しする。患者本人の持参により発覚、調剤から日は経っており数日分服用していた。本人に謝罪し、服用後の体調変化はないことを確認し処方医に連絡、正しいものと交換する。	忙しい時間帯で人員が少なく、調剤監査・調剤等、複数の業務を同時に行っていた。	ハンディ型バーコードチェック機による正誤判定の利用多忙であっても複数人での再度確認類似名称の医薬品を予めピックアップして調剤の際に注意する	サラゾスルファピリジン錠500mg「JG」	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
785	普段から来局している患者その日初めて処方される医薬品処方箋確認し、在庫のあるサラゾスルファピリジン腸溶錠の処方と勘違い用量が多いため、翌日疑義してからのお渡しをお願いした後、患者からはクローン病で服用することを聞き取り患者帰宅後入力鑑査時。サラゾスルファピリジン錠の処方であり、疾患に対して用量も適切であること確認在庫はなかったため、患者様に上記正しい説明の電話	閉店間際で、薬剤師、調剤事務1人の状態Eパーク引き取りなど、繁忙状態であり、日頃より在庫のある腸溶錠と思い込み患者に上記説明サラゾスルファピリジン錠の存在について把握していなかったこと繁忙状態であったことが原因であると思われる	結果として、間違った薬剤の交付をすることはなかったが在庫分の腸溶錠を間違えて渡してもおかしくない状況ではあった 繁忙状態であっても落ち着いて処方箋の確認を行うそれが厳しい状況であれば、二重チェックを行ってから調剤を行い正しい情報を患者様に伝える必要がある	サラゾスルファピリジン錠500mg「JG」	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
786	<p>処方是一般名で「サラゾスルファピリジン錠500mg」で処方であった。薬局内の在庫は「サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg」しかなく、レセコンも間違えて腸溶錠で入力していた。ただ患者母から、楕円形ではなく丸形の錠剤の希望があったため、その旨を卸MSに相談した時にサラゾスルファピリジンには「腸溶錠」と「普通錠」があり、適用が違うことに気づく。患者母に確認したところ潰瘍性大腸炎の適用で間違いなかったため、普通錠で発注し、間違いなく投薬できた。</p>	<p>商品名では適用が異なり投薬ミスが少ない薬剤でも、一般名や後発名になると「腸溶」が付くだけで適用が違う薬剤があることを再認識させられた。</p>	<p>「普通錠」「腸溶錠」がある薬剤に関して、事務員を含めたスタッフ全員への周知徹底患者への適応疾病の確認を忘れずに行う</p>	<p>サラゾスルファピリジン錠500mg「JG」</p>	<p>サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「CH」</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
787	<p>サラゾピリン錠500mgが処方された後発品希望の患者に調剤者がサラゾスルファピリジン錠500mg「タイヨー」を調剤すべきだったが、誤ってサラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「テバ」を調剤し、監査に回した。監査者はサラゾスルファピリジン錠500mg「タイヨー」ではなくサラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「テバ」が調剤されていることに気づき調剤者に伝えた。調剤者はサラゾスルファピリジン錠500mg「タイヨー」を正しく調剤し、再度監査者が監査した。監査で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。</p>	<p>同成分で複数種類存在する薬を把握できておらず、普通錠は潰瘍性大腸炎やクローン病に適応があり、腸溶錠は関節リウマチに適応があるという知識不足により取違が発生した。</p>	<p>同成分でも適応症の違う薬が存在することを認識し、医薬品の棚に注意喚起を促すラベルをつけた。</p>	<p>サラゾスルファピリジン錠500mg「タイヨー」</p>	<p>サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「テバ」</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
788	潰瘍性大腸炎の患者様に関節リウマチの適応しかないサラゾスルファピリジン腸溶錠500mgを誤って投薬。すぐに気が付き患者様が服用前に回収し、正しいサラゾスルファピリジン錠500mgをお渡し。	成分はほとんど同じであるが、腸溶錠と錠と適応が違う為注意が必要である。	両方在庫がある場合は、薬品棚に大きく記入するなど、また患者様の薬歴メモなどに残す、従業員同士の情報共有などの徹底化	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
789	500mgでずっと継続しており、今回より250mgへ減量となっていた。	入力時にD0で引っ張り、間違った帳票をもとにピックをしており、監査時まで気づかなかった。250mgは当局では取扱がなく、500mgだと思い込んでいた。	今後は帳票だけを見ながらのピックをやめ、必ず処方箋と照らし合わせるようにし、再発防止に努める。	サラゾスルファピリジン腸溶錠250mg「日医工」	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
790	サラゾスルファピリジン腸溶錠を用意しなければいけないところを、サラゾスルファピリジン錠で交付してしまった。こちらの薬剤は、処方箋を受け付けた際に、薬局に在庫していなかった。このため電話で発注したところ、誤ってサラゾスルファピリジン錠が発注された。処方箋の受付データでは、適切にサラゾスルファピリジン腸溶錠が入力していることから、受付業者が誤った可能性が高い。翌日、誤った薬剤(サラゾスルファピリジン錠)が入荷され、別の調剤事務が調整した。調剤事務は、ピックアップ用のハンディースキャナーを用いて、当該薬剤をスキャンしたがエラーになった。このため、処方箋とサラゾスルファピリジン錠を見比べたが、「腸溶錠」と「錠」の記載の違いを見落付けられなかった。その後、その処方箋は、監査、投薬に回されたが、監査でも投薬でも、「腸溶錠」と「錠」の違いを見つけられなかった。	・自動監査システムピックアップに用いる自動監査システムは、しばしば薬剤のマスターが適切に更新でず、正しいものをピックアップしているにもかかわらずエラーが上がるのがしばしばある。いわゆるオオカミ少年状態だった。・薬剤は電話で発注ししばしば、発注の際、薬剤の発注ミスが発生している。当薬局による間違いなのか、先方の間違いなのかははっきりしないが、電話発注では記録が残らない。聞き間違い、言い間違いの可能性があるので、システムとしては脆弱であるとする。	・自動監査システムに頼り切らない。不足薬が発生した場合は、当日の棚卸記録書に理論在庫がマイナス在庫として計上される。在庫マイナス分が不足であることから、マイナス在庫の薬剤名と、不足分の薬剤を突合する。・電話発注とレセコン発注の併用。レセコンを用いて発注し、電話では入荷期限を確認する。	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg	サラゾスルファピリジン錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
791	一般名：サラゾスルファピリジン腸溶錠500での処方でサラゾスルファピリジン錠500タイヨを調剤、腸溶錠と普通錠の間違い。	腸溶錠と普通錠の両方を在庫しており、適応が違うことがしっかり把握できていなかった、レセコンコンピューターだとサラゾスルファピリジンの腸溶錠と普通錠がしっかり区別されておらず入力サラゾスルファピリジンの一般名の区別しなく両方選べてしまう、薬剤師に事務が確認漏れてしまったことも原因。	一般名で適応が異なるものをしっかり把握しておき、間違えやすい類似剤形がある場合は保管場所に注意すること貼っておくなど対応	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「CH」	サラゾスルファピリジン錠500mg「タイヨ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
792	サラゾスルファピリジン500mg 182Tを交付するところ、誤って同500mg 2Tとサラゾスルファピリジン錠250mg 180混合して交付してしまった。	サラゾスルファピリジン500mg「CH」は調剤時に薬品棚に2Tしかなく、不足分を補うために、薬品棚上のストックから充填する際、サラゾスルファピリジン錠250mg「CH」を充填してしまい、今回の事例に至った。過誤確認後、薬品棚を確認した所、同500mgの棚に、同250mg 20Tが誤って充填されているのを確認した。調剤後、監査に回った際に、500mg錠のみが外側を向いていて、250mg 80Tは抱き合わせですべて内側を向いており、250mg 100Tはアルミ包装のままだったので、視覚的な認識が不足していた。	調剤時に薬品棚で不足が生じた際、薬品棚上の薬品ストックから充填する際にバーコード照合を徹底した。今回の事例を全員に通知して、監査者の処方せんと、薬剤の確認を徹底することを再確認した。	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「CH」	サラゾスルファピリジン腸溶錠250mg「CH」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
793	アザルフィジンEN500を新たに後発品に変更する際、サラゾスルファピリジン腸溶錠500「CH」を調剤しないといけないところサラゾスルファピリジン錠500「JG」を調剤してしまった。処方入力正しくできたため、監査時にピッキングサポートシステムにてバーコードを通したところ、間違いが発覚。正しいものを調剤した。	調剤者はサラゾスルファピリジン腸溶錠500「CH」とサラゾスルファピリジン錠500「JG」が異なるという知識はあったものの焦りから間違えて調剤をしてしまった。	後発医薬品の箱に先発医薬品の名称を書いた札を輪ゴムで括り付ける。サラゾスルファピリジン腸溶錠500「CH」⇒アザルフィジンEN500、サラゾスルファピリジン錠500「JG」⇒サラゾピリジン錠500。ピッキングサポートシステムの漏れないよう徹底する。	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「CH」	サラゾスルファピリジン錠500mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
794	リウマチ患者へ新規に処方追加となった。在庫がなかったため、新規に発注したが、腸溶錠ではなく普通錠をご発注。一包化を行い、分包機へも名称を入力したが、処方箋を確認せずに入力したために分包機へも普通錠を入力しそのまま患者に手渡した。後日、伝票入力の際、在庫が処方と合わないことが発覚し、確認して発覚。すでに4日分服用していたが31日分を回収し正しいものをお渡しし、処方医へも連絡し情報共有を行った	先発名称は大きく異なるが、後発による一般名称が酷似しているため見落とし。	情報共有を行った。また、同様の腸溶錠について名称が酷似している品目も情報共有を行った	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg 「日医工」	サラゾスルファピリジン錠500mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
795	普通錠と腸溶錠の取り間違え。	薬局内にサラゾスルファピリジンが同一メーカーで腸溶錠と普通錠が在庫してあった。	在庫場所を棚と引き出しなど距離をあけて保管し、ピッキング時に意識するようにする。	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg 「日医工」	サラゾスルファピリジン錠500mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
796	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mgが処方されていたが、誤ってサラゾスルファピリジン錠500mgを入力した。監査した薬剤師は、入力は腸溶錠だと思い込み、患者に誤った情報提供・会計請求が行われた。後日、在庫量チェック時に判明。調剤した薬剤自体に間違いはない。	事務員は、サラゾスルファピリジンを入力するのが初めてで、腸溶錠と普通錠が存在することを知らなかった。薬剤師は、2種類存在することを知っていたが、薬剤監査に気を取られ、入力内容のミスを見落としした。	慣れない処方を入力する際、事務員は、事前に薬剤師に確認する。また、薬剤師は、処方箋監査時に事務員へ注意を促し、最終監査の強化を行う。	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg 「日医工」	サラゾスルファピリジン錠500mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
797	消化器内科の処方でサラゾスルファピリジン腸溶錠500mg(リウマチ薬)の処方あり。患者は当店利用初回の方。聞き取り結果で本当はサラゾスルファピリジン錠500mg(潰瘍性大腸炎薬)を処方されるはずだったことが疑義照会でわかった。	Drの処方薬の選択間違い。	処方される科、薬の内容を考慮。患者からの聞き取りの重要性を再認識。	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg 「日医工」	サラゾスルファピリジン錠500mg 「タイヨー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
798	1年ぶりくらいの来局の患者。一般名でサラゾスルファピリジン腸溶錠500が処方されていた。当薬局に在庫がなかったため、卸に発注。その際誤ってサラゾスルファピリジン錠500を発注していた。卸から入荷後に調剤中に、発注段階で腸溶錠と間違えてしまったことに気づいた。腸溶錠を発注し直し、正しく調剤した。	発注を電話にて行ったため、腸溶錠であることを伝えていなかったかもしれない。	急配送などにより電話で注文をする際には、間違いやすい部分については「腸溶錠」、復唱して、再確認をする。また極力、PCデータでの発注を行い、字面で発注したものが間違いないかを確認する。	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg 「日医工」	サラゾスルファピリジン錠500mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
799	サラゾスルファピリジン腸溶錠のところをサラゾスルファピリジン錠でお渡し。発注の際に気付いたため、患者に電話し、服用前だったため患者宅へ伺い交換	知識不足機器類の使用が出来ていなかった	機器類の使用徹底	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg 「日医工」	サラゾスルファピリジン錠500mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
800	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg(リウマチ治療薬)が一般名処方されていたが、サラゾスルファピリジン錠500mg(潰瘍性大腸炎治療薬)と誤って入力してしまい、そのまま調剤し、薬剤交付してしまった。	一般名処方の処方箋で、カタカナ部分と規格にばかり目が行ってしまい、腸溶錠、錠の違いに気づけなかった。一般名処方になったことで、両剤の効能の違いについても、あいまいになってしまったことも原因と思われる。	各薬剤の薬局内名称表示の頭に薬効を記載することにした。ピッキングリストや薬歴の表記を【リウマチ】サラゾスルファピリジン腸溶錠「日医工」【潰瘍性大腸炎】サラゾスルファピリジン錠「JG」にして、注意喚起するように改善した。	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg 「日医工」	サラゾスルファピリジン錠500mg 「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
801	2020/10/14(水)15時頃に当薬局を初めて利用する患者(78歳男性)は処方箋を持って来局。処方箋にはサラゾスルファピリジン腸溶錠500mg 1日2回朝夕食後 28日分と記載されていた。薬剤師A(職種経験年数5年)は、サラゾスルファピリジン腸溶錠500mgを処方するところを、誤ってサラゾスルファピリジン錠500mgを調剤し、そのまま交付した。その後交付間違いに気付いた薬剤師Aが患者宅へと電話、交付間違いを説明したのち、患者宅へと訪れてサラゾスルファピリジン腸溶錠500mgをお渡しし、サラゾスルファピリジン錠500mgを回収した。服用する前に連絡できたので健康被害は出なかった。	一人薬剤師であり、また一時的な繁忙状態だったので二重チェックや監査システムの活用が十分になされていなかった。	忙しくても二重チェックや監査システム等は必ず活用する。	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg 「日医工」	サラゾスルファピリジン錠500mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
802	サラゾスルファピリジン錠500mgの一般名処方のところ、サラゾスルファピリジン腸溶錠500mgを調剤しようとしたが、薬が足りなかった為患者に「リウマチの薬が足りないため取り寄せ」をお知らせしたところ、お腹の薬が出るとの話で薬を取り違えたことに気付いた。	当薬局で頻繁に出るのはリウマチ薬の腸溶錠の方。サラゾスルファピリジン処方と見て腸溶錠しか思い浮かばなかった。サラゾピリンの在庫はあったがサラゾスルファピリジンがリウマチにも大腸炎にも使用すると知識がなかった。普通錠と腸溶錠で適応が異なる認識もなかったために発生した。会話が耳に入った別薬剤師により薬剤間違いを指摘出来た。	知識の向上。情報共有強化。	サラゾピリン錠	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
803	消化器内科からのサラゾピリン500mgの処方、薬局の在庫がサラゾスルファピリジン500mg腸溶錠しかなかったため、よく考えずに在庫のあるものを調剤した。入力も剤形違いで変換ができてしまったため、投薬する薬剤師もいいのか?と思いつつも忙しさのあまりスルーしてしまった。薬歴を記入する時点でやっぱりおかしいのではと気が付き他の薬剤師に相談、適応症が違ふと気が付いたため患者様に連絡、薬の交換を行った。(未服薬)	サラゾピリンには普通錠と腸溶錠があり、適応症が違ふ(潰瘍性大腸炎と慢性関節リウマチ)というテッパンのあるあるを現場の混乱からすっかり忘れてしまい、単純にジェネリックに変更OKだからと調剤、投薬してしまった。レセコンも剤形違いで変換できてしまった。薬剤師の知識のみが頼りの事例だった。	薬の箱に、適応症の病名を記入し注意喚起マークをつけた。	サラゾピリン錠500mg	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「CH」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
804	今までアサコール服用中の方がサラゾピリンに変更になった。事務員がジェネリックに入力変換するときにサラゾスルファピリジン腸溶錠で入力し、その入力をみて薬剤師がサラゾスルファピリジン腸溶錠で調剤した。不足になったため発注者に発注を頼んだところ、発注者が疑問に思い、患者に確認したところ潰瘍性大腸炎と確認し、入力が違ふことに気づいた。	剤形、適応症が違ふことを知らなかった。	ジェネリック変換するときに剤形も必ず確認する。	サラゾピリン錠500mg	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
805	(般)サラゾスルファピリジン錠をサラゾスルファピリジン腸溶錠で交付してしまった。翌日普通錠と腸溶錠では適応が異なり代替できないことに気が付き患者へ連絡、手持ち薬があったためまだ服用はしていなかった。	普段ほとんど処方のない薬で知識不足で気付くことが出来ず、次に待っている人もいたため焦りがあった。一般名から腸溶錠が代替入力できたことや薬剤師がビックニングしたこともありこれで良いという思い込みがあった。	普段処方のない薬についても広く知識を持ちすぐに気付けるようにする。自信がない薬については少し時間がかかっても添付文書を確認し間違えず薬を渡せるようにする。	サラゾピリン錠500mg	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
806	サリグレンカプセル30mgをサインバルタカプセル30mgと読み間違えて調剤。閉店後、医薬品在庫チェックで誤調剤に気がついたので、速やかに患者さんに電話連絡し交換したが、医薬品形状も似通っているため、1カプセルほど服用済みであった。吐き気、胃部不快感などの消化器症状、眠気などの精神症状の副作用は認められなかった。	繁忙時のため、医薬品名称の第1～2文字程度と最後のミリ数規格のみで、読み取りを急いだ結果、語調剤につながった可能性が大きい。	薬剤情報掲載の写真の活用および薬歴に注意喚起記載	サリグレンカプセル30mg	サインバルタカプセル30mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
807	本人が来局された際、監査する薬剤師が、前回処方とお薬手帳内容を確認している時、入力ミスに気がついた。本人に事情を説明、謝罪した。現在のところ、体調を崩したとないと確認。また、処方された医療機関に連絡、説明、報告した。	医薬品名が類似していて、間違いが生じた事、チェックミスである。	類似する薬品名について、今以上に注意する。	ザルティア錠5mg	ザイザル錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
808	ザルティア錠5mgが処方されていたが間違えてザイザル錠5mgを処方してしまった。患者様から連絡があり発覚。	取り換えミスとしては、いろいろなところから注意喚起されているミスである。	両薬剤とも頻繁に処方されている薬なら薬局内また電子薬歴等にてなんらかの印ができるが、ザイザルに比べてザルティアの使用頻度がすくないため個人が注意するしかない。再度スタッフ全員で注意するように申し合わせました。	ザルティア錠5mg	ザイザル錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
809	ザルティア5mgをお渡しすべきところザイザル5mgをお渡しした。	注意散漫当該薬局赴任5日目	鑑査の徹底	ザルティア錠5mg	ザイザル錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
810	(般) ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸軟膏の処方のところ(般) ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏で入力。	QRコードリーダー付きの処方箋のだったが、QRコードリーダーを読み込まずに処方入力をしてしまい間違った医薬品を選択してしまった。入力チェック時に見過ごされてしまい、調整者は入力された帳票で調製を行っていたため監査システムで気づくことができなかった。	QRコードリーダー付きの処方箋はQRコードリーダーを読み取って処方入力を行う。一般名処方の入力、入力チェックの際は語尾まで確認する。調整者は処方箋をみて調整を行う。	サレックス軟膏0.05%	リンデロン-DP軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
811	ピロリ除菌の処方で先発希望のところをジェネリックで調剤、投薬して少ししてからジェネリックで渡したことに気づき、すぐ電話をかけてその後、先発と取り換えに行きました。すぐ飲まなくてはいけない薬ではなかったので幸い何もまだ飲んでいなかった状態でした	特殊な飲み方なので飲み方や注意事項などに集中してしまった結果先発希望のところを忘れてしまい見落としてしまった。特にサワシリンとアモキシシリンが単独で出ていた場合、よく見れば違いますが、同じ茶色と白のカプセルなので間違えやすい	特殊な服用方法や特徴的な薬などの説明をする場合、最初にまずは薬の確認を十分に行うようにする(ただ間違っても正しいと思ってしまうこともあるので調剤者も漏れの無いよう確認する)	サワシリンカプセル250 クラリス錠200	アモキシシリンカプセル250mg 「NP」 クラリスロマイシン錠50mg 小児用「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
812	当該薬剤師Aがサンリズム25mgのところ50mgをピッキングした。その後、機械監査にかけてエラーが出たがその旨記載し監査へ回した。監査者はエラーが出たのは何かの間違い、写真映りの問題であると判断し、監査を終えて投薬へ出た。患者様は発話に障がいがあり、薬情の写真の上に並べながら投薬を行ったが、患者は心の中で薬が変わったのかな?とと思って投薬を終えたとのことだった。自宅に帰り、ご家族様とお薬を確認したところ誤りが見つかり、薬局へご家族様が電話をかけた。服用前に発見できたため、患者様の身体的負担は無かった。	午前中から、規格間違いが多い日だった。何度かミスは訂正するうち、集中力が途切れてしまい、患者様との最終監査(投薬)時にも決められた手順を踏んでいるにも関わらずミスを発見できなかった。	ミスは伝播するものと考えて、場の雰囲気や不安定なためにも、自分で何度も確認してミスが次の薬剤師に残らないようにする。ミスが起こった時には再度気持ちを入れ替えて、フォローしあえる余裕を心の中に持つ。そのために、日ごろから整理整頓を心がけて、ミスの起こりにくい環境づくりを行う必要がある。	サンリズムカプセル25mg	サンリズムカプセル50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
813	いつもの定期処方にて、予め一包化の薬を調剤し、監査し終わったものが、処方箋差し替えになった。別の調剤者が差し替えになった薬を調剤し直し、また別の監査者が差し替え後の一包化監査を行った。サンリズム50mgは初めから誤って入っていたのだが、結果、初めに監査した者も、差し替え後に監査した者も、サンリズム25mgが誤ってサンリズム50mgになっていた事に気が付けなかった。	前日に監査した者は、ほかの薬局からヘルプに来ていた者であり、その患者の薬の監査には慣れてはなかった。その後差し替えた調剤者も差し替えの薬のみしか見ておらず、サンリズムには目が行っていなかった。最後、差し替え後に監査した者も、既に差し替え以外の薬は監査済と考え、前の監査者を信用しきっており油断が生じた。かつ大変薬局が混雑しており、サンリズムの25mgと50mgの外観をちゃんと現物を見てチェックをしていなかった。結果、他病院の職員が気づき、その時既に1錠ほど患者は飲んでしたが、体調に影響はなかった。	一包化の薬は現物をきちんとチェックし、他の者が例え監査済でも、初めて監査するものと捉える。年末で忙しかったとしても、焦らず、いつも通り1剤1剤チェックする。必ず処方箋と現物をチェックする。	サンリズムカプセル25mg	サンリズムカプセル50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
814	サンリズム50mgの調剤を25mgで調剤	調剤棚の横に並べているのでわかりにくい。	同薬剤の規格違いは離すことにした。	サンリズムカプセル50mg	サンリズムカプセル25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
815	処方一般名;フルニトラゼパム1mg 1Tの処方を1mgの規格がなかったため、患者了解後2mg 0.5Tで調剤を行ったつもりでした。急いで分包し、ほかの薬剤師が投薬中であったため、自己監査を行い投薬。投薬後自分が調剤したのが、ジアゼパム2mgであることに気づき患者様本人に電話し、まだ服用していないとのことで取り換えて謝罪した	処方箋を完全に見間違え、思い込み調剤したこと。焦りもあり、かつ二重監査を行わなかったことが要因だと考えられる	処方箋をしっかりと見て、理解して、再度確認したうえで調剤を行う自分で調剤したものに関して、必ずほかの薬剤師に監査していただくことの徹底	ジアゼパム錠2mg 「アメル」	フルニトラゼパム錠2mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
816	処方せんジアゼパム錠mgのところ、ジアゼパム錠5mgを事務員がピックアップ。薬剤師が監査するそのまま調剤し、患者さんに手交。その後、薬歴記載時に調剤ミスに気付く。患者さんに連絡を取り、交換しました。	以前、ジアゼパム錠5mgが調剤されていたことがあり、そのことが薬剤師の記憶に残っていた。処方箋をよく確認せず調剤、手交した。	患者さんに手交するとき、薬剤名を単位まで伝え、確認します。	ジアゼパム錠2mg 「アメル」	ジアゼパム錠5mg 「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
817	一般名処方記載があったが、コメントでは異なる薬が記載されていた。	どっちの薬が正しいかよくわからなかった。	疑義照会を引き続き行う。	ジェミーナ配合錠	フリウェル配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
818	7月受診時にジェミーナ配合錠 63日分 処方 10月 ジェミーナ配合錠 21日分 ジェミーナ配合錠 56日分 という処方あり。入力が新人の医療事務であったために、剤形は1剤であること。この患者さまの場合は21日分のシートを1シート服用。その後7日間の休業期間をもうけ、 月経開始3日目からジェミーナ配合錠28日分を服用開始することを説明した。28錠の場合は7日間連続して内服し7日間休業するため、周期を変える場合は、計算上は1剤で、2剤だすことになることを伝えた。本人より分かったという返事があり、1剤で計算をしたと思われたが、薬袋の21日分の方に「57日目から内服」とコメント記載していた。レセコンがコメントだけ入力できるため、コメントの削除を依頼した。投薬後に調剤録で確認すると、2剤算定しており、返金する事態となった。	本人より「わかった」と言われると、薬剤師側は理解したと思い計算までは関与しなかった。(一人薬剤師でできる環境ではなかった)新人故に分からないことが多くて当たり前なので、きちんとその都度、意志表示を行うこと。スタッフで防ぐにも限界があることを伝えた。	今回と逆のパターンの処方も発生するので、新人であっても知識の構築が必要。不明点は習うこと、添付文書の確認することなど指導。コミュニケーションをとり未然に防げると推測。	ジェミーナ配合錠	ジェミーナ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
819	処方箋の記載が「【般】ジクアホソルナトリウム液3%5ml」となっており、ジクアス点眼液をピッキングしなければならぬところで、誤ってジオクチルソジウムスルホサクシネート耳科用液5%「CEO」をピッキングしてしまった。監査時に監査者が気づいて発覚。	一般名が似通っていること、どちらも液剤であり容器に入っていること、が取り違えの原因になっているものと思われる。またどちらの薬も調剤頻度が高いことも	今回の件に該当する類似名称の二種類の薬が存在することをスタッフ間で共有し、間違いやすい薬であると念頭に置いたうえで一般名を確認してピッキングに臨むよう指導を行った。また用法は点耳、点眼でありそれぞれ異なっているのでピッキング時に必ず用法に目を通すよう共有した。	ジクアス点眼液3%	ジオクチルソジウムスルホサクシネート耳科用液5%「CEO」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
820	点眼薬の投薬袋が同一のため入れ間違え	メーカー付属の投薬袋は複数の製品と同じものを使いまわしている	投薬袋それぞれに予め製品名、規格濃度を記入して準備しておく	ジクアス点眼液3%	ヒアレイン点眼液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
821	シグマート錠2.5mgを調剤しないといけないところをシグマート錠5mgで調剤し患者に渡してしまった。	当該薬局は処方箋枚数も少ないため薬剤師1名、事務1名で営業している。調剤・鑑査・投薬をすべて一人で行うため、ミスに気が付きにくい環境である。当日は当該薬局の常勤薬剤師が休みの為、別の店舗の薬剤師が応援で勤務していた。応援薬剤師の店舗ではシグマート錠は5mgしか在庫していなかった為、2.5mg規格があることを知らず、思い込みで調剤・鑑査をしてしまった。	調剤・鑑査・投薬をすべて一人で行うとミスに気が付きにくいので、可能なときには事務員にピッキングをしてもらい、二人でチェックをするようにした。シグマート錠5mgの棚に規格違いのミスがないように注意喚起のPOPを貼った。該当薬剤師と今回の過誤についてミーティングを行い、なぜ起こったのか、起こらないようにどう対策するか考えた。もし患者が服用していた場合、どんな有害事象が起こっていたか検討しそのような事がないように注意喚起をした。	シグマート錠2.5mg	シグマート錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
822	ジクロフェナクローション1%「ラクール」で渡すべきところ、フェルピナクローション3%「ラクール」で渡してしまった。	メーカーが同じだったこと、形状がローション剤と同じだったため確認不足でお渡ししてしまった。	薬品名を1つずつきちんと確認する。	ジクロフェナクNaローション1%「ラクール」	フェルピナクローション3%「ラクール」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
823	主に処方を受けているクリニックの処方(一般名処方)。学生実習受け入れ後間もない状況で、学生に集めてもらったジクロフェナク徐放カプセル37.5mg「トーワ」を薬剤師が間違いに気づかず、服薬指導を始めた。その際、間違った薬剤を薬袋に入れたことを薬剤師自身で気づき、正しい薬剤であるジクロフェナク錠25mg「武田テバ」に差し替えて投薬を終えた。	鑑査前に学生に別の内容で指導をしており、鑑査時の注意力が散漫であったこと。最近、クリニックで徐放錠の処方が増えてきており、思い込みで徐放錠であると判断してしまったこと。2×の用法で服用中の方で思い込みで徐放錠と判断してしまったこと。	処方箋に記載されている「規格」や用量の「単位」では簡単に気付ける内容であった。通常の状態に比べ集中力が散漫であったと考えられる。学生指導と処方鑑査は明確に分けるように習慣づける。(鑑査を終えてから学生に指導するなど)～しながらの行為のリスクについて再認識し、鑑査はできるだけ指さし確認やチェックなどの習慣づけをする。思い込みや記憶等を必要以上に頼らないようにする。必要なことは記憶でなく必ず記録する。	ジクロフェナクNa錠25mg「武田テバ」	ジクロフェナクNa徐放カプセル37.5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
824	ジクロフェナクナトリウムテープ30mgで処方されていたところ、15mgの規格でお渡ししてしまった。患者本人がいつもと外装の色が違うと気づき再来局してくれたことで発覚した。	ピッキング鑑査システムを通さずお渡ししてしまった。知り合いだった為、詳しい薬の説明を怠ったと考えられる。めったに出ない為、別の規格が有ることを認知していなかった。	1剤だとしても必ずピッキング鑑査システムを通す。同一薬の別規格を把握しておく。	ジクロフェナクナトリウムテープ30mg「ユートク」	ジクロフェナクナトリウムテープ15mg「ユートク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
825	ジソピラミドカプセル50mgを調剤するべきところを100mgを取り揃えて一包装した。	その場で一包装して投薬。他の患者さんも来ていて多忙な状況でした。下剤を別にしてほしい等の分包の注文も多く慌てていたせいもあり。	作り置きなどをして、調剤時に余裕をもたせる。規格違いなどは丸で囲んだりして特に注意を払う。	ジソピラミドカプセル50mg「ファイザー」	ジソピラミドカプセル100mg「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
826	処方箋でシダキュア5000単位が処方されたが、間違っクラリチンレディタブをピッキングした。患者に交付する前に、他の薬剤師のチェックでとろり間違えが判明。	シダキュア5000単位とクラリチンレディタブの表側の包装が全く同じであった。	保管してある棚の場所を話し、取り間違えがないように棚に大きく注意表示をした	シダキュアスギ花粉舌下錠5,000JAU	クラリチンレディタブ錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
827	ジフェニドール錠25mg「日医工」をお渡ししなければならないところ、誤ってジルチアゼム塩酸塩Rカプセル100mgをお渡しした。翌日、ご本人より連絡があり発覚。自宅に伺い、薬剤を交換した。	誤ってジルチアゼムカプセルがピックアップされていたが、外観が似ていたためジフェニドール錠と思い込み、そのままお渡しした。	ジフェニドール錠とジルチアゼムカプセルが調剤棚の上下で並んでいたため、場所を離して配置することとした。	ジフェニドール塩酸塩錠25mg「日医工」	ジルチアゼム塩酸塩Rカプセル100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
828	【般】ジフルブレドナートクリーム0.05%で処方されたものを入力、調剤者がジフルブレドナート軟膏0.05%で入力、調剤。薬剤監査時に発見し作り替えをして交付。	薬局にジフルブレドナートクリームの在庫がなく、普段はジフルブレドナート軟膏の処方が多かったため、確認を怠ったことが原因。	類似する薬剤銘柄、規格違いなどあることを想定し、入力時、調剤時、監査時に企画までチェックするよう徹底する	ジフルブレドナートクリーム0.05%「イワキ」	ジフルブレドナート軟膏0.05%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
829	以前より ジブレキサザイディス2.5で服用中 前月(10月)来局時 ジブレキサザイディス5に増量していたが気が付かず 2.5で交付 11月 監査時 ジブレキサザイディス5の処方であること判明 患者様が薬変更ないとおっしゃっていたので病院に問い合わせしたところ、前月より増量になっていることが分かりました。病院の医師に確認したところ、症状改善しているのでジブレキサザイディス2.5処方に変更となった	重い薬があったため 持ち帰れるかなど他の事に気を取られていたと思われる	各人が 処方箋をしっかりと確認すること徹底しました	ジブレキサザイディス錠5mg	ジブレキサザイディス錠2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
830	【正】ジフロラゾン酢酸エステル軟膏0.05%「YD」 【誤】ステブロン軟膏0.05%	前回までふじフルブレナート軟膏0.05%で大量にて個別、欠品も続いており、それに目が行ってしまい、処方変更気付かず入力よりスルー	一般名、特に外用の塗布剤は似た名前多数あるため、外用塗布剤の場合は、1文字ずつ区切って確認する新人からの質問が多いことも事実、質問できれば鑑査している最中は控えてもらえるようにお伝える薬歴を開く→押印→処方箋の確認→薬品の確認をルーティン化する。混雑時投薬の流れを取り決めます。一般名の場合の1文字ずつの確認徹底	ジフロラゾン酢酸エステル軟膏0.05%「YD」	ステブロン軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
831	ジフロラゾン軟膏が処方されたがジフルブレドナート軟膏をピックアップしてしまった	名称が類似していて近くに配置していたため取り違えが起きた	配置棚に名称注意のシールを張って注意喚起	ジフロラゾン酢酸エステル軟膏0.05%「YD」	ジフルブレドナート軟膏0.05%「KN」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
832	FAXが来た際に今回よりシベノール錠50mgが100mgに変更になっていたが、いつもと同じ処方と思い込み50mgを準備していた。患者さま来局後にお薬手帳にて救急外来かかられていてシベノールの増量指示でのお渡しをみてから集め間違いが発覚。幸い本人に渡す前に気づいて在庫揃えるのを待ってもらったが、話などできていなければそのまま渡していた可能性もある。	長く処方内容が変わらない方でDの処方との決めつけをしてしまった。規格剤形まできちんと指さし呼称をしていなかった。入力時もスルーされていた。	規格剤形まできちんと指さし呼称を行う。入力後も入力内容の相違がないか確認を行う	シベノール錠100mg	シベノール錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
833	ジメチコンの処方に対して、調剤時に調剤者がメジコンを準備してしまった。監査時に薬剤師が薬が異なることに気づかず、患者様にお薬をお渡しする際に患者様が薬がいつもと違うことに気づき、正しい薬をお渡しすることができた。	ジメチコンとメジコン：名称が近いと読み間違いをする可能性がある。また、似た薬剤があることの認識不足により、注意力が欠如してしまった。	ジメチコンとメジコン：似た名称の薬剤があることを共有する。薬品棚に取り間違い注意の喚起をする。	ジメチコン錠40mg 「YD」	メジコン錠15mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
834	ジャディアンス錠10mgが処方されていたが、調剤時にジャディアンス錠25mgで調剤してしまった。	引き出しの中で、隣り合わせになっており、10mgをとったつもりが、25mgをとってしまい、気づかずにそのまま調剤してしまった。	対象薬剤を薬品棚と引き出しに分けて、在庫するようにした。	ジャディアンス錠10mg	ジャディアンス錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
835	間違えた医薬品が正しい薬と頭文字が同じであったこと、両方とも糖尿病薬であること、規格が同じであったことから、よく確認せずピックアップしてしまった。	よく確認しなかったことが一番の要因ではあるが、今回の正しい薬と間違えた薬の両方の知識があれば間違えなかったと思う。	一文字一文字最後までよく確認する。新人薬剤師向けの疾患別勉強会に参加し知識を深める。	ジャディアンス錠25mg	ジャヌビア錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
836	ジャディアンス25の処方をジャヌビア25の調剤ミス。アテルノでの監査時に間違いに気が付き訂正した。	忙しい時間帯だったため、焦りもあり取り間違いが生じた。同系統だったので、思い込みで調剤してしまった。	忙しい雰囲気や誰が焦った状態で仕事をすると、店全体が冷静な状況でなくなることがあるので忙しい時こそ落ち着いた行動を心がけるように共有した。	ジャディアンス錠25mg	ジャヌビア錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
837	処方箋にはジャディアンス25mgの記載がありました。しかし、調剤されたのはジャヌビア25mgであった。監査者が発見し指摘。ジャディアンス25mgに調剤しなおされた。	ジャディアンス25mgを調剤する機会がジャヌビア25mgと比較して少ない。規格と頭文字で判断し思い込みで調剤したと思われる。	調剤完了後の再度確認してから監査者に渡すよう再周知。それが混雑時であってもするようにした。	ジャディアンス錠25mg	ジャヌビア錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
838	普段あまり調剤されないジャヌビア錠100mgの処方があり、業務終了後発注しようと思いきや残薬の確認をしたところコンピューター上の在庫数と数が合わないことに気付いた。100mg錠が60錠少なく、50mg錠が60錠多かった。50mg処方された患者に100mg錠を渡している可能性があり、処方されている患者の処方と入力を確認したところ、1週間前に50mgから100mgに処方変更になっている患者の入力が50mgのままになっていた事が発覚した。すぐに当該患者に連絡し処方入力の間違いを謝罪したと共に処方通りお渡しできている事を説明し安心して服用してもらった。	長期において同薬、同規格で処方が続いていた患者の為、入力の際D0処方入力をしてしまった。今回、規格が変更になっていることは、監査・投薬をした薬剤師も患者も理解していたが入力者・監査投薬薬剤師・患者皆が入力間違いに気付くことができなかった。入力者は、薬名の確認をしたところで規格の確認ができていなかったと思われる。監査投薬薬剤師と患者は、規格変更になった薬は確認したものの、入力された物の確認ができていなかった。	入力者は、常に規格変更を頭におき入力を行う。調剤者又監査する薬剤師は長期服用している患者の薬剤・規格の変更がある場合お互いに声掛けを行い確認しあう体制にする。今回のことで長期服用している患者は、薬の規格変更があっても服用方法に変更がない場合、薬袋や薬情などを見ていない場合があるということが分かった。	ジャヌビア錠100mg	ジャヌビア錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
839	当該薬剤は、普段あまり調剤する機会がなく、混み合ったタイミングで規格を間違えてとらえてしまった。監査者も、その規格しか在庫がないと思ってしまい、用量までチェックがしきらなかった	業務が一時的に混み合ったタイミングであり、調剤、監査ともに規格を取り違えてしまった。	ともに引き出しに保管している薬剤ではあるが、規格が異なる製剤のリストを作成し、監査台に設置した。ピッキング、監査で見落とさないように職員全員で周知徹底した	ジャヌビア錠25mg	ジャヌビア錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
840	患者本人は全てを服用後、次回の来局時に判明「デザインが変わっただけと思っていた」とのこと	当薬局でのジャヌビアの処方50mgがほとんどである25mgの処方が稀であるため、薬剤師の思い込み	処方入力者からの声かけ 50mgの棚に「○○さん25mg」コメントを貼る	ジャヌビア錠25mg	ジャヌビア錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
841	ジャヌビア錠25mgの処方を書き出したものを気づかず別の交付者がご交付してしまいました	両剤ジャで始まり、規格も25mgだったので見誤った	今回初めての例で特に対策無し	ジャヌビア錠25mg	ジャディアンス錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
842	ジャヌビア・メトグルコ・グリメピリドと何時もの糖尿病薬3剤の処方。処方箋を置いていかれて、後で取りに来られました。思い込みで、ジャディアンスを袋に入れて準備。そのまま本人に確認してもらおうことなく渡してしまいました。患者様が内服しようとした時、いつもと違う形に気づき電話を頂き間違いに気が付きました。内服する前にお知らせ頂いたので事なきを得ました。	何時ものなので、つい安易に確認を怠ってしまいました。	基本的な事、守らなかった事が間違いにつながってしまいました。薬を渡すときは必ず患者様と一緒に確認しながらあげる！！事の徹底をまもる。	ジャヌビア錠 5 0 m g	ジャディアンス錠 1 0 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
843	レバグリニド錠0.25m gの一般名処方を処方箋印字記載だったため、0.5m gと読み取ってしまい交付してしまいました。	毎日みている処方箋であり慢心があったと考えられる。糖尿病薬に関する監査の甘さがあった。	特に糖尿病薬や他規格のある薬剤において、置き場所を区別する。場合によってはシールや記載により、より明確に区別を図る。	シュアポスト錠0.25m g	シュアポスト錠0.5m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
844	ジュンコウ五苓散料が処方され調整したところジュンコウ五苓散料の中にジュンコウ半夏厚朴湯が混ざって入っていた。監査者も見落としとしてしまい患者様に交付。患者様のご自宅でお薬を見返したところいつもと違うものが入っていたと連絡があったため発覚した。患者様は服用はしておらず健康被害はなくご自宅まで行きお薬を正しいものと交換した	混んでいるときにジュンコウというあまり出ないお薬を調整し、間違っ箱に間違っお薬が混じっていることに気づくことができなかった。監査者も外観が似ていたためすべての薬で薬の監査を行わなかったため間違いに気づくことができなかった	ジュンコウの漢方薬は種類が少なかった為同じ引き出しで保管していたためどこかのタイミングで混ざってしまった。外観も似ているため引き出しを分けて保管するようにした。監査においても束を一つずつ監査するよう今一度心掛ける。薬剤交付時にも時間をかけても一つ一つ間違いがないか確認してお渡りする	ジュンコウ五苓散料 F C エキス細粒医療用	ジュンコウ半夏厚朴湯 F C エキス細粒医療用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
845	ジュンコウ補中益気湯F Cエキス細粒が処方されていたが、間違えてジュンコウ桂枝茯苓丸F Cエキス細粒を処方してしまった。	この漢方薬は文字の色が違っただけで外観が酷似している。また、当薬局ではジュンコウ桂枝茯苓丸F Cエキス細粒が頻繁に処方されており、ジュンコウ補中益気湯F Cエキス細粒は若干処方が少ないためであることも間違えた要因の一つであると考えられる。	ジュンコウ桂枝茯苓丸F Cエキス細粒は頻繁に処方されているのですでに他の漢方薬とは別の棚に陳列している。調剤時にジュンコウの漢方薬が処方されていたら薬品名に鉛筆にてラインをひくなどして調剤をするようにした。これは鑑査のときも役に立っている。	ジュンコウ補中益気湯F Cエキス細粒医療用	ジュンコウ桂枝茯苓丸F Cエキス細粒医療用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
846	【般】 ジラゼブ塩酸塩錠50mgの処方を見ればジラゼブ塩酸塩錠100mg「日医工」で調剤。 11/28処方箋(30日分処方)受け取り、同日調剤・投薬。投薬後24日経過し次回分の薬を用意する際、誤りに気付く。すぐ処方医に連絡、謝罪の上経緯を説明。処方医より「今回、薬はそのままでもよい。次回から50mgで調剤して下さい」との回答。患者家族来局時、体調変化について確認。特に気になる体調変化ないとのこと。以後、ジラゼブ塩酸塩錠50mg「日医工」にて調剤する。	(定期処方：多剤服用のため処方医の指示で一包装調剤) 2020/11/7【般】 ジラゼブ塩酸塩錠100mg 1日3錠毎食後服用 21日分のみ単独で初処方となる。(この時はヒート包装にて調剤) 次回定期処方箋交付時、医師の判断で【般】 ジラゼブ塩酸塩錠50mg に処方変更。定期処方と一緒に一包装調剤の指示あり。しかしこの際、処方入力、一包装調剤、薬剤監査全てにおいて確認もれのため、前回と同じジラゼブ塩酸塩錠100mg「日医工」で投薬してしまう。	もともと当薬局に【般】 ジラゼブ塩酸塩錠50mgに相当する薬剤として、先発品：コメリアンコーワ50mgしか在庫しておらず、【般】 ジラゼブ塩酸塩錠の処方を見た際、ジラゼブ塩酸塩錠100mgと思い込み、規格変更気付くことが出来なかった。(【般】 ジラゼブ塩酸塩錠100mg → 【般】 ジラゼブ塩酸塩錠50mg の変更気付かなかった) 今回ジラゼブ塩酸塩錠50mg「日医工」を取寄せ調剤。今後の改善策として、入力者・調剤者・監査者全てが確認できるレセコンの送り送り事項欄に「ジラゼブ塩酸塩錠、規格に注意」のコメントを入れ、規格の部分は50mgを赤文字、100mgを青文字で注意喚起。入力者・調剤者・監査者全てに今回の事例について再確認、今後間違えることないよう情報共有した。	ジラゼブ塩酸塩錠 50mg「日医工」	ジラゼブ塩酸塩錠 100mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
847	ジルチアゼム塩酸塩徐放カプセル100mg「日医工」で調剤するところ、ジルチアゼム塩酸塩Rカプセル100mg「サワイ」でお渡し。鑑査者、調剤者ともにこれらの薬剤の存在は認識していた。在庫のずれから渡し間違いの可能性に気づき、患者宅に電話し回収の運びとなった。間違えた薬剤はまだ服用されていなかった。	同一服用時点の薬の一部不足があり、ジルチアゼムも鑑査システムを通していなかった。	類似名称の薬剤のスタッフへの周知、類似名称の薬剤を減らす。鑑査システムを必ず使用する。	ジルチアゼム塩酸塩徐放カプセル100mg「日医工」	ジルチアゼム塩酸塩Rカプセル100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
848	ジルチアゼムの処方を、誤ってシロスタゾールを取り間違え、そのまま監査をすり抜け、患者に渡してしまう。その後、患者から連絡があり、取り間違えに気付く(在庫数量を確認)自宅まで行き、薬を交換する。	PTPの色調が良く似ており、慢心もあり監査を見逃していた。	PTPに書かれている薬剤名を読みながら、監査をする事にして今後間違えないようにしている。	ジルチアゼム塩酸塩錠 30mg 「サワイ」	シロスタゾール錠 100mg 「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
849	一般名処方を入力を間違えて、ジルテック錠5mgをザイザル錠5mgで処方入力を行った。処方監査のときに気づいた。	一般名処方名前が、レボセチリジンとセチリジンで似ていた。	処方入力を終えたあと、入力者は声をだして確認を再度行う。また、間違いやすい薬の認識をもつ。	ジルテック錠5	ザイザル錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
850	用意されていたシルニジピンの数が違っていた事に気付いたが、慌てて取り直しをしたが誤ってオルメサルタンODを調剤してしまった。投薬後、すぐに気付く患者宅に交換に行った。	数が違っている事に気付いたが、慌てていた為自分で調剤しそのまま投薬してしまった。	自己鑑査となる場合は、必ず他の薬剤師に確認をしてもらう。	シルニジピン錠 10mg 「サワイ」	オルメサルタン錠 20mg 「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
851	シルニジピン錠5mgが処方されたところ、事務員が誤ってアムロジピン錠5mgをピックアップしてし、薬剤師が監査時に誤りに気が付かずそのまま患者に交付してしまった。自宅で患者が服用直前でいつもの薬と異なることに気が付き薬局に連絡。薬剤の取り違えが発覚し、その後患者自宅まで正しい薬剤と交換しに行った。	薬剤名が類似していることと同じ5mgであったため取り違えが起りやすかった。繁忙のため声出しでの確認を怠った。	カルシウム拮抗薬は一般名の商品が多く類似した名称が多く注意することを職員全員に教育し、ピックアップ時、監査時には声出し確認を徹底するよう改善	シルニジピン錠5mg 「サワイ」	アムロジピン錠5mg 「TCK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
852	シルニジピン錠5mgのところ シルニジピン10mgで交付 事務員の指摘で交付後 交換まだ服用しておらず影響はなかった	他の業務で繁忙 1人でピックアップ 交付をしたのが原因	忙しくても 手順書を順守するよう改善	シルニジピン錠5mg 「サワイ」	シルニジピン錠10mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
853	シルニジピン錠5mgが処方されましたが、シルニジピン錠10mgを調剤して渡してしまいました。患者様からいつもの薬剤とヒートの色が違うと連絡が有り、振り返ると間違いに気が付いた。	土曜日で事務担当者が休んだので管理者の薬剤師本人がレセコン入力やピックアップをしていました。当日は近くの開業医からの処方箋で混んでいたのが焦っていました。	患者さんには、少し待ってもらって焦らずに再度薬剤を確認するよう改善いたします。服用前で健康被害がなくて良かったと思っています。	シルニジピン錠5mg 「サワイ」	シルニジピン錠10mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
854	【正】シロスタゾールOD錠100mg「ケミファ」でお渡し【誤】シロスタゾールOD錠50mg「ケミファ」でお渡し	ピッキング時に誤って50mgのバーコードを通した履歴あり。その後、強制終了しており誤ったままピッキングしたことによりミスが起こった。	鑑査者が強制終了にてピッキングした薬だと把握しやすいうように、強制終了をシハンコを押した調剤指示書は一番上に置いて鑑査に回すエラーが発生した際にはシステム側の問題を疑う前に、自分が間違っているのではないかと疑う強制終了時には他の人に必ず確認してもらい、自己の判断だけで処理しない	シロスタゾールOD錠100mg「ケミファ」	シロスタゾールOD錠50mg「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
855	シロスタゾールOD100mg1日2錠分2で処方されたが、前回処方時シロスタゾールOD50mg1日2錠分2処方であった。アムロジピンOD2.5mgが朝食後1回1錠が、朝夕食後1日2錠1回1錠に変更していた。予製を作成していた患者さまであったが、調剤・鑑査時にシロスタゾールの規格変更気付かず、投薬時に発見できた。患者さまに確認したところ、処方内容が変更することは聞いていないため、医師に疑義照会した。投薬時には処方箋発行の医療機関の診療時間終了していたため、翌日に医師に確認し、前回から変更ないことを確認し再調剤し患者さまに交付した。	外来混雑時で予製作成していた患者さまの為、内容が変更していないと思込み、調剤・鑑査したために発生した事例であると思われる。投薬時にも、薬の内容を患者さまと相互に確認し合ったことで発見できた。	入力内容を信じてしまうと、思い込みで処方内容の変更が気が付かない可能性がある。処方鑑査は、処方内容が変更している前提で行うべきである。このことを周知徹底して、店舗内共有する。	シロスタゾールOD錠50mg「JG」アムロジピンOD錠2.5mg「JG」	シロスタゾールOD錠100mg「JG」アムロジピンOD錠2.5mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
856	定期薬の処方箋を午前中に薬局に預けていった患者が午後になって薬を取りに来局したが、当時薬局内が混んでいた為少しお待ちいただいでからお呼びし、お薬を渡す前に中身の確認をお願いしたが、いつもの薬で内容が変わりはないから説明はいらないと言われ、予め薬袋に入れてあった薬をそのままお渡した。2週間後、当該患者から今回買った薬と前回買って残っていた薬のミリ数が違うという連絡があり、当該処方箋の内容と実在庫の数を調べた所、ミスが発覚した。	複数規格が存在する医薬品を名称だけで選んでピッキングし、鑑査者も数量だけの確認で終わってしまい、規格や販売元の確認を怠ってしまった。	複数規格が存在する薬品については、ピッキング時に規格及び販売名をきちんと確認する。服用している患者が一人しかいない薬には、薬の外箱に服用している患者名を記載し、調剤時に処方箋記載の薬品名及び規格を合わせて確認することを励行する。	シロスタゾールOD錠50mg「日医工」	シロスタゾールOD錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
857	一般名処方シロスタゾール口腔内崩壊錠100mgだったが、本人の希望はシロスタゾール錠100mgサワイで、申し送りを確認せず、シロスタゾールOD錠100mgサワイを調剤してしまった。	申し送り事項の確認をしていなかった。	調剤前に申し送り事項をしっかりと確認する。	シロスタゾール錠100mg「サワイ」	シロスタゾールOD錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
858	シロスタゾール100mg「サワイ」の普通錠でお渡しすべき所、最初口腔崩壊錠で用意。お渡し時に気づき、普通錠に交換してお渡し。	薬剤名の確認時に剤形確認がきちんと出来ていなかった。	剤形確認のチェックもきちんと行うようにした。	シロスタゾール錠100mg「サワイ」	シロスタゾールOD錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
859	12月21日処方で一包装調剤であったが、当事者が誤って、シロスタゾール100mg錠のところ、同50mg錠で調剤。一包装前に確認を別の薬剤師からされるもそのまますり抜けて一包装。一包装した薬剤もそのまますり抜けて翌日、患者に交付となった。交付者は、受け取りの息子さんが当事者ではないので、一緒に中身を確認する作業はせずに投薬した。	シロスタゾール100mg錠と処方箋に記載がある部分にはチェックマークが入っていたものの、確認してチェックしていたのか不明。調剤ピッキング、ピッキングした薬剤の監査、一包装後の監査、それぞれ3場面でのチェックができていなかった。声出しや錠剤刻印の確認が必要と思われる。	声出しをするなどして企画の確認を間違えないようにする。一包装後の確認も、錠剤の刻印などを必ず薬情や処方箋と比較して、差異が無いかを確認する。	シロスタゾール錠100mg「マイラン」	シロスタゾール錠50mg「マイラン」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
860	シロスタゾール50mgを112錠調剤するところを2錠のみ100mgの規格で調剤交付前に気づき、棚を確認したところ、シロスタゾール50mgの棚に100mgの錠剤があと12錠入っていた。	シロスタゾール100mgを14錠、間違えて50mgの棚に直していたと考えられる。錠剤の大きさは違うが、外観が類似しているため誤って調剤してしまった。	一度調剤した薬を棚に戻すときは規格を十分確認すること	シロスタゾール錠50mg「サワイ」	シロスタゾール錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
861	薬剤交付後、患者家族が自宅にてビルケースに薬剤をセットする際に、PTPシート・錠剤の大きさの違いに気付いた。	同メーカー・規格違いの薬剤は基本的に隣り合わせ(上下段)に配置されている。	取り間違い防止のためののれん(規格カード)は設置されたいたが、今回の件を機に離れた場所に設置するようにした。	シロスタゾール錠50mg「サワイ」	シロスタゾール錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
862	シロドシンOD 2mg「DSEP」120錠のところシロドシンOD 4mg「DSEP」100錠包装品とシロドシンOD 2mg「DSEP」20錠(PTP)を混ぜてお渡ししてしまった後日、患者さん自身が気づき来局し、間違いが発覚した	監査システムをスルーした。包装品とPTPの混合なので、確認を怠った棚に間違えたものが入っていた可能性もあるが、当時の事は記憶に残らず不明	思い込みによる調剤をなくす薬剤の棚への収納の間違いをなくす→収納や戻すときに複数人数で確認	シロドシンOD錠2mg「DSEP」	シロドシンOD錠4mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
863	シロドシンOD錠はこれまで「ニプロ」を採用していたが、突如ニプロの製品が自主回収になり「DSEP」に変更しました。薬は「DSEP」をお渡ししましたがレセコン入力ではD o 処方方で引っ張っていた為「ニプロ」のまま入力していました。	最近、ジェネリックの製造中止や自主回収が多く、採用品の変更が増えています。	採用品を変更したジェネリックは、その旨をレセコンにメモをはるようにしています。	シロドシンOD錠4mg「DSEP」	シロドシンOD錠4mg「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
864	12月21日受診時の来局の際、前回渡された薬の外観が違っていたと聴取。在庫調査した結果、シロドシンOD錠4mg「DSEP」を28錠渡すべくと、誤ってシロドシン錠4mg「DSEP」が6錠、シロドシンOD錠4mg「DSEP」が2錠混ざった状態で渡ってしまったことが発覚。服用による健康被害無しと確認。	シロドシン4mgの普通錠とOD錠の外観の雰囲気似ていることもあり、棚から取り出す際に2か所から取り出してしまった。	外観が似ている薬や類似薬について再度店舗内周知を行う。薬を棚から取り出す際のダブルチェックを徹底。棚の医薬品ピッキングの際、棚を引き出す・戻すの動作を1回で完了させる。それにより2か所以上の棚から薬を取り出してしまふミスを防ぐ手順を徹底する。注意喚起の為、OD錠の棚には「OD」と大きく記載したタグを引き出し棚の目立つところへ設置し注意を促すようにした。	シロドシンOD錠4mg「DSEP」	シロドシン錠4mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
865	いつもOD錠で調剤している患者さまに普通錠をお渡した	繁忙であったため	シロドシンOD用錠、普通錠は離しておくことにする。調剤者と鑑査者は必ず異なる人物にする	シロドシンOD錠4mg「サワイ」	シロドシン錠4mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
866	一般名処方にて調剤患者は通常シロドシン「DSEP」服用中のところ、シロドシン「あすか」を調剤投薬前に気付いた	薬局にてシロドシンを2種メーカーより採用しているAG品、錠剤の大きさにより患者希望にて調剤	ジェネリック医薬品を多種採用することは調剤過誤リスクありできる限り、1品目の採用を検討薬歴等に患者の希望メーカーをわかりやすく記載する	シロドシン錠2mg「DSEP」	シロドシン錠2mg「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
867	シロドシン錠で調剤するところ、シロドシンOD錠で調剤。調剤棚に貼付してあるJANでSCANし、隣の棚のものをピッキングしてしまった。	錠剤とOD錠が隣り合わせになっていたので誤ってピッキングした。	棚のJANコードをはがし、GS1コードでの照合を遵守	シロドシン錠4mg「DSEP」	シロドシンOD錠4mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
868	一般名で「モンテルカストチユアブル錠5mg」の処方。当薬局採用薬はシングレアチユアブルであるのに対し、レセコン入力がキプレスチユアブルとなっていたことに気付かず投薬してしまった。当日夜に患者母に電話連絡し、記載内容と薬剤本体の名称が異なるが、同一成分であることを説明し、謝罪。患者母は落ち着いており、理解良好。	入力した事務員が採用薬を認識していなかった。また、同一成分であることが調剤者の頭にあるため、入力ミスをスルーしてしまった。	採用医薬品には優先フラグをつける作業を徹底する。今回のように先発品が複数ある場合は特に注意が必要。	シングレアチユアブル錠5mg	キプレスチユアブル錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
869	処方箋はシンバスタチン5mgの継続処方であったが、同時に降圧剤の処方があったことや他の患者にシルニジピン5mgの処方があったことから勘違いをしてしまった。また、繁忙で1人監査となり、勘違いを是正できずに交付してしまった。薬局事務が自身の作業内容と薬剤師の発言の違いに違和感を覚えて確認し、誤った薬剤の提供が分かった。提供後すぐに発覚したため、服用前の交換できた。	以前に提供したシルニジピンが記憶に残っていたこと、同一容量の規格があったことから「シ…ン5mg」の類似性で勘違いを起こしてしまった。	1人監査の時には、薬局事務の協力を得て複数人で監査を行う、声を出して読み上げるなど監査を改める	シンバスタチン錠5「MEEK」	シルニジピン錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
870	一般名でシンバスタチン錠5mgの処方だったが、シルニジピン錠5mg「サワイ」を調剤し、交付してしまった。	薬剤師が交付する前に事務員にも間違いがないかチェックをしてもらうようにしているが、そこでも気づかず最終監査へ。監査の薬剤師も鑑査をしながら相談ごとに応えていたので鑑査がおろそかになったと考えられる。	交付までの流れとして、患者との会話と薬剤鑑査は切り離して行うことを徹底するようにしました。	シンバスタチン錠5mg「NikP」	シルニジピン錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
871	シンバスタチン錠5mg「SW」のところ、シルニジピン錠5mg「サワイ」で調剤。投薬時に患者より指摘があり、ミスが発覚。	同じ棚に入っており、規格が同じで薬品名とメーカー名が似ているため間違ってしまった。	ミスをしやすい薬剤であることを、店舗全員で共有をした。	シンバスタチン錠5mg「SW」	シルニジピン錠10mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
872	シンバスタチン5mgのところシルニジピン5mgで交付してしまった。担当薬剤師は一般名処方で最初の頭文字と規格だけ確認をした。患者本人よりいつもと違う薬が入っていると連絡があり発覚した。	規格が同じであることと名称が似ているため取り間違えた。	調剤棚に大きく「シンバ5mg」「シルニ5mg」と注意喚起をするように大きく注意書きを作成した。	シンバスタチン錠5mg「武田テバ」	シルニジピン錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
873	当薬局を普段から利用している患者であったが今回初めてシンボニー皮下注50mgオートインジェクターが処方された。薬剤師Aが処方入力をし、薬剤師Bが入力確認を行ったが、その際にシンボニー皮下注50mgシリンジで入力されていることに気づいた。シンボニー皮下注50mgオートインジェクターへ入力を修正し処方箋どおりに薬剤を交付した。	入力をする際にマスタへの登録がシンボニー皮下注50mgシリンジしかなかく、50mgという成分量も一致していたためそれしかないと思い込んだ。入力する際には特に注射剤は色々な剤型があることを念頭に置いて成分量だけでなく薬剤名の末尾まで確認するべきだった。	入力する際は規格の最後まで合っているか確認する。入力者も確認者へ渡す前に自己鑑査を行う。	シンボニー皮下注50mgオートインジェクター	シンボニー皮下注50mgシリンジ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
874	夕方忙しい時間帯であったこと。ピッキング薬剤師の思い込みもあり、同じmg数であること、ヒートデザインが似ていたことなどから監査薬剤師により薬剤取り間違え発覚。	名称だけでなく、錠剤ヒートの似たデザイン同じ規格の錠剤での慣れによる思い込みでのピッキングミスが起こることがあるので注意したい。	監査前でもピッキング薬剤師の処方箋との名称確認注意を徹底。慣れによるデザイン酷似の錠剤ヒートの取り間違えについて話し合い。	スーグラ錠25mg	グラマリール錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
875	前回と同じ処方箋で薬も一応確認してお渡ししたつもりだったが、患者様が翌日家庭で薬を仕分けされる時、スーグラ錠の代わりにグーフイス錠が入っていたと薬局に持参あり。お詫びして交換した。スーグラの他、4剤の併用薬あり。	前回と同じ処方箋で薬も一応患者様に確認してお渡ししたが、その時検査結果の提示を受け、注意が散漫となり、患者様との会話に専念してしまった。	前回と同じ処方箋であっても丁寧に確認する。その際薬情、薬袋に薬の写真が掲載されているため、確認する。	スーグラ錠50mg	グーフイス錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
876	スーグラ50mgのところスーグラ25mgを投薬してしまった。	当薬局でスーグラを処方されている患者は25mgが中心なので間違ってしまった。	再度確認の徹底	スーグラ錠50mg	スーグラ錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
877	スーグラ錠50mgとスー ज्या配合錠の取り違い。	名称が似ているため取り違いが起こった。	全文字のチェックを行う。	スーグラ錠50mg	スー ज्या配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
878	[般]レボドパ100mg・カルビドパ100mg・エンタカボン配合錠で処方。前回D oで[般]レボドパ100mg・カルビドパ配合錠のネオドバトン配合錠L100で入力調剤監査。投薬時に誤りに気づきスタレボ配合錠L100に変更。	継続処方が続いており、変更気づかなかった。	一般名処方最後まで確認し、間違いやすい医薬品の一例として全職員に到達。	スタレボ配合錠L100	ネオドバトン配合錠L100		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
879	もともとパークキソンL配合錠100とエンタカボン100mgを併用しており一包装調剤していた。今回から処方スタレボ配合錠に変更されていたが残薬多数持参されたため残薬利用し調剤することとした。スタレボ配合錠がパークキソンL100と同等とみなしてしまいエンタカボン100mgの処方を削除して入力、エンタカボンを抜いて調剤した。鑑査時、誤りに気づきエンタカボンを追加し調剤し直した。	パークキソンL100も配合錠でありスタレボと同等と勘違いしてしまった。	処方変更時は特に注意し入力をチェックする。新規採用品の全職員への周知徹底。	スタレボ配合錠L100	パークキソン配合錠L100		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
880	スタレボ配合錠L100処方のところドバコール配合錠L100で調剤、投薬してしまった。	パーキンソン病で配合錠L100という思い込みによる認識で、調剤を誤ってしまった。不足の商品の手配が発生し、監査に集中しなかった。他の薬剤の確認を複数の薬剤師で行い、その薬剤のみ監査が漏れてしまった。	必ず監査は処方箋すべての薬品について行い、監査印を押す。	スタレボ配合錠L100	ドバコール配合錠L100		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
881	9月16日(水)午前9時40分頃 普段より利用されている80代女性が処方箋を持って来局した。処方箋にはストミンA錠が1日3錠毎食後14日分と記載されていた。調製者A(職種経験年数3年)はストミンA錠を調製するところを誤ってアストミン錠10mgを調製し監査に回した。監査にあたった薬剤師BがストミンA錠ではなくアストミン錠が調製されていることに気づき、調製した調製者Aに間違いを伝えた。調製者AはストミンA錠を正しく調製し再び薬剤師Bが監査した。監査で誤りに気付いたため、患者には正しく薬を交付した。	ストミンA錠とアストミン錠の名称が似てたため、また薬局内が忙しい時間帯だったため	調製者がピッキングした後、再度見直しを強化し名称類似医薬品にそれぞれテープで分かるように印を付けた。	ストミンA錠	アストミン錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
882	処方せん記載:ストロカイン → 来局した患者への確認から、当該医薬品に回答しない病状であること判明 → 疑義紹介の後、正しく処方されるべきは、ストロメクトール、であることが判明	患者への確認が不十分な薬剤師が対応した場合、誤った薬がそのまま交付された可能性があった。	継続治療等でない場合、処方内容と病状が合致するか否か、必ず確認するように、調剤準備したカゴなどに、MEMO紙を付するなど、在籍する薬剤師いずれが交付する事になって、その手順を抜かさないように明示する。	ストロメクトール錠3mg	ストロカイン錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
883	スピリーバ60吸入と28吸入の取り違い。	通常内服30日分+スピオルト60吸入処方の患者であった。今回、内服30→14日分へ変更となったが、スピリーバ吸入は60吸入のまま処方されていた。本来60吸入→28吸入へと疑義すべき事例だが、内服14日分のためスピリーバも28吸入と思い込み、見落としてしまった。	スピリーバ吸入の2規格は離れた場所に在庫されていた。2規格存在するとの意識づけの為、一目で2規格見えるよう在庫場所を変更した。	スピオルトレスビマット60吸入	スピオルトレスビマット28吸入		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
884	[般] プレドニゾン吉草酸エステル酪酸エステルクリーム0.3% 10gの処方に対してGE希望のため、「スピラゾンクリーム」を調剤すべきところを「スチブロンクリーム」で誤って調剤。監査時に監査者が気づいた。	一般名に加えて商品名も名称が2つとも類似していた。薬局でもバラ容器については付箋を貼るなど注意喚起していたがチューブについては収納しているトレーには注意喚起の付箋などは貼っていない。この店舗で継続して勤務している薬剤師だが慣れや油断によりミスを起こした可能性あり。	店舗従業員に事例を情報共有する。トレーに注意喚起の付箋などを貼り注意を促す。	スピラゾンクリーム0.3%	スチブロンクリーム0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
885	スピラゾンとスチブロンの入力間違い。	思い込み。名称も似ているので入力間違い。	スチブロンは今後ジフルプレドナーとへと名称が変更になるので名称が似ているという要因は取り除ける	スピラゾン軟膏0.3%	スチブロン軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
886	スピリーバ1.25μgが処方された所、スピリーバ2.5μgでお渡し同日中に事務員が気づき、本人にTEL(1回吸入済み)。本人に謝罪し、1.25μgのものと交換しました。	本処方もとのクリニックでは、スピリーバは2.5μgのもので殆ど出ている。今回も2.5μgと思い込んだ可能性。	改めて規格の確認を徹底すること。規格が複数あるものはリスト化してミスを防ぐ。	スピリーバ1.25μgレスピマット60吸入	スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
887	調剤時、一包化した薬の中から中止になった薬を取り出す際に1錠のみ取り間違え、監査時に見過ごしてしまう。後に取り出した中止薬の中身を確認したところ、違う薬剤をとりだしていることが発覚した。すぐに患者様へ連絡し、服用前であり、薬剤交換した。	一人に一包化の薬の増減を任せただけで、監査時の中止薬の数、中身の確認不足。	一包化の中身は類似した形状が多く、薬剤変更時にはもう一段階監査を増やす。	スピロラクトン錠25mg「CH」	アムロジピン錠2.5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
888	包装が類似した薬剤を一錠の取り損なった。	包装が類似しており、配置も近かったため、一錠だけ紛れ込んだ可能性が考えられます。	取り違えた薬剤の配置を変更しました。	スピロラクトン錠25mg「トーワ」	トラネキサム酸錠250mg「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
889	スピロラクトンの半錠処方を誤ってスルピリドの半錠で調剤してしまった。	スピロラクトンとスルピリドの棚が隣だった。	棚を離れた。スタッフ全員に過誤の周知をした。	スピロラクトン錠25mg「トーワ」	スルピリド錠100mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
890	忙しい時間帯で無意識のうちにピッキング作業を間違った	当日10時間勤務の為に集中力がなくなっていた	長時間勤務の時は必ず30分の休憩を入れる	スピロラクトン錠25mg「日医工」	スルピリド錠50mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
891	処方せんの記載が、スピロラクトン錠25mg「日医工」のところ、スピロベント錠10mgを調剤。監査時に別の薬剤師が気づき、変更調剤。	呼吸器内科と腎臓病内科2科の処方せんを調剤し、呼吸器内科の薬と思い込み、スピロベント錠10mgを調剤。また、薬品名称が類似していたため、誤薬する。	医薬品名が類似しているものは注意マークをつける。調剤するときは、必ず規格まできちんと確認する。処方せんの診療科をきちんと確認する。	スピロラクトン錠25mg「日医工」	スピロベント錠10μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
892	一般名処方のビンプロロールフマル酸塩「jg」とスピロラクトン錠25「日医工」をメーカー違いのジェネリックで渡した。交付後すぐに投薬した薬剤師が気づいたため交換に行った。患者さんは服用していない。	薬局が煩雑な時間帯であったため、ジェネリック医薬品のメーカー違いの確認が不十分であった。	メーカー違いなど間違えやすい処方を目立つ場所に提示しました。	スピロラクトン錠25mg「日医工」 ビンプロロールフマル酸塩錠2.5mg「JG」	スピロラクトン錠25mg「NP」 ビンプロロールフマル酸塩錠2.5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
893	スピロラクトン50mg CHが処方されていたが、前回DOのスピロラクトン25mg日医工で入力してしまった。	PDAを使用して調剤するため、入力ミスに気付いた。	手入力の場合は、用法・容量・規格を必ず確認し、調剤室のレセコンを使用し入力する。	スピロラクトン錠50mg「CH」	スピロラクトン錠25mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
894	スピロラクトン錠50mg「YD」が処方のところスルピリド錠50mg「アメル」で調剤、鑑査されて、投薬時に違う薬剤だと気づきスピロラクトン錠50mg「YD」で交付した。	棚が隣同士のため間違えたと思われる。	棚に取り間違え注意とラベルをはって注意喚起をする。	スピロラクトン錠50mg「YD」	スルピリド錠50mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
895	処方ではスピロラクトン50mg 1錠を粉砕するところ、スピロラクトン25mgを1錠粉砕してしまった。	粉砕の時は基本シート錠を使用するが、スピロラクトン25mgの大箱が手元にあったため、すぐに仕事を進めたかったので、処方をしっかり確認せず、25mg錠を大箱から日数分とり、粉砕して一包化してしまった。また、監査をする薬剤師も、シートがなかったのでそれが25mgであることに気づかず、見落としてしまった。	大箱から一包化するときには、必ず、監査の薬剤師は大箱を揃えて確認するようにする。	スピロラクトン錠50mg「YD」	スピロラクトン錠25mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
896	新規に処方された薬は説明したが、いつもの薬は簡単に日数や本数だけ話し、薬袋に入れた。	処方された薬と取り間違えた薬は名称が似ており、監査者と薬を集めた者が違い、監査者は処方箋をよく確認せずに信じて払い出してしまった。	再度、処方箋の内容と薬の確認を徹底し、払い出す際も患者さんと確認しながら渡すようにする。	スプラタストシル酸塩カプセル100mg「サワイ」	プラニルカスト錠112.5mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
897	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはスミルスチック3%1本と記載されていた。薬剤師Aは誤ってスチックゼノールAを調剤し、鑑査にまわした。鑑査をした薬剤師B、交付した薬剤師Cも誤りに気がつかなかった。その日のうちに薬剤師Cが誤りに気づき、患者宅を訪問しスミルスチック3%と交換した。	スミルスチック3%とスチックゼノールAの配置場所は隣り合っていた。包装が類似しているため、ピッキングした薬が合っていると思い込んでしまった。	スミルスチック3%とスチックゼノールAの間に仕切りをたて、注意喚起の札をつけた。	スミルスチック 3 %	スチックゼノール A		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
898	一般名処方であったが、スミルスチックとスチックゼノールの名称、形状が似ていたこと、2剤の調剤棚の引出が隣り合っていたこともあり、薬剤の取り違いが起きた。繁忙であったため、クロスチェックがおろそかになったと思われ、そのまま当該患者にお渡ししてしまった。後日、当該患者が薬を使おうとして開封したところ、いつもと違う薬だと気付かれ、使用される前に薬局に連絡をくださった。	形状・名称の類似、薬剤収納の引出が隣接していたこと、繁忙でクロスチェックが抜けてしまった、薬剤師の思い込み・・・等が考えられる。	薬剤収納の引出の場所を離す。名称類似品、形状類似品の再確認の徹底をする。繁忙であっても、必ずクロスチェックすることを徹底をする。	スミルスチック 3 %	スチックゼノール A		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
899	手書き処方箋でアルファベットに特徴のある字体であった。1) アトモキセチン(40) 1cap /1× アサ 9 T 2) P - {スルピリド 50mg {クロナゼパム 0.5mg /2× アサ、眠前 9 T 入力者は「P」=一包化と判断し、スルピリド錠50mg 1T 分2リポトリール錠0.5mg 1T 分2 と入力した。この時点では、1回量が半錠なので一包化であると思い込んでいた。鑑査者は、全体的に不鮮明であった為に疑義照会を行い、細粒での処方であることが判明した。「P」は粉のパウダーであり、スルピリド細粒50mg/日、クロナゼパム細粒0.5g/日 であった。	手書き処方箋では、錠剤であっても一日量のmgで記載する医師もいらっしゃるもので、今回も同様の処方と思い込みが発生してしまいました。不鮮明であったり、些細な事でも疑義があれば疑義照会が必要と改めて実感しました。	手書き処方箋の場合は特に、薬局の採用品だけでなく様々な規格も存在する事を念頭に十分に確認を行う。些細な事でも疑義照会を行い解消をする。	スルピリド細粒 5 0 % 「アメル」 リポトリール細粒 0. 1 %	スルピリド錠 5 0 m g 「アメル」 リポトリール錠 0. 5 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
900	名称の異なる薬がしており、1錠服用してしまったとご本人が薬局にて判明。体調に特別変化はない様子だったが、処方医に報告。服用したのが1錠ということもあり、今後正しい薬を服用すれば問題ないとの返答を得られたため、その旨説明し、正しい薬と交換。	薬品名、ヒートの外観が酷似している	処方受付時に注意のしるしをつけるようにし、保管場所かなり離れた。	スルピリド錠50mg 「サワイ」	イトブリド塩酸塩錠50mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
901	10/20 17時頃、近隣医療機関より、前回薬を間違えて渡されたと患者様の申し出があったとの連絡。在庫数を確認すると薬剤取り違えが事実であることを確認。前回と同じ薬剤を処方するの間違いに渡すようにとの院長指示。まもなく患者様が薬局されたので交付間違いを謝罪して正しい薬剤をお渡しした。	間違った薬剤をお渡ししているがミスゼロ子の記録を見ると正しい薬剤が読まれていた。決められた手順でミスゼロ子が使用されずチェック機能が動かなかった可能性がある。処方箋と実品の確認が不十分だった。最終監査が正確に確実に実行されていなかった。	ミスゼロ子を過信せず、最終監査を確実に行うよう再度徹底する。合わせて、調剤・ピッキング・ゼロ子読み取りにおいても決められた手順を再確認し、落ち着いて正確な作業を行うよう徹底をする。	スレンジム軟膏1%	スタデルムクリーム5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
902	2020年9月23日(水)12時半頃患者来局。数種類の処方の中にセチリジン塩酸塩錠100mgの処方あり。当店の採用品は「イワキ」であるが、「ファイザー」で入力されているのを鑑査時に薬剤師が発見。投薬前であったので、患者へは正しい入力で薬をお渡しできた。	繁忙時、連休明けという事もあり焦りや、処方人数の少ない薬であるため採用メーカーの把握が不十分であった事も原因と考えられる。	改めて入力者には採用品のメーカーで不安なものがないかの確認を行うようにします。	セチリジン塩酸塩錠10mg 「イワキ」	セチリジン塩酸塩錠10mg 「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
903	セチリジン塩酸塩 5 mgをセチリジン 10 mgと誤入力。患者様から「いつもの飲み方と違う」と電話があり調剤ミスが判明	土曜日の10時前の繁忙時間帯で発生。従来、処方箋を受け付けた段階で事務が処方箋入力後入力画面と処方箋を目視で突合せてチェック。処方箋の入力内容がアウトプットされた調剤録を調剤担当者が処方箋と突き合わせてチェック。両者のチェックが機能せず今回の事態が発生。	薬局ではレセプトコンピューターと連動する鑑査システムも導入しているため、受付時の処方箋入力が入った場合には処方箋鑑査からピッキング、投薬まで影響を及ぼすことになる。そのため、正確な入力と入力チェックが重要になっている。今回の調剤ミスを契機に入力チェックを従来の2人の目でチェックする体制から、3人の目でチェックする体制に変更。処方箋入力後にアウトプットされる調剤録を2様式で出力。2様式の調剤録の1枚を医療事務で再チェックすることとした。また投薬時には処方箋と投薬内容を突合せを一層厳格に行うこととした。	セチリジン塩酸塩錠 10 mg 「サワイ」	セチリジン塩酸塩錠 5 mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
904	セチリジン塩酸塩錠 10 「タナベ」の薬剤棚の中に、ペボタスチンベシル酸塩錠 10 「タナベ」が混在して充填されていることが判明。コンピュータ上の在庫数と実在庫数を確認したところ、セチリジンが多く、ペボタスチンが少ないことが判明した。患者にTELにて確認したところ、120錠お渡した薬の20錠はセチリジンで100錠(100錠のアルミ包装のまま)はペボタスチンであった。	セチリジンの薬剤棚にペボタスチンを充填したことにより、2剤が同じ棚に混在してしまっ。監査時に包装されたペボタスチン100錠にゴムで一緒にしてあったセチリジン20錠のみをしっかりと見て、100錠の包装は思い込みでしっかりと確認していなかった。	セチリジンとペボタスチンの外包装箱のデザインが似ている(メーカーも同じ)のでセチリジンの外箱の上に大きく「セシリジン」と書いたテープを貼りました。	セチリジン塩酸塩錠 10 mg 「タナベ」	ペボタスチンベシル酸塩錠 10 mg 「タナベ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
905	セバゾン錠 1 mg が処方されていたが、セバゾン 2 mg が調剤されていて、監査でも容量違いに気が付かず。投薬時に容量違いに気が付いた。	1 mg 処方であるが、1日2錠 1日2回服用の指示があり 2 mg に違和感がなくなっていた。指さし確認 呼称の基本を徹底する	指さし確認 声に出して処方せんと調剤薬を読み上げる基本動作を徹底する。	セバゾン錠 1	セバゾン錠 2		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
906	以前から不安感に対してセバゾン錠 1mgを定期内服中の患者様で、調剤前の聴取にて今回頓服としてセバゾン錠 1mg10回分が定期薬に加え追加になることを聞き取った。ただ、処方箋にはセニラン錠1mgの記載があったため、処方がこのままでよいのか病院へ確認したところ、セバゾン錠1mgの間違いであることが分かった。	どちらも向精神薬であり、名前も類似していることから病院側が入力の間違いに気づかなかったと思われる。	名前が類似しているため、処方が間違いないか患者様へしっかりと聴取することが大切である。薬の処方意図もしっかりと意識することも大切かと思われる。	セバゾン錠 1	セニラン錠 1 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
907	セパゾン2mg錠が処方される患者さんは当薬局では一人しかなく、もともと1mg錠の採用もなかった。他薬局の閉店に伴い不良在庫が大量に入庫され、その中にセパゾン1mg錠が入っていた。1mg錠の採用・入庫したつもりがなかったため、2mg錠しかないと思いこんで調剤してしまった。	思い込み、確認不足。	単規格しか採用していないでも剤形・規格は毎回確認すること。	セパゾン錠2	セパゾン錠1		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
908	他院からの退院処方継続で、ニフェジピン徐放カプセル20mg(12時間持続)が一般名にて処方。後発品希望の患者のため、剤型変更をしようと処方入力時に拡張検索を行い、本来ニフェジピンL錠20mgを選ばなければならないところ、誤ってニフェジピンCR錠20mgで入力、薬剤師による入力鑑査時も気づかなかった。翌日、別の薬剤師が入力チェックを行ったところ間違いを発見。交付前に発覚したため患者に影響はなかった。	・入力システムの拡張機能の注意点への理解不足・同じニフェジピン徐放錠でも12時間持続(L錠)と24時間持続(CR錠)の二種類が存在することを知らなかった。・処方箋の記載を見落としていた	入力システムの拡張検索を使用する場合は、適応や効果時間が異なるものが表示される可能性があることを理解し注意して入力する。二種類のニフェジピン徐放錠の違いを薬局スタッフ全員に周知、テオドールとユニフィルといった、他の注意すべき医薬品についてもしっかり周知を行った。	セバミット-Rカプセル20	ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
909	患者様はジェネリックで処方の方だった。処方せんでフロモックス細粒と記載あり。調剤時セフジトレンピボキシルで調剤し、自分で監査をした。	投薬を急ぎ、焦っていた。	調剤、監査はよく確認し、他の人にも確認してもらうようにした。	セフカベンピボキシル塩酸塩小児用細粒10%「サワイ」	セフジトレンピボキシル小児用細粒10%「OK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
910	セフカベンピボキシル塩酸塩錠のところ、誤ってセフジトレンピボキシル錠を調剤。	繁忙で焦りがあり、確認が不十分であった。	監査レンジを利用する。	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「CH」	セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
911	セフカベンピボキシル錠で処方されていたところをセフジトレンピボキシル錠で調剤してしまった。	一般名処方。普段からセフジトレンピボキシル錠をよく調剤している。セフカベンピボキシル錠の処方稀。	調剤時に処方箋コピーに赤線を一剤ずつ引きながら確認する。その際、声出しも行う。監査も上記と同様に行う。	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	セフジトレンピボキシル錠100mg「OK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
912	2020年10月23日(金)18時半頃患者が来局した。セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mgの処方のところ、誤ってセフジニルカプセル100mgで調剤から投薬まで気づかずにお渡ししてしまった。患者帰宅後に薬剤服用歴記載時に誤りに気づき、患者へ電話にて確認後に正しいものと交換した。	繁忙時であったための焦りや慣れも原因と考えられ、薬品棚も隣同士であったため取り間違えてしまった。	棚の位置は離して取り間違いを防ぐ工夫をし、処方箋コピーへの規格や剤形チェックも引き続き継続していく。繁忙時でも落ち着いて行動する事を心掛ける。	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg 「サワイ」	セフジニルカプセル100mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
913	セフカベンピボキシル錠100mgの処方を誤ってセフジトレンピボキシル錠100mgを交付した。	薬局内が忙しく、また医薬品名の名称が似ていたため再度確認する事を怠ったために患者に誤った医薬品を交付した。	できるだけ調剤者とは別の薬剤師が監査を行うようにし、不可能であっても調剤者が間違っているかもしれないという意識を持って再度確認する事を全従業員に共有した。	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg 「サワイ」	セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
914	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」を処方しなければいけないのに、間違ってセフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」を処方するところでした。	忙しかったものもあるが、調剤した薬剤師がセフ、100mg、「サワイ」だけを見て判断したのが間違いの要因です。	セフジトレンピボキシル錠100mgのメーカーを変更し、セフカベンピボキシルと離して配置しました。	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg 「サワイ」	セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
915	セフカベンピボキシル錠100とセフジトレンピボキシル錠100のピッキング間違い。	類似名称による思い込みの間違い。	類似名称のある薬剤であることを認識し、細心の注意を払いピッキングを行う。	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg 「ファイザー」	セフジトレンピボキシル錠100mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
916	フロモックス100mgを後発品に変更しセフカベンピボキシル100mgで調剤するところ誤ってセフジトレンピボキシル100mgで調剤。監査時に発覚。当事者に報告し正しく調剤した。	セフジトレンピボキシル、セフカベンピボキシルどちらも採用あるが調剤頻度は少ない。名称類似、同規格であったため誤ったと思われる。	該当薬品の名称類似のスタッフ間周知。繁忙でも薬品名確認の徹底。	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg 「日医工」	セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
917	セフカベンピボキシル錠100mgをお渡しするとセフジトレンピボキシル錠を誤ってお渡し後日患者様より薬剤情報書の絵と違い電話にて発覚。服用後とのことで謝罪し体調変化確認。	要因としては思い込みが強く、また共に同メーカーのため監査を簡単に済ませてしまった。	優先的に確認する事項を決める、一文字監査するなど対応する。	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg 「日医工」	セフジトレンピボキシル錠100mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
918	処方箋をしっかりと確認せず、交付前に気付いた。	思い込みで調剤して確認を怠った。	処方箋をしっかりと確認し、思い込みをなくして集中して取り組む。	セフカベンピボキシル 塩酸塩錠75mg「サ ワイ」	セフカベンピボキシル 塩酸塩錠100mg 「YD」		ヒューマンエラーやヒューマン ファクターに起因すると考 えられた事例
919	処方せんをしっかりと確認せず、思い込みで調剤した。	忙しさでしっかりと確認せず、思い込みで調剤してしまった。	思い込みをなくし、しっかりと確認してから焦らずに調剤して再発防止に努めたい。	セフカベンピボキシル 塩酸塩錠75mg「サ ワイ」	セフカベンピボキシル 塩酸塩錠100mg 「YD」		ヒューマンエラーやヒューマン ファクターに起因すると考 えられた事例
920	2020年7月 12歳(女)の処方せんを持って代理で母親が来局。当薬局の門前ではない、広域の処方せんX耳鼻科からの処方せんであった。処方せんには“セフジトレンピボキシル100mg「OK」”の記載があった。処方入力は事務員A、調剤は事務員Bが行ったが、入力・調剤ともに“セフジニルカプセル100mg「JG」”が用意されていた(事務員Bは、事務員Aが処方せんに鉛筆で“セフジニルカプセル100mg「JG」”と記載していたためそちらを見てそのまま調剤)。監査時に間違いに気づきメリアクト錠100mgを調剤し直した。	・広域の処方せんでありQRコードでの入力ではなく手入力であった。・当薬局ではGEのセフジトレンピボキシルの採用がなくメリアクトのみしか在庫がなかった。・“セフジトレンピボキシル100mg「OK」”のレセコンの検索コードは「セフシ」であったが“セフジニルカプセル100mg「JG」”の検索コードは「セフジ」であった。入力時に処方せん通りに「セフジ」で検索をかけたため検索結果一覧に“セフジトレンピボキシル100mg「OK」”の表記がされた。・どちらも「セフジ~100mg」のため、冒頭の3文字・規格が同じ。類似している。・セフェム系の種類の知識不足・入力後、調剤後の確認不足	広域の処方せんではQRコード入力が出来ないことが多いためいつも以上に注意を払う。入力後、処方せんの記載内容と相違がないか再度確認を行う。セフェム系の名称は「セフジ~」で始まるものが多く間違えやすいことを事務員・薬剤師ともに情報共有する。	セフジトレンピボキシル錠100mg「OK」	セフジニルカプセル100mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマン ファクターに起因すると考 えられた事例
921	セフジトレンピボキシル錠を処方されていたがトスフロキサシン錠を渡してしまった患者さんからの問い合わせにより気付いた	外観が似ているため取り違えてしまった	トスフロキサシン錠を外観の違うメーカーへ変更する	セフジトレンピボキシル錠100mg「OK」	トスフロキサシントシル酸塩錠150mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマン ファクターに起因すると考 えられた事例
922	【正】セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」【誤】セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	QRコードは無い処方箋・店舗である。手入力の際3文字入力をしたが、セフジをセフカと入力した為発生した。セフジトレン、セフカベンいずれも処方頻度が多い薬剤であり思い違いがあった。店舗のいずれの採用薬も「サワイ」であったことも影響していたかと思われる。入力後の指さし確認ができていなかった。初期監査、最終監査においても入力照合の手技が不十分であり気づく事が出来なかった。	入力手技手順書を元に入力手技の再確認を行う。特に日々の業務の中で処方箋とレセコン画面の指さし確認が実施できているかを他の医事スタッフ、薬局長で確認をする。セフジトレンとセフカベンファーマネスのマスタを修正し、薬品名表示に注意喚起を促す文言を追加する。	セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマン ファクターに起因すると考 えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
923	セフジトレンピボキシル100「サワイ」で調剤するべきところを、セフカベンピボキシル100「サワイ」で調剤してしまった。監査時も気付かず、投薬時に写真付きの薬情と照らし合わせてお渡しすべきところを、行いそびれてしまった。9/4に4日分お渡しし、服用後9/8に再度同処方が出されお渡しした際、患者から前回と違う薬だと指摘され、前回のミスに気付いた。	似た名前の薬が棚の上下にあり、間違いにつながった。FAXで調剤中、処方日数変更があり、そちらに気を取られてしまった。処方内容が多く、調剤に時間がかかってしまい、患者が待っていたため、あせりがあった。	薬の棚にまちがいの注意のシールを貼る。場所を少し離しておくことにする。投薬時に薬情と薬を照らし合わせて患者と確認することを再度徹底する。	セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
924	一般名処方の入力間違いに気が付かず、セフジトレンをセフジニルで調剤、監査を行い、患者に交付。後日の処方箋チェック時に発覚。2日分服薬後のため、医師に報告の上、交換、謝罪に伺う。	一般名の確認不足により、入力間違いに気が付かず、調剤、監査もスルー。処方箋チェックも後日となったため、発見が遅れた。	一般名の処方だけは出来るだけ文字数を多く入力して薬品検索をする事。調剤監査時も同じように確認をしっかりとする事。	セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」	セフジニルカプセル100mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
925	10/19に近隣クリニックより、セフジトレンピボキシル100mgが4日分処方。処方せんの読み間違いと思いこみにより、コンピューターも調剤も「セフカベンピボキシル100mg」で患者本人へ渡してしまい、本人1日分(3T)服用してしまった。次の日、コンピューターの在庫が合わず間違いに気づいた。	薬剤師の処方せんの読み間違いと思いこみ。また事務の人のセフカベンピボキシルとセフジトレンピボキシルは同じ薬との思い込みで、Wで間違ってしまった	まず、セフカベンピボキシルとセフジトレンピボキシルは違う成分の抗生物質であるという認識。忙しくともきちんと処方内容を確認する。	セフジトレンピボキシル錠100mg サワイ	セフカベンピボキシル錠100mg サワイ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
926	指を怪我された患者様が受診され、感染症予防のためにセフジニルカプセル100mg「ファイザー」が3C分3毎食後7日分で処方されていた。鑑査者が確認中にピッキングされていた薬剤がセフカベンピボキシル錠100mg「ファイザー」であることに気づいた。	ピッキング者は薬品名をしっかりと確認せずにピッキングしてしまったため、薬品を取り間違えてしまった。	ピッキング時は薬品名をしっかりと確認して行う。	セフジニルカプセル100mg「ファイザー」	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
927	セフジニルカプセル100mg「日医工」3T3×毎食後 5日分が処方され調剤・集薬しなければならぬ所、誤ってセフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」を調剤・投薬してしまった。事後(11:00頃)に処方箋を見直していた際に気づいたので、ご自宅へご連絡し誤りを伝え、即、交換に伺わせていただきました。	普段はセフカベンピボキシル塩酸塩錠100m「サワイ」が主に処方され、セフジニルカプセル100mg「日医工」が処方されることはまれであったため、思い込みで調剤ミス・監査不備・投薬ミス(一人薬剤師)を起こしてしまった。	一人薬剤師の店舗のため、慣れによる思い込み調剤を防止するために、再度、指さし呼称確認の徹底を行うことで改善に努めたい。	セフジニルカプセル100mg「日医工」	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
928	後発医薬品に変更を希望する患者に、セフゾン錠100mgの後発医薬品であるセフジニル錠100mg「サワイ」を調剤するところをフロモックス錠100mgの後発医薬品であるセフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」を調剤した。	一般名が似ていたため、取り違えた。箱の外観も似ていたため、確認が不十分であった。	薬の配置を整理し、先発医薬品に対応する後発医薬品の区分の再確認を徹底した。	セフジニル錠100mg	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
929	新患さんで、先発品希望になっていたため、薬袋、薬情、お薬手帳は全て先発品で記載。調剤されたものが後発品だったが、名称が似ていた為、間違いに気付かずそのままお渡ししてしまった。	この薬は、後発品での処方が多い為、調剤者はいつもの感じで処方してしまい、監査者は、ぱっと名前の確認をしまつて、間違いに気付かなかつたことが要因。	先発品と後発品の名称が似ている場合は、どちらを処方するのか、処方されたものがどちらなのかを、しっかり確認すること。	セフゾン細粒小児用10%	セフジニル細粒小児用10%「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
930	ゼフナートクリームで調剤するところゼフナート外用液で調剤してしまったが監査で間違いに気づき、変更した。	普段外用液の方が調剤されるケースが多かつたため。	外用棚に剤形類似の注意書きを付けた。	ゼフナートクリーム2%	ゼフナート外用液2%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
931	ゼフナート外用液が処方されたがゼフナートクリームで投薬。薬歴記載時に間違いに気付く。患者携帯に連絡したところ家が近くなので来局してくれることになり謝罪の上、取りかえる。	入力がゼフナートクリームになっており、調剤者が薬情を見て取り揃えた。入力が間違つたためミスゼロ子も通過してしまつた。監査者(投薬者)も処方箋とよく照らし合わせずに監査してしまつた。担当した薬剤師は入力が機械化された店舗(QRコード読み取り)に勤務することが多く、ミスゼロ子が通れば薬剤は合っているものと思ひ込んでいた。	処方せんとよく照らし合わせる。慌てないで監査する。また、他店で勤務する際は、業務の流れの違いを把握して行う。	ゼフナート外用液2%	ゼフナートクリーム2%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
932	手書き処方箋のゼボラスパップ40mgとゼボラステープ40mgの読み間違い。患者家族による指摘の電話があり、発覚。テープ剤によるかぶれが患者本人に生じた。	入力の際に誤読。繁忙時間帯ではあったが、テープ剤のみ在庫しており、調製者は知識・経験不足から入力が正しいと思いつい込み、テープで調剤。監査補助のツールもあったが、入力を元に機能しているものである為、入力が誤っている時点で誤りに気付かず。監査者も手書き処方箋誤読の入力に気が付けず、そのまま投薬。	読みづらい手書き処方箋は特に注意する。少しでも判読が困難であれば必ず疑義照会すること。入力、調剤、監査、投薬の一連の流れを作業の様にこなすのではなく、処方意図等の読み取り等を徹底する。	ゼボラスパップ40mg	ゼボラステープ40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
933	セララ錠50mgが処方されたところセララ25mgを調剤した。監査時に監査システムのエラーにより発覚。監査時に気が付いたため患者には正しい薬を交付した	セララ錠は普段25mgが主に処方されており、思い込みにより50mgを処方されていたのに気が付かず調剤をしていた。	薬の規格の確認の徹底 監査システムの有効活用 監査者同士の声掛け確認をする	セララ錠50mg	セララ錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
934	隣同士に保管していた湿布を調剤時、間違えて手に取り鑑査の際も、十分な確認をしないまま渡してしまっていた。投薬日当日の午後18時前、患者様から電話をいただき判明した。(使用なし)翌日出勤の薬剤師が、ご自宅へ伺い交換した。	外装の色とサイズが似ている湿布を隣同士で保管していた。	処方箋記載名称と実際の薬を、読み上げるつもりで確認する。(見て、数えて、確認した気にならない)	セルタッチパップ70	モーラスパップ30mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
935	「セルタッチパップ」が処方されたが、薬局に在庫がなく投薬後、自宅までお届けすることになった。後日お届けの際、お渡ししようとする「いつもの湿布と柄が違う」と指摘され、誤った「ゼボラスパップ」をお持ちしていたことが発覚薬局に戻り、セルタッチパップをお届けした	1) 不足薬を発注の際、同じタイミングで、かつ同じく分割販売で「セルタッチパップ」と「ゼボラスパップ」を同個数を発注し、同じタイミングで納品された。分割販売は箱ではなくチャック袋に入っているため、「ぱっと見」で判断してしまった。2) 普段の調剤の際は「ピッキング監査システム」を使用し、パッケージのGS1コードを読んでレセコンデータとの相違がないか確認しているが、不足薬の調剤・監査の際はそれを行っていなかった。	通常のおペレーション同様ピッキング監査システムを使用していれば、防げたミスであった。不足薬の調剤の際も必ずシステムを使用するよう徹底した。	セルタッチパップ70	ゼボラスパップ40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
936	セルトラリンOD錠25mg 112錠 お渡しすべきところ、100錠がセルトラリン錠25mg、12錠がセルトラリンOD錠25mgでピッキングされていた。当店では写真を撮影して監査を行う『監査レンジ』を使用しており、数種類の薬剤をトレイに入れて一度にまとめて監査できるが、その際にリストにない薬剤のバーコードを読み取るとエラーが出るが、100錠のセルトラリン錠25mgは箱の向きを加減でバーコードが写っておらずピッキングミスに気付かず、また、目視の確認でも見落とし交際に至ってしまった。	普通錠とOD錠と違ってピッキングしていた。鑑査レンジでは普通錠のバーコードが写っていなかったためエラーが出なかった。鑑査時も普通錠は在庫がないものと思い込んでいた。また投薬でも待ち時間が長かったので、早く投薬することに気を取られてしまった。	忙しい時でも焦らず対応すること。バーコードが反応するようにトレイでの置き方を工夫する。鑑査時は機械に頼らず、合っていると思いきまず、目視を怠らない。間違いを探すつもりで監査を行う。知識として、同じ名前の医薬品でも剤型に種類があることを認識することも大事である。また、包装が似ている時は付箋を貼るなどして注意喚行うようにする。	セルトラリンOD錠25mg 「アメル」	セルトラリン錠25mg 「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
937	セルトラリン錠25mg「日医工」でお渡ししないといけないところ、セルトラリンOD錠25mg「アメル」で調剤を行っていた。	お薬手帳や前回処方時の内容の確認不足。	同規格、剤型違いがある薬剤については注意喚起を促すシールを貼り、一目で分かるよう改善した。	セルトラリン錠25mg 「日医工」	セルトラリンOD錠25mg 「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
938	セルニルトン錠が120錠処方された。20錠は包装から外したものをお渡しして100錠はアルミ包装のままお渡した。100錠お渡ししたものが酸化マグネシウム錠だった。	セルニルトン錠の100錠包装と酸化マグネシウムの100錠包装が近くにあり包装も類似していた。	セルニルトン錠と酸化マグネシウム錠の位置を離すようにした。	セルニルトン錠	酸化マグネシウム錠330mg 「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
939	先発医薬品変更不可	体調が悪い状況だった	朝礼時に、体調管理を確認する。	セルベックスカプセル50mg	テブレノンカプセル50mg 「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
940	セレキノンで出すところセレスタミン配合錠と勘違いして出してしまった。	薬剤名が似ていたのでよく確認せずに選んでしまった。	思い込みで選ばずに薬剤名を確認する。	セレキノン錠100mg	セレスタミン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
941	セレクトール100 2錠2×朝晩 30日分と処方箋に記載されていた。誤って、トリメブチン100「サワイ」でお渡し。	セレクトール100をセレキノン100と見間違ったと思われる。そしてジェネリック希望の患者であったため、セレキノン100のジェネリック医薬品であるトリメブチン100「サワイ」をお渡ししたものと考えられる。	処方箋に記載されている薬品名、そして実際に調剤した薬品のヒートに書かれている名称をしっかりと見比べて、間違いがないことを確認すること。	セレクトール錠100mg	トリメブチンマレイン酸塩錠100mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
942	ジェネリック希望の患者さんに対し、セレコックスが処方され、セレコキシブ(ジェネリック)で入力したが、先発品のセレコックスをお渡ししてしまった。薬歴入力時に間違えに気づき交換。	確認不足	確認の徹底	セレコキシブ錠100mg「アメル」	セレコックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
943	セレコキシブ100mgトローをピッキングするはずが、セルトラリン100mgトローをピッキング	セレコキシブ100mgトローは調剤棚ではなく下部引き出しに在庫していた。引き出しはあいうえお順で陳列している。「せ」から始まる医薬品が並んでおり、同じトロー薬品の似たデザインと同じ100mgに気を取られてセルトラリン100mgトローをピッキングしてしまった。	セレコキシブ100mgトローを調剤棚に移動、セルトラリン100mgトローは今まで通り下部引き出しに在庫し、距離をおいた。	セレコキシブ錠100mg「トロー」	セルトラリン錠100mg「トロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
944	セレコキシブ100の処方があり、お薬を準備したところ、セレコックス100が紛れてた。	薬が納品されたときに棚の上にあったセレコックス100をセレコキシブ100「ファイザー」の棚に補填してたために、セレコキシブ100「ファイザー」の棚にセレコックス100が混在してた。	外観が似てるので注意して保管場所を区別してたが、思い込みで補填してしまった。どちらも10錠ヒートを採用してるので、次回からセレコックス100はウイークリーに変更する。	セレコキシブ錠100mg「ファイザー」	セレコックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
945	医薬品の種類により先発医薬品・ジェネリック医薬品を選択している患者様に対し、ジェネリック医薬品で入力されていけな所、先発品セレコックス錠100mgで入力してしまった間違いに気づかず、そのまま先発品のセレコックス錠100mgでお渡ししてしまった。	処方せんは先発医薬品名であり、前回と同様の入力していると思い込んでしまい、セレコックス錠が入力されていたため、患者様が先発品セレコックス錠100mgを選択していると思ってしまった。	医薬品ごとで先発品、ジェネリック品を選択している患者様の電子薬歴を開いた際、「後発・先発選択注意」という文言と、色をつけてポップアップさせることにより、過去のお渡し医薬品名を慎重に確認することとした。	セレコキシブ錠100mg「日新」	セレコックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
946	セレコキシブ錠200mgとセレコキシブ錠100mg調剤し、監査。投薬時に間違いが発覚。	調剤者、監査者の思い込み。	箱に規格違いのラベルを貼り調剤時に他規格があることを注意喚起。	セレコキシブ錠200mg「ニプロ」	セレコキシブ錠100mg「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
947	一般名でセレコキシブ200と記載の処方箋ジェネリック希望で今までは先発セレコックス200をお渡ししていました。今回からセレコキシブ200投薬するところ、セレコキシブ100をお渡し。次の来局時、セレコキシブ200を渡した時、前回と違うとの事で間違いがわかりました	ジェネリック変更に気を取られ、規格の確認を怠った調剤ミスです	二規格以上あるものは最後の容量までより、丁寧に確認する。薬袋・薬情に画像をつけているので、確認して交付	セレコキシブ錠200mg「ファイザー」	セレコキシブ錠100mg「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
948	・12/9 18時 患者からの指摘で、前回10/28の処方でセレコキシブ錠200mg錠2錠分2朝夕食後の処方指示のところセレコキシブ錠100mgでピッキングし渡薬したことが発覚。謝罪し体調変化の有無を確認。患者はヒートの色が変わったのかと思ひ服用を継続していた。患者からは、特に体調に変化なく過ごしているとのこと。・12/10 9時処方箋発行元に電話し主治医への面会アポをとる。主治医へ、患者の健康被害が認められていないこと、発生状況、今後の対策を説明。主治医より「今後、気を付けるように、患者へは100mg錠服用していたことを含め診察する」とのこと	一人勤務時間帯で処方入力から渡薬、服薬指導まで、まったくの一人調剤であり若干慌てていたかも。また逆に顔馴染みの患者であり会話しながらの調剤であり注意力散漫でながら調剤だったのかも。どちらにしても慎重さに欠けていた。	一人勤務は体制上止むを得ない状況である。慎重に何度も声に出して確認しながら業務を行うことが調剤過誤を少なくすることにつながる。	セレコキシブ錠200mg「ファイザー」	セレコキシブ錠100mg「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
949	一般名処方のところ患者様の希望で後発品であるセレコキシブ錠(200)を処方するところ、ちょうど新しい箱を開けるときの近くに保管されていたセレコックス錠(200)を開けてしまい、セレコキシブ錠(200)とセレコックス錠(200)が混ざって患者様にお渡ししてしまいました。数時間後、違和感を感じ在庫を確認したところセレコキシブとセレコックスをお渡ししてしまったことを確認。すぐに患者様に連絡を取りセレコキシブと交換させていただきました。	セレコックス錠とセレコキシブ錠を隣に配置され、見た目も似ていたこともあり間違えてしまった。	配置場所を変え、セレコックス錠とセレコキシブ錠を離して置くようにした。今までも二重監査はしていたが、ゴム止めをした中身もしっかりと確認するように注意をはらっている。	セレコキシブ錠200mg「ファイザー」	セレコックス錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
950	先発希望のため、セレコックス錠をとらなければならないところ、最近多く出ているGEをピッキングした。	焦りから思い込みで先発をとってしまった。	棚はすでに場所を離してはいたが、見た目もよく似ているため、セレコックス錠、セレコキシブ錠ともにウィークリー包装にしていたが、セレコックス錠は10錠シートに変更しました。	セレコックス錠100mg	セレコキシブ錠100mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
951	セレコキシブで一包装調剤したものをセレコックスと勘違いして投薬した。入力ミスもあった。発見後すぐTELにて謝罪。入力を直し返金した。服用はまだされていなかった。	GE切り替え間もないところで入力に慣れな点があった	GE変更時は事務、薬剤師スタッフに周知徹底することで、入力、監査とも十分確認するよう徹底する	セレコックス錠100mg	セレコキシブ錠100mg「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
952	薬剤師が一人で調剤・監査を行う過程において、監査システム「ポリムス」により監査エラーとして発覚。患者への投薬以前の監査時に発覚し、健康被害及び服用誤りには至らなかった。同薬品はオーソライズドジェネリック医薬品の為、先発品と後発品が酷似している為このようなヒヤリハットの引き金になったと考えられる。	先発品とジェネリック医薬品の配置方法により区別を徹底する。	先発品とジェネリック医薬品の配置方法により区別を徹底する。	セレコックス錠100mg	セレコキシブ錠100mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
953	先発希望の患者処方(一般名処方セレコキシブ錠)を先発品を取るところをジェネリックを取り間違えた。監査の段階で発見。	セレコックス錠100mgとセレコキシブ錠100mgの棚が近く、包装、名称が似ていたため取り間違えた。繁忙時であったため、一般名をそのまま取ってしまった。	処方箋コピーに先発、ジェネリックの印を入れる。棚を離して、セレコキシブの方にGマークを入れる。	セレコックス錠100mg	セレコキシブ錠100mg「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
954	先発医薬品を希望している患者に、オーソライズドジェネリック医薬品を2点、誤って調剤した。監査薬剤師も配布剤のみ先発品であることを確認したのみで、そのままお渡しした。すぐ後の薬歴記入時に先発希望者であったことと渡したのがジェネリック医薬品であったことに監査投薬した薬剤師が気づいた。すぐ患者の自宅に電話連絡して自宅を訪問し、正しい薬と交換した。	それ以前の受診が複数回あり、薬ごとに残薬数がバラバラで、その確認に気を取られた。又その日はちょうど勉強会が行われる予定で、開始時間をおしていたことで監査を焦ったこともある。	調剤時も監査時も、いつもよくでている薬でも毎回しっかり薬歴の患者情報を確認し、ジェネリック可能か先発希望かを間違えないようにする。	セレコックス錠100mg ムコスタ錠100mg	セレコキシブ錠100mg「ファイザー」 レバミピド錠100mg「オーツカ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
955	セレコックス錠200mgを調剤しないといけないところ、セレコックス100mgを調剤し投薬した。休憩から戻った別の薬剤師により発見され、当事者である薬剤師が患者宅に訪問し、謝罪し交換した。	1人の薬剤師が休憩に出ている間、一人薬剤師、一人事務体制になること。また、常時、薬局で調剤している量がセレコックス錠100mgが多いため、当該薬剤師が油断していた事も要因である。	必ず、1人薬剤師になるときは、調剤監査投薬時に薬の1文字監査をすること。事務員にも確認してもらい、投薬すること。気のゆるみのないように、調剤に勤務するように指導した。	セレコックス錠200mg	セレコックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
956	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはセレコックス200mg 1錠朝食後 28日分と記載されていた。男性薬剤師A(職務経験年数5年)はセレコキシブ「オーハラ」200mgを調剤するところを誤ってセレコキシブ「オーハラ」100mgで調剤した。薬剤師Aは監査機のエラーメッセージも見誤りそのまま投薬してしまった。後日、患者からの申し出により調剤ミスが判明。正しい薬をお渡しし、返金した。	薬剤師Aの過信、監査機のエラーメッセージの誤認によるもの。	調剤した薬を監査機に通す前にもう一度薬品名、規格を確認し、エラーメッセージが出た場合は再度確認することとした。	セレコックス錠200mg	セレコキシブ錠100mg「オーハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
957	セレコックス(200)をセレコックス(100)と間違えてお渡ししてしまった。また、リウマトレックスカプセル(2)を8C渡さないといけなかったのを4Cしか渡さなかった。投薬後、すぐに、気づき、お電話で確認してもらったところ、やはり、間違えてお渡ししたのと、不足だったことを確認しました。自宅にお伺いすることを提案したが、あとで、ご本人さんがきてくれることになり、交換と不足分をお渡ししました。	多忙な時間帯であったことも影響している。また、セレコックスは、常時、(100)しかでず、(200)がでることにはめったにないため、慣れと確認不足でした。	落ち着いて、ご本人さんとも確認して投薬すべきでした。規格の間違えは、声をだして、再確認するようにします。	セレコックス錠200mg リウマトレックスカプセル2mg	セレコックス錠100mg リウマトレックスカプセル2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
958	セレスタミン配合錠が処方されていたが間違えてセレキノン錠100mgを交付してしまい、患者様が1錠服薬して間違いに気づき報告された。幸いにも健康被害は無かった。	セレスタミン配合錠は当薬局に在庫しておらず、近隣の薬局に分乗してもらった。その際セレキノン錠100mgが手渡されたがきちんと確認する事を怠ったためそのまま交付してしまった。	普段の調剤時のダブルチェックはもちろん、分譲してもらった薬剤の監査もダブルチェックを忘れずに徹底する事を共有した。	セレスタミン配合錠	セレキノン錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
959	少し前にガスコン錠が処方された処方箋があり、端数を調剤台におきっぱなしにしていた。パタパタして包装がセレスタミンに似てたので無意識にガスコン錠をセレスタミンの棚に入れてしまっていた。次にセレスタミンが処方されたときに監査時にガスコン錠が混じっていることに気づいた	ガスコン錠の端数をそのまま調剤台にだしっぱなしにしたのも悪いし、確認せずに棚にしまったのも悪い	薬をだしっぱなしにしない。しまう時はちゃんと確認する	セレスタミン配合錠	ガスコン錠40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
960	セレニカR200mgを服用中の患者からジェネリック変更の申し出をうけたため、他剤と合わせてセレニカRをバルプロ酸徐放A錠200mgで集めた。入力者も一般名が同じなため変更できると判断し、調剤鑑査システムに引っかからなかった。鑑査者がバルプロ酸徐放A錠はデバケンRのジェネリックであり、セレニカRは変更できないことを把握していた為、正しい薬でPtに渡すことができた。	知識不足が重なり、入力・ピッキングが同じバルプロ酸徐放A錠だったので調剤鑑査システムでも引っかからなかった。	注意喚起の札を医薬品の箱に付けることにより、誰が見ても分かるようにした。	セレニカR錠200mg	デバケンR錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
961	【般】バルプロ酸ナトリウム徐放錠200mgで処方されたが、誤って【般】バルプロ酸ナトリウム錠であるバルプロ酸ナトリウム錠200mg「DSP」で調剤してしまった。	薬が増量となり、GE変更の際に、在庫があったバルプロ酸ナトリウム錠200mgの「DSP」と勘違いした。入力の際、徐放と普通錠で違うことに気付かず変更してしまった。	バルプロ酸ナトリウムの【般】では調剤に注意が必要であること、バルプロ酸ナトリウム徐放錠のGEは発売なく、セレニカRしかないことを全員周知させ、再発防止に努めた。	セレニカR錠200mg	バルプロ酸ナトリウム錠200mg「DSP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
962	新規で追加されたセレニカR錠の処方に対し、誤ってバルプロ酸SR錠「アメル」を交付。	後発品変更希望の患者で、セレニカR錠の一般名とバルプロ酸SR錠「アメル」の一般名が異なる点を見落としたことが要因。調剤者と異なる薬剤師が今回の誤りに気づき、患者が誤交付した薬剤の服用前に連絡を取り健康被害は防げた。	今回は調剤者の知識不足により招いた事例のため、当事者への再教育だけではなく不明点があれば他の薬剤師に尋ねるなどでコミュニケーションの場を充実させる。	セレニカR錠200mg	バルプロ酸ナトリウムSR錠200mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
963	セレニカR錠200mgを28錠お渡しすべきところをセレニカR錠200mh8錠とエクセグラン錠100mg20錠でお渡ししてしまう。	薬品棚を確認したところ、セレニカR錠200mgの所にエクセグラン錠100mgが混入していた。当薬局ではセレニカR錠200mgを服用されている患者さんは2名しかおらず、当該患者が来られる数日前にもう一人の方が来られた際にFAXで事前に調剤して準備していたところ残薬を持参され、(セレニカR錠200mgとエクセグラン錠100mgが処方されている。)余分になったエクセグラン錠100mgを薬品棚に戻すときに、ヒートの外観が似ているセレニカR錠200mgと勘違いし戻してしまう。その時のものが混入したと思われる。	残薬を持参され余分になった薬を戻す際も通常のピッキングと同じようにお薬の名前をよく確認する。監査の時も十分に確認する。	セレニカR錠200mg	エクセグラン錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
964	セレニカR細粒40%で処方されていたものをジェネリックで調剤し交付するため、ジェネリックに変更する際、徐放顆粒のバルプロ酸Na徐放U顆粒40%「アメル」に変更しなければいけないが、徐放性のないバルプロ酸Na細粒40%「EMEC」で調剤した。監査時に、散剤監査システムの帳票で確認できたため健康被害なし。	セレニカR細粒の徐放性を認識していなかった。また、ジェネリックに徐放性顆粒と徐放性のない細粒が採用品であることを認識していなかった。	よく似たものは、注意、喚起するように鉛筆などで分かりやすいようにする。また、新しいものについては、他の薬剤師がジェネリックの変更について再チェックするようにする。	セレニカR顆粒40%	バルプロ酸ナトリウム細粒40%「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
965	施設調剤。センノサイド12mgで処方が出てくるのに、ピッキングの段階でヨーデルS糖衣錠がピッキングされていた。いつもミスされる薬剤師で、一包化をしようとしていたため、チラッと見たところこのような事態になっていた。包装から破られる寸前のところでした。	便秘症の薬。ツルツルした剤型。小さくて丸いもの。上記の3点のイメージが強すぎたために起こった事かと思われる。色もピンクと緑で全然違うものなので、何故取り間違えたのかわからない。	棚の位置も全然違う。見た目も違う。ただ効能が似通っているというだけ。改善点は「本人の不注意をなくすこと」以外にない。	センノサイド錠12mg	ヨーデルS糖衣錠-80		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
966	調剤棚からの取り間違い、勘違い	銘柄を大きな字で表示すべきであった	銘柄を大きな字で表示する	センノシド錠12mg「YD」	プルゼニド錠12mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
967	投薬後、服用前に本人より、メーカーが違うこと指摘あり	当薬局は「サワイ」を採用していたが、当該患者のみで例外で希望により「武田テバ」で投薬していた。過去の薬歴確認不足の為、「サワイ」で投薬	薬歴に別枠で注意喚起の記載を追加	センノシド錠12mg「武田テバ」	センノシド錠12mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
968	ゾビラックス眼軟膏の処方だったが、普通の軟膏を渡した。	新患に加えて馴染みのない医院からの処方、注意を怠った。	一人薬剤師になる時間もある為、簡易ピッキングを入れた。	ゾビラックス眼軟膏3%	ゾビラックス軟膏5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
969	ゾビラックス眼軟膏3%の処方に対して誤ってゾビラックス軟膏5%を調剤・投薬してしまった。当日の夕方、薬歴を書くときに間違いに気がついた。すぐに本人に電話で連絡したところ、1度使用したが見え方に変わりはなく、痛み・炎症等の異常もないとのことであった。すぐに正しい薬剤を自宅まで配達し、誤った薬剤と交換した。	ほとんど調剤することのない薬剤であったため、軟膏と眼軟膏どちらもあることを知らなかった。商品名のみ確認し、剤型確認を怠ったことが要因と考えられる。また、忙しい時間帯であったためダブルチェックができていなかったことも要因の一つである。	軟膏と眼軟膏は分けて管理しているが、きちんとしたコーナー分けをしていなかった。もっとわかりやすくなるように印などをつけてアピールするようにする。また、誰の目を借りてもダブルチェックするようにする。	ゾビラックス眼軟膏3%	ゾビラックス軟膏5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
970	ソフティア点眼液をティアバランス点眼液で渡してしまった	患者が立て込んでいたため	どんなに立て込んでいても慌てずダブルチェックを実践する	ソフティア点眼液0.02%	ティアバランス点眼液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
971	ゾルピデム酒石酸塩錠10mgをゾルピデム酒石酸塩OD錠10mgで調剤	思い込みで調剤をしてしまった。	普通錠とOD錠の保管場所を離しOD錠の箱に赤丸を付けるように致しました。	ゾルピデム酒石酸塩OD錠10mg	ゾルピデム酒石酸塩10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
972	先発のマイスリー10を渡すところ後発品のゾルピデム10で渡してしまった	他の薬剤が後発品希望でマイスリーだけが先発希望を間違えてしまった	投薬前に再度、確認事項を確認用にする	ゾルピデム酒石酸塩OD錠10mg「EE」	マイスリー錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
973	【正】ゾルピデム酒石酸塩錠 5 mg 「杏林」 2錠【誤】ゾルピデム酒石酸塩錠 5 mg 「杏林」 1錠	入力時に、一般名ゾルピデム 10 mg を、GE採用のある5 mgに変更して調剤していた。前回D o 処方で前回は正しく調剤されていたが、今回錠数が誤っていることに気がつかず、そのまま交付した。	規格変更で調剤している品目について、処方箋どおりの規格を採用し、間違いの元をなくす。規格変更時の入力、鑑査について、再度注意喚起を行う。	ゾルピデム酒石酸塩錠 10 mg 「杏林」	ゾルピデム酒石酸塩錠 5 mg 「杏林」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
974	いつも来局される患者様で、定期薬の処方。薬剤師2名で調剤・監査を行ったが、どちらも見過ごしてしまい、患者様への交付に至った。交付時は、薬の内容のみ確認し、目視による確認はしなかった。患者様が帰宅後に袋を開けて、いつもとシートの色が違うと気づかれ、薬局に連絡。患者様宅まで伺い、薬剤を取り替え、お詫びした。	患者様の来局時は、特に忙しい時間帯ではなく、時間に急かされることなく調剤・監査を行うことができた。集中力・注意力が散漫になっていたと考えられる。規格違いの薬は同じメーカーを使用しており、保管場所も隣同士だった。また、薬剤交付時に患者様と目視による薬の確認ができていなかった点も要因のひとつである。	ピッキング時および監査時には、「薬剤名」「規格」「用法用量」「処方日数」のそれぞれをチェックし、特に「規格」は○印やレ点、下線などをつけるよう徹底する。また、レセコンの入力内容と調剤した薬剤が一致しているのかも確認する。規格違いのものがある場合は、保管場所を離す等の工夫をして、取り間違いを防ぐ。服薬指導時には、患者様と一緒に薬剤を手にとって確認することも、調剤過誤防止に役立つと思う。	ゾルピデム酒石酸塩錠 10 mg 「明治」	ゾルピデム酒石酸塩錠 5 mg 「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
975	患者から処方箋中の薬剤の中止、残薬調整の依頼があり、それらの事務手続きをする中で、ゾルピデムとミルタザピンの間違いを監査で見逃した。	繁忙期であり他の職員も手が空いていなかった。ピッキングも自分で行き、他の人が1.5錠に分包し、監査は自分が行った。ヒートであれば、機械による監査で間違いは無かったが、分包したため機械監査を受けなかった。	分包する薬の監査は、より嚴重にすることを改めて徹底する。	ゾルピデム酒石酸塩錠 5 mg 「サワイ」	ミルタザピン錠 15 mg 「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
976	施設へショートステイされたときに家族から預けられた薬がお薬手帳に記載されていた内容と違っていると施設の担当者より薬局へ連絡あり。ゾルピデムの中に一部ルバフィンが混ざって調剤されていた。	中止になったルバフィンを戻すときにゾルピデムの棚に戻していた可能性がある。	今後、返品や中止になった薬を棚へ戻すときにはもう一人の人に確認してもらいながら棚へ戻すようにする。	ゾルピデム酒石酸塩錠 5 mg 「サワイ」	ルバフィン錠 10 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
977	ゾルピデム錠 5 mg 「トーワ」 30日分寝る前 ところ ゾルピデムOD錠 5 mg 「サワイ」 30日分 でピッキング鑑査時に間違えに気が付きました。	配置が近くに置いていた為、剤型違いに気が付きませんでした。	薬の配置を離しました。処方せんの剤型にチェックして間違え無い様に気を付けます。	ゾルピデム酒石酸塩錠 5 mg 「トーワ」	ゾルピデム酒石酸塩 OD錠 5 mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
978	ゾルミトリブタンと処方されたが、リザトリブタンと勘違いしてしまった。	夕方の慌ただしい中、当日はスタッフが少なく、同じトリブタン系で勘違いしてしまった	スタッフが少ない時こそ、落ち着いてよく確認すること。入力されて出された、薬剤の説明書、薬袋の印刷等よく見ることで、気が付くこともあると思います。	ゾルミトリブタンOD錠2.5mg「ファイザー」	リザトリブタンOD錠10mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
979	タケキャブ錠10mgと処方箋に記載されていたがタケキャブ錠20mgで入力し調剤	前回処方にてタケキャブ錠10mgが処方されておりdo処方と思い込んだ	薬品名を確認する際には右側を意識して指さしながら確認するように周知	タケキャブ錠10mg	タケキャブ錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
980	用量に気を取られて、近くに配置されていた薬を何気なく調剤してしまった。	タケキャブ(20)の棚とネキシウム(20)の棚が近くにあり、思い込みで調剤してしまった。その後、処方内容を再チェックした際に調剤した薬が異なることに気づき、修正した。	用量が同じであるときは薬品名称をしっかりと確認したうえで、取り間違えないように注意する。	タケキャブ錠20mg	ネキシウムカプセル20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
981	薬(タケキャブ20mg)を一包装するにあたり、バラで保管していたアジルバ20mgをバラの袋の薬名記載を間違えてタケキャブ20mgと記載してしまっていて、それを使用して調剤してしまう。	クスリをバラした時に薬名記載が間違えていた。またそれを使用する時に薬が間違いないか確認できていなかった。	バラした薬を保管する時は薬名の記載間違いがないか、別の目で見てもらうバラした薬を使用する時は、その薬が間違いないか確認する	タケキャブ錠20mg	アジルバ錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
982	タケキャブ錠20mgで調剤するところ、タケキャブ錠10mgを調剤。監査した薬剤師が気づき、患者には正しいお薬をお渡しした。	繁忙時に焦りが生じ、薬剤取り間違えミスが発生。	業務手順の見直しをした。調剤者がピッキング後に、再確認を徹底することとした。	タケキャブ錠20mg	タケキャブ錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
983	以前から先発希望の患者に対して、類似包装のGEで交付してしまった。	先発品とGEのPTP包装が類似している。	AG等類似包装に関して、改めて注意喚起。	タケブロンOD錠15	ランソプラゾールOD錠15mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
984	9/23ランソプラゾールOD一般名処方、本人先発希望の為タケブロンをお渡しするところ、タケキャブをお渡ししていました。9/25患者様が「いつもと違う薬が入っている」と来局され渡した間違いに気づきました。まだ服用されておらず、正しい薬と交換しました。	1年位前より、胃薬はタケキャブを処方されることが多くなり、一般名ランソプラゾール処方の方は多くの方がジェネリックを希望されるため、先発薬のタケブロンを調剤することが少なくなっていました。そのため調剤の際に「タケ」だけ聞き取り早合点してタケキャブを調剤してしまいました。	処方箋にジェネリック代替え希望か先発薬希望かの旨がわかるよう記載していましたが、類似の名称の薬を注意するよう更に心がけます。繁忙時でも二重三重のチェック体制が取れるようにします。	タケブロンOD錠15	タケキャブ錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
985	先発品のタケブロンOD錠15mgで調剤するところジェネリック医薬品のランソプラゾールOD錠15mgで調剤してしまった。	タケブロンOD錠15mgのみ先発希望の患者さんでその他の処方薬がジェネリック医薬品希望だったため、確認を怠ってしまった。	監査時には指差し確認を行い、投薬時に必ず患者様と一緒に薬の確認を行う。	タケブロンOD錠15	ランソプラゾールOD錠15mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
986	タケブロンカプセル15mg処方だったがタケブロンOD錠15mgを調剤、交付。ピッキング者と鑑査者は別の人間が行ったが気づかず調剤した。	混み具合がちょうど増している時間帯。誤ったピッキングに気づかず思い込みで調剤した。交付時の患者様との確認も焦って行いきちんとした確認が出来なかった。	薬局内の調剤手順を再度振り返り、調剤時のダブルチェックを徹底するよう周知した。	タケブロンカプセル15	タケブロンOD錠15		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
987	タブコム配合点眼液のところタブロス点眼液で調剤し、監査時に気づくことができた	お薬手帳にて前回タブロスでていることを確認。今回も同じと患者から説明があったためタブロスで準備。最終監査で処方内容がタブコム配合点眼液であることに気づいた。	類似名称の薬局備蓄品一覧をつくり、注意喚起を促す。	タブコム配合点眼液	タブロス点眼液0.015%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
988	処方箋にタブコム配合点眼液と書かれていたところ、類似名称のタブロス点眼液で調剤、鑑査。いつもは患者が他の薬局でもらっていたこともあり、パッケージの違いを指摘され、そこで調剤ミスに気付いた。	当薬局の在庫にあったものがタブロス点眼液であったため思い込みで調剤、鑑査してしまったと思われる。	当薬局に置いてある在庫以外の薬の名称もあることを常に意識するようにし、調剤鑑査するときは処方箋コピーの薬の名称に一字ずつ鉛筆などでチェックを付けながら調剤、鑑査を行うこととした。	タブコム配合点眼液	タブロス点眼液0.015%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
989	タブコム点眼液を渡すところタブロス点眼で交付。患者者は数日点眼されていた。Dr、病院薬剤部には報告。体調に変化はなし。	単純なミス、注意散漫	ルール遵守していく、監査の徹底	タブコム配合点眼液	タブロス点眼液0.015%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
990	タフマックE配合顆粒 1.5g 分3 毎食後 30日分の処方であった。タフマックは普段3g 分3 毎食後で処方されることが多く、1g/包の製品を準備してあった。今回は計量し散剤分包機で分包すべきであったが気づかず1g/包の製品で準備してしまった。鑑査システムもエラーにはならず1g/包を45包調剤してしまった。	既製品のg数が違う認識が乏しかった。処方箋をきちんと確認していなかった。	散剤などで規格が複数あるものは注意喚起の札を付けたりする。鑑査システムだけでなく処方箋をしっかりと確認する。	タフマックE配合顆粒	タフマックE配合顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
991	タブロスミニが個数1個で処方されていた。	タブロスとタブロスミニとの混同による処方箋の記載ミスと思われます。	疑義照会で個数を確認して調剤したので、過誤はなく改善点もない。	タブロスミニ点眼液 0.0015%	タブロスミニ点眼液 0.0015%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
992	Drはタブロス点眼液で処方。Ptは以前よりタブコム配合点眼液を使用。お薬の変更はDrに聞いているか確認したところ特に聞いていないとの事。また眼圧の変動もないとの事だったので念のために疑義をしたところタブロス点眼液ではなくタブコム配合点眼液のまがいであることが分かった。	薬品名が似ているので処方ミスの可能性も考えられるためきちんとPtから聞き取る必要あり	Ptにきちんと確認しコミュニケーションをとる必要がある	タブロス点眼液0.0015%	タブコム配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
993	タブロス点眼液0.0015%が5ml処方あり。1本2.5mlなので2本必要だが、1本でピック、鑑査されていた。薬の交付時に別の薬剤師が2本であることに気が付きもう1本追加した。	通常サイズの点眼液では、1本5mlだという思い込み。	上記の様に例外を周知して、リスタップを行う。	タブロス点眼液0.0015%	タブロス点眼液0.0015%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
994	タムスロシン塩酸塩0.1mg「トーフ」96錠のうち「サワイ」で84錠交付	「トーフ」は病院採用品の為良く使う錠剤棚に配置、サワイは1.2名にしか使用しないため引き出しに保管していたがバーコードリーダーの使用を怠ったため、入庫、充填時に間違えてしまった。	バーコードリーダー使用の徹底。声出し監査。複数のG Eが在庫のある薬品に関してはより注意を払う。	タムスロシン塩酸塩OD錠0.1mg「サワイ」	タムスロシン塩酸塩OD錠0.1mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
995	処方箋記載がタムスロシンOD0.1mgのところ、タムスロシンOD0.2mgピッキングし一包化。監査時に発見。	普段タムスロシンOD0.2mgの方が調剤頻度が多いため、思い込み間違えて調剤した。	規格に○の印をつける。間違いやすい調剤は頭書きに注意書きを記載する。	タムスロシン塩酸塩OD錠0.1mg「トーフ」	タムスロシン塩酸塩OD錠0.2mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
996	タムスロシン塩酸塩od錠0.2mg「サワイ」を調剤するとき 監査 もスルーしタリオンOD錠を患者さんとの投薬時に異なっているのを気が付き再調剤	タムスロシン塩酸塩od錠0.2mg「サワイ」タリオンOD錠 陳列がとなり 包装見た目 ヒート錠数 が一致	上記の2種は離して陳列 タリオンOD錠の方には薬品棚に抗アレルギー薬との札を設置	タムスロシン塩酸塩OD錠0.2mg「サワイ」	タリオンOD錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
997	処方箋にはタムスロシン明治で書かれているのをタムスロシン沢井に希望されてお渡ししているのを、タムスロシン明治でお渡ししてしまった。	医院指定のジェネリックを配置しているが、同一成分の他のメーカーのジェネリックも置いている為取り違えた。	薬歴にポップでメーカー名を上げるようにした。	タムスロシン塩酸塩OD錠0.2mg「サワイ」	タムスロシン塩酸塩OD錠0.2mg「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
998	タムスロシン塩酸塩OD錠0.2mgサワイとタリオンODを誤調剤 監査をスルーしてしまった 投薬時に気が付き交換	上記薬棚の引き出しが隣だった	上記2種見た目が酷似しており 棚を離し タリオンODにはアレルギー薬の札を付けた	タムスロシン塩酸塩カプセル0.2mg「サワイ」	タリオンOD錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
999	ダラシンTゲルを交付すべきところダラシンTローションを交付。剤型違いに気づかず、そのままお渡し。患者様も違いに気づかず使用してしまった。体調異常など起こらなかったが、使用感の違うもの、医師の処方意図とは違うものをお渡ししてしまった。	繁忙時、焦りで注意力が欠けていた。思い込みで投薬してしまった。	調剤棚に剤型違いについて取り間違えないように注意書きをピッキング時に目につくように貼付。	ダラシンTゲル1%	ダラシンTローション1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1000	FAXではなく 直接持参の処方箋で困惑 医薬品の有無にとらわれ注意散漫になりダラシンという事だけで投薬翌日、不足の医薬品の確認で誤投薬が発覚 直ちに連絡し使用中止 (患者未使用)	常に冷静な対応を心がければ起こらない事例だと思う	常に冷静に対応するように心がける	ダラシンTゲル1%	ダラシンTローション1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1001	タリージェ10mgの処方に対して5mgを調剤してしまった 投薬時に発見した	薬局でタリージェ10mgが処方されることがなかったので確認ミス	薬局で在庫して薬の規格を確認	タリージェ錠10mg	タリージェ錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1002	(10mg)タリージェ錠 2錠分2朝夕食後、タリージェ5mg 2錠分2朝夕食後で調剤されたものを監査で通してしまい、投薬時にもそのまま渡されてしまった。	夕方患者さんがまとめて来局されたため、慌ててしまい注意を怠ってしまった。	煩雑時でも、落ち着いて声をかけあい注意して処方内容を確認すること。	タリージェ錠10mg	タリージェ錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1003	タリージェ5mgから10mgに増量された患者に、今まで通り5mgでお渡し。患者様からの連絡があり発覚。	Do処方だという思い込み。	監査の徹底入力事項の確認。	タリージェ錠10mg	タリージェ錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1004	タリージェ15mgが処方になっていたが、10mgでお渡ししてしまった。本人より電話で指摘があり本件が発覚した。	忙しい1日だったために、注意散漫になってしまったかと思われる。監査時に現物と処方箋、投薬時に薬袋と現物を見比べて随時チェックをするべきだがそれを無意識のうちに怠っていた。	焦らず、監査の手順を一つ一つ徹底して行う	タリージェ錠15mg	タリージェ錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1005	5mg規格112錠をピッキングする際、100Tをアルミ包装のまま12Tのヒートをつけて用意。監査する際に上のヒートのみで規格の確認し、下のアルミ包装の100Tの規格を確認せず交付。	ストックが近くにあり、あまり見ずに取り出し開封したこと、くっついているヒートのみで監査し、全量すべて規格確認することを怠ったため。	ストックの保管は仕切りで分ける。アルミ包装のままお渡しする際はアルミ包装の印刷も含めて全量、全ヒート確認する。	タリージェ錠 5 m g	タリージェ錠 1 5 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1006	タリージェ2.5m gからタリージェ5m gへの処方変更について、見落とし。投薬後の確認で気づき、再交付。服薬なし。	処方箋入力の際に、前回データを引用した際に、処方箋との突合を怠った。監査時も、処方箋と調剤薬品との突合を怠った。	処方の入力後、監査の際に、薬品名、剤形、規格、用量について一つ一つ確かめることを徹底する。	タリージェ錠 5 m g	タリージェ錠 2. 5 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1007	2年ぶり位に来局された患者さまに普段あまり処方されていないタチオン100mgが処方されていた。患者さまに確認したところ、蕁麻疹とのことだった。タチオンを蕁麻疹に処方あまり考えられず、過去の薬歴をたぐったところ、タリオンの処方歴があり、タリオンの間違えではないかと疑義照会したところ、処方が修正された。	厳密には1錠のmg数が異なるが、タ「チ」オンとタ「リ」オンで一字違いのため、タチオンで入力されてしまったよう。	患者様の現在の状況をたずね、めったにでない処方の場合や、疑問に感じる処方の場合は、患者様がそのままいいとおっしゃられた場合でも疑義照会をする。	タリオン錠 1 0 m g	タチオン錠 1 0 0 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1008	タリオン錠が処方されていたところタチオン錠を調剤した。監査システムで引っかかったためミスが発覚し、患者に誤った薬が渡ることはなかった。	処方箋の薬品名をしっかりと見なかったため勘違いをした	しっかりと薬品名力価までチェックをする	タリオン錠 1 0 m g	タチオン錠 5 0 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1009	タリオン10m g (変更不可) 計84錠の処方箋記載のところタリオンのカセットに後発品のベボタスチン10m g タナベ100錠が混ざっていた為調剤時に後発品が混入。監査時、シートを扇状に開いたときにシートのデザインにやや違和感があったのと名称が違うのとで発見。	納品時に後発品を思い込みにより先発品のカセットに入れてしまったため。調剤時にもカセットに違うものが入ってるかもしれないと注意しなかった点。	納品時、箱に記載されている品名とカセットの品名を声を出しながら照らし合わせてしまうようにする。	タリオン錠 1 0 m g	ベボタスチンベシル酸塩錠 1 0 m g 「タナベ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1010	処方箋にてタリビット点眼液3.5mlと記載あったが、タリビット点眼液は1本5ml包装であるため病院に疑義照会したところタリビット眼軟膏3.5gであったことが判明。	病院のカルテにはタリビット眼軟膏で記録されていたようなので、処方箋の入力の段階でミスが生じたと考えられる。	処方薬の包装規格にも注意して監査、調剤を行う	タリビット眼軟膏0.3%	タリビット点眼液0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1011	7月処方されたお薬であったが、特に症状もなかったため使用しないでおいしたが11月になってまた耳の中に耳カスが溜まったようなので、また耳鼻科にいったらとってもらおうと思った。耳鼻科に行くときは事前に点耳薬をつけていくことになっているので、以前もらっていたお薬を使用しようと思って、薬袋から出してみたら薬に点眼液と書いてあったので間違えたのではと患者さんがおもって持参してくれた。	調剤者のピッキングミスと監査者の監査不十分さが原因	薬の商品名に何科用なのか耳科なのか眼科なのか鉛筆で○をつけるように徹底させる。色、規格も二重チェックをすること徹底させる。	タリビット耳科用液0.3%	タリビット点眼液0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1012	タリビット点眼液で処方されていたが、タリビット耳下用液を調剤し交付してしまった	普段、該当処方箋を発行する病院は耳鼻科であり、タリビット耳下用液が多数処方される。用法に関して、回数しか記載されていない事が多い。頭文字と最後の文字が一緒なので、入力、監査ともにスルーしてしまった。また、患者の応答も不明確で、目が悪いとは言わなかったためそのまま交付してしまった。	処方箋自体見間違い易いので、耳下用液が処方されたら、入力時に耳に○を記載する。投薬時に悪い部位をしっかりと確認。	タリビット点眼液0.3%	タリビット耳科用液0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1013	ピッキング時、PDAを使用しなかった為5mgを誤って10mgをピッキングしてしまった。鑑査時も間違いに気づかず薬剤師がそのまま投薬するところだったが下記のように事務員が気転をかきかかせてミスを回避できた。薬剤師が患者様様に投薬中、先のピッキング担当者がPDAを使用して規格の違いが発覚。薬剤師が患者様と話している最中に、事務員が薬を一度調剤室に戻すように薬剤師に指示。調剤室で正しい規格のものと交換。患者様には規格を念のため確認したが前回と同じ薬で間違っていたと説明。	ピッキング時混雑しており処方内容が1剤だった為PDAを使用せずに目視で薬を薬剤師に渡してしまった。薬剤師は該当薬剤の規格が2種類あることに気づかず、薬剤名と錠数を確認して投薬してしまった。	混んでいてもPDAは必ず使用すること。薬剤師は鑑査時に薬剤名、錠数のみだけでなく規格もその都度確認するように徹底する。	タンドスピロンクエン酸塩錠5mg「サワイ」	タンドスピロンクエン酸塩錠10mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1014	チアブリド細粒を調剤しなければならぬ所、モサブリド細粒で調剤した	忙しく思い込んでしまった。	バーコード管理の徹底。	チアブリド細粒10%「サワイ」	モサブリドクエン酸塩散1%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1015	一般名処方によりチザニジンが処方されていたところ、ニザチジンだと思い込みニザチジンの薬棚へ向かいニザチジンを手に取った。処方されていたものがチザニジンの1mgであり置いてあるニザチジンは150mgであり1mgの規格を探していて処方箋をもう一度見たところチザニジンが処方されていることに気づいた。	薬剤名が似ているための思い込み。	2つの薬剤の薬棚の距離を離し、また規格の違いで気づくように札の規格の欄を着色しておく。	チザニジン錠1mg「サワイ」	ニザチジン錠150mg「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1016	0.5チモプトール点眼液の処方箋に対し、以前から後発医薬品への変更希望があり、今回より後発医薬品に変更してお渡しすることとなった。チモロール点眼液0.5%「ニッター」でお渡しすべきところ、同じ引き出しにあったチモロール0.5%点眼液XE「杏林」でお渡しした。翌日別件でお電話いただいた時に薬品が違うことに気が付きご自宅訪問し交換した。まだ使用には至っていないかった。	自動鑑査システム導入したばかりで繁忙時にシステムを使わずに投薬に至ってしまった。	自動鑑査システムの使用の徹底。類似医薬品に注意のメモを貼って注意喚起を図った	チモプトール点眼液0.5%	チモロールXE点眼液0.5%「杏林」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1017	チモロール点眼(0.25%)とチモロールXE点眼(0.25%)の取り間違え	処方箋が一般名処方であり、記載は【非持続性】と【持続性】の違いだけである。繁忙時であったため取り違えてしまったが、投薬時の監査にて間違えを見つけることができた。	チモロールに関しては、持続、非持続の違いだけではなく、0.25と0.5の濃度の違いもあるため、最も気をつけないといけない商品である。視覚的に認識するために調剤棚の違いを目立つようにし、処方箋確認時もチェックを入れるようにした。	チモロールXE点眼液0.25%「ニットー」	チモロール点眼液0.25%「ニットー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1018	GEご希望の方、【般】チモロール点眼液0.5%(持続性)、と記載の処方箋でチモロールXE0.5%をピッキングするべきところ、チモプトール0.5%をピッキング。	当事者は、名前が似ていて間違えた、とのこと。(持続性)の記載の有無で薬品が異なる事についての知識が不足していたものと思われる。	同成分の薬剤は、先発かGEかという事他に、濃度・持続性かどうか・剤形違い(リズモンTG)など判断が必要な部分が多い。リズモンTG以外は名称も似ており間違えやすい状態であることをあらためて全職員に周知し、棚にも注意書きとして明記した。	チモロールXE点眼液0.5%「ニットー」	チモプトール点眼液0.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1019	処方ではチモロール点眼液0.5%が処方されていたが、規格を間違えてチモロール点眼液0.25%を患者さんに渡してしまった。数時間後、医薬品を発注する際、間違って渡している事に気づき、患者さん宅に電話し規格を確認してもらった所、0.25%を渡してました。使用しておらず、すぐに患者さん宅に0.5%を持って行き謝罪しました。病院のDrにも間違えて渡した事が確定した時点で電話連絡しました。	いつもは監査システムを使用しているのですが、今回の事例では、追加処方であったため監査システムを使用せず調剤した事が大きな要因だと思われます。せっきくの監査システムも使用しなければ全く役に立たず、人の目だけでは間違いも起こりうる事例でした。	規格の間違いはありうる事だと思います。今回の件で監査の徹底を強化しました。(3回必ず)	チモロール点眼液0.25%「日新」	チモロール点眼液0.5%「日新」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1020	チラージンS50μgの調剤にたいしてムコソルバン15mgを調剤したが、患者様への投薬時の再確認で気が付きチラージンS50μgに交換して交付した。	薬品棚に補充する時に、PTPの色だけで判断してチラージンS50μgの棚にムコソルバン15mgを補充してしまいました。チラージンS50μgの棚から取り出す時に同じようなPTPの色をしていたので気づかず薬品棚から取り出した。	薬品の補充と取り出しの際は、思い込みを防ぐ為、医薬品名を最後まで確認して補充する事を徹底しました。	チラージンS錠50μg	ムコソルバン錠15mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1021	チラーヂンS50μgとS12.5μgが処方されていたが、12.5μgの規格は該当患者のみで使用機会が多い25μgと思い込んで調剤してしまった。本人から色が違うと、投薬時に指摘があり、ミスが発覚	該当時間にレセコンの不具合があり、他のスタッフが対応にあたり、調剤後の監査を怠った	いかなる状況でも手順を遵守し、確実にダブルチェックを行う	チラーヂンS錠12.5μg	チラーヂンS錠25μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1022	今回チラージン25に変更になっていたが 本人は何も言われなかったのと 予製として作ってあったため そのまま渡したが後できずいて 電話をかけて郵送したが 本人さまが1か月後に来られて心配だったから飲まなかったということです	患者様の不安が出てきてしまったからもう一度郵送がついたか確認して 飲んでもらうことを確認すればよかった	変更になったことは 入力の際に行ってくれるはずが 言ってくれなかったが バーコード入力の為 きずいていなかったかなので 歴を開けたときに 前と変更になっているか確認すればよかった	チラージンS錠25μg	チラージンS錠50μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1023	前回の処方がチラーデンS12.5で 25に増量になったが 12.5で出してしまった。数日後患者さんから規格が前と同じだと報告あり発覚	患者と増量になったこと 検査値等に話していたが、監査不足で間違えた。	規格は調剤者 監査者しっかり確認する。患者に渡す時も薬剤名 規格を患者と確認し渡す	チラーデンS錠25μg	チラーデンS錠12.5μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1024	チラージンS錠25㎍処方のところをチラージンS錠50㎍で調剤、薬剤師の監査も漏れてしまった。調剤されたのが、6月だったが、8月の末に患者本人から電話があり発覚。残があったので、服用したのは1ヶ月ほどだった。患者本人も、これまでとヒートの色が違うと思いながらも、疑わず服用してしまった。その後、主治医に報告し血液検査などの確認したが、必要ないと返答あり。患者本人には、発覚後の体調変化の確認と1か月後、電話にて体調変化等のモニタリングを行った。患者本人の体調には異変はみられていない。	朝の空いている時間帯にもかかわらず、休み明けのせいか、集中力の欠如・気の緩みがあった。患者は投薬時に薬剤を見させても、こちらを確認しておらなかった。	調剤時、監査時に処方箋の薬剤規格のところにラインを引くなどをして確認する。患者本人にも、服薬指導時に薬剤をみせて一緒に確認をしていただくように促すようにする。	チラージンS錠25μg	チラージンS錠50μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1025	ツムラよくい仁湯は整形領域での薬。皮膚科から出るのは珍しいため、問い合わせた。ヨクイニンエキス散と間違えての処方であった。患者への交付前であったため、患者には正しいヨクイニンエキス散を調剤し、お渡しした。	よく似た薬剤であったため、入力時の選り間違いの可能性あり。	漢方薬はよく似た名前が多い為、効能と科があっているかの確認を行う。	ツムラよくい仁湯エキス顆粒(医療用)	ヨクイニンエキス散「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1026	包装が似ていたため別の薬品をお渡しした。次回来局の際に患者ほんにんより指摘あり。	ピックアップされた薬の包装が似ていたため きちんと名称の確認をせずに投薬をした。	漢方薬は名称 包装が似ているためダブルチェックが必要。ピックアップ、処方箋入力時、投薬時に確認するよう改善した。	ツムラ越婢加朮湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1027	患者様が薬局時、前回渡された漢方薬の中に今まで出されなかったツムラ清上防風湯が7日間はいっていたことを話してくれた。気づかずに4日分飲んでしまった。飲んでるうちに味が違うことと漢方薬の名前が違うことに気づき服用を中止した。体調不良は無かった。	監査時に漢方薬の外装が似ていることから同じものと思い込み数の確認だけでした。ピッキングの時に以前越婢加朮湯の中に清上防風湯が入っていたことに気づかず同じものと思って調剤した可能性がある。	各自調剤・ピッキング・監査・補充等において確認の徹底をする。ツムラの漢方薬はラインで番号が判別できるので、色だけで判断しない。	ツムラ越婢加朮湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ清上防風湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1028	ツムラ黄連解毒湯処方薬15に一部ツムラ桂枝茯苓丸25が混在	在庫保存時同色類似番号が隣接していたため取り違えてしまいました	在庫配置に注意、‘注意喚起’の表示を明記しました	ツムラ黄連解毒湯	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1029	デムサーカプセル250mgが初回で1500mgで処方されており、患者さまに確認するも他でも服用したことはないとのことで病院に確認。処方医が薬の認識を間違えていたため薬が変更。痔のための漢方薬(ツムラ乙字湯)に変更との指示あり。	初めての薬の為添付文書を確認。患者さまにも継続中の薬を確認。	処方箋で疑問に思ったときは病院に確認してから調剤、監査をする。複数人薬剤師がいる場合にはお互いに確認する。	ツムラ乙字湯エキス顆粒 (医療用)	デムサーカプセル 250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1030	入力および、調剤、鑑査者すべてが思い込みで温経湯ではなく温清飲で認識。投薬終了後、裏打ちのチェックを行った別の事務員により間違えが発覚。患者様に連絡し取り替え実施。	忙しい時間帯で、初めての病院からの処方箋だったこともあり、入力者も焦っていた。調剤、鑑査薬剤師も処方箋をしっかり見ず似ている名前の漢方だったためスルー。思い込み調剤で患者様の手元まで間違った薬剤が配布されてしまった。	忙しい時間帯であっても、複数の人間で確認を行い間違えないようにする。名前が似ている漢方方には注意マーク等をつけるなど調剤棚にも工夫を行う。	ツムラ温経湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ温清飲エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1031	ツムラ加味帰脾湯が処方されていたが確認不足によりツムラ加味逍遙散をピッキングしてしまった。機会による監査により薬品間違いが判明した。	ツムラ加味帰脾湯とツムラ加味逍遙散は名称が似ている為間違えた。処方発行元がレディースクリニックだったこともあり、思い込みによりツムラ加味逍遙散を誤ってピッキングしてしまった	ツムラ加味逍遙散とツムラ加味帰脾湯の棚に間違いに注意とのPOPを貼り注意喚起を行った	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1032	処方箋に記載の加味帰脾湯を加味逍遙散と間違えて調剤し渡した。	加味帰脾湯は在庫しておらず、普段から加味逍遙散が処方されることが多く処方箋を最後まで確認せずほぼ反射的に加味逍遙散を手にしていた状態でした。二重チェックはしていましたが、確認者も疑いなくOKした結果起こってしまいました。繁忙していたといえ、処方箋を最後まで見て判断するという基本的な動作ができていませんでした。	最後まで処方箋を読むという基本動作を再度徹底し、今後このような事例が起きないように努めます。	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1033	処方でツムラ加味帰脾湯が出ていたが、調剤時点でツムラ加味逍遙散を調剤した。	処方箋において、加味の文字だけを見て判断してしまった。	名称の近くに、取り間違え注意の札を付ける。	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1034	患者持参の処方箋には、ツムラ加味帰脾湯1日7.5グラム 3×食前28日分と記載されていた。薬剤師A(勤務経験年数6年)はツムラ加味帰脾湯を調整するところ誤ってツムラ加味逍遙散を調整し監査にまわした。監査に当たった薬剤師Bが、加味帰脾湯ではなく加味逍遙散が調整されていることに気づき、薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aは加味帰脾湯を正しく調整し、再度薬剤師Bが監査した。監査で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	ツムラ加味逍遙散とツムラ加味帰脾湯は、最初の漢字2文字が同じであるため、またどちらも在庫があるため、取り間違えた。また、火曜日は、週のうちの一番来局患者が多く立て込んでいたため、あわてていた。	調剤者はピッキングした後監査に回すとき、必ず自分で、薬剤の再確認をするよう指導を徹底した。監査は必ず別の薬剤師が行い、思い込みや知識不足による誤りを 違う目で確認することを再徹底した。漢方の商品名には、生薬の成分名が重複して使われているものがあるので、似た商品名には、薬剤の収納棚にシールを貼り、注意喚起を促した。	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1035	当薬局の薬剤師が調剤時、ツムラ加味帰脾湯を調剤すべきところ、ツムラ加味逍遙散を調剤してしまう。煩雑時で監査を忘れてしまい、患者に交付。その後、隣にいた薬剤師がその患者の服薬指導時に1日1回服用と言っていたのを聞いていて、処方箋を確認。そこで、薬剤の取り間違えに気づいた。すぐに患者に連絡し、服用前に正しい薬剤に交換された。	当該薬剤師は2年目でまだ、知識不足の面があり、「加味」と見ただけで、思い込んでしまったと考えられる。しかし、別の患者に対応していて、たまたま隣で服薬指導を耳にしたベテラン薬剤師は、加味逍遙散が1日1回服用と説明しているのに違和感を覚え、処方箋を確認したことで今回の事例が発覚した。	監査は複数の人間が必ず行うこと。また、漢方薬の知識をきちんと持つことが重要と考えられる。	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1036	【正】ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 7.5g 毎食前 28日分 【誤】ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒 7.5g 毎食前 28日分	FAX処方箋入力時に誤って他薬を選択。	鑑査時、処方箋とし調剤薬を近づけ間違いないか照らし合わせる。	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1037	漢方の処方。類似する薬品名がある薬と知らずに入力してしまったが途中で間違えていることに気づいた。	類似する薬品があることを知らず、気づかずに入力してしまった。	漢方には類似する薬品名があるものがあることについてスタッフ教育を行う。	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1038	ツムラ加味逍遙散が63日分処方されていたが、そのうち14日分を半夏瀉心湯で調剤し監査して患者様にお渡ししてしまった	保管場所が近く、包装の外観が似ている事もあり、ミスが生じたとおもわれる	在庫場所の変更、指差し確認を徹底	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1039	ツムラ加味逍遙散の中に抑肝散が数包紛れ込んでおり気づかずそのままお渡し	処方箋を置いて後で取りに来るということで用意してありますときにしっかり確認せずお渡ししてしまった	どのような状況でもしっかり確認し焦らず冷静に対応する	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1040	ツムラ24加味逍遙散とツムラ137加味帰脾湯を間違えてお渡ししました今回よりツムラ24加味逍遙散にツムラ107牛車腎気丸が追加され、患者様が追加されたお薬を薬包紙の色で判断されていた為いつも服用しているツムラ24の黄色が入っていない事から連絡が入りました	定期的に出されていたお薬に追加薬が処方されたため、意識が追加薬についてしまい思い込んでしまいました	レセコン入力後ツムラ番号を書いてスタッフに分かりやすく伝達していくこと漢方は名称が似ている間違いやすいため十分気を付ける事を話し合いました	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1041	ツムラ抑肝散とツムラ加味逍遙散は黄色の色の漢方で番号も24と54であり似ています。どちらも大きい箱で在庫しており、明らかな確認不足でした。この方は手が不自由な為1包ずつ切って渡すため、袋に先に入れてしまっており、確認怠ったために起きました。	事務さんに袋に入れてもらったので色でしか見なかったと考えられます。番号、名前を声に出さずに目視のみで袋に入れてもらったからだと思われれます。	必ず番号確認。名前確認まですることにします。薬袋に薬剤師が確認し入れるように徹底します。	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1042	ツムラ1番を調剤しようとしたところ、箱の中にツムラ41番が混ざっていた。ツムラ41番を調剤した後に、ツムラ1番の箱に間違えて戻してしまったものと思われる。	ツムラ1番を急いで調剤している間に、箱を戻さずに置きっぱなしにしていた。その後41番を調剤する際に新しい箱を開封し端数を戻す際に置きっぱなしにしてある1番の箱に戻ってしまったと思われる。	ツムラ41番の方が、処方される頻度が少ないので、小包装に変更することにした。	ツムラ葛根湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ補中益気湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1043	ツムラ葛根湯加川芎辛夷が3包30日分で処方された患者さんに、ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯を27包混ぜてお渡ししてしまった。他の患者様に、ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯が処方され、在庫が少なすぎることで、調剤をさかのぼって、取違いが発覚した。患者様に連絡後確認したところ、27包全て回収できて、服用もしておらず、体調も変わりなかった。	当薬局では、漢方薬を番号順に配置しており、葛根湯加川芎辛夷(2番)と柴胡加竜骨牡蛎湯(12番)が隣り合わせになっていた。調剤時に、12番が混ざっていることに気づかず、そのまま監査も通って交付してしまった。	漢方薬を番号順で配置することで、思い込みによる取り間違いがあるので、五十音順へ配置を変更。また、番号の色が同じものは、離して配置するようにした。また、監査時、21包ずつフィルムで束ねられていないものは、ひとつずつ確認することを怠らないようにした。	ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒(医療用)	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1044	いつもの漢方と違うものが入っていたと御本人から報告あり	漢方のしまい間違いの可能性長い商品名称で確認不足	近頃処方のない漢方を返品漢方は番号と名称も必ず確認する様に徹底	ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒(医療用)	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1045	患者が処方箋を持って来局された。処方箋にはツムラ甘麦大そう湯エキス顆粒1日5g分2朝夕食前16日分と記載されていた。監の段階でツムラ消風散エキス顆粒が誤って調製されていることに気づき、患者の手に渡る前に変更して投薬した。	ツムラ甘麦大そう湯とツムラ消風散の外装が同じ緑で類似しているため間違えた。焦りもあった。	業務手順を見直し、鑑査に回す前に薬剤の再確認を徹底することにした。	ツムラ甘麦大棗湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ消風散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1046	扁桃腺炎に対してツムラ138桔梗湯が15包処方となり交付したが、ご家族より「番号が違う薬が入っている」との指摘あり。交付した薬を確認するとツムラ68芍薬甘草湯が9包混入していた。	・鑑査の際、一番上に出ている薬の番号しか確認せずに交付してしまった。・事後、薬剤の箱の中身を確認するとツムラ138にツムラ68が混入していた。薬剤包装の色が類似しているため、調剤後箱に戻す際に入れ間違ってしまったものと考えられる。	バラになっている漢方薬は一つ一つ番号を確認して調剤・鑑査することを徹底。また、調剤後箱に戻す際に戻し間違えのないよう、箱と製品番号を確認しながら棚に戻すことを徹底。	ツムラ桔梗湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1047	処方はずみ車腎気丸であったが、 ツムラ八味地黄丸で調剤した。	ツムラの漢方は包装の色が似たものが複数あり、色のイメージだけでピッキングしてしまいました。忙日で薬局内がバタバタしていた。	漢方の処方、必ず薬品名・番号を一字ずつ丁寧に確認し、監査機を通す。監査は二次監査まで行う。	ツムラ車腎気丸	ツムラ八味地黄丸		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1048	いつも漢方薬(ツムラ車腎気丸を服用中の患者さん。漢方薬を管理している引き出しに、当該品とツムラ麻黄附子細辛湯がおりてあり、慣れもあり、ツムラの帯の茶色で2種類を混ぜ、交付した。	慣れと注意不足。いつの間にか、漢方を帯の色でのみ、判断していた。	帯が同じ色の漢方は基本、別の引き出しにしよう、今回は、それぞれを上段、下段と分けて様子を見ることにした。	ツムラ車腎気丸エキス顆粒(医療用)	ツムラ麻黄附子細辛湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1049	ツムラ107牛車腎気丸の処方をツムラ7八味地黄丸でピッキング	外装が同じ色の同じ7の系列の漢方薬だったため慌ててピッキングをして取り違えてしまった。	同じ色の外装なので離れた位置に薬を保管する。同系色の漢方あり!の付箋を貼っておく。	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒(医療用)	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1050	ツムラ車腎気丸をお渡ししたところ、一部にツムラ五苓散が混じていたと患者様より連絡があり、確認しにいったところ、42包はツムラ車腎気丸で、残りの14包がツムラ五苓散がはいっていた。	在庫の棚が隣同士であり、色も同じだったため、新しい箱をあけて調剤する際に、間違えたのだと想定した。	すぐに置き場所を変更した。また、漢方薬は同じ色で全く成分が異なるため、とくに注意して、戻す際、とる際は色と物を必ず再確認することを徹底することとした。	ツムラ車腎気丸エキス顆粒(医療用)	ツムラ五苓散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1051	毎食前ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒7.5gが28日分処方されているが、ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒7.5gを調剤、薬袋も間違い、監査薬剤師も間違っただけで監査をし、投薬薬剤師が処方箋と調剤薬剤を確認し、調剤間違いが発覚、直ぐにツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒7.5gに差し替え、薬袋も訂正して投薬。レセコン入力も合っていた。患者様は普段より当薬局を利用されており、症状が改善しないので追加処方になっていた。	柴胡加竜骨牡蛎湯は頻りに処方されており、桂枝加竜骨牡蛎湯は減りに処方されないため、よく似た薬剤名であり、思い込みと気の緩みが原因。当薬局では調剤薬剤師、監査薬剤師、投薬薬剤師と計3回薬剤師が目を通してあり、調剤過誤を未然に防ぐことが出来た。暇な時間帯の気の緩み、思い込みが原因と思われる。	今後も、処方箋1枚につき3回薬剤師が目を通して実行していきたい。	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1052	ある患者さんにツムラ桂枝加竜骨牡蠣湯エキス顆粒の処方が出たが、通常門前のクリニックではツムラ柴胡加竜骨牡蠣湯エキス顆粒の処方が出るのが多く入力・調剤ともにツムラ柴胡加竜骨牡蠣湯エキス顆粒でされており、鑑査に行くまでに誰も気づかなかった。	今いる薬局ではツムラ柴胡加竜骨牡蠣湯エキス顆粒の処方が多いが、ツムラ桂枝加竜骨牡蠣湯エキス顆粒の処方は今回が初めてだった為、気づかなかった	似たような名前の漢方があることを認識してもらう。薬局内にある名前が似た薬剤について注意書きを札を設置した。	ツムラ桂枝加竜骨牡蠣湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ柴胡加竜骨牡蠣湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1053	ツムラ12番は薬局に置いてあり頻繁にでている薬だったがツムラ26番は置いてなかった。慣れでツムラの12を調剤したが監査の時に気付いた。	慣れでツムラの12を調剤したが監査の時に違う人が気付いた。	薬情の写真を粉にはせず、ヒートにした。患者さんに渡す時にも写真で気付くようにした。	ツムラ桂枝加竜骨牡蠣湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ柴胡加竜骨牡蠣湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1054	ツムラの18番桂枝加朮附湯が処方されていたが、一部28番の越婢加朮湯が調剤されていた。	ツムラの18番の在庫の中に28番が混入されていたため、調剤時に気が付かず一部28番を調剤してしまったと考えられる。またツムラの包装は下一桁の番号によって色分けされており、18番と28番は同じ赤いラインの入った包装で混入されていても気づきにくかったと考えられる。	28番の在庫をしまう際にピッキングシステムを使用せずに充填したと考えられるため、薬品を充填する際は薬品名をよく確認しピッキングシステムを使用することを徹底する。	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ越婢加朮湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1055	ツムラ134桂枝加芍薬大黃湯が処方されたが、誤ってツムラ60桂枝加芍薬湯を調剤し、患者に渡してしまった。患者本人が薬剤が違うことに気づき、次の受診の際に薬局に持参されて誤調剤が発覚した。	普段からツムラ134桂枝加芍薬大黃湯を服用している患者だったが、薬局内が繁忙状態だったため、誤ってツムラ60桂枝加芍薬湯を調剤した。監査者は3人いたが誤調剤に気づかず、そのまま患者に渡してしまった。	ダブルチェックの徹底 (メーカー、漢方No.、漢方名)	ツムラ桂枝加芍薬大黃湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1056	漢方薬で名前が似ているため60番の処方に18番を出そうとした。	思い込みで処方せんをゆっくり見ずに判断した事。	どんなに忙しい時でも処方せんはゆっくりと見て確認してから薬剤を取る事。	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1057	他の患者の予製調剤中、ツムラ125(桂枝茯苓丸加ヨクイニン)が1箱(42包)不足している事に気づいた。以前別の薬剤師がツムラ25(桂枝茯苓丸)の保管かごにツムラ125が入っているのを見つけて、所定の保管場所に戻していたことが判明。ツムラ25が処方されている患者の監査履歴を確認し、当該患者のツムラ2590包中にツムラ125が42包混入していたことがわかった。患者にはすぐに連絡を取り、服用前であったため、全量取り換えさせて頂いた。	朝の事務員、薬剤師2人体制の時間帯で、入力後急いで事務員が調剤、監査器はツムラ25で通ったものと思われ、監査者も包装の色調など違和感がなかったため、気づかず投薬してしまった。急いでいたこと、漢方は1束ずつ、確認する手順が抜けていた。	薬を納品する際の確認を十分に。監査の際は、1つ1つを確認する。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1058	漢方薬の番号と色が違う事に患者が気が付いて薬局に連絡があった。先に残薬を飲んでいたので、薬局への連絡が遅れたが、誤飲は無かった。	苓桂朮甘湯は普段処方件数が殆どないお薬で、今回の正しいお薬、桂枝茯苓丸は継続処方であった。明らかに調剤過誤と、監査過誤・投薬過誤であり、レセコン入力に誤りは無かった。	繁忙期でも繁忙時間帯でも無い時間帯の方が、集中力が低下するのは良く知られていますが、自然な事なので本人に自覚が無いのも事実です。かといって過誤が許される訳ではありません。薬局内で声を掛け合って、複数人数で調剤及び監査して参ります。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1059	ツムラの漢方薬は数字の末尾で薬袋の色を決めてあるが、No. 25とNo. 125を間違えて同じ引き出しにしまっていたらしく、2種類出してしまった。アテルノの監査システムもバーコードは正しい薬で通ったが、一包のグラム数も同じなので、混在して出された漢方薬は秤量では引っかけからずすり抜けた。威圧的な患者さんで急いで出さないといけない脅迫感もあり、込み合っていたのできちんと監査できていなかった。	末尾の数字の色で同じものと安心しない! しっかり束ごと監査する威圧的な患者さんでも開き直る	引き出しへの充填の折も細心の注意を!	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1060	ツムラ桂枝茯苓丸(25)に対しツムラ桂枝茯苓丸(25)とツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニン(125)の混在した形調剤する。 包装箱(色)・薬品名が類似していたので誤って渡しました。患者様が帰られた後、発注者(事務員)が両薬剤の在庫確認するとどうも混在で患者様に渡したのではないかと思ひ患者様に連絡し確認して頂くと誤って渡していたことが判明。まだ服薬前であったので服薬中止を指示。後から自宅訪問し正しい処方薬を渡す。(幸いにも患者様が服薬前で患者さまには身体への影響はなかった)	ツムラ桂枝茯苓丸(25)とツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニン(125)の包装箱(色)・薬品名が類似していたものと同じ棚・近場に保管をしていた。繁忙時であり監査が1名であった。患者さまへの突合も十分でなかった。	両剤のように包装・製品名の類似のものは離して在庫管理する。必ず複数人の監査をする。患者さまへの手渡し時再度一緒に突合して渡すことを全職員に再度徹底する。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニンエキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1061	【正】ツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニンエキス顆粒(医療用) 56包【誤】ツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニンエキス顆粒(医療用) 42包+ツムラ桂枝茯苓丸(医療用) 14包	調剤時にツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニンエキス顆粒(医療用) 1箱(42包)と端数14包を取る際に端数をツムラ桂枝茯苓丸(医療用) 14包で取り間違えた。	調剤時に未開封の箱しか読み込めていなかったため、手技を確認し先に箱の中の薬のバーコードを読み込むように徹底いたします。漢方を名前順に棚に設置していたので番号順に変更いたします。	ツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニンエキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1062	ツムラ125が称されていたところ、ツムラ25を調剤し、鑑査レンジで間違いが発覚した。	処方箋に、RP1の処方がツムラ25だったので、125番と見誤ったことと、他の調剤について他者と話をしながらピックアップしたので、注意が散漫になった。	処方箋を注意深く確認することと、調剤に集中するよう周知した。	ツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニンエキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1063	患者が処方箋を持って来局した。薬剤師A(職務経験年数1年)はツムラ125桂枝茯苓丸加薏苡仁エキス顆粒7.5g分3毎食間30日分(計90包)を調製するところ、誤ってツムラ125桂枝茯苓丸加薏苡仁エキス顆粒45包+ツムラ25桂枝茯苓丸仁エキス顆粒45包を調製し、鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師B(職務経験年数5年)が、2種の漢方薬が混合していることに気づき、調製した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aは正しく調製し、再度、薬剤師Bが鑑査した。鑑査で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	ツムラ125桂枝茯苓丸加薏苡仁エキス顆粒を調製したあとに、新しい包装を開封する際に誤ってツムラ25桂枝茯苓丸仁エキス顆粒を手にとってしまったと考えられる。ツムラ125桂枝茯苓丸加薏苡仁エキス顆粒とツムラ25桂枝茯苓丸仁エキス顆粒は名称・番号も類似している上に、包装の色・形状も同一である為、間違えた。	漢方に関しては類似名称や下一桁の番号により色が同一となるため、間違えるリスクが高い。薬剤名称は勿論だが、番号をしっかりと確認すること、一部は合っていたとしても他の薬や端数が異なる薬剤である可能性を考慮することを調剤者・監査者ともに注意喚起をした。また、類似名称の漢方薬を薬局内で共有し、注意喚起をおこなった。	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1064	漢方薬125番に1シート55番が混入してしまった末尾5で類似している	医薬品の棚戻し間違い薬局内ルールの不備によるもの	医薬品棚戻しの注意喚起ルールの再確認	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒(医療用)	ツムラ麻杏甘石湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1065	ツムラ桂枝茯苓丸カヨクイニン(125)が処方されていたが、ツムラ桂枝茯苓丸(25)と取違、帯の色が同じであったため、気づかずに投薬してしまった。	暇な時間帯であり、気も緩んでいた。また、1人での投薬、監査であったため。	監査の徹底を図る。	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1066	初めてツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁(ツムラ125)が分2で28日分処方されていた。調剤者は間違えてツムラ桂枝茯苓丸(ツムラ25)を調剤したが、監査者は分2に気を取られ、調剤された漢方薬のチェックをいつもより怠ってしまい投薬。6/10に違う患者様から電話があり、在庫数が合わないことが発覚してミスに気付いた。すぐに患者様に電話して謝罪。ずっとツムラ25を服用されていたが、健康被害はなし。ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁56包を自宅までお届けした。	18:00過ぎ調剤、スタッフ人数が減り調剤者は焦っていた。監査者は、用法の確認に意識が向き、調剤された薬の監査がおろそかになった(手順からの逸脱)。ツムラ125とツムラ25は名称・外観ともに類似していた。	漢方薬の調剤・監査時は、番号、名前、帯の色のチェックを確実にを行う。投薬時に番号と名前を読み上げて、薬情と照らし合わせながら説明を行う。	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1067	すぐに電話連絡し、お届けと体調の変化などを確認。変化がないことを確認の上お薬を交換させていただき、御伝えして訪問させえ頂きたいと御伝えしたが、家を留守にしているとのことでちょうど夕方こちらに来る要件があるため、お薬を持参して来局していただいた。お薬の違いについての違い体調の変化が内科など確認させていただきお詫びを申し上げた。なんのへんかもないとのことで特にお言葉もなく、変更の絶えに一部金額を返金させていただき、十分にお詫び申し上げた。	FAXで不鮮明の場合には処方箋を持参された後に再度確認をすることを徹底する	似たような名前の漢方名を列記し、誤入力をふせぐようにした。	ツムラ五積散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ五苓散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1068	ツムラ五苓散エキス細粒調剤にツムラ五苓散エキス細粒の箱内にツムラ半夏白朮天麻湯がはいつており、調剤時気づき、五苓散を調剤しなおした。	半夏白朮天麻湯と五苓散は同時に処方が出る事が多く、外観、被包が類似しており、戻し間違った可能性が高いと考えられる。	ピッキング後の戻し作業は、時間に余裕があるときに、複数人で行うこととした。	ツムラ五苓散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1069	五苓散が処方されていたが、処方箋コピーをしっかりと確認せず五積散をピッキングした。入力した事務がピッキング後のカゴを確認して五積散が入っていることに気づいた。	処方箋コピーにチェックなど入れず、また目視確認もおろそかにしていた。	処方監査の徹底、声だし指差し確認	ツムラ五苓散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ五積散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1070	五苓散の調剤を五淋散でピッキングミス患者にわたる前に気が付き、五苓散でお渡しした	確認不足、手順を守らないことが影響。改めて、確認を怠らないよう指導	漢方薬は、薬情の写真とつきあわせて確認することも必要と指導	ツムラ五苓散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ五淋散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1071	他店舗からの移動品に異なる医薬品が混じっていたが入庫の際に気づかず納品してしまった。また調剤～監査～交付に間の確認の際に別医薬品が紛れていることに気づかず交付してしまった。日次棚卸の際にツムラ三黄瀉心湯エキス顆粒の箱の中にツムラ大承気湯エキス顆粒が入っていることに気づき、患者様に連絡をとったところツムラ三黄瀉心湯エキス顆粒126包中5包がツムラ大承気湯エキス顆粒であることが発覚した。	ツムラ三黄瀉心湯エキス顆粒は番号が113、ツムラ大承気湯エキス顆粒は133で包装が似ていることから混入しやすく、また混入した際に気づくことが難しい。	監査者は漢方の包装を横から見てラインの本数にばらつきがないか確認するように指導。また他店舗からの移動品を納品する際は使用期限や個数はもちろんのこと、特に包装が開いているものに関しては内容に誤りがないか確認するように今一度スタッフに周知をした。	ツムラ三黄瀉心湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ大承気湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1072	ツムラ103が処方され、大箱から調剤した所、ツムラ43が入っていて、その時点では気が付かずそのまま監査者へお渡し 処方監査時に間違いに気づいた	外観が同じで、漢方薬の番号を見ないで調剤したことが原因と考えられる	包装色が同じでミスに繋がる様な薬は、付箋の使用やダブルチェックの実施など、注意喚起を徹底する	ツムラ酸棗仁湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ六君子湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1073	外来が多い中、在宅対応があり慌てていたと同時に思い込みで監査してしまった。	間違いやすい薬剤の配列であった。土曜日でスタッフは少ない上に、外来が多い時間帯に在宅の対応があった。	監査は薬剤名の一文字、一文字にチェックをつけ確認する。間違いやすい漢方名を付箋に記入し、各々の漢方の外箱に貼り注意喚起しておく。	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1074	ピッキングミス、漢方の柴胡加竜骨牡蛎湯と桂枝加竜骨牡蛎湯の取り違い、漢字のイメージが強すぎてピッキング時に思い込みが発生した。監査者は取り違いが起こり易い漢方であることを把握していたので、取り違いを発見した。	漢方薬は探しやすい様に五十音順に並べているが、名前のイメージが強く思い込みで手順を飛ばして、ピッキングミス。ピッキング時には規格先読み、発声、指差しの不十分である。監査者が良く起こる事例として監査するポイントを理解していたので問題なく、発見できた。	思い込みによるものである事を再度周知して、監査者のようにきちんと注意点を理解しておく。	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1075	名称の類似した漢方薬の取り違い。	閑忙時に気を緩まないよう注意すること。	二重監査の徹底と個々の注意喚起。	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1076	柴胡加竜骨牡蛎湯の処方桂枝加竜骨牡蛎湯と間違えて調剤。投薬時に間違いと気が付きその場で正しいものへ調剤してお渡し。	この病院からはツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯はよく出る処方であり、柴胡加竜骨牡蛎湯は薬局在庫にはない薬だった。	慣れから生じる勘違い。漢方は特に似通ったものも数多くあるので、注意をしっかりと行う。投薬時には薬情の写真との照らし合わせも行い、患者様との確認も合わせて徹底する。	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1077	薬局内が混雑している状況。漢方薬の包装が類似しており、番号、名称を確認せずに色のみをみて投薬。	取り揃える先に計数ミスもあり、それを訂正して安心してしまい、薬品の取違いに気づけなかった。計数ミスと名称ミスの2つが重なっていたが、1つのミスを発見し、もう1つのミスを見逃した。	漢方薬の包装が類似しているもの同士の配置を見直した。また他の薬剤師にも注意喚起を実施。	ツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1078	今回の処方せんで、前回まで服用していた桂枝加芍薬湯が柴胡桂枝湯に変更になったが、レセコンの入力も調剤も見落として変更になったことに気づかず桂枝加芍薬湯のまま投薬してしまった。その後間違えに気づき患者に電話で謝罪し正しい処方薬を郵送した。	いつもの漢方薬という思い込みと、漢方に不慣れだったため似た漢字の使われている処方を見て前回と同じと判断してしまった。	漢方薬が何に使われるか把握するとともに、投薬時に患者に体調の確認をし処方されている漢方薬と症状があっているかの確認を徹底する。	ツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1079	当薬局へは2度目の来局で、前回はピソルボン、ムコサールが処方されていた。今回改善が見られないのでツムラ紫朴湯が処方された。薬局での調剤の流れとして最後に患者様と一緒に処方薬を見ながら薬袋に入れていく流れとなっている。過誤事例としては、紫朴湯を調剤するところ紫苓湯を渡してしまった。患者様ははじめての薬で渡されるままであり、かつほかにも服用薬が多いので注意はされていなかった様子。火曜日になって写真と実物が異なると連絡あり。体に異常はなしとの事。	紫朴湯と紫苓湯、紫から始まり3文字と似ているものである。またいずれの薬剤も当薬局では汎用であった為注意力が散漫になったと考える。	調剤業務指針通りに行っても、注意力だけは人間の問題である。似た薬の名前には極力何度も確認することが必要と考えられる。	ツムラ紫朴湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ紫苓湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1080	ツムラ柴苓湯エキス顆粒(114) 6g 分2朝夕食前 70日分(合計140包)が処方されていたが、その内、2束(42包)がツムラ半夏瀉心湯(14)で調剤してしまった。患者が服用し、味が違うことに気付き、外装を見てみると、違う名前が書いてあったため、調剤された全ての薬を持って来局。投薬時のカメラや、薬局内の在庫も確認し、間違えていることが判明した。患者は、ツムラ14を4包服用してしまったが、健康被害はなかった。	普段は、ほぼ番号順に漢方を並べて配置しているが、たまたまツムラ半夏瀉心湯(14)は、収納するスペースがなく、100番付近に配置されていた。調剤した薬剤師は、外装の色で判断し、しっかり番号、薬剤名を確認しないままピッキング。箱の中には2束(42包)しか在庫がなかったため、在庫棚から薬剤を持ってきたが、その時は正しい薬剤であるツムラ114を出したため、2剤が混在してしまった。監査時も、全ての束を監査せず、手前にある漢方の薬剤名を確認し、他は数量のみ監査したため、気づくことなく、投薬してしまった。	ツムラの漢方の外装は、下の番号で色分けされているので、非常によく似ている。ピッキング時は、番号の色だけで判断することなく、しっかり薬剤名を確認しながらピッキングする。また、ツムラは例外なく、しっかり番号順に並べるよう努める。万が一、すぐにそれができない場合は、在庫する全ての従業員に知らせ、イレギュラーであることがわかるよう、貼り紙等するなどし、わかりやすくする。さらに、監査をする際、一つの束のみ薬剤名を確認するのではなく、全ての薬剤を監査するようにする。	ツムラ柴苓湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1081	ツムラ十味敗毒湯が処方されていたが、ツムラ十全大補湯と入力。入力チェックで見逃してしまい、帳票類にて調製。入力間違いのため監査システムでも見逃されてしまい、監査者にて発見された。	最初の文字が「十」のため3文字入力だと十味敗毒湯、十全大補湯がともに入力候補にあがってしまい、誤った医薬品を選択してしまった。また、調製の際に処方箋ではなく帳票類にて調製を行ったため監査まで見逃されてしまった。	漢方の場合には3文字入力ではなく漢字2つ分の入力。調製は処方箋にて行う。	ツムラ十味敗毒湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ十全大補湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1082	ツムラ十味敗毒湯が処方されたところ、クラシエの十味敗毒湯がピックアップされているのを監査薬剤師が発見	メーカー名までの確認がおろそかになって無意識でツムラを調剤した可能性が高い。	調剤した薬をもう一度処方箋と照らし合わせる漢方製剤の会社は複数あり、しっかり確認が必要である事を徹底	ツムラ十味敗毒湯エキス顆粒(医療用)	クラシエ十味敗毒湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1083	ツムラ十味敗毒湯の箱の中にツムラ半夏厚朴湯が入っていた	調剤ミスをして戻すときに戻し間違えたと思われる。	ピッキングミスをした薬剤はその場で戻さずに、いったんミスボックスに入れる。戻すときは必ず2人でダブルチェックを行う。	ツムラ十味敗毒湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1084	「ツムラ小建中湯エキス顆粒 エキス顆粒 7.5g/分3 毎食前 60日分」で交付すべきところ、「ツムラ小青竜湯エキス顆粒 9.0g/分3 毎食前 60日分」で交付。患者様が服用する際に薬剤が違うことに気付き、薬局に連絡し過誤発覚。ツムラ小青竜湯エキス顆粒の服用はされておらず、過誤当日と翌日は残薬のツムラ小建中湯エキス顆粒を服用。交換にて対応。	イレギュラーなシフトの発生漢方棚の注意喚起の不徹底、類似薬剤が漢方棚に並列していた	漢方棚にツムラ小建中湯エキス顆粒【99】、ツムラ小青竜湯エキス顆粒【19】の注意喚起を提示漢方棚配置の見直し(類似薬剤は離して陳列する)調剤薬を患者様と相互確認(目視確認)しながらの投薬徹底。イレギュラーなシフトが発生する場合はスタッフ間における情報共有を徹底する	ツムラ小建中湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1085	「ツムラ小建中湯エキス顆粒 7.5g/分3 毎食前 60日分」で交付すべきところ、「ツムラ小青竜湯エキス顆粒 9.0g/分3 毎食前 60日分」で交付。患者様が服用する際に薬剤が違う事に気付き、薬局に連絡し過誤発。ツムラ小青竜湯エキス顆粒の服用はされておらず、11/16夕と11/17朝は残薬のツムラ小建中湯エキス顆粒を服用。11/17に交換で対応。	監査時の薬剤名の確認の不徹底。投薬時に患者様との薬剤相互確認の不徹底。	漢方棚にツムラ小建中湯エキス顆粒【99】とツムラ小青竜湯エキス顆粒【19】の注意喚起を提示。薬歴画面に漢方の番号が注意喚起で表示されるよう設定。調剤薬を患者様と相互確認(目視確認)しながらの投薬の徹底。	ツムラ小建中湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1086	ツムラ小建中湯(7.5g/日)が処方、入力者が誤ってツムラ小青竜湯(7.5g/日)で入力。鑑査した薬剤師が監査機器を用いた際に漢方が画面に記載されておらず(1包3gのため)、処方箋確認したところ間違いであったことが判明。入力を直して正しいお薬で患者様にお渡しできた。	当たり前であるが処方箋をまづしっかり見ることが大事。監査機器が通らなかったことから疑いを持っていたのでそのような機器を使用することも大事だと思った。	処方箋をしっかり見る。監査機器の使用を徹底。	ツムラ小建中湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1087	ツムラ小柴胡湯エキス顆粒を集めなければならないところ、ツムラ小青竜湯エキス顆粒を集め、鑑査でも気付かずに交付してしまった。翌日、患者から違っていると指摘された。	名称・外観が似ており、見逃してしまった。ミスゼロ子も使用していたが、照合結果をきちんと確認していなかった。	薬品名を最後まできちんと確認する。ミスゼロ子での照合結果をよく確認する。	ツムラ小柴胡湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1088	正:9番小柴胡湯を90包。誤:9番小柴胡湯69包、19番小青竜湯21包混在漢方薬の調剤棚が一括りになっているため、番号の近い9番と19番が混在してしまいました。また、同色で、名称の最初の文字も小という字でしたので、写真監査システムにもエラーがでませんでした。	漢方薬の在庫圧迫のため、同色の9番と19番が近くにあり、混在。(通常、見やすいように1列での保管が、当日は前後にも保管、番号が見づらい状況でした。)	漢方薬の在庫置き場をひろげて、前後での在庫禁止に、またこれから、在庫量が増えて圧迫してしまうと、再度置き場に困り前後に在庫してしまうことが懸念されますので、薬局全スタッフに周知徹底、在庫棚にも張り紙をして、番号が隠れるような保管はしないように致しました。	ツムラ小柴胡湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1089	事務員が処方箋入力時に、処方された漢方とは別の類似した名称の漢方で入力してしまった。誤った入力で発行された書類を見て薬を用意してしまったが、監査時に薬剤師が気付いた為患者には正しい漢方で投薬した。	患者数が多く慌てており、薬品名の入力確認がきちんとできていなかった。	薬品名の末尾まできちんと確認するよう教育の徹底。再度入力に誤りがないか、発行された書類と処方箋の二重確認。	ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒(医療用)	ツムラ小柴胡湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1090	ツムラ29麦門冬湯が処方されていたが、ツムラ19小青竜湯で投薬してしまった。	薬が15種類くらい処方されており、繁忙時の来局、これから肝臓の検査で入院予定であることにも気をとられてしまい、漢方薬の色で判断してしまった。この患者は麦門冬湯が平素より服用しているが、薬局全体で見ると小青竜湯の頻度が高い、間違っってピッキングしてしまっていた	薬歴に注意喚起のコメントを記載	ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1091	ツムラ小青竜湯が処方されていたが、ツムラ麦門冬湯を調剤し、気づかず交付してしまっていた。患者が服薬時に薬品の名前が違っていることに気づき連絡してこられ発覚。正しいものに調剤しなおす	漢方薬のパッケージの類似により気づきにくかった。また普段扱っている小青竜湯がクラシエであるため、ツムラという商品名をみて小青竜湯であることを意識できなかった	色や見た目で判別するのではなく、必ず商品名まで確認することを徹底する	ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1092	ツムラ小青竜湯が6g/日 毎食前で処方 疑義紹介により、ツムラ小青竜湯9g/日 分3 毎食前に変更	今まで院内で処方であった医療機関。数か月前から院外に処方箋を出すようになった。今まで院内採用ではクラシエの漢方薬を処方されていたようだが、院外に出すに伴って、一般的なツムラの漢方薬を処方するようになったよう。医師のほうでクラシエの漢方薬の量と間違えた旨のはなしあり、今回はツムラの小青竜湯の処方でよいこと、また、一般的な服用量の9g/日 毎食前に服用に変更と指示あり。	漢方薬は数社から発売されており、処方機会が多いのはツムラ、クラシエ。メーカーにより成人における1日量が異なるため、薬局のほうでも注意が必要。今回ツムラの小青竜湯は9g/日が一般的容量。クラシエは6g/日が一般的な容量。特にクラシエに関しては包装単位が1日2回用、1日3回用、また錠剤の選択肢もあるため調剤時・注文時には注意が必要。注意喚起のPOPをパソコン等に設置。またツムラ漢方も種類により、2.5g包、3g包があるため、入力時、調剤時に注意できるよう、札の設置	ツムラ小青竜湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ小青竜湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1093	ツムラ消風散調剤時足りなくなり新しい箱をとる時に包装、番号類似で思い込みにてツムラ排膿散及湯をとり混合して調剤。	包装が似ていたため思い込みで調剤。薬剤名の確認を怠ったため。	薬剤名の確認の徹底。	ツムラ消風散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ排膿散及湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1094	ツムラ真武湯を90包をお渡しすると、ツムラ荊芥連翹湯を21包混ぜて渡してしまった。	漢方薬を保管するのに、色分けて保管している。30番と50番は同じ色なので、同じ棚に保管していたため混在してしまったと考えられる。	漢方薬を色分けて保管しているが、色分けのなかでもきちんと番号も区別できるように保管しなおした。	ツムラ真武湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ荊芥連翹湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1095	人参湯 (32番) の処方なのに間違えて人参養栄湯 (108番) を処方しそうになった。	人参養栄湯の処方が殆どであるため処方せんに人参・と見てそのまま人参養栄湯と思い込んでしまい投薬してしまいました。	処方せんを何度も最後まで見るのはもちろんのこと他薬剤師とのダブルチェックを必ず行うこと。	ツムラ人参湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1096	人参養栄湯が処方されていたのに入力の人参湯でしており、薬情と入っている薬が違うと連絡あり。	人参で検索して、養栄湯の方を選んだつもりが人参湯の方を選んでしまった。	名前の似たような漢方や薬はたくさんあるので、最終的には薬情の写真でも間違っていないか確認をするよう心がける。	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ人参湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1097	在宅患者 在庫薬品がクラシエであったが処方がツムラであった。思い込みによる集薬であったが、監査時に気が付き、ツムラの薬品を在庫し対応。	普段の在庫から、処方薬品の思い込み。	入力時、集薬時に#9745;をいれるなどの確認対応をする	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒 (医療用)	クラシエ人参養栄湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1098	ツムラ清暑益気湯を調剤すべきところをツムラ補中益気湯をだしてしまっ た。交付翌日、薬歴を記載中に気が付 き患者様に連絡、薬を取り換えに伺っ た。健康被害は無かった。	名前が似ていたのと患者様の訴えから、 後者と思い込んでしまった。	調剤監査を徹底する。	ツムラ清暑益気湯エキ ス顆粒 (医療用)	ツムラ補中益気湯エキ ス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1099	ツムラ防風通聖散のところ、ツムラ防 己黄耆湯でお渡し服用前に差し替えた	整形でよく処方されるのが防己黄耆湯 で、今回も整形の処方であり、思い込み で防己黄耆湯を調剤、監査してしまっ ていた	思い込み調剤、監査を止める薬袋の裏に、薬剤 の写真が載っているので、それを確認し、間違わ ないように調剤、監査するスタッフ内で共有し再 発防止に努める	ツムラ清上防風湯エキ ス顆粒 (医療用)	ツムラ防己黄耆湯エキ ス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1100	ツムラ清上防風湯を交付するところツ ムラ芍薬甘草湯を投薬してしまっ た。別薬剤師が薬局内在庫を確認したとこ ろ、ずれがあり発覚。患者様服用前に 調剤ミスに気づき、誤った薬は回収、 正しい薬を交付。	ツムラ清上防風湯は58番赤いライン包 装。ツムラ芍薬甘草湯は68番赤いライン 包装。名称は違うが、包装が酷似して いた。そのため間違ったピッキングを行っ てしまい、調剤者・監査者ともに気づけ ず投薬してしまっ	漢方は包装が似ているものが存在する。慣れてい るため、不注意でピッキングミスしてしまっ たと考えて、今後はピッキング時薬品名声出し確認を すること	ツムラ清上防風湯エキ ス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキ ス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1101	定期の漢方清肺湯(90)の処方35 日分の中に真武湯(30)が14日分 混入していた。患者が薬の味がちが う、これ飲んでから体の調子が悪いと 2週間後に来店。目も顔も黄色く黄疸 症状が出ていたので、すぐ医療機関を 受診してもらった。持参残薬から3日 間は服用したと思われる。医療機関に は事の顛末連絡。結局、総合病院に入 院し、漢方のせいではないと説明して もらったが、大腸がんからの転移が見 つかったらしい。ただ高齢者なので、 病状が悪化したのは漢方のせいと思っ てる。	金曜日の昼前という一番忙しい時間の調 剤。調剤者の薬剤師が清肺湯の不足を倉 庫から持ってきたときに90番と30番 が近くにあって間違えた。監査者も青い 帯だけ目視して漢方の番号を確かめず に、渡してしまっ	(1) 倉庫の漢方の在庫を下一桁順⇒番号順に 変更。(仮に間違えても包装の帯色が違う) (2) 補充医薬品にも必ずピッキング監査機を使 うことを徹底する。(3) どんなに忙しくても、 慌てない。	ツムラ清肺湯エキ ス顆粒 (医療用)	ツムラ真武湯エキ ス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1102	ツムラ84大黃甘草湯を処方されてい て不足になった。後日のお渡しになり、 卸から納品した際、大黃甘草湯ととも に調胃承気湯も納品され、見た目が黄 色で系統が似ていたため、混ぜてピッ キングし、監査してしまっ	ピークの時間であり、不足を患者様取り に来て焦っていたため起こってしまった。 見た目では判断していなかった点 が問題であり、ピッキング、監査が同一 人物であったために監査スルーをしてし まっ	必ず、番号、名前を確認。なるべくダブルチェッ クが入るように行う。	ツムラ大黃甘草湯エキ ス顆粒 (医療用)	ツムラ調胃承気湯エキ ス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1103	ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒(医療用) 処方のところを、ツムラ大建中湯エキス顆粒(医療用)で調剤、お渡し。同日、自宅に帰り薬袋を開封したところ、いつもの漢方の色ではない事に気づかれ、薬局に連絡、調剤ミスが発覚。	長期一包化(56日分)、および散剤の4種混合(30日分)の調剤です。既に該患者を長時間お待たせしていた状況下で、監査者も焦りを感じながら監査にあたっていた。当該漢方の監査にあたっては数量の監査は慎重に行ったものの、名称の確認がおろそかになってしまった。そこには名称の類似に加え、使用頻度からも大建中湯だろうという思い込みがあったように思います。	ダブルチェックの徹底、投薬時にも薬袋から薬を出して確認するほか、漢方に関しては調剤録に漢方の番号が反映されるようにし、名称の確認に加え、番号でも監査できるように調剤録記載方法変更を検討する。また、監査・投薬時には病名、症状に対して適切な薬剤かどうかを推測、判断する事も重要であると再確認しました。	ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ大建中湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1104	ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒を調剤すべきところ、大建中湯エキス顆粒を調剤していた。別の薬剤師も監査時見逃した。外出していた患者が戻って来たので、更に別の薬剤師が確認しながらお渡ししたところ、間違いに気が付きその場で正しい薬を調剤し直しお渡しした。	繫忙の時間帯で焦り、思い込み、確認不足が重なった。	外出した患者が戻って来た時も、必ず薬を一つ一つ患者に見せながら一緒に確認していただく。	ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ大建中湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1105	ツムラ100番大建中湯が処方されていたが、その箱の中にツムラ10番柴胡桂枝湯が入っていた。両方の色柄が似ているため混ざっていることに気がつかなかった薬剤師が10番の混ざった100番を調剤してしまった。監査の薬剤師がそれに気が付き未然に防げた。	以前にツムラ100番と10番の両方が処方されている時に余った10番を100番の箱にうっかりなおしてしまっていたため100番のなかに10番が混ざっていたと思われる。また監査システムを導入しているが、それもすり抜けてしまっているのは100番のバーコードで監査しているため。	調剤した薬剤の監査だけでなくそれをなおすまでを調剤とし最後まで気を抜かない。また調剤と同じようになおすときにもなるべく2人で行う。	ツムラ大建中湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1106	処方は大建中湯 15g 分3×14日分であったが、調剤した薬品の中に柴胡桂枝湯6包が混入していた。患者が入院した際に、院内薬局の薬剤師が、お薬手帳の情報と持参薬の違いに気づき、調剤過誤が発覚した。患者は服用前であり影響はなかった。	施設(特別養護老人ホーム)から返却された柴胡桂枝湯を、誤って大建中湯の箱に戻してしまった。大建中湯と柴胡桂枝湯の包装の色が同じだったこと、番号が100と10で類似していたことなどが原因と考えられる。調剤の際に気付かず、監査でも見逃してしまった。	患者から返却された薬剤は廃棄する。また、調剤および鑑査を徹底することはもちろん、出入庫や薬品の移動の際は複数人で確認することとする。	ツムラ大建中湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1107	【正】ツムラ大建中湯エキス顆粒 2 1包×5束【誤】ツムラ大建中湯エキ ス顆粒の中にツムラ桂枝加芍薬湯エキ ス顆粒21包×1束が混入	棚への充填が第一の起因だが、処方箋を 受けてからの業務としては、ピッキング 時にエラー音を聞き逃したか、エラー分 を間違ってピッキングした薬の中に福含 めてしまったかと推測。	発覚前に、大建中湯の棚に桂枝加芍薬散の箱が あったことに気づいて戻したスタッフがいる。 その時点で、他薬混入の可能性を追求すれば発 覚をもう少し早めることができた。おかしな状 態を見つけた時には起きているかもしれない事 態の追求と店舗共有をすることを周知。	ツムラ大建中湯エキス 顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝加芍薬湯エ キス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
	ピッキング者はエラー音にも更に注意を配る。エラー音事態は小さくなかったので、当事者がエラー音がOK音かを必ず聞き届ける ように周知。最終鑑査者は色やデザインなどで判断して鑑査しない。漢方のような粉のヒート品も錠剤の鑑査と同じように注意を配 る。納品された薬品の充填は漢方だから特別ということはない。必ずPDAを利用して充填することを徹底・周知。どんな薬品も必 ずPDAを使用して充填する。手間を惜しまない。						
1108	ツムラ大建中湯処方。調剤して渡すも 同じ箱の中にツムラ猪苓湯が混入して いた。そのまま箱から取り出して交付 時も気づかず。二日後に、在庫鑑査中 に気づき、直ぐに連絡、交換、謝罪。 服用しておらず、健康被害無し。	調剤時、薬品を箱に戻す時に戻し間違 え。	ケアレスミスに注意するよう確認しあい注意。	ツムラ大建中湯エキス 顆粒 (医療用)	ツムラ猪苓湯エキス顆 粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1109	鑑査がたまっており急いで鑑査した事 により、漢方であることと包数のみを 確認し鑑査を通してしまった。配薬 チェックもするがそこでも気づかず に、後で施設スタッフが発見した。	調剤、鑑査で非常に忙しく、漢方である ことのみを確認してきちんと番号まで確 認していなかった。	患者情報シートに、漢方であれば100番など書いて、処方箋と番号が合っているか確認する際に記 載するようにする。貼り付け表に記載する前に最 終チェックとして再度確認する。	ツムラ大建中湯エキス 顆粒 (医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆 粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1110	漢方のピッキング間違い	引出しを確認した時に同じ青色のライン が入った漢方だった為、同じものと思い 込んでピッキングした。補助業務の時に 発覚した。	今後、袋の色や番号ではなく薬品名を確実に確 認してからピッキングする。すべてを取りそろえ た後、再度正しくとれているか処方箋を見直し確 認します。	ツムラ大建中湯エキス 顆粒 (医療用)	ツムラ猪苓湯エキス顆 粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1111	133の漢方のなかに123が混ざってい た。	漢方における類似No.の配置	配置の変更	ツムラ大承気湯エキス 顆粒 (医療用)	ツムラ当帰建中湯エキ ス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1112	ツムラ猪苓湯7.5g分35日分処方のところ、3包分ツムラ荊芥連翹湯が混じってしまっており、交付時に発覚、未然に防げた。以前、戻し間違いにより、薬剤箱の中に異なる薬剤が混じってしまっていたのが原因と考えられる。	調剤間違いの薬剤は一旦、箱に入れてから戻しているが、ダブルチェックもれにより、誤った薬剤を戻してしまったと考えられる。	鑑査時に1包ずつ確認を怠らないこと、薬品を戻す際は複数人でチェックして戻すようにする。	ツムラ猪苓湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ荊芥連翹湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1113	ツムラ40「猪苓湯」を正しく全て調剤しなくてはいけないところ一部、ツムラ「荊芥連ぎょう湯」が混ざって調剤し鑑査時も気づかず、交付者が患者様に渡す時に気づき、調剤し直し、正しく交付。誤って交付には至らなかった。	ツムラの漢方は数字の順番で棚に並べて管理していたが、「40」と「50」が隣り合わせに(「40」と「50」の間に他の在庫はなく)並んでいた。どちらも青色に数字で見た目が似ていたため調剤者が名前をしっかりと確認せず間違えて隣の箱を開けて混ぜて調剤してしまった。鑑査者も一部は正しく一部が誤って見逃していた。混雑時でもあったから両者共に焦りもあったと思う。	まずはこの事例を店舗で従業員に周知し、棚の配置をずらして今後起こらないように全員で気を付ける。	ツムラ猪苓湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ荊芥連翹湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1114	猪苓湯号四物湯が処方されたが、レセコン入力の際、猪苓湯だと思い込み入力。同一人物がピッキングを行ったため、猪苓湯が計数調剤、鑑査もレセコン入力と同じであるため、機能しなかった。	漢方薬の類似名称による。薬品名の頭だけ見て判断してしまった。慣れによることも大きい。	レセコン入力者と調剤者を明確に分ける。	ツムラ猪苓湯合四物湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ猪苓湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1115	ツムラ47番鈔藤酸が90包処方されたがゴミ箱から17番五淋散の空き箱発見、残薬数も合わず21包間違えて17番五淋散で交付したとおもわれ患者に電話し取り換えに行った	ツムラ17と47で色合いが同じ品番が末尾7.90包の中に21包紛れていたのみ発見でできず	17番と47番をはなして陳列した	ツムラ鈔藤散エキス顆粒(医療用)	ツムラ五苓散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1116	ツムラ当帰飲子が処方されていた患者様に、ツムラ十味敗毒湯をお渡ししてしまった。患者様が服用する前に名前が違うことに気づき、薬局に報告、正しいお薬でお渡しした。	ツムラ6当帰飲子とツムラ86十味敗毒湯の包装の色が類似しているため、色で鑑査をしてしまい、間違えて交付してしまったと考えられる。また、当時は繁忙であったため、確認がおろそかになり、間違えて交付してしまったと考えられる。	類似している漢方は在庫する場所を出来るだけ離して置くこととした。また、慣れにより色だけの鑑査になってしまった可能性があるため、漢方は色で判断せず、必ず文字を1つずつ照らし合わせて鑑査することを再度徹底する。	ツムラ当帰飲子エキス顆粒(医療用)	ツムラ十味敗毒湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1117	違う薬剤をピックアップし、監査の薬剤師に気づいてもらえた。	最初の2文字しか見ていなかった。FAX処方せん受付し、いつもすぐに来られる方だったので、焦りがあった。	漢方は類似、複雑な名称が多いので、一文字ずつ確認し、ピックアップする。	ツムラ当帰建中湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1118	入力間違い。	頭文字のみで判断し誤った薬剤を選択してしまった。	確認の徹底。	ツムラ当帰建中湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1119	平素よりツムラ当帰芍薬散が処方されている患者に対し、ツムラ芍薬甘草湯を調剤。監査時に気づき調剤をやり直した。	当薬局でツムラ当帰芍薬散が処方されることは少なく、当該患者を含めて二人ほど処方されるのみ。一方、ツムラ芍薬甘草湯は多くの患者に処方され、処方箋の確認不足から誤って調剤したと考えられる。	漢方については名称が類似した薬剤が多数存在することから、処方箋をしっかりと確認して調剤する。また、定期処方されている場合は、薬歴の確認も怠らず調剤、投薬する。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1120	ツムラ当帰芍薬散のところ、芍薬甘草湯が出ていた。交付前に気づき、訂正して交付した。	芍薬だけを見て調整した。	二重の確認と監査の徹底。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1121	ピックアップしたスタッフが、「ツムラ当帰芍薬散」ではなく、医薬品の名称の「芍薬」が類似しており、普段払出量の多い、「ツムラ芍薬甘草湯」を誤ってピックアップしそのまま監査に回した。監査した薬剤師も見落とし、交付薬剤の確認時に、患者より指摘され発覚。すぐに正しい医薬品と交換し対応。	・普段より、閑散な状態であり、調剤時に慣れ、慢心が生まれており、調剤時、監査時の手順が不遵守であった。・処方せんにツムラの番号の記載まではないため、名称が似ている薬剤を選んでみてもすぐに気づけなかった。	・どのような状況であっても調剤手順の遵守の徹底を再度注意喚起・調剤監査時に、処方せんの医薬品名称、調剤された医薬品名称の指差し呼称を必ず行う。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1122	【正】ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 【誤】ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒	入力ミス	鑑査時に処方せんを薬品と照らし合わせてしっかり確認する。また鑑査終了時にも処方せんと指示書と薬袋を再度確認する。入力終了後、入力照合を実施する。体調不良で集中力が欠けていると思った時は別の業務に変わらせて貰えるよう投薬時に患者との会話で相違点がある場合は改めて処方内容の確認を行う初期鑑査は思い込みをせず、手技を遵守して行う	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1123	当帰芍薬散の処方のところ 芍薬甘草湯エキスでピッキングしてあるのに気づかずお渡ししてしまった	処方されている名前のかくにんをキッチリすること。	多忙のときでも監査はきちりとする事	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1124	ツムラ当帰芍薬散で処方箋に記載されていたが、ツムラ芍薬甘草湯で入力。調剤時に薬剤師が気づき、入力を正しく直して患者様に正しく交付する事が出来た。	当薬局では芍薬甘草湯が多く出ているため、思い込みと確認不足があった。	漢方を入力するときには最後まで名前を確認する。入力の時点で、ツムラと呼び出して、一覧から薬を選ぶのではなく、最後まで漢方の名前を入力して呼び出すようにする。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1125	ツムラ23当帰芍薬散が処方されたが、在庫不足の為あるだけ渡し、残りを郵送することとした。後日郵送する時、ツムラ23当帰芍薬散とツムラ123当帰建中湯を混ぜて送ってしまった。翌日、ツムラ123を処方された患者様が来局して在庫不足が発覚し、間違えたことに気づいた。患者様に電話で確認し、交換した。	ツムラは100以上の薬を10色で色分けしていて、末尾の番号が同じだと包装が同じ色になることを認識する。	二重チェック体制を必ず守ること。外観だけで判断せず、最後の1枚まで必ず目を通す。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ当帰建中湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1126	基本的には出庫がされない当帰芍薬散の処方があり、経験の浅い薬剤師が調剤を行った。焦りもあり、名称が似ている当帰建中湯を調剤。監査・投薬者が管理者不在による、他店舗からの応援の薬剤師が行ったが、間違いを修正できずお渡し。投薬後、出庫のない当帰建中湯の空き箱がでていたのを疑問に思った事務員が確認し、事故が発覚した。その後、電話で確認を取り、服用前に薬の取り換えを行った。	普段の勤務するメンバーではなく、調剤者/監査・投薬者の精神的な焦りがあったこと、また、23番と123番ということで、漢方薬の色が同じ緑であったことがミスにつながった可能性が考えられる。	今回の名称類似薬剤へはシールを貼付し間違いをしないように注意を促した。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ当帰建中湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1127	当帰芍薬散 7.5g 分3毎食前 31日分 芍薬甘草湯でお渡し。数日後、本人から電話が薬局にかかり、発覚。	類似名称である。薬歴にも注意するよう記載済み。	投薬時、必ず薬を患者様の目の前で確認することなどとも指導している。薬も離しておくなどの対策済み。投薬前にしっかり確認するよう全員に指導。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1128	ツムラ当帰芍薬散が処方されているところ、ツムラ芍薬甘草湯で調剤していた。調剤頻度は後者の方がかなり高く、きちんと確認せずに調剤してしまっていた。	処方頻度の違いから、確認不足で調剤してしまっていた例。漢方薬はメーカー毎にあいうえお順で整理されており、品名がより類似しているものは調剤していないのに、番号や識別の色なども全く違うものを出してしまっていた。	間違いの起こりやすいものは、スタッフ全員が共有し、普段から声出し調剤や声出し確認をするように心掛ける。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1129	ツムラ当帰芍薬散の処方をお願いで、ツムラ芍薬甘草湯をピッキングしてしまった。	普段の慣れから、そのような初歩的なミスに至った。	スタッフ同士で今回の症例を共有しあった。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1130	ツムラ排膿散及湯28日分のうち14日分をツムラ猪苓湯合四物湯でお渡し。後日患者様家族より連絡にて発覚。取り替えて事なきを得た。	漢方を数字の順番に配列させており丁度隣り合わせに配置された状況で調剤者が2週間分ずつ調剤。監査時に色が同じなので4週間分排膿散及湯と思い込み交付。	漢方の間に間仕切りを入れることにより差別化を図る。	ツムラ排膿散及湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ猪苓湯合四物湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1131	ツムラ麦門冬湯の処方だったが間違えてツムラ小青竜湯を調剤	外包装も似ており、その他不足薬も発生した為注意力散漫になった	間違いやすい薬に関して注意喚起をスタッフに周知した	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ小青竜湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1132	2020年11月18日(水)13時頃、患者(75歳男性)が処方せんを持参した。ツムラ麦門冬湯エキス顆粒9g分3 毎食前で処方されていた。調剤者はツムラ麦門冬湯エキス顆粒を調剤するところ、ツムラ小青竜湯エキス顆粒を誤って調剤し、監査者へまわした。監査者が、取り間違えを指摘。調剤者にツムラ麦門冬湯エキス顆粒を正しく調剤し直してもらった。監査時に気づいたので患者様への交付は無かった。	薬剤の外観が銀色にピンクと同じ。一包量も3.0gと同じ。番号も19番と29番と似ていたことから間違えた。	ただ番号順に薬品を配列するのではなく外見類似のものは離して置くようにする。	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ小青竜湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1133	処方箋に、ツムラ麦門冬湯エキス細粒と記載のあり、ピッキングしようとした。その際、複数個、麦門冬湯が保管している調剤の棚に、誤って、苓桂朮甘湯が混在していた。そのため、ピッキングした薬剤師が、思い込みにより、苓桂朮甘湯を投薬する薬剤師に渡し、監査の後、投薬カウンターにて患者に投薬しようとしたところ、薬剤師自信が誤りに気づいて、本来交付すべき薬剤を用意し、投薬・服薬指導を行った。	調剤慣れに伴う、根本的な思い込みによるものと判断できる。本来あるべき位置ではないところに、薬剤があったことも当然の誤りであるが、ピッキングした漢方の番号が類似、ならびに漢方番号の色が同色であるため、気づくことなく、投薬台まで薬剤が移ってしまった。監査すべき薬剤師も最終的には気づいたものの、一次的の監査で、漢方の番号、色などで判断し、思い込みにより、誤りに気づかなかった点は大いに反省すべきである。	忙しかったために、前回調剤した際に、本来もどすべき位置に薬剤を戻していなかったことが、一次的な要因である。1日の定期的な時間に、調剤棚などを確認し、薬剤が混在していることの内容を確認を行うように、業務手順を改めた。また、ピッキング、監査も慣れによる事が過誤の原因と思われるので、今一度、処方箋原本と、手元の薬剤を確認し、調剤・投薬を行うことが必要と判断した。	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1134	病院医師処方箋ツムラ八味地黄丸処方のところ、ツムラ牛車腎気丸で投薬してしまった。調剤監査スルーしている。	調剤者は勘違いをしている。監査者も監査をスルーしていた。	処方箋をしっかりと確認する。	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒 (医療用)	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1135	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒 7.5g 毎食前で処方されていたが、ツムラ五苓散エキス顆粒 7.5gで調剤し投薬してしまった。当日中に間違えてお渡ししたこと気づき、即座にお電話し八味地黄丸と交換した。幸い残薬から服用していたため、患者が服用していなかった。	ツムラの八味地黄丸と五苓散の外観が似ており、お薬を隣通しに配置してしまっていたため、今回の事例が発生したと考えられる。	八味地黄丸と五苓散の配置をずらし、そのほかの漢方薬も極力似ている外観のものは離して配置するようにした。繁忙時とはいえ、必ずダブルチェックをするように心がける。	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒 (医療用)	ツムラ五苓散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1136	7番のツムラ八味地黄丸が処方されている患者さんに107番の牛車腎気丸をお渡しししそうになった。当薬局では107番牛車腎気丸の処方が多いため、7番の八味地黄丸が処方されていたが番号と色が似ている107番の牛車腎気丸と間違えた。監査時に気づいた。	普段よく出ている薬をイメージしてしまったこと。漢方の処方において、番号を優先的に意識してしまっていること。	漢方薬も薬剤名をしっかりと確認して調剤に取り組むこと。	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒 (医療用)	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1137	T16処方の患者にT14をビックしてしまった。監査者がすぐに気が付き交付はなかった。	頭の文字だけで薬剤を判断しない。確実に薬品名を確認する。	上記と同様。	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1138	ツムラ半夏厚朴湯(16番) 28日分処方。ツムラ半夏厚朴湯とツムラ麻子仁丸(126番)を14日分ずつお渡し。後日 家族が間違っていると持ち込み。	漢方薬を保管している引き出しに、同じ色の漢方薬を隣り合わせに保管していたので、確認せずにビックしたと考えられる。	同じ色の薬は、隣り合わせに保管しない。出来る限り 違う場所に保管する。	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ麻子仁丸エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1139	【正】ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(医療用) 【誤】ツムラ温経湯エキス顆粒(医療用)	7/1以前の充填業務	全スタッフのPDA使用方法マニュアルの徹底を行う。100錠以上、1箱以上を調剤、充填する場合は100錠ずつ、1箱ずつ、端数ずつPDAを通すことを徹底する。充填時は同じ薬品で多数納品があっても、1箱ずつPDAを通して充填してカセットや引き出しにしまう事を徹底する。最終鑑査手技の徹底を行う。	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ温経湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1140	半夏白朮天麻湯が処方されていたところ、誤って半夏厚朴湯にて調剤。鑑査時判明したため患者さんの手には渡っていない。	調剤を行ったのは異動後間もない事務員であったため、当薬局に半夏白朮天麻湯が採用されていることを把握しておらず、半夏厚朴湯を誤って取ってしまった。	採用医薬品の把握に努め、先入観にとらわれず薬剤名は最後まで確認してから調剤を行う。	ツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1141	半夏白朮天麻湯42包ビックキングするところを半夏瀉心湯を42包ビックキングした	漢方名称の類似によるビックキングミスと考えられる。また、半夏瀉心湯の方が出庫頻度が高いため、処方の数文字を見て半夏瀉心湯であると思い込んでしまった。	漢方は類似名称が多いため最後まで見てビックする漢方を判別するよう徹底する。	ツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1142	いつも定期的に出ている薬 ツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒(医療用)をツムラ半夏厚朴湯でビックキングし、監査者も気づかずに、交付者は薬袋に入っていたため、気付かずに患者さんに投薬した。4日後に患者さんご本人より電話あり、服用する前に間違いに気づいて下さり、薬を交換したため大事に至らなかった。	処方箋の薬の名前と薬のヒートに書いてある名前を確認し、実物で照らし合わせて確認	患者さんの前で、薬袋に薬を入れる	ツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1143	ツムラ半夏瀉心湯42包/箱を4箱調剤するところ、ツムラ半夏瀉心湯3箱+柴苓湯1箱調剤していたところを監査者が発見し訂正した。	ツムラ半夏瀉心湯は14番、ツムラ柴苓湯は114番のため見た目が似ていた。調剤者は同じ場所からとったとのことだったため、納品時に114番を14番の置き場に置いたと思われる。	漢方は番号順に並んでいるため、納品も調剤も箱それぞれの番号をすべて確認してからすることを徹底する。色が似ている包装があることを周知する。	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ柴苓湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1144	半夏瀉心湯14が処方されている患者に対し、半夏厚朴湯16を調剤。投薬してしまった。	漢方薬に不慣れな背景もあり、十分な確認をせずに調剤・投薬を実施。患者様との会話の中で、現体調から半夏厚朴湯が調剤されていることを不思議に思いながらも最終確認で処方箋をみずに渡してしまった。	処方箋の確認の徹底。必ずダブルチェックでの調剤・監査の実施。投薬時にも、疑問に思う際には再度確認をする。基本的なことを怠らないように改善していきます。	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1145	ツムラ半夏瀉心湯を処方されていたが、誤ってツムラ半夏厚朴湯をお渡しした患者がいつもの薬と見た目が違うことに気づき、過誤発覚	忙しい時に、処方内容を最後まで見ずに「半夏」のみで判断し、よく処方されるツムラ半夏厚朴湯を調剤した	漢方は似た名前のものがいくつか存在することを念頭に置き、処方内容をしっかり確認する	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1146	3か月前に処方されたツムラ補中益気湯41番のところツムラ呉茱萸湯31番を渡していた同居の娘がもって来たとの幸いにまったく服用されていなかったとのこと	包装の帯の色が10番違いで同じ 似てるし間違いやすい	特に10番台 のチェックを二人で行う	ツムラ補中益気湯エキス顆粒	ツムラ呉茱萸湯エキス顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1147	㊶ツムラ補中益気湯エキス顆粒 7.5g 毎食前 30日分処方されていたところ、61番のツムラ桃核承気湯エキス顆粒の箱を取り、その中に18包だけ入っており、新しい㊶の189包入りの箱を手に取り21包包装を3束と残り9包をその61番に重ねて調剤。監査した薬剤師は61番の上に重ねた㊶を見ただけで全てが㊶と思い込み計数監査をしまい、患者様にお渡ししてしまった。その後発注処理をして翌日の納品時に61番が発注納品されていることに疑問を抱き、患者様に確認後、61番が混ざっていることに気づき、まだ服用していないことを確認の上、正しい㊶に交換しました。	漢方薬の帯がついている場合はほぼ間違いなくその番号の薬であると考えられるが、そうでない輪ゴムで束ねた薬に関しては、輪ゴムを外して確認をすることを徹底します。特に下一桁目の番号が同じ漢方薬は同じ色であるので間違いを起しやすいと思います。	漢方薬の番号だけでなくきちんと薬品名を確認して調剤をすること。帯がついていない漢方薬に関しては、輪ゴムを外して確認をすること。	ツムラ補中益気湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桃核承気湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1148	ツムラ補中益気湯をお渡しすべきところ、ツムラ桃核承気湯が渡った。患者からの連絡で発覚した。	・かなり長い間同じお薬を飲んでいたので、患者と話しながらの袋詰めなどチェックが甘くなった・包装の色合いがまったく同じな上、下2文字が同じところで鑑査も甘くなった	・ダブルチェック・トリプルチェックの徹底・患者へ払いだす際に患者さんに見せながらのチェック	ツムラ補中益気湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桃核承気湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1149	いつもツムラ防風通聖散を服用しているが、ツムラ桂枝人参湯が入っていたと患者本人から連絡があった。自宅に伺い薬を確認したところ、ツムラ防風通聖散84包のうち21包がツムラ桂枝人参湯で入っていたことが判明した。お詫びし薬を交換した。	ツムラ防風通聖散は緑のラベルで62番、ツムラ桂枝人参湯は同じく緑のラベルで82番であったため、見た目が似ており監査時に混入に気付かなかった。在庫も並びでおいであり、取り違えしやすい状況だった。	在庫の置場所を整理し、間違いやすいものは離して置く。今回の事例を薬局内で周知し、再発しないよう鑑査を徹底する。	ツムラ防風通聖散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝人参湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1150	FAXによる処方箋。時間があるため、実習生がピッキング。漢方薬の数量に惑わされていたため、似た名前の漢方をピッキングしてしまった。その状態で監査したため、監査者も思い込みで、間違えてしまった。時間において監査した薬剤師が発見。	実習生がピッキングする際は、漢方の番号などもあわせて声掛けする。	残置の薬は、必ずフタリ以上で監査する。	ツムラ防已黄耆湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ防風通聖散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1151	漢方薬を3種混合する患者で、混合する漢方薬を、処方箋と異なるものを調剤してしまった。	約束処方でもよく混合される漢方薬があるのだが、今回は1種が約束処方の内容とは異なるものだった。それを見落とし、通常よく処方される内容で調剤してしまったもの。	処方箋の内容は、約束処方の内容確認もしっか い行うこと。	ツムラ防己黄耆湯エキス 顆粒 (医療用)	ツムラ越婢加朮湯エキス 顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1152	漢方の取り間違い	色で区別していた	何度も確認。	ツムラ防己黄耆湯エキス 顆粒 (医療用)	ツムラ真武湯エキス顆 粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1153	処方箋ではツムラ麻杏甘石湯の処方 だったが処方入力もツムラ麻杏よく甘 湯だったため、間違えて麻杏よく甘湯 を用意してしまった。他の薬剤師の確 認で発見し、投薬前に訂正することが できた。	普段麻杏よく甘湯の処方が多く、麻杏と いうところで麻杏よく甘湯と思い込んで しまった。処方箋をよく見れば、内科の 処方であり、他に出ている薬が咳の薬で あったので、処方意図を理解していれば 防げた事案である	漢方製剤の処方意味の確認、理解の徹底処方箋 確認を確実にする	ツムラ麻杏甘石湯エキス 顆粒 (医療用)	ツムラ麻杏よく甘湯エ キス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1154	ツムラ麻子仁丸を120包調剤すべきところ、 一部にツムラ茯苓飲合半夏厚朴湯 が混ざっていた。調剤監査機器は正しい 麻子仁丸で照合しており、監査者も 気づかず患者様へ交付。投薬時に調剤 室内へ戻る用事があり、調剤室内で茯 苓飲合半夏厚朴湯の空箱を発見。一部 に誤って混入していたことに気づき、 患者様へ交付前に正しい薬剤に調製し 直してお渡しした。	麻子仁丸、茯苓飲合半夏厚朴湯どちらも ツムラの番号表記が3桁で、ラベルの色も 同じであり、箱同士近くに置いてあった ため、同じ薬と見誤り調整。監査時も、 監査機器を通していたため、番号や名称 をしっかりと確認せず包数の監査に集中し てしまった。	誤った薬剤が混在していると、監査機器では間違 いに気づきにくいいため、誤って取ってしまわな いように近くに置かず、配置を考え直した。	ツムラ麻子仁丸エキス 顆粒 (医療用)	ツムラ茯苓飲合半夏厚 朴湯エキス顆粒 (医療 用)		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1155	一般名処方、麻子仁丸5g朝夕食後 28日分の処方であり。本来ツムラ麻子 仁丸1包2.5gを調剤するところである が、オースギ麻子仁丸1包2.0gを調 剤。当薬局ではオースギ麻子仁丸のほ うが頻度が多く、麻子仁丸をみてオー スギを慣れで調剤してしまった。そして 監査者も気付かずにそれで渡してしまっ た。	漢方には同じ名称で、別メーカーがいく つかある。g数が同じものもあるが、異 なっているものもあるため。調剤時には1 包あたりのg数まで確認が必要であるが、 麻子仁丸だからという思い込みで、普段 よく使うほうを調剤。	調剤するときにはわかりやすいよう、オースギやツ ムラと記載するようにしているが、あまりでない ものにはマル付して注意喚起を促していく。監査 者はg数まできちんと監査を行っていく基本を徹 底して、思い込み監査にならないようにしてい く。	ツムラ麻子仁丸エキス 顆粒 (医療用)	オースギ麻子仁丸料エ キスG		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1156	12/28に患者が入居中の施設のスタッフより問合せの電話を受けた。現在12/4に14日分処方された漢方を飲んでおり、無くなり次第12/18に処方された漢方を飲む予定だったが、今飲んでいる12/4処方の漢方がいつもと異なるものだと感じたとの内容だった。当該患者は今までずっと継続してツムラ126番・麻子仁丸顆粒を飲み続けていたが、12/4に薬局が誤ってツムラ136番・清暑益気湯を調剤してしまったことが発覚した。施設にまだ1日分(3包)ほど誤って調剤した漢方が残っていたため、ツムラ126番と交換して対応した。服用期間は12/13～12/27、処方医には報告済みであり、医師とヘルパーに経過の観察をお願いした。清暑益気湯を服用した事より、麻子仁丸を服用できていなかった事が問題である。本人は、便秘は特にしていないとのことだが、ヘルパーより10～15分くらいトイレから出てこなかったことがあったと聞いた。	126番から136番の間に採用品がなく調剤室においてそれぞれの漢方が隣同士になってしまっていた。また箱と中身の見た目が似ていたため、誤って調剤したと見られる。監査時に医薬品名ではなく色による識別を行っていた可能性がある。ともに100番台であることも混同をする要因である。過去に同じような誤りがあり、ツムラ19番と29番については対策済みであったが、今回間違いの原因となったツムラ136番・清暑益気湯は今回の事例の直前に採用しており、対策が不十分だった。	それぞれの漢方の配置場所を離し、混同しないようにした。また、レセコンの漢方表記名に番号を含めることによって、見た目・薬品名・番号で区別できるように工夫した。また納品時(棚付け)にも同じように確認を怠らず間違えないように注意する必要がある。	ツムラ麻子仁丸エキス顆粒(医療用)	ツムラ清暑益気湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1157	ツムラ抑肝散を交付するところをツムラ抑肝散加陳皮半夏を交付した。施設に交付後、施設職員による薬のセット時に判明した。	ツムラ抑肝散加陳皮半夏を調剤した患者のあとに続けて当該患者を調剤した為ツムラ抑肝散であるにも関わらず思い込みでツムラ抑肝散加陳皮半夏を調剤した。調剤者と監査者が同じだったため。	ダブルチェックのため2人以上薬剤師がいる場合は調剤と鑑査は違う薬剤師が行う。	ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1158	ツムラ抑肝散エキス顆粒(T54)1日3回毎食間1日7.5g30日分の処方。ピッキング時に28日分取り、2日分取っていなかった。鑑査者がそれに気が付き、さらに2日分ピッキングしようとしたが、間違えて同じ文字色のツムラ加味逍遙散エキス顆粒(T24)をピッキングしてしまった。鑑査時に薬剤師が気が付いた。	ピッキング時に薬品名を確認せずに、文字色のみで判断してしまった。	ピッキング時は薬品名まで指差し呼称をする。	ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1159	ツムラ抑肝散エキス顆粒が処方されていたのに、ツムラ加味逍遙散エキス顆粒を調剤しお渡しした。患者様が服用され味の異常のため吐き出された。服用はされなかったが、母親が来局され不安を強く訴えられた。薬効の違い等説明し、吸収されてないため害はないことを説明し安心された。	繁忙であった。外観が24と54で色が黄色で類似しているため、お渡し時の相互確認時に気づかずに渡してしまった。	監査時集中して行う。薬局内で事例共有した。	ツムラ抑肝散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1160	ツムラ抑肝散を7.5g 60日分をお渡しするところを、誤って14日分大黃甘草湯をお渡ししてしまった。	薬局では調剤室の面積も考慮してツムラの漢方薬をすべて42包入りの包装で在庫している。医薬品納入時に同色の箱を間違い同じ場所に直しそのまま調剤してしまった。監査者も8束並んだ漢方薬がすべて同じものと判断してしまい、十分な監査を怠ってしまった。	処方量の多い漢方や間違えやすい漢方は大箱で在庫をする。調剤時に箱単位で監査者に送ることができるものは箱を開けずに調剤する(監査者が箱を確認して開封する)	ツムラ抑肝散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1161	抑肝散を調剤すべきところ大黃甘草湯を調剤、監査も抜けてしまった。施設でセット時他の薬剤師によって間違いを発見し差し替えした。	漢方薬は外観が類似しているため注意をしていたが、慣れにより確認を怠り間違いに繋がった。	これまで以上に漢方は特に色が同じもの、名称が似ているものについては特に注意して調剤、監査を行う。	ツムラ抑肝散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1162	ツムラ抑肝散の箱のに処方中止になったツムラ加味逍遙散が戻されてしまっていた状態。ツムラ抑肝散を14日分の処方 came 際ツムラ54を7日と24を7日混ざった状態で調剤。監査時に発覚。	戻り薬の加味逍遙散の戻し間違え。同じ黄色のパッケージなので誤って戻ってしまった。	薬を戻すときはダブルチェックで戻すように改善した。	ツムラ抑肝散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1163	【正】ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒 (医療用) 31日分お渡し 【誤】31日分の中にツムラ滋陰降火湯エキス顆粒 (医療用) 7日分混入	在庫確認したところ、93番は2年くらい使用なし。83番在庫あった。前回今年3月の棚卸確認したところ、2種が修正されていたので、3月以前に何らかで83番に93番21包束、混入したのと思われる。	充填・ミス戻し、調剤時に複数箱ピックアップ時含めて、都度PDAを運用し混在を発生させないようにする。充填する際、各人がPDAを用いて作業していることを確認した	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒 (医療用)	ツムラ滋陰降火湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1164	処方箋をよく見ずに名前がよく似た漢方薬を取り揃えてしまった	この方は薬の種類が多く数人で取り揃えたのも間違えてしまった要因の一つです	一人がなるべく取り揃えて監査 その監査は必ず声出し確認をするように徹底をした	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒 (医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1165	処方上はツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒が記載されていたが、思い込みで、ツムラ抑肝散エキス顆粒を投薬。再監査時に、83でなく、54が投薬されているのが発覚、本人は施設の為、スタッフに確認するも誤投薬であった。謝罪し正しい83に変更した。	当局は、基本的に脳外がメインなので、54の使用例が多い、その時に、頭の3文字のみで判断してしまった。	今後は、対策として漢方薬を監査するときは、薬品と、処方せんと2重チェックをすることとした。	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒 (医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1166	ツムラ抑肝散加陳皮半夏が処方されていたがツムラ抑肝散を誤って調剤してしまった。	ツムラ漢方で最初の3文字の名称が同じ漢方だったので抑肝散加陳皮半夏ではなく抑肝散を調剤してしまった。	調剤薬剤師は調剤だけでなく調剤録との監査を行うことにした。監査薬剤師は監査と投薬を行うので、二人の目で薬剤、調剤録の確認できるように薬剤師を配置した。	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒 (医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1167	患者が処方箋を持って来局。ツムラ苓桂朮甘湯 (39番) の処方が出ていたが、薬剤師A (職種経験年数9年) はツムラ苓桂朮甘湯 (39番) を調製するどころ誤ってツムラ苓姜朮甘湯 (118番) を調製し、鑑査に回した。鑑査・投薬にあたった薬剤師Bもミスに気付かずそのまま患者へ投薬を行った。患者帰宅後に「いつもと違う漢方が入っている」と電話あり。すぐ患者宅へ伺い、誤った薬剤を回収し正しい薬剤を交付した。	「ツムラ苓桂朮甘湯」と「ツムラ苓姜朮甘湯」と1文字違いの医薬品のため、調剤・監査時に気付けなかった。薬袋や薬剤情報提供書に写真が載っているので、本来であれば監査時に漢方の色や番号でミスに気付けたところであるが、これらの確認を怠ったためミスが生じた。	・漢方の棚に類似名称の注意喚起の紙を貼っておく・監査時の施行手順を怠らないように徹底していく	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1168	苓桂朮甘湯苓姜朮甘湯入力間違え患者本人が薬情と薬品が違うと来局したことで判明	医薬品の漢字が一文字のみ異なる処方入力者はその様な類似品があることを知らなかった	苓桂朮甘湯苓姜朮甘湯類似品があること知識として記憶しておく 監査する薬剤師も同医薬品に対して注意し処方入力への監査を行う	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1169	類似名漢方製剤の取り間違え	患者が、集中した。	両製剤を、一番上段と一番下段に、並び変えた。また、外箱に大きく、桂と姜を表示した。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1170	苓桂朮甘湯エキスを苓姜朮甘湯で渡す	名前似ていて間違える	薬歴に名前と番号のシールを貼る	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1171	漢方薬の名称一字違いのため勘違いで調剤.監査もスルーされたが,不足があったために不足処理をしようとした薬剤師が気づく	思い込み	漢方薬は似たような名前がある為、今後一言一句確認する	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1172	午前中に他の患者様にツムラ苓桂朮甘湯をお渡しした。午後別の患者様に苓姜朮甘湯処方したが、苓桂朮甘湯を調剤してしまった。しかし処方箋を見返したときに違うお薬だと気づいた。	ツムラ苓桂朮甘湯は久しぶりに扱ってお薬だった。午後別の患者様に苓姜朮甘湯の処方があったときに、苓桂朮甘湯と思い込みが発生した。一字違いのお薬である。	漢方はとても似通ったお薬が多い。一字一字指なぞりをして確認すべきである。	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1173	ツムラ乙字湯が56包処方されている患者様にツムラ乙字湯44包とツムラ六君子湯12包お渡ししてしまった。	ツムラ乙字湯の引き出しにツムラ六君子湯が入っていた。鑑査時、投薬時に数の確認に気をとられて1包1包の確認が疎かになった。薬の帯の色での思い込みがあった。	納品し、棚に詰める時にしっかり薬品と充填場所があっているか確認を行う。鑑査時、投薬時は1包1包の薬品名をしっかりと確認する。	ツムラ六君子湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ乙字湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1174	ツムラ六君子湯エキス顆粒42包処方されている患者様にツムラ六君子湯15包とツムラ乙字湯27包でお渡ししてしまった。	ツムラ六君子湯のにツムラ引き出しに、ツムラ乙字湯が入ってしまっていた。また、鑑査時に薬の包装の色で思い込みが発生した。数の確認に気をとられ、1包1包の印字の確認がおろそかになってしまった。	納品時、薬を戻す時の確認をしっかりと行う。鑑査時に1包1包の薬品名印字を確実にを行う。	ツムラ六君子湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ乙字湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1175	ツムラ43六君子湯処方のところツムラ23当帰芍薬散でお渡ししていた。投薬後在庫確認にて違う薬をお渡ししていることに気づき、患者宅へ連絡し服用前に交換した。	パッケージの色が同じなため取り間違えた	どちらも1人しか処方されていない薬だったので、箱に処方されている患者の名前を貼っておくことにした	ツムラ六君子湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1176	六君子湯のメーカー違いのを調剤した。患者様に投薬する前に発見。	繁忙期のため。六君子湯の場所が、ツムラ、クラシエが隣同士で保管していたため。	六君子湯の置いている場所を変更する。	ツムラ六君子湯エキス顆粒 (医療用)	クラシエ六君子湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1177	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒2.5g/分1が処方されていたのを、クラシエ芍薬甘草湯3g/分1で投薬していたことが、翌受診時の処方薬を投薬時に、患者様からの申し出で、発覚。患者様から、クラシエ芍薬甘草湯3gの方が、具合よく飲みやすかった、と申し出あり、処方医師に、間違って投薬した事情等説明した上で疑義照会→結果、当日の処方がツムラからクラシエ芍薬甘草湯に変更される結果となった。	漢方薬の同一名称・規格包装(メーカー)の違いの確認漏れ。	漢方薬は、複数のメーカーから、同一規格(包装)販売のものも多い。メーカー、規格包装、を、再確認して、投薬に当たる事。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)	クラシエ芍薬甘草湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1178	ツムラ(68)芍薬甘草湯処方のところ、ツムラ(38)当帰四逆加呉茱萸生姜湯を誤って調剤し、交付した。後日、薬が違っていることに本人が気づき、交付していた薬を持参された。3包服用済みだったが、健康被害はなかった。服用による症状の改善もなかった。正しい処方薬と交換した。	・どちらの薬品も包装形態が似ていた。 ・当日は通常に比べ、かなり繁忙で、調剤者、投薬者ともに焦り、思い込みがあった。	・手順を再確認。監査における確認も徹底する。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1179	ツムラ68を14包のところ、9包をツムラ58でお渡ししてしまった。	箱が並んでおいてあり、同じ色の箱。	薬の配置を変えた。離れておくことにした。調剤時には、色で判断しないようにする。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ清上防風湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1180	ツムラ芍薬甘草湯2.5gの調剤のところ、クラシエ芍薬甘草湯3.0gを調剤した。監査時用量が異なるため間違いに気づきツムラ芍薬甘草湯に調剤をし直し患者に投薬を行った。	お昼時間帯で一人薬剤師。また慢心もあり調剤時のミスが出てしまった。	必ず処方せんを元に調剤を行うことを徹底。また一人時は監査は場所を変えて指差し確認をしながら行うこととする。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)	クラシエ芍薬甘草湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1181	本人よりツムラ十全大補湯が混じっていると電話あり。ツムラ芍薬甘草湯112包のうち、ツムラ十全大補湯を42包混ぜてお渡ししてしまったことが判明。	包装の色が同じで番号や薬品名をしっかりと確認しなかった	在庫の保管場所の棚をずらす。お渡しするときは外観や色で判断するのではなく、薬品名をしっかりと確認する。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ十全大補湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1182	とり違い	確認不足	確認の徹底	ツムラ茵ちん五苓散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1183	ツムラの116番が処方されたが薬品棚に116番と16番が混在していた。調剤、鑑査時に気が付かず一部を16番で交付してしまった。発注業務時に薬品が混在しているのを発見し、患者に確認し服用前に回収	納品時に外観の類似から一括で棚に入れてしまった。鑑査時に最初の包装のみ名称を確認し、他は数の確認のみにしてしまった。	現状、混在が無いかを確認納品時に発注記録を出し照合しながらの納品に変更	ツムラ茯苓飲合半夏厚朴湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1184	3歳の患者にツロブテロールテープ0.5mgが処方されていた。3歳なのでツロブテロールテープ1mgを調剤していたが、鑑査時に0.5mgが処方されていることに気づき疑義紹介。体重10kgなのであえて0.5mgを処方したとのことであったので、0.5mgで投薬をした。	年齢によって用法用量の異なる薬剤は、まず年齢をみて調剤する傾向にある。調剤歴の長い薬剤師であったため、余計に確認が疎かになったとも考えられる。	年齢や体重をしっかりと確認した上で、処方内容を勝手に決めつけない。用法用量が異なれば、必ず疑義紹介する。	ツロブテロールテープ0.5mg「久光」	ツロブテロールテープ1mg「久光」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1185	ツロブテロールテープ0.5mgが処方されていたが、患者の年齢・体重等からツロブテロールテープ1mgが妥当と判断し疑義照会を行ったところ処方変更となった。	医師が処方箋記載時に確認を怠ったと推測。	処方内容と患者さんからの情報を総合的に確認していく。	ツロブテロールテープ0.5mg「久光」	ツロブテロールテープ1mg「久光」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1186	3歳でツロブテロールテープ0.5⇒1ミリへ	年齢確認不足	年齢に丸を付ける	ツロブテロールテープ1mg「HMT」	ツロブテロールテープ0.5mg「HMT」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1187	一般名処方でツロブテロールテープ1mg7枚処方してツロブテロールテープ「久光」1mg調剤するところ、ホクナリンテープ1mg調剤してしまった。	基本的に後発不可で先発のホクナリンテープで処方箋が来るので、そのままあまり確認せず調剤してしまった。	処方箋と薬袋を2回確認する。鑑査システムを活用する。	ツロブテロールテープ1mg「久光」	ホクナリンテープ1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1188	ツロブテロールテープ2mg「HMT」を調剤しなければならないところをアレサガテープ4mgをビックした。	外装の酷似外用の棚にあったため、両薬剤の距離が近かった	配置場所の棚を変えて、両薬剤の距離を空けた。以前よりあった薬剤名のラベルをより明確なものにした。	ツロブテロールテープ2mg「HMT」	アレサガテープ4mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1189	ティアバランス0.1%が処方されていたところ、間違えてアイドロイチン3%をお渡ししそうになった	同効薬であり、確認がおろそかになっていた。両方よく処方される薬であり、薬効説明でも違いに気が付かなかった。	同効薬での思い込みを捨て、しっかり処方箋と薬を確認する	ティアバランス点眼液 0.1%	アイドロイチン3%点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1190	処方薬と調剤薬の規格間違い。	お昼の時間帯で一人当番の際、続いた患者に対応しきれなかった。	一人の入力の時は鉛筆で○をつけるようにする。	ティアバランス点眼液 0.3%	ティアバランス点眼液 0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1191	一般名でヒアルロン酸Na点眼液0.3%が処方されていたが、誤って0.1%で調剤してしまった。	当該医院からは0.1%点眼液が処方されることが多く、0.3%点眼液が処方されたことがほぼないため誤って調剤した。入力情報とチェックするミスゼロ子というシステムを導入しているが、入力も間違っていたため調剤のミスに気づけなかった。	一文字ずつ注意深く監査する。	ティアバランス点眼液 0.3%	ティアバランス点眼液 0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1192	ティアバランス点眼液0.3%が処方されていたが、ティアバランス点眼液0.1%で調剤次回来局時に、症状改善でこの薬も継続するか?と、本人が提示した薬が誤った薬であったため、事例発覚となった。状況を説明し、交換、治療継続へ	常勤薬剤師が不在で非常勤の薬剤師が臨時に勤務した日であり普段は入力時に色分けされているため判別できたが、色分けに注意がいかず、調剤に至った	色分けのルールなど認識を入力時以外にも分かるよう、棚にも配置	ティアバランス点眼液 0.3%	ティアバランス点眼液 0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1193	処方箋には一般名でバルサルタン20mgと記載。患者様は先発品希望のところ、ジェネリック医薬品で一包化し渡す。後日、予製作成時にジェネリックのヒートが予製のケースに入っていたためミスに気付く。患者様は残薬を服用しており、お渡しした薬を服用していなかったため健康被害はなかった。	先発品とジェネリックのヒートが、同じ緑色であった。また錠剤の色も同じ黄色であり、監査時に見落としてしまっていた。	錠剤の印字を確実にチェックすることを徹底する。また、ジェネリックと先発のヒート包装や錠剤の外観が似ている際は、予製のケース等にその旨を記載し、作成時及び監査時にミスが起こらないよう注意喚起する。	ディオバン錠20mg	バルサルタン錠20mg 「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1194	ディオバン80mgで処方されていたが、GEのバルサルタン80mgで調剤、監査者が気が付き調剤し直した。	先発品ではなくGEを誤って調剤していた、GEを調剤する機会が多いため思い込みがあった。ヒートデザインも似ているため調剤者の確認不足であった。	薬歴に付箋で注意する旨を貼付し、調剤者は調剤する前に必ず薬歴を確認することを手順にした。監査者も調剤者に注意を促すように改善した。	ディオバン錠80mg	バルサルタン錠80mg 「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1195	ご本人は先発希望であるが、一般名処方 の薬品について後発医薬品をお渡し してしまった。	前回、投薬時、患者さんが「眠れない」と 訴えており、受付時にも元気がない様子 が見えたことから、調剤者はその点が気 になり、調剤への集中力が欠けていた。 監査者は個人的業務が多忙で集中力が欠 けていた	どんなときも、ルーチン作業を徹底し、調剤者・ 監査者ともに再確認をしっかりとる	ディオバン錠 80 mg	バルサルタン錠 80 mg 「科研」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1196	ディナゲスト錠0.5mgの処方の所、1mg で入力・調剤。	0.5mgは新規発売のものだったため、 1mgの規格しかないという認識でいた。	新発売の医薬品情報を常に収集。思い込みで入 力・調剤しない。	ディナゲスト錠0.5mg	ディナゲスト錠1mg		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1197	患者が処方箋をもって来局した、一般 名処方：アダバレンゲルとなってお り、先発希望だったが、GEで調剤し た。監査の薬剤師Bは薬を見てアダバレ ンゲルのまま監査した。投薬した薬剤 師もそのまま渡した。後日患者が家に 帰り母親が薬袋と薬の名称が違うこと に気づき電話があった。GEであることを 説明したら、このまま使うことの なったので差額分は返金した。	一般名処方のためGEだったが薬が同じの ための間違えた。患者が来局した時間は 午後6時を過ぎて薬剤師も少ない時間帯 であり、監査も素通りした。	調剤する薬剤師も先発かGEか確認しながら、監 査する薬剤師は薬局が混んでいようと確実に監査 をすることとした。薬袋などもしっかり監査して 薬剤と入力と同じかどうか確認するようにして いく。	ディフェリンゲル0.1%	アダバレンゲル0.1% 「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1198	先発希望の患者様にジェネリックをお渡ししてしまいました。業務終了後、在庫数が合わず、発見。患者様に連絡し、すぐに交換に行き、未使用のまま、交換できました。	ジェネリック率を上げるため、多くの患者様にジェネリックをお勧めし、多くの方がジェネリックに変えて下さっていたので、調剤した者も監査した者もジェネリックをご希望されていると思い込んでお渡ししてしまいました。	忙しくても、きっちり薬歴を確認した上で、監査をするように気をつけていきたいと思います。	ディフェリンゲル0.1%	アダパレンゲル0.1% 「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1199	前回と同じ処方が続いていると思込み、入力で前回処方をコピーした。	前回QRコードを読んだときに、薬名の学習がうまくできておらず、デエビゴ以外手打ちになったので、今回QRコードを読み取らずに入力を始めてしまった。	すぐく時間がかかるわけではないので、QRコードで読み取り可能なものはすべてQRコードで読み取る。	デエビゴ錠10mg	デエビゴ錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1200	当薬局に採用の無いデエビゴ錠10mgが処方され、患者希望により取り寄せ、後日お渡しとなった。当日、別件で発注のかかっていたデエビゴ錠5mgが納品され、10mgと間違えてこちらをピッキングしてしまった。3日後、普通薬の入った引き出しを確認中に未開封のデエビゴ錠10mgが発見され、お渡し前のピッキング済み薬剤を確認した所、間違いが発覚した。	デエビゴ錠10mgを取り寄せるという話を調剤室内でした後、当日の納品でデエビゴ錠が届いたため、不足の取り寄せ分かと思いピッキングをしてしまったと考えられる。外来の監査には監査機を通す決まりとなっているが、マスタ不備によりチェックが行えなかったため、写真のみ撮影し、監査完了の操作をしてしまった。	前提として、ピッキング、監査は別の人間が行い、複数人の目でチェックを行う。普段から監査機のマスタ不備が多いと、監査機の不具合を疑い、自分のミスを疑わなくなってしまうため、マスタの整備は極力最新のデータに追いつくよう日頃から心掛ける。	デエビゴ錠10mg	デエビゴ錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1201	30日分一包装予製ありの患者。35日分処方あり、5日分追加で作成。薬剤師Aが誤集薬、薬剤師Bがそのまま調剤、監査時にミスに気付く。	監査システムは予製作成時の集薬記録を用いて監査済。5日分は監査システムを用いず、集薬してしまった。	分包機にバーコード読み取り機能があるので、人集約調剤の際はもれなく利用する。集薬済の薬剤を用いる際は、一包装指示書との照合を行ってから調剤に取り掛かる。	テオドール錠100mg	テオドール錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1202	もともと他院にてテオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」を服用していた患者が転院後、同じ薬を出してもらい持ってこられた処方箋には(般)テオフィリン徐放錠200mg (12~24時間持続)にて処方されていた。患者が今までと同じジェネリック医薬品で服用したいとのことで同じジェネリック銘柄で投薬しようとしたが、レセコンにて同薬剤に同じものが出来なかった。その後、医療機関での一般名の選択が誤っていることが判明し、疑義照会にて(般)テオフィリン徐放錠200mg (24時間持続)へ変更してもらった。	テオフィリンに12~24時間持続のもの(徐放錠、先発はテオドール)と、24時間持続のもの(徐放U錠、先発はユニコン/ユニフィル)の2種類の一般名が存在していることに対して知識が不足していた。	ジェネリック変更の際、徐放性製剤で種類が2種類以上ある場合は、どれに該当するか、念頭に置いて変更する必要がある。レセコン入力の際、薬剤取り揃えの際、監査時いずれにおいても注意する。	テオドール錠200mg	テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1203	日ごろから利用している患者に新たにテオドール錠200mgが処方された。薬局に備蓄がなく、後発品希望であったため医薬品卸にテオフィリン徐放錠200mgの後発品の在庫を確認したところ東和薬品の物であれば在庫があると返答があり、それを手配した。事務員はレセプトコンピューターに入力する際テオフィリン徐放錠と徐放U錠があることに気が付いたが薬剤師から指示された東和薬品の物は徐放U錠しかなく、そのまま徐放U錠と入力した。繁忙であったため入力され入荷した医薬品はテオドール錠と持続時間が違うものと気づくことができなかった。交付薬剤師が薬剤服用歴の記載をする際に持続時間の違う薬であることに気づき、患者に連絡を取って別の製薬会社の12~24時間持続型テオフィリン徐放錠200mgと交換した。	薬剤師が電話注文する際、12~24時間持続型のテオフィリン徐放錠と24時間持続型のテオフィリン徐放U錠があることをは知っていたが、東和薬品の12~24時間持続型の徐放錠が入荷することを考えていた。電話注文時は徐放U錠ではなく徐放錠が必要との確認、念押しはしていなかった。東和薬品には12~24時間持続型はない事は知らなかった。電話対応した医薬品卸の担当も徐放錠と徐放U錠が別であることは知らなかったと思われる。監査交付時も12~24時間持続型のものが入力されており入荷していると思込んでしまっていた。テオドール錠からでも24時間持続型のテオフィリン徐放U錠に変更できてしまうレセプトコンピューターのシステムにも一因があった。	テオフィリンに限らず、同成分で持続時間に違いのある医薬品は一覧として薬局内で周知し再発を防ぐ。電話にて注文する際は正式な商品名・規格まで確認し別薬品の注文を防ぐ。	テオドール錠200mg	テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1204	テオフィリン徐放錠(24時間持続)の一般名処方で処方。ピッキングされたのは商品名称でテオフィリン徐放錠100錠「日医工」。	一般名称の持続時間の間違いより発生(2度目) 平素より利用患者の為、監査者が以前に間違っていた記録より発見	持続時間の違いによる薬品名のピックアップをした。	テオフィリン徐放U錠100mg「トーワ」	テオフィリン徐放錠100mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1205	一般名処方でテオフィリン徐放錠200mg(24時間持続)が処方となったが、パソコンの入力でテオフィリン徐放錠200mg(12~24時間持続)を選択。それに対応するテオフィリン徐放錠200mg「日医工」で入力。入力監査や調剤監査で違う薬で入力されていることに気付かずそのまま調剤し患者さんは1日分服用した。翌日に過誤に気が正しい薬に変更した。誤服用による大きな体調変化はなかった。	入力者、調剤者、投薬者が全てテオフィリン徐放錠に24時間持続と12~24時間持続があることを知らなかった。パソコンのマスタが12~24時間持続しか登録されていなかった。一般名処方の入力監査で12~24時間と24時間で一致していないことに気付いたが、24時間が合っていれば問題なしと判断した。	一般名処方を入力する場合は一言一句同じでなければならないと再度確認。一致しない場合は原因を調べて入力・調剤を行う。複雑な一般名処方の薬が採用になった場合は店舗内で情報共有をし、複数似た一般名があることを周知。マスタの登録を修正し商品名にも(12~24時間持続)や(24時間持続)が表示されるように変更した。	テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」	テオフィリン徐放錠200mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1206	【般】テオフィリン徐放錠(24時間持続)200mg2錠1夕食後の処方箋を受け付け、テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」を取りそろえ、監査時に間違いに気づき、テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」を患者に交付した。	テオフィリン徐放錠(12〜24時間持続)とテオフィリン徐放錠(24時間持続)などよく取り間違えられる一般名を把握していなかった。	取り間違えやすい薬剤を把握する。薬剤棚に注意喚起を表示し、定期的にインシデント研修会を行う	テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」	テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1207	患者が処方箋を持って来局。処方箋にはテオフィリン徐放錠(24時間持続)と記載。事務がテオフィリン徐放錠剤「日医工」(12〜24時間持続)で間違えて入力し、薬剤師Aがそのまま調剤し、薬剤師Bが監査で気づかず。薬剤師Cが投薬前に入力、調剤の間違いに気付いた。	一般名を商品名へ変更した際、持続時間の違いが画面や帳票であまり目立たず、間違いに気がつくにくかった。又正しい医薬品の在庫がなく、持続時間の異なる商品があるという知識不足で入力、調剤間違いに気付かなかった。	入力時商品名に変換した際、持続時間が大きく帳票に印字されるようにした。又スタッフ間で持続時間の異なる商品が存在するという事を共有し今後同じ過誤を防ぐようにした。	テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」	テオフィリン徐放錠200mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1208	処方箋に、[般]テオフィリン徐放錠200mg(24時間持続)との記載がなされていたが、当薬局にて採用している薬剤のうちで、テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」ではなく、テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」にて調剤し、患者に交付してしまった。薬剤の取り違えに気付いた時点で、医療機関及び患者に連絡、その日よりテオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」を服用してもらった。患者がテオフィリン徐放錠200mg「サワイ」を服用している間に、症状の悪化等の体調変化は見られなかった。	[般]テオフィリン徐放錠200mg(24時間持続)もしくは[般]テオフィリン徐放錠200mg(12-24時間持続)での一般名処方による、両薬剤の取り違えは起こりやすい事例であったが、薬局内における周知・徹底が十分でなかった。また、調剤時に取り違えを注意喚起するための環境整備も不十分だったと考える。	改めて取り違いやすい薬剤の事例を取り上げ、薬局内にて周知・徹底する。また、調剤棚に取り違えやすいことを注意するためのポップを掲げるなどして、調剤時にも間違えに気付けるような環境整備を行っていく。	テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」	テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1209	処方箋記載の一般名の解釈を誤り24時間持続の薬剤を調剤・交付すべきところ12時間持続の薬剤を調剤し交付当該患者が医療機関に入院した際持参薬を薬剤部で確認したところ過誤にきずき当薬局に連絡をいただきました。	類似した一般名が存在し持続時間・適応等が異なる薬剤についてリストアップを行いPC入力・調剤・鑑査・投薬での注意を徹底する	処方箋内容・一般名処方のただし解釈を徹底する	テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」	テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1210	テオフィリン徐放錠100mg「沢井」2T×2 21日分処方（一般名処方）テオフィリン徐放錠100mg「沢井」の在庫がなく、薬局内にあるテオフィリン徐放U200mg「トーワ」を1T×2 で変更して渡した病院からテオフィリン徐放錠とテオフィリン徐放Uは別のお薬と指摘があり調剤過誤であるとわかった	知識不足であった	後発品から後発品に変更は注意が必要	テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」	テオフィリン徐放錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1211	一般名テオフィリン徐放錠200（24時間持続）をテオドールで 入力してしまった。	普段受け付けることが少ない市外の処方せんで事務員も薬剤師も経験知識不足があった。不足薬など他にも考えることがあり注意力が低下した。	テオフィリンは12-24時間持続と24時間持続のものがあることを他の従業員にも周知させる。	テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」	テオドール錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1212	テオフィリン徐放U錠(400)「トーワ」1錠が処方されていましたが、当店在庫が無かったため、患者様と病院に確認し200mg2錠で処方することに同意いただきました。その際にテオフィリン徐放U錠(200)「トーワ」2錠とすべきところをテオフィリン徐放錠(200)2錠でお渡ししてしまった。その日のうちに間違えに気が付き薬剤交換した。服用はしていなかった。	テオフィリン徐放錠に12時間と24時間の規格があることが認識されていなかった。400mgから200mg2錠に変更することに気が取られ薬剤名の確認がおろそかになった。	他の作用時間が異なる薬剤と同様に注意のタグを使用し再発を防ぐ。服用回数を確認し矛盾が生じないように確認を行う	テオフィリン徐放U錠400mg「トーワ」	テオフィリン徐放錠200mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1213	一般名処方され、ピッキングの際にテオフィリン除放U錠が、テオフィリン除放錠の引き出しに入れられていて、いつものメーカーの納入が遅かったのも、メーカーが変わり、トーワの製品になると聞いていた為テオフィリン除放U錠トーワを、サワイと同じものと認識し、U錠の方を処方した。	納品の際に受け取った後、棚に収納する際に薬品の確認を怠った。その後も同じと思い込み、確認を怠った。	再度、製品に対する勉強会をする。今一度、ピッキングルールを再確認する。	テオフィリン徐放錠100mg サワイ	テオフィリン除放U錠トーワ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1214	患者自身が他の病院でいつも処方されているテオフィリン徐放錠200mgを循環器専門病院でお願いされた。在庫していたユニフィルLA200mgが相当すると判断し、患者の同意を得た上で、疑義照会にて変更してもらった。投薬間際に再度調べたところ、間違えやすい薬品一覧にテオフィリン徐放錠・ユニフィルLA錠の組み合わせが記載されていたため、剤形が違うことが判明。患者に事情を説明し、いつも調剤を受けている薬局へ行っていただいた。	テオフィリン製剤に関し、剤形の違いによる成分名称が異なることをしっかり把握していなかった。外来が混みあったため、疑問に思いつつも、焦りがあった。	知識にない薬は特に添付文書や資料などでしっかり確認するようにしていく。ジェネリック医薬品から先発品への切り替え、その逆の場合も注意する。普段取り扱わない薬は間違えやすいということが身にしみてわかったので、普段から事例集などに目を通し、意識を高めておく。	テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」	ユニフィルLA錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1215	【正】テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」 2錠【誤】テオフィリン徐放U錠400mg「トーワ」 1錠	入力時に200mg 2錠を400mg 1錠へ変更。その際に徐放錠から徐放U錠への変更ミスが起こった。	テオフィリンに関する知識の不足を痛感いたしました。テオフィリン以外にもアダラートL錠・CR錠等、成分名・剤形が同じでも一般名が異なる薬品があることを知ることが出来たので、日々の勉強を見直し知識の幅を広げます。初期監査と最終鑑査を同じ人が担当することはありますが、修正依頼をした際は初期監査と最終鑑査者を別の人が担当し修正に関しても、もう一度チェックしていただくようにします。	テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」	テオフィリン徐放U錠400mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1216	【正】テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」【誤】テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」	取り揃え時、テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」見当たらず、テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」の在庫があったため、別剤型で入力変更し、初期監査、最終鑑査、投薬まで持続時間の違いに気づけなかった。	薬剤を入力する際、剤形変更を行う際は医事だけでなく薬剤師にも相談徐放製剤の特徴・役割のメリットをしっかりと薬剤師が判断する。	テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」	テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1217	(般)テオフィリン徐放錠(12~24時間)200mgの記載で 在庫が テオフィリン徐放U錠(200mg)しかなく しっかり確認もせず調剤しようとした。	一般名処方時は、名称が酷似していることが多く細心の注意を払う。	入力するものからも注意喚起をするようにし、取り間違えがないようにする。調剤棚にも記載する。	テオフィリン徐放錠200mg「日医工」	テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1218	処方箋には一般処方名テオフィリン徐放錠200mg2錠/分2朝夕食後30日分と記載されていた。薬剤師は調剤する際テオフィリン徐放錠200mgを調剤するところ100mgを揃えてしまいました。	テオフィリン徐放錠100mgと200mgは調剤棚の上下の位置関係で単純なミスで間違えた。また患者が来局した時間は店内が混んでいたため焦りがあった	業務手順書を見直し調剤完了後は調剤者以外の者による調剤内容の確認を行う。	テオフィリン徐放錠200mg 「日医工」	テオフィリン徐放錠100mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	当日は一人薬剤師で鑑査にあたった薬剤師は同一人物で、誤りに気づかず、テオフィリン徐放錠100mgを交付した。数時間後調剤され開封された個装箱を問屋に注文する際に誤って交付したことに気づき、患者さん宅に電話し今回の間違いの件を説明した。幸いにも患者さんは、間違った薬を服用しておらず、患者宅に向かい回収、交換しましょうかと提案したところ、後で患者さん自身が薬局に来られるということで、翌日来局されたので謝罪した。誤りのテオフィリン徐放錠100mgを回収し、正しい200mgをお渡しする。						
1219	他院からの紹介の患者様で、処方箋の処方量は、テオフィリン徐放錠50mgとなっていたが、前医の処方をお薬手帳で確認したところ、テオフィリン徐放錠200mg「トーワ」との記載があった。投薬する直前に気づいたので、処方医に疑義照会をし確認したところ、テオフィリン徐放錠200mg「トーワ」が正しい処方であった。医師の処方箋への入力ミスではあるが、受付時、調剤時に気づくべきであった。	受付時の処方箋監査でお薬手帳をよく見なかったことに原因がある。	前医からの紹介の患者さんの場合、必ずお薬手帳を先に確認するように徹底した。	テオフィリン徐放錠50mg 「サワイ」	テオフィリン徐放錠200mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1220	患者は外来化学療法を行っている。抗悪性腫瘍剤投与後の副作用により便秘と倦怠感を訴えていた。倦怠感に対する支持療法としてデカドロン4mg錠0.5錠 x 3日分が処方されたが、0.5mg錠0.5錠 x 3日分で調剤し投薬していた。	デカドロン4mg錠は通常在庫をしていないために、4mg錠の存在も知らず、在庫のある0.5mg錠のことと思い込みで調剤してしまった。抗悪性腫瘍剤投与に伴う支持療法におけるステロイド剤の投与量の知識が不足していた。	多種類の規格が存在する医薬品は、取り違えることがないように注意喚起する表示を行う。調剤したステロイドの投与量が不自然であったことに気がつけるよう化学療法のレジメンを十分理解する。	デカドロン錠4mg	デカドロン錠0.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1221	一般名処方のクリーム剤A、B2種類の混合薬の処方だった。当事者2人は、1方のクリーム剤Aを、他の成分のクリーム剤Cで調剤していた。処方入力も他の成分のクリーム剤Cでと入力者に指示してしまっていた。最終鑑査者が気がつき、正しいクリーム剤で混合しなおし、入力も訂正した。	ときどき見間違いをすることがある薬剤師だった。外用剤の一般名処方、名称が長い、見間違いが生じてしまった。入力者も、薬剤師の指示どおりに素直に従ったための間違いだった。	処方薬の確認は、落ち着いて、一字一字確認するように指導しました。入力者には、少しでもおかしいことあれば、他の薬剤師に相談するように指導しました。	デキサメタゾンプロピオン酸エステルクリーム0.1%「MYK」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルクリーム0.05%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1222	デキサメタゾン外用液とデキサメタゾンプロピオン酸エステル外用液の違いに気づかず調剤してしまった	外用ステロイド薬は成分名のみでなく修飾基まで確認する必要がある	ステロイド外用薬において、修飾基まで含めた監査を行うステロイド外用薬の一覧を更新し間違いやすいものを再確認する	デキサメタゾンローション0.1%「イワキ」	メサデルムローション0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1223	デキサメタゾン口腔用軟膏0.1%NK2g処方5g処方調剤してしまった。	耳鼻科が5g処方より5gしか採用がなく、内科処方の2gを5gと勘違いしてしまったため	多規格ある処方により注意し、再確認する	デキサメタゾン口腔用軟膏0.1%「NK」	デキサメタゾン口腔用軟膏0.1%「NK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1224	テグレート100ミリグラムが処方されていたが、テグレート200ミリグラムで調剤してしまった。(一包化)	鑑査時の薬剤師の確認不足と薬を払い出す前に事務がジャーナルをみて規格・薬品名を確認が確認不足だった。	薬剤師は鑑査後、ジャーナルと薬のツメをみて規格を確認する。事務は処方入力後のチェックの手順を変える。(名称だけでなく、規格も確認する)	テグレート錠100mg	テグレート錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1225	テネリア20mgとデベルザ20mgで同じ棚の隣同士で20mgと糖尿病の薬で勘違い	多忙で薬局の人数も少なく、焦りがあった。	棚を変更してデベルザは下の引き出しに入れて、監査も一文字ずつ確認して、写真をとり、昼休みに毎回確認する。	テネリア錠20mg	デベルザ錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1226	デベルザ錠20mgに変更になっていたが、テネリア錠20mg Do処方入力。交付時の患者様との話で発覚。	薬剤師の休憩時間にかぶっており、1人薬剤師の時間帯での発生。調剤事務の活用ができていなかった。	デベルザ錠とテネリア錠の保管位置の変更。処方箋を元に調剤し、調剤事務に薬のピックアップをお願いするようにする。	テネリア錠20mg	デベルザ錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1227	テネリアを調剤するところ誤ってトラゼンタをピッキングし一包化の際にバーコードでピッキングエラーとなり発覚	思い込みによるもの、また テネリアよりもトラゼンタの方がよく処方されていたため	ピッキング後の再確認	テネリア錠 20 mg	トラゼンタ錠 5 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1228	血糖値の下がりが悪く、テネリア錠 20 mg が追加されたが、当該患者は既にトラゼンタ錠 5mg を服用していて、薬効重複を考えて電話にて疑義照会を行いました。その結果、医師の勘違いで、上記の 2 剤をやめてカナリア錠の処方に変更になりました。	月曜日の忙しい中で、医師の確認ミスと名称の似たような医薬品の処方判断間違いと思われます。薬剤師は、処方箋の受付の際には一剤ずつの処方意味も確認すると有効です。	調剤室の医薬品を、薬効と作用機序ごとに分けて整理しておくとう安心です。	テネリア錠 20 mg	カナリア配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1229	2020年～5月までセレニカ R 顆粒を服用2020年6月よりデパケン R 錠 200mg に変更。患者希望によりジェネリックへ変更の際にバレリン錠 200mg へ変更して調剤。バレリン錠 200mg は糖衣錠であるが徐放錠ではない。これ以降ミスが発覚する2020年10月に至るまで計4回調剤監査を抜けて患者に同ジェネリック医薬品が投薬されていた。病院に確認したところ2020年9月末にてんかん発作で救急にて1泊2日の入院。因果関係は不明である。	・1人薬剤師の時間であった・やや忙しい時間であった・バレリン錠が糖衣錠であったためデパケン R 錠との外観の相似による思い込み	・徐放錠等の剤型の再確認・1人薬剤師の時間において複数人で薬剤の確認をするために事務員のチェックの追加・処方のレセコン入力時においても徐放錠のジェネリック変更には注意してもらうため事務員の剤型に関する知識の再確認と教育	デパケン R 錠 200 mg	バレリン錠 200 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1230	いつも来局していただいている患者。10/12処方分からデパケン錠200mgがデパケンR錠200mgに変更となっていたが見逃し、後発品のバルプロ酸ナトリウム錠200mg(非徐放性製剤)で調剤した。一包化は薬剤師が二人で監査しているが素通りであった。その後10/28に同一病院受診され同じ処方であったため、調剤時に間違いが発覚、直ぐに主治医に連絡をいれ、10/28からの変更で良いと返事をもらった。患者にも投薬時その旨お話、謝罪し、10/28分から正しいバルプロ酸ナトリウムA錠200mgにて調剤した。特に患者への影響はないと聞き取り、確認した。	自動分包機で分包する際、前回doと思いこんで履歴にある過去の処方データで分包した。	前回の履歴から分包せず、必ずレセコンの入力後に自動分包機にデータをとばしてもらって、そのデータで分包する。薬剤師もしっかりと一つ一つ分包内の薬を監査するが、処方箋との相違もしっかりと確認する。	デパケンR錠200mg	バルプロ酸ナトリウム錠200mg「DSP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1231	レセコン入力一般名からデパケン錠100⇒デパケンR錠100	産休明け医療事務の一般名からの入力ミス	自己鑑査時に一文字鑑査を行う	デパケン錠100mg	デパケンR錠100		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1232	今回の処方が前回の薬より増量で処方されており、投薬時前回処方を確認したところ発見	一般名処方による選択のミス。徐放錠と普通錠がある事の認識不足。	一般名処方の場合は剤形確認を複数で行う。どのような剤形が存在するか確認してから出す。	デパケン錠100mg	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A100mg「トローワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1233	デパケン200mgのところ、デパケンR200mgで出されていた	慣れで、よく出るデパケンR200mgを取ってしまったため。	二重の確認と監査の徹底。	デパケン錠200mg	デパケンR錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1234	【般】バルプロ酸Na錠200mg処方のところ、入力をバルプロ酸Na徐放錠200mgで入力してしまい、薬情の写真と実際の薬の写真に相違があった	事務の入力違い、薬情と調剤薬品との照らし合わせを繁忙さの中でぬかってしまった。	一般名処方名を要確認・調剤薬品との照らし合わせを必ず実行する・他者が一般名処方分の調剤録と処方箋のチェックを二重する	デパケン錠200mg	バルプロ酸Na徐放B錠200mg「トローワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1235	通常通り、デバス錠0.25mg28錠処方あり。デバスの中にエチゾラムのヒートが紛れていることに気付かず、そのまま渡してしまった。月1回行っている向精神薬の在庫確認の際に発覚。連絡を取るとまだ手を付けていないとのことだったので、交換した。	以前にエチゾラム10錠を小分けで受け取った際に、間違えてデバスの箱に入れてしまった様子。当日監査の時も、1枚ずつチェックはしておらず、色もヒートのサイズもほぼ同じだった。	向精神薬は特に、医薬品を箱に戻すときはダブルチェックを行う。	デバス錠0.25mg	エチゾラム錠0.25mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1236	デパス0.25mgが30日分処方されている患者に対し30錠調剤をした。鑑査機器を用いて鑑査をしその後鑑査者が鑑査を行ったところ1シートのみエチゾラム0.25mgが混入していたことを発見。	棚に戻す際にエチゾラム0.25mgをデパス0.25mgの棚に誤って入れたことが原因と思われる。	ヒートが類似している薬品に関しては特に注意して調剤する。鑑査する際も全てのヒートをチェックして行う。	デパス錠0. 25 m g	エチゾラム錠0. 25 m g 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1237	普段からデパス錠1m g 1錠で服用していたが、今回は処方箋ではデパス錠0.5mg 2錠となっていた。入力時は1錠から2錠に増量したのと思い1 m g 2錠で入力しピッキング調剤をしたしまったが、監査時に気づき0.5m g 2錠に訂正。実際はもともと1 m g 1錠の所、調節しやすくするために0.5m g を2錠で処方したものであった。	普段からその量で服薬していた患者様であったことと、デパスとしてのトータ服用量は同じであるため何かしらの容量変更になったのと思い込み、単純に増量の処方箋であるとの判断で入力調剤してしまった。	名称企画・用法ともにしっかりと確認をし、思い込みでの行動は避けるようにする。患者様からの入力前での事前の聞き取りも大事であった。	デパス錠0. 5 m g	デパス錠1 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1238	思い込み、慌ててしまい注意不足になった	お薬を処方箋と確認 目視、声出しなど確実にを行う	同じ場所管理しているのでそれぞれ規格に印付けを行う	デパス錠1 m g	デパス錠0. 5 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1239	一般名処方ではプレノンカプセルを調剤すべきところをセルベックスカプセルを取ってしまった。	外観が似ている事と薬効別に棚を作っているのに近くにあった事が考えられる。	先発品とジェネリックの区別が一目で分かるようにラベルを貼り付けた。	プレノンカプセル50 m g 「トーワ」	セルベックスカプセル50 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1240	(般)プレノンカプセル50mgの処方に対し、ジェネリック医薬品希望の患者さんに先発医薬品であるセルベックスカプセル50mgを調剤した。監査者が気付く、プレノンカプセル50mg「トーワ」に調剤し直した。	外観が類似していること、医薬品の名称確認不足からセルベックスカプセル50mgを調剤した。	セルベックスカプセル50mgの棚には以前から先発医薬品である旨のシールを貼付している。ジェネリックとは棚の位置は隣接しないようにしている。再度確認する。	プレノンカプセル50 m g 「トーワ」	セルベックスカプセル50 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1241	デベルザ錠20mgのところデザレックス錠5mgがピッキングされていた。監査時に気付いて、正しい薬剤と交換した。	同一人物に多数の薬剤が処方されていたため、「急がねばならない」と焦りがあったものと思われる。また、事務員がピッキングしているので、名称類似医薬品にひっかり、薬の本質的な部分が見落とされていたために生じたヒヤリハットであると考えられる。	薬を取りそろえた者が、一度取りそろえた後、監査に回す前にもう一度自身の目で確認するように指導した。	デベルザ錠20 m g	デザレックス錠5 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1242	患者さんは糖尿病薬を4種類併用している。事例発生月も前月と同じ処方内容で、その中にデベルザ錠20mgが処方されていた。デベルザ錠20mgとテネリア錠20mgを取り間違えてしまい、そのまま交付してしまった。帰宅後、患者さんは違う薬が入っていることに気が付き、服用せずに来局して下さった。そして薬を取り換えた。	テネリア錠とデベルザ錠はどちらも糖尿病治療薬であり、規格が同じ20mgである。また調剤棚も50音順で並んでいるため近くなっている。	テネリア錠とデベルザ錠の調剤棚を離し、取り間違いのないように改善した。	デベルザ錠 20 mg	テネリア錠 20 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1243	デュオトラバ配合点眼薬処方のところトラバタンズ点眼薬を調剤してしまった。患者本人がいつもよりしみる気がすると思う。	同じメーカーの配合薬と単成分薬で包装や名称が似通っていたため混同してしまった。調剤時点眼薬に入っていたため名称の確認も不十分だった。	交付時点眼薬から出して確認するようにする。	デュオトラバ配合点眼薬	トラバタンズ点眼薬 0.004%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1244	デュタステリドカプセル「サワイ」が53日分処方であったが、患者様の希望により56日分に変更に。それにより、追加で3P取り直したが、その際にメーカー違いの「フソー」を調剤してしまい、53Pは「サワイ」3P「フソー」の状態に。	普段から、メーカー違いがあることは意識して調剤・監査しているが、一旦、調剤が完了した後の日数変更であったため、追加分を調剤する際のメーカーに対する注意が散漫になっていたと思われる。	すでに棚などにメーカー違いがあることの注意発起のラベル貼付は対策済み。取り直し等、普段と違う流れになった時にもメーカー違いがある事の声かけを忘れない。	デュタステリドカプセル0.5mg AV「サワイ」	デュタステリドカプセル0.5mg AV「フソー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1245	デュタステリドカプセル0.5mg AV「トーワ」の棚の中に、デュタステリドカプセルZA「トーワ」が紛れ込んでいて、全56cのうち、26cが正しく、30cが間違い。ミスゼロ子で確認したのは、26cの正しいほうだけ。患者に渡った後に、棚の中に違う薬が入っているのに気が付き、患者に電話で確認し、薬を差し替えさせてもらった。	薬を棚に入れるときには、名前が似ているものをよく確認して入れる。	監査でよく確認する。	デュタステリドカプセル0.5mg AV「トーワ」	デュタステリドカプセル0.5mg ZA「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1246	デュピクセント、ペンタイプを交付するところをシリンジタイプで交付使用とした	デュピクセントのペンタイプが発売されることはすでに知っており、発売されたら在庫しておく予定だった。11月24日に製薬会社へ発売日の詳細を確認するためにコールセンターへ問い合わせたが発売日の返事がなかったため11月ではなく12月発売と思っていた。	発売されたことを知らなかった、MS・MRからの情報提供だけではなくきちんと情報収集に努めることが大切だと思います。しかしながら、11月24日に問い合わせたときに、明日発売ですと答えてくれてもよかったのではないかと。	デュピクセント皮下注 300mgシリンジ	デュピクセント皮下注 300mgペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1247	繫忙期であったため取り間違えた。	12月の繫忙期には特に注意する。	繫忙期には人数を増やして対応すること。	テラムロBP「トーフ」	テルチアBP「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1248	外来は患者さんがお一人で、調剤室は休み明けで雑談をするようなまだ気持ちが仕事体制になっていない時にテラムロAPとテルチアAPの取違が発生した 監査時に発見できたので事故には至らなかったが調剤の段階で過去にも何回か発生した経験がある	待ち患者は一人でゆったりとした時間帯、忙しくないで雑談しながらの調剤で集中していない、ピッキングする薬剤は1種で確認することもなく油断していた調剤したと思われる	患者の少ない時間帯に緊張感がなく何となくしてしまうピッキングは間違いの発生が起きやすい。ピッキングするときは混雑時と同様に間違えていないか疑ってもう一度確認が必要と改めて認識しました	テラムロ配合錠AP 「DSEP」	テルチア配合錠AP 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1249	一般名の処方箋をお持ちの患者様が来局され、テラムロ配合錠AP「DSEP」で入力、調剤しなければいけないところ、前回と同じ処方内容のテラムロ配合錠BP「DSEP」で入力、調剤してしまい、それを監査者が入力間違い調剤間違いに気が付き患者様にお渡しする前に未然に防ぐことが出来た。患者様には正しいお薬をお渡ししている為健康被害は出ていない。	処方箋入力時にテルミサルタン・アムロジピンという文字のみ確認し肝心の規格数を見落とし同じだと思い込み入力してしまった。調剤時には入力物を確認し調剤を行い処方箋との付け合わせが出来ていないまま監査者に回ってしまった。	一般名処方の場合は特に規格や合剤の場合は特に医薬品名に注意をして入力をし入力後も処方箋との付け合わせ確認を行い入力ミスしないように注意していく。調剤者は基本に則り処方箋で調剤を行うようにし入力物は調剤後の確認程度に使用するようし監査者に回す前にもう一度処方箋と付け合わせを行ってから回すようにする。	テラムロ配合錠AP 「DSEP」	テラムロ配合錠BP 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1250	ミカムロ配合錠APでの処方があった、テラムロ配合錠APに変更して調剤するところを、誤ってテルチア配合錠APで調剤する。	テラムロ配合錠APとテルチア配合錠APの商品名が類似しているため監査で気づき難いどちらも配合剤で用量もAPの規格なので間違いやすい	特に重点的に間違いやすい薬なので、監査時に十分注意する様に気を付ける	テラムロ配合錠AP 「DSEP」	テルチア配合錠AP 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1251	テラムロとテルチアを取り間違え、監査時に気付く。	同じ棚の上下にあった。	類似医薬品は少し離して保管する。	テラムロ配合錠AP 「DSEP」	テルチア配合錠AP 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1252	一般名処方でテラムロが処方されているところ、テルチアをピッキングしてしまう。	患者が複数来局しており、急いで調剤を行った。成分名を最後まで確認できていなかった。	配合剤の成分の一覧を見やすい場所に貼る。調剤・監査の際にもれなく確認を行う。	テラムロ配合錠AP 「DSEP」	テルチア配合錠AP 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1253	【正】【般】テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠⇒テラムロ配合錠AP「トーワ」【誤】【般】テルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド配合錠⇒テルチア配合錠AP「日医工」	1年ぶりに来局された患者様。病院も変わっておりから入力したが入力内容に誤りがあった。鑑査でも気づかず交付。	全ての処方変更について確認するよう処方変更内容をしっかりと確認する。配合錠に関する知識を再度確認する。	テラムロ配合錠AP 「トーワ」	テルチア配合錠AP 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1254	処方せん入力時、一般名処方でテルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠でテラムロ配合錠AP「トーワ」を選択するところ、テルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド配合錠を選択し調剤、監査時処方せん、薬歴を確認したところ入力間違いに気づいた。	配合剤の為一般名が長く、同じ一般名の後にもう一種の一般名が続く、入力時の画面の並びが上下の為選択間違いが生じやすい。	配合剤の場合は2種類とも一般名、規格があっているか確認する。同じ成分が入っている配合剤が数種類存在することを念頭においておく。	テラムロ配合錠AP 「トーワ」	テルチア配合錠AP 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1255	テラムロ配合錠AP「ニプロ」が処方になっている所、テルチアAP「日医工」をピッキングしてしまい、監査でも見逃して投薬。患者様が帰宅後すぐに電話をかけてきて間違いが発覚した。	処方箋の記載が一般名処方だったこともあり見逃しにつながってしまった。薬剤の名称もテ〇〇〇配合錠APと似ていることもあり間違えにつながってしまった。	監査において医薬品の成分名、処方箋の一般名処方をきちんと確認する。	テラムロ配合錠AP 「ニプロ」	テルチア配合錠AP 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1256	テルミサルタンが継続薬であり、D o 処方と思いこみ、テルミサルタンとアムロジピンの配合錠であるテラムロ配合錠への変更に気づかなかった。	テルミサルタンが当局にて前回同様処方であり、D o 処方と思いこみ、入力時にテルミサルタンとアムロジピンの配合錠であるテラムロ配合錠への変更に気づかなかった。薬剤師による入力チェック、鑑査時に配合錠に変更になっていることに気づき、正しいもので調剤した。	繁忙時ではあったが、入力時の処方箋再チェックをすることが重要であるため、マニュアルを遵守するように努める。	テラムロ配合錠AP 「ニプロ」	テルミサルタン錠40mg「EE」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1257	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には一般名でテルミサルタン40・アムロジピン配合錠1日1錠朝食後28日分が処方されていたが、A薬剤師がテラムロ配合錠APを調製するところを、誤ってテラムロBP配合錠を調製し、監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが処方されていたテラムロ配合錠APではなく、テラムロ配合錠BPが調製されていることに気づき、調製した薬剤師Aに問題を伝えた。薬剤師Aはテラムロ配合錠APを正しく調製し、再度薬剤師Bが鑑査した。監査で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	テラムロ配合錠APとテラムロ配合錠BPは名称が似ていたため間違えた。患者が来局した時間は店内が混んでいたため、焦りがあった。	業務手順書を見直し、調剤者がピッキングした後、鑑査に回す前に薬剤の再確認を徹底することにした。薬剤の保管場所に大きな文字で、APとBPと強調して記載し、取り間違えの起こらないようにした。また今回の調剤誤りの内容を、スタッフ全員と共有した。	テラムロ配合錠AP 「日医工」	テラムロ配合錠BP 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1258	テラムロ配合錠BP処方時APを渡してしまった。患者本人気がつかず服用次回来局時血圧100/60とAPで安定しているのになぜBP処方か不振に思い疑似照会かけたところ前回調剤過誤に気がついた。血圧安定していることにより今回の処方AP処方となった。前回の調剤過誤医師・患者に陳謝した、患者様は理解して下さった。	配合剤錠の力価に注意	処方・調剤監査強化投薬時患者と一緒に監査する	テラムロ配合錠BP	テラムロ配合錠AP		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1259	一般名処方「テルミサルタン80mg・アムロジピン配合錠」が処方されたが、処方箋を見間違えて「テラムロAP配合錠」を調剤、交付しようとしたが、鑑査時に規格違いに気が付き、「テラムロBP配合錠」を調剤し直した。	繁忙時間帯であったことと、普段90%以上処方されている規格が「テラムロAP配合錠」であることによる思い込みによる調剤ミス	声出し、指差し確認の徹底	テラムロ配合錠BP 「DSEP」	テラムロ配合錠AP 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1260	テラムロ:「BP」処方のところ、「AP」で調剤	「AP」の処方頻度が高いため、注意力に欠けていた	注意力の徹底	テラムロ配合錠BP 「DSEP」	テラムロ配合錠AP 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1261	一般名処方書かれた処方箋を持ってこられて本来はテラムロ配合錠BP「サワイ」が処方されていたが、名称の類似したテルチア配合錠BP「サワイ」を患者に渡してしまった。投薬後、再度確認し間違えに気づき患者に連絡を入れて取り換えに行きました。	テラムロ配合錠BP「サワイ」とテルチア配合錠BP「サワイ」は名前が類似していたため間違えた。また店舗間移動があり間もない時期でもあり不慣れだったため焦りがあった。	在庫を把握し類似名の医薬品には注意を払う	テラムロ配合錠BP 「サワイ」	テルチア配合錠BP 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1262	テラムロ配合錠BPを処方すべきところをテラムロ配合錠APを調剤してしまった。一般名処方箋なのでよく理解せずに前回と同じテラムロ配合錠APをだしてしまった。	入力者も一般名をよく理解していなかった。	必ず処方箋原本をみて調剤すること。	テラムロ配合錠BP 「トーワ」	テラムロ配合錠AP 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1263	(般)テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠の記載のある処方にて、誤ってテルミサルタン40mgを準備。監査時に気が付き、正しいものに準備し直したので事なきを得た。	患者さんが混みあっていた時間帯でもあり思い込みもあって、誤って準備してしまっただ。	必ずピッキング後も処方箋と照らし合わせて、間違いなく準備するよう再度確認することとした。	テラムロ配合錠BP 「ニプロ」	テルミサルタン錠40mg 「タナベ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1264	一般名処方テルミサルタン・ヒドロクロロチアジドと テルミサルタン・アムロジピン接頭語のみの認識不足、処方入力の段階から誤認識。入力段階、調剤録確認段階、調剤時、監査時のすべてが誤認識発生。	思い込みでの作業徹底的な払拭	各段階での確認徹底を実施	テラムロ配合錠BP 「日医工」	テルチア配合錠BP 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1265	患者さんが続いて待ってもらっていたので慌てて、最初の文字で早合点してしまっただ。	患者様にせかさされても落ち着いてするように心掛ける。	よく似た名称には印を付ける。一度間違えた薬には付箋を貼る。	テラムロ配合錠BP 「日医工」	テルチア配合錠BP 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1266	今までテルミサルタン40mg「DSEP」とアムロジピンOD5mg「トロー」が処方されていた患者さんに対して、薬を合体させると先生から言われたが処方されていた薬がテルチア配合錠AP「DSEP」だった	テルミサルタン40mg「DSEP」、テラムロ配合錠AP「DSEP」、テルチア配合錠AP「DSEP」と名称が似た薬があるので注意が必要(その前にメーカーが発売するときに考えるべきと思うが)	配合剤の成分をしっかりと把握すること	テルチア配合錠AP「DSEP」	テラムロ配合錠AP「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1267	テルチア処方のところ、テラムロを調剤しかけて、途中で気が付き、処方通りのテルチアで投薬しました。	思い込みや、早とちりでの、類似する医薬品の取り間違い。	ちゃんと処方せん、薬歴を確認して、調剤、鑑査、投薬を行う。	テルチア配合錠AP「DSEP」	テラムロ配合錠AP「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1268	テルチア配合APを処方されていた患者様にテラムロ配合錠APを誤ってお渡ししていました。一包化をしており、監査の時点でも気づかずお渡ししてしまいました。後日、棚卸の時にテルチア配合AP・テラムロ配合錠APの数が合わなく調べたところ、誤ってお渡ししたことが分かった。直ぐに、患者様のご自宅に行き薬剤を確認したところ、10日ほど服用していた為体調の変化などを伺い、特に変わりないと言われテルチア配合APで作り直しお渡しした。	スタッフが少なく忙しかった。薬剤の名称が類似していた為誤って調剤してしまった。	一包化の時に入ってる薬剤の包装のカラーなど処方せんの記載と間違いないか確認する。	テルチア配合錠AP「DSEP」	テラムロ配合錠AP「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1269	テルチア錠を調剤すべきところをテラムロ錠を調剤してしまった。患者様は薬が変わったと思って1か月服用し、受信時に間違いが判明した。幸い血圧等は異常なかった。	慣れからくる判断ミスと監査ミス。	似た薬品名の棚を離し、赤線で注意喚起するようにした。	テルチア配合錠AP「DSEP」	テラムロ配合錠AP「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1270	(般)テルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド配合錠のところ、誤って(般)テルミサルタン40mg・アムロジピン5mg配合錠をお渡ししてしまった。	確認不足。	確認の徹底。	テルチア配合錠AP「DSEP」	テラムロ配合錠AP「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1271	処方箋ではテルミサルタン・ヒドロクロロチアジドAP錠(テルチア配合錠AP)のところ、テルミサルタン・アムロジピンベシル酸塩AP錠(テラムロ配合錠AP)で調剤。監査、投薬では気が付かず、患者に交付。一週間後患者が実際の薬と薬情の内容が異なっていることに気が付き、来局したことで事例が発覚。患者自身も普段と異なる薬剤であると気が付いていたが、一週間服用していた。医師に連絡し、体調には影響が出ていないためいつもの薬を続けて服用するように指示あり。患者に謝罪し、正しい薬に交換した。	常勤薬剤師3名のところ、1名が他店舗の勤務に当たっていた。また繁忙時間であり、一般名の名称類似による薬剤師の思い込みが原因と考えられる。	常勤薬剤師3名いるときは、薬剤師2名以上で調剤監査を行う。薬剤師が2名以下の時は、有資格者、無資格者問わず2名以上で調剤監査を行うことを徹底する。	テルチア配合錠AP 「DSEP」	テラムロ配合錠AP 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1272	ミコンビAPの後発薬品がテルチアAPであるにも関わらず、同じ引き出しにあったテルチアBPを調剤。当日夜に気が付き患者様宅を訪問の上交換。	剤数が多く、慌てたことも一因だが、規格が二種類である薬剤の名称を思い込みでそのまま通してしまった。AP、BPの2規格をあえて同じ引き出しにいれているにも関わらず、確認を怠った。ヒートの色の違いによる薬情の写真の突合せ、名称の確認を再度徹底する。	当局においてはお一人にしかでていない薬剤です。箱に注意喚起の札をつけることにした。	テルチア配合錠AP 「DSEP」	テルチア配合錠BP 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1273	一般名処方の配合錠が処方されていた。1剤めが同じで2剤めが異なる薬剤でよく処方が出るものを調製してしまった。	忙しい時間帯であったため、処方箋をよく見ずに薬をピッキングしてしまった。	どんなに忙しくても、処方箋をよく見て落ち着いて調剤するように徹底する。	テルチア配合錠AP 「サワイ」	テラムロ配合錠AP 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1274	高血圧の患者様にテルチアが処方されていた。調剤に慣れてきた薬剤師がピッキングしたのはテラムロでした。鑑査時に発覚。修正しました。	慣れと血圧の薬という認識、また忙しい時間帯が重なりミスにつながったと考えられる。	今回の場合は一般薬と劇薬で種類も違うので、しっかり配合錠などは中身を確認する。また薬の名前はしっかりと読み上げる。	テルチア配合錠AP 「トーフ」	テラムロ配合錠AP 「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1275	テルチアAPを出さないといけないのにテラムロAPを出してしまった。	継続的にテラムロが処方されていたが今回よりテルチアに変更になったことと、合剤の一般名処方なので名称が長く目に留まらなかった。	合剤の一般名処方の場合、処方欄に鉛筆で薬品名を2か所〇で囲んで分かりやすくした。	テルチア配合錠AP 「日医工」	テラムロ配合錠AP 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1276	定期薬でテルチアBPが処方になった患者様に誤ってテルチアAPをお渡し。帰宅後に患者様が気付いて服用前に再来局し健康被害はなかった。当時は調剤監査システムの調子が悪く、目視のみの鑑査になっていた。	調剤監査機器の不具合により使用できなかった。鑑査も見逃しあり。繁忙時などでもなかったため、注意不足によるものと思われる。	調剤監査機器は使用を徹底する。不具合などで使用できない場合は特に注意して鑑査を行う。患者様と薬を確認しあうのも忘れずに。	テルチア配合錠BP 「DSEP」	テルチア配合錠AP 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1277	一般名処方テルミサルタン80mg・ヒドロクロロチアジド配合錠の処方、テルチア配合錠BP「DSEP」で調剤するところ、誤ってテラムロ配合錠BP「DSEP」で調剤、交付してしまった。交付後患者様よりいつもの薬と違うと電話があり、薬剤の取り違えが発覚。服用前のテラムロ配合錠BP「DSEP」を全て回収し、テルチア配合錠BP「DSEP」に交換しました。	テルチア配合錠よりもテラムロ配合錠の方が処方の機会が多い為、一般名処方テルミサルタン80mg・ヒドロクロロチアジド配合錠をテラムロ配合錠と思い込んで調剤、鑑査されてしまった。	配合剤の一般名処方の場合、2剤の薬剤名をしっかり確認する。薬剤を薬袋に入れる際に、薬袋の写真と実際の錠剤を確認しながら入れる。	テルチア配合錠BP 「DSEP」	テラムロ配合錠BP 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1278	一般名処方【般】テルミサルタン80mg・ヒドロクロロチアジド配合錠と記載有り。調剤薬剤師は誤ってテラムロ配合錠BP「DSEP」を調剤：【般】テルミサルタン80mg・アムロジピン配合錠。鑑査の前に違和感に気づき再確認したところ誤調剤判明。すぐにテルチア配合錠BP「DSEP」へ訂正しピックアップした。	箱の包装、名称が類似していた。ジェネリックのメーカー名が同じだった。テルミサルタンの含量を間違えない事に気を取られてしまった。テラムロ配合錠の調剤の方が機会が多いので油断があった。	調剤の棚に注意喚起の札をつけた。調剤に加え入力の際も注意するようスタッフに再確認した。	テルチア配合錠BP 「DSEP」	テラムロ配合錠BP 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1279	12/5 投薬後お電話あり、家に帰って確認したら、もらった薬が間違っていると。その場で謝罪、お取替えに伺いました	土曜に一人薬剤師、事務だったため、繁忙、焦りあり	確認を徹底する	テルチア配合錠BP 「サワイ」	テラムロ配合錠BP 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1280	テルチア配合錠BP「サワイ」が処方された患者に、誤ってテラムロ配合錠BP「DSEP」を調剤して投薬した。患者が帰宅後誤りに気が付き薬局に連絡して判明した。服用前のため健康被害は無かった。	薬局にはテルチア配合錠BP「サワイ」の在庫がなく、テラムロ配合錠BP「DSEP」しかなかったため、よく確認せずに調剤してしまった。似たような名前の薬品名に気付くことが出来ず、思い込みで投薬してしまった。	処方時に採用薬以外に複数規格のある薬品を確認し、類似名のある薬品があれば注意するようにした。	テルチア配合錠BP 「サワイ」	テラムロ配合錠BP 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1281	テルミサルタン・ヒドロクロロチアジド配合錠一般名記載をテラムロと勘違いし交付、その他にもアムロジピン服用患者であり用量多く交付、服用。数日し患者からいつもの薬とヒートが違うと指摘にて発覚	一般名処方であり調剤時、監査時と抜けてしまった	薬袋への写真記載の徹底監査時、交付時に再確認配合剤の一般名記載への調剤・監査の方法見直し。	テルチア配合錠B P 「日医工」	テラムロ配合錠B P 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1282	一般名処方、患者希望で先発医薬品(テルネリン)をお渡しすべきところ、ジェネリック医薬(チザニジン)でお渡ししてしまう。後日服薬前に患者からの電話で間違えてお渡ししていたことが発覚。先発医薬品をご持参し間違えてお渡ししたジェネリックと交換する。	一般名処方の処方箋、患者希望により薬剤によって先発医薬品(外用、テルネリン)、ジェネリック医薬(胃薬)を含めていつもお渡し。今回、誤って先発医薬品をお渡しすべきところ、ジェネリック医薬品でお渡ししてしまいました。	処方箋確認はもちろん、患者さまにお渡しする際も、薬剤師覧しお渡しすること。	テルネリン錠1mg	チザニジン錠1mg 「NPI」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1283	メーカーを間違えて調剤した	調剤前に、後発希望、メーカー希望について、しっかり確認出来るよう、薬歴に記載するまた2メーカー採用品については他のメーカー在庫ありと調剤棚に記載する	調剤前に、後発希望、メーカー希望について、しっかり確認出来るよう、薬歴に記載するまた2メーカー採用品については他のメーカー在庫ありと調剤棚に記載する	テルミサルタンOD錠 40mg「サワイ」	テルミサルタンOD錠 40mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1284	9月12日にテルミサルタン錠20mgを調剤するところをテルミサルタン錠40mgで調剤してお渡ししました。9月14日に患者さん本人から電話があり発覚しました。1錠飲んでしまったが体調変化は無いとの事でした。	繁忙の時間帯で集中力を欠いていた事が原因と考えられます。	薬歴にミスしたので規格に注意と書いておきました。	テルミサルタン錠20mg「DSEP」	テルミサルタン錠40mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1285	FAXで処方箋受付、90日処方。予製をしており84日分は用意済み、残り6日分を薬剤師がピッキングし、事務の方にチェックしてもらい監査、投薬を行った。その後処方のテルミサルタンの中に違う薬が6日分入っているとのことで患者様より電話あり調剤過誤が発覚した。後日患者様が来局、謝罪、薬を交換させていただいた。	ピッキングの際、名前の最初の部分のみ見えてしまい棚も近くに配置しており、不注意で取ってしまった。事務にチェックしてもらった際、すでに自分がピッキングした他薬品が間違っておりチェックしてもらっていた。予製分とピッキング分をゴムでくるんだ状態でチェックをお願いしたので誤った分が見づらくなっていたことも原因。	ピッキングの際は名前を再確認、処方箋の薬品名を確実に最後まで確認する。チェックをお願いする時は、分かりやすいようにピッキングした薬を並べてチェックをしてもらう。一度ミスがあった時は、特に他に問題が無いか確認をする。	テルミサルタン錠20mg「DSEP」	テネリア錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1286	上の棚に入っているテルミサルタンを拾うはずが、下の引き出しに入っているオルメサルタンを拾ってしまった。	サルタンと付いているので下の引き出しに入っていると思い込んでしまったので、取り間違いが起きてしまった。	実際に薬を拾った時に名称を必ず確認する必要がある。	テルミサルタン錠20mg「DSEP」	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1287	薬剤師がテルミサルタンに別の患者さんによく効いたと言われた思いがありテルミサルタンを調剤した。	この患者さんは1回同じ間違いをしているので注意をしなくてはならなかったが、怠ってしまった。	間違いを1度でもしたら管理簿にマジックで使う薬剤名を記入	テルミサルタン錠20mg「KN」	バルサルタン錠20mg「KN」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1288	一般名処方テルミサルタン錠20mgのところ、当事者がテネリア錠20mgをピッキングした。同時に患者対応の電話が入り、時間を取られ、電話終了後に、当事者が監査し投薬に出た。窓口で患者様より、錠剤の色がいつもと違うことを伝えられ、ミスに気づき、テルミサルタン錠20mg「TCK」に取り換えて交付した。	普段より、一人薬剤師の場面が多く、ピッキング、監査、投薬とリセットして慎重に確認を行うことを心掛けていた。今回、繁用品のテルミサルタン錠20mg単独の処方箋であり、慣れや慢心から、隣のカセットのテネリア錠20mgを間違えてピッキングした。また、イレギュラーな患者対応で、少なからず焦りがあり、監査が不十分なまま投薬に出してしまった。	普段より、名称類似品、ヒート類似品、同一銘柄複数規格などカセットの配置は常に見直していた。テルミサルタン錠20mgとテネリア錠20mgが名称酷似品とは言えないとされていて、隣同士のカセットに配置していたことには何の違和感も無かったが、同一規格であることを考え、今回のミスで配置を変えました。	テルミサルタン錠20mg「TCK」	テネリア錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1289	テルミサルタン錠20mgが処方されていたところ、薬剤師Aはバルサルタン錠20mgで調剤。薬剤師Bは監査、交付を行ったが間違っている事に気が付かずお渡し。患者本人が帰宅後、薬が違う事に気が付いたが規格が同じであったため、そのまま服用をした。次回薬局時に前回薬が異なっていたことを患者本人より話があり発覚。服用後血圧変動、副作用発現などは起こらなかった。	患者薬局当時は店内が混雑しており、薬剤師A、薬剤師Bともに焦りがあった。また、当該患者は処方されている薬が多く、調剤に時間がかかるためさらに焦る要因となった。一般名処方に記載されており、類似名称、同規格の薬と間違えてしまった。	混雑し処方薬が多い患者でも調剤後、もう一度処方内容と薬が合っているか確認を行う事を徹底した。今回取り違えてしまった二種類の薬はPTPの色が異なり、薬情の写真を見れば間違いに気が付くことができた。監査時には薬情の写真と実物の薬を見比べて行う事を徹底した。	テルミサルタン錠20mg「サワイ」	バルサルタン錠20mg「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1290	テルミサルタン40と20の入力ミス	繁雑気でミスを見逃すところだったが途中で気が付きました	薬袋監査も声を出して行うこととする	テルミサルタン錠20mg「杏林」	テルミサルタン錠40mg「杏林」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1291	一般名テルミサルタン錠40mg処方に対し、バルサルタン錠40mgで調剤し交付。その後すぐ患者様からの連絡で発覚し、取り替え	テルミサルタン錠もバルサルタン錠も共に第一三共エスファの後発医薬品で、共にPTP14錠シートを採用していたこともあり取り間違いが起こったと考えられる。薬棚の位置は離れている為、最初の処方箋確認不足であった。	患者様情報に調剤注意のコメントを追加し、バルサルタン錠のPTPシートを10錠シートへ変更して差別化を図った。	テルミサルタン錠40mg「DSEP」	バルサルタン錠40mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1292	テルミサルタン40mgの調剤のところ、思い込み調剤でバルサルタン40mgを誤調剤。交付前に気付き事なきを得るが、監査ビデオでの録画の時点では気付かずにスルーとなっていた。	慣れと思い込みがあり。採用薬に関して、取り間違いが起こりにくいようにメーカーを変えて採用しており、医薬品調剤時に医薬品名称の最後までのメーカーチェックを怠ったことが要因。	再度調剤時の医薬品名の最後までしっかりと読み取りと、監査の徹底。常に緊張感を持って調剤にあたる心構えの再構築。	テルミサルタン錠40mg「DSEP」	バルサルタン錠40mg「EE」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1293	一般名でテルミサルタン40mgの処方あり、これまでジェネリックでお渡ししていた患者様、当時も同様に投薬したが、後になってテルミサルタンの棚にミカルディスが混ざっていたことに気づいた。残数を確認したところ当該患者様に投薬していたことが判明した。(テルミサルタン40mg40日分処方のうち、ミカルディス40mgが14錠混ざっていた。)	テルミサルタンとミカルディスは同成分であり、見かけも類似している。ミカルディスを棚に入れた薬剤師が、自然と頭の中でミカルディス⇒テルミサルタンと変換してしまった。調剤した薬剤師も監査した薬剤師もテルミサルタンにミカルディスが混ざっていたことに気づかず、そのまま投薬してしまった。	卸から入庫された薬品は、すぐに棚に入れず、一時的な場所に保管して、落ち着いた時間に棚に整理すること。今一度、薬品名と棚とをしっかりと確認すること。	テルミサルタン錠40mg「DSEP」	ミカルディス錠40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1294	一般名処方テルミサルタン40mgを誤ってミカルディス錠40mgを一包装してしまった。	思い込みであった。	一包装のむいたヒートの殻を残しておく	テルミサルタン錠40mg「DSEP」	ミカルディス錠40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1295	1/23にテルミサルタン錠40mg処方のところ、バルサルタン錠40mgで調剤した。判明したのは2か月後の3/30に患者本人が来局した時、本人がいつもと見た目が違う薬が入っていたが、気にせず服用したとのこと。テルミサルタン錠40mg10錠の残りを持参したため、処方通りのバルサルタン錠40mgと交換した。患者の血圧は変動なかったとのこと。	薬剤名が類似していたため発生した事案と考えられる。	入庫の帳簿を付けることにした。	テルミサルタン錠40mg「DSEP」	バルサルタン錠40mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1296	先発薬希望の患者さんミカルディス錠40mgの処方だったが、ほとんどの患者さんが、ジェネリック医薬品希望で、テルミサルタン錠40mgで調剤監査をした薬剤師、投薬した薬剤師の判断ミス投薬後、患者さん本人よりTELありいつも服用している薬と似ているが、商品名が違うご本人が来局してくれて、交換で応じた	完全な薬剤師の判断ミス先発医薬品の処方ほとんどないため、勝手にジェネリック医薬品を調剤した	レセコンにコメントとして、先発薬希望の有無を入力事務員による確認・伝達をしてもらうように改善した	テルミサルタン錠40mg「DSEP」	ミカルディス錠40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1297	【正】デルモゾールG軟膏 10g 1日2回 患部【誤】リンデロンV軟膏0.12% 10g 1日2回 患部	処方箋入力時の入力ミスが原因。QRコードが付いていたが、エラーが起きて読み込めなかったため、直接入力を行った。その際に、リンデロンV軟膏で入力してしまったことが原因。	QRコードを読めなくなるシステム不備は仕方ないことだとあらかじめ、入力に間違いがないか落ち着いて確認していく。指さし確認はもちろんのこと、小さく声に出して確認していく。初期監査時や最終鑑査の両方にあてはまることだが、処方箋と指示書、薬品との突き合わせができていなかった。最終鑑査時に、処方箋との突き合わせができていなかったのが原因。カレンダーではなく、処方箋を見て投薬を行う。	デルモゾールG軟膏	リンデロン-V軟膏0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1298	新患でデルモゾールローションが処方されたが、誤ってGローションを調剤して投薬してしまった	通常デルモゾールのローションはGローションが大半で、我々メンバー間での思い込みがありました。新患であり、新規処方なのでとくに慎重な鑑査が求められていた	今後塗布剤の製品名が一般名に変更されることが多くなってきており、さらに処方内容と調剤時の薬剤名の確認徹底が必要となります。	デルモゾールローション0.12%	デルモゾールGローション		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1299	デルモゾールローションとデルモベートスカルプローションの取り間違え	名称変更等多い中 名称確認し 保管場所に工夫する。	投薬時に確認を怠らない	デルモゾールローション0.12%	デルモベートスカルプローション0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1300	一般名処方ではベタメタゾン吉草酸エステル軟膏が処方されたところ、デルモゾールG軟膏で調剤。	一般名処方ではベタメタゾン吉草酸エステル軟膏は汎用処方では混合で処方されることが多く、単剤で処方されることは少ない。単剤では一般名処方ではベタメタゾン吉草酸エステル・ゲンタマイシン配合軟膏がよく処方されている。最後まで処方名を読まず、単剤で処方されていたためデルモゾールG軟膏で調剤してしまった。	一般名処方でも最後まで処方箋を読む。単剤と混合の思い込みを排除してから処方箋をチェックする。	デルモゾール軟膏0.12%	デルモゾールG軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1301	デルモベート軟膏の一般名を読み間違え、キンダベート軟膏を調剤して、気付かず投薬してしまった。軟膏の混合薬で軟膏容器に充填したため患者も気づかなかった。	処方箋の内容をレセコンに反映させるときに調剤事務が一般名を読み違えて選択してしまった。調剤及び監査した薬剤師、処方せん、薬情、薬袋のチェックは行ったが、一般名処方の確認まではしておらず、ミスに気が付かなかった。過去に頭部と体に同じ薬が処方されていたため、薬歴を確認し患者へ処方内容の確認を行えば防げた可能性もありましたが、患者への確認も丁寧に実施する子田が出来ず、間違えに気付かず投薬してしまった。	調剤事務へ一般名処方の入力時確認を再徹底、薬剤師による薬歴確認後、投薬時に患者への説明、確認を怠らないよう再確認しました。今後、出来ることなら処方もとへQRコードの処方せんへの導入も相談したい。	デルモゾール軟膏0.12%	キンダベート軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1302	一般名処方の軟膏の入力で類似しているもので入力してしまった。その後入力監査で入力の間違えに気づいた。	近年2次元バーコード読み取り機器が普及し、それに慣れてしまうことで、いざ入力しなければならぬ状態のときに、入力後の確認不足などが起こってしまうことが原因であると考えられる。	今後はしっかりと入力後の確認を怠らないようにしていく。	デルモゾール軟膏0.12% パルデス軟膏0.05%	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05% 「MYK」クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05% 「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1303	一般名で「クロベタゾールプロピオン酸エステルローション0.05%」が処方されていた。商品名を検索するためにパソコンの検索画面で「クロベタゾ」までで検索したところ、一番最初にクロベタゾン酪酸エステルであるキンダベート軟膏が結果として出てきた。そのため、その同成分のローションを検索しなおしたところパルデスローション0.05%があったため、調剤しようとしたところ、処方箋入力しているスタッフにデルモベートスカルプローションであること指摘され気づく	検索語句として5文字入力していたので、他が出てくるとは思っていなかったのと、クロベタゾールとクロベタゾンの一般名の認識もなかったので思い込んでしまった。また、パーセントも同じものだったのでさらに思い込んでしまったと思われる。普段なら一般名処方に対して商品名を薬剤師が通知するのだが、今回はQRコード入力での検索ができたおかげもあり、事務サイドから指摘してもらったことができた	一般名処方の調剤を薬剤師だけでなく、複数人で確認するようにする。	デルモベートスカルプローション0.05%	パルデスローション0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1304	54歳女性 皮膚科より3種類の軟膏の混合が処方された。亜鉛華軟膏10g、ゲンタシン軟膏10g、(般)クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏10gの混合ミックスが処方された。1日3-4回四肢・体幹	処方入力の間違っており、調剤者もそれにつられてしまい間違えたものと考えられる。	一般名処方の場合、似ている名称が多いため、調剤前の処方監査をいい加減にせずに、薬剤名を最後の一字まで必ず指先確認をして注意して調剤するようにしました。投薬時に患者さまからの聞き取りにより間違えに気がついたので、引き続き丁寧な服薬指導をしていきたいと思う。	デルモベート軟膏0.05%	キンダベート軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	(般)クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏(先発:デルモベート軟膏)を(般)クロベタゾン酪酸エステル軟膏(先発:キンダベート軟膏)と勘違いして処方入力、調剤してしまいました。投薬時、今回は虫刺されで受診したことがわかった。亜鉛華軟膏、ゲンタシン軟膏、キンダベート軟膏の混合では体に使用するにはステロイドが弱いと思い、再度処方箋を見直したところ、(般)クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏であることがわかり、作りなおした。 また作りの直す際も(般)ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏(先発:アンテベート軟膏)と勘違いしてピッキングしており、あらためて処方箋を確認し正しく調剤をしました。						
1305	【正】デルモベート軟膏0.05%で混合【誤】デルモゾール軟膏0.12%で混合	混合をヒートで入力してしまったため、バラで入力し直そうとして手で修正。その後、初期監査・調剤・最終鑑査・投薬をスルー。	教えている最中に外来が混んでしまった場合は、教えるのを1度止めて外来の調剤に集中する。処方箋と薬剤に誤りが無いか、目視だけではなく声にだして確認する。似た薬品名の際は一文字ずつ鑑査する。1つずつ着実に終わらしていく。似た薬品名を把握する。	デルモベート軟膏0.05%	デルモゾール軟膏0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1306	「(一般名)クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%」が処方されていたが、「(一般名)クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%」で、レセコン入力した為、デルモベート軟膏で調剤するところ、キンダベート軟膏で調剤していることに、鑑査時に気付く。	事務員が一般名処方のレセコン入力を間違え、調剤者は入力情報をみて調剤したことで、鑑査時まで間違いに気付かなかった。	レセコン入力した内容を信じ、調剤するのではなく、調剤者は入力に間違いがないか確認をしながら調剤をすることで、入力間違いに気付くことができるので、鑑査までに、間違いを訂正することができる。	デルモベート軟膏0.05%	キンダベート軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1307	デルモベート軟膏と入力するところをデルモゾール軟膏と入力した	レセコンへ頭3文字で入力、デルモベート・デルモゾール2種類あることに気が付かず入力が終了した。	頭3文字で入力ミスをしやすい医薬品であるのは確定的に明らか。気を付ける以外にも製薬会社へ医薬品の名称変更を要望したい。	デルモベート軟膏0.05%	デルモゾール軟膏0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1308	デルモベート軟膏0.05%とヒルドイドソフト軟膏の混合のところ、デルモゾール軟膏%で混合しまい、投薬してしまった。投薬後に、軟膏の空チューブを投薬者が確認し、間違っていたことに気づき、連絡し、交換した。	処方の入力間違っており、医薬品を画像監査機に通さずにピッキング混合してしまった。監査と投薬時も、医薬品混合のジャーナルと空チューブの確認を怠ってしまった。	・必ず、処方箋の原本で薬品をピッキングし、画像監査機にかける。・監査・投薬時に、原本と空チューブ、混合医薬品のジャーナルを確認し、処方箋に記録する。	デルモベート軟膏0.05%	デルモゾール軟膏0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1309	土曜日11:30ころ忙しい時間帯で患者も多くテレミンソフト坐剤を確認しただけで規格を見誤った。患者にも薬剤を見せてたのだが、特に色が違うなどの指摘もなくそのまま渡してしまった。	同じテレミンソフトという薬剤名に気をとられてしまい、規格の再確認を忘れていた	再確認の徹底と薬袋の薬剤名の入っている場所に線を引くなどして最後にもう一度薬剤名・規格を確認する	テレミンソフト坐薬10mg	テレミンソフト坐薬2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1310	トアラセットの棚にトラムセットが混入、監査時に気付く	薬の戻し間違いによるものと思われる。二人の目で、間違えのないように確認を徹底する	戻し間違いの内容スタッフへ周知	トアラセット配合錠「DSEP」	トラムセット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1311	処方箋にはトアラセットの記載でしたが間違えてトラムセットを入れる。	処方箋を初めにしっかり確認しなかったのと、焦って薬を取ったことが要因かと思えます。落ち着いて初めに処方箋確認を怠らないよう努力します。	今回は監査でミスが分かり患者さんのもとに行かなかったのでまだ良かったです。個人個人がミスを起こさないように注意して薬局全体で防ぎたいと思います。	トアラセット配合錠「DSEP」	トラムセット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1312	半年に一度の棚卸の際先発品が5錠不足し反対にジェネリックが5錠多い事が発覚。半年間の処方患者の保存しておく投薬前写真を確認したところ1名に105錠お渡しの際端数の5錠が先発で渡していることが判明。調剤後5か月経過。	100錠はストック用の引きしから取り出し、残りの5錠を錠剤棚よりとり出す際に誤って先発品をピッキングしたかと思われる。監査時もヒートサイズが先発のほうがやや小さいものの色調も酷似しているため間違いに気付かず投薬に至ってしまった。	調剤時、監査ともに特に先発、ジェネリックの酷似しているものはヒートをよく確認する。	トアラセット配合錠「トーワ」	トラムセット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1313	後発品トアラセット使用の患者に先発品トラムセットを渡してしまった。他のくすりが先発希望であり、混在していたために取り違えをしてしまった。	見かけも似ており、取り違えを起こしやすい。	薬歴に希望内容をわかりやすく書くようにしたほうが良い	トアラセット配合錠「杏林」	トラムセット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1314	ドキサゾシン1mg 処方のところ、0.5 mg で調剤した。入力も0.5mg だった。	混雑していた時間のため、あせりからミスが起きた。入力、調剤も間違えたが、監査で発覚した。	処方箋をよく確認して調剤する。	ドキサゾシン錠 1 mg 「テバ」	ドキサゾシン錠 0.5 mg 「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1315	ドキサゾシン錠 1 mg を調剤すべきところを、トリクロルメチアジド錠 1 mg を投薬してしまった。患者本人が服用前に気づいて来局していただき発覚。	同じ引き出しの近いところに置いていたため取り違えてしまい、監査は甘くすり抜けてしまった。	置き場所を離す、監査時薬情の写真も見るよう改善。	ドキサゾシン錠 1 mg 「トーワ」	トリクロルメチアジド錠 1 mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1316	一包化を行うために薬剤を取りそろえた時、ドキサゾシン錠 4 mg が処方されている患者に対してテモカプリル錠 4 mg を間違えて出していた。薬を準備した薬剤師とは別の薬剤師が一包化する前に薬剤の間違えに気付いたため、正しい薬剤ととりかえ一包化し、患者に薬を渡した。	ドキサゾシン錠 4 mg とテモカプリル錠 4 mg が棚の上下に配置されていたが、薬剤の 4 mg の部分だけを見てテモカプリル錠 4 mg をとりだしていた。薬剤名をちゃんと確認しなかったことが要因と思われる。	2剤の棚の配置をかえる。規格が複数あるものの抽出して注意喚起。薬局内で間違えがおきそうな事を話し合い、情報の共有化。	ドキサゾシン錠 4 mg 「EMEC」	テモカプリル塩酸塩錠 4 mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1317	2020年12月10日(木) 16:00頃、当薬局を初めて利用する患者(77歳女性)が処方箋を持って来局した。処方箋にはドグマチール細粒10%1日0.3g分2朝・夕食後7日分と記載されていた。薬剤師A(職種経歴15年)はドグマチール10%を調製するところ誤ってドグマチール50%を調製し監査後交付した。翌11日(金)薬剤師Bが処方薬のドグマチール10%ではなく、ドグマチール50%が調製されていることに気づき、薬剤師Aに伝えた。薬剤師Aが休日だったため、薬剤師Bが正しく調製し、患者宅にお届けした。合わせて、患者に健康被害がないことを確認した。	薬剤師Aがドグマチール細粒10%の規格を誤ったのが原因だった。	業務手順を見直し、類似薬品の規格などダブルチェックを必ず励行するようにした。	ドグマチール細粒 10%	ドグマチール細粒 50%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1318	ドグマチール細粒50%で調剤しないといけない所、ドグマチール細粒50%で計量し作成、監査の薬剤師はg数の確認しかしない調剤の流れだったため、見た目はどちらとも白色でg数もあっていたので、監査で見えせず。在庫の確認で調剤薬剤師が気づき作り直し患者様にお渡し	色が同じで%の異なる粉が2種以上ある薬は、きちんと%まで確認の上、監査するようにしないと、g数のみの確認だと薬が異なっていることに気が付かない	調剤薬剤師が薬を作った後、監査薬剤師が物が合っているか、g数があるかの両方を確認する調剤・監査の流れに変更した	ドグマチール細粒50%	ドグマチール細粒10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1319	普段は整形外科で処方されている薬品が、今回からかかりつけ内科医で処方されることになった。発注商品が割り当て商品で在庫が不足している為、切り替え薬としてファイザーのものを購入し、調剤しかけたが、鑑査者が薬品名が違うことに気づいた。	塩の形が違うものがあるという認識がなかったこと。在庫のないもので、慌ててしまったこと。	成分名を最後まで慌てずに確認すること。	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「NP」	トコフェロール酢酸エステルカプセル100mg「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1320	在庫帳簿で、現在使用していない医薬品が使用された形跡があったことより、入力を間違えていたことが判明。患者へは処方通り正しいものをお渡ししてあったが、入力を間違えてしまっていたことをお詫び。	製造中止のため在庫にない医薬品は経過措置が残っていても入力できないようリストから削除する	毎朝のミーティングでスタッフ全員が事例を共有。監査は決められた手順どおり確認を徹底する。	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「トーワ」	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1321	8/26にもらった薬がいつもと違っていたと、10/14に来局。トコフェロールニコチン酸エステル200mgをお渡しすべきところを50mgでお渡ししていた。監査時に、規格の確認不足のため誤った薬剤をお渡ししてしまった。	処方された他の薬剤数が多く、監査時の確認がきちんとできていなかった。トコフェロールの文字を見ただけで監査したため、思い込みで調剤せず、確認を怠らないようにします。	慣れや慢心にきをつける。	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル200mg「サワイ」	トコフェロール酢酸エステル錠50mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1322	患者希望にてユベラ希望。処方元に疑義照会して追加処方となる。ユベラと伺い、ユベラ錠と判断(医療機関もそのように判断)し、調剤を進めるも患者に内服を見せるとカプセルであったとお話がある。昨年の処方歴を確認するとトコフェロールニコチン酸エステルカプセル(200)であることが分かった。処方元に再度疑義照会を行い、トコフェロールニコチン酸エステルカプセル(200)「サワイ」と処方変更になる。医師にもトレーシングレポートを提出する。	処方追加になった場合には、規格・剤形を確認して疑義照会を完結することが重要である。思い込みで規格や錠数などを判断しないことが重要である。	疑義照会における手技の見直しが必要であるため、対応策を更新する	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル200mg「サワイ」	ユベラ錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1323	トコフェロールニコチン酸エステル200mg錠の所、間違えて100mg錠で調剤(一包化)してしまった。患者に交付前に鑑査者が気づき、作成し直した。	以前は100mg錠×2カプセル/回で服薬していた患者様だった。調剤者が規格の確認を怠った。	調剤棚は上下に設置し、規格違いがあることをわかりやすくしている。調剤者と鑑査者は必ず分けて、二重鑑査を行っている。近日中に、鑑査機も導入予定である。	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル200mg「サワイ」	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1324	トコフェロールニコチン酸エステル200mgを180カプセルお渡しするの、アルミ包装100カプセル+80カプセルお渡しすべしと誤ってタフマック配合カプセルのアルミ包装100カプセル+トコフェロールニコチン酸エステル80カプセルお渡し。月末の棚卸で発覚し交換した。服薬前であり健康被害はなかった。	アルミ包装が似ており、薬品棚に充填時誤って、トコフェロールニコチン酸エステルの棚にタフマック配合カプセルを充填してしまった。調剤者が気が付かずピッキングしてしまった。鑑査者も輪ゴムを外さずに鑑査し、見落としした。	湿気が問題ない薬品は包装を外してお渡しする。湿気易い薬品は包装のままお渡しするが調剤時確認しやすいように輪ゴムで止めず、鑑査者に渡す。薬品棚に充填時は十分確認する。	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル200mg「サワイ」	タフマックE配合カプセル		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1325	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル200mgで処方されたが、100mgの規格のものがピッキングされていた。鑑査時に気づき、正しい医薬品を調剤し直した。	調剤に関わった薬剤師はこのところ目の不調を訴えていた。また、当薬局では100mg規格のものが多く処方され扱うことが多いので、判断誤りであると考えられた。	体調不良であっても、過誤は過誤であるので、他の者が調剤のフォローをするようにする。鑑査する者も、先入観で鑑査をしないようにと再度教育。	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル200mg「日医工」	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1326	【正】後発品しか存在しないため「ファイザー」・「TC」いずれかのメーカーでお渡ししなくてはならなかった。【誤】(般)トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mgで入力。交付してしまった	入力間違い	鑑査、交付後チェックのマニュアルの再確認(※先発は3分割、それ以外は4分割で確認と照合を行う事)。	トコフェロール酢酸エステルカプセル100mg「ファイザー」	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1327	一般名処方でトコフェロール酢酸エステル錠100mgが処方された。事務員が入力間違いでトコフェロールニコチン酸エステル100mgのユベラNカプセルを入力したがそのまま調剤し交付してしまった。すぐに間違いに気付いたため患者さんに電話して薬を服用しないように伝え、薬を取り寄せて後日配達した。	トコフェロール酢酸エステル100mgを在庫していなかったためトコフェロールと100mgに意識がいったしまった。また忙しい時間帯で確認を怠ってしまった。	一般名処方には特に確認を丁寧にする。	トコフェロール酢酸エステル錠100mg「ツルハラ」	ユベラNカプセル100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1328	一般名処方に記載されたトコフェロール酢酸エステル100mgをユベラ100と勘違いし、名称変更によるトコフェロールニコチン酸エステルカプセルを入力、調剤、監査し交付されたのち、付け合せて間違いに気づき連絡し正しいトコフェロール酢酸エステル錠に交換	いつも先発名でユベラ50mgで処方されている患者様が一般名処方でもトコフェロール酢酸エステル100mgと記載されていたため、ユベラの100と勘違いし、その名称変更品を調剤してしまい、監査投薬された	トコフェロール酢酸エステルとニコチン酸エステルを間違えないように場所を話し、薬ケースに注意喚起の掲示をした	トコフェロール酢酸エステル錠100mg「ツルハラ」	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1329	トコフェロール酢酸エステル錠50mgの供給不十分にて他のジェネリックに変更を考え、トコフェロールニコチン酸エステル100mg トーワに変更して調剤を検討。適応症が違うため、変更不可を確認した。	用量、剤形違いは適応症の違いがあるので、確認することが大切。	薬品の剤形、用量変更するときは、適応症確認するよう周知。	トコフェロール酢酸エステル錠50mg「トーワ」	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1330	トコフェロールの容量の違い他の規格があることをあまり認識出来ていなかった。	トコフェロールの容量の違い他の容量があることをあまり認識出来ていなかった。	普段使っていない薬では容量の思い込みを捨て、しっかり容量まで確認する	トコフェロール酢酸エステル錠50mg「ファイザー」	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1331	トスフロとガチフロとレポフロ点眼液類似の為	処方箋と現品を何回も口に出して注意する	処方箋と現品を何回も口に出して確認する	トスフロ点眼液0.3%	ガチフロ点眼液0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1332	医師が「トチモトのダイオウ」を処方するつもりが、「トチモトのタイソウ」と処方箋に記載。薬局で患者様との話で、「タイソウ」ではなく「ダイオウ」の可能性があり疑義照会し、誤りが発覚。	医師の話では、パソコンで薬剤検索をかける時に、「たい」で検索し、誤って「タイソウ」を入力してしまったとの事です。	投薬時は、必ず、患者様からの聞き取りは行う事を徹底。	トチモトのダイオウ	トチモトのタイソウ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1333	2020年10月30日患者家族が来局された。普段飲んでいるドネベジルOD10mgと異なる薬剤のドネベジルOD5mgが入っていて1錠服用していた。	残薬調整についての患者への説明に気をとられ薬剤の十分な確認ができていなかった。いつも薬情と薬剤を照らし合わせて説明しているがその説明を簡単に済ませてしまった。	audit監査システムによる画像監査を行った後もピッキングミスが頻回あることを十分に意識し、監査時に焦らず確認を行う。患者への投薬時には必ず薬情と照らし合わせて説明を行う。	ドネベジル塩酸塩OD錠10mg「N P」	ドネベジル塩酸塩OD錠5mg「N P」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1334	一般名処方のドネベジル塩酸塩口腔内崩壊錠10mgを採用薬であるドネベジル塩酸塩OD錠10mg「ケミファ」で調剤するところを、ドンペリドン錠10mgを用意していた。一包化をする前に気づいた。	規格が10mgと同じで、ドネベジルとドンペリドンの名称を見間違えた。	類似名の医薬品の取り扱いについてスタッフに周知徹底した。	ドネベジル塩酸塩OD錠10mg「ケミファ」	ドンペリドン錠10mg「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1335	処方箋がfaxで送られそれを受取った事務員はその患者の今までの処方内容がメマンチンOD10mgとOD5mgからメマンチンOD20mgに変更されていたが従来処方のメマンチンOD10mg5mgと思い込みピッキングした。 なお、ドネベジル塩酸塩OD5mgは変更なかった。患者のご主人が受取に来局された時にメマンチンOD20mgが一部在庫がない事と不足分対応をピッキングした事務員が確認その後投薬となったが既に内容確認、不足薬剤対応済みを告げられたので数量確認、患者の様態確認して投薬した。結局投薬された薬剤はメマンチンOD10mgとOD5mgが投薬された。ピッキングした事務員が薬剤片付けをしたときに間違いに気付く患者宅に直ぐに訪問して薬剤交換した。	事務員任せにして処方箋内容確認しないで渡してしまった点と薬剤について常に取り扱いしてないため薬剤のPTPシートの色、印字について知識不足である。	投薬機会が少ない薬剤についてPTPシートの色、印字などを機会ある毎に確認して特に投薬には慎重に監査する。当然ダブル監査の仕組みを作っておく事が大切。	ドネベジル塩酸塩OD錠5mg「タナベ」 メマンチン塩酸塩OD錠20mg「DSEP」	メマリーOD錠5mg メマンチン塩酸塩錠10mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1336	自動分包機内への薬剤充填の際類似した薬品を誤って充填してしまった。パラ容器や錠剤サイズも似ていたことからそのまま一包化のカセット内から送り出され一包化が進んでしまった。幸い出来上がった薬剤をチェックしていた際薬剤の誤りに気づきました。	ルーチンワークではあっても分包機への充填の際はメーカー及びmg数も同じ、包装容器も酷似している薬剤がある場合は複数人によるダブルチェックを行うことを心がける必要があると考えます。	酷似する薬剤のメーカーを見直しています。	ドネベジル塩酸塩錠5mg「オーハラ」	アムロジピン錠5mg「オーハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1337	処方箋にネオドパストン配合錠L100とあったが、前回までと同様のスタレポL100で取り揃え、一包化した。患者さまに薬をお渡しする前に別の薬剤師が監査したところ気づき、ネオドパストンの後発品(ドバコールL100)で一包化しなおした。	今までの処方がスタレポL100だったため、前回と同様にそのままで入力し、一般名も確認したが、レポドバ配合錠ということが同じなためそのまま調剤してしまった。	一般名処方が増え、それに対する慣れから油断してしまうことが間違いの原因となるため、再度一般名と薬剤の相違がないかを確認する。	ドバコール配合錠L100	スタレポ配合錠L100		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1338	ドバコール(100)3Tが処方されていた患者に対しドバコール(50)3Tで入力。鑑査で発見となる。	複数規格の認識不足	複数規格があるものについては分かりやすいようにする。	ドバコール配合錠L100	ドバコール配合錠L50		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1339	処方箋FAX受付後、薬剤師Aによる調剤時、5品目分包のうち4品目はジェネリック、1品目だけ患者希望により普段から先発品のトピナ錠で調剤するべきところ、ジェネリックのトピラマート「アメル」で調剤してしまった。別の薬剤師Bによる監査で発見し、調剤し直し、患者へはいつもと同じく正しい薬でお渡しすることができた。	処方内容のうちほとんどジェネリックで調剤するところ、1品目だけ先発という、自薬局では珍しい内容で、思い込みによる調剤をしてしまったことが原因である。	調剤に取り掛かる前に、処方内容だけでなく、患者情報の背景、作り方の希望にも毎回気を付けるようにする。	トピナ錠50mg	トピラマート錠50mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1340	トピロリック錠20mgが処方されていたところ、誤ってウリアデック錠20mgを調剤してしまった。	同じ痛風治療薬であり、分類分けで在庫している当薬局では同じ引き出しに入っていたため、規格の20mgにばかり目が行ってしまい取り間違えた。	規格ばかりでなく、名称からしっかり確認する。引き出し内でも離して収納するようにする。	トピロリック錠20mg	ウリアデック錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1341	トピロリック40mgで処方されたが、トピロリック20mgで入力→調剤→監査。患者様様の問い合わせで気付く。	トピロリック20mgしか在庫してなかったためかPC入力も20mgのままになって40mgはあるという認識がなかった。	QRコード入力の時も処方箋の表面しっかり見て調剤・監査心がける。	トピロリック錠40mg	トピロリック20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1342	一般名でフルオシノニドクリーム0.05%が処方されていたが、フルオシノロンアセトニド軟膏0.025%→フルコート軟膏0.025%と誤ってレセコン入力を行い、誤った入力に従い調剤し、監査時に気付くことができなかった。後日、当該患者のレセプト入力画面を開いた際に間違いに気が付いた。患者に謝罪し、正しい薬(トブシムクリーム0.05%)を調剤し患者にお渡しした。	調剤者がレセプト入力画面を見て調剤し、確認しなかった可能性がある。監査者が監査機でのみ監査を行い、処方箋の確認不足があった。	処方箋の確認を徹底する。	トブシムクリーム0.05%	フルコート軟膏0.025%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1343	患者が他の医院より処方されているお薬を追加で処方されたが、当薬局で取り扱いなかったため至急に注文。一緒に処方されていた外用剤が尋常性乾癬のシャンプーだったためドボネックス軟膏であると勘違い発注、薬剤が届いて処方せんと照らし合わせて類似の名称の別薬品と気づいて再度注文した。患者様には処方薬をお渡しできた。	薬剤師の思い込みと確認不足	薬剤の注文のときのカナ入力時、3文字以上で注文。処方せんと照らし合わせて2回以上は確認するようにする。	ドボベットゲル	ドボネックス軟膏50μg/g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1344	ドボベットゲルが処方されていたが、ドッベット軟膏をピッキング。鑑査時に誤りに気付いて訂正交付した。	お薬手帳を見ながらの調剤時、前回までの処方がドボベット軟膏であったことからの思い込みと2種の包装外観が似ていたことからピッキングミスを引き起こしたと考えられる。	似ている外観のものがあることの認識を確認、調剤時に注意がいくように棚の配置を工夫する。	ドボベットゲル	ドボベット軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1345	トラセミド錠4mgが処方されているところを、同8mg錠で調剤。	同時に処方されていた薬品の規格変更などに気を取られ、注意力が散漫していた。	処方箋、調剤された現物、薬情などと照らし合わせ、差異が無いか今一度確認する。	トラセミド錠4mg 「KO」	トラセミド錠8mg 「KO」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1346	一包化作成時、トラセミド842Tとりそろえたはずが、ルブラック8が10T混在していた	棚へ戻す際などに間違いがあったと思われる在庫数の相違は相互に3T別の方の一包化作り置き分に、ルブラック8で作成すべき方の3包にトラセミド8が混在ルブラック、トラセミドをシートで投薬した方々に電話で間違いがない事も確認	棚へ戻す際の際の他スタッフとの相互確認	トラセミド錠8mg 「KO」	ルブラック錠8mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1347	トラゾドン錠2.5mg 1錠/1×就寝前の処方でトラゾドン錠2.5mgを28錠お渡ししなければならぬところ、トラゾドン錠2.5mg 8錠とセルトラリン錠50mg 20錠を輪ゴムで一緒にくっつけてお渡ししてしまった。自宅で薬の確認した患者から連絡があり、すぐに正しいお薬を取り換えに行った。	薬品棚でトラゾドン錠2.5mgとセルトラリン錠50mgの配置カセットが近い位置にあり、ピッキング時に配置カセットをよく確認せずにピッキングしてしまったことが原因と思われる。また両薬剤のPTPシートの外観やシートの色が似ていたため、28錠を輪ゴムでくっつけたとき薬剤の混在に気付かなかつた。また監査時に輪ゴムを外していなかったため薬剤が混在していることに気付かなかつた。	薬品棚でPTPシートの外観類似のものや、よく取り違える薬剤同士の配置カセットの位置を遠ざけた。また監査時はPTPシート1枚1枚確認をし、薬剤の混在がないか確認するようにした。	トラゾドン塩酸塩錠2.5mg 「アメル」	セルトラリン錠50mg 「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1348	トラディアンスAP60錠の中に、BPが10錠(1シート)混じっていたのを、監査者が発見し、用意しなおした。	他規格で、共に薬品棚への配置になる薬品だった。また、五十音順で並べている為、上下の位置関係で隣り合っていた。	複数規格の注意喚起を促すポップなどの設置	トラディアンス配合錠AP	トラディアンス配合錠BP		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1349	お薬をお渡しした当日夕方、本人より緊急用の携帯電話へ連絡あり。トラディアンス配合錠APを28日分(28錠)もらったが、中身を見たら6錠だけジャディアンス錠10mgになっている。同じ薬なのかと質問。本人へ謝罪し同じ薬ではないことを説明、誤ってお渡ししたジャディアンスは次回来局時に返却していただき、正しい薬をご自宅にお送りすることで了承いただいた。	土曜日なのに普段よりゆっくりとしており、午前中だけの勤務であったため気持ちが慢心していたかもしれません。同じ調剤棚の上のほうにジャディアンス、その下にトラディアンス配合錠APを置いていたため繁忙時に調剤後の端数分を戻すときに誤って置いたようで集薬者も気づかずそのまま輪ゴムでまとめてしまった。表が見えていたら錠剤の形が異なるので気づいたが裏のほうが見えていた状態で監査時気付かず、そのまま患者様にお渡ししてしまいました。	調剤棚の薬の配置を変更。トラディアンス配合錠を調剤棚の下半分の引き出しの方に移動させ、「～ディアンス」と名称似ているが、引き出しを開ける手間を設けることで少し考える時間ができるのではと考えます。また、他のスタッフに周知してもらうため調剤棚にも「調剤後、薬を戻す際にきちんと確認してから戻すように」と張り紙をしました。	トラディアンス配合錠AP	ジャディアンス錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1350	1年ほどトラディアン配合錠APで継続をしていたが、2020年6月にトラディアン配合錠BPに変更されていた。調剤をした薬剤師、入力をした事務、監査をした薬剤師、投薬をした薬剤師全てが変更気づかず、従来通りのAPのままで患者へ。患者と患者家族も医師が薬を変更したことを理解していなかった。1か月後に同医療機関からの処方箋を受け付けた際、別の薬剤師がBPに変わっていることに気が付き、過去処方箋を見返したところ6月から変更されていたことが発覚した。	月曜日で外来業務の忙しい時間帯であったこと、老人施設の入所者の処方箋(約20枚)の一包化調剤に追われていたこと、該当患者が来局する数日前に予め集薬をしていたためそれが変更になっていると疑わなかったことが主な要因と考えられる。	複数規格あるものは処方箋監査時により入念にチェックをし、処方箋上に鉛筆でマークする。今回のようなローマ字表記は数字よりわかりにくいので、ダブルチェックを欠かさない。複数規格あるものは薬品棚にその旨注意喚起をするような色分けシールを貼る。	トラディアン配合錠BP	トラディアン配合錠AP		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1351	処方上はトラディアン配合錠BPだったがピッキングが出てきたのはジャディアン錠25mgだったためその場で調剤し直した。	背景：繁忙時だったため頭ではトラディアンとわかっていたが無意識にジャディアンを取ってしまった。要因：慣れもあると思うが無意識に調剤したため本人は監査されるまで気づかなかった。	処方箋は「みる」のではなく「よむ」ことを心がけるようにした。	トラディアン配合錠BP	ジャディアン錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1352	トラネキサム酸の調剤に対して外観類似しているトコフェロールカプセルで調剤してしまう。投薬時、患者と一緒に確認している際に発覚。	トラネキサム酸、トコフェロールの配置している場所が類似しており、一度トコフェロールを調剤した際に端数分を戻す際に間違えた棚に戻ってしまった。	調剤するときは棚からカセットごと取り出し、必要分計数したのち、カセットごと棚に戻すようにする	トラネキサム酸カプセル250mg「トーフ」	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1353	処方箋にはトラネキサム酸が処方されていたが、カルボシステインを調剤していた。ピッキング後、投薬前の自己監査時に発覚。理由はトラネキサム酸の場所にカルボシステインが混在していたため。幸いすぐに発見できており、在庫に狂いがなかったため他に交付されることはなかった。	トラネキサム酸とカルボシステインが隣どおしのためどうやら集中がかけており補充時に間違えた様子	薬剤補充時はなるべく2人で実行。もしくは声を出して確認する。	トラネキサム酸錠250mg「YD」	カルボシステイン錠250mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1354	トラネキサム酸錠250mg YDを交付しないといけなところを、間違えて、デキストロメトルフアン臭化水素酸塩錠15mg トーワを渡していたのを、患者様本人より連絡あり。	トラネキサム酸錠250mg YDとデキストロメトルフアン臭化水素酸塩錠15mg トーワとの確認ミスによる過誤発生(+)	トラネキサム酸錠250mg YDとデキストロメトルフアン臭化水素酸塩錠15mg トーワとのヒート包装が似ているので、まずは薬品配置場所を変更する。調剤者と鑑査者を別々に行い、相互確認を行う。上司に薬剤鑑査システム導入の提案を行う。	トラネキサム酸錠250mg 「YD」	デキストロメトルフアン臭化水素酸塩錠15mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1355	トラネキサム酸錠は42錠の予製を利用。そのうち2錠サクコルチン配合錠が混ざっていた。2剤は外観が類似しているため、調剤・鑑査・交付時に気づかず。患者家族が服用前に発見。	予製作成時、トラネキサム酸錠42錠中にサクコルチン配合錠2錠を混ぜて束ねてしまった。トラネキサム酸錠のバラ錠を入れている箱に誤ってサクコルチン配合錠のバラ錠を入れてしまったと考えられる。	似ている外観の薬剤同士はそばに陳列しない。特にバラ錠を戻すときは細心の注意を払う。	トラネキサム酸錠250mg 「YD」	サクコルチン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1356	トラネキサム酸錠で処方されたがトラネキサム酸カプセルを集薬。	薬局内に5～6人の患者さんがおり混雑しており立って待っている患者さんもいた。処方入力後に出るチェックシートをもとに集薬するが確認不足で規格違いのカプセルを集めていた。	チェックシートで集約し籠に入れる際に薬袋に印字されてる薬品名を再度チェックし間違いないか指差し確認をする	トラネキサム酸錠250mg 「YD」	トラネキサム酸カプセル250mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1357	特急棚にあるトラネキサム酸錠250mgを21錠ピックアップするところ、6錠のみ同じく特急棚の隣のカセットにあったクロルフェネシン250mgをピックアップしてしまった。鑑査時にそのことに気づいた。	2剤は外観が類似しており、忙しいこともあり、6錠のみ間違えて取ってしまった。	今後はそのようなことがないように隣通しであった二つの間に違う薬剤のカセットを入れ、取り間違えが起らないように対策した。	トラネキサム酸錠250mg 「日医工」	クロルフェネシンカルバミン酸エステル錠250mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1358	トアラセット配合錠で出すべきところをトアラセット配合錠「三笠」で渡してしまった。	処方箋は一般名で記載されており、事務が処方箋に「トアラセット」と書いており、それを見て、調剤者、鑑査者もそのまま出して、渡してしまった。	処方箋と薬袋に記載された薬剤名を確認し、薬剤と照らし合わせて鑑査する。薬袋の裏に薬剤の外観の写真が載っているため、それと照らし合わせながら鑑査する。	トアラセット配合錠	トアラセット配合錠「三笠」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1359	1包包装・先発医薬品希望の患者様で、トラムセットは定期的に服用されていました。調剤ピッキング時に、処方せんには一般名処方記載があったため、思い込みでジェネリック医薬品のトラムセット「トーワ」をピッキングしてしまったようです。1包包装分包装時におこなっているバーコード監査システムで間違いに気づきました。	トラムセットとトアラセット「トーワ」のシート外観はよく似ており、在庫棚も同じ劇薬棚の近くにしていました。普段はジェネリック医薬品のトアラセットの調剤がほとんどのため、思い込みで調剤してしまったようです。	在庫場所について再発防止の検討をおこない、頻出のトアラセット「トーワ」はそのままにしておき、普段あまり調剤しないトラムセットはピッキングに時間のかかる引き出しへ変更しました。また、バーコード監査の徹底を職員全員に周知しました。	トラムセット配合錠	トアラセット配合錠「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1360	病院の入カミスでトランコロン錠を処方するところ、トランサミン錠になっていた。	腹部の症状が主訴であったので、確認すべきであった。	患者に主訴の詳細を確認して、本当に今の症状にしているか確認する。	トランサミン錠250mg	トランコロン錠7.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1361	引き出し、隣の規格違いの取り間違い、監査見過ごし	医療事務休みのため、薬剤師が入力していた為集中力にかけた	規格ごとの見出しを更に分かりやすくする	トリアゾラム錠0.125mg「EMEC」	トリアゾラム錠0.25mg「CH」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1362	トリアゾラム0.125mg 2錠 分1の処方のところ、トリアゾラム0.25mg 2錠 分1にて調剤。監査時、気が付かず、患者さまへ交付してしまっ。翌日、事務員さんが在庫数の確認をしていたところ、在庫数が合わないことに気付いてくれた為、患者様宅に連絡。患者様宅に伺い、交換とした。	トリアゾラムは、規格違いが存在し、また包装も酷似している為、調剤時、監査時、交付時、共に注意すべき医薬品の1つである。「0.125mg」と「0.25mg」と数字も似ている為、細心の注意を怠らないように気を付ける必要がある。	調剤時、監査時、交付時に処方薬の規格に印を付け、自らが今まで以上に確実に、規格違いを意識できるように改善した。また指差し確認も有効であるとした。	トリアゾラム錠0.125mg「日医工」	トリアゾラム錠0.25mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1363	トリアゾラム錠0.25mgを調剤するところを、プロチゾラム錠0.25mgを調剤してしまった。患者様がお宅に帰られてから、電話があり調剤ミスに気付いた。	常駐している指導薬剤師がおらず、臨時の当薬局に慣れていない薬剤師がいた為、薬剤師・実習生ともに余裕がなかったと考えられる。そのため、実習生が調剤した薬剤の監査を薬剤師がするのを忘れていた。	実習生が調剤を行った場合は、薬剤師が必ず監査を行うようにする。	トリアゾラム錠0.25mg「CH」	プロチゾラム錠0.25mg「ヨシトミ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1364	トリアゾラム0.125mgの一般名処方の処方箋を受付。慣れと焦りによりトリアゾラム0.25mgを交付。患者さんが帰宅後、いつもと色が違うことに疑問を抱き薬局に連絡して発覚した。	繁忙の時間である旨、焦りもあった。いつものDO処方であるため、交付者・患者もスピードを意識していたため、確認が漏れていた。忙しくても薬剤をしっかりと見せながら確認が必要。	指差し、声出しの確認をおこなっていく。	トリアゾラム錠0.25mg「FY」	トリアゾラム錠0.125mg「FY」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1365	定期的を受診されている患者様で、今まではトリアゾラム錠0.25mg「日医工」お渡ししていたが誤って別のメーカーのトリアゾラム錠0.25mg「EMEC」でお渡ししてしまった。薬歴を記入する際に間違いに気がつき患者様に連絡していつものメーカーの薬剤に交換させていただいた。	当薬局では、ほとんどの患者様にトリアゾラム錠0.25mg「EMEC」が処方されており、前回のお薬手帳を確認せずに処方箋にメーカー名を記載し(当薬局ではジェネリック調剤する時に鉛筆でメーカー名を記載している)、レセコンの入力、調剤までしてしまった。投薬の際も薬歴画面で前回の処方とメーカーが変わっていることに気がつかずそのままお渡ししてしまった。	お薬手帳で前回の処方薬のメーカー名を確認してから処方箋に鉛筆で記載して、レセコン入力や調剤行う。投薬の際も薬歴画面で前回と変更ないかしっかり確認する。	トリアゾラム錠0.25mg「日医工」	トリアゾラム錠0.25mg「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1366	トリアゾラムで渡すべき薬をプロチゾラムでお渡ししてしまった。患者様が服用する直前に違う薬であると気づき、薬局に連絡	トリアゾラムとプロチゾラムが同じ引き出しに隣り合わせで入っていた為間違えてピックしてしまったmg数が同じであった為、処方薬がプロチゾラムだと思い込み監査をしてしまった	トリアゾラムとプロチゾラムを離して保管しておくようにしました。	トリアゾラム錠0.25mg「日医工」	プロチゾラム錠0.25mg「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1367	トリクロルメチアジドが処方されていたが、間違えてドキサゾシンを集めてしまった。監査システムにより判明した。	どちらも降圧剤で棚が隣接していた。	棚の位置を離して、薬品名の下に、取り間違え注意と記載した。	トリクロルメチアジド錠1mg「NP」	ドキサゾシン錠1mg「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1368	一般名処方で見にくい処方せんであったが、トリクロルメチアジド1mgとドキサゾシン1mgを取り間違えたが、監査チェックで見えられた	一般名の馴染みにくい名称によると思う。先発名のフルイトラン1mgとカルデナリン1mgであったなら、取り間違い起こらないと思われる。	一般名は、落ち着いてゆっくり確実に処理する必要あり	トリクロルメチアジド錠1mg「NP」	ドキサゾシン錠1mg「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1369	トリクロルメチアジド錠2mgの処方を見間違えて、ドキサゾシン錠を調剤してしまったが監査の時点で気づいた。	外部からの問い合わせに気を取られ、処方一般名になっていたため単純なミスですが注意不足で調剤してしまいました。	薬品棚の場所がお互い近くだったので棚の場所を変えて、さらに取り違えた事がある人が二人以上だったのでドキサゾシン錠の棚に赤色の印を付け注意するよう改善いたしました。	トリクロルメチアジド錠2mg「NP」	ドキサゾシン錠1mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1370	トリクロルメチアジド錠2mg「日医工」0.5錠/日で処方指示があったが、トリクロルメチアジド錠1mg「NP」で調剤して、交付しようとしたが、監査時に規格違いが発覚し、調剤し直した。	繁忙時間帯で、確認工程が手薄になったことによる	薬品名、特に規格の声出し、指差し確認の徹底	トリクロルメチアジド錠2mg「日医工」	トリクロルメチアジド錠1mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1371	トリプタノール錠2.5mgのところをトフラニール錠2.5mgで調剤、その後の鑑査でも気づかず、そのまま投薬した。投薬後、すぐに本人が薬の内容を確認して過誤が発覚、すぐに正しい薬と取り換えてお詫びした。	トリプタノール錠2.5mgの取り違えの他にも、鑑査時に不完全な状態での取り揃えとなっており、鑑査者自ら取り揃えを行った。半錠にする作業となり、本来他の調剤者に依頼すべきところだが、繁忙のため、自ら行い、取り揃えた。その後の鑑査業務での、薬袋と薬剤、薬剤と処方箋の照合が疎かになり過誤が発生してしまった。	ひきつづき鑑査者は、鑑査中は調剤業務にできる限り関わらず鑑査に専念することとし、鑑査手順の薬袋と薬剤、薬剤と処方箋の照合を正確に行うよう職員全体に周知した。また今回取り違えをしたトフラニール錠2.5mgは使用者が少ない薬剤となるので、使用者の名前を薬品棚に添付することで再発防止を図った。	トリプタノール錠2.5	トフラニール錠2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1372	ドルモロール配合点眼液2本を間違えてミケルナ点眼液2本で投薬し、後日患者様が来局し間違えが判明した。薬剤は未使用でした。	ドルモロール点眼液とミケルナ点眼液は、ともにオレンジのキャップで似ている。	思いこまない。良く見て確認する。	ドルモロール配合点眼液「ニットー」	ミケルナ配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1373	間違ったインスリンを渡したのは7/13だったが、インスリンの使用単位が少なく残薬から消費していた。11/17に同じ病院の別の科へ受診時7/13の薬袋を持参して薬局へ来られた。その際いつももらっている注射と中身が違うということで指摘あり誤調剤していたことが発覚。	7/13に入っていたレベミル注フレックスベンは未使用でビニール袋に入った状態であった。期限とLotNoからおおよそ6-8月に納品したものであること、10月上旬に行った棚卸でもトレシーバとレベミルの数が1本ずつ合わなかった。インスリンの帯が緑系で類似していたこと、保存場所が近かった、どちらも持効型のインスリンであることから調剤者・鑑査者も頭の中で勘違いした可能性が高いと思われる。	投薬者は患者本人とインスリンについては薬剤を出して確認することを徹底する。調剤者から鑑査者へ渡る途中に一回別の人間にインスリンを取り出したとき内容と数を確認するようにする。	トレシーバ注フレックスタッチ	レベミル注フレックスベン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1374	トレシーバ注フレックスタッチの処方のところトレシーバ注ペンフィルを調剤してしまった。	忙しい時間帯で確認が甘かった。	当該医薬品を隣どうしに並べデバイスが二つあることを常に認識するようにした。	トレシーバ注フレックスタッチ	トレシーバ注ペンフィル		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1375	一般名処方 ミルナンプラン塩酸塩錠15mg 1日4錠 朝夕食後 との処方記載を、調剤者は思い込みで、ミルタザピン錠15MG 4Tで調剤 他者が鑑査時に指摘し、患者様には処方通りの薬剤でお渡しをする	一般名も最初の2文字 ミル と、15mg錠 心療内科の薬剤 という思い込みでのミス ミルタザピンは 1日1回 就寝前の薬剤であり 成分から容量・用法が浮かべば 出来るはずのないミスであるまずは、容量・用法をしっかりと覚えるように指導	それぞれの薬剤の箱に「容量・用法」を記載したテープを貼り付け、調剤者に、分かるように薬局内で徹底をする。	トレドミン錠15mg	リフレックス錠15mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1376	【般】ドンペリドン錠10mgに対し、ドンペリドン錠10mgツルハラを入力(以前採用品目であった)現在の在庫はドンペリドン錠10mgトーワであり、調剤録の確認時に発見し訂正した。	マスタの削除をしておらず。誤って選択してしまった。	マスタの削除を行い表示されないようにする。	ドンペリドン錠10mg「トーワ」	ドンペリドン錠10mg「ツルハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1377	ナトリックス錠1mgが処方。ナトリックス錠1mgをピックアップすべきところ、誤ってトリンテリックス錠10mgをピックアップ。ピックアップ直後、間違い発覚。	名称類似(語尾4文字が同じかつ名称の響きが類似)により生じたミス。	医薬品名称の確認を怠らない。医薬品名の語尾だけではなく、頭文字や規格の確認も徹底する。	ナトリックス錠1	トリンテリックス錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1378	ニコチン酸アミドが処方され、分包機で分包を行った。監査者が粉の色に違和感を覚え確認したところ、タンニン酸アルブミンが分包されていたことが分かった。	ニコチン酸アミドとタンニン酸アルブミンの包装がどちらも円柱の缶で、缶といえばニコチン酸アミドと調剤者が思い込み、計量前の確認がおろそかになっていた。また、繁忙時であったことと調剤者の睡眠不足が重なり、集中力が落ちていた可能性もある。	処方せんと計量する薬剤の名前、規格等をよく確認してから調剤する。	ニコチン酸アミド散10%「ゾンネ」	タンニン酸アルブミン「ファイザー」原末		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1379	ニコランジルをお渡しするのをニセルゴリンで渡してしまい、薬歴入力時に気づき、患者さん宅に交換にいきました。	患者さんを待たせている焦りより。	薬剤師が一人の時で、どんなに忙しくても必ず投薬前に再度、自分で監査を行います。	ニコランジル	ニセル		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1380	ニコランジル5mg g サワイ処方の患者、取り違えてニセルゴリン5mg g 日医工を調剤調剤後に発覚して取り換える	「二」から始まる医薬品で、5mg gで混同してしまったため間違える	処方せんの再度の確認ダブルチェックを励行する	ニコランジル錠5mg「サワイ」	ニセルゴリン錠5mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1381	ニセルゴリン錠5mg「NP」を取らなければいけないところニコランジル錠5mg「サワイ」を間違えてピッキングしてしまった。鑑査の際に別の薬剤師が間違いに気づき患者様には正しい薬を渡しました。	処方量の少ない薬を処方量の多い薬と間違えてピッキングしてしまった。	薬の棚に類似名称有の札をつけて分かりやすくする。	ニコランジル錠5mg「サワイ」	ニセルゴリン錠5mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1382	処方せんにはニコランジル5mgと記載あったが誤ってニセルゴリン5mgをピッキングした。	名前の類似、規格が同一のため間違えた。	類似薬として店舗スタッフに注意喚起。	ニコランジル錠5mg「サワイ」	ニセルゴリン錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1383	ニコランジル錠5mg「サワイ」で調剤するべきだったが、誤ってニコランジル錠5mg「トーワ」で調剤	同一成分、同一規格のメーカー違いを同じ棚に配置していたため、調剤ミスが発生	棚の配置変更。集薬時にメーカー名まで確認を励行するようにした。	ニコランジル錠5mg「サワイ」	ニコランジル錠5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1384	一包化のため当該薬品を調剤薬剤師がピッキングし一包化調剤に入る。一包化調剤が完成後、殻及び錠剤の刻印を確認した鑑査薬剤師によって事例が発覚。その後再度分包し直し患者に渡す。店舗に慣れておらず頭文字及び規格が同じであったものを確認不足で生じた1例と考えてます。	店舗に不慣れな薬剤師がピッキング及び一包化調剤までを担当。頭文字及び規格数が同じであったため詳細確認を怠った結果生じた事例。	ピッキング時の声出し及び指差し確認の再度徹底。調剤者と監査者は別のダブルチェックシステムを今後も継続導入していく。	ニコランジル錠5mg「サワイ」	ニセルゴリン錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1385	ニセルゴリン(5)を調剤するところ、ニコランジル(5)を調剤した。一包化するときに気付いて調剤しなおした。	当薬局での勤務にまだ慣れず、ニセルゴリンとニコランジルの棚を間違えてピッキングした。	薬効別に棚を配列しているが、名前が似ているものは離すように変更。似たような名前の薬剤は気を付けるように確認の為に研修を定期的にする。	ニコランジル錠5mg「トーワ」	ニセルゴリン錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1386	当該医薬品の名称が似ているため。	医薬品を取る際に文字面とmg数で認識しまっているところがある。	当該医薬品名称が似ているので気を付けるように職員へ注意喚起する。	ニコランジル錠5mg「日医工」	ニセルゴリン錠5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1387	2020年10月某日(木)18時頃に、平素より当薬局を利用している患者(80歳女性)が処方箋を持って来局した。処方箋にはニセルゴリン錠5mgと記載されていた。薬剤師Aは、ニセルゴリン錠5mgを調製するところ誤ってニコランジル錠5mgを調製し、鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが、処方薬のニセルゴリン錠5mgではなく、ニコランジル錠5mgが調製されていることに気づき、調製した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはニコランジル錠5mgを正しく調製し、再度、薬剤師Bが鑑査した。鑑査で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	名称が似ているので、見間違えた。2剤は、棚と引き出しに あえて分けて在庫している。規格も同じなため、注意してみる。	箱に目立つように注意書きを貼るようになる	ニセルゴリン錠5mg 「サワイ」	ニコランジル錠5mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1388	ニセルゴリン錠とニコランジル錠を取り違えた	久しぶりの来局と、以前は処方センに先発品の名称が記載されていたが、今回からその医療機関が一般名処方変わった事で、処方センを読み違って調剤した。	昨今の医薬品供給状況もあり、ニコランジル錠は先発のシグマートになったのでミスが起こりにくくなった。	ニセルゴリン錠5mg 「サワイ」	ニコランジル錠5mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1389	ニセルゴリン錠5mg「サワイ」を調剤すべきところ、ニコランジル錠5mg「トーフ」を誤って調剤。	いつもより時間的余裕があったため、気の緩みが生じたのではないかと考える。	時間に余裕がある場合はしっかりと薬品名称を指差し確認する。	ニセルゴリン錠5mg 「サワイ」	ニコランジル錠5mg 「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1390	一包化予製を作成している患者集薬時に、ニセルゴリンとニコランジルを誤集薬。調剤時に鑑査システムで集薬ミスに気付くも、始めの数方がニセルゴリンで調剤されていたため、誤調剤に気付かず。(自動分包機を使用しており、始めの数包は補充されていたニセルゴリン、充填後はニコランジルで調剤されてしまった。)投薬時に一包化を鑑査して、誤調剤に気付く。	鑑査システムの利用は徹底されており、投薬者に渡す前の一包化チェックも数包ではあるがされていた。充填時のダブルチェックが漏れた。一包化作成後の全包鑑査の必要性を再度認識できた事例。	・充填時のダブルチェック 新しい機械が入り、バーコード読み取り機能があるので、ダブルチェックができない場合はそちらの利用を徹底。	ニセルゴリン錠5mg 「トーフ」	ニコランジル錠5mg 「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1391	ニセルゴリン処方患者に誤ってニコランジルを交付その後患者からの連絡によりミスが発覚、自宅に交換しに伺った処方医には連絡済み	名称が少し類似していた為、取り違えて交付してしまった	棚が前後に配置していた為、少し離して配置ダブルチェックの徹底	ニセルゴリン錠5mg 「日医工」	ニコランジル錠5mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1392	ニトラゼパムをお渡しすべきところ、フルニトラゼパムをお渡ししてしまった。投薬薬剤師が違和感を感じ、患者本人に電話連絡したところ異なる薬剤に本人が確認できたため、服用前に交換した。	患者様がお急ぎで、お薬を奪うようにカバンにしまわれたため、十分な確認ができずにお渡しした。その為投薬台に行く前に、鑑査台でしっかり薬剤を確認してから患者様に声がけするよう、ルールを徹底した。	鑑査台での鑑査の徹底及び、取り間違え事例の共有を徹底した。	ニトラゼパム錠5mg 「JG」	フルニトラゼパム錠1mg 「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1393	ニフェジピンCR錠10mgで処方があったところ、ニフェジピンL錠10mgで調剤、交付。患者からの申し出により発覚	ニフェジピンCR錠の調剤をすることがほとんどないため、CR錠と思い込み調剤鑑査も1人で行ったためミスに気づかなかったCR錠とL錠の配置場所が近かった	必ず複数人で規格を確認。CR錠とL錠を近くに配置しない	ニフェジピンCR錠10mg 「サワイ」	ニフェジピンL錠10mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1394	定期処方の処方変更で、20mg分1から10mg分2に変更になっていたが、気づかずに前回通りの薬で入力・調剤・投薬してしまった。	ずっと処方が変わっていなかった患者さんで、思い込みがあった。	思い込みによらないように、気をつけて入力・調剤・監査するようにする。	ニフェジピンCR錠10mg 「トーワ」	ニフェジピンCR錠20mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1395	一般名処方ニフェジピン徐放錠(10(24時間持続)の持続時間を確認せずに、入力、調剤、監査してしまった。	不慣れで、レセコン入力チェック、調剤・鑑査チェックを怠った。	一般名処方の持続時間をしっかり確認する。入力チェック、調剤・監査チェック体制の確認。24時間徐放錠(CR)と12時間徐放錠(L)の棚を明確に改善する。CR錠は棚上、L錠は引出に入れることにした。	ニフェジピンCR錠10mg 「トーワ」	ニフェジピンL錠10mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1396	一般名「ニフェジピン徐放錠10mg (24時間持続) 2錠/朝食後」のところ、一般名「ニフェジピン徐放錠10mg (12時間持続)」で入力し、代替調剤で「ニフェジピンCR錠20mg 1錠/朝食後」を選択していた。処方監査時に、処方箋と調剤録の薬品名、現物は確認していたため、調剤ミスとはならなかったが、変更前薬剤の入力が誤った状態で薬情・お薬手帳等を交付してしまった。	後発品で調剤する際は、できるだけ管理を簡便にするため、2錠ずつ等で処方されているも1錠ずつで管理できるようにするため、患者の希望も確認した上で規格変更をしてお渡ししている。レセコンで上記規格変更で入力する際、他規格も選択できるようにすると、24時間持続・12時間持続等も関係なく同成分の薬剤が選択できるようになってしまう。今回、調剤薬は間違えなく選択・調剤されていたため、患者への影響はごくわずかであったが、コメディカルがお薬手帳・薬情等で内容を確認した際に混乱を招いてしまう可能性が考えられた。	代替前の入力患者への影響が少ないため、確認が疎かになりがちだったと思われるため、特に規格変更等した際は内容をきちんと確認するようにしたいと思う	ニフェジピンCR錠10mg「日医工」	ニフェジピンL錠10mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1397	ニフェジピンCR錠20mgの処方に対して、ベニジピン錠2mgを投薬してしまった。患者本人が気が付き、翌週に薬局され交換した。	血圧の薬ということだけを意識して、名称が似ているベニジピンと思い込んでしまった。処方せんと取り揃えた薬剤の照合がおろそかになっていた。新しい職員の指導期間中で、人手が取られ、別の者による薬剤監査がおろそかになっていた。	別の者による薬剤監査を必ず行う。どうしても監査の時間が取れない場合は、投薬記録写真を後からチェックし、間違いがないことを確認する。	ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」	ベニジピン塩酸塩錠2mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1398	ニフェジピンCR20を調剤するところを間違えてCR40を調剤してしまった。	同じ引き出しに違う規格が入っている。調剤者は薬局へ配属後2か月で慣れてきたところだった。	配置上、異なる引き出しに入れることは難しく手前から順に成分量の多いものを並べることにした。	ニフェジピンCR錠20mg「トーワ」	ニフェジピンCR錠40mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1399	CR20mgとCR40mgの誤り	名称の酷似	複数規格薬剤の啓もう	ニフェジピンCR錠20mg「トーワ」	ニフェジピンCR錠40mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1400	ニフェジピンCR20mgが112錠(56日分)処方され、当該事務員がピッキングをして鑑査者へ。鑑査時に12錠はニフェジピンCR20mgであったが、100錠包装分がニフェジピンCR40mgであることに気づいた。	薬品を調剤棚へ充填する際に規格違いでの補充が行われたため。	補充時のダブルチェックの徹底	ニフェジピンCR錠20mg「日医工」	ニフェジピンCR錠40mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1401	一般名ニフェジピン徐放錠40mg(24時間)の処方でニフェジピンCR20mgでお渡し	不足薬がありそちらに気を採られてしまった	処方箋を一言一句間違えずに調剤監査する。	ニフェジピンCR錠40mg「トーワ」	ニフェジピンCR錠20mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1402	降圧薬錠処方箋に対し、降圧薬倍量を調剤し投薬、投薬5分後発覚、直ぐに連絡。患者様宅訪問後、お詫び、交換した。	従来、降圧薬処方に対し、倍量投与を行った。多忙時間帯で入力ミスがあり、十分な監査を怠った。5分後発覚し患者様説明、お詫びした。	今後は、複数にお薬剤師、非薬剤師スタッフで監査を行う。	ニフェジピンCR錠40mg「日医工」	ニフェジピンCR錠20mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1403	間違った薬剤の一包装に気がついて、やり直しの際に、間違った薬剤1錠を抜き忘れた。(間違った薬剤も混在した状態)	気が付いたことに安心して、確認を怠った。間違った薬剤の数を確認するようにする。	類似していて間違いやすい薬剤には、特徴や別規格ありなどの注意喚起の目印を作成する。	ニフェジピンL錠10mg「サワイ」	ニフェジピンCR錠20mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1404	医薬品名称が同じで規格・剤形の取り違い	処方箋を受け付けて、処方内容をQRコードで読み取り処方入力を行う。今回の事例では、QRコードで読み取った処方内容は、手直しする必要がある。その為に以前のデータを利用し、変更点を修正する方が容易なので、QRコードのデータを使用せずに、以前のデータを使用し、変更点の違いに気づけずにそのデータで調剤を行った。	処方箋のQRコードを読み取ったデータを使用しなかった事、流用したデータと当日の処方内容の相違を確認が怠っていたところが原因である事が考えられる。また、処方箋と入力データを確認する時に、ニフェジピン徐放錠10mg(12時間持続)とニフェジピン徐放錠10mg(24時間持続)と括弧の中まで確認できていなかった事も原因であると考えられた。今後の改善策は、データの流用はしない。チェック時は、括弧の中まで確実に確認する事で同様の内容の発生を防ぐ事が可能になると考えられる。	ニフェジピンL錠10mg「トーワ」	ニフェジピンCR錠10mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1405	ニフェジピンŁ錠の処方を→ニフェジピンCR錠と勘違いでピッキング・・12時間の文字が目に入るやり直しました・・	錠剤監査システムの導入で・・入力の違いなければ・・簡単に間違いチェックできます・・処方箋はよく読む癖・・指で文字追う癖などが必要・・丁寧に読むこと	処方箋はよく読む癖・・指で文字追う癖などが必要・・丁寧に読むこと	ニフェジピンL錠10mg「トーワ」	ニフェジピンCR錠10mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1406	一般名：ニフェジピン徐放錠（12時間持続）を一般名：ニフェジピン徐放錠（24時間持続）と誤り調剤今までニフェジピン徐放錠10mg 24時間持続型を1日1錠1日1回使用していた患者において効果不十分だったためニフェジピン徐放錠10mg 12時間持続型を	今まで24時間持続型錠で処方となっていた また 多忙時間の為 ミスしてしまったと考えられる。	入力鑑査の不備 入力後必ず薬剤師が一文字ずつ処方箋と見比べながら鑑査をするようにするニフェジピン徐放錠に12時間持続型と24時間持続型があること 入力 ピッキングする事務員へも周知徹底する。ピッキング後の物を鑑査する際処方箋記載の薬剤と相違がないか 薬剤師が一文字ずつ鑑査するようにする以上3点を改善する	ニフェジピンL錠10mg 「トーワ」	ニフェジピンCR錠10mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	1日2錠1日2回で処方となっていたにもかかわらずニフェジピン徐放錠10mg 24時間持続型を1日2錠1日2回で調剤しお渡しした。お渡しした当日に入力ミスがないか振り返りをしていた時に事務員により入力ミスが発覚錠剤数を確認したところ お渡しした錠剤も 12時間持続型をお渡ししなくてはならないところ 24時間持続型をおわたしていることが発覚。すぐに患者様へ連絡 謝罪し 薬剤を交換した。服薬開始前だったため 健康被害なく お過ごしいただいた。						
1407	ニフェジピンが12時間作用型のL錠で処方されていたのに24時間型のCR錠でお渡ししてしまった。その後処方箋チェックをしていて気づき連絡して正しいものと取り換えた。服用前だったため健康被害はなかった。	薬剤の知識不足、繁忙による集中力欠如	入力の段階で変更するときにポップアップが出てきたものは薬剤師に必ず伝え、薬剤師がそれについてしっかり調べる。間違えやすい同成分の薬剤については勉強しておく。	ニフェジピンL錠10mg 「トーワ」	ニフェジピンCR錠10mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1408	他病院からの紹介で当薬局の近隣のクリニックを受診。ニフェジピンL10及び20mgをもともと服用中。処方箋にはニフェジピン徐放錠（12時間持続）とあったが、24時間持続のCR錠で入力してしまい、調剤・鑑査・投薬ともにスルーしてしまった。服用はしていたものの、血圧は安定しており、健康被害はなかった。その後、CR錠でも安定するため処方もCR錠に変更になった。	処方せんに記載のあった（12時間持続）を見逃していたために起きたと考えられる。また、もともとL錠で飲んでいたのでお薬手帳で把握し、今回病院変更の際に処方が変わることに違和感を持ってなかったことも原因として挙げられる。	ニフェジピンの処方に来たら必ず何時間持続かどうかをしっかりと確認し、入力から誤りがないようにスタッフ一同周知した。	ニフェジピンL錠10mg 「トーワ」 ニフェジピンL錠20mg 「トーワ」	ニフェジピンCR錠10mg 「トーワ」 ニフェジピンCR錠20mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1409	交付時、説明中にニフェジピンL錠10mg35錠のうち5錠のみ20mgで調剤されていたことに気づき再度正しく調剤しお渡しした。	多忙の時間帯ではあったが、棚が同じ列にあった為、ピッキングし直す際に戻す場所を間違えたと思われる。	ピッキング間違い等で棚に戻す際はミスゼロ子の使用や他の従業員とのダブルチェックを行う。	ニフェジピンL錠10mg「三和」	ニフェジピンL錠20mg「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1410	ニフェジピンL錠が処方されたところ、CR錠で処方入力、調剤、監査、交付まで進み、患者さんと話していてL錠と気付き交換。	日頃、ニフェジピン錠はCR錠しか処方されていないところにL錠が処方された。また、処方箋も一般名記載で、ニフェジピン徐放錠10mgまで同じで、その後の「12時間持続」までしっかり確認できなかった。	一般名処方でも最後の一文字まで確認する。	ニフェジピンL錠10mg「日医工」	ニフェジピンCR錠10mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1411	退院時処方の残薬ニフェジピンCR10mgを持参し残薬調整して欲しいと渡されました。ニフェジピンL10mgが処方されていたが、残薬と同じニフェジピンCR10mgをピッキング、監査しお渡ししてしまった。	退院時と同じ薬が処方されているとの思い込み。	処方箋監査をしてから残薬を確認する。	ニフェジピンL錠10mg「日医工」	ニフェジピンCR錠10mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1412	新人の事務員が一般名処方のニフェジピン徐放錠20mg(12時間持続)をニフェジピンCR錠20mgで入力。その後薬剤師も入力したものを信じて調剤し、そのまま監査も通り、患者に渡してしまった。交付者が渡した後すぐに気づき正しいものを渡した。患者は幸い薬を服用はしていなかった。	新人事務教育に対して入力監査がされていなかった。薬剤師の慣れによる怠慢があった。監査の不注意があった。	新人の事務員が入力する際は入力の監査をする。似た薬剤の置き場所に注意喚起をして取り間違いを防ぐ。二人によるダブルチェックを徹底する。	ニフェジピンL錠20mg「サワイ」	ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1413	一般名記載での12時間持続の見落としでCRをピッキング	採用なかった	よく見る	ニフェジピンL錠20mg「サワイ」	ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1414	一般名称記載の処方箋を受けた。一般名称に持続時間が含まれており、薬剤名に反映させる際、間違えてしまった。	商品名だけではなく、作用時間などで規格が複数ある薬の場合には、棚など直接見える場所に区別がしやすいように表示による工夫が必要であると思った。	薬が入っている棚の表面、薬剤名の横に効能の持続時間を明記した。	ニフェジピンL錠20mg「サワイ」	ニフェジピンCR錠20mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1415	ニフェジピンL20mg分2朝夕食後のところニフェジピンCR20mgを出してしまった。	一般名処方の場合、ニフェジピン徐放錠(12時間持続)と書かれており最後までしっかり確認する必要がある。	間違えやすい時間のところに◎、などのチェックを入れる。	ニフェジピンL錠20mg「トーワ」	ニフェジピンCR錠20mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1416	一般名処方でニフェジピン錠20mg (12時間持続)と記載されていたところニフェジピンC R 20mgで調剤。すべて服用。次受診時に発見。	昼休憩が終わったところでの対応で気持ちが緩んでいた。最後まで処方を確認できていなかった。仮入力終了後の処方監査、調剤、監査隔々まで確認。	Do処方入力に対しても疑ってかかり監査を行う。チェックを入れるなど視覚でも変化を入れる。	ニフェジピンL錠20mg「トーワ」	ニフェジピンCR錠20mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1417	ニフェジピンL錠20mgで調剤すべきところを、ニフェジピンCR錠20mgを調剤してしまった。監査時に発見し、正しい薬剤を取りそろえた。	一般名処方であり、ニフェジピン徐放錠20mg(12時間持続)となっていた。CRの方は「24時間持続」の記載であるので、その点を読み間違えたと考えられた。	一般名だと一見判別しづらい薬であるので、ニフェジピンの時は処方箋記載の医薬品名をしっかりと読むこと、事務員が入力しているときに「Lです」とか「CRです」とかということ、調剤する者に注意喚起させる対策を考えた。	ニフェジピンL錠20mg「トーワ」	ニフェジピンCR錠20mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1418	一般名である「【般】ニフェジピン徐放錠20mg(12時間持続)」を処方されたが、誤って「【般】ニフェジピン徐放錠20mg(24時間持続)」である「ニフェジピンCR錠20mg「日医工」」を調剤した。入力中の事務員が気づき、「ニフェジピンL錠20mg「トーワ」」を調剤し、患者に交付した。	処方元でよく出る処方が「【般】ニフェジピン徐放錠20mg(24時間持続)」であったため、()内の持続時間についての注意が不十分になっていた。	持続時間や、シップの温感・非温感など、()書きがあるものについては薬剤師、事務員間で声掛けをして注意喚起するよう周知した。	ニフェジピンL錠20mg「トーワ」	ニフェジピンCR錠20mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1419	8月31日処方箋でニフェジピンL錠20mg30日出ていたのを。ニフェジピンCR錠20mgを出していた、患者さんが16日後に再来院されて、依然とヒートの色が違うと言われて発覚した。残薬14日分を回収し、正しいニフェジピンL錠20mgをお渡しして謝罪。患者さんの体調や血圧等も変化しなかった。	ニフェジピン製剤のように多種類ある場合は、棚の配列の工夫も必要。同種同行品は再度Wチェックが必要と思われた。	ニフェジピン製剤は、数種類あり棚に横に並べないように配列していたが、間違いが起きた。基本の処方箋の記載名と実物の名称を再確認して監査(特にL錠とCR錠の区別の確認が必要)	ニフェジピンL錠20mg「三和」	ニフェジピンCR錠20mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1420	【正】ニフェジピンL錠20mg「日医工」計120錠【誤】ニフェジピンCR錠20mg「日医工」100錠 ニフェジピンL錠20mg「日医工」20錠	調剤ログの充填履歴を確認したところ、5/9にニフェジピンCR錠20mg「日医工」とニフェジピンL錠20mg「日医工」の充填エラーがあったことが判明。それが原因と思われる。	錠剤のピッキング時に、ケース横のバーコードを読み込まず、ケース内の錠ヒートや未開封の箱を読み取る。棚番が隣同士で、充填ミスしやすい場所だったので、片方の薬剤を引き出しに移した。誤充填があったことを認識し、再発を防ぐ。音を確認する。	ニフェジピンL錠20mg「日医工」	ニフェジピンCR錠20mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1421	9/28ニフェジピン錠10mg処方。 10/7に血圧がまだ高めなため、今回よりニフェジピン錠20mgへ増量となった。前回10mgであったことと通常10mg規格の使用率が高いため、ピッキングを誤ってしまった。	処方箋原本を確認せず思い込み調剤があった。	・規格が複数あるものは在庫の位置は離して保管する。 ・調剤時、鑑査時、投薬時において内容、規格、数量しっかり確認する。	ニフェジピン錠20mg「日医工」	ニフェジピン錠10mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1422	ニフェジピンL20mg処方のところニフェジピンL10mgをピッキング	ニフェジピンL20mg処方のところニフェジピンL10mgをピッキング 原因不明なところが大きいと思いがあつたと思う	規格違いを右側が小さい規格になるよう並べて配置 規格違いを目立つように表示した	ニフェジピン錠20mg「日医工」	ニフェジピン錠10mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1423	2020年10月23日(金)9時頃に、平素より当薬局を利用している患者(75歳女性)が処方箋を持って来局した。処方箋には(般)ニフェジピン徐放錠20mg(12時間持続)1日2錠分2朝・夕食後28日分と記載されていた。 薬剤師 A(職種経験年数20年)はニフェジピン錠20mg「日医工」を調製するところ誤ってニフェジピンCR錠20mg「トーワ」を調製し、鑑査に回した。鑑査にあつた薬剤師 Bが、処方箋のニフェジピン錠20mg「日医工」ではなく、ニフェジピンCR錠20mg「トーワ」が調製されていることに気付き、調製した薬剤師 Aに間違いを伝えた。薬剤師 Aはニフェジピン錠20mg「日医工」正しく調製し、再度、薬剤師 Bが鑑査した。鑑査で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	一般名の12時間持続と24時間持続を見落とし間違えた。	業務手順を見直し、監査薬剤師にまわす前に調剤薬剤師が再確認することとしました。調剤棚に、12H・24Hのラベルを貼り、取り間違い防止の為の対策を取りました。	ニフェジピン錠20mg「日医工」	ニフェジピンCR錠20mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1424	施設利用者への事例。施設従事者が10mg4錠から20mg2錠へ変更になっていることに気付き、薬が変更されていないことを発見する。処方箋の変更に当該事務入力者は気付いたが、当該薬剤師を含めダブルチェックをしていたにもかかわらず調剤者が変更気付かずに調剤してしまった。	多剤服用者のため他薬にも気を取られてしまい、チェックがおろそかになった。	ニフェジピン製剤は多岐にわたるので、しつこいくらい入念な確認が必要と考える。	ニフェジピン錠20mg「日医工」	ニフェジピン錠10mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1425	一般名処方ニフェジピン徐放錠20mg(12hr)の記載処方ところ一般名ニフェジピン徐放錠20mg(24hr)のニフェジピンCR20と間違える。	一般名処方でも同じ記載最後の効時間表記が違う為。	慌てずに最後の数字まで確認して調剤すること。薬局内に2種の医薬品が備蓄されていることの自覚と確認。	ニフェジピン錠20mg「日医工」	ニフェジピンCR錠20mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1426	一般名処方で ニフェジピン徐放錠20mg(12時間持続)をニフェジピン徐放錠20mg(24時間持続)と間違えた。	それまでは、ニフェジピン徐放錠20mg(24時間持続)を使用していたのでそのまま入力してしまった	ニフェジピン徐放錠20mgは(12時間持続)と(24時間持続)があることを薬局のスタッフ全員で確認。	ニフェジピンL錠20mg「日医工」	ニフェジピンCR錠20mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1427	ニルバジピン(2)のところベニジピン(2)をお渡し。服用時にご本人が気づき電話連絡下さったので、謝罪して交換に伺った	多忙な時間帯であったこと、薬剤名称が類似したことによるミス	採用薬のニルバジピンとベニジピンが名称類似であるため注意が必要であることを全員で情報共有した	ニルバジピン錠2mg「サワイ」	ベニジピン塩酸塩錠2mg「OME」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1428	ニルバジピン錠4mg「サワイ」をピックアップすべきところを、ベニジピン錠4mg「サワイ」をピックアップしていた。	名称として類似性が高く、また、同じ規格、メーカーであることからピックアップミスを招いたものと考えられる。	薬を取りそろえた後、もう一度処方箋中の処方薬の名前と、取りそろえた薬の名称の突合を行うようにした。	ニルバジピン錠4mg「サワイ」	ベニジピン塩酸塩錠4mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1429	スタレボL100が普段処方されている患者が来局。一般名にて「レボドパ・カルビドパ(10:1)配合」と記載あり、ネオドバストン配合錠L100調剤するべきところ、スタレボL100を調剤していた。調剤事務にもスタレボL100と指示していたが、レセコンでの候補が出てこなかったことで間違いに気づいた。	普段は薬剤名で処方箋記載が一般名へ突然変更となっていた為の焦り。ネオドバストン配合錠L100の一般名は「レボドパ・カルビドパ(10:1)配合」。スタレボの一般名は「レボドパ・カルビドパ水和物・エンタカボン配合」とよく似ていること、また、スタレボで長期継続していたため思い込みにより調剤を行ってしまった。	処方箋の記載が一般名へ突然変更となっている場合など、普段と違う場合はよりいっそう注意して今日の治療薬など用いてしっかりと処方監査を行う。	ネオドバストン配合錠L100	スタレボ配合錠L100		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1430	<p>(過誤事例(ヒヤリハット))</p> <p>『ネオドバゾール配合錠』の処方に対して、調剤薬剤師が『ネオドバストーン配合錠』の後発品である『ドバコール配合錠』で調剤してしまった(薬剤取り違い:鑑査薬剤師が気づいた)</p> <p>→『ネオドバゾール配合錠』を調剤しなければならなかった。(『ネオドバゾール配合錠』には、後発品は薬価収載されていない)</p> <p>(参考)先発:『ネオドバゾール配合錠』:【般】レボドバ・ベンセラジド配合錠⇒併売先発品:『イーシー・ドバール配合錠』『マドパー配合錠』、後発:なし</p> <p>【般】レボドバ50mg・カルビドバ配合錠⇒後発あり『ドバコール配合錠L50』</p> <p>先発:『ネオドバストーン配合錠L100』:【般】レボドバ100mg・カルビドバ配合錠⇒後発:『ドバコール配合錠L100』『レプリントン配合錠L100』他</p> <p>先発:『ネオドバストーン配合錠L250』:【般】レボドバ250mg・カルビドバ配合錠⇒後発:『ドバコール配合錠L250』『レプリントン配合錠L250』他</p>	<p>(考えられる原因) 1. ネオドバの文字が共通なので、併売品と誤認識してその後発品を調剤していたのではないか?</p> <p>2. 「(ネオ)ドバゾール」と「ドバコール」の文字を見て、『ドバコール』が『ネオドバゾール』の後発と誤認識してしまっていたのではないか?</p>	<p>(考えられる原因⇒その対策・改善案) 1. ネオドバの文字が共通なので、併売品と誤認識してその後発品を調剤していたのではないか?⇒事実を確かめてから調剤する。思い込みや変換を頭で行わない。</p> <p>2. 「(ネオ)ドバゾール」と「ドバコール」の文字を見て、『ドバコール』が『ネオドバゾール』の後発と誤認識してしまっていたのではないか?⇒後発品の販売名は一般名+規格+屋号にしていけないかメーカーに何う⇒配合剤の後発名は統一ルールがあるので、『レボカル配合錠』等、配合成分を用いた名称に変更できないか何う⇒事実を確かめてから調剤する⇒思い込みや変換を頭で行わない</p> <p>(予想される類似例) 【般】レボドバ100mg・カルビドバ配合錠の処方に対し、『ネオドバゾール配合錠』を調剤してしまった(薬剤取り間違い)→『ネオドバストーン配合錠L100』『ドバコール配合錠L100』『レプリントン配合錠L100』等を調剤しなければならなかった。</p> <p>⇒『ネオドバゾール配合錠』のPTPシート2行目に(レボドバ・ベンセラジド)を追加できないかメーカーに何う (以下、次ページ)</p>	<p>ネオドバゾール配合錠</p>	<p>ドバコール配合錠L100</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1430	⇒『イーシー・ドパール配合錠』のPTPシート2行目に(レボドパ・ベンセラジド)を追加できないかメーカーに伺う ⇒『マドパー配合錠』のPTPシート2行目に(レボドパ・ベンセラジド)を追加できないかメーカーに伺う ⇒『ネオドバストン配合錠L100・L250』のPTPシート2行目に(レボドパ100・カルビドパ)、(レボドパ250・カルビドパ)を追加できないかメーカーに伺う ⇒『ドパコール配合錠L50・L100・L250』のPTPシート2行目に(レボドパ50・カルビドパ)、(レボドパ100・カルビドパ)、(レボドパ250・カルビドパ)を追加できないかメーカーに伺う ⇒『レプリントン配合錠L100・L250』のPTPシート2行目に(レボドパ100・カルビドパ)、(レボドパ250・カルビドパ)を追加できないかメーカーに伺う			ネオドバゾール配合錠	ドパコール配合錠L100		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1431	ネキシウムカプセル10mg処方に対して20mgをピッキング。一包化する薬剤師が気づき薬を交換して調剤した。	ネキシウムカプセルは殆どの患者が20mgを処方されるためそのまま規格を確認せずに、20mgをピッキングしてしまった。	ネキシウムは数は少ないが年齢や体重で規格が定められているわけではないので必ず規格に注意して調剤・鑑査することを心掛ける。	ネキシウムカプセル10mg	ネキシウムカプセル20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1432	ネキシウム10mgのところ、ネキシウム20mgを間違えて一包化して調剤。箱の色も同じで間違えてピッキングしてしまった。	調剤棚に規格がわかりやすいように目印を貼る	10mgと20mgの部分に色分けして保管する。	ネキシウムカプセル10mg	ネキシウムカプセル20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1433	【正】ネキシウムカプセル10mg 60Cp 【誤】ネキシウムカプセル20mg 60Cp	充填JANはGS-1コードに統一され始めているが、ネキシウムに関しては10mg登録されておらず。ヒヤリハット発生時刻より前に、ネキシウムのコードをヒートのバーコードを参考に登録したと事務から。その時に20mgだが10mgのバーコードで登録有と確認。PDAを使用して、どういった状況であればばはじかれるか、読み取れるかなどを検証した結果、コードの変更前にカセッターに充填されていた可能性が高かった。このことから、複数在庫があった際に、PDAを使わずに一部充填してしまった可能性がある。また、鑑査でもPDAを使用しているからと規格確認の手法漏れ、投薬時そのまま規格を確認せず、同じものと思い込んでいたのでそのまま見過ごした。	中断などその場を離れた際は遡って処理を行う。充填やピッキング時、PDAを通したつもりのもでも戻ったら改めてバーコードを読み取りその場で再度確認する。バーコードをすぐにGS-1コードのみにし、そのコードだけでしかPDAを通らないようにした。マスタ編集については、必ず担当者又は薬局長の目を通して実施し個々での編集はしない。鑑査時はPDAを使用している、使用していないと仮定して鑑査をするようにする。PDA使用の意義と使用状況について個別に面談実施。	ネキシウムカプセル10mg	ネキシウムカプセル20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1434	規格間違い	処方箋と薬剤の確認漏れ	処方箋と薬剤確認の徹底	ネキシウムカプセル10mg	ネキシウムカプセル20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1435	普段よりネキシウムカプセル10mg処方されており、当日も同じ処方あり。当薬局のネキシウムカプセル10mgの棚に、誤ってネキシウムカプセル20mgが混入。そのことに気付かず、混ざった状態で調剤してしまい、鑑査でも気付くことができず、投薬。その後、患者本人より連絡あり、混在してお渡ししたことが発覚。幸い服用前であったため、ネキシウムカプセル10mgと交換させていただき、問題等は生じなかった。	・門前医院増加のため、調剤棚が逼迫していた・名称順での棚配置のため、規格違い・剤形違いの薬品が並びで配置されている・ピッキング時における調剤補助の活用	・規格・剤形がことなる同一医薬品に関しては、間に他剤を挟む・間違いが多い医薬品に関しては、注意喚起のシール貼付	ネキシウムカプセル10mg	ネキシウムカプセル20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1436	ネキシウムカプセル10mgの箱に20mg 2カプセル分のシートが混入していた。ピッキング後、監査中に発見。	当事者薬剤師が休暇中に応援薬剤師が連日業務を代行していた際に、調剤棚への薬剤戻しルールが順守されていなかった可能性が高い。	応援薬剤師とは直接会わず、店舗応援に来る機会が少ないため直接の指摘は難しいと判断。複数規格あるにも関わらず外観が類似している薬剤は調剤棚の配置を敢えて離して置き、別薬剤と認識させることで取り間違い、入れ間違いを防ぐこととした。	ネキシウムカプセル10mg	ネキシウムカプセル20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1437	新患で来られ、他院でかかられたが、今回より、門前のクリニックに転院。処方では10mgであったが気づかず、20mgで調剤。監査もそのまま気づかず、患者様にお渡し。14日後にまた来局。その時も気づかず、20mgでお渡し。3度目の来局時に、監査で気づき、患者様の体調を確認。健康被害はないこと確認。Dr.に報告。Dr.の指示により本日より正しい薬で服用してもらうように指示あり、4日分残薬があったため調剤し直し交換。	クリニックの採用薬品が20mgであったため、他院から転院してきた患者様で引き続きの処方に気づかず、思い込み、不注意で、規格をみ誤り、調剤、交付になった	2種類以上の規格がある薬剤には、規格に印を入れ、再度確認を行うことを徹底する。	ネキシウムカプセル10mg	ネキシウムカプセル20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1438	ネキシウムカプセル10mg 28カプセル処方のところ、10mg 18カプセルと20mg 10カプセルお渡ししていました。患者は服用前に気が付いたが、そのまま服用を継続した。	バーコードと重量で監査をするシステムを入れているが、10mgと20mgの重さが同じくらいだったようで、システムでエラーが出なかった。目視をおろそかにしていた。調剤棚でそれぞれの薬剤が隣通しだった。	監査システムだけに頼るのではなく、目視を必ずすること。調剤棚で場所を離した。	ネキシウムカプセル10mg	ネキシウムカプセル20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1439	一包化処方において、事務員がネキシウムカプセル10mgのところ、ネキシウムカプセル20mgをピッキングした。薬剤師Aは、間違えに気付かず一包化調剤を行った。薬剤師Bが監査時に規格違いを発覚した。	ネキシウムカプセルは20mgが調剤棚に10mgが引き出しに在庫があったため、調剤しやすい棚の20mgをピッキングしてしまった。調剤者は十分な確認をせず調剤してしまった。	規格違いの薬剤の調剤について、普段取り扱いの少ない規格については、規格違いがあることを薬品の棚(または薬品箱)に印をつけることにより注意喚起を行った。	ネキシウムカプセル10mg	ネキシウムカプセル20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1440	ネキシウムカプセルの剤形の取り間違え、監査ミスにより誤調剤	調剤棚が隣り合っており、ピッキング間違いを起しやすしいートの色も大きさも酷似している	調剤棚を離す。薬歴などの申し送りにネキシウムの調剤注意を促す	ネキシウムカプセル10mg	ネキシウムカプセル20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1441	ネキシウムカプセル20mgをピッキングするところを、間違えてネキシウムカプセル10mgでピッキング氏、監査時に薬剤師が発見	知識や経験が不十分な薬学実習生がネキシウムに10mgもあることを知らず、箱の色も似ているのでピッキングしてしまった	ネキシウムカプセルには10mgもあるので、規格、剤形まで確認するように指導した	ネキシウムカプセル20mg	ネキシウムカプセル10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1442	ネキシウム20mg1cap1日1回朝食後30日分の処方調剤時、ネキシウム20mgの引き出しから薬を取り出したが引き出しに10mgの製剤が混入しており気づかず調剤監査時、薬袋に入れる際に製剤写真と色が違う事に気が付き20mgと取り換えた。	シートのデザインが似ており大きさも同じ事前にスタッフが10mgの製剤を戻す時に間違えて20mgの所へ入れてしまった。調剤時に製剤の色まで見なかったため気が付かなかった。	薬を引き出しに戻す際、同一の薬であるかの確認手順を再度スタッフに周知。	ネキシウムカプセル20mg	ネキシウムカプセル10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1443	処方箋のファックスをうけとりピッキングをしたさい、ちがう薬をピッキングしてしまった。	まったくちがう薬だったが薬品だなの近いところにある薬だったため取り間違えたと思われる。	薬をとるときは薬品名をきっちりとみること。	ネキシウムカプセル20mg	ノイエルカプセル200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1444	ネキシウムカプセル20mg処方のところ、ネキシウムカプセル10mgを調剤した。鑑査の際にミスに気づき処方箋通りネキシウムカプセル20mgを渡した。	ネキシウムカプセル20mgと10mgの外装及びPTPシートが類似してる為、見間違えた。	ダブルチェックの強化及び、処方箋上での鑑査の強化。	ネキシウムカプセル20mg	ネキシウムカプセル10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1445	ネキシウム10mgの処方であったが、採用薬が20mgしかなく先入観で20mgで調剤してしまった	採用薬がネキシウム20mgしかなかったため、ネキシウム懸濁用と見て先入観で調剤してしまった。	ネキシウム20mgは該当患者がいなかったため採用中止した	ネキシウム懸濁用顆粒分包10mg	ネキシウム懸濁用顆粒分包20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1446	アログリブチン・ピオグリダゾン配合錠→アログリブチン錠の一般名処方の変更(配合錠→単一成分に減量)に気づけずに調剤までしてしまった。	一般名処方の配合錠に対しては、より一層の注意をもって処方箋の監査を行う。	監査時に徹底した管理を行う。	ネシーナ錠25mg	リオベル配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1447	ネリゾナユニバーサルクリームとヒルドイドクリームの混合調剤で、間違えてネリゾナクリームとヒルドイドクリームを混合してしまった。	忙しい時間帯で軟膏の混合ということもあり、焦ってしまってしっかりと確認することなくネリゾナクリームをピックアップして混合してしまった。	薬をピックアップした後に、他者に監査をしてもらってから調剤を開始することを、忙しい状況でも徹底することが大事。	ネリゾナユニバーサルクリーム	ネリゾナクリーム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1448	以前他院で処方されたことがあるとのことで、ご本人の希望で今回ネリゾナ軟膏0.1%が処方された。普段当院では、一般的にネリゾナユニバーサルクリーム0.1%が処方されることが多く、一般名処方のクリームと軟膏を見間違えてしまいネリゾナユニバーサル0.1%を調剤・鑑査し患者にお渡ししてしまった。その後、処方箋を見返した際に間違えに気づき、患者に連絡・謝罪。ネリゾナ軟膏0.1%をお渡しし、ネリゾナユニバーサルクリーム0.1%を引き取った。ネリゾナユニバーサルクリーム0.1%は未使用であった。	慢心・慣れから、一般名処方の剤形まできちんと確認せずに調剤・鑑査してしまった。	必ず処方箋をしっかりと確認し、二人の薬剤師で調剤・鑑査を徹底して行い、鑑査機で記録を残すこととする。	ネリゾナ軟膏0.1%	ネリゾナユニバーサルクリーム0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1449	ネリゾナ軟膏が処方されていたにもかかわらず処方入力でネリザ軟膏と入力ビッキングもネリザ軟膏で行われていた。	定期処方でネリザ坐剤を処方されている患者様であるため名称の類似した処方を誤って入力してしまいその入力にもとずいて調剤も行っていた。	どんな場合でも処方せんもとずいて調剤を行う。	ネリゾナ軟膏0.1%	ネリザ軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1450	処方上、ノイロトロピン錠が処方されて、実際の投与もノイロトロピン錠を投与していたが、処方せんのレセ入力をノイロピタン錠でなされていた、後日在庫数量の相違が見つかり調査して判明	どのシステムでも入力方法に違いはないと思われる、頭文字3文字くらいの入力での検索に現れたものを選択するが、実際の処方せんを画面の横に据えて比べながら選択することで選択ミスの予防になると思われる	手指で薬品名を指示して確認するように努める	ノイロトロピン錠4単位	ノイロピタン錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1451	2020年8月某日(金)14時頃に、平素より当薬局を利用している患者が処方箋を持って来局した。処方箋には、ノイロトロピン錠4単位 4錠分2朝夕食後14日分と記載されていたが、薬剤師A(職種経験数10年)は、ノイロピタン錠を56錠調整し監査に回した。監査に当たった薬剤師B(職種経験数0年)も、これを落し患者に交付してしまった。後ほど、患者が来局し、間違いを指摘したため、発覚した。	診療所の診察が終了し、薬局の職員も交代で昼休憩に入るため、患者が多く待つ上に人手も少ない時間帯であった。元々名称の類似医薬品であるため、十分に注意が必要であったが繁忙の時間帯と重なったため、監査をすり抜けてしまった。	名称類似医薬品については、リスト等を作成し、適宜職員に注意喚起を行っていきたい。	ノイロトロピン錠4単位	ノイロピタン錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1452	ノイロトロピン錠4単位が処方されていたが、レセコン入力でノイロピタン配合錠が入力されていた。レセコンと連動したピッキングサポートシステムがあるが、調整もノイロピタン配合錠を調整しシステムを通過、監査も思い込みにより誤りに気づけなかった。レセコン入力の正誤チェックも流し読みであったため間違いに気づけなかった。投薬時に腰の痛みのため処方されたことを伺い誤りに気づく。その後正しい調整・監査・入力を行いなおし、誤服用は免れた。	繁忙時であり薬局内は忙しかった。またピッキングサポートシステムを通過すればある程度安心と感じているスタッフが数名いた。処方箋から処方薬名称を読んで入力や調整や監査をするが基本としているが、読むではなく文字全体を見るという意識で行っていた。	薬局全体にピッキングサポートシステムはあくまで補助的使用、監査で見抜かなければならないことを意識させる話を行った。また処方箋の薬品名にかかわらず、チェックや監査を行うときは必ず一字一字読むことを意識するように意思統一を図った。1日に2度、30秒～1分程度小休憩をとり、処方箋は見るではなく読むという意識をする時間をつくった。	ノイロトロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1453	ノイロトロピンが処方されていたが、100錠だけノイロピタンで調剤されていた。	カセットが隣り合っており、補充の際に入れ間違いが生じていた。	アルミ包装されているものは錠剤の見た目で見ることができないため、アルミに印刷されている薬品名までしっかり確認する。	ノイロトロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1454	ノイロトロピン4単位で調剤すべきところをノイロピタンをピックしていた。	一包化が必要な患者であり、前回の処方箋をもとに次回分を一人がピックし、別の一人が確認して次回薬局時用に取り置きしていた。この段階でノイロトロピンをピックすべきところをノイロピタンでピックしていたが二人とも間違いに気づけなかった。実際に患者が処方箋を持参し薬局。一包化した最終監査の段階で間違いに気づいたため、患者の手に渡ることなく事なきを得た。ノイロピタンは頻繁に処方される薬である一方、ノイロトロピンはこの患者一人にしか処方されない薬であったため、名称が似ていた2剤の取り間違いに気づけなかったと思われる。	慣れと思い込みの調剤に注意。似た名称の薬の存在を改めて洗い出し、同様の間違いを起さないよう注意喚起を促した。	ノイロトロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1455	ノイロトロピンの処方であったが、ノイロピタンとして調剤していた。	丁度、同時期にノイロピタンの薬剤が処方されていた患者様がいたことも、勘違いをしてしまった一因です。患者さんの多い時間帯でもあり、見間違いミスが発生	処方箋の複数名での確認	ノイロトロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1456	ノイロピタン配合錠を誤ってノイロトロピン錠で調剤して監査でもそのまま見過ごしてしまった。投薬時患者様との会話で食い違いが生じたためもう一度監査し直したところピッキングミスに気付いた。	調剤者がベテランだったため注意喚起を怠った。また薬の種類が多かったためことが要因と思われる。	電子薬歴を開いたときにポップアップでノイロピタンのピッキングを注意喚起し、投薬時は患者様と一緒に薬の中身を確認を徹底する。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1457	ノイロピタン配合錠を調剤するところノイロトロピン錠4単位を調剤。	透析患者の定期処方で発生。本人は名称変更orメーカーの変更だと思ったようで服用続けていたが、次の定期処方でもノイロピタン配合錠が調剤されたことで間違いに気が付き伝えられた。	透析患者の定期処方ではなかなか薬の確認をしても出来ないが、できる限り確認して帰って頂くよう話をする。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1458	患者から電話で「ノイロピタン配合錠」の薬袋に「ノイロトロピン錠」が入っていると、服用前に連絡あり。薬局在庫チェックにより、誤って交付されていること間違いなかった。正しいノイロピタン配合錠をお届けし、ノイロトロピン錠を回収	調剤者：薬名の最初の3文字が同じであり、思い込みで調剤してしまった。交付者：できるだけお待たせしないように焦ってしまい、確認がおろそかになった。薬袋から出して患者に見せることを怠った。	ノイロピタン配合錠は引き出しに、ノイロトロピン錠は棚に、場所を分け、注意喚起の張り紙をつける。監査時にまず薬と処方箋の照らし合わせ、間を空けて、薬と薬袋の照らし合わせを実施する。交付時は必ず患者に確認してもらう。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1459	ノイロピタン配合錠が処方されているのに誤ってノイロトロピン錠でお渡ししました。翌日、その患者様が医療機関に入院され、手持ちの薬を持って行った時に判明し、医療機関の薬剤部から連絡が入りました。直ちに、薬の交換をしました。幸い、服用はされていなかったようです。	ノイロピタン配合錠もノイロトロピン錠も使用頻度が低かったのも同じ引き出しに入っていたのでピッキングの時に間違っただけです。	今更なんですがよく似た商品名の薬や規格違いの医薬品をもう一度洗い出し保管場所を見直したいと思います。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1460	調剤すべき薬剤が稀品であり棚下に保管、頻度の高い誤ったノイロトロピンが棚上にあり誤って調剤してしまう	調剤すべき薬剤が稀品であり棚下に保管、頻度の高い誤ったノイロトロピンが棚上にあり誤って調剤してしまう	3文字確認をただけでは類似薬剤の誤りに気が付かない事例があることを情報共有。効能効果ともにまったく別物であり認識を強める	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1461	薬品名が似ているため、うっかり取り間違えた。	薬品棚に上下に配置をしているため。	予製の時も必ず再確認を怠らない。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1462	夕方18時過ぎ常連の患者様の処方せんをご家族様が持って来局。ノイロピタン配合錠とノイロトロピン錠4単位を間違えて投薬。その後家に帰られて患者様本人がいつもと違う薬剤が入っている事に気づかれ電話をかけてこられました。直ぐに自宅にお伺いし薬品の交換をしました。	数人の患者様が待たれており 17時から一人薬剤師になるため、慣れと焦りで確認を怠った。名称が似ており棚の配列も近かったため。	ノイロトロピン錠とノイロピタン配合錠の置き場所を離し、ビッキング監査システムを導入した。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1463	ノイロピタン配合錠が処方されていたが、一包化調剤を行う際に、名称や錠剤の色が類似しているノイロトロピン錠と間違えて調剤をしてしまった。調剤者が誤ったが、鑑査者が気が付き、調剤しなおして対応した。	昼食のため薬局スタッフの人数が減っていたにもかかわらず、患者が集中して来局し、慌てて一包化調剤を行っていた。	名称類似品については、薬品棚の配置を変更したり、注意喚起の表示をする。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1464	処方箋入力時に間違えてよく似た名前を頭で思い出し入力してしまった。	思い込みにより良く似た名前を選んでしまったので思い込みをなくす	監査の時にもしっかりお薬の名前を見る	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1465	処方箋を入力するときに名前を間違えて選んでしまいそのまま入力監査も通ってしまった	薬の名前を最初の2文字で検索してしまい選ぶ薬を間違えてしまった為なので注意が必要。その入力を監査するのもしっかり見る眼が必要	2文字検索で出てくる薬を分けて見やすくする	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1466	ノイロピタン配合錠を処方されていたが、誤ってノイロトロピン錠を調剤・交付。	慣れや慢心により監査がおろそかになってしまった。	名称が類似している薬は印や警告文を書いた紙などを貼るなどしてわかりやすくする。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1467	ノボラビッド30ミックスフレックスペンを調剤すべきところノボリン30R注フレックスペンを調剤し交付してしまっ た。	退院後に初来局の患者入院前はノボリン30R注フレックスペンであったが入院中にノボラビッド30ミックスフレックスペンへおと変更になっていた。入力時通常はQRコードの読み取りであるがノボラビッド30ミックスフレックスペンの処方箋のみ別刷りされており手入力になってしまった。その際気づかずに前回のノボリン30R注フレックスペンを引っ張って来てしまった。調剤時も処方箋をきちんと確認せず、監査システムにも間違っ て入力されているためアラームがならな かった。鑑査時に内服薬の疑義照会もあり他のことに気を取られてしまい見逃し てしまった。	処方箋を手入力した際は札を入れるなどして鑑査者に手入力していることを知らせる。調剤は処方箋をしっかりと確認して行う	ノボラビッド30ミックス注フレックスペン	ノボリン30R注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1468	この患者さんに以前ノボリン30Rフレックスペンが処方されていた為、今回も同じだと思い込んでしまった。	患者さんが立て込んでいて、入力を焦るあまり、確認が不十分になってしまっ た。	類似名称の薬が多い為、本当にこの薬で間違いがないか最後まで確認する習慣を付ける。	ノボラビッド30ミックス注フレックスペン	ノボリン30R注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1469	注射剤の色が違くと患者さま本人が気付いて下さり、使用前に薬局にお申し出あり交換できたため大事ならな かった。	ノボラビッド30ミックスも使っている薬剤だが、そちらは残薬あり。ノボラビッド注フレックスペンの方が必要だった。	当事者がミスゼロ子のようなPDAを使わず、重量監査システムの手技も抜いてしまった。弊社で決めた手技は抜かないよう注意し改善策とした。	ノボラビッド30ミックス注フレックスペン	ノボラビッド注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1470	ノボラビッド30ミックス注フレックスペンが処方されたが、調剤を行った薬剤師がノボラビッド注フレックスペンを集めてしまった。監査の薬剤師が間違いに気づき過誤は免れた。	ノボラビッド注フレックスペンに規格違いがあることを認識していなかったためピッキングでミスをした。	類似した薬品名であるため、規格違いを常に頭に入れて行動する。	ノボラビッド30ミックス注フレックスペン	ノボラビッド注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1471	前日にFAX処方箋を受付。患者様からは翌日来局の連絡あり。いつもよりも注射剤の本数が増えて3本➡6本になっており、1本欠品分が発生。翌日が土曜日で、納品してもらえない卸が限られている為、電話にて翌日納品してくれる卸に注文。 欠品分以外に関しては、翌日患者様が来局した際にすぐにお渡しできるように、監査を済ませた。翌日納品。検品の際は、昨日発注した者が対応。伝票上、「ノボラビッドフレックスタッチ」となっていて、商品を置いて卸さんは帰られる。発注した者は、検品時に読み上げた伝票がノボラビッドフレックスタッチだった為に、受け取った薬の確認を怠り、欠品となっている薬袋に欠品分を入れ、準備完了としてしまう。投薬者は、6本のうち1本がフレックスペンに代わっている事に気づかず、患者様にお渡し。患者様に薬をお渡し後、卸の配送者より誤った薬を納品してしまったと連絡あり。患者様に事情をお伝えし、謝罪。正しい医薬品を用意して患者様宅に訪問し、交換させていただいた。	卸からの納品に関して、伝票と納品医薬品が違うという事例があるとは思っていなかった。調剤監査システムを使用しているが、前日の時点で欠品分はあるものの、それ以外の薬の監査が終わっていた為、欠品分はシステムを通さなかった。	店舗内で防げるポイントはいくつかあった。1. 検品時に伝票と実物の確認を注意して行う2. 欠品分を準備する際も、調剤監査システムを通す	ノボラビッド注フレックスタッチ	ノボラビッド注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1472	ノボラビッド注フレックスタッチを8本ピッキングしなければならない所、ノボラビッド注フレックスペン2本、ノボラビッド注フレックスタッチ6本を混ぜてピッキングしてしまった。	繁忙期ということもあり焦りもあり間違ったピッキングをしてしまった。	鑑査者は必ずピッキングサポートシステムで全注射薬について鑑査をするように致しました。	ノボラビッド注フレックスタッチ	ノボラビッド注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1473	事務員の名称が類似した薬品の入力ミス	注射剤は規格がたくさんあるため瞬時の判断でミスを犯しやすい	人によるダブルチェックとバーコードチェックで3重チェックを厳格にする	ノボラビッド注フレックスタッチ	ノボラビッド30ミックス注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1474	【正】ノボラビッド注フレックスタッチ 4キット 【誤】 4本中1本にノボラビッド注フレックスペンが混入	ノボラビッド注フレックスペンの充填時、冷蔵庫からカセットを取り出しておらず、目を離した際にノボラビッド注フレックスタッチの棚に誤充填。当該処方でのピッキング時、最終鑑査、投薬においてもそれぞれ自己監査が抜けてしまい、交付に至りました。	ノボラビッド注フレックスタッチとフレックスペンの棚を引き離し、誤充填が起こりにくい状態に改修致します。インスリンの鑑査時は全数を鑑査台に置き、名前が見える状態で配置してから、突合を行います。投薬の際は、本数や色だけではなく、剤型、太さなどの確認を交付前に行います。	ノボラビッド注フレックスタッチ	ノボラビッド注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1475	ノボラビッド注フレックスタッチ300単位が処方された患者様にノボラビッド注フレックスペン300単位をお渡し。後日当事者以外の薬剤師が在庫確認を行っていたところ、在庫数が合わず間違えて交付したことが発覚。残薬があったためまだ使用開始されておらず、ご自宅へ伺い正しいものと交換した。	オーデッドに登録していても注射薬は監査通らないので慣れが生じ、かえって監査がおろそかになってしまった。	フレックスタッチとペンは取り違えが発生しやすいため、冷蔵庫内の棚の上下でわかりやすく分けて置いた	ノボラビッド注フレックスタッチ	ノボラビッド注300フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1476	ノボラビッドフレックスタッチが処方されているところ、ノボラビッド50ミックス注フレックスペンを渡していた。鑑査、投薬した薬剤師は正しいものが集めてあると思いつき投薬した。それぞれの外観は色が異なるため一目瞭然だが、患者に渡す際に患者としっかり確認せずに渡したものと思われる。当薬局では薬局終業時に毎日注射剤の出庫と実在庫を確認しているため、在庫が合わないことに気づき判明した。幸いまだ、患者が使用する前であったためすぐに電話をかけ、翌日交換に伺った。	インスリン注射は名称の類似するものがあるので注意が必要。しっかりと確認が出来ていなかった背景には慢心があったと思われる。	インスリンなどの重大な医療事故につながる恐れのある薬剤はダブルチェックかそれ以上行う。患者に交付時に患者と一緒に確認することも重要。念のため、インスリンの在庫は毎日確認を行う。	ノボラビッド注フレックスタッチ	ノボラビッド50ミックス注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1477	いつも当薬局を利用して下さる患者さんで薬も前回と同じであったが発注ミスでノボラビッド注フレックスタッチをフレックスペンで注文していた。包装が似ているため薬袋に入れるまで気が付かず監査システムでエラーとなり発覚。患者さんにはいつものフレックスタッチで投薬した。	普段は発注システムで商品のバーコードで注文しているため前回と同じものが入荷されてくるが 手入力で発注をしてしまいノボラビッドフレックスタッチではなくフレックスペンで発注してしまった。外観が似ているため監査まで気が付かなかった。	発注は新規医薬品以外は必ず商品のバーコードで発注する事を徹底する。	ノボラビッド注フレックスタッチ	ノボラビッド注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1478	DM患者の定期処方、ノボラビッドフレックスタッチとノボラビッド注フレックスペンを間違えて調剤、監査薬剤師も気付かず、そのまま渡してしまった。後日、発注担当薬剤師が数が合わない、疑問に思い、調剤者に確認。監査薬剤師が、自宅に伺い、交換してきました。本人もまだ、気付いていませんでした。	注射の名前がタッチとフレックスペンの違いだけなので、調剤時、間違ってしまった。	調剤後は、処方箋と調剤した薬とをよく確認し、調剤録もよく確認。監査薬剤師は、患者と一緒に薬をよく確認して渡すようにする。	ノボラビッド注フレックスタッチ	ノボラビッド注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1479	ノボラビッドフレックスペンを2本調剤するところ、ノボラビッドフレックスタッチ1本とノボラビッドフレックスペン1本が混在していた。	冷蔵庫保存となるが、保存している場所が近いために発生した。	名称類似品の保存場所は離して保管する。	ノボラビッド注フレックスペン	ノボラビッド注フレックスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1480	10:30頃、与薬。11:00頃、棚卸の準備のため棚卸表の処理の際、発覚に至る。直ちに電話連絡をするが、留守電になり折り返しの連絡をいただき訪問対応する。薬剤は未使用で正しいものと交換した。”	〈ミス等の対象となった医薬品〉 正○→(ノボラビッド注フレックスペン) 誤×→(ノボラビッド注フレックスタッチ)	ノボラビッド注の剤形確認を徹底。また、ほかのインスリン製剤にもランタスXR注ソロスターとランタス注ソロスターがあり、併せて注意すべき項目と朝礼にて職員全員で再確認。レセコン小窓欄に剤形注意のコメントを記載して毎回確認できるようにした。	ノボラビッド注フレックスペン	ノボラビッド注フレックスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1481	ノボラビッド注フレックスペンが処方されていたが、患者にノボラビッドフレックスタッチを処方してしまい、すぐ気が付いた。	内容量や作用に相違はないが、使用手技が異なるのですぐに気が付き交換した。	メーカーにパッケージの極似を指摘し、次回ロットから違いを目立つよう改善を申し出た。	ノボラビッド注フレックスペン	ノボラビッド注フレックスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1482	ノボラビッド注フレックスペンで処方 が記載されていたが、誤ってフレック スタッチでお渡ししてしまいました。 そのあと、他薬剤師が気づき、患者様 に連絡。すぐに、交換しました。	ペンとタッチの最後まででの監査を怠って しまった。外観も似ていて、お渡しする ときに、お見せしているが、そこでも監 査者も患者様も気づくことができなかった。 た。	電子薬歴の申し送り事項に、注射の確認を注意 することと入力。毎回、患者様を開けると、トッ プに出てきます。お薬の名前、剤形、ミリ数に 分けて確認することを徹底。	ノボラビッド注フレ ックスペン	ノボラビッド注フレ ックススタッチ		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1483	2本調剤で1本ミスゼロ子の監査シス テムを使用しているにもかかわらず 、正しい方を監査に使用した為剤型 違いのフレックススタッチを投薬してし まった。	ミスゼロ子の監査システムを使用して も、2本のうちの1本である正しい方を 監査したためにミスに気づきませんでした。 フレックスペンとフレックススタッチ の剤型違いの投薬ミスです。	冷蔵庫の中の注射器の保管を剤型違いのもの は、別の場所にして片方は大きなジップロックに 入れるように変更した。	ノボラビッド注フレ ックスペン	ノボラビッド注フレ ックススタッチ		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1484	ノボラビッド注フレックスペンが処方 された患者にノボラビッド注フレ ックススタッチを交付した。交付後に薬局在 庫のズレが判明し当該患者に薬剤確認 の問い合わせを行った。後日患者が未 使用状態の薬剤を持参され、謝罪する とともに交付すべき薬剤と取り換え た。	当該薬剤師は注射剤の複数剤型を在庫し ていることを把握していなかった。鑑査 時に名称類似・外観類似に気付かず鑑査 を通した。	処方箋・調剤録・現物の名称・規格・剤型の突 き合わせ確認の徹底。注射剤の複数剤型につ いて確認した。当該注射剤の複数剤形について電 子ポップアップで注意喚起を行う。	ノボラビッド注フレ ックスペン	ノボラビッド注フレ ックススタッチ		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1485	ノボラビッド注フレックスペン9 キットの中に1本ノボラビッド注フ レックススタッチが混在してしまった。	コロナ対応できるか・して欲しい要求が 病院から電話で問い合わせがあり、通常 の心理状態ではなかったと思われるところ へ外観(包装)・名称の類似した薬剤 が混入してしまった。	注射剤は間違えやすいので在庫管理をノートに記 載していたが記入が間違えており11月2日のノボ ラビッド注フレックススタッチの納品で記入間違 いに気づいた。調剤監査・在庫管理の確認の徹 底をする。	ノボラビッド注フレ ックスペン	ノボラビッド注フレ ックススタッチ		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1486	定期でノボラビッド注フレックスペン が処方されているが、11月に3キット 処方のうち2キットがノボラビッド注 フレックススタッチで渡してしまっ た。発見が12月になってしまい既に使 用済みだったが、同成分だったため健 康被害の発生はなかった。	見た目や色にほぼ相違がないことや同じ 「ノボラビッド注フレックス」の名称を 持つため、保管の段階でお互いが近くに あったため、取り違えてしまったので はないかと考えられる。	処方されている名称と調剤する薬品の名称を一字 一句しっかり確認する。名称が似ている薬品につ いてはそれぞれの場所を隔離する。	ノボラビッド注フレ ックスペン	ノボラビッド注フレ ックススタッチ		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1487	A 薬剤師が、処方せん記載はノボラピッド注フレックスペンであったが、誤認によってノボラピッド30ミックス注フレックスペンを調剤し、監査を行った別のB 薬剤師がこの調剤の誤りを見落として患者に交付した。患者がノボラピッド30ミックス注フレックスペンを処方医に持参して過誤が発覚した。処方医からの連絡で誤りに気づき、患者からノボラピッド30ミックス注フレックスペンを回収した。未使用。患者に即日詳細を説明し陳謝し、了解を得た。	調剤担当薬剤師、監査担当薬剤師の双方が思い込みと注意力不足の状態であった。	事案発生を察知した翌朝の、薬局スタッフ全員による毎日実施のミーティング時に当該調剤担当薬剤師が事例の発生を公表した。全員でこの事案の重篤性を共有認識し、再発防止のために慣れや慢心を無くして初心に帰って細心の注意を払った調剤、監査を行う様に申し合わせた。	ノボラピッド注フレックスペン	ノボラピッド30ミックス注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1488	11/18午前、患者Aに「ノボラピッド注フレックスペン」が処方された。薬剤師Bが処方箋確認後調剤を行ったが、その際間違えて「ノボラピッド30ミックス注フレックスペン」を取り、監査を行った薬剤師Cもそのまま通して患者家族へ渡した。残薬があり、12/11に患者家族が初めて薬袋を開封した際にいつもと違うインスリンが入っていたことに気づき、薬局し取り違えが発覚。ノボラピッド30ミックス注フレックスペンを回収し、ノボラピッド注フレックスペンを払い出した。	調剤当時は来局患者の数が多く調剤が煩雑になってしまい、処方箋の規格を見落とししてしまった。また払い出し時にも患者家族におくすり本体を見せずに薬袋のままお渡ししてしまった。	調剤・監査時の薬剤・規格等の口頭確認と目視確認。また払い出しの際には患者へお薬を見せながら薬剤名規格等を口頭確認する。	ノボラピッド注フレックスペン	ノボラピッド30ミックス注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1489	ノルバスクOD錠10mg 30錠のところノルバスクOD錠5mg 10錠が入っていた。	ピッキング者と監査者の監査ミス。	監査時に他規格薬が含まれていないか1枚1枚確認すること。薬剤師全員徹底するようにした。	ノルバスクOD錠10mg	ノルバスクOD錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1490	8月18日ノルバスクOD錠5からノルバスクOD錠2.5に処方減量になったことを説明。本人も了解後帰宅。数時間後、今回先生から何も言われていない。血圧も良好だと電話あり。患者さんとの話のずれがあったため、前回7月21日の処方箋を確認。そこで前回からノルバスクOD錠2.5が処方になっていたことに気づく。その後本人にその旨を連絡。娘さんともお話しした。すでに飲み切ってしまったが、今回から処方どおり飲んでいただくことを納得していただいた。	正直7月21日の状況は覚えていないが、その時の診察状況確認を怠ったことが一番の原因だと思う。患者さんは少し血圧が低めであることは自覚していたが、薬の量を減らすことまでは完全に理解していなかった。その為今日まで気づかなくてしまった。	・処方箋の内容確認の徹底・診察内容をお薬交付時に確認して違和感を感じないか確認すること	ノルバスクOD錠2.5mg	ノルバスクOD錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1491	夜間帯に来局され、薬剤師一人に対応。レセコン入力後ピッキングを行ったがノルバスクOD錠2.5mgを調剤するところ、ノルバスクOD錠5mgで調剤した。患者への交付時に薬剤情報提供書の写真と異なることに気づき、正しい薬剤を調剤。患者へ交付した。	新たに薬が追加になっており、規格の確認を怠ってしまった。	必ず交付前に再度薬の名称・規格・剤形の確認を行う。交付時に患者と共に正しい薬剤であるかどうかを確認する。	ノルバスクOD錠2.5mg	ノルバスクOD錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1492	ノルバスク2.5mg処方の患者へアムロジン2.5mgを投薬してしまった。投薬中に患者から指摘があり、速やかに変更した。	成分は同一であるが、ノルバスクを長年服用されており、医師からもノルバスクの指定があったが思い込みで調剤してしまった。	薬情やレセプト打ち込みはノルバスクとなっていたため、薬情などを確認する。鑑査も薬情・薬歴をしっかりと確認する。	ノルバスク錠2.5mg	アムロジン錠2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1493	ノルバスク5mg 35錠を調剤したうち、5錠が後発品のアムロジピン5mg「YD」だった。監査時に監査者が気づき判明。	ノルバスクの薬剤の中にアムロジピンのシートが混入していたことに気づかず、調剤してしまった。他処方箋調剤時にアムロジピンが不要となり、戻す際に誤ってノルバスクの場所に戻されていた。	調剤時に薬剤の箱と場所だけで判断せず、中身の錠剤や全シートの確認を徹底する。薬剤を戻す際の確認について、改めて全員に注意喚起する。	ノルバスク錠5mg	アムロジピン錠5mg「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1494	アムロジピン錠5m g一般処方。先発希望のためノルバスク錠5m gを調剤していたが、誤って別剤型であるノルバスクOD5m gを交付。交付後在庫が合わないことに気づき、取り換えに伺った。服用はしておらず、未開封の状態で交換できた。	当薬局においてノルバスク錠5m gは当該患者のみ。その他の患者はノルバスクOD錠5m gを使用していたため思い込みにより調剤してしまった。	薬歴の頭書にわかるように記載。薬剤棚にも注意を促すよう目印をつける。薬袋の写真による監査も徹底する。	ノルバスク錠 5 m g	ノルバスクOD錠 5 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1495	一般名処方アスピリンと一般名処方アスピリン81ダイアルミネートとの記載の差違が判断できず。	最後まで読まずアスピリンで判断してしまった。	薬局内には2剤あるので両方が処方される可能性があることの自覚と確認。	バイアスピリン錠 100 m g	バファリン81 m g錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1496	パキシルCR12.5m gをパキシルCR6.25 m gを調剤、交付してしまった患者から電話で発覚	急に混みだして調剤、監査が疎かになってしまった。規格が3種類あるのも間違えの原因	薬のカッセターに複数規格あるとシールで注意喚起。	パキシルCR12.5	パキシルCR6.25		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1497	先発希望の患者 GEでだした。印刷酷似	一般名処方箋を見ただけで、投薬した。	薬歴をきちんと見る。	パキシル錠 20 m g	パロキセチン錠 20 m g 「タナベ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1498	パキシル錠5mgで処方があったが、パキシルCR錠12.5mgをピッキングしていた。	「パキシル」という文字と「5」という数字だけが印象に残ったために生じたと考えられる。さらに、パキシル5mgは調剤棚の引き出しに、CR錠12.5mgは上の棚（すぐ取り出せるところ）にあったため、CR錠12.5mgを誤って調剤したと考えられた。	取りそろえた後も、もう一度処方箋に記載されている名称と照らし合わせるようにする。	パキシル錠 5 m g	パキシルCR錠 12.5 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1499	パゼトキシフェン錠20mg「サワイ」を30錠投薬するところ、ラロキシフェン塩酸塩60mg「サワイ」30錠で投薬した。患者本人が間違いに気づき、服用せず来局。謝罪し、正しい薬品と交換した。	パゼトキシフェン錠とラロキシフェン錠は、同薬効で、薬剤師の思い込みがあった。また、薬品名称の後半部分がよく似ていた。	薬をピッキング・投薬時には、名称の再確認を行う	パゼトキシフェン錠 20 m g 「サワイ」	ラロキシフェン塩酸塩錠 60 m g 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1500	一般名処方「アスピリン81mg・ダイアルミネート配合錠」の処方であったのに対し、誤って「バファリン配合錠A81」ではなく「バファリン配合錠A330」を入力し調剤をしてしまった。鑑査時にその間違いに気付き、再度正しい入力と調剤を行った。	繁忙の時間帯で焦りがあり、十分な確認を怠ったため生じたヒヤリハットと考えられる。	特に新患のレセコン入力は慎重に行う。調剤時にも入力の情報に惑わされず、必ず処方箋で確認を行う。	バファリン配合錠A81	バファリン配合錠A330		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1501	【般】アスピリン81mg・ダイアルミネート配合錠と記載された処方箋を見て、バイアスピリン錠100mgを調剤し交付した。その後、帰宅した患者より連絡があり、調剤過誤に気づいた。	バファリン配合錠A81を処方されているのは、当薬局においては当該患者のみで、「アスピリン」という名前だけを見てバイアスピリン錠100mgを調剤してしまった。また当時は一人で調剤と鑑査を行っており、ミスに気が付かなかった。	「アスピリン」はバイアスピリンだという思い込みがあり、処方箋をきちんと読めていなかった慢心があった。ひとりで調剤と鑑査をする際には、一度別の作業をするなどして意識を改めてから鑑査するよう気をつけるよう指導した。	バファリン配合錠A81	バイアスピリン錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1502	通常は取り間違えた薬がメインで回転していたが、当該薬品はその患者のみだったが、当日はヘルプの薬剤師で時間帯に繁忙で対応がおろそかになった結果。薬剤の在庫状況を確認し間違いに気付き、直ちに患者連絡し、交換とした。	配属社員が有給のため不在であり、ヘルプの薬剤師の不慣れな点に加え、監査システムの利用を怠る、患者への対応の不備によるものである。	監査システムの活用。投薬時に薬歴再確認、投薬時に患者と薬に間違いがないか一緒に確認して渡すことを徹底	バファリン配合錠A81	バファリン配合錠A330		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1503	発熱して風邪気味の患者が医師に対してバファリンが欲しいと希望し、バファリン配合錠A81の3錠3×毎食後で処方。調剤した薬剤師とは別の薬剤師が、主訴と薬剤及び用法用量が違うと判断し、バファリン配合錠A330の4錠2×でなくて良いか問い合わせ。バファリン配合錠A81からカロナール500mgに変更となった。	OTCのバファリンと、医療用のバファリンの成分量について医師の間違いに気づかず、歴の浅い薬剤師が調剤。血栓形成抑制で使用する低用量アスピリンの用法用量と、解熱鎮痛で使用するバファリンの用法用量の違いについての理解不足が原因。	バファリンのOTC医薬品と、医療用のバファリン配合錠A81、バファリン配合錠A330の成分、用法用量を確認する。OTCのバファリンにも数種類あり、成分がそれぞれ違うので、患者が希望しているものが分かるようなら製品名を正確に把握する。規格違いで適応疾患が異なる他の医薬品についても共有する。	バファリン配合錠A81	バファリン配合錠A330		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1504	バリエット錠の調剤棚にラベプラゾールNa錠が混在されており、バリエット錠と思い調剤してしまった。	調剤棚に戻す際の確認不足。薬品名と調剤棚の薬品名をしっかりとチェックする。	棚の配置換えを行い、いままで以上の確認を心がけるようにした。	バリエット錠10mg	ラベプラゾールNa錠10mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1505	2ヶ月毎にほぼ同じ薬を処方される患者であり、定期薬であるバルサルタン錠160mg「サワイ」を誤って先発品であるディオバン錠160mgで調剤してしまい、交付してしまった。調剤した者と投薬した者は別の者が行ったが、どちらもミスを見逃してしまい、患者からの指摘によりミスが発覚した。	普段から調剤する者、投薬する者は別の者が行いダブルチェックは徹底しているが、シートのデザインが非常に酷似しておりミスに気づけなかった。	余裕がある時には第三者によるトリプルチェックを行い、投薬の際には薬袋とキチンと照らし合わせて確認をしてから患者に交付する。	バルサルタン錠160mg「サワイ」	ディオバン錠160mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1506	一般名でバルサルタン錠20mgが処方されていたが、バルサルタン錠80mgで調剤。ピッキングエラーで気付き、20mg錠で調剤し直し、監査へとまわした。	80mg錠が主流で使われていたための思い込み。混雑しており焦りもあった。	調剤後の自己監査を徹底する。	バルサルタン錠20mg「日医工」	バルサルタン錠80mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1507	バルサルタンが処方されたが間違えてテルミサルタンをピッキングした。監査で他者が気がついた。	知識の不足と名称の類似が原因とおもわれる	注意してピッキングする様に指導した	バルサルタン錠40mg「ケミファ」	テルミサルタン錠40mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1508	バルサルタン錠40mg処方のところ、80mgを渡していた。患者本人が服用前に気付いて交換に来局してくれたので発覚。	処方せんの確認不足と慣れがあったと思われる	確認の徹底	バルサルタン錠40mg「ケミファ」	バルサルタン錠80mg「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1509	ジェネリックのメーカーが処方されたものとは異なるメーカーのものでお渡ししてしまった。	薬剤監査を薬剤トレイに貼っている薬剤バーコードシールで行っているが、そのシールがメーカーを切り替える際に剥がしておらず、「サワイ」のままだった。トレイの中身は「Me」を入れており、入力は「サワイ」。調剤したのは「Me」だったが「サワイ」のシールで読み込みながら調剤をしたため、監査はすり抜けてしまい、見た目が似ていたことから投薬時も気付くことができずそのまま患者様に交付してしまった。	トレイの中身を他のメーカーの薬剤に移し替えるときや、全く別の薬剤に変えるときなどは必ずバーコードシールも古いものは剥がし新しいものを貼るようになる。監査はバーコードシールに頼りすぎず、極力薬剤自体についているバーコードで行うようになる。	バルサルタン錠40mg「サワイ」	バルサルタン錠40mg「Me」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1510	(一般名) バルサルタン錠80mg/0.5錠 → バルサルタン錠40mg「サンド」/1錠 を取るところ、テルミサルタン錠40mg「YD」を取り、監査時に発見された。	・薬品名、規格の類似。・同効薬のため、同じ引出しに仕切りをして保管していた。バルサルタン錠40mgを見ながら、テルミサルタン錠40mgをとり、その後の確認を怠った。・前日から体調不良がつづき、集中力を欠いていた。	・処方せんと医薬品の名称・規格・銘柄など突合せて確認する。・体調を整えるよう努める。	バルサルタン錠40mg「サンド」	テルミサルタン錠40mg「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1511	バルサルタン錠40mgのところ、80mgを調剤した。	規格の確認不足、見落とし。	処方箋読み込み強化。	バルサルタン錠40mg「サンド」	バルサルタン錠80mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1512	お昼前に患者様来局。一包化の定期薬処方であった。2人薬剤師体制。一包化の薬を調剤後、鑑査中にバルサルタン錠の大きさが違うことに気付いた。確認したところ、本来バルサルタン錠40mgが処方されているところをバルサルタン錠80mgで調剤していた。患者様にもう少しお待ち頂くよう伝え、一包化を作り直して交付した。交付前に気付いたので、健康被害には至っていない。	繁忙時であり、一包化の処方も続いていたため焦っており、規格、容量の確認がしっかりできていなかった。	繁忙時においても焦らず、薬剤の規格、用法、用量を確認する。声出し確認や一包化の薬を作成する前に別の薬剤師による事前鑑査も行いたい。	バルサルタン錠40mg「杏林」	バルサルタン錠80mg「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1513	1包化にて調剤過剰のチェック機器にての確認を忘れ40mgを80mgで分包しようとした。	疲労にてチェックの忘れ	体調の良くない人の場合は他の人が注意する。	バルサルタン錠40mg「日新」	バルサルタン錠80mg「日新」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1514	バルサルタン錠40mgの処方のところテルミサルタン錠40mgをピックアップしていた。ポリムスで確認したところミスが発覚。(患者様にはわたる前に発覚。)	バルサルタン、テルミサルタン共に名称が似ていることからピックアップを間違えたと考えられる。	監査システム(ポリムス)の使用を徹底するとともにピックアップした人とは異なる人にもチェックしてもらう。	バルサルタン錠40mg「明治」	テルミサルタン錠40mg「FFP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1515	バルサルタンを投薬する予定だったがテルミサルタンを投薬してしまった。	薬品名が類似しており、しっかり確認せずお渡ししまい、ジッパー袋のまま中身を出さずに「いつものお薬ですね。」言いながらだったため、患者様も確認しない形になってしまった。	薬品棚でお互いに近くにある場合は印をつける。患者様と一緒に薬品の確認をしっかりとる。	バルサルタン錠80mg「DSEP」	テルミサルタン錠80mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1516	一包化処方のためピッキング予製をし、予製の中にハルシオンで調剤するはずがジェネリック医薬品のトリアゾラムが調剤されていた。一包化調剤をする際にそのミスに気付かずで作成してしまい、監査の際に発覚した。	この患者はジェネリック希望だが一部先発希望の薬剤があった。予製を調剤する際にその確認が漏れており、全てジェネリックで調剤されていた。一包化調剤をする際にも個々の薬剤のジェネリックへの変更を確認せずに調剤してしまった。	予製を行う際にはジェネリックへの変更についての確認を徹底する。一部先発などの希望がある患者の場合は予製袋に目立つように記載しておく。また、一包化を作成する前には再度、薬剤の確認を行ってから作成する。	ハルシオン0.25mg錠	トリアゾラム錠0.25mg「FY」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1517	ハルシオン0.25mgを調剤するところ0.125mgを調剤して交付患者からの連絡が発覚。	規格違いの薬を間違えて調剤	規格違いがある医薬品については注意必要	ハルシオン0.25mg錠	ハルシオン0.125mg錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1518	ハルナールD0.1MGが処方されていたが、棚位置が近くにあり間違えて0.2MGの規格を調剤し患者さんが帰宅後、局内で在庫管理したさいに発見し、その後患者宅まで行き、差し替えることで身体に影響はなかった。	煩雑であり、間違えてピッキングし、監査も怠った。	必ず規格が多数ある場合は再度処方箋見直し、カウンターでも患者さんと一緒に見直し薬袋に入れる。煩雑な時こそ注意が必要であるとスタッフ一同安全対策について検討会をした。	ハルナールD錠0.1mg	ハルナールD錠0.2mg		
1519	新規患者にバルプロ酸Na徐放顆粒40%が処方されたが、間違えてバルプロ酸Na細粒40%で調剤してしまった。	今まで細粒で調剤することが多く慢心があったことと、薬剤が隣同士で棚に並んでいたことも原因と考えられる。	指差し呼称といった基本的な調剤SOPを見直し徹底する。また、薬剤の配置を変え、注意喚起のラベルを貼るなど当事者以外も認識できるように対策をする。	バルプロ酸Na徐放顆粒40%「フジナガ」	バルプロ酸ナトリウム細粒40%「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1520	処方箋は一般名処方 バルプロ酸ナトリウム徐放顆粒40% 薬局では徐放顆粒を採用しておらず、バルプロ酸ナトリウム細粒40%で調剤。	バルプロ酸の散剤は40%と20%の細粒だけとの思い込み。	処方せんの読み込みの徹底	バルプロ酸Na徐放顆粒40%「フジナガ」	バルプロ酸ナトリウム細粒40%「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1521	処方箋上、【般】バルプロ酸Na錠200mgと記載。バルプロ酸Na錠200mg「フジナガ」をピッキングすべきところ、誤ってバルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーワ」をピッキング。監査にて間違い発覚。	当店ではバルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーワ」の処方量が多く、いつもの薬剤という認識のまま剤形確認不足でピッキングしたため。	成分名・規格に限らず、普通錠と徐放錠の違いなど剤形の確認も徹底する。	バルプロ酸Na錠200mg「フジナガ」	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1522	一般名処方でバルプロ酸ナトリウムR錠100mgの処方があり、本来バルプロ酸ナトリウムSR錠100mg「アメル」でお渡ししなければならなかったところ普通錠のバレリン錠100mgでお渡ししてしまい服用されてしまった。	バルプロ酸ナトリウムR錠100mgが徐放錠であるという認識がなかったため、普通錠のバレリン錠100mgに代替したときに間違いに気付けなかった。	徐放錠と普通錠の表記の違いなどの知識習得に努める。また処方薬の名称・規格・剤形にチェックを入れて、代替前と代替後の薬が一致するかどうか確認を徹底する。	バルプロ酸ナトリウムSR錠100mg「アメル」	バレリン錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1523	バルプロ酸Na細粒40%が1.5gで処方されており本薬局g20%しか採用していない為20%1.5gと勘違いして調剤しようとしていた。入力、監査の薬剤師の指摘で発覚し結果調剤前に訂正することができた。	入力、監査時もしっかり規格用量確認すること。特に他規格があるものは注意する。	入力時、監査時も投薬時最低トリプルチェックするよう努める。他規格があるときは薬局全体で把握しておく。	バルプロ酸ナトリウム細粒40%「EMEC」	バルプロ酸ナトリウム細粒20%「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1524	バルプロ酸40%EMECで他の薬局でもらっておられ、今度から当薬局を利用するから薬を用意しておいてほしいと依頼されていた。在庫でバルプロ酸徐放40%アメルが在庫があり%のみの確認で在庫があると認識していた。当日調剤を行った薬剤師とレセコンに入力した事務員が間違いに気が付き、投薬前に防げた。	%のみの確認では間違えることがあるので、商品名ももれなく確認する。	徐放製剤など間違えやすい品目のリストアップ。監査システムの使用の徹底。	バルプロ酸ナトリウム細粒40%「EMEC」	バルプロ酸ナトリウム徐放U顆粒40%「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1525	処方箋ではバルプロ酸ナトリウム徐放錠A100mg「トーワ」のところ、規格違いのバルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーワ」でピックアップされていた。別の薬剤師が監査を行い、ミスが発覚した。その後、適切な薬に訂正して患者様にお渡しした。	当薬局ではバルプロ酸ナトリウム徐放錠A100mg「トーワ」のほかにも様々な規格があることと、来局時に薬局が混雑していたことが重なりミスが起きたと考えられる。	様々な剤型、規格がある薬は特に注意が必要となる。ヒヤリハットを毎月集計してどこにミスが多くなっているのかを把握して、全員が意識して行動できるようにする。	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A100mg「トーワ」	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1526	先発希望の患者にGEを出してしまった	混雑	入力、薬情など確実に情報を確認する。	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーワ」	デパケンR錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1527	バルプロ酸Na徐放錠A200mg「トーワ」を336錠調剤するところ100錠のみ酸化マグネシウム330mg「ヨシダ」を間違えて出してしまった。アルミ包装を破らずにそのまま100錠×3塊と36錠はヒートでお渡ししたが、錠剤棚の近くにあった酸化マグネシウムのアルミ包装の形状が似ていたため間違っ て紛れてしまった。 監査システムも使ったが重さを軽量したのは36錠のみだったため見落とした。患者様から違う薬が入っていると電話があり謝罪して交換した。	錠数が多い時は湿気防止のためアルミ包装のまま交付する場合があるが、思い込みや慢心、注意力低下のため似たような形状のものを無意識にピッキングしないように薬剤名称の確認を徹底する。	錠剤棚から取り間違いがないように場所を離す。監査システムを通すときにも、重さを軽量しないものも間違いがないかしっかり確認する。	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーワ」	酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1528	バルプロ酸ナトリウム錠200「アメル」の処方せんで来局時、在庫のあったバルプロ酸ナトリウム錠200「DSP」で調剤、服用した次の週、頭痛のため再受診し、バルプロ酸ナトリウム徐放錠200「トーワ」の処方箋が発行された。念のため患者と処方医に確認したところバルプロ酸ナトリウム錠200「アメル」の間違いと確認。	当薬局のレセコンでもバルプロ酸ナトリウム錠とバルプロ酸ナトリウム徐放錠は代替調剤の別規格で入力ができるため、処方箋、入力ともに注意が必要。	他にニフェジピンCRとニフェジピンLなどの別物も代替調剤の別規格入力が可能のため注意喚起を行っているところ。	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーワ」	バルプロ酸ナトリウム錠200mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1529	10/13 バルプロ酸ナトリウム徐放錠200mgの処方だったが、間違っ てバルプロ酸ナトリウム200mgを投薬してしまっ た。10/23 同じくバルプロ酸ナトリウム徐放錠200mgの処方だったので、その時に間違いに気づいた。Drに連絡した所、今回は徐放錠を出す と患者に言ってくれ、という返事をもらい、患者さまには、前回間違っ てしまったことを謝罪し、成分、量は同じものだと説明した。	日頃から普通錠と徐放錠の両方の処方がある。スタッフも充分わかっており気を付けていたが、その日は、忙しかったこともあり。入力も、監査も、投薬者も気付かなかった。	今後は、普通錠、徐放錠、OD錠など、声掛けを徹底するようにした。	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーワ」	バルプロ酸ナトリウム錠200mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1530	デパケンR錠200mgの処方箋記載で、いつもGEのバルプロ酸ナトリウム徐放錠A200で投薬している。(一包化)患者さんが服用時にいつもと錠剤の色が違うと気付いたが、特に説明がなかったため、1回分服用。薬局に電話で錠剤の色変更について問い合わせがあり、過誤発覚。	薬局スタッフが新しく変わり、まだ慣れていないこともあり、調剤、監査、投薬の一連の作業を一人の薬剤師がしてしまった。一包化の患者さんで、気の焦りもあり、GEのバルプロ酸の文字だけで判断してしまい過誤に繋がった。	電子薬歴の注意喚起表示できるようにし、薬もあえて、隣同士に置き、規格の種類存在を気づけるようにしておく。	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーワ」	バルプロ酸ナトリウム錠200mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1531	バレリン錠100mgが処方されましたが名称変更でバルプロ酸ナトリウム錠「DSP」と変わり服用方法も朝夕から昼夕に変わり準備されていた薬が200mgであったにもかかわらず名称と用法に気をとられてしまった	棚に200mg 余りでない方の100mgが引き出しに保管していたので準備したものが100mgに気付かなかった	規格が他にあることを棚にも記載しておく(引き出しに100mgあり)	バルプロ酸ナトリウム錠100mg「DSP」	バルプロ酸ナトリウム錠200mg「DSP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1532	定期にてバルプロ酸Na錠100mg「アメル」が処方されている患者に対して誤ってバルプロ酸Na徐放錠A100mgをお渡し。5日後に患者家族からいつもとデザインが違うとお電話をいただき過誤が発覚。すぐに患者宅を訪問し正しいものと取り換えた。	名称の類似と、直近で普通錠と徐放錠での取り違いを防ぐためにメーカーを他社のものに変えたことで混同してしまったと思われる。	徐放錠と普通錠については配置を変え、鑑査時についても2剤を区別するためにメーカーを引くなどの対策をとる。	バルプロ酸ナトリウム錠100mg「アメル」	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A100mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1533	バルプロ酸錠200mg「DSP」で入力するところバルプロ酸錠200mg「アメル」で入力した。	薬剤の特性上アメルでは湿気に弱くバラ使用でしないためDSPで入力する必要があった。	薬剤の特性を周知した。	バルプロ酸ナトリウム錠200mg「DSP」	バルプロ酸ナトリウム錠200mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1534	バレリン錠200mgの名称がバルプロ酸ナトリウム錠200mgに変更されたことを知らず、バルプロ酸ナトリウム錠200mgDSPの処方、薬局在庫のバルプロ酸ナトリウム徐放錠200mgで入力、調剤、監査、投薬してしまった。2回目も別の薬剤師が、前回DO処方で入力されたものをそのまま投薬している。別の患者の監査の際に、徐放錠である事に気づき、追跡調査した結果当患者のミスに気付いた。	名称変更の知識不足と、普通錠と徐放錠の違いに気づけなかった注意力不足	疑問に思ったことは声を掛け合い、調剤投薬監査を同一人物が行わないことを徹底した。また、事務職員に関しては、名称が類似しているものの違いを教育した。	バルプロ酸ナトリウム錠200mg「DSP」	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1535	新患の患者。一般名処方バルプロ酸Na (200) 2錠分2朝夕食後7日分の処方。レセコンに入力時、バルプロ酸ナトリウムSR (200) を選択し入力、調剤、渡薬。13日後、2回目来局時に同じく一般名処方バルプロ酸Na (200) 2錠分2朝、夕食後14日分処方。徐放錠から普通錠へ変更になっていると入力者が不信に思い、前回の処方箋を確認した所、前回はバルプロ酸Na錠であったことが発覚。	今回処方されたクリニックからは、バルプロ酸Naは徐放錠で処方されることが多いため徐放錠と思い込んでしまった。	レセコンの薬品マスタ、局内名称(薬を選択する際に候補として出てくるところ)のそれぞれの薬品名の先頭に(普通錠)(徐放錠)と入れた。	バルプロ酸ナトリウム錠200mg「DSP」	バルプロ酸ナトリウムSR錠200mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1536	薬剤を交付後、数日後にクリニックより「処方内容と違う薬を渡していないか?」との問い合わせがあり、バルプロ酸ナトリウム200mgをバルプロ酸ナトリウム徐放錠200mgでお渡ししていたことが判明。(入力も徐放錠となっていた)クリニックにその旨を伝えたところ、今回は徐放錠を内服してもらい、次回の診察で判断されることとなった。	調剤ミスと入力間違いが同時に起こってしまった。服用回数も徐放錠と普通錠、共に使われる回数だったことも要因の一つ。	徐放錠か普通錠か、判断がつきにくい時は必ず、疑義照会するように改善を行った。	バルプロ酸ナトリウム錠200mg「アメル」	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1537	バルミコート100μgタービュヘラー112吸入が処方されたが、112吸入に気を取られてバルミコート200μgタービュヘラー112吸入を調剤し患者様に交付。患者様が車に戻った後に吸入の色の違いに気づいてミスが発覚しました。	112吸入だけでなくバルミコートタービュヘラーには100μg、200μgがあることを認識して調剤する。	一人薬剤師の為、事務員に監査してもらいだけでなく、薬剤師本人がもう一度添付する医薬品情報の写真とも見比べるなどして確認する。	バルミコート100μgタービュヘラー112吸入	バルミコート200μgタービュヘラー112吸入		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1538	バルミコート100μg112吸入1あしゅ1.2mgのところバルミコート200μg56吸入11.2mgをお渡ししてしまった。患者さん本人からいつもと色が違うとTELあり発覚した。	監査者入社2ヵ月と不慣れでバルミコート100μg112吸入11.2mgとバルミコート200μg56吸入11.2mgの見分けがつかなかったため、ピッキング者が誤って取った薬品をお渡ししてしまった。	薬剤師全員に規格、色の二重チェックをすることを徹底される。	バルミコート100μgタービュヘラー112吸入	バルミコート200μgタービュヘラー56吸入		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1539	バルミコート吸入液0.25mgのところ、バルミコート吸入液0.5mgで調剤してしまった。監査者が気付いた正しいものに調剤し直した。	急いで調剤していたこと、0.5mgのところが処方頻度が高いこと、0.25mgの末尾の5mgというのを見て0.5mgと思い込んでしまったことが要因としてあげられる。	複数規格がある医薬品の調剤時に気を付ける。注意喚起のシールや張り紙をする。調剤監査システムを必ず通す。	バルミコート吸入液0.25mg	バルミコート吸入液0.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1540	処方箋が一般名でブデソニド吸入液0.25%20管で、バルミコート吸入をピックアップしなければいけないところを、インタール吸入液をピックアップしてしまった。交付時に患者家族より指摘され、とり間違えに気づいた。	同じ方法で吸入する薬で、いつも先発名で記載されているためとり間違えてしまった。	一般名と先発名を一致させ、棚にも一般名を書く。調剤する薬剤師も中間監査を怠らない。	バルミコート吸入液0.25mg	インタール吸入液1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1541	バルミコート吸入液0.25mgをお渡しすべきところ、バルミコート吸入液0.5mgを誤ってお渡しする。在庫の差違などにより、お渡し後に間違いが発覚し患者に連絡をとったところ、使用しておらず健康被害はなかった。	不足薬が発生し、お待たせしていることにより焦る気持ちがあったため集中力が欠如し、見落としが発生してしまった。	規格の確認の徹底と、不足がある処方でもピックアップシステムの使用を徹底する。	バルミコート吸入液0.25mg	バルミコート吸入液0.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1542	バルモディアを処方されていたが、なぜカルバフィンを調剤してしまった。似ている名称ではないので原因は単純に思い込みとミスだと判定する。	棚の位置は隣なのでそれが起因かも。流れ作業のなかで、Do処方だったことも起因するかもしれないが、単に気の緩みだと思う	この2品を似たものとしてインプットされている気配があるので、取り違えできないよう離れた場所に配置するようにした	バルモディア錠0.1mg	ルバフィン錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1543	バレリン錠200mgでの処方。少し前に販売名が変更となっておりバルプロ酸ナトリウム錠「DSEP」に変更となっていた。名称に気を取られ、徐放錠であるバルプロ酸ナトリウム徐放錠Aをピックアップしてしまった。	名称変更の為、慌ててしまった。	名称変更について周知する。	バレリン錠200mg	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg 「トール」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1544	一化の予製を作成していたが、処方変更により作り直す必要があった。予製をばらしてパロキセチンのみ取り出して使用し、残りを自動錠剤分包装机から使用して一化化した。その際に1錠だけリマプロストアルファデクス錠を使用してしまっていた。2名で監査を行っていたがどちらも気が付かなかった。交付後にばらした錠剤を仕分け中に発覚した。	いつも急かされる患者様だったため気が焦っていた。	必ず監査時には刻印を確かめるように徹底する。または予製を使用せずに1から一化を作成する	パロキセチン錠10mg「トーワ」	リマプロストアルファデクス錠5μg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1545	調剤の際、繁忙であったためもあり、パンテチン散の処方のところ、パンピタン末を調剤しかけて、間違いであることに気づいた。	処方は、パンピタン末であるというなれによる思い込み。	薬品名を先頭文字だけで判断せず、最後まできっちりと確認する。	パンテチン散20%「テバ」	調剤用パンピタン末		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1546	パントシン細粒50%処方のところ、誤ってパンテチン細粒20%で作成。監査時に発覚。	よく出ている薬剤がパンテチン細粒20%で、50%は1名様だけの処方。思い込みによる間違い。	薬剤を置いてある棚に、注意喚起の札を貼った	パントシン細粒50%	パンテチン細粒20%「KN」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1547	パントシン100mgが処方されていた患者様に誤ってパントシン200mgを調剤してしまった。幸い200mgの箱の近くに100mgが保管されていたので監査者にわたくし手前で防ぐことができた。	当薬局では規格違いはあまり近いところへは保管しないルールになっているがたまたま仕切りを挟んだそばになってしまったことが要因の1つ。また調剤者も100mgと思い込んで調剤をし、外箱が似ている200mgをつかんでしまったことが要因の1つ。	納品時だけでなく、調剤後保管している引き出しへ戻す時も類似名称のものがないか確認してから戻すようにする。	パントシン錠100	パントシン錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1548	一般名ラクツロースシロップ65%の処方、当薬局在庫のラクツロース60%で調剤してしまう。	一般名がラクツロースだった為そのまま処方してしまった。65%のピアーレで調剤しお渡ししないといけなかった。調剤時に注意し、薬局内の在庫をしっかりと把握し監査をしっかりと行う。	規格違いの商品の在庫をしっかりと把握する。	ピアーレシロップ65%	ラクツロース・シロップ60%「コーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1549	経験浅い医療事務が、普段入力する機会が少ない眼科処方箋を入力することになった。処方箋は一般名で記載があり、レセコンシステムにも先発・後発品が表示されるようになっていた。自己判断でジェネリック希望だからと、在庫があった「ヒアルロン酸PF点眼液」を選択した。監査で間違いが発覚し、入力ミスに気が付いた。	ヒアルロン酸点眼液は混乱しやすい薬剤かもしれない。PFは保存料がないタイプ故に他の後発品や先発品に変更されないため、医師が変更不可にしたり、PF点眼液と記載をしていることが多い。今回の患者さんの場合、お薬手帳からもPFタイプでなく、いわゆるヒアレイン点眼液を使用していた。PFではフィルター付きのため、従来の使い方と若干異なり、使いにくさもある。	医師よりPF点眼液の説明を受けていなければ、使い方の違いより同一製剤と認識しにくくなると推測し、薬局が勝手に変更したと思われる可能性がある。迷う時は、薬剤師もしくは先輩医療事務に相談することと注意をした。	ヒアルロン酸Na0.1%点眼液	ヒアルロン酸ナトリウムPF点眼液0.1% 「日点」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1550	ヒアロンサン点→ヒアルロン酸ナトリウム点 へ販売名が変わったが、ヒアルロン酸を調剤し渡したので 入力がヒアロンサンのままだった	このところ 名称変更が多く 変更された名前も似ているので気が付かなかった	名称変更品の意識が薄れがちなので気を付けて確認する	ヒアルロン酸Na点眼液0.1%「ニットー」	ヒアロンサン点眼液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1551	ヒアルロン酸Na点眼液0.1%「ファイザー」のところ、「ニットー」で調剤してしまった。	ヒアルロン酸は取り扱っているメーカー名が多く、ヒアロンサンからの名称変更があったことも間違えやすくなった原因。	ヒアルロン酸の目薬が処方された際にはメーカー名をしっかりと確認して調剤する。	ヒアルロン酸Na点眼液0.1%「ファイザー」	ヒアルロン酸Na点眼液0.1%「ニットー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1552	処方内容 ヒアロンサンPF点眼 備蓄していなかったため疑義照会後 許可を得て ヒアロンサン点眼を調剤、投薬その後、処方元より電話があり添加物無しのヒアロンサンPFで調剤してくださいとの連絡あり、患者さんに連絡を取りお薬変更	薬剤師の知識不足	薬剤師知識の向上	ヒアルロン酸ナトリウムPF点眼液0.1% 「日点」	ヒアロンサン点眼液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1553	処方 ヒアレインミニ点眼液(0.1)112本を ムコスタUD点眼液一箱112本をだす。	似た薬品名ではないが、どちらも使い捨て点眼で、数量を思いがけい、112本入りムコスタ点眼液を、出す人チェックする人どちらも頭にあり、112本これだと思い、危ない思いをした。	もう一度、二度 忙しくても ゆっくりと処方箋を見るように徹底している。	ヒアレインミニ	ムコスタ点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1554	いつも他の医療機関でヒアレイン(0.1)が処方されている患者が、異なる医療機関を受診して処方箋を出してもらった。処方箋にヒアレインミニ(0.3)1個と記載があったために、医療機関に問い合わせを実施。その結果、今までと同じヒアレイン(0.1)1本に変更になった	ヒアレインミニ1本という記載と一緒に1日4回使用と書かれていたため、ミスが疑われて疑義照会を実施した。結果としては、今まで使用していたものと同じヒアレイン(0.1)のみまで良かった。名前が同じであるため、薬品を選択する際に、誤ったと思われる	記載内容の不備が疑われる場合には、疑義照会を行う	ヒアレインミニ点眼液0.3%	ヒアレイン点眼液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1555	混雑した時間帯だった為処方箋のお薬の規格を誤って調剤してしまった。	混雑した時間帯だったので焦って調剤してしまい規格を誤ってしまった。監査をする者も十分に監査できていなかった。	忙しい時間帯でも焦らず正確に調剤、監査ができるようにしたい。	ヒアレインミニ点眼液0.3%	ヒアレインミニ点眼液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1556	2020年12月3日(水)以前から当薬局を利用している患者 女(72歳)さんが処方箋を持って来局した。点眼薬ヒアルロン酸Na0.3パーセント点眼液5mlを処方されていた。レセコン入力時に、以前使用していたヒアルロン酸Na0.1パーセント点眼液5mlを入力を間違えてしまった。処方箋をうけとった(A)薬剤師が処方箋をもって調剤して、手帳と薬情を確認するとき、気が付きレセコン入力者に話、印刷した手帳ラベルと薬情と領収書を印刷しなおした。と	処方箋を入力に二次元バーコードで、前回の処方のまま取り込んでしまった。前回分と同じものと頭から思い込んでしまった。経験がまだ浅かったので混雑時だったので慌ててしまった。	全員で声を掛け合って変更時は、注意を喚起しあうこと。規格がある薬品をピックアップして再度確認する。	ヒアレインミニ点眼液0.3%	ヒアルロン酸ナトリウム点眼液0.1%「TS」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1557	ヒアレイン点眼とジクアス点眼の取違い	忙しい時間になりパッケージ類似の取違いをしてしまった頻度はジクアスの方が多いので思い込みでそちらをピックアップしてしまった	類似パッケージは離して管理する患者様との最終確認を行う	ヒアレイン点眼液0.1%	ジクアス点眼液3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1558	患者さんが処方箋を持って来局した。処方せんにはヒアルロン酸Na点眼液0.1% 5mL 1瓶 1日1回左目と記載されていた。こちらの患者さんがヒアルロン酸Na点眼液のみ先発品をご希望されていたにもかかわらず、誤って後発品のヒアルロン酸Na点眼液0.1%「ニットー」をお渡ししてしまった。患者さんに投薬後、薬歴記載中に薬剤師が気づきご自宅に電話した。ご本人から前回分の残りが残っているため明日取りに来るといわれたので、後日お渡しした目薬と取り換えさせていただきました。	以前来局された時に先発希望を患者さんより確認していたが、引継ぎの伝言を十分に確認できておらずヒアルロン酸Na点眼液のみ先発希望だったことを把握できていなかった。	薬歴や伝言の確認のほか、投薬する際に患者さんと一緒に薬の確認を行うことを徹底することとした。	ヒアレイン点眼液0.1%	ヒアルロン酸Na点眼液0.1%「ニットー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1559	1年くらい前から0.1%がずっと処方されていた。いつもと一緒に目薬ですなという渡した。患者さんはいと答えて受け取って帰った。しばらくして来局。いつもの薬と色が違うということで発覚。0.3%を渡していた。使用前に気づいてくれてよかった	0.1%の箱と0.3%の箱が前後入っていたため、いつもの癖で手前の箱から出してしまった。	外用は特に決められた場所に確実に置くことを徹底する	ヒアレイン点眼液0.1%	ヒアレイン点眼液0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1560	一般名処方プロメタジン6.75mg等配合非ピリン系感冒剤3錠処方だったが、プロメタジン1.35%等配合非ピリン系感冒剤3gで調剤。	患者さま、熱・咳症状あり。病院外で診察、投薬待ち。急いでお渡したいが為、入力ミスに気づかず、監査不備。	忙しくても、処方箋と照らし合わせダブルチェックする。	ビーエイ配合錠	サラザック配合顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1561	一般名処方で入力間違え。ビーエイ配合錠とトーワチーム(PL配合顆粒のGE)の違い。	当薬局のレセコンでは一般名処方では非ピリン系と入力が入るので、錠剤または顆粒などはこの状態では判断できない。gや錠をみて選択する必要がある。	非ピリン系の総合感冒薬にはPL配合錠とPL顆粒があることを薬局内で共有。また薬剤師は用法用量を再度確認した。PL配合顆粒は3g分3、6gで処方のでる可能性は低い。(当薬局ではビーエイ配合錠は6錠で処方される場合が多い。)	ビーエイ配合錠	トーワチーム配合顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1562	ビーエイ配合錠のところPL配合顆粒で集めていた。監査で判明した。	一般名が類似しているが、確認が不十分であった。	集薬した時点で処方箋と手元で再度確認を行うこと。	ビーエイ配合錠	PL配合顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1563	ピーエヌツイン1号輸液が21袋処方 の所、入力・調剤共にピーエヌツイン 2号輸液を21袋にして投薬してしまっ た。投薬時に患者様が気付いた為、使 用には至らなかった。	前回まで長い間ピーエヌツイン2号輸液 が処方されており、慣れ・慢心から薬品 が変わっていたのに気づかず調剤して しまった。他の規格がある事を知らな かった知識不足もある。	入力時に入力画面と処方箋を見比べ一つ確 認する。投薬時も確認を怠らない。慣れ・慢心は 捨て、日々集中して調剤に取り組む。	ピーエヌツイン-1号 輸液	ピーエヌツイン-2号 輸液		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1564	一般名(ヘパリン類似物質クリーム) を調剤時、ヘパリン類似物質油性ク リームを誤ってピッキングした。	字面は似ているが、油性クリームは一般 名では軟膏に当たる剤型である。軟膏に 比べクリームの処方される割合が低かつ たため、思い込みがあった。	ヒルドイド系統は他にもスプレー・泡状スプレー といった類似剤型が多く、同じ引き出しで今後も 管理する場合は注意喚起POPを付ける等対策を 行う。	ピーソフテンクリーム 0.3%	ヘパリン類似物質油性 クリーム0.3% 「ニットー」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1565	ピーソフテンCrとジフルプレナートCr のミックス処方。ピーソフテンCrとヘ パリン類似油性Crを間違えて混合し た。混合機に設置した時点で薬剤を間 違えたことに調剤者自身が気付いた。	軟膏多種処方されており、ピーソフテン Crとジフルプレナートの混合以外にもヘ パリン類似油性Crを使用する混合処方 があった。ジフルプレナートのチューブ40 本を絞り出している作業中にヘパリン類 似油性Crが調剤テリトリーに入ってい まい勘違いして混合した。	複数混合薬がある場合はあらかじめ混合薬剤を 並べず、都度を取り出すこととする。	ピーソフテンクリーム 0.3%	ヘパリン類似物質油性 クリーム0.3%「日 医工」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1566	ピーソフテンクリームが処方されてお り、ジェネリック希望の患者様である ことからヘパリン類似物質油性クリ ームが同じ薬剤であると思ひ込み(薬剤 名が商品名から成分名へ変更となつた と思ひ込み)ピッキング。鑑査者も気 づけず、投薬時に患者様から「いつも のとチューブの色が異なる」とのお話 があり発覚。	ヒルドイドの外用剤に、ソフト軟膏やク リームなど数種類の他剤形があり、ジェ ネリックへ変更時にピーソフテンやヘパ リン類似物質外用剤(ゲル・油性クリ ーム・クリームなど)の選択時に混同しや すい。	それぞれの箱に何のジェネリックかを記載し混同 しないよう対策した。	ピーソフテンクリーム 0.3%	ヘパリン類似物質油性 クリーム0.3%「日 医工」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1567	皮膚科を受診中の当該患者に初めて【般】ヘパリン類似物質クリーム0.3% 25gが10本処方された。ジェネリック医薬品を希望されている患者のため、当薬局の在庫ではピーソフテンクリームを調剤するところ、誤って【般】ヘパリン類似物質軟膏0.3%のヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」を調剤し、鑑査者も誤りに気付かず誤って投薬してしまった。在庫確認時に誤りに気づき当該患者に連絡後、すぐに交換に伺い使用前に交換、誤調剤した薬剤の回収、お詫びができた。	当薬局ではヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」の処方率が高いことから、思い込みで誤った薬剤を調剤してしまった。鑑査者も同じ思い込みから誤りに気付くことができなかった。ピーソフテンクリームとヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」はパッケージも似ている上に一般名処方だったため、一般名の類似も誤りの原因だった。	一般名の類似しているもの、パッケージの似ているものについては日頃から情報提供や声を掛け合うようにして誤調剤を防止する。今回は初めての処方だったが、次回から同じ誤りをしないために薬歴の表書きに分かりやすくピーソフテンクリームと記載しておく。	ピーソフテンクリーム 0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1568	母が3歳の息子の処方箋を持って来局。処方箋は一般名処方で「【般】ヘパリン類似物質クリーム0.3%」と記載しており、当薬局に在庫のあるヒルドイドソフト軟膏のGEの商品名「ヘパリン類似物質油性クリーム」が類似しており間違えやすい。普段ヘパリン類似物質油性クリーム「ニプロ」が処方されることが多く、いつも通りと思い、入力してしまったと思われる。また入力時に検索をかけたところヘパリン類似物質の剤形違い(軟膏・ローション・スプレー等)のものも混在して選択肢が上がってきてしまうため、分かりづらく、間違えの要因の一つと思われる。	一般名と商品名の類似による間違え。先発品ヒルドイドクリーム的一般名「ヘパリン類似物質クリーム」と、ヒルドイドソフト軟膏のGEの商品名「ヘパリン類似物質油性クリーム」が類似しており間違えやすい。普段ヘパリン類似物質油性クリーム「ニプロ」が処方されることが多く、いつも通りと思い、入力してしまったと思われる。また入力時に検索をかけたところヘパリン類似物質の剤形違い(軟膏・ローション・スプレー等)のものも混在して選択肢が上がってきてしまうため、分かりづらく、間違えの要因の一つと思われる。	間違えやすいという認識を持ち、薬局内で共有しておく。区別の表を見えるところに貼っておき、入力時に確認しながら入力する。	ピーソフテンクリーム 0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1569	一般名でヘパリン類似物質クリーム0.3% 50gの処方性を調剤。入力の際に、ヘパリン類似物質軟膏0.3%であるヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」で入力。投薬の際に気づき、ピーソフテンクリームに打ち直し投薬した。	商品名がクリームとなっているため、間違えてしまった。	採用薬の変更を実施。ヘパリン類似物質クリームヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」は、クリームと間違いやすいため、ピーソフテンクリームのみを採用とする。	ピーソフテンクリーム 0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1570	リンデロンVGクリームとヘパリン類似物質クリーム(一般名)の混合処方を持ち込まれた。事務員Aが誤ってヘパリン類似物質軟膏(一般名)で入力、薬剤師Bがそれに気付かずヘパリン類似物質油性クリームで混合を行った。その時間帯は患者で混雑しており薬剤師Cも誤りに気付かずそのまま投薬を行った。翌日薬剤師Dが処方箋チェックにて誤りに付き、当日中に正しい薬(ピーソフテッククリーム)を交付した。	名称が似ているため一般名処方のヘパリン類似物質クリームをヘパリン類似物質軟膏と思い込んでしまった。混雑した時間帯であった。	一般名処方の場合、複数の剤型がある事を念頭にに入れる。混雑した時間帯であっても監査を丁寧に行う。	ピーソフテッククリーム 0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1571	ヘパリン類似物質クリームを調剤すべきところ、ヘパリン類似物質油性クリームを調剤した	入力時、ピッキング時、監査時、混合時、投薬時とミスに気付かず、患者に渡ってしまった	外用ボトルにクリームと油性クリームの違いを明記した紙を貼る入力時、監査時にもわかるように、両者の違いを書いた注意書きを貼る	ピーソフテッククリーム 0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1572	薬局内混雑していたこともあり、患者様は外で待たれていた。ずいぶんお待ちでしたので急いで監査をしてしまい、一般名処方ヘパリン類似物質クリーム0.3%と記載があったのにヘパリン類似物質油性クリームをお渡ししてしまいました。投薬後すぐに間違いに気づきお母さまに連絡しお薬交換していただいた。	ヘパリン類似物質にはいろんな規格があるので一般名をしっかりと確認する	忙しくてもしっかりと監査を行う	ピーソフテッククリーム 0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1573	一般名ヘパリン類似物質クリームで処方に来ていたところ、ヘパリン類似油性クリームでお渡しした。	通常うちで受け付けてるヘパリンは軟膏できていて、調剤するするときに油性クリームでお渡ししている。クリームでの処方ほとんどなかったため確認をきちっとせずいつもの油性クリームでお渡ししたこと。いつもと同じ変わりないとの認識が今回の事象を招いた	一般名処方の読み直しをして確認する。	ピーソフテッククリーム 0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1574	処方箋では、ヘパリン類似物質クリームと一般名で処方されていたが、実際には、ヘパリン類似物質油性クリームで調剤。監査時に監査した薬剤師が剤形確認をしたところ、油性クリームではなく、クリームであることに気づいた。	普段はクリーム剤なら、ピーソフテンクリームと記載したりと、一般名処方記載ではない病院だったため、ヘパリン類似物質と見た時点で、ヘパリン類似物質油性クリームと間違えてしまった。	ヘパリン類似物質クリームにおける一般名処方を確認するよう徹底。朝礼、薬剤師共有の連絡ノートに記載し、再度同じミスをしないよう徹底した。	ピーソフテンクリーム 0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1575	一般名 ヘパリン類似物質クリーム0.3%の処方に対してヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」を調剤してしまった。	知識不足	よく処方がでてクリームと油性クリームで紛らわしいので、メモを書いているがメモを見落とさずに都度確認して調剤・入力・監査をする。	ピーソフテンクリーム 0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1576	一般名処方類似の確認漏れ	名称の類似に十分注意をはらう	全員でよく理解し、徹底。事務にも入力時注意をはらってもらう。	ピーソフテンクリーム 0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1577	一般名処方記載で軟膏は油性クリーム、クリームはクリームなので間違えやすい	処方箋入力、監査、投薬の人は別のほうがよい	一般名処方の場合は油性クリームかクリームを確認する	ピーソフテンクリーム 0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1578	面処方の皮膚科の処方箋で、混合指示あり。一般名処方ヘパリン類似物質クリームとあり、先調剤で薬剤師がヘパリン類似物質油性クリームを調剤し、混合を始めていた。混合後監査時に気づき混合やり直しを行った。	薬剤師の知識不足。	調剤前に処方箋と見合わせピックアップした医薬品が正しいか確認して調剤にあたる。	ピーソフテンクリーム 0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1579	年末年始で皮膚科の処方箋がかなり多かった。混合の指示が多い一般名処方今までヒルドイドソフトが多かったが、今回はヒルドイドクリーム処方。今までの経験から多忙もありヒルドイドソフトを用いて混合調剤行う。	一般名処方がヘパリン類似物質油性クリームとヘパリン類似物質クリームで似ているため今までヘパリン類似物質クリームの混合指示の処方箋がなかったため	2つの薬の保管場所をさらに離して、「要確認!!!」の札を貼り間違いを防ぐよう対応。後発品の会社を異なるものにして、さらに違いが明確になるようにした	ピーソフテンクリーム 0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1580	入力ミス【般】ヘパリン類似物質外用液0.3%投薬：ピーソフテンローション0.3%入力：ヘパリン類似物質ローション0.3%「ラクール」	【般】ヘパリン類似物質外用液0.3%に対してヘパリン類似物質ローション0.3%「ラクール」が汎用患者希望により、ピーソフテンローション0.3%を調剤したが思い込みで入力ミス	監査時に、薬情の写真を用いる	ピーソフテンローション0.3%	ヘパリン類似物質クリーム0.3%「ラクール」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1581	ビソフテンローションのところへパ リン類似物質油性クリームで処方して しまった。	この患者さんに対するの申し送りを出動 していない薬剤師に伝えることを考えて しまった。	しっかり確認、監査の徹底。再度の確認。調剤 に集中すること。	ビソフテンローシ ョン0.3%	ヘパリン類似物質油性 クリーム0.3%「日 医工」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1582	ピオフェルミン錠3錠/日14日分で処方 のところ、ピオフェルミン普通錠に て集薬	処方箋記載内容の見落としピオフェルミ ン普通錠の方が、頻繁に処方される為、 油断していた	レセコンにコメントを入力	ピオフェルミンR	ピオフェルミン錠剤		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1583	処方箋は(般)耐性乳酸菌10%で あった。本来ならば、エンテロンRを 調剤すべきところを、ピオフェルミンR で作成。そのままお渡し。その後の薬 剤師の再監査時に入れ違いを発見。す ぐに患者に連絡。服用前だったため、 服用による被害はなし。薬剤に関して は交換を行う。	耐性乳酸菌は取り違えの可能性があるの で、監査を重点的にすべきであったが、 耐性乳酸菌の文字のみで調剤してしまっ た。監査の薬剤師も同じように見逃して しまった。エンテロンRとピオフェルミ ンRは瓶の形状も違うもので、大きく赤 字で%も記載していたが、思い込みで調 剤してしまう。	すでに、両材の瓶の形状は異なり、%も赤字で 大きく記載してあるので。再度、監査の徹底を行 う。	ピオフェルミンR散	エンテロンン-R散		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1584	「ピオフェルミンR散」で処方されてい たが、医師のコメントで「ピオフェル ミンは錠剤でも可」との記載あり。R散 の在庫が足りなかったため、錠剤に変 更することになったが、ピオフェルミ ンR錠でお渡しするところ、ピオフェル ミン錠剤をお渡ししてしまった。	医師のコメントの「ピオフェルミン」と 「錠剤」という文字のみを認識し、ピオ フェルミン錠剤を調剤してしまった。薬 剤情報には処方通り、「ピオフェルミン R錠」と記載されていたが、投薬時にも気 付かなかった。	複数人で確認する等、監査の徹底をはかる。投薬 口でもう一度、薬剤情報(名称、写真等)と照 らし合わせて確認する。	ピオフェルミンR錠	ピオフェルミン錠剤		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1585	ピオフェルミンR錠が処方されていたと ころピオフェルミン錠剤を調剤してお 渡ししてしまった。	その時間帯は薬剤師1名体制でミスが出て しまった。	必ず薬剤師2名によるダブルチェックを行う事、 また1名薬剤師しかいないときも患者さんにしっ かりとお薬を確認してもらってから投薬を行う。	ピオフェルミンR錠	ピオフェルミン錠剤		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1586	ピオフェルミンR錠と処方箋に記載が あったが、入力時、しっかりと確認し ていなかったため、ピオフェルミンR散 で入力。お渡しはピオフェルミンR錠で お渡しはしている。	そこまで忙しくなかったが、入力時にエン ターを勢い余って連打したのが要因。 また監査システムが不調であったため、 使用せずにお渡ししてしまった。(お渡し は処方箋記載の正しい薬をお渡し)	一つ一つ確認しながら、焦っていたとしてもエン ターを連打しないようにする。監査システムの不 調は機器メンテナンスをしてもらうよう、上司に 依頼する。落ち着いて入力を確認する。	ピオフェルミンR錠	ピオフェルミンR散		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1587	ピオフェルミン錠でお渡しすべきところ、ラックビー錠でお渡しした。	一般名 ピフィズス菌錠12mgはピオフェルミン 一般名ピフィズス菌錠10mgまたは規格なしではラックビー錠を選択すべきところ、あやまってラックビーで入力、それに気が付かず入力通り調剤・投薬してしまった。後日クリニックからの問い合わせにより発覚した。	ピオフェルミン、ラックビーの一般名処方には注意喚起を事務、薬剤師ともに行った。	ピオフェルミン錠剤	ラックビー錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1588	ピオフェルミン錠剤とピオスリー配合錠の調剤ミス	一包化をする際に、分包機のパソコンに薬品の登録をするが、その時の登録ミスと、それに気づかなかった鑑査のスルーが原因。カセットにセットされている薬品であったため、シートがなく、合っているだろうとの思い込みで鑑査したことが原因。	今回は間違いに気づいてすぐに自宅を訪問し、差し替えたため健康被害は出なかったが、一包化薬で渡した場合、患者が間違いに気づく可能性はかなり低い。今後は、最終の鑑査だけでなく、分包直後に調剤者も鑑査するように改善した。	ピオフェルミン錠剤	ピオスリー配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1589	処方箋記載はピオフェルミン錠であったが、ピオスリー配合錠で調剤してしまった。	忙しい時間帯であったため、同じ21錠シートの同効薬をおもいこみで調剤し、鑑査時にもスルーしてしまった。	忙しい時間帯であっても、落ち着いて業務にあたるよう心がける。	ピオフェルミン錠剤	ピオスリー配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1590	ピオフェルミン錠のところピオスリー錠を調剤。鑑査時に発見される。	思い込み	ピオフェルミンとピオスリーの場所を違う所へ移動した。	ピオフェルミン錠剤	ピオスリー配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1591	ピオフェルミン配合散が処方されていたところ、誤ってピオスリー配合散をピッキングしてしまった。	繁忙であったこともあって、ピオフェルミン配合散の隣にあるピオスリー配合散を誤ってピッキングしてしまった。	ピッキングした後、必ず処方箋(コピー)に記載されている薬剤と、ピッキングした薬剤を声だし・指さし確認をする。確認後、他の薬のピッキングを開始する。	ピオフェルミン配合散	ピオスリー配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1592	当日は1人薬剤師で、11:20と混み始めた時間、もう1種のラックビー散を計量調剤しながら、他の患者の投薬にむかった。その後、鑑査するも、ラックビー量事務が確認したのだけみて、ピオフェルミンを見忘れて投薬した。当日PM5:40在庫合わなく判明。PTへ連絡、昼1回服用済。謝罪&交換となる。	忙しく通常業務が1部抜けた	鑑査の徹底	ピオフェルミン配合散	ピオスリー配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1593	前回からピカルタミド80mg錠からODに変更していた。わかっていたが間違えてピッキングしてしまった。	ピッキング時にしっかりと確認する。	保管場所を分ける	ピカルタミド錠80mg「ファイザー」	ピカルタミドOD錠80mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1594	ピクトーザ皮下注1.8mgを前回から処方。処方して10日たち、患者が薬局し薬剤が違っていると訴えられた。確認したところトレシーバ注フレックスタッチを渡していた。	交付時に患者にも見せたが何も言われず(もともと尋ねても明確な返事をされず)、また薬剤師も見て確認したつもりでいたが、実際には間違いないと思いを渡していた。	名称を口に出して確認を行う。	ピクトーザ皮下注1.8mg	トレシーバ注フレックスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1595	ピクトーザ皮下注と共に処方されたマイクロファインプロをマイクロファインプラスと誤って調剤。	当店では初めての処方であり、マイクロファインプロという針があることを知らなかった。規格が3.2G/4mmとマイクロファインプラスにも存在する規格であるため誤って調剤してしまった。	店舗スタッフにマイクロファインプロとプラスが存在し、針サイズも同じものが存在することを周知。また包装箱に規格注意の札を貼った。入力ミス対策にプロとプラスの部分を【】で多い、確認しやすくした。	ピクトーザ皮下注1.8mg	ピクトーザ皮下注1.8mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1596	血糖コントロールが不調のためインシュリン増量指示あり。透析室にて使用する際に、NSより単位変更わらか確認を入れたところ違う薬剤を使用していた事が判明。1か月半ほど違うインシュリンを使用していた。血糖値上昇が、認められた。	一人でピッキング、監査を行い、本人確認も怠ってしまった。業務のマンネリ化。本人も包装変更したのかと思ったとのことで申し出なし。疑問に思ったことは連絡するよう説明。	必ず2人以上で確認を行う。薬情、薬袋の記載についても確認する。患者への手渡しの際は必ず中身の確認を行うこと。	ピクトーザ皮下注1.8mg	ヒューマログ注キット		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1597	ピクトーザ皮下注が処方されていたが、ノボラビッド注フレックスペンを調剤して患者へお渡ししていた。調剤、監査をした本人は当時のことはほとんど状況を覚えていない様子。当日、管理薬剤師が監査機器の写真をチェックしていたところ、間違えて渡していることが判明して、患者へ連絡して正しい薬剤と交換した。	今まではインスリンは監査機器の写真的みでの確認だった。当該薬剤師の知識不足、マニュアルに乗っ取った監査の未実施。	調剤過誤発覚後はバーコードなどを全て読み込ませて判断することになった。当該薬剤師に関しては全般的な知識不足を指摘して課題を与え、監査方法などを再確認した。	ピクトーザ皮下注1.8mg	ノボラビッド注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1598	ピンノテープで処方あったが、誤ってパソレーターテープを調剤。監査者が気が付き、パソレーターテープに変更して交付。	普段、パソレーターテープの処方が多く、思い込みにより同じ引き出しにあるピンノテープを取ってしまった。	思い込みによる調剤をなくし、処方をしっかりと確認してから調剤する。	ピンノテープ2mg	パソレーターテープ2.7mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1599	7/13に当薬局にて、処方された7種類の薬剤について交付。投薬時も本人に見せて確認していたが、投薬者も患者も気付かずそのままお渡し。7/31棚卸しによりピソプロロール錠の0.625mgと2.5mgが180錠ずつズレていたため、発覚。8月頭に本人と連絡が付き、すでに服用している事がわかる。確認していただくとはやはり間違えて2.5mgをお渡ししてしまっていた。(0.625)2錠→(2.5mg)2錠のため4倍量で21日分服用。胃のむかつきがあったものの、薬のせいかわからないと確認。本人に謝罪し、医師にも報告。その後の体調変化などは今のところ見られていない。	繁忙期で確認不足だったため、調剤者と監査者共に気付かず。50代女性であり、錠剤の形が異なるが、本人は特に気にする事もなく服用してしまった。在庫の場所は調剤過誤防止のため、離れた場所にしてはいたが、それでも思い込みや慣れで規格の過誤が起こってしまった。	患者様はこちらを信頼しており、形状が異なるがもらった薬をそのまま服用された。今一度ピッキングや調剤・鑑査時に規格まできちんと指差し確認等行いながら十分確認するように職員一同に伝え、今後も気を引き締めて業務にあたるよう指導した。	ピソプロロールフマル酸塩錠0.625mg 「トーワ」	ピソプロロールフマル酸塩錠2.5mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1600	ピソプロロール錠0.625mg 1.5錠1日1回朝食後の処方受付。実際に調剤したのは同2.5mgで実際に投薬。同日午後薬歴を記載中に違和感を感じ監査システムの写真を確認。剤型の違い確認できたため直ちに患者に電話で薬剤を取り違えたこと伝え自宅に赴き交換を行った。翌日以降からの服薬開始であったので、服用されることもなく体調の被害等は発生せず。	理由としては思い込み、確認不足。また同時間に他の患者の一包化準備が重なっていたことも原因と考えられる。	次回からレセコン連動の分包機で調剤をする。(操作画面にて薬剤名・容量が確認できるから)調剤業務重なることは解消できないが、同時進行することなく一人ずつ終了させておこなうようにする。	ピソプロロールフマル酸塩錠0.625mg 「トーワ」	ピソプロロールフマル酸塩錠2.5mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1601	ピソプロロールの薬棚に、アムロジピンが入っていた。調剤者は56錠中、10錠1シートのアムロジピンと、その他はピソプロロールを輪ゴムで止め監査に。重量監査機ではピソプロロールのバーコードをよみ、重量も同じのため、違いが発見されなかった。患者が1シート違うと来局、未服用だった。	色、形、重さが似た薬の誤調剤。	調剤後、残薬を棚に戻す時は名称をよく見る。調剤は重なっている間の薬も気をつける。	ピソプロロールフマル酸塩錠0.625mg 「日医工」	アムロジピンOD錠2.5mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1602	一包化薬のピロプロロール2.5mg半錠をピロプロロール0.625mg 0.5錠を取り違えて調剤 監査時のPTP監査により発覚 投薬前に調剤しなおして投薬	調剤者の思い込みによるミス	二重監査で発覚しているし、監査機器も使用し見落としはないので 引き続き現状の対策を徹底する	ピロプロロールフマル酸塩錠2.5mg「サワイ」	ピロプロロールフマル酸塩錠0.625mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1603	定期処方薬調整後、ご自宅から患者様より電話がありピロプロロールのシートの色がいつもと違うと指摘があり発覚。電話口にて2.5mg処方のところ調剤したものは5mgと判明、内服前に交換した。	実習生がいる状態での調剤だったためいつもと異なる環境でミスに気づくことができなかった。	実習生の調剤後は時間を空けてもう一度チェック。服薬指導時にも一緒に確認することをより徹底する。	ピロプロロールフマル酸塩錠2.5mg「テバ」	ピロプロロールフマル酸塩錠5mg「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1604	【正】ピロプロロールフマル酸塩錠2.5mg「トーワ」 1錠 分1朝食後 4.2日分【誤】ピロプロロールフマル酸塩錠0.625mg「日医工」 1錠 分1 朝食後 4.2日分	入力業務が起点。前回ピロプロロール(0.625)2T2×朝夕食後から今回ピロプロロール(0.25)1T1×朝食後に変更になったが、用法変更のみ行い、規格が変わっていることに気づくことができなかった。	入力者は入力後に処方箋と指示書を用いて入力照合をおこなってから薬剤師にカゴを渡す。一包化の際の鑑査は1包目は必ずすべての印字が正しいことを処方箋をもとに確認する。	ピロプロロールフマル酸塩錠2.5mg「トーワ」	ピロプロロールフマル酸塩錠0.625mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1605	ピロプロロール錠2.5mg「日医工」1錠 30日分のところ ピロプロロール錠5mg「日医工」1錠 30日分でピッキング、鑑査時に間違いが発覚しました。	他の患者様からの電話対応とピッキングが重なり、調剤業務に集中出来ておりませんでした。シートの外観も似ているので確認を見落とししました。	電話対応は内容によっては後程にして、目の前にの調剤業務に集中します。シートの似ている薬は特に注意して確認します。	ピロプロロールフマル酸塩錠2.5mg「日医工」	ピロプロロールフマル酸塩錠5mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1606	mg数の読み間違い。	思い込みが多い。。	焦らず、ゆっくり、思い込みをなくす。mgまで、きちんと処方箋に、書かれている内容を確認するように指導	ピロプロロールフマル酸塩錠2.5mg「日医工」	ピロプロロールフマル酸塩錠5mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1607	ピロプロロール錠2.5mgを調剤すべきところをピオグリタゾン30mgで調剤してしまいました。	当事者の認識として茶色いヒートという認識があり、しっかり確認せず調剤してしまいました。当薬局では医薬品をあいうえお順、規格大を上段、規格小を下段に配置しており、ピロプロロール錠とピオグリタゾン錠を比較的近く(2段違いの斜め配置)に置いていた。おおよその場所と色とで調剤してしまいました。	調剤(ピッキング)をする際に必ず外箱・ヒートおよび棚に記載の医薬品名を確認してから係数調剤する。配置の変更を行った。ピオグリタゾン錠30mgは5段あるうちの最上段に配置し15mgは引き出し収納とした。一方でピロプロロールは最下段に横並びに5mgと2.5mgを配置した。	ピロプロロールフマル酸塩錠2.5mg「日医工」	ピオグリタゾン錠30mg「モチダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1608	ピロプロロールフマル酸塩錠2.5mg 分2 28日分処方患者さんに対して、カルベジロール錠2.5mg 分2 28日分を誤って投薬していた。患者さんの訴えにより、投薬ミスが発覚し、すぐに謝罪するとともにピロプロロールフマル酸塩錠2.5mgと交換した。	調剤者のピッキング時の取り間違いと監査時の確認が不十分の2つのミスが重なり起こった事例。薬棚は離れた場所に配置しているが、同効薬で名称が似ており、色も同じ白色であることから取り間違えたと思われる。	薬歴に「ピロプロロール2.5取り間違い注意」を赤字で記入した付箋紙を貼付することにより、ピッキング時のミスを防止し、監査時に処方箋記載の名称と規格を最終確認することで、再発防止に努めた。	ピロプロロールフマル酸塩錠2.5mg 「日医工」	カルベジロール錠2.5mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1609	処方せんにはピロプロロールフマル酸塩錠5mg 「サワイ」が処方されていたが、間違えてピロプロロールフマル酸塩錠2.5mg 「サワイ」を処方してしまった。患者本人がヒートの色が違うことに気づき発覚。薬局に連絡があった。	調剤をした薬剤師がまだ経験が浅く規格違いがあることを把握していなかった為、良く使用されている規格を調剤してしまった。鑑査をした薬剤師は他の処方薬に2種類ほど2.5mgの規格の薬があったことでそれにつられて鑑査がおろそかになってしまった。	調剤棚に設置している薬剤早見表に規格違いがあることを明記し、注意を促すようにした。	ピロプロロールフマル酸塩錠5mg 「サワイ」	ピロプロロールフマル酸塩錠2.5mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1610	ピロプロロールフマル酸塩錠5mg 「日医工」が処方されていたのに、レセコンの入力間違いで、薬袋に印字された(ピロプロロールフマル酸塩錠2.5mg 「日医工」)を棚から取っていた。	処方箋をもとに調剤しなければならないのに、薬袋に印字された医薬品を調剤した。	最も基本的な処方箋をもとに調剤すること。	ピロプロロールフマル酸塩錠5mg 「日医工」	ピロプロロールフマル酸塩錠2.5mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1611	一般名処方「フルスルチアミン50mg・B2・B6・B12配合錠」が処方されていたが、フルスルチアミン25mg 「トーワ」をピッキングしてしまった。監査者が気づき、再度ピッキングし投薬。	一般名の類似。ピタダン配合錠の使用頻度の少なさ。	類似医薬品の情報共有をし、再発防止に努める。	ピタダン配合錠	フルスルチアミン錠25mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1612	【一般名】フルスルチアミンB2B6B12配合錠(薬品名ピタダン配合錠)が処方されたが、【一般名】フルスルチアミン錠であるアリナミン錠が入力される。調剤にあたった薬剤師は入力された画面にて処方がアリナミンと思い込み調剤したが、鑑査した薬剤師が誤りに気づき入力訂正、調剤訂正が行われた。	レセコン上、一般名のフルスルチアミンを入力しても当該薬剤の一般名が長いためうまく表示が上がってこなかったこと、入力者の知識不足によりアリナミン錠を選択して入力してしまった。	一般名フルスルチアミンの入力であがってくる薬剤であるアリナミン25mg、50mg、ピタダン配合錠、ピタノイリンカプセル25mg、50mgを即座に判別できるように一般名入力の検索画面を見やすく改良した。アリナミン・・・フルスルチアミンピタダン・・・フルスルチアミンB2B6B12配合錠 など	ピタダン配合錠	50mgアリナミンF糖衣錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1613	ビタノイリンカプセル2.5mgが処方。ビタノイリンカプセル50mgの後発品であるビタダン配合錠を誤って調剤していた。	該当者の知識不足。レセコンにアラートが出る設定にしていなかった。	ヒヤリハット事例を薬局内で共有。レセコンをアラートが出る設定に変更。	ビタノイリンカプセル2.5	ビタダン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1614	一般名フルスルチアミン50mg B2B6B12配合カプセル 1錠分1の処方、一般名の読み間違いでビタノイリンカプセル50mgを調剤するところを単味のフルスルチアミン錠25mg「トーワ」 2錠分1で調剤してしまった。交付後10分後に間違いに気づき患者に連絡し、すぐに薬の交換にご自宅に伺った。服用前の交換だったので患者には健康被害なし。	一般名処方の読み間違い。フルスルチアミンと成分が記載されていたので、フルスルチアミン錠で調剤してしまった。フルスルチアミンのあとのB2B6B12の記載を見逃してしまっていた。	一般名処方の際は最後まで成分を確認して調剤する。配合剤の場合は特に気を付ける。	ビタノイリンカプセル50	フルスルチアミン錠25mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1615	ビタバスタチン錠1mg一日1回68日分の処方。1mgの引き出しに2mg錠が混在。調剤時、気づかずに混合して調剤。患者さんが気づき、後日薬局され、交換しました。	同成分の薬の規格違いが、続いた引き出しに並んでいたため、錠剤を戻す時にミスがあり混在してしまった	規格違いは近くにおくとミスが起きやすいため、引き出しの場所を変更した。戻す時のダブルチェックをさらに注意して行う事にした。	ビタバスタチンCa錠1mg「EE」	ビタバスタチンCa錠2mg「EE」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1616	一般名処方ビタバスタチン口腔内崩壊錠1mgは、薬局在庫都合にて普通錠の1mg選択するところを2mgで入力 調剤録確認時に過誤が分かり入力を正しく行った	同じ一般名で規格、メーカーが多種あるため、拡張検索時の選択ミスにつながってしまった	過誤の起きやすい事例として情報共有、選択肢の薬剤を可能な限り減らす検討も必要	ビタバスタチンCa錠1mg「トーワ」	ビタバスタチンCa錠2mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1617	ビタバスタチンCa錠1mg朝食後1錠15日分(15錠)のところ、誤ってビタバスタチンCa錠1mgを10錠、ビタバスタチンCa錠2mgを5錠調剤していたが、監査時に他の薬剤師が間違いに気がついた。	慣れによる調剤ミス、監査機械の規格ミスの見逃し、1mgのところ2mgが混在していたこと。ビタバスタチンCa錠1mgと2mgのシートの柄・大きさが似ていること。	薬を手にとったら、シートの表だけでなく裏も確認するようにする。シートを分割して余った薬は、薬棚ではないボックスに入れ、業務が落ち着いたときに薬剤師二人以上で確認しながら薬を棚に戻すようにする。	ビタバスタチンCa錠1mg「明治」	ビタバスタチンCa錠2mg「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1618	帯状疱疹の患者さんが続き、また、市の健康診断で新患が増え始めていた。ハ行で同じ籠に入っており、箱の外観が色も同じデザインとなっていて、取り違えそうになった。	取り扱いの後発品メーカーを変えたこともあり、外観の認識が薬剤師に浸透していなかった。	他の薬剤師にも注意喚起した。	ピタバスタチンC a錠 2mg 「YD」	バラシクロビル錠50 0mg 「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1619	ピタバスタチン錠2mg 処方のところ、ピタバスタチン1mg 錠を調剤し、交付後患者さんからの指摘で判明。謝罪後交換しました。	規格違いの誤投薬については監査を徹底するようしているがやはり時々発生しています。カセッターの位置が隣り合わせも要因の一つかと思います。	同薬品規格違いのカセッターの位置を変えるなど改善しました。	ピタバスタチンC a錠 2mg 「ファイザー」	ピタバスタチンC a錠 1mg 「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1620	【般】ピリドキシリン塩酸塩錠30mg で処方されていたが、自店舗に在庫されていた類似名称の【般】ピリドキサールリン酸エステル錠30mg と誤認識し、ピリドキサール錠30mg 「ツルハラ」にて入力、ピッキングを行ってしまった。監査時に発覚し、ピタミンB6錠30mg 「F」にて調剤を行った。	【般】ピリドキサールリン酸エステル錠30mg と【般】ピリドキシリン塩酸塩錠30mg の名称類似が原因の一つである。自店舗に在庫のない薬品でレセコン登録もなかったことが背景として挙げられる。また、類似名称医薬品についての知識も不足しており、認識が遅れた。	まずは事例を店内、グループ内で共有し、当該医院処方で同じことが起きないように配慮した。店内では名称類似医薬品、一般名ありとの注意喚起を行った。	ピタミンB6錠30mg 「F」	ピリドキサール錠30mg 「ツルハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1621	一般名処方で、多くの患者様にはピリドキサールをお渡ししていたが、本処方の患者様はピドキサールのこだわりがあり先発でおわたししていた。薬歴には以前からその旨が記載されていた。調剤者は気付かず調剤したが、監査者が発見し訂正した。	混雑状況で細かい所への注意力が欠如していた可能性があります。薬歴に注意を記載していましたが見逃したようです。	調剤に入る前の手順の再度確認と薬歴の表書きに目立つよう印をしました。	ピドキサール錠10mg	ピリドキサール錠10mg 「イセイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1622	ビビアント錠20mgを服用している方にネキシウムカプセル20mgが交付されていたことが発覚。	・ネキシウムとビビアントのシートカラーが紫だったので監査で間違えた。・成分が双方とも20mgだったので、見逃しやすかった。・ダブルチェックが抜けていた。繁忙期で他の薬剤師の手が空いておらず、依頼しにくかった可能性。・ダブルチェックをしていないのに、ダブルチェック済みの所定の位置にあった。・監査時にカラーだけみて、薬品名や剤形等をみていなかった?・剤数が少ないので油断があった?	・絶対にダブルチェックを抜かさないように優先順位を高くする。・慌てず監査をする。数量のみならず、医薬品名、剤形なども確認する。・薬情と一緒に照らし合わせて、患者さんと一緒に確認をしてもらいながら交付する。	ビビアント錠20mg	ネキシウムカプセル20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1623	ビビアント20が処方されていたにもかかわらず、ピラノア20をピックアップしたが、投薬前に登録販売師がきづいた。とても店内が混雑していた。	名前と箱の色が似ていたため。	声に出して確認するようにする。名前の似ている薬のリスト作成する。	ビビアント錠20mg	ピラノア錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1624	ベペリデン「アメル」で調剤しなければならぬところ、ベペリデン「ヨシトミ」で調剤してお渡し	同じ有効成分、同じ規格で別の会社のものを2社在庫があったので間違えて調剤し、お渡ししてしまった	ジェネリックのメーカーも調剤剤の入力チェック時に気を付ける	ベペリデン塩酸塩錠1mg「アメル」	ベペリデン塩酸塩錠1mg「ヨシトミ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1625	患者様からの連絡で、いつもの薬と違う旨の報告を受け、すぐに患家へ訪問。本来ビマトプロスト点眼液0.05%「SEC」を投薬するはずが、ラタノプロスト点眼液0.05%「SEC」を渡していた。すぐ正しい薬品を渡し、謝罪した。	薬品名が類似しており、確認不足で誤ってしまった。	間違いやすい薬剤であることを、職員全員で情報を共有し、声を掛け合って調剤・監査・投薬を行う。	ビマトプロスト点眼液0.03%「SEC」	ラタノプロスト点眼液0.005%「SEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1626	ビマトプロスト点眼液を2本お渡しするところ、ビマトプロスト点眼液1本と同成分のルミガン点眼液1本でお渡ししていたことが薬剤交付後患者様のご指摘で判明した。交付してから数分後に発覚したためまだ使用しておらず、謝罪と説明を行ってから正しい薬剤と交換することで解決した。	ビマトプロスト点眼液とルミガン点眼液は同成分の薬剤で後発品と先発品の関係にあるため薬局では探しやすいように同じ引き出しに保管していた。両者の点眼液の容器の形状は少し異なるが色合いやサイズは似ている。間違えやすい見た目の薬剤を近くに置いていたことと1本は合っていたためバーコードでの確認が通ってしまい目視での確認を怠ったことが要因であると考えられる。	ビマトプロスト点眼液の方は箱ごと引き出しに置いて容器だけの状態で置かないようにし、鑑査時はバーコードと重量に加えて目視での確認も徹底するように心がけることとなった。	ビマトプロスト点眼液0.03%「ニットー」	ルミガン点眼液0.03%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1627	ビムパット錠100mg処方のところ、ピレスパ錠100mgを調剤。	注意力の不足。業務の繁忙。	名称の類似医薬品には十分注意し、医薬品に注意マークをつける。薬効を十分に理解して調剤する。	ビムパット錠100mg	ピレスパ錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1628	ヒューマリンR注ミリオベンが処方された。薬剤師が処方箋のRしかみずノボリンR注フレックスペンを調剤した。監査時にヒューマンR注ミリオベンではないことに気づき再調剤した。	処方せんをよく確認していなかった。インスリン製剤の種類を把握していなかったためRが複数あることを認識していなかった。	処方箋の内容をよく確認するよう教育した。インスリン製剤はメーカー間の類似名称、規格違い、剤形違いがあるため思い込みで調剤監視しないよう教育した。	ヒューマリンR注ミリオベン	ノボリンR注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1629	ヒューマログミックス25注ミリオベン300単位が処方のところ、ヒューマログ注ミリオベン300単位で調剤。	処方箋の薬剤名を最後まできちんと確認せずに調剤してしまった。名称の類似する医薬品は、特に注意して調剤する。	調剤者は名称の類似する医薬品は特に注意して調剤し、監査者・お渡しする者も名称の類似する医薬品は注意し、チェックする。名称の類似する医薬品には、注意マークをつけて、間違いを防ぐ。	ヒューマログミックス25注ミリオベン	ヒューマログ注ミリオベン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1630	ヒューマログミックス50注ミリオベンで調剤するところをヒューマログ注ミリオベン300単位を調剤した。調剤監査で発見し、患者には正しい薬剤を交付した。	繁忙の時間帯であり、焦り、思い込みなどがあつた。	調剤時手に取るときは、処方せんと照らし合わせ確認を徹底する。	ヒューマログミックス50注ミリオベン	ヒューマログ注ミリオベン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1631	8月24日に施設からいつも使用している注射と違うものがあると連絡があり、患者で使用してしまったが問題ないかと連絡がありました。確認したところ、8月17日処方のヒューマログミックス50注ミリオベン(朝4単位、夕4単位)を誤って、ヒューマログ注ミリオベンで渡してしまっていました。8月23日の朝・夕、24日朝の分を使用してしまったが現在は、低血糖症状はなく問題ないと施設の方から話があり、早急に謝罪と注射の交換、ブドウ糖のお渡しのために施設を訪問した。そのあと、謝罪および経緯の説明は上長が書面と施設に訪問し行いました。	調剤補助のピックが間違っており、監査した薬剤師もいつもと同じ注射薬だと思い込んでしまい、処方箋と注射薬の確認が不十分のまま施設に渡してしまつた。	注射薬をピックする際に、2人の調剤補助で確認する。冷蔵庫内の保管場所も名前が類似しているものは速くに置くようにする。監査の際には、薬の名前を最後まで確認徹底する。	ヒューマログミックス50注ミリオベン	ヒューマログ注ミリオベン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1632	ヒューマログミックス50注ミリオペンが処方されていたところ、ヒューマログ注ミリオペンを調剤し、監査者も気づかず投薬。患者と一緒に確認しながら投薬したが、その際も誤りに気づけなかった。2日後、ヒューマログ注ミリオペンの在庫が不足していることが分かり過誤が判明した。すぐに患者に連絡をし、自宅を訪問し薬の交換を行った。ヒューマログ注ミリオペンはまだ使用されていなかった。	繁忙時間帯であったこと。対象の処方箋は、薬剤が15剤もあり、調剤者、監査者に焦りがでてしまった。調剤者は当薬局勤務歴が1か月で不慣れであった。投薬者は、思い込みで投薬してしまった。	インスリン保管の配置を変更した。投薬時は処方箋原本・薬情の写真を確認しながら薬を交付する。	ヒューマログミックス50注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1633	病院のDrより電話があり、患者様から電話があったとのこと。いつも渡されているものは液が濁っているのに今回渡されたものは液が濁っていない、違うものが入っているかもしれないと話があった。実際ヒューマログミックス注ミリオペンとヒューマログミリオペンの在庫がずれていた。	忙しい時間帯での調剤で処方箋と薬の照らし合わせが十分に行われなかった。また、投薬時も他に処方されていた薬も多く十分な監査ができていなかったと考えられる。	調剤時の注意として冷蔵庫の区分分け、処方箋コピーへの印つけ、箱出しかつ箱の名前にチェックをする。監査時の注意として薬袋の写真や色を患者様と確認、名称・規格にチェック、箱と中身を二度確認、また週1度在庫チェックを行うことを対策とした。	ヒューマログミックス50注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1634	8/19処方医より患者がヒューマログミックス25注ミリオペンを持参しているため確認のTELあり。5月から毎月受診・来局されているが、在庫・発注状況確認したところ、6月来局時にヒューマログ注ミリオペンをお渡しするところヒューマログミックス25注ミリオペンをお渡ししている可能性が高い。8/19患者来局時に誤ってお渡ししていることを説明・謝罪。2週間使用しており、蕁麻疹・血糖上昇の体調変化があったが、現在のところ皮膚症状は改善している。処方医のもとへ伺い、謝罪し、現状の管理体制や今後の改善策など報告した。	鑑査、投薬前の確認および患者への確認が不十分であった。現時点で当薬局でヒューマログミックス25注ミリオペン使用者はお一人しかおらずそのことを把握できていなかった。また、投薬時に患者に薬剤を明確に提示して説明を行うことが不十分であった。	1. 監査者・投薬者とは別に第三者による監査を行う。2. 声出し・指さし確認によって監査を徹底する。3. 投薬時、患者にも薬剤を明確に提示することで、本体やラベル・注入ボタンの色などを患者と共に確認を行う。	ヒューマログ注ミリオペン	ヒューマログミックス25注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1635	定期でヒューマログ注ミリオペンを長年使用。処方ヒューマログ注ミリオペンHDになっているの気づかず、処方入力も調剤者もスルー。投薬時、患者との聞き取りで注射が変わったはずと指摘され間違えに気づく。	慣れ、慢心による確認・連鎖ミス。	名称・規格等について毎回チェックすることを徹底。	ヒューマログ注ミリオペンHD	ヒューマログ注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1636	ヒューマログ注ミリオペンHDが処方されているところ、誤ってヒューマログ注ミリオペンを調剤し、監査をすり抜けて、交付してしまった。	普段、ヒューマログ注ミリオペンを調剤することが多く、ヒューマログ注ミリオペンHDが最近になってこの患者様に処方されるようになった為、慣れで調剤してしまい、間違えた。	調剤時、処方せんの記載内容は慣れで処理せず、最後の一字一句まで声出して確認して、調剤・鑑査をしていきます。	ヒューマログ注ミリオペンHD	ヒューマログ注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1637	ヒューマログ注ミリオペンHDが処方されていた。誤ってヒューマログを取り揃えてしまった。実際は実務実習生にとり揃え、それを監査する立場であったにも関わらず「HD」を見落としてしまった。交付時に別の薬剤師が再度インシュリンを確認し誤調剤であったことに気づいた。	実務実習生にとりそろえの際最後まで名称確認するように伝えたので間違えがないだろうと思込みがあり自分自身の確認が徹底できていなかった。自分のなかにHDであることを意識し取り揃えているのでかえってそのことが監査ミスにつながってしまった。他者が調剤したことを認識して監査すればよかった。	インシュリンはバイオシミラーも含め名称が複雑になり、デバイス(カート、フレックスタッチ・ペンなど)さまざまあることを理解する。最後まで処方箋記載薬と、インシュリンに示されている名称が同じであるかどうかを監査する	ヒューマログ注ミリオペンHD	ヒューマログ注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1638	ヒューマログ注ミリオペンHDの処方を誤ってヒューマログ注ミリオペンでお渡し。	1型糖尿病患者。以前よりHDを使用しており、医師の指示のもと、食事に合わせて単位数をちょくちょく変えている患者。薬剤師は当薬局に配属されて間もなく、慣れない環境であった。監査システムに通すのを忘れており、薬歴記載後に気づいたので監査に通したところエラーになり薬剤の交付間違いを把握。	調剤手順を徹底すること。監査システムを必ず行うこと。	ヒューマログ注ミリオペンHD	ヒューマログN注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1639	<p>高額なうえ、冷所品にあたり返品不可の薬であるため、普段は患者が薬局してから卸に発注、当日納品→当日お渡しという対応をしている患者であったが、コロナ禍により卸の当日対応が難しくなったため、今回平常時とは異なり、患者薬局前に納品が行われていた。そのためすでに在庫があるにも関わらず、未調剤のまま放置され、患者を不必要に待たせてしまった。</p> <p>しばらくして卸を待たずして調剤可能なことが発覚、急ぎ調剤・鑑査を行い、投薬を行った。後日、別の患者にヒュミラ皮下注40mgペンタイプの処方が出た際、在庫があるはずのペンタイプがなく、代わりに在庫がゼロになっているはずのシリンジがあり、お渡し間違いが発覚した。発覚後すぐ当該患者に連絡をとったところ、未使用であった。包装が似ているのもあり、「いつもと同じに見えたけど」と患者本人もお渡し間違いに気づいていない状態であった。</p>	<p>・普段は患者薬局後に発注が行われるため、必要分しか在庫がないが、今回は平常時と異なりヒュミラのペンタイプとシリンジタイプの両方が在庫されており、包装も類似していたため取り違えがおこった。・在庫担当と調剤者・鑑査者との間で、ヒュミラの納品の流れが普段と変わっていることが共有できておらず、患者を不必要にお待たせしてしまい、鑑査時に焦りがあった。</p>	<p>・ペンタイプとシリンジタイプの2種類があることを周知し、ピッキング時に十分確認するよう注意喚起を行う。・包装が類似しているため、注意喚起札などを利用する。・普段と納品対応が違う場合など、スタッフ間で情報共有を行う。</p>	ヒュミラ皮下注 40 mg シリンジ 0.4 mL	ヒュミラ皮下注 40 mg ペン 0.4 mL		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1640	<p>18歳 男性患者に分1朝後エピナスチン塩酸塩錠10mg「ケミファ」1錠、分3毎食後にピリドキサル塩酸塩錠10mg「ツルハラ」3錠 28日分を調剤し、服薬指導した。</p> <p>その後、自宅より患者の祖母より電話があり、ピリドキサル錠 84錠の中にエピナスチンが一部入っているとの連絡あり。確認したところ、そのうち20錠がエピナスチン錠で残り64錠がピリドキサル錠であることが判明。幸いにも服用はしておらず、以前にも同薬の服用歴があったため患者が気が付いたので大事には至らなかった。</p>	<p>当該処方箋の調剤を行っていたが、調剤機にエピナスチンとピリドキサールの両方の箱を取り出し、計数調剤を行っていたが、両薬剤の表面シートが酷似していたため、箱から出して錠剤シートをトレーにおいていた時にピリドキサル錠をゴムで止めるときに、誤って一部のエピナスチン錠をピリドキサル錠と一緒にゴムで止めてしまった。</p>	<p>調剤時には、該当薬剤の箱を調剤機やトレーに取り出すのではなく、調剤棚にて計数調剤を行い、表面シートの色のみでなく裏面も確認するとともに名称もよく確認したのちにゴムで止めてトレーに置くこととした。</p>	ピリドキサル錠 10 mg 「ツルハラ」	エピナスチン塩酸塩錠 10 mg 「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1641	ピリドキサル錠20mg3錠分3毎食後28日分処方のところをシナール配合錠3錠分3毎食後28日分でお渡しした。お渡しした当日に患者から薬袋に書いてある薬品名と中に入っている薬品名が違うとの連絡があり発覚。当日患者宅に伺い正しい薬と間違えてお渡しした薬を交換。	今回間違えてしまった2剤は当薬局では主な処方元から処方せんで出されることが多いお薬で、日ごろから触れることが多く、監査時に確認をしっかりとできていなかった事が間違えてしまった大きな要因と考えられます。	間違えてしまった薬品の薬品名(規格・一般名)の再確認を行う。薬局内で使用料の多い薬でもシートの色や錠剤の色などで判断するのではなく、あくまで監査時には処方せんに記載されている薬品名と薬品のシートに記載されている薬品名が正しいかの判断を行うように心がける。	ピリドキサル錠20mg「ツルハラ」	シナール配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1642	ピルシカイニド(25)120Capのところ、シートで(25)20Cap、アルミピローで(50)100Capを渡してしまった。	ピッキング者は商品名のみをみて在庫棚から100Capピッキングしてしまった。監査者は端数のみ名前・規格を確認し、ピロー包装は数のみで、規格まで確認しなかった。	薬を取りそろえる際、端数とピロー包装は輪ゴムでまとめず分ける。	ピルシカイニド塩酸塩カプセル25mg「サワイ」	ピルシカイニド塩酸塩カプセル50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1643	一般名記載の処方せんに対し、後発品を希望しない方に後発品を投薬。交付後に気付き連絡、交換。	一般名表記の処方せんはそのまま後発品を計数しがちの傾向がある薬剤師が計数を担当した	計数と監査は必ず異なる薬剤師が行うとする	ヒルドイド	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1644	当該薬と混合指示の外用薬が軟膏であったため、当該薬も軟膏と勘違いしピッキング、混合された。鑑査者が使用したチューブの外見が間違っている事に気づき投薬前に発覚した。	混合前には多重チェックをしていなかったため事前に気づくことが出来なかった。混合する薬品には機械による監査が行えなかった	機械鑑査が行えない場合にはチェック段階を増やすなどの対応が必要	ヒルドイドクリーム0.3%	ヒルドイドソフト軟膏0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1645	外用ステロイド剤とヒルドイドクリームの混合の調剤であったが、誤ってヒルドイドソフト軟膏を混合した。鑑査時に調剤後のチューブが無いことに気付き、判明した。	以前からソフト軟膏が処方されており、今回クリーム剤への変更であったため思い込みで調剤してしまった。	混合前の剤型確認の徹底	ヒルドイドクリーム0.3%	ヒルドイドソフト軟膏0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1646	一般名処方ヘパリン類似物質クリームが処方されており、ジェネリック希望だったのでヘパリン類似物質油性クリーム「ニプロ」を調剤したがこの薬の一般名処方ヘパリン類似物質軟膏なので、取り違いに気づきピーソフテッククリームを調剤した。	一般名処方による類似品の読み違い。	塗り薬の一般名処方は似た成分や長い名前が多いので、必ず最後まで読み、声に出して確認する。安易に最初の数字だけで薬を特定せず必ず成分と剤形が合っているか確認して調剤する。	ヒルドイドクリーム0.3%	ヒルドイドソフト軟膏0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1647	一般名でヘパリン類似物質クリーム(先発名:ヒルドイドクリーム)が他の2剤との混合で処方され。スタッフ間でジェネリック薬希望と連絡があり、調剤者はジェネリック薬の油性クリームである日医工で調剤。その時、当該店舗にはヒルドイドクリームのジェネリック薬は在庫していなかった。監査者が間違いに気づいた。	クリームはヒルドイドクリーム、油性クリームは先発とジェネリック薬両方備蓄してあることは、ポスターにて秤量機器に貼ってあり注意を喚起していたが、調剤者は当該店舗で調剤不慣れな状況であったので、ジェネリック薬を優先して調剤してしまった。	秤量機器に貼ってあるポスターを確認するとともに、クリームは普段あまり処方・調剤されないことから、スタッフ間の声かけがさらに必要と思われた。	ヒルドイドクリーム 0.3%	ヘパリン類似物質油性 クリーム0.3%「日 医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1648	一般名処方ヒルドイドクリーム0.3%を調剤するところヒルドイドソフト軟膏0.3%を調剤	一般名処方の場合、「油性」が入るか入らないかで剤型が変わる。	調剤棚に注意喚起の札を掲示。	ヒルドイドクリーム 0.3%	ヒルドイドソフト軟膏 0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1649	ヒルドイドクリームの処方が一般名処方、ヒルドイドソフト軟膏と間違えて入力。監査時に気づき、訂正	一般名が類似しており、入力ミス	一般名処方薬は数人で確認し、入力、調剤する。	ヒルドイドクリーム 0.3%	ヒルドイドソフト軟膏 0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1650	同じ卸業者から同タイミングでヒルドイドクリーム0.3%100gボトルとポアラ軟膏0.12%100gボトルが納品され、外観が酷似していることからすべてヒルドイドクリーム100gボトルとして在庫陳列してしまい、ヒルドイドクリーム300g調剤時にヒルドイドクリーム100gボトル2個とポアラ軟膏100gボトル1個で交付してしまった。投薬後ポアラの在庫がないことに気づき患者に連絡し取違が発見され、該当品の回収及び交換を行った。	ポアラ軟膏とヒルドイドクリームのメーカーは同じで外観も酷似しており、通常ヒルドイドクリームは100g、ポアラ軟膏は5gチューブで調剤することが多かったため、納品された商品を混同して陳列して、そのまま交付してしまった。	ポアラ軟膏は5gチューブ、ヒルドイドクリームは100gボトルと差別化を図り、ポアラ軟膏を100gで購入する場合はヒルドイドクリームと納品のタイミングをずらすようにし、在庫も区別して保管するようにした。	ヒルドイドクリーム 0.3%	ポアラ軟膏0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1651	(般)ヘパリン類似物質クリームを(般)ヘパリン類似油性クリームと思ひ込み、鑑査をし患者様にお渡し。処方箋の入力確認の際に入力が「ヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」になっていることが判明、また、鑑査者、交付者もヒルドイドクリームをお渡しすべきところ、ヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」をお渡ししたことを思い出した。処方箋と店舗在庫確認したところ、調剤ミス判明。医師に報告したところ、今回はお渡しした薬をそのままお使いいただき、様子を見るように指示あり。次回、来局時、経過確認し、医師に報告することとした。	一般名が類似しているため、調剤者、鑑査者、入力者、三者が同じ間違いをしてしまった。	一般名が類似している薬品は細心の注意をし、入力にも間違いがないかを意識するようにする。	ヒルドイドクリーム 0.3%	ヘパリン類似物質油性 クリーム0.3%「日 医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1652	一般名処方「ヘパリン類似物質油性クリーム」の処方がきており、ヒルドイド軟膏で入力するべき所、ヒルドイドクリームで入力	一般名処方名類似医薬品の周知不足	似た一般名医薬品の教育。可能であればリスト化	ヒルドイドソフト軟膏 0.3%	ヒルドイドクリーム 0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1653	ヒルドイドソフト軟膏をヒルドイドローションで調剤。慌てていてヒルドイドとg数しか見ていなかった。	混雑時で慌てていた。	Wチェックの徹底	ヒルドイドソフト軟膏 0.3%	ヒルドイドローション		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1654	ヒルドイドソフト軟膏のところを前回Doのヒルドイドクリームにて交付。2日後、調剤録チェック時に発覚。	日曜日の勤務で普段勤務している店舗と違うところで忙しかったことも含めて注意力が散漫であった。名称が類似しているため前回履歴を見て同じものと勘違いをしてしまった。	PCへの処方入力、鑑査者、調剤者がそれぞれチェックをする。指先、呼称確認の徹底。	ヒルドイドソフト軟膏 0.3%	ヒルドイドクリーム 0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1655	一般名処方「ヘパリン類似物質油性クリーム」となっていたが、クリーム の表記に注意がいきすぎ、「油性ク リーム」であるヒルドイドソフト軟膏 を調剤するところをクリーム剤である ピーソフテンクリームを調剤したも の。	ヒルドイドソフト軟膏の一般名が「油性 クリーム」であることを知らなかったこ と。一般名が「油性クリーム」なのに商 品名が「軟膏」であることは奇妙であ る。	上記のような一般名の名称のわかりずらいものを 常時ピックアップし、注意喚起を促す。また調剤 室内の目立つところに掲示する。	ヒルドイドソフト軟膏 0.3%	ピーソフテンクリーム 0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1656	兄弟で継続してヒルドイドローションを使用しており、今回から1人だけ軟膏に変わっていた。それに気づかず調剤し、投薬時に患者様よりご指摘を受けて発見。	継続処方による慣れ、慢心、確認不足。	外用薬の剤形違いについて確認を声を出して行う。	ヒルドイドソフト軟膏 0.3%	ヒルドイドローション 0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1657	8月来局時に一般名処方でのヒルドイドローションを交付すべき所、ヒルドイドソフト軟膏を交付してしまっており、9月受診時に処方医より問い合わせがあり発覚。	近隣クリニックからの処方でのヒルドイドは顔への指示であった。クリニックの処方顔指示のヒルドイドはソフト軟膏の場合が多く、部位でソフト軟膏と思い込んでしまった。また、混雑する時間帯で処方箋と薬情、監査支援票などの照らし合わせも不十分であった。	ダブルチェックが出来るよう、引き続き調剤者と鑑査者は別々にする。処方箋、薬情の写真での照らし合わせを徹底する。鑑査レンジによる鑑査は目視OKを減らすよう、バーコードの読み取りが行えるように写真を撮る。	ヒルドイドローション	ヒルドイドソフト軟膏 0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1658	ヒルナミン50mgの処方であったが、ヒルナミン5mgをピッキングし、そのまま調剤。監査時に規格違いであることが発覚。	他規格があることの知識不足他規格同士の注意喚起がなかったことヒルナミン50mgの規格がその方だけにしか出ていないという認識不足刻印が酷似している	他規格があるものに関しては規格が目立つように注意喚起するようにし、ピッキング、調剤に関しても規格まで確認後まわす。刻印については過信せず監査を行うこと。	ヒルナミン錠 (50mg)	ヒルナミン錠 (5mg)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1659	ヒルナミン50mgの処方があったが他店舗からの応援薬剤師がヒルナミン5mgでピッキング。当該薬局の常勤薬剤師が監査時にミスに気が付き訂正。	常勤ではない薬剤師がピッキングをおこなった。当該薬局にヒルナミン50mgの採用がなかったなどの要因が重なった。	ピッキングの際の指差し呼称を徹底した。	ヒルナミン錠 (50mg)	ヒルナミン錠 (5mg)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1660	事務員が一包化の準備で処方薬のピッキング中、1つの医薬品の定番棚の中の在庫が足らず、新たに箱を開封する前に急に他の業務が入り、他の事務員とピッキング作業を交代した。引き継いだ事務員は薬品名と箱の外装だけを確認しただけでピッキングを行い、間違っただけで規格違いの医薬品を選んでしまった。一包化を行う時に担当の薬剤師が規格違いの医薬品が混じっている事に気づき、患者に渡す事がなかった。	ピッキング作業は作業効率よりも正確さを重視すべきであり、できるだけ一人で最後まで行う事が望ましいと考える。ただし、調剤中は患者対応も含めイレギュラーな事が多く起こる為、作業を中断する場合や引継ぎを行う場合は必ずはっきりとした区切りまで作業を続ける必要がある。今回は作業途中で引き継ぎを行ってしまった事が問題ではあるが、類似した規格違いやパッケージ違いの医薬品の知識が不足していた事も原因であるため、早急に局内で情報を共有し、連絡ノートにも対象医薬品のパッケージや錠剤の写真を添付して全員で確認、再発防止に努めた。	局内のルールの見直しや再度確認を行い、作業引継ぎ時の手順を全員で確認した。また、該当する医薬品の規格違いの錠剤やパッケージを全員で確認し、置き場を変えて在庫するようにした。	ヒルナミン錠(5mg)	ヒルナミン錠(25mg)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1661	ヒルナミン5のところ25でピッキング、投薬してしまった	混雑の時間帯で慣れによるピッキング、一人調剤	薬歴に大きく目立つように規格を張り付けた	ヒルナミン錠(5mg)	ヒルナミン錠(25mg)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1662	当薬局で、初めて取り扱う処方(ビレーズトリエアロスフィア56吸入)だった。入力の方が、ビレーズトリエアロスフィア56吸入の在庫があるかの確認をしてきた。処方箋を確認することなく、ベスピアロスフィアと、勘違いし調剤。患者も投薬者も、初めて処方された薬の為、吸入方法(手技)の確認で、薬の確認を怠った。	間違いの原因1.他の調剤中に、ビレーズトリエアロスフィアの在庫があるかの確認をされ、ベスピアロスフィアと勘違いし、調剤してしまった。原因2.吸入の手技の確認に気を取られ、薬剤の確認を怠った。	必ず処方箋を確認後、調剤を開始する。監査投薬も、1文字監査を行う。	ビレーズトリエアロスフィア56吸入	ベスピアロスフィア28吸入		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1663	ジェネリック医薬品のファミシロビル錠250mg「サワイ」42錠をお渡ししなければならぬ所、先発品のファミシロビル錠250mg42錠をお渡ししてしまった。	通常は、薬剤師3名で対応しているところ、時間的に薬剤師1名が休憩に入っており、薬剤師2名体制であった。さらに、薬剤師2名のうち1名が、患者対応で手が離せず、残りの1名が、自己調剤、自己監査、自己投薬をしてしまい、調剤過誤に至る。名称、デザイン、外見など、かなり似ているので、間違いやすい医薬品であるため、急いで監査・投薬しないよう、注意すること。	土曜日の込み合う時間帯に、薬剤師が休憩に入るのを避け、状況を考慮しながら、込み合っていない時に休憩に入るよう、タイムスケジュールを組みなおすこととした。	ファミシロビル錠250mg「サワイ」	ファミシロビル錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1664	ファムビル錠が処方されていたが、誤ってファロム錠をピッキング、監査時に発見し訂正。	患者が集中した時で、処方箋を少し見ただけで判断し、誤ってピッキングした。	薬剤師全員でファンビル錠とファロム錠ではミリ数が違う事、服用数や方法が異なっている点を再度確認し、棚の記載を大きくしました。	ファムビル錠250mg	ファロム錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1665	ファモチジンD錠10mg 56錠だすところを間違えてファモチジンD錠20mg 56錠をだしてしまった。	以前 ファモチジンD錠20mgが処方されていたことがあり、Wチェックしたにもかかわらずそのままだしてしまった。	処方箋を一つ一つ指さし確認しながら監査することを徹底することにした	ファモチジンD錠10mg 「サワイ」	ファモチジンD錠20mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1666	ファモチジンの棚に他の薬剤を補充する。外見が似ていたため	日頃から補充不足で忙しいタイミングでの補充のため勘違い	業務の暇などに補充の確認をする	ファモチジンD錠10mg 「サワイ」	ロキソプロフェンNa錠60mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1667	ファモチジンD錠10mg 「日医工」のところファモチジンD錠20mg 「日医工」 30日分でピッキング監査時に間違いに気がつきました。	ファモチジンD錠20mg 「日医工」の方が頻繁に処方される為、慣れによって規格が違う事に気が付きませんでした。	処方内容をしっかり確認し、頻繁に処方される薬と同じ思い込みにならない様気を付けてチェックします。	ファモチジンD錠10mg 「日医工」	ファモチジンD錠20mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1668	ファモチジンD錠10mgが処方されていたが、ファモチジンD錠20mgをお渡ししてしまった。患者からの問い合わせで発覚し、すぐに交換に向いた。幸い患者が服用前だったため本人に健康被害は及ばなかった。	鑑査時に思い込みにより薬袋に入れ間違えた。	処方箋を見ながら声を出して読み上げながら鑑査を行う。	ファモチジンD錠10mg 「日医工」	ファモチジンD錠20mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1669	一包化指示の処方せんで、毎回、当薬局より薬をもらってる方。家族が処方せん持参時、「薬は前回と同じ」と言って、時間かかるので、後で配達してもらった。あらかじめ、次回の来局予定で、薬を用意しておく。その時、処方の中のひとつに、「ファモチジンOD錠」があるのだが、前回まではずっと20mgで同じミリ数で出ていたが、今回より10mgに変更になっていた。処方の剤数も多い処方でも、あらかじめファモチジンOD錠の20mg錠で用意していたので、一包化する際の確認で20mg→10mgの変更に気付かず、他の一包化を作る薬剤師が20mg錠出ていたことに気付き、正しい10mg錠で一包化することができた。	今までずっとと同じ処方、剤数も多い方。家族も処方せん持参時、薬同じと言って置いていった。その言葉を信じてしまい、ファモチジンOD錠の20mg→10mgに気付かず、コンピューターも打ってしまい、薬も20mgのままでも一包化してしまうところでした。	忙しくても、患者や患者家族の「かわりなし」を完全に信じることなく、剤数、が多い少ない関係なく、たとえ忙しくても焦らず調剤をしていくように、スタッフ全員で確認する。また、打ちまちがい、出し間違いを防ぐため、処方の変更になっていたら声をかける。	ファモチジンOD錠10mg テバ	ファモチジンOD錠20mg テバ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1670	ファモチジン20mgの一般名処方での交付の所、以前まで服用していたファモチジン10mgのまま入力を行ってしまい、確認時に判明した。	do入力による思い込みの入力。	規格等の確認徹底	ファモチジンOD錠20mg 「YD」	ファモチジンOD錠10mg 「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1671	ファモチジンOD20mg テバ処方の患者へシルニジピン10mg サワイを調剤して渡す。患者が2回服用後に胃がおかしいため包装を確認したところ違う薬剤に気付く薬局へ電話をして発覚した。	ファモチジンOD20mg テバとシルニジピン10mg サワイのシートデザインが酷似しており、調剤されていた薬を監査時に違いに気づけなかった。また、込み合っている時間で変更ない処方だったため患者との確認時にシートの色味だけで薬品名とmg数を確認せずに渡してしまった。	後日棚を確認したところファモチジン20mg テバの棚にシルニジピン10mg サワイが混入していたことが発覚。棚に戻す際に誤って戻してしまった可能性が高い。どの時点で取り違ってしまったか不明だが、調剤時、監査時、投薬時に薬品名と規格の確認を怠ってしまったため、今後徹底する。	ファモチジンOD錠20mg 「テバ」	シルニジピン錠10mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1672	ファモチジンOD20mg「トーワ」 2T 朝夕食後 28日分の処方があった。ファモチジンOD錠20mg「トーワ」の棚から56Tビッキングし調剤。次の日患者様から1シートオルメサルタンOD錠20mgが混じっていたと連絡があった。	ファモチジンOD20mgとオルメサルタンOD錠20mgのヒート包装の外観が似ておりmg数も同じだったため、棚に戻す時に入れ間違ってしまったと考えられる。次にファモチジンOD錠20mgを調剤するときに薬が混ざっていることに気付かず調剤してしまった。	ヒートの外観が似ているものは棚に戻す時に薬剤名を何度も確認し、調剤するときも混在していないかを念入りに確認するようにする。また違う薬剤で外観が似ているものを把握しておくように気を付ける。	ファモチジンOD錠20mg「トーワ」	オルメサルタンOD錠20mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1673	ファモチジンOD錠20mg、2T、分2朝夕食後、4日分のところ、間違えてファモチジンOD錠10mg、2T、分2朝夕食後、4日分で交付していた。患者から翌朝TELがあり発覚。	投薬の際に処方せんと実物をきちんと確認しなかった。	投薬の際には他薬剤師によるダブルチェックを必須とした。	ファモチジンOD錠20mg「トーワ」	ファモチジンOD錠10mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1674	一般名処方で先発希望のコメントを見落とし後発で調剤投薬した	薬歴コメント欄の見落とし	調剤・投薬時にコメント欄も含めて十分監査するように気をつける	ファモチジン錠20「サワイ」	ガスター錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1675	ファロム、ピタラピン軟膏が記載されている処方箋に対し、疑義をもたず調剤。交付を担当した薬剤師が違和感を感じ、患者にて診察内容聞き取りを試みたが高齢のため本人はよくわかっていない。ファムビルとの処方間違いの可能性が否定できないため疑義。結果、ファムビルとの処方間違いだった。疑義照会しなければ症状悪化などの健康被害がでていた可能性があった。	類似した名称の薬剤の取違いは、いつも注意喚起されている。しかしながら、漫然と調剤していると調剤時に見落とししてしまうこともある。	調剤時も処方全体の意図を考えて、調剤をする。医師の処方間違いが定かでなく、否定される可能性があっても違和感を感じれば疑義照会を実行するように心がける。間違っても類似した名称の薬剤が記載の処方箋を想定しなら業務を行う。	ファロム錠150mg	ファムビル錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1676	フェキシフェナジンDS。本来なら1歳なので、0.3グラムのをわたすところ、0.6グラム包装のもので調剤集薬ミス。確認ミスで、母親に渡してしまった。	包装表示の数字とグラム数がまぎらわしいため、誤って集薬。置き場所も隣接。	置き場所の改善。グラムの明確な表示。点検確認の徹底。	フェキシフェナジン塩酸塩DS5%「トーワ」	フェキシフェナジン塩酸塩DS5%「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1677	0.3g/包×2包のところ0.6g/包×2包でピッキングをした。	0.6g/包を0.3g/包と思い込んでしまった。	0.3g/包と0.6g/包があること、また5%と6%があることを認識して情報共有した。分包品でも全量鑑査することとした。	フェキソフェナジン塩酸塩DS5%「トローワ」	フェキソフェナジン塩酸塩DS5%「トローワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1678	母親のみ来局。フェキソフェナジン塩酸塩30mgをお渡しするべきところ、60mgをお渡ししてしまった。ご本人が服用する時にいつもの薬と違うと気が付いた。母親が60mgを持って来局し間違えていると指摘された。正しい薬と交換した。	当日薬局に勤務していたものが、普段から当薬局に来ている者ではなく、応援として来た者だった。薬局の在庫にも不慣れで、一人で監査交付であったので、焦りが生じたのではと考える。どうしても患者様が少ない日曜日などはシフト上薬剤師が一人になるので、必ず第三者(事務員)などに確認をしてもらうことやテクニシャンであればピッキングをしてもらうようにするように再確認した。	上記内容を踏まえたうえで、再度ピッキング・鑑査は別のものが行うように徹底した。	フェキソフェナジン塩酸塩錠30mg「SANIK」	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「SANIK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1679	9/3家族来局。9/2調剤のフェキソフェナジン錠30mgのはずが、同60mgが入っていた。まだ服用していないから交換してほしい。確認したところ、30mgと60mgを間違えて調剤していた。謝罪し、処方されていた60錠すべて交換した。	患者の年齢が14歳ということもあって、推奨量である60mgを調剤してしまった。	患者年齢の確認は継続するが、思い込みをしないよう、調整者、監査、交付者それぞれ確認をするよう改善した。	フェキソフェナジン塩酸塩錠30mg「SANIK」	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「SANIK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1680	よく来局される患者様で覚えていたため、前回と同様に考えなしにピッキングを行ってしまった。その後、患者様への服薬指導時に発覚。すぐに正しいものに切り替えて謝罪した。	名前・年齢を確認するだけでなく、規格違いの薬剤を近くに配置しないようミスのない環境づくりを徹底する	薬品棚に年齢確認する旨の注意事項を貼り付けた。また別規格のものは外観が似ているため、配置替えを行った。	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「TCCK」	フェキソフェナジン塩酸塩錠30mg「TCCK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1681	フェキソフェナジンを渡す患者にバゼドキシフェンを渡した	薬局スタッフの入れ替えがあり普段通りの仕事、手順ができていなかった	監査機の導入	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「トローワ」	バゼドキシフェン錠20mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1682	フェノフィブラート80mgの53.3mgのピッキングミス	規格違いの医薬品同士を隣合わせに保管しており、ピッキングミスを起こした。	「規格違い有」のプレートを各薬剤の箱に貼り付ける	フェノフィブラート錠53.3mg「武田テバ」	フェノフィブラート錠80mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1683	一般名処方でフェノフィブラート錠53.3mg錠が処方され、薬剤師がベザフィブラートSR錠200mgで調剤。調剤した薬剤師と監査した薬剤師が同一ということもあり、思い込みでそのまま監査を通してしまったが、投薬する薬剤師が気が付いて交付前に交換して対応。	本来できるだけ調剤する薬剤師と監査する薬剤師、投薬する薬剤師は別に対応する規則であったが、薬剤師が手薄な時間帯でもあり重複して作業する状態だった。	薬剤師が2人しかいない時でも、調剤と監査、監査と投薬という連続の流れを一人でこなさないうようにすることとした。	フェノフィブラート錠53.3mg錠「武田テバ」	ベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1684	職員が夫の処方箋を持ってきて、薬を持って帰り、夫へ渡した。8月になって奥様がお薬手帳みたと、規格が違うことが判明。薬局に連絡してきた夫は規格が下がったものと勘違いし服用していた。	薬局ではほとんどの患者様が53.3mgを服用していた。フェノフィブラートの規格をいつも調剤している規格と思い込み調剤、監査	名称だけで思い込まず、規格まで声だして調剤、監査	フェノフィブラート錠80mg「武田テバ」	フェノフィブラート錠53.3mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1685	フェノフィブラートのところベザフィブラートをピッキングしてしまい、監査時に、大間違いに気が付いた。	似た響きの薬品名で、なんとなくピッキングを行うと、思わぬミスに繋がってしまう。	ピッキング時も、名称をよく確認し、集中すること。また、薬局内での響きの似た医薬品については注意する。	フェノフィブラート錠80mg「武田テバ」	ベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1686	フェブリク錠10mg錠2錠分一朝食後28日分の処方、フェブリク錠20mg錠56錠を調剤、交付。後日、患者本人が気が付いて正しい薬剤に変更した。	普段から急がせる傾向の患者で調剤者に焦りがあった。処方箋の確認不十分	フェブリクの棚を10mgと20mgを近づけて注意を促す	フェブリク錠10mg	フェブリク錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1687	フェブリク10mgが処方されていたが、入力時に前回の処方内容をコピーしてしまいフェブリク20mgを入力してしまった。調剤していた薬剤師が入力ミスに気づき、患者に交付前に入力を訂正し、過誤にはならなかった。	混み合った時間帯で、入力者は時間短縮のために前回の内容をコピーし入力してしまった。また入力者は薬剤師ではなかったため、他規格があることも知らなかった。	調剤事務には他規格の薬剤が存在することなどを教育し、入力時のコピーはミスが起こりやすいため、より注意して確認するよう指導した。薬剤師も、入力内容に誤りがないかという事を常に頭に入れておくよう指導した。	フェブリク錠10mg	フェブリク錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1688	フェブリク錠20mgに処方変更になっているのに前DOと誤認して調剤	定期処方で規格違いだったので間違いに気づきにくかった	ダブルチェックの徹底を行う	フェブリク錠20mg	フェブリク錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1689	フェブリク錠20mg錠を処方されていた患者にフェブリク錠10mg錠を調剤したが気付かず投薬していた。薬局内で在庫の差異が発覚し、該当患者に連絡したところ10mg錠を服用中で調剤過誤が判明、残薬の10mg錠を回収し20mg錠と交換した。	単位の確認が不十分で調剤・監査もすり抜けてしまった	処方箋の薬品名・単位の確認を調剤時・監査時に徹底するよう注意を払う	フェブリク錠20mg	フェブリク錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1690	自動分包機にて一包化されたもののうち、フェブリク(20)の変わりに、フェブリク(10)が分包されていた。	カセットに薬品を補充した際に、間違っ て補充されていたものと考えられる。	補充の際に薬品名称と補充数を記録するようにしました。	フェブリク錠20mg	フェブリク錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1691	フェブリク20を調剤するためカセットを引きだし、箱の中を見ると10mgが混在していた	その前に10mgを調剤し間違えて20mgのカセットに戻してしまっていた	規格を再度確認する	フェブリク錠20mg	フェブリク錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1692	フェブリク錠40mg28日分を20日分投薬	シートの大きさをウィークリー包装と 思っ、10錠シート2つを渡した。	投薬カウンターでのチェック時に、数量も忘れず にすること。	フェブリク錠40mg	フェブリク錠40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1693	フェブリック20mg0.5Tとピソプロロールフマル酸2.5mg0.5Tの半錠ストック2種類。半透明のビニールにストック。一包化調剤時使用後、ピソプロロールフマル酸2.5mg0.5Tをフェブリック20mg0.5Tの半錠ストックに入れ間違い。次の調剤時に他の薬剤師が発見。患者に混入は防げた。	一包化調剤時半錠を使用するストックが 多数あり。調剤後気が緩み、まき終えた 半錠残を元に戻す作業時注意を怠った。	基本半錠ストックは半透明のビニール袋にい ている。繁用する半錠の形状が似ている ものはボトルに変更する。視覚的に半錠 ストック使用時、戻すとき入れ間違いを 視覚的にも防ぐようにした。	フェブリック20mg	ピソプロロールフマル錠2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1694	フェルピナクテープ70mg42枚処方 だったがロキソプロフェンNAテープ 100mgで投薬	隣り合わせで保管してた。	別の棚にそれぞれ保管した。	フェルピナクテープ70mg	ロキソプロフェンNAテープ100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1695	過去にフェルビナクパップが継続して処方されていた。しかし今回パップではなくテープを間違えて投薬してしまった。	処方箋の確認不足だと考えられる。	薬品名・規格について処方箋により注目し、声を出して調剤者・監査者が確認する。	フェルビナクパップ70mg「ユートク」	フェルビナクテープ70mg「久光」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1696	クエン酸第一鉄ナトリウム錠50mgが処方されていたが、クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム水和物と間違えてパソコンに入力し、そのまま調剤をした	パソコンの入力が間違っているのに気付かなかったパソコンの入力と処方箋の確認をしなかった	パソコンの入力確認をする処方箋の確認をする	フェロミア錠50mg	ウラリット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1697	フォサマック35ミリを4錠渡すところを間違えて1錠で渡した。	週1製剤を月1と間違えた。	ミリ数の確認を徹底。	フォサマック	フォサマック		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1698	フォリアミン⇒フェロミアと事務が入力しており、処方箋監査で気づくことができなかった。患者様は当該薬局へは2度目の来局で、前回から処方の変更点が他にもあったため、注意がおろそかになった。薬剤確認のシステムはあるが、事務入力に対して行われるものの為、そちらに対しては正確だった。手帳確認するとずいぶん前だがフェロミアを使用していたことがあった。	患者来局数が多く、調剤の速度が求められる状況で、きちんと処方箋をみる事ができなかった。また、患者とのやり取りのなかで齟齬があったが、貧血がある、とのコメントもあったため、そちらで処方になった、と判断してしまった。どのような状況でも処方箋⇔薬剤の関係をきちんと見る必要があった。	処方箋と薬剤が合っているかきちんと確認する。忙しい時は早めに助けを呼ぶ。	フォリアミン錠	フェロミア錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1699	フォリアミン5mgの処方をフォシーガ5mgとして調剤。投薬時に間違えに気づく	手書きの処方箋で「フォ」という頭文字と「5mg」という規格でフォシーガと判断してしまった。新規の患者様でもありました。	処方鑑査の徹底。分かり難い記載については疑義を行い正確な調剤を行う(思い込まない)。複数の人の目で確認を行う	フォリアミン錠	フォシーガ錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1700	フスコデ配合錠のところカフコデN配合錠を誤って交付。翌日患者家族から電話があり同じような作用の咳止めのようなのだが念のためと確認の電話があり発覚した。	疲労が蓄積された時間で確認がおろそかになっていた。	カフコデNとフスコデに注意喚起の印をつけた。	フスコデ配合錠	カフコデN配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1701	フスコデの処方のところ、フスタゾールで調剤し、帰宅後、本人から薬袋の薬品名と違うと電話あり。すぐに交換に伺った。	そのとき、薬剤師1名、事務員1名で勤務しているときで、お互いきっちり確認しあうことなく調剤してしまった。	2人体制はなるべくならないようなシフトに変更した。また、かならずダブルチェックを徹底するようにした。	フスコデ配合錠	フスタゾール糖衣錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1702	ブスコパン錠を処方しないといけないところ、ブチルスコポラミン錠で入力をしてしまった。ピッキングはブスコパン錠をとっていたが、交付前に間違えに気が付いてミスを防げた。	木曜日の午後は薬剤師一人で勤務しており、入力、調剤、監査を一人ですするため、焦りが生じてしまい入力を間違えてしまった	平素より薬局を利用しており、定期薬で残薬がある状態の患者さん。調剤、監査の過程でダブルチェックが必要だと思うので、FAXを送っていた患者さんには翌日来局してもらうようにお伝えしている。	ブスコパン錠	ブチルスコポラミン臭化物錠10mg「ツルハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1703	ブスコパン錠10mg処方のところ【般】フルボキサミンマレイン酸25mgを調剤した。監査で気が付き問題とならなかった	混雑時は注意力が散漫になる。特に慌てやすい性格の方は慌てないようメンタルコントロールが必要	混雑時でも慌てないように指導。医薬品は規格まできちんと確認するよう再度指導。調剤者も処方解析を行い調剤するよう指導。今回は胃腸炎なので精神疾患患薬が処方されることはまずないと思う	ブスコパン錠10mg	フルボキサミンマレイン酸塩錠25mg「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1704	プリンペラン錠を処方されていたが、ブスコパンを調剤してしまった。患者の指摘により発覚。	慣れは慢心により監査したが見逃してしまった。	常に緊張感をもって調剤、監査を行う。	ブスコパン錠10mg	プリンペラン錠5		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1705	6歳男子、小児用フスタゾール2.5mg、1日4錠。1日2回で処方。ほかにムコダイン250mg2錠、ムコソルバン錠2錠も処方。この組み合わせでいつもフスタゾール10mg2錠が処方されていたが、この患者さんは体重が18kgと少なめで、通常は4歳から7歳は15~30mg/日であるが、少なめに処方されていた。薬袋はよかったが中身が違っていた。夜間も電話を転送していたため、患者さんより電話あり、すぐに取り換えに行き解決した。	思い込みにより、調剤、監査ともにきずかずにだしてしまった。	思い込み、気のゆるみは禁止、常に集中して業務を行う。	フスタゾール錠小児用2.5mg	フスタゾール糖衣錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1706	ブソフェキ配合錠を処方された患者へフェキソフェナジン塩酸塩錠を投薬した	処方箋入力のリチェックにて入力ミスが発見、ビデオで確認したところ実際お渡しした薬も違っていた。ディレグラのジェネリック販売に伴い、一般名記載が開始されて間もなくのことであり、薬剤師を含め従業員にまだまだ馴染みがなかったことも要因と考えられる。投薬時に鼻閉症状の聞き取りがなかったことから、抗アレルギー剤のみの処方疑問を感じなかった。	処方箋の入力を投薬前に入力者以外の従業員が確認する。処方箋のリチェックも投薬後速やかに行う。一般名処方間違いやすい薬剤の再確認する。ジェネリック発売に伴う一般名処方開始に対する注意点をスタッフ全員に周知、確認する。投薬時ヒアリングの強化。	ブソフェキ配合錠「サワイ」	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1707	ブデソニド吸入液0.5mgで処方が出たが、0.25mgの規格でお渡ししてしまった。在庫の数を確認した際にとり違いに気が付き、患者様と連絡をとり使用する前に薬を交換対応した。	監査者は普段別の店舗に在籍して、週1回程度のサポートとして勤務頂いていた。今まではバルミコート吸入液0.5mgの先発品を使用していたが、ジェネリックが発売されて初めて処方が出た状況だった。また小児科で処方される規格は0.25mgが多く9割以上を占めており、0.5mgの規格は減りに処方されていなかった。	規格注意の札を付けて注意喚起をする。	ブデソニド吸入液0.5mg「武田テバ」	ブデソニド吸入液0.25mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1708	フラジール錠処方のところフラジール内服錠で調剤してしまった	フラジールは処方されることが少ないので、調剤者は異なる剤形があることを把握していなかった。薬剤名のみ確認し、調剤してしまった。	発声、指差し確認を行う。また、薬局にある剤形をしっかりと把握しておく。	フラジール錠250mg	フラジール内服錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1709	ブラバスタチン5mgで処方のところ10mgで調剤して交付した。後日患者様家族が持参されて気づいた。	一人で監査して調剤した。	スキルアップ、ダブルチェックを充実する。	ブラバスタチンNa錠5mg「サワイ」	ブラバスタチンNa錠10mg「MED」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1710	以前より処方されていた内容。ブラバスタチン錠5mg1T/1を処方。今回、患者さんへ交付された薬剤はブラバスタチン錠10mg1T/1。患者さん、本人が気づき、3日後の11/7にブラバスタチン錠10mgを薬局へ持参あり。謝罪後、ブラバスタチン錠5mgと交換となる。	忙しい時間帯、患者数が今月頭から多かったため。	忙しい時間帯、期間も多いが、同薬剤名での規格違いに対し、PC画面、処方箋、過去の薬歴とも照合し見落としのないよう努める。	ブラバスタチンNa錠5mg「サワイ」	ブラバスタチンNa錠10mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1711	定期処方で処方内容に変更がなかったため、調剤の時間短縮であらかじめ予製を作成しました。	薬歴の薬剤情報から処方内容を確認し、ピッキング時にプラバスタチンの5mgと10mgが上下で配置されていたため誤ったと考えられる。	予製作成した後、薬剤情報とピッキングした医薬品を確認するようにしました。	プラバスタチンナトリウム塩錠5mg「ファイザー」	プラバスタチンナトリウム塩錠10mg「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1712	患者が処方箋をもって来局した。処方箋にはフラビタン錠5mg 3錠1日3回毎食後18日分と記載されていた。薬剤師A(当薬局経験3か月)はフラビタン錠5mgを間違えてフラビタン錠10mgのまま入力確定し鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが処方箋のフラビタン錠5mgではなくフラビタン錠10mgで調製されていることに気づき、正しい薬に変更した。鑑査で誤りに気づいたため、患者には正しい薬を交付した。	フラビタン錠5mgとフラビタン錠10mgの規格間違い。薬剤師Aが業務になれていなかったのに加え、患者が来局した時間は店内が混んでいたため焦りがあった。	業務手順を見直し、入力確定ではパソコンに処方箋を近づけ声出し指差し確認をおこなう。規格ミスを防ぐために処方箋の数字とパソコンの入力の数字を足し算し、どちらの数字もあっているか確認する。	フラビタン錠5mg	フラビタン錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1713	一包化調剤で監査時 ヒート殻がブラビックス錠(75)とクロビドグレル(75)の2種類あった。お薬の印字も確認すると2種類混在していた。	先発医薬品とジェネリック医薬品はとでも酷似しているものが多い。忙しい時間ではあったため、焦っていたのではと考えられる。	成分が同じであってもあってはならない間違いである。今後分包するときは1シートごと確認し分包するようにする。さらに監査時もすべてのヒート殻を数と共に確認する。	ブラビックス錠75mg	クロビドグレル錠75mg「SANIK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1714	施設の一包化の処方で、一般名のフルボキサート塩酸塩200mgと記載されていたが、在庫しているフルボキサート塩酸塩200mg「サワイ」で調剤するところ、フルボキサミンマレイン酸塩錠25mg「サワイ」で調剤してしまい、その後施設の看護師さんが気づいてこちらに連絡がありました。	一般名での処方記載により、こちらに保管している状況が同じ棚にあり、間違えたものと思われる。	薬の棚を変えるなどするようにします。	フルボキサート塩酸塩錠200mg「サワイ」	フルボキサミンマレイン酸塩錠25mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1715	一般名処方「硝酸イソソルビドテープ40mg」が処方されており基本はGEの「硝酸イソソルビドテープ40mg EMEC」で調剤することが多いのだが、先発薬剤希望の患者様だったので本来「フランドルテープ40mg」を調剤しなくてはならない所「硝酸イソソルビドテープ40mg EMEC」で調剤し本人へ渡してしまった。その後、患者様本人から薬剤が違うとの連絡があり間違いが判明。	薬剤師が一人有給休暇でいない、お昼休みの時間帯で薬剤師が1人休憩中、調剤室では薬剤師1人だったためダブルチェックができなかった事もあり過誤が起きてしまった。	本人の性格もあるのだが、患者メモを見落としてしまうのでたとえ忙しくも焦らずゆっくりで構わないので正確に仕事をこなしていくよう指導。	フランドルテープ40mg	硝酸イソソルビドテープ40mg「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1716	ブランルカストDS一回0.7gを処方されていたが0.5gで調剤してしまった。患者様の親から連絡があり、発見。まだ服用はされておらず、当日夕方にお薬を交換いたしました。	処方せん記載の他の薬剤が一回0.5gで処方されていたので、その量に意識をとられて同量の薬剤をとってしまった。またアルミパックからださないと、あまり包装の違いもないため目の前で見てもらった、患者様も気づけなかった。	アルミバックから出して、中身確認してから、お渡しするようにしました。	ブランルカストDS10%「日医工」	ブランルカストDS10%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1717	兄弟2人分の処方。弟にブランルカストドライシロップが1回0.5gのところ0.7gで調剤されていた。兄の処方内容について疑義照会をかけていたこともあり、注意がそちらに向いていた。また兄にもブランルカストドライシロップの0.7g包装の服用歴があり母親も見慣れていたので違和感を感じなかった。自宅に戻り2回ほど服用、薬袋の記載と違うことに気づき薬局に連絡が入り調剤ミスが発覚。連絡後、直ぐに取り換えに伺い謝罪。患者に健康被害無し。	疑義照会のために待ち時間が長くなってしまい焦りがあった為、監査がおろそかになってしまった。	兄弟の場合、用量に違いがある事を念頭において調剤・監査にあたる。	ブランルカストドライシロップ10%「AFP」	ブランルカストドライシロップ10%「AFP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1718	برانلカスト0.6gのところ、フェキソフェナジン0.6gをとってしまった。薬剤鑑査時に発見した。	0.6gはフェキソフェナジン分2で0.3gが2包という思いこみがあった。多少患者さんが重なって焦ったことも原因かもしれない。	0.6g=フェキソフェナジンという先入観をなくし、基本通り、薬剤名をしっかりと見てピッキングを行う。忙しいときはより意識的に。	برانلカストドライシロップ10%「AFP」	フェキソフェナジン塩酸塩DS5%「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1719	【般】برانلカスト錠112.5mgをبرانلカスト錠225mgでピッキング。	ちょうど電話対応や患者数が多く、慌てていたのが原因	棚の位置が横並びになっていたのに、縦並びにし、処方せんのコピーに赤丸で規格・剤形をチェックするようにした。	برانلカスト錠112.5mg「AFP」	برانلカスト錠225mg「AFP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1720	「【般】ノルエチステロン・エチニルエストラジオール0.035配合錠」の処方でもフリウエル配合錠LDを調剤すべきところをフリウエル配合錠ULD（ノルエチステロン・エチニルエストラジオール0.02配合錠）で調剤した。	ふだん処方箋を受け付けていない医療機関の処方箋で、規格違いのフリウエルULDの在庫があったため、0.035と0.02の確認が不十分で思い込みで調剤してしまった。	商品名に規格の数値が入っていないものは特に注意する。	フリウエル配合錠LD「トーフ」	フリウエル配合錠ULD「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1721	フリウエル配合錠LDをお渡しするところ、前回と同じフリウエル配合錠ULDを交付してしまった。入力、調剤、鑑査すべて誤ってしまった。発覚したのは再来局の薬の交付時に患者さんとの話が合わず、病院に疑義照会したところ前回よりフリウエル配合錠LDに変更となっていると言われ、前回の処方箋、鑑査記録を確認したところ、ミスが発覚に至った。	入力、鑑査ともに合致しており、前回通りと思い込みで変更を見逃して交付してしまった。処方頻度の多いフリウエル配合錠ULDと思い込んでしまった。	フリウエル配合錠LD、ULDの箱にそれぞれ取り間違えの注意喚起をつけた。取り間違えないよう別の場所に保管をする。（以前から実施あり）低用量ピルは種類、量の見分けしづらい（特に一般名処方）ので必ず処方箋に鉛筆でチェックを入れながら入力、調剤、鑑査を行う。	フリウエル配合錠LD「モチダ」	フリウエル配合錠ULD「モチダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1722	フリウエル配合錠LDモチダが処方されていたが、当薬局に在庫のあったフリウエル配合錠ULDあすかをピッキングし、鑑査者も気づいていなかった。入力者が今までに入力したことのない薬剤であると伝えてくれた際に調剤者がLDとULDの違いに気づいた。	フリウエルにLDとULDがあることを知らず薬局に在庫してあったものと思い込み、手順通り調剤鑑査システムを使用して確認できていたこともあり、調剤者も鑑査者も気づくことができなかった。	フリウエル配合錠にULDとLDがあることを薬局内のスタッフ全員が認識し、処方箋をしっかりと読み、鑑査時も思い込みをなくすようにする。フリウエル配合錠ULDとLDの箱それぞれにULDとLDがあることを記したメモを貼った。	フリウエル配合錠LD「モチダ」	フリウエル配合錠ULD「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1723	クリニックよりフリウェルULDあすかの処方箋持ち込み。これまでフリウェルLDモチダでの処方だったため、患者に確認したところ特に薬は変更ないと思うとの変更。クリニックの電子カルテで確認したところフリウェルULDあすかだったことから電子カルテへの入力間違いと考え疑義照会した。	名称類似。紙カルテから電子カルテ移行にともなう入力ミス	電子カルテは共有しているのでもっと確認する	フリウェル配合錠ULD「あすか」	フリウェル配合錠LD「モチダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1724	処方箋に一般名処方で、フリウェルULDに相当する処方があった。入力時にはきちんと確認し、入力後チェックもきちんと確認した。しかし、入力時候補に挙がってきたフリウェルLD「あすか」が頭に残っていて、フリウェルLDだと思い調剤した。その後、あっていることを確認するため、PDAでバーコードを読んだが、はじかれたために、ミスと気づいた。フリウェルULD「あすか」をきちんと調剤しなおして、投薬した。	思い込みで調剤した。	調剤前にPDAを使うことを心掛ける	フリウェル配合錠ULD「あすか」	フリウェル配合錠LD「モチダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1725	一般名処方で「ノルエチステロン・エチニルエストラジオール0.02mg」との記載があり、該当する医薬品「フリウェル配合錠ULD」を調剤すべきところ、「ノルゲストレル・エチニルエストラジオール0.05mg」に該当する医薬品「プラノパール配合錠」を調剤してしまった。交付時に、患者様が持参されたフリウェル配合錠ULDとの相違に気づき、発覚した。	フリウェル配合錠を一般名で記載した処方せんを受けた経験が少なく、似たようなホルモン剤の成分名が多数あったため、「ノル〜・エチニルエストラジオール」のように一部の成分だけで医薬品を選択し調剤してしまった。混雑している時間でもあったため、成分名と商品名が合致するかを注意深く確認できていなかった。	一般名処方においては、成分名と規格が正しい医薬品に合致するよう、調剤録に記載されている一般名が処方箋の記載と相違ないか確認するよう心がける。また、合剤や見慣れない成分名・一般名処方においては、添付文書や調剤ハンドブックなどで該当する医薬品を併せて確認するよう心がける。	フリウェル配合錠ULD「あすか」	プラノパール配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1726	7月13日に一般名：ノルエチステロ ン・エチニルエストラジオール0.02配 合錠 1錠 63日分の処方があり、入力 の際にフリウエルLDで入力していた。 鑑査した薬剤師もフリウエルの規格が2つあることを知らず、一般名と商品の成分が間違いないかを確認し、0.02の記載を見落としてしまい、そのまま投薬を行ってしまった。11月5日に再度同じ処方でも来局があり、違う薬剤師が鑑査したところ、前回の鑑査ミスが発覚した。処方医に連絡を行ったが、本日不在の為、受付の方に事の経緯を説明。明日処方医に説明後、折り返しの電話をしますと返答あり。患者様も明日来局されるとのことで、経緯についての説明・謝罪を行う。11月6日に患者様来局され、その時にいた薬剤師が渡し間違えについての説明を行い謝罪した。出血があったり、周期が乱れることもなく大丈夫でしたと患者様から返答あり。別に体調も大丈夫だし問題ないですよと言っていました。その日の夕方になっても主治医からの電話がなかったため、こちらから再度電話で連絡。主治医につないでいただき、再度経緯の説明と謝罪を行った。主治医からもこの電話の謝罪だけで大丈夫ですよと言っていただけ。	低用量ピルに複数の規格があることを知らなかった。鑑査の際に一般名の数字の意味や製品の名称の確認までできていなかった。	自分が知らない薬が出た際に、別規格がある薬なのかまで確認を行う。処方箋の薬品記載を最後まで確認する。	フリウエル配合錠ULD「モチダ」	フリウエル配合錠LD「モチダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1727	フリバスOD錠50mgを75mgと誤って投薬 後日家族からの電話連絡により発覚5日分服薬済み 謝罪の上残薬を回収 正しい薬剤に差し替え発覚当日、後日確認時 目立った体調変化なし	連休明けの朝の混み合う時間帯 直前の一包化を含め50分近く投薬を続け 一連の最後の患者にて事例発生調剤、監査ともに気が抜け不十分な確認が行われた	調剤監査での確認強化 処方箋と薬剤があっているか 薬袋薬情等とあっているかの確認の徹底 混み合う時間こそ確認を強化する時間であると再度意識を改める	フリバスOD錠50mg	フリバスOD錠75mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1728	フルイトラン錠1回1錠体重49キロ以下服用頓服。フルイトラン錠を間違えてフルニトラゼパム錠を処方した。医薬品の棚がアイウエオ順になっていたため間違えてしまった。フルイトラン錠とフルニトラゼパム錠の形状色などまったくちがっていたため慢心からとりちがえた。家族からの問い合わせで間違えわかり直ぐに患者さん宅に出向き薬を取り替えた。丁寧に説明し誤薬である事謝り次回から慎重を期して調剤にあたることを説明して帰ってきた。	当日は、患者さんの妻が亡くなり、葬儀でバタバタしていたため、こちらも慢心と葬儀の時間があるため急いでいたためであると認識して反省している。	医薬品の棚の間違えやすいものは、アイウエオ順に並べず他の棚に移した。後調剤後の監査を3回する事にして対処している。	フルイトラン錠	フルニトラゼパム錠アメル		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1729	ピッキングした後の監査時、監査機に通し「処方された薬剤と違います」と表示されOKボタンを押したが、取り換えるのを忘れてしまった。一包化の指示があり、分包機の監査に通した際に、別の薬剤師が気付いた。	1回目の監査時、監査を行う処方薬が多くあり、焦り気味で監査機に通していた為、注意が散漫していた。	処方と違う薬剤を取ったと判明した時点で直ぐに正しい薬に取り換える。焦らず1つ1つ確認しながら監査を行う。	フルイトラン錠2mg	フルイトラン錠1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1730	【正】フルオロメトロン点眼液0.05%「日点」【誤】オドメール点眼液0.02%	目薬の規格を入力ミスした。監査で気が付かず交付した。	入力照合の際、オドメール点眼液0.02%、フルオロメトロン点眼液0.05%、オドメール点眼液0.1%は規格間違いやすいため、4分割した後、さらに規格を○で囲み注意喚起を促す。昼休みは、面処方の患者が多いため、ひとりで全部やろうとしないで、他のスタッフを呼んで確認してもらったりする。入力者は、入力後の指差し確認を必ず行い、規格の間違いが起こりやすい薬品については2度指差し確認を行う。	フルオロメトロン点眼液0.05%「日点」	オドメール点眼液0.02%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1731	フルオロメトロン点眼液0.1%が処方されたが、フルオロメトロン点眼液0.02%を調剤。投薬者の監査により間違いに気づき、患者には正しい薬で投薬済み。	濃度のみの違いのため、外観類似、監査機械も通過のため間違いに気が付かなかったと考察。	規格違いがある薬品は規格まで考慮して調剤を行う。	フルオロメトロン点眼液0.1%「日点」	フルオロメトロン点眼液0.02%「日点」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1732	フルコートF軟膏が処方されていたが、フルコート軟膏をピックして、鑑査でも気づかず、患者に交付してしまった。その日の夕方発注時に在庫がおかしいことに気づき、当事者に確認したところ発覚し、すぐに患者宅に電話しまだ使用していないことを確認した。夜患者宅に交換しに行った。	普段この患者以外にほとんど出ることがなかったため、フルコートFとフルコートの2種類あることを知らなかった。患者は以前から使用しており、3ヶ月に1回くらい処方されていたため投薬時に患者に色がいつもと違うことを指摘されたが、変更になっていたのかと思い、違う薬を渡していることに気づかなかった。	フルコートFの箱のFにマジックで赤く丸をつけ、患者の名前の付箋を貼った。この事例を全員に周知した。	フルコートF軟膏	フルコート軟膏0.025%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1733	センノシドとプルゼニドの取り違い。ほかの処方先発でプルゼニドだけが後発品という処方であった。	先発品と後発品が混在する調剤で出来事。	調剤する時の確認を再度徹底する	プルゼニド錠12mg	センノシド錠12mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1734	吸入は前から使用していたが、継続することがなく、ときどき処方となっていた。最近、また咳がきになり再開となった。と同時に痛み(腰痛)が気になり鎮痛剤を希望。セレコックス錠を飲んでいて、さらにロキソニン錠が追加 頓服指示となっていた。同効果薬の重複処方に対し患者から事情を聞き、処方医師に確認し、セレコックス錠を中止してロキソニン錠を毎食後となり、鎮痛剤の変更に気をとられて、再開となったフルタイド100ディスカスを、通常よくでていたアドエア100ディスカスで調剤し交付した。患者も気が付かず使用した。	別な薬剤の疑義紹介に気持ちが集中しており、取り間違いに気が付かなかった。また、監査レンジを整備しているが、間違えて開封することを恐れて、取りそえた薬剤師は目視で、監査者に渡した	誤薬対策の監査レンジ 必ず コードを読ませること目視の際には、目視したことを監査者にも説明すること	フルタイド100ディスカス	アドエア100ディスカス60吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1735	フルタイド50μgエアゾール120吸入用が処方されていたところ、処方頻度の高いアドエア50μg120吸入用で調剤、監査時外観の類似から調剤ミスに気が付かなかった。交付時、患者相互の確認不足よりそのまま交付。後日、在庫のずれに気が付き、調剤ミス疑い患者へ連絡、調剤ミスが発覚。使用前に回収、フルタイド50μgエアゾール120吸入用交付へ。	・処方頻度の違いによる思い込み・外観類似による監査ミス・患者相互確認不足	・規格・薬品名・剤形等類似するものがあり、ミスの可能性ある場合には混同しやすい場合には処方頻度の低い薬剤が処方された場合、入力時、その処方箋・調剤時監査支援表へ印をつけ注意喚起を行う。・監査時には外観のみではなく薬剤名を再度確認する・交付時には薬袋から取り出し、薬剤名を読み上げ、患者自身にも確認を行ってもらうこととする	フルタイド50μgエアゾール120吸入用	アドエア50エアゾール120吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1736	【般】フルチカゾン点鼻液25μgを誤って【般】ベクロメタゾン点鼻液25μgのリノコートパウダースプレーでピッキング。	その前までの患者さんで立て続けにリノコートパウダースプレーが処方されていたので、慢心してそのままピッキングしてしまった。	一般名処方では規格が同じで名前もよく似ているので、棚の配置がその列で保管されていたため、別々の列で管理し、処方せんコピーに規格・剤形・名前に赤丸を付けることとしました。	フルチカゾン点鼻液25μg小児用「サワイ」56噴霧用	リノコートパウダースプレー鼻用25μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1737	フルティフォーム125エアゾール56吸入用が処方されていたのに120吸入用で投薬してしまった。	56吸入用が処方されることが殆どなかったため、思い込みで120吸入用とってしまった。	声に出してしっかりチェックし、チェックしてから投薬する。	フルティフォーム125エアゾール56吸入用	フルティフォーム125エアゾール120吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1738	医師はフルティフォーム125エアゾール56吸入を処方したが、薬局側はフルティフォーム50エアゾール56吸入で入力・調剤・服薬指導。患者が帰宅の後、医師から125エアゾールは小児適応ではなかったため処方内容を訂正をしたいと問い合わせ。薬局側は50エアゾールで処方したと思い込んでいたため、問い合わせの時点で処方の見間違いをしたことを把握。結局処方内容が変更となり患者に渡した薬はそのままで良しとなった。患者には電話で説明をした。	小児科門前薬局のため小児量しか処方されないと思い込んでいたことがミスの原因。在庫や処方例がなくとも複数の規格のある薬剤については薬局員全員がその都度確認することが重要である。	規格については細心の注意をするように全員で情報共有。	フルティフォーム125エアゾール56吸入用	フルティフォーム50エアゾール56吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1739	フルティフォーム50エアゾールのところ、フルティフォーム125エアゾールでお渡ししてしまった。薬歴に記載しているときに気づき、電話にて連絡をした。	処方箋の監査ミス	薬歴に規格違いの注意書きをする。	フルティフォーム50エアゾール120吸入用	フルティフォーム125エアゾール120吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1740	平素からご利用いただいている患者様で、前回までフルティフォーム125120吸入が継続処方され、投薬時にも患者様の調子は変わりはないとの事で、前回と同じと思い込みお渡し。後に、患者さまが再度訪問され、調子安定のためDrからは軽いものに（フルティフォーム50 125吸入）に言われていたが変わっていないと言われ間違いに気付く。	多忙な時間が落ち着き、またいつもの患者様ということから、確認・手順を怠った。	調剤録との照らし合わせの徹底。調剤者、監査者のダブルチェックの再確認。投薬時に患者様との読み合わせの確認。	フルティフォーム50エアゾール120吸入用	フルティフォーム125エアゾール120吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1741	13歳の患者様にフルティフォーム50エアゾールが処方されていたが、125エアゾールを交付してしまった。翌朝在庫の差異があり発覚。保護者に連絡。1日分既に吸入されていたが、特に体調の異常はないとのことだった。	鑑査時には箱から出した状態で、両規格の包装がよく似ている為思い込みがあった。また、ご家族分と合わせて複数枚の処方箋があり、早くしようという焦りがあった。	今までは個包装の吸入薬は箱から出して調剤していたが、特に小児の適応がある50エアゾールは箱から出さないよう調剤する。鑑査時に箱を開けることで、規格を確認する機会が増えると思われる。	フルティフォーム50エアゾール56吸入用	フルティフォーム125エアゾール120吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1742	処方箋はフルティフォーム50エアゾール56吸入だったがフルティフォーム125エアゾール56吸入を調剤してしまった。投薬前に投薬担当の薬剤師が発見し改めてフルティフォーム50エアゾール56吸入を調剤した。	当薬局ではフルティフォーム125エアゾール56吸入の方が圧倒的に調剤されている。また自動監査機を導入しているが、監査が通ってしまった。	両方の医薬品を隣同士で置くことで別の規格が存在することをピッキングの際に気付くようにする。	フルティフォーム50エアゾール56吸入用	フルティフォーム125エアゾール56吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1743	フルニトラゼパム1MGを調剤するところ2MGを調剤していたポリムスにて交付前発覚	時々顔を見せる患者様で慌てていた	今後もポリムスの使用を徹底していく	フルニトラゼパム錠1mg「アメル」	フルニトラゼパム錠2mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1744	フルニトラゼパム錠1mgを拾うべきところ、トリクロルメチアジド錠1mg(先発名:フルイトラン錠1mg)を拾った。	名称の先頭がフルだったことによる勘違い	しっかりと全ての名称を確認する	フルニトラゼパム錠1mg「アメル」	トリクロルメチアジド錠1mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1745	一般名処方にてフルニトラゼパム1mgの処方だったが、サイレース希望のところフルニトラゼパム1mg「アメル」で交付してしまった。8/18に監査者が発見、すぐに訪問し現物を確認しミスが発覚した	フルニトラゼパム1mgはこの方以外GE品で払い出しており、確認が漏れた	サマリー等に先発希望等を記載することを徹底する	フルニトラゼパム錠1mg「アメル」	サイレース錠1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1746	フルニトラゼパム錠2mgとフルニトラゼパム錠1mgを取り違えた。	繁忙時で集中力を欠いていた。	冷静さを保つ標語等を作成する。	フルニトラゼパム錠2mg	フルニトラゼパム錠1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1747	フルバスタチン錠10mgの処方であったが、高脂血症剤でジェネリック製品のアイウエオ順に棚に保管しており、同じ10mgのプラバスタチンを調剤していた。	名前が似ていて、慣れていないため名前の確認が不十分ため調剤を誤った。	保管場所は薬局内のルールのため同じ棚のままではあるが、先発薬剤名を箱にシールで添付し、取違を防ぐように対策した。	フルバスタチン錠10mg「サワイ」	プラバスタチンNa塩錠10mg「タナベ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1748	【般】イブプロフェン錠200mg→イフェンプロジル錠200mg「日医工」でお渡し	薬品名称が似ている	あまり出ない薬剤に封をし、注意喚起の紙をつける	ブルフェン錠200	イフェンプロジル酒石酸塩錠200mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1749	ブルフェン(200)で処方、規格違いの(100)で誤ってお渡し。帰宅後患者からTELあり規格違いが発覚。	外来患者続いていたため、慌ててしまい誤ってしまった。	混雑時にも慌てずに鑑査するよう心がける。店舗の規格違いの在庫を把握する。	ブルフェン錠200	ブルフェン錠100		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1750	薬品の規格違いのものを調剤してしまい投薬時の再チェック時に気が付きました	思い込みで規格違いをビックしてしまっ た	今までも行っているのですが規格違いが何種類かあるものはケースに印をつけ十分注意をする	フルボキサミンマレイン酸塩錠50mg 「トーワ」	フルボキサミンマレイン酸塩錠25mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1751	先発品フルメトロン点眼0.1%を後発品フルオロメトロン点眼0.1%で交付し、間違いに気づいた時点で患者さん宅に届けて交換した	フルメトロン点眼0.1%の在庫引き出しから取り出すときにフルオロメトロン点眼を出してしまい、そのまま交付するまで通ってしまった。直後に別の処方で見え違いを見た薬剤師がフルオロメトロン点眼の箱が2つ開封されていることに気付く間違いが発覚した。同じ引き出しに並んで入っていた為、在庫の引き出しから出した時に気付くにくかったと考えられる。	点眼薬の同じ引き出しではあるが、場所を離すことで文字の判別が付きやすい様に変更した。	フルメトロン点眼液0.1%	フルオロメトロン点眼液0.1%「日点」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1752	フルメトロン点眼液0.1%が2本処方されていたが、フルオロメトロン点眼液0.1%を調剤した。調剤者が投薬前に再確認した時に先発が処方されていることに気が付きフルメトロン点眼液0.1%を再調剤した。	一人薬剤師状態の時で、患者が立て込んでいたこともあり殆どの処方がフルオロメトロン点眼液の後発であるため、つい流れ作業的に後発を調剤してしまった。薬歴に先発の患者であることが朱書きしてあったのですぐに気が付き、処方通り投薬できた。	投薬前には必ず薬歴の申し送りを確認する。その申し送りには大きく赤字で必ず目に付くように記載する。思い込みに注意し落ち着いて調剤する。	フルメトロン点眼液0.1%	フルオロメトロン点眼液0.1%「ニッ ト」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1753	ピッキング時にフルルピプロフェンテープ40mgを20mgで準備し、投薬前に発見した。	忙しく焦りがあり、規格を見落としてしまった。	慌てずに規格まで指差し確認すること。	フルルピプロフェンテープ40mg「ユートク」	フルルピプロフェンテープ20mg「ユートク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1754	いつもご利用されてみえる患者様が処方箋を持って来局されました。処方箋には〔般〕フレカイニド酢酸塩錠50mgと記載されていた。薬剤師Aは処方箋に基づいて調剤を開始した。薬剤師Aは薬剤師Bに調剤した薬剤トレーを渡し鑑査をお願いした。薬剤師Bより処方箋とは異なる薬剤・ビルシカイニド塩酸塩カプセル50mg「サワイ」が取り揃えられていると指摘された。再度、薬剤師Aは処方箋と薬歴を確認しフレカイニド酢酸塩錠50mg「ファイザー」を調剤し鑑査に回した。	いつもは繁忙ではない曜日、時間帯であったが、この日は勤務薬剤師3名で1名が所属以外の薬剤師(他薬局所属・自店兼務薬剤師)と所属薬剤師AとBで行われていた。該当患者様が来局された時、薬局内は繁忙状態であり、調剤者が薬剤師Aのみであった。気持ち的にも焦りが生じていたと思われる。フレカイニド酢酸塩錠50mg「ファイザー」とビルシカイニド塩酸塩カプセル50mg「サワイ」は同じ場所に保管されており、一般名処方で〇〇カイニドの部分に気を取られ、最初に目に入ったビルシカイニドを手にとったと思われる。	まず処方箋に記載されている薬剤の名称を確認、調剤した薬剤の名称を照らし合わせ確認をする。似たような薬剤があることを再度確認する。場合によっては保管場所を変更する。	フレカイニド酢酸塩錠50mg「ファイザー」	ビルシカイニド塩酸塩カプセル50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1755	【般】プレガバリンのGEが発売され〔JG〕を採用。患者のGEへの変更希望を確認入力したが、週2回勤務の非常勤薬剤師がリリカOD25錠を調剤した。別の薬剤師が鑑査時にGEに変更されていないことに気づいた。	調剤者の思い込み。スタッフ間の連絡不足。手順書の見直し。	一般名処方入力時に先発か後発かの区別するための印付箋をつける	プレガバリンOD錠25mg「JG」	リリカOD錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1756	プレタールOD100mgの処方。患者はジェネリック医薬品の希望があるため、シロスタゾールOD100mg「日医工」にてレセコン入力。調剤者が間違え処方どおりのプレタールOD100mgをピックアップし、鑑査も通してしまった。	投薬時に患者と一緒に薬の目視における確認を怠ってしまったことも要因だと思われる。	ヒートデザインが似ている薬については調剤棚に注意喚起を促す、印などをつける。投薬時に薬の確認を患者と一緒にを行う。	プレタールOD錠100mg	シロスタゾールOD錠100mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1757	12/17【般】シロスタゾール口腔内崩壊錠50mg 分2朝・夕食後6日分で処方されていたところ、規格を誤りプレタールOD錠100mgで交付してしまった。12/22調剤時、前回の交付間違えに気づき、薬剤部に連絡。医師の判断により、プレタールOD錠100mgで継続することになった。	調剤者の不注意交付者の確認不足	確認の徹底	プレタールOD錠50mg	プレタールOD錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1758	患者さまご家族から薬局に電話あり。いつもはプレタールOD錠100mgだが、プレタールOD錠50mgがはいっていたとのこと。処方箋、店舗在庫確認したところ調剤ミス判明。お薬を交換に伺った。	ご本人が車の中で待っているとの事でご家族がものすごくお急ぎだった。ご家族のお渡しする時の確認が焦りもありおろそかになってしまった。	いつもお急ぎの患者様なので、調剤室内で監査を確実にやり、投薬時にも焦らず迅速に患者様ご家族と確認を行う。	プレタール錠100mg	プレタール錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1759	プレドニゾン錠5mg「タケダ」4錠/分2(朝・昼食後)のところプレドニゾン錠1mg「旭化成」4錠/日でお渡し、投薬後に在庫システムの入出庫から誤調剤が判明した。	監査時の確認不足	思い込みによる誤調剤、店内在庫の認識不足により、プレドニゾン錠については1mgしか在庫がないと認識していた。今回の事例について、職員間に周知し注意を徹底した。	プレドニゾン錠「タケダ」5mg	プレドニゾン錠1mg(旭化成)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1760	プレドニゾン錠5mgで処方せん記載あり：この患者にはいつもプレドニゾン5mg「タケダ」で調剤しているが、今回はプレドニ錠5mgで調剤・投薬した。当日の数かぞえて発覚、本人に連絡して自宅へ訪問し、交換対応とした。	プレドニ錠5mgで間違えて他のスタッフが調剤した後、監査の際に他の薬剤の残薬調整の疑義などに気を取られて、プレドニ錠5mgで調剤しているがそのまま見逃し投薬した。プレドニゾン錠5mg「タケダ」で調剤している患者はこの1名にて、常時回転率の高いプレドニ錠5mgと思い込みで調剤したこと、監査時に前回の処方内容との比較が詳しくできていなかったことが原因と考える。	当局のカルテに「プレドニゾン錠5mg「タケダ」と付箋に記載・貼って他のスタッフに注意喚起を行った。また調剤・監査以外に30人分の予製調剤などを一人で並行して行っていて監査業務に集中できていなかったこともあるため、業務に集中できる時間的な配分・余裕をもつよう心掛ける。	プレドニゾン錠「タケダ」5mg	プレドニ錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1761	3か月に1度ペースの処方での都度来局してくれている方。今まではプレドニゾン1mgを3錠で服用していた。今回は0.5錠の処方だったため、ご本人に薬局側で半錠にして出していいか確認し、半錠にして投薬。投薬後、薬歴記載時に5mgを半錠と気付いたため、ご本人に電話し、自宅に伺い5mgの半錠と取り換えた。	来局時、薬局は比較的込み合っていた。前歴通りのものと勘違いして調剤、投薬してしまった。	混雑時でも処方内容を隅々まで確認すること。思い込みをなくすこと。	プレドニゾン錠「タケダ」5mg	プレドニゾン錠1mg (旭化成)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1762	プレドニゾン錠5mg「タケダ」4錠をお渡しするところ、プレドニゾン錠1mg「旭化成」をお渡しした。薬歴記載時にヒートの色の違いを思い出し、調剤者に確認し、調剤ミスに気付いた。	患者さんが多い中、同一処方箋内の処方薬について何回も疑義照会を行う必要があったため、焦りのある中業務を行っていた。そのような背景で、慌ててお薬を出し、誤りに気づけなかった。	監査の徹底を心がける必要がある。	プレドニゾン錠「タケダ」5mg	プレドニゾン錠1mg (旭化成)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1763	FAXで送られてきた処方箋の調剤時にプレドニゾン錠「タケダ」5mg希望の患者に対してプレドニゾン錠5mg旭化成を調剤してしまった。監査も見落としてしまったが、再確認の際に見え。正しいものに変更して再度調剤を行った。	調剤を行った薬剤師、監査を行った薬剤師共に、配属されたばかりで当薬局での業務に慣れていなかった点、処方箋の確認事項を見落としていた点が今回のヒヤリハットにつながったと考えられる。	今後は、患者ごとに使用薬剤の確認を徹底すること、監査の手順を確認することが必要である。	プレドニゾン錠「タケダ」5mg	プレドニゾン錠5mg (旭化成)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1764	2週間毎処方される施設の患者。プレドニ錠(5)1T、プレドニゾン(5)4Tをピッキングして調剤。 未監査状態。後日当薬局の管理薬剤師が間違いに気づき発覚。予製の患者なので交付はしていない。プレドニゾン(5)ではなくプレドニゾン(1)が正しいことに気づいた。	ミリ数が異なるが、同じ名前があるので指差し確認を怠った結果だと思える。	ピッキングと予製作成者にわけて調剤、分包を行う。同じ間違いを起こさないよう薬局間で共有する。	プレドニゾン錠1mg (旭化成)	プレドニゾン錠「タケダ」5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1765	プレドニゾン錠1mgが処方されていた。プレドニゾン錠1mg(旭化成)を交付するところをプレドニ錠5mgを交付してしまった。家族の方が気づき、翌日プレドニ錠5mgを持ってきてくれて間違いに気付いた。	他整形外科医院で処方されていた薬を4月からかかりつけの内科医で処方されることになった。当薬局ではプレドニ錠5mgを調剤することが多く、頭文字の音だけで思い込み、医薬品の取り違えが生じてしまった。	処方元の内科医院に協力をお願いし、プレドニゾン錠1mgの前に(1)を入れて(1)プレドニゾン錠1mgと印字してもらうようにした。お薬手帳や薬剤服用歴と照合し、処方箋の見間違い、医薬品の取り違えを防ぐよう調剤、監査、交付でチェックを行う。	プレドニゾン錠1mg (旭化成)	プレドニ錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1766	プレドニゾン1mg3錠(朝1.5mg, 昼1.5mg)をプレドニゾン5mgで分包してしまった。施設にお届け後、看護師より、違っている旨の連絡をいただいた。(患者さんは服用していない)	1.5mgの表記を5mgを勘違いしてしまった様子。 分包のため、薬を出した人間と、分包した人間は違うが、正しいのがでていると思ひ込み分包をしてしまった。	規格が複数あるものについては、規格に印をうつ。	プレドニゾン錠1mg (旭化成)	プレドニゾン錠「タケダ」5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1767	プレドニゾン錠5mg処方のところ、薬剤ピッキングの際にプラバスタチン錠5mgの取り違えがあったが、監査にあたった薬剤師が気づき、患者には正しく投薬された。	プレドニゾン錠5mgとプラバスタチン錠5mgの薬剤棚の位置が上下に配置しており、薬剤名称も類似していたため、ピッキングの際に取り違えがおきた。業務に対する慣れや疲労などが重なり、正しくピッキングできなかったことが考えられる。	プレドニゾン錠5mgとプラバスタチン錠5mgが上下に配置されていたものを、隣接しないよう薬剤棚の配置換えを行った。また、間違いがあったことを薬局内で周知した。	プレドニゾン錠5mg「トーワ」	プラバスタチンナトリウム錠5mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1768	今年の夏から門前の皮膚科の一般名処方が増え、ステロイドや抗ヒスタミン薬の一般名が類似しているものが増えました。今回は、一般名で【般】プレドニゾン酢酸エステル眼軟膏のプレドニン眼軟膏のところ、【般】プレドニゾン吉草酸エステル酪酸エステル軟膏のスピラゾン軟膏で調剤。監査者が気付き事前に交換した。	一般名にも慣れてきた時に、慣れもあり生じた事例と思われます。一般名を最後まできっちり見ていたならば、眼軟膏と書かれていますので、スピラゾン軟膏と取り違えることは考えにくい。初めの出だしの成分で、思い込み調剤をしたと思われます。	ステロイドや抗アレルギー薬は一般名が似ているものが多いので、出来るだけ記憶調剤は避け、処方せんが事務から回ってきた際に、再度確認するように心掛けています。	プレドニン眼軟膏	スピラゾン軟膏0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1769	プレドニン5mgを調剤のところ、プレゼニド錠12mgを調剤、監査時に機械照合時判明	経験者であるための慢心があると思われるます。	定期的に棚に類似品、取違い注意等の喚起が必要	プレドニン錠5mg	プレゼニド錠12mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1770	近隣の病院が処方するのがプレドニゾン錠5mg タケダがほとんどである。今回の間違いのあった処方せんは遠方の病院のもので、普段あまり取り扱わないプレドニン5mgが処方されていた。	普段あまり取り扱いのない薬も処方されるので、併売品には注意しなければならない。	類似の名前のある薬品の鑑査には注意すること	プレドニン錠5mg	プレドニゾン錠「タケダ」5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1771	プレドニン錠5mg 処方のところ、プレドニゾン錠5mgで調剤され、監査時もスルーしておわたりしてしまった。患者様が服用する際に錠剤の色が違うことに気づいて下さり、閉局後だったため緊急携帯に電話があり発覚した。その後、処方がプレドニン錠5mgであることを確認し、患者様宅に伺って薬を交換し謝罪しました。	似たような薬品名だったため、監査時にスルーしてしまった。	似た名前の薬剤は特に注意して監査する。	プレドニン錠5mg	プレドニゾン錠5mg (旭化成)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1772	小児科の処方箋で(般)プロカテロール塩酸塩DS0.01% 50μg分2朝食後服用の処方、メプチンドライシロップ0.005% 1gとレセコンに入力し調剤時に入力ミスに気づき、プロカテロール塩酸塩ドライシロップ0.01%「タカタ」に変更し調剤し投薬しました。	レセコン入力時医薬品の規格をきちんと確認していなかった。また、メプチンドライシロップ0.005%には後発品が存在しなく先発品のみ、プロカテロール塩酸塩ドライシロップ0.01%「タカタ」には先発品がなく後発品が当該医薬品のみという両薬剤とも特殊な存在であると思います。このような状況はミスを誘発し事故につながる可能性大と容易に考えられます(このような製品の存在が危険)。	(般)プロカテロール塩酸塩ドライシロップ0.01%という処方がある場合、入力時から換算に気を付け他者にも確認を要請するようにし(般)プロカテロール塩酸塩ドライシロップ0.01%を要注意医薬品という認識を薬局内で共有。また、規格も必ず確認するようにしました。	プロカテロール塩酸塩DS0.01%「タカタ」	プロカテロール塩酸塩DS0.01%「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1773	プロクトセディル坐薬が処方されているがプロクトセディル軟膏を調剤し投薬中に気づいて取り換える	調剤薬剤師 監査薬剤師 ともに ミス 不注意	監査の徹底 集中 監査機械の導入検討	プロクトセディル坐薬	プロクトセディル軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1774	一般名でヒドロコルチゾン・フラジオマイシン等配合軟膏で処方された薬をヒドロコルチゾン酢酸エステル・フラジオマイシン配合軟膏で調剤してし。レセコン入力時に事務員が気づき調剤しなおした。	一般名で処方された薬を保険薬事典を用いて一般名から商品名へ読み替えを行ったが、その時、酢酸エステルの違いまで確認せず読み替えてしまった。忙しい時間帯でもあり十分に一般名を確認しなかった。	一般名で処方された薬剤は、十分に確認してから調剤する。レセコンの種類により、配合剤は省略された一般名で処方されることもあるため十分注意する。必要があれば処方医に問いあわせて確認する。	プロクトセディル軟膏	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1775	調剤者が処方箋に記載された一般名がヒドロコルチゾン・フラジオマイシン配合剤(プロクトセディル軟膏)だったが、一般名がヒドロコルチゾン酢酸エステル・フラジオマイシン配合剤(強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏)を調剤。入力者は強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏を入力、監査者も気づかずに監査終了。交付時に患者から症状聞き取り。交付薬剤に聞き取った症状から違和感を感じたため、内容を再度確認し、薬剤の取り間違えが発覚。交付前に間違いに気付いた。	調剤者、入力者、監査者ともに処方箋内容の指差し、声出し確認を怠っていたことによるヒヤリハット。	処方箋内容の指差し、声出し確認を必ず行うようにする。今回間違えた薬剤のケースに類似した成分の薬剤があることを注意喚起する内容のメモを貼り付け。	プロクトセディル軟膏	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1776	前回フロセミド20mgの半錠が処方されていたが、今回フロセミド20mg 1錠に増量となっていた	前回のままでレセコンをDoしてしまい、調剤者・監査者もそのまま調剤	必ず、調剤を始める前に記載漏れ・入力ミス等をチェックし、前回と内容が変更の有無を確認!	フロセミド錠20mg 「テバ」	フロセミド錠10mg 「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1777	プロチゾラム0.25を誤ってエチゾラム0.25で調剤。鑑査時に発覚。	薬品名の確認不足	しっかりと確認する	プロチゾラムOD錠 0.25mg「サワイ」	エチゾラム錠0.25mg「SW」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1778	服薬指導後患者が帰宅し薬剤の中身を確認したところ間違いであることに気が付き本人より薬局に連絡があった。	今回は剤型ミスであったため、成分の表記だけをみて判断してしまったことが要因であると考えられる。	これからは処方箋と医薬品を指さして確認する	プロチゾラムOD錠 0.25mg「テバ」	プロチゾラム錠0.25mg「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1779	プロチゾラム錠0.25mg 12錠処方のうち2錠をOD錠で投薬してしまった。	残薬調整のため日数が変更になり一部2錠だけOD錠を出してしまった。	アテルノによる重量監査だけではなく目視監査も重視していく。	プロチゾラム錠0.25mg「サワイ」	プロチゾラムOD錠0.25mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1780	レンドルミン錠0.25mgを後発品に変更する際、プロチゾラム0.25mg「サワイ」ではなくトリアゾラム0.25mg「日医工」に取り間違い調剤してしまった。交付時に薬袋との名称違いで発覚し正しく調剤した。	繁忙時だったため、向精神薬の棚の似た場所にあり名称も似ていたため手癖で取ってしまった。	名称の似ているものは付箋をつけ注意喚起をしたり場所を離したりする。	プロチゾラム錠0.25mg「サワイ」	トリアゾラム錠0.25mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1781	処方箋に一般名でプロチゾラム0.25mgとあったが、トリアゾラム0.25mgをピッキングしていた。	指さし呼称をおこなっていた。お昼近く混み合っていたため急いでいた。	ピッキングの際の処方箋と薬品の指さし呼称を徹底する。	プロチゾラム錠0.25mg「トーワ」	トリアゾラム錠0.25mg「CH」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1782	普通錠をOD錠でピッキング監査時に発見	一般名処方「口腔内崩壊錠」の見落とし	しっかりと剤系まで確認してピッキングすることの徹底	プロチゾラム錠0.25mg「ヨシトミ」	プロチゾラムOD錠0.25mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1783	プロトピック軟膏0.03%が処方されていたが0.1%で渡してしまった	当局ではプロトピック軟膏は0.1%のものがよくでている	0.03%が処方されいたら処方箋にえんぴつで印をつけることとした	プロトピック軟膏0.03%小児用	プロトピック軟膏0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1784	初めて来局の患者。忙しい時間帯でもあった。レセコン入力時に、確認不足から間違った入力をしてしまった。	こみあった状況で、一文字確認がおろそかになってしまった。	一文字確認の徹底。	プロトピック軟膏0.03%小児用	プロトピック軟膏0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1785	プロトピック軟膏0.03%のところ、プロトピック軟膏0.1%で調剤されていた	忙しかったため、取り違えてしまった。	薬品棚に札を貼った	プロトピック軟膏0.03%小児用	プロトピック軟膏0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1786	プロトピック軟膏0.1%のところ規格違いのプロトピック軟膏0.03%を間違えて調剤、監査してお渡し。次回診察時にDrとの話で発覚し、症状には問題ないと引き続きプロトピック軟膏0.1%の処方、前回残ってる分を破棄してもらうよう説明し、正しい薬をお渡ししました。	処方元のDrはほとんどプロトピック軟膏0.03%を使用する為、思い違いによる間違い。	規格違いの薬に関しては特に注意して処方監査、投薬時も患者様と確認してお渡しする。	プロトピック軟膏0.1%	プロトピック軟膏0.03%小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1787	いつものように処方箋を見ながら調剤して監査に薬剤をまわしたところ処方箋はプロトピック軟膏0.1%で処方されていたがプロトピック小児用軟膏0.03%を調剤していた。	門前が小児科でほぼプロトピック小児用軟膏0.03%の処方しかでないので習慣的に小児用軟膏0.03%の方を調剤してしまいました。処方監査がしっかりできていませんでした。	薬の他規格があるということを再度確認し注意を促しました。薬の保管場所も違う場所に配置していたが2種類薬があることがわかるようにラベルを作って注意喚起しました。	プロトピック軟膏0.1%	プロトピック軟膏0.03%小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1788	プロトピック軟膏を調剤するところ、プロトピック小児用を渡してしまう。	プロトピック小児用しか、薬局の採用がなかったため、いつも通り、小児用と勘違いして、投薬してしまった。	規格、剤形違いの薬に関して、常に頭に置いて調剤することを心がける。調剤者、監査者を必ず別々にし、ダブルチェックを行う。患者さんとも、しっかり病状を確認しながら投薬を行う。	プロトピック軟膏0.1%	プロトピック軟膏0.03%小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1789	代理人音が来局しいつもの薬の為早くほしいと依頼。お昼休憩の為とうがい薬剤師1人しかおらずレセコン入力方交付までを一人で行った。処方箋は一般名プロムフェナク点眼液0.1%となっていた。いつもは一般名でプラノプロフェン点眼液0.1%と記載されている。確認を怠りそのまま調剤し交付した。患者本人も変更に乗っておらず、その後すぐに薬局でミスに気が付き連絡し回収交換した。	いつもの薬という言葉に惑わされ、処方箋を確認を怠った。	1人ですべての作業を行うことを避ける	プロナック点眼液0.1%	ニフラン点眼液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1790	プロナンセリン錠2mg 3錠1日3回毎食後7日分の処方ではプロナンセリン錠2mg「YD」21錠のところプロマゼパム錠2mg「サンド」21錠ピックアップした。監査の際に判明して患者様には処方通りのプロナンセリン錠2mg「YD」を交付した。	薬剤師1人でピックアップ・監査・交付したため、間違っただけで交付してしまう危険性があった。	薬剤師1人の場面では時間をかけて監査、交付時にも患者様といっしょに確認する。	プロナンセリン錠 2mg「YD」	プロマゼパム錠 2mg「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1791	一般名処方のカンデサルタン錠2mgを誤ってカルデナリン錠2mgで調剤した。後日在庫数を確認したところプロブレス錠2mgとカルデナリン錠2mgの在庫数が56錠ずれていたため、薬剤取り違えのミスが疑われた。処方箋を見直し、該当患者に電話連絡したところプロブレス2mgではなくカルデナリン錠2mgが調剤されていた。残薬があったためカルデナリン錠2mgは服用していなかった。患者宅を訪問し経緯を話し薬を交換した。	一般名処方のカンデサルタン錠とカルデナリン錠の名前が似ているため薬剤取り違えた。	今回のように一般名処方では間違いやすい薬剤については処方箋入力時に使っている薬品名が注意事項としてポップアップで出るように設定した。	プロブレス錠 2	カルデナリン錠 2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1792	一般名 カンデサルタン 4mg の記載で処方を先発希望なのでプロブレス 4mg で調剤するべきところをカルデナリン 4mg で調剤してしまった。	カンデサルタンはプロブレス カルデナリンはドキサゾンであるが、先発希望ですといわれ、頭の中で薬を間違えた両方 4mg の規格があるため単純に間違えた。	一般名、注意の札をつけることにした。	プロブレス錠 4	カルデナリン錠 4mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1793	プロブレス 4mg でお渡しのところプロブレス 8mg で調剤、監査してお渡ししてしまった。患者さん1錠服用後発覚、体調に異常がないことを確認し、取り換えにうかがった。	規格間違い	次回より患者さんと確認しながら投薬する	プロブレス錠 4	プロブレス錠 8		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1794	処方箋の記載は一般名で カンデサルタン錠 4mg、従来は プロブレス錠 4mg を出していたが、誤ってカンデサルタン錠 4mg 「あすか」を支給した。	一般名処方では先発品を出す場合は、先発品名の付箋を処方箋に貼付して、間違えの無い様に運用していたが、付箋を貼り忘れた。薬を交付する際の、監査・確認が不十分であった。	各々の工程で確認をするように徹底した。	プロブレス錠 4	カンデサルタン錠 4mg「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1795	いつも服用している薬だったので思い込み調剤をした結果、増量されていたことを見逃した。	ダブル監査は基本だが、調剤した薬を再度自分で処方箋と確認する。	今回の事例はダブル監査によって発見できたのでダブル監査の徹底に努める。	プロブレス錠8	プロブレス錠4		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1796	来局時、患者様の持参された処方箋内に、白色ワセリン 200g の記載があった。調剤者のピックアップしたカゴの中に、プロベトチューブ 100g2本が入っていた。	日常的に200gという量で処方されるのが、プロベトであることが多いことと、同成分であることによる思い込みから取り違えたとと思われる。	落ち着いて丁寧に業務にあたる。今後も、ダブルチェックは怠らないよう注意。	プロベト	白色ワセリン* (マイラン)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1797	プロマゼパム錠2mgを出さなければならぬところ、プロナンセリン2mgを渡してしまっており、後日本人が飲もうと思って開封したところ、違う薬が入っていたと電話で連絡があった。	ジェネリックの薬がほぼ全て薬品名+会社名になってから、薬品名が類似していて、mg数が同じ薬品は要注意。プロマゼパムは最近までセニランという名前だったので、まず間違えなかっただろうと思います。この時60錠で、全て裏側を向いており、錠剤の表情が見えなかったのも原因ではないかと思っています。	見る目を増やす。じっくり監査する。	プロマゼパム錠2mg「サンド」	プロナンセリン錠2mg「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1798	プロムベリドール1mg錠で調剤するところ、プロムベリドール錠6mgで調剤実施。一酸化錠剤カセットを使用したのが、錠剤の大きさも同等で、カセットをすり抜けて調剤された。さらに目視監査でも見逃した。投薬後の薬歴精査時に過誤に気づき、患者に連絡。正常なものと交換実施。患者には説明し理解いただいた。	外観が類似しており、大きさもほぼ同じであり、一酸化用錠剤カセットをすり抜けた。したがって、カセット補充時の2重監査、一酸化の目視監査も機能しなかった。慣れ・思い込みが要因である。	2重監査の徹底。類似した処方：錠剤外観類似を洗い出し、注意喚起。	プロムベリドール錠1mg「アメル」	プロムベリドール錠6mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1799	プロメタゾンクリーム0.1%5gチューブ50g分を軟膏ツボに開封しているときに手元にある薬の一部がプロメタゾン軟膏0.1%である事に気が付いた	包装の色が同じである為横に並べて在庫管理していると同じものと思い、間違えてピックアップしてしまう	プロメタゾンクリーム0.1%と軟膏0.1%の間に他の薬剤を並べる	プロメタゾンクリーム0.1%	プロメタゾン軟膏0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1800	一般名処方セファペンピボキシル錠 75mg錠で患者様先発希望。入力がフロモックス錠100mgとなっていたのを鑑査時に発見し72mg錠に修正。	リモートで入力依頼。入力当時、当該75mg錠はレセコンに登録されておらず、3文字入力から表示される候補は100mg錠のみであったため、ミリ数を確認せずに確定したと思われる。また入力者には100mg錠以外の規格があるという認識が無かった可能性もある。	局内名称の接頭に、「他規格あり」と追加してミリ数の確認を促すこととした。	フロモックス錠75mg	フロモックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1801	プロラノン点眼6本処方のうち5本は正しく交付。1本のサンベタゾン点眼が混入6本すべての名前を確認していなかったため混入に気づかなかった。監査システムを通しているが、正しいほうの薬品を通しているため混入に気づかず。	この事例の以前に薬を取り出して、戻す際に場所を間違えたものと考えられる。	戻す際にも必ず薬品名をチェックする。この2種類は容器も似ているためカセットをより離すこととした	プロラノン点眼液0.1%	サンベタゾン眼耳鼻科用液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1802	フロリードゲルの用法が食後で処方されたが、誤って食前で調剤した。説明時は食後で説明した。自宅に帰って用法を見直した患者が混乱し連絡を薬局にくれ、当該インシデントが発覚した。	印刷物の確認ミス、入力者の確認ミス	印刷物を確認して交付	フロリードゲル経口用2%	フロリードゲル経口用2%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1803	一般名処方にてボグリボース錠0.2mgが処方された患者。患者希望にて先発品のベイスン錠0.2mgで調剤するところ、誤ってベイスンOD錠をピックアップしてしまった。一包化指示のある患者であったため、一包化前に調剤監査システムにて薬の確認を行ったところ、ピックアップミスが発覚した。一包化調剤前に気が付くことができたため、誤った薬剤が患者にわたることはなかった。	新規開局したばかりで一包化調剤の頻度が少ないことから、分包機に対する焦りがあり、ピックアップミスが起きてしまった要因の一つと考えられる。また薬局内において、別剤型があることの周知が徹底されていなかった。	調剤棚に複数規格や別剤型があることを目立つように記載しておく。引き続き調剤監査システムにて薬剤に間違いがないか確認する。	ベイスン錠0.2	ベイスンOD錠0.2		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1804	ベオーバ錠50mgの処方をベタニス錠50mgで調剤していた。監査者は50mgの規格のチェックだけで薬の取り違いを見逃していた。ずっと同じ薬を継続服用していた患者より投薬の際に薬を見てすぐに、薬が変わった?と指摘され調剤間違いに気づく。	毎日頻繁に調剤をしている薬でもあり、慢心慣れもあり規格が同じ50mgだけで思い込みで調剤をしたものと思われる。調剤者も監査者も同様に見逃がしてしまっていた。投薬前の確認でも見落としをしまい患者より指摘されてしまう。調剤当時薬局内の人数が少なかったことも原因の一つと思われる。	調剤、監査時には薬名・規格・数量の確認を意識して確実に実施する。人数が少ない時間帯の時は、丁寧に調剤監査を実施していくよう薬局職員に周知徹底をしていく。	ベオーバ錠 50mg	ベタニス錠 50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1805	当患者が処方箋を持参し来局。事務員がベオーバ錠50mgとその他3種類ほど処方されていたが、ベタニス錠50mgをベオーバ錠50mgと間違えて調製。監査時に当局薬剤師が間違いに気づき報告、正しいベオーバ錠を調製し患者へお渡しした。	事務員は他スタッフを指導・教育中であり、注意がされていたと思われる。	全スタッフに今回の事例を周知した。調製時・監査時の確認を徹底し、再発防止に努める。	ベオーバ錠 50mg	ベタニス錠 50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1806	ベサコリン散処方のところ、ベンザリン散を秤量し監査の時点で別の薬剤師に指摘された。	ベサコリン散を別の容器(監査をするときのバーコードがない)に移し替えて錠引出に在庫しており、そこの引出にベンザリン散があること(向精神薬の散薬は区分して管理してるが)を認識していない当該薬剤師が調剤時に取り出し秤量した。各医薬品の容器蓋には、引き出して上から分かるように手書きで薬品名を記載していたが薬品名の記載が不明瞭になっていた。	蓋への薬品名を丁寧に書くように、ベサコリンを移し替えずに使用して監査機を必ず通すように徹底した。	ベサコリン散 5%	ベンザリン細粒 1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1807	後発医薬品希望の患者様で、ベザトールSR100mgが処方されていて、ベザフィブラートSR100mg「日医工」で投薬しなければいけないところ、誤ってベザトールSR100mgで投薬してしまった。	処方せんの入力等は全て間違えはなかったが、名称と外観が類似していたため、ベザトールSR100mgで調剤された薬を見落としてそのまま投薬してしまった。	外観、名称類似品は薬の棚にジェネリック医薬品との取り間違い注意等のシール等を貼り、取り間違いがないように気をつける。投薬者に関しても、外観、名称類似品であることを念頭において、入力、薬情等と照らし合わせて間違わないようにする。	ベザトールSR錠 100mg	ベザトールSR錠 100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1808	患者が処方箋を持って来局した。薬剤師Aは、処方箋を見ながらピッキングしたが、ベザフィブラート処方なのに、類似薬効のフェノフィブラート錠をついっかり取り間違えた。隣で見ていた事務員Bに、間違いを指摘され気が付き訂正した。当時、患者が込み合っていたため、焦りもあり間違えた。	類似薬効のよく似た名前の薬を取り違えることを防ぐために、声出して薬を調剤することが大切。	思い込み調剤を防ぐため、処方薬を声をだし読み上げて確認する。	ベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」	フェノフィブラート錠100mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1809	前回処方薬のうち1種類がPTPデザインがいつもと違ったとの報告あり。薬は持参されなかったため詳細伺ったところ規格違いであることが判明。	臨時職員がピッキングにて調剤間違え。監査担当の注意力の不足による鑑査チェックミスが重なった。	調剤者は、ピッキング後に薬情と照らし合わせて再度間違っていないか確認。鑑査者は、薬袋に入れる際に薬袋の印字と照らし合わせながら確認して入れる。投薬者は、処方箋、薬情、薬を照らし合わせて薬品名、規格、数量が間違いないか確認する。	ベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」	ベザフィブラートSR錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1810	前日にベザフィブラートSR200mg「サワイ」とベザトールSR錠200mgの配置場所を変更したが、ピッキングシステムのバーコードを変更していなかった。変更を知らない職員が、調剤後に配置場所が変更された事を知り、ベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」を調剤していない可能性が高いと考え患者に連絡したところ、ベザトールSR錠200mgを調剤し投薬してしまった事が判明した。謝罪し交換に伺った。	配置場所を変更した際にピッキングシステムのバーコードも入れ換えないといけなかったが失念してしまった事、職員全員に周知できなかったのが発生要因。薬の外観が類似している為思い込みで鑑査してしまったと考えられる。	配置場所変更時の手順を再検討し伝達した。	ベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」	ベザトールSR錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1811	ベシケアOD錠2.5mgが処方されていたが、ベタニス錠25mgを調剤してしまった。	薬品名称の酷似。	確認作業強化。	ベシケアOD錠2.5mg	ベタニス錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1812	薬を渡すときに規格違いのものを渡してしまった	患者さんがたくさん待っていたので急いで薬をお渡ししてしまった	患者さんに渡すときに処方箋の規格と薬が合っているか、薬袋に記載されている薬が合っているか確認する	ベシケアOD錠5mg	ベシケアOD錠2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1813	久しぶりにご来局された患者様にベシケアOD錠5mgが処方された。誤ってベシケア錠5mgをお渡ししてしまった。後日、棚卸の時にベシケア錠5mg・ベシケアOD錠5mgそれぞれの数が合わなく調べたところ、Aさんに剤型間違いでお渡ししたことが分かった。直ぐにAさんに連絡したところ、幸いまだ服用していないことが分かり薬剤を交換しにご自宅に行った。	大変忙しく、ベシケアOD錠5mgとベシケア錠5mgは近くの棚にあるので剤型間違いに気づかず渡してしまった。	忙しくても薬剤のピッキング・監査を一人の薬剤師が行わず、かならずピッキングした薬剤師は別の薬剤師に監査をしてもらうよう徹底する。	ベシケアOD錠5mg	ベシケア錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1814	ベシケア2.5で調剤するところを5mgで調剤	包装が類似しているため誤って調剤。	注意喚起のシールを貼った。	ベシケア錠2.5mg	ベシケア錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1815	前回まで5回ベオーバ(50)が処方されており、今回より効果不十分のためベシケア(5)へ変更になっていた。同種同効の薬剤で、頭文字も同じであったため思い込みにより誤って調剤を行ってしまい、監査者、投薬者も気付くことなく交付してしまった。	お薬手帳の前回分を先に確認してから調剤したことにより思い込みが誘発されてしまった。監査者も急いでいた事もあり通常のルール化された監査方法を省いてしまった。患者本人は高齢であり、処方変更についての医師からのお話しは覚えていなかった。	調剤者は調剤後に処方箋を元に自己監査を行う。監査者は可能な限り指差し、声出し確認を行う。	ベシケア錠5mg	ベオーバ錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1816	ベスタリットL200 120錠のところ、ベスタリットL200 20錠とベイスンOD0.3 100錠で調剤し交付してしまった。	100錠はアルミ包装を開封せず調剤(10錠抜けなどのインシデントが起こらないように以前より対策として実施している)その際にベスタリットL200の棚にベイスンOD0.3が混在していた。外観が似ているため監査時・投薬前監査時の際にも見落としてしまった。また、ベスタリットL200とベイスンOD0.3は隣合った棚で、充填の際に間違ったと考えられる。	・ダブルチェックをしながら充填する。・アルミ包装での調剤を行う場合には、アルミ包装と端数を一緒に輪ゴム留めしない。監査時に、アルミ包装の薬品名が投薬者に分かるように輪ゴム留めする。	ベスタリットL錠200	ベイスンOD錠0.3		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1817	耳鼻科受診の新患者に対して、新人の薬剤師が在庫を探したところ、耳科用液が見当たらず、誤って点眼液を調剤した。念のため、包装の状態がわかる画面をインターネットで開いたところ、類似していたので気が付かなかったとのこと。別薬剤師が、監査したところ、点耳ではなく、点眼と包装に書いてあったことを発見したので患者への交付には至らなかった。	新人薬剤師は、処方箋の診療科、年齢、状況をよく見落としやすい。在庫がうまく探せないことも焦ってしまう要因である。点耳液には、リンデロン液とリンデロンA液のように耳には点耳してはいけない製品もあり、注意が必要である。今後、点眼なのか点耳なのか製品をよく見て交付の準備をするように周知した。	同じ名称で、他の製品がある外用においては、類似していたり、あるいは同じ点眼でも併売している等まったく包装形態が異なるものがある。製品の箱に併売あり、点眼液あり等の付箋をつけて注意を促すことにした。類似包装に関する店内研修会を行った。	ベストロン耳鼻科用1%	ベストロン点眼用0.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1818	近隣の耳鼻科よりベストロン耳鼻科用液1%が処方されていたがベストロン点眼液0.5%を調剤し服薬指導の際に説明書と写真の色が違うことで調剤ミスが発覚した。用法は正しく点耳と記載されていた。	ベストロンの点眼液のみ在庫しており、ベストロンの耳鼻科用液は過去に取り扱い実績がなく、存在することも把握していなかった。ベストロンは効き目のいい抗生剤という認識だったので処方箋上の用法は点耳であったが効き目の良さうえに例外的な使い方をするのかな、と判断していた。	内服薬に比べ、軟膏など外用薬の名前、剤型が合っていれば濃度の確認についておろそかになりがちなので%の確認まで行うよう薬局内ルールとして手順書に明記する。	ベストロン耳鼻科用1%	ベストロン点眼用0.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1819	ベストロン耳鼻科用液を処方されていたが、溶解する医薬品であることに集中し眼科用を調剤し監査投薬。患者帰宅後に入り発注する際まちがいにきづき交換した	ベストロン耳鼻科用液、ベストロン眼科用液はいずれも溶解して使う医薬品の為溶解にそれにとらわれ耳鼻科用、眼科用を確認したつもりでも思い込みの為そのまま交付してしまった。	耳鼻科用、眼科用を印をつけ調剤棚にいれることとし、監査時にも規格チェックを徹底した	ベストロン耳鼻科用1%	ベストロン点眼用0.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1820	ベストロンには点眼液、耳鼻科用剤と規格が2種類あり、誤り交付。	完全に思い込みによる過誤。	同じ製剤でも、濃度の違いを把握し、処方かなどの情報も総合的に判断して、調剤、鑑査を行っていく。薬袋の薬名表記にも [眼] [ムラサキ色]、[耳鼻] [桃色] と違いが分かりやすくなるように反映させた。	ベストロン耳鼻科用 1%	ベストロン点眼用0. 5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1821	ベタニス錠が処方のところ、ベオーバとレセコンへ処方入力していた。次の来局時、間違いに気がついた。薬は間違っていないかった。	ベタニスもベオーバもよく処方のできる	ベタニスとベオーバは類似名であり、単位も50があることを周知する	ベタニス	ベオーバ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1822	従来より他科受診で、当局を利用しているが、尿漏れを発症し泌尿器科を新たに受診翌朝には服用が必要なため、1包化を行ない16:00前後に訪問しお薬を手渡しし、他科のお薬と同時服用のお薬を一緒にする必要があり、処方確認がおろそかになった。帰局後処方確認を行ない、用量違いに気づき当日中に処方薬との変更を行ない、服用前に取り換えを行なった。	翌日よりの服用であったが、追加調剤薬で従来の1包化薬と同時服用が可能なように工夫する等の時間必要なため調剤に焦り、用量確認が疎かになり返って時間を要した。	急いでも落ちていて調剤するのを感じた。	ベタニス錠 2.5 mg	ベタニス錠 5.0 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1823	1年ぶりの来局。前回はベシケア錠5mgが処方、今回はベタニス錠50mg。泌尿器科からの処方と同系統の薬であることと、最初の1文字と規格の5が同じ為、判断を誤り前回Doで処方を入力、調剤。監査機を通過している為安心してしまい、監査者も気づかず併用薬の確認などを行った。投薬者の最終確認で気づいた。	泌尿器科の薬でどちらも処方される可能性は高い。慣れもあり系統の違う薬に見間違えることはないが、慣れからの思い込みもあるので間違えそうな薬は注意喚起をする。	薬袋を見ての調剤はしない。	ベタニス錠 5.0 mg	ベシケア錠 5 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1824	ベタニス錠50mg 14錠を調剤する ところを50mg 10錠と25mg 4 錠で調剤してしまっていた。監査者が 間違いに気づき訂正。	ベタニス錠25mgと50mgが連続し た上下の配置になっていた。50mg 1 0錠シートをとったあと、棚に戻す際 に25mgの棚に戻してしまっており、端 数の4錠分を25mgで調剤してしまっ ていた。調剤者は輪ゴム止めの際に凸面 同士を合わせて留めており、錠剤の色 の違いに気づかなかった。ヒートの裏面は 似ているが、錠剤自体の色は異なる。	ベタニスの配置を変更。輪ゴム止めの際に錠剤の 色が確認できるように留めるように変更。	ベタニス錠50mg	ベタニス錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1825	ベタヒスチンメシル酸塩錠12mgを 当薬局に在庫している6mgと勘違い した。当薬局には6mgしか置いてい ない。	mgまできちんと認識すること。	処方箋を丁寧に読むこと。	ベタヒスチンメシル酸 塩錠12mg	ベタヒスチンメシル酸 塩錠6mg		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1826	ベタヒスチン錠12mg 処方だったが当 薬局には6mgのみの在庫のため6mg 2錠での入力にするべくところを誤っ て6mg 1錠で入力。ピッキングは新人 だったため、処方箋ではなく入力後の 調剤録を見て調剤し入力ミスに気づか ずそのままミスゼロ子で監査。混み 合っていた時間帯で、薬剤師もミスゼ ロ子監査済みだったため入力ミスに気 づかず投薬。その後すぐに入力ミスに 気づき、患者宅へ伺い処方薬や薬袋、 薬情を訂正した。	監査システムで監査済みだったため、 合っていると思い間違いに気づかなか った。調剤者は新人で棚の場所を確認す るため調剤録を見て調剤をしていた。忙し い時間で入力にミスが出てしまった	調剤は必ず処方箋を見て行う。監査システムを使 用している、忙しいからなどの理由があっても必 ず投薬前にしっかりと監査をする。	ベタヒスチンメシル酸 塩錠12mg「CE O」	ベタヒスチンメシル酸 塩錠6mg「TCK」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1827	普段はベタヒスチン12mg錠「JD」が使 用されているが、この方だけ6mg錠 「JD」がでていた。調剤者・鑑査者 ともに普段使用されている12mgと思い込 み、処方箋をしっかりと確認せず、見逃 してしまっていた。	調剤者・鑑査者とも、処方箋をしっかりと 読まず、流していた。	調剤者のダブルチェック(調剤終了後の再チェッ ク)の徹底。丁寧な鑑査の実施。患者情報(掲 示板)に「ベタヒスチン6mg服用中、規格注意! 」を記載し、注意喚起する。	ベタヒスチンメシル酸 塩錠6mg「JD」	ベタヒスチンメシル酸 塩錠12mg「JD」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1828	ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏が一般名で処方されたが、常日頃ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏をよく使われるドクターの処方に慣れがあり思い込みで調剤を進めてしまった。監査者がいつもと異なる処方であることに気づき事なきを得た。	外用薬ステロイドの一般名がとても似ているとても忙しい時間帯だった	よく見ると名前は異なる。パーセンテージも異なる。慌てず思い込みで調剤しないようにごく当たり前ですが処方箋をしっかりと確認するように再度スタッフに周知しました。	ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏0.064%「YD」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1829	一般名ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏0.064%が処方されていたが、間違えてベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」を処方した。	あまり皮膚科の一般名処方に来ないので慣れておらず2人で一緒に確認したが間違ってしまった。	間違えそうな薬品名の時には何回でも確認をして調剤をする。	ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏0.064%「YD」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1830	「ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏」が処方されていたのに対し、「ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏」で調剤し交付。翌日、他の患者で調剤した際「ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏」の在庫がずれていたため調査し発覚。当該患者に連絡し、自宅に向き、取り換えた。	普段は「ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏」の処方が多く、調剤で手にもすることも多い。今回の処方は正しく入力されていたにも関わらず、一般名類似により思い込みで調剤。鑑査の時も入力内容と医薬品の相違に気が付かずそのまま交付してしまった。当該患者は継続処方だったこともあり、翌日の発覚時には交付した医薬品は未使用のままで取り換えさせてもらった。	薬袋には医薬品の写真が載るので、必ず写真とも照らし合わせて鑑査し確認すること。ベタメタゾンで始まる一般名も多いことから、必ず%まで確認して入力・調剤・鑑査をするよう徹底。	ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏0.064%「テイコク」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1831	ベタメタゾンリン酸エステルNa・PF眼耳鼻科用液0.1%処方のところ、間違えてヒアロン酸ナトリウムPF点眼液0.1%を投薬してしまいました。患者様帰宅後、使用中のパッケージとの色違いに気付かれて電話下り、間違えが発覚致しました。間違えをお伝えして謝罪し、すぐに正しい物をお送りして取り換えて頂きました。使用するべきステロイド治療効果が得られなくなってしまうところ、ご本人のお申し出で防ぐ事が出来ました。	慣れによる監査徹底不足により、間違えが発見出来なかったと考えます。	薬局内勉強会において、慣れによる怠惰な監査に成らない為、監査の徹底を全員で再確認致します。薬剤師としての責任の重さを、改めて認識する必要が有りました。	ベタメタゾンリン酸エステルNa・PF眼耳鼻科用液0.1%	ヒアロン酸ナトリウムPF点眼液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1832	処方箋にはベタメタゾン吉草酸エステルローション0.12%「イワキ」が記載してあったが、ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルローション0.05%「MYK」が調剤されていた。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルローション0.05%「MYK」の処方量が圧倒的に多いため、処方箋の確認不足により間違えて調剤を行った。	それぞれの医薬品を入れているカセットに、注意喚起のラベルを作成した。	ベタメタゾン吉草酸エステルローション0.12%「イワキ」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルローション0.05%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1833	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏の処方方がでていた。レセコンに間違えベタメタゾン酪酸エステル軟膏を入力しピッキングもその通りにし監査でも見落とした。患者様のご家族が今日は薬が変わっていると言われたので投薬の直前に気が付いた。	全員が前回がベタメタゾン酪酸エステル軟膏だったため同じだろうと思っただ。	同じ薬が出るのだろうという決めつけは持たずに注意する。	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%「イワキ」	ベタメタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1834	ベタメタゾンとデキササルチンを間違えて取ってしまった	名前が似ている点と棚位置が近かった	なるべく近くに置かないように配置換えした	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%「イワキ」	デキサメタゾン口腔用軟膏0.1%「NK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1835	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏が処方されていたが、前回処方されていたサレックス軟膏(ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸軟膏)を調剤した。	一般名処方だったので入力した事務員が間違い、薬剤師も見逃してしまった。	処方箋の記載と入力された薬剤の違いの確認を確実にする。	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%「イワキ」	サレックス軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1836	施設の往診後、急ぎで持っていく外用の調剤、鑑査をする際、処方箋に医師の手書きで「ベタメタゾン吉草酸3本」と書かれていた処方に対し、g数、軟膏orクリームに記載がなかったため医師にFAXで疑義照会を行った。上記の疑義は解消されたものの、「ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏」を持っていくべきところ、「ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏」を誤って調剤、鑑査し、施設に持って行ってしまった。翌日、他の薬剤師が急ぎ以外の鑑査をする際に、鑑査システムを通したところ誤りに気が付いた。	別の疑義照会に気を取られ、肝心の薬剤を取り違えてしまった。通常なら鑑査システムを通すが、急ぎの処方だったため照合が後回しになってしまった。薬袋に入れる際に薬名を確認しなかった。	急ぎの処方であっても、その部分だけ先に入力を行い、照合後に交付するようにする。薬袋に入れる際に薬名を必ず確認する。外用薬の一般名は、塩の名前まで必ず確認を行う。	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%「トーフ」	ベタメタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1837	ベタメタゾンクリームを調剤すべきところ、軟膏で調剤してしまった。	当薬局ではベタメタゾン軟膏での処方ほとんどである為、最後まで読まずに調剤してしまった。	薬剤名だけで判断せず、最後までしっかり確認する。指差し、発声をしっかり行う。自店にある在庫は把握する。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルクリーム0.05%「MYK」	ベタメタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1838	一般名でベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル外用液0.05%との処方だったが、ベタメタゾンジプロピオン酸エステル0.064%（デルモゾールDPローション）で調剤。ベタメタゾンが一致していたため、最後まで確認せずに間違えて調剤するが、その後監査で間違えに気づき、患者には正しい薬で交付することが出来た。	普段、あまり調剤する薬ではなく、ぱっと目についた類似薬で調剤してしまったと思われる。	最後まで名称確認をして、%も一致している確認する。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルローション0.05%「JG」	デルモゾールDPローション0.064%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1839	アンテベートローションを後発品に変更する際、ピッキングする薬剤師が薬剤名の後半「プロピオンエステルローション「MYK」」が全く一緒のメサデルムローションのジェネリックをピッキングしてしまった。「デキサメザゾン」と「ベタメタゾン酪酸エステル」の前半部分は違うが、後半が一緒の名称に引っかかってしまった。	ステロイド外用薬の名称は非常に長く、先発からの変更、一般名処方での強さのイメージ等、毎回確認しないとかなり危ない。監査者がしっかりと対応する。	商品名と一般名の下敷きを作り、ステロイド外用薬の強さ別に図表化した。監査時に使用。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルローション0.05%「MYK」	デキサメタゾンプロピオン酸エステルローション0.1%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1840	ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル外用液0.05%の一般名処方を入力の方からメサデルムローションで調剤指示あり。監査時に間違いが発見された。	外用薬の類似一般名による入力ミス。	一字一句必ず確認する。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルローション0.05%「MYK」	メサデルムローション0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1841	【般】ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏+【般】ヘパリン類似物質軟膏0.3%の混合薬の処方箋受け取り。ベタメタゾン吉草酸エステル+ヘパリン類似物質油性クリームを混合を処方してしまった。在庫確認時に合わず確認。患者入力、薬品画像データ確認したところ、混合容器の蓋に記載されていた薬品名が違い、アクシデント判明。患者に謝罪し、使用していないため健康被害はなし。	一般名似ている。ベタメタゾンまで同じ。そのあとの酪酸、吉草酸の見落とし。当薬局ではベタメタゾン吉草酸エステル+ヘパリン類似物質油性クリームの混合薬が多く処方されるため、勝手な思い込み。	「ベタメタゾン」「酪酸」「プロピオン酸エステル」と区切って監査。混合薬でもバーコードリーダーで監査できるように、軟膏ジャーごと監査箱入れる。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%「JG」	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1842	一般名ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%で処方が出ていたが、一般名ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏0.64%で誤りレセコン入力し、誤った薬で調製を行い薬剤交付。後日、薬剤在庫確認及びレセプト内容の再確認の際、誤交付を確認。患者様に連絡して、誤交付薬を回収し、正しい薬を交付。薬は未使用のため健康被害はありませんでした。	レセコン入力を誤って行い、また誤った入力内容を目視して薬を調製。処方箋内容の確認を怠ったことが要因。	SNSなどを利用して調剤従事者全員に周知。処方箋による確認を再度確認。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」	リンデロン-DP軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1843	ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステルクリームのところクロベタゾールプロピオン酸エステルクリームを調剤	薬剤名の確認もれ	調剤録と薬情の写真を確実に監査する	ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステルクリーム	クロベタゾールプロピオン酸エステルクリーム0.05%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1844	処方薬、ベニジピン塩酸塩錠40をベラパミル塩酸塩錠40で誤調剤してしまっていた。交付後、患者様が間違いに気づき薬局に電話。服用はしていなかった。患者様宅を訪問して交換・謝罪で対応した。	薬袋が不要、処方された複数の薬剤をまとめてチャック袋に入れて渡すことを希望されている患者様で薬剤師が調剤時に薬袋と見比べながら鑑査できない事が原因として考えられる。	薬袋が無くても、もちろん処方せんや薬歴などを注意して鑑査していたら防げる事案だった。薬袋が不要と言う方も鑑査用に薬袋を出すようにやり方を変えた。用法などの入力もそちらの方が間違いを見つけやすいので。	ベニジピン塩酸塩錠4mg「トーワ」	ベラパミル塩酸塩錠40mg「タイヨー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1845	ベネット錠17.5mgが処方されているのに、75mg錠をピッキングした。	17.5と75の数字の見間違い。	今回の事例をスタッフ全員で周知する。	ベネット錠17.5mg	ベネット錠75mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1846	ベネット錠75と15の取り間違い。検薬時に気づく。	土曜日の閉局間際であり、焦りと集中力を欠いてしまった。	ベネット75の75表示に赤マークで規格違いを目立つようにした。	ベネット錠75mg	ベネット錠17.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1847	ヘパリン類似クリームを投与すべきところヘパリン類似油性クリームを選択監査で発見	非常に名称が似ており、以前から注意はしていましたが。夜間診療中でやや疲労気味の状態でした。	ケースに大きく油性と書いた用紙を貼付し目立たせるようにしました。また処方箋のコピーに油性の場合大きく印 ○をつけて、識別するように。	ヘパリン類似物質クリーム0.3%「ラクール」	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1848	ヘパリンローションのところヘパリンクリームを調剤	名称確認ミス	確認を名称の最後まで確実に読む	ヘパリン類似物質ローション0.3%「ニプロ」	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1849	ヘパリン類似物質外用スプレーが処方されていたがヘパリン類似物質外用泡状スプレーを投薬	いつもはヘパリン類似物質外用泡状スプレーをお使いだが夏場なのでヘパリン類似物質外用スプレーに変更されていたことに気が付かず、いつもの薬だと思い込んでいた	剤形違いの薬剤は注意して調剤、鑑査する泡状スプレーとスプレーを患者様が使い分けていらっしゃる事を考慮する	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日本臓器」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1850	スプレーの処方だったが、薬局の在庫が泡状スプレーしかなく、思い込んで調剤した。患者様帰宅後 該当薬剤師が発見し、患者様に電話 交換することになる。	自分の薬局にある剤形が 処方されると思い込んだ。	処方箋の剤型まで 正しく読み込む。	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日本臓器」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1851	処方せん記載は「ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%」であったが、事務員が誤って「外用スプレー」と処方入力。薬剤師がそのまま同じ棚に整列保管しているヘパリン類似物質外用スプレー0.3%を調剤してしまった。監査にて発覚。患者様には正しい「泡状スプレー」を処方箋通り投薬。事なきを得た。	処方せん監査を確実にを行う。投薬前の監査を確実にしっかり行う。	薬剤師、事務員の危機管理の共有。整列保管をやめ、棚違いに保管することにした。	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「PP」	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「PP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1852	普段あまり処方されないので、定期的に乾燥してきて同成分の処方が増えてきていた。商品名で処方はきており、準備されたものが剤形違いのものであった。処方箋の確認を怠ったのか、勘違いしたのかそのまま薬袋に入れようとしていた。そばで見えていた別の薬剤師が剤型が違う事に気づき患者に渡す前に交換出来た。	早く出さねばという焦り、あまり処方されないので出ないだろうという思い込み。準備物を正しいものと思ってしまう心理。	最終的に処方箋を確認する。最後まで読むようにして流し読みしない。剤型が似ているものは特に注意して出すように意識しておくように薬局内で話あった。	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日医工」	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1853	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%100gの処方。誤ってヘパリン類似物質外用スプレー100gを調剤し患者母親と投薬した際に発覚。泡状のご希望しており、今回調剤したものは剤型が異なり、処方箋をよく鑑査したら調剤ミスであることがわかった。処方箋の内容は合っているが、調剤の誤り。該当の医薬品を再度調剤し患者に交付。	一般名でも商品名でも間違えやすい医薬品名。	処方鑑査を行うことは第一に、投薬時に剤型を確認する。	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日医工」	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1854	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%の処方のところ、ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%で調剤。監査者も泡状スプレーの存在を知らなかったようで監査通してしまった。受付入力も前回Doだったヘパリン類似物質外用スプレー0.3%で入力してしまい、監査レンジも通ってしまった。投薬時に患者から「今回は泡状の薬に変更になった」と話があったため間違いに気づいた。	ヘパリン類似物質外用スプレーとヘパリン類似物質外用泡状スプレーの薬品名になっていた監査時の薬品名確認をおろそかになっていた	薬品名をしっかりと確認して調剤する。ヘパリン類似物質はたくさんの剤形があるので特に調剤するときは注意する。	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日本臓器」	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1855	ヘパリン類似物質油性クリームを処方しなくてはいけないのにヒルドイドクリームを処方した。	薬剤師のかんちがいでのヘパリン類似物質油性クリームとヒルドイドクリームが同じ成分と勘違いしてしまい、薬品を混合してしまった。	レセコン入力時における監査の徹底と入力されているものとあっているかどうかのてっぺい。薬剤師の知識向上	ヘパリン類似物質油性クリーム	ヒルドイドクリーム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1856	ヘパリン類似物質外用液0.3%25gをヘパリン類似物質クリーム「ニプロ」25g	一般名処方の中でも見間違いの多い薬品を見落とした。混んでいる時間帯で、受診自体も代理の家族で受け取り時も確認できていない初来局の方、お薬手帳も無かった。ご本人は他県居住。薬はそのご家族が郵送という複雑な状態だった。	一般名処方でも名前が似ていたが、規格、剤型違いが存在することを意識しておく、	ヘパリン類似物質油性クリーム「ニプロ」	ヒルドイドローション0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1857	ヘパリン類似油性クリーム処方、ヒルドイドクリームを入力し調剤してしました。	ヘパリン類似物質油性クリームという一般名は存在しない。	一般名をきちんと確認して調剤する。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニプロ」	ヒルドイドクリーム0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1858	ヘパリン類似物質ローションの一般名処方、ヘパリン類似油性クリームを調剤した。	一般名が類似しており確認不足であった。	監査時に薬剤名、規格、屋号の3点を必ず確認する。JANコードによる薬剤ピッキングシステムの使用を継続する。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ピーソフテンローション		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1859	いつも来局される患者さんでヒルドイドソフト軟膏0.3%250gが処方されていたが、いつもジェネリック薬品のヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」を調剤していた。今回思い込みでヒルドイドローション0.3%を調剤してしました。患者さんが帰宅後に薬局に電話があり調剤過誤が発覚。謝罪して自宅まで正しいヘパリン類似物質油性クリームを届けた。	処方箋の確認不足と思い込みで薬をお渡ししてしました。急いでいたためバーコードの監査システムを使用せずに調剤してしました。	処方箋を指差し確認で確認し、バーコードによる監査システムを活用して誤投薬を防ぐ。投薬時10本入りの箱でも、箱を空けて患者さんと一緒に中身を確認する。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ヒルドイドローション0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1860	12/15ベプリコール錠50mgが3錠3×毎食後40日分で処方あり。事務員が入力、調剤を行う。その後薬剤師が監査をし投薬をした。この時にベプリコール錠50mgを20錠5mg、ベプリコール錠100mgを100錠(袋に入った状態)で調剤をしており、 監査システムもベプリコール錠50mgで監査をしている為間違いに気づけなかった。12/16ハイリスクの数量を数えていたら、ベプリコール錠50mgが100錠多いことが発覚。監査システムの写真を見るとベプリコール錠100mgを100錠袋に入った状態で渡していた。すぐに患者様に連絡をし、経緯を説明。ご自宅にいらっしやだったので回収し正しいお薬をお渡しした。患者様はベプリコール錠100mgを服用しておらず、健康被害もなかった。	袋に入っている状態の薬剤の監査を怠った。ベプリコール錠50mgとベプリコール錠100mgの箱がとても類似しているにもかかわらず、近くに置いていたため取り違いが発生したと考えられる。	ベプリコール錠50mgを上棚へ。ベプリコール錠100mgを下引き出しに入れ取り違いの内容工夫。また、他規格注意の印をつけた。	ベプリコール錠50mg	ベプリコール錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1861	ペボタスチン普通錠希望のところを誤ってOD錠でお渡し。患者様の指摘で発覚。	普段処方が多いのがOD錠なので思い込み。	処方箋に注意喚起を促した。	ペボタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1862	一般名処方でペボタスチンが処方されており、患者様にはOD錠を準備するところ、見た目が似ているペボタスチン錠を準備してしまった	患者様の処方歴と薬品名を照らし合わせてしっかりと確認すること。薬剤師が1人しかいない場合は、患者様の目の前で一緒に確認しながら投薬すること。	今回のように薬剤師間でダブルチェックを行っていたので気付けた事例なので、今後も引き続き行っていきたい。個人の判断ミス・慣れを改めて直していかなければいけない。	ペボタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1863	ペボタスチンOD10mgの入力がタリオンOD10mgで間違っで入力されていた。投薬時にも薬のPTP包装の画像の確認を行っていたが、類似していた為、入力間違えに気付かなかった。	前回と同じ処方だが、DO処方で入力しなかったため、誤った薬を選択してしまった。	薬の写真のみではなく、必ず薬品名も確認する。	ペボタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」	タリオンOD錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1864	ペボタスチンOD錠(10)で処方されていたが、ペボタスチン錠(10)で調剤していた。錠剤鑑査レンジで間違いに気が付く。	処方箋の見間違い。	調剤時は慌てず処方せんを見るようにする。	ペボタスチンベシル酸塩OD錠5mg「タナベ」	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1865	調剤中に、ペボタスチンの棚にロラタジンが入っていることを調剤者が発見。PTPの色が類似していたため、返却時もしくは納品時に誤って入れた可能性あり。	返却時もしくは納品時に誤って入れた可能性あり。	今後は複数人でのチェックを徹底する。	ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「日医工」 ロラタジンOD錠10mg「トーワ」	ロラタジンOD錠10mg「トーワ」 ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1866	「般」ヒドロコルチゾン・フランジマイシン等配合軟膏で処方。入力時に「般」ヒドロコルチゾン酪酸エステル・フラジオマイシン配合剤軟膏から強力レスタミンコーワクリームで入力。鑑査時に一般名入力が違うことが発覚。調剤したのも強力レスタミンコーワクリームだった。	一般名が類似している名称、かつ名称が長いので似ているものを入力の際で選んでしまった。ピッキングの際に一般名から対象薬を検索したが、その際にも誤って違う一般名から検索してしまった。	名称が長いものは初めから最後まで一字一句確認すること。類似している一般名の薬をリスト化して誤りの防止を心がける。患者様が普段から使用してる薬の場合は投薬時に見た目と医薬品名を確認する。	ヘモレックス軟膏	強力レスタミンコーワ軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1867	発熱があり感染をコロナ疑いクリニックでは駐車場で診察を行ったとの連絡があり、クリニックより処方箋のFAXが送られてきました。連絡があった患者様には薬局の駐車場でお待ちいただき薬剤師が車へ薬を届け服薬指導をしていました。FAXが届いた時にはすでに患者様が駐車場に到着されていたため急いで調剤しなければと焦りがあったかもしれません。ペリアクチン錠処方のところピオフェルミンR錠で調剤し交付してしまいました。後日患者様本人が薬が違うと来局され間違いに気づきました。	あいいうお順で薬を棚に配置しており、ペリアクチンとピオフェルミンRの場所がちかくでした。ヒートの外観も似ている感じでした。駐車場で車の窓越しにお薬を渡したため、通常ならお薬と薬情を照らして間違いがないことを患者様と確認しながら薬袋に入れていましたがそれを怠ってしまいました。	薬の棚の配置を変えました。きちんとヒートの薬名を確認して薬袋に入れるようにします。	ペリアクチン錠4mg	ピオフェルミンR錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1868	ベルソムラ錠10mgで渡すこと15mgで渡した事例。	ベルソムラ錠15mgの処方が多く、思い込みで調剤した。店も混雑していて焦りもあった。処方内容はD o 処方あった。監査手順で規格に印をつけることになっていたができていなかった。	ベルソムラ錠の他規格についてスタッフに周知と教育した。。監査手順を守る。薬歴に規格注意の印付ける。監査システムを導入した。	ベルソムラ錠10mg	ベルソムラ錠15mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1869	精神科通院の女性患者にベルソムラ15mgが処方されたが、投薬したのはベルソムラ20mgであった。調剤時も監査時も用量違いに気づかず、投薬の際も気づくことはなかった。患者さまから帰宅後に、いつもの薬とヒートの色が違うと電話あり。ベルソムラ20mgは飲まないようにお伝えし即日、正しいベルソムラ15mg錠を送付した。翌月来局時、当該患者よりベルソムラ20mgを返却いただいた。健康被害は無く、薬特有の不具合も認められず、現在、お元気にお過ごし。	当時、多忙であったため、調剤、監査、投薬すべての一連の流れにおいて、一人の薬剤師が担当した。緊張感と正確性にも欠けていた。慣れは禁物	調剤、監査、投薬は複数の薬剤師がかかわり相互にチェックする体制を作る。	ベルソムラ錠15mg	ベルソムラ錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1870	ベルソムラ錠15mgをお渡しするところをベルソムラ錠20mgを渡してしまう。	局内共有。注意喚起	局内共有。注意喚起	ベルソムラ錠15mg	ベルソムラ錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1871	ベルソムラ錠の在庫が合わなかったため 監査カメラを確認したところ、20mg錠が 処方されていた方に15mg錠をお渡しして いた事が発覚。すぐに患者様と連絡をとり、 15mg錠を服用していたことを確認。20mg錠 を服用しているときは時々頭痛があったが、 15mg錠になってからは頭痛を起こすことも なく、睡眠もとれていたとのこと。次回の 受診が近かったため、診察時に主治医と相 談して服用量を決めたいとの事。担当の薬 剤師が主治医と面談させていただき、直接 報告した。	込み合う時間帯であり、同じ薬が規格順に 続いて並んでいたため慌てて取り間違えたと 思われる。また、監査者も複雑になり規格 違いを見落としてしまった。	規格順に並んでいた棚を間に別の薬を入れて 続がない様にし、調剤時に注意をするよう にした。また、別の規格がある薬は特に注 意して確認するようにする。	ベルソムラ錠 20mg	ベルソムラ錠 15mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに 起因すると考えられた事例
1872	ヘルベッサ-Rカプセル 100mg 28Capをヘル ベッサ錠 30mg 28錠でPTP調剤した	複数規格があるのが分かり難かった	薬品棚に複数規格が存在する旨を表示した	ヘルベッサ-Rカプセル 100mg	ヘルベッサ錠 30		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに 起因すると考えられた事例
1873	ベンズプロマロンの規格が50mgから25mg に変更されていた	2年間50mgの処方だったので確認せず同 処方で入力してしまった。	一つずつ確認しなければならない	ベンズプロマロン錠 25mg 「NM」	ベンズプロマロン錠 50mg 杏林		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに 起因すると考えられた事例
1874	薬局店舗には、「メサラジン腸溶錠400mg」と 「メサラジン徐放錠 メサラジン錠500mg」 を在庫しており、未開封未使用であった。 処方箋は一般名処方方でメサラジン錠500mg とあり、徐放錠と記載されていない「メサ ラジン腸溶錠400mg」の方を誤って投薬。	新規開業された医院の処方に対応できる よう、新たに在庫した規格違いの医薬品 であった。徐放錠という薬品の箱の記載に 気をとられ、mg数の確認が不十分であ った。	薬品棚の薬剤名のmg数を目立つよう に表示。	ベンタサ錠 500mg	メサラジン腸溶錠 400mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに 起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1875	9/9にペンタサ顆粒94% (1000mg/包) を3包/日のところを入力間違いによりペンタサ顆粒94% (2000mg/包) を3包/日で監査も通ってしまい投薬した。9/23に来局時、同じ処方にて同じ入力で監査まで回ってきたが、今回は監査で発覚。在庫などを確認したところ過誤であることを確認した。患者様には経緯を説明し、体調に問題はないことを確認したうえで謝罪し、今回から正しいもので調剤しお渡しした。	処方箋にはペンタサ顆粒94% (1000mg/包) : 3包/日と記載。しかしレセコンではペンタサ顆粒94% (2.12g) : 6.36gと表記。その際、2000mg/包しか登録がなかったため入力者がそのまま気づかず入力。調剤者、監査者、投薬者もその表記の仕方に力価間違いに気づかず患者様にお渡ししてしまった。入力者、監査者がきっちり力価計算をしていれば間違いに気づいたはず。しかし処方箋の記載が薬価単位のgではなく包であったため、薬局のレセコンは薬価単位基準の為その相違により間違いが起こってしまった。	1日料の表記が異なる場合は成分量の計算をもって薬剤を選ぶようにすること。監査者にも十分そのような事例があることを意識していく。	ペンタサ顆粒94%	ペンタサ顆粒94%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1876	ペンタサ顆粒94%には2.12gの包装と1.06gの包装があり取り間違えてしまった	薬剤師が初めて投薬する薬であったこと、鑑査不足	多数の包装がある場合、どちらもわかりやすい場所に置く鑑査の徹底	ペンタサ顆粒94%	ペンタサ顆粒94%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1877	ペンタサ顆粒が過去より処方されており、定期受診で処方箋持参で応需し調剤者は以前の内容と思込み調剤の準備に入るが、別の薬剤師が本人様との会話でお薬が増えているようだとのこと聞き、ペンタサ顆粒の規格の増量を把握。もともと1000mg含有のものを服用されていたが、今回から2000mg含有品への処方を再確認した。	弊薬局ではペンタサ顆粒は1000mg含有品しか置いておらず、調剤者が他規格あることを把握していなかった人的要因。また販売名の薬品名も「ペンタサ顆粒」だけであり、規格量が付与されておらず、誤判別した点は医薬品包装表示の要因もあるかもしれない。	レセコン伝言欄に規格変更の経時的なコメントを書き、入力者や調剤者、投薬者が今後判別できるように注意喚起を共有した。患者様へも他規格あることを資材を用いて説明し、情報共有を図った。	ペンタサ顆粒94%	ペンタサ顆粒94%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1878	高容量ビタミンB1抗がん療法を自由診療で行っている大腸がん患者へベンフォチアミンを投薬するところ、間違えて同じビタミン誘導体であるフルスルチアミンを投与してしまった。患者が帰宅後薬局へ電話があり、今までのものと違うと連絡あり、間違いに気が付いた。すぐ患者の家を訪問し、差し替えた。患者は飲んではいなかった。	医師の処方ではないので処方箋が無く(但し医師は承知しているとのこと)、口頭でのオーダーだった。非要処方箋薬で大量なので箱で出していたのだが、ベンフォチアミンとフルスルチアミンは同じ東和薬品製で非常に紛らわしい似た箱のデザインだった。しかも五十音順で保管していたため隣同士だった。	処方箋が無いときは、オーダー票を作り、活字を視覚で確認する。	ベンフォチアミン錠25mg「トーワ」	フルスルチアミン錠25mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1879	ホクナリンテープ1mgを渡さないといけなところを誤って前回と同じホクナリンテープ0.5mgを渡してしまった。	前回が誕生日1日前に受診されホクナリンテープ0.5mgが処方されていた。症状が良くなっていないので数日後に受診され同じ内容の薬が処方されていたが今回は3才になっているので1mgに変更になっていた。処方覚えていたため、規格が変わっているのを見落とした。	年齢による用法用量のチェックを怠らないように再度確認を徹底する。	ホクナリンテープ1mg	ホクナリンテープ0.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1880	ホクナリンテープ1mgを0.5mgを間違ってお渡し、患者さんからの電話でお詫びし交換。	少し繁忙のため	鑑査や投薬時に注意して確認しお渡しする。	ホクナリンテープ1mg	ホクナリンテープ1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1881	患者様より、いつも使用しているデザインの薬ではないものが処方されている。薬袋に記載されている薬名・写真と違う薬が手元にあると連絡あり。	同処方内に疑義照会があり、また、薬局内が忙しかったため、先発医薬品・後発医薬品を確認せず、先発医薬品希望の方に後発医薬品を処方してしまった。	先発医薬品・後発医薬品希望を薬歴を確認してから調剤を行う。薬袋と処方薬の確認。投薬時に患者様との処方薬の確認。	ホクナリンテープ1mg	ソロブテロールテープ1mg「久光」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1882	薬剤師Aが調剤、Bが監査し準備、Cが投薬。患者退店後、Cが説明した医薬品に違和感を感じ患者へ連絡し発覚。	先発希望の患者へジェネリックを交付。調剤者はまだ不慣れであり、監査者はその点を十分に考慮できていなかった。交付者は調剤者・監査者を信用せず、薬を確認してから交付すべきだった。	監査手順の徹底・指導。	ホクナリンテープ2mg	ソロブテロールテープ2mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1883	ボグリボースOD錠0.2mgのところボグリボース錠OD0.3mgを一包化して調剤してしまう。翌日取りに来られてお渡ししたが、その日他の患者様にOD錠0.2mgが処方された際、在庫上不足の不足であるOD錠0.2mgが不足していたため不審に思い在庫を調べた。OD錠0.3mgが同じ数不足していたため調べたところ間違いが発覚。すぐに連絡して回収し、調剤し直してお渡しする。幸いにもまだ服用されていなかった。	就業時間ギリギリに届いたFAXにて調剤を行う。長期処方の上、毎食後と食直前、散剤をそれぞれ別々に一包化して一包ずつちぎり、3包を重ねてホッチキス止めをするという作業が多い処方であった。人手も少なく残業の時間帯での煩雑な作業のため集中仕切れていなかったと思われる。	ボグリボースの様に色も形も同じであり、大きさが少し異なるだけの薬剤や普通錠、OD錠、規格違いなどが混在している薬剤は特に注意して調剤、監査を行う。一包化でばらした空のヒート包装と処方箋は指を指して確認するようにする。	ボグリボースOD錠0.2mg「サワイ」	ボグリボースOD錠0.3mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1884	調剤者がホスレノールOD錠で調剤するところをホスレノールチュアブルで調剤し、監査者も見抜けず、交付してしまった。患者様より間違いの電話があり、そこで発覚。	思い込みで調剤して鑑査した可能性あり。調剤監査システムを通していなかったことも原因。	調剤後の自己監査。必ず調剤監査システムに通すこと。	ホスレノールOD錠250mg	ホスレノールチュアブル錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1885	ホスレノールOD250mg3T分3毎食後28日で処方されているところ、ホスレノールOD500mgをお渡ししてしまった。別の患者が来局時、ホスレノールOD250mgの在庫があっていないことが判明し、確認したところ、事例が発覚。患者は14日間、ホスレノールOD500mgを服用していた為、過量投与となった。処方医にも連絡、謝罪を行い、患者宅にも伺い、薬の交換を行った。	調剤、監査どちらの薬剤師も確認が不十分であった。調剤、監査した薬剤師どちらも、勤務歴が浅かった。	処方箋の薬品名、規格、数量を調剤時に必ずダブルチェックを行う。	ホスレノールOD錠250mg	ホスレノールOD錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1886	ホスレノール500mg 3T毎食後で交付すべきところ250mg 1-1-2 毎食後で渡してしまった。以前の処方箋が250mgのため予製をさしかえておらずそのまま処方箋の確認不足で渡してしまった。薬袋も前回の処方のままであり、思い込んでしまった。	思い込み	手順の見直し予製の変更の二人体制での確認処方箋をよくみること	ホスレノールOD錠500mg	ホスレノールOD錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1887	ホスレノールが前回から顆粒分包に変更され250mgが処方されていた。今回500mgに増量されていたが入力前回DOでされてしまった。お渡ししたあとだった為、ご連絡を入れ入力訂正したおくり手帳シール、薬情、薬袋をお届けして謝罪。	入力者が規格違いの存在を知らず、前回変わったものと名称が確認できたところで安心してしまった。	入力時も監査時も処方箋と照らし合わせて規格・用法・用量をチェックする。	ホスレノール顆粒分包500mg	ホスレノール顆粒分包250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1888	8月になり、「4月に処方された分のポトレンドの包装の記載がクエン酸第一鉄となっている。1回分使用したが、包装変更になりましたか?」と患者本人よりTELあり。連絡を受け自宅に伺って現物を確認したところ、ポトレンド配合錠をお渡しするところを誤ってクエン酸第一鉄が渡っていることが判明。体調を伺うと、特に体調変化はないが、便が黒くなったのでびっくりしたとのこと。その場で処方分のポトレンド配合錠をお渡しし、クエン酸第一鉄を回収。回収したクエン酸第一鉄の残数から、実際は3回分服用したと考えられた。	3月より病院の処方記載が変更となり、すべての薬剤が製品名処方から一般名処方と変わったのちの初回の受付であった。ポトレンド配合錠の一般名は「クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠」であり、ピッキング時に一般名を見誤り「クエン酸第一鉄錠50mg」をピッキングしたものを、鑑査者が気づかずそのまま調剤・投薬したものと考えられる。	類似名称薬については注意喚起(声掛け周知・注意札の添付など)を行い、取り換え・鑑査時の見逃しのないようにする。入力正しいもので行われていたため、薬袋・薬情などの印刷物と現物を必ず見比べて確認する。	ポトレンド配合錠	クエン酸第一鉄Na錠 50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1889	ボナロン35mgを出すところ、ボナロンゼリー35mgを渡してしまっていた。	後発品が多い店舗で、先発品希望の患者様だった。それに気を取られボナロン35mgを出すところ、ボナロンゼリー35mgを渡してしまっていた。	処方せんのコピーにチェックを入れて鑑査をしていたが、規格の所にしかチェックを入れていなかった。剤形にもチェックを入れてよく確認する。	ボナロン錠35mg	ボナロン経口ゼリー35mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1890	ピロリ菌一次除菌でポノサップバック800が処方されていたにもかかわらず、ポノピオンバックを渡してしまい、投薬後に間違いに気づき、患者様に再度薬局にもどってもらい交換した。	経験年数の浅い調剤助手が薬の場所が分からずにいたので、薬剤棚のポノサップバックを取るように指示したつもりが、近くに置いていたポノピオンバックを選んでしまっており、ポノサップを取ったものと思い込んでしまったことにより鑑査も緩慢になった。	鑑査の徹底	ポノサップバック800	ポノピオンバック		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1891	数日前に処方箋なしで来局。今度受診するから薬の在庫を取り揃えてほしいと携帯で撮影した写真を見せる。ボラザG軟膏の在庫がなかったため取り寄せし、後日調剤。72g(2.4g×30個)必要のところ2g/個と勘違いして86.4g(2.4g×36個)ビックし鑑査時に外装に記載された包装単位を見て2.4g包装だと判明。	強力ポステリザン軟膏やネリプロクト軟膏の在庫がありそれと同じ2g包装だと勘違いしていた。	入力時に包装単位が見えるようにしました	ボラザG軟膏	ボラザG軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1892	ボラザG軟膏144g(60本)のところで、強力ポステリザン軟膏60本でお渡しした。患者本人が使用しようとしたところ、薬品名の違いに気づき、来局。使用前に気付いたため、健康被害はないが、使用タイミングが遅れてしまった。	ボラザG軟膏60本の数に意識が偏り、強力ポステリザン軟膏50本1箱+10本で調剤した。監査でも見逃し、交付の際も確認しながらお渡ししたが、気づくことができなかった。	思い込み調剤を改め、確認を徹底をする。	ボラザG軟膏	強力ポステリザン(軟膏)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1893	一般名処方:d-クロルフェニラミンマレイン酸塩シロップ0.04%処方あり。採用に、クロルフェニラミンシロップ0.05%と類似しているため間違えて調剤。薬剤情報と照らし合わせた特に、違う医薬品と判明。ボララミンシロップを調剤し直し交付。	一般名処方薬品名が酷似しているため、ジェネリックだと思い込み調剤。	ボララミンシロップ、クロルフェニラミンの一般名が酷似しているため、「規格注意」のラベルを貼る。一般名処方の場合、処方せんにも実際調剤する薬品名を鉛筆で記載。複数回確認する。	ボララミンシロップ0.04%	クロルフェニラミンマレイン酸塩シロップ0.05%「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1894	普段あまり処方箋の来ない医院の処方箋であった。混合剤の1成分にボララミンDSがあった。門前の小児科のDRはボララミン散で処方のため散剤の剤型がそれだけだと思っていたので、用量が多いと思いながらも散で調剤した。	散のボトルにDSもあること記載した	学生実習でも指導しているように、薬局内に他の剤型や用量が存在することを明確に掲示する	ボララミンドライシロップ0.2%	ボララミン散1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1895	ボララミンが一般名処方されており、途中まで同じ一般名のセレスタミンを調剤した。	同じアレルギー剤を含んだ薬であったことで、思い込み確認の不足を招いた。	名前と薬の確認をしっかりとこないながら調剤する。	ボララミン錠2mg	セレスタミン錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1896	<p>9/18に一般名処方でd-クロルフェニラミンマレイン酸塩錠2mg 3錠 毎食後の処方で一包化指示のある処方であった。一包化する前に別の薬剤師が薬をピッキングし、それを別の薬剤師が一包化を行った。この段階で誤ってd-クロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠6mgがピッキングされていたが、気が付かず一包化が行われ、監査者も気が付かなかった。患者が入居している特別養護老人ホームの看護師に薬が渡された。</p> <p>9/20看護師が誤った薬が一包化されていると気が付いた(この段階では患者は服用していない)。看護師は誤った薬(d-クロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠6mgであることを看護師はわかっていた)が届いた事を薬局にFAXで知らせた(この日薬局は定休日だった)。</p> <p>誤ったいる薬は使用せず、残薬があったためそれを使用して服用した。</p> <p>9/23朝、残薬もなくなり、誤っている薬を患者に投与した(看護師はボララミン錠とd-クロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠は同じお薬だと思ってしまった)。</p> <p>9/23薬局は連休明け最初の営業日となり、FAXに気が付いた。看護師に連絡をとり、状況を確認した。特別養護老人ホームに向かい、その場で薬の数を確認すると、朝分と昼分が1包だけなかった。看護師に足りないことを伝えると投与されたと思われるとの事であった。すべての薬を回収し、薬局にて薬を作り直した(これですべての話だったが実際には別に残っていた)。回収した薬を確認すると、一包化の横の部分のシールが2包ほどはがれてしまっていて、中の錠剤がなくなっていた。アトルバスタチン錠10mgとウルソデオキシコール酸錠100mgが1錠ずつない状態だった。他の錠剤も出てしまいそうな状況であった。昼分から直した薬を服用するよう看護師に話した所、先ほど薬を飲ませたとの事だった。医師に確認の上、9/23は朝と昼にd-クロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠6mgを1錠ずつ服用したので、9/24からボララミン錠2mg 3錠分3で服用する事となった。</p>	<p>一般名処方の表示と、薬局の採用薬の名前が似ていた。すでにピッキングされており、いつもより確認するのを怠ってしまっていた。施設の薬を作成する際は、複雑な調剤になるため、専用の調剤ワークシートを作成するが、忙しかったため、後で作成しようとしてしまった。d-クロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠6mgは通常1日2回である事は知っているにもかかわらず、注意不足で調剤されてしまった。</p> <p>施設看護師には薬局の時間外の連絡先を伝えてあったが、周知が足りなかったためか、看護師にとって連絡が取れない状況ができてしまった。</p> <p>監査時調剤録、薬情の表示はボララミンになっているにもかかわらず気が付かなかった。一包化のシール部分が取れているのに気が付かなかった。</p>	<p>特別養護老人ホームの看護師に改めて時間外の連絡先を伝え、遠慮なく連絡をくださとお願いした。調剤に入る前に専用調剤ワークシートを作成する。</p>	ボララミン錠2mg	d-クロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠6mg「武田テバ」		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1897	d-クロルフェニラミンマレイン酸塩2mg錠処方のところ6mgで調剤。レセコン入力も6mgで間違えた為、帳票類・監査システムも6mgで入力されていたので引っかけずスルー。調剤者・監査者・投薬者が全て別人だが監査漏れ。10分後、薬歴記入の際に間違えに気がつき、患者本人に電話連絡して交換に伺った。	レセコン入力の際、名称が長いのですべての名称が表示されていなく、名称確認を怠った。調剤に関しては、この処方医は6mgを常用していた為、先入観で調剤をした。監査者は監査機が入力とおりでエラーにはならなかった為、処方箋上でミリ数の監査を怠った。投薬者はいつも薬と思い込み投薬してしまった。	薬剤師の監査後に監査機にかける事とする。処方箋入力と監査の際、規格表示にチェックを書き込む事とする。	ボララミン錠2mg	d-クロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠6mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1898	ポリフル細粒が処方されていたが、コロネル細粒で調剤。	最近では一般名処方が多く又先発で処方されているものを後発に変えて調剤することが増えた。処方箋の記載とちがうもので調剤することが多いので、勘違いして出してしまった。	処方箋だけでなく薬歴や薬情も確認し調剤する薬の名称を処方箋に必ず記載する。	ポリフル細粒83.3%	コロネル細粒83.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1899	発注ミスにより規格違いを発注そのまま交付	確認ミス	不足分の調剤もダブルチェックしていく	ボルタレンテープ30mg	ボルタレンテープ15mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1900	ボンアルファ軟膏で処方されたところボンアルファハイ軟膏で調剤	規格をしっかりと確認すること	思い込みで調剤、入力チェックをしないようにする	ボンアルファ軟膏2μg/g	ボンアルファハイ軟膏20μg/g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1901	マーズレン配合顆粒のところ、誤ってアズレンうがい顆粒と間違えて調剤。似た名前の患者がいたため誤って別の患者のところへおいてしまった。	マーズレンとアズレンうがいの商品名累次に注意する。	調剤たなの置く場所を変えた。	マーズレンS配合顆粒	アズレン含嗽用散0.4%「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1902	包装違いで渡しそうになった	門前処方箋以外の処方箋。採用包装と違う規格で処方。	調剤者が包装単位を処方箋に記載し、監査者への注意喚起とする。	マーズレンS配合顆粒	マーズレンS配合顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1903	マイザークリームで処方であったが、入力、鑑査で気が付かず投薬時に判明。類似名称だったため、投薬まで気が付かず。繁忙時だったため、注意力が低下していた。	繁忙時間帯。類似の剤型をしっかりと把握する。箱に類似剤型があることを記載したカードを添付する。	繁忙時間帯でも入力、鑑査等チェックを怠らない。投薬時にもしっかりと確認を実施する。	マイザークリーム0.05%	マイザー軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1904	マイスリー錠10mgのところゾルピデム酒石酸塩錠5mg「明治」で調剤。調剤監査システムによりミスが発覚した。	先発、後発の取り違えに加え、規格のミス。調剤棚の乱れが原因。	処方箋をよく確認してから調剤する。調剤室を整理整頓し、調剤ミスが起きないように努める。	マイスリー錠10mg	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1905	今回、一般名ゾルピデム5mgから10mgに変更。門前病院からの処方箋では通常マイスリー5mgは一般名処方、マイスリー10mgは商品名処方であった。そのことから、一般名処方ゾルピデムでの投薬の時は、感覚的に5mgを出していた。しかし、その当日から、マイスリー10mgも一般名処方に代わっており、mg数をしっかりと確認しないまま、5mgで患者へ投薬する時、当人が気づく。その後10mgと取り換えて、患者へ説明する。	一般名処方、特に処方する薬と名前異なるため、慎重な対応が必要であり、特にそれが、土曜日等の繁忙期であることも原因だったように思われる。	常に冷静な対応が必要であり、今回の場合は、当人の思い込みが原因となっているため、二重監査の徹底、薬の名前間違いはもとよりmg確認の徹底をしていきたいと思います。	マイスリー錠10mg	マイスリー錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1906	先発品希望の患者さまに後発品を交付薬歴入力の際に交付間違えに気づき、患者さまに連絡し交換	調剤支援機器を導入しているのに当日は使用していなかった	調剤支援機器の使用を徹底する	マイスリー錠10mg	ゾルピデム酒石酸塩錠10mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1907	平素から当薬局を利用されてる生保患者。一般名のゾルピデムのみ医師の指示で先発品のマイスリーで調剤とのコメントが処方に記載されていたがこれにこれに気付かず後発品で調剤、交付後患者本人から電話が入り過誤が発覚、まだ服用をしていなかったため患者宅に出向き正しいものと交換をした。	応援の薬剤師が対応をしたためコメントを見過ごしてしまったことが考えられる。	患者表紙の引継ぎ事項に医師指示のコメントに注意する旨を記載。スタッフ間で情報を共有する。	マイスリー錠10mg	ゾルピデム酒石酸塩OD錠10mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1908	先発希望患者にGEで調剤	ほとんどがGE変更患者なので、いつものようにGEで調剤	ピッキング前に薬歴にて希望確認	マイスリー錠 5 m g	ゾルピデム酒石酸塩錠 5 m g 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1909	マイスリーのみ先発品希望だったがすべてGEで調剤しそのまま交付してしまった。事務員は希望通りマイスリーで入力。患者さん本人が服用中に名前が違うことに気づき、後日他の薬局で薬をもらう際に相談。そちらの薬局で、GEであり中の薬は同じであることを説明して下さり、当薬局にも電話連絡。翌日ご本人来局。もう服用はしてしまったため、GEで計算をし直しお詫びして返金。	表書きには「GEは都度確認」の記載しかなかった(マイスリー以外はGE使用の患者さんだった)。調剤用のメモには「GE」の記載のみ。書いたスタッフは一般名処方の薬剤についての説明のつもりだったが、調剤者も監査者も先発品名処方のマイスリーもGEと思い込んでしまった。入力は正しかったが外見が似ていたため監査時・交付時に気付かず。	薬歴の表書きに大きく「マイスリーは先発品希望」と記載。	マイスリー錠 5 m g	ゾルピデム酒石酸塩錠 5 m g 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1910	マイスリー希望の患者様にGEのゾルピデム酒石酸塩錠を調剤し交付してしまった	基本的に後発品希望の患者様だが、ゾルピデムだけは先発品希望の患者様。薬学生が練習の為処方箋を入力した。伝言メモにマイスリーは先発だと記載があり、それに気づいていたが、マイスリーがゾルピデムである事を分かっていなかった。以降、調剤者や監査者にマイスリーは先発希望と伝わっていなかった。監査者も薬歴確認時に見落とし、交付者は患者様に薬を見せながら渡していたが、その際に気づけなかった。	伝言メモは印刷し、情報共有できるようにする。調剤録、お薬手帳、薬歴をしっかりと確認し、一部後発品の方でも気づけるようにする。	マイスリー錠 5 m g	ゾルピデム酒石酸塩錠 5 m g 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1911	酸化マグネシウムとマグミットの両方採用があり、漫然と、他院から処方されていたお薬を処方していた。しかし、特に理由が無いので、いつもマグミットで服用している患者に酸化マグネシウム「ヨシダ」をピッキングしてしまう。監査の時点で気づき、マグミットをお渡し	薬局内のGE選定の内規がはっきり定まっていなかった。	酸化マグネシウムを服用している患者は一人だけだったので、患者に理由を説明し、酸化マグネシウムではなく当薬局の基本採用品であるマグミットへの変更の了承を得、酸化マグネシウム「ヨシダ」の採用を取り消した	マグミット500	酸化マグネシウム「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1912	マグミット250mgのところ、GEの酸化マグネシウム250mgをピックしてしまい、テイカーを通したときに気付いた。	患者様が先発or後発が見ずに思い込みでとってしまった。	思い込みでとらないようピック前に処方箋と先発or後発を確認してピックする。	マグミット錠250mg	酸化マグネシウム錠250mg 「ケンエー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1913	マグミット錠250を間違えてマグミット錠500で渡してしまった。	規格を確認せずに思い込みで渡してしまった。	監査時に、薬の名称、規格、剤形を指さしと声出しをして確認する。	マグミット錠250mg	マグミット錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1914	予製としてピックしてあったマグミットの規格が変わっていたことに気付かず、途中まで一包化していた。途中で見直したときに気付いて作り直した。	毎回来る患者の予製としてマグミット330mgをピックしてあった。処方箋を見たときにマグミットだけを確認して規格までしっかりと確認していなかった。	ピックしてあるものと処方箋に書かれているものが必ず一致しているかを確認する。	マグミット錠250mg	マグミット錠330mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1915	一包化の予製で使用したマグミット錠250mgについて、処方変更があったため患者様にお渡しすることがなくなった分をユニパックに充填して保管することになったが、ユニパックに誤って「マグミット錠330mg」と記載していた。保管もマグミット錠330mgの保管場所に置いていたため、調剤で使用する際に330mg錠として取り扱った。	一包化をばらして錠剤をまとめた際に、ユニパックに記載した製品名と中身の錠剤が同じものであることの二重チェックをしていなかった。	保管対象物が表記と相違ないか、保管数量、保管場所などすべてにおいて二人以上でのチェックを徹底する。	マグミット錠330mg	マグミット錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1916	薬局内は混んでいたため、お薬手帳を見ながら前回と同じと思い、ピッキングをした。今回から「マグミット錠500mg」に変更になっていた。処方箋入力した事務員も、気づかずにマグミット錠330mgで入力したため(前回DO)、ピッキングシステムの警報音もならなかった。翌日、家族から医師から増量することを聞いていたとの電話があり、処方箋確認し、誤りに気付いた。330mgは全く飲んでいなかったため、500mg錠に変更した。	薬局内は、混んでいたため、なるべく早く調剤の完了を目的としたが、処方箋入力中はお薬手帳でピッキングした。そもそも再度確認しなければならなかったが、事務員の入力も誤ってて、見逃してしまった。お薬手帳で集めたときは必ず同じことが起こりうるので、ピッキングシステムを必ず使う。違う薬剤師が、声確認すること。第三の目で見て確認すること。	ダブルチェック。ピッキングシステムを使う。入力が間違っていることもあるので、患者さんにも一緒に確認してもらう。	マグミット錠500mg	マグミット錠330mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1917	マドパー配合錠が初めて処方された患者の薬歴頭書きには、パーキンソン病及びパーキンソン症候群の記載がなく、薬剤師が処方監査時に不審に思い、処方医に疑義照会を行った結果、マグミット錠の間違えであり処方変更となった。	マグミッドを入力する際に、マの一文字のみで薬剤を検索し、誤って入力した為と考えられる。	薬剤を検索入力する際は、頭文字三文字以上を入力して、入力間違えを防ぐよう徹底した。	マグミット錠500mg	マドパー配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1918	取り間違え	棚の位置を変えた	棚の位置を変えた	マグミット錠500mg	マグミット錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1919	マックターゼ配合錠をエクセラージェ配合錠でお渡ししてしまった。	一般名ピオチアスターゼとサナクターゼが似ていたため、間違えたと思われる。	注意喚起シール、一般名を目立つように記載し、医薬品棚に貼る。	マックターゼ配合錠	エクセラージェ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1920	テラムロAPで調剤するべきだったが、間違えて処方名のミカムロAPが調剤され、投薬した薬剤師も気付かずそのままお渡しした。薬袋の写真・錠数と違いがないかは確認するようにしていたが、名称および外観が類似していたため薬袋の写真との違いにも気づいていなかった。4日後の棚卸の数えなおしの際に発覚し、患者宅で正しいものと交換した。患者は既に2錠服用していたが、AGであるため健康被害はないと思われる。	患者と話しながら薬袋に薬を入れていたため注意力が散漫になっていたこと、慣れによる慢心があったこと、用量・錠数は確認していたが名称の確認が不十分であったこと等が考えられる。	特に外観・名称の似た医薬品は注意喚起する	ミカムロ配合錠AP	テラムロ配合錠AP 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1921	投薬監査時ミカムロAPのところ同成分であるテラムロAP「ニプロ」が調剤されていることが判明。	ミカムロAPとテラムロAP「ニプロ」の包装が類似していること、また棚の位置が近かったことで取り間違えたと思われる。	棚の位置を変え、薬品名の下に同成分ありと注意書きを残した。	ミカムロ配合錠AP	テラムロ配合錠AP「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1922	処方箋にミカムロ配合錠APと記載されていた為、後発希望の患者さんなのでテラムロ配合錠APをピッキングするよう事務員に指示をした。監査の際に、テルチア配合錠APであることに気が付かず、監査済みとしてしまい、投薬した薬剤師も間違いに気が付かないままお渡ししてしまった。その後、患者本人がいつもと色が違うとのこと持参し、来局された。正しい薬と交換した。服用前だった。	昼休み前の時間帯で、バタバタしていたのもあって一文字ずつ確認するのを怠ってしまった。	職員一同、チェック項目を再確認し、監査の際は一文字ずつ名称を確認し、投薬の際は薬袋の写真と必ず照らし合わせるよう徹底する。	ミカムロ配合錠AP	テルチア配合錠AP「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1923	前回、一般名テルミサルタン錠40mgで処方されており、ミカルディス錠40mgを調剤した。今回は、一般名テルミサルタン40mg アムロジピン配合錠に変更され、ミカムロAPを調剤しないといけないところ、前回と同じミカルディス錠を調剤する。患者とのコミュニケーションはとれているのだが、日常会話が主になってしまい、薬の変更の話はなかった。その後、患者より電話があり、ドクターより、今日、血圧が高いと指摘され、薬変更すると聞いたといわれる。直ぐに確認して、薬間違っていることを伝え、患者宅へ交換しに行く。	一般名が配合剤になることで、はじめの成分が同じであることで決めつけてしまうことがあるので、特に気を付けることが重要であることを改めて感じました。さらに、そこにmg数の変更等もあるので、今後特に気を付けていこうと思います。	レセコン入力時、監査時、投薬時、と3度も確認することができるということ。2人での2重確認等、再度見直していこうと思います。	ミカムロ配合錠AP	ミカルディス錠40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1924	先発品のミカムロBP希望の患者に後発品のテラムロBP「ニプロ」で調剤してしまい、後日患者から見た目が違うと連絡があり発覚。患者が医師にも連絡、確認して今回から後発品を服用してみると返答あり。後発品服用後は体調変化なく、その後は後発品を希望されております。	先発希望の患者に確認不十分で後発品を調剤、交付してしまった。薬剤師の思い込みがあったと推測	患者情報や薬歴を確認して調剤を行う。また、調剤監査時に入力内容と調剤内容の照らし合わせを徹底する	ミカムロ配合錠BP	テラムロ配合錠BP「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1925	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には、テルミサルタン80mg・アムロジピン配合錠と記載されていた。薬剤師Aは、過去の薬歴から、先発品希望の患者であることとミカムロ配合錠BPを継続服用していることを認識したが、ミカムロ配合錠APをピックアップした。鑑査に当たった薬剤師Bは間違いに気づかず、そのまま投薬した。患者が薬局から去った後で気づき、患者宅へ電話で連絡して謝罪し、ミカムロ配合錠BPと交換した。	ミカムロ配合錠BPを服用している患者であることは、認識していた。また、名称・外観が似ているので、ミスを防ぐために敢えて間隔をあけて薬を配置していたが、取り間違えた。来局時は混雑しており、また、患者から相談を受けたこともあり、焦りが出て間違いに気づかず投薬した。	名称類似・外観類似のため、元々間隔をあけて薬を配置していたが、さらに間隔を広げた。また、目につくように、類似品があることが分かるように「他規格あり」の表示を大きくした。また、投薬前の薬袋・薬情の写真との照合も徹底した。	ミカムロ配合錠BP	ミカムロ配合錠AP		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1926	・ミカルディス錠20mg 処方後先発品希望の方へ後発品で投薬。翌日、本人が来局され発覚。薬は服用されておらず健康被害は無し。・後発品を持参されており、ミカルディス錠20mgと交換し帰宅された。	・現在、調剤頻度としては後発品への変更事例が多いため慢心による投薬ミス。監査も別の薬剤師が行っていたがすり抜けてしまっていた。	再度、事例を薬局内で周知し、改めて気を引き締めて作業にあたる。	ミカルディス錠20mg	テルミサルタン錠20mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1927	処方薬にジェネリック品の混入。(ジェネリック品を戻す際に先発品の箱に入れる間違い)監査システム利用で監査システムの異常認識(先発と後発の外観や重さの類似) 監査薬剤師の監査ミス、慣れと監査システムの利用の安心感	同一成分を戻す際は複数の人員で確認の上に戻す。先発品とジェネリック品の名称の頭の切り替え必要常に調剤業務のなれと集中力の欠如に注意を払う。	取り間違いなど元の位置や箱に戻す際の最上級の注意と複数の人員で確認する(慣れを排除の認識)戻す前に専用の箱に入れて、戻す薬品が多くなならない時点で複数人員で戻す。	ミカルディス錠40mg	テルミサルタン錠40mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1928	処方箋には先発品名で記載されていたが、当事者の薬剤師がジェネリック薬希望と勘違いして調剤した。	先発品とジェネリック薬のどちらを希望しているかを処方箋を受け取ったときに確認して鉛筆等で処方箋にチェックしておくといい。	患者さんが先発品とジェネリック薬のどちらを希望しているかを毎回本人に確認する。	ミカルディス錠40mg	テルミサルタン錠40mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1929	ミカルディス錠40mg 変更不可処方であったのに、包装の良く似ているオーソライズドジェネリックであるテルミサルタン錠40mg「DSEP」を調剤し、交付してしまった。	オーソライズドジェネリックで包装が酷似している。	声出し・指差し確認の徹底	ミカルディス錠40mg	テルミサルタン錠40mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1930	先発品希望の方に 一般名処方できた処方箋をみてGEを一包化調剤しました。	来店予定時間に余裕がなく 慌てていて確認を怠ってしまいました。	一包化調剤前にシートの監査をする。落ち着いて調剤できるように 患者さんに時間を交渉する。	ミカルディス錠40mg	テルミサルタン錠40mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1931	一般名処方为先発希望患者であったがAGの規格違いを投薬前に気づき変更した。	必ず薬歴を確認し調剤を行う業務を怠っていた。	必ず必要な情報を処方箋コピーに記載するようにしていた。	ミカルディス錠40mg	テルミサルタン錠20mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1932	ミグリトール錠50mg「トーワ」のところ、ミグリトールOD錠50mg「サワイ」で調剤	繁忙で処方箋が混み合っていたため、注意力が散漫になり確認を怠った。	監査時の注意、確認を徹底して行い、投薬時患者との確認を徹底する。	ミグリトール錠50mg「トーワ」	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1933	一般名処方で普通錠の処方。口腔内崩壊錠を調剤し投薬。本に空の電話連絡にて間違いが発覚。	一人薬剤師での調剤時間帯。剤形違いのある薬の在庫があることへの認識不足。OD錠が棚在庫で使用量が多いための思い込みあり。処方入力後の「監査システム」の使用漏れ。	DO上の陳列棚に【普通錠在庫あり】のメモを貼り視的にも注意喚起。「監査システム」の使用の徹底。	ミグリトール錠50mg「トーワ」	ミグリトールOD錠50mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1934	いつもと使っている目薬と違うと患者本人が来局し、間違えて渡していたことが判明。未使用。正しいものと交換を行った。	濃度の「1%」を意識して監査を行い、「LA」を見逃してしまった。	朝のミーティング時に、スタッフ全員が事例を共有。ピッキング、監査、服薬指導時のトリプルでチェックを行うことを徹底。	ミケランL A点眼液1%	ミケラン点眼液1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1935	一般名処方にてミケラン点眼液LAの処方が出ていたが新人の薬剤師がピッキングしたのでミケラン点眼液をピッキングし、監査者である薬剤師が間違いに気付いた。	新人の薬剤師の知識不足薬局での保管の仕方(離れたところにミケラン点眼液とミケラン点眼液LAが置いてあった)	ミケラン点眼液、ミケランLA点眼液を隣同士に置き注意喚起の札を貼る処方箋コピーに印をつけてピッキングをする。用法にも注目させる。	ミケランL A点眼液2%	ミケラン点眼液2%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1936	ミケランLA点眼液2%の処方があったが、薬局に在庫がなかったため、患者様に一旦帰宅していただいた後に、オンラインにて発注をかけた。その際、誤ってミケランLA点眼液1%で発注してしまった。翌日、入荷、検品作業を行い、調剤・監査を行ったが、規格を見落としてしまい、1%のまま用意し、お渡ししてしまった。約2か月後、在庫数がおかしいことに気づき、調査したところ、過誤が発覚した。医療機関および患者様にお電話にて連絡し、状況説明とお詫びをし、正しいものと交換させていただいた。	この患者様のためだけに入荷したお薬であったため、規格など、正しいと信じ込んでしまい、細部にまで注意がいかなかった。	監査時、および投薬時に、必ずお薬と処方箋を照らし合わせて確認する。	ミケランL A点眼液2%	ミケランL A点眼液1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1937	一般名 カルテオロール/ラタノプロストで処方あり。ミケルナ配合点眼液を調剤しなければいけないところ、ザラカム配合点眼液 (一般名 チモロール/ラタノプロスト) で調剤してしまった。	一般名が類似しており、確認ミスが原因。	間違えやすい薬品には印をつけるなど工夫する	ミケルナ配合点眼液	ザラカム配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1938	ミコンビ配合錠AP1剤のみが半年以上処方されていました。慢性的な慣れと、一般名処方であったこともありテルミサルタンの量が40mgから80mgに変わったことに気が付きませんでした。入力した事務方、調剤した薬剤師、一包化した薬剤師が思い込みが招いたミスだと思われます。在宅の患者様であった為、処方せんを薬歴にそのままつけていました。その為、たまたま見つかった次第です。	慢性的な慣れ	配合錠に関しては薬剤の箱と照らし合わせてグラム数、薬剤名を確認するようにしました。	ミコンビ配合錠AP	ミコンビ配合錠BP		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1939	正：ミコンビ配合錠AP誤：ミカムロ配合錠AP薬剤の取り間違いによる。	棚の隣同士にミコンビ配合錠APとミカムロ配合錠APが配置されており、確認不足で取り違えてしまった。	薬剤をピッキング後は必ず目視で確認する。	ミコンビ配合錠AP	ミカムロ配合錠AP		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1940	近隣医療機関(病院)より、本日入院され持参薬を鑑別した際にお薬手帳に記載されている薬と実物が異なるため処方内容の確認をしたいと問い合わせがあり。確認したところ異なる薬剤を調剤してしまったことがわかった。患者さまは薬を渡した翌日に入院され、処方された薬はまだ服用していなかった。問い合わせ先の医療機関には異なる薬剤を調剤してしまった旨を伝え後日正しい薬剤をお渡しした。	普段テラムロAPが処方されることが多く、ミコンビAPが処方されることが稀だったため、思い込みでテラムロAPを処方してしまったと思われる。	思い込みをなくし、毎回処方せんに記載されている薬剤をしっかりと読む。	ミコンビ配合錠AP	テラムロ配合錠AP 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1941	どちらも糖尿病の医薬品で、ミチグリニドをミグリトールと取り間違えて薬袋の中に入れかけたが薬袋の薬品名を再度確認したところ薬品の取り違えを発見してミグリトールを入れなおした。	たまたま、隣同士に配置していたので取り違えた、今後、間違いのないようにシールで赤く注意とはりつけた	シールで取り違え注意と箱に張り付けた	ミチグリニドCa・OD錠10mg「FFP」	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1942	ミチグリニドCa・OD10mg「フソー」で処方のところ、誤って隣にある名前の似ているミグリドールOD錠50mg「トーワ」をピックアップしてしまった。監査しようとしたところ発覚したので、健康被害はなかった。	薬局も混雑していたため、隣同士にある名前が似ている薬をピックアップしてしまった。	混雑時でもピックアップ前に落ち着いて名称の確認をする。名前の似ている薬は配置を別々にする。	ミチグリニドCa・OD錠10mg「フソー」	ミグリトールOD錠50mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1943	ミチグリニドを入れるところ、ミグリトールを入れかけた(一包化)。	名称が類似しており、薬効も似ていることから生じたと思われる。	名称のみでなく、mg数やメーカー名も確認すること。	ミチグリニドCa・OD錠10mg「三和」	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1944	ミティキュア舌下錠10000処方のところ、シダキュア舌下錠5000をお渡し。	似たような処方内容の為監査で見落とし、そのまま交付してしまった。	処方箋にレ点チェックを入れる。薬品棚に注意喚起を行う。	ミティキュアダニ舌下錠10,000JAU	シダキュアスギ花粉舌下錠5,000JAU		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1945	近視の症状に対し、ミオピン 1日1回 就寝前の処方 仮性近視を疑い、ミドリンMの可能性	手書き処方箋 用法に違和感を感じたため	疑義照会の精度を高めていきます。	ミドリンM点眼液0.4%	ミオピン点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1946	ミドリンMの処方ヲミドリンPで調剤。	ミドリンMの処方ハ普段少ナク、ミドリンPガほとんどなので、慣れと慢心の不注意でした。	ミドリンハPとMを判別することの意識の徹底。	ミドリンM点眼液0.4%	ミドリンP点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1947	ミノサイクリン塩酸塩錠50mg「トーワ」のところ、ミノサイクリン塩酸塩錠50mg「サワイ」で入力ミスをしてそのまま投薬、投薬後の処方確認にて発覚し、直ちに電話連絡しお詫びした。	閉店近くで卸の来訪者があり、調剤・鑑査の際に集中力を欠いていた。	業務終了間際、業務終了後であっても、調剤を受け付けている際には、来訪者への対応は控える。直接の対応でなくても原則的に、部外者の調剤室への入室は禁止する。	ミノサイクリン塩酸塩錠50mg「トーワ」	ミノサイクリン塩酸塩錠50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1948	月1回の薬とは知っていたが取り間違えていた。	ヘドロン錠50mgとなっても注意する。存在する薬、在庫している薬の把握の徹底。	同じような薬が2種ある事の周知の徹底。	ミノドロン酸錠50mg「トーワ」	リセドロン酸Na錠75mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1949	今年度から配属された新人スタッフの先発と後発の補充ミス→ピッキングミス。	先発と後発があるとわかるように引き出しを隣同士で並べて、先発、後発と大きく目立つ記載をして配置していた。今までのスタッフはこの配置で先発・後発あることがわかりやすく調剤のときに注意できていた。新しく配属されたスタッフにはわかりにくかったようで補充ミスがあり、そのままピッキングミスにつながった。	後発品を完全に離れた場所に移動した。スタッフが変われば対応策も変わることを意識する。	ミノマイシンカプセル100mg	ミノサイクリン塩酸塩カプセル100mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1950	ミヤ細粒処方のところ、ミヤ錠で調剤、投薬。当日中に鑑査薬剤師が気付き、電話ののち薬剤交換となる。当該患者の服用はなし。	外来患者はミヤ錠の調剤が多数のため、錠剤、g表記の違いもあったにも関わらず、思い込みによる調剤、鑑査。鑑査機も細粒には対応していないため、過誤見落としがあった。	多規格、多剤形ある採用品に対して、調剤時に丸印をつけ、鑑査者に注意喚起するように改善した。	ミヤBM細粒	ミヤBM錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1951	ミヤBM錠は包装単位が10錠から12錠ヒートに変更になったことに気付かずに調剤	ミヤBM錠の包装変更での1ヒートの錠数の変化を知らなかった。	ヒートの錠数の変化を周知徹底し注意喚起のラベルを棚に付ける	ミヤBM錠	ミヤBM錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1952	初回の患者様 ミルタザピン15mg 0.5錠お渡ししないといけないところ、ミルナシبران 0.5錠分包しお渡ししてしまいました。	劇薬の棚で類似薬の取り間違えと監査ミスが重なったのが原因と思われます。すぐに気が付き、服用前に回収し、ミルタザピン0.5錠をお渡しいたしました。	劇薬の棚で類似薬は引き出しに入れるなど、ピッキングミスが起こらないように工夫致しました。分包するに時間がかかるため、焦ったのも原因ではないかと思いきや今後は十分に確認しながら調剤、監査を徹底しミスが起こらないように努めます	ミルタザピン錠15mg 「共創未来」	ミルナシبران塩酸塩錠15mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1953	ミルタザピン錠30mgより減量して処方方が以前と変更になっていたが、前回の処方と同様に30mgを調整した	調剤補助として過去処方歴を参照したためそれに引っ張られた	調製は処方箋に基づき行うことを基本とする	ミルタザピン錠15mg 「明治」	ミルタザピン錠30mg 「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1954	(般)ミルタザピン錠15mgの処方でもミルタザピン錠15mg「明治」を調剤するところ、ミルナシبران錠25mg「TYK」をピッキングする監査時に取り違えに気づき、患者には正しい薬剤を交付する	薬剤名称の頭2文字が同じで薬品棚も隣だったため、薬剤の取違が起きたものと思われる	薬品名称をしっかりと確認し、薬品を取り出す際にも棚の名称と照らし合わせる	ミルタザピン錠15mg 「明治」	ミルナシبران塩酸塩錠25mg 「TYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1955	ミルナシبران15mgを調剤すべきことをミルタザピン15mgを渡していた。	どちらも15mgで名称も近いのでいつもはかなり気を付けて監査していたのですが、見落としてしまいました。	名称再確認の札を両方の薬品棚に貼りました。他の間違えそうな薬剤の棚にも貼っていないところを探して貼ります。後発品への変更薬剤の多さから棚替えをしたときに、貼り忘れたことから今回のことが起こったと考え、再度気を引き締めて、棚の移動後はきちんと注意喚起のラベルも忘れず移行します。	ミルナシبران塩酸塩錠15mg 「サワイ」	ミルタザピン錠15mg 「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1956	一般名調剤のミルナシبران15mgをミルタザピン15mgで調剤、監査時に間違いないに気付いた。再調剤しミルナシبران15mgを患者様にお渡しする。	一般名でかかれており、mgも同じであり調剤間違いを起こしたと考えられる。	事例共有し、薬歴の調剤メモに取り間違い注意の喚起をする。	ミルナシبران塩酸塩錠15mg 「サワイ」	ミルタザピン錠15mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1957	受診時前回は違うものが入ってたと申し出。薬品名が類似しているミルナシبرانとミルタザピンを間違えていた。	薬品名を最後まで見らよく処方されてるミルサザピンを調剤、監査。	薬品名、類似してるもの注意。	ミルナシبران塩酸塩錠15mg 「サワイ」	ミルタザピン錠15mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1958	昔から心療内科に通っており、当薬局をかかりつけにしている。前回まで一般名でミルタザピン15mgが処方されていたが、ミルナシبران15mgに変更。名称類似、たまたま同規格だったことで、事務によるレセコン入力、薬剤師によるピッキングをスルー。交付時の服薬指導時に患者より処方医がお薬を変えようと言っていたとの事を聞き、確認したところミルナシبرانに変更になっていることを確認した。	一般名処方による名称類似	ミルタザピン15mg、ミルナシبران15mgの包装に注意喚起のシール貼付	ミルナシبران塩酸塩錠15mg「サワイ」	ミルタザピン錠15mg「日新」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1959	一般名処方ではミルナシبران15mg 1T/日のところ、ミルタザピン15mg 1T/日が用意しており、監査時にお薬がちがうことが発覚。正しいお薬にかえて交付した。	ミルナシبرانをミルタザピンと読み間違えた。	一般名には似た名称があるため、一字一句まちがえないように気を付ける。	ミルナシبران塩酸塩錠15mg「サワイ」	ミルタザピン錠15mg「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1960	ミルナシبران錠25mg サワイで処方のお薬をトーワで調剤。監査時にメーカー違いに気づく。	普段トーワが多く処方されるので思い込みがあった。	調剤監査を数人で行い、メーカーも確認する。投薬時にも、患者様とも確認を行う。	ミルナシبران塩酸塩錠25mg「サワイ」	ミルナシبران塩酸塩錠25mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1961	レバミピドの一般名処方に対してムコスタ錠を28錠調剤すべきところ、42錠調剤する。鑑査者が間違いに気づくものの、思い込みで後発品のレバミピド錠を一部使って計数の修正。ダブルチェックすることなく、先発品と後発品が混在したまま患者に交付する。その後間違いに気づき患者に連絡。服用前にムコスタ錠に訂正することとなった。	計数調剤の修正後にダブルチェックができていない。その原因として他にチェックできる薬剤師が周囲にいなかったことがあげられる。	計数調剤の修正を行う際にはダブルチェックを徹底する。	ムコスタ錠100	レバミピド錠100mg「オーツカ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1962	ムコスタ錠100mgを10錠調剤するところ、6錠は正しい薬品、4錠は後発品であるレバミピド錠100mg「オーツカ」で調剤されており、鑑査時に発見した。	ムコスタ錠100mgのカセットにレバミピド錠100mg「オーツカ」が混入されており、調剤者は包装が酷似しているためレバミピド錠100mg「オーツカ」と気がつかずに調剤してしまった。レバミピド錠100mg「オーツカ」をカセットに戻す際に誤ってムコスタ錠100mgのカセットに戻してしまっていたと考えられる。	薬品をカセットに戻す際には、よく確認しピッキングシステムを必ず使用して充填を行うように徹底する。	ムコスタ錠100mg	レバミピド錠100mg「オーツカ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1963	ムコスタ点眼液UD224本のところ、112本で入力。	不足薬で他店から取り寄せた為、数は合っていると思い込んでいた。入力された数量と実数が違うことに気が付かなかった。	いつもの手順である、入力された数量と実数が合っているかチェックして入力ミスに気が付くようにしていく。	ムコスタ点眼液UD2%	ムコスタ点眼液UD2%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1964	ムコソルバン服用中。風邪で祝日に救急にかかりアンプロキソール処方。来局時口中の痺れを訴えていた。重複に気づき処方元に連絡。治療。	毎日多忙により皆疲れがたまっている。	お薬手帳の再確認。	ムコソルバン錠15mg	アンプロキソール塩酸塩錠15mg「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1965	4種類のシロップ混合指示の処方箋応需。仮にABCDとする。Bのみシロップの在庫が無かった為、近隣薬局に小分けをお願いした。通常、処方箋の記載通りの順番に調剤するが、ACDのみ調剤→小分け→Bを追加で混合、お渡しした。出来上がったシロップの色が「薄い」様な気がしたが、そのままお渡し。 患者様が帰られた後、在庫を確認するとAが10ml在庫が多く、誤差範囲なのかAとBの用量を見誤って混合したか確認出来なかった。患者様宅をすぐに訪問し、お渡ししたシロップを飲ませていない事を確認。上記の現状をお伝え、お詫びした上で、再度調剤、お渡しさせて頂いた。A：ムコダインシロップ B：ムコソルバンシロップ 再度調剤したシロップの色は大差なかった。	調剤中に小分けの電話をしてしまった。全てのお薬が揃ってから混合すべきだった。	シロップ剤は小分けのものを含め全てにバーコードを設置、監査システムを通す様にする。「色」や「在庫量」に違和感を感じた場合、「調剤を1からやり直す」。処方箋の記載の順番通りに調剤、シロップの容器にも○を入れたラインなど目印をつけ、混合後も監査出来る様にする。	ムコダインシロップ5%	小児用ムコソルバンシロップ0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1966	先発品希望の患者様で、ムコダイン錠500を調剤しなければならないところ、ジェネリックのカルボシステイン錠250でお渡ししてしまう。薬歴入力時に気づいたが、もう帰られたあとで、電話連絡し、交換に伺った。	一人薬剤師の時間で、電話の対応をしながら、調剤をしていた。電話終了後、再度自己監査したが、通常250がよく処方されているので、500であることに気が取られ、ジェネリックでお渡ししてしまった。	先発品希望の方は、付箋を処方箋に貼り、すぐ気づくようにした。	ムコダイン錠500mg	カルボシステイン錠500mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1967	一般名処方でカルボシステイン錠500mgの処方あり患者さんは先発品を希望だが、カルボシステイン錠500mg「トーワ」でお渡ししてしまった。	調剤者が後発品だろうと思い込んで調剤してしまったのと、鑑査者が先発品を調剤しているだろうと思い込んで患者さんにお薬を渡してしまった。	思い込みで行動せず、ひとつひとつ確認しながら業務を行う	ムコダイン錠500mg	カルボシステイン錠500mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1968	メイアクトMS100mgが商品名で処方された。GE希望の方だったためセフジトレンを調剤しなければいけないところ、セフカベンを調剤してしまった。	一般名処方に見慣れていて、同じ規格で同じ系統の抗生物質であることから勘違いして調剤してしまった。	間違いやすい薬であるため、薬を保管している棚に先発品の名前を貼って注意を促す。	メイアクトMS錠100mg	セフカベンピボキシル塩酸塩小児用細粒10%「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1969	一般名処方、セフジトレンピボキシル錠100が処方されていたが、セフカベンピボキシル錠100と見間違え、調剤。一人薬剤師のときであり、監査の際に、薬情の写真で気づくことが出来た。	一般名が酷似しており、思い込み調剤してしまった。一人薬剤師で、繁忙であり、確認がおろそかになった。	セフェム系はどれも名称が似ているため、処方箋に鉛筆で、3文字目までを印をつける。薬情の写真は毎回確認するようにする。	メイアクトMS錠100mg	フロモックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1970	【般】ロラタジン錠10mg処方のところ、【般】ロフラゼブ酸エチル錠1mgが処方されていた。投薬時の患者親との会話から過誤の可能性が浮上し、処方医に確認したところ過誤が発覚。	類似名称による間違い	投薬時に患者の状態把握を徹底する	メイラックス錠1mg	ロラタジンOD錠10mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1971	メインテート錠2.5mgのところ5mgを調剤した。鑑査時に気が付き正しいものを調剤した。	ミリ数まできちんと確認しないで取り揃えてしまった。	複数規格のある薬剤には、規格を大きく表示をし目立つようにする。間違いのあった薬剤はみんな情報共有する。	メインテート錠2.5	メインテート錠5		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1972	メインテート錠2.5mg 0.5錠が処方されていたが誤って5mg 0.5錠をお渡ししてしまった。患者宅へ連絡したところ1回分だけ服用したが特に異常は見られなかった。処方医に連絡した後、2.5mg 0.5錠をお渡した。	繁忙時で薬剤師1人勤務だったこともあり、規格の確認が十分できていなかった。	薬剤師1人の場合は事務員にも規格数量を確認してもらう。	メインテート錠2.5mg	メインテート錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1973	一般名処方で先発品希望の患者様に、通常メインテートでお渡ししているとところをGEのピソプロロールで交付した。	一般名処方だった為、ピソプロロールで調剤した。入力は通常通りメインテートで入力されていたが、調剤時に監査機の使用を忘れていた。監査者は監査機が使用されていない事に気づかず、名称が違っている事も見落とした。外観が似ている為、患者は通常の薬剤と違っている事に気づけなかった。	監査機を確実に使用する。監査時に名称を確実に確認する。投薬時に薬袋で確認するのではなく、患者と薬剤の確認を行う。	メインテート錠2.5mg	ピソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1974	処方箋 メキシレチン塩酸塩カプセル50mgのところ、誤って50mgを出してしまった。監査時に気づき変更した。メキシレチン塩酸塩カプセル50mgは一人しか出ていない。	集中力の低下	一人しか出ていない薬品には、付箋などつける。	メキシレチン塩酸塩カプセル50mg	メキシレチン塩酸塩カプセル100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1975	メキシチレンカプセル50mg 処方薬を誤ってメキシチレンカプセル100mgで投薬。後日患者様からパッケージが違うけど大丈夫かと言われ発覚いたしました。幸い患者様も服用に至らず早期発見できたのは良かったです	普段から来局されている方だったので慣れがあったと思われます。	規格違いの薬をもう少し明確に配列するように努めます。	メキシレチン塩酸塩カプセル50mg「YD」	メキシレチン塩酸塩カプセル100mg「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1976	2020年9月某日、患者様が処方箋を持参し来局。処方箋に記載され入力されていたメコバラミン錠を調整。端数でメチコバル錠が2錠一緒に調整され、鑑査にて気づかず服薬指導へ。メコバラミン錠の服薬指導中に違和感に気づき薬剤を正しく調整しなおした。	午前中の別の患者様でメチコバル錠を調剤した際に誤って端数をメコバラミン錠の箱に混在したと考える	薬剤を戻すときには必ず二人以上の目で確認し戻すように徹底	メコバラミン錠500「トーフ」	メチコバル錠500μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1977	新患様で処方にてメチコパール500が処方されていた。最初はそのまま調剤し投薬に行ったがメコバラミンでもらっているとのことで入力変更を行い調剤をやり直した。その際に繁忙・外装がとても似ていることもありメコバラミンの中に10錠だけメチコパールが混在してしまった。再監査を行った薬剤師が混在に気づきメコバラミンを取り直して交付を行った事例。	多忙かつ患者様がかなりお急ぎであった為に焦りから生じた。	外装がとても似ているので、ピッキングする場所の位置をずらす。薬剤変更となった時に、変更前の薬を他の薬剤師と相互確認し一度しっかりと戻してから調剤を行う。	メコバラミン錠500 「トーフ」	メチコパール錠500 μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1978	一般名処方にてメコバラミン錠0.5mgの処方箋を受け、調剤を行った。当薬局ではメコバラミン錠の採用が2種類あり、「トーフ」を調剤すべきところ「SW」で調剤を行った。監査の段階で間違いに気づき、正しいメーカーのメコバラミンを交付した。	患者の処方歴の確認が漏れてしまった。	複数メーカー及び規格がある場合の調剤では患者の処方歴を確認し、調剤を行う。	メコバラミン錠500 「トーフ」	メコバラミン錠500 μg「SW」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1979	メコバラミン錠500μgが処方されていたのでピッキングをしたらロスバスタチンOD錠5mgが10錠紛れ込んでいた。ピッキングの段階で気が付いた。	包装が似ていたため棚に戻す際にロスバスタチンをメコバラミンの棚に入れたことが原因	薬品名と棚の名称を確認してから戻す。ピッキングの際は全ての錠剤を確認するなどして誤調剤を防ぐ。	メコバラミン錠500 μg「JG」	ロスバスタチンOD錠 5mg「共創未来」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1980	一般名デキサメタゾンプロピオン酸エステルクリームを、デキサメタゾン吉草酸エステルクリームで調剤。鑑査時に気付く	ステロイドの一般名を、よく確認せずに思い込みで調剤した。	一般名称、最後まで、規格・濃度まで声出し確認。	メサデルムクリーム 0.1%	ポアラクリーム0.1 2%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1981	一般名での処方にてデキサメサゾンプロピオン酸外用液で処方。デキサメサゾンだけで判断しデキサメサゾンローション「イワキ」でピッキング。調製前に違う薬剤で処方されていること判明し、訂正。	ステロイド外用薬の一般名処方はややこしく、判断しにくいので商品名から一般名を必ず確認する。また類似している薬品でも規格が異なるので、そこでも気づくことができる。	一般名での処方の場合、レセコンで一度入力してから合っているものかどうか確認。	メサデルムローション 0.1%	デキサメサゾンローシ ョン0.1%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1982	一般名処方での記載。処方内容は【般】デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏0.1% 1日3回腫れている所での記載。服薬指導中にどこの体の痛みか?との確認をすると、口内の出来物での使用との事。疑義照会后、【般】デキサメタゾン口腔用軟膏0.1%へ処方変更された。	一般名で同じデキサメタゾンの為の入れミスと考えられる。	外用剤は使用部位の確認の徹底を行う	メサデルム軟膏0.1%	デキサメタゾン口腔用軟膏0.1%「NK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1983	患者の母親が処方箋をもって来局。一般名でデキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏0.1%と記載されていたが、デキサメタゾン軟膏と思い込みデキサメタゾン軟膏0.1%「イワキ」で調剤。0.1%も同じだった為気付かずそのまま投薬した。当日の午後に母親から「以前もらっていたのと名前が違う」と電話があり間違いが発覚。患者の自宅まで、出向きメサデルム軟膏と交換した。	外用薬の一般名は似通ったものが多くただでさえ間違えやすい。当時煩雑だった為しっかりと確認をしなかったのも原因。	処方箋の一般名と医薬品の成分名が全く同じかしっかりと確認する事。監査時、投薬時にも徹底して確認するようにした。	メサデルム軟膏0.1%	デキサメタゾン軟膏0.1%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1984	処方されていたメサラジン錠500mg「サワイ」はベンタサのジェネリックだが、誤ってアサコールのジェネリックであるメサラジン腸溶錠400mg「ファイザー」をピッキングしていた。鑑査時に気付き発覚。調剤し直した。	当時、メサラジン腸溶錠400mg「ファイザー」しか在庫がなかったこと。また、ベンタサとアサコールでは有効成分到達部位が異なるため適応症の違いがあり、使い分けされることを知らなかった。	薬品棚に隣同士に置き、規格・適応症の違いがある旨を目立つように区別して保管した。	メサラジン錠500mg「サワイ」	メサラジン腸溶錠400mg「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1985	メサラジン錠500の処方でもサラジン錠400をお渡し、帰宅後患者が気づき発覚	メサラジン錠400の処方が多いため、400と思いつきをした	メサラジン錠500を服用している方の薬歴に赤字でコメントを入れる	メサラジン錠500mg「日医工」	メサラジン腸溶錠400mg「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1986	薬のありかを聞かれて答えたが、違う薬を渡された。教えた場所から取ってきたため間違った薬だと思わず、鑑査でも気づかずそのまま投薬した。持ち帰った患者が「いつもの薬と見た目が違う」と気づき薬局に持ってきた。	カタカナ4文字、漢字3文字、アルファベット2文字という類似した薬剤名。どちらも劇薬であったため保管場所が近かった。	2つの薬剤の置き場所を変えた。	メタクト配合錠HD	メトアナ配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1987	眼科より眼が見えづらいという症状で【般】メコパミン0.25mgが処方されていたがメコパミン0.5mgを調剤しそうになった。そもそも眼科で目が見えづらい症状の際メコパミンの0.25mgが処方されることがなかったため念のため問い合わせした結果【般】メコパミン0.5mgの処方の誤りということであった。患者さんにお渡しする前に気が付いたので被害はなかった。	メコパミン0.5mgのほうが処方が多い。	規格注意などの貼紙をする。	メチコパール錠250μg	メチコパール錠500μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1988	メチコパール250μgのところをメチコパール500μgでお渡し。翌日、在庫管理システムより数の違いが見られ発覚。回収に向うも、まだ薬は飲まれておらず健康被害には至らなかった。	・外観も酷似していて、本人と一緒に薬を確認しながら投薬も、薬剤師も本人も気付かず交付。・薬局で普段から処方されているメチコパールは500μgで薬剤師の思い込みがあった。・患者本人が耳が遠く、そのことに気が取られてしまい説明が煩雑になってしまった。	・薬歴の注意事項に記載して間違い防止・入力のさい事務のほうでも250μgのときは声かけをする。	メチコパール錠250μg	メチコパール錠500μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1989	メチコパール250mgを処方の所、メチコパール500mgを調剤。	メチコパール500がよく出る薬局で、慢性的に調剤してしまった可能性がある	場所を分け、注意喚起札を作成	メチコパール錠250μg	メチコパール錠500μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1990	メチコパール90錠の中にメコパミン「サワイ」が20錠混ざっていた	取り間違いか戻し間違い	配置場所の移動と名称確認の徹底	メチコパール錠500μg	メコパミン錠500μg「SW」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1991	先発でいつも服用している方にGEで調剤してしまった	GEで服用している方が多い。包装が似ているため思い込みあり	薬歴を再度きちんと確認する	メチコパール錠500μg	メコパミン錠500μg「SW」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1992	患者は先発品での交付を希望。しかし、後発品で調剤。ヒートにそれほど違いがない為、間違いに気づかず交付。後日、患者家族より名称の違いに関する電話があり、間違いが発覚。	薬局が混雑しており、また処方箋が一般名であったため、患者希望が先発とわからず調剤	毎日の処方薬の数を数える。	メチコパール錠500μg	メコパミン錠500μg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1993	実習生がメチコパール105錠のところ、5錠はメチコパール、残り100錠の束はワーファリンをとっていたことに対し、監査前の確認を薬剤師がする際に間違いの見落としがあった。監査の薬剤師が誤りに気づき、調剤し直し、再度監査を行った。監査で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	調剤台の上に、開封直後のワーファリンの箱があり、外観が似ていたことから、取り違えた。また、実習生が調剤した薬のため、監査前に一度薬剤師が確認していたが、外観が似ておりチェックがもれた。	調剤者は、調剤棚や箱から薬をとる度に毎回名前の確認をすること。確認者は、取り間違いの可能性を頭において、端数だけでなく、100錠の束も確認する。	メチコパール錠500μg	ワーファリン錠1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1994	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはメチコパール錠500μg1日3錠毎食後23日分と記載されていた。その患者はジェネリック変更の希望がなかった。しかしジェネリック変更不可にチェックが入っていなかったことから、事務員(職種経験年数16年)はメコバラミン錠500μg「SW」を調剤し鑑査に回した。鑑査、交付時でも入力と薬が異なることに気がつかず、患者に交付してしまった。その後交付した薬剤師が誤りに気がつき、患者へ連絡。薬はこのままでよいとのことだったので、入力を変更し返金することとした。	メチコパール錠500μgとメコバラミン錠500μg「SW」は包装が似ていたため間違えてしまった。また、患者が来局した時間は混雑していたため焦りがあり、薬は合っていると思い込んでしまった。	棚に注意喚起の札をつける。薬歴の伝言にジェネリック希望か希望しないかを記載しておいて、交付前に必ず見るようにする。	メチコパール錠500μg	メコバラミン錠500μg「SW」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1995	メチコパール錠でお渡しすべきところを、メコバラミン錠「トーワ」でお渡ししてしまった。	名前もシートの色も似ていた為、監査ミスがおきた。ジェネリック医薬品を渡すことが多い為、ジェネリック医薬品で留意してしまった。	監査機を過信しないこと。もう一度新しい目でチェックすること。	メチコパール錠500μg	メコバラミン錠500「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1996	メチコパール105錠交付時メコバラミン錠が5錠はいていたと患者さんからお電話あり交換させていただきました服用しようとしたときに色の違いで気づかれました	錠剤のシートを切って戻すときに間違えたと思われます	ピッキング時及び監査時にしっかり確認する	メチコパール錠500μg	メコバラミン錠500μg「SW」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1997	メチコパール錠3回目処方の投薬時、「いつも暗いところで服用しているので、途中で気づいたんですけど、薬が、初回処方されたときは黄色で、前回白白色になっていたけど中身は同じですよ。」とお尋ねあり。初回、メチコパール錠処方間違えて、メコバラミン錠を投薬していたことが判明した。	初回受診時、患者様より「トウモロコシでんぷんにアレルギーがある。」との申し出があり、処方薬の添加物に入っていないか調べることに集中して、メチコパール錠、変更不可で処方されているのに通常頻繁に処方される、メコバラミン錠を投薬していた。	2重チェックを怠らないこと。患者様の申し入れに対応しながらも、通常業務は、順序立てて行うこと。	メチコパール錠500μg	メコバラミン錠500μg「SW」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1998	メチコパール500μg 56錠交付すべきところにメチコパール250μgが10錠混じったままで患者に渡した。	同じ引出内に500μgと250μgも箱が在庫されていた。箱もPTPも酷似していた。250μgが在庫されていると思っていなかった。監査時にも気が付かず交付。交付後に事務員が在庫数を確認していた時に発覚。	メチコパール250μgを取引中止にして、レチコラン250μg錠を新規採用品とした。これにより引出しに変更になった。(名称がかわったため)監査時に扇型にPTPを広げて確認することの徹底を再確認した。	メチコパール錠500μg	メチコパール錠250μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1999	メチコパール500処方のところ、メチコパール250を調剤した。投薬前の監査時に発見され、患者に薬がわたる前に阻止された事例。	忙しい時間帯であったため規格をしっかり確認せずに調剤してしまった。	調剤者は必ず規格から確認して調剤するように心がける。視覚的に分かるように規格にチェックを入れる。	メチコパール錠500μg	メチコパール錠250μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2000	一般名で処方されており、当薬局では、ほぼメコバラミン錠500μgTCKを調剤していたため、お薬手帳、薬歴での、確認をおこたって、調剤してしまった。	必ず、お薬手帳、薬歴のチェック、患者様に対して、メーカーの確認を確実にすること。	お薬手帳、薬歴を確認して、メーカー違いのある薬品については、患者様にも、メーカーまで確認してもらうようにする。	メチコパール錠500μg	メコバラミン錠500μg「TCK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2001	メトアナ配合錠HDが処方された患者に対して、エクメットHD錠が調剤され、そのまま監査者と投薬者を通りぬけて患者にエクメット配合錠HDが渡ってしまった。患者が帰宅後服用しようとした際に気づき、2日後の朝に薬局に電話があり発覚。健康被害はなかったことを確認した。	同じ糖尿病薬の配合剤であり、同じくらいの大きさの14錠ヒートであったため間違いが起こったのだと考えられる。	ポリムスの使用を徹底。監査者、投薬者はポリムスを過信せず、薬の数だけではなく名称まで必ず確認する。	メトアナ配合錠HD	エクメット配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2002	メトアナ配合錠が、前回までLDだったのがHDに変更されていたのに、LD錠のまままでコンピューター入力し薬剤情報もLD錠と間違っただけでお渡ししていたことが、投薬後に受診された他医療機関の薬剤部からの連絡で発覚。薬剤はHD配合錠でお渡ししていた。	処方箋内容の確認を怠った。	処方薬と、薬歴、薬剤情報、投薬時の患者情報の確認を怠らなければ、このような間違いは生じないので、常に慎重に焦らず慣れの内無きよう、処方内容入力から投薬までの作業を行う事。	メトアナ配合錠HD	メトアナ配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2003	計数調剤時に、メトアナHDで処方されていたものを、レザルタスHDで調剤。監査時に気づき、訂正。	慣れや慢心から、処方箋の一部を見て、判断・調剤を行っている。	まずは、必ず処方箋を見て調剤を行うということ、しっかりと名称の最初からまでを確認する。	メトアナ配合錠HD	レザルタス配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2004	メトアナ配合錠HDが処方されていたがエクメット配合錠HDを調剤した。鑑査者が発見し正しい薬に取り換えた。	経験が浅く、ハイリスク薬であることの意識が足りていない。名称類似でありより注意が必要であること、薬と処方箋の照らし合わせの徹底ができていない。	ハイリスク薬であること、配合錠は名称類似が多いこと、処方箋と薬の照らし合わせを徹底することを再教育した。	メトアナ配合錠HD	エクメット配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2005	メトアナ配合錠HDの処方に対して、メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「DSEP」を調剤して、監査でも気が付かず交付してしまった。後刻、患者本人が間違っている薬に気が付き、薬局に電話があり発見に至る。服用はなく、ご自宅に伺い正しい薬と交換をし謝罪した。	配合錠とそれに含まれる成分の薬との取り間違え。思い込みで良く確認せず調剤してしまったことに加え、監査でも十分に確認を行わなかった。	確認を的確に行う。	メトアナ配合錠HD	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2006	薬剤交付後、メトグルコの棚にメトホルミンが充填されていることが発覚。ピッキング機器でもバーコード認証行っていたが、棚についているバーコードを読み込んだ可能性否定できないことからすぐに連絡。交付されていたものは、メトグルコで間違いなかった。	薬剤交付後に薬剤棚へ充填ミスがあった。	充填時に薬品名確認	メトグルコ錠250mg	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2007	メトホルミン250mg錠 4錠 一日2回で処方されていたところ、メトホルミン500mg錠2錠で入力した。今までもそのようにしていた。今回調剤者が処方せん通りでメトホルミン250mg錠4錠で調剤。入力内容と投薬内容が違ってしまった。投薬後に間違えに気が付き患者と連絡を取り交換に至った。	規格が数種類あるものはどのように調剤するのか決めておいたほうが良い。	薬歴の確認事項、注意事項に調剤方法を目立つように記載。	メトグルコ錠250mg	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2008	処方箋：メトグルコ錠250mg 4T2×朝夕食後28日分で記載。入力；後発品へ変更 メトホルミン塩酸塩錠250mg「SN」 4T2×朝夕食後28日分で入力。調剤：メトホルミン塩酸塩錠250mg「SN」で調剤。監査・投薬：メトホルミン塩酸塩錠250mg「SN」で監査、投薬してお渡し。 処方医に報告済み。	レセコン入力、後発品への変更入力出来ており、薬剤師の知識不足と思込み等が原因で添付文書等で確認出来ておらず成分名が同じ為、メトグルコ錠250mgの後発品は、メトホルミン塩酸塩錠250mg「SN」と思いついた用法用量の適応承認が異なる誤ったメトホルミン塩酸塩錠250mg「SN」をレセコン入力通り調剤してお渡ししてしまった。	●メトグルコ錠250mgの正しい後発品として早急にメトホルミン塩酸塩錠250mgMTで注文。 ●類似医薬品の調剤棚には、用法用量確認、類似医薬品注意等の記載したシールを貼る。 ●添付文書の用法用量を確認して、入力者、調剤者、投薬者で声かけて確認していく。 ●スタッフ一同、インシデント事例等を日頃から目を通し特に、先発医薬品、後発医薬品、疑似医薬品に関して用法用量を勉強していく。	メトグルコ錠250mg	メトホルミン塩酸塩錠250mg「SN」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2009	メトグルコ錠500mgのところ、250mgで入力。前回処方からの増量に気づかず、調剤を行う。監査時に判明して、患者様へは交付せず。	処方入力時に、メトグルコ錠の処方までは確認したが、入力、調剤時に規格の確認を怠った。	規格、剤形を含め処方箋の内容の確認を徹底すること。	メトグルコ錠500mg	メトグルコ錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2010	R2年8月6日にメトグルコ500mg3錠分3毎食後40日分の処方であったが同年8月一部メトホルミン500mgが含まれていた。患者様はメトホルミンは服用されおらずメトホルミンの分をメトグルコへ差し替えることとなった。	剤形や箱が比較的似ていること、メトホルミンはメトグルコと比較してよく処方されていたため取り違えた可能性あり。	メトグルコの方は棚に置かず引き出しに入れることにし、取り違えの内容に注意書きをした。	メトグルコ錠500mg	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2011	薬袋に表記されているメトクロプラミド錠のところがいんぐらじん錠が入っていると、患者さんの入院先薬剤師から連絡があり薬剤の取り違えが発覚した。患者さんは当日オベで暫く入院するというので、病院薬剤部に差し替え用のメトクロプラミド錠を届け患者さんには後日説明と謝罪を行う旨伝えた。	取り違えた薬剤のヒート及び錠剤が似ており、トレーも接近していた。患者さんが立て込んでいた状態で監査が漏れた可能性が考えられる。	調剤はピッキング時、薬袋に入れる時、投薬時の3回監査を行い調剤ミスしないよう十分注意する。	メトクロプラミド錠5mg「ツルハラ」	いんぐらじんマレイン酸塩錠2mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2012	メトグルコ250mgでずっと処方されていたが、メトホルミン250mg「SN」に変更になるが変更気付かず、メトグルコ250mgで調剤。(先発希望の為)後日発覚。患者に確認したところ変更は聞いていない。従来通り先発希望。メトホルミン250mg「SN」はグリコランの後発であり、メトグルコ250mgとは別の後発分類であることを処方医院側に説明。処方がメトグルコ250mgに変更となる。	患者がスタッフの家族ということもあり、いつもと変わらないと思込み調剤。レセコンもD o入力したため、発覚が遅れる。	レセコン入力の段階でD o入力せず、2次元バーコード読み込みを行う。	メトホルミン塩酸塩錠250mg「SN」	メトグルコ錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2013	棚卸中に在庫にメトホルミン塩酸塩錠とメトグルコ錠に同数のずれがあることがわかり過誤発覚。ピッキング間違い、監査間違いによる過誤。	メトホルミン錠=メトグルコ錠(同成分)と頭の中で考えが働いてしまい、メトグルコ錠をスルーして出してしまった。	監査の時に一文字一文字を確認し同成分でも違う薬との認識で業務にあたる。間違うことがあると常に危機感をもつ。常に違う薬がピッキングされることもあると疑って監査にあたる。	メトホルミン塩酸塩錠250mg「トーワ」	メトグルコ錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2014	お渡し後に本人から電話あり。違うものが入っているとの事で確認。ジェネリックを先発品でお渡ししていたため、謝罪し交換に伺った。	シートデザインの類似による違いを見逃してしまった。	薬によるジェネリックの有無など職員への周知を徹底する。	メトホルミン塩酸塩錠250mg「トーワ」	メトグルコ錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2015	メトホルミン塩酸塩錠250mg「トーワ」で処方記載されていたが、メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「ニプロ」で調剤しお渡し。入力時、鑑査時に違和感は覚えていたが前回も同じように渡されていたためそのまま出してしまった。	メトグルコとグリコラン、そのGEについて把握できておらず、前回出ているからそのまま出してしまったことが問題と考えられる。	同一成分、同一効能でありながらメトグルコとグリコランのような関係性にある薬剤について把握し、事例を薬局内で共有するようにする。また、鑑査時に疑問を覚えた場合は前回D oであっても必ず疑義照会を行うようにする。	メトホルミン塩酸塩錠250mg「トーワ」	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2016	一般名の処方メトホルミン塩酸塩錠250mg:GLだったが、発注時点でMTのメトホルミンを発注しかけて電話中にMTではないと気づき正しいほうで発注した。	いつも別の薬局でもらっている方で、メトホルミンはどちらも在庫していなかった。GLとMTの違いは知っていたが、他にも処方がありほとんど在庫していないもので焦っていた。	知識不足がないようにすることや、一般名の最後までしっかり読むこと。	メトホルミン塩酸塩錠250mg「トーワ」	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2017	一般名メトホルミン250mg:GL 4錠分2での処方に対して、メトホルミン250mgMTで調剤しそうになった。調剤者が気付き、総量1000mgでの処方のため、医師に問い合わせをしたところ、医師はグルコランではなくメトグルコを処方したかったとのこと。レセコンの入力方法が分からなかったためGLでの処方箋発行になったとのことだった。薬局側もレセプト入力の際に一般名GLからMTに変更して調剤しそうになった。	医師は同成分の一般名により調剤される薬剤が異なる場合があることを存じ上げなかったよう。薬局も事務員は知らずにレセプト入力の際に剤形変更で入力しようとしていた。	ヒヤリハット事例などでよくあげられる取り違いに注意の必要な薬剤については日ごろからスタッフ全員で確認する。	メトホルミン塩酸塩錠250mg「トーワ」	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2018	糖尿病の患者様にメトホルミン製剤が追加になったが処方箋記載がメトホルミン塩酸塩錠250mg:GL2錠/2×朝夕食後であった。その医療機関のDrはメトホルミン製剤はMTのものしか使用せずGLのもの使用はなかった。そのため疑義紹介を行ったところ、メトホルミン塩酸塩錠250mg:MTの誤りであったと確認が取れ調剤を行った。Drも一般名選択時に誤ってしまったかもしれないとのことであった。	メトホルミン製剤にはメトグルコとグリコランの2種類があり、それぞれ承認されている上限投与量が2250mgと750mgと異なるものになる。今回は上限投与量を超えない容量ではあったが今後患者様の体調変化により使用量が変化しグリコランの上限投与量を超える可能性もある。また医師の処方意図と異なる薬剤を調剤し健康被害につながる場合もあるため名称類似品や注意が必要である。	名称類似品や症状・疾患により規格、製品を使い分けるものには注意が必要である。今回のものではないが関節リウマチで使用する【般】サラゾスルファピリジン腸溶錠500mgと潰瘍性大腸炎で使用する【般】サラゾスルファピリジン錠500mgなどの剤型により適応疾患が異なるものにも注意が必要である。そのため対物業・対人業務のみだけでなくあらゆる面から薬のことを理解しておくことが重要であると考ええる。また保管しておく棚も分け、他の人間が見ても分かるような注意書きを記載しておくことが望ましいといえる。また患者様にも医師の診察時における処方意図の確認は必須といえる。	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「DSEP」	グリコラン錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2019	メトホルミンの処方なのにメトグルコを投薬してしまった。	患者様に処方されている薬が多数あり、焦りがあったため。自分が未熟であったため。	自分自身の経験を増やす。	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「TE」	メトグルコ錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2020	メトホルミン塩酸塩錠 250mg MT「TE」処方、薬歴の確認事項に、先発調剤希望の記載があったため、調剤者が、メトグルコ錠 250mg と思い込んで、調剤し、監査者が、投薬前に、間違いに気づき、メトホルミン塩酸塩錠 250mg MT「トーフ」に調剤しなおし、投薬しました。	先発希望の患者様でも、処方箋が、ジェネリック処方の場合、ジェネリック調剤の徹底と、調剤間違いがないかの再確認の必要。二重監査の必要。	薬歴に先発調剤希望。ただし、メトホルミン塩酸塩錠 250mg は、処方箋上、ジェネリック名記載、調剤時注意、監査注意と、コメントを入れて、間違いを繰り返さないように、保存する。	メトホルミン塩酸塩錠 250mg MT「TE」	メトグルコ錠 250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2021	メトホルミン塩酸塩錠 250mg だと思い込み、入力チェックの際に、入力間違いに気付かなかった。	患者さんが多く待っており、焦り入力チェックが流し見になってしまった。さらに監査でも見逃した。	メトホルミン塩酸塩錠が処方されたら入力チェックのときにMTに丸をつけ必ず確認する。	メトホルミン塩酸塩錠 250mg MT「トーフ」	メトホルミン塩酸塩錠 250mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2022	メトホルミン塩酸塩錠 500mg お渡しするところ 250mg の規格でお渡しした。患者から帰宅後 電話連絡あり。前回と薬が変わっている点指摘、渡し間違いが発覚した。	以前より長期にわたり 250mg の処方であったが 前回の受診 9/29 より 500mg への規格へ変更された為 監査見落とし、渡しなれた規格で渡してしまった	調剤者、監査者 2 人共で 処方薬の規格確認不足であった。慣れ、慢心に起因したものと考えられる。規格確認に対して慢心せず一層細心の注意を払うよう務める必要あり。	メトホルミン塩酸塩錠 250mg MT「トーフ」	メトホルミン塩酸塩錠 500mg MT「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2023	メトグルコ錠 250mg の処方をジェネリック変更せずに入力。入力間違いに気付かず交付してしまう。薬剤はメトホルミン塩酸塩錠 250mg MT「トーフ」でお渡し。患者に電話で連絡し訂正と謝罪を行う。	従業員の知識不足とレセプトコンピュータの操作不慣れであった。DO 処方であったがメトホルミンとメトグルコを別物と認識し、再入力したことが原因。レセプトコンピュータのジェネリック変換の利用をしないことも原因となった可能性あり。	先発品名とジェネリック品名の違いの教育を行う。新規入力したものは赤字でチェックを入れるようにし、ルール化を行うようにする。	メトホルミン塩酸塩錠 250mg MT「トーフ」	メトグルコ錠 250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2024	<p>定期的に来局される患者だったので、定時の処方をして14日分用意していたが、処方量が28日分だったため日数を直すことになった。その際にメトホルミン250mgMTトローワをとらなくてはならないところ、調剤した薬剤師がメトグルコだと思い込み、さらにピッキング監査システムミスゼロ子をつかわなければいけないことになっていたが使わずに調剤してしまった。</p> <p>100錠の束をメトグルコからとり、端数のメトホルミン250mgMTトローワをメトグルコの棚にもどしていた。監査した薬剤師、投薬した薬剤師も気が付かず、患者に渡してしまった。翌日、メトグルコの棚にメトホルミン250mgMTトローワが混ざって入っていることに薬剤師が気がついた。その後、すぐに患者と連絡を取りまだ服用していなかったメトグルコとメトホルミンを交換することができた。</p>	<p>調剤した薬剤師はピッキング監査システムを使わずに自分の思い込みで調剤をしてしまった。ちょうど、調剤室のなかではみんなが忙しく動いていた時間だった。168錠を輪ゴムでとめていたため、監査した薬剤師も投薬した薬剤師も数は確認したが、ヒートも似ていたため違う薬だとは気が付かなかった。</p>	<p>調剤時には必ずピッキング監査システムを使用することを徹底した。忙しい時でも慌てずに調剤をすること。特に一番最初の人が薬を間違えるとその後の人も間違えやすくなるので注意すること。予製をしていて数を直したの患者の場合、監査、投薬時に数だけでなく間違った薬が入っていないか再度注意してみる。</p>	メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT「トローワ」	メトグルコ錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2025	<p>メトホルミンMT250mgがされた患者様の調剤で新入社員の薬剤師が誤ってメトホルミンMT500mgで調剤してしまったが交付前の監査で他の薬剤師により間違いに気づいた。</p>	<p>繁忙時であること、新人薬剤師であることから、焦りストレス等が要因で間違えたと思われる。</p>	<p>繁忙時でも落ち着いて調剤業務に臨める環境づくり。他規格ある薬、ハイリスクな薬の教育・指導。</p>	メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT「ニプロ」	メトホルミン塩酸塩錠 500mgMT「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2026	<p>メトホルミン錠250mgの棚にメトグルコ錠が混在していた。それに気付かず、メトホルミン錠を取り揃えた際に、メトグルコ錠250mgと一緒に調剤した。調剤監査支援システムを使用する時、メトホルミン錠のバーコードを読み取ったため、エラーは表示されなかった。交付時に患者と薬剤を確認した際メトグルコ錠250mg、が混在していることに気付いた。</p>	<p>両医薬品とも、デザインが類似しているために、取り違えた。</p>	<p>あいうえお順配置であるが、配置場所を離して配置する。</p>	メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT「ニプロ」	メトグルコ錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2027	<p>メトホルミン250120錠処方されていたが、そのうち20錠をメトグルコでお渡ししてしまった。</p>	<p>メトホルミンの棚に数ヒート、メトグルコが混ざっていた。ピッキングの際に気づかず、そのまま調剤してしまった。また、監査の際もすべてのヒートを確認せず、錠数のみ監査してしまった。</p>	<p>箱の空いていない錠剤をしまう時は、複数人で確認してから戻すように対策しました。監査の際は、ヒートをすべて確認する。</p>	メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT「ニプロ」	メトグルコ錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2028	ジェネリック希望の患者様でメトホルミンを調剤したところ、端数の中にメトグルコが混ざっていた。	別の患者様にメトグルコを調剤後、その残りを戻す際にメトホルミンの棚に戻ってしまったと思われる。	今までメトホルミンとメトグルコのカセッターが同じ縦列の上下に置いてあったが、少し離れた位置に変更した。	メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT「三和」	メトグルコ錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2029	メトホルミン90錠お渡しのところ、10錠メトグルコが混入してしまった。お取替えしました。	包装が類似しているのに、近くの棚に置いてあった。	棚を離し区別できるようにしました。	メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT「三和」	メトグルコ錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2030	メトホルミンMT250が270錠出たので、200錠分はメトホルミンMTの箱をピックアップしたが残りの70錠をメトグルコ250mgの棚から取ってしまった。在庫数とレセコン上の数が違うので間違いに気が付いた。すぐに患者に連絡を取り正しい薬と交換した。	名称が似ているのと成分が同じだったため見過ごしてしまった。また200錠は箱に入っていたためヒートの違いが判らなかった。	100錠でもプラスチック袋から出して調剤するようにした。	メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT「日医工」	メトグルコ錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2031	いつも服用している処方薬である。規格が2種類あり小さい規格の薬を間違えて与薬した。	どうしても調剤～監査の流れで起きる事象・ピッキング監査システムの導入	監査時に監査機を導入	メトホルミン塩酸塩錠 500mgMT「DSE P」	メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT「DSE P」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2032	メトホルミン500mgが処方されていたが、メトホルミン250mgをピックアップした	名称だけ見て、規格まで見ていなかった	規格まで正確に確認する	メトホルミン塩酸塩錠 500mgMT「DSE P」	メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT「DSE P」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2033	メトホルミン500の一般名処方でメトホルミン500「JG」5錠とメトグルコ500100錠を混在して渡してしまった。	先発品も以前に使用していた患者さまで、いつもはメトホルミン500「JG」を服用しているのに調剤途中で先発品を使っていると思い込んでメトグルコを調剤してしまった。その後監査も見過ごしてしまった。	100錠包装の分もきちんと監査する。投薬時に患者さまにも確認してもらう。	メトホルミン塩酸塩錠 500mgMT「JG」	メトグルコ錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2034	メトホルミン塩酸塩錠500mg錠を処方されたが、メトホルミン塩酸塩錠250mgで処方入力、調剤。監査システムを通過し監査時に誤りに気づき訂正、正しいものを投薬した。	今回よりメトホルミン塩酸塩錠250mgから500mg錠へ増量。定期薬のシルニジピン錠10mg、デベルザ錠20mgは残薬調整で処方できなかったことに意識が行き入力時見落としとした可能性あり。調剤者はお薬手帳の前回の記録と処方箋を照らし合わせて、お薬手帳を見ながら調剤したことが誤りの原因。監査システムを通すときも処方箋をよく確認しなかった。	監査時に入力の監査、薬の監査、順に確実に行う。	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「TE」	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「TE」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2035	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「TE」を処方されていたのに勘違いによりメトグルコ錠500mgを調剤してしまった。	ほかの薬は全て先発品をご希望されているので当該医薬品も先発品を出してしまった。	監査時により一層注意するようにしている。	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「TE」	メトグルコ錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2036	メトホルミン500mgMT4錠渡すところ250mgMT4錠調剤しており、監査でも見逃していた。患者様が気づくのが遅く1か月後の受診時後、薬局にて判明。血糖値ならびにHbA1cとも正常値だったため継続して服用することになった。	投薬前に他の患者様とトラブルがあり、スタッフ全員がそちらに気を取られてビックニングならびに監査がおろそかになった。1人薬剤師の時に起こったため、事務員に補助を依頼するようにした。	調剤時、監査時における手順に従って行うよう再度徹底。	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「トーフ」	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2037	メトホルミン250mg錠を調剤しなければならぬところ500mg錠を調剤監査も思い込みのためそのまま通過交付前に薬剤情報提供書の薬剤写真で確認し交付前に気付く	処方の思い込み、確認不足。	扱いなれている薬もしっかり確認する	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「ニプロ」	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2038	一般名処方メトホルミン塩酸塩、60錠の調剤に対し、平素は後発品メトホルミン塩酸塩ニプロで調剤するところ、誤って40錠のみメトグルコで調剤しお渡し。後日在庫確認し誤りに気付く、ご本人にお電話しお詫びする。まだ服用されておらず、いつものメトホルミン塩酸塩ニプロに交換していただく。	調剤時に薬剤名の確認の徹底。監査時に1枚ずつ薬剤名の確認の徹底。	薬剤の納品時、棚に入れる際に薬剤名の確認を徹底する。	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「ニプロ」	メトグルコ錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2039	患者様本人が薬局、昨日、渡された薬の規格が違うとのこと。処方箋、店舗在庫を確認したところ、調剤ミス発覚。謝罪し、正しい薬剤と交換した。	ジェネリック品と先発品があり、名称の確認に意識がいき規格の確認が疎かになった。	鑑査時だけでなく、患者様に投薬する時も名称だけでなく規格まで読み上げて確認する。	メトホルミン塩酸塩錠 500mgMT「ニプロ」	メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2040	メトグルコ500の戻し間違え メトグルコ500の調剤後多く調剤して調剤の棚に戻すときにメトホルミン500の棚に戻してしまう。	薬を棚に戻すとき、戻す間違えをしないように戻す箱を用意しているがその手順を飛ばして棚にもどってしまった。手順を怠った。	手順通りに徹底する	メトホルミン塩酸塩錠 500mgMT「ニプロ」	メトグルコ錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2041	メトホルミン500mgで処方されていたがメトグルコ250で調剤した。	当薬局でメトグルコ250mgがよく処方されるため思い込みで調剤してしまった。	今回は規格も異なっていたため、規格まで確認すること。	メトホルミン塩酸塩錠 500mgMT「日医工」	メトグルコ錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2042	一般名でミドトリンと処方箋に記載があるものを、リトドリンと勘違いし、商品名でウテメリンを調剤しようとした。	一般名が勉強不足でわからない場合は、必ず調べてから調剤すること。	一般名の処方箋に関しては、必ずすべての商品がどの薬剤を選択するか決まってから、計数調剤へ移ること。	メトリジン錠2mg	ウテメリン錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2043	メニレット70%ゼリー30gで調剤すべきところ、メニレット70%ゼリー20gで入力・調剤・監査・投薬を行った。投薬時に患者本人の指摘により規格を間違えていることが判明。	患者には過去1年以上20gの規格が処方されており、今回から規格が30gに変更になっていたが、担当の薬剤師は前述の理由などから20gのままと思い込み、薬が変わったことに気づけなかった。	処方箋監査時に先に規格の確認から行うことにした。	メニレット70%ゼリー30g	メニレット70%ゼリー20g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2044	一般名処方ではプラバスタチンナトリウム5mgが処方された。いつもメバロチンをお渡ししている患者さんに、間違えてジェネリックのプラバスタチンナトリウム錠5mg「ニプロ」を渡してしまった。薬歴を記入している際に気づかず患者宅に電話をし交換。	ほとんどの患者さんはジェネリックのほうを服用しているためそちらをお出ししてしまった。	先発品服用患者さんが少ないものは、後発品のカセッターに先発品服用患者と患者名を貼りつける事にした。	メバロチン錠5	プラバスタチンナトリウム錠5mg「N.P」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2045	メプチンエアーの処方であったが、調剤の際メプチンスイグヘラーをピックアップしてしまった。監査の際に気付いて交換。患者には影響なし。	スイグヘラーの方が処方される頻度が高いため、「メプチン」だけを見て判断してしまった。	薬品名を頭だけ読んで判断せず、必ず最後の規格まで確認してからピックすることを徹底する。	メプチンエアー10μg吸入100回	メプチンスイグヘラー10μg吸入100回		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2046	成分名処方と同成分のメブチンキッドエアーが処方されていたが誤ってメブチンエアーと投薬した。	成分名で調剤した。1キット2.5mlのメブチンキッドエアーが1キット処方されていたが1キット5mlのメブチンエアーを調剤した。	成分名処方の薬の調剤は成分名だけでなく規格、用量を慎重に確認する。	メブチンキッドエアー 5μg吸入100回	メブチンエアー10μg吸入100回		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2047	0.3mlと0.5mlのアルミ包装が類似していた為、違いに気が付かなかった。	他店舗の不動医薬品を引き取った際、規格違いに気が付かなかった。	アルミ包装を開けて中を確認する。	メブチン吸入液ユニット0.3ml	メブチン吸入液ユニット0.5ml		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2048	メブチン吸入液ユニット0.5ml 20個処方されていたが、誤って同薬品別規格のメブチン吸入液ユニット0.3ml 20個を取り揃えてしまった。	当薬局では0.5mlよりも0.3mlの製剤の方が圧倒的に処方が多く、薬局が混雑して繁忙時だったことも重なりピッキング者の思い込みにより0.3mlの製剤を取り揃えてしまった。	ヒヤリハット時、0.3ml製剤と0.5ml製剤は同じ調剤棚の上下1段違いの引き出しに保管していたが、これを機にそれぞれ別の調剤棚の引き出しに保管して、分かりやすいように大きめの字で薬品名と規格を書いたラベルを引き出しに貼り、さらに赤字で複数規格あり注意と書いたラベルも引き出しに貼付した。	メブチン吸入液ユニット0.5ml	メブチン吸入液ユニット0.3ml		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2049	小児科より処方の成人患者さんの処方、採用薬と異なる規格の薬品が初めて処方されていた。メブチン吸入液ユニット0.5mlが処方されていたが、入力、調剤、投薬時に気づくことができず、在庫しているいつも処方される0.3mlのメブチン吸入液ユニットを投薬してしまった。投薬後の入力チェック時に、入力と処方箋の規格が異なることに気づき、患者さんに連絡。在庫していなかったため取り寄せ後、取り換えに伺った。使用前に正しい規格に取り換えることはできた。	門前の病院の処方が決まった薬が処方されることがほとんどで、いつもの見慣れた薬品名を見ていつもの規格であると先入観を持ってしまい、患者さんの立て込んだ時間帯であったこともあり、規格確認を怠ってしまった。	世の中の薬品には自分が把握していない規格が存在することを常に念頭に置き、当たり前を確実に確認するルーティーンを作り守って業務にあたることができるよう、スピードよりも確実に、という雰囲気、環境を作るよう薬局の職員皆で考え方を統一した。規格を指さし声出し確認することとした。	メブチン吸入液ユニット0.5ml	メブチン吸入液ユニット0.3ml		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2050	処方)メブチン顆粒0.01% 0.6g処方通りに調剤したところで、量が多いことに気が付き、DSの間違えではないかと疑義紹介。→メブチンDS0.005% 0.6gであったことが判明	忙しい時間であった	監査システムで年齢を入力し、範囲内であることを確認してから計量を行う	メブチン顆粒0.01%	メブチン顆粒0.005%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2051	薬局内ではマンチン塩酸塩錠の後発品を普通錠とOD錠のいずれも採用している。今回はOD錠が処方されていたが、普通錠と取り間違えそうになった。	包装が類似していた。また混雑している状況でもあった。	当該医薬品の包装が類似しているため、注意して調剤を行うよう周知した。	マンチン塩酸塩OD錠20mg「DSEP」	マンチン塩酸塩錠20mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2052	眩暈を訴える患者、メリスロン処方。後発品了承。ピッキングの際ベタヒンメルと認識し、その薬を取ったつもりであったが、隣にあるベポタスチンメル10mgをピッキングしてしまい、監査者にまわしてしまい、点検の際発覚。	ピッキングのあと、もう一度、監査者に渡す前に再確認をおこたった。	薬の配置を考え直した。また、再確認をすることを申し合わせた。	メリスロン錠6mg	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2053	他病院でメリスロン錠12mgで服用。今回の病院でメリスロン錠6mgで処方されていることを気付かず入力。調整、鑑査時に気付かず、交付時に発見。	処方入力、入力チェック、鑑査時が流れ作業になり確認漏れてしまった。	入力時のチェック、入力チェック者、鑑査者を別の人が行う。チェックする際は薬名、規格、数量、日数など一つずつ確認する。	メリスロン錠6mg	メリスロン錠12mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2054	メレックス1mgが処方されていたが、誤ってメイラックス1mgを投薬していた。	夕方の忙しい時間帯に処方せんを持参し来局された。いつも来局される患者様で一包装指示の為一旦帰宅された。薬の調剤は終了していたが忙しくなかなか鑑査できなかったため気持ちに焦りがあった。他薬は一包装であるがコントロールされるためメレックスはしーとのままのお渡しを希望しておられた。一包装の調剤に気を取られ、確認を怠ってメレックスをそのまま薬袋に入れてしまい取りに来られた時も中まで確認してもらわずお薬をお渡ししたため今回の誤薬につながってしまった。翌日患者様より連絡あり正しい薬剤と交換させていただいた。服薬はなかった。	忙しい時間帯であっても必ず処方指差し確認を怠らない。似た名称の薬がある時は特に注意する。投薬時にはなるべく薬を見せて本人と一緒に確認してもらう。	メレックス錠1mg	メイラックス錠1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2055	モーラステープ20mgの処方であったが40mgで調剤をしてしまった。	処方箋の確認不足。モーラステープ20mgと40mgの配置が隣であること。	処方箋コピーをみて調剤する場合には間違えやすい規格には印をつけるようにして調剤者、投薬者ともに注意できるように改善する	モーラステープ20mg	モーラステープL40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2056	処方記載 一般名ケトプロフェンテープ20mgとあったが入力を誤り40mgで入力。調剤・監査時は誤りに気づかず、交付時に気づき訂正し正しい規格の医薬品をお渡しした。	Do入力によるミス。入力時の規格の確認漏れ	規格違いは大きな健康被害に直結することが多いので入力や監査時は一番注意が必要。調剤室内での処方箋読み上げ監査を徹底する。	モーラステープ20mg	モーラステープL40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2057	事務員がレセコンに入力時、モーラステープ20mgをモーラステープL40mgで入力した	他に待っている患者さんがいた為、慌てていた。	入力時に処方箋を読み上げ、薬剤師に変更部分を伝える。	モーラステープ20mg	モーラステープL40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2058	シップ剤の規格間違い	混雑時に思いこみがあった	規格からしっかり確認するようにした	モーラステープ20mg	モーラステープL40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2059	先発品を希望の患者様。処方には一般名、後発品名があり、シップLを調剤するときに後発品と勘違い。一人薬剤師。調剤、監査、交付時にも気が付かなかった。患者様がしつぶを貼ろうとして、先発品でないことに気が付き、連絡があった。	処方箋をかしっかり確認。交付時、患者本人にも確認してもらう	落ち着いて調剤、監査する	モーラステープL	ケトプロフェンテープ40mg「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2060	モーラステープL40mgを交付しなければならぬ所、誤ってモーラステープ20mgを交付してしまった。	混雑する時間帯の為、規格違いに気が付かず投薬してしまった。	規格違いがある薬に関しては念入りに監査するように周知しました。	モーラステープL40mg	モーラステープ20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2061	当該患者にはいつもケトプロフェンテープ40mg「テイコク」が交付されており、2年前に1度だけロキソプロフェンテープ100mg「久光」が交付されていた。患者から『今回は処方医にテープ剤は青色のパッケージの久光をお願いした』と申し出が有り、処方せんは一般名入力でケトプロフェンテープ40mgのままになっていたため、交付薬剤師はモーラステープL40mgだと思い、患者に見せた。患者が頷いたので、準備していたところ、別患者へ準備していたロキソプロフェンテープ100mg「久光」を見て、『こちらを希望していた』と言われた。処方医に疑義照会をし、ロキソプロフェンテープ100mg「久光」が交付された。	交付薬剤師は処方せん的一般名入力がケトプロフェンテープ40mgだった事、加えて患者からの断片的な情報(青色のパッケージ、久光)から連想でモーラステープL40mgの事だと連想してしまった。処方医も同様な連想をされた可能性が高く、患者もしっかりとパッケージを覚えていなかった事から起きた事象であった。	交付薬剤師が過去の薬歴をくまなくチェックし、ロキソプロフェンテープ100mg「久光」の履歴を把握していれば防げたと考えられる。今後は思い込みが最大の敵だと自覚し、患者からのより詳しい情報収集と似ている色調やデザインに留意し、問い合わせや要望に対応していこうと薬局内で共有した。	モーラステープL 40mg	ロキソプロフェンNaテープ100mg「久光」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2062	一般名処方されていて先発希望だが間違えてGEで調剤した	レセコン等に患者がGE希望か先発希望が分かりやすく書いておく	レセコン、電子薬歴に目立つようにどちらを希望か書く	モーラステープL 40mg	ケトプロフェンテープ40mg「バテル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2063	モーラステープL40mgの処方ジェネリック希望の患者さん。普段、20mgも使用している患者さんのため間違えてしまった。	20mgも使用している患者さんのため、間違えてしまった。今後は使用部位を確認し、大きさや、貼り易さを考慮し、患者さんとmg数の確認をする。	投薬前に、他の薬剤師と確認する。	モーラステープL 40mg	ケトプロフェンテープ20mg「BMD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2064	モーラステープL40mg 8袋が処方されたが、1袋のみケトプロフェンテープバテル40mg が混在していた。重量がほぼ同じため、監査システムを通過したが、投薬前に発見出来た。	ケトプロフェンテープバテル40mg を戻すときに、モーラステープLの棚に戻したと考えられる。	棚の位置を離して、投薬前に目視で再度確認するようした。	モーラステープL 40mg	ケトプロフェンテープ40mg「バテル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2065	この方はすべてが先発希望。間違えてジェネリックお渡ししてしまう。	テープの前に薬袋をゴムで止めるので名前まで確認せずお渡ししてしまう。全く袋の感じが似ているので薬袋をめくらなくてはいけなかった。	必ず薬剤師が薬袋をゴムで止めるか裏面に薬袋をゴムで止めるように徹底します。	モーラステープL 40mg	ケトプロフェンテープ40mg「バテル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2066	調整者が、モーラスパップXR120mg 42枚調剤するところ、誤ってミルタックスパップ30mg 42枚を調剤し、監査に回した。監査に当たった別の薬剤師が、間違いに気づき調整者に伝え、モーラスパップXR120mg 42枚を正しく調剤し、再度、別の薬剤師が監査を実施。監査で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	湿布剤の多くが、ミルタックスパップ30mg処方箋であり、思い込みにより調剤してしまっていた。調剤者の確認不足であった。	思い込みをなくし、処方箋の薬名をしっかりと最後まで読み調剤する。監査に回す前に、再度、処方箋の記載と同じか確認する。	モーラスパップXR 120mg	ミルタックスパップ30mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2067	モーラスパップXR240で処方のところ、モーラスパップXR120で入力、調剤	モーラスパップXR240があることを知らず、120しかないと思い込んだ	処方内容の最後までしっかり確認する	モーラスパップXR 240mg	モーラスパップXR 120mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2068	モサプリドクエン酸塩錠2.5mgのところを5mgでピッキングしてしまった。	5mgとの思い込みがあったため。調剤に入る前にはじっくりと規格を確認しなければならない。	声掛けによる再確認、規格認識の共通化を図る。	モサプリドクエン酸塩錠2.5mg「ファイザー」	モサプリドクエン酸塩錠5mg「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2069	ジェネリックの薬を先発の薬でお渡ししてしまった。	夕方、忙しくて、薬剤師3人で調剤していて、確認を怠った。	忙しくていても、薬の確認を小さな声ですること。	モサプリドクエン酸塩錠5mg「ケミファ」	ガスモチン錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2070	病院の採用薬がモサプリドクエン酸塩錠5mg「テバ」から「日医工」に変更になった。処方箋記載も変わっていたが、テバで調剤することに慣れてしまっていて、見落としが起きた。調剤監査システムでエラーとなり処方箋の記載に気が付き調剤をし直した。	メーカー名の屋号まで確認せず、薬品名だけで判断して調剤したこと。またそれに慣れてしまっていた為気付かず調剤した	調剤棚にメーカー名間違いが起きないように、注意喚起の札の作製設置した	モサプリドクエン酸塩錠5mg「日医工」	モサプリドクエン酸塩錠5mg「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2071	モメタゾン点鼻液112噴霧の処方の所56噴霧を交付してしまった	点鼻液をピッキングする際外袋に入れた為、本体を確認できずそのまま交付した	外用薬は特別な場合を除き外袋に入れず交付することとした	モメタゾン点鼻液50μg「CEO」112噴霧用	モメタゾン点鼻液50μg「CEO」56噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2072	モメタゾン点鼻薬112噴霧処方指示の所56噴霧を交付してしまった	ピッキングの際薬剤をビニルの袋に入れた状態となっており、内容をしっかり確認せずに交付してしまった	点眼や点鼻液など個別のビニル袋が付いているものについてはピッキングしたときには入れずに交付時に必要とあれば入れ、または添付して渡すこととした	モメタゾン点鼻液50μg「CEO」112噴霧用	モメタゾン点鼻液50μg「CEO」56噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2073	モメタゾン点鼻液112噴霧を出すところを間違えて56噴霧をピッキングした。	急いでいたので間違えた。	処方箋のコピーに回数のところには赤丸をつけ間違えないようにする	モメタゾン点鼻液50μg「杏林」112噴霧用	モメタゾン点鼻液50μg「杏林」56噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2074	モンテルカストチュアブル5mgの処方に対し、モンテルカスト10mgを計数・投薬・服用。4日ほど服用した時点で母が気づきお電話あり。お子さんの様子を確認、眠気・倦怠感など?→いつもよりよく寝たかも?カゼで寝たのかも?他に関しては特に気になる様子無いそう。正しい薬剤を交付	計数者の思い込み	患者の年齢などを再確認しつつ、調剤する	モンテルカストチュアブル錠5mg「DSEP」	モンテルカスト錠10mg「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2075	モンテルカスト細粒を服用。6歳になりチュアブル錠に処方変更になっていたが、気づかず前回Doで入力。	処方変更がないと打ちかえなので前回Doで入力をする。一般名での処方なので、薬名が長くなりしっかり見れていない。年齢により用量が変わる様な薬は注意喚起のため、マスターに年齢制限を設ける事で対策。	レセコンで医薬品マスターに年齢を入力。異なる時は赤字で注意喚起。	モンテルカストチュアブル錠5mg「サワイ」	モンテルカスト細粒4mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2076	モンテルカストチュアブルのところを10mgで交付。交付後気が付き電話をして患者が来局後正しいものに交換した	お盆休みご初日で繫忙状態で見落とし	もう一度再度規格には注意する	モンテルカストチュアブル錠5mg「タカタ」	モンテルカスト錠10mg「KM」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2077	患者とその母親が処方箋を持って来局した。処方箋には「【般】モンテルカストチュアブル錠5mg」と記載していた。事務員(経歴6年)が、モンテルカストチュアブル錠5mg「タカタ」を調製するところを誤ってモンテルカスト錠10mg「KN」を調製し監査に回した。薬剤師Aは監査を行ったが、気付かずそのまま投薬をしてしまった。6日後に母親から電話があり、ミスが発覚。数錠服用してしまったとのことだったが、健康被害はなかった。ミスを謝罪し、正しい薬を調整し、薬剤師Bに監査してもらって郵送にてお渡しした。	・土曜日で薬局がかなり混雑しており焦っていた・他の医院では同じ年齢でモンテルカスト錠10mgが処方されていることがあり、思い込みがあった・2剤処方されていたうちのもう1剤が不足していたことがあり、その対応に気をとられ確認が疎かになっていた・監査、投薬の薬剤師Aが月経中であり体調不良だった	・煩雑な状況のときこそ監査と投薬前の最低2回確認してから投薬する・思い込みを捨て、処方箋と薬剤を照らし合わせて監査を行う・他にすることが入ったとしても、本来の監査を怠らない・体調不良であることを自覚し、より丁寧に業務を行う	モンテルカストチュアブル錠5mg「タカタ」	モンテルカスト錠10mg「KN」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2078	患者様の家人様が処方せんを持って来局されました。処方せんには「モンテルカストチュアブル錠 5mg 分1 寝る前 30日分」と記載されいました。薬剤師が本来はモンテルカストチュアブル錠5mg ニプロを調剤するところを誤って モンテルカスト錠10mg 日新を調剤しお渡ししました。患者様の家人様より電話があり調剤ミスが判明しました。電子カルテの入力・裏打ちを確認し入力に誤りはありませんでした。ご説明と謝罪のために患者様のお宅に薬剤師が訪問。正しい薬を手渡しし謝罪しました。	モンテルカストチュアブル錠5mg ニプロとモンテルカスト錠10mg 日新は名称が似ている、また、同じオレンジ色のシートだったため間違えました。	調剤者がピッキングした後、再度処方せんと裏打ちを確認することを徹底していきたいと思います。	モンテルカストチュアブル錠5mg 「ニプロ」	モンテルカスト錠10mg 「日新」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2079	モンテルカストチュアブル5mgの処方のところを、チュアブルの記載を見落とし、モンテルカスト錠10mgを調剤。たまたま、繁忙であったためか、監査でもチュアブルの記載を見落とし、そのまま、監査を通り抜け、患者に投薬してしまいました。その後、すぐ、チュアブル錠であったことに、当事者が気が付き、本人の家族に連絡し、再来店をしていただき、本来お渡しすべきチュアブル錠をお渡しすることができた。	薬をピッキングするとき、処方箋を確認するのは、当然のことであるが、しっかりと薬名をフルネームで確認しなかったことから、このように、チュアブルという記述を見落とししてしまった。監査でも、忙しいときこそ、ゆっくりと確認することが、大切である。監査について、よりしっかりとすることを、スタッフに徹底することを、あらためて再確認した。	類似した薬名は、特によく確認し、間違えやすいところ、例えば、今回の見落としそうなチュアブルのところを、印するなど、工夫をすることで、間違えを減らせると思われる。	モンテルカストチュアブル錠5mgニプロ	モンテルカスト錠10mgニプロ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2080	モンテルカスト錠10mgを調剤するために保管棚から出す際、キプレス錠10mgであることに気づかず用意してしまった。	月初の400品目を超える大量納品で、モンテルカスト錠100錠3つとキプレス錠100錠1つが同時に入ってきた。どちらも杏林の製品で、先発とAGで外装が酷似していたためか、納品された際に、検品者としてしまった者が異なったことも重なり、キプレス錠をモンテルカスト錠の棚にしまったしまったようである。その後モンテルカスト錠10mgの処方の際に、モンテルカスト錠の棚から出す際の確認を怠り(PTPシートも酷似しているため、バラの状態でも誤りに気づかなかった。)、キプレス錠で調剤してしまい、監査の時まで発覚しなかった。	検品時、先発品とAGが同時に納品されたときは一緒にまとめないようにする。しまう際も、AGは外装がよく似ていることを改めて認識し、きちんと確認する。保管の棚も両者が近いと様々な事故の原因になりうるので、これを機にキプレス錠の棚の場所を変更した。	モンテルカスト錠10mg「KM」	キプレス錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2081	モンテルカスト錠10mg「サンド」を定期服用中の処方に対して、取り揃えられたのが先発品のキプレス錠10mgだった。気が付かないままそのまま交付にいたり、その後店舗の在庫確認にて差異が発生し発覚。服用はなくその日のうちに交換対応をした。	繁忙期であり、待ち時間が伸びていたのが焦りがあった。また処方箋の記載が先発品のキプレス錠10mgであったため入力情報ではなく処方箋で監査を行ったため気が付かなかった。また外観がよく似ておりお渡しの際も患者様に確認してもらったが違和感がなくそのまま交付に至った。	処方箋内容からの監査とともに入力情報の確認も必要と判断。また後発品変更の薬剤については医院に連絡を取り一般名で入力をお願いする。	モンテルカスト錠10mg「サンド」	キプレス錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2082	30日の開局時にFAXがあり、応援の薬剤師が入力前回は【般】ドロスピレノン72mg・エチニルエストラジオール配合錠/1シート(プラセボ有製剤)が出ておりヤーズ配合錠でお渡し。今回は【般】ドロスピレノン3mg・エチニルエストラジオール配合錠/1錠(プラセボ無製剤)になっていることに気づかず前回同様に入力ビッキング、監査も気づかないまま次の日に患者さん来局され投薬時に今回からヤーズフレックスに変更になったこと聞き取り発覚。	応援の薬剤師による入力であったため、入力チェックをより確認する必要がある。ヤーズの複数規格があることの認識不足	一般名処方時のドロスピレノンの用量の違いやプラセボの有無について確認。ビッキング時には付箋等で違いがすぐに分かるように記載しておく	ヤーズフレックス配合錠	ヤーズ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2083	新規患者がヤーズ配合錠の処方箋を持参した。薬局で採用されていたものがヤーズフレックス配合錠しかなく、レセコンでは検索をかけないとヤーズフレックス配合錠しか表示されない状態だった。	知識不足のためヤーズ配合錠とヤーズフレックス配合錠の2種類存在することを知らなかった。確認不足のため処方箋に記載されている薬剤と異なる薬剤が準備されていることを患者に指摘されるまで気づかなかった。	間違えやすい薬剤、規格など定期的に研修を行い、知識を蓄積していく。薬剤名称の監査・確認を再度注意喚起する。	ヤーズ配合錠	ヤーズフレックス配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	受付をした事務員はヤーズフレックス配合錠で入力、調剤した薬剤師もヤーズフレックス配合錠で調剤した。監査システムを導入していたが、双方ともに同じ内容のミスだったため、監査システムにおいてもミスが分からなかった。投薬担当の薬剤師が患者に薬を見せたところ、いつもと色が違うという指摘があり、再度処方箋を確認したら、ヤーズフレックス配合錠ではなくヤーズ配合錠だったことが判明した。患者にお詫びをし、ヤーズ配合錠を取り寄せて翌日お渡しした。						
2084	ヤーズ配合錠のところ、ヤーズフレックスを調剤交付。残薬があったため、1か月後に患者から連絡あり、服用する前に気づいたため、健康被害なし。	ヤーズ配合錠とヤーズフレックスが同じ棚にあり、確認漏れがあったために誤って交付してしまった。思い込みや、その場の状況も原因として考えられる	棚に、注意喚起の札を貼り付け、調剤者がミスを犯さないようにするとともに、鑑査者もほかのだれかにダブルチェックを行うようにした。	ヤーズ配合錠	ヤーズフレックス配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2085	ユーロジン錠2mg 1錠 分1 就寝前30日分で処方されている患者ユーロジン錠2mgの薬局内在庫が116錠(16錠+未開封100錠)ユーロジン錠1mgの薬局内在庫が100錠(未開封)	未開封の薬剤を調剤する際に監査システムを用いなかったその後の監査にてピックアップした薬剤の確認を怠った→間違っていないという思い込み・慣れ・慢心があった投薬時に薬の数のみ確認してお渡ししてしまった	必ず監査システムを通すことを徹底する→開封後の薬剤はヒートごとに通す間違いは常に起こりうることを念頭に置いて監査を行う規格違いのある医薬品は箱の外側に規格違いがあることがわかるように付箋や印をつけて注意を促す	ユーロジン 2mg 錠	ユーロジン 1mg 錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	まず初めに監査システムを用いてユーロジン錠2mgを16錠ピックアップ、その後監査システムを用いずに未開封のユーロジン錠1mgを14錠ピックアップし、間違いに気付かずそのまま患者に交付閉局前の在庫確認時にユーロジン錠1mgの在庫数を確認してしまい、偶然にも数がズレていなかったため間違いに気付かず 4日後再びユーロジン錠2mgが別の患者にて処方され、閉局前の在庫チェック時に在庫のズレが発覚し、当該患者に連絡患者は残薬があったため服用しておらず、体調も問題ないこと確認し全量取り換えてお渡し						

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2086	テオフィリン200(24時間持続)1日2回朝夕の記載の処方箋をもらった。24時間持続型であれば、1日1回の使用で矛盾が発生している。Drに疑義を行い、24時間持続型で1日1回の使用を確認して、投薬した。	テオフィリン錠には、いろいろな種類の薬があるので、用法と合わせて確認すること。	処方せん内で不明確なことは、必ずDrに確認すること。	ユニコン錠200	テオフィリン徐放錠200mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2087	【般】カンデサルタン・アムロジピン5mg配合錠の処方を前回処方と同様 【般】カンデサルタン・アムロジピン2.5mg配合錠と入力鑑査時も気づかず。次の来局時に発見。	処方変更ないものと思込みによるミス	投薬時体調とくに数字のわかる血圧などの聞き取りを詳しく行い、処方医の意図を確認するようにする。	ユニシア配合錠HD	ユニシア配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2088	ユニシアLDを調剤するところ、23錠をユニシアLDで5錠をカムシアLDで調剤した。	外見がそっくりなジェネリックは取り間違えやすい為、棚を別にしていたが、混在していた。	棚に戻すときに2人体制で確認して戻すよう仕組みを変更した。	ユニシア配合錠LD	カムシア配合錠LD「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2089	ユニフィルLA(100)で処方されていたところ、ユニフィルLA(200)で調剤してしまった。次回の予製をしていた別の薬剤師がユニフィルLA(100)の在庫がないことに気づき、間違えてユニフィルLA(200)で調剤してしまったことが発覚。患者様にすぐに電話をし、その旨を伝え、体調に変化がないことを確認し、主治医に報告しました。	お薬手帳でテオフィリン徐放錠(200)を他院で処方され服用していたことを確認して、薬局にユニフィルLA(200)の在庫しかなかったことから勘違いをしてしまった。また、他の薬剤師が休憩中で一人体制であったため確認が不十分になってしまったと考えられる。	調剤する際、薬品名・規格・数量を一つ一つ確認しながら取り揃えを行う。一人の場合は、一呼吸置き再度確認し間違いがないようにする。また、患者様にも確認していただきながら投薬をする。	ユニフィルLA錠100mg	ユニフィルLA錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2090	当局に初めてきた処方内容であり、(般)テオフィリン徐放錠200mg(24時間持続)記載であったが、(般)テオフィリン徐放錠(12~24時間持続)のテオフィリン徐放錠200mg「サワイ」で入力し調剤。監査時に発見・修正し、患者交付前に防ぐ事ができた。	採用がなかったため入力時に薬品名が出てこず、採用のあった(般)テオフィリン徐放錠(12~24時間持続):テオフィリン徐放錠200mgの方で入力しそのまま調剤した。	処方箋の一般名まで入力者、調剤者、監査者それぞれが確認し、知識を共有する。特に名称類似のある薬品や新規の処方内容には注意する。	ユニフィルLA錠200mg	テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2091	<p>〔ヒヤリハット事例〕 処方せんに記載されていた『【般】テオフィリン徐放錠200mg(24hr)』の一般名処方に対し、誤って、『テオフィリン徐放錠200mg「日医工」』を調剤してしまった。鑑査時に誤りに気がついた。処方せん記載：【般】テオフィリン徐放錠200mg(24hr)分2 夕食後・就寝前 42日分 調剤すべき医薬品：〔 〕内は、一般名処方標準名(先発品)ユニフィルA錠200mg〔テオフィリン徐放錠200mg(24時間持続)〕ユニコン錠200(テオフィリン徐放錠200mg(24時間持続))〔後発品)テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」〔テオフィリン徐放錠200mg(24時間持続)〕誤って調剤した医薬品：〔 〕内は、一般名処方標準名(後発品)テオフィリン徐放錠200mg「日医工」〔テオフィリン徐放錠200mg(12~24時間持続)〕</p> <p>〔事例の詳細〕薬局待合室は混雑していない11時27分に13種類の薬剤が記載された大学病院の発行する処方せんをファックスにて受付した。その処方箋の中に、『【般】テオフィリン徐放錠200mg(24hr) 2錠分2 夕食後・就寝前 42日分』が記載されていた。テオフィリン徐放錠200mg(24hr)が分2の処方であったので、念のため疑義照会を行ったが、指示の変更はありませんでした。</p>	<p>〔考えられる「取り間違い」の原因〕</p> <p>1. 調剤薬剤師は『ユニフィルA錠200mg』の調剤経験はあったが、近年は『ユニフィルA錠200mg』の調剤をしておらず、徐放持続時間が異なる『ユニフィルA錠200mg』が存在していることについての意識が欠落していたのではないかと(最近の『テオドル錠200mg』、『テオフィリン徐放錠200mg「日医工」』の当薬局での調剤頻度は月6件程度)</p> <p>2. 調剤薬剤師は自分ができる100%の確認・確信を得ないままその調剤行為を終えてしまったのではないかと?</p> <p>3. 調剤薬剤師に知識があったとしても、多剤処方によるあせりや集中力の低下により、処方せんに記載されていた(24時間持続)の標記に対して、気が付かなかったり、見落としてしまうことになってしまったのではないかと(他の調剤薬剤師であっても、「知識が欠落していた場合や集中力が低下していた場合は、何の疑問も感じないまま調剤行為を終えてしまう恐れがあった」とコメントがありました。)</p> <p>4. 当薬局では薬剤師のみで調剤を行っているため今回の原因にはあたらないが、将来、薬剤師の管理下で調剤知識が十分でない調剤者により調剤が行われた際、普段多く見かける『【般】テオフィリン徐放錠200mg(12~24hr)』の記載に対し、『【般】テオフィリン徐放錠200mg(24hr)』は、『範囲内なので問題なし』と誤った判断をしてしまい、同様の調剤過誤を起こしてしまうことがあるのではないかと?</p>	<p>〔上記原因に対する対策〕</p> <p>1. ⇒ニフェジピン徐放錠の一般名処方にも、『(1)、『(2)』、『L、CR』、『(12時間持続)』、『(24時間持続)』の標記があり、処方箋記載方法や徐放時間の異なる同一成分の薬剤が存在することを再度認識し、このことを忘れないように継続して局内ヒヤリハット検討会で話題に出し、知識の欠落を防止する。</p> <p>2. ⇒処方箋に不要な表示はないことを意識して、一文字一文字に意味があることを1.と同様に局内ヒヤリハット勉強会で注意を促す。</p> <p>2. ⇒日ごろから、雑誌や新聞などに掲載されている「七つの間違い」などの間違い探しをして、見比べる力を養うための自己訓練に努める。</p> <p>3. ⇒焦らないように心がけることは大切だが、お待たせしないように思えば思うほど、患者様のことを思えば思うほど、早く調剤しようと焦ってしまう気持ちが生じてしまう。しかし、焦りが間違いを誘発し、結果的に患者様の不利益になってしまうかもしれないことも認識して、普段から、自己分析や自己暗示などメンタルトレーニングを行うようにする。また、人間は焦ってしまうと舞い上がって、普段冷静であれば気が付く頭の回路が、焦りにより閉ざされてしまうことがあるので、周りのスタッフへの声かけやコミュニケーションや、処方せん記載のルールや標準化、PTPシート耳部から薬剤師に気がつかせるために標記を工夫した「調剤過誤防止対策PTPシート」の普及も必要であると思います。</p>	ユニフィルA錠200mg	テオフィリン徐放錠200mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2091	<p>患者様が先発品をご希望なら『ユニフィルL A錠200mg』、『ユニコン錠200mg』、後発品をご希望なら『テオフィリン徐放U錠200mg「トローワ」』を調剤しなければならなかったにもかかわらず、調剤薬剤師は、当薬局採用薬在庫品であった『テオフィリン徐放錠200mg「日医工」(一般名:テオフィリン徐放錠200mg(12~24時間持続))』を調剤してしまった。鑑査薬剤師は、普通の調剤で見慣れている『【般】テオフィリン徐放錠200mg(12~24時間持続)』と、今回処方薬『【般】テオフィリン徐放錠200mg(24hr)』の()内の標記に違和感を覚え、ネットでテオフィリン製剤の薬価収載名をすべて閲覧し、調剤薬剤師の薬剤取り違えに気が付いた。</p> <p>その後、患者様のご希望が後発品優先調剤と薬歴に記載されていたので、『テオフィリン徐放U錠200mg「トローワ」』を注文し、納品後、調剤、鑑査、投薬をおこなった。</p> <p>業務終了後、同様の調剤過誤を再度起こさないために、全スタッフで現場検証と再発防止策を検討した。</p>	<p>5. 取り違えをした調剤薬剤師は、医薬品情報は添付文章にすべて記載されていると認識してしまっていた。製品に添付されている医薬品情報の要である添付文章には「一般名処方の標準的な記載名」が記載されていないので、正式な一般名処方標準名を確かめるために厚生労働省の『処方箋に記載する一般名処方の標準的な記載(一般名処方マスタ)』を確認する必要があったが、その確認を怠ったからではないか? 6. 厚生労働省の『処方箋に記載する一般名処方の標準的な記載(一般名処方マスタ)』があるにもかかわらず、処方箋を発行する個々の医療機関が、一般名処方標準名を使用せず、独自の判断で、安全対策のための一般名を設定できることにより、複数の一般名処方名が存在してしまっているからではないか?</p> <p>7. 薬剤師も人間なので、ミスをしてしまうことがあるかもしれないということを前提に、制度・設備を考える必要があるのではないかと仮に知識があっても、集中力の低下により、見落としてしまう恐れがあることを再認識し、注意力・集中力が低下しない勤務体制の整備をする。しかし、前述の体制が整っていたとしても、間違いを起こしてしまうことがあるかもしれないので、一般名処方標準名の徹底、処方せんに記載される一般名処方に、リスクの観点からふさわしくない「個々の医療機関が設定した一般名」の周知、『PTPシート耳部』から「調剤者・鑑査者・投薬者に気が付かせる表示」「調剤者・鑑査者・投薬者に違和感を与える表示」「調剤者・鑑査者・投薬者に気が付いてもらえる表示」等の環境整備を製薬会社等をお願いする必要があるのではないかと?</p>	<p>4. ⇒日本医療機能評価機構の報告・共有のしくみ、日本薬剤師会、製薬会社からの情報発信などで、引き続きヒヤリハット、インシデント、アクシデントを共有し、多くの医療従事者をはじめ、製薬会社のPTPシートや個包装の製品開発者や製造申請担当者などにも事例を共有していただき、被害者も加害者も悲しい結末を迎えてしまう交通事故と同じような医療事故が起こることがないように、医療過誤、医療事故への対策や教育、心がけを常に意識するようにする。5. ⇒取り間違えをした薬剤師は、医薬品情報は添付文章が要の情報と認識していたが、実際、添付文章には、一般名処方に対する「一般名」は記載されていない。正式な情報を得るためには、厚労省の『一般名処方マスタ』を確認すべきだったと思います。しかしながら、医薬品情報の源は、添付文章と認識している薬剤師も多いと思います。添付文章の医薬品の組成が一般名、製品名の下に記載されている成分名を「一般名」と認識している薬剤師もいるかもしれません。</p> <p>添付文章は医薬品情報の源ですので、厚労省が認可した医薬品の添付文章にも厚労省『一般名処方マスタ』欄を追加して記載していただけると、このような認識のずれによる過誤も防げるのではないかと思います。</p> <p>(以下、次ページ)</p>	<p>ユニフィルL A錠200mg</p>	<p>テオフィリン徐放錠200mg「日医工」</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2091	5. ⇒添付文章は医薬品の情報の要であるといわれておりますが、残念ながら『テオフィリン徐放錠200mg「日医工」』の「旧」様式添付文章には、『テオフィリン徐放錠』『組成：1錠中テオフィリン200mgを含有する』、『ユニフィルA錠200mg』の「新」様式添付文章には、『テオフィリン徐放錠』『組成欄：有効成分テオフィリン200mg』と書かれており、徐放時間が異なるにもかかわらず同一の有効成分標記になっており、一般名処方に対する的確な名称である一般名処方標準名が記載されていない。正式な一般名処方標準名を確かめるためには、厚生労働省のサイト：『処方箋に記載する一般名処方の標準的な記載（一般名処方マスタ）について（令和2年3月31日まで）（URL:下記参照）』にて確かめる必要があるが、この確かめる工程を忙しさのあまり省いてしまおうという気持ちになってしまうことがある。しかし、この手順を省くと100%の確信をもった調剤行為ができなくなるため、医療事故のリスク、それにかかわるあらたな作業が発生するので、手抜きをせず、強い信念をもって確認するよう心がけております。この一般名処方標準名が、添付文章に記載されていると端末台数の問題ですぐに使用できない薬剤師も、100%の確信をもって調剤することができるようになると思います。 URL： https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/shohosen_190819.html 以下、別紙にてご報告	ユニフィルA錠200mg	テオフィリン徐放錠200mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例		
2092	ジェネリック医薬品希望の患者様で、間違いが発生する以前は、【般】テオフィリン徐放錠100mg（12～24時間持続）2錠 一日2回 朝・夕食後で服用されていた。しかし、段階的な増量処方により、まず、【般】テオフィリン徐放錠100mg（24時間持）1錠 一日1回夕食後及び【般】テオフィリン徐放錠200mg（24時間持続）1錠 一日1回朝食後で1ヶ月服用後、次に【般】テオフィリン徐放錠200mg（24時間持続）2錠 一日2回 朝・夕食後の処方となった。本来、300mg/日になった時点で疑義照会すべきだったが、疑義照会することなく、【般】テオフィリン徐放錠100mg及び200mg（12～24時間持続）のジェネリック医薬品で調剤していた。	処方薬の変更時に、前々からの処方薬に気を取られていた。24時間持続薬に変更となった時点で、用法について疑義照会すべきだったにも関わらず、剤が分れて書かれてあった（分1朝食後、分1夕食後）ことより気づかなかった。同じ成分名でも持続時間によりジェネリック医薬品が異なる事は認識していたが、実際の調剤に反映していなかった。	テオドールとテオドールのジェネリック薬及びユニフィルのジェネリック薬の棚のラベルに（12～24時間）及び（24時間）と表示し注意を促した。一般名処方の場合、先発品が何かを意識したうえでジェネリック医薬品へ変更するよう徹底した。類似名称品の名称の異なる箇所、規格及び剤形等に印を付ける等して目視だけでなく指差して確認できるように注意を促した。最終監査は、処方内容について疑わしいことは無いかを改めて見直しす必要があることを、改めて確認した。	ユニフィルA錠200mg	テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2093	<p>処方者が、テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」2錠分2→ユニフィルLA錠200mg 2錠分2に変更されていた。ユニフィルLAは1日1回の製剤なので、疑義照会すべきであった。更けにすでにユニフィルLA錠は薬局内に後発品、テオフィリン徐放U錠に切り替わっており、そのためテオフィリン徐放錠から変更して調剤した。投与したのも名前が似ている為、前回D Oだと思い込んだ。</p>	<p>テオフィリン徐放錠は製剤設計の違いにより1日2回服用するものと、1日1回の服用でよいものと2種類ある。保険薬辞典には「テオフィリン徐放錠(1)」1回200mg 1日2回〈先〉テオドール錠〈後〉テオフィリン徐放錠(各他メーカー)又、「テオフィリン徐放錠(2)」は、1回400mg 1日1回〈先〉ユニフィルLA錠〈後〉テオフィリン徐放U錠「トーワ」只し200mg製剤がある。今回1日量としては同じ量だったため間違え投薬となった。</p>	<p>再度スタッフで製剤の違いを確認するとともに薬箱にも先発品名を付箋し取り出し時に注意喚起した。</p>	ユニフィルLA錠200mg	テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2094	<p>入院を機にテオドール錠200mg 2錠分2 朝食後就寝前が、ユニフィルLA錠400mg 1錠 分1 夕食後に処方変更となった。後発医薬品に変更した際、テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」2錠で調剤すべきところ、テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」2錠を調剤し投薬してしまった。</p>	<p>レセコンのユニフィルLA錠の代替薬選択画面は、テオフィリン徐放錠「サワイ」も表示していた。以前テオドール錠の後発医薬品としてテオフィリン徐放錠「サワイ」を服用されていたので、入力時そちらを選択。一包化の器械とレセコンは連動しているので、ユニフィルLA錠の後発医薬品としてテオフィリン徐放錠「サワイ」が選択され分包された。監査時、就寝前ではなく夕食後にテオフィリン徐放錠200mg 2錠が分包されていることに違和感を感じた(気管支喘息についてはテオフィリン徐放錠1日1回400mg 就寝前投与可)が、患者はすぐに薬を受け取って帰宅したいと希望されており、一包化の薬剤数も多かったため、焦りも手伝い薬剤選択ミスを見逃してしまった。</p>	<p>調剤棚、監査台、投薬カウンターにテオフィリン徐放錠の先発医薬品と後発医薬品の対応表を設置した。レセコンのテオフィリン製剤の代替薬選択画面の表示を変更。対応する薬剤ごとに同じマークをつけ、選択ミスが生じないよう工夫した。</p>	ユニフィルLA錠400mg	テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2095	<p>一般名処方にてトコフェロールニコチン酸エステルカプセル200mgが出ており、当該患者へは普段からユベラNソフトカプセル200mgでお渡ししている。当日に調剤した際、ユベラNソフトカプセル200mgを調剤するところをユベラ錠50mgで調剤してしまい監査、投薬の際もそのまま通過してしまった。</p> <p>翌日、定期的に行っている薬局内の在庫チェックをした際にユベラNソフトカプセル200mgとユベラ錠50mgの数が合わず、前回在庫チェックをかけてから今回チェックをかけるまでの間で処方が出た方の中から当たりをつけ、当該患者へ確認の電話を入れたところ間違った薬を渡していたことが発覚した。幸い間違えて渡した薬に手を付けていなかったため、謝罪をした後に正しいものと交換をした。</p>	<p>事例発生時2名の薬剤師が勤務しており、一人が在宅患者に渡すための薬を監査するため投薬業務から離れ、もう一人がその間に調剤、監査、投薬の一連の作業を行ったことで生じたものと考えられる。</p>	<p>一人で調剤、監査、投薬では業務の込み具合によっては処理に限界があるため、投薬時に患者に処方薬をしっかりと見せ、患者にも正しいものであることを確認してもらってから渡す。</p>	ユベラNソフトカプセル200mg	ユベラ錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2096	<p>ユベラNソフトカプセル200mg 2C 朝・夕食後 35日分上記処方のところ、100mを調剤、監査を行い患者さんに交付しました。患者さんが帰宅後にいつもの薬と色が違いますと連絡があり、間違いに気づきました。患者宅に薬を届けました。まだ服用されていませんでした。</p>	<p>思い違いで調剤、監査を行い患者さんに渡しました。他にも沢山の薬があり、間違いに気づきませんでした。また、忙しい時間帯であり、慌てたのが原因です。</p>	<p>mg数の確認は気を付けていますが、今回の件により、更に気を付けて確認をすることにしました。</p>	ユベラNソフトカプセル200mg	ユベラNカプセル100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2097	<p>規格の変更があったのに気が付かず、ユベラNソフトカプセル200のところユベラNカプセル100での服用投薬。投薬後の処方箋チェックの時に発覚。数回分服用しており、薬品を回収、取り替え、病院に連絡し謝罪。</p>	<p>規格変更時に入力間違いに気が付かず、監査をスルー。後日の処方箋チェック時に発覚。</p>	<p>入力時にも規格の確認。調剤、監査でも規格をしっかりと確認する事。処方箋チェックもその日のうちに終わらせるよう努めること。</p>	ユベラNソフトカプセル200mg	ユベラNカプセル100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2098	<p>一包化処方において、事務員がユベラNソフトカプセル200mgのところ、ユベラNカプセル100mgをピッキングした。薬剤師Aはそれに気付かず一包化調剤を行ってしまった。薬剤師Bが鑑査時に規格が異なることに気づき発覚した。</p>	<p>ユベラの2規格は調剤棚において上下に設置されており、事務員は先に目に入った100mgをピッキングしてしまった。薬剤師Aは一包化調剤の際、ピッキングされた薬剤の規格を十分に確認することなく分包を行ってしまった。ピッキングされた薬剤は合っているものという思い込みがあった。</p>	<p>ユベラの調剤棚に注意喚起の表示を行った。ピッキング後、一包化調剤の前に、再度物と規格、数量の確認を行うことを徹底した。</p>	ユベラNソフトカプセル200mg	ユベラNカプセル100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2099	7月6日に処方せんを受理、手書きでヨクイニンエキス3ℊ 分3 (前) ×90日 とあり処方箋の文字が判別しにくい状態のため、疑義照会し7/7ヨクイニンエキス3ℊ 分3 (前) ×90日と確認した。誤ってクラシエ 薏苡仁湯エキス細粒で調剤。レセコンの入力についてもクラシエ 薏苡仁湯エキス細粒であった。7/10、家族に薬剤を投薬。家族から症状は、湿疹であると話を聞く。後日 (8/3) 薏苡仁湯エキス細粒の適応を関節痛、筋肉痛と確認し、患者本人から皮膚疾患であると同い、調剤過誤が判明した。	ヨクイニン散「コタロー」は、皮膚疾患の適用あり。クラシエは適応無し。一包のグラム数は、クラシエ3g (3.0g KB-52)、ヨクイニン散「コタロー」は2gとグラム数もクラシエと同じだったため、過誤となる。クラシエには「3.0g KB-52」「2.0g EK-52」の2つの規格があり、ヨクイニンエキス散「コタロー」の2g規格と同様のg数があるために混同した。	適応の異なる漢方があるので、患者さんへの症状、聞き取りと医薬品用量だけで勝手に判断をしないように情報を共有。会社全体へも周智の徹底を行った。	ヨクイニンエキス散「コタロー」	クラシエよく苡仁湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2100	11/4の来局時にトレーバ注からライゾデグ配合注への変更となった際に、同じ配合中のゾルトファイ配合注を渡してしまった。同月の20の来局時に別の薬剤師が投薬の際に薬剤の違いに夫が気付いて判明した。3週間は医師の指示と違う薬剤の使用となってしまう。	新しい事務員を採用したばかりで、夜間診の18時半に患者さんが夫婦で来局。18時までは薬剤師2名体制だったが、18時以降は一人薬剤師だった。事務員も処方箋入力にまだ慣れておらず、そちらを気にしながらの、調剤・投薬だった。また夫も同じような数種類のインスリンを使っており、2名同時の調剤だった。ただ、薬情や薬袋にはライドデグ配合注との記載があり、患者サイドにも間違いに気付いてもらえる点はあった。	調剤後の投薬の際にも、再度処方箋と薬情を照らし合わせて、患者にも間違いがないか確認してもらう。	ライゾデグ配合注フレックスタッチ	ゾルトファイ配合注フレックスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2101	ラクツロースシロップ60%を調剤する所、65%を集薬してしまった。	近くに在庫していた、見た目が似ているなどの要因がある。	ラクツロースシロップ60%は10mlの分包品で在庫するようにした。	ラクツロース・シロップ60%「コーワ」	ラクツロースシロップ65%「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2102	ラシックス錠20mgを長く服用してきた患者だが、ラシックス錠10mgに減量になったのに気が付かず今まで通りで調剤してしまった。薬袋や文書などの入力も間違っただけで今まで通りになっていた。2か月後薬局時に別の薬剤師が調剤にあたる時に気が付いた。患者は減量に気が付かず2か月今まで通り服用を続け、特に体調の変化はなかったと確認はとれた。	調剤時にきちんと処方箋の薬名と規格を確認するという基本的なことだが、服用が長くなるとつい前回通りと思い込みやすい。入力者、調剤者、監査・投薬者、すべての人間が気が付かなかったということは各人の基本がおろそかになっていたということは否定できない。	調剤時、前回通りと考えて処方箋を見ないようにする。先入観を持って監査をしないようにする。前回通りという考えは患者に薬を渡すときのみを考えるようにする。	ラシックス錠10mg	ラシックス錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2103	一般名処方だったので、患者の希望によってラシックス20mgか、フロセמיד20mgをお渡しする。ラシックス20mg希望の患者に間違えてフロセמיד20mgを渡してしまった。ラシックス20mgと正しく入力されているにもかかわらず、投薬している薬が異なることに気が付かなかった。	ラシックス20mg、フロセמיד20mgは錠剤のサイズが大きく異なるが、包装は同じ赤色で似ている。	包装だけで判断するのではなく、必ず薬品名を確認する。投薬時には、帳票類と薬品名、規格、錠数等、患者と一緒に確認する。	ラシックス錠20mg	フロセמיד錠20mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2104	処方箋はラスビク錠75mgの記載であったが、当薬局でラスビク錠75mgが初めての調剤で在庫もなく、知識不足からブラビクス錠75mgを調剤した。監査時に間違いに気づいた。	ラスビク錠75mgとブラビクス錠75mgの名称類似、また規格も同じ75mgであったためにピッキングを誤った。	今回は監査で見えられた。交付時でも患者とのコミュニケーションがしっかりされていれば、気づけたとは思われるので、患者とのコミュニケーションもしっかりと行う。また薬剤師の知識不足もヒヤリ・ハットの一因であることから新薬の勉強もしなければいけない。	ラスビク錠75mg	ブラビクス錠75mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2105	一般名処方の読み間違い	不慣れ、確認不足	慌てずにしっかり処方内容を読む、確認を怠らないように指導	ラタチモ配合点眼液「ニッテン」	ラタノプロスト点眼液0.005%「ニッテン」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2106	ラタノプロストPF点眼液「日点」をお渡しするところラタノプロスト点眼液「ニッテン」をお渡ししてしまった。日内棚卸時在庫が合わず判明。該当患者様へ連絡し、謝罪。すぐに交換に伺った。	薬剤師の人数が足りず、また薬局内でも混雑していた。	あせらない!	ラタノプロストPF点眼液0.005%「日点」	ラタノプロスト点眼液0.005%「ニッテン」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2107	患者から病院へ「いつもと目薬が違う」と問い合わせがあり、間違えて渡してしまっていたことが判明。医師と患者へ間違いのお詫びを行い正しいものに交換を行った。	薬の名称を間違っていることが、ピッキング・監査・服薬指導時のすべてで気づくことができなかった。	毎朝のミーティングで事例をスタッフ全員が共有。決められた手順通り、きちんと確認を行うように徹底する。	ラタノプロストPF点眼液0.005%「日点」	ラタノプロスト点眼液0.005%「科研」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2108	ラタノプロスト点眼が5ml処方されましたが、2.5mlしかお渡ししていませんでした。	5mlの容器に2.5ml入っている為、5ml入っていると思ってしまいました。	ラタノプロスト点眼を入れてある引出に黄色い付箋で2.5mlと書き、拾いの時に勘違いすることなく出せるようにしました。	ラタノプロスト点眼液0.005%「TOA」	ラタノプロスト点眼液0.005%「TOA」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2109	ラタノプロスト点眼液「TS」を通常交付している患者様に、ラタノプロストPF点眼液を交付してしまった。成分・濃度は同じものであり、有害事象の発生はないが、容器の大きさ、硬さなどの違いで、さしにくさが発生してしまった。	定期的に来局されており、ラタノプロスト点眼液「TS」を交付していた。防腐剤のない目薬が必要な患者様もあり、常に、防腐剤の入っていないラタノプロストPF点眼液も常備しており、その薬を誤って交付してしまった	処方箋内容、入力された内容、薬情薬袋の確認を再度徹底する。	ラタノプロスト点眼液0.005%「TS」	ラタノプロストPF点眼液0.005%「日点」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2110	数量、取り間違い	処方量が、本数とml単位の複数存在。	2, 5mlと、5mlを並び変えた。	ラタノプロスト点眼液0.005%「TS」	ラタノプロスト点眼液0.005%「TS」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2111	ラタノプロスト点眼剤0.005%記載されていたが、前回タプロス点眼剤0.015%が投与されていたのでDo入力してしまい、タプロス点眼剤で準備、鑑査時に違いを発見。訂正して正しい薬を投薬した。	Do処方だとの思い込み。確認漏れ。	入力監査の徹底。調剤時の処方確認の徹底。それぞれ確認を行うことで防止することが出来る。	ラタノプロスト点眼液0.005%「センジュ」	タプロス点眼液0.015%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2112	一般名でピフィズ菌錠と処方されていたためラックビー錠で調剤しなければいけないところピオフェルミン錠にて調剤してしまった。	一般名がピフィズ菌錠10mgと12mgで酷似しているため。	目につくところに注意喚起するものを貼っておき、常に意識するようにした。	ラックビー錠	ピオフェルミン配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2113	ラックビー微粒Nが処方されていた患者に間違えてビオフェルミン配合散で調剤。	同効薬による思い込みで間違えてしまった。薬包紙の印字で間違いに気づき訂正する。	装置瓶の取り扱いを再確認。指さし確認を徹底する。	ラックビー微粒N	ビオフェルミン配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2114	クリーム 軟膏の間違い	思い込みがあった	薬品名 規格 量を確認すること	ラノコナゾール軟膏1%「イワキ」	ラノコナゾールクリーム1%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2115	別の薬剤師が調剤し、その後、もう一人の薬剤師が監査を行う。その日の午後になって、患者様から薬局にTELあり。いつもの薬と違うとの事。持参して頂き、内容確認にて本当はラフチジン錠5mgのところ、10mgが手渡されていた。謝罪し薬を交換しました。	保険薬剤師になってまだ未熟な薬剤師が監査を行っていた。人手不足で、早期に一人前になってもらう為、監査もしている。	出来るだけ調剤と監査の二人体制で行うように努める。	ラフチジン錠5mg「YD」	ラフチジン錠10mg「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2116	ラベプラゾールNa10の処方が出ているところをランソプラゾールOD15を調剤していた。	バリエット錠とタケブロン錠から後発医薬品へ変更後、名前が類似し調剤棚の場所が近くなっていた。	後発医薬品になり名称変更後、名前が類似したものが多くなったため棚替えを行い薬局内で情報を共有した。	ラベプラゾールNa錠10mg「YD」	ランソプラゾールOD15		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2117	ラベプラゾール10mg錠処方のところランソプラゾール15mgで調剤してしまい、お渡ししてしまいました。一包化56日分のところ、他の処方薬の在庫不足で当日28日分のみ一包化してお渡し、後日のこり28日分を一包化する際に間違いに気づきました。患者様の入院先の病院へうかがい、先にお渡しした28日分の内2日分は服用されていたため26日分を正しいものと交換し謝罪しました。	祝日で出勤している人数も少なく、その上繁雑時の56日分の複雑な処方ということで処方薬をピッキングするのにも時間がかかり、焦りと思い込みで間違いに気づかず調剤してしまいました。	ピッキングする者と監査する者は分ける	ラベプラゾールNa錠10mg「サワイ」	ランソプラゾールOD錠15mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2118	ラベプラゾールNa錠10mg「ファイザー」が処方されたがピッキングされたのは「日医工」でそのまま交付した	ラベプラゾール錠の後発品が数種類あるのを認識してなかった	薬剤の確認は頭の数字だけではなく最後まで確認することが必要	ラベプラゾールNa錠10mg「ファイザー」	ラベプラゾールナトリウム錠10mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2119	ラミクタール錠100mg 4錠分2のところ、25mg 4錠分2で交付していた。在庫調査していてミスに気づく。処方日より1か月以上経っていた。すぐに家族へ連絡し間違っていたことを伝え謝罪した。そして、発作の増加など体調変化がなかったか確認したが特に問題なく経過していた。正しい薬と交換すると投与量が4倍になってしまうため処方医への確認が必要と思ひ、処方医の指示があるまでは現在の量で服用してもらうことにした。その後、処方医からの連絡で指示を出すまでは現在の量で服用とのことだった。	これまで数回にわたり100mg錠の処方が続いているにも関わらず今回のミスが発生。規格の確認が調剤、監査ともに不十分だった。	規格に印をつけて調剤する。薬歴画面のメモ欄に100mgと目立つように表示しておく。患者との面談時に薬を見せて確認して投薬することを徹底。	ラミクタール錠100mg	ラミクタール錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2120	門前クリニックよりラミシール外用液の処方せんを応需。普段使用頻度の高い、テルビナフィンクリームで、調剤者、監査者ともにスルー。監査者が投薬時に薬品の写真と違うことに気づき、その場で交換	普段、処方頻度の高いものについては、慣れて成分しか見ないで調剤をしてしまう恐れがある。	剤型まで、調剤者、監査者ともに今一度気を付ける。箱に剤型注意の付箋を貼る。	ラミシール外用液1%	テルビナフィン塩酸塩クリーム1%「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2121	平素から同じ薬を処方されている患者さんで、一包化をしているのだが、いつもよりも大きい薬が入っていると現物を持参。確認したところ、25mgを交付しないといけない所を100mgをお渡ししていた。25mgに入れ換えて一包化を直して返却。服用前に気付いて持ってこられたので、100mgは服用せず、健康被害も無かった。	ラモトリギンは100mgを使う人が圧倒的に多く、長く受診している患者さんだったので、100mgだと思い込んで調剤、監査をしてしまった。	規格が複数存在する薬剤については、思い込みをしないよう、毎回規格が合っているか、規格に印を付ける等、注意喚起をして投薬へ持っていくようにする。	ラモトリギン錠25mg「日医工」	ラモトリギン錠100mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2122	一包化処方にてラロキシフェン処方のところをフェキソフェナジンを入れて分包してしまった。	混雑した時間帯で、ラロキシフェンとフェキソフェナジンの形態が似ているだけでピッキングし、分包してしまった。ピッキング後の再確認を怠った。	ピッキング後、再確認することの徹底。	ラロキシフェン塩酸塩錠60mg「EE」	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「KN」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2123	ランソプラゾール錠とラベプラゾール錠の取り違い	アンケートに残薬を記載してもらった時にタケロンOD錠（以前服用していた）と記載があったことから、ランソプラゾール錠と思い込み、今回ラベプラゾールへの処方変更を見間違えてしまった。	画像鑑査で先にエラーを確認出来た。患者さんへはラベプラゾール錠への変更をスムーズに説明できた。	ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」	ラベプラゾールNa錠10mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2124	処方箋にランソプラゾールOD錠15mgとあったが、ラベプラゾールNa錠10mgをピッキング、監査時に発見した。	薬剤名、薬効分類が似ている為、誤った。	薬歴欄に注意喚起のシールを貼る。	ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」	ラベプラゾールNa錠10mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2125	在宅患者の薬の仮ピッキングを当該薬局の事務員さんに拾っていただいたが、ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」の必要数が28錠に対して、うち2錠だけ先発医薬品であるタケロンOD錠15mgが紛れていた。作成する薬剤師が一包化をする前に鑑査を行ったタイミングで気づいた。	ランソプラゾールOD錠15mgの棚にタケロンOD錠15mgが紛れていた可能性が高い。先発と後発の見目は酷似しているため、2錠程度紛れていても気づきにくいと思われる。発見したタイミングで棚を確認したが混ざってはいなかった。	ピッキングの際は見た目で判断せず、シートに記載している薬剤名まで見て同じ薬か判断する。	ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」	タケロンOD錠15		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2126	ランソプラゾールOD錠30のところを15mgで調剤した	15mgがよく出る規格なので、つい思い込みで調剤した	薬歴に30mgと記載	ランソプラゾールOD錠15mg「トーワ」	ランソプラゾールOD錠30mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2127	タケロンOD錠15mgで処方されていたある患者に対し、平時よりGE希望を伺っていたが、事例発生時はタケロンOD錠15mgが調剤されていた。投薬の際に誤りに気づき、正しいものと交換し交付した。	先発希望かGE希望かの確認を怠っていた為。	調剤の際にGE変更可の医薬品は患者本人の希望を薬歴等で必ず確認することにする。	ランソプラゾールOD錠15mg「トーワ」	タケロンOD錠15		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2128	一包化予定のランソプラゾールOD錠15mgを取り違い、ラベプラゾール錠10mgにて準備していた。一包化前の監査において別の薬剤師が気づき事なきを得た	・名称の酷似・棚場所が近かった	・名称の似た薬剤においては間違いやすいものをリストアップし、それぞれの棚や外箱に注意を促す文章を掲示する。 ・棚の場所を離して配置して取り間違わないよう注意する。	ランソプラゾールOD錠15mg「日医工」	ラベプラゾールNa錠10mg「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2129	ランソプラゾールとラベプラゾールの取り間違え	注意不足	スタッフ全員で情報共有 チェックを2重にすることになった	ランソプラゾールOD錠15mg「日医工」	ラベプラゾールNa錠10mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2130	ランソプラゾールのジェネリックメーカー違いのものをピッキング	複数のジェネリックメーカーを在庫していた	ジェネリックメーカーを統一する	ランソプラゾールOD錠15mg「武田テバ」	ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2131	ラベプラゾールOD(15)を調剤するはずが、ランソプラゾール(10)を患者さまにお渡ししてしまった。翌日「薬が違う」と患者さんの奥様が来局され、ミスが発覚した。薬剤師も確認していたはずなのに。	繫忙期で慌てていたこと事務員が1年目の事務員がお薬そろえた。薬剤師も一般名の読み間違えをしてスルーしてしまった。	一般名の際は、処方箋に、調剤すべき薬剤を記入して、それからお薬をそろえる。裏刷りの確認。薬剤師が最終責任をもって、確認調剤する。時間かかってよいので。	ランソプラゾールOD錠15mg「武田テバ」	ラベプラゾールNa錠10mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2132	ランソプラゾールOD錠30mgが処方されていたところ、ランソプラゾールOD錠15mgにてピッキングしてしまった。	繁忙であったこともあって、頻繁に処方されるランソプラゾールOD錠15mgの処方であると思い込んでしまった。	ピッキングする前に処方箋コピーを取り、必ず処方されている薬の規格に赤丸をした上でピッキングを開始する。	ランソプラゾールOD錠30mg「サワイ」	ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2133	一般名処方でランソプラゾール口腔内崩壊錠30mgが出されていたが誤って15mgを出してしまい患者に投薬してしまった。その日の指導内容を確認しているときに間違いに気づき連絡して服用前に回収して交換	30mgはほとんど出ず慣れている15mgを自然と意識してしまい確認不足	服用前に回収できたのでそのまま指導内容の確認を続け指さし確認も徹底すること	ランソプラゾールOD錠30mg「サワイ」	ランソプラゾールOD錠15mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2134	(一般)ランソプラゾールOD30mg寝る前1錠で処方。ランソプラゾールOD15mg、1錠でピッキング。監査時に気付く。	ランソプラゾールOD15mgの方が調剤頻度が多いため、思い込みでランソプラゾールOD15mgをピッキング。調剤する時に、最後まで文字を読んでいない、規格にまるを付けていない。薬ピッキング際の再度処方箋との確認ができていない。	普段の調剤ルールを徹底する。規格に印をつける。普段あまり調剤しない規格は大きく○をつける、他と印を変えて強調する。処方箋の文字を最後まで読む。ピッキング後も処方箋と一緒に再度確認してから監査へ回す。	ランソプラゾールOD錠30mg「トーワ」	ランソプラゾールOD錠15mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2135	ランソプラゾールが一般名で処方された際に、現在は「武田テバ」の後発品を採用しているが、以前採用していた「サワイ」で誤って入力してしまった。当日中に気付いたため、入力し直した薬袋・薬情・明細書・お薬手帳のシールを交換に伺った。	他の店舗から応援にきた事務員が採用薬を十分に把握していなかったため入力ミス。いつもはGS-1チェッカーで入力された薬と調剤した薬が同じであることを確認するが、調剤したシートに読み取れるバーコードがなく、交付者の目視のみで行ったため、入力ミスにも気づけなかった。	レセコンの候補表示を削除して、「サワイ」は選択できないようにした。	ランソプラゾールOD錠30mg「武田テバ」	ランソプラゾールOD錠30mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2136	ランソプラゾールOD30mgの処方でもOD15mgをだしてしまった。	薬局内が忙しく多くの患者さんも待っていたので 監査システムの機械をとばしてしまった。	薬局が忙しくても ちゃんとルールをまもり 監査システムをきちんと終わらせて お薬をお渡しするように致します。	ランソプラゾールOD錠30mg「武田テバ」	ランソプラゾールOD錠15mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2137	ランソプラゾールカプセル15mgで調剤すべきところを、誤ってランソプラゾールOD錠15mgで調剤し、鑑査時も気がつかなかった。	錠剤、カプセルの数を取り違えないようにすることに気が向き、剤形への意識が不十分であった。	異なる剤形や規格が存在している医薬品は特に注意して確認を行う。	ランソプラゾールカプセル15mg「サワイ」	ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2138	ランタスXR注の処方であるのに、ランタス注を調剤し交付してしまった。次回来局日に、在庫数が合わず、調剤過誤が発覚。患者様は同じものだと思い使用されていた。特に体調変化はなかったとのこと。医師に報告し相談。コントロール状況から心配しなくていいとのこと、今後のフォローをして下さった。	確認不足。処方薬が多く、確認が不十分であった。	名前の類似しているインスリン製剤の在庫状況を把握し、薬情の写真と照らし合わせるなどして注意深く監査する。インスリン製剤は毎日棚卸することとした。	ランタスXR注ソロスター	ランタス注ソロスター		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2139	冷蔵庫からランタスXR注ソロスターを取りだそうとしたが間違えてランタス注ソロスターを取ってしまった。	近くに置いていたから間違えた。	離れた場所に置くことと注意喚起の紙をつけた。	ランタスXR注ソロスター	ランタス注ソロスター		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2140	ランタスXR注ソロスターとランタスソロスターとの間違い	夜間受付箱に入れられていた処方箋を朝調剤・監査後保冷庫にて保管。翌日に受け取りにみえたので投与投与時は処方箋の監査のみで準備してあった薬を渡す。処方薬は臨時薬で手書きで書いてあり「XR」の字が小さく見にくかった。従来より使用しているので薬歴で確認できたが怠った。投薬時も確認することなく渡してしまった。	類似名の薬剤の管理と把握薬歴とのチェック投薬時の再監査の徹底と患者さんと薬の確認をするようにする。	ランタスXR注ソロスター	ランタス注ソロスター		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2141	ランタスXR注ソロスターとランタス注ソロスターの在庫数が合わなかったために患者へ確認。ランタスXR注ソロスターのところランタス注ソロスターでお渡ししていた。使用前だったので回収し取り換えた。	単純なミス、外観類似	教育・訓練の徹底	ランタスXR注ソロスター	ランタス注ソロスター		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2142	ランタスXRの処方に対して、ランタス注を交付してしまった。	一人薬剤師の時間帯だったため、慌てた。冷蔵庫の中には、2剤ともあった。	一人薬剤師の時間帯こそ監査を徹底すること。	ランタスXR注ソロスター	ランタス注ソロスター		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2143	普段ランタスXR注使用の患者が妊娠し、ランタス注へと薬剤変更となった。処方変更への不注意から今までとおりのランタスXR注をピッキングしてしまった。	複数の患者が投薬を待っており、忙しかったことと、慣れ、慢心から間違えたものとする	類似薬剤名の調剤には特に注意する	ランタス注ソロスター	ランタスXR注ソロスター		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2144	ランタス注ソロスターを調剤しなければいけないところランタスXRソロスターで調剤を行ってしまった。在庫を確認していたところ残数が合わないことに気づき患者様に連絡をした。自宅に伺わせて頂き、正しいものと交換を行った。注射を打つ前だった為、体に影響はなし。	ランタス注ソロスターとランタス注XRソロスターの2種類が店舗に在庫しているにも関わらず、合っていると思い込んでしまいそのまま調剤・投薬を行ってしまった。	名称をきちんと確認し、類似品がある場合は何度も確認を行う事。	ランタス注ソロスター	ランタスXR注ソロスター		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2145	散剤規格違いの調剤ミス	入局2日目の薬剤師の調剤で入局1か月の薬剤師による監査のため、採用薬剤についての情報、薬剤規格の知識が足りず規格間違いに気づけなかった。	鑑査システムの活用の徹底、調剤後の鑑査方法の見直し	ランドセン細粒0.5%	ランドセン細粒0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2146	定期薬でいつもお渡ししている薬ランドセン0.5mgが60錠処方されたが、誤ってリボトリール0.5mgを60錠調剤を行ってしまった。薬を取り終えたときに気が付き、調剤しなおした。	いつも出ている薬で慣れがあった。シートデザインのアルミシートで似ているので、自分の頭の中で誤った薬を思い浮かべてしまった。	処方箋を見て声出し、指差し確認を行いながら調剤する	ランドセン錠0.5mg	リボトリール錠0.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2147	リーゼは先発希望だったが、一般名で記載されていて後発品をピックアップしてしまった。	一般名だと原則後発品を調剤することと指針があり、後発品と一般名は名前が似ているためご認識でピックアップしてしまった。	先発、後発の希望の有無を患者ここに再確認する事	リーゼ錠5mg	クロチアゼパム錠5mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2148	【般】イソロイシン・ロイシン・バリ配合顆粒処方	薬局に在庫していたのがブランニュート配合顆粒(一般名:【般】イソロイシン・ロイシン・バリ配合顆粒4.73g)	薬品に一般名のメモをつけた	リーバクト配合顆粒	ブランニュート配合顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2149	リオベルHDが処方されたがリオベルLDをお渡し。患者様が帰宅後気づかれて発覚。その後薬局へ連絡があり、リオベルHDを患者様宅へ配達。	リオベルLDが当薬局では主に処方されているためミスが生じた可能性あり。	薬品棚に注意をするように記載。	リオベルHD	リオベルLD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2150	リオベルLDからHDに変更だったにもかかわらず、「薬変わった。」とだけの患者様のお話で同時に血圧の薬も変更があったため気が付かなかった。	変更がある時一つだけに気を取られず、もう一度ふりかえりや第三者の目を入れたい。	改めて一文字監査の徹底、業務の見直し、自身の健康管理の留意を促す。	リオベル配合錠HD	リオベル配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2151	6種類の内服薬がすべて一般名で処方され、アログリプチン25・ピオグリタゾン30(リオベルHD)をアログリプチン25・メトホルミン500(イニシンク)と間違えて誤投与。投薬後すぐ気付き患者を探したが見つけきれず、自宅に連絡し、すぐ取り換えに行った。	一般名処方の配合剤には特に注意を払い、複数人数で確認する。	一般名配合剤が処方された時に、合剤カード(商品名と一般名と規格を記入したカード)を独自に作成し、入力時、入力者がカードをトレイに入れ調剤者も確認し、投薬者もカードと医薬品の照合・確認をするようにした。	リオベル配合錠HD	イニシンク配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2152	【正】リカバリンカプセル250mg 【誤】トラニラストカプセル100mg「トール」	入力者が変更気が付かずDO入力をし、初期監査者・最終鑑査者・投業者も気が付かず交付してしまった。分割チェックしていたが見落としてしまった。	【般】トラネキサム酸カプセル250mgと【般】トラニラストカプセル100mgは似ているので、4分割チェックはもちろん、規格の確認を徹底する。投薬時に処方箋と薬歴での入力チェックを行ってから投薬を行う。入力手技、初期監査手技、最終鑑査手技を再度徹底する。	リカバリンカプセル250mg	トラニラストカプセル100mg「トール」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2153	リクシアナOD30の処方内容でまちがってリクシアナ30で調剤、投薬してしまった。	リクシアナの規格がリクシアナOD15、30、60とリクシアナ30を在庫している。30mgの確認はしたが、普通錠とOD錠の確認をミスした。	リクシアナ錠・OD錠の規格をきちんと確認する事を怠らないようにする。	リクシアナOD錠30mg	リクシアナ錠30mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2154	リクシアナOD錠処方のところ普通錠でお渡し。9月に在庫の数が合わないことから取り違えが発覚。Pt連絡し謝罪する。Ptいつも他の薬と水で服用しているため普通錠になっていたことに気づいておらず。	普段は普通錠をメインに採用しておりOD錠はこの方のみ使用であった。	患者の薬歴のトップにリクシアナはOD錠であることを記載し注意をする。	リクシアナOD錠60mg	リクシアナ錠60mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2155	リクシアナOD錠60mg 1日1回0.5錠 朝食後で処方されていた患者に誤ってリクシアナOD錠30mg 0.5錠でお渡ししてしまった。投薬時間は午後3時。当日の業務終了後、午後8時頃にその事実に気づき、患者に連絡。至急お薬を取り換えした上で謝罪。翌日朝に服用する予定であったためまだ服用はしていなかった。	リクシアナOD錠30mgが発売されているにも関わらず、リクシアナOD錠60mg 0.5錠で処方されていた。通常OD錠60mg 0.5錠は処方されるケースが稀である。処方医に以前リクシアナOD錠30mg 1錠に変更する提案をしたが、リクシアナOD錠60mg 0.5錠の方が薬価が安いと患者負担が少ないであろうということで、リクシアナOD錠60mg 0.5錠で継続されていた。業務多忙のため、見落としがあり、患者への投薬の際も患者側に薬は見せたが、患者からの指摘はなくそのまま渡してしまった。	「OD錠60mg 0.5錠の患者がいるため注意」と薬棚へ記載。また、カルテにも取り違えあったこと記載し、冒頭のページで毎回表示されるように設定した。	リクシアナOD錠60mg	リクシアナOD錠30mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2156	<p>リクシアナOD錠(60)が84錠処方されていた。薬局には在庫が30錠しかなかったため、患者さまの了承を得て、残りの54錠は郵送することになった。翌日、リクシアナOD錠が入庫されたため取り揃えたところ、誤ってリクシアナ錠(60)を取り揃えてしまった。鑑査者も気付かずそのまま郵送してしまった。後日、薬局に患者さまより電話があり、誤ってお渡ししたことが判明した。後日薬局に来て下さり、正しいリクシアナOD錠(60)をお渡しし、リクシアナ錠を回収した。</p>	<p>・不足分の調剤時、混雑しており調剤者も鑑査者も確認が疎かになってしまった。・不足分の薬のポリムスの照合を怠ってしまった。</p>	<p>・欠品時も基本確認である処方せんの突合確認を徹底する。・欠品時もポリムスの使用を徹底する。</p>	リクシアナOD錠60mg	リクシアナ錠60mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2157	<p>患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「リクシアナ錠30mg、1錠/分1朝食後60日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際、薬棚からリクシアナ錠30mgところ、リクシアナOD錠30mgを調剤し、誤りに気付かず、そのまま鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが誤りに気づき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはリクシアナ錠30mgを正しく調剤し、再度、薬剤師Bに鑑査してもらった。鑑査の段階で誤りに気付いたため患者には正しい薬を交付した。</p>	<p>リクシアナの規格が2つ採用があり、棚もとなり同士だったため、間違えて調剤してしまった。また7、患者が来局した時間は店内が混んでいたため焦りがあった。</p>	<p>リクシアナ錠とリクシアナOD錠の棚の位置を離れた。また、業務順を見直し、調剤者がピックアップした後に、鑑査に回す前に再確認を徹底した。</p>	リクシアナ錠60mg	リクシアナOD錠60mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2158	<p>一般名処方としてリスベリドン内用液が記載されていた。それまでも継続的に使っており、本人の希望でリスバダール内用液でそれまでは調剤していた。調剤の際に誤って、リスベリドン内用液MEEKで取り揃えを行い、交付時に気づいた。</p>	<p>リスベリドン内用液MEEKはリスバダール内用液に対して味が改善されており、他のほとんどの患者はリスベリドン内用液MEEKを使っており、当該患者もリスベリドン内用液MEEKだろうという思い込みがあった。</p>	<p>処方箋監査時のブランド確認を徹底し、ピックアップする薬のブランドを調剤指示書に記載することを徹底する。</p>	リスバダール内用液1mg/mL	リスベリドン内用液1mg/mL「MEEK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2159	リスパダール内用液(0.5ml分包)1mlの記載を、前回と同様の(0.5ml)1包と思い込み、処方変更に気付かなかった。施設職員からの連絡で発覚。	前回、(0.5ml)0.5ml⇒変更により(0.5ml)1mlの記載を、慣れて前回と同じと思い込み調剤した。また、レセコンは正しく入力されていたが、薬袋は(0.5ml)2包とはならず、(0.5ml)1包と印字された。	処方変更は薬局内で情報共有すること、また、レセコン入力は正しくとも、薬袋記載は手直しが必要を確認する。	リスパダール内用液1mg/ml	リスパダール内用液1mg/ml		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2160	リスベリドン内用液の1ml包と2ml包の取り換え。患者様対応中に誤りが発覚し、その場で取り換えて対応した。	患者様の医薬品量が多いため前回調剤分の鑑査支援票を用いて予製を用意していたが見誤ってリスベリドン内用液が1日2回で処方されていたところ1日量のみを見て調剤されたため2ml/包が取られてしまった。またポリムスシステムにてバーコードを読み取る際に医薬品本体にバーコードなく箱を用いて読み込ませたときは正しい1mlの箱を読み込んでいたので間違った医薬品を取り揃えていることに気が付かなかった。	ポリムスシステムのみを過信せずにダブルチェックをしっかりと行う。またリスベリドンの調剤棚にも今回事象のようなことが無いように注意喚起を促す。	リスベリドン内用液1mg/ml「MEEK」	リスベリドン内用液1mg/ml「MEEK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2161	リスパダール内用液1mg/ml 0.5ml包装を1ml包装で取り間違え	調剤鑑査システムにはml数しか表示されず同じ名前だったため取り間違えてしまったと考えられる。	薬剤師がピッキングする事務さんへ包装単位についてお伝え。薬品の箱に包装単位間違いの張り紙をする。	リスベリドン内用液1mg/ml「トール」	リスベリドン内用液1mg/ml「トール」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2162	リスベリドン内用液と分包品との入力間違い。会計に支障あり	内用液製剤のパラ品と分包品の違いに注意、入力時には処方箋内用との確認をすること	包、ml、本などの単位の確認の徹底	リスベリドン内用液分包装0.5mg「アメル」	リスベリドン内用液1mg/ml「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2163	クリニックより、リセドロン酸Na錠17.5mg「サワイ」が処方されたが、調剤された薬が、リセドロン酸Na錠75mg「トール」であった。調剤鑑査で間違いを発見し、リセドロン酸Na錠17.5mg「サワイ」を再度、調剤した。	この患者さんが来局される数時間前に、リセドロン酸Na錠75mg「トール」が処方された患者さんが来局していた。繁忙時の来局であったため、「リセドロン酸」の文字だけを見て、規格を見落として調剤した可能性がある。リセドロン酸Na錠17.5mg「サワイ」とリセドロン酸Na錠75mg「トール」の配置も近いところで保管していたことも間違いが発生した原因の1つと考えられる。	調剤は規格まで確認してから行うようにする。規格違いの薬は保管場所を少し離すことで、取り間違いを防ぐようにする。	リセドロン酸Na錠17.5mg「サワイ」	リセドロン酸Na錠75mg「トール」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2164	リセドロン酸N a 17, 5m g 処方されていたが、リセドロン酸N a 75m g を調剤し、監査にて取り違えが発覚。	リセドロン酸N a の処方比率は9割以上が75m g の処方、1割弱が17, 5m g が現状である。繁忙時間帯で思い込みでリセドロン酸N a 75m g を調剤してしまった。	繁忙時間帯でも冷静に調剤することを心掛けるように申し合わせしております。	リセドロン酸N a 錠 17, 5m g 「トーワ」	リセドロン酸N a 錠 75m g 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2165	【般】リトドリン塩酸塩錠5m g と処方に記載あったが間違えてミドドリン塩酸塩錠2m g 「サワイ」を調剤した。	薬品の名称が似ているために取り間違えの原因 保管の場所も近い目について拾ってしまった	薬剤名の確認、保管場所の検討 類似薬品名ありなど今後改善していく	リトドリン塩酸塩錠 5m g 「日医工」	ミドドリン塩酸塩錠 2m g 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2166	グループホーム入所者のため、本人ではなく、服薬管理をされている方に渡している。こちらは規格外前回投薬時に変更になったため、体調変化の確認に気を取られ、過誤に気がつかず投薬する。服薬管理をされている方はGEになったと思込まれたとのこと。2枚貼られたところで、別件で入院され、持参薬の薬袋と中身が違うところで入院先の薬剤師が気づき、連絡。すぐにDRが確認され健康被害はないこと検証	同じ13.5mgの規格があり、貼付剤であるため、思い込んで調剤、監査をした。薬局内でよく出る薬剤がニュープロパッチであるため、思い込みが大きいと思われる。	電子薬歴にその2剤が処方されたときに注意喚起が画面に出るように変更 薬剤の棚にも注意喚起を促し、所定の場所を変更する	リバスタッチパッチ 13, 5m g	ニュープロパッチ 13, 5m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2167	2020年9月8日(月)10時頃、平素より当薬局を利用している患者が処方箋を持って来局。処方箋にはリバスタッチパッチ18m g 7枚 寝る前に貼る と記載されていた。薬剤師A(職種経験年数30年)はリバスタッチパッチ18m g を調剤するところ誤ってニュープロパッチ18m g を調剤し、鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが間違いに気が付き、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。鑑査で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	両剤とも脳神経系の貼付薬であり、用量が18m g。それぞれの外箱は用量ごとに色分けされているが、最大容量の18m g が同じ紫色。特徴的な要因が重なり、思い込みで調剤してしまった。	調剤者がピッキング後監査に回す前に薬剤の再確認を徹底。各薬剤の配置を離し、しれぞれに「間違注意」のラベルをつける。他の薬剤師にも情報共有。	リバスタッチパッチ 18m g	ニュープロパッチ 18m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2168	施設入居患者でお薬を施設スタッフにお届けしている。リバスタッチ4.5mgの処方にてニュープロパッチ4.5mgでお渡し。お届け後、施設スタッフからTELにて発覚。	調剤者、監査者、お届け者と、3人の薬剤師の目を通したにも関わらず見過ごしてしまった。リバスタッチ以外にも、1包化薬含め薬が多くある患者であり、またこちらの施設には他数名の薬もお届けしており注意が散漫になってしまった。	ニュープロパッチとリバスタッチを近くに保管していたのを間を空けて保管するようにした。	リバスタッチパッチ 4.5mg	ニュープロパッチ 4.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2169	イクセロンパッチ4.5mgを調剤するところ、誤ってリバスタッチパッチ4.5mgを調剤していた。鑑査者が違いに気が付いたため、患者にお渡しする前に止めることができた。	イクセロンパッチとリバスタッチパッチが近くにあった。同成分かつ似たような外見だったため、誤って調剤してしまっていた。	仕切りを設置、該当薬にインデックスを貼り、調剤時に注意喚起を促すようにした。	リバスタッチパッチ 4.5mg	イクセロンパッチ 4.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2170	先発希望の患者さんで、91錠のうち、オーソライズドジェネリックの薬が6錠と5錠の計11錠が混入していた。翌日に気づき、患者宅を訪問し、まだ1錠の服用もしていなかったため、交換した。	同日午前中に、別の患者でオーソライズドジェネリックのピタバスタチン2「KOG」で倦怠感があると投薬中に申し出た患者があり、その薬を棚に戻すとき、混入した可能性が高い。	先発品もオーソライズドジェネリックも現在10錠シートを使っているが、先発は次回納品から14錠シートに変更する。	リバロOD錠 2mg	ピタバスタチンカルシウムOD錠 2mg「KOG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2171	患者様が先発品希望にもかかわらず一般名製品名で記載されていてジェネリックでピッキング。監査時に確認し取り直して投薬。	薬剤師の思い込みによる	レセコンにて注意喚起	リバロOD錠 2mg	ピタバスタチンCa・OD錠 2mg「トローワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2172	後発品希望ではない患者に対して後発品で調剤をしてしまった。	鑑査時の確認間違い	薬歴の「調剤上の注意」欄に必ず後発品希望有無を記入する	リバロ錠 2mg	ピタバスタチンCa錠 2mg「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2173	一般名処方の処方先発希望されており先発でレセコン入力はしてあったが後発を投薬してしまい帰宅後電話がかかってきた。	ほとんどの方が後発品を希望されるので思い込みで調剤してしまった。	先発を希望される患者さまの処方箋には鉛筆で印を入れます	リビディル錠 80mg	フェノフィブラート錠 80mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2174	リビトール錠の規格違いでの交付	2人一緒の一包化の処方が先に来ており、そちらに人員が割かれ、誤りが生じた処方に関しては投薬者の調剤となっていた。確認が不十分だったことと、普段処方が出ない軟膏の方に気を取られ、錠剤の監査が疎かになっていた。	投薬者が調剤した時には自らその旨を周りに伝え、監査に入ってもらうようにする。	リビトール錠 10mg	リビトール錠 5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2175	GEのリファンピシカプセル150mgをピッキングするところ先発のリファジンカプセル150mgを投薬してしまった。	ピッキング者、監査者の監査不十分	薬剤師全員に規格、名称、二重チェックをすること徹底。	リファンピシカプセル150mg「サンド」	リファジンカプセル150mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2176	リフレックス15mgの半錠が出ていた患者さんでミルタザミン15mg明治で調剤してしまった。投薬前に作った殻を確認する段階で気づき作り直しお渡しできました。	AGでどちらも明治の刻印があったのでスルーしてしまった。	ダブルチェックで必ず調剤者と監査者を分ける!!再度注意喚起	リフレックス錠15mg	ミルタザミン錠15mg「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2177	患者はリボスチン点鼻液の処方を希望していたようだが、リボスチン点眼液が処方されていた。処方内容確認時に患者から聴取した際に気づき、疑義照会にてリボスチン点鼻液に変更となり、問題なく投薬完了した。	おそらく処方入力時に誤って処方入力されたものと思われる。処方内容鑑査は当然であるが、患者とも共に内容確認することを改めて徹底することとした。	処方内容の鑑査は当然であるが、患者とも処方内容を一緒に確認することを徹底する。	リボスチン点眼液0.025%	リボスチン点鼻液0.025mg112噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2178	一般名で記載された処方箋に【般】レボカバステチン塩酸塩点鼻液0.025mg15ml 1本 1日4回2噴霧ずつと記載されている処方箋に対し、調剤者は誤ってレボカバステチン点眼液5mlを3本調剤していたところを鑑査を行った他薬剤師が気づき投薬には至らなかった。	当薬局では上記の点鼻薬の使用頻度が低く、点眼薬の頻度が高いことが主な原因であり、点鼻薬はリボスチン点鼻薬と先発を採用していることから調剤者の知識不足により一般名と先発が結びつかなかった点も要因の1つと考えられる。	業務にあたる薬剤師全員に在庫、採用品の周知を徹底し、流し見しがちの外用薬の処方箋を注意して確認、調剤を行うことを心がける。また、先発品の棚には一般名を一般名の棚には何の先発かを分かるよう記載を行う。	リボスチン点鼻液0.025mg112噴霧用	レボカバステチン塩酸塩点眼液0.025%「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2179	定期的来ていた患者で他科の処方箋を初めて持ち来局。今までは院内で処方されていたが院内処方が出なくなったため来局とのこと。処方にリボトリール細粒0.5%が記載されていたがリボトリール細粒0.1%で調剤を行ってしまった。調剤後の確認で規格が違うことに気が付き、当薬局には無い規格のため入荷に時間がかかることを患者に説明。残薬があるため一度帰宅してもらい正しい薬を発注。後日調剤しお届けをした。	知識不足によりリボトリール細粒の規格違いがあることを知らずに調剤をしてしまった。また慢心により規格の再確認を怠ったことが原因。規格に確認の印をつけていれば調剤前に気づきミスを事前に防げていた可能性は高い。	知識の不足もさることながら「1規格しか存在しない」という思い込みが原因。また新規の処方せんなので規格・錠数をより注意して確認を行う。	リボトリール細粒0.1%	リボトリール細粒0.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2180	処方医よりリボトリール細粒0.5%が処方されたが、誤ってリボトリール細粒0.1%で分包。当事者以外の薬剤師が監査をしている際に細粒の色の違いに気が付き大事には至らなかった。	当事者である薬剤師のリボトリール細粒0.1%に規格違いは存在しないという思い込みが要因と考えられる。	今後は処方内容および薬剤名、規格をより注意して確認の徹底を図ることとした。	リボトリール細粒0.5%	リボトリール細粒0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2181	一般名処方でクロナゼパムと処方されており、リボトリールをピックアップすべきだったが、一般名がクアゼパムのドラールをピックアップしてしまった。調剤監査システムでチェック時に気づく。	成分名を見ずに、うる覚えでの記憶でピックアップしてしまったことによる。	販売名と一般名が異なる場合、外箱に記載されている成分名を必ず確認してからピックアップ、調剤監査システムの使用、ダブルチェックを徹底する。	リボトリール錠0.5mg	ドラール錠15		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2182	フラビタン錠10から、一般名処方「リボフラビン酪酸エステル錠20」に処方変更。前回D。「フラビタン錠10」で入力、そのまま調剤、投薬。	患者様が疲れていて、早く帰りたい様子であった。(レジ横に立って調剤状況をじっと見ている、「病院で待たされてとても疲れた」と言っていた。)焦って入力。そのまま焦って調剤。	患者さんを待合の椅子へ誘導。お急ぎの時は調剤時間を伝え、待てない場合は配達できることを伝える。入力内容を確認する。	リボフラビン酪酸エステル錠20mg「ソルハラ」	フラビタン錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2183	リマプロストアルファデクス錠5μg「サワイ」の処方だったが、リウマトレックスをピックアップしてしまい、監査時に気づき正しく調剤した。	名前が似ていることからの取り間違い。	名前が類似している医薬品は同じ棚の中でも離して保管する。	リマプロストアルファデクス錠5μg「サワイ」	リウマトレックスカプセル2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2184	オパルモン錠5μgの処方後発薬品で調剤。入力の際、リマプロストアルファデクス錠5μg「サワイ」で入力されていたことに気が付かず、薬局採用の「日医工」で調剤。鑑査者が間違いに気が付き発覚。	メーカー名まで確認せずに調剤をしてしまった、確認不足が原因。慣れなどで細かい名称の違いを見落としがちなので、ひとつひとつ確認して調剤する。	調剤録と調剤した薬の内容が一致しているか必ず確認する。	リマプロストアルファデクス錠5μg「日医工」	リマプロストアルファデクス錠5μg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2185	リリカ2.5mgを処方のところ7.5mgを準備した。	使用品が7.5mgの方が多いため、思い込みがあった。	細やかに確認する必要がある。	リリカOD錠2.5mg	リリカOD錠7.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2186	リリカOD25mgからリリカOD75mgに増量となったが気づかず入力。誤入りに気づかず薬をピッキング。鑑査者が間違いに気づいて修正した。	薬局が混雑しており入力者が薬剤の容量変更を見逃してしまった。ピッキング者も慢心により入力内容の確認が不足していた。	混雑時となるべく焦らず平常心を保つよう努める。用法用量確認を怠らないようスタッフに周知徹底。	リリカOD錠2.5mg	リリカOD錠7.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2187	リリカOD2.5mgを集薬するところ7.5mgで集薬	処方箋をしっかりと確認せず、集めた結果	処方箋をしっかりと読んで集薬する	リリカOD錠2.5mg	リリカOD錠7.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2188	リリカのカプセルとOD錠の調剤ミス	リリカカプセルの使用量が多く、錠剤への意識が低かった	調剤の監査機器をしっかりと使用しダブルチェック・トリプルチェックを徹底する	リリカOD錠2.5mg	リリカカプセル2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2189	平素より服用のリリカOD25mg他残薬を大量に持参され、残薬を使用し分包し投薬した。ところが、その日からリリカがOD75mgに増量されており気が付かず25mgを使用し分包してしまった。患者様帰宅後、事務職員が75mgに増量になっていることに気が付き自宅に交換に行った。	多忙時に持参された残薬は、次回来局時使用する。	多忙時であったため、持参薬の錠数に気を取られ監査を怠った。今後は監査を徹底していききたい。	リリカOD錠7.5mg	リリカOD錠2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2190	リリカカプセルをリリカODで調剤	通常カプセルを使用の為の思い込み	特に他病院処方は剤型まで確認しWチェックする	リリカカプセル2.5mg	リリカOD錠2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2191	一般名 プレガバリン口腔崩壊錠7.5mgで処方当局の通常がリリカカプセルである為処方は錠剤であるがカプセルで調剤し施設へ届けてしまった。当日の発注作業中に在庫が合わないことから気付き、施設へ確認し誤りと判明。当日中に正しい調剤に直し交換を行った。	隣接の医療機関ではリリカはカプセルがメインである。今回は地域機関病院からのFAXにて調剤を行ったが一般名の名前からリリカと判断した時点でカプセルをイメージし調剤を進めてしまった。	同一医薬品で他剤形があるものを普段からスタッフに周知し注意喚起を行う。	リリカカプセル7.5mg	リリカOD錠7.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2192	患者家族さまが再来局され、ご指摘により過誤が発覚。リリカカプセル75mgを投薬しなければならないところ、リリカOD25mg錠をお渡ししてしまった。同じ薬の低用量をお渡ししたこと、こちらの不手際にもかかわらず足をお運びいただいた旨を謝罪、ご容赦いただいた。	日曜日に1人薬剤師勤務で調剤集中により、丁寧な確認を怠った。	1人薬剤師時で忙しくても一定以上の処理速度の調剤は断念し、患者渋滞を目にしても丁寧な確認を徹底する。	リリカカプセル7.5mg	リリカOD錠2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2193	リリカカプセル75mgを調剤すべきところ、リリカOD錠75mgで調剤してしまった。監査システムにて発見された。	当薬局ではリリカOD錠の処方ほとんどだったため、「リリカ」と「75mg」の記載を見て誤判断してしまった。	リリカカプセルが処方された際には「カプセル」の文字に印をつけるようにした。	リリカカプセル7.5mg	リリカOD錠7.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2194	リンデロンDPクリーム5g2本のところを、リンデロンDPクリーム1本、リンデロンDP軟膏1本で準備していた。	補充の際に間違えて軟膏の方とってしまったのが原因だが、名称類似、チューブデザインや色調が酷似、棚が隣り合わせなどの要因もある。監査でも見落としてしまった。	棚位置をずらすこと。補充の際には2人で確認することの徹底。	リンデロン-DPクリーム	リンデロン-DP軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2195	門前以外の皮膚科処方、一般名処方 「ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏」が処方されていた。門前から でるベタメタゾンから始まる軟膏は、 ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン 酸エステル軟膏が多いため、ジェネ リック医薬品希望の患者だったため、 それで準備した。しかし監査時に監査 支援システムに通した時に、ブザー音 が鳴ったため、改めて確認すると、リ ンデロンDP軟膏の方が処方されている ことが分かった。取り直して正しい薬 剤をお渡し。	門前はベタメタゾン酪酸エステルプロピ オン酸エステル軟膏で処方されるため、 最初のベタメタゾンだけで、思い込んで しまった。	ステロイド外用剤の一般名は、似たような名前 が多いが、それぞれ違うことを再度確認し、思い 込みで取り揃えを行わないように注意する。また 取り揃え時に調剤者が、鉛筆などでチェックを入 れながらピッキングを行う。	リンデロン-DP軟膏	ベタメタゾン酪酸エス テルプロピオン酸エス テル軟膏0.05% 「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
2196	誤：リンデロンV軟膏 正：リンデロン VG軟膏誤：ロコイド軟膏 1本5g 正：ロコイド軟膏 1本10g 類似薬の誤 りと規格の誤り	門前病院以外からの処方箋になり処方箋 記載に不慣れだった	単位まで医薬品名をフルネームで確認する。規格 にチェックをつける。	リンデロン-VGク リーム0.12%ロコ イド軟膏0.1%	リンデロン-V軟膏 0.12%ロコイド軟 膏0.1%		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
2197	調剤者(薬剤師)がリンデロンVG軟膏 の処方のところ、リンデロンVGクリ ームを取り出し調剤のかごに入れる。鑑 査者に渡す前に再度調剤確認をしたと ころ、間違いに気づく。	リンデロンVG軟膏もリンデロンVGク リームも同じ薬品棚に保管されて隣り合 わせになっている。頭3文字も同じで外 装箱も同じ色なので、取り出し間違いが 起きやすい環境になっている。	調剤ミスを防ぐためにリンデロンVG軟膏とリン デロンVGクリームを別の薬品棚に入れる案もあ るが、在庫管理の観点や調剤者が見つけられずに 結局思い込みで調剤ミスをする場合もあるので、 あえて保管は変えない事にした。その代わり、調 剤ミスを防ぐために、軟膏という文字を赤字、 クリームという文字を青字で外装箱に記載して視 覚的に分かりやすくする改善策を導入した。	リンデロン-VG軟膏 0.12%	リンデロン-VGク リーム0.12%		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2198	少し前に、リンデロンVG軟膏のGEを在庫した。入力者がリンデロンVG軟膏の所を、リンデロンV軟膏と思い込み入力間違い。入力したものを信じ込み、ピッキング者、投薬者もそのまま調剤、投薬し患者のもと手渡った。二日後に、調剤録を確認する事務が、処方箋と調剤録の入力が違う事に気が付き発覚。すぐに患者の妻に連絡し、正しいものと交換しにご自宅へ訪問。使用はされていなかった。	先発品の名称が似ているものは、GEへの変換するには注意が必要。	先発品からGEへの変更で薬品名が分からないこともあるが、調剤録に頼らず処方箋の内容を見るようにする。	リンデロン-V G軟膏0.12%	デキサメタゾン軟膏0.1%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2199	一般名処方でリンデロンVがでていたが、リンデロンVGでお渡ししてしまった処方箋の入力、調剤、監査すべてミス	今まではリンデロンVで処方されていたので、前回の処方をそのまま入力してしまった様子	気を付けて入力、調剤監査行う	リンデロン-V G軟膏0.12%	リンデロン-V軟膏0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2200	一般名処方でベタメタゾン吉草酸エステルクリームが処方されていたが、入力時ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルクリームを誤タッチしてしまった。	薬剤師が入力をしていて。不慣れなところもあったが文字が小さくて、選択をミスしてしまった。	一般名処方でも広域処方箋の時は細心の注意を払う	リンデロンVクリーム	アンテベートクリーム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2201	(般)ベタメタゾン吉草酸エステルクリームのところ、(般)ベタメタゾン吉草酸エステル・ゲンタマイシン配合クリームで入力。リンデロンVクリームのところ、リンデロンVGクリームで調剤。入力者と調剤者は別であった。	調剤者は入力正しいと思い込んでいた。ピッキングシステムを頼っての調剤を行った。入力の見直しを行ったが見落とししていた。	一般名類似品について、随時棚に注意喚起の札を添付する。ヒヤリハット事例として薬局内でも共有し他のスタッフも認識できるようにする。	リンデロン-Vクリーム0.12%	リンデロン-VGクリーム0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2202	[般]ベタメタゾン吉草酸エステル外用液の処方を、リンデロン-VGローションでお渡ししてしまった。	忙しい時間帯で、一人調剤になってしまい、よく処方されるVGローションの方をお渡ししてしまった。	ダブルチェックを徹底する	リンデロン-Vローション	リンデロン-VGローション		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2203	一般名処方で、ベタメタゾン吉草酸エステル外用液0.12%が処方された。調剤した薬剤師が類似した名前のベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル外用液0.12%と勘違いし、リンデロンVローションを調剤するところを間違えてアンテベートローションを調剤してしまった。	ステロイド外用液のベタメタゾンには後ろに続くエステルの名前により多くの種類の薬が存在することを薬剤師が十分理解していなかった。	ステロイド外用剤においては官能基に十分注意を払う必要があることを確認する。	リンデロン-Vローション	アンテベートローション0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2204	リンデロンVローションで処方されていたが、リンデロンVGローションでお渡ししてしまった。2週間後に、同じ内容の処方箋を持参された際に発覚。それ以前に、処方されていた残薬があったため、前回取り違えてしまったリンデロンVGローションは使用しておらず、変更してお渡しした。	Vローション、VGローションどちらも在庫している薬剤で、普段からも取り扱っているが、確認不足のため取り違えてしまった。	処方箋と入力確認を徹底する。GS1チェッカーを導入し、調剤した薬剤をチェック後、監査を行うようにした。	リンデロン-Vローション	リンデロン-VGローション		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2205	リンデロンVとヒルドイドソフトの混合処方であったがVGで混合。商品名のでる薬袋を見て気づき混合しなおした。	リンデロンVとヒルドイドソフトの混合処方であったがVGとの混合がほとんどであることに加え、処方箋がその日から一般名処方にかわったこともありVGで混合してしまった。	薬歴 背表紙にもV軟膏とラベルをつけた。	リンデロン-V軟膏0.12%	リンデロン-VG軟膏0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2206	処方がリンデロン-V軟膏100g(5g×20本)のところ、リンデロン-V軟膏(5g×10本)とリンデロン-Vクリーム(5g×10本)で調剤・投薬していた。	調剤時にリンデロン-V軟膏10本入りを2箱出していたつもりが、1箱がリンデロン-Vクリームだった。箱のデザイン・色がよく似ていて取り違えに気付かなかった。また、中のチューブの確認が出来ていなかった。	軟膏とクリームは分けて置く。箱ごとの調剤の際は表示をよく確認し、開封して添付文書を抜く際は内容も確認しておく。	リンデロン-V軟膏0.12%	リンデロン-Vクリーム0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2207	皮膚のかゆみに対しての門前総合病院の皮膚科から処方箋を受け付けた。リンデロン-V軟膏0.12% 5g/本30本と亜鉛華単軟膏「ニッコー」30g、との混合配合比が大幅に異なっており、「本」と「g」の打ち間違いではないかと感じ、疑義照会を行った。結果、30本(150g)→30gへと変更となった。	「本」と「g」の打ち間違いではないかと考えられる。	今回はステロイドが大幅に多かったため、違和感に気づけたがステロイドが少なかった場合は気づけない可能性もあるため、製剤の剤形(1本あたりの重量など)を把握し、処方箋の打ち間違いの可能性を常に頭に置いておく必要があると感じた。	リンデロン-V軟膏 0.12%	リンデロン-V軟膏 0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2208	リンデロンV軟膏の記載を誤ってリンデロンVG軟膏で調剤	処方箋記載の確認不足、知識が不足している	類似医薬品を調べ理解する。注意すべき医薬品情報を調べる	リンデロン-V軟膏 0.12%	リンデロン-VG軟膏 0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2209	リンデロンV軟膏処方だが、リンデロンVG軟膏で調剤し鑑査までした。投薬時に患者さんと確認する際に間違いに気付いた。	忙しい時間帯だったので他の処方の粉薬を待てる間にこの鑑査を行った。注意力散漫になり、見逃してしまった。薬は全て鑑査システムを通していているが、正しい薬でも間違いと出ることもあるので間違いと出てもスルーしてしまったのも要因の1つと考えられる。	忙しい時も自分のできる範囲で鑑査を行う。鑑査システムを通ってるから大丈夫だと思わず今まで通り鑑査を慎重に行う。	リンデロン-V軟膏 0.12%	リンデロン-VG軟膏 0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2210	処方薬品は「リンデロンV軟膏」後発品である デルモゾール軟膏でなくデルモゾールG軟膏を調剤してしまった。	薬用はリンデロン「VG」軟膏であったため 後発品もデルモゾールG軟膏で調剤してしまった。	後発品の箱に先発品名と製剤写真を付けておいて気づきを促す。	リンデロン-V軟膏 0.12%	デルモゾールG軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2211	事務員が当該薬品の調剤時に、誤って点眼・点鼻リンデロンA液を取ってしまった。薬剤師が鑑査の際に気が付き再調剤に至った。	リンデロンという部分のみを見ており、規格の確認不足があった。リンデロン点眼・点耳・点鼻液とは別の点眼・点鼻リンデロンA液が存在するという知識が不足していた。	規格先読みの徹底。	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%	点眼・点鼻用リンデロンA液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2212	処方箋にルリコナゾール外用液5%4mlの記載で処方されており、薬価収載規格、単位がgのため入力者はそのまま4gで入力。実際はルコナック爪外用液5%は3.5g/4mlのため監査者が交付前に誤りを修正。	単位が異なっている用量は同じであると勘違いをしていた。	薬価収載されている単位、規格と異なる記載の処方箋を受け付けた場合は必ず薬剤師に確認を行う。また薬剤師も単位、規格の確認を怠らないようにする。	ルコナック爪外用液 5%	ルコナック爪外用液 5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2213	前回、ルリコン軟膏が処方され、今回からルリコンクリームに変更であったが、誤ってルリコン軟膏のまま入力完了。鑑査時に気付いて入力修正した。	前回Doと思い込んで入力したと思われる。ご家族と2枚の処方箋を処理する必要があったため、焦りがあった可能性あり。	処方箋記載内容をもれなく確認する。	ルリコンクリーム1%	ルリコン軟膏1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2214	レキサルティ錠とレキソタン錠のピッキングミス	レキサルティの棚にレキソタンが混入していた	薬を棚に戻す際も二人以上でのチェックを徹底していた	レキサルティ錠1mg	レキソタン錠1		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2215	レキサルティ錠2mg寝る前1錠で処方されていたが、誤ってレキソタン錠2mgで調剤。その後鑑査で誤りに気付かずそのまま投薬。翌朝9時過ぎに「娘がまだ起きてこない。見たら薬の名前が違っている」と母親から電話連絡があり、間違いが発覚。お詫びして交換。その後体調の問題はない。	似た名前と同じような緑色のPTPで同じ規格だったため、間違いに気がつきにくかった。	調剤時、鑑査時に指差しや声出しを行う。後で話を聞くと、ご本人はちょっと大きいなと感じていたようなので、忙しくても投薬時にしっかり一緒に確認して頂く。	レキサルティ錠2mg	レキソタン錠2		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2216	レキソタン1mg処方されていたところ、レキサルティ1mgを誤ってピッキングしていた。	今回の処方精神科のクリニックの処方箋で、レキソタン、レキサルティともに精神科でよく処方される医薬品であることから誤ってピッキングをしてしまった。また、どちらも規格が1mgと同量であり、最初の2文字と規格から判断を誤った。	最初の2文字だけで確認してピッキングするのではなく最後まで医薬品名を確認を行う。レキソタン、レキサルティの保管棚にそれぞれ「名称類似医薬品あり」と注意喚起のポップを貼る。また、今回の医薬品は劇薬と向精神薬で、医薬品の分類も異なるので、医薬品名を確認して薬剤師ひとりひとりが分類を把握しておくようにする。	レキソタン錠1	レキサルティ錠1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2217	レクサプロ規格誤り	名称の酷似	複数規格薬剤の啓蒙	レクサプロ錠20mg	レクサプロ錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2218	レグナイト300mg処方をレグレクト330mgで調剤されていたことを気づかず投薬。交付時に患者からの指摘で誤りに気が付いた。	繁忙かつ精神科の処方箋でありレグテクト330mgは精神科で頻りに処方されている薬剤であったため漫然と調剤鑑査してしまっただけ。	薬局内でのダブルチェックおよび患者とのトリプルチェックを必ず実施する	レグナイト錠300mg	レグテクト錠333mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2219	レザルタス配合錠HD処方のところ、誤ってザクラスHD配合錠をピッキング。	忙しい時間帯	基本的な事ですが、しっかり処方箋を声を出して読む事。	レザルタス配合錠HD	ザクラス配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2220	レザルタス配合錠LDからレザルタス配合錠HDに変更。レセコン入力ミスがあり、監査・交付者もそれを見落とし、レザルタス配合錠LDのままお渡し。患者に交付時血圧変動についてや降圧剤変更しないことをお話したが問題ないとのこと。その後すぐ交付間違いに気づいたが、患者としては薬が強くなるのが嫌だったので変更のことは黙っていたとのことだった。	長期間レザルタス配合錠LDで処方されていたため、思い込みもあり監査の際に気づけていなかったと思われる。また、患者とのコミュニケーションが不十分であったことから、交付の際に誤りが発覚しなかった。	調剤準備・監査の際のルール順守を周知。レセコン入力ミスについてはチェックの徹底と、入力者以外による調剤録・処方内容の確認を行う。	レザルタス配合錠HD	レザルタス配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2221	レザルタスHDをお渡しするところをレザルタスLDを渡してしまった	要因はない 監査ミスに尽きる	声を出して監査を行うようにする	レザルタス配合錠HD	レザルタス配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2222	処方箋見ながらのピッキングの際、見間違えてレザルタスのところ、ザクラスを取りそうになった。取った後気が付き、取り直した。	取り慣れと、斜めから処方箋を見たため間違えた。	この2種の薬は、間違いが起きやすいことを認識して、毎回気を付けるようにする。	レザルタス配合錠HD	ザクラス配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2223	レザルタス配合錠LDが処方された患者に対し、HD錠を調剤した。鑑査者も気づかず投薬を行い、患者が前回とシートが異なることに気づいて発覚した。	調剤時にレザルタスの文字だけ見て、処方されている患者が多いHDを調剤したことが原因。また鑑査者も、薬物の写真と錠剤を確認することを怠ったため、入力内容との相違に気づけなかった。	処方箋は必ず規格まで確認し、読み上げて調剤する。鑑査者も薬物の錠剤の写真と確認し読み上げるようにする。	レザルタス配合錠LD	レザルタス配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2224	レザルタスLDのところレザルタスHDで交付。	単純なミス。注意力散漫。医薬品の名称・外観が類似していたため。	ダブルチェックの徹底	レザルタス配合錠LD	レザルタス配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2225	レザルタスLDをロサルヒドLD「ケミファ」で投薬後日、在庫が合わなかった事で、発覚患者さんの家に行き、謝罪・交換し、病院に報告しました。健康被害は、無かった。	名称が、○サル○OLDと類似したことによる、過誤投薬。監査で確認しているはずだが、思い込みが原因だと思われる。	思い込みの間違えを無くすために、調剤された薬品と、薬物の写真を必ず照合するように内規を変更した。	レザルタス配合錠LD	ロサルヒド配合錠LD「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2226	レザルタスLDで渡すところHDでお渡し。患者が気づき来局された。	単純なミス、名称の類似	ルール遵守の徹底	レザルタス配合錠LD	レザルタス配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2227	レザルタスLD処方の患者に間違えてイルアミクスLDを投与。2日後に患者本人から電話連絡があり間違い発覚。以前服用していた薬剤という事もあり本人も違和感なく2日服用していた。その日のうちにレザルタスLDに交換した。	その時間帯に電話対応や他の患者も重なり調剤と監査を1人で行っていたので間違いに気付かなかった。	監査の徹底と間違いやすい名前の薬の差別化を図る。	レザルタス配合錠LD	イルアミクス配合錠LD「DSPB」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2228	レザルタスLDが処方されている患者の計数調剤を行った際、誤ってザクラスLDをピッキングしてしまった。	高血圧の患者に対して、ザクラスが処方される頻度が高いため、レザルタスとザクラスを勘違いし調剤してしまった。名称が類似していることも原因と考えられる	レザルタスが処方される頻度は低いため、レザルタスを定時で服用している患者の薬歴に、レザルタスであることを注意できるような確認ページを作成した。レザルタス、ザクラスの配置されている棚に、名称類似の注意喚起を行った。	レザルタス配合錠LD	ザクラス配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2229	レキソタン処方のところ、レスタスを投与	ピッキング⇒ダブルチェック⇒投薬 3人が関わっていた。在庫のない薬剤の小分け対応もあり焦りがあった。投薬後、在庫数確認作業中判明し患者様に連絡し交換することとなった。	全てが投薬時の確認ミスです。処方箋に集中し業務に徹する。	レスタス	レキソタン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2230	【正】レスタス錠2mg 【誤】フルニトラゼパム錠2mg「アメル」	入力済みの一般名と処方された一般名の違いに気づかなかった	処方箋と調剤指示書を指差し確認しながら、照らし合わせを丁寧に行う鑑査時、1文字ずつ行い類似薬間違いの見落としのないようにする医師から処方される薬剤の名称を伝えてあるか確認する入力の際、4文字以上で行ってもらう	レスタス錠2mg	フルニトラゼパム錠2mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2231	一般名処方でフルトラゼパム2mgをフルニトラゼパム錠2mgと間違えて投薬してしまふ。投薬後しばらくたってから他の勤務薬剤師が気づく。患者、処方元の医師に連絡。特に健康被害なく、トラブルにもならなかった。	名称が類似していたため間違えてしまった・・・	監査徹底。声出し確認の徹底。	レスタス錠2mg	フルニトラゼパム錠2mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2232	レバミビド錠のカセットの中にムコスタ錠が混ざっていた	似たシートの薬なのにカセットの場所を近くに設置していた。薬を戻す時に間違えてしまった。	似たシートの薬は全く離してカセットを設置する。薬をカセットに戻す時は二人でチェックしあう。	レバミビド錠100mg「EMEC」	ムコスタ錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2233	レバミピド処方にて、メーカーの異なる同一成分薬剤の入力があった。	薬局採用薬変更に伴う間違い	採用薬変更時に書き記しておくノートの設置	レバミピド錠100mg g「Me」	レバミピド錠100mg g「杏林」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2234	一般名処方 レバミピド錠100 2錠 分2 朝夕食後で14日分の処方箋の処方 レバミピド錠100あすか 28錠調剤し、出したつもりが、別の薬剤師が監査中 レバミピド錠100あすか 20錠、ムコスタ錠100 8錠が混ざって調剤されていたため、8錠をレバミピド錠100あすかを取り出し、ムコスタ錠100と交換して、患者に交付した。	ムコスタ錠100を調剤棚に戻すとき、隣の棚にあるレバミピド錠100の棚に間違っ て戻ってしまった。そのため次の処方 で出す時に混ざって調剤してしまっ た。	ムコスタ錠100とレバミピド錠100あすかと隣の 棚に置いているので、大きく名前を書き、棚の 区切りを目立ちやすくし、戻す時は気を付けて名 前を出しながら戻すように改善した。	レバミピド錠100mg g「オーツカ」	ムコスタ錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2235	次回薬局時に 前回の薬が ヒートの色の違う薬が 入っていたとの訴えあり。21錠ヒートだったので ジェネリックにでもなってるのかと思ってそのまま飲んでしまった。便秘になった感じがするが 同じ薬だったの?との事で 薬剤の交付間違い判明。患者が訴えるヒート形状と錠剤の大きさより 該当ヒートの可能性で 患者様にみせて それである事 判明。	薬局が立て込み、煩雑中な中での調剤であった。他の薬剤師が 他の処方を取り込んでいたので 一人でピッキングし投薬した。	よく処方されている薬の為 慣れによるピッキングミスあり。一人でピッキングする際は 他の人のチェックを受けること(事務サイドでもよいので)。また 調剤ピッキングする際に まずは処方を見て 医薬品をイメージしてから ピッキングする。監査の時にも 情性でチェックしない事。患者が急いでいても いつもの薬でも 一緒に薬剤を見てもらうこと 必要。	レバミピド錠100mg g「サワイ」	ピオフェルミンR錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2236	新規薬局患者様。当店で初めて入力する薬で入力者は両薬剤について知らなかった。調剤録の確認と監査中に発見した。	初めて取扱う薬剤について入力者についていつもより注意して入力する必要がある。特に混んで焦っていたわけではない為、入力時に再チェックする等できた。	入力時の下から声出し再度チェックしてから監査者へ申し送りを行う。	レベニン散	レベニンS配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2237	レボセチリジンのドライシロップ 0.25gが処方されていたが0.5gをピッキングしてしまった。監査時に気づき、問題はなかった。	分包の見え目が非常に似ているため、取り間違えてしまった。	0.25gと0.5gの置いている棚の位置を変えた。箱に大きく手書きでG量を記載した。	レボセチリジン塩酸塩DS0.5%「タカタ」	レボセチリジン塩酸塩DS0.5%「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2238	普段あまり扱わないクリニックからの処方箋で、稀にしか出ないレボセチリジン塩酸塩 d s 0.5「タカタ」の分包品を調剤した。0.25 g の分包品を交付するところを、0.5 g 分包品を調剤してしまい、監査ではスルーして、交付するときに気が付いて訂正した。	繁忙時間帯であった。慣れてない製品であった。注意力散漫であった。同社の同製品の2種の分包品は、似たデザインで非常に紛らわしい。どちらも濃い青系の印刷だが、どちらかを赤系にするとか工夫してほしかった。	手順書を見直し、基本のステップを確認した。0.25 g と0.5 g でメーカーを変えた。	レボセチリジン塩酸塩 D S 0. 5%「タカタ」	レボセチリジン塩酸塩 D S 0. 5%「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2239	終了時間外の来局だった。処方箋には正しく記入してあったにもかかわらず不慣れな新規採用品(分包品)の用量間違いに気が付かず交付してしまった。気が付いて電話し追いかけて正しい容量の分包品に、服用する前に取り換えることができた。年齢別の投与量がある分包品で、5才(7才未満)なのに7才以上の用量で調剤してしまった。	年齢別に2種類ある不慣れな新規採用品(分包品)に注意が足りなかった。外箱も分包品の外観もよく似ていたため見分けることができなかった。	年齢別の投与量がある新規採用医薬品の場合は、今まで以上に大きな字で違いを記入したテープを外箱に張り付けて声出しをしながら取りだす。	レボセチリジン塩酸塩 D S 0. 5%「タカタ」	レボセチリジン塩酸塩 D S 0. 5%「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2240	一般名入力でレボセチリジン 5 m g 1錠分2で、今までは代替えて2.5mgを2錠分2で調剤していたが、入力が5 m g 1錠できていたので修正を2.5mg 2錠にお願いして、そのまま5mg錠で調剤をしてしまった	ミスの修正前に一般名を確認しながら、調剤した。	1つのミスが発生したら、しっかりと修正してから次の作業にうつる	レボセチリジン塩酸塩錠 2. 5 m g 「タカタ」	レボセチリジン塩酸塩錠 5 m g 「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2241	レボセチリジンが一般名で処方されている患者だったが、レボチロキシンと読み違えて調剤してしまった。	ザイザルの後発品が発売されてから一般名処方に記載されてきたのが初めてだったこともあるが、処方箋の薬品名の確認が不十分だった為生じたヒアリハットだった。普通薬と劇薬とで場所も違うのでよく確認すれば気づけたミスだった。	ここ数ヶ月で様々な後発品が発売されているため、今まで商品名で慣れ親しんでいた薬剤の一般名も正確に認識する必要があると感じた。また、調剤における指差し口頭確認などの基本的な調剤手順も改めて見直す。	レボセチリジン塩酸塩錠 5 m g 「サンド」	レボチロキシン N a 錠 5 0 μ g 「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2242	初診。12歳男児に対してレボセチリジン5mg 1錠1×就寝前で処方を受ける。添付文書では7歳以上15歳未満の小児に対して1回2.5mgを1日2回、朝食後及び寝る前に経口投与すると記載あり。その内容をTELにてDrへ疑義照会。返答はレボセチリジン5mg 1錠2×朝食後寝る前に変更となる。	年齢により用法用量が異なる医薬品がある	今回のレボセチリジンやモンテルカストのように年齢により用法用量が異なる医薬品の周知。また、保管してある調剤棚カセット等に調剤者がわかる目印をつける、レセコンメーカーによるが、年齢と用法用量が異なる医薬品が入力されたときにアラーム等で知らせてくれる機能があるか確認してみる。	レボセチリジン塩酸塩錠5mg「ニプロ」	レボセチリジン塩酸塩錠2.5mg「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2243	一般名処方で『レボセチリジン錠5mg』が処方処方箋をしっかりと確認せずにピッキング監査時にセチリジン錠10mg「サワイ」でピッキングされていることに気づきレボセチリジン錠5mg「フェルゼン」をピッキングしなおす	忙しい時間帯にしっかりと確認せずにピッキング一般名も類似	棚を離して配置ピッキング、監査で2重チェック	レボセチリジン塩酸塩錠5mg「フェルゼン」	セチリジン塩酸塩錠10mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2244	レボセチリジン錠5mg「武田テバ」処方。業務煩雑中であり調剤(ピッキング)、監査、投薬まで薬剤師1名で行わなければならない処方箋を読み間違え、ザイザル錠をピッキング。監査しそのまま投薬口へ。投薬直前に気づき、正しい薬剤を交付できた。	例年にないほどの門前診療科(皮膚科)の混雑とそれにより焦り。	煩雑時でも監査、投薬を別の薬剤師が行えるよう工夫する。	レボセチリジン塩酸塩錠5mg「武田テバ」	ザイザル錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2245	<p>9/1自動分包機を使用し一包装調剤しました。自動分包機のカセットになり葉はPTP包装を剥いて用意しています。PTP包装を剥く機械(バスター)を使用し正しい薬レボトミン錠を用意し一包装調剤し監査と投薬をしました。9/9該当の患者さんが入居されている施設職員の方から、一包装されてる薬に違う薬が入っていると指摘を受けました。30日処方、夕食後の一包装の薬6錠。</p> <p>1日分、1包だけレボトミン錠5mg3錠入っているべきところにレボトミン錠5mg2錠と誤った薬ピソプロロール錠0.625mg1錠が入っている調剤過誤を指摘されました。9/9時点において、他にPTPを剥く患者さんがいないのにレボトミン錠5mgが1錠剥いた後保管用に再分包されていました。PTP包装を剥く機械の中に1錠ピソプロロール錠0.625mgが残っていた可能性が高いと考えます。</p>	<p>・外来担当の薬剤師が3名。うち1名が当日他店へ出ており人数が少なかつた。 ・薬剤師3名のうち1名が、他店より移動してきたばかりで不慣れな状況だった。 ・一包装監査システムを導入して2か月目。油断がうまれたり、監査システムを過信してしまった。 ・PTPを剥く機械の使用にあたって、使用前に前回使用された薬が残っていないか確認するルールがあったが、守られなかった、もしくは確認が不十分だった。</p>	<p>・人員の配置転換直後にミスが起きやすいのでヘルプには出さず人数を厚く配置する。 ・機械の操作に対して手順や確認を徹底する。</p>	レボトミン錠5mg	ピソプロロールフマル酸塩錠0.625mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2246	腎機能低下患者に対しレボフロキサシン250mg投与すべしと医師が500mgで処方してしまった。	医師の単純なミスだと思われるが、患者の年齢、服用薬等から薬局で防ぐことの出来た事例だと思われる。	処方を信じるのではなく、疑ってかかる事。	レボフロキサシン錠500mg「CEO」	レボフロキサシン錠250mg「科研」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2247	先服薬にて抗生剤が30日分出ているが処方医から説明を聞いているかを患者に確認したところ、聞いているとの返事であった。服薬指導時に症状等の確認を行っているときに疑問が生じ疑義照会することとなった。医師はレボフロキサシン錠500mgではなくレボセチリジン塩酸塩錠5mgを処方するつもりだったことが発覚。正しい薬をお渡しして事なきを得た。	一般名処方になってよく似た名前の薬が多くなり、処方医のうっかりも生じやすくなったと思う。薬局では用法が同じ場合などは違和感なく調剤してしまいがち。患者さんの症状の訴えなどによく耳を傾けたことで過誤とならなかった。	患者さんの病識、薬識は個人差がある。症状や薬が処方されるに至った経緯など詳しく聞き取り、処方疑問がある時は必ず疑義照会をする。	レボフロキサシン錠500mg「DSEP」	レボセチリジン塩酸塩錠5mg「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2248	【般】レボフロキサシ錠500mg 夕食後1回の処方を、レボセチリジン5mg 夕食後1回と入力。調剤者がレボセチリジンを調剤。処方箋を確認していた監査者も間違いに気付かず、そのまま投薬。1時間程の後、監査者が薬歴を記録する際に再度処方箋を確認し、入力ミスと薬品の取り違えに気付いた。すぐご本人へ連絡、まだ服用前であり健康被害なし。	普段からレボセチリジンの処方が多く出ていたため、確認不足になった可能性が考えられる。どちらも用法が1日1回であったため、用法だけの確認では気が付かなかった。	調剤棚に注意書き、類似薬品があることを記載。全スタッフへ再度、一般名類似薬品の伝達を行った。	レボフロキサシ錠500mg 「DSEP」	レボセチリジン塩酸塩錠5mg 「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2249	処方箋を確認せずに監査時に気付いた。	焦りと思いきみで調剤し、確認を怠った。	作業手順を再確認して再発防止に努めたい。	レボフロキサシ点眼液0.5% 「科研」	レボカバステチン塩酸塩点眼液0.025% 「TOA」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2250	新患で、お薬手帳を確認するとこれまで他病院からレルベア(200)30B L処方されていたが、今回の処方がレルベア(100)30B Lであったため、引継ぎか減量のどちらであるかを病院に疑義照会。処方医は引継ぎでレルベア(200)30B Lを処方するつもりであったが、入力ミスでレルベア(100)30B Lが処方されていた。	電子カルテの薬品名の単純な選択ミスと考えられる。	薬局ではお薬手帳と本人からの問診によって気付ける事例であるため、今後も丁寧な聞き取りを心掛けていくことが大事であると考えられる。	レルベア200エリプタ30吸入用	レルベア100エリプタ30吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2251	レルベア200エリプタ30吸入処方を間違えて100エリプタ30吸入を調剤した。訪問看護師が間違いを気づき連絡があった。未使用であった。実際使用しておれば、効果は半減なので、体調に悪影響を及ぼす事態であった。	通常200エリプタを処方していたので、慣れが生じ、作業が繁雑になったしまいました。、監査も見落とししてしまった。単純な処方内容でも、繁雑な調剤にならず、監査も慣れることなく、緊張感をもって行わなければならないと思いました。	調剤業務の手順見直し、監査体制の強化。	レルベア200エリプタ30吸入用	レルベア100エリプタ30吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2252	レルベア200処方されていたが100を渡してしまった	いつも使っている規格だと思い込み 調剤 交付してしまった	監査レンジを確実に通さないようにする他規格があるかもしれないという考えをもって 薬品名だけでなく規格を先に忘れずチェックする	レルベア200エリプタ30吸入用	レルベア100エリプタ30吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2253	処方箋入力した後、バーコード監査時に規格取り違えが発覚。レルベア200・30吸入を交付した。	レルベアの規格違いが隣り合って陳列されていた。また繁忙であったため誤って規格違いを手にとったと思われる。	注意喚起札を作成した。	レルベア200エリプタ30吸入用	レルベア100エリプタ30吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2254	名前が同じで規格のみ違う薬だが、待ち人数がどんどん増えていく中での焦りによる取り間違い。	患者数が増えても焦らないように気持ちを落ち着かせるようにする。規格違いの薬同士を近くに置いていたため、場所を変えた。一方の薬は一人しか出ていない物だったので、その薬の箱に、出る人の名前を付箋に書いて貼り付けた。	規格違いの薬同士を近くに置いていたため、場所を変え、さらに、一方の薬は一人しか出ていない物だったので、その薬の箱に、出る人の名前を付箋に書いて貼り付けた。	レルベア200エリブタ30吸入用	レルベア100エリブタ30吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2255	11/13レルベア200吸入患者に100を渡してしまう。11/30棚卸で気づき間違い確認した。本来より少ない量であるが、症状悪化なし。医師に報告し、すぐに200を吸入指示あり。本人希望で郵送することになった。12/22にもその後悪化しなかったか確認し、医師にも報告した。	レルベア200をわざと取りにくい箇所に保管して間違いを防いでいたが、逆に取り易い箇所保管の100をピックアップして、そのまま監査、お渡しに至ってしまった。	レセコンにとり間違い注意を表示させる。電子薬歴にも200処方と初めに表示させるようにした。	レルベア200エリブタ30吸入用	レルベア100エリブタ30吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2256	定時薬レンドルミンD錠30錠が処方された。レンドルミンDが箱に20錠+5錠+6錠残っていて、1錠を作らないよう上から言われていたため、25錠出し、新しい箱(レンドルミン錠)から5錠出した。鑑査者もヒートが似ていたため、気づかずに調剤帳簿を記録するときに両者のずれに気が付いた。	箱もヒート似ていたが、箱を隣り合わせにおいていた為、取り間違いが起きた。	ピックアップのルールの周知、取り決めを行う。名前の類似薬は近くに置かない、注意喚起を行う。1錠、L字ヒートを作らないなどのルールの見直し。	レンドルミンD錠0.25mg	レンドルミン錠0.25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2257	レンドルミンD0.25mg希望の患者様に、プロチゾラムOD0.25mgジェネリック医薬品でお渡ししてしまった。発注をする際に、レンドルミンD0.25mgの在庫が多いことに事務員が気づく。	先発医薬品、ジェネリック医薬品ともに在庫している。患者さんによってどちらを調剤するかが変わってくるため、調剤時には必ず薬歴を確認する	調剤するとき、先発医薬品希望の患者さんには印をつける	レンドルミンD錠0.25mg	プロチゾラムOD錠0.25mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2258	先発医薬品希望の患者にレンドルミンD錠が処方され、誤って後発医薬品のプロチゾラムOD錠を調剤してしまった。	PTP鑑査システムを導入しており、PTPシートのGS1コードを読み取り、薬剤の照合を行うが、PTPシートの切り具合でGS1コードが読み取れなかったため、画像にて調剤した薬剤を保存したが、思い込みで誤って後発品を取ってしまったのが要因。	鑑査システムを導入していても目視を怠らないように注意すること。	レンドルミンD錠0.25mg	プロチゾラムOD錠0.25mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2259	レンドルミンD錠0.25mgを30錠ピッキングしたところ、向精神薬のノートに記載してある数字と合わず在庫数が10錠多いことに気が付いた。レンドルミンD錠0.25mgが処方されたのは本日二人目。毎日外来後には向精神薬の在庫数を照らし合わせている。本日1人目のレンドルミンD錠0.25mgの患者様にレンドルミン錠0.25mgが10錠混在してしまった可能性があると考え、ビデオを確認した。レンドルミンD錠0.25mgの一番上はD錠のデザインだった。ミスゼロも通っているので30錠中の真ん中がレンドルミン錠0.25mgの可能性あり、該当すると思われる患者に連絡を取り、10錠レンドルミン錠0.25mgが入っていることが判明、謝罪しすぐ取替えに伺った。	調剤した際にレンドルミンD錠0.25mgとレンドルミン錠0.25mgはヒートが似ている為、混ざっている事に気が付かなかった。患者が続いていた事もあり、早くピッキングしなければならないと思っていた。ミスゼロも通っていたため、間にレンドルミン錠0.25mgが混ざっていることに気付かなかった。	向精神薬をピッキングする時は、ノートに記載してある数字が正しいと思いこまずに、実在庫数が合致しているかよく確認する。レンドルミン錠0.25mgとレンドルミンD錠0.25mgが隣同士に置いてあったので、同じ引き出しでも仕切りで別の場所に移した。似たようなデザインの薬は広げ監査するようにする。	レンドルミンD錠0.25mg	レンドルミン錠0.25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2260	6剤の記載の処方せんを受付・調剤。一般)プロチゾラムのみ先発品希望の患者様だったが気付かず、レンドルミン錠を調剤しないといけないところプロチゾラム錠を調剤。	他の薬剤が後発品であった為、プロチゾラムも後発品にて調剤してしまった。投薬時に気付いたが、患者様が効き目が同じならプロチゾラム錠でもよいとおっしゃったので今回からプロチゾラム錠をお渡しすることになった。	今回のように、基本後発品希望だが、こだわりのある1種類だけ先発のままで欲しいという方がいるので今後同じようなことがないよう、鑑査機器の使用を徹底し気を付ける。	レンドルミン錠0.25mg	プロチゾラム錠0.25mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2261	先発品希望の患者様に一般名でプロチゾラム錠0.25mgの0.5Tが処方されていたため、半錠に分割したものを分包して投薬した。投薬後に分包した後のヒートを確認したところ、本来はレンドルミン錠0.25mgでお渡ししなくてはいけないところ、レンドルミンⅮ錠0.25mgで投薬してしまったことに気が付いた。患者様にすぐに連絡し、交換して謝罪した。	レンドルミン錠、レンドルミンⅮ錠のどちらも処方を受けることがあり、普段から気を付けるようにはしていたが、鑑査時に見逃してしまった。	規格や剤形が複数あるものは気をつけよく確認を行う。	レンドルミン錠0.25mg	レンドルミンD錠0.25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2262	レンドルミン錠を調剤しようとしたら、レンドルミン錠の棚の中にレンドルミンD錠が入っていた。	ヒートの色も同じで、棚も上下で並んでいるため、薬を戻す際に間違えたのだと思われる。	今回のような類似品、規格違いなど、間違えそうなものの存在を、薬局内で認識しておく。また、薬を戻す際、戻し箱などにいったん保管し、ダブルチェックして戻すことを徹底する。	レンドルミン錠0.25mg	レンドルミンD錠0.25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2263	ピッキングの際にレンドルミン錠を取らなければならないところ、レンドルミンD錠で調剤してしまいました。	知識不足でレンドルミンに普通錠とD錠の2種類の剤型があることを知らず、レンドルミンという商品名だけでピッキングをしてしまいました。	レンドルミンに2種類の剤型があること、箱の外観が類似していることを改めて薬局内で共有し、箱の剤型の部分にペンで印をつけるなどして一目で違いがわかるように工夫する。	レンドルミン錠0.25mg	レンドルミンD錠0.25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2264	実習中のため、レンドルミン錠を処方されていたが、調剤棚に見つからなかったためレンドルミンD錠を調剤したが、調剤監査機械により間違いに気が付いた。	パッケージが似ている。	改善していた故に実習生で場所を把握していなかったため間違えてしまった。	レンドルミン錠0.25mg	レンドルミンD錠0.25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2265	レンドルミン錠で処方されているところ、いつもプロチゾラムM錠「EMEC」でお渡ししていますが、プロチゾラムOD錠「テバ」でお渡ししてしまった。	同時にご主人の処方箋もお持ちになり、ご主人はいつもプロチゾラムOD錠「テバ」でお渡ししており、そこが大きい要因かと思えます。3月以来のご来局であることも要因かと思えます。	調剤監査システムを導入したのでこちらをしっかりと運用していく。	レンドルミン錠0.25mg	プロチゾラムOD錠0.25mg「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2266	47歳女性。毎月定期的に来局し、レンドルミンが処方されている。当薬局では調剤者がPTPを輪ゴムで止めており、レンドルミンが30錠処方されていたので3シートを輪ゴムで止めてあったが、一番上のPTPシートはレンドルミン、後の2シートはレンドルミンD錠が調剤されていた。	レンドルミン錠は薬剤棚の一番下に、レンドルミンD錠は薬剤棚の一番上と場所を離れていたものの、レンドルミンD錠を薬剤棚に戻す際に間違えてレンドルミン錠の棚に戻してあったことで、レンドルミン錠とレンドルミンD錠を一緒に調剤した。	棚の場所はレンドルミンとレンドルミンDを離してあったがそれでも間違いが起きたため、薬剤棚の底に「レンドルミン錠」と「レンドルミンD錠」と薬品名を明示し、調剤する際に薬剤名が目立つようにした。	レンドルミン錠0.25mg	レンドルミンD錠0.25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2267	一般名処方による先発医薬品と後発医薬品の取り間違え。	PTP包装が似ていて慢性的に処方されている状況だったので間違えてしまった。監査時に薬剤情報提供文書とともに確認するようにする。	先発希望、後発希望の声掛けをするようにする。	レンドルミン錠0.25mg	プロチゾラム錠0.25mg「ヨシトミ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2268	ジェネリック変更不可の患者様で、レンドルミン処方のところ、誤ってジェネリックのプロチゾラム錠「サワイ」で調剤。監査でもスルーし患者様にそのままお渡ししてしまった。業務終了後、薬歴記載時に誤っていたことに気づき患者様に連絡。その日のうちにご自宅に交換に伺った。	ピッキングシステムの端末を使用せずに調剤してしまったため。	必ず、ピッキングシステムで読み込みが終了したことを確認後、調剤した者がハンコを押すようにする。	レンドルミン錠0.25mg	プロチゾラム錠0.25mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2269	薬剤師はロキソシロマイシンで調剤しなければいけないところ、前回処方と同じミノサイクリンで調剤を行った。鑑査時に前回と変更になっていることを電子薬歴で確認し発覚、薬剤交付前に変更し正しく薬をお渡しした。	前回の処方と同様だと思い込みがあった為、誤った薬で調剤してしまった。またミノサイクリンの先発がミノマイシンであり、頭の中で【～マイシン】がつかまってしまい誤った調剤を行った。	自己鑑査を徹底する。処方確認をしてから監査を行う。	ロキソシロマイシン錠150mg「サワイ」	ミノサイクリン塩酸塩錠50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2270	一般名処方だったためより多く出るロキソプロフェンNaテープ久光を調剤してしまった。	薬歴の確認不足思い込みによる確認不足	手順の順守	ロキソニンテープ100mg	ロキソプロフェンNaテープ100mg「久光」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2271	患者は処方箋を持って来局した。処方箋にはロキソニンテープ100mg70枚と記載されていた。薬剤師A(職種経験27年)はロキソニンテープ100mgを調整するところ誤ってロキソニンテープ50mgを調整し、監査に回した。監査にあたった薬剤師Bも間違いに気付かず薬を交付した。午後患者から電話があり間違いに気が付いた。薬剤師Aは誤りに気付いたため、患者に正しい薬を交付した。	ロキソニンテープ100mgとロキソニンテープ50mgは、名称が似ていたため間違えた。また、患者が来局した時間は店内が混んでいたため焦りがあった。	業務手順を見直し、調剤者がピッキングした後、監査に回す前に薬剤の再度確認を徹底することとした。調剤室の名称類似医薬品の配置を見直し、取り間違い防止のための注意喚起をした。	ロキソニンテープ100mg	ロキソニンテープ50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2272	普段はパップ剤が出るのが多く思いこみ	思い込み	レセコン入力時、複数の製剤があるものは、チェックをつける	ロキソニンテープ100mg	ロキソニンパップ100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2273	ロキソニンテープ(非温感)→ロキソプロフェンテープ(温感)渡しそうになった。	同じ一般名なので調剤ミス	薬品名に温感のほうが使用頻度少ないのでレセコンに色付けたり、調剤場所へ注意喚起。	ロキソニンテープ100mg	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2274	医療事務がロキソニンテープの規格を間違えたが調剤録の監査でミスを発見し訂正した。	忙しかったため医療事務が規格の確認を怠ったと考えられる。	多規格薬品の注意喚起	ロキソニンテープ50mg	ロキソニンテープ100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2275	ロキソニンテープ50mgが処方されていたが、ロキソプロフェンNaテープ50mg「科研」でピッキングされていた。監査者はそのまま交付しかけたが、なんとなく違和感を感じて処方箋を再確認し、取り間違いをしていることに気づいた。	いつも処方箋に記載されている医薬品名の近くで薬の名称を読み合わせているが、集中力が切れて怠っていたか不十分であった。GEの扱いの方が多いため、思い込みもあった。	従来の手順をしっかりと踏んでいけば防げる事例なので、処方箋と照らし合わせながら医薬品名を分割して読み、確認することを徹底する。	ロキソニンテープ50mg	ロキソプロフェンNaテープ50mg「科研」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2276	ロキソニンテープ50を10袋の所 100を10袋で準備 鑑査システムを商品ではなく入っている引き出しのバーコードで照合したためシステムは通っていました。	照合には必ず現物のバーコードを使用する	照合には必ず現物のバーコードを使用する	ロキソニンテープ50mg	ロキソニンテープ100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2277	1ヶ月ぶりに来られた患者さん。以前までの来局時はロキソプロフェンNaテープ「ユートク」でかぶれたので先発品のロキソニンテープを使用された。再来局時に一般名処方処方箋を持参。ジェネリック医薬品を希望と言われたので内服外用と全て後発品で準備。テープ剤についての薬歴表書き記載の見落とし。	煩雑時の薬歴表書きの確認不足。過去歴の確認不足。	レセコンによるコメント作製、お薬手帳の表書の確認、薬歴の確認等、数人で確認をする。	ロキソニンテープ50mg	ロキソプロフェンNaテープ50mg「ユートク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2278	久しぶりの患者でありメモ欄先発希望及びレ点を薬剤師が見落とし。患者に指摘され気づいた。	殆どの患者がテープ剤がGEに切り替わっており思い込みによるミス。	思い込みによる調剤、投薬について改めるよう薬剤師全員に注意喚起	ロキソニンテープ50mg	ロキソプロフェンNaテープ50mg「科研」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2279	他の人が別室で作業していたので一人で入力、調剤、監査・投薬した。後から手帳の提示があり入力直したり物販もありパタパタして処方箋の監査がおろそかになった。ロキソニンパップをロキソプロフェンテープでお渡ししてしまった。事務さんが入力チェックして気づき患者さんに連絡し取替えした。	普段テープばかりだったので思い込んでしまった。	落ち着いて処方箋を見る。声かけして他の人にダブルチェックしてもらう。	ロキソニンパップ100mg	ロキソニンテープ100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2280	ロキソニン錠で調剤すべきところ、誤ってロキソプロフェンNa錠「OHA」で調剤してしまい鑑査でも気付かずに投薬に至ってしまった。	患者希望により、同時処方の他薬品はジェネリック変更が行われていたがロキソニンは先発希望だった。薬歴の注意喚起ウィンドウにもロキソニンは先発の旨の記載があったが気付かずに投薬してしまった。	投薬時、監査時のダブルチェック時において注意喚起のウィンドウの確認を徹底する。	ロキソニン錠60mg	ロキソプロフェンNa錠60mg「OHA」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2281	ロキソニン錠とロキソプロフェン錠の取り違え	一般名でロキソプロフェン錠が処方。患者さんはジェネリック希望であったが、誤って先発医薬品をとってしまった。調剤時に調剤監査システムでエラーが起り、発覚した。	処方箋のコピーに、GE希望であることを記載する。そのコピーを見ながら、ジェネリックを意識し取り違えないようにする。	ロキソニン錠60mg	ロキソプロフェンNa錠60mg「トワーク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2282	薬歴記載時に、ジェネリック希望の患者さんだったが、ロキソニン錠のみ先発品がいいとの記載があり、それを見落としてジェネリックを出してしまったのに気付いた。すぐに電話で説明し、正しいものと交換した。	全てがジェネリックと思い込んでしまった。薬歴にロキソニン錠は先発で記載していたが見落としてしまった。	薬を出す前に薬歴もしっかり確認してから投薬に行く。	ロキソニン錠60mg	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2283	一般名処方によりロキソプロフェンゲルの処方があった。調剤時にロキソプロフェンゲルの近くに在庫していたジクロフェナクゲルをピックアップし投薬者に監査を依頼した。	ロキソプロフェンゲルもジクロフェナクゲルもあまり処方がなく調剤で触れるのが稀な薬剤だった。近くに在庫しているため思い込みで調剤してしまった。	在庫状況の確認。場所を変えて間違えないようにする。	ロキソプロフェンNaゲル1%「NPJ」	ジクロフェナクNaゲル1%「SNJ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2284	ロキソプロフェンNaテープ100mgが処方されていたが誤って規格の違う50mgを調剤してしまった	店舗が移動になり、慣れない環境での仕事なのでつい間違えてしまった	1人薬剤師なので、ミスゼロ子の使用を徹底する	ロキソプロフェンNaテープ100mg「NPJ」	ロキソプロフェンNaテープ50mg「NPJ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2285	ロキソプロフェンテープ100mgが処方あったにも関わらず渡すのをロキソプロフェンテープ50mgで渡しそうになった。投薬時に説明するときに処方箋との記載が違うことに気がつき100mgでお渡しをした。	薬の陳列が近くにあったため間違えた。	薬の陳列を離すようにし。とり間違えがおこりにくいように調節をした	ロキソプロフェンNaテープ100mg「NPJ」	ロキソプロフェンNaテープ50mg「NPJ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2286	薬剤の処方が一般名であり、通常頻繁に使用されている非温のテープ剤の処方と勘違いをして調剤しまった。鑑査時に、温感の処方であることに気づき過誤には至らなかった。	定期的に非温シブが処方されていたこと、普段非温の湿布の処方が多いことや、季節的にも温感の湿布が処方されることが少ないため薬剤を取り違えてしまった。	鑑査時だけでなく、調剤時も薬剤の規格や種類を再度確認しながら調剤するよう徹底する。	ロキソプロフェンNaテープ100mg「NPJ」	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2287	一般名処方の処方箋受付し、先発希望の方と勘違いした	調剤前の確認ができていなかった	調剤手順の確認の徹底	ロキソプロフェンNaテープ100mg「NPJ」	ロキソニンテープ100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2288	先発医薬品希望の患者にGEで調剤・投薬使用した患者が張り心地がこれまでと異なると思い、事態が発覚した。	当薬局では、テープ剤のほとんどがGE調剤であるため確認を怠り、思い込みで調剤したことによりこのような事例が発生した。医療事務が入力した調剤録との照らし合わせがきちんと行えていれば、患者へお薬が渡る前に気が付けたかもしれない。	薬歴ファイルに大きく、赤で「先発：ロキソニン」と記入。今後は調剤録と処方せん・薬剤のチェックを行う監査時に、調剤録の薬品名称横レ点でチェックを入れながら確認することとした。	ロキソプロフェンNaテープ100mg 「トール」	ロキソニンテープ100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2289	両肩に継続してロキソプロフェンNaテープ50mgが処方されていた。思い込みで50mg→100mgに変更になっていることに気づかなかった。入力も50mgになっていた。	比較的いつも急いでいる患者様で、親子2人分の処方せんのため焦りが生じ指差し確認を怠ってしまった。	監査システムだけに頼らず、最終確認として1つずつ処方せんと薬を照らし合わせ、声に出して指差し確認をする	ロキソプロフェンNaテープ100mg「科研」	ロキソプロフェンNaテープ50mg「科研」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2290	一般名でロキソプロフェンテープ(温感)が処方されたところ、ロキソプロフェンテープ(非温感)で調剤してしまった事務入力も非温感で入力し、監査システム(ボリムス)を通したが入力と一致のためスルー。監査者も見逃し薬剤交付してしまった	使用量の多い非温感タイプを思い込みで調剤者、事務入力者、監査投薬者の3人が誤ってしまった。監査システムに頼りすぎた(監査システムは事務入力と一致するため)	入力内容・薬袋が一致しているか、監査システムが一致と出ても監査、投薬者は気を抜かず確認する薬剤師と事務員に温感と冷感を意識するよう朝礼で周知した	ロキソプロフェンNaテープ100mg「科研」	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2291	薬剤の投与間違い	確認不足	個人への指導	ロキソプロフェンNaテープ100mg「科研」	ロキソニンテープ100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2292	ロキソプロフェンNaテープの100mgが処方されているところ、50mgの規格で調剤。監査者が確認時に発見。	繁忙時間帯であり、処方箋の記載の確認が不十分であった。	処方箋を確認する時に規格まで詳細に確認するよう指導、他職員にも周知しました。	ロキソプロフェンNaテープ100mg「科研」	ロキソプロフェンNaテープ50mg「科研」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2293	ロキソプロフェンNaテープ100mg(温感)が一般名で処方されていた。以前より患者様は非温感使用されていた。そこで調剤者が非温感のものを調剤したが監査者が温感であることに気づいた。	名前の類似により調剤がミスが起きた。一般名処方(非)という文字の有無のみで異なるので間違い発生しやすい。	調剤者、監査者の中の徹底。	ロキソプロフェンNaテープ100mg「三友」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「久光」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2294	先発のロキソニンテープと後発薬品の取り間違い。	急いでいる状況であり、普段はJANコードでの照合を行うが手順を省略した為取り間違い。	混雑している時間でも手順は省略しない。	ロキソプロフェンNaテープ50mg「科研」	ロキソニンテープ50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2295	ロキソプロフェンNaテープ50mgが処方されていたが、ロキソプロフェンNaテープ100mgで調剤。投薬時に患者が「小さいほうが貼りやすい」といったことで発覚し、お渡しする前に交換した。	通常ロキソプロフェンNaテープは100mgが処方されることが多いため、100mgと思い込んでしまった。規格の確認不足。	薬剤名、規格、メーカー、数量を指さして確認する。	ロキソプロフェンNaテープ50mg「久光」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「久光」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2296	処方箋入力時に、間違えて50mgを選択してしまった。薬剤師も間違えて50mgを調剤した。確認をするときに、入力した情報による薬情で確認したので、間違いに気づけなかった。	処方箋の入力をしている間に薬の準備をするが、出ている薬情で準備していることがあった。	確認は、原本の処方箋で行うことを徹底する。	ロキソプロフェンNaテープ50mg「三笠」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「三笠」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2297	ロキソプロフェンNaと前だけ見てテープ剤とパップ剤の違いを調剤時にとり間違えたが、監査の時に気づき、患者には渡さずに済んだ。	パップ剤が出ることは珍しく、久しぶりに来た患者でよく出ているテープ剤を調剤してしまった。ポリムスを使用していたため、監査の時にエラー音が鳴り、患者に渡す前にわかり事なきを得たが、ヒヤリとした。	よく出ているからといつも同じテープ剤とは限らないため、処方前の部分だけでなく最後まで斜め読みせずに見ること。弊社ではポリムスを使用しているが、必ず、監査時に照合を行い間違えていないか再度確認する。	ロキソプロフェンNaパップ	ロキソプロフェンNaテープ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2298	ロキソプロフェンNaパップ100mg「NP」が処方されているところ、ロキソプロフェンNaテープ100「NP」を調剤。監査時に別の薬剤師が違いに気づく	パップの存在が忘れるぐらいほとんどテープしか処方されない。処方されたとき忙しさもあり見落とす。	パップの処方を薬剤師全員確認。テープの隣に配置。	ロキソプロフェンNaパップ100mg「NP」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2299	先発品希望の患者様に対して、後発品であるロキソプロフェン錠60mg「OHA」を調剤実施。投薬時に患者様とのやり取りで気付き、改めてロキソニン錠60mgに交換して対応・お渡し。	事例が発生した要因として、当薬局において一般処方としては日常的に後発品を調剤する機会がほとんどであり、無意識のうちに後発品だと思い込んでいたと考えられる。他には薬局の業務が多忙であった部分や薬局スタッフとの連携ミス・確認漏れが背景として影響していたと思われる。	とにかく投薬時に患者様と直接薬剤の確認を徹底する事を最優先として、特に業務が多忙である場合には、薬局スタッフ同士がお互いに声掛けを行い連携を深めていく事が改善に向けて有効であると考えられる。	ロキソプロフェンNa錠60mg「OHA」	ロキソニン錠60mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2300	ロキソプロフェンNa錠のジェネリックのところ先発のロキソニン錠を調剤した。	完全なる思い込み。	お薬手帳や薬歴でしっかり確認する。	ロキソプロフェンNa錠60mg「OHA」	ロキソニン錠60mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2301	後発品銘柄処方の方域処方箋。採用品目に変更することなく記載のまま入力。入力直後に自身で発見し訂正。	本社意向、メーカー欠品等による採用メーカーの頻回な変更も一要因と考えられる。	今回のように自身で気付けるよう、入力後の鑑査継続	ロキソプロフェンNa錠60mg「サワイ」	ロキソプロフェンNa錠60mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2302	ロキソプロフェン錠60mg「武田テバ」を調剤しなくてはいけないところ、調剤棚1個下のロサルタン錠50mg「武田テバ」を調剤調剤者、監査者、投薬者がすべて同一薬剤師であったため、ミスに気付かずそのまま投薬翌来局日に普段と飲んでいる薬が違うと本人が報告、薬剤を持参していたので、2剤の在庫数を数えてみたところ、渡し間違えが発覚	・調剤棚が連番であったこと・後発品メーカーが同一メーカーであったこと・調剤から投薬までの一連の流れが同一薬剤師であったこと以上3点が今回の要因となったと思われる	2つの調剤棚の間にロキソニン錠60mgを入れたこと、各調剤棚に薬効を書いたシールを記載人員的に調剤から投薬までが同一薬剤師になる可能性もあるので、その場合は他のスタッフに錠剤を確認してもらう	ロキソプロフェンNa錠60mg「武田テバ」	ロサルタンカリウム錠50mg「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2303	処方箋には「【般】ロキソプロフェンNaテープ100mg(10×14cm温感)」と記載されていた。当薬局には温感タイプはロキソプロフェンNaテープ「タイホウ」も在庫しているが、非温感タイプのロキソプロフェンNaテープ「科研」を調剤・交付してしまった。患者さまは、夏なので非温感タイプを使ってみると言われた。医師に照会し、非温感のロキソプロフェンNaテープ「科研」に処方変更の了解を得た。	処方頻度が高いのは、非温感のロキソプロフェンNaテープ「科研」であり、かつ監査・交付した薬剤師が温感タイプを在庫していることをはっきりと認識していなかった。	薬歴簿にすぐに分かるように、はっきりと「温感」と記載する。ヒヤリハット報告をし、周知させる。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「科研」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2304	ロキソプロフェンテープ100mg温感タイプでお渡しの所、非温感でわたしかけた。	一般名処方でロキソプロフェンテープ100mg(温感)処方だったが、温感に気付かず非温感タイプで調剤していた。患者さんにお薬確認時に、パッケージが違うといわれ、色を聞いたところ赤系の色とのことで、処方箋を確認したところ、温感タイプの処方に気付いた。	普段は非温感タイプが多いからという思い込みが原因となったので、一文字ずつ正確に確認する。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2305	温感のテープ剤が処方されていたが、非温感タイプを調剤してしまった。	タイホウが温感タイプの知識が、薬剤師・事務にもなかったため、変更調剤して交付。(患者は非温感を希望していたため、クリニックの間違いだったが気付かずに変更してしまった。)	数少ない温感タイプの認識を皆で共有。事務にも剤形変更や類似剤形で入力したときは、必ず鑑査者に声をかけるように徹底。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「科研」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2306	一般名である「【般】ロキソプロフェンNaテープ100mg(温感)」を処方されたが、誤って「【般】ロキソプロフェンNaテープ100mg(非温感)」である「ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「ケミファ)」を調剤した	事務の入力ミス、思い込みによる調剤と鑑査が重なった	温感、非温感のチェックを忘れないようにすることを徹底	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2307	(般)ロキソプロフェンテープ100mg(温感)と記載あるが、ロキソプロフェンテープ100mg「ケミファ」でお渡し。当日夜患者様よりお問い合わせがあり発覚。患者様に謝罪し当日夜に患者様自宅へ訪問して正しいものをお渡しした。	冷感タイプの処方が多く、いつも出ているものと思い込みで投薬してお渡ししてしまった。鑑査時に(温感)と記載があるが、見落としてしまった。	思い込みで鑑査をせず処方せんの文字を最後まで確認し鑑査を行う。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2308	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」を取りそろえるべきところが、ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「久光」を取りそろえてしまった。鑑査者が気づき、正しい薬剤を取りそろえ直した。	一般名で処方されており、違いは「温感」ないし「非温感」の記載である。その部分を誤って認識したために生じた調剤ミスであると考えられた。	細かな間違いを鑑査者は認識できていることから、調剤者も鑑査者も、間違いを起こしやすい薬剤であると言う認識を持って業務に取り組むように注意喚起する。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「久光」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2309	ロキソプロフェンテープ100mg「タイホー」温感を調剤しなければならないところロキソプロフェンテープ100mg「科研」を調剤した	一般名処方温感の表記を見逃して調剤した温感の表記にマークして注意喚起する	鑑査システムを確実に利用し、調剤のミスをなくすこと	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「科研」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2310	令和2年10月13日に患者が来局。等薬局を利用するのは初めてだった。ロキソプロフェンNaテープ100mgが温感で処方されていたが、処方箋入力時に非温感の湿布で入力されており、間違いに気付かず非温感の湿布でお渡ししてしまった。患者からも特に問い合わせはなく、非温感の湿布をそのまま受け取った。後日事務員のチェックで間違いに気付いた。	湿布は同一成分でいくつかのメーカーのものが在庫にあり、処方入力の内容でピッキングを行ったため、間違いに気付くことが出来なかった。	新患の場合や、外用剤に変更があった場合は、患者にも外用剤の種類について聞き取りを行う。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイハウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「Q」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2311	一般名でロキソプロフェンNaテープ100mg(温感)と記載、入力時に(非温感)で入力してしまった為、誤って(非温感)の「JG」品をピックアップしてしまった。	普通の処方箋には「(非温感)」で処方される事が多く、調剤者が「(温感)」である事に気づけなかった	一般名記載時は、必ず(温感)・(非温感)も必ず確認する事を徹底	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイハウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2312	令和1年10月から当該患者に対してロキソプロフェンNaテープ100mg「タイハウ」(温感タイプ)が処方されていたが、その日にロキソプロフェンNaテープ100mg「久光」(非温感タイプ)をお渡しし、その後継続して処方されていたがそのままロキソプロフェンNaテープ100mg「久光」(非温感タイプ)でお渡し続けた。その後令和2年9月に監査薬剤師が発見し、当該患者へいつから処方されていたか確認したが、当該患者はロキソプロフェンNaテープ100mg「久光」(非温感タイプ)で継続してもらっていたため質問内容を理解できていなかった。過去の処方箋を遡って確認したところ、全て温感タイプの処方であることが発覚。処方医へこれまでの経緯、事情をお伝えし、当該患者もこれまで通りのロキソプロフェンNaテープ100mg「久光」(非温感タイプ)を希望されたため、そのままお渡した。	処方箋は一般名処方にて記載してあった為、最後に「(温感)か(非温)」を見分けて調剤する必要があった。事務員によるレセコンへの処方内容入力も汎用品のロキソプロフェンNaテープ100mg「久光」(非温感タイプ)を入れていたこともあり、入力、調剤、監査と全ての作業で全員が見落とししていた。	レセコンの当該患者への情報欄には「ロキソプロフェンNaテープは温感、非温感があるので注意!」とメモ書きした。調剤室については、調剤室のロキソプロフェンNaテープ100mg「久光」(非温感タイプ)を保管してある棚に「ロキソプロフェンNaテープは温感、非温感があるので注意!」とのメモ書きを目に付くように貼り付けた。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイハウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「久光」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2313	一般名処方でロキソプロフェンNaテープ(100)温感と記載があったが、温感のタイホウをお渡しするところ、冷感の日医工でピッキング・入力されていた。	メーカーによって冷感、温感の違いがあることの認識不足	非温感・温感の記載がある場合はレ点でチェックを行う。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2314	一般名「ロキソプロフェンテープ100mg 温感」であったが非温感の割合が多いため、確認不足により誤って調剤。監査システムにて発覚した。	繁忙な時は確認が不十分になることがあり、監査システムを100%実施することにより、過誤にならずに済んだ。	温感・非温感は最後に記載があるため、最後までしっかり判読するとともに非温感の場合は印をつけるようにした。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「科研」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2315	温感のテープと非温感テープの違い	入力ミス、監査時の非温感だったために、確認不足だった。	処方箋と調剤録の再度見直し。テープ剤の処方が出たときは温感か非温感か二度確認する。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「日本臓器」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2316	一般名称でロキソプロフェンナトリウムテープ100mg 温感の記載、この「温感」記載を見過ごし、「非温感」で調剤・投薬を行った。薬歴入力時・医事職員の入力チェック時に発覚した。	繁忙時間帯であった・整形処方箋で単剤処方箋であった・これまでは非温感を使用・薬剤師の確認不足。	処方箋を見て調剤・監査・服薬指導を行う。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「科研」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2317	一般名処方できているところ、非温感ではなく温感で処方されていた。	夏から冬になり非温感の処方が多かったところから見逃したミス。	これからの時期処方される可能性があるため非温感、温感に注意する。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「ユートク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2318	温感を非温感で調剤	薬袋による監査が主となっているが、貼付剤には薬袋がないため、より一層細部まで確認する必要がある	温感・非温感まで確認する	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2319	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg(温感)の処方にたいして冷感タイプのを調剤してしまった。	繁忙時であり、監査が疎かになってしまった。	温感、冷感の記述の部分にラインを引くなど確認を徹底する。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「ユートク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2320	処方箋には(般)ロキソプロフェンNaテープ100mg(温感)と記載があったが、(般)ロキソプロフェンNaテープ100mg(非温感)と勘違いした。温感のロキソプロフェンNaテープ100mg「タイホウ」で調剤しなければいけないところ、非温感のロキソプロフェンNaテープ100mg「ケミファ」で調剤してしまった。投薬時に患者様から今日は温感の湿布を初処方してもらいましたとお話があり、調剤ミスが発覚した。	前回まで(般)ロキソプロフェンNaテープ100mg(非温感)で処方されていたため、今回も非温感だろうと思いついてしまった。忙しい時間と重なってしまったため、確認の工程を飛ばしてしまった。事務員の処方入力も間違えていたため、調剤録監査でもスルーしてしまった。	一般名表記の場合、温感と非温感の見分け方は一般名の最後の(温感)、(非温感)で確認できないため、処方箋監査の時に声出し確認したり、チェックを付ける。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2321	患者の希望がロキソプロフェンナトリウムテープの温シップであったが、通常頻繁に出るロキソプロフェンナトリウムテープで入力、調剤、本人に投薬時、温シップ希望の話聞き、取違いに気が付いた。	処方箋の確認不足と処方箋の記載方式が確認しづらかった(温感の記載が小さく、二段にわたり途中で切れている)頻度#32363;に出る温感ではないロキソプロフェンナトリウムテープの思い込み。	温感、非温感の確認の徹底、印付けで確認	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「久光」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2322	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」を調剤して投薬するところ、ロキソプロフェンNaテープ100mg「科研」を調剤して投薬直前まで回ってしまった。	処方箋は一般名処方「ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg(温感)」を記載となり、非常にわかりづらい。「温感」の場合は前者の「タイホウ」で調剤し、後者の場合の一般名は「ロキソプロフェンテープ100mg(非温)」となる。	処方元は基本一般名処方の為、申し送りしても商品名で処方することは難しい、薬局でレセコン入力、調剤時、鑑査時にチェックを入れるしかないと考える。また患者様との話の中で情報を収集し確認していくことも重要と考える。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「科研」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2323	一般名でロキソプロフェンNaテープ100(10×14温感)とあったが、思い込みで非温感のロキソニンテープ100を調剤。投薬中に患者に指摘されて発覚。	温感の場合は商品名で来ることがほとんどだったため、一般名処方≠非温感と思い込んでしまった。	一般名処方の時は最後まで確認を徹底したい。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソニンテープ100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2324	【般】ロキソプロフェンNaテープ100mg(10×14cm温感)なので温感タイプのテープである「ロキソプロフェンNaテープ100mg「タイホウ」」を調剤しなくてはいけないところ、非温感である「ロキソプロフェンNaテープ100mg「久光」」で調剤。ピッキング監査システムを使用していたが処方箋の入力者も気づかず調剤者と同じ間違えをしたので機械はエラーはせず。監査者が監査時に気づき、処方箋入力と調剤共にやり直しし、過誤には至らなかった。	一般名処方で「非温感」か「温感」かという一文字違いの表記により間違いが生じやすい。特に「非温感」の方が処方が圧倒的に多く冬場になると「温感」処方がやや増える。よって普段「非温感」の調剤が多く、冬場になると「温感」の処方があるのでどうしても思い込みで「非温感」で調剤してしまう傾向がある。	前にもあった事例で入力者から調剤者、監査者、投薬者まで以前よりかなり意識はできている。今回は入力者は入社したばかりの者で調剤者は従事する労働時間が短い者であったため見逃してしまった可能性あり。今後は冬場に特に処方が増えてくることに着目し、冬になる前に局内ミーティングで再度注意を促し、調剤時に意識できる体制を整える。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「久光」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2325	ジェネリックへ変更する際知識不足のため温感、冷感を取り違えそうになった	温感、冷感の違いがあることを周知徹底した	以降、全員に周知徹底した	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「ユートク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2326	ロキソプロフェンNaテープ100mg 温感が処方されていたところ、非温感のもので調剤。前回非温感で処方されていたため今回も変わりないと思い前回のデータをそのまま引用して入力してしまった。患者帰宅後に発覚。使用前に回収し、正しいものと交換した。	般)ロキソプロフェンNaテープ100mg(10×14cm 温感)と最後に記載されていたため温感・非温感の確認がおろそかになってしまった。患者本人ではなく家族が取りに来られたため薬が変更になったことを家族が把握しておらず確認が十分にできていなかった。	処方箋入力時、調剤監査時に温感・非温感までしっかり確認する。変更点の確認を本人・本人でないに問わずしっかり行う。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「科研」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2327	ロキソプロフェンNaテープの一般名での処方であり、非温感タイプと温感タイプを間違えて調剤したが、交付前に気づいた。	繁忙時間帯で、慢心、慣れにより、処方せんの確認が疎かになり、よく出る非温感タイプと思い込み調剤した。	温感タイプの処方の場合は、処方せんに鉛筆で○をつけて、目立つようにする。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「ユートク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2328	一般名処方でロキソプロフェンNaテープ100mg。以前ロキソプロフェンNaテープ「ユートク」でかぶれたので、それ以降は他社のロキソプロフェンNaテープ「日医工」を投薬使用されていた。当薬局では「日医工」の患者さんが少なく、煩雑時における確認の怠り。投薬前に気付き、交換。	ロキソプロフェンNaテープだけでも、当薬局には4社の製品とメーカーが多数であることを念頭に調剤する。煩雑時における確認の怠り。処方箋受付時のお薬手帳等でまず確認をする。	処方箋受け取り時にお薬手帳、薬歴、レセコン等で確認する。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「日医工」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「ユートク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2329	処方箋にロキソプロフェンテープの50mgと100mgが一般名で記載あり。50mgは温感、100mgは非温と記載されていたが50mgの方を誤って非温のもので入力。監査者も気づかず非温で準備していた。投薬時に処方箋を確認し誤って非温で準備されていることに気づき、お渡し前に交換した。	入力時に一般名の確認をしっかりと行えていなかった。監査時に一般名の確認をしっかりと行えていなかった。	入力後は毎回必ず入力したものを一度確認する。監査時に規格までしっかりと監査する。	ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg「タイホウ」	ロキソプロフェンNaテープ50mg「QQ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2330	ロキソプロフェン錠のところ、隣に在庫するベタヒスチン錠を取って投薬。	PTP裏面の印刷が似ているのが原因。通常の業務では全く気にならないが、忙しいと見間違えることがあるのかと気づかされた。	並び順を変更し、外見類似になる可能性のあるPTPを隣どうしに置かない。	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「日医工」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TSU」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2331	ロコイドクリーム処方だったが、ロコイド軟膏を調剤。	調剤者の当該店舗における経験が浅く、認識不足による取り違え。	同じ引き出し内に保管されているが、処方頻度の少ないロコイドクリームの方は箱のまま管理する。	ロコイドクリーム0.1%	ロコイド軟膏0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2332	ロサルタンK100mgの処方のところ50mgで調剤した。患者が気が付いたがすぐ来局できず3日間は50mgを2錠ずつ服用。その後来局し、正しい薬と交換しました。	ピッキングと監査が同一人物だった。	出来る限りピッキングと監査は別の人が行うようにする。お昼の時間帯など一人薬剤師になるときは慌てず、落ち着いて規格、用法を確認、監査する。	ロサルタンK錠100mg「トーワ」	ロサルタンK錠50mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2333	ロサルタンK25mgをだすはずが、ミリ数を間違い50mgを投薬してしまふ。薬剤師1人調剤自己監査	自己監査によるミス。	自己監査によるミスなので、事務さんにも一度、めをとおしてもらふ。患者様にも確認しながら、お渡しする。	ロサルタンK錠25mg	ロサルタンK錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2334	[般] ロサルタンK25mgで処方。ロサルタンK25mg「DSEP」と調剤するところ、調剤棚も近くに配置してあり名称も類似しているロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」を間違えて調剤。監査時に発見し、正しい物に変更して患者様には渡す。	調剤棚の配置の問題、名称の類似、同じ会社名、ヒートの色がほぼ同じ薄い緑、規格も25mgと2.5mgであり非常に似ている。	出来るだけ、複数人での監査、監査マシンのでの最終監査を実施。ヒートの色が同じ場合は、メーカーを変更する糖の対策が必要と感じました。	ロサルタンK錠25mg「DSEP」	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2335	一般名処方 ロサルタンK錠50mgの処方、ロサルタンK錠50mg(DSEP)を調剤するところを取り違えて ロサルヒド配合錠LD(YD)を調剤し患者に投薬した。投薬時 混み合っており患者も急いでいたこともあって双方ともしっかり確認できていなかった。その後、患者より電話にていつもの薬と違う薬があるが、服用していいのかとの連絡があり調剤過誤が判明した。	薬局繁忙時間帯に 薬剤ピッキング時 医薬品名の上位3文字が同じ ロサルで取り違えが発生しやすいにも関わらず、十分な注意をおこたり調剤過誤に至った。薬剤交付時には患者自身が急いでいたこともあり十分に確認できていなかった。	上位3文字が 同じ文字列の薬剤は 収納ケースに付箋を貼付し注意喚起を即すよう改善薬剤交付時 患者に確実に交付薬剤を確認してもらうことの励行	ロサルタンK錠50mg「DSEP」	ロサルヒド配合錠LD「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2336	継続でロサルタンカリウム(50)1錠を服用されていたが、血圧が上昇したため今回から(100)1錠に増量になった。(50)1錠で継続だった為、(50)1錠を交付しようとしていたが、他薬剤師が増量になってることに気づき、(100)1錠を交付できた。	(50)1錠だと思いこんでいた為	思い込みをなくし確認する、また複数の目で確認する。	ロサルタンカリウム錠100mg「日医工」	ロサルタンカリウム錠50mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2337	ロサルタンカリウム25mg100錠の処方だったのに、ロスバスタチン2.5mg100錠を交付してしまった。患者様から薬の名前がいつもと違うとTELがあり発覚した。思い込みによる調剤、100錠アルミ包装のまま交付した際に、薬品名の確認が疎かになってしまった。	50日分の処方せんが増えて、100錠単位で交付することが多くなった。患者様と話しながら薬品名を確認しているつもりだったが思い込みだった。	アルミ包装は中が見えないので、外してお渡しすることにしました	ロサルタンカリウム錠25mg「DK」	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2338	ロサルタンカリウム錠のところロサルヒドLD配合錠を投薬。薬歴記入時に気づいて連絡～交換。	一般名処方のため最初の文字「ロサルタンカリウム」だけで判断したものと思われる。	取り揃え後の処方箋再確認と薬情シートの写真確認の徹底。	ロサルタンカリウム錠50mg「NP」	ロサルヒド配合錠LD「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2339	処方ハロサルヒドHDに変更になっていたが、前回処方されたロサルヒドLDのまま入力、患者様に薬が渡ってしまった。次の日に処方せんチェックで分かり、すぐにTELにて確認、服薬はしておらず、正しいものと交換した。患者様には薬は変わっていないと説明したのだが、急いでいるようで、はいはいと言って受け取られた。	処方入力の際に、忙しいときなどDoになってしまい、見直しが出来ていない。規格違いがあるものに関して、注意が散漫。	監査時に、再度処方せんの確認を怠らない。特に規格違いには注意する。	ロサルヒド配合錠HD「EP」	ロサルヒド配合錠LD「EP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2340	HD処方ものを、入力から間違えLDでお渡ししてしまった	事務員の知識不足 入力チェックもれ薬剤師の調剤録チェックもれ	薬局内ルールの再確認	ロサルヒド配合錠HD「NPI」	ロサルヒド配合錠LD「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2341	平素長くロサルタン50mg・ヒドロクロロチアジド配合錠が処方になっていた患者の薬がロサルタン100mg・ヒドロクロロチアジド配合錠に変更になったが、気づかず前のままロサルヒド配合錠LDを投薬してしまった。次の来局まで気づかず次の時にHDに変更となったと別の薬剤師が投薬したところ、患者より「ドクターからは前と同じ薬を処方すると言われた」との申し出により初めて間違いに気づいた。患者の体調に変化はなかったため、処方医への報告、患者への謝罪をした。	ずっと同じ薬を飲んでいるための思い込み。一般名による入力時のミス。投薬時の患者とのコミュニケーション不足が考えられる。	配合剤には成分の表示もしてあったが、その成分表示の仕方の改善(配合のミリ数が変わる医薬品の表示をよく分かるように改善)。処方入力時の確認の徹底	ロサルヒド配合錠HD 「日新」	ロサルヒド配合錠LD 「日新」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2342	一般名「ロサルタン50mg・ヒドロクロロチアジド配合錠」と処方箋に記載されていたが、ロサルタンK50mgを調剤。監査の時点で、ロサルヒド配合錠LDとの取り間違いと発覚した。	処方一般名で「ロサルタン50mg・ヒドロクロロチアジド配合錠」と記載されていたため、名称全てではなく前半部分のみの確認だったことが原因。	配合錠のある薬の一般名処方、注意する。前半だけを見るのではなく、最後まで薬の名前を確認するようにする。	ロサルヒド配合錠LD 「EP」	ロサルタンK錠50mg 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2343	プレミネント配合錠LDが処方された。患者が後発医薬品を希望する。入力は後発医薬品のロサルヒド配合錠LD「サワイ」と正しく行われたが、先発医薬品のプレミネント配合錠LDを調剤し交付した。	一般名が似ていたため、取り間違えた。箱の外観も似ていたため勘違いした。確認が不十分であった。	先発医薬品に対応する後発医薬品の区分を再確認する。鑑査時に間違いがないか確認して、正しい薬を交付した。	ロサルヒド配合錠LD 「サワイ」	プレミネント配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2344	ロサルヒドLDが処方され、名称が類似であるロソーゼットLDをピックアップ、ダブルチェックの際に、別の薬剤師が間違いに気づき、交付前に訂正し患者への影響はなかった。	普段から来局されている患者様で、一般名処方されていたが名称の類似による取り間違いが発生、薬効は異なるが、薬品棚では近くに配置されており取り間違いの要因の一つと考えられる。	薬品棚を整理し、名称だけでなく薬効、成分名をよく見てからピックアップすることを心がける	ロサルヒド配合錠LD 「三和」	ロソーゼット配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2345	いつも整形外科の処方箋を持ってくる患者が内科処方箋をもってきた。ロソーゼットは一般名処方で、5mgと書いてあるところ2.5mgと間違えてLDをだしてしまった。入力も間違えてた。3日後に患者がいつものと違うよ、と持ってきてくれたので、改めて処方とお薬を見直したところ、間違えに気が付いた。薬と入力を直して渡しなおした。残薬があったため、こちらで渡したお薬は飲んでなかった。	さわりなれない薬でLDとHDを見間違えた。	処方箋をよく見て調剤する	ロソーゼット配合錠HD	ロソーゼット配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2346	ロソーゼットHDを70錠お渡しするところをロソーゼットHD50錠とロソーゼットLD20錠でお渡ししてしまった。翌日ロソーゼットHDの箱が2箱開封されていたため発覚。本人に連絡、まだ服用はなくすぐに回収したため患者様の体調影響はなし	同じ引き出しにロソーゼットLDとHDが一緒に入っていた。離れた場所に配置されていたはずだがピッキング不慣れな事務員だった為気づかず開封。監査者は組み合わせるとそっくりだったため見逃してしまった。監査システムは正しいヒートのバーコードを通したため問題なく通過してしまった。	ロソーゼットの規格違いが存在することを再度皆で認識。保管場所についても間違えが起こらないように保管場所を離れた。監査するときは輪ゴムを外して監査する	ロソーゼット配合錠HD	ロソーゼット配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2347	ロソーゼット配合錠LDの処方であったが、アトーゼット配合錠HDでピッキングしてしまった。	処方頻度の多いアトーゼット配合錠LDでピッキングしてしまった。思い込みがあった	処方箋をよく確認する。思い込みをなくす	ロソーゼット配合錠LD	アトーゼット配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2348	自動錠剤払い出し機の中にロスバスタチンOD(2.5)が入っているべきところ、ロスバスタチン錠(2.5)が混ざって入っていた。OD錠の処方が出た時に普通錠が混ざっていることに気が付かずお渡し。	充填時の確認操作を怠った。	必ずバーコードを活用したチェックを行うことを徹底した。	ロスバスタチンOD錠 2.5mg「DSEP」	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2349	薬袋の入れ間違い(ロスバスタチンOD錠5mgと2.5mg)	連休明けで混雑していた午前中、ご夫婦2人の薬を1つのトレーに入れて鑑査済みだったが、薬確認してもらいながら薬袋に入れる際にお二人ともmg数違いの薬が処方されていて、互い違いになっていることに気付いた。	家族分1つのトレーに入れていたのを1人1人のトレーに入れることにした。	ロスバスタチンOD錠 2.5mg「DSEP」	ロスバスタチンOD錠 5mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2350	ロスバスタチンOD2.5mg「E E」のところ、ロスバスタチンOD5mg「E E」で調剤	繁忙で処方箋が混み合っていたため、注意力が散漫になり確認を怠った。	監査時の注意、確認を徹底して行い、投薬時患者との確認を徹底する。	ロスバスタチンOD錠 2.5mg「E E」	ロスバスタチンOD錠 5mg「E E」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2351	一般名処方【般】ロスバスタチン口腔内崩壊錠2.5mg と書かれていてOD錠を調剤するところ、普通錠を調剤していた。監査機器システムでエラーが鳴ったので誤りに気が付く。監査中に気が付いたので患者様への健康被害はなし。	普段、普通錠の処方枚数が圧倒的に多いので、処方箋の読み間違いをした。	もし入力誤りがあると、監査システムを使ってもエラーとならないので、まずは監査システムに頼り切らないで、処方箋をしっかりと目で読み取ることも大切である。	ロスバスタチンOD錠 2.5mg「トーワ」	ロスバスタチン錠2.5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2352	ロスバスタチンOD5処方のところロスバスタチン5でお渡し。	いつもよく他科でも処方されていてよく動きのある普通錠の方で交付してしまった。残薬が今まであり久しぶりに処方されたためついいつもの普通錠で取り揃えてしまった。	OD錠を使っている方がこの方だけだったため薬歴に分かりやすく記入しておいた。薬の棚にも注意書きをつけておいた。	ロスバスタチンOD錠 5mg「DSEP」	ロスバスタチン錠5mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2353	ロスバスタチンOD錠5mgでお渡しするところ、ロスバスタチンOD錠2.5mgでお渡ししてしまった。後日、服用前に患者本人が気づき薬局にお持ちになった	当該薬剤師が、配属2か月未満で処方箋の記載のされ方などに慣れておらず、また繁忙時間帯だったこともあり、ミスが発生しやすい状況だったと考えられる	処方箋の確認の仕方について指導徹底	ロスバスタチンOD錠 5mg「DSEP」	ロスバスタチンOD錠 2.5mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2354	一般名処方ロスバスタチン口腔内崩壊錠であったが、在庫都合で普通錠に選択を変えの際、普通錠の規格違いを選択してしまった調剤録の確認時に気が付き、入力を訂正した	剤型の変更時に拡張検索をするため、選択肢が増えて、過誤につながってしまう。	過誤の起こりやすい行動を薬局内で周知して、入力時に注意もし、監査時のチェックも強化する	ロスバスタチンOD錠 5mg 「日医工」	ロスバスタチン錠2.5mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2355	一般名ロスバスタチン錠2.5mgを同剤5mgと見間違えて交付。翌日朝、服用前に患者本人がいつもと違うmgであることに気が付き来局し、誤交付が発見された。	当店では全ての薬剤を包装箱のまま陳列しており、同一メーカーのためフロントや箱のサイズが近似していたことがピッキングの誤りを招いたと考えられる。	2.5mg錠と5mg錠の陳列する物理的な距離をとる(2.5mgは上段最右、5mgは下段最左)。監査、投薬時の別薬剤師によるチェックを増やす。	ロスバスタチン錠2.5mg 「DSE P」	ロスバスタチン錠5mg 「DSE P」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2356	ロスバスタチン錠2.5mgの処方であったところを間違えてロスバスタチン錠5mgを調剤して鑑査を行った。患者へのお渡し前に処方箋、薬情と再度鑑査した時に気づいたので、間違えて渡すことにはなっていない。	ロスバスタチン錠2.5mgとロスバスタチン錠5mgの処方が入ったため引き出しから上の調剤棚に変更。ロスバスタチン錠の両規格についてまだなれてなかったため、規格の区別に注意できてなかったため、ミスが起こったと思われる。	複数規格のある薬剤については十分注意することと、ロスバスタチン錠については5mgを引きだしへ戻し、上の調剤棚には2.5mgのみにした。鑑査時には写真付きの薬情でも再確認することを徹底することとした。	ロスバスタチン錠2.5mg 「DSE P」	ロスバスタチン錠5mg 「DSE P」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2357	患者が処方箋をもって来局。ロスバスタチン錠2.5mgが1日1回1錠で処方されており、薬剤師Aが調剤したが、調剤棚には Crestol錠2.5mgが入っており、Crestol錠2.5mgを調剤し最終鑑査で薬剤師A自身で気づき、患者へはロスバスタチン錠2.5mgを渡した。	Crestol錠2.5mgとロスバスタチン錠2.5mgの外観が似ており、入庫時など調剤棚へ戻す際も薬剤師Aがピッキングシステム等を使用する。	薬剤バーコードピッキングシステムを使う際は、調剤棚ではなく薬品を読み込むようにし、調剤棚へ戻す際もバーコードピッキングシステムの使用を徹底した。	ロスバスタチン錠2.5mg 「DSE P」	Crestol錠2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2358	ピッキングしたロスバスタチン錠2.5mg「EE」56錠の中に、先発品のクレストール錠2.5mg 10錠が混入していた。ヒートのJANコードを読み取るピッキング防止システムも、正しいロスバスタチンのJANを読み取っていたため、システム上では気付かなかった。	別の患者様の調剤でクレストールを10錠多くピッキングし、戻す際に間違えてロスバスタチンのカセットに戻していたのではないかと考えられます。ヒートの大きさが違うが、焦っていて気付かなかった。	薬をカセットに戻す際は、2人以上でダブルチェックを行う。	ロスバスタチン錠2.5mg「EE」	クレストール錠2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2359	異動してきたばかりということで複数のメーカーを用意している事を周知出来ていなかったため。	処方元によるメーカー指定がある事メーカー違いのものが隣り合って配置されている	採用品の見直しスタッフへの注意喚起	ロスバスタチン錠2.5mg「JG」	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2360	処方箋ではロスバスタチン錠2.5mg 2錠のところロスバスタチン錠5mgを1錠のところロスバスタチン錠2.5mgで揃え間違い	5ミリ1錠で出そうとしたため	監査の徹底。2.5mgを二錠と書いているので処方箋通りにする。	ロスバスタチン錠2.5mg「サワイ」	ロスバスタチン錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2361	ロスバスタチン2.5mg錠のところ5mg錠交付	処方箋印字の2と5の間が空いており、一見、5に見える時がある	ロスバスタチンの処方時は間違えないように留意	ロスバスタチン錠2.5mg「サワイ」	ロスバスタチン錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2362	ロスバスタチン2.5mg「トーワ」を出さなければいけないところ、ロスバスタチン2.5mg「DSEP」を出してしまった。患者様本人から電話にて発覚	繁忙時間帯で監査もおろそかになった為取り違えて監査もスルーしてしまった。	監査をしっかりとするのはもちろん、投薬時に患者様本人としっかりと確認して交付する	ロスバスタチン錠2.5mg「トーワ」	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2363	以前より来局されている患者さんが定期薬の処方箋をもって来られた。その際ロスバスタチン2.5mgを調剤すべきところをロサルタンk25mg錠を調剤してしまった。投薬前の監査で他薬剤師が気づいて正しく調剤しなおした。	処方内容は繁雑ではなかったが患者さんが多く混雑していた時間帯であったため、急いで調剤をしようとしてしっかり処方箋を読まなかった。頭文字とmg数の数字が似ているせいと思われる。	忙しい時でも焦らないよう日頃からスタッフ間で注意しあう。また、薬品棚に「類似名あり注意」とシールを貼る等注意喚起する	ロスバスタチン錠2.5mg「ニプロ」	ロサルタンK錠25mg「オーハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2364	一方化する患者様で、いつも通りピッキングして35日分調剤した。分包後の監査中に規格の間違いに気づき調剤し直した。	この日の勤務が薬剤師一人であり、処方箋入力・調剤・監査まですべて一人で行ったため、分包する前に再度薬剤の確認もしたが、そこできちんと確認出来ておらず調剤してしまった。分包後監査していたところ、間違いに気づき調剤し直した。	来局予定の患者様の場合は、予め用意出来る薬剤をピッキングをしているが、この度は予定より早く来局されたためピッキングをしていなかった。ミスを防ぐために、早めに来局されてもいようにピッキングを早めしておくように改善する。	ロスバスタチン錠2.5mg 「共創未来」	ロスバスタチン錠5mg 「共創未来」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2365	ロスバスタチン2.5mgで調剤するところ5mgで調剤していたのを監査で発見し、患者へ渡るのを防ぐことができた。	忙しくしていた	調剤棚に規格注意の貼り紙をした。	ロスバスタチン錠2.5mg 「日医工」	ロスバスタチン錠5mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2366	ロスバスタチン錠2.5mg、90錠調剤時、棚に間違えて Crestol 錠2.5mg 1シート (10錠) 真ん中に混ざっていた。誤って渡しかけたが、三重確認でミスを防げた。	シートデザインが似ていた為。	シートが似ているので棚中のチェックも必要	ロスバスタチン錠2.5mg 「日医工」	Crestol 錠2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2367	調剤薬ピッキング時に薬剤の取り違い。	繁忙期による焦りと慣れが原因と思われる。	規格を大きく表示し棚位置をずらす。指差し確認・呼称を怠らない。	ロスバスタチン錠5mg 「DSEP」	ロスバスタチン錠2.5mg 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2368	一般名処方における入力間違い	【般】ロスバスタチン口腔内崩壊錠5mgの処方に7月から変わっていた。それまでは違う病院での処方。7月から転院。当薬局のレセコンシステムでは一般名処方の剤型変更では規格が複数選択できるため、入力者は前回と同じ2.5mgのものを選択してしまい、監査はスルー。一包化の方のため、一包化の中身は5mgで用意したが、調剤者がバーコードを通しておらず、監査者が5mgのバーコードを読み間違いのまま患者に交付。9月にも来局したがそのときも監査者が同じ、調剤者がバーコードを読んでおらずスルー。11月に来局した際には監査者が異なったため発覚。	薬局スタッフでの共有、当事者での共有、申し送りの強化	ロスバスタチン錠5mg 「DSEP」	ロスバスタチン錠2.5mg 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2369	一般名処方に基づく入力間違い、規格間違い	4人家族での処方。1人の薬剤師が4人分を監査する。【般】ロスバスタチン口腔内崩壊錠5mg の処方あり。当店のレセコンの性質上、異なる剤型を入力する際には違う規格の薬剤も選択できるため、入力者はロスバスタチン錠2.5mg DSEPを選択してしまい、処方と異なる規格を選択。当店は自動払い出しピッキングマシンから薬剤が出てくる為、入力と同じロスバスタチン錠2.5mg が払い出されてしまった。調剤者は払い出されたヒートの裏のバーコードを読んでしまい、監査者がスルーしてしまった。後日同じ方の処方が1ヶ月後に来て、違う監査者が見つかる。	薬局内スタッフ全員での共有・ピッキング時に過誤防止システムの徹底・手帳、過去歴ではなく処方箋をみてのピッキングの徹底	ロスバスタチン錠5mg「DSEP」	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2370	ロスバスタチン錠5mg「DSEP」を集薬するところ、ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」を集薬。交付前の監査時に発覚し、交換。患者には正しい薬剤を交付した。	ロスバスタチン錠は2.5mgの規格のものがよく処方されるので、慣れや慢心による思い込み、繁忙と言うこともあり、手順を守らず確認不足のまま集めてしまった。	繁忙時などでも、手順をしっかりと遵守するよう教育の徹底を行う。	ロスバスタチン錠5mg「DSEP」	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2371	(正)ロスバスタチン5mg「DSEP」(誤)ロスバスタチン2.5mg「DSEP」；間違った規格の製品を渡してしまった。運よく患者様が機転の利く方で2.5mg錠を2錠で4日間服用され、その後薬局で間違いを指摘して頂き正しいものに交換して対応した。1日の服用量は処方内容の通りで過誤による健康被害はなく事なきを得た。	当店ではロスバスタチン「DSEP」は2.5mgの規格のもの処方数・例が圧倒的に多く、強い思い込みのため2.5mg錠を調剤・監査・投薬に至ってしまった。	処方箋・支援シート等の文字による情報を注意深く読み調剤・監査するのは当然ではあるが、薬情・薬袋等に印刷された映像の情報の有効活用・お渡しの時に患者様本人と一緒に一つずつ薬を確認してお渡しすることを徹底。	ロスバスタチン錠5mg「DSEP」	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2372	ロスバスタチン5mg「トーワ」を服用している患者に交付する際、1シート、ロスバスタチン5mg「DSEP」を交付しそうになった。監査者が交付前に気づき発覚。	患者希望などで同一薬剤だが別のメーカーの薬剤を在庫している。今回は、もともとピッキングミスで10錠不足だったため追加でピッキングする際に、誤って別メーカーの同一薬剤をピッキングしてしまった。薬袋に入れる際に、監査者が気づき発覚。また、ピッキング担当した薬剤師は先月配属されたばかりの薬剤師だった。	すでに配置場所を変えるなどの対応は取っていた。注意喚起の表示をもっとわかりやすくすること。当店舗での注意事項をまとめ、配属されたばかりの薬剤師でも把握できるような状態にしておく。	ロスバスタチン錠5mg「トーワ」	ロスバスタチン錠5mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2373	一包化を行う患者でいつもと同じ処方内容であった。錠剤をピッキングした薬剤師と一包化した薬剤師は別の人間が担当した。錠剤のピッキングをした経験年数3年の薬剤師が処方箋記載プレタールOD錠50mg・クレストール錠5mgをそれぞれGE変更しシロスタゾールOD錠50mg「サワイ」・ロスバスタチン錠5mg「共創未来」に変更して調剤しなければいけないところ、シロスタゾールOD錠100mg・ロスバスタチン錠2.5mg「共創未来」にて調剤を行ってしまった。一包化を行う経験年数8年の薬剤師がピッキングされた薬を確認したところ、ピッキングされた薬の規格が異なることに気が付いた。	ピッキング時の薬局は混雑していなかったもので、慌てている状況ではなかった。また、今回は分包機の都合でピッキングと一包化を行う薬剤師が異なっていたが、普段は一人の薬剤師が一包化まで行う。考えられる要因として、どちらの成分も間違えた方の規格の調剤数量が多く、規格までの確認を怠り成分名までの確認でピッキングしてしまったのではないかと思われる。	調剤時の間違いをなくすために、ピッキング時には名称・剤形・規格・数量それぞれで2回以上の指差しまたは声出し確認を行う。シロスタゾールは保管場所が少し離れているが、ロスバスタチンは上下に続いて棚に保管されている。棚の位置を変えるなど保管場所を離すことを検討しようと思う。	ロスバスタチン錠5mg「共創未来」シロスタゾールOD錠50mg「サワイ」	ロスバスタチン錠2.5mg「共創未来」シロスタゾールOD錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2374	ロトリガ粒状カプセル 処方のところ、薬剤師のミスで 薬棚 同引き出しに入っていた イコサベント酸エチル粒状カプセル900mgを投薬してしまった。その後 患者が処方医に薬の変更の有無を聞き、過誤が明らかになった。	第一は慣れによる、慢心、注意力不足であった。午前と午後の間の時間で気の緩みもあったと思う。薬品名の読み上げ等間違いありきで再確認する。	薬剤師 一人の場合 事務メンバーにも 薬名 数量を確認してもらうことを ルール化し徹底が必要	ロトリガ粒状カプセル 2g	イコサベント酸エチル粒状カプセル900mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2375	平素より当薬局をご利用の患者さんよりロフラゼブ酸エチル錠1mg、パルブロン酸Na徐放錠200mg、パキシルCR25mg全て1回1錠、1日1回28日分といった内容の処方せんを受け付けた。通常通りの手順で処方監査・調製をし、調製したスタッフとは別の薬剤師が最終監査を行った。最終鑑査時、ロフラゼブ酸エチル錠1mg「日医工」を全部で28錠調製しなければならないところ、ロフラゼブ酸エチル錠1mg「日医工」14錠とイミドール錠10mg14錠が輪ゴムで束ねられていることを発見した。交付前に発見したため、患者さんへの体調への影響はなかった。	ロフラゼブ酸エチル1mg「日医工」の薬品棚の中に何らかの原因でイミドール錠10mgが紛れてしまった可能性がある。調製者はロフラゼブ酸エチル1mg「日医工」とイミドールのシートのデザインが似ており、イミドールが紛れていることに気づかず、ロフラゼブ酸エチル1mg「日医工」と思い込んで28錠調製した可能性がある。ロフラゼブ酸エチルは向精神薬でイミドールは普通薬のため、実際に保管している場所は離れているが、ピッキング中の戻し間違いなど何らかの原因で紛れ込んでしまったと考えられる。	・ロフラゼブ酸エチル錠1mg「日医工」とイミドールのシートのデザインが似ているため注意するよう薬局スタッフに注意喚起を行った。・鑑査時に誤りに気づいて調製しなおす場合は誤った薬をミス薬プール箱に入れているが、ピッキングの際に誤って取ってしまった薬もその場で戻さず、一度ミス薬プール箱に入れて、時間に余裕がある時に元に戻す。また戻す際は必ず2人で確認して戻す。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「日医工」	イミドール糖衣錠(10)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2376	一般名処方せん 後発ご希望なのにきづかず	先発か後発かの確認をしてから調剤に。	薬歴簿に後発希望をわかるようにシールをはる	ロフラゼブ酸エチル錠2mg「SN」	メイラックス錠1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2377	ロラゼパム0.5mgが処方されていたのに、ロラゼパム1mgを調剤していた、再度確認時に、発覚 患者様にお渡しする前だった。	ロラゼパム1mgの処方が続いており、勘違いをしてしまった。	しっかり、処方箋を確認する事	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」	ロラゼパム錠1mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2378	奥様と一緒に、週1回の頻度で来客の患者。ロラゼパム1mgのところ、調剤者がロラゼパム0.5mgを誤って調剤した結果、監査でも見逃しそのまま投薬して患者へお渡し。投薬後薬歴入力時に監査者がミスに気づき患者へ連絡、次回来客時に薬を交換することとなった。	ロラゼパム1mgのところ0.5mgでお渡し。普段当薬局では0.5mgが高頻度で処方されることが多く、1mgの処方はまだであった。かつ、夜の忙しい時間帯と重なった。	調剤者の二重監査の徹底。テイカーは必ず通し、縦読み監査にて処方せんと調剤録を二重で確認する作業を再確認。忙しい時間帯でも十分に落ち着いて作業ができるよう薬剤師の人数も必要人数しっかり配置できるようにする。	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2379	一般名:ロラゼパム1mgの処方に対し、同0.5mgを交付してしまった。	名称類似品ロフラゼブ酸エチル1mgの在庫もあり、これとの取り間違いを防止する措置として、薬品の箱を束ねておいていた。このことに安心し、規格の確認がおろそかとなってしまった。	『ロラゼパム1mg』、『ロラゼパム0.5mg』、『ロラゼパム1mg』と対象患者の薬歴の表紙(電子薬歴の患者呼出し後の初期画面)に、目立つように記載した。薬品・薬歴の2重確認で、再発防止を行う。	ロラゼパム錠1mg「サワイ」	ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2380	ロラゼパム1mg 1錠が処方されたが、誤ってロラゼパム0.5mg 1錠を調剤してしまった。以前より0.5mg錠を服用していたが、本処方から増量となっていた。それに気づかず入力者が間違え、監査者も気づかず患者が服用することとなった。	監査者の怠慢監査者がチェックを入れていたが、慣例的にチェックをしたため、見逃された。	監査者のチェック項目に問題あり。チェック項目を薬局内で取り決めた。	ロラゼパム錠1mg 「サワイ」	ロラゼパム錠0.5mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2381	該当患者が処方箋をもって来局。患者は平素より当薬局ご利用の患者。普段通り処方箋を受け取り、事務スタッフから薬剤師へ後発希望である旨が伝達された。薬剤師Aは、処方箋記載のロラタジン錠を10mg後発品にて調剤し監査へまわした。監査を行った薬剤師Bが監査後、薬歴を確認した際に前回来局時よりロラタジンOD錠を希望されお渡ししていることが発覚。薬剤師Aが調剤をしないし、薬剤師Bが監査後投薬。投薬前に気が付いたため、正しい内容で投薬が行われた。	処方せんには、【般】ロラタジン錠10mgと記載があった。薬剤師Aは先発か後発かの違いのみを気にして調剤を行った。投薬前に薬歴の調剤時の注意点の項目や注意書きの頭書きを確認せず、調剤を行った。	・調剤上の注意・注意喚起の頭書きを見る習慣付け。 ・事務スタッフより先発後発の希望だけでなく、何か特記事項あればその有り無しだけでも伝えてもらうようにする。 →特記事項ありの場合には、必ず薬歴を確認。	ロラタジンOD錠10mg 「ファイザー」	ロラタジン錠10mg 「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2382	該当患者が処方箋を持って来局。その日は薬剤師1人体制だった為、調剤・監査ともに同一薬剤師が実施。処方箋の内容には「ロラタジン口腔内崩壊錠10mg」と記載されていたが、ロラタジン錠10mgで調剤を行う。他の患者も数名いた為、すべての患者の調剤を終わらした後、調剤してから少し時間をおき監査を実施。ロラタジンOD錠で調剤するところロラタジン錠で調剤していることに気づき、調剤をやり直した後投薬。投薬前に発覚したため、正しい内容で交付。	・来局患者が少ない曜日では、薬剤師1人体制になる事がある。 ・普段から処方箋コピーに下線等しながら調剤を行うが、この時はメモ書きが何もされていなかった。(普段の規則順守を怠った) ・数名の患者が同時に来局された為、繁忙な状況になってしまった。 ・薬剤の配置が隣同士であった。(クリップで固定して、普通錠とOD錠が同時に引き出される形になっている)	・処方箋コピーへのメモ書きなど普段行っている規則を厳守。 ・調剤と監査を行うタイミングをずらしたことによって、気が付くことができた。今後も1人体制になっている場合には、タイミングをずらしてダブルチェックを行っていく。	ロラタジン錠10mg 「ファイザー」	ロラタジンOD錠10mg 「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2383	ロラタジン錠をわたすところ、ペボタスチン錠を間違えて渡してしまった。一人集薬。監査。投薬。外観がにているので、よく処方されるペボタスチンをだしてしまった。患者さん本人が、いつもと違うときずき電話連絡。交換に訪問。説明、謝罪一錠のみ、飲まれた。いつもにはないだるさがあったと報告あり。	多忙のため、一人で調剤投薬。薬剤のひきだしは離れているが、視覚、前処方の方がで集薬思い込みで確認はしているけど、確認になっていない。丁寧に説明はしていたが、完全に思い込み投薬。慣れが、投薬時にも気が付かなかった要因。	必ず集薬者、監査、投薬者が確認。絶対に一人で調剤しない。	ロラタジン錠 10 mg 「ファイザー」	ペボタスチンベシル酸塩錠 10 mg 「タナベ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2384	処方数日後にご家族様より今まではロラタジン錠を買っていたのに、クラリチン錠が入っていた。薬情、薬袋、お薬手帳などはロラタジンであった。どちらが正しいのか？確認したいと連絡があった。先発と後発を間違えて調剤・鑑査したことを謝罪し、未服用の38錠を交換した。	この薬局に派遣されてまだ3か月と薬局在庫に不慣れであったことが考えられる。	外見が似ており瞬時に見分けがつかないため、他のジェネリック医薬品へ変更する。	ロラタジン錠 10 mg 「日医工」	クラリチン錠 10 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2385	門前医院より一般名処方でロルノキシカム錠4mgが42錠の処方あり。患者様は先発を希望の為、先発品で調剤。応援者の薬剤師Bがピッキングを行い、薬剤師Aが監査。監査の際にはヒートのバーコードをハンディで読み込み、間違いがない事を確認。薬剤師Aが患者様に投薬を行い、薬の説明を行っていたところ、ロルカム錠4mgの32錠の間に10錠のロルノキシカム錠 4 mg 「KO」が挟まり、合計42錠となっている事を確認。ロルノキシカム錠 4 mg 「KO」をロルカム錠 4 mg に取り変えて交付を行った。	薬剤師Aは店舗を異動してきたばかりであり、薬剤師Bも応援として他店舗から来ていた為、先発品とGEの種類の確認が不十分であった。ハンディで薬の間違いがない事を確認した際に、一番表側のヒートのみ確認して、内側の確認を怠っていた。	ハンディにおけるバーコードの読み取りでの監査も継続し、ヒートの内側の錠剤も間違っていないか目視で確認する。先発品とGEの置き場所が近い場合離して管理するようにする。	ロルカム錠 4 mg	ロルノキシカム錠 4 mg 「KO」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2386	前回処方との比較で、ロキソニンテープからセルタッチテープへの変更は監査者が気が付き一度は入力をし直したが、内服の変更には気が付かず、投薬者が、ロルカム錠処方のところ、ロキソニンで入力・調剤されているのに気が付いた。	薬品の頭文字1個で判断しない。かなりの処方頻度が高い薬品であっても、処方箋記載の名称は最初から最後まで読んで確認すべし。	処方箋記載名称、薬品現物、薬袋や薬情などの出力物を3点確認を徹底する。	ロルカム錠4mg	ロキソニン錠60mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2387	ロルノキシカム錠4mg「KO」が処方されている患者に対し、誤ってロキソプロフェンNa錠60mg「日医工」で調剤。日時重点棚卸業務の際に誤りが発覚。すぐに患者宅へ交換へ伺った。幸い、翌日からの服用であった為、誤薬服用は防ぐことが出来た。	どちらも普段から出ている頻発品であり、最初の「ロ」という文字だけで判断してしまったのが、大きな要因。また、取り間違いが頻繁に起こっていた薬剤であった為、その段階で様々な策を講じておくべきであった。	劇薬・普通薬で棚はあらかじめ分かれている為、お互いの棚に取り間違いの注意を促す札を付けることにした。	ロルノキシカム錠4mg「KO」	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2388	整形外科医の後発品変更不可のチェックが毎回異なる(チェックがあったり無かったり)ための見落とし。	日によって、後発品変更不可のチェックが変わってくるため見落としが起りやすい。	処方箋に後発品変更不可のチェックが入っているか毎回確認する。	ロルノキシカム錠4mg「KO」	ロルカム錠4mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2389	ワーファリン0.5mg 1日 1回0.5mg との記載の処方箋のところ 1日 0.5錠と読み違い 0.5mgを半錠にして渡してしまったその結果(0.25mg)を渡してしまった。	処方箋は確かに見ずらくわかりずらかったがワーファリンの量は微量で変更してくるのもっと慎重に調剤・監査をするべきだった	2人以上の監査を徹底し、投薬口でも患者さんから今回処方内容が変わったかわらなかつたかを確認すべきだった。	ワーファリン錠0.5mg	ワーファリン錠0.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2390	【正】ワーファリン錠1mg 1錠 ワーファリン錠0.5錠 1.5錠の 1.75mgが入った分包14包 【誤】ワーファリン錠1mg 1錠 ワーファリン錠0.5錠 1.5錠の 1.75mgが入った分包11包に 1.5mgが入った分包3包混入	調剤	ピッキング時、充填時にPDAを使う。またはダブルチェックする。薬剤規格・印字を始めと最後までしっかり確認をする。投薬時に薬品をよく見ようにする	ワーファリン錠1mg	ワーファリン錠0.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2391	定期の薬が追加となり、調剤したところ、監査の薬剤師がワイボックス0.5mg処方のところソラナックス0.4mgが調剤されていることを発見した。	調剤した薬剤師の不注意があった。在庫してある場所が近いことと、薬品名の後半部分が似ていることが原因としてあげられる。	薬品名が似ているものは、保管場所の位置を遠ざけることにした。また忙しくても慎重に動作を行う。	ワイボックス錠0.5	ソラナックス0.4mg錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2392	ワイパックス(0.5)0.5錠で分包するところ、誤ってエチゾラム(0.5)「トーワ」を取り違えた。	他の一包化のためにエチゾラムがバラして置いてあった。ワイパックス(0.5)を半錠にするため容器にヒートから出した後ハサミを取りに行った。戻ったときに近くにあったエチゾラム(0.5)を誤って取り違えた。規格が0.5mgと同じでバラした錠剤の大きさも似ていたため気が付かなかった。	容器やハサミなど必要な器具を用意してからバラして分包する。半錠にする前に識別記号を再度確認する。	ワイパックス錠0.5	エチゾラム錠0.5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2393	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはワソラン錠40mg 1日6錠分毎食後30日分と記載されていた。薬剤師Aは、ワソラン錠40mgを調整するところ誤って、ベラパミル塩酸塩錠40mgを調整し、監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが、処方薬のワソラン錠40mgではなく、ベラパミル塩酸塩錠40mgが調整されていることに気付き、調整した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aは、ワソラン錠40mgを正しく調整し、再度、薬剤師Bが監査した。監査で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	先発品ではなく、GEを誤って調整していた。GEを調整する機会が多く、思い込みもあったと考えられる。調剤者の確認不足であった。	調剤者がピッキングした後、監査に回す前に薬剤の再確認を徹底することとした。また、薬品棚へ注意喚起を促すラベルを貼付することにした。	ワソラン錠40mg	ベラパミル塩酸塩錠40mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2394	今までと同じ処方であったが、ワルファリンK錠(0.5)の処方のところ、ワーファリンK(0.5)を薬出しし、半錠処方のため分包して投薬した。投薬当日、間違いに気づき患者に連絡して謝罪し、まだ服用していないことを確認、翌日ワルファリンK錠(0.5)を渡し、ワーファリンK錠(0.5)を回収した。	薬出し、監査、分包は処方せんを見て行っているが、調剤・投薬した薬剤師の思い込み(名称類似品の存在を一時的に忘れていた)、確認不足、監査した事務員の確認不足が原因である。	薬品棚の当該の両薬剤の箇所に名称類似と表示し、注意喚起するとともに、薬出し、監査、投薬時の確認を徹底する。	ワルファリンK錠0.5mg「NP」	ワーファリン錠0.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2395	【正】亜鉛華単軟膏ニッコー 50g 【誤】亜鉛華軟膏ヨシダ 50g	照合。	亜鉛華単軟膏と亜鉛華軟膏があることを認識し、PDAで読み取る前に処方箋と薬で指差し確認して正しい事を確認してからPDAの後照合で読み取る。PDAでレシートを読み取ってエラー音が鳴った時はもう一度処方箋とレシートを確認したり、他の薬剤師にどこが違うのか確認してもらおう。忙しい時でも確認は怠らず、PDAのエラー音が鳴って分からない時は他の薬剤師に聞く。	亜鉛華(10%)単軟膏「ニッコー」	亜鉛華軟膏「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2396	一般名処方で亜鉛華単軟膏10% 10gが処方。亜鉛華軟膏「ニッコー」で調剤。鑑査の際、薬品の誤りに気付き、亜鉛華10%単軟膏「ホエイ」で調剤を再度行った。	混雑していたため、焦りがあった。亜鉛華単軟膏と亜鉛華軟膏は含有量のみがことなる薬品であり、類似しているため誤って調剤。	ダブルチェック・指差し確認を行う。	亜鉛華(10%)単軟膏「ホエイ」	亜鉛華軟膏「ニッコー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2397	当薬局では応需の少ない医療機関からの処方箋であった。事務入力・調剤・監査終了後、お渡しする段になって亜鉛華単軟膏が亜鉛華軟膏で調剤されていることに気がついた。	皮膚科の処方をおり受ける薬局ではなかったため、事務入力・調剤・監査者は亜鉛華単軟膏の存在をあまり認識していなかったことが一番の要因。	特に応需の少ない医療機関からの処方箋は、認識しきれていない他規格・類維持名称の薬品があることを念頭に置き業務にあたる。	亜鉛華(10%)単軟膏「ヨシダ」	亜鉛華軟膏「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2398	亜鉛華軟膏が処方内容で、処方箋を見て亜鉛華軟膏で調剤し軟膏容器に補填してお渡しの患者。軟膏容器に直接用法や使用部位を記載してお渡ししていたため亜鉛華軟膏と亜鉛華単軟膏の入力ミスに気付くのが遅れてしまった。レセコンには亜鉛華単軟膏しか入っておらず、事務員が薬の違いを理解していなかった事もありミスに気付かず入力されていた。	通常通りの営業時間で繁忙時間ではなかったが、以前から来局されている患者により当薬局で使用実績のない薬剤で、類似薬剤名の薬が処方された。事務員は以前同じ薬を入力した事がある(亜鉛華単軟膏)と思い込み亜鉛華単軟膏で入力してしまった。薬袋ではなく軟膏容器に直接用法等を記載していた事も発見の遅れにつながった。幸いお渡し時に気付き、処方薬剤の内容は合っていたので事なきを得た。	思い込みからくるケアレスミスは必ずあると心がけて入力時に指差しした上で入力後に再確認を徹底する。その上で薬剤師が監査する時も、処方箋と見比べて指差し確認する。	亜鉛華軟膏(ハチ)	亜鉛華(10%)単軟膏シオエ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2399	患者が処方箋をもって来局した。処方箋には(局)亜鉛華軟膏「ニココー」20gと記載されていた。薬剤師Aは亜鉛華単軟膏10%ニココー20gで調剤した。薬壺には、亜鉛華軟膏とラベルした。監査時に薬剤師Bが軟膏の色が異なるため確認したところ間違いであることが判明した。	(局)亜鉛華軟膏「ニココー」は500gの壺で購入しており、調剤用バーコード端末で確認可能であったが、亜鉛華単軟膏10%ニココーは他薬局からの零売で購入しており、調剤用バーコードを添付しておらず、端末で確認できなかったが、複数人での確認を怠った。	調剤用バーコードが認識不可または添付されていない薬剤については、複数人での確認を行ってから調剤をすることを徹底する。	亜鉛華軟膏「ニココー」	亜鉛華(10%)単軟膏「ニココー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2400	亜鉛華軟膏「ホエイ」が処方及び処方入力されていたが、手に取っていたのは亜鉛華(10%)単軟膏「ホエイ」。発見者らに指摘され、複数人と確認の上で亜鉛華単軟膏「ホエイ」で調剤。	包装の外観は似てはいる。配合の%、基剤の違いについて意識せず処方入力とは異なる医薬品を取ってしまったことが原因としてあげられる。	職員の教育、医薬品の組成などの確認、業務手順の徹底。	亜鉛華軟膏「ホエイ」	亜鉛華(10%)単軟膏「ホエイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2401	亜鉛華軟膏75gとデルモゾールG軟膏25gの混合の処方を、亜鉛華(10%)単軟膏とデルモゾールG軟膏で調剤した。調剤中に混合の軟膏が硬いので再確認したところ、成分の酸化亜鉛の含有量が200mgと100mgの違いがあることに気付いた。	亜鉛華軟膏75gとデルモゾールG軟膏25gの混合の処方を、亜鉛華(10%)単軟膏とデルモゾールG軟膏で調剤した。調剤のときに亜鉛華単軟膏と思い込み、軟膏棚から取り出し、そのまま違う薬剤師が確認したにもかかわらず混合調剤した。調剤中に混合の軟膏が硬いので再確認したところ、成分の酸化亜鉛の含有量が200mgと100mgの違いがあることに気付いた。当薬局では、亜鉛華単軟膏は時々処方出ることがあり、同じ成分と思いきってしまった。	今回のことで、棚から取り出すとき、外用薬の薬名も一文字ずつ確認し、混合時は混合する時も声に出して確認することとした。	亜鉛華軟膏「ホエイ」	亜鉛華(10%)単軟膏「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2402	般) 亜鉛華軟膏 10g処方。思い込みでサトウザルベ軟膏20%で入力・調剤。投薬前に一般名の違いに気付いたが、当薬局に該当薬が無く取り寄せになるため、患者様と相談したところすぐにほしいとの事なので疑義にて亜鉛華単軟膏へ変更となった。有効成分は同じだが基剤に違いがあるため使用感の違いについて説明。	もともと亜鉛華軟膏は在庫しておらず知識不足もあり、亜鉛華軟膏は酸化亜鉛が10%、亜鉛華単軟膏は20%という違いだけという思い込みがあった。サトウザルベ軟膏は例外で一般名は亜鉛華単軟膏だが10%と20%が存在する。サトウザルベ軟膏20%の有効成分の用量・効能は亜鉛華軟膏と同じだが、基剤がサトウザルベ軟膏では単軟膏、亜鉛華軟膏では白色ワセリンと異なる。入力者も調剤者も亜鉛華軟膏の処方に不慣れだったため間違いに気付くことができなかった。	亜鉛華軟膏と亜鉛華単軟膏の違いについて事務・薬剤師共に周知徹底した。	亜鉛華軟膏「日医工」	サトウザルベ軟膏20%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2403	処方箋には亜鉛華軟膏20gと記載されていたが、薬剤師は亜鉛華(10%)単軟膏を調剤した。鑑査時に軟膏の色調の違いに気がR付き、過誤を発見した。	経験年数の浅い薬剤師で、皮膚科領域の薬剤の知識が少なく、亜鉛華には10%と20%があることを知らなかった。	亜鉛華軟膏に単軟膏がある事、単軟膏には亜鉛華軟膏があることを知らせるラベルを添付し、軟膏の色調が異なることを周知した。	亜鉛華軟膏「日医工」	亜鉛華(10%)単軟膏「コザカイ・M」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2404	備蓄医薬品が多く引き出しに2製剤の保管にてアイウエ順に保管しており同じ引きだしに入れあり、メーカーは、異なるが類似した包装にて取り違える。	忙しい時間帯でなかったが、落ち着いた時間で確認不足になった。	類似する医薬品には、毎回、注意出来るように印をつける。	一硝酸イソソルビド錠10mg「サワイ」	イフェンプロジル酒石酸塩錠20mg「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2405	病院からの処方箋が大塚食塩注10%20mLと記載してあったが大塚生食注20mLと誤認してしまった。10%の食塩注は当薬局での採用薬はテルモだったので疑義照会して確認すべきところを誤認した。	事務も入力でおおつかと検索した時に20mLのものが大塚生食注だったのでそちらを選んだが、非薬剤師は生食が0.9%であることを知らないのでレセコンの薬剤名に大塚生食注0.9%20mLとするようにした	レセコンの薬剤名の後に生食類は0.9%とつけるようにした	塩化ナトリウム注10%シリンジ「テルモ」	大塚生食注		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2406	皮膚科からの一般名処方でベタメタゾン・フラジオマイシン軟膏と記載があった。通常リンデロンVGを混和用に処方されるケースが多く、慣れからゲンタマイシン配合のリンデロンVGを取り出し投薬しようとしたが、部位を確認したら顔との記載がありVG軟膏を顔に塗付するのはどうかと疑義が生じたので処方医に確認しようとしたが、ゲンタマイシンではなくフラジオマイシンであることに気づき、リンデロンA軟膏に取り換えた。	普段からリンデロンVGの処方が圧倒的に多いことと、ベタメタゾンから始まる一般名処方なので判断が鈍ったと思う。	皆で部位と処方薬の確認を徹底するよう、今回のケースを共有した。	眼・耳科用リンデロンA軟膏	リンデロン-VG軟膏 0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2407	一般名「大腸菌死菌・ヒドロコルチゾン軟膏」から強力ポステリザン軟膏を調剤するところ、一般名「ヒドロコルチゾン・フラジオマイシン等配合軟膏」と誤入力しプロクトセディル軟膏で調剤。交付の際に患者から薬の色が違うとの申し出を受けて発覚。正しい処方入力と交付物をお渡し。	前回DOで安易に入力してしまったことと、一部成分が配合されているため見落とした。	処方箋入力、成分名等の確認に注意する。	強力ポステリザン(軟膏)	プロクトセディル軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2408	医師はレスタミンコーワクリームを処方したつもりでいたが、処方箋上では強力レスタミンコーワ軟膏になっていた。薬剤師が疑問に思っ、念のため問い合わせたところ間違っていることが発覚した。	医師が非常勤の医師であったこと、夜勤明けで疲労がたまっていたことが考えられる。	処方する医師個人や疲労などの状況によって、間違いの頻度が異なってくることを予め念頭において調剤・監査をする。	強力レスタミンコーワ軟膏	レスタミンコーワクリーム1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2409	【正】酸化マグネシウム「ケンエー」0.5g包を56包で調剤【誤】炭酸水素ナトリウム「ケンエー」1g包が3包混ざっていた。	ビックキングミスの戻しカゴに酸化マグネシウム「ケンエー」と炭酸水素ナトリウム「ケンエー」が一緒に入り、戻しのタイミングで全てにPDAを通さずに戻したのではないかと推測される	投薬時に分包品の既製の束になっていないものは患者様と相互に確認を行う。ビックキングの戻しの際には輪ゴムを外し、それぞれPDAを読み込ませる。最終鑑査で分包品も含め輪ゴムを外し薬品に誤りが無いかの確認を行う。	酸化マグネシウム細粒 83%「ケンエー」	炭酸水素ナトリウム 「ケンエー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2410	処方箋には、酸化マグネシウム細粒83%「ヨシダ」1.2g/3×40TDと、印字で記載あり。調剤時、重質酸化マグネシウム「ケンエー」0.4g分包品で調剤し、監査システム照合。事務員の入力では、前回Doで入力。監査システムで酸化マグネシウム細粒83%ヨシダが入力されていたが、システムエラーがあり、調剤した薬剤師から事務へ、重質酸化マグネシウム「ケンエー」へ変更するように依頼、監査システム照合を正しく通して、最終監査に回した。最終監査で間違いが発覚したため、正しい薬剤に訂正して事なきを得た。	これまで当局では、重カマ「ヨシダ」0.4g分包品を採用していたため、名称が明らかに違っており、取り間違えが無かったが、この薬剤の販売が中止となり、重質酸化マグネシウム「ケンエー」0.4g分包品が採用となった。正式名称は「重質酸化マグネシウム」となっているが、薬剤のシートには、酸化マグネシウム0.4gとの記載しかないため、取り間違いが発生したと考えられる。また、調剤した薬剤師が、月の出勤時間の少ないパート社員であったため、ブランクによる知識不足、確認不足があったと考えられる。	この薬剤の存在を、再度局内全スタッフと情報共有。酸化マグネシウム細粒83%「ヨシダ」の棚に「規格違い、重質酸化マグネシウム分包品あるため注意!」と、重質酸化マグネシウム分包品の棚に「規格違い、酸化マグネシウム細粒83%「ヨシダ」ある為注意!」と注意喚起を行った。	酸化マグネシウム細粒83%「ヨシダ」	重質酸化マグネシウム「ケンエー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2411	酸化マグネシウム細粒83%の処方箋を、当薬局、在庫がなかったため、当薬局採用の酸化マグネシウム(原末)で事務員が入力。入力チェック時、スルーし、調剤も入力チェックと同人物が行ったため、気づかず調剤。監査時、別の薬剤師が誤りに気が付き、再調剤し、正しいものを患者様へお渡し。	当薬局に在庫がないことに対する思い込みがあった。	調剤、入力時、監査時に思い込みをなくし、きちんと処方箋を確認して、各々の仕事をするように徹底をはかり、再発防止に努めた。	酸化マグネシウム細粒83%「ヨシダ」	重質酸化マグネシウム「ケンエー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2412	酸化マグネシウム錠250mg 処方のところ間違えて酸化マグネシウム錠330mgを調剤お渡しその日のうちに連絡がつき服用前に交換できた。	酸化マグネシウム錠の330mgの処方が多いため 勘違いをして思い込みでとってしまった。	監査不足あり 調剤からそのまま患者様にお渡ししたので その前の確認が足りなかった。	酸化マグネシウム錠250mg「ケンエー」	酸化マグネシウム錠330mg「ケンエー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2413	酸化マグネシウム250mg 処方患者に、300mg で入力、調剤。監査で発見。患者には交付されなかった。	患者が多く、混んでいて、思い込みと注意力不足、確認不足が原因と思われる。	処方箋をしっかりと見ての調剤と、ピッキングシステムを混んでいても省略せず、きちんと利用することとした。	酸化マグネシウム錠250mg 「ケンエー」	酸化マグネシウム錠330mg 「ケンエー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2414	もともと院内でもらっていたのですが、今回から処方薬が追加された為院外処方になったとのことで処方箋をお持ちいただきました。処方箋には酸化マグネシウム錠300mg 「ヨシダ」と記載があったのですが、処方入力者、調剤者、鑑査者全員で酸化マグネシウム錠330mg 「ヨシダ」と勘違いをしてしまい、330mg 錠でお渡ししてしまいました。幸い手持ちに余裕があったため、患者様が口にする前に正しいものと交換することができました。	今回は酸化マグネシウム錠「ヨシダ」に300mg 規格があることを知らなかったこと、当薬局の採用薬が330mg であり、普段から頻繁に使用している薬のため今回も330mg だろうと思ってしまったということが背景・要因だと思われます。患者様の前で薬を見せながら投薬を行ったのですが、ほかの処方薬で変更点があったため、患者様ももしかしたらこの薬も変更したのかと思いが付かなかったのだと思いました。	薬局の従業員に300mg 規格があることを周知し、置く場所も330mg と離れて置くようにしました。また、処方入力時に規格注意の文言を30mg の方に入れさせていただき、処方入力時でも気が付けけるようにし、患者様の薬歴にも300mg で服用中の旨を入れさせていただきました。	酸化マグネシウム錠300mg 「ヨシダ」	酸化マグネシウム錠330mg 「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2415	酸化マグネシウム錠の調剤を行った際、酸化マグネシウム錠の棚に、マグミット錠が混入していた。調剤後の監査機器による確認にて異常を発見し誤調剤が発覚。	オーダーの変更にてあらかじめ取り揃えていたマグミット錠を棚に戻す際に、酸化マグネシウム錠の棚へ戻してしまっていた。	同一成分で外観が類似している製剤に関する棚へのセット、棚への戻し作業に関しては、2名で確認を行い対応する。	酸化マグネシウム錠300mg 「ヨシダ」	マグミット錠330mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2416	酸化マグネシウム330mg 処方のところ、酸化マグネシウム250mg をピックしてしまい、テイカー通したときに間違いに気付いた。	焦りで自己監査が不足していた。	ピック前に処方箋をしっかりと見ること。	酸化マグネシウム錠330mg 「ケンエー」	酸化マグネシウム錠250mg 「ケンエー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2417	酸化マグネシウム錠330を調剤した所、酸化マグネシウム300の規格が混入していた	ダブルチェックをせず単独で薬を収めた事が原因と考えられる	他のスタッフと確認しながら薬を収める(ダブルチェック実施)	酸化マグネシウム錠330mg 「マイラン」	酸化マグネシウム錠300mg 「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2418	規格違いで調剤してしまいました。酸化マグネシウム錠330mg 「モチダ」で調剤するところをマグミット錠250mg で出してしまい、薬剤師が鑑査で間違いに気付く正しく調剤し直して患者様に投薬しました。	処方箋はマグミット錠330mg で記載されていましたが、当薬局は330mg は酸化マグネシウム330mg、250mg はマグミット錠250mg を採用しているため処方箋のマグミットを見て早合点してしまいました。	確認を怠らないように、また声出して確認するように再度全従業員に傳達しました。	酸化マグネシウム錠330mg 「モチダ」	マグミット錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2419	酸化マグネシウムを1回0.5g包でお渡しすべきところ1回1gの分包品でお渡しした	当薬局では酸化マグネシウムは1.0g包と0.5g包を採用、さらに監査システムを採用している。誤って1gを調剤した上に、監査システムでは規格の違いを判断しきれないことを見落とし、監査システムを信じ切って実物の確認を怠り、投薬してしまった。	酸化マグネシウムは1.0g包と0.5g包を採用していることを周知徹底した。	重カマ「ヨシダ」	「純生」重カマ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2420	酸化マグネシウム1.5g(1包0.5)のところ、2.0g(1包0.67g)で調剤、交付。	規格の見落とし	調剤時に薬剤は隣通しに置いてあるが、他規格ありなど視覚的に分かりやすい、注意喚起をした。	重質酸化マグネシウム「ケンエー」	重質酸化マグネシウム「ケンエー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2421	重曹酸化マグネシウムを調剤しなければならぬところ、酸化マグネシウム83%を調剤してしまった。	細粒であり別規格の存在を知らなかった。	規格変更しても細粒の量が変わるよう、きちんと処方通りのもので入力しそこから検索をかけるようにする。	重質酸化マグネシウム「ケンエー」	酸化マグネシウム細粒83%「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2422	正) 重質酸化マグネシウム0.5g包 3包 毎食後 誤) 重質酸化マグネシウム1.0g包 3包 毎食後 ピッキングし、監査時に判明	特養入所中の患者全ての薬剤を一化のうえ、酸化Mgのような分包品についてはホチキスにてとめて交付している	監査時において、薬情の分包品の写真とも見比べることも必要。鑑査の人数を増やし、二重、三重のチェック機構を敷く。	重質酸化マグネシウム「ケンエー」0.5g包	重質酸化マグネシウム「ケンエー」1.0g包		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2423	酸化マグネシウム83.3% 1.2gの処方 を、重質酸化マグネシウム(ヨシダ) 1.2gで調剤し、処方量よりも多い用量 をお渡ししてしまった。	知識不足による調剤過誤。規格の違いがあることを認識する。	規格の違いがあることを周知する。	重質酸化マグネシウム「ホエイ」	酸化マグネシウム細粒83%「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2424	大量の散剤混合に時間を有するため。 後日受け取り希望の患者。受付時は 応援薬剤師と事務員の2名のみの体制。 調剤を後日、所属薬剤師が行うにあ たって入力ミスを発見、訂正。	入力と調剤が別日になってしまったこと による	今回発見できたように、入力者による自己 監査、別人による入力鑑査を継続実施	重質酸化マグネシウム「ホエイ」	重質酸化マグネシウム「ケンエー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2425	先発希望の患者様に、調剤では小児用 フルナーゼ点鼻のGEが調剤されてお り、監査時に先発品に交換した際、大 人のフルナーゼ点鼻を調剤してしま った。	先発品ということだけに気をとられて、 他薬は子供の粉も処方もあるのに気付 けなかったこと。	やくなく1人で調剤、監査してしまう時 でも、できるだけ他の薬剤師に監査 してもらうこと	小児用フルナーゼ点鼻液2.5μg 5.6噴霧用	フルナーゼ点鼻液5.0μg 2.8噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2426	(般) アンプロキシール塩酸塩シロップ用1.5%と処方箋に記載されているところを、局内に在庫があり、いつも調剤しているムソルバンドライシロップ3%と誤認して調剤した。小児の患者であったので、体重も確認したが、適宜増減がある薬であったので、2倍量で問題ないと判断してしまった。患者母親に薬の説明をして、薬剤を交付した。患者帰宅後に処方箋とレセプト入力チェックしていた時にミスに気づきすぐに連絡した。交付後1時間以内であったため服用する前に交換することができた。謝罪して、正しい薬と交換した。	・小児の調剤は、常態として行っておらず、一般名の処方では、小児用ムソルバンドの「小児用」の記載がないため、成人用と見間違えてしまった。・処方せんを、おいて一度薬局外に母親が買い物に行ってしまったので、調剤前に詳しい状況を確認することが難しかった。	薬局に、無い在庫の薬が処方された時には、調剤に携わるもので、かならず声掛け・意識の共有を測るようにする。時間がかかっても、しっかり調剤内容を確認してから調剤するようにする。	小児用ムソルバンドS1.5%	ムソルバンドS3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2427	処方箋に記載された薬剤名がムソルバンドSのみで規格が未記載だった為、小児用ではなく3%のDSのマスクで入力してしまった。	小児科の約束処方(アスペリン散、ムコダインDS、ムソルバンドS)の判に規格が無かった事が要因。	不明点がある時点で他の従業員にも情報を共有し、すぐ医療機関に疑義をかける。	小児用ムソルバンドS1.5%	ムソルバンドS3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2428	レセプト入力がイソコロナールRカプセル20mgで入力されていたが実際は名称変更後の硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg「St」で調剤していた。	名称変更の情報共有不足	名称変更品、薬剤情報の情報共有の向上。監査システムによる発見により調剤前に誤りに気づいたので今後も監査システム使用の徹底をする。	硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg「St」	イソコロナールRカプセル20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2429	風で席が出ると言っていた患者様処方内容が、硝酸塩ソルビドだったため、変だと思ひ疑義照会をするホクナリンを処方するつもりだったと医師から回答あり	患者の話に耳を傾ける	患者の症状をしっかりと聞き取り。処方内容の症状があるか確認をする	硝酸イソソルビド錠(ツルハラ)	ホクナリンテープ2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2430	ある軟膏と親水ワセリンの混合指示の処方箋を受け取った。今まで、親水ワセリンを処方されたことはなく、親水クリームだと思い調剤しそうになった。	他の皮膚科より処方されていた混合軟膏で、すでに使用されていたものだった。当薬局の前にある皮膚科を患者は受診し、その日は同じ軟膏を処方希望し処方してもらっていた。いつも使われている軟膏基剤ではなかったため、うっかり見間違えそうになった。親水性の基剤でも親水ワセリンW/O型、親水クリームO/W型となる。すでに使っているその混合軟膏の使用感は問題ないとのことで、指示通り調剤しお渡しした。	処方箋をよく見て見間違えないようにする。混合の場合は配合変化も考慮する。	親水ワセリン「ホエイ」	親水クリーム「ホエイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2431	患者が処方せんを持って来局。生理食塩液とメブチン液の混合をする処方があったが、薬剤師Aが誤って精製水で調剤してお渡し。翌日薬剤師Bが申し送りを受けた後、在庫と在庫管理システムを確認したところ生理食塩液で調剤されていないことを確認。患者へ連絡し、誤調剤した医薬品の使用前に新たに調剤した正しい分をお渡しした。	初めての処方ケース。薬剤師Aの勘違いによる誤った調剤。たまたま監査システムを使用していなかった。	監査システムを必ず使用する。薬品はダブルチェックを行う。	生理食塩液	精製水* (日興製薬)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2432	大塚蒸留水のところを大塚生食注で調剤。	大塚生食注および大塚蒸留水は同じような形状をしており、疑義照会で追加となり、繁忙だったことから監査支援システムを使わずに調剤をしてしまい、鑑査も緩慢であった。	疑義照会など、イレギュラーに追加、削除など変更となった場合はもう一度一からマニュアル通り調剤を確実に行うことの徹底。また疑義照会内容を処方箋に記載し、疑義照会者と第三者が情報を共有し監査を行うことの徹底。	大塚蒸留水	大塚生食注		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2433	炭酸ランタンOD錠250mg 1回1錠 1錠分1 朝食直後、炭酸ランタンOD錠500mg 1回1錠 2錠分2 昼・夕食直後の処方を炭酸ランタン顆粒分包250mg 1回1包1包分1 朝食直後、炭酸ランタン顆粒分包500mg 1回1包2包分2 昼・夕食直後と間違えて調剤、患者に交付してしまった。交付後すぐに患者本人から電話で病院に電話があり事態が発覚。健康被害はなかったが正しい薬剤との交換まで日数が空いてしまうため、病院の指示により交換の日まで顆粒分包で代替することになってしまった。	調剤及び監査の際、「炭酸ランタン」とその規格にしか目がいておらず、薬を間違えたまま患者にわたってしまった。また、当日急な人員不足により業務もあわただしくなり、スタッフの体調がよくなかったことも要因として挙げられる	調剤及び監査の際、「声だし確認」を徹底する。また、財形注意の注意書きを薬剤棚や処方内容の欄に付箋としてはり、注意喚起を行う。	炭酸ランタンOD錠250mg 「フソー」 炭酸ランタンOD錠500mg 「フソー」	炭酸ランタン顆粒分包250mg 「フソー」 炭酸ランタン顆粒分包500mg 「フソー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2434	患者が処方箋を持って来局。処方箋には炭酸リチウム200mg 2錠 分2 朝食後、炭酸リチウム100mg 1錠 分1 夕食後の処方が記載されていた。経験年数3年の薬剤師Aが調剤にあたり、必要数をピックアップし監査へまわした。監査役の薬剤師Bが100mgと200mgのシートが混在していることを発見し、誤りを指摘した。監査で誤りに気付いたため、患者へは正しいものが交付された。	炭酸リチウム「ヨシトミ」は100mgと200mgの包装が非常に類似しており、ヒヤリハットのあった日以前の調剤時に箱に戻す際、誤って戻してしまったと考えられる。	調剤後の確認の徹底を再度薬局内で周知を行うとともに、包装の類似している商品に関して類似品目ありなどの注意喚起札を作成することとした。	炭酸リチウム錠100mg 「ヨシトミ」	炭酸リチウム錠200mg 「ヨシトミ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2435	炭酸リチウム200mgのところ100mgで調剤してしまった。	箱の外観が酷似している	酷似している医薬品は他の職員にも注意喚起して独自のリストに入れておく。定期的に見返して確認する。	炭酸リチウム錠200mg 「ヨシトミ」	炭酸リチウム錠100mg 「ヨシトミ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2436	炭酸水素ナトリウム(粉)の処方で「錠剤に変更」との記載があり、思い込みから沈降炭酸カルシウム錠を調剤・監査・交付してしまった。散剤での処方でありながら、錠剤変更というイレギュラーな処方箋だった	炭酸水素ナトリウム＝沈降炭酸カルシウムと思い込んでしまった。昼休憩の時間帯で一人薬剤師だった	薬剤師による処方箋のダブルチェック	炭酸水素ナトリウム	沈降炭酸カルシウム錠500mg 「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2437	処方箋記載は、「0.1%リンデロン点眼A液」だったが、薬局に在庫が無く近隣薬局より購入したその際、リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%だった	患者さんを待たせていることもあり、焦りがあった処方箋の0.1%とリンデロンだけしか見えていなかった	類似規格があることをスタッフ間で共有した	点眼・点鼻用リンデロンA液	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2438	処方箋に点眼・点鼻用リンデロンA液の記載。事務入力時に点眼・点鼻・点耳用リンデロン0.1%と入力してしまい調剤者も経験が浅く、また朝一人で一人しかいなかった為そのまま点眼・点鼻・点耳用リンデロン0.1%を用意。後で薬を取りに来た際、投薬者が処方とは別の物が用意されていることに気付く。	事務の慣れと知識不足、確認の怠り。調剤者の知識不足。	似たような薬の名前には注意喚起のシールなりを付ける。リンデロンには特に色々似た名前があるため、特に注意するように心掛ける。	点眼・点鼻用リンデロンA液	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2439	過去来局歴にある患者が初めての処方内容で来局された。その中の処方で、アルダクトンA細粒10% 0.125g、乳糖「ホエイ」0.2g 分1朝食後30日分の乳糖の入力が、乳酸になってしまっていた。薬は間違いなく乳糖でお渡し済みで、のちの調剤録の確認時に発覚。当日中にお電話で謝罪、お怒りなし。お話しした上で、次回来局時に返金と新しいお薬手帳のシールや領収書明細書をお渡しすることになった。	鑑査時の繁忙も理由にはあるが、一番の理由は新規の入力と乳糖・乳酸の名称類似が原因と思われる。	調剤者、鑑査者ともに入力の確認は繁忙時でも油断せず一字一句気を抜かずに行う。類似名称について常に頭に入れながら鑑査を行う。	乳糖「ホエイ」	乳酸「ケンエー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2440	患者さんが再受診し、前回処方の軟膏容器を持参。その容器に「ロコイド軟膏と亜鉛華軟膏の混合製剤」のラベルが貼付されてあった。この処方履歴はなく、「ロコイド軟膏と白色ワセリンの混合製剤」の交付誤りに気付いた。患者さんの症状の改善は見られなかった。	「ロコイド軟膏と白色ワセリンの混合製剤」予製を「ロコイド軟膏と亜鉛華軟膏の混合製剤」予製と取り違い、誤りに気付かず交付した。	一人薬剤師のため、事務員に監査してもらうだけでなく、薬剤師本人が再度確認して交付する。	白色ワセリン「OR Y」	亜鉛華軟膏「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2441	本草葛根湯の調剤引き出しに、本草加味逍遙散が、誤って入っていた。8種類の薬が処方されていた方において、その中に、本草葛根湯の処方があり、調剤者が本草葛根湯を調剤棚：引き出しより取った。(実際には加味逍遙散を取っていた) 調剤者は、本草葛根湯の調剤引き出しに、本草加味逍遙散が、誤って入っていたのに気づけなかった。 その後、他の薬とともに調剤者と監査者で監査をした。実際には、本草葛根湯ではなく、本草加味逍遙散を取っており、監査でも気づけずに加味逍遙散をお渡しした。他の薬剤師が、他の患者の処方、本草葛根湯をとる時に、調剤棚：引き出しに誤って、加味逍遙散が入っているのに気づき、在庫を確認して、それまでに葛根湯が処方されていた方で間違っていると思われる方に連絡をした。該当者は一人。まだ服用されておられなかった為、実際に処方されていた葛根湯をお渡しした。	本草葛根湯の調剤棚：引き出しに本草加味逍遙散が間違っ入っていた。調剤者は、本草葛根湯、本草加味逍遙散は、シートが似ている為、調剤棚：引き出しに間違いなく、葛根湯の引き出しにその薬が入っていると思い込み、取っていた。監査においてもシートが似ており、分包シートの名称を確認出来ていなかった為に間違いに気づけなかった。	調剤棚、引き出しに薬を入れるときには、十分に気を付ける。なるべく時間があるときに、複数人で棚、引き出しに入れる。調剤者は、取った薬が処方通りのものであるかをシートみて確認する。監査時には、シートに記入の薬品名を確認する。上記を常に実行する。	本草葛根湯エキス顆粒-M	本草加味逍遙散エキス顆粒-M		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2442	フルメタ軟膏&アクアテム軟膏のMIXの処方。軟膏容器に薬剤のシールを貼っているのですが、フルメタ軟膏をフランカルボン酸モメタゾン軟膏に変更したのにシールは先発のままで投薬してしまいました。軟膏を調剤しているときにシールの貼ってある軟膏容器が準備されていたが、調剤した薬剤師もシールの確認はしていませんでした。後で薬歴を書く時に投薬した薬剤師が気づきました。	思い込みで調剤者も投薬者もきちんと確認していなかったため、きちんと確認を徹底したいです。	確認不足の為、チェックを徹底したいです。			フランカルボン酸モメタゾン軟膏	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2443	しびれの症状の患者様にノイロビタン配合錠の処方処方医に疑義照会後 ノイロトロピン錠に変更	類似薬品名の処方医の入力ミス	類似薬品名は徹底注意			ノイロビタン配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2444	ムコダイン500 先発薬剤希望の患者様に対し、カルボシステイン500「トーワ」を調剤、投薬時に患者様側からの指摘により気付く。	調剤・投薬前に、後発品希望の有無の確認が怠っていたことが問題視される。	忙しくても、患者情報の確認を怠らずしっかり行うことが毎度必要であり・周知徹底した。			カルボシステイン錠500mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2445	患者家族より連絡。前日に交付した薬剤について、継続して服用している薬と比べいつもより大きいものが入っているとのこと。内容を確認したところ、バルプロ酸ナトリウムSR錠100mg「アメル」の処方、一包化指示である薬剤だったが、交付した薬剤がバルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーワ」であったことが発覚。患者宅へ訪問し交換する形として対応。クレーム、健康被害などはなかった。管理薬剤師による訪問であり、全職員に周知を行い完了。	混雑時の対応であり、一包化を行った薬剤師と同じ薬剤師が投薬を行ったため、確認不足であった。また、非常勤薬剤師が勤務に当たったため確認マニュアル等の徹底ができていなかった。	混雑、繁忙時でも一包化の確認は一包化を行った薬剤師とは別の薬剤師が行うことを徹底する。もし他の薬剤師が鑑査、確認を出来ない状況の際は、調剤したヒートの確認など、薬剤師ではない他職種の者が確認するシステムを検討、マニュアルに取り入れる。			バルプロ酸ナトリウムSR錠100mg「アメル」バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2446	EK6+味敗毒湯84包に対し、EK6+味敗毒湯42包+EK16半夏厚朴湯42包を混在してお渡し	包装が似ていた。商品が近くにおかれていた。	棚位置を変更した			クラシエ半夏厚朴湯エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2447	8/26処方の薬にニコランジル錠5mgが入ってないとTELあり。自宅に伺い作りなおして謝罪し持参する	一包化の薬でニコランジル5mgだけバラ包装。ヒート確認する際ニコランジル5mgだけ抜け落ちて気がつかなかった	一包化の薬の数確認。一包化した後のヒートの確認する			ニコランジル錠5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2448	患者様腹痛のため受診。その際ラックビー及びブスコパン錠を処方。患者プロフィールより緑内障患者である事を確認。ブスコパンにおいて緑内障患者禁忌のため主治医に疑義照会を実施。ブスコパンは処方削除となった。	患者様眼科にてアイファガン処方歴あり、プロフィールにて既往歴 緑内障を記入していたため処方監査時に担当薬剤師が発見。ブスコパン服用による緑内障悪化等の防止効果となった。	緑内障や糖尿病など既往歴のある患者については症状悪化を起こす薬が多いためしっかり患者プロフィールに情報を更新する事を徹底。			ブスコパン錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2449	ゼチーア錠を渡し忘れた	剤数が多く、確認ミス	確認徹底する			ゼチーア錠10	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2450	処方せんにはカルボシステイン錠500mg「サワイ」と記載されていたが、調剤録や薬剤情報提供書等にカルボシステイン錠250mg「サワイ」と記載されていた。薬剤自体は正しいものを交付したが、確認不足で誤った薬剤情報提供書や明細を交付してしまった。	なるべく早く患者に薬剤を交付しようと急いでしまったことが要因だと考えられる。	処方せんに記載されている薬剤と調剤した薬剤が正しいかチェックするだけでなく、調剤録や薬剤情報提供書にも記載ミスがないか必ず確認する。			カルボシステイン錠500mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2451	認知症の患者様なので 漢方薬と分包装を ホチキスで 留めてセットしました。42日分ですが ひと月位で漢方薬に 湿気が含まれ変色していると 報告ありました	漢方薬と 他の分包装を セットする時 ホチキスは 外れないし 早いので 留めてしまいました	漢方薬と 他の分包装をまとめる時は セロテープで 留める事			ツムラ抑肝散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2452	14錠シートを12錠シートと思い込み、計数間違い	プレマリン処方あり、調剤者が12錠処方に対し14錠シート1枚で調剤。交付時、計数間違いに気が付き、訂正してお渡しした。不妊治療で1回12錠調剤ばかりであり、1シート12錠と思い込んで調剤した。	シートの錠数は思い込まずきちんと確認することを徹底。薬によってシート状数が異なるので、誤りやすい薬は欄に「〇〇錠シート」と注意喚起の張り紙をすることにした。			プレマリン錠0.625mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2453	モラステープL40の処方箋をお持ちの患者さん、前回は同じ内容でした、患者さんから、この前、これを貼ったら、心臓がどきどきし、喘息もちなので、喘息発作が起きそうになったのではがしてしまったと言われた、能書を確認してみると、喘息が起きることが書かれていたので、モラステープL40は不適と思い、前にお持ちしたことがある、イドメシンコーワハップの方がよいのではないかと考え、医師へ連絡をとり、処方内容を変えてもらい、投薬した、	患者さんの話を親身になってきくこともだいじなことです、お薬手帳もよくよんだりすることもだいじです	アスピリン喘息の患者さんに気が付かないで痛み止めを投与したときも、患者さんが自分も知らずにいたこともあったので、服用しないとわからないこともあるので、色々注意をしなければいけないと思う。			モラステープL40	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2454	以前よりザイザル5mg 1錠 2×28日の定期処方を半割して分包していた。後発品レボセチリジン塩酸塩錠2.5mg「杏林」発売に伴い本品を調剤することに。56錠を払い出さないといけないところ、28錠調剤。監査時に気づき修正。	午前中最後の患者。ベテラン薬剤師の慢心が原因と考える。処方箋の数字にとられてしまったよう。	規格変更して薬剤を払い出すときには、調剤終了まで処方せんに付箋貼付するよう徹底することにした。			レボセチリジン塩酸塩錠2.5mg「杏林」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2455	多剤の1包化で99日分処方。バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200トーフ毎食後1Tずつ、セリプロロール塩酸塩錠200トーフ 朝食後1Tのシートが似ていることもあり途中の1包化からバルプロ酸ナトリウム徐放錠A200でないといけないものを誤ってセリプロロールで分包してしまった。監査をしている薬剤師が監査中に途中から違う薬で分包してあることを発見し再分包しなおした。	シートの色が告示していること、99日分と長い日数で週種類の薬を分包しないといけないことから誤ったとみられる。	落ちていて分包し薬をセットし分包機に落とす前に他の者が確認することにした。			バルプロ酸Na徐放錠200mg「トーフ」セリプロロール塩酸塩錠200mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2456	2剤の点眼薬のパッケージが類似しており、薬袋を入れ間違えるところであった。	薬歴への注意書き	薬歴への注意書き			アゾルガ配合懸濁性点眼液 デタントール0.01%点眼液	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2457	スルピリド割錠の分包でその前するように日分包のセロケン割錠が混入。履歴の確認をして患者に投薬後に調剤使直しお取り替えした。	急いでいた(どちらも)ため、また割錠後の錠剤が類似、分包器より落ちてくるはずが無いと思っていた慢心もあり投薬後に気がつきお取り替え出来た。	もし、不明な無くなった調剤中に錠剤などの周知徹底の情報共有。前日の調剤に関わったスタッフが当日はいなかった。また、似ているとはいえ当日の監査者、調剤者のコミュニケーションが不足にならないようにする。分包器の掃除もなかまで確認。			スルピリド錠50mg「サワイ」セロケン錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2458	定時薬として使用中のトリアゾラム錠0.25mgと新規処方のチャンピックス錠1mgを調剤し、投薬。後日患者より連絡がありトリアゾラム錠が入っていないと訴えあり。手持ちの薬を確認したところ、チャンピックス錠1mgとトリアゾラム錠0.25mg「日医工」を混ぜて自宅の薬ケースに入れていたことが判明。	・チャンピックス錠1mgとトリアゾラム錠0.25mg「日医工」の外観類似・トリアゾラム錠0.25mgは継続使用中の薬であったため、投薬時の説明が浅かった(効果、副作用の確認程度)・ヒートの状態では10Tシートと14Tシートで長さ(外観)が異なり、薬袋も異なるので混在のリスクについて注意が甘かった(患者は自宅で1錠ずつハサミで切って、薬袋からピルケースに移し替えて使用していることを把握していなかった)	患者の自宅での服薬状況(管理方法等)を十分に把握するように努める。継続使用中の薬であっても外観類似での取り違いの可能性があるものは投薬時に注意を促す。			トリアゾラム錠0.25mg「日医工」 チャンピックス錠1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2459	患者様本人がピタバスタチン錠1mgの錠数が明らかに少ないと来局。持参されたピタバスタチン錠1mgの錠数を確認し店舗在庫と照らし合わせたところ調剤ミス判明。お詫びして、不足分お渡しした。	ピタバスタチンの規格の注意に気をとられて、錠数の確認がおろそかになってしまった。	錠数確認の精度を上げるため、処方箋を見ての確認後、薬袋にいれる際にも確認を行う。			ピタバスタチンCa錠1mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2460	患者本人からいつももらっている薬のうち、ネキシウムカプセル20mgとクエン酸第一鉄錠の2種類が28錠しか入っていないと電話あり。店舗在庫確認し、それぞれ2カプセル、2錠在庫が多かったため、お渡し間違い判明。	薬品名の確認に気をとられ、数の確認がおろそかになってしまった。元々、28日分と30日分でミスすることが多い。	元々、ミスしやすいのはわかっているのだから、おろそかにせず、薬品、規格、錠数をしっかり確認していくようにする。			ネキシウムカプセル20mg クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2461	一包化調剤において、サインバルタカプセル30mgを調整しなければならぬところ、サインバルタカプセル20mgで取り揃え。1年目の薬剤師であったため、一包化前の薬剤確認時に、監査者が規格誤りを指摘し発覚。	サインバルタカプセルは20mg、30mgともに見目が類似しているため、保管場所を別にしていた(調剤棚と引き出しの棚)。しかし、知識不足等もあり、20mg以外の規格はないと当事者は思い込み取り揃え。	複数規格があり、保管場所をあえて変えている品目については、目印(他規格あり!)等を付ける。			サインバルタカプセル30mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2462	レボフロキサシン1.5%の処方をお渡ししたところ、0.5%の処方をお渡ししたと訴えあり。お詫びして、不足分お渡しした。	事務本人が2規格あることを知らなかった。投薬薬剤師もいつも1.5%のものをだしているため、%まできちんとみることなくお渡ししてしまった2。	規格の部分にマーカーで色をつけて注意を促す			レボフロキサシン点眼液0.5%「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2463	プレドニゾン1%散3gと処方箋に記載があり、患者から錠剤に変えてほしいとの依頼があり疑義紹介したところ、プレドニゾン5mg錠3錠と入力したはずのところを間違えて1%散3Gと入力された入力ミスが判明した	同様な容量で錠剤と散剤があること	手間をおしまず確認すること			プレドニゾン散「タケダ」1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2464	アトモキセチンカプセル40mg 60カプセルを集めるところ、84カプセルを集めてしまった。	アトモキセチンカプセルは14カプセル/シートであるが、10カプセル/シートと勘違いをしてしまった。	ウィークリーシートがあるものは薬品棚に明記する。			アトモキセチンカプセル40mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2465	ジルチアゼムを平素から服用中。今回追加でデエビゴ(5)が処方になったが、使用上の注意によりデエビゴは(2.5)へ減量へ。	デエビゴの減量対象薬を全員が把握できていなかった。早めに気付いていれば疑義までスムーズに出来た。	デエビゴの棚に併用で減量になる薬名を記載してスタッフ全員に周知出来るようにした。			デエビゴ錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2466	成人女性にクラリチンドライシロップ1g分1夕食後に処方。店舗では分包品を採用している。1回2包で服用する医薬品が、薬袋の印刷が1回1包となっていた。監査時薬剤師が誤りを発見。レセコン入力には誤りはなく、PC印刷設定に不備があった。誤りを正し、患者へ無事交付。	1回量の確認。監査時、薬袋印刷の1回1包に違和感を感じた。	PCの設定を修正。問題なく印刷されるように設定した。従業員全員で監査方法の流れを確認。			クラリチンドライシロップ1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2467	グリメビルド0.5mg「NP」のカセットにグリメビルド1mg「NP」が充填されているのが発見された。お渡ししてしまった可能性のある2人の患者さんのご自宅を訪問して確認したが、間違いはなかった。カセットの中にグリメビルド1mg「NP」500錠(1包装当たりの数)あることを確認した。	充填業務をする際はカセットと薬のバーコードを読み取り照合する手順になっているが、行わなかった。	グリメビルド0.5mg「NP」とグリメビルド1mg「NP」を両方もカセットがあったので、使用頻度の少ないグリメビルド0.5mg「NP」のカセットをなくしてDTAに変更した。カセット充填の際にバーコードの読み取りができない場合は複数人で確認することにした。			グリメビルド錠0.5mg「NP」グリメビルド錠1mg「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2468	いつも朝5種類ほどの薬剤を服用される方で、ロスバスタチンOD錠2.5mgでお出ししていたものを、前後に記載されていた他の薬剤の5mgの記載と見間違いロスバスタチンOD錠5mgで間違えて交付した。翌日薬が違うと患者本人より現物を持ち込みいただき発覚。	規格の複数採用が多く、PTPシートの色もあわせて監査するべきだと薬情による写真のチェックも行っていたが、それがおろそかになっていた可能性がある。	1人薬剤師であることも多く、繁忙の時もきちんと手順を守るように指導を徹底した。			ロスバスタチンOD錠2.5mg「DSE P」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2469	症状に合わせてクロベタゾン酪酸エステルローションとアンテベートローションを使っている患者が新患で来局。今回は普段と違うクリニックを受診し、デルモベートスカルブローションとアンテベートローションの処方せんを持参してきた。普段使っているものより強めのステロイドが処方されていることを説明したが、患者の症状とステロイドの強さが一致しないため、クロベタゾンとクロベタゾール(デルモベート)を間違えているのではないかと考え、疑義照会した後に処方変更となった。	クロベタゾールプロピオン酸エステル(デルモベート)の一般名には慣れていなかったが、クロベタゾン酪酸エステルローションを取り扱っておらず、両者の名前の違いにすぐ気づくことができなかった。普段使っているものを処方してもらったと患者の話を受けて、途中までデルモベートで間違いないと決めつけてしまっていた。	外用薬の一般名処方、薬剤名の前の部分だけで判断するのではなく、気を抜かず最後の文字まで確認する。類似名称のものには注意喚起のPOPをつける。ステロイド比較表の一般名と商品名を活用し、対応するものを確認する。			クロベタゾン酪酸エステルローション0.05%「イワキ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2470	30日分処方の薬が複数ありほとんどの処方薬は10錠のPTPだったが当該医薬品は14錠のPTPであり計数ミスで28錠しか集められていなかった。	繁忙と調剤していた処方箋の医薬品がほとんどは10錠のPTPだったが当該医薬品は14錠のPTPであり計数ミスで28錠しか集められていなかった。	PTPの錠剤数確認徹底。抱き合わせになった薬も開いて中の錠剤を視認して確認。			バイアスピリン錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2471	【正】シムピコートタービュヘイラー30吸入【誤】シムピコートタービュヘイラー60吸入	入力ミスから初期監査、鑑査、投薬時気付けなかった。	鑑査・入力照合では、医薬品名の指し確認や分割チェックを正しく行えるよう、手技の相互チェックを行い見直しをする。投薬者は自分で鑑査したものでも処方箋を見て医薬品の確認を行う。			シムピコートタービュヘイラー30吸入シムピコートタービュヘイラー60吸入	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2472	患者情報として低血圧のふらつきが見られたが処方箋に降圧剤が処方されていた。	医療機関に疑義紹介をして、処方から外して貰いました。	医療機関と薬局で情報を共有する事が必要である。			アムロジピンOD錠2.5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2473	・チモロール点眼液0.5%「ニッテン」 1日2回両眼 10mL・ラタノプロスト点 眼液0.005%「ニッテン」 1日1回両 眼 5mLの処方があった患者。チモ ロールは5mL包装のため2本、ラタノ プロスト点眼は2.5mL包装のため2本お渡 ししなければいけないところ、ラタノ プロストが1本で調剤されていた。今回 は正しく2本で調剤しなおしたが、前回 処方時に同処方ではラタノプロスト1本し かお渡ししていなかったことを思い出 し、前回の間違いが発覚した。患者に 謝罪し、前回お渡しできなかった分を お渡しすることになった。患者も「な ぜか次の受診の前に足りなくなったの よね」とおっしゃっており、早めに受 診していただくことになってしまっ た。	チモロール点眼液とラタノプロスト点眼 液の容器が同じ大きさだったため、同じ5 mL入っていると思い込んでしまった。	他の薬剤と外観が同じで充填量が異なるなど、 特殊な薬剤がある場合は薬局内で情報共有する。			ラタノプロスト点眼液 0.005%「ニッ テン」	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
2474	プラリア施注のない患者にデノタス チュアブル配合錠が処方されていたがこ のまま投与せよとの回答を得た。患者 には別の医院に行きプラリアを打って もらうよう指示が出た。	Drは患者が別の医院でプラリアを施注さ れていると思い込みデノタスを処方して しまった。薬局側よりプラリアの使用が ないことをお伝えしたがこのまま投与せ よとの回答を得、患者に別の医院に行き プラリアを打ってもらうよう指示を出し た。	お薬手帳に記載されている病院以外の情報も聞 き、患者の背景を確認する様にしている。			デノタスチュアブル配 合錠	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
2475	【般】ペボタスチンOD (10) をタ リオンでお渡し	読み違い	薬歴等をよく読み再度確認する			ペボタスチンベシル酸 塩OD錠10mg「タ ナベ」	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
2476	ボルタレンゲル50g×5本の処方 だった。本人に確認し25gでお渡し することになったがその時25gで1 0本のところ5本でお渡ししてしまっ た。	本人にチューブの規格の確認をして安心 できてしまい、総量の確認を怠って処方せ んに記載の5本でお渡ししてしまった。 総量を再度確認し、第3者にも確認をし てもらうようにする。	複数人での確認の徹底			ボルタレンゲル1%	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2477	酸化マグネシウム0.5g包を112包お渡しするところを56包でお渡ししてしまっ	慣れによる手順の省略で患者との確認を怠ったため。	調剤時や鑑査時だけでなく、投薬時も患者と薬と数があるか再度確認するように徹底する。			酸化マグネシウム* (丸石)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2478	【正】シクレスト舌下錠5mg 28錠交付【誤】シクレスト舌下錠5mg 14錠交付	調剤時の計量ミス、最終監査で気付かず	時間が掛かってしまうことがあらかじめ分かる時には、声がけをしておく。急ぐ時ほど冷静に鑑査を行う。			シクレスト舌下錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2479	一包化でメマンチンOD錠10mgのところをカルベジロール10mgを間違えて入れてしまった。患者さんに交付後に気づき、患者宅に行き正しいのと取り替えた。患者さんが服用する前だったので身体的影響はなかった。	前回残薬調整で夕食後の薬が処方削除になった。今回Do処方だった。投薬時に患者さんに確認したところ「夕食後の薬の残薬ない」ということだったので疑義照会して夕食後の薬が追加になった。一包化するときに、他の一包化する患者さんの薬を同時に扱っていたため、色・形が似ているカルベジロール10mgを間違えて入れてしまった。	現状、当薬局では調剤1人、鑑査1人なので鑑査を2人にしてトリプルチェックを行う。			カルベジロール錠10mg「サワイ」メマンチン塩酸塩錠10mg「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2480	正しい処方内容フルニトラゼパム 朝夕 1回1錠ニトラゼパム 寝る前 1回2錠 間違った処方内容フルニトラゼパム 寝る前 1回2錠ニトラゼパム 朝夕 1回1錠 2剤の用法用量が逆に分包されていた事に気づかず投薬し、患者本人が自宅で確認したところ間違えに気付いて薬局に連絡を頂いた。	これまでの処方箋、薬情、薬袋、調剤録をそれぞれ処方箋と照らし合わせて確認をし、一包化した薬を鑑査していた。	今回そのやり方で薬が入れ替わっていた事に気付かなかったため、処方箋で用法ごとに何錠かを確認してから分包されている錠剤数を確認する。			ニトラゼパム錠5mg「TCK」ジアゼパム錠5mg「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2481	フェブリク錠40mg 56錠調剤すべきところ、40錠で調剤し鑑査者も見逃してお渡ししてしまった。患者本人からの電話連絡があり、鑑査レンジの写真でも確認を行い発覚した。ご本人の希望で来局していただき、不足分をお渡しした。	フェブリク錠はもともとウイークリーシートを採用していたが、メーカーが10錠のみの販売に切り替えた。薬局の在庫が最近になって10錠シートになったため、フェブリクはウイークリーシートという思い込みがあった。通常は、注意喚起のための付箋等対策をとるようにしているが、今回は実施されていなかった。	メーカーの製造様式変更など、毎違いの原因になりそうなことがある場合は注意喚起のための報告と、調剤時に気が付くように付箋等で注意喚起を徹底する。扱いなれた薬でも、思い込みをなくししっかり監査を行う。事例を職場内・法人内で共有し再発防止に努める。			フェブリク錠 40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2482	一包化を潰して、バラした錠剤をそれぞれの容器に戻す際、マグミット錠330mgの中にウブレチド錠5mgが混入していることに気づかないまま、ランダムに選び取ったマグミット錠330mgの識別番号を確認した後に、監査を通さずマグミット錠330mgの容器の中にウブレチド錠5mgも一緒に入れてしまった。	1.薬局の中で決められたルールを無視した行動をとったこと。2.バラした一包化の余製表を最終的に確認して、ウブレチド錠5mgの存在に気付かなかったこと。3.マグミット錠330mgとウブレチド錠5mgの外観が類似していること。	薬局の中で決められたルール（バラした錠剤を元の容器に戻すときは薬剤師が必ず監査）を遵守する。バラした一包化の余製表も必ず確認する。			マグミット錠 330mg ウブレチド錠 5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2483	プレドニゾン錠の漸減療法中の患者様。 今回、前回処方分（2020.06）の残薬を持参していた。服薬間違いがないように一包化をしており、残薬は14包確認した。今回のプレドニゾン錠は2T1×朝食後で、前回からのDo処方であった。 監査時に残薬を確認したところ、14包のうち6包はプレドニゾン錠が3T1×で一包化されていた。日付を確認すると、前々回処方分（2020.05）であった。 残薬調整日数を訂正し、再度6日分の一包化を作成し、正しい用量で交付した。また、漸減中の服薬漏れは体調悪化につながることを患者へお伝えし、今後服薬を改善できるよう指導した。	一包化されていたため、袋の数だけで判断してしまった。今回は錠剤の大きさ・色も判別しにくいものであった。	一包化印字の日付・錠数を必ず確認すること。刻印不明時も確認をしてから使用できるかの判断をすること。監査時にも日数の照合だけでなく、残薬の中身も必ず確認すること。上記の再確認を行いました。			プレドニゾン錠「タケダ」 5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2484	バルサルタン錠80mg「サンド」の1シートが14錠であるが、1シート10錠と計算し調剤。調剤者と同一人物による鑑査時に数量の違いに気付き患者様へは適切な数量を交付	1シートが10錠という固定概念によって今回のようなヒヤリハットが発生。	1シートが14錠や12錠といった包装単位にはあらかじめ調剤時に把握できるように注意シールを作成する。多忙でも1シートが何錠単位かを数える。			バルサルタン錠80mg「サンド」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2485	重質酸化マグネシウムが、3g/分3で処方されたが、1日量が多いと思い疑義照会した。1g/分3に変更になった。	処方医が、マグミット錠330mg 3錠/分3と間違えて、1日量3gと処方入力したようだった。常用量を超えた処方はず疑義照会して確認する。	薬の常用量を覚えて、それを超えて処方されている場合は疑義照会し確認してから調剤する。			重質酸化マグネシウム「ニココー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2486	ネキシウムカプセル20mgの調剤棚に、ネキシウムカプセル10mgが100カプセル混入していた。調剤前に発見され、大事には至らなかった。	ネキシウムカプセル20mgと、ネキシウムカプセル10mgの外観が類似しており、複数規格ある医薬品でも見抜けず充填してしまった。	充填前に必ず医薬品の名称および規格を確認し、充填先のそれと一致しているか指差・呼称で確認する。			ネキシウムカプセル20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2487	アドフィードバップ40mgが10袋処方される患者に対し、普段は7枚/袋を10袋調剤だが、間違えて6枚/袋で調剤した。投薬時患者さんに見せながら確認を行っていると思患者さんの方からいつもと袋のデザインが違うと指摘があり、間違いに気付いた。	薬剤師が1人のタイミングで自分で調剤・監査を行い、ダブルチェックが出来ていなかった。事務の方に数だけ確認していただいたが、1袋何枚入りかの確認はスルーしてしまった。ポリムスも同じ薬であれば何枚入りかまでは監査できないため、投薬時患者さんにお渡しする直前まで気付くことが出来なかった。	・患者さんの引継ぎ事項(薬歴)に“!!!!!!アドフィード40mg 7枚入りで調剤!!!!!!”と目立つようにポップを設定。 ・貼り薬が置いてある調剤棚にも「他規格(枚数違い)あり 注意!!!」と記載。			アドフィードバップ40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2488	ケアラム処方開始最初は1錠分1朝食後のみだったが 処方4週間後に2錠分1朝食後に変更ケアラムは4週間後は2錠分2 朝夕食後に変更しないとけない	ケアラムの変則的な服用方法の習熟が不足していた	変則的な服用のものをリスト化して今後の注意喚起につなげた			ケアラム錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2489	本来ならば、ファムビル錠250mgが処方される予定だったが、ファロム錠200mg 3 T1日3回毎食後7日分が処方された。患者からの聞き取りにより、処方内容に問題ないと考えそのまま調剤・投薬したが、症状改善ないため後日再診。その時に処方入力ミスが判明、処方医から電話連絡あり。再診時、ファムビル錠250mg 6 T1日3回毎食後7日分へ処方変更された。	患者様からの聞き取りから、問題ないと思い投薬したが、自覚症状や医師からの説明内容の確認不足と考えられる。	投薬時、症状や医師からのからの説明内容などの聞き取りをきちんと行う。少しでも疑わしき点があれば処方医へ疑義照会を行う。			ファロム錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2490	ゾルピデム錠10mg「明治」をお渡しするところ、マイスリー錠10mgをお渡ししてしまった。日内棚卸時、在庫が合わず判明。患者様へ連絡したところ、先発品でも構わないとのことだったため、交換は行わなかった。	普段はGE品の処方が多く、先発品でビックニングされていることに気が付かなかった。	目視による鑑査ではなく、指差し鑑査も徹底する			ゾルピデム酒石酸塩錠10mg「明治」 マイスリー錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2491	処方箋にはブラバスタチンナトリウム錠5mg「日医工」と記載があったが、集薬された薬がアトルバスタチン錠5mg「サンド」であった。他の薬で変更点があったのでその薬のことに注意がいきってしまい、間違えて集められた薬を問題なしとしてそのまま投薬してしまった。後日、患者様から服用するときに薬が違うことに気づき、ミスが発覚。すぐに患者宅に訪問し謝罪し正しい薬と交換した。	繁忙時の患者様で、調剤、監査共に余裕のなさでミスに気づくことができなかった。投薬では薬を見せて投薬をしていたが、前回処方と比べ変更点のあった降圧剤について重点的に説明をしていたので、ミスに気付かなかった。	繁忙時の調剤、監査では一呼吸おいて気を付けて監査をしていく。			ブラバスタチンナトリウム錠5mg「日医工」 アトルバスタチン錠5mg「サンド」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2492	ザイティガ初回投与の患者に対して500mg/日・28日の処方が出ていたが、投与量のみ500mg/日でよいか処方医に確認し、変更もなかったため処方箋通り調剤し交付した。後日、ヤンセンファーマのMRより薬局に連絡があり、ザイティガの初回～3ヶ月間は2週間ごとの肝機能検査が必須であり、14日処方でないとは病院側のレセプトが切られてしまう可能性があるとの報告があった。	調剤するうえで、添付文書と適正使用ガイドの確認は行い、投与日数制限など記載はなかったため、投与日数については疑問を持たず調剤した。当薬局でも初めて扱う薬ということもあり、保険上、初回～三か月は14日処方ということを知っているスタッフもいなかったため、肝機能低下に付随する副作用についての説明は行ったが病院での肝機能検査の実施の有無については患者に問うことはなかった。	ザイティガに関して、投与初回～3ヶ月以内は14日までの投与日数である事を周知し、14日以上処方が出ていた際は処方医に必ず確認することを徹底する。			ザイティガ錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2493	他の眼科を受診後に他の薬局で調剤され、投薬を受けている。その後の症状で本眼科を受診されたが、医師に同じ薬での用法変更のみであったので、処方箋は発行されなかった。受診後、どう指示されていたか記憶があいまいになってしまい当薬局に来局。患者インタビューにて、医師の指示を持参された薬袋に記入してお返しした。	患者は用法変更で済むとは患者は思っていなかった。新しい用法について書かれた物がもらえると思いついていた。医師は患者がメモを取っていないことに気が付いていなかった。新しい用法について一度で理解すると思っていた。	薬局がお薬相談窓口を掲げているので、処方箋が無くても入ってきやすかった。			オドメール点眼液0.1% トスフロ点眼液0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2494	先に全ての錠剤をばらし、15/60をまく際にカップに入った錠数をまき終え錠数が合わないのに気付く。多く撒いた分(アムロジン錠)を取り除く際に、形状がよく似たコニール錠を間違え、9/15包にアムロジン錠が2錠入り、コニール錠が入っていない。	繁忙と人数不足での焦りがあり、調剤・監査に注意力が足らなかった。	一包化する前に錠数の確認と棚に戻す際には最低でもWチェックを行う。			アムロジンOD錠5mg フェブリク錠20mg コニール錠4アリセプトD錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2495	秤量ミスした薬剤を元の瓶に戻す際、間違えて別の薬品の瓶に戻してしまった。	第三者に確認してもらってから、戻す	第三者に確認してもらってから、戻す			パンテチン細粒20% 「KN」 酸化マグネシウム原末「マルイシ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2496	入院中服用していた「ザクラスHD」を間違えて「レザルタスHD」と転記して処方箋発行。薬局で処方箋どおりの「レザルタスHD」を調剤して服薬指導中に患者とのやりとりの末、違う薬剤であることが発覚。疑義照会し「ザクラスHD」に変更になった。	にかよった名前の薬剤の病院による転記ミスであると思われる。	特に初回は、投薬時に詳しく薬剤を目視で患者に確認してもらう事が大切です。			ザクラス配合錠HD レザルタス配合錠HD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2497	マグミット錠330mg 168T 処方で100Tのアルミ包装と68Tのシートの商品と同じ薬袋に入れる。今回初めての処方。昨日来局され 先月のマグミット錠が半分の量しか入ってなかったと。なくなってからは飲んでなかったと。薬局の在庫確認をするがほぼあっている。次の日電話があり、ロトリガの薬袋に入っていたと。100T分が。よく似てるので薬局が入れ間違いしたといわれる。マグミットの薬袋からこぼれた100T分を、ロトリガの薬袋に患者が入れたと思われる。こちらはマグミット100Tアルミ包装とロトリガ7包装が似てるとは思わないが、低調にお詫びをする。	100T包装のものをアルミ包装のまま渡すときは、しっかり説明するか、アルミ包装から出して渡すこと。	薬袋から溢れないように、同じ服用時点でも別の薬袋を準備する。これは当該患者からも今回希望される。投薬口にカメラを設置するのも一案かと思う。			マグミット錠330mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2498	施設入居者の処方箋を受け、[般] パルプロ酸Na錠200mgを採用薬であるパレリン錠200mgを使用して一包化。施設入居者であることから、便宜のため一包化の可否をメーカーに確認した上で調剤した。吸湿しやすい薬剤であることは理解していたため交付時に乾燥剤をつけ、施設側にも吸湿への注意喚起はしていたが、交付後2ヶ月で施設より変質の連絡が入ったことで発覚。変質部分を再調剤し、乾燥剤を入れて再交付。	夏場で湿度の高い時期だったことや、85日分と長期処方だったことが原因。メーカーからの情報を元に、バラ錠も販売されていることから一包化可能と判断したが、施設での保管状況も万全ではなかったことが考えられる。	毎回長期処方のため、再度吸湿しての変質を防ぐためパレリン錠の一包化はしないことで統一。PTPのホチキス留めも穴が開いてしまう可能性を考慮し、セロテープまたはテープのりで分包紙に接着して交付することとした。			パレリン錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2499	患者様が医師にツムラ加味逍遙散の処方依頼を行ったが処方されたのがツムラ加味帰脾湯であった。ツムラ加味帰脾湯は5年前に調剤履歴があり追加理由も精神神経症状であったため問題なしと判断し投薬。患者様もツムラ加味まで同じ名前であったため気付かず、帰宅後外観の違いで違う薬だと発覚し電話相談があった。再度病院に受診して処方の再発行を行い、薬剤の交換を行った。	過去に服用歴があったこと、症状とそれに対する効果が問題なかったことが要因と考えられる	名前も同じ部分があり、一部効果効能も同じものであったため漢方の番号あるいは外観の色が間違いないか確認する必要がある			ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒 (医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2500	エクメット配合錠HD分2とメトホルミン500mg 3錠 分3処方 メトホルミンが1日2500mg/日になってしまい、1日最大量の2250mgを超えてしまったため疑義照会。エクメット配合錠HD分2とメトホルミン500mg 2錠分2へ変更	しっかりと事前に鑑査をし、成分の重複の確認などを必ず行う。重複で最大量を超えないように必ず確認する。	配合錠と同じ成分が処方されることは多々あるため、最大量、入っている成分などをしっかりと鑑査時に確認する。			メトグルコ錠500mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2501	ベンケア5mgのところOD5mgで調剤し、監査の時点で気付き作り直した際、分包紙の印字を夕食後から朝食後になって調剤してしまいそのまま老人施設に渡してしまう。施設の方が間違いに気付き発見される。	分包の作り直しの際に、パソコン入力の時、朝と夕食後を勘違いして入力し分包した。監査の人も中身の確認だけして、分包紙の印字の確認を忘れ大丈夫だと思い込みにより怠ってしまう。分包紙の中身のお薬だけでなくその時、その時、マニュアル通り、日付の印字、用法、名前、施設名など分包紙の印字を確認していく。	その都度、調剤者、監査する者が確認するように伝え、ミーティングなどで再度、確認しあい、気をつけるように指導していく。			ベンケアOD錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2502	クラリス錠がクラリスロマイシン錠の箱に直されており、ピッキングでは気付かず、鑑査の際、薬剤師が発見	薬剤の名前・箱が類似していたため、箱を見間違えて直していた。	薬剤を直すときはしっかり箱と文字を見て、確認を怠らないようにする。			クラリス錠200 クラリスロマイシン錠200mg 「タナベ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2503	自動分包機のカセットにピオスリー配合錠でなくピオフェルミン錠を充填して分包した。	名称が類似	ダブルチェックをする			ピオスリー配合錠 ピオフェルミン錠剤	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2504	重曹錠500mg 105錠処方された。1シート10錠シートと勘違いして10シートと5錠ピッキング。薬の監査時に間違い発覚	1シート10錠であるという思い込み。	1シートずつ確認するように声掛け、ピッキングした人以外の人も確認をお願いする。			重曹錠500mg 「マイラン」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2505	一包化調剤の際、パリエット10で調剤するところ、パリエット5で作成。投薬前監査で発見。一方化調剤をやり直し、投薬。	連休明けで繁忙なうえに一包化調剤が連続し待ち時間が伸びていて焦りがあった。	落ち着いて調剤し、繁忙なときはおちついてよく監査をする。			パリエット錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2506	ジクロフェナクNa点眼液0.1%「ニットー」1日4回右眼処方のところ、プロムフェナクNa点眼液0.1%「ニットー」1日4回右眼で調剤。調剤者・交付者ともに気付かず、お渡し。次回受診時、主治医が発見し薬局へ連絡あり。プロムフェナクNa点眼液0.1%「ニットー」：約1ヶ月ほど1日4回の点眼されたが、現在目立った症状なし。	通常と異なるスタッフの勤務・スタッフ人数少であり、店舗内多忙な状況。薬剤名・外観の類似と慢心・焦り・心配事あり。監査が甘く、ジクロフェナクとプロムフェナクの取り間違いに気づかず、交付。	・監査の徹底・類似薬など間違いやすい薬剤のピックアップ、対策の検討・実施、スタッフ全員で共有・常勤スタッフ以外の教育の徹底・取り扱い薬剤の在庫数をこまめに確認			ジクロフェナクNa点眼液0.1%「ニットー」 プロムフェナクNa点眼液0.1%「ニットー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2507	座薬が処方されたいたが患者様が要望したのは軟膏であった。	混雑していて早くさばかなければいけないという心因的要因が一番大きい	混雑していても薬剤がいつもと同じかどうか必ず確認し、患者様にも確認を取る			プロクトセディル軟膏	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2508	アレルギー性鼻炎の薬が新規追加。ピラノア錠20mg が処方されるところ、ビレスバ錠200mg が処方せんに記載されていた。患者とのお話で相違があったため疑義照会をしたところ、カルテにもアレルギー性鼻炎のためビレスバ錠200mg を処方と記載されていたそうです。	処方医の勘違い。肺線維症の病名は患者に付いていなかった。	投薬時に新規追加や変更の場合には、理由について確認を今後も徹底していく。			ビレスバ錠200mg ピラノア錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2509	ベボタスチン10mg 朝 寝前 30日処方を14シート枚と4錠で調剤 投薬時に不足に気づき 14シート2枚→4枚と4錠で調剤し直す。	14日処方が多いため、慣れで14シート 2枚で調剤	14シートで調剤する場合は電卓を使用するように改善			ベボタスチンベシル酸塩錠10mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2510	処方でヤーズ配合錠が処方されたが、当薬局に在庫が無く他の薬局から小分けしてもらった事になった。小分けの伝票はヤーズ配合錠になっていたが、薬品はヤーズフレックス配合錠が小分けされていた。監査の時に監査システムでエラーが出て薬品が違うことに気が付いた。小分けしてもらった薬局に確認したところ、ヤーズ配合錠の方は在庫していなかったため、他の薬局からの小分けになった。	小分け依頼した先に、ヤーズフレックス配合錠しかなくヤーズ配合錠と同じ思い込んでしまった可能性がある。購入の際に、伝票の名前は同じで薬代もあっていて、薬品名の確認をしていなかった。普段扱わない薬だったので、ヤーズ配合錠とヤーズフレックス配合錠がある事を認識していなかった。	薬品小分けの際には伝票と薬品の名前を確認する。			ヤーズ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2511	処方せんにはホクナリンテープ2mg の記載があった。8歳 23kgのため1mgが妥当であった。交付時に気づいて疑義照会し、1mgに変更になった。	休日当番であったが、よくみている処方箋であり、慣れていたので。	監査者とダブルチェックを徹底する。			ホクナリンテープ1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2512	カルボシステインDS50%1g/分2 7日分で処方あり。当薬局には、カルボシステインDS50%の分包品(1g/包)のみ採用。本来であれば、分包品7包をバラして14包へ再分包するべき所、ヒート品(1g/包)を14包でお渡し。お渡し後に、調剤ミスに気づき、母親に連絡し、正しい分包薬と交換。	繁忙時間であったことに加え、一緒に処方された薬剤(オロパタジン)の在庫不足のため不足薬剤の小分け依頼・受け取りが重なり、監査がおろそかになった。	分包品の規格・用量を再度確認し、小児の処方の際は、他薬剤にも2重で監査してもらう。			カルボシステインDS50%「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2513	プレドニゾロンが入っていないからならぬところにサラジェンが入っていた	バラした錠剤を使用していたがそこにサラジェンとプレドニゾロンが混在していた。	バラした際に分包数が一致しているか分包紙したうえで刻印を確認して相違がないか確認するようにします。			サラジェン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2514	リカルボン錠50mgの用法が一ヶ月に一回のところ、処方箋に週一回処方と記載されていた	週一回の薬と勘違い	服用スケジュールの確認			リカルボン錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2515	外観が良く似ている、クリンダマイシンゲル「クラシエ」およびルリコンクリームが同時に処方された患者さんがいた。	医薬品包装の類似	患者さんの手に渡ったのち、誤使用しないように、それぞれすべてのチューブに部位シールを貼付して渡した。			クリンダマイシンゲル1%「クラシエ」ルリコンクリーム1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2516	処方されているツムラ24が1列(3包)多く調剤されていたために監査者が戻そうとしたところ、当局でよく処方されているツムラ54の方にしまいそうになった。	デザインがそっくり。置いてあるエリアが近い。処方のされ具合に差がある。	個人ではしまわずに戻しボックスのようなものを作成し、一旦そこに集める。漢方薬のみならず、錠剤・カプセル等をカセッターや箱に戻す時もダブルチェックを行ってからしまうようにする。			ツムラ加味逍遙散エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2517	一包化にアゾセミド60mgをいれる所、頓服薬で処方されていた30mgを誤って入れてしまった。その後の監査にて残っている頓服薬の規格が違うことに気づいて作り直した。	ピッキングする薬剤は合っていたのだが、一包化の服用タイミングで分けているのだが、繁忙時でその際に規格を間違えて選んでしまった。	薬袋での確認がどの薬剤を入れるのか見やすいので、処方せんと薬袋での確認を行うようにする。			アゾセミド錠60mg「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2518	バナンドライシロップが2g分26日分指示であったので12包の取り揃えでよい。100mg/包の分包品の取り扱いが多数のため、50mg/包での調剤の際に勘違いが生じ24包取り揃えてしまった。取り揃え以前に小児用量の確認の換算をしたので有効量と秤量の混同が起きたと思われる。	50mg/1gであることについての共有が不足していた。小児へのDSの調剤が少なく、忙しい時間帯に体重を確認して服薬量の安全性を確認する必要がある。	取り違えがありそうな分包品(1g/包 100mg/包ではない分包品など)について情報を共有しておく。今回投薬前に発見できたように、必ず調剤と監査を別人で実施する。			バナンドライシロップ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2519	なかなか症状が改善せず皮膚科を転々としている患者。新しく皮膚科をみつければ処方してもらい他薬局で調剤受け取り。同じ薬が欲しいが遠いし仕事が忙しくて受診できない。 近隣病院(整形外科)にて同じ処方を希望して処方してもらった。仕事に抜けて処方箋を当薬局に持参、「後で取りに来るから用意しておいて」と仕事に戻られる。一般)フルオシノニドクリームとプロベトを混合と処方箋に記載されていたので入手しやすかったトプシムクリームで発注した。発注後、一般)フルオシノニドクリームには作用が違うトプシムクリームとトプシムEクリームがあることに気が付き電話にて患者に確認。トプシムEクリームを使っているとの事で、トプシムクリームの発注をキャンセルしてトプシムEクリームを発注して調剤した。	患者が慌てていて処方箋のみ薬局に預けて離れられた。病院も診療科が違う為、患者希望されるまま同じ薬を処方した。この時、一般名処方にされた為、混乱。薬剤師に知識が足りなかった。	お薬手帳持参のお願いと徹底。			トプシムEクリーム0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2520	ロキソプロフェンテープ冷感をお渡ししたいのだが、入力、調剤、監査をスルーして温感の処方だったが冷感を渡してしまった。	情報	スタッフ間の徹底			ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイハウ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2521	フェキソフェナジン塩酸塩DS5% 「トーフ」1日量0.6g分2朝夕食 後5日分の処方あり。薬局備蓄が0.3g 包装だったので1回1袋で全量10袋の ところ、1回2袋で全量20袋でお渡し。 薬袋とお薬の説明書も1回2袋での服用と 記載。お渡し後すぐに気づき患者様のご 家族に電話。すでに1回分服用されていたが 以前服用したことがあったので、1袋のみ 服用されていた。患者様ご自宅に行き、調剤 過誤を謝罪。多く渡していた薬を回収、薬袋 とお薬の説明書を訂正を行った。	一人での薬剤師勤務の時間帯に、複数の 医療機関からの患者様が重なり慌ててしま った。以前フェキソフェナジン塩酸塩DS5% 「トーフ」の調剤したときに1回2袋でお渡 ししたことがあり、思い込みがあった。	粉薬や液剤の調剤のときには、全量の確認を調 剤録と行う。投薬時の再監査を徹底する。			フェキソフェナジン塩酸塩DS5%「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2522	自動調剤分機のカセットがうまくまわらず 詰まることがおおきく中身を確認したところ 酸化マグネシウム錠330mg「ケンエー」の カセットの中に酸化マグネシウム錠500mg 「ケンエー」がはいっていた。錠剤は一回り 以上おおきかったので分包には落ちてな かった。	カセットの充填時に確認などしていなく 間違えて補充してしまった可能性がある。	充填時に他の薬剤師による確認をすることで 充填ミスを防ぐようにする。			重質酸化マグネシウム「ケンエー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2523	いつもと同じメモリーOD錠20mgとレ ミニールOD錠8mgが処方されていた。メモ リーは28錠、レミニールは56錠必要だ った。1箱の包装のまま調剤ができたため 箱から出したがアルミ包装からは出してな かった。メモリーは1箱28錠、レミニール は1箱56錠だが、実際はメモリー28錠、 レミニールは112錠あった。	メモリーが28錠包装でそれを先に見てしま い勘違いした可能性があります。レミニール はメモリーの倍量だったのでアルミ包装が 2個ありそれを28錠×2で56錠と思い込 んでしまった。	調剤までは包装のままでもよいかもしれな いが、監査、投薬時はシートの形にして数 を目で確認するようにする。アルミ包装に 書いてある包装数をかならず確認するよ うに気をつける。			レミニールOD錠8mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2524	【正】フェブリク40mg 1日1回 90日分 90錠でお渡し【誤】フェ ブリク40mg 1日1回 90日分 66錠でお渡し	1シート10錠の所14錠と思い込み、 調剤、最終鑑査でも気付かず交付してし まった。	投薬時に患者と一緒に処方箋と照らし合わせて 数の確認を行う。その際、輪ゴムは外して確認す る。鑑査が終わっていても、もう一度内容を見直 し、内容と数が間違っていないか確認する。思い込 みで鑑査をせずに、しっかり輪ゴムをばらして数 の確認を行う。焦っていても鑑査を流れ作業にし ない。			フェブリク錠40mg	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
2525	先発希望ということでアレグラ錠を ピックアップしたが、薬品棚に後発品が 入っており混在してしまった。投薬時 に気づき、変更した。	薬品棚の位置は離れていたが、アレグラ 錠と後発品のフェキソフェナジン錠の包 装が似ており、納品時において薬品棚へ 入れる際に誤ってフェキソフェナジン錠 をアレグラ錠の棚に入れてしまった。	納品時と包装開封時の薬品確認をそれぞれ徹底し た。			アレグラ錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
2526	つくしAM配合散 3包 21日分の処方 に対し 正しくは63包調剤すべきとこ ろ誤って21包調剤し 投薬してしまっ た。	調剤当時 混雑しており当該薬剤師が調 剤し 鑑査 投薬を担うことになった。 つくしAM配合散は1袋あたり21包でアル ミ包装されており それを3袋調剤すべ きであったが21包と21日分を誤認し1袋の み調剤した。	アルミ包装に入った分包品の鑑査は 中が見えな い分注意して鑑査を行う。			つくしA・M配合散	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
	鑑査時 つくしA、M配合散のアルミ包装に記載された21包入りの文字を確認した。初回の薬であったため投薬時に患者様に見て いただくためと 中の数を直接数えることで再確認となることを目的にアルミ包装を開封した。その後 21包を直接数え確認した が 調剤の段階から21包と21日分を誤認していた思い込みや 途中でアルミ包装の開封という作業を行ったことで 総数の確認が 疎かになり 分包の誤りに気が付かなかった。本来アルミの包装を開封する前に全分包を確認すべきであった。						

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2527	新規患者で、手書きの処方箋が持ち込まれた。一般名で、テオフィリン徐放錠200mg 2錠 朝夕食後 と記載があり調整者は持続時間の記載がないのにも関わらず在庫のあったユニコン錠200mgを調剤した。監査者が気が付き疑義照会し、持続時間12~24時間で確認がとれた為、テオドール錠200mgを調剤した。	調剤者は思い込みで、持続時間の記載がないにも関わらずユニコンを調剤してしまった。	ユニコン・テオドールの欄に作用時間の記載を行い注意喚起した。			ユニコン錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2528	9/7(月)に平素より当局を利用されている患者さんが、一包化の処方せんを持参。予製して一包化(アロプリノール50mg・トフィンパム50mg・他4種)と持参処方せんを確認したところ今回よりアロプリノールが削除になっていた為、一包化の修正(アロプリノール50mgを抜き取る)作業を行い患者さんに投薬。抜き取って不要になったアロプリノール50mgはグループ店舗に分割販売した。 9/12(土)にグループ店舗から「分割された医薬品がアロプリノール50mgではないようだが?」と連絡。すぐに患者さんに連絡を取り、訪問・確認したところ、アロプリノール50mgは一包化に入ったままで、誤ってトフィンパム50mgを抜き取っていたことが判明。患者さんに謝罪をし、服用状況を確認したところ5日間服用を確認、併せて健康状態も異常なしを確認し回収し修正作業を実施した。	処方変更で一包化の修正(抜き取り)作業が生じた事で、(お待ち頂く旨の声掛けはしていたが)少し焦ってしまった。また、アロプリノール50mgとトフィンパム50mgの色・形状が似ていた。抜き取ったモノをPTPの耳と一緒に監査に回したが、PTPに入っているアロプリノール50mgとの比較を忘れてしまった。老眼で錠剤の刻印が見えにくい状況になっていた。	修正に時間が掛かる旨を説明したので、必要以上に焦らない様に心掛ける。可能であれば患者さんに一旦帰宅して貰い、出来上がってからの来局や配達も打診する。(落ち着いて作業をする為に)抜き取った医薬品は、比較するためのPTP製品を側に置き確認できるようにする。(監査担当者にも同様にしてもらう。)老眼による識別能力低下は、眼科受診で遠近両用コンタクトへの切り替えを近日中に実施する。			アロプリノール錠50mg「サワイ」 トフィンパム錠50mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2529	シクロスボリンカプセル50mg「ファイザー」からシクロスボリンカプセル50mg「トーワ」に薬局内の採用メーカーを変更したが、採用変更後薬局された当該患者様への投薬の際、レセコン入力が「ファイザー」となっているままで「トーワ」の製品をお渡ししてしまった。薬歴記入の際に発覚したため、ご本人に連絡し、今回より採用メーカーが変更となっており、薬情記載のメーカーと異なっている旨説明。薬価の違いがあり返金が発生しているため、次回返金させていただくことで了承していただいた。	薬品の名称変更や採用メーカーの変更の際に起きやすいミスであると思われる。薬局側としては同じ成分であるため気が緩みがちであるが、患者から見れば薬情に記載の薬品名と実際にもらった薬品名が異なれば不安になるとされる。	全スタッフへの周知徹底に努める。また、新名称の薬品(新規採用メーカーの薬品)の引き出しに監査時名称注意等の掲示をすることで、注意喚起を行う。			シクロスボリンカプセル50mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2530	【正】77c pをお渡し【誤】63c pでお渡し	調剤業務において、棚に入っていた28c p入りの未開封箱をとり、棚の上にあった箱(14c p入り)を充填し残りを調剤した。棚に入っていた箱は28c pだったため棚の上にあった箱も28c pと思いこみ、誤った数を調剤した。また、鑑査時には1つ目の箱が28c p入りであることは確認したが、もう一つも同じだろうとの思い込みから確認を怠ったため気が付かなかった。交付時は、2箱あることと端数があることはユニパックから見えていたため、ユニパックから開けての確認はしなかった。	代表JANは14c p/箱についていたが、発注数量に合わせて28c p/箱も発注していたため、鑑査時、開封有無および箱に含まれる個数を1箱ずつ目視にて確認することを再度周知。吸入薬は箱をあけてお渡しすることを共通ルールとする。			ウルティプロ吸入用カプセル	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2531	ピロリ菌治療にてポノサップとピオフェルミン錠が処方された。ポノサップの効果によりピオフェルミン含有菌が死滅してしまい、軟便予防が十分に行えない可能性があったので、ポノサップに耐えうるピオフェルミン錠に変更してもらう必要があった。疑義照会により、ピオフェルミン錠からピオフェルミンR錠へ変更となった。	軟便や下痢により内服を中断してしまうと、除菌成功率が大幅に低下してしまう可能性がある。ポノサップを7日間飲み切ることができるように、副作用を予防する必要がある、処方内容を変更してもらう必要があった。	特になし。			ピオフェルミン錠剤	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2532	今までフラビタン錠が処方。今回フラジール内服錠で処方。投薬時、患者様より体調変化なし、処方変更の話はなかったと聴取。疑義照会してフラビタン錠に処方変更となる。	フラビタン錠が出荷制限となっており、病院の薬剤マスターから処方できないようになっていた。フラビタンを処方しようとして薬剤名が類似しているフラジールが誤処方されたと考えられる。	投薬時にしっかりと患者様からの情報を聴取する。			フラジール内服錠250mg フラビタン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2533	【正】ヒルドイドローション0.3% 50g 10本【誤】ヒルドイドローション0.3% 25g 10本	ピッキング時、50g製剤のバーコードを通した後、棚に10本充填されていないことに気が付き、棚上部から25gをバーコードスキャンすることなくピッキング完了した。	棚に充填されていない薬剤を新たにピッキングする際は、再度バーコードスキャンする。箱出して鑑査完了されている薬剤も、しっかり中を開けて実薬を患者様に見せる。処方箋記載の包装単位と実薬の包装単位の照合をする。			ヒルドイドクリーム0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2534	前回はカンデサルタン錠8mgが朝食に処方されていたが今回から夕食後に変更になっていた。	コンピューターに入力された情報が正しいと信じて調剤したこと	最終的に処方箋を見て監査する。			カンデサルタン錠 8 mg 「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2535	遠方の病院受診、処方箋持参の患者。前回は他薬局で薬をもらっていた。今回の処方箋は2点疑義紹介をし、煩雑であった。ツムラ当帰芍薬散を出すはずだったところをツムラ芍薬甘草湯で調剤、そのまま監査スルー、投薬時会話の曖昧な所あり、引っかかることなくそのままお渡ししてしまった。同日、いつもの漢方と違うとTELあり、発覚。差し替え、お届けした。	3包7日分とツムラ芍薬甘草湯でも出そうなる量だったこと。当薬局は整形門前薬局であり、ツムラ芍薬甘草湯をかなりの頻度で処方あり、いつもの、という思いから処方箋記載の字をよく見ていなかった。	漢方薬に関しては、類似名も多いため、特に薬名に〇〇を付けるなどしてしっかり確認する。また間違えやすい漢方薬に関しては特にピックアップし、職員全員に認知してもらう。			ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2536	ハチアズレ規格間違い	不注意	慎重に監査			含嗽用ハチアズレ顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2537	一般名 ロキソプロフェテープ100mg 温感の処方。普段は非温感の処方を受け付けることが多いため、疑いなく非温感タイプをピックアップしてしまった。普段応需する医療機関と異なるので念のため処方を確認したら温感と気づき、温感タイプのものをピックアップし直しました。	普段非温感タイプのものしかピックアップしないので思い込みがあった。	ロキソプロフェテープ100mgには温感と非温感タイプがあることをスタッフに徹底し、処方箋を見る際は注意するよう徹底する。			ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg 「タイハウ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2538	今日まで同じ緑内障治療薬のタブロス点眼液が処方されていたが、今回からタブコム点眼液へ変更されていた。眼圧上昇等の理由で変更になったのか投薬時に確認したところ、特に医師から薬剤変更については聞いていないとのこと。疑義したところいつも通りタブロス点眼液へ変更となった。	開局から1時間ほどしたところ当該患者の処方箋を受付。薬局内は混雑しておらず当該患者を先頭に3人待ちの状況、薬剤師は2人。監査時にタブロス点眼液からタブコム点眼液へ変更されていることがわかった。眼圧上昇等の理由で変更になったのか何うと、特に薬剤変更については医師から聞いていないとの回答。疑義紹介にて変更で間違いないか確認したところ、事務員から「前回と同じ内容に変更してください」とすぐに回答があった。医師は前回と同じ内容でカルテを記載したが、処方箋交付時に事務員が打ち間違えたものとする。	名称類似薬について対比ができる表などを作成して目の届くところに置き日頃から注意できるようにする			タブロス点眼液0.015%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2539	婦人科よりメノエイドコンビパッチが処方となるが、薬局での聞き取りにより子宮摘出済であること発覚。子宮摘出済の方へは効果がないこと、黄体ホルモンが増えることによる不調を起こす可能性あり(メーカー確認、処方元へ疑義照会し、処方削除となった。	初めて受診する婦人科で、更年期障害の為受診した為、子宮の手術歴などはしっかり伝えていなかった模様。処方医は子宮摘出済の方へ効果がないことなど把握していなかった様子。	子宮の手術歴などは男性薬剤師では聞き取りづらいことも考えられる為、処方内容を見極め女性薬剤師に投薬・対応させるなどの気配りも必要かと思われる。聞き取った病名・手術歴等はしっかり薬歴等により情報共有している必要がある。			メノエイドコンビパッチ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2540	患者に薬剤交付後写真確認をしていたところマイザークリームが軟膏で出ている事発覚本人に確認後交換しに行く	確認不足 慢心によるものと思われる	確認徹底			マイザー軟膏0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2541	ピコスルファート2.5mg錠と他1剤1錠を含む就寝前薬を一包化としていた。家族がすべてピコスルファート錠と勘違いし、軟便のため服薬を中止しようとした。状況の連絡を受け訪問し、医師確認の上、ピコスルファート錠のみを中止とした。	一包化内の錠数が3錠であり、見分けが容易と思われたが、家族の思い込みがあった。理解度等を勘案し、服薬方法をできるだけ単純化する必要があった。	服薬調整の可能性があるものは別包とすべきであるが、困難な場合は、繰り返し説明し、さらに、事前に薬局へ連絡しやすい関係を築く必要がある。			ピコスルファートナトリウム錠2.5mg「イワキ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2542	メキシチールカプセル100mgが処方されている患者さんに話を伺ったところ、不整脈などの症状はまったくないとの返答だったため病院に疑義照会したところ、メチコパール錠500μgの間違いだった。	処方箋は手書きのもので、イソパイドシロップ・メキシチール・アデホス顆粒という処方だった。この時点でメチコパールと間違えているのではないかと疑問に思い、メキシチールの規格も抜けていた事もあり病院に疑義照会。「メキシチールカプセル100mgで」との返答だったのでそのまま投薬へ。そこで患者さんに不整脈の有無などの確認を行ったところ、いつもメチコパールをのんでいるといわれ間違いが発覚。再度病院に疑義照会を行ったところメチコパール錠500μgが正しい薬と判明した。	手書きの処方箋で少しでも疑わしい点があった場合、必ず疑義照会を行う。患者さんへの聞き取りはきちんと行い不正に薬が処方されていないかを必ず確認する。			メキシチールカプセル100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2543	ビクトーザ 1.8ミリグラム規格変更品と 変更前の規格との混在で調剤50歳男性 変更点の説明 注意点などの説明はおこなったが 旧包装使用時に本人混乱し、薬局に電話精神疾患も患っている患者さんで かなりの動揺、相場の 不安にさせてしまいました。	患者背景も考えずに 薬局の在庫の都合なども優先してしまったこともあり 50歳と若から大丈夫だろうと判断説明して投薬したが 実際は古いほうを後から使用してしまい 説明も忘れてしまったのか 理解力が乏しかったのか 混乱して不安にさせてしまった。患者背景に合わせた 投薬をするべきと反省。	患者に合わせた投薬 薬局内の患者さんの特性などの共有など再度徹底 文書 説明書などを用いた分かりやすい方法などを取るなど工夫の必要性			ビクトーザ皮下注1.8mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2544	施設を受け持っている病院からの処方です。あらかじめ施設勤務の看護師から低カリウム血症を起こしている旨の連絡を受けていた。その後、処方箋のFAXがきて入力、確認して調剤に差し掛かって、しばらくして違和感に気付く。処方ではアスバラカルシウムだったので、低カルシウム血症の効き間違いかと思い、再度施設の看護師に確認した所、低カリウム血症と聴取する。その後、処方医に直接確認して確認した所、アスバラカリウムの間違いであった事が判明する。	いつもより繁忙しており、焦りもあった状況。看護師からの聴取で低カリウム血症というのをメモをしており、処方と照らし合わせて間違いに気付けた。	調剤に差し掛かる際には再度、新規薬品に関して間違いがないか要チェックする必要がある。			アスバラカリウム錠300mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2545	前回までテルチアAPで処方されており、今回テラムロAPに変更されていたが、一包装調剤者は変更気付かずテルチアAPのまま分包、監査者も気付かずそのままお渡ししてしまった。 (投薬時の説明は薬変更されている旨説明していた)	テルミサルタン配合のA P錠という類似で、錠剤にもA Pと刻印印字があったので見逃してしまった。	類似名に気を付けるよう情報共有			テラムロ配合錠A P 「D S E P」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2546	処方内容が変更になった為、患者様に確認した所、「処方が変わるとは聞いていない、血圧もいつも通りだった。」とお話があった。医師に確認した所、テルミサルタンを処方する所、テラムロを誤って処方した事がわかった。	医師の処方ミス。	処方に変更になった際は、必ず患者様より先生から薬を変更する事について聞いているか、体調の変化を聞く事を忘れない。			テラムロ配合錠A P 「D S E P」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2547	ベタニス25mg1錠の処方ベタニス50mg半錠で調剤	ベタニス25mgの在庫がなく、徐放性製剤であるベタニス50mgの半錠で調剤して投薬	粉碎はもちろんです、分割調剤時もガイドブックや添付文書をきちんと確認することを怠らないようにする			ベタニス錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2548	ピブラマイシンが処方されていたが、服薬指導時に患者から蕁麻疹の訴えがあり、ピブラマイシンは不適切ではないかと考え疑義照会した。その結果、ピラノアの間違いであり、頭文字が同じなため、処方ミスが発生したと考えられる。	混雑により、処方医がピラノアとピブラマイシンを選択し間違えてしまった。	患者の話を傾聴し、違和感を感じたら疑義照会する。			ピブラマイシン錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2549	一包化(全自動分包機)でカルボシステイン500mgを調剤すべきところ、誤って形状の似ているコロナール錠500mgで調剤。鑑査時に発見した。	全自動分包機のカセッターに補充する際、ダブルチェックせず、一人で補充し、完全なる思い込み調剤。	店舗ルールの見直し。補充する際のダブルチェック徹底。ルール遵守			コロナール錠500	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2550	ロラゼパム錠0.5mg 1T/分3での記載だったので疑義照会その後、患者様の手帳にてミルタザピン錠15mg 1T/分1で記載されていたが2T/分1であると判断できたため、疑義照会にて減量ではない事を確認し訂正。さらにヒューマリンN注ミリオペンが1日3回、朝昼夕に合計20単位との指示に不安を感じ疑義照会を行った結果、ヒューマログ注ミリオペンの間違いだったことが判明。	患者様は他院から違う病院にて同剤を処方される予定だった。初診であり手帳も持ちではなかったが採用外品目があったため後程のお渡しとなり手帳を持参して頂くようお願いしたことで、処方のミスが3か所にわたることに気が付いた。	手帳の出来るだけの確認と、同剤を他院にて引き継いで処方される場合は注意しなければいけないと再度強く認識した。			ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」ミルタザピン錠15mg「サワイ」ヒューマログ注ミリオペン	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2551	普段はロキソプロフェンNaテープの温感タイプをしようしていたが今回処方で、ロキソプロフェンNaテープ冷感タイプが処方されていた。処方内容をきちんと確認せず前回通りの温感タイプを投与してしまった。	いつもの患者さんで情性で調剤し投薬してしまった。	いつもの患者さんであっても処方内容を最後の文字まで監査して薬剤を投与すること。			ロキソプロフェンNaテープ100mg「ユートク」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2552	定期的に来局している患者に投薬したところ、帰宅後に薬剤整理を行い定期薬以外の薬剤が入っていたことに気付いた。直ぐに薬を持参して来局。確認したところ定期薬の他にプラバスタチンNa錠(5)「アメル」28Tが混入されていた。こちらのミスある事を認め、謝罪して回収した。	業務が混雑時であったこと、薬剤デザインが類似したグリベンクラミド錠(1.25)武田が定期薬に含まれていたことなどが気付かないまま交付してしまった要因と思われる。	投薬時、薬袋の薬剤表示と薬剤が合致していることを改めて注意して行う。			プラバスタチンNa錠5mg「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2553	新薬14日分処方のところ17日分で処方されていた	レセコンではじかれたので気づいて疑義照会して訂正	新薬は別枠で保管する			デエビゴ錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2554	アテノロール(25)一包化のようですが、一部ヒルナミン(5)が入り替わりで混入していた。	カセットに薬剤を戻す際に、ばらし品を用いたためバーコードでの照会ができず、黙視のみの確認のため1錠混入してしまった。	バラ錠を戻す際は2人の目を通す。			アテノロール錠2.5mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2555	トリアゾラム錠0.25mg保管エリアにエペリゾン塩酸塩錠50mgが混在保管されていた	箱の大きさ、デザインが酷似しており、慣れもあり、間違いになったと推測されている	検品時の確認と収納時のダブルチェックを実施、定期的に正確な保管場所への保管状態をチェックする特にトリアゾラムは向精神薬のため今後厳格な取り扱いをしていく			トリアゾラム錠0.25mg「日医工」エペリゾン塩酸塩錠50mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2556	単純疱疹としての診断結果だったが、帯状疱疹としての調剤料になっていた。調剤まで行ったが、服薬指導時に単純疱疹であると気づき、疑義照会にて変更となった。	訪問者が本人ではなかったため、処方箋応需時に詳しく情報を聞き出すことができなかった。調剤者の経験が浅く、症状によって用法が異なることを知らなかった。	アシクロビルは、疾患名によって用法・用量が異なると薬局内にて再度確認。			ピクロックス顆粒40%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2557	薬を戻す際に同じ薬の違う規格の棚に薬を戻してしまった。	規格違いの薬が連続で棚に並んでいる。	薬を戻す際もしっかり確認してから薬を戻すようにする。			ピタバスタチンCa錠2mg「明治」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2558	オルメサルタンの規格を見間違え誤った調剤をしてしまった。	薬局には他の規格のオルメサルタンが複数ある。	オルメサルタンをピッキングする際には間違えやすいことを意識して間違えないようピッキングする。			オルメサルタンOD錠40mg「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2559	一包化済みの残薬を持ってこられたため、残薬調整を行い調剤した。残薬中のアジルバ錠40mgとタケキャブ錠10mgを混同して寝る前の分包に使用してしまっただけの可能性に気が付き、寝る前の分包薬をすべて回収して、正しい薬を患者様にお渡しした。後で回収した薬を調べると寝る前30日分中、タケキャブ錠10mgで調剤するべきところをアジルバ錠40mgが9錠(9日分)入っていた	薬の処方何回か変更になっており、残薬が生じていた。黄色い楕円形という特異な剤型であるタケキャブ錠10mgとアジルバ錠40mgを混同して、直前の処方ではタケキャブ錠10mgだったので、以前処方されていたアジルバ錠40mgをタケキャブ錠10mgと思い込み分包してしまった	一包化済みの残薬はヒートの場合より、薬品名が分かりにくく、同色、同型の特異な外観の薬は同じものであると思い込みやすいので、薬品ごとにトレーにわけ、忙しい時でも、刻印などもしっかり確認してから残薬調整を行うようにしないといけない			アジルバ錠40mg タケキャブ錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2560	ラモトリギン錠25mg 4錠/28日分 112錠(14錠シート8枚)のところ、 56錠(14錠シート4枚)でお渡し。 患者様より、4週後受診のはずだが、 2週でお薬無くなってしまうと連絡あり 発覚。	14錠シートのため調剤数を勘違いした 可能性がある。10錠シートではない薬剤 においては特に注意して、思い込みでの 調剤、監査をしない様に注意する。	監査時には薬剤の調剤枚数を記載するなどして、 再度計算に間違いがないか確認する。			ラモトリギン錠25mg 「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマン ファクターに起因すると考 えられた事例
2561	ボグリボースOD0.2mgのところ、 誤ってボグリボースOD0.3mgを1包化 し監査もそのまま通り交付してしまっ た。	1包化調剤時の確認不足、監査時の類似刻 印の見落とし。	1包化調剤時は、2人以上で確認し開始、監査時 は類似刻印に注意し監査する。			ボグリボースOD錠 0.2mg「MEEK」	ヒューマンエラーやヒューマン ファクターに起因すると考 えられた事例
2562	ナウゼリン錠15錠調剤のところ12錠の み調剤し監査者が計数誤りを発見。	忙しい時間帯で注意不足。	忙しい時でも慌てず一呼吸置いてから作業する事			ナウゼリンOD錠10	ヒューマンエラーやヒューマン ファクターに起因すると考 えられた事例
2563	自動錠剤分包機のカセッターに別の薬 剤を充填。監査時に発見。	充填時の確認不足。一度分包したものを ばらし、錠剤印字が非常に酷似しており 充填ミス	錠剤の刻印だけではなく、処方内容のわかる印 刷物からも確認して戻す。			ピソプロロールフマル 酸塩錠5mg「サワ イ」イミダプリル塩酸 塩錠5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマン ファクターに起因すると考 えられた事例
2564	にきび治療で通院の患者に、デュアック 配合ゲルとペビオゲルが処方されて いた。渡薬時に使い方を確認すると 「重ね塗りするよう言われた」とのこ とで疑問に思い疑義紹介したところ、 処方箋入力間違いであり、デュアック 配合ゲルではなくディフェリンゲルに 変更になった。	デュアック配合ゲルの成分はクリンダ マイシンと過酸化ベンゾイルの配合剤であ る。ペビオの成分は過酸化ベンゾイルで ある。使うタイミングが違う場合等で は、同じ処方箋内に両方処方されること もある。しかし、今回は患者さんは「重 ね塗り」の指示を受けてきていたため、 同時使用では成分が重複してしまうため 間違いに気づけた。	処方箋だけでは読み取れない内容があること。 患者さんからの情報をよく聞きとるよう心掛け る。当薬局では、デュアック・ペビオ・ディフェ リン・エビデュオが頻繁に処方されるので、薬歴 前後も確認しながら、処方入力に間違いはない か引き続き注意していく。			デュアック配合ゲル	ヒューマンエラーやヒューマン ファクターに起因すると考 えられた事例
2565	以前からミニリンメルト(デスマブレ ン酢酸塩水和物)を服用中の患者様 にフルティフォームが追加処方され たが、フルティフォームの添付文書に デスマブレン酢酸塩水和物と併用禁忌 の記載があったため医師に連絡、ミ ニリンメルトの処方が中止になった	調剤薬剤師・投薬薬剤師によるダブル チェックで未然に併用禁忌を防ぐことが できた	今後も薬の変更・追加時には併用薬について注 意していく			フルティフォーム12 5エアゾール120吸 入用	ヒューマンエラーやヒューマン ファクターに起因すると考 えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2566	ロキソニンテープ50mgで処方されていたが、誤ってロキソプロフェンテープ50mg「NP」で患者本人にお渡ししてしまうその時は患者も気づいていなくて、帰宅後いつもと包装が少し違うことに気づいて薬局に電話してこられて、間違ってお渡ししていることに気づいて、取り換えに行きました	忙しくしていたので監査でも気づかなかったことが原因だと思われる	忙しい時でもいつも通り監査するように職員に周知徹底しました			ロキソニンテープ50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2567	フェブリク錠10mgを1日3回投与の錠数で調剤した。監査人が投薬前に気づき患者には渡らなかった。	調剤者の確認不足。知識不足。	薬の基本的な用法用量の周知を行った。			フェブ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2568	手書きによる漢方薬の処方。前回は他薬局にて調剤されていた。今回も同じ内容で継続処方と患者が話す手帳記載内容とは異なる薬品名だったため疑義紹介にて問い合わせ。前回と今回は同じ処方という返答だった。調剤した薬局に問い合わせ、前回の処方内容を確認してもらったところ誤調剤されていたことが判明。患者すでに1か月ほど服用済みだが体調異常なし。医師の処方と違う薬剤にて服用していたことは患者経由にて医師には伝達済み。	(誤) 参蘇飲 (正) 香蘇散	食欲不振で服用している等、患者から聞き取りにて処方内容に疑念や判読困難な処方記載であったら疑義紹介する必要あったのではないか。普段からこの医師の処方を受けている薬局であったため「思い込み」など慢心さがあったのではないか。疑わしい内容であったら疑義紹介する。			ソムラ参蘇飲エキス顆粒 (医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2569	粉碎による一包化において、粉碎不可(刺激がある為)の薬品を粉碎してしまった	注意不足	粉碎前に調剤録による確認を徹底			ピラノア錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2570	アメナリーフ200mg錠 1日1回朝食後28日分で処方されていた、アメナリーフ錠200mgは帯状疱疹の薬で7日分が基本的な処方日数である。医師に確認したところネイリンカプセル100mg 1P 朝食後28日分に変更になった。	医師が処方箋記載時、ネイリンカプセル100mgと書くところ、アメナリーフ錠200mgと記載してしまったか、あるいは事務がカルテから打ち込むときにネイリンカプセル100mgのところをアメナリーフ錠200mgと打ち込んでしまったと考えられる。	薬剤師が特徴のある薬の注意点、たとえば投薬日数や1日量、特殊な使い方など平素から把握しておくことで直ぐに対応できると思う。			ネイリンカプセル100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2571	イトラコナゾールカプセル50mg 沢井を調剤。全量112C調剤する際に、100C包装と56C包装のシートを混在した状態で調整。100C+残り12Cを調剤した。12Cを調剤する際に、56C包装から調整。1シートが8C綴りのもの(100Cとシートのサイズは同じ)で調整した際に、1シート10Cと思い込み、誤った数を調整してしまった。	100シート、80シートの1シートのサイズが同じであることが、勘違いを起こしてしまった。100C、56C包装に大きな差異がないため、すぐに気付くことができなかった。パルス療法用など外箱にポップがあれば分かりやすいと思われる。薬局内で、付箋を貼るなどして、注意喚起を行う。	薬局内で、外箱、シートに80C/シートと付箋を貼るなどして、注意喚起を行う。			イトラコナゾールカプセル50mg「SW」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2572	医院でワーファリン服用中の患者ががんの疑いがある為、病院へ紹介される。手術することになり、ワーファリン中止して、エリキユースに切り替えるよう言われ、処方箋受付しました。採血でPT-INRの検査されていないよう出血傾向憎悪のリスクが考えられるため、病院医師に疑義照会しました。今回処方取り消し。ワーファリンのみ休薬。採血で数値確認してから薬剤の投与予定になりました。	ワーファリンからの切り替え工程知らなかったとの返答です。	薬の知識をさらに習得努力する。			エリキユース錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2573	برانلカスト112, 5が処方されている患者様に対し、調剤量が不足していた。	برانلカスト112, 5が14カプセルシートであることを勘違いし、1シート10カプセルと思い調剤してしまった。後日、患者様より足りないご連絡いただき誤調剤に気付く。	調剤、監査と必ず二人で実施することの徹底。また、思い込みもあり、毎度錠数の確認をしっかりと行うよう注意していく。			برانلカスト錠112, 5mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2574	ベザフィブラート錠100mgの処方、200mgで渡したかもしれないとの疑惑で、患者さんのご家族に電話連絡、来局いただいたところ、間違いなく100mgでお渡ししていた。	急に繁忙になり、急いで確認を怠った。	ダブルチェックの声出し徹底。			ベザフィブラートSR錠100mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2575	フロモックス100mg分3 8日分をジェネリックのセフカベンピボキシル100mg「サワイ」でお渡しするつもりが、棚卸して場所移動したことを忘れて同系統のセフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」でお渡ししてしまった。投薬後すぐに気づき、お電話でご説明し服薬前にご自宅までお薬の交換に行った。	棚卸しの直後で同系統・薬品名の類似もあったが薬品名は必ず再度交付前に処方箋と照らし合わせて交付する。	色分けシールを貼るなどする			セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2576	他院(A病院)より門前病院に転院した方。A病院で処方されていた薬を門前病院で引き継いで処方されることになった。処方内容はイーケブラ錠250mg4錠2×朝夕食後30日分、アスパラC a錠200mg3錠3×毎食後30日分であったが、お薬手帳よりA病院から処方されていた薬がイーケブラとアスパラカリウム錠300mgであることを確認。疑義照会したところアスパラC a錠200mg3錠3×→アスパラカリウム錠300mg3錠3×に変更となった。	アスパラカリウム、アスパラC Aの名称類似	他科からの継続の処方ではお薬手帳、薬剤情報書との突合せを行う。			アスパラカリウム錠300mg アスパラC A錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2577	ピオグリタゾン15mg「タナベ」とセチリジン10mg「タナベ」の監査ミス	シートの大きさ・色・字体が同じで錠剤の色も同じ。	同時に処方になった際は離して置いておく。			セチリジン塩酸塩錠10mg「タナベ」ピオグリタゾン錠15mg「タナベ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2578	5歳の小児に1日量30mgで処方	初めての処方で容量を覚えておらず、添付文書の記載方法に勘違いをした	1日量で記載したものを年齢別にして事前に表にしておくべきだった			フェキソフェナジン塩酸塩DS5%「トローワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2579	ラタチモ配合点眼液「ニットー」10mL処方のところ、5mLで調剤。監査時に気付いた。	調剤者は1瓶5mLと思い込み、4瓶のところ2瓶で調剤した。	処方箋コピーに、調剤時に瓶数を記入するようにし、監査者が監査をしっかりとる。			ラタチモ配合点眼液「ニットー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2580	9/30に処方された薬品はドボネックス軟膏であったが、当薬局の電子薬歴上保管できていた過去2014年より毎月ドボベット軟膏が処方されていた。そのため入力した事務、調剤者、鑑査者、服薬指導者全てがドボベット軟膏と思い込んでしまい、患者様にも服薬指導者が変わっていないと説明してお渡しして納得して帰られた。 その後10/2にも処方箋があり来局された時患者さんが「ドボベット軟膏はずっと使っていると強いのでドボネックスに変更すると説明された。」と急におっしゃったので9/30の処方箋を確認したところ処方箋はドボネックス軟膏であったので患者様からのご指摘で間違いに気づいた。幸いドボベット軟膏は未使用だったため正しいドボネックス軟膏と交換して頂いた。	上記の詳細にも記載したように、6年以上ずっと同じ薬を使われていたので処方箋上の変更気づくことが出来ず、処方にかかわったすべての職員が思い込みで患者さんに投薬してしまった。	日々、処方せんの入力、調剤、鑑査、投薬、すべて新規で目にしたと思ってかわらないといけない。特に当薬局をかりつけに使ってくださる患者さんはDo.処方も多いので、規格違いがあった時も思い込みで調剤したり、鑑査したりしてしまうこともあります。毎回新たな気持ちで処方箋鑑査、入力、調剤、服薬指導をしなければいけないとともに、今回のように投薬時は患者さんも説明に納得されていましたが、ご高齢のためその場で判断がつきづらい方もいらっしゃると思うので「最後にご不明な点はありませんか？」などの声掛けも必要になってくると思います。			ドボネックス軟膏50μg/g	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2581	屯用で服用している薬を久しぶりに開封したら 先発のムコスタ希望だったのに ジェネリックのレバミピドが入っていたと 患者からの訴えあり。薬局持参し 調剤ミス判明。謝罪し、交換した。	処方箋は 一般名処方であり、患者様は先発希望者だったが 調剤ミスによりジェネリックで 投薬をした。ヒートも類似しており 患者と 窓口で 一緒に確認したはずだが、見落としをした。その日 他の薬の件で 相談を受けており それに気をとられて 注意が散漫になったモノと 思われる	一般名処方の処方箋でも 先発薬の処方もあるので 調剤時、監査時、投薬時全てにおいて 一文字毎 見落とさないように 注意する。確認の徹底を図る			ムコスタ錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2582	当該漢方は1包2g製剤は1パック21包入り、1包3g製剤は1パック14包入りであることを知らず、すべて1パック21包と思い込んで監査した。	パック自体に21包入り、14包入りとの記載が無い(外箱には記載あり)。	21包入りと14包入りがあることの周知徹底。毎回パックのままでも、中に何包入っているかをきちんとカウントする。			クラシエ神秘湯エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2583	カトレップ70枚処方のため5枚入れ 14袋調剤のところ10袋で調剤	他のシップ薬が7枚入れのため 70枚10袋と勘違いによるもの	薬袋のシップの袋枚数を記入 監査レンジにも残し 在庫数と確認をまめに行う			カトレップパップ70mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2584	平素から当薬局ご利用の患者様。いつも人のよい明るい方。普段から他医療機関にて膝の痛みでジクロフェナクナトリウムクリームを使用。今回、門前医療機関より初めて処方。在庫がなくゲルならある旨を患者に説明すると、何度もそれよいとお返事。店舗も夜診帯にてやや繁忙。患者の理解を得ることができ変更もいいかと思っただ、直後薬歴にアルコールアレルギーと記載を発見。本人に再度確認すると注射時に消毒部位が赤くなると聴取。変更せずそのまま欠品で対応、お届け。見落とせば健康被害となるところだった。	普段からご利用頂いている患者様の場合、馴れ合いもあり薬剤師の判断で外用の剤形変更程度の疑義照会をし勝ち。安易な疑義照会を慎み、しっかり患者情報を確認した上で患者と相談すること。ゲルにはイソプロパノールが入っており注意が必要。	定期的な患者情報の更新と厳重な薬歴チェックを習慣化すること。			ジクロフェナクナトリウムクリーム1%「テイコク」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2585	28錠が正しいところ25錠を集めていた。	焦らずに落ち着いて業務を行うこと。	焦らず落ち着いて業務を行うこと。			ナフトビジル錠2.5mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2586	エディロール0.75μgの棚にエルデカルシトール0.75μgが充填されていた。	包装が似ていたこと、近くの棚に充填していたこと。	エディロールを下の引き出しに移動した。先発の包装単位を500から100カプセル包装に変更し、後発と区別できるようにした。			エディロールカプセル0.75μg エルデカルシトールカプセル0.75μg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2587	アスピリン製剤の一般名処方で調剤室のピッキング担当者がバイアスピリン錠とバファリン錠の2種類を他の処方薬とともにトレイに入れて持ってきた。監査においてバイアスピリン錠が必要でバファリン錠が不要と気づきカウンター横の方に置いた。しかし、患者と話しながら作業をしていたために、横に置いたバファリン錠も薬袋に入れてしまった。後日患者より連絡があった。	ピッキングの不注意が引き起こした事例であるが、最終監査、投薬の薬剤師も気づいておりながら手近に置いてあったため不用意に薬袋に入れてしまった。	常にカウンターの上は整理整頓し、投薬で渡す薬や帳票類を間違いなく渡すために申し送りしているが当日はカウンターの上は乱雑にされていた。さらに、間違った薬剤、過剰な数量の薬剤は即座に後ろのデスクに移動させるが、それも怠っていた。カウンターの上の整理整頓、余計な薬剤の即座に移動する作業を遵守するよう職員に注意、確認しました。			バイアスピリン錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2588	2020年3月31日で経過措置品目であったプルスマリンAドライシロップ小児用1.5%を分包し調剤。普段は経過措置品目に関してはわかりやすい箇所に経過措置品目であること、経過措置期間満了日を記載している。プルスマリンAドライシロップ小児用1.5%に関しては記載が漏れていた。監査時に調剤録の確認、ミスゼロ子の利用で入力が入力「タカタ」になっていることに気づき、調べたところ経過措置満了日を過ぎていたことが発覚。	経過措置品目の把握漏れによるヒヤリハットであった。	経過措置品目の薬局の改善策として、いままで行ってきたわかりやすい箇所に経過措置品目であること、経過措置期間満了日の記載を引き続き行うことの徹底をする。薬剤師、医療事務間で情報の共有、交換を必ず行うようにする。			プルスマリンAドライシロップ小児用1.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2589	ブリピナ液を交付する際に、ラベルにプロベトと記載してあることに気付いた。投薬前に気づき変更した。	容器にラベルを貼る際、貼った後に確認が不十分だったお。プロベト、ブリピナと文字数や最初の文字が似ていたため発生した。	ラベルを準備、貼付したときに指差し確認を行う。			ブリピナ液0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2590	1包化して患者に渡した薬の中に、プロムヘキシソとジアゼパムが混在。1包化のプロムヘキシソをバラす時に、前にバラしたジアゼパムが機械の中に残っているのに気が付かず、一緒にしてカセットに入れた。錠剤の大きさ、色、形が似ているためエラーも出ずに1包化が終了。監査の際も引っかからず、投薬された。次の人の調剤の際、カセットの中に2種類混ざった錠剤が残っているのに気が付き発覚。8錠ジアゼパムで投与されていた。すぐに連絡できたので、患者が飲む前に回収できた。	錠剤のバラしを機械でした際、ひっかかって中に薬が残っていることもあるし、数を間違えてバラして、使わなかった分を片付け忘れて残っていることもある。どちらもバラしを始める前に、機械の中に薬が残っていないか確認してから行えば混ざることはないが、忙しいと確認するのを忘れがち。	錠剤のバラしをする前に、必ず機械の中を確認する			ジアゼパム錠2「サワイ」プロムヘキシソ塩酸塩錠4mg「トロー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2591	50g瓶2本の調剤を1本のみで投薬定期処方でもいつもと同じものなので患者様に確認することなく薬袋に投入。投入する前の監査時点で若干の違和感を持ちながらも、1瓶を100gと勘違い。調剤者を信じて自分での確認をしなかった。	メーカーや剤型違いなどもあり、1瓶の容量をそれぞれ確実に把握していなかった。慣れもあり大丈夫だと思いながら患者様(代理人)と会話しながらの投薬で確認不備だった。	袋に入れる際に患者様と確認する。外用剤に限らず、容量の把握、ワンシートの錠数なども確認。今回は調剤者に任せて便数の確認を怠った。			ビーソフテンローション0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2592	オフェブ150mgを調剤するところ、100mgを調剤し交付した。在庫数が足りなかったために足りない分は取り寄せ、次の日に取りに来て頂く事となった。次の日取りに来て頂いた際、昨日も併せて、100mgで交付してしまったことに気づき、患者が服用前だったので、健康被害も防げた。	他の薬剤師が昼休憩で不在で、一人薬剤師、医療事務もトイレに行っており、レセコン操作も、調剤も交付も一人で行ってしまった。	一人になった際は調剤せず、必ず複数人の時に調剤することとする。			オフェブカプセル150mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2593	ザルティア錠を服用中の患者さんに他の病院からフスコデ配合錠が処方された。フスコデは前立腺肥大等下部尿路に閉鎖性疾患のある患者に禁である為、疑義紹介後デキストロメトルファン15mgに変更になった。	複数の医療機関での受診に対してのお薬手帳、お薬アプリの活用の推進が大切。	OTC、健康商品も含めた併用薬等の有無の確認の徹底。			ザルティア錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2594	フェブリク40mgを30錠処方のところを22錠で渡してしまった。	14錠シートから10錠シートに採用が変更になり、勘違いしてしまった。	周知徹底!			フェブリク錠40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2595	今まで2科受診されていてランソプラゾールを処方されていて服用していたが1科を近医で処方してもらうことになり近医でもランソプラゾールが処方され近くの薬局で調剤されており2科でランソプラゾール服用していた時期があり医師に確認したところ処方中止となる	近医の薬局で重複処方に気がついてもらえれば重複で服用することはなかったと思われる	症状安定で1科のみ近医に変更することは今後もあると考えられるためお薬手帳をきちんと確認する			ランソプラゾールOD錠15mg「トローワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2596	午後診察の時間帯、薬剤師一人でピッキングしていた。ヒートデザインがどちらもブルーでよく似ていて、間違えた。当事者が監査時、発見。事なきを得た。	夜で、少し暗かったので、見にくかった。ヒートデザインが似ていた。	ピッキング後、とても明るいところで、監査する。			カデチア配合錠HD「あすか」アロプリノール錠100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2597	ハチアズレが168包のところ168gで渡していた。	1包と1gを間違えた。	規格をよく確認する。			含嗽用ハチアズレ顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2598	小児科の処方箋を持参され、メブチン顆粒0.01%在庫ないためメブチンドライシロップ0.005%で調剤してよいか疑義し、許可を得てメブチンドライシロップで調剤することとした。その際に、パーセントの表記をきちんと確認せず計算してしまい、秤量を間違えた。分包後監査したところ、秤量ミスに気が付きすぐに調剤し直して投薬した。	疑義にて顆粒からドライシロップに調剤変更したが、その時間帯は混雑しており他の患者さまが多数来局されていたため焦りが生じ、計算間違いに気づかず調剤してしまった。	疑義にて剤形や秤量が変わる場合には、現場にいるほかのスタッフに計算の確認を行ってから間違いがないことを確認したうえで調剤するようにする。			メブチン顆粒0.01%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2599	セレコキシブ錠100mgを2錠分2、14日分処方されていた。28錠用意したところ、8錠がセレコックス錠100mgだった。監査で気づき正しいものでお渡しした。	棚がセレコックス錠が上段、セレコキシブ錠が下段と上下になっているので、セレコックス錠の端数を戻す際に間違えてセレコックス錠の棚に戻していたと思われる。	棚を1つ間を空け離すようにした。また端数を戻す際はしっかりと最後の文字まで確認して戻すことを徹底するようにする。			セレコキシブ錠100mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2600	これまである病院で処方されていたお薬がそのまま違う病院から処方された。薬の内容は全く同一であった。一包化の指示があり自動分包機で一包化した際、今回の病院名の入力ところが以前の病院名のままとなったまま調剤され、薬剤師二人の監査も通り抜けて患者に交付された。当日夜に患者から病院名が違いと連絡あり発覚した。	久しぶりの処方内容であったが、一包化の調剤時間が長くなるため自動分包機の前回処方を引き張ってきて分包した。そのため病院名が以前の病院のままとってしまった。監査二人も一包化の内容はしっかりと確認したが、印字まで確認できていなかった。	今後はきちんとレセコンで入力されたデータを使って、自動分包機で分包する。監査時も、一包化の中身だけでなく患者名や病院名まで確認する。			ネシーナ錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2601	新レシカルボン坐薬 10個を調剤するところ計数間違いで12個用意してしまった。	ポルタレン坐薬やアンヒバ坐薬等他の坐薬は5個つづりのため6個つづりの新レシカルボン坐薬を5個つづりと勘違いしてしまった	新レシカルボン坐薬に6個つづり注意と付箋を貼った。			新レシカルボン坐薬	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2602	緑内障の手術後の合併症予防として、リンデロン点眼・点耳・点鼻液(1日4回左眼)で使用のところ、薬剤交付後コンプト配合点眼と間違え1日4回で約1か月間使用していた。緑内障治療としてルミガン点眼(寝る前)、コンプト配合点眼液(1日2回)、アイファガン点眼液(1日2回)、グラナテック点眼(1日2回)をすでに使用している状態であった。	緑内障による視力低下や視野狭窄があり、遮光袋の色が類似している2剤を自宅にて撮り間違え使用継続されていた。(コンプト遮光袋:こげ茶色、リンデロン遮光袋:黒色)。点眼使用薬が多いこと。	・リンデロン点眼液に関しては、大きい遮光袋を薬局で用意し、薬剤名を大きく記載して撮り間違えを回避するよう対策をとる。・参天製薬にこの経緯をお話しし、遮光袋の色の変更の検討について提案する。(コンプト配合点眼は2019年ごろから、添加物変更による、光による影響を回避するため、半透明の遮光袋から中が見えないこげ茶色に変更となった)。			コンプト配合点眼液 リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2603	「アジスロマイシン錠250mg、2錠分1、3日分」の処方記載あり6錠パッケージ1つを調剤し、投薬時パッケージ内に2錠しか錠剤が入っていないことに気づく調剤室に戻り、6錠入っているものと交換しお渡し	パッケージには6錠必ず入っているものと思込み、調剤、鑑査を行った繁忙時であり、中身まで確認しなかった	半端分の錠剤はパッケージから出して保管する調剤時、鑑査時、投薬時それぞれの段階で中を確認するようにする			アジスロマイシン錠250mg「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2604	訪問看護師が在宅医に「ナルラビド錠1mg」の追加処方を電話で依頼。その後、薬局に届いた処方箋には「ラニラビド錠0.1mg」になっており、疑義照会にて処方オーダーミスが発覚	電話だったので、発音が似ている薬品名には注意が必要	薬品と用法の照らし合わせ。定期薬との治療状況を把握する			ナルラビド錠1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2605	処方箋はクロベタゾンとヘパリンの混合、顔に塗らないようにという指示があったものだが、入力者がクロベタゾールで入力し、調剤者はクロベタゾンで調剤したが、監査者が顔に塗らないようにという指示と薬袋の記載内容から、クロベタゾールと勘違いをして調剤しなおしている途中で発覚した。	薬袋の薬品名の記載には、薬品名が長く、すべて記載できずに尻切れになることがあり、きちんと確認できないことがある。	類似の医薬品の場合には、思込みをしないように確実に確認するようにする。確認したことを処方箋のコピー等にチェック等を行い、記録するように習慣づける。			クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05% 「イワキ」クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05% 「イワキ」ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2606	カルベジロール錠10mg「Me」ピッキング時に、「Me」の薬品棚に「トール」の箱が1箱混入していた。ピッキング時にすぐ気付いて、「トール」の箱を「トール」の薬品棚に戻した。	「Me」と「トール」の薬品棚は離れていた。混入していた1箱は開封済みであったため、おそらく前回調剤時の戻し間違い。	「トール」から「Me」への切り替えは終わっていて、「トール」は不動在庫となっていたため、「トール」での調剤が続いている同社店舗への移動を行い、「トール」の薬局在庫をゼロにした。			カルベジロール錠10mg「Me」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2607	インスリン注射とセットで処方する注射針をマイクロファイナプラスで処方していた病院が、10月からマイクロファイナプロに変更した。この件の患者様だけでなく他の患者様も同時期の変更あり。病院から患者さまへの説明が無いとのことで、交付時における薬剤師と患者さまとの相互確認でも気付きにくい懸念あり。	注射針の処方採用の変更に気付いた場合、他の患者様でも同様の変更があることを想定し、すぐに薬局内で情報共有をすべきであった。	調剤ミスが起こりうる、病院の採用変更気付いた場合、すぐに薬局内にて情報共有を行う。			BDマイクロファイナプロ 32G×4mm 注射針のため厚生省コード検索できず	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2608	SG配合顆粒が処方されていた患者様。受診理由を確認すると便秘のため受診したとのこと。病院に問い合わせると、医師はオースギ大甘草湯(識別コード:SG-84)を処方するつもりだったが、処方箋を発行する際にSG配合顆粒を誤って選んでしまっていたことが判明。オースギ大甘草湯へと処方変更になった。	パソコンのオーダーリングシステムによるミス。	患者様の症状と処方されている薬に誤りがないか確認する。			SG配合顆粒 オースギ大甘草湯エキス錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2609	メルカゾール錠の剤形・色調が新たに変わったことに気づかず調剤しそうになった。	色調がかわったり剤形の大きさや刻印が変わることを確認しておかなかった	事前にメーカーからのインフォメーションを確認し、スタッフ間で共有しておく。			メルカゾール錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2610	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒の処方について処方通り調剤・鑑査を実施。投薬時に症状を伺うと「耳鳴りで受診」とのことで類似名称の苓桂朮甘湯の処方誤りではないかと考えて疑義照会。結果、ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒に変更となる。	処方どおり調剤・鑑査を実施したが、苓桂朮甘湯エキスと比較して苓姜朮甘湯エキスは調剤頻度も低く、処方誤りの可能性も考えておく必要があった。	投薬時間き取った症状と処方薬剤の適応が合致するかを確認する。			ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2611	リスベリドン内用液1mg分包装「0.5m l/包」 0.5包0.5ml製剤で調剤と記載あり 疑義照会において1包に変更となる。	医師の記載内容に整合性が無かったため疑義照会対象となった。	内容確認時の疑義案件に関しては、必ず周囲に確認し複数人で決定する。			リスベリドン内用液 1mg/mL「MEEK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2612	・一包化調剤にて。・トラディアンス配合錠/1×朝食直前のところ、1×朝食後とレセコン入力ミス。・用法誤りにより、他の処方薬と服用時点が重ならず。そのまま分包機へデータ送信し、トラディアンスのみ分包に入らなかった。監査時に発見された。	・処方薬多数。特に複雑な処方だった。・重要なメモも多く、そちらに気を取られた。・前回は、1×朝食後(シート)だった。・前回D o呼出し入力し、今回の用法変更気づかなかった。	・メモを整理し、見落としを防ぐよう努める。・処方薬多数、複雑な処方であっても、1つ1つ確実に作業を行う。			トラディアンス配合錠 AP	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2613	ワーファリン1mgが2T/日90日分、ワーファリン0.5mgが1T/日90日分だったが、ワーファリン1mgも90錠で調剤してしまった。投薬前にきがついて、正しく180錠渡すことができた。	規格勘違い。思い込み。	今回過誤防止できたようにひきつづき分担業務で監査を光らせる			ワーファリン錠 1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2614	分包機にて薬品分包中、カセットにあるアムロジピン錠5mgの残が無くなったことを知らせるアラームが鳴り、調剤者の認識では2.5mgを分包していると思い込み、カセットの表示を確認せず2.5mgを充填し、5mgの錠剤よりも錠剤は小さいため、カセットから落ち、そのまま分包され、また1人薬剤師の薬局のため、監査時に気付かず2.5mg、5mg錠が混在したものを払い出ししてしまった。次の日に別店舗薬局薬剤師が分包機にて分包中、2.5mgと5mgが混在していることに気付き、薬品充填してから調剤した患者確認を行った。幸い、払い出しをしたのは施設に入所中の患者分のみであり、まだ薬品カートにセットする前の段階であり、誤調剤分の薬品はすべて回収することが出来た。	複数人の一包化処方を作成中であり、別人物の処方2.5mgの方が出ており、その処方を作成中と思い込み、画面表示などを確認せず充填を行ってしまった。また1人で調剤、監査を行っていたため、流れ作業的に監査を行ってしまった。	分包機に複数の規格のある薬剤には目にとまるような印をつけ、薬の充填を行う場合は他スタッフに確認をしてもらい充填するようにした。			アムロジピンOD錠2.5mg「トール」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2615	R2 9/10 腹痛にて内科を受診 ツムラ桂枝加朮附湯 7.5g 毎食間 7日分ピオフェルミン錠 6錠 毎食後 7日分 ピッキング時、普段処方がない漢方が 処方されていた。他の処方されている 薬がピオフェルミン錠だったため、腹痛 が受診理由だと推測 処方されている漢方の適応は、「神経 痛、関節痛」しかし、参考として「冷 え性で体力低下した方に疼痛目的で使 用、微熱、手足のこばわり」とも記載 があったため、投薬時に受診理由を確 認。 受診理由は腹痛、医師と冷え性などの 話はしてないとのこと。疑義照会にて 処方内容について確認。ツムラ桂枝加 朮薬湯 7.5g 毎食間へ変更となっ た。	「ツムラ桂枝加」と頭文字が同じだった ため、医師が処方の際に誤って選択した 可能性あり。他の処方の薬と、患者から の聞き取りにより、医師の入力ミスが判 明した。	漢方の適応は複数あり、患者様からの聞き取り により今回の事例が発覚した。今後とも受診理 由や処方の薬に関する医師からの説明を確認した 上で、薬をお渡しする。			ツムラ桂枝加朮附湯エ キス顆粒 (医療用)	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
2616	ヒルドイドソフト軟膏の処方につい て、本人からの聞き取りにより、痔の 塗り薬を希望したとの訴えあり。疑義 照会を行い、ヘモポリゾン軟膏に変更 となる。	患者は不定期にヘモポリゾン軟膏の処方 を受けていた。今回患者の訴えにより処 方を行う際、Drの処方入力時にヘモポリ ゾンとヘパリンで予測変換の選択ミスが あったことが要因と思われる。	処方変更時には変更理由を患者から聞き取り、 正しい薬が処方されていることを、薬学的見地か ら確認、判断する。			ヒルドイドソフト軟膏 0.3%	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
2617	一般名処方で先発医薬品希望のところ を間違えてジェネリックで調剤。投薬 時監査もそのままスルーしてジェネ リック医薬品で薬剤交付	ジェネリックと先発医薬品が混在してい る患者なので必ず、処方箋と裏打ちを確 認しながら調剤を行う。また、監査時も 調剤医薬品が正しく準備されているかを 確認し、投薬時も患者本人と一緒に確認 してお渡しする	調剤者は確実に調剤ができていないか処方箋と裏 打ちのチェックを行う。監査者は調剤者がそろえ た薬が間違いないものであるかを確認する。投薬 者は前回薬歴と照合し間違えて調剤・監査されて いないか変更がないかを再確認し、患者に確認 してもらいながら薬剤交付を行う。			エビスタ錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2618	先発品希望の患者でトラムセット配合錠をいつも調剤していたが、処方箋表記が後発品のトララセット配合錠「DSEP」に変更されていたため、Drから説明を受け納得しているものと思いきや後発品で調剤した。後から、いつもの先発品ではないとクレームあり。あり。Drに疑義照会したところ先発品に変更して欲しいと回答あり。配達して交換、謝罪する	先発品希望の患者様に後発品が処方されているにもかかわらず、服薬指導で確認と説明が不足していたためと考えられる。先発品と後発品のヒートが似ていたため患者様もわからなかったとのこと。	先発から後発への変更も含めて、薬剤が変更になる場合は特に丁寧な確認をするよう改善する			トラムセット配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2619	ザイザルシロップをお渡しするとき、キャップに1回量のところに黒マジックで印をつけるが、2.5mlに付けなければいけないところ5mlにつけてしまった。薬量は1回2.5mlになっていたが、母親がキャップの印通りに服用させてしまった。2回服用後母親が間違いに気が付き連絡があった。	調剤者がキャップに印を付けなかったため監査者が付けたが、それをチェックする者がいなかった。	調剤者は薬袋、付属品すべてそろえてから監査にまわす。			ザイザルシロップ0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2620	9歳の女兒にプロトピック軟膏0.1%が処方されていた。当事者である薬剤師は小児の使用は慎重投与であると思いきや、そのまま投薬を行った。1時間後の薬歴内容確認中に「小児への投与は禁忌である」ことに気付き、処方医へ連絡。処方医療機関は閉院していたため、患者ご家族に連絡し、使用を中止し連絡を待つよう指示。医療機関開院(翌々日)後、処方医と話をし「プロトピック軟膏0.03%」へ変更になる。すぐに患者宅へ連絡し、未開封(未使用)を確認し、交換となった。	時間帯もあり、調剤から監査・投薬を一人で行ったこと、当事者本人の思い込みがあったこと。双方が重なったものと思われる	小児以下、高齢者、妊婦においては年齢確認と添付文書内容の再確認を怠らないようにする			プロトピック軟膏0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2621	イトラコナゾールカプセルを、56個渡すべきところ、46個しか渡してなかった。10個不足だった	1シートが、8個なのに、10個だと思いきや、8×7シートお渡しすべきところ、5シートと6個(46個)しか渡してなかった	必ず、1シートが何錠なのか確認して、数を数える			イトラコナゾールカプセル50mg「SW」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2622	同じ薬を70錠お出しするところ、10錠が本来調剤するロサルタンで、他の60錠はアマルエットで異なる薬だった。類似したヒート包装トはゆえ、輪ゴムでまとめたものを同じ薬だと思いきみ投薬してしまった監査ができていなかった	輪ゴムでまとめた薬を同一と判断したこと のミス	大変に危険なこと。まとめないで、ヒートを監査するようにはなしあった。			ロサルタンカリウム錠 25mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2623	バラ錠の充填ミス酸化マグネシウム330mgのところ、酸化マグネシウム250mgが充填されていた。	慣れ・慢心分包装のカセットに薬品名が見づらい状態であった。	薬品名を大きく記載し、バラの状態の写真を付けて、充填前に確認しやすいようにした。			酸化マグネシウム錠250mg「モチダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2624	以前までd1クロルフェニラミンマレイン酸塩酸塩散1%「イセイ」1日量1.2gの処方箋を応需していたが、「イセイ」のメーカーが販売中止に伴い、処方箋記載がポラミン散1%1.2g/dayへ変更となっていた。ポラミン散1%の成分はd-クロルフェニラミンマレイン酸のため、光学活性であり、d体とd1体では投与用量が異なるため疑義照会を行った。(インタビューフォーム等よりd体は抗ヒスタミ効果、抗コリン効果がd1体の2倍である記載があり)→ポラミン散1%の用量が1.2g/day→0.6g/dayへ変更となった。	クロルフェニラミンマレイン酸塩「イセイ」販売中止にともない、病院のマスターが使用できなくなったようで、同成分のポラミン散へ処方変更したとのことだったが、それぞれがd体とd1体の違いがあり、用法用量が異なることを把握されていなかったようだ。	薬局側としても、d体d1体の違いがある薬品などしっかり把握し、投与用量などが誤っていないか処方鑑査時に確認が必須である。			ポラミン散1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2625	グリメサゾン軟膏が処方となっていたが、塗布部位が口腔内と記載があり、使用部位について疑義照会を行った。処方部位は口腔内で間違いのないようだが、同様の成分を含んでるためマスター選択を間違えたようで、処方が口腔内に使用できるデキサルチン口腔用軟膏0.1%に変更となった。	グリメサゾン軟膏、デキサルチン軟膏いづれも同じデキサメタゾンの成分を含有しているが、医師が処方入力の際に、成分名で検索し、選択を誤ったとのこと。	処方入力、処方鑑査の際に、使用部位が適切かなどしっかり確認する。その使用部位に対して、使用できる薬品であるかも踏まえる。			デキサルチン口腔用軟膏1mg/g	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2626	レボセチリジンの年齢別用法を理解しておらず、包装数も間違えて認識して出していた。	年齢別表示などがされておらず、新規採用の際に知識の共有が出来ていなかった。	用法、知識の共有を行い、わかりやすく表示しておく。			レボセチリジン塩酸塩 DS0.5%「杏林」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2627	8/25一般名ロラゼパム0.5mg 屯用処方。ワイボックスで調剤。翌回9/17一般名クロチアゼパム5mgに処方変更。変更気づかず前回Do取り込みでロラゼパム(ワイボックス)で入力。調剤もワイボックスで調剤。	一般名処方による名称類似。思い込み。確認不足。薬剤師が投薬時、ロラゼパムで眠気があることを医師に相談したと聞き取りしたにもかかわらず、処方変更されていることに気づかなかった。	レセプトPCの前回Do取り込み機能の使用ルールを決めた。具体的には、全部取り込みを禁止。Rp単位での取り込みは認める。			リーゼ錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2628	【正】プロチゾラムOD錠0.25mg「テバ」1T 分1寝る前 21日分(分包) 【誤】15包目だけ、アルファカルシドール錠0.5μg「アメル」1	プロチゾラムはカセットで作成している。同じ患者でアルファカルシドールはコンペアとして取り揃えられていた。プロチゾラムをカセットに充填する時に1錠混入してしまった。	トリダスを使用する時には、使用前・使用後と他の薬が入っていないか確認をする。トリダスプロを用いて、コンペアのものは極力そちらを使用する。			アルファカルシドール錠0.5μg「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2629	イメンドカプセルセットで処方があり、当薬局にはイメンドカプセル80mgとイメンドカプセル125mgの組み合わせで調剤をしていた環境。イメンドカプセル80mg 2Capとイメンドカプセル125mg 1Capを調剤するところ誤って、イメンドカプセル80mg 1Capとイメンドカプセル125mg 2Capで調剤、交付に至ってしまった。化学療法開始時にHP薬剤師が数量の誤りに気づき発覚。服用は誤ることなく、体調も変化はなかった。	イメンドカプセルセット、チャビックススターターキット等、セットとなっているものの正確な各薬剤の数量を誤らないよう、又思い込みで調剤をしないよう注意が必要であり、本件においては各カプセルのシートの色等で判断してしまっていたため起きたと考える。	シートの色で判断するのではなく、医薬品名を必ず確認し調剤、監査、服薬指導を実施し再発防止とする。			イメンドカプセル80mg イメンドカプセル125mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2630	ロスバスタチン2.5mgの棚にロスバスタチン5mgの箱が入っていた。調剤時に調剤者が気づく。	納品時の棚の入れ間違い。ミスゼロ子を使っての薬の補充の手順の不遵守	今回の事例の薬局内のスタッフに周知。ミスゼロ子を使っての棚の補充を必ず守るよう伝えた。			ロスバスタチン錠2.5mg「三和」ロスバスタチン錠5mg「三和」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2631	リボトリール錠0.5mg 0.5錠 90日分での処方0.5錠・0.25錠の予製してあり、0.5錠の中に10包0.25錠が混ざっていた。患者さんが気づき、飲む前に交換。	予製してあることから90包あることだけを確認してしまった。予製の際はチェックしてるが、調剤時しまう場所を間違えたようである。	予製剤についても確認を怠らない。再度チェックする。			リボトリール錠0.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2632	フェブリク10mgと20mgの棚を他規格ありを意識するために隣にしている。ピッキング時にフェブリク20mgの棚に10mgが入っていた。在庫数の確認をしたが、どちらの在庫数も理論値とあっており、患者さんには渡っていないかった。	患者さんが混みあっている時で、処方せん内の剤数も多い処方だった。集めるのに集中しすぎて、慣れもあり、戻す場所の確認不足が生じた。	棚に保管する薬品は、箱で保管。それぞれの棚の中には隙間が出来ないようにし、他のくすりの箱を入れなくする。			フェブリク錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2633	ロスバスタチンOD (25) DSEPを一包装化するとところロスバスタチン (25) DSEPで一包装化。	思い込みで調剤をしていた。	ルール遵守の不備がみられたために改善していく			ロスバスタチンOD錠2.5mg「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2634	ネリゾナ軟膏が50g処方されていたが、10gしか入っていないと患者が来局された。	処方箋の読み間違いか、5gと10g商品があるので規格出し間違いかと考える	業務フローの不備がみられたために改善していく			ネリゾナ軟膏0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2635	ロキソプロフェンNaテープ50mgNPをお渡ししたが、薬情・薬手帳がロキソニンテープ50mgになっていた。	元は当薬局に在庫のないテープが処方されていたが、家族の希望でロキソプロフェンNaテープに変更してもらった。問い合わせ中に「時間がかかるので不要」「やはりもうらう」と変わった。いったん削除し再入力した際、間違えた。	急がされても落ち着いて確認する。途中で削除/追加したものは特に注意する。			ロキソプロフェンNaテープ50mg「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2636	処方箋内容をピッキングした時、ビンプロロールフマル酸塩錠2.5mg「日医工」60錠を2重にピッキングしていた分を片付ける時に、センノシド錠12mg「サンド」とシートの裏側が酷似していた為、間違えてセンノシド錠「12mg」の棚へ片付ける。午後、他の患者様のピッキング時、間違いに気付く。	患者様が続けて、来局し、慌ててビンプロロールフマル酸塩錠2.5mg「日医工」と、センノシド錠12mg「サンド」錠剤の色は違うので、錠剤が見える側では間違い事は無いのですが、錠剤が見える側が見えない状態で重ねて片付ける時には、シートの背面、一見同じに見える。	薬を誤ピッキングした時は、1人で片付けられないで、2人以上の人に確認してもらうようにする。			ビンプロロールフマル酸塩錠2.5mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2637	処方箋にメルカゾールが重複して記載されていた。疑義照会の結果、一方は削除となった。	メルカゾールは普段から処方されており、今回増量となったが前回の処方をそのままコピーしたようで記載が重複していたと考えられる。	処方監査時の薬品名記載には特に注意していく			メルカゾール錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2638	リバクレオンカプセル150とポリフル錠500mg外箱が類似しており、ポリフルの棚にリバクレオンが充填されていた。	監査システムの未使用もしくは、充填時のダブルチェックの未実施。ポリフルとリバクレオンの外箱類似。	充填時の手順を再周知。ポリフルの棚にリバクレオンとの類似に関する注意喚起を行う。			ポリフル錠500mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2639	フォシーガは朝食後、フェノフィブラートが夕食後で処方されていた。朝食後の薬袋にフェノフィブラートを入れ、夕食後の薬袋にフォシーガを入れてしまっていた。投薬時に患者から指摘を受けて判明した。	薬袋は処方されている薬を印刷した用紙を透明のチャック袋にいられたものを用紙している。フォシーガもフェノフィブラートもPTPシートが赤色で似ている。錠剤の色は違うものの、慌てて調剤したため、薬袋に印刷されている写真をみて薬袋に入れて、そのあとの確認を怠った。幸い、中身の見える透明のチャック袋のため患者自身が気づいてくれた。	薬袋に入れた後にもう一度、指差し確認する。			フォシーガ錠5mg フェノフィブラート錠80mg「武田テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2640	スルピリドとマプロチリンの薬袋を取り違えて入れていた。患者と確認をしながら投薬する際に気づいて訂正した。	両薬剤のヒート包装がとも似ており、錠剤の大きさもあまり違わなかった為、確認不十分のまま薬袋に入れてしまったと考えられる。	投薬時に薬を見せながら確認してもらった事を徹底した。			スルピリド錠50mg 「アメル」 マプロチリン塩酸塩錠10mg 「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2641	自動錠剤分包機のカセッターにおいて硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」の中にジルチアゼム塩酸塩錠30mg「サワイ」が混入していた。混入発覚時点で4名に調剤、交付後であり、誤調剤の可能性のあるものを回収したが2錠はすでに服用済であった。4名のうち誰が服用したのかは特定に至らなかったものの体調変化などトラブルは見られず、対象者1人1人に対して謝罪した。	自動錠剤分包機を用いた調剤において誤って出力されたものや疑義照会の結果作り直しとなったものについて一包化薬をばらして再度カセッターに充填した際、硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」とジルチアゼム塩酸塩錠30mg「サワイ」の両方が含まれる処方があり、外見上酷似しており、大きさも同じ両剤を混同してしまったと推測される。ばらしてカセッターに充填する際には、ダブルチェックをして記録に残す手順がありそれについては順守されていた。ダブルチェック時の監査の甘さによる混入と思われる。	ばらし充填の手順の再検討記録用紙の項目の明文化を行った。硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」とジルチアゼム塩酸塩錠30mg「サワイ」は外見上酷似しているため、片方の医薬品の採用について別メーカーのジェネリックに変更した。			硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」 ジルチアゼム塩酸塩錠30mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2642	一包化の中に、ベニジピン錠4mg1錠、デベルザ錠20mg1錠入るべきところ、ベニジピン錠4mg2錠入っておりデベルザ錠20mgは入らず、数としては合っており、色も黄色で同じであったため気が付かず投薬してしまいました。次の日の朝に、分包機の下に床にデベルザ錠20mgが1錠落ちており発覚。すぐに患者様に連絡し、謝罪、訪問し、一包化の中のベニジピン4mg1錠とデベルザ錠20mg1錠を交換致しました。患者様は薬はまだ服用しておらず、県工比嘉は出ておりませんでした。	夜間診療費の日の18時半～19時の間の出来事で、他の職員が18時半に帰ったあとで薬剤師1人、事務員1人対応になった直後で、患者様が待合室に4人いらっしゃり、精神的に焦りがあったと思われま	忙しくなった時こそ、監査をしっかりと行うように心がけることと、一包化の中身の確認を複数で行うような体制を作りたいと思います。			沢井製薬株式会社	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2643	一包化で「夕食前」と印字すべきところを、「夕食後」と印字していた。	デフォルトの設定が「食後」なので、変更を忘れた。	監査含め、確認の強化			フルニトラゼパム錠2mg「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2644	患者の一包化薬を鑑査中、分包された包装の中にアダラートCR錠10mgではなくニフェジピンCR錠10mg「サワイ」が分包されていることに気付いた。 一包化薬を調剤する度にヒート包装の薬を取り出して充填していることから、充填されている薬とヒート包装の外装を確認すると、規格を間違えて充填していたことが判明した。調剤中、自動分包機から異音がすることに調剤者は気づいており、また監査中に錠剤が複数混入することがあったため、監査者は十分な注意を払って監査を行っていた。カセット内には正しい規格と間違った規格の錠剤が混ざっていたため、この過誤が起こる以前は正しい薬剤が充填されており、今回の一包化調剤でのみ発生した過誤であると判断した。一包化調剤のやり直しを行い、患者に交付した。	ヒート包装の薬剤を自動分包機のカセットに充填する際、規格の確認を十分にできていなかった。	薬剤の充填の際には複数人で目視の確認を行い、監査者に薬剤の充填を行ったことを知らせるために、外装を渡すなどの目印をつけるようにする。			アダラートCR錠10mg ニフェジピンCR錠10mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2645	40日分処方されているのに1剤だけ30錠で監査で気づかずに患者様にお渡ししてしまい、後日連絡を受けました。	急がれていたため、薬袋に薬剤を入れた後、投薬時そのままお渡ししてしまった。通常であれば、患者様の前で、薬袋に入れている。	急がれていても投薬時に患者様に薬剤を必ず見せる。調剤時、良く確認する。			エゼチミブ錠10mg「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2646	頻尿の為、トフラニール錠10mgを処方指示あり。お薬手帳で併用薬を確認したところ、セレジストが併用しているものと思い、投薬する。投薬後確認中に、セレジストではなくセレギリンが併用されていたとわかり、処方もとに連絡、お薬を服用しないよう患者に連絡した。	一般名に不慣れなため、見間違いをしてしまった。	不慣れな医薬品、見慣れない医薬品を処方、併用で見かけたら確認を徹底する			セレギリン塩酸塩錠 2.5mg「タイヨー」セレジスト錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2647	【正】夕食後にデパス錠0.5mgが1錠、寝る前にデパス錠1mgが1錠 【誤】夕食後にデパス錠1mgが1錠、寝る前にデパス錠0.5mgが1錠	デパス錠はいずれの規格も錠剤カセットではなく、手まき薬品としてピッキングされた。夕食後は錠散一包装、寝る前は錠剤一包装にそれぞれデータが飛んでいたが、錠剤をそれぞれヒートから取り出した後に入れ替わってしまった。それに気付くことなく30日分すべて作成し、最終鑑査でも気付かずに交付に至った。	手まき薬品セット時の識別コード、ヒート耳の確認徹底。デパスの識別コードについて周知した。			デパス錠0.5mg デパス錠1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2648	フェブリク錠40mgを1日1錠・30日分の処方であり、計30錠を調剤すべきところ、22錠しかお渡ししていなかった。調剤した薬剤師・患者本人とも交付時には気づかなかった。後日患者本人が「なぜかこれだけ8錠足りない」と言って来局され、薬局の在庫数量の誤差からもその事実が確認された。	フェブリク錠40mgは、当薬局では10錠/シートのPTPを採用しているが、やや長細い形状のシートであるため、調剤した薬剤師が14錠/シートの製品であると誤認し、シート2枚+端数2錠=30錠であると判断して調剤してしまった可能性が高い。実際には当薬局での採用は10錠/シートであるため、この調剤での合計数は22錠となる。フェブリク錠については、当薬局において1年ほど前までは14錠/シートの製品を採用していた経緯がある。	差し当たり、フェブリク錠40mgおよび規格違い品については、収納棚に「10錠/シート」である旨の注意書きを貼付した。また、本製品に限らず、シートの裏面からでは錠剤の数量が判りづらいことがあるので、シートの表側から確認することを心掛ける。シートの包装単位に関する採用替えは極力避け、やむを得ず入れ替えがあったときには従業者に念入りに告知する必要がある。			フェブリク錠40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2649	肌荒れ(いぼ)で受診。処方箋にはツムラ薏苡仁湯7.5g 3×毎食前28日分と記載。ツムラ薏苡仁湯の効能効果は、関節痛、筋肉痛。患者様の訴える症状からヨクイニンエキス錠コタローと判断。疑義照会し、ヨクイニンエキス錠コタロー 18錠 3×毎食前28日分に変更。	「よくいんに」と同じ名前から、メーカー違いによる効能効果の違いをドクターが知らなかった可能性。	同じ名前でも効能効果の違いがある医薬品があるということを情報共有する。			ツムラよく苡仁湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2650	オルメサルタンOD錠20mgDSEPで、一 包装すべき分包の中に、オルメテック OD錠20mgが、混入していた。	分包機の充填する時に間違えて充填した と考えられる。	錠剤の充填時には、複数人での確認を確実に 行う。			オルメサルタンOD錠 20mg「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
2651	患者より連絡があり胃痛症状がで ているのでファモチジンOD10mg「YD」 を服用しようとしたところ、以前他院 よりもらっていたラキソベロン錠を服 用しかけ、味が違う事に違和感を感じ、 吐き出したとの事。飲み込む前 だったので患者に害はなかったとの 事。不安だったので電話したとの事 でした。患者にはすぐに吐き出している 事から問題ない旨を説明。薬を薬袋に まとめて入れないように指導	包装が似ている事よりおきかけた事例と 考える	薬局においても薬剤の包装が似ている事から起 こる可能性がある。似たようなヒートなので薬 剤棚などの配置を考えて、ファモチジンに関し ては引き出しにいれるようにした。			ファモチジンOD錠1 0mg「YD」 ラキソ ベロン錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
2652	全部で15種類の内服薬を一包装してい る患者様。本来保険の関係で後発品の メキシレチンカプセル100mg「サ ワイ」で調剤しないといけないところ、 先発品のメキシチール100mgで調剤。 在庫があわないことで気づけ、お渡し 前に再度分包しました。	名称、カプセルの外観が似ていて一包装 のため気づけなかった。種類も多いた め、監査が不十分でした。	数が多いもの、間違えやすいものを特に時間をか けてしっかり確認します。先発・後発の区別を 的確に行います。医師に減薬の提案をし、服用 数自体を減らすことも検討します。			メキシレチン塩酸塩カ プセル100mg「サ ワイ」	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
2653	グリクラジド錠が24錠必要なところ12 錠しか出ておらず、トラゾドン錠は4錠 でよいところ12錠出ていたことで機械 の誤差範囲になってしまったことで、 鑑査の機械を通してしまった。	機械に頼りきって処方箋と物をしっかり と確認出来ていなかった。シートの色や 柄が似ていた事で戻し間違えた。	しっかりと機械に入れる前に処方せんと薬剤の種 類と数量が合っている事を確認する。薬を戻す際 は確認を徹底する。			グリクラジド錠20m g「トーワ」トラゾ ドン塩酸塩錠25mg 「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
2654	コタロー大建中湯エキス細粒 756g→ コタロー大建中湯エキス細粒 252g (1箱504g渡し忘れ) 本来大包装1 箱と小包装の分を渡す予定だったが、 大包装を渡し忘れてしまった。本人よ り普段よりも少ないと指摘があり発 覚。	他の薬も多く持っていられる方だったた め、カゴの中に漢方薬が入りきらなかつ た。カゴの横に漢方薬を置いておいた が、特に目印が無かったため、調剤者以 外は気が付かず渡しそびれてしまった。	カゴに入りきらない場合は過誤を分け、「複数 トレイあり」など目印を付けることで調剤者以 外が見ても分かるように改善を行った。			コタロー大建中湯エキ ス細粒	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2655	L-ケフレックス顆粒、ひと綴りが4包で本来は18包(4綴り+2包)だが、ひと綴りを3包だと思い込み6綴り取ってしまった。	たまにしか出ない薬剤であり、しっかりとした認識が無かったうえに、思い込みで取ってしまったためミスが起きた。	ピッキング時にひと綴り何包かをしっかり確認しつつ集めていく事を周知徹底した。			L-ケフレックス顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2656	プレドニゾン錠1mgの半錠を交付すべきところ、同成分剤の5mg錠の半錠を交付した。この2種類は予製剤として棚に備えてあるものだった。服用前に回収し、正しいものをお渡ししたため体調面での被害等はなかった。	思い込み。確認間違い。	よく処方される1mgの半錠のみ予製剤とする。			プレドニゾン錠1mg(旭化成) プレドニゾン錠5mg(旭化成)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2657	インスリン使用中の患者に別の患者のトルリシティをお渡ししてしまった。使用せずに連絡を頂けた。	冷蔵庫に冷蔵品を入れているが、その時に2名分を一緒に取ってしまい誤ってお渡ししてしまった。	患者の名前と薬剤を交付時に確認する。			トルリシティ皮下注0.75mgアテオス	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2658	エリキユース2.5mgを調剤後残りを棚に戻すときにエナラプリルM2.5「EMEC」のところに戻してしまった。	エリキユース2.5mgと5mgエナラプリルM2.5mgと5mgミリ数が同じだったことと、箱の色が同じで、(2.5mg同士、5mg同士の色味が同じ)棚もあいうえお順のため近くにあったこともあり薬を戻すときに間違えてしまった。	棚を少し離し、取り出し口前に薬品名注意と記入した。			エリキユース錠2.5mg エナラプリルM錠2.5「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2659	【般】スピロラクソン25mg0.5T分1朝食後、ペプリコール50mg0.5T分1朝食後処方。患者様に確認のうえ、一包ずつにまとめてお渡し。調剤時、スピロラクソン25mg0.5Tわけてしまい、とりかえ。あやまってペプリコール50mg0.5Tをいれた。鑑査時、ペプリコール50mg0.5Tが2つはいつていることに気付く。ペプリコール50mg0.5Tとスピロラクソン25mg0.5Tと取りかえた。	思い込み。	調剤者のダブルチェック。			スピロラクソン錠25mg「TCK」 ペプリコール錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2660	自動分包機のプレドニゾン錠1mgのカセッターにリスベリドンOD錠1mgが多数混入していることに気づいた。事例発覚の1週間前に一包化調剤をやり直した際、カセッターに戻した薬があったため、その薬を確認したところ、リスベリドンOD錠1mgが含まれていた。そこで、それ以降の一包化調剤でプレドニゾン錠1mgが含まれている患者を検索したところ、該当患者が6名いたため、すぐ電話連絡をした後、患者宅に向かった。6名中5名の一包化薬に、プレドニゾン錠1mgで調剤するところ、所々にリスベリドンOD錠1mgが含まれていることを確認した。カセッターに戻した錠数と混入していた錠数を照らし合わせたところ、誤ってリスベリドンOD錠1mgを服用した患者は居なかった。	カセッターに錠剤を戻す際には必ず薬剤師2人でチェックして戻すように徹底しているが、確認不足、注意不足があり、異なった医薬品を戻してしまったと考えられる。また、間違えた医薬品の錠剤の大きさが正しい医薬品とほぼ同じ大きさだったため、自動分包機から錠剤がそのまま分包されてしまったこと、錠剤の見た目が似ていたため調剤時の監査をすり抜けてしまったことが要因と考えられる。	カセッターに錠剤を戻す際には特に細心の注意を払うこと。また監査の際に錠剤の識別コードを必ず確認することを徹底する。			プレドニゾン錠1mg (旭化成) リスベリドンOD錠1mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2661	1箱包装を28錠包装と勘違いし、30日投薬のところを1箱分30錠でお渡ししてしまった。	確認不足	新採用薬品の場合は特に包装単位なども再度確認する。			デュタステリド錠0.5mg AV「NS」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2662	下痢症状発生時にアミティーザを分包から取り除くために、開けてみたら同色同形のため見分けがつかないとの相談。	カルシトリオールをトーワからYDに変更したことでアミティーザと同色同形になっていたことに気づけなかった。識別番号ロットの薬品への刻印がどちらにもなかった。どちらもカプセルなので薬品名など刻印は難しいと思うが。	PTPシートから該当薬剤を新たに取り出し2つの内、アミティーザのみ分包紙へ薬品名と用法を記載の上、別分包。カルシトリオールは定期へ同包。			アミティーザカプセル12μg カルシトリオールカプセル0.25μg「YD」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2663	他医院でオメプラゾールの処方、バイアスピリンが追加になり一緒にランソプラゾールが追加になった。重複の為、問い合わせ、オメプラゾール中止となった	他院よりオメプラゾールが以前より服用あり、今回バイアスピリン追加になりランソプラゾール追加になった。適応症はランソプラゾールがあり、オメプラゾール中止と判断したが、服薬指導について助言を頂いた形となった	疑問を持った時にすぐ行動できるように意識づける			オメプラゾール腸溶錠20mg「武田テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2664	レトリーバーにて一包化作成時、メトアナLDをカセッターに補充時にエクメットHDを入れて作成後、鑑査を行ったが気付かず。しばらくして作成者が間違っていたことに気付く。お渡しする前だったため、作り直しでお渡し。	レトリーバーでメトアナLDの不足の警告音が鳴り、エクメットHDを入れてしまった。GS-1コードで読み取ったが反応しなかったため調剤が一人で目視で薬品を入れてしまった。	GS-1コードが反応しなかったら他者に鑑査をお願いして、一人では行わない。			メトアナ配合錠LD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2665	一般名クラリスロマイシン錠50mg 1Tの処方である。思い込みで調剤者及び監査者は常に動きのある大人用量200mgを調剤及び鑑査。投薬者が、投薬直後に用量がおかしいことに気付く、医師へ疑義照会し処方が200mg 1Tの誤りであることが判明した。間違いが2重3重のミス重なってしまった。投薬直後とはいえ、患者様にお知らせするのが間に合わなかったため、直ぐにTEL連絡した。患者様には事情説明と、「お渡しした薬はあっているが、入力違っていた為、薬袋・薬情・手帳の記載の訂正、領収書の交換が必要」とお伝えし納得頂いた。	大人であるという思いこみと、常に動く薬へという手が動いてしまう危険を感じた。	年齢と用量の確認は必須であること再度徹底する、入力と調剤された薬が一致するか薬情の写真を用いて再確認する事をミーティングした。			クラリスロマイシン錠200mg サワイ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2666	分包前に医薬品を正しい錠数を集めていたが分包後アロプリノール100mg「サワイ」が1錠残った。分包した薬剤の錠数を再度確認したが錠数が同じであった。調剤者に確認すると正しい錠数を間違えなくピッキングした覚えがあるということで再度分包を監査するとアロプリノール100mg 1錠が本来入っているところにフェノパール30mg 1錠が混入していた。	一包化の調剤をする前に大量のフェノパール錠を錠剤取り出し器によりバラしており錠剤取り出し器に残ったフェノパール錠が混入したと思われる	錠剤を錠剤取り出し器でバラす際は必ず中身が残っていないことを確認してから使用するようにする。			アロプリノール錠100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2667	メマンチン塩酸塩OD錠10mg「JG」は7錠ヒートであるが、これを10錠ヒートと思い込み調剤、投薬時に発覚。	知識不足、思い込み	10錠ヒートではないものは表示を改善する。			メマンチン塩酸塩OD錠20mg「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2668	メコバラミン500㎍が180Tのところ、170Tのお渡しとなっていました。	土曜日は、処方箋が集中することが多く、事務員も新人の為、監査が行き届かなかった。	なるべく、調剤、監査に複数人が関与できるように余裕を持つこと。			メコバラミン錠500μg「SW」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2669	モメタゾン点鼻液56噴霧杏林を使用中の患者様にモメタゾン点鼻液56噴霧CEOでお渡ししてしまった。薬歴記入時に先発又はAG希望の患者様であったため過誤が発覚。	薬歴をきちんと見ていなかったため、AGのみGE希望の患者様かどうか確認できなかった。	薬歴をさかのぼってみる。			モメタゾン点鼻液50μg「杏林」56噴霧用モメタゾン点鼻液50μg「CEO」56噴霧用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2670	1日1回朝食後に一緒に服用しているのだが、チラーチンS(12.5)だけが足りなくなり、プラバスタチンNa(10)「KN」が大量に余っていると申し出がありました。	包装が酷似しており、本人の確認ミスによるのみ間違えの可能性が高い。	薬をケースに分けて保管するよう案内。それでも管理できなければ一包装にすることを提案する。			プラバスタチンNa錠10「KN」チラーチンS錠12.5μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2671	フェブリク40mgのヒート包装が14錠から10錠に変更となっていることに気付かず、計数間違いをした(60錠のところ44錠でお渡し)。	単純なミス、不注意	ピッキングの際には10錠シートなのかウィークリーシートなのかをしっかりと確認する			フェブリク錠40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2672	ルネスタ錠1mg60T処方されていたところ、80Tお渡ししてしまった。	新しい事務が入ったため、入力ミスが多く精神的に疲れている時期であったため。	複数人で声を掛け合い、確認をする。			ルネスタ錠1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2673	オロパタジン顆粒0.5g包装、処方1g/日。1包0.5g1日2回。服用量が少ないが処方通りに調剤を行った。監査時に年齢から服用量が少ないと気づいて疑義紹介した。	処方ミスの時点で、1回1包の薬が多いので違和感がなかった。年齢、体重による用量の確認ができていなかった。	小児の薬はヒート品でも体重、年齢から用量をよく確認する。			オロパタジン塩酸塩顆粒0.5%「トール」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2674	含嗽用ハチアズレ顆粒40Pお渡しのところ、倍量の80Pをお渡ししてしまった。	繁忙なことで、事務員が新人で業務に慣れていないことがあり、業務がばたばたして、焦りがあった。	複数の人の目を通して監査をすること。			含嗽用ハチアズレ顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2675	同一医療機関でチラーゼンS50 μ g服用中に、他科処方箋にてカルタン錠500mgが処方された。甲状腺機能低下症の方、カルタン錠禁忌のため医師に疑義照会にて問い合わせし削除となった。	添付文書を確認	引き続き添付文書等の併用禁忌薬品の確認の徹底			チラーゼンS錠50 μ g カルタン錠500	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2676	病院でお薬手帳を見せなかった為、医師が併用薬確認できず薬剤の重複になった。	患者様がお薬手帳は薬局にのみ提出と認識していた為。	併用薬ある場合は病院にもお薬手帳を出すように伝える。			フェキシフェナジン塩酸塩錠60mg「ZE」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2677	定期的に酸化マグネシウム 0.5g/包服用。投薬3週間後に印字が2種類ある(1.0g、0.5g)と残薬持参され来局。残薬を1包ずつ計量。分包はすべて0.5g/包だったが、印字が間違っていた。謝罪し、作り直しを提案したが、わかったのでそのままでもいいと残薬持ち帰られた。	分包機セットの際の確認、監査の際の「印字」確認を怠った。	分包機セットの際、監査の際、印字についても再度確認するように再度薬剤師間で話し合った。			重質酸化マグネシウム「N i k P」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2678	酸化マグネシウムとツムラ小青竜湯の混合、テレミンソフト坐剤が処方されており、処方箋から便秘に対する処方ではないかと推測。今回処方したかったのは小青竜湯ではなく小建中湯ではないかと判断し疑義照会を行ったところ、小建中湯へ変更になる。患者にも症状を確認し、便秘だと確認。	小児に対し小青竜湯も多く処方が出ており、名前が似ていたことから間違えたのだと思われる。	病院の処方の特性を理解し、普段と違う処方 cameるときは患者に症状確認するなどして監査を行う。名前の似ている薬のピックアップを行う。			ツムラ小建中湯エキス顆粒(医療用) ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2679	冷所品のため冷蔵庫保管していたが2種類の薬剤があり薬袋も同じ大きさで患者の名前を確認せず取り出しそのまま投薬	いつもの患者、薬剤のため最終確認を怠ってしまった患者、処方箋、薬剤、薬袋を確認して投薬	冷蔵庫内の薬剤も効能別に整理、整頓			キサラン点眼液0.005%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2680	S G 配合顆粒3g分3 30日分の処方を受け付け、一緒にP L 配合顆粒も3包14日分で処方されていたS G 配合顆粒の処方日数を見間違え 90包のところ60包しか調剤しなかった。翌日本人よりT E L にてS G 配合顆粒が少ないと連絡あり、在庫確認し数量間違え発覚、患者様に謝罪し 後日不足分のお渡しで良いと了承を得た。その後、ご家族が薬を薬局まで取りに来ていただいた。	普段は違う薬局でもらっている薬で、似た顆粒などが日数違いで処方されていた為、日数を間違えてしまった。	調剤時、監査時、投薬時に日数違い、包数の再度確認を徹底すること、複数人で確認すること			S G 配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2681	ピーソフテンクリーム25gとピーソフテンローション50gの処方、ピーソフテンクリームは一本25gであり、クリームとローションの用量を勘違いしピーソフテンクリームを2本ピッキングしてしまっていた。また、慣れから2本ずつだと思い込み、ピーソフテンローションも2本(100g)ピッキングしていた。	・手順不順守 手順不順守により医薬品の名前・数量の確認不足と指差し確認不足・慣れ・思い込み 日頃の調剤の慣れからピーソフテンクリームが2本出ていると思い込んで調剤を行ってしまった。	手順順守の徹底と思い込みを無くすために処方箋の確認を必ず1医薬品ずつ行いながら調剤を行う。またピッキングの際には処方箋を持ちながらピッキングを行うようにする。			ピーソフテンクリーム0.3% ピーソフテンローション0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2682	当該薬局を初めて利用された患者(家族)で若年齢にもかかわらず「ドネペジルOD3mg」が処方されていた。入力前に事務員が気づき、薬剤師がお薬手帳の内容や家族への聞き取りを元に前院ででていた「アリピプラゾールOD3mg」の処方であると判断し疑義照会、オーダーミスであることが分かった。	手帳の情報がない、年齢が高い、本人でない場合の家族からの情報が曖昧など条件が重なると処方の間違いの発見が遅れたり見落とししてしまう可能性がある。	初回問診等を行う際には先入観を排して臨むこと。			ドネペジル塩酸塩OD錠3mg「明治」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2683	ツムラ125桂枝茯苓丸加よく夷仁エキス顆粒をツムラ25桂枝茯苓丸エキス顆粒で間違ってお渡ししてしまった。投薬後患者さんからの指摘で発覚。	普段からよく処方されるのは25番だったため、思い込み	漢方は外見も名前も似ているものがあるという意識付けをスタッフにしっかり行っていく。			ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2684	91歳男性 退院後初めての処方である。今回はロスバスタチンを毎日服用することとなっていた。従来ロスバスタチンOD2, 5mgを隔日に服用しており、事務員は2, 5mgで入力し薬剤師も2, 5mgで処方を行った。薬剤交付前問診中、コレステロールが高く、前より大きな薬剤を入院中から服用していると言う患者からの話があり改めて処方箋監査を行ったところ、ロスバスタチン口腔内崩壊錠5mgとの記載を発見し直ちにロスバスタチンOD5mgへ入力のやり直しと調剤の変更を行った。	以前より2, 5mg処方であり当然2, 5mgが処方されるという思い込みが薬局全体にあった。	思い込みを改め、処方箋の記載をきっちり把握し入力、調剤を行っていくこと。今回の事例のように薬剤交付時に患者の問診を確実にを行う。			ロスバスタチンOD錠2, 5mg「DSE P」ロスバスタチンOD錠5mg「DSE P」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2685	ツロプテロールテープは7枚ごとにフィルムで束ねられているが一部を抜き取り、フィルムが付いたままで4枚となっていた。調剤者が気づかず7枚束だと思い込み合計21枚のところ18枚で調剤済みとなった。監査機器でもエラーが出た。最初はフィルムの重さによるエラーだと思い監査システムは強制入力で終了。最終監査時に薬剤師が違和感を感じ、18枚で有ることが発覚。交付前に訂正し、21枚にてお渡ししたため健康被害等はない。	フィルムが付いた薬剤の扱いにおける指導不足、情報共有不足	全従業員に今回のことを情報共有して再発予防に努める。薬品自体が薄くて枚数も重なっているため違和感を感じにくい監査機器でエラーが出たときは注意してチェックする。			ツロプテロールテープ2「オーハラ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2686	ヒューマログ注ミリオペンHD処方なのにヒューマログ注ミリオペンを調剤してしまった。	以前がヒューマログ注ミリオペンだったことで思い込みをしてしまった。	調剤者も投与者も思い込みはやめて、初心でみること。			ヒューマログ注ミリオペンHD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2687	デベルザをデザレックスと勘違い、思い込みして服薬指導しようとした説明中に薬情を見て途中で気づきました	デベルザ デザレックス デで始まるだけですが、思い込みや勘違い対象になりやすいと思います。指導前に一度、薬情などを一目してから、確認し説明するようにします	勘違い、思い込みをしないよう基本である、確認、確認、に立ち返り注意します			デベルザ錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2688	ジルテックドライシロップ継続服用されている患者さんより、前回交付された薬の量が少ないと訴えがあった。分包された薬を秤量したところ持参いただいた先回の薬(2包)は処方量の半分程度しかなかった。	当薬局ではジルテックドライシロップは一包0.2gと一包0.4gの2週間分の薬をあらかじめ用意している。間違えないように秤量した記録とセットにして保管しているが、今回お渡しした分の秤量の記録は1日量0.8g(一包0.4g)となっており、処方量と違いがなかった。分包する際に大きく偏りが出たのに気づかなかったのか、半量で分包した(一包0.2g)ものと記録を取り違えたのかははっきりしない。	一包0.4gはメーカーから分包品が販売されていることから、一包0.4gは分包品を採用し、薬局内で分包するのは一包0.2gのみとする。薬剤監査時には分包に偏りがなければ必ず確認する。			ジルテックドライシロップ1.25%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2689	投薬時に鼻水が出るとの訴えがあった。以前処方された抗アレルギー剤を出すと医師が言っていたのにカフコデ、カルボシステインが出ており処方箋の間違いと気づいた。	病院のカルテから処方箋に転記する時の間違い	患者の訴えをよく効いて処方内容に合っているか確認する			シムビコートタービュヘイラー60吸入	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2690	毎月コニール2mgとコバシル4mgが定時薬で処方が出ている患者さんですが今回コバシルからプロプレス8mgに処方変更がありました。今回調剤時にコニール2mgの56Tのうち2錠だけコバシル4mgを間違えて取り間違えてコニールにつけてしまいました。	コニール2mgとコバシル4mgの色調のシートが緑色で似ているので気をつけてください。	次回からコニール2mgを調剤する場合には半端の錠剤にコバシルが混ざっていないか確認して調剤します。コニールは劇薬でコバシルは普通薬で棚はかなり離れているので問題はないですが調剤時は気をつけるようにスタッフに事例を共有しました。			コニール2mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2691	2020年7月に大学病院から退院し訪問診療になった。2週間ごとに処方箋が発行されるが、残薬や体調に合わせ、処方内容が毎回変わる。前回処方ではフロセミド20mg 2錠朝食後服用だったが、今回はフロセミド40mg 1錠朝食後だった。フロセミド40mg は3か月前にも処方されていた。	利尿剤が3種類使われており、往診のたびに用量、投与日数を調節している。フロセミド40mg と20mg の用量違いが用いられている。フロセミド20mg と40mg のシートの色が同じで間違えやすい。ご家族がしっかり管理していると思いで、投薬時に変更点の確認をしっかりと行っていなかった。	投薬時に、前回処方との変更点をしっかり把握し、また、以前の処方内容とも照らし合わせながら投薬する。変更点は、薬袋や薬情にマーカーペン、カラーペンなどで注意を引くように工夫する。			フロセミド錠40mg 「NP」 フロセミド錠20mg 「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
				投薬した薬剤師は、今回処方されていない薬の残薬状況、外用薬の塗布部位等確認し、薬の内容を確認しながらご家族に投薬した。6日後に、ご家族より薬局に電話があり「おしっこがたくさん出るからおかしいと思い、薬を確認したら、フロセミド40mg を2錠服用していた。フロセミド20mg 2錠がフロセミド40mg 1錠に変わっているという説明が、医師からも薬剤師からもなかった」とのこと。ご家族に電話にて、血圧の低下はない、尿量が増えた以外は体調に変化はないこと確認し、翌日が往診予定だったので医師に状況を説明ししっかり診察してもらうようにお話した。処方元の病院にも、電話にて服用間違いの経緯と体調を説明した。後日ご家族に、その後の体調や医師の診察結果を確認し、大事には至らなかったとのこと。足りなくなったフロセミド40mg を処方してもらった。			
2692	一般名処方のニセルゴリン錠5mg を取り間違い、ニコランジルを処方投薬しました。	思い込み	薬品棚に、注意喚起シールを貼る			ニセルゴリン錠5mg 「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2693	セレコキシブ錠100mg 「YD」を処方するところ、レセコン入力時にセレコキシブ200mg 「YD」と誤って入力。薬剤の交付は同100mg だったが、薬袋・薬情・手帳のシールが同200mg のままで患者に混乱が生じた。	初期監査時に入力ミスに気付いたが、薬袋・薬情・手帳のシールの差し替えが行われないまま交付したことによる。他の薬剤師が、監査台に正しい薬袋・薬情・手帳のシールが残っていることを不審に思い、鑑査担当者に確認したが、問題ないと認識し、該当書類の確認を行わなかった。	レセコン入力ミスが発生した際は帳票類を、担当者が責任をもって差し替えることを再確認した。			セレコキシブ錠100mg 「YD」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2694	ルコナック爪外用液は2020年3月プッシュ型からマーカ型の新容器に変更された。担当した薬剤師は他薬局からの応援で、変更点について理解していたが、患者が新容器を使用することが初回であることを知らなかった。又、分割購入品であったため、常勤の薬剤師は変更点について情報を得ていなかった。そのため、変更についてアナウンスをせず投薬を終了した。後日患者が、使い方がわからないと再来局され、包装変更品であったことが分かり、使用法について指導を行った。	分割購入品については、包装などの変更情報を得られる機会が少ない。投薬の際、使い方について再確認しなかった。	採用医薬品の包装などの変更について、積極的に情報収集を行うよう心がける。外用薬使用について、正しく使えているか投薬時には必ず確認を行う。			ルコナック爪外用液 5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2695	施設入所者さんにスタッフが朝食後のお薬を服用させる際に、他の入所者さんの薬を服用させてしまった。	朝食後バタバタしている時間帯で、似ている氏名の確認を怠り服用させてしまった。	氏名印字を、氏・名⇒名・氏の変更とカタカナも交え、スタッフが改めて確認できるように印字変更した。			ドネパジル塩酸塩OD錠10mg「日医工」 クロビドグレル錠75mg「ニプロ」 マグミット錠250mg アムロジピンOD錠2.5mg「明治」 セレコックス錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2696	クレメジン崩壊錠数え間違い	1日6錠であるが一袋4錠入りのため計数間違い	包装単位が特殊な物には注意喚起を付ける			クレメジン速崩錠500mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2697	味覚障害に対して、ノベルジン錠25mgが処方されており医師の説明/薬剤師の説明/本人の理解も「亜鉛を補う薬」として処方されており、問題なかったが、お渡しした薬剤情報(薬情)に、異なる病気に使用する際の効能がのみが書かれており、患者が疑問に感じ問い合わせに至った。	適応外処方や適応追加になった場合は、薬剤情報に目的の効能が載っていない可能性があることを常に念頭におく必要がある。投薬時に、薬情の内容(薬品名/効能等)を確認しながらお渡しする癖をつけておく必要がある。レセコンメーカーにおいては、薬剤情報(薬情)に載せる効能の初期設定を、一般的なもののみにするのではなく、全てを載せるような初期設定にして、不要なものを薬局で個別に外すような仕組みにする必要がある。	適応外処方や適応追加になった薬剤を交付する際は、薬剤情報に目的の効能が載っているか確認したうえで投薬する。投薬時に、薬情の内容(薬品名/効能等)を確認しながらお渡しする癖をつける。			ノベルジン錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2698	リパクレオンカプセル150mgは、1シート12カプセルであるのに、1シート10カプセルと思い込み、計数調剤をしてしまっていた。	1シートが12カプセルなどの間違いやすい薬剤が処方されている場合には、薬歴に注意することなどの記入がされていない、または、薬局内での伝達がされていない。	1シートが12カプセルや20カプセルなど、計数間違いしやすい薬剤には、外箱にマーカーで印をつけるなどの対策を行うこととし、また薬局内で情報を共有するように努める。			リパクレオンカプセル150mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2699	平素からエフビー使用中の患者にトラムセットが処方される。エフビーとトラムセットは禁忌にあたるため処方医に確認。トラムセット削除となる	エフビーは相互作用が多いので注意が必要	エフビーなど注意すべき薬剤は限られている。このような事例があった際に周知徹底して再認識をする			トラムセット配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2700	一包化調剤の際に、自動錠剤分包機ニセルゴリン錠のカセットにニコランジル錠が混入していた。一包化薬監査の際に発見した。	背景：ニセルゴリン錠・ニコランジル錠両剤共にカセットが存在する。カセットに錠剤補充の際は、第三者が必ずチェックすることになっている。要因：名称が似ているため、補充の際に取り違えが発生。	薬品補充の際、チェックの徹底。ニセルゴリン錠のカセットの廃止(片方を手巻きにすることで注意喚起、また錠剤の大きい方のカセットを廃止することで、入れ間違いが発生しても一包化薬に混入が起らない。			ニセルゴリン錠5mg 「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2701	患者様より当薬局に電話あり。(内容は以下の通り)「2日前に当薬局で処方した薬の中に、いつも処方してもらっているタケキャブが入っていないかった。薬局で出し忘れなどなかったか確認してほしい」と問い合わせいただいた。そこで、当日受け付けた処方箋・入力内容を確認したところ、今回の処方内容はタケキャブ・バイアスピリンが配合錠のキャブピリンに変更されて処方されており、その旨を患者にお伝えした。投薬時には配合錠への変更はお伝えしていたが、患者様の変更について理解しておらず、薬情にはキャブピリンの胃酸分泌抑制の効能記載がなく、患者様自身でも薬情の確認時に記載がなくなりづらかったとのこと)	配合錠に変更となっていた薬について患者様にご理解いただけていなかった。(投薬を行った薬剤師に確認したところ、投薬時には変更された点はお伝えしていたが、正確に伝わり、理解いただけていたかの確認不足) また、キャブピリンの薬情の効能説明には胃酸分泌抑制に関する情報記載が漏れており、患者様が処方薬を確認する際に誤解を生んでしまった	処方内容で薬の変更や新規の薬が処方されていた場合、患者様が理解いただけているかをよく確認する。また、必要に応じて薬情・お薬店長などに記載情報を追加して、あとから患者様が確認できるように配慮する。薬情の設定変更を行い、キャブピリンの胃酸分泌抑制の効能について掲載するようにした。新規の採用薬については、薬情や薬袋の掲載事項をあらかじめ確認し、記載不備がないようにする			キャブピリン配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2702	アスベリンドライシロップ2%の処方。調剤録への入力、調剤は処方通りに行った。鑑査時、分包紙の印字がアスベリン散10%であることが発覚。すぐに修正し投薬。	アスベリンドライシロップはあまり調剤を行わない。そのため分包機の設定も連動できていなく、誤ってアスベリン散で印字をおこなった。	自店在庫のあるものを分包機に設定しておく。			アスベリンドライシロップ2% アスベリン散10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2703	12歳以上の患者様にナゾネックス点鼻液 1日2回 1回1噴霧と処方されていたが正しくは1日1回 1回2噴霧	フルナーゼ点鼻液が1日2回 1回1噴霧でフルナーゼ点鼻液と用法が混同。	ナゾネックス、フルナーゼ、その他点鼻液カセット前に用法記載。			ナゾネックス点鼻液50μg 56噴霧用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2704	一包化における薬品名の間違い	同一成分でも数種類のジェネリック薬品を使用しており、印字の時に選択間違い。	入力者、調剤者、監査者が確認するようにする。			シロドシン錠4mg「KMP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2705	ツロプテロールテープ2mg「久光」70枚の処方であったが、1束7枚を1束10枚と勘違いし、7束計49枚しか揃えていなかった。監査の別薬剤師が気付き事なきを得た。	・違う貼付剤(硝酸イソソルビドテープ40mg)が1束10枚であったため、同じ枚数だとの思い込み ・急いでいたため、束数を数えるのみで枚数を数えなかった	貼付剤等は1束の枚数を思い込みで判断することなく、各束1枚ずつ数えて用意する			ツロプテロールテープ2mg「久光」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2706	調剤時に誤ってとられていたリスバダール1mgを、2mgだと思って渡してしまった。	確認不足	監査の徹底			リスバダール錠1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2707	他院で緑内障の薬を飲んでいるが、最近急に眼圧が上がっているのに、ゾルピデムを変更した方が良いと思い、ベルソムラ、もしくはロゼレムに変更した方が良いのではと問い合わせ→ベルソムラ(20)1Tへ変更になった	他院でダイアモックス服用中で最近急に眼圧が上昇している眼下のDrからあまりゾルピデムは飲まない方がいいといわれた	緑内障の人には定期的に眼圧の変化を聞く			ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2708	【般】ラタノプロスト・テモロール配合点眼液(先発名: ザラク配合点眼液)7.5mlで処方されていたが、ラタノプロストPF点眼液0.005%で調剤し、患者に交付した。結果、十分な眼圧低下が得られなかった。	処方せんをきちんと読んでいなかったのに、レセプトコンピュータの入力間違いに気付かず、ピッキングサポートシステムもそのまま通過してしまった。	今回の事故は、薬剤師が処方箋をしっかりと読まずに、ピッキングサポートシステムによる情報に依拠して調剤から渡薬までの一連の業務を行った結果であり、調剤・監査・渡薬いずれの段階においても処方箋の確認を確実にすることが基本であることを全員で確認しました。渡薬後の処方箋と調剤録の照合点検がしっかり行えていれば早期に発見できたことも踏まえて日常業務の不十分さを自覚し、今後の業務のあり方を全員で確認しました。			ザラク配合点眼液	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2709	バルサルタン40mg60日投薬の処方方でカセット内に10錠シートのもの14錠シートのもが入っており、間違えて14錠シートを6シート出してしまった。監査をした別の薬剤師が発見し訂正した。	カセット内に14錠シートと10錠シートが混在していることが、今回の事故原因と考えられる。	今後バルサルタン40mgは、14錠シートに統一することとした。			バルサルタン錠40mg「サンド」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2710	一包化している患者で、処方されていたタムスロシンOD錠0.2mg「日新」が分包に入っておらず、代わりにトラビジル錠100mg「トーワ」が混入	一包化に使用したタムスロシンOD錠0.2mg「日新」のバラ錠集薬の際に、誤ってトラビジル錠100mgを混入。バラのカセットと在庫を照会して他の患者への混入は否定された。	バラ錠の集薬に関しては、一つずつ対応していくようにしたこと。一包化の監査時に錠数確認に加えて、外観や刻印のチェックを厳密に行うようにすること。			トラビジル錠100mg「トーワ」 タムスロシン塩酸塩OD錠0.2mg「日新」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2711	リンデロンV G軟膏がリンデロンV軟膏で入力になっていることに気付かなかった	名称が類似である両方同じステロイド成分を有する	リンデロンV軟膏、リンデロンV G軟膏両方出ることがある 入力時と鑑査時に特に注意が必要である。変更後の薬品名のみならず、リンデロンのVかVGかをしっかり確認していく。			リンデロン-V G軟膏 0.12% リンデロン-V軟膏0.12%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2712	ミヤBM錠の包装変更により、従来のビニール式からヒート錠に変更になり12錠包装に変更になっていた。薬局内で12錠包装で錠数が異なっている事を共有できておらず調剤時にスルーしてしまった。	包装変更錠数変更の共有不備。ヒートの状況も12錠だが10錠と同じような形状の為見落としやすい。	包装変更の店舗内共有の徹底と棚への注意喚起札の貼り付け対応			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2713	土曜日の12:30頃来局。ミヤBM錠 6錠 毎食後 35日分、他3種類のお薬が処方された。ミヤBM錠がちょうど包装変更の切り替えのタイミングであり、旧包装14シート、新包装7シートで調剤した。監査機器(アテルノ)を使用した際に錠数が誤っているとの表示が出たが、包装形態が混在していたため、再度錠数を数えたうえで、目視確認OKとした。投薬後、ミヤBM錠の新包装は1シートは12錠だったことに気づき、14錠多くお渡ししていることが判明した。	ミヤBM錠は旧包装は10錠シートだったが、新包装は12錠シートに変更になっていた。ミヤBM錠の包装変更の案内や外装には12錠シートであることは記載されていたが、変更点として強調されていなかったため、気づきにくかった。監査機器は使用したが、新包装と旧包装と一緒に計量したため、錠数エラーのアラームを気にしなかった。再度数の確認を行ったが、1シート10錠の思い込みからOKとしてしまった。人員が手薄になる時間帯であり、人数の都合上ダブルチェックができなかった。	包装変更などの際は登録を行ってから監査を行う。包装の異なるものが混じる場合は、2回に分けて監査を行う。錠数エラーが出ているときは、1シートの錠数も数えるようにする。包装変更などで重要な変更点がある場合や、10錠シートからウィークリー(14錠)シートへ変更する際などは事前に保管場所や監査機器へ表示を行い、注意を促すようにする。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2714	ミヤBM錠が、6錠 分3 60日分の処方で、360錠取りそろえるところ、合計420錠集めてしまった。旧包装は、SP包装で10錠だったが、新包装が、PTPで12錠包装になっていた。旧包装60錠と、新包装のフィルム(10シート入っているので120錠)を3バック集めていた。監査時に、1バックが120錠入っていることに気づき、数の間違いを修正した。	1バックが、100錠包装だと思いきみあり。旧包装が10錠だったことも要因の1つだと思われる。スタッフ全員に、新包装のPTPは12錠であること伝達した。	シート変更12錠包装の表示のメモを、薬品棚に貼った。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2715	ムコスタ点眼交付時に遮光袋に入れずに投薬を行った。当日に先生より遮光袋に入れて保管するように言われており、遮光袋に入れなくて薬を渡すのはどういうことかとお問い合わせを受けた。ムコスタ点眼使用前に遮光に入れたものと交換を実施した。	ムコスタ点眼が光により、着色や類縁類が増加してしまうという知識がなく、遮光袋に入れずに投薬をしてしまった。	光による影響を薬局内で共有した。遮光や防湿など特に注意が必要な薬品の保管場所に注意喚起を設置した。			ムコスタ点眼液UD2%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2716	高齢者施設の新規患者に対し、処方元の医療機関は、患者が他院から処方されていた薬剤をそのまま処方するつもりでインソルビド内用液を処方した。当該薬局が処方せんを元に調剤・監査したが、患者が服用できず拒否したため廃棄となった。後日、患者が振戦を訴え受診したところ、処方薬が硝酸インソルビドの誤りであることが判明した。	両医療機関と施設職員との連携が図れていなかった可能性がある。薬局では新規患者の継続処方の内容をお薬手帳等で確認せず、医療機関からの処方通りに調剤・監査した。薬局が積極的に処方内容に関われなかったことも要因の一つと考える。	新規患者に対して必ずお薬手帳で継続薬の確認をする。名称類似品で作用が全く異なるものがある為、患者背景やお薬手帳を詳細に確認し、医療機関や施設との連携を図る。また、患者が服用できなかったことから、普段と異なる事項が起こっていることを予測できるようにする。			インソルビド内用液70%「CEO」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2717	先発品希望の患者に、誤ってジェネリック医薬品を調剤してしまった。服薬前に娘さんがジェネリック品になっていると来局・持参した。	調剤監査時に薬品名を見ていなかった。通常、ジェネリック品の調剤が多かったため、ヒートの色しか見ていなかった。	個人希望「医薬品名」「メーカー」等をきちんと薬歴を見ながら1つ1つ確認する。色等で見分けない。			パナルジン錠100mg チクロピジン塩酸塩錠100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2718	成分量と秤量値を勘違いして入力されていた。	当該薬品には1mg、2mg錠が存在し、細粒1%で秤量値が0.25gで成人の1/4量と思いがちだが、実は0.025gが小児の開始量(秤量値)であることに気が付かねばならない。	既成概念に惑わされることなく添付文書の確認を毎回行うことがトラブル回避につながると思われる。			リスパダール細粒1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2719	マリゼブ4錠で良いところを8錠投薬してしまった。	一枚2錠だが、1錠とご認識してしまい8錠投薬してしまう。	監査の徹底。マリゼブは輪ゴムでとめず投薬することとする。			マリゼブ錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2720	ツムラ六君子湯エキス顆粒(医療用)43の189包用箱に、ツムラ抑肝散加陳皮半夏83が十数包しまわれていた。患者への影響なし。	両薬剤の分包の色、デザインが同一であり番号も83/43で間違えやすいが、同一棚のすぐ近くに保管していた。	それぞれの間に別薬を複数挟み距離を置いた。			ツムラ六君子湯エキス顆粒(医療用) ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2721	久しぶりに吸入が出てデモ機で吸入指導を行った。薬品が入っている引き出しから新品の箱を出して未開封のものをお渡ししたはずだった。患者様から吸入の帯に「見本」と記載がある、とお問合せがあった。商品を確認し、見本品をお渡ししてしまった事が判明。まだ未使用であったのですぐ本来の吸入薬実薬をお渡しした。	まさか見本品が混入しているとは思わなかったが、投薬する時にしっかり再確認を怠った事が一番の原因です。	投薬時は再確認を十分行う事。見本品は別の場所にひとまとめにして保管する事、を改善策とする。			ブデホル吸入粉末剤60吸入「MYL」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2722	長年服用してきたが、今回から包装変更品となったが説明不足のため、患者が帰宅してから当該医薬品が入っていないと連絡があった。	大幅な包装変更にもかかわらず、双方での確認を怠り、薬情の写真も変更前のままであった。	薬情の写真を変更し、包装変更の札を付け現物を見せながら双方で確認する。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2723	イグザレルト10mg30錠のところ1シート(10錠)が15mgだった。患者からシートこれだけ何か違うと訴えが来局時にあり発見。残が少しあったが次回受診時まで不足して、その間は15mgを飲んだとのこと。医療機関に連絡し、副作用の心配は無いことを確認させてもらった(電話で薬剤師介しての質問にて)。謝罪して10mg錠1シート前回分としてお渡し。15mg残受取後破棄とした。	在庫が引き出し奥に並んでいた。調剤時の戻しの間違いが原因と思われる。検査時にまとめているシートの異剤混入チェックのため、ばらして見る作業がミススルーしていた。投薬時に患者に確認するも、混入が確認できる程の確認ではなかった。在庫と調剤済の数合わせのシステムは導入しておらず、タイムリーに在庫違いからのミスは発見不能であった	システムを導入するには資金も人手も不足するため他の改善策で対応ミスが重篤な副作用を招く率が高い薬なので、在庫を混入しない所(目視が出来る棚)へ、隣接させないで移動。検査時の混入の可能性を意識してチェックすることを注意喚起			イグザレルト錠15mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2724	オフロキサシン耳科用液0.3%の処方方で、「点耳」を「点眼」と薬袋入力ミス。	初めての処方薬で、同成分の点眼薬の処方が多いための思い込み。	処方箋の読み込み強化。			オフロキサシン耳科用液0.3%「CEO」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2725	患者は歯の疾患で口腔内の痛みがあり口の中の塗り薬を医師から処方されると聞かれてました。病院側の一般名処方方は名称がよく似ているデキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏と書かれてましたので疑義照会によりデキサメタゾン口腔内軟膏に訂正してもらいました。	患者様の背景・状態を確認し、処方された薬が見合ってるかどうかを疑って疑義照会したことが医療事故を防げたと思います。	これからも、今回のように患者様とコミュニケーションをはかり、患者様の状態・症状に見合った薬、適格であることをきっちり確認していこうと思います。			デキサメタゾン口腔内軟膏0.1%「NK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2726	内科の定期処方であったイルアミクス配合錠HD錠HD「DSPB」1錠 1日1回朝食後 30日分を誤って規格違いのイルアミクス配合錠LD「DSPB」30錠で調剤していた。次回受診時に薬局内の在庫数が合わないことから、お渡し間違いが発覚。患者に健康被害はなかった。	イルアミクス配合錠HDの一般名イルベサルタン・アムロジピン10mg配合錠と記載されているのをイルアミクス配合錠LD(イルベサルタン・アムロジピン5mg)と間違えていた。イルアミクス配合錠にはアムロジピンの用量(5mg、10mg)によってLD錠、HD錠の2種類存在することの認識が不足していた。	数種類の規格のある薬剤の場合に誤り間違えないようにラベルを貼る等の注意喚起を徹底する。一般名処方の場合、実際に調剤・お渡しする薬品と成分、含有量が間違っていないか調剤録、薬袋、薬情などの印字と共に何度も確認する。			イルアミクス配合錠HD「DSPB」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2727	セチリジン塩酸塩錠10mgで処方、セチリジンOD錠10mg「サワイ」で調剤したが、入力にセチリジン錠10mg「サワイ」となっていた。監査時に発覚、入力をセチリジンOD錠10mg「サワイ」へ変更	開局間もない状況で患者が立て込んでおり、薬剤師・事務の連携がうまく取れていなかった。	レセコンのメモ、薬歴のメモへセチリジンOD錠10mg「サワイ」で調剤するコメントを残す。			セチリジン塩酸塩OD錠10mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2728	皮膚科受診の方、オイラゾンクリーム の処方であったが、薬局に在庫がない 為取り寄せになることをお伝えする と、かゆみが強く早く薬が欲しいの で、取り寄せでは困るとの返答あり。 薬局に在庫があり、同じ程度の強さの ステロイド外用剤をピックアップし、 医療機関へ処方薬の変更について相談 をするため疑義照会。その際に医師が 処方したかった薬はオイラゾンではな く、オイラックスクリーム10%であ ったことが判明。	名称が似ているために入力の際に間違えたのだろうと考えられる。	薬局の間違いではないが、もしも在庫があった場合にはそのまま投薬される可能性があったため、投薬時には症状の状態など聞き取りをしっかりと行って処方薬が間違いなく患者様に処方された薬剤であることを確認する必要がある。			オイラゾンクリーム 0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2729	コタロー桔梗石膏が2g分1で処方されていたが、4g分2で調剤されていたものを監査で見落とし、会計後に気づき回収	漢方の処方が複数あったため処方箋上で見落としが発生	監査時上から順に行ったり、投薬時患者説明時に処方箋と数をつきあわせながら確認して渡すなどを行う			コタロー桔梗石膏エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2730	処方箋の内容と患者の聞き取りとの齟齬があった為疑義照会ツムラ麻黄附子細辛湯エキス顆粒→ツムラ麻黄湯エキス顆粒に処方変更指示	患者とのコミュニケーションや医師との信頼関係が出来ていたことにより処方過誤がみつきスムーズに変更ができた	医師、患者とのコミュニケーションを大事にする			ツムラ麻黄湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2731	アリセプトOD3mgとアリセプトOD5mgの包装単位が異なることに気づかず調剤してしまった。	前回アリセプトOD3mg錠が初めて処方されている患者に、再度アリセプトOD3mgが継続処方されていた。投薬時3mgでの継続に疑問をもち、疑義照会を行った。疑義照会の結果5mgに変更となった。それに伴い、調剤もし直した。その際、アリセプトOD3mgは1箱28錠でアルミピロー包装されており、一方でアリセプトOD5mgは1箱56錠でアルミピロー包装がされていた。薬剤師はアリセプトOD3mgと包装単位が同じと思い込み、そのままアルミピロー包装のまま56錠を交付してしまった。	アリセプトおよび後発のドネペジルは3mgと5mgで包装単位が異なるので、調剤の際には気をつけるように注意喚起した。			アリセプトD錠 5 m g	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2732	ジスロマック 2錠/7日分で処方されていた。疑義照会により、3日分へ変更になる	クラリスロマイシンも処方上よく使う医師だったので入力ミスをしてしまったと考えられる。	日頃より、添付文書の改定などは回覧にしているので周知を継続していきたい			ジスロマック錠 2 5 0 m g	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2733	ネオオーラル内用液50ml1本の処方が出たが、開封した50mlに満たない薬剤を渡してしまうとこだった。	褐色瓶であったこと、また開封していないとの思い込みが背景にある。	調剤する者は開封前の箱に入れたまま監査者に渡すこととする。			ネオオーラル内用液 1 0 %	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2734	居宅管理中の患者さんに対して、処方追加はバルプロ酸Na 200mgにて、デパケン錠200mgを選択。監査中に湿気の問題点から分包不能と初めて気づき、分包から取り出し、改めてデパケン錠200mgのみシート投薬を行った。	デパケンR錠200mgの方が処方指示は圧倒的に多く、勝手な思い込みより分包可能として一包化行ってしまった。湿気の問題あることは事前に理解しておらず、知識不足が要因であった。	薬局内備蓄薬剤全てを精査し、分包不能薬剤は包装及びトレイに大きく表示をつけた。			デパケン錠 2 0 0 m g	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2735	カムシア配合錠LDをユニシア配合錠LDでお渡ししてしまう。まだお渡しの分は服用していなかった。プレアポイド事例といえる。	カムシアLDの棚にユニシアLDが入っていた。	ユニシアLDの箱に蛍光黄色シールを貼ってわかりやすく区別。			ユニシアLD配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2736	ロキソプロフェンパップ100mg「NP」で処方されていたが、ロキソニンパップ100mgを投薬してしまった。	多忙により見落としてしまった。	処方箋を注意深く取り扱う。			ロキソプロフェンNaパップ100mg「NP」 ロキソニンパップ100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2737	いつもご利用されている患者様でツロプテロールテープ(2)「NP」をお渡ししているが、誤って「サワイ」のものでお渡し。ご本人様からご連絡があり発覚。正しいメーカーのものと交換しました。	メーカーが複数種類あるため、取り間違えた。	メーカー希望のある方をリスト化し、ミスを防ぐ。			ツロプテロールテープ 2mg 「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2738	ボノサップバック400の処方において、1日量2シート(1回1シート)で記載有り。疑義照会にて1日量1シート(1回0.5シート)へ変更。	処方箋交付時の用量確認のミスと考えられる。	添付文書通りの用法用量であるか、鑑査の徹底。			ボノサップバック400	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2739	フロセミド40mgと記載のあるバラ錠を複数個入れた分包紙の中に、フロセミド20mgが入っていた。	錠剤の大きさは違うので冷静に見れば違いが判るはずだが、慣れや機械的作業になってしまっていたのではないかと。	バラ錠を扱う際は刻印や印字を1つずつ必ずダブルチェックする。			フロセミド錠20mg 「武田テバ」フロセミド錠40mg 「武田テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2740	バルサルタン40mg処方の一化調剤に、テルミサルタン40mgでの調剤をしてあった。全自動分包装機のカセットにより梱包される医薬品のため、補充時の間違いであることを確認した。	棚卸のあと、多くの全自動分包装機カセットを補充したため、通常と異なる補充となり多くの医薬品を一度に取り扱った。経験が長く、降圧剤という分類までわかることにより、テルミサルタン、バルサルタンという判断が似ていることから間違いも起こってしまったと考えられる。	対応策として、カセット補充時には他者との確認を行う様にルール付けをしていたが、これからは発声することも合わせて確認する様にしました。			バルサルタン錠40mg 「ケミファ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2741	監査時：ツムラ16(半夏厚朴)のところがツムラ26(桂枝加竜骨牡蛎)が調剤されていたので、正しい物と交換した時に戻す場所を間違えた(26番を16番の場所に戻してしまった)	どちらもよく出る漢方薬で、取り出しやすい引き出しに保管していたが、それがたまたま同じ引き出しだった。また、下一桁の数字が同じなので、色が同じため見た目がよく似ている。	薬の移動の関係でたまたま同じ引き出しになり、引き出しの中でも間違えないように少し離して保管場所を選定したが、それでも忙しいときは吐き間違えてしまうことがあることがわかり、別の引き出しに分けて保管することにした。			ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(医療用) ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2742	処方箋に従い、調剤、鑑査を行い患者様に服薬指導しお薬をお渡しした。次回分発注のため、店舗在庫を確認している際に調剤者が35日分(105包)処方のところ、28日分(84包)で調剤したことを思い出した。処方箋、店舗在庫を確認したところ差異あり。患者様のご自宅に電話してご本人に確認し調剤ミス判明。謝罪し、不足分を郵送した。	鑑査時に処方とは異なる漢方薬が調剤されており、交換を行った。その後の再鑑査で薬品名の確認に気をとられ、数の確認が疎かになってしまった。	鑑査時に薬品名の確認を行った後に、改めて数量の確認を行うようにする。投薬時に患者様と一緒に薬品名だけでなく、数量も相互確認を行う。			ツムラ桂枝加芍薬大黃湯エキス顆粒(医療用) ツムラ大建中湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2743	ボグリボース錠の薬袋記載間違い	ボグリボース錠0.2mg 1日3回だが、1回3錠→1回1錠の記載間違い。	薬袋についても確認徹底する。			ボグリボース錠0.2mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2744	ジブレキサ錠2.5mg28錠を調剤者が20錠で調剤した。監査者が気付く、投薬前に正しい錠数に調剤し直した。	ジブレキサ錠2.5mgのPTPシートが長いので、1シート14錠あると思い込んだ。	調剤時、薬を輪ゴムで止める前に目視して1シートの錠数を確認する。			ジブレキサ錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2745	セチリジン塩酸塩OD錠5mg「サワイ」1日2錠分228日分処方。全量58Tでお渡しするところ28Tで渡してしまっていた。一緒にでていたシダキユアの分1と間違えて28Tで渡してしまっていた。次の日患者の母親から電話があり28T足りないとの連絡あり。	思い込みと、ひとりでの調剤、鑑査、交付であったため数量間違いのミスをおこしてしまった。	調剤、鑑査、交付までダブルチェックできる体制にする。			セチリジン塩酸塩OD錠5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2746	漢方薬の名称が似ていて思い込みで違う名称類似の漢方薬をお渡ししてしまい。患者が帰宅後にシートの色が違うことに気付き連絡がおり交換した。	漢方薬は名称が類似しているにも関わらず思い込みで調剤、鑑査を行ってしまった。	双方の薬剤の置き場所に注意喚起の張り紙をした。			ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2747	ロナセン錠が処方された患者様、後発品を希望されたので在庫のあった「ブロナンセリン錠DSPB」をピックアップしてもらったが、そのシートの中にロナセンのシートが1枚紛れ込んでいた	おそらくそれ以前に間違ったか何か、何らかの理由でPTPシートを棚に戻す際に誤った個所に戻したものと思われる。この二つは外観がとても類似しており誤った判断がなされたものと思われる。	棚に戻す際はピックアップするさいと同じくらいの注意意識をもって取り組むことを皆で徹底。さらに鑑査の際は薬剤師はシートをすべて見て確認する、重ねられた表と裏のみ確認するといった行為は今後禁止とするといったことを皆で共有しました。			ロナセン錠4mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2748	初めて処方された薬剤であり、知識不足であり、12錠ヒートなのに10錠と勘違いして、42錠のところを50錠調剤してしまったが、監査の段階で間違いに気づき、訂正した。	初めての薬剤を仕入れた時は、全員への確認と情報伝達が絶対に不可欠だづく感じた事例でした。	通常は10錠ヒートを採用しているのですが、それ以外は外箱にマーキングした。調剤するときも声掛けをするようにした。			リバクレオンカプセル 150mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2749	1包化の中の1剤が、ロスバスタチン5mg→ロスゼットHDの処方、ロスゼットLDで間違えて分包したものを気が付かず交付してしまいました。	11月にロスゼットHDが初めて出たときに購入して交付しましたが、12月にLDを交付してしまいました。1包化のため監査指示書のアトルバスタチンをロスゼットHDと記入するところを、間違えてLDと記入、準備、分包してしまいました。	新規採用役の紹介は全員にする。監査指示書を処方変更時は印刷する。			ロスゼット配合錠H D	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2750	医師からの手書き処方箋に「ピレチア」と記載病院に確認し、「ピラノア」が正しいと判明	名称類似の同効薬であったこと	手書きで初回の処方の場合は電話で確認をする			ピレチア錠 (5mg)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2751	(般)カルボシステイン (500) 2錠分2朝夕食後 21日分のところ63錠でピッキング。監査時に発見し、正しい数でお渡し。	普段からカルボシステインの処方が多く、ほとんど分3で処方されている為思い違いにより違う数で取ってしまった。混雑時間などではなかったが、逆に空いている時間帯で開店したばかりなので集中が散漫していた可能性があります。	ピッキング時の処方箋の確認手順の確認。処方薬から処方内容を予測せず処方箋ありきのピッキングをするよう心がける。			カルボシステイン錠5 00mg「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2752	マドパー、アジレクト、ロビニロール徐放錠2mgとの一包化剤であったが、28日分のうち1回分だけ、ドンペリドン錠10mg「EMEC」がぬけてしまっていて、監査で見逃してしまった。	学生実習で、学生にもやらせるときには、一層気を付けてやらねばならない。少し疲れていたかもしれない。	数の多い一包化は、複数回の監査をすること。			ドンペリドン錠5mg 「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2753	モーラスバップXR120mg35枚の処方のところ240mgで投薬していたことが、投薬後すぐに気が付いた。すでに帰宅されていたのですぐにTELにて謝罪。交換に伺った。	監査時のチェックが不十分であった。	規格まで十分に確認することを徹底			モーラスバップXR1 20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2754	繁忙時、ブラビックスを処方するところクロビトグレルを提供。患者の色が違うとの指摘で、はっとする。	わかっているが、忙しさにかまけて、また普段クロビトグレルばかり出すもので、ブラビックスのところ無意識でクロビトグレルを出した。	患者の指摘がないと、そのまま提供していたと思う。慣れはいかんと思った。なれ防止の対策で、パッケージに注意印をつけた。			ブラビックス錠25mg クロビトグレル錠25mg「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2755	ボンビバが一日二錠三日分で処方されていた。当事者が処方箋を見て病院に問い合わせた所、一日一錠二日分へ変更となった。	定期の薬なのでお薬手帳の確認で事前に回避できた。	処方内容、用法用量の確認をすること。			ボンビバ錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2756	土曜日半日勤務、半日開局であるが、処方変更が多い医師処方の下、処方内容的には一包化処方の患者様が多い状況。薬剤師1人、医療事務1人の体制。処方変更されても、患者様御家族様は待ってくださるので、慌てる必要もないのだが、処方内容でジゴシン0.125mg 0.5錠とビンプロロールフマル酸塩錠2.5mg「日医工」0.5錠、プロマックDとタムスロシン塩酸塩OD錠0.2mgがよく似ていて、間違い易いと感じた。落ち着いて調剤すること、予製を行っていれば、さほど惑うことはないのだが、他の単剤のみの処方の患者様にも対応しなければならぬので、待たせるということが、足枷になる	経験豊富な薬剤師であっても、ミスは起こりうるものであると認識を徹底させるべきである。ましてや経験の少ない薬剤師には重荷になるのは必然なので、フォローが必要。処方元との連携・打合せも必要である	処方が重い一包化患者が来局される日は、できるなら1人薬剤師ではなく、2人薬剤師が望ましい。もし1人薬剤師が避けられない場合は予製をしっかりと行い、監査まで完了しているほうが望ましい。			ジゴシン錠0.125mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2757	ミヤBM錠が、3錠分3毎食後28日分の処方内容で、通常84錠ピックアップするところ100錠ピックアップし準備されていた。	当薬局では今月より、ミヤBM錠が新包装(12錠1シート)に切り替わり、以前のソフト包装(10錠1シート)と1シートの数が異なり、また、ウイークリー包装(1シート14錠)ほど長さが長くないため、シートがソフトからハードに変わっただけで1シート10錠だという思い込みが招いた結果だと思われる。	特殊な包装錠数の薬剤に棚の薬剤名記載場所に、目に付くように1シート何錠(カプセル)かを明記し再発の防止に努めている。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2758	定期的にレザルタスLD錠が処方されていた患者に、今回からレザルタス配合錠HDが処方されていた。薬剤師Aによる最終監査後、薬剤交付時に薬剤師Bがレザルタス配合錠LDが誤って調剤されていることに気づいた。	当薬局では事務員が最終鑑査支援装置に処方データを入力後、薬剤師が装置を用いて薬品名・錠数の監査を行っている。事務員が誤ってLD錠と入力していたため、正しく調剤されていたHD錠が監査にて弾かれた。処方箋を見て確認すべきであったが、薬剤師Aは患者に継続してLD錠が処方されていることを覚えていたことから、ピッキングのミスと思い込みLD錠に変更し、交付者に手渡した。	監査時は処方箋を確認し、入力内容が正しいことを確認する作業を義務付けた。			レザルタス配合錠LD レザルタス配合錠HD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2759	ミヤBM錠の包装シート変更後、「ミヤBM錠 3錠分3毎食後 30日分」の処方際に際しPTPシート製剤で「108錠」調剤。監査時に計数間違いに気づいた。	ヒートシール製剤は「1シート10錠」包装だったところ、PTPシート製剤に変更後「1シート12錠」包装に変更となっている。薬剤ピッキング時に「1シート10錠」のつもりで調剤してしまっていた。	調剤棚に『1シート12錠注意!!』のマークを添付した。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2760	テルチアAPとテラムロAPとの取り違いをして調剤をし患者様が服用してしまった。	患者様の希望により薬袋、薬剤情報不要によりユニパックに入れて手渡したため監査をすり抜け調剤ミスのまま投薬してしまった。患者様の指摘により発見、患者様の健康被害はなく謝罪、処方医にも直ぐに報告する。	取り違いをした薬剤師ピック、監査をした2名に厳しく注意指導、当薬局薬剤師、事務員に今回情報を共有をし薬歴、レセコンにも注意記載する。再度薬局スタッフ全員に手順の確認、徹底を行う。			テルチア配合錠AP 「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2761	ランタスXR注シロスター4キット処方されていて、箱だし希望のため、2箱調剤したが、1箱が開封されていたもので、3キットしかお渡ししていなかった患者本人より、連絡があり発見された	開封済の箱は、開封済ということがわかるように、青ペンで印をつけることになっているが、印がついていなかった可能性あり調剤時、鑑査時ともに、箱単位で確認し、未開封かどうかの確認をしていなかった	開封済であることがわかるようにするため、「青ペンで○印をつける」ことを再度周知し、徹底する箱だし調剤にかかわらず、調剤された医薬品が開封済でないか、不具合や問題がないかどうか確認する			ランタスXR注シロスター	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2762	薬包紙に内容薬品の名称を印字している。咳止めのアスピリンを内容している薬包紙に「アスピリン」と印字して調剤。監査薬剤師にて発見し訂正した。	印字する薬品をタッチパネルで選んでおり、アスピリンとアスピリンが隣接して表示されている。	改善策として使用頻度が少ないアスピリンのマスターを削除した。			アスピリン散10% アスピリン	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2763	ピオフェルミンR錠で処方されていたが、抗生剤処方なく、服用もなかったため疑義照会の後、ピオフェルミン普通錠となった。	ピオフェルミンR錠で処方されていたが、抗生剤処方なく、服用もなかったため疑義照会の後、ピオフェルミン普通錠となった。	きちんと抗生剤の服用・処方有無を確認する。			ピオフェルミンR錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2764	カルボシステインDS10%とエピナスチンDS1%の薬をそれぞれ逆の薬袋に入れてお渡し	鑑査者は別の対応にも追われており、並行しながら鑑査を行った。鑑査者から投薬者は薬を受け取り、投薬者は中身が間違っていないと思込み中身の確認をせずそのままお渡しした。患者様も定期の薬ということで確認しなかった。	散剤の色が似ている場合には、薬品名を必ず印字する。			カルボシステインDS50%「トーフ」 エピナスチン塩酸塩DS小児用1%「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2765	重複していたことは事前に確認できた。お薬手帳を見せていただいたので調剤前に判断できた	他科受診のため、お薬手帳の提示がなければ判明できなかった	お薬手帳の活用をしっかりとアナウンスしていくように努めている。			ファモチジンD錠10mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2766	ペントサ注腸30個処方のところ、16個でお渡ししてしまった。	7個入りを14個入りと勘違い。繁忙により二重チェックをしないでお渡し。午後在庫を確認し、理論在庫より多いので判明。患者さんに連絡し当日すぐに宅配便にて残りをお送り。	二重チェックを必ず行うこと。			ペントサ注腸1g	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2767	患者が処方箋をもって来局した。処方箋にはツムラ(18)桂枝加朮附湯の処方があった。在庫のツムラ(18)桂枝加朮附湯の箱の中にツムラ(8)大柴胡湯が戻されており、薬剤師Aは間違いに気づかずそのままピッキングして鑑査に回した。薬剤師Bは鑑査時に間違いに気づいたため再度調剤しなおし患者には正しい薬を交付した。	ツムラの漢方薬は下一桁の番号が同じものは箱番号の色が同じため、ツムラ(18)桂枝加朮附湯に戻すところをツムラ(8)大柴胡湯に戻してしまった。店内が混雑していたため焦りが見られた。	鑑査に回す前に再度薬剤の確認を徹底した。薬剤を戻すときは名称と番号の確認を再度行い戻すように周知した。			ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒(医療用) ツムラ大柴胡湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2768	薬剤情報提供書に誤った効能効果が印字されていた。	薬局内に新しく薬剤を入れた際、薬剤情報提供書の追加が必要になるが、レセコンから定番の効能効果をそのまま入れて印字された文書を確認すると誤った効能効果が印字されていたためすぐに正しい文書に差し替えた。	常時行っているが更に注意深く薬剤情報提供書の内容を確認してから投薬を行うように改善した。			セレコキシブ錠100mg「サンド」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2769	ランマーク使用中の方にミノドロン酸「トーワ」が処方された。	処方箋発行医療機関において、ランマーク使用中。ランマークの処方医とは別の医師からの処方だったが、同一科の医師。患者聴取により手帳は医師に見せたため、併用するはずと話あり。併用禁忌ではなく、東和薬品に確認したところ併用は医師の判断に委ねられると返答あり。血中Ca濃度が基準値の下限でもあったため、疑義。手術中のためすぐに解決できず。他の処方薬に昼の分からもあり、一度全て調剤。手術後折り返しの電話にてミノドロン酸は服用しないよう指示あり。Ca濃度に関しては同一医療機関内科医師に任せているので、治療はそちらで行うよう指示あり。	同一医療機関での治療、お薬手帳の使用などがあったとしても積極的な疑義照会が必要。他の薬剤の兼ね合いもあり、疑義照会を済ませてからの交付が難しい件でもあった。			アレンドロン酸錠35mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2770	繁忙時間に該当患者様(降圧剤とロキソニンテープ処方) 薬局後発品希望の旨以前から伺っており、ロキソニンテープの後発品を今までもお渡ししていたが誤って先発品をお渡し、投薬した薬剤師が薬歴作成時に交付ミスに気づき患者様宅に連絡、交換にお伺いしました	繁忙時間でも、お薬を1剤1剤確認のうえお渡しするよう改善行うまた限りはあるが先発品と後発品との置き場所を離し調剤時に気が付くようにする	外用剤に関して後発品、先発品とレセコン入力している事務さんにも一声掛けてもらうよう協力を仰いでいます			ロキソニンテープ50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2771	規格違いによる分包調剤	分包前に再度取り揃え品目を確認する	分包前に再度取り揃え品目を確認する			アルファカルシドールカプセル0.5μg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2772	一般名処方のバルサルタン、ヒドロクロロチアジド12.5mg処方間違っってバルサルタン、ヒドロクロロチアジド6.25mgと調剤監査システムで登録してしまい、12.5mgの剤型を6.25mgで半年間お渡し	初回処方時のレセコンマスターの取り込み時、採用されてない薬剤かの確認を事務と薬剤師での共有ができてなく、薬剤師も監査システムに頼りすぎていたこと	初回処方時のレセコンマスターからの取り込み時に間違いなくできたか再度確認すること			バルヒディオ配合錠EX「サンド」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2773	プラバスタチンNa錠10mg「サワイ」1シート(10錠)がフルバスタチン錠10mg「三和」の棚に混入しているのを、調剤者がピッキングする際に発見した。	本来は調剤ミスした薬は薬局内ルールで、ミス薬プール(調剤ミスをした薬を一時的に保管しておく場所)に一時的に保管し、二人以上の薬剤師でダブルチェックをした上で棚に戻すことになっている。今回はそのまま一人で棚に戻ってしまった。	間違えた薬剤等の内容をスタッフに周知し、棚の位置を変更。業務手順を厳守する。			プラバスタチンNa錠10mg「サワイ」フルバスタチン錠10mg「三和」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2774	昼は黄色 ユウは青のラインを引くところ間違えて反対の色を引いてしまった	他の施設での色分けと同じにしてしまった	施設ごとに作業をする			重質酸化マグネシウム「ケンエー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2775	タンニン酸アルブミンと鉄剤の処方 で、併用禁忌であるにもかかわらず調剤。統合監査時に発覚し、疑義照会をした。	鉄剤の方の添付文書には禁忌の記載がなかった。	全ての添付文書をしっかり確認する。			タンナルビン「ホエイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2776	バルプロ酸ナトリウム錠が32錠不足との連絡があった。	バンテチン錠100mg YDと見た目が類似している。	バンテチン錠のシートに黒マジックで太く線を引いてお渡しすることとした。			バルプロ酸ナトリウム200mg アメル	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2777	一般名ヘパリン類似物質クリーム0.3%で処方きて、間違えてヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」をお渡ししてしまった。事務員A(職務経験年数15年)が薬をそろえ、事務員B(職務経験10年)が処方箋を入力し、薬剤師A(職務経験20年)が調剤した。事務員C(職務経験13年)が調剤録をチェックして間違いに気付いた。すぐに患者さんに連絡し薬を交換した。	一般名ヘパリン類似物質クリームの後発品はピーソフテックリームを在庫していてこれが処方されるときは一般名ではなくピーソフテックリームで処方がかかるのがほとんどだった。反対にヘパリン類似物質油性クリームはほとんど一般名処方だった。なので一般名ヘパリン類似物質だけ見て職務経験10年以上の3人も油性クリームと勘違いした。	外用の一般名は紛らわしいのが多くて間違いやすい。ヘパリン類似物質は剤形が多くて間違いやすい。この時は3人とも間違ってるとは思わなかった。なので相談もしていなかった。外用の一般名の際は必ず複数で確認をするようにした。			ヘパリン類似物質クリーム0.3%ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2778	ピッキング時、1日2錠28日分取るべきところを28錠しかとらず監査時のダブルチェックで気がついた	薬剤の種類が多い処方箋(19種類)のためにピッキング時、確認が疎かになってしまった	今後は一剤一剤、丁寧に確認をする			アムロジピン錠 5 m g 「科研」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2779	長い期間同じ処方内容で6種類の医薬品の処方、ある日、エナラプリル 2. 5 m g がビンプロロール 2. 5 m g に変更されていたが気づかず、今まで通り同じ内容で3カ月も誤った薬を調剤し続けていた事が発覚した。非常に忙しい業務の中での出来事	規格が同じ2.5m g で、なんとなく似たようなイメージの降圧薬 (実際はACE阻害とβ遮断ではあるが) が変更されていた。特に患者本人も特に指摘もされず同じお薬、同じ飲み方、同じ日数で継続服用	慣れは怖い。毎回同じ処方と思っても初回の気持ちで取り組まなければならない			エナラプリルマレイン酸塩錠 2. 5 m g 「EMEC」 ビンプロロールフマル酸塩錠 2. 5 m g 「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2780	ビムバット錠50mgからビムバット錠100mgに増量したことを患者さまから聞き取り、入力間違いに気が付いて入力変更したもの、服用錠数の変更はしなかったため、服用容量が間違っていた。患者さまから半分に分けて飲むんですかと聞かれ、入力の間違いに気が付いた。	年末で薬局の掃除中の受付聞きなれない薬で、この患者さまのみに使用しているため焦りからの間違い	聞いたことのない薬に関しては、改めて確認をすることを徹底			ビムバット錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2781	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「トーフ」 3Tメトホルミン塩酸塩錠250mgMT「JG」 3T 分3 処方せん受付時に250mgも当局常備薬の「トーフ」を入力した為、ピッキング監査機OKで監査者は交付口に回わす。交付者は規格、数量を患者とともに確認。患者も疑問を抱かず受け取られた。	人事異動で業務不慣れ。監査機を疑わない体制 (入力ミスもあることの認識不足)	入力者：入力後の確認調剤者：入力された薬剤と処方箋控えの確認交付者：規格、数量、メーカーをご本人と確認			メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2782	朝食後4種、寝る前1種を服用。残薬がなくなった3日後朝から服用開始、少し眠いなと思ったがそのまま過ごし、寝る前に入眠剤を服用。プロチゾラム錠とアムパロ配合錠が似ていた為、ミスに気づかず服用したがいつもと違い寝つきが悪い為翌朝娘に相談。娘さんが確認して取り違いを発見。電話連絡を受け健康被害がないことを確認したうえですぐに訪問。謝罪と経緯を説明、今後の改善を約束した。	数種の薬剤と、服用時点がある処方では、類似の薬剤の可能性はある。交付時に注意し、再確認しながら袋に入れる。	監査時に服用時点ごとに分けてかごに入れ投薬台に持参する。			プロチゾラムM錠0, 25「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2783	168カプセル処方されているところ、1シートが12カプセルを14カプセルと勘違いして、12シートで144カプセル処方してしまった。	ほとんどの他の薬剤のシートが14カプセルか10カプセルである為、14カプセルと思い込んでしまった。	薬箱に「12シート注意」と書いた札を輪ゴムで取り付けた。			リパクレオンカプセル150mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2784	35枚で処方されていたが、1袋5枚入りを7枚入りと思い込んで、5袋で25枚で調剤してしまった。	ほとんどの貼り薬が1袋7枚入りの為、思い込みがあった。	今後は、この貼り薬のところに「5枚入り注意」の目印を取り付けた。			ハップスターID70mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2785	今回よりアストミン錠が新たに処方されており、投薬の際に咳症状があるのか確認したが咳症状は無く、耳鳴り症状があるとの事で処方医に疑義した所、処方間違いが判明した。	本来、処方されるはずだったストミンA配合錠とアストミン錠との名称が酷似している事が要因と考えられる。	薬が変更になっている際には、患者に変更になった背景の確認を怠らないよう努める。			アストミン錠10mg ストミンA配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2786	処方内容はアキネトン錠28錠であった。アキネトン錠の棚の中にアーテン錠が紛れ込んでいた。調剤した薬剤師はそれに気づかず28錠を取り出した際、2種類の薬を混ぜて束ねてしまった。GS-1チェッカーは偶然にもアキネトンのバーコードを読んだため、そのまま投薬してしまった。翌日、患者から薬局に電話が入り発覚。薬局にそのまま持参いただき、アキネトン錠28錠と確実に交換。誤って服薬することを免れた。	アキネトンとアーテンが薬だなが上下に並んでいた。アキネトンが下の棚。何らかの拍子にアキネトンの棚にアーテンが偶発的に紛れ込んだと考えられる。	アキネトンとアーテンの薬棚の間隔を離しそこに別の薬名の棚を挿入。			アキネトン錠1mg アーテン錠(2mg)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2787	一包化の袋に用法ごとに線を引く際に色を間違え、間違えたままセットしていた。	思い込みで、違った色の用法わけの線を引いていた。	カレンダー配薬の際のセットを今一度確認する。色ではなく、今一度、印字との確認もする。			酸化マグネシウム錠30mg「ケンエー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2788	姉妹で受診し同じ種類の小児用の粉剤が処方された。姉の方の薬包紙に妹の薬と区別するためピンクのラインを付けていたが、間違っって妹の薬袋に薬を入れて投薬。妹の薬は姉の方の薬袋に入っていた。その夜、営業時間外に家族(母親)から電話があった。	担当薬剤師はその月に移動してきたばかりの不慣れな環境だった。投薬時は父親が来局。お薬を管理しているの普段は母親のため、発見が遅くなった可能性もあり。	薬の確認は再度、丁寧に患者の前でともに確認し、間違いをなくす意識を徹底する。			ムコサールドライシロップ1.5%カルボシステインDS50%「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2789	吸入液3種(インター・メブチン・バルミコート)服用中の患者で追加のピソルボン吸入液を何と一緒に吸入すべきか問われた。インターは配合変化があるため、バルミコートと一緒に吸入でよいと一旦指示したが、バルミコートは単独吸入を推奨しており混合すべきでない判断した。そこでピソルボン吸入液が少量のため生理食塩水で希釈してもらうため疑義にて処方を追加してもらった。	主治医からは単独でもいい他の吸入液と合わせてもよいとの確認を一旦もらっていたがバルミコートは単独吸入を推奨しており疑義にてその旨を伝えた。また前日処方当日いないスタッフが朝一番に対応することになり一層判断ミスになりやすい状況だった。	引継ぎはきっちりすること。認識不足の場合は添付書などで再確認して投薬すること。			ピソルボン吸入液0.2%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2790	処方「フェブリク錠40mg 1錠/分1朝食後28日分」となっているところ14錠ウィークリーシートを10錠ヒートと勘違いし全量20錠しかお渡ししなかった。	薬剤師2人事務員2人の勤務体制。少し忙しくなってきた時間でもう一人の薬剤師が投薬中のため自己調剤、自己監査を行った。以前の採用薬が14錠ウィークリーシートだったため思い込みで2シート、20錠お渡ししてしまった。その日の夕刻に患者様本人から電話があり発覚。すぐに追加をお渡しし謝罪した。	採用薬のシートが変わった時点で薬品棚に目印を付けるなどの工夫がなかった。自己調剤の危険性を考え対応していくべきだった。			フェブリク錠40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2791	患者は、生活保護受給、原病として10年ほど前に子宮がんの手術を行い2年前からリンパに転移あり。患者は後発医薬品の使用が原則のため、デパス1からエチゾラム1「トーワ」に変更して調剤した。処方薬の(オメプラール錠10mg) オメプラゾール錠10「アメル」とエチゾラム1mg「トーワ」の包装(PTP)の類似性から 飲み間違いがかなりあり30日分の中で、8日ほどエチゾラムを朝夕服薬していたようだ。(残薬確認)	本人的には主たる治療薬 薬剤名(デパス)として服薬しており突然の剤型と名称変更によりパニックに襲われたものと思われる。処方当日は薬剤師的には、よく説明し、成分同等のことも説明書も利用し理解してもらったつもりであったが酷に高齢で、精神的な悩みを持つ方に対して、難しかった。薬剤については、先発に戻しDr に報告すると共に福祉生活保護課に先発品の調剤状況についてFAXした。次回以降Drの先発品レ点の確認と、患者さんの状態確認を注意していきたい	制度的な後発品の推奨(強制)は、薬局において神経系の薬剤はさらなるストレスがあるために、今後はさらに保険医など医療機関と福祉事務所などとの連携が必要と感じた。(ケースバイケースで調剤できればとは、思う)			エチゾラム錠1mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2792	サワシリン オーグメンチンホチ留め作業の抜け	業務繁雑さ	チェックシートの記入			サワシリン錠250	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2793	患者さんが処方箋を持参し来局。処方箋にはトラムセット配合錠1日1錠28日分と記載されていた。薬剤師A(職種経験20年)はトラムセット配合錠の棚にトアラセット配合錠「杏林」が混在していることに気付かず、混在したままピックして監査薬剤師B(職種経験15年)に回した。監査薬剤師Bも混在に気付かず、投薬薬剤師C(職種経験20年)へ回した。投薬薬剤師Cも混在に気付かず患者さんへ投薬をした。その後薬の補充時にトラムセット配合錠のカセッターにトアラセット配合錠「杏林」が混在していることに気付き、患者さんへ連絡をして、正しいものと交換をした。患者さんはまだ服用しておらず、治療に影響はなかった。	薬の補充をする際にトラムセット配合錠のカセッターに誤ってトアラセット配合錠「杏林」を補充。カセッターの場所も近く、名前・ヒートデザインともに類似していることが要因と思われる。トラムセット配合錠の中にトアラセット配合錠「杏林」が混在しているという疑いを持っていないため、一部のヒートのみしか確認できていなかった。	トラムセット配合錠を引き出し保管に変更し、また包装を100錠包装へと変更。ヒートはすべてが同じものであるか、確認を徹底することとした。			トラムセット配合錠トアラセット配合錠「杏林」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2794	トリメプチンマレイン酸塩錠 100mg1錠 じんましん時で処方されていたため処方元に確認 セレスタミン配合錠1錠の処方と訂正される	トリメプチンマレイン酸塩錠の先発名称がセレキノンである為セレスタミンと間違える	薬効と用法の確認をする			トリメプチンマレイン酸塩錠100mg 「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2795	処方数が多く、3剤混合の粉薬が2処方分あった。患者様の親御様は処方箋を受け付けた後、外出された。普段3剤混合薬の場合は「〇〇他2種」と印字していたが、3剤混合薬が2剤あったため分包紙にすべての薬剤名を印字。3剤分の薬品名を入力する際「ムコソルバン」ではなく「ムコダイ」で設定。監査時、印字のチェックが抜けており、鑑査を終えて残置に置いていた。投薬時、他の薬剤師が気づき、再調剤して正しい印字のものをお渡しした。	予測変換で一番上に来た事と薬品名が類似していたため間違えて選択した。処方内容が重く、最後に鑑査した薬だったので集中力が切れていた。特に焦って監査する必要はない状況であったにもかかわらず、「いつ戻られるか分からない。」と焦っていた。	予測変換ではなく、実際に入力する。イレギュラーな対応をする際は、焦らず一つ一つの確認をする。			小児用ムコソルバンD S1, 5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2796	ヒアルロン酸のPF製剤の開始時の使用方法(強く推して中の空気を抜く)を説明せず、指導せんもお渡ししなかった。薬の期限が短いことに注意が行ったまま仕事をしていた他の薬剤師に投薬後指摘され気が付いた。	知識不足 PF製剤の使用方法を知らなかった。調剤補助も当該薬剤師も指導せんがあることを知らなかった。	知識の共有調剤補助の訓練			ヒアルロン酸ナトリウムPF点眼液0.1% 「日点」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2797	お薬のメーカー違いで入力してしまった	薬袋にも薬名の印字にしているので患者様に渡す前にお薬と薬袋にも目を通して置く	メモに書いて間違わないようにした			カルボシステイン錠500mg 「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2798	ミヤBM錠はヒート変更により12錠ヒートとなったが、10錠ヒートと思い込み42錠調剤するべき所を50錠で調剤した。	当事者、薬剤師はミヤBM錠が包装変更されて以降、初めての調剤だった。12錠ヒート包装は少ない。	包装変更などの連絡を全薬剤師が把握するため確認後のサインを義務付けることとした。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2799	オメプラゾールと先発もオメプラールのPTPを間違えて調剤。	PTPの色が似ている点が原因の一つと判断	調剤の棚の位置を大きく変えて取り間違いの確立を極力避けるようにしました			オメプラゾール錠20mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2800	水薬のラベルの氏名間違い	一人薬剤師で確認したつもりがバタバタしてたらきちんとできてなかった。	確認を徹底する。			レボセチリジン塩酸塩シロップ0.05%「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2801	患者様が半錠でもらっている薬を出してほしいと主治医に訴えあり。主治医はゾルピデム(10)半錠を処方していたため、こちらを処方箋に記載。→実際はゾルピデムは5mg錠1錠でお渡し。実際はエビリファイ散1%を薬局でアリピプラゾール(3)半錠でお渡し(以前に疑義照会済)していたため、患者はこちらを処方してほしかった。主治医と患者様の中で剤形の違いを共有できていなかったため起こった事例と考えられる。	処方医の処方する剤形と実際お渡ししている剤形やmg数の違いを毎回は説明できておらず、患者様と主治医の間で齟齬が発生してしまった。	主治医の処方している剤形と実際お渡ししている剤形やmg数の違いを毎回説明する。初回だけだと患者様も忘れてしまう。			アリピプラゾール錠3mg「JG」エビリファイ散1%ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「JG」ゾルピデム酒石酸塩錠10mg「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2802	家族来局。4/6調剤のアリセプトD錠3mg14足りなかった。持参の薬を確認したところ、14錠パウチを28錠パウチと誤って調剤していた。謝罪し、残りの14錠を渡した。	薬局で扱ってる。アリセプトD錠3mgの包装が14錠と28錠があり、その調整間違い。	保管場所を28錠包装と14錠包装それぞれ、別の場所にした。			アリセプトD錠3mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2803	サンコバ点眼液10mL(5mL×2本)必要なところ5mL×10本	10mLを10本と勘違いしたまま調整	薬価単位を必ず確認するよう周知			サンコバ点眼液0.02%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2804	105錠必要なところ125錠とった	1箱120錠入りということを知らず100錠とったつもりだった	注意喚起の札を作成し設置			バスタレルF錠3mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2805	本人来局 いつも先発品 希望されますが 間違えて後発品 お渡し	同じ処方内に 先発品希望と 後発品希望あり薬歴の 調剤前の確認ミス・思い込み	調剤前の 薬歴確認 鑑査の徹底を			オルメテックOD錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2806	耳鼻科 処方 ご家族 来局され 調剤	用量違い 一緒に引きだしに 管理して いて ピッキングミス	用量 確認徹底			アズノールうがい液 4%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2807	ミヤBM錠について1シート12錠のところ10錠と勘違いしてピッキングしてしまっ	事前にも包装変更について話題になって いて把握しているつもりだったが、気の ゆるみから間違えてしまった。	文字での注意喚起に加えて、100錠分だけ、12錠シートから2錠切り離したものを12錠シートと並べて準備しておくことで視覚的に注意喚起するようにした。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2808	アイミクスを含む一包化の処方のでて いる患者があり、調整者が調剤するも アイミクスの中にイルアミクスが1シート 混ざっていたまま調剤し、鑑査機器 も通っしまいそのまま一包化へ。鑑査 でも見落とし投薬直前、投薬者が投薬 前にイルアミクスの刻印を発見し、再 度確認すると10包イルアミクスが入っ ているものを発見した。	棚への戻し間違いがあり、カセットの中 にイルアミクスとアイミクスが混在して いた。調整者はそのことに気付かず調剤 してしまう。鑑査機器を使用するも30錠 の真ん中のヒートにイルアミクスが混在 していた為気づけずそのまま一包化へ。 鑑査時に空のヒートも見ることになって いるが錠数しか見ていなかった。一包化 の鑑査時も数のみで進めてしまい刻印ま で一包ずつみていなかった。	一包化の鑑査をする際はヒートは1シートずつ薬 剤を確認し、錠剤を鑑査する際も1包ずつ刻印ま でチェックする			イルアミクス配合錠H D「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2809	アラセナ軟膏10gの処方であり10g で調剤していたが、途中で5g チューブと2g チューブの規格がある ことに気が付き、患者は2g チューブ を希望していたことを知り、正しく2 gで調剤することができた。	アラセナ軟膏のチューブの規格が複数 あったことを知らなかった。	在庫している棚に規格が複数あることを記載し、 またスタッフ間でヒヤリとしたことを共有し、 注意することにした。			アラセナーA軟膏3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2810	医師はメトホルミンMEのつもりで処方 を出していたが、事務入力でGLを選択 した様子。5月にも同様の指摘を、当薬 局から行っていた。	メトホルミンMTとGLの違いを認識して いなかったのか、情報共有がなされてい なかったのかは不明。	院外処方については、細かいところまで監査す る。			メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT「DSE P」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2811	セルトラリン50mg 35錠お渡しした中の20錠が別の薬剤(トラゾドン25mg)であった。	セルトラリン50mg「アメル」35Tを投薬する際に間にトラゾドン25mgが混入していることに気づかずそのままお渡ししてしまった。薬品棚の隣に2剤が位置しており、PTPシートも類似していることから薬返却時に隣のカースに入れてしまっていた。	調剤時鑑査時ともにヒートの1枚1枚まで気を配り確認するとともに、薬返却時の棚を間違えない様確認を怠らないようにする。			セルトラリン錠50mg「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2812	カロナル錠300mgが処方されていたが、200mg錠で調剤し交付。施設の看護師の指摘で発覚。	圧倒的に200mg錠での処方が多く、確認不足、思い込みがあったと思われる。	思い込みは捨てて、常に他規格があると認識しながら調剤、監査することを心掛ける。スタッフでこの情報を共有し、今後起こらないよう話し合った。薬の箱に他規格ありのタグをつけることにした。			カロナル錠200mg カロナル錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2813	ハルナル錠0.2mg 1錠の処方箋が殆どで0.1mg 2錠は、この方位でうっかり1錠で調剤してしまい監査もスルーしてしまいました。	処方箋調剤録をきちんと見ていない。	アシストシートの数必ず確認するよう徹底する。			ハルナルD錠0.1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2814	リスベリドン内用液1ml 1包のヒート品をだすところ2ml 1包を出してしまった。	忙しい時間帯であったため、処方箋の最後まで確認を怠った。	お互いの箱に別規格ありと付箋をしたり。隣り合わせにおくことで規格内容を意識するようにする。			リスベリドン内用液1mg/mL「MEEK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2815	正: ビンノテープ(4) 60枚誤: ビンノテープ(4) 42枚ピッキング製品一束が7枚であるところ、10枚と勘違いしたため計数を誤った鑑査時に発見され、患者にわたることはなかった	束になっている薬は、ものによって数が異なることを理解する束ねてあるビニールシートに数が印字されている場合はそれを確認する束ねてあっても一枚一枚計数する	どのような間違いがあったか職員全体で共有する			ビンノテープ4mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2816	規格違いの薬を取違い	色の認識を勘違いしていた	棚を替えた			イーケブラ錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2817	メチコパールを処方のところアデホス コーワ顆粒を渡してしまった	めまいの処方で思い込み	ダブルチェックの徹底			メチコパール錠500 μg	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
2818	エチゾラム1mg、レボミン5mg ピッキング時に10錠シートを折り取っ た端数を、薬の引き出しに戻す際、戻 し間違え、レボミン5mgの引き出し にエチゾラム1mgのヒート端数が入っ ていた。	忙しいときで、エチゾラム1mg、レボト ミン5mgの引き出しを両方一緒に引き出 し、ピッキングした。	ピッキング時、ひとつの薬剤をピッキング終了 してから、次の薬剤のピッキングに手をつける。 また、監査時にピッキング間違いに気づいたとき は、その場で戻さずに、あとで落ち着いた状態の 時に戻す。そのためのボックスを用意する。			エチゾラム錠1mg 「トーワ」レボトミン 錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
2819	繁忙期の時間帯剤数が多い処方箋の薬 剤の1つを90錠ピッキングしなくては ならないところを110錠でお渡し。閉店 後薬局内の数が合わないことが発覚し て気づく。患者に連絡を取り服用前に 回収。	焦り。監査の甘さあり。必ず錠数が多い 薬の確認は輪ゴムなど外し1シートずつ 確認する。	錠数確認は必ず輪ゴムなど外し1シートずつ確認			バランス錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
2820	前回までザクラス配合錠LDが処方され ていた。今回ザクラス配合錠HDに変更 となったが薬情を確認せずザクラス配 合錠LDの説明文を渡してしまった 薬歴を整理していて気づいた。患者に 電話で説明した。早急に訂正する旨説 明し了解を得た。薬は間違っていない	薬歴参照、患者との対話、薬剤、薬情の 再確認徹底	薬歴参照、患者との対話、薬剤、薬情の再確認 徹底			ザクラス配合錠HD	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2821	ミヤBM錠が210錠処方された。今まで10錠シートであったが、ちょうどこの患者さんから12錠シートに切り替わった。12錠シートを14錠シートと勘違いし1、ピッキング2、監査機械登録3、薬剤師監査すべて誤り患者さんに投薬。夜の在庫棚卸で在庫が合わない事で監査機械の写真を確認し判明。	ミヤBM錠が210錠処方された。今まで10錠シートであったが、ちょうどこの患者さんから12錠シートに切り替わった。12錠シートを14錠シートと勘違いし1、ピッキング2、監査機械登録3、薬剤師監査すべて誤り患者さんに投薬。夜の在庫棚卸で在庫が合わない事で監査機械の写真を確認し判明。	1、12錠シートである事をミヤBMの調剤棚に大きく記載2、新規医薬品の監査機登録は2名以上で行う			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2822	メトホルミン塩酸塩錠250mg「SN」処方あり 1日量6T SNが1日最高投与量750mgであることを見逃してしまい6Tで調剤監査時気がつき病院に疑義1日1500mgであることを確認しメトホルミン塩酸塩錠250mg MT「三和」に変更してもらう	MTが最高投与量2000mgであることは把握していたがMTの付いていないものを見逃していた	再度2種あることを見直し、棚にも最高投与量を記入し気を付けていくようにする			メトホルミン塩酸塩錠250mg「SN」メトホルミン塩酸塩錠250mg MT「三和」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2823	レボフロキサシン粒状錠30包調剤のところ、5包ずつの簡易包装を7包ずつ包装と勘違いし、4束と2包の合計22包でお渡ししてしまった。翌日ご家族が持参され、数量が違うことを指摘された。薬剤師としてあり得ないことだと、立腹される。在庫を調べたところ、理論在庫より実在庫が8包多かったため、計数調剤のミスと分かり、謝罪のうえ、8包お渡しした。	監査機器を使用しているが、計数は目にとる監査となり、シートの場合10錠シートでなく12錠：14錠：21錠の時も数え間違いやすく注意している。今回イコサペントなど7包の簡易包装のものと勘違いしてしまった。	監査を監査機器で安心してしまわないこと、再度目で行うことを徹底する。他店では患者さんの目の前で再度計数確認するもの、とご家族から言われましたが、必ず必要としない患者さんもあり（早くお渡しすることを要求される）、必要に応じて対応することにします。			レボフロキサシン粒状錠250mg「モチダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2824	10歳の患者様にレボセチリジン塩酸塩錠5mg 2錠/日 分2 出ていたため疑義照会。レボセチリジン塩酸塩錠5mg 1錠/日 分2に変更となる。	年齢区分による用法用量の確認不足か	年齢区分によって用法用量が異なる薬剤を処方するときは必ず添付文書を確認する。			レボセチリジン塩酸塩錠5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2825	リリカカプセルでの処方患者が服用しにくいとの訴えによりコンプライアンスの向上のためドクターに疑義照会しリリカOD錠へ変更した	患者背景を確認して患者様が少しでも服用しやすくなるように薬剤師としているような提案ができるように引き出しを用意しておく必要があると考えました。	薬剤の情報共有と患者様とのコミュニケーションの向上			リリカカプセル75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2826	オフロキサシン点耳液の処方が重複で ており疑義、看護師様より総量で出 して下さいと指示あり。患者様にヒア リングすると痒み止めも頼んだとのこ と。オルガドロン点眼点耳点鼻液では ないかと思い、再度疑義にてオルガド ロン点眼点耳点鼻液に変更となる。	疑義時、医療事務、環、医師の連携不 備。一般名のオフロキサシンと商品名 のオルガドロンが類似。	患者様とよくヒアリングして防ぐ ことができた。	[般]オフロキサシン点耳 液	オルガドロン点眼点耳点鼻 液		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
2827	担当医の変更に伴い処方が大幅に変更 された患者が来局した。一般名アモキ シリンカプセル250mg 1C分1朝 食後で処方された。集中力と持続の 改善薬とコメントが記載されており、 用法用量にも疑問を持ち疑義照会を 行った。一般名アトモキセチンカプセ ル40mg 1C分1朝食後に変更になっ た。アトモキセチンカプセルは該当患 者に今回初めて処方された薬だった。	処方箋作成時に一般名の似ている2種 の薬剤の入力を誤ったようだ。アトモ キセチンカプセル40mgと入力すると ころアモキシリンカプセル250mg と入力したようだ。	似ている薬品名、一般名があるとい うことを薬局全体で認識してお き、処方内容に間違いがないかど うか確認していく。また、患者へ の聞き取りでも訴えと処方内容に 相違はないか引き続き確認してい く。	【般】アモキシシリンカ プセル250mg	【般】アトモキセチン塩酸 塩カプセル40mg		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
2828	定期薬の他に新規でエバルレスタット 錠50mg 3錠 分3毎食後 が追 加となった。糖尿病の既往はなく、お 話を聞くと「頭痛が肩こりからきてい るかもしれないからと薬が追加になっ た」とのこと。そのためエパレス タットではなくエベリゾンを処方しよ うとしたのではないかと思い疑義照会 を行った。その結果、エベリゾン錠5 0mg 3錠分3 毎食後へ変更と なった。	名称が類似しており規格も同じため処 方入力を間違えたと思われる。	患者様の既往歴や治療中の疾患を 把握する。	【般】エバルレスタット 錠50mg	エベリゾン塩酸塩錠50m g「旭化成」		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2829	処方せんに 【般】クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠とビタミン配合カプセルB 2 5 の記載がされていた。製品名として、ウラリット配合錠とビタミン配合カプセルB 2 5 を調剤。交付時、薬局者はご家族で、本人の体調等について確認が取れず、前回受診時採血検査をしたという経緯を確認。当該病院で、ビタミン配合カプセルと一緒に鉄剤の処方される患者さまが以前いた為、念のため確認したところ、処方間違いが発覚し、処方変更となった。	一般名処方の際の、入力を『クエン酸』の部分で判断してしまったために起きたものと判断	処方薬の間違いは気づきにくい が、患者さんの話から推察、また病院で良く処方される組み合わせなどで、問題がないかどうかチェックをしていく	【般】クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠	【般】クエン酸第一鉄ナトリウム錠鉄50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2830	今まで多数の病院に受信していたが、今回から当該病院に一本化➡当該病院からはサラゾスファピリジンは処方されるのが初めてのケース➡そのため、サラゾスファピリジンが普通錠と腸溶錠のどちらで飲んでいるかハッキリしないまま、普通錠で処方されてしまったと考える	他院からの情報をコピー、もしくは患者が持ってた手帳や資料からコピーしたこと。もしくは単純にケアレスミスの可能性もある。	サラゾスファピリジンのような、同じ成分でも剤形の違いがあるような薬(例としてテオフィリンなど)はリスト化して見えるようにしておく	【般】サラゾスファピリジン錠500mg	【般】サラゾスファピリジン腸溶錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2831	<p>2020年9月4日(金)14時頃、患者(72歳女性)が処方箋を持参した。これまで降圧薬が2剤処方されていたが、今回血圧高めのためそのうち1剤「【般】テルミサルタン40mg・ヒドロクロチアジド配合錠」(調剤名: テルチア配合錠AP「日医工」)が増量となったことを、患者から確認した。</p> <p>しかし処方箋を確認したところ、処方名が「【般】テルミサルタン80mg・アムロジピン配合錠」となっており、本来増量後の処方名と予想される「【般】テルミサルタン80mg・ヒドロクロチアジド配合錠」</p> <p>(調剤名: テルチア配合錠BP「日医工」)とは異なっていたため、処方医に電話で疑義照会した。その結果、「【般】テルミサルタン80mg・ヒドロクロチアジド配合錠」に変更となった。</p> <p>処方医は「【般】テルミサルタン80mg・ヒドロクロチアジド配合錠」を処方するつもりであったが、薬品名(一般名)が似ていることから、「【般】テルミサルタン80mg・アムロジピン配合錠」と処方箋に入力したようだ。</p>	<p>増量後の処方を「【般】テルミサルタン80mg・ヒドロクロチアジド配合錠」と入力するところ、「【般】テルミサルタン80mg・アムロジピン配合錠」と入力したようだ。※処方元のクリニックの話では、処方医は先発名でカルテ記載し、それを事務が処方箋入力の際一般名に変更しているとの事。今回は処方医が「ミコンビ配合錠BP」(テルミサルタン80mg・ヒドロクロチアジド配合錠)と記載すべきところを「ミカムロ配合錠BP」(テルミサルタン80mg・アムロジピン配合錠)と記載したことが主要因と思われる。</p>	<p>お薬手帳や薬歴、患者からの聞き取りなど、処方箋以外の情報を確認することにより、処方内容に間違いがないかどうか確認している。特に配合剤の一般名処方の場合、処方する側も調剤する側も間違いやすいため、特に注意する。</p>	<p>【般】テルミサルタン80mg・アムロジピン配合錠</p>	<p>【般】テルミサルタン80mg・ヒドロクロチアジド配合錠</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2832	当薬局を初めて利用する患者様が血圧が急が上がったとのことで来局されました。帰宅後すぐに服用するようと言われたとの事で、ニフェジピン徐放錠20mg(24時間持続)1錠が頓服で処方されていました。クリニックでの降圧剤の服用はしていないという事、血圧が180を超えている事、明日の朝再度受診予定であるとの聞き取りが同伴の家族から出来たので、24時間持続より12時間持続の方がTmaxが2-3時間早い為、処方医に電話で疑義照会を行った。その結果、ニフェジピンCR錠20mgからニフェジピンL20mgに変更となった。	入力の際CR錠とL錠を間違えて入力したのではと思われる。	患者様への聞き取りをしっかりと実施する事で、処方内容の確認を行う。	【般】ニフェジピン徐放錠20mg(24時間持続)	【般】ニフェジピン徐放錠20mg(12時間持続)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2833	普段バルプロ酸Na100mgを徐放錠で服用していたが200mgに増量する際に徐放がはずれてしまった。	薬剤変更の際の確認不足やパソコン操作ミス	お薬手帳などで前回処方の確認や患者への聞き取りを行い、医療機関へ電話確認をとった。	【般】バルプロ酸Na錠200mg	【般】バルプロ酸Na徐放錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2834	定期で【般】バルプロ酸ナトリウム徐放錠200mg2錠分2朝食後を継続していた患者様の処方が、今回だけ【般】バルプロ酸ナトリウム錠200mgとなっていた。患者様は医師から変更のお話を伺っていないとのことで疑義照会を行った結果、医師の処方入力間違いであることが判明した。	主成分が同じであり、処方オーダーリングシステムでの頭文字も同じと思われる。一般名では見分けもし難いので、入力間違いが起きやすいと考えられる。	同主成分でも異なる剤形の医薬品の一般名で、特に類似しているものを日頃からピックアップし、従業員で共有・周知していく。	【般】バルプロ酸ナトリウム錠200mg	【般】バルプロ酸ナトリウム徐放錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2835	口腔内の薬剤が処方されている中、消毒液が処方されていることに疑問を抱き疑義照会を行った。	イソジンガーグルと処方入力する際に、イソジン液を選択してしまったのではないかとと思われるので、念のため疑義照会を行った結果、入力間違いであることがわかったので、不審に思った時は遠慮することなく疑義照会をするべきだと思われます。	不審に思った時は遠慮することなく疑義照会をし、内容を理解した上で患者様にも納得のいく説明が出来るのではないかと考えられます。	【般】ポビドンヨード液	【般】ポビドンヨードガーグル		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2836	整形外科の処方。フィットナジオン錠5mg他リセドロン酸Na錠17.5mg、エルデカルシトールカプセル0.75μgも3剤初処方であった。よって骨粗鬆症の診断をうけて処方と考えた。フィットナジオン錠5mgの効能効果に骨粗鬆症はなく患者に医師からの説明内容を確認。フィットナジオン錠5mgの効能効果(K欠乏症、それに伴う出血)に該当する病状もなくビタミンK1ではなく骨粗鬆症に適応あるビタミンK2の処方予定ではと推定し疑義照会を行った。結果フィットナジオン錠5mg 2T/日 2×朝夕食後からメナテトレノンカプセル15mg 2C/日へ処方内容変更となった。	ビタミンK1とビタミンK2の処方入力間違い	処方内容と患者から聞き取りした病状に相違ないかしっかり確認すること	【般】メナテトレノンカプセル15mg	【般】フィットナジオン錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2837	半年ぶりに当薬局へ来局した患者で、元々【モルヒネ塩酸塩錠10mg 2T分2朝夕食後】が処方となっていたが、今回持参した処方箋では、【モルヒネ塩酸塩水和物1g分1就寝前】となっていた。モルヒネの量が100倍量であったのと、錠剤から散剤へ変更になっていた事からお薬手帳の確認、患者本人への聞き取りを行い、モルヒネ塩酸塩錠10mgが1日量2錠から1錠へ減量になったと確認した。処方医へ疑義照会した結果、【モルヒネ塩酸塩錠10mg 1T分1就寝前】に変更となった。	入力に慣れていない医師が処方入力を行う為、錠剤と散剤を間違えたと思われる。用量については1錠のつもりが1gになってしまったと思われる。	薬歴、お薬手帳、患者本人への確認を行い出来るだけ多くの情報から処方内容に間違いがないか確認する。監査者だけでなく他職員にも相談する。少しでも疑問に思った事は疑義照会して医師へ確認する。	【般】一般名処方+散剤+原末	モルヒネ塩酸塩錠10mg「DSP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2838	前回唇の荒れよりサリチル酸ワセリン10%が交付され、2回目も同じ薬の処方。聞き取りから少し荒れているとのことより、角化症のような症状はないし、主にかかとの処方に使うことが多い門前だったため、白色ワセリンとの間違えではないかと疑問を思い疑義照会。その後デキサルチンへ変更するよう医師指示あり	ワセリンとの文字だけで判断、ワセリンとつく薬の名前は多数あるため、症状の様子、部位を聞き取り適切かどうか判断しなければならない	初めて処方の薬は添付文書、PCで薬効を確認して渡すように確認する	10%サリチル酸ワセリン軟膏東豊	デキサルチン口腔用軟膏1mg/g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2839	坐剤挿肛時に使用する医薬品として10%サリチル酸ワセリンが選択されていた。選択医薬品がおかしいのではないかと疑義照会を行ったところ、白色ワセリンの間違いであることが判明し、白色ワセリンで調剤し交付した。	類似名称医薬品の選択間違い	用途に応じて適切な医薬品が選択されているか調剤前から確認する意識を持つようにしている。	10%サリチル酸ワセリン軟膏東豊	白色ワセリン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2840	いつもランソプラゾールが処方されている患者にコントロールが処方聞き取り時に確認するも何も変更は聞いていないと確認疑義照会したところいつものランソプラゾールに変更になった	薬剤名選択時に誤ってコントロールを処方	薬剤変更時必ず患者に聞き取りを行う	5mgコントロール錠	ランソプラゾールOD錠15mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2841	EPLカプセルが新しく5日分処方されていた。他は14日分だったので患者に確認したところ風邪の薬をもらうと訴えあり。疑義照会し、PLに変更。	処方内容の確認不足。	疑義照会。	EPLカプセル250mg	PL配合顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2842	患者は婦人科の定期検診のついでに主治医に風邪薬の処方を依頼した。医師はPL配合顆粒を処方したつもりであったが、入力ミスでEPLカプセルを処方してしまった。来局時に患者に確認したところ、風邪薬を希望したことがわかり主治医にTELにて確認、PL顆粒へ処方変更となった。	入力時にPLで検索した際出てきた薬品名を選択する際誤ってクリックし、最終確認されないまま処方されたと思われる。	処方された診療科と薬剤が一致しているかも注意して監査し、患者にも確認するようにしている。	EPLカプセル250mg	PL配合顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2843	お通じの状態が悪いとのことで、Drから処方が出るとのことで、確認する痛みなどの症状はないとのことだったので処方内容をDrに確認	薬品名の名称が似ていたため	今後患部さんから症状などの確認を行いながら薬効など確認する	JPS防己黄耆湯エキス顆粒〔調剤用〕	JPS防風通聖散料エキス顆粒〔調剤用〕		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2844	<p>当薬局での利用は初めての患者で、当薬局の門前病院であるA病院の処方箋を持参。お薬手帳の持参はなかったため処方歴は不明であるが、新患質問票より骨粗鬆症による継続処方の様子。最終鑑査時にエディロールとL-アスパラギン酸K錠に違和感を覚え、患者様に確認したところ、主治医は他県のB病院であり、年に一度の受診以外はA病院で薬のみ処方してもらっているようである。</p> <p>患者様にKの値が低いなど言われたか確認したところ、骨の薬を出す以外のことは聞いていないとのこと。患者様にL-アスパラギン酸K錠とL-アスパラギン酸Ca錠といった似たような薬があることを説明し、念のためにA病院にFAXにて疑義照会を行ったところ、少なくとも12月からK錠に変更になっており、A病院では採血を行っておらず、処方変更経緯は不明であるとの回答であった。患者様にもう少し時間がかかることを伝えた上で、疑義照会の内容をきちんと説明し、息切れやめまい、筋肉のけいれん、脱力感などの高K血症の症状が出ていないかを確認し、患者様の不安軽減を図った。病院よりK錠からCa錠に変更になったと連絡が入ったため、患者様に変更内容を伝え、何か体調に違和感を覚えたら医師または薬剤師に連絡すること、「K錠」と「Ca錠」は名前が似ているため、注意が必要であることを伝えた。患者様は納得し、安心された様子であった。</p>	<p>名称が酷似していたため、頭の文字だけ見てL-アスパラギン酸Ca錠だと思い込んだことが考えられる。</p>	<p>今回は新規の患者様であったため、違和感を覚えることができたが、Do処方であれば特に疑問を持つことなく薬を交付してしまっていた可能性も考えられるため、とても怖い事例だと感じた。日頃から思い込むことなく、この薬はなぜ出ているのか処方鑑査を怠らないように気をつける。</p>	<p>L-アスパラギン酸K錠 300mg 「アメル」</p>	<p>L-アスパラギン酸Ca錠 200mg 「サワイ」</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
2845	<p>頭痛時頓服薬として総合感冒薬のPL配合顆粒が処方されていたため疑義照会したところ、SG配合顆粒の入力誤りだったと判明。</p>	<p>アルファベット2文字で始まる配合顆粒のため、入力間違いと思われる。</p>	<p>処方鑑査では薬品の薬効と頓服時点の指示に齟齬がないか確認する。</p>	<p>PL配合顆粒</p>	<p>SG配合顆粒</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
2846	<p>SG配合顆粒が処方されていたが、本人に確認したところ、頭痛等はなく主訴は胃部不快感であった。薬剤間違いの可能性が高いと判断し、疑義照会を行いSM散へ変更となった。</p>	<p>頭文字が同じであったため処方時に選択ミスを行った可能性が高い</p>	<p>処方内容と患者の主訴が一致するか漏らさず確認を行う</p>	<p>SG配合顆粒</p>	<p>S・M配合散</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2847	他病院に入院し、退院後久し振りにかかりつけの病院受診した患者様。お薬手帳と内容が異なる為患者様に確認したところ、薬の変更については何も聞いていないとの事。ピソプロロール錠 2.5mg のところアーチスト錠 2.5mg (カルベジロール) が処方されていた。疑義照会したところ、ピソプロロール錠 2.5mg に変更された。	薬の一般名が似ている為、薬を間違えた可能性がある。	お薬手帳や患者からの情報の聞き取りを引き続きしっかり行う。	アーチスト錠 2.5mg	メインテート錠 2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2848	投薬時、患者様からアレルギー性結膜炎と診断名を聞き取り。今回、処方されたアイドロイチン1%点眼液の適応が、角膜表層の保護の為、処方医に疑義照会。病院より返答があり、アレジオン点眼液0.1%の間違えであると回答。	コンピューターの入力確認ミス、薬識不足など	投薬時における患者への症状の聞き取りの徹底。薬識の確保。用法の確認をする。	アイドロイチン1%点眼液	アレジオンL X点眼液 0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2849	ミケルナ配合点眼液 両目点眼1日1回 アイベータ配合点眼液 両目点眼1日2回の処方において β ブロッカーの重複。疑義照会し アイベータ配合点眼液からアイラミド配合点眼液に薬剤変更されました。	配合剤が多くなる中 内容を把握し、また名前の類似に気を付けなければならない。	配合剤と配合剤の組み合わせは特に注意して処方監査する事が重要。	アイベータ配合点眼液	アイラミド配合懸濁性点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2850	約半年ぶりに来局。以前はリズモンTGだけだったが、アイベータが処方追加されていた。チモロールが重複するため、疑義照会にて確認。アイベータではなくアイラミドの間違いということが判明し、処方変更となった。	アイファガンの合剤がアイベータとアイラミド2種類あり、同時期にメーカーから医師にプロモーションがされたため、混同した可能性が考えられる。	処方箋上で成分の重複がないか確認することはもちろんだが、成分の重複がある場合は警告が出るシステムを入れているため警告が出ていたら必ず何が問題なのか確認するようにしている。	アイベータ配合点眼液	アイラミド配合懸濁性点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2851	ミケルナ配合点眼液とアイベータ配合点眼液がいずれも左眼で処方。β遮断薬が重複のため疑義照会。アイベータ配合点眼液がアイラミド配合懸濁性点眼液に変更。	配合剤が多いため勘違いして処方、もしくは処方箋入力時に2文字検索したため誤って選択。	配合剤のときは単剤より重複に気付きにくい、より慎重に処方監査を行う。	アイベータ配合点眼液	アイラミド配合懸濁性点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2852	平素より利用してくださっている患者様。前回までは眼科からルミガン点眼液、アゾルガ配合懸濁性点眼液が毎回Doで処方されており、今回から新規でアイベータ点眼液が処方された。監査の段階で、アゾルガとアイベータのチモロールが重複していることに気付いた。患者様にお話を伺ったところ、薬が1種類追加になることは聞いているが、成分についてはよくわからないとのことだった。その後病院に問い合わせし、アイファガン点眼液の間違いであることが発覚した。投薬前に間違いに気付けたので、患者様には正しい内容で薬をお渡しすることができた。	処方時に薬の検索をかける段階で、「アイ」までが同じのためうっかり間違えて選択したと思われる。	薬剤師が調剤する場合は、成分名まで意識しながらピッキングを行う。監査時、特に新規薬が追加になった際は相互作用や重複投与の確認は念入りに行うように心がけていく。今回の事例を店舗内全員に周知情報を共有することで、同じようなことが起きた際にすぐに気付き対応できるようにする。	アイベータ配合点眼液	アイファガン点眼液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2853	タプロス(タフルプロスト)アイファガン(プリモニジン)ドルモロール配合点眼液(ドルゾラミド、チモロール)の3種類の点眼液から、アドヒアランス向上のため、アイベータ配合点眼液(プリモニジン、チモロール)、タプロム配合点眼液(タフルプロスト、チモロール)の2種類へと変更された。チモロールが重複したため疑義照会し、アイベータからアイラミド(プリモニジン、プリンゾラミド)に変更となった	アイベータとアイラミド 名称が似ているため、配合剤へ変更するときに成分の照合を間違えた	配合剤は必ず成分名に変換して処方監査すること	アイベータ配合点眼液	アイラミド配合懸濁性点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2854	ミケルナ配合点眼液使用中の患者様に追加処方アイベータ配合点眼液が処方されていた。βブロッカーが重複する為、疑義照会。アイベータ配合点眼液からアイラミド配合点眼液に処方変更となった。	目薬でも配合剤の組み合わせがいろいろあるので処方医師が勘違いしたと思われる。	配合剤の組み合わせは必ず成分を確認する。	アイベータ配合点眼液	アイラミド配合懸濁性点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2855	ミケルナ配合点眼とアイファガン点眼の使用歴あり。今回、眼圧上昇したため、点眼薬がアイファガン点眼中止、アイベータ配合点眼が追加となった。継続のミケルナ配合点眼はβブロッカーのカルテオロールが含有、新規追加のアイベータ配合点眼にはβブロッカーのチモロールが含有。βブロッカーが重複することになったので疑義照会を行った。照会后、アイベータ配合点眼がアイラミド配合点眼へ変更となった。	配合点眼薬は薬品名が類似しているもので、含有成分の勘違いと思われる。	配合点眼薬が複数処方されている場合は含有成分を個々に確認。	アイベータ配合点眼液	アイラミド配合懸濁性点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2856	当薬局新患 眼科(転院)受診 以前受診の眼科ではキサラン点眼液 リズモンT G点眼液使用 薬剤の変更をされたが、処方内容がタプロム点眼液 両眼1日1回就寝前 アイベータ点眼液 両眼1日2回合剤への変更、薬剤の追加が行われたが、β遮断薬が重複しており、アイラミドとの処方誤りの可能性も考え、疑義照会し、アイベータ削除、アイラミドへ変更となった。	合剤の名称類似による処方誤り	他剤からの変更時、特に合剤の場合は、含有有効成分に誤りや不備がないか、処方内容をしっかり確認した上で調剤を行う	アイベータ配合点眼液	アイラミド配合懸濁性点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2857	コンプト配合点眼液とアイベータ配合点眼液の併用処方。主成分が重複。問い合わせの上、アイベータ配合点眼液中止。アイファガン点眼液へ変更	医師の勘違い? 頭文字2文字による入力ミス?	配合剤の成分の把握	アイベータ配合点眼液	アイファガン点眼液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2858	患者様が処方箋を持って来局。処方箋には「ラタチモ配合点眼液「ニッテン」、7.5m l /両目1日1回、アイベータ配合点眼液、1.5 m l /両目1日2回」と記載された。チモロールマレイン酸塩の成分が重複しているため、処方医に疑義照会した。アイベータ配合点眼液、1.5 m l /両目1日2回が、アイラミド配合懸濁性点眼液、1.5 m l /1日2回に薬剤変更となった。	薬剤名の類似が間違いの原因と考えられる	配合点眼液の処方時には成分の確認を必ず行う	アイベータ配合点眼液	アイラミド配合懸濁性点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2859	緑内障治療中患者様 キサラタン点眼アゾルガ懸濁性点眼液使用中、アイラミド配合懸濁性点眼液追加処方について、エイゾプト点眼が重複しているのて問い合わせ、結果アイファガン点眼液が追加になりました。	配合懸濁性点眼液の薬品名をすぐに確認できるように整備しておくことと、治療中に使用している点眼液の種類をご本人と再度確認して、投薬するようしたほうが良いとおもいます。残薬調節などで処方がOFFになっているケースあります。	配合剤の薬剤について、窓口ですぐに確認できるように資料の整備をしておきます。	アイラミド配合懸濁性点眼液	アイファガン点眼液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2860	眼科よりグラナテック点眼液0.4%、コンプト配合点眼液、アイラミド配合懸濁性点眼液が処方された患者様が来局。鑑査時にコンプト点眼液とアイラミド配合懸濁性点眼液の両方とも炭酸脱水酵素阻害薬が配合されていることが分かった。処方医へ問い合わせを行ったところ、アイラミド配合懸濁性点眼液がアイファガン点眼液0.1%に処方変更となった。	コンプト配合点眼液はドルゾラミドとチモロールの配合点眼液であり、アイラミド配合懸濁性点眼液はプリンゾラミドとプリモニジンの配合点眼液である。メーカーに問い合わせたところ、コンプト配合点眼液とアイラミド配合懸濁性点眼液が同時に処方される可能性は低いとの回答を得たため、疑義照会を行い処方変更へと至った。	患者様の薬歴にも疑義照会を行ったことで処方変更になったという旨を記載した。今後、見落としさない為に薬局内で今回の事を共有した。	アイラミド配合懸濁性点眼液	アイファガン点眼液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2861	緑内障の患者様。処方内容：プリンゾラミド点眼液：両眼1日2回 アイラミド配合点眼液：左眼1日2回アイラミド配合点眼液は、プリモニジンとプリンゾラミドの配合剤で成分が重複している。疑義照会后、アイベータ配合点眼液に変更となった。(プリモニジンとチモロールの配合剤)	以前からプリンゾラミド点眼液を使用していたが、緑内障の進行がありアゾルガ配合点眼液に変更になった。今回1か月経過し受診したが思ったほどの効果が出ていなかった。患者様はアゾルガ点眼液がしみたので効果がないのであれば、元のプリンゾラミドに戻してほしいと話したら、しみても眼圧を下げる必要があるので点眼は外せない、と、医師とのやり取りがあった。結果、プリンゾラミド点眼液に戻し他の眼圧薬を追加となった。プリモニジンの配合剤を追加、処方記載時にアイラミドとアイベータは名前が酷似しているので記載ミスとなったと考えられる。	配合剤の場合、酷似した名称が多く名称のみではなく成分、用量の確認を毎回するようにする。	アイラミド配合懸濁性点眼液	アイベータ配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2862	処方内容。アメナリーフ錠、アクアチム軟膏。交付前から、アラセナA軟膏が処方されない理由の確認を、薬剤師間で共有。発疹済み、疼痛あり、他医療機関を、当該疾患で受診なし。処方医療機関に疑義照会。アクアチム軟膏がキャンセルとなり、アラセナA軟膏が変わって処方された。	医療機関での処方箋入力時におけるケアレスミスと思われる。	疑義照会した理由の説明と、帯状疱疹への適用がアクアチム軟膏には無い、などを説明。患者さん納得。	アクアチム軟膏1%	アラセナA軟膏3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2863	アクトシン軟膏 1日1回水虫に と処方されていた。褥瘡に使用する薬の為、疑義を行うとアトラント軟膏に処方変更となる。	病院側の処方発行時の入力間違い。	処方監査時には外用剤の使用法・使用部位まで十分に確認を行います。	アクトシン軟膏3%	アトラント軟膏1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2864	処方医が、アクトス錠15mgを処方すべきところをアクトネル錠75mgと入力。処方箋を受け付け時、薬歴、お薬手帳などと確認し入力ミスに近い処方医に問い合わせと行い、誤りと分かり、処方変更となった。	入力ミスが考えられる。最初3文字が同じため起こったミスと考えられる。	まず前回処方と比べてみる。今回は明らかに疑わしい内容だったので未然に防ぐことができた。	アクトネル錠75mg	アクトス錠15		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2865	帯状疱疹で受診の患者様に対して以下の処方があった。 Rp1)アシクロビル200mg 4錠 1日2回朝夕食後 7日分Rp2)アシクロビル軟膏5% 2本 1日1回塗布 Rp1の用法用量、Rp2は適応不一致のため、疑義照会↓ Rp1)バラシクロビル500mg 4錠 1日2回朝夕食後 7日分へ変更Rp2)処方削除となった。	患者の求めに応じて処方されたお薬であったが、医師は皮膚科専門医ではなかった。	薬局では、患者様から診断や症状の聴取を丁寧に行い、医師の判断と相違が出たことに気付き、疑義照会を行う事が出来た。またバラシクロビルは添付文書上の内服方法は1日3回となっているが、患者の年齢も考慮し減量になったと考える。 投薬時の患者様とのコミュニケーションを大切に、より適切な医療が受けられるように努める。	アシクロビル錠200mg「サワイ」	バラシクロビル錠500mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2866	クラリスロマイシン錠200mg「トーフ」 2錠 1日2回 7日分アジスロマイシン錠250mg「トーフ」 2錠 1日2回 7日分処方マクロライド系抗菌薬の重複、アジスロマイシンの用法、処方日数の確認。(患者確認により骨盤内炎症性疾患否定) 疑義照会によりアジスロマイシンの用法、処方日数、薬剤選択について確認 疑義照会結果アルジオキサ錠100mg 2錠 1日2回 7日分へ変更	薬剤名の類似確認不足	情報共有事例共有	アジスロマイシン錠250mg「トーフ」	アルジオキサ錠100mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2867	高血圧の患者でもともとロサルタンカリウム錠50mgとベニジピン錠4mgを服用されており、血圧の高値がみられるためアジルバ錠10mgが追加処方となる。ロサルタン錠とアジルバは共にARBのため同成分 疑義照会によりアジルバ→トリクロルメチアジド錠1mg0.5錠に変更となる。	薬品名が多種あるため 薬剤の薬効成分の確認不足と思われる。	降圧剤の作用機序を確認したのち、薬剤師2名で 同薬効成分の重複と判断し 疑義照会により処方変更に至る。同薬効成分の種類を周知	アジルバ錠10mg	トリクロルメチアジド錠1mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2868	アジルバ(20)1回1錠かゆい時で今回処方追加あり。高血圧患者ではあるが、すでにARBカンデサルタン服用中であり、用法に違和感があるため疑義照会。結果、フェキソフェナジン(60)の処方間違いだった。	おそらく先発名「アレグラ」と「アジルバ」が名称類似していたため混同したと思われる。	新規追加薬があった場合、追加の理由をよく確認し、今回のように全く別の薬効の薬剤で処方ミスされる可能性も視野に入れ、処方に違和感がないか処方鑑査を行うことを徹底する。	アジルバ錠20mg	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2869	前回ザクラスHDが処方されていたが、今回アジルバ20mg+アジルバ40mgに処方変更 アジルバは最高用量を超えていたため医師に確認したところアジルバ40mgからアダラートCR40mgに処方変更となった	薬剤名称が似通っていたことが要因と思われる	患者とコミュニケーションをとること、添付文書で薬剤の用法用量を確認することが重要	アジルバ錠40mg	アダラートCR錠40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2870	高血圧、脂質異常症にて治療中の患者さま。降圧剤アムロジピンOD2.5mg、アトルバスタチン錠5mg 服用中であつた。血圧下がってきており、カンデサルタン錠8mgに変更。アトルバスタチン錠は継続であつたが、医師が誤ってアトルバスタチンと入力するところ、アジルバ錠20mgと入力してしまった。薬剤交付時に、コレステロールの薬を中止するとは聞いていないし、降圧剤同系統のARBであるため、医師に疑義照会を行い、入力ミスが発覚した。	薬剤検索を3文字入力としているが、なぜかAだけで読んでしまい、ヒヤリハット事例となった。	同系列薬剤が出た時の処方意図、症状の確認を必ず実施する	アジルバ錠40mg	アトルバスタチン錠5mg「EE」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2871	アスタットクリームが処方された患者聞き取りにより白癬の治療ではなく、ニキビの治療で受診したことがわかったため疑義照会アスタットではなくアクアチムの処方間違いであることが分かり、薬剤変更となった	院内内でのことで推測になるが、処方箋記載時のミス、記載された処方箋の確認不足などが考えられる	診察時の内容や、受診目的などの患者聞き取りの徹底を継続する	アスタットクリーム1%	アクアチムクリーム1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2872	投薬時に患者は耳鳴りで受診とのことで、処方はずアストミン錠だが、咳などの症状はないとの事。疑義紹介の結果ストミンA配合錠に処方変更となった。	名称の類似が原因と考えられます。	主訴と適応があっているか確認し、不明点は疑義紹介しています。	アストミン錠10mg	ストミンA配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2873	アストミン錠のみの処方。投薬者が症状を確認したところ、咳はなく発熱のみとお話あり。疑義紹介を実施し、アセトアミノフェン錠に変更となった。	2種とも感冒症状で該当医院より頻繁に処方される薬剤。頭文字が同じであり、どちらも6錠分3で処方されることが多いため選び間違えた可能性あり。	患者様からの聞き取りで違和感を覚えた場合、その都度医院に確認するよう徹底する	アストミン錠10mg	アセトアミノフェン錠200mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2874	症状改善傾向ですが念のため継続で受診されたそうです。同じお薬ご希望でしたが全く違う薬剤交付されました。医院へ疑義照会后、変更となりました。	薬剤名の類似による、事務員さんの入力間違いと思われる。	服薬指導時、経過、状況をしっかり確認します。	アストミン錠10mg	ストミンA配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2875	倒れて怪我をされました。部位は口ではなく顔や手の所でしたので、うがい薬ではおかしいと思った。	薬品名の類似による入力誤り。	患者さんからの聞き取りをしっかりと行う。	アズノールうがい液4%	アズノール軟膏0.033%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2876	アズノールうがい液が処方されており、患者家族から湿疹に塗る薬が処方されるという話を伺い病院に電話にて問い合わせアズノール軟膏に処方変更	類似名称の薬品の為、病院側の入力ミス	服薬指導時の患者からの聞き取りの徹底	アズノールうがい液4%	アズノール軟膏0.033%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2877	<p>服薬管理困難の為に一包化調製をしている患者様、今回ご家族が処方箋を受付し、一度帰宅された。</p> <p><今回処方薬>アズノール軟膏 1.5G (今回追加) マドパー、アマリール1mg、ピ・シフロール0.5mg、ジャヌビア50mg、イルベタン100mg、スーグラ25mgスピロペント10μg、ベオパー50mg、サインバルタ20mg、センソシド12mg「サワイ」</p> <p>今回追加薬のアズノール軟膏の用量が1.5Gととても少量であり、15Gの用量誤りではないか?と考えた。そこで、患者さまに今回追加薬について電話で確認をした所、舌炎にてうがい薬が出るとのことであった。用量誤りではなく、処方薬の誤りと判断し、処方元へ電話にて疑義照会を行った。その結果以下の通りに処方変更となった。<変更薬>アズレン含嗽用顆粒0.4%「ツルハラ」 21G1日数回含嗽</p>	処方オーダー時に『アズノール』と『アズレン』でアズがかぶるため入力ミスを誤った可能性が考えられる。	処方内容に疑問点がある場合は、まず患者様へ詳細を伺い内容を整理して疑義照会を行う。	アズノール軟膏0.033%	アズレン含嗽用顆粒0.4%「ツルハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2878	<p>処方アズノール軟膏が30gと指示製品が20gチューブなので面積を確認するところ、口内炎での処方とのことで前回はうがい薬を出しているとの回答 処方での剤形が異なることと受診がなく受診していることが背景があるので1包装の最低量を提案し処方元了承し投薬へ</p>	セレクトミス	受付時で年齢を考慮しての確認ミスがあったが、処方元に情報が欠けるもの、勝手が不明瞭に関しては確実に疑義することが重要と思う。	アズノール軟膏0.033%	アズノールうがい液4%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2879	<p>アズノール軟膏5gが処方されていたため患者に聴取。用量少なめなため塗布部位を確認したところ特に傷などはないということ。おもな症状がのどの痛みということでうがい薬との入力ミスの可能性を考え疑義照会したところミスが発覚</p>	病院側で入力ミスがあったものとみられる。両方ともよく使用される薬の為に事務員等も気が付かなかったものと思われる	患者からよく話を聞く。普段出ない用量の処方の場合は都度確認を行う	アズノール軟膏0.033%	アズノールうがい液4%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2880	<p>アスパラCa錠200が処方されていたが、患者から今日はK値が低い薬が追加になると先生から説明があったと聞く。</p>	薬の名称の類似にてパソコン入力ミスが考えられる。	処方内容について患者から話を聞く	アスパラC A錠200mg	アスパラカリウム錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2881	塩化カリウムから錠剤に変更するにあたり、名前が類似しているアスパラCAと処方記載してしまったと考えられます。	名前が類似している薬品は電子カルテで入力する際に並んで表記されるため、間違った選択をしやすい	監査の際は前回処方内容もよく確認し、処方変更になっている場合は特に内容が問題ないかを注意する	アスパラ-C A錠200	アスパラカリウム錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2882	アスパラCa錠200mgが処方された患者様に薬剤交付時に聞き取りを行うと、カリウム低下を指摘されたとの情報を得た。処方間違いを疑い疑義照会したところ、アスパラカリウム錠300mgに変更になった	処方箋発行時の類似医薬品名の入力ミスと思われる	薬剤交付時には患者様から必ずヒアリングを行い、処方された薬剤が病態と矛盾していないか確認する。矛盾があれば疑義照会する	アスパラ-C A錠200	アスパラカリウム錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2883	普段アスパラKを服用されてる方の処方アスパラCaになっていた。付添の方にお伺いしたところ処方の変更は聞いていないとのこと、疑義をしたところアスパラKでの処方に変更となりました。	今回の処方の1つ前、2つ前と続けてスローケー錠が処方されていた。当該薬剤は販売が終了していたため疑義にてアスパラKに変更して頂いていたのだが、1つ前のときにスローケー→アスパラKではなくスローケーとアスパラCaとカルテに記載ミスをしたとのことでした。	薬歴を参考に処方変更がないか処方変更があったときはとくに処方変更を受診時にきいてるか確認また、処方変更がなくても前回と同じお薬で受診時にきいてるか確認するようにしております。	アスパラ-C A錠200	アスパラカリウム錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2884	アスパラCAの処方があり、骨折などもしていたのでそのためかと思い聴取したが、Kの数値が低いから薬が追加になっているとの事を確認できた。疑義にてDrがCAがカリウムだと勘違い、私は間違っていないと強気で来られたが、しっかり説明することで変更となった。	Drの知識不足や確認不足	自信をもって疑義照会	アスパラ-C A錠200	アスパラカリウム錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2885	かねてより、肝機能障害と低K血症の治療をしている患者であった。肝機能の悪化があり近くの診療所より、いずれ入院する予定の病院に外来を転院した。アスパラKは低カリウム血症で定期薬として服用していたが、転院処方を確認するとアスパラCaへと変更されていた。すぐに処方ミスの可能性を感じ病院にお問い合わせをした。結果としてアスパラKへと変更となった。	単純に紹介状が入力時の誤りであると考えられる。 病院のレセコンで紹介状を出力する際には処方内容を簡単にコピーできるシステムでないといけないと考えられる。処方内容を手打ちしている病院がある。	平素より併用薬の確認や処方監査を徹底すること。	アスパラ-C A錠200	アスパラカリウム錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2886	眼科より、ダイアモックス錠とアスパラカルシウム錠が処方されている新患が来局。	アスパラカリウムとアスパラカルシウム、名称が似ているため、処方医が入力を誤ったと思われる。	ダイアモックスは眼圧を低下させるために処方され、アスパラカリウム錠が副作用である低カリウム血症予防のために処方したかったのではないかと推測。アスパラカリウム錠とアスパラカルシウム錠の処方ミスではないかと考え、疑義照会。アスパラカルシウム錠に変更。	アスパラ-C A錠200	アスパラカリウム錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2887	緑内障の点眼薬を眼科より処方されていたが、眼圧のコントロール不良で内服を追加することになったと処方箋を持参された。ダイアモックスとアスパラCAが処方箋に記載されていたが、ダイアモックスによる低カリウム血症の予防のためアスパラカリウムの処方ではないかと考え、処方医に疑義照会したところ、処方に変更となった。	オーダーリングシステムの不備・入力ミス	緑内障治療にダイアモックスを用いる場合、低カリウム血症を予防するためにアスパラカリウムが予防投与されることを知っていたため今回発見できたが、知らなければ発見できなかった可能性もあった。知識の共有を行うことが必要である。	アスパラ-C A錠200	アスパラカリウム錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2888	処方内容は、アスパラC a 200mg分2 だったが、患者からの聞き取りでカリウムの記載ミスではないかと推察され、照会した。処方がアスパラカリウム錠300mgに処方変更される。	入力ミスまたは選択ミスではないかと推察される。	処方監査、患者からの聞き取りを丁寧に行い、積極的な疑義照会をする。	アスパラ-C A 錠200	アスパラカリウム錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2889	いつもと違う病院を受診し、いつも他の病院で処方されていた定期薬を処方してもらったと患者より聴取したが、薬手帳と処方内容を見比べたところ、アスパラCA錠200をいつも服用していたが、アスパラカリウム散50%が処方されていた。問い合わせ、事情を説明したところ、アスパラCA錠200へ処方変更となった。	薬品名が類似している為、処方入力段階でミスがあったと考えられる。	医療機関が違った場合、薬手帳や過去の薬歴と見比べることを再度徹底した。	アスパラカリウム散50%	アスパラ-C A 錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2890	骨粗しょう症の新患の患者様。整形外科よりアスパラカリウム錠とエディロールの処方あり。薬剤師が不審に思い、お薬手帳を確認した所、前回までアスパラC a 錠を内服していたことが判明。直ちに疑義照会を実施しカリウムからカルシウム錠に変更となる。	当該病院は前日まで手書きの処方せんを運用しており電子的な処方せん運用に不慣れであったと推測される。その結果として名称類似のアスパラカリウムとアスパラカルシウムの取違いが行ったと推測される。	一文字監査の実施、適応症の確認。お薬手帳の情報確認の徹底。	アスパラカリウム錠300mg	L-アスパラギン酸C a 錠200mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2891	整形外科よりアスパラカリウム錠300mgが初めて処方。以前アスパラCA200mg 処方歴あり、患者様も医師から骨粗鬆症の薬を処方すると説明を受けていたため疑義照会にてアスパラCA200mgへ変更となった。	名称類似薬のため処方薬入力の際に選択ミスしたものと思われる。	前回の処方歴や疾患を確認し、処方薬が適切であるか確認する	アスパラカリウム錠300mg	アスパラ-C A 錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2892	いつも来局していただいている方に今回より薬が2種類追加になったと言われ、処方内容を確認したところアルファカルシドール0.5μg1pとアスパラカルウム300mg3Tが追加になっていたのでアスパラCAとの間違いでないかと疑い骨粗鬆症であることの確認を患者本人としたのちに、疑義照会した結果アスパラCAへ処方変更になった。	類似名称による入力ミスや手書きカルテであるための入力ミスが推測される	出された処方に対し、違和感を感じたら迷いなく疑義照会するべきだということを再確認し、また類似商品名は確認しておくべきだと感じた。	アスパラカルウム錠300mg	アスパラ-C A錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2893	他院にてアスパラCa錠200mg処方されていた患者が転院し新規で受診。継続処方と思われたがアスパラCa錠200mgのみアスパラカルウム錠300mgに変更のため疑義照会、照会先の医療機関にアスパラCa錠200mgの採用がなかったため【一般名】乳酸カルシウムに変更となる。	医療機関側の要因	お薬手帳を確認し処方ミスをスルーしないよう努める	アスパラカルウム錠300mg	乳酸カルシウム「ケンエー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2894	吐き気、下痢、頭痛の症状にナウゼリン錠10mg、ミヤBM錠、ソランタール錠100mgと一緒にアスパラカルウム錠300mgが4日分処方されていた。血液検査(カリウム値)を受けておらず、患者から聴取した症状からも別の薬と選び間違えた可能性が考えられたため、電話にて疑義照会を行ったところアスベリン錠20mgに変更となった。	医療機関では電子カルテを使用しており、頭文字数文字で薬品を検索して選択するため、薬を選び間違えたと思われる。	処方内容や患者の体調などから薬の妥当性を考慮し、明らかに不自然な薬が出ていた場合は念のため処方医に確認してから投薬を行うようにする。	アスパラカルウム錠300mg	アスベリン錠20		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2895	前回処方にアスバラKが追加になっていた。患者家族から症状をお伺いしたところ、骨粗鬆症の数値が悪かったからカルシウムを追加すると医師より指示があったとの事。KではなくCaであることが判明したため疑義照会を行う。結果Caに変更になった。	医院の入力ミスであると考えられる。患者の状況を把握している家族の来局であったため、聴き取りができたため、服用前に疑義照会を行うことができた。	変更があった場合は、調剤の段階で来局者に変更の旨を医師より聞いているか確認している。	アスバラカリウム錠300mg	アスバラ-C A錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2896	施設在宅の患者様。2病院受診中。退院後退院時処方、主治医が全て処方して行くことになる。今まで別病院からアスバラC A錠200mg 4錠分2で処方あるも、今回はアスバラカリウム錠300mg 4錠分2で処方あり。尚、退院時処方もアスバラC A錠200mgで、K値に関しても特に問題あるようではないと施設看護師様より確認し、疑義照会。アスバラC A錠200mgへ変更となる。	アスバラC A錠200mgとアスバラカリウム錠300mgは名称がかなり似ているために起こったと考えられる。特に、今までその医師からはアスバラC A錠200mgは処方されたことがなく、退院時処方の継続での処方だったため、起こったものと推測。また、併用薬で骨粗しょう症の薬が出ていたことも判断しやすい一因だったが、単独で処方された場合は判断が難しいと考えられる。	お薬手帳や服用歴、併用薬を確認することで、今回のように間違いやすいと考えられる医薬品については、違和感を感じた場合、積極的に疑義照会をする。	アスバラカリウム錠300mg	アスバラ-C A錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2897	アスバラカリウム錠が処方されていたが、前回の処方ではアスバラ-CA錠が処方されていたために、患者に薬剤の変更があったか聞いているが確認。患者は変更は聞いていなくて、カルシウムが出されるはずとのことだったので、病院に疑義紹介し、アスバラ-CA錠に変更になった。	前回のアスバラ-CA錠の処方は手書き処方だった。この病院は変更や追加があった場合手書きで追加され、次回以降はレセコン入力に変わる。そのレセコン入力の過程で打ち間違ってしまったものと思われる。	前回までの聞き取りから、この患者は骨量を増やすためにカルシウム剤が処方されているというデータの蓄積があった。基本ではあるが、服薬指導の内容をしっかりと薬歴に残しておくことは大事である。アスバラカリウムからカルシウムへの変更という点でも、珍しい変更の仕方であり、もしかしたら病院の間違いかもしれないという疑いを持たた。	アスバラカリウム錠300mg	アスバラ-C A錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2898	アスバラ配合錠が処方されましたがその主治医が始めて処方した薬品だったので疑問に思い疑義照会を行ったところアスバラカリウム錠との処方間違いが判明。	処方医が処方入力時の薬剤選択ミス	処方医の処方傾向を把握する。患者様からの聞き取りを十分行いながら処方内容を監査	アスバラ配合錠	アスバラカリウム錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2899	アスベリンシロップ0.5パーセント 3ml 分3 4日分成人への適応があるが用量が少ない。特に嚥下困難の訴えも無いため、錠剤3錠分3の入力ミス suspecting 疑義照会。アスベリン錠20mg 3錠分3へ変更。	医師に剤型違い品の存在が認知されていない可能性もある。パソコン操作時、頭三文字で検索している場合には剤型が画面に表示されていないかもしれない。	違和感を感じたら疑義照会を行う。	アスベリンシロップ0.5%	アスベリン錠20		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2900	0歳児への処方。〈アスベリンシロップ0.5% 20mL、カルボシステインシロップ5% 240mL、タベジールシロップ0.01% 0.2mL〉が1日量として処方されていたため疑義照会。〈アスベリン散10% 20mg、カルボシステインDs50% 240mg、ペリアクチン散1% 0.2mg〉に処方変更。	処方箋発行時に記載内容の確認不足の可能性あり。	処方監査は慎重に行う。	アスベリンシロップ0.5% カルボシステインシロップ小児用5%「テバ」 タベジールシロップ0.01%	アスベリン散10% カルボシステインドライシロップ50%「テバ」 ペリアクチン散1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2901	10才、体重25kg 男児。アスベリンDS2% 0.6g毎食後の処方。前回はアスベリン散10% 0.5gの処方履歴があり。用量少ないため疑義照会。アスベリン散10% 0.6g毎食後の処方だったことが判明。	アスベリン 散剤の複数規格が存在	前回処方内容との比較体重による用量確認	アスベリンドライシロップ2%	アスベリン散10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2902	4才4カ月(体重18kg)の小児に「アスベリンドライシロップ2% 0.4g分2朝夕食後」が処方され、アスベリン8mg/1日は通常使用量ではないと判断し、アスベリン散10%の誤記と推測して疑義照会をした。その結果、「アスベリンドライシロップ2% 0.4g分2朝夕食後」が「アスベリン散10% 0.4g分2朝夕食後」へ変更となった。	同成分別剤形が2種類採用されており、外来混雑時に誤って医師が入力したことが原因と思われる。	小児量の確認を体重や年齢計算で常に行っている。	アスベリンドライシロップ2%	アスベリン散10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2903	アスピリンドライシロップで処方されていたが、量がおかしかったため疑義紹介し、シロップ液とドライシロップ粉との入力まちがいが判明	入力まちがい	小児薬用量の確認を徹底している	アスピリンドライシロップ2%	アスピリンシロップ0.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2904	9歳の小児にアスピリンドライシロップ2%が0.5g分3毎食後で処方されていた。通常用量より少ないと思われるため疑義照会したところ、アスピリン散10%の間違いであったと回答があり、処方変更となった。	同じ薬品の剤形違いであるため、処方入力の際に選び間違えたと思われる。	小児用量の一覧表を作り、処方監査の際に用量に問題がないか確認できるようにしている。またその医療機関の処方では、アスピリンならドライシロップではなく、散の方がよく処方されることを職員間で確認した。	アスピリンドライシロップ2%	アスピリン散10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2905	アスピリンDS2%2g分3毎食後のところ、アスピリン散10%2g分3で処方されていた	剤形の選択ミスと思われます。	複数の剤形・規格がある薬は、特に注意して用量の確認を行う。	アスピリンドライシロップ2%	アスピリン散10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2906	アスピリン散10%の処方と思われる用量(0.2g/day)であったが、ドライシロップ2%での処方(もしこちらなら1.0g/day)になっていた。疑義照会にて散剤であることを確認。	同じ成分であるが複数の規格がある医薬品であり、間違いやすい。	用法用量をよく確認する。	アスピリンドライシロップ2%	アスピリン散10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2907	体重12kgの患者に対し、アスピリンDS2%では処方量が少ないため疑義照会。アスピリン散10%に変更となる。	医療機関の事務担当者が先生に確認することなく、処方箋のアスピリンのみの記載をアスピリンDS2%で処方入力してしまっていたため。	散剤には含有量の異なる同成分の製品があるため、小児では体重を確認し調剤前に処方鑑査を行う。	アスピリンドライシロップ2%	アスピリン散10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2908	アスピリンドライシロップ2%→アスピリン散10%に変更。患者さんの年齢、体重からも明らかに少ないため。	医療機関側の事務員さんの入力ミスだったようです。	このミスはよく病院でよくある為、事務員の方にもよく気がついてもらいます。忙しい時は見落としがちなので、監査時にも注意するように気を付けています。	アスピリンドライシロップ2%	アスピリン散10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2909	アスペリン散10%1g/日の処方でしたが、年齢、体重から考慮して、アスペリンドライシロップ2%1g/日に変更して頂きました。	名称類似のためと思われます。	きちんと把握して、また同じような処方が来たらすぐに疑義をかけられるようにしておこうと思います。	アスペリン散10%	アスペリンドライシロップ2%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2910	患者体重よりアスペリン10%の全量超過について処方医に問い合わせた。アスペリンDS2%へ変更になった	入力確認ミス	患者体重をしっかり聞き取り監査する	アスペリン散10%	アスペリンドライシロップ2%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2911	年齢よりアスペリン散10%では用量超過の為処方医に問い合わせた。アスペリンDS2%へ変更になった	薬品名が類似している為知識がなければ入力を間違えてしまうと考ええる	素早くミスに気付くようにする	アスペリン散10%	アスペリンドライシロップ2%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2912	本来、アスペリンドライシロップ2%で医師が処方しようと考えていたものが、処方箋の記載がアスペリン散10%となってしまった。原因は処方箋作成時の医薬品選択のミスと考えられる。処方間違いに気付かず調剤してしまう為、添付文書上の投与量の5倍となってしまった為、有害事象発生の可能性も考えられた。	処方箋作成時の類似規格による医薬品選択のミスと考えられる。	散剤、液剤は必ず成分量(力価)を計算し、年齢、体重、お薬手帳などの患者背景を吟味してから調剤を行うようにする。小児に関わらず、副作用歴、腎機能などの監査を電子薬歴を使い、効率的かつ正確に行う必要がある。	アスペリン散10%	アスペリンドライシロップ2%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2913	門前ではなかったが、患者は普段からそのクリニックの処方を持って来ていた。新規で処方されたため、添付文書で処方量を確認すると、アスペリン散としてはかなり多く、ドライシロップの処方量ではないかと思い、疑義照会を行った。結果アスペリンドライシロップに変更となった。	アスペリン散とアスペリンドライシロップは同じ成分だが、%が違うため、同じ処方量でも成分量は異なってくる。小児患者の処方時は、必ず年齢や体重から処方量の確認を行っており、今回の処方量の違いにも気付けたと考えられる。	患児に薬が処方された場合は、必ず体重や年齢から処方量が適切か、添付文書などを用いて計算を行っている。	アスペリン散10%	アスペリンドライシロップ2%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2914	アスピリンでの副作用歴がある患者にアスピリン処方、疑義したところアスピリン削除に変更ムコソルバン15mgを分1処方、通常分3の規格なので確認したところ、ムコソルバンL 4.5mgに変更になる	処方医の確認不足	調剤、投薬時に患者情報の確認をしっかりとる	アスピリン錠20 μコソルバン錠15mg	ムコダイン錠500mg ムコソルバンL錠4.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2915	アズレンうがい液4%「ケンエー」の処方箋受付し交付時に患者さんが「おやっ」とした顔をした。インタビューしたらアズノール軟膏の間違いだった。	カルテにアズノールと記載があり、事務員が一般名でパソコン入力の際に間違えたのだろう	患者さんとの会話の中から未然に防ぐようにする。	アズレンうがい液4%「ケンエー」	アズノール軟膏0.033%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2916	アゼルニジピンが頓服の浮腫み時服用で処方あり 前回までアゾセミドを朝食後に服用していたが今回は削除されていることと浮腫み時服用になっているため薬剤名を医師に確認したところアゾセミドに変更となった	アゾセミドを朝食後から頓服に変更する際に薬剤名が似ているアゼルニジピンを入力したと思われる	薬剤と用法に矛盾を感じる時は確認を怠らないようにする	アゼルニジピン錠16mg「ケミファ」	アゾセミド錠30mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2917	定期的に来局される方で、残薬ありにて前回処方削除されており今回復活により定期薬処方。今回処方薬のアゾルガ配合点眼液と併用薬のコンプト配合点眼液とでチモロールが重複するため、また、眼圧も安定されており視野狭窄も以前と変化なしとの患者訴えもあり、合わせて医師に確認。定期薬のアイファガン点眼液の誤りであることが判明、処方変更にて調剤し患者様にはお渡し説明。薬剤名の類似により処方発行時に入力ミスと考えられる。	頭文字が似ているアゾルガ配合懸濁点眼液とアイファガン点眼液0.1%の処方発行時に入力ミスしたようだ。	薬剤名の頭文字が同じ薬に関しては処方発行時に選択ミスをする可能性がある事を念頭に調剤にすることが必要。併用薬が多ければ多いほど、薬剤師ひとりひとりが入念に処方鑑査しないと、また患者来局ピーク時ほど入念に処方内容の鑑査が必須。また患者様からの検査結果の情報収集も合わせて不可欠になるので、普段からコミュニケーションを大事にする。	アゾルガ配合懸濁性点眼液	アイファガン点眼液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2918	平素から来局されている患者様で、アダラートL錠10mgからアダラートCR錠20mgへ変更になっていた。処方箋には一般名「ニフェジピン徐放錠20mg(24時間持続)」と記載されており、用法が前回と同様1日2回朝夕食後での処方であった。CR錠は基本1日1回服用のため用法に関して疑義照会を行ったところ、CR錠からL錠に変更となった。	門前の病院では、処方医はカルテに先発名で書いていても処方箋発行時に一般名に変換している場合がある。アダラートL錠10mg→アダラートL錠20mgへの変更だったが、一般名に変換する際に12時間持続と24時間持続を間違えたかもしれない。	変更時に用法等疑問が生じた場合は疑義照会を行う。薬剤変更時は一般名に変換している場合がある。患者から変更に関する聞き取りを行う。	アダラートCR錠20mg	アダラートL錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2919	前回夜間の頭痛ふらつきがありアダラートCR20mgからL錠20mgに変更となっていたが今回再度CR錠が処方されていた。患者に確認したところ、血圧落ち着いており体調もよいとの情報を得たため疑義照会を実施。結果医師の処方ミスと発覚した。	前回の処方変更がカルテに反映されていなかったかもしれない。前々回の情報を元に処方箋を発行した可能性が考えられる。	処方変更時には必ず患者に情報収集を行い、疑わしい点については疑義照会を徹底する。	アダラートCR錠20mg	アダラートL錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2920	降圧目的でニフェジピンの頓服薬が初めて処方され、処方箋に「[般] ニフェジピン徐放錠20mg(24時間持続) 1錠 血圧180以上上昇時頓服」と記載があった。24時間タイプのCR錠は頓服には不適だと判断し、疑義照会を実施した。処方医から、アダラートカプセル10mgに変更と返答を受けた。その30分後、医療機関より電話があり、アダラートカプセル10mg→アダラートL錠10mgに変更するよう処方医から指示を受けた。理由を確認すると、軟カプセルだと急に降圧してしまうリスクがあるからと返答あり。最終的に、アダラートL錠10mgにて調剤し、患者に疑義照会内容説明し服薬指導を実施した。	疑義照会ではカプセル剤への変更と指示を確認。2回目の変更電話では、指導医に相談した所、軟カプセル剤よりL錠の処方を勧められたとのことであった。以上のことから、推定される要因として「処方医の臨床経験が少ない」が推察された。	処方箋に疑わしい所があれば、必ず疑義照会を含んだ確認を実施する。	アダラートCR錠20mg	アダラートL錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2921	53歳男性。高血圧で今までアダラートCR20mg 1錠朝食後に服用されていた。今回から10mgに減量になったが、処方がアダラートL10mg 1錠朝食後となっていたため疑義照会。アダラートCR10mg 1錠朝食後に変更となった。	医療機関側が薬剤を変更する際、24時間持続と12時間持続を間違えたと推察される。	薬剤の用法用量、服用歴を良く確認する。	アダラートL錠10mg	アダラートCR錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2922	69歳女性。ニフェジピン徐放錠10mg(12時間持続製剤)1日1回 朝食後の処方箋を受け付けた。患者はかかりつけの病院に行く時間がなく、初めてかかる近くの病院でいつもの薬を処方してもらっていた。いつもは24時間持続製剤であったこと、12時間持続製剤1日1回であることを疑問に思い疑義照会した結果、24時間製剤に変更となった。	かかりつけの病院ではなかった。定期薬の種類が多く、間違いを見落していた。	同じ成分でも持続時間の異なる製剤があることを把握しておく。医師や病院が変わったタイミングでは特に注意して監査を行う。	アダラートL錠10mg	ニフェジピンCR錠10mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2923	患者は以前から先発品希望で、アダラートCR錠10mgをずっと服用。体調も落ち着いており、医師から処方変更の話は聞いていなかったが、一般名処方でもニフェジピン徐放錠10mg(12時間持続)→先発名:アダラートL10mgになっていた。	一般名処方入力時の選択ミス	医師に疑義照会し、ニフェジピン徐放錠10mg(12時間持続)アダラートL10mg→(24時間持続)アダラートCR錠10mgへ変更となった。	アダラートL錠10mg	アダラートCR錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2924	アダラートL錠20mgが1日1回で処方されており疑義紹介し、アダラートCR錠20mgに変更。	1. 操作ミス 2. 知識不足 3. 入力後の確認不足	薬剤の保険適応の用法・用量を正確に把握することにより違いに気づけるようにする。	アダラートL錠20mg	アダラートCR錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2925	持続型製剤のアダラートCR10mgが処方されるべきところで、アダラートカプセル5mg×2pが処方になる	電子カルテの処方入力ミス	前回処方との比較を行い、疑問点は処方医に確認する	アダラートカプセル5mg	アダラートCR錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2926	久しぶりの来局。外用薬を何種類か以前より同医療機関より処方あり。アスタットクリームを患者は医師に処方希望したがアデスタンクリームにて処方あり。疑義照会を行いアスタットクリームへ変更となる。	患者からの聞き取りにより本来処方される薬と違うものが処方あることに気づく。	患者からの聞き取り内容の確認は必ず行う。	アデスタンクリーム1%	アスタットクリーム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2927	高血圧症で治療中の方、アルマイラー25mg(アテノロールの旧商品名)が追加、血圧が高くなり追加と思われたが、手の振戦があると聞き取り、βブロッカーなので使うこともあるかと渡薬。渡薬後、添付文書を確認したところ本態性振戦の適用がないことに気づき、アロチノロールの間違いではないかと思ひ疑義照会して、アロチノロールが正しいことが判明。	類似名の薬品の適応についてきちんと理解し、渡薬時の病状・体調などききとりも丁寧にいき、適切な薬であるか確認していく。	処方内容に疑問が生じたときは、必ずすぐ調べる。適応についても日々学習していく。	アテノロール錠25mg「トーワ」	アロチノロール塩酸塩錠10mg「DSP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2928	めまいで受診 錠剤はめまいの適用無 顆粒のみ適用有	別の薬局では過去において止めておらず 疑義もなかったとのこと	添付文章きちんと読み 理解すること	アデホスコーク錠	アデホスコーク顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2929	めまいの患者に「アデホスコーク錠60」が処方。めまいの適用ないため疑義照会。「アデホス顆粒」に変更となる	効能効果の違いの把握不足。レセコンでの選択ミス。	細かい効能効果の違いは見過ごされることもあるので、その都度情報提供していく。	アデホスコーク腸溶錠60	アデホスコーク顆粒10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2930	アデホスコーク腸溶錠(60)が新規追加。投薬の際にお聞きした所、眩暈で処方追加になったと返答があり、アデホスコーク腸溶錠だと適応がないため疑義照会を行った。その結果、アデホスコーク腸溶錠からアデホスコーク顆粒に変更となった。	アデホスコークの中で眩暈に適応があるのは顆粒のみであるが、その確認が漏れて腸溶錠での処方になってしまったと思われる。	薬によっては規格・剤型によって適応が異なるものもあるため、投薬時にしっかり患者様の話の聞き取りを行うようにする。	アデホスコーク腸溶錠60	アデホスコーク顆粒10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2931	5歳の患者にアドエア125エアゾールが処方されており、小児適応がない上過剰投与の恐れがあるため照会。アドエア50エアゾールに変更になった。	類似医薬品の選び間違い	医薬品の小児適応や小児投与量について熟知し処方監査を徹底する。	アドエア125エアゾール120吸入用	アドエア50エアー120吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2932	以前より Crestol OD (5) 1錠が処方されており、今回アトーゼット配合錠HDが追加で処方された。これらを併用することがあるのか疑義が生じたため問い合わせした。アトーゼット配合錠HDはロソーゼット配合錠HDの処方間違いだと判明した。	配合錠であり、名称も類似しているため勘違いがあったと推測される。	配合錠が処方されたときは処方監査の時点で配合されている中身を必ず確認する。	アトーゼット配合錠HD	ロソーゼット配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2933	ロスバスタチン服用中アトーゼットHDへ変更処方。切り替えであるならばロソーゼットHDの可能性があるため念のため疑義照会。ロソーゼットHDの処方になった。	薬剤名の類似。	D r の誤りも考慮して念のための疑義照会を行う。	アトーゼット配合錠HD	ロソーゼット配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2934	アドナ散 10% 1.8mg で処方あり。用量おかしいと思ひ処方医に疑義。アドソルビン原末 1.8g の入力間違いであったことが判明。	類似名による医療機関の入力間違い。	小児の散剤用量には常に注意し、複数人で監査すること。	アドナ散 10%	アドソルビン原末		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2935	アドナ錠の新規処方があり、患者様に交付時に確認。出血傾向の所見もなく、めまい症状発現と聴取。アデホスコワとの処方間違いと予測し、電話にて疑義照会。	名称類似による処方間違い。	処方変更時は必ず服薬意図を患者さんと確認。疑問点があれば疑義照会。	アドナ錠 30mg	アデホスコワ顆粒 10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2936	昨日、チャドクガによる皮膚炎症状(強い痒み、赤み)に対してアンテベート軟膏が処方されていた。翌日、症状の範囲が広がったため軟膏を追加で処方してもらいたく受診したが、処方された内容は昨日のアンテベート軟膏と異なりアトラント軟膏だった。白癬菌の話は一切なく、本人も心当たりがないとのことだったため疑義照会した。結果、処方箋への入力間違いでカルテにはアンテベート軟膏の記載があったことを確認した。	比較的類似名の入力間違い。	投薬時にしっかり患者の症状を聞き取る。前回の薬歴をしっかりと確認して交付する。	アトラント軟膏1%	アンテベート軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2937	以前、近隣医療機関の整形外科の処方箋を持参していた患者が、3か月ぶりに当該医療機関の内科新患として処方箋を持参した。処方箋にはアトルバスタチン錠20mgを含む内容が記載されていたが、お薬手帳を確認したところ前医からはフルバスタチン錠20mgが記載されていたので疑義照会したところ、前医と同じフルバスタチン20mgに変更になった。	処方医による前医からの紹介状の読み間違い、もしくは処方箋を入力する際のカルテ読み間違いもしくは入力間違い。	新患でも前医からの処方がある場合には、必ずお薬手帳の内容を確認する。	アトルバスタチン錠20mg「日医工」	フルバスタチン錠20mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2938	いつもシンバスタチンの他7種類服用している患者様だが、少し前から、昔に受診していた病院に転院され診てもらおうことになり、今回で3回目の受診でありました。そのDrとは顔なじみでもあるようで、受信時も気持ちが楽だったそうです。コレステロールの薬を変えるとはDrから一言も言われてないとのことと疑義照会。アトルバスタチン錠から、元々服用していたシンバスタチン錠に変更になり、Drからは「私の完全な勘違いでした。よく発見してくれてありがとうございます。患者様には私からも謝っておくので」で無事に防ぐことができました。	Drも親しい間柄の気持ちもあったので、気持ちも緩みカルテをよく確認せず、思い込みで処方箋に書いたのではないと思われる。	普段から患者様とコミュニケーションをとっていることで防げたのではないと思われるので、処方薬のほうに注力しがちですが、コミュニケーション、会話も重要視しています。	アトルバスタチン錠 5 mg 「日医工」	シンバスタチン錠 5 mg 「SW」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2939	当初アトルバスタチン5mgの処方が新規であり、症状などを確認したところ、血圧が高くてコレステロールの話は特にされなかったので疑問に思い疑義照会後アムロジピン5mgに変更となる。	医療機関側の処方箋内容の確認不足。	患者様から適切な聞き取りを行い正しく処方監査を行う。	アトルバスタチン錠 5 mg 「日医工」	アムロジピン錠 5 mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2940	今回、アナストロゾールが新規で処方された。お薬手帳には大学病院にて同じDrからレトロゾールが処方されている記載があった。何故、成分が違う薬に変更になったのかお伺いしたところ、患者様がDrに薬の名前を伝え間違えていたことが判明し、疑義照会。	薬の名前を患者様がうろ覚えで、Drもそれを聞いて、「アナストロゾールだったかな」と聞いたところ、患者様がそれだと勘違いして答えてしまった。	患者様にDrにもお薬手帳を見せるように指導。	アナストロゾール錠 1 mg 「NP」	レトロゾール錠 2.5 mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2941	レルベアに今回よりアノーロが追加で処方されていた。LABA成分重複のため電話にて医師に問合せ、アノーロ→エンクラッセへ変更となる。	同じメーカーで配合剤の組合せによって4種類あるため、薬剤名を間違えたと考えられる。	配合剤は成分名や規格が名前で見えないことが多いため、成分の重複や用量の確認を慎重に行う。	アノーロエリプタ30吸入用	エンクラッセ62.5μg エリプタ30吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2942	定期で別のペンタイプの注射器を使用している中、アビドラ注カートが追加となっており、注入器を所持しているか確認をしたところ、所持していないことが判明し、ソロスターへと変更となった。	処方せん記載ミスと思われるが、確認不徹底の可能性も考えられる。	カートで出された場合に、注入器が万が一なければ利用することができず、引き続き所持の有無を徹底していく	アビドラ注カート	アビドラ注ソロスター		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2943	糖尿病でかかっている患者様。スーグラを服用しているが数値が良くなく、今回アブルウェイが追加となったが、同じSGLT2阻害薬であったため疑義照会。アマリールに変更となる。	同じAから始まる薬なので間違えて入力したものと推測する。	糖尿病薬は併用することが多いが、同種同効薬を常に確認し、重複が起きないようにする。	アブルウェイ錠20mg	アマリール1mg錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2944	当薬局にいつも来局頂いている患者のため、服用薬はある程度存じていた。処方箋受け取り時にアボビスカプセル25mgが処方されているのを確認し、胃腸等なにか問題が出たのか尋ねる。患者本人に該当する症状はなく、診察時にもそのような指摘を医師から受けたわけではないのでいつもの薬剤が処方されるつもりでいた。平素よりアボルブカプセル0.5mgを服用しているため、入力ミスの可能性を考え医師に電話にて問い合わせ。アボルブカプセル0.5mgの誤りであった。	電子薬歴に切り替わり、簡便さ故このような類似薬品名での処方箋薬品名誤入力が増えている。	患者とのコミュニケーションを密にして誤薬を防止していきたいと考えています。	アボビスカプセル25	アボルブカプセル0.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2945	血糖値不良により、アマリール錠1mg追加のところ、誤ってアマージ錠2.5mgが処方されていた。患者との話の食い違いより判断し、疑義照会により抗糖尿病薬に変更	名称の類似による、記載誤り	患者からの聞き取りにより、薬剤違いと判明	アマージ錠2.5mg	アマリール1mg錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2946	以前から血圧、脂質異常症に対してアマレット3番配合錠を服用していた方。今回処方分よりアマレット配合錠3番⇒1番に変更になった。処方内容から血圧の低下を考えての変更と推測していたが患者聞き取りにより中性脂肪、血糖値が良くなったとの情報。血圧に関しては特に明言がなかったため念のため疑義照会したところアマレット配合錠1番ではなくアムロジピン5mgへの変更ミスであった。	アマレット配合錠3番と配合錠1番の成分を間違えて把握していたと推定している。	薬の変更点と症状の経過に齟齬が生じないような処方であるか確認する	アマレット配合錠1番「日医工」	アムロジピン錠5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2947	母親が11歳患者の処方箋を持参。トミロン・カルボシステインなどの処方と「アムロジピンOD5mg」が処方されていた。おかしいと思い病院へ確認すると「アレロック5mg」であることが判明した。	不明	処方せんを確認し少しでも怪しいものがあれば、必ず疑義照会をする。	アムロジピンOD錠5mg「EMEC」	アレロック錠5		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2948	2020年9月某日、平素よりご利用されている患者様が来局。風邪と言いつつも処方箋を置いていき、処方箋には風邪薬の中に患者様がいつも飲んでいない薬であるアムロジピン錠が混在していた。鑑査にあたった薬剤師が誤りの可能性に気づき患者様に確認し、血圧の薬を処方するとは医師から聞いていないことを確認し、病院に疑義照会。アムロジピン錠→アジスロマイシン錠へと変更になった。	事前の症状の聞き取りや一元的な薬剤服用歴管理、現病歴等の患者データ管理により誤りの可能性について気づくことができたと考ええる。	薬歴データや患者聞き取りを引き続き行っていく。	アムロジピン錠5mg「サンド」	アジスロマイシン錠250mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2949	施設入居中の患者様。クリニック看護師が処方箋を薬局に持ってきて、アモキシシリンとオーグメンチンを出すとされた。処方箋を見るとアモキシサンとオーグメンチンが記載されていたので、その場で疑義照会をし、アモキシシリンが正しいとお答え頂いた。	頭3文字が同じため、処方箋入力時選択間違えしたと思われる。	処方箋受付時、どんな症状に対して薬が処方されているのか聞き取りを行う。症状と薬効に相違がないことを確認してから進める。	アモキシサンカプセル10mg	オーグメンチン配合錠250RS		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2950	歯科・口腔外科を受診。抜歯したため抗生物質が処方されると想定されるが、三環系抗うつ薬のアモキシサン(10)が処方されたため疑義照会を行った。アモキシシリン(250)に変更になった。	今回処方されたアモキシサン(10)と変更薬のアモキシシリン(250)は頭文字3文字まで同じ名称の為、処方時の選択ミスと考えられる。過去にも同じような症例があったため注意している。	当店では処方箋入力時、先に規格を入力してから医薬品の名称を選択するようになっているため、類似名称での選択ミスは起こりにくくなっている。入力ミスが起こらないよう縦チェックを怠らないように注意している。	アモキシサンカプセル10mg	アモキシシリンカプセル250mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2951	婦人科からアモキシサンカプセルの処方。明らかに不自然なため疑義照会してアモキシシリンカプセルに変更になった	明らかに不自然な処方なので気づけた。	頭文字がよく似た薬の間違いは散見されるので注意が必要	アモキシサンカプセル10mg	アモキシシリンカプセル250mg「タツミ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2952	今まで怪我で外科を受診をしていた。前回の薬から変更ということだがアモキシサンカプセル10mgが処方されていた。疑義照会を行うと(般)アモキシシリンカプセル250mgに変更となった。	名称が類似しているため薬剤の選択ミスの可能性があり。	薬剤服用歴を確認し、疑わしいことがあれば疑義照会を行っていく。	アモキシサンカプセル10mg	アモキシシリンカプセル250mg「タツミ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2953	発熱で受診の患者さんに、呼吸器内科よりアモキシサンカプセル10mgとオーグメンチン配合錠250RSが処方された。そのため、患者さんのお薬手帳、既往歴、受診理由を聞き、名称類似の間違いと判断し、疑義照会した。疑義照会の結果、アモキシサンカプセル10mgからアモキシシリンカプセル250mgに変更となった。	処方する際に、3文字検索で検索をかけ、選択間違いが推測される。	新患や初めて処方される薬については、開始、追加理由の聞き取りを徹底する。	アモキシサンカプセル10mg	アモキシシリンカプセル250mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2954	アモキシサンカプセル10mg 4P(分4 毎食後と寝る前)で処方あり。初めて 処方された薬ですが、以前にリーゼ5 mg、マイスリー5mg等が処方された こともあるので、そのまま調剤し、投 薬時に喉の腫れがひどいこととこと で、医師に疑義照会したところ、アモ キシシリンカプセル250mgの入力間違 いであることが判明し、変更した。	以前から不眠、うつ等の症状もあった ため、すぐには疑義照会はしなかつ た。	あまり話しながらない患者さんか らでも、症状を聞き取れるような 投薬ができるように勤める。	アモキシサンカプセル10 mg	アモキシシリンカプセル2 50mg 「NP」		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
2955	アモキシサンカプセル25mg 3C×3毎 食後で処方あり。当薬局にて普段あま り処方されない薬剤だったため、患者 様本人に受診理由を聴取したところ、 Dr.からは溶連菌であるとの診断をさ れたとのこと。医療機関に疑義照会を 行ったところ、アモキシシリンカプセ ル250mg 「日医工」 3C×3毎食後 へ変更となった。	アモキシサンとアモキシシリンの名称が 類似しているため、医療機関側が誤つ て処方入力されたものと思われる。	処方頻度が少ない薬剤、処方内容 に少しでも違和感をもったら、調 剤する前に患者様に症状や診察時 にどのような話があったかを聴取す る。	アモキシサンカプセル25 mg	アモキシシリンカプセル2 50mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
2956	婦人科よりアモキシサン(抗精神薬)が 処方されたが患者様からの聞き取り (抗菌剤が出ると聞いていた)と婦人 科から出る薬ではない為、疑義照会と なる。	薬品名の酷似、規格が同じ(mg)、 剤形が同じ(カプセル)であった為、 処方時に間違えたと思われる。	処方薬がその科で使われる可能性 があるかを考えて処方鑑査する。 疑わしい時は患者様に受診時に何 を話した(主治医から聞いている か?) 事を確認する	アモキシサンカプセル25 mg	アモキシシリンカプセル2 50mg 「タツミ」		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
2957	歯科よりアモキシサンカプセル25mg が処方された為、疑義。アモキシシリ ンカプセル250mg と処方薬の選択 ミス	薬剤名の上3文字「アモキ」で検索し た為、名称が類似した薬品が選択され たと考えられる。	歯科より精神科の薬が処方された 為、疑義照会を行った。	アモキシサンカプセル25 mg	アモキシシリンカプセル2 50mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2958	アトモксеチンカプセルを継続的に服用している患者様。前回まで80mgで服用していたが、今回処方アモキシサンカプセル25mgに変更してあった。患者様に確認したところ、減量するとのお話があったとのこと。疑義照会してアモキシサンカプセル25mgからアトモксеチンカプセル25mgに変更確認。	名称類似に伴う処方箋入力ミス	日ごろからアトモксеチンカプセルが処方されており、減量する場合の処方鑑査について勉強を行っていた。名称類似薬のチェックを行っていた。	アモキシサンカプセル25mg	アトモッセチンカプセル25mg「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2959	新規患者の方が来局され、内科からアモキシサンカプセル25mgが処方されました。新規のため問診票を記載していただいたところ、受診理由にケガと書かれていました。薬剤交付前、患者本人に聞き取りを行ったところ、薬剤名の間違いの疑いがあったと考えられたため疑義照会を行いサワシリンカプセル250に変更になりました。	アモキシサンカプセル商品名とアモキシリンカプセル一般名の類似のためパソコン上での入力時、医師の確認不足が考えられる。	処方の診療科、問診票や患者本人からの聞き取りで適切な使用か判断をしています。	アモキシサンカプセル25mg	サワシリンカプセル250		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2960	アモキシサンカプセル25mgが分2で処方、患者から聞き取った病態と合致しないため、疑義照会。アモキシリンカプセル250mgであることが、推察され検討を依頼。アモキシリン分3処方に変更される。	類似名称での医師の勘違いと推察される。	処方監査の徹底と積極的な疑義照会を行う。	アモキシサンカプセル25mg	アモキシリンカプセル250mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2961	咳、発熱の症状で来局の患者様にアモキシサンカプセル25mg 4Cap 1日4回毎食後、就寝前が処方されていた。患者様ご自身も医師より抗生物質が出ると聞いており、異なる薬剤が処方されていると考えられたため、疑義紹介をし、(般)アモキシリンカプセル250mg 4Cap 1日4回毎食後、就寝前に変更となった。	一般名アモキシリンカプセル250mgとアモキシサンカプセル25mgの選択ミスと考えられる。	効能の異なる類似した一般名と製品名の薬があるので、症例の聴き取りから適応のある薬かしっかり判断する	アモキシサンカプセル25mg	サワシリンカプセル250		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2962	いつも元気な方に、アモキシサン25とS G顆粒が処方されており、『うつ? ?』(アモキシサン初処方)と不思議に思ったので、ご本人に確認したところ、副鼻腔炎の薬を希望されたとのこといつも他の医院で処方されていたのと同じ薬を処方するとの説明を受けたとのこと、お薬手帳確認したところ、アモキシサン250とS G顆粒が処方されていました。医師は手帳もみていたとのこと。医師に連絡して、アモキシサン→アモキシサンに変更となりました。	よく似た名前であること。しっかり薬手帳みてなかったこと。	いつもの患者様であれば、性格などもわかるので、今回『うつ? ?』は、ありえないとすぐに気づけた。患者様とのコミュニケーションはとても大切である	アモキシサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2963	耳鼻科より下記の処方が出た。 アモキシサンカプセル25mg 3カプセルピオスリー配合錠 3錠1日3回 毎食後 7日分 患者は初回来局であり、訴えからもアモキシサンカプセル25mgの処方は誤りである可能性が高いと判断し、疑義照会を行った。	病院側での処方箋発行時の入力ミス(名称類似)。	名称類似薬は他にも多種あり、今後処方ミスがある可能性も十分に考えられることから、処方監査～患者への聞き取りをしっかりと行い、疑いがある場合は疑義照会を徹底するようスタッフ全員に周知した。	アモキシサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2964	アモキシサン25mg処方。前回までアトモキセチン25mgを服用。病院の入力間違いを疑い疑義照会を実施。	似た名前・規格も同じ薬の為、医師の選択間違い。	初期鑑査時に過去薬歴の確認。添付文書の確認。	アモキシサンカプセル25mg	アトモキセチン錠25mg「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2965	タケキャブ錠20mg 2錠アモキシサンカプセル25mg 6カプセルクラリス錠200mg 2錠分2 7日分が処方。処方監査時にピロリの除菌療法であるが、アモキシサンカプセルが処方されている事を発見。疑義紹介してアモキシシリンカプセル250mgへ変更。	医療機関側で名称類似による入力間違い。	今回の事例を皆で共有。処方監査を電子薬歴の常用量チェックで必ず確認。	アモキシサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2966	当初アトモセチン錠40mg1錠、アモキシサンカプセル25mg1錠分1夕食後14日分の記載内容だった。患者から定期的に服用しているアトモセチン錠を増量したと医師から指示があったことを投薬時に聴取した。電話にて疑義照会を行った結果、医療機関側の処方誤入力でアモキシサンカプセル25mgではなくアトモセチン錠25mgが正しい記載であったことが発覚。	薬剤名類似と同規格のため誤入力に気づかず処方箋が発行されてしまった。	アトモセチンとアモキシサンカプセルは同時に処方されても違和感のない薬剤のため、投薬時に患者の主張をよく傾聴する。	アモキシサンカプセル25mg	アトモセチン錠25mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2967	患者より、歯科でもらった薬を処方してもらったと話があった。処方せんにアモキシサン25mgの記載だったのでお薬手帳を確認した。手帳にはアモキシシリン250mgが記載されていた。	病院側の処方記載ミス	患者からの聞き取り、お薬手帳の確認を徹底する。	アモキシサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2968	オーグメンチンとアモキシサンが処方されており、アモキシシリンとの処方入力ミスではと疑義照会した事例。	薬剤の名称が似ていたための入力ミスと思われる。	類似した薬品名のあるものは普段から注意喚起している。	アモキシサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2969	救急科よりオーグメンチンとアモキシサンカプセルの処方あり。アモキシサンをアモキシシリンと間違えたのではないかと判断し、患者家族に確認するが判断できなかったため疑義照会し、間違いだったと確認。	医薬品の名称類似	処方科も確認する	アモキシサンカプセル50mg	アモキシシリンカプセル250mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2970	0歳9ヶ月男児にアモキシサン細粒10%2.8g分3の処方があり、小児用量を確認しようとしたところ発見。他の処方や用量から考えてサワシリン細粒10%との間違いではないかと考えられ、処方医に確認するとその通りであった。	サワシリンの後発品であるアモキシシリンの頭3文字とアモキシサンの頭3文字が共に「アモキ」であり、コンピューターで誤入力したと考えられる。	今回は患者様に渡る前に気付いたため健康被害はなかった。今後も処方監査を徹底し、異変を感じた場合は直ちに処方医へ確認する。	アモキシサン細粒10%	サワシリン細粒10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2971	臨時薬が処方され、オーグメンチン配合錠250RS、カロナール細粒20%と共にアモキシサン細粒10%が処方されていた。抗うつ剤のアモキシサン細粒ではなく、抗生物質のアモキシサン(サワシリン)では無いか、念のため問い合わせ。病院より、サワシリンカプセル250mgへ処方変更するようにとの返答であった。	アモキシサン細粒と、サワシリンの成分名のアモキシシリンの名称が酷似している為起こった処方入力間違いと思われる。	臨時で薬が出たり処方追加となった場合、新しく出た薬の用法、用量や他に出ている薬から、患者にその薬が出ている理由や背景を考えるように取り組んでいる。	アモキシサン細粒10%	サワシリンカプセル250		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2972	患者からの情報聴取では、風邪で受診とのこと。うつ病薬であったため、処方ミスと判断し疑義照会。	類似名称であり、濃度が同じであったための間違いと推測。	調剤前に疑問を持ったら、すぐに患者にどのような症状での受診か確認を行う。	アモキシサン細粒10%	アモキシシリン細粒10% 「TCK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2973	エビリファイ錠1mg、プロチゾラム錠0.25mg、ロラゼパム錠0.5mg錠を服用中の患者に、アモバン錠10mgが新規で処方となったが、用法が朝食後であった。患者は睡眠薬の追加の話は聞いておらず、アモバン錠の用法常用外にて疑義照会したところ、アモキシサンカプセル10mgの間違いと判明、処方変更となった。	処方箋発行時に、アモキシサンカプセルの入力の際、2文字検索にてアモバン錠を選択してしまい、入力後に見直しを怠ったことが原因と思われる。	今回、アモバン錠の用法が就寝前であったら、そのまま調剤していた可能性あり。薬学的に用法・用量が適正かどうかに加え、追加薬がある場合に処方意図を聞いているかどうか患者に確認するよう努めていく。	アモバン錠10	アモキシサンカプセル10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2974	風邪薬を希望されていた患者さんに高血圧症で使われるアルドメットが処方されていたため疑義照会をした。	病院の入力システムに問題ある。	患者さんへの病態確認を行う。	アルドメット錠250	アストミン錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2975	とびひの患者様にロコイド軟膏とアルメタ軟膏が処方されていた。どちらもステロイドのため、疑義紹介を行ったところアルメタ軟膏がアクロマイシン軟膏に変更となった。	名称類似による処方箋作成時の選択間違い。	意図不明な処方に関しては引き続き疑義照会を行っていく。	アルメタ軟膏	アクロマイシン軟膏3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2976	患部や症状等を聴取したところ違和感があったので疑義照会。アルメタではなくフルメタの誤りだった。	医薬品名が類似しているの間違えやすいのだと思う。	薬剤交付時の聴取は十分に行っていくたい。	アルメタ軟膏	フルメタ軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2977	患者が小児科の処方箋を持って来局した。処方箋にはアルメタ軟膏と記載されていたが、薬剤師が問診し目のかゆみで使うことが判明した。医院に疑義紹介しアレジオンL x点眼液に変更となった。	医療機関側の要因のためはっきりとした要因は分からない。	しっかりと問診をして処方内容が適切か確認する。	アルメタ軟膏	アレジオンL X点眼液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2978	[般]クロベタゾン酪酸エステル軟膏と[般]アズノール軟膏の混合で処方されるのが本当だったが、[般]アズノールが[般]アルクロメタゾンプロピオン酸エステル軟膏0.1%で処方されていた。	一般名のアルマだが同じのため、入力ミスが起こったと思われる。	医師の癖を知り、いつもと違う処方の場合は積極的に疑義照会をする。	アルメタ軟膏	アズノール軟膏0.033%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2979	普段は他の薬局を利用されている患者。患者からの聞き取りでいつものアレレギーの薬とのことであった。お薬手帳を確認すると他院にてアレジオン錠10の処方があったため、疑義照会したところアレジオン錠10に変更となった。	頭文字2文字が一致している薬であり、類似した薬効であるため、処方箋への記載ミスだと考えられる。	お薬手帳の確認、患者からの聞き取りの徹底。	アレギサル錠10mg	アレジオン錠10		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2980	前回アレジオンLX点眼液0.1%が処方されていた患者に、今回はアレギサル点眼液0.1%が処方された。薬剤交付時処方変更について患者に確認したところ、「同じ成分で1日4回点眼の目薬に変更する」と医師から言われたとのこと。処方医へ疑義照会をした結果、アレジオン点眼液0.05%に変更になった。	アレジオンとアレギサルは薬剤名が類似していることから、医師の処方間違いだと考えられる。	名称が類似している医薬品は医師の処方間違いである可能性を含めて考え、交付時に必ず患者に確認を行う。	アレギサル点眼液0.1%	アレジオン点眼液0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2981	アレグラD S0.5gで処方箋に記載あり。通常投与量と異なるため疑義照会を行ったところアレジオンD S0.5gへ変更になった。	名称が似ていることによるレセコンの操作ミスと推定される	薬剤の用法用量の確認を再度徹底行う。	アレグラドライシロップ5%	アレジオンドライシロップ1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2982	新規患者に対してアレジオンL X 0.1%点眼が処方となったが、1日4回での指示となっていた。通常1日2回の薬であり、そのまま渡すと成分過量となる可能性が高く、問い合わせ。回数間違いか、アレジオン点眼0.05%との間違いか推測。確認したら、アレジオン点眼0.05%との入力間違いとの事。	同じ成分であり、濃度の違いにより使用回数が異なる。医療機関の入力の時点で間違いあり。	処方監査時には用法用量を遵守しており、また普段よく出る薬であることもあり、逸脱した処方内容に関してすぐに気がつけた。念のために患者本人にもクリニックでどのような説明があったかも聞いてからの対応であった。(患者の生活背景によっては、1日2回の薬の方が都合よい場合もあるので)	アレジオンL X点眼液 0.1%	アレジオン点眼液 0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2983	眼科からアレジオンL X点眼液 0.1%が1日4回で処方されていた。患者は医師から1日4回と説明されていた。疑義照会をおこなったところアレジオン点眼液 0.05%へ変更となった。	手書き処方箋だったので、医師による思い込みと考えられる。	正しい用法を把握する。	アレジオンL X点眼液 0.1%	アレジオン点眼液 0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2984	今までアレジオンL X点眼液を使っていた患者さんにアレジオン点眼液が1日2回で処方されていた。用法が前回と同じで規格のみ変わっていたので患者さんに確認したところ変更の説明などはなかったとのことで処方医に確認したところ前回と同じものに変更するように回答をもらった	規格が複数存在するため規格間違いが起こったと思われる	変更などがあった場合には患者さんに確認している	アレジオンL X点眼液 0.1%	アレジオン点眼液 0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2985	アレジオンL X点眼液 0.1% 両目1日4回の処方あり。用法容量は1日2回であり、以前はアレジオン点眼液が処方されていた。薬品の誤りであると推測し疑義紹介、アレジオン点眼液 1日4回に修正された	ロングアクティブの製品との名称違い。	薬歴と用法容量があっているかを確認する。	アレジオンL X点眼液 0.1%	アレジオン点眼液 0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2986	アレジオンが分2で処方されていたため疑義照会を行ったところ、アレロックに変更となった	薬剤名が類似しているため事務員の入力ミスもしくは、医師はアレジオンが分2で使用する薬と勘違いしていた可能性が考えられる。	処方監査、調剤、鑑査時いずれも用法用量については確認を徹底している	アレジオンドライシロップ1%	アレロック顆粒0.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2987	1歳、11kgの患者にエピナスチン塩酸塩シロップ用1% 0.6g 1日2回 朝夕食後の処方があり、エピナスチンの用法用量にそぐわなかったため疑義照会。アレジオンとアレグラを間違えて処方したようで、アレグラDS5% 0.6g1日2回 朝夕食後に変更。	アレジオン、アレグラの名称入力ミス。	名称、使い方の似た成分の用法用量などを把握	アレジオンドライシロップ1%	アレグラドライシロップ5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2988	アレと入力し、アレジオンのところアレグラを選んだもよう	チェック不足	年齢、体重、用法等の確認の徹底	アレジオンドライシロップ1%	アレグラドライシロップ5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2989	蕁麻疹にて受診。アレジオン20mg 2T分2朝夕食後7日分の処方。1日用量が通常よりも多かった為疑義照会。アレグラ60mg 2T分2朝夕食後7日分の間違いだったとの事。	処方薬、類似名称・薬効のためオーダーミスにつながったと考えられる	用法用量の確認をより一層気を付けて行う	アレジオン錠20	アレグラ錠60mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2990	アレジオン点眼液が処方され、用法が1日2回と書いてあったため、用法違いかと思い問い合わせをしたところアレジオンL X点眼液の処方が正しかったことが判明。	薬剤名が似通っているため。	複数の剤型がある薬を取り扱うときは、より一層慎重に調剤をする。	アレジオン点眼液0.05%	アレジオンL X点眼液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2991	今回アレジオン点眼液両目1日2回、フルメトロン点眼液0.1%頓用での処方あり。通常アレジオン点眼液1日4回の用法のため用法について疑義を行ったところアレジオンLX点眼液の間違いと発覚し、アレジオン点眼液からアレジオンLX点眼液に変更になった。	薬剤名の類似のため処方間違い。	必ず最後まで薬剤の規格の確認を行う。薬剤に対する知識の共有	アレジオン点眼液0.05%	アレジオンL X点眼液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2992	アレジオン点眼液0.05% 2年前に処方されて以来で、その時は、用法 1日4回であった。今回の処方がアレジオン点眼液0.05% 1日2回 両眼だった。回数が減っていたため、用法のミスか、新規格のアレジオンLX点眼液0.1%の採用か確認した。新規格のアレジオンLX点眼液0.1% 1日2回 両眼に変更になった。	新規格のアレジオンLX点眼液0.1%、その用法の違いは理解されていたが、医師の使用コンピュータで薬品の選択ミスをし、確認不足で処方箋が交付されたと思われる。	同名で、規格が複数あるものは、効果、用法など処方意図が合っているか確認が必要	アレジオン点眼液0.05%	アレジオンL X点眼液0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2993	アレジオン点眼液0.05% 2回/日で処方されており、点眼回数が少ないので問い合わせ。アレジオンL X点眼液0.1%を処方するつもりだった、と返答あり。	アレジオンL X点眼液0.1%が発売されたばかりで、混乱されていた。	従来品と持続性の点眼薬の用法が違う旨を、スタッフで共有。	アレジオン点眼液0.05%	アレジオンL X点眼液0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2994	継続点眼剤であり、アレジオン点眼液0.05% 1日2回となっており、以前からのアレジオンL X点眼液0.1%に変更となる。	アレジオン点眼液0.05%の用法は1日4回であり、1日2回となっている為、L X点眼液0.1%と推測される。用法用量の知識充実。	用法用量の知識充実を。	アレジオン点眼液0.05%	アレジオンL X点眼液0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2995	往診患者への処方。血尿の症状があり、定時の薬に手書きで追加処方された。アレビアチン30mgで処方されていたが、アレビアチンに30mg規格がないこと、患者の血尿症状とは合わないことから疑義照会を行った。その結果、アドナ30mgに変更となった。	往診による気の焦り、手書きによる確認漏れ。	今後も患者へのヒアリングによる症状の把握を継続する。新たな処方ですれども疑義があれば医師に照会する。	アレビアチン錠25mg	アドナ錠30mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2996	5歳の患者にアレロック5mg 2錠分2で処方あり確認→アレロック顆粒0.5%1g 分2へ変更となった	剤形の確認不足	事例について周知し、注意喚起	アレロック顆粒0.5%	アレロックOD錠5		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2997	患者より他院で服用していた薬を当院で処方してもらったと発言あり。アレンドロン酸35mgが月1回、起床時となっていることを確認した。疑義照会を行ったところベネット75mgへ処方変更となった。	お薬手帳の持参がなかったことで明確な情報を聞き出せなかったことが原因と考えられる。	お薬手帳は必ず持参するよう説明する。	アレンドロン酸錠35mg「SN」	ベネット錠75mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2998	アレンドロン酸錠35mgが1日1回起床時 1日分の処方が出ていたため、患者より月1回の薬になると聴取し問い合わせ、ミノドロン50mgに変更になった。	医療機関の処方間違い	週1回や月1回などの用法が記載されていない場合も多くあるため、患者聞き取り以外にも処方日数についても注意が必要である	アレンドロン酸錠35mg「日医工」	ミノドロン酸錠50mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2999	一般名でアレンドロン酸錠35mgが1錠、月1回で処方されていた為医師に確認。ミノドロン錠50mgに処方変更になった。	多剤が30日分処方されていたため月1回服用の薬剤を処方するつもりだったようだが、先発品名称が類似している為処方の際に選択を間違ったと思われる。	調剤時には薬品名のみ確認でピックアップしたため監査時に気づいたが、調剤時にも用法と照らし合わせて適切な処方がなされているかを確認するよう注意喚起していく。	アレンドロン酸錠35mg「日医工」	ミノドロン酸錠50mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3000	手の震えで処方すると言われていたがアテノロール錠25mgが処方され疑義照会しアロチノロール錠5mgへ変更になりました。	パソコンの入力ミスか	患者への症状の聞き取りなど丁寧に聞く	アロチノロール塩酸塩錠5mg「サワイ」	アテノロール錠25mg「NikP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3001	患者転院。心房細動のため、抗不整脈薬であるアプリンジン服用中だが、医師処方ミスのためアロプリノールが処方。患者への説明がなかったため疑義照会。	頭文字「ア」と「プリ」がミスの原因と考えられる。	投薬時の患者とのコミュニケーションを密にする。疑問点は確実に疑義照会をかける。	アロプリノール錠100mg	アプリンジン塩酸塩カプセル20mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3002	頸肩腕症候群での受診。尿酸値が高値でもないのにアロプリノール処方。	アロプリノールとアロフトの名称類似	検査値と患者からの聞き取りを徹底	アロプリノール錠100mg「タナベ」	アロフト錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3003	同一処方箋内にアンテベートクリームが1日2回 10gと1日1回20gで処方。前回水虫検査実施あった為1日1回分は白癬処方のアトラントクリームではないか問い合わせにて変更。	カルテの読み違いの可能性	交付時の患者さんとの現物確認と内容を照らし合わせて確認を徹底	アンテベートクリーム 0.05%	アトラントクリーム1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3004	アンテベートローションとヒルドイドソフト軟膏が各25g ずつの混合処方であった。通常、軟膏同士の混合処方は受けたことがあるが、ローション剤と軟膏剤の混合処方のため、混合してよいか確認したところ、ローションではなく、軟膏であることが分かった。	薬剤選択時に、アンテベート軟膏を選択するところ、アンテベートローションを選択してしまったと推定される。薬剤名が類似しているため、処方を誤ったと思われる。	単剤でアンテベートローションが処方された場合は、患者からの聞き取りが必要ですが、今回、混合処方だったため、軟膏同士でない場合などは必ず疑義照会で確認を行ってから調剤を開始するようにする。	アンテベートローション 0.05%	アンテベート軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3005	軟膏の頭への使用は使用感が悪いためローションへ変更	カルテ記載不備	患者とコミュニケーションをとる	アンテベート軟膏0.05%	アンテベートローション 0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3006	前回アトラント処方 同一部位に今回アンテベート指示だったので本人に確認。変更等ではなく白癬の治療継続とお話しの為疑義	名称類似による可能性	用法、部位等の確認とともに患者さんからの聞き取り、処方内容の確認を行う	アンテベート軟膏0.05%	アトラント軟膏1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3007	アンテベート軟膏 10g6本が処方されていたが、今までに渡したこと無い為、よく話をお伺いした所、今まで処方があったアトラント軟膏ではないかと思いい問い合わせをしたところ、アトラント軟膏に変更になった	アで始まる同じような文字数の軟膏による書間違えかと思われます	患者さんの話を漏れなくしっかりと聞き取りが第一であることを常に思っています	アンテベート軟膏0.05%	アトラント軟膏1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3008	体重10k gの小児に対し、カルボシステインシロップ用50%・アスピリン散10%と共にアンブロキシール塩酸塩シロップ0.3%9mLが処方されていた。剤形の違いと共に処方量が一般的な処方量より多く、DS製剤では体重に対し適正な数値(力価9mg)になると思われたため医療機関に確認を行った	処方入力時に製剤の確認がなされていなかったと思われる	類似名の入力誤りが想定されたため、処方された医薬品以外の製品の情報も電子添付文書にて確認を実行した	アンブロキシール塩酸塩シロップ小児用0.3%「タカタ」	アンブロキシール塩酸塩DS小児用1.5%「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3009	一般名: アンブロキシール塩酸塩錠15mgが1錠分1寝る前に処方されていた。疑義照会したところ、ムコソルバンL錠45mg1錠分1寝る前に変更になった。	処方入力時の選択ミスだと思われる。	用法・用量はきちんと添付文書で確認する。	アンブロキシール塩酸塩錠15mg「JG」	ムコソルバンL錠45mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3010	鉄剤と共にアンブロキシール塩酸塩錠15mgが処方されており、患者様に痰や副鼻腔炎などの症状ないか確認した所症状はなく、胃薬を処方すると話を聞いてると確認。疑義照会し、アンブロキシールではなく、レバミピドに変更。	レバミピド(ムコスタ)をアンブロキシール(ムコソルバン)と先発品の名称類似が間違いの原因か。	類似名称間違いの症例など間違いやすい症例の把握をしていることで間違いに気づきやすくなるため、症例に目を通す。患者様聴取で症状の聞き取り、処方内容の確認をしっかり行う。	アンブロキシール塩酸塩錠15mg「NP」	レバミピド錠100mg「Me」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3011	イソジンフィールド液が処方されていたが、患者はイソジンうがい薬を希望していた。	医師が同じような名前を選び間違えた。	患者に、薬追加の理由を確認して、処方内容と照らし合わせる。	イソジンフィールド液10%	イソジンガーゲル液7%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3012	処方箋受付時にうがい薬が追加になったと患者からの発言があったが、追加されていたのは消毒液であった。処方したかったのはイソジン液ではなく、イソジンガーグル液ではないかと推測し疑義紹介。予測通り、イソジンガーグル液が医師の意図であった。消毒液でうがいを行ってしまう恐れがあったが、未然に防ぐことができた。	名称による消毒液かうがい液かの違いを医師が正確に認識できていなかった。	処方追加があった際はどのような内容の薬が追加されたのかを患者から聞き取り、医師の処方意図と処方薬に相違がないかを確認してから交付している。	イソジン液10%	イソジンガーグル液7%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3013	皮膚消毒薬のイソジン液%が処方されていたが、用法が「うがい」だったため、イソジンガーグルの誤りと疑い、疑義照会を行った。疑義照会の結果、イソジンガーグルに変更となった。	処方箋記載時の知識不足により、イソジンガーグルとイソジン液があることを知らず、間違ってイソジン液を処方箋に記載してしまった。	用法から推察したり、患者様の症状から類似薬の処方間違いかと疑ったら、疑義照会するようにする	イソジン液10%	イソジンガーグル液7%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3014	歯科からうがい目的でイソジン液10%が処方されていたため疑義照会しイソジンガーグル7%へ変更になった。	名称が似ていて間違えたと思われる。	名称似ていて規格違いの薬を把握しておく	イソジン液10%	イソジンガーグル液7%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3015	うがい薬の処方と本人は聞いていたが、イソジン液10%が処方されていた疑義照会の結果イソジンガーゲル7%に変更	カルテの処方入力時の選択ミスか?	患者さんの話と、処方内容が一致しない時の疑義照会の徹底	イソジン液10%	イソジンガーゲル液7%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3016	一般名処方でRp.【般】ポビドンヨード外用液10%250ml/本 1本 1日頻回との処方だったが、用法が不明確であり、PL配合顆粒が同時に処方されていたことから、ポビドンヨード含嗽用液7%との記載間違いではないかと推察されたため、疑義照会したところRp.【般】ポビドンヨード含嗽用液70%30ml/本 1本 1日頻回うがいに処方訂正された。	処方元医療機関の処方入力ミス。	同一成分で異なる剤形が存在する薬剤については特に注意し、不明な点がある場合は必ず確認を行う。	イソジン液10%	イソジンガーゲル液7%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3017	イソジンの名称だけでの処方	剤形による規格の違い	処方箋の内容から適切な剤形を選択する	イソジン液10%	イソジンガーゲル液7%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3018	イトブリド錠が処方箋に記載されていたが、患者さんから病状を聴取した際、以前服用歴があったドグマチール錠(一般名: スルピリド)であることが分かった。そこで処方箋発行元の医療機関に問合せをし、処方内容を変更してもらった。	成分名がイトブリドとスルピリドで名称が類似しているためかと推定される。	新規または久しぶりに処方される薬の場合、その患者の病状と処方内容が合っているかどうかを必ず確認するようにしている。	イトブリド塩酸塩錠 50 mg 「TCK」	ドグマチール錠 100 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3019	頭痛時の頓服としてイフェンプロジル 20 mg サワイが処方過去には頭痛時でイブプロフェン 200 の服用歴があること確認疑義照会にてイブプロフェン 200 タイヨー 1錠 20回分へと変更	類似する医薬品名は処方誤りが決して少なくない	薬品名類似の処方誤りはデータとして蓄積し時々職員で共有できれば処方元へもフィードバック	イフェンプロジル酒石酸塩錠 20 mg 「サワイ」	イブプロフェン錠 200 mg 「タイヨー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3020	処方箋に、ゾーミックとイミグランが同時に処方されており、イミグランには、1日1回夕食後14日分との記載があった。同効薬のため、問い合わせを実施したところ、イミグランは処方削除になり、インデラルに変更となった。インデラルを片頭痛予防の目的で、1日1回夕食後に服用するように指示あり。	イミグランとインデラルの名前が似ているために、処方する際に誤って選択したと思われる	一つの処方箋に、2種類の片頭痛薬が処方されている場合には、処方間違いの可能性があるので、疑義照会を行う	イミグラン錠 50	インデラル錠 10 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3021	泌尿器科からイミダプリル塩酸塩錠が2錠2×朝夕食後で処方あり。通常1×の為Drに確認したが、ウリトスのGEのイミダフェナシン錠を処方したことが判明しました。	名前が似ているので処方入力を間違えたと推測されます。	特に初回の薬で用法が添付文書と異なる時は問い合わせをするようにしている。	イミダプリル塩酸塩錠 5 mg 「オーハラ」	イミダフェナシン錠 0.1 mg 「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3022	頭痛を訴えている患者に対して、イミダプリル錠が処方されていたので疑義照会をしたところ、イミグランへ変更となった。ジェネリック医薬品を希望していたので、スマトリプタンで調剤した。	医薬品名の類似	監査の際には患者からどのような症状で受診したのかを聴取し、薬の効果と照らし合わせる。	イミダプリル塩酸塩錠 5 mg 「トーワ」	スマトリプタン錠 50 mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3023	F A Xでは、イルアミクス配合錠H D 1錠で記載されていた為、イルアミクス配合錠H Dで調剤を行っていたが、患者が来局され、お薬手帳確認してたところ、今まで他院ではイルアミクス配合錠L D 1錠であった。疑義照会し、イルアミクス配合錠L Dに変更になった。	医院の入力間違い	F A Xで調剤した薬に関しても、お薬手帳を確認し変更がないか確認する。	イルアミクス配合錠H D 「D S P B」	イルアミクス配合錠L D 「D S P B」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3024	血圧高めが続いており、降圧剤の調整中だった患者様。イルトラL Dを1日1錠服用中だったが、下がらずイルトラH Dへ増量となっていた。それでも処方医が下がらないと判断し、その後の受診時にイルベサルタン50m gを追加の指示があった。もともとイルトラH Dにはイルベサルタンが上限量の200 m g 配合されていた為、処方医に電話にて確認を行った。医師はイルベサルタンの量は100m gと勘違いしていたとの返答あり、もともと服用していたイルトラH Dと追加になったイルベサルタン50m g は中止、代わりにオルメテック40m g が処方になった。	配合剤に含まれる降圧成分とその用量について思い違いがあった。	配合剤が処方されており、他薬が処方追加や変更になった場合は、用量が重複していないか、また用量が過剰になっていないか配合剤の成分を確認し把握しておく必要があると感じた。また、思い込みでなく監査時にはきちんと確認する習慣をつける必要がある。	イルトラ配合錠H D	オルメテックO D錠4 0 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3025	インスリン グラルギンB S注カート「リリー」と処方せんに書かれていたが、過去の薬歴を確認するとランタス注ソロスターが処方されていた。病院に確認をとると「インスリン グラルギンB S注まだしか把握しておらず、剤形は確認していなかった。以前に使用していたものと同じ剤形で処方」との返事だった。	医師がインスリン グラルギンB S注にある剤形を理解していなかった。(複数あるということを知らなかった)	初めて出る薬の剤形の場合、お薬手帳の確認や患者への聞き取り、薬歴の確認などを行い、この剤形で間違いがないか確認を取るよう徹底する。	インスリン グラルギンB S注カート「リリー」	インスリン グラルギンB S注ミリオペン「リリー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3026	初来局の患者にインスリングルルギンBS注カート「リリー」が初処方になっていた。おくり手帳を確認したところ、今までは、インスリングルルギンBS注ミリオペン「リリー」を使用していたことが判明。患者本人に確認すると、変更の話はしていないとのことだったので疑義紹介した。処方誤りだったため、ミリオペンに変更になった。	名称が似ているため、処方医が入力を間違えていた。	名称の確認の徹底。変更時には処方医から説明があったかどうかの確認を行う。	インスリン グラルギンB S注カート「リリー」	インスリン グラルギンB S注ミリオペン「リリー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3027	今まで総合病院よりインスリングルルギンBS注ミリオペン使用あり。今回から状態安定のため個人病院への病院変更あり。インスリングルルギンBS注カート処方あり本人様からの情報聞き取りで変更、使用について説明受けておらず、同じものだと思っていたとのことで疑義実施。ミリオペンに変更。	名前類似品の処方間違いと推定	処方監査の徹底類似処方でも細部まで確認を怠らない	インスリン グラルギンB S注カート「リリー」	インスリン グラルギンB S注ミリオペン「リリー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3028	今までインスリングルルギンが処方されていたが、今日はインスリンリスプロに変更されていた。患者はDRから変更の説明受けておらず、用法も1日1回21単位と説明受けていた。インスリンリスプロの用法と異なるためDR 疑義照会したところ、入力ミスと判明した。	インスリンリスプロが本年5月に薬価収載され、レセコンで入力する時の選択肢が増えた事が入力ミスにつながったのではないかと推定。	必ず薬歴と照合する。用法用量が添付文書と合っているか確認する。	インスリン リスプロB S注カート HU「サノフィ」	インスリン グラルギンB S注キット「FFP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3029	2020年4月に近隣の病院を受診していた際にはインスリングルゲンBS注カート「リリー」300単位(以下カート)を使用していた。7月に別病院受診の際にインスリングルゲンBS注ミリオペン「リリー」300単位(以下ミリオペン)に変更していたことがお薬手帳及び患者様の聞き取りより分かった。今回近隣の病院より処方されていたのはカートであり、使用剤形が異なるため疑義照会にてミリオペンに変更した。	複数の医療機関の受診医師の確認不足	・お薬手帳による使用薬剤の確認・注射剤の単位数の把握・注射剤の剤形確認以上の3点の重要性を再確認・共有した。	インスリングルゲンBS注カート「リリー」300単位	インスリングルゲンBS注ミリオペン「リリー」300単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3030	投薬時、患者がインテバン坐剤の処方に疑問を呈され、医師に確認して欲しいとおっしゃった。以前服用したインテバンSP25をもらうために、医師には「インテバンが欲しい」とだけ伝えたとのこと。主症状はのどの痛みであり、坐剤は通常使われないことや、コンプライアンス不良になる可能性が高かったため、疑義照会。内服のカロナル300に変更となった。	インテバンSP25が販売終了だったため、医療機関での処方箋発行時にインテバン坐剤を選択してしまったと考えられる。患者も「インテバン」とだけおっしゃったため、医師はインテバン＝坐剤と判断し処方した可能性がある。	使用用途に対し処方内容が妥当であるか判断し、医療機関に情報提供を行った。患者と医療機関の間にある認識の齟齬を明らかにし、医師に処方内容の変更を提案した。	インテバン坐剤 25	カロナル錠 300		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3031	メトリジン処方するつもりがウテメリンの処方を医師がしてしまった	一般名がリトドリンなので一般名のミドドリンと名前が似ていて間違えたかと推察される	疑義照会にて変更になった	ウテメリン錠 5mg	メトリジンD錠 2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3032	患者から貧血で鉄剤が処方されたことを確認。しかし処方には一般名でクエン酸カリウム・クエン酸ナトリウムが処方されていた。クエン酸鉄の間違いではないかと疑い疑義照会。クエン酸第一鉄が正しい処方であったことが判明。	一般名処方、商品名処方ともに処方時に隣接の薬との選択間違いが起りやすいことを意識する。	疑義が生じれば迷わず疑義照会を行う。	ウラリット錠	クエン酸第一鉄Na錠 50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3033	【般】クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠2T分214日分の処方、用法用量に疑問を持ち患者様に確認したところ、大腸癌opeしてから飲んでる薬、便が黒くなるやつだよ？との返答、クエン酸第一鉄の間違い化と思ひ疑義照会したところフェロミア錠に変更となった。	【般】クエン酸第一鉄を選択するところ誤って【般】クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠を選択してしまつたと考えられる	処方鑑査の時点で間違っているかと思ひ、用法用量の確認を行う	ウラリット配合錠	フェロミア錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると思はれた事例
3034	【般】クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠が新規処方されていたが、患者から血液検査で貧血を指摘されたとの情報を聞き取り、【般】クエン酸第一鉄ナトリウム錠の誤りではないかと推測。疑義照会の結果、薬剤変更となった。	どちらもクエン酸〜から始まるため、処方入力の際に選択を誤つたと思われ	処方変更や新規処方があった場合は、患者への聞き取りから医師の処方意図を読み取り、処方箋に間違いがないかを確認していく。	ウラリット配合錠	クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると思はれた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3035	泌尿器科の一般名処方にて、ポトレンド配合錠(処方箋にはクエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠と記載)が処方された患者様。主訴は頻尿。処方薬に期待される効能と主訴の違いに矛盾を感じつつも、検査結果を見ての処方ではないただろうと思い、処方通り調剤を行った。しかし投薬後にやはり気になった為、処方誤りであった場合の経緯を考察した。処方元の処方箋は一般名で記載されているが、オーダー方法は先発名での入力となっている為、ウラリット配合錠ではなくウリトス錠0.1mgの間違いではないかと予想。処方医に疑義紹介を行ったところ、ウリトス錠0.1mgの間違いであることが判明した。すぐに当該患者様に連絡し、服用前に再調剤を行うことができた。	処方箋のオーダー入力時に誤った薬剤を選択してしまったものと思われる。	患者様からの情報収集を丁寧に行い、主訴と処方薬との効能に矛盾がないかを確認。必要に応じて疑義紹介を行う。	ウラリット配合錠	ウリトス錠0.1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3036	エイゾプト アイラミドが処方。疑義照会にてエイゾプト削除、グラナテック追加に。	合剤のため、わかりにくく、プリンゾラミドが重複した	重複に注意する	エイゾプト	グラナテック		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3037	処方箋にエイゾプト懸濁性点眼液が記載されていた。緑内障の既往歴のある患者であったため、処方箋通りにエイゾプト懸濁性点眼液を調剤した。お薬手帳等で確認したところ、前回まではコソプト配合点眼液であった。薬剤を交付する時、薬剤変更について患者の話と処方内容が食い違うため疑義照会したところ、医師はコソプト配合点眼液を処方するつもりであった事がわかった。医師の処方間違いであった。	処方医による単純な入力間違いであったが、患者に緑内障の既往歴があったため薬局での調剤時には間違いに気付かなかった。	キャップがオレンジ色で外観が非常に酷似していることをスタッフに伝え注意喚起を行った。	エイゾプト懸濁性	コソプト配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3038	エイベリス点眼の処方の患者に対し、聞き取り、薬歴の結果、白内障手術で眼内レンズ使用が判明。禁忌の為、疑義照会、変更となった。	医療機関側の認識不足。	禁忌事項を見逃さないようにする。類似薬品名に、気を付ける。	エイベリス点眼液 0.02%	エイゾプト懸濁性点眼液 1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3039	別の病院での退院時処方ジャヌビア50mgが処方されており、その処方内容でジャヌビア50mg以外は変更なく出していた。ジャヌビア50mgが病院に採用無いためエクア50mgに変更になっており、患者様の話より変更はないと説明を受けていたようなので、同じ50mgで勘違いをしたのではないかと思ひ、ジャヌビアと同成分のグラクティブの間違いではと問い合わせたところ、エクア削除でグラクティブが処方となる。エクアのままたと量も少なかった。	採用がないからと別の薬剤に変更する時の含有成分と製品名の不一致で起こったものと思われる。たとえ別成分をあえて選んだとしても用法容量の確認もできておらず、確認不足となっていたと思われる。	薬剤の変更時は患者様への変更理由確認と、その変更理由から推定される薬剤選択の一致を確認することで防げる内容。	エクア錠 50mg	グラクティブ錠 50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3040	エクラークリーム0.3% 1日1回 入浴後 頭使用感を考慮しローションを提案。エクラーローションへ変更	記載ミス	コミュニケーションをとる	エクラークリーム 0.3%	エクラーローション 0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3041	エストリール錠 1mg の処方患者家族が来局され、錠剤を膈から入れるようにと説明を受けたとの事。今回処方されたのは経口剤のエストリールでしたが、剤形に膈錠もある為医師に確認エストリール 1mg ではなく、エストリール膈錠 0.5mg の間違いであった。	医師は 1mg と思い込んでいたようで、1mg の規格があるのは経口剤のみ。処方箋の入力間違いと思われる。	患者からの話をしっかり聴くことで防げる事例だと思うので、思い込むことなく患者とコミュニケーションをしっかりとっていく。	エストリール錠 1mg * (持田)	エストリール膈錠 0.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3042	手書き処方せんに「エストリール膈錠」と書かれ、夕食後30日分と書かれていた為、疑義紹介	医師が手書き処方せんの為に、医師の勘違いが処方に記載され、処方が発行となった。	受付レセコンに入力(事務1年目)した時に、内服入力できなく、薬剤師に質問事務員・薬剤師のダブルチェックと疑問ある時は質問できる体制	エストリール膈錠 0.5mg	エストリール錠 1mg * (持田)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3043	継続してエスタゾラム錠 1mg を処方されている患者様がエチゾラム錠 1mg 処方された。変更を聞いていないため確認したところ前回通りのエスタゾラム錠 1mg が処方された	名称類似があり処方確認ミス	薬歴の確認と患者様と処方薬確認、症状と薬剤が合致しているかの確認	エチゾラム錠 1mg 「JG」	エスタゾラム錠 1mg 「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3044	血液検査し Ca 値が高めだったため、ビタミン D を緩いのに変えると診察時 Dr から話があったそうだが、前回と同じエディロール 0.5 で処方されていたので問い合わせ。アルファカルシドール 0.5 の間違いであり、処方変更となった。	同じ 0.5μg の同効薬のため、選択を間違えたか変更し忘れたと思われる。	投薬時患者様からしっかりと聞き取り処方内容と照らし合わせ、疑わしい時は疑義照会をかける。	エディロールカプセル 0.5μg	アルファカルシドール錠 0.5μg 「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3045	エナラプリルマレイン塩酸塩 5 mg とリンデロンVGクリーム の処方のある患者。体調確認と受診理由確認の際、血圧測定なし、腕の痒みにて受診した旨を確認。他院にて血圧の治療は行われている。病院にエナラプリルマレイン塩酸塩の処方がエピナスチン塩酸塩でないかを確認。エピナスチン塩酸塩錠 20 mg 処方に変更となった。	頭文字の類似性より過誤がにつながったものと推定される。	患者からの聴取に基づく処方内容との確認。一度あったヒヤリハットや薬剤名処方違いなどを薬局全員で共有化し、内容を確認した誰かが気が付ける可能性が少しでも上がるように心がけて取り組んでいる。	エナラプリルマレイン塩酸塩錠 5 mg 「MEEK」	エピナスチン塩酸塩錠 20 mg 「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3046	エピナスチン3錠分3で処方箋がきたので用法が通常1回ですがと疑義照会したところ薬品自体の間違えでアスピリンに変更するよう病院側から指示されました	医師の指示でアスピリンとあったものを病院の入力者がアレジオンとまちがえて入力したのではないか。	通常の用法用量と異なる場合、疑義照会をして確認する	エピナスチン塩酸塩錠 20 mg 「サワイ」	アスピリン錠 20		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3047	普段、胃腸系の薬が処方されている患者にエフビーOD錠(2.5)3錠分3の処方が出た。調剤時にエフビーの用法用量がおかしいこと、普段胃痛の訴えで受診していた患者と薬歴で確認し処方内容に疑問を持った。 患者に「手の震えがひどい」とか「歩みにくい」という症状について医師に相談したか確認したところ、受診時には胃腸の相談しかしていないと返答あり。患者からの聴取、処方内容の疑問をもとに医師へ疑義紹介した。パーキンソン病の薬の処方意図と用法用量に誤りがあることを伝えたところ、セレキノン錠100 mg の処方と間違えてしまったと医師。セレキノン錠100 mg 3錠分3毎食後へ処方変更、調剤して交付した。セレキノン錠100 mg は薬局ではジェネリックのトリメプチンマレイン塩酸塩錠100 mg 「サワイ」で調剤した。	処方医がエフビーOD錠(2.5)の一般名：セレギリン塩酸塩とセレキノン錠の名称を誤って認識していた可能性がある。	新規の薬が処方された場合は病状の変化を患者から必ず聞く。	エフビーOD錠 2.5	トリメプチンマレイン塩酸塩錠 100 mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3048	定期でセレキノ錠100mgが処方されている患者様。新規でエフビーが処方されており、セレギリンとセレキノの間違えではないか、処方がその通りならば用法は1日1回朝食前ではないかと疑義照会を実施。疑義照会の結果、定期で服用していたセレキノ錠100mgに変更となった。	セレギリンとセレキノの入力間違いの可能性が高い。	似たような名前が存在する薬剤については確認を徹底する。	エフビーOD錠2、5	セレキノ錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3049	他病院でエベリゾン錠(50)2錠/2x処方されていた。該当病院にリクエストして処方してもらう。(他6剤処方あり)、間違えてエベレンゾ錠(50)2錠/2xで処方。腎性貧血の薬で用法も連日服用ではなかったため病院に疑義照会したら誤薬処方判明。	薬品名が似ていること、規格が同じであったことによる処方ミスと思われる。	普段から併用している薬のチェックを忘れないようにする。	エベレンゾ錠50mg	エベリゾン塩酸塩錠50mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3050	エリスロシンDS10%が処方されたが、在庫がなく取り寄せに時間がかかりそうであったため、当薬局に在庫があるエリスロシンDSW20%へ処方変更を医療機関に打診したところ、そもそもの処方が間違っておりクラリスロマイシンDS10%を処方するつもりだったとのこと。用法容量はそのまま薬剤変更となった。	カルテ記載、処方箋記入時のミス、医療機関内での伝達ミス	用法容量はエリスロシンでもクラリスロマイシンでも疑問に思わない内容であった。たまたま在庫がなく疑義照会で発覚した例であるが、違和感を持った場合は必ず疑義照会を行うことを徹底することとした。	エリスロシンドライシロップ10%	クラリスドライシロップ10%小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3051	ピロリ菌除菌の為受診 以前ランサップで失敗ありエリスロシン、アモキシシリン、タケキャブの処方があり エリスロシンは胃酸下で失活する恐れがあるの疑問に思い疑義照会又患者にはクラリスロマイシンでのアレルギー履歴はない。クラリスロマイシンの間違いかと思われた	以前はランサップだった(商品名)が今回は薬品を別々に打つ必要があった為打ち間違いが生じたと思われる	アレルギー歴の有無 常に新しいエビデンスの情報収集 薬学的知識の更新	エリスロシン錠200mg	クラリスロマイシン錠200mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3052	一般名でエリスロマイシン錠200mgとして処方されていた。この一般名から調剤できるものはエリスロマイシン錠200mg サワイのみ。しかし、問い合わせたところほぼ流通していないことが分かり、一般名エリスロマイシンステアリン酸錠200mgのエリスロシン錠に変更可能か問い合わせたところ、こちらのつもりでお出しだった様子だった。変更して調剤した。	エリスロマイシン錠200mgとエリスロマイシンステアリン酸錠200mgで対応する薬剤、適応がかわることをはっきりとはお分かりで無かったためと考えられる。	同じエリスロマイシンとなっても、ステアリン酸塩かどうかで対応する薬剤が変わってしまったり、この薬剤の持っている適応が変わることがあると言うことの情報共有を行った。	エリスロマイシン錠200mg 「サワイ」	エリスロシン錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3053	エルカルチンFF内用液10%分包、1包/日で前回処方あり、今回エルカルチンFF錠250mg 1T処方、変更は聞いていないと本人に確認。病院に問い合わせ後、エルカルチンFF内用液10%の入力ミスと判明	レセコン入力の際に見誤り	処方箋履歴を必ず確認する	エルカルチンFF錠250mg	エルカルチンFF内用液10%分包10mL		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3054	透析を行っている患者さんが、他院を受診した際に、「エンシュア・H」を処方された。透析を行っているため、普段からカリウムの数値を意識しているが、ここ最近ではカリウム値が5.8と上昇傾向だった。加えて、「エンシュア・H」は腎不全末期の患者に禁忌であることが添付文書に記載されている。ちなみに「エンシュア・リキッド」は腎障害のある患者は慎重投与となっている。 「エンシュア・H」と「エンシュア・リキッド」を比較した際、カリウムの含有量が「エンシュア・H」は「エンシュア・リキッド」の約1.5倍である。このことを踏まえて、「エンシュア・H」を処方したDr.に疑義照会を行い、処方の評価を行っていただいた結果、処方が「エンシュア・H」から「エンシュア・リキッド」へ変更となった。	他院で診察を行ったDr.が透析施設での検査値を把握していなかったために生じた事例かと思われる。また、エンシュアが単なる「経腸栄養剤」ということもあり、電解質コントロールの必要な患者さんに慎重に投与する必要があることを意識していなかったものと思われる。	透析患者さんは2週間に1回、検査データが出るが、我々の薬局ではデータが出るたびに極力検査値の確認を行わせていただいている。今回はそのことが功を奏した事例となった。	エンシュア・H	エンシュア・リキッド		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3055	いつもかかりつけ医でエンシュアHを処方されていた患者様、肺炎をきっかけに転院。転院先の医師に、エンシュアHを服用していて、好きな味は黒糖だと医師に伝え、それなら同じものを出すからと言われたとのことで来局されたが、処方箋はエンシュアリキッドの記載となっていた。	患者の話では先生に黒糖が好きと話をした時に、黒糖なんてあったかな？いつもの薬局に行って同じものをもらってと言われたとのことで、医師がエンシュアHについて知識不足だった可能性がある。	エンシュアリキッド、エンシュアHのように、名前が似た薬、間違いがないか記録や患者様の話で確認する。	エンシュア・リキッド	エンシュア・H		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3056	エンシュア・Hが継続処方中の患者。エンシュアリキッドと、イノラス配合経腸用液の記載のある処方箋が持ち込まれる。総摂取カロリーの量が変わるため、疑義紹介したところ、エンシュアリキッドからエンシュア・Hに処方変更となった。	入力の際に、頭の文字で入力した後、確認不足でそのまま処方箋が発行されたと考えられる。	処方変更時の妥当性の検討を継続して行う。患者やその家族とのコミュニケーションをより密にし、確認を行う。	エンシュア・リキッド	エンシュア・H		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3057	患者さんとの処方内容確認の際、処方薬剤と使用部位が異なることが判明したため処方医へ確認をとったところ、剤型違いが判明。	一般名で処方薬を入力の際に誤って別の薬剤を選択した可能性がある。	調剤前に処方監査を含め、処方内容の確認を患者様と行うことを取り組んでいる。	エンベシド錠100mg	エンベシドクリーム1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3058	皮膚科の処方箋でリウマチの薬であるオークルが出ており、問診したところ猫にかまれたとお話がありました。疑問に思い疑義照会したところ、病院側のミスでオーグメンチンRS250の入力間違いであることが発覚しました。	頭文字を入れて検索して薬を選び間違えたと思われます。	新規の薬の場合はなんで処方が出たのか問診するようにしています。	オークル錠100mg	オーグメンチン配合錠250RS		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3059	前回までオキシコンチンTR錠5mgだったが、ジェネリック希望により今回からオキシコドン徐放錠5mg第一三共に変更になったが、NXがついてなかったため疑義照会。	乱用防止でオキシコンチンはTR錠になり、オキシコドンはNX錠がTR錠とイコールとの事。	ヤクメドという、薬剤師の情報サイトで同じような事例を見て知っていたので気づけた	オキシコドン徐放錠5mg「第一三共」	オキシコドン徐放錠5mg NX「第一三共」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3060	患者様ご家族が来局。前回処方オキシコドン徐放カプセル5mg2カプセル分2朝夕食後21日分とオキシコドン2.5mg錠1錠痛いとき10回分であったが、今回処方オキシコドン錠10mg2錠分2朝夕食後21日分とオキシコドン2.5mg錠1錠痛いとき10回分であり、徐放剤の誤りではないかと推察。患者様ご家族に話を伺うと、処方内容の詳細は不明だが、痛みが増しているとのことだったため、疑義照会にて医師に確認、徐放カプセルに処方変更となった	薬剤名の類似による処方ミスと考えられる	患者様はお急ぎのようだったが、きちんと疑義照会が必要である	オキシコドン錠10mg「第一三共」	オキシコドン徐放カプセル10mg「テルモ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3061	前回2/26には、定時投与としてオキシコドン徐放カプセル5mgが2カプセル分2で処方、レスキューとしてオキシコドン錠2.5mg1回1錠と処方あり。今回、定時投与・レスキュー双方の増量に際して、徐放製剤でないオキシコドン錠10mgが誤ってベース投与として分2で処方されていた。オキシコドン錠は本来分4で投与すべき薬剤のため疑義照会を行ったところ、定時投与分が徐放カプセルに変更となった。	同じオキシコドン錠の為、レセコンでの入力時の選択ミスと思われる。	薬剤の変更や増量・減量があるときはかならず添付文書を確認する	オキシコドン錠10mg 「第一三共」	オキシコドン徐放カプセル 10mg「テルモ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3062	先日まで入院しており退院時処方を服用していた。今回より往診医からの処方となった為、処方医療機関からは初めての処方内容であった。内服薬数種類に加え、オキシコドン錠10mg1日2回14日分(12時間おきに服用)、オキノーム散5mg疼痛時14回分の2種類の麻薬が処方されていた。オキシコドン錠のコメントに12時間おきに服用とあった為、疑問に感じた薬剤師が処方医に確認したところ、オキシコドン徐放錠10mg1日2回14日分へ変更となった。	他医療機関からの引き継ぎで、処方医療機関からは初めての処方内容であったと推察される。その為、オキシコドン錠とオキシコドン徐放錠の選択を誤ってしまったのではないかと推察される。	オキシコドン錠とオキシコドン徐放錠の違いを薬局内で資料を作成し注意喚起。同様のミスが起こらないよう処方監査時に注意するよう伝達。	オキシコドン錠10mg 「第一三共」	オキシコドン徐放錠10mg 「第一三共」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3063	当該患者の麻薬処方箋は初めてであった。処方内容は「オキシコドン錠10mgNX「第一三共」 2錠 分2 12時間ごと」。服用方法から「オキシコドン徐放錠10mgNX「第一三共」」ではないかと疑問に思い、疑義紹介を行った。普通錠と徐放錠の違いを説明したが、医師からの回答は、この処方内容で誤りは無いとの回答であった。入手手配をしたが流通が悪く、入手困難であった。病院薬剤部へ徐放錠と普通錠について再度確認を行った。	病院薬剤マスターの誤り。後発医薬品への自動変換になっているためか、処方箋が医師の意思を反映していない。オキシコドン錠10mgNX「第一三共」は2020年9月販売開始でその情報が十分に周知されていない。病院薬剤マスターを盲信している。マスター以外の医薬品について認識不足。「オキシコンチンTR錠」は徐放錠であり、名称が類似しているため「オキシコドン錠NX」も徐放錠であると思いつている	医師に疑義紹介しても疑問が解消しない場合はさらに手段を考え疑義を解消するまで粘る。	オキシコドン錠10mgNX「第一三共」	オキシコドン徐放錠10mgNX「第一三共」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	回答は「オキシコドン錠10mgNX「第一三共」は徐放錠であり、普通錠は存在しない」とのことであった。さらに、「通常この処方であれば院内ではオキシコンチンTR錠を調剤する」と断言された。そのために薬局では徐放錠であると判断し、調剤を行った。						
3064	嚥下困難と情報のある患者に対して錠剤であるオキシコドン錠2.5mg「第一三共」が処方があった。過去に当薬局でオキノーム散2.5mgの調剤経験があり、錠剤の服用も困難であるので医師に疑義したところオキノーム散2.5mgに変更された。	疑義の電話の際、処方医はオキノーム散2.5mgを処方する予定だったと回答しているため、名称類似のため電子カルテ上での選択ミスと推測できる。	薬歴を確認して患者に適切な薬剤なのか検討する。オキシコドンについては「錠」「錠NX」「徐放錠」「徐放錠NX」があるので、ミスが起こりやすいということを薬局内で周知する。	オキシコドン錠2.5mg「第一三共」	オキノーム散2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3065	【般】オキシコドン錠5mg 2T 1日2回と記載あり 確認したら 徐放錠5mgとのこと	一般名がよくわかってない。	患者さまから 医師から受けた説明を確認する。	オキシコドン錠5mg「第一三共」	オキシコドン徐放錠5mg「第一三共」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3066	オキナゾール外用液が処方された患者様に症状を確認したり薬効を説明したら食い違う点があったので、疑義紹介したところ変更になった	少し名称が似てるので、薬剤名の選択ミス	患者さんの症状をしっかりと把握することに努める	オキナゾール外用液1%	オキサロールローション25μg/g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3067	オキノーム散2.5mg 2包分2 28日分オキノーム散2.5mg 1 包疼痛時10回分 定時薬の鎮痛剤がレスキューで使用するオキノームであった。また、レスキュードーズは定時処方1/4~1/8 量が妥当のため、用量についても疑いを持った、疑義照会の結果オキシコドン徐放錠5mg 2錠分2に変更となった。	オーダーリング入力時に誤って入力した可能性が高い。	医療用麻薬については、薬局内でも勉強会を実施し、間違いのないように指導を行っている。	オキノーム散2.5mg	オキシコドン徐放錠5mg 「第一三共」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3068	足の痛みで整形外科を訪れた16歳 女性の処方箋を受付けた。(般)イブリフラボン錠200mg 2錠 分2 朝夕食後 3日分が処方されており、16歳で骨粗鬆症薬の投与に疑問を感じ処方医に疑義照会を行った。(般)エトドラク錠200mg 2錠 分2 朝夕食後3日分に変更となった。	レセコン入力時に、オステン錠200mgとオステラック錠200mgを間違えたと思われる。	オステン錠とオステラック錠では用法が異なるため発見しやすかった。患者の年齢と処方内容の確認をしっかりと行う。	オステン錠200mg	オステラック錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3069	腹痛にてフオイパン錠100mgを処方する予定の所、オパイリン錠125mgで処方箋が発行される。症状の聞き取りの際発覚。	手書きのカルテの為、記載の際又は記載されたものを処方箋として入力する際に類似薬品の薬と誤って記載されたと思われる。	患者さんからの聞き取りを行うことで、正しい薬が処方されているか確認する。	オパイリン錠125mg	フオイパン錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3070	コロナの影響で病院に行けないので近くの内科を受診し、お薬の処方依頼。本来オメプラール10mgの処方希望であったが、オルメテック10mgが処方されていた。投薬時に、Drに口頭で処方を依頼しお薬手帳などは未持参だった。説明時に血圧の薬剤とお伝えしたところ、患者が不振な顔をしていたため詳細を確認、話を伺うと胃の薬をお願いしたという事で聞いてみるとオメプラールの10mgであった。	口頭で薬剤名をDRに依頼し、Drの聞き間違いがあったと考えられる。また患者がお薬手帳や薬剤情報書を持っていなかったため、思い違いが発生していた。	患者にお薬手帳の説明をし、新規に作成しました。	オメプラール錠10	オルメテック錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3071	ラベプラゾールを継続で服用の患者様の定期処方がオメプラゾールに変更されていた。投薬時確認したところ、薬変更の話はDrはなかったとのこと。疑義照会の結果、手書き処方の書き損じであり、処方元は元のラベプラゾールに訂正された。	類似名称の書き間違い。手書き処方のため、前回データを適切に映せなかった。	元々手書き処方の病院で以前にも記載ミスがあり。処方チェック時は注意するよう薬歴に注意喚起。早めに疑義に気付けるよう、イーパークでの事前予約のアナウンスを行っている。	オメプラゾール錠10 「SW」	ラベプラゾールNa錠10mg 「杏林」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3072	9歳児にオラベネム小児用細粒10% 8.2g分3処方あり(体重27.5kg)。オラベネムは通常、小児にはデピベネムピボキシルとして1回4mg(力価)/kgを1日2回食後に経口投与する。なお、必要に応じて1回6mg(力価)/kgまで増量できているが、当該患者では330mg(3.3g)までが目安となり明らかに用量が多くまた用法も異なるため疑義照会を行った。疑義の結果オラスポア小児用ドライシロップ10% 8.2g分3に変更となった。	オラベネムとオラスポアは同じ抗生剤の分類で名称が似ているため医師が勘違いしてしまった可能性。	各薬品の用法用量について店舗職員はしっかり把握する。また店舗内にある名称が類似した薬をとりあげ間違えないように注意喚起を行う	オラベネム小児用細粒10%	オラスポア小児用ドライシロップ10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3073	普段から来局されている患者様。初めて心房細動と診断されR p イグザレルト錠10mg 【般】オルメサルタン口腔内崩壊錠10mg 各1錠分1朝食後 7日分が定期薬とともに初めて処方された。処方医の傾向から処方内容に違和感を感じ疑義照会した結果【般】オルメサルタン口腔内崩壊錠10mgは誤りで正しくは【般】オメプラゾール錠10mgを処方したかったとのことで薬剤が変更になった。	心房細動の薬を早く服用させたかったようで事前に医師より「薬局に着いたら1回分をすぐに服用させるように」との電話連絡あり。焦りがあったのかカルテに「オルメサルタン」と記載してしまったようで事務の方もそのまま処方せんに記載してしまった様子。処方医の傾向を知っていなければ疑義照会せず投薬してしまう事例かもしれない。	急ぐ場合でも処方内容に違和感を感じる場合は確認の意味でも疑義照会が必要であることを再認識した。	オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」	オメプラゾール錠10「SW」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3074	初回来局時に般オルメサルタン口腔内崩壊錠20mgが処方され、その後数日たったあとと血圧が下がらないので再来局。Drからは以前の薬飲みきったら今回出す新しい薬を飲むようにとの指示があったが処方箋には前回と同じ処方の記載。確認したところオルメサルタン+アゼルニジピンの合剤の処方をだしたかったとのことで処方変更	Drはレザルタスを一般名でだしたかったとのことで、長い名前だったので多分これだろうとのことで処方。レセコン上全文みれなかった可能性あり	患者様の話と処方内容がことなるときは疑義照会してDrの意図を確認するようにしている。	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	レザルタス配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3075	OD錠を服用していたが、誤って顆粒を処方。薬歴の記載にて発見。	処方元の確認ミス。	薬歴とおくすり手帳の確認。	オロパタジン塩酸塩顆粒0.5%「トーワ」	オロパタジン塩酸塩OD錠2.5mg「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3076	喘息のステロイドパルス療法の処方に検査薬のガストログラフィンの記載があり、患者様に聴取したところ、喘息の治療かつ、検査を行う予定はないとの事で疑義照会。ガストロームとの選択間違いと確認	医師は外来処方にガストログラフィンが載ることを知らずに、ミスが起こる可能性を疑っていなかった。	処方薬と目的が合致しているか必ず確認する。	ガストログラフィン経口・注腸用	ガストローム顆粒6.7%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3077	潰瘍性大腸炎の治療で薬局を定期的 に受診している患者が処方箋持参し来 局。定期薬リアルダ錠56日分に、初処 方のイルソグラジンマレイン酸塩錠 2mg 3錠3×毎食後14日分が追加さ れていた。投薬時に体調変化の詳細を 確認したところ、「腹部膨満感あり、 検査したところ腸にガスが溜まってい るのでガスを取る薬を出すと言われ た。」とのこと。患者からの話と処方 されたイルソグラジンマレイン酸塩錠 の薬効にずれがあり、先発品名称ガス ロンNと腸内ガス駆除薬ガスコン錠と 名称類似しているので疑義照会を行っ た。ガスコン錠40mg 3錠3×毎食後 に変更になった。	処方入力の際に、名称類似している薬 剤を選んだようだ。処方元薬剤部に確 認したところ、処方入力は先発品、一 般名いずれでも可能であるとのこと だった。	処方医は処方入力時に先発品名称 で薬剤選択することが多い。一般 名処方での名称類似だけでなく、 先発品の名称類似についても把握 することが必要であることを他薬 剤師にも周知した。	ガスロンN錠2mg	ガスコン錠40mg		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
3078	処方内容 ガスロンN・OD錠2mg 3錠/日 分3 毎食後 添付文章とは用法が違うため、患者さ んに今日の受診内容を確認した。おな かの張りということだったので疑義照 会を行った。 ガスコン錠40mgと間違えていたと いう回答を得た。	名称類似のため医師、またはクラーク の入力ミスと考えられる。	新規処方が出た場合は、必ず患者 さんの症状の聞き取り、適切な薬 なのかを考え、どうしても処方意 図が掴めない場合は疑義照会する ようにしている。新規処方の場合 は時間がゆるす限り添付文章の確 認まで行っている。	ガスロンN錠2mg	ガスコン錠40mg		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3079	<p>間質性膀胱炎を患い泌尿器科を受診中の患者。膀胱炎により腸が圧迫されており、便秘など消化管異常あり。</p> <p>来局後ガスロンN錠がOD錠しかなかったため(先発希望)疑義にてOD錠可能と確認。その後投薬にて「腸にガスがたまる感じがある。そのガスが出るときに膀胱圧迫部位を通過するところで痛みが出る」ということを訴えての受診と確認。胃については特に何も話していないとの事。患者の訴えより、先発品名称類似品のガスロン錠とガスコン錠を間違えて処方した可能性があると判断し、疑義照会を行った。</p> <p>処方記載ミスと確認が取れガスコン錠に変更となった。またガスを排出するときに痛みが生じる可能性がある為、症状によっては頓服でもよいとこのことを確認したため合わせて患者にお伝えした。</p>	<p>普段から出ている薬ではなく、新規の薬で名称類似品であった為間違えたものと考えられる。</p>	<p>処方箋は一般名処方であったため、ガスコンとは記載されずイルソグラジンであったが、患者からの状態の聞き取りの結果、胃腸管内ガスに起因する腹部症状であると予想されたため疑義照会を行った。一般名→商品名(先発)に変換してからの名称類似品の予想を行った</p>	ガスロンN錠2mg	ガスコン錠40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3080	<p>アムロジピン継続中の患者。一般名でアムロジピン錠2.5mg・アトルバスタチン錠10mg配合に切り替えとなった。コレステロールの薬追加になったか患者に確認したが聞いていないとのこと。疑義にてアムロジピン錠2.5mgに変更となる。</p>	<p>一般名入力でアムロの3文字のみで検索し選択ミスしたと思われる。</p>	<p>新規で処方追加になった際には経緯などについて必ず確認する</p>	カデュエット配合錠2番	アムロジピン錠2.5mg 「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3081	<p>始めの処方カナグル100mg1錠、スピロラクトン25mg1錠、グリメピリド1mg2錠、ジャディアンス10mg1錠で処方されていた。SGLT-2阻害薬が2種類処方されていたため問い合わせした。その結果カナグル100mgが中止となりトラゼンタ5mgに変更になった。</p>	<p>ジャディアンスとジャヌビアが薬品名が似ているためドクターはジャヌビアと勘違いしたように思われる。追加処方としてSGLT-2としてカナグル100mg追加となったよう。</p>	<p>じっくり処方内容を捉えることが大切。</p>	カナグル錠100mg	ジャヌビア錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3082	継続的にテネリア20mg服用だが、カナリア配合錠処方。3枚綴り8薬剤記載の処方せんで、カナリアは2枚目に記載。1枚目の処方欄内のRp以外の部分に「テネリア錠20mgに変更」と記載あり。患者は医師から薬の変更説明は受けていないとのこと。照会結果、電子カルテを変更したところ選択可能医薬品にテネリア20mgが無いため類似のカナリア配合錠を選択し、コメントとして「テネリア錠20mgに変更」と記載したとの回答。しかし、Rpカナリア配合錠と記載されているためカナリア配合錠をピックアップしてしまい、監査者が気づきテネリア錠20mgに変更して交付した。	Rpに記載された薬とは異なる薬が正しい処方薬である旨を、別のページにコメントで記載しても応需薬局としては理解し難い。病院の電子カルテ変更により生じた混乱と考えられる。継続的に応需していたため薬歴簿から問題点に気づくことができた。他の薬剤でも類似の問題が起こりやすいため、薬歴簿やお薬手帳確認により本当に変更なのかどうか、別の場所に何らかのコメントが記載されていないか注意する。	薬歴簿やお薬手帳を十分確認し、本人への確認を行い、問題点があれば病院への照会を行う。病院電子カルテの選択可能医薬品の追加希望を病院に伝える。	カナリア配合錠	テネリア錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3083	継続して糖尿治療されている患者に新規でカナリア配合錠が処方された。該当患者がスーグラ服用中のためSGLT2阻害薬重複のため疑義照会。カナリア配合錠からテネリア20mgに変更となった。	名称類似による医師の選択ミスか配合錠に対する知識不足	新規薬剤の相互作用の確認。特に配合剤の場合は過去処方も含めて添付文書を用いて処方監査を実施する。	カナリア配合錠	テネリア錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3084	カフコデ配合錠が9錠分3毎食後で処方されていた為、過量の為疑義照会。フスコデ配合錠に変更。	カフコデ配合錠とフスコデ配合錠の名称や成分類似により処方間違いが起こりやすい。	名称類似の薬について店舗ミーティングで定期的に共有する。	カフコデN配合錠	フスコデ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3085	テルミサルタン40mg・アムロジピン5mgの合剤を服用していたが今回カンデサルタン8mg・アムロジピン5mgの合剤に変更となっていた。患者からの聞き取りで血圧は上がっているので処方間違いの可能性を感じ疑義照会。アジルサルタン20mg・アムロジピン5mgの合剤へと変更となった。	合剤での処方選択の煩雑さ	合剤の変更成分についてよく理解する	カムシア配合錠HD「あすか」	ザクラス配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3086	カルテオロール点眼液2% (非持続性) 1日1回両眼 10mLの処方 非持続の場合は1日2回の使用が通常のため疑義照会	カルテオロール点眼液2% (持続性) 1日1回両眼 へ変更となった。	当薬局では緑内障点眼液はあまり処方されないため処方に来た場合は添付文書で必ず用法等を確認するようにしている	カルテオロール塩酸塩点眼液2%「わかもと」	カルテオロール塩酸塩L A点眼液2%「わかもと」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3087	他薬局でカンデサルタンを服用している患者さんが来局。当薬局では服用歴はあるものの、頻繁にはお渡ししていないお薬だった。処方通りカルデナリンで調剤し交付中に患者にお薬が変更になったのかを聞き取りしたところ今まで服用しているものを出してもらう予定との事なので疑問に思い疑義照会をしたところ薬剤がカルデナリンからカンデサルタンに変更になった。	通常、カンデサルタンが処方されているクリニックが今回のクリニックではない事やクリニック側の人員が普段より少なく業務に追われていた事が要因と思われる。	薬剤の変更があったなど変更があった場合必ず患者に聞き取りを徹底する。	カルデナリン錠2mg	カンデサルタン錠2mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3088	新患で受付。一般名でドキサゾシン錠4mgが処方されていた。すでに飲んでいる薬なのかと伺ったところ、診療所も今までと違うところをはじめて受診して、今回は今までと同じ薬でと言われたが薬の名前が違う、いままでは「あすか」の4mgを飲んでいただけのこと。血圧の薬であることは間違いのないことだったので、それらのキーワードで調べたところドキサゾシンにはあすかが存在せず該当する者はカンデサルタンのみであった。カンデサルタン錠4mg「あすか」を見せたところこれで間違いのないことだったので疑義照会にて変更。カンデサルタン錠4mgの処方となった。	カンデサルタンとカルデナリンの語感が若干似ていること	お薬手帳の利用の推進。患者様の話をきちんと聞くこと。また、薬局が行うことではないが今後のマイナンバーカードを利用した医療機関同士の情報共有が進めばこういったヒヤリハットは減ると思われる。	カルデナリン錠4mg	カンデサルタン錠4mg 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3089	前回まで、カンデサルタン2mgを服用していた。患者自身より、血圧が、140を超える日が出てきて、増量するいわれたと聞き取る。そのため、降圧剤の種類が変わることは、考えにくい。そのため、名称が類似しているため、間違えて、処方されたのではないかと、問い合わせを行い、カンデサルタン4mgだったことが分かった。	薬剤の名称と一般名の名称の類似による間違い	薬歴の確認と、患者自身からの情報収集。	カルデナリン錠4mg	カンデサルタン錠4mg 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3090	処方箋では、カルデナリン錠4mgで記載 以前はカンデサルタン錠4mg出ていたため患者さんに確認したところ、薬の変更は聞いてないとのこと。電話で医院に確認したところ、入力の間違いだった	コンピュータに入力する際、最初の3文字が似ていたため間違ったよう	前回と比べて処方に変更になったときは、患者さんにその理由も含めて確認すること	カルデナリン錠4mg	カンデサルタン錠4mg 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3091	プロムヘキシシとカルバゾクロムスルホン酸NNAが処方されたが出血等の症状ないため医師確認しカルボシステインの間違いであることが発覚	名称類似品のため薬品の選び間違い。	患者からの情報収集をし処方意図を確認する	カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム散10% 「日医工」	カルボシステイン錠250mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3092	患者は2012年以降の病院および薬局利用 いつもは職場近くの診療所にて治療。健康診断により中性脂肪の値を指摘。しっかりと診察をしてもらうため病院を転院となる。その際処方箋にパルモディアが追加になったが同時にカルブロックも追加患者の血圧は130・80と高くはなく疑問に感じ(お薬手帳の利用はなく前診療所では薬情の配布もなかったため)現在服用している錠剤を確認したうえで疑義照会をおこなう。結果カルベジロール5mg(心臓保護目的)の誤りだった。	カルベジロールとカルブロックの名称の相違による入力の際の誤りの可能性。	転院時や薬局が変わる際は手帳および服用薬剤を確認して変化の有無・内容の確認をしっかりとこなす事とする。	カルブロック錠8mg	カルベジロール錠2.5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3093	処方是一般名だったが、カルボシステインシロップ用50%とカルボシステインシロップの入力間違いが処方せんより見て取れた。混合だったためトラネキサム酸シロップの処方があったこと、また用量が5gとなっていたため、5m lだと推測。医療機関へ疑義照会したところ、散剤からシロップ剤へと変更になり、用量は5m lだった。	医師側のパソコンの操作時における選択ミスだと考えられる。用量などは単位が揃っていることが重要になるので、見逃さないよう気を付ける。	処方鑑査時に用量のチェックは欠かさず行う。今回はわかりやすい事例だったが、細かいミスの場合気が付かない恐れもあるため。	カルボシステインDS50%「タカタ」	カルボシステインシロップ小児用5%「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3094	カルボシステインDS50% 9.6gで処方あり。患者の年齢は3歳であり、年齢体重に対する用量が多すぎる為疑義照会。カルボシステインシロップ5% 9.6m Lの間違いであった。	カルボシステインシロップで記載するところ誤ってドライシロップと記載していた。	小児の処方を受け付けた際は必ず体重の聴取を行い、体重あたりの適正な量が処方されているか確認する。	カルボシステインDS50%「タカタ」	カルボシステインシロップ5%「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3095	体重が3.67キロの患者に対して、カルボシステインDS50%「タカタ」を1.5g/日で処方されていた。薬局での調剤時でも気づくことなくそのまま交付してしまっていた。患者から飲み方について問い合わせの電話があり、投薬者以外の薬剤師が対応したときに判明。未服用だったと確認。疑義照会にてシロップ剤の間違いだったと確認し、交付し直した。	処方箋の交付は病院の電子カルテで行っているが、剤形の選択間違いと思われる。薬局側も気づけず交付してしまっていた。他に複数薬剤師はいたものの、調剤者・監査者・投薬者がすべて一人でっており、他者の確認がなかったことも要因となった。	薬局では、体重換算表を一覧にして準備しており、すべての従業員が容易に確認できる体制となっている。今までも調剤者、監査・投薬者は一人ですべて行わないように注意喚起はしていたが、再度分けてダブルチェックをするような体制をとるよう従業員への教育を徹底した。	カルボシステインDS50%「タカタ」	カルボシステインシロップ5%「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3096	ブルスマリン処方予定がカルボシステインを処方していた。	先発名称のムコダインとムコソルバン、ジェネリック名称カルボシステインとブルスマリンの思い違い	間違いの可能性があるものとして日頃から注意する	カルボシステインDS50%「タカタ」	ブルスマリンAドライシロップ小児用1.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3097	1歳5か月、体重10.7Kg。耳鼻科処方(アスピリン+アンプロキシソール+クレマスチン)服用するも、鼻水・咳の改善がなく小児科受診。母親は小児科医より耳鼻科処方中止の説明を受けていた。小児科処方箋中、カルボシステインが2カ所に記載、ツロブテロールテープ1mgが処方されており、同一薬剤の重複・テープ用量過多にて疑義照会を行った。2段目のカルボシステインはムコサールに変更、ツロブテロールテープは0.5mgに変更となった。	医療機関側の誤記入が、どの時点で起こったのか不明。	処方箋に疑わしい点がある場合は、必ず疑義照会を行う。小児は、毎回、年齢・体重を確認して調剤する。また、耳鼻科や皮膚科など他科で同種薬を処方されている場合があるため、受診の経過を聞き取り、併用薬についても確認する。	カルボシステインDS50%「トーワ」 ツロブテロールテープ1mg「久光」	ムコサールドライシロップ1.5% ツロブテロールテープ0.5mg「久光」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3098	一般名処方：カルボシステインシロップ5%が1日量0.7mlと記載されていたが、1日量の少なさに疑義確認し、一般名処方：カルボシステインシロップ用50%、1日量0.7gへ変更となった。(前項での薬品名入力は商品名のみであったが、実際は一般名処方での記載)	一般名処方でのカルボシステインシロップとシロップ用の名称近似が要因と考えられる。薬品名が似すぎのも問題であるが、シロップとドライシロップの明確な区別のつけ方も大切と考える。	先頭三文字チェックはもちろんのこと、患者年齢や体重を要確認し、通常量が少なすぎたり多すぎたりすることもしっかりチェックしている。	カルボシステインシロップ小児用5%「テバ」	カルボシステインDS50%「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3099	皮膚科処方せんでL-カルボシステイン錠250mg 3錠分3の記載。皮膚科でカルボシステインの処方に疑問を持ち、L-システイン(ハイチオール)の記載ミスの可能性を考え疑義。疑義にてハイチオール錠40mgへ変更となった。	成分名の類似による処方ミス。	処方せん通りの調剤ではなく、意図を考えつつ鑑査する。	カルボシステイン錠250mg「トール」	ハイチオール錠40		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3100	3歳の小児患者に、カルボシステイン250mg 3錠、アンプロキシール15mg 1.5錠が1日3回で処方されており、剤形、用量共に不適切であったため、疑義紹介にてドライシロップへ剤形変更、用量も体重に見合った内容に変更された。	処方箋入力の際剤形選択を間違え、確認不足のまま患者へ発行してしまったと考えられる。	処方箋受付の際は代理の方の来局も多い為、処方箋の氏名や性別、年齢や体重の確認をしっかりと行う取り組みを継続しています。	カルボシステイン錠250mg「トール」 アンプロキシール塩酸塩錠15mg「トール」	カルボシステインDS50%「トール」 アンプロキシール塩酸塩DS小児用1.5%「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3101	カロナール坐剤(200)1回2個発熱時の処方で坐薬を1回に2個挿入は不自然なため内服の錠剤の間違いではないかと疑義。	Drもパソコン入力主流のため1行まちがいの入力たびたび見られるため注意している	違和感があれば気に留めるよう、日々きをつけるようにしている。	カロナール坐剤200	カロナール錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3102	前回カロナール500mg 錠3T分3で処方あり。今回、サイズが大きく飲みにくいとのことで散剤へ変更となったが、処方せんの記載がカロナール細粒20%1.5g分3。疑義照会で減量でないことを確認。カロナール細粒20%→アセトアミノフェン原末へ変更となった。	規格の確認もれ	規格、成分量のチェック	カロナール細粒20%	アセトアミノフェン「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3103	手書き処方にてカロナール錠50mgと記載だが正しくはロコルナル錠50mgだった	類似薬品	鑑査徹底	カロナール錠500	ロコルナル錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3104	他医療機関から転院になった患者様で、薬局には今回久しぶりの来局。以前飲んでた薬と同じように出してもらったと患者様より確認。お薬手帳にて以前の服用内容を確認したところ、カルデナリン錠2mgを服用していたはずが、今回処方ではカンデサルタン錠2mgになっていることに気づき疑義照会を行ったところ、カルデナリン錠2mgの間違いであることが発覚。処方ではカルデナリン錠2mgに変更になった。	お薬手帳を見て、他医療機関で出していた時と同じように処方する際、カンデサルタンとカルデナリンの名称が類似していたことが原因と考えられる。	新患やお久しぶりに来局される患者様の場合、以前服用していたお薬がある場合、その内容についてお薬手帳や薬情などでしっかり確認する。	カンデサルタン錠 2mg 「あすか」	カルデナリン錠 2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3105	処方箋を確認して、前回の薬剤に「オルメサルタン錠」と「カンデサルタン錠」の処方が追加になっていたの、どちらもARBで同種同効薬のため確認が必要と考え、まずは患者さんにお話を伺った。今回の処方から、他の病院から出ている血圧降下剤を、近隣内科からの処方に切り替えるという話が確認できたことから、お薬手帳を確認。今までは「オルメサルタン錠」と「ドキサゾシン錠」が出ていたが、今回はその片方が変更になっていたため医師に疑義照会を行い、誤りが発覚。「カンデサルタン錠」ではなく、「カルデナリン錠」と記載したかったことが判明した。	いつもGEでの処方に対応していたが、今回は他院からの引継ぎということから、お薬手帳や情報提供での「ドキサゾシン錠」から「カルデナリン錠」の先発での表記に変換する際に、同じ"カ行"の「カンデサルタン錠」を選択してしまった様子。ここまでGEが浸透してきた場合、先発にして処方箋発行するよりも、一般名処方などの方が誤りが少ないかもしれません。	薬剤が変更・追加になる場合には、患者さんからの情報だけでなく、お薬手帳や他院からの紹介状や意思の疎通の有無も聞ければ確認をしておくが良いと考えます。記憶での判断ではなく、書面(手帳や情報提供用紙)で確認を行うこと。	カンデサルタン錠 2mg 「あすか」	カルデナリン錠 2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3106	平素よりディオバン160mgが処方されていた患者。患者聞き取りで血圧高値により降圧薬が追加となったそうだが、カンデサルタン4mgが追加されていた。同効薬ARBの併用はおかしいと思い、処方医に疑義照会したところ、カルデナリン4mgの処方間違いであったことがわかった。	処方医による処方箋の記載ミス。名称の類似。	薬歴、頭書きに今回の事例を目立つところに記載し、同様の誤処方があった際にすぐに気づけるようにした。	カンデサルタン錠4mg 「あすか」	カルデナリン錠4mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3107	長期にわたりアムロジピン錠5mgとカンデサルタン錠4mgが処方されていた患者にカンデサルタン8mg・アムロジピン5mgの配合錠へ処方変更されていた。患者自身に血圧の状態と医師から薬が変更になることをきいているか確認したところ血圧はいつも通りで医師からは薬について何もきいていないということだった。疑義照会を行ったところコンプライアンス向上のため配合剤を出したが、カンデサルタンが8mgではなく4mgと医師は思っていた。疑義照会后以前の処方にもどった。	医師の配合剤の規格の勘違いが起こっていたと考える。	配合剤にかわったときは必ず患者にヒアリングを行い、配合剤の用法用量が妥当であるかを確認する必要がある。	カンデサルタン錠8mg 「サンド」	カンデサルタン錠4mg 「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3108	アレルギーとニキビで受診中。今回、クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%が処方。新しく処方された薬だったため、かゆみ、肌荒れ等の皮膚症状があるのか確認。本人はニキビの症状以外はないということだったので、薬が異なる判断し、いつも使用しているニキビの外用药へ変更提案。	医薬品名が「ク」から始まり、選択間違いと考えられる。	患者さんからきちんと聴取し、医薬品の妥当性を判断している。	キンダベート軟膏0.05%	クリンダマイシンリン酸エステルゲル1%「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3109	グループホームへの往診同行での事例。嚥下困難のため、クエチアピン(25)4錠/1日1回寝る前を細粒に変更する際、ドクターから投与量を尋ねられた。先発品のセロクエル細粒と同じ50%で計算したが、実際の処方ではクエチアピン10%細粒だった。規格違いによる投与量の間違い。50%細粒に変更してもらい、正しい用量で投与となる。	先発品と後発品で規格の異なる剤形が用意されている場合、変更時に投与量が誤るケースが考えらえる。	規格違いについては薬局に在庫している規格だけではなく、特に後発品にのみ販売されている規格についても、棚等に注意標記をする。	クエチアピン細粒10%「アメル」	クエチアピン細粒50%「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3110	整形受診され一般名でクエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠、3錠分3で処方されて初回だったので投与量について疑義照会し、クエン酸第一鉄の処方誤りで変更になった。	医師は処方する際に3文字検索をすることにより薬の選択ミスが発生していた可能性がある。この患者様は手術予定だったので全く作用の異なる薬が投与されていたので処方された理由や診療科からある程度予測して調剤する必要がある。	調剤する前に処方監査があるのでそこで見落とさないようにしっかりと注意して監査する。誤りがあったものは他の職員にも伝達し注意喚起を促す。	クエンメット配合錠	クエン酸第一鉄Na錠50mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3111	他院からの引継ぎの処方希望あり。医師はお薬手帳で確認して処方したが、入力ミスで、異なる薬品が処方された。	パソコン上省略入力で確認不足	お薬手帳と経過を照らし合わせて、患者さんに確認し、疑義照会を行った。	クエンメット配合錠	クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3112	遠方で初めて来局の患者さんで医療機関が診察終了後の時間19:14に来局される。下痢治療のため受診、以下2品目の薬剤が処方され、受け付ける。ミヤBM錠 3錠 クエン酸第一鉄ナトリウム錠50mmg (一般名) 6錠分3 毎食後 7日分鉄剤の用量に疑問を持ち、患者さんに確認したところ貧血の治療ではなく、下痢の治療であることが判明。医療機関に電話するも診療時間が過ぎており、電話つながらず、医療機関に急ぎ訪問する。すでに閉められていたが、外に出られるところの医師に会うことが出来る。確認したところ本来フェロベリン配合錠を処方することであったことが判明し、薬剤変更の指示があり、フェロベリン配合錠に変更調剤する。	処方箋の入力ミス。フェロベリン配合錠をレセコンで入力する際、フェロミア錠を選択し一般名に変換した結果、クエン酸第一鉄ナトリウム錠が処方されたと推定される。	処方箋の入力ミスは起こることを常に想定し、患者さんに治療目的、現在の容態を十分に丁寧に聞き取ることを徹底している。先発名の選択ミスにより変換した一般名が処方箋に記載されることを想定し、一般名に該当する先発名を確認することも処方監査の項目に加える。	クエン酸第一鉄Na錠50mg 「サワイ」	フェロベリン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3113	35歳妊婦、貧血の為クエン酸第一鉄50mg 1錠夕食後で処方。クエン酸第一鉄50mg は通常100mg ~200mg のため疑義照会。フェロミアカプセル100mg、1C夕食後に変更。フェロミアとフェルムを間違えたとのこと。	フェロミアとフェルムは類似した名称であるため今回のような事例が起きたと思われる。	処方監査の際には用法用量等を確認するように徹底している。	クエン酸第一鉄Na錠50mg 「サワイ」	フェロミア錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3114	処方内容は「コタロー桂枝茯苓丸とクラシエヨクイニン湯」患者には日頃から当薬局を利用させていただいており、ヨクイニン湯の適応症に疑問があり患者に確認。医師からは桂枝茯苓丸加ヨクイニン湯を分けて出すと言われたとの事。また、患者の話からも医師の勘違いがあると推察し、問い合わせ説明確認したところ、コタローのヨクイニンエキス散に処方変更となった。	純粋なヨクイニンと、エキス製剤のヨクイニン湯が名称が似ているため医師が混同しているものと思われる。	監査に気をつける	クラシエよく苡仁湯エキス細粒	ヨクイニンエキス散「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3115	患者様はイボができたので受診したが、処方された医薬品の効果が痛み止めであったため疑義照会を行った。先生の処方間違いで薬が変更になった。	薬品名類似だったため、医師が処方する際に間違ったと考えられる。	患者様の話をよく聞くことで、少しでも疑問を感じたら疑義照会を行う。	クラシエよく苡仁湯エキス細粒	ヨクイニンエキス錠「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3116	皮膚科からの処方。処方内容はよく苡仁湯エキス錠であったが、通常よく苡仁湯の適応は関節痛、筋肉痛であり皮膚科からの処方ではあまり見られない。患者さんに聴取したところイボで受診したとのことだったので疑義照会をし、ヨクイニンエキス錠へと変更になった。	医薬品名が類似しているのを薬を選択する際間違えたと思われる。	類似名称、一部が同じ名称でも(今回の場合はヨクイニン)適応が異なる医薬品があるので、全職員に周知する。	クラシエよく苡仁湯エキス錠	ヨクイニンエキス錠「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3117	いぼ治療でヨクイニンエキス錠を内服している患者に対し、他のクリニックより継続薬としてクラシエヨクイニンエキス錠の処方があった。クラシエヨクイニンエキス錠の適用は筋肉痛・関節炎であったため、疑義照会を行い、適用のあるヨクイニンエキス錠「コタロー」に変更となった。	同名の漢方薬であっても適用症の異なる薬剤があることの見落とし	薬剤の適用に関しても意識しながら調剤・鑑査を行う	クラシエよく苡仁湯エキス錠	ヨクイニンエキス錠「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3118	クラシエ薏苡仁湯が処方された患者に対し、症状の確認をせずに薬剤を交付した。(一部不足状態)翌日、不足薬の調剤時に該当患者が以前、ヨクイニンエキス錠コタローを服用している事に気付く。医師に確認したところ、イボでの処方との事だったのでクラシエ薏苡仁湯を回収し、ヨクイニンエキス錠コタローを交付した。	・医師の知識不足・薬剤師の聞き取り・知識不足	・ヒヤリハット事例として掲示し、周知徹底をする。	クラシエよく苡仁湯エキス錠	ヨクイニンエキス錠「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3119	FAXで受け付けした処方せんにヨクイニン湯が処方されていた。以前にいぼで治療の患者にヨクイニン湯が誤って処方されていた経験があったので、病院の診療科を調べたが皮膚科、美容形成であったため、患者に連絡するといぼの治療とのことだったので疑義紹介しヨクイニンエキス錠に変更になった。	名前の類似、医師、処方箋入力者の認識不足	処方薬、診療科から何の用途で使うのかを推察し、疑問に思ったことは患者から情報収集し、医療機関へ問い合わせする	クラシエよく苡仁湯エキス錠	ヨクイニンエキス錠「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3120	受付時インタビューで皮膚疾患で使用の為「よく苡仁湯」ではなく「ヨクイニンエキス」であろうと推察された疑義照会の上ヨクイニンエキス錠に変更された皮膚科同一クリニックで3回目の同一疑義照会(他の人分含め)。3回ともきちんと違いを説明済み。必要量の不足、必要ない成分含有。期待する効果が得られない可能性があると思われる	間違えやすい処方。知識不足、意識の希薄	根気良く医師に説明	クラシエよく苡仁湯エキス錠	ヨクイニンエキス錠「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3121	クラシエ加味逍遙散エキス細粒服用中の患者に対し、クラシエ加味帰脾湯エキス錠が処方。患者に確認したところ薬はいつも通り出しておくとされたとの事で疑義照会、薬変更となった。	病院側での処方箋発行時の薬剤選択ミスと思われる。	薬歴情報やお薬手帳、患者の聞き取りを確実にを行う。	クラシエ加味帰脾湯エキス錠	クラシエ加味逍遙散料エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3122	クラシエ加味逍遙散料エキス細粒が当該患者様に処方されていたが、患者様との聞き取りから妊娠あるいは妊娠の可能性のあることから、医師にその旨を説明の上、加味逍遙散は妊婦または妊娠している可能性のある婦人には投与しないことが望ましいと伝えたところ、クラシエ加味帰脾湯エキス細粒へ変更するよう指示された	クラシエ加味逍遙散と加味帰脾湯は名称が類似しており、入力時に選択を誤ったものと考えられる。	妊婦やその可能性がある婦人に関して、そういった内容の聞き取りを行った際には処方薬を再確認し、問題が無いか投与可能か、また疑わしい場合には医師へ積極的に問い合わせを行う。	クラシエ加味逍遙散料エキス細粒	クラシエ加味帰脾湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3123	婦人科よりクラシエ桂枝加苓朮附湯エキスが処方されたが、効能が関節痛などに効果を示すものであり、患者さまからは前回処方されたクラシエ当帰芍薬散と同系統の薬を処方すると聞いているとの話を聴取したため、処方医照会。クラシエ桂枝茯苓丸へ処方変更。	処方入力時の文字入力後の変換選択の誤り。	効能の確認、患者からの情報聴取も踏まえた処方鑑査を行う事を意識する。	クラシエ桂枝加苓朮附湯エキス細粒	クラシエ桂枝茯苓丸料エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3124	クラシエ桂枝加苓朮附湯エキス錠が処方されていたが、処方コメントに「毛包炎に」と記載されていた。効果に疑問があったため、疑義照会をしたところ、クラシエの十味敗毒湯エキス錠に変更された。	病院側の入力ミスと思われる。	漢方薬は様々な効果、保険適用があるため、患者情報の収集し、処方内容を確認する。	クラシエ桂枝加苓朮附湯エキス錠	クラシエ十味敗毒湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3125	投薬時、症状と処方薬の内容に疑問があり疑義照会した。	普段、服用されていないお薬品をお渡しする際、症状と診察時の内容を確認すること。	話を理解し聞き取ること。	クラシエ桂枝加苓朮附湯エキス錠	クラシエ桂枝加苓朮附湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3126	患者は関節痛により受診。処方医は関節痛に対しては、クラシエ桂枝加苓朮附湯エキス錠を処方されることが多いが、クラシエ桂枝茯苓丸エキス錠が処方されていた。薬剤名が類似しており、誤って別の薬剤が処方されたのではないかと疑問に思い、疑義照会を行ったところ、クラシエ桂枝加苓朮附湯エキス錠に変更となった。	類似の薬品名が多数存在しており、医師の意図した薬剤ではないものが処方箋に記載されていたこと	患者への詳細なヒアリングを行うことでパーソナル情報を取得し、処方鑑査等に役立っている	クラシエ桂枝茯苓丸料エキス錠	クラシエ桂枝加苓朮附湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3127	来局時のインタビューで足がつるからということで漢方薬出すって言われたとの情報を得た。処方されているのは当帰芍薬散で薬効とそぐわないのと芍薬甘草湯の芍薬が類似していることからパソコン上で処方入力をする際に間違えた可能性があり電話にて疑義照会。その結果芍薬甘草湯のほうを出したつもりだったとのことで、処方が間違いであったことが発覚した。	処方オーダーのシステムで芍薬という同じ名前のある漢方が間違えて選択された可能性が高い。オーダー時にどのような検索方法をとったのかわからないが、今後も間違えてしまう可能性はなくはない。	漢方処方時はよく患者の状態を把握し処方が適切か見極める必要がある。このことを周知した。	クラシエ当帰芍薬散料エキス細粒	クラシエ芍薬甘草湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3128	クラシエ半夏瀉心湯エキス錠が12錠分3で処方。当薬局では初めての医療機関からの処方のため、念のため疑義照会にて、用量を確認したところ、入力の間違いと発覚。本来処方する、クラシエ半夏厚朴湯エキス錠 12錠分3に変更となる。	似たような名前のため、入力を間違たと推測される。	今回は投薬前に疑義にて変更がされたが、監査時に違和感があったり、投薬時の聞き取りでもおかしな点があれば、疑義照会を積極的に行っていく。	クラシエ半夏瀉心湯エキス錠	クラシエ半夏厚朴湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3129	半夏瀉心湯の処方箋を持って来局した。交付時に主訴を確認すると、喉のしめつけ感があり食道などに異常はなかったとの事だった。また吐き気や下痢、口内炎などの消化器症状も無いことを確認した。主訴から半夏瀉心湯では無く半夏厚朴湯の適応と考えて疑義照会した。ツムラ半夏厚朴湯へ処方に変更になった。	処方名の類似。	以前も同じ問い合わせを何例か経験しているため、半夏厚朴湯・半夏瀉心湯が処方になった場合は主訴を詳しく確認することになっている。	クラシエ半夏瀉心湯エキス錠	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3130	元より緑内障の既往があり受診していた患者様。グラナテックは今回初処方であったため調剤監査時症状が悪化してしまったのかと思われた。投薬時に薬剤の変更を伝えたところ、今回変更する旨は医師より伺っていないとのこと。病院に電話にて疑義照会を行ったところ、医師の手書きのカルテを事務員が読み誤ったとのこと。グラナテック→プロナックへと処方変更となった。	名称の似た薬は伝達する人数が増えるほど間違いやすい。特に今回の場合、医師と事務員のやり取りが手書きであったためニュアンスが似ている薬を間違えてしまったのだと思われる。	緑内障の既往があったため、監査時には気づきにくい内容であった。変更の有無にかかわらず、投薬時患者様にも一緒に確認していただき相違がないようにする。	グラナテック点眼液0.4%	プロナック点眼液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3131	体重8.5kgの患者に対し、クラバモックス小児用配合ドライシロップ0.9g分2の処方。1回量が少ないため処方医に疑義照会。クラリシッド・ドライシロップ10% 0.9g分2に変更となった。	頭文字2文字のみで判断し、薬剤名を確認せずに入力したものと考えられる。	散剤計量システムも整備されているが、調剤者・鑑査者とも薬剤名・用量の確認を怠らないようにする。	クラバモックス小児用配合ドライシロップ	クラリシッド・ドライシロップ10%小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3132	体重14kgの小児に、クラバモックス小児用配合ドライシロップ0.5g分1夕食後14日分の処方あり。抗生物質の長期処方であり、用法用量も添付文書と異なる。一か月前に、クラリチンドライシロップ1%が同じ用法用量で処方されていた。患者母親に、抗生物質の長期処方については聞いていないと確認。上記内容から薬品名の入力間違いを疑い、クラバモックスの処方について病院へ疑義照会。クラリチンドライシロップの間違いと判明。	薬品名の類似クラリチンドライシロップ1%のところ、誤ってクラバモックス小児用配合ドライシロップと入力	用法用量の確認の徹底	クラバモックス小児用配合ドライシロップ	クラリチンドライシロップ1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3133	クラビット (500) 2錠 分2朝食後服用処方のため電話にて疑義照会行ったところ、クラリスロマイシン (200) の処方箋記載間違いであることが判明、訂正し調剤行った。	薬剤名の頭2文字が同じであることから、処方箋入力時選択間違いの可能性が高い	イレギュラー処方である可能性も念頭におきながら、疑義照会は丁寧に行う	クラビット錠500mg	クラリスロマイシン錠200「MEEK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3134	クラビット (500) 2錠/2× 朝夕食後 30日分処方があり、クラビットの用法は添付文書上、1日1回の薬であるため確認が必要。また、抗生物質であるため30日分処方の良いか確認が必要と考えた。	医師のカルテが「ウラリット」と記載があったにも関わらず、医院で処方入力者(医療事務員)が「クラビット」と読み間違い処方箋に記載した。	薬歴の確認、患者からの聞き取りを調剤前にしっかり行う	クラビット錠500mg	ウラリット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3135	3歳の小児に対しクラビット錠500mg1日2.2錠の記載がある処方せんを受け付け。クラビットに小児適応はないこと、3歳児に錠剤が処方されているおため疑義照会を行った。疑義照会の結果クラバモックス小児用配合ドライシロップ2.02gに変更となった。	処方医は電子カルテで処方入力を行う際、クラで検索し誤った薬品名を選択してしまったと考えられる。	処方監査の徹底。	クラビット錠500mg	クラバモックス小児用配合ドライシロップ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3136	レボフロキサシン錠500mgが処方されていたが、従前より蕁麻疹で受診しており、処方医からも化膿・抗生剤との話が無いことを聞き取り疑義照会を行う。レボフロキサシン錠500mg→レボセチリジン塩酸塩錠5mgへの処方変更になった。	一般名で似た名称のため、取り違えた。	他の薬剤を含め似た名称の存在する医薬品を投薬する際には、処方間違いの可能性を念頭に投薬・指導を行う。	クラビット錠500mg	ザイザル錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3137	患者の年齢は2歳であって1.5%という高い濃度で処方されていた、	医療機関で年齢を考えていなかったか規格違いで入力されてしまったと考えられる。	年齢を見てその患者に合った薬かどうか処方監査時確認している。	クラビット点眼液1.5%	クラビット点眼液0.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3138	対象患者様が基幹病院からかかりつけの病院に転院され、かかりつけの病院からの処方せんを持参。基幹病院でこれまで処方されていたグラクティブ錠50mgがなくなり、一般名でチアプリド塩酸塩錠50mgが処方されていた。薬剤変更かと疑義照会したところ、処方せんの入力間違いが発覚。グラクティブ錠へ変更となった。	グラクティブと入力しようとした際、グラマリールが呼び出されてしまったのではないと思われる。	転院などの際に、それまでの処方と変更がないか確認する。	グラマリール錠50mg	グラクティブ錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3139	風邪薬が5種類処方されていたが、その中に風邪とは無関係なグラマリールが処方されていたので、疑義照会により名称が類似したクラリスロマイシンに訂正された。	医師が処方せんの薬を入力する際、クラリスロマイシンと入力しようと思っていたところ、グラマリールと間違ってしまったのだらうと推測。また、2剤とも50mg錠ということで同じ薬用量だったのも影響しているのだらうと思われれます。	薬単体で見えるのではなく、処方薬の内容から症状を推測して、疑わしい薬が処方されていた場合には疑義照会するようにしています。	グラマリール錠50mg	クラリスロマイシン錠50mg小児用「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3140	処方箋を受け取り処方監査したところクラリシッドDSが処方されていたがご家族様に確認した体重換算より少ないため医師に確認した。医師からはクラリシッドDsとクラリチンDSを入力の際に間違えたとのこと。	販売名が類似しているため入力間違い	患者との聞き取り確認を行い適切な処方が出ているか確認する。	クラリシッド・ドライシロップ10%小児用	クラリチンドライシロップ1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3141	クラリシッド錠200mg 2錠 2×朝夕食後が臨時処方された。この患者様は定期処方薬でベルソムラ錠15mgを服用中で併用禁忌のため疑義照会。結果、レボフロキサシン錠250mg「DSEP」 4錠 2×朝夕食後に変更と病院薬剤部から返答があった。「レボフロキサシンは耐性菌予防の観点から分割投与は避け、必ず1日量を1回で投与すること」と添付文書にあり、過量でもあるため再度確認。最終的にレボフロキサシン錠250mg「DSEP」2錠 1×夕食後となった。	毎回医師に直接問い合わせではなく、病院薬剤部を通しての疑義照会のため他の薬の用法と勘違いした可能性が考えられる。	処方変更や新規処方などは初期鑑査の段階で添付文書の用法用量を確認してから調剤するようにしています。	クラリシッド錠200mg	レボフロキサシン錠250mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3142	クラリシッド(200)2錠分1での処方。クラリシッドは通常分2で用いるため疑義照会を行ったところ、クラビット(250)2錠分1へ処方変更。	抗生物質の類似薬品名のため、薬剤選択を誤ったと推定される。	処方鑑査を行う際には添付文書情報を確認し、用法・用量に関して誤りがないか確認する。	クラリシッド錠200mg	クラビット錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3143	皮膚科5歳男児。クラリスドライシロップ1日量5g 分1で処方あり。用量も多く、皮膚科症状から、薬剤ミス、用量ミスと判断し、医師に疑義紹介。クラリチンドライシロップ1日量0.5g 分1に変更。	医師がクラリスとクラリチンの名称間違い、用量に関しては、別のシロップ剤と間違えたのではないかとと思われる。	クラリス、クラリチンなど似通った名称の薬剤に気を付ける。	クラリスドライシロップ10%小児用	クラリチンドライシロップ1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3144	皮膚科を受診されている患者様で2回連続でクラリスドライシロップ10%小児用が処方されていた。2回目の際、患者様に抗生剤が今回も出ていることお伝えすると、かゆみ止めをだしておくといわれた、抗生剤をだすとは聞いていないとのこと。病院に電話にて疑義したところ医師の記載するカルテはクラリチンの記載となっていたが病院事務の入力間違いであったことが発覚。2回目はクラリチンドライシロップをお渡ししたが1回目もカルテはクラリチンドライシロップの記載であったことが発覚。全然別効能の薬をお渡しして服用されておりアクシデント発生となりました。	病院事務のカルテ確認不足と思われま	患者様からの聞き取りをしっかりと行い処方されている薬が間違いないか確認しながら投薬を行う。	クラリスドライシロップ 10%小児用	クラリチンドライシロップ 1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3145	クラリスドライシロップが、1日1回0.5gで処方されており容量も少なかったことから、クラリチンドライシロップの可能性を含めて疑義照会を行う。疑義照会の結果、クラリチンドライシロップ 1日1回夕食後 0.5gに変更になった。	クラリチンとクラリスを処方選択での 選び間違いが原因と考えられる	小児容量の用法・容量の確認と患者からの聞き取りの徹底	クラリスドライシロップ 10%小児用	クラリチンドライシロップ 1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3146	3歳男児 皮膚科受診。アレルギー症状あり。クラリスドライシロップと外用薬処方あり。念のため医師に電話確認したところ、クラリチンドライシロップの書き間違いとわかり訂正。	レセコン入力時に頭文字 クラ で ヒットされたか。	処方に疑いをもつ。	クラリスドライシロップ 10%小児用	クラリチンドライシロップ 1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3147	5歳男児にクラリスドライシロップ10%小児用 0.5g 1日1回夕食後処方1回の用法も、0.5gの用量もおかしいので疑義照会。クラリチンドライシロップの間違いであることが分かり、処方変更になった。	入力時の薬剤の選び間違い。	小児薬用量のチェック。体重換算もしております。	クラリスドライシロップ10%小児用	クラリチンドライシロップ1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3148	クラリスDSが門前クリニック皮膚科Drから処方。皮膚科で処方歴の少ない薬剤であり、また通常用法と異なっているため患者家族に確認。かゆみ止めを出すDrから説明あったと回答。クラリチンDSと同量である点も考慮し疑義照会を行い、クラリチンDSに変更になった。	Drがコンピュータの薬剤選択の際に誤ってしまったと考えられる。	クラリスとクラリチンの名称が似ている点を普段から周知。捕違ひだけではなくDRの選択ミスが考えられる点からも、患者または患者家族に症状やDr説明などの聞き取りを行っていく。	クラリスドライシロップ10%小児用	クラリチンドライシロップ1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3149	6歳体重20kg以上の患者にクラリスロマイシンDsy10% 0.5gの処方体重に換算するとかなり少ない量の為、問い合わせで用量確認したところ、クラリチンDsy 0.5gを処方したかったとのことで、薬剤が変更になりました。	医科レセコン3文字検索「クラリ」でどちらも検索画面に乗っていたためだと思われれます。	小児処方箋については常に体重あたりの量に関して注意する。過剰量だけではなく、少ない場合も必ず処方医に問い合わせる。	クラリスロマイシンDS10%小児用「サワイ」	ロラタジンDS1%「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3150	成人女性で錠剤服用可能だがドライシロップで処方があった。薬歴でも錠剤服用可能の確認ができ、患者本人にも錠剤服用可能と聞き取りできたので疑義照会を行った。結果錠剤に変更になった。ドライシロップでは味や量の関係で飲み切れなかった可能性があり、錠剤に変更して良かったと考えられる。	医療機関側の確認不足	服用可能、不可能な剤形の聞き取りを確実にすることが大切であると考えられる。	クラリスロマイシンDS小児用10%「タカタ」	クラリスロマイシン錠200mg「マイラン」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3151	クラリスロマイシンDS 0.5g 分1の処方であったが 患者の体重に対して処方量が少なく 用法も不適當であり 皮膚疾患での処方であることから疑義照会を行ったところ、クラリチンDS 0.5g 分1への変更となった	「クラリ」まで同じであることからの入力間違い	聞き取りをしっかりと行っていく	クラリスロマイシンDS 小児用10%「タカタ」	クラリチンドライシロップ 1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3152	投薬時に症状について確認したところ、アレルギーがあると確認した。処方内容と患者症状に相違がみられたため、疑義照会を行ったところ、クラリスロマイシン錠200mgが削除となり、クラリチン錠10mgが処方となった。	類似名による医師の処方間違いが推定される。	患者症状と処方内容に相違がないか聞き取りの徹底を今後も継続する。	クラリスロマイシン錠200mg「サワイ」	クラリチン錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3153	【般】クラリスロマイシン錠200mg 1錠、分1朝食後7日分の処方、交付時に患者本人より膀胱炎の症状のため聞き取り。患者は以前クラビットで改善したことがあったため、今回も同じものを希望したとのこと。クラリスとクラビットは別の成分であることを説明し、本人が医師に伝える際にクラリスが欲しいと言い間違えたことが発覚。疑義照会し【般】レボフロキサシン錠250mg 1錠、分1朝食後7日分に変更となる。	患者と医師のコミュニケーション不足が原因。	交付時に患者から症状の聞き取りを丁寧にする。患者に薬識がある場合、先発名と成分名を伝える。	クラリスロマイシン錠200mg「サワイ」	レボフロキサシン錠250mg「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3154	処方せんにて、クラリスロマイシン 200mg 2T 1×朝食後 との記載があった。この方は元々蜂窩織炎の既往歴が有り、いつもクラビット250mg 2T 1×朝食後ででているため確認の疑義を行った。カルテ記載はクラリスロマイシンであったが、クラビットの書き間違いであることが分かった。	単純な書き間違い。	他の薬の処方から見ると、別にこのまま鑑査スルーしてしまう可能性もある処方だったと思う。通常と違う用法だけであるばあい、カルテの記載のみを確認するケースも散見されるが、きちんと医師まで確認する必要があると感じる。	クラリスロマイシン錠200mg 「日医工」	クラビット錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3155	2020年7月某日(土)11時頃、患者(51歳 女性)が処方箋を持参した。処方内容は以下の通り。 (般) モンテルカスト錠10mg 1錠 夕食後 14日分(変更不可) クラリス200 6錠 毎食後 14日分(変更不可) フルティフォーム50エアゾール56吸入用 1瓶 1日2回 1回2吸入 患者は当薬局を初めて利用、お薬手帳は持参せず。調剤事務が処方入力後、薬剤師A(職種経験年数3年)がクラリス200の用法・用量の多さに気づいた。 患者に受診の時に何か話があったか確認したところ、咳の症状が悪化しているため薬を増やすとだけ言われたとのこと。1日量に関しては適応症によっては適宜増減の範囲内ではあったが、依然として用法に疑問があったため処方医に電話で疑義照会した。 その結果、クリアナル200mg 6錠 毎食後 14日分の誤りであったことが判明、処方変更となった。処方医は咳喘息の悪化に対し、鎮咳薬のクリアナル200mgを処方するつもりであったが、抗生剤のクラリス200と処方箋に入力したようだ。(なお、モンテルカストの用法についてもこの時併せて疑義照会済み)	同一成分量、かつ名称類似していたため	用法・用量に少しでも疑問が生じた場合には疑義照会をする。各薬剤の用法・用量を覚えておく。わからない場合にはその都度添付文書で確認してから交付する。	クラリス錠200	クリアナル錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3156	9歳男児に対し、「クラリチンドライシロップ1% 3g 朝夕食後 14日分」処方。処方鑑査者が明らかに過量と判断し、処方医に疑義照会実施。「クラリスドライシロップ10% 3g 朝夕食後 14日分」へ変更。	医療機関にて処方入力時に頭3文字の「クラリ」のみ入力し、「クラリチンドライシロップ1%」を誤って選択したものと推測。	小児処方薬は添付文書記載の用量を逸脱していないか、必ず確認を実施。体重換算の際に成人量を超える可能性もあるので、投与上限量についても併せて確認を実施。	クラリチンドライシロップ1%	クラリスドライシロップ10%小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3157	クラリチンD s1.1g 1日2回朝夕食後で処方されていたが、1歳に処方されていたため、クラリシッドDSの薬品名間違えではないかと疑義照会をした。クラシッドDSに変更となった。	処方せんを入力する際にクラリの三文字で検索して薬品名を選び間違えたことと推定される	名前が似ている医薬品に注意して、用量を確認して誤りの可能性がある処方には疑義照会をする	クラリチンドライシロップ1%	クラリシッド・ドライシロップ10%小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3158	クラリチンドライシロップ1% 1.7g 毎食後5日分で処方されていたため疑義紹介を実施した。その結果、クラリスドライシロップの処方間違いであることが発覚した。患者には正しい薬を調剤し服薬指導することができた。	クラリチンとクラリスが頭3文字同じであるため、入力ミスが発生したと考えられる。	レセコン入力画面にて添付文書上とは異なる用法の場合はアラートが表示される。	クラリチンドライシロップ1%	クラリスドライシロップ10%小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3159	クラリチンレディタブ錠10mg 2T 2×朝・夕食後の処方あり。投薬時、本人との話の中で、「今日は抗生物質を出す」と言われていたのに出ていないので照会。クラリスロマイシン200mg 2T 2×朝・夕へ変更となる。	カルテ入力時に前3文字入力なので、エンターキーを連打してしまったと考えられる。	急いでいる患者についても、情報収集をしっかりと実施するように徹底する。	クラリチンレディタブ錠10mg	クラリスロマイシン錠200「MEEK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3160	セファランチン錠1mg、フロジン外用液5%と一緒にクラリチン錠が処方されていた。処方内容から円形脱毛症が推測された。またクラリチン錠は成人に1回10mgを1日1回が通常量だが3錠 分3毎食後と過量に処方されていたことから入力間違えではないかと疑義紹介を行った。	入力された事務職員の知識不足。	職員全体への事例共有。	クラリチン錠10mg	グリチロン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3161	咳が続いており、継続受診している患者に今回新たに「クラリチン10mg 1錠 分1 就寝前」が追加処方された。他に、メジコンやムコダインも処方されている。交付者が投薬時に話を聞くと、「鼻水は出ていない。コレステロールが高いことが分かり、薬が出ると聞いた。」とのこと。病院に疑義照会したところ、「クレステール 2.5mg 1錠 分1 就寝前」に処方変更された。	薬品名、用法が似ているため、医師が誤って記載してしまった。(手書きでの処方であった)	新規薬についてどのような症状で処方されたか患者に確認する。	クラリチン錠10mg	クレステール錠2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3162	クラリチン錠10mgが朝夕食後で処方。1日2回の用法に疑問を持ち、患者に聴取したところ、前回の薬を継続の指示と抗生剤服用中とのお話があり、処方医に照会。結果、クラリス錠200mgの誤りとのこと、当該薬品に変更となった。	最初の3文字までが同じ薬品のため、おそらく処方箋入力の際で薬品の選択ミスが要因と考えられる。	今回はクラリチン錠の1日2回用法が発見のきっかけとなったため、常に正しい用法での使用を意識し、患者のお話との整合性も確認することがヒヤリハットを防ぐことにつながると考えられる。	クラリチン錠10mg	クラリス錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3163	クラリチン錠10mg 4錠 朝夕食後処方されていた。通常より用量がかなり多かったため、処方医に疑義照会したところ、クラリスロマイシン錠200mg 4錠 朝夕食後に変更となった。	処方医はクラリスロマイシンを処方するところ、クラリチンと入力してしまったようだ。	用量用法を確認しながら調剤・監査を行うようにする。似た名前の薬剤は特に意識して業務を行うようにする。	クラリチン錠10mg	クラリスロマイシン錠200mg「タナベ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3164	クリアナールが疼痛時に処方 薬局にクリアナールがなく、不審に思い本人に症状を確認本人からは片頭痛で受診とのこと。Drに問いあわせたところクリアミンを処方したかったとの回答 処方薬剤が変更になった	Drがパソコン操作に不慣れによる選択ミス	投薬時に患者さんの症状を確実に確認し、不審な点があればすぐに確認する	クリアナール錠200mg	クリアミン配合錠A1.0		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3165	頭痛時に頓用で、クリアナル錠1錠10回分と記載あり、痰の薬なので、違う薬品を処方したかったのではないかと確認した。	最初の3文字が同じなので、間違えたと思われる。	作用と用法が食い違うときは、医師に確認する。	クリアナル錠200mg	クリアミン配合錠A1.0		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3166	基幹病院から近隣のクリニックへ紹介されて初めての処方だったが、一般名処方でもトホルミン錠250mgMTと記載されていなければならないところ、トホルミン錠250mgGLと記載されていた添付文書上限投与量の違いがあるため疑義照会し変更となった。	医師、または入力した事務員の認識不足による処方のオーダーミス	平素から利用いただいている患者の薬歴、及びお薬手帳を確認し注意喚起を徹底する	グリコラン錠250mg	メトグルコ錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3167	【般】メトホルミン塩酸塩錠250mgGL 4錠と記載されており、疑義照会を行い、メトホルミン塩酸塩250mgMT「ニプロ」4錠に記載変更を依頼した。→先の記載ではグリコラン錠250mgを処方するべきであるが、承認用量が1日750mgのため使用できない。	メトグルコ錠250mgの一般名処方が存在しないため、医師は【般】メトホルミン塩酸塩250mgGLを選んではしまい、承認用量を超えてしまう場合がある。	グリコラン錠とメトグルコ錠には承認用量に違いがあるため、処方元に一般名処方をする場合の注意喚起を行った。社内伝達済み。	グリコラン錠250mg	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3168	一般名でメトホルミン250mgGT4T2xMAの処方があり、GTの場合はグリコランの一般名であり、処方上限が750mgまでである。今までも当薬局に来局していたが、今回転院で、転院先の処方箋を当薬局で応需した。転院前にはメトホルミン250mgMT4T2xMAで処方されていた為、処方ミスと判断し、疑義照会を行った。今まで通りのメトホルミン250mgMT4T2xMAに変更になった。	メトホルミンにGTとMTがあることを知らなかったと思われる。医師の処方を一般名にした先に医療事務が処方入力を間違えた可能性もある。	一般名は一字一句確認する	グリコラン錠250mg	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3169	2020年8月処方までグリメピリド0.5を処方されていた患者様。9月処方よりグリミクロンHAへ変更後問題なく2回ほど処方。三回目の今回グリメピリドに処方が戻っていたため患者様に確認も、医師からの変更説明なかったとのこと。また今回HbA1cなどの検査の為採血し、結果は次回出るとのこと。で、結果を見て薬再検討すると医師から説明あったとの聞き取りがあったため、医療機関に疑義照会したところ、グリミクロンHAへ変更となりました。	医療機関で処方箋を入力時に以前使用していたグリメピリドを選択してしまったのではないかと考えられます。	薬が変更になっている際は患者様に必ず医師より変更の説明があったかを確認、患者様に心あたりが無い場合は疑義照会するようにしております。	グリメピリド錠0.5mg「三和」	グリミクロンHA錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3170	普段から処方箋を受付する医師だが、初めてグルコン酸カルシウムが処方された。当薬局で取り扱う、処方を見るのみ初めてだった。普段はグルコン酸K細粒をよく処方される医師だったので問い合わせたところ、レセコン入力間違いでグルコン酸K細粒に訂正となった。	似た名前による入力間違い	あまり使われない薬が処方されたら、処方箋通り入力、調剤を始めるのではなく、患者様や医師に処方意図の確認や、入力間違いの可能性を確認する事が大切	グルコン酸カルシウム水和物	グルコンサンK細粒4mg/g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3171	今回初めてグルファスト錠10mg処方分1朝食後で処方されていたため、用法用量を確認したところ、グラクティブ錠50mgの間違いであることが判明	頭文字が同じであるため、入力時に誤って選択してしまったと考えられる	処方変更、追加の際は用法用量の確認、医師の指導内容と処方内容にずれがないかを確認する	グルファスト錠10mg	グラクティブ錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3172	患者様が定期薬の処方箋をもって来局された。前回処方比較すると、セイブル(50)とシュアポスト(0.25)が処方削除となり、グルファスト(10)が処方追加となっていた。投薬時に、患者様が「先生が2つの薬を1つにすと言っていたよ。」とおっしゃっていた。一旦、薬剤は交付したものの、投薬者が配合錠ではないかと疑問を持ち、病院へ問い合わせを行った。病院カルテにはグルベス配合錠へ変更との記載があり、処方薬剤の間違いが発覚した。その後、患者様に連絡を取り、薬の交換を行った。	類似名称であった。	薬の変更時は投薬時に患者様に確認を行う。	グルファスト錠10mg	グルベス配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3173	グリメピリドからグルベス配合錠に変更となっていたが、ミチグリニドやボグリボースの服用歴がなかったため処方医に確認した。その結果、処方間違いであることが判明した。	名称が類似していたことが原因。	新規薬処方時は必ず添付文書を確認する習慣をつける。	グルベス配合OD錠	グルファスト錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3174	グルベス配合錠 1錠 分1 朝食前の処方であったが、投薬時患者からの聞き取りにより今日は便秘の為受診したとのこと。患者に高血糖などの既往歴もなく、普段から医師が使用しているリンゼス錠との薬品名違いを疑い疑義照会をした。結果、リンゼス錠が処方になり、患者への健康被害を免れることができた。	グルベス配合錠、リンゼス錠とどちらも食前服用の薬でカタカナ表記が似ているため、病院の処方箋発行時の入力間違いが考えられる。	糖尿以外の薬でも新規医薬品の初回処方時は患者への聞き取りをしっかりとすることが重要。	グルベス配合錠	リンゼス錠0.25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3175	グルベス配合錠は通常1回1錠 1日3回服用だが1回2錠 1日1回で処方されており、疑問に思い問い合わせたところグーフィス5mg1回1錠1日3回の間違いだったことが判明。処方変更し、副作用を事前に防ぐことができた。	名称類似(グルベス、グーフィス)により入力間違いが起こった可能性があるため。	・ 監査の時点で通常の用法以外の使われ方をしていないかの確認の徹底。通常の用法以外の使われ方の場合は、薬歴等を用い問題がないかどうか判断する。・ 薬の変更があった際には患者様と変更内容を確認し、Drから話はあったかどうか、変更間違いがないかを判断する。	グルベス配合錠	グーフィス錠 5 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3176	久しぶりの来局。初処方。手帳に他の医療機関での服用歴ないこと確認。処方内容の「クレストール錠2.5mg」の用法が、通常の1日1回ではなかったため、患者様に本日受診の経緯を確認したところ、膀胱炎で受診したとのこと。処方内容と病状が異なっていたため疑義照会。その結果、薬品名が「クレストール錠」ではなく「グレースビット錠」であることが判明し、処方変更となる。	医薬品名の類似による入力ミス	今回、入力ミスと思われる医薬品の用法が通常と異なっていたため、疑問に思い、病状確認後疑義照会と間違いを発見しやすかった。しかし、処方されている医薬品の用法に問題なく、来局された方が代理の方の場合、発見しにくいケースも考えられる。そのような見逃しを起こさないためにも、基本のことではあるが、特に新規のお薬に関しては、患者様または代理の方から病状に関する聴取を行い、処方内容と症状に間違いがないことをしっかり確認してお渡しの必要がある。	クレストール錠 2. 5 m g	グレースビット錠 5 0 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3177	以前より当局利用している患者が婦人科の処方箋を持って来局した。クロトリマゾール錠 1 0 0 m g 7 錠 (7 日分) 処方されていたが、添付文書上でクロトリマゾール錠の使用期間は 6 日間のため処方医に電話で疑義照会した。その結果、当初クロラムフェニコール錠 1 0 0 m g を処方するつもりが誤ってクロトリマゾール錠と記載していたことが発覚した。	薬剤名が類似しているため入力時に薬剤を選択し誤ったものと思われる。	薬剤名が類似しており、ともに婦人科で処方される。添付文書上の使用期間の違いに加え、患者へ症状を聞き取り、処方内容に間違いがないか確認していく。	クロトリマゾール錠 1 0 0 m g 「F」	クロラムフェニコール錠 1 0 0 m g 「F」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3178	処方箋上にクロピドグレル75mg 2錠分2朝食後とあり、用法が逸脱しているの間違い合わせしたところ、プラザキサカプセル2Cp分2朝食後に変更になった。	Drがプラザキサとプラビックスを勘違いしたことが大きな要因。	同効薬で名称が似通っているものに関しては用法を確実に把握しておき、不安な場合は必ず添付文書や電子薬歴で確認してから調剤して監査する。	クロピドグレル錠75mg「AA」	プラザキサカプセル75mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3179	顔の痒みで以前皮膚科で処方された薬を持参し内科へ来院。薬が無くなりそうなのでここで処方できないか薬を見せて医師へ相談。クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏を処方。持参薬はクロベタゾン酪酸エステル軟膏あり使用部位が顔であったため問い合わせ。キンダベート軟膏(クロベタゾン酪酸エステル軟膏)へ変更と確認。	名称が似ているので間違えたのではないかと推察される。	成分名であってもよく名称をよく確認する。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」	キンダベート軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3180	0歳の患者の母親が、キンダベート軟膏の処方をDrへ依頼。処方されていたのはクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏(デルモベート軟膏のG)だった。0歳の患者に対して1群のステロイドは強すぎると思い疑義紹介し、処方変更となった。患者希望のキンダベート軟膏は採用がない医薬品だったので、類似薬のスピラゾン軟膏に処方変更となった。	キンダベート軟膏の一般名はクロベタゾン酪酸エステル軟膏であることと、当該病院にはキンダベート軟膏の採用がなかったことから、キンダベートの一般名になじみがなく、処方の間違いに気が付かなかったと思われる。	ステロイド外用薬の一般名処方・後発品処方の際には名称が似ているものが多いため、一文字ずつの確認を行っている。また、ステロイド外用薬の分類表を用いて作用の強さを確認し、患者の年齢や使用部位の確認を行っている。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」	スピラゾン軟膏0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3181	ストロンゲストのクロベタゾールは顔への使用は不適であるため疑義照会を行ったところミディアムのクロベタゾンへと変更となった。	薬品名が類似しているため。	ステロイドのランクと使用部位が適正かその都度判断する。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「イワキ」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3182	<p>処方箋の同じ区分内に、以下記載あり。RP) リンデロンV G軟膏 10g 1本 クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏「イワキ」5g 1本 塗布1日1回混合指示のような記載でしたが、ステロイド2剤の混合は考えにくいので、それぞれ単独処方のつもりなのか確認が必要でした。</p> <p>更に塗布部位の記載も抜けていたため、患者へ確認しました。すると、他の病院で処方されていた薬と同じものを出してもらったかったので、それぞれ単独でもらいたいとお話でした。お薬手帳と現物を見せてもらい確認すると、お薬手帳には「リンデロンV G軟膏1日2回手湿疹部へ塗布、バルデス軟膏1日2回顔湿疹部へ塗布」と記載があり、おそらくバルデス軟膏の有効成分クロベタゾン酪酸エステル軟膏を、誤ってクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏と記載したと推測され、電話で疑義照会を行いました。結果として、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏は、薬局在庫ないため、バルデス軟膏の先発であるキンダベート軟膏へ変更され、用法も「1日1回顔湿疹部へ塗布」となりました。リンデロンV G軟膏の用法も「1日1回手湿疹部へ塗布」と追記されました。</p>	<p>ステロイド外用剤は、有効成分が類似しているため、クロベタゾン酪酸エステル軟膏のところ、誤ってクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏と記載したと思われます。</p>	<p>処方箋の記載不備がある場合は、確認が必要です。患者が他の病院で処方されていた薬を依頼する場合は、お薬手帳や現物を持参しているケースも多いので、念のため確認を行うと安心です。今回の場合、顔面にvery strongが処方されるところでしたので、塗布部位の確認も必須と考えられます。</p>	<p>クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「イワキ」</p>	<p>キンダベート軟膏0.05%</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
3183	<p>当該患者から「いつも別の病院で処方されている塗り薬を出してもらった」と訴えあり。お薬手帳より別病院にてヒルドイドローション及びデルモゾールローションを継続していることが確認されたが、処方箋に記載された外用薬はヒルドイドローション及びクロベタゾールプロピオン酸エステル外用液であった。疑義照会を実施したところ、デルモゾールローション(ベタメタゾン吉草酸エステル外用液)を処方する意図であったことを確認、処方変更となった。</p>	<p>医療機関でデルモゾールローションとデルモベートローションを混同したと思われる。</p>	<p>交付時、患者から聴取した内容と処方箋、薬歴及びお薬手帳の内容に齟齬がない事を必ず確認し、疑義が生じた場合は医療機関に問い合わせる。本件のように、先発品の名称が似た薬について、一般名で処方がなされることもある為十分な注意を要する。</p>	<p>クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「タイヨー」</p>	<p>デルモゾールローション0.12%</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3184	門前のクリニックから他院へ転院での処方。Pt家族からの訴えによると不要な薬は減らしていこうとDrから言われたとのことだが服用歴のないクロルプロマジン25mg(一般名)が処方された。服用歴にはクロルマジノン25mgがあった為誤処方进行疑義照会したところクロルマジノンへの変更となった。Drと薬効服用時点の確認を行い用法用量の変更はなしとなった。クロルプロマジンは第一世代の抗精神病薬であるためD2ブロックに加え抗コリン作用もあり鎮静・睡眠作用が強く出る可能性がある。誤処方によるSEの未然会費となった。	門前クリニックからの情報共有の不備。医師の患者とのコミュニケーション不足。医薬品(一般名)の類似。	今回のような名称が似ている医薬品においては注意喚起の通知を薬局内で共有できるシステムを構築しています。	クロルプロマジン25mg	クロルマジノン25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3185	クロルヘキシジングルコン酸外用液は、薬価収載から、外れているのに、処方された。	現行収載のマスクン水に変更された。	特記なし	クロルヘキシジングルコン酸塩消毒用液EW0.5%「NP」	0.05W/V%マスクン水		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3186	70歳代女性に初めてクロルマジノン25mgが処方された。25mgの用量では前立腺肥大症、前立腺癌の適応しかないため処方医へ疑義照会。d-クロルフェニラミン6mgが本来の意図した処方だったため、変更となった。	頭文字3文字が同じであるため医師が入力を間違えたと考えられる。	調剤を開始する前に、薬剤師が処方監査を行ったことで発覚。	クロルマジノン酢酸エステル錠25mg「日医工」	d-クロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠6mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3187	ロケルマ懸濁用散の初回量を無視、上限量越えした用法用量で処方追加あり。疑義照会にて処方削除を確認。また定期薬のカリメート散がケイキサレート散に変更になっているがご家族の方への説明は一切なかったことを疑問に思い、再度疑義照会したところ医師の処方ミスが発覚し、ケイキサレート散がカリメート散へ変更になった。	ロケルマ懸濁用散の処方を追加する際に、定期薬のカリメート散の処方を削除してしまったのか誤ってケイキサレート散で入力されてしまった。あるいはロケルマ懸濁用散の処方に伴いカリメート散からケイキサレート散へ処方変更したが、ロケルマ懸濁用散の処方削除に伴い訂正すべきケイキサレート散の処方をカリメート散へ戻し忘れてしまった。	処方98日分であり、薬局がお久しぶりだった。前回との比較が出来ずカリメート散およびケイキサレート散の処方では当薬局では初めて調剤するものであった。一度目の疑義照会後に、ご家族の方と連絡がとれ継続していた定期薬がケイキサレート散ではなくカリメート散であることが発覚し二回目の疑義照会をすることが出来た。	ケイキサレート散	カリメート散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	事前にケイキサレート散とカリメート散のパッケージ写真を確認し印字された文字の色などを照らし合わせ、継続している物がカリメート散であると確認できたことは、専門知識のないご家族からの聴衆に役立てたと感じる。疑義照会は処方箋の記載事項の正当性だけでなく、患者様にとって正しい処方内容になっているかどうかを考え、判断する必要があることを改めて実感することになった。今後、処方箋受け取り時の聞き取り、先確認の精度を上げ安全かつ正しい内容で調剤が出来るように努める。						
3188	ケトチフェンDS0.1%2.5g 1×寝る前の処方。患者様は7カ月であり用量が多い為、用量と共に薬品名の確認を行い、ザイザルシロップ0.05%2.5mL 1×寝る前に変更となる。	先発品名ザジテンとザイザルの薬品名類似が原因か？	薬品名、用量の確認の徹底。	ケトチフェンドライシロップ0.1%「タイヨー」	ザイザルシロップ0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3189	平素より処方されている薬に外用のケトチフェン点鼻液が追加で処方。患者家族が受け取りに来た際に症状のヒアリングにより剤形、使用部位に誤りがあることが発覚。	成分名、濃度まで同じであり、一般名処方であったため、処方箋作成時にレセコンでの入力を誤った可能性あり	普段出ていない医薬品については入念に使用部位や症状についてヒアリングを行い、適切な医薬品であるかを確認する	ケトチフェン点鼻液0.05%「CH」	ケトチフェン点眼液0.05%「CH」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3190	ケフラール細粒10%の処方では体重当たり用量が少ないため疑義した所、ケフレックス細粒へ変更となった入力時変更し再度監査した所、また用量が少なく再度確認した所ケフレックス20%の所ケフレックス10%で入力されていた	普段処方元が使用しているケフレックス細粒は20%で疑義の時もケフレックスへ変更して下さいと言われて規格まで確認していなかった今回はケフラール10%の処方からの訂正でそのままケフレックス10%へ入力訂正してしまった	普段使用しているからといって規格の確認を疎かにしない入力訂正をする際も薬品名だけでなく細部までしっかり伝える	ケフラール細粒小児用100mg	ケフレックスシロップ用細粒200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3191	処方ではケフレックスカプセル250mg 6カプセル分3でしたが、ケフレックスカプセルは、1日1000mg 分2が普通の用法なので疑義照会したところ、ケフレックスカプセルではなくケフラールカプセル250mgの待ちがえだった。	ケフレックスカプセルとケフラールカプセルは似ているので注意する。	疑問に思ったら疑義紹介して納得してから投薬すること。	ケフレックスカプセル250mg	ケフラールカプセル250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3192	他病院での皮膚科の治療が、今回受診の病院に引き継がれることになった。患者は使用していたLケフレックス顆粒を持って行ったが、処方箋入力でケフレックスシロップ用細粒が出ていた。処方箋のFAXを受け取った際に、監査で服用量が年齢の割に多いことに違和感を感じ、患者に確認。分包したのではなく、1袋で出ていたとお話を聞き、病院に疑義紹介しケフレックス顆粒に変更になった。	他剤形の存在をしらなかったこと。	用法、用量だけでなく、患者にとっての服用しやすさも考慮して監査、調剤する。	ケフレックスシロップ用細粒100	L-ケフレックス顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3193	患者は腹痛にて受診。診察にて胆石疑いのため痛み止めを出すとの指示があった。最初コスパノンカプセル40ミリグラムの指示が疼痛時頓服で出た。胆道疾患への鎮痙効果はある薬剤の為問題はないと考えたが、投薬を行う際、患者との話で、患者は痛みがあり胆石症の痙攣疼痛の緩解まで必要ではないかと考えコリオパン錠10ミリグラムではないかと思い医療機関に疑義照会を行った。その結果処方医もコリオパン錠10ミリグラムを指示したつもりだったがオーダーリングにてコスパノンカプセル40ミリグラムの指示にて行ったためコリオパン錠10ミリグラムに処方変更になった。	名称が似た薬剤、また適応上この薬剤で問題ないのではと思うような薬剤について、特に患者と話を深く行うことが必要であると思います。	事例共有を行いこのような事例があったことを各薬剤師が把握し、今後同じ事例が出たときに対応できるように努めます。	コスパノンカプセル40mg	コリオパン錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3194	当薬局2回目利用の患者様。0歳だがコンプト点眼が処方されていたため患者家族に聞き取りしたところ、目ヤニの症状での受診であったことから、疑義照会し、トスフロ点眼へ処方変更となった。	医師がコンプト点眼が抗生物質の目薬と勘違いまたはトスフロ点眼と間違えて処方してしまったと考えられる	引き続き処方監査時に漏れないようにする。	コンプト配合点眼液	トスフロ点眼液0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3195	(般) ドルゾラミド・チモロール配合点眼液の処方であったが、患者が前回と薬の変更はないと言ったため疑義照会を行ったところ、トルソプト点眼液に変更となった。	名称が類似しているせいかと思われる。	患者からの聞き取りを行い、疑わしい点は疑義照会する。	コンプト配合点眼液	トルソプト点眼液1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3196	元々ザラカム+アイファガンを使用されていた。今回処方がザラカム+コンプトに変更となっていた。2剤ともチモロールを含む合剤であり、成分重複のため疑義照会を行った。処方医よりコンプトをエイゾプト懸濁性点眼液に変更との指示を受けた。	薬剤名の類似	合剤の場合、配合成分の確認を徹底する	コンプト配合点眼液	エイゾプト懸濁性点眼液 1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3197	当薬局久しぶりの受診。処方内容に変更あり。処方鑑査を行っている際に、コンプト(チモロール+ドルゾラミド)、アイラミド(プリモニジン+プリンゾラミド)が同時に記載されており、炭酸脱水素阻害薬のドルゾラミドとプリンゾラミドが重複している事に気付く。疑義紹介によりアイラミド→アイファガンへ処方変更となった。	以下の2点が要因として推察される。 ・コンプト、アイラミドともに合剤のため成分の重複に気付きにくい。 ・コンプトとアイファガンを処方するつもりだったが、アイファガンとアイラミド名称似ているため選択を間違えた	合剤など成分が一目でわかりづらいものに関しては成分重複などないように都度添付文書などで成分名や成分量などを確認している。	コンプト配合点眼液 アイラミド配合懸濁性点眼液	コンプト配合点眼液 アイファガン点眼液 0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3198	コタロー麻杏甘石湯の処方があったが、交付時、咳は出ていないが喉が痛い訴えがあったので医師に疑義照会しコタロー桔梗石膏へ変更となった。	医師の処方薬の選択ミスだと思われる	患者の訴えと薬剤の適応が合っているかよく確認する	コタロー麻杏甘石湯エキス細粒	コタロー桔梗石膏エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3199	咳症状はあるが、病院からは高血圧の話は聞いていないと患者から聞き取り、疑義照会を行った。その後処方が変更となる。	「コディオ」、「フスコデ」と類似した名称のため誤った可能性がある。	前回処方から変更になった場合や、追加になった場合は患者への聞き取りを徹底する。	コディオ配合錠EX	フスコデ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3200	狭心症の診断をもらわれていましたが、コバシルに狭心症の適応が無かった。また血圧も低い方とのことで、疑義照会。	ドクターのオーダーミス、コバとコニの名前が似ているために生じたミス。患者さんからの聞き取りで症状と適応症等がミスマッチを発見。	投薬時の聞き取りをしっかりとしていくこと。薬の適応症等も把握するようにする。	コバシル錠2mg	コニール錠2		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3201	頭部の乾癬症状のない患者様にコムクロシャンプー-0.05%が処方され、疑義照会し、クロベタゾール軟膏0.05%へ変更になった。	一般名が同じ。	患者様本人や家族のヒアリングを考慮して、処方の内容が適正であるか判断するように努める。	コムクロシャンプー0.05%	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05% 「タイヨー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3202	医療機関からコルヒチンの処方箋が出ていたので、尿酸値について患者さんに確認したところ、特に問題がないことが分かった。他に風邪に対する処方が出ていたので、薬品名が類似するコルドリンとの間違いではないかと考え、医療機関に疑義照会した。その結果、コルドリンに処方の変更された。	名称が似ている薬品の取り違い/入力ミスは起こりやすい。	単一の薬品だけでなく、処方されている他の薬品にも注意を払う。また、患者さんからの容態・症状の聞き取りも入念に行う。	コルヒチン錠0.5mg 「タカタ」	コルドリン錠12.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3203	以前よりコントロール散10%を服用。当該処方箋よりコントミン糖衣錠25mgに変更となっていた。用法用量および適応症を考慮しても薬剤変更の可能性は低いと判断し疑義照会。症状も現状安定しておりご家族も医師より薬剤変更についての説明を受けていなかった。類似名称による誤入力と判明しコントロール散10%に変更。	症状悪化、SE発現	薬剤変更の際は患者に医師からの説明があったか確認変更された薬剤の用法用量・適応症を確認し不適でないか確認	コントミン糖衣錠25mg	コントロール散10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3204	サアミオン散1%2mg 朝夕食後10日分という処方内容で用量がかなり少なめでしたので念のため疑義照会するとサアミオン錠5mg 2錠朝夕食後10日分に変更になりました。	名前が類似しているので処方せんの入力の際にまちがって入力したと思われる	処方内容に少しでも疑問があるときは、他の薬剤師にも意見を聞くそれでも解決しないときは疑義照会をする	サアミオン散1%	サアミオン錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3205	0歳9か月の患者にザイザルシロップ0.05% 1回2.5ml 1日2回で処方。通常1歳未満の小児には1回2.5ml 1日1回の為疑義。疑義の結果ザジテンシロップ0.02% 1回2ml 1日2回に変更となった。	ザイザルとザジテンではじめの文字が似ているためレセコンに入力の際選択を間違えてしまった可能性がある。	小児の場合は特に年齢・体重による処方監査を調剤前に必ず行うよう徹底する。	ザイザルシロップ0.05%	ザジテンシロップ0.02%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3206	ザイザル5m gが処方されたが、患者との聞き取りで別の薬の可能性があると考え、医師に疑義照会したらザルティア5m gを処方したつもりであったと回答あり、処方変更となった。	処方の際、類似名であったため処方間違いが起こったと思われる。	患者さんへの聞き取りをしっかりと行い処方内容と合っているか確認する。	ザイザル錠 5 m g	ザルティア錠 5 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3207	ザイロリック錠 1 0 0 m gを処方すべく、ザイザル錠 5 m gと記載	医師がカメラマンである患者と撮影に関して話が盛り上がり、集中にかけていたと思われるいつもの薬をもらいに来た、という患者の薬歴を参照に疑義照会を行った	診察中の話の内容、患者の既往症を確認してから調剤を行うようにしている	ザイザル錠 5 m g	アロプリノール錠 1 0 0 m g 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3208	医療機関A(整形)よりサイトテック錠が処方され患者へ聞き取りを行ったところ今回は鎮痛剤追加の旨の情報あり、処方薬剤と薬効が異なるため疑義照会を実施。その後「サイトテック錠」→「サインバルタカプセル」への変更の回答あり修正して調剤を実施。	医師による処方入力ミス。頭文字2字まで一致のための誤入力と推定される。	・処方追加の際には必ず追加/変更理由及び患者の状態確認を実施する。・患者からどういった薬を追加するか医師から説明、指示を受けているか処方追加/変更の際には確認を実施する。	サイトテック錠 1 0 0	サインバルタカプセル 2 0 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3209	サイレースが初めて処方となった患者。投薬の際、足の痛みのための薬をもらったと聞き取る。サインバルタと間違っているのではないかと考え、疑義照会を行う。サインバルタに処方変更となる。	サイから始まる薬品名で、用量も 2 0 m g と 2 m g で類似。	患者からの聞き取り情報から、薬の選択が正しいのか評価を行う。	サイレース錠 2 m g	サインバルタカプセル 2 0 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3210	新患の患者様。(アンケート記載の住所より、遠方からの短期滞在と思われる。)お薬手帳と本人の弁より、定期で服用中の処方と同じものを処方してもらったとのこと。お薬手帳に記載のザクラスはHDだったが、処方LDだった為、Drより減量するなどの話があったか伺ったが、そのような話は無かったとのことで、処方ミスを疑い疑義照会したところ、ザクラス配合錠LD 1錠 分1朝食後 14日分→ザクラス配合錠HD 1錠 分1朝食後 14日分に変更になった。	医薬品の名称の類似。医療機関の入力ミス。	投薬前の手帳確認の徹底。薬が変更になった際は、詳細を確認するように決めている。	ザクラス配合錠HD	ザクラス配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3211	1歳 BW9 処方是一般名記載。【般】ケトフェンシロップ0.02% 5mL 1日2回朝夕食後 4日分処方。 適宜増減の記載が添付文書にはあるが、用量オーバーのため確認。 医院側はザジテンではなく、ザイザルの誤りだったと返答あり。おそらく医院事務スタッフの入力の際にミスが発生したようだ。	小児科処方せんは、かならず年齢、体重からの用量を確認する必要あり。	また今回ケトフェンシロップは、その医院からは初めての処方だった。初めて扱う薬剤は、かならず添付文書を確認する。	ザジテンシロップ0.02%	ザイザルシロップ0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3212	熱性痙攣の既往がある患者にザジテンシロップが処方されていた。	普段ザジテンシロップはほぼ処方されずザイザルシロップが主なので、おそらくザイザルシロップとの入力間違いと思われる。	調剤前の鑑査の徹底	ザジテンシロップ0.02%	ザイザルシロップ0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3213	ザジテンシロップ 5 mL 分2 3 0日分が3歳の子に処方されました。店舗にはGEの分包品として2 mLと3 mLがありました。添付文書によると3歳は6 mLと書かれてあり、念のため疑義照会しました。すると、ザイザルシロップを処方する予定だったとのことで、処方変更になりました。	小児の1回服用量の確認ができたこと。	処方に疑問点があった場合は必ず疑義するようにしています。患者様からも聞き取りし、違和感があれば疑義するようにしています。	ザジテンシロップ0.02%	ザイザルシロップ0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3214	ザジテンDSの処方であったが、家族からの情報で、アレルギー症状はなく、傷の後に服用で処方とのこと。ザジテンDSの適応から処方意図が不明。ケロイド・肥厚性瘢痕の適応があるリザベンの可能性が考えられたためTELにて問い合わせした。その結果リザベンに変更となった。	医師の勘違いであったよう。名前が少し似ており、同じ抗アレルギー薬で勘違いされたと思われる。	患者や家族から症状などしっかり聞き取り、適応等処方の確認をする。	ザジテンドライシロップ0.1%	リザベンカプセル100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3215	パタノール点眼0.1%とザジテン点眼液0.05%同時処方に違和感を覚え患者様に使用法を確認した。患者様から、全体的にただれているからステロイド点眼を処方すると聞いてきていることを確認。名称が類似するザジテン点眼とサンテゾーン点眼の誤りと推察されたため疑義照会した。	薬品名が類似しており、処方に当たって記載を誤ったと思われる。	疑義照会を行った。ザジテン点眼0.05%⇒サンテゾーン点眼液0.1%yへの変更を確認した。	ザジテン点眼液0.05%	サンテゾーン点眼液(0.1%)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3216	9/25 近医受診後、処方箋を持参し来局。内服薬は常用薬の継続であったが、点眼薬（ザラカム配合点眼液）のみ新規処方であった。 年齢も55歳と若く、今回の受診が眼科ではなく内科であったため【ザラカム配合点眼液】の処方には違和感を感じた。お薬手帳を確認すると、以前【ザジテン点眼液0.05%】を処方されていた記載があり。診察時に医師から点眼薬の使用について何かお話があったか伺うと、「特にそのような話はなかったが、以前処方されたアレルギーの点眼薬を処方して欲しいと伝えたとお話しがあった。処方間違いの可能性があるので、電話にて医師へ疑義照会を行った。処方内容が【ザラカム配合点眼液】1日1回朝→【ザジテン点眼液0.05%】1日2回両目へ変更となった。	カルテで処方歴を確認し処方を入力した際、頭文字の「ザ」と文字数が同じことから間違えたと思われる。	新規開始となる薬剤が処方されている場合は、患者のステータスを再度確認し処方が正しいかどうか確認している。	ザラカム配合点眼液	ザジテン点眼液0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3217	リウマチ患者にサラゾスルファピリジン錠500mg「JG」1T分2で新規に処方あり。適応症は無く、腸溶錠に変更になっても半割不適にて規格も併せて疑義照会。サラゾスルファピリジン腸溶錠250mg「日医工」2T分2に変更となる。	同一成分の剤形、規格による適応症の違い。	規格等にて適応症の異なる薬剤に関しては棚に注意喚起の工夫を行う。	サラゾスルファピリジン錠500mg「JG」	サラゾスルファピリジン腸溶錠250mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3218	自己免疫疾患で通院中の患者様に対してサラゾスルファピリジン普通錠が処方。2年目薬剤師が患者様に確認した所、お腹のことでかかっていないとのことだったので医療機関に疑義照会。処方医より剤形変更の旨確認し腸溶錠でお渡しした。	処方する際は3文字入力で薬剤を検索していると思われる。その為、剤形にまで目が届かなかった可能性がある。	聞き覚えの無い疾患に関しては必ず最低限調べてから服薬指導に行くことを徹底する。また、同様の事例を今後も見逃してしまわないように、定期的な症例検討会を実施することも目下検討中。	サラゾスルファピリジン錠500mg「JG」	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「CH」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3219	<p>普段から当薬局を利用している患者が普段は他薬局から処方のでている内容の処方箋を持参した。処方内容は一般名: サラゾスルファピリジン錠500mg 1錠分1朝食後42日分。患者は受診する病院によってお薬手帳をわけており、持参したお薬手帳には記載がなかったが、リウマチの疾患で継続しているとのこと。普通錠の処方となっているため病院に問い合わせたところ、サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg 1錠分142日分の処方に変更となった。</p>	<p>前回から処方医が変わったようでその際に確認が漏れたと思われる。お薬手帳も翌日にすべて持ってきてもらったところ以前は腸溶錠での歴だったものが前回から普通錠になっていたが患者もそれに気づいていなかった。</p>	<p>以前からお薬手帳はすべてまとめて管理するようにお伝えしていたが、再度その旨お伝え。現疾患や合併症は引き続きこまめに更新していく</p>	<p>サラゾスルファピリジン錠500mg「JG」</p>	<p>サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「CH」</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
3220	<p>(般) サラゾスルファピリジン錠500mg 3錠分3で処方。サラゾスルファピリジン錠500mgを調剤したが、監査時、薬歴より病名は関節リウマチと判断し、サラゾスルファピリジン腸溶錠でなければ効果がないと判断した。用量も多い為、合わせて疑義照会をした。結果サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg 2錠分2に変更となった。</p>	<p>同じ名前のサラゾスルファピリジン錠だが、腸溶錠と普通錠で病名の適用が違う。一般名処方の為、病院でパソコン入力を間違えたと考えられる。</p>	<p>同じ名前のサラゾスルファピリジン錠だが、腸溶錠と普通錠で病名の適用が違うことを周知徹底する</p>	<p>サラゾスルファピリジン錠500mg「タイヨー」</p>	<p>サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「テバ」</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3221	<p>他院で関節リウマチ治療中の患者。当該病院を久しぶりに受診し、他院で処方されていた薬剤の継続処方を希望したとのこと。当局で受け付けた処方箋には「サラゾスルファピリジン錠500mg「タイヨー」2錠 分2 朝夕食後 28日分」が記載されていた。</p> <p>患者持参のお薬手帳を確認すると他院では「サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」2錠 分2 朝夕食後」の処方が記載されていた。患者本人に念のため確認すると、「自身は関節リウマチ治療中であり、潰瘍性大腸炎と診断された事は一度もない。当該病院受診時に診察室で処方を希望するためお薬手帳を医師に見せたところ、急に医師が潰瘍性大腸炎の話始めて、話が#22169;み合わなかった」と回答があった。処方医に電話にて、サラゾスルファピリジンの普通錠と腸溶錠では適応が異なり、患者は関節リウマチでサラゾスルファピリジン服用している旨を説明し疑義照会を行った。結果、サラゾスルファピリジン錠500mg「タイヨー」は処方削除となり、サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」 2錠 分2 朝夕食後 28日分が処方となった。</p>	<p>医師がサラゾスルファピリジンの普通錠と腸溶錠の適応の違いを知らなかった。消化器内科をメインに診療している医師であったため、自身の専門分野である潰瘍性大腸炎治療薬のサラゾピリン錠のジェネリック医薬品と思い違いをしたと思われる。</p>	<p>剤形の違いによって適応が異なるなど、紛らわしい薬剤については周知を行う。サラゾスルファピリジンの間違いについては薬局グループ内の研修で注意が呼びかけられていた内容であったため、今回の事例にも気が付く事ができた。</p>	<p>サラゾスルファピリジン錠500mg「タイヨー」</p>	<p>サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
3222	<p>関節リウマチの患者さまにサラゾスルファピリジン錠500mg「タイヨー」で処方されていた。</p>	<p>当初は専門医に出してもらっていたが、転居などで複数回病院を転院しており、現在は血圧の薬とまとめて内科医に処方してもらっているため専門外の薬であり、剤形による適応症の違いを認識していなかった可能性がある。</p>	<p>適応症の違う薬は注意喚起のPOPを貼付し、初回や久しぶりの来局の方には疾患の確認を徹底する。</p>	<p>サラゾスルファピリジン錠500mg「タイヨー」</p>	<p>サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
3223	<p>転院したりウマチ患者に、サラゾスルファピリジン錠（適応が潰瘍性大腸炎など）が処方されていた。前病院では、アザルフィジンEN錠500mgが処方されていた。疑義照会により、リウマチに適応のあるサラゾスルファピリジン腸溶錠へ変更となった。</p>	<p>先発品では、アザルフィジンEN錠500mgとサラゾピリン錠500mgは名前が似ていないため、オーダーングの際、間違える可能性は低い。しかし、後発品や一般名での処方では、「サラゾピリン腸溶錠500mg」「サラゾスルファピリジン錠500mg」と名称が似ているため、オーダーング入力の際、選り間違える可能性が高くなると思われる。</p>	<p>名前が類似しているものについては特に、処方薬とその適応について注意をしている。</p>	<p>サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」</p>	<p>サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3224	普段からリウマチでステロイドとリマチルを飲んでる患者さんに、一般名サラゾスルファピリジン錠が処方された。再度大腸炎の症状や既往歴などないことを確認。医師に問い合わせし、一般名サラゾスルファピリジン腸溶錠を出したかったと確認。	医師のパソコンでの薬品選び間違い。商品名で出していれば間違いはなかったと思う。ただし、薬局でも適応症や剤形の違いなどを把握していなければ気づけなかった。	スタッフで話し合い、再度間違いがあったものを再確認。便秘症でラグノスゼリー→ラグノスNF経口ゼリーだった。	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「タイヨー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3225	以前から2医療機関に通院されていた。持病が悪化したため、入院された際に服用している薬を1つの医療機関から処方するように変更になった。入院の際にお薬手帳など医療機関、Drに提出はしていたようだが、退院後処方せんの入力をミスしてしまったのかサラゾピリン錠500で処方されていた。この患者さんは当薬局で以前から2医療機関から応需しており、リウマチの既往歴や処方歴を確認し処方間違いではないかと疑い、疑義照会。サラゾピリン腸溶錠500に変更となった事例。	元々違う医療機関からの処方を別の医療機関から処方される場合、医療機関での採用の違いなどで入力ミスが発生すると考えられる。また薬剤の名前が類似しているため、間違いが発生しやすい薬も一つの要因だと考えられる。	元からミスが発生しやすい薬剤。報告がよく上がっている薬剤ため注意が必要。特に新人薬剤師や事務など、薬名の知識がない方にはしっかりと教育することも大事だと考えられる。	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3226	元々他病院を受診しており、関節リウマチでアザルフィジンEN錠を服用中。今回から別病院へかわられたが処方内容が普通錠へ変更になっていた。病名と服用歴から医師に疑義照会し普通錠→腸溶錠へ変更になった。	医療機関の知識不足や入力ミス。	同一成分になるが普通錠と腸溶錠では適応や用法用量、体内動態が変わってくるため注意が必要。患者様からよく情報を聞き出し、適切な処方か鑑査の徹底を引き続き行う。	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3227	別病院で処方されていたお薬を近隣クリニックで処方してもらうことになり、以前もらっていたお薬をクリニックに提出。そのままだしてもらうことになったと薬局受付時に患者本人から伺っていた。前回の内容と相違がないか確認をしたところ、サラゾスルファピリジン腸溶錠から普通錠に表記が変わっていたため、患者に再度確認。適応、用法、用量からも恐らく病院の誤りだと担当薬剤師が判断し、クリニックに疑義照会。腸溶錠に変更していただけだ。	処方元のクリニックが整形外科専門だったこともあり、サラゾスルファピリジンの普通錠と腸溶錠の違いを把握していなかったことが要因と考えられる。	病院切り替え時の処方内容の確認を強化。患者からもしっかり聞き取りを行い処方内容に問題がないか確認する。	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3228	サラゾスルファピリジン錠が処方。当薬局新患。お薬手帳にて確認すると前回は腸溶錠で処方が出ていた。他の薬から推測するにリウマチの患者様と思われる。疑義照会した結果、サラゾスルファピリジン腸溶錠に処方変更となった。	他の病院から引き継いだ処方内容だったようで、医師はサラゾスルファピリジン錠とサラゾスルファピリジン腸溶錠の適応が違うことを知らなかったよう。	新患で情報があまりない場合、お薬手帳で前回処方との比較を必ず行う。	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3229	他県医療機関から近隣医療機関への転院患者さんと、初受診後に初来局。医療機関の採用品の兼ね合いでメーカー変更等多々あったが、そのうちの一つアザルフィジンENが別薬効医薬品であるサラゾスルファピリジン錠(素錠)へと変更になってしまっていた。	腸溶錠か普通錠かの違いだけなので名称類似による選択ミスと思われる。	疑義照会により腸溶錠への変更が正しい旨をお伝えし変更となる。	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「CH」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3230	膠原病リウマチ科からサラゾスルファピリジン普通錠が処方。患者様から聞き取ったところリウマチで服用すると確認。普通錠には潰瘍性大腸炎の適応しかなく、サラゾスルファピリジン腸溶錠にリウマチの適応があり、処方の間違えと考え、疑義照会。腸溶錠へ変更になった。	一般名が似ているもので間違えたものを選択した	一般名が似ているもので適応が違う薬品もあることを知っておく	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3231	サラゾスルファピリジン腸溶錠服用している患者さまが労災病院に入院し入院中は院内でサラゾスルファピリジン錠服用。 サラゾスルファピリジン腸溶錠はリウマチ薬サラゾスルファピリジン錠は潰瘍性腸炎の薬薬効が違うため 投薬ミスと考えられる	名称が同じで作用が違う事の認識不足	お薬手帳の確認 病名 症状確認の徹底	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3232	久しぶりの来局。サラゾスルファピリジン錠が新しく処方されており、リウマチに対する処方であることが患者家族からの聞き取りで発覚した。サラゾスルファピリジン普通錠にはリウマチに対する適応がないため、サラゾスルファピリジン腸溶錠に変更する必要があることを電話にて疑義照会、変更となった。	処方医はサラゾスルファピリジン錠と腸溶錠の適応の違いを把握していなかったと考えられる。	投薬時の聞き取りを丁寧に行うことでリウマチに対する処方であることに気づき、さらに薬剤師の知識として適応症が異なることに気づくことができた。	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「CH」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3233	処方箋に一般名処方【般】サラゾスルファピリジン錠500mgの記載があったが患者様から現病歴を伺ったところ関節リウマチであると判明。疑義照会にて処方医に確認したところ関節リウマチに適応をもつ【般】サラゾスルファピリジン腸溶錠に変更となった。	錠剤と腸溶錠で適応が違うことを病院側が把握していなかった恐れがある。	適応違いや薬剤名が似た薬についてはリスト化し薬剤師がすぐに気づけるような環境作りをし、病院側にも共有するようにしている。	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3234	かかりつけの病院でリウマチかもしれないが詳しい原因が解らず紹介により転院先の病院から初めてサラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」が処方されたが、それまでの患者との対話・薬歴によりサラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」はリウマチの適応がない為にサラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」の間違えではないか問い合わせた所コンピューターの入力ミスによりたたくはサラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」との回答。	年配のドクターであった為にコンピューターの操作になれていないのと薬品を検索時にサラゾスルファピリジンの頭の部分でしか薬品名を確認せずに入力したものと推測される。	今回のケースだけではなく規格まで確認せずに入力して間違えるケースもある為にD o 処方であっても再度患者に細かく聞き取りをしています。	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3235	リウマチの患者に、潰瘍性大腸炎の薬であるサラゾスルファピリジン錠が処方されていたので、疑義照会を行い、サラゾスルファピリジン腸溶錠に変更になった。	薬品名に腸溶錠が付くかどうかだけであるので、間違えやすいと推測する。処方解析、患者様からの問診をきっちり行えば、回避できる事例だと思う。	適応症が違う似た薬がある場合は、薬の棚の見える所に注意事項を記載する。	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3236	内科の医師からミヤBM錠、アドナ錠30mg、サラゾピリン坐剤500mgの処方を受けている患者の新しい処方箋を受け付けた。同医師からの処方箋でサラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「SN」8錠 分4毎食後と就寝前 14日分が追加となっていた。採用の無い薬のために取り寄せの手配を行うこととなった。到着した薬剤の添付文書を見た際に腸溶錠は関節リウマチの適応しかないことに気づき疑義照会を行った。病院のマスタに登録のある中で潰瘍性大腸炎の適応があるサラゾピリン錠500mgに変更となった。	同院では関節リウマチの患者を多く受け付けており、両方の薬剤がマスタにあったので選択を間違ったと思われる。	インターネットやレセコンを介して、在庫の無い医薬品についても最新の添付文書を確認できるようにする。	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「SN」	サラゾピリン錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3237	潰瘍性大腸炎の患者様へサラゾスルファピリジン腸溶錠が処方。疑義照会にてサラゾスルファピリジン錠へ変更。	腸溶錠と普通錠で適応が異なることを認識していなかった。	交付前に患者様から情報収集し、適応と異なる場合は疑義照会を行う。	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」	サラゾスルファピリジン錠500mg「タイヨー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3238	サラゾスルファピリジン腸溶錠が処方されていたが、投薬時の話から、リウマチではなく、潰瘍性大腸炎が疑われたため、疑義照会によりサラゾスルファピリジン錠へ処方変更となった。	サラゾスルファピリジン錠には、腸溶錠と普通錠が存在し、適応が異なる。同成分でありながら、適応症が異なる薬剤があることを認識できていなかった。システム上サラゾスルファピリジン腸溶錠のほうが選択しやすい情報の表示の仕方だったと推測される。	薬局では、薬品を入れるカセッターに、適応症確認と表示。事例を共有した。	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3239	施設入所者であり、介護者より薬剤名が伝えられた際にジェネリック薬と混同しており正確に薬の名称が伝わっていなかった。初回受付である為、副作用などのアンケートの記載も細かい記載されなかったがカロナールが処方に含まれておりRAを疑った。疑義照会にて該当病院の薬剤部でカルテを確認してもらったところRAであった為、処方された薬剤では不適切である為、該当薬(サラゾスルファピリジン腸溶錠)へ変更となった。	処方箋指示の入力時に3文字(サラゾ)と規格(500mg)が同じである為確認不足で処方された事と処方医が高齢科のDrであった為、消化器系の薬と抗リウマチ薬の認識不足及び、該当患者様の介護者より主治医に服用薬が正確(薬の手帳等を利用せず口頭で伝えたようです)に伝わっていなかったことも原因かと思われます。	併用薬(同一処方内)と一緒に使う可能性として疑わしいものは疑義照会(病名についても確認させてもらう)若しくは患者様にも再確認する。	サラゾピリン錠500mg	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3240	門前の総合病院の整形外科よりサラゾピリン（入力是一般名サラゾスルファピリジン錠）が処方されていたが、その他にリウマトレックスやプレドニゾン等も処方されていたのでリウマチ患者だと思われる。疑義照会によりアザルフィジン（一般名としてサラゾスルファピリジン腸溶錠）に変更してもらった。	Drはサラゾスルファピリジン腸溶錠を入力したつもりになっていたようだが、一般名が酷似し過ぎているために見落とししたそうです。薬品名入力で慣れていたDrが一般名入力に変わったことにより入力ミスが起こる可能性が上がる。	薬品名の入力から一般名の入力に移り変わっていった昨今、コンピューターが苦手なDrもいるので類似の名称で別の効能効果の薬があると想定して（ない場合も）必ず最後まで確認する。処方薬から疾患名を予想して処方内容が正しいかどうかを確認してから調剤する（処方解析）を徹底している。	サラゾピリン錠500mg	アザルフィジンEN錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3241	リウマチで大学病院にてアザルフィジンEN錠を服用中の患者様が、受診できないため近くのかかりつけ医師のところで処方してもらおうとしたところ、一般名で「サラゾスルファピリジン錠」と明記されて処方された。当局の薬歴、服用歴をみてリウマチにて服用中と確認したため、「サラゾスルファピリジン腸溶錠」ではないか問い合わせしたところ「サラゾスルファピリジン腸溶錠」に変更となった。	一般名記載であると剤形まで確認がしにくく、適応症まで確認がしづらい。	パソコン上で錠剤の際は薬剤に適応症を明記するようにようにした。患者様の情報にリウマチ適応と記載する。病院の方にも錠剤と腸溶錠の違いについて説明をする。	サラゾピリン錠500mg	アザルフィジンEN錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3242	処方においてサラゾピリン錠500mgの一般名であるサラゾスルファピリジン錠500mgで記入されていたが、リウマチ科からの処方であり、一般名では腸溶錠となるアザルフィジンEN錠500mgに変更となる。	腸溶錠が付くか付かないかで、異なる効能となる事が分からなかったようだ。	薬手帳や患者からの聞き取りにより、情報収集して処方内容に間違いがないか確認する。	サラゾピリン錠500mg	アザルフィジンEN錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3243	整形外科を受診し、リウマチの可能性があると指摘された患者が来局した。持参した処方箋でサラゾピリン錠500mgが処方されたが、適応は潰瘍性大腸炎などとなっている。リウマチの治療であればサラゾスルファピリジン腸溶錠500mgの間違いではないかと疑義照会した結果、同薬剤に変更となった。	普通錠と腸溶錠で適応が異なることを認識していなかったことが要因と思われる。入力の際の選択ミスの可能性も考えられる。	剤形によって適応が違う薬剤があることをしっかりと認識し、処方箋が何科から処方されているかの確認も怠らないようにしている。	サラゾピリン錠500mg	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「CH」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3244	整形外科よりサラゾピリン錠500mgの処方があった。患者聞き取り、他の処方薬から、関節リウマチで受診しているものと考えられた。腸溶錠との間違いの疑いがあったため、疑義照会にて確認したところサラゾスルファピリジン腸溶錠に変更となった。	名称が同じで、剤形によって適応違いがあったため、処方選択間違いがあったものと考えられる。	処方薬、疾患名を確認して適正な交付ができるよう努める	サラゾピリン錠500mg	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3245	歯科よりサリグレン・ロキソニン処方を持って来局。投薬時において、患者より口腔乾燥はなく、歯の治療をしてきたと確認。サリグレンについて疑義を行い、サワシリンへ変更となった。	類似名称に伴う、選択間違い	治療経過についての聞き込みを行う。	サリグレンカプセル30mg	サワシリンカプセル250		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3246	当該患者は鼻炎症状が続いていたため、医師より抗アレルギー薬を処方する旨の話がされていたが、排尿障害治療薬であるザルティア錠5mgが1錠1日1回朝食後で処方となっていた。疑義照会により誤処方と判明し、ザイザル錠5mg 1錠 1日1回就寝前に変更となった。	薬剤の名称が似ている事による処方入力の過誤と処方後の確認を怠った事が原因と思われる。	患者の主訴や症状・背景などをしっかり聴取し、処方内容と差異がないかを確認して調剤や投薬を行う。	ザルティア錠5mg	ザイザル錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3247	一般名としてアモキシシリンカプセル 250mg 2カプセル分2 朝夕食後 60日分の処方された。抗生物質が60日も処方されているため疑義照会したところ、サリグレンカプセルの間違いであったことが確認できた。	カプセルという類似性で間違いが生じたと思われる。抗生剤の長期処方疾患にもよるが、長期服用での処方された場合には疑義照会が必要と思われる。	患者より情報の聞き取り、薬剤服用歴の確認。疑義照会を徹底する。	サワシリンカプセル125	サリグレンカプセル30mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3248	30才女性にサンピロ点眼が処方されており、患者様にお話を伺うと疲れ目でビタミン剤を出すと言われたとのこと。医師へ確認しサンコバ点眼へ変更となった。	類似名称による処方間違いと思われる。	処方箋からの情報のみではわからない事例であった。患者様からの情報は適切な薬が処方されているかの重要な判断材料となる。投薬時に医師からどのように説明を受けているのしっかり聞き取りを行っていく。スタッフ間で共有する。	サンピロ点眼2%	サンコバ点眼0.02%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3249	コンピュータでジク(2文字)だとジクロフェナクNaもジクアスも同時に表示される	コンピュータでジク(2文字)だとジクロフェナクNaもジクアスも同時に表示される。ジクロ、ジクア等3文字入力であれば、こういった類似の薬剤候補が絞られるため、薬剤の選択に間違いが起りにくいと考えられる。	患者の状態に合わせて その 状況に合わせての 薬品を把握しておく事が大事だと考えます	ジクアス点眼液3%	ジクロフェナクNa点眼液0.1%「ニットー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3250	新規の患者様から「【般】ジクロフェナクNa点眼液0.1% 15ml 両眼1日6回点眼」の処方箋を受け付けた。用法に疑義、採用医薬品でなかったことから患者に症状等受診経緯を確認したところ、ドライアイの治療であることが判明。疑義照会の結果、ジクアス点眼液3%へ変更となった。	当該医療機関が数か月前より処方箋記載方法を商品名から一般名処方へ変更しているため、処方箋を見ても処方されているはずの薬剤で間違いはないかどうかの判断がつかないケースが増えたと考えられる。	規格の入力ミス、医薬品の選択ミスも実際に起きているため、採用医薬品以外の処方があった場合はたとえ患者の症状と治療薬としては相違なくとも医療機関へ確認している。	ジクロード点眼液0.1%	ジクアス点眼液3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3251	般: ジクロフェナクNa点眼液0.1%の処方箋を応需患者からは目のかゆみ、かゆみの症状で受診したとの情報を聴取手術歴なし。症状と処方内容不一致のため疑義照会が必要と判断した疑義照会の結果、ジクアス点眼液3%の間違いであることが確認できた	処方箋入力の際、「ジク」の2文字しか入力しなかったため、薬剤名の選択ミスが発生したものと思われる	処方ミスの可能性を常に考え、患者からの情報入手を丁寧に行い、適切な調剤に努める	ジクロード点眼液0.1%	ジクアス点眼液3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3252	ジクアス点眼液が処方されるべきところ、ジクロード(一般名ジクロフェナクNa点眼液)が処方されていた	最初の2文字が「ジク」なので検索結果の選択ミスと思われる	患者様のお話をよく伺い、出ている薬と症状が食い違っていないか確認することで誤処方の見過ごしを防げる。	ジクロード点眼液0.1%	ジクアス点眼液3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3253	いつもは違う病院で処方されている薬を、近くの病院で同じ内容を処方してもらうために受診し、処方箋を持参。シクロスポリン25mg、アズレンスルホン酸Na・L-グルタミン酸配合細粒で処方されていた。患者様にどのような症状かと、問診したところ、生理痛だということが判明。お薬手帳を拝見後、ジクロフェナクNa25mgの処方歴があり、疑義照会にて確認。シクロスポリンカプセル25mgから変更になりました。	薬剤の頭文字3文字以上、規格が類似しているため、処方入力の際に、間違ってしまったと思われる。	患者様のお薬手帳の活用や、詳しい問診、1文字ずつの丁寧な確認も必要。	シクロスポリンカプセル25mg「トーワ」	ジクロフェナクNa錠25mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3254	ジクロフェナク坐剤25mgとレバミピド錠100mg疼痛時30回分と記載あり。ジクロフェナクは内服にも25mgの規格があり、胃腸薬を内服するのであれば内服に統一した方が保管状況や服薬管理も良好ではないかと疑義照会した結果、医師はジクロフェナクの内服錠を処方したつもりだったことが発覚。	医師の他規格や類似規格における思い込みが本件の要因と考えられる。	患者の服薬・保管について適切と思われる薬剤を随時医師に提案。	ジクロフェナクNa坐剤25mg「日新」	ジクロフェナクNa錠25mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3255	処方箋受付時に【般】ジクロフェナク N a錠25mg 10錠 1日1回朝食後 1日分の処方に違和感があるため疑義照会。 病院事務より「逆になっていますね、1錠 10日分で」と回答。 ジクロフェナク N a坐剤25mg 10回分の処方間違いではないかと考えたため、念のため伝えたところ坐薬の間違いであったことが判明。 ジクロフェナク N a坐剤25mg 疼痛時10回分に変更となった。	医師の指示は坐剤であったが入力する際に間違えて錠剤を選択してしまったと考えられる。	処方箋に違和感があれば疑義照会を行っていく。間違えの可能性を考え、病院にしっかり伝えることも大切だと感じた。	ジクロフェナク N a坐剤 25mg 「日新」	ジクロフェナク N a錠 25mg 「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3256	平素よりメチルジゴキシン錠0.1mg 「タイヨー」を服用、医師の説明なくジゴキシン錠0.25mgに処方変更された。	類似名の確認が必要。処方変更時は医師からの説明があったか患者に確認する。	薬歴の確認。医薬品マスターの薬局名称に注意喚起記載。	ジゴキシン錠0.25mg 「AFP」	メチルジゴキシン錠0.1mg 「タイヨー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3257	シタフロキサシン錠50mg3T分3毎食後の処方記載。シタフロキサシンは通常2T分2の用法のため疑義照会。処方したかった薬はシプロフロキサシン錠200mgだったことが判明	処方内容(用法用量)の確認不足	標準用法の把握しておくこと。類似名に注意。	シタフロキサシン錠50mg 「サワイ」	シプロフロキサシン錠200mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3258	シナール+ロキソニン+セルベックスが処方。肩こりで以前かかったことがあった為、名称が似ているミオナールとシナールの記載ミスを疑い疑義照会 シナール→ミオナールに処方変更になった。	医療機関で医療事務の方の入力段階のミスと思われます。	過去の病歴などを確認し適切な薬剤が処方されているか判断してから投薬することを徹底する。	シナール配合錠	ミオナール錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3259	クラミジア診断の患者 シプロキサシン錠200mg 4錠 分1朝食後 1日分の処方 添付文書上に用法用量記載なく疑義照会 ジスロマック錠250mg 4錠 分1 朝食後 1日分に訂正となった	医師が昔は使われていたと思われる知識と 最近の薬の内容とが混ざってしまったと思われる	添付文書上に記載のない用法用量については疑義照会する	シプロキサシン錠200mg	ジスロマック錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3260	処方箋に、一般名処方で「ブホルミン塩酸塩錠50mg」と記載有り。薬歴簿とお薬手帳の情報から、該当患者は糖尿病を有していないことがすぐに分かった。紹介元の医療機関では、前回までシベノール錠50mgが処方されていた。さらに、患者さん持参の紹介状には「シベノール錠50mg」と記載があった。この経緯から、処方箋監査時に、今回の医療機関にて処方箋を発行する際に、シベノール錠が正しいところ、誤ってジベトス錠の一般名を載せてしまったのでは、との推察の下、処方元へ疑義照会。結果、正しくは「シベノール錠50mg」であることが判明し、処方薬剤名が変更となった。	処方元の医療機関にて、紹介状に基づいて処方箋を作成する段階で、PC上でシベノールと入力しようとした際に、誤ってジベトスを選択して処方箋を発行したのではないかと推察する。「シベ」と「ジベ」で頭文字が似ているためのエラーと思われる。	処方箋監査にて、薬剤名などが「おかしいな」と感じたら、これまでの処方歴や薬歴簿に記載された「患者の病名」「お薬手帳のコピー」などを見て、妥当な内容であるのかの確認を行う。今回の件は、医療機関の間での引継ぎであったので、発見しやすい面もあるが、そうでない場合でも、少しの疑問でも感じた際には、薬局にある薬歴などの情報を最大限吸い上げて、疑問を解決する糸口を見つけ出すことが大切である。今回は、これまでに関わっていない病態(糖尿病)の薬剤が記載されていることをモニターしたため、発見につながった。	ジベトス錠50mg	シベノール錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3261	降圧剤、脂質異常症薬、抗不整脈薬を定期処方されている患者。定期薬に加え、トラネキサム酸錠、シベノール錠の処方が追加となった。両剤は同一適応欄に記載されていた。従来の処方より推測される患者の既往歴に加え、今回シベノール錠が追加になっていることから、トラネキサム酸の長期投与による血栓リスクの増大を危惧し、医師に電話にて疑義照会。結果、シベノール錠ではなく、シナル錠の処方であったことが確認された。また、トラネキサム酸錠については、患者の体調を鑑みての医師判断のもと処方可となった。	処方入力時にシナルとシベノールを誤選択した可能性が考えられる。	患者の既往歴、服用歴に加え、投薬時のヒアリング内容を加味した処方監査を行う。	シベノール錠100mg	シナル配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3262	一般名ジメチコン錠40mg 処方主訴が本処方薬との薬効に合致しておらず、疑義照会メチコパール錠500μgへ変更となった	メチコの頭三文字に対し、何かの誤りで「ジ」メチコと入力した可能性あり。その日が繁忙だったので焦りもあったのかもしれない。	薬効と主訴が正しいか必ず精査、疑問になったことは患者様にまず聴取する。	ジメチコン錠40mg 「YD」	メチコパール錠500μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3263	ジメチコン処方患者へ、主訴を確認したところ消化器症状がなく医師へ相談もしていないと確認したため、疑義紹介した。その後、メチコパールへ処方変更となった。	「メチコ」パールとジ「メチコ」ンと一部重なった名称から、カルテを記載する際に医師が誤って選択したと考える。	引き続き、投薬時の患者の話と処方内容に相違がないか確認して適切な投薬を行っていききたい。	ジメチコン錠40mg 「YD」	メチコパール錠500μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3264	患者さんが 胃部膨満感あるので 前に処方してもらったジメチコン錠を持って来て 同じ薬を出してもらおうと受診されました。ドクターが薬を見てシメチジン錠を処方した。薬局に来られた時 患者さんから前に貰った薬をだしてもらったと聞き取りをしたので 持って来られていたヒートを確認。確認した結果 ジメチコン錠と判明し疑義照会し変更となる 【変更前】 シメチジン錠 200mg 2錠 分2朝食後と就寝前 7日 【変更後】 ジメチコン錠 40mg 「YD」 2錠 分2朝食後と就寝前 7日	名称類似	患者情報の聞き取り強化	シメチジン錠200mg 「JG」	ジメチコン錠40mg 「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3265	以前よりカルシウム受容体拮抗剤(1剤のみ)服用患者でした。8月某日より、加えて新たにジャディアンス錠25mg1錠、朝食後が追加となりました。しかし、ジャディアンス錠の初回量は10mgより開始されるため、疑義照会を行ったところ、ジャヌビア錠25mgの入力間違いだったことが判明。処方変更により、ジャディアンス錠25mg1錠、朝食後はジャヌビア錠25mg1錠、朝食後に変更となりました。	初回量の確認を常に把握しておくことが重要と感じます。	採用薬の初回量をリストにして掲示、スタッフに周知徹底しております。	ジャディアンス錠25mg	ジャヌビア錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3266	他院で処方されていた薬剤を、かかりつけであった処方元医療機関でまとめてもらうことになった。お薬手帳には、処方歴としてジャヌビア錠25mgと記載。処方ジャディアンス錠25mg。患者本人は医師の説明から「薬が変わる」と思っていたので変更で間違いないと思っている。ジャディアンス錠は10mgスタートで効果不十分の場合に25mg増量。これまでジャヌビア錠25mg服用から腎機能の低下が考えられる。薬剤変更にしても初回でジャディアンス錠25mgは過量と考えられ、疑義照会。これまで同様のジャヌビア錠25mgで処方したかったことが判明し、薬剤変更になった。	【ジャ】から始まる糖尿病薬であること・同じ25mgの規格であることから医師の入力選択間違いと考えらる。	他院転院時は特にしっかりとお薬手帳の情報と相違ないか照らし合わせる。患者の話だけで判断せず、薬剤の用法・用量に疑問があれば疑義照会する。	ジャディアンス錠25mg	ジャヌビア錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3267	12/24処方にてジャディアンス錠25mg 1日1錠 朝食後 90日分ジャヌビア錠25mg 1日1錠 朝食後で継続中であり、ヒアリングより今回血糖値が高かったため変更になった可能性があるとのことだったが、ジャディアンス錠は通常1日10mgで効果不十分の場合25mgに増量できると記載あり。疑義照会実施し、ジャヌビア錠25mg 1日1錠 朝食後 90日分の誤りであったため、変更実施。	処方医、事務員の連携不足や入力ミス、入力確認不足。	患者からのヒアリング、疑わしい点があった場合は疑義照会を必ず実施する。	ジャディアンス錠 2.5mg	ジャヌビア錠 2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3268	前回処方でジャヌビア錠25mgが処方されていた患者が、ジャヌビア錠25mg処方削除、ジャディアンス錠25mg処方追加となった処方せんを持参した。調剤前、患者にジャヌビア錠25mg削除、ジャディアンス錠25mg追加について医師から聞いているか確認したところ、処方医からは薬剤変更についての説明がなかったことが分かり、医師に処方薬の照会を行った。その結果、正しくはジャヌビア錠25mgを処方するところ、ジャディアンス錠25mgを誤って処方していたことが分かり、前回通りジャヌビア錠25mgに処方変更となった。	薬品名が類似しているため、医療機関にて処方入力する際にジャヌビア錠25mgとするとところを誤ってジャディアンス錠25mgと入力してしまったと考えられる。	前回処方からの変更点を患者に十分確認し、疑わしい点があれば必ず疑義照会を行うことが重要と考えられる。	ジャディアンス錠 2.5mg	ジャヌビア錠 2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3269	ジャディアンス 1.0mg 服用中の患者様で、ジャヌビア 2.5mg に処方変更になっていた。患者様は血糖値の薬、増量と聞いていたとの事だったので疑義照会したところ、ジャディアンス 2.5mg に変更になった。	薬品名の類似。	患者様からの聞き取りの中で、患者様の言葉の中から出てくる情報を無下にせず、慎重に取り扱う。	ジャヌビア錠 2.5mg	ジャディアンス錠 2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3270	患者様が病院をうつられた際に、病院が前回と同様のジャディアンス25mgを処方しようとしていたが名称が類似しているジャヌビア25mgを処方してしまっていた。継続して当薬局を利用していただいている患者様で、前回と相違がみられたこと、名称が類似、規格が同一であったため確認を行ったところ、継続薬であったジャディアンス25mgに変更になった。	病院のお薬手帳との確認不足	来局時お薬手帳持参忘れの可能性もあるため、他薬局でいただいているお薬であっても名称、規格は併用薬として記載しておく	ジャヌビア錠 2.5 mg	ジャディアンス錠 2.5 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3271	処方箋でネシーナ25 ジャヌビア50と記載があった。同薬効なので問い合わせ、医院事務は薬追加とカルテにあるからそのまま調剤してとの事だったが、医師に直接確認を依頼、ジャディアンス10の間違いだった。	名称類似な上に、糖尿病の薬同士なので、医師が入力の際間違えたと思われる。	処方鑑査に時間をかけ、疑わしきは問い合わせをするよう再確認。	ジャヌビア錠 5.0 mg	ジャディアンス錠 1.0 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3272	定時薬に【般】シロドシン追加の処方あり、投薬時に追加になったお薬について説明していたところ、前立腺肥大のお話は聞いていなかったことが判明。尿酸値が高くなったからユリノームを追加すると言っていたと説明受けていたことが分かった。そのため疑義照会を行ったところ、医師のカルテ記載ミスであったことが発覚。ユリーフ→ユリノームへ変更になった。	ユリノームを処方しようと思っていたが、薬品名類似しているユリーフを選択してしまったと考えられる。	投薬時に患者様がどういう治療目的で薬を飲むことになったのか、しっかり確認することが必要である。	シロドシン錠 4 mg 「DSEP」	ベンズプロマロン錠 2.5 mg 「NM」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3273	前回まで処方された際は15歳未満でのシングレアチュアブル錠調剤歴あり。処方日は15歳を超えており、添付文書上、15歳未満の患者に対して処方されるため疑義照会。変更となってシングレア錠10mgへ変更	患者情報不足・誤り薬剤情報不足、誤り、認識ミス	疑義照会を実施、患者保護者への説明、伝達。	シングレアチュアブル錠5mg	シングレア錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3274	定期でロスバスタチン錠2.5mgが処方されていたが、今回シンバスタチン錠20mgへ変更となっていた。患者に変更理由を聞くと不明と回答。変更する理由もかねて先生へ問い合わせ。処方間違いであることが判明した。処方方はロスバスタチン錠2.5mgへ変更された。	繁忙であり、処方入力を間違えた可能性あり。	継続的な薬歴管理、処方監査により防げた。	シンバスタチン錠20mg「日医工」	ロスバスタチンOD錠2.5mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3275	定時薬のスーグラのところ、スー ज्याヌで処方されていた。患者に確認したところ、変更は聞いてないとのことで疑義にて確認。前回までと同じ薬剤に変更。	処方元の病院のレセコンが最近変更になった為、入力ミスした可能性があり。	薬歴を確認し、薬剤変更があった時などは必ず入力前に確認。	スー ज्याヌ配合錠	スーグラ錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3276	スターシス(30)1錠分1朝食後の処方が新たに追加されていた。用法・用量から名称が似ているスーグラ(25)またはスーグラ(50)との間違いを疑い疑義照会。結果、スーグラ(25)1錠分1朝食後に変更となった。	処方医の勘違い	新規追加や変更から新しい薬が追加になる際は、初期用量や用法から間違いがないか注意して監査する。	スターシス錠30mg	スーグラ錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3277	処方内容がジャヌビア(朝食後)→スターシス(朝食後)へ変更となっていた。スターシスは通常、食直前に服用する薬剤だが食後処方であった事と、患者からは利尿作用のある薬へ変更するとDrから話が合ったという事だったため、スターシスではなく、SGLT2阻害薬の間違いでないか疑義照会を行った。結果、スターシス→スー ज्याヌへ変更となった。	スー ज्याヌとスターシスの文字が類似していることから間違いが生じたと考えられる	新しい薬が処方された場合は特に処方監査、患者からの聞き取りをしっかりと行っていく。	スターシス錠 90 mg	スー ज्याヌ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3278	処方医(小児科)はお薬手帳を参照して、他医院(皮膚科)より処方されていた軟膏と同じものを処方しようとした。皮膚科からはスピラゾン軟膏が処方されていたが、スチブロン軟膏と勘違いしてしまいスチブロン軟膏を処方してしまった。	医薬品の名称類似が原因と推定される	お薬手帳の確認は複数人で行う	スチブロン軟膏 0.05%	スピラゾン軟膏 0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3279	腹痛でストロカイン5 mg 処方をストロメクトール3 mg で処方されていた。用法・用量がおかしいことに処方鑑査で気が付き患者に症状確認。疑義照会し変更になった。	医薬品名類似	症状から処方内容の妥当性について判断・用法用量が添付文書から逸脱していないか確認することで処方内容を鑑査する	ストロメクトール錠 3 mg	ストロカイン錠 5 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3280	駆虫薬であるストロメクトールが処方され患者に症状を確認すると腹痛とのこと。症状からストロカインを選択しようと思ったところ、誤って名称が似ているストロメクトールを選択した可能性があり、問い合わせ。その結果ストロカインに変更。	名称が似ているため選択間違い。	患者から症状を確認して正しい薬を渡せるようにする。	ストロメクトール錠 3 mg	ストロカイン錠 5 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3281	アドエア250を使用していた患者に新しくスピオルトレスピマットが追加になった。β2刺激薬がアドエアにもスピオルトにも含有している為、疑義照会をした。疑義照会をしたら、医師はスピオルトを処方しようとしていたわけではなく、スピリーバを処方しようとしていたことがわかり処方変更に至った。	医師が処方したかった薬と処方箋に記載された薬品名の確認をしなかったため。	吸入薬の配合剤が増えてきたため、それぞれの薬に何が含有されているかを知っておく。メーカーなどからもらえる喘息、COPDに使用する吸入薬の一覧表を参考にする。	スピオルトレスピマット 28吸入	スピリーバ吸入用カプセル 18μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3282	前立腺肥大症の患者にスピロノラクトン25mg4錠分1朝食後の処方あり。1回100mgと多めの処方であったために、処方医に確認。スピロベントの間違いであったことが発覚。スピロベントであれば1日2回で服薬するため、用法についても再度確認し、4錠分2朝夕食後に用法も変更となる。	スピロベントとスピロノラクトンと名称が類似しているため処方間違いが起こったと思われる。通常スピロノラクトンは1日1回で服薬するため、このような処方になってしまった。1回量が多かったことから処方監査で気付くことができた。	スピロノラクトンの用量としては適応範囲内であるが、通常は1回1から2錠で処方されることが多いために念のため疑義したところ、処方間違いであったことが発覚した。通常量と異なるときには、自己判断せずに医師に確認している。	スピロノラクトン錠25mg「CH」	スピロベント錠10μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3283	泌尿器よりベタニス処方されている方に、今回スピロノラクトン(25)4錠1日1回朝食後で処方となっていたため問い合わせる。→医師よりスピロベントと処方の記載を間違えたとの事より薬品変更となった。	名称が似ていることにより処方ミスとなったようだ。	処方解析を常に怠らない。する。もしおかしいと思ったときは患者様にも調剤前に、診察内容を確認する	スピロノラクトン錠25mg「TCK」	スピロベント錠10μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3284	以前から服用している定期的な薬剤を今までとは違う病院で処方してもらったところ、正しくはスピロノラクトン錠であるはずがスピロベント錠で処方せん入力されていた。	医薬品の名称類似、病院の入力確認不足であると思われる。	新規で調剤する薬剤は、種類が多きとも、ひとつひとつ間違いないかの確認が必要である。	スピロノラクトン錠25mg「トーワ」	スピロベント錠10μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3285	電子カルテで処方入力時に、正しくはスピロペント錠とすべきところを、誤ってスピロノラクソンを選択、入力。投薬時に、咳症状があるとのことで疑義照会。処方変更。	名称の類似によるもの。	処方薬と患者の体調の確認。	スピロノラクソン錠25mg「トーワ」	スピロペント錠10μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3286	電子カルテで処方入力時に、正しくはスピロペント錠とすべきところを、誤ってスピロノラクソンを選択、入力。投薬時に、咳症状があるとのことで疑義照会。処方変更。	名称の類似によるもの。	処方薬と患者の体調の確認。	スピロノラクソン錠25mg「トーワ」	スピロペント錠10μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3287	体調に合わせて服用している薬剤のため毎回処方されていない薬剤だった。今回手持ち分が少なくなったため診察時医師に処方してもらうように依頼した。監査時服用履歴や今日の体調や状況の聞き取りをしたところ薬剤間違いの可能性が高くなったため処方医に疑義照会し、正しい薬剤に変更し交付した。	医師が処方箋入力の際、薬剤名が似ているほかの薬剤に気づかずに入力してしまったこと、パソコンの入力の仕方に要因があると考えられる	薬歴をしっかりと確認し、患者様の状態や状況をしっかりと聞き取りをし、似たような名前の薬剤があることも考慮しながら調剤にあたる。	スピロノラクソン錠25mg「トーワ」	スピロペント錠10μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3288	数日前から咳症状で受診の患者様。モンテルカスト錠10mgとレルベア200エリブタ14吸入用とスピロノラクソン錠25mg 4錠分2で処方あり。他の医薬品と、患者様への聞き取りから、スピロノラクソンではなくスピロペントの処方間違いではないかと推測し、疑義照会。スピロノラクソン錠25mg→スピロペント錠10μgへ変更指示。	処方薬の頭文字が3文字共通だったため処方間違いと考えられる。	処方箋鑑査時に、併用薬や疾患、患者様とのお話や他の処方薬との兼ね合いで、少しでも違和感を感じたら、疑義照会をする。	スピロノラクソン錠25mg「日医工」	スピロペント錠10μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3289	今回スピロベント錠10μgが新しく処方された。服薬指導時に、患者の家族へ尿失禁があったのか聞いた所、「失禁はない、ドクターから利尿剤を出すと聞かれた」と聞き取り、また手帳を見ると少し前に入院しており、その際にスピロラクトン錠が処方されていたので、処方間違えと推測し、医師に疑義照会を行う 予想通り、処方医が、スピロベント錠を、最初の3文字が「スピロ」でかつ10μgで、スピロラクトン錠の別規格だと思っており、入院中にスピロラクトン錠を2錠で効きすぎていたので、薬の量を減らしたかったそう、こちらから提案し、スピロラクトン錠25mgを0.5錠に変更となった。	医師のミス	服薬指導時にしっかり患者に症状を確認する	スピロベント錠10μg	スピロラクトン錠25mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3290	投薬時の話の内容から湿布を使用してかぶれてしまったので、痛み止めの塗り薬へ変更になるとのこと。処方箋にはスミスリンローションが処方されていた。	担当医が週に1回しか勤務していないため、病院の入力システムに慣れていなかった可能性がある。	患者から医師との話の内容や状態の聞き取りを今まで通り周知徹底する。また、類似する薬剤名の情報は共有する。	スミスリンローション5%	スミルスチック3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3291	処方箋にはスミスリンローション200gが処方されていた。処方量が明らかに多いことや患者から確認したところ、ダニなどの症状は出ていないし聞いていないとのこと。電話にて疑義照会をしたところ、スミスリンローションではなくスミルスチックの間違いであったことが確認出来た。	最初の2文字が同じ「スミ」から始まるため、入力間違いであることが推定される	明らかに処方内容がおかしい場合、まずは患者から内容に関して症状等を確認するよう取り組んでいる。	スミスリンローション5%	スミルスチック3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3292	<p>母親と弟さん(3歳)同伴でご来局、体重22kg、併用薬なし、母親は日本語は少しならわかる方鼻水が出るとのことので下記の処方箋を受け付けた。</p> <p><今回処方薬: ご本人さま>ゼスラン小児用シロップ0.03% 5ml 1日2回 朝・夕食後 10日分</p> <p><今回処方薬: 弟さん>ザイザルシロップ0.05% 5ml 1日2回 朝・夕食後 10日分</p> <p>母親からの症状等の聞き取りでは鼻水が兩人とも出ており、薬が出るとのことであった。薬についてはよくわからないとのことであった。ゼスランの用量と体重から考えて、かなり少量であると薬剤師は考え、もしかしたら処方薬はザイザルではないかと考えた。処方医へ電話にて疑義照会を行い、下記の通りに処方変更となった。</p> <p><疑義照会后処方: ご本人さま>ザイザルシロップ0.05% 5ml 1日2回 朝・夕食後 10日分</p>	<p>処方発行時の詳細が不明であったが、恐らく処方入力時に誤ってしまった可能性が考えられる。</p>	<p>処方内容に疑わしい点がある場合は、よく内容を吟味してから疑義照会を行う。</p>	<p>ゼスラン小児用シロップ0.03%</p>	<p>ザイザルシロップ0.05%</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
3293	<p>とびひの治療のため、皮膚科で処方を受けた女兒にゼスラン小児用細粒が通常よりかなり多い量で処方されていた。母親に確認したところ医師からは前回と違う抗生物質にすると聞いていたとのことだったため、処方量と薬剤名からセフゾン小児細粒との間違いが疑われ疑義照会。何度もやりとりしてようやく医師が入力間違いに気が付き訂正となった。</p>	<p>薬品名の類似。ゼスランとセフゾン</p>	<p>体重の聞き取り、処方量のチェックはもちろんであるが、小児の患者の場合は付き添いの保護者から疾患名や薬が変更になった場合の理由について聞き取りを行う</p>	<p>ゼスラン小児用細粒0.6%</p>	<p>セフゾン細粒小児用10%</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
3294	<p>一般名処方でセチリジン塩酸塩錠10mg 2錠 分1 昼食後 3日分 とあり、用法に疑問を持ち、患者様に聞き取りした。患者様は抗生剤が出ると聞いていたとのこと。処方元に訪問し問い合わせ、アジスロマイシン錠250mg 2錠 分1 昼食後 3日分 に訂正された処方箋が出た。</p>	<p>アジスロマイシン錠の先発品名がジスロマックで、セチリジン塩酸塩錠の先発品名のジルテックと類似しているため、処方元の入力時に間違いが生じたと推測される。</p>	<p>疑問を持ったら、患者様としっかりとコミュニケーションをとる。医薬品知識を高める。</p>	<p>セチリジン塩酸塩錠10「オーハラ」</p>	<p>アジスロマイシン錠250mg「トーワ」</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3295	他医院に行っていたが、仕事を退職後帰郷した患者で以前に来ていた病院に数年ぶりに受診。他医院の薬を出してもらった。レボセチリジンが出ていたがセチリジンが処方されていた。	Dr.の勘違いだった様子。	しっかりとお薬手帳を確認して、細かいところでも気になれば病院に連絡しています。	セチリジン塩酸塩錠10mg「NP」	レボセチリジン塩酸塩錠5mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3296	セファドール錠2錠分2朝夕食後の処方あり。他に抗アレルギー剤、ステロイドのクリームの処方あり。患者様、眼周囲の腫れと痒みがあるが、めまいの症状はないとのことで疑義照会したところ、セレスタミン配合錠に変更になった。	名称類似の入力ミス	患者の現病歴や症状、薬剤服用歴、その他聴取した情報等をもとに、処方の妥当性を検討することが重要である。	セファドール錠25mg	セレスタミン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3297	皮膚科よりセファランチン末1%3g(30mg/日)処方。調剤前の処方監査時に、常用量超過のため疑義照会を行った結果、セファランチン錠1mg3錠へ変更となった。疑義照会時、前回は同処方であったとの情報があったが、服薬指導時に確認したところ頭痛や悪心などの副作用は見られなかった。	同じ薬品の剤形違いのため、処方時に選択間違いが起こった可能性がある。	調剤前の処方監査時に、引き続き用量のチェックも漏れなく行う。	セファランチン末1%	セファランチン錠1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3298	イソパイド、メチコパールなどと一緒にセフィーナの処方があった。薬の組み合わせとしては、抗生剤が処方されるのは少し不自然であり、眩暈症状であればセファドールもしくはアデホスと間違えているのではないかと判断。疑義照会した結果、処方誤りであった。	処方する予定であったセファドールとセフィーナは名称が似ているため、入力時にミスが発生したと推定される。	患者さんの症状、処方薬の組み合わせから疑義を生じた場合には疑義照会を実施する	セフィーナ細粒100	セファドール錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3299	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg 1. 2錠/日・分3 毎食後で処方あり。疑義照会にて処方内容を確認したところ、セフゾン細粒小児用10% 1. 2g/日・分3 毎食後の誤りであったとのこと。	処方入力時の薬剤選択の誤りではないかと推定。	処方内容の確認、適切な薬剤・剤形の提案。	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg 「サワイ」	セフゾン細粒小児用10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3300	セフカベンピボキシル錠100mg が3錠分3 7日分処方され処方箋通り調剤し患者様へ交付していた。投薬中に咽頭炎症状が強いことから当日は2錠ずつ服用するよう指示があることを確認したため、セフカベンピボキシル錠の1回最大量が150mg までとなっていることを処方医に問い合わせしセフジトレンピボキシル錠100mg に変更となった。	セフカベンピボキシル錠100mg とセフジトレンピボキシル錠100mg の成分名が似ていることから処方元医療機関での処方入力時に誤ったものと思われる。処方箋上の用法用量では不備がないため交付時まで指示があることが確認できず発見が遅れた。	薬剤交付時に用法用量について確認し、別途指示がないか聞き取りをする。	セフカベンピボキシル塩酸塩錠75mg 「ファイザー」	セフジトレンピボキシル錠100mg 「OK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3301	処方セフジトレンピボキシル100mg だったが、以前に処方されたものはセフカベンピボキシルだったため、名称の類似による間違いの可能性もあるので、疑義照会を行ったところ、セフカベンピボキシルに変更となった。	医薬品の名称類似で医師が処方入力の際に薬を選び間違えた可能性が推定される。	医薬品の名称類似に注意し、疑問に感じた時は必ず疑義照会を行うようにすることを注意喚起。	セフジトレンピボキシル錠100mg 「サワイ」	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3302	処方薬セフジニル2T分2 で違和感があり 患者様に本日の症状をお聞きしました。前回の続き膝関節痛ということでした。前回セレコキシブが処方されていたので 疑似照会しました。	慣れによる 類似薬品名の入力ミスだと思います	患者様とのコミュニケーションを積極的に取り組んで 疑問に思うことがあれば 疑似照会するようにしています	セフジニル	セレコキシブ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3303	【般】ロキソプロフェンNa錠60mgとセフスパン細粒50mgが4×(セット)で処方されておりセフスパン細粒50mgは通常、2×で使用する事と小児向けとの認識あり患者へ聞き取り。急性気管支炎、肺炎、慢性呼吸器病変の二次感染、膀胱炎、腎盂腎炎、尿道炎、胆嚢炎、胆管炎、中耳炎、副鼻腔炎、猩紅熱等、何れの適応症に当てはまらず疑義照会しテプレノン細粒50%「YD」へと処方変更となった。	セフスパン細粒50mgと恐らくセルベックス細粒50% (先発名称)との誤りが原因。	処方監査の徹底適応症、用法、用量の確認	セフスパン細粒50mg	テプレノン細粒10%「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3304	整形外科にてセフゾンカプセル100mgが処方あり。ほかNSAIDsなどもあったため化膿性の皮疹や外傷などかと思ひ質問したところ特にそのような症状・処置もなし。抗生剤の処方に疑問を持ち問い合わせたところ、頭文字が同じせで始まるセルベックスカプセルに変更となった。	医院での処方箋発行時にレセプトコンピュータ入力の際、三文字検索・入力などを用いず頭文字のせだけで検索して入力したと思われる。	処方箋からでは読み取れない内容だが、常投薬時に症状を聞き取りそれに対応した投薬・説明を行っているため発見できた。今後も漏れのないように投薬を行う。	セフゾンカプセル100mg	セルベックスカプセル50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3305	処方せんがFAXで届き、内容を処方監査したところセフゾンカプセルの用法が1日1回就寝前1回1カプセルの処方であり用量が少ないことから疑義紹介を行った。疑義にて用法用量ともにそのまま問題ないと回答を得た。その後患者様が来局され、抗生物質が処方されていることを説明したところ患者様より「安定剤を出すと言ったところから聞いてます。特に抗生物質が出るようなことは医師からは聞いてないですね。」と聞き取ったので患者様にお時間をいただくことを了承してもらい、改めて疑義紹介を行った。患者様の聞き取りとの不一致を伝えたところセバゾンと誤ってセフゾンと入力してしまったことが判明。そのあと医師が再度内容確認し、セレナールの処方変更となった。	疾患に関係ない抗生物質を処方し、患者様に抗生物質の副作用が起こるだけでなく、受診した目的の効果も得られない状況になったと思われる。	患者様の聞き取り徹底。疑義紹介を行った内容だとしても患者様との話に相違がないか確認を行う。また追加処方などの変化があった場合は患者様に聞き取りを必ず行う。変更内容についても患者様にしっかり伝える。	セフゾンカプセル100mg	セレナール錠10		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3306	腹痛時に頓服の指示でセフゾンカプセル(100)が処方されたため、処方薬は類似名称の他剤の可能性があると考え疑義紹介を行った。セフゾンカプセル(100)よりセスデンカプセル(30)へ処方変更となった。	剤形が同じカプセル剤で名称も類似している。	薬局内で情報共有し、類似名称の薬剤について再度確認を行った。新規採用品目についても既存の薬剤との処方間違いや取り違えの可能性を考えておきたい。	セフゾンカプセル100mg	セスデンカプセル30mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3307	歯科からの処方ではフロモックスとセフゾンと一緒に処方されていた。抗生物質の重複処方の為不審に思い疑義照会したところ、セフゾンではなくセルベックスであった。	処方入力の場面で誤った薬を選択したと思われる	処方監査で成分の重複や用法用量に誤りが無いかを確認する	セフゾンカプセル100mg	セルベックスカプセル50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3308	処方当初ゼフナートクリームが投与されており用法指示が1日2回であったため問い合わせしたところ、投与薬剤の誤りが発覚ゼスタッククリームの投与に変更となる	薬剤名類似による処方入力への誤りが推察される	薬剤類似による交付間違いを、見落とさないよう、症状の聞き取り及び処方鑑査の徹底	ゼフナートクリーム2%	ゼスタッククリーム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3309	前回、セフポドキシム錠100mgが処方されていたが、今回はセフジトレンボキシル錠100mgが処方されていた。先生との話で前回の薬と同じの続けるとの話をしていたので、クリニックに疑義照会をする。結果、ドクターの入力間違いであった。	確認ミス	変更されている場合は患者様に確認するとともに、少しでも疑義が生じれば、必ず確認するように決める。	セフポドキシムプロキセチル錠100mg「トローワ」	セフジトレンボキシル錠100mg「トローワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3310	該当薬剤以外にアラセナA軟膏・パラシクロピル錠の処方もされていた。他病院で、クエンメット錠の継続服用中であることをお薬手帳で確認。セララとの併用によりK値上昇の可能性がある、セララが初回に4錠/2×朝食後でされていたことから、患者ご家族へ受診の経緯について確認を行ったところ、今回は帯状疱疹での受診であること。 また、血圧等の循環器症状の悪化はなく、診察時も検査などはしていないという情報を得たため。処方内容に疑問が生じ、病院へ処方意図について確認を行ったところ、医師が帰宅したためすぐに返答ができない。何か他剤への変更できないかという連絡があった。医師の処方意図が分からないため、処方変更提案よりも先に処方医へ処方意図の確認を行ってほしいと伝えたと、リリカの処方間違いだったことが分かった。	医師が処方される際の思い込みや勘違いなどが原因と思われる。今回はお薬手帳からの併用薬の確認ができたこと、また患者ご家族からの聞き取りなど総合判断ができたためミス回避できたと思われる。	久しぶりに来局された患者様など場合は、特に他病院との総合的な薬学的判断をどこの薬局でも行えるように、来局されている患者様に、適正な薬物治療が遂行できるようお薬手帳の重要性について根気よく啓蒙活動を今後していきます。	セララ錠25mg	リリカOD錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3311	病院が変わった為、今回当病院は初めての受診。今まで服用した同じ薬をお願いしたと患者様から聞き取り。お薬手帳より全く違う薬剤の処方があったため疑義照会。処方変更となる。	両剤ともセから始まり、規格が100mgであったため処方医が間違えて入力されたと思われる。今回は患者様からの聞き取りにより発覚した。	お薬手帳を必ず確認。定期薬に関しては処方変更があった時は必ず本人と確認するようにしています。また、聞き取りにより分かることも多い為、投薬時間は十分取るようにしています。	セリプロロール塩酸塩錠100mg「CH」	セレコックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3312	歯科からの処方だったのですが、セルベックスのみ処方されていて患者さんに聞いても胃は問題ないし歯が腫れている。他に服用されている薬もないので、これはおかしいと思い疑義照会したらセフゾンの間違いでした。	セルベックスとセフゾンの名称が似ている。どちらが何の薬か分かっていない。	名称には気を付ける。処方の意味を考える。歯が腫れてセルベックスを服用しても腫れは引かないので。患者さんと話してみる。	セルベックスカプセル50mg	セフゾンカプセル100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3313	イトリゾールカプセルを継続服用中の患者が今回から薬の変更になって来局。【般】テプレノンカプセルに変更し1日1回夕食後で処方されていた。聞き取りの結果、爪水虫の治療効果が出ていないための切替であることを聴取、疑義確認を行い入力上の問題で処方であったことを確認テルピナフィン「イワキ」への薬剤切り替えになった。	テルピナフィン「イワキ」の名称変更に伴い旧名称テビーナの入力クリニックでできなくなっていた様子、そのため名称が類似していたテプレノンカプセルを入力して処方箋を発行してしまったとのこと。	用法及び薬歴から事前に疑問を監査したうえで患者に聞き取りをしたため、すぐに異変を確認できた。これにより誤処方を避けることができた。継続して監査と投薬を強化していく必要がある	セルベックスカプセル50mg	テルピナフィン錠125mg「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3314	整形外科で痛み止め・胃薬処方のところ胃薬2種類(セルベックス・レバミピド)となっていた。薬品名類似による処方ミスと思われるため照会。その結果セルベックス→セレコックスへ変更となった。	薬品名類似による処方ミスと思われる。	処方箋の不備を発見したした時点ですぐに患者様から聞き取りを行う。	セルベックスカプセル50mg	セレコックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3315	処方箋受付時、歯科からの処方箋でセルベックスのみの処方だけであった為、患者様へのヒアリングにより疑義照会を行った。その結果、セルベックスではなくフロモックスの間違いであるとのことと確認	名前の類似による入力ミス	処方箋受付に患者様とのヒアリングを積極的に行い、処方鑑査を実行する	セルベックスカプセル50mg	フロモックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3316	般) トリメブチンマレイン酸塩錠 100mg 疼痛時頓用で処方せん記載あり、患者さんの症状から推測して、医師の処方がセレキノ錠100mgではなく、セレコックス錠100mgではないかと推測、照会し、セレコックス錠100mg(般)セレコキシブ錠100mgであること確認	医師の入力する先発品名処方が、商品名が類似、100mgの規格が同じであり、入力ミスが生じたものと思われる。	用法、用量、患者さんからの情報、過去の薬歴から総合的に判断して処方監査を行うことを徹底する。	セレキノ錠100mg	セレコキシブ錠200mg 「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3317	セレキノ処方の患者様に投薬時お腹の話をした際にお腹の調子は悪くないということで疑義照会。セレコックスへと変更。	薬剤名の最初の3文字が同じである。医師は薬品名を予測変換で検索している可能性が高いと思われる。	投薬時に確認	セレキノ錠100mg	セレコックス錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3318	セレキノ錠2錠×が処方追加になっていた。本人の話では腰が痛いと言った。本人の話では腰が痛いと言った。処方薬の食い違いがあり疑義照会したところセレコックス錠2錠×の誤りだった	Dr.が入力する際薬剤名の頭の2文字で薬を選択している?	薬が追加になったときは必ず症状を確認する	セレキノ錠100mg	セレコックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3319	以前より服用していた薬で医療機関が変更となり、当薬局に初めて来局。朝にセレネース錠、アキネトン錠 12日分 夕にセレキノ錠、アキネトン錠 13日分の処方内容。セレキノの薬効からも1日1回夕食後の処方に疑問を感じ、処方医に確認したところ、セレキノではなくセレネースに変更となった。	処方箋の入力時にセレネースのところ、間違えてセレキノで入力したと考えられる。今後このような内容の処方箋が来る可能性を職員に周知徹底した。	頭文字2文字が同じ薬剤では入力ミスが起きることがある事を薬剤師、事務員に周知徹底。頭文字2文字が同じで薬効が違う薬剤について薬局内で情報共有した。	セレキノ錠100mg	セレネース錠1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3320	定期処方される医院が変更になった為、処方内容を確認したところ、いつもセレコキシブを服用している薬が(一般名) トリメブチンマレイン酸塩錠100mgに変更になっていた。痛み止めから胃薬へ変更となってきたため、カルテ上はセレキノンを入力されていることが予想された。疑義照会の結果セレコキシブへ処方変更となった。	頭文字がセレまでが同じで検索の際、選択を間違えた可能性が考えられる。	処方監査の際、薬剤の変更があった場合に患者へ確認してからの調剤を実施している。	セレキノ錠100mg	セレコキシブ錠100mg 「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3321	定期薬プラスで【般】トリメブチンマレイン酸塩錠100mgが追加になっていた。服用時点は分2朝夕食後となっていた。聞き取りを進めていくうちに、他の医療機関で以前もらっていた緑色の痛み止めをDrにお願いしたと患者本人からお申し出があった。疑義にて、セレキノとセレコックスの入力間違いであったことが発覚した。	名称が類似している医薬品について、聞き取りを特に丁寧にする。	他店での事例などもミーティングで共有し、同様のインシデントを回避する。	セレキノ錠100mg	セレコックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3322	初回投薬の患者にミヤBM錠とセレクトール錠100mgが3錠分3毎食後3日分で処方あり。患者に問診したところ、医師にはおなが緩い以外は伝えておらず、血圧の話などは医師からなかったことを確認し、医薬品名の選択誤りと推測し疑義照会に至った。医師よりセレキノ錠100mg3錠分3毎食後に変更するように指示いただいた。	医薬品名と規格の類似による選択誤り。	薬交付の際には患者様に問診で症状を確認するようにしています。	セレクトール錠100mg	セレキノ錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3323	肩こりが辛くて受診した、血圧や脈に関する話は医師としていない、と患者から話を伺った。今回整形外科からの処方で、セレクトール錠100mg以外にはミオナール錠50mg、ケトプロフェンテープ20mgが処方されていた。セレクトール錠100mgは処方誤りの可能性がある為、疑義照会を行ったところ、セレクトール錠100mgからセレコックス錠100mgに処方変更になった。	薬剤名の頭文字3文字が同じで、規格も100mgで同じであるため、処方せん入力時に誤りがあったと思われる。	処方された薬剤と患者の症状の訴えに齟齬がないか、問診を丁寧に行う。	セレクトール錠100mg	セレコックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3324	処方箋の記載が【般】セリプロロール1日2回朝夕食後服用となっていた。セリプロロールは1日1回服用のため疑義照会、セレコックスへと変更になった。	医師が処方箋を記載する際、薬品名を記入してから一般名に直す記載方法をとっていた。セレコックスを記載するときに誤って一桁ずれたセレクトールを入力してしまったと考えられる。	用法、用量、他に処方されている薬を確認し、気になる点があれば必ず医師に確認する	セレクトール錠100mg	セレコックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3325	脇腹の痛みを訴える患者にセレクトール錠が処方され、患者への聞き取りで心臓に関する検査はなかったため疑義照会を行いセレコックスの処方間違えと判明。	薬品名の類似による思い違い	患者からの症状、検査等の聞き取りと処方薬の適当性の判断を行う	セレクトール錠100mg	セレコックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3326	(般)セリプロロール塩酸塩錠100mg2錠 分2 朝夕食後と処方された処方箋を持参。本人に確認したところ腰痛で痛み止めを出してもらったとのこと。医師にセレコックス錠100mgの間違いではないかと電話で疑義照会したところセレコックス錠100mg2錠 分2 朝夕食後に変更になる。	一般名が似ている為選択する際に間違えたのではないかとと思われる。	定期薬以外の処方が追加されたり用量が変更になった際は患者に確認している。	セレクトール錠100mg	セレコックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3327	セレクトール処方の患者様だったがお話しを伺うと痛みにて受診したとのごとで病院に確認したところセレコックスの処方が正しかった。	商品名が類似していたことでのパソコンの選択ミス	患者情報聞き取りの徹底継続	セレクトール錠100mg	セレコックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3328	セレクトールの処方だったが、交付時のヒヤリングで「お腹の調子が悪い」と患者様より聞き取り。薬を見た患者様は服用したことがある薬だと答えたが、主訴と処方内容が合っておらず疑義照会した。結果、セレキノンの誤りであったと判明。正しい薬剤で調剤を行った。	処方薬剤の誤り→名称類似患者様が服用歴があると答えた→PTPシートの類似	今後も交付時における患者主訴の聞き取りを積極的に行う。	セレクトール錠100mg	セレキノン錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3329	セレクトール錠100mg錠分2朝夕食後(他院での服用歴も無し)、イドメシンコーワクリーム1%とヒルドイドクリーム0.3%の混合が処方された。添付文書で用法を調べたところセレクトール錠は1日1回100~200mgあった為、本来の用法と処方内容が異なっていた。在庫がなく欠品だった為、疑義照会の前に患者様に欠品している旨を伝えた。その際に受診理由を確認したところ指の痛みで受診したということだった為、処方内容に違和感を感じセレクトール錠100mgの用法を含めて疑義照会した。その結果、セレコックス錠100mg錠分2朝夕食後の間違えということだった。	本来処方しなかったセレコックス錠100mg今回誤って処方されたセレクトール錠100mgは2文字目まで文字列が同じ為、医師が処方画面で医薬品を選択し間違えた可能性がある。	まずは処方箋上に違和感がないかを確認する(今回は処方薬とその用法にズレがあった)。次にお薬手帳を確認し、他院での服用歴があるのか、他院からの引継ぎであるかを確認する(今回は他院での服用歴は無し)。最後に患者様に直接話を聞き、受診の目的や受診時の先生とのやり取りを確認する(今回は指の痛みで受診し、骨折していた。血圧等の話はしていない)。	セレクトール錠100mg	セレコックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3330	以前から来局されている患者様だが、本人は脳梗塞、高血圧で幾分か認知症気味で、いつも姉が来店。今回、【般）セリプロロール塩酸塩錠100mg 3錠分3毎食後が追加されていた。薬が追加されていることを医師からきいているか、患者の姉に確認したが、特になにも聞いていないとのこと。自店で備蓄なかったため、添付文書を検索。適応症が高血圧、狭心症。、アムロジピン、クロピドグレルが処方されている患者の為、そのまま、調剤しようと思ったが、用法が1日1回⇒1日3回で違っていることに気づいた。また、特に狭心症の既往がないことから、薬そのものがまちがっているのではないかと思い疑義したところ、セロクラール錠20mgのまちがいが判明した。	医師はセレクトール（セリプロロール）とセロクラール（イフェンプロジル）の入力間違いをしたと思われる。	患者の既往確認の徹底 類似名称の薬品処方時は適応、用法確認の徹底 患者が処方変更を医師から伝えられていないときは徹底して処方意図を確認する。	セレクトール錠100mg	セロクラール錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3331	患者が他院で服用中のセレコックス錠の処方を希望したところ、セレクトール錠になっていた。患者からの聞き取りやお薬手帳の確認を行い、疑義照会したところ、セレクトール錠からセレコックス錠に変更となった。	頭文字2字、規格が一致している薬剤のため、処方箋への記載ミスだと考えられる。	お薬手帳の確認、患者からの聞き取りの徹底。名称類似の薬剤の情報共有。	セレクトール錠100mg	セレコックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3332	患者様は腰痛を訴えており、現在降圧剤を服用しており最近落ち着いていて薬剤の追加は聞いていない。その上、1日2回服用になっている。病院に問い合わせをすると類似名称の間違いであった。	類似名称薬品の間違い	患者様の容態を把握して調剤するように努める。	セレクトール錠200mg	セレコックス錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3333	久しぶり2回目来局の患者。虫に刺されて足が腫れている為受診。消炎鎮痛薬が2種類処方されている為、疑義照会。一般名セレコキシブ錠 2錠分2 朝夕食後/2日分、一般名ジクロフェナクNa錠25mg 3錠 分3 毎食後/2日分の処方指示。セレスタミン配合錠の後発エンペラシン配合錠への変更を確認。	処方元医療機関は紙カルテを使用しており、処方箋発行の為の入力の際に誤入力したと思われる。紙カルテにはセレスタミン錠と記入あり、入力時に間違えたと思われる。	同じ効果の薬剤であり、未然に防げているが、医療機関側の入力間違いも視野に入れて、処方監査を行っていく。	セレコキシブ錠100mg「DSEP」	エンペラシン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3334	ジェネリック処方が増えたため、一般名処方が増えたことが原因医師の指示を、事務が記載する際、セレスタミン錠をセレと打った時点でセレコキシブが出てきたためそのまま記載したものとされる	似た名前が増えているので処方変更変更されたときは確認する方がいいのではないかと思います	事務が変更場所をチェックしてされており、そのあと薬剤師2人でしっかり確認	セレコキシブ錠100mg「ファイザー」	セレスタミン錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3335	ロキソプロフェナトリウム錠とセレコキシブ錠100mgが処方されていたため疑義照会。セレコキシブがセルベックスカプセルに変更となった。	薬品名が似ていたため病院側が入力時に選択間違えしたと思われる	処方箋の内容をしっかりと確認する	セレコキシブ錠100mg「ファイザー」	セルベックスカプセル50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3336	他病院でセレコックスを服用していたが、痛み軽減にて削除となった患者様だった。他の薬剤は継続しており、ラベプラゾールNa錠10mgも服用中だった。主に高血圧で受診している医院にてセレコキシブ100mg 3錠分3で処方された。また、タケキャブ錠20mgも処方されていた。 セレコキシブは分2が通常用量のところ、分3で処方されていることを不思議に思い来局していた患者家族に確認。整形的な痛みはなく、胃が痛くて受診した、胃の痛みにも良い薬だからと説明を受けたとのこと。PPIの重複と、胃の痛みに対してセレコキシブが処方されていることについて処方医に直接話し、セレコキシブではなく、セルベックスのつもりで処方していたことが判明した。また、ラベプラゾールと同効薬であるタケキャブについても削除となった。処方医より、胃薬は処方できないのかと質問されたためセルベックスは併用問題ないと返答し、セレコキシブはセルベックス分3の処方となった。	医師は先発医薬品名で入力しており、名前が類似しているセレコックスとセルベックスを誤って入力したと思われる。また、胃が痛いと言われたため効果の高いタケキャブが処方されたと思われるが、ジェネリックで調剤されており手帳を見ても同効薬と思わなかったのではないかとされる。	調剤前に、疑わしいと思った際は先に患者様に話を聞き確認している。疑義照会の際は先発品名で医院に疑義照会している。	セレコックス錠100mg	セルベックスカプセル50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3337	当薬局に奥様がご主人様の処方箋を持参された。薬歴で確認したところ、同病院よりセレキノ錠100錠100mg 3錠/毎食後が9月から処方されていた。今回セレコックス錠100mg 3錠/毎食後35日分が処方。ご家族のお話より、医師からお薬の変更は聞いていなかった。処方内容について医師に確認したところ、お薬の変更はないとのことだった為、セレキノ錠100mg 3錠/毎食後35日分に変更となった。	セレキノ錠と入力するところ、セレコックス錠と入力してしまった模様。	お薬手帳や薬歴での確認に加えて、患者様やご家族からの情報を収集し、処方内容に間違いがないか確認していく。	セレコックス錠100mg	セレキノ錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3338	ロキソニンと共にセレコックスが処方されていた。ロキソニンとセレコックスでは効果が重複する上、セレコックスが分3で出ていたため、疑義紹介を行った。その結果、セレコックスではなくセルベックスの間違いであることが分かり、セレコックスからセルベックスに処方変更された。	その結果、セレコックスではなくセルベックスの間違いであることが分かり、セレコックスからセルベックスに処方変更された。	通常の監査業務ではじくことができた。	セレコックス錠100mg	セルベックスカプセル50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3339	7/27来局、前回5/18の継続処方。前回よりクエン酸第一鉄Naが1錠から2錠に増量。前回のロキソプロフェンNa錠60mgからセレコックス錠100mgに変更になっていた。投薬の際、ご本人に変更の確認をしたところ、鉄剤の増量はDrから聞いている。鉄剤の増量で胃の不快感が出るかもしれないため胃薬が出るよう聞いている。鎮痛剤の変更は聞いていないし、いらぬとのこと。Drに確認するため疑義照会した。今回鉄剤が増量になったため、胃の不快感軽減のためセレコックスを出したとのこと。胃薬が出ていないかと尋ねるとセレコックスを出しているとの返事。Drが勘違いしている可能性があるためセルベックスではないかと尋ねたところ間違いであった。	若いDrであったため薬品名を勘違いしていたと思われる	薬剤の変更や増量・減量の際には必ず患者本人もしくは家族から聞き取りする	セレコックス錠100mg	セルベックスカプセル50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3340	ノイロトロピン錠とセレコックス錠が記載された処方箋を持参した患者様が、先生から胃薬も処方しておくと言われたとおっしゃるので電話にて確認したところ、セレコックス錠からセルベックスカプセルへ変更になった。	病院の入力者の不注意 医薬品の名称類似	患者さんとコミュニケーションをとり確認するようにしている	セレコックス錠100mg	セルベックスカプセル50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3341	過去にセレスタミン処方あり。ステロイドの塗り薬とセットで出たので念のため確認。	セレコックスとセレスタミン名称似ているためと考えられる。	患者さんともコミュニケーションをとり確認しながら服薬指導する。	セレコックス錠100mg	セレスタミン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3342	ロキソニン錠60mgとセレコックス錠100mgと一緒に処方されていた。セレコックス錠100mgの用法が3錠・分3毎食後だった点に疑問を持ち、処方間違いの可能性を疑い、疑義照会を行ったところ、フロモックス錠100mgの間違いであったことが判明。処方変更となった。	薬剤名の一部が似ていたため、医療機関側での処方時に間違えられた。	処方監査時に処方内容の妥当性を考え、患者が医師より受けた説明を加味し、問題があれば疑義照会を行う。	セレコックス錠100mg	フロモックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3343	整形外科の処方、頓服でジクロフェナク25mg錠とセレコックス錠100mgが同時に処方されていた。同効果薬のため、処方医師に疑義照会。類似名のセルベックスカプセルとの入力間違いであった。	PC入力の際の単純ミス。	処方内容を毎回細かく確認し、患者からの聞き取りと処方内容の確認を怠らない。	セレコックス錠100mg	セルベックスカプセル50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3344	患者が内科の処方箋を持って来局。薬歴を確認したところセレコックス処方歴があることを確認。服薬指導時に患者本人に確認したところ、今回は鎮痛薬ではなく胃薬が出る予定だったことが判明。疑義照会を行ったところ、セレコックス(100)2錠分2朝夕食後からセルベックス(50)2Cap分2朝夕食後に変更された。	薬名が似ていることによる処方箋記載ミス。	服薬指導時に患者症状と処方内容に誤りが無いか確認。	セレコックス錠100mg	セルベックスカプセル50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3345	胃腸の薬と一緒にセレスタミンが1日6錠14日分初めて処方された。本人アレルギー症状はないといったので疑義照会した。セレキノン錠間違いだった。	クリニックは、医師の手書きの処方を事務が入力するシステムになっている。セレで入力して違う薬を表記したと思われる。	処方内容、投与日数など目の前の患者にあった処方かを意識して確認する	セレスタミン錠	セレキノン錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3346	処方箋にセレスタミン配合錠 10錠分2で処方あり調剤時に明らかな過量投与のため医師に疑義照会。セレスタミン配合シロップ 10mlの誤りであったことが発覚した。	セレスタミンの規格、剤型誤り	小児の薬用量の把握と錠剤、シロップの最大量の把握小児薬用量の表の作成	セレスタミン配合錠	セレスタミン配合シロップ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3347	胃腸症状の訴えにより薬が追加になった患者様。胃腸の働きをよくする薬を追加して様子を見るとのことで処方医より話があったとの事。処方内容は【般】ベタメタゾン・dクロルフェニラミン配合錠 3錠 分3毎食後だった。聞き取りをしていくうちにアレルギー症状はなく、炎症による症状もないとのことで処方医からもそのような話はなかったことを確認。電話にて疑義紹介を行ったところ、セレキノン錠の処方の誤りだったことが判明し、処方変更となった。	処方せんを発行する際に薬品名を3文字ではなく2文字で検索をかけ、そののちに一般名処方に変更したために起こったと考えられる。	もちろんのことではあるが、処方内容と患者様の症状のすり合わせをしっかりと行う。症状と薬効がかけ離れている可能性がある場合は適応外処方についても考察しつつ、もしわからなければ処方医に処方意図について確認を行うようにする。	セレスタミン配合錠	セレキノン錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3348	あごのヘルペスのため、皮膚科受診の上、当薬局に処方箋を持参された。投薬時、あごの症状であるのに、ゾピラックス「眼」軟膏が処方されていることを疑問に思い、患者に確認。やはりあごのみのヘルペスであったため、医師にその旨疑義照会したところ、ゾピラックス軟膏5%に変更となった。	類似する薬品名であったため、処方ミスしたと考えられる。	類似薬品名及び規格が存在する薬剤については、特に注意して監査を実施する。	ゾピラックス眼軟膏3%	ゾピラックス軟膏5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3349	ゾピラックス錠200mgで処方したいのか パラシクロピル錠500mgの用法で処方された	かなり年配の医師の為 薬の知識が弱いのか？ 高齢によるものか？ 確かめられないが 混同している	用法の違いにすぐに気づけるように 周知した	ゾピラックス錠200	パラシクロピル顆粒50% 「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3350	帯状疱疹で受診。アシクロピルが6錠/3で処方となった。用法がパラシクロピルのものと思われたので問い合わせ。パラシクロピル処方の誤りだった。	薬品名が似ており区別できていないのかもしれない。	最近、アシクロピルが出ることは少ないが、用法が3回ではなかったことを覚えていた。普段使わない薬にも触れる機会を設けるべきかと思った。	ゾピラックス錠400	パラシクロピル顆粒50% 「アスペン」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3351	眼科より、(般)アシクロビル軟膏5% 1g 1日5回 左眼が処方された。通常、処方元の眼科からアシクロビル軟膏5%が処方されることは無く、またアシクロビル軟膏は眼科用として角膜・結膜に使用しないこととされる薬剤であるため、同成分の眼科用薬である(般)アシクロビル眼軟膏3% 1本(5g)の間違いであると考え、疑義照会を行った。結果、ゾビラックス眼軟膏3%(一般名アシクロビル眼軟膏3%) 5gに処方変更となった。	処方元の眼科は開局から1年経過しておらず、開局当初にシステムに不慣れだった時期に同様の間違いがあり、採用品一覧に(般)アシクロビル軟膏5%の登録が残ったままになってしまっていたとのこと。同一成分で軟膏と眼軟膏の発売があるため、「眼」の一文字の見落としと%や処方量の記載を最後まで確認することが足りなかったと考えられる。	同一成分の剤形違いがあることを念頭におき監査時に見落としがないよう注意する。処方元へもあらためて間違えやすい薬剤であることを情報共有し、間違いを未然に防ぐための対策を相談する。	ゾビラックス軟膏5%	ゾビラックス眼軟膏3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3352	眼科の臨時処方にて「ゾビラックス軟膏5g 右目点入」との処方あり。患者への聴取で瞼に塗布すること確認。塗布部位が眼瞼なので薬剤はゾビラックス眼軟膏が適当と考え、医師に疑義照会。ゾビラックス軟膏→ゾビラックス眼軟膏への提案と、用法を点入→塗布へ訂正を要請した。処方薬と用法が変更になった。	ゾビラックス軟膏と眼軟膏という、名称の類似性が判断ミスの原因かと思われる	類似した名称の薬品それぞれの使用方法を理解し、処方監査時に活かせるよう周知していく	ゾビラックス軟膏5%	ゾビラックス眼軟膏3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3353	眼瞼へ塗布するのに、ゾビラックス眼軟膏ではなく通常のゾビラックス軟膏が出ていたため疑義照会し、ゾビラックス眼軟膏へ変更となる。	処方元の医療機関の確認漏れ	塗布する部位などの確認をしっかり行う。	ゾビラックス軟膏5%	ゾビラックス眼軟膏3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3354	一般名「アシクロビル軟膏5%」で、眼内点入で処方記載あり、疑義照会の結果アシクロビル眼軟膏3%に変更となる。	眼軟膏と軟膏の間違い	同じようなヒヤリハットの情報共有を行っている。	ゾビラックス軟膏5%	ゾビラックス眼軟膏3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3355	ゾピラックス眼軟膏をゾピラックス軟膏で処方	ゾピラックス眼軟膏を処方するつもりだったが、入力でゾピラックス軟膏を選びそのまま処方箋発行してしまったよう	ゾピラックス軟膏が出た際はどこに使うか確認する。また、処方発行元の科目にも注意する。	ゾピラックス軟膏5%	ゾピラックス眼軟膏3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3356	薬品名入力時に間違いがあった様子	入力時の間違い	患者背景の情報を収集し的確な薬品を調剤する	ゾリンザカプセル100mg	リンゼス錠0.25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3357	ダイアート錠60mg 10錠 足のしこり 上記の様に記載されていて、まず屯用服用で1回1錠、10回分の確認をした時は事務員が対応して訂正して下さいとの事になった。更にしこりも浮腫みの事かを確認したところ、ダイアコート軟膏10gの入力ミスだった事が判明した。	ダイアート錠と足のしこりの2種のキーワードで下肢の浮腫の処方と誤ってしまった。屯用服用だけでなく「しこり」を確認してよかったと思う。	どんな些細な事でも、疑問点は必ず、確認するようにしている。	ダイアート錠60mg	ダイアコート軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3358	16才偏頭痛の処方に加えタナトリル錠が処方されていた。家族と本人に聞き取りをすとアレルギーの薬を頼んだとのことで薬剤の確認を疑義照会した。タナトリル10mgではなくタリオン10mgの間違いであった。	医師のパソコンの入力ミスと思われる	投薬時にもきちんと聞き取りをして確認する	タナトリル錠10	タリオンOD錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3359	緑内障治療で、コソプト点眼中の患者に、今回からタブコムが追加になっていた。患者に確認したところ、切り替えてではなく、併用して使用すること。コソプトにはドルゾラミド・チモロール、タブコムにはタフルプロスト・チモロールが配合されているため、チモロールが重複となるため、疑義照会を行った。	点眼剤以外にも、配合剤が多数販売されるようになり、成分重複して処方されるケースがみられる。配合剤の中の成分について、必ず確認する。	処方鑑査システムを利用、成分が重複したり、禁忌薬が処方されているときは、赤字で注意喚起される。	タブコム配合点眼液	タブロス点眼液0.0015%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3360	タブコム配合点眼液とアイベータ配合点眼液が重複で処方されたため疑義照会し、処方変更となった。	名称が類似していることが要因	品名類似の薬品については局員で情報共有を行っている。	タブコム配合点眼液	タブロス点眼液0.0015%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3361	タブコム配合点眼液(初処方)とコンプト配合点眼液の処方があった。成分重複(チモロール)と以前からタブロス点眼液を使用されていた為、疑義照会。タブコム配合点眼液ではなく、タブロス点眼液の間違いと判明した。	先頭2文字が同じ為、処方入力時選択間違いしたものと思われる。	配合剤成分の重複処方は一見発見しづらいので処方変更・追加がある場合は特に注意して監査する。	タブコム配合点眼液	タブロス点眼液0.0015%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3362	投薬時に患者家族より「診察時に処方医から喘息に影響する成分をやめておくけど容器の見た目はほとんど同じと説明があったが、見た感じはいつもの目薬ですね?」と質問あり。タブコム配合点眼液が継続処方されていたが、タブロス点眼液との処方記載ミスを探い電話にて疑義照会したところ、タブロス点眼液の間違いでしたとの返答。	タブコム配合点眼液とタブロス点眼液の名称が似ているため医療機関で入力を間違えたと思われる。	投薬時に、確実に患者さんからの情報を得ること、それと同時に用法、容器、剤型の確認を患者さんと一緒に行う。	タブコム配合点眼液	タブロス点眼液0.0015%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3363	患者様に投薬時前回と同じですねとお話ししたらDrから1種類変わるとお話があったとのこと	名称類似の為	調剤時、監査時にきっちり確認	タブロス点眼液0.0015%	タブコム配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3364	眼の手術をするということで門前の病院を紹介され、手術前の診察において処方されていた。タブロスで処方されていたが、患者のお薬手帳はタブコムと記載があり疑義照会を行い、タブコムに変更となった。	お薬手帳を確認すると2か月くらい前からタブロスからタブコムへ処方変更になっていた。かかりつけの眼科医の紹介状にはタブロスと記載があったとのことで、紹介状を書いた後にタブコムへ変更になった可能性がある。	他院からの紹介の患者に関しては必ずお薬手帳を確認するように取り組む	タブロス点眼液0.0015%	タブコム配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3365	タブロスが処方されていたが、患者様のお薬手帳を確認したところタブコムが長期間処方されていたため、入力ミスの可能性を疑い医師に問い合わせを行った。その結果、タブコムへの変更指示があり、変更となった。	薬品名類似による、処方箋作成時の入力ミスであると推測される。	お薬手帳の確認、患者様への処方内容の確認を徹底して行う。	タブロス点眼液0.0015%	タブコム配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3366	緑内障治療中でタブロス点眼液を使っている患者に今回もタブロス点眼液が処方。患者の話では薬が変更になると処方元の先生から言われたとのこと。疑義照会すると、タブコム点眼液に変更となった。	医療機関側の入力ミスと、医薬品名の類似。	今後も薬歴を活用し、お薬手帳や患者への聞き取り、処方せん以外の情報も含めて収集することにより、処方内容に問題がないかどうか確認していく。	タブロス点眼液0.0015%	タブコム配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3367	帯状疱疹後から痛みやゆがみが続いている患者が来局しました。処方箋を見ると「タリージェ10mg 4T 朝夕食後」との記載。患者に何と痛痒さがひどいので薬を処方してもらったとのこと。タリージェは「初期用量5mgを1日2回」のくすりであるため電話で疑義紹介。「タリージェをご処方になったようですが、最初から20mgでよろしいのでしょうか？」事務員さんが取り次いで対応 「症状に合わせてそれくらい必要と考えたそうです。そのままお渡しください」とのこと。納得しかけたのですが、副作用のことを考えるとかなり心配になったため再度疑義紹介。今度は直接Dr.に何と、タリージェではなくタリオンを処方したかったことが判明。タリオンは「1回10mgを1日2回」の薬剤。適宜増減がついていることもあり、Dr.の処方傾向として初回からタリオン40mgになることはよくあることなので、一度目の疑義紹介の際にはその点についての話と聞いたのかもしれない。そのままお渡しすれば眩暈吐き気等の副作用があったかもしれません。	「タリージェ」と「タリオン」の名称類似。疑義紹介のやり方	納得ができないときは何度でも疑義紹介する大切さと疑義紹介の際の聞き方のスキルも大切だと思う事案でした。例えば、「痛みに合わせての処方のようですが～」と処方意図の確認も兼ねて聞いたリ、「副作用防止の観点から初期用量が1回5mgの薬で～」となぜ疑義が生まれたかを明確にしたりしていればよかったかもしれません。	タリージェ錠10mg	タリオン錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3368	ロキソプロフェンとタリージェの両方が処方。鎮痛剤2種類処方の話あったか聞いたら、それはなく胃薬処方されると聞いていた。胃薬は処方なく、疑義照会。タリージェからタケキャブに変更になった。	鎮痛剤2種類と言う点、処方されるべき薬が処方されていない点から、処方名の打ち間違いが想定できた。	重複のチェックと患者さんからの聞き取りの徹底	タリージェ錠5mg	タケキャブ錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3369	ヘルニアによる痛みに対しての処方。貼付剤の処方もあったため副作用予防としての処方かと考えたが、患者様から状態と状況を聞き取りした結果、念のためタリオンの処方意図を医師へ確認することになった。結局タリージェ10mg2T2×の間違えと判明。タリージェ初回服用開始時は5mg2T2×であること伝え、用量も変更となった。	3文字検索が徹底されていない可能性がある。	医師の処方意図を考えながら、患者様へ投薬する。服用の必要性がない場合は医師へ疑義紹介する。	タリオン錠10mg	タリージェ錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3370	タリオン錠5mg 2錠分2朝夕食後で処方されていたが、年齢から量が少ないと思ひ疑義照会。疑義照会の結果、処方内容とは全然関係ないタリージェ錠5mgが本来の処方内容であることが判明。	名称類似	不審に感じる用量、用法に関しては疑義照会を怠らない。	タリオン錠5mg	タリージェ錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3371	腰痛のためリリカ75mgを服用していた患者。今回の処方箋でリリカではなくタリオン5mg 2錠が処方されていた。患者に確認の上、医師に疑義照会を行った結果、タリージェ5mg 2錠に変更になった。	電子カルテでの変更間違いと思われる。	患者疾患を確認し、変更理由を調査する。患者本人に変更理由を尋ねる。	タリオン錠5mg	タリージェ錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3372	タリオン錠5mgが70歳に処方された。小児用量のため、症状をうかがい問い合わせた結果 タリージェ錠5mgの入力ミスでした	電子カルテの入力ミス	患者さんからの情報収集が大事	タリオン錠5mg	タリージェ錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3373	タリビッド耳科用液処方患者に聞き取りを行ったところ耳でなく目の症状で処方されていることが判明し疑義紹介したら剤型変更となった	名称類似、処方内容の確認不足	お薬手帳確認や患者聞き取りをしっかりと行い処方内容は問題ないか確認していく	タリビッド耳科用液0.3%	タリビッド点眼液0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3374	タリビッド耳科用液が処方されていたため、交付の際、症状と服薬指導を行ったところ、耳に異常はないとのことだったので、医師に確認したところ、耳科用液ではなく点眼液だったことが発覚した。	病院側のカルテ入力の際のミス。	剤形違いがある薬剤に対しては、特に注意して調剤を行い、薬剤交付の際は、患者様の症状をしっかりと聞き取る。	タリビッド耳科用液0.3%	タリビッド点眼液0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3375	タリビッドOD(10)と記載されていたため、タリオンOD(10)の誤りかと考え、疑義照会を行った。	名称の類似、処方内容の確認不足が考えられます。	名称だけでなく、規格や剤形なども必ず見落とさないようにする。	タリビッド錠100mg	タリオンOD錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3376	タリビット点眼液3.5mlで処方されていたが、1本5mlのため、疑義照会を行った。疑義照会后、タリビット眼軟膏に変更。	事務員の入力間違いだろう。	点眼薬や眼軟膏の分量を把握しておく。	タリビット点眼液0.3%	タリビット眼軟膏0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3377	処方箋記載されていた朝食後の処方に、寝る前服用薬の記載されていた。確認の為、当該医院に連絡、ダルメートとダイアートの間違いであった。処方変更の指示があり、ダイアートに変更、アゾセミドにて調剤した。	今後とも処方内容確認しながら、効能効果推測して調剤する。	今回は非常にわかりやすい間違いの為きづきやすかったが、さらに注意して取り組んでいきたい。	ダルメートカプセル15	アゾセミド錠30mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3378	数か月振りに来局された患者様でしたが、以前も服用していたタンドロスピロンではなく名前がにているダントリウムの処方だったこと、当局では採用品ではなかったため患者さんにも確認したところ、ダントリウムの症状はなく、以前飲んだことある処方と聞いていたので、疑義照会したところ、タンドロスピロンの間違いだったと判明した	名称がにているためオーダーリングシステムで誤って選択したとおもわれる	とくに名前の似ている薬剤をピックアップし、さらに採用品以外のものはかならず、責任者にも確認しダブルチェックを徹底している	ダントリウムカプセル25mg	タンドロスピロンクエン酸塩錠10mg サワイ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3379	チアプリド錠50mg 1T×1追加処方。患者主訴は消化器症状であり薬効と乖離していた為疑義照会。類似した名称のスルピリド錠50mgを処方するつもりであった事が判明した。	処方医の勘違い・思い込み	患者主訴をきちんと聴取し、薬効と乖離していないか、妥当な処方かしっかりと確認している。	チアプリド塩酸塩錠50mg 「アメル」	スルピリド錠50mg 「CH」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3380	ファモチジンOD錠20mg 2錠分 2・チクロピジン塩酸塩100mg 3錠分 3・ブスコパン錠10mg 頓服・マーズレンS顆粒2g分3が14日分処方だった。チクロピジン塩酸塩錠は抗血栓薬であり他の薬と違和感があったため患者に症状を確認し処方元に疑義照会した所、チキジウム臭化物カプセル10mgに変更となった。	どちらも薬品名の頭がチであり次がカ行のため処方薬入力の際の選択ミスが要因と思われる。又はカルテの字を見誤った可能性もある。	処方薬に違和感を感じた場合、患者から症状や既往歴など確認し症状にそぐわない薬がそのまま調剤されることのないよう業務に当たりたい。	チクロピジン塩酸塩錠100mg 「サワイ」	チキジウム臭化物カプセル10mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3381	チモロール点眼液(持続性) 1日2回の用法は記載誤記の疑いがあり疑義照会したところ、非持続性の誤りであることが判明した。	カルテに転記する際に、薬品名を末尾まで確認せずの選択し、入力してしまったと思われる。	一般名の持続性、非持続性まできちんと確認するようにしている。	チモプトールXE点眼液0.5%	チモプトール点眼液0.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3382	当該患者へチモプトールXE点眼液0.5%1日2回両目点眼指示の処方があったが、当該患者が継続使用している点眼はチモプトール点眼液0.5%1日2回両目点眼であり、またチモプトールXE点眼液0.5%であれば1日1回の用法であるため、疑義照会を行ったところチモプトール点眼液0.5%1日2回両目点眼へ変更となった。	処方箋へのカルテ転記時に薬剤選択を誤ったためと推定される。	処方箋受付時に必ず規格及び用法も確認し、相違及び疑わしい点があった場合は疑義照会を行っている。	チモプトールXE点眼液0.5%	チモプトール点眼液0.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3383	普段、チモプトール点眼0.5%処方の患者さん。チモロール点眼0.25%での処方。患者さんは医師から特に変更の話はなかったとのことでした。	医薬品名が似ていた。成分は同成分。	処方変更時は、調剤前に患者さんに確認する。	チモプトール点眼液0.25%	チモロール点眼液0.5% 「ニッテン」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3384	投薬時、処方内容と診察時の診察内容が異なるため、疑義照会し変更になる。	慢性疾患のため、同じ内容の処方が多いが、用量が異なるものがあるので注意が必要。	必ず、症状の聞き取りを徹底する。	チラーゼンS錠25μg	チラーゼンS錠50μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3385	甲状腺機能亢進症の患者へチラーゼンS錠50が処方されていたため電話疑義照会した結果、チラーゼンS錠50からチウラチール錠50mgへ処方変更となった。	医薬品名称類似による医療機関での入力誤り	薬歴やお薬手帳、口頭での聞き取りから処方内容が適切であるか、徹底して確認を行っている。	チラーゼンS錠50μg	チウラジール錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3386	処方箋には「ツムラの生薬ヨクイニン」とあったが、刻み生薬は1種類では保険が通らないことから問い合わせをしたところ回答がツムラのヨクイニン湯(53番 関節痛の薬)との回答があり、保険適用が違い皮膚科領域ではコタローのヨクイニンではないかと再度確認したがツムラの53番で間違いのないとの回答だった。患者へのヒアリングの結果、皮膚症状での受診とのことで再度問い合わせをし、ヨクイニンエキス錠コタローへ変更となった。	ツムラの53番ヨクイニン湯がヨクイニンのみで構成されているものとの医師の勘違いによる。また、日頃より薬局や患者に対して高圧的であり意見をなかなか受け入れてはくれない医療機関であることも解決するまでに時間を要した一因であると考ええる。	医療機関側に根気よく説明していく。	ツムラの生薬ヨクイニン	ヨクイニンエキス錠「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3387	ツムラ薏苡仁湯3包分3毎食前30日分で処方されていたが、患者に聞き取りをした結果イボでの服用と判明。疑義照会をしたところヨクイニンエキス錠「コタロー」18錠分3毎食前30日分に変更になった。	ツムラ薏苡仁湯は7種の生薬が含まれる漢方であり、効能効果は関節痛・筋肉痛のみだが、ヨクイニンと薏苡仁湯を混同したものと考えられる。	漢方は名称類似があることを周知しておき、投薬時に効能効果と患者の主訴を確認して渡すことを徹底する。	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒(医療用)	ヨクイニンエキス錠「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3388	ツムラヨクイニン湯エキス顆粒の処方がされていたが、交付時に症状を確認したところ、イボにて受診したとのことで疑義照会したところ、ヨクイニン錠「コタロー」に変更になったツムラヨクイニン湯エキス顆粒の適応は、関節痛、筋肉痛のみ	名称が似ているため、間違えたものと思われる	今後も、積極的に患者さんに話を聞き、処方内容に問題がないかどうか確認していく	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒(医療用)	ヨクイニンエキス錠「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3389	定期的に通院されている患者さまで、今回より漢方薬が追加となった。足腰の痛みがあるようには見えなかった。処方箋受け取り時、調剤前の聞き取りでいぼで服用することがわかった。ツムラヨクイニン湯-関節痛、筋肉痛の適応である。	Drが処方する際、ヨクイニン湯とヨクイニンエキスを混同して間違えて処方したものと考えられる。	ヨクイニン湯の処方極めてまれであるため、処方時には十分な聞き取りを行ってから調剤を行う今回の件以外でも処方箋受け取り時の患者さんからの聞き取りは重要である事をあらためて感じました	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒(医療用)	ヨクイニンエキス錠「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3390	ツムラよくいん湯エキス顆粒が処方されていたが、患者家族への聞き取りにより水いぼで処方された事がわかった。処方薬には水いぼの適応がないため疑義照会を行い、変更となる。	名称が似ていることから間違えて処方してしまったと考えられる。	患者の症状を確認し、適応症や用量を確認することにより誤処方をなくす	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒(医療用)	ヨクイニンエキス散「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3391	ツムラよく苡仁湯7, 5mg分3毎食後30日分で処方。問診表にて皮膚病との記載。ツムラよく苡仁湯には筋肉痛、関節痛のみ適応のため疑義照会。ヨクイニンエキス錠「コタロー」12錠分3毎食後30日分に変更	どちらも「よくいん」と書かれているため同じ成分との思い込みがあったのか	薬剤の成分、適応について把握しておく	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒(医療用)	ヨクイニンエキス錠「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3392	ツムラよく苡仁湯が処方されていたが、水いぼで服用すると伺ったので念のためこのままでもいいか問い合わせ。ヨクイニンエキス散に変更になりました。	名前が似ていたので間違えたかと推察されます。	患者様のお話をよく伺う。	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒(医療用)	ヨクイニンエキス散「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3393	イボで悩み、それを治療する薬として漢方が処方されたと投薬前の情報収集にて判明。同じヨクイニンと言った名称でもツムラとコタローでは組成や効能が異なり、コタローのヨクイニンエキス錠の間違いであると考え疑義紹介を行った。結果、患者の訴え通りイボの治療であった為、コタローのヨクイニンエキス錠への処方変更となった。	類似した名称であったため医師が同効薬または同種薬と考えたのであろうと推察する。	これからも積極的に患者とのコミュニケーションや傾聴の気持ちを忘れず服薬指導に取り組んでいきたい。	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒(医療用)	ヨクイニンエキス錠「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3394	皮膚科からの処方せんを持参され、「ツムラ薏苡仁湯エキス顆粒」が処方されていた。2回目の受診とのことであった。前回は、皮膚科近くの薬局でのお薬手帳には「ツムラ薏苡仁湯エキス顆粒」で調剤され、現物の写真を見せたところ、それを現在服用しているとのことであった。再度、病名を確認したところ、水いぼとのことだったので、皮膚科に疑義照会した。「前回と同じ処方です」といわれたが、前回は他の薬局での調剤だったので問い合わせがなかったかもしれないが、処方箋の記載の薬は、効能が全く違うものであることを説明して、処方変更となった。	特に、初回受付の患者さんには、受診目的（できたら病名）を確認することが大切かと思う。漢方薬にはよく似た名称があるので、日ごろから、適応について確認することが大切である。	初回の患者さんには、受診目的を確認する。漢方薬名は、その適応についても普段から知っておくこと。	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒（医療用）	ヨクイニンエキス錠「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3395	ツムラよくいん湯エキス顆粒（52）が1g分2で処方。ツムラよくいん湯の適応は、関節痛、筋肉痛であるが、患者はイボで受診しており、適応が違いため疑義照会。ヨクイニンエキス散「コタロー」1g分2に変更となった。	医薬品名類似の選択間違い	病名と適応が一致しているかの確認を忘れず行う	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒（医療用）	ヨクイニンエキス散「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3396	患者がいぼができ、以前にヨクイニンで良くなったので、医師に相談したところ、処方してもらえなかったことが、ヨクイニンのキーワードだけで、ツムラのヨクイニン湯が処方されたが、ツムラは薬効が違うため、監査の段階で患者さんにお話を聞きに行ったところ、いぼの治療と伺い、疑義照会にてコタローのヨクイニンエキス錠へと処方変更となった。	名称が同じなので、薬効は同じだと医師が勘違いした。	患者さんとのコミュニケーションをしっかりとることにより、処方の間違いを発見する。名前が同じや、近いもので薬効が違うものをしっかりと勉強する。	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒（医療用）	ヨクイニンエキス錠「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3397	処方箋にツムラ越婢加朮湯2.5g 頓服 足がつる時と記載されていたが、効能と服用指示に疑問を持ち、問い合わせたところ、ツムラ芍薬甘草湯2.5gの誤りであることが判明した。	ツムラの漢方薬品名別の番号が越婢加朮湯：28 芍薬甘草湯：68であることから、パソコンで入力する際に誤って入力してしまったと推測。	処方箋記載内容はもちろんのこと、患者様の主訴もよく聞き取り処方内容に問題がないか監査することを徹底する。	ツムラ越婢加朮湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3398	処方箋には ツムラ加味帰脾湯 5g 分2 14日分 と記載されていた。 前回はツムラ加味逍遙散とツムラ柴苓湯が処方されており疑義を感じた薬剤師Aは患者に今日の薬の変更の内容を確認すると「薬を1種類だけ減らすと聞いている」とのこと、そこでAは処方医に疑義紹介をたところ間違いが発覚しツムラ加味逍遙散の処方変更になった	レセコンの入力ミスがおこったと推定される	変更がある際は特に患者さんに確認してからお渡しする	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3399	ツムラ137加味帰脾湯の処方であったが 医師からの説明をお聞きしたところ、他剤ではないかと推察し、疑義紹介を行った。ツムラ134桂枝加芍薬大黄湯の誤りだった。	カルテには漢方の番号を記載されているようで 勘違いが起こった様子。	漢方は、疾患で処方されるとは限らないため、難しい面もあるが、患者さまからの聞き取りを大事にします。	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝加芍薬大黄湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3400	投薬時に薬を見て、使用したことある薬と違うと患者本人より申し出あり。今処方元の病院ではその患者に処方された歴はなく、当薬局でも該当薬の使用歴はないものだった。	薬剤名が似てること、症状としてもどちらの処方もありえる為医師も薬剤師も処方内容に違和感は感じなかった。患者は似た名称の薬剤があることを知らないため、伝わっているだろうと思いつい込んでしまった。お薬手帳の持参、併用薬の確認は常にしていたがシールや記載はなかった。	医療機関受診の際もお薬手帳を持参し、薬剤名に間違いのないよう活用してもらうよう指導する。患者の他院併用薬に関して情報提供を行う。	ツムラ葛根湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3401	8歳男性、クリニック小児科より、ツムラ葛根湯エキス顆粒・アラミスト点鼻液・トランサミン錠250mg・カルボシステイン錠250mg処方。久しぶりの来局で、前回来局は1年以上前。処方内容より風邪症状を想定したが、母親から鼻炎で受診と聴取。お薬手帳には半年前に同クリニックから同様の処方があり、他薬局を利用していた記録あり。ただし葛根湯ではなくツムラ葛根湯加川きゅう辛夷が処方されていた。患者の現疾患に対し、葛根湯ではなく葛根湯加川きゅう辛夷が適切と判断し、疑義照会したところ、葛根湯加川きゅう辛夷に変更となった。	薬剤名称が類似しているため、クリニックで処方入力の時に選択ミスをしたと思われる。	漢方薬は名称類似品が多く、用法用量が不適切な場合もあるため、特に注意して鑑査している。また、小児は複数医療機関を受診していたり、来局が不定期なことが多いため、過去の薬歴だけでなくお薬手帳も注意深く確認し、疑問があれば疑義照会している。	ツムラ葛根湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3402	処方医薬品名はツムラ葛根湯加川キウウ辛夷だったが、患者との聞き取りの中で乳腺炎の症状のみで鼻症状がなかったため疑義照会。その結果、クラシエ葛根湯に処方変更になりました。	頭文字からが同じの為入力ミスと思われます。	引き続き、患者様からの聞き取りやお薬手帳からの確認により処方内容に間違いがないか確認している。	ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒(医療用)	クラシエ葛根湯エキス錠T		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3403	普段と違う漢方で桔梗湯が処方されており、患者および同伴の家族に確認したところ夏バテで変更されたとのこと。桔梗湯については患者の訴えの効能効果は得られないため、処方医に疑義照会を行った。	カルテ記載時に漢方名ではなく、ツムラ漢方の番号で記載されていたと推測される。	患者への症状の確認し、処方薬が適切かを確認する。	ツムラ桔梗湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ清暑益気湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3404	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒が処方されていた。患者は動悸がして市販の漢方薬を試して効果を感じたので写真を見せて同じ薬を処方して欲しいと提案したそうです。薬局で写真を確認したところ「紫胡加竜骨牡蛎湯」だったため、おかしいと判断して疑義照会し「ツムラ紫胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒」に処方変更されました。これだと動悸の症状に対しても辻褃が合います。	医師の確認不足、知識不足	処方された経緯を必ず聞いてできるだけ具体的に確認して調剤を行う事が大切だと思いました。	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3405	泌尿器科よりピカルタミド服用中の患者が来局した。患者がほてりて悩んでいることを診察時に伝えたところ、漢方を処方すると医師より説明を受けた、と服薬指導時に聴取した。患者の訴えが、処方された桂枝加朮附湯の効能と異なることから疑義照会を行った。その結果、桂枝茯苓丸の処方ミスであることがわかった。	推測だが、処方薬の3文字入力により起こったミスだと考える。	泌尿器科では見慣れない処方だったため気づくことができた。科名の確認や、患者の訴えと処方意図に相違ないか必ず確認する。	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3406	転院先から初めて処方された患者様で本来は継続の薬であるツムラ桂枝加芍薬湯を出すはずが間違えてツムラ桂枝加芍薬大黃湯を処方してしまった。また患者様は手帳を持参されず、投薬時の薬の確認でも気づけなかったことから発生した	カルテの書き間違いもしくは処方入力時のミス	再度処方の確認を患者様に対して行う	ツムラ桂枝加芍薬大黃湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3407	患者様に投薬時、新しい薬が出ている旨伝え症状を確認した。本来の薬効と違う症状だったため、HPに疑義紹介を行った。処方間違いであることが判明、薬の変更となった。	頭文字の桂枝が同じであるため、入力時間違いやすい薬剤と思われる	新しく出たときは、必ず患者様の症状と照らし合わせることにしている。	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3408	当薬局ひさしぶりの患者様が整形外科にてツムラ桂枝加芍薬湯とモーラステープの処方箋を持ってこられた。症状について聞くと足の筋肉がこわばって痛みがあるからとのことでした。ツムラ桂枝加芍薬湯の効能が腹痛のため問い合わせたところツムラ芍薬甘草湯に変更となった。	桂枝加芍薬湯と芍薬甘草湯は名称に芍薬が両方とも入っているため病院での入力時の間違いが考えられる。	漢方は類似名が多いので特に症状を確認してからお渡しする。	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3409	桂枝加芍薬湯が処方されていたが腹痛などの症状はなく、足がつる症状があるとのこと処方医に問い合わせ。結果的に芍薬甘草湯に変更になる。	名称の類似した医薬品の為入力間違いの可能性もある。	処方された薬が患者様の症状にあった薬か投薬していく中で症状を確認しながら説明していく。	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3410	ツムラ桂枝加芍薬散顆粒の処方があった。投薬服薬指導時に患者からこむら返りの症状があると訴えがあった。適応が異なるため疑義照会を行ったところ、芍薬甘草湯の間違いであったと発覚し、処方変更となった。	名称の類似	問診等で症状等の聞き取りを必ず行う。	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3411	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒の処方したが、服用法がこむら返り時の頓服となっていた。患者に症状について患者に確認すると、こむら返りの時に飲む漢方をだしてもらったとのことであった。疑義にて確認したところ、芍薬甘草湯の間違いであったことが判明し、変更となった。	薬剤名類似により、処方入力時に誤って選ばれたと思われる。	患者に処方薬の経緯・症状について確認する。	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3412	足の攣りがありその薬が出るはずと聴取。入力間違いの可能性があったため疑義照会。	名前が似ていたため間違えて選択した可能性がある。	適応にあった処方なのか確認の徹底。	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3413	婦人科を更年期障害のホットフラッシュが気になって受診した患者さんに桂枝加芍薬湯が処方された。腹痛等の訴えは無く、電話にて医師に疑義照会した。	パソコンでの変換ミスかと思われる。	患者さんの話を聞き、どのような目的で受診したのかを確認	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3414	他医院でもらっていた薬を希望 投薬時、漢方の番号がちがうことに患者が気づく。おくすり手帳 (QR) を薬局に提示。25番ではなく、125番。医師には診察時に見せた、とのこと。疑義照会。処方訂正となった。	医師の確認不足漢方の名称類似	特になし	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3415	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒が処方されいて、投薬時にニキビでの受診を確認。桂枝茯苓丸にはニキビの適応症がないため、処方医に疑義照会を行った結果、ツムラ桂枝茯苓丸加薏苡仁エキス顆粒に処方変更となった。	処方入力をする際に、名称が似ているため、誤った薬剤を選択してしまったと推察される。	どのような症状で受診したか、その症状に対して処方された薬の薬効が適切であるか必ず確認する。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3416	投薬時に患者様とお話していると、関節痛に対して処方希望でツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒を希望されていることがわかったが、ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒の処方であったため疑義照会をし、変更となった。	ツムラの漢方の中にはパッケージや薬品名類似のものがあるため、症状の聞き取りや服用歴等の確認が必要と思われる。	事例をスタッフ内でも共有し、類似名、類似パッケージのものに注意喚起の付箋をつけるなどした。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3417	子宮筋腫で桂枝茯苓丸 (ツムラ25番) のところけ桂枝茯苓丸加薏苡仁(ツムラ125番)が処方されていた。薬剤名の類似および番号間違いの可能性があると考えられる。	処方意図を考えることの重要性	患者の話を聞き、漢方薬の処方意図を探るようにしている	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3418	五積散の処方であったが、主訴が気圧の変化による頭痛・めまいであったため漢方の間違いではないのかと考えれ 問い合わせを行う	名称が似ていることでの入力ミス	名称類似医薬品については注意喚起を行う	ツムラ五積散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ五苓散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3419	今回当薬局ご利用は初めてでまた普段はA病院より処方を受けていた。今回はB病院を受診し前回までと同じ内容で処方を受けるとの話であった。しかしツムラがA病院ではツムラ五苓散であったがB病院で処方されたのはツムラ五積散であったため照会を行った。結果ツムラの五苓散に処方の変更となった。	医師が電子カルテで薬品の選択ミスをしたと考えられる。	今後も薬の変更点はよく確認を取ってから患者に薬を渡すようにしていく。	ツムラ五積散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ五苓散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3420	52歳男性、前立腺の炎症と肥大があり、泌尿器科にて45歳から内服治療中である。現在はタダラフィル錠5mg 1錠朝食後服用されていたが、冷えからの症状改善のため、漢方薬が追加された。ツムラ五積散エキス顆粒 2包 1日1回朝食後と記載されていた。本人が医師より漢方薬の用法は1日2回と聞かれていたので、疑義照会を行った。処方入力に誤りがあったとTELにて連絡があり、漢方薬はツムラ牛車腎気丸エキス顆粒に変更し、用法は1日2回朝夕食後に変更となった。敢えて食後でとの指示あり。	医薬品の名称が類似していた。	本人からの聞き取りで、用法違いから今回は医師に確認出来たが、冷えの改善目的の観点からは処方薬の誤りは判断できなかった。牛車腎気丸は以前も服用されていたことがあり、新たな薬にされるといわれたか?等丁寧な聞き取りが必要である。	ツムラ五積散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3421	ツムラ五積散でしたが患者様の症状からツムラ五苓散ではないかと思われました。	医院の事務さんのコンピューター入力ミス	症状と処方箋が妥当か必ず確かめる。	ツムラ五積散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ五苓散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3422	むくみでフロセミド錠を服用していたが、トイレの回数が増えた為、漢方薬に変更すると処方医の説明あり。利尿作用のない五積散が処方されていた為、処方医に確認。五苓散の記載間違い。五積散から五苓散に処方変更。	名称類似の為の間違い。	病状を確認し処方内容の適正を判断する。	ツムラ五積散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ五苓散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3423	胃のもたれ、吐き気などの訴えでツムラ五淋散エキス顆粒が処方、排尿障害等の訴えがなかったため、薬品名類似のツムラ五苓散エキス顆粒の誤りの可能性もあったため疑義照会	薬品名類似のため、入力ミスがあったと考えられる。	薬品名類似のものに関してはピックアップしておく	ツムラ五淋散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ五苓散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3424	めまいで薬変更になったがツムラ五淋散にめまいの効能なく問い合わせしツムラ五苓散の間違いだったことが発覚	類似医薬品のため薬品選択ミスと思われる	処方が初めての薬の時は特に患者から情報収集をし処方意図を確める	ツムラ五淋散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ五苓散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3425	患者様が来局され、処方箋に記載された通り五苓散で投薬。投薬時、患者様より診察時に医師と相談した薬と違うというご指摘を受けた。 電話にて医師に疑義紹介した所、五苓散ではなく五積散の処方予定だったことが判明。その場で処方変更になった。	病院での処方薬選択ミス、処方名が酷似している為見誤ったと推測。	お薬手帳と問診票により、患者様の服用歴の把握。 漢方は名称より番号で把握されている患者様が多数なので、投薬時医薬品名と合わせて番号も確認し再発を防ぐ。	ツムラ五苓散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ五積散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3426	レボフロキサシんとともに五苓散が処方。膀胱炎が疑われる処方だったため患者へ確認したところ、膀胱炎で五淋散が処方されると医師から聞いたと確認。疑義照会したところ、五淋散へ変更となった	名称類似のため、処方医のオーダー間違いだと思われる	少しでも疑わしい点は処方医や患者へ確認する	ツムラ五苓散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ五淋散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3427	ツムラ滋陰至宝湯エキス顆粒、1日量、7.5gが処方されていた。通常1日量、9gのため疑義照会したところ、用量の間違えではなく、処方薬がツムラ滋陰降火湯エキス顆粒であった。	医薬品の名称が類似していたために、医療機関で入力に誤りがあったと推測される。	今回は、ツムラ滋陰至宝湯エキス顆粒とツムラ滋陰降火湯エキス顆粒の用量が違うため疑義照会して間違いが発覚した。似た薬品名がある場合は、様々な情報(服用量、服用法、患者への聞き取りなど)から、疑わしい点がないか、確認することが必要と感じた。対応として、ツムラ滋陰至宝湯エキス顆粒の箱に印字されている薬品名の「至宝」と、ツムラ滋陰降火湯エキス顆粒の箱に印字されている薬品名の「降火」にマジックで印をつけ、各々の1日用量も、マジックで記載し注意喚起した。	ツムラ滋陰至宝湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ滋陰降火湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3428	当薬局の利用初めての患者様。鑑査者が形成外科からツムラ治打撲一方が処方されていることに疑問に思い、ツムラ治打撲一方(チダボクイッポウ)ではなく、ツムラ治頭瘡一方(チツソウイッポウ)の処方間違いではないかと考えた。その申し送りを受けて投薬時に患者家族に確認したところ、処方する漢方薬の名前は医師から聞いていないが、今回は打撲やねんぎ等ではなく面皰の治療で受診したという話から疑義照会を行い、ツムラ十味敗毒湯(ジュウミハイドクトウ)へ変更に至った。	薬の読みの1文字目が似ているため、異なる漢方を処方してしまった可能性がある。万が一、このままお渡ししていた場合、望んでいた治療の開始が遅れる可能性があった。	治打撲一方は主に整形から捻挫等で処方されることが多いため、鑑査時に処方内容の違和感に気づくことができ、投薬者に申し送りをしてスムーズに確認と問い合わせに繋がることできた。	ツムラ治打撲一方エキス顆粒(医療用)	ツムラ十味敗毒湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3429	処方箋に基づいて調剤後、監査を行った際に、手帳を拝見し、処方変更になっていることを把握。患者様の症状を考慮し、処方変更になったのか?と推測した上で服薬指導を行った。その際に患者様から「漢方の番号が思っていたものと違う。」との申し出を受け、薬剤の処方違いなのではないか?となったため、処方医に電話にて確認したところ、処方間違いであったことを確認し、変更となった。	病院の採用薬が限定されており、処方箋を入力の際に類似名称の異なる薬を入力してしまったと考えられる。	処方箋の記載内容と局内に残る服用履歴及び手帳の記載内容を照らし合わせの徹底。また、手帳より、新規併用薬が確認された際には手帳のコピーを取り、薬歴に記載終了するまで保管する。	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(医療用) ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)	ツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒(医療用) ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3430	50代女性、ホットフラッシュがひどいため婦人科を受診。柴胡桂枝湯が処方されていたが、患者の訴えと合わない。柴胡桂枝乾姜湯は更年期障害の適応がある。患者も医師がツムラの11を処方すると聞いていたためそれも踏まえて疑義照会したところ処方が変更となった。	柴胡桂枝湯と柴胡桂枝乾姜湯の名前が似ている為オーダーを間違えた可能性がある。	患者からの聞き取りを丁寧に行い、疑問があれば疑義照会し、適切な薬剤を交付する。	ツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ柴胡桂枝乾姜湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3431	ツムラ柴朴湯 9g 分3 毎食前14日分の記載があったが、ツムラ柴朴湯は1包2.5gの製剤であること、類似名称のツムラ柴苓湯は1包3gの製剤であることから、本来柴苓湯を処方するべきところの記載ミスではないかと推察。疑義照会を行ったところ、ツムラ柴苓湯に変更となった。	柴朴湯と柴苓湯という、名前がかなり類似していることに起因していると思われる。	本事例の他にも、温経湯と温清飲など類似名称品があるものは特に注意して監査を行う。また、1日量と製剤の包装が一致しているかどうかのチェックを漏らさないようにしている。	ツムラ柴朴湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ柴苓湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3432	ツムラ柴苓湯 1g 分1 寝る前の処方であったが 患者様からの聞き取りでは眠剤が処方されるとのことで疑義照会を行った 疑義照会当初はそのままの処方でのよいとの返答であったが 投与量が1gと用量がおかしいため再確認をお願いしたところ、サイレースへ変更となった	「サイ」で薬品検索を行ったことによる入力ミス	患者様にしっかりと聞き取りを行い 納得が行くまで問い合わせを行っていく	ツムラ柴苓湯エキス顆粒 (医療用)	サイレース錠 1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3433	小青竜湯のところを小建中湯を処方	小建中湯と小青竜湯の名称を間違えた	患者さんの様態を確認して処方が正しいかを確認する	ツムラ小建中湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ小青竜湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3434	ツムラ小建中湯が処方されていて、患者様へ交付時に、大建中湯が処方されると聞いたとの話を伺い、処方医に照会したところ、処方箋の入力ミスで正しくは大建中湯だとのお返事をいただき、患者様には大建中湯でお渡しすることが出来た。	処方医は大建中湯を処方したとのことで、名前が似ているため処方箋に入力の際に入力ミスをしたものと思われる。	患者様に症状だけでなく、医師からどのような話があったかも聞き取りを行い、正しい薬が処方されているかを確認する。	ツムラ小建中湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ大建中湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3435	他にデキストロメトルファン、カルボシステインが処方されており、名称が似ている小青竜湯の間違いではないかと考え疑義照会した結果、ツムラ9からツムラ91の番号類似の漢方に変更となった。	医師が薬剤選択する際に類似番号を選んでしまったと考えられる。	他の処方内容や処方日数より、名称が似ている薬剤の可能性も考慮し、疑義照会する必要がある。	ツムラ小柴胡湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ竹じょ温胆湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3436	咳の症状があり受診した患者さんに対して、9:ツムラ小柴胡湯エキス顆粒が処方された。患者からの聞き取りでも肝臓は悪くないとの事。29:ツムラ麦門冬湯エキス顆粒との処方間違えか。疑義照会した。	番号が似ている、同じ9番台で箱や包装の色が似ているため、間違ったと考えられる。主な薬効を付箋で箱に貼る。	患者さんからの聞き取りをしっかりと	ツムラ小柴胡湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3437	漢方名は似た名前が多く、漢方の知識も医療者によって違う事が原因	処方箋を鵜吞みにせず、患者さんの話を聞く	漢方薬の勉強会を開いた	ツムラ小柴胡湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3438	肝臓の数値が高いため漢方を飲むことになったと聴取、処方の小柴胡湯加桔梗石膏だった	病院で入力ミスがあったと考えられる	患者からの聞き取りは丁寧に行う	ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒 (医療用)	ツムラ小柴胡湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3439	小青竜湯が処方患者応対時、鼻炎・鼻閉症状を疑い聞き取りをするも、該当症状はないことがわかる。訴えとしては便秘が気になることを確認。処方薬の小青竜湯が不適切であり、疑義照会にて確認。また、小建中湯を提案。	薬品名の類似。同医療機関では小青竜湯、小建中湯ともに処方されることがある。	応対時の症状確認の徹底。逆に、薬局側が調剤時薬剤を取り違える可能性もあるため、類似名称薬剤の確認徹底を行う。	ツムラ小青竜湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ小建中湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3440	薬剤交付時に患者様から「蓄膿の症状ではなく痰が気になる」という話を聞き取ったため、処方元医院へ電話で問い合わせし、辛夷清肺湯から清肺湯へと処方変更となった。	薬剤名称の類似による、処方違いと考えられる。	漢方薬は類似名称が多く、且つその薬効も異なるため患者様からの症状の聞き取りを今後も十全に行っていく。	ツムラ辛夷清肺湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ清肺湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3441	ツムラ人參湯処方。過去の薬歴にはツムラ人參養栄湯が処方されていた。鑑査時に上記のことを確認し投薬時に本人へ確認。本人は以前処方された薬を出すと言われていたとのことだった。疑義照会し人參養栄湯に変更となった。	名称が類似しているため	名称類似薬のリスト化	ツムラ人參湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ人參養栄湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3442	定期的に来局される患者様が今回膀胱炎になったため臨時で受診されました。診察時にDr. やり取りの中で、他の病院で頂いていた膀胱炎の薬が体調や本人の服用において相性が良かったためツムラの清心蓮子飲をお願いしたのですが、実際には処方箋上にはツムラの清暑益気湯が処方されていました。その後薬局に来局し体調がよくなさそうだったため夏バテの可能性を考えましたが、服用日数が短かったため疑問に思い本人に確認。そして膀胱炎のため出してもらったことを聞き、Dr. に疑義照会を行って清暑益気湯から清心蓮子飲に変更となりました。	今回の処方における要因はDr.が選んだ処方薬ではなく、患者様から希望の薬を聞き取りそれを処方されたため名称の頭が似ているツムラ清心蓮子飲とツムラ清暑益気湯の誤選択が起こったと考えられます。もしそのまま処方されていた場合、明確な副作用は起こらなかった可能性は高いですが、主症状である膀胱炎の治療にはならないため、服用を継続しても不快感が収まらず最悪の場合症状が悪化して再度受診しなければならぬ状況になっていたと考えられます。	今回の事例のように処方されている薬と患者様の実際の症状を確認し明確な理由があった上で処方されているかどうかを確かめ、もし異なる場合はセーフティーネットとしての役割を薬局が果たさなければなりません。	ツムラ清暑益気湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ清心蓮子飲エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3443	処方箋にはツムラ清上防風湯と記載があったが、投薬時に服用目的を聞くと皮下脂肪を抑えたいためであり処方薬剤の適応と異なっていた。皮下脂肪に適応のあるツムラ防風通聖散と名前も似ており疑義照会したところ、ツムラ防風通聖散に変更となった。	新規の処方だったが漢方薬の名前が似ていたため処方入力ミスが発生してしまったものと思われる。	投薬する前に添付文書でしっかり適応等を確認し投薬時に主訴と処方一致しているか判断している。	ツムラ清上防風湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ防風通聖散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3444	当薬局を初めて利用される方。喘息様症状があり咳止めと一緒に清上防風湯が処方されていた。服薬指導時にニキビ等の皮膚症状があるか確認したところ、そのような症状はないことを確認。念のため処方医に確認してもよいか伺い、処方内容についてFAXで疑義照会をした。結果、清肺湯へ変更となった。	電子カルテ上で1文字目が「清」であったため、見間違えて処方されたものと考えられる。	体調変化や症状の聞き取りにより、処方せん以外の情報収集を行うことで処方内容に誤りがないか、妥当か判断していく。	ツムラ清上防風湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ清肺湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3445	鼻が出るという事で清肺湯が処方されていたが、ツムラの清肺湯をみて「黄色のラベルの清肺湯と言っていた気がする」と患者さんが言われていた。清肺湯は痰の多く出る咳に処方される薬剤であり、適応も用法と違うため辛夷清肺湯の間違いではないか疑義照会を行ったところ変更になった。	名称が似ているため間違えたものと思われる。(Drが看護師さんに「辛夷清肺湯」と伝えようとして「清肺湯」と伝えてしまったようです)	漢方は名称の一部だけを省略して呼ぶと間違えの原因になります。色々な症状に使う物もありますが必ず何のために処方されたか確認し、疑問がある場合は疑義照会を行っています。	ツムラ清肺湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ辛夷清肺湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3446	ツムラ大建中湯エキス顆粒が頓服疼痛時で処方されていたため患者に確認するとこむら返りの痛みに効く漢方薬を処方されたはずとのことだった。疑義照会后、芍薬甘草湯に変更となった。	ツムラの薬剤名の処方間違い	薬剤、用法、患者の話で辻褄が合わないことはないか確認する	ツムラ大建中湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3447	新患の患者様で風邪の症状で受診、熱があり受診 処方箋にはセフボドキシム100mg カロナール ツムラ大柴胡湯の処方がありました。普段から漢方を処方される頻度が多い先生ですが今回風邪の症状ということで漢方の処方意図が分からず医師に確認したところ柴胡桂枝湯に変更になりました。	電子カルテ入力時、薬品リストから選択するときと同じ柴胡で選択を間違えたと思われる。	普段より先生とコミュニケーションが取れており処方意図、また患者様への服薬指導の不明な点は確認するようにしていました。今後とも不明な点があれば医師に確認をとるように致します。	ツムラ大柴胡湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3448	新規の患者にツムラ猪苓湯合四物湯の処方が出ていたが、お薬手帳を確認したところ少し前に他院でツムラ猪苓湯が処方されていた。患者に確認すると、病院を変えただけなので同じ薬をもらえと思っていたとのこと。病院に疑義照会し、間違えて処方していたことが判明した。	処方時に、お薬手帳の内容を十分確認できていなかったと思われる。	現在服用中の薬だけでなく、少し前に出てくる薬についても、お薬手帳の内容をよく確認する。	ツムラ猪苓湯合四物湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ猪苓湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3449	血尿があってトラネキサム酸錠を他薬局で受け取り服用している患者様に、サワシリン錠とともにツムラ釣藤散が処方された。患者様の聞き取りでは血圧も高くないし、頭痛もなく、症状から猪苓湯をの入力間違いが疑われた。Dr.に電話で問い合わせたところ猪苓湯に変更された	Drはツムラチョ...で検索入力しようとして、間違えて「釣藤散」を選んだしまったと思われる	患者様の症状を聞き取り、処方された漢方薬と処方目的が合っているか確認する	ツムラ釣藤散エキス顆粒(医療用)	ツムラ猪苓湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3450	釣藤散は初めての処方だったため症状を聞いたところ、頻尿で薬が出たという事だった。猪苓湯の間違いではないかと思ひ疑義照会したところ、猪苓湯に変更になった	処方入力の際、名前が似ているため、薬剤を選択する際、間違えてしまったと思われる	新しく薬が追加になったり、変更になった時は、患者聞き取りをしっかりと行い薬の選択が間違いがないか確認する	ツムラ釣藤散エキス顆粒(医療用)	ツムラ猪苓湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3451	脳神経外科の処方においてツムラ当帰飲子エキス顆粒が処方され調剤実施。服薬指導時のインタビューにて当帰飲子の適応症状に該当しないことが発覚(主訴: 冷え、痙攣、しびれ)。医療機関に電話で処方は当帰飲子でよいか疑義照会した結果、ツムラ当帰芍薬散に処方変更となる。	名称が類似していることが原因で処方箋発行時に選択ミスをしたことが考えられる(両剤ともツムラ当帰～)。	引き続き処方(調剤)された薬が患者に適した薬剤であるかをインタビュー等を通じて確認し交付するよう努める。	ツムラ当帰飲子エキス顆粒(医療用)	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3452	子宮筋症で婦人科を入院しており、平素より当薬局を利用されている方。今回婦人科よりツムラ当帰飲子が処方。症状を伺うと動悸や息切れに対する薬とのこと。同患者は過去に同様の症状で当帰芍薬散が処方されたことがあったため、処方医へ疑義照会したところ薬品間違いであることが判明。その後、ツムラ当帰芍薬散へ変更調剤しお渡した。	処方入力時に3文字入力だったため、3文字目まで同じ当帰芍薬散と当帰飲子を間違えてしまったのだと考えられます。	薬歴を参照し、過去の処方歴を確認する。患者本人へ症状を確認し、処方薬との関連性を確認する。	ツムラ当帰飲子エキス顆粒(医療用)	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3453	新規でツムラ当帰飲子(86)処方。患者に症状を確認。腰の痛み、足のしびれがあり、知り合いに漢方を進められたとのことで、医師に処方希望したとのこと。 番号だけを伝え、医師は「かゆみに効果がある薬だね」と言っていたが、その時に患者は症状と違うと思ったが、何も言わずに診察を終えたとのこと。投薬時に湿疹等に効果がある薬と伝えたと、やっぱり違うとのこと。番号違いで68のツムラ芍薬甘草湯ではないかと、患者に確認したところ、番号違いに患者も気づく。また、医師からは今まで処方されたことのない薬だったので、医師に疑義照会。疑義照会にて、患者の症状を改めて説明、また、伝えてきた番号違いについても説明し、ツムラ芍薬甘草湯(68)に変更となった。	患者と医師のコミュニケーション不足。	患者からの症状の訴えをしっかりと聞き取り、情報収集を行い、処方内容が間違いないか確認。	ツムラ当帰飲子エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3454	ツムラ当帰飲子が処方された患者が来局。この医療機関ではめまい、耳鳴りの症状で初受診であったことを確認。以前に別の医療機関にて当帰芍薬散を処方されて服用していたこと、当帰飲子の適用である湿疹などの皮膚症状がないことを確認して処方医に問い合わせたところ、処方変更となった。	医師による処方間違い。	投薬時に患者との聞き取りをしっかりとこなう。	ツムラ当帰飲子エキス顆粒(医療用)	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3455	ツムラ当帰芍薬散が頓用で「足がつる時」として処方。処方薬に指定の指示による使用目的は考えにくいこと、また類似名称に芍薬甘草湯があるため、そちらの処方間違いではないかと考え、疑義を行う。結果、ツムラ芍薬甘草湯へと処方変更になった。	漢方の名称の一部が類似していたため、それによる処方入力ミスが考えられる。	疑わしい場合は小さい内容でも必ず疑義を行う	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3456	定期処方に加えて足がつる時の屯用としてツムラ当帰芍薬散が処方された。適応症として疑問に思い疑義照会を行ったところ、ツムラ芍薬甘草湯へ処方変更となった。	カルテ入力時の薬剤の選択誤りと思われる。	今回は「足がつるとき」の屯用処方だったため誤りに気づけたが、1日3回等の用法では投薬時の患者さまからの症状の聴き取りからしか判断ができない為、漢方処方も含め、新規の薬剤が処方された場合、適応症として疑問を感じるときは疑義照会を行う事を申し合わせた。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3457	用法がこむら返りの時だったがツムラ当帰芍薬散が10回分処方されていた。患者にも症状確認するもこむら返りで間違いないとのこと。当帰芍薬散にはこむら返りの適応もなく通常処方されるのは芍薬甘草湯であるため疑義照会にて確認。ツムラ芍薬甘草湯が正しいとのことでの処方変更となった。	HPのカルテ記載時のミスによるものと思われる。	添付文書情報 患者からの聞き取りなどしっかり行っている。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3458	整形外科の処方でツムラ当帰芍薬散処方。年齢89歳症状足つり	漢方で似たような名前での処方ミスが発生。	漢方の効果効能を確認して患者の症状について確認したうえでお渡し。Drから漢方の説明聞いているかも確認。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3459	ツムラ当帰芍薬散の処方にコメントで足が攣る時とあり。以前よりツムラ芍薬甘草湯が足が攣る時で処方されることがあったが、当帰芍薬散は初めてだった。薬剤の間違いの可能性あり疑義照会したところ、芍薬甘草湯の間違いと判明した。	医師が似た名前の薬剤を誤記載。コメントでつるとき内服の記載があり間違いではないかと気づいた。	症状と処方内容があっているか確認を怠らない。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3460	投薬時に男性患者様が「足が痛い」との訴えているが処方箋には当帰芍薬散と記載有。当帰芍薬散は主に女性の患者様に出る薬である。病院に確認すると芍薬甘草湯であることが判明しました。	カルテには芍薬と記載されており、入力時に当帰芍薬散と芍薬甘草湯を入力し間違えたと思われる。	監査時、投薬時に性別も考慮し監査、投薬することが過誤防止に繋がる。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3461	他院でクラシエ当帰芍薬散 4 g 分 2 を服用していた患者が、今回別のクリニックで初めてツムラ当帰芍薬散 4 g 分 2 が処方された。クラシエは 2 g / 1 包、ツムラは 2.5 g / 1 包のため疑義照会し変更となる。	医師が規格の違いを把握してなかった可能性。転医のときは、今までの処方内容とそのときの処方を、患者と一緒に確認する。	転医時は薬手帳で重複や処方内容を確認する。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	クラシエ当帰芍薬散料エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3462	今回の処方で漢方処方に変更があった(ツムラ当帰芍薬散を処方されていた)が、前回は医師の処方誤りで疑義照会にて変更になっていた。今回もその可能性があったため、疑義照会にて確認。前回と同じ処方(ツムラ芍薬甘草湯)に変更になった。*ご本人はツムラの芍薬甘草湯を強く希望されていた。	薬品名にどちらも「芍薬」が入っているため、医師が勘違いをしたものと思われる。前回の疑義照会の記録がきちんと記録されていなかった可能性あり。また、病院採用品が、当帰芍薬散はツムラ製品採用、芍薬甘草湯はコタロー製品採用のため、ツムラ芍薬甘草湯は処方入力ができなかったものと思われる。	今回は薬剤服用歴の記録等を用い、早めに処方間違いの可能性に気付いた。薬剤服用歴には疑義照会に至った理由なども記録し、患者さまに間違った薬をお渡ししないようにする。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3463	歯科受診。患者は初めて服用する薬。投薬時患者の主訴「歯医者で緊張して体がガチガチになっていて歯を食いしばっており、日頃から歯ぎしりもあることから少し改善する薬を出しますと言われた。」処方薬の当帰芍薬散は冷えや動悸、疲労感を改善する効果はあるが、患者の主訴と照合した時疑問があったため、患者の了承も得たうえで疑義照会した。医師から芍薬甘草湯へ変更の指示があった。	芍薬が入っている漢方薬として医師が勘違いしたものと思われる。	患者から希望した薬ではない初回薬に関しては特に患者の話に耳を傾けるようにしている。処方薬と症状が合致しているかを薬剤師の視点からも考えながら取り組むべきと考えている。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3464	<p>かかりつけの患者様、今回定期薬のほかに新しい薬(ツムラ当帰芍薬散2.5G分1 寝る前)が追加になっていた。</p> <p><今回処方薬>ニフェジピン20mg、ロサルタン25mg、タケキャブ10mg、バイアスピリン100mg、クロビドグレル75mgアルプラゾラム0.4mg、カルボステイン250mg、マグミット250mg、ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 血圧: 130/60</p> <p>患者さまへ体調変化や薬剤追加などについてヒアリングを行ったところ、足のこむら返りがあるので相談して漢方が出るのとこと、何の薬が出るのかはよくわからないとのことであった。当帰芍薬散は更年期障害等で処方されることが多く、症状と処方薬に疑問を持ち、恐らく芍薬甘草湯ではないかと考え、薬剤師は処方医へ電話にて疑義照会を行った。その結果、処方医は芍薬甘草湯を処方しようとしたが、入力上では当帰芍薬散になっていたことがわかり、当帰芍薬散は削除となり芍薬甘草湯に変更となった。</p>	<p>当帰芍薬散と芍薬甘草湯は『芍薬』が両方とも名前に入っているため、処方時に勘違いした可能性が恐らく考えられる。</p>	<p>初めて追加になった薬剤については、特に患者さまへ症状の聞き取りを行い、疑わしい箇所がある場合は迷わず疑義照会を行う。</p>	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3465	<p>処方箋にはツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)が処方されていたため、服薬指導時に体がだるいなどの症状聞き取りをしたところ、そうではなく足がつるから薬を出すと言われたと判明。名称が似ている医薬品に芍薬甘草湯があるため、それと間違っている可能性がある判断。FAXにて疑義紹介を行ったところ、ツムラ芍薬甘草湯エキス細粒(医療用)に変更となった。</p>	<p>おそらく、病院での入力時に(シャクヤク)と入れて検索した際に、名称の似ている当帰芍薬散を選択したものと思われる。</p>	<p>忙しくても、服薬指導時には症状の聞き取りをするという基本的な部分をきっちり行う。そうすれば一見問題なさそうな処方でも問題を発見することが出来る。</p>	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3466	定期薬処方でご利用されている患者様。新規追加処方でツムラ当帰芍薬散、1包分1就寝前、10日分の処方。投薬時患者様からの聞き取りでこむら返り症状との訴えあり。症状と処方薬薬効の相違あるため疑義照会。ツムラ芍薬甘草湯に処方薬剤変更となった。	漢方類似名称での処方ミスと思われる。	漢方薬や類似名称薬が多い薬剤は特に医療機関の処方ミスが発生しやすいことを念頭に置き、主訴に沿った処方となっているか、患者様からの聞き取りや基礎疾患等の情報、用法の違和感等から判断する。処方に矛盾があった場合は積極的に疑義照会を行う。また類似薬のインシデント防ぐため、1文字鑑査を徹底することや、類似薬注意喚起のPOP使用、主訴と薬剤の一般的な薬効用法用量に相違や違和感がないか意識して鑑査することなどが類似薬処方ミスの発見につながると思われる。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3467	新規処方として当帰芍薬散が追加になった患者の服薬指導時に、患者から「こむら返りについて相談した」と訴えがあった。当帰芍薬散の追加に別の意図がないかさらに聞き取りを行ったが、医師に相談したのはこむら返りについてだけだった。名称に「芍薬」が含まれているため芍薬甘草湯との間違えたのではないかと考え疑義紹介を行った。その結果、芍薬甘草湯に変更となった。	医師の処方作成時の確認不足	芍薬甘草湯と当帰芍薬散の処方間違えの事例を薬剤師間で情報共有を行った	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3468	ツムラ当帰芍薬散 6g 分2 朝夕食前の処方がされていた。用量用法に疑義をもち以前クラシエ当帰芍薬散料が処方されていた為、疑義紹介を行った。結果 ツムラではなくクラシエ当帰芍薬散料に訂正となった。	医療機関側の入力確認ミス	用法用量や薬歴の確認を徹底する	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)	クラシエ当帰芍薬散料エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3469	新患の患者様に整形より当帰芍薬散が処方されていた。投薬時に患者様にお話を聞いたところ、足がつるとの訴えであったため、処方が違うのではないかと思い、疑義照会したところ、芍薬甘草湯へ変更になった。	薬品名に芍薬が両方とも入っていることによる、ケアレミスと考えられる。	整形から当帰芍薬散が処方されることは珍しく、患者様が以前より服用していたのか?と考えて投薬にもかいましたが、患者様との対話の中で先生の処方意図に疑問を抱きました。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3470	今回、漢方薬【ツムラ当帰芍薬散】の追加処方があり患者さんの症状を確認したら足が吊るので処方してもらったと言われた。昨年にも処方してもらった事があると言われたので薬歴を確認すると【ツムラ芍薬甘草湯】の服用歴があった。Dr.へ疑義照会し薬剤名の入力ミスが判明。	Dr.が入力される際に薬剤名に芍薬が含まれているので、電子カルテに入力する際に選択ミスをされたと思われる。丁度患者さんの来局が重なってしまった為、迅速な対応をとることの意識が強かった為、毎月来局される患者さんだったので処方箋を受け取った時の処方監査が甘かったと考えられる。	処方箋受け取り時の処方監査について、追加処方もしくは変更があったら事務員さんが入力する前に患者さんへの聞き取りを徹底する。また、逆に仮処方箋入力時に変更・追加に気付いたら事務員さんから声掛けをしてもらうように連携を図る。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3471	投薬時に患者様のお話を伺うと、足がよくつるので薬を出してもらったとのこと。薬歴を見ると1年位前に当帰芍薬散が処方されていた経緯があったが、念のため医師に芍薬甘草湯の間違いではないかと疑義紹介をすると、間違いを認め処方変更になった。	薬品名の類似。医師の多忙。	事例共有	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3472	継続的に受診・来局されている男性患者に今回初めて当帰芍薬散が処方された。男性患者に処方されたことに疑問を持ったため、患者に症状を尋ねると、「足がつる」とのこと。そこで、芍薬甘草湯の間違いではないかと、医院側に疑義照会を行ったところ、薬剤変更になった。	両薬とも”芍薬”の文字を含むため、薬品名選択時に選び間違いをしたものと思われる。	普段から患者への聴き取りを丁寧に行い、疑問がある場合には症状の確認等を必ず行う。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3473	「足がつる」ということで定時以外の薬(ツムラ当帰芍薬散)が処方されたが、患者様の症状と処方箋の薬が一致しないので疑義照会をした。(処方箋には【足がつるとき】と記載されていた。)疑義照会の結果、薬がツムラ芍薬甘草湯に変更となった	漢方薬は似たような名前のもので、レセコンの入力時に誤って検索されて、発行された処方箋もチェックが行き届かないまま患者様に渡ってしまうことがある。	明確に「〇〇時」などの記載が無ければ、患者様に「どのような症状で受診されたのか」を出来るだけ聞くようにする。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3474	こむら返りに当帰芍薬散が処方。疑義照会の結果、芍薬甘草湯に変更になった。	思い違い、処方箋入力時の選択間違い。	初めて処方された医薬品は添付文書で、薬効等を確認。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3475	足がつる症状があり、以前もこむら返りで芍薬甘草湯を服用していた患者。しばらくA病院での芍薬甘草湯の処方しなかったが、再度症状発現のため、医師に芍薬甘草湯を処方してほしい旨を伝えたところ、処方箋にはツムラ当帰芍薬散のみ記載されていたためA病院に問い合わせ、薬剤変更になった。	芍薬甘草湯と当帰芍薬散がどちらも「芍薬」が名称に含まれているため、A病院が処方箋発行時に誤った薬剤を選択してしまった可能性あり。	患者から聞き取った症状と処方されている薬剤の効能・効果や適応症に相違ないか確認を実施している。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3476	芍薬甘草湯を服用中で同じ薬を依頼したが当帰芍薬散が処方されていた。	薬名のニュアンスが似ている	患者様の服薬情報など情報収集をしっかりと行う。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3477	2020年12月某日(木)正午頃に、平素より当薬局を利用している患者(47歳女性)が処方箋を持って来局した。処方箋には前回と同じ薬に加え新規でツムラ当帰芍薬散と記載されていた。薬剤師A(職種経験年数20年)は患者本人から、夜中に足がつると医師に相談した、と聴取した。疑義紹介を行い、処方意図等確認、芍薬甘草湯と入力を間違えていたことが判明した。	漢方薬は類似する名前も多く、当帰芍薬散や芍薬甘草湯のように同じ文言が入る事もある。パソコンで入力する際にも混合しやすいと想定される。	問診で患者主訴や処方意図を推察し、正しいものであるか精査する。また間違えやすい薬を再確認し、同様の状況下で迅速に対応できるように情報共有を行った。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3478	投薬時にKrに足がつるとのを確認した。女性患者に多く処方される漢方であったため男性患者に処方されていることも疑問に感じ疑義紹介して変更となる。	同じ生薬の成分名が入っていたため足のつりに効果のある漢方と勘違いして処方されたと考えられる。	投薬時にKrに先生と話した内容やKrの現在の症状について詳しく聞き取る。処方内容と合っているか確認する。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3479	男性であるため、心療内科より当帰芍薬散がでていることに疑問を持ち、患者に確認。話の内容より、芍薬甘草湯の処方であったのではないかと思い、薬局より確認。芍薬甘草湯である確認がとれ、変更へ。	漢方の取り扱いに偏りがある科からの処方。すこし似ている製剤名があるため、音のイメージで名称を選んでしまっていたのかもしれない。	いつもはでない薬であることから、指定違いを疑う。イメージにとられることは良くないが、疑問に思った時は患者様にも確認し、症状を聞き取る。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3480	耳鼻科の処方箋を持って来局。メコバラミン錠500mg、ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg、ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒が処方されていた。患者に確認したところ症状はめまいのみで、半夏厚朴湯を処方するような症状はみられなかった。処方医に疑義照会したところ、半夏白朮天麻湯に訂正となった。	漢方薬の薬品名が類似していたため、医師が処方入力時に間違えて入力したと思われる。	漢方薬は類似している薬品名が多いため、投薬時には患者から症状を聞き取り適切な処方であるか確認する。	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3481	化学療法中の患者様。2回目の来局。口内炎が出来てしまいツムラ半夏厚朴湯が処方された。コメントに「口内炎、溶かしてうがい」と記載があった。以前他の患者で口内炎の治療に半夏瀉心湯が処方された例があったため疑義照会を行った。その結果、ツムラ半夏瀉心湯に変更となった。	半夏瀉心湯を選ぶところ名称が似ている半夏厚朴湯を選択してしまった。	名称の似ている薬は注意が必要。漢方薬の適応症についても習得する。	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3482	当方在宅訪問管理にて従前から胸やけ嘔下障害、つかえ等訴えの患者様、臨時処方では半夏白朮天麻湯処方となる、薬効的に訪問でも聞かなかった症状だったので訪問前に電話にて家族に症状確認、胸やけ嘔下、つかえで漢方処方と言われてると。電話にて処方薬剤の薬効と患者の症状が合わないため念のための確認。半夏瀉心湯に処方変更となる。	半夏から始まるツムラの漢方製剤3種の中から電子カルテ上の選択ミスか	患者様からの症状をよく聞き処方内容が症状にあっているかよく考えましようとして共有しました。	ツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3483	呼吸器内科からツムラ半夏瀉心湯が初回処方されていたが、患者に症状を聞いたところ「みぞおちではなくのどのつかえがある。医師からは、精神的な要因があるので、それに合う薬を処方すると言われた。」とのことだったため、効能・効果の側面からツムラ半夏厚朴湯の処方ミスを疑い、疑義照会したところ、ツムラ半夏厚朴湯へ処方変更となった。	医療機関側のマスタでツムラ半夏瀉心湯とツムラ半夏厚朴湯が隣り合っている可能性。	患者からの症状聞き取りを行い、処方との整合性が得られない場合は疑義照会をする。	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3484	以前より半夏厚朴湯を服用歴あり。前回、消化不良、下痢症状に合わせ半夏瀉心湯が処方。症状は改善し、今回は継続治療している精神症状で受診。医師から半夏厚朴湯を処方する旨を聞いていたが、処方箋には半夏瀉心湯の記載があった。	処方内容の精査ができていなかったと考えられる。	薬歴より過去の服用状況の把握、投薬時の患者からの聞き取り。不信に感じた場合は直ぐに疑義照会すること。	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3485	不安、のどのつかえ感、頭痛の症状を患者より聴取。過去にも服用歴があること、腹痛・軟便等の消化器症状がないことから薬品入力間違いを疑い疑義照会。入力間違いだったため半夏瀉心湯から半夏厚朴湯に変更。	入力時に半夏で検索し選択を間違えたことと推察される。	処方歴や症状と処方内容の照らし合わせを行う。	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3486	ツムラ加味逍遙散とツムラ半夏瀉心湯が処方された。普段ほとんど組み合わせず処方されない2種類であったので、処方変更の可能性も踏まえてまず服用方法の確認で疑義照会した。医院からはツムラ半夏瀉心湯をツムラ半夏厚朴湯へ変更するよう回答があった。	似た名前の漢方であったことは可能性としてありうる。あまり組み合わせない漢方薬2種類だが、実際には併用する治療法もあるようなので、やはり疑問に感じたところで処方医からアドバイスをもらう体裁で疑義照会をしている。	普段から医師の出す処方への理解とその傾向の認識を深める・・・経験値の上積み	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3487	患者様自身が痛みがあり昔服用したツムラ麻杏よく甘湯エキス顆粒がよく効いたので同じものを出してほしいとお願いした。しかし処方箋に書かれていたのは、ツムラ麻杏甘石湯エキス顆粒だった。投薬時に、症状と薬を見せて確認したところ間違いがわかった。	薬を選択する時に、よく似た名前だったので間違えた	患者様の症状と処方されている薬があっているかどうかをしっかりと確認する。前に服用したことがある場合であれば薬を見せて同じものであるかを投薬時に確認してもらう。	ツムラ麻杏甘石湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ麻杏よく甘湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3488	前回までツムラ防己黄耆湯を服用していた患者にツムラ麻杏甘石湯が今回から処方された。交付時の服薬指導時に咳や気管支炎の症状がなく、診察時はいつも通り膝をみてもらったということだったので、処方医が意図している薬と違う可能性があったので、疑義照会し、結果、ツムラ麻杏薏甘湯の間違いだったということが判明した。	名前が似ているので、カルテへの記載ミスもしくは、カルテから処方箋に記載した際のミスと考えられる。	名前は似ているが、薬効が別物なので、漢方と言っても、処方時には症状のヒアリングや漢方の効能について十分に理解する必要があると考えられます。	ツムラ麻杏甘石湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ麻杏よく甘湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3489	風邪で受診の患者様。便秘のみ適応のツムラ麻仁丸が処方されていた為、便秘症状の有無を確認。便秘していないと言われたため、疑義照会した。ツムラ麻黄湯へ変更になった。	「ツムラ麻」まで名称が同じなため、処方入力を誤ったと思われる。	新規に処方されて薬があるときは、症状を必ず確認している。	ツムラ麻子仁丸エキス顆粒 (医療用)	ツムラ麻黄湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3490	ツムラ抑肝散を継続で服用中。ツムラ抑肝散陳皮半夏が処方された。医師より処方変更はきいていないとのこと。疑義照会を行い、ツムラ抑肝散に変更になった。	名称が似ているため、処方箋の入力誤りが考えられる。	処方変更点についてはしっかり患者様に確認を行う。	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒（医療用）	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3491	ツムラ抑肝散加陳皮半夏が処方されたが、お薬手帳には他院でツムラ抑肝散の記載あり。投薬時に処方変更か確認したところ、患者家族より思ってた薬と違うとのこととで処方元に疑義照会し、ツムラ抑肝散に変更になる。	医師の処方時に入力を間違えた可能性あり	お薬手帳の情報は必ず確認し、処方内容に疑わしい点がないか確認。疑わしい点があれば患者や家族に確認する。それでも解消しなければ処方元にも確認する	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒（医療用）	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3492	いつも抑肝散エキス顆粒を服用しているが、今回処方では、抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒が処方されていた。本人・施設看護師に聞いてみたが、特に本人体調変化なく、本人の状態を再度聞き取りしても、薬剤の効能効果を考慮すると、抑肝散が妥当と判断し、また、薬剤の変更は聞いていないとのこととで疑義照会。	薬剤の名称が類似している。	薬剤服用歴の確認を徹底すること。	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒（医療用）	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3493	当薬局を利用されている患者様が処方箋を持ってこられた。今回はめまいと便秘の漢方薬を先生にお願いして処方してもらったとお話だった。ツムラ 苓姜朮甘湯エキス顆粒 7.5g 分3 14日分が処方されていた。患者様に症状をお聞きしたところ神経痛などの症状はまったくなくめまいのみで以前にも服用したことがあるとの事だったためツムラ 苓桂朮甘湯をお見せしたところ、この薬であると確認できたため電話にて疑義照会を行い、その結果ツムラ 苓桂朮甘湯エキス顆粒 7.5g 分3 14日分に変更となった。	レセコン入力の際、似た名称だったため選び間違えたと推定される。	患者様に細かく症状の聞き取りをすることで、処方内容と症状があっているかの確認をできるようにしている。	ツムラ 苓姜朮甘湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ 苓桂朮甘湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3494	漢方が処方されたが、患者からの聞き取った症状と適応が合わない。似た名称の漢方があることから、処方医に疑義照会したところ間違いと判明。	似た名称の漢方が存在する場合は特に注意が必要。聞き取りをしっかりと行う。	可能な限り患者から症状を聞き取り、処方に間違いがないか確認する。	ツムラ 苓姜朮甘湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ 苓桂朮甘湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3495	薬剤交付時に患者様の病状から疑わしく思い疑義照会した	医院側の処方箋出力時の薬剤名間違い	聞き取りから少しでも疑問があれば必ず疑義照会する	ツムラ 苓姜朮甘湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ 苓桂朮甘湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3496	めまいで受診した患者さんに対して、ツムラ 苓姜朮甘湯が処方されていたため医師に確認→ツムラ 苓桂朮甘湯に変更	医薬品の名称が非常に類似しているため。	患者さんの症状聞き取りと処方されている薬の薬効をしっかり確認する。	ツムラ 苓姜朮甘湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ 苓桂朮甘湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3497	耳鼻咽喉科に眩暈で受診をして市販薬で服用歴のある 苓桂朮甘湯の処方を希望されて医師に相談をしたとのこと。処方箋の記載は 苓姜朮甘湯の他に五苓散、メリスロン、プルフェンが処方されていた。	患者には 苓桂朮甘湯の処方新規であり、処方入力時に誤って 苓姜朮甘湯を選択してしまったと考えられる。	患者からの症状の聞き取り、受診の診療科を考慮して処方鑑査を行う。	ツムラ 苓姜朮甘湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ 苓桂朮甘湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3498	服薬指導時に主訴はめまいであることを確認。苓姜朮甘湯処方だったが、苓桂朮甘湯がめまい適応の為確認を行ったところ、苓桂朮甘湯に変更となった。	名称が似ていたことで選択を誤ったか。	服薬指導時の聞き取りと処方内容に齟齬があれば確認を行う。	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3499	めまいで受診の方。ツムラ苓姜朮甘湯7.5g分3毎食間×30日分の処方であった。苓姜朮甘湯にはめまいの適応がないため、処方医に連絡し、めまいに適応のあるツムラ苓桂朮甘湯7.5g分3毎食間×30日分へ処方変更となった。	名前が似ているため、入力を間違えてしまったのか、処方医が勘違いされていたのかは不明。	患者さんからの聞き取りでめまいで受診と判明したので、間違いに気付く事ができました。	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3500	ツムラ64炙甘草湯が処方されていたが交付中に聞き取りすると患者さんが散歩中足がつるために服用すると言ったため疑義したところツムラ68芍薬甘草湯に変更になった	芍甘湯と炙甘草湯をカルテで読み間違えたと思われる。	処方では読み取れないため患者さんへの聞き取りをしっかりとし、投薬ミスを防いでいく。	ツムラ炙甘草湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3501	漢方薬炙甘草が新たに処方。交付時に患者さん話を聞いたところ「足がつる」と話した。交付時の薬剤師が疑問に思い問い合わせしたところ、芍薬甘草湯に変更となった。	先生が、処方入力する時に薬剤選択を間違えたと考えられる。	新たに薬剤が処方となった時は、交付時にどんな症状でこの薬が処方されたか聞き取りをしている	ツムラ炙甘草湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3502	足のつりが悪化した患者に今回より芍薬甘草湯が2包分2朝夕食前で追加、一緒に炙甘草湯が「疼痛時・足がつる時」の用法で処方されていた。炙甘草湯の適応に「顔色悪く貧血し、不整脈があって動悸息切れがはげしく、便秘がちのもの、あるいは熱感があるもの」とあるが、患者の体力消耗が激しい様子はなく、処方せんが出た病院では採用外と思われる漢方薬のため疑義照会を行ったところ、芍薬甘草湯の追加処方の間違いであることが判明した。	「甘草」で薬品名検索をし、候補に挙がってきた薬品の選択を間違えたと思われる。	・名称が類似している漢方薬でも、適応を確認する(今回は修治の有無で、甘草の働きが異なっているため注意。甘草…瀉剤、炙甘草…補剤として使用される)。・漢方薬は適応の解釈が広いが、患者の症状の話から明らかにそぐわない処方であれば念のため疑義照会を行う。	ツムラ炙甘草湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3503	転院に伴う当該医療機関における初処方において芍薬甘草湯が処方されるべきところ炙甘草湯が処方された患者は処方変更を聞いておらず、担当薬剤師が名称が似た薬剤であることよりオーダーミスを疑い疑義紹介にて変更となった	転院に伴うオーダーミス、名称の似た薬剤の多い漢方薬は特に注意が必要	処方において1文字ずつ入念に確認する処方変更指示や継続指示との食い違いに注意する	ツムラ炙甘草湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3504	クリニックからツムラ炙甘草湯エキス顆粒が処方されたのが初めてで、処方内容に違和感を感じ患者様に主訴を伺うとこむら返りだったため、芍薬甘草湯ではないかと疑義照会。芍薬甘草湯に変更になった。	シャカンゾウトウとシャクヤクカンゾウトウで薬品名類似による入力ミスと思われる。	新しい薬が処方されたら患者様に症状の聞き取りを行う。	ツムラ炙甘草湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3505	ツムラ炙甘草湯が頓服で腹痛時1回2.5gで処方されていたが、当該薬品は1包3gの分包品であり、適応と用法も一致しないため疑義照会したところ、ツムラ芍薬甘草湯に変更となった。	医師の処方を検索入力した際、「ツムラ●●甘草湯」の部分が一致するため、見間違いに気づかないまま選択したと思われる。	患者に初回に投与される薬に関して添付文書を確認する。分包品の用量の確認も行う。	ツムラ炙甘草湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3506	ツムラ芍薬甘草が処方されるところ 炙甘草が処方された。当該患者は、病 院及び薬局ともに新規患者であった。 前病院と同一処方とのことだったが、 前医院は院内処方でお薬手帳に記載が なく、同一かどうかの確認はできな かった。当薬局では炙甘草の在庫がな く、翌日、代理の方が薬をとり来た の値、自宅で本人が確認したところ、 薬が違うとの連絡を受け、疑義照会を 行った。疑義照会の結果、処方医カル テには芍薬甘草の記載があったが、処方 せん発行時に誤ったものと判明した。	薬剤名の類似により、レセコン操作時 の薬の選択誤りが原因と思われる	処方科(整形)と薬の薬効を考慮 する。在庫がなく、患者本人の前 で当該薬品の確認ができない場合 には、薬品情報を速やかに印刷 し、プリントデータで確認する。	ツムラ炙甘草湯エキス顆 粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆 粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
3507	初処方：炙甘草湯の処方があったが、 患者の訴える効果と相異あり、疑義紹 介したところ芍薬甘草湯のご記載で あった。	クリニックにおける処方内容入力事務 が、Drの意図を取り違えていたこと。 また処方内容の確認が不十分であっ たこと。	初処方の場合は特に患者にしま りと診察室での様子、症状の聞き 取りを行い、妥当性を間違いなく 確認する。	ツムラ炙甘草湯エキス顆 粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆 粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
3508	炙甘草湯の処方。患者の症状を確認す ると足がつるのでもらったとのことで 芍薬甘草湯の間違いではないかと確認 した結果、変更となった。	薬品名類似	漢方薬に限らず、似たような名称 の医薬品は少なくない。患者の症 状から処方内容に疑義がないか、 きちんと確認する。	ツムラ炙甘草湯エキス顆 粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆 粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
3509	新規処方でツムラ炙甘草湯処方。通常 Dr.が使われない薬品のため、調剤時 に患者家族に主訴確認を行う。息切れ 動悸等の主訴もなく伝えてもない 話。今回診察時には夜間のつりやすさ の話をしたことを確認し、薬剤の入力 間違いの可能性が高まり疑義照会。ツ ムラ芍薬甘草湯へ変更となる。	類似名での処方オーダーリングミス	類似名医薬品のある製剤が初処方 時は、調剤前に主訴の聞き取りを 行う。	ツムラ炙甘草湯エキス顆 粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆 粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3510	ツムラ炙甘草湯が初処方となっていた。患者に話を聞くと、「前にも出してもらった漢方薬を出してもらった。足がつった時に飲んで」と聴取。薬歴より、以前に芍薬甘草湯が処方されていることを確認した。炙甘草湯の適応となるような不調の訴えはなかったことから、薬品名を誤った可能性を考え疑義照会を実施。結果、炙甘草湯から芍薬甘草湯に変更となった。	処方をうちこも際に、「シャ」で薬品を呼び出し、〇〇甘草湯だけを見てしまったのではないかと推定される。	薬歴の確認と、患者の訴えをよく聞き、処方内容が妥当であるか確認を行う。	ツムラ炙甘草湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3511	芍薬甘草湯が処方されており、症状を本人に確認した。すると芍薬甘草湯では効果のないような更年期障害様の症状を訴えたため、当帰芍薬散ではないかと医療機関に問い合わせを行った。問い合わせ後、当帰芍薬散に変更された。	医師の処方時に名称がにているため、薬剤選択を誤ったと推定される。	漢方薬では、名称の一部重複しているものは患者の症状をしっかりと聞き、違和感を覚えた際は必ず疑義紹介を行うようにしています。また、医師に失礼のないように確認の方法は、これよろしいでしょうか?という質問の仕方になっています。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3512	神経精神科より芍薬甘草湯が処方になり、患者に筋肉痛やこむら返りなどの症状があるか否かを尋ねたところそのような症状はないという訴えあり。訴えと処方内容が一致しないため疑義照会へ。	両者ともに「芍薬」が入っているため、薬品マスターの選択ミスだとと思われる。	患者の訴えと処方内容が一致しないときは疑義照会する。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3513	両手指・両足趾の冷え、貧血により睡眠の質が低下していることを以前より確認。処方せんにツムラ芍薬甘草湯の処方が新規であることを確認。下肢のこむら返りの症状はないことを処方箋受取時に確認。上記内容からツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒ではなく、ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒であることを推測。患者の以前の服用歴を確認し、同症状でツムラ当帰芍薬散エキス顆粒を服用していたことを確認。疑義照会した結果、薬剤が変更になった。	患者が希望していた薬剤名がきちんと処方医に伝わっていなかった。症状確認が適切に行われていなかった。	既存の患者であれば処方せん受付時に処方内容を確認し、新規薬剤が処方されていないか確認する。新規薬剤があれば、該当する症状があるかどうかを確認してから調剤を行う。疑わしき事例は必ず疑義照会を行う。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3514	ツムラ69と処方箋に記載。患者応対時に症状尋ねたところツムラ68の間違いではないかということで疑義。ツムラ68に変更となった。	医師の番号勘違い	漢方薬の番号のみの処方では特に患者の症状に照らし合わせた監査をするようにスタッフ間で共有した。	ツムラ茯苓飲エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3515	寝る前ディレグラ1錠処方。量及び服用回数にも疑問があり、患者に症状の聞き取り。蕁麻疹との返事あり。その後、ドクターに疑義照会。デザレックス1錠のカルテ記載ミス判明。	ディレグラとデザレックスの単なる記載ミス。また、昨日ディレグラのジェネリックの話があったので、その影響の可能性も。	ドクターへの疑義照会を行う前にまず、患者からの聞き取りをし、情報を集め、連絡することになっている。	ディレグラ配合錠	デザレックス錠 5 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3516	フェキソフェナジン・ブソイドエフェドリン配合錠(ディレグラ配合錠の一般名処方) 1日2錠、分2で処方されていた。患児10歳で通常使用しない薬剤のため母親に確認したところ、その薬剤は飲んだことがなく、実物を見せたところ大きすぎるとのこと。その時点で電子版お薬手帳を持参していたことが発覚し履歴を確認。定期的にフェキソフェナジン錠30mgを1日2錠、分2で服用していることが分かった。疑義紹介をし、前述の処方薬に変更。母親によると看護師に手帳の履歴を見せて確認してもらったとのこと。	医療機関でも新患だったこと、医師が専門外だったこと、看護師と医師の連携がうまく取れていなかったこと等が要因だと思われる。また定期服用薬がジェネリック薬であったため処方時に一般名のフェキソフェナジンのみ見て処方してしまったのではないかと考える。	当たり前のことであるが、小児は必ず年齢の確認とそれに伴って適応できるか確認し、定時服用の処方であればお薬手帳の履歴から同じ処方であるか確認する。	ディレグラ配合錠	フェキソフェナジン塩酸塩錠30mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3517	ディレグラ錠1T分1夕食後との処方。用法用量ともおかしいので、医師へ問い合わせする。医師より「勉強会で食後服用でOKと説明を受けた」との回答。裏は取れないが、患者インタビューへすすむ。患者より、「蕁麻疹」との申し出あり。適応から考えても、処方ミスの可能性が高いと認識。再度問い合わせを行う。医師より「デザレックス」の勘違いだったとの申し出。処方変更となる。	「デ」しか合っていないが、医師の思い込みにより処方が進んでしまった。	通常とは用法の異なる物は、レセコンの画面上で黒以外の文字色で表示されるように設定。イレギュラーな処方に関しては、さらに丁寧な患者インタビューを行う。	ディレグラ配合錠	デザレックス錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3518	今まで総合病院でユニフィルLA錠が処方されていた患者様が、地域のかかりつけ医院に転院になり、処方された薬がテオドール錠に変更された。患者様は薬の変更はないと聞いていたため疑義紹介を行うと、ユニフィルLAに処方変更された。	どちらも成分はテオドールで、ユニフィルLAは24時間持続、テオドールは12-24時間持続の違いがあることを転院先の医師が知らなかった。	お薬手用や薬歴などから薬の変更があった際は患者様と、必要であれば処方医に確認を行う。	テオドール錠200mg	ユニフィルLA錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3519	4歳小児に一般名で【般】ツロブテロール塩酸塩シロップ用0.1% 0.7g【般】カルボシステインシロップ用50% 1g【般】テオフィリンシロップ用20% 0.5g 1日3回毎食後で処方。テオフィリンは通常1日2回。一度テオフィリンとテルギンGの間違いがあったため処方医に確認すると今回も間違えと連絡あり	一般名のテオフィリンとテルギンGを間違えたと思われる	用量用法の確認	テオフィリンドライシロップ20%「タカタ」	クレマスチンDS0.1%「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3520	過去に他院でテオフィリン徐放錠100mgを処方された経験がある患者。風邪症状があるため、かかりつけ医に同じようにテオフィリンを出してほしいとお願い。処方せんを確認したところ100mg 24時間持続が朝夕食後で処方されていた。24時間持続ならば1日1回ではないと思い疑義照会。	普段処方していない薬剤のためテオフィリンに12~24時間持続と24時間持続の2種類存在することを知らなかったと思われる。	疑義照会を行う。以前他院で出して処方と同じものだしたつもりということで、12~24時間持続であることを説明。	テオフィリン徐放U錠100mg「トーワ」	テオフィリン徐放錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3521	一般名処方で「テオフィリン徐放錠200mg(24時間持続)2錠分2朝夕食後」と記載あり。12時間持続のタイプとの誤り、もしくは分1の処方の誤りではないかと推測し、疑義照会。「テオフィリン徐放錠200mg(12時間持続)2錠分2朝夕食後」へ変更となった。	テオフィリン徐放錠は12時間持続型(先発品テオドール錠)と24時間持続型(先発品ユニフィルLA錠)があるが、それを混同してしまっていると思われる。	病院に上記の点をお伝えした上で、疑義照会した。	テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」	テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3522	以前から定期薬としてテオドール錠200mgを2錠分2で処方されていた患者。前回来局時、本人の希望によりジェネリックであるテオフィリン徐放錠200mg「日医工」に変更してお渡し。その内容を後発医薬品変更報告として、処方元である病院にお伝えした。今回同病院から、テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」に変更されて2錠分2で処方されてきた。当薬剤は24時間持続のもので通常2錠分1で服用するため、病院に問い合わせをし、テオフィリン徐放錠200mg(12~24時間持続)に変更して頂いた。処方箋通りの用法だと過量投与になり、嘔気嘔吐などの消化器症状や頭痛、動悸などの副作用が現れる可能性があるため、事前に防ぐことができたと考えられる。	薬局と病院の連携不足が考えられる。	投薬前に処方内容と薬歴を比べてしっかり確認する。不明な点や、添付文書上の用法と相違がある場合は疑義照会を行う。病院に報告書を送る際、名称類似薬剤が存在するときは薬剤名を目立たせるなど工夫をする。	テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」	テオフィリン徐放錠200mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3523	近隣の耳鼻科のクリニックより一般名処方でテオフィリン徐放錠200mgが頓用痛み時で処方されていた。受付時、薬剤師が患者への聞き取りを行い、呼吸苦などの症状ではなく顔面の痛みで受診されたと聞き取りを行い、疑義紹介を行った。その結果、テオフィリンは間違いであり、テグレート錠100mgに処方変更となった。	多忙のための処方ミス類似名称医薬品	新患の患者様には初回質問票の記載をお願いしており、その際に症状についての聞き取り事項がある。また口頭でも必ず患者様に症状を確認し、処方監査を行うようにしている。患者様に聞き取りを行うことで未然に類似薬の服用を防ぐことが出来た。	テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」	テグレート錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3524	定時継続薬の患者。テオフィリン錠100mgが処方されていたため、ご本人に体調変化確認。いつも通りの受診で処方変更も聞いていないとの回答のため、疑義照会。定時薬のテグレート錠100mgに変更となった。	処方ミスは病院でのレセコン操作ミスが原因と思われる。	おくすり手帳を持参されているときは、必ず服用中の薬の確認、処方薬の変更の有無を行うこと。	テオフィリン徐放錠100mg「サワイ」	テグレート錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3525	他院で処方されていた薬がコロナの関係で近所のクリニックでの処方変わった。その際テオフィリン徐放錠12～24時間の一般名で処方の記載があった。手帳でいままでの処方の確認をしたところテオフィリン徐放錠は24時間タイプのを服用していたことが分かった。患者さんにも確認しクリニックに疑義照会を行ったところ薬の変更ではなく今までと同じテオフィリン徐放錠24時間タイプに処方変更となった。	テオフィリン徐放錠の12～24時間タイプと24時間タイプは両方とも徐放タイプであり商品名も一般名も区別がつきにくかったためと思われる。	コロナのため遠方から近所の病院への変更が最近多く、以前の服用薬と当日の処方薬の確認をおくすり手帳・患者さん本人の話をふまえて丁寧に行う。	テオフィリン徐放錠200mg「日医工」	テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3526	今回よりA病院の処方薬をB診療所で処方されることを本人より確認、テオフィリン徐放錠200mgが処方された。お薬手帳を確認すると以前までのA病院ではテオフィリン徐放U錠200mgが処方されていることが判明。患者様本人からは「A病院と同じものを出しておく」と医師より説明あったとのことだった。このまま服用していた場合、効果不十分による喘息発作等の症状が出現する可能性があったため疑義紹介を実施、テオフィリン徐放U錠へ変更となった。	名称類似医薬品の知識不足お薬手帳の確認漏れ	名称類似医薬品の一覧を貼付し周知	テオフィリン徐放錠200mg「日医工」	テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3527	処方ではデキサメタゾン0.1%クリームが記載されていたが、他院にて以前デキサメタゾンプロピオン酸エステルクリーム0.1%が処方されていた(お薬手帳にて確認)。患者に薬変更になることは聞いてないと確認したため、処方薬間違いの可能性があり疑義照会し、デキサメタゾンプロピオン酸エステルクリーム0.1%に変更となった。	外用薬の一般名が類似しており、濃度もどちらも0.1%だったため、一般名を見誤った可能性がある。	外用処方は規格までしっかり確認して一部でも違いがあれば処方入力時点で必ず薬剤師と確認するようにする。	デキサメタゾンクリーム0.1%「イワキ」	プロメタゾンクリーム0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3528	内科での定期処方に加えて患者さまが口内炎を訴え、デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏が追加された。交付時に使用目的が口腔内の口内炎であることを確認し、適切ではないと判断し疑義照会。デキサメタゾン口腔用軟膏へ変更となった。	患者さまが先生に詳しく訴えなかった可能性、先生の薬剤の選択ミスおよび入力ミスの可能性がある。	定期処方に追加処方があった場合は必ず患者さまに症状を確認して、適切であるか判断している。	デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏0.1%「MYK」	アフタゾン口腔用軟膏0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3529	一般名でデキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏0.5%の処方が来ていたが、用法が口腔内に塗布とあった為、デキサメタゾン口腔用軟膏0.1%ではないかと考え疑義照会を行った。その結果、デキサメタゾン口腔用軟膏へと変更となった。	デキサメタゾンから始まるため、変換ミスか、処方選択時のミスと考えられる。	用法も含めて監査を行い、適正な薬品であるかの確認を行う。	デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏0.1%「日医工」	デキサメタゾン口腔用軟膏0.1%「NK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3530	デキサメタゾン軟膏が処方されており、投薬時に症状や使用部位を確認したところ口内炎で口腔内に使用することだったため電話にて処方医に疑義照会を行った。その結果、デキサメタゾン口腔用軟膏に変更となった。	成分名が同じで、薬剤名が酷似しているため処方箋入力時に誤ったと考えられる。	今回は患者からの聞き取りが不十分であれば気付かなかったケースであり、投薬時の患者からの聞き取りの重要性が改めて確認された。今後も患者とのコミュニケーションの大切さを意識した対応を継続していく。	デキサメタゾン軟膏0.1%「イワキ」	デキサメタゾン口腔用軟膏0.1%「NK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3531	投薬中に口内炎で軟膏が出ていると患者家族から聞き取りし、デキササルチン口腔用軟膏との間違いではないかと病院へ疑義照会をし、デキササンVG軟膏がデキササルチン口腔用軟膏に変更になった。	処方箋入力時に類似名称で選択を誤ったと思われる。	投薬時の患者及びご家族に使用部位を確認を徹底し、処方内容に問題が無いか常に気を付けていく	デキササンV G軟膏0. 12%	デキサメタゾン口腔用軟膏0. 1%「NK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3532	ご家族への投薬。数年ぶりのデキストロメトルファン処方で、症状を確認したところ「咳は聞いていない、めまいの薬ではないのですか」との事。処方医に確認。メリスロン追加とのことで、メジコンとメリスロンの打ち間違いであることがわかった、	医師が処方箋入力する際、1文字入力で表示された薬剤を選択したのか。メリとメジを打ち間違えたかと思われる。	新しい薬剤が処方されている場合は特に、症状の聞き取りを徹底し、患者さんにお薬が渡る前に間違いに気付けるようにする。	デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠15mg「NP」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TCK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3533	一般名処方で、デキストロメトルファン錠と記載されており、他の処方薬がリマプロストアルファデクス錠とロキソニンテープでした。処方薬の組み合わせでおかしいと気が付き、処方元が商品名を入力すると、自動で一般名に変換されるので、もしかしたらメジコンとメチコパールの間違いかと想像して受付に確認したら、予想通り入力間違いでした。	商品名がメジコン、メチコパールとメから始まる医薬品で候補薬を入力する時に単純ミスでした。	病名の組み合わせでおかしいと思うときは、何でも問い合わせすること。	デキストロメトルファン錠「トーワ」	メコバラミン錠500μg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3534	院外処方せんを応需し、内容の確認を行ったところ、デザレックス錠5mg 4錠/日 分2朝夕食前 の内容で処方が記載されていた。デザレックス錠5mgは通常1回5mgを1日1回投与する薬剤のため、処方医へ疑義紹介を行ったところ、ディレグラ配合錠 4錠/日 分2朝夕食前へ薬剤変更となった。	医療機関の単純なミスであると考えられる。薬剤名が「デ」で始まる抗アレルギー薬という共通点が今回のミスにつながった要因として考えられる。	引き続き薬剤の基本的な使用方法や用法用量を確認し監査を行う。	デザレックス錠5mg	ディレグラ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3535	患者さんが医師に見せた錠剤の名前の確認が不十分であった。	錠剤ではなくお薬手帳で確認をするべきであった。	処方箋とお薬手帳の確認を強化する。	デトルシトルカプセル 4 mg	トニール錠 10 μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3536	マリゼブ25mg服用中の患者にテネリア20mgが追加になり共にDPP4阻害剤の為疑義照会その結果テネリア20mg→テルミサルタン20mgに変更となった。	病院のカルテ入力時のミスかと思われる。	投薬の際にも血圧が高かったとおっしゃっていたので気付く機会はいくらでもあったと思われる。重複する薬(マリゼブ)が無くて気づける仕事をしていく事	テネリア錠 20 mg	テルミサルタン錠 20 mg 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3537	ナルサス(2)3T、ナルラビド(1)、デノパミン(5)、酸化マグネシウム(330)、センノシド(12)、ロキソプロフェン(60)、ランソプラゾールOD(15)が処方になっていた。今回、ナルサス(2)が2T→3Tに増量になっていた。麻薬が増量になっていたため、嘔気懸念ありと考えた。新規追加の処方薬は慢性心不全薬のデノパミン(5)だったため、ノパミン(5)と勘違いされたのではないかと推察。Drに疑義照会し確認。ノパミン(5)に変更となった。	麻薬が増量になっていたため、嘔気懸念ありと考えた。新規追加の処方薬は慢性心不全薬のデノパミン(5)だったため、ノパミン(5)と勘違いされたのではないかと推察。名称類似による処方ミスと考えられる。	鑑査時にも新規処方薬は何故どのような背景で処方されたものか処方意図を推察するようにしている。疑問があれば投薬前でも、患者聞き取りを行う。	デノパミール錠 5	ノパミン錠 5 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3538	処方箋の記載は一般名 パルプロン酸Na徐放錠で デパケンRか セレニカRの区別が曖昧であったので 病院に疑義して確認した	これは 記載が曖昧な為 疑義するしかない	曖昧な時は 疑義する	デパケンR錠 200 mg	セレニカR錠 200 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3539	<p>デパケンR200mg (処方せんは一般名処方) 2錠分2 昼夕食後で処方されていた。嚥下困難がある患者であるため錠剤の服用が出来そうか確認すると不可であった。</p> <p>デパケンR200mgは徐放性製剤で粉碎不可であるため剤型変更が必要となりクリニックに疑義照会。デパケンRの細粒は徐放性のもではなくデパケン細粒20%か40%になる。今回分2処方だったので1日量を同じにして分3にするかそのまま分2でいく方法があるが患者のコンプライアンスを考慮してデパケン細粒40%を分2にて処方依頼をした。クリニックより細粒にしてくださいと返答があった。初回処方であったので念のために商品名が何で入力されているか確認したところ、セレニカR細粒40%になっていることが判明。セレニカはデパケンと成分が同じだが徐放性が異なることから分1で承認されているため、そのことを医師に確認。セレニカの製剤特性を理解している上で患者の身体状況に合わせて今回は分2で用意して欲しいと返答があった。セレニカR細粒40%にて調剤してお渡しすることとなった。</p>	<p>一般名はセレニカもデパケンも同じであるため用法、規格で判断をしていたが、医師の判断での調整されていることに気が付かなかった。</p>	<p>セレニカ、デパケンの誤りは局方品の名称変更もあったので店舗で注意するようにしていたため気が付くことができました。</p>	デパケンR錠200mg	セレニカR顆粒40%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3540	<p>いつもデパケン錠200mgで処方されている患者様にデパケンR錠200mgが処方された。患者様に確認した処、お薬を変更する旨のお話しは無かった。疑義照会をした処、デパケン錠200mgの間違いだったことが判明して処方変更をした。</p>	<p>手書きの処方箋なので、単純な記載ミスと考えられる。</p>	<p>処方箋をよく確認して、処方内容の変更等有る時は、患者様に確認する。その上で、疑義照会が必要と思われた場合は、間違いなく疑義照会をする。</p>	デパケンR錠200mg	デパケン錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3541	6/20処方時には「デバケンR 200mg (4錠)+デバケンR 100mg (2錠)」の記載があるが、7/18処方時にはデバケン量の減量があり「デバケンR 200mg (4錠)+デバケン錠 100mg (1錠)」へ記載変更となっていた。投薬時に患者より『変更は医師の指示通り』との聴取があり調剤し投薬。 7/22処方時もDO処方と同じ薬剤師が投薬した。 今回8/26もデバケンの処方変更はなかったが、別の薬剤師が監査時に疑問があり疑義照会したところ「デバケン錠 100mg → デバケンR 100mg」への記載変更となった。	7/18デバケンRの処方変更時のミスと考えられる	デバケンの規格に普通錠とR錠があることを理解し、処方変更時等はより注意深く監査する必要がある	デバケン錠 100mg	デバケンR錠 100		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3542	これまでデバケンR錠100mgを処方され、一包化していた患者さま。今回、デバケンR錠から、一包化不可のデバケン錠100mgに変更になっていた。医師に疑義照会し、デバケンR錠100mgに変更となった。	医師がカルテの操作を誤った可能性あり。	一包化不可の薬を把握していた。	デバケン錠 100mg	デバケンR錠 100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3543	<p>今までデパケンR錠200mg 2錠分2 (一般名処方: パルプロ酸Na徐放錠200mg) で処方となっていた患者が、今回100mg 2錠分2に減量となったが、一般名が「パルプロ酸Na錠100mg」となっており、普通錠での処方となっていた。今までずっと徐放錠で服用していた患者であったため処方選択ミスの可能性が疑われたため疑義照会 (FAX) をしたところ、病院薬剤部の薬剤師より「処方通りで」との返答連絡があった。</p> <p>しかし、電話の内容が微妙に話がかみ合わなかったように感じたので、申し訳ないと前置きしたうえで念のためもう一度確認してほしいと依頼したが、「先程確認したので大丈夫です」と言われてしまった。しかし、話の流れから薬剤部の薬剤師が以前からR錠で服用していた事実を認識していないようだったので、もう一度初めから経緯を順を追って説明したところ、「ではもう一度医師に確認してみます」という事になった。その結果やはり医師の処方選択ミスであった事が分かり、普通錠から徐放錠に変更となった。</p>	<p>減量で処方薬剤の規格変更があった際に一般名を間違えて選択してしまったと思われる。薬品名処方に比べ一般名処方の場合名称が長くなりがちなので、医師が選択時に見間違えてしまう可能性があると思われる。また、病院薬剤部では疑義照会時にカルテ内容を確認せずに返答してきていると思われる事例が度々ある為、こちらの意図がきちんと伝わるようしっかり説明する必要があると感じた。</p>	<p>一般名の見間違いは薬局内でもよく起こるヒヤリハットなので、特に処方変更時や間違えやすい薬剤(複数剤形が存在する等) はよく確認するよう周知徹底した。</p>	デパケン錠100mg	デパケンR錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3544	<p>ずっとデパケンR200mg錠を服用していた(薬歴、お薬手帳より確認)。今回(般)パルプロ酸Na錠(200)の処方記載があり、デパケン錠への変更の有無を患者に確認したところ、Drからの説明がなかったとのこと。医師に問い合わせたところ、薬の変更はない、との返答あり。(般)パルプロ酸Na徐放錠A(200)に変更となった。</p>	<p>病院で一般名処方を導入してから今回初めての処方。処方入力時に普通錠と徐放錠の選択を誤ったと考えられる。</p>	<p>過去の薬歴などと比較し、服用薬の変更があったときの確認を怠らない。一般名処方に関しては、剤型の変更に対しても細心の注意を要する。</p>	デパケン錠200mg	デパケンR錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3545	<p>定期服用している医薬品を処方希望したが、デパケンR200ではなくデパケン200で処方されていた</p>	<p>別剤型の選択ミス</p>	<p>おくすり手帳での確認</p>	デパケン錠200mg	デパケンR錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3546	過去に症状が安定した際にデバケンR錠を中止した経緯があったが、徐々に調子を崩しデバケン錠が追加になっていた。来局者は代理の方で詳細が分からないとの事だったので、念のため病院に疑義照会したところ、デバケンR錠の記載間違いであった事が判明した。	病院でのカルテ記載ミスと思われる。	過去の経緯等も確認して変更点を確認している。薬歴、過去の薬剤使用歴は必ず確認する。	デバケン錠200mg	デバケンR錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3547	いつも商品名でデバケンRが処方されていた患者様が処方箋をお持ちになった時に、一般名で書かれており、バルプロ酸ナトリウム錠と書かれており問い合わせた結果バルプロ酸ナトリウム徐放錠に変更になった。	一般名の類似によるもの	日頃の服用薬の確認	デバケン錠200mg	デバケンR錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3548	公立の市民病院から近医のクリニックで薬をもらうことになった患者さんの処方内容で以前から市民病院ではデバケンR錠200を服用していたが、クリニックの処方が一般名でバルプロ酸錠200mgの処方になっていた。	服薬情報の確認間違い	病院変更になった場合の規格違いなどは注意が必要。	デバケン錠200mg	デバケンR錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3549	今回新規にデベルザ錠20mgが寝る前で追加、投薬時に患者様に追加薬について説明すると、糖の薬の追加は聞いていなくアレルギー薬をだしてもらおうとの事で疑義照会デバルザ錠削除、デザレックス錠追加	類似名のうち間違え	用法が添付文書外の場合は患者に確認して問い合わせを徹底している。新規薬が追加になった時は患者様に確認、聞きとりし矛盾がある場合は疑義照会する。	デベルザ錠20mg	デザレックス錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3550	デベルザが初回処方。用法が「就寝前」であったので、まづは承認外を疑った。薬歴上、糖尿の既往歴がなかったため、投与前に患者インタビュー。本人は「不眠」を訴えたとのこと。品名類似する「デエビゴ」か「デパス」の記載違い疑い疑義照会。	処方箋にパソコンからの記載間違い(あたま2文字)は必ず発生することを念頭に置く。	監査時は、必ず薬歴のチェック行う。処方歴のみならず表紙部分に既往歴などしっかり記載しておく。	デベルザ錠20mg	デエビゴ錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3551	患者さんが、処方箋を持ってこられ、それに基づいて投薬した。その時にその薬の患者説明書がなくて口頭で説明すると、先生のところでもらってきたとの事。それを確認すると、処方箋のものとは違っていた。問い合わせ後、患者さんが持っていた患者説明書と同じものに変更になった。	単なる、処方箋の書き間違いなのか、薬の説明書だけが間違っていないかった。	今、合剤や、薬の名前もよく似たもの等、多数あるので、患者説明書を使ったり、患者の様子を十分聞き取る等の方が更に重要になってくると思う。	デュアック配合ゲル	ディフェリンゲル		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3552	デュアック配合ゲル15gという処方だった。10gチューブのはずなので、確認したところ、ディフェリンゲル15gが正しい処方だった。	入力者が、単位を間違えた、あるいは似ている製品名を間違えた。	単位が違ったので疑義照会したが、単位があっていたら、そのまま調剤していた事例。患者の話を聞き、少しでも疑問があったら、疑義することしかできない。	デュアック配合ゲル	ディフェリンゲル		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3553	他院から転院の新規患者様にトラボプロスト/チモロール配合点眼液が処方された。問診、お薬手帳の情報より気管支喘息の既往、トラボプロスト点眼液(単剤)の服用歴を確認できたため、処方医に疑義照会した。トラボプロスト/チモロール配合点眼液から、トラボプロスト点眼液へ変更となった。	医院での処方入力時の確認不足、既往歴の確認不足。	新規患者様からの原疾患、既往歴、併用薬の問診の徹底する。他院から転院の場合は処方内容の引き継ぎ、変更をしっかりと確認する。	デュオトラバ配合点眼液	トラバタンズ点眼液0.04%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3554	前病院でテルチアAPを服用。転院をして処方箋を当局に持参。処方箋とお薬手帳を確認した所前病院ではテルチアAPを服用していたが処方箋にはテラムロAPで記載されていた。Drに疑義した所、入力ミスであることが分かり、テルチアAPが処方された。	薬剤名の類似	処方箋とお薬手帳の確認。特に新患。	テラムロAP	テルチアAP		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3555	アムロジピン10mg服用中の患者にテラムロAPが処方になった。アムロジピンのMAX量を超えているため、薬局から病院へ確認のTELをしたところ、テルチアAPの間違いだったとのこと。テラムロAPからテルチアAPへ薬剤が変更となった。	病院での入力時の確認不足。	上限量や開始量を超えて処方がある場合、初回は必ず確認の電話を病院にして、薬歴にも残す。	テラムロ配合錠AP「DSEP」	テルチア配合錠AP「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3556	降圧剤の服用が初回の患者様に第一選択とはならない合剤のテラムロ配合錠APが処方されていたため処方元へ確認。単剤のテルミサルタン錠40mgへと変更となった。	医薬品名の類似による処方入力時のタッチミス	初回処方時は特に内容が適切であるか再確認。類似した医薬品が存在する場合も再度確認を行う。	テラムロ配合錠AP「トーフ」	テルミサルタン錠40mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3557	一般名 テルミサルタン40mg アムロジピン配合錠が定期で処方されている患者様に今回も同処方が記載され、交付時に同内容について相違はないか・血圧変動について確認していたら、患者より「今回よりお薬を変えるときいた」と申し出あり。処方前回は前回と同内容記載だった為、前述の経緯を疑義照会。一般名 テルミサルタン40mg アムロジピン配合錠→テルミサルタン80mg アムロジピン配合錠に記載が変更となり、調剤はテラムロAP → テラムロBPとなった。	・病院における連絡の齟齬。・一般名に関する理解不足。	・配合薬全般について、処方を受け付けた時は添付文書で成分を重ねて確認。職員とも共有。患者様に経緯と現処方の認識に相違ないか確認を徹底。	テラムロ配合錠AP「トーフ」	テラムロ配合錠BP「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3558	テラムロＢＰ（テルミサルタン80mg＋アムロジピン5mg）とアムロジピン10mgが処方前回の処方と比べて患者様より血圧が高めであることを聞き取り増量であることは判断できたしかしアムロジピンがトータル15mgと限度量を超えることから疑義照会を行ったテラムロＢＰよりテルチアＢＰ（テルミサルタン80mg＋ヒドロクロロチアジド）へ変更となった	合剤の勘違い 先発名 ジェネリック名ともに間違えやすい名称	合剤の場合 特にチェックをしっかりとする必要はある	テラムロ配合錠ＢＰ「DSEP」	テルチア配合錠ＢＰ「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3559	降圧剤服用中の患者の血圧の数値の改善がなく、利尿剤含有の配合剤が処方された。お薬手帳の確認から他医療機関でサイアザイド系利尿剤を服用中と分かり 同系統の利尿剤が重複されているということから疑義紹介をかけ、処方内容が利尿剤の配合されていない降圧剤に変更となった。	処方Drのお薬手帳未確認並びに患者のお薬手帳の未持参から服用中の薬剤の確認が取れないことが要因	患者へのお薬手帳の持参の声掛け、手帳持参の患者から手帳の内容の確認等	テルチア配合錠ＡＰ「DSEP」	テルミサルタン錠40mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3560	患者様が血圧が下がらないので、念のために疑義照会したところ、テルチアからテラムロへ変更になった。	類似名称	患者様への聞き取り	テルチア配合錠ＢＰ「日医工」	テラムロ配合錠ＢＰ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3561	患者より血圧が下がらないと聴取したため、これまでと同じ薬を続けるのではなく薬剤の変更について処方医へ提案。結果、変更となり、適切な治療効果を得られない状況を未然に防いだ。	処方医と患者とのコミュニケーション不足	患者への聞き取りをしっかりと行う	テルチア配合錠ＢＰ「日医工」	テラムロ配合錠ＢＰ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3562	前回処方が変わっていた薬品が、今回は前々回の薬品に戻っていた。家族に確認すると何も説明は受けていないとの事。疑義照会したところ履歴の引用が間違っていたと判明。	システムの使い難さや名称類似が疑われる。	処方変更があった場合、本人或いは家族さんに様子を聞くことが大切だと考える。	テルミサルタン錠20mg「DSEP」	テラムロ配合錠AP「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3563	手書きでデルモゾールクリームと書かれていたためベタメタゾン吉草酸エステルクリームと推測しノルコッククリームを入力したがデルモゾールクリームがなく照会→デルモゾールGクリームに訂正となる。	手書き処方箋で薬品名に不備があったが無意識に薬剤を推測して入力してしまった為Drの意図とは違う薬剤を入力してしまい、投薬前に気付き照会後正しく入力が行われた。	手書き処方箋の場合ほ記入された薬剤そのものが誤りの場合があるため、入力時に十分注意する。また代替、別剤型に変更時も十分注意する。	デルモゾールクリーム	デルモゾールGクリーム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3564	処方内容：サトウザルベ20%15g+デルモベート軟膏15g 1日2回 体、耳 ヒルドイドソフト軟膏+ロコイド軟膏 保湿4歳小児にデルモベート軟膏が処方されていたがサトウザルベとの混合であったためそのまま調整。この時にお薬手帳は確認せず。監査時、お薬手帳を確認すると7月に別の皮膚科でサトウザルベ10%+デルモゾール軟膏、アンテベート軟膏+オキサロール軟膏、ロコイド軟膏+ヒルドイドソフト軟膏の処方あり。投薬時にアンテベート軟膏+オキサロール軟膏が強すぎると医師より説明があったと確認。デルモベート軟膏が処方されていたため疑義照会したところ、デルモゾール軟膏+サトウザルベ10%へ変更となった。	デルモゾール軟膏を入力するところ誤ってデルモベート軟膏を選んでしまったと思われる。処方監査時にお薬手帳の内容確認を怠った。4歳小児にストロンデストのステロイドが処方(体、耳)だったため、処方監査時点で疑義照会が必要	・処方監査時にお薬手帳の確認を徹底・お薬手帳の重要性を患者様へ説明し、手帳持参を推進する・年齢や患部に対して適切な薬剤かを確認する	デルモベート軟膏0.05%	デルモゾール軟膏0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3565	患者様の処方箋に、【般】ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.005%、体に、【般】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.005%、顔に、とあった。患者様に症状を確認。湿疹だと言われたとのこと。顔の症状は、見た感じそれ程酷くはない。医師に確認。【般】クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.005%、顔に、への変更の指示を受ける。患者様にステロイドの強弱と、部位に関する適切な強さについて詳しく説明した。	一般名の類似。内科医師による、外用薬の不慣れ。医師の確認不足。	外用薬の強さと部位、症状を必ず確認している。	デルモベート軟膏0.05%	キンダベート軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3566	デルモベートの処方だったが患者と話をしていくと前にもらったデルモゾールが欲しいと言って、Drもそうしましたと言ってたということが分かった。StrongestとVeryStrongの効果の違いがあるのでDrに確認したところ変更になった。	名称の類似であり、患者も名称をはっきり覚えていなかった。他病院の処方をはかりつけ医に頼んだために起こった事例である	他病院で貰ったお薬をかかりつけ医でもらう場合は実物を見せて確認するようにする。	デルモベート軟膏0.05%	デルモゾール軟膏0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3567	前回ロコイド軟膏が処方されていた。今回デルモベート軟膏が処方、軟膏の強さが極端なので患者様に確認。「ロコイド軟膏では効かなかったので少し強い物に変えて欲しい」と先生に相談したとの事。Drに確認したところ「デルモゾール軟膏を出したかった」との事。デルモゾールは経過措置のためリンデロンVに変更。患者様GE希望のため、ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%で処方。	デルモゾールとデルモベートで名前が似ている事でクリニックにて入力ミスが発生。	前回処方と患者様への聞き取りで事前にミスを防げた。今後も患者様とのコミュニケーションとクリニックとの連絡を密にしていきたい。	デルモベート軟膏0.05%	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%「トローワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3568	トラムセット配合錠とカロナール錠500mgが処方された。成分アセトアミノフェンが重複するので併用でいいかDrに疑義照会。 返答 トラムセット配合錠→トラマールOD錠25mgに変更になった。	トラムセット配合錠 一般名処方処方されていた。→(般)トラマドール・アセトアミノフェン入力したが本当はトラマドールを処方したかったのではないか? 名前の似た薬の入力ミスではないだろうか?	一般名処方だと、Drが処方しようとした薬剤と間違えて入力することあるので、処方内容が重複したり、患者の訴える症状と違う場合は、必ず疑義照会して確かめることが大切	トアラセット配合錠「DSEP」	トラマールOD錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3569	市販薬の風邪薬で膨満感や眠気がでて辛かった。トーワチーム配合顆粒が出ていて、市販薬の成分と重なっていることが多かったため医師に疑義照会した結果アストミンに変更になった	そのまま服用していたら市販薬と同じSEが出た可能性が高い	薬歴や口頭での併用薬を今後も確認	トーワチーム配合顆粒	アストミン散10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3570	カンデサルタンを処方するところをカルデナリンで処方されていた	薬が切り替えている際に患者様の症状にあった薬なのか、開始用量として適切かを考慮する。また先発品名称同士でなく先発名、一般名でも類似名称でないかを確認する	類似名称で誤りがないようPC入力時に3文字以上の入力を心がける	ドキザゾシン錠4mg「JG」	カンデサルタン錠8mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3571	処方箋はドキザゾシン錠4mgと記載あり。お薬手帳より他薬局にて前回カンデサルタン4mgで処方されており、変更とは聞いてないとの事だったので疑義照会。前回から変わるのでそのままでお渡ししてくださいと返答。しかし、今血圧も安定しているとのことで前回調剤の薬局に確認。前回もドキザゾシンで記載されていたが、疑義照会しカンデサルタンに変更していたとのこと。それを病院に連絡し、カンデサルタンに変更。	カンデサルタンとドキザゾシンの先発名カルデナリンとの認識間違い。	お薬手帳や服用履歴をしっかりと確認する。一般名と先発名との混同もあるようなのでそこについても病院に確認を行う。	ドキザゾシン錠4mg「トーワ」	カンデサルタン錠4mg「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3572	≪一般名処方、医薬品名の類似≫退院後初回の外来、来局初。退院時処方を確認。退院時には【般】トコフェロール酢酸エステルカプセル100mgで処方があったが、今回【般】トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mgで処方あり、問い合わせ。トコフェロール『酢酸』エステルの処方であったと確認した。	一般名が類似しているため、選択を誤った可能性。	退院時処方との確実な照らし合わせを行い、変更点あれば確認。一般名処方では医薬品の名称が類似するものについて注意して鑑査を行う。	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「トーワ」	トコフェロール酢酸エステルカプセル100mg「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3573	患者の症状がしもやけだったのと、過去の薬歴からトコフェロールニコチン酸エステルではなく、トコフェロール酢酸エステルではないかと疑義照会。トコフェロール酢酸エステルへ変更となる。	処方入力の際に名称が類似しているため、間違えてしまった?	患者の症状や過去の薬歴から、薬が当たっているのか確認をしている。	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル200mg「TC」	トコフェロール酢酸エステル錠50mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3574	新規来局。手帳持参。処方内容を手帳と比較し、変更があったため、患者様に確認したところ処方の変更は聞いていないとの事。患者様に確認の上、疑義照会を実施した。薬品名が類似していたための間違いだと考えられる。継続している薬剤に変更となった。	類似薬品名のため、間違い。処方入力時の間違い。類似薬品名の把握、適応の把握を行う。	新規の患者様のお薬手帳の確認を徹底する。処方の変更があった場合、患者様に変更の有無の確認。患者様に変更を知らなかった場合は疑義にて確認を行う。	トコフェロール酢酸エステルカプセル100mg「ファイザー」	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3575	他院からの転院で薬内容は継続とのこと。処方箋とお薬手帳を確認したところ、お薬手帳はニコチン酸エステルカプセル100mgで、処方箋はトコフェロール酢酸エステル100mgだったため、病院に確認したところ、処方変更はなく、ニコチン酸エステルカプセル100mgに変更。	病院での通常の使用がトコフェロール酢酸エステル100mgなので、名称の似たニコチン酸エステルカプセル100mgとの違いがわからなかった可能性あり	お薬手帳の必要性を再度認識し、確認に努める。	トコフェロール酢酸エステル錠100mg「ツルハラ」	ユベラNカプセル100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3576	前回処方から薬品が変わっていた為、薬剤師が本人に確認したところ腰痛の痛みの効果がでないのデカロナールから変更になったとの事だった。投薬時には年齢から判断して精神的な要因も考慮されたものであろうと捉え、そのままお渡しした。薬歴入力時に念のためクリニックに病名を確認してみたところ処方薬品の間違いが発覚し訂正となった。患者様においてはまだ服薬前であったのですぐに連絡した上で薬品を交換した。	薬品名称が似ている為、入力間違いが起きてしまったようだ。	わずかでも処方内容と患者様の話から違和感があった場合は念の為、疑義照会する事を徹底する。	トフラニール錠25mg	トラマールOD錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3577	軟膏の混合でアンテベート軟膏とドボベツ軟膏が処方された。いつもはドボベツ軟膏ではなくドボネックス軟膏処方の為問い合わせをし、医師不在だったので患者様に確認しいつも通りのドボネックス軟膏処方だと分かりました。その後医師に連絡が取れドボネックス軟膏だと確認しました。	名前が似ている為入力を間違えたと推測されます。	医師と連絡取れない時は患者さんに確認を取るようにしています。	ドボベツ軟膏	ドボネックス軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3578	トラセミド初回、用法用量ともに常用量と異なる為患者様に確認。患者「夜中に足が変な感じがして目が覚めてしまう、何か薬が欲しいと言ってきた、飲み方については何か言われたがあまりよく分からない、むくみは特に言われていない」患者聴取の結果からも処方に疑問があり疑義照会実施。薬剤師「トラセミドが朝食後寝る前で処方ですが、患者様は足の違和感で眠れないと訴えていたようですが」医師「患者さんちゃんとわからなかったかな、30日までしか出せない薬だから、調節してもいいって」薬剤師「トラセミドが処方だったのでルブラックなんですけど・・・」医師「ルブラック?! そうだね、トラセミドはルブラックだね、ちょっと確認するから電話かけなおす」数分後 医師「処方間違いだった、カルテにはソラナックスって書いていたんだけど、処方箋ルブラックになっていたね。ソラナックス2錠朝食後寝る前では出すけど調節していいから」薬剤師「ではトラセミドではなく一般名アルプラゾラム錠0.4mg 2錠朝食後寝る前30分前で処方します。」	ルブラックとソラナックスの「ック」のイントネーションだけで誤って処方箋に記載したと考えられる。	病状や日数制限から別薬剤である可能性を考え、疑義照会。	トラセミドOD錠8mg「TE」	アルプラゾラム錠0.4mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3579	普段、トラセミド錠4mg 1錠 分1 朝食後で処方されている患者に、トラゼンタ錠が処方された。(手書き処方箋のため、トラゼンタ錠4mg 1錠 分1と記載あり) トラゼンタ錠は4mgの規格がなく、また、普段トラセミド錠が処方されていること、患者に糖尿病薬が出ているが処方の変更を聞いているか確認したところ、特に変更は聞いていないということから、疑義照会を行った。その結果、トラゼンタ錠は処方削除となり、トラセミド錠4mg 1錠 分1 朝食後の処方が追加となった。	頭文字2文字が“トラ”であり、その次も“ゼ”と“セ”で薬品名が似ていることから、処方箋を手書きする際に医師が間違えて記載してしまったと思われる。	処方内容の確認のみならず、薬歴・お薬手帳の確認、患者への聴取を漏れなく実施していく。	トラゼンタ錠 5 mg	トラセミド錠 4 mg 「K0」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3580	新規患者にカロナール錠300mgとトラゼンタ錠5mgが1日3錠毎食後 7日分の処方箋を受け付け。がトラゼンタ錠5mgの添付文書用法に適用しないことと一緒に処方されたカロナール錠300mgからトランサミン錠との入力誤りと考え処方医に問い合わせ。その結果、トランサミン錠500mg 1日3錠毎食後 7日分に変更となった	処方医入力の際に2文字入力で薬剤の検索を行ったことでトラゼンタ錠5mgが選択され確認もそのまま発行されてしまったと考えられる	処方箋入力者、調整者、鑑査者がその都度処方薬の用法の適正かどうかの確認	トラゼンタ錠 5 mg	トランサミン錠 500 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3581	トラゼンタ錠 5 mg が2錠、1日2回朝夕食後で処方があり、用法用量の疑義照会を行ったところ、トラゼンタではなくトラムセットの処方ミスであったことが発覚その後トラムセット配合錠 2錠、1日2回朝夕食後でお渡しした	処方内容の確認ミス、類似名称であったため入力ミス	患者さんへの聞き取りを詳細に行う疑わしい点があれば疑義照会を行う	トラゼンタ錠 5 mg	トラムセット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3582	今回からGLP1受容体作動薬 導入。DPP 4 阻害薬とは併用できないので疑義紹介。	処方内容を確認する。	処方内容を確認する。	トラディアン配合錠 AP	ジャディアン錠 10 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3583	嘔吐と胃痛で来られている患者さん、喉が痛いということはなく、トラネキサム酸カプセルが出ていた。胃薬は出ていないとのことで、問い合わせた薬が違うことが分かった。	前にも同じような事例があり、トラネキサム酸、トロキシンの間違いがよくある。パソコンで入力する際に間違えるようなので、名前は似ていないのだが、間違えることがあるので、パソコン入力で間違えそうなものも注意していきたい。	薬の名前が似ているものは今までも注意していたが、入力での似ているものも注意するように注意喚起をしていく	トラネキサム酸カプセル 250mg 「トーワ」	トロキシ錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3584	トラベルミン配合錠 6錠(分3) 7日分 処方。交付時の患者より「感冒症状、のどの痛み」と聞き取り、処方医へ疑義照会を行ったところ、トラネキサム酸(250)の入力間違いであったことが判明した。	クリニック事務員による処方箋入力ミス	交付時、症状と薬内容が合致しているか確認	トラベルミン錠	トラネキサム酸錠 250mg 「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3585	内科より定期処方に加えてトラベルミン錠が処方されていた。患者に交付時めまい、動揺病の薬と説明した所、今日のはのどの痛みで薬出してもらった、と返答あり疑義照会した所、トランサミン錠の入力ミスであることが分かった。	レセコン入力時に、類似品を入力してしまったと考える。	日頃から患者とのコミュニケーションを密にとり症状の把握・相談しやすい環境をつくっておく。	トラベルミン配合錠	トランサミン錠 250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3586	他の薬が風邪薬の為、患者さんに過敏性の症状あるか確認したがいないとのことで疑義照会し薬の変更になりました。	トラネキサム酸とトランコロンの名前が似てる為、処方を間違えたと推定されます。	少しでもおかしいと思ったら、患者さんへ症状の確認や医師への疑義照会を行う。	トランコロ錠 7.5mg	トラネキサム酸カプセル 250mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3587	血尿があると聞きとりした患者さまに、処方薬としてカルバゾクロム錠、トランコロン錠(処方是一般名のメペンゾラート)、セフゾンカプセルあり。血尿として止血剤のカルバゾクロム錠は処方があるが、過敏性腸症の症状はなくトランコロン錠でない可能性があるかと判断した。	一般名ではメペンゾラートとトラネキサム酸と全然違うが、先発名から判断。トランコロン錠ではなく、トランサミン錠の間違いではないかと推測した。	・患者さまとのコミュニケーションをとることを前提とし、症状聞き取りをしっかりとる。・ヒヤリハット事例収集を参考にし、間違われる可能性のある薬に細心の注意を払う。・一般名薬にとらわれず、先発薬名もしっかり把握するようにする。	トランコロン錠7.5mg	トラネキサム酸錠250mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3588	トランコロン7.5mgの処方が来て処方自体も珍しく処方を確認した。確認前に患者様の希望の薬かもしれないのでその確認したが、そうでもなかった。そのため医師に確認して処方間違いと分かった。	トランサミンと間違えてトランコロンを選んでしまった薬の名前が似ているためちょっとした選び間違いから起こったミスと考えられる。	少しでもあれ?と思ったことは患者様や医師に確認すること。	トランコロン錠7.5mg	トラネキサム酸錠250mg 「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3589	トランコロン錠7.5mgが処方されていたがアドナ錠30mgとの同時処方に疑問があった	トランサミンカプセル250mgを選択すべきところをトランコロン錠7.5mgを選択したと思われる	患者の症状と処方薬が一致しているかを確認する	トランコロン錠7.5mg	ヘキサトロンカプセル250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3590	トランコロン以外が感冒に対する処方と思われたため、トランサミン錠と間違えて処方している可能性が考えられた。	処方入力の際にトランで検索をかけてトランコロンを誤って入力したと思われる。	処方意図を推測することで誤処方にも気付くことができる。	トランコロン錠7.5mg	トランサミン錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3591	トランサミンが処方されていたが、患者さんから聴取した際、めまいの症状で受診したことを確認した。薬効等に疑義が生じたため、Drに電話にて確認し、トラベルミンに変更になった。	名称が似ているため、誤入力され、確認されなかったためと思われる。	事案を共有し、今後も患者からの丁寧な聴取を徹底する	トランサミン錠250mg	トラベルミン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3592	腹痛で受診した患者に対してトランサミン錠250mgの処方。処方内容に疑問を感じたため、電話問い合わせ。トランコロン錠7.5mgの間違いだったことが判明。	医師の確認不足	患者からのヒアリングをしっかりと行い、処方内容の確認を行う。	トランサミン錠250mg	トランコロン錠7.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3593	トランコロン錠のところ処方箋では、トランサミン錠の記載 患者様との話でお腹の具合が良くないことを相談していたことが分かった一緒にでいた薬も整腸剤だった。病院に問い合わせをしたところトランコロン錠だったことが判明	薬の名前が似ていたため入力時に間違えたよう	処方内容の確認とともに患者様の体調等話を聞くことが必要	トランサミン錠250mg	トランコロン錠7.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3594	喉の痛み、微熱が出る患者が処方箋をもって来局。【般】ラベタロール塩酸塩錠50mg(先発品名トランデート錠50mg)が処方されていた。患者は今回は血圧は診てもらっていない事より薬剤選択を誤った可能性があったので処方医に電話で疑義照会した。その結果トランサミン錠500mgへ変更になった。	電子カルテに処方入力をする際トランサミン錠500mgを入力するところ、トランデート錠50mgを入力してしまったようだ。	処方内容と患者の症状をよく確認して、症状に合った薬剤が処方されているかをしっかり確認する。	トランデート錠50mg	トランサミン錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3595	歯科よりトリアムシノロンアセトニド軟膏処方あり。投薬時に患者へ使用部位を確認したところ口腔内であった。処方薬は口腔内用ではないため製薬会社に問い合わせたところ口腔内への使用に関するデータはないとの返答。疑義照会し、同成分で口腔用のヒノポロン口腔用軟膏へ変更となった。	成分名で検索して剤形まで確認しなかった。	外用薬を患者へ投薬する際は使用部位まで聴取し、剤形や薬剤の選択が適切であるか確認する。	トリアムシノロンアセトニド軟膏「トーコー」	ヒノポロン口腔用軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3596	処方箋に【般】トリメブチンマレイン酸塩錠100mgが記載されていたが、患者に症状を確認したところ、胃腸症状はなく、普段から服用しているメブチンを頼んだ、と本人が言うため、疑義照会した。処方元の事務員にカルテを確認してもらったところ、カルテにはメブチンと書いてあると返答あり、メブチン錠50μgに変更して調剤・交付した。	処方医の手書きのカルテに沿って診療所の事務員が活字の処方箋を作成しているが、その際に薬品名の見間違い、あるいは勘違いがあったと思われる。また、処方医が規格を書かず、事務員も確認をしないことが時折あるため、それも一つの要因と思われる。	患者に症状や受診目的、医師からの説明があったかを確認し、処方内容に疑問があれば疑義照会している。先に診療所の事務員にカルテを確認してもらい、処方箋とカルテの記載が合っているか確認し、疑問が解決しなければ処方医に電話で確認している。	トリメブチンマレイン酸塩錠100mg「オーハラ」	メブチン錠50μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3597	(般) トリメブチンマレイン酸塩錠100mgが処方されていたが、患者は消化器系の症状はなく、処方に関しても医師からの説明がなかった。痛みが主訴の患者であるため、セレキノ100mgとセレコックス100mgの入力誤りが疑われた。問い合わせした結果、(般) セレコキシブ錠100mgに変更になった。	先発品の名称が類似していたための、電子カルテの入力誤り。	事例の共有	トリメブチンマレイン酸塩錠100mg「サワイ」	セレコキシブ錠100mg「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3598	糖尿病患者に対して、既存治療で効果不十分な乾癬、強直性脊椎炎の薬が出た。疾患により、用量異なるため、また、珍しい薬剤であったため、処方医療機関へ疑義照会したところ、「糖尿病」の注射剤として処方したとのこと。また、今回処方DPP-4阻害剤が中止となっていたため、類似名医薬品のトルリシティ皮下注ではないかと申し上げたところ、トルリシティ皮下注が正しい処方であったことが判明、処方変更となった。	普段かかっている疾患とは異なる疾患に対する薬剤の処方であったこと。皮膚科専門医ではない医師が突然皮膚科用薬、それも注射剤を出したことで疑問に思った。また、DPP-4阻害剤が中止になっていたため、GLP-1受容体作動薬のトルリシティの入力間違いではないかと考えた。	普段処方のない薬や、疾患により用法の異なる用量で使用するもの、初回で注意点が多く存在するものは詳細に確認し、場合によっては患者や医師に正しい薬剤なのか確認しすぎるほど確認することは重要であるとする。	トルツ皮下注80mgシリンジ	トルリシティ皮下注0.75mgアテオス		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3599	近隣眼科の処方箋。医師からは患者様に点眼液変更の指示あったと確認。処方是一般名で書かれており、処方1: トラプロスト・チモロールマレイン酸塩配合点眼液、処方2: ドルゾラミド・チモロール点眼液ともに「チモロール」の成分重複を確認したため、疑義を行う。処方2が削除となり、プリンゾラミド懸濁性点眼液1%に変更となる。	点眼液処方の際に確認が漏れたと思われる。	処方箋を受け取った段階で同効薬などの有無が処方箋内でまずないか確認する。処方内容に疑いを持って普段より処方鑑査を行う。	ドルモロール配合点眼液「T S」	プリンゾラミド懸濁性点眼液1%「センジュ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3600	タブコム点眼とドルモロール点眼が処方。チモロール重複	「トル」と入力し、ドルモロールとトルソプトの二つの選択肢が出てきて、トルソプトを選ぶところ、ドルモロールを選択してしまったと考えられる。	医師が間違いやすい薬品は重点的にチェックする	ドルモロール配合点眼液「わかもと」 タブコム配合点眼液	トルソプト点眼液1% タブコム配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3601	今回からジャディアンスをジャヌビアへ変更とトレシーバ注フレックスタッチを新規処方された。トレシーバの用法が1週間に1回、単位の記載がなかったため用法用量について疑義照会した。トレシーバ注フレックスタッチをトルリシティ皮下注0.75mgアテオスへ、ジャヌビアをジャディアンスへ変更になった。	トルリシティとトレシーバの入力を誤った。入力時の確認を怠った。	注射薬について用法を知っておく必要がある。注射薬と内服の飲み合わせについて知識をつける。前回からの変更点を確認する。	トレシーバ注フレックスタッチ ジャヌビア錠50mg	トルリシティ皮下注0.75mg アテオス ジャディアンス錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3602	59歳男性、糖尿病患者に「(般) トレミフェン錠60mg」が新規に処方された。入力時のPC上に出てくる監査情報では問題なし。薬剤師が入力監査時に発見し疑義照会。「(般) トレラグリブチンコハク酸塩錠100mg」へ変更。	当患者は薬へのこだわりが強く、自分で調べてきた薬を医師に要求することが多かった。今回も患者の意向があり、新規に処方追加となったが処方歴のない薬だったためこのような事が起こったと思われる。	PC監査情報に問題がなくても、薬剤師がきちんと処方監査をする。新規に追加の薬に関してはより慎重に処方監査をする。	トレミフェン錠60mg「サワイ」	ザファテック錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3603	施設に入居されている患者さんで、吐き気と嘔吐、倦怠感、食欲不振が続いているため受診。ナトリックス錠1mg 3錠3×毎食後の処方があったが、取りに来られた方が施設職員の代理で急いでいることもあり詳細を確認しないままお渡ししてしまった。投薬後、用法用量に疑問を抱き、施設に電話して症状を確認したところ、低ナトリウム血症が疑われるとの診断があったことを確認。すぐに疑義照会し、処方内容を確認したところ、ナトリックス錠1mgではなく、塩化ナトリウムの処方を行う予定であったと返答。調剤し直し、交換にうかがった。	医師の処方せんへのオーダーミス。薬局での主訴の確認漏れ、用法用量への疑問をその場で抱けなかった。	電子薬歴に添付文書と用法用量が異なる場合には警告が出るように設定している。	ナトリックス錠1	塩化ナトリウム「オーツカ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3604	ニゾラールローションを頭に使用している患者様。今回ニゾラールクリームが処方になっていたため患者様に確認すると変更の説明は受けていないとのこと。疑義照会を行ったところニゾラールローションに処方変更となった。	名称類似のための処方間違い。処方変更のため患者とのコミュニケーション不足	処方変更があった時は医師からの説明の有無の確認。使用部位に適した剤形かの確認を行う	ニゾラールクリーム2%	ニゾラールローション2%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3605	医院側、本来使いたかった薬のコードが経過措置中の為、消えていた。0410対応で急に薬が変わり、類似した名前の為、不審に思い連絡。正(般)ニソルジピン→誤(般)ニトレンジピン医院側、経過措置を理解しており、まだ手元であれば、ニソルジピン、なければニトレンジピンでの処方をしてほしいと電話で確認した。	経過措置関連で医院側のレセコンのマスターが使えなくなる可能性があること。類似する一般名の為、誤入力の可能性があること。	何の話もなく薬が変わった場合など、確認が取れない場合は必ず疑義照会を行う。	ニソルジピン錠5mg「JG」	パイロテンシン錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3606	狭心症で通院中の患者において、ニトロールRカプセル20mgが胸痛発作時5回分で処方されていた。徐放製剤のニトロールRでは発作時に効果が期待できないことから疑義照会したところ、ニトロペン錠5mg 5回分に変更となった。	医師が処方入力をする際に「ニトロ」まで入力した後の薬剤選択画面でニトロールRとニトロペンを選択し間違えたと思われる。その後の確認不足もあり胸痛発作時に効果が見込めないニトロールRが処方されたと推測される。	処方箋受け取り時に処方内容が薬理的に合っているかの確認と、把握している病態に合っているかの確認を行っている。	ニトロールRカプセル20mg	ニトロペン舌下錠0.3mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3607	「ニトロールRカプセル20mg 1P 胸痛時 5回分」の処方を受け付けた。患者家族(息子さん)が来局され、「処方医よりカプセル剤が処方されていると聞いている」と伺ったが、ニトロールRカプセルの添付文書を確認すると、長時間作用型であり狭心症の発作寛解を目的とした治療には不適であることから、薬剤名・用法について処方医に疑義照会を行った所、「ニトロペン舌下錠0.3mg 胸痛時 5回分」に処方変更となった。	類似名による入力誤りか、処方医の判断ミスかは不明である。	患者からの情報をうのみにせず、添付文書にて効能効果を確認する。	ニトロールRカプセル20mg	ニトロペン舌下錠0.3mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3608	初来局。投薬時にニトロールRカプセルの説明を行っていたところ、転院前の病院で服用していた「イソソルビド内用液70%」を錠剤で出すと医師から聞いている。めまいの症状はあるが心臓に疾患はない。とのことだった。医師のオーダーミスかもしれないと判断し疑義照会を行った。	硝酸イソソルビド徐放カプセルとイソソルビド内用液70%のオーダー選択ミスが考えられる。	お薬手帳の確認、患者や家族からの情報を丁寧に聴取し、総合的に処方の妥当性を考える必要がある。	ニトロールRカプセル20mg	イソバイドシロップ70%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3609	外科受診の患者に、ニトロールRカプセルが用法「胸痛時に舌下」で処方された。用法がニトロペン舌下錠0.3mgと同様であること、徐放剤であるニトロールRカプセルが頓服での処方であったことから疑義照会を行った。疑義照会の結果、ニトロールRカプセルからニトロペン舌下錠0.3mgに変更となった。	「ニトロ」で薬品検索をした際に、候補に挙がった薬品の選択を誤ったものと思われる。	・名称が類似している医薬品の取り違えを防ぐために、頭文字3文字で判断・認識するのではなく医薬品名、規格を確認する。・徐放性や舌下錠など医薬品の特徴と用法が合致していないものは疑義照会や患者に処方となった経緯を確認する。	ニトロールRカプセル20mg	ニトロペン舌下錠0.3mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3610	初来局。投薬時にニトロールRカプセルの説明を行っていたところ、転院前の病院で服用していた「イソソルビド内用液70%」を錠剤で出すと医師から聞いている。めまいの症状はあるが心臓に疾患はない。とのことだった。医師のオーダーミスかもしれないと判断し疑義照会を行った。	硝酸イソソルビド徐放カプセルとイソソルビド内用液70%のオーダー選択ミスが考えられる。	お薬手帳の確認、患者や家族からの情報を丁寧に聴取し、総合的に処方の妥当性を考える必要がある。	ニトロールRカプセル20mg	イソバイドシロップ70%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3611	整形外科と内科のクリニックで、健康診断の結果を聞きに受診した患者がニトロダーム40枚を処方され来局。→心疾患の要再検査の検査結果も持っていらっしまったことから無くはないと考えたが、患者は整形にかかったとの事。 そして水虫のクリーム(ニトラゼンクリーム)を4本もらうはずと訴えたため疑義照会する。→(薬剤師として・・・)「4本もらうはず・・・」→40gと40枚の数が同じで、また使ったことの無い薬剤を初回から40枚というの腑に落ちなかったので怪しいと思えた。お薬手帳も持参されていて、手帳には他の薬局から「ニトラゼンクリーム」をもらっていた記載があった。→疑義照会により病院の採用薬と同じ、アスタットクリーム4本(40g)へニトロダームから処方変更。→患者様への健康被害なく、事なきを得た。	ニトラゼンクリーム 40gとニトロダームTTS40枚の選択ミスと考えられる。患者の訴えた、グラムと枚数があっていたので怪しいと思うヒントになった。 受診した診療科を初めに聞き取ったのもヒントになった。	お薬手帳を持参してもらう。かかりつけになっていただく。今回どうしてこの薬が出たのか、本人が理解していない場合はアドヒアランスの低下にもつながることからよくコミュニケーションをとり、薬について理解していただく。	ニトロダームTTS25mg	アスタットクリーム1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3612	・ニフェジピンL錠10mgを継続中。・患者に説明なく、ニフェジピンCR錠10mgへ変更。・過降圧の可能性あるため疑義照会。・ニフェジピンL錠10mgへ訂正。	・薬剤の入力ミスによる過誤	・入力確認は成分名、規格、剤形それぞれを確認。	ニフェジピンCR錠10mg 「日医工」	ニフェジピンL錠10mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3613	今まで通っていた内科のクリニックが閉まってしまったため、診療情報提供書を持って今回から新しく別の病院を受診。 今までのクリニックの処方是他薬局でもらっていた患者様。今回の病院の処方せんを当薬局へ持参。患者様の薬歴の併用薬の欄には、ニフェジピンL10mgとの記載があった。患者様にお聞きすると、今までおそらくニフェジピンCR10ではなくL10で服用していたとのこと。また今回病院で薬は今までと変更ないとお話があったとのことだった。また、患者様が診療情報提供書のコピーを持っていたので見せてもらうと、そこにはニフェジピンL10mg2錠 2×との記載があった。 以上より、ニフェジピンの剤形間違えの可能性を考え、今回の病院に疑義照会を行い、ニフェジピンL10mg2錠 2×に変更となった。	転院時にカルテ記載誤り。一般名処方箋で24時間持続と12~24時間持続の違いの為薬を選ぶ際に間違えたものと思われる。	普段からお薬手帳を持参していただいております。併用薬の情報は薬局の鑑査システムに登録しているので、内容の変動や相互作用等で確認がしやすくなっています。	ニフェジピンCR錠10mg 「日医工」	ニフェジピンL錠10mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3614	患者様が処方箋を持参して来局。受付時に「血圧が高いのでお薬の量が増えた」とのことで処方箋を確認したところ、前回の「ニフェジピン徐放錠10mg (12時間持続) 2錠/日 1日2回朝食後」から「ニフェジピン徐放錠20mg (24時間持続) 1錠/日 1日1回朝食後、ニフェジピン徐放錠10mg (12時間持続) 1錠/日 1日1回夕食後」へと変更となっていた。処方箋の間違いが疑われた為、医療機関へ疑義照会にて確認。結果、「ニフェジピン徐放錠20mg (12時間持続) 1錠/日 1日1回朝食後、ニフェジピン徐放錠10mg (12時間持続) 1錠/日 1日1回夕食後」へと変更となった。	一般名が似ている為、入力を誤ったものと思われる。	薬剤変更時などに一般名が似ている薬剤を調剤する際は、気を付ける。	ニフェジピンCR錠20mg 「サワイ」	ニフェジピンL錠20mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3615	他院から門前の医院へ転院してきた患者のお薬手帳を拝見したところ、ニフェジピンL錠20mgを他院にて継続で服用していたことが判明。しかし処方せんにはニフェジピンCR錠20mgとの記載があり、患者に確認したところ特に薬を変更するとは聞いていないとのこと。処方医に疑義照会をし、ニフェジピンL錠へ変更となった。	医師が継続薬を確認する際、LとCRを見間違えてしまったことが考えられる。	LとCRの記載を見落とさない様意識して調剤、監査を行う。患者からの情報収集をしっかりと行う。	ニフェジピンCR錠20mg「トーワ」	ニフェジピンL錠20mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3616	足が不自由となり、自宅近くの病院へ紹介してもらったことで、薬局には初めての薬局となった。処方箋と手帳内容と異なることから患者様に確認したところ、以前と同じ薬をもらう予定になっているとお話された。電話にて医師に照会したところ、薬品名の処方ミスであることが判明し、以下の通り、処方変更となった。(般)ニフェジピン徐放錠20mg錠から(般)ニカルジピン塩酸塩徐放カプセル20mgへ変更	紹介状の処方情報提供ミス、類似薬剤名による処方入力ミス、医師が汎用する薬剤への勘違い	紹介患者の処方において、月に1度ほど処方ミスが発生していることから、常に注視している。手帳と処方内容が異なる場合には処方箋をお預かりした段階でお伺いすることとしている。	ニフェジピンCR錠20mg「日医工」	ニカルジピン塩酸塩錠20mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3617	他院からの転院。以前の処方内容がニフェジピンCR錠20mg、2錠、1日2回朝食後、寝る前だったため、そのまま処方したと思われる。だが、CR錠は1日1回の服用のため疑義。1日2回の場合、ニフェジピンL錠になると伝えたところ、L錠へと変更となった。	CR錠とL錠について作用時間を理解していなかった可能性あり。また、前医院でCR錠を1日2回で処方されていたため、そのまま処方したと思われる。	持続時間を考えて処方提案をする。	ニフェジピンCR錠20mg「日医工」	ニフェジピンL錠20mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3618	処方箋に一般名ニフェジピン徐放錠20mg(12時間持続)1日1回 朝食後と記載されていた。患者様のお話からニバジル1日2回の処方から1日1回の薬に変えると説明があったことを確認。医療機関に確認したところ一般名ニフェジピン徐放錠(24時間持続)の間違いだったことを確認。	一般名ニフェジピンの入力間違いと確認漏れだと推定される。	ニフェジピンL錠とニフェジピンCR錠の配置場所を離す。12時間持続、24時間持続と張り紙をつける。用法に注意する。	ニフェジピンL錠20mg「サワイ」	ニフェジピンCR錠20mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3619	他院からの転院で初めての処方。ニフェジピンL20mgの処方が出ていたが、前回処方されていた薬をお薬手帳で確認した際、ニフェジピンCR20mgを服用していたことが判明。処方医に確認してCR錠に変更となった。	他院よりの紹介で初めての処方箋が出た場合のお薬の剤形間違い。	お薬手帳持参の場合は前回と変わっていないか確認をする。	ニフェジピンL錠20mg「トーワ」	ニフェジピンCR錠20mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3620	当初、ニフェジピンL20mg1錠分1朝食後処方添付文書上の用法用量と相違があったため、確認するとニフェジピンCR20mgの誤りであった	電子カルテのため、入力の際に誤って選択してしまったと思われる	必ず用法用量を確認し、相違がある場合は疑義紹介を行う	ニフェジピンL錠20mg「トーワ」	ニフェジピンCR錠20mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3621	ニフェジピン徐放錠(24時間持続)(20)1Tから2Tに増量処方のところ、ニフェジピン徐放錠(12時間持続)(20)2Tへ増量になっていた。患者さんへの確認時、前と同じ薬が2錠になったとおっしゃっていたため、疑義照会。結果的にニフェジピン徐放錠(24時間持続)(20)2Tに変更となった。	薬剤を増量する過程で誤って薬剤を変更し、確認を怠った可能性がある。	増量や変更時はお薬手帳や薬歴を確認し、現在の体調まで確認した上で薬剤をお渡しする。	ニフェジピンL錠20mg「トーワ」	ニフェジピンCR錠20mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3622	前回ニフェジピンCR 20mgが処方されていたが、患者希望もあり今回10mgに減量にされていた。処方変更された薬はニフェジピンカプセル10mgであった。胸痛の訴えがありニトロペンも処方されているため、ニフェジピンの処方は狭心症予防の意図もあると判断し、持続性のないニフェジピンカプセル10mgの処方について疑義照会を行った。その結果、ニフェジピンCR 20mgへと処方変更された。	処方医はニフェジピンの剤型について、CR錠は24時間持続効果があり、カプセル剤は短時間作用型であることを混同してしまったと思われる。疑義照会によりCR錠に変更となったことは、ニフェジピンの効果に24時間持続を期待していることが理解できる。	胸痛の訴えとニトロペンが処方されていることから、ニフェジピン錠は狭心症予防のために持続効果が期待されていると推測し疑義照会を行った。結果、カプセル剤からCR錠に変更となった。	ニフェジピンカプセル10mg「サワイ」	ニフェジピンCR錠20mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3623	ニフェジピンカプセル10mgが分1、夕食後で処方されたが、該当患者様の薬歴から長時間型の降圧剤を服用(患者様からも分1で血圧コントロール中を聞き取り確認)しており、処方されたニフェジピンカプセルは分3で使用する降圧剤である為、処方薬について疑念が生じ疑義照会した。	該当病院ではアダラートCRの採用からニフェジピンCRへ切り替えが行われており、錠剤の規格によっては先発だったり、後発医薬品であったりと紛らわしい状態であった為、処方時に間違いをされたと考えられる。	処方薬について使い方(分1、分2、分3で使用するもの)を考え処方鑑査する。	ニフェジピンカプセル10mg「サワイ」	アダラートCR錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3624	ニフェジピンカプセル10mg 1Cp 1日1回朝食後での処方について、添付文書上は通常成人1回10mgを1日3回服用のため、適応外処方かと思ひ患者に確認したところ、高血圧の薬として処方されたとのこと。医師に疑義照会して、CR錠の誤りとわかった。	医師の処方入力の確認不足、もしくは入力システムの使いにくさ	疑問に思う処方はず患者に確認し、解消されなければ医師に問い合わせる。	ニフェジピンカプセル10mg「サワイ」	ニフェジピンCR錠10mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3625	定期処方としてニフェジピンカプセル(10)が処方されていた。高齢患者の急激な血圧低下の恐れがあるため照会したところ、徐放製剤のニフェジピンCR錠(10)へ変更となった。	病院内の電子カルテでの入力間違い。若い医師では、ニフェジピンカプセルの存在をご存じないこともある。	徐放製剤とそうではない製剤の使用法を知っておく。	ニフェジピンカプセル10mg「テバ」	ニフェジピンCR錠10mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3626	皮膚科より【般】シクロスポリンカプセル50mg : NE 1カプセル 1日1回夕食後 7日分 が処方される。患者様からの聞き取りにて、爪白癬の診断を受けて、薬を12週間続けて服用して治療すると指導されたことを確認した。翌日に病院の営業時間中に疑義照会をした結果、「ネオラル」と「ネイリン」とを取り違えて処方したとの返答を得られ、処方薬がネイリンカプセル100mg 1カプセル 1日1回夕食後 7日分 に変更となった。	病院にて、処方せん作成時に名前が「ネ」のカプセル剤を処方すると考えてしまったため、誤った処方となされたと考えられる。	処方せんの内容と患者様の主訴が合致することを確認してから投薬する。	ネオラル50mgカプセル	ネイリンカプセル100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3627	在宅療養中の新規患者について処方応需に関する相談が医療機関から複数回あり。TPN施行中で、フルカリック、総合ビタミン剤、微量元素などの配達依頼(および混注可否の打診)があった。翌日、処方医より「色々考えた結果、混注はやめて、ネオパレン輸液2号で行こうと思う」と電話があり、処方箋発行された。前日に微量元素のオーダー予定と聞いていたので、ネオパレン輸液に微量元素が含まれていないことを念のため処方医にメールにて疑義照会を実施。すると、微量元素も含まれた高カロリー輸液であるエルネオパ輸液2号へ処方変更となった。	ネオパレン2号輸液は「糖・電解質・アミノ酸・総合ビタミン液」が含まれる高カロリー輸液で、通常の熱量が必要な患者の維持液として用いられる。ただし、微量元素は含まれていない為、長期間の施行となる場合には注意が必要となる。日本静脈経腸栄養学会(JSPEN)でも、TPN施行時にはルーチンに微量元素を付加することが推奨されている。エルネオパ輸液は、いわばネオパレン輸液に5種類の微量元素(亜鉛、鉄、銅、マンガン、ヨウ素)を配合した高カロリー輸液製剤であり、長期TPN施行における微量元素の用時混合調製が不要である。これらの薬剤知識について、全ての処方医が持ち合わせているとは限らず、必要に応じて薬剤師がサジェストしていく必要があると考える。	高カロリー輸液を含む注射液についても知識のアップデートを図り、必要に応じて処方提案していく。	ネオパレン2号輸液	エルネオパ2号輸液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3628	ミヤBM錠、イリボー錠、フェロベリン錠が処方されている処方箋にネオメドロールEE軟膏28g 出していた。g 数も多いし違和感があり問い合わせた。	ネオメドロールEE軟膏とネリプロクト軟膏の入力ミス。	処方箋のチェックしっかり行う。	ネオメドロールE E軟膏	ネリプロクト軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3629	患者は胃部不快感により以前からネキシウムカプセル20mgを服用していた。今回、処方されたのはネクサバール錠200mgであり、患者は癌の病歴は特になし。また、処方医からもそのような話は聞いていないとのこと。患者との会話から類似名称による誤りであると断定。	ネキシウムとネクサバールは頭文字が同じなので医師が誤って処方したと考えられます。ネクサバール錠は癌患者に処方されるお薬であるが薬歴を確認してもそのような情報はなかった。処方医の処方内容を鵜呑みにしないように患者からしっかりと情報を聞き出すことが大事。	患者とのコミュニケーションを日頃からしっかり取り、少しでも処方内容に疑問を感じたのであれば疑義照会を実施するように心がけています。	ネキシウムカプセル20mg	ネクサバール錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3630	痔瘻のため、来局した患者にネリゾナ軟膏が150g処方されていた。対応した薬剤師が患者から症状およびお薬手帳等を確認したうえで、疑義照会を行いネリザ軟膏へ処方変更となった。	対応した薬剤師が投薬の際に、患者から聞き取った症状と処方箋の内容に疑問を感じ、リドカイン等局所麻酔が含まれた坐薬タイプの薬が適切ではないかと疑義照会を行い、以前も使用したことのある坐薬へ変更となった。	今回は、ネリゾナ軟膏0.1%の処方量が150gと比較的大量に処方されていた為、患者から詳細を聞き取り、処方変更に至った。今後とも引き続き、患者の症状を可能な限り聞き取ったうえで、処方箋の内容にわずかでも疑義を感じたら、処方医への確認を怠らないようにする。	ネリゾナ軟膏	ネリザ軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3631	投薬時、患者さんとの薬剤確認で痛み止めの軟膏を出すので指に出して使うようにとの医師の説明があった事を聞き取り。処方箋はネリプロクト坐剤1種類であったため、処方箋の剤形記載ミスの可能性が高いと考え、電話にて病院へ問い合わせ。病院の受け付け経由で処方医に上記の旨を確認、処方間違いであること軟膏への変更の指示を受け、軟膏を調剤、交付を行った。	医師による処方箋への記載ミス。	投薬時に実物を見せながらの薬剤確認を行い、一緒に確認してもらおう。変更などがあったときにも診察時に説明されていることと齟齬がないか確認をする。	ネリプロクト坐剤	ネリプロクト軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3632	口内炎で受診、薬剤処方との事だが、ノイロトロピンが2T分2で処方。疑義にて確認し、ノイロピタン配合錠2T分2へ変更	医薬品の名称類似(入力時に誤ったと推定される)	患者の病態・症状確認し、処方内容と異なる場合、疑義にて確認する名称類似で誤りやすい薬剤を把握しておく	ノイロトロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3633	今まで服用していたフラピタン錠が流通停滞しているため、代替薬へ変更すると医師から説明を受けたそうだが、ノイロトロピン錠が処方されていた。効能効果、成分的に違うと思い疑義照会をしたところ、ノイロピタン配合錠の誤りだと回答があった。	名称が似ていることが原因かと思われる。	前回処方と、患者情報から誤りにすぐに気付けると思われる。	ノイロトロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3634	ノイロピタン配合錠をだすところノイロトロピン4単位でだしてしまった。	患者さんとのコミュニケーション不足(聞き取りがあまかった)。医薬品の名称類似。薬の知識不足(そもそも用法用量が違う)。	不明な点があれば疑義紹介を行う。情報が不足しているときは患者さんにきいて間違いのないよう心掛けている。	ノイロトロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3635	口角の炎症、痛みに対して、ノイロトロピンが処方されたが、患者様のビタミン剤を処方されたという話からノイロピタンとの処方間違いである可能性を考え、疑義紹介をした結果、変更になった。	頭文字3文字が同じため、Drがパソコンの操作を誤ったと考えられる。	新しく薬が追加になった際は必ず症状を確認して処方内容に問題がないか必ず確認する。	ノイロトロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3636	ノイロトロピンとミヤBMが処方された患者が来局。症状を確認したところ、病院を受診し、膀胱炎の症状があることを指摘されたことが分かった。処方薬の2剤から考え、ノイロトロピンではなく、名称が少し似ているノルフロキサシンではないかと判断し疑義照会した。結果として、ノイロトロピンの処方が削除され、ノルフロキサシンが処方された。	医薬品の1文字目が同じであるため、病院側が処方薬を入力する際に、間違いが生じたと考えられる。	患者の病態と処方薬を照らし合わせ、適切な処方がなされているか、毎回確認しなければならない。今回は、処方薬が少なく、判断しやすかったが、常に意識して処方監査を行っている。	ノイロトロピン錠4単位	ノルフロキサシン錠200mg「ソルハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3637	ノイロトロピン 3 T分3で処方されていたが、適用のある用法では分2のため疑義照会したところ、ノイロピタンの処方入力間違いであることが判明した。	最初の3文字が同じ、またどちらも帯状疱疹後神経痛に使用される薬であるため、医院の事務さんによって入力間違いが起ってしまった。	最初の3文字が同じ薬があるものについては用法、薬歴を確認し、調剤するようにしている	ノイロトロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3638	当初、神経内科にてノイロトロピン錠4単位が3錠分3で処方。添付文書上ノイロトロピン錠4単位は4錠分2が通常であるため疑問に思い、患者に痛み止めの薬が今回処方されたか確認。痛み止めではなくビタミンの薬が処方されると言われたとの聞き取りが出来たため、ノイロピタン配合錠3錠分3の誤りではないかと考え、医院に疑義照会を行った。結果、ノイロピタン配合錠が正しく、処方変更となった。	カルテから事務員が処方箋に出力する際にノイロピタン配合錠ではなく、類似のノイロトロピン錠を入力したこと。	ノイロトロピンのように特徴的な用法の薬に対する周知。違和感を覚えたときはその薬が処方されたか、通常とは異なる用量を出すなどの指示があったかどうか聞き取りを行うようにする。	ノイロトロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3639	ノイロトロピン錠の処方が新規であり、患者に確認すると痛み止めではなくビタミン剤が処方されるはずと訴えあり、疑義照会の結果ノイロピタン配合錠との入力間違えと発覚。	ノイロトロピン錠とノイロピタン配合錠の名称類似	新規の処方薬の場合は患者によく症状を確認する。	ノイロトロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3640	ノイロピタンで処方すべきところ、ノイロトロピンで処方した。	代診の医師であったために患者背景の把握も不十分であったこともあり、類似の薬品名を選択してしまった。	以前の薬歴を確認し、処方内容や、病状の把握に努める。	ノイロトロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3641	ノイロトロピン(4)以外に、シナール配合錠とトラネキサム酸錠が処方されており、違和感を感じて患者さまに痛みの有無を尋ねたら、痛みはないと返答あり。⇒問い合わせしたら、ノイロピタン配合錠の間違いだった。	似たような薬品名のため、処方箋入力の際に間違いが起きたと思われる。	似たような薬品名の場合、疑ってかかる。	ノイロトロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3642	交付薬剤師より患者インタビューで「血液検査の結果、ビタミンB2不足といわれた」患者にノイロトロピンの処方までしていたとの報告あり。「痛み」の訴えもなかったとのことノイロピタンの間違いである可能性高く、疑義照会→ノイロピタンに訂正指示あり患者に連絡し、薬剤を交換する。	交付薬剤師の知識不足のため、インタビュー時に発覚出来ずただ、少し疑問を持ったため、後刻にベテラン薬剤師に質問したので対応がよかった	処方監査では発覚が難しい事例少しでも、疑念あれば交付途中でも中断し、確認するよう指示	ノイロトロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3643	当薬局を初めて利用する患者が来局した。処方発行元の医療機関の受診も初回で、処方内容はノイロトロピン錠4単位2錠分2朝・夕食後であった。渡薬時、患者から「痛みはなく、手のしびれがある。医師はビタミン剤を出すと言っていた」と聞き取りした。症状と処方薬が合わず、また、名称の似ているノイロピタンと間違えた可能性もあると考え疑義照会をした。結果、ノイロピタン配合錠2錠分2朝・夕食後に変更になった。	薬品名の頭3文字が同じのため、薬品名を間違えた可能性が考えられる。	引き続き患者への聞き取りなど処方箋以外の情報を収集することにより、処方内容に間違いがないか確認していく。	ノイロトロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3644	患者は痛みがあるので痛み止めをお願いしたとのこと。処方箋にはノイロピタン配合錠が、4錠分2で処方されていた。薬効、用法に疑問があったので、疑義照会の結果、ノイロトロピンに変更になった。	薬剤名が酷似している為、間違えてしまったものと考えられる。	患者の症状、申出と処方内容、薬剤の用法などしっかり確認することが必要。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3645	ノイロピタン配合錠が4錠分2で処方されており、保険用法と異なるため疑義照会したところ、ノイロピタン配合錠ではなく、ノイロトロピン錠4単位が正しい処方だったことが発覚した。	名称が類似しているため、間違ったと考えられる。	添付文書上の用法ではない場合、疑義照会をし確認することの徹底。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3646	過去前回の薬歴より帯状疱疹の続きの2回目の処方であった。ノイロピタンが処方されていたが、よく間違えやすい名称のノイロトロピンの可能性が高いと考えられたので、疑義照会し、想定通りの薬剤名のクリック選択ミスが発覚した。	Dr. が処方する際、間違えやすい名称の医薬品の選択クリックミス。	間違えられやすい医薬品を念頭に置きながら、処方意図を考えながら監査する事を再認識する。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピ錠 4 単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3647	定期の薬に今回追加で、ノイロピタン 4 錠分 2 朝夕食後で追加。用量の確認、用量 1 回量が多かった。患者家族に確認。痛みがあるから、1 日 3 回ロキソニンを服用していたが、それを先生が 2 回に変更してから痛みがあるようなので相談をしていた。用法用量から、ノイロトロピンの可能性がある判断し、疑義照会。ノイロピタンからノイロトロピ錠 4 単位へ変更となりました。	薬の名前の出だしがノイロまで一緒なので、選択をまちがってしまった可能性がある。	一人が疑問におもったことをみんなで共有することで、みんなの知識が織り交ざり、解決へと導けた。情報の共有と知識の分かち合い。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピ錠 4 単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3648	以前より A 病院整形外科に通院されて、当薬局で調剤をしていた患者様。今回ノイロピタン配合錠が追加になっていたが、患者様が痛みを訴えていたことと、処方科が整形外科であることに違和感を感じ疑義照会をしたところ、ノイロトロピ錠の誤りであると判明した。	ノイロピタンとノイロトロピで名称が類似しているため、処方入力の操作を誤った可能性が考えられる。	患者からの聴取をし、適切な薬剤が処方されているか確実に確認する。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピ錠 4 単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3649	患者は糖尿病の定期薬を当薬局で調剤していた。いつも通り処方せんをもって来局。処方せんを見るとノイロピタン配合錠が追加になっていた。ノイロピタン配合錠3錠分3で用法用量は問題なかった。糖尿病にて足のしびれがあり追加になったと推測して鑑査した。服薬指導の際にビタミン剤が追加で足のしびれの有無を確認したところ、患者は首の痛みを訴え、先生には痛み止めを出しておくと言われたとのこと。ノイロトロピン錠4単位の処方間違いではないかと思い疑義照会。ノイロピタン配合錠→ノイロトロピン錠4単位へ処方変更となった。	医師は頭文字3文字で判断したと思われる。	ノイロピタン配合錠とノイロトロピン錠4単位は処方間違いしやすいことを意識して、服薬指導の際に患者へどのような症状で服用するのか、聞き取り等行い、処方が間違いがないことを確認する。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3650	今回から処方変更あり。リリカ0D錠からノイロピタン配合錠へ変更、1日2回、1回2T朝夕食後処方。病状も首の痛みと手の痺れのため頸椎症の疑いのためビタミン欠乏性の末梢神経麻痺の可能性も低く処方元に確認。カルテの内容を確認してもらいDr. 指示が「リリカからノイロトロピンへ変更」と記載あったそうで今回処方の薬剤変更と指示あり。一度調剤し交付済みだったため患者様へ連絡し処方変更の説明し交換しました。	ノイロトロピン処方はオードリングの際に入力文字3文字入力だと候補が複数あり選択ミスが発生してしまい他剤を処方する結果となったことが推測される。	名前の類似薬の存在も意識しながら処方内容の監査を実施する。少しでも疑いが残るのであれば確認の為処方元へ連絡し再確認を怠らない。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3651	患者様より、痛みで受診と聞き取り。セレコックス錠との併用。ビタミン剤の投与に違和感を感じる。名称類似薬品名のノイロトロピン錠の間違えではないかと医師に疑義照会したところ、その通りであった。	類似薬品名であるため、レセコン入力者が誤って入力してしまった。	患者様から病状の聞き取りをしっかりとする	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3652	処方箋にはノイロピタン配合錠 朝夕食後 1回2錠で処方されていた。お薬手帳を確認したところノイロトロピンを継続服用しており、疑義紹介を行った。カルテにはノイロトロピンと記録が残っており、ノイロトロピンに変更になった。	類似した医薬品名のため、処方箋発行時にミスがあったと予想される。	類似医薬品は調剤ミスが多いので、薬局内で情報共有しておく。病院側の入力ミスもあるため、お薬手帳の確認や投薬時の患者様とのコミュニケーションをしっかりとっていく。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3653	整形外科よりノイロピタン配合錠、メチコパール錠500μg、ボルタレンゲルが処方。成分は異なるがノイロピタン配合錠にもビタミンB12製剤が配合されておりメチコパール錠500μgと重複すること、用法用量が4錠分2だったため名称に似ているノイロトロピン錠4単位の処方の可能性を考慮念の為疑義照会を行ったところ、ノイロピタン配合錠ではなくノイロトロピン錠4単位の誤りであった。	ノイロピタン配合錠もノイロトロピンも最初の3文字目までは同じであるため、処方入力の際に誤って選択してしまったものと思われる。	成分重複の場合は基本的には確認をしていく必要がある。またどの領域で使用されることが多い薬剤なのかや、名称が似ているものがあることを知識として知っていることで今回のように防ぐことができるケースもあるので、知識の共有や処方意図の読み取りをしっかりと行い、怪しいと感じた部分は必ず確認をとるようにしていく。	ノイロピタン配合錠 メチコパール錠500μg	ノイロトロピン錠4単位 メチコパール錠500μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3654	総合病院からかかりつけ医への切り替えの際に、継続していたインスリン製剤【ノボラピッド注フレックスタッチ】が【ノボラピッド30ミックス注フレックスペン】へ切り替えとなった。用法の変更がなく、患者も変更について聞いていないことを聴取したため疑義照会、ノボラピッド注フレックスタッチへ処方変更となった。	類似薬剤の処方ミス	インスリン製剤は大きな副作用に繋がるリスクが高い。変更となった際は必ず患者への確認を行う。疑義があったら必ず医師に確認する。	ノボラピッド30ミックス注フレックスペン	ノボラピッド注フレックスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3655	糖尿病専門のクリニック受診 心筋梗塞の発作が出たため入院 その後循環器の病院を入院先から紹介される入院中まで トレシーバ 朝 8単位 ノボラピッド注フレックスペン 6-6-6単位であった。循環器のクリニックの処方が、トレシーバ 朝 8単位 ノボラピッド注30ミックスフレックスペン 5-5-5単位になっていたため、疑義照会を行い、ノボラピッド注フレックスペン 5-5-5単位に変更となった。	その方が循環器の受診が、新規だったためDrとのコミュニケーションが不足していた可能性がある。また薬品名が類似しているため、入力を誤った可能性あり。	薬歴を確認し、前回との変更点に関して重点的に確認している。日頃からのコミュニケーションを取っているため、変更内容にもすぐに気が付くことができた。	ノボラピッド30ミックス注フレックスペン	ノボラピッド注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3656	今回より転院だが、処方箋は引き続き当薬局に持って来た。「インスリンについては変更なしと医師から聞いている」と患者談。今までノボラピッド注フレックスタッチを使っていたが、今回ノボラピッド30ミックス注フレックスペンの処方。疑義照会したところ、ノボラピッド30ミックス注フレックスペン→ノボラピッド注フレックスタッチに変更となった。	類似名称で間違えたのかもしれない	転院のさいは、処方内容の確認と、患者からの聞き取りを怠らない。	ノボラピッド30ミックス注フレックスペン	ノボラピッド注フレックスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3657	処方箋で、ノボラピッド30ミックス注ベンフィル300単位であったが、この患者が通常使用しているものと異なるとともに、当薬局でも取り扱ったことのないものであったため、患者に確認。患者も変更を聞いていなかったため、医師に疑義照会し、以前同様のノボラピッド注フレックスタッチ300単位に変更となった。単位は以前と同様で、変更なし。	薬剤の名前の最初がノボラピッドで同じのため、入力の際選び間違えたのかもしれない。	調剤録や薬歴を確認して薬剤が変更となっているときは患者に聞き取りし、さらに必要であれば医師に疑義照会を行い、処方内容に間違いがないか確認する。	ノボラピッド30ミックス注ベンフィル	ノボラピッド注フレックスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3658	患者病院転院に伴い、紹介状を持って処方元医療機関を受診。継続の注射薬を出すと、受診時間いたそうだが、異なる注射薬が処方されており、患者申し出と薬学的観点より相違あり、医療機関に疑義照会。薬剤変更に至った。	名称類似のため、処方時入力ミスをしたと考えられる。	新患に至っては、前回処方歴が確認できなため、お薬手帳や薬情、または患者申し出などから薬学的に処方監査を行うように徹底する。	ノボラピッド注100単位/mL	ノボラピッド注ベンフィル		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3659	患者はノボラピット30ミックスフレックスタッチを継続的に使用している。当該処方ではノボラピット注100単位/mLに変更となっていた。患者に薬が変更する旨を医師から説明を受けたか、病院にて注射のデバイスなど貰ったかなど確認したところ、そのような話はなかった。疑義照会を行った結果、処方入力の誤りであることが判明した。	医師が処方入力の際に頭文字3文字で検索し、複数のインスリン製剤の中から誤ったものを選択したと推測する。	疑わしいものがあれば、まずは患者に伺い、解決しない場合は積極的に疑義照会を行う。	ノボラピッド注100単位/mL	ノボラピッド30ミックス注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3660	患者様はノボラピッド注フレックスタッチではなくフレックスペンの方が使い慣れている為、疑義照会して変更してもらった。そのまま処方されていたらコンプライアンス不良により血糖値上昇に繋がった可能性があったため、このような事態を未然に防げた。	患者様からドクターへの伝達漏れ、ドクターから患者様への剤形変更の説明不足、ドクターの処方変更忘れ。	以前と違う剤形になった場合には患者様に確認してから処方入力、タッチとペンのメリットとデメリットを説明、患者様に代わってドクターへの患者様の意思を伝達など。	ノボラピッド注フレックスタッチ	ノボラピッド注フレックスベン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3661	ノボラピッド注フレックスペンが処方されていた。これまで数回来局はあったがインシュリン注はじめてであった。投薬時に患者家族とインシュリンの使い方について伝えようとしたところ、たまたまご家族がこれまで使用していた注射器を出された。それは処方されていたものではなく、ノボラピッド30ミックス注フレックスペンであった。患者は処方されたクリニックははじめてで、近くの医療機関に転院したとのことであった。投与回数も毎食前ではなかったため、処方間違いの可能性があるとわかれてため、疑義紹介をおこなった。医師に確認したところ処方間違いであることが判明した。処方変更をしてもらい、ノボラピッド30ミックス注を投薬した。	患者から医師への説明が不十分であったと思われる。特にこれまで該当クリニックは受診されてことはあるが、糖尿病は他院にかかられていた。患者は医師にこれまでの薬を要望されたが、その時に伝達ミスがあったものと思われる。	転院された時は、今まで使用されていた薬剤が正確に伝わっているか、確認を行うことが望ましいと思われた。	ノボラピッド注フレックスペン	ノボラピッド30ミックスフレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3662	インスリン注射初回の患者様にペンフィルが処方されていた。疑義後、注射筒ありのフレックスペンに変更になった。	Drの認識不足によるものが大きい。	お薬手帳による過去の処方歴の確認、使用歴があるかの確認の徹底	ノボラピッド注ペンフィル	ノボラピッド注フレックスベン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3663	初来局の患者。ノボリン30R注フレックスペンが一日3回で処方あり。ご本人も前は透明な注射だったのとお話し。処方元に疑義照会すると前医療機関(A)からの情報提供書どおりと回答あり。A医療機関に疑義照会すると入院時の持参薬であり、前回入院時はノボリンR注フレックスペンだったと回答あり。ご本人に再度問い合わせると、前々回A医療機関に入院時に次回新しい医療機関に受診まで足らないだろうと追加処方されたものと判明。そこでノボリン30R注フレックスペンが間違っで渡されており、ノボリンR注フレックスペンが正しいことがわかった。	入院中の病棟での払い出し、もしくは薬剤部からの払い出しの間違い。さらにカルテとの突合せがなかったと思われる。ご本人もお薬手帳を持っていなかったため、はっきりと薬の名前がわからず薬の間違いに使い始めてから気づいた。	お薬手帳を患者に交付し重要性をお話し。はっきりと薬の名称がわかるため、災害時なども活躍することを説明。	ノボリン30R注フレックスペン	ノボリンR注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3664	入院中にノボリンR注を使用していたが、今回の退院後の処方内容ではノボリンN注に変更。	薬剤の選び間違い。似た名前のため。	お薬手帳の確認を徹底。今回、ご本人から速効性薬剤だと低血糖が気になってしまう話が出た為、薬剤変更された可能性も考えましたが、1日3回投与指示だったので添付文書と相違する内容でした。疑わしい場合は必ず疑義照会を行う。	ノボリンN注フレックスペン	ノボリンR注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3665	患者様が定期薬を受け取る病院を変更されており、いつもはノボリン30R注フレックスペンの処方だったが、今回はノボリンR注フレックペンに変更となっていた。薬の受け取りが代理の方だったため、変更気付いていたが病院側の判断での変更と思ひ込み、代理の方に説明するもはっきりしないままお渡し。後日、患者様本人よりいつもの注射と違うとの問い合わせがあった。ご本人に変更についてお聞きするも何も聞いてないとのことだったため、念のため病院へ疑義照会を行った。結果、処方医の入力ミスだったことに気付き処方変更となった。	処方変更になっていることが確認できていないまま薬剤をお渡ししてしまった。病院側の判断で薬が変更になっていると思ひ込んでしまい処方変更疑問をいだかなかった。	薬剤の変更時、名称類似医薬品の場合は患者様に変更の有無の確認を行う。はっきりしない場合は、お渡しする前に病院へ疑義照会を行い変更になっている薬品で間違いがないか確認を行う。	ノボリンR注フレックスペン	ノボリン30R注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3666	処方内容にインスリンの薬剤変更があった為に病院に疑義紹介したところ、患者家族が希望した薬なのでそのまま処方するように指示あり。患者家族に再度確認したところインスリンの変更についての話は聞いたことが無いとのことでしたので再度カルテを確認してもらったところ、以前以前使用していたインスリンに変更になりました。	病院受付での確認によるミス	処方変更時の薬剤の確認	ノボリンR注フレックスペン	ノボラビッド注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3667	パセトシン細粒10% 1.5g/日 毎食後で処方あり。薬歴を確認したところ、過去にピクシリンで薬疹の副作用あり。同じペニシリン系のため、副作用の可能性あり。処方元へ疑義照会。本来の処方内容はパントシン細粒50%だったことが発覚。処方入力ミスだった。パントシン細粒50% 1.2g/日へ処方変更となった。	今回は病院の事務スタッフの入力ミスが原因として考えられる。定期的な薬歴表紙の更新、投薬時の聞き取りが発覚へとつながった。	薬歴の定期的な更新。丁寧な聴き取り	パセトシン細粒10%	パントシン細粒50%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3668	パラシクロピル顆粒50%6g分314日分の処方高齢者であり、用量、処方日数に疑問あり疑義照会を行った。結果、メチコパール細粒の入力ミスであった。	帯状疱疹で受診されており、パラシクロピルの可能性もあったが、すでに発症より日数経過しており神経痛に対する処方だった	新規処方時、その処方理由、用法・用量、処方日数が適正かどうかを必ず考慮する	パラシクロピル顆粒50%「明治」	メチコパール細粒0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3669	一般名で転記したときの医師のミスで異なる薬を処方してしまった	最近後発品も多く使用されているため一般名の処方せんが多くなり監査に気を付ける	後発品一覧表を作り確認する	バルサルタン錠40mg「DK」	アジルバ錠40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3670	排尿障害を訴えられている方にアイビーディーカプセルとハルシオンが処方されていた。不眠はなく、受診の際も睡眠に関するお話はされていないとのことだったため疑義照会。ハルシオンがハルナールへ変更となった。	薬品名の類似。	間違いやすい薬品名を把握しておき、服薬指導の際に患者さんから伺ったお話をもとに確認する。	ハルシオン0.25mg錠	ハルナールD錠0.2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3671	一般名処方でクロベタゾン酪酸エステル軟膏の処方があり、バルデス軟膏で調剤した。処方せんには塗布部位の記載は無く、患者さんに交付時塗布部位を確認した所、手の甲との事だった。バルデス軟膏はミディウムクラスの強さだったため処方医に問い合わせたところストロングクラスのクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏の処方だったことが判明。	一般名処方だとどちらも最初がクロベから始まるので、入力間違いがあったと思われる。	患者さんとの聞き取りで塗布部位の確認を忘れない。ステロイドの強さでその部位へそぐわない可能性があれば積極的に確認する。	バルデス軟膏0.05%	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3672	【般】バラシクロ錠500mg 2000mg 粉碎、1日4回毎食後寝る前、5日分で 処方。水痘での処方、錠剤がのめな いため粉碎指示と推測されるが、水痘 でのバラシクロピルの用法は1日3回 となり用法逸脱。アシクロピルであ れば1日4回の処方となることからア シクロピルD Sの処方ではないかと疑 い疑義照会。アシクロピルD S 80% 2000mg、1日4回毎食後寝る前、5日 分に変更となった。	以前から小児科で出されていたアスト リックD Sが経過措置となり、名称が 似ているため、バラシクロピルを処方 したと思われる。	薬剤、適応によって用法用量が異 なるため、適応の確認と用法用量 の確認を必ず行う。	バルトレックス錠500	アシクロピルD S 80% 「NK」		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
3673	ヘルペスの場所や、痛みの具合などを 投薬時に確認した所、片頭痛で薬処方 を希望したことが判明。処方医に電話 にて、処方内容の確認をしたところ、 レルボックスを処方したことが判明、 訂正された。	単に、薬の用法容量の説明だけでな く、患者様の病状を確認して適切な処 方内容であることを確認する必要があ る。	患者様の病状を把握し、適切な処 方内容であることを確認してい る。	バルトレックス錠500	レルボックス錠20mg		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
3674	メンタルクリニックで男性患者来局。 ハルナール処方されていたため、前立 腺の検査値や状態など患者情報聞き取 りの際、前立腺検査などはなく、不明 な点があったため疑義。不眠症にてハ ルシオンの処方であったことが分か った。	ハルシオン、ハルナールと頭文字2つ 似ているため入力で間違えた可能性あ り。	患者情報の照合、聴取を正確に行 う。	ハルナールD錠0.2mg	ハルシオン0.25mg錠		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3675	<p>受診医療機関の変更で、転院先からの処方箋記載の薬品名(一般名)が、前回までのものと違っていた。患者の来局を待って、当日までの血圧の変動の有無(なし)、医師からの薬剤変更の旨の有無(なし)、を確認。前回処方薬を薬歴で確認してから、疑義照会した。事務担当がよくわからないよう、医師への確認を依頼したところ、前の医療機関と同じ薬を処方したとの回答だった。入力ミスでした。薬局では今までどおりのテルチアBPを調剤し投薬した。医療機関の事務担当者には、薬の違いを説明して理解してもらった。</p>	<p>医療機関が変更の時には薬剤の転記ミスはあるようです。薬剤名が一般名だったり、薬剤が合剤であるときは間違いやすいし、当該の医療機関では採用されていないもの場合はわからないと思われる。また、医師がパソコンから薬剤を選択する場合に間違えた可能性もある。</p>	<p>配合錠の場合は注意して、処方箋を見る、薬歴とのダブルチェックは、必ず行う。薬剤変更があれば、血圧の薬では、血圧の変動の有無、脂質関係の薬剤や糖尿病治療薬である場合はできる限り検査値を聞いたり、見せてもらっている。在庫管理棚は、合剤には、商品名、一般名、配合成分も記載している。また、全規格を在庫しているとは限らないので、調剤時、監査時の確認を徹底するようにしている。</p>	<p>バルヒディオ配合錠MD</p>	<p>テルチア配合錠BP 「DSEP」</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
3676	<p>バルプロ酸Na徐放B錠200mg、前回まで普通錠であったこと、用法が変わっていなかったため、患者母親に確認したところ、薬剤変更の話は聞いていないとのことなので、病院へ確認。前回同様、バルプロ酸ナトリウム錠200mg(今までと同じ薬)に変更。</p>	<p>前回まで、商品名記載だったが、今回から一般名記載に変更した際、選択を誤ったとの事。</p>	<p>薬が変わっている場合、すぐに患者に確認。処方箋の記載確認は、一文字ずつ行う。</p>	<p>バルプロ酸Na徐放B錠 200mg「トーフ」</p>	<p>バルプロ酸ナトリウム錠2 00mg「アメル」</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3677	しばらく別の病院で処方してもらっていて本日転院して来局。今までバルプロ酸ナトリウム徐放錠A100mg「トーワ」1錠夕食後で服用していたが、本日バルプロ酸錠200mg「TCK」0.5錠朝食後で処方されていた。普通錠と徐放錠で吸収のされ方が違うのと吸湿性があり、半錠不適のため疑義照会。処方誤りと判明し、バルプロ酸ナトリウム徐放錠A100mg「トーワ」1錠に変更になった。服用時点は他の薬と合わせるため朝食後のままとなった。	医師が吸湿性と普通錠、徐放錠の違いを認識せず処方したため	吸収のされ方と、徐放錠と普通錠の違いがあったため疑義紹介を行い、適切な剤型に変更することが出来た。	バルプロ酸Na錠200mg「TCK」	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A100mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3678	バルプロ酸SR錠での記載でしたが、用法が一日3回となっており、疑義照会し結果、バルプロ酸錠へ変更となった。	医師の確認不足。薬剤名が類似。	それぞれの剤型をしっかりと理解するため、勉強会などを定期的実施し知識習得に取り組んだ。	バルプロ酸ナトリウムSR錠200mg「アメル」	バルプロ酸Na錠200mg「フジナガ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3679	前回、普通錠での処方あり。今回より徐放錠へ変更されている。念のため疑義照会すると前回と同じ処方へ変更となった。	医師による処方入力時の薬剤選択ミス	病院のPCが普通錠も徐放錠も一般名で処方可能となっている。選択ミスが時々あるため、どちらかで処方歴あれば疑義照会を実施。転院時も過去服用歴をお薬手帳より確認する。	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーワ」	バルプロ酸ナトリウム錠200mg「DSP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3680	前回、一般名バルプロ酸Na100mg6錠分2で処方。今回は一般名バルプロ酸Na徐放錠200mg4錠分2に変更になっていた。患者に確認したところ医師から徐放錠への変更を聞いていなかったため疑義照会。バルプロ酸Na徐放錠200mg4錠分2からバルプロ酸Na200mg4錠分2に変更となった。	一般名が似ていることによる処方箋入力ミス。	用量・用法的に問題が無くても、徐放錠への変更など薬剤の特性が変わった場合は疑義照会を行う。	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A 200mg「トーフ」	バルプロ酸ナトリウム錠200mg「DSP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3681	前回までバルプロ酸徐放錠200mg 2錠 1日2回朝夕食後 で服用していたが、傾眠傾向のためバルプロ酸の通常錠100mg 2T 1日2回朝夕食後変更となった。徐放錠から通常錠と体内動態が異なることから、血中濃度の変動が大きくなる可能性を伝えたところ、電カル上で徐放錠との入力ミスだったことが判明したもの	剤形まで確認せず入力、または剤形による体内動態の違いがある製剤とは知らなかった可能性も	添付文書上許容な用法用量だったとしても、前回処方内容からの整合性を確認する	バルプロ酸ナトリウム錠100mg「DSP」	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A 100mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3682	バルプロ酸徐放錠(100)を継続中の患者に対して、バルプロ酸(100)(普通錠)が処方されており、患者より受診時に薬剤変更の話はなかったとのことだったため疑義照会→バルプロ酸徐放錠へ変更となった。	類似薬品名のため入力誤りがあったと考えられる。	類似薬品があることを周知して、明記する。また処方監査時に薬品名を見落さないよう再度注意する必要がある。	バルプロ酸ナトリウム錠100mg「アメル」	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A 100mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3683	普段デパケンR200とR100を各1錠ずつ夕食後に服用中。今回、一般名処方ではバルプロ酸ナトリウム錠200 2T 1日1回朝食後に。家族に確認したところ、「発作がおこって増量になるとは聞いてます。」とのことで、徐放錠から普通錠への変更と用法の変更について疑義照会にて確認したところ、デパケンR200 2T 1日1回夕食後に変更となった。	一般名処方に変更する時に選択を間違えたと考えられる	一般名処方が増えてきている中で、処方間違いも増えている。職員全員で情報を共有し、処方変更時は特に注意するように話しあった。また間違えやすい一般名を調剤室に掲示している。	バルプロ酸ナトリウム錠200mg	デパケンR錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3684	これまでデバケンR錠で処方されていた患者様で、今回からジェネリック希望もあり、処方箋も一般名に変更になったが、バルプロ酸Na徐放錠ではなく、バルプロ酸Na錠のみの記載となっていた。デバケンR錠200mg→バルプロ酸Na200mgと、手書きでの修正だった。患者家族に確認したが、内容の変更は聞いていないとの事で、医師に電話にて確認したと事、徐放錠での処方に訂正になった。	手書きでの修正だった為、書き損じが生じてしまったと思われる	前回までの処方内容を、患者家族と確認することで取り違えを防ぐことが出来た	バルプロ酸ナトリウム錠 200mg 「DSP」	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3685	錠剤の服用が難しい患者様で、今までほとんどの薬が粉碎で院内処方されていた。院内採用薬がバルプロ酸ナトリウム徐放錠Aのみのため、この薬だけ錠剤で服用していた。院外に切り替わる際、バルプロ酸ナトリウム錠の粉碎で指示されてあったため、バルプロ酸ナトリウム細粒へ変更の疑義照会を行った。しかしその後、患者様から院内で出されていた持参薬を預かった際、徐放性の薬で処方されていたことに気づき確認の為疑義照会を行い、徐放性の顆粒へ変更となった。	名称類似による変更間違い。院内不採用薬であるため知識不足であった。	手帳の確認、患者様との会話での聞き出し。持参薬等の確認。	バルプロ酸ナトリウム錠 200mg 「DSP」	バルプロ酸Na徐放顆粒40% 「フジナガ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3686	他院で貰っていた次回予約日まで薬が足りなくなるため出してもらったと処方箋を持参バルプロ酸錠200mg1T1分1夕食後の処方。お薬手帳を確認したところバルプロ酸徐放B錠200mg 「トーワ」2T分1夕食後であった。処方医に確認を取ったところお薬手帳の通りに変更となった。	処方医に疑義照会を行った時、徐放錠の部分を見落としてしまったと言われた。バルプロ酸ナトリウムは成分名も長いので普通錠、徐放錠の部分まで目がいかなかったのではないかと	今回はお薬手帳を持参し、こちらでも確認が取れたため間違いのない薬で調剤できた。バルプロ酸ナトリウムのように普通錠、徐放錠1日1回タイプ、1~2回タイプと複数剤形があるものに注意と以前に医療安全研修を行い周知していた。	バルプロ酸ナトリウム錠 200mg 「アメル」	バルプロ酸Na徐放B錠200mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3687	他院から処方医に紹介された患者様で、当局も初回受付だった。お薬手帳より患者様はデパケンR錠200mgを服用していた。処方箋では徐放錠ではなく普通錠であった。患者様に薬の変更の有無を確認したが、前の病院と同じように出すと言わたと聞き取った。そこで疑義照会した。紹介状には普通錠だったため、処方医は紹介状に基づいて処方したとのことだった。紹介状の記載ミスとのことで、現在服用中の徐放錠へ変更となった。	紹介状の薬剤記載ミス複数剤形がある薬剤であったこと	お薬手帳の確認の徹底。お薬手帳の普及促進。	バルプロ酸ナトリウム錠 200mg 「アメル」	バルプロ酸ナトリウムSR錠 200mg 「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3688	新患。他県からの引越越し患者。お薬手帳など情報なし。処方薬は通常錠であった。持参の薬剤が徐放錠であったため、疑義にて変更となる	クリニックでの入力ミス	薬情や手帳がない場合、薬を持っていけば見せてもらうようにしています。	バルプロ酸ナトリウム錠 200mg 「アメル」	バルプロ酸ナトリウム徐放錠 A200mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3689	元々は総合病院での処方を当薬局にて対応している患者様が、状態の安定もあり、近所の医院に転院したとことで転院後の医院の処方箋を持参。その際にバルプロ酸Na錠が徐放錠→普通錠への変更があるも、患者様本人は前病院の処方を変更せず、処方と聞かれていたため、処方医にTELにて剤形についての疑義照会を行ったところ、バルプロ酸Na錠への変更ではなく徐放錠での処方を出すつもりが、入力ミスがあったことが判明。徐放錠への処方変更となりました。	病院における剤形の種類への認識不足、薬剤コードによる入力で頭文字の一致による間違いがあったことが考えられる。	疑義照会から薬剤の変更に至った事例の共有、他院からの引継ぎの処方の際は前病院処方内容も確認し、処方内容の監査を行うよう努める。	バルプロ酸ナトリウム錠 200mg 「アメル」	バルプロ酸ナトリウム徐放錠 A200mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3690	元々バルプロ酸SR200mgを服用中の患者様に追加にてバルプロ酸錠200mgが処方された。普段の飲み薬が徐放錠であるSRであったので念のため追加薬は普通錠でいいか確認し入力間違いであったことが判明。医師に確認し追加薬もSR錠であること確認し変更しました。	一般名入力により間違えやすい名称であったためと思われる。	追加薬があった場合普段の飲み薬からその剤型が適正であるか判断し必要であれば医師に確認することを徹底する。	バルプロ酸ナトリウム錠 200mg 「アメル」	バルプロ酸ナトリウムSR錠 200mg 「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3691	バルプロ酸ナトリウム(200)が処方されたが、今まではバルプロ酸ナトリウム徐放錠(200)の処方だったため、クリニックに疑義照会し、バルプロ酸ナトリウム徐放錠(200)に変更となった。	ドクターの処方内容チェック不足。久しぶりの処方で、バルプロ酸ナトリウム徐放錠B錠→バルプロ酸ナトリウム徐放錠A錠に名称変更となったため、入力ミスがおこった可能性があると思われる。	過去の患者様の処方内容のチェック。	バルプロ酸ナトリウム錠 200mg 「アメル」	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A 200mg 「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3692	整形外科にて閉塞性血栓性血管症で足の痛みがある患者に、パルモディア錠 0.1mg 3錠毎食後 60日の処方がされたが、用法・用量を疑義照会したところ、オバルモン5μgと間違えて処方されてしまった。薬剤変更し、投薬をおこなった。	医療機関でのオーダーリングシステムにてオバルモンの入力をパルモで入力されたのではないかと推定される。	薬剤の用法・用量の確認を徹底することを前提とし、患者の病状や症状と合わせて正しい処方か処方監査する。	パルモディア錠 0.1mg	オバルモン錠 5μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3693	前回処方からバイアスピリンが削除になっていたため投薬時に説明したところ中性脂肪の薬を減らすと医師より説明があったとのこと 医師に確認したところパルモディアが削除でバイアスピリンは追加となる	薬剤名の一字目がにているため削除する薬剤を間違えたと思われる	処方内容に変更があった場合は体調などと合わせ矛盾点はないか確認していく	パルモディア錠 0.1mg	バイアスピリン錠 100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3694	6/25に「【般】バルプロ酸徐放錠200mg分2朝夕食後」にて新規追加となったが、回目の7/9受診時に嘔気あるため処方削除となる。嘔気のため1度しか服用していなかったが医師の指示あり残薬を眠前1錠で服用継続することになった。 今回「【般】バルプロ酸錠200mg 1錠 眠前」の記載あるため、受付時に聞き取りし「徐放錠」の記載間違いの疑いがあり疑義に至った。疑義後、「【般】バルプロ酸錠200mg」→「【般】バルプロ酸徐放錠200mg」へ処方変更となった。	医師による処方入力時の薬剤選択ミス	薬剤変更時は入力者・調剤者・監査者等で声を掛け合い、変化に皆で気づくよう心掛けている。	バレリン錠200mg	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3695	普段より利用してくれている患者。医師が病院を移ったため、患者も転院となった。処方箋は一般名処方。転院後、バルプロ酸Na徐放錠200mg→バルプロ酸Na錠200mgへ変更となっていた。疑義照会を行い、バルプロ酸Na徐放錠200mgへ変更となった。	転院先で、処方せん情報の登録にミスがあったと考えられる。	かかりつけ薬局としての役割を全うする。患者情報を一元的に管理することにより、情報の見落としを無くしていく。お薬手帳の普及にも取り組むことで、正しい情報が伝わるように努めていく。	バレリン錠200mg	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3696	普段、徐放錠を服用している患者さんの処方で一般名が「バルプロ酸Na錠200mg」だった為、疑義。「バルプロ酸Na徐放錠200mg」に変更。	一般名の酷似から処方せん作成時に間違いが生じたと思われる。	普段から患者さんが服用している薬の把握に努める。処方箋と履歴を見比べ、変更があった際は患者さんに変更になることをDrから聞いているかを聞く。	バレリン錠200mg	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3697	4歳児、使用部位：顔でパンドルクリーム（ランク：ベリーストロング）処方。小児への処方、顔には強すぎると思ひ疑義照会。パルデスクリーム（ランク：ミディアム）に処方変更となった。	名称が類似しているため、処方ミスが起きたと思われる。	患者の年齢、使用部位をきちんと確認してステロイド外用剤のランクにも注意する。	パンドルクリーム0.1%	パルデスクリーム0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3698	「ヒアルロン酸Na0.85眼粘弾剤1%」での処方あり。処方医は眼科ではなく、手術補助の適応に違和感あり。さらに患者への聞き取りから、ヒアルロン酸Na点眼液の処方間違いである可能性があったため疑義照会。結果処方医のパソコン上の薬剤選択ミスであったことが発覚、「ヒアルロン酸ナトリウム点眼液0.1%」に変更となった。	処方医が「ヒアルロン酸Na」の部分と同じであるため、パソコン上で薬剤選択ミスしたと思われる。	薬剤名が類似しているが、適応が違う薬剤もあることを念頭におき、薬剤名をしっかりと確かめる。患者への聞き取りをしっかりと行う。	ヒアルロン酸Na 0.85眼粘弾剤1%「コーワ」	ヒアルロン酸ナトリウム点眼液0.1%「TS」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3699	患者とはヒアルロン酸の濃度を上げる話をしてしたが前回処方と同じ濃度で出ていた	医薬品名が酷似している。規格の確認を怠った	投薬時での患者症状の確認、医師との話を確認し判断する	ヒアルロン酸Na点眼液0.1%「JG」	ヒアルロン酸Na点眼液0.3%「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3700	処方箋にはビーソフテンとだけ書かれていたので剤形を疑義	ヘパリン類似物質の商品名や一般名がわかりにくい。	先発、一般名、商品名対応表。スプレー、液の剤形での疑義の必要性を示す表を引き出しに張っている。	ビーソフテン軟膏	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3701	皮膚科の処方箋で抗生剤が同時処方があった。皮膚科ではピオチンが良く使われる薬ではあるが、今回の処方や患者様からの問診からはピオチンの必要性の可能性が低い。クリックミスしやすい名称の整腸剤でピオスリーがあるため、疑義照会した	Dr.のクリックミス。間違えた薬名と正しい薬剤は「ピオ」までが類似。今回の皮膚科からはピオチンの処方度々あり、今回の処方箋でピオスリー散を間違えてピオチンとして処方してしまっていた。	皮膚科で処方される場合、ピオチンとピオスリーも類似薬剤名として認識をして監査を行う必要がある。	ピオチン散0.2%「フソー」	ピオスリー配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3702	抗生剤の投与がされていたが同時処方薬に記載された整腸剤が耐性菌製剤ではないので疑義照会により耐性乳酸菌製剤に変更してもらった。	ドクターの処方内容確認不足と考えられる。	抗生剤が処方された患者に服薬指導時に下痢のリスクを説明する。	ピオフェルミン	ピオフェルミンR錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3703	セフゾンとピオフェルミンの処方セフゾン処方あるため、ピオフェルミンはピオフェルミンRのほうが好ましいと判断	語尾のRまで確認していなかった可能性	今後も注意していく	ピオフェルミン	ピオフェルミンR		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3704	服薬指導時、めまいの薬をお願いしたと患者様から申し出があったが追加処方になっていたのがピオフェルミンRだった。トラベルミン配合錠処方歴があり、処方間違いの疑いがあり疑義照会を行ったところトラベルミン配合錠に処方変更となった。診察時、患者がピオフェルミンと言っていたと医師から話があった	薬品名類似のため、患者本人の言い間違い、処方医の確認不足が推測される	処方変更がある場合の患者との確認、説明を徹底する	ピオフェルミンR散	トラベルミン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3705	腹痛で受診され、メトロプロラミドとピオフェルミンR散の処方。患者様に聞き取ったところ特に抗生物質の服用が近日中にはないとのこと。耐性乳酸菌での処方が妥当ではない為疑義紹介。疑義紹介にてピオフェルミン配合散に変更。	クリニックでの処方入力画面で入力ミスが起きた可能性。	疑義が残る処方の場合、医師に疑義紹介をするように指導している。	ピオフェルミンR散	ピオフェルミン配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3706	【般】耐性乳酸菌散0.6%の処方が追加となったが、抗生剤処方はなく、患者からも抗生剤の服用なしと聴取したため、疑義照会。ピオフェルミン配合散に処方変更となった。	処方時の整腸剤の入力ミスと思われる。	適応症や、併用薬剤が特殊なものは、必ず、処方箋内だけでなく、患者から情報を聞き取った上で疑義照会を行う。	ピオフェルミンR散	ピオフェルミン配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3707	トスフロキサシンとピオフェルミンR散が処方。ニューキノロン系抗菌薬とピオフェルミンRとの併用は適応ないため、ピオフェルミンR→ピオフェルミンへ変更となる	知識不足類似名称のための処方誤り	併用禁忌や併用の適応が無い場合、疑義にて確認する様にする。	ピオフェルミンR散	ピオフェルミン配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3708	定時の処方に加えて、ピオフェルミンR散が新規追加となっていた。お薬手帳や患者聞き取り情報から、抗菌薬の併用がないこと、排便の不調の訴えがあること、医師からは整腸剤を処方すると聞かされていることが判明した。ピオフェルミンR散は抗菌薬による腸内細菌叢の異常に対してのみ適応を持つことから、処方医に問い合わせを行ったところ、ピオフェルミンR散からピオフェルミン錠へと変更となった。	医薬品の名称が類似しているため、病院で処方を入力する際に誤りがあったと思われる。	処方せんの内容に加えて、患者聞き取り情報やお薬手帳等から得られる情報も併せて、処方が適正であるかを判断する。	ピオフェルミンR散	ピオフェルミン錠剤		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3709	抗生剤の処方がない方に、ピオフェルミンR散の処方がされていたため、疑義照会で抗がん剤や対象の抗生剤による治療は行われていないことを確認しピオフェルミン配合散に変更となった。	一般名処方でピオフェルミン配合散は「ラクトミン」、ピオフェルミンR散は「耐性乳酸菌」のため、ピオフェルミン配合散の一般名を知らなかった可能性が考えられる。	薬剤の適応を確認し、患者様の症状にあった適切な処方であることを確認していく。	ピオフェルミンR散	ピオフェルミン配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3710	ピオフェルミンR散の単独処方。患者様に確認したところ抗生物質の服用はないとのこと。疑義紹介の結果、ピオフェルミン散に変更になりました。	医師の薬剤選択ミス	細かいことでも患者様に確認する	ピオフェルミンR散	ピオフェルミン配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3711	抗生物質と併用でないピオフェルミンRが14日分処方されていたので、R錠でいいのか疑義照会紹介。その結果ピオフェルミン錠に変更になった。	前の処方では抗生物質との処方ではピオフェルミンRが処方されており、今回患者さんより整腸剤の希望があったため近々の処方から引っ張ってきたと思われる。	処方内容に疑義があったときは、患者さんの健康上は問題ないと思われるので疑義照会する。	ピオフェルミンR錠	ピオフェルミン錠剤		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3712	神経内科より前回まで処方されていたミヤBM錠がピオフェルミンR錠に変更になっていた。抗生物質の併用がなかったため疑義照会したところ、ピオフェルミン錠に変更になった。	入力ミスの可能性があります。	似ている薬剤名には十分注意する。	ピオフェルミンR錠	ピオフェルミン錠剤		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3713	単品でピオフェルミンR錠の処方あり。月曜の為、救急で抗生剤の処方があったと考えたが患者からの聞き取りでは併用薬なし。問合せ後、ピオフェルミン錠への変更を確認した。	名称の類似	監査時に注意を怠らないようにする「	ピオフェルミンR錠	ピオフェルミン錠剤		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3714	ピオフェルミンR錠のみ処方されていたため疑義照会	名前がよく似ているため	抗生剤の併用があるか確認	ピオフェルミンR錠	ピオフェルミン錠剤		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3715	下痢症状で受診しロペミンカプセル1mgとピオフェルミンR錠が処方されたが投薬時病院で点滴をうけたがピタミン剤を投与する以外は話はなかったため疑義照会で抗生剤の投与の有無および投与しない場合のピオフェルミンR錠処方できない旨を説明したらピオフェルミン錠に変更になった。	名称が類似しているための入力ミスと推定される。	ピオフェルミンR錠が処方された場合抗生剤の有無を確認するよう情報共有する	ピオフェルミンR錠	ピオフェルミン錠剤		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3716	抗生剤の処方ないがピオフェルミンR錠が処方されており、他院や点滴でも抗生剤使用していないと聞き取りの結果疑義紹介にてミヤBMへ変更となった	特になし	特になし	ピオフェルミンR錠	ミヤBM錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3717	抗生物質の治療がない方へピオフェルミンR錠が処方されていたため疑義紹介を行い、ピオフェルミン錠剤へ変更となった。	処方医の入力ミス。	お薬手帳で併用薬の確認。抗生物質の実績もなし。病院での点滴治療もなし。	ピオフェルミンR錠	ピオフェルミン錠剤		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3718	軟便症状を訴える患者様に、ピオフェルミンR錠 3錠 分3毎食後 14日分の処方。患者様の話およびお薬手帳より、抗生物質を服用していないことを確認。耐性乳酸菌製剤でなくてもよいと判断し、ピオフェルミンR錠についてTELにて処方医問い合わせ。結果、ピオフェルミン錠剤に変更となった。	薬品名の選択ミスであると考えられる。	-	ピオフェルミンR錠	ピオフェルミン錠剤		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3719	抗生剤が処方されていないにも関わらず、ピオフェルミンR配合錠が28日分処方されていた。	以前抗生剤を服用されていたのかもしれないし、ただの入力間違いかもしれない。	ピオフェルミンR錠が長期で処方されるのはまれな為、なぜR錠でないといけないのかをチェックする。	ピオフェルミンR錠	ピオフェルミン錠剤		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3720	ピオフェルミンR錠がタンニン酸アルブミン原末とともに処方されていた。R錠は、抗生物質、化学療法剤投与時の腸内菌叢の異常による諸症状の改善が適用のため、今回の処方是不適と判断。疑義照会を行ったところ、ピオフェルミン錠に変更となった。	似た名称であったため、医師の誤処方と考えられる。	薬の適用を把握する事、他剤が処方されていた場合は、他剤から推察される適用を確認し、処方鑑査を行う。	ピオフェルミンR錠	ピオフェルミン錠剤		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3721	下痢の症状でかかれた患者様に、抗生物質が処方されてないのにピオフェルミンR錠が処方されていた。家族がとりに来られ、聞き取り。抗生物質は現在使用していないこと確認。疑義照会にてピオフェルミン錠へ変更。	D rの入力間違いと思われる。	処方せん内容を確認し、患者様からの聞き取りも入念に行う。	ピオフェルミンR錠	ピオフェルミン錠剤		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3722	抗生剤処方なしでピオフェルミンR錠の処方だったため疑義照会したらピオフェルミン配合散に訂正された。	患者が以前違うクリニックで処方してもらった薬を処方してほしいと頼んだそうで、医師が治療のため必要で選んだわけではないのでうっかり間違えてしまったと思われる。	処方に間違いがないか注意深く見る。	ピオフェルミンR錠	ピオフェルミン配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3723	「耐性乳酸菌錠6mg 3錠」の処方あり。従来は「ビフィズス菌錠12mg 3錠」が処方されていたが、処方変更の根拠となる抗生物質の追加もないため問い合わせ。以前の「ビフィズス菌錠12mg 3錠」へ変更となる。	処方入力の際、Do処方ではなく薬剤名を薬剤マスタから拾って入力した様子。処方箋は一般名で印字されているが、薬剤名を入力すると一般名が印字されるよう設定されており、「ピオフェルミン錠剤」と「ピオフェルミンR錠」を誤って入力したと思われる。	薬剤変更の理由を確認するほか、必要な併用薬が出ているかも確認していく。	ピオフェルミンR錠	ピオフェルミン錠剤		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3724	ピオフェルミンR錠が処方されていたが抗生物質が処方されていなかったため、患者さんに点滴や他に服用中の薬剤がないか問いかけとお薬手帳で確認したところ、とくに併用薬はなくおなかの調子が良くないことによる処方であることが分かったため疑義照会しました。その結果、入力ミスということでピオフェルミン錠剤に変更になりました。	医師による類似薬によるPC入力ミス(オーダーリングシステム)	類似薬や特定の効果を持つ薬剤には特に注意を徹底するようにする。	ピオフェルミンR錠	ピオフェルミン錠剤		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3725	一般名で「耐性乳酸菌6mg」3錠・毎食後の新規で処方。医薬品はピオフェルミンR錠になり、処方内容に抗生剤の処方がなく、「ピオフェルミン錠剤」の可能性が高いため、病院に電話にて問い合わせを行った。確認後、一般名「ビフィズス菌12mg」3錠・毎食後の「ピオフェルミン錠剤」に変更になった。	ピオフェルミン錠とピオフェルミンR錠とで、一般名の記載が異なること認識不足。	上記の異なることの周知と、一般名処方の場合は赤本などで調べるなどを行う。	ピオフェルミンR錠	ピオフェルミン錠剤		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3726	当クリニックでニキビ治療継続中の患者様。ミノサイクリンを継続服用していたが軽度の下痢が起こったため、整腸剤（ピオフィェルミン錠剤）が処方された。抗生剤との併用は効果が見られない可能性があるため耐性菌製剤（ピオフィェルミンR錠）に変更を疑義照会し、薬剤が変更となった。	病院の入力ミス	薬剤名のチェックを日々意識している	ピオフィェルミン錠剤	ピオフィェルミンR錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3727	風邪気味で受診しセフカペンピボキシル塩酸塩錠の処方があったがため副作用予防のため整腸剤の併用処方があったが、ピオフィェルミン錠が処方されていたため問い合わせを行いピオフィェルミンR錠へ変更となった。	処方入力方法で最初の3文字を入力する場合にはピオフィェルミン錠が先に表示されることが推測される。	処方監査を徹底し、患者様の不利益にならないように細心の注意を払う。	ピオフィェルミン錠剤	ピオフィェルミンR錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3728	ロキシシロマイシン150mg 処方の際、整腸剤としてピオフィェルミン錠剤処方。マクロライド系抗生物質にはピオフィェルミンR錠が適応。ピオフィェルミン錠剤では効果不十分の可能性があるので疑義紹介し、処方変更。	ピオフィェルミンR錠の適応する抗生剤の把握。	抗生剤処方時の整腸剤の注意喚起をしている。	ピオフィェルミン錠剤	ピオフィェルミンR錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3729	セフゾンカプセルと一緒にビフィズス菌錠が処方。医師に疑義照会。耐性乳酸菌錠へ変更。	薬の性質を理解することで、期待した効果が得られる。	薬効薬理の理解	ピオフィェルミン錠剤	ピオフィェルミンR錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3730	フロモックス錠と併用でピオフィェルミン錠が処方。ピオフィェルミンの効果が出ない可能性があると考え、耐性のあるピオフィェルミンR錠への変更を提案。	医師処方ミス（薬剤名酷似、知識）	監査を適切に実施	ピオフィェルミン錠剤	ピオフィェルミンR錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3731	抗生剤が出ているのに、ピオフィェルミン錠で処方。	名称にRがあるかないかなではあるが、抗生剤が出ている時の整腸剤には注意が必要。	抗生剤、整腸剤の併用に注意を払っている。	ピオフィェルミン錠剤	ピオフィェルミンR錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3732	アモキシシリンカプセル250mgとピオフェルミン錠剤とカルボシステイン250mgが記載された処方箋を患者家族が持参した。処方監査時、アモキシシリンが処方されていることから、ピオフェルミン錠剤ではなくピオフェルミンR錠が適切ではないかと薬剤師が判断し疑義照会を行った。ピオフェルミン錠剤⇒ピオフェルミンR錠へと処方変更となった。	医療機関の処方内容の確認不足が考えられる。	調剤時、どの過程でも一貫していることだが、なんとなくの思い込みで調剤をしない。一字一字しっかり確認する。ミスを見落とさないよう、知識を身につけるため自己研鑽に励む。	ピオフェルミン錠剤	ピオフェルミンR錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3733	抗生剤の処方と一緒に整腸剤としてピオフェルミンが処方となっていたが耐性乳酸菌錠のピオフェルミンRではないか病院に確認し処方変更となった。	類似品の処方の為抗生剤と一緒に処方の整腸剤が非耐性のピフェルミンの入力になってしまったと考えられる	抗生剤の処方の際は耐性菌の処方か確認するよう薬剤師だけでなく医療事務にも共有するようにしている	ピオフェルミン錠剤	ピオフェルミンR錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3734	5月に行ったピロリ菌1次除菌不成功で2次除菌のため、ボノビオンパック朝・夕食後 7日分、ピオフェルミン錠 毎食後 7日分が処方された。疑義照会して、ピオフェルミンR錠に変更となった。	医療機関側の確認不足、入力ミス。	今後も薬歴を活用し、お薬手帳や患者への聞き取り、処方箋以外の情報も含めて収集することにより、処方内容に問題がないかどうか確認していく。	ピオフェルミン錠剤	ピオフェルミンR錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3735	エリスロシンDSと混合でピオフェルミン配合散処方あり。耐性乳酸菌に変更することで死を防ぐ目的で疑義照会。	医療機関での処方間違いの可能性。	それぞれの医薬品にタグ。調剤間違い防止も含め、注意喚起。抗生物質とピオフェルミン配合散混合時は疑義して処方意図確認。	ピオフェルミン配合散	ピオフェルミンR散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3736	平素より当薬局を利用している患者。溶連菌感染症のため、クラバモックスを処方。下痢を防ぐ目的で、整腸剤が処方された。しかし、処方された整腸剤はピオフェルミン配合散であった。当薬剤は、抗生物質との併用で殺菌されてしまい、十分な効果を発揮できない。抗生物質と併用するのであれば、ピオフェルミンR散が妥当である。上記の旨を処方医へ疑義照会したところ、ピオフェルミンR散へと変更となった。	ピオフェルミン配合散とピオフェルミンR散の2種類があることを失念していた。抗生物質と併用する場合、ピオフェルミンR散を使用することを失念していた。名称が類似しているため、選択ミスをした。	抗生物質とピオフェルミンが処方されている場合、Rになっているかよく確認する。	ピオフェルミン配合散	ピオフェルミンR散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3737	ピオフェルミン配合散1.5g分3毎食後7日分 処方されていたが、同時にフロモックス小児用細粒1.5g分3毎食後7日分の処方があり、ピオフェルミン配合散の効果が減弱すると思われるため、疑義照会を行った。ピオフェルミン配合散ではなく、ピオフェルミンR散の間違いであったと回答があった。	同じ医療機関で、フロモックス小児用細粒とピオフェルミンR散の組み合わせでよく処方されているが、商品名が似ているため、選択する際に間違えたと思われる。	整腸剤が処方されている際は、抗生物質の併用が無いか、毎回確認を行う。	ピオフェルミン配合散	ピオフェルミンR散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3738	アモキシシリンが処方されている患者に、ピオフェルミン配合散と一緒に処方されていた。抗生剤との組み合わせでピオフェルミンの効果が得られないと判断し、問い合わせ。⇒ピオフェルミンR散に変更となる。	病院の多忙、うっかり	ピオフェルミンR散に変更時の抗生剤の種類の把握	ピオフェルミン配合散	ピオフェルミンR散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3739	抗生剤の処方有。ピオフェルミン配合散処方だったが、ピオフェルミンR散に	薬の名前が似ていることから起きたと思われる。	1種類だけの薬で判断せずに、他の薬を考慮した処方意図を考えて調剤する。	ピオフェルミン配合散	ピオフェルミンR散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3740	乳腺炎の患者にピクシリンS配合錠を処方。患者は他の病院で乳腺炎になった時、ピクシリンを使用と、診察時に先生にお話し。投薬時、以前使用したものはカプセルだったと判明。ピクシリンS配合錠に乳腺炎の適応はないので疑義照会しピクシリンカプセル250mgに処方変更。	医師と患者との会話不足と医師の保険適応の理解不足。	保険適応のない薬剤からある薬剤へ疑義照会を行った。	ピクシリンS配合錠	ピクシリンカプセル250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3741	Aクリニックからピコプレップ配合内用剤が分1朝食後14日分で処方されており、 通常大腸検査の前処置薬として使用するため服用方法がおかしく疑義照会が必要だった事と当薬局で初処方だったため薬の在庫がなく取り寄せに時間がかかるため、その旨患者様にお伝えし一旦帰宅してもらった(その際今回どういった理由で服用されるか確認したところ便秘ということだった)。 その後FAXで疑義照会。回答結果がそのまま大丈夫ですとのことだったが、通常大腸検査で服用する薬で下剤として服用する事があるのかわからなかった(新規開局店舗でピコプレップが消化器内科で適応外として先生が意図的に処方する場合があるのかなど把握できていなかった)ためメーカーに下剤として服用することもあるのか確認。確認したところそういった事例はないとのことだったため再度問い合わせしたところピコプレップ配合内用剤ではなくモビコール配合内用剤であることが分かり処方変更になった。	薬品名の勘違いだったと思われる	ピコプレップとモビコール両方の薬剤について薬局内で勉強し周知した。	ピコプレップ配合内用剤	モビコール配合内用剤		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3742	ピソノテープ4mgが新規処方された患者さん。併用薬として、オルメサルタン リクシアナ 等循環器疾患ももたれております。新規のテープ剤が処方されていることを確認すると、鼻水が止まらないので薬をだしてもらったとのこと。アレサガテープ4mgとの処方間違いではないかと推定され、疑義にて、アレサガテープに変更となった。	同じ4mgでテープ剤なので、うっかり処方間違いが起きたのではないかと推測されます。	今後、ピソノテープ、アレサガテープが出た際は、必ず症状にあったテープ剤の処方であることを確認するように薬局内で共有した。	ピソノテープ4mg	アレサガテープ4mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3743	ピブラマイシン錠50mg 4錠 分2 朝夕食後 30日分上記内容で処方箋記載あったが、処方監査時、添付文書記載の用法と乖離があると気づき電話で疑義照会を行った。ピフロキシ配合錠 4錠 分2 朝夕食後 30日分以上のように変更となった。	いずれも処方元クリニックで約半年以内に新規採用となった薬剤。名称が似ていることで処方箋入力時の選択間違いが想定される。	当該の取違いは薬剤が新規採用になった当初から想定できていたため、事前にスタッフに注意を促していた。	ピブラマイシン錠 50mg	ピフロキシ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3744	高血糖にて入院し、退院後の初の診察。ヒューマリン3/7注ミリオペンはこの患者様には初の処方。お薬手帳によると退院処方ではヒューマログ注ミリオペンが処方されていた。欠品もしており、処方薬について確認したところ、処方変更の話はDrからはないとヒアリングした。疑義照会の結果、薬剤が変更になった。	ヒューマリンとヒューマログは4文字目までが同じであるため、処方作成の際、医師が検索し間違った処方を選択したのではないかと考えられる。	患者にとって新規薬や処方変更の時は、お薬手帳の確認、患者の話をしっかり聞き、処方医との話に相違がないか確認を徹底している。	ヒューマリン3/7注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3745	他院より転院にて今までの服用薬及びインシュリンの同剤を処方されたようですが、患者様はご家族が薬局されたため薬剤の違いについては気付かれなかった。投薬中薬剤師がヒューマリンN注ミリオペンが1日3回となっていることに違和感を感じ、念のため疑義照会を行ったところヒューマログ注ミリオペンと判明した。	医院には紹介状とともに薬剤の記載もあったようだが処方箋への記載ミスをしてしまったようです。似た名称の薬剤があることと作用持続時間を把握していたことで防ぐことが出来た。	似た名称の薬剤が存在した場合には誤りではないか疑う事が必要であり、薬効も十分に理解し知識向上に努めるよう努力します。	ヒューマリンN注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3746	新規でヒューマリンR注 5Vと追加処方があったが、患者から詳細が聴取できず、追加・変更があるとのみ確認ができた。照会したところ、ヒューマリンR注ミリオペン 5本へ変更となった。	処方の際、薬剤の選択ミスと思われる。	新規薬剤の場合は患者からの聞き取りと疑義がある場合の照会をしっかり行う。	ヒューマリンR注キット	ヒューマリンR注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3747	Aクリニック(内科)から、整形外科と同じB病院(総合病院の内科)へ転院されて、「A内科と同じ処方」を出してもらったと聞き取りしましたが、注射が同名だが異なる規格に変更になっていたため疑義照会。(カルテと、回数、単位も確認:事務の方とも規格を何度も確認して頂いて、入力ミスと分かった)	・B病院採用品ではない。・多剤(注射2剤に内服7剤、外用1剤)新規手入力での見落としの可能性。	・同薬であっても、疑義照会を行う。	ヒューマログミックス50注カート	ヒューマログ注100単位/mL		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3748	ヒューマログミックス50注ミリオペンの処方有、前回はヒューマログ注ミリオペンを使用しており患者様の体調変化も大きくなかったことから疑義照会を行ったところ、前回通りヒューマログ注ミリオペンに変更となった。	処方箋オーダー時の入力ミスが考えられる	インスリン製剤は類似の名称が多く、特に取り扱いに留意する医薬品につき必ず処方鑑査や薬歴確認・必要に応じ患者様へのヒアリングや処方医療機関への疑義照会を行い確認を徹底する。	ヒューマログミックス50注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3749	ヒューマログを使用されていたが、転院され、転院先でヒューマログミックス50注を処方された。体調は特に変わったことはなかったと患者本人から確認。念のため処方医に確認したところ、転院先ではヒューマログの採用がなく、ヒューマログ50注の採用となっていた。採用がなければ同じような効果を期待するのであれば、超速効型のものを選択する必要あり。疑義照会の結果、他のメーカーになるが、ノボラピッドフレックスタッチに変更(他社)となった。	お薬手帳の確認を徹底	患者さんへの聞き取り、服用歴の確認できるようなお薬手帳や薬情の確認。回答に時間がかかるかもしれないが、納得がいかないようであれば、ためらわずに処方医へ確認する。患者さんへの安全性が重要である。	ヒューマログミックス50注ミリオペン	ノボラピッド注フレックスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3750	いつもヒューマログミックス50注カートを_usingしていた患者さん。本日ヒューマログミックス注ミリオンペンに処方変更となっており、使用する単位数も変更となっていた。変更する際の単位数の互換性がなく、違和感があったため医師に疑義照会。ヒューマログミックス50注ミリオンペンへ変更となる。	規格が多種あるためカルテへの記載ミス、または伝達ミスによって発生したと考えられる。	薬の変更があった場合に、変更点をよく吟味する。また、患者様にお話を伺って情報がもれないように心がける。	ヒューマログ注ミリオンペン	ヒューマログミックス50注ミリオンペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3751	投薬時にご瘡による来局であることを確認ピラノアが処方されていたにもかかわらず、患者に確認を行ったところ鼻炎やアレルギー性の湿疹などの症状がなく名称が似ているピブラマイシンの混同の可能性があったため疑義を行った。その結果、ピブラマイシン100mgへの変更を確認し変更調剤してお渡しした	ピラノアとピブラマイシンの名称が似ているための入力上の問題と判断	投薬時の聞き取りを強化して不必要な薬剤があるときにはしっかりと確認を行い交付するようにする	ピラノア錠20mg	ピブラマイシン錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3752	処方記載 ピラノア錠 空腹時 14日分。ピラノアは添付文書上、適宜増減もなく1錠が基本量。疑義照会したところ ピラノアではなくヒベルナ5mg 2錠に変更してほしいとのこと。ヒベルナとピラノアの処方記載のミスだったのか、容量を知らなかったのかはわかりませんが、ヒベルナ5mg 2錠に変更して交付した。	ヒベルナとピラノアの記載ミスか、容量を医師が知らなかったのかは不明。そこは言及しませんでした。	疑問に思った薬剤の量は添付文章で必ず確認し、必要があれば疑義照会することを常に心がける。	ピラノア錠20mg	ヒベルナ糖衣錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3753	今回、いままで他院でもらって使用していたヘパリン類似物質油性クリーム0.3%を医師に希望。医師は薬の名前をみてクリーム剤だと思い、ヒルドイドクリームと処方。薬局で、本人にいまでもらってたのか確認を行い、持参したものをみせてもらおうとヘパリン類似物質クリーム0.3%「日医工」だったため医師へ照会、確認したところヒルドイドクリーム削除になり、ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%へ変更になった。	患者が持参した薬の名称(ヘパリン類似物質油性クリーム)を見て医師が油性クリーム=クリーム剤と勘違いしたと思われる。	持参薬や今まで使用してた薬を他の医師に希望した場合は、患者本人に今までの薬かどうかきちんとみてもらい、規格や種類などの誤りがないかをしっかり確認する。	ヒルドイドクリーム0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3754	他院からの転院での小児の兄弟への処方。母親からの聞き取りより、他院ではヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」の処方されていたので、同じものを処方してもらいたかったとのことだった。お薬手帳でも処方歴を確認できた。処方箋を確認するとヒルドイドクリームでの処方があった為、処方元に電話で疑義照会を行なった。	ヘパリン類似物質油性クリームがヒルドイドクリームではなくヒルドイドソフト軟膏のジェネリック医薬品と知らなかった。ヘパリン類似物質油性クリームの剤形は軟膏であるが、名称に軟膏の文字がないため勘違いしやすい	後日、実際の医薬品を持参して病院を訪問。ヒルドイドソフト軟膏のジェネリック医薬品はヘパリン類似物質油性クリームであること、ヒルドイドクリームのジェネリック医薬品は同じ日医工の商品ならピーソフテンクリームが該当することを説明した。また、ヘパリン類似物質油性クリームの剤形は軟膏であるが、名称に軟膏の文字がないため同じような事例のブレアポイドが全国的に発生していることを伝えた。	ヒルドイドクリーム0.3%	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3755	患者は使い慣れている、ヒルドイドソフト軟膏を希望されていたが、処方医が一般名処方に書き換える際、ソフト軟膏をクリーム剤と勘違いして「般」ヘパリン類似物質クリーム0.3%12.5gと記載。	ヒルドイドソフト軟膏の記載がクリーム剤を連想させるケースが多い。さらに上記の後発品名もヘパリン類似物質油性クリームとなっておりダブルで間違いやすい。	監査マシンで必ず監査を行いミスを防ぐと共に、患者聞き取りを十分行うように徹底している。また、クリーム剤は30g包装しかない為、今回のように125g等で来た場合は間違いの可能性が高いと考える。	ヒルドイドクリーム0.3%	ヒルドイドソフト軟膏0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3756	<p>コロナウイルス感染防止のため通院していた他府県のA病院を受診できないので、近隣のB病院を受診した。その際、A病院の近くのC薬局でいつもお薬をもらいお薬手帳に記載してもらっていたため、B病院の医師にそのお薬手帳を見せた所、「ヘパリン類似物質クリーム0.3%」と記載されていたので、医師は処方箋に「ヒルドイドクリーム0.3%」と記載した。</p> <p>患者が処方箋を持って当薬局に来局したので、「ヒルドイドクリーム0.3%」を渡した所、「ラベルがピンク色です」とのこと。手帳を再度確認した所、直近2回は「ヘパリン類似物質クリーム0.3%」と記載されていたが、最初は「ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%」と記載されていたため、患者に「ヒルドイドソフト軟膏0.3%」を見せた所、「こんな感じです」とのこと。しかも「3回ともこんな感じの色でした」とのこと。B病院の医師に疑義照会した所、「ヒルドイドクリーム0.3%」から「ヒルドイドソフト軟膏0.3%」に変更になった。</p>	<p>A病院の近くのC薬局が、最初は「ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%」と手帳に記載していたが、2、3回目は「ヘパリン類似物質クリーム0.3%」と手帳に記載してしまったこと、B病院の医師が直近の手帳記載事項だけをみて処方箋に記載したことが原因と推測される。</p>	<p>内服薬などでは剤形変更による効能の違いは無いが、外用薬では今回のように「軟膏」と「クリーム」では効能に違いが生じ得るので、注意して投薬する必要がある。今回は手帳と患者の視覚情報により確認ができたが、使用部位や症状の確認も必要になると考えられる。</p>	<p>ヒルドイドクリーム0.3%</p>	<p>ヒルドイドソフト軟膏0.3%</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
3757	<p>ルリコン軟膏とヒルドイドソフト軟膏が混合指示で処方されていた。軟膏・クリーム配合変化ハンドブックにはルリコン軟膏とヒルドイドソフト軟膏は分離し、1週間で浸出するため混合不可と記載あり。ヒルドイドクリームであれば混合可である旨を処方医に照会し、ヒルドイドクリームへ処方変更となった。</p>	<p>配合変化についての確認不足</p>	<p>混合の処方を受け付けた際には配合変化ハンドブックを確認してから調剤するようにする。剤形の違いも日頃から意識することで早く気付くことができる。</p>	<p>ヒルドイドソフト軟膏0.3%</p>	<p>ヒルドイドクリーム0.3%</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
3758	<p>レスタミンコーワクリームとヒルドイドソフト軟膏の混合指示の処方。両者混合すると、25度の室温で、1週間で軟化するため混合不可。そのため、混合可能なヒルドイドクリームとの混合調剤へ疑義照会にて提案。提案どおり変更となった。</p>	<p>配合変化の知識不足</p>	<p>混合指示の処方を調剤する前は、必ず配合変化について調べる</p>	<p>ヒルドイドソフト軟膏0.3%</p>	<p>ヒルドイドクリーム0.3%</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3759	ヒルナミン錠50mgと25mgを服用されている患者が、流涎の症状がでていと言われ、症状が悪化しているのでヒルナミンは増量して、違うくすりを追加して様子を見ろと言われたと確認し、疑義照会。ヒルナミンは、50mg1⇒2錠へ増量し、ヒベルナ錠の25mgを追加処方したが、との回答あり。ヒルナミン50mgの増量は処方箋通りだったが、25mgはヒルナミンではなくてヒベルナの間違いだった。医師はカルテに記載していたが、事務で入力時に間違えたのだと思われる。	用量も25mgで以前に処方されていたのがヒルナミンだったので受け付けは気づかなかったと予想。	投薬時の聞き取りが十分でなかったら、処方箋通りに投薬していたと追われます。追加、増量には、注意が必要。	ヒルナミン錠(25mg)	ヒベルナ糖衣錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3760	診察時にインクレミンシロップが飲みにくいので、他の薬に変更になると母親が聞いていたことから、帰宅後に不思議に思い改めて薬局に電話連絡があり発覚した。疑義照会後に薬品変更となった。	薬品名が似ているので処方し間違えた。来局された母親は急いでおられ詳細を聴取することができなかったため、投薬した後に発覚した。	要点をおさえた情報収集が必須	ファロムドライシロップ 小児用10%	フェロミア顆粒8.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3761	投薬時に患者さんが新しい薬が追加になると先生から言われた。その薬を飲むと便が黒くなることがあると言われてきた。処方箋にはファロム150mgが新しく追加になっていたため疑義照会を行った結果フェログラデュメット105mgに変更になった。	薬品名が似ていてmg数も似ているのでパソコンの入力時に間違えたと思われる。	患者さんとのコミュニケーションを大切にす。	ファロム錠150mg	フェロ・グラデュメット錠 105mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3762	ファロム錠150mgが1T分1で処方されており、問合せ前に診察時の内容等を患者に確認したところ、元々処方されていた鉄剤が合わなかったため受診したこと、感染症に関わる症状は無いことを聞き取り。疑義照会したところ、フェルムカプセル100mg 1Cap分1に変更になった。	名称が類似しているため、処方入力若しくはカルテの記載を誤ったものと考えられる。	患者からの聞き取りを確実にを行い、どのような経緯で処方されているかを踏まえて鑑査する。名称類似品について事例報告を参考にしながら注意喚起する。	ファロム錠 150mg	フェルムカプセル 100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3763	「ファロム錠 200mg 2錠 2×朝夕食後 26日分」で処方があった。前々回来院時に膀胱炎で「ファロム 5日分」で処方があった。通常長期で服用する薬ではないので、患者さんに確認したところ、今回は鉄の薬が出ると聞いていると話があり、医師へ確認を取ったところ「フェロミア錠 50mg 2錠 2×朝夕食後 26日分」の処方へと変更となった。	ファロムとフェロミアの名前が似ていること。前々回処方があったため、処方歴がある薬品ということで見逃してしまったと考えられる。	長期出す薬ではないと患者さんへ聞き取りを行った。ささいな疑問点でも解消されるよう動いている。	ファロム錠 200mg	フェロミア錠 50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3764	皮膚科より ファロム錠200mg 3錠 1日3回毎食後 5日分 の処方 がきた。投薬時の聞き取りで唇にヘルペスができたとのことだったので、薬はファミビルだったのではないかと疑い疑義したところ、薬はやはりファミビル錠250mgに変更になった。	名前が似ていたための入力違いと思われた。	投薬時の聞き取りをしっかりと行い、患者の訴えと処方内容が合っているかを監査すること。	ファロム錠 200mg	ファミビル錠 250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3765	<p>初診で湿疹が出ている3歳男児の初めての処方で、一般名でフェキソフェナジン塩酸塩シロップ用5%1g2X朝夕食後で処方に来ていた。フェキソフェナジンDSは包装を開封しないほうが望ましく、年齢、体重から適正な1.2g2Xへの変更を依頼しようとして医師のところへ訪問したところ、</p> <p>医師はアレグラ顆粒は処方してなく、アレロック顆粒を処方したとのことだったため、カルテを確認したところ、カルテの記載はアレロック顆粒であった(今回患者様がGE希望だったため当該薬品はGEで用意していた。)クリニックで確認してもらったところ、入力する医療事務の入力間違いであったと判明。医師としてはアレグラはアレロックより効果が弱いと感じているため、疑義照会しなければ医師の期待できる効果が得られなかったものと思われる。</p>	<p>医師はカルテを「アレロックDS」と記載していた。アレロックは商品名としては顆粒であるのにDSと記載していたこと、また頭文字がアレグラとアレロックが同じなので、薬品選択の際に選択ミスが起こったものと思われる。</p>	<p>今回、フェキソフェナジンDSは包装を開封しないほうが望ましいことを薬剤師が知識として持っていたため、品質の確保のため年齢・体重からの用量変更を依頼するべきと疑義照会を行ったことで発覚した。実際の1日量としては0.2gの間違いしかかったため、開封しないほうがいいことを認識していなければヒート品を開封してそのまま調剤されることであった。すべての薬品の添付文書の隅々まで記憶するのはなかなか困難なことだが、今後も限りなくそれに近づけるよう薬局としても薬剤師個人としても研鑽を積んでいくことが重要と思われる。</p>	<p>フェキソフェナジン塩酸塩DS5%「トーワ」</p>	<p>オロパタジン塩酸塩顆粒0.5%「トーワ」</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
3766	<p>1歳10kg小児、男の子の患者さん、フェキソフェナジンDS『タカタ』6%1.2g/日で処方される。通常は60mg/日、朝夕食後アレグラDS6%1g/日で処方されることが多い。(錠剤で処方はあるがDSは初めて。他局でもらっていたものを処方されたと考えられる。)体重確認しフェキソフェナジンDS6%『タカタ』1.2g=フェキソフェナジン:72mgで分量がやや多いことを伝える。この時電話が繋がらず直接病院へ来局しDRに伝える。後にアレグラDS5%、1.2g/日に変更となる。</p>	<p>うちで在庫しているのがフェキソフェナジンDS5%『トーワ』であり分量である%が違うことからカルテからレセコン入力したときに入力間違いしたことに気づき訂正、のちに電話にて変更になる。</p>	<p>%の違いから入力間違いが発覚した例。どんな薬品もBWに基づき計算したことにより間違いを見つづけることができた。今回は2人で確認、さらに採用品も含めて計算方法も事務の入力者にも説明でき間違いを発見できた。</p>	<p>フェキソフェナジン塩酸塩DS6%「タカタ」</p>	<p>アレグラドライシロップ5%</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3767	オロパタジンとフェキソフェナジンが処方されており、抗アレルギー薬が重複しているため医院に疑義照会を行った。処方せんの起こしミスとのことで、フェキソフェナジンが処方削除となり、برانلカスト225(日医工)へ薬剤変更となった。	頭文字が「フ」であるために処方入力ミスが起きたと考えられる。	薬局では、疑義内容を共有し注意喚起すること、また常に処方鑑査の時点で、重複や併用禁忌がないかを確認しながら調剤を行う。	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「ケミファ」	برانلカスト錠225mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3768	今まで脂質異常症に対してフェノフィブラート80mgのみで治療されていたが、その日新たにパルモディア(ペマフィブラート)が追加処方されていた。どちらもフィブラート系のため、一度患者様にDrから本日の処方についてなんと聞いているかお伺いしたところ、「中性脂肪が思うように下がらないので、薬をもう一つ追加すると聞いている」とご報告あり。それを踏まえた上で疑義照会したところ、 「メーカーから併用して飲んでもいいと聞いている。」とDrからのご回答あり。Drの判断で同種同効薬を併用することはあっても、メーカーから重複しても良い、と言うのは聞いたことがないため、こちらの情報不足であっても困るので、一度Drとの電話を切り、いつも出入りされているメーカーの担当者さんに問い合わせした。メーカーからは「スタチン系とフィブラート系は一緒に飲めるようになりました、とお伝えはしに行きましたが、フィブラート系を重ねて飲めるとはお伝えしていないはずですが、こちらからDrに一度電話で確認してみます。」とのお返事をいただいた。その後、Drから折り返し薬局へ電話があり、「リビディルをスタチン系だと勘違いしていた、申し訳ない。リビディルをリポバス5mgへ変更してほしい。」とご指示をいただき、変更した。翌日、メーカーが再度Drに直接説明と確認に行かれ、Drも納得されていた様子だったとのこと。	TGを下げるために服用されていた、ということなので、Drもフィブラート系と認識してリビディル(フェノフィブラート)を処方されていたとは思いますが、こちらの医院では処方箋の記載は一般名で来るが、医院内での認識は先発品名称のようなので、もしかするとリビディル(フェノフィブラート)とリポバス(シンバスタチン)をほんの一時的に勘違いされた可能性がある。	今回はメーカーさんの協力もあったためスムーズに状況を確認できたので、今後もメーカーさんとのやり取りを大事にしていきたい。	フェノフィブラート錠80mg「武田テバ」パルモディア錠0.1mg	シンバスタチン錠5mg「武田テバ」パルモディア錠0.1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3769	定期処方にフェブリク追加となる。患者さん家族に追加の説明をしたところ、尿酸値の上昇はなかった。貧血と先生に言われたとの申し出。血液検査の結果も尿酸値の異常なく、ヘモグロビンの数値がひくかったため疑義照会。	よく似ているとは言えないものの、どちらも「フェ」で始まる薬品名。処方医師の入力ミスもしくは勘違いと推定される。	患者さんからの聞き取り、検査結果の確認を行うことで処方ミスを発見することができた。	フェブリク錠10mg	フェロミア錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3770	貧血の患者にフェブリク10mgが処方された。投薬時にDrから鉄剤が出ると話があったことが発覚。疑義照会にてフェロミア50mgに変更になった。	フェブリクとフェロミアは最初の2文字が同じため、処方入力時に見落としがあった模様。	処方箋の内容を鵜呑みせず、患者との会話で処方内容の照らし合わせを行うことが大事	フェブリク錠10mg	フェロミア錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3771	フェブリク錠20mg2錠分2朝夕食後で処方あり。フェブリクは1日1回の薬のため、同じ高尿酸血症のウリアデック錠20mg2錠分2朝夕食後ではないか疑義照会し、ウリアデック錠20mg2錠分2朝夕食後に変更。同じ高尿酸血症の薬ですが、肝機能障害などの副作用を予防することができた。	同じ高尿酸血症の薬で名称末尾、ミリ数類似による勘違いによるものか。	用法が違うので、そこで疑い予測して、疑義照会にかける。	フェブリク錠20mg	ウリアデック錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3772	「副作用の可能性がある症状があり、薬剤を変更するとDRから説明を受けている」と患者からの聞き取りがあったが、処方内容は前回の薬剤が増量になっている状況であったため疑義照会、処方薬剤誤りが発覚、処方変更となった。	変更した薬剤の選択誤りと思われる。	患者からの聞き取りを十分に行い、処方変更の内容に不備がないかに注意する。	フェブリク錠20mg	ウリアデック錠40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3773	鉄剤が頓服で処方されていたので、ご本人に確認したところ、下痢がひどい時があるとのこと。TELにて疑義照会の後、止瀉薬に変更になりました。	薬剤名が類似しているための入力ミスと思われる。	患者様からの症状や体調の様子聞き取りを丁寧にする。	フェロ・グラデュメット	フェロベリン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3774	従来の血圧、高脂血症、2か月処方に加え、ラックビー微粒N 3g、(般)フェロジピン錠5mg 6錠、分37日分という処方になっており、問い合わせた結果、フェロベリン配合錠の入力間違いと判明。本人からの症状訴え(下痢、腹痛、嘔気あり、血圧無変化)も確認。カルテ記載はフェロベリン、とのことであった。	「フェロ」入力による薬剤名変換選択間違いと思われる。医療機関での処方入力/一般名変換状況は不明。	処方変更時の確認、新規処方時の患者さんへの医師説明内容の確認。	フェロジピン錠5mg 「武田テバ」	フェロベリン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3775	(般)フェロジピン5mgの処方でお薬を渡そうと患者様に説明時、血圧など測っておらず、高いと言われたこともない今日は貧血で受診したとおっしゃったので、疑義したところフェロミアの間違いだったことが判明	コンピューターでフェと打ったところフェロジピンが出たのではないかと考えられます	患者様からの情報をしっかり聞いて対応する	フェロジピン錠5mg 「武田テバ」	フェロミア錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3776	医薬品名の類似フェロベリンとフェロミア	医薬品名の類似	患者様とよく話しをする	フェロベリン錠	フェロミア錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3777	溶血の為、造血剤を処方すると受診時に言われたと聞き取り。今回定期処方にフェロベリン配合錠が追加されているのみで造血剤の処方がない旨を疑義照会。処方がフェロミア錠50mgへ変更。	医薬品名称の類似	追加薬処方の際はもれなく患者に確認することを徹底	フェロベリン配合錠	フェロミア錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3778	フェロベリン・プリンペラン・ハイボンの処方だが貧血で受診し下痢や下血は無いとの話が患者よりあり、名前の似ているフェログラデュメットの処方ではないか問い合わせ→フェロベリンはフェログラデュメットに処方訂正	医薬品の名前が類似している為、drの使用するPCでのオーダー入力時に間違えたと考えられる	患者様からの聞き取り時に違和感があれば必ずdrに問い合わせをしていく	フェロベリン配合錠	フェロ・グラデュメット錠 105mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3779	フェロミア錠50mg3錠分3、ピオスリー配合錠3錠分3、テブレノンカプセル50mg3cp分3の処方。 症状確認⇒「胃がムカムカしている。下痢もしている。」貧血といわれましたか? ⇒「そんなこと言われてないです。」 疑義照会によりフェロミアをフェロベリン配合錠に訂正。	Dr.の処方入力ミスである(最初の3文字まで同じ)	患者さんの病状の聴き取りが処方に合っているか考える。	フェロミア錠 50 mg	フェロベリン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3780	普段からフェロミアを服用していたが、処方箋にはフォリアミンと記載。用法用量は前回処方されたフェロミアと同じだった為、確認のため疑義照会。結果フォリアミンは誤りでフェロミアと確認。	貧血の治療とのことで、似た名前を誤って記載してしまったと思われる。	前回の薬歴を参照にしたことにより処方誤りに気づけた。	フォリアミン錠	フェロミア錠 50 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3781	フスコデ配合錠の用法が「痛いとき」となっていたため一度目の疑義照会。「咳のひどいとき」に変更された。その後患者に交付する際に、咳症状は一切ないことを確認。腹痛あり。二度目の疑義照会により 「フスコデ配合錠」ではなく「ブスコパン錠」の処方であったこと、用法は「痛いとき」のままよいことが確認できた。	「フスコデ配合錠」と「ブスコパン錠」は「フスコ」まで同一のカナであるため、処方せん発行時にミスがあったと考えられる。一度目の疑義照会時、カルテなどよく確認がされないまま回答された可能性がある。	今回の一件で、患者から聞き取った情報から判断することがいかに大切かを痛感した。症状については薬局では話しながらない患者もいるが、最終確認として聞き取りはしっかりと行う。	フスコデ配合錠	ブスコパン錠 10 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3782	腹痛を訴える患者様に対し鎮咳剤のフスコデ配合錠が処方されていたため疑義照会にて医師に確認したところ、ブスコパン錠の間違いであることが判明。医師の了解を得てブスコパン錠 10mgに処方変更。	薬品名類似による処方入力ミス	患者様による症状の訴えと処方箋内容に相違点がないか確認を必ず行う。	フスコデ配合錠	ブスコパン錠 10 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3783	新規患者。トラネキサム酸、フスタゾール、デキササルチンの処方。問診表への記入は口内炎のみだったため、他に症状はないか聞き取りをしたが、合併症はないことが確認されたのでフスタゾールの処方について照会。フスタゾールは中止され、フラビタン(5)に変更となった。	薬剤の名称が類似していることによる書き間違いもしくは入力間違いの可能性あり。共に耳鼻咽喉科で処方される薬剤であること。	新規処方や薬剤変更の際には、Pt.の症状を確認し、処方内容と照らし合わせて監査を行う。	フスタゾール糖衣錠	フラビタン錠 5 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3784	鎮咳剤のフスタゾール糖衣錠 10 m g が 9 錠 分3 と処方箋に書いてあり、量が多いので別の薬の可能性もあると考えてクリニックへ疑義紹介を行いました。	フスコデ配合錠 9 錠 分3 で処方を出そうとしたが、間違っって同じ鎮咳剤のフスタゾール糖衣錠を出してしまったと考えたので疑義紹介を行い、フスコデ配合錠 9 錠 分3 であると確認しました。	各薬剤の錠用量を覚えて、逸脱していないかを常に考えて調剤・監査を行っています。何か不明な点があれば疑義紹介を行うようにしています。	フスタゾール糖衣錠 10 m g	フスコデ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3785	処方箋にフスタゾール糖衣錠10m g と記載されていた。処方元の医療機関から咳の症状に対してフスタゾール糖衣錠が処方されることが初めてであり、通常フスコデ配合の処方が多いため調剤者が疑義初回を行った。結果、フスタゾール糖衣錠10m g は中止。フスコデ配合錠へ処方変更となった。	薬剤名が類似しているため、医療機関での入力変換間違いと考えられます。	服薬指導時に患者と会話し処方内容に不備がないかを確認する。処方内容に普段使われていない薬が処方されている場合や疑問を感じた場合には疑義初回を行うよう徹底する。	フスタゾール糖衣錠 10 m g	フスコデ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3786	持参された薬情には今までブラビックス錠75m g を飲まれていたが、今回初めて受診される病院ではプラザキサカプセル75m g が処方された。処方医に確認し入力間違いであることがわかり、処方変更となった	名称が似ているため入力ミスが起きてしまったと考えられる	現在服用中の薬についてしっかり確認する	プラザキサカプセル 75 m g	ブラビックス錠 75 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3787	一般名プラバスタチンナトリウム錠が処方されている患者さんに対し医薬品交付時にインタビューを行ったところ、採血はしていない、めまいがあって受診したとの発言があった。電話により疑義照会したところ、一般名ベタヒスチン錠の処方に変更となった。処方内容についてもプラバスタチンナトリウム錠1日2錠 1日2回朝夕食後7日分と、通常の処方とは異なる、違和感を覚える内容であったのでスムーズに疑義照会につなぐことができた。	処方箋では一般名処方となっているが、院内のカルテでは先発医薬品名での記載になっている。メパロチンとメリスロンとの入力間違いが考えられる。	今回のように疑義を感じた処方については、その違和感が微小であっても積極的に疑義照会をするべきであると周知。他院からの紹介で残薬の調節のために短い処方日数である可能性もあるので、しっかりと確認をする。本人の訴えがあやふやであったり、急いで帰る必要があるなど様々な状況が考えられるが疑義を解決してからでなければ調剤してはならないという基本を怠らないこと。	プラバスタチンNa錠5mg「サワイ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3788	2020年11月11日(水)18:40分ごろ来局。定期的に来局。風邪をひく。処方内容: 1、トラネキサム酸(250)6T 3X 2)コデインリン酸1% 5.0g 3X 3)酸化マグネシウム 0.5g 3X 4)プラビックス錠(75)1T 1XA 7TD 処方監査後、直ぐに患者さんに聴取し、処方間違いと気づく。疑義紹介したところ、プラビックス錠ではなく、ラスビックス錠の間違いであることが、発覚。難をのがれた。	類似名称が原因と思われる。	患者さんの主訴は、発熱は無く、鼻水、咳症状。医師との協議の結果、ラスビックス錠(75)も変更し、アジスロマイシン(250)2T 1XA 3TDにさらに変更決定。	プラビックス錠(75)	ラスビックス錠(75)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3789	プラビックス錠75mg 2錠分2の処方に疑問あり。フラビタン錠10mgだったことが判明。	フラまで打ち込んで入力したと考えられる	名称類似医薬品に注意する	プラビックス錠75mg	フラビタン錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3790	プレタールOD100mgが毎回処方されている患者様。今回プラビックス75mgに変更になっており患者様に確認したところ、体調も変わりなく変わったことは特はない。医師より処方変更の旨聞いていないとのこと。疑義を行い、プラビックス75mgが定期処方のプレタールOD100mgに戻った。	病院で入力時にプラビックスとプレタールの頭文字似ているため、入力を誤った可能性。	服薬ケア時には、患者様と一緒に処方内容の確認をしている。DO処方の場合は内容変わらない旨、変更になった際は変更になった旨と原因確認を患者様と共に行っている。今後もコミュニケーションを取りながら事前に過誤を防いでいく。	プラビックス錠75mg	プレタールOD錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3791	患者は90歳女性新患。来局されたのはご家族。外来受診が難しくなり、自宅への往診に切り替えた初回の処方であった。往診を機に、近くの薬局(当局)へ変えたとの事であった。「初回は今まで外来で貰っていた内容をそのまま出す」と言われた事を確認するも、お薬手帳の持参は無かった。出力された処方箋は全て一般名処方であり、かつ嚥下困難の為「粉碎・一包装」の指示も入っていた。その中に「【般】硝酸イソソルビド徐放錠20mg」の記載があり、粉碎指示に疑念を抱く。手帳もなく、ご家族も薬の事まで把握されておらず、疑義紹介の対象であると判断、医師への疑義紹介を行う。結論「【般】一硝酸イソソルビド錠20mg」の間違いであった。	先発医薬品名はそれぞれブランドル錠・アイトロール錠である。一般名が非常に類似しており、医療機関側の処方ミスである事が推測される。	過去の経験から、薬剤の中には徐放錠でも服用を優先し、粉碎指示が出るケースもある。しかしながら徐放錠は基本的に粉碎不可であり、いかなる場合でも疑義紹介の対象である。基本に忠実に、特に新患については必ず確認を行うよう周知した。	ブランドル錠20mg	アイトロール錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3792	今回から転院でA婦人科は初診薬の手帳は未持参で、医師には「以前の病院でフリウェルを飲んでいた」と告げたらしく、フリウェルLDを処方されてきた。投薬時にフリウェルは2種類あることを伝え、その場で家に電話をし、残っている薬のシートを家族に確認してもらった結果、「フリウェルULD」であることが判明。疑義照会実施後、処方がULDへ変更になった。患者様も2種類あることは知らずに名前さえ伝えればよいと思っていた様子。薬の手帳の必要性を理解していただき、今回から新規作成していただけた。	患者様への聞き取りがとにかく大事	初診の患者様には、副作用やアレルギー歴の確認、併用薬、既往歴など、丁寧に聞き取りを行っている	フリウェル配合錠LD	フリウェル配合錠ULD 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3793	薬局および病院は新規の患者様だったが前病院ではフリウェル配合錠ULDを服用中。医師からも引き続き同じ量で出すとの話だったが実際に処方されていたのはフリウェル配合錠LDだった。投薬時に患者様に確認したが変える話はなかったとのことだったので医師に疑義照会したところ間違えてしまったとのこと処方フリウェル配合錠ULDへ変更となった。	医薬品の名称がかなり類似しており、新規の患者様だったため医師も処方作成の際に誤った薬を選択してしまったと思われる。	類似名称で規格が違う薬はかなりの量があるため、新規の患者様は特にお薬手帳や交付時の聴取でその都度確認を徹底していく	フリウェル配合錠LD 「あすか」	フリウェル配合錠ULD 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3794	月経困難症で定期受診し、フリウェル配合錠LDを継続服用していた。8月来局時、処方がフリウェル配合錠ULDであったため患者様に確認したが受診時に説明をうけていないとのこと疑義照会。その結果フリウェル配合錠LDに変更になりました。	処方内容確認もれ	薬剤の規格・用法・用量の変更があった際は患者様に変更理由を確認しております。受診時に説明をうけていなければ疑義照会して確認をとっております。	フリウェル配合錠ULD 「モチダ」	フリウェル配合錠LD「モチダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3795	プリピナ点眼液を処方する予定がプリピナ液を処方。投薬時に患者聞き取りにより薬剤違い発見。電話にて疑義照会を行い薬剤変更。	カルテへの記載ミスやパソコンでの処方箋発行と思われるため予測変換ミス。	患者様からの聞き取り、症状の聞き取りをしっかりと行う。	プリピナ液0.05%	プリピナ点眼液0.5mg/mL		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3796	平素より当薬局をご利用頂いている患者様から、病院より処方箋のFAXを受信した。薬剤師が処方箋を鑑査したところ、普段とは違う薬効が全く異なる薬剤が処方されていることに気付いた。患者様に電話で確認したところ、未だ患者様が病院内に居ることが分かったため、処方箋を外来へ持参し、違う薬剤が処方されていることを伝えるように話した。病院ではすぐ違いに気付いたため、処方変更を行い正しい処方箋を発行し、患者様に交付した。	処方箋は一般名処方のクロピドグレル錠75mgだったが、おそらく医師の入力はプラビックス錠だと思われる。その際名前前の類似しているプリミドン細粒0.075gの処方に誤入力してしまった可能性を考える。	処方箋をFAXで受け取った際には、速やかに薬剤師による処方の監査を行うようにしている。	プリミドン細粒99.5%	プラビックス錠75mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3797	当薬局を定期的に利用する患者が処方箋も持って来局。当薬局では応需歴の少ないプリモボラン錠5mgが処方され、且つ嘔気時 3錠 分3 : 毎食後で処方されていた。監査投薬を担当した薬剤師がプリモボランが嘔気時に処方されていることに疑問を感じ、処方医にFAXで疑義照会した。その結果、プリンペラン錠5mgに変更となった。	プリンペランと入力するところ、医薬品名が類似しているプリモボランと入力したようだ。	新規処方薬や見慣れない処方薬に関してはその適応を確認するとともに、患者からの受診理由などの聞き取りやお薬手帳等、処方箋以外の情報を収集することにより、処方内容に間違いがないかどうか確認していく。	プリモボラン錠5mg	プリンペラン錠5		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3798	プリンゾラミド点眼液とアイファガン点眼液が処方されていたが、当該病院からはアイラミド点眼液として処方されていることが多かった。前回まで処方されていたプロナックも処方されおらず、薬歴の記入時点で当該病院に電話したものの病院がすでに営業を終了(土曜日13:05頃)しておりつながらなかった。翌日(月曜日)9:00病院に確認の電話をしたところ、プロナックと間違えてプリンゾラミドを処方していたことか発覚し、患者に連絡し交換することとなった。	今回処方分の薬剤が前回処方分と異なっており、患者が薬の変更について処方医から聞いていなかった時点で処方医に疑義照会すべきだった。	患者への特段の指示がなく処方される薬剤が変更されていた場合、処方医への疑義照会を行う。	プリンゾラミド懸濁性点眼液1%「センジュ」	プロナック点眼液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3799	メンタルCL;フルイトラン錠2mg1錠分1眠前処方。利尿剤の眠前処方であるため用法及び内容の確認したところ(一般名)フルニトラゼパム錠2mgの入力ミスであったことが判明。訂正後、処方交付。	「フル」2文字目までは名称同じため、3文字入力ができている。	追加新規薬剤に関して、病名、何に対して効果を期待しているのか、わかる範囲での聞き取りを行う。適応の用法外に当たるものの確認。	フルイトラン錠2mg	サイレース錠2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3800	いつもリリカカプセルとプルゼニドが処方されている患者様に、プルゼニドとサインバルタの処方あり。プルゼニドが朝食前だったこと、処方医がサインバルタに制吐剤を併せて処方することが多いことから、患者様に確認。便秘薬は今回処方必要なく、吐気止めを出すと言っているとのこと。疑義照会したところ、プルゼニドとプリンペランを間違ったと解答あり。処方変更となった。	処方箋入力時、「プ」と打って候補に表示された制吐剤のプリンペランを選ばなくてはいけないところ、便秘薬のプルゼニドを選んでしまったと考えられる。	処方内容の確認を行う。いつも処方されている薬でも、用法が異なる等あれば、患者様に質問して処方間違いがないか確認する。	プルゼニド錠12mg	プリンペラン錠5		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3801	咳が収まらない患者にフルタイド50エアゾールが処方され、投薬の際にお話したところ、病院では丸い容器の薬の説明を受けたとのこと。疑義照会を行い、フルタイド50ディスカスに変更となった。	名称の類似が原因と思われる。	外用薬が処方された際、特に小児においては年齢に適した剤形であるか、病院でどんな説明を受けてきたのかおうちの方にきちんと確認した上で交付する。	フルタイド50 μ gエアゾール120吸入用	フルタイド50ディスカス		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3802	以前からフルティフォームの処方であった患者様。処方がフルタイドに変更になっていることに鑑査時に気づき、患者様へ確認したところ受診時に変更の話はなかった様子。処方元に確認したところ、フルティフォームの間違いであり、処方変更となった。	頭文字2文字が同じ・似た規格の為、処方入力の際に間違えてしまったと思われる。	処方変更の際の確認を引き続き必ず行う。似た名称の薬品があれば薬局内で情報を共有する。	フルタイド50 μ gエアゾール120吸入用	フルティフォーム50エアゾール120吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3803	久しぶりに来局した患者。カルボシステイン錠500mg3錠分30日分と、フルタイド50 μ gエアゾール120吸入用1瓶が処方された。成人にも関わらず小児に用いる規格が処方されている為、患者に診察時の内容を確認したが吸入薬を処方するとしか聞いていなかった。医師に疑義照会したところ、本来処方したい薬剤と異なるものを処方していたことが判明した。	薬剤名称が類似している為、マスタ上で誤選択されやすいと思われる。3文字入力をしていれば防げている。	本来使われるべき薬剤と異なれば処方内容の確認を徹底する。	フルタイド50 μ gエアゾール120吸入用	フルティフォーム50エアゾール120吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3804	3歳の小児にフルタイド50ディスカスが処方され、おうちの方に話を聞いたところ、病院ではシュツとする薬を出すど聞いてきたとのこと。疑義照会を行いフルタイド50エアゾールに変更となった。	名称の類似、処方入力後の確認不足と思われる。	小児に外用薬が処方された場合、年齢に合っている剤形か、病院ではどういう説明をうけてきたのか確認した上で交付する。	フルタイド50ディスカス	フルタイド50 μ gエアゾール120吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3805	フルニトラゼパム 2 mg が朝食後で処方され用法もおかしいと思ったが、他の医療機関からの転院の為以前の処方と照らし合わせ処方確認	フルニトラゼパムとフルイトラン、名前の最初が同じで入力の際間違えた薬剤を選んでしまったのではないかとと思われる	内容と用法の確認及びお薬手帳などの確認をしっかりと行い今まで服用していた薬と比較して調剤するようにする。少しでも疑問があったら確認することを怠らないようにすること。	フルニトラゼパム錠 2 mg 「アメル」	フルイトラン錠 2 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3806	歯科よりフルボキサミン 2.5 mg が 1 日 1 回朝食後 1 錠で 2 日分処方されており、今回初めて処方された薬だったため服薬指導の際今回の薬が処方されることになった経緯を確認。診察時の話では、以前処方されていたレボフロキサシンをあと 2 日間服用するよう言われていたようだったので、病院に電話で疑義照会の実施。処方した医師もレボフロキサシンを処方したつもりだったようで、フルボキサミンが削除となり、レボフロキサシンを追加となった。	名称が比較的類似しているものの為、おそらく処方箋入力の際に選択を誤ってしまったものと思われる。	新しい薬が処方されていたら、処方意図について服薬指導の際しっかりと確認を行っていく。	フルボキサミンマレイン酸塩錠 2.5 mg 「JG」	レボフロキサシン錠 500 mg 「CH」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3807	総合病院・泌尿器科からの紹介で、従来から通院の診療所で治療を引き継ぐことになり、従来処方「シロスタゾール50mg 2錠」を追加した処方箋を家族が持参。前回来局時に処方を引き継ぐ話を家族から聞いており、他薬局で調剤の「プロスタール錠25mg 4錠」をもらっていたことを、家族の話とお薬手帳の記載から確認し、申し送りもされていた。聞いていた話と異なるため、投薬前に家族へ確認したところ、やはり泌尿器科でもらっていた薬を診療所からもらうことになったとのこと。疑義紹介の上、紹介状を再度確認してもらい、処方は「プロスタール錠25mg 4錠」に変更になる。	紹介状からカルテ、処方箋を入力する際、プロスタールと誤ってプレタールをマスターから入力。さらに25mg4錠から50mg2錠へ規格変更して出力していた。処方箋は製品名を入力すると一般名で印字されるよう設定されており、「シロスタゾール口腔内崩壊錠50mg 2錠」が印字されていた。紹介状からの処方引き継ぎ誤りが元々多い医療機関ではあった。	引き継がれる薬の薬効、以前の医療機関で処方されていた内容を必ず確認し、普段から併用薬を記録する。処方予定の薬がある場合、あらかじめその詳細を確認し、申し送り等で情報を引き継いでいく。	プレタールOD錠50mg	プロスタール錠25		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3808	他医療機関で一般名プレドニゾン吉草酸エステル酢酸エステル軟膏をスピラゾン軟膏で処方されていた。クリニック変更し、同じスピラゾン軟膏が処方される予定であったが、プレドニゾン軟膏の処方だったため、疑義照会。一般名プレドニゾン吉草酸エステル酢酸エステル軟膏に変更となった。	手書き処方箋で、類似一般名のため今回の意図しない処方せん発行となってしまったと考えられる。	過去の処方歴、前回からの変更点を患者と十分に確認し、医師との意思疎通が十分でなかった場合は問い合わせ等で確認。齟齬なく治療が行えるように努めていく。	プレドニゾン軟膏0.5%「マイラン」	スピラゾン軟膏0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3809	プレドニン錠5mg 2T 1X寝る前と記載があり 患者様は便秘の薬がでると聞いているとのこと。疑義照会して プルゼニド錠12mg 2T 1X寝る前に変更となった。	名称が似ているので 検索するとき似た薬品を入力。	患者様から いつもと違う薬が出たときは 患者の症状の変化を聞き取り 医師からの説明がどうであったか確認する。	プレドニン錠5mg	プルゼニド錠12mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3810	便秘である旨を伝え下剤を出すと言われたのだがプレドニンが処方されていた。1週間前に初受診で検査をしたこともありその結果を受けての処方とも考えられたが検査結果も全く異常なしであったということから処方誤りを疑い確認したところ、処方名の類似による間違いであることが判明。	プレドニンとプルゼニドの名称が類似していたため入力間違いをしまった	処方間違いの可能性も考えつつ、この処方が実は正しいという可能性も否定できないこともあるため、患者との服薬指導での聞き取りが重要である	プレドニン錠5mg	プルゼニド錠12mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3811	「プルゼニド錠12mg 2錠 分1 就寝前14日分」を処方すべきところ「プレドニン錠5mg 2錠 分1 就寝前14日分」で処方されていた。患者の服用歴や当該処方の用法・用量などから疑問に思い、患者に確認。便秘薬が処方されているはずと確認できた為、疑義照会を行った。疑義照会の結果プレドニン錠5mgからプルゼニド錠12mgへ変更となった。	薬剤名の類似による処方ミスと推定される。	定期薬以外の薬が出ていた際に、適応や用法・用量をしっかりと確認をする。また服用歴や既往歴、患者本人からの聞き取りにより、正しい処方であることを確認する。	プレドニン錠5mg	プルゼニド錠12mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3812	不妊治療でプレマリンで、投薬時、妊娠していると本人より訴えがあり、プレマリンが処方されており、投薬者は妊婦に禁忌の薬である事に気づき、疑義よりプロゲステンに変更となった。	名称が似ていたのでクリニックの事務員がカルテからの転記ミスと思われる	レディースクリニックの患者に関して根掘り葉掘り確認はしないようになっているが、妊娠に関しては特に注意が必要であるのでプレマリンなど更年期障害などに用いられる薬は妊婦に禁忌となっている事も周知した	プレマリン錠0.625mg	プロゲステン錠2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3813	患者：吐き気止めを処方すると言われた誤処方⇒プレマリン錠0.625mg3T分3毎N正処方⇒プリンペラン錠5mg3T分3毎N	前回プレマリンが出ており、今回エストロジェルに変更になった吐き気の訴えがありプリンペランを処方しようと思ったが、プレマリンと打ち間違えた	処方内容について患者に聞き取りを行う	プレマリン錠0.625mg	プリンペラン錠5		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3814	ドクターは経口プロスタグランジンE1誘導体製品を処方したかったところ、処方入力の際にプロスタグランジンE2錠を選択してしまったと思われます。患者様が男性だったこともあり、適応からも他の薬と総合して考えたところ、間違いではないかと疑義照会しました。ドクターに伝えましたところ、すぐに間違いだと気づかれ訂正し、処方変更となりました。	プロスタグランジンE1とE2の違いで、レセコン入力で、最初の文字入力が出てきて、選択間違いされた。	調剤の際、薬ひとつひとつを見るのではなく、1枚の処方箋を性別、年齢、全体の処方薬をみながら調剤していくことを徹底する。	プロスタグランジンE2錠 0.5mg	リマプロスタアルファデクス錠5μg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3815	男性に対して陣痛誘発剤のプロスタグランジンE2錠が処方されていたため疑義照会を行ったところ、プロサイリン錠の誤りであると判明し、変更した。	医師が入力する際、プロスタグランジン錠を一般名と誤認していたため。	処方監査時に薬効用法を確認し、男性に対する処方では考えにくいとして疑義照会を行った。	プロスタグランジンE2錠 0.5mg「科研」	プロサイリン錠20		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3816	痔疾患の患者様で処方用法にも肛門注入となっており、患者様確認すると痔で受診したとのこと、処方薬はプロスタンディン軟膏だったため適応は褥瘡の医薬品であり、医薬品名称ミス(プロクトセディル軟膏が正しい)の可能性を考え疑義照会し、プロクトセディル軟膏に変更となった。	処方箋監査の段階で患者の疾患について情報収集しておくことが重要	事例を情報共有し痔疾患で使用される薬剤について確認した	プロスタンディン軟膏 0.003%	プロクトセディル軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3817	当該患者に対し「プロスタンディン軟膏 40g 1日 1回 肛門部 塗布」と処方された。同時に酸化マグネシウムが処方されており、患者本人からも排便時の痛みであると聴取したが、プロスタンディン軟膏は通常肛門部には使用しないため疑義照会を行った。ネリプロクト軟膏との間違いと判明し、変更となった。	プロスタンディン軟膏は褥瘡に対し臀部などへ使用されることが多い。使用部位が近く、名前が似ているため医師がネリプロクト軟膏と混同したと思われる。	本来は処方鑑査時点で行う疑義照会である。肛門部に使用できる軟膏剤について周知を行った。	プロスタンディン軟膏 0.003%	ネリプロクト軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3818	プロスタンディン軟膏 5g 1日2回 眼瞼に塗布 と処方されていた。塗布 部位が眼瞼となっており患者様の様子 をみたところ眼瞼に潰瘍があるように はみえなかったため薬剤、投与量につ いて処方医に疑義照会したところプレ ドニン眼軟膏の間違いであったことが 判明した。	電子カルテで処方薬を選ぶ際に間違え たものと思われる。	用法・用量について疑問を感じた ら必ず疑義照会する。	プロスタンディン軟膏 0.003%	プレドニン眼軟膏		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
3819	フロセミド(20)が処方になっていた が、それ以外がすべて風邪処方であ り、患者様にも確認したところ風邪の 内容だったため、疑義照会実施。フロ セミドではなく、フロモックスに変更 になった。	病院側の処方箋記載不備(入力ミス) によるものと考えられる	処方内容と患者様からの聞き取り により不備の見逃しはしないように する	フロセミド錠20mg 「NP」	フロモックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
3820	プロチゾラム口腔内崩壊錠の記載のあ る処方を応需。投薬時症状について聞 いたところ不眠症状なく、血圧が高い と言われたと聴取。病院に疑義照会ア ムロジピン2.5mgに変更となった	口腔内崩壊錠の部分と規格のみをみて 入力したためと考えられる	症状、薬効の確認を投薬時に行っ ている	プロチゾラム錠0.25 mg「日医工」	アムロジピン錠2.5mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
3821	病院にてプロテカジンが処方、監査者 が鑑査時に手帳を見たところパリエッ ト服用中とのことだったので医師へ疑 義照会→プロマックDへ処方変更と なった	頭文字「プロ」の間違い。医師側の処 方ミス。	お手帳による情報をもっと大切に していきたい	プロテカジンOD錠10	プロマックD錠75		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
3822	通常2歳以上に使用するプロトピック 軟膏0.03%小児用が、4か月の患者に 処方されていたため、電話にて疑義照 会した。その結果、プロトピック軟膏 0.03%小児用ではなくてプレドニン眼 軟膏を処方するつもりだったことが判 明。プレドニン眼軟膏へ処方変更にな った。	処方入力する際に、同じ頭文字のため 入力間違いをしたと思われる。	年齢に対してその処方が適切か、 調剤や鑑査時にきちんと確認す る。	プロトピック軟膏0.0 3%小児用	プレドニン眼軟膏		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3823	乾燥肌の患者さんに定期処方されていたプロベトがプロトビック軟膏へ変更となっていた。体調変化について聞き取り・確認を行ったが特に悪化等症状の変化は見られないとの事から疑義照会とした。結果プロベトの誤りであり薬剤変更となった。	名称が類似していた為、記載誤りと考えられる。	薬剤変更時、患者さんの体調変化の確認や薬歴の再確認が重要。	プロトビック軟膏0.03%小児用	プロベト		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3824	今回プロトビック軟膏0.1%で処方されていたが、11歳なのに成人の薬が処方されていたのでお薬手帳を確認。他院ではプロトビック軟膏0.03%小児用が出ていたので医院に問い合わせ。結果、プロトビック軟膏0.03%小児用に変更。	医師の処方内容確認不足、類似薬のため入力間違い。	年齢確認、お薬手帳の確認、患者様とのインタビューをしっかりとる。	プロトビック軟膏0.1%	プロトビック軟膏0.03%小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3825	・2歳の小児に対しプロトビック軟膏を処方	・処方委の知識不足、または処方時の操作ミス	・患者情報を確認し交付する。	プロトビック軟膏0.1%	プロトビック軟膏0.03%小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3826	4歳の小児に対し、プロトビック軟膏0.1%が処方されていた。小児には禁忌のため疑義照会を行ったところ、プロトビック軟膏小児用0.03%へ変更となった。	同一成分の規格違いに対する意識不足 選択ミスなどが考えられる	必ず禁忌の項目を確認する小児に対する薬剤は特に注意する	プロトビック軟膏0.1%	プロトビック軟膏0.03%小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3827	8歳4ヶ月の小児にプロトビック軟膏0.1%が新規医薬品として処方されていた。小児だったため疑義照会を行った。その結果、プロトビック軟膏0.03%小児用に変更となった。	おそらくレセコンでの薬剤の選択ミスと推測される。	外用薬でも小児への使用が適切であるもの、そうでないものがあるため、適切でない疑いがある場合には、必ず疑義照会を行うようにしている。	プロトビック軟膏0.1%	プロトビック軟膏0.03%小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3828	5歳の子供にプロトビック軟膏0.1%が処方されていたが、小児禁忌のため問合せ、プロトビック軟膏0.03%に変更となった。	医療機関側で、カルテ記載ミスか入力ミスがあったのではないかとと思われる。	新人薬剤師がプロトビック軟膏の規格と年齢による禁忌についてまだ完全に理解できていなかったため指導した。	プロトビック軟膏0.1%	プロトビック軟膏0.03%小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3829	普段から当薬局をご利用くださっている患者様。12/2に血圧が高めということで「プロプレス錠8」が8日分で処方された。12/9再受診したところ、処方箋に「プロニカ錠」の処方あり。喘息等の既往歴もなく、今現在、咳などの症状もないということで、処方箋に間違いがあるのではと考え、疑義照会したところ、プロプレス錠に処方変更となった。	レセコン入力の際に頭文字の「プロ」と規格の「8」を見て、間違えたのではないかと考えます。	今回は薬歴をきちんと確認し、患者様の状態をしっかりと聞き取ったことで、過誤を未然に防ぐことが出来たので、今後も自分たちの仕事をしっかりと行うことを再確認しました。	プロニカ錠80	プロプレス錠8		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3830	前回、不眠症状を訴え臨時にてプロチゾラムOD錠のみ処方が上がっていた。今回、定期薬処方であり、今回追加処方分の症状に関して聞いたところそんな訴えはしておらず、前回分の薬をお願いしたとの聞き取りがあったため、処方医に疑義照会を行った。	今回、定期薬自体手術を控えていることから処方変更があった。そこに気を取られており、類似名称の処方を挙げてしまったのかもしれない。	平素から薬歴記載事項を充実させ、患者様とのヒアリングをしっかりと行うことで、病院側の処方ミスにも気付くようにしていきたい。	プロピベリン塩酸塩錠10mg「杏林」	プロチゾラムOD錠0.25mg「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3831	フロモックスの処方をPCで入力しようとして、プロモクリプチンメシル酸塩錠を選び間違えた	医師のパソコンの入力時の間違い	患者様に病名などを確認してから、投薬する。	プロモクリプチンメシル酸塩錠2.5mg「アメル」	フロモックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3832	今回は、けがのため抗生剤が処方されることになっている。プロモクリプチン錠2.5mg処方(パーキンソン病治療薬)。疑義照会実施することに。フロモックス錠100mg3錠3×5日分での処方変更を確認	頭文字が似ている為、入力間違いが生じたと推察される。	今後も引き続き、患者やその家族から情報を収集することにより、処方内容に間違いがないか確認していく。	プロモクリプチン錠2.5mg「タカタ」	フロモックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3833	膀胱炎の治療として前回フロモックス錠100mg、ソランタール錠100mg、マーズレンS配合顆粒が処方されていた。今回処方方がフロモックス錠100mg、トミロン錠100mg、マーズレンS配合顆粒となっており、抗生剤2種の処方に疑問を感じたこと、マーズレンS配合顆粒の処方が変わらないことから胃障害抑制目的としてのソランタール錠100mgとの入力ミスを疑い、疑義照会を行った。疑義照会によりトミロン錠100mg、ソランタール錠100mg、マーズレンS配合顆粒へ処方変更となった。	フロモックス、トミロン、ソランタールの規格・単位がそれぞれ100mgであり、用法も3剤全て同じであったことから、入力時に見間違いが生じたと考えられる。	同効薬処方時には注意する。処方全体を見ることや、過去薬歴を参照し、調剤を行う。	フロモックス錠100mg	ソランタール錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3834	処方された抗生剤が過去に薬疹の副作用が発生した履歴があったと、薬歴に記載があったため病院に電話で問い合わせた。結果、違う成分の抗生剤へ変更された。	患者様から得た情報が正確に薬歴に反映されていたため対応できた。	今後も患者様から有益な情報の聞き取りを行い薬歴に反映させていきます。	フロモックス錠100mg	ホスミン錠500		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3835	15年以上かかっていた病院から引っ越しとともに転院することとなった。新しい医師は少し専門外とのことで、患者も多少不安を持ちながら受診した。処方箋には同じ薬をもらえるように処方したからとのことだったが、わざわざ今までのかかりつけ薬局、当薬局に来てくださり、受付をすることになった。今までの経緯からみると、どう見ても同じ薬剤ではないと専門職ではすぐにわかることであるが、一般の患者ではわかりにくく、先生の言葉を信じていた。疑義照会をおこない、過去の薬剤と同じもの、同量を調剤することができた。	処方箋への入力が頭3文字で行われている点より誤りが生じたと思われる。また、新患で専門外の内容だったことも関係あると思われるが、医師同士の連携不足も影響していると考えられる。	かかりつけ薬局を持っていただくことの重要性が浮き彫りになった。特に速くに引っ越しをしてしまったときなど、かえってオンライン服薬指導、郵送なども利用し、患者との関係性を密にしておく必要を強く感じる。	フロリドゲル経口用2%	フロリネフ錠0.1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3836	血糖コントロールのため教育入院していた患者が、退院後かかりつけの医院受診後に来局。入院前に服用していたヘルベッサールR100mgの処方がなく、ベザトール徐放錠100mgの処方が新たに追加されていることを確認。患者様ご本人へ心臓の薬が中止となったか、高脂血症治療薬が追加となったか確認するが、そういった話はなかったとのこと。Drへ確認すると入力ミスであることが発覚し、処方変更となる。	処方箋入力時、前回履歴より転記しなかったため、名称・用量類似医薬品を入力してしまったと推測される。	投薬時、前歴との違いを患者様ご本人へ確認することを怠らない事が大事と再認識した。退院後の来局で、処方変更の可能性がある内容であっても、何のための入院か等を把握していれば違和感がさらに強まるため、引き続き患者様とのコミュニケーションをしっかりとって記録し続けていく。	ベザトールSR錠100mg	ヘルベッサールRカプセル100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3837	ベタニス錠50mg、ベシケアOD錠2.5mg服用中の患者。今回同病院にて、トビエース錠4mg、ベシケアOD錠2.5mg処方。ベタニス錠50mg処方削除。以前、他病院にてベシケアOD錠5mg服用で尿閉の副作用歴あり。トビエース錠4mg、ベシケアOD錠2.5mgどちらも抗コリン薬のため、副作用起きる可能性が高く疑義照会したところ、トビエース錠4mg、ベタニス錠50mg処方、ベシケアOD錠2.5mg処方削除となった。	効能効果、名称が似ていることによる処方ミス。	効能効果が似ている薬の違いをしっかりと把握しておく。患者の薬歴や副作用情報を確認してから調剤する。	ベシケアOD錠2.5mg	ベタニス錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3838	ベシケアを処方された患者の薬歴の併用薬にウリトスの記載があり、投薬時処方変更か確認したところ一緒に服用の指示があり、病院にカルテ確認してもらったところカルテの記載にはベタニス追加の内容があり、医師の薬品の選り間違いがあったと思われる。疑義照会后ベタニス50mgに変更。	ベシケアとウリトス同効薬のため投薬時に医師より併用可とのコメントがあったとの患者コメントにて疑問に思い疑義照会。	併用薬の聞き取りをきちんと行うことで今回のような事例は防ぐことができるため患者情報は丁寧に言うことが重要と思われる。	ベシケアOD錠5mg	ベタニス錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3839	眼科よりの処方にて、ベストロン耳鼻科用1% 点眼 処方あり。疑義にて、ベストロン点眼液0.5% へ処方変更	カルテ入力の際にまちがったと思われる	処方科をチェックして、処方内容を吟味	ベストロン耳鼻科用1%	ベストロン点眼用0.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3840	耳鼻科で外耳炎で受診された患者さまにベストロン点眼液が処方されていた。患者さまに確認したところ耳の症状で受診したとのことだったため、疑義照会を行ったところ、ベストロン耳鼻科溶液へ変更となった。	病院で2種類の用途での採用があり、入力のミスがあった。	眼と耳鼻用どちらの処方もある為、患者さまへの聞き取りにより必要となっている薬剤を判断する。	ベストロン点眼用0.5%	ベストロン耳鼻科用1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3841	初期鑑査にて「ベタキシロール」の用法が分3 毎食後であることに気づく。ベタキシロールの用法が1日1回であること、メニエール病によるめまいにて受診したと聞き取りができていたことから疑義紹介。処方入力ミスで「ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」分3 毎食後」の間違いであったことを確認した。	処方入力時の薬剤検索で頭文字1～2字での検索を行っているため候補となる薬剤が多く、選択ミスが起きたと考えられる。「ヘタ」の頭文字が同じであったことがミスを誘ったと考えられる。	処方入力時の3文字以上での検索、入力後の薬品名、剤型、規格の確認。	ベタキシロール塩酸塩錠5mg「トーワ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3842	近隣医療機関よりベタナミン錠50mg1錠分1 朝食後で処方あり。この薬剤は当薬局では取扱がない薬剤だったため、翌日取りにきていただくことになっていた。患者様帰宅後の薬剤調整中に、患者さんが「おしっこが近いので薬出してもらった」と話していたことを思い出し、処方元へ疑義照会したところ、ベタニス錠50mg1錠分1に変更になった。	処方元での処方箋入力時に類似処方である「ベタナミン錠50mg」と「ベタニス錠50mg」を間違ったと思われる。	初めて処方される患者さんには症状を聞き取り、処方内容と合っているか確認をする。	ベタナミン錠50mg	ベタニス錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3843	不整脈のため プロノン 服用中、頻尿症状辛く Dr に相談。ベタニス処方されたが プロノンとの併用禁忌により Dr に報告。ベオーバに処方変更される。	服用薬剤が多い時の 薬剤新規処方相互作用チェック 怠らないようにする。	新規処方されたときの相互作用等、必ずチェック。一人で判断せず 複数人でも 確認する。	ベタニス錠50mg	ベオーバ錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3844	ベタニス錠50mgとベオーバ錠50mgが処方されていた	同効薬はチェックする	鑑査時は処方箋の内容もチェックする	ベタニス錠50mg	ベシケアOD錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3845	クリニックからの照会書持参で広域病院に受診されたので現在服用中のお薬もそこに記載されていたと推測されるが同系統のお薬を処方された。間違っただお薬と変更になったお薬の頭の文字が同じなのでコンピューターの選択まちがいかもしい。	初診のためか患者さんが先生について信頼感をおもちでなかつたので患者医師とのコミュニケーション不足も感じられた。	他科受診時は特に患者聞き取りとお薬手帳の確認。	ベタニス錠50mg	ベシケアOD錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3846	背中のかゆみを訴え、ステロイドの外用剤の使用指示があり、ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルローション0.05%が処方された。しかし、ローション剤は毛髪部に塗布しやすいが、背中に塗布する場合は、かえって薬剤の接触時間が短くなり十分な薬効が発現できないと判断。そのため、医師に軟膏剤への剤型変更を提案した。結果、ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルへ処方変更となった。	外用剤の一般名処方長い為、医師の処方箋時の選択に困惑が生じていると推測。	患者が使用しやすい剤型への変更によるQOL向上への寄与。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルローション0.05%「MYK」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3847	クロベタゾン酪酸エステル軟膏を顔に塗布していた患者が、少なくなったので、追加処方を希望したところ、処方箋にはベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏の記載があった。	名称の類似による選択間違い	薬歴と患者本人への聞き取りを実施する。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%「JG」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「テイコク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3848	患者家族が薬局。受付時にベタメタゾン軟膏(一般名)・リンデロンVG軟膏・サトウザルベ軟膏のmixが処方されていた。強さの違うステロイド同士の混合の意図が不明だったため、患者家族は医師に確認せずにこのまま調剤してもいいと言われていたが、疑義照会をした。その結果、ベタメタゾン軟膏が削除され、アズノール軟膏が追加、アズノール軟膏・リンデロンVG軟膏・サトウザルベ軟膏の3種mixとなった。	医師がオーダーリングシステムで入力する際、アンテベート軟膏(ベタメタゾン軟膏)とアズノール軟膏を選び間違えたのではないかと考えられる。	患者家族が疑義照会せずに処方通り出してと申し出があったとしても、疑問が残る処方に関しては疑義照会を必ず行い、疑問をゼロにしてから調剤するようにしている。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」	アズノール軟膏0.033%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3849	平素から当薬局を利用している87歳女性。当日はご家族が代理で薬局。体の震えが気になり受診したとのこと。今回ベネシッド錠250mgが追加となっていた。適応は痛風。ご家族の聞き取りより、痛風や尿酸値についての指摘は無かったとのことだった。疑義照会施行。「メネシット配合錠100」の誤りだったと発覚した。	「ベネシッド」「メネシット」薬剤名が類似していたため起こったミスと考えられる。	処方変更があった際は、薬歴・手帳・患者からの聞き取り等により、適切な処方であるかを必ず確認する。	ベネシッド錠250mg	メネシット配合錠100		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3850	通常起床時のベネットが食後処方のため疑義紹介したところベネシッドの間違いであった。	商品名類似。	用法用量確認徹底。患者への聞き取りの徹底。	ベネット錠17.5mg	ベネシッド錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3851	骨粗しょう症治療薬であるベネット錠2.5mg 2錠分2朝夕食後の処方箋を応需。用量用法に疑義が生じ、疑義紹介をしたところ、高尿酸血症治療薬であるベネシッド錠250mgの間違いであることが判明。	ベネット錠2.5mg ベネシッド錠250mgの薬品名・規格量の類似	調剤過誤防止システム使用の徹底。複数名での確認。患者聞き取りの徹底。	ベネット錠2.5mg	ベネシッド錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3852	ヘパリン類似クリーム「アメル」とリンデロンV Gクリームが処方。配合変化を調べたがデータが見つけれず配合変化の懸念有りのため安定性データのあるヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」へ変更となった。※ヒルドイドソフト軟膏は配合変化ありだが、ヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」に関しては安定と確認	配合変化についての情報の確認不足	配合変化について情報の共有	ヘパリン類似物質クリーム0.3%「アメル」	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3853	配合変化の懸念あり、ヘパリン類似物質クリームから、安定性データのあるヘパリン類似物質油性クリームへ変更となった	配合変化についての情報の確認不足	配合変化についての情報の共有	ヘパリン類似物質クリーム0.3%「アメル」	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3854	前回までヒルドイドソフト軟膏で処方があったが、今回から、一般名処方になった。記載された一般名がヒルドイド類似物質クリームであったので、基材の変更でよいのかの確認を行ったところ、油性クリームを選択すべきところを選択を間違ったとの事	類似名称には注意が必要	薬歴の確認を行う	ヘパリン類似物質クリーム0.3%「ラクール」	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニットー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3855	トアラセット配合錠 3T 3×毎食後14日分ベポタスチンベシル酸塩OD(10) 2T 2×朝夕食後 14日分処方されていた。服用中の薬として、トアラセット配合錠とタリージェ(5)があり。患者様本人にタリージェ(5)中止になったこととアレルギー症状があるのか確認。いつもと同じ薬が処方されるはずと確認できたため医師に疑義照会した。ベポタスチンベシル酸塩OD(10)からタリージェ(5)に変更となった。	医師側が処方せん入力をする際、タリージェ(5)の頭文字「タリ」で検索し、先発品名「タリオン」も検索に引っ掛かり、こちらを選んでしまい、処方せんには一般名「ベポタスチンベシル酸塩(10)」で記載されてしまったと思われる。	処方箋を受けとったら、薬歴簿で服用中か新規か事前確認し、怪しい点があれば患者様に確認。調剤に取り掛かる前に疑義照会で、患者様の不安を取り除ける。	ベポタスチンベシル酸塩OD錠10mg「タナベ」	タリージェ錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3856	常日頃から当薬局を利用している患者が今日は脈が速く新しい薬が処方されたという話をした。処方箋にはベラプロストNa錠2錠朝食後の記載があった。新処方の薬はベラプロストNa錠ではないのでは?と思い、処方医に電話で疑義照会をした。その結果、ベラプロストNa錠ではなくベラパミル40mg錠に変更になった。	処方医はベラパミル錠を処方するつもりだったが、ベラプロストNa錠と記載したようだ。	患者からの聞き取り時、処方箋と症状が合致しているかどうか考えながら薬を交付することを心がける。	ベラプロストNa錠20μg「YD」	ベラパミル塩酸塩錠40mg「タイヨー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3857	定期のベルジピンからベルサンチン100への処方変更。処方変更に関してはDRは特に言及がなかったと、患者聞き取りにて確認。服用目的を確認するが「降圧作用目的での服用」との事。適応外の為DRに問合せを実施。	ベルサンチンL150が販売停止、ベルサンチン100への代替の案内あり。販売名類似の為、ベルジピンL40⇔ベルサンチンL150をDRが誤認して処方変更に至った様子。	処方変更時には、患者に変更の意図が説明されているのか要確認を実施。患者聞き取り内容と相違があれば、必ず疑義にて服用目的を確認してからお渡しする事の徹底が必要。	ベルサンチン錠100mg	ベルジピンLAカプセル40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3858	ベルソムラ錠10mgが処方されていたが、併用薬にCYP3Aを阻害するような注意薬はないので疑義照会させていただきました。	処方の確認不足だと考えられます。	知識がないと低用量をしようとしただけと考えるかもしれないので、それぞれの薬の特徴を調べて知識としてしておくことが必要だと再認識しました。	ベルソムラ錠10mg	ベルソムラ錠15mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3859	一般名処方 ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム眼科用液をベタメタゾンリン酸エステルナトリウム・フラジオマイシン配合点眼点鼻とカルテの記載ミスに薬局で気づき疑義照会しました。ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム眼科用液へ変更の指示がありました	多忙な時間中でDrのカルテ記載のミスが考えられます	今後も、名称が似ている医薬品に注意して処方監査を継続して行います	ベルベゾロンF点眼・点鼻液	ベタメタゾンリン酸エステルNa・PF眼科用液0.1%「日点」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3860	内科(高脂)からの処方ではポアラ軟膏5g 10本、肛門に処方されていた。肛門周囲の炎症かと思ひ、患者様に主訴をお聞きすると痔であると医師に言われたとおっしゃいました。ポアラ軟膏には痔の適応がなく、ボラザG軟膏を処方したかったのではないかと思ひ、疑義照会したところボラザG軟膏2.4g 10本に処方変更となった。	名称が類似している。肛門科からの処方ではなかったためボラザG軟膏に馴染みがなかった。	患者様からの主訴の聞き取りをきちんとする。	ポアラ軟膏0.12%	ボラザG軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3861	通常糖尿病内分泌内科を受診されていた患者さまが、今回循環器内科を受診。薬が足りないことを主治医に話したところいつもの薬をだしておきますねと言われてだしてもらった。入力ミスにより、いつも服用されているボグリボース錠OD0.3mgのところをボグリボース錠OD錠0.2mgで処方されていた。患者様に確認すると、薬は変わっていないと言われ疑義確認を行い変更となった	いつも受診されている科以外の科を受診されたときに、前回と同じ薬が処方されていたら注意をし確認を行う	過去の薬歴を確認し、疑問があれば患者に医師から説明があったかを聞く	ボグリボースOD錠0.2mg 「サワイ」	ボグリボースOD錠0.3mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3862	事前に、患者様からポララミン錠剤からドライシロップに変更になると伺っていたが実際にはホスミシンドライシロップが記載された処方箋を持参された。症状の確認と薬剤が変更になる旨を聞いてるか確認したところ、変更の可能性は低いと判断し疑義照会を行った結果、処方間違いであることが判明。ポララミンドライシロップに処方変更となった。	今まではポララミン錠を服用していたのドライシロップへの変更であったが、ポララミンとホスミシンの名称が似ていたことが選択間違いの要因と考えられる。	お薬手帳や患者さまからの聞き取りがきちんと行われていれば気付くことができると実感した。患者様に必要な治療が適切に行われるように、聞き取りを強化していく。	ホスミシンドライシロップ400	ポララミンドライシロップ0.2%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3863	FAXで送られてきた処方せんには、ホスミシン錠500mg 2錠分28日分であった。しかし、抗生剤が28日分とは少し長期間なので、念のため疑義照会したところ、以前にも処方されたことがある、ポララミン錠2mgの間違いとわかり、それに変更となった。	病院の入力ミスと思われる。	疑問に思うことがあったら、病院に疑義照会する	ホスミシン錠500	ポララミン錠2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3864	【般】アレンドロン酸錠35mgが5年ぶりに処方された本来週1回の製剤だが、月1回の服用指示がDrからあり処方箋も月1回の用法で処方されていた問い合わせの上、月1回製剤のボンピバ錠100mgに変更になった	DrカルテはもともとH27年のものは「ボンピバ錠35mg」での記載だったと思われる今回一般名処方対応で処方されている医療機関のため、すべて一般名で処方Dr自身がアレンドロン酸がボナロンであることを理解できていなかった可能性が大きい月一回製剤でないものが処方されている、と疑義照会したところ、「では何がありますか?」との問いにボンピバ錠、ベネット錠、リカルボン錠などがあります」と回答したところ「ではボンピバ錠で。飲んだことあるし」との回答があったボンピバの服用歴はなく、ボンピバとボナロンの間違いの可能性もあったが、Drの処方意図とは間違いがないため、今回は説明の上これで調剤した	一般名処方が増えて、疑義照会の際にもDrにわかりやすいよう先発品名も併せて示しながら照会するようにしている	ボナロン錠35mg	ボンピバ錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3865	処方コメントに「4週間に1回」と記載があるが、週1回内服製剤であるボナロン錠35mgが処方されていた。疑義照会を行い、4週間1回内服製剤であるボノテオ錠50mgへ変更となった。	骨粗鬆症薬の内服方法の多様性、「ボ」から開始する4文字の薬剤であることから起こった事例と考えられる。	類似薬の用法用量に関して、薬局内でも周知する必要がある。	ボナロン錠35mg	ボノテオ錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3866	処方コメントに「4週間に1回」と記載があるが、週1回内服製剤であるボナロン錠35mgが処方されていた。疑義照会を行い、4週間1回内服製剤であるボノテオ錠50mgへ変更となった。	骨粗鬆症薬の内服方法の多様性、「ボ」から開始する4文字の薬剤であることから起こった事例と考えられる。	類似薬の用法用量に関して、薬局内でも周知する必要がある。	ボナロン錠35mg	ボノテオ錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3867	他の処方薬が30日分処方されており、新規でボナロン35mgが4週に1回で2日分処方されていた。患者にも確認した所、4週間に1回服用するようにと処方医からも言われていたようで、疑義照会をしたところ、ボノテオ50mg 4週に1回の2日分に変更となった。	名称が類似しており、オーダーリングシステムで間違った薬剤を選択してしまったと考えられる。	処方箋を確認する時は薬剤だけではなく用法や処方日数まで確認するよう心掛けており、これからも続けていきたい。	ボナロン錠35mg	ボノテオ錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3868	今回よりアレンドロン酸錠35mg(一般名処方)が追加処方となった。用法が月1回起床時1錠服用で1日分の処方であった。患者より「医師からは月1回の服用」と聞いているとの聞き取りを行い、また他の内服薬は30日の処方であったため疑義照会が必要となったが土曜日午後の受付であったため、医療機関はすでに終了しており月曜日に疑義照会した。ボンビバ100mgを処方するところを誤ってボナロン錠35mgを処方したとのことでボンビバ錠100mgへ変更となった。	用法・日数にも注意が必要である。	患者からの聞き取りと処方監査を確実にを行うように周知した。	ボナロン錠35mg	ボンビバ錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3869	当薬局では初診。服薬指導時に除菌が二回目と分かり疑義照会。疑義照会后2次除菌のポノピオンに変更	ピロリ菌の除菌がうまく行かなかった可能性	手帳や聞き取りによる併用薬のチェックを心がける	ポノサップバック400	ポノピオンバック		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3870	ポノサップバック400が処方され、患者の服用歴を確認したところ以前にもポノサップバック400が処方されていた。本人にも確認したところ、医師からも今回は2次除菌ということで前回とは違う種類の薬を出しておくとのお話があったと話していたので疑義照会し、結果ポノピオンバックへの処方変更となった。	処方箋の入力時に薬品名が類似している薬を誤って選択してしまった可能性が考えられる。	服用歴は必ず毎回確認し、患者が主張している疾患、状態と処方内容が適切であるかを確認してから調剤を行う。	ポノサップバック400	ポノピオンバック		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3871	2020年5月にポノサップバック400 同医療機関から処方あり 今回、再度同薬品が処方 患者様に確認すると一時除菌が失敗したので2次除菌を行うとのこと。そのため処方内容問い合わせを行った。	医師の処方入力ミスか、名前が非常に似ているので間違えてしまったのかも。	過去の薬歴を確認し患者様に事情を聞いた後に医師に問い合わせることを徹底している。	ポノサップバック400	ポノピオンバック		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3872	9月にポノサップバックが処方されていて、今回二次除菌。しかし、処方されている薬はポノサップバックのため疑義紹介。ポノピオンバックに変更となる。	薬品名が類似のため、選択間違いと思われる。	患者からの聞き取り・薬歴から処方鑑査を徹底する。	ポノサップバック800	ポノピオンバック		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3873	該当患者が普段より来院しているクリニックでの定期処方ではない処方内容。ワンアルファ0.5μgが20日分とポノテオ50mgが4日分の処方記載あり。ポノテオ50mgは4週間に1回の服用の為4日分だと4か月ほどの処方日数であるため同じビスホスホネート製剤の中で週1回服用の処方が必要であったと判断し疑義照会を行いポナロン錠35mg 4日分の処方変更となった。	処方医が類似名称であるポノテオとポナロンの選択ミスの可能性。処方医がポノテオの用法を把握していなかった可能性。	ビスホスホネート薬剤を1か所の棚に集めて普段より意識を徹底し、週1回服用製剤と4週間に1回および月1回の服用製剤の区切りをつけて確認している。	ポノテオ錠50mg	ポナロン錠35mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3874	ピロリ除菌のため、ポノビオンパックが処方されたが、患者様の話をよく聞くと、除菌療法は今回が初めてとの事。(4月に初めてユービット検査をうけ、7月の受診時に検査結果を知らされず、10月の受診時に検査結果を知った。陽性と分かり、除菌療法をすることになった。)	検査を受けて、除菌療法を開始するまでに期間が半年も空いたことも、1次除菌なのか2次除菌なのか分かりにくくなったと考える。また薬剤名も似ているので、処方時の薬剤選択ミスにつながりやすい。	当薬局のみご利用の患者様のため、調剤履歴を確認し、1次除菌の薬の調剤履歴がないことを確認。ポノビオンパックは2次除菌の適応のため、医師に疑義照会し、ポノサップパック800に処方変更となった	ポノビオンパック	ポノサップパック800		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3875	ピロリ菌の2時除菌に使われるポノビオンが処方されていたため、ピロリ菌の除菌をしたことがあるか確認したところ、初めてピロリ菌の除菌を行うということで、先生に確認。1次除菌に使うポノサップに変更になりました	ポノビオンが二次除菌に使われる薬だと先生が知らなかった。または名前が似ているので選び間違い	ポノビオンが出た場合、ピロリ菌の除菌をした事があることを確認する	ポノビオンパック	ポノサップパック400		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3876	ピロリ除菌1回目の薬剤のところ、再除菌の薬剤が処方されていた。	処方医の処方間違い	見落としのない処方監査・患者からの情報収集を継続	ポノビオンパック	ポノサップパック400		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3877	初回のピロリ除菌薬として、ポノビオンパックが処方される。疑義照会して、ポノサップ400に変更となりました。	カルテ書き間違えたとDrの話でした。	患者さんの年齢、病歴、副作用歴、併用薬を確認して投薬するとともに、平素から薬の知識を増やす努力をするように心がけています。	ポノビオンパック	ポノサップパック400		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3878	ポノピオンパックが処方されていたが1次除菌の記録なし(患者からも除菌の治療は初めてと確認)。またネキシウムカプセルが継続して処方されており除菌判定前はファモチジン錠に処方が切り替わることが多いがその形跡もないため疑義照会しポノサップ400へ処方変更になった	医薬品名類似	治療歴の確認を行う、名称を要確認する	ポノピオンパック	ポノサップパック400		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3879	ポビドンヨード外用液10%の用法がうがいとなっていたため間違いが発覚した	%以外の表記が似ているため間違えたと思われる	規格などには必ずチェックを入れて間違えないようにする	ポビドンヨードゲル10%「明治」	ポビドンヨードガーグル液7%「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3880	ポビドンヨードうがい という記載で、ガーグルという記載がなかった。パーセントの記載もなく、疑義照会を行った。	含嗽用液に訂正され 正しい内容で渡せました。	処方箋と一緒に記載されていた内容と整合性を鑑み、疑義照会をした。	ポビドンヨード外用液10%「イワキ」	ポビドンヨード含嗽用液7%「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3881	ポビドンヨード外用液10%がうがいの用法で処方されており、疑義照会したところポビドンヨード含嗽用液7%へ変更となった	レセコン入力時の規格選択ミス専門外処方のためポビドンヨード外用液10%はうがいには用いられないことを医師が把握していなかった	処方監査時に規格、用法までしっかりと確認を行う。ポビドンヨード外用液10%は消毒用でありうがいには用いられない旨を病院側へお伝えした。	ポビドンヨード外用液10%「明治」	ポビドンヨードガーグル液7%「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3882	処方箋に【般】ポビドンヨード外用液コメントにてうがい時に適宜使用と記載。外用液はうがい時に使用しないため、疑義照会にて処方薬について確認を行った。入力間違いを確認し、ポビドンヨードうがい液に変更となった。	処方箋を出す際、外用液とうがい液が同一のものと思い入力していた。一般名で処方する際、類似薬があることを把握していない可能性がある。	調剤時にて処方内容の確認を徹底して行い、鑑査時に疑義漏れが発覚したらミスの件数にカウントし、毎月のミス件数を報告している。	ポビドンヨード外用液10%「明治」	ポビドンヨードガーグル液7%「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3883	風邪で受診の患者にポビドンヨード外用液10%が処方された。疑義照会し、ポビドンヨードガーグル液7%に変更となった。	医療機関側の入力ミスと医薬品名称の類似。	今後も薬歴を活用し、お薬手帳や患者への聞き取り、処方せん以外の情報も含めて収集することにより、処方内容に問題がないかどうか確認していく。	ポビドンヨード外用液10%「明治」	ポビドンヨードガーグル液7%「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3884	婦人科よりポビヨドン液10% 10ml 医師の指示通りと記載された処方箋を 応需。医師の指示通りとの記載より、 患者に使用部位や使用回数、処置の有 無や傷の有無等の症状を伺ったところ 処置は行っておらず、傷もない。今日 はうがい薬をだしてもらった。との返 答があったため疑義照会を行った。ポ ビドンヨードガーグル液7% 30ml (1本) 1日数回うがいのする処方の 誤りだったと処方医から返答をいただ いた。	ガーグル液と消毒液の認識不足(知識 不足)と処方オーダー時の検索文字数 の不足等による選択ミスが考えられ る。コロナウイルスにインジゲル が有効との報道により、ガーグル液 の処方がよくでるようになったが使い 慣れていない医師による処方が多く なったため起こったミスであるとも考 えられる。	スタッフ全員にガーグル液と消毒 液の在庫があることを周知した上 で、患者の話をよく聞き、外用薬 に関しては使用方法や使用部位ま で確認を徹底するように取り組ん でいます。使用部位や使用方法を 確認することで防げた誤処方だと 考えられる。	ポビヨドン液10%	ポビドンヨードガーグル液 7%「明治」		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
3885	ポルタレンSR37.5 3p 1日3回 毎食後 5日分↓ ポルタレン錠2.5 3T 1日3回 毎食後 5日分	コンピューター入力選定ミス	多規格剤形の確認 製剤上の違 い、徐放錠、普通錠について確認	ポルタレンSRカプセル 37.5mg	ポルタレン錠2.5mg		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
3886	今回より、ボンアルファハイ軟膏20μ gが追加あり。発見者：当薬局でめつ たに処方されない薬剤の為、処方理由 を確認するように投薬者に伝達。投薬 者：追加処方理由「足の皮膚が厚いの でそこに使用」と聞き取り。発見者： ハイ軟膏20μgの適応は「尋常性乾 癬」の為、「掌蹠角化症」適応のある ボンアルファ軟膏2μgの間違いの可 能性を考え疑義照会し、変更となる。	同成分の規格違いの為、適応症が同様 であるとし、処方に至った可能性。ま たは、名称が近い入力間違いをし た可能性あり。	自身の薬局で取り扱いが珍しい薬 剤については、必ず適応・用法・ 用量に間違いはないか、添付文書を チェックする。自身が気になる点 について、書き残し、誰が投薬者 になっても投薬者を通じ確認でき る様に伝達している。	ボンアルファハイ軟膏20 μg/g	ボンアルファ軟膏2μg/ g		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
3887	ボンピバ(100)起床時 火曜日 週1回で初処方。ボンピバ(100) は月1回の製剤のために、問い合わせ。 ポナロン(35)の間違いで、変 更になった。	用法の確認をしっかりと行う。	処方監査(特に初処方)の場合 は、しっかりと行う。	ボンピバ錠100mg	ポナロン錠35mg		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3888	マグコロールPは大腸検査前処置や腹部外科手術時における前処置に用いられるものなのでいつも院内で処方される。手書きの院外処方だったので患者家族にそのような予定があるのか確認。すると、そのような予定はなく、前回から服用のものを継続でもらったとのこと。前回処方にはモビコール配合内用液があったため、処方薬の名称間違いの可能性が高まり疑義紹介した。	どちらも排便に関する薬剤で薬品名も似ているため、医師が勘違いして書いたと推測される。	薬品名が類似していることを周知し。通常、当該病院では院内処方である薬剤なので、そのような処方は要注意。さらに、手書き処方箋となると、病院の採用ではない薬剤であることが多いので、処方された経緯をきちんと患者から聞き取り、必要であれば病院に確認するように周知した。	マグコロールP	モビコール配合内用剤		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3889	投薬時に患者から「火傷の痕の修復目的で受診した。ビタミンCが入った薬が出る」と聞き取った。またミオナールの薬効を説明すると体の痛みはなどのことだったため、「ミオナール」と「シナール」の間違いではないかと思い、疑義照会した。医療機関の入力ミスであったことが発覚し、シナール錠に変更となった。	薬剤名が類似していた	類似薬を注意喚起している	ミオナール錠50mg	シナール配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3890	医薬品の交付時に患者様から診察時にミオナールについての説明はなく、ビタミンの薬が処方されると聞いていたのですがと確認。処方医に電話で確認したところミオナールではなくシナールが処方予定であった。	ミオナール、シナールと語尾がお互いに～ナールであったため	医薬品交付時に診察時の背景について患者様からの聞き取りを怠らない	ミオナール錠50mg	シナール配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3891	眼科処方にてミオナール錠が処方されたため、適用を確認するため疑義照会を行ったところシナール配合錠に処方変更となった。	名称が似ていたため入力を間違えてしまったことが考えられる	効能効果が治療目的にあっているか必ず確認を行う。	ミオナール錠50mg	シナール配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3892	アダラートCR錠40mg、ヒドロクロロチアジド錠12.5mgを継続していた患者が、今回からミカムロ配合錠APが追加となっていた。カルシウム拮抗薬の成分が重複していたため患者に聞き取りを行ったところ、「薬がひとつ減ると聞いている」とのこと。病院へ電話にて疑義紹介を行った結果、ヒドロクロロチアジド錠12.5mgは削除、ミカムロ配合錠AP→ミコンビ配合錠APへ変更となった。	ミカムロ配合錠とミコンビ配合錠の名称類似	薬局内で情報共有、配合錠の成分に注意する	ミカムロ配合錠AP	ミコンビ配合錠AP		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3893	アムロジピン錠10mg、ミカムロ錠AP記載の処方箋を持った患者が来局。アムロジピンの総量が10mgを超えるため問い合わせ。ミコンビAP錠に変更となった。	処方内容確認不足、名称が類似していたため間違えた恐れあり。	配合錠が増えているため成分量・重複がないかを毎回確認	ミカムロ配合錠AP	ミコンビ配合錠AP		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3894	ミカムロBPの処方だったのでニフェジピンの追加があり、カルシウム拮抗剤の重複かと確認したが、薬の手帳にて以前からの服用薬を確認したらミコンビの服用だったので、医師に電話にて、以前の医院からの薬を説明し、ミコンビBPへの変更とニフェジピン追加を確認した。	血圧の薬も多くの配合剤が処方されているため、配合内容を確認せず、また名称も似ている薬が多いのが要因と考えられる。	配合剤に関しては調剤時に必ず内容を確認する事。	ミカムロ配合錠BP	ミコンビ配合錠BP		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3895	平素よりミケラン点眼液2%を1日2回点眼で使用されている患者さんであった。今回はミケランLA点眼液2%が1日1回で処方されていた。コンプライアンス向上の目的で1日1回タイプに変更になったのかと予想されたが、患者さんは変更になることを聞いておられなかったようであった。疑義照会を行った所、ミケラン点眼液2%の誤りであったとのことで、平素から使用されているミケラン点眼液2%へ変更になった。	ミケラン点眼液とミケランLA点眼液は、薬品名が類似しており処方のオーダー時に選択を間違いやすい事が予測される。	今回のように、コンプライアンス向上のための処方変更の可能性が予測された場合でも、処方変更について医師から聞いているか、患者さんに聞き取りをすることが重要であると思われる。	ミケランL A点眼液2%	ミケラン点眼液2%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3896	ミケランL A点眼液から、ミケルナ点眼に処方変更。患者より、右目の眼圧が上がっていたため、薬変更と確認。 【前回処方(7月)】ミケランL A点眼液 1日1回両目ラタノプロスト点眼液 1日1回両目ネオメドロール軟膏【今回処方(11月2日)】ミケランL A点眼液 1日1回両目アイファガン点眼液 1日2回右目・疑義照会にて、ミケランL A点眼→ミケルナ点眼に変更。	両点眼液ともに「ミケ」から始まるため、処方入力時のミスかと考えられる。	処方変更時は、交付時に症状の経過と医師からの指導内容の確認を行い、処方変更内容と一致しているかを確認しています。	ミケランL A点眼液2%	ミケルナ配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3897	ミケラン点眼1%(非持続タイプ)が1日1回で処方。1日1回タイプはミケランLA点眼なので念の為、問い合わせ。以前まで出していたミケルナ配合点眼薬の間違いであるとのこと。	すごく混んでいたようでDr.の薬剤選択ミスと思われる。	疑問に感じたら、そのままにせず念の為、問い合わせをすること。	ミケラン点眼液1%	ミケルナ配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3898	処方にてミケラン点眼液2% 2.5ml 両眼 1日1回 朝点眼。用法が1日1 回ということで、名称類似のミケラン LA点眼液2%のほうではないかと疑 義照会。結果ミケランLA点眼液2% であったとのことで変更調剤。	ミケラン点眼液の類似名称。	ミケラン点眼液には普通のものど LAがあること。また、1%と 2%があることも薬局内のスタッ フで情報共有を行っている。	ミケラン点眼液2%	ミケランLA点眼液2%		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
3899	医師の手書きの処方箋で2%ミケラン 点眼液 1本 1日1回朝という処方 をお預かりした。ミケラン点眼液2% 5ml 1本と思い込み調剤してお渡しし てしまった。投薬後、交付者がミケラ ン点眼液2%は使い方が1日2回である ことに気が付き処方医に電話にて疑義 照会をした。処方医からはミケラン点 眼液2%ではなくミケランLA点眼液 2% 2.5ml 1本と指示をいただき薬 が変更になった。すぐに患者様に電話 し薬が変更になったことを伝えた。お 渡しした薬はまだ使っていなかった。 後日患者様が来局してお薬を交換し た。	手書きの処方箋	処方箋鑑査の時にミケラン点眼液 2%なら1日2回であること、1 日1回なら長時間作用型のミケラ ンLA点眼液2%であることを医 師に疑義照会をする。	ミケラン点眼液2%	ミケランLA点眼液2%		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
3900	(般)カルテオロール塩酸塩点眼液 2%(非持続性)20ml 両眼1日1回 で処方されていた。患者様に確認した 所、「この薬を使うのは初めてで先生 より1日1回の点眼でよい」と説明を受 けていた。初回開始濃度と持続性処方 の間違いの可能性を疑い疑義照会をし たところ、「濃度は2%のままでもよ いが、持続性処方の間違い」であったた め(般)カルテオロール塩酸塩点眼液 2%(持続性)10mlへ処方変更され た。	カルテ(ミケランLAと記載されてい た)から処方箋へ入力する際、一般名 処方を選択間違いをされていた。	非持続性と持続性があることを意 識し、用法と製剤特性があっ てい るか確認する	ミケラン点眼液2%	ミケランLA点眼液2%		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3901	患者がいつも受診している医療機関が休日ややっていなかったため当薬局にTELにて相談。相談を受けたのち近隣の医療機関を紹介。その後受診して処方せんをもらった患者が来局したがTELにてお話ししていた薬剤とは異なる薬剤が処方されていたためその旨を医療機関に疑義紹介し今までと異なる薬剤の処方になっていたことが判明。	薬品名の類似により患者・医師の認識に誤りが生じた。定期に通っている医療機関ではなかったため意思疎通がうまくいかなかった。	患者との情報収集を丁寧に行い、今まで処方されている薬剤のとの間違いがないか確認を取っていくこと。	ミケラン点眼液2%	ミケランL A点眼液2%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3902	紹介状にて転院となった。転院前ではミコンビB Pを普段服用中であつたが、転院後、ミコンビA Pで処方されていた。	紹介状のチェックミス。処方入力時の薬品選択ミス。	当局に転院前から来局し薬の受け取りをしてくださっていた。かかりつけ薬局にして頂いていたために、転院後の処方箋であつたが処方が変わっていた為に処方元、患者本人に確認することにより処方間違いを確認することができた。今後も、新患などであってもお薬手帳のチェックをしっかりと行っていく。	ミコンビ配合錠A P	ミコンビ配合錠B P		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3903	前回までは一般名：テルミサルタン80mg・アムロジピン配合錠の処方、Drから血圧の調子が良いので弱い薬に変えてみようとの説明をうけたとの申し出あり。処方箋が一般名：テルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド配合錠のため、Drの意図としては一般名：テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠に変更するつもりだったのでないかと思ひ疑義。疑義の結果、一般名：テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠に変更	一般名：テルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド配合錠、一般名：テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠の名称類似による選択ミスによるものと思われる。	配合剤の処方是一方の成分が異なるものも多いので患者様が先生からどの程度まで薬の説明をうけているのかしっかり聞き取りを行う。疑わしい点は必ず疑義照会する。	ミコンビ配合錠A P	テラムロ配合錠A P「D S E P」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3904	ご本人より「ミカムロA Pを服用していたが血圧が正常値まで下がらないため薬の量を増やすと言われた、薬の成分変わる話は聞いていない」と聴取。処方ミカムロA P→ミコンビB Pへ変更となっていたため疑義照会を行いミカムロB Pへ変更となった。	薬品名が類似しているためカルテ入力時ミスがあったと考えられる。	処方薬変更時だけでなくD O処方の時でも血圧や体調の変化について聞き取りを行う。	ミコンビ配合錠B P	ミカムロ配合錠B P		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3905	定期的にプレドニンを服用。今回よりミゾリピン処方。一般名が類似している為念のため医療機関に確認を取ったところ入力ミスと判明。いつも処方されているプレドニンの処方となった。	一般名の類似による入力ミス。	最低でも薬の規格と頭文字3文字の確認が最低必要。	ミゾリピン錠50mg「サワイ」	プレドニン錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3906	初めて服用する患者にミネプロ5mgで処方。用法用量が2.5mgを1日1回の為疑義照会。2.5mgに変更になりました。	5mgまで増量できるのを勘違いしていると思われる。	2.5mgのみ採用する。	ミネプロ錠5mg	ミネプロ錠2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3907	処方に一般名ミルナシプラン塩酸塩錠15mgが記載されていたが、当該患者には以前よりミルタザピン錠15mg「明治」が処方されていた。患者への聞き取りの結果、薬剤変更する旨の説明はなかったとの事。そのため、医師に疑義紹介を行い一般名ミルナシプラン塩酸塩錠15mgはミルタザピン錠15mg「明治」へ変更となった。	処方箋入力システムのミス、カルテ記載誤り	患者への聞き取り作業を徹底する。	ミルナシプラン塩酸塩錠15mg「サワイ」	ミルタザピン錠15mg「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3908	ムコスタ錠100mgが新規処方追加されていたため、投薬時に患者に内容を確認したところ、痰切りの薬が出るかと聞いていたが胃薬の話はきいていないとの回答。処方内容と相違があるため、疑義照会にて処方医に確認を行い、ムコダイン錠250mgの誤りだったことが判明。	頭2文字が“ムコ”で同じだったため、処方を入力する際に選択を誤った可能性がある。また、病院の消化器内科からの処方箋であったため、処方医はムコスタ錠の方が馴染みがあり、思い込みや誤りに繋がった可能性も考えられる。	患者と処方内容について相違がないかしっかり確認を行っていた事がある。また、今回の処方ミスの判明に繋がった。薬剤師が患者対応にしっかり時間を避けるように、日頃から業務効率化を考えてスタッフ一人一人が行動している。	ムコスタ錠100mg	ムコダイン錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3909	ムコスタ錠が当該患者に処方された。処方医より痰切り剤を処方する説明があったことが交付時の患者からの聞き取りで判明。ムコスタ錠ではなくムコダイン錠の誤りではないかと疑い、疑義照会。ムコスタ錠がムコダイン錠に処方変更となる。	頭文字2文字が同一の名称類似医薬品が存在。	病状や診察時の話と薬剤の不一致がないか確認するため患者への聞き取りを丁寧に行う。名称類似医薬品があることを認識する。	ムコスタ錠100mg	ムコダイン錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3910	一般名でレバミピドの処方。その他デキストロメトルフアンの処方あり。処方医の処方傾向より鎮咳と去痰薬の組合せの処方が多い。患者に確認すると咳止めと痰の薬を出すかと聞いていたことを聴取。問い合わせたところレバミピドではなくアンブロキソールと確認。	先発品の名称がムコスタとムソソルバンで、どちらもムコで始まる為、入力したものを誤ったものと思われる。医療機関は医師が紙カルテに記載し、医療事務が処方箋の入力を行っている。医療機関でどのようなシステムなのかかわからないが、おそらく先発品名で入力すると一般名の処方に変換されて出力されるものだろうか。一般名はレバミピドとアンブロキソールで全く違うものなので先発品名の取り違えと思われる。	門前の医師の処方の傾向を知っていることも大切ではあるが、患者はどう聞いているか、患者の症状の確認などを通して入力に誤りがないかを確認することが重要である。	ムコスタ錠100mg	ムソソルバン錠15mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3911	4日前にPL顆粒、抗生剤、トローチ、うがい薬の処方があり、今回PLは継続でムコスタが追加になっていたため投薬時、症状について聞き取り。患者「喉の痛みは良くなったんだけど、痰が絡むのと鼻水が出る様になっちゃってね。胃の調子は何ともないよ。」ムコダインの処方間違いではないかと思ひ疑義。結果、ムコダインの処方変更。	類似する薬品名の確認不足であった。	薬品名を丁寧に確認する。	ムコスタ錠100mg	ムコダイ錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3912	患者様いわく痰のお薬が出ていないという事で問い合わせた所ムコスタ錠100mg→ムコダイ錠250mgへ処方変更との事。	病院側の名称類似薬の処方違い	患者様からの情報聞き取り	ムコスタ錠100mg	ムコダイ錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3913	ムコダイが処方されるべきところ、ムコスタ(100)3T/3×で処方された。患者に症状を伺ったところ喉の症状との事で疑義紹介を行ったところムコダイ(250)6T/3×に変更になった。	クリニックでの薬品名入力の際の選択間違い、あるいはカルテの読み違いなどが考えられる。	患者に症状を伺い、その処方内容が妥当であることを確認する。	ムコスタ錠100mg	ムコダイ錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3914	風邪で来局の患者様の処方に[般]レバミピド錠100mg 6錠毎食後10日分の処方があり、処方内容について電話で医師に確認したところ、ムコダイを処方するつもりがムコスタを処方してしまったとのことを確認。レバミピド錠100mg処方削除し、[般]カルボシステイン錠250mg 6錠毎食後10日分に変更された。	類似名称の医薬品であり、初めの2文字(ムコ)のみを入力し、候補の医薬品のうち誤ったものを選択してしまったと考えられる。	類似名称の医薬品、間違えやすい医薬品などの情報共有	ムコスタ錠100mg	ムコダイ錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3915	ムコソルバンL錠45mg 3錠分3毎食後 で処方箋記載があった。1日1回服用の 薬であることを医師へ報告し、ムコソ ルバン錠15mg 3錠分3毎食後へ変更 になった。	同じムコソルバン錠であるため、PC でのマスター選択の際に間違えやす い。	調剤棚に規格を表示し、用量を目 視で確認できるようにしている。	ムコソルバンL錠45m g	ムコソルバン錠15mg		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
3916	アンプロキソール15mg 3錠分3を 服用中の患者さんに、ムコソルバン錠 45mg 1錠、朝食後に処方される。 疑義照会にて、ムコダイン錠500m g 3錠分3に変更となる	ジェネリックの名前と先発品の名前の 認識不足が考えられます。	患者さんの年齢、病歴、副作用 歴、服用中の薬を確認して投薬す るよう、注意喚起しています。	ムコソルバンL錠45m g	ムコダイン錠500mg		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
3917	ムコソルバンL 45mg が1日3錠で 処方。通常1日1錠で服用する薬のため 処方監査者が疑義照会。処方変更 によりムコソルバン錠15mg 1日3錠 に変更。	病院でレセコン入力を誤ったと思われ る。	処方監査を徹底することにより調 剤する前に疑義照会を行うものは 行う。	ムコソルバンL錠45m g	ムコソルバン錠15mg		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
3918	(般) 45mgアンプロキソール塩酸塩 徐放OD錠(ムコソルバン)が1日3回 毎食後 3錠 となっており、疑義紹 介にて(般) 15mgアンプロキソール 塩酸錠(ムコソルバン) 1 日3回毎食後 3錠 に変更	1.入力ミス(近くに選択肢が出てカー ソルの位置がずれて入力) 2.知識不足 3.入力後の確認不足	薬剤の保険適応上の用法・用量を 正確に把握し、気づけるようにす ること。	ムコソルバンL錠45m g	ムコソルバン錠15mg		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
3919	胃症状を訴え受診とのことだがムコソ ルバンとタフマックカプセルが処方さ れていたため、ムコスタとムコソルバ ンの類似名による処方間違いと推測し 疑義照会。変更となった	類似名による処方間違い、確認不足。	聞き取りにて患者症状と処方薬の 効能を照らし確認することを怠ら ず、監査及び投薬に努める。	ムコソルバン錠15mg	ムコスタ錠100mg		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
3920	胃ろうの患者であり、当薬局で処方薬 を交付する際にOD錠とドライシロッ プへの切替を行った。	介護をしている方の負担も大きく、薬 剤師的視点でその負担を軽減できるよ うに行動をした結果。	在宅医療に向けて勉強会や情報の 共有を行っている	ムコソルバン錠15mg	小児用ムコソルバンDS 1.5%		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3921	追加処方にて手書きで薬品の追加があり重複薬品を発見疑義紹介にて相違があり変更となった。	急ぎでの追加処方で勘違いにより同成分の薬品が記載されてしまった。	処方内容について意図と確認の考察を怠らない事。	ムコソルバン錠15mg	ムコダイン錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3922	門前の内科から、ムコソルバン(500)3T 分3毎食後 7日分の処方箋が発行された。ムコソルバン錠は500mgという規格は存在しないこと、前回、ムコダイン(500)3Tが処方されていた患者だったことより、ムコダインをムコソルバンと記載間違いした可能性が高いと考えられ、その旨疑義照会したところ、やはりムコダイン(500)3Tに変更になった。	ムコソルバンとムコダインは名称・効能・用法が類似しており処方箋記載時に薬剤名と規格が混ざってしまったと考えられる。	医薬品名と規格はセットで頭に入れておく必要があり、処方内容に間違いがないかどうかしっかり確認する。	ムコソルバン錠15mg	ムコダイン錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3923	処方箋記載は【般】アンプロキシール塩酸塩経口液0.75%6mLだが、5歳の小児に対して成人量の処方になってしまっていた。普段の処方箋の記載は【般】アンプロキシール小児用シロップ0.3%で処方されることが多く、また、6mLの処方量はシロップの場合には妥当である為小児用シロップと間違えたのではないかと考えた。	処方箋に薬品を記載する際に最後の%まで確認を怠った事が原因と推定される。	特になし	ムコソルバン内服液0.75%	アンプロキシール塩酸塩シロップ小児用0.3%「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3924	他の小児科で出ている薬がなくなったため、母親が同じ薬を耳鼻科の先生に出してほしいと依頼し、医師が小児用ムコソルバンシロップ0.3%をムコソルバン内服液0.75%と間違えて処方出していた。	その耳鼻科ではあまり、小児用ムコソルバンシロップの使用があまりなく、入力時にムコソルバン内服液しか出なかったと推測される。	処方箋通り調剤するのではなく、用量・名称の確認を必ず行う。	ムコソルバン内服液0.75%	小児用ムコソルバンシロップ0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3925	5歳20キロの子供にムコダインシロップ6mL 3×N で処方。用量が少ない為、問い合わせにてムコソルバンシロップの間違いであることが判明。変更となる。	薬効が似ている薬剤の為、Drの勘違いや思い込みによる間違いと思われる。	小児の薬剤の用量は、一覧表にて確認、監査できるようにしている。	ムコダインシロップ5%	小児用ムコソルバンシロップ0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3926	12/16にカルボシステインDSが処方されていたため、DSが服用できないためシロップになったのかと思うが、量が少ないため患者さんに確認。DSは服用できているとの事咳が改善されないため追加になったというが追加すると量が多くなるため確認したところムコソルバンシロップの書き間違えだった	手書きのため書き間違え	薬歴もきちんと確認する	ムコダインシロップ5%	小児用ムコソルバンシロップ0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3927	過去に同様の受診しており 以前はブレドニンの副作用予防にムコスタが処方されていた。今回ムコスタではなくムコダインが処方されていた為 疑義照会を行った	頭2文字が同じため 入力の際の選択ミスと思われる。	過去薬歴と比較をきちんと行う	ムコダイン錠250mg	ムコスタ錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3928	患者が胃もたれを訴える。検診で慢性胃炎の症状だといわれていたようだが、ムコダインを処方されていた。症状に合った薬剤が交付されていないことに気づき、電話にて疑義照会。薬剤変更になり、ムコスタに変更。	医師が「ムコ」まで入力し、ムコダインが自動で入力された事が推測。	患者の症状から症状に合った薬剤が交付されている事を要確認する。	ムコダイン錠250mg	ムコスタ錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3929	57歳女性、オゼックスとムコダインの処方にで服薬指導実施。その際に本日は膀胱炎で受診したとの聞き取りがあったため、ムコダインの処方はおかしいと思い疑義照会実施。ムコダインとムコスタの処方間違いであることが発覚した。	クリニックで処方入力の際の3文字入力で「むこた」まで同じため処方を間違えてしまった可能性が考えられる。	3文字入力であるため、類似した名前の医薬品は間違えて処方される可能性があることを共通認識とする。同じような間違いが起こったことがあるものをリスト化する。	ムコダイン錠500mg	ムコスタ錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3930	定期薬にムコダイン錠500mgが追加処方。投薬時の聴取により、胃の痛み等、胃の調子が悪いため薬を出してもらったとのこと。痰や鼻水等の自覚症状はなし。電話にて疑義紹介したところ、ムコスタ錠100mgへ変更となった。	ムコダイン錠・ムコスタ錠の名称類似	日頃から薬の相談等で信頼関係を築くことで投薬時にスムーズにコミュニケーションをとれるようにしている。	ムコダイン錠500mg	ムコスタ錠100		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3931	形成外科Drより、ロキソニン錠とムコダイン錠が処方。患者より、血管腫の切除術後の処方で、痛み止めと胃薬が出る予定だと聞き取れたため、ムコスタ錠と間違えて処方された可能性があると判断し疑義照会。「ムコダイン錠500mg 3錠分3毎食後」→「ムコスタ錠100mg 3錠分3毎食後」へと変更となった。	薬品名が類似していたため、医師が処方入力時に誤って選択した可能性あり。	処方意図の推測と患者からの聞き取りの徹底。	ムコダイン錠500mg	ムコスタ錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3932	FAX処方ではメイラックスが3錠毎食後で処方された。初期監査時点で、初回にしては投与量が多かった点と前回眩暈症状でメリスロンが処方されていた背景があったため、疑義照会の結果、メリスロンの処方間違いが発覚して、メリスロン6mg錠毎食後に変更となった	病院の電カルシステムの問題 医師のケアレスミス	情報の共有 一般的な用法・用法を理解して積極的に疑義照会する	メイラックス錠1mg	メリスロン錠6mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3933	メイラックス錠が処方されていたが、患者の症状と適応が異なるため疑義照会。メイアクトMS錠に変更。	薬品名の酷似。	患者の症状と薬品の適応を確認。	メイラックス錠1mg	メイアクトMS錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3934	喉の痛み、痰の症状で受診した患者。トランサミン錠とメインテート錠が処方されているのはおかしいのでは？と事務員が気づき薬剤師が処方医へ電話で疑義照会を行った。メインテート錠がピソルボン錠に変更となった。	一般名処方だったため、類似名の選択ミスと思われる。	処方内容と症状、医師からの説明に相違がないことを必ず確認している。	メインテート錠0.625mg	ピソルボン錠4mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3935	メインテート追加服用、とのことであったが、前回は0.625mg錠であった。適応も異なるし、患者本人も同薬を処方されるという認識だったため問合せ。規格変更となった。	処方箋入力の際の選択ミスと思われる。	投薬の際の患者聞き取り、特に処方変更の場合は、確認を怠らないように努める。	メインテート錠2.5mg	メインテート錠0.625mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3936	処方内容から、白癬治療にも関わらずステロイド外用剤の処方あり患者に確認を行った。Drからのステロイド外用剤使用の説明は特にないと確認。メサデルムクリームの禁忌項目に該当する可能性もあり疑義照会を行った。メサデルムクリームからメンタックスクリームへ処方変更となった。	名称頭文字が同じため処方間違いの可能性あり	処方監査、患者聴取などの取り組み強化	メサデルムクリーム0.1%	メンタックスクリーム1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3937	デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏0.1% (メサデルム軟膏0.1%) 10g 1日1回 部位上記処方。内処方箋の内容を確認し、メサデルム軟膏は一般的に口内に使用する薬品では無い事に気付いた。似ている成分名でデキサルチン口腔用軟膏がある為、念の為に医師に疑義。一般名処方の入力ミス。デキサルチン口腔用軟膏0.1% 10g 1日1回 部位: 口内変更と医師確認	薬品名の類似による処方ミス。	一般名処方には特に名称後半に記載のある、〇〇塩酸塩まで確実に確認する事を再度再認識。部位を含めた用法を確実に確認する事を再度再認識。	メサデルム軟膏0.1%	デキサルチン軟膏(口腔用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3938	<p>数日前に帯状疱疹にて受診された患者さんの再来局時の処方に、一般名処方でもメサラジン錠250mgが7日分新たに追加になっていました。</p> <p>処方箋受け取りの際は、新たに薬が追加になったかの聞き取りを行い、新しく薬が出ると聞いていると患者さんから聞き取りをしていたため、薬を準備し監査を行い、服薬指導に行きました。</p> <p>服薬指導の際、潰瘍性大腸炎またはクローン病の話を生から聞いていますか?と確認したところ、話がかみ合わず、受診の理由を確認したところ帯状疱疹のその後の経過で治りが悪いという事で受診したと確認をしました。免疫に関わる事なので、一度は適応外などで処方の可能性もあるのかな?と思いましたが、患者さんに先生に疑義をして確認したい旨伝えたとこ待つ時間が無いとの事で、すぐに薬をもらいたいとこのままで良いと持って帰られました。</p> <p>その後すぐにメサラジン錠250mgで帯状疱疹などで使う事例はあるのかを調べ、もしかして一般名処方の誤りではないか?と考え、処方医に疑義照会をかけ、メコバラミン錠250μgと入れる所をメサラジン錠250mgで選択してしまったとの回答があり、メコバラミン錠250μgに訂正になりました。メコバラミン錠250μgも良く使用する500μgの方が良いのでは?と処方医に相談し、最終的にはメコバラミン錠500μgの追加となり、処方に変更になった旨を患者さんに連絡し、患者さん宅に薬を交換に伺いメコバラミン錠500μgの服薬指導を行いました。服用前で健康被害もなく、お渡し後すぐに解決できてホッとしています。</p>	<p>一般名処方でも似た名称、また規格も同じような規格が存在していたことが原因とします</p>	<p>患者さんへの聞き取りをしっかりと行う事、疑問点がある場合は事後でも確認を処方医に行う事、普段から処方意図をしっかりと考えながら服薬指導に当たる事</p>	<p>メサラジン錠 250mg 「サワイ」</p>	<p>メチコパール錠 500μg</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
3939	<p>めまいの訴えがある患者様に対し、今回追加でメジコンが処方されていたが、交付時の体調確認で咳の症状は全くないと確認できたため、医師に処方意図について疑義紹介を行ったところ、メトリジン錠の誤りであったことが判明、処方変更となった。</p>	<p>薬品名に類似している点がありレセコンへの入力も誤ってしまったことが推定される。</p>	<p>追加された薬がある場合、患者が医師から説明を受けているか、あるいは現在の症状に適しているかの判断を常に行うよう申し合わせました。</p>	<p>メジコン錠 15mg</p>	<p>メトリジン錠 2mg</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3940	患者にメジコン錠15mgが処方された。投薬時に、患者が入居されている施設の職員から胃薬が処方されるはずとの話があった。念のため、病院に疑義照会を行った。すると、メジコン錠15mgではなく正しくは(般)ジメチコン錠40mgの処方入力ミスであることが判明した。薬局では、メジコン錠15mgからガスコン錠40mgに変更して交付した。	病院での処方入力時に、一般名と商品名が類似していることから(般)ジメチコン錠40mgをメジコン錠15mgと誤入力したと考えられる。	投薬時に患者・家族・施設職員などから聴き取りをしっかりと行い、処方内容と食い違う点はないか確認し、必要と判断した場合は疑義照会を実施してから交付する。	メジコン錠15mg	ガスコン錠40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3941	患者の症状：めまいあり、咳なし 患者が医師よりめまいの薬をだすと説明をうけていた	薬剤名の最初の一文字がメだったためか？	処方された薬剤の医師処方意図と患者症状の聞き取りに相違がないか確認する	メジコン錠15mg	メリスロン錠6mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3942	パソコンによる医師の処方箋の記載間違い。メリスロン錠6mgをメスチノン錠60mgと記載。患者本人に症状を尋ねたところ眩暈がすると返事があり、病院に疑義照会し変更になりました。	パソコン操作による医師の薬剤名入力間違い。	疑わしい時は疑義照会で確認する。	メスチノン錠60mg	メリスロン錠6mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3943	リウマチでA病院を受診したがB医院に転医、B医院の隣接C薬局で調剤されていた、B医院が閉院になり同C薬局も閉局、A病院の紹介状を持ってD医院受診、当薬局に処方箋持参される、メソトレキセート2.5mgが処方されていた為疑義照会する、A病院薬剤部にも問い合わせするが処方医は転院されていて詳細不明、C薬局のお薬手帳にはメソトレキセート2.5mgで記載されていた、疑義の結果メソトレキセート2mgに変更となる、処方箋記載・メソトレキセート錠2.5mg 3錠分2朝2錠夕1錠水曜日、メソトレキセート錠2.5mg 1錠木曜日服用	メソトレキセート2.5mgとメソトレキセート2mgの適用効能効果が違うのに気が付かなかったと思われる、C薬局での監査不足も考えられる	薬剤の成分量の違いで適用が違うことを知識として知っておくこと	メソトレキセート錠2.5mg	メソトレキセート錠2mg 「タナベ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3944	メソトレキセート2.5mg 6錠4日分朝夕食後 水曜日、木曜日で処方あり。リウマチの治療とのことで適応外、過量投与。また、お薬手帳より今まで服用していたもの(メソトレキセートカプセル2mg)と薬剤、用量ともに異なるため疑義照会を実施。	類似薬品名であったため。	処方監査の徹底、患者への聞き取り	メソトレキセート錠2.5mg	メソトレキセート錠2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3945	プレドニン錠5mg 0.5錠 朝食後21日分 メソトレキセート錠2.5mg 4錠 朝夕食後 3日分当薬局では、初めて処方せんを受け付けた。メソトレキセートの服用日は記入されていなかったが、処方内容より、リウマチの患者さんで、週に1回服用すると推測された。一般的に、リウマチに用いる場合のメソトレキセートは、2mgであり、2.5mg錠には、リウマチの適応もないため、疑義照会したところ、メソトレキセート錠2mgへ変更となった。	処方せん発行医療機関は、最近、メソトレキセートカプセルから錠剤へ採用品を変えていた。メソトレキセート錠2.5mgも採用品であったため、入力を間違えたと思われる。	今回は、適応症の違いから記載ミスを発見できた。患者は、今までは他の病院を受診しており、転院になった際に、近所である当薬局を利用した。FAXで処方せんを受け付け、後日薬局、お薬手帳により、継続服用していることが分かった。メソトレのように、用量によって、適応が異なる場合もあり、確認が必要である。	メソトレキセート錠2.5mg	メソトレキセート錠2mg 「タナベ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3946	変更前メトトレキサート 1カプセル 分1朝食後 5日分 金曜日メトトレキサート 1カプセル 分1朝食後 5日分 日曜日他数種類あり変更後メトトレキサート 5カプセル 分1朝食後 5日分 金曜日フォリアミン錠 1錠 分1朝食後 5日分 日曜日 久しぶりに来局された患者様。お手帳なし。同じ成分だが血液がん・絨毛性疾患にのみ適応のあるメトトレキサートが整形外科から処方されていることに疑問を感じ患者様に利用中の疾患について聴取したところリウマチ治療中メトトレキサートとメトトレキサートを併用しているか聞いたところ【今回より大きい病院から町のクリニックになった。たぶんその処方まで服用してきたから問題ない。】との話を聴取。病院変更に伴い薬を誤った可能性を考慮し医師に電話にて確認したところ処方箋が誤りであることを確認。入力スタッフが新人で誤っていたことを聴取。	医療機関のスタッフが新人であった。患者様が自分の服用されている薬をしっかりと理解していなかった。	病院に疑義照会にて薬の間違いがないか確認。薬変更になった。口頭にて処方箋変更の指示を受けたので誤りの無いように訂正した処方内容について医療機関にトレーニングレポートにて情報提供を行った薬局の中でも事例について共有し今後も同じようなミスに気づけるように注意喚起を行った	メトトレキサート錠2.5mg	メトトレキサート錠2mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3947	整形外科よりメトトレキサートの処方があった。初処方であったため患者様に確認をとったところ関節リウマチの診断があり今回から初めて治療を行うとのことだった。 メトトレキサートの成分はメトトレキサートではあるが関節リウマチの適応はなく、白血病等に処方される薬であるため間違いであり、処方した病院の採用薬であり関節リウマチに適応のあるリウマトレックスカプセルとの処方間違いではないかと疑った。また処方日数に関しても、次回来月の受診に対して28日分の処方であったため正しくは4日分ではないかと考えられた。 その旨を医師に疑義照会したところ、「メトトレキサートはリウマチで使う薬だ」とご立腹であったが、適応症と用法、用量等を説明したら納得されリウマトレックスカプセル2mg 3カプセル1日2回朝夕食後(朝2、夕1) 4日分に処方の変更となった。	医師がメトトレキサートを成分とする薬剤を選択する際、リウマトレックスカプセルではなく成分名と似ているメトトレキサートを選択したことが要因と考えられる。	薬歴や患者からの聞き取りを行い、適応と合った処方内容であるか確認する。メトトレキサートは休薬が必要な薬であるため用法用量を確認する。	メトトレキサート錠2.5mg	リウマトレックスカプセル2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3948	当該薬局へ病院からFAX処方箋が届いた。メタクト配合錠HD 2錠朝食後で処方されていた。メタクト配合錠は1日1回1錠朝食後服用のため、電話で疑義紹介を行った。その結果メトアナ配合錠HD2錠朝食後へ変更となった。	名前が類似しているため、誤ってメタクトを選択してしまったようだ	初期監査時には監査システムも利用しながら、落ち着いて確実な監査を行う。投薬前でも用法用量、禁忌がないかの確認をきちんと行う	メタクト配合錠HD	メトアナ配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3949	検査数値が悪くDrからメルカゾールを増量と患者が聞いていたのにメチコパールが処方されていたので疑義照会した	医薬名の類似による入力ミス	患者さんとのコミュニケーションをとる	メチコパール錠500μg	メルカゾール錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3950	メチコパールが新規処方だったため、症状等確認したところ、メインテートの間違いではないかと判断し、疑義照会したところ、メインテート5mgに変更になった。	病院事務の確認不足。	患者様の聞きとりは正確に続けていく。	メチコパール錠500μg	メインテート錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3951	風邪症状の患者の処方せんにメチコパールの記載あり、風邪には通常処方処方されない薬剤であるので処方元へ疑義照会。結果メジコンの誤りであったことが判明。	薬品名の類似	単一薬剤であれば患者から情報を聞き取らなければ気づかない事案であったが他の処方薬との関連からミスを見抜ける典型例。	メチコパール錠500μg	メジコン錠15mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3952	子宮内膜症の疑いがあり、不正出血による貧血、腹痛のために受診。貧血改善のためにクエン酸第一鉄ナトリウム錠50mgと消炎鎮痛剤としてロキソプロフェンナトリウム錠が各14日分処方があった。他にメチルエルゴメトリンマレイン酸塩錠0.125mgが3錠分3で4日分処方されていたが、患者様のご年齢が54歳であったこと、受診目的から処方意図がくみ取れなかったことより電話にて疑義照会を行ったところ、メチルエルゴメトリンマレイン酸塩錠はメチコパール錠500μg3錠分3毎食後14日分の入力間違えであったことが判明した。	「メ」から始まる入力であったため、入力間違いが疑われる。	処方元が産婦人科であったため、流産等での処方であることも想定され、交付時、心理面より患者に処方目的を確認しにくい内容であることから、年齢によってはそのまま交付されてしまう恐れもあると考えられる。聞きづらい内容であっても場合によっては患者様に受診目的をしっかりと確認し、疑義するきっかけにつなげられるよう注意しなければならぬと感じました。	メチルエルゴメトリンマレイン酸塩錠0.125mg「F」	メチコパール錠500μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3953	風邪で咳が出ている患者にメチルエルゴメトリンマレイン酸塩錠が処方されており、疑義したところメジコン錠に処方変更になった	処方元の入力時の類似薬剤選択ミス	処方内容を患者からの聞き取り等を含め総合的に判断し、処方ミスの疑いのあるものは疑義をする	メチルエルゴメトリン錠0.125mg「あすか」	メジコン錠15mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3954	当薬局を継続利用されている患者が来局。今まで服用していたグリコラン錠250mg2錠 朝夕食後とピオグリダゾン錠30mg1錠朝食後が中止となり、メトアナ配合錠HDが開始となっていた。他にトルリシティ皮下注0.75mgも週に1回で処方されており、DPP-4阻害薬とGLP-1受容体作動薬が併用となるためメタクトHDの処方間違いではないかと考え処方医にTELにて疑義紹介。メタクト配合錠HDに変更となった。	名称が似ているためメタクトHDと入力するところを間違えてメトアナHDと入力したと思われる	名称が似ている薬は処方間違いの可能性が無いか処方内容を重点的に確認する。	メトアナ配合錠HD	メタクト配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3955	内科でメトアナ配合錠HD 1回1錠 1日2回 朝夕食後 30日分が初処方された。最終鑑査時、前回飲んでた薬剤がエクア錠50mg、メトグルコ錠500mgが共に1回1錠 1日2回 朝夕食後であった。メトアナ配合錠HDと同一成分でないことを疑問に思い、内科の医師に電話にて疑義照会。メトアナ配合錠HDからエクメット配合錠HDに処方変更になった。	医院側の考えられる要因としては糖尿病薬の配合錠は数多くある為、医師が薬剤名を勘違いした可能性が挙げられる。薬局側が気付けた要因としては糖尿病薬の知識があったのも挙げられるが、配合錠と含有成分が記載してある「配合剤成分表」を薬局内ですぐ閲覧できる為、交付前に発見できたことが挙げられる。	「配合錠成分表」の閲覧場所についてスタッフ全員に情報共有を行う。新規配合錠が処方された場合、薬剤師は処方監査時に配合剤成分表など活用し、成分名を確認する。	メトアナ配合錠HD	エクメット配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3956	患者様より、便秘で受診と聞き取り。処方意図が不明であったため、病院に疑義。処方変更になった。適応以外の症状で薬剤が処方されたことによる健康被害を防止した。	規格のみを見てしまった勘違いによるものと思われる。	患者様からの聞き取りを行い、処方内容が聴取内容に沿わず、疑わしい場合は疑義照会を行う。	メトグルコ錠250mg	マグミット錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3957	コルドリン、カルボシステイン、メトグルコ、コロナール処方。明らかに風邪症状の処方に対しメトグルコの処方に疑問を感じ、患者確認したところ糖尿の話はなしとのこと。疑義照会にてメリアクトの間違いだったことが判明。	手書き処方カルテを入力の際、病院での入力者が読み間違ったと考えられる。	違和感を感じる処方の場合は患者の話を聞き取り、疑義照会にて確認する。	メトグルコ錠250mg	メリアクトMS錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3958	皮膚科からの帯状疱疹の患者にメトグルコ錠500mgの処方があったため、処方間違いの可能性があると判断し問い合わせ。メチコパール錠500μgに変更になった。	名称が類似している為、医療事務員の処方入力間違い。	事例の共有	メトグルコ錠500mg	メチコパール錠500μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3959	デキストロメトルファンのところ、メトクロプラミドが処方となっていた。患者様からの症状の聞き取り(吐き気などなく、咳が前回から続いていた)や、食後投与となっていたことから、調剤前に疑義を行い変更となった。	メトクロプラミドとメジコンが類似しているためと思われる。	受付時の処方監査+手帳・薬歴・患者様からの情報聴取を行い判断するといった当たり前の作業をとばして行わない。	メトクロプラミド錠5mg「タカタ」	デキストロメトルファン臭化水素酸塩散10%「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3960	元々メコバラミン500μを服用されていたが、通院されていた医院閉院に伴い他院へ転院され同じ薬をもらう事になった。転院された病院から処方箋をもらい薬局されたが、同じ内容の薬のはずがメトホルミン500mgに変わっていたので疑義照会しメコバラミンに訂正された。	単なる入力の間違い	お薬手帳も持っておられるので他薬局に行かれた場合でもきちんと確認さえしていれば間違いは見つかったと思われるが、もしお薬手帳を忘れられていた場合などの事を考えると薬歴での確認は重要であるし、かかりつけ薬局になる事は患者にとっても有用である。	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「DSEP」	メコバラミン錠500μg「SW」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3961	他院から転院の患者様。メトホルミン(500)3T3×の処方であったが、お薬手帳を確認しても初回処方開始用量としても多く、他院でメコバラミン(500)3T×の処方があった為、疑義照会にて確認。メコバラミン(500)3T3×の処方に変更となる。	処方の入力間違いと推測される。	お薬手帳の確認や患者様からの聞き取りの徹底。	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「トーフ」	メコバラミン錠500μg「SW」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3962	メトリジン錠2mgが処方されていた。薬剤交付時に患者さんの言われる症状と一致しないため、医療機関へ疑義照会したところメコバラミンへ処方変更された。	医療機関での薬剤登録コードが類似していたため入力ミスがあった。薬剤交付の際に受診内容等の確認を行う。	薬歴簿の内容や患者さんの訴える症状から、処方内容の確認をしている。	メトリジン錠2mg	メコバラミン錠500「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3963	定期受診されている患者さんだが、いつもと内容が異なる処方箋を持参された。(サワシリン錠250 12錠 メネシット配合錠250 2錠)患者さんに状態を確認したところメネシットが処方されるのは、おかしいと判断し疑義照会した。先生が多忙のため、受付がカルテを確認し、メネシットで間違いないと回答した為、処方箋通り調剤したが、疑義照会した薬剤師は納得できず、病院を訪問して先生に面会したところベネシッド錠が正しいことが判明。患者が服薬する前に正しい薬を渡すことができた。	先生が多忙な為、疑義照会があっても受付がカルテを確認し回答している。	病状と処方内容から正しい処方内容が推測できるよう勉強する。	メネシット配合錠250	ベネシッド錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3964	成人の患者さんにメブチンキッドエアが処方されたため、問い合わせ。メブチンエアの間違いだった。	医院の入力ミス	患者さんと薬と一緒に確認する。	メブチンキッドエア5μg	メブチンエア10μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3965	頸肩痛の患者様が、処方箋持参。鎮痛剤等と一緒にメブチン錠が処方されていた。患者様からの聞き取りで、気管支系の疾患は一切なかったため、処方医に電話で疑義照会した。その結果、メチコパール錠に変更になった。	病院の登録薬剤の配列が、メブチン錠とメチコパール錠で並んでいたようだ。	患者様からの聞き取りをしっかりと行い、処方内容に間違いがないかどうかしっかりと確認していく。	メブチン錠50μg	メチコパール錠500μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3966	メブチン錠50 μ g 1日3錠毎食後とメブチンエア-10 μ g吸入が処方されていた。メブチン錠は通常、1日1回就寝前または1日2回朝及び就寝前に経口投与(適宜増減)だが、今回は1日3回と用量過多だった。さらに、同成分のメブチンエアが処方されていたため疑義照会を行ったところ、メブチン錠からメジコン錠15mg 1日3錠毎食後に変更となった。	病院医師の入力ミスが考えられる、	おくすり手帳や薬歴の確認、処方内容の用量、薬剤に問題がないかの確認を徹底する。	メブチン錠50 μ g	メジコン錠15mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3967	以前より他院でメブチンDS 0.005% 0.7g/2 \times 朝夕食後で出ていることがお薬手帳よりわかっていた。今回、メブチン顆粒 0.01% 0.7g/2 \times 朝夕食後で処方があったため、通常の2倍投与量になるため疑義。処方入力者(事務員)がメブチンDSと記載するところを誤ってメブチン顆粒と入力したことが判明した。	当該医療機関で採用されている薬ではなかったため知識不足で間違えた入力をしてしまった。	お薬手帳の確認をし、以前、他の医療機関で処方されていたことがあるかチェックする。また、添付文書にて用量の確認を行う。監査システムの利用、レセコン入力時のチェック機能を活用する。	メブチン顆粒0.01%	メブチンドライシロップ0.005%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3968	本日めまい薬を処方してもらいに受診したが、処方された薬はメマリーであった。用法が3T分3で処方されていたこともあり入力ミスが考えられた為疑義照会を行った。	薬品名が類似している為、カルテに入力する際に間違えてしまったと思われる。	患者様の主訴並びに処方箋の用法用量などよく確認し誤った薬を投薬しないように心がける。	メマリーOD錠5mg	メリスロン錠6mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3969	監査の時点でメマリー錠の用法用量とは違い疑義照会を行った。投薬をし、患者症状より薬剤名の入力ミスである可能性が高いと考え、再度疑義を行い、メリスロン錠へ変更となった。	頭文字で入力を行い、思い込みがあったと思われる	始めて出る薬の時は特に注意して患者の症状の聞き取りを行う	メマリー錠5mg	メリスロン錠6mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3970	処方内容 メマンチン塩酸塩口腔内崩壊錠5mg 3錠分3毎食後 7日分 メマンチンは初回であることを聴取し、初回量で1日15mgは過量であることと、1日3回の処方であり用法逸脱のため疑義照会を行った結果、メリスロンに変更となった。	患者様の症状はめまいであったこともあり、医師は頭文字も「メ」で薬品検索をし、選択間違いをした可能性が考えられる。	処方監査を適切に行う。症状の聞き取りをしっかりと行い、処方内容が適切かどうか判断する。	メマンチン塩酸塩OD錠5mg「日医工」	メリスロン錠6mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3971	処方箋にアデホスコーフ顆粒耳閉感、耳なりの症状はあるがめまいはしていないとのこと。メリスロンではなくメチコパールの間違いではないかと推測し薬剤師が処方元へ問い合わせ。→メチコパールの処方であったとのこと	ドクターのカルテの字が読みづらくクリニックのスタッフの見間違いで入力をまちがえた。	患者さんからしっかりと症状や気になることを聞き取りし、少しでも違和感があったら他の薬剤師に伝え、ドクターへ確認する。	メリスロン	メチコパール錠500μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3972	重症筋無力症でメスチノン錠(60)服用中の患者様の処方内容が、メスチノン錠削除・新規でメリスロン錠(6)がメスチノンと同用量用法で処方されていた。投薬時の聞き取りからメスチノン中止という話はなく、めまいや耳鳴りといった症状もないため薬剤名を誤って処方された可能性が高いと考え、疑義照会を行ったところ、メリスロン削除・メスチノンを今まで通り継続処方の指示があった。	同病院、同Dr.からの継続処方であったためなぜ間違ってしまったか不明。D o 処方入力ではなく新規で同内容を入力した際に名称が類似した医薬品同士で間違ってしまったか。	処方内容の変更点についてしっかりと聞き取りを行うようにする。特にメスチノンのような急に中止する可能性の低い薬剤が処方されていない場合などは処方漏れの可能性が高いので留意する。	メリスロン錠6mg	メスチノン錠60mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3973	初めて来局された患者様。モービック10mgが1日3回、1回1錠で処方されており疑念。患者様に主訴を確認すると、便秘で受診したとのこと。疑義照会により病院事務員による処方入力ミスと判明。モビコール配合内用剤1日3回、1回1包へ処方変更となった。	名称が類似した薬品のレセコン選択ミスと思われる。	モービックの用法を理解した上で、患者様への聴取により発覚できる事象。薬剤の知識を深めることや患者様との円滑なコミュニケーションを今後も心掛けていく。	モービック錠10mg	モビコール配合内用剤		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3974	患者様が便秘症状を訴えており薬剤を追加変更する予定であった。主治医からの処方ではモービック錠10mgが3錠分3で指示があった。薬剤師が直ぐに間違いに気付きモビコールであると予想、処方医へ直接説明しに伺った。処方変更となり、誤った処方を訂正できた。	普段から患者様の訴えや話、様子を薬歴や担当薬剤師が記録、記憶しておくことで処方監査がより適切なものになると考えられます。	患者情報を確実に薬歴に残すこと。患者様の話を薬剤師間で共有しておくこと。薬剤の適正使用、添付文書通りの処方を心掛け、イレギュラー処方についての疑義紹介を徹底すること。	モービック錠 10 mg	モビコール配合内用剤		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3975	モーラスL希望だがモーラスXR 1 2 0 が処方	名称が類似、剤型が多数、医師の専門外の処方のため	モーラスに剤型が多数があることをよく理解し、患者と薬品名用法用量を良く確認する	モーラスバップXR 1 2 0 mg	モーラステープL 4 0 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3976	【般】モサブリド塩酸塩錠 5 mg の処方であったが、おなかのガスがたまって、その薬をお願いしてきたとの情報から、先発品名のガスモチンとガスコンの間違いではないかと推測し疑義照会したところ、その通りであり【般】ジメチコン錠に変更となった。	どちらも胃腸の薬であり、他にも変更薬があったため確認不足でそのまま交付となる可能性もあったため、症状が改善されなかった可能性がある。	患者様からの情報にはしっかりと耳を傾け適正薬剤がしよほうされているかの鑑査を徹底する。	モサブリドクエン酸塩錠 5 mg 「日医工」	ジメチコン錠 4 0 mg 「Y D」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3977	モビプレップ配合内用剤 2 袋 就寝前 1 4 日分処方される。大腸検査・手術前の薬のため、電話にて処方医に疑義紹介を行う。モビコール配合内用剤 2 袋 就寝前 1 4 日分に処方変更となる。	医薬品名の類似によりオーダーを間違えた可能性がある。	検査薬を把握しておき、検査以外の用法の場合は疑義照会を行うように徹底する。	モビプレップ配合内用剤	モビコール配合内用剤		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3978	成人にモンテルカストチュアブル錠で処方 成人はモンテルカスト錠剤を通常使用するため疑義照会	知識不足	情報共有し添付文書を再確認	モンテルカストチュアブル錠 5 mg 「E E」	モンテルカスト錠 1 0 mg 「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3979	6歳にモンテルカスト細粒が処方されたが、モンテルカストは5歳までなので問い合わせた結果、モンテルカストチュアブルに変更となった。	ちょうど年齢が6歳になったばかりなので今まで処方していた細粒を継続して処方したと思われる。	事例の内容を全体で把握するようにする	モンテルカスト細粒 4 mg 「サワイ」	モンテルカストチュアブル錠 5 mg 「E E」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3980	以前よりチュアブル錠を服用していたが、細粒にかわっていた。患者さんへの確認により変更になる話は聞いていない、医療機関へ疑義照会したところチュアブル錠へ変更になった。	医療機関での薬剤登録コードが類似していたため、入力ミスがあった。	以前からの薬歴簿の内容と照らし合わせて、患者さんへの確認もする。	モンテルカスト細粒 4 mg 「サワイ」	モンテルカストチュアブル錠 5 mg 「KN」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3981	以前からヤーズ配合錠を服薬されており、転院に際して服用薬を医師に見せて確認後、継続処方となったようだが違う薬品が処方されていることが薬歴から推測されたため疑義照会を行った。	薬品名が類似しているため、医師がどちらも同じ薬と勘違いされたと思われる。	継続服用の患者様には薬剤変更の旨を聞いておられるか必ず確認し、少しでも違和感がある場合は必ず医師に疑義照会を行う。	ヤーズフレックス配合錠	ヤーズ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3982	当薬局利用が初めての患者様。以前より月経困難症で他院にて治療を行っていたが引越して当地域に来たため初受診となる。ヤーズ配合錠の服用の継続を希望されておられたがヤーズフレックス配合錠の処方であった。投薬時 毎月生理が起きるとのお話があり ヤーズフレックス配合錠ではなくヤーズ配合錠の間違えではないかと 実際にお薬を見比べてもらい確認後に 疑義照会を行った。	ヤーズには ヤーズフレックス配合錠とヤーズ配合錠の2タイプがあり ヤーズフレックス配合錠は継続服用し毎月出血が起きないタイプ。ヤーズ配合錠は毎月出血が起きるタイプにて間違えたと思われる。	投薬時の聞き取りは 慎重に行い継続服用のお薬であっても 薬をしっかりと確認してもらう。類似した名前の薬は特に注意できるように 別タイプでないことを確認するようにする。	ヤーズフレックス配合錠	ヤーズ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3983	前回はヤーズ配合錠が処方された。今回もヤーズ配合錠が処方されていたが、当日は患者が医師から「服用中3日間出血したら4日間休薬。5日目に再開。」とヤーズフレックス配合錠の用法説明を受けているため、処方薬について疑義照会を実施。ヤーズ配合錠 1錠 分1 眠前 84日分 → ヤーズフレックス配合錠 1錠 分1 眠前 84日分 へ変更となる。	投薬時に患者が医師から受けている説明を聞き取ったことで、処方薬が間違っているのではないかという気づきにつながった。服薬指導において、患者から得られる情報や対話の重要性を実感した事例でした	投薬時に患者への問いかけや、聞き取りで得られる情報から、処方内容に間違いがないかを確認しています。	ヤーズ配合錠	ヤーズフレックス配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3984	いつもは別の薬局でもらっている薬だが、本人都合により当局利用。ヤーズ配合錠が処方されていたが、お薬手帳はなく、いつもの薬をもらう、パッケージの外観が違うとの申し出により、疑義が生じ、Drに問い合わせ、ヤーズフレックス配合錠に変更となった。一般名処方での取り違い注意の情報はメーカーより発信されており既知だったため、疑義が生じやすかった。	成分が同じで名称も似ており、プラセボがあるかないかが名称では分かりにくいいため、判断を誤ったのではないかと。	お薬手帳の必要性和コミュニケーションで薬剤に相違がないか確認する。	ヤーズ配合錠	ヤーズフレックス配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3985	今回ユニシアLDからHDに変更となっていた。投薬時患者聞き取りにより、前回と血圧変化ない為処方医に確認。ユニシアHDから定期服薬中のユニシアLDに変更となった。	類似名のため、処方入力の際にミスしたと考えられる。	薬剤変更の際は理由について聞き取りを行い、処方が正しいか確認する。	ユニシア配合錠HD	ユニシア配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3986	今回ユニシアLDからHDに変更となっていたため血圧を確認したところ、血圧130/90と安定。診察の際に処方医と血圧安定している為処方変更なしで継続との話をしており、疑義照会を行いユニシアHDからLDに変更となった。	薬剤名が類似している為、処方入力の際にミスしたと考えられる。	薬剤変更時は服薬指導の際に検査値などを確認し、変更になった理由等の聞き取りを行うようにする。	ユニシア配合錠HD	ユニシア配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3987	【般】テオフィリン徐放錠100mg(24時間持続)での処方。 お薬手帳を確認すると、以前はテオドールで服用していた。電話にて医師に疑義紹介した所、引き続きテオドールでの処方予定だったことが判明。その場で【般】テオフィリン徐放錠100mg(12~24時間持続)に変更になった。	病院での処方薬選択ミス一般名で処方する際、テオフィリンを選択すると2剤とも出てきてしまうのではないかと推測。	一般名処方における取り間違いが多い薬剤の代表格。これを機にヒヤリ・ハット事例を日々確認し、一般名類似による薬剤取り違いについて再度意識を高める。	ユニフィルLA錠100mg	テオドール錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3988	テオフィリン徐放錠200mg(24時間持続) 2錠 分2朝食後、就寝前の処方であったが、添付文書上では分1夕食後の用法のため疑義照会を行った結果、テオフィリン徐放錠200mg(12～24時間持続)に処方変更された。	薬剤の用法についての知識	薬剤の用法について添付文書での確認を怠らない。	ユニフィルL A錠200mg	テオドール錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3989	女性の患者さんにユリーフ錠が処方された。口頭で、医院事務さんに確認したら、ユリス錠2mgに変更するようにとの指示があった。添付文書を持参して、ユリス錠の初回投与時は、0、5mgからであることをお伝えしたが、そのままよいとの回答があった。保険削除になるかもしれないと、再度相談したら、フェブリク錠10mgに変更された。	カルテの記載が手書きなため、事務さんが読み間違えた可能性がある。ユリス錠に関しては、添付文書の確認不足とおもわれる。	処方箋の監査を怠らない。	ユリーフ錠4mg	フェブリク錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3990	女性にユリーフ4mgが処方されていたため、患者さん本人に確認したところ、尿酸値が高いため尿酸値を下げる薬を出すと言われたとのこと。病院に疑義紹介をかけたところ、ユリーフ4mgからユリス0.5mgへ変更になった。	処方入力の際に、名前の近い薬剤を間違えて選択してしまったと思われる。	しっかりと確認し、速やかに疑義紹介をかける。	ユリーフ錠4mg	ユリス錠0.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3991	他医療機関からの転院。患者は女性だが、前立腺肥大症に伴う排尿障害改善薬のユリーフ4mgが処方されていた。お薬手帳を確認したところ直近でコニール4mgを服用。疑義紹介をしてコニール4mgに変更になった。	薬剤名の印象が似ており、mg数も4mgで同じであったことから、誤記載したと思われる。	今回は患者が女性だったので、すぐに誤処方と気づけた。もし患者が男性だった場合でも気づけるように、お薬手帳による確認と患者からの聞き取りをしっかりと行う。	ユリーフ錠4mg	コニール錠4		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3992	A整形に通院中の患者、近所のB内科に紹介に。ツムラ薏苡仁湯服用中だったが、B内科ではヨクイニンエキス散が処方されたため疑義照会。ツムラ薏苡仁湯に変更。	読みは同じため間違えたか	疑義照会を実施。	ヨクイニンエキス散「コタロー」	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3993	処方内容はヨクイニンエキス散だった。投薬時に、体調の詳細をインタビューしたところ、肌荒れやイボに関する症状は全くなし。関節の痛みがあるとのことで、薏苡仁湯の間違いの可能性があるかと判断し、疑義照会を行った。処方はず想通りに変更となった。	薬の名称が似ているので、入力する際に間違えたと思われる。	インタビュー情報以外に判断材料はないので、患者さんからの症状のインタビューを、毎回丁寧に行うことを徹底する。	ヨクイニンエキス散「コタロー」	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3994	患者さんからの聞き取りで、いぼやたこではなく、関節痛で他院で処方されたことのある漢方薬の処方を希望したことがわかり、名称がよく似ているためDrの処方ミスを疑い疑義照会した。	ヨクイニンと薏苡仁湯、似た名称があることの認識	患者さんとの聞き取りで、症状と薬の効能が合っているか、確認することが必要。	ヨクイニンエキス散「コタロー」	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3995	0歳の便秘の患者様にラクツロース・シロップ60%が処方。便秘の適応がないのでDrに確認ラクツロース・シロップ65%に変更	病院でのラクツロース・シロップ65%の採用がなかったので、似たようなお薬を処方された様子。	添付文書での適用の確認。	ラクツロース・シロップ60%「コーワ」	ラクツロースシロップ65%「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3996	胃瘻からの栄養投与とされている患者。処方されているラコールの剤形が液ではなく、半固形剤に変更が必要になった事例。患者は居宅訪問しており、前回訪問の際に胃瘻から漏れることがあるので、その対応について相談があった。そこで経腸用液ではなく半固形剤に変更してみることを相談していた。そこで、処方の際に疑義照会して剤形変更になった。	胃瘻からの脇漏れすることでQOLの低下、ケアの頻度増加などの悪影響が生じていた可能性がある。	患者の状態や引き継ぐ情報があれば、薬歴システムに次回確認できるようにメモやアラートなどの記録を残している。それで疑義照会に繋げている。	ラコールNF 配合経腸用液	ラコールNF 配合経腸用半固形剤		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3997	胃瘻ではなく経口可能な方にラコールNF 配合経腸用半固形剤が処方されていた。	患者の家族に聞き取った結果、Drは胃瘻ではないことを理解されていたこと。薬品名が類似している為、処方入力時にDrが間違った可能性があると考えられる。	患者本人ではなくご家族が来局されている際は特に、どのような症状なのか、普段どのように服薬しているか、生活の状況など聞き取れる範囲で聞き取りを行い、詳細が不明な場合は1度本人に電話をするなどして確認を行ってから投薬をする。	ラコールNF 配合経腸用半固形剤	ラコールNF 配合経腸用液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3998	処方せん記載は【般】フロセミド錠40mg・1錠夕食後で、フロセミド錠が処方されたのは初めてだった。新規でフロセミドが40mg処方されていること、フロセミドが夕食後の処方であること、前回はラツダ錠20mg・2錠夕食後の処方だったことから、ラツダ錠40mgを処方しようとしたところ間違えて先発品名ラシックス錠40mgを処方してしまった可能性を考えて疑義照会した。結果、ラツダ錠40mgに処方変更になった。	医師は処方箋作成の際に、パソコン画面では先発品名で入力し、プリントする際に一般名に変換している。先発品の薬品名を先頭1文字で検索している可能性があると思われる。そのため、ラシックスとラツダを見間違えて選択した可能性が高い。	各薬剤の用法用量をよく理解しておくこと。また、以前にも同様の処方ミスを経験しているので、情報を共有することですぐにミスに気付くことができる。	ラシックス錠40mg	ラツダ錠40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3999	処方記載に該当薬が30日分処方であった処方名が抗生剤であったことと患者がアレルギーの継続治療されていることを考慮し疑義照会に至った	ラ行であることでの薬名類似による単純ミス	継続治療であることと30日の長期処方であったことで間違いに気が付くことができました。監査が今後も単純作業にならないようにしていきます	ラスビック錠 7.5 mg	ルパフィン錠 10 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4000	平素よりザラカム配合点眼液が処方されている患者に、一般名処方でラタノプロスト点眼液0.005%が処方されていた。患者に薬の変更の説明があったか確認したところ、処方ミスでザラカム配合点眼液に訂正になった。	ザラカム配合点眼液を一般名で処方しようとし、ラタノプロスト・チモロールマレイン酸塩配合点眼液とすべきところを、ラタノプロスト点眼液になったように。	今回の処方ミスは効果減弱するであろう為判断は容易だったが、逆の場合は病状悪化の為ととれる為、処方変更時の患者からの聞き取りは、なるべく早い段階で(投薬時より処方監査時)行えるよう心掛けている。	ラタノプロスト点眼液 0.005%	ザラカム配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4001	いつもキサラン点眼液処方の患者様。患者に後発に変更になっていること説明すると薬が増えると聞いているとお話しあり処方間違いが疑われたため疑義照会。ラタチモ点眼液の間違いであり処方変更。	名前の類似。	処方変更になった場合は必ず患者に確認する。	ラタノプロスト点眼液 0.005%「SEC」	ラタチモ配合点眼液「センジュ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4002	抗生剤処方がないが、ラックビーR散が処方	処方されるとき打ち間違い	疑義照会にて、確認 ラックビー微粒Nに変更	ラックビーR散	ラックビー微粒N		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4003	抗生剤処方なしの処方箋に本来抗生剤処方時に処方されるラックビーR散が処方されていた。	以前病院から抗生剤を処方、服用されていたとのことでそのままDoで交付したものと推測。	抗生剤処方時に処方される整腸剤をピックアップし店舗スタッフに共有。抗生剤有り無しで使われる整腸剤が違うことを一緒に確認した。	ラックビーR散	ラックビー微粒N		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4004	2歳小児男児にバナンDSを処方。抗生剤による下痢予防のために整腸剤が処方されるが、今回はラックビー微粒Nが記載されていたため処方医に問合せ。ラックビーR散に変更となった。	医療機関の入力ミスと考えられる。	薬局のスタッフ同士での情報を共有し、処方内容に疑問を感じたら声を掛け合って疑義照会に繋げていく。	ラックビー微粒N	ラックビーR散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4005	今回処方でザンタックとモメタゾン点鼻液が処方されていたが、ザンタックが回収になっており在庫もないため疑義照会をしたところザイザル錠の処方間違いだった。2年前の前回処方ザンタックであったため、カルテにはザイザルが記入されていたがザンタックを入力したと思われる。ザンタックが回収になっていなければそのまま調剤していた可能性があった。	ザンタックとザイザルの商品名の類似。過去に処方歴があったためそのまま継続してもおかしくない状況だった。	処方内容から推察して、疑問点があれば必ず疑義照会をする。患者からの聞き取りを丁寧にする。	ラニチジン錠150mg「日医工」	レボセチリジン塩酸塩錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4006	居宅療養管理指導の指示を受けた新規患者で、あらかじめ転院前の診療情報提供書をFAXしてもらっていた、そこに記載されている継続薬だった処方内容(ラベプラゾール10mg)と今回病院から処方された内容(ラベタロール50mg)が違うため、問い合わせを行った。処方医は不在になっていたが、担当看護師より継続処方を行う予定だった旨を確認し、責任医の元、処方変更となった。	名前の似た薬の処方ミス	転院時は処方内容を間違えている可能性を考慮し、お薬手帳などを用いて処方内容に相違がないか、あれば問題ないかを確認する必要がある。	ラベタロール塩酸塩錠50mg「トーワ」	ラベプラゾールNa錠10mg「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4007	ピロリ菌除菌初めての患者さんに2次除菌のパックが処方されていた。	パックは数種類の薬が入っており、内容がわかりにくい。	2次除菌の薬が出たときは必ず、1次除菌しているか確認(薬歴と口頭で)している。	ラベファインパック	ポノサップパック400		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4008	全粉碎指示の患者に新規処方ラベプラゾール10mgが処方。腸溶錠で粉碎不可のため、義義紹介して、粉碎可能なランゾプラゾールOD15mgへと処方変更となった。	粉碎化する薬剤は、腸溶錠は不可だが、ランゾプラゾールに腸溶錠の認識はなかったと考えられる。	粉碎化の時には粉碎可能な薬剤がしっかりと確認する。	ラベプラゾールNa錠10mg「トーワ」	ランゾプラゾールOD錠15mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4009	普段ランタス注ソロスターを使用している患者に対し、ランタスXR注ソロスターが処方された。本人へ確認した所、医師から処方変更の話は無かったとの事で疑義照会。結果、電子カルテへの入力ミスと判り、通常使用されているランタス注ソロスターに処方変更となった。	名称類似品のため、入力ミスが起きたと想定される。	処方変更の可能性もあったため、疑義照会以前にまず患者へインスリンが変わる話があったか確認。また薬局内での取り間違い防止のため、冷蔵庫前面に各インスリン名称のステッカーを貼付し注意喚起を行っている。	ランタスXR注ソロスター	ランタス注ソロスター		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4010	市民病院からクリニックへ転院して初回の処方がランタス注ソロスター処方するところ、誤ってランタスXR処方。薬局で調剤中にお薬手帳から転院前はランタス注ソロスター使用していた点、患者さんからも変更する話は聞いてないと確認。クリニックへ疑義したところ、市民病院からクリニックへの紹介状が誤っていたことが判明。	紹介状の薬品名記載ミス	処方変更がないかお薬手帳と照らし合わせて確認	ランタスXR注ソロスター	ランタス注ソロスター		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4011	患者さんは以前からほかの病院でランタスXRソロスターを夕食前16単位で使用していた。今回、いつもとは違う病院にかかったところ、ランタス注ソロスター夕食前16単位で処方されていた。通常ランタスXRからランタス注に切り替えるときは単位を少し下げたからの使用なので疑義紹介を行ったところ、ランタスXRソロスター夕食前16単位に変更となった。	名称が類似していることによる医師の処方間違いと推測される。	病院が変わったときには処方変更の有無について注意深く見る。	ランタス注ソロスター	ランタスXR注ソロスター		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4012	転院により処方元が変わり初来局。継続中のランタスXR注ソロスターがランタス注ソロスターに変更になっていた為疑義照会を行った。ランタスXR注ソロスターに変更になった。	転院により処方元が変わるとき、処方箋の記載誤りが無いか患者やお薬手帳で十分に確認する。	転院により処方元が変わるとき、処方箋の記載誤りが無いか患者やお薬手帳で十分に確認する。	ランタス注ソロスター	ランタスXR注ソロスター		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4013	基幹病院である大学病院から近くのクリニックに紹介で転院した患者。以前からランタスXR注シロスター8単位を1日1回朝食後に使用しており、今回はランタス注シロスター8単位が処方されていた。クリニック受診の際に紹介状を持参しており、受診時は医師からはひとまず処方変更せずに経過観察する旨を伺っていたことを患者本人にも確認。薬局の歴を確認し今までの薬を変更になっている点をクリニックに疑義照会を行った。その結果、ランタス注シロスターではなくランタスXR注シロスターが正しいことが分かり処方訂正となった。	クリニック側で紹介状の確認が徹底されていなかった	紹介状などで転院した場合は薬歴から処方内容違いを確認すること。今回は平素より来局している患者であり過去の薬歴の蓄積があったので不利益を回避できたが、他の薬局で新たに薬をもらってしまった場合はそのまま処方されていた可能性がある。従って、かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師による情報の一元化が有効であると考えます。	ランタス注シロスター	ランタスXR注シロスター		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4014	以前より、速効型のアピドラノスターと持効型のインスリングルルギンを併用している患者さんの処方が持効型のランタスシロスターとインスリングルルギンの併用になっていた。持効型の重複で、用法も持効型のランタスが1日3回になっていた。疑義照会にてアピドラノスターに訂正された。	病院のレセコンが最近入れ替えとなった、処方入力の確認不足で類似名称のものになってしまったようだ。以前の入力データがそのまま入るものなら間違いが減るかもしれないが、新たな入力になると、より一層の確認が必要と思われる。	薬歴の確認の大切さを再確認した。インシュリンは種類や用法を誤れば重大な健康被害が生まれるので、より気を引き締めて確認していきたい。	ランタス注シロスター	アピドラ注シロスター		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4015	前回まで他院にかかっていたが今回から当該医院に変わった。今回は前回と同じ薬を出すと言っていたが違った。	処方せんへの記載時におけるミス入力 が主原因	患者とよく話す。	リオベル配合錠LD	リオベル配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4016	アトルバスタチンで痒みが出たことのある患者にリピトールが処方となった。また患者に確認した際に、中性脂肪が高いと指摘を受けたとの情報も聴取し疑義照会を実施した。結果、フィブラート系のリピディルに変更となった。	始めは、副作用歴を見逃して処方したのかと考えたが患者から話を聴いてみると、スタチンとフィブラートを誤って処方している可能性が出てきた。処方オーダーシステムの際に「リピ」と検索をして誤った可能性が考えられる。	副作用歴の確認はもちろんだが、新たに処方になった薬がある場合しっかりと処方意図を確認出来るように患者情報収集に努める。	リピトール錠10mg	リピディル錠80mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4017	いつもメインで受診されている病院から処方されている薬(リピディル)がなくなってしまったため、今回他院で、風邪薬と一緒に、リピディルの処方をお願いされたが、リピトールの処方になっていた	頭2文字が同じの為、患者様からの聞き取り違いあるいは、入力誤りによると考えられる	薬局で管理している情報と患者様確認により、今回のヒヤリ・ハットを防止できた今後も、薬局で管理している情報確認、患者様、ご家族からの情報を必ず確認し、調剤・監査・投薬を行う	リピトール錠5mg	リピディル錠80mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4018	秋のアレルギー症状で目の痒みありと本人。処方箋にはリボスチン点鼻液が処方されており、リボスチン点眼液の間違ひではないかと処方医に疑義照会した結果、リボスチン点鼻液からリボスチン点眼液に変更	名称が類似しており、コンピューターに表示されたときに誤って選択したと推測される	患者に今の症状を確認し、追加で処方された薬との整合性を確認する	リボスチン点鼻液0.025mg/112噴霧用	リボスチン点眼液0.025%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4019	リボスチン点鼻1日2回2噴霧処方 リボスチン点鼻1日4回の為疑義照会。ナゾネックス点鼻に処方変更となった。	外用薬の使用回数の把握。	外用薬使用回数を確認を行う。	リボスチン点鼻液0.025mg/112噴霧用	ナゾネックス点鼻液50μg/56噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4020	処方箋にリルゾール50mg1錠分1就寝前の処方された。調剤前に患者へ聞き取りを行った。ALSのような症状はなく、お薬手帳からもそのような治療した処方歴はなかった。お薬手帳を再度確認したところ以前よりリルマザホン1mg1錠を就寝前に服用していた。疑義照会したところ医師はリルマザホン1mgを処方したつもりであり、変更となった。	処方入力をする際に頭文字『リル』で入力したことが今回の事例を招いたと思われる。	新規薬剤が処方された際には、必ずお薬手帳から服用歴があるかどうか確認し、新規の場合には必ず細かく聞き取りを行う	リルゾール錠50mg「A A」	リルマザホン塩酸塩錠1mg「M E E K」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4021	患者のご家族が皮膚科の処方せんを持って来局した。別のクリニックに通院していたが、肌の改善が見られないので今回別の病院を受診したとのことであった。処方せんではベリーストロングのステロイド外用剤である【般】ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏0.064% (リンデロンDP軟膏0.064%) が処方されていた。患者は11歳の小児であり、ご家族からは背中やお腹周りに少し出ているだけで症状はひどくないとお話があったので念のため処方医に対して問い合わせたところ、病院での入力誤りでありストロングのステロイド外用剤である【般】ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12% (リンデロンV軟膏0.12%) に処方変更となった。	・ステロイド外用剤の一般名は類似している部分が多く、病院で入力誤りが起きたと思われる。	・薬局内でステロイド外用剤の強さや患者の年齢や重症度、使用部位による使い分けについて話し合い、確認を行った。	リンデロン-D P軟膏	リンデロン-V軟膏0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4022	患者よりリンデロンVG軟膏の容器の提出があり「これを処方してもらった」とのお話だったが、処方箋には「【般】ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏0.064%」との記載になっており商品名「リンデロンDP軟膏」の処方となっていた。ステロイド強度も異なり、使用目的も異なることから疑義照会したところ、処方が「リンデロンVG軟膏0.12%」に変更になった。	医師の一般名選択確認ミスと思われる。また、当該病院では一般名処方を推奨しているが「【般】ベタメタゾン吉草酸エステル・ゲンタマイシン硫酸塩配合軟膏」が基礎後発品となったことで、院内薬品マスターに一般名の登録がなく、商品名「リンデロンVG軟膏」「デルモゾールG軟膏」の登録しなくなっているというお話だったため、選択が難しかったのも要因と思われる。	処方監査の段階で、患者から正確に情報を得る必要がある。	リンデロン-D P軟膏	リンデロン-V G軟膏0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4023	リンデロンVローションを年に2.3回処方されている。今回初めてリンデロンVGクリームが処方されていた。処方意図、塗布部位を口頭で確認しようとしたところ、今まで使用していたリンデロンVローションを希望されていたことが判明。処方間違いの可能性があるのでため疑義紹介し、薬剤変更となった。	リンデロンは類似薬剤名が多いためカルテの記載ミス、または処方入力ミスの可能性あり。	使用部位に対するステロイドのランクや塗布部位に問題ないか、症状と合致しているか確認をとるようにしている。	リンデロン-VGクリーム0.12%	リンデロン-Vローション		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4024	治療中の症状に対し継続処方を依頼したとのことだったが、デルモゾール軟膏を使用していたものがリンデロンVG軟膏の処方となっていた。手帳で使用薬剤を確認し、患者様にも抗生剤の合剤に変わるか確認したが同内容で継続とのことだったため疑義照会し使用中の薬と同成分へ変更となった。	お薬手帳の記載がGEと成分名だったため、勤務日数の少ない医師で先発以外からの検索に不慣れだった可能性がある。類似医薬品と誤って入力し、そのまま処方発行してしまったと考えられる。	患者様からの聞き取り、お薬手帳から処方意図と処方内容があっているかの確認を継続していく。	リンデロン-VG軟膏0.12%	リンデロン-V軟膏0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4025	眼科よりフルメトロン点眼とリンデロンVG軟膏の処方。患者にヒアリングするも軟膏の用法については理解ない様子。患部が同じことから眼軟膏の誤りではないかと思い疑義照会。リンデロンVG軟膏→眼・耳科用リンデロンA軟膏の誤りと確認。変更して調剤	名前が似ているため誤って処方した可能性。監査時に診療科、一緒に出ている薬などを確認する事で違和感に気づけた。目の周りに使用する可能性もあったが、患者が理解していない事もあり、念のため疑義照会して正解だった。	処方監査時に使う調剤指示書には診療科をチェックするボックスもあり、毎回この科から出ている薬か、実際どのように使うかもイメージして調剤設計を行っている。患者へのヒアリングはもちろん、違和感を感じたら疑義照会をすることを徹底し、しやすい環境づくりに取り組んでいます。	リンデロン-VG軟膏0.12%	眼・耳科用リンデロンA軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4026	他からの転院、リンデロンV軟膏処方。お薬手帳拝見、他院での処方「ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル」リンデロンV「ベタメタゾン吉草酸エステル」患者様より、他院処方を継続と聞かれていることを確認し、処方薬お間違いがないか疑義照会にて確認。→ベタメタゾンだけで判断してしまった、他院と同じ成分（アンテベート軟膏）に変更との返答。	一般名の名称類似。	間違いではないか？気づけるように名称類似品についての知識を局内で共有。	リンデロン-V軟膏0.12%	アンテベート軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4027	数日前に爪の巻き爪から化膿されていて内服の抗生物質が処方されていたのですが、今回同じ部位が腫れていて痛痒いと患者さんがおっしゃられるのに処方されているのはリンデロンV軟膏でした。内服の抗生物質も飲み終わっているのに、このままでは腫れがひどくなる可能性もあるので疑義照会したところ、リンデロンVG軟膏に変更になりました。	薬の処方時の確認ミス、リンデロンに種類がありすぎる。	患者さんが化膿していた部分に塗布すると確認できたのが疑義につながりました。確認できずに別の場所に塗布すると思っていたらそのままリンデロンV軟膏を渡していたと思います。	リンデロン-V軟膏0.12%	リンデロン-VG軟膏0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4028	処方箋でリンデロン-V軟膏の成分の一般名処方がされていた。今年の4月に同じ薬を出していたため、特に疑問に思わず投薬を開始したところ「ふたの色が違う」とおっしゃった。今年の2月に一度処方しているリンデロン-VG軟膏をお見せしたところ、「それだ」とおっしゃった。その旨を病院に連絡をしたところ、名前が似ているために出し間違えたとのことだった。	リンデロン-V軟膏とリンデロン-VG軟膏は名前が酷似している。そのうえ、自動的に一般名に変換されるシステムを導入していると思われ、処方箋原本を見ても気づけなかったものと推測される。	リンデロンなど、同様の名称で複数の規格がある薬には、薬の保存場所に大きく「別規格あり」と表示している。	リンデロン-V軟膏0.12%	リンデロン-VG軟膏0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4029	処方箋記載はリンデロン（ベタメタゾン）軟膏であった。過去処方歴はアンテベート軟膏が処方されていた。特に薬の変更は聞いていないとのことと医師に確認。医師は前のつもりで処方していた。	カルテ記載時に成分名で記載したのを処方箋に転記する際に間違えたと推測される。成分名類似	過去の薬歴を確認し薬が変更になってそうだったら患者に聞き取りを行う。念の為、医師に疑義照会を行う。	リンデロン-V軟膏0.12%	アンテベート軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4030	リンデロンV軟膏（湿疹時）、リンデロンA液（点鼻）を時々処方されている。今回はリンデロンA液が欲しくて受診するも、実際に処方があったのが、リンデロンV軟膏であった。患者様と話した結果、おそらく処方箋入力ミスだろうと、疑義照会をする。結果、リンデロンA液へ変更になる。	処方オーダーミス	患者様とのコミュニケーションを大事にすること、医療機関との連携を強化することが必須	リンデロン-V軟膏0.12%	点眼・点鼻用リンデロンA液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4031	リンデロン軟膏0.12% 5g 1日1回 左母趾で処方されているが、患者様の症状を確認すると左母趾が化膿しているとの事で、抗生物質が入ったリンデロンVG軟膏0.12%と間違っている可能性があると思い疑義紹介。疑義紹介の結果リンデロンVG軟膏0.12%に変更となる。	医療機関での処方入力の際に誤ってリンデロンV軟膏0.12%で入力をしてしまったように推測されます。	服薬指導の際に患者様の症状等をしっかり聞き取り、処方内容に対して疑問に思うことがあれば必ず疑義紹介を行うように致します。	リンデロン-V軟膏0.12%	リンデロン-VG軟膏0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4032	処方箋をもとに、監査・調剤・投薬していたところ、患者様より軟膏を処方すると医師から説明があったと話しあり。外用薬の処方は点耳液だけの処方であったことから疑義照会する。処方されていたリンデロン点眼・点耳・点鼻液5mlは削除され、リンデロンVG軟膏5gに変更とされた。	薬名が似ていて、処方量も同じ5であったことから、処方箋の記載ミスがあったものと思われる。	今回、間違っていた点耳液は処方内容から疑問を把握はできなかったが、患者様との聞き取りの中で処方内容にズレがあったことで発覚。患者様からの聞き取りも取りこぼさないよう注意する。	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%	リンデロン-VG軟膏0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4033	医師からリンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%のリーフレットを頂いたとのことで持参されていましたが、処方にはリンデロンA液となっており、リンデロン点眼・点耳・点鼻0.1%は処方されていなかった。医師に電話にて問い合わせた所処方変更となった。	名前の似た薬剤の確認不足	患者さんに十分な聞き取りを行い、処方内容との整合性を判断する。	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%	点眼・点鼻用リンデロンA液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4034	服薬指導時、患者さんから「先生が説明する時にみせてもらったものと違う、薄い黄色の容器だった」と話があり、疑義照会を行ったところ処方に変更となった。	名称が似ているため、処方入力時に誤ったかもしれない。	先生からどのような指導や説明があったのか、できるだけ詳しく話を聞くようにする。	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%	点眼・点鼻用リンデロンA液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4035	コデインリン酸塩散の処方、普段同薬剤の錠剤をよく処方されるDrであったこと、患者への聞き取りから錠剤の方を希望するとのことで疑義照会、錠剤の間違いであった	PC上で選択する際に同名なので並んで表示されるものと思われる	医師の考えに寄り添い、処方意図をしっかりと推測しながら確認を行う	リン酸コデイン散1% 「日医工」	コデインリン酸塩錠5mg 「シオエ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4036	継続で使用している薬剤の中でルブラック8mgがルーラン8mgに入れ替わってる処方だが、切り替えは考えにくく問い合わせ。ルブラックの処方に訂正	今回より在宅医療に移行してPCした際の入力で医師が確認不足からの入力ミスをした	今後も監査を徹底し、違和感があればきちんと問い合わせをし確認していく	ルーラン錠8mg	ルブラック錠8mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4037	処方箋を受け取り時に、これまでの当薬局で管理している薬歴情報と異なった薬剤であったため本人(患者様)にエステロゲン含有量の多い薬になっていたため不正出血の兆候の有無を確認したところ、そういった兆候はなく、薬の変更も聞いていないとの返答があり、処方元のクリニックに連絡。処方間違いが判明した。	病院の入力ミスと思われる。	類似名の薬は特に注意して患者様からの情報収集に努める。	ルナベル配合錠LD	ルナベル配合錠ULD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4038	H26より、ルナベル配合錠LD(フリウェル配合錠LD)を継続服用中の患者。最近動悸が気になっているとの情報を聴取しており、主治医と相談しておくよう説明していた。今回ルナベル配合錠ULDの処方あり。動悸については、同医から不整脈との診断あり。本日からルナベル配合錠ULDに変更か本人に確認すると、主治医から何も聞いていないとのこと。主治医に確認したところ、処方箋への記載ミスで、引き続きルナベル配合錠LD(フリウェル配合錠LD)服用にて様子見との回答であった。	手書き処方箋のため、記載ミス。	他の調剤者が分かるように、患者から聴取した病態を薬歴に記載している。	ルナベル配合錠ULD	フリウェル配合錠LD「モチダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4039	ルネスタ1mgが分1朝食後に処方されており、用法に疑問を抱いたため疑義照会。定期薬のエピスタ(一般)ラロキシフェン)に変更となった。	エピスタと薬品名の響きが似ているため思い込みでルネスタを処方入力したのだと推測される。	前回の薬から処方変更があった場合は薬歴やお薬手帳などを活用しながら薬品名や用法をしっかりと確認する	ルネスタ錠1mg	ラロキシフェン塩酸塩錠60mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4040	ルネスタ錠が新規処方された患者から話を聞いた際に、眠剤が処方される心当たりがなく、鼻出血に対して薬が出ると医師から聞いたとの回答だったために疑義照会。ルパフィン錠に変更された。	1文字目が同じ「ル」であり、処方の際に薬剤選択を誤ったと思われる。	新規処方薬については患者の訴える症状と処方意図を必ず確認する。	ルネスタ錠2mg	ルパフィン錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4041	来局間隔はあるものの、日頃より門前クリニック、当薬局を利用している患者が処方箋をもって来局。今回より、初めてルネトロン錠1mgが処方されていたが、利尿薬にもかかわらず就寝前の服用指示であったため、疑問に思い疑義照会した。ルネスタも今回初めての処方であり、眠れないことを医師に相談したと確認。	ルネスタ1mgを入力するところ、名称の似ているルネトロン1mgを入力してしまったようだ。	新規処方薬が出た際は、患者より症状の聞き取りをして処方薬に間違いがないかを確認を徹底する。	ルネトロン錠1mg	ルネスタ錠1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4042	ルパフィン錠10mgが、通常1錠1日1回服用のところ、2錠1日2回で処方されていた。患者様に確認したところ、抗アレルギー薬を処方されるとは聞いてなかったとのことだったので、問い合わせ。結果、ルパフィン錠10mgではなく、パルモディア錠0.1mg2錠1日2回に変更になった。	前回、処方が1年以上前であり、その際はルパフィン錠10mgの処方だった為、名称が似ているパルモディア錠0.1mgと間違えて処方してしまったと考えられる。	用量用法が正しいか、患者さまは何の症状で服用するのかを確認することを徹底していく。	ルパフィン錠10mg	パルモディア錠0.1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4043	タリオンとルパフィンが同時に処方されており疑義照会したところ、ルパフィンがルリッドに変更となった。ルパフィンの1日投与量が2錠になっていたのも疑義の要因となった。	「ル」から始まる薬で、パソコンで処方入力の際に選び間違えたと思われる。	同効薬が重複して処方されている場合は、処方の意図を確認する。	ルパフィン錠10mg	ルリッド錠150		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4044	当人は外国の方で、半年に1回のペースで来局されていた。処方される薬は決まっていた、「アルプラゾラム錠0.8mgサワイ 1錠分1夕食後 30日分」と「フルニトラゼパム錠2mgTCK 1錠分1寝る前 30日分」(一般名処方)だった。 2019年7月8日(月)12時過ぎに来局され、いつものように処方箋を渡されたが、一般名処方、1つは、「アルプラゾラム錠0.8mg」だったが、もう一つは、「ロビニロール錠2mg」だった。ロビニロール錠は、先発品名「レキップ錠」で、パーキンソン病薬であることから、まずご本人に、処方医にはいつものお薬をお願いした、との確認をとり、次に、処方医に電話で連絡をし、処方医から、「フルニトラゼパム」と記載するところを、先発品の「ロヒプノール」と間違えて、「ロビニロール」と記載してしまった、との回答を得て、事無く、いつも通りの薬を患者様にお渡しすることが出来た。	単純な処方医の入力ミスではあるが、このミスに、入力前監査で気付けた良かった。このような事は、いつでも起こり得ると、常日頃から準備している。特に新患の場合には、聞き取りが重要である。	いつも来局されている患者さんなので、薬歴から既往歴、現病、併用薬などを確認し、明らかにこの薬は処方されないだろう、との予測のもと、ご本人と処方医に確認し、事なきを得た。患者さんの薬歴を常にチェックすること、処方箋から得られる情報から、患者さんの状態を推測し、話をすることは、非常に重要であると考え、常に実践している。また、新患については、先入観は無しで、ご本人からの聞き取りを重視している。	レキップ錠2mg	フルニトラゼパム錠2mg 「TCK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4045	レキップ錠2mgが新規で1回1錠 朝食後服用で処方されたが、レキップ錠は胃腸障害を回避する為、初回は1回0.25mg 1日3回から投与開始であることからCR錠の間違いではないかと考え疑義照会。レキップCR錠2mg 1錠 朝食後へ変更となった。	レキップ錠とレキップCR錠の入力間違いと考えられる。	胃腸障害が起こらないように、レキップ錠とレキップCR錠の用法用量の違いをしっかりと把握しておくこと。そのほかのドパミンアゴニストについても用法用量の十分な理解が必要と考える。	レキップ錠2mg	レキップCR錠2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4046	肝機能障害による肝性脳症のある患者で今回、初めてレグテクト333mgが処方されていた。調剤前に疑問に思い医院に電話でレグテクト333mgで間違いないですかと疑義照会した。その結果、受付の方が処方意図は分からないがカルテに書いてあるので間違いないですと回答され医師に確認して頂かないまま調剤しました。投薬の際に、患者のご家族の方にこの方は普段お酒は飲まれますかと確認したところほとんど飲まないとの事だったのでもう一度疑義照会を行いました。その際に、医師の方に確認してくださいと念押しして確認して頂いた結果、レミッチOD錠の間違いである事が確認できました。	医院に疑義照会したが医師にまで情報が伝わっていなかった。	患者からの聞き取りを徹底する。疑義照会は医師の方に確認して頂くようにお願いします。	レグテクト錠333mg	レミッチOD錠2.5μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4047	今回の処方からレグテクトが追加になっていた。薬局の患者情報によると飲酒なしの方だったので飲酒の有無を改めて確認したところ飲酒なしと確認できた。今回の症状を聞いたところ足のムズムズの訴えがあったため医院へ疑義紹介しレグナイトへ変更となった。	類似名称の薬に注意。患者情報の定期的な更新も大事です。	新規薬の場合特に症状を確認する。	レグテクト錠333mg	レグナイト錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4048	むずむず足の既往歴があり、飲酒歴がないのにも関わらず、断酒薬のレグテクト333mgが処方。用法も分3の薬だが分1で処方されていた為に類似名薬品のレグナイト300mgの可能性がある為に疑義照会実施した所変更になる。	類似名医薬品なので処方箋を発行する際に誤って入力されてしまったと推測される。	患者個人の嗜好品の聞き取りを実施しており、薬歴に反映させている。	レグテクト錠333mg	レグナイト錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4049	レグテクト錠333mg 1T イライラ、ソワソワ時 5回分 処方記載あり。断酒治療などはなく、本人も医師からは特に聞いてないのこ、用法と薬効から疑問に感じ疑義照会。レグテクト錠333mg→レグナイト錠300mgへ訂正になったが、原則、ドパミンアゴニストによる治療で十分な効果が得られない場合となっており、既存治療はしてなかったため、再度疑義照会。ビレチア錠25mgへ変更となった。	薬剤名称が似ていたため電子カルテ入力ミスしたと思われる。	薬効、用法、薬歴にて原病名などを確認して調剤をする。	レグテクト錠333mg	ビレチア錠(25mg)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4050	以前から当薬局を利用している患者。レグナイトの処方が出ていたがレストレスレッグス症候群の症状の訴えがないことと、アルコール依存症であることがわかっていたので、レグテクト錠の間違いではないかと気付き疑義照会した。レグテクト錠に変更となった。	レグナイト錠300mgとレグテクト錠333mgで名称や規格が似ていたため処方入力の時点で間違えたと推測される。医薬品検索で2文字目までのカナ検索だと間違いやすい。	患者の病状症状を聞き取ることで適正な薬が処方されているかどうかの判断ができる。薬局でもいかなることで処方入力時のカナ文字検索するときも1文字ずつ規格まで確認することで間違いを防ぐことができる	レグナイト錠300mg	レグテクト錠333mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4051	処方せん記載薬剤の中でレグナイト300mg 6T分3で処方。用量が多いので疑義照会し、レグテクト333mg 6T分3へ変更となる。	医薬品名が類似しているため処方せん記載の薬剤名を誤ってしまった。	類似名の薬品があることを喚起する表示を行った。	レグナイト錠300mg	レグテクト錠333mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4052	元々レザルタス配合錠HDで処方されていた。血圧が低くなってきたため、薬を変えると医師に言われたと患者様より聴取。変更がなく前回と同じであったため、医師に確認したところ、本当はレザルタスLDでの処方だったことが判明し、変更となった	処方の入力ミス。	継続処方でも、その時の状態によって薬の変更はありうるので、しっかりと患者様への聴取し、確認を怠らずにしていく。	レザルタス配合錠HD	レザルタス配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4053	皮膚科からの処方ルパフィン錠10mg2錠 寝る前とヒドロキシジンパモ塩酸塩錠25mg2錠 朝夕食後で治療を行っていた。今回ヒドロキシジンパモ塩酸塩錠25mgからレスタス錠5mg 3錠毎食後へ変更となっていた。かゆみがひどく精神面からくるものとも想定できるが、どうもかゆみの訴えしかなく精神的な訴えがないため薬品名の誤りではないかと考え、疑義照会を行った。その結果レスタミンコーワ錠10mgの処方誤りであったことが判明した。	処方オーダーリングでは、3文字目まで一緒のためオーダーリングミスによる処方誤りが考えられる。	処方背景を重視し、なぜその薬が処方されているのかをよく検討し、疑わしき点がないかを必ず確認している。また診療科から処方意図を読み取って治療に相違がないかを確認している。	レスタス錠2mg	レスタミンコーワ錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4054	一般名で軟膏と含嗽用液の処方だった。軟膏の使用部位が患部になっていた事、製品量ではない量で記載されていた事から先ず処方量について確認したところ、口腔用薬って2gじゃないか？と逆に質問があり、軟膏ではなく口腔用軟膏で処方したかったことが判明。使用部位も口腔内であることを確認。	同成分で軟膏と口腔用軟膏がある為、パソコン入力時に選択をミスされたと推測。患者様が席を外されていて、使用部位を確認できなかったことから問い合わせを実施。今回は製品量でない量で処方されていた為すぐに問い合わせができたが、処方量によってはそのまま調剤してしまった可能性もある為、処方部位の確認や処方内容から推測しての確認をとる習慣を作りたい。	処方内容でほかの薬との関連性を確認する。特に今回のように軟膏とうがい薬のような一見関連性のないような処方の場合、剤形選択のミスも考慮に入れていく。特に今回は記載されている使用部位が患部だったことから判断に迷いました。今後も患部指示は病院に具体的な部位の確認をとるようにしていきます。	レダコート軟膏0.1%	オルテクサー口腔用軟膏0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4055	た薬局から患者紹介で患者来局。不眠の訴え。肝機能の低下等なし。処方箋にレナルチン腸溶錠と記載あり、疑義照会。レンドルミンへ変更となった。	病院は手書きカルテであり、処方打ち出しの際に判読間違いがあったと考えられる。	患者ヒアリングをしっかりと行い、不明点があれば疑義する。判断に困った場合は、一人で解決せず、薬局内で共有し判断する。	レナルチン腸溶錠100mg	レンドルミン錠0.25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4056	腹痛の患者様が来局。ラックビー錠、(般)ドンペリドン錠10mg、(般)プチルスコポラミン臭化物錠10mgと一緒に(般)レバグリニド錠0.5mgが処方されていた。糖尿病の患者様ではあったが、本日受診した症状をお聞きし、(般)レバミピド錠100mgの間違いではないかと疑義照会した。	一般名が類似していた為の間違いと思われる。	患者様から本日の受診目的・症状の確認等必ず行う。	レバグリニド錠0.5mg「サワイ」	レバミピド錠100mg「ZE」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4057	1歳以上(BW20kg以下)の患者様にレバチオ錠20mg(粉碎指示)で処方(FAX処方箋)されていた。在庫がないうえ、粉碎で調製に時間がかかる旨をご家族様に電話した際、今までレバチオ懸濁用ドライシロップを服用している事がわかりて適応を確認し疑義紹介を行った。	当薬局では初めて取り扱う医薬品で、発注に気をとられ用法・用量の確認ができていなかった。	初めて取り扱う医薬品は、入力時だけでなく発注者も用法・用量(適応)の確認を行う。	レバチオ錠20mg	レバチオ懸濁用ドライシロップ900mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4058	レバミピドが分1で処方されていた。通常は分3で処方されることが多いので、感冒処方と同時に処方されていたため、名称が似ているレボフロキサシンと入力間違いの可能性があるので疑義照会し、変更となった。	名称が類似しているで医療機関でレセコン入力時に間違えた可能性あり。	処方監査を徹底する。違和感があれば疑義照会の徹底が必要	レバミピド錠100mg「EMEC」	レボフロキサシン錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4059	【般】レバミピド100mgの他に4書類の薬があった。家族からの聞き取りで鼻炎と気管支炎の症状でそれらに対処する薬がでたとのこと、胃薬についての話や、もちろん胃部不快感もなし。	ムコソルバン錠15mgの入力時に、ムコの2文字変換でいくつか候補の薬があった中でムコスタ錠100mgを選択してしまったのだろう。さらに、規格を見ていなかったこともあると考える。	今回は、6歳児にレバミピドを処方なのですぐに疑念をもったが、一連の確認作業を行った上で疑義照会をした。処方箋受け取り時に症状を聞く、その後、処方監査で症状と薬の適応症、用法用量を照らし合わせる。少しでも疑問があれば今回の症状や先生とのやりとりはどうだったのか確認するようにしている。	レバミピド錠100mg 「NP」	アンプロキシソール塩酸塩錠15mg「クニヒロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4060	【般】レバミピド100mg 4錠/分2朝・夕食後 5日分の処方成人量でも3錠/分3のところ、9歳(体重55kg)の女兒に上記処方であったため、過量投与疑いで疑義照会を行ったところ、カルボシステイン250mgへ変更になった。手書きカルテの採用。医師は「ムコダイン」と書いたつもりで名称の類似している「ムコスタ」と記入。そのまま事務員が処方箋の入力をしたところ、一般名処方に変換されたとのこと。	カルテの記入ミス。今回の事例は過量だったために誤薬を回避できたが、通常用量であれば交付した可能性もあるため、患者との会話が重要になってくると思われる。また、一般名では似ていない医薬品も先発品では類似名称であることを念頭におく必要がある。	カルテの記載は先発品名であることを薬局の職員全員が認識することで、気づきにつながると考える	レバミピド錠100mg 「TCK」	カルボシステイン錠250mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4061	他の薬剤との組み合わせから風邪に対する処方と思われる、レバミピド100mg 1日6錠では用量も超過するためムコダイン錠250mg錠を処方する意図があったと考え、疑義照会を行った。	クリニックでレセコン入力時は先発品名で入力し、一般名で出力される設定になっていると思われる。ムコダインと入力するところをムコスタと入力してしまったために誤った内容で処方せんが発行されてしまったと思われる。	クリニックでは先発品名で入力し自動的に一般名処方記載の処方せんが発行されることが多く、先発品同士が似た名称の薬が誤って処方される可能性があることを薬局内スタッフで共有している。	レバミピド錠100mg 「オーツカ」	カルボシステイン錠250mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4062	風邪症状にて受診、来局。レバミピド錠の処方記載があったが、患者聴取より胃障害などの症状はなく、処方意図が不明なため疑義照会。	先発品入力(ムコスタ→ムコソルバン)での処方箋作成が原因と思われる。	患者聴取より処方意図を確認し、不明な点があれば疑義照会を行う。	レバミピド錠100mg 「日医工」	ムコサル錠15mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4063	成人男性にレボセチリジンのドライシロップが処方されていた。処方量は適正であったが交付時に詳細を確認すると、錠剤は問題なく服用でき、医師からは抗生剤を処方すると聞いているとの事であったため、処方医に疑義照会を行った。その結果、レボフロキサシン錠に変更になった。	品名類似の為の処方箋入力ミス	少しでも疑問に思った場合は必ず患者様に確認し、それでも解消できない場合は疑義照会を行うことを徹底する。	レボセチリジン塩酸塩DS0.5%「タカタ」	レボフロキサシン錠500mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4064	1歳の男の子にレボセチリジンOD錠2.5mg「タカタ」0.5錠分2朝・夕食後で処方されており、疑義照会問い合わせ後レボセチリジンDS0.5%「タカタ」0.5g分2朝・夕食後に変更になった	新しくGEができ名称、規格(0.25g包、0.5g包あり)と間違いやすい	GEメーカー作成の年齢別投与換算表を調剤棚、投薬棚に置いて必ず確認するようにしている。薬局での周知および、レセコンでも注意喚起の表紙を行っている	レボセチリジン塩酸塩OD錠2.5mg「タカタ」	レボセチリジン塩酸塩DS0.5%「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4065	処方箋で「レボセチリジン塩酸塩ドライシロップ0.5%日本臓器」5g(1日量)1日2回に分服で処方されていたが、ドライシロップの場合は3歳の場合通常1回0.25gを1日2回(1日0.5g)だったのでおかしいと判断した。恐らくシロップを処方したいのでは?と判断し疑義照会したところ「シロップ剤0.05%」1日5㎖を1日2回に分服に変更となった。当店の備蓄上、先発品のザイザルシロップで調剤を行った。	恐らく病院は3文字入力だけで剤形まで目が行ってなかった可能性がある。ドライシロップが後発品で販売開始された事を把握されていなかった可能性がある。	新たな医薬品、剤形、後発医薬品が発売されたときは店舗内できちんと共有しておくこと。	レボセチリジン塩酸塩ドライシロップ0.5%「日本臓器」	ザイザルシロップ0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4066	処方監査時、お薬手帳の情報から他院処方でセチリジン塩酸塩錠10mg「イワキ」0, 5錠服用中を確認する。90歳という高齢からも今回レボセチリジン塩酸塩錠5mg「KMP」2錠の処方において重複投与の可能性が考えられるため疑義照会をする。問い合わせた結果、レボセチリジン塩酸塩錠5mg「KMP」1錠に変更となった。窓口で服薬説明を行うと、今回の受診は傷治療であることが判明したため再度疑義照会を行った。問い合わせた結果、薬剤の変更でレボフロキサシン錠250mg「タナベ」2錠となる。	お薬手帳からの情報患者本人からの聞き取りの情報年齢確認と薬剤の用量名称類似の薬品	処方監査と患者情報を見落とさないようにすること類似薬品名注意のため、配置や表示の工夫、単位でのチェックの確認	レボセチリジン塩酸塩錠5mg「KMP」	レボフロキサシン錠250mg「タナベ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4067	20歳の女性がA皮膚科の処方箋を持って来局。記載の処方内容は、フラビタン錠10mg、ピドキサル錠30mg、シナル配合錠各2錠2×14日分、レボセチリジン塩酸塩錠5mg 1錠1×14日分、ダラシンTゲル10g(顔のニキビ部分に塗布)であった。A皮膚科ではニキビに対する処方として、通常、フラビタン錠10mg、ピドキサル錠30mg、シナル配合錠各2錠2×、レボフロキサシン錠250mg 1錠1×、ダラシンTゲルの組み合わせが多いこと、また、患者本人への聞き取りから、痒みなどの症状は見られないことがわかり、処方医へ問い合わせ。結果、レボフロキサシン錠250mg⇒レボセチリジン塩酸塩錠5mgの処方入力ミスと判明した。	両方の薬剤とも頭文字2文字は「レボ」であり、用法が1錠1×で処方されることも同じであること。	普段からよく処方される薬の組み合わせについての情報も、薬局スタッフ間で共有し、少しでも処方内容に疑問点が生じれば、患者への聞き取りも行ったうえで、躊躇せずに処方医への疑義照会を行う。	レボセチリジン塩酸塩錠5mg「TCK」	レボフロキサシン錠250mg「TCK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4068	下腿の腫れが時々あり、処方されている患者さんが来局。処方箋にはレボセチリジン錠が処方されている。普段、同様の症状に対しては抗菌薬が処方されており、以前の受診時にはレボフロキサシン錠が処方されていた。面談時に、今回の症状確認すると、以前と同様の症状での受診であった。薬剤名が両者ともに頭文字2文字までは「レボ」であるため、処方元が処方入力の際に間違えた可能性があると考え問い合わせを行った。問い合わせ後、レボフロキサシン錠を医師は処方していたが、入力作業時にレボセチリジンとなっていたことが分かり、処方内容の変更を依頼し変更となった。	薬剤名が両者ともに頭文字2文字までは「レボ」であるため、処方元が処方入力の際に間違えた。	処方内容をもとに患者の症状を推測することと、患者との面談時に受診することになった経緯や現在の症状の確認、今までの服薬指導歴の確認を総合して行い、疑義が生じた際には必ず処方元に確認を行う。	レボセチリジン塩酸塩錠 5mg 「武田テバ」	レボフロキサシン錠500mg 「MEEK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4069	レボセチリジン錠5mg 1日1回1錠 朝食後 5日分の処方。投薬時に患者に聞き取りを行ったところ、かゆみや鼻水の症状は無く、膀胱炎の症状があるとのこと。病院に疑義照会を行ったところ、レボフロキサシン錠500mg 1日1回1錠 朝食後 5日分の処方へと変更になった。	・薬剤の名称が似ており、3文字入力ではなく2文字入力での処方せん入力を行った際に、薬剤のミスが発生したと考えられる。	・処方せんから患者病態を類推し、聞き取りを行った際の患者病態と相違ないか確認する。	レボセチリジン塩酸塩錠 5mg 「武田テバ」	レボフロキサシン錠500mg 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4070	普段プロナック点眼液を服用している患者様が臨時処方で、ネオメドロールEE軟膏とレボプロノール塩酸塩点眼液が処方された。目のただれの処方であるのにも関わらず、眼圧を下げる薬が処方されたため疑問を抱き、名称が類似している抗菌剤のレボフロキサシン点眼液と間違えているのではないかと疑義照会を行った。入力間違いであったとのこと、レボフロキサシン点眼液に処方変更となった。	・名称が類似していたため、入力間違いをしてしまった。	・患者の服用薬についての把握。・疑問に思った処方に対しては、直ちに疑義照会を行い確認を取る。	レボプロノール塩酸塩点眼液0.5%「ニッテン」	レボフロキサシン点眼液0.5%「日新」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4071	小児の患者でレボプロノール点眼、ニフラン点眼処方麦粒腫での治療を疑われた為疑義照会	レボプロノール、レボフロキサシンと名称類似していたため、オーダーミスしたと判断	患者の治療する疾患と薬剤が該当するかに注意する。	レボプロノール塩酸塩点眼液0.5%「ニッテン」	レボフロキサシン点眼液0.5%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4072	レボフロキサシン(500)3錠 3×毎食後で処方。用量が多すぎるので、問い合わせ。レバミビド(100)の間違いで、変更になる。	用法、用量をしっかりと確認する。	処方監査をしっかりとする。	レボフロキサシン錠500mg「DSEP」	レバミビド錠100mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4073	定時薬で毎月当薬局利用されている。今回定時薬42日分のほか、一般名処方のレボフロキサシン錠500mgが同じ42日分で処方。監査時に抗生剤でこの日数はおかしいと思い、電話で処方元に問い合わせたところ、一般名処方のレボセチジン錠5mgに変更された。	一般名処方だとレボ～シ(ジン)で類似しているため、入力時に選択ミスされたと思われる。	一般名処方でも、同系統や成分違いにかかわらず語感が似ている名称があるため、処方箋が一般名処方に切り替わった場合や、新規・追加・変更があった場合は特に処方の妥当性について意識してチェックを行うこと。	レボフロキサシン錠500mg「DSEP」	レボセチジン塩酸塩錠5mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4074	レボフロキサシン500mgの処方、投薬時に以前クラビット錠500mgを服用し気分が悪くなったことがあると確認。処方医に確認したところクラリスロマイシン200mgに変更となる	処方記載方法が先発品、ジェネリック品の販売名、一般名と統一されておらず同成分であることの確認漏れ。患者本人が記載名の違いで同成分と判断することは難しい	併用薬ならびに副作用歴だけでなく薬剤名、成分名も含めて投薬時に説明し再度確認することを心がける。お薬手帳などの活用を薦め併用薬、副作用歴等の情報を医療機関へ提示するように患者に指導する	レボフロキサシン錠500mg「ニプロ」	クラリスロマイシン錠200mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4075	処方記載はレボフロキサシン錠500mgであったが服薬中に病状確認のため聞き取り中に化膿、抗生剤の説明などしていたが患者の反応が何か違う反応であった為、drに紹介後名称がよく似ているレボセチリジン5mgと判明入力ミスと考えられる。	服薬指導時患者に薬効、症状など確認しながら指導することによって処方薬剤の入力間違いなども回避できる。	服薬指導中にも患者疾患と薬剤のチェックし、処方薬剤の入力間違いなども確認が必要、また薬品名の似ている薬剤の注意が必要である薬剤師に周知徹底する。	レボフロキサシン錠500mg「ファイザー」	レボセチリジン塩酸塩錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4076	いずれも単発処方とみられる内容の処方ですが、その中で重複して入力されている薬剤を発見致しました。鑑査時に発見したため、投薬時には正しく服薬指導出来ています。抗生剤のレボフロキサシンが重複。しかも、500mg1日4錠になってしまうので5日と言えどかなりの過量です。	いずれも同じ「レ」から始まる薬剤の為、カルテの入力間違いの可能性が考えられます。	処方内容を確認して、入力ミスも発見漏れの無いように注意する必要があります。	レボフロキサシン錠500mg「明治」	レバミピド錠100mg「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4077	普段からグラナテック点眼液0.4%が処方されており、今回新規で【般】レボフロキサシン点眼液1.5%が処方されていた。患者様はお薬の変更を聞かれていなかったため処方医に疑義照会を行ったところ、グラナテック点眼液0.4%の入力ミスであることが分かった。	グラナテックをレボフロキサシンの先発医薬品であるクラビットと誤って入力された可能性が考えられる。	薬歴の確認と、患者様への聞き取りの徹底を行う。	レボフロキサシン点眼液0.5%「T S」	グラナテック点眼液0.4%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4078	レボフロキサシン点眼が処方されていたが、患者様の主訴はかゆみ症状で昨年処方の薬と同じもの(レボカバステチン点眼)の処方をお願いしたと患者様より話があった為問い合わせたところ、レボカバステチン点眼に変更となった。	最初2文字が同様の為、処方箋入力を誤ったと思われる。	患者様より主訴を確認し、適正薬か確認する。	レボフロキサシン点眼液0.5%「わかもと」	レボカバステチン点眼液0.025%「T S」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4079	レミカット2mg×4cp 朝食後が処方されていて、鑑査時に用量が多いと気が付き患者様に症状確認したところ主訴も認知症であり薬効も異なっているため疑義照会を行った。その結果レミニールOD4mg錠 朝食後の処方と誤って処方してしまったと判明。	最初の2文字が一緒に医師が処方箋を入力するときに誤って処方してしまった。	患者様に症状の聞き取りを行い、出ている薬と薬効や用法が異なると感じたらすぐに問合せする。	レミカットカプセル2mg	レミニールOD錠4mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4080	レンドルミン錠0.25mg 1日2錠朝、夕食後にて処方。処方鑑査の際に用法の違和感に気づき処方元へ処方内容が正しいか疑義照会を行った。疑義照会の結果レンドルミンではなくトレドミンの間違いであったため処方内容変更して投薬を行った。	名称だけでなくイントネーションが類似している薬もある為入力の間違いがあったと思われる。	処方内容に関して患者に処方内容に関して事前にカウンセリングを行い処方内容が正しいか確認したうえで調剤を開始している。	レンドルミン錠0.25mg	トレドミン錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4081	臨時頓服薬としてロキサチジンカプセル75mgとイルノグラジン錠2mgが処方。「痛いとき」の指示があり患者ご家族に痛み部位確認したところ、腰や背中関節との返答であったため、ロキサチジン→解熱鎮痛剤のロキソプロフェンと推測された。	パソコンでの処方入力であるため、頭文字が同じである薬の選択ミスと思われる。	ご家族のみの来局であっても、患者ご本人がどのような症状であるかの聞き取りも必ず行うようにする。	ロキサチジン酢酸エステル塩酸塩徐放カプセル75mg「サワイ」	ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4082	クラリスロマイシンが処方されてるにも関わらずロキシスロマイシンも同一処方が出てた。ロキシスロマイシンは分3で処方のため患者に確認したところ抗炎症剤を出すとDrから説明あったというので疑義紹介。	医院での入力時頭文字が2文字同一であることから間違えて入力したと考えられる。	抗生剤の重複。用法の確認により回避できると判断。	ロキシスロマイシン錠150mg「JG」	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4083	(般)ロキシロマイシン錠150mgが処方された患者様について、投薬時に痛風による痛みでかかったと判明したため、ロキソプロフェンではないか疑い、疑義照会の結果(般)ロキソプロフェン錠60mgが本来の処方であった。	病院でのオーダーリングシステムの検索で「ロキ」のみ入力して選択したと思われる。	普段より投薬時には聞き取りをしっかりと行う。また名称が似ている薬剤が全く異なる薬剤を把握しておき、そういった薬剤が処方された際は、症状をしっかりと確認し処方意図と相違ないか確認するように努める。	ロキシロマイシン錠150mg「サンド」	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「クニヒロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4084	患者から痛みの訴えあるが、鎮痛薬の処方なく、抗生剤が2種類処方されていた。ロキシロマイシンではなくロキソプロフェンでないかと推察し、処方医に確認を行った。	類似名称間違い	処方されている薬が患者の病態にあっているものかを確認する為、患者の訴える症状を確認し、相違がないことを確認の上、薬剤を交付している。	ロキシロマイシン錠150mg「トーフ」	ロキソプロフェンNa錠60mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4085	後頭部から首にかけての痛みで医療機関を受診。ロキソニン細粒10%、チザニジン錠1mg、レバミピド錠100mgが初めて処方された。ロキソニン細粒10%が1日3回分3.3gで処方されていたため用量が多い事に気づき疑義照会を行った。疑義の結果、ロキソニン細粒はロキソプロフェン錠60mg分3.3錠に変更となった。	・ロキソニン細粒1gと錠剤1錠での成分量が違うことの見落とし。 ・処方入力時の細粒、錠の入力間違い。	散剤、液剤などの成分量での確認を調剤前に徹底する。医療機関が採用している薬剤と違う剤型が処方された時には、患者本人への聞き取り、医療機関への確認を行う事の徹底。	ロキソニン細粒10%	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「CH」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4086	患者が処方箋を持って来局。【般】ロキソプロフェンNaテープ100mg(温感)3.5枚の処方。患者は温感でない方を希望。疑義照会により(非温感)に変更。	ロキソプロフェンNaテープが前回処方されたときに温感だったためかと思われる。	今回は交付時に温感で間違いはないかと確認したところ、冷たいタイプ希望とのことだった。処方監査時に確認するのが望ましいので改善したい。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイハウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「科研」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4087	急性の炎症性の疼痛に温感タイプのロキソプロフェンテープが処方されていたため問い合わせし、非温感タイプのロキソプロフェンテープに変更になった	一般名処方では温感、非温感タイプの入力間違いは医療機関、薬局でも比較的起こりやすい事例である	処方薬が妥当かどうか患者背景についての確認が大切であり、起こりやすい事例であることを周知した	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイハウ」	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4088	一般名のロキソプロフェンNaテープ100mg(10×14cm温感)が処方されていたが、以前にロキソプロフェンNaテープ(10×14cm非温)が処方されている患者だった為、意図的な変更かどうかを医師に電話で確認。温感タイプは誤って入力されたもので、本来は非温感タイプを処方するつもりであったことが判明し、変更となった。	文字数の多い一般名のうち、「温感」と「非温」の1文字しか違いがないこと、また50mgの規格もあるため全部で4つの類似名称が存在するため選び間違いが起きやすい医薬品であること。さらに、先発品と多くのジェネリックが非温感タイプである中、一部のジェネリックのみが温感タイプであり使用される頻度も極めて低く、医師が温感タイプの存在を認識していない可能性も考えられる。	処方箋のレセコンへの手動入力、薬剤師による調剤・監査の際に処方せんの記事内容をよく確認している。また、薬剤師の経験や、患者本人の薬歴と照らし合わせて疑わしい点が生じた際は必ず確認している。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg 「タイホウ」	ロキソニンテープ100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4089	ロコイド軟膏では顔の使用感が悪いためクリームへ変更	処方間違い	患者とコミュニケーションをとる	ロコイド軟膏0.1%	ロコイドクリーム0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4090	ロコアテープを処方するところをロコルナル錠が処方されていた。処方せんの書き方もロコルナル100mg錠 21錠しか記載なく疑義照会を行ったところロコアテープ21枚の間違いだった	なんらかの副作用が起こった	疑問の思った場合は、必ず疑義照会を行う	ロコルナル錠100mg	ロコアテープ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4091	テラムロ配合錠AP、その他4剤が継続処方されている患者に、今回ロサルタンカリウム錠25mg「ケミファ」が追加されていた。テラムロ配合錠に同系統のARBテルミサルタンが含まれているため、重複投与と判断し、まずは患者に処方の内容について確認を行った。他院で処方され服用中であるコレステロールを下げる薬を追加で処方してもらったとの患者の話より、薬歴とお薬手帳を確認。他院にてロスバスタチン錠2.5mgが追加されていたため、名称類似による処方間違いを疑い疑義照会を行った。結果ロスバスタチン錠2.5mgに変更となった。	名称類似による処方入力間違い	処方に変更点があった場合は、患者の話聞き、医師から変更について聞いているか、相違がないかを確認する。	ロサルタンカリウム錠25mg「ケミファ」	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4092	高脂血症用剤の初回処方 ロソーゼット(第一選択にはしない薬剤)が処方されていたので疑義照会し、ロスバスタチンに変更となった	ロソーゼットの処方に精通していなかった。あるいは処方薬選択の時にロスバスタチンを選択するつもりが薬品名の並びの関係でロソーゼットを選択してしまったのかとも推察できるが、疑義照会のやり取りではミスというよりは知らなかったという感で、こちらから説明してから返答に時間がかかった。	各薬剤の使用条件(日数制限、用量設定、禁忌、など)のチェックもれが無いようにコンピュータシステムも利用し、お薬手帳などは薬剤師が目で確実にチェックしていく	ロソーゼット配合錠HD	ロスバスタチン錠5mg「EE」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4093	定期受診をされている患者様が臨時処方方で来局。処方内容は、【般】ロスバスタチン口腔内崩壊錠2.5mg 1日2錠 1日2回朝食後 5日分 【般】ロキソプロフェンNa錠60mg 1回1錠 発熱又は疼痛時 10回分で一般名処方だった。この方は定期薬でロスバスタチン2.5mg「三和」を1日1回1錠夕食後で服用中。数値上昇の為に増量とも考えられたが、通常1日1回製剤が1日2回でしかも5日分しか処方されていないため監査者が違和感を覚えて病院に問い合わせ。結果、ロスバスタチン錠ではなくシタフロキサシン錠の間違いであったことが判明した。	先発名は Crestol錠とグレースビット錠で、PCで3文字入力を行った場合どちらも「クレス」となるため、処方箋入力時の選択ミスと考えられる。	薬局で在庫している薬の中で類似した名前があるか再確認し、職員全員に周知させる。	ロスバスタチン錠 2.5mg 「三和」	シタフロキサシン錠 50mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4094	ロベミン細粒0.1% 1日2g の処方あり、疑義照会の結果ロベミンカプセル1mg 1日2カプセルに変更になる	処方医師の名称の類似、他規格の採用薬の確認不足。処方内容の確認不足	処方監査を引き続き徹底していく	ロベラン細粒0.1%	ロベミンカプセル1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4095	2020.8.28ロメフロ点眼液0.3%の処方箋を持って来局。当薬局に在庫がなかったこと、お薬手帳では他薬局で1ヶ月ほど前にロメフロ点鼻0.3%の記載があった。確認のために患者に伺ったところ”前と同じ耳の薬のはず”と返答あり。疑義照会にてロメフロ点眼液0.3%からロメフロ点鼻0.3%へ変更となった。	処方箋記載の際、医療機関が間違えたと思われる	当薬局にたまたま在庫がなかったこと、お薬手帳の中身を確認した2点が重なって防ぐことができたが、在庫があれば処方箋通りに調剤していた可能性が高い。お薬手帳の確認は必須であるが、同じ名前の薬でも用途が異なる製品は多数ある為、患者に用途を確認するなどのコミュニケーションは大変重要である。	ロメフロ点眼液0.3%	ロメフロ点眼液0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4096	一般名で来たロラタジンODを花粉症ですか?と聞きながら投薬しようとして薬説明したところ、いつもの薬で受診したとの事。疑義照会后ロスバスタチン錠2, 5mgに変更となる	薬品名が似ていること、システムを入れ替えてやると慣れてきたところだったこと、等処方発行時のミスがあった	患者様に症状などを確認すること。決めつけないで確認すること。処方も入力間違いがあることを意識して調剤投薬が必要	ロラタジンOD錠10mg「サワイ」	ロスバスタチン錠2, 5mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4097	マイコプラズマ肺炎が主訴の患者に対し、ロラタジンドライシロップ1%「日医工」150mg分2朝夕10日分が処方。ロラタジンドライシロップの力価にしては多く疑問視。分2 150mgロラタジンの先発名がクラリチンであることからクラリスロマイシンではないかと予想。疑義照会し、クラリスロマイシンドライシロップに変更となる。	ロラタジンの先発名「クラリチン」と「クラリス、クラリシッド、クラリスロマイシン」という名前の類似によるもの。	体重に対する小児用量の確認。主訴と病名から妥当な処方であるかの確認、判断。医師の話と処方薬の相違点がないか投薬時に確認。	ロラタジンドライシロップ1%「日医工」	クラリスロマイシンDS小児用10%「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4098	手指の切り傷のためソレトンとロルカムが処方されたが、ソレトンとフロモックスを処方したかったらしい。	普段からよく使っている薬のため、勘違いしてしまったらしい。	監査の徹底	ロルカム錠4mg	フロモックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4099	ワーファリンを初めて処方されていた。他院からの転院だったがお薬手帳にもその記載は無かった。患者に尋ねたところ、骨のお薬が出ていると言っていた。三か月前に他病院でワンアルファが処方されていたのをお薬手帳で確認した処方医に問い合わせたところ、医師はワンアルファをカルテに記載していたがクリニックの事務の入力ミスによりワーファリンを処方してしまっていたと分かった。	ワーファリンとワンアルファの名前が似ているため、薬剤を入力する際に誤ってワーファリンを入力したと考えられる。	薬が変わった時は患者に話をよく聞き、お薬手帳を確認する。	ワーファリン錠0, 5mg	アルファカルシドール錠0, 5μg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4100	当薬局を以前から利用している患者。薬歴より前回処方から変更あり。ワーファリン錠1mg中止、一般名ベラパミル塩酸塩錠40mgが追加となっていた。患者からの聞き取りでは薬の変更を聞いていないとのことで、処方変更に関して疑義紹介。疑義紹介の結果、一般名ベラパミル塩酸塩錠40mg中止、ワーファリン錠1mg追加となった。	ワーファリン錠1mgを処方するところを、ワソラン錠40mgの一般名ベラパミル塩酸塩錠40mgで処方間違いしていた。名称類似によるミスと推定される。	薬歴や患者からの聞き取りにより処方内容に間違いがないか必ず確認する名称の類似には特に注意する	ワーファリン錠1mg	ワソラン錠40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4101	ワイテンス錠が初めて処方された患者に投薬時に話をしている中で血圧数値に問題がなかったため、念のため疑義照会を行った所、ワイパックス錠の処方間違いであった。	処方医がカルテに入力際にワイパックスを誤ってワイテンスと入力してしまった為と思われる。	投薬時に患者から情報を引き出し、処方されている薬剤や用法用量が正しいかを判断した上で投薬する	ワイテンス錠2mg	ワイパックス錠0.5		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4102	男児の処方内容が、バラシクロピル顆粒50%と亜鉛華10%単軟膏であった。2週間ほど前に妹が水疱瘡で来局しており、そのときはバラシクロピル顆粒50%とカチリの処方であった。母親にこの男児の症状を確認したところ、妹の水疱瘡がうつったとのことであった。亜鉛華10%単軟膏ではなく、カチリ処方である可能性が疑われた為、処方元に疑義照会したところ、カルテにはカチリ処方となっていることが判明した。	カチリの成分名がフェノール亜鉛華リニメントであることから、処方箋に処方打ち込む作業の過程で、亜鉛華10%単軟膏を選んでしまったと思われる。	処方内容のみで処方疑問点に気付くこともあるが、処方内容だけでは気付かないことも多々ある。そのため、患者がどういった症状で受診したのか、医師からどういった症状だと伝えられているかの聞き取りを確実にしていく。	亜鉛華(10%)単軟膏「ホエイ」	カチリ「ホエイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4103	前回処方のアスバラカリウムから塩化カリウム徐放錠に薬剤変更となっていたが、用法用量に変更がなく、6錠分3毎食後となっており、過量投与となっていたため疑義照会。前回同様のアスバラカリウムに変更。	病院内での伝達が上手くいっていないと思われる。	患者、家族からもしっかり情報を収集して、適切な疑義照会を行う。	塩化カリウム徐放錠600mg「St」	アスバラカリウム錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4104	イーケプラが処方されている患者に対して、塩化カリウム徐放錠「St」が処方されていた。疑義照会前に患者家族に薬の変更について処方医から話が合ったのかを確認すると、薬の変更については聞いていないとのこと、疑義照会を行った。塩化カリウム徐放錠「St」は名称変更品で以前はケーサプライ錠という名称であった。イーケプラとケーサプライを誤ってしまい、さらにケーサプライの名称変更の対応をして、このような状態になったことが判明した。	類似した名称による処方箋入力誤り。	患者の状態や薬歴などを確認し、処方監査を確実にを行う。	塩化カリウム徐放錠600mg「St」	イーケプラ錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4105	14歳の男児にリトドリン塩酸塩が処方された。男性には処方されない薬なので、患者の母親に症状を確認すると「立ちくらみでふらーとする」ということで、メトリジン(ミドドリン)ではないかと考えて、疑義照会をしメトリジンD2mgに変更となった。	医師がリトドリンとミドドリンで間違ったと考えられる。名称の類似が考えられるため注意する必要がある。	今回のように、患者の家族からも従来どおり、確認を怠らないようにする。	塩酸リトドリン錠5mg「YD」	メトリジンD錠2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4106	整形外科より、眼・耳科用リンデロンA軟膏の処方が出ていたため、患者に塗布部位の確認を行ったら、足に塗るとお伺いした。適応に無い為、疑義照会を行ったら、リンデロンV軟膏に変更になった。久しぶりの来局で手帳を持参しておらず、確認できなかったが、疑義照会先の薬剤部から前回も同じ処方を出していると同ったことより、前は他の薬局で眼・耳科用リンデロンA軟膏で調剤されたと推測される。	処方箋の記載が「リンデロンA軟膏」となっており、「眼・耳科用」が記載されていないため、思い込みがあったかと思われる	薬によって塗布部位の適応が異なることもあるので、塗布部位を患者に確認し記録を残すことを徹底したい。	眼・耳科用リンデロンA軟膏	リンデロン-V軟膏0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4107	普段はシップ薬をもっていかれることが多い患者さん。今回の軟膏は初めての処方だったため、痒いのは目ですか？耳ですか？とお聞きしたところ、シップで膝がかぶれたのでお薬をお願いしました、とのお答えだった。	この患者さんにとって新規のお薬だったため、コンピューター上で薬を選ぶ際に類似薬品と間違えた、と考えられる。	新規薬剤が処方された場合は、疾患の状態を患者さんにきちんと確認する。	眼・耳科用リンデロンA軟膏	リンデロン-V G軟膏0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4108	アトピー性皮膚炎で軟膏類が定期的に処方されています。今回は目の周囲が痒い為、眼・耳科リンデロンA軟膏が出ていると理解していましたが、投薬時症状塗り方説明している時に点眼薬してください	リンデロンの点眼液には種類が色々あるので選択がむづかしいリンデロンA(軟膏眼・耳科用)、リンデロンA液(点眼点鼻用)、リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%、リンデロン点眼液0.01%等があるため。	投薬時に服薬履歴の確認や今日の体調、検査していれば検査結果の確認、受診目的等お話する中で、Drの処方意図を見出すようにしている。わからないときは、医師に再確認している。	眼・耳科用リンデロンA軟膏	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4109	リンデロンA軟膏が処方されていたが、投薬時の本人の申し出から、診断名はアレルギー性結膜炎であることがわかり、リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%の方が妥当と考え、主治医に疑義照会し、処方変更となった。	適応症及び使用部位似合った薬剤の選択に必要な情報がDrにはなかった。	投薬時に服薬履歴や、今日の体調、受診目的等聞き取る中で、医師の処方意図を見出すとともに、医師に再確認・処方提案している。	眼・耳科用リンデロンA軟膏	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4110	リンデロンA軟膏が処方されていたが、投薬時の本人の申し出から、診断名はアレルギー性結膜炎であることがわかり、リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%の方が妥当と考え、主治医に疑義照会し、処方変更となった	リンデロン点眼液は種類が色々あるので選択がむづかしい。適応症及び使用部位に合った薬剤の選択が必要。	投薬時に服薬履歴や、今日の体調、受診目的等聞き取る中で、医師の処方意図を見出すとともに、医師に再確認している。	眼・耳科用リンデロンA軟膏	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4111	レスタミン軟膏と処方箋に記載されていたが、患者からの症状の聞き取りにより、化膿はなく乾燥などによる一時的な痒みの可能性が高いため、レスタミンコーワクリームが適しているのではないかと確認。レスタミンコーワクリームに変更。	名称は同じだが軟膏とクリームでは配合成分が違うことが間違いやすい要因。	名称類似品の中には配合成分が違うことがあることを確認。患者の状態をしっかりと聴取し、薬と疾患が合致することの確認。	強力レスタミンコーワ軟膏	レスタミンコーワクリーム1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4112	三和当帰芍薬散加附子エキス細粒 7.5g/3×の新規処方。患者に問診したところ、産後の不調があるとのこと。詳しい説明は受けていないとの事であった。当該医薬品の分包品としては3g包のみが存在。1日総量9gとなるが、今回は7.5gの処方。用量の間違いもしくは当帰芍薬散と名称類似での処方間違いを疑った。疑義の電話では、ツムラの当帰芍薬散へ変更指示をいただいた。	名称類似による処方間違い。	疑義と思われる処方内容について発見したときには、先に患者へ問診し、処方についての説明を確認する。処方された医薬品である理由がなければ入力ミスなどを考慮を確認を行う。特に漢方におけるグラム数の間違いは入力ミスである可能性が高いと思われる。	三和当帰芍薬散加附子エキス細粒	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4113	2020年9月某日、夜に母子ともに処方箋をもって来局。水剤(アスピリンシロップ+小児用ムコソルバンシロップ)等が処方されていた。体重を確認したところ、7.8kg。ムコソルバンの一日量が、体重当たりの倍量(5ml)の指示となっていた。薬歴を確認すると、2か月前の7月に「ムコダインシロップ」が「5ml」処方されていたことを確認。電話にて疑義照会。その結果、「ムコダインシロップ 5ml」に変更となった。	名称が似ていること、効能効果が類似しているため、薬剤を処方し間違えたと推測される。	小児用量の一覧表作成。エクセルで、体重を入力すると適正量が計算されるシートを作成。疑わしいことは、自身で都合のいいように解釈せず、積極的に疑義照会を実施するようにしている。	小児用ムコソルバンシロップ0.3%	ムコダインシロップ5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4114	牛乳アレルギーの患者に[般]耐性乳酸菌散10%が処方されていた為、疑義照会し[般]耐性乳酸菌散0.6%へ変更になった。	一般名で記載されていた為、%の違いを見落としたと思われる。	アレルギーのある患者は薬歴上で、事務員、薬剤師双方で確認できるようにしている。	耐性乳酸菌散10% 「トール」	ビオフェルミンR散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4115	エディローラカプセルとセットで制酸剤である炭カル錠500mg「旭化成」が処方されており、患者に診察内容を確認したところ骨量を改善する薬を処方される予定とのことで、胃腸症状の訴えはなかった。処方内容について疑義照会を行った結果、アスパラ-CA錠に処方変更となった。	カルシウムの名称で適応が異なる薬剤が選択されてしまったものと思われる。	引き続き処方内容の監査を通して患者の不利益回避に努める。	炭カル錠500mg「旭化成」	アスパラ-CA錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4116	久しぶりに来局された患者さま、炭酸マグネシウムを含む処方であったが聞き取りにより薬歴に服用歴のある酸化マグネシウムとの間違いであると判断し、医療機関側のプロトコルに則りFAXで疑義照会を行った。炭酸マグネシウムから同量の酸化マグネシウムへ変更となった。	医薬品名称が類似しており誤って処方されたとのこと。	処方内容と患者聴取情報、薬歴との照らし合わせを徹底する。	炭酸マグネシウム「ケンエー」	酸化マグネシウム原末「マルイシ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4117	退院して薬剤が変更となった。薬の種類も増えており、主治医の処方せんが退院時処方と異なっていたため、疑義照会。炭酸リチウム錠100mg 0.5Tから 炭酸水素ナトリウム0.5gに変更となった。	いままで炭酸リチウムを服用していたことがなく、入院にあたって必要になったのかとも考えたが、気になったため、主治医の医療機関に確認願ひ、誤りと分かった。	処方せん監査において、気になるところは疑義をすることを薬局内にて再確認した	炭酸リチウム錠100mg「アメル」	重曹「ホエイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4118	患者様にリンデロンA液が処方された部位が記載されていなかったため、保護者様に使用部位を確認したところ、耳に使用すると回答をいただいた。リンデロンA液は耳には使用できないため、担当医に疑義照会をし、リンデロン点眼・点耳・点鼻液に変更となった。	リンデロンは類似名の薬がいくつか存在し、使用部位もそれぞれ異なる。担当医に疑義照会したときも、リンデロンA液が耳に使用できないことを把握していないようであった。担当医に使用できない理由や冷所保存であることを説明した。	リンデロンの類似名は間違いは、起こりえる処方ミスでもあり、取り間違えやすい薬品でもあるというのは、薬剤師として理解しているが、薬局内でこのようなミスが起こりえる薬品について話し、把握するように努めている	点眼・点鼻用リンデロンA液	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4119	リンデロンA液が点耳処方。新人薬剤師の処方監査通過。監査者が耳に適應しないことを疑義照会し薬剤変更	類似名称による医師のオーダーリングミス。新人薬剤師の処方監査であり知識不足。	処方監査者と薬剤監査者を兼ねない	点眼・点鼻用リンデロンA液	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4120	投薬時にお薬手帳からリンデロン点眼・点耳・点鼻液を他病院から処方されて使用中と分かる。念の為、処方医に問い合わせたところ、点眼・点鼻用リンデロンA液ではなくリンデロン点眼・点耳・点鼻液に処方変更となる。	他病院からの紹介状等の連携ミスか処方医の入力ミスが考えられる。	複数の病院やクリニック受診中の患者にはお薬手帳の重要性を伝え、薬局においては同種同効薬の併用がないか等気をつけて調剤を行う。	点眼・点鼻用リンデロンA液	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4121	以前よりリンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%を処方されていた患者。前回は上記薬品の処方が無く、今回再度処方すると医師より説明あり。処方せんには点眼・点鼻リンデロンA液の処方記載されているため、変更について説明したが、医師より変更するとの説明はなかったとのこと。処方間違いの可能性があったため、疑義照会を行ったところ、患者が言うように、リンデロン点眼・点耳・点鼻への処方変更となった。	電子カルテ記載時の入力誤りの可能性がある。	名称類似薬品の場合、処方に誤りがあることも常に想定しながら対応にあたるようにする。	点眼・点鼻用リンデロンA液	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4122	白内障の手術後の患者様で点眼・点耳用リンデロンA液が処方されていた。院内処方ではリンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%が処方されており、患者様も薬の変更について何も聞いていないとのことだったため疑義照会を行った。薬剤の選択ミスであったことが分かり、リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%に処方変更となった。	薬剤名が類似していたため、選択を誤ったと考えられる。	手術後、退院後の患者様は院内処方との変更点をしっかり確認する。	点眼・点鼻用リンデロンA液	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4123	点眼点鼻用リンデロンA液が処方されているが、用法が耳への使用だったため、処方入力間違いの可能性があると考え疑義を行い、変更となった。	処方薬選び間違いの可能性	添付文書の確認	点眼・点鼻用リンデロンA液	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4124	点眼・点鼻用リンデロンA液の使用部位が「耳」と記載しており、患者様に確認したところ耳の痒みで受診。患者様が診察時にドクターと「点耳」で使用する薬を処方と確認していたため、リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%との処方間違いではないかと疑義照会。点耳での使用を確認し、リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%へ薬剤が変更された。	リンデロンを点耳使用ということから、ドクターがリンデロンの液で検索し出した処方と推定。	処方鑑査、症状、薬剤の使用方法について患者様と話し、適正な薬剤であるか確認を行う。	点眼・点鼻用リンデロンA液	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4125	皮膚科にて点眼・点鼻用リンデロンA液の処方あり。「点耳」の用法だったため処方医に確認。使用部位は耳のため、耳に適応のあるリンデロン点眼・点耳・点鼻液に変更となる。	当医療機関では点耳薬の処方は珍しく、名称類似のリンデロンA液が選択されたと思われる。	薬剤に対し適応症、使用部位が適切か監査していく。	点眼・点鼻用リンデロンA液	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4126	先発医薬品の名称が類似していたため一般名処方では別薬剤が処方された 処方元の病院からの処方ではあまり見かけない組み合わせであった患者から話を聞くと「痰は少し前にでていたけれども、今気になるわけではないです、先生は胃薬を出すとはっていました」 該当病院では医師が先発医薬品名で処方内容を事務職員に伝え、一般名にして処方箋を発行している、そのため先発品の名称の類似している医薬品が処方されている可能性を考えた疑義照会の結果、カルボシステイン処方されていたが医師の意図としてはレバミピドであった処方箋発行時に先発医薬品での指示を受けて一般名に変換する際に間違いが生じている先発医薬品の名称が、ムコスタ、ムコダインと似ていた	20代女性耳の聞こえがおかしく耳鼻科を受診。ベタメタゾン錠0.5mg 1日6錠 朝・昼食後 2日分ベタメタゾン錠0.5mg 1日4錠 朝・昼食後 2日分カルボシステイン錠500mg 1日3錠 毎食後 4日分	患者から症状をしっかりと聞き取ることで治療が妥当か検討する医師の処方する内容の傾向を施設内で共有しておく	般カルボシステイン錠500mg	般レバミピド錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4127	手書き処方箋の記載誤り 病院を一時的に変えた際にお薬手帳を処方箋に記載する際に薬剤規格と用法が誤っていたため疑義照会で修正された。誤: パルプロ酸錠200mg 3錠 毎食後 正: パルプロ酸徐放錠A200mg 3錠 就寝時	お薬手帳のシールの文字が小さかったこと。また処方薬剤数が多く、シールが手帳1ページに納まらず記載誤りの薬剤の用法のところから次のページになっていたため見落とされた可能性がある。	お薬手帳の持参を患者様に積極的に関与させる、手帳にシールを貼るときはきれいに貼る。手帳にシールを分割して貼る場合には区切る場所を確認しやすいところで分割する。			パルプロ酸Na錠200mg 「フジナガ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4128	処方箋には、ヘルベッサ-R (10) 1Tと記載されていた。電話にて疑義照会を行ったところ、ヘルベッサ-Rカプセル100mg 1CPであることを確認した。	単純なミスと思われる。	ヘルベッサ-Rはカプセルと錠剤の剤形が存在し、規格も30mg、60mg、100mg、200mgが存在する事を確認、スタッフと情報共有			ジルチアゼム塩酸塩徐放カプセル100mg 「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4129	8/25 眼科の処方箋を患者様が持参。処方箋に基づき調製中に調製者がセフカペンの用量が年齢に対して少ないことに気付き、疑義照会して確認。疑義照会后、セフカペンが1回75mg→100mgへ増量すると医師より指示あり。変更して調製・鑑査して患者様にお渡し。	普段からよく受け付ける眼科の処方箋でしたがあまり普段はセフカペンなどの抗生剤は処方されない先生だったため、おそらく選ぶ薬の規格を間違えてしまったものと思われる。	抗生剤や抗ウイルス薬など、年齢や体重で量が決まっている薬は特に処方箋を受け取った段階から鑑査をし、その量で間違えないかを判断するようにしています。			セフカベンピボキシル塩酸塩錠75mg 「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4130	いつものDRにかかっているのに処方の変更になっているため体調の変化確認。特に変わりはないのに処方変更あり。患者様も処方変更は聞いていないとのこと確認した。	朝と夕でアムロジピンの用量が違うのと同じ用量を間違えて、1日2回に処方されたのではないかと確認した。	変更自、特に変更のないときも長期処方の方には特に体調変化など確認する。			アムロジピンOD錠2.5mg 「明治」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4131	シュアポスト0.25mgのところシュアポスト0.5mgと記載されており事務スタッフがDRに疑義照会しました	糖尿病のお薬は必ず見直しをする 丁寧に扱う	どの処方箋でもきっちりと見直す癖をつくる			シュアポスト錠0.25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4132	オルメテック10mgを普段飲まれてる患者さん。血圧が高くなったため、オルメテックをもう1錠追加して一緒に飲むように医師に言われた。処方箋にはオルメテック20mgと書かれていたので合計30mgで飲むように指導した。しかし患者さんの話ではオルメテック10mg追加で合計20mg飲むよう言われたとの事。電話で医師に確認したところ、オルメテック10mgの間違いとの事。患者さんに説明し、オルメテック10mgでお渡しした。	合計で20mgなるように10mgを処方するつもりが、思い込みで20mg処方してしまった事が原因と考えられる。また患者さんに薬を渡す時に、どういう理由でこの薬が出たかの確認をしっかりとすべきと考えられる。	服薬指導する時は患者さんにどうい理由で薬が出たかよく確認する。			オルメテック錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4133	定期的近くの内科から処方されていたユベラニコチネートに加え、別の近く眼科からも同じユベラニコチネートが処方された。患者さんもおくすり手帳の提示を眼科にはしていなかったとのこと。結果当薬局より眼科の先生に疑義照会し、眼科のユベラニコチネートは中止となりました。	患者さんも、眼科と内科では薬の種類も違うだろうとの認識から、いつもは携帯していたおくすり手帳を持っていかなかったようです。	院内処方の医院では特にそのような例も起こりうるとされるため、患者さんへのおくすり手帳の携帯と、薬局側のチェックの徹底をするように職員で話し合った。			ユベラNカプセル100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4134	ファモチジン散10% 2g 分2朝夕食後 が処方されていた。成人通常量の5倍に該当し、1年前にファモチジン錠10mg 2錠の服用歴があり患者に確認すると1年前と同じ薬を処方すると医師は話していたと確認。疑義照会の結果、以前と同じファモチジン錠10mgに処方変更された。	病院での処方入力時に錠剤か散剤かの確認までせず、正しくは錠剤の10mgであるが散剤の10%の数字のみを確認して処方されたと推定される。	処方監査時に通常量から逸脱している薬に関しては、添付文書を再度確認し、過去の薬歴と患者にヒアリングをして疑義照会をしています。			ガスター散10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4135	イソジン液10%が適宜うがいと処方されていた。イソジン液10%は添付文書より皮膚・粘膜の消毒に塗布して使用と記載されている。うがい薬として使用するイソジンガーグル7%の間違いではないかと思い疑義照会を行ったところイソジンガーグル液7%へ薬剤変更となった。	同じイソジンであるが%の違いにより使用方法が異なる。医師の用法に関する知識が不足していたと考えられる。	基本的用法の確認を行い、間違えやすい医薬品は薬品棚に注意記載を行っている。			イソジン液10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4136	オーグメンチン配合錠250RS 6錠/日1日3回毎食後 の処方。通常用量は、1回1錠のため疑義照会。オーグメンチン配合錠125SS 6錠/日1日3回毎食後へ薬剤の規格変更。	処方医院での、通常量の確認誤りが推定される	今回、新規患者であり、薬剤に適宜増減がついていたものの、処方量が通常量より多いため、疑義照会を行った。			オーグメンチン配合錠250RS	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4137	ワーファリン0.5mgを処方するところを、ワーファリン5mgで処方がきっていた。前回はワーファリン1mgであったので、確認したところ、処方ミスであった。	0.5mgと5mgの確認ミス。	急にワーファリンが増量になったら、医師に確認する。			ワーファリン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4138	アンテベートとスピラゾンが処方されていたが、塗布部位がそれぞれ首と腰だった。普段、同病院からの処方では、スピラゾンは首に使用されることが多かったため、疑問に感じて疑義照会を行った。結果、アンテベートは腰、スピラゾンは首へ塗布になり、用法が逆で処方されていたことが判明した。	2か所の塗布部位があったが、処方内容が薬品名以外同じ(用量が同じ)だったため、処方後の医師の確認不足により起こったと思われる。	ステロイドの処方があった際は、部位に応じた強さのステロイドが処方されているか確認が必要。また、普段から受け付けている病院の場合は、普段通りの内容と違和感がないかも確認時に意識するようにする。			アンテベート軟膏0.05% スピラゾン軟膏0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4139	6才男児20 k gセフテラムピボキシル細粒10%2 g 3 × Nの処方でした。当薬局の採用はトミロン細粒小児用20%なの換算するとで分量が少ないことで疑義照会した。 トミロン細粒小児用20%1.2 g 3 × Nに変更となった。	セフテラムピボキシル細粒10%が原料不足で先発品トミロン細粒小児用20%のみとなっている。当薬局もトミロン細粒小児用20%のことを伝えていたが、徹底されていなかったようです。	薬局の採用品目が、変更になった時は書面にてお知らせすることとした。これからも引き続きおくすり手帳や患者さんへの聞き取り等、処方箋以外の情報を収集することにより、処方内容に間違いがないかどうか確認していく。またお薬手帳を持っていない患者に対して、おくすり手帳の有用性を説明し、活用してもらおう。			トミロン細粒小児用20%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4140	一般名にて荊芥連翹湯エキス顆粒12gが処方されていたが当薬局では分包品ではツムラ荊芥連翹湯(1日量7.5g)で普段調剤しておりバラも存在しているため【般】荊芥連翹湯エキス顆粒 12gの分3でも調剤が可能だった。分包品としてオースギ荊芥連翹湯(1日量12g相当)も存在するので疑義紹介を行いました。医院近隣ではよくオースギ荊芥連翹湯を使用しているとの事で一般名に12gと表記されていたがツムラ荊芥連翹湯で7.5gへ容量を減量しても良いとの事でした。	分包品が主に使われる漢方薬である事とメーカーにより配合量及び一日使用量が異なる事、一般名にすることで複数種類のメーカーの可能性が考えられた	普段あまり関わりのない医院の漢方薬の一般名表記の処方が来た場合は使用メーカーおよび容量を疑義紹介するようにしました。			ツムラ荊芥連翹湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4141	3歳にプロトピック成人用の処方。照会でプロベトを処方したかったことが判明	2文字目まで同じ「プロ」だった為	入力誤りの可能性を考慮して鑑査			プロトピック軟膏0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4142	ファモチジン20 mgが他院で処方されていたが、ファモチジン10 mgが処方された	お薬手帳の確認不足	疑義紹介を行い、ファモチジン10 mg 中止となる			ファモチジン錠20「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4143	アレジオン点眼液0.05%を1日1回で処方。患者様はアレジオンLX点眼液0.1%を依頼したつもりだった。用法もアレジオン点眼液0.05%だと1日4回の用法なので疑義紹介しました。	患者様とのコミュニケーション不足と、アレジオンLX点眼液0.1%が新発売されていることをDr.が認識していなかったと思われる。	アレジオンの場合は0.05%の物と0.1%のLXとでは用法も1日4回、2回と違うので、規格と用法の回数も照らし合わせての確認をする。			アレジオン点眼液0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4144	ベネット17.5mg 4週おきに服用と記載がある処方せんを受け、月1回服用のベネット75mgではないかと思い疑義照会し、ベネット75mgに変更になった。	複数規格がある薬剤のため、選択を誤ってしまったと推定。	複数規格在庫していたため週1回か月1回か注意できた。他の薬剤でも週1回と月1回と量によって用法が異なる薬剤に関して薬局で復習した。			ベネット錠75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4145	当該患者、先月体調不良により近隣の総合病院にて入院、退院時ミケラン点眼2%を処方してもらい院内調剤で受け取り。当日元の診療所へ受診、他定期分の薬剤に加え手持ちが切れたミケラン点眼の処方を所望し処方医も同意の上処方。処方鑑査時にミケランがLAタイプに変更されているが用法が通常ミケランのままであることに気づき処方医に疑義照会にて確認。その後処方の記載ミスによるものと確認されたが、高齢であることもあり回数は少ないほうが良いと判断し、LAタイプは変更せず用法を正しい1日1回へ変更した。	当診療所は処方にあたり医療情報提供書もしくはお薬手帳から薬剤名を確認し処方する流れだが、処方医がミケランにLAタイプが存在することを知らなかった事で入力上の第一候補をそのまま反映させてしまった事が要因に挙げられる。	LAタイプの点眼剤をリストアップし、当成分の薬剤の処方が確認された場合には名称と用法に注意するようにスタッフに注意喚起を行った。			ミケランLA点眼液2%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4146	総合病院の3つの診療科(整形外科・循環器科・呼吸器科)を受診しており、今回は風邪の症状のため、呼吸器科より臨時処方として、ロキソプロフェンNa(60)「タイヨー」が追加になっていました。定期薬として、整形外科よりロキソニンを継続中のため、疑義照会を行い、呼吸器科のロキソプロフェンが削除になりました。	整形外科ではロキソニンが先発で処方になっており、呼吸器科ではジェネリックで処方になっていたため、重複を見逃したと思われます。病院では処方入力時に、重複の警告メッセージがあったかどうかは不明です。	複数の診療科を受診の場合、薬品名が異なる重複投薬や相互作用に注意を払うようにしています。			ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「タイヨー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4147	トラマールOD錠25mgを継続服用していたが、今回の処方よりトラマールOD錠50mgへ変更となっていたため、本人に確認したところ、増量するような話はなかったとのこと。25mgで痛みも落ち着いているとのことだったので病院へ疑義照会したところ、トラマールOD錠25mgへ変更となった。	規格を確認せず入力した可能性あり	処方変更があった際は患者への聞き取りを徹底的に行い、少しでも患者の話と処方内容に相違があれば疑義照会を行う			トラマールOD錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4148	アレジオン点眼が用法変更「1日2回点眼」投薬時に2回点眼の薬剤に変更になったことも確認。疑義紹介でアレジオンLX点眼に処方変更になった。	コンプライアンスよくない患者様にアレジオン点眼からアレジオンLX点眼に用法変更したようだ。眼科Drは症状に合わせて、点眼回数を変更する場合もあるので、患者聞き取りが重要である。	アレジオン点眼は1日2回点眼の処方とアレジオンLX点眼で1日2回点眼の処方内容が混在するので、患者聞き取り、DRとの連携が必ずです。			アレジオン点眼液0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4149	トラムセット配合錠とジェネリックのトラアセット配合錠が同時に処方されていた。	処方箋作成時のミス記載薬剤が多く、処方箋1枚目にトラムセット、2枚目にトラアセットになっていたため、重複したのでは?	処方鑑査時に、重複の確認をする。電子薬歴の鑑査で、重複がないかも確認する。			トラムセット配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4150	ビスフォスフォネート製剤が初回の患者に、当初1週間に1回服用するボナロン(35)1T x 1朝食前1日分で処方されていたが、患者に確認したところ1か月分の薬を出す時診察時にお話があったとのこと。疑義照会にて、1か月に1回服用するボノテオ(50)1T x 1朝食前1日分に変更となった。	名前が類似しているため、間違えたと考えられる。	ビスフォスフォネート製剤は毎日服用する製剤や、週に1回の製剤、月に1回の製剤があるため、いつ服用しているか患者に確認することを怠らないよう注意する。			ボナロン錠35mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4151	5月よりフリウエル配合錠ULD「サワイ」を服用していた患者様。先発品よりも吐き気や頭痛の副作用が無いため、今後も後発品を服用したいと医師に話したところ、フリウエル配合錠LDの一般名で処方が出た。患者様は医師から同じ後発品を続けるようにと聞いていたため、医師に確認。医師は後発品はフリウエル配合錠LDの名称しかないと思っていた。ULDとLDの違いを説明し、フリウエル配合錠ULDへ変更となった。	医師はルナベル配合錠ULDを一般名で処方しようと思ったが、一般名入力した際にULDとLDの規格がある事を見落としていた。	薬剤名の規格が合っているか、患者情報や薬歴を元に必ず確認を行う。			フリウエル配合錠ULD「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4152	初処方メソトレキセート2,53T(金11±1)4日分皮膚科よりの処方のため疥癬治療かと推定し疑義→(般)メソトレキセート23Tに処方変更なる	処方医は同成分で2mgと2.5mgで効能効果に違いがあることを知らなかったもので疑義してくれ良かったと言ってくれましたやはり同成分で効能効果に違いがある薬は苦手であるようです	今回は皮膚科処方のためわかりやすかったですが、内科処方では病名が推定しづらい場合もあるので同成分で効能効果に違いがある薬品の場合の特徴を把握しておく必要があります。			メソトレキセート錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4153	ミチキョアダニ舌下錠3,300JAUが14日分処方されていた。1週間前に3,300JAUはすでに投与されていたため疑義照会を行ったところミチキョアダニ舌下錠10,000JAUへ変更となった。	医療機関側が処方箋作成時に前回処方箋をコピーしそのまま処方箋を発行してしまったと思われる。	投与2週目以降は10,000JAUに増量となるが、今回は3,300JAUが14日分という不自然な日数だったためすぐに発見に至った。初回投与量と維持量の違う医薬品があることをスタッフ間で再度確認した。			ミチキョアダニ舌下錠3,300JAU	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4154	プレドニン錠5mg1錠で服用されていたが今回プレドニン錠5mg2錠に変更となっていた。患者さん本人に確認をしたところ2mgに減量になると聞いているということであったため確認したところプレドニゾロン錠1mg「旭化成」へ変更となった。	医師がプレドニゾロン錠1mgに処方変更したつもりだったが誤ってプレドニン錠5mgでオーダーしてしまったものと考えられる。	処方変更の場合は患者さんにより聞き取り疑義がないか確認する。			プレドニン錠 5 mg プレドニゾロン錠 1 mg (旭化成)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4155	小児科より、1歳1か月女児に、同一処方番号で、(般)カルボシステインシロップ5% 5ml、(般)トラネキサム酸シロップ5% 5ml、メプチンドライシロップ0.005% 5g 1日3回 朝昼夕食後/8日分の処方あり。メプチンドライシロップの1日量が多く、メプチンシロップのオーダーミスではないかと思われた為疑義照会、メプチンシロップ0.0005% 5ml/日へ変更となった。	処方時のオーダーミスと思われる。	処方調整時に用量、薬剤名の確認を徹底する。			メプチンドライシロップ0.005% メプチンシロップ5μg/ml	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4156	高血圧症の治療にてイルアミクスHD「三和」1錠1×朝食後で服用している患者。来局時のイルアミクスLD「三和」1錠1×朝食後の処方箋を持参したため、患者に降圧薬の減量を確認したところ、医師からは減量の指示は受けていないことを確認。血圧は降圧目標よりやや高めで推移しており、減量の必要性はないと判断したため、医師に疑義照会を実施。結果、イルアミクスHD「三和」1錠1×朝食後へ変更となった。	医師の処方箋発行時の入力ミス	治療中の薬剤が減量、変更された際には患者にその旨の確認を実施する。採血やバイタル等の結果も考慮したうえで処方薬を評価し、変更が適切であると考えられる場合には医師に情報提供と疑義照会を実施する。			イルアミクス配合錠LD「サンド」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4157	患者様は、高齢でもあり、コロナの流行に伴い、血圧を見てもらっている内科に呼吸器内科の診察をまとめて診てもらおうと相談した。お薬手帳を医師に見せて診てもらい、今までと同じ薬を出しましょう、とのことになった。呼吸器内科の薬は今まで呼吸器内科の近くの薬局でもらっていた。こちらには久しぶりに処方箋をお持ちになられたので、過去の服用薬・併用薬をお薬手帳で確認したところ、今までよりも弱いフルティフォーム50が処方されていたため、お薬手帳の情報と、患者様からのヒアリングから医師に疑義照会。フルティフォーム125に変更になった。	・病院側での確認不足	・処方箋受付時の確認をしっかりと、患者様からのヒアリングと、処方内容、併用薬、過去の処方内容などから問題があると判断された場合は患者様の健康を守る立場に立って疑義する。			フルティフォーム50 エアゾール120吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4158	むくみが出てきてしまったのでトルリシティ皮下注とピオグリタゾン15mg「DSEP」+メトホルミン500mgMT「TE」⇒トルリシティ皮下注とメトアナ配合錠HDへ変更になった。薬局からはトルリシティ皮下注+メトホルミン500mgMT「TE」への間違えでしょうと2回問い合わせたが、そのままいいと言われてしまった。糖尿病専門医からの処方なので新しい治療方法が提案されたものと思い調剤	Drの勘違い。薬局では2回問い合わせでも変更されないと、専門医からの処方に対しては納得してしまうことがある(薬剤師の知らない新しい治療方法が発見されたかと思ってしまう)	疑義紹介の理由を詳しく説明し、新しい治療方法なのか?単純な勘違いなのかを確認する			メトアナ配合錠HD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4159	オロパタジン塩酸塩錠2.5 2錠分2で処方記載あり。年齢が60歳で大人の方なのに、小児用量で記載されていた。検査値より腎機能、肝機能にも問題がなかったため、疑義照会で確認実施オロパタジン塩酸塩錠5 2錠分2に変更になった	処方画面で、同じ薬剤に対して複数の規格があり、Drが選択ミスをした可能性もありと考えられる。	処方内容と投与量が適切かを注意して確認していく			オロパタジン塩酸塩錠 5mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4160	他病院でもらっていた「ピモベンダン錠1.25mg「TE」」をかかりつけの病院でもらうことになり、今回からかかりつけ病院から処方が出ているが、処方箋では「ピモベンダン錠2.5mg「TE」」が処方されていた。かかりつけ薬局になっているので、過去薬歴確認により監査時点で用量変更になっている事がわかり、疑義照会。入力間違いであることがわかった。	他院からの紹介でかかりつけ病院で薬を処方してもらう事になった場合には、用法用量が変更になる場合もあるが、患者および病院にきちんとした内容も確認する必要がある。	かかりつけになっている場合は過去薬歴でわかるが、他薬局にもかかっている場合は「お薬手帳」の確認がとても重要である。			ピモベンダン錠1.25mg「TE」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4161	前回処方プレドニゾン錠5mg2T分1。今回処方プレドニゾン錠5mg1T分1及びプレドニゾン散1%3g分1。プレドニゾン10mg→35mg増量のため、患者に確認を行ったところ8mgに減量が正しいと言われた。疑義照会を行ったところ、プレドニゾン散1%3g分1→プレドニゾン錠1mg3Tの間違いであったことが判明した。	プレドニゾン散1%とプレドニゾン錠1mgの選択間違いの可能性。	用量変更の場合は必ず患者に確認を行う。患者の認識と処方内容が合致していない場合は必ず疑義照会を行う。			プレドニゾン散「タケダ」1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4162	前日に他院でジャヌビア錠50mgが血糖が高く開始となった。翌日に定期受診で当院へ。その際におくすり手帳や前日もらった内容はせず、血糖が高いことを相談してしまい、グラクティブ錠50mgが処方となった。監査者がおくすり手帳確認の際に気が付き疑義照会。グラクティブ錠50mgが処方削除となった。	患者側が他院と当院で同じ内容を相談してしまったため。今回は防げたが治療する医療機関を一本化するべきとお伝えした。	調剤者も手帳を確認すべし。朝礼でスタッフに事例共有。			グラクティブ錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4163	83歳 女性 ご本人から、お薬の紛失の相談を受ける。担当のケアマネジャーと訪問看護師の立ち合いの元、ご自宅で残薬を確認。かかりつけ医療機関が複数あり、お薬の重複処方があることが分かる。このため、処方元の医療機関に服薬状況の改善と重複投与回避を目的に情報を提供。一包化調剤を提案して、現在に至る。	背景要因：ご主人が亡くなり、独居生活。年齢層等の物忘れがあり、お薬の管理が難しくなっている。今回はお薬の紛失というエピソードから介入となった。その他要因：お薬手帳は携帯しているが、院内処方のため記載されていない併用薬があった。また、セカンドオピニオンを相談に複数の医療機関受診があり、同様の処方ができていた。患者は他でもらっているお薬の認識がない。	お薬手帳に記載されている以外にも併用薬がある可能性があるの で、今まで以上に患者とのコミュニケーションを密にとり、服用中のお薬の全部を把握するようにした。			ワンアルファ錠0.5μg エディロールカプセル0.75μg ترامセット配合錠 トアラセット配合錠「オーハラ」サインバルタカプセル30mg サインバルタカプセル20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4164	入院していて、退院後の初処方。手帳を確認すると入院時にランソプラゾールOD錠15mgが処方されていた。今回外来でランソプラゾールカプセル30mgに増量したが、来店した患者家族は増量のことは聞いていなかった。念のために処方医に疑義紹介すると処方医の入カミスであることがわかり手帳と同じランソプラゾールOD錠15mgに変更となった	過量投与による副作用が出ていた可能性あり	退院時など間隔があいているときや処方が大幅に変更しているときは、手帳の確認は必ず行う			ランソプラゾールOD錠15mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4165	門前よりガスター-D10mgが処方されたがお薬手帳より他院よりランソプラゾールOD15が処方されており疑義紹介→ガスター-D10mg削除となった。	処方する際の併用薬の確認漏れ	お薬手帳や薬歴での重複の確認			ガスター-D錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4166	ベネット錠17.5m g 1錠分1起床時服用(月1回服用)の記載がある処方箋を持参。薬歴及びお薬手帳を確認の上、患者本人に確認したところ今まで週1回で服用していたお薬を月1回のお薬に変更する話があったようなので処方医に電話にて疑義照会を行った。その結果、ベネット錠75m g 1錠分1起床時服用(月1回服用)の処方に変更となった。	ベネット錠の規格選択時に75m gを選択するところ17.5m gを選択したものと推定される。	お薬手帳や患者からの聞き取りなど、処方箋以外の情報収集に努め、処方内容に問題が無いか確認する。			ベネット錠17.5m g	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4167	同一病院で内科でバイアスピリン、外科でパファリンA330頓服でずっと服用中だったが、検査後に内科のバイアスピリンが中止になった。患者本人から聞き取りしたところ、「外科でパファリン飲んでいてダブっているから中止する」と処方医から説明受けたとのこと。パファリンA330は消炎鎮痛剤なので、処方医に疑義照会。処方医がパファリンA81が処方されていると勘違いしていた。結果、処方変更となり、バイアスピリンは継続となった。	パファリンA330とパファリンA81の名称が似ているが薬効が違う。その為、医師が勘違いした。	患者からの聞き取りと薬歴の読み込みをしっかりとする。			バイアスピリン錠100m g	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4168	転院先で処方された薬品が転院前まで処方されていた薬品の用量が倍であった(薬手帳より確認できた)アジルバは高血圧の治療薬であるが今回患者は呼吸器症状が治らないため転院してきたようで、Drからも血圧の薬を変更するとは話さず聞いてないと聴取のため疑義照会により今までの用量と変更になった。	規格が3種あるため入力時の確認不足と思われる。	どのような症状で診察受けてきたのか聴取できれば行っていき、手帳の有用性の再確認を説明していく。			アジルバ錠20m g	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4169	初回の患者様で「般」カルバマゼピン錠200mgが2T1日2回分服で処方されていたためテグレート錠200mgで調剤。投薬の際に医師からはテグレートの100mgを2T1日2回服用してくださいとの旨を確認したため疑義紹介。処方が「般」カルバマゼピン錠100mg r2T1日2回に変更になった。	前回までカルバマゼピン100mgを1日1錠服用で、今回から1日2錠で増量になったため入力違いが起きたと思われる。	患者様から薬の内容について医師からどのように説明を受けたか聞き取り調査を慎重に行った。			テグレート錠200mg テグレート錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4170	処方せんにはケーサプライ錠 分2 1日量 2錠 で記載されていた。調剤途中で発注規制がかかっていることが分かり、疑義照会をした上で代替でアスパラカリウム錠300mg 1日量 4錠に変更。その後、添付文書を確認したとき含有しているカリウム値がケーサプライは8mEq、アスパラカリウムは1.8mEqであることが発覚。この場合、アスパラカリウムは最低でも8錠でないと同様の効果は得られないと思い再度疑義照会。医師も含有量については把握していなかったが8錠は年齢的にも厳しく初回投与なので徐々に増量して様子を見るということから1日量4錠のままで対応。	ケーサプライ錠600mg 2錠に含まれているカリウム値は1200mgならば、アスパラカリウム錠300mgに代替する場合 300mg×4錠なら1200mgで同等になると考えた。	商品名の規格の数値にとらわれないうようにする。別会社の薬剤に変更する場合、含有している有効成分を添付文書を見た上で対応する。			ケーサプライ錠600mg アスパラカリウム錠300mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4171	(般) メトホルミン塩酸塩錠250mg : GLが4錠処方されていたが上限が750mgなので疑義照会し、高用量投与が可能な(般)メトホルミン塩酸塩錠250mg : MTに変更となった。	単なる入力ミスか、投与量上限の違いをご存知なかったか。	適応や用法用量の違いに気を付ける。			グリコラン錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4172	12歳の患者に15歳以上の成人用であるプロトピック軟膏0.1%が処方されていることに気づかず調剤、交付。薬歴記載時に気づき、疑義照会を行ったところ、プロトピック軟膏0.03%小児用を診察時試みに塗布し、刺激等問題がないことを確認したうえで処方したものであったことが判明。患者はまだ使用しておらず、自宅訪問の上、正しい薬剤を交付し、間違えたものを回収した。	土曜日の午後で、たまたま他院の疑義ある処方箋が同じ調剤室内で問題になっており(医師に連絡が取れないが患者の体調はどうしても薬物治療が必要な状況)、そちらに気を取られ処方監査がおろそかになった。機械による鑑査補助システムも使用していたが、処方通りに入力・調剤されていたためスルーした。クリニック側でも、医師はカルテに「プロトピック軟膏」としか記載しておらず、それを入力した事務員も新人であり、二つの規格があること、年齢により必要な薬剤の濃度が異なることの知識がなかったとのことであった。	処方元の医療機関とは普段から連絡を密にとっていった。時間外等であっても連絡の取りあえる間柄であったことが、今回の週末という時間帯の発見であっても使用前の速やかな対応につながった。事後に年齢により異なる規格が存在する薬剤について再確認し、薬剤師間で共有を行った。			プロトピック軟膏0.1% プロトピック軟膏0.03%小児用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4173	それまでカルシトリオールカプセル0.5μgが処方されていたが、この日より、「エルデカルシトールカプセル0.75μg」が追加になった形の処方せんが発行されたので、疑義照会しカルシトリオールカプセル0.5μgが処方削除された。	同じ活性型ビタミンD3製剤へ変更しようと思われ、削除を忘れられたと思われる。	処方変更時の注意、薬効薬理の知識向上を常に行う。			カルシトリオールカプセル0.5μg「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4174	夏季にロキソプロフェンNaテープの温感の処方。患者は非温感の使用中であったため、コンプライアンス改善のため疑義照会に至った。結果、温感から非温感に変更された。	処方入力ミス	お薬手帳・薬歴の確認。			ロキソプロフェンNaテープ100mg「NIP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4175	生後8か月の患者さんに、アルピニー坐剤100mgが処方となっていた。母親に体重を確認したところ「7kg」であった。以上のことから、アルピニーの用量に疑義が生じたため電話にて処方医に問い合わせた。結果、アルピニー坐剤50mgに処方変更となった。	処方医のコンピューター入力ミスと確認ミス。	今後も引き続き、乳幼児・小児の体重は必ず聞き取りを行い、処方量が適正かどうかのチェックを怠らないようにしたい。			アルピニー坐剤100	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4176	フロモックス錠75mg 1.6錠 朝夕食後の処方であったが、問い合わせによりフロモックス小児用細粒10% 1.6gに変更	名称類似であったため入力時に誤ったと思われる。その後のチェックも不足していた。	入力容量ミスである可能性があること前提でチェックすること。			フロモックス錠75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4177	ブルフェン900mg 分3で処方坐骨神経痛の痛みに対して、過量のため疑義照会して600mg分3へ変更	医師がカロナール1日900mgと混合されていた可能性ある。	不明なことがある場合は、疑義照会を行う。			ブルフェン錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4178	ハルラック錠0.25mg 2錠 30日分と、トリアゾラム錠0.25mg「FY」2錠 30日分が処方されており、その他のお薬が56日分(8週間分)であったため、敢えて、2錠 30日分でご処方頂いていたのかと最初は考えたが、ハルラック錠もトリアゾラム錠も、全く同じお薬なので、医師へ確認したところ、退院時処方をそのまま何も考えずにコピーペーストしており、30日処方制限の向精神薬を8週間分足りる様に、1回2錠 30日分に変えていただけで、医師がハルラック錠とトリアゾラム錠が同じお薬であることを知らなかった。疑義照会後は、どちらか片方を削除し、先発品のハルシオン錠0.25mgを調剤し、患者へお渡し。	医師の薬に対する知識不足。また、分からないなら分からないなりに調べれば済むところ、『調べる』という業務を怠った事が、最大の要因と考えられます。	処方監査時に、同種同効薬が含まれていないかの確認を怠らないこと。また、分からない、知らない内容のものが含まれている際は、他の薬剤師へ確認したり、調べたりする様、徹底しております。『聞くは一時の恥。聞かぬは一生の恥。』です。			ハルラック錠0.25mg トリアゾラム錠0.25mg「FY」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4179	投薬時に発見。処方が変わると聞いていたが前回同様の薬品がでていた。疑義照会したところエクア→エクメットLDに変更	病院が前回DOで引っ張ったことが原因	患者さんからのヒアリングをし、 かりすることで防げた			エクメット配合錠LD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4180	メリスロン錠12mg 3錠毎食後で服用中の患者さまに。ベタヒスチジン6mg(一般名)を3錠毎食後で追加。	成分名と商品名の処方に記載だったので、同一成分と気づかれなかったとのこと。	一般名記載と商品名記載がされている処方せんは得に処方監査時に再度服用薬剤の重複薬剤がないか確認。			メリスロン錠12mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4181	レルベア100エリプタ14吸入が1キット処方されていたが、投薬時の患者の話から、次回受診は1か月後で毎日吸入するように医師から指示があったことを確認。14吸入1キットでは14日分となり、次回受診日まで毎日吸入できないと判断し、疑義照会を実施。レルベア100エリプタ30吸入1キットへ変更となった。14吸入1キットで調剤していた場合、十分な治療効果が得られなかった可能性がある。	医師はレルベア100エリプタ30吸入を1キット処方したかったところをカルテの入力ミスでレルベア100エリプタ14吸入1キットと入力してしまった。	次回受診日や医師からどのように指示を受けているかという情報を患者から聞き取り、処方内容が適切かを判断する。			レルベア100エリプタ14吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4182	カロナールが体重に換算して多いことから疑義照会したところ、カロナール50%ではなく20%という事が判明。	クリニックが規格違いで入力。	小児科を扱っているため日ごろから錠剤や粉の規格には注意していた。もしこのまま作っていたら倍量以上を服薬させていた事になるので必ずチェックしなければならない。			カロナール細粒50%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4183	ピロリ除菌時にタケキャブ10mgを処方。適応量として、除菌時は20mgが適当と判断し、処方医に問い合わせ。20mgに変更となった。	終了間際の診察で、閉局時間も迫っていたことから、医師の確認不足と思われる。	用量による適応違いがある医薬品に関しては、とくに注意が必要。今回の場合、効果が不十分になる可能性もあったため、常用と除菌時の用量について、店舗での周知など情報共有を行っている。			タケキャブ錠10mg タケキャブ錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4184	ピロリ除菌時に、タケキャブ20mgを処方。適応量として、除菌時は20mgが適当と判断し、処方医に問い合わせ。20mgに変更となった。	終了間際の診察で、閉局時間も迫っていたことから、医師の確認不足と思われる。	用量による適応違いがある医薬品に関しては、とくに注意が必要。今回の場合効果が不十分になる可能性もあったため、常用と、除菌時の用量について、よく出る薬というのがあるが、店舗での周知など情報共有を行っている。			タケキャブ錠10mg タケキャブ錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4185	プレドニンの漸減処方であったが、10mg/日→5mg/日→0.5mg/日と3回目の減量の際に1/10量になった為薬品名の選択ミスを疑い疑義照会した結果、3回目の減量は2.5mg/日(プレドニゾン1mgの0.5錠→プレドニン5mgの0.5錠へ変更)となった。	薬品名の選択時にプレドニン5mgと選択したつもりがプレドニゾン1mgを選択していたと思われる。	漸減時に1/10量での減量はほとんど見ない減量である為、漸減の経過を確認し判断するようにした。			プレドニン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4186	カフコデ配合錠が9錠で処方されていた為、疑義照会したところフスコデ配合錠の間違いであったことが判明。	カフコデとフスコデの名称が似ている為	似ている名前の取り間違いをミートニングなどで話題にして、同じような間違いを逃さないようにする。			カフコデN配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4187	患者体重21kgに対し、アンブロキソールシロップ用3%の2g処方だったため、疑義照会し、小児用アンブロキソールシロップ用1.5%1.2gに変更となった。	医師の勘違いによるカルテの書き間違いと思われる	疑義照会し、処方薬および用量の変更			ムソルバンDS3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4188	セレコックス錠の用量が1回200mgとなっていたが、患者の話では肩こりで処方されたとのこと1回200mgの適応は関節リウマチなので医療機関に疑義照会したところ、1回100mgに減量となった	打ち間違い	用量と適応症を確認する			セレコックス錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4189	以前は潰瘍性大腸炎の治療で当クリニックに定期受診治療されており毎回当薬局で対応。体調崩され大学病院にて入院治療、退院後もしばらく大学病院通院、門前薬局が対応。かかりつけ医に今後治療継続指示があり当クリニック受診、大学病院の処方薬を継続処方される。以前は通常処方であったが大学病院から一包化調剤になり、今回の処方箋は一包化調剤指示であった。6月に別件の処方箋を持参時にお薬手帳持参時に使用薬をすべて薬歴に記入していた。	大病院ではゼチーア錠1日1T、クレストール錠5mg1日1Tの処方。当クリニック医師が配合錠のロソーゼット配合錠HD1日1Tを処方したまでは良かったがクレストール錠5mg1日1Tを削除せずに両剤処方するミス。	お薬手帳の確認の徹底、患者本人からの聞き込み			ロソーゼット配合錠HD D クレストール錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4190	総合病院よりチラーゼン錠50μg1T1×朝食後服用中患者が、かかりつけ医へ転院して初めての処方の際チラーゼン錠25μg1T1×朝食後に処方があったため、用量の変更があるのか処方の引継ぎなのかを確認のため疑義紹介を実施したところ、チラーゼン錠50μgへ変更の指示を確認。	医療機関側の要因だが、転院の際の処方の記載ミスなどの考えられる。	今後も転院の際などは特に転院前の処方内容と同一であるか、意図的に処方に変更されているものなのかを見極め、疑わしければ疑義紹介にて内容を確認するよう努める。			チラーゼンS錠25μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4191	<p>プレアボイド。3か月前より来局されるようになった患者に新しく追加となった薬があった。カムシア配合錠LD 1T分1朝食後60日分、フェブリク錠10mg 1T分1朝食後60日分であった。初めてお渡しするお薬であるが60日分と長期処方であるため、</p> <p>他院でもらっていた薬を確認すると、お薬手帳は持参されていなかったが、薬の実薬をお持ちであった。アロチノロール塩酸塩錠10mg「DSP」、レニベース錠2.5mg、アムロジピン錠2.5mg「サワイ」の3剤であった。今までに不整脈はなく、高血圧で飲み始めた薬であること、飲酒はされず尿酸値が高いと言われたことはないこと、それに代わる薬を出しておくとの話であったとのことだったので、アロチノロールとアロプリノールを間違われた可能性を考え、疑義照会した。フェブリクは削除、カムシア配合錠LDはカムシア配合錠HDに変更となった。</p>	<p>薬品名の読み間違いが原因と思われる。</p>	<p>患者の話をよく聞き、特に、転院されてきたときは、薬品名、規格、用量などをよく確認する。お薬手帳の有用性を説明し、またかかりつけ薬局のメリットも説明し、活用していただくようにする。</p>			カムシア配合錠LD 「あすか」フェブリク錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4192	<p>アレルギー性鼻炎の患者にて、ポララミン散1%1.2gの処方あり。患児の体重は15kgほどであり、処方量が非常に多いため、問合せ。ポララミン散1%ではなくドライシロップ0.2%1.2gの誤りとのことが発覚。</p>	<p>電子カルテにて処方薬を選択する際に、ポララミン散とドライシロップを誤って選択したと思われる。力価が5倍ことなるため注意が必要。</p>	<p>ポララミン散とドライシロップで同一成分であるが力価が違うような製剤に関しては、選択ミスの可能性もあるため、細心の注意を払い、処方鑑査を行う。</p>			ポララミンドライシロップ0.2%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4193	<p>A病院で6剤の循環器科の処方があり、いつものB病院と同じ内容かと確認したところパファリン配合錠A81でなく330が処方されたので疑義照会にてパファリンA81に変更になった。</p>	<p>医師のカルテか処方箋入力ミスの可能性が高く、確認不足で処方箋を発行してしまった。</p>	<p>お薬手帳や薬歴を見て疑問を感じれば、速やかに疑義照会を行う。</p>			パファリン配合錠A330	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4194	<p>マイスリー服用患者へ他病院からゾレピデムが処方されていた。</p>	<p>お薬手帳の確認の不備</p>	<p>先発品とジェネリックによる名称の違いにも再度確認を行う。</p>			マイスリー錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4195	アレジオン点眼液0.05%が初めて処方されていましたが用法が1日2回であったため、L Xとの入力ミスを疑い疑義照会を行いました。その結果アレジオンL X点眼液0.1%に処方変更になりました。	処方内容入力時に後半部分の確認が漏れてしまったものと思われます。	用法がしっかりあっているか添付文書との照らし合わせを引き続き行っていきます。			アレジオン点眼液0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4196	前回クロビドグレル錠75mgが処方でシールを貼っており、その真下に他病院でクロビドグレル錠75mgのシールが貼られていた。監査時に手帳の中身の確認を行ったところ、今回処方にもクロビドグレル錠75mgが処方されており、患者の代理に確認したところ、Drには使用している薬については何も言っていないことを確認。急いで病院に確認したところ今回削除とのこと。	同種・同効薬のもので手帳の確認を怠ってしまうと、患者様に対して危険なリスクを伴うこともある。	監査時に手帳の確認および投薬時に使用している薬についての確認を行う。			クロビドグレル錠75mg 「サンド」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4197	医師から特に処方の変更になるという説明がなかったのに、いつもの継続薬のイルアミクスHDが処方される予定がイルアミクスLDで処方されていた。	カウンセリング時の患者様のお話から継続処方の可能性が高いと判断、すぐに疑義照会を行った。	事前カウンセリングを行い患者様の今の状態や今回の処方に間違いがないか等事前に情報収集することを心がけてます。			イルアミクス配合錠HD 「サンド」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4198	一般名処方でパルプロ酸ナトリウムが処方されていたが、持続時間の記載がなく、12-24持続か24持続か判別できなかった。そのため、疑義照会をし、12-24持続であることを確認。調剤しお渡し	医師が2つの種類があることを理解していなかった	定期的に起こりやすい過誤について、通知がきて勉強で着る体制が整っている			パルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg 「トールワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4199	処方箋に「アスピリン錠10mg 1錠分1 朝食後」の記載あり。成人量ではないこと、また定期薬の【般】アスピリン錠100mgが処方されていないことから処方入力ミスとも推測され疑義照会。結果、アスピリン錠10mgではなく【般】アスピリン錠100mgへ変更となった。	医院の事務が医師の手書きカルテを読み取り、入力することによりミスが起こりやすい背景がある。今回のケースでは音韻的かつ視覚的に名称が類似していたことにより起こったと推測される。	起こりうるオーダミスを念頭に、過去の薬歴と照らし合わせた上で患者情報を確認する。			アスピリン錠10	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4200	キシロカイン液4%30mlを1日3回5日分の処方ファックスで送られてきたが、使用方法を確認しようとしてメーカーに問い合わせた。希釈して患部に使用するようにとのところで処方医に問い合わせると、すでに手術に入られた後で間に事務の方が入りそのままいいとの回答だった。患者は処方医から口の中に含ませて飲んでいいと聞いていた。再度確認すると別にステロイドも処方されているので削除してください。	キシロカインにはビスカスの製剤があるので確認をする時に伝えられるようにできればよかったのかと推測する。	あまり処方されない薬に対してもあわてずに対応できるように幅広く症例などの知識を身に付けるようにしていく。			キシロカイン液「4%」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4201	前回の処方でアジルバ錠40mgが同10mgと20mgの合計30mgへと減量していたが、今回の処方では40mgに戻っていた。来局した患者家族に伺ったところ、血圧の数値はよく診察時に変更するとの話もなかったということで疑義照会したところ、前回と同じ10mgと20mgへと変更になった。	何らかの要因で前々回の処方データを呼び出した可能性がある。	投薬前の前回薬歴チェック、患者様からの聞き取りを今後も怠らないようにする。			アジルバ錠40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4202	コデインリン酸塩錠20mg「タケダ」2錠朝夕食後で処方あり。前回までコデインリン酸塩錠5mg「シオエ」1錠眠前で使用していたが、効果不十分で増量の説明はあり。増量幅が大きく、麻薬施用者番号や患者住所の記載が無い為、疑義紹介で用量確認。コデインリン酸塩錠5mg「シオエ」2錠朝夕食後に変更となった。	増量の為、用法が変更となりほかの薬と分けて入力するときに、選択を誤ったと考えられる。	薬剤や用法変更時は変更内容と患者からの聴取内容が合致するか確認。合致しない場合は疑義紹介を行う。			コデインリン酸塩錠20mg「タケダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4203	今回の該当薬剤の調剤は初回である。お薬手帳で確認できる過去の処方内容では、プレドニゾン5mgを3錠/日で服用継続中。処方箋ではプレドニゾン1mg3錠/日で処方。	処方入力中のプレドニゾンの規格選択の間違いであると考えられる。	処方箋内容とお薬手帳の相違点の確認。患者との処方内容の前回の相違点を確認。			プレドニゾン錠1mg(旭化成)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4204	2歳4か月の子にオロパタジン5mgが処方されていた。交付時に親が処方内容で錠剤が飲めないことを伝えたことで発覚。	年齢を確認せず母親の処方箋であると思い込んでいた。年齢など当然確認すべき事項の確認を怠った。	当然行うべきことの確認。処方せんをしっかり確認して監査をおこなう。			オロパタジン塩酸塩錠5mg「MEEK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4205	耳鼻科にてムコダイン錠500mg服用中。内科にてムコダイン錠250mg処方開始。疑義照会実施。ムコダイン錠250mg処方中止の指示あり	おくすり手帳の確認。	おくすり手帳の確認。			ムコダイン錠500mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4206	医師としては、クロロマイセチン耳科用液0.5%の処方をされたかったようだが、誤って処方箋にクロロマイセチン局所用液5%が処方されていた。点耳する場合は、プロピレングリコールで0.5~1%になるよう希釈してから使用するとなっており、病院へ疑義紹介。クロロマイセチン耳科用液0.5%に処方変更になった。	処方箋を出す段階での病院での入力ミスだと思われます。	今回、初めて取り扱う薬だった為、添付文書を確認し発覚した事例だった。初めての薬でなくても、用法用量に自信のない薬に関しては、特にしっかりと添付文書を確認する事で、今回のような事例が防げると思われる。			クロロマイセチン耳科用液0.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4207	7歳の子供に対して、プロトピック軟膏0.1%が処方された。小児用の0.03%の規格があり、16歳未満に対しては小児用が推奨されている。今回初めての処方だったため疑義を行った。	規格が2つあることを知っていたが、薬品名の選択ミスをした可能性がある。	小児に対して禁忌や注意が必要となる医薬品がある。処方監査時に、年齢や体重をしっかりと確認する。			プロトピック軟膏0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4208	足の炎症により、抗生物質処方あり。ケフラール8カプセル分4毎食後4日分とあった。ケフラールカプセルは最大量6カプセル(1500mg)であるため、適宜増減する可能性もあったが疑義照会。はじめは8カプセルでとのことだったが、ケフレックス(最大8カプセル)ではなくケフラール8カプセルか?と疑義するとケフラールで6カプセルに変更になった。	抗生剤の名前が似ていることなどから間違いやすいと推測される	両方の薬剤ともよく処方があるので、十分に注意して調剤・鑑査をしていきたい			ケフラールカプセル250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4209	他院でプレドニゾン錠1mg(旭化成)を0.5Tで服用していた患者が、今回近医受診となり医師に相談したところ初めてプレドニン錠5mg1Tで処方せんが発行された。薬歴にはプレドニゾンの名称しか記載なく、手帳には過去の記録が記載されておらず、患者は口頭で医師へ相談したとのことだった。話の内容がはっきりしない為詳しく患者に確認後疑義をしたところ、プレドニゾン錠1mg(旭化成)1Tへ変更となる。	口頭だけのやりとりだったため、規格や用法用量の1や5などの数字で困惑されたと考えられる。	手帳は1人1冊使用目的を話し、毎回記録を残し毎回持参するように指示。量に関してもわかる情報は薬歴に残すことにした。			プレドニゾン錠1mg(旭化成)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4210	他病院にてモサブリド(メーカー名)が調剤されているのをお薬手帳にて確認。今回他病院にてガスモチンが処方されていた。同じ量ででていたため疑義照会したところ削除となった。	一般名でお薬手帳に書かれていることが多いので見逃す可能性があり。	一般名と先発名を把握しておく。			ガスモチン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4211	シダキュアの2週目の方で初回投与量である2000JAU錠分1で21日分処方されていた。通常シダキュアは2週目以降は維持量である5000JAUを継続するため疑義照会し5000JAUに変更となった	カルテ記載ミス	シダキュアは初回は2000JAUを1週間、2週目からは5000JAUを処方されるため2000JAUが長期で処方されていたら確認するべきである。			シダキュアスギ花粉舌下錠2,000JAU	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4212	処方鑑査の際、前回ザクラス錠LDへ処方変更になっていたが、前々回の処方ザクラス錠HDに戻っていた。患者に聞き取りを行ったところ、処方に戻す旨は聞いていない様子だったため、疑義照会により意思を確認。医師の電子カルテ操作ミスにより今回の事例が発生したことが判明。疑義照会により、ザクラス錠LDへ変更して投薬を完了した。	処方箋発行の医療機関において、電子カルテにおける処方引用元の選択ミスと思われる。過去にも同様の事例が何度も起きている。	今後も処方変更時には、必ずその経緯を患者に確認し、疑わしい点がある場合は必ず疑義照会するように徹底していく。			ザクラス配合錠HD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4213	小児、体重22kgの患者にコロナール細粒50%3g分3毎食後が処方されていた。アセトアミノフェン1500mgは成人量であるため、処方医に疑義照会したところ、コロナール細粒20%3gに変更された。	パソコンの処方入力で細粒の%を確認せずに入力したと思われます。	小児の場合、体重確認と添付文書より投与量の確認を行う。			コロナール細粒50% コロナール細粒20%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4214	タケルダ→タケキャブに変更 一緒にアルロイドG投薬患者様に投薬して話を聞く限りバイアスピリンを処方される意図が確認できなかった	名前が似てるから間違えられたのかな?	患者様への聞き取りでおかしいと思ったときは必ず疑義照会する			タケルダ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4215	前回までミケランLA点眼液2% (一般名処方: カルテオロール塩酸塩点眼液2%持続性) を使用しており、今回処方も同様の記載だった。交付時の患者から聞き取り内容から、眼圧が高めであり配合剤へ変更されるはずだったとのこと。医療機関へ疑義紹介を行い、ミケルナ配合点眼液に変更となった。	成分名または商品名が類似していることや、誤って前回処方をそのままコピーしてしまったことが推測される。	患者からのヒアリングで判明したため、今後も症状や検査値などの聞き取りを徹底する。			ミケランLA点眼液2%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4216	他病院からイルアミクス配合錠LDが処方されアムロジピンの成分が重複した	他病院服用の確認漏れと配合錠の、見落とし	成分での重複をチェック			アムロジピンOD錠5mg「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4217	アトルバスタチンからロスバスタチンへ切り替えるところ、誤って同処方箋内のアムロジピンと誤って変更。そのため、アトルバスタチンとロスバスタチンが重複および処方の必要があったアムロジピンが処方されていない処方箋が発行される。薬局側もアトルバスタチンとアムロジピンを見間違え、重複を見落とし。投薬後1時間以内に気づいたため、疑義照会および患者のお薬差し替えで対応。患者健康被害なし。	当時、時間に余裕がなく、調剤者・監査者・投薬者が見落とし。アトルバスタチンとアムロジピンを見間違え、重複を見落とし。	アトルバスタチン、アムロジピンの見間違い事例として薬局内で共有。焦らず監査することが第一だが、投薬後の早期の再確認が事故防止につながったため、投薬後の処方内容再確認を徹底。			アトルバスタチン錠5mg「サンド」ロスバスタチンOD錠2.5mg「DSEP」アムロジピンOD錠5mg「NS」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4218	アルピニー坐剤200とアルピニー坐剤100を同時服薬でアルピニー坐剤300の用量で処方するところアルピニー坐剤200とアルピニー坐剤200の2重処方により合計投与用量が400になっていた。	入力時の規格の重複の確認漏れ	体重からの処方容量の確認、入力時の重複規格の確認を注意してみる必要があった			アルピニー坐剤200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4219	投薬時、患者さんとの話の中で、処方された漢方がどうも症状に合わないみたいと感じられた、もしかしたら、半夏厚朴湯、ではなく半夏瀉心湯の処方ミスではないかと疑義紹介したら、医師の処方ミスが判明した。処方画面で、半夏で検索して間違っって違う方を選択したことが判明した。	関jさん芋薬の内容を確認してもらおうのもミスの発見につながります。	患者さんとのやり取りで、処方ミスが発見できた。患者さんとのコミュニケーションが大事と感じた。			ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4220	総合病院からの紹介でカルベジロール錠2.5mgが追加処方になった。薬手帳の記録を見るとカルベジロール錠は前は1.25mgを服用しており、患者に確認したに変更するとは聞いていなかった。電話で病院薬剤部に照会。紹介状の記載ミスで1.25mgが正しいことが判明。処方医に連絡して変更となる。	病院等からの転医の場合、規格や用法が変更になっていることがあり注意が必要と思われる。	薬手帳や、色々な情報に注意を怠らない。			カルベジロール錠2.5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4221	風邪による処方。症状が変わらないため、前回と同じ内容の薬をもう一度飲むよう医師指示があったと、患者の母親からヒアリング。前はアレロック顆粒0.5%が処方されていたが、今回はそれに加えてアレグラドライシロップもアレロック顆粒0.5%と同じ日数分処方されていた。両者は、同効薬であるため疑義照会したところ、アレロック顆粒継続、アレグラドライシロップが削除となった。	前回DO処方ではひばったと思われるが、同じアで始まるアレグラを追加してしまった？	当該患者の過去の薬歴を2-3回前までは必ず確認するようにしています。新規の処方か、継続中か、その間の年齢、体重の変化を必要があれば、家族等に確認して、妥当、安全な薬剤、投与量であるよう意識しています。			アレグラドライシロップ5% アレロック顆粒0.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4222	新規の整形外科受診の際にファモチジンが処方された。来局時にお薬手帳を確認、ランソプラゾール15mgの服薬継続中であることを確認。同効薬の重複について医師に疑義照会しファモチジンの処方は削除となった。	整形外科処方時の服用薬剤の確認不足。	お薬手帳の確認。口頭での併用薬剤の確認。			ランソプラゾールOD錠15mg「武田テバ」 ファモチジン錠10「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4223	整形外科よりシアリス錠10mg 1錠分1夕食後 14日分で処方されていたので、シアリス錠は頓服で使用する薬であることを踏まえ、用法変更してもらうために疑義照会を行った。カルテには医師から勃起不全の適応を入れておくようにと看護師が指示されたということのを伝えられ、用法を頓服に変更してもらい投薬。患者に聞きとりを行ったところ、前立腺肥大で今回薬を出してもらうこととなった。医師からは通常よりも使用量は多いが10mgで服用することもあるので心配しないで夕食後に使用するようにと説明されたとのこと。同成分であるザルティアの間違いではないかと思い再度疑義照会し薬剤がシアリス10mg→ザルティア5mg 1錠に変更となった。	ザルティアとシアリスは同成分であるが適応が違う。経験の浅い薬剤師であれば間違えて調剤してしまうこともある可能性が高いので、薬剤の適応、使用法についてもよく理解しておく必要があると感じた。	処方内容で疑問に思い疑義照会できても、患者への聞き取りがきちんとできていなければ防げなかったヒヤリハットだと思うので、投薬時には必ずどのような症状で受診したのかを聞き取るよう徹底していきたい。			シアリス錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4224	高齢者にはベルソムラ15mgが適応であるが、20mgで処方。	用量が年齢で決まっている品目の確認徹底。	用量が年齢で決まっている品目のリスト作成、共有。			ベルソムラ錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4225	心臓移植後の患者。移植後、しばらくは院内処方での対応であり、半年ぶりに来局。下記処方あり。Rp. パリキサ錠450mg 1錠 1×M 15日分 Rp. パクタ配合錠 1錠 1×M (月・水・金) 15日分 他多剤服用中。今回は35日分で処方されている中、上記のみ15日分で処方されていた。上記薬剤の服用方法や服用期間について患者本人に確認。パクタ配合錠は処方通りでの服用であるが、パリキサ錠は連日服用しており、残薬も特になし。処方医からは特に服薬の終了等の説明を受けていなかった。パリキサ錠について処方日数について確認。15日分から35日分へ日数変更となった。	処方医がパクタ配合錠とパリキサ錠と勘違いして入力していた。	半年ぶりの来局である上に、心臓移植後のため、処方内容が大幅に変更となっていた。多剤服用中であったが今回患者本人も若く薬剤名や薬効についての理解も高く、お薬手帳の持参、院内処方での記録も記載されていたため処方内容の確認がスムーズに行うことができた例であると思われる。今後もお薬手帳の重要性について啓蒙していく。			パリキサ錠450mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4226	以前よりエクメット錠LDが処方されていた、患者様のお話や検査値などからエクメット錠HDの間違えではないかとの考えに至り疑義照会后エクメット錠HDに変更になった。	病院側で処方箋の記載ミスがうかがえる、薬局では患者様との対話で未然に防ぐことができた	LD、HDなどの規格の違いを間違えないように細心の注意を払いながら作業を行い、この知識も深めていく			エクメット配合錠LD エクメット配合錠HD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4227	他院で緑内障の手術後の点眼をもらっていたが、次回受診まで足らなくなる分を当該医院で処方された。クラビット点眼1.5%を使用していたが、0.5%で処方されていたため疑義照会をし変更となる。	患者さんが持参されていた点眼液を処方医に見せたと言っていたので、処方医の見間違いと思われる。	他院でもらっていた薬を持参されている場合は念の為薬局でも確認するようにしている。今後も続けていく。			クラビット点眼液1.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4228	5歳小児にアスピリンDS2%0.35g 2×7日分の処方があり、一日量が少ないためアスピリン散10%0.35g 2×7日分ではないか疑義照会した。疑義照会の結果、アスピリン散10%0.35g 2×7日分に変更指示をいただいた。	アスピリンの検索入力の際に誤って散ではなく、ドライシロップの方を入力してしまった可能性	小児の年齢・体重に応じた服用量の確認。複数規格のあるものへの注意。			アスピリンドライシロップ2%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4229	前回までアイミクスLDだったが、処方がアイミクスHDに変更していたため、投薬時に血圧の確認、処方変更の話があったか確認した。処方変更の話はなく血圧は105ぐらいでむしろさがりすぎているとのコメントだったため、疑義照会し、前回通りLDに変更になった。	医師が操作、書き間違いをしたと思われる。	数値の確認、処方変更の確認を行うことで処方に間違いがないか確認していく。			アイミクス配合錠HD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4230	他の病院から転院患者。前院ではタケルダ配合錠が処方されていた。薬の読み替えをしたときにタケブロンと勘違いして処方。処方箋だけでは気が付かなかったが、お薬手帳に前院の薬が貼付されていたため、間違いに気が付き疑義照会してアスピリンが追加になった。	病院の採用薬にタケルダ配合錠がなかったこと。タケルダ配合錠とタケブロン口腔内崩壊錠を勘違いして処方したこと。電子カルテの処方内容の確認不足。処方箋は一般名処方になるため、医師も処方箋では確認できないこと。	お薬手帳は必ず見て、転院時処方との確認をする。病院の安全性委員会に参加し、事例を報告して再発防止をお願いした。			タケルダ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4231	透析患者に対して、S・M配合散が処方になっており、禁忌のため疑義照会	SM配合散は透析患者禁忌のため、疑義照会し、処方削除となった。	透析患者に禁忌となる医薬品には、入力の時点で気が付くような仕組みを取っている。薬の名称を入れると、「透析×」とできるようにしているので、すぐに気が付き、疑義照会の対応ができる。また、併用薬を薬局で一元管理しているため、透析患者と気が付くことが出来、防ぐことができた。			S・M配合散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4232	介護職員から患者本人が高ビリルビン血症にて、意識失い救急にかかったと連絡あり。医師より、これから持参する処方箋は本日夜から服用開始してほしいので、患者に伝えるよう電話連絡。処方内容確認すると、グルコンサンK細粒の処方あり。現在服用中のフロセミドは服用中止した方が良いかと疑義照会するも、処方変更なしとの回答。翌日、9時頃医師より、フロセミド中止するよう電話連絡あり。患者宅を訪問し、お渡し済みの薬を回収し、再分包してお渡し。	現在服用中の薬を把握。フロセミドの効果により、低カリウム血症を引き起こす可能性があるため、服用中止を提案。薬局による、服用薬剤の一元管理によって防ぐことが出来た。	服用薬剤を薬局で一元管理することで、併用薬の飲み合わせを確認することが出来る。また、医療機関と連携することで、治療方針を確認し、治療薬の変更を提案できる。そのため、当薬局では介護者や医師と連携をしている。			フロセミド錠20mg 「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4233	出血処置前の内服中止指示。患者はワンアルファを服用中だったが中止するよう指示を受けた。患者が薬局へ報告に来局。出血傾向を有する投薬がないため医師へ確認したところワーファリンと聞き間違いをしていた。服用は継続することとなった。	類似する薬品名。	処方箋がなくても来局できるように患者との意志疎通する。また、処方箋がなくても来局してよいことを説明しておく。			ワンアルファ錠0.5 μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4234	ミチキュアダニ舌下錠服用開始、ヒアリングより初処方で本日より開始と確認。10000JAUが7日分処方。初処方時は3300JAUから開始なので疑義照会の結果、3300JAU分17日分に変更となった。	医師も開始用量については理解していたものの、処方箋発行の段階で間違えてしまったものと推測。	最終的に患者ヒアリング時に開始用量について疑問に思えるだけの知識を習得するために、日頃から開始用量について注意が必要で段階的に増量していく薬剤についての添付文書や処方事例などを基に情報共有を行っていく。			ミチキュアダニ舌下錠3,300JAU ミチキュアダニ舌下錠10,000JAU	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4235	カルベジロール錠1.25mg 1錠2×170日分。前回受診時カルベジロール錠1.25mg 7錠2×1で処方。患者に確認したところ今回増量とのこと。疑義照会の結果カルベジロール錠10mg 1錠2×1に変更になった。	薬剤入力後に確認せずに患者に交付してしまった。	薬用量の変更時は必ず患者に確認する			カルベジロール錠1.25mg 「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4236	モサプリド錠5mgを含む数種類の処方があった。薬歴上で他院にてガスモチン錠5mgを服用している記録があった為、お薬手帳並びに患者家族に確認した所、重複していることが判明した為、疑義紹介にて今回処方分を削除してもらった。	受診の際に、お薬手帳の提示をしなかったこと、他院に通院している旨の報告をしなかったと考えられる。	併用薬は常に薬歴に記録し、毎回チェックがかかるよう反映させている。			モサプリドクエン酸塩錠5mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4237	カナグル、イニシンクを定期服用している患者さんに対して、カナリア、イニシンク、メトホルミン500mgへの処方変更があった。カナリアとイニシンクにはそれぞれDP P-4阻害薬が含まれるため疑義照会を行った。その結果、処方変更は行われず、カナグル、イニシンクの継続となった。	糖尿病薬の合剤が多く販売されており、また名称が似ている為、Dr.が勘違いしたと思われる	糖尿病薬、高血圧薬など合剤が多い、数販売されている薬剤については、それぞれの成分をきちんと把握したうえで調剤する。			カナグル錠100mg イニシンク配合錠 カナリア配合錠 メトホルミン塩酸塩錠500mg MT「三和」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4238	以前から違う医院を受診し加療中。通院していた医院が閉院となる為、門前医療機関を受診した。今後は門前医療機関で継続して治療を行うことになった。処方方はイルアミクスLDでの処方。交付時にお薬手帳を確認すると以前はイルアミクスHDで処方、服用していた。ご本人に確認すると曖昧な返事であったため処方元に確認の問い合わせ。HDを処方と確認した。	病院でも新規の患者様。薬の確認は紹介状なのかお薬手帳なのか、薬情なのかは不明。医療機関は医師が手書きでカルテ記載。処方箋は手書きカルテをもとに医療事務がパソコン入力。可能性としてはカルテ記載時のミスか、パソコン入力時のミスかと思われる。	高齢者も多く本人への聞き取りをしても確証が得られないことがある。そのことを意識して、本人・お薬手帳・薬情・医療機関への問い合わせ等、複数の情報で確認を行うようにする。			イルアミクス配合錠LD「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4239	今まで、他院にてニフェジピンCR20mg 1T 1Xで服用していた。CR錠は24時間の持続時間があるが、今回の処方方は、ニフェジピンL20mg 1T 1Xのため疑義照会する。L錠は12時間持続のため用法確認する。ニフェジピンL10mg 2Xに変更になった。	期待している薬効が得られない可能性がある。	他院からの変更のときは、同じ薬品であるかチェックすることが大切である。			ニフェジピンL錠20mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4240	患者が医師へ、泌尿器の薬を同じものを処方して欲しいと相談して、同じ薬を処方することになったと患者よりお話を聞いた。エルサメットS配合錠が処方になっていたが、処方せんは、エルサメット配合錠でSの半分量の薬になっていた。	医師側は、S配合錠のSを見落としてしまっていたと思われる。	患者からの聞き取り、お薬手帳で確認する。			エルサメット配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4241	患者様の初回時間診において、禁忌薬「ブスコパン」と記載今回、頓服薬ブスコパン錠 20錠 処方間い合わせたところ、検査などで使用するブスコパン注射薬が禁忌であると医院から回答あり。	医院と薬局・患者様の連携	内服薬・注射薬でも成分には違いないので、今後も問い合わせは継続する			サノフィ株式会社	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4242	開業医でエバデールS900を服用中の患者であった。処方内容変更なしのことだったが、転院先でエバデールS600で処方せんが発行された	見間違い 思い違い	患者から聞き取りを行い、対応する			イコサベント酸エチル粒状カプセル600mg 「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4243	血圧が下がり過ぎていたことが不安でアテレック錠10mgを半錠で服用していた患者。今回アテレックを半錠にして服用していることを医師に伝えたようで、その現状に合わせるよう処方変更されていたが、アテレック錠10mg→5mgに減量とするところ、誤ってアーチスト錠10mgが半量に減量されていた。投薬時に薬剤を見せながら確認・説明をした際に間違えて調整されていることが発覚。疑義照会を行い、患者が調節している薬がアテレック錠10mgであることを説明。アーチスト錠10mgは元の量に戻り、アテレック錠10mg→5mgに減量となった。	疑義照会の際の医師の回答として、アーチスト錠の方を減らしていると患者から聞いていたとのこと。患者が伝え間違ったのか、聞き取りを行った方(予診の看護師や医師)が聞き間違ったのかは不明。「血圧の薬・アから始まる・5文字」という共通点から勘違いが起り、伝達ミスが生じたと考えられる。	患者がきちんと薬剤名を認識していなかったり、医療機関側にうまく伝わらなかつたりしたために薬剤の調整間違いが起こったりした例はこれまでも経験している。実際に薬剤を見せれば患者も間違いに気づいたりできるので、今後も現物の薬剤と見比べながら投薬時にきちんと確認をすることで事故を未然に防ぐようにする取り組みを継続していく。			アテレック錠10 アーチスト錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4244	点眼・点鼻用リンデロンA液を「耳に使用」と指示あり。耳には使用できない薬なので問い合わせをおこなった。当該医薬品が削除になった。	医師の判断ミス、知識不足。(医師より患者に再度受診するよう依頼、受診予定との事だった。)	類似薬があるものについて、それぞれの特性をしっかりと把握する。必要時は速やかに疑義照会を行う。			点眼・点鼻用リンデロンA液	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4245	今までアトルバスタチン10mg エゼチニブ10mgを服用中の患者にアトゼットHD(アトルバスタチン20mg・エゼチニブ10mgの合剤)が処方された。患者に確認すると合剤に変更するという事、アトルバスタチンを増量するという事もきいてないとお話があった。今回の血液検査の結果を確認させていただいたところ、総コレステロール値、LDL値、HDL値ともに変わりなかった。そのことを踏まえ処方医にアトルバスタチンは増量でよいのか問い合わせを行ったところ、アトゼットLDに変更になった。	オーダーリングシステムにより単純に指定の間違いが考えられる。また、アトルバスタチンは5mgもしくは10mgで服用される患者が多く20mgが少ないため、LDが5mg、HDが10mgと処方医が勘違いされたのかもしれない。	薬の変更がある場合、その都度患者に変更点を確認を行う。			アトゼット配合錠HD アトゼット配合錠LD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4246	アスベリン散10%が0.6g/日で高用量で処方されていたため用量確認。用量として問題のないアスベリンドロップへ2%への変更を提案し変更となった。	処方内容の確認	小児の用量については体重換算で適正な用量の確認、用量に問題のある場合は疑義照会にて確認を徹底する。			アスベリン散10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4247	<p>チモプトール点眼液とチモプトールXEの処方間違い、さらに用法の間違いがあった。いつもは近所のA医院の眼科にかかっている患者様。</p> <p>本日、定期受診しているB病院の消化器内科を受診した際に、追加で『チモプトール点眼液0.5% 1日4回 両目点眼』という処方を出してもらっていた。チモプトール点眼液であれば用法が本来1日2回であり用法が誤っていた。診療科が眼科ではなかったため、患者より頼まれた薬を出したのかとも思い、疑義照会をする前にお薬手帳を過去にさかのぼって確認した。以前眼科で処方されていた点眼薬は『チモプトールXE点眼液0.5% 1日1回両目点眼』であった。用法と種類が異なるため、患者に医師とのやり取りの経過を確認。手持ちの点眼薬がなくなりそうだったので、いつも使用している『チモプトールを処方してほしい』と医師に伝えた。患者は医師から使用方法と何%のものかと聞かれて、患者自身がお薬手帳を見ながら0.5%のものを両目に使用していると口頭で返答したとの事だった。医師にお薬手帳は見せなかったとのことだった。患者が処方してほしい薬は、お薬手帳に記載のあるいつも使用しているチモプトールXE点眼液0.5%であったことを確認し、疑義照会を行った。医師に患者の使用していた薬剤がチモプトールXE点眼液0.5%であったこと、用法が1日1回であることを報告。医師は専門外の薬剤であり、薬効もドライアイの薬か何かだと思っていたとの事で、あまり確認せずに処方を出してしまったと話があった。処方内容は過去に出たお薬手帳の内容通り『チモプトールXE点眼液0.5% 1日1回両目点眼』に変更になった。</p>	<p>患者は医師にお薬手帳を見せなかった。医師は専門外の分野であり、多忙であった為確認を怠った。</p>	<p>複数規格ある際はきちんとその変更内容、理由など医師とどんな話があったかなど確認する。お薬手帳の確認も行う。</p>			チモプトール点眼液0.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4248	<p>前回よりニフェジピンL錠10mgに減量していたが、今回また20mgに戻っていた。服薬指導時に、規格が以前の20mgに戻ったことをお伝えすると、10mgのままのはずであるとご家族からヒアリングし、疑義照会したところ10mgに変更になった。</p>	<p>処方せん発行を前回処方ではなく、それ以前の処方をコピーしたと考えられる。</p>	<p>投薬時の確認と、事前ヒアリングを行う。</p>			ニフェジピンL錠20mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4249	<p>8歳の小児に対し、プロトピック軟膏0.1%（成人用）が処方されていたため、プロトピック軟膏小児用へ変更依頼で疑義をかけ、変更となった。</p>	<p>処方委側のPC入力時に規格の確認で見逃されてしまったと考えられる。</p>	<p>初期監査時に発見したため、特に対策なし</p>			プロトピック軟膏0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4250	ザクラス配合錠HDが新しく処方されていたが、過去に血圧降下剤の服用歴が無く患者本人も血圧が高いと言われたことはない聞き取り。受診時には痒みの相談をして新しく薬処方されると医師から話があったとのことから別の薬と入力間違いの疑いがあるため疑義照会。ザクラス配合錠HDは削除となったが代替りの薬は今回は処方しないと医師から伝えられ、その旨を患者へ説明した。	ザイザル錠と入力したつもりでザクラス配合錠HDを選択した可能性がある。	新しく処方となる薬に関しては患者からの聞き取りを重点的に行っております。			ザクラス配合錠HD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4251	患者はヘパリン類似物質外用スプレーを処方希望していたがヘパリン類似物質外用泡スプレーが処方されていた	システム操作がきちんできなかつたと思われる	処方内容と患者様の訴えに相違がある場合は疑義照会を行い治療方針の確認を行うようにしている。			ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3% 「日本臓器」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4252	前回受診時にレザルタス配合錠HDからLDに変更になっていた。LDを服用して血圧106と低めの状態で維持。今回処方がHD錠に戻っていたため疑義照会しLD錠に変更になった。	医療機関の処方箋発行のシステムの詳細は不明ですが、同じ処方内容の場合、医療機関側で過去処方を呼び出して処方箋を発行する事があるようです。間違えて前々回分を出してしまう事がたまにあるようです。	処方に変更になった場合や規格が変更になった場合のヒアリングが重要であることをあらためて周知した			レザルタス配合錠HD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4253	一般名ロキシシロマイシンが分3毎食後にて処方があった。通常分2での処方のため、疑義照会を行なったところロキシニンの誤りであったことが判明した。	医師の入力間違い。	近隣病院の処方のため、良く出す処方内容については把握していた。少しでも疑問に感じる事があればすぐに患者様に医師と受診時どういった話をしたか積極的に伺うようにしている。			ルリッド錠150	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4254	前回、シダキュア2000JAUを7日間、5000JAUを23日処方された。今回2000JAU 30日分になってたため疑義照会	処方内容をPCで訂正するときに間違えて5000JAUを消してしまったと推測される	薬歴に2020.8～服用など記載することで今回維持量が処方されるべきかどうか、処方量の確認がすぐにできるようにしてる最初の1週間は低用量で服用する薬であることを薬剤師全員がわかるようにしてる			シダキュアスギ花粉舌下錠2,000JAU	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4255	10歳の患者にアレグラ60が処方。疑義紹介後に30へ変更になった。適宜増量に該当する理由は特になかった。	添付文書上にて、用量が年齢で決まっていることを医師が見落とししたと思われる。	疑義が生じた時点で問い合わせる。			アレグラ錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4256	今までテラムロ配合錠B P「ニプロ」(テルミサルタン80mg・アムロジピン5mg配合錠)を服用中だった患者が、今回転院し継続処方有。当該処方【般】テルミサルタン40mg・アムロジピン5mg配合錠であり、ご家族にお話を伺ったところ、血圧も安定しており用量変更などの話は特になかったとのこと。病院に疑義照会し確認したところ、病院は今までのと同量で処方する予定であったため、【般】テルミサルタン80mg・アムロジピン5mg配合錠に処方変更となった。	病院での一般名処方の入力の際、配合剤の用量まで確認が出来ていなかった。	薬剤師として配合錠の含有量の把握。非薬剤師も把握できるように含有量を記載するように薬局局内名称メンテナンスの実施。			テラムロ配合錠A P「ニプロ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4257	8歳男性へレボセチリジン錠5mg 2錠 分2 28日分 の処方があった。レボセチリジンは添付文書上の用法が7歳以上15歳未満は1回2.5mg 1日2回であった為医師へ疑義照会を行ったところ、レボセチリジンOD錠2.5mg 2錠 分2 28日分へ変更となった。	医師が処方入力の際規格を誤って入力した。	レボセチリジンの棚に年齢と用法用量を記載した札を設置し、調剤時に再確認するように徹底した。			レボセチリジン塩酸塩OD錠2.5mg「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4258	久しぶりに当薬局を利用する患者が処方せんを持って来局した。アスペリンドライシロップ2%が0.4gで処方されていたが、患者は6歳のため用量不十分である。アスペリン散10% 0.4gの間違いではないか処方医に疑義照会した。その結果、アスペリン散10% 1日量0.4gへ変更となった。	アスペリン散10%を入力するところ、アスペリンドライシロップ2%を間違えて入力したようだ。	散剤・液剤の小児用量には十分注意し、処方内容に間違いがないかどうか確認する。今回は年齢換算の薬剤であったが、体重換算の薬剤も多数あるため、受付時に体重を聴取することを徹底する。			アスペリンドライシロップ2%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4259	10歳男児にアスピリン散10%が一日3g分3毎食後で処方が出ていた。アスピリン散10%は一日量が0.6~1.2gであり、過量投与が疑われたため、疑義照会したところアスピリンD S2%に変更になった。	同薬剤の複数の規格があるが、確認が十分でなかった。	同薬剤で複数の規格がある薬剤はリストアップし、より一層注意する。			アスピリン散10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4260	5歳児での処方。アスピリンシロップ調剤用2%が1日量4mlで処方あり。成人薬用量のため、規格変更なのか、もしくは投与量減量なのかの疑義照会を電話にて行う。アスピリンシロップ調剤用2%→アスピリンシロップ0.5%への規格変更の指示あり。	日常的に小児処方の入力が少ない医療機関のため、医療事務の方が、規格間違いをしてしまったと思われる。	小児処方に関しては今一度、規格違いがある液剤や散剤は、小児薬用量を注意して確認するように情報共有を行った。			アスピリンシロップ「調剤用」2%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4261	テラムロBPとテルミサルタン20mgが処方 容量OVERのため疑義紹介したところテルミサルタン20mg削除	配合剤の容量は確認	配合剤の容量の勉強会			テルミサルタン錠20mg「日医工」 テラムロ配合錠BP「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4262	整形外科より12歳男児(体重37kg)にカロナール細粒50%が1日用量5.5g処方された。用量が多く感じたため、疑義照会を行った。疑義照会后、カロナール細粒は50%から20%へ変更になった。	小児の受診がそこまで多くない整形外科からの処方であったため、カロナール細粒に20%と50%の規格があることを把握していなかったと思われる。	特に散剤においては複数規格があることをそもそも知らないケースがあるので、散剤の規格まで必ず確認を行う。また患者への体重確認や成分量での投与量の計算も行う。			カロナール細粒50%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4263	当該患者は施設入居患者。今回から初調剤。処方は、ファモチジン散10%1g/日の処方がされていたが、過量である事を処方監査時に気づき、疑義照会。0.2g/日へと用量減少となる。	ファモチジン散は恐らく、定期薬だったものであり、1日量が1gであったのだろう。ファモチジン散には2%の規格もあるため、間違えたと思われる。	扱いたない薬剤でも、監査を怠らない。複数規格のある物もあるため、注意していく。			ファモチジン散10%「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4264	アンブロキシソールDS小児用1.5%で処方されるべきところ、アンブロキシソールDS3%で処方された。	投与量は小児用1.5%換算量であったので、クリニックで処方入力した際の選択ミスと思われる。	規格が複数存在する散剤についてはミスが起きやすいので、散剤のボトルに注意書きをつける			アンブロキシソール塩酸塩DS3%「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4265	9/10にプレドニン錠5mg 3錠分3毎食後 7日分の処方があった。9/17の来局時にプレドニゾン1mg 2錠分2 朝食後 7日分 が処方され、患者様より前回より昼の分をなくして、1日量を減らすとDrから説明があったことを確認。15mg→2mgの減量となっていることと、プレドニン錠5mgとの薬品間違いの可能性があったため疑義照会を実施。結果プレドニゾン1mg 2錠 分2→プレドニゾン錠5mg 2錠分2へ変更となった。	類似薬品名のため入力ミス	患者への聞き取りと、処方履歴の確認の徹底			プレドニゾン錠1mg「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4266	2歳の患者様にクラリスDSとピオフェルミン配合散が処方されていた。ピオフェルミン配合散は抗生物質と同時処方では薬効が得られないため疑義照会してピオフェルミンR散に変更になった。	処方せん作成時の薬品の選び間違いと推測される。	相互作用だけでなく薬効が得られない薬品等についても処方監査を徹底する			ピオフェルミン配合散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4267	花粉症治療にてアレジオン点眼の処方あり。用法が1日2回だったため、アレジオンL X点眼ではないか、アレジオン点眼であれば1日4回の用法に訂正してもらおうよう疑義照会。結果アレジオンL X点眼液へ処方薬剤の変更	アレジオンL Xは発売したばかりで医療機関入力者がその認識がなかったようだ。新発売の薬剤情報やその用法については常に情報を得て、薬局内での共有を行う。	新規医薬品の発売情報は、メディアのチェックを行い、一覧表にして掲示するなどして情報共有を行う。名称のみならず用法にも留意する。			アレジオンL X点眼液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4268	1歳7ヶ月小児に、ムコソルバンDS3%で処方が出されていた。当患者は小児であることから、小児用ムコソルバンDS1.5%での処方が妥当だと思われるため、処方医に疑義照会を行った。疑義照会の結果、小児用ムコソルバンDS1.5%に処方の変更となった。	入力システムの選択ミス、処方内容の確認不足	小児の散剤処方の用量確認の徹底、患者がお薬手帳をお持ちの場合は服用歴の確認も必要と思われる。また、薬剤の複数の規格の周知が必要と考えている。今回生じた事例をスタッフが認識しておくことで、次回類似した事例への対応が可能になると考える。			ムコソルバンDS3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4269	令和1年7月以来の受付の患者様で、腰が原因の脚の違和感で受診。新規処方としてタリージェ錠2.5mg、リマプロストアルファデクス錠5μgの処方あり。診察時にお薬手帳を医師に見せたとのことだが、併用薬でプロレナル錠5μgの記載あり。患者さまより「他医院でも脚の違和感を訴えて処方してもらった薬があったが、一度専門の医師に診てもらおうと思って受診した」と話あり。病院に疑義照会を実施し、重複のためリマプロストアルファデクス錠5μgは処方削除となった。	今回の処方元の病院での処方薬はリマプロストアルファデクス錠5μg、オパルモン錠5μgの処方がほとんどで、プロレナル錠5μgが同一成分との認識が薄かった可能性があった。複数の先発品が発売しており販売名が異なるが、一般名が同一の場合の医薬品重複について再度注意すべき事例だと判断し、今回の報告に至った。	お薬手帳を医師に確認してもらった場合でも販売名が異なるために重複を見落とし、重複投与が起りうるということを再認識させられる事例だった。複数の先発品が発売しており、販売名は異なるが同一の一般名の医薬品は今一度確認していくべきだろう。			リマプロストアルファデクス錠5μg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4270	患児3才17kgにワイドシリン10%2.5gが処方。体重に適合しないため電話にて問い合わせ。10%と20%あり、20%への変更となる。	病院内の医師と事務との連携不足	規格までの確認の上の調剤することの徹底			ワイドシリン細粒10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4271	デキサメサゾン軟膏0.1%「イワキ」の塗布部位が口唇粘膜に塗布だったため、疑義照会。その結果、デキサメサゾン口腔用軟膏0.1%の間違えと判明し、変更して調剤することとなった。	類似医薬品名のためのミス	適正な医薬品知識と塗布部位の確認			デキサメサゾン軟膏0.1%「イワキ」デキサメサゾン口腔用軟膏0.1%「NK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4272	ディレグラ1日量が2錠であった	認識不足	適正な用量のチェック			ディレグラ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4273	サムスカ錠15mg 2T 2X朝夕食後 23日分と記載があり 疑義照会で 肝硬変は上限が7.5mgと伝え サムスカ錠 7.5mg 1T朝食後に変更となる	癌の末期で 腹水がひどく 医師は何とかしたいと思ったためと思われる。	入院中のことは分からないので、医師と情報を共有できるよう取り組む。			サムスカ錠15mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4274	転院によるいつもの薬剤の処方であったが、当該薬20mgが処方されていたが、患者の履歴では10mgをいつも使用している。医師に問合せしたところ、転院時の情報手御教書に書き間違いがあったことが判明し、10mgへ変更となった。	転院時の情報提供書のミス	薬歴の確認			タケキャブ錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4275	定期薬としてトアラセット及びカロナールを服用している。歯医者受診の際にカロナールが処方された。	歯医者で手帳を見せなかったと思われる	患者さんには医者にかかるさいは手帳をみせることを指導。			トアラセット配合錠「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4276	今回から処方病院変更、クロビドグレル50mg処方も、75mg継続患者であったため、入力ミスの可能性も考え、HPTTEL確認したところ、75mgに変更となる。	初回処方時の入力ミス	これからも頑張りたい。			クロビドグレル錠50mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4277	前回処方でネシーナ錠25mg 0.5錠分1で処方。今回の処方25mg 1錠分1で処方されていた。患者様へ確認し、特に増量についても医師から聞いていないようであったため疑義照会に至った。結果、ネシーナ錠12.5mg 1錠分1であったため処方修正となり、正しい調剤を行うことができた。	前回の処方ではネシーナ錠12.5mg 1錠分1で処方されていた。しかし、当局での採用がネシーナ錠25mgのみであり、疑義照会を行いネシーナ錠25mgを半錠で調剤することとなった。その後、病院でその処方へ変更された様子。今回、医師の処方入力の際に前回処方の25mgのまま、12.5mgと勘違いをして1錠分1で処方したと考えられる。	増量や薬剤の変更時には、しっかりと患者様へ確認することをこれからも徹底していきます。			ネシーナ錠12.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4278	<p>般)アンプロキシソール塩酸塩シロップ用1.5% 0.25g般)カルボシステインシロップ用50%0.9gアスピリン散10% 0.891g分2 朝・夕食後5日分</p> <p>アスピリンとアンプロキシソールの量が1歳幼児の体重あたりだと合わず、疑義照会を行った。どちらもアで始まる薬剤であることから記載ミスと推定し、数字を入れ替えた所、カルボシステインの換算料ともほぼ一致するため、電話で問い合わせを行い情報提供を行った所、用量入れ替えとなった。</p>	<p>・どちらもアで始まる薬剤のため見間違えたと思われる。・処方確認不足</p>	<p>小児薬用量の体重換算を覚えるようにしている。書籍で確認できるようにしている。</p>			<p>アスピリン散10% アンプロキシソール塩酸塩錠15mg 「タカタ」</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
4279	<p>ボルタレンSRの用法、用量の間違い。3カプセル分3→2カプセル分2となった。</p>	<p>ボルタレン錠と徐放錠のうっかりミス。</p>	<p>処方監査はしっかり行う。日数が短くとも必修。</p>			<p>ボルタレンSRカプセル37.5mg</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
4280	<p>1歳半男児にアレグラDSが1日量1.2gで出していた。同男児にアスピリンDS2%が1日量0.2gが分2で出していた。</p> <p>アレグラDSは2歳からの量であることと、アスピリンDSではなく散10%の量ではないかと推測ができたので、問い合わせ後、アレグラDSは1日量0.6gに。アスピリンは散10%に変更になった。</p>	<p>週に1回来ていらっしゃる小児科のDrで、普段の病院の採用と違ったのではないかと推測。アレグラに関しては、確認不足か？</p>	<p>処方箋を見た際に、年齢、体重に見合った量の確認を必ずしている。</p>			<p>アスピリンドライシロップ2% アレグラドライシロップ5%</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4281	咳症状で受診し花粉症の疑いありとのことで、テオドール錠200mg 2錠、【般】ペミロラストK錠10mg 2錠、【般】メキタジン小児用細粒0.6% 0.03g 分2 朝夕食後 7日分、他吸入薬を含め3剤5種類の処方箋が交付された患者が来局。処方鑑査時にメキタジンの用量が極端に少ないため問い合わせた結果、【般】メキタジン錠3mg 2錠に訂正となった。	処方入力時に剤形の確認が不十分だった。	散薬の場合は1日量→力価に換算し用量チェックを徹底している。			ゼスラン小児用細粒 0.6%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4282	新患の患者さんが成人であるのも関わらず小児に適応のあるシムレアチュアブルの処方箋を持参。シングレア錠10mgではないかと考え処方元へ疑義照会。	処方入力における薬剤の選択ミスの可能性が有ると考えられる。	医薬品カセットに年齢で適応が決まっている医薬品について適応年齢を記載している。			シングレアチュアブル錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4283	処方箋にアスピリン1gと記載あり。お薬手帳を確認したところ、継続してバイアスピリン錠を服用していた。	病院側によるPC入力の誤り?	新規処方箋の際にはお薬手帳の内容を特に確認し矛盾点がないか確認する。			アスピリン	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4284	成人の方にフルチカゾン点鼻液25μg小児用が処方されていたため、医師に確認し成人用量のフロラーズに変更。	一般名や製品名などが多くなっているため医師が選択を誤ったと推定されます。	小児用と成人用とで使用量・使用回数となるものは、患者さんの年齢の確認を事務が処方入力時に行い、処方鑑査時に薬剤師が行う。			フロラーズ点鼻液50μg 112噴霧用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4285	いつもレルベア200エリプタ14処方患者様で、100エリプタ14吸入が処方薬歴から疑問に思い、疑義変更いたしました。	門前クリニックの入力ミスの可能性大。	薬歴・レセコンの処方歴でチェックするようにしています。			レルベア200エリプタ14吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4286	受診時にラシックス錠20mgの投薬の指示があったとのこと。処方箋を持参し、当局に来局。処方箋にラシックス錠の記載なし。疑義照会実施。ラシックス錠追加の指示あり。	患者とのコミュニケーション	患者とのコミュニケーション			ラシックス錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4287	テオフィリン徐放U錠200mgが分2朝夕食後で処方されていたため問い合わせを行ったところ、テオフィリン徐放U錠200mgからテオフィリン徐放錠200mgへ変更となった。	徐放U錠と徐放錠の名称が似ていることが要因と思われる。	作用時間、名称の確認の徹底。			テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4288	リセドロン酸17, 5ミリグラムが処方されておりました。本来なら 週1服用の薬で一回1錠で9日分が9錠分1起床時6.5日分になっておりました。	日数と一回の投与量が間違っコンピューターに入力して、さらに投与日数も誤ってしまったようです	複数規格のある薬剤や毎日投与でない薬剤は、覚えておくこととする			リセドロン酸Na錠17, 5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4289	クラリチンDsy 1g 1× 処方あり 患者 5歳7か月 疑義にて0.5g 1×に変更	年齢で投与量変更 見落とし	各年齢 薬剤 一覧作成			クラリチンドライシロップ1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4290	お薬手帳参照から、耳鼻科で受けていた処方の続きを他小児科が引き継ぎ処方がされたと確認できた。耳鼻科処方ではアスピリンDS2%・0.6gとカルボシステインDS・0.6g処方だったが、小児科処方ではアスピリン散10%・0.6gとカルボシステインDS・1gであった。1歳児体重10kgの乳幼児への投与量として過量の為疑義照会を行った。	アスピリンDSとアスピリン散薬の%の違いの確認不足と、カルボシステインDSは用量に勘違いを起こした事から発生した事例と考えられる。	疑義照会にて年齢・体重に沿った用量の提示と再確認をお願いし、アスピリン散10%・0.2gとカルボシステインDS・0.6gへ用量変更となった。			アスピリン散10%カルボシステインDS50%「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4291	小児に対して成人量が投薬	パソコン入力時の選択ミス	年齢確認の徹底			カルボシステイン錠500mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4292	小児用量のところ、成人量が処方されていた。	同じ名前前の容量ちがいで、パソコンの選択ミスと思われる。	同じ名前前で容量のみことなるので、ピッキング時、監査時、投与時と複数回の注意を払うこと。			アスピリン錠20	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4293	15歳未満の小児に対して、成人用の薬が処方された。	パソコン入力時の選択ミス。	年齢の確認をしっかりと行う。小児の場合は使用可能な薬品であるか確認すること。			モンテルカスト錠10mg「KM」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4294	バルプロ酸S0R200mgを前から飲んでいて患者様に、バルプロ酸Na錠200mgが処方されたのでTELにて疑義照会バルプロ酸SR200mgに変更になった。	Dr.がバルプロ酸錠とバルプロ酸SR錠の違いがよくわかっていなかった事が要因としてある様です。	薬の内容で不安がある時は、すぐにDr.に疑義照会を行うようにします。			バルプロ酸ナトリウムSR錠200mg「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4295	継続でシングレア細粒を飲まれている方が、6歳を迎えシングレアチュアブルに変更されるところがシングレア細粒のままであったため問い合わせによりチュアブル場へ変更。	単純な処方入力ミスと年齢の確認を怠った。	該当医薬品の棚に年齢による適応の違いを掲示する。			シングレア細粒4mg シングレアチュアブル錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4296	ザイザル5mgが処方されていたが患者さんはアレルギーの薬ではなく痛風の薬を出してもらったはず、とのことで医院さんに疑義紹介したところザイロリック100mgとの取り違えと判明	名称が似ている為入力ミスの可能性があると思われる	患者さんとのコミュニケーションを密にしていく事の重要性を改めて意識していこうと思う			ザイザル錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4297	心房細動の患者にワーファリン1mgを4錠継続して処方されていたがINRの低下に伴い今回ワーファリンを増量することになった。処方箋ではワーファリン1mg 5.5錠3日間、のち11日間ワーファリン5mg 4.5錠との記載内容であった。患者の家族に確認したところ、錠数の変更があると説明はあったが規格変更の説明はなかったとのこと。疑義照会を行った結果、11日間投与のワーファリンの規格は5mgではなく1mgであり規格変更となった。	医師はワーファリンの規格を誤り1mgではなく、5mgを誤って処方した。	処方内容に変更がある場合は患者にその理由を確認する。薬剤の変更に関わしい点がある場合は処方医に問い合わせ確認する。			ワーファリン錠1mg ワーファリン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4298	新規でケイキサレートDSが処方された患者様にお話を伺ったところ、血液検査の結果カリウムの値が低かったとのこと。疑義照会にて処方確認したところ、ケイキサレートDSが削除になった。	ケイキサレートDSの薬効を誤って認識し処方してしまったため。	新規薬剤が処方された場合、患者様から症状等を聞き取り、正しく処方されているか判断する。			ケイキサレートドライシロップ76%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4299	患者様が耳鼻科処方箋を持参され薬局。処方箋にオロパタジン錠2.5mg1錠の記載あり(患者様は56歳男性)、調剤した薬剤師が耳鼻科へ疑義照会を行う。オロパタジン錠5mg1錠に変更となった。	クリニックの処方箋入力ミス。	薬局での取り組みは特になし。			オロパタジン塩酸塩錠2.5mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4300	骨粗鬆症で整形受診、最近足にしびれと痛みがあると2週間前よりリマプロストアルファデクス錠が処方されていたがこの薬のせいか胃の調子が悪いと自己判断で中止し現在は胃の調子は改善されていることドクターに話した。リマプロストアルファデクス錠は必要性があるので胃薬と一緒に服用するようにとランソプラゾールOD30mgが処方された。30mgの必要性を疑義照会し15mgに減量した。	必要性あつてのチョイスであっても適応がないので通らないと思われる。	単に誤りだったのか必要と思つての量なのかを必ず必ず問い合わせをして確認する。			ランソプラゾールOD錠30mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4301	50代男性。初めてカルデナリン錠4mg1日1回朝食後14日分で処方。添付文書より初期用量は0.5mgであるので、疑義照会後カルデナリン錠0.5mg1日1回14日分へ処方変更となった。	初回服用される場合は特に添付文書で用量用法の確認が必要と考えられる。	薬剤が変更される場合や違和感を感じる場合は、必ず添付文書や他の薬剤師に相談し、うやむやにせず確認を必ず行う。			カルデナリン錠4mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4302	4歳(体重13kg)の患者にワイドシリン細粒20%が1日量5.04g(77.5mg/kg)処方される。添付文書上、1日用量最大90mg/kgは超えていないが、成人の通常量を超えているため疑義照会。1日量2.6g(40mg/kg)に変更となる。	ワイドシリン細粒は10%と20%の規格があるため、処方医は規格を間違えた可能性あり。	小児の用量が添付文書での通常量を超える場合は、医師の適宜増減の範囲内の可能性もあるが医師に処方量の確認の疑義照会をする。			ワイドシリン細粒20%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4303	心臓が苦しいと訴える患者さんに、ヘルベッサR100mgカプセルが追加になった。しかし容量が1日2回、1回1カプセルだった。ヘルベッサR100mgカプセルの用法用量は、1日1回投与で、100mgから200mgである。1日2回という用法はRカプセルにはないため、電話にて疑義照会をした。病院側からは、ジルチアゼム塩酸塩30mgを1回1錠、分2で朝夕食後の誤りであった。	門前病院での採用薬が、R100mgは先発品のヘルベッサR100mgカプセルで、30mgの場合はジェネリックのジルチアゼム塩酸塩30mg「日医工」なので、ドクターが一般名で記載する際に混乱したのかもしれない。或いは医療事務さんの入力の問題も推測できる。	用法用量で疾患が違う場合や、複数の規格を採用している場合は、それが本当にドクターの意図したものなのかしっかりと判断せねばならない。そのためにも、処方箋を受け取る際の事前鑑査、レセコン入力におけるアラートのホップアップ、調剤者、監査者、そして投薬者と幾多の目を光らせる必要がある。ミスは犯す機会は多々あるが、逆にミスを発見するチャンスもまた複数あるのである。			ヘルベッサRカプセル100mg ジルチアゼム塩酸塩錠30mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4304	内科の処方箋を他局にて1包化しており、その薬剤の中にワンアルファが入っていた。今回整形外科からの処方箋を当薬局にもってきており、処方箋としてエディロールカプセルが記載されていたため、お薬手帳と本人に事情の確認を行った。同種同効薬であり重複を防ぐために疑義照会を実施。患者からは整形の先生が少し怖い先生であったため、伝えることが出来なかったとの事。また整形の先生には伝えないでほしいとの要望があったため内科医に疑義照会を行い、ワンアルファの削除を提案した	他科診療を行っている場合には患者さんと医師のコミュニケーション不足によって互いの薬剤服用を伝えそなってしまうことがあると考えられる。	同種同効薬が別病院から処方されている場合には状況把握の為、患者もしくは親族等から事情を伺い疑義照会を行うことで重複投与を防ぐようにしている。			エディロールカプセル0.75μg ワンアルファ錠0.5μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4305	1歳0ヵ月の小児にホクナリンテープ1mgが処方されていた。年齢と投与量を考慮して疑義照会。ホクナリンテープ0.5mgへ変更となった。	処方箋記入時の記載ミスと思われる。	小児の年齢と投与量のグラフを監査台に用意しておく。			ホクナリンテープ1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4306	長期入院中に処方されていたヒルドイドソフト軟膏を退院時に依頼したが処方箋にはヒルドイドクリームの記載になっていた。患者様は医師に問い合わせることを失礼と感じ問い合わせず処方変更せざるもらっていくとのことでした。またジェネリックに変えて名称変更、パッケージの違いが患者様をより混乱させた。この病院はこの手の医師の知識不足によるミスや患者さまへの説明不備が多すぎる。	医師の知識不足	医師に教育			ヒルドイドクリーム0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4307	処方内容がセフカベンピボキシル75mg 1日3回1回1錠となっていて過小投与の可能性があり問い合わせをした結果セフカベンピボキシル100mg 1日3回1回1錠に変更になった。	医療機関側でのパソコンの入力ミスや判断ミスなどが考えられる。	疑義照会をした。			セフカベンピボキシル塩酸塩錠75mg「CH」 セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「CH」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4308	10/27 A病院泌尿器科定期受診。投薬時にお薬手帳を確認したところ、10/22にB病院からプロチゾラム錠0.25mg「日医工」1錠夕食後の記載あり。本人に確認したところ、もらった薬はプロチゾラム錠0.25mg「日医工」ではなく、プロマゼパム錠2mgであり、それを夕食後に飲んでいたが倦怠感あり自己判断で服用していないとの返答あり。B病院へTELにて確認したところ、プロチゾラム錠0.25mg→プロマゼパム錠2mgの入力ミスと判明。処方されている薬は間違いなかったが、プロチゾラム錠0.25mgは睡眠薬であり、寝る前ではなく夕食後になっているのはおかしいし、倦怠感もあったので自己判断で最近は服用していなかった。	病院の入力ミス病院薬剤師の説明ミス	他の病院・薬局からの処方であっても、お薬手帳で用法に不備をみつけた場合は疑義紹介を行う			プロチゾラム錠0.25mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4309	PT-INRが上昇したためワーファリンを中止する処方に、手書きで「ケイツー錠10mg 1錠 7日分」の追加あり。該当医薬品が存在しなかったため疑義照会。ケイツーN静注10mgのことであり、既に院内で投与が行われていた。ケイツー錠10mgの記載は削除となった。	処方医の書き間違いかと思われる。ケイツーカプセル5mgに変更になると予測したが違った。	手書きの場合は思い込みで解釈しないよう特に気を付ける。			ケイツーN静注10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4310	処方監査の際、プレドニン5/4T(朝3T・夕1T)分1朝食後14日分と記載されていた。用法不具合と前回プレドニン5/1Tで急な増量であったため(患者側も減らすこと聞き取り)、疑義照会を行った。結果、プレドニゾロン1/4T分2朝・夕食後に減量となった。	プレドニン5とプレドニゾロン1は、頭3文字が同じために入力ミスがあったと考えられる。	処方監査・薬歴のデータ確認も行った上で投薬を行っていく。また、処方内容は患者側にも確認を徹底していく。			プレドニン錠5mg プレドニゾロン錠1mg(旭化成)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4311	9歳。レボセチリジンDS0.5% 0.8g分2処方。年齢より添付文書上1g分2のため疑義照会。その際に「セチリジンDS1.25%だと0.8g分2だが・・・」と付け加えて確認。→結果レボセチリジンDS1g分2に変更となった。	名称類似、レボセチリジンは比較的最近発売となったため用量把握ができていなかった可能性。	上記事項を職員で共有した。			レボセチリジン塩酸塩DS0.5%「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4312	処方：メドロキシプロゲステロン酢酸エステル錠200mg 1錠 朝食後 30日分以前より婦人科にてホルモン治療中とのことであった。婦人科の既往歴と処方の内容から、メドロキシプロゲステロン錠200mgではなく2.5mgの可能性が考えられたので疑義照会した。結果メドロキシプロゲステロン錠2.5mgに処方変更になった。	通常院内処方薬で投薬されていたが、感染所拡大防止のための「0410対応」により、初めて院外処方になったため入力間違いが発生したと思われる。	処方内容の確認をする。既往症を確認する。			メドロキシプロゲステロン酢酸エステル錠200mg「F」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4313	いつもは かかりつけの診療所からの処方だったが、入院されて今回は退院後初めての受診で入院先からの処方だった。8種ほど処方薬があり、その中にプロベシア錠1mg 1錠分1朝食後 30日の処方があった。その方の状態もふまえて、急に追加されるような薬ではないと判断。入院前の処方内容と比較し、プロピベリン塩酸塩錠10mgが処方されてないことを確認。頭2文字だけ同じだったが処方元にプロベシアの処方を照会した。処方元の入力、処方間違いで プロピベリン塩酸塩錠 10mg 2錠1日1回朝食後30日分に訂正するよう指示があった。	処方箋入力時に頭2文字まで一緒だったため 処方元の入力ミス、確認不足が要因だったと思われる。	このような入力ミスは薬局でも起こりえることなので、入力、監査等での確認作業が重要だ。今回は患者さんには不必要な薬の処方間違いだったのでミスにもすぐ気が付けたが、お薬手帳の確認や、患者さんやその家族からの情報収集も日々大切だと感じた。			プロベシア錠1mg 塩酸プロピベリン錠10mg「SW」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4314	2020年5月某日(月)11時頃、患者(83歳女性)が処方箋を持参した。定期処方継続の49日分の処方だった。他、週1製剤が複数処方されている中で、ミノドロン50mg月1製剤と一緒に処方されていた。月1製剤が、週1製剤と同様の7日分で処方されていた為、患者にDrと残薬調整の話をしたかどうかを確認した。残薬は無く2か月後の受診予定と確認。疑義紹介にて7日分が2日分に変更となった。処方医は、ミノドロンの月1製剤を週1製剤と勘違いしていた様である。	アレンドロン・ミノドロン等は、毎日製剤、週1製剤、月1製剤が存在しています。他剤一緒の処方であれば日数換算がしやすいですが、単独処方であると、処方間違いが発見しにくい製剤です。患者とのコミュニケーションにより、確認を取ってから投薬することが必要であると思います。	手帳の持参を促したり、患者や患者家族とのコミュニケーションをしっかりと取る事で、患者の不利益を未然に防ぐ様務めております。			ミノドロン酸錠50mg「武田テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4315	プレドニン錠5mg1錠服用後の受診患者に、プレドニン錠5mg4錠の処方治療経過では減量ではないか?という判断で疑義照会プレドニゾン錠1mg4錠の処方間違いであった	医薬品選択ミスと考えられる	よくある医薬品の処方例を知っておく事			プレドニン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4316	退院後にメリスロン12mg6錠分3で処方。増減の範囲内ではあるが、退院処方がメリスロン6mg6錠分3であり増量も聞いていないとのことだったので疑義照会。退院処方と同じく、メリスロン6mg6錠分3に変更になる。規格の入力ミスだったよう。	処方医の思い込み院内処方と外来処方採用の規格がちがうため、間違いが生じたと思われる	患者情報の聞き取りお薬手帳での退院時処方の確認が大切。			メリスロン錠6mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4317	モンテルカスト錠10mg1錠寝る前とメタゾン点鼻薬50μg56噴霧用1瓶の処方でした。本人様より副作用歴があるとの申し出があり薬ノートにはさまれたメモ書きにホクナリンテープとアプレス錠10mgで手足の硬直があったと手書きされていました。アプレス錠10mgは薬価収載がなく本人様でも薬名を確認できず薬ノートのかかりつけ医に問い合わせしてキプレス錠10mgであることがわかりました。処方元に疑義照会をしてモンテルカスト錠10mgが取り消しになりました。	アプレス錠10mgは本人様の手書きのようでした。アプレス錠100mgのことかとも推測されましたがアレルギーの薬と言われていたのでかかりつけ医に確認してキプレス錠10mgであることがわかりました。かかりつけ医もよりの薬局にもその前に確認しましたが把握されていませんでした。	薬ノートの副作用の欄に薬名とその症状、かかりつけ医に確認したことを記載して。通院時は必ず医療機関に知らせるよう指導しました。			モンテルカスト錠10mg「KM」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4318	整形外科を受診し、頓服でバファリン配合錠A81が処方された。適応に疼痛がなく、バファリン配合錠A330の誤りではないか疑義照会し、変更となる。	処方箋の発行時に入力を誤った	規格による適応違いなどを常に考慮し、調剤している。			バファリン配合錠A81 バファリン配合錠A330	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4319	整形外科でセレロックス服用中の患者さまに歯科よりロキソニン処方あり(内服3錠、3日分) 歯科医に疑義照会してロキソニン削除	歯科で患者様併用薬のききとりがうまくいってなかったと考えられる	薬歴をしっかりと確認し併用薬を見落とさないようにする。			ロキソニン錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4320	他の診療機関でコタローヨクイニンエキス錠の処方がされ服用中の患者様当日の他の症状で診察に追加して処方された模様処方箋受け取り時の問診で関節痛、筋肉痛などの症状がみられないため処方意図を医師に確認患者様にイボによるヨクイニン錠の処方の依頼を受けたようであったがヨクイニンエキス錠とよく苡仁湯エキス錠が異なるものだという認識がなかった様子他院から処方のヨクイニンエキス錠が継続されていたため医師より処方削除の指示を受ける	ヨクイニンエキス錠とよく苡仁湯エキス錠は名称が似ているが効果の異なるものであるとの認識がない	漢方薬に関しての知識を深めるための勉強会を行う名称の似ている薬について注意喚起の札を付ける等対策を講じる			クラシエよく苡仁湯エキス錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4321	59歳女性が持参された処方箋を確認したところ、クラリスロマイシン錠50mg 2錠分2(朝・夕食後)7日分の処方があった。医薬品の規格に疑問を持ち医療機関に疑義照会したところ、クラリスロマイシン錠200mgに変更になること確認した。変更の指示に基づいて調剤・投薬した。	医療機関で処方箋記載の際に薬の規格を間違えてしまったものと思われる。	薬局でも、薬が間違っていないと判断すると思ひ込みをして規格の確認をおろそかにしてしまいがちになるので、規格等も含めてしっかり処方監査を行うよう努める。			クラリスロマイシン錠50mg 小児用「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4322	当薬局を継続利用中の患者。薬局ではなく、処方箋送信機能を用いての受付。処方内容は、一般名ロピニロール塩酸塩錠2mg 1日1T 朝食後。 パーキンソン病の患者ではあるが、当薬局では初処方。娘様に電話で連絡を取り、今回のお薬が初めての服用であることを確認。ロピニロール錠の初回服用量が通常1回0.25mg 1日3回であることから、ロピニロール塩酸塩徐放錠2mgの処方誤りである可能性があり、疑義照会を行った。その結果、ロピニロール塩酸塩徐放錠2mg 1日1T 朝食後に変更となった。	薬品名の類似	初服用される薬に関しては特に、添付文書等で初回用量や用法が、処方箋の指示と違いが無いか確認を徹底する。			レキップ錠2mg レキップCR錠2mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4323	ノイロピタンが処方されていたため、患者に今日はどのようなことを相談したのか確認したところ、痛みを訴えていたことが分かった。そのため病院に疑義照会したところ、ノイロトロピンの処方間違いだった	3文字入力の際に間違えたと考えられる。	患者の訴えをしっかりと聞き取る。また用法などで疑問に思うようにする。			ノイロピタン配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4324	部位変更：膝→肘	記載ミス	コミュニケーションをとる			アンテベート軟膏0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4325	ルリコン軟膏 1日2回で処方。疑義にて1日1回へ変更。	カルテ記載ミス	処方監査の徹底			ルリコン軟膏1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4326	5歳体重20kgの男の子にアスピリン散10%2g分3毎食後で処方。用量が多いため疑義照会。1日0.4g分3毎食後に変更。	5倍量で処方されていたため、アスピリンDS2%と用量を間違えていた可能性あり。	薬剤師全員で複数規格のある薬剤を把握し注意喚起の札を貼る。また疑義の内容を全員に周知することにより用量ミスを防ぐ。			アスピリン散10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4327	エリキユース2.5mgで処方されるべきところ、5mgが処方された。	入院前は、5mgであったが、入院中に2.5mgに減量されたのを、Drが見落とし5mgで処方されてしまった。	手帳確認と本人への聞き取りにより、処方の誤りに気が付いた。			エリキユース錠5mg エリキユース錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4328	リリカ75mg服用中、転院し、転院先からリリカ25mgが処方された	複数規格がある薬剤のため、選択間違い	お薬手帳、口頭で規格の確認			リリカカプセル25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4329	ピオフェルミンR散の処方のみであり、抗生剤の処方がなかった。お薬手帳や、患者様へ直接併用薬の有無について確認し、併用薬がなかったことを確認した。その後疑義紹介を行いピオフェルミンR散からピオフェルミン配合散へ処方変更となった	類似名による医師側の選択ミス	処方薬に疑義がある場合は患者様に確認し、状況を整理してから医師に疑義紹介を継続する。			ピオフェルミンR散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4330	アレジオン点眼0.05% 1日2回処方規格もしくは用法の間違えの可能性があるため疑義にてアレジオンLX点眼液0.1%に変更となる	アレジオンの規格について医師は2回なのでLXと思い込み、事務は昔からのアレジオン点眼0.05%と思い込んでいたため間違えたと考えられる。	アレジオン点眼0.05%の引き出しにLX点眼液も規格としてあることを記載し、またアレジオンLX点眼液0.1%には1日2回と記載し、間違えないようにしている。			アレジオン点眼液0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4331	バイアスピリン100mg錠 性行為1時間前服用4回分のみの指導を受け取る。明らかに薬剤名がおかしいため確認を行う。バイアグラ錠50mgへ変更となる。	Dr入力間違いと思われる。	今後も確認を行っていきたい。			バイアスピリン錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4332	他院から転院。以前他院でエクセグラン20% 0.75g の処方。今回転院先でエクセグラン100mg 3錠(300mg)になっていた。倍量になっていたため、疑義紹介。その結果、エクセグラン20% 0.75g の処方に変更。	患者様と医療機関側のコミュニケーション不足。	お薬手帳の持参を施して、処方箋監査をしっかりと行うにする。			エクセグラン錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4333	同日に耳鼻科と皮膚科の処方箋を持って来局。その中で同効薬が重複している薬剤があったので投薬日数が少ない皮膚科へ電話で連絡し処方が中止となった。	同日に同効薬が処方された処方箋の場合、先に受診した方が投薬日数の少ない医療機関に連絡をして確認をするように心がけている。	同じ患者が同日に複数の医療機関の処方箋を持ってきた時は薬が重複していないか確認しながら調剤をするように心がけている。			フロモックス錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4334	ピムパット錠50mg 1日4錠で他院で処方されていたが、今回当薬局近くの病院へ紹介受診され、処方された。今回処方された際にピムパット錠100mg 1日4錠で処方された。お薬手帳を確認した際に倍量になっているため、疑義照会を行い、元の用量と同じピムパット錠100mg 1日2錠へ処方変更された。	紹介状の確認不足もしくは、処方入力時の確認不足と考えられる。	他院からの紹介受診の際はお薬手帳の処方内容と今回の処方内容についてしっかり確認する。			ピムパット錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4335	アトルバスタチン10mg+ゼチーア10mg処方の患者さんがアトーゼットHDの配合錠に変更になった。先生から薬剤用量は同じで配合錠になるだけだと患者は言われていたらしいがアトーゼットHD配合錠だとアトルバスタチンの量が倍になってしまうので先生疑義しLD配合錠に変更してもらった。	医師がLDとHD配合錠の薬剤量を間違えて覚えてしまっていたと思われる。	配合錠への変更は必ず成分量を確認し患者さんからお話をうかがってからお渡りする。			アトーゼット配合錠LD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4336	他の医療機関でランソプラゾールOD錠15mg『サワイ』定期服用中。久しぶりに整形にかかる。整形でネキシウムカプセルが処方される。	医療機関での併用薬の確認不足。	お薬手帳確認により薬の重複が発見されたため、疑義照会后、整形のネキシウムは中止になる。			ネキシウムカプセル10mg ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4337	寒くなって血圧が高めになっている患者様、血圧の薬が前回と同じイルアミクス配合錠LDが出ていた。血圧が高くなっていることが分かったので、問い合わせ、イルアミクス配合錠HDに変えるつもりであったことが分かった。	配合錠で量の違いをLDとHDだけで判断していることで、勘違いが発生している	高血圧の患者は必ず、血圧は聞いているので、一番適している、薬剤が選択されているかを判断する。			イルアミクス配合錠LD「DSPB」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4338	今回整形外科でセレキシブ錠とレバミピド錠の頓服が10回分処方された。普段より他院にて、レバミピド錠を分3毎食後で処方されているため、合計分4になると判断し、処方医に疑義照会したところ、頓服レバミピド錠が削除となった。	他院の方で、お薬手帳の確認をしていなかったと推測される。	お薬手帳を持参して、Dr確認していただくように促している。			レバミピド錠100mg「オーツカ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4339	テリボンオートインジェクター初回であった。今まで在庫したことのない薬だった為、急いで手配。処方せん通り調剤したが、監査者が添付文書を確認したところ、週2回投与のところ週1回と処方されていた為疑義照会、用法と本数が変更となった。(週1、2本→週2、4本へ)	病院ではテリボン皮下注56.5μg(週1製剤)が採用されており、それと同じ用法と思い込んでいたと思われる。	特に新規採用の薬については、用法用量等を添付文書でよく確認すること。			テリボン皮下注28.2μgオートインジェクター	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4340	監査時、定期薬(配合剤)と異なる薬剤名(一般名・単剤)記載あり。本人に薬変更有無確認すると医師から変更すると話があったとのことで調剤した。投薬時状態改善有無確認すると悪くなっていたような話をされる。変更ではなく併用なのでは?と処方元に問い合わせすると、一般名の記入ミスであることが分かった。	医師が処方したかった薬剤(配合剤)と実際に処方箋に記載された薬剤(単剤)の一般名は始まりの薬剤名が同じであることから入力時選択を誤ったと思われる。[般]ラタノプロスト・チモロール配合点眼液 [般]ラタノプロスト点眼液	患者との会話の中で、処方内容と#22169;み合わないところがあれば、些細なことでも疑義照会を行う。			ラタノプロスト点眼液0.005%「ニッテン」ラタチモ配合点眼液「ニッテン」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4341	11歳男児にモンテルカスト口腔内崩壊錠10mgが処方されていた。処方監査の際に気づき、モンテルカスト口腔内崩壊錠10mgは成人(15歳以上)のみの適応となる為、疑義照会を行った。その結果、モンテルカストチュアブル錠5mgに処方変更となった。	医師が処方箋入力の際に、モンテルカスト口腔内崩壊錠10mgとモンテルカストチュアブル錠5mgを誤って入力したと推定される。	処方監査の際には年齢、適応を確認する。			モンテルカストOD錠10mg「EE」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4342	今までA病院で月1回、リセドロン錠75mgで骨粗鬆治療していること手帳で確認、今回は他疾患でかかっているB病院で依頼し(コロナ避けるため遠くの通院避ける目的)薬の説明書を見せて処方を受けた。リセドロン17.5mgが今回処方されているが特に週1タイプへの変更は希望なし。なれていた飲み方から変更になると間違える恐れがあることから疑義紹介。今回は残薬があるため変更ではなく、処方削除とした。また来月受診時にはリセドロン7.5mgではなく、リセドロン75mgの月1タイプを希望している旨を服薬情報提供書で医師に提出した。翌月受診時は正しくリセドロン75mgで処方となった。	リセドロン75mgと17.5mgは数字が類似しているため医師が見間違ったものと思われる。	転院時は処方誤りも起きやすいので十分に注意するようにする。複数規格、特に数字が似ているものは規格表示など見やすく注意促す。			リセドロン酸Na錠17.5mg「トーフ」 リセドロン酸Na錠75mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4343	他院より退院時ニフェジピンL10mg2錠朝夕食後で処方されていたが、来局時処方箋にはニフェジピンCR10mg2錠朝夕食後と記載されていた。CRであるが効果持続のため1日2回で処方されることもありそのまま交付、のちに患者様より錠剤が大きくて飲めない、もっと小さいのをもらっていたとの申し出があり、確認したところニフェジピンL10mgに処方変更となった。	CR錠は本来分1の用法であるが効果持続の為分2で処方されることもある為、処方初回時は疑義照会にて確認すべきところ疑義照会せずにそのまま交付してしまった。	CR錠の分2処方、初回時には疑義照会にて処方確認する。			ニフェジピンL錠10mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4344	糖尿病治療薬(エクア50mg 2T分2、アマリール3mg 1T分1、メトグルコ250mg 3T分3)を普段から服用中の患者に低血糖症状出現。受診予定日より前に一度受診し、アマリール0.5mgのみ処方あり。アマリール3mg→0.5mg、メトグルコ250mg分2に減量指示となった。今回、受診したときの処方箋では低血糖症状が起きる前の量で処方されており、ご家族に受診時の話を聞くも処方に戻すかどうか分からないとのことであった為、処方医に疑義照会を行った。結果、減量後のアマリール0.5mg 1T分1、メトグルコ250mg 2T分2の処方へ変更となった。	以前の定期処方をそのまま呼び出し、出してしまった。患者および家族がDrとの話を理解できていない。	副作用歴は誰が調剤しても分かるように注意喚起のコメントを残しておく。今回の患者は前回の調剤時、減量したことが分かるようにお薬手帳にどのように変更されているか記載した。			アマリール 3mg錠 メトグルコ錠 250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4345	成人に対してアセトアミノフェン細粒20% 0.5g/回は少なく、患者様聞き取りにてアセトアミノフェン原末との間違いだった	他院処方では1回量の記載がなく、複数規格存在することに気づけなかった	疑わしくば確認			アセトアミノフェン細粒20%「トローワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4346	フルティフォーム125エアゾール56吸入用が小児(11歳)に処方されていた。小児喘息に適応があるのはフルティフォーム50エアゾール56吸入および120吸入のみ。	病院側が繁忙な場面での、事例である。原因は、詳しくはわからないが、要因としては繁忙なことや事務の知識不足などが考えられる。	薬局では、間違いやすい吸入の棚に特に注意しなければならない事柄(適応が〇〇歳以上で使用可能・ICS、SABA、LAMAの成分を見やすいように一覧にして、従業員に配布)を張り紙や表示をして注意喚起をしている。また、特殊な事例は共有するようにしている。			フルティフォーム50 エアゾール56吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4347	体重14.5Kgの小児 アンプロキシ ソール3% 0.7g 処方 一般的に 小児には1.5パーセント使用 体重 換算すると21Kg相当なので1. 5%の間違いではないかと気づく	アンプロキシソールは1.5%と3%が あるため選び間違いをしたのではな いか?	小児に使われる%の把握と 体重 からその医薬品の適正用量を確認 する			ムコソルバンDS3%	ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
4348	アモキシシリンカプセル2503C 毎 食後、オーグメンチン配合錠250 3 T 毎食後の処方、オーグメンチン配 合錠125 3Tの院外採用だったので 処方医師が判断を誤っていたよう です。	オーグメンチン配合錠125RSが元々 の採用品で、メーカーの都合で250R Sに変更され、処方医が古い情報のま までマスターが更新されていることに 気がつかなかった。	病院採用品の変更情報をしっかり スタッフ全員に共有させていま す。また、仮入力の処方箋の処方 鑑査を入念にチェックしていま す。			アモキシシリンカプセル250mg「タツ ミ」 オーグメンチン配 合錠250RS アセト アミノフェン坐剤小児 用200mg「JG」	ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
4349	通常、66才、体格普通、女性、の場 合、ピロリ菌一次除去において、40 0が使用されるケースが多い。	800のほうが、成功率は高いと言 われていますが、400でも大概成功 されています。服薬薬剤数も多くなり ますので、他薬も多く、服薬負担を考 えると、一度、疑義照会で確認したほ うがいいと思います。	ピロリ菌除去についての過去の データの確認を共有する。			ポノサップバック80 0	ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
4350	以前からテルミサルタン40mgを朝食 後に服用していた。該当事例の処方箋 持参の際に血圧の下がりが悪いため、 テルミサルタンの用量を増やす旨を患 者本人から聴取。処方箋確認の際にテ ルミサルタン40mgとテルミサルタン 80mgが重複している旨を確認。患者 に追加の話があったか確認したが、医 師からは薬の錠数が増えるとか追加す る話は聞いていないと確認。前服用 のテルミサルタン40mgの処方削除忘 れであると判断。	同一成分薬品の規格変更を行って、処 方箋を作成する際に、前回処方内容の 消し忘れ。処方箋作成時の内容の確認 不足。	処方箋応需時に処方内容の確認を 行う際に患者様からの処方内容の 確認を行うよう心掛け、医療事務 が受け取る際に少しでも疑問が生 じる際には薬剤師に内容を確認す る様伝達している。処方内容の確 認を2人以上で行う様にしてい る。			テルミサルタン錠80 mg「EE」テルミサ ルタン錠40mg「E E」	ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4351	1月下旬より血圧180と高くなり、それまで服用のレニベース(5) 1錠では効果が少ないとアムロジンOD(2.5) 1錠が追加になった。2/6の診察で、アムロジンODを 5mgに増量して様子見るようになった。2週間後の診察でも血圧が高いため、レニベースも増量で10mgになった。3/4の診察で、効果があり血圧120-130と落ち着いていた。しかし、処方では、レニベース(10)、アムロジンOD(2.5)各1錠とアムロジンだけの減量になっていた。そのため、減量処方でよいか疑義した。カルテからもアムロジンの減量はなく、途中増量の5mgのままを確認した。	2ヶ月以内の中で、追加、増量と薬剤の効果を検討しながらの中、効果が出てた直後の処方において、医師の正しい経過内容の把握、処方内容の確認が不十分だったと思われる。	追加、増量が繰り返される中、冷静に処方内容の変化、患者様からの状態変化の確認をして、効果にあった処方意図を判断する必要がある。			アムロジンOD錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4352	アムロジピンOD5mg服用中の患者がミカムロBPへ変更された処方箋を持参した。血圧が少し高くなったから変更と聞いているということであった。ミカムロBPの場合、テルミサルタン80mg追加となるため、追加量としては多いのではないかと疑義照会したところ、ミカムロAPへ変更となった。	配合剤が複雑であるため、医師がうっかり間違えた。	配合剤の場合、含有成分で考えるように統一する。			ミカムロ配合錠BP	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4353	<p>A病院より、リウマチの処方箋を応需している患者。本日、B病院の薬と一緒にA病院で処方してもらった、と処方箋を持参された。 アムロジピン2.5mgとアトルバスタチン5mgの処方せん記載だった。 しかし、お薬手帳の記載はアマルエットの4番となっていた。</p> <p>アマルエットには以下の4つの規格がある。1番：アムロジピン2.5mg+アトルバスタチン5mg 2番：アムロジピン2.5mg+アトルバスタチン10mg 3番：アムロジピン5mg+アトルバスタチン5mg 4番：アムロジピン5mg+アトルバスタチン10mg</p> <p>アマルエット4番はアムロジピン5mg+アトルバスタチン10mgであり、処方せんの記載とかみ合わない。きっちりした性格のDrのため、処方ミスは考えにくく、あえて減量かも、とも考えた。しかし、患者に減量指示があったか確認するも、Do薬処方と聞いている、とのことだった。減量指示を忘れるDrではないため、やはり処方ミス?? 疑義照会を行うと、すぐにアムロジピン5mg+アトルバスタチン10mgに変更になった。</p>	<p>紹介状の記載を、アマルエット1番と4番で見誤った可能性が考えられる。</p>	<p>他規格ある薬剤の場合、引き続き注意して鑑査する必要性を感じた。</p>			<p>アムロジピン錠 2.5 mg リピトル錠 5 mg</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
4354	<p>めまい薬継続服用を手帳にて確認。メリスロンの残薬あり。セファドールとの同効薬確認。重複薬、残薬ありのことをDRに確認し。メリスロンを削除。</p>	<p>受診時のDRへの報告不足</p>	<p>お薬手帳を確認する。患者投薬時、問診を丁寧に行い 情報を収集する。</p>			<p>メリスロン錠 6 mg</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
4355	<p>患者様が主治医に他院整形外科で以前処方されていた薬(チザニジン)を薬情を見せて頼んだところ、チザニジンをラニチジンと勘違いし、ラニチジンの処方入力マスタが無かった為病院採用品のファモチジンに変え処方追加。投薬時患者様からの聞き取りの中で処方薬と症状の齟齬で間違いが判明し処方医に疑義紹介。整形外科でもらう様指示があり処方削除となった。</p>	<p>チザニジンとラニチジンの語尾が似ている為勘違いされた様子。ジェネリックが推奨されている為今後もこう言った事例が増えると思われる。</p>	<p>これからも患者様からの聞き取りやお薬手帳等の情報の確認で処方内容に間違いがないか確認して行く。</p>			<p>チザニジン錠 1 mg 「日医工」ラニチジン錠 150 mg 「日医工」ファモチジンOD錠 20 mg 「トーワ」</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4356	血小板が過剰と初めて診断された。医師からは2日に1度の服用指示しかなかった。処方箋にはパファリン配合錠A330を1日1錠隔日投与と記載あり。330mgは血小板に関する病気に適応がない為、パファリン配合錠A81ではないか医師に電話で確認したところパファリン配合錠A330からパファリン配合錠A81を1日1錠隔日投与に変更となった。	単純な医師カルテ記載ミス	初めて服用する薬や患者さんが薬に関して医師から聞いていない場合など聞き取りが不十分な場合は特に注意して調剤を行う。			パファリン配合錠A330	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4357	目のかゆみで眼科に受診された患者様に以下の処方がありました。アレジオンLX点眼液0.1% 1日4回 両目アレジオンLX点眼液は1日2回で使用する長時間型の点眼薬であるため疑義照会を行い、変更となりました。	類似薬として、アレジオン点眼液0.1% (1日4回) があります。2019年11月から長時間作用のアレジオンLX点眼液が発売となりました。類似薬による用法の間違いがあったと考えられます。	規格や用法など類似薬がある際は店舗内で情報共有しています。			アレジオンLX点眼液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4358	定期薬に追加でメブチンキッドエア5μ吸入処方あり。当該医薬品を小用量で調整する必要がある基礎疾患(心疾患・低カリウム・糖尿病コントロールなど)確認にて該当がなかったため、処方医へ使用用量と薬剤について疑義紹介。成人用のメブチンエア10μgへ処方変更となった。	医師の処方選択ミスと思われる。	用量確認にあたって、患者情報や背景の確認を行ったうえで医師への疑義紹介へ繋げるようにすることを進めていく。			メブチンキッドエア5μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4359	【変更前】セチリジン塩酸塩錠5mg 1錠 分2朝食後・就寝前 14日分 【変更後】セチリジン塩酸塩錠10mg 1錠 分2朝食後・就寝前 14日分患者様の年齢が10歳であり、セチリジンの用量が少なかったため疑義照会。医師はレボセチリジンと勘違いされていたとのことでセチリジン錠10mgへ変更となった。	医師の薬剤に関する知識不足が要因と推定される。類似した名称の薬品のため、誤りやすいものであったと考えられる。	処方鑑査時に適正な用法用量の確認を徹底している。			セチリジン塩酸塩錠5mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4360	28日処方の処方箋で、ボナロン錠5mg 月曜日服用で、4日分処方されていた。	病院のレセコンの入力ミスと思われる。	FAXでの処方箋で、手帳も確認できなかったが、処方内容に不備があると思ったら、まずは病院に疑義するようにしている。			ボナロン錠 5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4361	1年以上継続してd-クロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠6mgが処方されていたが、今回d-クロルフェニラミンマレイン酸塩錠2mgへ変更されていた。また、ご本人の希望より、処方薬のうち可能なものをGE医薬品へ変更してほしいと処方医へ希望を出されたため、それに合わせて、処方薬がすべて一般名処方へ変更となっていた。	該当薬品以外で今回の処方より、一般名に変更したものがあり、それに伴って該当医薬品名も一般名処方となった。その際、一般名処方でも最初の10文字以上は間違えたものと同一のため、用量の確認を行わず、レセコンの入力、処方箋の発行を行ったと考える。	薬品の用量まで必ず確認する。また前回処方されている薬との比較も必ず行い、患者さんに薬をお渡しする。			d-クロルフェニラミンマレイン酸塩錠 2mg 「武田テバ」 d-クロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠 6mg 「武田テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4362	フェキソフェナジン塩酸塩シロップ用6% 1.2g 2×MA 14TD 処方。用量が多いため担当医に電話にて確認。フェキソフェナジン塩酸塩シロップ用5% 1.2g 2×MA 14TD 変更。	担当医がフェキソフェナジンDSに5%と6%があることを知らなかったことが考えられる。	処方せん受付時に%を毎回確認しています。			フェキソフェナジン塩酸塩DS 6% 「トワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4363	アンブロキシソール塩酸塩錠15mg 1T1×M 15TD 処方。用量が少なく電話にて担当医に確認。アンブロキシソール塩酸塩徐放錠45mg 1T1×M 15TD 変更。	病院での処方入力時にアンブロキシソールのみで確認し、その後の処方せんで規格を確認をしなかったことが考えられる。	患者さんの状況により、少なくしているのではと考え、患者さんに確認した上で疑義照会をしました。薬局には処方監査システムもあり、処方入力後の監査も行っていきます。			アンブロキシソール塩酸塩徐放錠カプセル 45mg 「ZE」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4364	10/7 15時頃患者様ご来局。以前から受診しているクリニックの処方箋を持ってこられたため応需し調剤を行った。 前回血糖降下薬としてエクア錠50mgが処方されていたが今回はエクア錠50mgが削除されており、代わりにエクメット配合錠HDが2錠分2朝夕食後服用で処方されていた。調剤した薬剤師がビックキングの最中にエクメット配合錠LDではなくエクメット配合錠HDが初回で処方されていることに疑問を抱いた。そのため添付文書で〈効能又は効果に関連する使用上の注意〉を確認したところ、今回のケースではエクメット配合錠HDではなくエクメット配合錠LDが適応であることが判明した。その旨を処方元のクリニックに疑義照会を行い、エクメット配合錠HD2錠分2朝夕食後服用からエクメット配合錠LD2錠分2朝夕食後服用に変更となった。	医師の知識不足、確認不足	調剤・鑑査の際は必ず添付文書を確認する			エクメット配合錠HD エクメット配合錠LD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4365	ご家族の患者で1名にヒルドイドソフト軟膏、1名に(般)ヘパリン類似物質軟膏が処方されていたが、2名とも後発品希望であったため1名にはヘパリン類似物質油性クリーム、1名にはピーソフテンクリームをレセプト入力・調剤してしまった。	一般名の細かな確認の漏れ	一般名が似た薬剤は一般名全体をきちんと確認する。間違いやすい薬剤の商品名・一般名を併記した表の作成			ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニプロ」 ピーソフテンクリーム0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4366	オーグメンチン配合RS250mgが1日2回朝夕食後で処方されていたため疑義照会する。添付文章上は、1日3~4回のため疑義照会の結果オーグメンチン配合錠が削除される。	他の医薬品との間違い。	用法についても確認する。			オーグメンチン配合錠 250RS	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4367	2週間他院で入院していた。入院先の病院から紹介できた。お薬手帳を見せてもらったリリカを服用していた。あと8日分薬を持っていた。タリージェの処方が出たので疑義照会をした。この手持ちの薬をしっかりと5日間服用して5日後にもう一度受診するように言われて小胞が取り消しになったあ	薬の知識がなければ気付かなかった。	色々な勉強が必要			タリージェ錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4368	症状改善の為8月からベシケアOD錠2.5mgを中止していたが、症状悪化の為今回再開。今回処方5mg錠であり以前より増量となった為、患者家族(母)に増量の話がなかったことを確認し、疑義照会を行い、2.5mg錠へ変更となった。	以前の処方の規格を確認せずに今回処方入力が行われたと考えられる。	規格変更時、また中止→再開時の規格の変更の有無を患者にも確認し、間違いがないかを確認の上交付する。			ベシケアOD錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4369	9歳患者にシングレア錠10mg1錠分1就寝前で処方あり適応年齢・用量より疑義照会必要と思われる問い合わせを行った。シングレア錠10mg1錠分1就寝前→シングレアチュアブル5mg1錠分1就寝前に変更と確認。	年齢による適応が細かく分かれている為と思われる。	シングレアは年齢別に適応剤形等異なる為、監査台に年齢ごとの適応などまとめた物を保管している。			シングレア錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4370	アンブロキシソール徐放45mgが分3毎食後で処方されていた。ご高齢で服薬管理もなかなか難しい方のため、分1に変更してもらうようDr疑義照会後、処方変更となった。	アンブロキシソール錠とアンブロキシソール徐放と誤ってしまったのが要因かと思われる。普段主治医はアンブロキシソール錠をよく処方されておられた。	服薬管理がなかなか難しいかのため、普通錠への変更ではなく、徐放カプセルのまま用法を分1に変更してもらった。			アンブロキシソール塩酸塩徐放カプセル45mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4371	ツムラ麦門冬湯1包3gだが2.5gで記載 疑義照会後3gへ訂正。	ツムラ漢方 2.5g分包が多いため、間違えたと推測。	添付文書と処方の確認。			ツムラ麦門冬湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4372	患者様の年齢が2歳にも関わらず、2mgで処方。過量の疑いがあるので疑義、0.5mgに減量。	規格が類似していることで、年齢確認チェック不十分でそのまま入力したと思われる。	テープ用量は添付文書や薬歴で常時確認するようにしています。			ツロブテロールテープ2mg「テイコク」 ツロブテロールテープ0.5mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4373	リリカcp25mg2cp処方について、前回処方25mg4cpだったが効果不十分のため増量と患者より聴取していたが減量となっていたので疑義照会し、リリカcp75mg2cpへ増量となった。	リリカcpのmg数の選択ミス	調剤時にmg数確認を確実にし、薬歴情報も加味して監査や投薬を行う			リリカカプセル25mg リリカカプセル75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4374	メチコパール錠500 μ gの処方の変更 不可であった。本人より以前服用で合 わなかったことDrに伝えたら今回は先 発で処方すると聞いてあった。前回は メチコパール錠で渡るとDrに報告し た。他メーカーの分があると伝えた 結果変更になった。	薬局でどのメーカーで合わなかったの かDrへの連絡不足。メチコパール錠が 先発と思われてて、一般名の時はGE 利用と理解されてた。	副作用が出た時などはお薬手帳に しっかりメーカーまで記録してお くように患者さんに説明する。			メチコパール錠500 μ g	ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
4375	ウイルス性胃腸炎の患者に半夏厚朴湯 処方、疑義照会で半夏瀉心湯処方が正 しいと確認	名称の類似、番号も14と16で近接して いる	まれにピッキングでも取り違える ことあること周知して注意喚起し ている			ツムラ半夏厚朴湯エキ ス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
4376	前回までタケルダ配合錠が処方されて いた患者様。今回からタケルダ配合錠 ではなくランソプラゾール口腔内崩壊 錠15mgに変更となっており、タケ ルダ配合錠に含有されているアスピリ ン100mgの処方が抜けていた。 患者様に確認するとDrより特別話は 無く、手術予定もないとの事だったの で処方漏れを疑い疑義照会。処方医 によると先日より処方入力が行えなく なったとの事(院内採用が中止になっ たと思われる)。バイアスピリン腸溶 錠が追加となった。	合剤の採用変更などの理由で処方変更 があった場合に本事例のようなヒヤリ ハットが起こりうると考えられる。 類似名称による処方入力ミスや合剤の うち1種の処方抜けなど。	処方変更があった際は患者様に変 更の理由を確認する。合剤が絡 んだ処方変更は処方抜け・用量過 剰・併用禁忌などのインシデント を見逃すリスクが増えることを念 頭に置いて監査を行う。			タケルダ配合錠 ランソ プラゾールOD錠15 mg「トーフ」アスピ リン腸溶錠100mg 「トーフ」	ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
4377	14歳への患者様に、キプレス錠10mg が処方された。念の為に疑義照会⇒キ プレスチュアブル5mgに処方変更され た	レセコンでのエラー画面がでるよう設 定する	エラー画面を必ず確認してからす める			キプレス錠10mg	ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4378	30代女性の処方せん「アドエア100 ディスカス28吸入」「(般)モンテルカストチュアブル5mg」の2剤。 疑義照会の結果、内服薬は「キプレス10mg」に変更になった	<予測> 1, アドエアが処方されているので、適応症は「喘息」。2, モンテルカストチュアブルは小児のみの適応。3, モンテルカスト錠(成人)の適応は、鼻炎だと5~10mg、喘息だと10mg	同じ薬での剤形、適応症の違いは把握しておく必要がある。			アドエア100 ディスカス28吸入用 モンテルカストOD錠5mg 「トローワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	<疑義照会> 1, (事務員とのやり取り) 手書きのカルテには「キプレスOD錠5mg」。パソコン入力をする際、「OD錠=チュアブル錠」と勘違いしてしまった。(注: 10mgは普通錠とOD錠の剤形があるが、5mgにはOD錠がないため、レセコン上で探せず、チュアブルを選択するに至ったと思われる) 2, (Drとのやりとり) 喘息であれば10mgが良いのではないかと? →Drが、用量と疾患名を調べる時に見間違えた、とのことで、10mgに変更となる。						
4379	クラバモックスを服用中にも関わらずワイドシリンが処方される	クラバモックスを服用していることを確認漏れしていた	他院にてクラバモックスを服用中である事を連絡しワイドシリンの処方を削除してもらった			ワイドシリン細粒20%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4380	28日処方に対して、(般)アレンドロン酸錠5mg 1錠 1回 起床時服用 1日分 週1回内服 と処方あり。 (般)アレンドロン酸錠5mg としてなら1錠、1回 起床時服用 28日分であり、週1回内服の文言を優先するのであれば、(般)アレンドロン酸錠35mg の処方が妥当であると推測。 さらに1日分に注目すれば、4週に1回服用タイプのビスホスホネート系の可能性もあるので、処方医へ処方薬の確認を行った。結果、(般)アレンドロン酸錠35mg 1錠 1回 起床時服用 4日分 週1回内服 の処方変更となる。	処方医は処方薬入力時、用法のところへ週1回内服と入力されているので、もともと35mg 錠を処方されたかっただろうと思われるが、「アレン」で呼び出し、35mg 錠のところを、誤って5mg を選択されたのだと思われる。さらに4週に1回タイプであると思われる可能性もあり。	(般)アレンドロン酸錠5mg の処方は減ってはいるが、病院の採用薬品としてまだ残っているの、繁忙時、35mg と5mg は見間違いやすいので注意が必要であることを、他の薬剤師、従業員と共有。そして当薬局内で取り扱いのあるビスホスホネート系薬剤を今一度確認。毎日服用、週に1回タイプ、4週に1回タイプ、リセドロン酸Na錠17.5mg は骨粗しょう症、骨ペーチェット病で服用方法が異なることなど、改めて確認。			(般)アレンドロン酸錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4381	もともとトルリシティを使用されていた患者さまに きりかえでオゼンピック0.5mg がきりかえで処方されていたが 切替でも0.25mg から開始する薬剤であるため 疑義照会のうえ 0.25mg に変更となった	医師が初回用量を理解されておらず 切り替えの場合は維持用量0.5mg から開始で問題ないと思われていた様子	開始用量の確認行う			オゼンピック皮下注 0.5mg SD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4382	6歳の患者に、一般名処方、アンプロキシソール塩酸塩シロップ用3% 1g分3毎食後処方。3%製剤は小児の適応外であり、体重換算量としても用量が多いため疑義照会。一般名処方、アンプロキシソール塩酸塩シロップ用1.5% 1g分3毎食後に変更となった。	ドライシロップ製剤に小児用と成人用の2規格あることを念頭に置いていなかった可能性が考えられる。マスタ登録時の選択ミスも考えられる。	文字数の長くなる一般名処方においては特に、規格や剤型等、最後まで注視して処方監査し、調剤前に用量の体重換算を徹底する。			アンプロキシソール塩酸塩DS小児用1.5% 「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4383	イルソグラジンマレイン酸塩が錠剤と散剤が同時に出ているので通常の倍量になっていたため、疑義照会に至った。	処方箋通りの調剤なら倍量服用だったので、無事過誤を食い止められた。	Drに疑義照会して散剤の処方は削除して貰いました。			イルソグラジンマレイン酸塩細粒0.8% 「日医工」 イルソグラジンマレイン酸塩錠4mg 「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4384	2歳0か月、体重12kgの男児にアスピリン10%0.5g処方。体重は年齢相応であり、この年齢・体重当たりだと通常0.1~0.25gが妥当。医師に問い合わせたところ、前回も同じ量で出していた。前回と規格の違うものを選択してしまったとのことだった。	アスピリンDS2%の規格と認識が混在していた。	体重計算の徹底。規格違いの薬があるものを覚えておく。			アスピリン散10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4385	初めて来局された患者様(お母様が連れてきた)で、カルボシステインDSと小児用ムコソルバンDSの処方でした。処方鑑査の時に、患者様ご家族より聞き取った体重と添付文書の用量から計算したところ、処方された用量が多いと判断。医師に疑義照会したところ、計算を間違えてしまったので、体重に合わせた用量に変更するよう指示が出た。	2剤とも処方頻度の多い薬剤ではあるが、年齢・体重が様々な患者様がいらっしゃるので、体重を思い込みで計算してしまったのではないかと推定される。	処方鑑査で必ず体重と添付文書記載の用量から計算し、処方箋記載の用量が正しいか確認する。調査時、鑑査時も確認して、明らかに多かったり少なかったらすぐ確認するようにしている。			カルボシステインDS 50%「タカタ」小児用ムコソルバンDS 1.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4386	これまで呼吸器の病院から処方されていた薬が、内科で処方されることとなり、これまで1日1回1錠2錠で処方されていたテオフィリン徐放錠200mgが今回より1日2回1錠での処方となっていた。処方鑑査では気付くことができなかったが、調剤時にテオフィリン錠に複数規格があることを思い出し、再確認したところ徐放錠については24時間持続の薬で分1での投与となる薬のため疑義照会を行い、1日1回1錠2錠の服用に変更となった。	今回の処方元の専門が循環器のため、呼吸器の処方内容についての剤形での用法の違いについて把握していなかった恐れ。また当薬局も応需元が内科、整形が主となるため、呼吸器の治療薬について、剤形違いの有効治療時間が異なることは知っていたが、処方鑑査時にすぐに気づくことができなかった。	剤形違いで用法が異なるものについて注意喚起のため用法について棚に記載し店舗での情報共有をおこなった。			テオフィリン徐放錠 200mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4387	定期の薬として、いつもは【般】アンブロキシール塩酸塩錠45mgがでていたが、【般】アンブロキシール塩酸塩錠15mgが処方されていた。患者様に確認したところ変更になることは聞いていないとのことだったので、疑義をすると【般】アンブロキシール塩酸塩錠45mgが正しかった。	名称が似ているための打ち間違いのおそれがある。	前回の薬歴との確認を行う。			アンブロキシール塩酸塩錠15mg「サワイ」ムコソルバンL錠45mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4388	屯用 オブソ内服液10mg 5ml 1包 痛い時服用 10回分で処方されていま したが、投薬時、患者家族より、医師 からMSコンチンを増量するが、それ でも痛むときに屯用で量の少ない物を 処方すると言われたとの事で、念のた め病院へ用量を疑義照会。病院事務員 より オブソ内服液5mg 2.5mlへ変 更になりました。	オブソ内服液10mg 5ml オブソ内 服液5mg 2.5ml と両薬剤に 5 m lと 5mg の表示があるために入 力時に間違えたと推測します。	投薬時に患者様としっかりコミュ ニケーションをとり、会話の中か ら不審な点があれば積極的に疑義 照会をしています。			オブソ内服液10mg	ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
4389	51歳女性、今回処方よりトコフェ ロールニコチン酸エステルカプセル1 00mg「NP」が追加になった処方 であった。追加となった症状について お尋ねすると、寒さによる手足の冷え で増えたとの事だった。投薬後に薬歴 入力と処方せんチェックをしている時 点なり、手足の冷え等の未しょう循環 障害に対する適応がトコフェロール ニコチン酸エステルカプセル100mg の方には無い事に気がついた。取り 急ぎ処方医へ連絡してその是非につい て確認取ったところ、今回については トコフェロールニコチン酸エステルカ プセル100mgのままが良い事と なった。	用量、規格や剤型によって適応症が異 なる事への失念適応症から処方内容が 妥当かの確認が不十分だった	主成分が同じでも用量や規格や剤 形から適用症例が異なる事に注意 を払う事も重要な業務のため、見 逃し無いように注意喚起をした			トコフェロールニコチ ン酸エステルカプセル 100mg「NP」	ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
4390	メトグルコ錠(250mg) 4錠 【般】メトホルミン塩酸塩錠500mg 4錠1日2回朝・夕食後と記載が ありメトホルミンが添付文書上の22 50mgを超える3000mgで処方 されていたため疑義照会したところ、 メトグルコ錠(250mg)4錠が削 除になった。	メトグルコとメトホルミンが名称が似 ているので、処方元は500mgだけ 処方をしたと勘違いを起こしたと考え られる。	薬の名前は規格までしっかりと監 査を行う。また特に、新規の薬の 時には用法用量に誤りがないかを チェックする。			メトグルコ錠250mg メトグルコ錠500mg	ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4391	いつも飲まれている薬にキャブピリンが追加になった。いつもの薬の中にランソプラゾールOD錠が入っていたので同時に併用してもいいかと考えて疑義紹介をしました結果ランソプラゾールは中止になってキャブピリンだけになっています	他院からの引き継ぎの薬と、いつも自院から出している薬の飲み合わせが全く分からなくなったものと思われま	処方箋を確認後新しく薬が追加になったら必ず違いを確認するようにする			キャブピリン配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4392	初来局の患者。メソトレキセート錠2.5mgが処方されていたが、手帳より、過去の処方ではメソトレキセート錠2mgで処方されていたためメソトレキセート錠2mg「あゆみ」の入力間違いを疑い疑義照会。入力間違いの為変更となった。	メソトレキセート錠2mgからメソトレキセート錠2mg「あゆみ」に名称変更となり、医療機関でもそちらに対応しようとして、類似名称のメソトレキセート錠2.5mgを誤って選択してしまったと思われる。	手帳確認、患者聞き取りの徹底			メソトレキセート錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4393	患者の年齢が9歳を超えていたが年齢よりツロプテロールテープ2mgのところ1mgでの処方電話にて疑義紹介をし、変更となる	久しぶりの受診で、そのタイミングで患者は9歳を超えていたが、前回のカルテをそのまま引用している可能性あり	今回の例については、日頃より小児の年齢体重を受付時に共有をするようにしているので、早い発覚につながった。			ツロプテロールテープ1mg「久光」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4394	初回来局。ロラゼパム「サワイ」0.5mg錠/朝食後とワイパックス0.5mg錠2錠/朝、夕食後と先発薬とジェネリックが重複処方されていた為、電話にて用法を照会した。お薬手帳より前回はロラゼパム0.5mg錠1錠/朝食後を服用していた事が判明。ロラゼパム0.5mg「サワイ」1錠/朝食後は削除でワイパックス0.5mg錠2錠/朝、夕食後である事を確認。よって、朝食後1錠から朝、夕各1錠に増量された事を確認した。	本人がすぐに薬局から出て行ってしまった為、本人より聴衆する事が出来なかった。先にお薬手帳を確認して処方箋を確認した所処方変更がされている可能性が高い事が判明した。恐らく医師の入力ミスで前回の処方薬を消し忘れたのではないかと推察した。	お薬手帳の内容と処方箋をしっかり全体を確認してから調剤をする			ロラゼパム錠0.5mg「サワイ」ワイパックス錠0.5	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4395	13歳の中学生に、小児用フルナーゼ25μgが処方されていた。体もかなり大きな方だったためフルチカゾン点鼻液50μgではないかと推察し疑義照会を行った。医師からフルチカゾン点鼻の50μgの間違いだったと返答あり変更となった。	年齢、体重をしっかりと確認し、薬の用量を監査する必要がある。	体重確認を行い、調剤者、監査者で確認を行い、チェックを入れるようにしている。			小児用フルナーゼ点鼻液25μg56噴霧用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4396	ほかの医療機関で出されたアスピリンドライシロップの量でアスピリン散を処方	当該病院で採用されているのはアスピリン散で処方医はドライシロップの存在を知らなかったまた小児科の医師ではなかった所以他で出ているものを参考に処方していた	処方量の確認を徹底			アスピリン散10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4397	11歳の患者様にキプレス錠10mgが処方されていた。薬歴を参照し前回はキプレスチュアブル5mgが処方されていた。また兄弟で受診して上のお子様(13歳)がキプレスチュアブル5mgで処方されていた。体重は40kg、アトピーで受診。年齢・体重・症状を考慮しキプレスチュアブル5mgで十分と考え医師に紹介した。	キプレスは細粒・チュアブル・錠剤と種類が多く体重・年齢にそぐわない場合が多い。	キプレスは細粒・チュアブル・錠剤と規格が多く体重・年齢に合わない場合が多いので当薬局では年齢・体重・症状を確認の上必要があると思われるときは医師に問い合わせをしている。			キプレス錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4398	抗血栓剤処方がパファリン錠330mgが処方されているので疑義照会しパファリン錠81mgに変更となりました。	カルテの記載漏れかパソコンの入力ミスか	何の薬が処方されたか患者にきちんとお尋ねする。			パファリン錠81mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4399	リン酸コデイン散10%2g咳がひどい時10回分が処方されていた。鎮咳で使用するには量が多いため処方医に電話にて疑義紹介した。その結果、リン酸コデイン散1%2g咳がひどい時10回分に変更となった。	リン酸コデイン散の規格を1%のところ、10%のものを選んでしまったようだ。	麻薬の処方だったため、普段見慣れない患者住所の記載があったため、患者問診の前に気づき確認することができた。見慣れない処方の場合も薬剤師に声をかけるようにしている。			リン酸コデイン散10%「タケダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4400	オーグメンチン250 3C、サワシリン250 3C とするところ。オーグメンチン125 3C サワシリン250 3C 3X 処方。主治医に確認するとそのまま。と回答。アモキシシリン増量の意図で処方される場合。オーグメンチン250 で処方することが多く、125のままであると治療効果に問題があるとお伝えし、変更となった。	オーグメンチンに複数規格があり、オグサワ処方意図をしっかりと認識する。	オグサワ処方の情報共有			オーグメンチン配合錠 125SS	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4401	クラシエ芍薬甘草湯エキス細粒が1包あたり3gで医薬品であるが通常は7.5g分3若しくは6g分2の医薬品であるため疑義照会	医師が処方量を間違い若しくはツムラの商品で勘違いした可能性あり	ツムラとクラシエの1包あたりの量ついて再確認			クラシエ芍薬甘草湯エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4402	6歳の幼児にアレロック錠5mg 2錠で処方されていたため確認を行った。アレロック錠は7歳以上で5mg 2錠であるため用量の間違いであった。確認を行い2.5mg 2錠に変更となる。	錠剤であったため年齢を間違えたのではないかと考えられる。	小児であって錠剤希望の方がいたらしっかり年齢、量の確認を行うよう心がける			アレロックOD錠5	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4403	37歳の方へシングレアチュアブル5mgが処方の為、照会→モンテルカスト10mgへ変更	処方入力の際の選択誤りと考えられる	年齢、規格、用量の確認等処方監査をしっかり行う			シングレアチュアブル錠5mg モンテルカスト錠10mg「KN」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4404	久しぶりの来局、手足のしびれや痛みに対してセレコックス200mg 1日4錠 分2朝夕食後で処方。本人1回2錠で飲むと聞いているとの確認取れたが、通常量を大きく超えていたため疑義照会、セレコックス100mgの間違いだったとのこと。	院内採用規格品で処方したつもりだが以前にセレコックス200mgを処方した経緯があり、カルテとDrの考えにずれが生じたものと思われる。	Drからの指示を患者さん本人に確認した後も、疑問があるときは確実に行う。			セレコックス錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4405	セレベント50について1日2回1吸入と記載しているにも関わらず総量120と記載して他30日処方とアンバランスをする、疑義にて2か月分にすればよいのかを問い合わせると1か月分と回答が来るので修正	学習がない、不備だと認識していない	FAXで残薬を処理した旨での報告の形式が簡便なのかと考えている			セレベント50 ディスカス	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4406	チモプトールXE点眼液1日2回で処方されており通常1日1回の為疑義にて確認。チモプトール点眼液0.5%と入力間違えてたことが判明	医薬品名称類似の為入力間違えによるものであると思われる	添付文書にて確認行い用法等不明点があれば確認をしっかりと行う			チモプトールXE点眼液0.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4407	エビリファイ2mgで継続していたが3mgに増量となった処方箋が交付されており、患者にお聞きしたところ医師より増量となる話はなく状態も安定していることを確認。問い合わせの結果2mgで継続することになる。プロトビックの処方が小児用の0.03%ではなく0.1%での処方だったため問い合わせ。小児用0.03%に変更となる。	エビリファイについては今まで継続していた量の確認が漏れていた可能性あり。プロトビックについてはコンピューターでの入力の際にずれてしまいオーダーミスが生じてしまったと考えられる。	お薬手帳や薬歴で継続薬の確認。			エビリファイ錠3mg プロトビック軟膏0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4408	バルプロ酸ナトリウム徐放顆粒0.75gが3x毎食後で処方されていたため問い合わせ。1x夕食後に変更となる。	徐放顆粒と細粒と両方採用があるため間違えた。	用法にも注意して鑑査を行う			バルプロ酸Na徐放顆粒40%「フジナガ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4409	(般)バルプロ酸Na徐放錠200mg 1T/1x夕食後28日分が新規で処方。バルプロ酸の用法はデパケンRが1日1~2回、セレニカRが1日1回のため1日1回の用法だとどちらの一般名か判断がつかないため疑義にてデパケンRの一般名として記載されることを確認。	病院のパソコンは先発品名を入力すると自動的に一般名で処方箋が印刷される物と思われる。一般名だけで判断できない医薬品なのに先発品が何なのか分かるように記載されていない。	同一の一般名で先発品が2剤存在する薬があることを把握し、処方箋だけで判断がつかない場合は疑義照会し確認する。			デパケンR錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4410	デキササルチン口腔用軟膏が処方、首に使用と聞き取り疑義照会、ベタメタゾン・ゲンタマイシン配合軟膏の処方間違いで変更になる、処方ミスによる効果不十分のおそれを回避できた。	処方箋作成時の入力ミス。	外用は特に使用部位、使用回数などに注意することを徹底する。			デキサメタゾン軟膏口腔用0.1%「CH」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4411	水疱瘡の患者体重29kgに対し、アシクロビル顆粒80%を5.8g/日で処方。体重換算すると58kgに相当するため、疑義照会。	ゾピラックス顆粒40%と同じと思い処方したのではないかとと思われる。	複数規格あるアシクロビルは採用中止して、1規格しかない、パラシクロビル顆粒を採用。			アシクロビルDS80%「NK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4412	前回の処方はトラディアンス配合錠BPだった。患者さんは薬変更したこと聞いていないと言われたので疑義照会したところ 配合錠BPに変更となる。 前回受診され、処方された後に次回の為に処方入力して 処方箋をカルテに挟んでおくシステムになっている病院で入力間違いをした処方箋が上がってきていて Drが見落としとされます。 トラディアンス配合錠AP 1錠 分1朝食後 ↓ トラディアンス配合錠BP 1錠 分1朝食後	処方医の見逃し	患者情報聞き取りの強化			トラディアンス配合錠AP	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4413	患者様が別の病院に移動し、前の病院と同じ処方を継続する予定だったが、徐放錠の持続時間が異なる薬剤が処方されてしまった。	持続時間のみが異なる為、1文字ずつ最後まで確認できず見落としてしまった。持続時間の異なる製品があり、用法も異なることを知らなかった。	見慣れない医薬品が処方された場合は添付文書を確認する。処方変更があった際は患者様から経緯を確認する。手帳などから前回の処方の情報を得る際、医療機関までチェックする。			ニフェジピンL錠20mg「トーワ」 ニフェジピンCR錠20mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4414	内科より「ロルカム錠4mg」が処方されていた。その後腰痛があるとのことで整形外科受診。整形外科にて「ロルノキシカム錠4mg「KO」」が1週間分処方され、服用されていた。おくすり手帳には記載があったが、患者が帰宅後にロルカム錠とロルノキシカム錠の重複投与に気づき患者宅に電話連絡。本人、痛み止めなので1日1回だけ服用、頓用していたとの事で重複して服用はしていなかった。その電話にて、同じ薬であることを本人にも説明し、「一緒に服用しないこと、次回必ず医師に報告すること」をお願いし次回来局時にきちんと医師に伝えたか確認、話したとのこと、整形外科薬は中止になっている。内科医師に情報提供文書作成し提出する。	おくすり手帳にはきちんと記載があったにもかかわらず、バタバタ調剤しお渡ししたので、内容までは確認できていなかった。	レセコン電子薬歴にておくすり手帳の内容を写真で取り込み、画像にて保存するようにした。必ず内容を確認して調剤・薬歴の確認ができるよう変更した。			ロルカム錠4mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4415	過去の処方がアジルバ10mgで、血圧安定しており、薬の変更聞いていないとのことであったが、アジルバ20mgが処方されていたので確認。アジルバ10mgに処方変更となる	処方内容の確認不足	お薬手帳の確認、患者さんの状態把握、薬の内容との違和感有れば確認する			アジルバ錠20mg アジルバ錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4416	以前からアジルバ錠10mgを1T1*で服用の患者さんが今回アジルバ錠20mgに増量の処方箋になっていた。患者さんに状況を確認したところ、増量の話はなかったということで処方医に確認をとったところ10mg1T1*に変更になった。	処方の入力時に問題があったのかもしれない。	用法や用量の変更時にも気を使い、間違いがないか患者さんと確認を行うよう徹底している。			アジルバ錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4417	アレジオンLX点眼液0.1%の用法が1日3回点眼で処方されていた。疑義の結果1日2回に変更になった。	アレジオン点眼液0.05%と混同したためと思われます。	規格の違いに注意する。			アレジオンLX点眼液 0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4418	ミキサによる手指のケガでオーグメンチン配合錠125SS 3錠 1日3回毎食後 4日分が処方されていた。既往歴で糖尿病がある為低用量では、効果が薄いと推測し、用量の変更が必要と考えた。処方医に疑義照会を行い、オーグメンチン配合錠250RS 3錠に増量となった。	処方医が、誤認識していたと思われる。	同成分で間違いやすい医薬品については、慎重に監査し、疑わしいことがあれば処方医に疑義照会を行う。			オーグメンチン配合錠125SS	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4419	定時でレバミピドを使用している患者様。今回膝の痛みとの事でロキソニンとレバミピドが追加になった。定時薬と頓服が重複するため疑義照会。頓服のレバミピドが削除となり、重複投与を避けることができた	定時薬は先発ムコスタで処方。当薬局にてGEにてお渡ししていたが、頓服のレバミピドは一般名処方だった。そこでの何かしらの勘違いで間違いが生じたか、単純な医師のミスの可能性もある。	一般名処方が出た際、先発医薬品の重複が無いか確認する			レバミピド錠100mg「オーツカ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4420	レルベア100エリプタ14吸入が処方され用法は1日2回1回1吸入になっていた。レルベアは1日1回の用法になっているため患者さんに先生からの吸入回数を聞いているか確認すると何も聞いていないと言う事でした。咳は出ていないが胸がちょっと苦しいくらいと言う事でドクターに確認すると用法は1日1回で症状がひどいときは1日2回でもよいという返答を患者さんにお伝えした	レルベアは200エリプタもあるのでステロイドドクターも倍量吸入してもよいと判断されていた。添付文書は1日1回の吸入である事から1日2回の吸入をされる場合は200エリプタをお使いいただくように説明をさせていただきました	処方箋はバーコードでの読み取りなので入力時は用法まではチェックできていないことが多いため投薬時に必ず用法の確認をしてから交付するようにしています			レルベア100エリプタ14吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4421	ツムラ小青竜湯 6g/日 分3 毎食前で処方 疑義照会により ツムラ小青竜湯 9g 分3 毎食前に変更(増量)	今まで院内処方であった医療機関、数か月前から、院外に処方箋を出すようになった。いままで院内の採用がクラシエ漢方であったが、院外に出すにあたって、一般的なツムラの漢方薬を処方するようになったよう。疑義照会時、医師のほうから、クラシエの漢方薬の容量と間違えた旨の話があり、ツムラ小青竜湯の9g/日 分3 毎食前の処方に変更してほしいと指示あり。	漢方薬は数社社から発売されており、処方機会が多いのはツムラ、クラシエの漢方薬。メーカーにより成人量における1日量が異なるため、薬局のほうでも注意が必要。今回ツムラの小青竜湯は9g/日が一般量。クラシエは6g/日が一般量。特にクラシエに関しては包装単位が1日2回量、1日3回量、また錠剤の選択肢もあるため、調剤時・注文時には注意が必要。注意喚起のPOPをパソコン、薬剤に設置、またツムラ漢方薬にも種類により2.5g/包 3g/包があるため、入力時、調剤時に注意できるよう札の設置			ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4422	低リン血症が疑われる患者に対してホスレノールOD上250mg 3錠分3 毎食直後で処方。数値確認しP2.2と低リン血症と判断したため処方医に対してホスリボリンの処方ではなくてよいか確認。照会の結果、ホスリボリン配合顆粒9包分3 毎食後に処方変更。	処方元の採用にホスリボリン配合顆粒がなかったため、リン改善薬の知識の欠如の可能性。	患者からの検査値の聞き取りを行うことで適切な鑑査機能を果たしている。			ホスレノール顆粒分包 250mg ホスリボン配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4423	一般名処方にてアシクロビルシロップ用80%2.8g分4で処方されたが、年齢体重から換算して倍量処方されていることが推測されたので、医療機関に問い合わせたところ、一般名処方アシクロビル顆粒40%2.8g分4に変更となった。	処方箋入力時に、複数規格が散剤に存在することに気付かず、一般名を選び間違えたものと思われる。	規格が複数存在するものは、複数規格の存在が明確になるように、配置棚に表示し、注意を促している。			アシクロビルDS80%「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4424	前回ワーファリン錠5mg 1錠で処方されていた患者 ワーファリン錠1mg 4錠が追加となり、総量9mgで処方されたため、患者へのPT-INRを確認したところ不明だったが、急激な増量が不自然と考えPC入力間違いと考え疑義照会を行った医師より、ワーファリン錠1mg 4錠 ワーファリン錠0, 5mg 1錠 の入力間違いであることを確認	ワルファリンカリウムのような通常、急激な増量を行わない薬剤については必ずPT-INRを確認すること検査値が不明な場合でも、誤って投与した際の患者不利益の大きい薬剤については必ず疑義照会を行うことが必要	誤って投与した際の患者不利益の大きい薬剤(特にワルファリンカリウム)については、常日頃から薬識を高めておく必要があり特に注意が必要な薬剤。局内での薬識・病識を高めるための研修会の開催、注意喚起の掲示等を行い注意喚起しています。			ワーファリン錠5mg ワーファリン錠1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4425	鑑査時お薬手帳より、同系統のイフェクサーSR(75)の服用確認。疑義照会により、サインバルタカプセル全て削除。	患者は併用薬を伝えていない可能性あり。	お薬手帳、新患アンケートからの相互作用確認。			サインバルタカプセル 20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4426	気管支炎で来局された患者から受け取った処方箋に、ツロプテロール1mg 1日1回 就寝前 6日の記載があったため、患者本人に確認後、疑義照会を行い、通常の成人用量である2mgに変更となった。	処方元に確認したところ、カルテには2mgの規格での記録があったものの、処方箋を発行する際の、確認が徹底されておらず、1mgでの記載になってしまったとのことであった。10月より年末にかけて、インフルエンザの予防接種など繁忙期のため、クリニックスタッフも間違いに気が付かず、発行されてしまったと推定される。1mg製剤では、効果が期待できず、再度受診になるなど患者様にとって不利益になることが想定されるため疑義照会を行った。	新規の薬剤、処方歴のある薬については、用法用量の変更などがあった場合は、十分注意を行い、疑問を解消したうえで調剤することを心掛けます。			ツロプテロールテープ 1mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4427	モメタゾン点鼻液50μg「トーワ」56噴霧用が処方されている患者に1回1噴霧とあった。13歳なので2噴霧での使用が適切だった。	年齢の確認不足、用量の知識不足	小児用量から成人用量の切り替えについて注意喚起			モメタゾン点鼻液50μg「トーワ」56噴霧用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4428	<p>前回7月の来局時は、アスピリン散だったが、今回の処方アスピリンドライシロップとなっていた。以前別の患者様でもアスピリンドライシロップの用量でアスピリン散の方が処方されていた一件があったことを思い出し、改めて処方量を確認すると、アスピリン散での用量と考えられたので、疑義を行った。アスピリンドライシロップのまま、体重と年齢からの適正量に変更となった。</p>	<p>以前にもアスピリンドライシロップと散の処方量間違いがあり、薬剤が変更となった事例があったので、薬局内でも注意喚起を行っていた。元々用量はチェックするようにしていたが、過去の事例もあり、より気付きやすかったと考えられる。</p>	<p>同じアスピリンでも散とドライシロップでは含まれる成分量が異なることを理解し、処方が来たらただ調剤するだけでなく、その容量が適正かどうかしっかり確認する。また、処方元のミスがあった場合は、その都度薬局内でもしっかり情報共有を行う。</p>			アスピリンドライシロップ2%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4429	<p>患者様がいつも調剤してもらっている薬局が閉鎖になったため、今回から当薬局にて薬をお渡しすることになった。処方箋にノイロトロピン錠3錠分3毎食後28日分と記載されていた。ノイロトロピンは通常4錠分2で服用する薬である為、違和感を感じた。お薬手帳にて今までもらっていた薬を確認したところ、ノイキノン錠3錠分3毎食後となっていた。処方医に確認して、ノイキノンに変更になった。</p>	<p>病院での入力時、最初の2文字が同じだったため、画面に出た違う薬剤を入力してしまったのだと思われる。</p>	<p>特に新患の患者様の場合、お薬手帳があれば、薬の確認ができるが、お薬手帳を持っていない場合は、患者様の話をよく聞く必要がある。</p>			ノイロトロピン錠4単位 ノイキノン錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4430	<p>3歳の子に(般)アムプロキソール塩酸塩3%シロップ用で処方せんが出た。小児用は(般)アムプロキソール塩酸塩1.5%シロップ用出るので用量は1.5%の用量なので問い合わせ。(般)アムプロキソール塩酸塩1.5%シロップ用に変更になった。</p>	<p>1.5%と3%の2つの規格があること把握しなかったと思われる。商品名だと小児用ムコソルバンドライシロップ1.5%と小児用が先に来るので、ムコソルバンドライシロップから一般名に変換すると3%になってしまう可能性もあると考えられる。</p>	<p>1.5%と3%の2つの規格があることを理解し、処方された時にきちんと確認するようにした。</p>			ムコサールドライシロップ1.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4431	従来別の総合病院の内科を受診していたが、本日より近隣の処方元となる医療機関に紹介となり、薬剤が処方された。これまではピソプロロール錠 0.625mg 2錠分1朝食後で処方されていたところ、処方箋には同5mg 2錠分1朝食後と記載となっていた。処方医にTELで照会したところ、前医の処方をもまま引き継ぐ予定とのこと、ピソプロロール0.625mg 2錠分1朝食後に変更となった。	本日処方となった医療機関ではピソプロロールの0.625mgを採用しておらず、オーダーリングシステムに表示されなかったとの事であった。そのため先頭数文字が一致して表示されたピソプロロール5mgを選択してしまったものと思われる。	以前から当薬局を利用されている方で、照会元の医療機関の処方内容を把握していたため、素早い発見につながった。もともとピソプロロール10mgは通常用量を超える用法ではあるので、そこも異常発見の手がかりとなった。当薬局で使用している電子薬歴システムでは、異常な用量であっても、警告が表示されないシステムとなっている。頻用される薬剤の通常用量について、今一度スタッフ間で確認を行うとともに、手帳を忘れても薬の内容がある程度把握できるよう、薬歴に併用薬・他科受診を記載し、定期的に見直しをするように努めることとした。			ピソプロロールフマル酸塩錠 5mg 「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4432	酸化マグネシウム細粒83%一日6g朝夕と指示された処方箋を受付。一回量3g、と調剤者が違和感を感じ、過去の履歴を参照したところ従来は一日1, 2g(一回0, 4g)毎食後の処方であった為処方医へ疑義照会を行う。その結果一回量0, 3を一日二回で、との回答を得る。	処方医は通常のところ酸化マグネシウムの原末で処方されることが多い。該当患者は嚥下困難により処方全体を粉砕し、溶解しやすくするために83%細粒を処方選択していた。今回、従来の用量で下痢状態での受診に伴う回数、一回量の調整が行われたがその際の換算、処方入力時の変更の際に間違った用量で登録された、とのこと。	事例の詳細を周知。			酸化マグネシウム細粒 83% 「ヨシダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4433	ニフェジピンCR10mg 頓服から1日1回の定期服用に変更となった際、ニフェジピンL10mgに変更になっていたことに気が付かずそのままCR10mgで調剤をしてしまった。交付後に発見し、処方医師に確認。ニフェジピンCR10mgの処方間違いであったことが判明した。調剤前に疑義商會をすべきところを見逃してしまっていた。	一般名処方でニフェジピン徐放錠10mg(12時間持続)→同(12~24時間持続)の表記の確認漏れ。	同じ一般名処方と同規格で複数の薬剤があるものについては、規格とともに十分に確認する。(ニフェジピン、テオフィリン等)			ニフェジピンL錠10mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4434	ハルナールD錠0.1mg 1錠分1朝食後 7日分が、処方。処方医は、約20年にわたって、ハルナールD錠0.2mgは、数多く処方しているが、0.1mgは、稀なこと。入力ミスも考えられるので、疑義照會した。ハルナールD錠0.2mgに変更になった。	一つは、段々新しい薬の処方が主になって、ハルナールD錠そのものの処方機会が減っている。処方医の勘違いかもしれない。今回、前立腺肥大も元々あるようだが、尿路結石で、尿を出して、結石の排出を目的としたような処方。0.1mgでもよかったのかもしれないが、在庫もGEはあったが、ハルナールD錠0.1mgはなく、結果、0.2mgになった。	患者の全体像と処方医の意図をよく確認して、間違いに巻き込まれないようにする。			ハルナールD錠0.1mg ハルナールD錠0.2mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4435	内科継続受診患者。通常は「クレメジン細粒2g」1日量4g 分2朝夕食後2時間後 の処方。今回から「クレメジン速崩錠500mg」1日量4錠 分2朝夕食後2時間 に変更。この処方だと、1日量は2gに半減になる。患者に聞いても量の変更は聞いていないそう。直接内科で事情を説明、医師の勘違い換算であった。結果 「クレメジン速崩錠500mg」8錠に変更になった。	細粒から錠剤への変更。1日量4gと4錠で同じと勘違いしやすい。	まずは、よく処方監査をする。他の薬剤師にもこの例を説明して知識を共有した。			クレメジン速崩錠500mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4436	ランタス注ソロスターではなくランタスXR注ソロスターの処方予定だったがもともと患者様が使っていたランタス注ソロスターでの処方だった。患者様はその病院から、一時別の病院に移っており、今回その病院にもどったばかりだった。手帳は別の病院分の記載なし。	名称の類似と病院内・病院間での連携不足と思われる。薬局側としては受付時に変更内容確認できれば調剤前に防ぐことができたはず。	初めてうける処方において、患者様に今まで使っていたものなら今回処方と前回までとの変更点を事前に確認してから調剤する。			ランタス注ソロスター	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4437	オースグ大黃甘草湯3錠のむところツムラ大黃甘草湯3包で処方させていた	病院のコンピューターに入力が出来ない薬があると説明をうけた。	処方せんだけではなく、おくすり手帳もみて内容の確認			ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4438	2歳の男児にホクナリンテープ2mgが処方されていたため1日量が過量となり、副作用発現の恐れが考えられたため医師に問い合わせホクナリンテープ0.5mgに変更となった。	複数規格あるため処方の記載ミスが起こった。	調剤の時点で年齢を把握し、用法用量の確認を行うことで迅速な対応ができた。			ホクナリンテープ2mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4439	転院で処方 ワーファリン(5)処方あり。処方量多いため念のため患者様に確認いまままで内服していた錠剤やPTPとは異なる疑義照会。ワーファリン(0.5)だった	高用量や他医院からの転院等注意	同上の処方や患者様には注意して監査、投薬			ワーファリン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4440	重症のため眼科クリニックから紹介で病院眼科受診。病院医師の診断の結果、クリニックの処方薬を継続する事になったが残薬が少ないの理由で患者本人が処方を希望。同じ処方なので残薬の続きで使用するように医師から説明があった。処方は同成分の用量違い、類似成分違いも含まれており、薬局で薬剤交付時に変更を説明し判明、疑義照会の結果、元のクリニックの処方を中止し、今回の病院からの処方に切替えることになった。	クリニック処方はクラビット点眼液0.5%、点眼・点鼻用リンデロンA液、ヒアレイン点眼液0.1%、ミドリンP点眼液。病院眼科処方クラビット点眼液1.5%、リンデロン点眼点鼻液0.1%、眼・耳科用リンデロンA軟膏、ミドリンP点眼液。医師の説明内容と処方内容の食い違いから、紹介状の処方薬の誤認が推測されたため疑義照会に至った。	受診時は実際の薬剤を見ずに医師から口頭での説明行われる事がほとんどであるため、食い違いや理解不足が生じる事例もある。それも念頭に置き、服薬指導時は医師からの指示の確認するようコミュニケーションを取る。複数規格の薬剤については注意喚起リストを共有しチェックを徹底。			クラビット点眼液1.5% リンデロン点眼・点鼻液0.1% 眼・耳科用リンデロンA軟膏 ミドリンP点眼液	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4441	今回A病院からノルバスク5mg 1T×1 処方門前で普段からノルバスク5mg 1T×1 処方されており、患者さんに血圧の数値等のバイタル確認した普段と変わりない。疑義紹介すると今回の処方のお薬は服用せずに、今まで通りのノルバスク1T×1になった(処方は中止にならず1錠で継続して服用するように指示をもらう)	他病院から同一成分の増量は確認が必要	疑義紹介の徹底			ノルバスク錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4442	定期薬としてザクラスLDを服用中。来局時処方箋もザクラスLDがいつも通り処方されていたが、投薬時に血圧が160/-と高く、頭が痛いので受診したと訴えがあり、いつも通りの処方のみはおかしいと思い疑義照会を行った。その結果、ザクラスHDへの処方変更を行うはずだったが、そのまま処方を出してしまったことが発覚し、ザクラスHDへ変更になった。	カルテには降圧薬の増量を行うことは記載していたようなので、処方箋発行する際の入力時にHDへの変更を忘れてしまったことが原因と思われる。	・定期患者でも毎回体調の変化の聞き取りはしっかり行う・少しでもお疑問や違和感を覚えたときは必ず確認を取る			ザクラス配合錠LD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4443	メチコパール細粒を分包品1日2包/2×で調剤のところ1日量3包分/2×で処方があり分包品をばらさないといけなくなり安定性に問題がでてくるため疑義照会により2包/2×に変更になりました。	光などに不安定であるため分解されてしまい本来の薬効が期待できなくなる可能性があります。	分包品で調剤と薬歴に目立つように記載し注意喚起しています。			メチコパール細粒0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4444	添付文書上の初回投与量ではなかったため 確認	処方医師への疑義照会にて確認する	スタッフへ周知			メマリー錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4445	処方記載 レスプレン錠30mg 2錠 分2 朝夕食後疑義照会後 レスプレン錠20mg 2錠 分2 朝夕食後 薬学的ケアの種類 薬剤減量レスプレン錠30mg 処方指示あり、用量としてレスプレンは1日量 6歳以上10歳未満30~45mgなので用量について確認したところ、レスプレン錠20mg 2錠に減量となる。	処方薬の選択時誤って選んでしまったことが考えられる。	処方監査を行い調剤過誤、ヒヤリハットが発生しないようにする。			レスプレン錠30mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4446	4歳女児にクラリスロマイシン(200) 6錠分2で処方されていて、医師に問い合わせたところ、小児用クラリスロマイシン(50) 6錠分2に変更。	処方箋入力時の打ち間違い。	規格が複数ある薬剤は注意して確認、特に大人用・子供用があるものは患者さまの年齢・体重確認もきちんと行う。			クラリスロマイシン錠200「MEEK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4447	アレルギー性鼻炎の症状を訴えている患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはディレグラと小青竜湯が処方されており、用法が空腹時であるディレグラの用法が朝・夕食後の記載となっていた。ディレグラは食後投与で成分の1種であるフェキソフェナジンのAUC及び、Cmaxがそれぞれ50%程度まで減少するという報告がある。鑑査者の薬剤師(職種経験年数2年目)がディレグラの用法が食後となっていることに気付き、医師に疑義照会を行った結果、用法が朝・夕空腹時に変更となった。	ディレグラはフェキソフェナジンとブソイドエフェドリンの合剤であり、フェキソフェナジン単剤では1日2回の用法で、一般的には朝・夕食後で処方が入力されることが多いため、ディレグラもフェキソフェナジンと同じという認識で入力したと考えられる。	用法が空腹時のような特殊な医薬品の情報に関しては薬局内で薬剤師間で情報共有を行う。また、少しでも疑問に思うようなことがあれば放置せず、添付文書やIFを確認するようにする。			ディレグラ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4448	咳患者様にホクナリンテープとペラチンドライシロップが同時処方。同成分のため病院に疑義照会する。	外用薬と内服薬のため同成分に気付かなかった可能性が考えられる。	薬局内での情報共有などを行っていく。			ホクナリンテープ1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4449	患者年齢10歳。通常フェキソフェナジンとして30mg、2錠分2のところ、フェキソフェナジンとして60mg、2錠分2で処方記載があった。医師に疑義照会し、変更した。	患者年齢に応じた薬剤量の選択ミス。	調剤前に患者の年齢を調べ、処方内容が適切か判断するように取り組んでいる。			フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「SANIK」 フェキソフェナジン塩酸塩錠30mg「SANIK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4450	3か月前の健康診断から中性脂肪が高く高脂血症治療剤リポバス(服用期間は二か月、)を服用開始。それ以前から降圧剤など数種類服用されている。投薬中に患者から最近、体のだるさ・全身の筋肉痛のような症状があると訴えあり	会話の内容から、筋肉痛になるような運動をされた経緯もなく本人も原因は不明な様子。血液検査を次回予定されていたようだ。	血液検査の実行前に、筋肉痛・倦怠感から横紋筋融解症の症状が考えられ、すぐに処方元のDrに電話確認し、処方が中止となり他薬剤に変更になった。その後、書面で報告をする。			リポバス錠5	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4451	エタネルセプトBS皮下注25mgシリンジ0.5ml「TY」の処方であったが、患者が薬本体を確認時に、院内にて説明を受けた注射剤と見かけが異なると申し出た。疑義照会にて、エタネルセプトBS皮下注50mgペン1ml「TY」の誤りであった事が判明した。	医師の処方ミス	実際に注射薬本体を本人に見せて、誤りのない物が確認してもらっている。注射薬は処方箋とのズレがないか、必ず薬剤師がダブルチェックを行っている。			エタネルセプトBS皮下注25mgシリンジ0.5mL「TY」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4452	処方箋にて、クラシエ人参養栄湯が処方されていたが、分2 1日量5gで処方されていた。鑑査時、クラシエの人参養栄湯は分2スティックと分3スティックが存在することから、疑義照会し、分2スティック量、1日量7.5gへ変更の疑義照会し、変更になった	クラシエの漢方には分2も分3も存在しているため、減量なのか、それとも通常量をしてでているのか判断が難しい	スタッフ全員にクラシエの製剤は分2、分3があることを周知し、鑑査時にはg数をしっかり確認。処方に確信が持てないときは、必ず疑義照会するようにしている。また、間違い防止のため、処方医の意図もあらかじめ、クリニックの先生と話し確認している			クラシエ人参養栄湯エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4453	トミロン細粒20% 2.4g 分3毎食後5日分カロナール細粒20% 1.5g 発熱時 5回分カロナールに対しトミロンの用量が多いため母親に体重を確認したところ23.5kgであることが判明。トミロンの服用量20mg/kgとなり最大用量18mg/kgを超過するため医師に減量を提案し、1日量1.2gに変更となった。	以前よりこの医師からはトミロン細粒10%の処方を受けていたが、10%細粒が製造中止となっていた。20%細粒に切り替えとなっていることは医療機関に情報提供を行っていたが、処方時に従来10%として計算し処方されていたものと見られる。	小児処方に関しては処方箋受付時に必ず体重を確認し、他の処方と適正体重が異なる場合は疑義紹介を行っている。			トミロン細粒小児用20%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4454	体重16kgの男児に カロナール細粒50%0.8g/回 処方。カロナール細粒20%の入力ミスの疑い。過量につき問合せ。カロナール細粒20%0.8g/回へ変更になった。	処方入力時の薬剤入力ミス	小児の場合、必ず1回服用量が何mgになるか、大人の錠用量を超えていないか確認する			カロナール細粒50%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4455	小児用ムコソルバンシロップ0.3%が体重換算の倍量処方されていた。調剤後の監査で発覚。疑義照会し半量に減量になった。	そもそも医師が0.15%と勘違いしていた。	処方監査の時点で、体重換算を怠らないようにする。			小児用ムコソルバンシロップ0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4456	レルベア200エリプタ30吸入用1日1回使用。薬歴により100エリプタ1日1回使用。患者に確認したところ診察時変更の指示はない。疑義照会の結果、100エリプタに変更となる	医療機関の、オーダーシステムの入力ミス	薬剤変更時、患者に医師から説明があったか確認			レルベア100エリプタ30吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4457	リウマチ科でメチコパール錠500μg服用中の方に耳鼻科でメコパラミン錠500μgが出ていた。処方鑑査でお薬手帳で気付かなければいけないところ、投薬しながらお薬手帳を確認したところ気付く、疑義照会。処方薬重複のため、耳鼻科での削除。	処方鑑査でお薬手帳の重複の確認が漏れ、気付くのが遅くなった。	調剤に移る前に徹底的に処方の妥当性、飲み合わせ確認する			メコパラミン錠500μg「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4458	体重24kg6歳の男の子に対しワイドシン細粒10%4.5g分3食後5日分の処方が出されていた。添付文書の用法用量より体重24kgの場合480mg～960mgとなるがワイドシン10%4.5gの場合薬剤量としては450mgと少ない量となる。医師に問い合わせたところ薬剤量900mgが正しくワイドシン細粒20%の間違いであることを確認した。	ワイドシン細粒は10%と20%の規格があり処方せん作成の際に規格を間違えたのだと考えられる。	小児において体重により薬剤量に変化するため規格と製剤量からしっかり薬剤量を換算して鑑査を行わなければならない。			ワイドシン細粒10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4459	ボラザG坐剤が初めて処方されていた為、ボラザGには軟膏と坐剤があること説明し、希望を聞いたところ、軟膏を希望された為疑義紹介して軟膏に変更となる	患者が剤型まで医師に伝えてなかった	はじめての薬については剤型も含めて患者に確認するようにする			ボラザG坐剤	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4460	1歳男児にアドエア250エアゾール処方。drへ問い合わせし、アドエア50エアゾールへ変更となる。	医療機関側のレセコン操作ミス	小児適応のある吸入器具を表でまとめている			アドエア250エアゾール120吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4461	ノルバデックス10mgをいつも服用している患者さんに【般】タモキシフェン20mgが処方されていたが、患者さんによると診察時に今回から増量するという話が出ていなかったことがわかり、疑義照会した結果、10mgに処方変更された。	最近、この病院は一斉に一般名処方に切り替えているところで、その際に規格を間違えて入力されることが多い。	一般名処方に切り替わるタイミングで用量が変わっている場合は、投薬時に患者さんから用量変更で本当に良いのか慎重に確認している。			ノルバデックス錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4462	アマルエット配合錠1番を継続服用中の患者が、アマルエット配合錠3番の処方を持参。患者が処方変更について医師から説明を受けておらず、血圧上昇もないため疑義紹介。処方誤りが分かり、アマルエット配合錠1番に処方変更となる。	処方入力時に、手違いで処方変更となったと思われる。	医師の説明内容を患者に確認し、処方変更の有無のどちらが正しい状況かについて、全ての処方について確認しています。			アマルエット配合錠3番「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4463	エナジア中用量から高用量に変更時に、中用量のまま処方継続されていた。	エナジアの処方時に、1規格しかないものと思っていた可能性。新規採用薬にて、登録時に採用薬のみ表示されるとエナジアのみで判断した可能性。	1、薬局内での勉強会にて、情報共有。2、中用量と高用量の名称の意味についてのあえての知識共有。3、両規格を横に置いておくことで疑問をもってもらう。ただし、印字でとりまちがいをしないように付箋にて用量を記載。			エナジア吸入用カプセル中用量	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4464	患者の残薬調整のため一包化の細かい調整のある処方の中で起こった事例。前回処方ではドネペジルが5mgを2錠服用だったが今回は10mgを2錠服用で処方が出ていた。前回は手書きの処方であったため、今回処方を打ち出した際、錠数の変更もれたものであった。ドネペジルは症状により適宜増減の記載が添付文書にもあるが、いきなり20mgへの増量へは疑問を抱き疑義照会。総量10mgで出したということで、処方は10mgを1日1回1錠服用に変更となった。	前回の手書き処方を今回PCで打ち出す際の確認もれが原因と考える。	今回の事例ではドネペジルを通常20mgで服用する事例を普段見ないということと、前回処方が手書き訂正されていた点から打ち出しの間違いを疑った。処方箋の写真を薬歴に取り込んでいる取り組みが確認をスムーズにした。			ドネペジル塩酸塩OD錠10mg「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4465	施設に入居されている患者様で、手術のため入院となる。入院中は定期薬を服用されていました。その後退院処方では定期薬7日分と合わせてケフラール250mgが処方されて服用されていました。その後、主治医の往診があり定期薬にイーケブラ250mgが追加されていました。薬の受け渡し時に、追加薬の旨は何も聞いていないと指摘があったため、処方医に疑義照会し、その結果イーケブラ錠250mg削除となりました。	術後、退院処方のケフラール250mgをイーケブラ250mgと間違えて処方されたと思われる。	入院されていて、退院されるときは退院処方を必ず確認するように取り組む。当然の事だが、処方変更があったときは患者様本人、または代理の方(ご家族、ヘルパーさんなど)への確認を徹底するように取り組む。			イーケブラ錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4466	定期薬でかゆみ止めとして胃薬服用中の患者に、新規で生き摺りが処方された。作用重複となった。	当局的門前は皮膚科。該当患者も皮膚科受診の患者。皮膚科ではH2ブロッカーの胃薬をH1ブロックを期待して痒み止めとして処方することが多いので胃薬の意識が低い。	PPI 処方時の注意			ラベプラゾールNa錠 10mg「トーワ」 ファモチジンD錠20mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4467	疼痛の酷い患者にワントラム(100)が始めて処方された。1日1回製剤だが、ドクターより1日2回朝夕で処方があり、便秘がなければ継続ふくように説明があった。	トラマール製剤には、1日1回から4回までの製剤があり、ワントラムと他の製剤の用法の勘違いと思われる。	それぞれのトラマール製剤の特徴や用法用量について確認する。			ワントラム錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4468	初めてヒューマログミックス50注カートが処方された。5月までは25注カートが処方されていたため、念のため変更でいいか確認。	毎回処方されている薬でなかったため、選択ミスと思われる。	薬歴を確認の上、変更事項は必ず説明。主治医から説明がなかった場合は、必ず疑義照会をする。併せて検査値も確認する。			ヒューマログミックス50注カート	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4469	処方箋にはデベルザ錠20mgとの記載だったが、詳細を確認したところアレギーで受診してきたとの事。デザレックスの間違いではないかと推察し、疑義確認デザレックス5mgに処方変更となった	デベルザとデザレックスの入力間違いによるものと考えられる	新規薬物は特に患者さんへの聞き取りをしっかりとる			デザレックス錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4470	2歳 体重12キログラムの小児に対しホクナリンテープ2ミリグラムが処方された。	患者と同時に患者の兄弟と親も受診しており混同したためと思われる。	疑義照会后、ホクナリンテープ0.5ミリグラムに訂正し、交付した。			ホクナリンテープ2mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4471	前回まで高圧剤は「(般)アムロジピン錠5mg 1錠/日」のみ処方されていた83歳の女性。血圧が高い傾向が続いているとの理由で今回「(般)イルベサルタン錠HD 1錠/日」に処方変更となった。前回処方と比べると、アムロジピン5mg+イルベサルタン100mgが追加増量となる。既存薬の増量と新規薬剤の追加を一度にすると、急激な血圧降下が起こる可能性があるため問い合わせたところ、「(般)イルベサルタン錠HD 1錠/日→(般)イルベサルタン錠LD 1錠/日」に変更となった。	配合剤のため、規格が数字ではなくアルファベットで表記されるので紛らわしい。	処方変更された時は特に、薬歴の確認、患者からの聞き取りを注意深くし、変更が妥当かどうか十分監査する。			イルアミクス配合錠HD「DSPB」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4472	プレドニゾロンの暫時減量中、7mgからいきなり1mgに減量されていた。疑義照会により5mgの間違いと確認できた。	単純にオーダーリングミスと思われるが、暫時減量の幅をおかしいと気づけなければスルーしてしまうので、スタッフ全員に周知しています。	内服ステロイドの暫時減量処方が頻繁にあるので、減量のパターンを他のスタッフと共に確認・共有しています。			プレドニゾロン錠1mg (旭化成)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4473	広域の患者さんだったが、リリカOD75mg 3T1×タで処方されていたが、いままでより量が多かったため、患者さんに連絡し変更の旨があったか確認したが、少し量を変えろと言われたがと。再度クリニックに確認すると、25mgと間違えて処方したことがわかった。	リリカOD75mgと25mgだったので、入力間違いがおこったようです。	患者さんとのコミュニケーションをとっていると、話しやすく、確認もしやすいのではないかと。今後も不審に思ったときは、連絡も必要だと思った。			リリカOD錠75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4474	前回(7/30)にプレドニゾロン錠1mg 1日4錠で処方だった。事例発生日(8/27)にプレドニン錠5mg 1日3錠で処方となっていた。湿疹の状態は良くなっているにも関わらず、ステロイドが増量となっていたため、疑義照会したところ、プレドニゾロン錠1mg 1日3錠へ変更となった。	同一成分別規格のプレドニン錠5mgとプレドニゾロン錠1mgを間違えた可能性がある。	投薬時、患者さんの話と食い違う場合は、当たり前だが、疑義照会を行っている。			プレドニン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4475	「一般名」ロキソプロフェンNa錠60mg 3錠 毎食後とセレコックス錠100mg 3錠 毎食後と一緒に処方されていたため、同効薬が重複していることとセレコックス錠は通常1日2回の服用の病院に確認をしたところ、セルベックスカプセル50mg 3C 毎食後へ変更となった。	セレコックスとセルベックスの名称が似ているため処方入力の間違いだっと考えられる。	同種同効薬の重複は処方元の医療機関に確認をしている。			ロキソニン錠60mg セレコックス錠100mg セルベックスカプセル50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4476	処方箋記載内容の監査、調剤行い、投薬時に本人からケトチフェンテープ40mgを以前に使った時にかぶれた事があることを確認した。医師に報告し処方内容について確認したところ処方削除となった	医療機関で初めて処方されるときに本人に確認した場合でも、患者本人が実際に薬剤を見ないと副作用があった薬かどうか記憶しておらず、医療機関で判断することは難しい	処方箋の監査、薬歴だけでなく、患者とのコミュニケーションを大事にし投薬時に副作用や体調の変化等さまざまな情報を得ることを心がける。医療機関との連携をとるように努める			ケトプロフェンテープ40mg「パテル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4477	スルピリドが2錠分2朝・夕食後から今回2錠朝食後へ変更になっていた投薬中に変更の話をするがあまり納得されていない変更に関してどう聞いているのか確認してみると1錠にするのと聞いているとのこと疑義紹介し1錠分1朝食後へ変更となった	訂正漏れ 混雑のため入力を直し切れていなかった	投薬時に内容の変更点は確認し帰宅していただく			スルピリド錠100mg「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4478	他の地域の病院で手術後にも 通院し門前病院にもかかった時に ロルカムを処方されていたのに気づきロキソプロフェンが中止になった	他の病院でかかって 薬について聞いています その際に重複に気づく	お薬手帳を 毎回確認し 併用薬を見ています			ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4479	セレコックス100mg、分2朝夕×14日分の処方あり。お薬ノート持参の為併用薬を確認したところ別の医療機関にて同薬の処方履歴があり、今回の処方と重複となるため処方医に疑義照会を実施、その旨伝えたところセレコックスが中止となる。	患者様が医療機関受診の際にお薬ノートの活用ができていなかった。	お薬ノート活用の重要性を伝え、他の医療機関を受診される際には必ず医師へ服用薬を伝えていただくように説明した。他の患者様にも今後も同様のお声がけを実施するようにする。			セレコックス錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4480	ファックス処方せんにて受付。交付時、患者本人より処方医にうがい薬が欲しいとの訴えがありイソジンが処方される。しかし、濃度が10%でありうがい用の7%と誤認識のため処方されたと考えられる。	イソジンには、消毒用の10%と含嗽用の7%が存在し交付時には、必ず用途について聞き取りをしています。また、規格、用法により薬効が異なる薬については、同様に必ず聞き取りを実施し交付しています。	新規採用品について周知させる目的で添付文書を交えた議論を実施しています。			イソジン液10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4481	普段はフルメトロン点眼液0.1%を使用。転院し、同じ薬を引き続き使うという話になっていたが、処方されたものはフルメトロン0.02%であった。お薬手帳・患者からの情報により薬剤師が気づき、医師に問い合わせの上フルメトロン0.1%に処方修正となった。	当該目薬に多数の濃度があり、医師の確認不足であったと思われる。	お薬手帳を確認し、以前と薬が変わっていないか。変わっているのならばその理由を患者から聞くという当然の行動をするだけで防止は可能かと思われる。また、継続使用の場合は以前に使っていたものとデザイン等が変わっていないかなどの話を聞くことも重要である。			フルメトロン点眼液0.02%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4482	胃痛のため、定期処方にラベプラゾール錠(10mg)30日分追加処方。他医でタケキャブ錠(10mg)が処方されており、同じPPIのため疑義照会。ラベプラゾール錠(10mg)が中止となる。	他医で服用中の薬を申し出ておらず、症状を申し出ていると思われる。	他医受診時には薬を服用中であることを申し出るよう再度説明。			ラベプラゾールNa塩錠10mg「明治」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4483	かゆみのため、かかりつけ医にてペボタスチンOD錠(10mg)「タナベ」14日分処方。4日後皮膚科を受診し、ペボタスチン錠(10mg)14日分処方されるが、OD錠と普通錠の違いだけで同成分同用量のため疑義照会。ペボタスチン錠(10mg)が14日分から5日分に変更となる。	皮膚科では外用薬も処方されており、かゆみ止めの内服薬を服用していることを皮膚科のDrには伝えていなかったと思われる。	薬歴やおくすり手帳を必ず確認し、患者さんにも他科受診時には薬を服用中であることを申し出るよう再度説明。			ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4484	チモプトールXE0.5%が3本処方されていたが、1か月ほど前に初めて処方されていて、その時も初回にも関わらず0.5%で処方されていたので、疑義照会にて0.25%に訂正となっていた為、念のため、医師に0.25%では効果不十分ということで、今回から0.5%に変更ということでもよろしいでしょうかと今回も疑義照会にてかくにんしたところ、0.25%の誤りだったことが判明した。	前回の疑義照会後のカルテの訂正がなされていなかったのではと推測される。	TELによる疑義照会にて、処方内容が変更になった場合は、調剤後にトレーシングレポート (FAX) で報告することとした。			チモプトールXE点眼液0.5% チモプトールXE点眼液0.25%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4485	在宅治療へ切り替わり初回処方箋受付で、事前に頂いた薬情とレルベアのmgが違っており (100mg 吸入も200mg と処方) 確認したら、処方入力誤りであった。	在宅医療では看護師がカルテから処方箋を起こすクリニックもあるため、転記違いか、内服薬も含めて12種類薬剤があったためmgの記載間違いもあった可能性がある。また、在宅医療は情報を短時間でまとめて振り分ける必要もあり、時間に追われてる医療機関もあるため、ミスが生じやすくなるのではないかと考えられます。	在宅医療での転記違いや記載ミスが外来より生じやすいと感じるため、初回は特に手帳や薬情と見比べて間違いか、変更かを必ずチェックし必要時間問い合わせを行っています。			レルベア200エリブタ30吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4486	処方箋にクラリスロマイシンDS 5mg 分1 夕食後と記載があり、患者の母親に体重を確認したところ、体重に対する処方量が少なかった。また患者の母親も痒みや湿疹で受診したがなぜ抗生物質が出ているのかとの疑問もあった為、2点を合わせて疑義照会。処方箋入力ミスとわかり、クラリチンDS1% (ロラタジンDS1%「サワイ」でお渡し) 5mg 分1 夕食後に処方変更となった。	疑義薬剤以外にも薬が出ているようであれば、それらとの関連も考えて、処方内容に一貫性があるか鑑査時に確認する必要がある。	患者が小児の場合は、体重あたりの投与量になる場合が多いため、来局時に体重を更新するようにする。			ロラタジンDS1%「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4487	糖尿病治療のためメタクトHDを服用の患者にピオグリタゾン30mgが追加となった。処方医に疑義照会を行い、削除となった。	配合錠に含有される成分の認識不足	配合錠に含有する成分を把握するように普段から意識付けをしている。			メタクト配合錠HD ピオグリタゾン錠30mg 「ケミファ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4488	体重36kgの9歳の女児に対し頓服としてカロナール細粒50%が1回量として0.35g処方された為過少投与の疑いにて疑義照会を行ったアセトアミノフェン原末に変更となる。	処方元はカロナール細粒50%とアセトアミノフェン原末を採用されており、カルテはカロナールのみ記載、医院事務員がそのままカロナール細粒50%を選択してしまった。	他規格採用している場合、調剤だけでなく処方鑑査も特に注意する。			カロナール細粒50%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4489	11月に整形外科でトラムセット配合錠56日で処方がありました。1週間後に、痛みがあり内科を受診してトラムセットの後発品が処方されました。背景として特定疾患があり、リリカ錠サインバルタ等に薬も服用。4ヶ所の病院を受診して併用薬が分かりにくい状態にあった。	患者がお薬手帳を見えていなかった。問診の時に他で処方内容を担当医に伝えていなかった。取り組みとして、毎回薬歴を確認してから調剤をはじめ。患者に処方内容を確認する。	薬歴を確認することで重複を防止した事例			トラムセット配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4490	コンサータ36ミリで副作用が出たため減量するように処方医から聞いていたが減量されていなかった薬局で交付の際に薬剤師が気づき処方医に疑義照会を行った結果27ミリに変更となった	処方医がケアレスミスで前回と同じ処方を書いてしまった	お薬手帳、患者聞き取りをしっかりと行ってミスに気付いた			コンサータ錠36mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4491	血圧上昇の為薬増量との事だが前回ニフェジピンCR10から今回ニフェジピンL20になっていたため問い合わせニフェジピンCR20に変更となる。	一般名処方だったため、12時間持続と24時間持続を間違えたことが原因と思われる。	患者からの聞き取りをしっかりとし問題があれば問い合わせをする。薬歴からおかしいと思ったものは問い合わせをする。			ニフェジピンCR錠20mg 「サワイ」 ニフェジピンL錠20mg 「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4492	オーグメンチン配合錠125SS3錠分3での処方。年齢的に用量不足。問い合わせの上、6錠分3へ変更	オーグメンチン配合錠は125SSと250SRの規格があり、当該病院では125SSのみの採用。処方医は主に他院所属の医師であり規格違いに気づかなかった可能性	用法用量、規格違いの把握			オーグメンチン配合錠125SS	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4493	モーラステープについて、患者の認識なく処方となされていた。	医療機関でのカルテの確認、発行処方内容の確認。→薬歴でのチェックと処方内容についての聞き取り。	処方鑑査や投薬時での処方薬に対する、背景の聞き取り			モーラステープL 40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4494	リリカ2.5mg 2P朝、夕食後1.4日分の処方出したかった所リリカ75mg 2P朝、夕食後1.4になっている前回リリカ2.5mg 1P 夕食後1.4食後より変更になっていたが増量幅が大きく疑問あった	医院レセコン入力時にミス	疑義照会してリリカ2.5mg 2Pと確認			リリカカプセル75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4495	他院で継続服用中のセレコックス・ムコスタが同容量、同用法で処方されていた。	医療機関での併用薬確認漏れ、本人よりの申告漏れ	調剤前の併用薬の再確認			セレコックス錠100mg ムコスタ錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4496	リオベルHDで処方のところをLDで記載	処方せん入力画面の使い勝手悪い、最終確認ミス	過去履歴確認、患者聞き取り確認			リオベル配合錠LD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4497	トラゼンタ錠5mg 1錠とジャディアンス錠10mg 1錠を服用されている患者様に対し トラディアンス配合錠BPを処方されており監査者が気づきトラディアンス配合錠BPではなくAPではないかと疑義照会したところ APと確認した。	数か月前の入院時、ジャディアンス錠10mg (エンバグリフロジン10mg含有) がトラゼンタ錠5mgに加えて追加。AP錠はエンバグリフロジンが10mgであるが、BPは同25mgのため、処方違いが疑われた。患者からの聞き取りでは配合錠に変更するとの話であり、増量とは聞かれておらず検査数値も改善傾向にあったためBPの増量になることは予想できなかったため疑義照会できた。	新規で処方された場合の配合錠の内容を精査し含有量とこれまでの服用量とを照合。患者からの情報とともに増量や減量があれば疑義照会することで確認する。			トラディアンス配合錠AP	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4498	他県に引っ越し貰っていた。再び本県に戻ってきた。薬の量が変わっていた。以前の服用量の処方	DO処方あり。	久しぶりの患者さん特に注意 規格・力価確認。おくすり手帳・投薬時の要確認			イグザレルト錠15mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4499	2歳6か月の子にホクナリンテープ1mgが処方された。0.5mgに変更となった。	以前にも処方されたことはあった。おそらく入力ミスだと考えられる。	注意札を作成して、監査ミスを起こさないようにする。			ホクナリンドライシロップ0.1%小児用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4500	風邪の症状があり内科を受診。成人の方にレボセチリジンDsが処方になり疑問を抱いたが用量が規定量だったためそのまま調剤。交付前にDsを希望したか患者本人に確認したところ錠剤を希望したため処方元に疑義照会をした。疑義照会后レボフロキサシン錠の誤りだったことが判明。	なぜ受診されたためレボセチリジンの処方には疑問を持たなかったがDsが処方になっている時点で入力間違いを疑っても良かった。患者本人が錠剤を希望して疑義照会をかけられたため事なきを得た。レボフロキサシンを服用できず感染症の悪化が予想された。	複数人で処方チェックを行うこと。			レボセチリジン塩酸塩DS0.5%「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4501	通常1日量8.1gであるクラシエ柴苓湯エキス細粒が1日量7.5gで処方されており、1日量が7.5gで名称が類似する柴朴湯の間違えでないかと1日量について疑義照会を行った結果、むくみに対する処方のため柴苓湯処方、1日量8.1gへ訂正。	漢方は1日量7.5gのものが多いため、医療機関での1日量についての確認が不十分であった。	用法用量の確認はもちろん、考え得る間違えを考慮して効率よく疑義照会を行うとともに、患者への聞き取りを再度徹底し、薬の適正使用に努める。			クラシエ柴苓湯エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4502	カムシアHDとカンデサルタン8mgが一緒に処方されていた。カムシアHDはカンデサルタン8mgとアムロジピン5mgの合剤であり一緒にカンデサルタン8mgと一緒に処方されているがカンデサルタンの1日最高用量は12mgのため疑義照会を行いカムシアHDの処方が削除となる	合剤の用量と成分重複の認識ミスであり、カンデサルタンの1日用量を超過するためふらつきなどの健康被害が起こっている可能性があったと考えられる	合剤の用量 成分重複を確認する			カムシア配合錠HD「あすか」カンデサルタンOD錠8mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4503	風邪で来局の患者さん 処方内容にコデインリン酸塩20mg タケダあり、麻薬のため処方元へ確認したところコデインリン酸塩5mgの間違えであったとのこと。	力価違いの処方入力の間違えであると考えられる。	患者さんの処方内容から読み取れる体調や疾患の確認をする。麻薬であれば麻薬施用者番号の確認。			コデインリン酸塩錠20mg「タケダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4504	体重19kgの子供に、アンブロキシソールシロップ用3%が1日1.2g処方されていた。疑義により、アンブロキシソールシロップ用1.5%の誤りであることが判明。	医師が薬剤の選択を誤った。	処方監査時に、用法用量を確認している。			ムコソルバンDS3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4505	子供が風邪をひいており、子供のため医療機関にかかったが、その場で母(該当患者)も風邪症状があり一緒に診てもらった。カルボシステイン250mg3錠分3で処方されたが、大人のため疑義照会にてカルボシステイン250mg⇒500mg3錠分3へ変更になった。	Drによる処方ミス。他の家族も受診していたため、服用量の判断ミスがあったのかも。	処方鑑査を徹底する			カルボシステイン錠250mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4506	アシクロビル顆粒40% 2.4g(1日量)4×毎食後、寝る前という用量の処方せんを応需。薬歴記録と患者さん母親への聞き取りより、今回の症状は水疱瘡ということと、体重24kgであることを確認。用量が少ないこと(体重あたりの使用量の半分)と80%のドライシロップ製剤があるため80%DS製剤の用量と推測し、医師に疑義照会を行い、アシクロビルDS80%「NK」に処方変更となる。	医師に確認したところ、オーダーングシステム使用時に並んで2つ選択できるようになっており、誤って40%顆粒を選択したとのこと。	散剤とドライシロップ製剤等で同一の成分で含有量が違う製剤について再度リストアップをして確認。小児調剤時には体重と用法・用量の確認を再度徹底するようにしている。			アシクロビル顆粒40%「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4507	シロップのブロムヘキシシン塩酸塩シロップとブロムヘキシシン塩酸塩錠が重複していた	シロップが3種類の混合液剤のため見落としていた	処方箋をしっかりと監査する事			ブロムヘキシシン塩酸塩シロップ0.08%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4508	同一病院で神経内科と糖尿病腎臓内科を受診している患者様に同一の薬剤が3種類重複して処方されていました。今回の事例以前にも疑義照会して重複していることを伝えているにもかかわらず修正がなされていなかった事例です。病院の薬剤部にも相談の上、再発防止をお願いしました。	医師同士の連携不足。	腸風服用することで起こり得る体調変化や副作用についてお知らせするようにしています。			ニフェジピンCR錠20mg「トーワ」 テルミサルタン錠40mg 「ニプロ」 トリクロルメチアジド錠2mg 「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4509	当該患者に対しアレジオンLX点眼液が処方されたが、通常1日2回のところ用法が「1日4回両目に点眼」とあったため疑義照会を行った。「1日2回」へ訂正と処方医に確認が取れた。	通常のアレジオン点眼液は用法が1日4回だが、LX点眼液は1日2回である。成分としては同じのため、同様の用法にしてしまったミスだと思われる。	アレジオン点眼は通常とLX2種類あることと、用法がそれぞれ異なることを周知した。			アレジオンLX点眼液 0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4510	A病院とB病院に普段かかっていたが今回いつもA病院で処方されていた薬をB病院にお願いした。A病院で処方されていたものはアセトアミノフェン原末0.2gだったがB病院で処方されたものはカロナール細粒20%0.2gだったため疑義照会を行い原末に変更してもらった	B病院採用品目がカロナール細粒20%だったこととアセトアミノフェン原末の存在を知らなかったため生じたと思われる	必ず併用薬の確認(お薬ノートなど)を行うようにします			カロナール細粒20%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4511	バルトレックス錠500mgが5錠分4毎食後寝る前で処方されていた。用量用法が単純ヘルペス、帯状疱疹の通常用法用量とは違ったため、医師に電話連絡した。単純ヘルペスとのことで、バルトレックス500mg2錠分2に変更になった。アシクロビルと混同されていたようだった。	パラシクロビルとアシクロビルの名称類似による思い違いと思われる。	疾患によって用法用量が変わる薬は、適応症に応じた用法用量を確認する。			バルトレックス錠500	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4512	2歳男児、(般)セチリジンドライシロップが0.8g/日の処方であった通例セチリジンは7歳未満の場合は0.4g/日となるため、過量か(般)レボセチリジンとの誤りかの可能性のため疑義にて確認。結果、セチリジンでの入力誤りである事が判明し0.4g/日で確認が取れた。	午前分の終業実際のため量の確認が疎かになっていたか	用量確認も重要な業務のため見逃さないように確認徹底を注意喚起した			セチリジン塩酸塩DS1.25%「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4513	前回受診時からHbA1c増加傾向の為にトラディアンSAPからBPへ増量していたが、今回処方せんは一般名記載でトラディアンSAPへ減量されていた。交付時患者様へ聞き取りしたところ、受診の際処方変更の話はなかったとのことで疑義照会。トラディアンSAPからBPへ処方変更になった。	一般名で入力されていたため入力時の確認不足と思われる。	今後も用量や患者様の健康状態の確認とヒアリングを徹底することを薬局内で共有した。			トラディアンS配合錠AP	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4514	新患。発熱のため受診。コロナール200mg・セフカベン100mg・ドンペリドン10mgが処方された。薬剤交付時、併用薬を確認するためにお薬手帳を確認した際に「アセトアミノフェン錠200mg」の継続服用を確認。疑義照会にて今回処方のコロナール200mg削除となった。	併用薬が多数だったのと、採用薬が「コロナール」併用薬が「アセトアミノフェン」だったためDrが見落としの可能性有。	併用薬の確認、手帳の確認の徹底。			コロナール錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4515	避暑にて夏、別荘に数か月滞在し、冬に地元へ帰る患者。地元で処方してもらった薬がなくなった為、近場の診療所へ受診し処方発行。当薬局受付にて処方内容の確認、一般名処方にてフルニトラゼパムとニトラゼパムの記載有。お薬手帳を確認をすといずれも処方歴ありだが、直近でのニトラゼパムの処方は見られず、フルニトラゼパムへ切り替わった経歴は確認された。同効薬重複と判断し疑義照会にて確認、その後ニトラゼパムは記載ミスによるものと判明し削除された。	当該処方以外にも服用されている薬剤が多く、同じ内容のものを出してもらえないかという目的の受診の為、医師が処方を打ち込んでいる最中に途中で似た成分の名称を誤認したと思われる。	当該のようなケースは本当に同じ薬が出ているか、お薬手帳に加え、患者本人にもしっかり確認するように通知した。			ニトラゼパム錠5mg 「トール」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4516	モサプリド服用中の患者様にモサプリドが追加処方となったため、主治医確認したら別の薬剤に変更になった。	最初はただの重複かと思ったが不自然に追加されていたため、患者様に確認したところ薬を追加すると医師よりお話があったとのこと。主治医確認したところモサプリド服用中であること忘れていたようで新たにガナトン追加となった。	処方内容の監査をしっかりとしたいと思います。			モサプリドクエン酸塩錠5mg「日新」 ガナトン錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4517	今回はじめての処方でクラシエ人参湯7.5g分3毎食後14日分でしたが、クラシエの規格を確認し2gと3gなのでメーカー違いか1日量の違いかを疑義照会しました。	漢方処方の時、メーカーや1日量の記載を選び間違えることがあるようです。	漢方の処方が含まれる処方箋を受け取ったときはメーカーや、1日量があつてが必ず確認するようにします。			クラシエ人参湯エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4518	対象の処方内容「デパケン錠200mg 1錠 分1朝食後」通常の用法として「1日2~3回」が妥当と思われる薬剤に対して、「1日1回」と不自然な用法での処方であったため、その理由を考察したところ、「デパケンR錠200mg」との処方入力ミス、他院での服用に追加する分としての処方、SEに起因する低用量処方を疑い、患者からの聞き取り後に疑義照会した。疑義照会の結果「デパケンR錠200mg 1錠 分1朝食後」	処方医が非常勤の医師であり、処方のオーダーリングに精通していなかったことが考えられる。	同一成分の薬剤であっても、製剤上の工夫により徐放性を有し用量や用法が変化するものがあるので、処方内容やピッキングされた薬剤を監査する上での留意点の1つとして意識する。			デパケン錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4519	普段よりオルメサルタンOD20mgを服用中の患者、BP上昇のため血圧の薬が追加となったが追加された薬がテルミサルタン20mgだった。ARB重複のため疑義照会ごテルミサルタン中止。オルメサルタンのみ引き続きの処方と変更になった。	処方医によるチェック漏れの可能性	同効薬の重複、配合剤との重複については特に注意するように周知、徹底			オルメサルタンOD錠20mg「トーワ」テルミサルタン錠20mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4520	当該薬局初回の患者。前医内科薬処方されていたが、今回整形外科受診の折内科薬の処方を希望された。その際処方医の入力ミスと思われるが、アジルバ10mgのところ40mgでの処方となった。薬手帳より10mgの処方である旨確認。本人にも特に血圧等の変化がみられないとこのことを確認の上、用量の件を処方医に連絡10mgの間違いであったとの照会を受けた。	処方医は多忙により他科よりの情報を入力の際薬剤検索を見誤る可能性がある。薬剤師は薬手帳などかの情報収集はもちろん、できる限り患者とコミュニケーションを図り細やかな情報を得ることが必要と思われる。	薬学的知識の向上とコミュニケーション能力の向上			アジルバ錠40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4521	おくすり手帳が電子版のため服用薬一覧がなく、過去のをさかのぼり飲んでるものを確認するとPPIを服用していることが分かった。処方箋にランソプラゾールが処方されていた為、医師に疑義照会。ランソプラゾールは削除となった。	電子版おくすり手帳はアプリによって一覧表示ではなく一つ一つの医療機関を開けないと服用薬が見れないなど、使用するうえで飲んでる薬を聞き取る必要がある。クリニック側では細部まで見れていなく服用薬にも記載がなかった様。	電子版おくすり手帳を患者様と一緒に確認し、現在飲んでる薬の聞き取りを実施している。			ランソプラゾールOD錠15mg「武田テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4522	内科皮膚科、居宅療養管理を算定して訪問している患者様。他病院の整形も往診あり、処方箋は当薬局で扱い、薬は一元化管理。整形の先生訪問時、腹痛があり緊急処方された中にタケブロンODが処方されていた。定時内科でオメプラゾール錠10mgあり。	薬局から整形の先生への情報提供が不十分、または整形先生の患者様とのコミュニケーション不足もあり同種同効薬が処方されてしまった。薬歴を確認することで、未然に重複は避けられ、疑義照会にて薬が削除となった	在宅患者様は高齢で多種にわたり科を受診している。薬局では処方箋を集約し、薬の一元化管理を行っていた。それにより、早い段階で同種同効品を確認することができ重複を未然に防げた。整形は半年に1回の受診のため。情報が共有されておらず。今後は他病院の他科受診の他病院の先生への情報提供を定期的に更新するよう心がける			タケブロンOD錠15	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4523	以前からアマルエット配合錠1番を継続中の患者。FAXにてアマルエット配合錠4番に変更した処方箋を受信、調剤準備をしていたが、来局後患者から血圧は高くなったが、コレステロールについてはDrから話はなかったと聴取。処方元の医院にTELにて確認したところ、処方薬は、4番ではなく3番であることが発覚。	病院での処方薬の入力間違い	長期処方の薬は特に、処方薬に変更があった場合は患者にその旨説明、状況の確認を確認する。その中で少しでも疑わしいと思われる場合、処方元医療機関に確認をする。			アマルエット配合錠4番「DSEP」アマルエット配合錠3番「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4524	レボフロキサシン(500)3錠分1夕食後で処方されていたので疑義照会して(500)1錠分1夕食後に変更してもらった。	ドクターが他の抗生剤と勘違いされたためだと推定。	用法用量を確認すること。			レボフロキサシン錠500mg「ニプロ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4525	PL顆粒やトランサミン錠、コロナール錠に加えてイソジン液10%が250ml処方になっていた。イソジン液10%は消毒液で傷などに使用するものなので、イソジンガーグル7%の可能性を考え、患者様に症状を確認し風邪症状だったため、疑義照会を行った。結果、イソジンガーグル7%30mlの処方に変更された。	処方箋入力の際にイソジン液10%とイソジンガーグル7%を選び間違えたと思われる。	症状病態によって規格や用量が変わる薬も多いので、患者様の症状の聞き取りは怠らないようにしていく。			イソジン液10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4526	小児にコロナール細粒が処方され、量が成人量のため患者様のご家族に体重を確認したところ、体重12kgであったため疑義照会して適正体重量に減量になった	休日診療で、外科のDrであり体重計算を誤った可能性があります	体重を確認してから、適正量が判断し調剤開始。体重は薬歴に残すようにする			コロナール細粒20%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4527	クラシエ葛根湯エキス細粒1回2.5g(1日7.5g)が処方されたが、本剤の規格は1包3gであった為疑義照会を行ったところ、コタロー葛根湯エキス細粒1回2.5g(1日7.5g)に処方変更になった。	患者さんが転院され初めての診察で、前医と同じ薬を処方されようとした際に、入力まちがいをしたと思われる。	漢方薬が処方された際には、規格用法用量を確認して調剤している。			クラシエ葛根湯エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4528	定期処方から、ゾピデム5mgが削除されていた。投薬時、患者に確認したところ、患者は苦味のため、ゾピクロン10mgの削除を希望したとのこと。疑義照会の結果、ゾピデム5mg処方、ゾピクロン10mg削除となった。	薬品名類似のため、Drが誤って捉えたとと思われる。	今後も、しっかり患者から聞き取りをする。			ゾピクロン錠10mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4529	アスベリン散10%とアスベリンDS2%、用量違いの薬剤を患者に合わせて使い分けている。体重よりアスベリンDS2%のところをアスベリン散10%で処方されており問い合わせ。変更となった。	用量違いの薬剤を使い分けており処方箋入力時の選択ミスと考える。	調剤者・処方監査(投薬者)それぞれが用量確認を実施している。			アスベリン散10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4530	点眼薬の用法が白内障術後1日3回点眼が必要なところを、前回他院で処方されていたプロムフェナクNa点眼液0.1%に引っ張られて、1日2回点眼となっていた。	病院が変更になった際は処方箋の様式が異なっている場合が多く、そちらに気を取られてしまうので、いつも以上に用法や用量が添付文書どおりであるか確認する。	点眼液など用法を誤らないように、薬品棚へ用法を記載。			ジクロフェナクNa点眼液0.1%「ニッテン」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4531	フェノバル原末の処方について用量過多のため疑義照会。結果、フェノバル散10%製剤へ変更となった。過量投与による健康被害を未然に防いだ。	フェノバルの規格について処方医の認識不足。患者と処方医のコミュニケーション不足。	お薬手帳を活用し処方歴、服用歴把握の徹底			フェノバル原末 フェノバル散10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4532	患者さんは脳梗塞、不整脈、胃潰瘍、貧血で3年以上前から内科医院を受診していた。今年7月に心電図の異常波形がありアテノロール25mgが処方されていた。9月に胸の痛みを訴えレントゲンを撮ったところ、胸に水がたまっていると医師より伝えられ、フロセミド20mgが処方になる。その後状態は安定していました。今回投薬時に患者さんの家族に聞き取りをしたところ、また胸の痛みを発現していることを先生に話したら薬を増やすとの事でした。処方内容を確認したところフロセミド20mgのままであり、医院問い合わせでフロセミド40mg1錠に変更になる。	カルテ記載不備、処方せん発行時の入力ミスが推定されます。	薬局では毎回患者さんの体調の変化を聞き取りしたうえで処方内容の確認、併用薬のチェック、薬服用後の副作用の有無の確認、残薬の確認を行い患者さんに患者さんに適正な薬が処方されているか確認しています。処方内容に疑問点があれば速やかに病院・医院に問い合わせをして確認するようにしています。			ラシックス錠40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
 (事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4533	当薬局に定期的に来局されている患者が容態急変し、救急搬送。肺に水が溜まっているということで、定期の薬剤に利尿薬が追加となった。アルダクトンA細粒10%1mg1日1回朝食後で処方されていた。患者の家族に確認したところ、医師から、溜まった水を出す薬を追加するとの説明はあったが、細粒か錠剤かの説明まではなかったとのことであった。アルダクトンA細粒10%1mgを原薬量とすると、製剤量は0.01gとなり、効果を求めるには用量が少ないと考え、処方医に電話で疑義照会した。その結果、アルダクトンA錠25mg1錠に変更となった。	薬剤の選択で、アルダクトンA錠25mg1錠と入力するところ、アルダクトンA細粒10%を入力したことにより、1錠ではなく1mgと入力したようだ。	散薬が処方されたときは、原薬量、製剤量の計算を慎重に行うとともに、処方箋に記載された用量が適切であるのか、処方監査を慎重に行う。			アルダクトンA細粒10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4534	メブチン顆粒の量が体重14kgに対して24kg量で処方されていた。問い合わせをしたところ1日量が半分の量に減量された。	メブチン顆粒とメブチンドライシロップの量を間違えたのではないかと考えた。	体重に対しての量を添付文書で毎回確認する。			メブチン顆粒0.01%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例(ヒューマンエラー、ヒューマンファクター)
(事例の区分: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4535	透析を主とする医院からの処方箋が薬局に持ち込まれ、炭カル錠500mgが処方されていた。この患者は従前大学病院の腎センターにかかっており、今回処方されたものとはほぼ同内容の処方が継続的に処方されていたことがお薬手帳より判明した。炭カル錠は制酸剤としての適応しかなく、同成分のカルタン錠であれば高リン血症の適応があるので、念のため問い合わせをした。その結果、この患者は透析患者なので高リン血症対策としてのカルタン錠を処方するつもりであり、炭カル錠をカルタン錠に変更するよう指示がありました。薬局ではカルタン錠のジェネリック医薬品である沈降炭酸カルシウム錠500mg「三和」にて調剤した。	同成分であり、なおかつ薬剤の読みが「たんかる」と「かるたん」なので音が似ており、聞き間違い、言い間違いが起こりやすいことが原因の一つと思われる。また、処方医が適応症を逆に理解していた可能性もある。あるいは、今回の処方は従前の病院から引き継いだ形であり、処方の際にお薬手帳にある内容をそのまま入力し、処方薬ひとつ1つまでその適用を確認していなかった可能性も考えられる。	今回処方せんを出した医院は透析を主としているため、確認する契機があったケースと思われる。一般名はどちらも「沈降炭酸カルシウム錠」であるため、それが制酸剤または高リン血症用のどちらの適応症で処方されているのか明らかでない場合、お薬手帳や患者からの聞き取り、あるいは処方医への問い合わせによりその都度確認する。			炭カル錠500mg 「旭化成」カルタン錠500	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
4536	体重55kgの方にリクシアナOD錠60mg処方あり疑義照会にて30mgへ減量となった。	体重60kgにより投与量が変わるため体重の確認を確実にし投与量が過剰にならないようにしていくことが重要である。	検査値欄に体重が明記されているので、体重の関与する薬剤についてはよく確認することを徹底している。			リクシアナOD錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例