

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1	月曜日に新規患者の処方箋が9:00に到着。患者には午後、お渡し予定。担当薬剤師が、処方せんを確認し在庫ないため「アモキシサンを発注」と事務に伝えた。その齋、聞き取れず、処方せんをみて確認するべきところを、お薬情報を見て「アモキシシリン」を棚からピックしてしまった。この時、パソコン入力も「アモキシシリン」と間違えて入力されていた。一包化をする際、担当薬剤師が、入力ミスとピックミスに、気が付き、訂正した。	新規に扱うお薬で類似名が既に在庫にある場合、処方せんのコピーなどに赤い字で注意を喚起する為、注意と書くようにする。	類似名が、処方される方に薬歴に注意する「薬品名」を付箋などで見やすく貼る	アモキシサンカプセル10mg	アモキシシリンカプセル250mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA医療安全情報No.51の改訂を予定しているところである。
2	レルベアの100と200の入力ミス。	薬局が混んでいて気持ちが焦っていた。	慌てずに入力後、再度内容があっているか確認する。	レルベア100エリブタ30吸入用	レルベア200エリブタ30吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
3	レルベア200エリブタ30吸入が処方されていたが100エリブタ30吸入を調剤してお渡ししていたことが投薬後発覚。すぐに電話して確認。吸入はまだしていないとのことで謝罪して正しい薬剤に交換に伺った。	外観が似ており2剤が横に配置されていたため、確認不足で調剤してしまった。監査でも通り抜け患者さんと確認したが、いつも出ている薬剤の為、よく見ていなかった。	規格違いがの配置に近い場合は違いが分かるように注意喚起をつける。監査時は規格、用量確認後にチェックをつける。	レルベア200エリブタ30吸入用	レルベア100エリブタ30吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4	イクセロンパッチ9mgを間違えてニュープロパッチ9mgで渡した。後日、薬局の在庫数の不一致から発覚し、ニュープロパッチ9mgは使用前だった。	10月15日処方のイクセロンパッチ9mgを間違えてニュープロパッチ9mgで渡した。10月31日に薬局の在庫数の不一致から発覚し、すぐに訪問し未使用のニュープロパッチ9mg28枚回収し、イクセロンパッチ9mg28枚と交換しました。手持ち分の古いイクセロンから順に使用して頂いたので、ニュープロパッチ9mgは未使用だった。新たにニュープロパッチ9mgが薬局で在庫することとなり、同じ貼付剤の棚に陳列したため、9mg製剤での取り間違いが起きた。	12月より医薬品の監査システム導入(メデイモニター)	イクセロンパッチ9mg	ニュープロパッチ9mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
5	前回処方が(般)ロサルタンK・ヒドロクロロチアジドHDであったが、今回処方(般)カンデサルタン・ヒドロクロロチアジドHDに変更になっていたことに気が付かず入力され、そのまま調剤・監査してしまった。	一般名処方で今回変更された処方も、同一成分ヒドロクロロチアジドの合剤であったため前回と同じ処方と思い込み、見落としてしまった。	一般名処方の類似する成分名の合剤については、薬剤名及び有効成分もその都度きちんと確認する。	(般)カンデサルタン8mgヒドロクロロチアジド6.25mg	プレミネント配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
6	処方せんをFaxで受け付けた。処方せんには【般】クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠 4錠 1日2回 朝夕食後と記載されていた。薬剤師A(職種経験年数11年)はクエンメット配合錠を調剤するところ誤ってクエン酸第一鉄Na錠を調剤し、鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが、処方薬のクエンメット錠ではなく、クエン酸第一鉄Na錠が調剤されていることに気づき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはクエンメット錠を正しく調整し、再度、薬剤師Bが鑑査した。鑑査で誤りに気付いた為、患者には正しい薬を交付した。	一般名処方【般】クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠との記載で、名称が似ているクエン酸第一鉄Na錠と間違えてしまった。また、調剤していた時間が薬局内が混んでいたため焦りがあった。	薬袋に薬品名を記載するとともに、調剤者がピッキング後、鑑査に回す前に薬剤の再確認を徹底することとした。また調剤室に名称類似品ありの表示を付けて、取り違い防止の注意喚起をした。	【般】クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠	クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
7	処方箋入力時、類似名称医薬品で入力してしまい監査時そのまま気が付かず通ってしまった。薬剤交付時、少し違和感を覚えたため、先生と相談しながら塗布していただくよう説明しお渡ししたが、成分が違うことに気が付かなかった。後日、調剤録点検時に間違いに気づき本人に連絡し、交換する	処方箋入力時の類似名称医薬品の入力ミス。	処方箋入力時、投薬時、複数人での確認頻度を増やす。類似名称医薬品がある薬ということを再認識する。患者様のお話をよく聞きしでお渡しするようにする	【般】クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「タイヨー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
8	閉局間近に、他病院の処方箋をご家族が持参された。定期で服用している薬で前回と同じ内容であった。一般名でニルバジピン処方、一包化の指示あり薬剤師が薬を集め分包、別の薬剤師が監査。分包した薬剤師が薬を交付した。翌日、事務員が分包した薬のヒートが異なる事に気づき発覚。すぐに患者様宅に連絡、薬を交換した。薬はまだ服用していなかった。	閉局間近で意識が散漫になっていた可能性あり。また、薬を集め分包する際にチェックがわからず、さらに監査もすり抜けてしまった。交付する際にも確認していたはずだがそこでも見逃してしまった。錠剤の色と、薬のヒートの色で思い込みが入ったのかもしれない。	慌てず、確認を確実に行う。また取り違えがあった薬剤は薬歴に目立つ形で残し、交付前に再度注意を促すようにする。	【般】ニルバジピン錠2mg	ベニジピン塩酸塩錠2mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
9	一般名でフェルピナク軟膏が処方された。(Do処方) 普段であれば前回処方の用紙を印刷・参照して調剤するが、従業者の家族であり、始業開始前に取りそろえていたため、用紙の印刷をせず薬品を取りそろえた。外観も似ていることから誤ってスチックゼノールAをそろえたが、監査者が気づき、正しい薬品を調剤しなおした。	従業者の家族でもあり、Do処方であったために始業前に前回処方の用紙を見なくても大丈夫だろうという気持ちで取りそろえをした。	必ず前回処方を見て、比較しながら調剤・監査をするのを徹底する。特に一般名処方間違いやすいので気を付ける。	【般】フェルピナク軟膏3%	スチックゼノールA		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
10	【正】 [東洋] 半夏厚朴湯エキス細粒 【誤】 [東洋] 二陳湯エキス細粒	ピッキングの間違い。	鑑査時は薬剤と調剤指示書を並べて、仕切りながら丁寧に行う。鑑査が終わったら、最後にもう一度処方箋と調剤指示書を照らし合わせ、漏れや間違いがないか確認する。PDAが無い分、ピッキングの前後、箱を取るとき、戻す時に処方せんと照らし合わせ必ず確認する。箱を取るときは指さし確認をする。取り揃えが終わったら処方箋と照らし合わせて、全て揃っているか、間違いがないか確認する。漢方メーカー分包品は薬剤名・用量確認後、付帯する記号・番号、色調を確認する。目の前の処方せんに集中する。	(東洋) 半夏厚朴湯エキス細粒	(東洋) 二陳湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
11	他薬局にて服用している処方せを、初めてこの薬局に持ってこられた。一般名処方の普段配置していない薬だったので、代替品で対応することにして、調剤、投薬した。処方せは成分単独品だったのに対して、配合錠を投与してしまった。すぐに患者様に連絡を取って、説明し、薬の交換をお伝えした。	夕方の方を立て込んでいる時間帯で、投薬に追われていた。よく来る一般名の薬と、思い違いが起きてしまった。	新しい処方せの時、もう一度一般名薬品の確認を怠らないようにする。	d-クロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠 6mg 「武田テバ」	ベタセレミン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
12	一般名で記載されており、レセコンで検索すると、配合錠も一緒に出てくる。選択ミス。入力で間違えた薬を入力し、入力内容を見て調剤をしたため、間違えた薬を投与した。	処方箋をみて調剤しなければならぬところ、入力データーをみて調剤した。	処方せん調剤の徹底。2次元バーコードのある処方箋は必ずそちらを使用する。(FAXは読み取れないため、今後の課題)	d-クロルフェニラミンマレイン酸塩錠 2mg 「武田テバ」	ヒスタブロック配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
13	システム障害で起動できず、旧レセコンを金額計算などで一時的に代用として使用していた時に発生。一般名処方で「d-クロルフェニラミンマレイン酸塩錠2mg」の記載があり、「d-クロルフェニラミンマレイン酸塩錠2mg「武田テバ」」で調剤しなければいけないところ、「ヒスタブロック配合錠(ベタメタゾン・d-クロルフェニラミンマレイン酸塩配合剤)」で調剤して投薬。サーバーが復旧し、改めて事務が処方を入力した際、旧レセコンで入力した処方と異なっていたので、今回の過誤が発覚。	サーバー障害時に発生したので、重量鑑査・処方鑑査が出来なかった。サーバー障害が発生するよりも前に処方入力していたが会計時に障害が発生、会計するために旧レセコンで再度入力し直したり、薬局が混雑していたり、「どこで誰が何をしているのか」を把握出来なかった状況で発生。処方箋には一般名で「d-クロルフェニラミンマレイン酸塩錠2mg」と記載されていたが、処方箋の確認を怠り、知識不足でヒスタブロック配合錠(ベタメタゾン・d-クロルフェニラミンマレイン酸塩配合剤)を誤ってピッキング。旧レセコンでの処方入力の際、医薬品を検索してもマスタ登録がないので出てこず、また繁忙時間帯だったので薬剤師が調剤した医薬品を見てそのまま入力。	処方箋に記載された一般名と実際にピッキングした薬を、疑いの目を持って確認する。一般名がわかりにくい名称の医薬品に関して、正しい知識を身につける。繁忙時間帯であっても、レセコンに医薬品のマスタ登録がなかったら必ず検索してマスタ登録を行ってから処方入力する。(ピッキングした医薬品を基にして処方入力しない)【ヒスタブロック配合剤の取り違いに注意】と登録し、事務、薬剤師ともに今回の事例共有を行い、再発防止の周知徹底を行った。	d-クロルフェニラミンマレイン酸塩錠2mg「武田テバ」	ヒスタブロック配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
14	d-クロルフェニラミンマレイン酸塩錠2mgが処方(粉碎)されている所にスピロノラクトン25mgがピッキングされた上に粉碎調剤されていた。監査の段階で初めて間違いが発見された。	2種類の薬剤は名称も企画も全く違うものだが、調剤棚の位置が上下と近かったため取り違えたものと思われる。	ピッキングした時間が忙しい時間帯だったものと思われるが、その後粉碎調剤の段階でも気づかれずにそのまま粉碎してしまった。処方箋と薬剤をしっかりと見合わせて確認していれば防げた事例かと思われるので、再度2度チェックするように徹底していきたい。	d-クロルフェニラミンマレイン酸塩錠2mg「武田テバ」	スピロノラクトン錠25mg「TCK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
15	一般名処方から液剤で冷所に保管しているものの取り違い	繁忙で確認が不十分であった為	一般名から商品名に変換してから調剤するようにする	D-ソルビトール経口液7.5%「コーワ」	ラクツロースシロップ6.5%「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
16	FAD腸溶錠5mgでの処方のところ、入力、印字等は10mg錠で渡してしまった。薬剤は処方通り5mgでお渡し済。	半年ぶりに来局。一部前回とDo処方。すでにFAD10mg規格は出荷停止中により在庫なし。すでに採用品はFAD5mgのみ。しかしレセコン入力時にそのまま10mg規格のままDo入力。監査時は処方せん通りFAD5mgでは監査済みでしたが薬袋の確認を怠ってしまい、入力、印刷等は誤ったもので渡してしまった。	連休の合間で多忙時であったのは確かですが、焦りにより監査を一部怠ってしまった。薬はしっかり処方箋にて確認は徹底していますので、印字の誤入力に関しては投薬時にも薬情を確認するなど2重のチェックができるよう努めたいと思います。	FAD腸溶錠5mg「わかもと」	FAD腸溶錠10mg「わかもと」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
17	L-アスパラギン酸カルシウム200mg 112錠調剤のところ、100錠あやまって マグミット250mgで調剤し、患者様が 服用してしまった。いつももらっている 薬で患者様は違いに気が付いたが、そのま ま飲んでた。来局時に、違うものが入っ ていたと患者様の申し出があり、飲み終 わったシートを見せてもらって間違いが判 明	100錠シートの包装が酷似していて、調剤 時、監査時発見できなかった。薬棚の位置も 近く、棚から落ちた時に戻す場所を間違えた と思われる。	薬棚にインシデントがあったことを表記し、 棚位置を離れた	L-アスパラギン酸C a錠200mg「サワ イ」	マグミット錠250m g		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
18	Lアスパラギン酸カルシウムの実在庫数 が、コンピューター在庫と違って発 覚。施設入所中の方で、1包化してセット してある分は、服用してしまっ。気づい た時点で、正しいものをセットし直しまし た。今のところ体調不良はない。施設のス タッフとケアマネと患者家族に謝罪しまし た。処方医にも連絡しました。	人事異動して来たばかりで、薬剤師が不慣れ だったのと、ピッキングと1包化した時にも 気づかなかった。1包化鑑査のときも気づけ なかったことが重なってしまった。	1人、1人が責任を持ち、確認し、調剤する。 集中したいです。	L-アスパラギン酸C a錠200mg「サワ イ」	L-アスパラギン酸K 錠300mg「アメ ル」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
19	「一般名」サリチル酸メチル等配合パップ 10g(非温感)が処方されていたが、処 方入力の際に誤って「一般名」サリチル酸 メチル等配合パップ10g(温感)から MS温シップ「タイホウ」で入力してし まった。調剤、監査も気づけずに交付時に 患者から指摘をうけたことで誤りに気付 き、誤りをお詫びし訂正しMS冷シップ 「タイホウ」を交付。	繁忙だったこともあるが、処方箋の非温感と 温感を見間違えてしまったことが挙げられ る。	成分名、剤形、規格等の確認を怠らない。	MS冷シップ「タイホ ウ」	MS温シップ「タイホ ウ」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
20	SM散の処方がありつくしAM散で調剤して お渡し。3日後の棚卸でSM散がマイナス在 庫になっており気づく。医師に電話したと ころAM散に変更で問題ないとのこと。患 者にも何度も電話したが結局繋がらなかつ た。	つくしAM散の在庫しかなかったこともある がそのままスルーしてしまった。	調剤・監査・投薬時にしっかり処方箋と薬剤 の付け合わせを行う。	S・M配合散	つくしA・M配合散		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
21	アーチスト10mgをアテレック10mgで渡してしまう。患者さんよりいつもと違うのが入っているとの電話で発覚する。すぐに交換する。	混んでいたため再度チェックを怠り、いつも患者さんでほかの話になり、きっちりと一緒に確認していなかった。アテレック10mgがよく使われていたため処方箋の確認不足	薬歴のポップアップするところに「アーチストを間違わないように」と記載し入力時にわかるようにした	アーチスト錠10mg	アテレック錠10		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
22	アリピプラゾール、アーテンの処方箋を患者様が持参された。調剤者がアーテンをピッキングしようとしたところ、アーテンの箱の中にプロマゼパムが混じっていることに気付く。薬剤お渡し前に発見したため被害はなかった。	医薬品を箱に戻す際にダブル確認を怠った。監査システムを使用しなかった。	一度出した医薬品を箱に戻すにはかならずダブル確認を行い、監査システムを使用する。	アーテン錠(2mg)	プロマゼパム錠2mg 「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
23	アイファガン点眼液を調剤するところを、アイラミド配合懸濁性点眼液を調剤した。最初の2文字しか見ていない。	以前、アイファガン点眼液を置いていた調剤棚に、今、アイラミド配合懸濁性点眼液を置いているため、最初の2文字だけしか見ていないのと、無意識による行動が原因と思われる。同僚の行動が早いため、早く調剤をしないといけないという心理的なあせりが多々見られる。	落ち着いて調剤するように、周りが声かけをして、本人の意識が変わらないと、こちらとしては、どうしようもないが、声かけを増やしていく	アイファガン点眼液 0.1%	アイラミド配合懸濁性 点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
24	新しく開封した点眼液にて、朝1回点眼したところ、違和感があった為、点眼薬の名称を確認したところ、常用点眼薬と違うことが分かった。	名称と容器が、類似していたため、思い込みによる調剤を行った。	複数薬剤師による監査を徹底する。当該医薬品の配置場所を、離す。	アイベータ配合点眼液	アイラミド配合懸濁性 点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
25	定期的に来局されている方。これまではアイファガン点眼液を使用されていたが、今回の処方からアイラミド配合懸濁性点眼液へ変更されていた。レセプトコンピューターへの入力の際、その変更に気づかず、前回通りアイファガン点眼液のまま入力が行われ、入力ミスに気づかず調剤、鑑査、投薬が行われた。投薬時、眼圧が高いままであること聞き取ったが、薬は変わってないですと伝えてお渡し。ご本人からは、医師から処方変更の説明があったとの話はなく、違和感を持たなかった。翌日レセプトチェックの際に間違いが発覚、患者様に連絡し正しいものと交換した。	・繁忙による焦りから入力の確認、処方箋と実物の確認がおろそかになった。 ・処方に点眼液が3種類あり、それぞれの点眼液に対応するビニール袋が分からず、監査をしながら点眼とビニール袋の組み合わせを考えてしまい、注意が散漫だった。 ・名称が類似しており、間違いに気づけなかった。	・処方箋、入力、医薬品を照らし合わせは、落ち着いて行う。他のことを考えながら行わない。 ・病態の変化の有無をしっかりと聴取し、変化があった場合は処方内容との整合性をきちんと確認する。	アイラミド配合懸濁性 点眼液	アイファガン点眼液 0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
26	処方にてアイラミド配合点眼液が出されていたが、調剤、交付時にアイファガン点眼液を間違えて交付。患者の家族が発見して薬局に連絡をもらい発覚。	目薬ビニールにはいった状態で交付しているが、点眼の容器の形状が似ているため思い込みで正しいと思って投薬。	交付時に目薬ビニールの中身までしっかりと名称を確認してから投薬	アイラミド配合懸濁性点眼液	アイファガン点眼液 0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
27	尋常性ざそうで通院 アスタットクリーム1%が20g処方される抗真菌剤が処方されていたため、疑問に思い疑義照会を実施。処方内容がアクアチムクリーム1%20gに変更される	処方医院での入力ミス頭文字のアと規格の1%を目視し入力を進めたとと思われる。	文字列・規格が似ている薬剤はより一層注意をして監査を行う	アクアチムクリーム 1%	アスタットクリーム 1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
28	処方ではアサコール400mgが処方された患者。全量360錠処方された。100錠のピロー包装はカセット下の引き出しに在庫を保管しているため300錠を在庫置き場からピッキングした。端数分60錠はアサコールのカセットから取り出そうとしたところ、1段下のアザルフィジンEN錠500mgをピッキングしてしまった。ミスゼロ子&reg;(レセコン入力した内容とピッキングした薬剤のバーコードを照合するシステム)は端数のPTP(アザルフィジンEN錠500mg)で読みこんでいたため、照合時に過誤に気づくことができたためアサコール錠を取り直した。	繁忙時に急いでおり、上下段で薬を取り違えてしまった。カセットの確認、調剤したPTPの目視確認が不十分だった。	カセットに入りきらない分を在庫置き場などに保管し、2か所から薬を取る場合はどちらもゼロ子を読んで正しいものであることを確認する。また基本的なことではあるがカセット、薬品の目視確認を徹底する。	アサコール錠400mg	アザルフィジンEN錠 500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
29	アザルフィジンEN錠が処方されたところ、サラゾスルファピリジン錠でお渡しした	日医工問題で在庫不足になり、急遽在庫した際に間違えて在庫してしまった入庫担当の者と監査者が同一人物だったため気付かずに投薬してしまった	腸溶錠、普通錠等の似ているが適応が違う薬品について薬局内で確認し、貼りだした新規ジェネリックの採用の際に管理薬剤師、薬局長で確認することとした	アザルフィジンEN錠 500mg	サラゾスルファピリジン錠500mg「タイヨウ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
30	一包化作成した物をバラシて再度分包機のカセットに戻す時に外観が似ていて間違えて戻した事に気づかなかった	一人薬剤師でありカセットに戻す時に他の人に確認できない	事務員でも良いので確認してもらう	アジルバ錠20mg	タケキャブ錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
31	アジルバ錠20mgが処方され、薬剤師がピッキングを行っていた。棚にバラの薬剤あり分包されていた。中身を見ると外観が似ているタケキャブ錠20mgが入っていた。タケキャブ錠とアジルバ錠の薬剤戻す場所を間違えていた。	外観がよく似ていた。アジルバ錠が比較的多くでもありよく確認していなかったことも要因	バラ薬剤は元の位置に戻す際は正しい位置か複数回での目視と声だして確認徹底する。	アジルバ錠20mg	タケキャブ錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
32	松葉づえで患者来局し薬局には入れず外で立ったまま待たれていた。アスコルビン原末1g/痛いとときで処方されていたため、骨折時の骨癒着促進目的と思われたが痛いときの頓服に疑問を感じた。アスコルビン原末在庫なく、患者が足が悪いため取り寄せに時間がかかるよりは在庫している同効薬への変更を依頼してみることにし、疑義照会にてハイシーであれば骨折の癒着促進の効果があることを説明し変更依頼と頓服でいいのか確認した。Drより骨折ではなく痛風発作でコルヒチンを処方したつもりだったと説明があり、骨折ではなかったことが発覚し、処方訂正となった。	院内でコルヒチンを「コル」で検索したところアス「コル」ピンがヒットしたと思われる。調剤室からは松葉杖姿の患者を診て骨折してると思い込んでしまった。処方変更のため疑義したが、薬を取り寄せしていれば気づかずそのままお渡ししていた可能性があったと思われる。投薬時に患者情報を収集できていれば回避はできたものの、用法に疑問を感じるなど違和感があるときも疑義障害する必要があることを再認識した。	新しい薬が出たときは症状をしっかり確認し、当然のことではあるが用法など違和感がある場合もしっかり疑義照会を行うよう徹底する。	アスコルビン酸* (山善)	コルヒチン錠0.5mg「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
33	平素より当薬局利用75歳女性患者。総合病院内科、泌尿器、整形外科定期受診継続。整形外科受診により、骨粗しょう症治療薬とともに今処方よりカルシウム剤追加となる。レセコン入力アスパラカリウムとなっており、調剤監査システムにてミス発覚。	繁忙時間帯にてレセコン入力確認前に調剤してしまった。	繁忙時間帯においてもレセコン入力を確認してから調剤を徹底する。	アスパラ-C A錠200	アスパラカリウム錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
34	以前から来客されていた患者にが持って来た処方せんに、L-アスパラギン酸Ca錠200mg 3T、分3、11日分とあった。その患者には初めての薬であった。アスパラCa錠200のところを、誤って、アスパラカリウム300を調剤し、鑑査もそのまま通り抜けてしまった。患者に投薬してから、薬歴を記入しているときに、調剤過誤に気付いた。患者に連絡を取ったところ、まだ薬は服用していなかったため、アスパラCaを届けて、アスパラカリウムは持ち帰った。	普段から、アスパラカリウムはよく出ている薬であったので、処方せんに、アスパラギン酸と書いてあったのを見て、アスパラカリウムと早とちりしてしまった。	処方せんの内容は必ず最後まで目を通すこと。	アスパラ-C A錠200	アスパラカリウム錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
35	一般名処方でLアスパラギン酸K300mg アスパラカリウム錠300mgを調剤すべきところLアスパラギン酸Ca200mgで調剤、鑑査し、投薬してしまいました。投薬後薬歴記載時に間違いに気づき電話し、すぐに交換したため健康被害はなかった	一般名が似ており、門前の病院が整形外科でLアスパラギン酸Caをよく調剤するため、思い込みにより間違えた	Lアスパラギン酸Caの棚に、目立つ付箋でLアスパラギン酸Kと注意と書いて貼り付けた	アスパラカリウム錠300mg	L-アスパラギン酸Ca錠200mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
36	本患者の家族が処方箋を持参し来局。アスパラカリウム錠が処方されていたところを、事務員が誤ってアスパラCa錠200mgを調製。鑑査者の当局薬剤師が間違いに気づき再調製し、患者へアスパラカリウム錠をお渡しした。	医薬品の名称類似による間違い。また、調剤室の棚が五十音順で並んでおり、今回の処方薬と間違えた薬剤が隣り合っていたことも原因の一つだと思われる。	今回の事例を薬局で周知し、調剤棚に注意書きを提示した。	アスパラカリウム錠300mg	アスパラ-C A錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
37	処方名アスパラカリウムの記載のところ、アスパラカルシウムで調剤。高齢者施設に入居者。一包化で調剤。	一包化の一連の業務の流れの中で、カリウムの記載をカルシウムと勘違いして調剤してしまう。一包化されていたため、鑑査でもカルシウムと勘違い。	一包化の調剤が流れ作業とならないよう注意し、処方内容を常にチェックしながら行うこと。カリウム剤が分包できないことの周知。入力情報の確認等処方情報のチェックを怠らないこと。情報を常に共有すること。	アスパラカリウム錠300mg	L-アスパラギン酸Ca錠200mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
38	アスパラカリウム300が処方されていたが、誤ってアスパラCa錠200を調剤し、鑑査者に渡した。鑑査者が気づき、調剤者に伝えた。正しく調剤しなおした。	最初のアスパラの4文字を見て判断したものと思われる。その後再確認せず鑑査者に渡したものと考えられる。	処方箋の名前、用法用量、錠数の確認の徹底スタッフ間での注意喚起を行った。	アスパラカリウム錠300mg	アスパラ-C A錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
39	アスバラカリウム錠が2錠分2から1錠分1へ減量となり、14錠から7錠へする際に10錠を戻し3錠を取っていたつもりが、3錠はトラネキサム酸だった。家族様が気づいてくれ、持ってきてくださったのですぐに交換しお渡しした。	ヒートの外観が似ており、確認不足できちんと監査できていなかった。	外観が似ているため、確認を怠らないようにする。	アスバラカリウム錠300mg	トラネキサム酸錠250mg「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
40	カリウム錠とカルシウム錠の取り換え。	一般名処方最初のみを見ていたことと、調剤前にL-アスパラギン酸Ca200mgの補充をしていたこともあり、カルシウム錠に意識がいったしまった。	最初に処方箋コピーにアスバラカリウムとメモ書きしてあるものでピッキングを行っている。	アスバラカリウム錠300mg	L-アスパラギン酸Ca錠200mg「トローワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
41	一般名処方アセトアミノフェンシロップ用40%0.3gで処方あり。当薬局の在庫はカロナール細粒20%と50%があり。カロナール細粒20%0.3gで入力し調剤したが、規格の違いに気づき患者へ渡す前に訂正。	普段処方されることのない規格であったため、思い込みがあった。	数種類の規格があることを頭に入れておく。	アセトアミノフェンDS40%「三和」	カロナール細粒20%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
42	アセトアミノフェン坐剤小児用200mg「JG」とテレミンソフト坐剤2mgを場所は違うが同じ冷蔵庫に入れていた。冷蔵庫のドアを閉めたはずみでテレミンソフト坐剤(2)がこぼれた(箱はそのままの位置で5個つづりの分が数個こぼれた)。こぼれたその位置がアセトアミノフェン坐剤小児用200mg「JG」の真下だったので確認しないままこぼれていた分をアセトアミノフェン坐剤小児用200mg「JG」の箱の中に入れてしまった。	色の似ている坐剤を同じ冷蔵庫の中に入れていた。思い込みで確認せずに箱の中に入れてしまった。	テレミンソフト坐剤(2)を別の冷蔵庫に移動した。	アセトアミノフェン坐剤小児用200mg「JG」	テレミンソフト坐剤2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
43	アセトアミノフェン500mg一般名処方を、アセトアミノフェン500mg「マルイシ」で調剤したときに、メトホルミン500mg「ニプロ」が混在していました。後日患者本人が薬品をセットする時に、シートの違いに気づいて来局しました。	剤形とシートの色が酷似しており、ピッキングを誤った。バーコードチェックをしていたが、薬品が重なっていたため、混在に気づかなかった。改善策として、類似する剤形、ヒート包装のものを場所を離すこと、投薬時に表面だけではなく、シートの確認もすること。	類似薬の収納位置を変更。調剤監査、投薬時にシートの確認をする。	アセトアミノフェン錠500mg「マルイシ」	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
44	アゼルニジピン錠8mgカンデサルタン錠8mgで調剤。監査時に気づき調剤し直す。	8mgに気を取られており、薬剤名の確認を怠った。	処方箋の薬剤は薬剤名、規格ともに確認を怠らない。」	アゼルニジピン錠 8 mg 「NPJ」	カンデサルタン錠 8 mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
45	アゾセミドの薬棚にフロセミドを間違えて入れていた。分包の予製が終わり、監査していて間違えている事に気が付いた。	薬棚に薬を戻す時に間違えて戻した。名前もよく似ている。	薬棚に薬を戻す時にダブルチェックを徹底する。	アゾセミド錠 30 mg 「JG」	フロセミド錠 20 mg 「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
46	本患者が処方箋を持参し来局。アゾルガ配合懸濁性点眼液が処方されていた。当局事務員が誤ってアゾテシン点眼液0.02%を調製。監査者が誤りに気づき、正しいアゾルガ配合懸濁性点眼液を調製し患者へお渡しとなった。	名称類似による薬剤の取り間違いであった。	今回の件を周知し、ミーティングを行った。	アゾルガ配合懸濁性点眼液	アゾテシン点眼液 0.02%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
47	【般】ニフェジピン徐放錠10mg(12時間持続)を含む処方箋を受付。調剤者がニフェジピンCR錠10mgで調剤。入力者が、調剤者の薬に合わせてニフェジピンCR錠10mgで入力。投薬者は、他の薬剤師に監査してもらわず、アダラートからニフェジピンにジェネリックに変更となったかと思ひ、そのことを患者様に説明。患者様は普段は娘さんが代理で来られるが、この日は息子さんを取りに来られていて、あまり詳しいことは分からず、説明されたものが正しいかと思ひ、受け取った。	多忙の時間で重い処方ではあったため、落ち着いて投薬することができなかった。  また、いつもなら他の薬剤師に監査してもらおうが、監査してあるものと思ひ、監査印が押されていないのを確認することができなかった。また、一般名処方であると、12時間作用型か24時間作用型でLとCRに対応し、変換しなければならない。12時間作用型をCRで出すと過量摂取になり大幅な血圧の低下を招き、重大な健康被害を招く可能性が高い。間違いやすいし、間違えた後のリスクが大きい。しかし、ニフェジピンCR錠であれば、1日1回製剤なので、1日2回で調剤されているときにおかしいと気付くこともできる。薬歴をしっかり読んで投薬すれば、ここで変更になっている理由が不鮮明であることも気付くところはあった。今後はニフェジピンの一般名処方間違いやすいし、間違えた後のリスクが大きいことを自覚し、ニフェジピンの一般名処方きたらよくチェックするように努める。	薬歴に間違えないように大きく付箋を貼る。	アダラートL錠 10 mg	ニフェジピンCR錠 10 mg 「NPJ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
48	一般名処方にて、ニフェジピン(12時間)とニフェジピン(12~24時間)を勘違いして入力、調剤した。一人薬剤師の時間帯だったためダブルチェックが行われず、投薬中に判明した	一般名類似のため	PCの一般名処方選択時の欄を広げ見やすくした	アダラートL錠 20 mg	アダラートCR錠 20 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
49	当薬局を平素から利用している患者様が処方箋を持って来局された。アダラートL20mgが処方されていたが、事務員が入力時にアダラートCR20mgで入力した。調剤時に入力ミスに気づき訂正を行った。	普段から処方の多いアダラートCRと誤って認識していた為に起こった入力ミス。12時間と24時間の表記の確認を怠ったために起こった入力ミス。	再発防止の為に、間違いやすい名称類似の医薬品の確認をスタッフ全体で行うとともに、入力時の最終確認の徹底をする。また、本事例を局内で共有し、再度起こらないように注意喚起を行う。	アダラートL錠20mg	アダラートCR錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
50	医薬品件数の多い処方にてアテノロール錠25mg「トーワ」1錠が処方されていたが、アロチノロール錠5mg「トーワ」をピックアップした。	急いでいて、しっかり医薬品名を確認せず、アロチノロール錠5mg「トーワ」が処方されていると勘違いしてピックアップした。	監査に渡す前に、処方箋の薬の名前と規格を指さし確認して、実際に集めた薬と同じか確認する。	アテノロール錠25mg「トーワ」	アロチノロール塩酸塩錠5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
51	一般名で処方ピックアップするときに名前が似ていたため間違った	似ている薬は陳列するときに目立つようにする	口に出して確認するようにした	アテノロール錠25mg「トーワ」	アロチノロール塩酸塩錠5mg「DSP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
52	アテノロール25mgを出さなければいけないところをアロチノロール10mgを間違えて出した。	日頃、めったに使わない医薬品だったので焦りも生じて、在庫にあったアロチノロールをとっさに出した。	落ち着いて確認するべきでした。	アテノロール錠25mg「ファイザー」	アロチノロール塩酸塩錠10mg「DSP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
53	処方ではアテノロール錠50であったが、ピックアップされていた薬はアロプリノール50であった。監査者も一度は見逃したが、薬袋に入れる際、薬袋記載のメーカー名が「Nikp」であったため、間違いに気づく。	名称が似ていたのと、規格も同じであったために間違えてしまった。	ほかにもアロチノロールも似ているので注意が必要と話し合った。メーカーが違うので入力との比較も徹底する。	アテノロール錠50mg「Nikp」	アロプリノール錠50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
54	アテノロール50mgの処方を間違えてアロチノロール5mgを患者さんに投薬しそうになった。	処方せんを一瞬しか見なくて薬剤を取ってしまった。	処方せんをじっくり何度も見て確認し他の薬剤師にもチェックしてもらう。	アテノロール錠50mg「Nikp」	アロチノロール塩酸塩錠5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
55	処方内容入力時に吸入薬の規格が前回処方と変更になっていたが前回処方のデータを使って入力し規格変更を行っていなかった。	処方箋内容の確認不足	処方箋内容を薬剤名だけでなく規格も含め必ず確認する。DO処方の時も注意を怠らない。	アドエア250ディスク28吸入用	アドエア500ディスク28吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
56	アドエア50エアゾール120吸入用が処方されていたが、フルタイド50エアゾール120吸入用を取り揃えてしまった。	電話対応をしながら調剤を行ったことによる確認不足。	調剤を行う際、作業中の業務は一度中止、もしくは終えてから行う。難しい場合は、他のものをお願いする。	アドエア50エア-120吸入用	フルタイド50μgエアゾール120吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
57	ご本人よりアトーゼット配合錠LDではなくロソーゼット配合錠LDが薬袋の中に入っていたと電話があり発覚。薬局にて本来お渡しするはずのアトーゼットとロソーゼットを交換した。薬剤の服用はしていなかったため、健康被害はなかった。	タイムプレッシャー、薬剤名類似のため間違えて投薬してしまった。	名称類似の薬剤は鑑査の際に再度確認し、投薬の際に患者様と薬の内容を確認してお渡しする。	アトーゼット配合錠LD	ロソーゼット配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
58	タンナルピンとアドソルピンの混合を定期的に持っていき患者様がいて普段通り調剤していました。調剤が終わり箱に戻す時に反対に入れてしまい次の調剤する時に間違えて調剤してしまいました。色の違いで間違えに直ぐに気付き事なきを得ました。	ベテランの薬剤師で2種類しかないと安心してしまい間違ってしまったと思われます。	箱から出す時も箱にしまう時も二人一組でするようにしました。	アドソルピン原末	タンナルピン「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
59	一般名処方で「アトモксеチンカプセル10mg」という処方に対して、アモキシカプセル10mgを調剤してしまった。	メンタルクリニックからの処方で10mgの規格。ぱっと見でアモキシカプセルを連想して調剤してしまった。	週末の夕方、一化や納品などいろいろな業務が重なり、処方箋に対して注意散漫であった。どんな状況でも処方箋をしっかりと確認して、調剤したあとも処方箋と薬を確認。年齢と薬の量が適正量であるかを確認。いろいろな情報に惑わされないようにすること。	アトモксеチンカプセル10mg「アメル」	アモキシカプセル10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
60	施設の一時保護所の担当看護師様より当局へ電話連絡を頂き、当該施設に所属(入所?)されている14歳患者様用の配薬(ボックス?)の中に、いつも服用されているアトモセチンと違う薬剤(アモキシサン)が混在しているのご指摘を頂戴した。その時点では誤薬(アモキシサン)は未服用であることの確認が取れている。直ちに当局にて処方内容と調剤歴を精査し、在庫の突合を実施した結果、過誤の可能性が高いと判断したため、引き続き先方へは服用停止をお願いした。そして、翌日に当局管理薬剤師が現地へ訪問、検証をしたうえで、調剤過誤と認識した。	調剤者は上記2つの薬剤は名称が似ているカプセル剤でありながら、同じ引き出しに配置されていたために調剤間違いをした。また、投薬者も監査時の名称確認や投薬時の再確認が不十分、注意力の不足、思い込みから間違いに気づけなかったと思われる。	名称が似ている2薬剤(アトモセチンカプセル、アモキシサンカプセル)は配置を変更。アトモセチンカプセルは引き出しに、アモキシサンカプセルは調剤棚に移動することで調剤時にいったん場所を確認する意識付けをするようにした。また、個々の製剤についても注意喚起のために、薬剤ラベルに印、貼り紙、適応記載、わざと取り出しにくくする工夫をすることで注意喚起を促す。	アトモセチンカプセル10mg「日医工」	アモキシサンカプセル10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
61	処方アトモセチン(25)であったところアモキシサン(25)でお渡し。その後、患者様よりいつもと飲んでる薬の色が違うと電話にて連絡あり。服薬前に来局頂けたので謝罪を行い薬の取替えを行った。	メーカー、規格、剤形のすべてが同じであったこと。	各々の薬が配置された調剤棚を放す、調剤監査時に薬情との確認を徹底する。患者様と薬を1つ1つ確認することを徹底する。	アトモセチンカプセル25mg「ファイザー」	アモキシサンカプセル25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
62	繁忙中の調剤でアトモセチン処方のところアモキシサンでピッキング。鑑査者が発見し、正しい薬と交換	調剤者が1年目より知識不足かつその日は長時間繁忙だったことによる疲れもあり間違いが起きたと考えられる	調剤鑑査機械の活用。調剤者と鑑査者を別の人が行う	アトモセチンカプセル40mg「サワイ」	アモキシサンカプセル25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
63	アトルバスタチンとアムロジピンとの取違いによる誤処方	薬剤保管が隣り合わせの為間違えて処方した点と最終監査にて思い込みによってチェック出来なかった点	保管場所の変更と最終監査の徹底	アトルバスタチンOD錠10mg「トーワ」	アムロジピンOD錠10mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
64	処方箋にはアトルバスタチン錠10mgと記載されていたが、学生が誤ってプラバスタチン錠10mgを調剤してしまった。鑑査にあたった薬剤師が処方薬のアトルバスタチン錠10mgではなく、プラバスタチン錠10mgが調剤されていることに気づき、薬剤師がプラバスタチン錠10mgを正しく調剤し、再度鑑査した。鑑査で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	アトルバスタチン錠10mgとプラバスタチン錠10mgは同じスタチン系の薬剤で、名称が似ていたため間違えた。また、患者さんが来局した時間は混んでいたため、焦ってしまった。	今回の内容を薬局間のスタッフ全員に共有し、調剤の棚でスタチン系の薬剤が近くに並んでいるため、離して並べるようにした。	アトルバスタチン錠10mg「サワイ」	プラバスタチンNa錠10mg「NS」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
65	本人来局時に薬情にシンバスタチン錠5mgと2Tとアトルバスタチン錠5mg2Tの現物を貼り付けたものを持ち込み誤っているものを交付したと確認。健康被害がないことを確認し、直ちに謝罪した。	不慣れな非常勤のヘルプの薬剤師が鑑査して投薬したことによる人間的要因。普段、鑑査システムを利用し医薬品の画像と重量の間違いがなく機械的な鑑査を行っていたが、アクシデント発生当時は鑑査システムを利用しておらず目視で鑑査したことによる人為的かつ環境的要因。ピッキングから鑑査システムの機械に通すまでの一連の作業に複数の人が絡むことにより責任の所在が曖昧になり分散したことによる要因。混雑時だったという環境的要因。朝のミスが起こりやすい時間帯での時間的要因。薬歴の内容から降圧剤の頓服の話に要点を置いて投薬したことが想定され、コレステロールの普段服用している薬剤の確認がおろそかになったと想定。	鑑査システムの機械を通さない場合は目視にて普段よりも注意して鑑査するところ、ヘルプの薬剤師だったためその連絡事項が伝わっていなかった可能性があると思定されます。混雑時ほど連絡を確実にし、鑑査システムを利用し、目視でも注意して鑑査するように業務内容を統一、確立します。	アトルバスタチン錠5mg「サワイ」	シンバスタチン錠5mg「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
66	当該薬剤師が一人で調剤し、鑑査無しで投薬した。患者帰宅後、患者本人から薬情と異なる薬が入っていると連絡がありミスに気がついた。	他の業務をしながらの調剤・投薬であったため、鑑査がおろそかになった。	必ず他の人間が確認してから投薬する。	アトルバスタチン錠5mg「サワイ」	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
67	定期薬でアトルバスタチン5「サワイ」が処方されている方にロスバスタチン5「サワイ」を調剤した。	通常処方としてロスバスタチンの方が処方されることが多く規格も同じであることから確認を怠りロスバスタチンを調剤してしまった。	思い込みによる調剤を避け、調剤後もう一度とった薬と処方薬があっているか確認をして、鑑査者に回したいと思います。	アトルバスタチン錠5mg「サワイ」	ロスバスタチン錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
68	一般名処方でアムロジピン錠5mgが処方され、当薬局の採用薬はアムロジピン錠5mg「サワイ」であるが、事務員が誤ってアトルバスタチン錠5mg「サワイ」をピッキングした。監査レンジが導入されており発見、問題はなかったが、混雑時であり、誤って患者にわたることも考えられるため、思い込みによる判断をしないよう注意を促した。	混雑時であったこと、薬剤師による監査だけではなく、監査レンジを用いた監査と二重で行っているため、慢心があり、ピッキングミスにつながっていると思われる。	思い込みによる判断をしない、また、薬品名、配合量、屋号まで必ず確認するよう注意を促した。	アトルバスタチン錠5mg「サワイ」	アムロジピン錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
69	アトルバスタチン錠5mg「サンド」で入力のところ事務が間違えてアトルバスタチン錠5mg「日医工」で入力してしまう。調剤者はアトルバスタチン錠5mg「サンド」で調剤するが交付者が入力が違うことに気が付かずそのまま鑑査しお渡ししてしまう。その後薬局された時に別の薬剤師がお薬手帳をみて気がつき発覚。	入力時思い込み。鑑査時、交付時のチェック不足	入力時に思い込みせずメーカーまでチェックする鑑査時・交付時入力のチェックもおこなう	アトルバスタチン錠5mg「サンド」	アトルバスタチン錠5mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
70	定期的に当薬局を利用している患者さんに定時薬の処方が出た。調剤・鑑査時に確認不足でいつもと違う薬剤を交付。患者さんが帰宅後に薬を見て、いつもと違う薬であることに気が付き、薬局に電話連絡された。その後、正しい薬剤を患者宅にお届けした	薬剤名、規格を見た時に思い込みで違う薬剤を調剤。鑑査時にも思いこんだまま、確認不足で交付してしまった	調剤、鑑査は可能な限り違う者が行う。お薬をお渡しする時は患者さんに薬を見せて確認してもらう	アトルバスタチン錠5mg「トーフ」	アムロジピン錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
71	一般名処方の内容に対し本人が希望するジェネリックメーカーでお渡しするところ、間違ってたのメーカーのものを入力してしまった。	一般名処方では処方せんは同じ表記だが、個々にメーカーの選択をしなければならなかったが、選択を間違えた。	患者メモにメーカー名を入力し、かつポップアップがはじめに出るように改善した。	アナストロゾール錠1mg「NP」	アナストロゾール錠1mg「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
72	アナフラニール錠10mgで調剤しなければならぬところ、トフラニール錠10mgで調剤してしまった。交付前に気づいたため、患者には影響なかった。	患者の様態は安定しており、また、これまでD0処方ではトフラニール錠10mgが出ていたため、薬剤が変更されていることに気づかず見落としてしまった。	調剤時、交付時の鑑査を徹底する。名称類似品目一覧を作成し、薬局内で周知する。	アナフラニール錠10mg	トフラニール錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
73	アナフラニール(25)が処方されていたが、トフラニール(25)をピッキング。監査者が気付いた為、投薬前に防止。	繁忙時間帯での焦りが一番の要因であったと考える。	どのような状況であっても冷静に業務を遂行するための社員教育を再度徹底した。	アナフラニール錠25mg	トフラニール錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
74	アナフラニール錠25mgが処方されていたが、ピッキング者が誤ってトフラニール錠25mgで調剤。鑑査者もそのことに気づかずそのまま患者へ投薬したところ、患者より指摘あり問題が発覚した。	当事者(薬剤師)がトフラニールの形状を誤って認識していたため、間違いに気づかなかった。	しっかりと名称を確認するようにスタッフ教育の徹底。また、ピッキングの際の確認方法を再度検討しなおした。	アナフラニール錠25mg	トフラニール錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
75	アニューイティ200をアノーロ30吸入でお渡ししてしまう。後日普段と色が違うと言われ来局されて発覚。	残薬調節も頼まれ、普段より時間がかかってしまった。調整の方に意識がいきまじい監査が甘くなってしまった。調剤も慌ててとってしまった。	名称、容量の確認の徹底。調剤したあとに再度処方箋と照らし合わせをする。	アニューイティ200μgエリプタ30吸入用	アノーロエリプタ30吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
76	土曜日、午前中の繁忙時に起こった。アバプロ錠100mg42錠処方されたがアムパロ錠100錠を取り間違えて調剤した。監査時に取り違えが発覚した。	処方箋を持たずに調剤しその後も処方箋を確認せずに調剤終了した。	最後、処方箋を見ながらチェックし調剤押印することとする。	アバプロ錠100mg	アムパロ配合錠「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
77	一般名処方にてイルベサルタン錠100mgの処方にて、患者希望にて先発医薬品のアバプロ錠100mgで入力するところGEのイルベサルタン錠100mg「DSPB」で入力してしまった。	通常の払い出しの多いGE品での慣れ、および患者先発希望の注意書きを見落としていた。	患者希望などの注意書きを再度確認するように指導。調整者もお薬手帳で気付いた際はスタッフ間でのコミュニケーションをとるように指導。	アバプロ錠100mg	イルベサルタン錠50mg「DSPB」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
78	6/29 本人が受診にて、前回の処方内容との相違に入力事務が気づく。薬剤師に、本人と薬の内容確認にて、その場では、アムパロは減量していたと確認。本人帰れらたあと、原本確認すると、入力のミスだったことが判明。	忙しい時間帯で一般名から規格変更入力したため錠数変更を見逃し変更せずに入力していた。	規格変更等ある場合は全員が周知できるようにコメントなどで表示し間違いが無いように気を付ける。合わせて前回処方内容も確認する。	アバプロ錠200mg	アバプロ錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
79	一般名処方でアマルエット配合錠1番の処方であったが、4番で入力した。	前回まで4番だったため、DO入力で気付かずスルーしている。調剤時は前回処方内容の先入観は全くなく、気づいて発見に至った。	配合錠など特殊な一般名処方のものに関しては、ミスが起こらないように特に着目すべき部分をスタッフ全員でさらに共有を深めておく必要がある。今回の医薬品に関しては、一般名処方の最後に1や4など、丁寧に番号が記載されているので、確認する部分は明確であるが再度店舗内で情報共有した。	アマルエット配合錠1番「ケミファ」	アマルエット配合錠4番「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
80	一般名処方、アムロジピン5mg・アトルバスタチン5mgの処方、アマルエット3番をピッキングしないといけないところ、アムバロ配合錠をピッキングしてしまった。	処方箋は一般名処方だが、そこから合剤の名前を考えてピッキングをするのだが、一瞬の判断で、別薬剤が頭に浮かび、それをそのままピッキングしてしまった。アマルエットにもアムバロにも、一般名処方の記載にアムロジピンが入っているの、思い込みをしてしまった。	一般名処方、特に合剤では、思い違いを起こしやすいことを認識し、スピード重視ではなくじっくり処方箋を確認しピッキング作業をやっていく必要がある。	アマルエット配合錠3番「サワイ」	アムバロ配合錠「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
81	処方箋の記載には、アマルエット配合錠4番とあったが、確認不足によりアマルエット配合錠3番を調剤した。	アマルエット配合錠に複数の規格があることを知らず調剤を行ったことが要因。	規格違いのある薬については、薬箱に「複数規格あり」、「規格違いに注意」と書いたメモを貼るなどし、調剤時、常に注意を促すようにする。複数の規格がある薬品を一覧表にし、目につくところに貼ることで注意を促す。	アマルエット配合錠4番「DSEP」	アマルエット配合錠3番「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
82	平素よりアミティーザカプセル24μg1Cap夕食後服用中の患者 2Cap朝夕食後に増量される。受付にて患者より量が増えたと聞いていたため、数量の入力は2Capと出来ていたが用法の変更をしておらず、1日1回夕食後で受け付けてしまった。監査薬剤師も見逃してしまい、間違った帳票が患者に渡ってしまった。患者帰宅後入力の見直しで気づき電話連絡、正しいものと差し替えた。	受付、監査者共に不注意。	監査時は薬剤のみでなく帳票類も必ずチェックする。	アミティーザカプセル24μg	アミティーザカプセル24μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
83	アミターザ24で調剤するところ、誤って12マイクロで調剤。交付前に修正	規格確認怠った	規格確認怠った	アミティーザカプセル24μg	アミティーザカプセル12μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
84	一般名処方の配合錠の調剤で、1種類違う成分の方の配合錠を調剤、監査の時点で気付いた。	在庫している配合錠の種類が把握できておらず記憶している配合錠を思い込みで調剤したと思われる。	採用している薬を知っておく事、又処方是一般名で処方されている事が多く、調剤時は成分・規格の確認をしっかりと行う様意識付けする。	アムパロ配合錠「サンド」	イルベサルタン錠50mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
85	○ アムロジピンOD錠2.5mg 1錠×アムロジピンOD錠5mg 1錠最終監査時に発見	門前病院はQRコードを使用しているが、当該処方では面処方での手入力であった為、間違いが生じやすい状態だった。	処方監査徹底	アムロジピンOD錠2.5mg「NP」	アムロジピンOD錠5mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
86	【般】アムロジピン(普通錠)の処方では、普段から代替にてOD錠に変更している患者を、先ピッキングで普通錠のままピッキング。監査時に気づいて取り直した。	当該患者は普通錠→OD錠に変更しての交付を希望されていたが、処方箋は普通錠のままとなっていたため処方通りに気づかず調剤してしまった	財形変更がある際は伝言機能などで早めに伝達する	アムロジピンOD錠2.5mg「NP」	アムロジピン錠2.5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
87	アムロジピン5mgお渡しするところゾルピデム5mgでお渡し。患者様が気が付き服用までは至らなかった。	寝る前にゾルピデム5mg服用されており、調剤時に重複調剤しアムロジピン5mgは調剤されておらず、監査時に確認不足で朝食後にゾルピデム5mgを薬袋に入れてしまった。色の類似も原因の1つと思われる。	患者様は施設に方の為、施設に薬を持参する前にもう一回確認作業をすることに。	アムロジピンOD錠5mg「NP」	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
88	レセコン入力間違いが薬の準備はあったためレセコンの入力内容をきちんと確認せずお渡ししてしまった。	患者様がコロナの影響で半年以上薬を飲んでおらず、体調悪化で来局されその話を聞きながら調剤、投薬してしまった。違和感があったが見逃してしまった。	きちんと手順を踏んで一つのこと集中して行う。	アムロジピンOD錠5mg「あすか」	アムロジピンOD錠2.5mg「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
89	アムロジピンOD錠5mg トーワを調剤すべきところをアトルバスタチンOD錠10mg トーワがピッキングされていた。監査時に気付いたため正しいものと交換した。投薬前に間違いに気付いたため患者に被害はなし。	薬品名の最初の文字が同一で剤型、メーカーが同一のため間違えたと思われる。	アムロジピンOD錠5mg トーワとアトルバスタチンOD錠10mg トーワは共に処方頻度の高い薬剤であり、錠剤の色、大きさも似ている。処方箋の薬品名を指さし、声出しして確認し、ピッキングする。	アムロジピンOD錠5mg「トーワ」	アトルバスタチンOD錠10mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
90	GEの採用メーカーが変わったが、以前のメーカーの製品名でレセコン入力してしまった。	メーカーが変更になっていることを入ラスタッフに伝え忘れていた。	最近メーカーを変更する薬が多くなっているため、入力、調剤、監査のすべての時点で確認を行い変更漏れのないようにする。	アムロジピンOD錠5mg「ファイザー」	アムロジピンOD錠5mg「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
91	ピッキング時にアムロジピン5mg DSEPのところアムロジピン5mg サワイで調剤。監査時に気づき訂正。	一般名称同じため、メーカーのところに気がつかなかった。	同じお薬でもメーカー違いのものも在庫あるため、在庫棚に目印等をつけて注意喚起おこなう。	アムロジピン錠5mg 「DSEP」	アムロジピン錠5mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
92	高血圧治療中の当該患者。ARBの効果が今一つだったため、前回よりアムロジピン錠5mg「オーハラ」へ変更となっていた。事務員が処方箋のバーコードを読み込んだ際、アムロジピンOD錠10mg「CH」で読み取られていたことに気づかず、薬剤師も監査不十分のまま投薬していた。その後、処方継続され、処方箋のバーコードがアムロジピン錠5mg「オーハラ」で正しく読み取られたが、患者本人から「前と薬が違う」との指摘を受け、調査したところ、間違えていたことが判明した。患者の血圧コントロールはあまり変化なく、薬の影響は不明であった。	処方せんのバーコードが間違っただけで読み取られるケースが時折起きるが、完全に防ぐ手立てはない。入力している事務員は気づきづらいので、やはり最終監査して投薬する薬剤師がきちんと責任を負うべきである。日常的に監査中にスタッフ間で世間話をしたり、集中力が明らかに欠如した対応をしている姿が散見されており、処方箋と調剤録の照合が疎かになっていた可能性がある。	処方箋と調剤録の照合を怠らない。最終監査は集中して行うよう周知徹底する。	アムロジピン錠5mg 「オーハラ」	アムロジピンOD錠10mg「CH」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
93	アムロジピン錠5mg 112錠のところ100錠を炭酸リチウム200mg アルミバックで投薬。患者よりアルミ包装を開けたら違う薬が入っていると電話があり、謝罪して間違いの薬品と正しい薬品100錠を取り変えた。	土曜日の残業者の昼休憩で人手の少ない時間帯であったため、調剤、鑑査、投薬が一人であった。調剤のチェックをしてもらったが、アルミバックの確認まではしていなかった。また、鑑査時にアルミバックと端数の確認もスルーされてしまった。	112錠がアルミバックと12錠で輪ゴム留めして調剤されていたが、ヒートの状況をチェックするため留めを外す作業と、アルミバックは薬名などの確認をする(調剤時点で薬名印字を視えるようにするなど)手順を遵守する。保管上アルミバックから出すことはしないので徹底がポイントだが、再発などあるようなら再考。調剤時点において、今回の様にバックと端数はワゴム留めしないことを原則とした。	アムロジピン錠5mg 「オーハラ」	炭酸リチウム錠200 「ヨシトミ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
94	<p>アムロジピン5mg 1錠 就寝前 30日分で処方されており、アムロジピン5mg「フソー」をPTPにて調剤し交付しようとしたところ、前回の服用方法が朝食後でそれに気が付かず事務員が朝食後のままで入力しており交付前の確認で薬剤師が気が付き就寝前に変更した。しかしその日の夕方に患者本人より電話がありアムロジピン5mg「フソー」の中にアルファカルシドール0.5μg「アメル」が紛れてるところで確認したところ2錠PTPが入っていた。アムロジピン5mg「フソー」が1シート14錠を採用しており28錠は2シート、残りの2錠は棚の隣にあるアルファカルシドール0.5μg「アメル」をピックアップしてしまい、ゴムで留める際錠剤側が内側になってたので錠剤を見ずシートが同じ色だった為、同じ薬と思い込み交付してしまった。</p>	<p>ピックアップの際に棚も隣でシートの色も酷似してた為、慣れで確認が漏れてたことと交付の際、用法の間違いは気が付けたがそれに取られて錠剤をよく確認しなかったのが原因と思われる。</p>	<p>劇薬で頭文字が「ア」であるが棚を離しゴムで留める際は錠剤が外側に向くようにした。</p>	<p>アムロジピン錠5mg「フソー」</p>	<p>アルファカルシドール錠0.5μg「アメル」</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>	
95	<p>アムロジピン2.5mg1錠1×で以前服用していた患者様。今回より、アムロジピン錠5mg1錠1×へ増量となっていたが、それに気づかず2.5mgのままで入力し調剤。監査時に処方箋と照らし合わせて気づき、正しい処方に変更して交付した。</p>	<p>DO処方を入力してしまった。処方薬品数が多く見逃してしまった。</p>	<p>必ず処方箋原本と照らし合わせてから入力を完了する。ピックアップ時、監査時も処方箋原本と調剤録を見比べて相違がないかチェックする</p>	<p>アムロジピン錠5mg「杏林」</p>	<p>アムロジピン錠2.5mg「杏林」</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>	
96	<p>アムロジピンの規格の入力間違いを気づかずに調剤した。鑑査者が発見して作り直した。</p>	<p>慣れ。</p>	<p>処方監査の徹底。縦読み横読みをしっかりとやる。</p>	<p>アムロジピン錠5mg「日医工」</p>	<p>アムロジピン錠2.5mg「日医工」</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>	
97	<p>アモキシシリンカプセル25mgが処方、ピックアップ時にアトモキセチンカプセル25mgを間違えてピックアップしてしまった。鑑査支援システムで照合できなかったため、ピックアップミスに気付いた。アトモキセチンカプセルがよく処方される病院であったので、思い違いによるミスであった。</p>	<p>名称類似品とピックアップ者の思い込みによるミス。鑑査支援システムを通すことでミスを少なくすることができ、また調剤者と鑑査者が違っていたことでミス気づけた。</p>	<p>鑑査支援システムの実施徹底と、ダブルチェックの徹底。</p>	<p>アモキシシリンカプセル25mg</p>	<p>アトモキセチンカプセル25mg「日医工」</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>	

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
98	一般名処方箋において本来アラミスト点鼻液を処方する際に別薬剤であるフルチカゾン点鼻液「トーフ」を入力、調剤してしまった。	アラミストの一般名はフルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液フルナーゼのジェネリックであるフルチカゾン点鼻液の一般名はフルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液どちらも頭文字のフルチカゾンが共通であるため入力時と調剤監査時で見間違えていた。QRコードを利用した処方入力であればこの転記ミスは防げたかもしれないが処方箋発行元もQRコード対応していなかった。	外用薬では特にこういうケースが多いことを念頭に置いて気にかけておく必要がある。	アラミスト点鼻液 27.5μg 56噴霧用	フルチカゾン点鼻液 50μg 「トーフ」 56噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
99	アラミスト点鼻液が処方されていたが、モメタゾン点鼻液を調剤した。投薬前にほかの薬剤師が間違えに気が付き訂正をした	処方箋の点鼻液しか見ておらず、処方頻度の多いモメタゾン点鼻液を調剤してしまった。	処方箋をよく読み、落ち着いて調剤をする。点鼻液の棚を離して取り違えないようにする。	アラミスト点鼻液 27.5μg 56噴霧用	モメタゾン点鼻液 50μg 「JG」 56噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
100	類似デザイン外用ステロイド軟膏によりピッキング時ヒヤリハット発生	類似デザイン外用ステロイド軟膏によりピッキング時ヒヤリハット発生	置く場所を離す(別の引き出しにする)	アルクロメタゾンプロピオン酸エステル軟膏 0.1% 「イワキ」	ジフルブレドナート軟膏 0.05% 「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
101	アルサルミン細粒の処方のところ、アローゼン顆粒で調剤した	頭文字のアで判断してしまったもの。その後の確認を怠った	一文字監査とピッキング後の最終確認を徹底する	アルサルミン細粒 90%	アローゼン顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
102	一般名処方の処方せんにて、スピロラクソン錠 25mg とあり、当薬局ではアルダクトンA錠 25が正しい薬剤である。該当薬剤師は処方せんの一般名をばっとみて、スピロベント錠10を拾い上げて鑑査機バレーを通した。バレーにて警告が出たためミスが発覚した。該当患者さんは高齢で心臓の機能も悪かったが、泌尿器でも問題を抱えており、それもミスの要因となった。	慣れが影響した。多忙であったが次から次へとまるで舞を舞うように優雅に調剤していたところ、今回のミスが生じた。	ヒートによる調剤は必ず鑑査機バレーを通して。また、一包化の際は必ず別のもう一人の目を通すことで監査スルーを防いでいる。根本的に慢心はいけない。常に初心を忘れないように業務に集中したい。	アルダクトンA錠 25mg	スピロベント錠 10μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
103	アルファカルシドールカプセル0.25μg 「BMD」と入力すべきところをアルファカルシドールカプセル0.5μg 「BMD」と入力 前回処方までは、アルファカルシドールカプセル0.5μg 「BMD」だったため、前回薬歴をコピペし、規格を見落とした。	処方内容がほとんど変わらない患者であったこと。0.25μg と0.5μg で印字された場合、見落としやすいこと。入力後の見直しが不十分であったこと。	入力後の見直しを必ず行い、規格の見落としを無くすこと。	アルファカルシドールカプセル 0.25μg 「BMD」	アルファカルシドールカプセル 0.5μg 「BMD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
104	<p>一般名アルファカルシドールカプセルの処方一般名カルシトリオールカプセルで調剤。前回までカルシトリオールカプセルの処方、今回からアルファカルシドールカプセルに変更となったのだが、一般名処方同一剤型の中に8種類の薬品名記載がすべて一般名で処方されており、一包化で、必ず分包前に確認しているのだが、類似薬、類似名で、前回処方からの呼び出しで分包したため、同じと思いきで調剤してしまった。</p> <p>さらに、処方箋入力者の事務員も同じと思いきでしまった様子で、最終的にGS1コードで監査をするのだが、皆が前回処方と同じと思いきでいたため、そのまま患者様に交付する状況となった。患者様との服薬指導時も、たまたま降圧剤の変更があったため、そちらの変更についての説明では患者本人もDr.からの指示と同じということで、納得していたのだが、ビタミンD製剤に関しては何も聞いていなかった様子で、そのまま帰宅された。翌日、前日処方の再チェックをしたところ、事務員が名称が違うことに気づき、すぐに患者様に電話にて連絡。しかし、患者様は何も聞いていないから前回と同じ内容が正しいはずと訴えるため、電話で、処方元医療機関に疑義照会したところ、薬剤部より、カルテ上に副甲状腺ホルモンの値が下がっているため、薬剤変更と記載があるとの指摘を受け、その旨患者に連絡、薬を変更しお渡しするに至った。</p>	<p>&amp;#32363;忙期であったこと、処方薬剤が多く、毎回同じ内容であったのが、今回は他の薬に変更があったため、そちらに気を取られてしまっていたこと、何よりも、思い込みで疑わなかったことが要因と考える。加えて、患者様も処方変更内容をきちんと把握していなかったか、聞いていなかったことで気づきが遅れてしまったと考える。</p>	<p>忙しい時こそ、複数の目で確認する。一般名処方については、実際に調剤する薬品名、メーカーをきちんと記載してから調剤する。処方変更時の分包は前回処方呼び出さず、新規入力で分包する。患者との問診、1種類の薬の変更があるということは、他の薬の変更も十分に考えられるので、できるだけ、状況を確認する。</p>	<p>アルファカルシドールカプセル0.25μg「サワイ」</p>	<p>カルシトリオールカプセル0.25μg「サワイ」</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
105	<p>処方箋よりアルファロールカプセル1μgを処方され、後発品希望より当薬局のアルファカルシドール1μg「サワイ」に変更した。しかし、ピッキングにて当事者がエルデカルシトールカプセル0.5μgをピッキングし、監査時に薬剤師が薬が違うことに気づき、アルファロールカプセル1μgをピッキングしなおした。</p>	<p>当薬局にはアルファロールカプセル「サワイ」の規格が0.25μg, 0.5μg, 1μg存在する。また、エルデカルシトールカプセル「日医工」は0.5μg, 0.75μg存在する。名前が類似し、当薬局ではアルファカルシドール0.5μgが頻繁に処方される。当事者は処方箋より名前が類似していて、いつもよくとる薬をとってしまった。と話している。</p>	<p>処方箋受け取り時にアルファカルシドールおよびエルデカルシトールの処方を○で囲み、また規格にも○で囲むようにした。</p>	<p>アルファカルシドールカプセル1μg「サワイ」</p>	<p>エルデカルシトールカプセル0.5μg「日医工」</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
106	<p>処方がエルデカルシトール0.5のところ、アルファカルシドール0.5で交付した</p>	<p>調剤時の焦り</p>	<p>2人の薬剤師による確認</p>	<p>アルファカルシドール錠0.5μg「アメル」</p>	<p>エルデカルシトールカプセル0.5μg「サワイ」</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
107	<p>アレジオンL X点眼液0.1% 1日4回両目で処方されており、疑義照会。⇒アレジオンL X点眼液0.1% 1日2回両目に変更</p>	<p>医師の確認不足、知識不足</p>	<p>MRを通じて、医師への情報提供</p>	<p>アレジオンL X点眼液0.1%</p>	<p>アレジオンL X点眼液0.1%</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
108	アレジオンL X点眼液0.1% 1日4回両目で処方されており、疑義照会。⇒アレジオン点眼液0.05% 1日4回両目に変更	医師の確認不足、知識不足	処方医師に注意喚起	アレジオンL X点眼液0.1%	アレジオン点眼液0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
109	【般】エビナスチン点眼液(0.1%)の処方があった。事務員が誤ってアレジオン点眼液(0.05%)で入力し帳票類を印刷した。薬剤師は正しくアレジオンLX点眼液(0.1%)をピックアップしたが、監査時に帳票類の間違いに気づかず、そのまま投薬した。翌日、他の事務員が入力間違いに気づいた。患者に電話し、渡した薬が間違いないことを確認、薬代の差額は次回頂くことにした。	事務員はエビナスチン点眼液が濃度違いで2種類あること、濃度により1日の点眼の回数が異なることを知らなかった。一般名から先発品の変更に気を取られ、濃度の違いに気づかなかつた。薬剤師は監査時や投薬時に処方箋を確認したが、帳票類を確認しなかった。	事務員は名称だけでなく用量や濃度も正確に入力する。処方せんにチェックを入れる。薬剤師は監査時や投薬時に処方箋、帳票類、薬剤の3つが一致することを確認する。	アレジオンL X点眼液0.1%	アレジオン点眼液0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
110	『アレジオンLX点眼液0.1%』1日2回 両眼の所4回で入力	前回は『アレジオン点眼液0.05%』1日4回のため、LXへの変更に気付かず、DOで間違えたと考えられる	薬剤師も調剤稼働確認厳重に薬品がかわったとくに入力気を付けて	アレジオンL X点眼液0.1%	アレジオンL X点眼液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
111	夕方の繁忙時。いつもDo処方であレルギーの薬をもらって行く患者様。今回アレジオン点眼液→アレジオンLX点眼液にライフスタイルの変更から処方の変更になっていた。いつもどおりDoで入力し変更を見落としていた。入力監査で発見。修正し処方箋通りでお渡し。	繁忙時。Do処方だと思い込んでいたこと。	DO入力をしない。繁忙時でも入力後は確認する。	アレジオンL X点眼液0.1%	アレジオン点眼液0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
112	近隣眼科よりアレジオンLX点眼液0.1%が処方される。患者がジェネリック医薬品を希望したため受付時点でエビナスチン塩酸塩点眼液0.05%を入力。監査時に入力のミスに気づき訂正した。	レセプトコンピュータシステム上、代替調剤の入力が可能となっていた。濃度が違うため入力時に気づくべきだったが見逃した。監査時薬剤師が気づき訂正した。	1日の点眼回数が異なるので2回か4回か必ず確認するよう受付に徹底させる。	アレジオンL X点眼液0.1%	エビナスチン塩酸塩点眼液0.05%「わかもと」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
113	アレジオン点眼液でお渡ししなければいけないところを、アレジオンLX点眼液でお渡し。	繁忙だったこともあり、調剤、監査ともに見落としてお渡し。患者様のお母さまが家に帰り、薬を確認したところで発覚、	患者様の目の前で投薬時に薬が間違っていないことを確認。声出し、指差し確認を怠らないようにする。	アレジオン点眼液0.05%	アレジオンL X点眼液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
114	アレジオン点眼液0.05% 1日2回両目で処方されており、疑義照会。⇒アレジオンL X点眼液0.1% 1日2回両目に変更	医師の知識不足、集中力不足。	医師への情報提供。	アレジオン点眼液 0.05%	アレジオンL X点眼液 0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
115	アレロック顆粒0.5% 5mgと記載があった処方箋をアレロック顆粒0.5% 5gと入力してしまった。	受付事務が力価換算に気づかずそのままの数値を入力。当薬局は力価換算に見慣れていないための間違いだった。	mgと記載があった時には必ず確認し計算するようにする。分からない時には薬剤師に確認を求めるようにする。	アレロック顆粒 0.5%	アレロック顆粒 0.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
116	アレンドロン酸5mg 毎朝服用の処方に対して、レセコン入力をアレンドロン酸5mg 週1回服用としてしまった。患者本人はいつも服用しているお薬だったため毎朝服用していたところ娘さんに週一回なのに毎朝飲んだらだめじゃない、と言われての来局。	アレンドロン酸5mgは当薬局ではこの患者さん1名のみで、アレンドロン処方他は35mgだった。アレンドロンには週一回と入力しなくてはならないという意識が働いたように入力間違いにも投薬者がスルーしてしまった。	薬品に対する正しい用法の知識の徹底と処方箋の用法記載の確認徹底を行う	アレンドロン酸錠 5mg 「トーフ」	アレンドロン酸錠 5mg 「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
117	一包化を作成するにあたり機械からでない薬は処方箋と薬を照らし合わせて薬を集める。集めた後はその人以外が処方箋と薬が合っているかを確認してから一包化を作成する。しかしそのどちらの薬剤師も薬品名の誤りを見逃してしまい、その2人以外の薬剤師が一包化の鑑査を行った際に刻印が異なるため間違いに気づいた。	混雑している時間帯であり一包化作成に時間がかかり焦りがでていた。	一包化を作成する場合は機械に表示されている名前と手に持っている薬の名前が同一か確認してから開ける。一包化を行ったあとのヒートはすぐに捨てず一包化にまわす。刻印に変更があったものは最新のものにPCの情報をアップデートする。	アロチノロール塩酸塩錠 10mg 「日医工」	アテノロール錠 50mg 「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
118	一般名処方にてアロプリノール100mgが処方された。ピッキング時に外観がよく似ているウルソデオキシコール酸を準備してしまった投薬時に気づき、正しい薬を交付した	もともとヒートが似ていることが間違えの原因になる可能性を危惧していたため保管は離れた場所としていたが、来局車が多くなる時間帯であったこともあり、取り間違いが起きてしまった。	ヒートのデザインや色が全く違うメーカーの製品を採用し取り間違い対策とした	アロプリノール錠 100mg 「サワイ」	ウルソデオキシコール酸錠 100mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
119	アロプリノール100mg「サワイ」処方をアンブロキシソール15mg「タイヨー」で調剤。監査者気づかずそのまま投薬。すぐに患者様が薬局に戻られてちがう薬が入っていると指摘、調剤過誤が発覚した。謝罪しすぐに交換させていただいた。	集中力が落ちていたのが原因。名称は似ているが規格、メーカーは異なっており最後まで監査していたら避けられた症例。	監査手順を確実に守って監査する。監査時、薬品の写真と処方薬を合致させてチェックする。投薬時、薬を患者様に見せながら説明する。	アロプリノール錠 100mg 「サワイ」	アンブロキシソール塩酸塩錠 15mg 「タイヨー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
120	調剤者はアロプリノール錠100mg「サワイ」を調剤棚から取り調剤したつもりだったが、アロプリノール錠100mg「サワイ」の棚にウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」が充填されていた。これに気付かず、鑑査者も見逃して交付。患者本人が帰宅後に自宅で気付く、薬局に電話があり、発覚した。	以前は必ず二人一組になり、複数の目を通す形で薬剤の充填を行っていたが、人員不足の状態になり、薬剤の充填を一人で行うケースが増えてきた。業務手順書には二人で棚への充填を行うように記載されているため、定められた手順を踏まなかったことが一番大きな原因と言える。また仮に一人で充填したとしても確実に確認をしていればこのようなことは起こらないため、慣れ、慢心があったことも否定はできない。	人員が不足している状態でも、必ず二人一組で充填を行う。シート、薬剤の形状等が似ている医薬品として業務手順書等に記載し、従業員に周知する。	アロプリノール錠100mg「サワイ」	ウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
121	アロプリノール錠のピッキングの際、ウルソデオキシコール酸をピッキング。	サワイの箱包装が類似。錠剤棚が上下。確認不足でピッキング。	錠剤棚を左右にずらして設置。	アロプリノール錠100mg「サワイ」	ウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
122	自動分包機のカセットへアロプリノール錠50mgを充填しなければいけないところ、誤ってシロスタゾールOD錠50mgを充填してしまった。すぐに他の薬剤師が気づき、調剤前に正しく充填しなおした。	薬剤師Aが充填する医薬品を複数名の薬剤師による確認をせず、アロプリノール50mgのカセットへ独りで医薬品を充填した。薬剤師Bが医薬品を発注する際に、シロスタゾールOD錠50mgが普段より早い発注になっていることに気づき自動分包機のカセットを確認。シロスタゾールOD錠50mgのカセット内に錠数が少なかったため、誤って違うところに充填していると判断し、すべてのカセット内を確認。アロプリノール錠50mgのカセットへ充填されていることを確認したため、正しく充填しなおした。手順書に従わない行為によるものとする。	薬剤師Aへ手順書を示し、指導した。全スタッフで共有し、複数名による確認を必ず行うように話し合った。	アロプリノール錠50mg「タナベ」	シロスタゾールOD錠50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
123	ベタメタゾン吉草酸エステル外用液と書かれているものをベタメタゾンだからアンテベートと短絡的に調整者と処方監査者がとらえた。そしてアンテベートを調剤したが、交付者(薬剤鑑査者)が物品や入力などを鑑査したところ、リンデロンVローションを投与すべきであることを発見。	調剤者と処方監査者はこの店舗にて普段勤務しているが、交付者(薬剤鑑査者)は応援勤務であり、普段他店舗勤務であり、皮膚科領域は普段触れていなかった。そのため、見方が前者2名と異なり、交付前に気が付くことができた。	最初のカタカナ表記だけでなく、その後の漢字表記もよく見るようにする。	アンテベートローション0.05%	リンデロンVローション		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
124	皮膚科の一般名称処方で、「ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル」の処方を「ベタメタゾンジプロピオン酸エステル」と勘違いしてしまった。入力ミスもありそのまま患者様に渡ってしまいました。再度調剤録を確認していて間違えに気づきました。翌日午前中に回収し正しい薬と取り換えました。健康被害は特にありませんでした。	調剤の際、一般名処方で名称が似ていて勘違いしてしまった。事務の入力時にも誤って入力してしまった。在宅訪問で投薬時にも気が付かずお渡ししてしまった。	一般名称で特に似ている薬に関してしっかり認識する。薬と入力ミスがないかダブルチェックでしっかり監査を行い、投薬時にもしっかり確認してお渡ししていきます。	アンテベート軟膏0.05%	リンデロン-DP軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
125	皮膚科の処方箋。一般名にてリンデロンDP軟膏【ベタメタゾンジプロピオン酸軟膏0.064%】が処方。在庫のないお薬であったこともありアンテベート軟膏【ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル0.05%】をピッキング。投薬前にほかの薬剤師が気が付き、正しいものを用意できた。	外用の一般名は似ているものが多い。皮膚科処方を受ける薬局ではないこともあり一般名処方に対応する知識も不足していた。	外用の一般名は似ているものが多いことを念頭に置く。実物には一般名が記載されているため、処方箋との確認をしっかりと行う。規格までしっかり確認する。	アンテベート軟膏0.05%	リンデロン-DP軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
126	ベタメタゾン吉草酸エステル(リンデロンV)にて処方あり。患者さんとお話してアンテベート軟膏(ベタメタゾン酪酸エステル)をお願いしたことを確認し、照会后アンテベート軟膏になる	カルテではアンテベート軟膏と記載したと医師から話あり。処方箋入力時に一般名変更を誤ってしまった可能性あり	投薬時に初めて出る場合は聞き取りをよくする	アンテベート軟膏0.05%	リンデロン-V軟膏0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
127	<p>【正】 アンテベート軟膏0.05% 50g ヘパリン類似物質油性クリーム0.3% 「日医工」 50g 1日2回 塗布 体</p> <p>【誤】 リンデロン-V軟膏0.12% 50g ヘパリン類似物質油性クリーム0.3% 「日医工」 50g 1日2回 塗布 体</p>	<p>4月1日の時点で処方変更があった。ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%をベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏0.05%へ入力を変更する必要があった。その際に前回のD o入力を使用してベタメタゾンの所だけでD o処方と思い込み入力ミスが発生した。その後の鑑査でも思い込みによる全スルーにてヒアリハットが発生した。調剤時も処方箋のコピーとPDAを利用して調剤しているにも関わらず、処方箋の内容の確認が不足した。同時受付にて、父親の処方にもベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%とヘパリン類似物質油性クリーム0.3%混合もあり、その事もベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%への思い込みに繋がった。</p>	<p>繁忙時間帯は幾つもの工程を掛け持ちで進行する為、注意力が散漫になったり、他の患者様の薬品が記憶に残る事による思い込みが発生しやすい。患者様が変わるた時点で深呼吸など気持ちの整理を行い、気持ちを切り替えて落ち着き入力、鑑査を行う。投薬時に患者が急いでいても、「いつもと同じ軟膏の混合です。」で終わらせず、「お薬の変更は御座いませんね。」と患者返答できる服薬指導へ変更する。自身で前工程を行った際は思い込みによりミスが見つげにくい状況である事を理解し、ミスがあるとを前提に鑑査を行う。ステロイド外用剤の一般名称は、薬品名が長く最初のステロイドの部分の文字だけでは判断できない。調剤時に処方箋のコピーを用いている。コピー処方箋を軽んじない。</p>	アンテベート軟膏0.05%	リンデロン-V軟膏0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
128	<p>アンヒバ坐剤200mgを1回2/3個使用の処方箋入力をアンヒバ坐剤100mg1回2/3個で入力して患者様に交付。</p>	<p>2/3に切って使用する事も伝えるので、薬袋と商品を同時に見せながらお渡しすると入力間違えに気がつく可能性も高い</p>	<p>薬袋を見せながら投薬するので、印刷物にも注意を払う</p>	アンヒバ坐剤小児用200mg	アンヒバ坐剤小児用100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
129	<p>当事者A(ピッキング)が、処方されたアンブラーグ錠をピッキングしたが、当事者B(鑑査者)によりピッキングされたアンブラーグ錠のうち2錠がアロプリノール錠になっていることに気が付いた。ピッキングしなおし、患者には正しい医薬品・数量でお渡しした。</p>	<p>アンブラーグ錠の処方量は56錠だったが、端数を取りそろえている際、何らかの要因で一度目線や意識が別に向けてしまった。その後目線を戻した際、調剤棚の2段上にあり、PTP外観も類似しているアンブラーグ錠をピッキングしてしまったと考えられる。鑑査者は、錠剤の大きさが異なっていたからなのか、違和感を覚えて気が付いた。調剤前の充填間違いなどはなく、他の患者へのお渡し間違いはなかった。</p>	<p>・PTP外観の似ている医薬品の調剤棚の設置場所の変更・鑑査時のすべてのPTPの確認(医薬品名・規格・破損など)</p>	アンブラーグ錠100mg	アロプリノール錠100mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
130	2021年2月15時頃に、当薬局を利用している患者再診D o 処方アンブロキシソールドラインロップ3g分3毎食後28日分処方であったが同薬効のカルボシステインDS3g分3毎食後28日分を秤量し監査へ監査にて誤りに気づき再調剤とした監査で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	同じ去痰薬における思い込み	同薬効注意喚起	アンブロキシソール塩酸塩DS3%「タカタ」	カルボシステインDS50%「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
131	【般】アンブロキシソール塩酸塩DS小児用1.5%「タカタ」をカルボシステインDS50%「タカタ」で調剤してしまった。	カルボシステインDSとアンブロキシソールDSが体重当たりの量が同じであった。双方の薬が隣合わせだった。	双方の薬瓶を離して設置。分包する際に処方箋をもう一度確認して、分包作業を行う。	アンブロキシソール塩酸塩DS小児用1.5%「タカタ」	カルボシステインDS50%「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
132	アンブロキシソール15mgが3錠分3で出ていたが、コンプライアンス不良のためアンブロキシソール徐放錠45mg1錠分1に変更になっていたが、処方入力時に前回と同じと思い込み、前回処方をそのままコピーしてしまった。処方監査時に気づき入力修正した。	忙しい時間帯であったこと、薬剤名の最初3文字のみしか確認していなかった。	忙しい時間帯であっても、入力時には規格や1日量、用法など、必ず全て確認するように徹底。	アンブロキシソール塩酸塩徐放OD錠45mg「サワイ」	アンブロキシソール塩酸塩錠15mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
133	入力でいつもはアンブロキシソール15mg3T分3だったのが、今回より変更で手書きでアンブロキシソールL1c分1寝る前と記載あり。	入力に慣れていない薬剤師がDOで入力してしまった。	手書きには特に注意して入力をして、薬剤師も十分に入力になれることが必要。	アンブロキシソール塩酸塩徐放カプセル45mg「ZE」	アンブロキシソール塩酸塩錠15mg「クニヒロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
134	一包化の全自動分包機のアンブロキシソール錠のカセットに誤ってアロプリノール錠のバラ錠を充填した。アロプリノール錠の方が錠剤の大きさが大きくカセットから落ちない事もあり患者様の手へ渡る事はなかった。	一包化の全自動分包機のアロプリノール錠の在庫が無くなり、エラーが出た。同じ列にあったアンブロキシソール錠のカセットを間違えて取り出してアロプリノール錠のバラを充填してしまった。アロプリノール錠の方が錠剤の大きさが大きい事もありカセットから落ち出る事はなかった。	今までは2人の目で確認して充填していたが、これからは全自動分包機の監査機能も活用して人2名+機械でチェック充填をおこなうように変更しました。	アンブロキシソール塩酸塩錠15mg「YD」	アロプリノール錠100mg「DSP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
135	アンブロキシソール処方のところアロプリノールでピッキング。機械監査でミス発覚。患者に渡す前に修正できた。	単純に薬の名前を見間違えたもの。他の処方薬の内容を考えたら間違えることは無い薬なので他の薬との関連を考えていなかった為のミス。	薬品名と処方内容の確認を複数回行う事を徹底する事。	アンブロキシソール塩酸塩錠15mg「サワイ」	アロプリノール錠10mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
136	アンブロキシソール15を84錠交付する際、患者さんと一緒に錠剤の数を確認するときに4錠カリジノゲナーゼ50が4錠混入しているのを発見	横並びに1つ開けて同じ列にある薬品だった。半端の錠剤を棚に戻すときも、うる覚えではなく薬品名を確認してから棚に戻す必要があると思われる	監査機器を導入していてもスルーしてしまったため、監査機器だけに頼らず、一度調剤時にも間違いがないか確認を行う必要があると思われる。	アンブロキシソール塩酸塩錠15mg「トローワ」	カリジノゲナーゼ錠50単位「トローワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
137	アンブロキシソール錠15mgで処方になっていたが、入力がアンブロキシソールOD錠45mgで入力となっていた。鑑査時に入力ミスに気が付き入力を直して交付した。	鑑査時は錠剤の鑑査のみではなく入力内容も確認するよう注意をする。	入力時に薬品名、規格をきちんと確認するよう徹底する。	アンブロキシソール塩酸塩錠15mg「日医工」	アンブロキシソール塩酸塩徐放OD錠45mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
138	以前より一包化されてる患者さんで、一包化の中のイグザレトを15mgでの処方で10mgを間違えて入れる。一包化以外の薬品も多く監査でも見逃し。監査システムも通常利用しているが確認を忘れた。介護利用の方で訪問看護師さんが色が違うことでセット時に発見。	一包化時、思い込みで薬用意し調剤。監査も薬品数が多く、見逃し。監査システムも通常使用しているが繁忙の為忘れたよう。	監査システムを忘れずに使用、確認。前回の処方も残しているためそれでも確認する。	イグザレト錠15mg	イグザレト錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
139	イコサベント酸エチルカプセルと粒状カプセルの入力ミス。また処方監査ミス。Peech（鑑査機器）を通し始めて発覚。	繁忙時間であった。同じサワイ製品であったため気がつかなかった。	処方監査徹底。	イコサベント酸エチルカプセル300mg「サワイ」	イコサベント酸エチル粒状カプセル300mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
140	ガナトン錠50mgのジェネリック医薬品を監査する際、調剤された品目がイトブリド塩酸塩錠50mg「サワイ」とイミダプリル塩酸塩錠5mg「サワイ」が混在していた。ヒート包装のまま90錠調剤であったが60錠分がイミダプリルになっていて、錠剤のサイズ違いで気がつくことができた。	イトブリドは棚にあったが、イミダプリルは引き出しにある品目であった。医薬品の入庫の際、名称類似、外観類似のためイミダプリルを間違えた棚に整理してしまっていた。また、新規の箱を開ける際に名称を確認せずに調剤をしてしまった。医薬品の名称も箱もヒートも錠剤も類似しているため調剤時点で間違えに気づくことができなかった。	メーカー変更を考えたが、現在供給不安定なため、ジェネリック医薬品と薬価差の少ないイトブリドを、順次患者の許可を取って先発医薬品に変更する。また、入庫の際、調剤の際、監査の際、それぞれ医薬品の点呼を徹底する。	イトブリド塩酸塩錠50mg「サワイ」	イミダプリル塩酸塩錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
141	イトブリド塩酸塩錠50mg「サワイ」の薬剤棚にイミダプリル塩酸塩錠5mg「サワイ」が入っていた。	パッケージが類似しているため。	調剤過誤防止システムを必ず活用する。	イトブリド塩酸塩錠50mg「サワイ」	イミダプリル塩酸塩錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
142	定時薬として、イトブリド錠50mgを服用継続中の患者に、イトブリド錠50mg3錠分350日分のいつも通りの処方箋を渡してしまっ。患者本人が、30日ほど服用してしまっあと、何かおかしいと思っ来局され、間違いが発覚した。患者は血圧がいつもより低めで、朝起きづらることなど体調不良があった。	イトブリド錠50mgとイミダプリル錠5mgはどちらも東和薬品の製品であり、100錠包装の箱の色味などがよく似ていた。また、箱の置き場所も近い場所であった。誤って渡してしまっ100錠は、箱は開封したが、アルミ包装のまま薬袋に入れて交付していた。患者は処方せんを薬局に先に渡しておいて、時間をおいて薬を受け取りに来るが、受け取りの際には急いで済ませたいと投薬時に薬袋の中身を確認してはいけなかった。	薬によっては吸湿性が問題になるものもあるが、できる限り100錠のアルミ包装は開封し、PTPシートと錠剤を確認する。箱のデザインや色味が似たものは、収納場所を離して保管する。	イトブリド塩酸塩錠50mg「トーフ」	イミダプリル塩酸塩錠5mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
143	イニシク配合錠の処方に対し、インチュニブ1mgを渡した	多忙により二重監査を通過し、患者と一緒に確認することも怠った	複数人監査、患者との監査を再徹底	イニシク配合錠	インチュニブ錠1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
144	一包化指示の処方せん。イフェクサーSRカプセル75mgと記載があったが、前回量のイフェクサーSRカプセル37.5mgで入力、調剤、患者に交付した。投薬終了後のチェックにて間違っていることに気付く。	処方監査時に別の入力ミスに気付き、そこらは訂正したがイフェクサーSRカプセルの規格の誤りには気付かなかった。監査時に規格の誤りに気付かなかった。	入力時の縦チェックの徹底。分包機は処方せんを見ながら操作する。	イフェクサーSRカプセル75mg	イフェクサーSRカプセル37.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
145	イフェンプロジル(20)「あすか」のところ、一硝酸イソソルビド(20)「サワイ」を取ってしまった。	外観・デザインの類似と棚が近かった為の間違い	配置の変更	イフェンプロジル酒石酸塩錠20mg「あすか」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
146	イブプロフェン100mgを調剤しなければならぬところ、イフェンプロジル100mgをピッキングした。	閉店間際で疲労があったためか、名称をしっかり確認せずにピッキングを行った。	慣れで調剤せず、処方内容をひとつひとつ確認しながら調剤を行う。	イブプロフェン錠100mg「タイヨー」	イフェンプロジル酒石酸塩錠100mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
147	イミダフェナシン0.1「サワイ」を60錠調剤する所、隣に置いてあったイフェンプロジル20「サワイ」をピックアップし、監査の際に間違いに気づく。	音順に調剤棚に配置しており、急いでピックアップしたことから誤って行ってしまった。十分な確認を怠ったのが原因。	ジェネリック医薬品は成分名での表示が多く、汎用薬剤でもしっかり確認してからピックアップを行うように徹底する。	イミダフェナシン錠0.1mg「サワイ」	イフェンプロジル酒石酸塩錠20mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
148	一般名処方正)イミダプリル錠5mg(誤)イトブリド錠50mgお渡し間違え	慢心による取違い	薬品棚に注意喚起のシールを張る	イミダプリル塩酸塩錠5mg「JG」	イトブリド塩酸塩錠50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
149	施設入居者の患者様で1包化して配薬している。他の人によってピックアップされた薬を名称が似ていたためにチェックをのがしてしまい、そのまま調剤した。監査の薬剤師も同様の間違いをおこし、そのまま患者様に配薬してしまった。	今回は剤型・色は違いがあるが薬品名の頭3文字が同じであるため、確認時にしっかりと処方箋と薬剤を確認し、薬剤の引き出しもハッキリと区別できるようにレイアウトするといったと思われる。	監査時に薬剤名だけでなく、過去処方・病名・錠剤の識別等もしっかり行う。薬剤をピックアップ・調剤する際も各々が再度確認を行う。	イミダプリル塩酸塩錠5mg「オーハラ」	イミダフェナシンOD錠0.1mg「杏林」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
150	イルアミクスHDを56錠拾うべきところ、イルアミクスLDを56錠拾ってしまった。	調剤時に処方箋をなんとなく見て調剤したため、HDとLDを意識せずLDを拾ってしまった。	処方箋を指差し呼称して調剤する。	イルアミクス配合錠HD「DSPB」	イルアミクス配合錠LD「DSPB」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
151	処方箋にはイルアミクスHDが記載されていたが、LDの方で調剤してしまった。	患者様があまりこない時間帯だったため気持ちが緩んでしまっていた。	慣れている作業に対して気持ちが緩まないよう、注意しなければならない。	イルアミクス配合錠HD「DSPB」	イルアミクス配合錠LD「DSPB」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
152	アムバロ配合錠を今まで服用しており、処方箋も薬剤名で処方されていたが、今回の受付から処方せんが一般名処方になっていて、イルベサルタン・アムロジピンベシル酸塩錠を今までのアムバロと思い調剤してしまった。投薬時に患者本人から血圧が高かったので薬が変更になったという話があり、アイミクス配合錠HDの処方、後発品希望のためイルアミクス配合錠HDと気がついた。	長期間、薬剤変更の無かった患者さんだったため、慣れからいつもの薬が一般名処方になっただけだと思ってしまった。	一般名処方の際は、処方箋に調剤する薬品名の記入をすることにし、調剤時、レセコン入力時、監査時と複数人でチェックをできるようにした。	イルアミクス配合錠HD「DSPB」	アムバロ配合錠「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
153	2020 12/29 に平素より当薬局を利用されている患者様が来局。処方変更もなく、Do処方であった為、手短に内容確認をしてお渡し。そのまま帰宅された。その後2021 1/1 に患者様本人より「いつも服用している薬と違う」と連絡があり、本人からの聞き取りや薬局の在庫調査で服用前にミスが発覚した。その日のうちに、お詫びして正しい薬剤と交換対応をした。	年末最後の通常営業日であり、薬剤師に普段と違う環境という意識があったかもしれない。	常に冷静な判断や行動ができるようにする。患者様との内容確認をもっとしっかり行っていれば、交付時に発見できたかもしれない。普段より安全確認の意識を忘れないようにする	イルアミクス配合錠HD「サワイ」	カムシア配合錠HD「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
154	処方箋上ではイルベサルタン・アムロジピンベシル酸塩錠の指示があったので、後発品採用薬のイルアミクス配合錠HDを調剤しなければならぬところをアムバロ配合錠で調剤してしまった。その後患者様にお渡しする直前で気づいて交換してお渡し。	バルサルタン・アムロジピンベシル酸塩錠→アムバロ配合錠イルベサルタン・アムロジピンベシル酸塩錠→イルアミクス配合錠その時間が忙しいこともあり、処方箋の一般名から後発品採用薬を調剤する時に瞬間的に混同してしまった。	調剤棚の薬剤名の下に成分名を記載した紙を張り付けるようにした。	イルアミクス配合錠HD「サワイ」	アムバロ配合錠「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
155	一般名処方では合材が処方されたが、「HD」のところ「LD」で入力されていた。	前回と成分名は同じだったが、容量が変更していたことに気が付かず、前回と同じと思って入力していた。	用量について、処方時ごとにチェックを入れるなどする。	イルアミクス配合錠HD「サワイ」	イルアミクス配合錠LD「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
156	一般名処方ではイルアミクスHDが処方されており、Doで入力されてイルアミクスLDとなっていた。患者様への投薬時に確認していた際に発覚。謝罪しお時間を頂いてイルアミクスHDでお渡しした。	前回までイルアミクスLDが継続的に処方されていた。非常に繁忙な時間帯だったこともあり、確認が疎かになってしまっていた。	入力時に確認を徹底する。薬剤師による鑑査(入力に誤りがないか)を確実にし、処方箋と薬剤の照合、投薬時に患者様とコミュニケーションを取りながら確認する。	イルアミクス配合錠HD「トーワ」	イルアミクス配合錠LD「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
157	イルアミクスHDのところをLDで調剤した	思い込み	他規格があることは承知していたので一文字監査を怠ったためと考えられる	イルアミクス配合錠HD「ファイザー」	イルアミクス配合錠LD「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
158	薬剤交付後処方箋見直ししていたところ、【般】イルベサルタン・アムロジピン5mg配合錠を【般】イルベサルタン・アムロジピン10mg配合錠と思い込みイルアミクスHD「DSPB」を誤ってお渡ししていると気づき調剤過誤発覚。	事務員によるレセコン入力からイルアミクスHDになっており、処方箋をしっかりと確認せず調剤、鑑査したことが原因としてあげられる。	レセコン入力による調剤をせず処方箋を確認しての調剤を行う。また、薬剤薬情も誤っていないか確認する。	イルアミクス配合錠LD「DSPB」	イルアミクス配合錠HD「DSPB」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
159	FAX処方箋にて仮入力時イルアミクス錠が前回Do処方にて、前回処方内容をコピーして入力。処方箋の現物を持参し確認して、調剤監査へ。調剤監査にて、処方内容が変更になっている事に気づき、処方入力を修正し、正しい薬剤を交付した。	処方箋が一般名でイルベサルタン・アムロジピン10mg 配合錠⇒イルベサルタン・アムロジピン5mg 配合錠に変更になっている事きレセコン入力者が気づけなかった。FAXと処方箋内容は同じという思い込みから起こったケースと思われる。	FAX処方箋の入力は仮入力とし、原本が届いた際には、入力を確認、調剤録を出力して入力者と別の職員が確認をする手順が守られていなかった。特に繁忙時間でも無いにも関わらず手順が守られていなかったため、再度手順の確認をミーティング時に実施した。	イルアミクス配合錠LD「オーハラ」	イルアミクス配合錠HD「オーハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
160	一般名処方イルソグラジンマレイン酸塩錠2mgをイミダプリル塩酸塩錠5mg「サワイ」で調剤。監査システムで間違いに気づき調剤しなおした。	処方箋をよく見ずに、イミダプリルだと思い込んで調剤してしまった。	用法まで見れば気づいたと思われるので処方箋をよく見て調剤すること。規格に○をつけること。	イルソグラジンマレイン酸塩錠2mg「サワイ」	イミダプリル塩酸塩錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
161	一般名処方、過去の履歴から薬品を入力、前回出たのが「日医工」の供給が止まる前。供給停止に伴って、採用変更となっていた。	常勤の医師が病欠、急遽他店から応援をもらって業務にあたる。ジェネリックの採用メーカーがわからないので、過去の履歴から薬品を入力してしまう。	常勤ではない応援で業務にあたる際には、薬品名、規格だけではなく、メーカーも確認する。	イルソグラジンマレイン酸塩錠2mg「武田テバ」	イルソグラジンマレイン酸塩錠2mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
162	在庫の確保の間違い	医薬品名称の類似	名称注意	イルトラ配合錠LD	イルアミクス配合錠LD「DSPB」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
163	インスリン グラルギンBS注キット「FFP」で処方されているところ、監査時にインスリン グラルギンBS注ミリオペン「リリー」で調剤されていた。入力を確認すると開局当初より約1年半ずっとインスリン グラルギンBS注ミリオペン「リリー」で処方されていることが判明した。	レセコンではインスリン グラルギンBS注キット「FFP」もミリオペン「リリー」も一般名から変更すると両方選択できるようになっていた。バイオシミラーはジェネリック医薬品とは異なるものなので、この変換には矛盾があり、入力者も事務が行ったため違いに気づけずミリオペン「リリー」で調剤となった。また監査についても薬品名の確認を正確に行なえていなかった。	入力については今回の件でインスリン注射に関しては一般名から変換はしないこととし、直接商品名で入力することとした。また監査においてはバイオシミラーに関する認識ができていないこともあり、ジェネリック医薬品とは違うものであることを再度学んだ。	インスリン グラルギンBS注キット「FFP」	インスリン グラルギンBS注ミリオペン「リリー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
164	事務員が入力後処方監査時に入力ミスを見。薬剤は正しいものを取りそろえていた。	初めて取り扱う薬剤であり、インスリン名の違いに気づけなかった。忙しさもあり確認不足だった。	インスリンから始まる薬剤は多数あることを再確認する、薬剤名の最後まで確認をする。	インスリン リスプロBS注ソロスターHU「サノフィ」	インスリン グラルギンBS注ミリオペン「リリー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
165	投薬時に患者と話がかみ合わず発覚。クリニックはインテバンSPを処方したかった。インテバン在庫無く、疑義照会でロキソニン錠へ変更。	クリニック側も名称類似をミスする可能性は想定していく。あと服薬での症状把握は必須になるので、疑問があれば、問い合わせを必ずする。	類似名称薬剤に関して薬局内で共有する。(インデラルとインテバンSP)	インデラル錠10mgロキソニン錠	インテバンSP37.5 インテバンSP37.5		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
166	一般名処方でクエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合散が処方されたが、クエン酸第一鉄を調剤してしまった。鑑査者(当事者とは別薬剤師)が誤調剤に気付き、患者にはウラリットーU配合散(クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合散)が投薬された。	クエン酸という表記でクエン酸第一鉄と読み込み、調剤してしまったことが原因と思われる。	一般名処方の表記を最後まで確認し正確に調剤するよう心掛け、今後も調剤と鑑査は別薬剤師で行うこととする。	ウラリットーU配合散	クエン酸第一鉄Na錠 50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
167	ウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」の処方の患者様にアロプリノール錠100mg「テバ」を調剤してしまった。	薬の棚が近く、包装も白地に水色の文字で似ていたため。	今回の件を薬局内で周知、薬の棚の配置を変更した。	ウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」	アロプリノール錠100mg「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
168	処方ではウルティプロだったが、隣に配置されていたオンプレスを取り換え、数を数えて調剤することに夢中になり、取り換えに気づかず、別の薬剤師の鑑査も同じように数を確認することだけに気を取られて、薬が違うことに気づけず患者に投薬してしまった。その後すぐに調剤者が気づいて患者を呼び止めて正しい薬と交換した。	薬の配置が隣であったことによる取り換え。調剤された薬は合っているという思い込みで数だけを確認してしまっていた慢心。鑑査システムを使用しなかった手順不足。	似た薬の配置を離す。鑑査システムの使用を省かないようにする。	ウルティプロ吸入用カプセル	オンプレス吸入用カプセル150μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
169	一般名処方ではプリンゾラミド点眼液が処方された。先発品のエイゾプト懸濁性点眼液とジェネリック品のプリンゾラミド配合点眼液が在庫にあり、患者はプリンゾラミド配合点眼液を希望した。ここで、コンプト配合点眼液のジェネリック品のドルモロール配合点眼液を調剤してしまった。薬剤交付前に気が付き調剤ミスを回避できた。	ジェネリック品は、先発品と色彩を含め外見が似ているということが頭にあった。エイゾプト点眼液のキャップの色がオレンジでジェネリック品のプリンゾラミド点眼液のキャップの色が白であり、キャップの色がオレンジのドルモロール配合点眼液を調剤してしまった。	調剤台のケースに、先発品は先発品だけでまとめて収納し、ジェネリック品もジェネリック品だけでまとめて収納していた。そこで、先発品とジェネリック品を対応させるために、先発品とジェネリック品を上下のケースに収納して思い込みによる調剤ミスを回避できた。	エイゾプト懸濁性点眼液1%	ドルモロール配合点眼液「ニットー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
170	エカード配合錠HDを調剤時にジェネリックに変更する際に、カデチア配合錠にするところを、間違えてカムシア配合錠をピックアップしていた。	前回の薬歴の確認が疎かになっていた、配合錠が多いために間違えやすい状況になっていた。	必ず前回の薬歴を確認した上でピックアップを始めることを徹底する。薬剤名、特に配合剤の名称を間違えないように、不安がある時には必ず確認することとする。	エカード配合錠HD	カムシア配合錠HD「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
171	当該処方箋は一包化指示のある処方箋であった。薬剤名は一文字目が同じ「エ」だが場所は普通薬と劇薬であったため離れて置かれていた。一包化されて監査の段階となった時に薬剤の殻がエカード配合錠ではないことに監査をしていた薬剤師が気づき、その場で一包化をし直した。	エカード配合錠とエクメット配合錠は名称が似ていた。また、一包化前に薬剤の確認をしていなかったため、誤った薬剤のまま一包化されてしまった。	名称が似ている薬剤は処方箋と薬剤をよく照らし合わせて調剤する。一包化前にそそえた薬剤を別の薬剤師に確認するようにする。	エカード配合錠HD	エクメット配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
172	エクメット配合錠HDの服用にて乳酸アシドーシスの初期症状による嘔吐・吐き気が出たと思われ、他薬に変更になったが、再度処方されていた。	・医師は過去のカルテを見ていなかったのか？・医師はカルテにこの患者はエクメット配合錠HDでの乳酸アシドーシスの副作用疑いを記載していなかったのか？・「エク」の2文字で検索し、うっかりエクメットを選択してしまったのか？	患者から聞き取った副作用歴は薬歴に必ず記載し、次回処方された場合にはポップアップで注意を促してくれるようにシステムになっている。	エクメット配合錠HD	エクア錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
173	エクメット配合錠HD処方のところ、メトアナ配合錠HDで調剤してしまった。自己監査でも気付かず。	午前10時代、処方箋が集中していた。薬剤師人数がいつもより2人少なかった。どちらも糖尿病配合錠であること、名称の一致部分があることで自己監査で気付けなかった。	処方箋が集中している時でも、気を抜かずに調剤、自己監査を行う。	エクメット配合錠HD	メトアナ配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
174	レセコン入力ミス エクメットLDからHDに変更になったが気が付かずそのまま、薬剤情報提供書、お薬手帳などを発行した。	今回、初めて一包化を希望された。急いで調剤してお渡しした。調剤したら監査機を利用して監査する。エクメットHDは分包機のカセットに入っているの、取り揃える薬剤には入っていないので監査する時には外してあった。調整時の薬剤師、一包化終了時の監査の時には薬袋を確認していないので入力ミスに気が付かず。交付時には、監査が終わった状態だと思い込み、入力ミスを想定していなかった。	患者さんの状況に変化があったときは特に気をつけて処方変更に注意する	エクメット配合錠HD	エクメット配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
175	エスゾピクロン2mgで調剤するところ、エスタゾラム2mgで調剤してしまい監査において発覚	新しくジェネリックがでたエスゾピクロンのため、名前がうる覚えの為エスで始まる別の薬を調剤してしまった	エスで並ぶ薬は少し離して、陳列を行う	エスゾピクロン錠2mg「DSE P」	エスタゾラム錠2mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
176	一般名処方のエスゾピクロンをエスタゾラムと間違えてピッキングした	ルネスタのジェネリックが発売されて一般名処方をするようになり、初めの2文字でエスタゾラムと思い込んだ	類似名の薬品は保管場所も離れたところに置き、注意するようにした。薬局内の共通の情報として報告	エスゾピクロン錠2mg「アメル」	エスタゾラム錠2mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
177	一般名処方エスゾピクロン2mgが処方されていた。調剤した薬剤師はエスタゾラム2mgを出した。監査した薬剤師が気づき、事なきを得た。	今までルネスタで処方されていたがジェネリックが発売され採用されてから間もなく、エスタゾラムを覚えていなく、エスと2mgが同じだけだがゾピクロンという名前でもまず向精神薬と思い込み、引出しを開けてエスタゾラムを出してしまった。	新規商品を採用したときは、全員に徹底して採用された事と置き場所を確認する事をミーティングにて話し合った。また間違いやすいものがあればその時に話すことも決めた。	エスゾピクロン錠2mg「サワイ」	エスタゾラム錠2mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
178	エスタゾラムとプロチゾラムを誤って調剤し出庫した。	薬歴は見たが、処方箋の点検が不十分だった。	再確認を徹底する。	エスタゾラム 1mg	プロチゾラム0.25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
179	エスタゾラムをお渡しするところエチゾラムをお渡ししてしまった。	一般名処方だった為、エチゾラムと間違っ て入力あり名称が類似してるのもあったが、調剤録、支援票をみて監査してしまったのが原因。	類似薬品には印を付ける等の改善策が必要。	エスタゾラム錠1mg「アメル」	エチゾラム錠1mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
180	類似医薬品の取り違え、鑑査スルーによるミス、患者様からの連絡で発覚、ピッキング鑑査アプリも導入していたが、使用していなかった。使用していれば、スルーはなかったと考えられる。	ピッキング鑑査アプリの導入をしているが、そのアプリを使用していなかった。	ピッキング鑑査アプリの使用の徹底、頭文字三文字の確認が出来ていない、初心に戻って、基本的なルールは遵守するように指導。	エスタゾラム錠1mg「アメル」	エチゾラム錠1mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
181	<p>処方「エスタゾラム」なので「エスタゾラム」を調剤して、前回は「エチゾラム」だったので変更になったことを説明したが、患者様の娘さんが、「薬が変更になると聞いていない」と言う。前回は2月なので、処方箋を確認したら、「エスタゾラム」で処方変更されていることが発覚し、薬は今までと同じ「エチゾラム」で調剤していた。当時の薬歴には、「いつもの薬でいい」と記載あり、今までの「エチゾラム」が変更になることは聞いていないようでした。クリニックに詳細を説明し、確認したら、前回の2月が処方箋入力ミスで「エチゾラム」だった可能性があり、今回も今まで通り「エチゾラム」に処方変更になった。</p>	<p>薬局側は、入力ミス、調剤ミス、監査ミスで、クリニック側も処方箋の入力ミスが疑われる。クリニックでは、カルテは手書き、番号でのDo記載なので、今までもよく間違いがある。</p>	<p>処方せん監査と薬の監査の徹底</p>	<p>エスタゾラム錠1mg 「アメル」</p>	<p>エチゾラム錠1mg 「トーワ」</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
182	<p>エチゾラム1mg「アメル」(正)とエスタゾラム1mg「アメル」(誤)の取り違えを行って調剤をし、監査で気づくことなく患者に服薬指導と交付をおこなった。その後内服をすることなく業務後に正しい薬に取り換えを行った。</p>	<p>名前の類似していることや思い込みが原因である。業務終了後に向精神薬の計数の帳簿を合わせていたところ、それぞれの薬の在庫量が違ったことから判明。この二種類は普段から、離れた場所に閉まっているが「メーカー」「規格」が同じであり、名前も似ていることから、頻回に出庫されるエチゾラムを調剤してしまったと思われる。また服薬指導の際も、薬剤師(当事者)と患者ともに、継続している薬ということで注意が薄れてしまった。</p>	<p>・指さし呼称をしながら調剤、監査を行い。交付時もお互い確認し合いながら服薬指導を行うことの継続。 ・電子薬歴に「注意喚起文」の表示。 ・向精神薬の帳簿に、類似医薬品のため注意をするようにマーカーを引いた。</p>	<p>エスタゾラム錠1mg 「アメル」</p>	<p>エチゾラム錠1mg 「アメル」</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
183	<p>事務がピッキングをし、集まった薬を監査したところエスタゾラム錠2mgが処方されていたが、エスゾピクロン錠2mgが間違えてピッキングされていた。</p>	<p>患者が混みあっており、かなりの調剤数があったので焦りなどでしっかり確認せず、慌ててピッキングしたのが原因と考えられる。</p>	<p>事務も薬剤師も忙しい時間帯でも確認を怠らず、冷静に平常心で調剤、監査を心掛けるよう話し、改善していきたい。処方箋は一般名だったので名前が似ていると見間違いやすいので調剤、監査時に見やすいよう大きく名前を書く、薬の場所を大幅に離すなど工夫していきたい。</p>	<p>エスタゾラム錠2mg</p>	<p>エスゾピクロン錠2mg</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
184	定期薬は28日分 エスタゾラムのみ30日分での処方内容。窓口で再度確認したところ28錠だった為2錠を足した向精神薬だけの引き出しに入れ管理していたが隣にある外見類似したアルプラゾラムを2錠足してお渡しした。毎日向精神薬の棚卸を行っている為、その時点で気づき患者様宅へ行きエスタゾラムとアルプラゾラムを交換した	毎回エスタゾラムを多く欲しい患者様の前で数量が少ない事に動揺した	同じメーカーのGE薬品で類似している為場所を離れた	エスタゾラム錠2mg 「アメル」	アルプラゾラム錠0.4mg 「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
185	異なる薬品を交付してしまった。患者が気づき交換となった。	多忙な時間帯、該当患者で不足薬もあり、そちらに気を取られていた。異なる薬品をピックアップしていた。外観は全く違うものの、薬品名の最初が似ており気づかずお渡ししてしまった。	薬袋にも薬の写真が出るので、処方箋、薬歴、薬袋をしっかりとチェックする。患者さんと一緒に確認する。	エスタゾラム錠2mg 「アメル」	エスゾピクロン錠2mg 「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
186	患者が処方せんをもって来局した。処方箋には一般名でエスタゾラムと記載してあったが、医療事務が誤ってエスゾピクロンで入力。調剤者も誤ってエスゾピクロンで調剤。監査機器を使用した為、そもそも入力の間違っていたためスルーしてしまった。監査者が処方せんと薬剤を照らし合わせたところ、間違いに気づき、入力と薬剤を正しいものに変更した。患者には正しい薬を交付した。	エスタゾラムとエスゾピクロンは、名称が似ていたため間違えた。また、患者が来局した時間は店内が混んでいたため焦りが生じた。	調整者がピックアップした後に、再度自己監査をするように指導。薬剤棚に「類似薬剤あり！注意！！」を貼り、取り間違い防止の注意喚起を行った。	エスタゾラム錠2mg 「アメル」	エスゾピクロン錠2mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
187	エチゾラム0.25mgをプロチゾラム0.25mgで調剤。監査者が気づきエチゾラムと取り換えた。	名称が似ている	置き場を離す、大きく名称が書かれたラベルを貼る	エチゾラム錠0.25mg 「EMEC」	プロチゾラム錠0.25mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
188	一般名処方での処方。エチゾラム錠0.5mg EMECとプロチゾラム錠0.25mg EMECを取り間違え、患者さんに投薬する。月末の向精神病薬の在庫チェックにて在庫が合わないことより、間違い発見。すぐに患者さん連絡し、お薬交換する。手持ち分を服用されていたため、今回処方のお薬は服用されていなかった。	両方とも向精神病薬のため鍵のかかる引き出しに保管していること、名称が〇〇ソラム EMECと似ていることが原因。またヒートの見た目も銀色で同じような感じである。	プロチゾラム錠は1回に30錠以上ピッキングすることがないので、30錠までと注意表記を付ける。また、同じような引き出しの場所だったので、場所の配置を換える。それぞれのお薬の場所に名称を強調して掲示する。	エチゾラム錠0.5mg「EMEC」	プロチゾラム錠0.25mg「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
189	処方せんで一般名でエチゾラム錠が処方されていたが、エبرانチルカプセルを取り出した鑑査時に発見、エチゾラム錠にかえて投薬した	患者が一気に来局し、煩雑だった一般名処方だけが取り違えを防ぐためのメーカー名記入を怠っていた調剤者が当薬局に不慣れだった	調剤の教育を続けて、薬品名の認識を高める一般名処方での取り違えを防ぐために、業務ルーチンを徹底する鑑査者もまだ教育を受けている段階と認識して、注意をする	エチゾラム錠0.5mg「トーフ」	エبرانチルカプセル15mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
190	一包化の患者さん。エチゾラム1mg「フジナガ」の所、エスタゾラム1mg「アメル」を調剤してしまった。毎日行う棚卸で数の違いがあり、エチゾラムが出ている方が1名で発覚。電話で一報入れ、正しい薬を調剤し交換を行った。	多く処方されていたのがエスタゾラムで処方されたと勘違いしてしまった。規格の数字と、類似名、思い込みが重なりミスが発生してしまったと考えられる。またチェックする人数が多くなってしまい、一人一人の責任感が薄れてしまった。関係者の一人がフォローに来ていて不慣れなスタッフだったのも一因と思われる。	棚や薬の箱に【類似名医薬品あり】の注意喚起をする。処方箋にメーカー名を転記する際丸や線で印を付け意識付けをする。	エチゾラム錠1mg「フジナガ」	エスタゾラム錠1mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
191	【正】エディロールカプセル0.5μg 1C1×朝食後【誤】アルファロールカプセル0.5μg 1C1×朝食後	入力時に前回D0で入力を行ったが、今回から処方の変更となりそれに気が付かなかった。	全体的に待ち時間が延長傾向にあったとしても、投薬時は患者さんのお話をよく聞き、違和感があった場合は立ち止まるようにする。局員に疲労感が溜まりやすい店舗環境、。過ごしやすい環境へ変えていけるようミーティングで都度話し合いを行う。	エディロールカプセル0.5μg	アルファロールカプセル0.5μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
192	エルデカルシトール(0.75)が出荷調整中で品薄のため、在庫を把握せずに入力を行った。	出荷調整になった医薬品は当日の数量を事前に確認する必要がある。	毎朝 出荷調整医薬品を確認するようになった。	エディロールカプセル0.75μg	エルデカルシトールカプセル0.75μg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
193	先発希望の方に後発品のエルデカルシトールカプセル0.75μgを調剤してしまった。他の薬剤師による監査で投薬前に気付くことができた。	後発品を調剤する機会が多く、慣れで後発品と決めこんでしまった。	先発希望、後発希望、前回の処方内容を漏れないように確認する。	エディロールカプセル0.75μg	エルデカルシトールカプセル0.75μg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
194	一般名でエナラプリル10mgの処方があり、入力者はもともと採用していた「トール」で入力をし、調剤・監査者へまわした。調剤者は新規で採用していた「サワイ」で調剤したが、監査にまわすときに帳票のチェックと入力者へのメーカー変更の声掛けをすることを怠った。監査時に、入力しているメーカーと調剤した医薬品のメーカーの違いに気づいた。	後発品メーカーの品薄状況による、メーカー変更が頻発しており、入力者が把握できなくなっていた入力者による思い込みによる間違い	調剤者、入力者で声掛けをする。監査者はメーカーまでの一文字監査を徹底する。品薄状況のメーカーについて朝礼などでスタッフ全員で共有する。	エナラプリルマレイン酸塩錠10mg「サワイ」	エナラプリルマレイン酸塩錠2.5mg 「トール」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
195	処方エナラプリル5mgが出ており調剤しようとしたところ手にエリキユース5mgを持っていました。箱の色・形が似ていて思わず手にしてしまったようです。	薬局内が混雑していて早く調剤しなければならないという焦りと同じえの段にある薬という慣れから間違った薬を手にしてしまったようです。	当薬局は基本あいうえお順に並んでおり正確に見ていけば間違えはないのでいかに待合室が混んでいようともしっかり自分の目で確認してから薬を手取るようにすること。あとカセッターの下に間違え注意の付箋を貼るとか間違えやすい薬には注意喚起を促す印をつけるようにすること。	エナラプリルマレイン酸塩錠5mg「EMEC」	エリキユース錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
196	投薬時患者様より前回もらった薬と色が違うと訴えあり。自宅から残薬を持ってきて頂いたところ調剤過誤発覚。処方医へ面談し説明、患者様には処方医より連絡して頂きました。	名称類似による取り違い。気の緩み。	監査時、必ず声に出して確認。投薬時患者様とも確認を行う。	エナラプリルマレイン酸塩錠5mg「サワイ」	イミダプリル塩酸塩錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
197	エバスチンOD錠10mg「サワイ」で入力をすると、エバステルOD錠10mgで入力がされており、調剤監査時気づくことができずに薬剤を交付しました。	先発品名とGE名が似ていた為の見落としでした。	投薬時に再度、薬情の写真と照らし合わせて薬剤交付するよう気を付けていきます。	エバスチン錠10mg「サワイ」	エバステルOD錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
198	エバステル10mg 処方のところ、エビナスチン10mg 調剤。間違いに監査で気づいた。	エビナスチンが処方されることが多かったため、よく似た名前のため、思い込みで調剤したと思われる。確認不足。	処方を指さし確認することとし、薬の棚に、注意喚起シールをはった。	エバステル錠10mg 「サワイ」	エビナスチン塩酸塩錠10mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
199	【般】エバステル錠10mg が処方されていたが、エビナスチン錠10mg 「サワイ」が調剤されており、監査でそのまま通してしまった。	エバステル錠の処方頻度が低く、エビナスチン錠と混同。見た目も似ていたため気づけずにスルーしてしまった。	ヒートの見目で判断するのではなく、しっかりと薬品名を読むようにする。	エバステル錠10mg 「サワイ」	エビナスチン塩酸塩錠10mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
200	本来ならエバルレスタットを調剤しなければならなかったところ、エベリゾンで調剤してしまった。監査時に気が付いてエバルレスタットに交換した。	一般名処方で名前が似ていたため間違えた。エバルレスタットの用法は食前なので、用法も合わせて確認していれば気づいていたかもしれない。	名前が類似している等注意の為、品名の部分を目立たせておくなどの工夫をしてもいいかもしれない。	エバルレスタット錠50mg 「オーハラ」	エベリゾン塩酸塩錠50mg 「日新」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
201	患者が処方箋を持って来局。処方箋にはエビデュオゲルと記載あり。薬剤師A(職業経験年数4年)がエビデュオゲルを調製するところを誤ってベビオゲルで調製。監査にあたった薬剤師Bが間違いを伝えた。薬剤師Aは正しいエビデュオゲルを調製し直し再度薬剤師Bが監査。監査で誤りに気づいたため患者には正しい薬を交付した。	エビデュオゲルとベビオゲルは同じゲルで名称が似ていた為間違えた。又患者来局時混んでいた為焦りがあった。	業務手順を見直し調剤者がビッキングした後監査に回す前に自己監査を忘れずに行うことを徹底した。調剤室に似た名称の医薬品があったら名称類似の札を付けたり、場所を離して取り間違え防止の注意喚起をした。	エビデュオゲル	ベビオゲル2.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
202	耳鼻科処方、十二才 女性 エビナスチン10mg 1錠/1×の処方箋をお母さんと思われる方が持参した。当時入力と調剤は同じ薬剤師が行っていた。小児用量を確認した後エバステル10mg と入力してしまった。監査時に薬情と違うことに気づき訂正した。	薬剤名称の類似と思われる。入力によって名称類似薬剤が画面に出てしまったので混同してしまったと思われる。	処方箋と調剤録の確認を徹底する。	エビナスチン塩酸塩錠10mg 「YD」	エバステル錠10mg 「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
203	患者家族より、いつもと薬が違うとの問い合わせがあり、その後交付した薬剤を持って来局。確認した所違う薬を渡してしまっていたことが発覚した。	薬を薬袋に入れたまま、中身を患者に確認させずに交付してしまった。当薬局では単剤での処方がない薬なので、思い込みで調剤をしてしまった。	薬袋に入れた薬は必ず患者に中身を見せてからお渡しする。思い込みによるミスを防ぐため、監査時は似た名前の薬剤を誤って調剤していないか声に出して確認する。	エビナスチン塩酸塩錠 20mg 「トーワ」	エメダスチンフマル酸 塩徐放カプセル2mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
204	エビベン注射液0.3mgのところエビベン注射液0.15mgで入力、調剤時の入力チェックにて規格誤りが発覚。	約1年前にもエビベンの処方があったため、前回D0で処方入力したが体重が増えたためエビベンが増量していた。	小児は体重や年齢によって規格や量の変化があるため前回D0で入力する際は規格等の確認を徹底する。	エビベン注射液0.3mg	エビベン注射液0.15mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
205	エベリゾン塩酸塩錠50mgをお渡しすべきところ、ジフェニドール塩酸塩錠25mgを渡してしまった	シートが酷似していたため錠数のみ確認し、渡してしまった	シートの色だけで判別せず、確認怠らないよう気をつける	エベリゾン塩酸塩錠50mg 「テバ」	ジフェニドール塩酸塩錠25mg 「タイヨー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
206	エベリゾン錠50mg トーフをピックアップするところ、誤って隣にあるデキストロメトर्फファン錠15mg トーフをピックアップしてしまって本人が帰宅後に気づき連絡をくれた。	監査システムを遵守していれば気づけていた。話に気をとられ内容説明を怠った点	類似名ではないが、おおよそ外観も似ているので注意喚起の札を記載	エベリゾン塩酸塩錠50mg 「トーワ」	デキストロメトर्फファン臭化水素酸塩錠15mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
207	透析前に局所麻酔で院内処方のテープ剤を使用していたが効かないからとの理由で処方変更になっていた。処方箋に手書きでエムラクリームと記載があったがエクラークリームと読み違えてしまった。透析患者で透析1時間前に使用する局所麻酔薬だが知識不足と思い込みもあってエクラーと読んでしまった。患者本人が説明と違う気がすると再度来局して取り違えが判明した。	透析前の処置で使用する薬についての知識がなかった。エムラクリームと言う名前も聞いたことがなかった。処方箋が手書きだった。	処方箋の薬と患者の言う薬が食い違っているときは必ず病院に確認すること。	エムラクリーム	エクラークリーム0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
208	エリザス点鼻粉末28噴霧用 1本 の処方 の所、リノコートパウダースプレー鼻用 1本 を誤って調剤・交付してしまった。	エリザス、リノコートともに当薬局での取り 扱いがほとんどない薬剤であり、調剤時に在 庫がないかもしれないという懸念が大きく、 リノコートを見つけた際に「懸念の点鼻薬の 在庫があった」と安心が先行してしまい薬剤 名の確認を怠ってしまったことが原因の一つ だと考えます。	個人個人もう一度気を引き締めていくこと、 また患者の希望であっても、難しい状況では 一包化調剤をピーク時間をさけて作業させて もらうようお願いすることも考える必要があ ると考えます。	エリザス点鼻粉末20 0μg 28噴霧用	リノコートパウダース プレー鼻用25μg		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
	また、当日は薬剤師2人体制であったが処方箋受付枚数が多く、12時前の繁忙な時間であったが一包化調剤(剤数・日数が多く、患者からはすぐに受け取りたいという希望。さらに在庫が足りない薬剤があり対応も必要だった)も同時に行わねばならなかった。調剤室では一包化と調剤を並行して行っており、投薬口では待合室が混雑していたため、コロナ感染の不安もあり、最大限早く投薬をして差し上げたいという焦りもあった。 以上のように、時間的にも精神的にも余裕がなく焦りと思ひ込みが重なってしまい、確認を怠ってしまったと考えます。						
209	エリスロシン200mg 2T 分2 98日分	エリスロシン200mgのgenericがエリスロマ イシン200mgと判断した。	一般名か先発名かgeneric名かを複数で判断す る	エリスロシン錠200m g	エリスロマイシン錠200 mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
210	「エリスロシン錠200mg」の処方がある のに対してGE希望のため、GEに変更 調剤しようと思ひ、名前が似ている別成分 の「エリスロマイシン錠200mg「サワ イ」を誤って調剤した。監査時に気づき 「エリスロシン錠200mg」に調剤をし 直しました。	調剤された方はパートで勤務時間も短く毎日 出勤される方ではなかった。そしてこの薬も 当薬局で1~2人しかいないため、もしかし たら調剤に関わったことがなく知識が不足し ていた可能性があり間違えてしまった可能性 あり。	まずは他にも「エリスロシン錠200mg」 のGEが「エリスロマイシン錠200mg 「サワイ」と勘違いして認識している薬剤師 がいるかもしれないので周知する。GEの棚 には先発名の記載がしっかりしてあるため、 調剤時にそこを確認してもらうことを再度周 知する。それでも今後同様の事例が起きるよ うなら棚に注意喚起の札を貼る。	エリスロシン錠200 mg	エリスロマイシン錠2 00mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
211	エリスロシンを含む一包化指示の処方 を依頼。当事者が薬剤をピッキング。ジェネ リック品を含む処方のため、成分名を想定 しながらピッキングを行った。事例発生 時、エリスロシン錠とエリスロマイシン錠 「サワイ」が同一引き戸棚に配置されてい た。当事者はエリスロマイシン錠「サワ イ」を誤ってピッキングした。その後、別 の薬剤師が一包化を行う際に取違いに気づ き、事例が発覚した。	エリスロシン錠の成分名は「エリスロマイシ ンステアリン酸塩」であり、薬価収載には後 発品が収載されていない。今回ピッキングし たエリスロマイシン錠「サワイ」は局方品の 「エリスロマイシン」の成分で収載されてお り、保険請求上、別薬剤と区別されている。 当事者はこれら保険収載上の区別についての 知識が不足しており、後発品として誤認し、 ピッキングしてしまった。また、環境要因と して同一引き戸に配置していたことも誤認へ 寄与したものと推察できる。	エリスロシン錠。およびエリスロマイシン錠 「サワイ」の両薬剤の外装箱に、お互いの薬 剤が別成分である旨を啓発するポップアップ を添付。また薬局スタッフ(事務を含む)と事例 共有を行い、同系統の過誤・ヒヤリハット事 例がないか協議した。	エリスロシン錠200 mg	エリスロマイシン錠2 00mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
212	以前は処方箋記載が製品名であったが、今回の処方より一般名での記載になっていた。エリスロシン錠200mgの処方継続であるが、一般名) エリスロマイシン錠200mgと記載あり。正しくは、エリスロマイシステアリン酸塩錠であるべきであり、疑義にて訂正を行う。	一般名と製品名の類似や一般名同士の名称も類似しているため、医師も処方誤りが生じやすい。	間違いやすい薬品は、事前にリストに記載するなどを行い、注意を薬局内で共有しておく。	エリスロマイシンステア	エリスロシン錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
213	一般名処方エリスロマイシン錠200mg 2錠 朝夕食後の処方箋を受付・レセコンでは一般名からの変換がエリスロマイシン錠200mg「サワイ」しかできないため、直接商品名のエリスロシン錠200mgで入力しようとした・在庫がないため、先発品のエリスロシン錠200mgで調剤をしたい旨を処方元に連絡。医師より、変更してもよいが、適応はサワイのエリスロマイシンしかないから、次回からはサワイの商品を準備するようにと返答があり、添付文書を確認したところ、エリスロシン錠200mgの一般名はエリスロマイシステアリン酸塩錠であり、エリスロマイシン錠とは異なることが判明	知識不足と思い込みエリスロシン錠200mgの一般名はエリスロマイシン錠であると思こんでいた	・レセコンで変換できない場合は、自分たちの考えがおかしいと思い添付文書を確認する・クリニックへの確認前に添付文書を確認し、情報を正しく整理する	エリスロマイシン錠200mg「サワイ」	エリスロシン錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
214	化膿性副鼻腔炎で夜に熱、抗生剤が追加になった。	エリスロマイシンは胃酸に不安定で、腸溶錠としてのエリスロマイシンとプロドラッグのエリスロシンで適応違いに監査時に気づいた。	一般名処方の時は特に類似の名称が多く注意する。	エリスロマイシン錠200mg「サワイ」	エリスロシン錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
215	調剤者の薬の取り間違えがあったが、交付者も監査の際に見逃しそのまま薬をお渡ししてしまった。その後患者様より薬が違うと連絡があり、間違えの発覚。患者様の薬の服用はなかった。	エリスロマイシンとクラリスロマイシンで名前が似ていたための取り間違えがあった。その後の監査においても十分な確認ができていなかった。	調剤時は全部集薬後に再度処方と薬の確認、監査者も処方箋と薬の間違いがいか複数回確認を行う。	エリスロマイシン錠200mg「サワイ」	クラリスロマイシン錠200mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
216	定期でエルサメット S 配合錠を服用されている患者様が病院に入院。退院後処方されたお薬はエルサメット配合錠だった。他のお薬も全く同じだったため以前と同じエルサメット S 配合錠で入力、調剤、一包化しお渡しした。後日裏打ちの確認時に処方箋に S の記載がないことに気づき病院に問い合わせをした。退院後の処方間違えでエルサメット S 配合錠に訂正して下さいとの事だった。	エルサメット配合錠とエルサメット S 配合錠は用量が倍量になります。処方箋に記載されたときに見逃しやすいので注意して確認する必要があると感じました。	処方箋の入力時の確認、裏打ちの確認を徹底する。お薬を集める時に規格だけでなく名称もきちんと確認する。一包化する場合に確認を入力後の薬情でしていたのできちんと処方箋と確認するようにする。	エルサメット配合錠	エルサメット S 配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
217	今まで服用していた薬を他の医院で処方してもらった際、今までエルデカルシトール 0.5 μg が処方されないといけないところ、処方箋の記載がエンテカビル錠 0.5 mg で処方だった。事前に医院より在庫の有無について問い合わせがあったことと、電子お薬手帳で以前服用されていた薬を確認できたため、処方入力時に気づき疑義紹介にて本来処方されるべきエルデカルシトールへ変更になった。	薬を検索する際、頭文字 3 文字程度で検索することが多いことと、単位は違うが「0.5」が同じであったため、入力間違いがあったと考えられるが、事前に薬の内容を把握できていたため、間違いにすぐ気づくことができた。	今まで服用されていた薬を他院で処方される場合には特にお薬手帳等、以前服用していた薬をご本人によく確認してから交付する。	エルデカルシトールカプセル 0.5 μg 「日医工」	エンテカビル OD 錠 0.5 mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
218	エルデカルシトールの処方の所、アルファカルシドールを調剤した。	1人での対応のため焦りと、思い込みが原因です。1人であるからこそ、調剤に集中すること。	1人での開業時間をできるだけ少なくする。	エルデカルシトールカプセル 0.75 μg 「サワイ」	アルファカルシドールカプセル 1 μg 「トローワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
219	エルデカルシドールを入力の際、先発品のエディロールを間違えて入力して渡す。	シートのデザインが似ていた。	監査(入力・調剤)における見直しの徹底。視覚的にもわかるようにフォト薬袋の画像の変更	エルデカルシトールカプセル 0.75 μg 「サワイ」	エディロールカプセル 0.75 μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
220	1月26日: エンシュアHを56缶お渡しするところ、エンシュアH50缶・エンシュアリキッド6缶をお渡ししてしまった。2月01日: 患者様のご家族から違う缶が混ざっていると連絡がありました。謝罪し、すぐに正しいお薬をお渡しに訪問しました。1缶誤ってエンシュアリキッドを服用されたが、体調変化はなかったと確認しました。	エンシュアリキッドが他店舗から入庫することになっていたが、エンシュアHが入庫すると勘違いしていた。入庫後、賞味期限のみ監査し、薬品名までしっかり監査をしなかった。お渡しする際も、袋から出さず、本数だけ確認しお渡ししてしまった。	監査・投薬時の監査共にマニュアル通りに監査出来ていなかった。カメラ監査をする際も流れ作業になってしまった。	エンシュア・H	エンシュア・リキッド		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
221	エンシュア・Hが処方された患者。レセコン入力をエンシュアリキッドで行い、調剤を行った。他の薬剤師が確認したところ入力間違いを発見した。	患者は、数年前からエンシュアリキッドの処方が続けられており、今回初めてエンシュアHに処方変更になった。そのため、慣れがあり入力を間違えたと考えられる。	レセコン入力を手動で行った際は、必ず一文字ずつ監査を行う。	エンシュア・H	エンシュア・リキッド		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
222	トウモロコシアレルギーのある患者様にエンシュアリキッド (トウモロコシ油配合) 処方	栄養失調で初めてエンシュア服用。アレルギー履歴にトウモロコシあり	食物アレルギーの項目も必ず確認する牛乳、卵などに注目いきがちだが他の食品にも注意する	エンシュア・リキッド	エンシュア・リキッド		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
223	一般名処方ではベタメタゾン・d-クロルフェニラミンマレイン酸塩錠が処方。継続して皮膚科から処方されている薬。毎回ジェネリックのエンベラシン配合錠で交付。今回患者さんが家に帰宅後薬を確認したらエベリゾン塩酸塩錠50mg「日医工」が入っていたと薬局に連絡があり。帰宅後すぐの確認のため服用せずに交換ができた。	薬剤の名前が似ているのが原因。当該薬剤師が一般名を把握できていない。普段監査をしない薬剤師が監査をしたためダブルチェックもうまく機能せず。	処方箋の見方を再度教育。何科から処方されている薬なのかを把握することで対応が可能。	エンベラシン配合錠	エベリゾン塩酸塩錠50mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
224	一般名でベタメタゾン、d-クロルフェニラミンマレイン酸塩配合錠処方エンベラシンで調剤するところをd-クロルフェニラミンマレイン酸塩配合錠をピッキング監査時に間違いに気づく	名称が似ているための過誤	名称が似ている薬剤であることを共通の認識してもつ	エンベラシン配合錠	d-クロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠6mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
225	オイラックスH指示のところ不慣れなため、オイラックスクリームをピッキング、代理人へそのまま投薬してしまった。翌日、他の薬剤師が気づき本人へ電話で陳謝。未使用で残薬あるので次回受診時持参して頂く。	2名分同時与薬であり、薬の数も多く投薬台のスペース不足で確認が不十分であった。	薬品名類似薬の確認の徹底。薬品棚にもシールを貼付した	オイラックスHクリーム	オイラックスクリーム 10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
226	オキシコドンNX錠の処方をおキシコドン錠と間違えた症例。処方内容はオキシコドンNX錠であったが、在庫にオキシコドン錠もあったため間違えた。	類似名による間違い	オキシコドン錠を廃棄してNXのみの在庫にした	オキシコドン錠5mg 「第一三共」	オキシコドン錠5mg NX「第一三共」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
227	オキシコドン徐放錠の一般名処方に対し、処方箋上に医師より「乱用防止製剤への変更可」の記載があった。薬局には乱用防止製剤である、「NX」のみ在庫しており、調剤も「NX」にて実施していたが、レセコンへの入力通常在庫の徐放錠であった。当該薬剤師は入力の間違いに気づかず患者へ交付してしまった。	監査・投薬を行った薬剤師と、レセコンへの入力を行った事務員がともに、オキシコドン徐放錠について、「乱用防止製剤」があることを理解していなかった。「NX」の表記の有無に注意が来ず、入力の間違ったまま交付してしまったことが原因。	在庫のない、通常の徐放錠の医薬品マスターを、レセコン上、入力に使用できないよう設定を行った。また、麻薬の乱用防止製剤について、薬局薬剤師全員へ情報共有・教育を行った。	オキシコドン錠5mg NX「第一三共」	オキシコドン徐放錠5mg 「第一三共」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
228	オキシコドン内用液が初めて処方され発注していたが、麻薬帳合卸からこの薬が発注できないと連絡があった。他にオキシコドンの内用液を注文できないか担当者とは相談していた際にオプソの内用液なら問題ないか尋ねて問題ないとのことだったのでオプソ内用液を発注した。その後、用法などの確認で今日の治療薬を調べた際にオプソでは有効成分が異なることに気づいた。処方元に疑義照会し、帳合卸からはオキシコドン内用液が手に入らないことを説明、オキノーム散に変更してもらった。	オキシコドン内用液がジェネリックしかないことを知らなかった。オプソ内用液の名前は知っていたが有効成分が何かまで知らなかった。麻薬調剤に慣れていなかった。卸からの連絡があったときに店舗内に自分しかおらず焦って独断で判断してしまった。	麻薬に関するトラブルに一人で対応しない。普段の業務で慣れていない薬に関する事案は必ず調べてから対応する。	オキシコドン内服液5mg 「日本臓器」	オプソ内服液5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
229	オゼンピック皮下注 初めに週1回0.25mgから開始し4週間後には0.5mgに増量することに気が付かなかった	処方箋読み取りリーダー(QRコード)の設備がない レセコン入力に依存する調剤監査システムの活用があるが原本調剤・原本監査が不徹底となる時間帯がある	レセコンにミスがあると、監査システムそのまま連動するため 調剤 監査においては原則 処方箋による調剤 監査を遂行し監査システムは補助として活用する 認識をもとに調剤業務の見直しを行う	オゼンピック皮下注0.5mg	オゼンピック皮下注0.25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
230	オゼンピック注0.5mgが処方されていたところ、誤ってヒューマログミックス50注ミリオペンを調剤・交付。病院の看護師から連絡あり、投与前に調剤過誤が発覚。	混雑している時間帯に外装、注射筒がどちらにも赤く類似している薬剤を取り換え、そのまま気づかずに交付した。	薬局内での過誤事例の周知と保管場所の変更。	オゼンピック皮下注0.5mgSD	ヒューマログミックス50注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
231	オゼンピック皮下注1.0mgSDを交付すべきところオゼンピック皮下注0.5mgSDを交付	入力時0.5mg以外の規格を知らなかった、用量0.5mlと規格1.0mgの取り換え	レセコン入力時要注意のポップアップが出るように改善、薬局内で事例を共有	オゼンピック皮下注0.5mgSD	オゼンピック皮下注1.0mgSD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
232	オメブラゾール10mgを一包化調剤するところ、誤ってオルメサルタンOD10mgニプロで調剤。監査を通してしまった。	調剤・監査の際の確認不足	一包化の監査の際にPTPの空、薬袋の識別コードを含めて確認するというマニュアルの徹底	オメブラゾール錠10mg「アメル」	オルメサルタンOD錠10mg「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
233	思い込みからの、ピッキングミス	処方箋を、しっかり見て、思い込みはなくすように努めます	今回も、監査の際、避けられたので、引き続きダブルチェックの徹底をしていきます	オメブラゾール錠20mg「アメル」	オルメサルタン錠20mg「KN」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
234	オメブラゾール20mgのところをオルメサルタン20mgをピッキングしてしまい、そのまま投薬してしまった。後日患者本人から電話があり、回収し、取り換えとなった。	薬品棚が隣にあり、名称が似ていたため、取り違えてしまった。また、監査もすり抜けてしまっていた。	薬品棚を隣同士から離れた。	オメブラゾール腸溶錠20mg「マイラン」	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
235	がんの患者に制吐剤としてオランザピン2.5mgが処方され、誤ってオングリザ2.5mgを交付した。患者本人が「確認したら違う薬が入っていた」と訴えて薬を持参して来局したことにより発覚。その際に誤ったものを回収し正しいものを再交付した。	名称及び外観の類似により見誤った。	類似医薬品として情報を共有しこれらを出すときは再確認すること。	オランザピンOD錠2.5mg「ニプロ」	オングリザ錠2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
236	オランザピン細粒を調剤するところ、誤ってクエチアピン細粒で調剤した	処方箋にはオランザピン細粒とクエチアピン細粒の両方が記載されており、調剤に当たった薬剤師はクエチアピン細粒を2回計量しそのまま患者様に渡ってしまった。監査の人間は気付くことができなかった。	散剤監査システムを導入し、どの薬が入っているかレシートで確認できるようにした。チェック体制をより強固なものにした。	オランザピン細粒1%「ニプロ」	クエチアピン細粒10%「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
237	処方箋にはオルメサルタンOD錠20mg0.5錠と記載されていた。病院のプロトコルに基づき、この患者さんにはいつも10mg1錠で交付している。調剤者はピッキングリスト通り20mgを調剤したが、入力の変更後の10mg1錠で入力されておらず、そのまま20mgで通ってしまった。しかし監査者が入力間違いに気づき、入力者と調剤者に間違いを伝えた。その後入力訂正を行い、正しいオルメサルタンOD錠10mg1錠を調剤し、再度監査を行った。監査で誤りに気付いたので、患者には正しい薬剤を交付した。	入力者が入力間違いに気づかず、そのまま入力してしまった。また、患者が来局した時間は混雑していたため、焦りがあったと思われる。	入力後の間違いに気づくために、監査者は必ず処方箋原本と調剤録を併用して確認を行う。患者さんが常に20mg0.5錠→10mg1錠と変更して調剤している場合は、患者メモのところに入力者が分かるよう記載しておく。	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	オルメサルタンOD錠10mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
238	納品されたテルミサルタンOD錠20mg「サワイ」を外観で判断し、オルメサルタンOD錠20mg「サワイ」に充填調剤時に気付かず開封し20mgを確認し調剤現場にいた別の薬剤師が箱の色の違和感を感じ確認し気付いた。	外観の似ている医薬品が多いので、必ず薬品名をしっかりと確認する習慣をつけた方が良いと思われる。	納品後の充填時に薬品名を読んで確認する	オルメサルタンOD錠20mg「サワイ」	テルミサルタンOD錠20mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
239	他剤含め同一服用時点、計7種処方各1錠服用であったが、テルミサルタンのみ10mg 2錠処方だったため20mg 1錠で出す方が患者様がわかりやすいと思いその旨事務員に口頭で変更を伝えたが、結果的に10mg 1錠のレセコン入力となっており、監査時も気づかずお渡ししてしまった。服用時に患者様より規格違いの指摘があり、経緯を説明し20mg 1錠の服用をお願いした。	調剤した薬剤師とレセコン入力した事務員との連携不備。監査時、投薬全量が多かったためピンポイントでのチェックとなり、見逃してしまった。	変更等に関わる指示については、必ず口頭だけでなく処方箋に内容を記載した付箋をつけることとします。付箋箇所は監査時、必ずチェックを行います。	オルメサルタン錠20mg 「ケミファ」	オルメサルタン錠10mg 「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
240	オルメテックのところオムプラールを用意した	確認を必ずすること。	必ず確認する。	オルメテック錠20mg	オムプラール錠20		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
241	処方がOD錠から普通錠に変更	いつもはOD錠で処方されていた。患者の希望で普通錠に変更されていて、見落としていた。	2重監査を徹底する	オロパタジン塩酸塩OD錠2.5mg 「サワイ」	オロパタジン塩酸塩錠2.5mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
242	オロパタジンの納入状況によりサワイでの供給ができなくなり、一時的にファイザーにてご用意。後日の調剤録・処方箋チェック時に発覚。OD錠の味も違うので患者さんに連絡し、入力違い・メーカー変更である旨を説明。	レセコンにて、前回Doで入力してしまい、メーカー変更の切り替わりが行えていなかった。	供給状況が不安定な今、用意できるメーカーが違っても対応できるようなシステムづくり。入力時のDo処方時でもしっかりと確認すること。薬剤師も調剤・投薬時に薬品メーカーも徹底して確認。残数などを医事と共有して患者を不安にさせない対応を心がける。	オロパタジン塩酸塩OD錠5mg 「ファイザー」	オロパタジン塩酸塩OD錠5mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
243	オロパタジン錠5mgを56錠ほど処方した患者(中学生)のお母さんから連絡があり、オロパタジンのシートの中に1シートのみピオグリダゾン錠15mgのシートが混入していたとのこと、既に2錠ほど服用してしまいましたが、健康被害はないか確認したいと言われた。薬効の全く異なる薬剤であり、低血糖などによる「めまい、ふらつき、悪心」などの健康被害が疑われたが、特に問題はなさそうとのことで、処方ミスによる薬剤の取り間違えを謝罪し、事なきを得た。	処方頻度の高い薬同士ということで、薬品のカセットが斜め上下に設置されており、ピッキングの際の取り間違えの可能性が濃厚であった。しかもシートの色合い、大きさも似ていることからシートを重ねても混合に気付かなかったと思われた。	1剤のみの頻度の高いお薬のため、監査がおざなりになった感じは否めない。より一層監査を慎重に行うことで、繰り返しのミスを防ぎたい。	オロパタジン塩酸塩錠 5mg「サワイ」	ピオグリタゾン錠 15mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
244	一般名オロパタジン塩酸塩錠5ミリグラムの処方、レセコン入力時に間違えてオロパタジン塩酸塩0D錠5ミリグラムで入力していた。監査時に気付き、入力を修正して調剤。	レセコン入力時のチェックミス	これからも確認作業をしっかりとしていく	オロパタジン塩酸塩錠 5mg「トーフ」	オロパタジン塩酸塩0D錠 5mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
245	新規でガスコン錠が出た患者さんに ガナトン錠で調剤。	名称が似ている為 思い込みによる調剤。	ガスコン錠40mg ガナトン錠50mg などで規格までしっかり確認し調剤する事で調剤間違い防ぐ事ができると考える。規格までしっかり確認する	ガスコン錠 40mg	ガナトン錠 50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
246	処方箋にて、(般)カンデサルタン8mg・ヒドロクロロチアジドが処方されており、本来 カデチア配合錠HDで調剤するところを、誤って(般)カンデサルタン8mg・アムロジピン5mgである、カムシア配合錠HDで調剤した。	投薬時、患者本人より指摘を受け、事例が発覚した。さらにご本人より、過去にも2~3度同じミスがあったと、注意された。	カデチア配合錠HDは14錠包装、カムシア配合錠HDは10錠包装に採用し直した。処方箋で、(般)の場合、複数の薬剤師が確認することにした。確認のタイミングは、調剤、鑑査、投薬時に行い、すべて異なる薬剤師が担当することにした。	カデチア配合錠HD「あすか」	カムシア配合錠HD「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
247	一般処方名でカンデサルタン配合だけを見てしまいカデチアHDをトレーの中に入れて服薬指導をしようとした。もう一度処方せんを見たらカンデサルタン・。アムロジピン5m g 配合錠を記載されていました。慌てて調剤室に戻りカムシアHDに変えて服薬指導をしまして事なきを得ました。	当日は少し忙しかったせいか少し焦って確認不足でした。	調剤棚に商品名の下に成分表示を大きく赤マジックで書きまた類似品ありとも書きました。	カムシア配合錠HD 「あすか」	カデチア配合錠HD 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
248	カムシア配合錠HDで処方きてたが、カデチア配合錠HDでお渡し。	多忙だった為、チェックが抜けてしまった。	多忙であっても監査には気を引き締めて臨む。カムシア配合錠への交換対応。	カムシア配合錠HD 「あすか」	カデチア配合錠HD 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
249	カムシアLDで処方のところカデチアLDでお渡し翌日患者より連絡あり発覚謝罪しカムシアLDに取り換える	調剤者、鑑査者ともに思い込み	調剤者、鑑査者ともに注意深くチェックする。	カムシア配合錠HD 「サンド」	カデチア配合錠LD 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
250	以前からカムシア配合錠LDを服用中の患者様が来局。数値悪化にてカムシア配合錠HDに処方変更があったが、当該医療事務が気付かず処方入力。薬剤師の監査により投薬前に発覚。	繁忙時間帯で焦りがあり、当該医療事務が処方入力後の自己鑑査を怠っていた。通常は処方せんに記載のQRコードを読み取って処方入力を行うが、当事例発生時は読み取り機器の調子が悪く手入力であった。	処方せん受付から投薬までの全工程における自己鑑査の徹底を指導調剤監査機器のメンテナンス	カムシア配合錠HD 「ニプロ」	カムシア配合錠LD 「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
251	家族が代理で処方箋を持ってきた。3か月前から一包装して、渡している。普段なら事務職員がパソコンで入力するところ、その時はまだ事務がいなかったため、鑑査者が処方箋をdo入力した。薬剤師がピッキングした薬剤を、鑑査者が、鑑査を兼ねて一包装した。名称に違和感を持ちながらも一包装してしまった。渡した後に、もう1回在庫を確認して過誤に気付いた。直ちにご家族に連絡して、服用前に正しい薬を渡すことができた。	調剤した薬剤師は、「名称の違う薬が存在していること知らなかった」、と言って、思い込みでピッキングした。また、鑑査者は一般名の処方箋をみながら鑑査したので、違和感を持ちながらもそのままスルーしてしまった。	鑑査者も、前回の薬歴をきちんとチェックしながら、鑑査することが必要。	カムシア配合錠LD 「あすか」	カデチア配合錠LD 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
252	処方箋記載薬はカムシア配合錠LDであったが、処方入力をカムシア配合錠HDでしてしまった。レセプトコンピューターの代替品検索でカムシア配合錠LD→カムシア配合錠HDの変換ができてしまった。	カムシア配合錠LDは当店採用がなく、採用品であったカムシア配合錠HDを選んでしまった。	処方入力後の剤形、規格などチェックを徹底する。	カムシア配合錠LD 「あすか」	カムシア配合錠HD 「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
253	カデチア配合錠LD「あすか」の調剤のところ、カムシア配合錠LD「あすか」を調剤投薬中に気づきカデチアは配合錠LD「あすか」をお渡しする	カデチア配合錠は処方頻度が少なく、いつもの慣れでカムシア配合錠を調剤した	錠剤棚の表記方法を変更し、ピックアップする際再度確認するように徹底した	カムシア配合錠LD 「あすか」	カデチア配合錠LD 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
254	処方箋の名称が、商品名から、一般名に変わった。注意が散漫になって、入力ミスが起こった。入力鑑査の際に見つかった。	背景として、一般名処方が増えてきたことよって起きた事例です。	朝礼で、一般名処方の際は注意が必要なことを共有した。	カムシア配合錠LD 「あすか」	カムシア配合錠HD 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
255	カムシア配合錠LDでお渡しすべきところをカデチア配合錠LDでお渡ししてしまった。その後、両薬剤の在庫数が合わない事が判明し、正しい薬をお渡しした。	思い込みで調剤、監査をしてしまったことが原因です。忙しい時間帯でも落ち着いて処方箋を十分に確認して業務を行う必要があった。	思い込みで調剤、監査をしない。二重チェックの徹底を行う。	カムシア配合錠LD 「あすか」	カデチア配合錠LD 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
256	一般名処方(般)カンデサルタン・アムロジピン2.5mg配合錠が処方された。これに対してはカムシア配合錠LDを調剤しなければならぬが、薬剤師が間違いカデチア配合錠LDを調剤してしまった。監査の薬剤師が間違いに気づき患者には正しい薬を投薬した。	今回のケースのように配合錠にも薬品名が類似したものが多い。過誤につながる薬を予めピックアップして対策をとるべきである。	カムシア配合錠LDとカデチア配合錠LDの棚に、注意喚起を行うよう「カムシアでいいですか?」「カデチアでいいですか?」という付箋をつけた。	カムシア配合錠LD 「あすか」	カデチア配合錠LD 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
257	定期の薬が出ていて、薬を取りそろえて、薬袋に確認しながら入れていた時に発覚。カムシアLDが処方されていたが、カデチアLDを出していた。漫然と注意力なく薬を集めていたのが原因。	定期の薬で、注意力が散漫になっていた。患者も多く、急いで薬を集めていた。	常に緊張感をもって、一定のペースで業務を行い、監査にて確実に間違いを見つける目を養う	カムシア配合錠LD 「サンド」	カデチア配合錠LD 「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
258	似た名称で、最後まで薬名をきちんと確認せず、監査時に気付いた。	焦りと思い込みで調剤してしまい、確認を怠った。	成分名までしっかり確認する等、二重三重の確認をして、再発防止に努める。	カムシア配合錠LD 「トーフ」	カデチア配合錠LD 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
259	薬間違い	薬の間違い	確認再度	カリジノゲナーゼ錠50単位「サワイ」	カルボシステイン錠500mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
260	いつも利用している患者がいつもの処方箋をもって来局。今回ヒヤリハットとなった薬剤師以外に8種類服用中の患者。当該薬剤師がすべての薬剤を調剤し、別の薬剤師が鑑査した時にヒヤリハットを発覚。	処方箋を見たときに、たくさんの薬が出ていて焦ってしまったこと、普段見慣れない薬でパッケージが赤かったような覚えがあったので、カの所にある赤いパッケージというイメージで調剤してしまった。	調剤および監査する時には、薬剤名を声に出してつぶやくか指差し確認をして調剤する。また、処方箋の規格、間違いそうな箇所に丸印をつける。	カリジノゲナーゼ錠50単位「日医工」	カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム錠30mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
261	【般】ポリスチレンスルホン酸Ca経口ゼリー20%25gの処方から【般】ポリスチレンスルホン酸Ca経口液20%(25g/包)に処方変更となっていることに気づかず、前回と同じポリスチレンスルホン酸Ca経口ゼリーで入力、調剤し、お渡しした。次に来局された時に処方変更になっていることに気づいた。	医薬品名の最後まできちんと確認できていなかった。入力が間違っていたため、電子薬歴でも前回Doと表示され、処方変更なしという思い込みがあった。投薬時に本人から訴えがなく、気づけなかった。	医薬品名の確認は1文字ずつ名称、剤形、規格、1日量を確認する。ゼリーと液があるということ全員に周知する。	カリメート経口液20%	ポリスチレンスルホン酸Ca経口ゼリー20%分包25g「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
262	一般名でポリスチレンスルホン酸Caが処方された。入力者はポリスチレンスルホン酸Naを選択、商品名ケイキサレート散で入力した。当薬局にはケイキサレート散の在庫が無かった為分譲を行った。分譲終了後の監査で入力、薬品が間違っていることが発覚した。	一般名処方が高く、レセコンで薬品選択時に選び間違えた	一般名は似たような名前が多い為、名称の最後まで確認すること。	カリメート散	ケイキサレート散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
263	当薬局事務員が処方箋調剤録確認中、入力間違いに気づいた。カルテオロールLA点眼液2%2.5mlで入力のところ、カルテオロール点眼液2%2.5mlで入力。誤りに気付かず監査・調剤を行い、カルテオロール点眼液2%1本(5ml)で交付してしまった。	・濃度のみ確認し、入力してしまった。・監査時、処方箋との突合確認が漏れてしまった。・調剤時に処方箋の突合確認を怠ってしまった。・処方箋原本ではなく、調剤録をみながら監査、薬を交付してしまった。	・入力時の確認は画面と処方箋を横に並べて、名前・剤形・規格・数に間違いがないかどうか確認を行う。・監査時は、点眼液の種類や規格間違いは起こりやすい為、店舗に在庫してあるものを熟知し、種類・規格・本数が間違えていないか必ず確認する。・濃度のみに気を取られないようにする。・調剤後の自己監査の徹底。	カルテオロール塩酸塩LA点眼液2%「わかもと」	カルテオロール塩酸塩点眼液2%「わかもと」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
264	病院からの処方箋に記載された医薬品名はカルデナリンOD錠2mgだったが、実際にはカンデサルタンOD錠2mgの処方があった。処方内容がすごく変わっている、記載ミスには気が付かなかった。	病院からの発行の処方せんの医薬品名が間違っていた。両方とも血圧をコントロールする薬だったので、処方の間違いに気が付かなかった。	薬効の違う医薬品であれば投薬時などでも防げるが、上記問題に関しては防ぎようがない。	カルデナリンOD錠2mg	カンデサルタンOD錠2mg「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
265	カルデナリン錠2mg処方のところ、カンデサルタン錠2mgを調剤。監査時に誤調剤に気がついた。	名称が類似している。容量が「2mg」で同一。シートの色調もグリーン文字で似通っている。	薬局内にて「カルデナリン錠2mg」と「カンデサルタン錠2mg」の誤調剤が発生したことを周知した。	カルデナリン錠2mg	カンデサルタン錠2mg「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
266	カルデナリン2mgを調剤すべきたころカンデサルタン2mgを投薬。交付後患者様よりの連絡で判明。	薬品名が似ており見落とし調剤。監査が不十分であった	処方箋をよく確認。監査時交付時見落としのないよう落ち着いて確認する。	カルデナリン錠2mg	カンデサルタン錠2mg「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
267	当日の時間帯たまたま職員が二人で行っていた。忙しい時間帯でピックも監査も一人薬剤師が行ってしまった。間違った薬の保管場所が同じで、薬名をしっかりと見ないで調剤してしまった。	薬名が似ていたため、取り間違えてしまった。また、忙しい時間帯であったため、普段であれば二人以上の目で確認をするのですが、一人薬剤師で行ってしまった。	忙しくても必ず二人以上の目を通すよう心がけます。また、薬名のチェックの際声を出して確認する。	カルデナリン錠2mg	カンデサルタン錠2mg「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
268	処方箋には「カルデナリン」と記載されていたが「カンデサルタン」と入力してしまっていた。調剤時もミスゼロ子の照合機械を見て調剤しており間違いに気づけなかった。また監査時も間違いに気づけずお渡ししてしまった。	調剤の際に処方箋を見てピッキングするということが徹底できていなかった。また、監査の際も慣れてきたところで漫然と鑑査しており気が緩んでいたことが原因。	処方箋を見てピッキングすることの徹底。スタッフ全員で気を引き締めて業務に取り組む。	カルデナリン錠 2 mg	カンデサルタン錠 2 mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
269	カルデナリン錠 2 mg が処方されていたが、カンデサルタン錠 2 mg を調剤。鑑査でミスを発見。	普段一般名処方が多い医院の処方のため、変更不可のカルデナリン 2 mg が一般名処方のカンデサルタン 2 mg と読み間違え。	今回の間違いが以前もあり、カセッターにも注意のシール貼付。本人には常に処方箋をよく見て調剤をすること、当該薬品がある場合は入力時事務からの声かけと、鑑査する薬剤師も十分注意している。	カルデナリン錠 2 mg	カンデサルタン錠 2 mg 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
270	処方箋鑑査時に今回が初回の処方と確認。おくすり手帳から、現在までカンデサルタン錠 4 mg を他院で服用している事を確認。ドキサゾンとして初回量にしては多いこと、他院の受診状況・処方日数から高血圧の治療に関して転院の可能性があると判断。ご本人に今日はどのような処方の予定だったか確認したところ、今まで他院でもらっていた薬を出してもらおうことになっていた事が確認できたため処方医に疑義照会実施。	先発品名と一般名の類似名による選択ミス。	先発品から一般名を、一般名からは先発品名が出てくるように同じような事例に対応できるようにする必要があると考える。	カルデナリン錠 4 mg	カンデサルタン錠 4 mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
271	カンデサルタン 4 mg 処方のところカルデナリン 4 mg を調剤。鑑査にて別薬剤師が気付いたため交付はなし	思い込みがあり、処方せん確認が不十分であった。	確認の徹底を行う	カルデナリン錠 4 mg	カンデサルタン錠 4 mg 「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
272	カルベジロール錠 10 mg 「サワイ」を調剤するところを、「テバ」を調剤してしまった。処方入力も間違ってしまった。交付前に気づき問題なかった	ジェネリックの供給不足により、複数メーカーを在庫していることが原因。	ジェネリック採用薬の確認を医療事務と薬剤師が共有して間違いのないようにする	カルベジロール錠 10 mg 「サワイ」	カルベジロール錠 10 mg 「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
273	カルボシステインDS50%1.0gの処方のもと、クラリスロマイシンDS10%1.0gでお渡しした予製を作成している散剤で、カルボシステイン1.0gのところに、クラリスロマイシン1.0gが充填されていたピッキング鑑査システムを使用しているが、散剤予製のため、カセッターにバーコードを作成し利用しているため、充填された中身が違ってもエラーがでなかった	散剤の予製の充填には、鑑査システムが使用できなかったため、充填ミスがおきた(錠剤の充填などは、必ず鑑査システムを使用するようにしている)散剤の充填時には、他の人に確認してもらうことになっているが、きちんと行われていたのか不明調剤・鑑査ともに、鑑査システムを使用しているため、あっていると思い込んだカセッターの中に違う薬が充填されているという考えがなかった	クラリスロマイシンDSの予製をなくし、分包品を採用カルボシステインDSの充填については、鑑査システムが使用できるように、予製袋にバーコードを作成し、カセッターのバーコードと照合し使用するようになる	カルボシステインDS 50%「タカタ」	クラリスロマイシンDS小児用10%「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
274	カルボシステインとアンプロキシールのシロップを全自動分注機にセットする際取り違えた。	LIQという全自動水剤分注機を使用しており、機械には10薬品セットすることが出来る。セットする際に確認を怠り、カルボシステインの場所にアンプロキシールをセットした結果、患者さんに渡すシロップの容器にアンプロキシールを重ねて入れてしまった。	鑑査の薬剤師が、抽出している機械を見ていたため、気づき患者さんに渡すことなく事故を未然に防ぐことが出来たが、セットする時の手順通りにするように皆に確認した。	カルボシステインシロップ5%「タカタ」	アンプロキシール塩酸塩シロップ小児用0.3%「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
275	カルボシステインシロップを調剤のところ、下の段にあったフスコデシロップで調剤してしまった。鑑査も確認を怠りそのまま投薬。薬品を片付けるときに発覚し、連絡してお届けし交換させていただきました	シロップの外観が似ていて、薬品名確認しないで調剤してしまったことが原因。また、鑑査も確認できなかった。	上下でおかず少し場所をずらして保管するようにする。必ず、調剤前に薬品名確認。鑑査もしっかり調剤したビンの確認を行うことを徹底したいと思います。	カルボシステインシロップ小児用5%「テバ」	フスコデシロップ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
276	前回処方「カロナール500mg」の頓服、今回は「カルボシステイン500mg」分3処方。そのほかに多数薬剤ありだが、他の薬は前回同様の内容。上記2つの薬のみの変更だったため、入力ミス。また、ピッキングも「カロナール」を調剤していたため、鑑査時に気づくのが危うかった。なんとか鑑査時に判明して患者への投薬は免れた事例です。	類似名薬剤と前回DO処方にかくれた間際らしいケース。確認作業の徹底が必要。	ダブル鑑査等の確認作業の徹底	カルボシステイン錠500mg「サワイ」	カロナール錠500		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
277	カルボシステイン錠500mgが処方されたが、トラネキサム酸錠500mgが調剤された。監査者が過誤に気づいた。	錠剤の大きさを判断し、ピッキングをした。	忙しい時は習慣的な行動が要因になりミスをしやすい。普段から名称を確認してピッキングするよう指導した。	カルボシステイン錠500mg「サワイ」	トラネキサム酸錠500mg「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
278	レセコン入力でコロナール細粒20%を50%で入力し、そのまま調剤、鑑査、交付に至る	コロナール細粒が複数規格ある認識が薄く、先に目についたコロナール細粒50%入力してしまった。鑑査時も気づかず交付してしまった。	複数規格ある薬品の薬品マスタにおいて、規格を強調カッコで記載し複数規格あるアナウンスをする。	コロナール細粒20%	コロナール細粒50%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
279	いつも一般名処方でアムロジピン塩酸塩錠5mg1錠1×朝食後で処方されているが今回は一般名処方アセトアミノフェン錠200mg2錠1×朝食後での処方。さらに頓服アセトアミノフェン錠200mg1回2錠、頭痛時5回分が処方されていた。ご本人に確認したところ血圧は変わりなく薬の変更は聞いていない。頭痛の時に飲む薬が出されるとは聞いていたが毎日服用するとは言われていないとのこと。	本来頭痛時のアセトアミノフェンの頓服処方を追加するはずが、一般名処方アムロジピンが処方されており、頭文字が同じだったため類似品で処方間違えた可能性がある。	一般名処方は類似品との間違いが多いためご本人から症状の聞き取りを徹底し鑑査には更なる注意が必要。解熱鎮痛剤の長期処方の際は適切な日数であるか注意する。	コロナール錠200	アムロジピンOD錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
280	コロナール錠200mgを42錠とるところを、コロナール錠200mg 10錠シートを4枚と沈降炭酸カルシウム錠500mg「三和」2錠を輪ゴムでとめていた。	よく見ないと見過ごしてしまうほど似ている。たぶん、沈降炭酸カルシウム錠500mg「三和」の半端の2錠をよく見ないでコロナール錠200mgの棚へ戻ってしまったのだと思う。それを調剤した薬剤師も確認せず取ったと思われる。	棚へ返却する際は、もう一度よく見て、棚の中の薬剤と同じか確認してから戻すようにする。	コロナール錠200	沈降炭酸カルシウム錠500mg「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
281	カロナール200を10錠処方された患者に対してデキストロメトルファン15mgを10錠誤って渡していた。患者はカロナールの薬袋から取り出した錠剤を2錠服用したあと就寝し、夜中に起床した際に熱が下がっていなかったため、薬袋を確認したところデキストロメトルファンが入っていることに気付かれたため、それ以降は服用されていなかった。	発熱外来が繁忙しており、監査時に焦りがあった。またフェイスシールドをつけて車外で服薬指導を行っていたため投薬時に発見できなかった。	繁忙時にも気持ちに余裕を持って監査できるような人員を補充する。処方せん、調剤録、薬剤、薬袋についての監査を徹底する。薬局外で投薬する際は、患者のもとに向かう前に再度間違いがないか確認を行う。	カロナール錠200	デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠15mg「トローワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
282	カロナール錠500mg3錠をピッキングするところ、メトホルミン錠500DSEPをピッキングした。	カロナール錠500とメトホルミン錠500mg DSEPの錠剤の形状がよく似ており、規格も500で同一、保管場所も近かったため取り違えたと思われる。	カロナール錠500mgの保管場所を変更した。	カロナール錠500	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
283	『カロナール錠500mg2錠/屯用10回分』の処方。調剤者が『メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「三和」』をピッキングし、監査者が誤調剤を見逃した。交付者の薬剤師が投薬時に誤調剤に気づいた。	劇薬の棚でそれぞれの場所は近いところにあった(非隣接)。他の規格と区別するために、それぞれの棚には「500mg」と表記されていた。どちらも「緑色のライン」が入っており、「錠剤は大きい」など類似点が多い。	誤調剤が発生した旨を、全薬剤師に周知。	カロナール錠500	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
284	外来患者で、処方されたカロナールを正規の棚から出さずに、数が足りないと思っただけで、(翌日お届けの)1包装しようとしていたカルボシステイン(500)を、外来の籠に入れ直してしまった。監査していた薬剤師が、気づいて患者さんには渡らなかった。	カロナール(500)は新規採用。外観が似ているカルボシステイン(500)と取り違えの注意喚起を怠っていた。また、保管場所が違うため、全員に徹底していなかった。	お薬を揃えるときは、正規の棚から出すことの徹底。また、新規採用品は外観などの注意点を全員に伝達する。	カロナール錠500	カルボシステイン錠500mg「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
285	カロナール錠500mgが処方されていたが、調剤に向かうと、カロナール錠500mgの薬品棚にメトホルミン500mgMT「ニプロ」が充填されていた。患者に交付前に気がついた。	劇薬の薬のストック分が1か所にまとめてあり、箱のサイズ、デザインが類似しているうえに、開封後のPTPも類似。	保管場所を別にし、棚には注意喚起、スタッフに周知した。	カロナール錠500	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
286	カロナール錠500の薬品棚にメトホルミン錠500mgの箱が充填されていた。	外箱の大きさやデザイン、色が似ているため、納品されたメトホルミン500mgを誤ってカロナール錠500の棚に充填してしまった。未開封の状態で見つけたため調剤には至っていない。	薬品棚のカセット前面に注意喚起のシールを貼付した。また、この2剤は錠剤の形状やシートの大きさも似ているため、両方処方された高齢者にはどちらかを一包化するなど誤薬のないよう工夫をする。	カロナール錠500	メトホルミン500mg MT		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
287	帰り際に注意散漫になり500mgで取り換え	慣れもあり、確認が不足していた	ダブルチェックの徹底を図る	カロナール錠500	酸化マグネシウム錠500mg「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
288	薬の大きさがほぼ同じで劇薬棚にあるための勘違い	比較的大きな薬で特徴的であるがためのピッキングミスが起こることを再認識する	棚の場所の工夫をする	カロナール錠500	メトホルミン塩酸塩錠500mg MT「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
289	カンデサルタン錠の所カルデナリン錠がピッキングされており鑑査時に間違いを発見した。	繁忙の時間帯であり、ピッキングを追われる焦りから薬剤名の見間違いであったと考察できる。また薬の在庫場所も近かった事も間違いの要因と考えられる。	類似している薬は分かりやすく区別して保管する。ただピッキングをするのではなく、処方内容を理解し処方意図を考えながらピッキングを行う。忙しい時こそ落ち着いて思い込みに注意してピッキングを行う。	カンデサルタン錠2mg「ファイザー」	カルデナリン錠2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
290	処方箋に一般名でカンデサルタン8mgと記載されていたが、ガランタミン8mgと記載しピッキングもそれともなっていた。	処方箋がファックで届くので、文字が見えづらい。そのため、思い込みもあり、読み間違えた。また、勤務薬剤師が、慣れていなかった点もあり、再度確認をお願いした。	処方箋を拡大コピーし、見やすくした。	カンデサルタン錠8mg「あすか」	ガランタミンOD錠8mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
291	カンデサルタンが処方されていたがカデチアで渡してしまった。	薬品名の類似、監査システムをスルーしてしまったと思われる、慣れ、慢心。	慢心せずしっかりと監査システムを通し、渡す前に薬をしっかりと確認する。	カンデサルタン錠8mg「ケミファ」	カデチア配合錠HD「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
292	処方箋は【一般】モンテルカストチュアブル5mgだが入力でキプレス10mgと間違えて打ち込み、薬剤はキプレステュアブル5mgを計数したが、薬袋の表記間違いに気づかずそのまま投薬	小児だから5mgの入力で合っているだろうと思ひ込み、監査を通過、投薬、当薬局はキプレス5mg・10mg、モンテルカストチュアブル5mgと在庫しているので、事務員入力の際に思ひ込みの概念を取り除かないといけない	先発・後発の在庫の混在を減らす方向で検討	キプレステュアブル錠5mg	キプレス錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
293	ギャバロン5mg錠の処方のところを、タリージェ錠5mg錠を調剤	5mgにだけ目がいって、取り換え、その後確認を怠った	一文字監査とピッキング後の最終確認を怠らない	ギャバロン錠5mg	タリージェ錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
294	一般名のクロベタゾン酪酸エステルで処方されたものを、同クロベタゾールプロピオン酸エステルで入力それに基づき商品名を選択したため、キンダベート軟膏を使用すべきところ、デルモベートが選択され調剤、お渡ししてしまった。	レセコンの入力の際、一般名の入力に主に頭3文字で行われるため。	一般名を末尾まで確認することを徹底する。お渡しの際に使用部位の確認を行い、ステロイドの強さに対比する。	キンダベート軟膏0.05%	デルモベート軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
295	皮膚科の一般名処方でクロベタゾン酪酸エステル軟膏をクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏で処方入力してきたデルモベート軟膏を選択した。一般名の知らない薬剤師が入力のデルモベートをみてピッキングした。混合しようとした別の薬剤師が子供の顔には強すぎるステロイドだったため確認して間違いが判明し正しい医薬品で調剤し事なきをえた。	新規の医療機関からの処方箋で普段皮膚科の一般名処方をしていない事務が処方入力をす際1つ上の一般名をクリックしてしまった。またステロイドの一般名に詳しくない薬剤師が入力をみてピッキングをしてしまった	一般名は必ず処方箋と突き合わせる	キンダベート軟膏0.05%	デルモベート軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
296	一般名処方：クロベタゾン酪酸エステル軟膏が処方されていたが、レセコン入力で一般名類似品：クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏で入力となされており、ピッキングもそれに沿ってデルモベート軟膏でされていた。一般名処方の際は、ピッキングした薬剤が本当にその成分のものであるか、監査時必ず確認をしているが、急いでいたため怠ってしまった。監査者がそのまま投薬にあたり、投薬時、使用部位を確認し、部位と薬剤が適さない気がつき処方箋を見返し、ミスに気がついた。	当薬局のルールとして、一般名処方の場合、成分名の横に実際入力する薬品名を併記している。入力の時点で、成分名間違いがあり、実際キンダベートで調剤のところ、デルモベートで記載されていた。ピッキング者もそのままミスをしてしまい、監査時もお待たせして急いでしまし、通常確認することがもれてしまったために発生した。	急いでいる時こそミスが置きやすい。急いでいても、落ち着いて、通常と同様に必要なチェックは行う必要がある。	キンダベート軟膏0.05%	デルモベート軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
297	一般名でクロベタゾンが処方されているところをクロベタゾールで調剤した。	一般名でありステロイドの軟膏の一般名処方に慣れていなかったため。名前が似ている薬があることを知らず注意不足となってしまう	ステロイド軟膏の表を監査台に設置し一般名と先発、後発の名前を覚える。	キンダベート軟膏0.05%	デルモベート軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
298	一般名処方ですり入りの処方箋でクロベタゾールプロピオン酸エステル0.05とクロベタゾン酪酸エステル0.05を間違えて入力してしまった。監査後に症状はひどいが強い薬を顔に塗るのはおかしいと思いDrに疑義紹介。Drに確認をした際にその薬は出していないとのこと。処方箋を確認した際にミス発覚。患者さんに連絡して調剤後数分後だったので使用せずに済んだ。	処方監査の手順未熟。最初の文字のみでの監査。知識不足。	疑わしいことがあった際は投薬の前に疑義。監査の方法再度確認。	キンダベート軟膏0.05%	デルモベート軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
299	グーフイス錠の処方の所、グルファスト錠を交付。介護者kが気が付き発覚	なんとなく外観は類似している	監査を重ねて行う事	グーフイス錠5mg	グルファスト錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
300	一般名の処方でシタフロキサシンが夕食前2錠で追加処方になっていた。日数も28日分で長期の処方追加になっていたため病院に疑義した所、病院のスタッフより患者の処方箋を発行する時にグーフイス錠選択して作成しなければならないのに誤ってグレースビットで選択してしまい処方発行してしまったとの事。	病院のレセコンの選択ミスが要因となっている。今回は用法用量と日数で疑義しようと考えた事が良かったと考えられる。	特になし	グーフイス錠 5 mg	グレースビット錠 50 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
301	グーフイス錠の処方だがクエンメット錠を調剤通常薬の在庫は棚の下に保管してあるが、グーフイス錠の在庫が錠剤棚の上に在庫されていた為、在庫の上の棚の薬を調剤。調剤した薬の名称を見ず監査へ。監査時グーフイスが調剤されておらず、クエンメットが調剤されており気づく。	調剤棚のルールに沿って在庫を置いていなかった。ピッキングの際、ピッキング後のチェックが漏れていた。	ルールに沿ってないものがないかを確認し、沿ってないものはルールに沿うように場所を改善。ピッキングの際の名称確認、ピッキング後の名称確認の徹底。	グーフイス錠 5 mg	クエンメット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
302	2021年6月7日午後1時頃、クエチアピン細粒50%を調剤するため、棚から該当薬剤を取り、散剤鑑査システムに読み込み、分包調剤した。その際、劇薬棚のクエチアピン細粒50%を手取るのを誤り、普通薬の棚のカルバマゼピン細粒50%を手に取り秤量分包調剤した。別の薬剤師が鑑査するとき、記録紙にカルバマゼピンと記載されているのに気づき作り直した。	○「細粒50%」がつく名称の薬剤が「カルバマゼピン細粒50%」と「クエチアピン細粒50%」の2種類在庫があり、「50%」というのが頭にあった。○散剤鑑査システムで表示される「カルバマゼピン細粒50%」の字が小さかった。○散剤鑑査システムに登録された「クエチアピン50」が普通薬で登録されていたため赤字で表示されなかった。	○散剤鑑査システムの「カルバマゼピン細粒50%」の表示を「カルバマゼピン50%」に簡略し字を大きくした。○散剤鑑査システムに登録された「クエチアピン50」の薬種を劇薬に修正登録し赤字で表示されるようにした。	クエチアピン細粒 50% 「アメル」	カルバマゼピン細粒 50% 「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
303	今までのクエチアピン錠の用法が 1日3錠1回1.5錠(1日3錠 コメント)夕錠、寝る前2錠 1日2回夕食後、寝る前FAX入力でありDo入力を行う。 コメント)夕2錠、寝る前1錠に変更になっていることに気づかず監査もスルーし、服薬指導時にも会話の中では特に変更点はなくいつもと同じですと、変更については確認取れず翌日、事務員の入力点検により、発覚患者様に再確認するも用法変更については認知されておらず。病院に疑義照会する。変更指示ありということで、もう一度患者様に連絡とり用法変更について説明指導を行った。	薬剤師の監査漏れFAX処方のためDO入力病院から患者さんへの説明不足	FAX入力だとミスが起こりやすい為、より注意しながら監査を行う⇒FAX処方に関しては、原本持参した時の監査も重要と考え今後気を付けるポイントとする。夕2錠、寝る前1錠は、コメント入力にて記載されているため、2次元で読みこめない部分であり、手入力する必要がある手入力時は、注意する。	クエチアピン錠 2.5 mg 「サワイ」	クエチアピン錠 2.5 mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
304	当局には初めてでした。今までは他の病院薬局でもらっていたが引越のため当局へ。一般名処方であったため入力時の検索にて頭の3文字のみで検索してそのまま入力。クエン酸ナトリウム・カリウム水和物をクエン酸第一鉄で入力。閉局後間際にいらしたため急いで入力した。入力後が異なっていたため監査ピーチもそのままスルーされてしまい、間違えたもので調剤。	閉局間際に来局され処方箋の期限が本日までだったため慌てて入力したことも要因のひとつ。一般名処方だったため最初の頭3文字で検索してしまったため採用のある黒くなっていたクエン酸第一鉄を選んでしまった。そのまま調剤をしたため思い込みがありスルーしてしまった。	必ず他の薬剤師が監査・投薬する必要がある。常に薬局での在庫のメンテをする必要がある。採用されているものとそうでないものを明確にする。	クエンメット配合錠	クエン酸第一鉄 Na 錠 50 mg 「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
305	クエンメット配合錠を調剤するところ、クエン酸第一鉄をピックアップし監査も気付かず、投薬時患者様の指摘により間違い発覚。	並べて在庫していた為と忙しさのため監査者も気付かないまま交付してしまった。	離して置く事ともう一度全員で間違いを共有した。	クエンメット配合錠	クエン酸第一鉄 Na 錠 50 mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
306	処方箋に一般名(クエン酸カリウム:商品クエンメット)での記載あり。病院では(クエン酸鉄:フェロミア)が処方されたかったようだが医師に選択誤りあり。	一般名処方の拡充	事務員(非薬剤師)が入力終了後、薬剤師が調剤開始前に監査する手順を取り入れた	クエン酸第一鉄 Na 錠 50 mg 「JG」	クエンメット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
307	一般名クエン酸第一鉄ナトリウム錠50mgの処方、平素はクエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」を調剤していたが、間違えてクエンメット配合錠を調剤してしまった。	一般名のクエンだけで判断して調剤してしまったものと推測される。	調剤の際には、薬袋と照らし合わせて、自分なりにダブルチェックするように再確認した。	クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」	クエンメット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
308	クエン酸第一鉄Naのロケーションに沈降炭酸カルシウムのヒートが1枚混入していた。外観類似していた為に調剤者が間違えて一緒に調剤してしまった。監査時に薬剤師が気づき、調剤過誤を防いだ。	どちらの薬剤も同じ棚にあり、包装が似ていた。	置いてある棚を別にし、調剤者のチェックを徹底する。薬を棚に戻す際に、正しいロケーションかPDA端末によるバーコードチェックを徹底する。	クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」	沈降炭酸カルシウム錠500mg「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
309	一般名の読み間違えにより別の薬剤を選んできました。	確認不足	よく確認する。	クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」	クエンメット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
310	クエン酸第一鉄Na錠の処方であったが、間違えてアスバラCa錠をお渡ししてしまった。数日後に患者様ご本人から、「違う薬が入っている。2回ほど飲んでしまった。」と電話があり、交換とお詫びに伺った。特に体調に変化はないことを確認した。	その時間、薬剤師一人で入力と調剤を行っていた。Do処方ではあったが、9種類の薬の調剤で、患者様を待たせないために、急いでピッキングを行った。間違えた薬は近い棚にあり、シートの色合いが酷似していたために間違いが発生した。	急いでいても必要な確認は必ず行う。シートの色だけではなく、文字も読む。高齢の患者さんのDo処方であっても、一剤ずつ確認しながらお渡しする。	クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」	アスバラ-C錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
311	【正】クエン酸第一鉄Na錠50mg「武田テバ」【誤】酸化マグネシウム錠500mg「ヨシダ」	分包機の充填の際に、カセットを並べてまとめて充填していました。PDAを通して薬を充填している途中で席を外し、戻ってきた時にそのままPDAを通さずに充填したところ、誤って隣にあったクエン酸第一鉄Na錠50mg「武田テバ」のカセットへ酸化マグネシウム錠500mg「ヨシダ」を充填してしまいました。	一包化の鑑査はカセットから落ちてくる錠剤に対しても誤っている可能性を自覚して行います。カセットへの充填中に席を外した時も、PDAを通します。カセットへの充填はまとめて行わず、個々で行います。	クエン酸第一鉄Na錠50mg「武田テバ」	酸化マグネシウム錠500mg「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
312	グラクティブ錠25mg 1錠 朝食後63日分で処方されており、その端数分の3錠をジャヌビア錠50mgでお渡ししていた。	グラクティブ錠25mgとジャヌビア錠50mgが隣の棚にあり、取り間違いがあったと思われる。	取り間違い防止のため、棚位置を離しました。	グラクティブ錠25mg	ジャヌビア錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
313	クラシエ黄連解毒湯錠の処方に対し、クラシエ十味敗毒湯錠を調剤。監査者も気が付かず交付。当日中に在庫が合わないことに事務スタッフが気が付き誤りに気が付く。患者遠方の方であり、電話連絡するが、2回分服用。その後薬剤交換し対応。健康被害特になし。	調剤者は思い込みで調剤。	漢方薬なので、番号で確認する	クラシエ黄連解毒湯エキス錠	クラシエ十味敗毒湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
314	クラシエ黄連解毒湯錠(EKT-15)が56日処方され 調剤を行った所 EKT-15にEKT-25(桂枝茯苓丸錠)が一部混ざっていた。	EKT-15とEKT-25は外箱が似ている為 納品時に間違っ棚に入れられたと思われる。その日は忙しかったためピッキングした56日分中に14日分だけ桂枝茯苓丸錠が混ざっていたのに気づけなかったと考える	包装の似ているものは 近くに置かない。監査時に外装や包装デザインで判断せず「商品名」で確認。手の空いたときに他の番号の漢方薬が混ざっていないか確認する。	クラシエ黄連解毒湯エキス錠	クラシエ桂枝加苓朮附湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
315	本来クラシエ葛根湯エキス細粉で交付するところ誤って4包だけクラシエ補中益気湯エキス細粒で交付してしまった。	補中益気湯の一部が葛根湯の箱に混入していた。	外観類似薬の監査の徹底と近くに配置しないようにする。	クラシエ葛根湯エキス細粒	クラシエ補中益気湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
316	本来クラシエ葛根湯エキス細粒で交付するところ、誤って4包だけクラシエ補中益気湯エキス細粒で交付してしまった。	補中益気湯エキス細粒の一部が葛根湯の箱に混入していた。	外観類似薬の監査の徹底と近くに配置しないようにする。	クラシエ葛根湯エキス細粒	クラシエ補中益気湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
317	クラシエ葛根湯加川&#33422;辛夷エキス錠とクラシエ柴胡加竜骨牡蠣湯エキス錠が包装類似で混ぜて渡してしまった。	クラシエ錠剤を同じ場所に保管。番号別に保管したが色が類似してたのが近くにあって同じものと思い込み間違ってしまった。	色だけでなく番号を確認するようにし同色は離して保管するようにする	クラシエ葛根湯加川きゅう辛夷エキス錠	クラシエ柴胡加竜骨牡蠣湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
318	クラシエ葛根湯加川&#33422;辛夷エキス錠を調剤しなければならないところ、誤って、クラシエ柴胡加竜骨牡蠣湯エキス錠を調剤してしまい、監査の際に薬剤師によって、発見し訂正した。	棚に薬剤を戻す際に、外観が非常に類似しているため、誤って、同じところにクラシエ柴胡加竜骨牡蠣湯エキス錠を戻してしまい、調剤の際に決まった配置に薬剤があるため、よく見ずに調剤してしまったと思われる。	処方量から棚の位置を大幅に変更し、近くに行い事、また、薬剤の入庫時は2人1組で戻すよう、徹底することとした。	クラシエ葛根湯加川きゅう辛夷エキス錠	クラシエ柴胡加竜骨牡蠣湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
319	クラシエ25をお渡ししないといけなかったのに、クラシエ24をお渡ししそうになった。交付前患者に見せた際、いつもと漢方の色が違うとの指摘あり間違いに気づいた。	婦人科の漢方薬はよく使われるのが数種類あり、自分の中でこれだと決めつけてピッキングしてしまった。	焦らず処方箋をきちんと見てから薬をピッキングする。	クラシエ桂枝茯苓丸料エキス細粒	クラシエ加味逍遙散料エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
320	クラシエ漢方ケイシブクリョウガン錠28シートの内7シートクラシエ漢方オウレンゲドクトウが混入。	どちらの漢方もオレンジ色のヒート品で類似による交付誤り。患者様より交付分の中に1週間分7シートだけオウレンゲドクトウと記載されたものが入っているとTELあり。	調剤時の取り違い、もどし間違いのないようピッキングミスボックスを作成し活用。	クラシエ桂枝茯苓丸料エキス錠	クラシエ黄連解毒湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
321	五苓散エキス錠の棚に誤って八味地黄丸エキス錠の在庫が混じっており、そのまま混在して調剤された。	箱の形状が同じであり、混在していたため一部を確認しただけではわからない状態だった。	棚の場所を分け、漢方番号、薬名を貼り付けて、納入時に確認して在庫するようにした。	クラシエ五苓散料エキス錠	クラシエ八味地黄丸料エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
322	クラシエ四物湯6g分230日分の1箱と端数は正しいものだったが、1箱(28包)クラシエ補中益気湯でお渡ししてしまった。	クラシエ四物湯と補中益気湯の包装がにており、棚も横だったため、ピッキングする際も、箱をあけて薬袋に入れる際も気づかなかった。バーコード監査も通っており正しいものと疑わず確認不足だった。	似た包装は棚番を速くに移動した。	クラシエ四物湯エキス細粒	クラシエ補中益気湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
323	【正】クラシエ柴胡桂枝湯エキス錠を672錠お渡しする。【誤】クラシエ柴胡桂枝湯エキス錠を672錠お渡しすること、クラシエ柴胡桂枝湯エキス錠を420錠(1箱とバラ)と、クラシエ桂枝加芍薬湯エキス錠を252錠(1箱)お渡し。	調剤時のピッキングの際に、全ての箱をPDAに通していないことが第一の原因。また最終監査時に一文字鑑査が徹底できていなかったこともミスの要因。	最終監査では箱が違ったり、東がかわるものは一つずつ文字鑑査を徹底する。箱がかわるものは必ずPDAを通すことを徹底する。	クラシエ柴胡桂枝湯エキス錠	クラシエ桂枝加芍薬湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
324	54歳女性 皮膚科にて漢方薬が処方されている方で先日お渡ししたお薬の件で患者様からお電話あり、中身の薬と薬袋が違っているとお電話がありました。処方はずムラ当帰芍薬散、クラシエ十味敗毒湯で確認したところ、両方ともお薬は正しくお渡ししていましたが、処方入力を、クラシエ十味敗毒湯でなくクラシエ十全大補湯でしたために、薬袋が違ってしまいそれに気が付かず、間違えたままお渡ししてしまったことがわかった。自宅へ伺って薬袋などの差し替え、お会計返金等を申し出ましたが、薬袋は不要と言ってください、返金も次回受診時の時でかまわないと言ってくださいました。多大なご心配、混乱をさせていただきましたことを謝りました。	処方入力の間違えに気が付かず、調剤、監査、投薬をしてしまった。	漢方薬の名称はその読み方が難しいものもあり、似かよった薬も多いため、声出しや指差しによる確認をするようにしていきたい。受診科と薬の内容と受診理由があっているか再度確認しながら処方監査、調剤、監査に臨むようにしていきます。	クラシエ十味敗毒湯エキス細粒	クラシエ十全大補湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
325	R2/12/1、15時頃来局。通常通りに処方箋受付。多少混雑。薬剤師A(経験3年)は、「クラシエ小青竜湯エキス錠」と誤って「クラシエ加味帰脾湯エキス錠」を誤って調剤した。薬剤師B(経験15年)が鑑査にあたるも、誤りに気付かず鑑査を完了し、薬袋に詰めた状態で患者に説明し、投薬を完了した。後日、R3/1/18に患者よりTELがあり、当日薬を服用した後、内容が誤っていることに気がついたと報告があり、ミスが判明した。	小青竜湯は近隣内科C、加味帰脾湯は近隣産婦人科Dにて頻繁に処方され、思い込み調剤でのミスだと推測された。内規では薬袋にあらかじめ詰めて鑑査完了とするため、服薬指導時に中身を見せる行程が省略されることがある(ルールや風土の問題)。包装が酷似しているのはすべての漢方に共通の要因。(なお、間違えやすい薬剤は、すべて距離を離して設置する対策は、常時取られていた)	繁忙時のチェックもれ。焦燥感が「安易な内容はチェック簡略」とする意識が働いたと思われる。調剤・鑑査能力は十分あるスタッフだと判断できたため、集中しやすい環境づくりが必要と判断。1 調剤かごに、調剤中・調剤済みを示すポップを作成(環境整備) 2 十分な広さの投薬台を増設(環境整備) 3 管理薬剤師が調剤・鑑査の交通整理を率先して行う等の対策を講じた。	クラシエ小青竜湯エキス細粒	クラシエ加味帰脾湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
326	投薬時に当該薬剤師が処方せんとお渡しの薬を比べると異なることに気づいた。確認すると入力ミスであることが発覚し、患者様に謝罪し取り替えてお渡しした。	投薬時にも処方せんと比較しながら、お薬を実際に数えてお渡しすることで見落とし確率が低い為、今回の事象を発見できた。	鑑査後だけではなく、投薬時にもきっちりお薬を確認してお渡しすること。	クラシエ小青竜湯エキス細粒	ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
327	忙しい時間帯に来局。FAXはあらかじめ来ていなかったため、受付をして調剤。薬剤師Aが機械を用いてピッキング。クラシエ小青竜湯エキス錠を機械で読み取り取ったのち、端数を横並びで置いてあったクラシエ小柴胡湯エキス錠からピッキング。鑑査時に薬剤師Bが気づき、患者様には正しい薬が渡された。	未開封の箱を開ける際は、再度機械を通して薬が正しいことが確認できるのだが、その手順が省かれたために外観が似ている箱を確認不足で開封し調剤。	機械の機能についてスタッフ全員に再確認し、読み取りを徹底。クラシエ小青竜湯エキス錠については薬の在庫場所を大きく変更し、横並びや場所が近くなることを回避。	クラシエ小青竜湯エキス錠	クラシエ小柴胡湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
328	3gの分2を、2g分3で入力	2g、3gの分包品の違いに気づかず入力	処方箋をよく見て、落ち着いて入力を行う	クラシエ当帰芍薬散料エキス細粒	クラシエ当帰芍薬散料エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
329	クラシエ当帰芍薬散を調剤すべきところ、クラシエ抑肝散加陳皮半夏（類似の色の帯を調剤してしまった。監査者が気付き薬を正しいものに変更。	薬品棚のクラシエ当帰芍薬散（KB-23）の場所にクラシエ抑肝散加陳皮半夏（KB-83：類似の色の箱）があり、調剤者が慣れから薬品名を確認せずその場所にあったものをもってしまった。	納品された医薬品の棚への補充はダブルチェックすること、調剤者は薬品棚からピッキングする際は指差し確認・声を出して行い、ダブルチェックの徹底をすること。	クラシエ当帰芍薬散料エキス細粒	クラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
330	2021/8/30ご来局。クラシエ34番 分2 70日分処方。28包包装で4箱+バラで調剤。その中の一箱にクラシエ24番がまざっていた。10月の棚卸時の精査でミスが発覚。患者様に電話し交換に伺ったところ、一部は服用済み。半分ほど回収、正しいものをお渡しした。服用してはいたが体調にめだった変化はないとのこと。	色が同じため間違いが起きたのだと考えられる。ミスゼロ子を使用しているが、正しいものでバーコード読み込みをしていたため間違った薬が混ざっていることに気が付かなかった。	調剤の時点では箱を開けず、鑑査者が箱を開けることに統一。漢方は同じ色があるので名前、番号をしっかり見るよう周知。	クラシエ白虎加人参湯エキス細粒	クラシエ加味逍遙散料エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
331	クラシエ半夏瀉心湯錠剤が8錠分2で処方され、半夏瀉心湯は1包=3錠であることから疑義照会をしたところ、半夏厚朴湯の処方入力ミスであることが判明した。	漢方の名称が似ていた。	違和感のある処方に対しては、必ず疑義照会を行う。	クラシエ半夏厚朴湯エキス錠	クラシエ半夏瀉心湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
332	クラシエ半夏白朮天麻湯を集薬した際に、クラシエ八味地黄丸と気づかず、同じ医薬品だと思い集めてしまった。	同じメーカー、同じ色の箱、同じ保管場所が重なり要因となったと考える。	保管場所を変更した。	クラシエ半夏白朮天麻湯エキス細粒	クラシエ八味地黄丸料エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
333	クラシエ防風通聖散エキス錠 (KT-62) の引き出しにクラシエ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス錠 (KT-12) が補充されており、気づかずにそのまま混合して調剤。鑑査機も通ってしまい投薬。その日のうちに補充ミスに気づき発覚。	クラシエ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス錠は今まで小包装で発注していたが、処方量が増えたため、当日、初めて大包装を入荷した。今まで緑の箱の大包装はクラシエ防風通聖散エキス錠のみだったため、誤って補充されたと思われる。	クラシエ防風通聖散エキス錠の引き出しに補充時に注意するように表示を貼った	クラシエ防風通聖散エキス錠	クラシエ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
334	薬剤間違い	包装の類似の為	患者さんと一緒に渡す際に再確認	クラシエ防風通聖散エキス錠	クラシエ葛根湯加川きゅう辛夷エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
335	2021年3月某日(月)10時過ぎ、平素から利用歴のある54歳の女性患者が処方箋をもって来局。めまい症状にて受診し、クラシエ茶桂朮甘湯エキス細粒6g分3(前)、メリスロン3T分3(後)処方されていた。ピッキングにて茶桂朮甘湯をクラシエ小青竜湯エキス細粒と取り換え、監査に回したところ、薬剤師が間違いに気づき、その旨を伝え、再度正しく調剤した。監査で気づいたため、患者には正しい薬を交付した。	繁忙時間帯であり、患者が集中したため焦りもあり。また、薬は外装(スティックの大きさ、色)が全く同じ、かつ仕切りはあるものの同じ引き出しに入っていたため取り違えた。	業務手順を見直すとともに、ピッキング時の再確認を徹底。また、外装の類似する医薬品を同じ引き出しに置くことをやめ、視覚的にわかるように変更した。	クラシエ茶桂朮甘湯エキス細粒	クラシエ小青竜湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
336	クラシエ六君子湯(43)とクラシエ当帰芍薬散(23)の取り換え投薬時に気づいて正しいもので調剤しておわたりしました	クラシエの商品は包装もよく似ているが、2g包と3g包があり、その確認に気をとられてしまった	注意喚起の張り紙をし、棚番等検討します	クラシエ六君子湯エキス細粒	クラシエ当帰芍薬散料エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
337	クラシエの六君子湯が処方されていたがツムラの六君子湯を入力してしまった。監査時に気がつかず、再度確認したところ容量に疑問が発生しツムラではなくクラシエだと気が付いた。	一人で調剤業務をしておりおそらくツムラであろうと思いつきで入力、監査を行なったことが原因である。	監査時に一文字監査を行うだけでなく、漢方であれば用量にも意識して監査を行うように意識する。	クラシエ六君子湯エキス細粒	ツムラ六君子湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
338	クラシエ芍薬甘草湯35包装をわたすところに3包クラシエ桂枝加芍薬湯が混じってしまった。漢方が保管されている場所で21包入りの袋とバラで7包ずつ輪ゴムで固定した。そのまま調剤台に持っていき、監査も通り抜けて渡してしまった。クラシエ桂枝加芍薬湯の箱は空になり、発注。今日は出ていない漢方が届いたので、患者様に連絡して、わかりました。患者様は服用されておらず、後日当該薬局によることがあるので、3包はクラシエ芍薬甘草湯に替えることになりました。	タイトな時間帯でもあり、業務に追われていた。またクラシエ芍薬甘草湯とクラシエ桂枝加芍薬湯は同じ色の包装であり、監査を通り抜けた。	クラシエ芍薬甘草湯とクラシエ桂枝加芍薬湯の保管場所が隣同士であったので、間をあげました。同じ色の包装なので、今後は保管場所でピックアップするのではなく、調剤台で箱から出すことにしました。まずは箱ごと移動。同じ色なので、薬剤名、グラム数も再確認を徹底する事にしました。	クラシエ芍薬甘草湯エキス細粒	クラシエ桂枝加芍薬湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
339	レボフロキサシン点眼1.5%のところ、0.5%でお渡し。Drの話と異なると感じた患者が気づき確認の連絡を頂いたことで発覚。	投薬時代理人薬局だったため十分なヒアリングができずミスに気付かなかった。	入力・監査時に規格部分に○を書き確認する。代理人交付時は可能な限り服薬後フォローを行う。	クラビット点眼液1.5%	クラビット点眼液0.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
340	クラリシッドドライシロップ10%での処方だったが、間違えてクラリスドライシロップ10%で入力	新人スタッフだった為、薬品名の類似品の把握ができていなかった。	類似品名をレセコンの前に貼る様にして注意喚起した	クラリシッド・ドライシロップ10%小児用	クラリスドライシロップ10%小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
341	クラリスロマイシンDS処方、分包の時に間違えてアジスロマイシンを調剤してしまった。投薬後10分後に気づいて患者さんに電話して取り替えた	薬剤の取り換え。分包計量時に気づけばよかったが、両薬剤とも同じ色のドライシロップで見分けがつかなかった。棚にも隣に置いていた。	棚の場所を速く離して置く。両薬剤に注意の記載をした。	クラリスロマイシンDS小児用10%「タカタ」	アジスロマイシン小児用細粒10%「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
342	クラリスロマイシン継続処方。今までお渡ししていたメーカー「CEO」が入荷なくなり、「NPI」を採用。入力はこれまでの「CEO」のまま、「NPI」を調剤、投薬。投薬時にも気付かず、メーカー変更の説明もせず、お渡ししてしまった。後日、在庫が合わず、入力を間違えたことが判明した。	入荷未定で、メーカー変更となった医薬品の把握ができていなかった。鑑査時、投薬時にも今までと同じ処方という思いからメーカー名まで確認できていなかった。	メーカー変更となった医薬品の把握。医薬品名とあわせてメーカー名も確認する。	クラリスロマイシン錠 200mg「NPI」	クラリスロマイシン錠 200mg「CEO」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
343	クラリスロマイシン200mg「サワイ」処方の患者さんにカルボシステイン250mg「サワイ」をお渡ししていた。	どちらもカ行で店が同じ並びにあったので取り違えた可能性がある。またどちらもサワイの製品で、ヒートの色やデザインが酷似していた。	調剤者と監査者は別の者が行う。	クラリスロマイシン錠 200mg「サワイ」	カルボシステイン錠2 50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
344	クラリスロマイシンをピッキングしようとしたところ、誤って外観の似ているカルボシステイン250サワイをピッキングしてしまった。	外観が酷似しており、思い込みで棚からとってしまった。	調剤棚に注意喚起の札を付けた	クラリスロマイシン錠 200mg「トーフ」	カルボシステイン錠2 50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
345	クラリスロマイシン錠50mg小児用のところ、デキストロメトルファン錠15mgで拾った。	午後の患者来局のピークが終わって閑散とした時間に受け付けたFax処方箋だった。1日4錠x90日分の長期処方だったため、錠数に気をとられた。よく出る風邪処方がカルボシステインとデキストロメトルファンの組み合わせのため、思い込みがあった。	医薬品の名称を区切って最後まで読むという対策を徹底する。	クラリスロマイシン錠 小児用50mg「トーフ」	デキストロメトルファン 臭化水素酸塩錠15 mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
346	クリアナール錠200mgの処方であったが名称が類似しているクリアミン錠をピッキングし鑑査。投薬台での薬剤交付の際に患者より「見たことない薬がある」と伝えられ発覚。すぐに正しいクリアナールに取り直した。	「クリア」まで名称が類似している点ピッキング者、鑑査者が薬品名、規格まで十分に確認できていなかった	ピッキング、鑑査の基本は名称+規格を最後までしっかり確認する事、声出し確認することを徹底する	クリアナール錠200 mg	クリアミン配合錠A 1.0		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
347	グリクラジドを28錠ピッキングするところ、グリクラジド20錠とグリメピリド8錠が一緒になって、束ねられていた。良く調べると、グリクラジドの棚に、隣の棚にある、グリメピリドが、誤って戻されており、ヒートの色が酷似していたため、放置されていた。ピッキングした薬剤師は気づかずに、合わせて調剤してしまったが、比較的混雑していない、時間帯であったため、監査者が、ミスに気付いた。	当薬局では、グリクラジドの棚とグリメピリドの棚が隣り合っており、グリメピリドを戻す際に、誤って、グリクラジドの棚に戻ってしまったと思われる。間違ったのは、ヒートが酷似していたことも、関係があると思われる。	ヒートの錠剤を戻すときは、しっかり確認して戻すこと、ピッキングする際も、疑って、集薬するという基本に立ち返ること。	グリクラジド錠40mg「NPJ」	グリメピリド錠1mg「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
348	普段より処方されているグリミクロン錠40mgは何年も継続中の薬剤です。処方箋に基づいてピッキングした当事者でしたが、計9品目の処方薬剤を用意するところで10品目ピッキングしていた。気付かずに間違った薬剤のグリチロン配合錠を薬袋に入れ投薬した。帰宅された患者様からのご指摘で発覚した。	調剤台に残ったグリミクロン錠40mgに疑問を持たなかった。名称類似品による事例でした。	薬品棚に「類似品あり、注意」の貼紙をした。	グリミクロン錠40mg	グリチロン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
349	グリメピリド1mg、1日1回(1回1錠)63日分処方。(なおアムロジピンは処方なし)グリメピリド1mg60錠とアムロジピン2.5mg3錠を調剤。ヒートの外観が酷似しており、グリメピリドの棚の中にアムロジピンが混在していたのに気づかず調剤。その後鑑査者発見。	グリメピリド1mg「JG」とアムロジピン2.5mg「JG」のヒート品が酷似している。	調剤棚の番号はなるべく離れたところへ棚番変更	グリメピリド錠1mg「JG」	アムロジピン錠2.5mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
350	よく当店を利用される患者様。前回からグルファスト錠10mgを後発品のミチグリニド10mgに変更していた。今回からグルファスト錠10mgからグルベス配合錠に変更していた。調剤薬剤師も処方入力薬剤師も最初は気付かずミチグリニドを調剤していた。最終の監査薬剤師がグルベス配合錠に変更していることに気づく。それから、グルベス錠に変更して調剤し、患者様にグルベス配合錠を交付する。	グルファスト錠からグルベス錠に変更されていた。類似薬品名であること。グルファスト錠から後発品ミチグリニドに変更していたため、処方箋の記載名を注視する時間が不足していた。	自店在庫で類似薬品名の薬を事前にチェックし、よくわかるように目印をつけ、取り間違いに注意すること。類似薬品名のチェックリストを作成し、入力時にも参照すること。後発品に変更している薬は特に注意深く監査すること。	グルファスト錠10mg	グルベス配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
351	患者が持ってきた処方箋にはグルファスト錠10mg3錠分3毎食直前60日分と記載されていた。薬剤師A(経験12年)が、患者の希望により後発品に変更、ミチグリニドCa・OD錠10mg「三和」で調製するところ、誤ってミグリトールOD錠50mg「サワイ」を調剤し監査にまわした。監査にあたった薬剤師Bが、間違いに気づき、調剤した薬剤師Aに伝えた。薬剤師AはミチグリニドCa・OD錠10mgを正しく調剤し、再度薬剤師Bが監査した。患者には正しい薬を調整した。	グルファストの一般名を誤認した。同じ「ミ」から始まる名称の糖尿病薬で、同じく食直前に服用するミグリトールと間違えた。また、患者が来局した時間は混雑していたため、焦りがあった。	名称類似品目の一覧表にこれらの薬を追加し、職員で再確認した。監査に回す前にもう一度確認することとした。	グルファスト錠10mg	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
352	入力がOD錠になっているのを、投薬の際に気づいて修正した。	クレストールはOD錠が在庫にないため、OD錠が存在していることを知らず確認が足りていなかったことが原因として考えられる。	入力監査の際は、薬品名だけでなく剤型までしっかり確認する。	クレストール錠2.5mg	クレストールOD錠2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
353	クロチアゼパムとクアゼパムの取り違い	一人薬剤師で忙しかった	2度監査	クロチアゼパム錠5mg「日医工」	クアゼパム錠15mg「MNP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
354	処方せんにクロトリマゾール錠100mg Fと記載があったが クロラムフェニコール錠100mg Fで入力、調剤してしまった。	周囲の薬局が閉局しており、処方箋受付が集中しており焦りが生じた在庫がない薬剤で入力時に気が付かず、在庫のある他の薬剤を入力してしまった同じ患者で他の薬剤が不足しており注意が散漫になった	焦らず 入力し、入力監査時に一文字監査を行う在庫がある薬剤が処方されると限らないため注意して入力する注意が散漫になりそうなきは一呼吸置き、処方箋、調剤録、薬袋をしっかりと確認する	クロトリマゾール錠 100mg 「F」	クロラムフェニコール錠 100mg 「F」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
355	クロビドグレル錠75mg、1T、91日分処方されていたが、14Tシートを6.5枚用意すべきところ7枚用意してしまい、訂正時に0.5枚(7T)分を、タムスロシン錠0.2mgで取り間違えてしまった。自動監査機を通したが、重さも同じだったためか、通ってしまった。そのまま投薬してしまい後で患者様よりTelにて指摘され、自動監査機で画像確認にて間違えてしまったことが確認できた。	自動監査機を100%信じてしまったことが背景として考えられる。	たとえ自動監査機で通ったとしても、実際に目できちんと確認する必要がある。機器に100%頼ってしまう姿勢は改めなければいけない。	クロビドグレル錠 75mg 「SANIK」	タムスロシン塩酸塩 0.2mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
356	クロビドグレル錠が処方されていたが、棚の近くにあった酸化マグネシウム錠が調剤されていた。監査時に発見	五十音順に並んでおり、該当薬がすぐ近くにあった。また色合いが似ているため気が付かずピッキングしてしまった。	取り間違えないよう配置をズラす	クロビドグレル錠 75mg 「トーワ」	酸化マグネシウム錠 30mg 「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
357	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%を調剤、他剤と混合すべきところ、一般名類似のクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%であるキンダベート軟膏0.05%で調剤混合、監査者が間違いを気づいてくれた。	一般名類似、%同じ薬で調剤者は普段処方頻度が圧倒的に多い薬で調剤してしまった。しかし当該患者は以前からこの処方であるが他の患者の使用はなく、保管場所も通常とは異なる場所であった。他のスタッフの声掛けがあれば調剤前に気づいたかもしれなかった。	調剤者の不注意が最も問題ではあるが、ヒアリハット事例では声掛けしあう薬局の雰囲気が必要とも思われた。	クロベタゾールプロピオン酸エステルクリーム 0.05% 「MYK」	キンダベート軟膏 0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
358	クロベタゾールプロピオン酸エステルローションを交付する予定であったが、処方箋のプロピオン酸エステルのみを見て判断してしまい、ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルローションを交付してしまった。業務終了後在庫の確認を行ったところ、間違えて交付してしまったことが発覚した。すぐに当該患者に連絡し、使用前に交換することができた。	事例発生時薬局は混雑しており、ピックアップした者がそのまま監査してしまったことや、頻用される薬という思い込みが原因と考えられる。	今後の改善策としては、ピックアップした者と別の者が監査することを徹底し改善に努める。	クロベタゾールプロピオン酸エステルローション0.05%「MYK」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルローション0.05%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
359	新規薬局者の処方箋応需。処方箋記載は一般名クロベタゾールプロピオン酸エステル外用液0.05%。調剤の際ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルローション0.05%でピッキングする。監査時に気づき、投薬前にクロベタゾールプロピオン酸エステル外用液0.05%へ正した。	開局と同時の受付であり、前にFAX処方箋等もあった為焦りがあった。両名称のローションともにMYKを在庫しており0.05%と濃度も同一だった為、思い込みで調剤をしてしまった。	ゆとりをもって出勤する事、焦りを感じても1呼吸置き落ち着いて業務に当たる事を心掛ける。	クロベタゾールプロピオン酸エステルローション0.05%「MYK」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルローション0.05%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
360	(般) クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%の処方をクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%とレセコン入力してしまい調剤も一般名では商品名確認にできずレセコン入力で確認してしまった。	レセコンは前3文字入力で商品名を選択するのでクロベと入力してクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%を選んでしまった。語尾のエステル軟膏0.05%と%も同じであったためスルーしてしまった。	声を出して読み上げ監査することとした。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
361	普段から内科で当薬局を利用している患者であった。今回整形外科を受診した際に、手がかゆいからということだけで軟膏を処方してもらった。一般名処方で、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%であったが、一般名クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%で入力してしまい、キンダベート軟膏0.05%と書かれた薬袋を見てそのまま、キンダベート軟膏を出してしまった。手のひらに塗る薬にしては弱い薬とは思いながらも、薬を渡してしまい、あとから見直していた時に、間違いに気づいた。患者宅に、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏を届けてお詫びした。すでに1回塗っておられたが特別何もなかった。	入力者がきっちり処方せんの薬の名前を見ていなかった。キンダベート軟膏の成分名が、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏であると思い込み入力をそのまま信頼して、正確に処方せんと薬の監査ができてなかった。	軟膏、クリームを置いているところに、一般名、商品名の書かれたリストを貼り、薬を出すときに確認することにした	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「イワキ」	キンダベート軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
362	患者様が一般名の処方箋を持参、(般)クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏20g 1日2回で処方されていた。	調剤の際、クロベタゾン酪酸エステル軟膏をピッキング。投薬の際まちがっていることに事務員が気づき正しいクロベタゾール酸エステル軟膏イワキ5g×4本で出し直して患者様にお渡しした。	毎回処方箋の薬品名、規格、数量等よく確認し、レセコン入力と同じであるかみくらべて毎回調剤投与するようにする。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「イワキ」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
363	クロベタゾール処方、クロベタゾンで入力、3文字入力のため候補で表示されて入力。入力後再チェック・調剤時・監査時・お渡し時に気付かず投薬。投薬の際にも、以前クロベタゾールを遣っていたが今回優しい薬に変えるとDrと話したと聞き取りがあり、話がかみ合ってしまった。	名称類似	3文字入力類似品に局内名称変更し見分けがつきやすいように変更。クロベタ【ゾール】、クロベタ【ゾン】	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「イワキ」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
364	【正】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「タイヨー」 【誤】クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「イワキ」	充填時にPDAが正しく運用されていなかった。	何らかの理由でPDAが使えない時は別スタッフに確認してもらってから充填を行う。棚横のバーコードの使用を中止し、薬品のGSコードでのPDA運用を徹底する。患者さまから指摘があった場合は些細な事でも不備などないか確認を行う。鑑査においては、薬品名の全て一文字ずつ丁寧に確認する。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「タイヨー」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
365	一般名処方の読み間違い。	慣れまたは不注意読み間違い。	一般名処方の検索システムもしくは書籍の利用の徹底。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「タイヨー」	メサデルム軟膏0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
366	クロベタゾールとクロベタゾンを見間違えた	名称類似薬品を取り間違えた	ステロイドのリストを作成してスタッフに周知した。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「タイヨー」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「テイコク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
367	クロベタゾール軟膏0.05%「久光」が処方されていたが、クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「イワキ」で調剤されていた。鑑査者が気付き正しい薬剤に取り換えた。	薬剤の名称変更により、薬の名前が似ているものに変ったため間違っして調剤してしまった。	薬局内で情報の共有を行い、薬剤がおいてあるところに注意喚起の札を貼って注意を呼び掛ける。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「久光」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
368	クロベタゾン 1本 処方患者に対しクロベタゾール 1本 で調剤。	クロベタゾールの方がよくでる薬であるため思い込みによる間違い。	クロベタゾン処方の場合は 処方せんコピーにマーカで印をつける。	クロベタゾン酪酸エステルクリーム0.05%「イワキ」	クロベタゾールプロピオン酸エステルクリーム0.05%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
369	新患で主病院とは違う病院の処方箋を受け付け。在庫のないクロベタゾン酪酸エステルローションが一般名処方処方。在庫がなく思い込みにより在庫のあるクロベタゾールプロピオン酸エステルローションで入力。調剤監査をした。投薬時に名称違いに気が付く。交付には至らなかった。	クロベタゾン酪酸エステルローションの在庫がなく、名称が似ている為採用品で入力をしまった。思い込みと確認不足が原因。クロベタゾン	クロベタゾン酪酸エステルはマイルド、クロベタゾールプロピオン酸はベリーストロングと強さがまるで違う為、薬剤名の確認を怠らない事が大切。入力後の処方監査の強化、その後も調剤、監査、投薬時にその都度間違いがないか確認する。普段処方のでない病院については採用外の薬が処方されることもある為特に注意して確認する。	クロベタゾン酪酸エステルローション0.05%「イワキ」	クロベタゾールプロピオン酸エステルローション0.05%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
370	クロベタゾン酪酸エステルローションを調剤しなくてはならないところ、クロベタゾールプロピオン酸エステルローションを患者に渡してしまった。服薬指導し薬局から出られた後に、在庫を見直している際に気づき、患者本人に連絡し正しい薬と交換するとお伝えし自宅まで伺い交換した。	製品名と一般名の知識不足、監査時の確認漏れ、服薬指導時の確認不足、処方箋、薬情との照らし合わせが不十分であったことが原因	個々の意識を再確認し、調剤、監査、服薬指導時の声出し確認、複数での確認ルールを決定今までよりも確認の段階を2段階増やした	クロベタゾン酪酸エステルローション0.05%「イワキ」	クロベタゾールプロピオン酸エステルローション0.05%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
371	1/28デルモベートスカルプローションを投薬。2/24処方継続で入力確認をした時に間違い発覚。	一般名処方でクロベタゾン酪酸エステル外用液0.05%処方。入力時にクロベタゾールプロピオン酸エステル液0.05%を選択し、薬選択。処方鑑査で気が付かず、そのままピッキングをし、鑑査、投薬してしまった。夕方の時間、人員に余裕がなく焦ってしまった。	外用薬、一般名処方名称が類似している為、入力・調剤・鑑査・投薬時、複数人で内容を確認する。処方名の前に【類似注意】が出るように設定し、注意するようにした。ヒヤリハット事例でも同様の内容の件があったため、薬局内で情報共有し、確認を徹底する。	クロベタゾン酪酸エステルローション0.05%「イワキ」	デルモベートスカルプローション0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
372	患者の家族が処方箋をもって来局。処方箋は一般名処方でクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%（キングダベート軟膏）10gと記載されていたが誤ってクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%を調剤し交付。薬剤師が一人しか出勤していなかったために調剤、監査、交付を一人で行った。患者の家族が気づき薬局に問い合わせ。使用はしていき正しくないので調剤し交付。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%とクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏は一般名が似ていたため間違えた。また、来局時は混雑していたため焦りもあった。	思い込みを捨て処方箋を最後までしっかり見る。双方の調剤棚に名称酷似の注意喚起をつける。入力、検索をするときに名称類似の注意喚起が出るようにする。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
373	【正】クロベタゾン酪酸エステル軟膏 【誤】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏	クロベタゾンと記載だがクロベタゾールを選択	クロベタゾン、クロベタゾールに気を付ける。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「YD」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
374	処方箋の一般名称で記入。クロベタゾン酪酸エステル軟膏とクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏の取り換え。交付前に気づき、取り換えた。	薬の棚は離して保管していたが、取り換え注意などの注意喚起の印等はつけていなかった。	今後は間違えやすいものには棚に注意喚起の印をはるようになる。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「イワキ」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
375	2歳児処方された皮膚科の薬。ステロイドが一般名処方になっており、クロベタゾン酪酸エステル軟膏(キンダベート軟膏)とザネ軟膏のmixを作らなくてはならなかったのに、クロベタゾールプロピオン酸エステル(デルモゾール軟膏)とザネ軟膏のmixを作ってしまった。監査時に間違い発覚。	ステロイドの一般名は同じような物が多く、忙しい時間も重なり確認を怠ってしまった。	薬の確認は必ず2人で行うことを再認識しました。成分名と商品名の表を作成し、確認が迅速に行えるようにしました。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05% 「イワキ」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
376	一般名でクロベタゾン酪酸エステル軟膏が処方されていた。それを「クロベタ」まで読んで当薬局でよく出ているクロベタゾールだと思い込み、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏を調剤し、交付してしまった。	「クロベタ」まで読んで、クロベタゾールだと思い込んでしまった。また、4種類軟膏が処方されていたが、そのうち2種類が当薬局に在庫していない薬で、他薬局に分譲の電話をかけることに手いっぱいになってしまった。	クロベタゾール→デルモベート、クロベタゾン→キンダベートと軟膏の箱に記載し、取り違えないように全員に伝達した。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05% 「イワキ」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
377	患者さんよりクロベタゾン酪酸エステル軟膏「イワキ」が処方されているところをデプロドンプロピオン酸エステル軟膏「イワキ」が薬袋に入っているとの指摘あり 未使用のため正規の処方薬を自宅に持参し交換実施	薬の置いてある場所が誤って渡したものと近接していた(横並び)ため確認十分でない状態で調剤、監査も不十分であった。一連の作業が一人の薬剤師で行っていた。同じ製薬メーカーの薬なのでチューブのデザイン類似	極力、調剤と監査を別の薬剤師で実施 一人で行う場合はより監査徹底 デザインが類似している薬の配置変更	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05% 「イワキ」	デプロドンプロピオン酸エステル軟膏0.3%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
378	初めての来局である0歳の患者。クロベタゾン酪酸エステル軟膏が一般名処方されていた。入力を確認するために調剤録を確認していると、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏が入力されていることに気が付いた。	薬剤の一般名が類似しており、最も誤りやすい薬剤の組み合わせの一つと考えられる。忙しい時間帯でもあり、ミスが起きやすい要因が複数存在した。	ベテランの事務の入力であっても先入観を持たず、原本と照らし合わせ入力のチェックを必ず行う。薬学的に判断して処方妥当でない判断した場合は立ち止まって確認する。必要であれば疑義照会を行う。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05% 「イワキ」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
379	33歳女性。普段から当薬局を利用している。LINEにて処方箋を受け付け、薬を用意していた。夕方に患者が処方箋を持参して薬を取りに来た。薬を確認しながら投薬していると、クロベタゾン酪酸エステル軟膏が処方されているにも関わらずクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏が調剤されていた。投薬中に調剤過誤に気づき、正しい薬で調剤した。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏とクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏の勘違いが原因である。入力・調剤・監査のいずれの段階でも間違いに気づけなかった。一般名処方でもステロイドの強弱が分からなかったことも、監査終了後までにミスを発見できなかった一因であると思われる。	監査時にレセコンにて入力された薬剤名称だけではなく、一般名も間違えていないか確認する。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05% 「テイコク」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「ラクール」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
380	皮膚科の処方で、口唇の湿疹治療用に「クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%」が処方された。ピッキングした薬剤師(勤務歴25年以上)が「クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏」と誤ピッキングし、監査・投薬担当薬剤師(同1年未満)が気付かず投与してしまった。患者は5日間ほど使用後に口唇の不具合を訴え、違う皮膚科を受診し過誤が発覚した。	第一に確認不十分であった。ちょうどプリンターの発色が悪く(2時間後に復旧)、薬情に印刷されていた軟膏の写真がやや不鮮明であったが、ピッキング担当がベテラン薬剤師であったため監査薬剤師が「大丈夫だろう」と慢心してしまった。	誰々がピッキングしたから…という思い込みをしないように、あらかじめ「間違っているかも知れない」と思って監査するように徹底。プリンター不具合の兆候があったら即対処するように改善。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05% 「テイコク」	クロベタゾールプロピオン酸エステルクリーム0.05%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
381	クロマイ膾錠が処方された患者様で、ジェネリック医薬品のご希望あり。調剤を行ったスタッフが、クロマイ膾錠のジェネリックがクロトリマゾール膾錠であると勘違い。監査時に監査者が気付く、発覚。ピッキングサポートも導入しているが、バーコードがなかったためピッキングサポートの活用ができていなかった。	類似名称、類似の薬効のため勘違いをしてしまったと考えられる。薬は分割品で購入しており、箱がなかったため、一見して成分名が分からなかったことも大きい。	分割品を入れている袋に成分名の記載を行った。	クロマイ膾錠	クロトリマゾール膾錠100mg「F」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
382	処方指示はクロマイ膾錠100mgであったが、クロトリマゾール膾錠100mg「F」をクロマイ膾錠100mgのGE薬だと勘違いし調剤投薬した。	事務スタッフがクロマイ膾錠100mgの入力を間違えて、クロトリマゾール膾錠100mgと誤入力した事と、ピッキングを間違えた事が重なり、さらに監査システムを使用していたため薬剤師による監査を怠り、気づく事ができなかった。	処方箋を再度確認し処方内容、処方意図を十分理解してから監査投薬を行う。	クロマイ膾錠100mg	クロトリマゾール膾錠100mg「F」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
383	処方内容がd-クロルフェニラミンマレイン酸塩となっており、初薬で、投薬する際、患者さんからの症状と薬の効能に違いがあるため、疑義照会したところ、処方医の入力ミスで、クロルフェネシンカルバミン酸エステルと入力間違いをしたようです。	当然のことですが、患者さんからの症状の聞き取りはしっかりとすべきであると再認識しました。	忙しいときでも、気持ちに余裕を持って、焦らず確認、投薬をするようにしました	クロルフェネシンカルバミン酸エステル錠12.5mg「サワイ」	d-クロルフェニラミンマレイン酸塩錠2mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
384	しばらく入院しており、2か月ぶりの来局だった。2/25退院後かかりつけ医受診し、【般】ポリスチレンスルホン酸Na原末処方あり。当薬局でFAXで処方箋受信後、在庫確認、ポリスチレンスルホン酸Ca原末と思い込みカリメート散(ポリスチレンスルホン酸Ca原末)で用意。	薬局にはカリメート散(ポリスチレンスルホン酸Ca)しか採用が無かったため、入力、調剤、鑑査した者全員が思い込んでしまっていた。また、知識不足により、ポリスチレンスルホン酸にCa塩とNa塩の存在があることを把握していなかった。	Na塩とCa塩が存在することを職員全体に再度周知し、今後一般名処方の薬品では「Na塩」など、名称の最後まで注意して鑑査することを徹底する。また紛らわしいものには注意喚起の表示を棚等に作成する。また入院していて前回と処方が大きく変わっている場合は、焦らずに細かいところまで退院時処方等の情報を確認する。	ケイキサレート散	カリメート散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	入院前と処方内容が大きく変わっていた為、来局時にお薬手帳で退院時処方確認、変更点を確認したところ、そこで用量の間違ひがあることが発覚し病院に疑義照会。その際も用量用法の変更を気を取られ、ポリスチレンスルホン酸Na「フソー」原末であったことに気づかず、そのまま投薬。3/25処方箋fax受信、在庫確認時に過誤発覚、患者様にまず電話にて退院時処方を再度確認して頂き、誤ってCa塩であるカリメートを前回お渡ししていたことを説明・謝罪、その後病院へ報告・謝罪の連絡をした。(前回処方分は服用終了していた。)医師は使い分けの意図はなかった様子、患者様も便秘等の副作用もなかったとのこと。患者来局時に再度謝罪した。						
385	同系列の薬剤を取り違えて調剤	通常軟膏混和業務には携っていない薬剤師であったため、経験不足が一因と考えられる。	複数の薬剤師が勤務する状況下では、軟膏混和前に、別の薬剤師と薬剤を確認し、その上で混和作業をする。	ケトコナゾールクリーム2%「JG」	ラノコナゾールクリーム1%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
386	前回(6/22)の受診時は(般)ケトチフェンシロップ0.02%1mLの処方に対し、ザジテンシロップ1mLで調剤。今回(6/24)の受診時は(般)ケトチフェンシロップ用0.1%0.3gと処方。シロップ剤がg表記で処方されることもあり、剤形は変わらないだろうと思いつき、剤形は変わらないだろうと思いつき、剤形を間違えて入力していることに気付いた。	シロップの文字に液剤であると安易な思い込みが発生した。0歳児であり、剤形がこの短期間で変更になるとは思いもしなかった。	シロップ用=粉薬、シロップ=液剤の再確認。	ケトチフェンDS小児用0.1%「サワイ」	ザジテンドライシロップ0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
387	処方箋にはケトプロフェンテープ20mgとなっていたが、ケトプロフェンテープ40mgで入力してしまった。	前回までケトプロフェンテープ20mgで処方されていて、変わっていたことに気づかずにそのままコピーしてしまった。	QRコードを読みとり前回の処方と比べるようにする。入力した後にも間違いがないか確認するようにする。	ケトプロフェンテープ40mg「テイコク」	ケトプロフェンテープ20mg「テイコク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
388	ケフラール250mg が処方されたが、誤ってケフレックスカプセル250mg を計数調剤してしまった。	最初の2文字が同じこと、同じセフェム系の薬剤であること、同じ規格であること誤って調剤してしまった。	処方箋指差し・声だし確認を行う。調剤を終えた後に再度間違いがないか確認する。	ケフラールカプセル250mg	ケフレックスカプセル250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
389	ケフラール250mgの入力、ピッキングをケフレックス250mgと誤り、鑑査者が誤りを発見した。	ケフの文字のみ認識し、3文字検索の際思い込みで入力してしまった。	名前類似、規格・剤形が同一の為、保管場所に注意書きを貼り注意喚起を行う。	ケフラールカプセル250mg	ケフレックスカプセル250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
390	ケフレックス処方されていたところ、処方入力時にバーコード入力せずに手入力にて類似名称のケフラールを入力した。鑑査時に気が付かず誤った薬を交付した。服用前に患者に連絡し、飲まないようにお伝えした。謝罪し、すぐに正しい薬と交換に伺った。	鑑査時、処方箋原本と入力内容の確認が不十分であった。入力時にバーコード入力しておらず、手入力による人為的ミスもあった。	手入力する際には慎重に行う必要があることを今一度周知する。鑑査時に原本と入力内容を徹底する。	ケフレックスカプセル250mg	ケフラールカプセル250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
391	コスパノンカプセル40mg 3Cap 分1朝食後 初処方。コスパノンは通常1日3回で服用するため疑義照会。	用法確認のため疑義照会するとフロセמיד40mg 3T 朝食後に変更になる。コスパノンの一般名は、フロプロピオンのため、医師が3文字検索で選び間違った可能性が考えられる。	用法が通常と異なるときや、患者の症状があっていないときは、疑義照会で確認することが大切である。	コスパノン錠40mg	フロセמיד錠40mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
392	コタロー小建中湯エキス細粒が処方された患者に対し、コタロー大建中湯エキス細粒という誤った内容で帳票類を入力・出力してしまった。	これまで毎月コタロー大建中湯エキス細粒が処方されていた患者に対し、今回からコタロー小建中湯エキス細粒が処方された。入力時点でその変化に入力者である事務員A（職種経験年数1年）が気付かず、これまでの処方通りであると思い込んだ為、誤った内容で印刷物を出力した。事務員B（職種経験年数4年）は処方通り小建中湯をピッキングしたが、チェック時点においても事務員Bおよび鑑査者が入力ミスに気付かなかつた為、誤った内容の帳票類を患者に交付してしまった。	入力および調剤時において、処方箋に記載されている医薬品の名称・規格・服用日数を復唱するという薬局内のルールを再徹底する。	コタロー小建中湯エキス細粒	コタロー大建中湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
393	コタロー大柴胡湯去大黃エキス細粒の処方 を誤ってコタロー大柴胡湯エキス細粒を調 剤。監査した薬剤師も、気付かなかった。 患者様にお渡ししたあと、発注担当者が相 違に気付く。患者様に連絡をとり、再度来 局いただいて謝罪し取り替えさせていただ いた。	処方せんを最後までしっかり見ていなかっ たことで漢方薬の品名の類似品で間違えてし まった。監査者に関しても、数量の確認に集 中してしまい、違うものが調剤されているこ とに気付けなかった。	まず、基本通り処方せんをしっかりと最後まで 確認することをスタッフと話し合い、徹底し ていきます。	コタロー大柴胡湯去大 黄エキス細粒	コタロー大柴胡湯エキ ス細粒		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因すると考 えられた事例
394	患者さんからの連絡により異なる医薬品を お渡ししていたことが発覚。今回分のみで はなく過去の処方箋を調べると前々回の分 も同じ間違いをしていたことがわかり患者 さんにその内容を伝えた。最終監査者(投 薬者同一人物)が調剤者、中間監査者と同 一人物であったため、間違いに気付かずス ルーしてお渡しすることとなった。処方箋 には監査者の記載メモが書き込んでいた が、前回のものは麻黄附子細辛湯に鉛筆で ○をし、数量を書き入れていたのと、前々 回のは麻黄附子細辛湯の下にN15と数 量を書き入れていた。処方元のDrもオウ ゴンによる肝障害を心配されたが、直近の血 液検査によりそのような健康被害には至ら なかった。	出勤者が夕方から少なく、薬局が混雑してい る状況であり調剤者と中間監査者、最終監査 者が同一人物になってしまったことが原因で あり、慣れや思い込みによる処理をしたた め、間違いに気付けなかった。	人数が少ない状況でも中間監査と最終監査は 別の方に必ず見てもらうように徹底した。ま た、よく調剤される黄連解毒湯エキスカプ セルの棚には調剤者に気付きを与えるメモを貼 り、直ぐに取れないようにした。薬局内で ミーティングを行い、事務・薬剤師ともに情 報の共有と今後の改善点について話しあっ た。近隣のDrは麻黄附子細辛湯エキスカプ セルの処方から麻黄附子細辛湯エキス顆粒の方 へ処方を変えられている。	コタロー麻黄附子細辛 湯エキスカプセル	コタロー黄連解毒湯エ キスカプセル		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因すると考 えられた事例
395	コタロー麻黄附子細辛カプセルビック時 に、コタロー黄連解毒湯カプセルが混入し ているのを発見	取り間違いを以前した物が、所定場所に戻す 時に誤って、戻した可能性が高い。	包装が同じなので、戻し時に注意する様に、 再度通達。	コタロー麻黄附子細辛 湯エキスカプセル	コタロー黄連解毒湯エ キスカプセル		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因すると考 えられた事例
396	一般名処方の頭がバルサルタンが同じ為変 更に気づかず調剤	配合錠の一般名処方最後まで確認せず前回 とDO処方と勘違いした。	配合錠の早見表を作り必ず確認する。	コディオ配合錠MD	エックスフォージ配合 錠		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因すると考 えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
397	コデインリン酸塩散の処方を見てジヒドロコデインリン酸塩散で調剤。鑑査者が間違いを発見、正しいものへ再度調剤。	調剤者の経験不足。名称・箱の類似。	類似名称について注意喚起する標記・薬の配置	コデインリン酸塩散 1%「タケダ」	ジヒドロコデインリン酸塩散1%「タケダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
398	ジヒドロコデインリン酸を調剤しないといけないところ、リン酸コデインで調剤していた。	ジヒドロコデインが当薬局に在庫していないので、リン酸コデインだと思い込んでしまった	店舗内共有、配置場所の変更など	コデインリン酸塩散 1%「フソー」	リン酸ジヒドロコデイン散1%「フソー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
399	ピッキングをし、一包化したあと、PTPの殻を監査した際、コニール錠4mgの殻が監査用に保管されており、ピッキングで一包化のミスが発覚	思い込み。	一包化する前に再度監査をしてから、一包化するのと、殻の監査の徹底を続けます。	コニール錠4	コバシル錠4mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
400	コニール錠4mg 1錠 朝食後 28日分のところ、ユリーフ錠4mgをピッキングしてしまった。	処方せんの文字が小さくきちんと確認せずに、少し前の患者さんに出ていたユリーフ錠4mgと同じと思い込んでしまった。	確認の徹底	コニール錠4	ユリーフ錠4mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
401	コメリアンコーワ錠50mgを調剤すべきところ、アデホスコーフ腸溶錠60を誤って調剤。交付時に投薬者が気づき、交付前に取り違えを防げた。	薬効分類で考えてしまい、そのカテゴリーでよりメジャーな薬をピックアップしてしまった。処方薬より処方箋から想像できる患者背景を考え過ぎてしまったため。調剤者には慣れと慢心があったものと考えられる。	処方箋を良く見て調剤することはもちろん、鑑査者は処方箋との照らし合わせだけでなく、薬袋情報等とも照らし合わせ、二重三重でチェックする習慣をつける。	コメリアンコーワ錠50	アデホスコーフ腸溶錠60		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
402	店舗の異動により薬局の在庫や位置に不慣れな状況。類似名称が隣接した棚割りとなっており、ミスにつながった。	店舗異動による不慣れさ。類似名称の隣接。	注意喚起の札を棚に設置。	コリオバンカプセル5mg	コスパノン錠80mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
403	コルドリン錠が処方されている所、誤ってジルテックを処方して渡してしまった。患者さん帰宅後に気づき、電話で間違っていたこと確認した。翌日に患者さんに交換に来てもらった。	コルドリンとジルテック錠、外観が少し似ていたの間違ってしまった。	ジルテック錠が出ることは少ないので、引き出しに入れておくことにした。	コルドリン錠 12.5mg	ジルテック錠 10		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
404	ピッキング間違いを見落としてしまい、咳止めとしてコデインリン酸塩 5mg 12錠 分3 7日処方のところ、コルドリン 12.5mg 12錠 分3 7日で交付してしまった。土曜日に交付したのち翌週の月曜日の昼まで計7回服用し患者本人より薬袋の記載名と交付薬剤名の違いに気付き来局された。体調変化等確認したところ本人より特に体調の変調は無いとの申し出があった。お詫びしたのち、正しい薬剤と交換した。	両薬剤とも咳止めで使用されており今回、コルドリンをコデインと思いこみ監査した事により交付間違いを起こした。	交付時も処方せんでの再確認の徹底を行う。	コルドリン錠 12.5mg	コデインリン酸塩錠 5mg 「シオエ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
405	コレクチム軟膏0.25調剤のところコレクチム軟膏0.5調剤	レセコン入力ミス監査者の確認漏れ、知識不足	レセコン入力の縦読みチェックの徹底添付文書を確認して不自然なところがあれば処方せんを再度確認する	コレクチム軟膏 0.25%	コレクチム軟膏 0.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
406	コレクチム軟膏0.25%の処方箋受付だが、処方箋入力時に0.5%で確定した	コレクチム軟膏0.5%を今までずっと処方する医師であった為、0.25%のほうが処方になると思っておらず確認をおろそかにして処方箋入力時に0.5%を確定した	処方箋入力時と出力時に記載の規格かどうかをチェックしてから確定する。	コレクチム軟膏 0.25%	コレクチム軟膏 0.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
407	コレバイン錠の処方の所、コロネル錠を調剤、そのままお渡ししている	慣れなのか、年齢的なものから来る注意力欠如なのか、交付時に監査がなされていないとおもわれる。あとは、スタッフ不足による繁忙、剤型類似、保管場所が近いなど考えられる。	3重、4重からなる監査、ピッキングしてあるものを信じ込まない、とにかく監査を。スタッフの確保	コレバイン錠 500mg	コロネル錠 500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
408	コロネル細粒1日3回6gで処方。用量が多いため疑義照会。入力ミスでコロネル錠6錠1日3回に変更になる。	入力ミス	用法用量の確認	コロネル細粒83.3%	コロネル錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
409	ヒルナミン25mgを調剤しなければいけないところを、同じミリ数のコントミン25mgで調剤し、お渡ししてしまった。1時間程度後に気が付き、すぐに連絡をして交換に伺った。寝る前服用の薬だったため、まだ帰宅後すぐ手つかずの状態の薬を交換することができた。	精神科領域の薬の調剤が不慣れなため、勘違いが重なり渡してしまった。	今後は先発品・併売品・ジェネリックの名前を結び付けた掲示を貼り、調剤のたびに確認することにした。	コントミン糖衣錠25mg	ヒルナミン錠(25mg)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
410	FAXにて、当薬局に依頼あり。毎回、変更情報を伝達していただいていた。患者背景と照らし合わせ、前立腺肥大にて他薬剤の処方(タムスロシン)があったが、クロルマジノン50の処方ではなく、クロルプロマジン50の処方となっていた。発注前に気が付き、疑義照会を行い、未然に誤投薬を防いだ。	○Dr.の処方内容を転記する事務のミスが要因である	○患者背景を確認した上で調剤	コントミン糖衣錠50mg	プロスタールL錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
411	一般名クロビドグレル・アスピリン配合錠の処方、平素はコンプラミン配合錠を調剤していたが、クロビドグレル錠75mg「SANIK」を調剤してしまった。患者さんが服用の際にいつもと違うことに気づき、薬局に来局。	一般名のアスピリンに気づかずに調剤してしまったものと推測される。	調剤の際には、薬袋と照らし合わせて、自分なりにダブルチェックするように再確認した。	コンプラミン配合錠	クロビドグレル錠75mg「SANIK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
412	令和2年3月23日 ザイザルシロップ5ml朝食後就寝前 14日分の処方記載あり。ザジテンシロップと間違えて調剤。投薬時に気が付き、再調剤して投薬。	兄弟でアレルギー症状があり、名前が類似、同効薬、体重的にも同量の処方で思い込みで調剤	名称の近いお薬があることを他の薬剤師にも注意喚起し、調剤時監査時に名称を読み上げるようにする	ザイザルシロップ0.05%	ザジテンシロップ0.02%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
413	薬剤師がピッキング時に処方箋を適当にみて用意	混雑する時間帯で急いでいた	しっかりと名称、効能、規格など確認すること	ザイザル錠 5 mg	ザルティア錠 5 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
414	ザイロリック100mg 56錠ピッキング必要の処方箋。監査時、ザイロリック100mg 56錠PTPにカロナール200mgのPTPが1シート混入。両薬剤のPTPデザインが酷似の為、ザイロリック薬剤棚にカロナール200mgPTPが混入されていた結果、起きた事例	カロナール200mgPTPを定位置の棚に戻す時、ザイロリックPTPデザインと酷似している為に、ザイロリック100mg棚に誤って戻ってしまった事が主要原因であると考えられる。	一度、ピッキングしたPTPを棚に戻す時、ダブルチェックしながら棚に戻す。	ザイロリック錠 100	カロナール錠 200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
415	サインバルタカプセルを調剤すべきところサリグレンカプセルを調剤してしまった。患者の手元に行った後、患者自身が薬の違いに気づき連絡をくれた。薬はお取替えをし、正しい薬をお渡しした。	もともとシェーングレン症候群でサリグレンを飲んでいる方です。最近、整形外科よりサインバルタの処方が始まりました。そのため患者の名前とサの文字で始まるカプセルという感じで、サリグレンを調剤してしまいました。服薬指導時にちょっと引っかかりがあったのですが、サで始まるカプセルで、そのまま患者の手元に行ってしまったと考えられます。	一番の要因は、慣れとこの患者はこの薬を飲んでいるという思い込みと考えられます。当たり前のことですが、処方箋としっかり突合し、思い込み調剤を戒めることが大事と考えます。できるだけ声に出して確認するよう心掛けるようしていきます。	サインバルタカプセル 20 mg	サリグレンカプセル 30 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
416	継続してサインバルタカプセル30mg2Cで服用している方が今回からサインバルタ20mg2Cに減量になっていたが見過ごし前回と同じ内容で入力	基本的に当局は処方箋情報をバーコードで読み込んでいるがネット予約の処方箋のバーコードが不鮮明で読み取れず、手入力で前回処方のコピーしミスが発生	バーコードがなく手入力の場合でも前回処方のコピーは使用せず、極力手入力を行う。	サインバルタカプセル 30 mg	サインバルタカプセル 20 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
417	当薬局では、サインバルタカプセルは、20 mg だけを汎用していたが、初めての患者で、初めての病院からサインバルタカプセル30 mg が処方されていたが、いつものサインバルタカプセル20 mg を間違えて調剤してしまった。投薬の際に、間違いに気が付き訂正した事例です。	当薬局がサインバルタカプセル20 mg だけを汎用していたが初めての病院から初めてのサインバルタカプセル30 mg が処方されたためいつものサインバルタカプセル20 mg と思い込み、更に監査機を忘れて調剤してしまい、監査もすり抜けた事例。	基本的な調剤業務の確認を定期的に行うこと。思い込みを防ぐべく処方箋、調剤録、薬歴をしっかりとチェックすること。間違いやすい薬を確認し共有すること。 監査機チェックを必ず行うこと。監査をしっかりと行うこと。投薬時にしっかりと確認すること。などを改善しました。	サインバルタカプセル 30 mg	サインバルタカプセル 20 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
418	門前ではなく面で受けている処方箋。いつもと同じ内容であった。ザクラス配合錠HDと読み上げてからレザルタス配合錠HDをピックアップしてしまった。読み合わせ時にも気づかず、患者さんと最終確認中に気づき、正しい薬剤と交換した。	別件で電話問い合わせの返事待ちで意識が散漫になっていた。名前が似ていた。確認の読み上げ時も薬情や薬袋確認に気を取られ実物との照合がおろそかになってしまった。	類似薬の一覧を監査台に設置する。配合錠は読み上げ時に薬をもって確認する。	ザクラス配合錠HD	レザルタス配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
419	リクシアナ60mg 0.5T ザクラス配合錠HD 1T 各分1 朝食後28日処方方で継続でした、ザクラス配合錠はLDとHDが有り また同様に LDとHDが近くの棚に有るのがイルアミクス配合錠です。イルアミクスに関しては一般名で出るのでアムロジピンの量で判断する際に LDとHDを気をつけるように慣れてしています。ザクラス配合錠に関しては LDとHDの記載が有りますがLDとHDの違いを気をつけないといけない意識が先立って 間違っ てピックアップし 監査もすり抜けてしまいました。次の日患者様からいつもの血圧の薬と違うという電話があり 取替えに伺いました。	この患者様においては パーキンソン病で他の病院からの薬も当薬局でもらっていて 先日新しい貼付剤処方が出ましたがその件に関して投薬者も気になって 薬局に入ってきた時から話を患者様としていて 意識がこの処方箋から離れていたという背景も有りました。	ピックアップ時の棚において LDとHDだけの誇示した表示は有るものの 名称においても注意できるように大きく誇示して表示しました。2重チェックももっと厳密にしていこうに スタッフ間の声が消えています。	ザクラス配合錠HD	イルアミクス配合錠HD「DSPB」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
420	今回処方変更がありザクラスLD錠の記載があった。担当薬剤師は、以前にこの患者はカンデサルタン錠とアムロジピン錠を服用していたことを記憶していたため、合剤への変更を思い込みでカムシアLD錠をピックアップした。監査薬剤師が気づきザクラスLD錠に変更してお渡しした。	夜間診療が始まった時間帯で薬局内も立て込んでいた。2, 3枚の処方箋が一度に回ってきて焦りもあり、いつも通りと早合点してピックアップしてしまった。前回以前の処方を記憶していたこと、またカムシアLD錠とザクラスLD錠が調剤棚で横に並んでいたことも要因となった。合剤への変更が進んでおり、名称が不慣れであったことも原因と考えられる。	必ず思い込みで処方箋で再度確認してからピックアップすること、合剤の一般名の再確認(勉強)を各薬剤師が行うことを通達した。また調剤棚は似たような名称・薬効の医薬品は出来るだけ並べないことなど修正し、スタッフに周知徹底した。	ザクラス配合錠LD	カムシア配合錠LD「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
421	他の業務をしたくて慌ててピックアップして見間違ったLDの表記のみで思い込みで商品名を見誤った	焦っていた	同薬剤の注意喚起と、業務の流れを落ち着いてできるようにスタッフ同士の業務改善した	ザクラス配合錠LD	イルアミクス配合錠LD「DSPB」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
422	ザクラスLDとザクラスHDの処方入力間違い、ピッキング間違い	継続でザクラスLDを服用している患者様がザクラスHDに変更になった際に前回処方から同じ薬剤と思い込んでしまい調剤入力してしまい、一般名だったため前回と同じ薬剤と思い込んでピッキングしてしまった。	入力者、ピッキング者共にマニュアル手順を遵守し一般名処方の場合は紛らわしいので、特に注意する必要がある	ザクラス配合錠LD	ザクラス配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
423	2歳の患者に対してザジテンシロップ5mLの処方。照会后にザイザルシロップを処方するつもりだったと判明。	当該医院からのザジテンシロップの処方初回であり、用法用量よりザイザルシロップの可能性があった。薬剤検索時に1文字で検索し、処方された可能性あり。	日頃から当該医師の処方する薬剤の名称、用法用量を把握しておく。職員間にて処方内容の相談がしやすいよう、日頃からコミュニケーションをとっておく。	ザジテンシロップ0.02%	ザイザルシロップ0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
424	サムスカOD錠15mgが処方されていたが、サムスカOD錠7.5mgで入力されていた。監査時にミスに気づき訂正した。	サムスカOD錠7.5mgは在庫があり、サムスカOD錠15mgの存在を知らなかった。	医薬品名だけでなく、規格まで確認するようにする。知らないだけで別の規格が存在することがあるので、注意深く確認する。	サムスカOD錠15mg	サムスカOD錠7.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
425	患者様より電話ありザラカム(ラタノプロスト・チモロール)がキサラタン(ラタノプロスト)で入っていたとのこと使用前に患者様が気づいたため健康被害はなし患者様に謝罪し、ご自宅に交換にお伺いしました	処方箋は一般名処方に記載されており、調剤者・監査者ともにラタノプロストと勘違いし調剤・監査してしまった様子処方箋と薬品名の実合、監査が不十分、投薬時の確認不足が要因と思われる	監査時、投薬時の薬の確認の徹底	ザラカム配合点眼液	キサラタン点眼液0.005%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
426	ザラカム点眼液が処方されていたが、キサラタン点眼液で調剤してしまった。	容器の形が同じでどちらも冷蔵庫で保管する目薬であるので誤って調剤してしまったと考えられる。	思い込みで調剤せずに薬の名称をしっかりと確認して調剤を行う。また冷蔵庫ではなるべく離して置くようにする。	ザラカム配合点眼液	キサラタン点眼液0.005%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
427	サラゾスルファピリジン錠を処方しなくてはいけないところ、効能の異なるサラゾスルファピリジン腸溶錠をお渡ししてしまった。すぐに気が付き患者に連絡、交換した。	鑑査時の薬品名の確認不足。	他の薬剤からも推測される薬効を把握し、適正な薬剤であるかを判断し調剤を行う。	サラゾスルファピリジン錠500mg「タイヨー」	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
428	初めて当薬局を利用する患者が診療所の処方せんを持参し来局した。処方内容を確認するとサラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」が処方されていた。処方医が整形外科の医師であったため疑義照会し病名を確認すると関節リウマチとのことであった。抗リウマチ薬はサラゾスルファピリジン腸溶錠であることを伝えるとサラゾスルファピリジン腸溶錠「日医工」に処方変更となった。	患者が後発品希望であったため処方時に後発品名の選択を誤ってしまったのではないかと考えられる。	処方元の医師の診療科の確認や患者本人からの聴き取りを徹底する。	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
429	2021/02/16/17:30頃、来局された。今回、患者は、市内某大学病院を受診した後、交付された処方せんを持参された。調製者は、応需した処方せんに記載された、「(般)サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg」の記載を一読後、サラゾスルファピリジン錠500mg「JG」をピックアップし、調剤を終えた。作業を引き継いだ、鑑査者は、患者の薬剤服用歴を確認中に、当該患者が、1か月前に、手のしびれ・関節の痛みを主訴として、市内某病院を受診後、当方へ、処方せんを持参していたことに気づいた。市内某病院からは、(般)セレコキシブ錠100mgが処方されていた。	報告者は、今回の取り違い過誤未遂は、一般名処方普及に伴い、名称の類似した医薬品が、急増したことが、背景にあると感じています。サラゾピリジン錠500mgの一般名称は、「(般)サラゾスルファピリジン錠500mg」。アザルフィジンEN錠500mgの一般名称は、「(般)サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg」。であり、ブランド名こそ、似ても似つかない名称ですが、一般名称で記載した場合、処方せんを、注意深く読まなければ、容易に薬を取り違えてしまう可能性があることは、想像に難くありません。	今回の取り違い過誤未遂の発生に鑑み、当方では、以下の対策を講じ、再発予防に努めることとしました。(1)今回の過誤未遂事例とその経過を、薬剤師・事務員問わず、スタッフ全員で、詳細に、共有することとしました。(2)今回、薬剤服用歴に記載された、患者の病状(傷病名)から、取り違いに気づけたことから、薬剤師に、患者より、傷病名や病状を聴取することを、積極的に行い、なるべく詳細に、薬剤服用歴に記録するよう、周知徹底しました。(3)従来より、医薬品の在庫場所に、製品名と一般名を併記するよう努めてきましたが、今後も、これを継続することとしました。ただし、併記することによって、本件の要は過誤が、防止できるとは、考えておりません。	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	この時点で、鑑査者は、今回、患者が、某大学病院を受診した理由を聴取する必要性を感じ、患者と面談した。患者曰く、「(般)セレコキシブ錠100mgを飲むと、一時的に症状は和らぐが、治まる様子がない。」ことから、某大学病院へ、紹介されたとのこと。本日、関節リウマチと診断され、内服治療が開始となったことを聴取した。 鑑査者は、以上の聴取内容を把握後、処方せんを再度読み直し、「(般)サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg」に対して、アザルフィジンEN錠500mgに代表される、関節リウマチを適応症を持つ、サラゾスルファピリジン製剤を調剤しなければならないことに気がついた。 薬剤服用歴に、患者の受診目的や経過が、詳しく記載されていたため、取り違い過誤を防止することができた。						

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
430	サラゾスルファピリジン腸溶錠での一般名処方であったが、患者様に渡す前の最終チェックまでサラゾスルファピリジン錠で準備していた。患者様がリュウマチの症状であることを事前に確認できていたため最終鑑査者がおかしいと気づいた。即座に変更しサラゾスルファピリジン腸溶錠でお渡しした。	サラゾスルファピリジン錠と腸溶錠で適応が違うことまで考えることができていなかった。また日医工の商品ということもあり錠剤の種類まで目に入っていなかった。	全スタッフに腸溶錠と錠があることを伝え、横におくことで気づく体制を確保した。また注意喚起のポップも準備した。	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg 「日医工」	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
431	一般名でサラゾスルファピリジン腸溶錠500mgを入力はサラゾスルファピリジン錠500mgで入力していたのを監査システムをとうさずに調剤していた。幸い薬は処方通りに渡しました。負担金に差額が発生しました。	慣れない医療機関の処方で、規格違いの薬剤があることに知識がなかった。OD錠か普通錠かの違いはよく注意して見るのに、腸溶錠という文字には目が行き届かなかった。	監査をかならず忘れずとおすすめ	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg 「日医工」	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
432	【般】サラゾスルファピリジン腸溶錠500mgの処方箋。レセコンに入力時、在庫が無い事に事務員が気づいたが、サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」の在庫があり、【般】サラゾスルファピリジン錠500mgの処方であると判断。以下の通りに入力した。【般】サラゾスルファピリジン錠500mg⇒サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」。調剤の薬剤師も【般】サラゾスルファピリジン腸溶錠500mgの処方箋を見て、サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」を調剤した。 【般】サラゾスルファピリジン腸溶錠500mgの適応症は関節リュウマチ、【般】サラゾスルファピリジン錠500mgの適応症は潰瘍性大腸炎、限局性腸炎、非特異性大腸炎であり、別薬剤である。鑑査者が誤りに気づき、訂正し、交付には至らなかった。	サラゾスルファピリジン錠と、サラゾスルファピリジン腸溶錠がある事を認識していなかった。	薬の外箱にそれぞれ、腸溶錠・適応症：関節リュウマチ、普通錠・適応症：潰瘍性大腸炎と付箋を貼り注意喚起した。誤りやすい名称類似であり、一般名処方マスタの改定も望まれる。	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg 「日医工」	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
433	関節リウマチ治療で新規処で、(般) サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg が処方された。入力者は腸溶錠ではなく普通錠のサラゾスルファピリジン錠500mg 「日医工」を誤入力。調剤者は、入力監査時で気づかずサラゾスルファピリジン腸溶錠500mg 「日医工」を調剤。監査者も入力内容のミスに気付かず監査・投薬を行った。投薬後、数日経過してから、別の薬剤師が投薬後のフォローを検討していたときに間違いに気づいた。正しい薬を交付していたため、患者側の被害はなし	1、サラゾスルファピリジンが普通錠と腸溶錠があることを認識していなかった2、入力監査時、名称が同じということで末尾までチェックがなされなかった(思い込み)	薬局の調剤棚に『腸溶錠です！適応違いあり！』と記載した	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg 「日医工」	サラゾスルファピリジン錠500mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
434	一般名処方でサラゾスルファピリジン錠500mgと記載があった。事務は一般名処方を入力後サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg(日医工)とGE選択をした。薬剤師が監査を開始してすぐに普通錠と腸溶錠を勘違いして入力していることに気が付き、正しく普通錠で入力を行った。	パソコンのシステム上、(般) サラゾスルファピリジン錠500mgをGE選択すると腸溶錠が出てきてしまう。そのため事務は代替え可能と思い込んでしまい腸溶錠で入力してしまった。監査を行った薬剤師は過去にこのようなインシデントが起きた事例を知っていた事と、サラゾスルファピリジンは普通錠と腸溶錠では適応症が異なり、サラゾスルファピリジン以外の薬が潰瘍性大腸炎の薬であったため誤りに気が付けた。	普通錠と腸溶錠では薬の溶出速度・効能効果が変わってくるため、安易に剤形変更で入力を変更せず薬剤師に事前に相談するようにルールを取り決めた。また今回は監査者が知識があったため防げたが、知識が無いものが監査を行っていた場合誤った薬を渡してしまっていた可能性もある為、剤形変更時の入力は薬学的に本当に問題ないのか添付文章等を必ず用いてチェックするように周知した。	サラゾピリン錠500mg	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
435	(一般名) タダラフィル錠5mgZA → ギルティア錠5mg のところ、ザイザル錠5mgをとり、監査時に発見された。	・薬品名の類似。・ザ○○錠5mgだけで処方数の多いザイザル錠5mgをとってしまい、その後の確認を怠った。	・現物と処方せんの薬品名をしっかりと確認することを徹底する。	ギルティア錠5mg	ザイザル錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
436	ギルティア錠5mgが処方された患者にザイザル錠5mgを調剤・投薬。患者から薬が違うと電話があり発覚。	特に忙しい状況とかではなく単純なミス。名称類似以外、規格が同じ単位だったことも要因の一つか。	正規処方薬、間違えた薬双方の棚、箱に間違え注意のシールなどを貼る。当店は薬袋に薬情が印刷されているものを使用しているので投薬時はその写真と実際の薬を確認しながら袋に入れていく。(既に行っていることではあるが再度確認)	ギルティア錠5mg	ザイザル錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
437	ザルティア錠5mgが処方されていたが、間違えてザイザル錠5mgをだしてしまった。患者様の奥様より連絡があり発覚。	慣れによる注意力散漫であった。	ザルティア錠5mgが処方されているときは処方せんに鉛筆でめだつように印をつけるようにする。	ザルティア錠 5 m g	ザイザル錠 5 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
438	【般】トロピカミド・フェニレフリン塩酸塩点眼液→サンドールP点眼液のところ、事務員が【般】トロピカミド点眼液→トロピカミド点眼液「日点」に誤入力、薬剤師も一般名が異なるのを見落としてトロピカミド点眼液「日点」で調剤。鑑査で一般名が異なるのに気付き、【般】トロピカミド・フェニレフリン塩酸塩点眼液→サンドールP点眼液で調剤し直して交付。	処方頻度が低く見慣れない一般名であり、また、2種の合剤にも関わらず、一般名に「配合」と付いていないため処方入力・調剤時に見落としてしまった。	一般名に「配合」の記載がなくても合剤が存在する事に注意する。	サンドールP点眼液	トロピカミド点眼液 0.4%「日点」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
439	当該の患者に対し鼻アレルギー治療のため処方された点鼻のステロイド剤5ml2本を調剤すべきところ、誤って点鼻の抗菌剤5ml1本を調剤し交付した。繁忙日である水曜日・土曜日の次日、処方された薬剤の棚卸を行い過誤の有無を確認している。当件は2/20(土)に発生しその棚卸を2/22(月)に行ったところ、ステロイド剤の2本過剰を認めた。該当処方を検索したが本件過誤を推論するに至らなかった。次いで休日を挟んで2/24(水)に全ての耳用剤・鼻用剤を棚卸したところ該当抗菌剤点鼻薬の不足を認め、患者に連絡後本件過誤を証明するに至った。	調剤を行った薬剤師はシフトで当該日を担当した。本薬局はほとんどが耳鼻科処方に特化した実情があり、耳鼻咽喉科特有の処方に精通することが求められるが、同時に多彩でない類型化した処方によく当たるため本件のような思い込みが発生する可能性が否定できない。間違えやすい規格の内服薬とどのように外用薬の弁別を図るなど管理者による情報管理が求められる。	事例報告をすべての職種に共通に理解できるよう伝達する。シフトで業務を担当する申し送りを行う。	サンベタゾン眼耳鼻科用液0.1%	タリビット耳科用液 0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
440	サンベタゾンの一般名処方が来た際、黄緑色の蓋の容器を思い浮かべてしまった為、同じ黄緑色の蓋のプラノプロフェン点眼液を取り間違えてお渡ししてしまったすぐに気が付いたので連絡して、使用される前にお詫びして交換した	普段よく処方される門前の眼科の処方であるにも関わらず、慣れから薬剤名の確認を怠ったことが原因である	すでに、引き出しは離してあるため、その患者さんが手術後何日目かをよく確認したうえで、処方内容との整合性を考えて処方するよう、点眼液の変更の流れを張り出してある	サンベタゾン眼耳鼻科用液 0.1%	プラノプロフェン点眼液 0.1%「参天」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
441	入力ミスをし、間違った薬剤で調剤監査投薬された。後日、処方せんの入力点検で発覚。ご本人に電話し、謝罪したのち、ご自宅へ正しい薬剤をお渡しした。	今まで、プロマゼパム錠2mgで処方されていたが、今回はジアゼパム錠2mgで処方されていた。前回と同じという思い込みと一般名での記載から名称が類似していた事も要因と考えられる。	医師から先発名で薬が変わる事をご本人に説明があったため、ご本人は投薬時に前回と同じ薬になっていると気付いていたと謝罪した際に伝えられた。薬の名前がたくさんあってわからないとお話しされていた。状況や薬の名称で混乱される患者さんによっては、医師の説明された薬をお渡しすることも検討する。	ジアゼパム錠2「サワイ」	プロマゼパム錠2mg「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
442	【正】ジアゼパム錠2mgで入力【誤】プロマゼパム錠2mgで入力	入力時のミス。	関連業務にかかわった職員に対して、再度4分割での手技を確認、徹底するように指導しました。	ジアゼパム錠2「トローワ」	プロマゼパム錠2mg「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
443	2病院3科受診中の患者。受診する毎に当薬局を利用いただき、3科処方薬と一緒に1包化することを希望されている。また残薬は家族希望により薬局で預かり保管している。今回は預かり分と合わせて6日分作成できるため1包化調剤してお渡しした。処方はずべて一般名で記載されており、セルトラリン錠25mgをピッキングするところ間違えてトラゾドン錠25mgを入れてしまい、そのまま確認せず調剤してしまった。担当薬剤師が患者帰宅後間違えに気付き、すぐに自宅を訪問してまだ服用されていないことを確認し、正しい処方分と交換した。	外来業務のピーク時で、本来なら別の薬剤師でチェックをしてからの調剤となるが、その時に限り他の業務で手が離せない状況であった。そのため、急ぐあまり一人でのピッキング→調剤→監査となってしまう患者様に渡ってしまった。なお当局では、普段から一般名処方でもトラゾドン錠が汎用されており、また25mgであったため再確認することなくいつも通りと思いこんでしまったことも要因の一つと考えられる。	繁忙期でも、複数人でチェックすることが必要であることを再度スタッフに周知した。特にODP薬は監査に時間がかかるため、お互い声を掛け合って手順よくこなすことが大切である。またピッキング、調剤、監査は別の薬剤師が行うことが必要である。特に、最近是一般名処方が多くなってきており、慣習に惑わされず常にチェックすることを薬剤師全員に指導・通達した。また事務員からのアドバイスもお願いした。	ジェイゾロフト錠25mg	レスリン錠25		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
444	一般名処方セルトラリン錠をセルニルトン錠と勘違いし、調剤。鑑査者が気付き、交付には至らなかった。	名称が類似している薬品がある場合、薬品カセットに注意喚起し全スタッフに周知させるべきだった。	両薬品カセットに注意喚起。	ジェイゾロフト錠50mg	セルニルトン錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
445	ジクアス点眼液 5ml 6瓶 の処方入力 で 5x6で30瓶と入力	慣れからの入力間違い。何瓶なのか何mlな のか特に目薬確認して注意して入力する。	常識的な本数の入力になっているか再度確認 して入力、鑑査をする。	ジクアス点眼液 3%	ジクアス点眼液 3%		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
446	処方ではジクロフェナクNaゲル1% 50gで あったがヘパリン類似性物質ゲルをお渡し してしまった。 1ヶ月後患者様から先 月のと違う と言われ発覚した まだ未 使用だったため謝罪して取り替えました。	どちらも ゲルであったために誤って取り違 えた。	調剤者、 監査者 外用薬なので監査が甘かつ たのではないかと推察されます。 きつ ちり監査して投薬をしないといけない 事を確認し会いました。	ジクロフェナクNaゲ ル1%「武田テバ」	ヘパリン類似物質ゲル 0.3%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
447	いつも受け付ける病院の処方箋がジクロ フェナクナトリウム点眼で処方されてい て、今までジクロード点眼液で処方されて いたため、似たような名前で良く処方され ているプロムフェナクナトリウム点眼を調 剤してしいそうになった。	完全に思い込みによる調剤をしてしまった。	似たような名前はよくあるので、必ず慣れで 調剤しないよう確認する。	ジクロフェナクNa点 眼液0.1%「日新」	プロムフェナクNa点 眼液0.1%「日新」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
448	シダキュア2000IU が処方であったが、レ セコンでシダキュア5000IUで入力しまい その後の入力監査で気付かず、そのまま調 剤された。 監査時に処方箋確認が漏れて投 薬まで行ったが、投薬時に気付き変更し交 付。	e-parkで処方箋が送られ翌日来局になってい たが、処方箋確認時が繁忙時であったため確 認の不足が原因と思われる。	繁忙時でも、確認を怠らない様にする。 監査 時には処方箋の確認を必ずする。	シダキュアスギ花粉舌 下錠2,000JAU	シダキュアスギ花粉舌 下錠5,000JAU		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
449	スギ花粉症治療のシダキュアが処方された のに、ダニアレルギー治療のミティキュア を調剤しお渡ししてしまった。服用前に患 者様が外観が違うと気づき、正しいものと 交換できた。	似ている外観で、いつもは監査システムによ るバーコードリーダーを使って監査している が、繁忙期のため目視の確認のみで交付し てしまった。	監査システムを必ず使用して薬の確認を行 う。また、シダキュアは青、ミティキュアは ピンクと外観は似ているが、色が異なること を周知する。	シダキュアスギ花粉舌 下錠5,000JAU	ミティキュアダニ舌下 錠10,000JAU		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
450	処方記載がシダキュアスギ花粉舌下錠 5000のところ、ザイザル錠5mgで調剤し てしまった後日、気が付いた患者さんが来 局して発覚した。	シダキュアとザイザルが同じ段にあったた め、取り間違えてしまった。	声出し確認と二重確認の徹底。薬品の配置を 考え直す。	シダキュアスギ花粉舌 下錠5000	ザイザル錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
451	ジヒドロコデインリン酸塩散1%1gを事務員がコデインリン酸塩散10%で誤入力。監査時に気づかず、交付。調剤は処方通りのジヒドロコデインリン酸塩散で行われていた。翌日、薬品の入荷で誤入力発覚。直ぐに患者に入力間違いを連絡し謝罪した。健康被害はなし。	薬品名が類似し、事務員がコデインの部分に気を取られていた。監査時も実際の薬品確認に気を取られ、入力ミスに気が付かなかった。	類似医薬品の場合は特に規格、名称の確認をしっかりと行う。麻薬と間違い誤入力してしまったため、麻薬、劇薬の認識を正確に持つ。	ジヒドロコデインリン酸塩散1%「タケダ」	コデインリン酸塩散10%「タケダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
452	一般名処方で、ジフルブレドナート軟膏0.05%処方あり。ジフロラゾン酢酸エステル軟膏0.05%「YD」をピックアップしており、監査時に間違いに気づいた。	一般名が酷似している薬剤に関しては細心の注意を行う。	情報を共有して、同じ間違いは起こさないようにする。	ジフロラゾン酢酸エステル軟膏0.05%「YD」	ジフルブレドナート軟膏0.05%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
453	クリニックよりファックスが届いて1包化を始めた。ファックスの写りが不鮮明で始まりの文字「シ」と規格50mgが同じため間違えて調剤、監査、投薬を行った。入力は正しかった。ヒートの耳と調剤録を確認して誤調剤を発見。家族と施設に連絡し交換した。	当日のファックスのみではなく、過去の薬歴も確認する。以前より、ヒートの耳は保管しておいて良かったと思った。	1時間で家族が受け取りに来ると言って帰られたので焦ってしまった。時間の余裕を持って出来上がりを伝える。	シベノール錠50mg	シロスタゾール錠50mg「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
454	ジメチコン錠40mg処方の所、メジコン錠15mgでの誤調剤	名称類似による取り間違い。薬効や規格の違いがありながらも名称のみを見てのピックアップだったため間違い。	名称、規格、他処方薬からの症状推測、声出し確認等しっかりと確認をし間違いを防ぐ。	ジメチコン錠40mg「YD」	メジコン錠15mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
455	普段よりジャディアンス10mgを服用されている患者に対し、トラディアンスAPを交付。	錠剤の色、ヒートデザインが似ているため患者、薬剤師共に気づかなかった。新型コロナ対策用のビニルを患者と交付者の間に垂らしていたので、交付時、薬と医薬品情報との照らし合わせを行う際見えにくかったのも要因にあるかもしれない。	ビニルを透明度の高いものにする。似ていることを周知し自分も念頭に置き調剤を行う。	ジャディアンス錠10mg	トラディアンス配合錠AP		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
456	ジャディアンス処方のところをトラディアンスでpicking-一包化その後監査時にほかのDPP4阻害薬があり精査したところpicking時の勘違いが発覚すぐに再調整した	休日に一人で調整したことに起因soloの時は精査にも同じくらい時間かける必要がある	一包化後の残骸を監査時までしっかり確保しておくこと監査時には処方構成にも留意すること	ジャディアンス錠10mg	トラディアンス配合錠AP		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
457	薬剤交付翌日に患者本人が来局し薬の取違いが発覚。ジャディアンスは以前より継続服用中薬剤であり、薬局でお渡ししてしまったジャヌビアとは薬袋の薬の名前・写真が異なること、また変更することも聞いていなかった事から取違いに気づき、今回の薬は服用せずに来局されました。(幸い手持ちもあったため、そちらを服用したとのこと)	同時に他科の処方箋に変更点があり、そちらに気を取られてしまったため、薬の取違いを見落とししてしまった。また指導もおもに変更点に対する注意となってしまった。	糖尿病で当薬局では処方頻度の高い薬剤であり、名称類似、棚の位置も近いことから処方箋の確認、ピッキングより注意する必要あり。監査においては規格などまで再度チェックすることなどの徹底する	ジャディアンス錠10mg	ジャヌビア錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
458	以前までジャディアンス10が処方されていた患者が、ジャディアンス25に増量になっていた。変更気付かず、レセコン入力、調剤してしまった。	●薬局ではジャディアンス10の方はよく調剤していたが、25は使用したことがなく、存在も知らなかった。ジャディアンスの25mg規格があるという知識が無かった。●レセコン入力、ピッキング、監査 いずれの段階もスルーしてしまった。	●どの薬品においても、単一規格しかないという思い込みは避けるようにし、通常通り規格の確認を怠らないようにする。	ジャディアンス錠25mg	ジャディアンス錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
459	ジャディアンス錠25mgが処方されたところ、ジャヌビア錠25mgをピッキングし患者説明中に患者本人が取り違えに気がついた。	開店直後に来局され、薬剤師1名しか勤務者がいなかったため、ピッキングと投薬者でのダブルチェックが機能しなかった。薬剤名が似ており企画も25mgで同じだったため取り違えが日ごろから多い薬剤であった。	開店直後もダブルチェックができるよう、従業員の出勤時間を開店時間ギリギリにならないよう、5~10分前には出勤し体制を整えるようにした	ジャディアンス錠25mg	ジャヌビア錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
460	ジャディアンス錠25mgで調剤するところ、ジャヌビア錠25mgで調剤してしまった。患者さんに投薬時に発覚、すぐに取り換えた。	調剤者の知識不足、処方箋の見方に問題あり	薬剤棚に注意喚起の表示をして、場所をかなり距離を離しておくようにしました。	ジャディアンス錠25mg	ジャヌビア錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
461	ジャディアンス25なのにジャヌビア25を取り揃えてしまったが監査で気が付いたので患者さんに健康被害はありませんでした。	一包装作成時にジャディアンス25を揃えるところ、最初の2文字が同じだった為また同じ25mgの数字に気を取られた。	しっかり処方を読むことまた今回のようにダブルチェックをする事を必ずする。	ジャディアンス錠25mg	ジャヌビア錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
462	ジャディアンスをお渡ししなければいけないところを、ジャヌビアを渡した。本人が飲もうした際に、ヒートデザインが異なることに気づいた。すぐに薬局に持ってきて、発覚。	以前はジャヌビア(25)だったので、ぱっと処方を見ただけで判断。不注意。投薬者も気づかずお渡ししてしまった。	鑑査機能が働いていない。よく見ること、ピッキング、鑑査後は署名することで責任を持つこと。	ジャディアンス錠25mg	ジャヌビア錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
463	前回と同じと思いDo入力するも、実際はジャヌビア錠25mgからジャディアンス錠25mgに切り替わっていた。	思い込みや慣れから来た間違い。QRコード入力に慣れているため、手打ちになるとDo入力に頼りがちになってしまう。規格も偶然同じであったため事務側の監査の見落としに繋がってしまったようである。	基本的ではあるが、入力時に3文字以上はしっかり確認。レセコン側で似ている名前の薬剤は【】などで強調する。	ジャディアンス錠25mg	ジャヌビア錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
464	処方箋はジャヌビア(25)が出ていたが、ピック、監査、投薬ともにジャディアンス(25)を選び、患者にわたしてしまった。	どちらもジャという言葉から始まり、25mgだった。場所は違うところにあったが、思い込んでしまっていた。	処方箋を読むときは、最後まできちんと読む。	ジャヌビア錠25mg	ジャディアンス錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
465	処方内容でジャヌビア錠50mgが処方されていた。処方せんを見ながらピッキングはしていたが間違えてジャディアンス錠10mgが用意されており、鑑査時に発覚。	外来患者を複数人受け付けている状況で薬局内は忙しい状況。なお、調剤台のカセットがジャディアンスとジャヌビアが上下になっていたこともミスを犯しやすい状況であった。	視覚でミスを防ぐことを目的として、「名称類似品あり」の注意喚起の付箋をカセットへ貼り付け。店舗内での共有。	ジャヌビア錠50mg	ジャディアンス錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
466	患者が処方箋薬と異なると来局した。処方箋にはジャヌビア50mgの記載があるところが、スー ज्या配合錠で調剤されていたことが患者の申し出から発覚した。処方箋の内容はジャヌビアで入力は間違いなかった。	繁忙していた状況から薬剤師が一人で調剤、監査を行ったことが要因である。名称がジャヌの部分は類似あり、棚から誤って調剤したことも要因である。	調剤者と監査者を別のものにする。また、監査はダブルチェックへするようにした。投薬の際も患者と相互で内容を確認するよう徹底するようにする。	ジャヌビア錠50mg	スー ज्या配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
467	ジャヌビア錠50mgの処方だったがジャ ディアンス錠10mgを調剤して患者に交付 した。	類似名称でかつ同じ薬効のものは隣接してお かないように工夫する。	ジャヌビア錠とジャディアンス錠の間に別の 薬剤を置く。	ジャヌビア錠 5 0 m g	ジャディアンス錠 1 0 m g		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
468	ジュンコウ補中益気湯細粒処方、ジュ ンコウ帰脾湯をピックしてしまった。	外見・包装が同じ為、ピック時に誤ってし まった。	管理場所が隣同士で、ピックミスしやすかつ たので、離れた。	ジュンコウ補中益気湯 F Cエキス細粒医療用	ジュンコウ帰脾湯 F C エキス細粒医療用		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
469	棚の位置が横になる薬を取り間違え シルニ ジピン錠処方の方にクロビドグレル調剤。	管理者が薬剤の棚位置の移動をしたときに似 た包装の薬剤は遠ざけるというルールで行っ ていたが同時に複数の薬剤の移動をしたため 最終的な棚の確認を怠った。またその他の薬 剤師は危険を感じながら報告を後回しにし た。処方監査時、投薬時に気づかなかった。	薬剤の棚位置を再度検証。管理者ルールとが して決めていることを他の薬剤師に再度伝 達。調剤時、監査時、投薬時に薬剤確認を徹 底。使用薬剤の在庫確認の頻度を増やす。	シルニジピン錠 1 0 m g 「サワイ」	クロビドグレル錠 7 5 m g 「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
470	13種類の薬剤の長期投与の患者さんで、シル ニジピン20m g とファモチジンD20m g が処方にあった。通常、シルニジピンは10 m g が調剤されており、20m gの方は数人 しかいないため、取りそろえた薬剤師が、 あやまって10m gを取りそろえた。監査時 に20m gであることがわかり、錠剤を戻す 際に、シルニジピン10m g と同一製薬会社 のファモチジンD20mgのそれぞれ端数の 2錠を取り間違えて戻してしまい、患者に はシルニジピン20m g とファモチジンD20 m g とシルニジピン10m g が混合した形で 渡ってしまった。次に別な方の調剤をする 際に、シルニジピン10m gの引き出しに ファモチジンDが2錠入っていたことか ら、混入した可能性があり、患者宅に行き 確認したところ 間違ってたっていたため 回収した。	取りそろえ 輪ゴムをかける際には、錠剤の 向き(表裏)を同じ側に向けて、確認しなが らおこなう	類似薬表示を行い、取り間違えた場合の薬は すぐに戻さず、いったん返品箱に入れ、数名 で確認しながら戻す	シルニジピン錠 2 0 m g 「サワイ」	シルニジピン錠 1 0 m g 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
471	患者本人が処方箋を持参し来局。【般】シルニジピン錠5mgと記載のところに、誤ってシンバスタチン錠5mg「EMEC」を調製。監査者が間違いに気づき、指摘。シルニジピン錠5mg「サワイ」を調製しお渡しとなった。	名称類似による薬剤取り間違いであった。	以前もこのような事例が見られたため、今回の件を周知しより一層注意するように話し合った。	シルニジピン錠5mg 「サワイ」	シンバスタチン錠5mg 「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
472	シルニジピン錠5mg「サワイ」を調剤するところ、シンバスタチン錠5mg「SW」を調剤してしまった。	同じ引き出しに入っており、薬剤名の初めの文字と終わりの文字が一致、さらに規格も同じ5mgであったことから誤って調剤してしまっただと考えられる。	薬剤の箱に「薬剤名確認!」とラベルを貼り、注意喚起を行った。	シルニジピン錠5mg 「サワイ」	シンバスタチン錠5mg 「SW」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
473	シルニジピン5mgが処方されていたが、アムロジピン5mgを調剤し交付した。後日、調剤録確認時に調剤間違いを発見し、即時患者様に連絡。2日間服用したが、体調に異変はないとの事だった。	1、血圧上昇のため定期薬変更あり 2、用法が就寝前から朝食後に変更があり、疑義照会し就寝前に変更となった。薬剤変更に伴いレセコンへ入力誤りと処方薬取り違い、監査交付時に薬剤変更の説明に注意がいき、電子薬歴確認はしたが、処方箋内容確認もれがあった。	1、レセコン入力時や調剤録記入時に、再度処方箋と見比べチェックサインをする。2、調剤時に処方箋内容確認し、チェックサインをする。3、監査交付時に処方箋内容確認を必ずし、チェックサインをする。	シルニジピン錠5mg 「サワイ」	アムロジピン錠5mg 「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
474	シロスタゾールOD錠100mg処方のところ、見間違えてシロドシンOD錠4mgを用意し、分包調剤中、監査の薬剤師が気づいて、正しい薬剤で作り直した。	薬品の数が多く、分包が必要で、長期処方の処方箋がたまたま数人重なって入り、慌ててしまった。ちょうどスタッフが昼休憩のタイミングで、対応出来るスタッフが少ない状況だった。	処方重なった時はより一層気持ちを落ち着けて、順番に取り組むようにする。薬品名を声に出して読み上げ、目と耳の両方で確認する。調剤者と監査者を別にすることを引き続き徹底する。	シロスタゾールOD錠 100mg「サワイ」	シロドシンOD錠4mg 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
475	定期来局の男性患者に【般】シロスタゾール口腔内崩壊錠100mgが継続処方されており、通常シロスタゾールOD錠100mg「サワイ」を調剤していたが、誤ってシロドシンOD錠4mg「サワイ」をピックアップ。監査者がいったんはスルーしかけたが、服薬指導時に気がつき、正しいもので調剤した。	薬局内で決めた調剤・監査ルールの不徹底(処方せんコピーでの事前の処方鑑査の省略)当該薬局への勤務開始半年~1年でまだ薬局の手順に十分習熟していない薬剤師が複数いるにもかかわらず、慣れによる油断があった。	調剤・監査ルールを再度指導。その後手順の省略をしていないか勤務歴の長い薬剤師がこまめにチェックしている。調剤過誤、ヒヤリハットのリスクについて薬局従業員全員に対して再度研修を行い、日常業務を集中して行うよう指導した。	シロスタゾールOD錠 100mg「サワイ」	シロドシンOD錠4mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
476	シロドシンOD錠をピッキングするところ、誤ってシロスタゾールをピッキングしていた。監査時に気付き、ピッキングしなおした。	連続してのピッキングで、シロドシンよりもシロスタゾールを取る機会が多かった。前の2文字だけで判断してしまった。	最後までしっかり薬の名前を確認してピッキングするよう経験年数の短い、長いに関係なく再度認識しなおす。	シロドシンOD錠4mg「ニプロ」	シロスタゾール錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
477	本来シンバスタチン(10)でお渡しする所、誤ってシルニジピン(10)で渡してしまった。薬剤交付後に患者本人からの連絡で発覚。まだ服用しておらず、大事には至らなかった。患者本人自宅まで伺い、誤った薬を回収し正しい薬に交換した。	シンバスタチン(10)とシルニジピン(10)共にPTPシートの色が共に青、また規格が同じで思い込み、判断力が欠けていた。また混雑している状況の中、薬剤師1人で対応していた。来局していたのは患者家族代理の方の為、投薬時でも気づくことが出来なかった	どんな混雑状況でも慌てずに薬の確認を怠らないこと。また外装が似ているからと言って過信せず薬品名まで確認する。代理の方が来局された際は、より処方箋と照らし合わせ確認しながらお渡しする。	シンバスタチン錠10mg「YD」	シルニジピン錠10mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
478	2020.10.10 11:00 薬袋を開けたらいつもと違う薬が入っていたと患者様ご本人が来局された。処方箋、薬歴を確認したところ、シンバスタチン5mgが処方されていたが、誤って、アトルバスタチン5mgをお渡ししていたことがわかった。調剤ミスと監査ミスである。また、投薬カウンターで患者さまと薬剤師が薬を確認しあい、薬袋に入れてお渡ししていたが、その場ではお互いに誤りに気付かなかった。	担当薬剤師は、前日はシフト休みであり疲労しているとは思えないし、発生時の患者来訪者数を確認したが混雑していて慌てたとは考えられない。今回の誤りは、処方の読み間違えと慣れ慢心が原因だったと考えられる。	今後の対処法として、目視だけでなく、指さし確認を行うこととした。	シンバスタチン錠5mg「SW」	アトルバスタチン錠5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
479	シンバスタチン錠5mgが普段応需しない医療機関から処方され、「スタチン」 「5mg」だけ見て思い込みでロスバスタチンOD錠5mg「サワイ」を調剤していた。監査時に発見し交付前に対応。	思い込みによる調剤。結果、薬局に在庫がなく患者様には時間を取らせてしまっただけになった。	ピッキングする薬剤名などを声に出すことは大事だと思う。	シンバスタチン錠5mg「SW」	ロスバスタチンOD錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
480	Pt妻よりTEL有「本人右半身不随。いつも左腕を使用して起き上がってくるが来なくなった。薬が違っていた」直ぐに交換に伺った。三日後TELにて確認。Pt妻「薬を戻したらすぐに起き上がってきた」とのことだった。	当日、とても混雑していた。多量の薬を服用している方で配達をしている方だった。一人で監査、調剤、配達、投薬をおこなってしまった。	思い込みをなくす。多重監査の徹底。充填場所の再確認。	シンメトレル錠50mg	スルピリド錠50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
481	一般名処方のアナグリプチン錠とシタグリプチン錠の読み間違い。	アナグリプチン（スイニー錠）は一人のみの処方、ジャヌビアの処方が多い為、～グリプチンを読み間違えて調剤。処方箋に鉛筆で製品名を記載しているが、見落としてしまった。	手順の抜けがないように、確実に確認すること。	スイニー錠 100mg	ジャヌビア錠 100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
482	2021年2月20日処方のスーグラ錠1錠84日分処方のところ、スー ज्या配合錠 84錠が処方されていたと、2021年2月22日患者来局にて発覚。すでにスー ज्या配合錠1錠内服されていたが、低血糖、気分不良など副作用出現はなかった。すぐに謝罪し正しい薬剤と交換した。	処方箋と薬剤の確認、投薬時に患者と一緒に確認することを怠った。	血糖降下薬はハイリスク薬であり、間違いは生命の危険に関わる医薬品であることを常に意識し、慎重に調剤、監査する。監査時に処方箋と薬剤を指さし確認、又は声だし確認で行う。	スーグラ錠 50mg	スー ज्या配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
483	前回からジャヌビアが処方されている患者さまへスイニーが処方された。血糖値の改善不足で追加処方であった。これらは同効薬であるので本来なら類似名称のスーグラの間違いであると服薬指導薬剤師が気が付くべきであったが他の薬剤師に指摘され気が付いた。	患者様も急いでおり、追加されたことによりはなしはないのでそのままお渡ししそうになってしまった。	投薬台に掲示し、再度同じミスがないよう注意喚起をおこなった。	スーグラ錠 50mg	スイニー錠 100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
484	処方箋入力ミス（スーグラなのにスー ज्याで入力）による調剤、監査を怠った結果、スー ज्याで交付	処方箋入力ミス（スーグラなのにスー ज्याで入力）による調剤、監査を怠った結果、交付過誤をした。薬歴を記載する際、スーグラで説明したので処方箋入力ミスに気づき、即日電話対応で、患者様に連絡。次の日、ご来局で交換しました。また、スー ज्याは誤服薬していません。	処方箋入力後の二重監査（事務&事務 or 事務&薬剤師）投薬時にお薬情報の写真と照らし合わせる薬袋印字の確認スタッフ同士の監査体制の確立	スーグラ錠 50mg	スー ज्या配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
485	【正】スー ज्या配合錠 50mg 35錠をお渡し【誤】ジャヌビア錠 50mg 35錠をお渡し	誤入力の後初期監査で気づくことが出来ず、最終監査・投薬でも気づくことが出来なかった。	スタッフ全員の入力、初期監査、最終監査の手技についてマニュアルを用いて再度確認を行った。QRコードの内容について、門前病院に修正をお願いした。	スー ज्या配合錠	ジャヌビア錠 50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
486	スレンダム軟膏をスタデルム軟膏と思い込み調剤。鑑査時、他の薬剤師が薬の誤りに気づき、正しくスタデルム軟膏を交付した。患者には影響なし。	スレンダム軟膏とスタデルム軟膏の名称が似ていた。調剤時、調剤した薬の名称確認と処方箋との照らし合わせを怠った。	調剤鑑査時の名称確認、処方箋との照らし合わせを怠らない。	スタデルム軟膏5%	スレンダム軟膏1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
487	患者様から薬袋・薬情と異なる薬品をもたらすとTELあり	薬品名が似ていることによる勘違い。当薬局は調剤する頻度がメサデルム軟膏が圧倒的に多いので ~デルムだけみて メサデルムと思いきこんでしまった。	薬品名と規格のチェックの不十分さ 鑑査時には薬袋・薬情と実物との照らし合わせを徹底する。	スタデルム軟膏5%	メサデルム軟膏0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
488	スチックゼノールの処方であったが、同じ剤型のフェルピナクスチックをお渡ししてしまった。	同じ剤型のため、誤って常時置いているフェルピナクスチックと取り間違えた	しっかりと処方箋の確認をする	スチックゼノールA	フェルピナクスチック軟膏3%「三笠」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
489	ストミンA配合錠処方されていたところ、処方箋の見間違いでアストミン10mg錠を投薬した。直前に調剤した患者が、アストミン10mg錠だったので同じ薬と思い込んでしまった。	処方箋の文字ををしっかりと確認するようにする○単純なミス	調剤する際は処方箋を読み間違えないようにする	ストミンA配合錠	アストミン錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
490	患者様ご本人が耳鼻科を受診しストミンA配合錠が14日分処方され薬局となる。処方箋には数種類の薬剤が処方されており薬剤師Aはその中のストミンA配合錠を処方数通り数えて調剤した。鑑査に当たった薬剤師Bは数を確認し投薬した。後日、患者様よりストミンA配合錠の中からキプレス10mg錠が4錠入ってたと持参された。服用はされておらず内容を確認して謝罪し交換した。	今回の処方薬であるストミンA配合錠のシートの色と大きさがキプレス10mg錠と非常に似ており何らかの原因で棚に混ざってしまったのを、見落として調剤してしまった。また外来の繁忙期と重なって慌ててしまった。	薬剤を棚に戻す際に起きたミスです。棚に戻す際は一人では行わず他の人に確認してもらって戻すように徹底することとした。	ストミンA配合錠	キプレス錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
491	処方箋記載が一般名処方であり、名前の類似により間違えた	処方箋、薬袋、文章等十分確認し、複数での監査により注意する。	複数による監査	ストラテラカプセル10mg	アモキシカプセル10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
492	リンデロンVローションとスピラゾン軟膏20g+アズノール軟膏20g混合処方との処方だった。スピラゾン軟膏のところ、ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%イワキで調剤していたことに鑑査者が気づき調製しなおした。	スピラゾンとリンデロンVの一般名を混同してしまった。ジェネリックの商品名が一般名の商品名に変わったとの思い込みがあった。	商品名のジェネリックは成分名を十分確認してから混和することを徹底する。	スピラゾン軟膏0.3%	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
493	普段から28日分で処方されており、予製ピッキングも28日分で取り揃えられていた。しかし、今回30日分処方となっており、追加分のピッキングをする際にスピロノラクトンとアロプリノールを誤ってピッキングしてしまった。そのまま一包化調剤を行い、監査者が監査時に発見して正しい薬剤にて調剤し直した。	直前の調剤でたまたまアロプリノールを調剤していた。アロプリノールとスピロノラクトンの外観が類似していたため、誤って調剤してしまった。	思い込みで調剤せず、かならず処方箋と照らし合わせながら調剤を行う。	スピロノラクトン錠25mg「CH」	アロプリノール錠100mg「TCK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
494	スルピリド錠(50)「アメル」で調剤しなければならぬところメトクロプラミド錠(5)「テバ」で調剤しお渡ししてしまった。	調剤者がメトクロプラミドで調剤してしまったことに鑑査者が気が付かず投薬。患者から調節電話があり発覚。自宅まで伺い謝罪し、正しい薬と交換した。不足薬の説明に気を取られてしまったことが原因	不足薬がある時にも調剤鑑査の徹底をする	スルピリド錠50mg「アメル」	メトクロプラミド注100mg「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
495	スルピリド錠の処方の所をスピロノラクトンで調剤してしまう	人手が少ない時間帯で繁忙時であり、思い込みで通常良く出るスピロノラクトンをピッキングしていた	規格が25mgと50mgで異なるので、その確認も行うことと、同じ引き出しに入っているため箱に注意喚起のシールを貼る。また、職員全員に情報共有を行い注意喚起する	スルピリド錠50mg「アメル」	スピロノラクトン錠25mg「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
496	ニトラゼバムとスルピリドが出ている患者。スルピリド70T渡すところ、ニトラゼバムが20Tとスルピリド50Tで用意していた。最終監査時に気づき訂正。	両シートの外観が似ていること、忙しかったため気が急いでいたことが原因と思われる。	忙しくてもシート両面の監査は徹底したい。	スルピリド錠50mg「アメル」	ニトラゼバム錠5mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
497	ゼチーア錠処方のところ、レボセチリジン錠「KMP」で調剤されていた。監査時、薬剤師が発見。調剤しなおし正しい薬をお渡しした。	・ 監査機械の不具合⇒普段の処方せんであれば、監査機械で写真撮影・バーコードに相違がないかチェックできるため入力とピッキングした薬剤の間違いはほとんどないが、当患者の処方せんは注射針が含まれていたため全ての薬剤を監査機械でチェックすることが出来なかった。(注射針が含まれている処方内容は全て監査機械を使用することが出来ない。) ・ 錠剤の剤形の類似⇒ゼチーア・レボセチリジンともに細長い楕円形 ・ 調剤者の確認不足	・ 調剤時、薬剤名の確認を再び徹底する。 ・ 監査機械のシステム改善	ゼチーア錠 10 mg	レボセチリジン塩酸塩錠 5 mg 「KMP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
498	セチリジンDSが処方されていたが、レボセチリジンDSを調剤し投薬してしまった。患者さん帰宅後、薬歴記載時に間違いに気が付きすぐに電話する。正しいものに交換。未開封、未服用で健康被害なし。	名称が似ていることで取り間違えがあった。その日は薬剤師1人・事務1人の体制であったため調剤者と監査が薬剤師一人でなされた。患者さんもいつもの薬だと一緒に確認したが、その時点でも患者さん・薬剤師ともにパッケージの違いにも気が付かず。	一人で調剤・監査をなるべく行わないようにする。どうしても一人で調剤・監査を行わなければならない時は薬情などを使って写真とパッケージがあっているかも確認する。投薬時も患者さんと一緒にきちんと薬を確認する。	セチリジン塩酸塩DS 1.25% 「タカタ」	レボセチリジン塩酸塩DS 0.5% 「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
499	セチリジンドライシロップをレボセチリジンドライシロップで調剤した。	普段、門前のクリニックではレボセチリジンドライシロップが処方されることが多かったが、今回は近隣の小児からの処方箋だった。名称が似ていたため間違えて調剤した。	普段は、事務員がレセコンに入力し、監査システムと連動させてから調剤を開始するが、混雑時だったため事務員の処方入力が終わる前に調剤をし始めたのが原因と思われる。薬局内でのルール通り、事務員の入力が終わってから調剤を開始するようにする。	セチリジン塩酸塩DS 1.25% 「タカタ」	レボセチリジン塩酸塩DS 0.5% 「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
500	セチリジンを交付すべきところレボセチリジンを交付した。	レボセチリジンを交付することが多く、セチリジンの交付は稀であった。	名称の読み違い、思い違いに対して注意喚起	セチリジン塩酸塩錠 10 mg 「タナベ」	レボセチリジン塩酸塩錠 5 mg 「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
501	一般名処方でセチリジンが書いてあったがレボセチリジンを患者様に渡し、服用するときに、患者様自身がいつもと違うの気がつかれた	当薬局においては、近隣のDrはセチリジンを使わず、レボセチリジンは頻回に処方されます。その結果セチリジンをレボセチリジンと勘違いしお渡ししてしまいました。一般名は名称が似てますので一層、注意しないといけないと思います。	一般名は名称が似てるので特に注意をします。薬袋で最終チェックをするよう監査の回数を増やします。	セチリジン塩酸塩錠 10 mg 「日医工」	レボセチリジン塩酸塩錠 5 mg 「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
502	平成14年から鼻炎症状で耳鼻科を受診。たびたび薬が変わる。薬歴を見て、8月11日にレボセチリジン5mgが処方されていることを確認。翌週18日の処方せんはセチリジン10mgに変更になっていることから、「今回お薬が変更になりましたね?」と患者さんに聞くと、事務スタッフが「前回と同じです」と言う。ここで前回の処方せん受付時に入力ミスと薬を間違えて交付したことがわかった。	入力ミスとピッキングの際、処方箋ではなく薬袋を見てピッキングしたのかも知れない。	監査のときは、焦らず、前回と今回の処方せんを比較、処方せんをみてピッキング、薬袋チェック、ルーチンを守る。	セチリジン塩酸塩錠10mg「日医工」	レボセチリジン塩酸塩錠5mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
503	セファドールが処方されていたが、取り揃えの際に誤ってセディールを計数調剤してしまった。監査時に誤りに気づき再調剤を行った。	薬品名が類似しており、さらに繁忙時間帯ということもあり、計数時の処方箋と薬剤の確認がおろそかになってしまった。	忙しくとも、調剤時には処方箋および薬剤をしっかりと確認すること、さらに監査時はダブルチェックを徹底する。	セファドール錠25mg	セディール錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
504	セファドールで処方されていたが、調剤者がセロクラール錠と思い込みピッキング。監査の際に薬剤師が発見した。	調剤者の思い込みと、医薬品に対する知識不足。	鑑査へ渡す前に、調剤者が処方箋を見ながら落ち着いてすべての薬を確認する。同種同効薬への知識をあらかじめ深めておく。	セファドール錠25mg	セロクラール錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
505	皮膚科の処方箋でセファランチン1mg 3錠 分3 14日分の処方を受け付けた。手書きの処方箋で文字が鮮明でなかったことから、誤ってセファレキシン250mg 3錠 14日分と入力して、調剤して監査して投薬。投薬時に患者様と話していくと、今回は脱毛症を改善する薬を処方すると確認。処方医に疑義照会したところ、セファランチン1mg 3錠 分3 14日分と確認して、患者様に正しい薬を交付した。	セファランチンとセファレキシンの名称類似によって、誤って入力してしまった例である。	手書き処方箋など文字が鮮明でない場合は、疑義照会をしっかりと行う。入力する際は、薬品名の4文字目を降も入れて検索する。ピッキング棚に名称類似してるものに関しては、注意喚起を促す記載を貼る。	セファランチン錠1mg	セファレキシン錠250「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
506	セファレキシнкаプセル250mg「トーフ」のところでセフェクローラカプセル250mg「トーフ」で入力した。	250mg「トーフ」としか確認してなく、似ている薬品名がたくさんあったため間違った。	処方箋の医薬品名よく見て入力します。	セファレキシнкаプセル250mg「トーフ」	セファクローラカプセル250mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
507	セファレキシнкаプセル45C調剤のところ、在庫が足りず8C後日取りに来ていた。後日不足分8Cを用意するときにうっかり名前を見間違えて「セファランチン」を調剤してしまった。忙しい時で監査もそのままスルーしてしまったが、別の薬剤師が偶然に見つけて患者さんに渡す前に訂正できました。	簡単な監査は逆に注意が散漫になりやすいのか、しっかり確認できていなかった。忙しかったことも理由にはなっているが、そのような時こそしっかり確認するようにしていきたいと思います。	どんな場面でも真剣に取り組みたい。監査は責任重大であることをしっかり受け止めたいと思います。	セファレキシнкаプセル250mg「トーフ」	セファランチン錠1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
508	セファレキシнкаプセル250mg「トーフ」銘柄処方にて、先発品調剤のための疑義照会を行う。先発品調剤可能との返答をいただき、ケフレックスカプセル250mgで調剤するべきところ、ケフラルカプセル250mgにて誤調剤となった。患者様(医師)からの申し出により誤調剤発覚。	セファレキシнкаプセル250mg「トーフ」銘柄単独処方。先発品調剤のため疑義照会実施※薬品名での確認ではなく、先発品でよいかの確認となる。→先発品調剤可能との返答をいただく。ケフレックスカプセル250mgで調剤するべきところ、思いこみによりケフラルカプセル250mgにて誤調剤となった。	処方箋・医薬品・調剤録や薬剤情報など各帳票を活用して、成分名と商品名の確認を行う。抗生剤の一般名・商品名一覧を監査時確認できる場所に掲示。疑義照会においては、変更前後の医薬品名称(成分名・商品名)を省略せずに確認する。	セファレキシнкаプセル250mg「トーフ」	ケフラルカプセル250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
509	日頃から当薬局を利用の患者。今回抗生物質細粒の処方あり。投薬前の監査で処方薬「セフカベンピボキシル塩酸塩細粒10%」の処方薬が「セフジニル細粒10%」である事に気が付き、調剤をし直した。	「セフカベンピボキシル塩酸塩細粒10%」と「セフジニル細粒10%」は小児によく出る処方薬で、最初の2文字で勘違いしてしまうことがこれまでもあった。今回、両剤は薬剤の色の違いで、監査時に間違いが発見できた。忙しい時や、考え事をしたりしている時にミスをしやすい。	思い込みや集中力が低下した状態での調剤を避けるため、調剤時はその事に集中する事を今一度自己に言い聞かせた。	セフカベンピボキシル塩酸塩細粒10%小児用「日医工」	セフジニル細粒10%小児用「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
510	セフカベンピボキシル小児用細粒の処方に対して、セフジニル小児用細粒入力する。投薬後、服薬管理指導記載時に気が付き、電話連絡する。調剤したものは処方通りであったが、薬袋等の見直しを怠っていた。	繁忙時間帯で処方通りにだすことでいっぱいだった。	電話連絡の際に落ち着いてお話を聞くと、この間違いもしっかりと聞き取りを行っていただければその場で気が付いたと思われる、謝罪し変更内容についてお伝えした。	セフカベンピボキシル塩酸塩小児用細粒10%「サワイ」	セフジニル小児用細粒10%「OK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
511	一般名処方で、セフカベンピボキシル小児用細粒が処方されていたが、調剤者がセフジトレン小児用細粒で調剤。監査投薬者が気が付かずにそのまま調剤。セフジトレンの服用歴もあり、用量も問題なかった為、気が付かずに交付してしまう。当日に自宅訪問し、セフカベンピボキシル細粒と交換。	一般名処方では、名称類似しており、当薬局では9割以上がセフジトレンの処方が多い事。用量も近い。紙薬歴を使用しており、前回と処方内容が同じ場合は処方番号のみしか印字されない事。	セフカベン小児用細粒は、処方されている人数が少ない為、処方患者リストでピックアップ。レセコンの申し送りも注意する様に入れておく。薬棚を離し、セフカベンとセフジトレン間違わない様に、注意付箋を薬瓶に貼り付ける。電子薬歴を導入し、注意喚起しやすくする。	セフカベンピボキシル 塩酸塩小児用細粒10%「サワイ」	セフジトレンピボキシル小児用細粒10%「OK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
512	セフカベンピボキシル処方のところ、事務員が、セフジトレンピボキシルと思い込み、入力してしまう。処方箋がまわってくるまえに、薬袋を見て、薬剤師がそのままセフジトレンピボキシルで調剤してしまう。処方箋を確認する際も、思い込んだまま監査してしまう。交付後、薬歴入力の際に薬剤師が気づき、すぐにお車まで行き交換していただいた。	QRコードで処方箋を読み込んでいるが、セフジトレンピボキシルはパソコンの関係で、一度削除してから手入力となる。セフカベンピボキシルは、そのまま入力が可能であるが、事務員は、思い込んでいたので、削除し、手入力としたとのこと。薬剤師も、繁忙であったため、焦り、薬袋を見ながら調剤してしまい、監査する際に、思い込んでいたため、見落としてしまった。	処方箋を受け取ったら、セフェム系は間違いやすいので、最初の3文字に印をうつよう改善した。そして、間違いの起こりやすいものは、お互い声をかけあうようにしている。	セフカベンピボキシル 塩酸塩錠100mg「CH」	セフジトレンピボキシル錠100mg「OK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
513	セフカベンピボキシルを在庫のあるセフジトレンピボキシルと誤って入力した	在庫のある薬剤と思い込んでしまった	しっかり確認を複数で行う	セフカベンピボキシル 塩酸塩錠100mg「YD」	セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
514	セフカベンピボキシル錠が処方されているところをセフジトレンピボキシルで入力、調剤を行い、そのまま投薬してしまった。	ピッキング監査システムに慣れていることによる慢心	入力内容の声出し確認二次元バーコードの使用徹底	セフカベンピボキシル 塩酸塩錠100mg「サワイ」	セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
515	処方箋に、セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」の記載があったが、処方箋の見間違いからセフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」を調剤した。監査にて処方薬の取り間違えに気づき、正しいセフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」を調剤し、その後患者へ交付した。	セフェム系抗生物質の一般名には似通ったものが多く、同じ棚に入っていたこともあり取り間違いを起こしやすい状況だった。上記の医薬品の他にもセフジニル錠100mg「サワイ」も在庫していた。	セフェム系抗生物質の一般名は似通ったものが多い為、調剤する際には特に注意を払う。「類似名称あり」等の札を付け注意喚起を行う。	セフカベンピボキシル 塩酸塩錠100mg「サワイ」	セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
516	名称が類似しているため間違ってしまった。甲府前に発見したため健康被害等はなし。	名称が似ており薬品棚で隣接していた。	片方を引き出しに移動し、取り換え注意の付箋を貼付。	セフカベンピボキシル 塩酸塩錠 100mg 「サワイ」	セフジトレンピボキシル錠 100mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
517	セフカベンピボキシル塩酸塩錠 100mg 「トロー」を出さないといけないところを、セフジトレンピボキシル塩酸塩錠 100mg 「サワイ」を出してしまった。	一般名処方で、名前がよく似ているため間違えてしまった。素早く調剤するために焦ってしまった。直前にセフジトレンピボキシル塩酸塩錠 100mg が出たため、また同じ処方だと勘違いしてしまった。	名前がよく似ていて間違いやすい薬を覚えておく。直前に同じ薬が出ていると思っても、もう一度本当に同じなのを確認する。	セフカベンピボキシル 塩酸塩錠 100mg 「トロー」	セフジトレンピボキシル錠 100mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
518	セフカベンピボキシルが一般名で記載されている処方において、入力時同じく100mg規格で類似名のセフジトレンピボキシルを入力した。	よく話しかけてくる患者様で入力時には気を取られがちになってしまうが、入力後は、一旦、レセコンから離れ、調剤録を見直しする必要性を改めて感じた。	類似名の医薬品に関しては、医薬品名を一文字ずつ確認するようにしている。	セフカベンピボキシル 塩酸塩錠 100mg 「ファイザー」	セフジトレンピボキシル錠 100mg 「OK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
519	歯科より、歯槽膿漏の治療でセフカベンピボキシルが処方されていた。似たブルーのヒートで、尚且つ似た色のピンクの錠剤、タケキャブ20をピッキング。調剤過誤。	ヒートがブルー、錠剤がピンクでほぼ見た目は同じ。また、最近調剤棚の整理、入れ替えをし、セフカベンピボキシルが入っていた棚付近がタケキャブ20mgの棚に変わっていた。	似たヒートは棚の位置を離す。棚の入れ替えをする時は、誰もが入れ替えたのがわかるように、しばらくは印をつけたり、目立つようにしておく。	セフカベンピボキシル 塩酸塩錠 100mg 「ファイザー」	タケキャブ錠 20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
520	セフカベンピボキシル塩酸塩錠 100mg 「日医工」を調剤するところをセファレキシシン錠 250mg 「日医工」で調剤してしまった。毎日の払出数を確認時にミスが発覚。患者に連絡をしたが1回分を服用ごであった。回収交換に自宅に伺く。夕食後の服用からは処方されたセフカベンピボキシルを服用していただく事ができた。現時点での健康被害はなし	調剤者が誤って、セファレキシシンをピッキング。同じ会社の製品で名称も似ている事から鑑査も思い込みで取り違えて交付してしまった。	類似薬かつ間違えやすい薬としてリストアップ。棚に間違えやすい薬である事等を明記し、注意喚起した。	セフカベンピボキシル 塩酸塩錠 100mg 「日医工」	セファレキシシン錠 250 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
521	メーカー名処方で、セフジトレンピボキシル錠100mg「KO」をピッキングするところ、よく処方になるセフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」をピッキングしていた。監査で気づきピッキングし直した。	&#32363;忙期でも薬品名、規格、メーカー名、すべて最後までよく見ることで回避できた。	名称類似品ありの注意喚起付けた。	セフジトレンピボキシル錠100mg「OK」	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
522	セフジトレンピボキシルで処方されていたが、セフカベンピボキシルで入力してしまい、薬袋・お薬手帳がセフカベンピボキシルの記載となった。(お渡ししたものはセフジトレンピボキシル)	名称の見間違いによる入力ミス	監査時、薬袋の名称も忘れず確認する。	セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
523	一般名でセフジトレンピボキシル錠が処方されており、薬剤師がお薬手帳を見て、前回セフカベンピボキシル錠が調剤されていたので、継続だと思い込みセフカベンピボキシル錠を調剤した。監査したのも思い込みそのまま患者に交付する時に、前回と変わってるはずと患者に言われて、気づき交付し直した。	お薬手帳を見て確認し、処方箋は事務に渡して入力してもらってる間に手帳を見て調剤したのが原因。	手帳は参考にはするが、処方箋のコピーを取って、原本を事務に渡し、コピーを見ながら調剤するように改善した。	セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
524	一般名：セフジトレンピボキシル錠が処方されたがセフカベンピボキシル錠を調剤し交付してしまった。	類似名称であることは薬局内でも周知していたが、調剤・監査・投薬を通常と異なり同一人物が実施しなくてはいけない状況で、思い込みと焦りがあったと思われる。	バーコードを用いた鑑査システム使用の徹底。(今回も使用していた。)自己鑑査を出来るだけ避ける。同じ引出しに入っていたので、所在位置を離す。	セフジトレンピボキシル錠100mg「トーフ」	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
525	【正】セフジトレンピボキシル錠100mg「日医工」【誤】セフジニルカプセル100mg「トーフ」	入力時、手入力ミス。(二次元コードで薬品名を読み取れず、その部分のみ手入力した際に入力ミス。)	セフジニルカプセルとセフジトレンピボキシルなど、店舗で採用している名前の似ている薬のマスタを編集し、初期監査・最終鑑査手技の再確認。	セフジトレンピボキシル錠100mg「日医工」	セフジニルカプセル100mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
526	セフジニル小児用10%を調剤するところ、セフジトレンピボキシル10%で調剤。	当薬局、散剤は氏名、服用時点、医薬品名を印字しています。散剤鑑査システムも導入しています。記録紙と調剤録の記載内容が違ってため鑑査の時点で間違いに気づきました。	セフェム系のお薬は名称が似ているので陳列場所を話すなど工夫をする	セフジニル細粒小児用10%「サワイ」	セフジトレンピボキシル小児用細粒10%「OK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
527	セフゾンカプセル100mgのところをセフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」でピッキングした。	薬剤の棚位置がセフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」、セフゾンカプセル100mg、セフジトレンピボキシル錠100mg「OK」の順でならんでいたため取り間違えが生じた。	棚位置をそれぞれずらし、並ばないように工夫した。	セフゾンカプセル100mg	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
528	(般)セフジニル細粒10%のところ(般)セフジトレンピボキシル小児用細粒10%で入力。入力チェック、調整で見逃されてしまい監査時に発覚。	最初の3文字、規格が同じだったこと。混雑している時間帯だったため入力間違えが起こったと考えられる。	類似名称が多いセフェム系などは3文字入力ではなく3文字以上確認して入力。特に一般名処方への入力には注意する。	セフゾン細粒小児用10%	メイアクトMS小児用細粒10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
529	小児のとびひに対して、一般名処方セフボドキシムプロキセチルDS5%が処方されていたが、誤ってセフジニル顆粒小児用10%を調剤し、鑑査者も気が付かなかった。投薬中、粉の味の確認をしていたところで、調剤者が間違いに気が付いた。交付前だったため、正しい薬品に取り換えて交付した。	小児用の抗菌薬での取扱品に限られており、頭文字から思い込みで判断してしまった。	在庫の棚の位置を見直した。	セフボドキシムプロキセチルDS小児用5%「サワイ」	セフジニル細粒小児用10%「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
530	ピッキングの際、同じmg数で思い込み、違う薬を取り違えた。棚も同じ列にあり、慣れ、思い込みがあった。同薬局の薬剤師の監査時に発覚した。	年始の営業、混みあう心配など気にかかり集中できていなかった。	今後も注意しピッキングを行い、監査も今回のように気を抜かずいつでも集中できるよう薬局全体で呼びかけあっていく。	セルトラリン錠25mg「明治」	クエチアピン錠25mg「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
531	セルニルトンの処方があった。当薬局はセレスタミンが調剤する機会が多いためセルニルトンをセレスタミンで調剤してしまいました。患者さんに交付する前に当薬局の事務員が入力と薬品の名前がちがうことに気づきセルニルトンに変更しました。	他の仕事もあり少し忙しくしていたこともあるが、調剤することが多いセレスタミンと思い込んだのが要因と思われます。	鑑査の必要性処方入力のお薬手帳等との確認	セルニルトン錠	セレスタミン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
532	処方箋にモービックおよびセレコックスが同時に記載されていた。同系統処方であったため、処方元に確認を行ったところ、セルベックスの誤りであった。	痛み止めおよび胃の保護の処方が頓服で出たため、処方期間が空いたためカルテの記載ミスがあったように思われる。	監査時のチェックを行う	セルベックスカプセル 50mg	セレコックス錠100 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
533	セレキノンの処方箋を受け付けた際にセレスタミンを調剤して交付した。調剤直後に気づき、調剤し直した。	入力者は、名前が類似していたために誤入力した。調剤者は誤入力した調剤支援表に基づき調剤した。鑑査者は処方箋を再確認して正しい薬を交付した。	この2つの医薬品の棚の位置は上下で外見もよく似ていたため、棚に戻す時に間違いが発生した。間違い防止のためにセレスタミンの棚に赤字の印を付ける事にする。	セレキノン	セレスタミン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
534	セレキノンが処方されていたがセレスタミンをピックアップしてしまった。	混雑時急いで調剤を行っていたところ処方薬の頭2文字で薬を判断しセレキノン、セレスタミンのピックアップ間違いをしてしまった。パッケージの色も似ていたため取り間違えをしてしまった。	・棚が上下隣に配置されているので配置を変更する。・棚にパッケージ酷似薬があることの注意喚起を貼付する。・ミスゼロ子の使用を徹底する。	セレキノン錠100m g	セレスタミン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
535	セレキノン錠100mg 6錠 分3毎食後 30日分のところセレスタミン配合錠 6錠 分3毎食後 30日分で交付。前回セレスタミン配合錠が出ており、処方変更の見落とし。薬剤服用前に発覚し回収、正しいセレキノン錠を交付した。	グループ薬局内でセレスタミン配合錠の期限切れ品が大量にあり、処方量が多い自店に集められていた。前回セレスタミンが処方されており、今回も期限が短いものを在庫できると考えてしまい、そちらに意識が向いてしまい処方変更が気が付けなかった。	医薬品名を分割し、セレキノン 錠 100mg など処方箋と1区切りずつ照合することで処方箋内容と相違がないか確認していく。	セレキノン錠100m g	セレスタミン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
536	整形外科の処方 診察終了間際の処方箋 18:15来局ナポールSR37.5 タリージェ セレコキシブ 10日処方ナポールSRと セレコキシブの同時処方極めて珍しく、問い合わせも病院閉店後電話出ず。翌日朝に連絡したところ、セレコキシブとセレコックスを間違えて入力したことが判明した。(胃腸保護のため)患者に連絡して翌日薬変更 2回 服用したが副作用 健康被害無し	閉店間際、医師と医療事務員の意思疎通 確認不足一般名記載処方の薬剤効能の勘違い	閉店して問い合わせが不可能な場合は、原則保留しかし 症状痛みがあり 直ぐ服用したいならば 重複した内容の薬剤は 同時服用しないよう指導すべき	セレコキシブ錠100 mg 「ケミファ」	セルベックスカプセル 50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
537	処方セレコキシブ錠100mg「ファイザー」に対して、セレコキシブ錠100mg「トーワ」をお渡ししたが、入力情報がセレロックス錠100mgであった。	監査者がセレロックス錠のジェネリックの在庫がないと思い込み、先発品の入力情報を信じてしまった。調剤者は患者希望通りジェネリックを調剤した。シートのデザインや色調も似ているものだが、名称の確認を怠ってしまった。	調剤者と監査者の声掛けによる確認、在庫情報の正確な確認をする。	セレコキシブ錠100mg「ファイザー」	セレロックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
538	後発品の棚に先発品を補充してしまい、先発品と後発品を混ぜてお渡ししてしまった。調剤後、別の患者さんにセレコキシブが処方された際、監査システムでセレロックスが調剤されていることが判明し、補充間違いを確認。すぐに患者様へ連絡し訪問、服用前の取り換えを行った。	納品後の医薬品を、倉庫の棚から調剤室の棚に移動する際、後発品と思い込んで先発品を調剤棚に補充してしまった。	倉庫の棚は五十音順で医薬品が並んでおり、先発品と後発品が隣り合わせに並んでいることがしばしばあった。その結果、名前や包装が酷似している場合に、とり間違えのケースは過去にも発生していた(オルメテックとオルメサルタン)。今回の事例を受け、倉庫の棚の並びを整理し、後発品と先発品を完全に分けることとした。そうすることで、倉庫の棚から取り出す際に、常に先発品か後発品かを意識できるようになり、補充時の取違え防止につながると考える。	セレコキシブ錠100mg「日医工」	セレロックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
539	ジェネリック希望の患者なのでセレロックスをセレコキシブするところを、セレロックスのままレセコン入力して薬剤はセレコキシブをお渡ししてしまった。一包化してお渡ししたので施設職員が確認の為、薬情から刻印を見たところ異なる薬剤が入っていることに気付いたので当薬局に連絡してミスが発覚した。	通常鑑査機を通すことでミスを防いでいるが、当日夕食後開始の薬剤で急いでいたため鑑査機を通さずに調剤したのが要因	業務過多の状況でも必ず鑑査機を用いるように手順遵守する。	セレロックス錠100mg	セレコキシブ錠100mg「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
540	セレニカR錠200mgの処方に対し、患者さんが後発品を希望。処方薬の入力において、後発品変更の予測欄(調剤薬行)にバルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーワ」が選択可能であったため選択し変更。しかし、セレニカR錠200mgからバルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mgへの変更はできないことに医療事務が気づき、患者へのお渡しは未然に防いだ。	月曜日の19時頃、薬剤師(1年目)と医療事務(10年目)が勤務しており、医療事務が入力の際に気が付いた。	薬の棚に注意喚起のポップを作成することで、万が一入力が起こってもビックニング時に気づけるようにする。また、起こった事例を従業員に周知させることで再発予防に努める。	セレニカR錠200mg	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
541	【般】カベシタピン300mg 後発変更不可印あり	後発変更不可の場合は通常一般名にしないのが原則である為見逃してしまった調剤システム上に注意喚起のメモがあったが見逃してしまった	処方監査徹底	ゼローダ錠300	カベシタピン錠300mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
542	セロクエル2.5mg処方のところをセルトラリン2.5mgでお渡し。	名称類似	1人で勤務であっても入力・調剤・投薬と改めて意識を変えて行う。手に取った薬品と処方箋の薬品名を見合せながら行う。後発品変更してお渡しの場合でもまずは処方箋通りの入力をし、そこからの後発品の選択を行うようにすれば先発品と後発品の名称類似での取り間違い極力防げるであろう。	セロクエル2.5mg錠	セルトラリン錠2.5mg「トール」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
543	センノシドクニヒロの処方であったが、メコパラミンを調剤 PTP包装が類似していた事と、場所も比較的近かったため	ひともじかんさ、声出し監査を行う 最後まで処方箋を読む	棚場所を離す	センノシド錠12mg「クニヒロ」	メコパラミン錠500「トール」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
544	フスタゾール糖衣錠、調剤すべきところ、センノシド錠「サワイ」で調剤。監査時に発見し患者にはわたっていない。	いずれの薬剤もピンク色の外観。調剤回数が多い薬剤のため同じ棚へ配置。そのため調剤時に取り間違えてしまったと思われる。	薬剤の配置棚を変更した。	センノシド錠12mg「サワイ」	フスタゾール糖衣錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
545	【正】ソリターT3号輸液 【誤】ソリターT3号G輸液	入力をソリタで打ち込み検索、店舗に登録のあったソリターT3号G輸液を選択してしまい、以降ミスに気付くことなく処方に至る。	面処方で普段見慣れない薬が処方となっている状況では自分の知識だけで鑑査を行う事はせず、添付文書の確認を行うなど自身の知識不足の可能性も含めての処方鑑査を行う。入力照合をする際に、必ずミスを見逃さないという意識を持って行う。入力照合の前後で人の目が通ることで照合する意識が薄れないよう工程に責任をもって対応する。面処方での処方箋ということも含め、入力の段階で自分の知らない薬が出る可能性も考慮して薬品名の確認を確実にを行う。処方箋と薬品名の鑑査を最後の1文字まで確実にを行う。	ソリターT3号輸液	ソリターT3号G輸液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
546	今回よりライゾデグ配合注フレックスタッチよりゾルトファイ配合注フレックスタッチへと変更となっていた。入力時にも前回処方引張って来てしまい、調剤・鑑査・交付時にも気づけなかった。交付後に患者より指摘の電話あり、発覚した。使用前に交換できた。	特定疾患の保険入力・病院への保険問い合わせ・分包方法が特殊などもあり入力時にしっかり確認できていなかった。鑑査時にも薬袋を分けたり、分包紙をちぎったりとほかの事に気を取られてしまい、気づくことができなかった。名前は似ていないが、当薬局でよく出ている薬ではないためなじみがない名称も影響した可能性あり。	入力・取り揃え・鑑査時にしっかり処方箋を確認する。	ゾルトファイ配合注フレックスタッチ	ライゾデグ配合注フレックスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
547	後発医薬品への変更を希望している患者に対して、今回、マイスリー錠5mgから10mgに変更になった。入力者も調剤者ともに変更気づけなかった。交付時に二重チェックして気がついた。	マイスリー錠10mgは投与期間が30日分の上限が設けられているため、処方日数に意識が向き、規格の変更に気がなかった。	処方された医薬品の確認を十分に行う。調剤者と鑑査者の二重チェックを行う。	ゾルピデム酒石酸塩錠10mg	マイスリー錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
548	処方箋ではダイアート錠60mgで出ていた。入力時に前回と同じと間違えてダイアート錠30mgと打ってしまった。薬袋薬情 お薬手帳シールはダイアート錠30mgの為家族から電話が入った。薬は間違えずにダイアート錠60mgの為そのまま飲むように伝えた。	入力時に前回と同じだと思い込んで引っ張ってしまうときがある。	入力ミスを発見するために処方箋と薬情をチェックするようにもうひと工程増やした。	ダイアート錠60mg	ダイアート錠30mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
549	一般名処方のジフロラゾン酢酸エステルとヒドロコルチゾン酢酸エステルを取り違えた。鑑査時に他の薬剤師が気づき、改めて調剤しなおした。	繁忙だったのと、軟膏を混合の指示で時間がかかるため、焦りが生じた。	患者さんをお待たせしているとどうしても焦りが出てミスが多くなるが、誤った調剤をして健康被害など迷惑をかけるよりは、常に冷静さを保つことを心がけるようスタッフ同士の共通認識とする。	ダイアコート軟膏0.05%	ロコイド軟膏0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
550	患者のコンプライアンス不良の改善のため、自薬局と他薬局の薬剤の一包化を行っている。他薬局で調剤されたダイフェンの半錠が、タモキシフェン20mg「日医工」で行われており、確認が不十分のまま一包化してしまっていた。残薬の確認中に別薬剤が繁盛されていることに気が付いた。	他薬局より交付された薬剤だったため調剤時の確認が不十分だった。薬剤径が似ていたため、繁盛されているものはダイフェンだと思い込んでしまった。	他薬局からの預かり薬も物があるか事前に確認を行う。思い込みで判断しない。	ダイフェン配合錠	タモキシフェン錠20mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
551	一般名の読み間違えで、ピッキングの取り間違えと監査不十分により、誤った薬を投薬してしまった。	一般名処方の時、薬品名が類似していることがあるので、注意して正確に読むこと。監査はきちんと行う。	ダブルチェックを確実にを行う	ダイメジンスリーピー配合カプセル25	フルスルチアミン錠25mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
552	処方記載ダオニール錠2.5mgで、後発品希望の患者であったため、本来であればグリベンクラミド錠2.5mg武田テバを調剤しなければいけないところ、誤ってグリクラジド錠20mgサワイを調剤、交付してしまった。コンピュータ上の在庫と現在庫がグリベンクラミド錠2.5mg武田テバとグリクラジド錠20mgサワイで同数ずれていたため渡し間違いが発覚。患者服用前だったため誤った薬剤のグリクラジドは回収し、正しい薬剤を交付しました。	グリベンクラミドとグリクラジドは同効薬のため、調剤棚の同じ引き出しに入っていた(当薬局では薬効で調剤棚の場所を分けている)。また名称が類似しているため、取り違えが起きたと考えられる。	名称類似薬品による薬剤取り違えが起きたことを共有し、該当薬剤を調剤する際には十分に気を付ける。監査の際に成分名だけではなく錠剤のmg数、後発品であればメーカーも確認することで薬剤の取り間違いを防ぐ。	ダオニール錠2.5mg	グリクラジド錠20mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
553	タクロリムスが処方されていたが、タムスロシンを調剤してしまった。監査時、間違いに気づき大事には至らなかった。	タクロリムスはめったにせず、当薬局で頻繁にできるタムスロシンを調剤してしまった。	忙しい時も慌てず、処方せんをよく見る事	タクロリムス錠0.5mg「あゆみ」	タムスロシン塩酸塩0.1mg「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
554	用量減量に気づかず入力し薬情・手帳印字。お渡しした薬は間違っていなかった	入力間違いに気づかないまま監査・投薬	投薬時にも処方変更について確認(薬局が本人じゃなく代理人であっても)	タケキャブ錠10mg	タケキャブ錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
555	タケキャブ20mgを調剤すべきところ、アジルバ20mgを調剤してしまった。	規格が同じだったこと、製薬メーカーが同じなので外観が少し似ていることで思い込み調剤をしてしまった。	処方箋、薬品棚、PTPシートをしっかりと指さし確認して確認徹底。声に出して確認する。	タケキャブ錠20mg	アジルバ錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
556	タケキャブ錠20mg 1日1回朝食後 1回1錠 28日分の処方。薬剤師が誤ってネキシウム カプセル20mgをピッキングしてしまった。 監査時に別の薬剤師が気が付いた。	ピッキング時に、薬剤師が指差し呼称をしな かった。PPIというイメージと規格のみで ピッキングしてしまった。	指差し呼称の徹底。	タケキャブ錠 20 mg	ネキシウムカプセル 2 0 mg		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
557	タケブロンOD15mgをラベプラゾール 10mg『日医工』と取り違えた。	調剤前に患者の薬歴を確認しなかった。ピッ キングサポートでミスが指摘されたにも関わ らず、確認を怠り患者さんの前まで出てし まった。	薬歴の確認を怠らない。医薬品のバーコード の変更等で、ピッキングサポートの更新が追 い付いていないため、医薬品のピッキングす る際は、目視確認をより一層行う。当事者間 でのコミュニケーションをしっかりと行う。	タケブロンOD15mg	ラベプラゾール10mg		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
558	一包化の中にタケルダ配合錠が継続処方さ れていたが、調剤者がイニシク配合錠と 見間違えて調剤し、監査者も見逃してし まった。投薬時に患者家族より指摘があ り、お渡しする前に発見した。	大変忙しくあせて調剤・監査してしまっ た。刻印をしっかりと確認せず、色が似てい たため見逃してしまった。	繁忙期でも落ち着いてピッキング・監査する ことを徹底する。糖尿病薬は特にチェックす る。	タケルダ配合錠	イニシク配合錠		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
559	一般名処方でタダラフィル2.5m gが処 方。今までザルティアで調剤していたが、 今回からジェネリックに切り替えるとい うときに、入力が前回とDoになっており、 ザルティアで入力したままお渡ししてし まった。	入力者のサインがなく、事務員が入力する通 常の流れではなかったことが想定される。監 査の際、入力をチェックしたつもりが見落 しがあり、薬袋の写真と見比べて気づくこ とができなかった。Do処方という思い込みが あった。	入力チェックの際、規格容量はもちろんだ が、先発後発のまちがいがいないか確実に確認 する。薬袋の写真と実物を見比べて確認す ることを徹底する。	タダラフィルOD錠 2.5mg ZA「ト ワ」	ザルティア錠 2.5m g		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
560	7種類の薬剤が処方されており、うち6種類 は朝食後 全て各1錠処方 タナトリル錠 10で処方されており継続服用の内容なので すが、調剤者が勤務2か月の薬剤師であ り、頻繁に調剤されるタリオン錠10で出 してしまっただが、名称やシートの色調も違 うので、監査者の薬剤師が気づいて交換	調剤者の薬剤師の以前の勤務薬局が耳鼻科 の門前薬局であり、見慣れた薬剤を手にと ってしまった。とても忙しい時間帯であり、鼻 炎で来局される患者様の多い日であり、思 い込みでタリオン錠10を選択した様子。	忙しい時間帯の調剤投薬は、必ず2名以上の 薬剤師を経由して患者様にお出しする事 業情報袋等を、患者様の前に出る前に必ず 確認し、薬剤名シートの色調などを照らし 合わせてから、投薬をする。	タナトリル錠 10	タリオン錠 10 mg		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
561	ジェネリック調剤希望の患者。イミダプリルを調剤しなければならなかったところエナラプリルを調剤交付してしまった。定時処方であったこともあり、調剤薬を患者に見せることなく交付してしまった	調剤されたものと似た成分名の薬品があるにもかかわらず、再確認をしっかりとしなかった	交付時、患者との薬剤チェックの徹底	タナトリン錠 2.5	エナラプリルマレイン酸塩錠 2.5mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
562	新規の患者様が、点眼薬が三種類の記載された処方をお持ちになった。事務では、タブコム点眼薬と入力するところをタブロス点眼薬で入力した。薬剤師Aは、その違いに気づかず調剤しつつも交付できるように準備。患者様が来られて、いざ交付しようとした薬剤師Mが、患者様に違いを指摘されて、再度確認したところタブコム点眼薬をお渡しするところを、タブロス点眼薬で調剤することに気が付く。ギリギリにも交付を免れた。	タブコム点眼薬は、当各局には普段在庫をしておらず、事務も名称も似ていたため、疑わずに入力。調剤薬剤師も、処方せんと実際に調剤された薬剤の比較もしなかったものと思われる。新規の患者様の場合は、やはり入力間違いがないかきちんと再チェックの必要があると思われる。	調剤薬剤師も薬袋を見て調剤しないで、基本に戻って、きちんと処方箋を見るように努める。	タブコム配合点眼薬	タブロス点眼薬 0.015%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
563	以前からタブコム配合点眼薬が処方されていた患者。今回も同じ処方内容だったが、名称がよく似ているタブロス点眼薬と鑑査において間違えたまま交付してしまった。後日、在庫チェックを行っていた際に取り違えに気づいて医師に相談。この方の場合もし間違えて使っていたとしても大きな問題はないが、手持ち分を交換するように指示をもらった上で、訪問した。幸い以前の残薬があったため、まだ取り違え分は使用しておらず、謝罪し交換。医師に報告した。	タブコム配合点眼薬、タブロス点眼薬 0.0015%の名称が似ており、内容量、適用が同じであり、慣れているほど勘違いしやすかったものと思われる。	名前を一字ごと確認する。容器包装の色は全く異なり、分かりやすいため、安全のため残している写真を確認し、以前と同じであるか確かめることとした。	タブコム配合点眼薬	タブロス点眼薬 0.015%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
564	タブコム配合点眼薬が処方されていたが、間違えてタブロス点眼薬をピッキングし、監査の薬剤師が気づき問題にはならなかった。	今まで間違えやすいことはわかっていたのだが、急いで出してしまった。	在庫の場所をわかりやすくし、間違えやすいことを全員で共有し、その上に付箋などでも注意書きをする。	タブコム配合点眼薬	タブロス点眼薬 0.015%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
565	新規でタブコム点眼液が処方されたが、よく出るタブロス点眼だと思い込み入力。調剤者も入力ミスに気付かず、鑑査時に発見した。	似たような名前の医薬品で、思い込みによる入力ミスが起きてしまった	入力後のダブルチェックおよび調剤前の入力チェックをしっかりと行う。	タブコム配合点眼液	タブロス点眼液0.0015%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
566	タブコム配合点眼液2.5ml 両眼1日1回点眼 入浴前 と記載されている処方せんを持って患者が来局された。薬剤師A(勤務経験年数6年)はタブコムではなく誤ってタブロス点眼液0.0015%を調剤した。鑑査にあたった薬剤師Bが間違いに気づいたためタブコムを調剤しなおし患者にお渡しした。	タブコムとタブロスは名前が似ているため間違えた。当薬局ではタブロスの処方数が多いので処方せんをきちんと確認せずビッキングしてしまった。	スタッフ全員に周知し、両薬剤の調剤時は調剤・鑑査・投薬時に確認を必ずおこなう。	タブコム配合点眼液	タブロス点眼液0.0015%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
567	タブコム配合点眼をビッキングする際に誤ってタブロス点眼をビッキングしてしまった。	ピーク時間と重なり焦りがあったと同時に、棚が上下で近いところがあったためビッキングミスにつながった。	名称が類似している棚には目立つようにチェックマークをつけ、ビッキングミスを防ぐ	タブコム配合点眼液	タブロス点眼液0.0015%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
568	今回から薬剤変更で該当薬剤は初めての処方であった。もう一人の薬剤師が学校薬剤師関連で外出しており、又事務員も体調不良で早退していた為該当薬剤師が一人の時であった。  他に二人の患者さんを待たせており、更にもう一人の薬剤師が学校薬剤師関連で外出しており、又事務員も体調不良で早退していた為該当薬剤師が一人の時であった。	一人に対応していたことへの焦り。思い込み。パソコン入力を頭文字二文字で検索した。鑑査支援票をきちんと確認していなかった。	急な体制変化時の人員配置の改善パソコン入力は三文字以上とする。万が一、一人薬剤師の際は慌てずに鑑査支援票と処方せんをよく確認する。	タブロス点眼液0.0015%	タブコム配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
569	眼科から緑内障治療薬のタブロス点眼の処方されていたが、同じく緑内障治療薬で似た名前のタブコムを調剤していた。	調剤者は3月から薬局に勤務するようになり普段は眼科の処方せんを取り扱ってないのもあってタブロスとタブコムが在庫であることをまだ覚えていなかった。	再度在庫にある類似薬などの説明をし、注意が必要な薬の情報共有をしておく。内服の類似薬には注意事項の張り紙をしていたが点眼には特に対策もしてなかった。内服以外の外用にも注意喚起のカードを貼るなどして確認しやすいようにしておく。	タブロス点眼液0.0015%	タブコム配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
570	タブロス点眼液をタブコム点眼液でピッキング	薬局内は混雑。慣れによる調剤。	正確にピッキングを行う。棚への注意喚起。	タブロス点眼液 0. 0 0 1 5 %	タブコム配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
571	帯状疱疹の治療後、疼痛、かゆみが残る為医療機関を受診。タリージェ錠10mgが処方された。当時、薬局は繁忙であり、タリオン錠10mgの処方が続いた。薬剤の入力の際、タリージェ錠10mgを誤ってタリオン錠10mgと入力。本人かゆみの症状で受診した話があり、監査時には誤りに気付かなかった。投薬時、タリージェ錠5mgからの増量である話があり、タリオン錠10mgではなく、タリージェ錠10mgの処方であることが発覚。入力内容を正し、交付。	名称類似薬を立て続けに受付。繁忙のため注意力が散漫になり、3文字以上の入力ではなく、2文字の検索、入力を行った。	名称類似薬品があることを念頭に薬品名の検索の際には3文字以上を入力するように指導。	タリージェ錠 1 0 m g	タリオン錠 1 0 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
572	タリビット眼軟膏3.5gのところプレドニン酢酸エステル眼軟膏と勘違いして投与。交付後、薬剤師側が気付いて取り換えに伺った。	隣り合わせであり、プレドニン眼軟膏の方が処方量が多いため、同処方と思い込みピッキングして投薬してしまった。	調剤だとも離して、類似(勘違いしやすい)薬を明示してご認識を予防している。	タリビット眼軟膏 0. 3 %	プレドニゾン酢酸エステル眼軟膏 0. 2 5 % 「ニットー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
573	入力の段階で間違っていたところ、気づかないまま調製し投薬してしまった。すぐに気づいて電話連絡し、正しいお薬をお届けして交換した。まだ使用していませんでした。	点耳・点眼の文字の確認がおろそかになっていた	処方内容を一字一句しっかりと確認するように気を付ける	タリビット耳科用液 0. 3 %	オフロキサシン点眼液 0. 3 % 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
574	耳下用液が処方箋に載っていて、点眼液が調剤されていた事に気付かず、鑑査不十分で投薬してしまった	タリビットの文字を見て、よく処方される点眼液と思い込み、最後まで確認しきれていなかった剤型は語尾に記載ある為、最後まで読み剤型と成分は別とそれぞれに監査するように気をつける	薬情や薬袋の写真と照らし合わせて確認する	タリビット耳科用液 0. 3 %	タリビット点眼液 0. 3 %		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
575	出産後久しぶりの来局。投薬の際授乳していることがわかった。処方箋にはメルカゾール錠 6錠/日が出ていたため病院に疑義照会をしたところ病院の入力ミスが判明、チウラジール錠に訂正された。	患者さまが多く忙しい時間帯で発生。病院では入力などダブルチェックをしているがくすりの思い込みなどの要因が重なったの案件	忙しくても丁寧に患者様一人一人の様子、言葉に注意をして変化など感じていくことが処方内容の確認にも繋がる	チウラジール錠	メルカゾール錠 5 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
576	窓口にて投薬中に指摘を受け確認したところ薬品違いが判明し取り違えた。	甲状腺の薬という先入観にて薬品名が似ている為、又逆効果を有する薬と使用量がかなり違い極少の為、勘違いした。	薬歴に赤線などで明記し、又箱に注意喚起する付箋を貼付する。	チウラジール錠 5 0 m g	チラーヂン S 錠 5 0 μ g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
577	チウラジール錠をピックするところ、事務員が誤ってチラーヂン錠をピック投薬時に薬効の話をするものの、定期処方のため検査値も安定しており効能が逆であるが調剤間違いに気が付かなかった。投薬時に見た目が少し違う気がすると話があったため投薬後に確認した所、ピック間違いが判明した。	外見の類似共に甲状腺薬のためヒアリングで気が付かなかった	予算ができたときに監査機器を入れられるように経費申請	チウラジール錠 5 0 m g	チラーヂン S 錠 5 0 μ g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
578	監査時に発覚し、変更調剤。外用剤ドボベツト軟膏も一緒に処方されていたことからおかしいと判断。	類似名で処方せんを一瞬確認してから、思い込みで調剤してしまった。	類似名医薬品にメモックロールを貼付し、注意喚起した。	チガソンカプセル 2 5	チアトンカプセル 1 0 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
579	点眼の処方せん指示にて、一般名処方で指示があった。調剤時に該当患者の定期で使用する点眼と異なることに気づき本人と処方元に確認して処方せんの一般名処方を間違えて入力されたことを発見し、疑義にて訂正した。	一般名処方に類似の医薬品が多いため、一般名に対する取扱の医薬品の比較表があるためこちらをしっかりと確認します。処方元にも通常と異なる指示出た場合に疑義などで確認する事にする。	一般名処方時、対応する医薬品がなにかを処方せんと別にメモして対応する。	チモロール X E 点眼液 0. 5 % 「 T S 」	チモロール点眼液 0. 5 % 「 テイカ 」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
580	チラーヂンS錠(25)を交付するところ、ボグリボース錠(0.2)「武田テバ」を交付。	・間違えた医薬品同士の棚の配置が近く、チラーヂンS錠(25)の保管場所にボグリボース錠(0.2)「武田テバ」が混在してしまっていた。 ・外観が類似していた。 ・チラーヂン錠(50)とチラーヂン錠(25)が処方されており、チラーヂン錠(50)を監査した流れで外観が類似していることからチラーヂン錠(25)と思い込んだまま数を数えてしまったと考えられる。	・棚に医薬品の混在が確認された際は管理薬剤師に都度報告。戻す前にほかの者に声をかける。医薬品を棚に戻す際も指差し確認等行いながらも戻す。 ・棚の配置換えと当該医薬品保管場所に注意喚起文書を書いた。 ・剤数が多い処方では前回の処方に基づいた予製を作成しダブルチェック。処方箋が発行後の調剤監査と合わせて4回チェックを行う。 ・閉店間際に来局されたが清掃やほかの作業は後回しにし患者対応に集中する。 ・調剤監査へ集中するため薬局内の整理整頓。	チラーヂンS錠25	ボグリボース錠0.2mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
581	薬局事務職員が処方箋内容をレセプトコンピュータに入力する際、チラーヂンS錠50μgで入力すべきところをチラーヂンS錠25μgで入力した。薬剤師職員は処方箋内容と入力内容を確認せず入力内容を基準に監査・投薬したため処方箋内容と異なるチラーヂンS錠25μgでお薬をお渡しすることになった。当該患者は継続して当該医療機関から処方されたチラーヂンS錠50μgと他医療機関から処方されたチラーヂンS錠25μgを内服していたがチラーヂンの用量が変更となることを主治医から指示されていないことに家族が気づき、自宅にあった残薬のチラーヂンS錠25μgと投薬されたチラーヂンS錠25μgを合わせて2錠ずつ内服していったため、投与量は主治医の処方内容と一致していた。	・当該患者は当該処方箋発行医療機関ではチラーヂンS錠50μgが継続して処方されているが他医療機関でチラーヂンS錠25μgが継続して処方されていた。 ・当該薬局では処方箋内容を入力する際QRコードを読み取ることで自動で入力される処方箋と、処方箋内容を手動で入力する処方箋との扱いがあり、今回の処方箋は手動入力であった。 ・当該薬局では処方箋内容をレセプトコンピュータに入力後、処方箋ではなくレセプトコンピュータ入力内容で薬剤師がピッキングを行う体制であった。	・特に手動入力の際には処方箋その物の内容を確認しながらピッキングを行い、監査・投薬の際も重点的に処方箋内容とレセプトコンピュータ入力内容を比較して正しく入力されているか確認する。 ・レセプトコンピュータへ処方箋内容を入力する薬局事務は手動入力であることをピッキングを行う薬剤師および投薬を行う薬剤師へ伝える。 ・QRコードによる自動入力の際も処方箋内容とレセプトコンピュータへの入力内容を比較して監査・投薬する。	チラーヂンS錠50μg	チラーヂンS錠25μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
582	ツムラの漢方薬の包装の色が同じであったために、監査の時点で、慣れもあり、まちがったピッキングに気づかずスルーしてしまった、	たまたま大箱で、色の同じものが隣り合っており、取るとき間違えてしまった。	薬の配置状況を間違えが少なくなるように、工夫する。	ツムラの生薬マシニン	ツムラの生薬ハンゲ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
583	黄連湯で調剤するところ黄連解毒湯で調剤	黄連湯の在庫がなく、黄連解毒湯であると思 い込んでいた。	類似名称の多い漢方薬は1文字ずつ確認する。	ツムラ黄連湯エキス顆 粒 (医療用)	ツムラ黄連解毒湯エキ ス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
584	5/19より、いぼ痔が辛くツムラ3が処 方追加されていた。6/16来局時にツム ラ3が処方されていたが、誤ってツムラ2 で投薬。6/18に本人より、ツムラ3を 服用していたときは調子がよかったが、ツ ムラ2になってからいぼ痔が痛い、また下 痢になってしまったと電話あり。本人は高 次機能障害のため薬局が誤薬した認識はな かった。	確認不足	過去薬歴もよく参照する	ツムラ乙字湯エキス顆 粒 (医療用)	ツムラ葛根湯加川きゅ う辛夷エキス顆粒 (医 療用)		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
585	今回処方が初めてだったため、新規入力で 名称が類似していたために入力間違いが生 じたが、処方箋を確認しての調剤だったた め内容には相違なかった。また、ピッキ ングシステムの使用により交付前に発見す ることができた。	経験が浅かったこともあり、医薬品の名称が 類似しているもの同士の把握が十分ではな かったことから、生じたと思われる。	それぞれの店舗においてよく処方される医薬 品について、名称が類似しているものや入力 間違いなど起こりやすいものをリストアッ プし、配布や掲示により注意喚起する。また、 監査時におけるピッキングシステムの使用を 徹底する。	ツムラ加味帰脾湯エキ ス顆粒 (医療用)	ツムラ加味逍遙散エキ ス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
586	加味帰脾湯の処方だったが、加味逍遙散で 調剤され、鑑査者も気づかず投薬。患者帰 宅後、患者より電話連絡があり取替えに 行った。	午前中で患者も多かったためそれぞれの チェックがしっかりと出来ていなかった。	調剤者、鑑査者ともに処方せんに鉛筆にて チェックを入れる事にした。	ツムラ加味帰脾湯エキ ス顆粒 (医療用)	ツムラ加味逍遙散エキ ス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
587	系列他店舗からのヘルプとして入った薬剤 師のピッキングで、類似した名称を取り違 えた	繁忙でヘルプの薬剤師は漢方薬の調剤の機会 が少ない店舗の所属であった	棚番、ピッキング時に取り違えを防ぐ表示を おこなう	ツムラ加味帰脾湯エキ ス顆粒 (医療用)	ツムラ加味逍遙散エキ ス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
588	ツムラ加味帰脾湯が処方されていたが、監査時にツムラ加味逍遙散を集薬者が調剤していることに監査者が気づく。	繁忙ときでの調剤。GW明け、金曜日という条件も重なり焦りから漢方薬の名前を間違えて調剤。投薬前の監査時に分包ヒートの色の違いからおかしいと思い、確認すると間違いに気づく。	どんなに忙しくても調剤、監査時に細心の注意を払っていく。加味逍遙散のほうがよく処方されるので陳列場所を離して調剤しやすい場所に配置。全員で情報を共有し入力時にも過去のインシデント事例として入力終了後に調剤者に注意喚起をする声掛けを行う。	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
589	レセコン入力時類似商品名の確認ミス	従業員同士のコミュニケーション不足	確認作業を徹底する	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
590	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒が処方されていたが、前回まで処方されていたツムラ加味逍遙散エキス顆粒で事務員がレセコン入力してしまった。鑑査者の薬剤師は誤って入力された調剤録と処方箋のツムラ加味まで見てDo処方と判断して袋詰してしまった。その後患者に投薬するときに、いつもと薬が変わっていると言われ調剤ミスに気づいた	Do処方が続いていた患者であり、今回も同じのものであると思いこんでレセコン入力と鑑査をしてしまった。ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒は調剤することがあまりなく、他院からはツムラ加味逍遙散エキス顆粒が頻繁に処方されるため、加味までの二文字でいつもの加味逍遙散であると判断してしまった	改めて調剤鑑査の徹底加味から始まる漢方薬には加味帰脾湯もあることを改めて薬局内に周知	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
591	名称類似漢方薬のピッキング間違い。調剤と監査は別薬剤師が行なうようにしていたが、名称のみで確認していたため気づけなかった。次回分発注の際、スタッフが間違いに気づいたため患者に連絡して回収。	他の取り扱いが多い漢方と思い込んで調剤をした。急いでいたため、監査も十分ではなかった。	漢方薬は名称の類似も多く、普段取り扱いの少ない薬剤の確認に注意が必要。番号をメモするなど監査の手順怠らないようにする。	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
592	加味帰脾湯が処方されていたが加味逍遙散で調剤してしまった。	普段加味逍遙散のほうが処方数が多く、「加味」という文字を見ただけで判断してしまった。	場所を明確に区別し、両方の漢方を薬剤師みんなで知識を共有し、間違い防止のため色付きの付箋で注意喚起をした。	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
593	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはツムラ加味帰脾湯 1日5g分2朝夕食間14日分と記載されていた。前回の処方箋がツムラ加味逍遙散5g朝夕食間14日分であり、前回の内容をコピーして入力を行った。鑑査時に入力内容と処方箋の内容が異なることを確認。その後入力の訂正を行い、患者には正しい薬を交付した。	頭2文字が同じであること、また前回DOであるとの思い込みから入力を間違えた。	入力時の入力内容と処方内容の照らし合わせの徹底。	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
594	ツムラ加味逍遙散を調剤するべきところをツムラ半夏瀉心湯を交付した。	ツムラ加味逍遙散を入れている引き出しに誤ってツムラ半夏瀉心湯が補充されていたため、調剤時に取り換え、監査投薬時にも気づかず渡してしまった。服用前に患者からの電話で発覚した。	監査時に細かく確認する。特に漢方薬は包装のデザインが似ているため慎重に確認する。引き出しに補充する際も気を付ける。	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒(医療用)	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
595	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒168包の処方に対し、ツムラ加味逍遙散エキス顆粒126包、ツムラ柴苓湯エキス顆粒42包を調剤してしまった。	薬品棚に補充の際に、ツムラ加味逍遙散エキス顆粒の場所にツムラ柴苓湯エキス顆粒を補充してしまっていた。調剤時に先頭にあった加味逍遙散のみを確認し、箱の帯の色は柴苓湯も黄色と同じ色だったため気付かず取りそろえてしまった。薬剤のチェック者も同様に気付かず見逃してしまった。	漢方薬は特に外観が似ているため薬剤名の確認を徹底する。薬品を棚に補充する際には特に注意を払い、可能な限り2人体制での補充を行う。	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒(医療用)	ツムラ柴苓湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
596	ツムラの葛根湯加川きゅう辛夷を出すところを、外観の似ている柴胡加竜骨牡蛎湯を出してしまった。	外箱の外観が似ていることと、おいてある場所が近かったために取り違いが起きた。	外観の似ているものはなるべく置き場所を離すこと、ツムラ製品に関しては番号ではなく薬品名をしっかりと確認すること。	ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒(医療用)	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
597	ツムラ葛根湯加川キユウ辛夷 15包処方箋を調剤予定だったが1箱目空いているものが5包足りず、新しい箱を開けるときに同じ色のツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯を調剤して投薬、交付。後日納品の薬を片す時に違う薬が置き場以外にあり、調剤間違いをしたことに気付いた。患者は1回分間違えて服用したが体調変化はなく謝罪して新しい薬を交付した。	いつも入らないスタッフで集中力、注意力にかけていた。	薬の置き場の改善。普段入らないスタッフには必ずダブルチェックをしてから投薬するように指導	ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒(医療用)	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
598	ツムラ甘麦大棗湯を1.5包分2.90日分の処方 came ため、在庫置き場に薬を取りに行った。在庫置き場に一まとめで置いてあった4箱を持って行って開封した。分包する前に確認したところ、1箱分がツムラ排膿散及湯である事に気づいた。	在庫置き場に漢方を置くときは通常、漢方の番号通りに並べて保存しているが、今回の漢方がそれぞれ72と122であり、帯の色が緑色だったため、在庫をしまう段階で間違えて一緒に置いてしまったと思われる。	再度、在庫置き場をしっかりと整理し、特に間違いやすい漢方薬に関しては、時々棚を確認、並び替えるようにしていく。	ツムラ甘麦大棗湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ排膿散及湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
599	ツムラ(107)牛車腎気丸が1日2包28日分処方。5.6包中の3包をツムラ(17)五苓散で払い出して、監査担当も気付かず投薬。患者がいつもと味が違うことで発覚した。	立て続けに患者が増えた時間帯であり、焦って外観が酷似した包装の五苓散を手にとってしまったか。或いは余剰にとってしまった五苓散を、誤って牛車腎気丸の箱に戻されてしまったと考えられる。	外観が類似した箱を隣接して置かない。ツムラの漢方については、数字の横にある線と薬剤名称による監査の徹底。誤って多く取り出した薬剤を箱の中に戻す際にはダブルチェックを行う。	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒(医療用)	ツムラ五苓散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
600	【正】ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒(医療用) 7.5g 分3毎食前 28日分 【誤】ツムラ八味地黄丸エキス顆粒(医療用) 7.5g 分3毎食前 28日分	入力時に前回と同じ内容で入力してしまい、入力照合および初期監査、最終鑑査、投薬でも発見できずに交付してしまった	処方内容について、投薬時もD o 処方であっても相違ないか聞き取りを行う第3者による手技の見直し、最終鑑査チェックリストを用いた評価途中で話しかけられた時は入力照合を少し前に戻り再度照合を行う処方箋に基づいた調剤として、原本を常に最優先して確認する	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒(医療用)	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
601	患者様本人が、薬を持って来局。薬の品名の違いに気づいた。ツムラ牛車腎気丸が5.6包処方されていたが、加味帰脾湯5.6包が渡っていた。すでに、1.4包服用されていた。残薬の、4.2包をお持ちになった。	ピックアップの時に、箱が並びにあった。監査の時に、品名をしっかりと、確認しなかった。	漢方の番号順に並べ替えた。	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒(医療用)	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
602	納品された薬を外見が似ているため違う場所に置いてしまった、それを気が付かず本来出すべき牛車腎気丸と五苓散を混合して調剤されたが、投薬時監査の時、気が付いて患者さんには間違いなくお薬をお渡しできた	納品時の薬を棚に入れる時に気を付ける	ツムラの漢方薬の棚を同じ色が重ならないよう配置換えをした	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒(医療用)	ツムラ五苓散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
603	【正】牛車腎気丸 168包【誤】加味帰脾湯 168包	充填ミス	漢方薬で起こりやすいヒヤリ・ハット事例のため、他店舗で過去に起こった物も含めて店舗内で共有する。担当者の最終鑑査の見直しと指導を行い徹底させる。ピッキング後の確認を徹底させる。充填時のルールを徹底する。	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒 (医療用)	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
604	処方牛車腎気丸であったが、八味地黄丸を調剤してしまった。	外観が類似していること、牛車腎気丸が八味地黄丸からの変方で、関連して覚えており、考えすぎてしまったことが推測。	調剤前によく処方を読み込むこと。	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒 (医療用)	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
605	牛車腎気丸を調剤したところ同じ箇所五苓散が置いてあり、3包を、それで調剤し監査して投薬してしまった。その後、一段落して、片付けている時に発覚し、すぐに取り替えに行く。	他にも薬剤師はいたものの、1人で全てしてしまったのが原因。	今後は、簡単な処方であっても可能な限り、確認してもらい調剤する。	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒 (医療用)	ツムラ五苓散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
606	ベタニス錠50mgとツムラ牛車腎気丸エキス顆粒が35日分処方されていたが、ツムラ牛車腎気丸の35日分のうち7日分のみ五苓散が混ざっていた。患者が服用しようとしたら違うものが入っていた為電話にて事実が分かる。	目を通したものが正しかったのですべて同じものであると思い込んで交付した	ツムラの包装で17番の五苓散と107番の牛車腎気丸は同じ色のラインが引かれている。そこに白く光れているラインで10単位で引かれているためそこも注意して監査する様にする。ピッキングされたものを全て確認するようにする。	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒 (医療用)	ツムラ五苓散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
607	ツムラ107番180包の処方。107番を棚から42包包装を5箱取った。7番が1箱混ざっていたのに気づき、脇に置き、新たに107番を1箱取った。21包8束と3包4つを取り、180包=21包×8+3包×4と調剤録に記録し、投薬。投薬後、空き箱を確認したところ、7番に手を付けていたことを確認。7番が21包と3包4つが無くなっていた。患者に電話で連絡し確認したところ、7番が21包と3包4つが混ざっていたことが確認できた。患者が7番に手を付ける前に107番に差し替えた。	7番を脇に置くのではなく、7番の棚に戻すべきであった。	今回のことで、番号と色が似ていて間違いやすい漢方を薬局内でピックアップし、共有した。	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒 (医療用)	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
608	ツムラ牛車腎気丸の処方があった患者に対し、誤ってツムラ五苓散をお渡し。外観、表示される番号類似品。監査不十分で誤って交付。患者本人が服用前に名称が異なることに気づき、薬局に誤った薬を持参され、交換。	調剤者、監査者、交付者がそれぞれ別々であったが、3者とも、思い込みによる注意不足で誤薬をみのがす。	監査時、ツムラの番号を記録として残していた。きちんと薬剤名称を監査記録に残すことで、記録時の誤りを伏せg	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒 (医療用)	ツムラ五苓散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
609	漢方の漢字を読み間違えた	調剤者、投薬者共に見過ごしてしまったため	監査システムを必ず利用することにした	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
610	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯で処方されたところ、よく処方されるツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯で渡してしまった。	手書きの処方箋で読みづらかったため、入力された薬歴を参考にしてしまった。同じクリニックから柴胡加竜骨牡蛎湯がよく処方されるため、思い込みで調剤してしまった。桂枝加竜骨牡蛎湯の存在を知らなかった。	薬歴よりも処方箋を重視して調剤する。漢方薬は似た名前があることを念頭におき、処方箋の文字を1文字ずつしっかり確認する。いつも処方されているものでないものも処方されることを忘れない。	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
611	桂枝加朮附湯の処方に、間違っ越婢加朮湯を調剤し、監査でも見逃してしまった。3日後に患者さんから、指摘の電話があり、すぐに取り換えに行ったが、すでに7回分を服用されていた。体調に変わりなく、副作用が出たりは無かったが、謝罪した。Drにも報告して、謝罪した。	両剤が、名前も包装(どちらもピンク)も似ており、番号も18と28、適応も腫れを鎮めなど似ているので、間違えやすい。	間違えやすい薬品をリストアップして、調剤、監査時に、もう一度見直すようにする。	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ越婢加朮湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
612	ツムラの桂枝茯苓丸が処方されていたため患者様に服薬指導後お渡し。帰られた後に発注にて処方のない桂枝茯苓丸加ヨクイニンが上がってきていたため在庫を確認。ツムラ桂枝茯苓丸とツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニンが同数ずれていたため患者様に連絡。服用はまだされていなかったとの事。投薬間違い確認できたため患者様宅に伺い謝罪・交換となる。	鑑査補助機器を通していなかったために異なる漢方を交付してしまった。	調剤者・鑑査者ともに鑑査補助器具は適切に使うように再度確認	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニンエキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
613	過誤の薬が患者本人に渡って、患者が殆どの薬を誤飲してしまった。患者本人からの電話で、過誤がわかった。僅かではあるが、残薬を回収して、正しいお薬を処方日数分お渡しした。過誤の件は処方医に報告した。幸いに同じような薬効の薬なので、大丈夫でしょう。と云う言葉をもらった。その後の患者対応も引き受けて頂いた。	薬の名前も似ている、薬効も似ている、番号も似ている、色とデザインは全く一緒。調剤スタッフも患者も、全く気が付かなかった。	漢方薬のピッキング間違いは、当薬局の喫緊の課題であった。監査時に薬剤師が計数を処方箋に記録しているが、これに加えて漢方薬の番号も併記する事にした。事例発生後に約四か月が経過したが、監査時点でピッキングミス全てを監査出来ている。ヒヤリハットを未然に防止し、過誤症例はその後一件も起きていない。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸加よぐ苡仁エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
614	ツムラ25お渡しの中の一部がツムラ125だった。投薬後、空いた箱よりツムラ125の混入が疑われ、患者様に電話で連絡。交換に戻ってきてもらう	ツムラ25を保管しているの棚にツムラ125が混入していた	薬品納品時、薬品をしっかりと確認してなおす。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸加よぐ苡仁エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
615	漢方薬で桂皮茯苓丸が処方されたが、誤って桂皮茯苓丸加ヨクイニンをとってしまった。このDrの処方では桂皮茯苓丸加ヨクイニンが良く処方されており、今回も同様と思ってピックアップしてしまった。箱の外観も酷似しており間違いを気付きにくくしている。	Drの処方が桂皮茯苓丸加ヨクイニンが多く処方されており、今回も同様とってしまった。思い込みによる間違いであった。	桂皮茯苓丸が処方されたときには「注意!桂皮茯苓丸」と書かれたシールを貼ることにした。また医薬品の外観が酷似していること、名称も途中までおなじであることから変える様をお願いした。 漢方薬の箱は番号により色分けしているが、同じようなものが多く、工夫されることを期待する。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸加よぐ苡仁エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
616	ツムラの漢方を番号別にまとめて保管している調剤棚からツムラ25(42包入り)を6箱調剤した際、1箱だけツムラ125が混じっていたのに気付かず、未開封の箱ごと監査に回した。監査者も番号・薬品名・包装の色が似ていたため混入に気付かず、数量のみ注視して監査を終えた。投薬時も、一番上にあった束のみ患者に見せて確認したため、投薬者・患者ともに混入に気付かなかった。たまたま在庫管理システムのエラーメッセージにより在庫の差異が発覚し、当日中に患者に連絡を取ったところ、混入が発覚した。服用前だったため、健康被害はなし。すぐに正しいものとお取り替えした。	在庫担当者が納入されたツムラの箱を棚に片付けた時点で、色と番号が似ていたためツムラ25と一緒にツムラ125を混じったまま片付けてしまった。(ツムラ25は近く来局予定だったこの患者のために大量に発注したものであった。)調剤者がその在庫担当者だったため、そのまま思い込みで薬品名や番号をよく確認せずまとめて監査に回した。	納品時、調剤時に識別番号・薬品名を1箱ずつしっかり指さし・読み上げ確認を徹底する。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸加よ く苡仁エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
617	8月28日に桂枝茯苓丸エキス顆粒 7.5g分3 28日分が処方され、84包お渡しするところ、黄連解毒湯エキス顆粒を混ぜて投薬してしまった。9月22日に患者様より連絡があり、服用したことにより苦みを感じ、黄連解毒湯エキス顆粒が間違えて入っていたことが判明した。健康被害は見られなかったが、謝罪をし、必要量である桂枝茯苓丸エキス顆粒を郵送手配した。	背景：クリニックの夏季休暇明けで患者数が多くいつも以上に混んでいた。原因：ツムラ25番の桂枝茯苓丸エキス顆粒とツムラ15番の黄連解毒湯エキス顆粒が同じ黄色の帯番号だったので、監査の見逃し。	漢方薬は、同色は離して在庫する。ピックや調剤監査のダブルチェックを徹底し、また投薬時には、薬剤、用法用量を薬袋を見ながら確認してお渡しする。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒 (医療用)	ツムラ黄連解毒湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
618	ツムラ桂枝茯苓丸加&#34191;苡仁が処方された患者に対して、ツムラ桂枝茯苓丸を調剤、交付してしまった。患者さんが帰宅後服用しようとしたところで気が付き、薬局に連絡。正しいものと交換対応を行った。	桂枝茯苓丸加&#34191;苡仁と桂枝茯苓丸は名称が似ており、更にツムラ桂枝茯苓丸加&#34191;苡仁は125番、ツムラ桂枝茯苓丸は25番と番号も似ており、包装の色も同じであることから、監査で調剤ミスを発見できなかったと思われる。	漢方薬は一つの棚で保管していたが、ツムラ桂枝茯苓丸とツムラ桂枝茯苓丸加&#34191;苡仁は別の棚で保管することとした。また、それぞれの保管場所には注意書きのステッカーを貼ることとした。	ツムラ桂枝茯苓丸加よ く苡仁エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
619	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒(医療用)の処方箋を応需も、ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)で調剤→監査→交付を行ってしまった。当該薬剤師が在庫確認にて実在庫と理論在庫の差異に気が発覚した。患者へ電話して交付過誤が確定し交換を行った。	当該薬剤師の過信・思い込み。事務員による錠数と名称の確認は有ったが、薬剤師が調剤したのだから合っている、との思い込みがあった。	監査時、処方箋と調剤された薬剤が正しいかどうかの確認をしっかりと行うこと。交付時、患者へ処方された薬剤を見せて交付すること・薬剤と処方内容に差異が無いか最終確認をして交付すること。	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
620	【正】ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒(医療用) 【誤】ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)	FAX処方箋で2次元が使用できず手入力し間違えたものを選択してしまいました。	薬を確認するときは見せるだけではなく、薬の名前を声にだして確認します。漢方の場合には名前が複雑で患者さまも理解していない可能性があるため番号で確認するなどして耳でも確認してもらうようにします。鑑査もマニュアル通り鑑査が行えていなかったため、薬剤師にマニュアルの周知と徹底を指導し、マニュアル通り入力できていなかったため、スタッフに入力手技の確認を行いました。	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
621	処方箋記載“ツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニン”誤って“ツムラ桂枝茯苓丸”で投薬。(21日分)次回、来局時に同じ記載処方箋を受け付けて判明。ミスの内容をご本人と交付医療機関に伝える。	備蓄にない漢方薬で調剤ミスと入力ミスが重なる。ダブルミスにより監査システムもミスを通過。成分はヨクイニンが含まれず、ニキビへの効果はなし。(副作用なし)	調剤と入力のダブルミスでは監査システムもマッチングし、完了する。機械化されても人の目が重要である。特に備蓄にない薬は要注意。	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
622	在庫を出すときに番号が似ていたため取り換え	混んでいて急いで調剤したため	落ちていて確認して調剤する	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
623	ツムラ125番桂枝茯苓丸加ヨクイニンの中に一部ツムラ25番桂枝茯苓丸が混入した。	ツムラ125番桂枝茯苓丸加ヨクイニンの棚位置にツムラ25番桂枝茯苓丸があったことから取り換えが発覚。新規箱開封時に取り換えが起こり、外観が似ている為監査・投薬時も見逃しが起こった。	充填時の確認徹底と外観の似た漢方の番号確認及び端数までの確認を確実にを行う。	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
624	ツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニンが処方されていた。ツムラ桂枝茯苓丸を出して、患者に渡す直前に気づき取り替えた。	ツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニンとツムラ桂枝茯苓丸は、ともにパッケージがオレンジ色で番号も125と25で類似していた。繁忙でもあり、桂枝茯苓丸と思い込んでしまった。	桂枝茯苓丸は、間違えやすいので3桁と2桁の違いをよく確認することとした。	ツムラ桂枝茯苓丸加よぐいニンエキス顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
625	ツムラ五虎湯エキス顆粒が処方されそのまま調剤し患者さんから聞き取りをし服薬指導する。患者さんからの聞き取りでは頭痛がありということだった。後で薬歴を書く時に妙に気になり病院に疑義照会したところ実際はツムラ五苓散エキス顆粒の処方であった。病院の入力ミスでもある。すぐに家族の方に連絡を取り処方が違う旨を伝え後日薬局からお薬を交換した。	患者さんからの聞き取りと今回処方薬との相違に気づきその時点で疑義照会をすべきであった。夕方の忙しい時間帯ということもあり判断を誤った。	何か疑わしいことがあれば病院の方へ必ず疑義照会をかけていくこと。忙しい時間帯、帰る時間帯にかかわらず冷静に判断すること。	ツムラ五虎湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ五苓散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
626	ツムラ五積散が処方されていたが、「ツムラ五苓散と読み間違えをして投薬してしまった」。	処方せんの文字が小さく見間違えたこと、また混雑していたため普段は監査をほかの薬剤師が行っていたが、調剤した薬剤師がそのまま監査投薬してしまったため。	必ず調剤した薬剤師以外の監査を行う。	ツムラ五積散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ五苓散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
627	五苓散が処方されていたところ、五積散を渡してしまった。	一度確認されたと思うものでも、監査時は再度確認を徹底する。	漢方は似た名前が多いので、名前の確認を徹底する。	ツムラ五苓散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ五積散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
628	定期薬として普段より処方されている、ツムラ五苓散が4月1日も処方された。薬剤お渡し後、患者本人より連絡ありいつもと漢方の色が違うと連絡あり、ツムラ五積散を渡していたことが発覚。本人薬袋から薬を出しただけで服用前の発覚だったため、身体への影響はなかった。	1人薬剤師で入力、調剤、監査すべて1人で行ってたことで焦ってしまい、調剤・監査を普段通り落ち着いてできていなかった。そのため、漢字1文字違いの五苓散を誤ってお渡ししてしまった。	五積散が処方されている患者は以前から1人しかいないため、付箋を漢方に貼り、日常的によく出る薬ではないということをスタッフ全員の共通認識となるようにした。	ツムラ五苓散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ五積散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
629	処方箋にツムラ五苓散が処方されていた。60包のうち30包がツムラ牛車腎気丸が入っていた。	ツムラは下一桁の数字によってパッケージの色が決められている。今回の処方されていたのは17番と107番で同じ色のものであった。五苓散の箱の中に牛車腎気丸が含まれていたと思われる。五苓散の箱に牛車腎気丸が含まれていることに気づかず、確認不足の上、患者様に両方お渡ししてしまった。	スタッフ全員で話し合った結果、確実な事は判明できなかったが、考えられる事としては、あまったツムラ107番の牛車腎気丸をもとに戻す際、ツムラ17番の五苓散の箱に入れてしまった可能性が高い。もう一つ考えられる事は五苓散の残りが少なく新しく開けた箱が牛車腎気丸だった。そしてそのまま確認不足の上患者様に両方お渡ししてしまった。まずあまった薬剤をもとに戻す際の注意事項として、処方箋の中の一つずつを完結していくこと。一つ薬剤を出したら、戻す作業まで完結する。時間がたつてからの返却は気が抜けたり、確認不足のまま返却してしまうケースがある。そして患者様に薬剤を渡す際ももう一度中と数の確認をしながらお渡しする。薬剤の監査は何度してもし足りないので今後はもう一度監査に時間をかけることにします。	ツムラ五苓散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
630	処方箋には参蘇飲が記載されていたが、香蘇散を調剤してしまい、投薬時に患者に薬剤を示しながら説明していたところ間違いに気づき調剤し直して投薬した。	参蘇飲と香蘇散と表示名が類似していたため、処方箋を確認した際に香蘇散だと思い込んでしまい調剤してしまった。	処方箋は注意して確認することを徹底し、思い込みによる調剤をなくし、集中力を切らさないようにする。	ツムラ参蘇飲エキス顆粒 (医療用)	ツムラ香蘇散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
631	四君子湯が処方されていたが、四物湯を交付してしまった。	めまいに対して苓桂朮甘湯・四物湯がセットで処方されることが多く、今回ふらつきが患者の主訴だったため、四物湯であると思い込んだ。	思い込みで調剤しないよう、処方箋の確認を行う。今まで四君子湯の在庫がなかったが、新しく在庫することになった旨を周知する。	ツムラ四君子湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ四物湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
632	ツムラ四物湯の処方で、ピッキングをする際、ツムラ61桃核承気湯とツムラ71四物湯が隣り合わせて置かれていたので、外観が似ているため、混同してピッキングしてしまった。監査システムは1番上になっていたツムラ71を読み取りエラー無し。患者に交付されたが、空箱の整理をする際、処方が出ていないツムラ61の空き箱があったので、在庫を確認した所、誤調剤が発覚。患者に確認し、正規の物と交換をした。すぐ気が付いたので未服用だった。	ツムラの外観類似品が隣り合わせて置かれていたのが最大の原因。	番号順がずれてしまっても似ている物は隣り合わせて置かない。また監査システムを通す際、できる限り多くのシートが映るようにする。	ツムラ四物湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桃核承気湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
633	4月17日、ツムラ滋陰降火湯(93)7.5g/分3の処方に対して、ツムラ滋陰至宝湯(92)を調剤しました。4月27日、本人さんからの連絡により判明しました。12回服用したとのことでした。残薬を回収し、ツムラ滋陰降火湯を渡しました。体調の変化はなく、過誤の内容について、冷姿勢に理解して頂きました。	普段あまり処方のないツムラで、類似の名称の薬剤があるという認識がなく、番号を見誤ったものと思われます。更に在庫の確認に時間もかかり、焦りがあったと思われます。調剤を行った薬剤師と、監査を行った薬剤師もその間違いに気付くことなく投薬したもので、不注意が原因です。	処方箋記載薬剤名と調剤した薬剤名の再確認を今後さらに徹底します。再発防止のため、再度スタッフ全員で手順を確認します。	ツムラ滋陰降火湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ滋陰至宝湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
634	ツムラ滋陰至宝湯の処方があり、不足であったため後日お届け。発注ミス、監査の見落としによりツムラ滋陰降火湯をお渡ししてしまった	発注の間違い、類似薬があることへの知識不足	不足があるときは、患者様に控えの伝票を渡し、こちらもその写しを保管しているがツムラは、薬品名と番号を記載することにして確認をすることにした	ツムラ滋陰至宝湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ滋陰降火湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
635	普段応需しない医療機関の薬剤で在庫があるかを調剤者が確認したところ名前が類似している薬を間違えて調剤。調剤者は添付文書を見てかかった診療科と適応症が違うことを疑問に思ったが漢方なので適応外もあると判断した。監査者は名前が類似しているため間違いに気づけず。名前が酷似しており通し番号が59と89で包装も似ており気づけなかった。	治頭湯一方の存在を知らなかった知識不足が原因。似た名前は漢方には多いため普段から知識を身に付けていくよう継続学習が必要。	名前が似た漢方を洗い出して共有する	ツムラ治打撲一方エキス顆粒 (医療用)	ツムラ治頭瘡一方エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
636	患者がツムラ治頭瘡一方エキス顆粒とほかの薬2つを調剤する処方箋をもって薬局にきた。治頭瘡一方を調剤する時、治頭瘡一方と治打撲一方の箱を同じものだと思って持って行った。箱を開けて個数を確認して、数をそろえた。2つの薬がまじった感じの調剤になってしまった。バーコードで薬を確認する仕組みがあったが、正しい方の薬でバーコードを確認したため間違いに気づかなかった。薬剤師が確認して気づいた。	薬の名前を治〇〇というようにしか確認していなかった。薬の名前が治頭瘡一方と治打撲一方で似ていた。薬の包装が59番と89番でどちらも9で終わるので同じピンク色だった。引き出しの中で薬が隣に並んでいた。	薬の名前が全部合っているか確認する。薬の名前でよく似ているものを知っておく。薬を監査する時、束のものは束ごとに、束以外のものは1つ1つ確認する。	ツムラ治頭瘡一方エキス顆粒(医療用)	ツムラ治打撲一方エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
637	ツムラ柴胡加竜骨牡蠣湯エキス顆粒の処方せん調剤に際し、当薬局の在庫がなかったため卸より取寄せて調剤。その際、発注は柴胡加竜骨牡蠣湯であったが、誤ってツムラ柴胡桂枝乾姜湯エキス顆粒が納品された。その後、当該薬剤師は納品されたツムラ柴胡桂枝乾姜湯エキス顆粒を処方せん内容と再度確認せずに計数調剤し患者家族に交付。患者が自宅で確認した際に、処方と薬剤が異なることに気づき服用前に薬局に連絡。正しい薬剤をお渡した。	大きな原因としては、調剤した薬剤師が納品された薬剤を発注した薬剤と思い込み処方せんを十分確認せずに患者に渡したことが原因と思われる。背景として、発注業務は別の薬剤師がオンラインにより行っているが、当日は事情により当該薬剤師本人がFAX(オンライン発注ができないため)にて行ったことで、納品されたもの=発注されたものと思いついた可能性が高い。また、当該処方せんは薬剤1種のみ処方であり、通常は別の薬剤師が監査を行うが、単純な処方せん与自己判断した当該薬剤師が監査の手順を省いたためチェック漏れに至った。	調剤者と監査者は別に行う手順を自己判断で省いたことが原因の一つであり、手順の順守を徹底することを改善策とする。また、ツムラのエキス製剤は種類が多く混同しやすいため、オンライン発注または電話、FAXではナンバーを活用し誤発注・受注の防止に努める。	ツムラ柴胡加竜骨牡蠣湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ柴胡桂枝乾姜湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
638	渡薬の24日後にご本人より「ツムラ12番のところ、1束32番が入っていた」とTELあり。監査時の写真には調剤済みの12番が画面外にあったようで写っておらず確認できなかった。患者様には謝罪をし、誤ってお渡しした32番と12番を交換に何うことを提案したが、近々来局予定のため、その時でよいと言われた。来局して下さった際、ツムラ32を1束と数包持ってきてくださったため、9日分の27包をお渡ししてしまっただけと思われ、ツムラ12を27包と交換した。患者様に誤薬の服用による不調はなかった。	漢方薬の数字を監査時にすべては確認していなかった。1束確認し、あとは薬の帯の色しか見ていなかった。ツムラ12の柴胡加竜骨牡蠣湯とツムラ32人參湯のため帯の色が緑で同じだった。一緒に処方されていたコンサータに気を取られていた。調剤者は1か所からピッキングをしたため、混在して在庫が保管されていた可能性が高い。	1束ずつ薬品名を確認するように気を付ける。納品時や薬を戻す際も保管場所を間違えないように事務課にも共有した。	ツムラ柴胡加竜骨牡蠣湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ人參湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
639	小箱、ツムラ12を、3包分3食前 28日分(84包)調剤するところを ツムラ12を42包、ツムラ62を42包調剤した。外観の色が同じであること、下一桁が2で同じであることより 再監査するまで気が付かなかった。	在庫場所が近いこと 番号は見えていたつもりであるが、箱の色で判断したところがあり、過誤が起きた。	在庫場所に似た外観の漢方名と番号を記載して注意喚起する。1パック(21包)ごとに声出しして番号、商品名を確認する。	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ防風通聖散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
640	その方の奥様は、医療従事者で 熱があり、体調不良なので PCR検査をされた。隔離されているので病院の別室に薬を持ってきてほしいと連絡があった。薬を準備したり、手袋 フェイスガード お釣りなどの準備をしていたら、来局までご主人のもついでに持って帰りたいと連絡がありファックスで薬を準備して持参した。奥様は熱が高かったので4日寝たきりだったが熱が下がってご主人が飲まれている薬を見たらいつも12番だが服用しているのは2番だったので、薬局に持参された。来局まで7包飲まれていた。奥様によると服用して湿疹 胃障害 体調変化特になかったとのことだった。	体調が悪くて、PCR検査された患者様のところに薬を持っていくときは、フェイスガードをしてゴム手袋をし、対面したら、いかにわかりやすく短時間で薬の説明をするかを考え、本人にTELして症状を聞き、おつりはどのように持っていったらいいかを聞いている。その準備の最中にご主人の薬の追加があった。確認したつもりだったが、コロナ陽性かもしれないという不安な気持ちと、緊張していたせいか、色が同じだったせいか12番のところ2番が用意されていたにもかかわらず、見落として、正しく集約されていると判断し、袋に入れて持参し、そのまま渡した。	よく確認する	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
641	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(TJ-12)が処方された患者にツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(TJ-26)を調剤して交付してしまった。不足薬だったので患者宅に届けて交付したが、薬局に戻ってきた後で患者から薬局に電話が入り、今まで飲んでいたのと違う番号であると指摘されて間違えに気が付いた。まだ服用はしてなかったので、再度患者宅に行き、正しい漢方薬と交換した。	久しぶりの来局患者で、今までは違う薬局でもらっていた薬の処方箋を持ってきた。4種類あった薬の内、2種類の在庫が無かったため、欠品薬のみ後で届けることになった。ツムラの漢方一覧の表があったが、そこで加竜骨牡蛎湯がパッと目に入りツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒を発注してしまった。監査システムが入っていたが、手で登録するタイプのもので桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒を納品した後、そのまま間違った漢方薬と気付かずに登録して鑑査を通してしまった。薬をお届けした際に実物の漢方薬を患者に見せて声に出して番号の確認をしたが、患者もその時点では気が付かなかった。	漢方薬は似たような名前があることを意識して、一文字一文字確かめることを意識付ける。監査システムで初めて扱う薬の時は2人以上が立ち合って登録するようにする。	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
642	ツムラ柴胡加竜骨牡蠣湯28日分の処方箋であったが、誤って、ツムラ桂枝加竜骨牡蠣湯を調剤し、患者様にお渡ししてしまった。継続して服用している薬であったため、翌日、患者様が、いつもと違う薬であると気が付き、服用する前に、薬局に電話をかけ、間違えてあることを知らせてくれた。薬局は、その電話で、間違った薬をお渡ししたことに気がついた。	「竜骨牡蠣湯」の名前を含む製剤は、薬局内には少なかった。また、まれに、1名の患者に処方される程度の頻度で調剤されていた。このため、監査の際に、「桂枝加」の文字も確認していたが、「竜骨牡蠣湯」の文字を見て、正しいと判断しお渡ししてしまった。在庫が2つあることを把握していなかったこと、2種類の漢方薬の使い分けなどの知識が不足していたため、牡蠣湯の文字で正しいと思ひ込み、間違った薬をお渡ししてしまった。	「竜骨牡蠣湯」の名前がある漢方薬は、2種類あると、日頃から認識を強く持つ必要があると考えられた。また、まれに調剤される薬であっても、漢方薬は、長い名称のものが多いため、処方箋の名称と実物の名称をすべてしっかり確認する必要があると言える。患者の体質や、精神状態によっても使い分けられるという知識があれば、投薬の際に、患者の状態をしっかりと確認し、証に合わないと考えられれば、間違いに気が付いていた可能性が高い。このため、薬剤師の漢方薬の知識を深めるための勉強会を実施し、再発防止に努めることとした。	ツムラ柴胡加竜骨牡蠣湯	ツムラ桂枝加竜骨牡蠣湯		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
643	処方元からFAXで依頼、後日郵送で処方元から直接に処方箋が送られてくる。FAXの印字が不明瞭であったため在庫のあったほうを選択してしまった。	毎回漢方処方に変更になってくる患者さんで今回も変わっていて選択を間違った。監査の特、薬袋の番号の一致でOKしてしまった。	FAXの時のみ不明瞭な時もあるので備考に漢方の番号を書いて頂くよう依頼した。	ツムラ柴胡桂枝乾姜湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
644	他の病院で処方され、当薬局で調剤して服用している薬を、今回他の病院で出してもらった。お薬手帳は持参して見せたのとこと。柴苓湯をお願いしたが、処方されたのは柴朴湯だった。	薬品名の類似から、誤入力した。特に漢方薬は酷似するものが多いので、一文字ずつ監査の必要がある。	処方箋の文字を一文字ずつ監査する。お薬手帳の服用歴もしっかり監査する。	ツムラ柴苓湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ柴朴湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
645	ツムラの柴苓湯を90 (4束+2列) 包調剤するところ、調剤補助の事務員のピッキングミスで48包 (2束+2列) で調剤し、バーコードを用いた監査システム使用時に数の不足を発見。  不足分柴苓湯42包 (2束) 追加ピッキングするところを、包装の似ている抑肝散を誤ってピッキングし、監査システムのバーコードはそれ以前に読まれて通過していることからミスに気付かずそのままスルーしてしまい、結果柴苓湯を48包 (2束+2列) 抑肝散を42包 (2束) で調剤・投薬してしまった。翌日に当該薬局の別の薬剤師が、柴苓湯の箱の中に抑肝散の端数を見出し、ピッキングミス時の戻し間違いであることを推測し在庫を確認した結果数が合わなかったため、すでに間違えて投薬済みと発覚。該当する患者にTELし、抑肝散が紛れていること、まだ手を付けていないことを確認し、患者宅へ伺い回収して謝罪。	ツムラの漢方薬は末尾の数字で色が同じこと、文字数などが似通っているため、慣れからくる思い込みと、ピッキングミスののち追加された薬に対する監査の意識が不十分であった。	和の間違いなどで再度監査をする際にも、監査システムのバーコードをやり直すことが必要。医薬品名を思い込みで判断せず、文字や規格を必ず最後までみて調剤することが必要と再教育。	ツムラ柴苓湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
646	本来柴苓湯を90日分お渡しのところ42包半夏瀉心湯が混合していた。患者さんが番号が違うことに気づき連絡があった。	数箱の柴苓湯の中に、一箱半夏瀉心湯の箱が混合していた。どちらも銀色と黄色の外装のため、同じ薬品と思い薬袋に入れてしまった。	両薬剤が同じ棚で近くに在庫されているため、段をかえ、はなして在庫することにした。外装には、番号、処方名が記載されているため、大量でも一束ずつ確認し、また薬袋に入れる際はべつの薬剤師が行う	ツムラ柴苓湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
647	ツムラ柴苓湯エキス顆粒を服用している患者に、今回ツムラ柴朴湯エキス顆粒が処方された。投薬前に当患者へ確認したところ処方内容の変更は聞いていないとして、処方医に疑義照会を行った。結果的にいつも服用しているツムラ柴苓湯エキス顆粒へ変更となった。	午前診療の終わり時で、待合に患者は3人程度で当時の勤務している薬剤師は2人。1人は休憩中である。監査を開始しようとしたところではまだ調剤の段階であった。当薬局の事務員のピッキングにて、処方箋にはツムラ柴朴湯エキス顆粒と記載されているためそれを必要数調剤しているところであった。当薬剤師は当患者のかかりつけ薬剤師であり、調剤段階で違う漢方薬が調剤されていることに気づき、当患者に確認したうえで疑義照会を行った。	薬局に在庫している類似名の一覧を作成して掲示する。また入力段階で前回との比較において確認し判断、必要に応じて患者へ確認する。	ツムラ柴苓湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ柴朴湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
648	一文字目が違うだけでぱっと見似ていたことから、柴苓湯と猪苓湯を取り間違えてしまった。監査システムで発見し、投薬前に気づくことができた。	その前に猪苓湯の処方に来ていたこともあり、完全に思い込みである。	思い込みでピッキングをしないこと。一文字ずつ追って自己監査を行う。監査システムを最大限に活用するために、入力チェックも怠らない。	ツムラ柴苓湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ猪苓湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
649	ツムラ十全大補湯(48番)90包の調剤時に、ツムラ芍薬甘草湯(68番)が21包混ざっており、そのまま交付。患者様が帰宅後気づき、電話があり、翌日に交換。	当日、芍薬甘草湯(68番、赤)の調剤で日数調整があり、芍薬甘草湯を21包(1束)戻すことになった。その際、十全大補湯(48番、赤)の箱の上に戻したため、その後の十全大補湯の調剤で芍薬甘草湯が混ざってしまった。そして、さらに調剤・監査で一束一束確認せずに慌てて行ったことにより、本事例が生じた。	薬剤を戻すときはダブルチェックを行う。そして、調剤・監査時も先入観を持たず、一束一束しっかり確認する。	ツムラ十全大補湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
650	ツムラ小建中湯エキス顆粒のところ、ツムラ小青竜湯でおわたりしていました。1週間経過して、在庫があっていないことから発覚。	名称、包装(ピンクの帯、番号19と99)が類似していたため、取り違いがおこってしまいました。緊用品である小青竜湯との思い込みもあります。	注意喚起の貼り紙をし、薬袋の番号と、製品の番号の照らし合わせをおこない再発防止に努めます。	ツムラ小建中湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
651	ツムラ小建中湯をツムラ小青竜湯で入力	どちらも当薬局では処方される頻度が少なく、思い込み、知識不足があった。	薬品検索の際にできるだけ全部の文字を入力して検索するように徹底。印刷前に再度確認することをルーティンとして行う。	ツムラ小建中湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ小青竜湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
652	喉の症状を訴えられてツムラ109番の小柴胡湯加桔梗石膏が処方されていた患者様に、調剤者が19番の小青竜湯を調剤。監査者が包装の色が同じため、確認を怠りそのまま交付。患者本人からの指摘によって薬剤の交付ミスが判明。処方医にもすぐに連絡。患者さまの健康被害はなし。	漢方薬の末尾の数字が同じため、監査者が確認を怠ったのが原因でした。最初の「小」の字で調剤者も思い込みがあったものと思われる。	漢方薬には名称が似たもの、番号が似たものもありますので、調剤者・監査者ともに処方箋との確認を再度徹底するようにします。	ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒 (医療用)	ツムラ小青竜湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
653	ツムラ小青竜湯の調剤中に在庫が足りず、PC管理上は在庫していることになっていたため探したところツムラ小建中湯の棚にしまわれていた。	ツムラ製品は番号によって色分けされているが、下一桁が同じ番号だとデザインされている色が同じで、今回は薬剤名も同じ「小」で始まるため、入庫時にしまい間違えてしまった。	漢方薬だけでなく、薬の充填時は名称、規格をしっかりと確認することを薬局全体で改めて周知した。	ツムラ小青竜湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ小建中湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
654	2/27 (土) ツムラ小青竜湯エキス顆粒40包処方あったが、誤ってツムラ麦門冬湯エキス顆粒40包をお渡しした4/5 (土) に患者様が気づき薬局に連絡された。すでに数包服用済みだが健康被害ない事を確認患者様へ謝罪しツムラ小青竜湯エキス顆粒をお渡した	小青竜湯と麦門冬湯は外見が類似しており、確認間違えたと思われる	監査時・投薬時の確認徹底	ツムラ小青竜湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
655	ツムラ小青竜湯を渡すべきところを、ツムラ小建中湯を渡してしまった。	集中力が低下する19:30以降の時間帯および、最後の患者ということもあって集中力の低下が起っていた可能性は高い。	ツムラ19.99はデザインも名称もよく似ているため、必ず処方箋と照らし合ったり、患者の症状を確認しながら投薬するなどして、事前に対策を講じることは可能であろうと思われる。	ツムラ小青竜湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ小建中湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
656	ツムラ小青竜湯を調剤するところを麦門冬湯を手に取りその場で間違いに気付いた。	外箱が類似しており、在庫場所にしまう時に確認を怠りしまい場所を誤り発生した事案。	ただしまうだけの業務にせず周囲に置いてある在庫にも気を配りつつしまう事。	ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
657	小青竜湯の処方に対して誤って小柴胡湯を処方してしまった。	少し似た名称であった為。	似た名前の薬剤は離して陳列する。	ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ小柴胡湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
658	9/3に小青竜湯が処方されていたが、誤って小建中湯を渡していたことが患者様の来局により判明。1包服用した時点で気が付いて、後日持参された。こちらの誤りをお詫びし小青竜湯と交換した。患者様に健康被害は認められなかった。	夕刻の繁忙時間帯に来局され、投薬のパート薬剤師も週2回の出勤で、多少不慣れだった可能性あり。また小建中湯と小青竜湯は一見よく似ており間違えやすいこと。初めに処方箋の読み違いがあり思い込んでしまったと思われる。	初心に立ち返り、忙しい時でも必ず調剤したものと投薬するものとは別なものがすること。またそれが不可能な時は、少し待って2人の目で確認してから投薬するように、さらに、患者様の目の前で今一度確認しながらお渡しすることを徹底するようお互い確認しあった。	ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ小建中湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
659	定期的に来局される患者様で漢方で処方されており、いつもの用法は毎食前であったのに対して、ヒヤリ・ハットが起こった日の処方箋には用法が毎食後で記載されていた。鑑査時に薬剤師がこのことに気付いた。	ヒヤリ・ハットが起こった時点の処方箋受付状況は比較的落ち着いており焦りが生じる状況ではなかったが、その日の午前中のピークアウトが13:30頃と普段より長引き入力者に負担が溜まっていたということがヒヤリ・ハット発生の要因と考えられる。	入力後の自己鑑査を実施すること、またその際用法の服用タイミング(例えば食後の「前」や「後」など)にレ点チェックを入れることで、今回のヒヤリ・ハットに対する改善策とした。	ツムラ小半夏加茯苓湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ小半夏加茯苓湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
660	ツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯をツムラ人参養栄湯の場所に保管してしまい。調剤者が気が付かずツムラ人参養栄湯と思い込みピッキング。鑑査時に薬剤師が気が付いたので、患者には渡らなかった。	卸から納品され、調剤棚へ陳列時に外観の色が一緒なので当事者が間違えて陳列。	できるだけ複数人で陳列する。	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
661	ツムラ136清暑益気湯エキス顆粒(医療用)が処方され調剤を行った所、ツムラ46七物降下湯エキス顆粒(医療用)を手に取ってしまった	当薬局では漢方薬は番号順に棚に並べて保管しているが、おそらく納品時にツムラ136とツムラ46は同時納品され、外箱が同色の為同じ薬剤と思い棚へしまったものと思われる	納品時には思い込みをせず一つ一つ丁寧に薬剤を確認して棚へしまう事とする	ツムラ清暑益気湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ七物降下湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
662	患者が持参した処方せんには、ツムラ清心蓮子飲エキス顆粒5g分2朝夕前21日分と書かれていた。それを早とちりで、初めの文字が同じ「清」で5文字のツムラ清暑益気湯エキス顆粒と思い込み、それで調剤した。鑑査時も投薬時もその間違いに気付かず、患者に渡ってしまった。しばらくして、患者が薬局に戻り、ツムラ111番の清心蓮子飲をお願いしたはずだ、と申し出があり、処方せんと確認して、ミスに気付いた。患者にはその場で謝罪し、正しい清心蓮子飲で調剤して改めて投薬した。	勘違いした方の清暑益気湯は、夏バテに使われる薬なので、この季節はよく使われているということもあり、間違えてしまった。漢方薬は漢字で書かれているので、一見しただけではわかりにくいこともある。	薬名などの処方せんに書かれている内容は、見間違いや早とちりのないように、落ちついて見る。特に漢方薬などの漢字が多い名前は注意するようにしていく。	ツムラ清心蓮子飲エキス顆粒(医療用)	ツムラ清暑益気湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
663	事務不在で薬剤師が入力。入力の際に前回の処方内容を参考にしていた。前回処方されていたツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒が今回よりツムラ川きゅう茶調散に変更になっていたにもかかわらず、それに気が付かず前回と同じ薬品を選んで入力してしまった。監査を行なった薬剤師からミスを指摘され正しい入力に修正した。	「川きゅう」という部分のみで早合点しまった。後にお待ちの患者様もおり、焦ってしまった。まだ入力の仕方が未熟であった。	処方箋のコピーをもとに入力しているが、用法や医師からの指示を前回の処方内容を参考に輸入しており前回処方薬が目に入ったことで入力画面で薬の選択を誤ってしまった。入力後に処方箋コピーを改めてチェックし、出力前にミスに気が付くようにする。	ツムラ川きゅう茶調散エキス顆粒(医療用)	ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
664	ツムラ53疎経活血湯が14日分処方されていたが、そのうち7日分がツムラ83抑肝散加陳皮半夏で渡っていた。後日、患者様が飲もうとしたところ違うことに気付き連絡をいただいたことで発覚。患者宅に出向き交換し、謝罪。	薬棚に隣合って置いてあり、色も黄緑で似ていて誤ってピッキングし、監査でも気付かず渡してしまった。	漢方を調剤、監査する時には番号、薬品名をしっかりと見るようにし、薬品棚に取り間違い注意の札を貼った。	ツムラ疎経活血湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
665	大黃甘草湯を調剤すべきところを、芍薬甘草湯で調剤、監査もスルーしてしまった。投薬時、患者様の前で確認時に発見した。	薬剤名称に同じ「甘草湯」が入っていることで思い込み調剤をしてしまった。忙しくない時間だったのにも関わらず、慣れ、慢心から調剤者、監査者ともにスルーしてしまった。	処方箋を確認時、薬品名を声に出しながら調剤する。監査時においても同様に声に出しながら確認する。	ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
666	ツムラ大黄甘草湯が処方されていたがツムラ抑肝散でお渡し。患者様が帰ってから気がつき薬局へ連絡。正しいものと交換した。	薬剤名は違うが包装が黄色で同じだった。調剤も鑑査でも色だけで判断してしまい過誤に至ったと思われる。	調剤・鑑査での薬品名の確認の再徹底を行った。置いてある場所も近いことから棚の配置の検討を行った	ツムラ大黄甘草湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
667	(誤) ツムラ大建中湯エキス顆粒 (生) ツムラ大建中湯エキス顆粒	定期処方として、ツムラ大建中湯エキス顆粒服用中。今回は、ツムラ大黄甘草湯エキス顆粒に処方変更になっていた。処方箋には、2次元バーコードがついているが、入力時は、処方箋FAXが先に送信されていて、読み取りができず、手入力となっていた。大という字をみて、いつものお薬と思い込んでしまった。	入力～投薬まで、気づかずにお薬をお渡しとなってしまう。幸い、服用されておらず、正しい処方薬をお渡しさせて頂きました。ちょっとした思い込みにより、ミスを見落とししてしまうことがあるので、基本に立ち返り、処方箋、処方内容等、見落としがないように細心の注意をもって業務を行うようにする。	ツムラ大黄甘草湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ大建中湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
668	ツムラ大黄甘草湯エキス顆粒105包をお渡しすべきところ、ツムラ抑肝散エキス顆粒が13包混ざった状態でお渡ししそうになった。薬剤師がその患者様の服薬指導している裏で事務員が調剤室の空き箱を片付ける際に、処方されていない抑肝散の空き箱の存在に気づき、薬袋の中身を確認したところ2剤が混ざっていることが判明した。処方箋がFAXで届き、大黄甘草湯42包入りの箱3箱と8包をカゴにセットして来局をお待ちし、来局後に箱を開封して数をそろえようとしていた。しかし、実際には抑肝散が1箱混ざっていた。この2剤は箱の色が同じで調剤した薬剤師も最終鑑査した薬剤師も混ざっていることに気づいておらず、結果抑肝散の箱から13包出して数そろえをし、薬袋に入れてしまっていた。服薬指導中に気づいたため服用はされておらず健康被害もない。	ツムラ大黄甘草湯とツムラ抑肝散は外箱の色が全く同じ黄色の帯である。棚から箱を取る際に「大黄甘草湯は黄色」という感覚でいたため、番号や名称の確認を色だけで判断してしまった。鑑査時は「出そろっている薬は合っている」という思い込みと色の類似で間違いに気づくことができなかった。	漢方を棚から取る際は番号・名称を必ず確認する。鑑査時は「そろえてある薬はどこに間違いがある」という姿勢でチェックする。	ツムラ大黄甘草湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
669	大建中湯を調剤する際、誤って六君子湯を用意してしまった。患者に服薬指導を行う際に誤りに気づき、大建中湯に交換して交付した。	本来薬剤師が二人体制で業務を行っているが、当日は1名が不在であった。また、薬の配置場所を変えたばかりであったため、慣れていない状態であった	漢方薬の配置が密集していたので、それぞれの間に隙間を設けて個々を見やすいようにした。	ツムラ大建中湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ六君子湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
670	ツムラ大建中湯エキス顆粒を調剤しなければならぬところ、ツムラ防己黄耆湯エキス顆粒を調剤。一包化薬と漢方薬をホチキス止めをしてお渡ししている患者様で、ホチキス止めの際に間違いが発覚。外装の色が似ているため、思い込みにより、外装の色にて薬を判断してしまった。	調剤の際、処方箋ではなく薬情を見て調剤してしまった。処方箋による調剤という基本を疎かにしてしまったことが原因。	処方箋による調剤という基本を再度薬局内で徹底する。調剤後は調剤者以外のダブルチェックの後、監査者によるトリプルチェックを必ず行う。	ツムラ大建中湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ防己黄耆湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
671	新患の方で他の薬に注意がいきま、頭数文字読みによる思い込みがあった。大建中湯で調剤して監査時に監査機器のエラー音を確認して発覚。監査中に気がついたので患者に健康被害は出ていない。	新患で年齢とよく出る薬から思い込みがあった。	落ち着いてしっかり処方監査を行うように努める。監査機器のおかげもあるが目視でも焦らずチェックできるようにダブルチェックも再度徹底させていく。	ツムラ大柴胡湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ大建中湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
672	ツムラ大承気湯を調剤しなければいけないところ、名称類似品の大建中湯を調剤して、監査で発見する。	調剤後、二重監査をする様になっているが、一人が一包化の分包をしていたので、一人で調剤する形となってしまった。	一人でピッキングした際も、第三者に確認してもらおう様にする。	ツムラ大承気湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ大建中湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
673	ツムラ猪苓湯 7.5g分3 毎食間で処方あり。医療機関より処方箋FAX送付あり。レセコン入力時に誤ってツムラ柴苓湯で入力し調剤。配達希望あり訪問時の服薬指導において、「膀胱炎のような症状を繰り返している。前の薬が効かなかったので漢方を試す」との情報を入手。帰局後のカルテ記載時に適応を疑問に思い、処方箋を再確認したところレセコン入力間違いが判明した。患者宅に連絡。1包をすでに服用されていた。本人に状況を説明し、体調不良があれば医療機関を受診するよう説明。処方医にも今回の経緯を報告した。	FAXのため文字が見えづらかったことが入力エラーに影響したと考える。また柴苓湯は浮腫症状に頻用されるため、高齢女性に処方される薬剤との思い込みも一因と思われる。	FAXで受け付けた処方箋は字が見えづらいことが多いため、画数の多い文字や見えづらい文字は複数人で確認する。今回は処方理由を考える際にエラーが判明したため、新規処方時には適応を常に考察することも重要と考える。	ツムラ猪苓湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ柴苓湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
674	ツムラ猪苓散で処方されていたが防己黄耆湯でお渡ししてしまい、患者様より番号が違うとの電話があった。	新人の事務員の入力が時間がかり、業務が滞っていたためイライラしてしまった。	事務員の訓練をして業務のスピードアップをはかる。	ツムラ猪苓湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ防己黄耆湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
675	ツムラ釣藤散が70gで処方されており、釣藤散の在庫の大箱から1束+7包とった。1束はツムラ釣藤散だったが、7包はツムラ五苓散だった。鑑査機械に通すときに7包の方のバーコードを読み取り間違いが発覚。戻し間違いがあったと思われる。	同じ色の漢方であり、戻し間違いがあったと思われる。鑑査機械に通すのを束の方で読み込んでいたら気付かず投薬してしまう可能性もあった。	薬を戻すときはよく名前を確認する必要があることを事務員も含めて周知し、鑑査する時は端数も名前が違う可能性があるためすべての薬品名を確認する。	ツムラ釣藤散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ五苓散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
676	8/31 患者より連絡があり発覚。処方は、釣藤散だったが、五苓散を渡していた。翌日持参され、11日分服用されていた。	薬情を見て、ピッキングするため、色が似ていて間違えた。疑義照会があり、気を取られていた。	薬情や薬袋を見て、ピッキングするのではなく、処方箋を見る。漢方は、色が似ている物があるので、特に注意する。	ツムラ釣藤散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ五苓散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
677	五苓散のところ釣藤散を調剤	外観が類似しているため	再確認の徹底	ツムラ釣藤散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ茵ちん五苓散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
678	調剤：処方箋を確認しながら、ポリムスを使用し、調剤を行った。釣藤散計84包 (2箱) を調剤する際、空いている箱が無いとの判断から未開封の1箱をポリムスに通し、2箱目については1箱目の下にあったものを手に取り、ポリムスを通さなかった。基本的に同じ製品が上下で積まれているとの先入観と、同じ色合い、No47、No57と近い数字だったことが気づけなかったことが原因。監査：薬情と医薬品の照らし合わせの際、ランダムに最初に手に取った1束 (21包) のみを釣藤散No.47であることを確認し、そのほかの3束は、帯の色が茶色であることを確認しただけになっていた可能性あり。	漢方薬ツムラ商品は、デザイン的に調剤ミスを起こす可能性があることを再度意識し、No.を1束ずつの確認徹底する。	今回のケースのように同じ製品を複数調剤する場合には1箱目以外にもポリムスを通す、目視での再確認を確実に実施する。	ツムラ釣藤散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ温清飲エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
679	ツムラ当帰飲子が処方されていたが、調剤者が誤ってツムラ当帰湯をピッキングした。投薬者が監査時に発見、正しく投薬を行った。	ツムラ当帰湯の処方がかかり多かったため、思い込みで調剤した。	なるべく多くの人間で調剤、監査を行う。	ツムラ当帰飲子エキス顆粒 (医療用)	ツムラ当帰湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
680	施設入居中の患者さまにツムラ当帰飲子エキス顆粒の処方が出たが、誤ってツムラ当帰芍薬散エキス顆粒を渡してしまった。施設の看護師が気づき、当薬局に電話で連絡があり発覚した。	似た名前間違えた単純なミスだが、調剤者だけでなく、監査者も気づかなかった。	漢方薬は似た名前が多く、間違え易いため、一字一句間違いはないか監査する。	ツムラ当帰飲子エキス顆粒 (医療用)	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
681	ツムラ当帰飲子(86)のところ、当該医療機関でよく処方されるツムラ当帰芍薬散(23)をピッキング。監査者も思い込みで、取り間違いに気付かず監査を終え、そのまま投薬してしまった。投薬時に薬を患者に見せながら確認したが、双方誤りに気付かないまま投薬を終えた。患者が帰宅後、いつもの薬と包装の色が違うことに気づき、薬局に電話を掛けてくださり、過誤が発覚。服用前だったため、すぐに正しい薬と取り替えに自宅にお伺いした。	ツムラ当帰飲子が処方されているのはこの患者のみであり、ピッキング担当者も監査者も「当帰」と見ただけで処方量の多い当帰芍薬散だと思い込んでしまった。監査者は本来処方箋の薬剤名を確認してから調剤された薬品を監査するのに対し、逆に調剤されたツムラ当帰芍薬散を見て、処方箋に(23)とメモ書きをしてしまい、そのまま思い込みで薬品の取り間違いに気付かなかった。	識別番号、薬品名の最後の文字まで一文字監査を徹底する。レセコンの薬品名に漢方の識別番号を表示する設定にしているため、入力とも照らし合わせて全てが合致しているか確認を徹底する。	ツムラ当帰飲子エキス顆粒 (医療用)	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
682	ツムラ38の処方に対しツムラ18番が混入。	ツムラ38とツムラ18が薬品棚内で隣り合っているために取り違いし混入した。	類似包装(赤)であるため、ツムラ38とツムラ18の在庫する棚を変更し、取り間違いを防止するように確認。納品時の棚入れでの間違いも防止の為、朝のミーティングにて再度確認。(在庫する棚の変更についても)1人薬剤師になる時には、外見類似のため思い込み間違いのない様に薬剤師同士再度確認。	ツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
683	婦人科より「ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)」が処方された。調剤者が間違えて「ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)」を調剤した。監査時に監査者が気づいた。錠剤監査システムもピッキング時使用していたが入力前に新患だったため問診票を事前に読んでおり症状が不正出血と書いてあるのでおかしいなと思い処方箋見直したら薬が違った。	最近、面で受けるようになった婦人科処方。月経痛で「ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)」が処方されることが多く名前も類似していたので思い込みで間違えてしまった可能性有。ただし、「ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)」も処方されることがある。	まずは局内で事例の共有。漢方薬は類似の名前も多い為、まずは名前をしっかりと確認し番号でも2重で確認するようにする。棚の配置は番号順で並んでいるためこのまま様子を見る。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
684	当帰芍薬散が処方されている患者に、誤って芍薬甘草湯を調剤しようになった。	当帰芍薬散は当薬局ではあまり調剤されることが少なく、芍薬甘草湯はよく調剤されることが多い薬。そのため、「芍薬」のみから慣れで芍薬甘草湯を調剤してしまったと思われる。	薬局のシステムの鑑査レンジにて、調剤間違いに気が付くことができた。ピッキングの時点でも、名称をしっかりと確認し調剤を行う。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
685	2021年5月某日(火)11時ごろに、平素より当薬局を利用している患者(44歳女性)が処方箋を持って来局した。処方箋にはツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 7.5g 分3毎食前の 28日分と記載されていた。薬剤師A(職種経験年数35年)はツムラ当帰芍薬散を調剤するところを誤ってツムラ芍薬甘草湯を調剤した。鑑査に当たった薬剤師Bは間違いに気づかず鑑査し、交付する薬剤師Cが間違いを発見した。薬剤師Cがツムラ当帰芍薬散を正しく調剤し、薬剤師Dが鑑査した。交付前に発見した為、患者には正しい薬を交付した。	繁忙時の為調剤や鑑査を急いで行っていたことが原因と考えられる。	繁忙時でも漢方の間違いやすい名称のものは、処方箋のコピーに丸印などでチェックするようにする。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
686	足の痛みに対して当帰芍薬散が処方される、足の痛みから芍薬甘草湯の間違いではないかと医師に確認医師の入力間違いであった	病気と薬の適応症があっているか確認	添付文書の確認、熟知	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
687	当帰芍薬散2.5g1日1回眠前30日処方のこと芍薬甘草湯で交付してしまった。本人よりいつもの薬と違うとの連絡あり、交換交付した。	類似名取り換え	入力画面で漢方取り換え注意を記載し注意喚起	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
688	処方箋記載の薬剤(当帰芍薬散)と違う薬剤(芍薬甘草湯)が入力された。調剤した薬剤師は処方箋記載の薬剤を用意していたが、鑑査した薬剤師が入力内容を見て違う薬剤をお渡ししました	鑑査した薬剤師が処方箋をよく見ず、入力により印刷された薬袋を見て鑑査したことによるミス。	鑑査する人は薬袋ではなく、必ず処方箋を確認することを徹底する。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
689	久しぶりに来局された患者様。当帰芍薬散が処方されていたが、誤りで芍薬甘草湯を調剤し患者様に交付した。約1週間後に患者様と処方先の病院から連絡があり誤りが発覚。その後、当帰芍薬散を調剤し直し患者様にお渡しした。	調剤者の知識不足と注意力不足により今回の誤りが発生したと考える。当帰芍薬散と芍薬甘草湯はパッケージの色も異なるため、ピッキングする際に気付くことも可能であった。また、監査を行う際も処方箋と医薬品を見比べながら正確に行うことで未然に防ぐこともできた事例であったと考える。	ピッキングする際は十分に処方箋に記載された内容とピッキングした医薬品が合致しているのか確認することが必要である。丁寧かつゆっくりと調剤、監査を行い、投薬するように日々心掛けていく必要がある。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
690	久しぶりに来局された患者様。当帰芍薬散を処方されていたが、誤りで芍薬甘草湯を調剤し患者様に交付した。1週間後に患者様と処方先の病院から連絡があり誤りに気付いた。その後、芍薬甘草湯を調剤し直し患者様にお渡しした。	調剤者の知識不足と注意力不足により今回の誤りが発生したと考える。当帰芍薬散と芍薬甘草湯はパッケージの色も異なるため、ピッキングする際に気付くことも可能であったと考える。また、監査する時も処方箋と見比べながら監査すれば未然に防げていた内容であったと考える。	ピッキングする際は十分に処方箋とピッキングした医薬品が合致しているか確認することが必要である。丁寧かつゆっくりで良いので正確に調剤し、投薬するように日々心掛けていく必要がある。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
691	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒をツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒で調剤・監査・投薬。薬歴入力時に気づき電話連絡し正しいものをお渡しした。	調剤から投薬までを一人でやったこと(漢方は包数間違えも多い為、薬局内で2重監査を徹底していたが怠ってしまった)用法が手や足がつかった時の頓用であり、芍薬甘草湯と思い込んでしまったことが要因。	調剤・監査・投薬は2人以上の目を通すことを再度徹底する。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
692	定期処方で当帰芍薬散が処方されていたが、調剤者が芍薬甘草湯を調剤し、確認者も見過ごしました。	定期処方の為、うっかり見落としがありました。	確認者がしっかりとチェック体制をとります。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
693	ツムラ排膿散及湯が納品されたところ、ツムラ猪苓湯合四物湯の棚に入っていた。	外観が似ているので、思い込みで棚入れしてしまったと思われる。	番号や色だけでなく、薬品名を読み上げてダブルチェック後棚入れする。	ツムラ排膿散及湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ猪苓湯合四物湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
694	ツムラ排膿散及湯(122番)42包を調剤し交付。翌日、患者より、ツムラ猪苓湯合四物湯(112番)が2包混ざっていると電話連絡があった。お詫びして、2包を交換した。患者は服用前であった。	別の調剤時に何らかの理由で、猪苓湯合四物湯を2包、42包入れの箱に戻す際、誤って排膿散及湯の42包入れの箱に入れてしまったと考えられる。これを気付かずにビックニングし、2包が混入したまま交付してしまったものと思われる。122番と112番で、番号が似ていること、箱と分包品の色が同じであったこと、また混雑する時間であったため確認が十分でなかったことが要因と考える。	箱へ戻す際は複数人数で確認することを徹底する。保管場所をできるだけ離す。	ツムラ排膿散及湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ猪苓湯合四物湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
695	ツムラ白虎加人参湯【34】1日3回毎食前56日分処方のところ、ツムラ加味逍遙散【24】が14日分(42包)混入していた。調剤5日後に棚卸して発覚。患者に連絡し正しい薬剤と交換した。	包装外観の類似(黄色、番号(34と24))による間違い。棚に治まりきらない在庫を棚上に置いていたため、取り間違えてしまったと考える。	同じ薬剤を棚と棚上の2カ所に在庫していたために起こったミス。棚は五十音順、棚上は番号順で並べていたが、棚の場所を広げ、番号順に在庫することとした(在庫を2カ所に置かない)。また、レセコンのマスタに漢方の番号を入力し、調剤録に番号が表記されるようにした。《調剤、鑑査の手順》(1)調剤をするときはまず漢方の番号を調べてから番号で調剤する。(2)鑑査者は処方箋の薬剤名と照合する。(3)さらに調剤録の番号と照合する。	ツムラ白虎加人参湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
696	ツムラ麦門冬湯の処方だったが似ているツムラ小青竜湯で調剤。	患者が多いので忙しかった。外観が似ているので間違えた。	外観が似ているものに関して注意喚起の札をつけた。	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
697	ツムラ麦門冬湯が処方箋に記載されていたが、誤って半夏厚朴湯で調剤。監査者に渡し、監査時に発覚。調剤しなおした後交付した。	連休明けで繁忙であった。焦りもあり処方箋読み間違いと思われる。	急いでも調剤時の確認、監査者に渡す際に再確認の徹底をした。	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
698	処方薬は、ツムラ29麦門冬湯であったが、調剤者が間違っテツムラ19小青竜湯を調剤し、監査者もそのまま気が付かずに、患者さんへお渡しした。患者さんが気が付いて、薬が違うことを申し出てこられた。	今回間違えた薬は、パッケージの色が同じであるが、場所は違う引き出しに入っており、思い込みで調剤をおこなってしまった。監査者は、薬情の写真と薬を照らし合わせて確認したが、番号や薬名の文字を確認出来ていなかった。	漢方薬の場合、色や番号で確認するのではなく、薬品名を確認すること。薬情の写真と薬を確認する場合にも、薬品名を確認することを徹底する。	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
699	ツムラ29を19でお渡し	外観似ていて近い場所に設置している。今後は離して設置する。	必ず番号を確認して、投薬時に患者様ともう一度確認することにする。	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
700	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒処方の所、誤ってツムラ牛車腎気丸エキス顆粒をお渡ししてしまった。	繁忙期、日頃から泌尿器科に置いてツムラ牛車腎気丸エキス顆粒の処方が多く今回も同じと思い監査を誤ってしまった。	特に包装も似ているので思い込まずにきちんと確認の上お渡しする様行う。	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
701	ツムラ八味地黄丸のところ、ツムラ牛車腎気丸で調剤、ピッキングしかけました。	ツムラ漢方は、既製品、分包品のみしかなく、調剤時に主として製剤番号で調剤する時が多いため。	ツムラ漢方を調剤時、投薬時、ともに番号だけを見るのではなく、基本に立ち返り、必ず商品名を確認する。	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒(医療用)	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
702	ツムラ八味地黄丸21包x4が処方された。21包x2足りなかつたので保管だから八味地黄丸を21x2をとったつもりで、ツムラ牛車腎気丸を調剤してしまった。監査・投薬時も色が同じのため一部のみ確認で商品名すべてまで確認できなかった。昼の補充時、他の薬剤師が間違っていることを確認、カメラでも投薬が間違っていることが判明し、患者自宅に訪問服用前だったため、正しいもにに覚えてお渡しした	数が多いとき一部のみの確認で、調剤監査を怠っていた	すべて確認する調剤棚を変更した	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒(医療用)	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
703	泌尿器科のご受診。漢方薬が八味地黄丸のところ牛車腎気丸でお渡ししてしまっていた。残薬があったため、ご本人が10日ほどしてお気づきになり、連絡された。	同時にベオーバが処方されていたが、ベオーバの在庫の確保に気を取られてしまい、漢方は思い込みで調剤してしまったと考えられる。	漢方薬は末尾番号ではなく、順番に配置する。患者さんと一緒にお薬を確認して交付する。	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒 (医療用)	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
704	泌尿器科より、初めての漢方薬として、ツムラ八味地黄丸エキス顆粒が処方されましたが、誤って類似薬であるツムラ牛車腎気丸エキス顆粒を交付してしまいました。患者様が帰宅後に気が付き、すぐに連絡を入れ、交換することが出来ました。	当局ではツムラ八味地黄丸エキス顆粒の取り扱い頻度は低く、ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒の方の取り扱い頻度が多かったため、十分な確認をしないまま無意識に誤った漢方薬を交付するに至ったと考えます。	漢方薬に限らず、全ての処方箋において、基本的なことだが、調剤時は一言一句正確に読み取り、そのうえで調剤を行うことを徹底する。また監査時や投薬時にも気が付ける場面はあると思うので、それぞれの状況においても、誤りはあるものという疑いの目でチェックしていくことで、実際の誤りの早期発見に繋げていく。	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒 (医療用)	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
705	8月11日来局時に「前回もらった漢方薬の中に違う漢方薬が入っている」と薬持参。前回お渡しした漢方薬を手つかずで持参され、ツムラ八味地黄丸90包のうちツムラ半夏白朮天麻湯が42包混入していた。お詫びして正しい薬と交換した。	ツムラ八味地黄丸とツムラ半夏白朮天麻湯が帯の色が同じであった。また棚が五十音順であるため隣同士に並んでいた。鑑査時に漢方薬の帯の色のみ見えていたと推測される。	漢方薬は端数はもちろん、束になっているものも帯の色だけでなく、数字も確認する。	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒 (医療用)	ツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
706	ツムラ八味地黄丸が処方されたところ、ツムラ牛車腎気丸をお渡し。患者様からの連絡にて発覚した	当店では、圧倒的に牛車腎気丸の処方が多いため、思い込みによるものと思われ。外観の色も同じため、監査する者も数の確認に気を取られてしまい、処方内容に注意を払っていなかった。	薬歴に、頻度の少ない処方ものは、注意するよう記載する	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒 (医療用)	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
707	処方入力を半夏厚朴湯のところ半夏瀉心湯で投薬。在庫が合わないことから間違いに気づき患者へ連絡して交換する。	当患者の前回処方半夏瀉心湯であったためD o 処方と判断して入力してしまう。また漢方1種類という気の緩みから本来他のものが監査、投薬するところすべて一人で終わらせてしまった。患者がどちらも処方されたことがあるため投薬時患者も勘違いしていた。	必ず監査、投薬者は別のものが行う。	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
708	ツムラ16番がツムラ116番の束に2包だけ混ざっていました。	外方が同じ茶色のラインで見落としてしまいました。もともと2包返品があったのですが116番の箱に戻し間違えも発生。とる人間が見落とし。後ろのほうに2包閉じてありました。	漢方薬の箱への戻しは2名で確認する。帯で止まっているものは絶対に外さない。帯から外れているものすべてしっかり監査するように注意する。	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ茯苓飲合半夏厚朴湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
709	半夏厚朴湯を取るべきところ、半夏瀉心湯を取ってしまった。	半夏厚朴湯と半夏瀉心湯は名称が類似しており、番号も16も14と近いため間違いやすいと言える。当時は焦っており、番号と名称を最後まで確認せずに薬を取りに行ったことが原因だと思われる。	今回の事例を他のスタッフとも共有し間違えやすい薬として認識・意識させる。	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
710	ツムラ半夏白朮天麻湯で処方されていたが事務員が入力時にツムラ半夏厚朴湯で誤って入力。ピッキングサポートシステムでエラーがかかったことにより発覚。	医薬品の名称が酷似していたことと繁忙時間であったことが原因と思われる。	酷似している名称の漢方はパソコン内の医薬品名称に類似名称品ありのコメントをつける。	ツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
711	【正】半夏白朮天麻湯【誤】八味地黄丸	小包装開封時すべてにPDA通しておらず、漢方棚も隣同士であったため。	「漢方の小包装の開封時に必ずPDAを通す」のルールを順守するようスタッフ全員に通知。間違いやすい配置を変更し、発注中の仕切りが届き次第設置する。並行して複数の業務を行わない。	ツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
712	ツムラ半夏瀉心湯のところツムラ半夏厚朴湯にて調剤しお渡し後ミスに気づき連絡し服用前に交換した。	平素はほとんど厚朴湯ばかりで瀉心湯は1-2名のみ使用であった。	半夏厚朴湯の在庫置き場に半夏瀉心湯ありのメモをつけ周知した。	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
713	患者様からいつもの半夏瀉心湯ではなく半夏厚朴湯が入っていると連絡があった服用前であった。まだ残薬があるので次回来局時に交換となった	半夏厚朴湯が良く処方されるので、確認不足で思い込んでしまった	監査時は薬情 監査支援表の数字 写真と実物を見比べて監査をする	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
714	ツムラ半夏瀉心湯21包が処方されている患者に対し、その21包のうち3包がツムラ柴苓湯が混ざってしまっていた。	ツムラ半夏瀉心湯は14番、ツムラ柴苓湯は114番、ともに黄色の包装。調剤時包しか集まっていなくて、もう3包を取りに行った際あやまって114番を持ってきてしまった。	漢方薬は色がおなじ包装が存在することを意識する。色かいている薬に関しては場所を離すなどの工夫をする。調剤鑑査時1つ1つの番号を確認する。	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ柴苓湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
715	当局でよくでる処方半夏厚朴湯であったため、完全に思い込みで調剤から投薬までしてしまった。投薬時に本人と確認したがご高齢のためと他の薬もたくさんあったため、話を聞いてもうんとうなずいて終わるくらいで漢方薬については詳細が確認できていなかった。往診時に処方医が服用前の半夏厚朴湯を見つけ、発覚。服用前であったので副作用も起きることなく、交換させていただきました。	名称の類似。思い込み。	薬情の写真等で必ず番号まで確認するように意識する。	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
716	ツムラ半夏瀉心湯をお渡しすべきところを、ツムラ大黃甘草湯をお渡ししていた。同じ黄色のラベルの薬包であるため、色味のみで判断を誤った。翌日、発注作業の段階で管理薬剤師が異変に気づき、患者に連絡・確認をとり発覚した	慣れない臨時の薬剤師による投薬ミスであった	薬の配置場所を再検討するとともに、ラベルを貼る等の確認、ダブルチェックのできる体制を整える	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
717	【正】(14)ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒 84包【誤】84包中42包を(114)ツムラ柴苓湯エキス顆粒で交付	調剤日以前での充填ミス、および調剤日当日のピッキング業務でのPDA使用手順の逸脱	ピッキングした人と最終鑑査する人は原則別の者とする。PDA使用方法の再教育。	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ柴苓湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
718	ツムラ補中益気湯が処方されていたが一部ツムラ桃核承気湯を誤って入れてしまう	色が水色だったので本人が鑑査ミスしてしまった	よく確認して調剤する	ツムラ補中益気湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ桃核承気湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
719	4月に処方されて飲まないで保管していた補中益気湯を飲んだら、いつもと違う味で、よく見ると違う漢方の桃核承気湯であった。患者様が薬を持参して下さり、正しい補中益気湯をお渡しした。	補中益気湯がツムラ41で、桃核承気湯がツムラ61、ヒートデザインの色も同じの為、見間違ったと思われます。	焦りがあった時でも、今一度、漢方の番号と名前、薬情の写真をしっかりと確認し、落ち着いて投薬したいと思います。	ツムラ補中益気湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桃核承気湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
720	普段から漢方薬を2種類服用されている方で、うち1剤が処方変更になっていたのも関わらず、処方箋の確認不足で、入力時Do処方として入力してしまった。ツムラ補中益気湯と清暑益気湯の入カミスだったが、薬袋鑑査時に入カミスを薬剤師が発見したため、投薬ミスにはならなかった。	慣れから、確認不足があったのではと思われる。	漢方薬は似ている名前が多いので、名前とともに番号でも確認するようにする。また、漢方薬は1包あたり容量が違っていることもあるため、処方箋自体の間違えも多くみられることから、用量の確認も徹底する。	ツムラ補中益気湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ清暑益気湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
721	防風通聖散が調剤されなければならないところが、防已黄耆湯が調剤されてしまった。	薬品名類似による取り違え	名称類似品の棚には注意喚起のメモを。	ツムラ防風通聖散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ防已黄耆湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
722	ツムラ防風通聖散が処方されたいが、一部ツムラ消風散が混在していた。患者様が気づき残薬を全て持参され現物を確認した。また翌日に日頃処方されない消風散が卸から納品され、誤調剤して空き箱で発注したことはオンラインで確認されており、調剤過誤は確実と考えられる。消風散を何回服用されたかご本人も記憶になく明確ではないが(何包誤調剤したかも不明)、少なくとも1回は服用されている様子であった。残薬から先に服用していたため誤服用は少なくて済んだとのこと。消風散は全て回収し再度防風通聖散を必要分お渡しした。誤調剤について謝罪するとともに体調については何も異変がないことを確認しご納得およびお許しをいただいた。	帯の色が同じ緑色の両者を並べて保管していた。	両方とも包装の帯色が緑色であり、並べて保管してあったため誤ってピッキングし、本体の帯も同じ緑色なので監査も一部の名称のみ確認し計数したための過誤である。また日頃処方されない消風散を発注してしまったのは発注者の当該現場での経験が浅く使用頻度を把握していないためでもある。(把握していればその時に気づけた可能性がある)改善策としては、1. 同じ帯色の漢方薬は離して保管する。日頃処方されない漢方薬は別に保管する。2. 漢方薬の監査は、束ごとに名称を確認し、ばらばらの分はそれぞれ確認する。3. おかしくな発注や納品があれば、うやむやにせず追及する。	ツムラ防風通聖散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ消風散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
723	ツムラ防已黄耆湯の処方であったが、処方入力、調剤、交付までツムラ防風通聖散で実施。薬歴入力の際、薬剤違いである事に気づき、患者に連絡し交換。	処方入力・調剤したものがどちらも同じ異なる薬剤(ツムラ防風通聖散)であったため、説明書と現物が同じであり違和感なく交付したが、処方せんを基に調剤・監査・交付をしなければならぬ	処方せんを基に監査・交付する	ツムラ防已黄耆湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ防風通聖散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
724	ツムラ防已黄耆湯 7.5g 分3毎食間(14) 他 の処方に対し、ツムラ防風通聖散 2.5g * 42包 をお渡しした。	4/1以降の法改正に関する説明事項、確認項目があり、気を取られた可能性がある。	監査写真チェック作業により判明した。この作業は今後も続けていく。スタッフ全員で情報を共有し、再発防止に努める。	ツムラ防已黄耆湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ防風通聖散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
725	名称の似た薬のピッキング誤り。麻杏甘石湯と麻杏よく甘湯。投薬前でダブルチェックで気づけた。	処方せんコピーの薬品名にマル付けチェックして監査しているが一字一目にしかチェックされていなかった。	薬品名は全部マル付けチェックして一字一句違いがないことを確認する。	ツムラ麻杏甘石湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ麻杏よく甘湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
726	麻黄湯と麻黄附子細辛湯の取り違い。	麻黄湯・麻黄附子細辛湯を隣に置いておいたところ、ピッキングで1日3包・28日分、期限違うのがあり、端数を出そうとして混在させてしまった。	箱で出せるものは箱出し調剤を基本とする。	ツムラ麻黄湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ麻黄附子細辛湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
727	ツムラ麻黄湯エキス細粒7.5g3×毎食前90日分の調剤の中に42包ツムラ五苓散エキス顆粒が混入していた。後日薬局内の在庫のズレに気づき該当患者と思われる方に連絡しミスが発覚。同一処方箋内にツムラ五苓散エキス顆粒2.5g頓用疼痛時10回分の処方もあったが、間違ってお渡しした分の五苓散は患者は服用しておらず、麻黄湯42包と交換した。	当日ツムラ麻黄湯、ツムラ五苓散が複数個ずつ納品されており、それを直接用い調剤していたため、取り違いが起きた。監査時複数の麻黄湯の束をすべてきちんと確認せず薬袋に入れてしまった事が原因である。	ツムラ麻黄湯、ツムラ五苓散は同じ色分けがされており、調剤時や充填時には十分注意が必要である。当薬局では取り違いを防止するため引き出しを分けており、今回は充填ミスではなかったが同一色の漢方薬が同時に納品された際には充填時注意をし、監査時も基礎に戻りきちんとすべての薬について確認するように注意喚起をする。	ツムラ麻黄湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ五苓散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
728	ツムラ麻黄湯の処方に対して、ツムラ釣藤散を間違えてお渡しし、直ぐに気づき電話で事情を説明、服用開始前に交換した。	薬品棚のすぐそばにいずれの薬も並んでいた事と、外観の色が同じであったこと。もう一人の薬剤師が昼休み時間に入っていて、きちんとした監査が出来ていなかったのが要因。	薬品棚の配置場所を変更した。	ツムラ麻黄湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ釣藤散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
729	定期受診で来局、一包化で調剤し鑑査・投薬を行う。(鑑査者と投薬者は異なる)二日後、在庫確認中に漢方薬：ツムラ麻子仁丸エキス顆粒の在庫数にずれがある事が判明。類似色・デザインの漢方薬の在庫数も同時に確認したところ、ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒の在庫数のずれと一致していた。該当患者様に電話をし、投薬した漢方薬が処方と異なるツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒である事を確認。直ちに自宅に伺い、漢方薬の交換を行う。漢方薬は残薬があり日数調節も行っていた為手持ち分から服用しており、服用はしていなかった。	漢方薬の残があり日数調節がある事に気を取られた状態で鑑査を行った。漢方薬の番号や名称ではなく、色合いで確認及び判断をしてしまった可能性が高い。また、業務内でツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒及びツムラ麻子仁丸エキス顆粒の使用量が共に上位を占めており、取扱回数の多さから思い込みで鑑査を行ってしまった事も原因と考える。	使用量の多いツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒の保管場所を完全に分け、集集間違いを防ぐ。薬剤情報提供書に記載された漢方薬の番号と実際の漢方薬の番号とを照らし合わせ、ダブルチェックを行う。調剤録にも番号を記載し、確認を徹底する。	ツムラ麻子仁丸エキス顆粒 (医療用)	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
730	患者が定期薬の処方せんをもって来局。調剤者の薬剤師がピッキングの際ツムラの漢方の番号を誤ってしまった。鑑査の事務員が気づき調剤者に伝え正しい薬剤を患者に渡せた。	漢方の包装箱の色が同じであり、番号が1桁違いのものを取り間違えてしまった。	漢方を棚に並べて納めているが、ツムラの同じ色の包装箱は昇順番号が前後しても、横に並べないように変更・徹底した。ピッキングの際は漢方の番号と薬品名を確実に確認するように徹底した。	ツムラ麻子仁丸エキス顆粒 (医療用)	ツムラ清暑益気湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
731	ツムラ木防已湯 (36) で処方されているところを、ツムラ防已黄ぎ湯 (20) で調剤し投与する在庫確認時、発覚。患家に連絡しお詫びして正しいものをお渡しする	防と巳の字を目視しただけで、防已黄ぎ湯と判断し調剤、そのまま他人に確認してもらわずそのまま鑑査し、投与してしまった。	他人に確認をしてもらう。ツムラの番号を調剤前に記載してもらうようにする	ツムラ木防已湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ防已黄膏湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
732	ツムラ抑肝散が処方されていたところツムラ加味逍遙散が混ざってしまっていた。患者様が帰宅後に来週分の薬をセットしようとして気付いた。	番号順に並べて置いてあったが開封してある54番の箱の下に未開封の24番の箱が置いてあったが色が同じだったため気づかず54番と思い込み調剤してしまった。また繁忙だったため一人鑑査になってしまい、間違いに気づけなかった。	ツムラの漢方は下1桁が同じものは同じ色分けにされているため、しまうとき、調剤する時、鑑査する時に十分注意する	ツムラ抑肝散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
733	【正】ツムラ抑肝散 120包【誤】ツムラ抑肝散 78包 ツムラ大黃甘草湯 42包	調剤時、一部PDA未使用あり、他薬混入。	PDAの使用方法について再度説明し、PDAを使用してピッキングしたものと使用していないものをしっかりと区別して、調剤業務をおこなうようにする。全ての薬品について、処方箋に薬品を当てて一文字鑑査を行うことを徹底する。	ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)	ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
734	ツムラ抑肝散を取り揃えるところ、ツムラ加味逍遙散の新包装を開封し、抑肝散と加味逍遙散が混ざった状態で取り揃えてしまった。その後、抑肝散を在庫する場所に加味逍遙散が補充されている事に気が付き、補充ミスをしている事が発覚した。	処方せんを見て、「加味逍遙散ではなく抑肝散を」と思いながらピッキングをしたが、その意識につられて加味逍遙散が刷り込まれて補充してしまったことが要因。また、外観や効能が類似していることも要因の一つである。	一人でも2度、3度とチェックをする習慣を付ける。	ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
735	施設患者の処方において、ツムラ抑肝散1包分1朝食前35日分のところ、28日分だけ大黃甘草湯で調剤されているとの指摘有り。関連時の写真では表面は抑肝散であったが、実際に大黃甘草湯が存在することと在庫ソフトを確認したところ同数量の誤差があったため、過誤と判断。お和議したうえで、業後誤ったものを回収し正しいものをお届けした。	双方の漢方薬は同じ色であり、28日分だけ大黃甘草湯で調剤されているとの指摘があったことが考えられる。	ピッキング・監査の際には束の違うものもそれぞれ薬品名を確認し、束の数量も確認することとする。	ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)	ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
736	ツムラ54番が処方の所 24番と取り間違え	薬品が入っている引き出しが一段違いで同じ黄色い包装だったため薬品名を確認しなかった	引き出しの場所の変更	ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
737	ツムラ抑肝散の調剤の中に加味逍遙散が混同されていた	調剤繁忙時に、ピッキングした加味逍遙散を箱に戻す際、間違えて抑肝散の箱に戻した。	処方箋、薬袋、薬剤をもれなく確認し、特に漢方薬の同色に関してはきちんと指差し確認する。	ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
738	事例発生前日、当該医薬品を含む計11品記載の処方箋を応需・投薬。事例発当日、患者入居のケアハウス職員より「ツムラ抑肝散ではなく、ツムラ牛車腎気丸が交付されていて、それに気づかず今朝1回服用してしまった。」との訴えがあり、薬局内在庫を確認したところ、ケアハウス職員の訴え通りツムラ抑肝散とツムラ牛車腎気丸の交付間違いが発覚。直ぐに交換の為ケアハウスを訪問し、謝罪すると共に、処方元医療機関に詳細を報告。双方からお叱りの言葉を受けた。	当薬局では漢方薬は一つの棚にまとめて保管しているが、薬剤を揃える際に漢方薬の箱とパッケージを処方箋内容とよく確認せずに揃えてしまったミス、ツムラ抑肝散・ツムラ牛車腎気丸共に2.5g分包品であった事で間違いに気が付かなかったミス、監査すべき処方箋が溜まっていたので、監査者が急いで監査した事で漢方薬のパッケージ等を良く確認せず監査をしてしまったミス、それらが重なって起こったものと考えられる。	漢方薬の箱はメーカー毎にほぼ同じデザインであるので、取り違える可能性が有る事を十二分に理解し、その上で良く処方される漢方薬に関しては同じ棚に入れる際には位置を離す、別の段に入れて保管する等の取り違え防止策を施すと共に、ゴミが増える事になるが包装規格を変更し、箱の大きさでも違う薬剤である事が分かるように工夫する。	ツムラ抑肝散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
739	ツムラ抑肝散の処方に対して、ツムラ大黃甘草湯をピッキング。監査・投薬者が間違いに気づいた。	どちらも黄色のラインが引かれており外見が似ていたため取り間違えた。	下一桁が同一のものは同じ色になるため、必ず名称を確認してピッキングするよう周知。名称類似も多数あるため、一文字ずつチェックするよう徹底。	ツムラ抑肝散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
740	抑肝散が以前から処方されている方。抑肝散に交じって加味逍遙散が入っていることが監査時に発覚	納品されてしまう際に漢方薬は色の同じものは離しておくように決まっていたが、色で見て違う薬剤を同じ場所においてしまった。調剤時は違う漢方が混ざっていることを見落とし正ししいものと間違えたもの両方で調剤した。	納品時は外観だけでなく医薬品名までしっかり確認することを徹底する	ツムラ抑肝散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
741	棚卸時に在庫数のずれが発覚。3か月経過してしまっており、服用終了していると思われる為、患者様ご本人にはお伝えしていない。7~9月の間はいつものようにご家族が来局されており、体調等に変化がないことは毎回確認していた。	箱の色、番号などが似ていた為、取り違えたことが要因として考えられる。監査機でNGが出た際もスルーしてしまった。	何度も確認を行う。	ツムラ抑肝散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
742	ピッキング間違いを監査時に気づけず。	抑肝散がよく出るため、慣れによってたまに出る抑肝散加陳皮半夏を見落とししたと思われる	電子薬歴にピッキング注意の旨を表示	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒 (医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
743	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒処方のところツムラ抑肝散エキスで交付してしまった。(調剤者と鑑査者は別人・調剤者は発見者と同一人物) そのあと同日中に別の患者様のツムラ抑肝散を調剤する際、在庫が少ないことから出し間違いが発覚。服用前に正しい薬剤と交換に伺い、健康被害はなかった。	処方箋をよく確認せず、調剤・鑑査を行った。鑑査機器の使用を怠ってしまった。	処方箋をよく確認して調剤・鑑査を行うこと。鑑査機器は必ず使用すること。ダブルチェックをしていても出し間違いがあったことを薬局内に周知徹底し、各人が責任をもって業務にあたるよう注意惹起を行った。	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒(医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
744	ツムラ抑肝散加陳皮半夏が処方されていたが、抑肝散を取り揃えた。	慣れや慢心によるミス。	今回は、薬剤師によるダブルチェックがきちんと行われた為、投薬前に気づくことが出来たが、そもそも薬の頭3文字だけを見るのではなく、規格や剤型などの確認も踏まえ、最後まで確認するように日頃から心がける。	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒(医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
745	ツムラ抑肝散陳皮半夏エキス細粒 1日7.5g 1日3回毎食間 28日分の処方。しかし、薬剤師が誤ってツムラ抑肝散エキス細粒をピックアップしてしまった。別の薬剤師が鑑査時に気が付いた。	・薬品名を最後まで読まずにピックアップした。・多忙であり、焦りがあった。	・思い込みによるピックアップミスを防ぐために、薬品名を最後まで指差し呼称する。	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒(医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
746	漢方薬取り間違い 53番と83番緑の包装で勘違いで取ってしまった	忙しい時間で間違えて番号で取ってしまった	同色の番号は場所を変える 番号、名前の勘違い確認不足もあったので 監査チェックをしっかりとる	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒(医療用)	ツムラ防己黄耆湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
747	事務員が調剤行為を行っており、ツムラ抑肝散加陳皮半夏が処方されていたところ、取り違えてツムラ抑肝散で調剤。鑑査時に薬剤師が調剤監査システムによるエラーで間違いに気づき発覚。	非薬剤師による調剤行為が進んでいるので、監査システム使用の徹底だけでなく名称類似品やヒート類似品の教育や棚に注意書きを貼るなどの工夫も行っていく必要がある。	名称類似品やヒート類似品の教育を随時行っていく。	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒(医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
748	ピックアップ時に抑肝散と処方箋に書いてるのが見えたので抑肝散をピックアップしたが続きに加陳皮半夏を見逃していた。他の薬をピックアップ中に他の薬剤師から指摘され気付く。	思い込みによるピックアップでのヒヤリハット。最後まで処方箋をきちんと見てからピックアップするべきところを急いでいたので頭文字だけみてピックアップしたことが原因。	ピックアップする薬剤師と監査する薬剤師が別なので思い込みでの過誤を防げた。また監査システムを通すことで過誤を防げた。	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒(医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
749	薬剤名が類似しており、ミスに気付かず投薬。	薬剤名類似、繁忙時期もあり、ピッキングミスに気付かず、そのまま投薬。患者様が帰宅後、気付かれお電話をいただく。長期服用中の薬であったため、服用前に取り替えることができました。	漢方保管場所にプレートを置き、取り間違いのないよう注意できるようにしました。	ツムラ苓桂朮甘湯	ツムラ苓姜朮甘湯		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
750	【正】ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(医療用) 【誤】ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒(医療用)	新しい漢方薬が処方されていて入力時に間違えた	投薬時、患者様と話が合わない場合は必ず戻って(処方箋・薬剤の鑑査など)確認する。場合によっては疑義照会。最終監査時の1文字監査時は他の事(薬歴を見る・調剤に廻る等)をせず集中して行う入力時に新規や変更があった場合は初期監査に伝える。入力照合は処方箋を先に指さし、調剤指示書をなぞる漢方薬は必ず1文字監査を行う。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
751	ツムラの苓桂朮甘湯が処方されたが、間違っってツムラの苓姜朮甘湯を投薬してしまった。	漢方薬を調剤したものが苓姜朮甘湯を調剤し、不足がありますと言っていたのでより不足の数の確認に意識がいきってしまい肝心の薬そのものの監査をおこたってしまった。	漢方薬は名前が似ているものもあるので、しっかり処方せんと見合わせる。薬情に印刷される写真の漢方の番号とも合わせて確認する。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
752	めまい症状の患者にツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒処方。疑義照会によりめまいに適応があるツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒に処方変更	今回処方応需。お薬手帳より、1週間前に近隣耳鼻科でツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒、ベタヒスチン、アデホスコーフ顆粒など7日分処方あり。今回ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒が処方されており、ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒はめまいの適応がないため、患者に聞き取り。ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒適応の腰痛や夜尿症などない。めまい症状のみであると確認し処方医に連絡。ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒に処方変更となった。	類似名称薬品をリストアップし注意喚起	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
753	患者が処方箋を持って来局。ツムラ苓桂朮甘湯が処方されていた。薬剤師A(職種経験年数3年)がツムラ苓桂朮甘湯を調剤するところを誤って苓姜朮甘湯を調剤し監査に回した。薬剤師Bが監査を行った際も誤りに気付かず、投薬時に患者本人が気付き発覚。すぐに正しい薬を用意し交付した。	ツムラ苓桂朮甘湯とツムラ苓姜朮甘湯が名称が似ていたため間違えた。苓姜朮甘湯を手にとった際に、正しいものと思い込んでしまった。	保管場所に類似名称の注意書きをし、取り違い防止のための注意喚起をした。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
754	以前からめまいでトラベルミンを当薬局で投薬、今回初めて漢方薬を処方されたとのこと。薬局の在庫がないものだったので急いで注文をしたが、(39番)苓桂朮甘湯と(118番)苓姜朮甘湯とを一時違いで間違えて注文。入荷後に患者に投薬した。1週間後に在庫システムのマイナス在庫の表示から調剤ミスに気づき、患者には苓桂朮甘湯をお渡しし、間違えた苓姜朮甘湯を回収しお詫びした。8日間で7包を服用し、「便秘ではないがお尻のあたりがモゾモゾした」とのことだった。処方医にミスと患者の体調変化を報告した。	ツムラの漢方の番号が入っていなかったこともあり、一時違いに気が付かなかった。在庫のない薬剤が処方されたため、発注、患者への入荷の説明の手間が増えた。	治療疾患と処方目的を確認。漢方薬名は一字違うことで異なる適応のため、一字一字の確認を徹底する。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
755	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(39)が処方されたが、薬剤師がツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒(118)を調剤してしまった。類似名称であるが、監査薬剤師が間違いに気づき過誤は防いだ。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(39)とツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒(118)は1文字違いで非常に似た名前である。類似名称を意識して調剤する必要がある。	名称が類似している薬は数多くある。それぞれを意識して確認する必要がある。名称が類似している薬を抽出し表にすることにより共通の認識を持つ。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
756	苓桂朮甘湯処方の患者に、苓桂朮甘湯と麦門冬湯を混在させて調剤してしまった。	苓桂朮甘湯の箱に麦門冬湯が入っていた為と思われる。双方とも帯の色がピンクで同じ為、番号を確認せず調剤してしまった。鑑査機を通す際に、苓桂朮甘湯の下に麦門冬湯を重ねてしまったため画像判断で正となり、誤りに気づけなかった。	鑑査機を通す場合に21包の束の下に端数を重ねないようにする。漢方調剤時と箱に戻す際は、名称と色と番号を確認する。鑑査機で正となっても、再度処方箋と実物を確認する。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
757	めまいの主訴で来局された患者様にツムラ 苓姜朮甘湯エキス顆粒が処方されてきた。 症状から入力ミスの可能性あるため疑義照 会した。その結果ツムラ苓桂朮甘湯エキス 顆粒に変更になった。	漢方薬はよく似た名称の薬剤があり、一字の 違いで、効果も異なることがある。	患者様が何故受診されたかについてしっかり 確認する。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス 顆粒 (医療用)	ツムラ苓姜朮甘湯エキス 顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
758	ツムラ118の苓姜朮甘湯処方であるのにツ ムラ39の苓桂朮甘湯にて入力があり、監査 機の内容で調剤	苓姜朮甘湯と苓桂朮甘湯は普段より注意して いるが、いつもと違う環境にて処方箋ではな く入力後の監査機を信じて調剤→その後患者 代理のヘルパーにもふらつきの漢方というこ とを確認したが、患者ほどの疎通はできてお らず、数時間たってから発見に至った	監査機や入力を優先して信じないように気を 付ける	ツムラ苓姜朮甘湯エキス 顆粒 (医療用)	ツムラ苓桂朮甘湯エキス 顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
759	処方箋に苓姜朮甘湯とあったが、誤って苓 桂朮甘湯を調剤してしまった。交付時、渡 す前に間違えに気づき問題とならずに済ん だ。	名前が類似しており、確認不足だったと思わ れる。	今後間違えないよう、薬品名に類似注意の 旨、表示を付けた。	ツムラ苓姜朮甘湯エキス 顆粒 (医療用)	ツムラ苓桂朮甘湯エキス 顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
760	苓姜朮甘湯と苓桂朮甘湯の取り違い。患者 来局時に在庫がなく、近隣薬局に小分けを 求めたときに気づいたため交付には至らな かった。	苓姜朮甘湯も苓桂朮甘湯も薬局には在庫がな く、扱いたれた薬剤ではなかった。苓姜朮甘 湯という漢方があることを知らなかった。苓 桂朮甘湯は知っていたが、ツムラの漢方包装 の色合いが似ていたこともあり (赤とピン ク) 取り違えていることに気づかなかった。	・字のイメージ、包装のイメージではなく薬 剤名をきちんと読む。・普段扱いがない薬に ついては日々勉強する。	ツムラ苓姜朮甘湯エキス 顆粒 (医療用)	ツムラ苓桂朮甘湯エキス 顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
761	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒(TJ-118)が処 方されたが、ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒 (TJ-39)を調剤してしまった。処方入力中 の事務員からツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒 の在庫が無いと伝えられて、調剤した薬剤 が間違えていると気付いた。	普段から通院している患者にツムラ苓姜朮甘 湯エキス顆粒が初めて処方された。漢方薬が 処方されることが多い患者で以前から色々な 漢方薬が処方されており、同じ漢方薬でも中 止になったり再開になったりを繰り返すこと が多かった。ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒は 以前に処方されたことがあり、この漢方薬も 中止や再開を何度か繰り返していたことと、 ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒という類似薬が あることを知らなかったことで思い込み調剤 をしてしまった。	処方された医薬品名は最後の文字まで確認す ることを徹底する。また、自己鑑査により調 剤後も調剤した薬品と処方箋の薬品の照らし 合わせを行う。類似名称品がある薬品につい ては注意喚起の札を付ける。	ツムラ苓姜朮甘湯エキス 顆粒 (医療用)	ツムラ苓桂朮甘湯エキス 顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
762	投薬時、ツムラの苓姜朮甘湯とツムラの苓桂朮甘湯の取り違えが発覚。	医薬品名の類似。	漢方の番号を薬歴に記載し、名称の一字ずつを確認する。	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
763	2020年12月16日に、在宅患者の24歳男性に、ツムラ六君子湯が処方された。事務員が、調剤時に、ツムラ六君子湯の箱に、ツムラ当帰芍薬散が14包混入している事を、事務員が発見した。直ぐに、直近で、ツムラ六君子湯を調剤し交付した患者に、ツムラ当帰芍薬散を渡していないかどうかの確認の電話したところ、幸いにも、患者全員、ツムラ六君子湯である事が確認ができた。	2020年12月16日以前に、薬剤師または事務員が、ツムラ当帰芍薬散を調剤した際に、数の間違えたと気づき、ツムラ六君子湯の箱に戻し間違えてしまった可能性がある。ツムラ六君子湯とツムラ当帰芍薬散は、包装デザインが、同じ黄緑色で、似ており、その色だけをみて、戻し間違えたのではないかと考えられる。	調剤に関わる者が、日数が減り、薬を元の場所に戻す時も、戻すまでが調剤である意識し業務にあたる。	ツムラ六君子湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
764	ツムラ六君子湯が105包されていたが、42包ツムラ疎経活血湯を混ぜてしまっていた	六君子湯と疎経活血湯が同じ黄緑色で横並びに置いていたため、調剤時に混ぜてピッキングしてしまった	同色系のツムラ漢方薬は並ばないようにし、今回の六君子湯と疎経活血湯は小箱と大箱と分けて発注するようにして混同しないよう配慮した	ツムラ六君子湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ疎経活血湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
765	ツムラ六君子湯に疎経活血湯が混ざってしまった	色が似ているので離していたが、近くにあった	配置の見直し	ツムラ六君子湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ疎経活血湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
766	六君子湯を調剤するところ、六味丸を間違えてピッキング	漢方薬の名前を見間違えてしまった	漢方薬は名前が似ているものが多いので、調剤時に漢方の番号を確認する	ツムラ六君子湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ六味丸エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
767	六味丸のところ、六君子湯でお出しし、服用し、間違っていると来局。謝罪し、健康被害ないこと確認いただき医薬品をお渡しした。医師に連絡し謝罪し今後注意を強くすることを伝えた。	名称が似ているための間違いと思われる。忙しい中でのこともあり、間違えた。	監査の手順の徹底	ツムラ六味丸エキス顆粒 (医療用)	ツムラ六君子湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
768	処方せんに、これまでに処方されたことのない漢方薬の名称が記載されていたため、患者様に状況を確認した。すると「足がつついた時に飲む漢方薬を出しておく」とDrから説明があったことが分かった。その為、名称が似ている「芍薬甘草湯」との間違いではないかと判断し、処方元へ疑義照会し、「芍薬甘草湯」へと変更になった	処方元のオーダーリングシステムは頭文字3文字検索なので、類似名称はご入力しやすい。そのことが原因となって今回の事例が発生したものと思われる。	新しい薬剤が処方されたときは、患者様に状況を丁寧にお伺いして、その処方であっているのか、もしくは類似名称の医薬品との入力間違いなのか、そのあたりを判断する必要がある。処方内容をうのみにしないようにする。	ツムラ炙甘草湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
769	1/25 当該患者が来局、「いつも飲んでいる漢方だが間違っって別の漢方が入っている」1/15に受け取ったが、残薬がありそれを飲んでた。1/23に残薬がなくなり、受け取った薬を開けたら違う薬だったので飲まなかった。土曜日から今日(1/25)までは飲んでいない。	ツムラの68と108は同じ赤のパッケージで、薬局採用がどちらも大箱であり、大箱の採用は少ないため、間に1つ別の漢方が陳列されてはいるが見誤ってピッキングする可能性はある。当日は常勤でない薬剤師が監査投薬だった。	監査・投薬を行う際は、以下、基本を徹底して過誤を防ぐ。 ・入力内容確認と一緒に薬剤の確認を行い、また薬袋に入れる際にも処方箋・入力内容を見比べて確認する。 ・手の空いている事務職員の協力を得て薬剤の確認を行う。 ・薬情、処方箋をご本人示しながら薬剤を確認する。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
770	芍薬甘草湯が処方されていたにもかかわらず、当帰芍薬散を調剤した。妻より確認のtelで発覚。日常的に芍薬甘草湯を服用されていた。	調剤された物をそのまま投薬。当方の事務における入力ミス、調剤録確認ミス。患者さんの前での薬品を示しての確認をしていなかった。	全ての作業行程でしっかり確認する。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
771	調剤者は、ツムラ68の箱から28包取り出し、輪ゴムで束ね、監査者は、薬の束の最上面の薬剤名、番号と全包数を確認して投薬した。患者より「ツムラ68 (芍薬甘草湯) 28包中15包が、ツムラ138 (桔梗湯) だった」と連絡があった。服薬前であり、お取替し謝罪した。	ツムラ68の箱の中に、ツムラ138が混入していたと思われるが、調剤者も監査者も気づかなかった。ツムラ68と138は包装の漢方番号部分の色が同じ赤であり、間違えやすい。	・箱から取り出した薬をもとに戻す場合は、戻し間違いを防止するために、他者に確認してもらう。 ・束ねられた薬は、最上面だけでなく、他薬混入がないかを全量確認する。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桔梗湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
772	ツムラ芍薬甘草湯(68番-赤)の箱(189包入り)に、ツムラ黄耆建中湯(98番-赤)が42包(2束)混在しており、ツムラ芍薬甘草湯91包処方時にツムラ黄耆建中湯が混在したまま気づかずに調剤・監査・交付してしまった。	本事例が生じる前に、ツムラ黄耆建中湯(98番-赤)の処方があったが、それがキャンセルになり、箱に戻す際にツムラ芍薬甘草湯(68番-赤)に戻されていた。そして、本事例の調剤・監査時に名前を確認せず、番号と色だけを確認して交付してしまった。芍薬甘草湯の箱に別のものが混在しているはずはないという先入観と名前をひとつひとつ丁寧に確認しなかったこと、番号と色の類似があったことに原因があると考えられる。	処方キャンセルになった薬剤を戻す際のダブルチェックと、調剤・監査・交付時それぞれで丁寧にひとつひとつ確認する。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ黄耆建中湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
773	ツムラ芍薬甘草湯エキス細粒の処方記載あり。思い込みによりツムラ当帰芍薬散を調剤。監査時に取り違えに気づき適切にお渡し。	思い込み調剤。	処方箋記載の薬剤は剤形、規格まで最後まで目を通してから調剤する。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
774	ツムラの68芍薬甘草湯を調剤しようとしたところ、箱の中に108人参養栄湯が入っていることを発見した。在庫数から他の患者へは投薬していないことを確認。	芍薬甘草湯は普段からよく処方になる薬。人参養栄湯は減多に調剤しない。68と108で同じ赤い色のため、戻し間違えた可能性がある。	不要になった薬や誤って調剤した薬はその場で戻さず、プール箱に入れる。時間がある時に必ず2人で確認しながら戻すことを徹底する。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
775	ツムラ芍薬甘草湯の処方に対し、ツムラ葛根湯を調剤した	患者が多い時間帯で慌てていた、早く処方薬を渡そうとして、調剤・監査を1人でしたため、見落とした	監査は調剤者と別のつのがすることを徹底するようにした	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ葛根湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
776	ツムラ68芍薬甘草湯エキス顆粒が処方され、調剤した中にツムラ78麻杏よく甘湯エキス顆粒が混在しているのを監査中に薬剤師が発見。	在庫しているものがどちらもツムラの42包入りの箱のため外観が似ており同じ赤色の為、新しい箱を開封時に混在したと考えられる。また、2つの薬品が隣同士に並んでいたのも要因だと考えられる。	端数の監査時に輪ゴムをとって、ヒートの確認の実施。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ麻杏よく甘湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
777	漢方の処方変更に気付かず前回と同じものを処方入力してしまった。	漢方に関する知識がない。	必ず処方箋を見て入力する。QRコードがあるときは必ず用いる。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ葛根湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
778	ツムラ68を調剤していて、足りないため新しい箱を開けて補充して用意した。新しく開けた箱はツムラ48で68と48を混在して調剤してしまった。しかも48を68の下に挟んで用意したため間違いに気づきづらかった。	忙しい時間帯で確認がおろそかだった。漢方をしまうときに68の列に48をしまっていたので、目視せず手に取り、開けて束ねてしまった。	68と48の配置を速くに離した。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ十全大補湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
779	バルサルタン40mgで渡すところを、テルミサルタン40mgで渡してしまっていた。本人はデザインが変わったのかな? と思い、特に気にせず服用していた。痔の手術で入院時に持って来た薬がテルミサルタン40mgだったため、病院薬剤師が間違いに気づく。服用での体調不良等は無し。同じARBであることと、mgが同じで確認の注意不足であった。	患者が混んでいて、落ち着いて調剤できていなかった。もう少し慎重に確認をしていくよう心がけていく。	監査をしっかり行う。処方箋入力と内容のチェックを核計にやっていく。	ディオバン錠 40mg	テルミサルタン錠 40mg 「FFFP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
780	今回ディレグラ交付のところをトラムセットをお渡し、患者帰宅後気が付き薬局へ電話、交換を行う。	場所が近い。外観が似ている。	場所の変更。投薬時の再確認	ディレグラ配合錠	トラムセット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
781	デエビゴ錠10mg処方内容(一包装指示あり)の所、監査で見落としでしまいデエビゴ錠5mgで調剤しお渡ししてしまった。	午前中の忙しい時間帯にFAXと処方箋の持ち込みが重なってしまい、患者様がお待ちになっており、早く作らなければと焦ってしまった。	混んでいる時はどれくらい時間が掛かるか声掛けを徹底する。	デエビゴ錠 10mg	デエビゴ錠 5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
782	デエビゴ前回まで5mgだったが、今回から10mgに増量入力時過去データをそのまま引用し、気づかず調剤監査投薬1週間後調剤録を再確認していたところ気づき、患者に連絡し謝罪、正しい量お渡し患者の体調に影響はなかった	確認不足 入力者調剤者監査者それぞれが、確認不足であった	処方せんをそれぞれがきちんと確認する	デエビゴ錠10mg	デエビゴ錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
783	施設入居の患者で一度に予製を調剤。数人分の散剤予製のうち一患者の散剤を間違える。チェッカーにて発覚後、撒き直してカレンダーにセットする。	一時監査の徹底	チェッカー前の薬の確認を徹底	テオフィリンシロップ20%「タカタ」	テルネリン顆粒0.2%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
784	一般名処方ではテオフィリンシロップ用が処方されていた。同時にフルコトF軟膏が虫刺されで処方、患者様から咳は出ていないとのことで医師に疑義照会した。ケトチフェンシロップに訂正となった。	商品名から一般名処方が多くなっている。	問診をきちんと行うようにする。	テオフィリン徐放DS小児用20%「トローワ」	ケトチフェンDS小児用0.1%「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
785	テオフィリン徐放錠100mg「サワイ」のところ、誤ってテオフィリン徐放U錠100mg「トローワ」を調剤した。	調剤者の経験不足によるミス	指導、監査の徹底	テオフィリン徐放錠100mg「サワイ」	テオフィリン徐放U錠100mg「トローワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
786	昨今一般名処方では処方されるケースが増えたが、一方で処方病院の院内採用マスタ(販売医薬品名)で処方されるケースがある。今回テオドール錠100ミリグラムと記載された処方箋から、入力の段階で「テオフィリン徐放錠100ミリグラム サワイ」へ正しく変換された。しかし事務員によるピッキングの段階で、テオフィリン徐放U錠100ミリグラムが調剤され、一包装された。鑑査段階でも気付かなかった。施設入所者のため、ケースにセットしており、セット分の鑑査時に以前と異なる錠剤が入っていることからミスに気付いた。	一般名処方ではなく、販売医薬品記載処方から薬局内の後発品へ変更する際に、正しく変換されなかった可能性がある。類似医薬品が多数存在するため、誤った選択をしてしまった可能性がある。知識不足だった可能性がある。普段の調剤業務からの慣れが生んだミスだった可能性がある。	作用時間の異なる製剤について、改めて周知するよう情報共有を行う。テオフィリン、ニフェジピンなど作用時間の異なる医薬品があることを周知し、処方された際は適切な医薬品を選択するように注意する。入力者、調剤者、監査者と段階に分けて複数名で確認する。	テオフィリン徐放錠100mg「日医工」	テオフィリン徐放U錠100mg「トローワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
787	一般名処方【般】テオフィリン徐放錠200mg(12~24時間)を【般】テオフィリン徐放錠200mg(24時間)と勘違いして入力していた。	来局者が多く、忙しい時間だった為、焦りからミスをしてしまったと思われる。	事務員が処方入力した後、薬剤師が調剤を始める前に必ず入力内容を確認する。	テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」	テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
788	一包化の患者で薬剤師Aがピッキングをして薬剤師Bが監査及び一包化をする。後発品の供給が不安定で類似の「テオフィリン徐放U錠200mg」を間違えてピッキングをしました。本来は「テオフィリン徐放錠200mg」です。薬剤師Bが薬剤師Aに今日の治療薬の「テオドール錠200mg」と「ユニフィルLA錠200mg」が違うことを説明し、薬剤師Aがメーカーに電話で全くの別物と確認をする。後発品のテオフィリン徐放錠200mgは出荷調整のため先発のテオドール錠200mgを調剤しました。	薬剤師Bはテオフィリン徐放U錠200mgの“U”に着目して今日の治療薬でテオドールとユニフィルLAの用法がそれぞれ違うことで監査の段階で判明。	後発品の安定供給ができていないため、類似の商品名で間違えてしまった。先発品のようにテオドールとユニフィルLAの名称が似てなければ間違えはないであろうと考えられる。	テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」	テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
789	一般名処方テオフィリン(12~24時間)の処方あり。患者様が後発品希望のため後発品へ変更を検討。候補にテオフィリン徐放錠と徐放U錠があり、誤って徐放U錠で入力。印刷し監査台に掲示していた、社内通知の間違いやすい医薬品例の1覧を、監査者が確認。入力の誤りに気付いたことで、テオフィリン徐放錠を正しく交付することができた。	一般名から後発品への変更があまりないため不慣れであったこと。当事者の定期的な情報確認不足。	目につきやすい位置への情報の掲示。情報の再共有とミーティング実施。	テオフィリン徐放錠200mg「日医工」	テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
790	当該事務員が処方薬:テオロン錠100mgをレセコンにてテオドール錠100mgと誤入力。薬情薬袋・お薬手帳の記載がテオドール錠100mgとなっていることを当該薬剤師が鑑査・交付時に気づかず投薬。後日受診時他の薬剤師がお薬手帳確認時に過誤に気づき修正・謝罪。	繁忙時に処方内容の疑義照会や処方変更・修正なども重なっていた。	●レセコン入力後の再確認●交付時、薬袋情報と処方薬の確認の徹底	テオロン錠100mg	テオドール錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
791	予製された軟膏M i xの取り間違い。	一般名表示により似たような名前でも取り間違えてしまった。	薬袋に容器のキャップの色が書いてあるの で、薬の名前だけでなく薬袋の容器の色まで チェックする。	デキサメタゾンプロピ オン酸エステルクリー ム0.1%「MYK」 ザーネ軟膏0.5%	ベタメタゾンジプロピ オン酸エステル軟膏 0.064%「サト ウ」10%サリチル酸 ワセリン軟膏東豊		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因すると考 えられた事例
792	以前から足の痒みにデキサメタゾンプロピ オン酸エステル軟膏が処方されていた患 者。今回デキサメタゾン口腔用軟膏を間違 えて調剤。鑑査時に気がつき正しく調剤し なおした。	薬剤の名称が似ていた。また、システムの変 更など普段と異なる環境であったこと、繁忙 であったこともより誤って調剤してしまっ た。	軟膏と口腔用軟膏は別棚に保管しているが、 「口腔用」をより強調させるなどして注意喚 起につながるようにする。	デキサメタゾンプロピ オン酸エステル軟膏 0.1%「日医工」	デキサメタゾン口腔用 軟膏0.1%「NK」		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因すると考 えられた事例
793	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エ ステル軟膏0.05%をピックするべきとこ ろ、誤ってデキサメタゾンプロピオン酸エ ステル軟膏0.1%がピックされていた。	～メタゾンプロピオン酸エステル軟膏で勘違 いして、ピックしたのだと考えられる。	指差し呼称を徹底するしかない。	デキサメタゾンプロピ オン酸エステル軟膏 0.1%「日医工」	ベタメタゾン酪酸エス テルプロピオン酸エス テル軟膏0.05% 「MYK」		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因すると考 えられた事例
794	一般名処方デキサメタゾン軟膏0.1% 5g1日数回患部に塗布 の処方があった 為、デキサメタゾン軟膏0.1%は在庫がな い為、近隣の薬局より譲り受けたが、デキ サメタゾン口腔用軟膏が届いた。当局にも 在庫があり気になって、処方元に用法部位 を確認。口内塗布ですと返答があり、訂正 された。投薬前であったので、すぐに、レ セコンの入力を一般名デキサメタゾン口腔 用軟膏0.1%に変更してデキサメタゾン口 腔用軟膏0.1%5gを調剤した。	外用薬一般名は、剤型、規格等確認の必要 なことが多々あり、神経を使います。患者さん に部位の確認をしながら投薬する事が大切で す。	外用薬処方において、患部塗布の処方では、 投薬時は部位の確認を必ず行うようにする。	デキサメタゾン口腔用 軟膏0.1%「NK」	デキサメタゾンクリー ム0.1%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因すると考 えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
795	患者が処方箋を持って来局。残薬調整をして欲しいとお話があり種類別に袋に分けて持参。その中にデザレックス5mgがあり残薬調整を行おうとしたところ受付時には気付かなかったロラタジン10mgが2錠混ざっていた。調剤中に気付いた患者に尋ねたところ以前他の薬局でもらっていたものが混ざったのかもとのお話があったので一緒に服用しないように指導した。	受付時に患者の話を鵜呑みにして種類別に薬がしっかりとまとまっていると思いこんでしまった。錠剤のPTPが細かくなっていた為残薬を受け取った時に確認を怠ってしまった。	持参された薬がある時はその薬が患者が話しているのと同じかその場で確認してから調剤を開始する事。	デザレックス錠5mg	ロラタジン錠10mg 「AA」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
796	テネリア20mgを調剤するところデベルザ20mgを調剤してしまった。写真付き薬剤情報書によるチェックでも見落としてしまった	テネリア20mg、デベルザ20mg>テ行から始まる。どちらも4文字である。どちらも20mgである。糖尿の薬である。など共通点も多く、また、開局直後で集中力もなかったのかもしれない	監査に時間がかかってしまうがICTによる監査システムの購入が必要である	テネリア錠20mg	デベルザ錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
797	処方箋記載はテネリアだったが、デベルザで調剤。	慣れ・思い込みによる取り間違い。	薬剤の再確認・再認識。ミスの内容を全薬剤師で共有。	テネリア錠20mg	デベルザ錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
798	テネリア20mgの処方だったが、デベルザ20mgを渡そうとしていた。	アブルウェイ20mgからテネリア20mgへの変更であったが、デベルザ20mgを渡そうとしていた。投薬前の3回目の監査で気づいたため、とり間違いにはならなかった。アブルウェイが発売中止に伴い、最近デベルザを採用した。思い込みによる間違いであった。	これまでは調剤棚が近い場所にあったが、場所を変更することにより間違いに気づきやすく配置を変更した。	テネリア錠20mg	デベルザ錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
799	テネリア20mg処方に対しテルミサルタン20mg DSEPを調剤。監査時発見変更して交付	忙しいほど処方箋の薬剤名はゆっくり確認して調剤する。	慌てず調剤する。	テネリア錠20mg	テルミサルタン錠20mg 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
800	テネリア20mg処方間違えて、デベルザ20mgをお渡しした。	多忙な状況下で、監査の見落とし。糖尿病薬としか認識せず、20mgという規格が同じというところで、確認できたと勘違いしてお渡しした。	監査システムを再構築。多忙になると、1重監査になりがち。必ず、3人の目を通して改善した。	テネリア錠20mg	デベルザ錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
801	一般名処方普通錠だったが、確認不足で徐放剤を入力し調剤。交付後、処方せんを確認したところ普通錠と気づいた。いつも徐放錠が処方されるので、病院に確認した所、徐放錠の処方間違いなかった。	入力時、欠品が続いている商品だった為、事務員から薬剤師にメーカーの確認が行われた。その際、頭文字を見ただけで徐放錠と思いきみ、剤型変更の状態で入力。	デバケン、セレニカと用法が違うため、一般名で処方がされた場合は間違いやすい。チェック表を作成し、事務員とも共有を行う。	デバケン錠200	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
802	デバケン錠200mg分3の処方内容で後発品のご希望があり、バルプロ酸ナトリウムSR錠200mgに変更出来ると思い、レセコン入力した。処方内容の入力鑑査で普通錠と徐放錠で違うことに気が付いた。	デバケン錠は徐放錠ではないことを知らなかったため、後発品のバルプロ酸ナトリウムSR錠を入力してしまった。	用法がデバケン錠とバルプロ酸ナトリウムSR錠で異なる事を札に記入して注意喚起を行う。	デバケン錠200mg	バルプロ酸ナトリウムSR錠200mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
803	テブレノンカプセル50mg「YD」と入力すべきところ、日医工で入力。交付薬剤は「YD」で間違いないものの、入力その他全てが修正されないまま投薬に至り、12月中旬頃に医薬品在庫が合致しなかったことで判明。	繁忙かつ作業手順の不履行。	交付薬が正しかったとしても、レセコン入力と異なる薬剤が交付されていた場合、それは調剤過誤にあたることを周知する。	テブレノンカプセル50mg「YD」	テブレノンカプセル50mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
804	テブレノンカプセル50mg「テバ」のところエベリゾン錠50mg「トーワ」で調剤監査時に発覚し正しい内容で取り直した	名称が似ていたため見間違いを起こした。会話をしながら調剤したため、集中力が低下した。調剤後の自己監査を行った。	会話をしながら調剤を行わない。調剤後の自己監査を徹底する。	テブレノンカプセル50mg「テバ」	エベリゾン塩酸塩錠50mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
805	一般名 テブレノン細粒の処方。以前よりテブレノン細粒「サワイ」で服用していたが、入力を「YD」で入力してしまった。監査者が発見し、入力を変更した。	混雑時間だったことからあせりがあった。	採用を中止したものは入力時に候補に挙がってこないようマスターの見直しを行った。	テブレノン細粒10%「サワイ」	テブレノン細粒10%「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
806	調剤がたてこみ焦ってしまったため、近くにあるテネリアを調剤し、監査でも気づけなかった。	患者さんにも最後に見せて確認を怠らないようにしている名前の薬剤は注意する。	棚の場所を変更した。	デベルザ錠 20 mg	テネリア錠 20 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
807	デベルザ 1錠/日が56日分処方されているところテネリア 1錠×56日分調剤、交付してしまった	薬品名の確認不足	調剤時、鑑査時、交付時に薬剤名、規格、個数の確認を行うことを再度徹底する	デベルザ錠 20 mg	テネリア錠 20 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
808	処方箋をみて、ディフェリンとデュアックを間違えて調剤した。二重チェックの際発覚。	見間違いを十分に確認せず渡した。	見間違いを減らす方法は十分なものが思いつかなかった。自分でピッキングして間違っているとは考えにくいという背景があるが、ピッキングした後鑑査することで二重チェックが成り立っているのを、それを怠らないよう周知した。	デュアック配合ゲル	ディフェリンゲル 0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
809	一般名処方からの調剤により3文字確認は行っていたが長い文字の最後まで読むことを怠ってしまった	一般名処方の頭の3文字に気をとられて配合剤でないトラボプロスト点眼液を調剤してしまう	一般名処方の調剤時、配合剤などは頭の3文字確認だけでは複数の薬剤が存在することの知識を深めて思い込みのないようにする。また店舗内である薬剤、規格違い、他剤である認識。これを機会に配合剤と単剤の識別について改めて習得する	デュオトラバ配合点眼液	トラボプロスト点眼液 0.004%「ニットー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
810	トラボプロスト点眼液からデュオトラバ配合点眼液に処方変更されていたが、前回Doで入力を行ったため、ピッキングシステムも正判定となってしまう、投薬者に回ってしまった。投薬時に、患者様から内容が変わるとのお話があり、入力・調剤ミスが発覚し、交付前に訂正することができた。	入力者は一般名処方で名称が似ている事もあり、前回Doと思い込み入力処理をした。調剤者は入力情報から調剤をしたこと、監査者はピッキングシステムの正判定や一般名が似ていることもあり、前回Doと思い込んでしまったためにミスに繋がった。	調剤者は入力情報ではなく、処方箋を見て調剤することを徹底する。誤入力の可能性を常に念頭に置き、ピッキングシステムが正判定でも思い込みはしないよう注意する。思い込みを防ぐため、ピッキングシステムは目視のあとに使用する。	デュオトラバ配合点眼液	トラボプロスト点眼液 0.004%「ニットー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
811	前回までデュピクセント注シリンジで処方されていたが、デュピクセント注ペンでの処方を見落とし、前回と同じシリンジで入力、調剤。鑑査時も気づけず、投薬時、患者に渡す前も前回と同じという事で交付してしまった。	・レセプトコンピュータで該当薬が非採用であったため、表示されず、シリンジの方を選択した。・ペン型が発売されたことを当事者が知らなかった。・処方箋と突き合わせての確認が不足していた。	・処方箋と実物、印刷物の指差喚呼による突合せの徹底。特に剤形部分へのチェックを重点的に行う(印をつける、など)・新発売した剤形について、薬局スタッフ全体へ共有する。	デュピクセント皮下注 300mgペン	デュピクセント皮下注 300mgシリンジ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
812	レセコンの入力間違いで、処方薬と帳票類に間違いが出てしまい、患者様に不安と不快な思いをさせてしまった。	処方箋は一般名処方のものであり、当薬局での採用薬は剤形の異なるものだった。お渡ししたものに關しては誤っていないが、お渡ししたお薬と異なる帳票類になってしまった。新規採用のGE薬品であったため、従業員への周知が足りなかったものと考えられる。	新規採用のGE薬品は誤った入力をしていないために、必要以上に薬品の登録をしないことに努める。	デュロキセチンOD錠 20mg 「ニプロ」	デュロキセチンカプセル 20mg 「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
813	一般名：テルミサルタン80mg・ヒドロクロロチアジドに今回から薬が変更となった患者様に一般名：テルミサルタン80mg・アムロジピン5mgを調剤、入力もしてしまい、鑑査時にミスが発覚し、患者様にお渡しすることはなかった。	配合錠の処方も多いが、テラムロ配合錠のほうが処方頻度が多く、一般名の規格に注目し、BPであることを確認したが、もう一つの配合成分の確認が抜けてしまった。また、入力も間違っていたが、それはテラムロとテルチアの名称類似による入力ミスであった。	名称類似のことを棚に記載、引き続き規格の注意も一緒に貼り、再発を防ぐ。また、入力ミスについては事務で情報共有、再発を防ぐように促した。	テラムロ配合錠AP 「DSEP」	テルチア配合錠AP 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
814	処方箋にテルチア配合錠との記載あり、調剤者・鑑査者共に処方箋記載の薬剤を調剤・投薬した。投薬時、薬剤をカウンターにて展開し説明を行っていたが、鑑査者・患者共に臨時薬の説明に集中し、テルチアの誤調剤に気づけなかった。投薬後、患者よりこれまで服用していた降圧剤とは違うとのtel連絡あり。処方入力では従来のテラムロであったが、鑑査記録写真に写っていたのはテルチアだった。投薬された薬は処方箋記載通りであったので、診療所へtel連絡。処方変更の履歴なく処方箋の入力間違い。患者が内服前であったために謝罪し、薬剤をテラムロへ交換した。	処方箋の記載間違いであったため、処方内容が変更になっている時は患者聞き取りを行い処方内容変更の確認を行う。食い違いがある場合は病院へ疑義照会を行う。処方箋記載薬(間違った薬)とレセコン入力内容(これまでの薬)が異なっていた。調剤者は薬歴と処方箋を照会せず、処方箋のまま調剤を行った。また鑑査機の警告音を放置し、入力薬と調剤薬の違い確認を怠った。鑑査者は薬歴を単体で確認し、入力薬がそのままであったために定期は変更しないものと考えた。また、処方箋と調剤薬で鑑査を行った為に、薬袋記載名と処方箋記載名・調剤薬との違いに気づかずそのまま投薬してしまった。	調剤者は鑑査機の警告を放置せずに、警告された薬剤と調剤された薬剤の確認を行う。また、調剤開始前に処方箋と定期薬の確認を行う。鑑査者は処方箋と薬剤のみで鑑査を行わず、薬袋・入力内容の3つをセットとして鑑査を行う。	テラムロ配合錠AP 「DSEP」	テルチア配合錠AP 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
815	患者のご家族が処方箋を持って来局。処方箋には(般)テルミサルタン・アムロジピン塩配合錠(AP)1日1錠 分1 朝食後28日分と記載されていた。調整者がテラムロ配合錠AP「を調整するところを間違っ てテルチア配合錠APを調整してしまい薬剤師Aが監査、投薬をおこなってしまった。投薬後当日、患者のご家族からお薬が違うとのご連絡があり取り替えにうかがった。また、お薬は服用していおらず問題はなかった。	テラムロ配合錠AP「DSEP」とテルチア配合錠AP「DSEP」の名称の類似、メーカーも同社とのことで間違えてしまった。また、患者の来局時間も店内が混んでいたため焦りがあった。	調整者がピッキングした後、監査をおこなう際に再度、名称類似品であることによる取り違えに注意をおこなうように調剤棚への印を付け注意喚起をおこなった。	テラムロ配合錠AP「DSEP」	テルチア配合錠AP「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
816	事務員が取り揃えた薬を監査し始めた時、取り揃えられていた薬がテラムロではなくテルミサルタンであることに気付いた。	一般名処方で最初にテラムロ40mgと記載されているため、そこだけを見て薬剤を取り揃えてしまった。	薬剤を取り揃えたあと、規格などを処方箋と照らし合わせてチェックすることで予めミスに気付けるようにする。	テラムロ配合錠AP「DSEP」	テルミサルタン錠40mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
817	一般名処方テルミをサルタン40mgアムロジピン配合錠を服用中の方がテルミサルタン40mgヒドロクロロチアジド配合錠にお薬が変更していることを見落とし、DO処方として入力、調剤、投薬時に患者さんとの会話より薬の変更に気が付き投薬前に調剤し直した。	一般目処方の配合錠であったためテルミサルタンのみで判断してDO処方と判断してしまったこと	配合錠の一般名処方の場合必ず最後までお薬の名前を確認することを習慣づける	テラムロ配合錠AP「DSEP」	テルチア配合錠AP「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
818	調製時におけるピッキングの際、名称が類似していた事もありテラムロAP錠を取るはずがテルチアAP錠を取ってしまった。	薬局内ではあいうえお順での棚配置にしており、また調製者の思い込みもありミスに繋がったものと思われます。	棚に名称類似的注意喚起シールを設置する、自己監査手順を再度確認する。	テラムロ配合錠AP「DSEP」	テルチア配合錠AP「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
819	定期薬の処方せんを持って来局される(1/22)。ビンプロロール0.625mgが2.5mgへ増量されていた。バルヒディオ配合EXがテラムロ配合錠APへ変更となっていたが気付かず、今まで通りバルヒディオ配合EXでお渡ししてしまった。5/21来局時はバルヒディオではなくテラムロ配合錠APでお渡し。9/17に医療機関より連絡があり前回テラムロ配合錠APを服用してから眠くなると患者から相談があった。お薬手帳を確認したところ1/22にテラムロ配合錠APのところバルヒディオ配合EXで渡してしまっていた事が発覚。テラムロ配合錠APは合わないため、元のバルヒディオ配合EXへ戻すことになった。	忙しい時間帯だったため確認を怠ってしまった。配合剤の種類が多いため混同してしまった可能性が高い。	配合剤の処方時は成分名をよく確認してから渡すようにする。	テラムロ配合錠AP 「DSE P」	バルヒディオ配合錠EX 「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
820	一般名処方テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠で、定期的にテラムロAPを服用していたが、間違っテルチアAPを渡してしまった。事務員がピッキングしたものを薬剤師が監査投薬したが気づかなかった。次回来局時患者との会話で間違いに気づいた。	商品名の酷似をしっかりと確認していなかった。薬局内でも注意勧告が足りていなかった。	配合剤の周知徹底と入力者、調剤者、薬剤師にその都度口頭でも確認する	テラムロ配合錠AP 「DSE P」	テルチア配合錠AP 「DSE P」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
821	テラムロAP錠をテルチアAP錠で調剤	慢心、注意不足	処方箋のコピーを取り、あたま3文字に○つけ、規格日数○つけを実施。	テラムロ配合錠AP 「サワイ」	テルチア配合錠AP 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
822	処方箋入力時に一般名処方のテラムロAP錠をアムパロ配合錠と入力して調剤時にもミス、ただし交付後、気が付き、電話して交換に至る。	アムロジピンが同じなのともう一剤が名称類似による間違い。(テルミサルタンとバルサルタン)	血圧の薬だけではなく、合剤の知識の復習を徹底する。	テラムロ配合錠AP 「トロー」	アムパロ配合錠「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
823	一般名処方 テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠 テラムロAPをお渡ししなくてはいけないところ、前回のテルミサルタン40mgで入力、調剤患者様は家に帰って、お薬を飲もうとした段階で、お薬が変わっているはずなのに、今迄と同じ薬が入っていると気が付いた。	一般名処方 で テルミサルタン40mgの部分にしか目がいらず、薬名を最後まで確認せずD O入力してしまった。doだと思い込んで、調剤・投薬していた。	テルミサルタンにはアムロジピンの配合錠があることを事務にも周知確認。配合錠という言葉には○印をつけて入力をするようにした。調剤、監査者も調剤様のチェックを行い、患者様の体調聞き取りもしっかり行う。	テルムロ配合錠A P 「トーワ」	テルミサルタン錠40mg「DSE P」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
824	一般名処方 でテルミサルタン40mg・アムロジピン錠と記載されているが、テルミサルタンの方に違和感がありながらも目が行ってしまっ てテルムロA Pではなくテルミサルタン40mgを調剤してしまった。鑑査時にテルムロA Pの処方だったことに気づき薬剤を取り直した。	調剤・監査・投薬一人で行っている、集中力が不足していた。	一般名処方は複数の配合剤の場合も多いので規格も含め取り違えないようにしっかり成分名と配合量を確認する。	テルムロ配合錠A P 「日医工」	テルミサルタン錠40mg「杏林」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
825	テルミサルタン錠40mgとアムロジピン錠2.5mgからテルムロ配合錠へ切り替え処方だったが、テルミサルタン単剤で入力したミス。調剤、監査を通り、渡薬前に発覚。	一般名処方であり、「テルミサルタン」部分にのみ注視してしまった可能性が高い。	入力時のQRコード使用の徹底と再確認徹底行っていく。	テルムロ配合錠A P 「日医工」	テルミサルタン錠40mg「オーハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
826	一般名処方による配合剤を一剤目の一般名で入力・調剤・監査してまい交付してしまう。その後の点検で発見し、すぐに連絡し翌日交換しに伺う(服用前)	前回と同じであるという思い込みでのインシデントである。	一般名処方のリストを再度掲示して全職員に周知するように改善した。	テルムロ配合錠B P 「サワイ」	テルチア配合錠A P 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
827	テルムロ配合錠BP処方されたいたのに、テルチア配合錠APをピックアップしてしまった。監査前に確認をしたところ間違いに気づき、正しい物をピックアップし直し投薬には至らなかった。	正しい知識を身に着ける。一般名も間違わない様に気を付ける。	初心を忘れずに集中して業務に取り組む	テルムロ配合錠B P 「サワイ」	テルチア配合錠A P 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
828	テルムロが処方されていたが、テラチアを患者に渡してしまった。	もう一人の薬剤師が別の患者の対応をしていて、鑑査が監査システム頼りになっていた。システムの入力も間違っていたので、発見が遅れてしまった。	可能な限り薬剤師を多く配置することで鑑査が行き渡るようにする。	テルムロ配合錠B P 「日医工」	テルチア配合錠B P 「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
829	9/21夜19:00過ぎに患者様来局。営業終わり間際なので片付けなどしていた。定期薬の処方でありいつものように調剤を開始し、思い込みによりレルベアをテルルジーと認識して投薬してしまふ。翌日患者様から薬剤が違うと連絡があり、交換し謝罪する。	薬袋不要の患者様のため、その薬剤を調剤したと思い込んでお渡ししてしまった。	薬袋不要の患者様への投薬は特に入力内容、処方内容、薬剤を確認して調剤、投薬する。渡す際には必ず患者様と確認しながらお渡しする。	テルルジー100エリブタ14吸入用	レルベア100エリブタ14吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
830	間違ってビックキングされた薬品をそのまま投薬してしまった。	テルルジー200エリブタ30吸入用が、14吸入用になった事だけに気をとられて薬品名の確認をしていなかった。	薬剤師によるダブル監査を行う。	テルルジー200エリブタ14吸入用	レルベア200エリブタ14吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
831	テルルジー200エリブタ14吸入用の処方を間違っ、レルベア200エリブタ14吸入用で渡してしまった。	同じデバイスであり外観が似ていたため、間違ってしまった。	同じデバイスの場合の監査は、規格だけではなく薬品名にもきちんと印をつけるようにする。	テルルジー200エリブタ14吸入用	レルベア200エリブタ14吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
832	【般】テルミサルタン40mg・アヒドロクロロチアジド 1錠 分1朝食後の処方にてテルチアAP錠を誤ってテラムロAP錠を投薬してしまった。患者さんも錠剤の色は違うが名前が似ていたのでそのまま服用。後日、色が違う点を報告され一部服用されていた。処方医にも連絡したちまちま血圧に異常はない旨を患者にも連絡し対応した。	テラムロAPに比べてテラムロAP錠の処方件数が多い、繁忙時間帯に確認不十分で投薬してしまった。思い込みでの調剤と投薬時の患者さんとの説明]のチェックが患者さんが昼時で急いでいたので不十分になり、今回の調剤過誤が発生したと考えられる。	調剤・監査は担当を分け、投薬時に患者さんと薬物の写真とも照らし合わせながら確認投薬の徹底を再度今日印しなおして改善したいと考えている。	テルチア配合錠AP「DSEP」	テラムロ配合錠AP「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
833	以前から当局に来局されており、処方内容も変更なく服薬継続中の患者であった。一包化必要であるため患者の待ち時間短縮の目的であらかじめ薬を準備している(予製)。予製の時にも監査は実施。3/31来局時も処方内容変更なかったため予製されていたものを準備し、再度監査実施して患者家族にお渡しした。4/15ショートステイ利用の為に患者が施設へ薬を持参し、内容を施設職員が確認した際にテルチアが入っているものとテラムロが入っているものあり。薬局に問合せの連絡があり、調剤過誤に気づいた。患者家族に本人の状態を確認したところ、いつもより浮腫んでいたとの返答があったが、治療開始とはなっていない。	・予製されていた薬剤であり、監査の際に一度みているからという気持ちがあったのかも知れない。・一般名処方、配合剤であり、薬剤名は確認しづらいものであった。	・処方入力の際、配合剤など間違えやすい薬剤については処方箋のFAXやコピーに薬剤名を記載し、監査時に確認できるようにする。・一包化の調剤の際、監査時に確認しやすいよう空のPTPシートも一緒においておく。	テルチア配合錠AP 「DSEP」	テラムロ配合錠AP 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
834	『ミコンビ配合錠AP』の処方に対し、後発品である『テルチア配合錠AP』を準備するところ、誤って『テラムロ配合錠AP』が準備されていた。投薬前の鑑査にて誤りが発覚した。	降圧薬配合剤である『ミコンビ』、『ミカムロ』は名称が類似しており、またその後発品である『テルチア』、『テラムロ』も同様に類似している。さらにその配合割合から『AP』、『BP』もあることから、調製時に混同してしまったと考えられる。	合剤の後発品薬品棚には先発品の名称をシールし、注意喚起を促す。	テルチア配合錠AP 「DSEP」	テラムロ配合錠AP 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
835	テルチア錠AP「DSEP」のところ、テラムロ錠AP「DSEP」をピッキング。投薬前の監査で発覚。	ピッキング前にお薬手帳、過去の薬歴を確認するようにしているが、手順通りできていなかった。	配合剤の一般名処方では間違いやすいために、一般名と採用薬の対応表を作成した。また、該当薬品には、注意喚起のために印をつけた。	テルチア配合錠AP 「DSEP」	テラムロ配合錠AP 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
836	一般名処方ではテルチアAP処方されていたところ、成分名の見間違いでテラムロAPを調剤。	繁忙時間で、似たような処方せんが続いていた為の判断ミス。	忙しくても新しい患者分を調剤する際は一呼吸おいてから手を付ける。	テルチア配合錠AP 「サワイ」	テラムロ配合錠AP 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
837	一般名処方でテルミサルタン40mg・アムロジピン配合剤のところをテルチアAPで処方していた	監査がおろそかになっていた。	入力時に処方箋に目立つ印を付け、鉛筆で薬品名を記入する。ピッキング者は処方箋の裏印字を確認する。	テルチア配合錠 A P 「トーワ」	テラムロ配合錠 A P 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
838	施設薬5月15日から5月28日分の一包化(予製)を監査時にテラムロ配合錠APが入っていることを自店薬剤師が発見施設内にある5月2日から5月14日の服用薬を回収し、テラムロ配合錠APが入っていることを確認	作成時のピッキングミス監査時に使用薬剤のPTPシートが無かったこと繁忙時に監査を実施	ピッキングの実施者と一包化調剤者がお互い確認しながら行う監査終了までは使用薬剤のPTPシートを保管しておき、監査時は使用したPTPシートを確認して監査を行う患者様がいない時間帯に監査業務を行う	テルチア配合錠 A P 「トーワ」	テラムロ配合錠 A P 「D S E P」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
839	【般】テルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド配合錠の処方を【般】テルミサルタン40mg・アムロジピン5mg配合錠で入力ミス。	【般】テルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド配合錠も【般】テルミサルタン40mg・アムロジピン5mg配合錠も存在は知っていたが繁忙で焦り入力ミス。	薬剤師が調剤録で入力を再確認。薬棚に「名称類似薬あり注意」の注意喚起。	テルチア配合錠 A P 「トーワ」	テラムロ配合錠 A P 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
840	一般名「テルミサルタン80mg・ヒドロクロロチアジド配合錠」に対しテラムロ配合錠BPを交付。一週間後患者がいつもと違う薬が入っていたと来局し交付ミスに気づいた。薬を服用する前であった。	テルチア配合錠BPとテラムロ配合錠BPは一般名も商品名も似ているため調剤・監査時にすり抜けた。	当該薬品棚に「テラムロ配合錠BPと取り換え注意」「テルチア配合錠BPと取り換え注意」と記載し注意喚起を促した。	テルチア配合錠 B P 「D S E P」	テラムロ配合錠 B P 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
841	一般名テルミサルタン80mg・ヒドロクロロチアジド配合錠(薬剤名テルチアBP)をテルミサルタンテルミサルタン80mg・アムロジピン配合錠(薬剤名テラムロBP)でお渡し	当局ではどちらの薬も頻繁に使用しており、かつ名前が類似しているので普段から注意をしていたが、見落としとしてお渡ししてしまった。	今回の件を機にもう一度この2種類の調剤に関して注意を徹底する	テルチア配合錠 B P 「D S E P」	テラムロ配合錠 B P 「D S E P」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
842	テルチア配合錠BPが処方されていたが、テラムロBP配合錠を調剤した	名称類似品でピッキングを間違えたと思われる	テラムロBPの在庫場所を変更した	テルチア配合錠 B P 「トーワ」	テラムロ配合錠 B P 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
843	処方箋にはテルチアBP錠が書かれていたが、テラムロBP錠を間違えて用意してしまい、監査時に間違えていることに気付きました。正しい内服に変えました。	名称が似ていて、メーカーも同じなので間違えました。	名称が似ている薬は箱に名称確認と書いたラベルを貼っておく。ダブルチェックを必ず行うようにする。	テルチア配合錠B P 「トーワ」	テラムロ配合錠B P 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
844	一般名処方でテルチアB Pが長期処方されていた。当該日に採用薬変更発生した際、事務職員の入力ミスでテラムロB Pに置き換わってしまった。調剤・機械監査は監査端末の情報を基に行ったためチェックが漏れてしまった。薬剤師の目視による監査でも一行下にアムロジピンが別に処方されていたため判読を誤り、テラムロB Pのまま患者にお渡ししてしまった。以後、8回ほど来局したが、その都度前回処方継続処理を行い、複数の職員が関わったがミスを見逃し続けた。本日、多店舗から応援に入った薬剤師が監査した際、誤りに気づき、患者と病院双方に連絡・今までの経緯を説明に、お詫びした。	1) 採用薬変更時の処方入力を誤った 2) 調剤・機械監査時に調剤指示箋と画面出力を基に行った 3) 監査時、処方箋記載内容をきちんと判読できなかった 4) 複数の職員が関わったが、処方変更がないものとして業務を繰り返した	処方箋監査を丁寧に行う電子薬歴を可能な限り毎回開き、変更点・注意点の画面変更を目を通す採用薬変更直後の対象薬剤入力・監査を間違わないよう、薬剤棚に付箋で注意を促す文言を書き示すなど注意を払う	テルチア配合錠B P 「日医工」	テラムロ配合錠B P 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
845	処方箋には「テルミサルタン80mgヒドロクロロチアジド配合錠」とあった。テルチアBPで正しく入力。薬剤師(勤務経験20年)がテラムロBPを調剤したが、監査で別の薬剤師(勤務歴12年)が気付いてテルチアに変えて、問題なく処方通りの薬を渡した。	忙しかったのと、その前の患者さんがテラムロBPが処方されていたため思い込みと確認をきちんとしなかった。またお昼前で少しバタバタしていた時間帯だった。	配合錠は薬の名前をきちんと確認して調剤する。配合されている薬を声に出してダブルチェックで確認することにした	テルチア配合錠B P 「日医工」	テラムロ配合錠B P 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
846	テルミサルタン40mg からテルミオサルタン20mg に変更されていたが、気づかずに40mg で調剤。監査の時点で発見し、再調剤。	長期テルミサルタン40mg 服用していたため、処方箋監査が十分でなかった。	薬剤師・医療事務の連携、監査の充実	テルミサルタン20mg 「DSE P」	テルミサルタン40mg 「DSE P」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
847	ミカルデイスの処方記載で、ジェネリック名を取り違えたテルミサルタンとバルサルタン	先発品と後発品の成分をきちんと覚える。特に似ている成分は名称も似ている	きちんとおぼえる監査する	テルミサルタン錠	バルサルタン錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
848	テルミサルタン錠20mg「NPI」1錠分130日分定期処方。28錠はテルミサルタン錠20mg「NPI」で調剤し、残り2錠をバルサルタン錠40mg「日新」で誤って調剤。調剤から数日経過し発覚。該当患者に確認したところすでに服用済み。血圧変動なく、特に健康被害も訴えなし。	最終監査時、GS1コードをスキャンする監査機器を活用しているが、今回のような端数分は確認できない。混雑状況などもあり、最終監査者の目視による確認不足があったかと推測される。また、棚のロケーションに関して、上下で隣接する配置であったため調剤時の戻し間違いが、本事例につながった可能性も考えられる。	該当薬剤に関して、隣接を避けた配置替えを行った。	テルミサルタン錠20mg「NPI」	バルサルタン錠40mg「日新」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
849	テルミサルタン20mgを30錠のところをテルミサルタン20mg:14錠シート×2+タムスロシンOD0.2mg:2錠で交付した。患者本人からの電話により発覚。	1.タムスロシンOD0.2mgを棚に戻す際、テルミサルタン20mgの棚に戻ってしまった。 2.それに気づかずテルミサルタン20mgと思い込んでタムスロシンOD0.2mgを2錠使用した。 3.薬剤監査システム(アテルノ)で適合したため、タムスロシンOD0.2mgが混在していることに気づかず、交付してしまった。	1.テルミサルタン20mgとタムスロシンOD0.2mgの棚が上下に設置されていたため、間違えて戻したと考えられる。→棚の位置を離すことにした。 2.棚に戻す際、慌てて戻すのではなく、時間に余裕があるときに確認しながら戻すようにする。 3.薬剤監査システムに頼りすぎず、ビートもしっかり確認する。	テルミサルタン錠20mg「タナベ」	タムスロシン塩酸塩OD錠0.2mg「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
850	2021年5月22日、10時30分頃、テルミサルタン錠40mgで調剤すべきところをバルサルタン錠40mgで調剤して、投薬。後日、薬局内の在庫確認中に発覚し、患者に確認したところ、まだ内服しておらず回収して再度調剤、投薬。	鑑査後のダブルチェックも兼ねて、投薬時にも確認をしていたが、繁忙時に投薬時の確認が疎かになっていた。テルミサルタンとバルサルタンは薬品名類似で注意喚起はしていたが、棚の工夫は行っていなかった。	繁忙時の鑑査漏れ対策として、投薬時の確認を徹底して行う。また、調剤者も鑑査に回す前に自身で再度確認するよう周知する。テルミサルタンは全て引き出しに移動し、再度薬品名類似を周知する。	テルミサルタン錠40mg「DSEP」	バルサルタン錠40mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
851	6月まで一般名テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠の処方ではテラムロ配合錠AP「DSEP」で調剤していた。7月処方内容の入力時に一般名テルミサルタン錠40mgの文字を見て前月までと同じと思い込みでテラムロ配合錠AP「DSEP」で誤って入力。調剤、監査、投薬の各薬剤師も見落としてしまいテルミサルタン錠40mg「DSEP」をテラムロ配合錠AP「DSEP」でお渡し。8月の処方箋を、受け取った時点で7月分の誤りに気づく。処方医、患者様に事情を説明。患者様には健康上の問題が発生していなかったこともあり、謝罪を受け入れていただきました。	長期にわたり同じ処方が続いていたため、慣れと慢心から処方内容の読み取りが甘くなっていた。	一般名からの入力時の再チェックは、細心の注意をする。処方箋の原本と入力内容の確認には十分に時間をかける。	テルミサルタン錠40mg「DSEP」	テラムロ配合錠AP「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
852	アムロジピンとテルミサルタンの2種類の一般名処方だった。テルミサルタン40mg「FFP」を出さないといけないところバルサルタン40mg「FFP」を渡してしまった。土曜日の営業時間外だったので、患者さんが偶然知り合いだった職員の家族にTELをかけてくれて、渡し間違いであることが分かった。直ぐに患者さん宅に伺い交換した。	混雑していた時間帯だった。別の業務と併用しながら外来業務を行っていて、集中力が低下していたと考えます。	外来業務は最優先にして、集中して監査を行う。	テルミサルタン錠40mg「FFP」	バルサルタン錠40mg「FFP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
853	テルミサルタン40mg「武田テバ」が、「サワイ」で入力されていた	ジェネリック医薬品のメーカー切り替えのため、前メーカーのまま入力されていた	メーカー切り替えの医薬品の周知の徹底	テルミサルタン錠40mg「武田テバ」	テルミサルタン錠40mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
854	患者様は頭部に炎症があり、他院で2018年に処方になったデルモゾールローション0.12% (2021年3月でベタメタゾン吉草酸エステルローション0.12%「イワキ」に名称変更)の処方を依頼。処方医はデルモゾールDPローションを処方。患者様は今までと同じ薬をお願いしてきたとの事で処方医に疑義照会。ベタメタゾン吉草酸エステルローション0.12%「イワキ」に変更になりました。ステロイドの強さでは、デルモゾールDPローションはvery strong、ベタメタゾン吉草酸エステルローション0.12%「イワキ」はstrong	連休前の土曜日で混んでいた為、デルモゾールローション0.12%とデルモゾールDPローション0.064%を間違えて処方したと思われる	デルモゾールローションは0.12%、デルモゾールDPローションは0.064%で規格が違う為、しっかり処方箋を確認する	デルモゾールDPローション0.064%	ベタメタゾン吉草酸エステルローション0.12%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
855	処方箋は「デルモゾールDP軟膏」が書かれていて、もう薬品名が変わっているという思い込みで「ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏」と思ってしまっていて、十分な確認ができていなかった。監査レンジでも「デルモゾールDP軟膏」となっていたのに、入力間違っていると思い込んでいた。事務員さんからデルモゾールDP軟膏の在庫はあることを告げられて初めてミスに気が付いた。	ジェネリック医薬品の商品名が一般名表記に変更しつつある中で、まだ変更していない薬と、もう変更している薬との完全な勘違いと思い込みでピッキングしてしまっていた。	一般名と商品名(先発薬と後発薬)をそれぞれ記載した付箋をそれぞれの外用薬の棚の下に貼り付けてその都度確認することにした。	デルモゾールDP軟膏0.064%	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
856	一般名処方【般】クロベタゾールプロピオン酸エステル外用液0.05%が処方され、デルモベートスカルプローションを調剤しなければならぬところ、クロベタゾン酪酸エステルローション0.05%「イワキ」が調剤されていた。監査時に気が付き患者様には処方通りの薬でお渡しすることができた。	一般名が類似していること、濃度も0.05%と同じであることから間違えて調剤してしまった。機械を使って監査もしているが入力も間違えていたため機械の監査は通ってしまった。	「一般名類似品あり」と札を作り両方の薬剤の箱にくくりつけ調剤時に気が付けるよう注意を促す。	デルモベートスカルプローション0.05%	クロベタゾン酪酸エステルローション0.05%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
857	「(一般名処方) クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%」と記載されていたところを誤ってクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%イワキを調剤ビッキングした。その後、薬剤監査にて気が付き、正しい軟膏(医薬品名: デルモベート軟膏0.05%、一般名: クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%)を調剤・薬剤交付した。	「クロベタ」「エステル軟膏0.05%」など、全く同じで、非常に間違いやすい薬剤	非常に酷似した医薬品名であり、かつ含量・用量のパーセンテージまで同じという大変間違いやすい医薬品名である。当薬局で「ロラゼパム錠1mg」と「ロフラゼパ錠1mg」など酷似した医薬品をその都度、スタッフ間で共有するとともに、お互い注意しあい、確認し合っていきたいと考えています。	デルモベート軟膏0.05%	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05% 「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
858	一般名クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%で処方箋がきていたが、レセコン入力時にクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%の入力ミスがあり、本来調剤されるべきではないデルモベート軟膏で調剤および交付。交付して数分後のレセプト内容の再確認時に発覚。患者に連絡し、本来渡す予定だったクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「テイコク」を交付。	レセコン入力を行っていた担当者の経験年数が1年と短く、入力時に同じ成分名に見えてしまった様子。薬剤師に関しては、あまり調剤されている外用ではなかった点、一般名の最初の名称および含有量の%表記が一致していたため、同成分の薬と思込みあり。	レセコン入力時にQRコードを利用した取り込みを行う。また監査時に関しては、一般名表記と一字一句間違いがないか確認するような取り組みを徹底する。	デルモベート軟膏0.05%	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05% 「テイコク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
859	デルモベート軟膏0.05%の処方記載のところ、デルモゾール軟膏0.12%を取り間違え調剤した。監査の時点で間違いがわかり、患者へは指示された薬剤を交付した。	対象薬剤は頭文字3文字が同じであり、また共に外用ステロイド剤であることから、患者からの処方箋監査での聞き取りと思ひこみで間違いが発生した。レセプトコンピューターへの入力においても同様な間違いを行っていた。	当薬局ではデルモベート軟膏が汎用交付されており、思込みによる入力や調剤が優先されてしまった。処方箋には濃度規格も挙げられていることから、その部分も必ず確認が必要であることをあらためて薬局内で再認識した。軟膏やクリーム剤はよく似た商品名で販売されていることから、薬剤名注意を喚起するカードをつくり、調剤する際に添付することとした。	デルモベート軟膏0.05%	デルモゾール軟膏0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
860	一般名処方でクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%が処方されていたが、入力時にクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%で入力、調剤収集者である事務はそのまま調剤し、鑑査者の薬剤師も入力ミスに気づかずにそのまま投薬に向かった。投薬時に患者さんと話し、使用部位(首)にしては弱い薬を出すんだなど不信に思い、再度処方箋を見て入力間違いに気づいた。	・入力時に頭文字3文字を見て入力するため、目に入った方を選んでしまった。入力後も処方箋を縦読みチェックしてから完了させた社内ルールがあるが、それでも気づけなかった。・調剤収集者も処方箋の入力があったのか確認してから収集するが、気づけなかった。・鑑査時も集中出来ていなかった。	・社内ルールがなぜ存在しているかを考え、ただ漠然と行わない。・収集時(調剤時)も指示書と処方せんを必ず照らし合わせて確認する。軟膏の一般名は長く、類似している成分も多いので、薬剤の知識がないスタッフにも注意するようコミュニケーションをとる。・業務に集中できない時は一息入れるか他の人に頼む。	デルモベート軟膏0.05%	キンダベート軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
861	【正】デルモベート軟膏0.05%【誤】ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%「イワキ」(デルモゾール軟膏0.12%の名称変更品)	最初の入力者はデルモベート軟膏を正しく入力し、初期鑑査でも入力間違いを確認していた。調剤者が調剤する際、処方箋のデルモベート軟膏をデルモゾール軟膏と見間違い、入力をデルモゾール軟膏の名称変更品であるベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%「イワキ」に変更するよう依頼した。入力しなおした際の入力は、製品名(ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%「イワキ」)を直打ちだった。	名称変更した医薬品を入力する際は、処方薬を入力した後、代替薬一覧から正しい名称のものを選ぶ。薬品名が変更したものについては紙にまとめて記載し、店舗スタッフ全員に素早く周知する。最終鑑査では、指示書の変更前の薬品が処方箋記載の薬品と同一か、必ず指差し確認を行う。PDAのエラー音が鳴った時は、必ず立ち止まり、原因を確認してから先に進む。入力照合時、薬品名の4分割確認を徹底する。	デルモベート軟膏0.05%	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
862	事務員が入力時にデルモベート軟膏をデルモゾール軟膏と誤って入力した。調剤の薬剤師が、ピッキング照合システムでエラーが鳴り誤りに気付いた。調剤時に気付き入力を訂正した為患者さまに間違えて交付することはなかった。	デルモベート軟膏とデルモゾール軟膏は名称が類似しており、入力時に医薬品名を特に注意して確認する必要がある。しかし、今回は確認を怠ってしまったことがヒヤリハットに繋がった。	医薬品名が類似しているものは、店舗スタッフで共有し注意喚起を行う。入力時と調剤時さらに鑑査時に処方せんの医薬品名はきちんと確認する。	デルモベート軟膏0.05%	デルモゾール軟膏0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
863	一般名である「【般】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏」を処方されたが、誤って「【般】クロベタゾン酪酸エステル軟膏」である「キンダベート軟膏」を調剤した。	一般名処方での表記の確認不足	一般名処方の表記の確認の徹底	デルモベート軟膏0.05%	キンダベート軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
864	以前より一般名処方にて処方の薬をトアラセット配合錠で調剤、PC入力されていたが他の薬変更時に先発医薬品のトラムセット配合錠にて入力。分包調剤の為薬は以前と同じ薬で調剤して渡す。監査時に入力のところは見落として服薬指導してしまう。	一般名処方から入力される時には手間があり入力時の注意不足もでてしまうことある。前回の薬がどの薬で調剤されていたかを見落とす注意不足。	前回処方時の薬の確認やその時に使用するのくすりの先発や後発メーカーの確認は入力する時にも必要。	トアラセット配合錠「DSEP」	トラムセット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
865	トアラセット112錠交付するところ、100錠ケアラムを渡してしまいました	ヒートが似ており、間違えてとってしまった	ケアラムとトラムセットの棚の場所を離しました	トアラセット配合錠「三笠」	ケアラム錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
866	ドキサゾン錠1mg「サワイ」のところトリクロルメチアジド錠1mg「NP」をピッキングした。	棚が近くにあり、ヒートが似ていた。ドキサゾンをピッキングしたと勘違いしていた。	ピッキングしたものをよく見ます。	ドキサゾン錠1mg「サワイ」	トリクロルメチアジド錠1mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
867	一般名処方のD o 処方にてニフェジピンCR錠40mg、バルサルタン錠80mgドキサゾンメシル酸塩錠2mg、オメプラゾール錠10mgが処方されていた。ドキサゾンメシル酸塩錠錠2mg「NS」を交付しないといけないのを、トリクロルメチアジド錠2mg「NP」で交付してしまいました。患者本人がお薬を服用する前にいつもと違うお薬が入っているけど、大丈夫か問い合わせの電話があり、間違いが判明した。お薬を間違えていることを説明し服用せずに、お薬を交換させて頂きました。	患者様を待たせないように焦り、お薬の確認が不十分になっていました。	薬品名をしっかりと確認する	ドキサゾン錠2mg「NS」	トリクロルメチアジド錠2mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
868	ドグマチール細流10%1.5gで処方されたものを、ドグマチール細粒50%1.5gで調剤。入力監査時に入力のミスであることに気が付いた。	患者集中し混んでいたため、用量の監査がおろそかになった。	規格が2種類あるものには、注意換気をうながす印をつける。	ドグマチール細粒10%	ドグマチール細粒50%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
869	トコフェロールニコチン酸エステル「NP」が処方された。経過措置が終わっていて本来は処方できない薬であったが当該薬局は「トーワ」を使用しているため入力時点ではこの問題はスルーしてしまった。「トーワ」が供給不安定で卸が代替品としてトコフェロール酢酸エステル「ファイザー」を紹介してきたのでそちらを購入して調剤してしまった。その後薬歴入力時に違う薬であることに気が付いて調剤しなおした。	一連のジェネリックメーカー営業停止に伴う後発品供給不安定、新規ジェネリックメーカーと取引ができない	卸の言葉をうのみにしない	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「NP」	トコフェロール酢酸エステルカプセル100mg「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
870	夕方の繁忙期であったため、スピードを優先し、Do処方だったため確認がおろそかになり、監査者、投薬者、患者の確認をすり抜けてお渡ししてしまった。その後、患者帰宅後に電話連絡あり。「いつもの薬と違う」とのことで早急に正しい薬と入れ替えさせていただいたため、誤飲は免れた。	前回と同じ処方のため、投薬薬剤師も患者も「いつもの薬」という慣れ・慢心があったと思われる。	まさに、慣れ・慢心が招いた結果なので、再発防止に向け、当時例の情報を薬局内職員全員で共有した。	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「トーワ」	トコフェロール酢酸エステル錠50mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
871	処方箋に「トコフェロール酢酸エステルカプセル100mg「ファイザー」と記載のあるものを受付。同メーカーの在庫が無いため薬剤師が「トコフェロールニコチン酸エステルカプセル「トーワ」」をピックアップ。事務員がレセコンへの入力時にメーカーの変更をしようとした際に候補薬として出てこない事から違う薬であると判明。	「トコフェロール酢酸エステルカプセル100mg「ファイザー」」の先発品がユベラ錠50mgである。剤形、規格とも異なるため薬剤師が先発-後発の関係にあると認識できず類似名称である「トコフェロールニコチン酸エステルカプセル「トーワ」」をピックアップした。	類似名称の薬剤で今後も取違えが起こる可能性が高い。注意喚起の文章を薬剤の箱に付けると同時に情報共有をする。	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「トーワ」	トコフェロール酢酸エステルカプセル100mg「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
872	【般】トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mgが処方されていたところ、誤ってトコフェロール酢酸エステルカプセル100mgを調剤してしまった。鑑査時に鑑査者とその誤りに気づき、調剤者に指導し、正しく調剤を行った。	名称類似の医薬品同士が、隣接して配置してあった。	名称類似や外装が類似した医薬品は離して配置する。名称類似、外装類似に注意喚起をする表示を調剤棚に設置する。	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「トーワ」	トコフェロール酢酸エステルカプセル100mg「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
873	5/14調剤時にトコフェロール酢酸エステルCAP100mgの記載が処方箋にあることに気づいた。薬局に備蓄がなく1/7、2/28にトコフェロールニコチン酸エステルCAP100mgの調剤歴があったため疑義紹介を行ったところ1月2月ともに酢酸エステルで処方が出ていると回答処方箋を確認し過誤が発覚1月2月調剤分に関しては全量服用済みで健康被害はなかった	普段処方箋の2次元コードを読み取っているが当該患者のコードが読み取りができず手入力し見落とし、酢酸エステルに100mg規格があることを知らなかったことでニコチン酸エステルであろうという思い込みがあったことで過誤に至った薬局にはユベラ錠50mg、ユベラN100CAP100mg、トコフェロールニコチン酸エステルCAP100mgの在庫があった投薬時には薬袋写真と薬を照らし合わせて薬袋に入れていたがそもそも入力が間違っていたため意味がなかった	処方を手入力した際はその旨をスタッフ間で共有する処方箋と入力を照らし合わせて確認薬も処方箋を見てしっかり確認類似薬品名の薬に注意喚起のタグをつける	トコフェロール酢酸エステルカプセル100mg「ファイザー」	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
874	一般名処方書かれてるので、選ぶ時に急いで見間違えて処方入力してきた。トコフェロール酢酸エステルを、トコフェロールニコチン酸エステルと間違えた。	一般名処方、沢山出てる患者さんなので、商品名に変更しないと会計も出来ないしと思いついたようで見間違えた。いつも来てくれる患者さんなので調剤時に、処方監査してすぐに気づきました。	確認を常に喧しく言ってるが、急ぐともれるようで、違う人がもう一度確認するようにしました。	トコフェロール酢酸エステル錠	トコフェロールニコチン酸エステル		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
875	一般名で、トコフェロール酢酸エステル錠100mgは処方されたが、類似名でトコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mgが在庫していた為、類似名のトコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mgで調剤した。監査時に、気がついたので、トコフェロール酢酸エステル錠100mgに変更して調剤し、投薬をした。	一般名で、後発品で調剤するときに、類似名であることで、確認不足で調剤してしまった。	類似名の処方薬について、最初の記載を見ての思い込みをせず、最後まで処方名をしっかりと確認して、調剤するように話し合った。	トコフェロール酢酸エステル錠100mg「ツルハラ」	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
876	トコフェロール酢酸エステル処方だったが、トコフェロールニコチン酸エステルにて調剤して渡す。患者家族が「今までは錠剤だったけど、この前はカプセルだったね？トコフェロールと書いてるから同じ薬よね？」と申し出た為、発覚した。	トコフェロール【酢酸・ニコチン酸】それぞれが存在することに関しての勉強不足。	名前が似ている薬に関しては再度注意喚起をするよう徹底することで過誤を防ぐ	トコフェロール酢酸エステル錠100mg「ツルハラ」	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
877	5月来局の鑑査時、【般】トコフェロール酢酸エステル100mgの処方に対し、前回(3月)お渡し分はトコフェロールニコチン酸エステル100mgカプセルでお渡ししていたことが発覚。入力内容も誤っており、監査スルーのまま間違ってお渡ししていた。	トコフェロール酢酸エステルとトコフェロールニコチン酸エステルの名称が類似したため処方入力があったことが原因	レセコン入力するPCの類似名称品のリスト作成し注意喚起。	トコフェロール酢酸エステル錠100mg「ツルハラ」	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
878	トコフェロールエステルは通常200mgのニコチン酸エステルの方が通常処方されていて、酢酸エステルの規格100mgと2点チェックしなければいけないところ、焦りで規格のみチェックをしてピッキングしてしまったが、人の目を変えて、2度目チェックしたために、間違いなく投薬できた。	一般名処方のトコフェロールの場合、エステル結合の違いと、規格違いが存在するため、とても間違えやすい製品で、2点チェックすべきところを、焦って、他の薬品のように規格だけのチェックのみにしてしまうと間違えやすい薬であることを、念頭に入れてピッキングしなければいけない薬であることを認識の欠落	一般名処方のトコフェロールの場合、エステル結合の違いと、規格違いが存在するため、とても間違えやすい製品で、2点チェックすべきところを、他の薬品のように規格だけのチェックのみにしてしまうと間違えやすい薬であることを、念頭に入れてピッキングしなければいけない薬であることを認識の徹底。現状のように必ず二人の目での確認の徹底。薬歴にも注意喚起の伝言を入れておく。	トコフェロール酢酸エステル錠100mg「ツルハラ」	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
879	「般」トコフェロール酢酸エステル錠50mg 4錠分2朝夕食後の処方→トコフェロールニコチン酸エステルカプセル 100mg 2C 分2朝夕食後で調剤、鑑査投薬した。投薬後、処方箋チェック時に気づきすぐに患者様へ連絡、ユベラ錠50へ交換した。	調剤、鑑査時、トコフェロールの文字のみをみていた、また、100mgへの変更の方に意識がいていた。	トコフェロール酢酸エステル、トコフェロールニコチン酸エステルカプセルと類似名のものであることの周知徹底を行い、この患者様の確認事項にもユベラ錠である旨を記載した。	トコフェロール酢酸エステル錠50mg「トーワ」	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
880	(般)トコフェロール酢酸エステル50mg6錠分3毎食後で処方されていたが、トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg3カプセル分3毎食後でお渡しし、薬歴作成中に、過去にトコフェロールニコチン酸エステルカプセル200mgがのどにつかえて飲みにくいことを相談されて、50mgや100mgの錠剤やカプセルがあることを紹介していたことがあったため、50mg2錠の方が良かっただろうことに気が付き、同時に成分の違いに気付いた。その日の午後には説明交換した。服用はしていなかった。	一般名処方の入力の際に、成分の名称の異なるもの(トコフェロール酢酸エステルとトコフェロールニコチン酸エステル)を選択して剤型・規格変更を行い、入力間違いに気づかず入力された薬品名のまま調剤・投薬してしまった。トコフェロールという名称で判断してしまい、間違いに気付かなかった。	知識不足が原因であり、特に一般名からの変更に対しては類似の成分名がないかよく確認して、入力・調剤・投薬等を行う。	トコフェロール酢酸エステル錠50mg「トーワ」	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
881	ドネベジルOD錠3mgのところ、ドネベジルOD錠5mgで入力。ドネベジルOD錠は初回の処方であった。	入力時の規格間違い。繁忙時であったため、規格違いに気づかず入力。	ドネベジルは3mgからの処方であることを理解していれば防げた。また、規格違いについては、通常どおり規格にチェックを入れ入力することの徹底を図る。	ドネベジル塩酸塩OD錠3mg「トーワ」	ドネベジル塩酸塩OD錠5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
882	処方箋では「般」ドネベジル錠5mgであったが、入力の際に前回と同じ「般」ドネベジル錠3mgで入力をしてしまったのとピッキングも3mgで取ってしまったためそのまま渡してしまった。5分後にすぐに気づき、患者宅に電話して、正しいドネベジル錠5mgに薬を飲む前に交換できました。	レセコン入力の違い、ピッキングの違い、監査も気づかなかった。	レセコン入力、監査の人、ピッキングの人をなるべく別の人にすること	ドネベジル塩酸塩OD錠5mg「明治」	ドネベジル塩酸塩OD錠3mg「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
883	処方箋は、トピロリック20mgと記載があるのに薬効が同じでヒートの色がそっくりなフェブリク20mgをお渡し。監査も2人でしているのにも関わらず、2人とも思い込みでスルーしてしまった。	忙しい時間帯。よく処方されるフェブリク錠を無意識に調剤していることに気づかず。ヒートの色で思い込んでいる。	思い込み調剤をしないように意識をするようにして、電子薬歴にも注意することと記載。	トピロリック錠20mg	フェブリク錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
884	トフラニール錠10mgとトリプタノール錠10の入力間違い調剤時に発覚。	「ト」から始まる医薬品であることと、同じ規格であり、入力ミスが起きたものと考えられる。	類似品の共有	トフラニール錠10mg	トリプタノール錠10		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
885	ドボネックス軟膏とステロイド剤の混合の処方であった。調剤時にドボベット軟膏を間違えて取り揃えてしまい、混合してしまった。間違えに気づき、正しく調剤して交付した。間違った薬は廃棄となった。	鑑査システムを通していなかった。名前が似ているが、ステロイドとの混合ということ単味の薬であるが、混合された薬であるかの知識があれば間違える事はなかったと思う。	鑑査システムを利用ししっかり確認する。	ドボネックス軟膏50μg/g	ドボベット軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
886	ドボネックス軟膏で処方が出たが、入力者、調整者共に知識不足で、ドボベット軟膏を入力、調整した。監査時には気が付くことが出来たが、2人が名称の違いを見逃した。	新製品に関する知識不足があり。また、処方入力と調整時共に品名をしっかりと見ずに入力、調整してしまっている。	今まで新製品の情報についての共有が不十分だったが、今後特に似た名前の製品の発売などがあった時は連絡ノートなどで情報を共有する。また、入力、調整時のチェックを徹底するよう従業員間で話し合った。	ドボベット軟膏	ドボネックス軟膏50μg/g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
887	ジェネリック希望でずっとジェネリック医薬品を使用している患者様に先発品で入力及び調剤し、交付してしまった。	繁忙期で入力の確認、調剤監査の確認がおろそかになった。	注意力散漫と思われる。二重チェックなどしっかり行う。	トライコア錠 80 mg	フェノフィブラート錠 80 mg 「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
888	1包化調剤時、トラセミド4mgをピッキングするところをトラゼンタ5mgをピッキングした。本来、監査システムシステムに通すべきところを、不足薬があったために後回しにしておいた。その後、取り揃えが済んだのち、監査システムに通すのを忘れ、そのまま調剤者が1包化した。監査でミスが発覚した。	ピッキングする際、同じ引き出しの中の似た名称を誤って取り出し、監査システムを通せばすぐに発覚できるところを、その時はシステムを通すのを忘れた。3重のミスが重なった。	ピッキングシステムのジャーナルに記名する事とし、システムの通し忘れをなくすことを徹底する。	トラセミド錠 4 mg 「K O」	トラゼンタ錠 5 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
889	トラセミド4mgの処方なのにトラゼンタ5mgを一包化してしまいそうになった。	一包化待ちの患者さんが多数いて焦って処方せんを見間違った。	ダブルチェックで今回も投薬する前に発見できたので引き続きダブルチェックで間違いを起こさないようにする。	トラセミド錠 4 mg 「K O」	トラゼンタ錠 5 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
890	以前に調剤したことがありました。老健より特養に移動され、14日の処方を分包装剤しました。13時20分に処方され、2時に特養に配達しました。看護師が配薬されます。看護師よりトラゼンタ5が入っていないと指摘され、トラミド4があり、間違いを発見しました。直ぐに分包し直し交換しました。	時間的に急いで分包装剤したことが要因です。	きっちり、落ち着いて調剤する。	トラゼンタ錠 5 mg	トラセミド錠 4 mg 「K O」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
891	トラゼンタ錠 5 mg をピッキングするところを、トラセミド錠 4 mg をピッキングした。監査で間違いに気付いたため患者には正しい薬を交付した。	トラゼンタ錠 5 mg とトラセミド錠 4 mg は、名称が似ていたため間違えた。	注意喚起を行った。	トラゼンタ錠 5 mg	トラセミド錠 4 mg 「K O」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
892	内科と整形の定期薬処方箋を持参にて来局。整形の定期服用中の「トラムセット配合錠」の処方が内科処方箋中にも記載があり重複するため疑義照会。処方箋発行時「トラゼンタ錠」を「トラムセット配合錠」と誤って入力した。	処方薬の頭文字が類似するため、レセコン入力時に誤って入力したと思われる。	患者の訴えと、処方薬の合致について常に注意をする。	トラゼンタ錠 5 mg	トラムセット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
893	いつもこられている患者さんですが、就寝前に通常、トリアゾラム錠が処方されておりましたが、この薬で寝れているにも関わらずトラゾドン錠に変更になっていましたので、患者さんに確認した所、医師からは、薬が変更になるとは聞いていない、との事で医院さんに疑義照会しました。医院さんの入力時のミスが判明したので、正しくトリアゾラム錠を投薬しました。	やはり、いつもの薬が変更になった際に、きちんと患者さんとのコミュニケーションをはかり、きちんと話を聞くことが大切だと思いました。	今まで以上に、患者さんと向き合ってきちんとコミュニケーションが取れるように日頃からきちんと話をすることが大切だと思いました。	トラゾドン塩酸塩錠 25 mg 「アメル」	トリアゾラム錠 0.25 mg 「CH」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
894	一般名トラバプロストで、デュオトラバ点眼と入力。調剤、監査者気づかず。投薬者が投薬前に気づく。	調剤者、監査者が処方箋をしっかりと見れば一目瞭然。薬袋調剤をしていると思われる。	処方箋を見ての調剤を。	トラバタンズ点眼液 0.004%	デュオトラバ配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
895	トラベルミンを調剤しようとしたところ、トラベルミンの箱の中にトランサミン錠が入っているのに気が付いた。発見者は間違っただけで調剤せずに、間違っただけで入っている薬剤を正しい場所に戻した。トラベルミンの処方量と在庫量に差異はなく、間違っただけで調剤された形跡はなかった。	小包装で在庫している医薬品は50音順に引き出しに入れて収納しているため、同じ引き出しには名称が類似する医薬品が入っている。今回のミスは調剤後に薬を戻す際に間違っただけで戻ってしまったと考えられる。	注意喚起のために、「名称類似のため注意」のカードをつけるなど、調剤時に常に注意を促すような工夫が必要。	トラベルミン配合錠	トランサミン錠 250 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
896	トラバタンズ点眼液の処方のところ、同タイプのルミガン点眼液の後発品であるビマトプロスト点眼液で調剤してしまった。監査時にも気が付かず、そのまま投薬。投薬時に患者さんの指摘で発覚し、正しいトラバプロスト点眼液でお渡しした。	薬品名が入力と違っていることをよく確認せずに調剤、投薬	調剤時、投薬時とも処方箋と入力をよく確認する	トラバプロスト点眼液 0.004%「ニットー」	ビマトプロスト点眼液 0.03%「ニットー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
897	処方にてトラバプロスト点眼液のところ、誤ってラタノプロストPF点眼液を調剤および交付していた。	鑑査を通り抜けてしまったこと。また、眼圧の状態など容態の確認に気を取られ、薬剤の確認が疎かになっていた。	鑑査および投薬時患者との薬剤確認の徹底	トラバプロスト点眼液 0.004%「ニットー」	ラタノプロストPF点眼液 0.005%「日点」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
898	トラムセットを調剤すべきところ、カロナル500mgで渡してしまう。	この処方の前にカロナルの調剤があり、頭に残っていたのかもしれない。カロナル錠500mgとトラムセット錠は剤形が似ている。薬をよく見ていなかった。	思い込みがしやすい薬を認識し、注意する。薬物の写真と薬を見合わせる。処方箋と薬品名と薬を良く確認する。	トラムセット配合錠	カロナル錠500		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
899	トリアゾラム「CH」と入力すべきところ「日医工」で入力した	トリアゾラム日医工の出荷制限により在庫しなくなっていたためにトリアゾラム「CH」へと患者すべてに変更してもらっていた。その流れの中で前回Doの入力をスルーしてしまった。	入力用パソコン周囲に変更の表示をつけていたがスルーしてしまった、より店舗内スタッフでの情報共有を強化し、ヘルプスタッフが入った際にきちんと引き継ぐ内容であること周知した。	トリアゾラム錠0.25mg「CH」	トリアゾラム錠0.25mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
900	トリアゾラム0.25mg1錠で処方されていたところを0.125mg1錠で入力、調剤も間違え、監査もそのままスルーしてしまった。3日後、処方箋の入力チェックをしていた事務員が発見した。患者に電話で謝罪。患者も睡眠薬が効かないと思っていたとのこと。正しい用量で調剤し薬をお届けし再度経過説明。主治医にも経過を報告した。	思い込みで入力、調剤してしまった。入力が間違っていたので監査機のチェックもスルーしてしまった。	入力の時点で複数規格のある薬品についてチェックが抜けていた。入力を間違えると監査システムに引っかからないことを再度職員間で共有し、入力チェックをしてから調剤することを徹底する。	トリアゾラム錠0.25mg「CH」	トリアゾラム錠0.125mg「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
901	一般名でトリアゾラム錠0.25mgが処方されていたところ、ピッキングする事務員がエチゾラム錠0.25mgがピッキングしてしまった。監査時に薬剤師が誤りに気が付き患者には投薬されずに済んだ。	一般名処方では類似した名前が多く、今回は規格の数字も同じだったためピッキングミスが起きたと思われる	一般名処方の場合類似した名前が多いので注意が必要であることを事務員にも再教育し、ピッキング時に規格の数字、名前の完全一致を確認するようにした	トリアゾラム錠0.25mg「タナベ」	エチゾラム錠0.25mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
902	KNの商品がいつもでていたが、在庫が入らなくて他メーカーへ変更したが、入力はKNのままだった	入力変更もしっかりと確認する	対応者の印鑑を押す	トリアゾラム錠0.25mg「日医工」	トリアゾラム錠0.25mg「KN」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
903	トリクロルメチアジド1mg、0.25錠を30個作成するときに、トリクロルメチアジド1mgを7.5錠使うところを、7錠はトリクロルメチアジド1mgだったが、0.5錠、すでに割ってあるものをピッキングしたものが、ドキサゾシン1mgだった。半錠を保存しているチャック付クリアバックに薬のヒートのミミを入れてあるので、それを確認したときに間違いに気が付いた。	薬の引き出しが上下の隣合わせであった。半錠だけ後から出したため、その時、開ける引き出しを間違えたか、または、トリクロルメチアジドの引き出しに、ドキサゾシンが入ってしまったか、が考えられる。半錠の半端が残ったときは、チャック付クリアバックに薬のヒートのミミとともに入れているが、錠剤半錠だけ見た場合はとても似ている。	すぐにできる改善策として、ドキサゾシンの1mgと2mgの位置を逆にした。(2mgを割ることはないのと、錠剤の色が違うから。)100錠包装の箱ごと入れて管理しているが、半錠の残りを片付けるときに、2人で確認をして、箱の中に入れることにする。(他の引き出しに混入してしまわないため。)	トリクロルメチアジド錠1mg「NP」	ドキサゾシン錠1mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
904	トリクロルメチアジド錠2mg「トーワ」が処方されていた患者に対して、トリメプチンマレイン酸塩錠100mg「トーワ」を調剤。患者帰宅後、在庫チェックをしていた際に気づいたため、電話後に患者宅へ伺い謝罪して事情をお話しし薬をお取替え。	薬棚が名称順に並んでおり、該当2品目が並んで配列されていた。該当日の事務員が不慣れのため、薬剤師の精神状態に余裕がなかったことと、事務員の監査においてもチェックから漏れてしまった。	気持ちに余裕をもって調剤すること、事務員による監査後に、自分で再度チェックする。	トリクロルメチアジド錠2mg「トーワ」	トリメプチンマレイン酸塩錠100mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
905	トリプタノールが処方されているところトフラニールで調剤	思い込みによる調剤	調剤棚に注意シール	トリプタノール錠10	トフラニール錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
906	トリメブチンを交付するべきところを、誤ってベタキソロールを交付。患者は1錠服用してしまった。体調変化はなし。	機器の操作、手順に鑑査者が不慣れな部分があった。また、薬剤の取り揃えを行った薬剤師も慣れから、煩雑な取り揃えであった。	手順順守の徹底。指差し呼称の徹底。	トリメブチンマレイン酸塩錠100mg 「トーワ」	ベタキソロール塩酸塩錠10mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
907	トレリーフOD錠25mgのところトラマールOD錠25mgにて1包化調剤。入院時の持参薬チェックにて過誤発覚。	繁忙で処方箋が混み合っていたため、注意力が散漫になり確認を怠った。	該当薬品について「類似薬剤名あり注意!」とのコメントを箱に貼付し、使用患者名リストを添付。バーコードによるピッキング監査システム(1包化調剤にも対応)を導入し運用を開始しました。スタッフ全員に過誤内容を周知して、ヒューマンエラー防止対策の徹底に努めるよう伝達しました。	トレリーフOD錠25mg	トラマールOD錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
908	一般名処方から、レセコンで選択間違いをしていました。配合剤のところ、初めの部分の成分名だけを見て変換してしまった。	一般名の一部の成分名から商品名を見てしまった。当事者の薬剤師は連休明けで不注意でした。	一般名処方の場合、成分をしっかりと読み確認を行う。	トロピカミド点眼液0.4%「日点」	ミドリンM点眼液0.4%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
909	治療の為、他の病院に入院され、入院中の病院担当者より、ナテグリニド錠90mg 14錠中にテネリア錠20mgが2錠入っていたとの連絡を受けた。当該病院では、テネリア錠の採用がなく、当薬局の調剤過誤であることが明白であった。病院側で適切に対処して頂いて、患者様には体調の異常はないとのことだった。	ナテグリニド錠とテネリア錠が調剤棚で隣接して配置されていた為、調剤者が10錠シート1個と2錠シートを2個取り出した時、テネリア錠2個のシートを、ナテグリニド錠の場所に返却ミスにより混入したもの、あるいは隣のテネリア錠の場所から取り出し、一緒にゴムで留めていた。2錠のみで錠剤およびシートの大きさや色が似通っていたため、監査者も混入に気付かずそのまま投薬してしまった。	隣接していた配置を離し、取り出しすぎた錠剤の返却時の場所の確認、及び端数まできちんと監査するよう注意喚起した。	ナテグリニド錠30mg「日医工」	テネリア錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
910	ナラトリプタン錠2.5mg 頭痛時4回分の処方、エレトリプタン錠20mg 4錠を調剤。鑑査者が気付かず指摘。調剤しなおした。	ナラトリプタンの認識はあったようだが、「ナラ」と「エレ」を見間違えたことが要因の一つと考える。	名称、規格などしっかりと指差し確認を行う。	ナラトリプタン錠2.5mg「K O」	エレトリプタン錠20mg「D S E P」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
911	定期薬で出ているニコランジルを調剤する ところ、繁盛期であり監査と投薬の人が同 じになりニセルゴリンで調剤されているの 気が付かずそのまま交付。後日、患者より 連絡があり判明。服薬していないこと確認 をして交換対応を行なった。	監査者と投薬者が同一になり、思い込みで薬 の交付を行なってしまった。	監査者と投薬者が別になるようにする。配置 されている棚への工夫。交付時に改めて薬剤 名の読み上げをしながら交付するなど間違え ないように注意する。	ニコランジル錠 2.5 mg 「トーワ」	ニセルゴリン錠 5 mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
912	ニセルゴリン、ニコランジルが同様の成分 だと誤解し、調剤しそうになった。	ニセルゴリンが処方されたが、在庫がなかつ たため代替薬を確認していたときに、ニコラン ジルが同じ成分だという誤った情報が流れ た。名前も似ていたため、誤認識があったよ うだ。その後「今日の治療薬」で再度確認し たところ、成分名が異なっていることが発覚 した。	不慣れな薬が出た際、代替薬を探す際には 「今日の治療薬」などで必ず確認する。調剤 棚は離して置く。	ニセルゴリン錠 5 mg 「NP」	ニコランジル錠 5 mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
913	ニセルゴリンの処方のところ、ニコランジ ルでお渡ししてしまった。患者本人が気づ いて取り換えに来てくれた	処方箋2枚の同時調剤だったため、もう一方 の処方に気を取られて気づけなかった	名称類似品のため、区別して注意して取り扱 いたいと思う	ニセルゴリン錠 5 mg 「サワイ」	ニコランジル錠 5 mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
914	ニセルゴリン(5) サワイを調剤すべきと ころに、ニコランジル(5) トーワを調 剤。窓口投薬時に患者さんから指摘があり 発覚。	ニセルゴリンは箱のまま引き出し保管だが、 箱のままニコランジルの棚に戻ってしまった。 引き出しにニセルゴリンの在庫が無く、 棚を見たら箱があったため保管場所が変更 になったと勘違いし、その棚からニコランジ ルを取り出してしまった。	薬剤を保管場所に戻す場合は、業務が落ち着 いてから十分に場所を確認しながら戻すこ とを徹底する。保管場所を変更する場合は管理 薬剤師からスタッフ全員に案内しているこ とを再度説明。また投薬前にも十分に確認し てから患者さん呼び出す。	ニセルゴリン錠 5 mg 「サワイ」	ニコランジル錠 5 mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
915	一包化調剤において、ニセルゴリン 5 mg が処方されていたが、ニコランジル 5 mg を誤って一包化し、調剤後も間違いに気付 かなかった。監査を行う薬剤師が間違いに 気付くまで調剤し直した。	当薬局の分包機は、バラ包装の錠剤とPTP包 装の錠剤を調剤者によって分包を行う。今回 はニセルゴリンのバラ包装がなかったため、 事前にPTPの錠剤をピッキングし、手で分包 を行った。この際、薬品の名称が似ていたこ とにより調剤者が間違ってしまった。また ピッキングの際と分包を行う際にも名称を確 認するべきところを怠ってしまったことが原 因と思われる。	薬局内全体で、一人ひとりの薬剤師の調剤手 順の見直しと統一を行った。一包化調剤をす る際は、ピッキング、分包時、また分包され たものを巻き取る際も分包紙の中の錠剤の刻 印またはPTPのシートを確認するように統一 を行った。	ニセルゴリン錠 5 mg 「サワイ」	ニコランジル錠 5 mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
916	ニセルゴリンが処方されていたが、間違えてニコランジルを調剤してそのまま渡してしまった。	ニセルゴリン「サワイ」とニコランジル「トーワ」は、名前だけでなくシートのデザインも似ているので、普段から注意はしていたが間違えて調剤し監査も抜けてしまった。	ニセルゴリンもしくはニコランジルの採用メーカーを変更しようと思ったが、ジェネリックの供給が不安定で対応が難しかった。なので、薬局内で棚の位置を変更し、それぞれに改めて注意喚起するようなコメントを付けた。	ニセルゴリン錠5mg「サワイ」	ニコランジル錠5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
917	普段より当店舗を利用してくださっている施設入居の患者さんで全て粉碎調剤の患者さん。その中でニセルゴリン5mgが処方されているところニコランジル錠5mgで調剤。粉碎調剤してしまった。監査者が気付き、作成しなおし、交付時には正しい状態でお渡ししている。	大量にある施設の処方箋の中で、素早く作成することに気を取られ、よく確認せずに作成してしてしまった。	今回のミスを店舗内で周知し、同じ薬剤を使用する際は注意する。今後も粉碎時は刻印監査が出来ないので、使用済のPTPシートを一纏めに監査に回す。	ニセルゴリン錠5mg「サワイ」	ニコランジル錠5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
918	2020年12月8日昼ごろ、平素より通っているクリニックの処方せんを持って来局。以前より当局が投薬、継続している薬を2週間分処方されていた。その中の『サアミオン錠5mg』について、いつもは後発品『ニセルゴリン錠5mg「トーワ」』に変更して調剤しているところ、取り違えて『ニコランジル錠5mg「トーワ」』を調剤。監査でも気づかずそのまま投薬した。同年同月28日、定期受診し処方せんを持って来局した際、患者本人より「いつもと違う薬だったのでこの薬は飲まなかった」と報告あり発覚。患者自身は調剤過誤があった薬以外をのんで過ごし、発覚するまでの間体調変化なかったとのこと。患者へ調剤ミスであったと説明し、正しい薬を渡した。	両者は薬品名、錠剤、PTPシートの外観がどれも似ており、メーカー名が同じだった。また、処方せん受付時は薬局内が混んでいたため焦りがあった。	薬局内には薬品名や外観が類似している薬が多数在庫していることを認識し、鑑査時は取り揃えた薬品が一致しているか注意深く確認する。特に繁忙時は焦りやすいので落ち着いて鑑査するよう心がける。	ニセルゴリン錠5mg「トーワ」	ニコランジル錠5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
919	ニセルゴリン錠5mg「トーワ」を調剤するところニコランジル錠5mg「トーワ」を調剤。	若干名称が類似	なし	ニセルゴリン錠5mg「トーワ」	ニコランジル錠5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
920	施設患者様。FAXで処方箋を受けたためQRコードの読み込みできずに手入力。一般名処方：前回ケトコナゾールクリーム→今回ケトコナゾール外用液に処方変更前回の処方を参照したためケトコナゾールクリームでご入力してしまった。また手入力の為、別の事務員が入力の確認をしたが誤りを発見できず。調剤した薬剤師もケトコナゾールクリームで調剤してしまったためポリムスもエラーとならずに監査者まで行ってしまった。監査者が気づき再調剤した。	思い込みによるミス。3名のミスが重なってしまい、監査システムも通り抜けてしまった。	「あの人であれば大丈夫だろう」という思い込みもなくし、まさらかな状態で監査を行う。	ニゾラールローション 2%	ケトコナゾールクリーム2%「NR」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
921	一般名処方前出していたジアゼパムからニトラゼパムに変更があったが、前回と同じだと思い込み間違えた。	2種類の処方前回と同じだと思い込み、気が抜けてしまいミスをしてしまった。	箱に類似薬ありと表記する。	ニトラゼパム錠5mg 「TCK」	ジアゼパム錠5mg 「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
922	ニトロール5mg処方のところ、ニトロベン舌下錠を調剤。	類似の薬品であったため、不注意による監査ミスによるものと思われる	処方箋と医薬品を照らし合わせて確認を徹底する。	ニトロール錠5mg	ニトロベン舌下錠0.3mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
923	前回一般名で、ニトログリセリン27mgと処方、今回もコピーで入力。今回処方は、一般名でニトログリセリン25mg。入力監査で気付いた。	規格を見ないで、コピーで入力。ポリムスでビックするため、ニトログリセリンテープ27mgをビック。	入力監査、調剤録チェックをしっかり行う	ニトログリセリンテープ	ニトログリセリンテープ27mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
924	一般名でニトログリセリン舌下錠0.3mgの処方箋を入力する際、同じ名前の選択肢が2つあり、そのうちの一つを選んだところニトログリセリン舌下錠0.3mgだけ挙がってきたため入力したが、薬局の採用はニトロベン舌下錠0.3mgだった。お渡しはニトロベン舌下錠0.3mgをお渡ししたが、説明用紙等の印字はニトログリセリン舌下錠0.3mgでお渡しした。	レセコンの入力がニトログリセリン舌下錠0.3mgが2つあり、ひとつにつきひとつの品名しかあがらないため、それしかないと思いこんでしまった。	実際の薬品を必ず確認する。	ニトロベン舌下錠 0.3mg	ニトログリセリン舌下錠0.3mg「NK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
925	正：ニフェジピンCR20mg【トーワ】1錠 分1 朝食後誤：ニフェジピンCR20mg【トーワ】 1錠 分1 夕食後	A病院通院後、B病院に転院処方入力をDo処方でも入力し、監査をすり抜け患者様にお渡し次回来局の際の処方監査時に発覚	処方入力・監査工程の確認	ニフェジピンCR20mg	ニフェジピンCR20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
926	定期薬で頓服の血圧の薬でニフェジピン10mg12時間持続型の薬が処方されている方が来局。ただ今回はニフェジピン10mg24時間持続型の薬に変更されていた。処方箋を受け付けてそのままいつもの処方だと思い、ニフェジピン10mg12時間持続型の薬で入力。別の調剤者が処方箋を見ながら調剤をしていた際に、ニフェジピン10mg24時間持続型の薬の誤りと気づく。投薬前に患者様へ伺ったところ、寒くなってきている影響で血圧が上がりやすい傾向なので、今回から頓服の薬を変えると医師が仰っていたと確認。入力を直して、正しい処方であるニフェジピン10mg24時間持続型の薬を交付した。	頓服の処方薬がずっと変わらず処方されていた患者様で、思い込みのDo処方だと思い込んでしまったこと。入力時に一般名処方での12時間持続と24時間持続の処方変更気づけなかったことが挙げられる。	入力時に声を出して、薬剤とその規格に間違いがないか確認を徹底する。調剤者は処方箋をその都度確認しながら調剤して、監査者は最終確認を行う際に薬剤の規格をしっかりと印つけて確認する。	ニフェジピンCR錠10mg「トーワ」	ニフェジピンL錠10mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
927	患者の処方箋がFAXで送られてきた。事務員Aが処方入力し、薬剤師Bが調剤したところ薬剤名が似ていたために入力を間違えていたことがわかった。	普段は処方箋のQRコードをスキャナーで読み取り入力しているが、FAXで送られてきた処方箋はスキャナーで読み取りできない。そのためDO処方と思い込んで、事務員は前回の処方のコピーして入力した。また、事務員はL錠とCR錠の違いがわかっていない。	事務の入力も、交付ミスへとつながることがあるので、L錠とR錠があることを事務員に伝えた。QRコードで読み取れない手入力の処方箋は、調剤前の時点、入力時に監査が必要と他の職員にも周知した。	ニフェジピンCR錠10mg「日医工」	ニフェジピンL錠10mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
928	(正)ニフェジピン10mg(24時間作用型)(誤)ニフェジピンL10mg(12~24時間作用型)裏打チェックにて誤り発見。修正して、患者さんには、正しいものをお渡しした。	何時間作用型で全く別の医薬品になるため(～時間作用型)の部分もしっかりチェックするべき。比較的すいている時間だったので、発見できたが、忙しいときでも焦らずに、監査した方がいいと実感した。	パートナーさんにも、同じ医薬品であるが、作用時間で分けられていて全く違う薬もあることを情報共有すべき。	ニフェジピンCR錠10mg「日医工」	ニフェジピンL錠10mg「杏林」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
929	ニフェジピンCR錠20mgに減量とこころ、40mgのままお渡ししてしまった。後日お薬手帳を見た、医師より連絡があり発覚。すぐに患者さんに電話にて謝罪し、20mgと40mgを交換した。医師相談したところ、今まで40mgを服用していたので問題ないだろうとのこと。	入力時、調剤時、監査時、投薬時すべての工程にて発見できず。処方箋が一般名記載「ニフェジピン除放錠20mg(24時間持続)」とあり、処方箋の途中で改行してしまったため以前より注意していた。	処方入力時に用量に下線を引くよう変更。	ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」	ニフェジピンCR錠40mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
930	ニフェジピンCR20mg「トーワ」で調剤すべきところを、ニフェジピンL20mg「トーワ」で調剤した。	一般名処方、ニフェジピン除放錠20mg(24時間持続)の処方を、12時間持続のニフェジピンL錠20mgで調剤。	ニフェジピンの規格ミスは起こりやすいことを薬局内スタッフに周知させる。調剤棚に注意喚起の札をつける。	ニフェジピンCR錠20mg「トーワ」	ニフェジピンL錠20mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
931	R p1【般】ミルタザピン錠15mg 2錠【般】オランザピン口腔内崩壊錠1錠 分1×夕食後 14日分 R p2【般】ニトラゼパム錠5mg 2錠 分1×就寝前 14日分 R p3【般】アルプラゾラム錠0.4mg 2錠 分2×朝食後、夕食後 14日分 R p4【般】ジアゼパム錠5mg 3錠 分3×毎食後 14日分 R p5【般】ピソプロロールフルマル酸塩錠5mg 2錠【般】ニフェジピン除放錠20mg(24時間持続)1T 朝1分2×朝食後、夕食後14日分 R p6【般】ATP錠20mg 1T【般】メコバロミン錠0.5mg 2T 分2×朝食後、夕食後 14日分の記載のところ、R p5「朝1」の記載に気づかず、入力、処方鑑査、投薬時に気づかず分2で投薬。  薬袋にニフェジピン1回0.5錠との記載があるのに気づかず投薬。調剤はヒート14錠で投薬。投薬時、「ニフェジピンCRを1日2回服用してください」と説明し、患者は1日2錠を服用。2/1患者がニフェジピンのみ足りなくなったことを不思議に思い、当薬局に電話し、「ニフェジピンは病院で1日1回朝飲むように聞いたが、薬局では1日2回と言われた。どちらが正しいのか」との訴えがあり発覚。	発生時の状況は、混雑していたこともあり、入力や処方鑑査、薬袋の確認が疎かだった。・入力の縦チェックがおざなりであったこと・「朝1」の記載について気づかず、また疑義照会が必要であったにもかかわらず、ニフェジピンCR20mgの用法の確認不足で疑義照会を怠ったこと(お薬手帳は持参しなかった)。  ・「朝1」がR p5の「ピソプロロール」か「ニフェジピンCR20mg」のどちらにかかっていたか確認を怠ったこと・薬袋の確認を怠ったこと(薬袋に1回0.5錠の記載があった)・投薬時、患者とのコミュニケーション不足。薬剤師がニフェジピンの説明時に、薬情や薬袋を指し示しながら説明していれば、薬剤師や患者はおかしいと勘付いていたはず。・薬局で新規の薬が処方されたにも関わらず、処方鑑査で疑義照会すべきだったこと。業務支援システムを活用しなかったこと・投薬時の患者フォローを怠ったこと	・処方せんの入力時、縦チェックの徹底・「朝1」などの記載があった場合、付箋等を貼り注意喚起する。・処方鑑査の徹底。業務支援システムを活用し、処方鑑査時に疑義照会できるよう心掛ける。・薬袋を確認しながらの鑑査、投薬を行っていく。・特に新規処方薬に対する投薬後の電話フォローを行っていく。	ニフェジピンCR錠20mg「日医工」	ニフェジピンCR錠20mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
932	ニフェジピン錠とベニジピン錠の取り間違え 名前の発音が似ていたのと、同じ血圧の薬のため認識していたため 取り間違えをした。	規格 用量も全く違うので、そのチェックをしていけば問題ないと思われます、焦って取っているためミスにつながりました。	規格、などのチェックをする 名前の類似(発音の類似)にて注意喚起のボードを付けました。	ニフェジピンCR錠40mg「三和」	ベニジピン塩酸塩錠8mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
933	一般名処方でニフェジピン徐放錠10mg(12時間持続)が処方されていた、普段応需している医療機関の処方せんでなかった。QRコードで入力したが、誤ってニフェジピンCR10mg サワイを選択し、調剤したが、監査の時点で気づきニフェジピン徐放錠10mg 日医工に修正した。	ニフェジピン製剤は作用時間が異なる製剤が多数あり、メーカーも多数販売されている。ニフェジピン徐放錠10mgは12時間作用が持続し、ニフェジピンCR10mgは作用が24時間作用することを薬剤師が良く理解していたので、入力の間違いに気づいた。	同じ名称で作用時間が異なる薬剤の情報についてスタッフ間で共有する必要がある。	ニフェジピンL錠10mg「日医工」	ニフェジピンCR錠10mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
934	継続的にニフェジピンL「日医工」を採用していたが、昨今の入手困難により「トーワ」へ採用変更していたが、医薬品は「トーワ」で投薬されたが、入力が「日医工」のまま、薬袋・薬情などの記載が「日医工」のまま投薬されていた。	鑑査者が調剤された医薬品の一般名部分しか見ず、銘柄部分まで確認できていなかったことが原因。	調剤棚に採用銘柄が変更になった場合、周知まで十分な期間注意書きの貼紙をし、調剤者も貼紙があれば鑑査者に一言伝えるようルールの見直しをした。	ニフェジピンL錠20mg「トーワ」	ニフェジピンL錠20mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
935	当薬局には在庫されていないお薬が一般名処方に記載されており、いつも在庫している同成分の医薬品と思い込んでしまった	徐放錠の一般名処方だと見落としがちである、12時間型と24時間型、日頃在庫していないため思い込みでレセコン入力、ピッキングしてしまった。	棚に他規格、ミリ数がある商品には印をつけて、気を付けるよう表示をする	ニフェジピンL錠20mg「日医工」	ニフェジピンCR錠20mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
936	一般名処方ではプロパノファン点眼液が処方されたが、処方箋の入力内容をしっかり確認せず、誤ってプロムファナックと入力してしまいプロナック点眼液を調剤してしまった。そのミスを一週間後に事務員に見られ患者に連絡し確認したところ、薬剤使用後だった為、正しい物と交換して使用するように説明した。目には異常はなかった。	入力した一般名がよく使用される目薬だったため確認が疎かになってしまった。	一般名処方の薬剤の入力内容をしっかり確認する。	ニフラン点眼液0.1%	プロナック点眼液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
937	施設入居中の患者の処方でニュープロパッチ18mgが処方されていたところ、リバスタッチ18mgで調剤・交付した。	当該施設ではリバスタッチの処方が多く出ており、ニュープロパッチは初めての処方だった。ほか処方内容から疾患名は推測できたものの調剤者は内容について考慮せず普段の慣れからリバスタッチをピッキングした。鑑査者も同様。規格も同じであり、「パッチ」と名称であったことも要因だと考えられる。	処方箋の確認の徹底と、パッチ以外の処方内容から疾患名は推測できるためリバスタッチでは合わないことがわかる。処方箋通り正しく出すという意識を持つことと内容が正しいかどうかの検討をするということを同時に行う習慣と環境をつくる	ニュープロパッチ18mg	リバスタッチパッチ18mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
938	9月30日 15:30 以下の調剤が処方されていたにも関わらず、別の名称類似医薬品を誤ってお渡しした。誤) ネイリンカプセル(100) 84T 正) ネオールカプセル(50) 84T9月30日 16:00 患者本人より薬局に電話および過誤発覚。患者が服用する前に直ちに正しい医薬品と交換した。	新しく起用した医薬品であったため医薬品の名称や外観を見慣れていなかった。会社起用の監査システムの使用が今回限りできていなかった。	きちんと交付前には名称および規格の確認作業を怠らない。会社起用の監査システムの使用を怠らない。	ネオール50mgカプセル	ネイリンカプセル100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
939	ネオフィリン錠100mg 処方されていた薬歴では初処方、お薬手帳にて以前テオフィリン徐放錠00mg が処方されているときがあった在庫もなく初めての薬でもあり念のため疑義照会病院より患者の希望により処方したと返答あり、履歴と患者聞き取りによりテオフィリン徐放錠100mg を希望されていることがわかり再度疑義照会変更となった	在庫になく履歴にもない薬である 入力調剤まで進んでいた。お渡ししてしまうところがあった、患者様と十分薬を確認したことにより再度疑義照会することになり間違いを防止できた	履歴の確認、類似薬での間違いがあること認識し患者との確認は十分行う	ネオフィリン錠100mg	ネオフィリン錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
940	規格違いの入力ミス。投薬は処方せん通りのものをお渡し。コンプライアンスは影響なし。	監査体制の脆弱	監査体制の強化	ネキシウムカプセル10mg	ネキシウムカプセル20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
941	レセコン入力に不慣れな者が操作	人員不足	人員確保	ネキシウムカプセル20mg	ネキシウムカプセル10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
942	ネキシウム20の入力をネキシウム10で誤って入力、監査の際に発覚	事務の経験がまだ短く、レセコンの操作に慣れていないこと、処方箋の確認の仕方が不十分	処方箋の確認の手順をしっかりと守るようにする	ネキシウムカプセル20mg	ネキシウムカプセル10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
943	ちょうど10本調剤で箱ごと調剤台に置いた。通常、中のチューブの色がつかるところ、忙しい時で箱を開封せずに監査者に任せ他の調剤に行ってしまった。開封し監査した薬剤師はたまにヘルプに来ている薬剤師であった為間違いに気づきにくかった。	調剤者が中身を確認しなかったこと。在庫している棚に混ざって置いてあったため思い込んで取ってしまったこと。	配置棚を整理する。	ネリゾナユニバーサルクリーム	ネリゾナクリーム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
944	ネリゾナ軟膏処方のところ、ビスダーム軟膏を出してしまった。患者本人からの電話で発覚。	繁忙時間であった。調剤者は当該医療機関よりビスダーム軟膏がよく処方されているため、ネリゾナ軟膏を用意しているつもりでビスダーム軟膏をピックアップ。監査者は外観(特に色調)が似ているため見逃してしまった。	繁忙時間であっても、落ち着いて薬剤の取り間違いがないか確認を徹底する。	ネリゾナ軟膏0.1%	ビスダーム軟膏0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
945	処方でノイロトロピンをピックアップしなければならぬところをノイロピタンでピックアップした。これを監査者が間違いに気づき薬を変更して処方する。	医薬品の名称は似通っているので注意が必要。	今後、さらに監査を徹底すること、医薬品の類似名に注意する。	ノイロトロピン錠4単位	ノイロピタン錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
946	ノイロトロピンが処方であったが誤ってノイロピタン配合錠を調剤監査段階で医薬品間違いに気付いた例	忙しい時間帯であり手早くピックアップする必要がある状況頭3文字を見て判断してしまった	監査システムを導入しているが調剤時点で間違えているためノイロトロピンを上棚に配置、下引き出しにノイロピタン配合錠を配置	ノイロトロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
947	ノイロピタン錠4単位を取らなければならぬところ、ノイロピタン配合錠を誤って取ってしまった。調製者のミスで監査の際発覚した。	ノイロトロピン錠とノイロピタン配合錠は非常に名前が似ているため取り違えてしまった。	1、場所を離して在庫する等、再発防止につとめる。2、調製者は一文字鑑査を徹底して行なう。	ノイロトロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
948	ノイロトロピン錠4単位28錠のところノイロピタン配合錠28錠を調剤。	名称が似ているため取り間違い。	名称が似ている薬剤があることを認識し、処方された際は、処方箋に記載の名称を最後まで確認し調剤をする。	ノイロトロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
949	ノイロピタン配合錠 3錠 毎食後 21日分 → ノイロトロピン錠 でレセコン入力していた。	医薬品名が類似(頭3文字が同じ)による選択ミス。	フルネーム読み上げる。複数回見直しを行うようにする。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
950	ノイロピタン配合錠を調剤する際に間違っ てノイロトロピン錠を調剤。	名称が似ていることと保管棚に近い状態。繁忙時間帯でなかったが、調剤者の慣れ慢心による処方箋薬の読み間違いが原因。	処方箋に記載された薬品とピックアップした医薬品名の照らし合わせを調剤者もその場でする。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
951	当日は薬剤師2名の勤務だった。11時頃OTC販売や投薬が続き立てこんでしまい焦りを感じていた。入力者はノイロまでしか入力せず類似する薬品名があることに気付かず鑑査に回した。鑑査時は現物と処方箋を目視で確認したが名称が類似していることに気付かず投薬時も神経痛の薬剤であると投薬を行い患者へ交付してしまった。その後調剤録の確認で薬剤の入力が間違いで交付してしまったことが分かった。	レセコンの入力の際にノイロまでしか入力せずその後の文字を見ていなかった。また、名称類似について知識不足だった。ノイロトロピン、ノイロピタンともに神経痛の薬剤であり、投薬時に気付けなかった。	レセコンの入力の際は薬剤名を全て入力する。入力後は品名、剤形、規格が正しいか確認を行う。この時バインダー等で固定し、指差し確認や声出し確認を実施する。鑑査では1文字ずつチェックをし、投薬時に置いては処方箋を確認して薬剤を交付する。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
952	ノイロピタン配合錠が処方されていたが、ノイロトロピン錠で調剤してしまった	たくさんの患者様が来局されていてチェックが甘くなってしまった	繁忙日であっても確実な薬剤のチェックなるべくダブルチェックを行う	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
953	ノイロピタン配合錠 3錠 分3 毎食後の下にコメントがあり 高齢のため痛み止めに替わる処方とコメントがあったその為、当日の薬剤師がノイロピタンと思い込んで1包化調剤した監査のときに調剤した薬剤師が気づきノイロピタン配合錠へ変更した。	普段薬剤師2人態勢で1包化する前にヒート薬品で1回監査するが当日週休で薬剤師が一人体制だったために起きた事故。当日調剤した薬剤師は日ごろから窓口業務が多くあまり日常的に調剤に携わっていなかった	1人薬剤師体制のときは、薬剤師自身でダブルチェックもしくはヒートを出したときに他職員へ監査をお願いしてから1包化調剤業務を行う。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠 4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
954	患者様から、ノイロピタンとノイロトロピンは同じ薬ですか？と電話があり、処方箋を確認したところ、渡し間違いが発覚しました。	最初の3文字だけを見て調剤・監査を実施してしまっただけと考えます。	最初の3文字だけだと同じ名称なため、最後まで読んで調剤監査をしていきます。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠 4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
955	平素よりノイロピタン配合錠が処方されていたが、事務員がノイロトロピン錠4単位をピッキングした。薬剤師が監査する際、薬剤師の間違いに気付かずそのままお渡ししようとしたが、患者様が「薬の色が変わったんですね」とおっしゃり、再度確認したところ誤りに気が付き謝罪した。	当時、薬剤師は当該患者様の他科併用薬をお薬手帳で確認することに取られていた。他科併用薬が頻繁にノイロトロピンと併用される薬剤であるという認識があり、併用するとの思い込みで十分な確認をしなかった。	類似名称の薬剤には注意喚起の印をつけるなど、視覚的に注意を向けやすくなるように工夫をする。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠 4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
956	ノイロピタン配合錠が処方された際に、用法がノイロトロピン錠の通常量と同じものだった。一包化の監査の時にノイロトロピンが処方されたと勘違いして監査を行ってしまった。交付後、施設の看護師がいつもと色が違うと指摘し発覚した。	医薬品名を最後まで確認せずに、慢心の監査をしてしまった。	ノイロトロピン錠は一包化の機械にカセットの用意があるので、ノイロトロピン錠の棚に「カセット有り」と記載し集薬の際に気をつけるように注意する。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠 4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
957	久しぶりの薬局調剤した薬剤師：処方せんの記載をノイロトロピン錠と思い込みピッキング 何か痛みがあったのだろうと考えた監査・投薬した薬剤師：過去の記録でノイロピタン配合錠が処方されていることより、患者へノイロピタン再処方として説明患者；持ち帰った薬が過去にもらったものと違うと連絡 服薬前に正しい薬で再調剤	あたま3文字での思い込み事務スタッフが入力時に在庫ゼロだったことを調剤者に伝えたが、在庫確認を怠り気づけなかった処方元からは、ノイロトロピン錠は汎用させているが、ノイロピタン配合錠はあまり処方されない監査時には、ノイロピタン配合錠が処方されていると認識されていたがピッキングされた薬剤が違うことを見落としていた	・ノイロトロピン ・ノイロピタンの引出しに注意を記載・監査時には、薬情の錠剤写真を活用する・投薬時には、患者へ薬剤を見せながら対応する・事務スタッフが入力画面で在庫がゼロor足りない際には、調剤する薬剤師に声かけし在庫を確認する	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
958	ノボラビッド30mixフレックスペンで処方のところ、ノボリン30R注フレックスペンで調剤。調剤後、自己監査中に気付く。	頭2文字と語尾のフレックスペンが同じであったため、取り間違えた。	処方せんの文字を最後まで読む。ピッキング時の処方箋と薬の照らし合わせを怠らない。	ノボラビッド30ミックス注フレックスペン	ノボリン30R注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
959	ノボラビッド30ミックス注フレックスペン300単位が処方されていたが、誤ってノボラビッド注フレックスペンを調剤してしまった。投薬時に患者から注射についているシールの色が違うとの指摘を受けて調剤ミスが発覚し、すぐに取り換え患者本人にも本体に記載されている名称とシールの色を確認してもらい、お渡しした。	どちらも同じ冷蔵庫に保管しており、数字等を確認せずノボラビッドという文字だけを見て調剤してしまった。	監査時に本体に記載されている名称、数値を処方箋と照らし合わせる。また交付時に患者本人にも確認してもらう。	ノボラビッド30ミックス注フレックスペン	ノボラビッド注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
960	ノボラビッド30ミックス注フレックスペンが1本不足、後日不足分を奥さんに渡す際、いつもと色が違うことから薬の間違えが判明。取り換えてお渡しした。	不足分の薬袋に、薬名が途中までしか印字されておらず、名前の似た注射と間違えた。	不足分の薬袋にしっかりと名前を書き込み、薬歴で不足の薬と間違えないかもしっかりと確認。お渡しの際に患者さんと相互確認も欠かさない	ノボラビッド30ミックス注フレックスペン	ノボラビッド注フレックスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
961	ノボラビッド30ミックスの在庫が合わず、原因を探っていた。投薬者がもしかしらと気づき、監査機の記録を調べたところ、30ミックスではなくノボラビッドフレックスペンを交付していた事が発覚。すぐに患者に連絡を取った。長年使っておられ、かなり余裕をもって受診、また薬は袋のまま冷蔵庫で保管されていた。来局していただき、正しいものと交換させて頂き事なきを得た。	繁忙時であり、またインスリン以外一包化で薬の多い患者であった為繁忙になり、交付者が精神的に落ち着かず見逃していた。また当時監査機でインスリンの判別が出来ず、写真のみ撮れるようになってた為、間違いを監査機で訂正する事が出来なかった。投薬時も薬袋の写真との誤差に気づかず薬を薬袋に入れてしまっていた。	冷蔵庫での保管時、インスリン使用者(処方予定者)の名前を書いたテープを箱に貼っておき注意喚起。監査機をインスリンも判別できるものに変えた。また投薬時、薬袋の写真と処方薬を比較して注意しながらお渡しするようメンバー間で再確認した。	ノボラビッド30ミックス注フレックスペン	ノボラビッド注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
962	ノボラビッド30ミックス注ペンフィルを出すところ、間違えてノボラビッド注ペンフィルを出してしまった。	同じような名前のインスリンがあった。知識不足。	ノボラビッド30ミックス注ペンフィルに患者様の名前を書いた付箋を、つけて保存することになった。	ノボラビッド30ミックス注ペンフィル	ノボラビッド注ペンフィル		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
963	ノボラビッド50ミックス注を調剤すべきところを、ノボラビッド注で調剤を行い、交付していた。	他の規格があることを失念していた確認不足	医薬品、規格の確認に重点を置くスタッフにより、多種の規格があることを確認し、認識をする。	ノボラビッド50ミックス注フレックスペン	ノボラビッド注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
964	レセコン入力間違い後入力チェック漏れでさらに不足薬によりテイカでも確認漏れが生じたまま鑑査にまわってきた	まだ不慣れなことによる薬剤選択ミスから始まりチェック漏れ、テイカ漏れが重なった	入力時薬剤選択する際は最後の文字まで確認をするチェック時やテイカを通す時も薬剤が間違いなくきっちりチェックする	ノボラビッド注フレックスタッチ	ノボラビッド注300フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
965	ノボラビッド注フレックスタッチが処方のところ、誤ってノボラビッド注フレックスペンで入力していた。患者にはノボラビッド注フレックスタッチをお渡ししていた。後日、事務員が入力間違いに気づいたため、患者に電話をして説明、お詫びをした。	病院採用薬はフレックスタッチであるため入力時の間違いであった。当薬局のシステム上、フレックスタッチとフレックスペンの2種類が選択可能で、名称が類似していることもあり入力間違いが起きてしまった。薬剤師の鑑査不足も要因である。	ノボラビッド注フレックスタッチ、フレックスペンの2種類があり、病院ごとで採用薬が違うことを認識する。入力時に識別しやすいようにマークを付けて注意喚起をする。薬剤師の鑑査もしっかりと行う。	ノボラビッド注フレックスタッチ	ノボラビッド注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
966	ノボラビッド注フレックスタッチ 2本が処方のところ、ノボラビッド注フレックスペン 1本ノボラビッド注フレックスタッチ 1本 で調剤	入りたての職員。知識がなく、フレックスタッチ1本 フレックスペン1本でピッキングした。	今回のインスリン製剤に限らず、薬品名・剤形・規格までを全て確認後取り揃えるように周知する。中でも特に注射剤はペンやシリンジなどデバイス異なることが多いことも再度説明する。	ノボラビッド注フレックスタッチ	ノボラビッド注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
967	処方箋ではノボラビッドフレックスペン3本だった。ノボラビッド30MIXフレックスペン3本間違えて出してしまった。7日後冷蔵庫の在庫の違いに気が付いて本人に電話して間違えて出してしまったことが確定した。まだ使用する前だったため、すぐに交換して事なきを得た。	薬はトリプルチェックしているにも関わらず間違えて出してしまった。注射は本当に危険だと意識して出す様に気を引き締めた。	冷蔵庫の中の置き場所をかえてみた。	ノボラビッド注フレックスペン	ノボラビッド30ミックス注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
968	ノボラビッドの処方でおボリンRをお渡し。薬の在庫が合わなかったため確認したところ間違いに気づく。すでに交付から1週間ほどたっており患者様も使用中だった。すぐに交換。幸い患者様の体調に変わりなかった。DRに報告しています。	注射の種類も多く類似するものも多数。また施設の処方においては時間内に仕上げないといけないこともあり焦りも出てしまう。	ダブルチェックの徹底と、毎日の注射の在庫管理を行うことにした。	ノボラビッド注フレックスペン	ノボリンR注100単位/mL		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
969	ノボラビッド注のところノボリンRでお渡しし、薬局内の在庫チェックにおいて発覚。患者さんに連絡するもすでに何回か使用済み。お詫びして交換していただきました。数日間使用しておられましたが低血糖等体調変化はみられなかったようです。DRにもご報告しました	繁忙時でチェックする回数がいつもより少なかったこと。チェック表を張っているにも拘わらず手順をおこたってしまったこと	毎日注射の在庫数を閉店前にチェックすることにしました	ノボラビッド注フレックスペン	ノボリンR注100		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
970	糖尿病患者さんが中心に来局される日であり、処方量は、どちらの注射薬も変わらず多かった前回、前々回の患者さんがノボラビッド注であったため、今回の患者さんも同じであろうと思い、ピッキングしてしまった。監査時に違うことを発見し、患者さんには、間違えての投薬を防ぐことができた	ノボラビッド注とノボラビッドフレックスペンは、箱の場合、2本入りと5本入りで、明確に見た目で判断できるが箱からでした場合に類似しているため、瞬時に違いを判断するのは難しいと感じた冷蔵庫の配置などを変更し、ミスにならないように、箱に付箋をつけることにした	注射薬を自然と、注射薬の色で判断していることが無意識で行われていたことがわかり、色ではなく、商品名も必ず確認するように薬局内で徹底する	ノボラビッド注フレックスペン	ノボラビッド30ミックス注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
971	投薬時、インスリンも欲しいとの訴えがあり、クリニックへ疑義照会。いつもと同じものを調剤するよう指示あり。薬歴を確認できない状況であったため、自分の記憶と、患者様に実物を確認してもらい、投薬。 翌日、処方箋が発行され、処方せんを入力した事務が誤りに気付く。	処方せんなしの調剤時間に追われていた為、薬歴確認を怠った。(電話等で、薬局に確認するべきだった。)	疑義照会時、処方せんを発行してもらう。もしくはカルテを確認してもらい、正確な薬剤名を教えてください。上記が難しいときは、薬局に電話連絡を行い、薬歴を確認する。iPadを活用し、薬局外でも、薬歴を確認できる体制を取り入れる。	ノボラピッド注フレックスペン	ノボラピッド30ミックス注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
972	継続処方であるノボリン30R注フレックスペンの処方のところ、ノボラピッド30ミックス注フレックスペンを交付してしまった。患者が持ち帰ったあとに、いつもと違う色だが使ってもよいかと電話で問い合わせがあり、間違いが発覚した。違いを説明の上、お詫びし、交換に伺った。交付した分はまだ使用していなかった。	処方せんが閉店時間ぎりぎりに持ち込まれたため、気の緩みがあった。また交付時に、患者の希望により、品名、写真を印刷した薬袋は使用せず、注射薬の入った箱からも出していただくため、投薬時最後の確認も甘くなってしまった。	注射薬は類似した名称、形状のものがあるので、調剤・監査時共に箱とも処方せんと照らし合わせる。急いでいても、患者と注射薬のラベルを見せながら交付する。	ノボリン30R注フレックスペン	ノボラピッド30ミックス注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
973	処方箋にはノルスバンテープ10mgとなっていたのにノルスバンテープ5mgを入力してしまい、ノルスバンテープ5mgが患者に渡ってしまった。	前回の処方ではノルスバンテープ5mgがでていて、10mgになっていたことに気づかず、前回の処方を入力をそのままコピーしてしまった。	処方箋の入力をする時に、QRコードを読み取り前回と違う薬が処方されていないか確認してから入力する。入力した後もう一度処方箋と入力が入っているか確認する。	ノルスバンテープ10mg	ノルスバンテープ5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
974	ノルバスクとジゴシンの棚が近くて外箱の色が酷似していたので取り違えた	ノルバスクとジゴシンの棚が近くて外箱の色が酷似していたので取り違えた一文字監査が不十分だった	一文字監査の徹底	ノルバスクOD錠2.5mg	ジゴシン錠0.125mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
975	バイアスピリン30日処方のところ間違えてバファリンA81錠をピックアップしてしまった。	立て続けに患者が来局していた事もあり焦りがあった。	処方せんの薬品名をしっかり最後まで見る、ピックアップ前後の声出し確認の徹底をする。	バイアスピリン錠100mg	バファリン配合錠A81		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
976	ハイボン錠20mg合計270錠、ピドキサール錠10mg合計270錠調剤しなければいけないところ、ハイボン錠20mg70錠+ピドキサール錠10mg「ツルハラ」200錠、ピドキサール錠10mg合計270錠で調剤、投薬してしまった。	錠剤充填ミス、またはピドキサール錠10mg、ピドキサール錠10mg「ツルハラ」、ハイボン錠20mg混在してしまったのに気がつかなかった。	薬品棚充填時、細心の注意を払う、調剤、投薬時に二重チェックを怠らない。	ハイボン錠20mg	ピドキサール錠10mg「ツルハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
977	調剤者がバゼドキシフェンをラロキシフェンと間違えて調剤。鑑査・投薬者も間違いに気づかず、そのまま交付。午前業務終了後の棚卸にて過誤が判明。患者に連絡したところ、1錠既に服用した後だった。当日初処方だった為、処方医に事情を説明し相談したところ、ラロキシフェンに処方変更になった。患者にも経緯を説明し、納得頂き事なきを得た。	当局ではバゼドキシフェン処方2人の為、処方箋を目視でラロキシフェンと勘違いしてしまった。鑑査で気づくはずだが、スルーされてしまい今回の過誤に至った。Do処方できなかったこと、Dr・患者にも理解頂けたため大事には至らなかったが、同効薬でなかった薬だったらと思うと恐怖を感じた。また、鑑査・投薬したスタッフはヘルプ勤務の為、店舗所属ではないからという少し意識の違いから過誤に繋がったと考えられる。	スタッフの意識の見直し、処方箋・薬袋の照らし合わせを入念に行うよう再度呼びかけし、気を引き締める。	バゼドキシフェン錠20mg「サワイ」	ラロキシフェン塩酸塩錠60mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
978	一般名処方の「バゼドキシフェン」を「ラロキシフェン」でピッキングを行った。機械監査にて異なる医薬品であることが判明し、投薬前に修正した。	ラロキシフェンは使用頻度が高く、バゼドキシフェンは低い。品名の後半「～キシフェン」が同じであるため、繁忙と気のゆるみから取り違えてしまった。収納は棚と引き出しで、近くにあるから取り違えたわけではなく、初めから勘違いでバゼドキシフェンを取りに行ったものと思われる。	薬品検索名は異なるため、入力での間違いはないと思われる。収納場所も離れているため、うっかり取り違えの可能性は低い。そのため、特別な改善策はなく、薬品名の前半ではなく、後半での勘違いもあった事例を、職員に伝達し、同じような間違いに注意をするよう周知徹底を行う。	バゼドキシフェン錠20mg「サワイ」	ラロキシフェン塩酸塩錠60mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
979	いつも処方通り、バルサルタンオーハラで出していたが、一般名処方に変わり、いつもと違うサワイで出そうとして、直前で気づいた	その時は忙しく、バタバタしていた為、よく出る薬で出そうとしてしまった	一般名処方に変わった時は、前回の薬歴を見て入力することを徹底した	バルサルタン20オーハラ	バルサルタン20サワイ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
980	普段から当薬局をご利用の78歳女性の患者さんより、薬がいつもと違うと電話連絡があり。バルサルタン錠20mg処方のところ、テルミサルタン錠20mgをお渡し。服用開始前に気が付いたとのこと。謝罪し、自宅に交換に伺った。	繁忙時間帯で、処方内容を十分確認しなかったことにより、異なる薬剤がピッキングされていたのに気づかず鑑査・投薬。	処方箋内容とピッキングされた薬剤を十分確認して投薬する。	バルサルタン錠20mg「サンド」	テルミサルタン錠20mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
981	土曜日の午後の終わり際に、いつもの慢性疾患の薬を貰いに薬局あり。土曜日の午後には患者が少ない為、薬剤師の当方と事務員との2人体制だが、投薬は当方がするも、ピッキングを事務員にお願いする事がまま有り、当日もその様に対応した可能性がある。用意された薬剤を鵜呑みにして、体調確認後そのまま投薬。後日それを服用しようとした患者本人より、名称が違う事に気付き、薬局に電話、それを受けた勤務薬剤師が自宅に赴き交換し、大事には至らなかった。	ジェネリック品は一般名称が多く、今回も名称がバルサルタンとテルミサルタンと酷似しており、また同じA R Bの薬剤であった為、処方箋や薬袋等とピッキングされた薬剤とが一致しているかを確認しないまま、思い込みで投薬してしまった。	誰がピッキングしようが、用意された薬剤が処方通りに出ているかを、投薬前に自己監査し、また自分でピッキングした物は、事務員に監査して貰い、投薬時は患者に対し、薬袋と医薬品名が同じかを見てもらいながらのダブルチェックをしながらの投薬を徹底する。	バルサルタン錠40mg「サワイ」	テルミサルタン錠40mg「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
982	バルサルタン錠40ミリをテルミサルタン40ミリと思い込み投薬。	思い込みによる調剤、鑑査、投薬を一人で行ったための調剤過誤	知識の充足と、薬歴の確認、調剤、鑑査を投薬時に慎重に行う。	バルサルタン錠40mg「サンド」	テルミサルタン錠40mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
983	バルサルタンOD錠40mg「杏林」とレセコンに入力するところをバルサルタンOD錠40mg「トーワ」と入力されている事に気付かず、「杏林」に修正せず、患者様には薬情は「トーワ」で薬は「杏林」でお渡ししている。	ジェネリック薬品の供給が不安定になっており、在庫しているジェネリック薬品のメーカーの変更が度々ある。	ジェネリックメーカーを記載している部分「〇〇〇」をよく確認する事。採用品、採用中止品を日々確認しておく事。	バルサルタン錠40mg「杏林」	バルサルタンOD錠40mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
984	バルサルタン80、アムロジピン5の処方のところをアムパロ、アムロジピン5で投薬。調剤者も監査・投薬者も見逃していました	患者さんが立て込んだ時間帯もありますが、気の焦りがあったと思われます。	忙しい時でも調剤、投薬者それぞれが2重チェックし確実な調剤、投薬を行う	バルサルタン錠80mg「サワイ」	アムパロ配合錠「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
985	往診分の定期処方でした。ハルシオン0.25mgとランドセン1mgの取り間違い、監査も見逃し投薬してしまった。服用続けて睡眠リズムに変化が起こりヘルパーさんが服用後の包装見て気づく。早速、かかりつけ医師による受診と採血、検査結果以上ないこと確認、謝罪その後のフォロー継続。	類似品の薬品棚が近いこと、薬剤師の慣れ、思い込み	類似品の明確な表示、薬品棚の位置換え、薬剤師全体の意識の向上、注意徹底	ハルシオン0.25mg錠	ランドセン錠1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
986	前回ハルシオン0.125で処方が出ていて、今回ハルシオン0.25mgに増量の処方だったが、入力で前回Dでハルシオン0.125mgで入力。調剤者も間違えて0.125で調剤。監査者が間違いに気づく。	入力者が前回Doで入力してしまい、調剤者が合っていると思い、処方箋原本の確認を見落としました。	必ず処方箋原本を見て調剤。手入力の場合は入力間違いしやすいので、調剤者、監査者もよく確認する。	ハルシオン0.25mg錠	ハルシオン0.125mg錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
987	クロベタゾン酪酸エステルローション0.05%「イワキ」の処方せんを受け付けたが、在庫が無かった為、クロベタゾン酪酸エステルローション0.05%「イワキ」を医薬品卸へ急配発注した。クロベタゾールプロピオン酸エステルローション0.05%「イワキ」が納品されたが、間違いに気付かず交付してしまっ。間違い発見後連絡し、薬剤未使用であったため、正しい薬品と交換しました。	納品された医薬品が正しい薬品だと思い込みがあり、調剤監査の確認が出来ていなかった。	外用剤の薬剤名は似たものが多いため、店舗で使用管理している薬品発注札の裏面に先発薬品名と一般名を記載する事とし、納品時に必ず確認をすることとしました。	バルデスローション0.05%	クロベタゾールプロピオン酸エステルローション0.05%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
988	規格変更にも関わらず旧製剤のまま入力、調剤、鑑査をスルーして配薬に至った	薬剤変更時は十分な監査を心掛ける 複数の目を通すように	入力時の集中力 複数の薬剤師の監査 処方変更箇所があればマークを入れるなど	バルビディオ配合錠MD「サンド」	バルビディオ配合錠EX「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
989	数年ぶりの薬局で初めての処方。バルプロ酸が普通錠で処方されていたが、お薬手帳を見ると前回は徐放錠になっていた。疑義照会すると、処方前回と変更になっていないはずなので、徐放錠で、との返答だった。	一般名処方だったので、入力ミスではないかと考えられる。	お薬手帳が無ければそのまま投薬していたかもしれないケース。お薬手帳の重要性を再確認した。	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーワ」	バルプロ酸ナトリウム錠200mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
990	介護施設の看護師が処方箋を数人分を持って、来局。変更の話は無かった。3月まで(一般)バルプロ酸Na錠200mg 4月から(一般)バルプロ酸Na徐放錠200mgに変更施設からの希望で服用日を記載。まだ服用していなかったので交換した。	(一般)バルプロ酸Na錠200mg (一般)バルプロ酸Na徐放錠200mg 名前の類似	錠200mg と 徐放錠200mg にチェックを入れる	バルプロ酸ナトリウム 徐放錠A 200mg 「トローワ」	バルプロ酸ナトリウム 錠200mg 「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
991	デバケンの後発品でバレリンを採用していたが名称変更によりバルプロ酸ナトリウム「DSP」に変わっていた。担当薬剤師も変更を知らされていたが、入社から日が浅くバルプロ酸ナトリウムが普通錠と徐放錠の採用があることを把握していなかった。商品名をみて1種類しかないと思い込んだためか、規格も剤形も違うものを使用して一包化を行ってしまった。別の薬剤師が監査をした際に識別コードが日がついていることに気づき、作り直してから投薬したため患者さんの元には渡らずに済んだ。	デバケン→バルプロ酸ナトリウム、デバケンR→バルプロ酸ナトリウムSRとわかりやすく記載していなかった。棚の並び順も特に工夫していなかったため、比較的近くに置かれていた。	それぞれの先発・後発を横並びにして先発・後発と記載。また、普通錠と徐放錠を離れた場所に配置することで改善策とした。	バルプロ酸ナトリウム 錠100mg 「DSP」	バルプロ酸ナトリウム SR錠200mg 「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
992	患者に新規で(一般)バルプロ酸ナトリウム錠200mg:2錠1日2回朝夕食後が処方された。当薬局は処方せんのQRコードを読み取り処方入力を行っているが、薬局のレセコンに登録のない一般名であったため、レセコンから薬剤の登録を求められたが、事務員が勘違いし徐放錠のバルプロ酸ナトリウムSR錠200mg「アメル」に登録してしまった。  薬剤師は一般名をよく確認せず、薬情に出ている薬剤を信用してしまっただけで間違いに気づかずそのまま交付してしまった。患者が帰った後に別の事務員が処方せんの一般名に対して薬剤を選び間違っていることに気づき、一旦薬剤師が処方医に過誤報告の連絡を行ったところ、「それならば徐放錠でよい、むしろ1日2回で処方しているので徐放錠の方が効果が期待できる。処方に変更しておく。」と言われ、結果的に問題はなかった。患者には特に連絡は行わなかった。	処方入力の行った事務員の知識不足もあるが、薬剤師の調剤前の処方せん鑑査がきちんと出来ていなかった。一般名処方「バルプロ酸ナトリウム錠」と「バルプロ酸ナトリウム徐放錠」は名称が類似しているため特別注意しておき、薬局の採用の在庫を把握しておく必要がある	新しい薬が処方されている場合には薬剤師がきちんと処方せん鑑査を行うこと。事務員も新しく薬剤を採用する場合には薬剤師に間違いがないか確認することにした。	バルプロ酸ナトリウム 錠200mg 「DSP」	バルプロ酸ナトリウム SR錠200mg 「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
993	ピッキングミスに気付かず、一包化前監査で見逃し、一包化作成者も気付かず作成。他の薬剤師(この患者のかかりつけ薬剤師)がヒートの殻を見て気付いた。	薬の置き場所は全く違うところ。ピッキングミスから、繁忙時で確認が疎かになってしまった。かかりつけ薬剤師が患者対応中で、調剤時に声掛けチェックできなかった。	間違った薬の薬棚に、注意シールを貼る。かかりつけ薬剤師の確認と調剤時のこまめな声掛けを行う。	バルプロ酸ナトリウム錠200mg「DSP」	バルプロ酸ナトリウムSR錠200mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
994	処方箋は一般名でバルプロ酸Na錠200mgとなっており、バルプロ酸ナトリウム錠200mg「アメル」と入力しなければならぬところを、バルプロ酸ナトリウムSR錠200mg「アメル」と入力してしまい、薬袋等もバルプロ酸ナトリウムSR錠で交付してしまった。	前回処方者がバルプロ酸ナトリウム徐放錠100mgで、バルプロ酸ナトリウムSR錠100mgだったため、今回もつられて、SR錠で入力してしまい、鑑査も気づかずに交付してしまった。	普通錠か徐放錠は間違えやすいので、剤形が2種類ある薬剤は必ずどちらかを確実に確認するように注意喚起を行う。	バルプロ酸ナトリウム錠200mg「アメル」	バルプロ酸ナトリウムSR錠200mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
995	パルモディア錠とルパフィン錠を取り間違えて交付。交付後に監査レンジで確認し、取り違えが発覚。当日交換で患者への影響なし。	ルパフィン錠の調剤直後に受付した処方箋だったため、怠慢から商品名を読み間違えてしまった。また、似た商品名にも関わらず、同じ引き出しの同じ場所に保管していたため、取り間違えも起こりやすかった。	商品名のよく似たものは違う場所へ保管する	パルモディア錠0.1mg	ルパフィン錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
996	バレオン100が処方されたがバレリンと勘違いし調剤しそうになったが、他薬剤師が気が付き交付に至らなずにすんだ。	手書きの処方箋であったため文字が解読しにくかった。バレオンを扱ったことがなかった為、普段使い慣れているバレリンと思い込んでしまった。	患者情報の共有を行い不適正調剤を防ぎます。また、類似品薬のヒアリハット事例など日ごろからの情報収集を行います。	バレオンカプセル100mg	バレリン錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
997	サンテゾーン点眼液の処方あり。本人は、目のカスミ、乾燥のため、普段から使っている目薬をだしてもらったと言う。処方薬はステロイド点眼液であることを伝えると本人は混乱、迷うような様子あり。病院に連絡をし、ステロイドでいいか確認すると、本人が持参している目薬を確認したとのこと。本人の持参薬を確認すると、OTC「ソフトサンティア」であった。医師の勘違いであったことが判明し、疑義照会をして、医師と相談し「ヒアルロン酸点眼液」に変更となった。	医師と患者との意思疎通が不十分であったことが原因。病院と薬局、薬局と患者の連携の重要性を改めて感じた。	患者の希望で薬を出してもらった場合、同じものかどうか慎重に確認すること。持参薬があれば必ず目視で確認。ジェネリックのメーカー違いなど見た目が異なる場合は要注意。	ヒアルロン酸Na0.4眼粘弾剤1%HV「センジュ」	サンテゾーン点眼液(0.1%)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
998	臨時の手書き処方箋で、読み取りが怪しかったが、ヒアルロン酸ナトリウム点眼液の旧名とデュオトラバ配合点眼液を読み取り違えて、調剤したが、監査時に他の薬剤師が誤りに気づき、交付することなく、大事に至らなかった。	臨時の手書き処方箋で、読み取りにくかったにもかかわらず、慣れで旧名とは気づかず、確認をしないまま調剤をしてしまった。	手書き処方箋において、読み取りが怪しい場合は、薬歴などで確認の上、重ねて、医師に確認を行うこと。	ヒアルロン酸Na 0.5%眼粘弾剤1%MV「センジュ」	デュオトラバ配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
999	手書きの臨時処方箋で読みにくかったとはいえ、ティアバランスとデュオトラバを読み間違えてしまった。	今回、同薬局の薬剤師がチェック時に確認の要請をしたため、事なきを得た。	手書き処方箋においては、読み取りが怪しいときには、薬歴など確認のうえ、医師に再確認を行うことが重要。	ヒアルロン酸Na 0.5%眼粘弾剤1%MV「センジュ」	デュオトラバ配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1000	ティアバランスからヒアルロン酸に名称変更をしたばかり。当時ヒアルロン酸といえど0.3%のファイザーしか扱っておらず思い込みによるミス	医薬品の名称変更時の慣れ	医薬品メーカーの名称変更時など規格・銘柄にビック時に印をつけてはっきりと誰もが間違いにくいようにする	ヒアルロン酸Na点眼液0.1%「センジュ」	ヒアルロン酸Na点眼液0.3%「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1001	普段はティアバランス点眼液0.3%が処方されていた患者様。今回はヒアルロン酸Na点眼液0.1%の処方になっていた。患者様は濃度変更の話聞いていない事を確認し、処方箋の入力ミスを疑い疑義照会した。	ティアバランスの名称変更があったことが原因と考えられる。	名称変更に伴い入力に変更されている場合は、規格に注意を払う。	ヒアルロン酸Na点眼液0.1%「センジュ」	ヒアルロン酸Na点眼液0.3%「センジュ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1002	ヒアルロン酸PFのところ、形状の酷似したベタメタゾンPF投薬	形状が似ている	トレーを離して、監査の徹底	ヒアルロン酸ナトリウムPF点眼液0.1%「日点」	ベタメタゾンリン酸エステルNa・PF眼耳鼻科用液0.1%「日点」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1003	ヒアレイン点眼液0.1%の処方に対して、ピレノキシン懸濁性点眼液を調剤してしまった。	最近カリーユニ点眼が、ピレノキシン懸濁性点眼液と名称が変わった。	薬効別に陳列する。日頃から、先発品名、一般名を熟知し、名称変更は、周知する。	ヒアレインミニ点眼液0.1%	ピレノキシン懸濁性点眼液0.005%「参天」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1004	ヒアレイン0.1のところを、勘違いして0.3で入力した。	濃度の規格が2種類以上あることに気づかなかった。	濃度の規格が2種類以上あるものは注意する。	ヒアレイン点眼液0.1%	ヒアレイン点眼液0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1005	ヒアレインとヒアレインの入カミス。コンピュータ上の並び順がめちゃくちゃだったことが要因	ヒアレインで検索をかけたときにヒアレイン0.1 ヒアレイン0.3 ヒアレインミニ0.1 ヒアレインミニ0.3の順で表示されればわかりやすい	並び順を変える	ヒアレイン点眼液0.3%	ヒアレインミニ点眼液0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1006	医師が所属する病院を変われた。処方内容は同じだったため処方変更はないと思いつ込んだ。一般名処方へハバリン類似物質クリームであったにも関わらず前病院で採用されていたハバリン類似物質油性クリームと思いつ込み入力され、そのまま調剤した。	類似名称であるが思い込み調剤にて確認不足	名称確認に丸印をつけて似ている部分を確認することを徹底する	ビーツフテンクリーム0.3%	ハバリン類似物質油性クリーム0.3%「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1007	ビーツフテンローションが処方されていたが、インテバン外用液を投薬してしまった。交付翌日、ビーツフテンローションを調剤しようとしたところ、ビーツフテンローションの引き出しにインテバン外用液が入っていた。そのため前日の調剤を思い出し、患者様に確認したところ、インテバン外用液で交付してしまっていたと発覚した。当日は一人薬剤師で繁忙であり、外観が類似していたビーツフテンローションの引き出しにインテバン外用液が入っていたことに気づかず、監査も抜けてしまいそのまま思い込みで投薬してしまった。取替えに伺ったときは使用後であったが、薬効を理解しており、鎮痛剤として使用しておられた。	繁忙による焦りと思いつ込みがあった。どんなに忙しい時でも、薬剤名は確認しないとけない。また、充填時は名称をよく確認して充填するという基本を忘れない。	全職員に充填の基本を徹底するとともに、監査投薬時の細心の注意も忘れない。二重監査を徹底する。	ビーツフテンローション	インテバン外用液1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1008	軟便症状が続いている0歳児の患者にミルラクトとビオスリーが処方されていたところ、ビオスリーと酸化マグネシウムを取り違えて投薬してしまった。患者帰宅後に薬袋から取り出した薬の分包紙に酸化マグネシウムと記載されていますが薬袋、薬情はビオスリー配合散になってますと電話をいただき発覚。服用前に交換に伺った	ビオスリー配合散、酸化マグネシウムの単品がよく処方されるので予め分包して棚に並べてある。比較的近い位置にあること、どちらもお腹の調子に使われる薬であること、0歳児でビオスリーの処方量が少なく酸化マグネシウムでよく処方される量だったため取り間違えてしまった。	2重監査の徹底	ビオスリー配合散	酸化マグネシウム* (丸石)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1009	小児に、ビオスリー配合散の分包が必要な用量の処方あり。普段、分包するのがビオフェルミン配合散であることが多かったために、ビオフェルミン配合散で分包し、監査にまわしたところ、間違い発覚しまし直した。	よくある処方と勘違いしたことによるミス。	思い込みは捨ててしっかりと処方を確認する。	ビオスリー配合散	ビオフェルミン配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1010	ビオスリー配合錠が処方されていたが、ビオフェルミン錠をピックアップ。ダブルチェックした他の薬剤師も見逃してしており、監査時に間違いに気づいた。	他の患者対応に気を取ら焦っていた。	ビオスリー配合錠とビオフェルミン錠はヒートの大きさ、名称が似ているため取り間違いやすいことを念頭に置いて調剤する。薬品棚に注意喚起のレベルを貼る。	ビオスリー配合錠	ビオフェルミン錠剤		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1011	ビオスリーで調剤しなければいけないところ、ミヤBMで調剤してしまった。クリニックからの問い合わせで、間違えて調剤してしまったことがわかった。	初めの処方せんが【般】酪酸菌錠で、次の処方が【般】酪酸菌配合錠であり、よく似た一般名であった。一般名の理解不足、DO処方との思い込み、処方箋の確認不足、患者さんへの確認不足があったため。	紛らわしい一般名を確認し間違いやすい一般名を全員に周知した。	ビオスリー配合錠	ミヤBM錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1012	ビオスリー配合錠が処方されていたが、ビオフェルミンR錠を集薬した。	普段からビオフェルミンR錠の処方が多く、業務繁忙であった為、思い込みで集薬した。	業務繁忙時は特に、処方箋との指差し確認を徹底する。	ビオスリー配合錠	ビオフェルミンR錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1013	ピオスリー錠が処方されていたが、ピオフェルミンR錠を集薬した。	普段からピオフェルミンR錠の処方が多く、業務繁忙であった為、思い込みで集薬した。	業務繁忙時は特に、処方箋との指差し確認を徹底する。	ピオスリー配合錠	ピオフェルミンR錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1014	ピオフェルミンを調整しなければならない所ピオスリーを調整	鑑査機器の使用漏れ	必ず鑑査機器を使用しているか確認をしてから服薬指導を行う。	ピオフェルミン	ピオスリー配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1015	アモキシシリン細粒10%処方の方にピオフェルミン配合散が処方されていた、アモキシシリンがペニシリン系なことからピオフェルミンR散が妥当ではないかと考え、疑義照会後、ピオフェルミンR散に変更になった	普段からペニシリン系等はピオフェルミンR散を処方されていることから、疑義照会後、変更になり未然に防ぐことができた	系統により使用するような薬を表などを作って誰が見てもわかるようにする、薬剤師一人一人の知識を深めていく	ピオフェルミンR散	ピオフェルミン配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1016	一般名 耐性乳酸菌0.6% (商品名 ピオフェルミンR0.6%) をエンテロノンR 10%で入力、調整した。最終鑑査で間違いに気付いた。	当薬局に耐性乳酸菌製剤がエンテロノンR 10%しか置いておらず、間違いが起きた。	一般名処方で名前が酷似しているものはしっかり濃度まで確認する。	ピオフェルミンR散	エンテロノンR散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1017	3/11処方箋上ではピオフェルミンが記載されていたが誤ってピオスリーで調剤、交付してしまった。4/3事務によるレセプト入力チェックの際、間違えていることに気付く。直ちに家族に連絡したが繋がらず。4/5家族より連絡あり内容について説明、謝罪。元々ピオスリーを希望していた為差し替えせずそのままをご希望。主治医に内容をすべて報告しピオスリーに変更した。	ピオフェルミンとピオスリーの名称類似に気付かず思い込みで調剤を進めてしまいそのまま交付をしてしまった。	各々の確認を再度徹底する。名称類似薬への確認の意識を持つ。	ピオフェルミン錠剤	ピオスリー配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1018	ピオフェルミン錠剤を継続で服用している患者に対して、ピオスリー配合錠を交付。次月の来局時に患者本人より「前回整腸剤がいつもと違ったので今回は元の薬に戻してほしい」と申し出があり発覚した。	・商品名が類似していること・保管している引き出し内で当該薬品が近くに位置していること・当薬局では現在ピオスリー配合錠の方が交付数が多く、思い込み調剤から発生したと考えられる	・処方箋に基づく調剤・鑑査の徹底。交付時にも処方内容と照らし合わせて確認を行いながらお渡しする。・調剤時の取り違いを防ぐため、引き出し内の当該薬品保管場所にラベルで注意喚起を行う。	ピオフェルミン錠剤	ピオスリー配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1019	一般名 ピフィズス菌錠 12mg で処方をピオスリー配合錠で調剤。帰宅後、患者訪問介護スタッフからの指摘で発覚	似た名称、効果効能も似ているため思いこんで調剤	薬品棚に一般名も記載し注意喚起	ピオフェルミン錠剤	ピオスリー配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1020	オラスポア小児用ドライシロップ と ピオフェルミン の混合処方において、入力されたまま調整投薬を行った。5日後 継続処方でも再診時に処方鑑査においてピオフェルミンR散で調剤をしようとしたところ 前回はピオフェルミンで投薬されていることが発覚。幸い患者さまは下痢もなし、継続して服用して頂きました。	医療事務の知識不足による入力間違いであったとしても、薬剤師として 入力通りに調整するのではなく 処方鑑査時に適応種の確認を行う	ピオフェルミン ピオフェルミンR ミヤBM散 特徴を把握しておくこと。記憶が曖昧な場合は添付文書にて必ず確認を行う	ピオフェルミン配合散	ピオフェルミン配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1021	ご本人が嚥下困難の為、錠剤の粉碎指示がある処方を受け付けています。錠剤の鑑査をして錠剤を取り出し、粉碎して分包する際に、印字しようとした医薬品名と粉碎した薬が違うことに気付き、印字入力を訂正して正しい医薬品名で分包してお渡ししました。	薬を取り出した後にも空のシートも一緒に置いて分包する前に確認をしていますが、ピソプロロールとプロムヘキシンのヒートがよく似ていて再度確認したところ薬の取り違えをしていることを発見しました。	同じメーカーのヒートは似ているときもあるので、ヒートの形や色に惑わされないよう注意すること。分包する際にも再度確認することとしました。	ピソプロロールフマル酸塩錠0.625mg 「サワイ」	プロムヘキシリン塩酸塩錠4mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1022	ピソプロロールフマル酸0.625mgを交付とのところ0.25mgを交付した。直後すぐ気が付き家が近所なので交換いった。	終了間際で気がちっていた	必ず調剤 鑑査 投薬 と規格を注意する	ピソプロロールフマル酸塩錠0.625mg 「トーワ」	ピソプロロールフマル酸塩錠2.5mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1023	1/2/2/3に普段かかっている病院の紹介で専門医に診てもらい薬が処方される。服用するも体調が優れず1/2/30に受診し、処方変更となる。1/7に受診。体調も回復してきていたので継続処方となり、当薬局に処方箋を持参。お薬手帳から継続処方であることを確認後、入力・調剤・渡薬。渡薬時に、ある薬剤を服用後に、体調が優れない旨を聞き取る。1/28に処方箋入力する際、ビソプロロール2.5mgのところ0.625mgで前回入力してあり規格を間違えて渡薬していることに気が付き謝罪。 その日は処方箋通りに調剤渡薬。1/29に病院の事務の方にビソプロロールの規格を間違えて渡薬し患者さんは服用したことを報告。その旨を医師に伝えて頂いたところ、心電図の結果は良好なので、ビソプロロール0.625mgで継続と指示あり。患者さん宅に伺い、ビソプロロール0.625mgで経過観察に変更になった旨を説明。昨日渡したビソプロロール2.5mgと交換する。ビソプロロール2.5mgを服用していなかったことを確認度を、病院にその旨を連絡する。	処方箋を入力する時に、前回と処方が変わっていたためお薬手帳を確認。1/2/30から処方の変更になり、継続処方であると分かる。1/2/30はフロセミド(20)半錠で渡薬されていたが、患者さんはフロセミド(20)半錠ではなくフロセミド(10)1錠に変更を希望されたため問い合わせをして変更となる。その後、処方箋入力を変更する際に、フロセミドだけでなくビソプロロール2.5mgのところを0.625mgで入力変更してしまった。	処方箋入力時に、何種類か規格があるものには必ず規格にチェックを入れ、注意喚起する。入力後・調剤した後は、間違えがないか調剤録・薬情で確認する。渡薬する前に、必ず処方箋を見て監査をする。その時にも、処方箋に再度、薬剤と規格を確認したチェック残す。特に一人調剤の時は、チェックすることを怠らない。また一人調剤の時は、早い時点で入力に間違えがないかを確認してもらうことを怠らないことも徹底した。これを機に、再度、お薬手帳で調剤しないことも確認した。	ビソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「サワイ」	ビソプロロールフマル酸塩錠0.625mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1024	βブロッカーなので間違えたようだ	忙しくて調剤し間違えた	確認の再度徹底	ビソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「トーワ」	カルベジロール錠2.5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1025	ビソプロロールトーワを日医工で誤入力	混雑が予想される日。変更点がほかにもあり見逃した。小林化工や日医工の回収騒ぎで流通が乱れており、何か所も変更点があり要注意であることはわかっていたのだが、確認が甘かった。	メーカー名は流通が安定するまで丸を付けてチェックする。	ビソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「トーワ」	ビソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1026	【般】ビソプロロールフマル塩酸塩錠2.5mg 1錠/朝食後 の処方。従来「トーワ」を採用していたが、後発品流通不良のため「日医工」も同時に採用していた。ルールとして半割指示の薬品については割線のある「トーワ」とし、他は「日医工」としていたが、状況として繁忙だったため、代替医薬品を選ぶ際に誤ってトーワを選んでしまった。	通常ない状況だったため、注意する点が多く、散漫になってしまったと思われる。	内容としては患者に影響がないが、薬情等が異なると混乱を招くため、チェック体制を強化するようにする。	ビソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「日医工」	ビソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1027	薬効類似薬の取り違い	薬局が類似、または半錠分包も同じということで間違いを起こした	確認の徹底	ビソプロロール fumarate 塩錠 2.5 mg 「日医工」	カルベジロール錠 10 mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1028	処方箋記載薬はビタノイリンカプセル 2.5 だったが、誤ってシグマビタン配合カプセル B 2.5 で調剤し交付してしまった。	当日薬局内は混雑しておらず、通常通りだった。思い込みにより、処方記載と異なるシグマビタンで調剤しお渡ししてしまった。また、患者様も急がれており、十分なコミュニケーションが取れていなかった。翌日患者様より、いつもと違う薬が入っていると連絡受け、間違いに気づいた。	取り間違えの起きないように調剤棚は分けて配置していたが、間違いが生じてしまった。その為、同じような間違いがないよう調剤棚に注意喚起のポップを作成し貼っている。	ビタノイリンカプセル 2.5	シグマビタン配合カプセル B 2.5		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1029	ビタバスタチン錠 1mg の棚にビタバスタチン錠 2mg が入っていた。	混雑時に急いで調剤していて薬剤を戻す棚を間違えた様子。1mg 錠と 2mg 錠の棚は隣あっているため間違いやすい状況だった。	薬局従業員全員で情報共有を行った。棚に目立つように注意喚起の印をつけた。	ビタバスタチン C a 錠 1 mg 「サワイ」	ビタバスタチン C a 錠 2 mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1030	ビタバスタチンカルシウム 2mg が新規追加になり、レセコン入力の際にビタバスタチンカルシウム 2mg 「KOG」で入力するところビタバスタチンカルシウム 2mg 「日医工」で入力していた。気づかずそのまま交付してしまった。	薬品名と規格には注視していたが、薬局ではビタバスタチンカルシウム 2mg の在庫は「KOG」の一社しか取り扱っていなかったため、そのまま思い込んでしまった。入力内容との確認がしっかりできていなかった。	薬剤情報と処方箋の内容を相互にしっかり確認する	ビタバスタチンカルシウム錠 2 mg 「KOG」	ビタバスタチンカルシウム錠 2 mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1031	一般名でビタメジン配合カプセル B50 処方。一般名の入力を誤り、ビタノイリンカプセル 50 で調剤。お渡し時に発覚。	事務、監査者ともに他店舗からの応援だったため当採用品への知識不足が要因と考えられる。	処方箋に記載のあるものは、バーコード読み取りでの入力を徹底する。監査時にビタミン剤などの配合剤は、添付文書等を用いて成分名が一致しているかの確認を行う。	ビタメジン配合カプセル B 2.5	ビタノイリンカプセル 2.5		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1032	1/22 ビタメジン配合カプセルB50 2C分 2 朝夕食後 60日分が処方された。全量 120カプセルを調剤。このうち、20カプセル を端数、100カプセルをピロー包装のまま ピッキング。この際、100カプセルを 誤ってピタノイリンカプセル50をピッキング 。重量点検時はNGが表示されていた が、ピロー包装の誤差と判断し、そのまま 続行。 監査、投薬時も気づかずそのままお渡し。 2/6 別の患者にてピタノイリンカプセル 50が処方された。	ビタメジン配合カプセルB50を調剤時、在庫 棚の中にそれぞれ近くに保管していたこと、 調剤者の確認が不十分のままピッキングした ことが原因。重量点検時にNGが表示されたが 確認せずにそのまま誤差と判断してしまっ た。調剤者はピロー包装の登録方法を把握し ていなかった。そのため今までもピロー包装 と端数を混ぜて調剤していた薬については誤 差が出てもそのまま調剤してしまっていた。 監査者および投薬者においても、前の段階で 確認出来ているから大丈夫だろうと思い込ん だことによる確認の不十分さも要因。	ピタメジン配合カプセルB50の重量点検につい て、端数とピロー包装をそれぞれ分けて秤量 できるようにマスタ設定した。ピロー包装の 登録やピロー包装を使用しなかった場合の重 量点検の手順を分かっているスタッフがいた ため、手順を指導した。また、ピロー包装 にはGSコードが表記されていないため、ピッ キング時および重量点検時は近くの薬剤師と ダブルチェック、またはPCSを利用して いる。鑑査時には名前や見た目が類似してい る薬など間違えを意識し、鑑査するよう心掛 ける。	ピタメジン配合カプセル B50	ピタノイリンカプセル 50		ヒューマンエラーやヒューマン ファクターに起因すると考 えられた事例
	調剤時点で対応した薬剤師と事務が、ピタノイリンカプセル50とビタメジン配合カプセルB50の、帳簿上の在庫と実在庫がそれぞれ100カプセルずつ相違があることに気付き、重量点検および投薬時の映像を確認。映っていたピロー包装のデザインがビタメジン配合B50の包装と異なっており、電話にて患者様に確認したところで、ピタノイリンカプセル50が交付されていたことが発覚。処方日から10日ほど経過していたが、残薬分から服用していたためピタノイリンカプセル50は服用していないと電話にて確認。						
1033	「ピビアント錠20mg」の処方に対して GE希望だったので「バゼドキシフェン錠 20mg「サワイ）」を調剤するところ間 違えて「ラロキシフェン塩酸塩錠60mg 「サワイ）」を調剤。	名称が似ていてどちらも整形でよく処方され る骨粗鬆症の薬だったので思い込みで勘違い をしてピッキングしたと思われる。	mg数が違うので規格まで確認していれば間 違えは起きなかったはず。まずはしっかり規 格数まで見て調剤する習慣をつける。薬局内 で情報共有し、間違えが多数など必要に応じ て薬の棚に注意喚起の札を表示するなど今後 対応する。	ピビアント錠20mg	ラロキシフェン塩酸塩 錠60mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマン ファクターに起因すると考 えられた事例
1034	ビブラマイシン(100)0、5T×7日分 夕食後 粉碎の処方→アバプロ(100) で粉碎し、分包紙に「アバプロ」と印字。 施設から、印字の名前と中身の色が違うよ うだと連絡受け、全部差し替えさせていた だいた。	15時過ぎ、薬剤師の交代の合間で、薬剤師が 一人の時だった。いつもはミスゼロ子を利用 し確認していたが、その時は、通していな かった。	後は、調剤と監査別の人で確認して、ミスゼ ロ子を必ず通してからにする。	ビブラマイシン錠10 0mg	アバプロ錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマン ファクターに起因すると考 えられた事例
1035	ビブラマイシン100mをピラノアでお渡 し。そのまま飲まれており、次の受診時に ビブラマイシンを投薬した際、前回分がピ ラノアだったことが判明。	棚の配置が近く思い込みで調剤したまま監査 もスルーしてしまった。	調剤者は落ち着いて確認して調剤し、監査者 は数を数えるだけでなく、処方箋と薬が正し いかも一つづ確認する。	ビブラマイシン錠10 0mg	ピラノア錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマン ファクターに起因すると考 えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1036	薬剤交付後に患者本人が薬の取り間違えに気づき来局。ピフロキシ錠336錠のうち2錠がピタバスタチンカルシウム錠で調剤されていた。	全体的な色味が似ていて、引き出しも隣同士のため取り間違えやすい状況でした。	引き出しの位置を離しておく。よく見るとシートの色も錠剤の色も違うので、落ち着いて鑑査する。	ピフロキシ配合錠	ピタバスタチンカルシウム錠2mg「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1037	ヒューマログミックス25注ミリオペンの処方ヒューマログ注ミリオペンを調剤。鑑査者が気づき指摘。調剤しなおした。	当該インスリン製剤の処方はこの患者のみで、良く処方されるヒューマログ注ミリオペンと思い込みの調剤。	しばらく処方箋と処方薬の指差し確認を行う。	ヒューマログミックス25注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1038	ヒューマログミックス50注ミリオペンをお渡しすべきところ、ヒューマログ注ミリオペンをお渡ししていた。	インスリンは鑑査者以外の薬剤師も二重チェックをしていたが、見逃した	週末に在庫数を確認	ヒューマログミックス50注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1039	本来ヒューマログミックス50注ミリオペンが調剤されることを、誤ってヒューマログ注ミリオペンが調剤された。	名称が似ているため、もともと間違いやすい薬剤ではあるが、薬局にてヒューマログ注ミリオペンがよく出庫されるためそちらと勘違いしてしまった。	在庫配置時に置き場所を離すこととした。またお渡し時に患者との実物確認を徹底するようにした。	ヒューマログミックス50注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1040	ヒューマログミックス50注ミリオペンをヒューマログ注ミリオペンHDで誤って手渡した。	薬剤師の不注意による調剤過誤	ダブル鑑査の徹底	ヒューマログミックス50注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペンHD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1041	在庫不足であることを調剤者から報告を受け、先入観を持って鑑査を進めてしまった。また、不足の事務処理に気を取られてしまった	先入観なく鑑査に集中すること	事務的な処理は鑑査終了後に行う	ヒューマログミックス50注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1042	患者様が普段使用されているヒューマログ注ミリオペンをヒューマログミックス25注ミリオペンでお渡し。患者様から注射液の感じがいつもと違うとの報告を受け対応したところ処方された注射剤と違うものをお渡ししていたことに気づき患者様の健康状態を確認したうえ正しい注射剤と交換しました。	当薬局で処方されている注射剤が主にヒューマログミックス25注ミリオペンであったため思い込みで出してしまったこと及び、2つの剤形及び色も酷似しており、患者様にお渡しするときに確認していただいたにもかかわらず間違いに気付くことができませんでした。	改善策として今後、注射を箱のままお渡しすることにしました。	ヒューマログ注100単位/mL	ヒューマログミックス25注キット		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1043	ヒューマログ注ミリオペンからヒューマログ注HDミリオペンへ切り替えだったが、ヒューマログ注ミリオペンのまま入力・調剤・監査スルーされ、渡薬前に発覚。	HD製剤の存在を監査者が不勉強であり、監査漏れ。また入力段階においても前回D0で引っ張ってしまった可能性がある。調剤に関しては処方箋ではなく薬歴を用いて行い、差異に気づかず。	処方箋に基づいての入力、調剤、監査は基本であり、どの職種が調剤した場合でも処方箋利用が原則であることを再度周知する。監査においては集中できる環境づくり。	ヒューマログ注ミリオペンHD	ヒューマログ注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1044	ヒューマログ注ミリオペンHDが3キット処方された。薬剤師は薬剤を取りそろえ調剤監査システムに通したところ、エラーがためたため薬剤を確認したところ、ヒューマログ注ミリオペンHDが2本入った包装箱に輪ゴムで止めてあったインスリンがヒューマログミックス50注ミリオペンであったことが分かり、正しい薬剤を取り直した。	近隣の薬局にて薬剤が不足した場合貸し借りをやっているが、1.返却に来た薬局が2種類のインスリンを持ってくる際にまとめて輪ゴム止めて返してきた可能性、2.返却された際2種類のインスリンを薬局内で誤って輪ゴムで止めてしまった可能性の2つが考えられた。	輪ゴムで止まっている薬剤を戻す際、同じ薬であることを複数人で確認する。調剤時、包装品とバラ品を払い出す際はどちらも同じ薬品、規格であることを確認する。	ヒューマログ注ミリオペンHD	ヒューマログミックス50注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1045	FAXにて送られてきた処方箋の入力時、ヒューマログミリオペンHD300単位をヒューマログミリオペン300単位にて誤入力してしまった。入力チェックは薬剤師が行い、当該薬剤師が在庫のない物だったため、すぐに発注をした。  発注はヒューマログミリオペンHD300単位で行ったものの、入力がヒューマログミリオペン300単位であることに気が付かなかった。翌日発注をしていた薬剤師が動いていないはずのヒューマログミリオペン300単位が発注が上がってきていることに気が付き、入力ミスに気が付いた。この時点で欠品分の用意はできておらず、監査システムを通していなかった。投薬者は欠品であった事、以前からお使いであったことからその旨の話のみで入力ミスに気付かず他の薬はお渡ししてしまった。翌日入力が違った旨、説明し、正しいものでお渡しした。	発注時にヒューマログミリオペンHD300単位と確認していたため、思い込みで入力をチェックしてしまったと思われる。	ヒューマログミリオペンHD300mgのHDに目立つように【】を付け、入力時、今回処方チェック時に目立つようにした。HD使用者は1人の為、当該患児の入力メモ欄に『ヒューマログミリオペン【HD】300単位』使用の注意喚起のメモを残した。	ヒューマログ注ミリオペンHD	ヒューマログ注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1046	R p. ヒュミラ皮下注40mgペン0.4mLのところ、ヒュミラ皮下注80mgペン0.8mLとレセコン入力し、監査時に発見された。	・前回Do呼出し入力したが、注射日付変更 に気を取られ、規格変更気づかず入力を終 えた。・監査時に発見された。	・前回Do呼出し入力の際も、1つ1つ指差 しし、落ちついて確認作業する。	ヒュミラ皮下注40mgペン0.4mL	ヒュミラ皮下注80mgシリンジ0.8mL		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1047	処方箋記載はピラノア20mgだったがピッキングした薬剤がピプラマイシン50mgだった両医薬品は病院の採用であり良く出る医薬品だったがピプラマイシンの方が頻度が多かった調剤者の自己監査、注意力不足	調剤者は頭文字「ピ」だけを見て慣れもあり 薬品名をしっかりと確認せず頻度の多いピ プラマイシンを調剤した。自己監査時行って なかった	調剤時は頭文字だけでなく全ての文字、剤 型、規格を確認してから調剤を行うまたコ ピーした処方せんで調剤を行い、剤型、規 格、など間違わない様に丸印を受ける繁忙期 であっても必ず自己監査を行う	ピラノア錠20mg	ピプラマイシン錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1048	ピラノア錠20mgとピビアント錠20mgの取り間違い	水曜日は近隣病院の午後が休診のため午前中 に患者様が多く来局され多忙であったため ピッキングへの集中力が欠けていたため起き たと考えられる。	ピッキング後の監査にて薬情にも処方薬の写 真が出るようにしているため文字だけでなく 写真と照らし合わせての監査も加えるように した。	ピラノア錠20mg	ピビアント錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1049	薬剤が多くてピッキングを素早くしようと 思い焦ってしまった。	ピッキングする薬剤が10種類もあったため、 焦ってしまし同じ引き出しの違う成分の薬を ピッキングしてしまった。薬剤をピッキング する回数が少ないため、経験、知識不足で発 生した事例。周知徹底をし、ピッキングの機 械を導入することを検討している。	周知徹底し、ピッキングの機械を導入するこ とを検討する。	ビルシカイニド塩酸塩 カプセル50mg 「トール」	フレカイニド酢酸塩錠 50mg「KO」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1050	一般名でヘパリン類似物質クリーム の処方があったが、前回のヘパリン類似物質軟膏 を入力し調剤した。受け取りは翌日の為、 事前に当局事務が見直ししている最中に、 入力ミスがあることを発見した。	前回Do処方 でコピー入力する場合の、処方変 更の見落としリスクを認識する。QRコードを 用いた入力を実施する。	QRコードを用いた入力を行う。コピー&ペ ーストでの処方入力を行うときは注意する。	ヒルドイドクリーム 0.3%	ヒルドイドソフト軟膏 0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1051	一般名：ヘパリン類似物質外用液0.3%の処方をヘパリン類似物質軟膏0.3%を選択し、ヒルドイドソフト軟膏0.3%で入力。確定・調剤・監査も気づかず投薬。交付後、調剤録確認時、入力間違いに気づき患者様に電話。ヒルドイドローションと交換。	処方確定時、ヘパリン類似物質だけで、外用液との記載を、思い込みで軟膏と思いこんでしまった。確定・監査・投薬を同一人物が行ってしまった為、間違っていないという先入観から監査をおこなってしまった。	確定・監査時に、規格・剤形に丸をつけて目立つようにし、きちんと最後まで処方をするようにする。	ヒルドイドソフト軟膏0.3%	ヒルドイドローション		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1052	5歳男の子の母親が、一般名で「ベタメタゾン吉草酸エステルローション」全身の処方箋を持ってこられました。調剤者、鑑査者、投薬者がすべて異なっていました。同伴の子供の顔や手足の皮膚がきれいであったにも関わらず、ベタメタゾン吉草酸エステルローションが全身の処方に違和感を感じ、疑義照会をしたところ、ヒルドイドローションの間違いであると発覚しました。	処方元の医院は、外用薬の塗布部位を詳しく記載しており、ベタメタゾン吉草酸エステルローションを全身に使用と書かれていることに違和感を感じました。母親と話が合わなかったため、疑義照会をしたところ、ヒルドイドローションの間違いであることがわかりました。ヒルドイドローションは普段、一般名の「ヘパリン類似物外用液0.3%」で処方箋がきており、処方元が一文字入力だけをして、間違えた可能性があります。	処方元の医院が、外用塗布部位を詳しく書いていたにも関わらず、調剤者と鑑査者が違和感に気づかなかった。普段から、頻繁に出る処方内容であったため調剤者と鑑査者が見落としてしまった。慣れている処方であっても、焦りや慌てがミスにつながるので、気を付けていきたい。	ヒルドイドローション0.3%	ベタメタゾン吉草酸エステルローション0.12%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1053	レボトミン錠5ミリグラムが処方されていたがレボセチリジン錠5ミリグラムをピッキングしてしまった。	薬の最初の文字が同じなのと規格が同じなので間違えてしまった。	しっかり薬の名前を最後まで確認する。	ヒルナミン錠(5mg)	レボセチリジン塩酸塩錠5mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1054	ファモチジンD錠20mg「EMEC」14錠包装4枚と4錠取りそろえるところ、4錠ほどを間違えてアムロジピン(5)「日医工」を渡してしまった	包装が酷似していたことと、保管場所が同じ方向だった。	保管場所を離す。必ず薬のシートを一枚ずつをチェックする。	ファモチジンD錠20mg「EMEC」	アムロジピン錠5mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1055	ファモチジンD錠20mg「サワイ」を8錠調剤すべきところ、ファモチジンD錠20mg「サワイ」を6錠とレボセチリジン錠5mg「KMP」を2錠調剤した。投薬当日、患者より他の薬が紛れていると連絡があり調剤過誤が発覚。服薬前に正しい薬に交換した。	ファモチジンD錠20mg「サワイ」とレボセチリジン錠5mg「KMP」の調剤棚が隣り合っていて、ファモチジンの棚にレボセチリジンが紛れていた。調剤者は紛れていることに気づかずにファモチジン6錠とレボセチリジン2錠の表面同士を合わせるような状態で輪ゴムで留めて調剤した。ファモチジンとレボセチリジンの背面の外観が酷似しており監査者及び投薬者はレボセチリジンが留めてあることに気づかずに患者へ渡してしまった。混雑している時間帯で全てのヒートの薬品名まで注意深く確認しなかった。	調剤棚に薬を戻す時は患者が途切れて急いでいない時に行う。他の薬が入っていたら都度スタッフ全員で情報共有し注意を促す。端数は表が見える向きで輪ゴムで留める。薬品名は全てのヒートについて確認する。	ファモチジンD錠20mg「サワイ」	レボセチリジン塩酸塩錠5mg「KMP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1056	皮膚科より、ファロム(150)が処方されたが、レセコン入力がフロモックス(100)だった。	入力者がヘルプ要員で、繁忙の時間帯であった。	類似した名称については、監査者だけでなく他の人間の確認も増やすようにする。	ファロム錠150mg	フロモックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1057	フィアスプ注ベンフィルのところ、フィアスプ注フレックスタッチで交付してしまった。入力、調剤、鑑査すべて確認が漏れて交付に至ってしまった。次回来局時の投薬時にベンフィルに変わったことを確認した際にミスが発覚した。患者はフレックスタッチで注射を続けていたとのこと。	フィアスプ注ベンフィルの処方が初めてであったが、その前にフレックスタッチでは処方が入っており入力を誤ってしまった。本数も不足してしまい、その手配にも追われて確認が疎かになってしまった。	処方箋の内容をしっかりと確認して調剤、鑑査、交付する	フィアスプ注ベンフィル	フィアスプ注フレックスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1058	GE薬の処方であり、当方で該当の薬剤は「サワイ」しか備蓄していないが、備蓄していない「SANIK」にて処方入力してしまった。	繁忙な状況であり、慌ててしまったため今回の事案が発生してしまった。	処方入力の際、処方入力を確定する前に薬剤師に調剤する薬剤について確認し、その後レセコンの処方確定を行う。	フェキシフェナジン塩酸塩錠60mg「サワイ」	フェキシフェナジン塩酸塩錠60mg「SANIK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1059	患者が9才であったにも関わらず、60mgで処方せんの記載があったが、そのまま入力していた。	患者の年齢や以前の流れなども注意して入力、調剤をする。	前回処方等や患者情報から判断し、早めに問い合わせするなどして、対応する。	フェキシフェナジン塩酸塩錠60mg「明治」	フェキシフェナジン塩酸塩錠30mg「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1060	フェノフィブラート53.3mg 56錠ピッキングするところをフェノフィブラート53.3mg 54錠とビソプロロール2.5mg 2錠をピッキング。医薬品陳列棚が隣同士で、ビソプロロール2.5mgがフェノフィブラート53.3mgのカセットに入っていたのがヒヤリハットの原因。	ビソプロロール2.5mgを棚に戻すときに間違えて隣のフェノフィブラート53.3mgの棚に戻した可能性。	似たようなデザインのシート、大きさをピッキング時に気付かなかったので採用メーカーを変える、棚を隣同士にしない等の対策を予定です	フェノフィブラート錠53.3mg 「武田テバ」	ビソプロロール fumarate 錠2.5mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1061	一包化調剤のため、来局予定日以前にピッキングしていた。処方されていたのは、フェノフィブラートだったが、ピッキングの際に名称の類似したベザフィブラートを用意していた。調剤時に気づいた。	一包化のピッキングは来局予定日の前にまとめて行っているため、急いでピッキングをしています。	類似する薬剤の取り違えは、起こりやすいので、ピッキングも丁寧に行う必要があると感じました。	フェノフィブラート錠80mg 「武田テバ」	ベザフィブラートSR錠200mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1062	薬品の取り違え	忙しさによる焦り。	調剤者と監査者のダブルチェック、監査機器を必ず使用	フェブリック錠20mg	フラベリック錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1063	フェルピナクスチック40gが処方されていたが、スチックゼノール40gを調剤してしまった	夕方の忙しい時間帯で、多くの患者様がお待ちになっている状態で、心理的に慌ててしまい、類似する包装の薬剤を取ってしまった	慌てず、処方箋と手に取った薬剤をひとつひとつ確認しながら調剤を行うようにする	フェルピナクスチック軟膏3% 「三笠」	スチックゼノールA		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1064	フェルピナクテープ35mg 70枚の処方のところ、フェルピナクテープ70mgを70枚で入力、調剤者、薬剤交付者共に入力間違いに気が付かず薬剤交付した。調剤・交付した薬剤は正しかったが薬剤情報文書、手帳に貼付したシール、領収金額が間違っていた。同薬70mgのテープ剤は調剤件数が少ないため、翌日発注担当者が気が付いた。患者に間違いを説明し謝罪、返金処理させていただいた。	入力確認不足。調剤監査システムの使用はなかった。	調剤者は必ず監査システムを通してから押印するように徹底する。薬剤交付者の入力確認も注意深く行う。	フェルピナクテープ35mg 「三笠」	フェルピナクテープ70mg 「三笠」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1065	フェルピナクローションが処方されていたが、誤ってジクロフェナクNaローションを調剤し患者に渡してしまった。患者はそれまでは他の薬局で薬をもらっていたが、初めて当薬局で薬を投薬された。薬局で在庫を見ていたところ合わないことに気づき、間違っていたことが発覚した。患者はまだ使用していなかったため取り替えて渡した。	薬局は新しくオープンして5か月経ったところで薬の在庫が安定していなかった。既存の薬局を買い取ってできた薬局なので、以前からのデッドストックもたくさんあった。出ていない薬は倉庫に入れて、動いている在庫だけを調剤室に置いていた。外用薬を入れている引き出しにジクロフェナクNaローションを入れていたため疑うことなくそれを調剤してしまった。メーカーもどちらも「ラクール」であったため名称や形状も似ていた。完全な一人薬局のため調剤、監査、投薬は全て一人で行っている。	一人で調剤、監査、投薬するため思い込みを捨ててしっかり確認しながらすることが大切である。会社の方針もあるのでこれからは増やせないし監査システムも入る予定はないため、自分の目で確認するしかない。投薬の際は患者にもしっかり見ていただき確認していただく。	フェルピナクローション3%「ラクール」	ジクロフェナクNaローション1%「ラクール」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1066	処方箋に「フェルピナク外用液」と記載。しかしながら「フェルピナクローションラクール」を調剤すべきところ「ジクロフェナクローション ラクール」と調剤してしまった。投薬時に気づき、変更した。	先頭の文字から処方せん内容を確認しておらず、処方箋記載の読み飛ばし。「フェルピナク：ラクール」と「ジクロフェナク：ラクール」の2剤採用があることの認識不足。薬剤のバーコード読み取り時もブザーが鳴ったが再確認を怠った。	外用液、ローション処方には特に先頭文字を読み間違えない、読み飛ばさないよう再教育の徹底を行った。薬剤のバーコード読み取りの確認を怠らないように徹底した。	フェルピナクローション3%「ラクール」	ジクロフェナクNaローション1%「ラクール」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1067	フォリアミン錠5mgを調剤するところを、フォシーガ5mgを調剤。棚は隣に設置している。以前もピッキングミスがあり、意識していたにも関わらず間違ってしまった。	フォから始まる頭文字、錠剤自体の色、形がやや似ていること、規格が同じ5mgであることが要因過去に間違ったことがあるので意識はしていたが、両薬剤の棚が隣だったこともあり反射的に調剤してしまったと推測される。	フォリアミンとフォシーガの保管場所を離して反射的にピッキングできないように対応。またそれぞれの棚に注意喚起の札をつけ、ミーティングで他の職員にも徹底する。	フォリアミン錠	フォシーガ錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1068	社会保険支払基金より、処方薬と別のお薬が入力されていると連絡があり気づく。処方箋にはジヒドロコデインd1メチルエフェドリン等配合シロップと記載の所、ジヒドロコデインエフェドリン配合シロップと認識、間違いをしてしまい、入力、調剤、投薬してしまった。医師に報告後、患者様にその旨を説明させていただいた。すでに服薬は終了しており、健康被害等はなかった。	認識、間違い。入力ミス	配合剤の一般名と商品名の対応表を作成し、チェックを相互に行い、調剤、鑑査、投薬を行う。類似名のある薬品には注意喚起の印をつける。	アスコデ配合シロップ	セキコデ配合シロップ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1069	プラノプロフェン点眼液0.1%「参天」20mlをビレノキシ懸濁性点眼液0.1%「参天」20mlで投薬。投薬後、患者様より電話があり間違いに気づきました。すぐに正しい薬剤と交換に伺い、丁寧に謝罪しましたが大変お怒りでした。	処方監査をしっかりと行う。	患者様とお薬の確認を一緒に行う。	プラノプロフェン点眼液0.1%「参天」	ビレノキシ懸濁性点眼液0.005%「参天」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1070	一般名処方ではラバスタチンのところアトルバスタチンを調剤。患者さんに交付前監査で発見された。	アトルバスタチンは頻りに処方されているがラバスタチンは稀だったので混雑と重なり誤って調剤してしまった。	混雑時も落ち着いて調剤する。	ラバスタチンNa錠10「KN」	アトルバスタチン錠10mg「KN」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1071	ラバスタチン10mg処方のところ、アトルバスタチン10mgで調剤、お渡ししてしまう。患者本人より薬が違うと連絡をもらい発覚。謝罪し、自宅に交換に伺った。	監査、投薬が別人であったため、勤務状況が繁忙だったと考えられる。ポリムスによる確認がされていなかったことと、定期薬が2種類だけで投薬時に患者様との確認をきちんとしなかったと考えられる。	ポリムスをしっかりと活用する。投薬時に現物と数を患者様とも確認する。	ラバスタチンNa錠10mg「NS」	アトルバスタチン錠10mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1072	ラバスタチンが処方されていたが、アトルバスタチンを調剤した。監査者が発見した。	アトルバスタチンの方が調剤頻度が高く、繁忙であったため、処方箋内容の確認が不十分であった。処方箋記載内容の後半部分「スタチン」、「10mg」で調剤してしまった。	外観は大きく異なるため、薬剤情報提供書を用いた確認の徹底	ラバスタチンNa錠10mg「サワイ」	アトルバスタチン錠10mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1073	【正】ラバスタチンNa錠10mg「トーワ」 【誤】テルミサルタン錠40mg「トーワ」	ピッキング業務	外観が似ているがラバスタチンNa10の棚(03E01)とテルミサルタン40の棚が近いため、テルミサルタン40の棚へ変更した。業務中断場合、業務再開時は中断時の1つ前の工程から作業を再開する。ピッキング時は1つ前の薬品からPDA読み込みする。ピッキング時にカセットを降ろしてGS1を読み込む手技の確認を全員で行いました。	ラバスタチンNa錠10mg「トーワ」	テルミサルタン錠40mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1074	一般名処方ではラバスタチン5mgの処方に対して、シンバスタチン5mgで調剤してしまった。交付前に、事務員の指摘で気が付き、正しい薬剤で調剤を行った。	確認を怠った	指差し確認や複数人数での確認を徹底する。	ラバスタチンNa錠5「KN」	シンバスタチン錠5mg「SW」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1075	フルバスタチン錠10mg処方のところ、ラバスタチン錠10mgを誤って調剤し監査でも気づかず交付。患者本人が服用前に違うことに気づき来局してくれたので全て交換できた。	開局直後の処方のためか、取り間違っと思われる。思い込みがあったのだろう。	保管棚が近くにあったため、注意喚起とともに場所を変えた。また、事実を周知し監査の徹底に。	ラバスタチンナトリウム錠10mg「日医工」	フルバスタチン錠10mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1076	処方FAD点眼であったが先発希望であったため フラビタンをださなければならぬところで ムコファジンを出した	FADの先発がムコファジンであるとの思い込み	出す前にレセコン 本でかくにんする	フラビタン点眼液0.05%	ムコファジン点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1077	クロビドグレル錠75mg 3錠 分3 7日分で処方あり。調剤後患者確認。口内炎のため処方と確認後に病院問い合わせ	医師の手書きのフラビタンがブラビックスに見えたとのこと。処方箋印字の際に転記ミス	薬剤知識の向上	ブラビックス錠75mg	フラビタン錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1078	フラボキサート200mg「日医工」252錠調剤するところ、2錠、ベザフィブラート200mg「武田テバ」が混在していた。監査時に発覚した。	隣の棚に配置されており、端数が混在していた。調剤者は気が付かずの輪ゴムで止めた。二剤の外観、名称が似ているのも一因。	二剤の棚をの間に他の薬剤を配置した。薬局内に周知、注意喚起した。	フラボキサート塩酸塩錠200mg「日医工」	ベザフィブラート徐放錠200mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1079	ブラミベキソール 0.125mg の処方を0.375mgで入力。処方通り調剤はしたが、翌日のチェック時に入力ミスに気が付く。その後訂正したもの(領収・情報・手帳)お渡しする。平素は前もって処方来た後、粉碎など余裕をもって調剤できていたものが、患者様家族来局直前に処方来たことで、急いでしまった。	投薬時に入力内容確認することになっているが、見落としていた。	今後も処方内容とともに入力内容の確認を行う。	ブラミベキソール塩酸塩L錠0.375mgM「サワイ」	ブラミベキソール塩酸塩錠0.125mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1080	姉妹2人に喘息の定期処方が出ていた。一人はアイビーディDS・一人はブランルカストDSだった。どちらもアイビーディと思い込み調剤してしまった。業務のルールに従い、秤量・分包の印字をアイビーディで行った。監査・投薬は別の薬剤師が行ったが間違えに気づかず監査・投薬。母親がいつもと違う薬品の印字だったため、緊急連絡先に確認を入れて調剤間違えが発覚。	・調剤の際、ブランルカストDSをアイビーディDSと思い込み調剤した・監査時にブランルカストDSでなくアイビーディで秤量してある・印字してあることを見落とした	・基本作業をきちんと行う ・監査時は重さ・異物チェックだけでなく、秤量した薬品確認も行う。	ブランルカストDS 10%「タカタ」	アイビーディドライシロップ5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1081	薬情や調剤録、薬袋にブランルカストカプセル112.5mg「DK」の入力をしないと、ブランルカストカプセル112.5mg「日医工」と入力ミスがあったのにもかかわらず、気付くことができずに患者さんへ渡してしまった。	日医工から大興製薬へとメーカーが変更になったことを知らなかった。多忙の中、鑑査に追われて冷静さをなくし、ミスに気づけなかった。	メーカー名まで確認し、鑑査する必要がある。メーカー変更になったことを連絡ノートに書くなり、周知できるようにする。	ブランルカストカプセル112.5mg「DK」	ブランルカストカプセル112.5mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1082	ブランルカスト225mg「AFP」で入力するところ「EK」で入力していたため、薬袋・薬品情報・手帳シールの再発行を行う	薬局内の採用医薬品の変更があった。一般名処方でも処方変更なかったため入力者は前回処方方をそのまま今回処方d oとして入力してしまう。	薬局内採用医薬品変更の場合はあらかじめ入力前に声がけを行う、入力の伝言板メモに記載するなどして注意喚起する。	ブランルカスト錠225mg「AFP」	ブランルカスト錠225「EK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1083	一般名処方【般】ノルエチステロン・エチニルエストラジオール0.035配合錠をフリウエルULD「あすか」で入力。監査時にフリウエルLD「あすか」が正しいと発覚し未然に防げた。	当薬局でフリウエルLD「あすか」出庫歴がなく、レセコンに登録があったフリウエルULD「あすか」と思い込み入力してしまった。	局内名称をフリウエルULD「あすか」(0.02mg)、フリウエルLD「あすか」(0.035mg)とし、入力時に判別できるようにした。一般名処方の際は必ず薬価本で調べるようにミーティング実施。	フリウエル配合錠LD「あすか」	フリウエル配合錠ULD「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1084	前回まで、先発品のアイファガンが処方されていた。今回初めて、一般名処方され、プリモニジンで処方。発売してすぐであったこともあり、事務員がプリンゾラミドと勘違いしてピッキングした。	事務員が移動してきてすぐで、不慣れであったこと。プリモニジンが発売してすぐで、まだ慣れていなかったこと。名前が似通っていること。	薬品棚の配置をずらしたりして気を付ける。薬品棚に、類似品注意喚起の印をつける。スタッフとの情報共有を徹底する。	プリモニジン酒石酸塩点眼液0.1%「NIT」	プリンゾラミド懸濁性点眼液1%「センジュ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1085	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはプリンゾラミド懸濁性点眼液1%5mL3瓶、ザラカム配合点眼液2.5mL2瓶の記載があった。今回プリンゾラミド懸濁性点眼液1%「ニットー」→「サンド」へメーカー変更とザラカム配合点眼液→ラタチモ配合点眼液「センジュ」へジェネリック変更があったが、事務員が1度前回のままで入力してしまったため、薬剤師A(職務経歴年数5年)が気づき、入力を直してもらった。その際プリンゾラミドのメーカーが直っていないことに、鑑査で気付かず印刷物が誤ったまま患者に薬を交付してしまった。	1度入力を直してもらったため、全て正しくなっているものと思い込み、よく確認しなかったことが原因である。	入力修正後の再確認を怠らないように徹底する。	プリンゾラミド懸濁性点眼液1%「サンド」	プリンゾラミド懸濁性点眼液1%「ニットー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1086	今回、トリクロルメチアジド錠2mgからフルイトラン錠1mgへ処方変更があったが、事務の入力間違い、調剤間違い、鑑査間違い、投薬間違い、患者の誤飲(二錠飲んだ)と、調剤過誤(誤飲)が発生してしまった。入力過誤に気が付いた事務員は、フルイトラン錠1mgの在庫が減っていない事を調べて、管理者に過誤の報告をしてきた。正しいお薬を持って、患者自宅にお伺いして、お詫びして交換した。翌日、処方医に調剤過誤と誤飲の報告をして、その後の患者対応を引き受けて頂いた。	最初に入力した事務員が、処方箋の入力鑑査をしていて、入力間違いに気が付いた。レセコンは二台あって、二次元バーコード入力出来る機種と、アナログ入力の機種がある。常勤の事務員は通常こちらのアナログ機種のメインに入力作業をしており、処方変更があった事に気が付かなかった。処方箋は一般名記載であり、通常当店ではトリクロルメチアジド錠2mgの使用頻度が高い。今回の処方変更は、使用頻度が極めて低い先発品で且つ1mgの規格だった為に、何人もの眼をスルーしてヒヤリハットの事例報告となった。	今度もメインのレセコン入力は、入社三年目の常勤事務員のアナログ入力となり、入社十年を超えるパートベテラン事務員が二次元バーコード入力側のレセコンに座る。この勤務シフトを変更することは、お互いの事務員の時間割と性格の都合上、極めて困難なので手は付けずにした。レセコン入力が決まらなると先発品と後発品の取り違えの問題もあるが、プレシートの存在から過去の処方と比較鑑査は出来るので、同一薬品の規格間違いチェックは、調剤者(ピッキング)と鑑査者で更に慎重に業務を行う事で一致した。	フルイトラン錠1mg	トリクロルメチアジド錠2mg「タイヨー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1087	一般名処方;フルオロメトロン点眼液0.1%の処方に対し、レセコン入力の為、メーカー名を「センジュ」とメモ書きしていた。調剤時に「センジュ」に目がいき、ヒアルロン酸Na点眼液「センジュ」を調剤した。	当薬局では、ヒアルロン酸Na点眼液0.1%「センジュ」と、フルオロメトロン点眼液0.1%「センジュ」は、頻繁に出る薬剤であり、棚も取り出しやすい位置であった。また、点眼液0.1%「センジュ」という文字が同じで、思い込みがあったことと、この時は他の薬剤師が電話対応しており、自己鑑査にて投薬していた。	投薬前は、少し患者様に待っていただいても、調剤者と別の薬剤師に必ず鑑査してもらう。また、投薬時には再度処方箋の内容を確認しながら投薬する。	フルオロメトロン点眼液0.1%	フルオロメトロン点眼液0.1%「センジュ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1088	よく出る点眼を、かごに設置。調剤の際、フルオロメトロン点眼のかごから、薬を取り出したところ、人工涙液マイティアが入っていた。薬のかごへの充填時に間違えた	フルオロメトロン、人工涙液マイティア 同じメーカーのため、外観が同じで、充填時に間違えてしまった。	充填時、二重チェックを実施の徹底。	フルオロメトロン点眼液0.1%「センジュ」	人工涙液マイティア点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1089	眼科DO処方であったが名称変更の為、ミリア数の入力を間違えた。薬袋の入力ミスに気付かず投薬してしまった。	名称変更の医薬品を調剤、入力する際、しっかり確認する。	名称変更の際は特に薬袋の鑑査をしっかりと行う。	フルオロメトロン点眼液0.1%「センジュ」	フルオロメトロン点眼液0.02%「センジュ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1090	フルオロメトロン点眼液0.1%「わかもと」のところプラノプロフェン点眼液0.1%「わかもと」でピッキングした。	プラノプロフェンと思い込んでいた。	処方内容よく見てピッキングします。	フルオロメトロン点眼液0.1%「わかもと」	プラノプロフェン点眼液0.1%「わかもと」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1091	一般名処方にてフルオシノンアセトニドクリームが処方されていたが、誤ってトブシムクリーム（一般名：フルオシノニドクリーム）を渡してしまった。お渡し後、投薬者が気づき、自宅へ伺い薬を交換した。薬は使用前であったので、患者に影響は見られなかった。	一般名が類似しており、普段より使用しているトブシムクリームを払い出してしまった。投薬者も気付かずお渡ししてしまった。ピッキング監査システムを使用しているが、レセコンの入力も誤っていたため作動しなかった。当時、フルコートクリームは在庫していたが、患者の希望で医師が処方したようであった。	一般名の確認の徹底一般名の知識不足の解消、非在庫品の知識の拡充監査システムに頼りすぎない	フルコートクリーム0.025%	トブシムクリーム0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1092	フルタイド100ディスカス処方をアドエア100ディスカスで調剤し、鑑査時、発覚し、訂正	アドエア100ディスカスが汎用されるため、思い込みで調剤	引き出し内、整理し、注意喚起。声かけをして未然に防ぐ努力をする。	フルタイド100ディスカス	アドエア100ディスカス60吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1093	フルタイド100ディスクス100μg60ブリスターが処方されていたところ、誤ってアドエア100ディスクス60吸入を調剤、監査して交付した。当日の終了業務時に在庫が一致していないことに気づき、別薬剤を交付したことが発覚した。	2剤と少ない処方であったため、処方箋のコピーを取らずに調剤。監査時に薬品名の確認を怠った。	薬剤数が少ない場合も処方箋のコピーをとって調剤する。監査時は処方箋と薬剤名・規格の確認を徹底する。	フルタイド100ディスクス	アドエア100ディスクス60吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1094	2週おきに内服薬が処方されている患者で、臨時でフルタイド(100)ディスクス(60BL)の処方があった。事務員は誤ってフルタイド(100)エアゾール(60吸入)を入力し帳票を印刷した。監査者は薬袋が間違っていることに気づかず、薬を薬袋に入れた。投薬者は、薬が大きいため薬袋に載っている薬の名前や写真が隠れてしまい、内容を確認せず本人に渡した。2週後に薬局時に、前回と同じ薬剤師が再度投薬し、お薬手帳を見て入力の間違いに気づいた。お詫びして、帳票類を差し替えた。マル福のため会計の変更はなかった。	事務員は薬の名前が良く似ていたため入力を間違えた、また経験が浅くフルタイドに複数の種類があることを知らなかった。監査者や投薬者は処方箋と薬が同じことは確認したが、薬袋と確認する作業を忘れた。今回フルタイドとメプチンエアーの臨時処方があり、投薬者は吸入指導に気を取られ、薬の入力ミスに気づけなかった。吸入薬以外に内服薬が8種類処方されており、薬情をパッと見ただけでは入力ミスに気づくことできない状況だった。	名称が似ている薬については入力時に十分確認する。監査時は処方箋、薬、薬袋の3つが合っていることを確認する。薬袋または薬情の写真を見て入力ミスに気づくことが多いので、必ず確認する。	フルタイド100ディスクス	フルタイド100μgエアゾール60吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1095	薬品名類似なのと、規格の表記も類似して入りため調剤時、取り間違えた。	薬品名類似なのと、規格の表記も類似して入りため調剤時、取り間違えた。	類似名ありと記載した札を貼った。	フルタイド50&#13197;120吸入	フルティーフォーム50エアゾール120噴霧		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1096	投薬時に家族より今日は吸入が変わると話があり、処方変更がないと思っていたため再度確認し、処方変更があったことに気が付き、入力を変えし処方箋通りにお渡しできた	患者とのコミュニケーションがとれていれば、処方内容が変わったなど確認できるはずであり、本来なら入力間違えで気が付くべきであるが、患者との投薬時にも薬剤間違えを防ぐ手段にもなる。どれだけ会話をし、薬の変更などに気が付けるかが大切だと思われる	入力確認をしているはずであるが、処方箋との付け合わせ時に思い込みがあるため見過ごしてしまった。今後はより慎重に入力監査を心がけます	フルタイド50μgエアゾール120吸入用	アドエア50エアゾール120吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1097	患者様がフルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液 5.0 μg 56噴霧の処方記載がされている処方箋を持参されて来局事務員Aはアラミスト27.5 μg 5.6噴霧で入力事務員Bが入力チェックの際にも一般名が違うことに気付かなかった調製者Cも一般名をよく確認せず、アラミストで調剤し、監査者Dも気づけなかった投薬の際に患者様がいつもの薬と違うと申し出たことで違う薬だと気付いた	点鼻薬の一般名処方を日頃応需することがほとんどなく、慣れていなかった。アラミストが処方されることが多く、フルナーゼはほとんど処方されることがないため、一般名について知らなかった。一般名がフルチカゾンから始まる為、名前が似ていた。監査者はアラミストが1日1回の使用、フルナーゼは1日2回の使用と使用方法が違うことを知らなかった。	事務が入力をする際に、処方箋と入力を照らし合わせながらチェックを入れていく(例: フルチカゾン、プロピオン酸、エステル、点鼻液、5.0 μg、5.6噴霧)一般名と商品名を記載した一覧を作成し、一般名処方の際には確認をする	フルナーゼ点鼻液 5.0 μg 5.6噴霧用	アラミスト点鼻液 27.5 μg 5.6噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1098	一般名処方フルニトラゼパム錠 2mg の処方に対しフルニトラゼパム錠 2mg 「アメル」を調剤すべきところ誤ってプロマゼパム錠 2mg 「サンド」をピッキングしてしまい鑑査でも気付くことなく投薬に至ってしまった。患者様は気付かず2回服用してしまった。いつもよりも眠れないような感じを受けたと聴取。	類似名称品の取り違えで誤った薬をピッキングしてしまった。外観は似ていなかったが鑑査でも気付かず投薬に至ってしまった。	類似名称医薬品の再認識の徹底。監査時の薬袋写真とのダブルチェックを行う手順の遵守。	フルニトラゼパム錠 2mg 「アメル」	プロマゼパム錠 2mg 「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1099	フルバスタチン錠10mg が処方されている患者にプラバスタチン錠10mg を調剤交付。後日、患者から薬が違うと連絡がありミスが発覚。プラバスタチンを返品していただきフルバスタチンを交付した。服用前であったため服薬に影響はなかった。	フルバスタチン10mg、プラバスタチン10mg の名称類似薬が近くの棚に配置されている	フルバスタチン10mg、プラバスタチン10mg の棚の中に「本当にフルバスタチン?」、「本当にプラバスタチン?」といったカバーを付けた。患者指示書に間違えたことがあるので注意するよう指示が上がるようにした	フルバスタチン錠 10mg 「サワイ」	プラバスタチンNa塩錠 10mg 「タナベ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1100	処方名: フルバスタチンNa錠10mg 「サワイ」を調剤者が誤ってプラバスタチンNa錠10mg 「トーワ」で調剤。鑑査者が交付前に気づき、処方薬のフルバスタチンNa錠10mg 「サワイ」で交付した。	忙しい時間帯であり、名称も似ていた。調剤者は1年すぎて、慢心があったと考えられる。	該当薬剤の置いてある場所に名称類似品ありの注意喚起のラベルを貼った。	フルバスタチン錠 10mg 「サワイ」	プラバスタチンNa錠 10mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1101	0410対応でFAX対応の患者様でフルメタ軟膏0.1%50gが処方されていたが印字が不鮮明でアルメタ軟膏0.1%と勘違いしてしまい準備してしまった。患者来局前に処方箋が送られてきて原本を確認した際に上記の誤りに気づいた。	フルメタ軟膏・アルメタ軟膏は先頭の一字違いで濃度も同じため事前を見つけることが困難。なので原本を確認・確認できない場合は問い合わせしたうえで準備する	フルメタ軟膏・アルメタ軟膏は先頭の一字違いで濃度も同じため事前を見つけることが困難。なので原本を確認・確認できない場合は問い合わせしたうえで準備する	フルメタ軟膏	アルメタ軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1102	フルメトロン点眼0.02%の処方だがフルメトロン点眼0.1%でピッキング。ピッキング直後に気づき調剤し直した。	思い込みで判断し、%の確認を怠った。	ダブルチェックで確認している。	フルメトロン点眼液 0.02%	フルメトロン点眼液 0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1103	フレカイニド酢酸塩錠50mgを調剤すべきところビルシカイニド塩酸塩錠50mgを調剤してしまった。患者さんが1錠を服用後いつもと違う錠剤であることに気がついて連絡をしてきた。処方医に間違えたことを連絡したところ「1錠の服用であるならば心配ないだろう、以後十分に気をつけるように。」との事でした。後日患者さんに連絡したところ「別に異常はなかった。」と返事をいただきました。	調剤者以外の人の薬剤チェックをするようにしていたが、忙しくて一人で調剤してしまった。	ダブルチェックを徹底する	フレカイニド酢酸塩錠 50mg「ファイザー」	ビルシカイニド塩酸塩 カプセル50mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1104	前回の処方ではプレガバリンOD錠75mgのところ、投薬で説明しているうちに、処方箋入力、調剤が25mgになっていたことに気付いた。	繁忙時であったため、調剤者、入力者、監査者とも、増量に気付かず、前々回の25mgで投薬してしまった。	処方内容のチェック体制の強化。	プレガバリンOD錠25mg トーワ	プレガバリンOD錠75mg トーワ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1105	【般】プレガバリンOD錠25mg 4錠 朝夕食後 28日分の処方の為、プレガバリンOD錠25mg「アメル」を112錠ピッキングをするところ、ピタバスタチンOD錠1mg「トーワ」を112錠でピッキングしてしまった。監査時に発覚し、正しいものに集めなおして投薬を行った。	箱の色がどちらも黄色だったため、混同してしまった。薬の知識が少しでもあれば、回避できたと思われる。	ピッキング後の内容確認を指し確認を行うようにする。医療事務にも薬の知識について社全体で学ぶ機会を設けてほしいと感じている。	プレガバリンOD錠25mg「アメル」	ピタバスタチンCa・OD錠1mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1106	一包化の処方監査時にアトルバスタチン錠「サワイ」であるべき所、プレガバリンOD錠25mg「トーワ」が混入が発覚。その原因は錠剤分包機の錠剤カセットに混入していることが判明。当日以前に交付した該当薬剤が含まれている全一包化患者に連絡、自宅で確認し1人に混入。まだ服薬されてないとのことで一包化薬を作り替え対応した。	通常業務の惰性。	薬剤の充填には複数人での確認を必ず行う。	プレガバリンOD錠25mg「トーワ」	アトルバスタチン錠10mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1107	【正】プレガバリンOD錠25mg「ファイザー」を120錠調剤【誤】プレガバリンOD錠25mg「ファイザー」を20錠、メコバラミン錠500「トーワ」を100錠で調剤	プレガバリンのピロー袋にはバーコードが無いため、プレガバリンの箱でPDAを通した後、隣の棚のメコバラミンのピロー袋をピックアップした。	メコバラミンとプレガバリンは使用量も多く棚に直接置いていたこと、またピロー包装にバーコードが無いため箱のバーコードを読み込んで調剤していたこと、プレガバリンとメコバラミンは隣同士の棚に配置していたことから誤調剤が起きたので、プレガバリンの棚を移動した。最終鑑査の手技が見についていないため、以前行っていた最終鑑査のチェック表を用いて手技の再確認を行い、焦っている状況でも正確に鑑査を行う。ピロー包装にバーコードが無くPDAを通せない時は、ピロー包装に印字されている薬品名まで確認する。店舗内でピックアップミスが多い事もあり、講習会を開催する。投薬時に薬袋から出して患者さんに説明をする時、手で薬剤名を確認してからお渡しする。	プレガバリンOD錠25mg「ファイザー」	メコバラミン錠500「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1108	プレガバリンOD錠25mg「A」で調剤するところをプレガバリンOD錠25mg「B」で入力してしまった。	薬局内における情報伝達が不十分だった。	毎朝始業時には本日の注意事項などを伝達するようにした。	プレガバリンOD錠25mg「ファイザー」	プレガバリンOD錠25mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1109	先発後発の入力間違い	急いで入力してた為、確認不足	確認を怠らない様心がける	プレガバリンOD錠75mg「ファイザー」	リリカOD錠75mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1110	正しくは、プレガバリン口腔崩壊錠75mg 2T間違えて、プレガバリン口腔崩壊錠25mg 2Tプレガバリン150mg 2Tとなり薬歴確認により前回25mg 2T、増量ペース確認のため疑義したところ前回「75mg 2T」の処方の問題ないと病院より。前回処方箋確認したところ75mg 2T、実際に渡したのが25mg 2T (入力も25mg 2T)で過誤を確認。	1/13処方、25mg 4Tとなっており、1/27に来局時は75mg 2Tのところを、規格をよく確認せずに25mg 2Tと思い込んで入力をしてしまった。完全に25mg 2Tで錠数だけ4Tから2Tに変更と思い込んでしまい、錠数に気を取られてしまい、前回データから1日量のみを変更し、規格確認を怠ってしまった。	入力内容を見て調剤しない、2次元バーコード使用を優先して入力、ただし読み込めない場合もあることを考慮し、バーコード付きだからと言って、過信せず、人間がすることなのでミスがあるはずという視点で入力チェックをする。 薬剤師の基本である調剤を「入力データ」で行ってしまった事が最も重大な違反であると認識し、「処方箋で調剤」という基本に忠実に業務を行う。入力データが正しい・正しくないという問題以前に「入力データで調剤」という行為が正しい行為ではないという意識が希薄であったのが問題で、認識を改めていく。	プレガバリンOD錠75mg 「ファイザー」	プレガバリンOD錠25mg 「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1111	プレガバリンOD75mg とマグミット500mg の袋包装取り換え	計数量が180錠であり 100錠の袋包装と80錠のヒートで計数した際、プレガバリンOD75mg とマグミット500の100錠包装のデザインが似ているため取り換えが発生した。ヒートで計数した分のデザイン・名称・錠剤の大きさが交付前に気づくことができました。	類似名称でなくても色あいの類似で取り換えが発生することがあるので、デザインの類似した薬剤は調剤棚の位置を離すように改善した。また100錠の袋包装のみで調剤することは避けるようにした。	プレガバリンOD錠75mg 「ファイザー」	マグミット錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1112	ブレドニゾン5mg4錠処方のところ、ブレドニゾン1mg4錠で処方データが入力されており、患者への薬剤交付時に判明した。	当該事例では前回処方まで、ブレドニゾン1mg規格での処方があり、処方入力時に誤りが発生したものと考えられる。また、発生時は混雑する時間帯で処方監査も疎かになっていた。	ブレドニゾン等の用量調整が頻回になる薬剤については、監査者が薬袋に1日量の成分量を記載し、交付者が患者と確認を行っている。	ブレドニゾン錠「タケダ」5mg	ブレドニゾン錠1mg (旭化成)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1113	3月25日初回来局時、ブレドニゾンで処方されていたが、レセコン入力を誤ってブレドニンで入力、薬はブレドニゾンでお渡ししていたことを、4月1日来局時に判明	入力時の検索は頭文字3文字で行うことが多いため。	薬情の写真をよくチェックする	ブレドニゾン錠「タケダ」5mg	ブレドニン錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1114	プレドニゾン錠5mgの処方であったが、プレドニン錠5mgで投薬してしまった。	薬剤を投薬した時は、一緒に来局した配偶者には、同医療機関よりプレドニン錠5mgが処方されていた。次に入力した当該患者様の薬も思い込みでプレドニン錠5mgで入力してしまった。(変更不可欄に記載なく、新規処方薬)	同時受付した処方箋が、配偶者であったり同医療機関であっても、処方されている名称は注意深く確認すること。	プレドニゾン錠「タケダ」5mg	プレドニン錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1115	継続歴に処方されている薬で、いつもヒート包装でお渡ししている。患者様といっしょに目視しながら確認しているが、投薬後に違う薬を渡したのではないかと気づき、患者様宅に連絡して薬をとりかえにいった。	今回、薬の種類が増えており、そちらのほうに意識がいきっており、既存にでている薬を思いこみでそのまま渡したと思われる。調剤者のピッキングミスもあった。	処方せんと薬剤の確認の徹底。ピッキングミスをなくす意識の徹底。	プレドニゾン錠1mg (旭化成)	レバミピド錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1116	ロサルタン100mgからプレミネントHD(一般名)への切り替え時に、LDを入力した	採用のない薬剤があったとき、レセコンの拡張検索で誤った選択をしてしまう可能性がある。今回の要因の追求のため、再度同じ入力を行い、何がミスへの誘導につながったのか、全員で確認した	配合錠の場合の拡張検索は過誤の原因になることを情報共有し、入力につまづいたときは遠慮なく相談できるように薬剤師の対応にも意識づけを行った	プレミネント配合錠HD	プレミネント配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1117	処方記載の(般)ヒドロコルチゾン・フラジオマイシン等配合軟膏を(般)ヒドロコルチゾン酢酸エステル・フラジオマイシン配合剤と読み間違い。薬局の在庫なしのため、取り寄せ中に間違いが発覚。患者様に正しいものをお渡し。	職員の知識不足。	外用薬は特に成分の類似したものが多くので、確認をしっかりと行う。	プロクトセディル軟膏	強カレストミンコーチゾンコーワ軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1118	アゾセמיד服用中の患者に、浮腫改善のためフロセמידが処方追加になった。薬効が同種のため、頭の中で「ループ利尿薬」とイメージを持ってしまい、定期で服用中のアゾセמיד錠30mgを追加でピッキングしてしまった。監査の時点で気づいて患者への影響はなかった。	当薬局では、フロセמידとアゾセמיד、どちらも「JG」を採用しています。今回はループ利尿薬でかつ語尾がJGと同一であったため区別をしっかりとできなかった可能性があります。	フロセמידとアゾセמידのメーカー変更	フロセמיד錠20mg「JG」	アゾセמיד錠30mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1119	プロチゾラム錠0.25mg「JG」で調剤するところエチゾラム錠0.5mgで調剤監査時に発覚し正しいものに取り直した	調剤後の自己監査を怠った頭ではプロチゾラムと考えていたが、実際には違うものを取り、集中力が低下していた	調剤後に一呼吸を置いてから再確認して監査に渡す	プロチゾラム錠0.25mg「JG」	エチゾラム錠0.5mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1120	プロチゾラム0.25mg錠28錠を調剤するところ、エチゾラム0.5mg錠が2錠混ざってしまった。2錠バラのヒートが逆向きに輪ゴムで止められていたため、色の違いに気づかずにお渡ししてしまった。業務終了後に向精神薬の在庫数を確認している際に発覚し、服用前に正しく調剤したものを自宅まで配達したため、健康被害はなかった。	プロチゾラム、エチゾラムどちらも処方されており、輪ゴムで止める際に混同してしまった。早く調剤、監査、投薬をしなければならぬという焦りから確認不足に生じたミスと推測。	調剤台の整理整頓、ヒートを切った際はすぐに棚や箱に戻すことを徹底する。監査の際は数量の確認だけでなく、すべてのヒートを確認する。	プロチゾラム錠0.25mg「サワイ」	エチゾラム錠0.5mg「SW」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1121	プロチゾラム処方のところトリアゾラムを交付。	患者本人もいつもと違う薬であることを認識していたが、気にせず服用していた。次の受診時に患者本人からの申し出で気が付く。健康被害はなし。	監査の徹底。リスクの高い薬は業務終了後棚卸を行う。	プロチゾラム錠0.25mg「テバ」	トリアゾラム錠0.25mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1122	混合軟膏 使用薬剤の間違い。処方せんにはプロトピック0.03%小児用と書いてあったが、プロトピック軟膏0.1%で調剤。当時、薬剤師は2名しかおらず患者も数名待っている状態で、調剤時焦りがあった。処方箋の内容の確認不足により、薬品名を確認した段階で調剤を実施。0.1%、0.03%までは作り始める前に確認できておらず、誤って作成調剤完了時、調剤者自身が再確認を行ったところ調剤ミスであることが発覚。その後処方せん通りに作成。	薬剤師が2名という状況で患者が数名待っているという焦る状況であり、混合軟膏という時間がかかる処方箋がきてさらに焦りが生じた。	軟膏を混合する際は、ピッキング時、混合開始時の2回は確認を行うことで誤りが少なくなると考えられる。	プロトピック軟膏0.03%小児用	プロトピック軟膏0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1123	Rp. プロナック点眼液0.1%のところ、グラナテック点眼液0.4%をとり、監査時に発見された。	薬品名の類似による見誤り・規格等の確認不足	見落としのないよう、規格までしっかり確認するよう徹底する。	プロナック点眼液0.1%	グラナテック点眼液0.4%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1124	プロナセリン(2)の一般名処方に対してプロマゼパム(2)をピッキング。監査時に気づいて調剤をやり直した。	医薬品名の類似、慣れ、繁忙による処方箋確認不足が重なったためと考えられる。	名称類似薬がある商品の棚に注意喚起のシールを貼って対応している	プロナセリン錠2mg「DSPB」	プロマゼパム錠2mg「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1125	プロナセリン2mgで処方の所、プロマゼパム2mgで調剤、鑑査時に発覚し、誤投薬、過誤には至らなかった。	調剤者が比較的、経験の少ない職員であり、午前の患者が溜まっていて、繁忙な時間帯だった。	薬品名の前半部分、規格数字に捕らわれず、薬品名全てを確認する事とした。	プロナセリン錠2mg「アメル」	プロマゼパム錠2mg「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1126	一般名処方できたプロプラノロールをプロカテロールと勘違いし調剤、そのまま患者さんに渡してしまった。患者さんからの問い合わせで間違いに気づいた。	一般名処方のため普段調剤しない薬(プロプラノロール)を普段調剤している薬(プロカテロール)と勘違い、1人での調剤、投薬だったためそのままお渡ししてしまった。	一般名処方の場合でも先発品が何であるかを確認、患者さんにもどういう経緯で処方されたのか確認、複数人での監査を徹底すべき。また、薬剤の取り違いを防ぐために機械による監査システムを導入。	プロプラノロール塩酸塩錠10mg「日医工」	プロカテロール塩酸塩錠25μg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1127	処方一般名カンデサルタン2mg、先発希望なのでプロプレス2mgでお渡しするところ、カルデナリン2mgで渡してしまいました。後日患者様からの連絡で発覚しました。	監査システムを通さずに投薬してしまったので、必ず監査システムを通しての監査を徹底します。	監査、投薬をふたり体制で行うことを徹底し、監査システムも必ず通すようにすること。	プロプレス錠2	カルデナリン錠2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1128	全自動分包機のプロマゼパム錠2mg「サンド」のカセットに誤ってプロチゾラム錠0.25mg「オーハラ」を充填し分包ミスが発生。	名前が似ていることと充填前に分包された薬剤の識別コード監査で問題がなかったためすり抜けてしまったものと思われる。次にプロマゼパム錠2mg「サンド」を処方された患者の調剤時に気づき連絡を入れたところ問題のある日付分の薬剤はまだ服用されていなかった。	重大なミス。全薬包監査は現実的ではないが分包開始時のみならず終了時の薬包をチェックする必要がある。	プロマゼパム錠2mg「サンド」	プロチゾラム錠0.25mg「オーハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1129	プロマゼパム錠2mg「サンド」を交付するべきところを、ジアゼパム錠2mg「トロー」を交付してしまった。患者は、薬が変更になったと思い、3週間飲み続けた。偶然に薬袋の薬品名の記載を確認したところ以前から服用していた薬品名が記載されており、薬局に問い合わせがあり、ミスが発覚した。即時、正しい薬剤と取り換え、その後の対応など医師に相談し、患者へ説明を行った。	プロマゼパム錠は以前、セニラン錠という名称であった。そのため、棚にはさきの薬と近い棚にプロマゼパム錠が保管されていた。また、名称後半と規格が類似していた。そのためピッキングミスが起きたと考えられる。鑑査時にも、名称が類似していたため、気づくことができず投薬してしまっ。投薬時の説明も不十分であり、患者は薬が変更になったと思っ。問い合わせをしなかつた。	まず、保管していた薬品の位置を変え、は行に整理し、取り間違え注意の喚起を行った。鑑査時は類似名称があることを常に念頭に置き、名称全てを確認するようにした。投薬時は、前回からの変更点などを必ず説明、説明を理解しているかも含めて行うことを改めた。	プロマゼパム錠2mg「サンド」	ジアゼパム錠2「トロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1130	2020年4月「セニラン」からプロマゼパム「サンド」への販売名変更のお知らせ文書を受け取った。お知らせ文書受領後3か月経過の同年7月、薬局内の調剤棚カセットを旧製品名から新製品名に変更する入れ替えを行った。変更内容については事務と薬剤師の共通連絡ノートに記載し、周知を図った。事例の当事者は、2週間ほどの有休休暇を取得し、当該事例の発現日は職場復帰直後であった。  当事者は、事務から処方せんを受け取り、ピッキング作業を行い、監査待ち台に置いた。鑑査者は、一般名表記の処方せんからプロチゾラムとプロマゼパムが同時に処方されていることを確認し、ピッキングされた薬剤を鑑査したところ、プロマゼパムは含まれず、同薬の用法用量に見合うプロチゾラムが誤ってピッキングされていることに気付いた。鑑査者は、その場で当事者にピッキングミスを指摘した。当事者は、処方せんに記載されていたプロマゼパムをプロチゾラムと読み誤ってピッキングしていたことを認識し、即座に是正した。このため、患者へ投薬されることはなかつた。	休暇取得で心身がリフレッシュされる一方、長年業務に携わっているベテランであっても業務勘を取り戻すのに多少時間が掛かることに留意すべき。当該事例に対しても休暇から復帰する勤務者へは業務開始前に声掛けコミュニケーションし、リラックスをはかりつつ、休暇中の変更事項等、情報共有について連絡ノートのように頼るのではなく、口頭で二重に伝える必要があつたと考えられた。	(1) 休暇後の勤務者は、業務開始する前に薬局内連絡ノートに目を通す。(2) 管理者は、休暇中の変更事項等、情報共有について休暇後の勤務者へFace-to-Faceでブリーフィングを行う。	プロマゼパム錠5mg「サンド」	プロチゾラム錠0.25mg「トロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1131	薬を交付した後に間違いに気づき、患者様の自宅に電話で確認したところ、まだ使用していないということで、郵送させていただき、間違えてお渡しした薬は廃棄していただいた。	同じ処方箋内の薬に関して問題があり、気を取られてしまっ。鑑査がおろそかになってしまつた。慢心があつた。	ピッキング、鑑査の徹底。	ブロムフェナクNa点眼液0.1%「ニットロー」	ヒアルロン酸Na点眼液0.1%「ニットロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1132	呼吸器内科Drよりプロムペリドールが初回追加処方された。患者に統合失調症の既往はない。患者に確認したところ、去痰剤が追加になると言われたと聞き取り。処方ミスの可能性が高いと考え疑義照会。プロムペリドールではなく、プロムヘキシンを入力したかったと医師に確認。	一般名処方であり、プロムヘキシンとプロムペリドールははじめの3文字が同じため医師の処方選択ミスだった。	患者の症状と処方薬の整合性がとれているか薬剤師が確認することは重要である。	プロムヘキシン塩酸塩錠4mg「トーフ」	プロムペリドール錠3mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1133	プロラノン点眼液0.1%処方のところプロナック点眼液0.1%を調剤。監査時薬歴にて取り違えに気づく。	頭文字が同じだけでなく効能効果も似ている薬であったため調剤時に混同してしまい取り違えたと考えられる。	頭文字、薬効の似ている薬は五十音順でも隣合わせにしないようにする。	プロラノン点眼液0.1%	プロナック点眼液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1134	臨時処方でページニオ錠が処方されていた。乳がんの病歴はなかったため、疑義照会にてベンザリンの間違いであることが発覚。	病院で処方箋を発行するときに入力間違いがあったためである。	病歴から過誤を防げることをスタッフ間で共有した。	ページニオ錠100mg	ベンザリン錠10		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1135	ベオーバ錠50mgが処方されているところ、ページニオ錠50mgと入力。調剤時にチェックをしており発覚した。	繁忙時で、なおかつ新規の処方だったこと、薬剤に対する知識が不足していたことが原因と考えられる。	入力後に再度処方箋と入力内容をチェックすること、繁忙時であっても、落ち着いて確認手順を順守することを徹底した。	ベオーバ錠50mg	ページニオ錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1136	一般名処方ビベクロン錠50mg(ベオーバ)の処方だったが前回一般名ミラベクロン錠50mg(ベタニス)の処方からの変更気付かないでそのまま前回Doで入力してしまいそのまま投薬してしまった。後で患者様からお薬が変わっていないと申し出があり間違えて渡したことが発覚しお詫びをして取替えました。	一般名処方の薬名が類似していたこと投薬時に患者様との会話がうまくできていなかったことが要因でした。	一般名処方薬名類似している品目を表にしてレセコン近くと調剤室に注意喚起するよう貼ります。患者様と前回の薬から変わっていないか確認する。	ベオーバ錠50mg	ベタニス錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1137	ベオーバ錠50mg 1×夕食後63TDのところ、ベタニス錠50mg 1×夕食後63TDで投薬	慢心によるものもあるが、ベで始まり、ベオーバとベタニスの規格が同じであり、思い込みで調剤したこと	処方箋に基づき確実に調剤する	ベオーバ錠50mg	ベタニス錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1138	2021年7月某日11時頃、処方箋を持って来局された。「般」ビベグロン錠50mgと記載されていたが、前回のDo処方と思いベタニス錠50mgを調剤した。交付時に患者が薬が変更になったと仰ったので、間違いに気が付きベオーバ錠50mgに変更した。	「般」ビベグロン錠50mgと「般」ミラベグロン錠50mgをDo処方と思い込み、入力間違いしそのまま調剤交付前まで気が付かなかった。	処方箋通りに入力出来ているか確認し、患者とのコミュニケーションをとる。	ベオーバ錠50mg	ベタニス錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1139	調剤者がベオーバとベタニスの取り間違え。監査者が誤りをスルー。調剤者が投薬。投薬前、投薬台に並べている時に発覚。	繁忙期、人員不足	事例の共有。監査の多重化	ベオーバ錠50mg	ベタニス錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1140	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはベオーバ錠50mg 1錠 1日1回 朝食後 30日分と記載されていた。薬剤師A(調剤経験年数27年)はベオーバ錠50mgを調剤するところ誤ってベタニス錠50mgを調剤した。薬剤師Aは土曜日の繁忙時間帯で、他の患者の調剤をしている薬剤師Bが余裕の無さそうに見えたのを気遣い自ら監査した。しかし焦りのせいか間違いに気付かず患者に誤った薬を交付してしまった。	ベオーバ錠、ベタニス錠共に「選択的β3アドレナリン受容体作動性過活動膀胱治療薬」共に用量も50mg。似ていないようで似ている印象の名称に感じる。患者が来局した時間は店内が混んでいたため焦りがあった。	業務手順を見直し、調剤者がビッキングした後、監査に回す前に薬剤の再確認を徹底することとした。調剤室に取り換え防止のためのバーコード薬剤監査機器を設置した。	ベオーバ錠50mg	ベタニス錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1141	尿素クリーム10%60g (20g×3本) が処方されていたが、患者が20%を希望された。当薬局にベギンクリーム20%の在庫があったため問い合わせを行い処方変更してもらった。ベギンクリームは1本25gのため、3本であれば容量も75gに変更依頼をしなくてはいけなかったが失念し60gの入力のままだった。お渡し後のチェックで発見。先生に経緯を説明し容量を75gに変更してもらった。	ベギンクリーム20%の容量が1本25gだと頭に入っていなかった。患者の要望が多く、対応中に焦りがあった。	疑義照会後の確認を徹底して行う。外用薬の1本あたりの容量を頭に入れておく。	ベギンクリーム20%	尿素クリーム10% 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1142	ベザフィブラートSR錠200mgを服用中の患者。今回フェノフィブラート錠に変更となっていたが入力、鑑査の際に気付かずベザフィブラートで調剤。交付後に処方内容の確認を行っていた際に変更に気付く。	一般名処方であったため成分名が似ておりいつも通りと思い込んでしまった。	成分名が似ている薬は沢山あるので一般名処方の際は特に成分の変更がないか注意する	ベザフィブラートSR錠200mg「日医工」	フェノフィブラート錠80mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1143	ベザフィブラート徐放錠200「トーワ」で処方入力するべきところをベザトールSR錠200で入力していた	処方入力時に薬局が混雑しており、焦りがあった可能性がある。家族と同時来局のため急いで入力したこともミス要因と考えられる。	処方薬と患者の後発医薬品の意向に応じて処方入力をする。	ベザフィブラート徐放錠200mg「トーワ」	ベザトールSR錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1144	患者より残薬調整の申し出があり、残薬調整・処方削除を行い帰宅されたが、残薬数の申告を誤っていたと電話を受けた。そこで削除した処方[ベザフィブラート200mg「トーワ」]を追記し、当該医薬品は郵送処理を行った。しかし誤って[フェノフィブラート80mg「武田テバ」]を郵送していたことに、在庫システム確認中に発覚した。患者宅へ出向き、[フェノフィブラート80mg「武田テバ」]を回収し[ベザフィブラート200mg「トーワ」]をお渡しした。	郵送処理の際は、2人体制で確認作業を行っていたが、思い込みなどもありこのようなミスに至った。	ミスの再発を防ぐため、2人体制の徹底と思い込み払拭に励む。	ベザフィブラート徐放錠200mg「トーワ」	フェノフィブラート錠80mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1145	Do処方ベシケア5mg 2T分2 より 1T分1 に変更となっていた。そのことに気を取られ、数の確認は念入りに行ったが薬剤の確認が不十分だった。結果PTPシートのデザインが同じピンク色であるリバロOD 1mgを調剤してしまった。監査者も忙しいタイミングで慌てて監査してしまいすり抜けてしまった。	Do処方から変更があった場合、そのことばかりに気を取られずに冷静に確認を行う。	変更点があった場合でも先入観をもたずに調剤者も監査者も確認を怠らないことを徹底する。	ベシケア錠 5mg	リバロOD錠 1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1146	ベタニス錠50mgのところベオーバ錠50mgでピッキング。投薬前に気が付き正しいものを渡した。	ベタニスとベオーバの薬効や規格が同じであることから間違えやすい。	調剤と鑑査は別の薬剤師が行い、ダブルチェックをする。	ベタニス錠 50mg	ベオーバ錠 50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1147	ベタニス錠50mgを調剤すべきところ、誤ってベオーバ錠50mgを交付しそうになった。	類似した名称、同じmg数、同じ効能効果であるため取り間違えを起こしやすい。	監査時に処方せんを読み上げながら確認を行うベタニスはベオーバと異なり劇薬であるため、薬品棚をきちんと分けて保管しておく。	ベタニス錠 50mg	ベオーバ錠 50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1148	今回からベオーバ錠(50)→ベタニス錠(50)に変更となっていたが、レセコンがDo処方で入力されていた。	どちらもOABに使用される薬剤で、一文字目で「ベ」と規格「50mg」が同じなので見誤ったと思われる。	処方せんとレセコンの入力に間違いがないかのチェックも徹底して行う。	ベタニス錠 50mg	ベオーバ錠 50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1149	リンデロンVクリームで処方されたものをリンデロンV軟膏でシステムに入力。ジェネリック医薬品希望のためベタメタゾン吉草酸エステル軟膏でお渡しした。会計後、処方箋付け合わせ時に医療事務が発見し、入力間違いが発覚。ベタメタゾン吉草酸エステルクリームに変更し、交換して頂いた。	外来が立て込んでおり忙しかったため確認しなかつたままになってしまっていた。処方が5gであり、クリームは1本10g、軟膏は1本5gの製品であったため、軟膏の方だと勘違いしてしまった。	入力、調剤、監査時に剤型までしっかり確認してチェックを入れる。	ベタメタゾン吉草酸エステルクリーム0.12%「YD」	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.1%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1150	ベタメタゾン吉草酸エステルローションを調剤するところを誤ってベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステルローションを調剤した	患者さんが多く来局しており、急いで調剤を行った。	調剤後に自己監査を徹底最後まで薬名を見ることベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステルローションが良く出るため、思いこまないようにする。	ベタメタゾン吉草酸エステルローション0.12%「イワキ」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルローション0.05%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1151	正:ベタメタジン吉草酸エステルローション0.12%「イワキ」 誤:デルモゾールGローション	自薬局のメインとなる消化器内科通院されいる患者様。皮膚科通院していることは把握しており、併用薬の確認もとれていました。今回皮膚科の門前薬局は混んでいるとのことで、処方箋持参しています。皮膚科でデルモゾールGローション継続使用していました。今回成分名表示されていたため、ステロイド単剤になっていることに気が付かず、思い込みで調剤投薬してしまいました。調剤録のチェック中に事務員が気が付き判明。すぐに患家連絡し、交換対応(未使用であった)しています。	思い込み避けるため、監査投薬者は必ず声出しする等確認充分注意する。計数、監査、投薬者については可能な限り別のものを行う	ベタメタゾン吉草酸エステルローション0.12%「イワキ」	デルモゾールGローション		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1152	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%処方のところベタメタゾン酪酸エステル軟膏で調剤	薬品名の類似	成分量のところ○印を付ける	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%「イワキ」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1153	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏の所、ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏で入力・調剤・投薬してしまった。	元々、クレーマーで怒鳴ることもあるので、焦ってしまい、手順を遵守しなかった。	どんな患者であっても、落ち着いて手順に従って調剤・監査・投薬する。	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%「イワキ」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1154	【正】ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%「トーワ」【誤】デキササンVG軟膏0.12%	入力時に変更気付かず、D oから入力してしまう。	配合剤で該当薬の一般名が似ているので、再発防止の為店舗内で共有し、同様な薬品がないか改めてチェックし注意喚起する。カレンダーに記載された申し送り事項をうのみにせず自分自身で再確認するようにする。混雑時も焦らず平常心を保つ。	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%「トーワ」	デキササンVG軟膏0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1155	アズノール軟膏とリンデロンV軟膏と混合処方アズノール軟膏とベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸軟膏と混合で調剤してしまう。	ベタメタゾン吉草酸エステルとベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸と取り間違い。自動監査システム不一致にもかかわらず調剤。使用部位陰部になっており、ステロイドの強さからもベリーストロングの使用はおかしいと気付くべき。	一般名称類似薬品の確認使用部位の確認	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12% 「トーワ」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05% 「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1156	一般名処方でベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル外用液の処方あり入力時 ベタメタゾンジプロピオン酸エステルと誤って入力 違う薬剤で入力してしまったこの薬がLoがジェネリックしかなく、患者さんが先発希望であったためゾルでお渡しして良いか疑義照会をしたところ入力ミスが発覚した	スタッフのステロイド外用剤の一般名の知識が少なく ミスに至った医療機関に問い合わせをし、ご迷惑をおかけした患者さんは外出しており ご迷惑をおかけせずに済んだ	どのような似た名前の薬があるか前もって学んでおく入力時には一文字一文字丁寧に確認しながら入力をする	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルローション0.05% 「JG」	デルモゾールDPローション0.064%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1157	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏とケトコナゾールクリームの混合指示。一般名処方の方「ベタメタゾン」でピッキングを行い、混合後、交付してしまった。業務終了後、1日の使用量のチェックを行った際、機械上の使用量と、在庫が合わない為、確認した所、異なる薬の調剤を行ってしまったことに気付いた。業務終了後に発覚し、直ぐに患者宅に連絡。未使用とのことだった為、翌朝、ただし薬を持参し、間違ったお薬は回収した。	混合量が多く、同処方内にて、別の混合指示の薬品もあった為、急いで調剤を行った。機械監査の設定が、混合前の薬剤のチェックではなく、混合後の状態を写真にて保存することになっていた為、交付完了まで、異なる薬品での混合を行ったことに気付かなかった。	機械監査システムの設定を変更し、外用薬混合前に、それぞれの薬品に間違いがないかをチェックできるようにするした。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05% 「MYK」	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12% 「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1158	一般名処方でベタメタゾン吉草酸プロピオン酸エステル軟膏と記載があったが、普段は酪酸(アンテベート)の方が処方が多いため、そっちのジェネリックで準備されており、監査時に発覚。	5月から復帰したばかりの薬剤師が調剤を行っており、まだ薬局の在庫に何があるかなどしっかり把握されていなかった。	ベタメタゾン酪酸と吉草酸で違ってくるため、一般名処方でも「ベタメタゾン」と最初の文字だけで判断しない。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05% 「MYK」	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12% 「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1159	一般名処方でベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%が処方されたが、誤ってベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%にて調剤、お渡ししてしまった。使用前に患者ご家族より連絡をいただき、使用前に正しい薬と交換することができた。	一般名処方のベタメタゾンという文字のみで判断してしまい、調剤者も投薬者も間違いに気づくことができなかった。	ベタメタゾンには吉草酸と酪酸があり、濃度も異なることを店舗スタッフへ周知徹底。薬品棚へも「吉草酸」など目立つように記載追加をした。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1160	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルローション0.05%「MYK」10m l:1本で用意するところ、ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」10g:2本で調剤されていた。監査時に薬剤師が気付いて正しいものに用意しなおす。	ローションが出ることで自体が少なく、今回も軟膏だと思い込んでしまった。また、ベタメタゾン~のように名称類似品が多いため、正しい成分のものを選ぶことに注意が向いており、剤型まで気が回らなかったと考えられる。	調剤時の自己監査の徹底。処方箋の薬品名、剤型に鉛筆で丸を付けて確認をしてから調剤するように徹底。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルローション0.05%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1161	泌尿器科よりベネシッド アモキシシリンが処方されるベネシッドをベングットを見誤って調剤しようとした重度の感染症の為に抗生剤が併用されたものと思い込んでしまった幸い交付前の鑑査で気づくことができ 調剤事故は回避できた	ベネシッドがアモキシシリン(ペニシリン系)の血球濃度を維持する適応があることを知らなかったベネシッド ベングッドともに在庫が無い薬で 手配を急いでする必要があったため焦っていた	泌尿器科からペニシリン系の抗生剤と一緒にベネシッドが処方されることがあることをスタッフ間で共有した	ベネシッド錠250mg	ベングッド錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1162	ベネット75mgをベネット17.5mgと間違えてお渡し 服用前に患者が気づき。交換対応	規格確認不足	確認を徹底する	ベネット錠75mg	ベネット錠17.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1163	一般名処方で リセドロン75 処方 を リカルボン と思い違い 後日、服用前に患者本人が気づき 来局により発覚	心配事、また繁忙で 注意不足となっていた	監査の改善を図る	ベネット錠75mg	リカルボン錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1164	ヘパリン類似物質クリームのことろヘパリン類似物質油性クリームで調剤。	普段ヘパリン類似物質油性クリームの処方为主で、名称がほとんど同じであるため見落とし。	処方箋の記載内容をしっかり確認し、間違いやすい薬剤ということを認識しながら調剤する。	ヘパリン類似物質クリーム0.3%「日医工」	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1165	ヘパリン類似物質の剤型違いに気づけなかった。未採用品の手配に気を取られてしまい、剤型の確認が疎かになってしまった。注意力散漫。	入力作業でも、監査作業でも剤型の違いに気づけなかった。処方箋原本との照らし合わせができていなかった。	スタッフ全員にヘパリン類似物質の剤型について周知、先発→ジェネリック変更時に剤型を間違えないように徹底した。薬棚にヘパリン類似物質の一覧表を貼り付け、調剤時剤型に注意というメモを貼り付けた。	ヘパリン類似物質ローション0.3%「日医工」	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1166	ヘパリン類似物質外用スプレー「日医工」の入力が間違っており、それに気づかずヘパリン類似物質外用泡状スプレー「PP」が処方されてしまった。	入力監査時にヘパリン類似物質外用スプレー「日医工」でないものへの入力になってしまっていたのを見落としてしまっていた。投薬時もスプレーの外観が変わっているとの話をして頂いたが、投薬者がそのまま薬の変更として話をしてしまった。	外用剤形多数ある薬剤は鑑査する際にチェックを付けて意識を向けやすいようにする。	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「PP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1167	処方表記 ヘパリン類似物質外用泡状スプレーによるところをヘパリン類似物質外用液と勘違い、そのままお渡し。	混雑時による誤入力、監査者・投薬者も見落ととしてしまっていた	監査システムチェックの際の処方箋と処方入力データの目視の徹底、監査時・投薬時の処方箋記載内容と調剤薬の監査徹底を図る。事例共有を局内で行い、ミスの起こりやすいポイントなどの認識を高めていく。	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日本臓器」	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1168	アンテベート軟膏とヘパリン類似物質油性クリームを混合する処方に対し、誤ってアンテベート軟膏とプロベトを混合した。交付時に軟膏壺を開け、患者とともに中身を確認した際に、色に疑問を感じ発見に至った。	同処方箋内にプロベトとヘパリン類似物質油性クリームの混合処方があったため、ピッキング監査システムによる品目の監査は通過してしまっていた。兄弟の似た処方箋内容も重なっていたため焦ってしまった。監査者は調剤に使用された軟膏・プロベトの空チューブは確認したが、その総量については未確認であった。	今後は監査時に空チューブと総量と色味、性状を確認することで再発防止に努める混合調剤の場合は可能な限り二人で薬を確認してから調剤するようにする軟膏、クリームの混合調剤では、軟膏壺で投薬となるので外観では判断難しいので色味を確認することが重要であると再確認できた	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニプロ」	プロベト		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1169	一般名処方で「ヘパリン類似物質油性クリーム」と記載されていたものに対し、「ヘパリン類似物質クリーム」と同じものであると誤認識し、入力。そのまま調剤、鑑査、投薬時も気付かず、交付した。	・厚生労働省が設定した一般名のコードでは、「ヘパリン類似物質油性クリーム」ではなく「ヘパリン類似物質軟膏」であり、レセプトコンピュータの設定も「ヘパリン類似物質軟膏」だったが、処方箋の一般名処方の記載が「ヘパリン類似物質油性クリーム」となっていた。・入力者、鑑査者、投薬者それぞれが「ヘパリン類似物質油性クリーム」と「ヘパリン類似物質クリーム」が同じであると勘違いした。・処方箋との突合せ時、入力のチェックの精度が落ちていた。	・医療機関によっては厚生労働省の出している一般名コードではなく、有効成分名で一般名処方を行うことがあることを念頭に置き、「ヘパリン類似物質軟膏」＝「ヘパリン類似物質油性クリーム」という事をスタッフ間での共有および、レセプトコンピュータの近辺に見やすいよう掲示する。・「ヘパリン類似物質油性クリーム」と「ヘパリン類似物質クリーム」が別物であることを周知、把握する。・入力チェック時、剤形部分までのチェックを怠らないようにする。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ヘパリン類似物質クリーム0.3%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1170	一般名処方。ヘパリン類似物質油性クリームを誤ってヘパリン類似物質クリームと入力。鑑査者も気づかなかった。交付者が交付前に気づき発覚。交付前に訂正した。	もともとはビーンソフテンクリームという名称だったが、ヘパリン類似物質クリームに名称変更され、ヘパリン類似物質油性クリームと名称類似になってしまった。変更されてから日が浅く、薬局内での注意喚起が十分ではなかった。	調剤棚へ注意喚起の記載を行った。事例共有して今後要注意とした。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ヘパリン類似物質クリーム0.3%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1171	患者への投薬時に、ベポタスチン2錠30日分、ベラパミル3錠20日分の処方があったが、医薬品名が似ていたのと錠数が同じだったため薬袋への封入が逆になってしまった。患者が帰宅後電話にて申し出たため、事象が発覚した。	多剤(10種類)服用している患者で、患者自身も急いでいたため、投薬時の確認が不十分だった。	鑑査後に薬袋に入れる段階で間違ったと思われるので、薬の鑑査だけでなく、薬袋と薬両方の鑑査を確実にし、投薬時も十分に確認するよう徹底した。	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	ベラパミル塩酸塩錠40mg「タイヨー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1172	ヘモレックス軟膏で処方があったが、入力時にヘモポリゾン軟膏で入力したため、調剤者も後発品だと勘違いをしてそのまま調剤。投薬後、入力の誤りに気が付き事故が発覚。	後発医薬品と先発医薬品の類似品に注意する。	後発医薬品と先発医薬品の類似品に注意する。	ヘモレックス軟膏	ヘモポリゾン軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1173	ヘモレックス軟膏が正しいところを、誤って強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏でお渡しした。	一般名が非常に似通っている。ヘモレックス軟膏＝ヒドロコルチゾン・フラジオマイシン配合軟膏、強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏＝ヒドロコルチゾン・フラジオマイシン・ジフェンヒドラミン配合軟膏。「等」という表現にジフェンヒドラミンが含まれると誤って認識してしまった。	一般名は一字一句丁寧に確認。該当するものがない場合は必ず医療機関に照会する。	ヘモレックス軟膏	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1174	ヘモレックスの処方のところをヘモポリゾンで調剤、投薬の際、痛みが酷いことが分かり見直したところ間違いに気づく	名前がにている(特に頭文字が同じような薬)薬は調剤者、鑑査者共に確認するとともに今回のように患者の訴えなどを良く聞いてよく処方されている、調剤されている薬を鑑査する	同上	ヘモレックス軟膏	ヘモポリゾン軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1175	薬が一般名で処方されており、本来ヘモレックス軟膏(ヒドロコルチゾン・フラジオマイシン等配合軟膏)を渡すべきところ強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏(ヒドロコルチゾン・フラジオマイシン・ジフェンヒドรามミン配合軟膏)を渡してしまった。投薬後薬剤師が気づき、患者に説明して正しいものをお渡した。	一般名が酷似しており、薬剤の選択を誤ってしまった。	一般名は内容成分によって似たような名前のもが存在するため、軟膏等は特に注意して確認する。	ヘモレックス軟膏	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1176	ベラバミルとベラプロストを間違えた	処方箋をよく見る	ダブルチェックすること	ベラプロストNa錠20μg「サワイ」	ベラバミル塩酸塩錠40mg「タイヨー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1177	ベルソムラ錠20mgが以前処方されていた。今回より、ベルソムラ錠10mgへ減量になったが、処方入力でDO処方だと勘違いし、過去履歴のまま入力。監査時に気づき、正しい処方へ入力変更した。	処方入力時に過去履歴から持ってきてしまったため、変更気づかずに処方してしまった。	処方入力時は必ず処方箋原本と照らし合わせて確認をする	ベルソムラ錠10mg	ベルソムラ錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1178	ベンズプロマロンを含む他剤との一包化の際に自動分包機のカセットに入れたところエラーとなり、薬品が落ちなかったので錠剤の取り違えが判明した。	一般名はよく似た名前も多く、また保管場所も近く、思い込みがあった。	保管場所を離し、何度も確認するようにした。	ベンズプロマロン錠25mg「杏林」	ベラプロストNa錠20μg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1179	繁忙時に処方を持参されて、後で取りに来ると言われ、お預かりしていたのだが、今までペンタサ顆粒は2000mgの物でお渡ししていたので、処方箋には1000とあったが、1包とあったので、以前と同じと思い込んでいた、患者様から変わった筈と言われ、ちがいにき付き改めて用意直し、事なきを得ました。	ペンタサ顆粒 9.4%2000mgの1種しか在庫していませんので、1000mgなどの他規格の存在の未認識から起ったヒヤリハットだと思われる、	粉薬は他規格があるものは、注意喚起のため、調剤棚に注意マークを表記しました、入力も規格を入れて、ミスを防ぐように変更しました。	ペンタサ顆粒 9.4%	ペンタサ顆粒 9.4%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1180	繁忙時に処方を持参されて、後で取りに来ると言われ、用意していたのですが、今までペンタサ顆粒は2000mgの物でお渡ししていたので、同じと思い込んでいた為、1000mgに変更になっていたのに気付かず患者様から、変わったと言われ気づき、変更しました、	ペンタサ顆粒 9.4%2000mgの1種しか在庫していませんので、1000mgなどの他規格の存在の未認識から起ったヒヤリハットだと思われる、	粉薬は他規格があるものは、注意喚起のため、調剤棚に注意マークを表記しました、入力も規格をキチンと入れて、ミスが起こらないようにしました。	ペンタサ顆粒 9.4%	ペンタサ顆粒 9.4%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1181	ボグリボースを出さなくてはいけないところミグリトールを出してしまいました。交付後患者様から電話があり、間違いが発見、服用する前に間違いが見つかり健康被害はありませんでした。	一包化が重なっており、薬局全体が多忙で確認を怠ってしまった。	薬品棚に類似薬注意の記載。患者薬歴に薬を間違えて渡したことを記入し、特に注意すると記載。	ボグリボースOD錠 0.3mg 「武田テバ」	ミグリトールOD錠 50mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1182	疑義照会の結果ホスミンDSからクラリスロマイシンDSに処方変更となり調剤済のホスミンDSを破棄すべきところ、一緒に処方されていたカルボシステインDSを破棄し薬袋にホスミンDSを入れて交付してしまいました。	薬剤の外観が似ていたため、薬品名を印字していたにもかかわらず処方削除となった薬品を交付してしまいました。	疑義照会で処方変更となった際にはほかの薬剤も含めてもう一度鑑査しなおす。	ホスミンシロップ 400	カルボシステインDS 50% 「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1183	透析患者で一包化希望今までほぼ1年間一般名処方で沈降炭酸カルシウム口腔内崩壊錠 500mg、他多薬今日d oで入力、分包し、薬剤が変更になり一般名処方、炭酸ランタン口腔内崩壊錠 250mg になっている事に、投薬直後に気付いた。	患者数が少なく、一人薬剤師勤務。受付、入力、調剤、監査を一人でやる。調剤監査で機器などを利用しているが、結局入力自体が間違っているとチェックできない。多薬で分包希望。FAX到着前に入院するので5日分ワーファリンを抜いて欲しいという連絡が入り、すぐに来局。慌てて分包を行う羽目になり入力チェックなど余裕がなかった。	一包化は時間がかかる。その上その入力にも時間がかかる。FAXの場合QRコードの読み取りができない。前回と同じなどの思い込みでの調剤および入力、分包をせず、時間をかけてゆっくり行う。分包には時間がかかることをあらかじめ説明しておく。	ホスレノールOD錠 250mg	カルタンOD錠 250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1184	処方箋にはボナロン5mg1日1回14日分の記載になっていたが、入力時にボナロン35mg1日1回14日分と入力されていた。監査時に過量である事に気づき調剤し直した。	処方オーダーリングシステムの三文字入力ですべてきた候補の選択ミス、事務員の先入観5と35で違いをよくみれていなかった。	入力ミスをなくすには入力時のチェックを怠らないようにする。監査システムを強化する。	ボナロン錠5mg	ボナロン錠35mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1185	胃カメラ実施後、ピロリ菌除菌が決定した患者様にボノピオンバックが処方されていた。2年近くボノピオンバックは当薬局で受付がなく、いつもボノサップバックが多く処方されている病院であった。入力者はいつもの慣れでボノサップバックで入力してしまったが、ピッキング時に薬剤師が間違いに気が付いた。	3文字目まで同じ薬品名であることに注意必要。	繁忙時であっても、薬品名は1文字1文字確認し思い込みで入力を進めないよう注意。入力画面に出てくる薬品名の前に【類似名称注意】と注意喚起を設定。	ボノピオンバック	ボノサップバック400		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1186	ボラザG坐剤を投薬しなければならないところ、ボラザG軟膏を投薬してしまう	投薬者が調剤を行い確認不足	調剤後必ずダブルチェックを行う	ボラザG坐剤	ボラザG軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1187	一般名d-クロルフェニラミンマレイン酸塩錠2mgで処方 came。当薬局での本来該当する薬品はボララミン錠2mgだったが、入力時d-クロルフェニラミンマレイン酸徐放錠6mgを選択してしまった。薬剤師も一般名につられてd-クロルフェニラミンマレイン酸徐放錠6mgを調剤、監査し、そのまま渡してしまった。午後からの点検時に他の薬剤師が間違いに気づき、すぐに連絡し、謝罪、交換した。	連休明けの少し混雑している時間帯であった。この患者さんはほかに分割調剤の処方箋も持ってこられてそちらに気を取られていたことも一因。入力した事務員も最後の規格単位の確認を怠った。当該薬剤師への聞き取りではボララミン錠は普段子供に出ている薬であったことから先入観を持ってしまったかもしれないとのこと。	一般名処方の入力は最後の単位まで確認を怠らない。薬剤師は先入観を持たずに調剤する。一般名処方には特に注意が必要。同じ成分の薬には注意喚起のラベルをつけるようにする。	ボララミン錠2mg	d-クロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠6mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1188	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはボララミン錠2mg 1錠分1夕食後14日分の記載があった。事務員(職務経験年数4年)はボララミン錠2mgを入力しないといけないところ、誤ってボラブレジンクOD錠7.5mg「サワイ」を入力し、ボララミン錠2mg 14錠を調剤し、鑑査に回した。薬剤師(職務経験年数20年)は入力の際に気付かず、印刷物が誤ったままボララミン錠2mgを患者に交付した。薬品は間違えていなかったため、体調に影響はなかった。	薬品名が類似していたこと、薬局が混雑し焦りがあったことが原因と考えられる。	事務員は混雑時も慌てずよく確認して入力を行う。薬剤師は入力の際に鑑査を怠らないようにする。	ボララミン錠2mg	ボラブレジンクOD錠7.5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1189	ポリカルボフィルCa細粒が処方されていたが、ポリスチレンスルホン酸Caゼリーを誤って調剤し、施設に払い出し。施設からの報告によって薬剤を誤って調剤したことが発覚した。	調剤しながら、外来対応などしており確認を怠った。	調剤・監査する場合は処方箋と薬剤があるか再度確認の徹底をおこなう。	ポリカルボフィルCa細粒83.3%「日医工」	ポリスチレンスルホン酸Ca経口ゼリー20%分包2.5g「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1190	ポリスチレンスルホン酸Ca「フソー」原末が処方されている患者様にポリスチレンスルホン酸Na「フソー」原末を誤ってお渡し。後日、間違ってお渡ししていることに気付き交換した。	初回の処方でレセコンに登録がない薬品だったため、原本から引張る際に誤った薬を登録してしまった。在庫もなく、発注も誤った薬品で発注してしまった。不足薬として後日納品あり。監査システムも誤った薬品が入りだしたため、誤った薬品を通して鑑査が通ってしまったため、その後の薬剤師の鑑査も疎かになってしまい、鑑査をスルーしてしまった。	薬品名を一言一句間違わないように確認する。初めての薬品は特に注意する。不足薬も不足表だけではなく、処方せんのコピーも一緒に確認する。急ぎであっても焦らず鑑査する。	ポリスチレンスルホン酸Ca「フソー」原末	ポリスチレンスルホン酸Na「フソー」原末		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1191	処方箋の一般名先端部分のみ確認してポリスチレンスルホン酸Ca経口ゼリーの所、EPLカプセルを調剤してしまった。	ポリスチレンスルホン酸Ca経口ゼリーは先日アーガメイトゼリーから名前が変わっていた。頭の中で一般名と結びつかず、一般名が似ているEPLカプセルを調剤してしまった。	名前の変更は多くなっているので、しっかり一般名全体の確認して調剤する	ポリスチレンスルホン酸Ca経口ゼリー20%分包2.5g「三和」	EPLカプセル250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1192	ポリフル6T分3 90日分(計540T)のところ、一つだけリバクレオンが混入していたのに気づかず交付。患者が服用する前に名前が違うことに気づき連絡があった。	長期処方のため端数以外はアルミ包装でお渡し。外箱もラインの色が同じで、在庫棚も同じだったことから確認不足のために起こった。	在庫棚を別にして保管。調剤時もアルミ包装の印字までしっかり確認を徹底。	ポリフル錠500mg	リバクレオンカプセル150mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1193	【正】ボルタレンテープ30mg 70枚 【誤】ボルタレンテープ30mg 35枚 モーラステープL40mg 35枚	充填ミス、もしくは戻し誤りの可能性があります。	取り揃えの際、薬品を抜き取った時に枚数のみでなく薬品を扇形に広げ薬品名・外観の確認まで行う。充填、薬品戻しの際は必ずカゴを棚から抜き取り、中断時でも気付けるようにする。PDA運用ルール、使用しないことによるリスクを昼礼で確認。忙しい状況であっても一度深呼吸をし、一呼吸を置く。束になっても1つずつ薬品名・包装を確認。	ボルタレンテープ30mg	モーラステープL40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1194	(般)タカルシトール0.0002%、10g(ボンアルファ軟膏)を(般)タカルシトール0.002%(ボンアルファハイ軟膏)で調剤してしまった。	(般)タカルシトール0.0002%、10gという処方処方を入力時、もともと在庫があり入力歴のある(般)タカルシトール0.002%だけがパソコン上、選択薬剤に上がってきたためそれを選択してしまい、結果(般)タカルシトール0.002%で入力し、鑑査者も0.0002%の間違いに気が付かず、ボンアルファハイ軟膏で調剤してしまった。	ボンアルファには(般)タカルシトール0.0002%のボンアルファ軟膏と、(般)タカルシトール0.002%のボンアルファハイ軟膏の2種が存在することを認識共有し、処方入力時、桁をきちんと確認するように、再注意勧告をした	ボンアルファ軟膏2μg/g	ボンアルファハイ軟膏20μg/g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1195	ボンビバ錠100mgをピッキングするところを、ベネット錠17.5mgをピッキングした。調剤監査システムにてピッキングミスが発覚して投薬する前に修正した。	定期的を受診している患者。病院の主治医がクリニックを開院した。そのため同じ薬があると患者から話があり、処方せんを見落とし変更薬に気づけなかった。	患者の話すことは鵜&#21534;みにせず、きちんと処方箋を読み込む。	ボンビバ錠100mg	ベネット錠17.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1196	処方箋にはマイクロファインプラス31G5mmの記載だったが、最初にこの入力が入力されており、マイクロファインプラス5mmだけ渡した。その後、マイクロファインプロ4mmを患者が希望したため、疑義照会しマイクロファインプロ4mmで入力したが、マイクロファインプラス4mmでお渡ししてしまった。	入力のミスと、思い込みでピッキングしたための間違いだったと思う。患者様が急いでおり、急かされたこともあり、患者様との確認不足だったと思う。また、一人薬剤師だったことも原因だったと思う。	入力ミスと思い込み調剤をしないように、一人薬剤師の時は、いつもよりよく監査をし、患者様との確認も行うようにしたい。	マイクロファインプロ4mm	マイクロファインプラス4mm		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1197	調剤事務員が処方入力時、マイザークリーム0.05%・5g入力すべきところ、マイザー軟膏0.05%・5gで入力されていた。	入力した調剤事務員が入社して半年も経過していない新人のため、入力後の確認が漏れていた。	処方入力した人は、入力後下から声出し、指さし確認の徹底。薬剤調整者はピッキング時処方内容を一度監査してからピッキングを始める。	マイザークリーム0.05%	マイザー軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1198	一般名処方でジフルブレドナート軟膏0.05% (マイザー軟膏) 5gの処方に対してジフルコルトロン吉草酸エステル軟膏0.1% (ネリゾナ軟膏) を調剤。監査業務とところで誤りに気付いた。	ネリゾナ軟膏の方が圧倒的に処方量が多い為、慣れが生じて誤調剤	初心に戻って最後まで処方箋を読む。ミリ数まで確認	マイザー軟膏0.05%	ネリゾナ軟膏0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1199	前回からマイスリー錠5mg追加、後発品希望であり前回はゾルピデム錠5mg「DSEP」で入力・調剤。今回は、マイスリー錠10mgに増量となったが、入力者は気付かずDで入力。ピックは正しく実施。鑑査時に入力間違いに気づき修正。	入力センター事務員によるリモート入力。当該薬以外に多数の処方がありDであったため、当該薬もD処方と思い込んだ可能性あり。	局内名称に規格注意の接頭を追加した。	マイスリー錠10mg	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1200	≪ゾルピデムとゾピクロン：入力・取り揃えを誤った事例≫[般]ゾルピデム酒石酸塩錠10mgの処方。先発医薬品希望の患者様。処方箋入力時にゾピクロン錠10mgを誤って入力し先発のアモバン錠10mgを選択。取り揃えも同じ事務スタッフが先行アモバン錠10mgで調剤。ピッキング支援システムを導入しているが、入力情報をもとに判別されるためアモバン錠10mgで合っていると判断され調剤終了。鑑査者がゾルピデムの先発医薬品がアモバンでないことに気づき発覚。	いつもは[般]ゾピクロン錠10mgを処方されており、一般名が似ているため変更気付かず、いつも通りと思い込み入力してしまった。	処方箋手入力時は、入力後に鉛筆などで薬品名、規格、用法、用量をチェックしながら確実に入力内容の確認を行う。	マイスリー錠10mg	アモバン錠10		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1201	処方今回マイスリー(10)に変更されていたが、患者も投薬者も前回通りと思いで入っていた患者様家族が、薬を飲まないの で要らないと、薬のシートを持って病院に行かれた時に、薬の違うことが判明病院から連絡が来て、発覚結局、薬は処方されなかったことになり、処方削除された	前回とdo処方につけましよう	薬の規格に気を付ける	マイスリー錠10mg	マイスリー錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1202	一包化処方、マグミット錠250mgを分 包時、28包の中に、1包だけ、ファモチジ ンOD錠20mgを、入れてしまった。	2剤とも、バラ錠があり、1錠だけ、混入し ていた。戻すときに間違えて入れてしまっ た、可能性を否定できない。	戻すときも、第三者の監視下で、行う。	マグミット錠250mg	ファモチジンOD錠2 0mg「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1203	マグミット錠500mg分1朝食後1錠投与が マグミット錠330mg×1錠でお渡ししてお り、患者様が自己調整し対応されていた。	マグミット錠500mgとマグミット錠330mgは 間違っ場所に置いていなかったが、ピッキ ング者も、監査者も用量違いを見落としてし まった。	3月から薬局に簡易(監査)ピッキングシス テムを導入し、用量間違いで患者様に薬を渡 す可能性は限りなくゼロになっている。また 複数用量採用品に関しては用量に○を付ける ようにし間違っ取らないように注意をして いる。	マグミット錠330mg	マグミット錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1204	マグミット330mgが処方されているところ を、誤ってマグミット500mgでピッキ ング。監査時に気づき、正しいものをピッキ ングし直した。	ピッキング時の不注意。	ピッキングは処方内容を確認しながら、注意しつ つ行う。	マグミット錠330mg	マグミット錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1205	マグミット錠4T 2× 朝、昼を 前回と 同じ朝、夕で入力し、交付時に気づけな かった。	思い込み	入力時、鑑査時によく見る	マグミット錠330mg	マグミット錠330mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1206	いつもの処方【般】テルミサルタン80mg・ヒドロクロロチアジド配合錠だが【般】テルミサルタン80mg・アムロジピン配合錠に変更していた。入力時、前回入力をコピーしたため合剤が変わっていたことに気が付かなかった。	合剤のAPとBPを取り違えない様にと間違えやすいミリ数には注意していたが、配合している薬品が変わっていることを見落としてしまった。患者からの申し出もなく「いつもの薬」と思い込んでしまっていた。投薬時は何も申し出がなかったが再度来局時には患者より頻尿が辛いとお話があった。	合剤はミリ数や組み合わせなど、他の薬品より一段と注意が必要。調剤録が見にくいのでよく確認する。患者から発言しやすいようにしっかりと聞き取りをする。	ミカムロ配合錠B P	ミコンビ配合錠B P		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1207	[般]テルミサルタン錠20mgのところをディオパン錠20mgで対応し、[般]バルサルタン錠20mgで誤入力し、ミカルディス錠20mgではなくて、間違っでディオパン錠20mgで渡してしまい、4/22(木)の患者様の奥様より連絡を受け、過誤が判明した。	[般]テルミサルタン錠mgをディオパン錠20mgと思い込んでしまい、事務さんに[般]バルサルタン錠20mgで誤入力を確認できなかった。	処方入力の際に、始めに一般名処方を入力すれば、ミカルディス錠20mgのところを、間違っで、ディオパン錠20mgを渡さずに済んでしまった、と思うので、最初に一般名入力を行うようにする。	ミカルディス錠20mg	ディオパン錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1208	前回まで処方されていたミカムロ配合錠APがミカルディス錠40に変更になっていることに気づかず入力。薬剤師が調剤録との照会により患者に交付前に修正。	薬品名類似により気づかなかったため、Do処方として前回処方をコピーして入力。	Do処方であると思っても必ず入力完了前に処方せんを確認する。今後も処方箋と出力された調剤録を照会し入力ミスの発見に努める。または鑑査機器を導入する。	ミカルディス錠40mg	ミカムロ配合錠A P		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1209	【正】循環器内科朝食後 一包化 42日分フロセミド錠40mg 2錠 テルミサルタン錠40mg 1錠他7剤【誤】朝食後 一包化 16日分+最大8日分フロセミド錠40mg 3錠 他7剤	3月4日の充填時に他5剤と合わせて計7剤を同時刻に充填。カセッターを7つ横に並べで充填を行っており、PDAによる照合はPTPより取り出す前のみ。取り出した薬品をカセッターに充填する際に、確認が十分でなく、誤ったカセッターに充填を行った。	カセットに残置薬の充填を行う際にも、一剤ずつカセットを取り出し、ダブルチェックを行う。カセットの充填を行う際は、必ず一剤ずつPDAを通してカセットにいれる。一包化の錠数が多い時でも、錠数だけでなく、見た目や形も確認する。忙しい時でも焦らず正確な鑑査を心がける一つ一つの業務に集中する。	ミカルディス錠40mg	ラシックス錠40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1210	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」105錠渡さなければならぬところ、ミチグリニドCa・OD錠10mg「TCK」100錠(ピロー包装のまま)と、ミグリトールOD錠5錠と混在していた。約2週間後に患者さんが「今日、薬の整理をしようと思って包装を開けたら微妙に違うと思って持ってきた。まだ飲んでいない。」と来局されミスが発覚した。	100錠包装はピロー包装されていたが、その印字をしっかりと見なかった。引き出しには1箱しか入らず、調剤時、105錠必要だったためもう1箱倉庫に取りに行ったが、倉庫では五十音順に並んでおり、誤ってミチグリニド錠の箱を取って、その際調剤過誤防止システム(バーコード読み取り)を使用しなかった。	倉庫から取り出す際には必ず調剤過誤防止システムを使用する。ミチグリニド錠とミグリトール錠が同じ棚の同じ列に置いていたため少し前後に離して設置。ミグリトール錠は100錠以上で調剤することが多いため、2箱以上入るように位置を変更した。	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」	ミチグリニドCa・OD錠10mg「TCK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1211	ミケルナ配合点眼液が処方されていたが、ミケラン点眼液2%を集めた。調剤ビッキングシステムでエラーが出て気付き集め直したため、監査時には正しいミケルナ配合点眼液で渡した。	急いでいたこともあり、最初の文字だけを見て隣にあったミケラン点眼液を集めてしまった。確認不足だった。	急いでいる時でも、集めた後に必ず見直すようにする。	ミケルナ配合点眼液	ミケラン点眼液2%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1212	カルテオロール塩LA点眼液2%からミケルナ点眼液へ変更の処方であったが、前回と同じカルテオロール塩点眼液2%をお渡ししてしまった。患者さまが気づいて連絡していただきお届けて交換しました。	一般名処方であったために、カルテオロール塩点眼液2%からカルテオロール塩点眼液2%からカルテオロール塩点眼液2%からカルテオロール塩点眼液2%への変更を入力時に間違えて、前回と同じカルテオロール塩点眼液2%で入力してしまった。入力の見直し時にもそのまま気がつかなかった。薬を用意する時点でも同じ間違いでカルテオロール塩点眼液2%をとっていた。薬の監査時にも間違えて確認してしまった。監査機器によるチェックも入力間違えていたので通ってしまった。さらに交付時も気がつかずにお渡ししてしまった。	薬の入力時に間違いを避けるために、できるだけ処方せんのバーコードを使用して入力する。薬のとりちがいを避けるために、よく似た名前の薬の棚に、注意、のシールをつける。監査時はかならず入力確認から手順通りに進めることを、再度全員で確認した。	ミケルナ配合点眼液	カルテオロール塩点眼液2%「わかもと」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1213	処方箋がミコンビAPであるにも関わらず、ミカムロAPにて調剤して渡してしまった	良く見ること	良く見ること	ミコンビ配合錠AP	ミカムロ配合錠AP		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1214	ミコンビAPが処方されていたが誤ってミカムロAPをお渡しするところだった	薬剤の全体を見ず語尾のAPしか見ていなかったこと。	ミカムロ、ミコンビ各薬剤ともにも札を付けたビニール袋に入れ「ミカムロと間違えない」「ミコンビと間違えない」と大きく札に書いて今後間違えないようすることにした。	ミコンビ配合錠 A P	ミカムロ配合錠 A P		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1215	一般名処方【般】テルミサルタン40mg・トリクロルメチアジド配合錠での処方を【般】テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠でレセコンに入力し、入力データの突合時に見落とし、入力データに基づき取り揃えを行い、処方箋との突合時に見落としした。	テルミサルタン・トリクロルメチアジドの使用実績が少なく、テルミサルタン・アムロジピン配合錠の使用実績が多かったことから、入力時に見慣れている薬剤を選択してしまい、処方せんと突合が不十分であった。	一般名処方時には、レセコン入力、薬剤の取り揃え、調剤薬鑑査の際に成分と薬剤を照合し、含量・成分が一致しているか確認を徹底する。	ミコンビ配合錠 A P	ミカムロ配合錠 A P		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1216	処方箋記載がミコンビAPでGE希望の方で、テルチアAPのところテラムロAPを似たような名前の為間違えてピッキング、鑑査時に発覚した	棚に「テラムロと間違えないこと」など注意喚起、また先発名を記入する。	注意喚起を記載した	ミコンビ配合錠 A P	テラムロ配合錠 A P 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1217	患者様来局時は忙しく、定期薬の処方だった為、ファイルにピッキング済みの薬剤を、さっと鑑査しお渡ししてしまった。	患者様より来局と同時に相談され、そちらの内容に気を取られた為、ピッキング済みの時点で、すでに間違えてピッキングされていたことに気づけなかった。ピッキングされていたものだったため合っているという慢心があり、鑑査を簡易的に行ってしまった。	薬情に薬剤の外装写真の記載があるものについては、実物と見比べる。薬剤名が類似したものがある薬剤は棚を分ける。	ミコンビ配合錠 A P	ミカムロ配合錠 A P		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1218	<p>事例発生日の翌日に患者様から電話。今朝服用しようとしたらいつもの薬と違うと思ったとの事。在庫を確認し、ミコンビをミカムロでお渡ししたことが判明。謝罪し、患者様宅訪問。正しいミコンビAPをお渡しし、ミカムロAPを回収した。患者様からはこっちは何もわからずただもらうだけなのできちんとしてくださいよとお&amp;#134047;りをいただき、丁寧に詫言ひ申し上げご容赦いただきました。10月に同じ内容の処方でご来局いただき、「今度は間違えないでよ」とご叱咤いただきましたが、その折には正しくお薬をお渡ししました。</p>	<p>配合剤一般名の処方の場合、一つ一つの成分について再度確認し、調剤及び監査する。仮入力された帳票類について、現物と照合することを再度徹底する。以上の作業が徹底できていなかった。</p>	<p>マニュアルの作業を再度確認徹底する。</p>	<p>ミコンビ配合錠AP</p>	<p>ミカムロ配合錠AP</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
1219	<p>一般名処方で、(般)テルミサルタンまでが一緒に、取り違えをしてしまった。</p>	<p>同じミカで始まり、同じBPで終わる2つの薬を上下の棚に置いており、紛らわしい。</p>	<p>置き場を違う方向に変えた。</p>	<p>ミコンビ配合錠BP</p>	<p>ミカムロ配合錠BP</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1220	令和2年10月16日の調剤において、朝食後の一包化調剤のうち、ミカムロ配合錠BP1錠からミコンビ配合錠BP1錠に変更となっていたが、前回のままのミカムロ配合錠BP1錠でレセコン入力し、そのまま連動して一包化調剤してしまった。最終監査でも発見できずに患者さんに投薬し、2月12日薬局時まで服用となった。2月12日の薬局時、前回10月16日にミカムロ配合錠BP1錠からミコンビ配合錠BP1錠の変更であったが前回の内容の通りに投薬してしまったことを説明して謝罪した。服薬状況や体調を確認したところ、服薬コンプライアンスは非常に悪く、処方量の半量程度しか服用していなかったため、過誤の影響は不明であったが、現在の体調は特に悪くないとのことであった。また、主治医には過誤内容を報告済であることを伝え、了解を得た。	2月12日のレセコン入力時にミカムロ配合錠BPからミコンビ配合錠BPに変更になっていることに気づき、前回の患者薬歴を照合したところ、10月16日の調剤過誤が判明した。医師にはすぐに電話連絡を行い、今回の診療における評価の妨げになっていないかを確認し、了解を得た。	今回は一包化の調剤であったため、受付時の処方入力ミスがそのまま自動錠剤分包機にデータが送られ、一包化調剤時に処方内容と一包化ジャーナルとの照合の際、ミカムロ配合錠BP1錠からミコンビ配合錠BP1錠に変更を見落としてしまった。今後は一包化調剤においては、まずレセコンから連動のデータ内容が処方入力ミスがないか、ジャーナルの薬品名を確実に照合する必要がある。特に類似名称の医薬品については、確実にチェックすべきである。	ミコンビ配合錠BP	ミカムロ配合錠BP		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1221	ミチグリニドをお渡しすべきところをミグリトールをお渡ししてしまっていた。後日服用しようと思ったらいつもと違うお薬に気づき、患者様よりご指摘があり、発覚した	お薬をどちらも引き出しで管理しており、よく似た商品名で同じような色のパッケージで隣り合わせに並んでいたために調剤ミスが起こり、監査時にも混雑する時間でもあり、見落としてしまった。	商品名をよく確認する。というメモ書きをパッケージに貼る。隣同士並べないように保管場所を変える。薬品棚にピッキング注意、要確認の掲示をする。	ミチグリニドCa・OD錠10mg「フソー」	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1222	ダニアレギーの治療でミティキュア処方。3300から10000への増量時、医師が誤って「ミティキュア10000」のところで「シダキュア5000」で誤入力。薬局での監査・投薬時、前回誤処方されていることに気が付かず、そのまま調剤・投薬。3回目の受診時に、医師がカルテを見て間違っていることが判明。	名称等が類似しており、医師が間違えてしまったこと。それに気が付かず疑義照会をかけることができなかった。(副作用等の確認はしたが、投薬時にダニアレギーや花粉症治療薬といった内容まで再確認していなかった)	ミティキュア・シダキュアの初回量調剤時には、次回増量時「医薬品間違い注意」の申し送りを徹底する。	ミティキュアダニ舌下錠10,000JAU	シダキュアスギ花粉舌下錠5,000JAU		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1223	シダキユア舌下錠5000単位が処方された患者に対し、ミティキュア10000単位の処方でも処方入力が行われており、ピッキングも同様にミティキュアで行われていた。入力の鑑査時に発覚し、同時にピッキングの間違いにも気が付いた。	この患者は前回までミティキュアを継続しており、今回からシダキユアを開始するという状態だった。そのため前回の処方をそのままコピーしてしまい、それを見て調剤したためミティキュアをピッキングしてしまった。	ピッキングは必ず処方箋を見て行う。処方入力には医薬品の名前先頭を確認し開始し、最後にもう一度確認する。	ミティキュアダニ舌下錠10,000JAU	シダキユアスギ花粉舌下錠5,000JAU		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1224	ミティキュアが処方されていたのに、シダキユアをピッキングしてしまった。	似た様な名前、効能で間違えてしまった。	似たものがあることを周知して、棚に注意の張り紙をする。	ミティキュアダニ舌下錠10,000JAU	シダキユアスギ花粉舌下錠5,000JAU		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1225	ミニリンメルトOD錠120μgの処方の調剤を行う際、誤ってシダキユアスギ花粉舌下錠5,000JAUで調剤。	慣れの慢心と混雑により確認がおろそかになり、取り違えてしまった。外観の類似したシートで色味も同じ青であった。	店舗内に周知。外観の類似を注意し、保管場所に取り違いの注意喚起を張り付け。	ミニリンメルトOD錠120μg	シダキユアスギ花粉舌下錠5,000JAU		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1226	ミネプロ錠2.5mgとトピロリック20mgなどあった処方。ミネプロ錠2.5mgの中に、トピロリック20mg10錠混在し、鑑査時に発見	ミネプロ錠2.5mgとトピロリック20mgのヒートの色がオレンジ。トピロリック20mgを先にピッキング。トピロリック10錠がトイレの中に残った状況で、ミネプロ錠2.5mgを調剤した。バーコードを読み込んでいるが、ミネプロで通しているの、ピッキング時にはスルーとなってしまう。	1つの薬のピッキングが終了したら(必要な錠数を取り、きちんと残りの薬を棚へ返す)次の薬のピッキングへ取りかかる。鑑査前に自己鑑査を行うこと。	ミネプロ錠2.5mg	トピロリック錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1227	ジェネリック希望の方にジェネリック薬で調剤してお渡ししましたが、処方が入力が先発品になっていた。	処方入力の確認時の見落としと投薬時に薬情の写真とお渡しする薬を照らし合わせて確認するのが不十分でした。	お渡しする薬剤が1種類だけでも投薬時に薬情の写真と照らし合わせてお渡しするよう徹底します。	ミノサイクリン塩酸塩錠50mg「サワイ」	ミノマイシン錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1228	ミノドロン酸錠50mgのところアレンドロン酸錠35mgが処方されていた。患者は先生に月1回の薬と説明を受けていた。	患者からの情報の収集が不十分だった。	患者からの情報の収集を徹底する。処方箋の内容確認。	ミノドロン酸錠50mg「日医工」	アレンドロン酸錠35mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1229	【正】ミヤBM錠 朝2錠 タ2錠【誤】 28日の後半15包からマグミットが混入	一包化バラしの際に、マグミットとミヤBMの分けていた皿を、重ねて置いてしまったため、同じミヤBMと錯覚してミヤBMのカセットにマグミットを一緒に充填してしまっ	バラしの充てんの前に、必ず分けたものはユニバックや皿に分けてから、入れること。	ミヤBM錠	マグミット錠330mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1230	来局したのは56歳男性。いつも処方されている薬が今回も処方されていた。その日は薬局がかなり混雑し、薬剤師、事務員もみんな慌てていた。今回の患者の処方箋は一般名処方となっており、先発品をジェネリックにする方で7つの薬のうち6つを書かなければならなかった。またミルタザピン15mgもミルナシبران15mgもどちらもシートが青色だったため取り違えたのに気付かず見逃してしまった。	薬効 名称類似していて間違えた	きちんと薬の名前を1つ1つ確認するように指導します。	ミルタザピン錠15mg「明治」	ミルナシبران塩酸塩錠15mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1231	二剤は薬棚に並んで、配置されていた。先発品で処方のでていた。薬剤名は、似ていて15mgと容量も同じだった。分包でお待ちの患者さんだったため、集薬に急いでいて、分包時に気づいた。	薬剤名がにている。mg数も同じ。並んで配置してあった。先発名で処方されていた。	二剤を離して配置。先発名も併記した。	ミルナシبران塩酸塩錠15mg「サワイ」	ミルタザピン錠15mg「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1232	ミルナシبران15を調剤すべきところを、ミルタザピン15で調剤し、監査時に発見。	忙しい時間帯で、ミルナシبرانの処方も最近激減していたためかと	再度両方の薬剤に再度確認し調剤の札をつるした。	ミルナシبران塩酸塩錠15mg「サワイ」	ミルタザピン錠15mg「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1233	処方箋監査時にムコスタで処方すべきところジェネリックのレバミピドにて入力。	一般名処方やジェネリック変更希望の場合、薬剤の横に鉛筆で印をつけて調剤するよう変更。	調剤録等もしっかり確認し調剤するよう徹底。	ムコスタ錠100	レバミピド錠100mg「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1234	ムコソルバン500mgをお渡しすべきところ、ムコダイン15mgをお渡ししてしまった。	レセプト入力の際、以前処方歴のあったムコダインで入力し、薬剤師がその間違いに気付かなかった。	本事例の薬局内共有。	ムコソルバン錠15mg	ムコダイン錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1235	ムコダイン250mgのみの分3処方であったが、250mg規格と500mg規格を混ぜて患者さんに交付。	色みの判断で調剤してしまった。調剤した時間帯が昼で一人薬剤師になった状態で焦ってしまった。	普段からシートの向きを交互に合わせる事によって大きさの異なるシートは区別できること。1枚1枚確実に薬剤を確認すること。	ムコダイン錠250mg	ムコダイン錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1236	「アンブロキシール塩酸塩錠」90錠の処方に対し、家族から先発品の「ムコダイン錠500mg」90錠への変更するよう要望があり処方医に疑義照会。ムコダイン錠500mgに変更となったが、先発品の在庫が無いため近隣の薬局より借用することとした。借用したムコダイン錠には「使用期限」「Lot」を記載したタグが添付してあったことから安心感もあり、20～30分ほど待たせていた患者家族に早く薬を交付しようと思いい中身を確認せず渡してしまった。3日後に別の医療機関に入院することとなり、現在服用中の薬を患者家族が持参。その際にムコダイン錠500mg90錠の中に20錠のレザルタス錠HDが入り込んでいることを医療機関側が発見。幸いにして患者は薬に全く手を付けておらず健康被害には至らなかった。	・患者家族に医療関係者がおり最初から厳しい眼で我々の対応が見られていた・医師の処方に対し、患者側が別の類似医薬品の先発品を指定してきた・必要な先発品の在庫がなく、患者を待たせたまま急いで近隣の薬局に借用に走った・借用に行った事務員が現地の内容を確認せず受け取ってしまった・借用から戻って来た時点で担当薬剤師が「使用期限」「Lot」が付いていたこともあり大丈夫だと安心してしまい、確認を怠り交付してしまった	・借用や小分けに行った際は、現地で内容を確認する・借用してきた医薬品については、医薬品名称、外観、性状、錠数等について改めて確認する・患者を待たせることになっても焦らずに確認した上で交付する	ムコダイン錠500mg	レザルタス配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1237	後日処方箋チェック時、読み間違えることに気が付き、母親に連絡したが連絡。処方医にも連絡して、2日間服用してる旨を説明。服用した薬剤はそのまま構わないので、処方通りの薬剤を改めてお渡しするよう指示あり。	処方箋監査時、一般名処方商品名と思い込み読み間違えたため(セフジトレンピボキシルとセフジニル)	一般名処方と商品名の確認を二重チェックする	メイアクトMS小児用細粒10%	セフゾン細粒小児用10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1238	計数調剤者は別で、監査者及び交付者は同じ。調剤してお渡しして残薬を飲み終わり、新しく調剤された薬を小分けにしようとして患者本人が気が付く。服用までは至らずに薬局に持参した。	薬剤師が休みもあり、混雑していた。監査体制が不十分であった。	&#32363;忙期においても行う手技を飛ばすことなく、思い込み調剤にならないよう手技を確実にを行う。	メイラックス錠1mg	ナトリックス錠1		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1239	メインテート2.5mgの半錠の処方だったが、メルカゾール2.5mgを半錠してしまった。	メルカゾールの半錠が続いていたため、間違い	繁忙時間でも同じような処方が続く際は注意する。	メインテート錠2.5mg	メルカゾール錠2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1240	メキシチール50mgをピックアップしたつもりがメキシチール100mgをピックアップしてしまった。	同じ名称で規格違いのものを近くの棚に置いていた。	同じ名称で規格違いがあるものについては取り間違いしないように棚のところに赤字で規格違いありと記載した札を貼りつけて対応した。	メキシチールカプセル50mg	メキシチールカプセル100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1241	メキシレチンを調剤するところジルチアゼムを調剤し患者へ交付。患者が他院に入院した際、入院先の薬剤師持参薬を確認した際に気付कि間違って調剤したことが発覚。服用はされておらず、健康被害はなし。ジルチアゼムを回収しメキシレチンと交換。	ジルチアゼムとメキシレチンの包装が類似しており、同じカプセル剤であったことから、思い込みで調剤してしまい過誤につながった。	調剤時と監査時及び投薬時に確認を徹底する。	メキシレチン塩酸塩カプセル100mg「サワイ」	ジルチアゼム塩酸塩Rカプセル100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1242	一般名処方で(般)デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏0.1%が処方された。先発希望の患者だったためメサデルム軟膏を調剤する必要があるが、薬剤師は一般名がデキサメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%であるポアラ軟膏0.12%を調剤してしまった。監査薬剤師が間違いに気づき患者には正しい薬を渡すことが出来た。	一般名処方が増えたため、外用薬には類似名称が多く薬を取り間違える懸念がある。今回は(般)デキサメタゾンプロピオン酸エステルと(般)デキサメタゾン吉草酸エステルと名称がよく似ており最後まできっちり確認する必要があった。	類似した名前の一般名を表にまとめ必ず調剤する前に確認してから行うようにした。取り間違いは減少している。	メサデルム軟膏0.1%	ポアラ軟膏0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1243	メタクト配合錠が処方されていたが間違っ てエクメット配合錠を投薬した。	一般名処方のため類似一般名の薬と間違え た。	複数の薬剤師によって確認する。一般名の配 合錠には得に注意する。	メタクト配合錠	エクメット配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1244	メタクト配合錠HDが処方されたが、メト アナ配合錠HDを交付しそうになってし まった。患者さんが「薬のシートが変わっ たね」と言われ始めて気が付いた	メタクト配合錠HD、メトアナ配合錠HD、エ クメット配合錠HDと似た商品名の糖尿病薬 がある	漫然と監査や調剤せずに、似ているからこそ 注意して調剤、監査する	メタクト配合錠HD	メトアナ配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1245	類似名処方の見落としとDO処方による慣 れが重なり、調剤者(投薬兼任)・監査者 共に気の緩みあり。	特殊なキャラクター患者様の定期処方の為、 早く済ませようとも気が流り、内服1剤・ 外用1剤処方の為処方箋読解も気が緩み、最 初の2文字だけで見過ごしてしまった。投薬 時は常時患者様と確認するシステムだが、こ のときは患者様も気づかなかった様子。帰宅 後に気付いていたようだが、何も連絡なく、 そのまま誤薬を飲み切り、次回来局・投薬時 に「薬がいつもと違っていたが大丈夫か？」 と聞いて来られ、薬局内でもその時に気付い た。	どんな状況であれ、投薬時には患者様にも薬 の確認を怠らないように努める。常時急いで 確認を拒否される傾向の方は、投薬前にW監 査としてもう一度監査済みの薬剤師以外の薬 剤師に監査してもらう習慣を徹底する。	メタクト配合錠LD	メトアナ配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1246	メチコバル錠500μgの処方に対し、 以前からメコバラミン錠500μg「トー ワ」で調剤しているが、今回誤って処方箋 通りメチコバル錠で調剤してしまった。	人員不足の中、他の用件に気を取られ、当該 鑑査が疎かになってしまった。	人員不足は言い訳にはならず、1つ1つの鑑 査に集中して取り組むよう心掛けるしかな い。	メチコバル錠500 μg	メコバラミン錠500 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1247	患者が処方箋を持って来局された。処方箋にはメトアナ配合錠HD、1日2回・朝夕食後・30日分の記載があった。薬剤師A(職種経験年数41年)はメトアナ配合錠HDを調製するところ、誤ってエクメット配合錠HDを調製した。お薬手帳・薬袋を持って行った事務員が、誤りに気づき伝えた。薬剤師Aはメトアナ配合錠HDを調整し、監査に渡した。事前に気づいたため患者には正しい薬を交付した。	メトアナ配合錠HDとエクメット配合錠HDの名称が少し似ている事と、シートの色味も少し似ていた為間違えた。焦りもあった。	業務手順をよく見直すことと、忙しくても再度の確認をきっちりすることを怠らないようにする。	メトアナ配合錠HD	エクメット配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1248	メトクロプラミド錠5mg「トーワ」の棚にクロチアゼパム錠5mg「トーワ」が箱ごとが入っていた。	同じトーワの薬で、包装の外観が似ていたため、入庫の際に誤ってしまったと考えられる。	クロチアゼパムは向精神薬であるので、入庫の際に向精神薬はわかりやすいように別にしておく。	メトクロプラミド錠5mg「トーワ」	クロチアゼパム錠5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1249	採用メーカーが「DSPB」だが類似していて採用が多い「DSEP」で入力し交付してしまった。	似ている後発品メーカーがあること認識不足、注意力不足	ミーティングにてスタッフ一同に周知	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「DSPB」	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1250	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「DSPB」(変更不可)が処方されていたが、メトホルミン塩酸塩錠500mg「DSEP」と入力してしまった。	処方箋受付時「DSPB」は当店に在庫がなく、「DSEP」は在庫があり普段から処方があったため思い込み、確認不足により間違えた。	ジェネリックはメーカー名のみ違いになるものが多く、中でも「DSPB」と「DSEP」はかなり似ているためよく確認することを周知徹底した。DSPBのほうの医薬品の箱に「DSPB」と書いた付箋を貼り、調剤時にも注意が向くようにした。	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「DSPB」	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1251	後発医薬品を希望する患者に、メトグルコ250mgが処方された。メトホルミン塩酸塩錠250mgMTに変更するところ、メトホルミン塩酸塩錠250mg「トーワ」を調剤した。交付するところを再度監査し手渡す直前に気がついた。	同じ成分だが先発・後発の関係ではない医薬品と取り違えた。名前が似ているので間違えやすい。	同じ成分で複数のメーカーを採用している医薬品同士、同じブランド名は間違いやすいため医薬品棚や引き出しはわかりやすくする。	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「トーワ」	メトホルミン塩酸塩錠250mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1252	患者からの申し出により発覚。メトホルミン錠500mgを120錠調剤する必要があった。ピッキングマシンより端数の26錠が排出され、ピッキング(事務)で100錠を集めて鑑査。その際、100錠の束の中に30錠だけアセトアミノフェン錠500mgが混入していたが、一次鑑査、二次鑑査でも見落とし、患者自身が服用する際に間違いに気づき、来局。	一次・二次鑑査でミスした医薬品は、ミスボックスへ入れて忙しくない時間帯に薬剤師が調剤棚へ戻すようにしたが、在庫の兼ね合いですぐその場で調剤棚へ戻すことがあったと判明。おそらく、その際、メトホルミン錠の棚の中にアセトアミノフェン錠を誤って戻してしまい、今回の調剤過誤につながったと考えられる。また、鑑査時、100錠の束になっている医薬品をきちんと鑑査できていなかったことも要因の1つと考えられる。	包装数の束は、出来るだけ未開封の状態で渡すこと(100錠包装や140錠包装のまま)、ミスボックスに医薬品を必ず入れその場で慌てて棚に戻さないことを徹底。戻す際は、必ず2人体制で声を掛け合って行うことを徹底。再度、薬剤師には、束になっている医薬品もきちんと鑑査時に確認するよう指導した。	メトホルミン塩酸塩錠 250mgMT「ニプロ」	アセトアミノフェン錠 500mg「マルイシ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1253	メトホルミン500「DSEP」2錠2×朝・夕食後 60日分処方されている患者様に対し、メトホルミン500を120錠渡すところ、メトホルミン500 100錠 トアラセット「DSEP」20錠調剤・鑑査にて渡してしまった。後日患者様から、20錠が違う薬であること連絡いただき間違いに気づく。	調剤棚の劇薬の隣同士であり、剤形も似ていることから気付かずに調剤し、鑑査でも見落とししてしまった。	調剤棚の配置の変更。輪ゴム止め行わずに、鑑査後の輪ゴム止めの徹底していく。	メトホルミン塩酸塩錠 500mgMT「DSEP」	トアラセット配合錠 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1254	メトホルミン500mg「DSPB」(変更不可)に対し、「DSEP」が入力、調剤されているが鑑査を通し交付した	「DSPB」という製品の存在を知らず注意深く鑑査できなかった。たとえ名前が類似していても鑑査を承る以上は指摘をしなくてはならない。小生の知識不足が招いた結果である	本症例において「入力者」「入力確認者」「調剤者」「鑑査者」は全て異なる人物である。上長へ報告後、薬局として対策に励む。	メトホルミン塩酸塩錠 500mgMT「DSPB」	メトホルミン塩酸塩錠 500mgMT「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1255	(一般名)メトホルミン塩酸塩錠250mgMT、4錠/ → メトホルミン錠500mgMT「ニプロ」、2錠/とレセコン入力するところ、メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「TE」、2錠/ と入力。鑑査者・投薬者とも誤りに気づかず、薬情・薬袋など印刷物すべて誤った情報提供してしまった。投薬者が薬歴入力中に気づいた。	・処方薬多数、(一般名)処方多数で、複雑な処方だった。・(一般名)処方において、規格変更もあり、特に注意が必要だった。・同処方内に、他にも今回からジェネリック変更調剤などあり、そちらにも気を取られチェックが疎かになった。	・複雑な処方においても、1つ1つ落ちついてチェックを行う。・鑑査者は、レセコン入力ミスが薬情・薬袋などの印字ミスにつながる事を認識し、責任もってレセコン入力の確認を行う。	メトホルミン塩酸塩錠 500mgMT「ニプロ」	メトホルミン塩酸塩錠 500mgMT「TE」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1256	メトホルミン500が処方されていたが カロナール500を調剤し 監査で気づいた。	棚が近かったこと 錠剤が似ており 500mg と錠剤の形で判断して調剤した	棚の場所を変えた	メトホルミン塩酸塩錠 500mg MT 「ニプロ」	カロナール錠 500		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1257	メトホルミン錠 500mg が処方されていたにも関わらず、メコバラミン錠 500μg を調剤したが、鑑査時に薬品違いに気づき、交換して調剤した。	繁忙な時間帯で薬剤師一人で調剤、鑑査を行っている環境での思い込みによる調剤ミス	声出し、指差し確認の徹底 事務員の協力によるダブルチェック実施	メトホルミン塩酸塩錠 500mg MT 「三和」	メコバラミン錠 500μg 「SW」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1258	メマンチンOD10mgが処方されていたが、ドネペジルOD10mgで調剤し、交付してしまった。	同じ適応症で、同じ規格だったため勘違いしてピックアップしたことが原因と考えられる。	それぞれの薬剤に注意を喚起するシールを貼付し同じ間違いがないように対策した。	メマンチン塩酸塩錠 10mg 「DSEP」	ドネペジル塩酸塩 OD錠 10mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1259	FAXで調剤済みの薬を確認せずに投薬してしまった。	調剤時のチェックをすり抜けて、いつもなら投薬時にもう一度患者さんと共に薬の確認をして頂くのだが忙しさにかまけて、投薬時のチェックを怠ってしまった為に起こってしまった。患者さんもいつもの薬と違うと気づき、確認に薬を持参して下さり発覚。それまでは今までの残りを飲んでいて下さったので患者様への影響もなかった。	調剤時のダブルチェックを怠らないこと。投薬時の患者さんとのダブルチェックも怠らないこと。忙しければ許されるわけではないこと毎日気を引き締めて調剤にあたる事。	メリスロン錠 6mg	メチコパール錠 500μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1260	メジコン処方のところ隣のメリスロン渡ししてしまった。	パッケージが類似していて商品名が似ている薬は必ず場所お離すこと 戻す時にもおなじことが起きる可能性がある&#9702;	すぐに棚お移動しました。	メリスロン錠 6mg	メジコン錠 15mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1261	メレックスとメイラックス 医薬品の名称類似	忙しい時間帯での調剤 監査者が薬剤監査支援システムを使用しての監査をせず 交付者にわたし交付者も気づかなかった	引き出しに注意喚起するためのラベルを付ける	メレックス	メイラックス		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1262	ブテナフィン塩酸塩クリームの処方のでたのを入力時にテルピナフィン塩酸塩クリームと間違えて入力した。調剤、監査の薬剤師は入力したとおりに調剤し間違えて違う薬をお渡しした。次回お見えになった時に患者様がテルピナフィン塩酸塩クリームを希望されたためクリニックに問い合わせ間違いが発覚した。	処方箋はQRコードの読み取りであったため入力を信頼してしまっており確認していなかった。一般名が似ていた。前回たまたまテルピナフィン錠が処方されていたため副作用がでたための剤形変更と思込んでしまった。処方薬多かったため急いでいて確認が思い込みになってしまった。入力時未登録の薬剤であったためQRコードよみとったあとに事務員が入力変更してしまった。	未登録の薬剤が出た時通常のやり方で入力をし、次回のために時間のある時に本登録する。処方箋と入力を毎回でらしあわせるのを必ず忘れない。	メンタックスクリーム 1%	塩酸テルピナフィン クリーム1%「マイラ ン」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1263	処方箋入力は事務員が行ったがまだ慣れておらず規格を間違えて登録してしまった監査した薬剤師はあせって規格を見落とししてピッキング監査を行ってしまい投薬時に気づいた	入力者は規格の入力間違いに気づかなかつた薬剤師はあせりと思ひ込みで規格を20mgと勘違いしたまた、薬剤師は体調不良で痛みがあり、注意散漫であったといえる	監査時に最後までしっかり確認する	モーラステープL 40 mg	モーラステープ20m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1264	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはモサブリドクエン酸塩錠5mg 3錠分3毎食後14日分と記載があった。事務員はモサブリドクエン酸塩錠5mg「DSEP」42錠のところ、誤ってドンベリドン錠5mg「JG」42錠を調剤し、鑑査に回した。鑑査に当たった薬剤師が誤りに気づき、事務員に伝えた。事務員は正しくモサブリドクエン酸塩錠5mg「DSEP」42錠を調剤し直し、再度鑑査に回した。交付前に誤りに気付いたため、患者に影響はなかった。	薬局内が繁忙だったため判断を誤り、効能類似している薬品を取り間違えたと思われる。	繁忙時も先入観は持たず、処方箋をしっかりと読む。	モサブリドクエン酸塩 錠5mg「DSEP」	ドンベリドン錠5mg 「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1265	フルメタローションが処方されていたが患者が後発医薬品希望のため後発医薬品で調剤する際にモメタゾンフランカルボン酸エステルローション「MYK」で調剤すべきところを容器の形状が似ているクロベタゾールプロピオン酸エステルローション「MYK」で調剤してしまった。また鑑査者も医薬品の名称を確認せずに薬袋に入れてしまった。交付者が患者に説明するために薬袋から取り出した時に誤りに気付き正しいものと交換して交付した。	一般名が長い形状のみで判断してしまつたため。	調剤、鑑査、交付時に医薬品の名称をしっかりと確認する事を再確認した。	モメタゾンフランカルボン酸エステル軟膏 0.1%「MYK」	クロベタゾールプロピオン酸エステルローション0.05%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1266	正しくはモメタゾン点鼻 18g (112噴霧1本で入力するところ、誤入力モメタゾン点鼻 10g (56噴霧) 1本で投薬した。	一般名で記載されており、噴霧回数ではなくgで全量表記されていた。gが何吸入に値するのかに気を取られ、レセプト入力を見逃した	入力の確認不足、手順を徹底する	モメタゾン点鼻液 50μg「杏林」112噴霧用	モメタゾン点鼻液 50μg「杏林」56噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1267	処方箋でモンテルカストチュアブル錠5mgが処方され、入力を見るとモンテルカストの10mgが入力されていました。患者が13歳であり10mgの処方疑問を感じ、処方箋を見直したところモンテルカストチュアブル5mgの処方であり、間違いであることが発覚	モンテルカストチュアブルの5mgは在庫がなく、5mgの処方はないだろうという思い込み、勘違い、慢心による規格違いの調剤ミスです。	処方箋と調剤録の照らし合わせ、入力の再チェック及び規格違いの薬品の徹底したチェックを行う。	モンテルカストチュアブル錠5mg「オーハラ」	モンテルカスト錠10mg「オーハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1268	モンテルカストチュアブル5mg「トーワ」で薬をお渡ししたが、「ファイザー」でお渡し。	他の監査者からの引継ぎ投薬で、鑑査済みと判断し薬を自分でよく確認せず、お渡ししてしまった。	必ず鑑査済みの薬でも、自身と患者と一緒に確認しお渡しする。	モンテルカストチュアブル錠5mg「トーワ」	モンテルカストチュアブル錠5mg「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1269	処方薬：ヤーズフレックスで入力するところをヤーズ配合錠で誤入力	以前患者様はヤーズ配合錠で処方歴あり。ヤーズ配合錠からヤーズフレックスに変更。医療事務は上記規格が存在することを知らなかった。	職員全員に規格違いについて説明。規格注意と記載し、調剤時にも間違えないようにした。	ヤーズフレックス配合錠	ヤーズ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1270	ヤーズフレックス配合錠を服用中の患者様。5月処方時よりヤーズ配合錠へ処方変更されていたが、処方箋入力時に前回までと同じフレックス配合錠で入力。入力を確認した薬剤師が入力ミスに気づき、修正した。	薬剤名が類似していたので前回内容をDOして入力してしまった	類似の名称品をリストアップし事務員、薬剤師で共有。入力時の薬品名確認を徹底する。	ヤーズ配合錠	ヤーズフレックス配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1271	処方箋には(般)エスタゾラム錠1mgと書かれていた。先発医薬品であるユーロジン1mg錠を調剤するところ、(般)エチゾラム錠1mgの先発医薬品であるデバス錠1mgを調剤した。	患者が多くて気の焦りがあった為、エスタゾラム錠とエチゾラム錠と読み間違え。	一般名には似た名称があるので、一字一句見間違えないように気をつける。処方箋に鉛筆でチェックしながら調剤するように気をつける。	ユーロジン1mg錠	デバス錠1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1272	一般名処方でユーロジン2mg(一般名:エスタゾラム)の処方に対して、ルネスタ2mg(一般名:エスゾピクロン)で調剤してしまった。	確認を怠った	複数人数での確認を徹底する。指差し確認を徹底する。	ユーロジン2mg錠	ルネスタ錠2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1273	処方エカドード配合錠HD→ユニシア配合錠HDに変更となっていた。ジェネリックに変更する患者で、ピッキングの際に前回と同じカデチア配合錠HD「あすか」を取り出してしまった。また、レセコン入力も前回とDoで入力してしまった。一包化する際に入力内容と間違えてピッキングした薬が一致してしまった為に、そのまま一包化。投薬時に患者から尿酸値が高い事から薬の変更があったと言われ、間違いが発覚。直ぐに入力を直し、一包化も作り直し投薬。	ジェネリックに変更する患者であった為、前回と同じ薬が出ていると思ってしまい調剤をしてしまった。また、事務も前回Doにて、レセコンにて前回コピーのまま入力してしまった。一包化でバーコードチェックもスルーしてしまった事から、鑑査者も正しい薬と判断してしまった。	先発名で処方箋に記載がある場合、ジェネリック変更する際は先発医薬品でいったん指差しをし後発医薬品が何であるかを確認。なれで、前回と同じ内容であるともって調剤を開始しないよう確認していく	ユニシア配合錠HD	カデチア配合錠HD 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1274	本来はユニシア配合錠LDであるところ、処方入力がユニシア配合錠HDとなっており、処方箋に記載されている規格を再確認せず、調剤、監査、投薬してしまった。	規格が違うだけで名称は同じであるため、気付かなかった。調剤、監査、投薬前の再確認ができていなかった。	新規処方箋、薬品変更、薬品追加時には「New」と処方箋に記入し、内容を確認後、調剤する。	ユニシア配合錠LD	ユニシア配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1275	【般】テオフィリン徐放錠100mg(24時間持続)1錠1日1回朝食後の処方に対して、テオフィリン徐放錠100mgで調剤。レセコン入力もテオフィリン徐放錠100mgで行われていたため、監査時にも気づかず、投薬の際に気づき、訂正。	当事者夫々が(24時間持続)の記載を見落とししていた。喘息患者であり、吸入薬を始め、併用薬があり、11歳という年齢もあり、1日1回でと考えてしまった。	処方せん記載内容に関して、類似の記載となる薬剤(ヘパリン、バルプロ酸、他)を再徹底し、注意する。	ユニフィルL A錠100mg	テオフィリン徐放錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1276	医師がオーダーリングシステムで「テオフィリン錠200mg」を入力。医療機関の事務員が一般名処方「テオフィリン徐放錠200mg(24時間持続)」を選択し、処方箋を発行した。	医療機関のシステムが採用薬を手動で登録する必要があり、選び間違えていた。	医師の処方意図を理解し、医療機関と連携を深める。	ユニフィルL A錠200mg	テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1277	【般】トコフェロール酢酸エステル錠50mgの処方を受付。お薬手帳より、トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mgを服用していたと確認。成分が異なる為、医師に疑義照会。ユベラNソフトカプセルカプセル200mgに変更となる。	一般名、商品名ともに類似している為、間違えやすいと考えられる。	お薬手帳で服用していた医薬品の確認を行なう。	ユベラNソフトカプセル200mg	ユベラ錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1278	一般名で口中崩壊錠が処方されている。本来いつものOD錠を調剤鑑査と薬されなければならない所、安易に目に入った普通錠を調剤・鑑査、そのまま薬してしまった。帰宅後患者様が外見が違うことに気付いてくださり連絡を頂いた。その後すぐに交換と謝罪に自宅までお伺いした。	多忙時ではあったが、なにより思い込みで作業してしまっている。確認作業も薬品名のみで普通錠かOD錠か確認を怠り、患者様へも薬をさっと見せただけでしっかり確認してもらうには至っていなかった。	再度、調剤時2度確認する事(読みあげでもいい)、鑑査時には薬情と処方箋と薬の見比べ、与薬時には薬情・薬袋・薬を並べて患者様にも確認してもらうことを徹底する事をミーティングした。	ユリーフOD錠4mg	ユリーフ錠4mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1279	ユリーフ(4)と、コニール(4)が誤って、調剤、投薬された。	名称、類似の為、間違えて調剤。人手不足の為、事務がピッキングし、忙しい為、監査、投薬もされた。	薬剤師は、薬効から、調剤予測することのより、名称類似でも、防げる。個人の知識向上を調剤、監査、投薬、3者が介入することのより、調剤過誤を減らしていきたい	ユリーフ錠4mg	コニール錠4		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1280	処方せんが、コタロー(72)3P散分3食間60日分であった。コタロー72にはP72コタローヨクイニンエキス散、T72コタローヨクイニンエキス錠、N72コタロー甘麦大棗湯があるが、N72しかないと思いレセコン入力、調剤、監査、交付をしてしまった。交付後に患者さんが気づき服用中のP72を持参され確認後、P72コタローヨクイニンエキス散を発注し直し、再交付した。	コタロー(72)にはP72、T72、N72があるので患者さんに処方箋受け取り時、交付時などに確認をする。不鮮明の処方せんには疑義照会もする。	不鮮明の処方せんには疑義照会もする。会社内、店舗内で情報を共有し会社本部にもアクシデント報告をした。	ヨクイニンエキス散 「コタロー」	コタロー甘麦大棗湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1281	ラクツロースシロップ65%パラ品を、60%分包品で渡してしまった。医師に報告して変更可能となったが、処方箋の%を思い込まずに確認することを徹底。	バラと分包品で%異なる認識がなかった。	他規格ありと調剤棚に記載してヒアリハットを減らした。	ラクツロース・シロップ60%分包10mL 「コーワ」	ラクツロースシロップ65%「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1282	ラクリミン点眼液0, 05%2瓶の処方でジクアス点眼液3%を調剤。鑑査者が気づき指摘。調剤しなおした。	処方箋を見ずに、薬情の写真から外観が似ているジクアス点眼液と思い込み、調剤したことが要因と考えられる。	処方箋に基づく調剤を徹底する。指さし確認も並行して行う。	ラクリミン点眼液0, 05%	ジクアス点眼液3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1283	レセコン入力時に処方追加の入力ミス	前回と同じと思い込み	確認の徹底	ラシックス錠20mg	ラシックス錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1284	【般】ラタノプロスト・チモロール配合点眼液で処方。ラタチモ配合点眼液「センジュ」で調剤のところ、ラタノプロストで調剤。	一般名の最初だけを見て判断。	類似名称の薬品が複数あるため薬品名の出だだけを見て判断するのではなく必ず最後まで読んでから調剤することを徹底。	ラタチモ配合点眼液「センジュ」	ラタノプロスト点眼液0, 005%「科研」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1285	前回までラタノプロスト点眼液だった為、Do処方では引っ張ってきたのでラタチモ配合点眼液に変更されたことに気が付きませんでした。投薬の段階で、患者様と話している間に薬剤師が気が付きました。	入力の際、バタバタしていたため間違いに気づきませんでした。Do処方でも入力ミスしてしまいました。そのまま、ピッキング作業に入り間違えたまま投薬口まで来ました。	入力の際に、なるべくDoで入力しないようにする事。投薬の際にも、患者様とコミュニケーションをしっかりとるようにする事で間違いを発生するようにする。	ラタチモ配合点眼液「ニッテン」	ラタノプロスト点眼液 0.005%「TS」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1286	処方箋が一般名表記であり、『ラタノプロスト・チモロール配合点眼液』の記載であったが『ラタノプロスト点眼液』で調剤してしまった。服薬指導時にも気がつかずお渡し。薬を受け取って帰宅後、点眼容器のキャップの色が違うことに気づき、電話にて連絡あり。患者さん宅に薬をお届けし、間違えたものを回収した。	経験・知識及び確認不足により発生。	従業員の教育をしっかりとし、調剤後は複数人で確認してから服薬指導をする。	ラタチモ配合点眼液「ニッター」	ラタノプロスト点眼液 0.005%「TOA」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1287	日頃から高眼圧治療を実施している患者さんで、前回来院までラタノプロスト点眼液0.005%「TOA」2本が処方されていた。最近、眼圧が高めで推移していることから薬剤師が変更する旨を処方医が患者に伝えていた。処方箋は一般名でラタノプロスト・チモロール配合点眼液 2本となっていた。調剤者は、ラタノプロストの名称を確認し、ラタノプロスト点眼液0.005%「TOA」2本を準備した。また、交付者も最後まで薬剤師名を確認せずにラタノプロスト点眼液0.005%「TOA」2本を患者に提示したところ、患者から薬剤師が変更されていない旨を指摘され、インシデントが発覚した。その度、ラタチモ配合点眼液「ニッター」2本を再調剤し、お渡しした。	前回までラタノプロスト点眼液0.005%「TOA」が処方されており、調剤者も交付者も思い込みがあった。また、処方箋の薬剤名(一般名)を最後まで確認していなかったことが大きな要因となったと考えられる。	調剤時には薬剤師のダブルチェックを実施し、交付時にも交付者が必ず処方内容と齟齬が無いか声に出して再度確認を行うこととする。また、処方箋のコピー等にチェックすることも考慮する。	ラタチモ配合点眼液「ニッター」	ラタノプロスト点眼液 0.005%「TOA」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1288	投薬後2日経った時点での発注で在庫データが合わないことに気付く。ラタノプロストとラタチモの数が3本ずつ合わなく、直近のデータを確認し、該当者は1名のみだった。確認のために何度か自宅へ電話したが連絡取れず、直接自宅を訪問した。その場で誤った薬(ラタチモ)をお渡ししたことを確認し、謝罪した。未使用だったため、誤った薬を回収し、正しい薬(ラタノプロスト)をお渡しした。	ラタノプロストと合わせてもう1剤チモロールが処方されており、触れる頻度が少ないチモロールに気を取られたことで、ラタノプロストの確認が疎かになってしまった。	ラタノプロストとラタチモの保管場所を変更した。	ラタノプロスト点眼液 0.005%「SEC」	ラタチモ配合点眼液 「センジュ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1289	ラタノプロストをピッキングするべきところ、タブロス点をピッキングしていた	成分の分類が同じ、両者ともタブロスという文字が入っている、1本当たりの用量も同じなどから間違えたと考えられる。	指差し呼称徹底する	ラタノプロスト点眼液 0.005%「トーフ」	タブロス点眼液0.015%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1290	ピフィズ菌錠10mgの一般名処方があり、調剤者がピオフェルミン錠剤をピッキングしたが、監査者より間違いの指摘がありラックビー錠にピッキングし直した。	類似した一般名が起因した間違いで、ピフィズ菌錠までは同じでmg数がピオフェルミン錠剤は12mg、ラックビー錠が10mgとなっています。調剤者の昔の知り合いだったことで心理的要因があったかもしれません。	類似した一般名は多く、この他整腸剤だけでも、耐性乳酸菌の錠6mg・18mg、散0.6%・1%・1.8%・10%などがあるため、局員全員で情報を共有し注意できる体制づくりをしていきます。	ラックビー錠	ピオフェルミン錠剤		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1291	ラックビー散の処方箋指示を錠剤でお渡し。帰宅後に患者本人から申し出。服用前	土曜日の繁忙期に、複数人受け取り時に発生。監査者の慢心によるもの。	規格・剤型の確認の徹底。	ラックビー微粒N	ラックビー錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1292	ラベプラゾールの処方が出ていたが、調剤者が間違えてランソプラゾールで調剤。監査者がミスゼロ子使用時間違いに気づく。	ランソプラゾールの方が処方頻度が多く、名称が類似しているので間違えた。	薬品名の最後まで処方箋確認して調剤。監査に出す前に再度自己監査する。	ラベプラゾールNa塩 錠10mg「オーハラ」	ランソプラゾールOD 錠15mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1293	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはラベプラゾールNa錠10mg、1日1錠朝食後23日分と記載されていた。薬剤師AはラベプラゾールNa錠10mgを調製するところ誤ってランソプラゾール口腔内崩壊錠15mgを調製した。鑑査に回す前に薬剤師A本人が気づき、薬剤師AがラベプラゾールNa錠10mgを正しく調製して鑑査に回した。調剤時に誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	ラベプラゾールNa錠10mgとランソプラゾール口腔内崩壊錠15mgは、名称が似ていたため間違えた。また当局では、ラベプラゾールNa錠10mgが処方される患者は少なくランソプラゾール口腔内崩壊錠15mgが処方されることが多いため、調剤者の慣れにより間違いが生じたと考えられる。	調剤者がピッキングした後、鑑査に回す前に薬剤師の再確認を徹底することとした。	ラベプラゾールNa錠10mg「明治」	ランソプラゾールOD錠15mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1294	一般名処方でラベプラゾール錠10mgをランソプラゾールOD錠15mgで調剤。鑑査の際に発覚。	ランソプラゾールOD錠15mgの方が調剤頻度が高く、思い込みをした。該当処方箋は薬剤数も多く、混雑していたこともあり疲労や焦りもあったと思われる。	疲れや混雑していると、発声確認していても戻つばみで最後の方は認識できなくなりがちである。最後まで自分で聞き取れるよう発声確認を行っていく。規格先読みを実施する。	ラベプラゾールNa錠10mg「JG」	ランソプラゾールOD錠15mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1295	ランソプラゾールOD錠15mg処方所、ラベプラゾールNa錠10mgでの誤調剤	PP1処方である事、一般名が類似していることより思い込みによる誤判断	規格の確認、一般名処方を最後までしっかり目を通す。	ラベプラゾールNa錠10mg「YD」	ランソプラゾールOD錠15mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1296	先発医薬品から後発医薬品に変更の際銘柄の入力ミス。現在当局内でGE採用メーカーを変更しており、前回同処方のため、変更銘柄入力エラーを起こした事例	近頃の一部メーカー販売体制の不備から、採用薬を大幅に変更している最中のエラー。ダブルチェックの励行。販売会社については製造工程の手順遵守並びに試験結果の信頼性を上げていただくことを求める。	局内共有し、注意喚起を促す	ラベプラゾールNa錠10mg「YD」	ラベプラゾールNa錠10mg「オーハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1297	ラベプラゾール錠の処方箋で新しい箱を開ける際、同じメーカーのロサルタンK錠を開封し調剤した。	流通規制などの影響で後発医薬品の採用メーカーの変更が、同じメーカーの他の薬品の外装がほぼ同一であることを認識しておらず、箱の外装のみで当該薬品と思い開封し調剤。類似の箱があること認識不足と、開封時の薬剤名の確認が不十分であった為、発生したと思われる。	採用メーカーを変更することも検討したが、流通の加減で難しい面があるので採用はこのままで、他の薬品でも同様の事象が起こりうるため、類似の箱の物について薬局内での情報共有を行うこととした。また、開封するときや調剤の前後での薬品名と処方箋との突合せを確実にすることとした。	ラベプラゾールNa錠10mg「YD」	ロサルタンカリウム錠25mg「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1298	【般】ラベプラゾールNa10mgが処方され、採用薬のラベプラゾールNa10mg「YD」を調剤するところオメプラゾール錠10「SW」を調剤してしまった。投薬する前に気づき正しいもので調剤した。	普段からPPIの医薬品はオメプラゾールが多く処方されてるため、いつもと同じと思いピックアップしてしまった。	薬剤師が一人の店舗であるため、監査者、調剤した者、投薬者が同一人物になってしまう。そのため薬剤師の監査以外に事務員による確認、監査機の導入で何重かの監査が行われるようにする。	ラベプラゾールNa錠10mg「YD」	オメプラゾール錠10「SW」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1299	夕診の患者さんがピークになっていた時間帯だった。薬交付後、薬の発注時に交付した薬と違う薬が発注することになっていたため投薬した薬が間違っていたことに気が付き、連絡を取ったが既に、家に帰っていた。「明日の薬はあるので、明日、仕事帰りによります。」ということになった。翌日来局されて無事にお渡しできた。	何人が待たせていたので、焦っていた。一人で調剤し、患者さんに見せて交付していたが思い込みで処方箋の確認を怠っていた。	何人か患者さんを待たせていても、処方箋、薬情、薬の突合せをし、薬局内で間違いやすい薬をピックアップして皆で共有いくことにした。	ラベプラゾールNa錠10mg「サワイ」	ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1300	ラベプラゾールNa錠10mg「サワイ」交付するところを監査誤ってロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」をお渡ししていた。手術目的で入院予定であった為、入院先の病院スタッフより薬剤を間違えて交付している可能性のあること指摘あり、そこでミスが発覚。すでに患者本人は1T内服してしまっていた状態で、その後体調について詳細は不明。過去に先発品クレストール2.5mgの服用歴あり、特に問題なく服用されていたことは確認できた。入院先へ伺い、病院スタッフとロスバスタチンお渡ししていたこと確認後、ラベプラゾールと交換した。	監査・投薬者の業務慣れによる薬・処方せん・薬歴等の複数回チェックを怠ったことによるミス。	再度、指差し呼称による実薬と処方箋に相違がないかの確認、その患者さんに対して用法用量も含めて適切に処方された薬であるかの確認を怠らないこと。多忙や多くのタスクを抱えている状態でも、焦らず丁寧に1つ1つ確認することを徹底する。	ラベプラゾールNa錠10mg「サワイ」	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1301	2箇所の医院から処方箋を持ってこられる患者様。胃腸科でラベプラゾールNa10mgが処方されていたのに間違えて、もう一つの脳神経外科処方エリキユース2.5mgを入れて一包化してしまった。患者様から、「胃の調子が良くならないのでよく見たら脳神経外科の薬が入っている」と連絡あり。ご自宅に伺い確認したところ、間違いが発覚。18日間、朝食後はラベプラゾール無し、エリキユース1.5倍で飲んであった。	患者様のご希望が、調剤後に一包化と一包化なしで毎回違い、バラでの保管があった。バラにした後の薬棚への保管間違えがあった。ラベプラゾールとエリキユースは色、大きさが似ており、次に一包化したときに思い込みで監査してしまった。	薬剤師が1人なので、他に患者がいる場合はダブルチェックが難しい。この患者様は門前の病院からではなく、高齢で足が悪く、タクシーを待たせているので急いで作らないと慌ててしまった。今一度、ひとつひとつの細やかな確認をしなければならない。また、慌てないように、一包化の患者様は一旦帰って頂くなどの対処も考慮しなければならない。	ラベプラゾールNa錠10mg「サワイ」	エリキユース錠2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1302	本来はラベプラゾールが処方されていたが、名称が似ているランソプラゾールを処方してそのままお渡ししてしまいました。本人よりいつもと違うと連絡があり、即日お届けしたので、健康被害は起きませんでした。	忙しかったのと説明しながらチェックしてしまっただけで患者様が呼ぶ前から薬取りに来た場合でもしっかり薬を確認しないといけないと思いました	薬のチェック体制の強化や、調剤棚への工夫などをして再発を防止したいと思います	ラベプラゾールNa錠10mg「トーワ」	ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1303	ランソプラゾールNa錠10mgを調剤するところをランソプラゾールOD錠15mgを調剤してしまい、投薬時に患者と確認していたときに発見。	調剤者が不慣れた調剤テクニシャンであり、一般名処方でも調剤とも頻度も高い薬だったため。	薬名だけでなく規格も最後まで確認することを再度確認した。	ラベプラゾールNa錠10mg「トーワ」	ランソプラゾールOD錠15mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1304	ラベプラゾール錠10mg「トーワ」を60錠ピッキングする際、棚に置いてあった錠数が足りなかったため、棚上の在庫から箱をとりピッキングをした。その際、ピッキング監査システムを通さなかった。棚上の在庫にラベプラゾール錠10mg「トーワ」とラフチジン錠10mg「トーワ」が重ねてあり、箱の包装が類似していたため、誤ってラフチジン錠10mg「トーワ」の箱を手に取り、そこからピッキングしてしまった。薬剤監査する際、ラベプラゾール錠とラフチジン錠が混ざっていることに気が付いた。	待っている患者様がいて、焦っていた。ピッキング監査システムは棚にある薬剤を通してあったため、新たに棚上から箱をとるときに通し忘れてしまった。箱の包装が類似していたため、ラベプラゾール錠だと思い込み、薬剤名をよく確認せずピッキングしてしまった。	・棚入れする際には、類似している薬剤は離れた位置に保管するようにする。棚に類似品注意の目印を貼る。 ・類似している薬剤があることを調剤室内で共有する。 ・新しい箱を取る際にも必ずピッキング監査システムを通してからピッキングする。	ラベプラゾールNa錠10mg「トーワ」	ラフチジン錠10mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1305	外観が類似しているため取り間違いを起こしてしまった。	外観が類似している医薬品を調剤棚の隣合わせにしていた。	棚位置の変更	ラベプラゾールN a錠 10mg 「トーワ」	ロスバスタチン錠2, 5mg 「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1306	ラベプラゾールをお渡ししなくしてはいけないところ間違えて、ロスバスタチンをお渡しした。	薬局内が忙しくダブルチェックが出来ない状態だった。	ダブルチェックが出来ないときは患者様と薬情で確認したり、声だし確認をする。	ラベプラゾールナトリウム錠10mg 「NP」	ロスバスタチン錠2, 5mg 「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1307	事例発生日が一人で勤務する日だったため、前日に来局を予測し準備をしていたがその時点から誤っていた。処方箋が実際来てからお渡しするまでのチェックが甘かった。投薬後家族からの指摘により過誤が判明。陳謝し交換することとなった。	予め用意してあったものでも必ず確認する。同じPPIで10mgであったことが間違いの原因でもあった。	類似薬があることを薬品棚でアピールする。	ラベプラゾールナトリウム錠10mg 「NP」	オメプラゾール錠10mg 「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1308	ラベプラゾールNa10mg処方のところ、オメプラゾール10mgケミファでお渡ししてしまった。服用前に患者さん気付かれて薬局に電話していただきり発覚。オメプラゾールお持ちの上、来局していただき、正しいラベプラゾール10mgと差し替えさせていただいた。	調剤時、同効薬の薬と頭の中で変換してしまっており取り違えてしまった。監査時、きちんと確認を怠った。	処方箋をきちんと見てビッキングし、再発の防止に努める。しっかりと監査することを再確認しました。	ラベプラゾールナトリウム錠10mg 「ケミファ」	オメプラゾール錠10mg 「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1309	一般名処方【般】ラベプラゾール錠10mg 1錠患者、後発医薬品希望。当該薬局在庫品「屋号」誤り	薬局での採用医薬品の知識不足	後発医薬品の在庫一覧を作成し情報共有	ラベプラゾールナトリウム錠10mg 「タイヨー」	ラベプラゾールN a錠 10mg 「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1310	施設患者さんに、臨時処方でラリキシ錠(250)が処方された。調剤・監査まで終わらせ、施設に出発(全作業同じ薬剤師)。しかしラリキシンは、その臨時処方が出る前から薬局在庫がゼロであった。事務(処方入力者とは別)がそれに気づき、施設に向かっていた薬剤師に電話、持って行ったものはラロキシフェン(60)サワイであったことが発覚した。あとで聞いたところ、グループ薬局で採用している調剤補助器具ミスゼロ子(レセコン入力された薬剤データとピッキングした薬剤に付随しているGS-1コードまたはJANコードを照合する機械(以下ゼロ子))を利用していなかった。	入力自体は合っていたので、ゼロ子を通してれば今回のミスは防げたもの。必ずゼロ子等の確認用の機械に通すこと。もしそれが出来ないようであれば、別の人の目を通すこと。誰もいない、機械等も使えない状況下であれば何度も確認すること。	ゼロ子の徹底。一割だからと気を抜かないで、確認を行う。今回のケースであれば、外観からの判断もできたので良く確認すること(ラリキシンの色はオレンジで丸い形、ラロキシフェンは白で楕円)。	ラリキシ錠250mg	ラロキシフェン塩酸塩錠60mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1311	ラロキシフェン「サワイ」を交付しなければならなかったところをバゼドキシフェン「サワイ」で交付してしまった。患者からの電話にて発覚した。	繁忙のタイミングであり、調剤者、監査投薬者のどちらも慌てており、間違いに気づかなかった。	どんなに忙しい時でも監査は落ち着いて丁寧に行う。	ラロキシフェン塩酸塩錠60mg「サワイ」	バゼドキシフェン錠20mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1312	今まで他院内科より処方されていたお薬からの切り替えということで新規のご来局。以前までタケルダ錠を服用していたが、今回タケブロン(ランソプラゾール)のみの処方。タケルダに含まれるアスピリンの中止は考えにくいと思い、医療機関に問い合わせたところ、処方医が、タケルダが合剤であることを忘れていたため、PPIのみの処方となってしまった。結果、ランソプラゾールからタケルダに処方に戻り、タケルダ継続となった。	患者様がお薬手帳を持参いただいたので、はっきりと確認できたと実感。経験上、アスピリンが中止になるケースが少ないのでは、と考えられたので、処方内容に疑問を持ち、問い合わせができた。	処方変更がある場合は、念のためとしても問い合わせをする。患者様にも医師から処方変更の説明の有無の確認を怠らない。	ランソプラゾールOD錠15mg「JG」	タケルダ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1313	ランソプラゾール処方なのに、名称が似ていることからラベプラゾールを投薬。	確認を怠った。広域処方箋だった為、普段使わない薬剤で名称が似ていたためか、処方箋を一字一字読みせずに、思い込みで投薬してしまった。	一字一字確認すること。思い込みはやめる。	ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」	ラベプラゾールナトリウム錠10mg「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1314	ランソプラゾールを与薬しなければならぬところ、ラベプラゾールを与薬してしまっただけで、帰宅後、配偶者が気付き連絡があったため、ランソプラゾールをお渡しした。	処方内容について疑義照会することがあり待ち時間も長くなってしまったため、確認しながらの交付が煩雑になってしまった。	多少時間を取っても、指差し呼称等による確認を怠らないようにする。	ランソプラゾールOD錠15mg「トーワ」	ラベプラゾールN a 錠錠10mg「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1315	ランソプラゾールOD15mgの処方だったが、ラベプラゾールをピッキングしてしまっただけで、	思い込み	今回の件を全員に周知し、共有する。	ランソプラゾールOD錠15mg「トーワ」	ラベプラゾールN a 錠錠10mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1316	ランソプラゾール15mgの一般名処方に対し本来であればランソプラゾールOD錠15mg(武田テバ)を交付しなくてはならないところをラベプラゾールN a 錠10mg(AFP)を調剤 交付してしまっただけで、患者が帰宅後薬を確認したところ間違いに気づき薬局に確認してきたときに発覚した。	薬剤師が2名体制の時間帯で手薄な環境もあり 繁忙な状態であったため調剤時の確認や 監査が不十分だったと考えられる。	タイムプレッシャーや焦りなどがあっても監査を徹底する。名前が似ている薬や同系統の薬は規格 名称があっているか、また薬袋薬情との相違がないか確認をしっかりと行う。	ランソプラゾールOD錠15mg「武田テバ」	ラベプラゾールN a 錠錠10mg「AFP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1317	残薬を使用して調剤したが、タケルダをランソプラゾールと間違いそのまま分包し、監査もスルーしてしまいました。患者様にお渡しする前に、別の薬剤師が気付き発覚しました。	剤型が似ているのと、前回と同じ処方であったため、思い込みもありミスに繋がったと思います。	錠剤の確認をしっかりと確実にする。	ランソプラゾールOD錠15mg「武田テバ」	タケルダ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1318	処方箋記載が先発医薬品であり、患者がGE希望していたため医療事務にGEに変更依頼をした。その際にGEの規格が間違っただけで入力していたことが監査時に発覚した。	レセコンで薬剤変更の入力時、薬剤規格の確認不足が原因だと考えられる。当医療事務は異動したばかりで慣れない環境であり、焦りが出ていることも原因の1つであると考えられる。	入力時の規格の間違いが命取りであることを指導し、ダブルチェックを行うことを重視させた。間違えてもカバーできることを伝え、精神面でのフォローを入れることで焦りを生まないようにした。	ランソプラゾールOD錠30mg「トーワ」	ランソプラゾールOD錠15mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1319	ランタスXR注ソロスター 450単位 1キット 夕食前18単位を、ランタス注ソロスター 300単位 1キット 夕食前18単位で入力調剤。 ランタスXR注ソロスターが処方。不定期で処方されており、久々の処方となる。検索機能で入力した際、別規格のランタス注ソロスターを選択してしまった。縦チェック、その後の鑑査で誤りに気づかず、そのまま投薬。続けてランタスXR注ソロスターが処方。前回の入力がランタス注ソロスターになっていることに気づき、処方箋を確認したところ、前回の入力、調剤の誤りに気付いた。	・頭文字で医薬品を検索したため、別規格のものを選択してしまった。その後の調剤、鑑査、投薬と処方箋の内容を見直す機会があったにも関わらず、全て誤った内容で通ってしまった。 ・入力内容、過去の処方内容との比較を行わないまま鑑査に進んだ。 ・内服薬が21日分同時に処方されていたが、ランタス注ソロスター300単位 1キット 18単位投与では15日分(ランタスXR注ソロスター450単位では約21日分)しかないため、そのままでは量が足りていないことに気づけなかった。	・入力の確定前に処方箋と入力内容の照合を行う。また、名称が類似、規格が複数ある注射剤などは、医薬品メンテナンスで内服薬同様、規格優先で入力できるようにする ・処方箋と入力内容、前回の処方内容との変更点を必ず確認した上で、調剤・鑑査に移る。調剤は必ず処方箋、もしくは入力内容確認後のもので行う。 ・重量鑑査システムによる点検は、処方箋、薬袋、医薬品の3点がそれぞれ合っているか確認しながら行う。また、インスリン注射は第三者にも必ず物、本数が合っているかを確認してもらう。 ・インスリン注射は処方量が次回受診までに足りる量なのか、投与単位から計算する。また、用法が変わっている場合、適した量なのかを添付文書などで確認する。投薬時にも、投与量が変わった経緯について患者様、もしくは代理受取人に確認する。	ランタスXR注ソロスター	ランタス注ソロスター		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1320	ランタスXR注ソロスターで調剤するところを誤ってランタス注ソロスターで調剤	名前が類似している来局患者が集中して混雑した状態	ランタスXR注ソロスターとランタス注ソロスターの保管場所を離す。ミスしやすいということを薬局内で周知する。	ランタスXR注ソロスター	ランタス注ソロスター		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1321	ランタス注ソロスターのところランタス注XRソロスターで調剤。	普段からランタス注XRソロスターの方が処方も多く最後まで確認されず調剤してしまった。	XRであればXRに丸を付けるなど他規格があることをしっかり把握した上で調剤を行うようにする。	ランタス注ソロスター	ランタスXR注ソロスター		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1322	2021/10/07 老健施設入所中の患者。ランタス注ソロスター1キット処方され交付。その患者に初めて適用される薬であった。2021/10/21 効果不十分につき高血糖時から連日使用に指示が変更され、初回同時に交付した注射針が足りなくなる見込みとなったため注射針の処方となったが、保険請求の都合上ランタス注ソロスター1キットが再度処方されたため交付した。その後施設勤務の看護師より初回に交付されたインスリンと違うものが交付されているとの連絡あり、実物の名称や在庫数を確認したところ初回にお渡ししていたものはランタス注ソロスターではなくライゾデグ配合注フレックスタッチであったことが判明。健康被害が無いことは医師・看護師により確認され、その後正しいインスリンと交換をした。	頭文字が「ラ」のインスリンなので冷所庫内に於ける配置が近いところであったため取り違えた。初回の用法指示が「高血糖時〇〇単位」という指示だったため、ライゾデグ配合注の適用に違和感を感じなかったが、高齢者に超即効型インスリン配合剤を使用することの違和感に気づくべきであった。薬情写真等と実薬との突合を怠った。薬剤師一人で取り揃えから監査まで行っていた。施設看護師が初回使用にも関わらずインスリン名称等の確認を怠った。	冷所庫内の配置を難して配置した。インスリン毎の特性を再確認した。薬情写真を用いた監査を徹底。調剤補助員の確認を挟むことで取り揃え行為にワンクッションを置く。	ランタス注ソロスター	ライゾデグ配合注フレックスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1323	リクシアナ処方されたものをミネプロにて調剤→一包化まで作っていた。	50音順配置で隣になる	別の薬品棚に配置	リクシアナOD錠30mg	ミネプロ錠2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1324	リクシアナ錠30mg処方のところリクシアナOD錠30mgで調剤。入力もリクシアナOD錠30mgでなされていたため、バーコード調剤でも間違いが発見できなかった。	開局前に急いで調剤していた。	普通錠とOD錠があるものの一覧を作成する。	リクシアナ錠30mg	リクシアナOD錠30mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1325	リザトリブタンOD錠が12錠で処方されていたが、リザトリブタンODの箱の中にエレクトリブタンが混在していて、リザトリブタンOD10錠とエレクトリブタンOD2錠で投薬。帰宅後患者本人からの電話にて発覚。自宅に変更に行った。	片頭痛の薬でまとめて在庫してあるため、薬の戻し間違いと思われる。	思い込みはしないように、薬を戻す場合も調剤時・監査時も薬品名をきちんと確認する。	リザトリブタンOD錠10mg「アメル」	エレクトリブタンOD錠20mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1326	ご本人様からのお電話にて発覚。患者様から服用しようとして中身を確認したところ、リザトリプタンでなくゾルミトリプタンが入っていると気づいた薬局にお電話があり、監査システムの画像のチェックを行いゾルミトリプタンをお渡ししていることを確認。 画像確認後に、本人さんへ電話連絡を入れてすぐにご自宅に薬剤の交換に伺いに行っています。本人さんは、ゾルミトリプタンの服用はされていませんでした。片頭痛があつて薬が飲めず辛い思いをされたこと、大変なご迷惑をおかけしたことを謝罪しています。	・監査システムでは薬品監査エラーが出ていましたが、そのまま再確認を行わないまま監査者へ。 ・監査者も確認不足によりそのまま患者様へ薬剤をお渡し。 ・また片頭痛薬は調剤しやすいようにすべて一つの引き出しにまとめていました。しかし種類、在庫量も増えて引き出しも余裕がない見にくい状態となっていました。そしてジェネリックは全て名称が似て {~トリプタン} となっており、調剤者のとり間違えが起きました。	・今後の再発防止のためにジェネリックの片頭痛治療薬は、引き出しからカセットに移動し、五十音順に配置を変更しました。 ・監査システムの監査エラー時の操作者への再指導を行いました。そして監査エラーが出た際は他者と共に再確認を行うようにしました	リザトリプタンOD錠 10mg「トーワ」	ゾルミトリプタンOD錠 2.5mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1327	定期受診 服用薬の処方元がA病院よりB病院に移った。処方箋元のB病院の処方マスターに不備があり、リスバダール内用液1mg/1mlの処方量記載部位が「m」ではなく「包」で記載されてきた。当店の処方入力に処方量不明にもかかわらず前回A病院処方G Eへ代替 レセコン入力し、リスベリドン内用液1mg分包「ファイザー」で入力 監査段階まで疑義照会されずにいた。監査段階で気づきB病院へ疑義照会。1日投与量は1mlと確認がとれた。	リスバダール内用液1mg/1mlの名称の1mlの部位が処方量と思い込んだことによる。処方箋も新たな病院からの処方で見慣れなさも重なった可能性もある。定期処方の処方元の変更となり 処方変更はないとの情報も受けており思い込みによる処理をしまった。	上記 疑義照会のあった事例を薬剤師 事務員を含め周知し、再発防止につとめた。	リスバダール内用液1mg/ml	リスベリドン内用液1mg分包「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1328	処方箋記載がメーカー指定で「MEEK」で来るが、当薬局採用品の「日医工」に変更せずに入力し、薬情などの印刷ミスにもつながらる。	リスベリドン内用液「MEEK」は出荷停止になり、「日医工」を採用する。現状処方自体は出来るので、今までなかった確認項目になれずに入力完了してしまう。	これにより何が起るかを皆で確認し、それにより起こりえる治療への悪影響を認識する。処方元の在庫の問題もあり、処方箋から問題に対応することが難しいため、入力PCなどに注意喚起の文章を記載する事、調剤、監査時に薬袋、薬情などでも誤入力になってないかを確認する。	リスベリドン内用液1mg/ml「MEEK」	リスベリドン内用液分包0.5mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1329	リスパダール内用液 0.5mg/0.5mL 1P 1x 不穏時 と処方されており、こちらの商品が存在しないため以前よりこちらは一般名処方を入力し、後発品の0.5mg/0.5mL製剤を選択、調剤することになっていた。事務員はその通りに入力し、ピッキングもその通りに行い調剤監査システムでも入力と調剤薬が正しいことがわかってきた。調剤者とは別の薬剤師が監査を行ったところ、申し送りを見落とし。事務員に処方箋通りに入力するよう指示。薬価収載がなく入力できないが、指示されたため事務員は リスパダール内用液 1mg/mL 0.5P 1x 不穏時で無理やり入力。入力は間違っていたが、監査者はスルーしそのまま監査終了。調剤者が、未完了に当該患者があがってきていることを不審に思い、再度調剤薬のバーコードを読み取ったところエラーが出て間違いが発覚。	監査者の知識不足、申し送りの確認不足、監査をマニュアル通りに行わなかったことが要因。	事例の局内周知を行い、該当患者の薬歴には再度目立つように申し送り事項を入力した。	リスベリドン内用液分 包 0.5 mg 「アメ ル」	リスパダール内用液 1 mg/mL		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1330	リスベリドン内用液の 2ml での処方。今回から GE へ変更となりリスベリドン内用液分 0.5 mg へ変更、入力を 4 包ではなく誤って 2 包で入力。	本人が今回から GE を希望し、自己調整のため 0.5ml 分包装を希望していた。今まで 2ml で入力されていたため変更の際も誤って 2 包で入力されていた。	製剤量の ml と g は GE 医薬品によっては異なるため入力時に注意が必要。外箱に g 包装であること、入力時注意するよう札をつけた。店舗スタッフで共有し成分量を必ず意識して調剤、監査を行うよう共有した。	リスベリドン内用液分 包 0.5 mg 「日医 工」	リスベリドン内用液分 包 0.5 mg 「日医 工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1331	一般名処方でジソピラミド塩酸塩カプセル50mgで処方があり、本来リスモダンカプセル50mgが正しい処方のところ、間違っ同効薬のサンリズムカプセル50mg(一般名;ピルシカイニド)を入力・調剤しお渡ししてしまう。その方に、過去3回(9月、11月、1月)同じ処方がでており、6ヵ月間リスモダンカプセル50mg処方のところ間違っサンリズムカプセル50mg服用させてしまった。4回目(3月)の処方時に間違っしていることに気付き、処方医に連絡し、事情を説明。処方医からは患者さんが不整脈がなくなり調子が良くなっているでサンリズムカプセル50mgでと、処方がサンリズムカプセル50mgへ変更となった。	入力時に一般名ジソピラミド塩酸塩カプセル50mgは(先発品がリスモダンカプセルであるが)サンリズムカプセルだと勘違いし、入力をサンリズムカプセル50mgで入力。思い込みで入力をしてしまい勘違いを起こしてしまう。一般名からの入力を行い、代替変更での入力もできるが、素早く入力ができる直接入力を行い間違っサンリズムカプセル50mg入力してしまう。さらに、入力監査時には、一般名までの確認をしていたがこちらもあり、間違っに気付かなかつた。その後はD0処方を入力し、続いて2回間違っしてしまう。規格も同じ50mgであり、間違っに気づきにくかつた。	早さを重視して、時間がかからない入力ができる方法をとっていたが、お薬を間違っしてしまうということはとても重大なことで、大きな健康被害へつながる。そのことを考え、少しの早さよりも正しい入力調剤を行えるよう、きちんと一般名から入力を行うことで間違っを防いでいく。一般名の変換の表も作成し再発防止を行っていく。	リスモダンカプセル50mg	サンリズムカプセル50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1332	リバスタッチパッチ9mgが処方されてあるところ、ニュープロパッチ9mgを誤って投薬。	忙しさ、二重確認の不足。	忙しくても、二重確認をする。	リバスタッチパッチ9mg	ニュープロパッチ9mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1333	リバスタッチパッチ9mgのところ、18mgで入力。監査時に間違っに判明。	リバスタッチパッチは18mgの使用者が多いため、思い込んでしまった。	社内ルールを順守すること(規格にチェックを入れる)で、防げた。	リバスタッチパッチ9mg	リバスタッチパッチ18mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1334	リバスタグミンテープを前回調剤していた患者様が同内容の処方せんを持参。レセコン入力をD0処方と判断して入力。その間に調剤者がリバスタグミンテープはメーカー変更されている別メーカーへ変更して調剤。鑑査中に調剤鑑査システムで調剤ミスを見発。入力を直し投薬交付	供給停止でリバスタグミンテープ「サワイ」が入荷せず「ニプロ」メーカー変更していることを薬局スタッフで伝達不足が招いた	薬局内でのスタッフへの周知徹底 注意力をもち対応	リバスタグミンテープ9mg「ニプロ」	リバスタグミンテープ9mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1335	患者自身が先発希望であり、通常リパロ錠1mgで投薬していたが、「MEEK」で入力し、投薬してしまった。	患者の先発希望という情報をきちんと把握できていなかったことが要因である。	監査、投薬において患者情報を再度見直してから投薬する必要がある。	リパロ錠1mg	ビタバスタチンCa錠1mg「MEEK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1336	リファジンカプセル150mgが処方されていたが、リバクレオンカプセル150mgを調剤していた。投薬直前時、薬袋の写真と照らし合わせ際、誤りを発見。	医薬品の最初と最後の文字が同じ点、mgが同じ点。同じ引き出しに医薬品を入れていた点。繁忙時間で慌てていた点。	医薬品の名称だけではなく、デザインも頭に入れて置き、名称、デザイン両方の観点から、調剤、監査を行う。継続して、薬袋と医薬品の照らし合わせを行う。繁忙時も焦らずある程度自分のペースを保って、調剤、監査を行う。	リファジンカプセル150mg	リバクレオンカプセル150mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1337	点眼薬と点鼻薬の入力間違いにより過剰にお薬代を徴収してしまった	普段入力することの少ない製剤で似た名称の製剤があったため間違えてしまった次の日に入力の再確認をしていたところ発覚した	薬歴や薬袋をしっかりと確認する。なるべく多くの人数で確認するようにする。	リバステチン点眼液0.025%	リバステチン点鼻液0.025mg/1.2噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1338	(般) クロナゼパム錠0.5mg処方だったが、リーゼ5mg(クロチアゼパム)をピッキングした。一包化処方であり、作業開始前に二重チェックする内規に従い他薬剤師確認時に間違いを発見した。リボトリール錠0.5(クロナゼパム)に変更した。	一般名処方の記憶間違い。含量規格が0.5と5で異なるが見落とし。一般名処方慣れていないことが最大の要因。	薬局スタッフ全員に間違いやすい事例として連絡	リボトリール錠0.5mg	リーゼ錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1339	1包化調剤ですべての調剤が終了し、監査をしていたところ、中にある薬が違うことに気づき、確認を行ったところ、すべてトラゾドン塩酸塩錠25mgが誤って入っていた。	事務員のピッキングが誤っていたがヒートをしっかりと見ずに調剤1包化を黙々と行ってしまったため、監査時に空ヒートも残っていたため、気づけたこともあった。	類似医薬品の認識を船員に徹底した。また、調剤前に書品の数量確認とともにヒートをすべて確認したうえで調剤を行う。また、ヒートの空は残し、必ずあとで確認する。	リマプロストアルファデクス錠5μg「日医工」	トラゾドン塩酸塩錠25mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1340	mg数間違い	いままで150mgだったのでそのまま入力	念入りに処方箋監査	リムバーザ錠100mg	リムバーザ錠150mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1341	リリカOD25が前回出していた。そのデータを引き継ぎで使用した時にチェックがもれてリリカOD75増量に気づかずレセコン入力を終え、監査時に間違えに気づいた。	Do処方だという思い込み	mg数については○するなど必ずチェックを見える化する	リリカOD錠75mg	リリカOD錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1342	リンゼス錠0.25mgが処方されていたところをレボセチリジン塩酸錠5mgで調剤した。監査で間違いが判明した。	リンゼス錠0.25mgとレボセチリジン塩酸錠5mgの配置が隣接していて、包装の外見が似ているので誤って調剤した。	レボセチリジン塩酸錠5mgの配置を別の位置に変えた。	リンゼス錠0.25mg	レボセチリジン塩酸錠5mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1343	事務員の入力点検で【般】ベタメタゾンジプロピオン酸エステルクリーム0.064%の入力違いを発見。患者に連絡を取り今回の経緯を説明し謝罪。今までの【般】クロバタゾールプロピオン酸エステルクリーム0.05%が残っていて、それを使っていたので未使用であると確認。	入力者・監査者は【般】ベタメタゾンジプロピオン酸エステルクリームへの変更に気づかず、前回と同じ処方内容と思い込み入力・監査を完了した。投薬者は、患者から今回も特に変わらないので同じですと聞き取りをした。以前から同じ【般】クロバタゾールプロピオン酸エステルクリーム0.05%を使用していた患者のためいつも通りと思い込み投薬。	入力監査と調剤監査が1回のみで、調剤前・調剤後の2回行うという監査手順マニュアルの逸脱の結果で、手順書の変更はなし。変更はないだろうという先入観を持たず、どの処方せんに対しても処方監査、入力監査、調剤監査、患者との相互監査を行うよう改めて周知徹底した。	リンデロン-DPクリーム	デルモベートクリーム0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1344	リンデロンVGクリーム処方のところ、リンデロンVG軟膏で入力。監査時に気付き入力を訂正する。	リンデロンVGクリーム処方の例が少なく、軟膏で入力してしまう。	外用剤については処方の剤形までしっかり確認する。	リンデロン-VGクリーム0.12%	リンデロン-VG軟膏0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1345	リンデロンVクリーム処方のところ、同VGクリームをピッキング。	思い込み	類似薬があることの再認識。	リンデロン-VGクリーム0.12%	リンデロン-Vクリーム0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1346	【正】リンデロンVGクリーム0.12% 【誤】リンデロンVクリーム0.12%	入力時	投薬時に患者からの聞き取りで、処方意図を把握したうえで、処方内容が問題ないことを最終確認し、説明できるように指導混雑していても焦らずに入力、初期監査、最終鑑査時の手技を徹底する。	リンデロン-VGクリーム0.12%	リンデロン-Vクリーム0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1347	リンデロンVGローション処方の所、リンデロンVローションを調剤し監査において気づき、患者さんへお渡しすることはなかった	空いている日であり、片手間に調剤したため、ローションの部分だけで判断してしまった	薬の名称は最後までしっかりと確認し、鑑査にまます前にも確認を行う	リンデロン-VGローション	リンデロン-Vローション		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1348	軟膏とクリームの取り違い調剤	急ぎの調剤、問い合わせが重なり 監査がおろそかになった。監査を投薬台で行ったため監査中に患者様がきてしまい 投薬しながらの監査となった。	監査台で監査をしっかりとしてから投薬する。急ぎでも 焦らない。	リンデロン-VG軟膏 0.12%	リンデロン-VGクリーム 0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1349	リンデロンVG軟膏をリンデロンV軟膏で入力	終了時間 近く バタバタしてしまった	調剤する薬剤師のチェックが甘くなってしまい 薬は間違わず 用意していたが 入力薬袋などの確認が不十分だった	リンデロン-VG軟膏 0.12%	リンデロン-V軟膏 0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1350	リンデロンVローションの処方のところをリンデロンVGローションで調剤。鑑査時に気づく。処方箋受付時に薬剤がないため入庫しだいお渡しすることになった。しかし、リンデロンVの発注を間違えてしまいリンデロンVGローションが納品。鑑査時に気づき、再手配をした。	普段なれない薬剤師が発注業務をしたため、ミスがおこった可能性がある。薬剤名の類似も原因だが発注システムなども日ごろから慣れるように役割をはたしていただくようによりて改善をはかる。	類似薬剤など間違えやすい場合は、自身でも再確認を実施して行動をおこなう。特に注意が必要な場合は複数でチェックするように気を付けていく。	リンデロン-Vローション	リンデロン-VGローション		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1351	リンデロン軟膏とクリームの取り間違え。	リンデロンは剤形の種類が多いことを認知する必要性あり。	棚へ注意喚起のシールを貼る。	リンデロン-V軟膏 0.12%	リンデロン-VGクリーム 0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1352	サリチル酸ワセリン軟膏、ゲンタシン軟膏、リンデロンV軟膏の混合時にリンデロンV軟膏とリンデロンVG軟膏を取り違えて混合。監査システム(ミスゼロ子)を用いて監査した時に取り違いが発覚。	医薬品名の類似と当事者である薬剤師の慢心、焦りが要因だと思われます。	監査システム(ミスゼロ子)を忘れないように各薬剤師に徹底。	リンデロン-V軟膏 0.12%	リンデロン-VG軟膏 0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1353	不定期ではあるがかりつけ薬局として利用している患者。家族(父親)が代理で薬を受け取りに来た。皮膚科処方箋の中に軟膏混合薬の処方、リンデロンV軟膏100gとヒルドイドソフト軟膏100gの混合があったが、薬剤師の不注意によりリンデロンVG軟膏とヒルドイドソフト軟膏で混合。後日、薬局在庫数の整合性が合わないことからインシデント発覚。患者家族(母親)と主治医に連絡し、薬剤交換をした。患者は前回薬を使用中で、該当薬は未使用であった。	【背景】・リンデロンV軟膏の使用実績が少なかった。・薬剤師の思い込みと知識不足による取り違い。・薬剤情報提供文書は、混合薬の場合は使用医薬品の写真が載らない使用になっているため写真との付け合わせすることができなかった。・薬剤バーコード読み取り監査機器を使用していたが、混合薬は無鑑査の設定だった。・患者の使用部位から使用量を推定することができなかった。・月初めでもあり、別の業務も立て込んでいる状況下であった。	【改善策】・機器メーカーに問合せし、混合薬でもバーコード監査が出来るように設定を変更した。・混合前に取り揃えた薬剤を用いて監査機を通すことに、薬局内で調剤時のルールを変更した。・人員がいる場合は、別のスタッフにも取り揃えた薬をチェックしてもらうこととした。・皮膚科ではリンデロンV軟膏とヒルドイドソフト軟膏の混合をよく使用することを理解する。・抗菌薬適正使用について理解する(長期使用はしない)。	リンデロン-V軟膏 0.12%	リンデロン-VG軟膏 0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1354	発熱のため早急な対応が必要での焦り	発熱のため早急な対応が必要での焦り	いつも通りの対応の徹底	リンデロン-V軟膏 0.12%	デルモゾールG軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1355	処方されたリンデロンV軟膏を疑義照会しリンデロンVG軟膏に変更してもらった際に、一般名入力を間違えた	ステロイド剤の一般名は類似薬が多く、レセコンの仕様で先発品名から一般名に変更できないことが原因	医薬品の一般名リストを作成し、入力前に確認する	リンデロン-V軟膏 0.12%	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05% 「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1356	当該調製者がその処方箋の前に、3~4名ほどリンデロンA点眼液の調剤が続き、当該患者の分もリンデロンA点眼液と思い込んで調剤してしまった。また、交付前の監査時も取り違いに気が付かなかった。交付時に、患者から今までの薬は冷所保存していなかった旨の話があり、処方箋を確認したところ、Aではないリンデロン点眼液であることを確認し、正しい薬を交付した。	連続して類似した製品名の調剤があると、特に繁忙時はその違いに気が付きにくい。	類似した製品名のある薬品のリストを作成し、誤調剤の可能性がある製剤を常時確認しておく様にスタッフ間で取り決め、処方監査時にリストにある薬品の場合は、鉛筆等で注意の文字を書き入れる様にした。また、電子薬歴にも注意喚起のダイアログが出る様に修正した。	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%	点眼・点鼻用リンデロンA液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1357	一般名で「ベタメタゾンリン酸エステルNa点眼点耳点鼻液0.1%5ml」と「生理食塩液」の処方での混合の指示があったが、「ベタメタゾン・フラジオマイシン配合点眼点鼻液5ml」（リンデロンA液）と「生理食塩液」の混合で入力、調剤して、投薬してしまった。のちに事務が処方箋の見直しをしていて気がついた。患者さんに電話連絡して、正しい薬と交換しました。まだ使っていなかったで健康被害は無かったです。	普段から「ベタメタゾン・フラジオマイシン配合点眼点鼻液5ml」と「生理食塩液」の混合が頻回処方されているため、混合の点鼻はリンデロンA液と思い込んでいたと思われます。一般名でフラジオマイシンが付いていないのに気がつかず、入力も調剤も鑑査も通ってしまいました。	リンデロンA液に注意喚起の紙を付けました。	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%	点眼・点鼻用リンデロンA液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1358	耳鼻科より点眼・点鼻リンデロンA液が処方された。処方箋には使用部位は記載されておらず、処方通りに調剤して交付。投薬時の聞き取りで、診察時に点耳の説明があったことが分かった。処方医に疑義照会を行い、リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%に変更になった。	2剤の名称が類似していることから、処方元の入力ミス	特にこの2剤を調剤する際は、点眼、点鼻、点耳の投与方法を十分に確認する。	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%	点眼・点鼻用リンデロンA液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1359	4月10日の調剤時、処方箋には「0.01%リンデロン点眼」と表記されていました。医事の入力では、当初は「リンデロン点眼液0.01%」と入力しましたが、患者さまの後、発品希望の情報、混雑による焦りから、後発品で類似剤形の「サンベタゾン眼耳鼻科用液0.1%」だろうと誤って認識し、そのように変換入力を行い、次の工程に回しました。その後、薬剤師1名が処方監査、最終鑑査、交付を実施しましたが、前回の処方薬がサンベタゾンだったという情報に引っ張られてしまい、最終的には、リンデロン点眼液への変更気付くことなく、お渡ししております。次の来局（4月24日）、別の薬剤師が処方監査を行った際、薬品名の誤りに気付き、今回の事象が発覚しました。	医事による入力において、後発品などの別薬品への変換を行った際、規格（濃度）の部分の数値が変動していないかどうかの確認を怠っていました。また、処方監査以降、薬剤師が薬品名、規格について、誤りがないかどうか、処方箋と入力内容、実際の薬剤での照合が不十分でした。	入力において、後発品へ変更する際には、規格（濃度）の部分の変動しないかどうかをしっかりと確認します。数値が変動する場合には、後発品の存在しない薬剤と判断し、処方箋記載通りの薬剤名での入力とします。薬剤師による処方監査では、処方箋より、薬品名、規格、剤形を1つ1つしっかり確認し、その後の最終鑑査、交付時にも、同様のことを実施します。また、交付時では、患者さまより処方内容の変更有無を聞き取りし、患者さまの認識と処方内容に相違がないかどうか確認を行います。	リンデロン点眼液0.01%	サンベタゾン眼耳鼻科用液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1360	ルコナック外用液の処方に対して、アンテベート外用液を集薬していた。	容器の色が類似していた。薬情で確認しながら集めていたので、思いこんだ。	処方箋を確認する。声出し・指差しを徹底する。	ルコナック爪外用液 5%	アンテベートローション 0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1361	ルセフィ錠2.5mgが継続薬で処方されている患者。5mgへの変更に気付かず入力、処方鑑査でも見落とし、自動一包化調剤機で払い出されたためそのまま2.5mg錠で調剤。処方箋の確認が甘くそのまま交付。処方箋と調剤録との見合わせをおこなっていた際に発覚。	2.5mgと5mgで同じ数字が規格に入っていることで見落とししてしまった。ルセフィ錠が自動一包化調剤機に入っている医薬品であったため入力ミスからそのまま調剤ミスに繋がってしまった。	2.5mg、5mg等の同じ数字が入っている規格がある薬では起こりやすい過誤であるため、そのような規格を有する薬では特に規格に丸を付けて確認するなど注意してチェックをおこなう。声に出しながらチェックすることで今回の内容に関しては防げた可能性があるため声出し鑑査を徹底。自動一包化調剤機に入っている薬の場合入力ミスがそのまま調剤され交付まで至る可能性が高くなるため薬剤師、事務員全員でより注意を払う。	ルセフィ錠5mg	ルセフィ錠2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1362	ルネスタ錠2mgが1日2錠で処方されていたので量の確認した。今まで服用していたものはルネスタ錠1mgを2錠であった。	このときの処方から医療機関が変更していたので、紹介状をもとに作成した処方薬が誤ってしまったものと考えられる。	投与量から気づくことができたので、一般的な治療量を頭に入れておくことと気づきの手助けになる。	ルネスタ錠1mg	ルネスタ錠2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1363	一般名処方でエソゾピクロン錠1mg1錠分1で処方されていたところ、入力・調剤をエスタゾラム1mg1錠分1で調剤。患者様は先発医薬品をご希望されていたためルネスタ錠でお渡しのところ、ユーロジンをお渡ししました。	担当医の指示のもと、前回までルネスタ1mgとルネスタ2mgで調整して服用していたが、だるさ・日中の眠気などが見られたことから今回からルネスタ1mgのみの処方に変更になっていた。患者様との聞き取りから処方内容が変わったことの聞き取りを行ったことは薬歴・投薬者より確認する事が出来たが、どのように処方変更があったのか説明時に相互の認識にずれがあったと考えられる。監査機器は使用していたが、処方入力も同様に誤りがあり、調剤時に気が付くことができなかった。混雑時人員不足していたため焦りがあった。	一般名の類似名称に対する注意喚起・何が該当医薬品に当たるか情報を定期的に共有する。入力内容の複数回確認。調剤録の一字監査の徹底。処方変更があった際は変更理由・体調変化・検査値などの聞き取りを注意深く行う。	ルネスタ錠1mg	ユーロジン1mg錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1364	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはルパフィン錠10mg 1日1回朝食後1錠56日分と記載されていた。事務員(職種経験年数17年)はルパフィン錠10mgの棚から調整し、監査に回した。鑑査にあたった薬剤師が処方箋のルパフィン錠10mgではなく、クエチアピン錠25mg「ファイザー」が調製されていることに気づき正しく調製した。鑑査で誤りに気がついたため、患者には正しい薬を交付した。	薬を棚に戻すときに、ヒートが類似していたため誤った棚に戻ってしまったと考えられる。	薬を棚に戻すときは、一人で戻さずに二人で確認しながら戻す。また、棚が近い場合には注意喚起の札をつける。	ルパフィン錠10mg	クエチアピン錠25mg「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1365	患者様のお母様より、ルボックス錠25mgのところルジオミール錠25mgが入っており、2/19から薬を服用できず苦痛を味わったとTELあり。2/19にも夕方薬局にTELしたが、&#32363;がらなかったことも指摘された。直ちにお詫びし、正しいお薬をお届けした。	取り揃え時の思い込み、鑑査時の確認不足、時間外での電話対応の不備	鑑査者は、鑑査時の薬剤と薬袋の照合を確実に。取り揃え時に注意喚起するため、ルボックス錠25mgとルジオミール錠25mgの調剤棚に「取り違え注意」を掲示した。時間外での電話対応の不備をなくするため、職員が薬局にいても営業時間終了後は速やかに電話転送を行うよう改めた。	ルボックス錠25	ルジオミール錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1366	レグテクト333mg処方患者の処方に対してレグナイト300mgを調剤。監査で薬剤師が気づき取り換えた。	普段レグナイトの処方頻度が高く、自分勝手に思い違いをした。	処方箋監査の徹底	レグテクト錠333mg	レグナイト錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1367	新規来局の患者様。レグナイト300mg2錠分2朝夕食後14日分の処方であったが、レグテクト333mg2錠14日分でピッキングされていた。別の薬剤師が監査で気づき正しい薬剤を用意し交付した。	混雑していたため、処方箋の確認が不十分であった。日常業務でレグテクトの処方が多く、思い込みで取り違えたと推測した。別の薬剤師による監査を行っているため正しい内容で交付することが出来た。	引き続き、調剤・監査は別の薬剤師が担当することを継続し、ダブルチェックを継続する。	レグナイト錠300mg	レグテクト錠333mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1368	レストレッグス症候群治療薬レグナイト錠300mgが処方されている患者にアルコール依存症治療薬レグナイト錠333mgを調剤し、鑑査時に間違えに気がついた。	・調剤時は予製した薬を確認したが、予製が正しいと思い込んでしまったのと患者の薬が多く注意が散漫になっていた。・レグナイトとレグテクトが近くに置いてあるため取り間違えてしまった。	・調剤時に予製した薬を確認する際は、正しいと思い込まず1つずつしっかりと確認する。・名称が類似している薬は薬局内で共有し注意する。	レグナイト錠300mg	レグテクト錠333mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1369	一包化処方でレグナイト錠300mgをレグテクト錠333mgと間違えて分包機のDTAで調剤した。監査時に気付いた。	レグナイト錠とレグテクト錠の薬剤名が似ているため間違えた。	薬剤名を最後までしっかり読む。分包機のDTAにかけるとき、ピッキングした薬剤名と分包機の薬剤名の表示を照らし合わせて確認するようにする。	レグナイト錠300mg	レグテクト錠333mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1370	薬品名の類似	ゴロが似ているための勘違い	薬品名の再確認	レザルタス配合錠HD	リベルサス錠3mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1371	医療機関受診時に患者より、「前回違う薬が入っていた」との申し出があり、医療機関の看護師より電話連絡あり。連絡を受けて直ぐに医療機関に赴き、持参薬の確認を行ったところレザルタス配合錠HD60錠でお渡しするところを、レザルタス配合錠HD50錠とリクシアナ錠60mg 10錠が組み合わさっていた。	2剤が薬品棚で上下で並んで配置されており、レザルタス配合錠HDの中に、リクシアナ錠60mgが間違えて保管されていた可能性が高い。どちらのヒート包装のサイズも同じで、楕円形の剤型、メーカーも同じことから、調剤時に間違いに気付かず、監査もそのまま投薬してしまったと思われる。	包装が類似している薬剤は薬品棚の配置を変更する。ヒート調整時の監査方法を見直し、ヒートも1つずつ確認するよう徹底する。定期的に薬品棚の整理を行い、他剤が紛れてないかチェックする。	レザルタス配合錠HD	リクシアナ錠60mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1372	ゴールデンウィーク明けの初日で繁忙な時間帯だった。5月に調剤ミスしたものを、患者は間違いを疑わず30日分そのまま服用し6月に来局した際同じ処方薬が出て指摘されてミスと発覚。30日服用後血圧の変動はなく体調にも変化はなかった。	連休明けで繁忙な時間帯だったのと慣れにより誤って調剤されたものの監査を別の者が怠った。	時間に追われず来局者が多く居ても、薬剤名を声に出し監査するようにした	レザルタス配合錠LD	カムシア配合錠LD 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1373	レザルタス錠には高用量のHDと低用量のLDがあるが、実際処方されていたのは低用量のLDだったが、レセコン入力時に誤って高用量のHDで入力された。薬剤師が監査時に入力間違いに気づかず、高用量のHDの情報提供書をお渡ししていた。後日、処方箋入力の見直しをしているときに間違いに気づき、患者様へ連絡、訂正した事例です。実際お渡ししていたお薬は、処方箋どおりの低用量のLD錠であり、情報提供書のみ訂正し、健康被害などはありませんでした。	同薬剤名の複数規格のある医薬品に対して注意が足りなかったことや、繁忙時間帯で監査が十分でなかった点が要因と思われます。	複数規格のある医薬品を再度、確認し監査時に注意するように徹底すること名称類似品を監査する場合は、名称の最後までしっかり確認すること	レザルタス配合錠LD	レザルタス配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1374	レザルタス配合錠LDを集薬するところ、リオベル配合錠LDを間違えて集薬した。	名称がよくにている薬の棚が隣同士に配置されていた。	棚の位置を変更した。	レザルタス配合錠LD	リオベル配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1375	レスタス2ミリグラムをピッキングアップする必要があったところ、誤ってルネスタ2ミリグラムをピッキングアップしてしまった。	名称類似。薬局内での使用頻度はルネスタの方が圧倒的に多く、レスタスの表記をみた際に、ルネスタと勘違いしやすい状態であった。	それぞれの棚に類似名称品があることを注意喚起する表示を行った。	レスタス錠2mg	ルネスタ錠2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1376	強力レスタミンコーワ軟膏+アンテベート軟膏のMIXが処方され、ステロイドが重複するので、疑義紹介が必要であったが、レスタミンコーワ軟膏はレスタミンクリーム軟膏タイプであると鑑査者が思い込み、疑義紹介せずにお渡ししてしまった。疑義紹介した所、レスタミンクリームの間違ったとの事で、強力レスタミンコーワ軟膏は不足だったので、お渡しする前に調剤者が気づき、患者様の使用には至らなかった。	処方箋に手書きでレスタミンコーワ軟膏と記載あり、入力時に強力レスタミンコーワ軟膏と入力を行ったが、鑑査者はレスタミンコーワ軟膏はクリームの剤型しか違わないと思い込み、添付文書の確認を怠った。	初めての薬や知らない薬が処方された場合は、添付文書を必ず開いて確認を行う。薬歴の鑑査情報の所にも重複と記載あったが、見逃してしまったので、細かい所までしっかり確認を行う。	レスタミンコーワクリーム1%	強力レスタミンコーワ軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1377	レバグリニド0.25mg サワイをレバミビド0.25mg サワイ と勘違いして探していた。	知識不足。確認不足。	処方箋の薬名をしっかりと最後まで読む。薬名の規格を理解する。処方意図を考える。	レバグリニド錠0.25mg「サワイ」	レバミビド錠100mg「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1378	一般名処方・ピフィズス菌配合剤散と処方。安易に”ピオ”の響きにつられてピオフィェルミン配合散で調剤。監査の時点で別の薬剤師が間違いと気づいた。	一般名処方＝製品名(ジェネリック)が多くなっているが、今回の事例については違うものだった。ラクトミン末散(1)＝ピオフィェルミン配合散の正しい名称になる。ピフィズスキン配合散＝レベニンS配合さんになる。普段来ない広域処方だったこともミスの要因かと思う。見慣れない薬剤の一般名処方を調剤の際は自信があっても一度確認する必要があるかと思う。	初見の一般名処方・広域処方については保健薬辞典なり今日の治療薬なりで確認して調剤。ダブルチェックは必須。	レベニンS配合散	ピオフィェルミン配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1379	眼科より レボカバステン塩酸塩点眼液0.025%「わかもと」 5mLの処方を受け付けた。夕方にかけて患者さんが多い時間帯の上に、患者さんより急いでいるので早く薬を出してほしいと要望された。急いで準備後、投薬前監査で誤ってレボフロキサシン点眼液「わかもと」が準備されていることが判明。正しく準備しなおして投薬した。	多忙な時間帯に、急ぐあまり類似した医薬品(頭の2文字と会社名)を取り間違えて準備した。	忙しい時間帯こそ、取り間違えないように十分に注意する。	レボカバステン塩酸塩点眼液0.025%「わかもと」	レボフロキサシン点眼液1.5%「わかもと」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1380	一般名処方レボカバステン点眼液0.025%の処方を、事務員入力レボフロキサシン点眼液0.5%になっていた。調剤者もレボフロキサシン点眼0.5%でピッキング。監査時に間違いに気づき、入力からやりなおしてから投薬をした。	当薬局ではレボカバステン点眼液の使用頻度が少なく、レボフロキサシン点眼液の方が使用頻度が多いので、思い込みによる入力間違い、ピッキング間違いがあった考えられる。	入力者、調剤者それぞれが思い込みを無くして、処方箋を確実に読み業務を行う事を徹底しました。	レボカバステン点眼液0.025%「ファイザー」	レボフロキサシン点眼液0.5%「わかもと」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1381	「レボセチリジドライシロップ0.5% 5mg(力価) 朝食後と眠前」の処方記載のところ、2.5mgで入力した。	1包0.25gと0.5gの両包装の採用があり、力価と包装量の勘違いをしたと思われる。	薬局の採用を0.25g包装の1種類のみとし、1回に1包服用か2包服用かの確認をすることとした。	レボセチリジン塩酸塩DS0.5%「タカタ」	レボセチリジン塩酸塩DS0.5%「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1382	レボセチリジン5mg処方のところ、レボフロキサシン250mg調剤監査者が気づき未然に防ぐ	調剤者の確認不足 名称のかしら2文字が同じだったためなのか?	処方箋をしっかりと見て調剤する	レボセチリジン塩酸塩錠5mg「KN」	レボフロキサシン錠250mg「MEEK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1383	(般)レボセチリジン錠5ミリグラムの処方。当薬局は沢井製薬を採用しているが、最近レボトミン錠25ミリグラムのパッケージ変更があり、大きさ・外観の色が極似していることに気づかず、レボセチリジン錠の医薬品棚にセットしてしまった。従来のレボトミンのパッケージとは明らかに異なっており、思い込みで外観が似ているレボセチリジンの方にセットしてしまったため誤薬に気づかず投薬してしまった。錠剤の形は明らかに異なっているが、確認ミスも重なった。	包装変更・パッケージ変更のお知らせはかなり頻回に繰るため、詳細に確認することなく過ごしてしまうことが多い。従来慣れている包装の印象がそのまま残ってしまっていると識別が不能になり、誤セットにつながりかねない。包装変更は小さな変更であっても薬局内で情報共有し、薬棚へのセットは慎重を期すことを徹底すべきことを確認しました。また、投薬時の医薬品の確認も、いかに急いでも患者様と一緒にすることが重要であります。	パッケージ変更のお知らせは必ずファイルして、スタッフ間で共有する。薬棚へのセットは、薬品名を呼称したうえで慎重に行う。投薬時の医薬品の確認は、投薬前、投薬時(患者様と一緒に)の最低2回は行うことを徹底する。薬袋・お薬手帳・薬情と実薬の照合を必ず行う。	レボセチリジン塩酸塩錠5mg「サワイ」	レボトミン錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1384	一般名でレボチロキシンNa錠25μgが処方されていたところ、レボセチリジン錠5mg杏林で調剤してしまった。服薬指導する他の薬剤師が服薬指導前監査で発見した。	年末業務最終日で、なおかつ午後より棚卸が控えており焦りがあった。	いつでも平常心で業務の遂行が出来るように、落ち着いた状態をキープできる環境を整える。また、イレギュラーな業務があるときは普段以上に監査体制が取れるよう管理者も気を付ける。	レボチロキシンNa錠25μg「サンド」	レボセチリジン塩酸塩錠5mg「杏林」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1385	レボフロキサシン水和物口腔内崩壊錠500mg2錠2×朝、夕食後14日分の処方あり。おかしい処方なので、問い合わせた結果、レバミピド1000mgの間違いと判明。	医師の入力間違い	抗生剤の過料投与。	レボフロキサシン錠500mg「日医工」	レバミピド錠100mg「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1386	ガチフロ点眼液0.3%をピッキングするべきところ、レボフロキサシン点眼液1.5%をピッキングしていた。	名前がなんとなく似ていて、同じ抗菌薬ということで間違えた。	しっかりと指差し呼称を徹底する。	レボフロキサシン点眼液1.5%「日医工」	ガチフロ点眼液0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1387	レボフロキサシン粒状錠を調剤しないとい けないところを誤ってバラシクロビルで調 剤。鑑査時に気づいて訂正。	包装が若干似ているのと屋号の持田をみて うっかり調剤。	注意を促すように注意喚起のシールと先発名 もカセットに記入した。	レボフロキサシン粒状 錠500mg「モチ ダ」	バラシクロビル粒状錠 500mg「モチダ」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1388	レルベア100エリブタ30吸入とテリルジー 100エリブタ30吸入を取り違えて渡した患 者使用時に苦味あり薬剤変更を認識、3日 使用し、定期受診時に取り違え判明。体調 変化等は無かった。	繁忙時にダブルチェックを行わなかったた め	ダブルチェック/機械監査使用の徹底	レルベア100エリブ タ30吸入用	テリルジー100エリ ブタ30吸入用		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1389	毎回同じ薬が処方されており、吸入もいつ も通りと処方箋と調剤した薬の確認を十分 にしなかったため発生しました。	薬局が混雑しており、普段通りの薬と思い込 み、1人で調剤し、そのまま投薬してしま いました。	処方せんの薬に記載されている薬の数に関わ らず、必ず他人の目を借りて監査すること と、いつもの薬と慢心せず、患者様と共に薬 を一緒に確認するよう徹底します。	レルベア200エリブ タ30吸入用	テリルジー200エリ ブタ30吸入用		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1390	レンドルミン0.25mg錠を処方された患者 に対し、入力、処方監査をし、調剤を開始 したところ、レンドルミンの棚にプロチゾ ラム錠0.25mg「CH」が入っていた。調剤 者が気づき取り違えなく調剤できた。間 違って入っていたプロチゾラム錠0.25mg 「CH」は正しい棚に戻した。	レンドルミン0.25mg錠とプロチゾラム錠 0.25mg「CH」の棚が上下になっていたた め、棚に入れる・戻す時に間違いやすい環境 下だった。	似た包装の物は棚を離しておく。棚に入れ る・戻す時は指さし確認する。	レンドルミン錠0.2 5mg	プロチゾラム錠0.2 5mg「CH」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1391	一般名で、ロキソプロフェンNaゲルが処 方されていたが、調剤補助者が、判断誤り で、ジクロフェナクNaゲルをピッキング していた。処方箋、薬歴、と、現物薬剤の 確認を、早く投薬しないといけないとい う焦りの為、怠ってしまい、外見が似ていた 事も重なって、ジクロフェナクNaゲルの まま、投薬。後程、薬剤発注作業時に、間 違っていたことに気づき、患者様に連絡 し、正しい薬剤と交換。	焦りによる、確認漏れ。	待っている患者様が居られても、焦らず、処 方内容と薬剤、薬歴、の確認に集中するこ と。	ロキソニンゲル1%	ジクロフェナクNaゲ ル1%「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1392	今まではロキソニンテープ50mgで処方されていたがロキソニンテープ100mgに変更になっていた。枚数も35枚から70枚に変更になっており、枚数変更に気が取られて規格変更に気が付かないまま交付してしまった。	昼休みに当たる時間の来局で必要最低限の当番者のみでの業務であった。そのため入力者と交付者が一緒になりダブルチェックがかからない状況だった。	必要最低限の人員でも必ずダブルチェックをする。入力者、監査者が同一でも少し時間をおいてチェックをするなどが必要。	ロキソニンテープ100mg	ロキソニンテープ50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1393	ロキソニン錠を希望の患者さんに対し、[般] ロキソプロフェンNa錠60mgの処方が出ており、誤ってGEで調剤した。レセ入力もGEになっていた。レセ入力後に、薬歴を見て間違いに気づく。	レセ入力用のPC画面に、ロキソニン錠希望の旨のメモがなかった。	調剤前に、薬歴の確認を徹底する。レセ入力用のPC画面に、ロキソニン錠希望の旨のメモを記入した。そして、調剤前に調剤事務にロキソニン錠希望の声掛けをお願いした。	ロキソニン錠	ロキソプロフェンNa錠60mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1394	元々患者様は、GE希望。前回までは、ケトプロフェンテープの処方でした。今回より処方に変更になっていて、患者様情報の確認不足により先発入力・調剤をしてしまった。	PCのみの確認だけでなく、薬局内にて処方変更などの声掛けなどを行うことにより防げた事例と思われる。	特に、処方変更がなされ散る場合は積極的に声掛けをして、情報共有をすること。	ロキソプロフェンNaテープ100mg「科研」	ロキソニンテープ100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1395	ロキソプロフェンテープ100mgの規格の誤入力に気が付かず50mgで入力しお渡し。	多忙時来局、一旦処方箋をあげて帰宅した患者。久々の湿布の処方だが以前も使っており、同じであろうと不十分な監査のまま投薬に渡した。	処方箋を預けて一旦帰宅した患者の監査はダブルチェックしておく	ロキソプロフェンNaテープ100mg「久光」	ロキソプロフェンNaテープ50mg「久光」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1396	いつもロキソプロフェンテープ100ミリグラム。処方は50ミリグラムだったが、QR読み取りがうまくいかなかった為手入力した。いつもならQRを再読み込みをすることで、混雑の為手入力してしまった。	かなり混雑していた。本人も50ミリグラムを希望したとお話されず。	混雑していてもしっかりQR読み込みで入力する	ロキソプロフェンNaテープ50mg「科研」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「科研」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1397	テープで処方が出されていたが、パップで取り揃えてしまった。2回目監査で気づき、交付前に交換	パップでの処方が多く、慣れで取り揃えた	薬剤師による1人目ピックアップ、2人目監査投薬を行っていますその徹底をする	ロキソプロフェンNaパップ100mg「JG」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1398	ロキソプロフェンN a錠60mgの処方に対し、ロスバスタチンOD錠2.5mgを調剤、投薬してしまった。患者さんご自身が気付き持参、ロキソプロフェンと交換した。投薬当日はお手持ちのロキソプロフェンを服用したとの事。	監査の甘さと思われる。	厳重にチェックする事の徹底。	ロキソプロフェンN a錠60mg「サワイ」	ロスバスタチンOD錠2.5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1399	(般)ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg(非温感)を(般)ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg(温感)と認識違いしてしまい、レセ入力したことを気づかず、投薬直前の最終監査で処方箋の記載内容との違いに気が付き訂正したうえ調剤した	前回処方時は(般)ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg(温感)で処方されており、今回も変更なく同内容であると調剤事務、薬剤師も思い込んでしまい、十分確認できまいまレセ入力、調剤、監査の一連の工程を行ってしまった	同成分、同規格のある貼付剤について非温感、温感の部分まできちんと確認する事、同一患者が常に同内容の貼付剤を処方されていると認識せずに意識を持つようにする	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「ケミファ」	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1400	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」の処方のところロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「日医工」を渡してしまった。「タイホウ」は温感で「日医工」は冷感であった。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mgの後にメーカー名だけで、温感、冷感の違いに気づかず、同じ後発品の冷感のテープを渡してしまった。	第一に処方箋の疑義照会と患者さんへの問診の不足とメーカー名だけで、製剤が違うことの認識不足。発売情報及び医薬品名に温感と冷感の記載がないことを理解することで、注意喚起し解決した。後発品の商品名も温感と冷感を区別していただければ、助かりますが。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1401	処方箋にロキソプロフェンナトリウムテープ「タイホウ」の記載あったが、事務員が在庫のあるロキソプロフェンナトリウムテープ「日医工」で入力し、そのまま調剤、監査を通り、患者へお渡しの流れとなったが、投薬時に患者から「温感のシップを出すと言っていた」と聞き取りをし、そこで再度処方箋を確認し、「タイホウ」で入力しなおし、正しい薬剤を交付した。	「タイホウ」の在庫がなかったことと、処方箋に温感の記載がなかったため、他の後発品に変更可能だと思い込んでしまった。温感のシップに対する知識不足も要因の一つと考えられる。	メーカーにより温感・冷感の違いがあり、後発品だからといって、すべて変更できるわけではないことを再度調剤内で知識を共有した。患者様にもフロントカウンセリング等を実施することにより、調剤前にあらかじめ症状、処方薬の確認を積極的に行っていく。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1402	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg(温感)と記載されていて温感の記載を見落とし温感ではないロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「ユートク」を入力し投薬してしまった。	処方記載が2行になってお温感の記載が2行目になっていて見落とししてしまった。	・会社のルールの縦読みチェックを再度徹底する。 ・規格、用量、用法のチェックで温感の有無もチェックする。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンN aテープ100mg「ユートク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1403	一般名でロキソプロフェンNaテープ100mg (1×14cm温感)の処方であったが、処方入力には温感でない「ユートク」で誤入力された。調剤者は処方箋のコピーを見て調剤していたが、当薬局では温感タイプがめったに出なかった為、「ユートク」で調剤。調剤監査機で監査した際、ともに間違っていたため、そのまま通ってしまった。投薬薬剤師が投薬前の監査で気が付き、正しい温感タイプに入力と薬も直してお渡しした。	重複してミスが重なったため、最終監査のところまで気が付かなかった。規格が多数ある薬剤についての注意不足だった。	一般名でのテープ剤の処方について、規格の記載のところに筆記用具でチェックを入れることにした。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「ユートク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1404	[般] ロキソプロフェンNaテープ100mg (10×14cm温感)の処方について温感で処方されているところを非温感の貼り薬で調剤をしてしまった。入力から誤りがあり、調剤・監査でも気づかず患者様に交付してしまい、同日午後に患者様家族より温感を希望されたということで問い合わせがあったため訂正をした	当薬局では99%が非温感の処方を受け付けて交付をしており、当該患者様は定期的に非温感で処方が出ていたため入力の段階から間違えてしまっていた。普段の慣れからくる慢心が原因の1つだと思われる	非温感と温感の両方の薬剤があるということ薬局スタッフで共有する処方箋コピーを用いて調剤しているため調剤時にペンで囲んで確認する等のチェックをする	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」温感	ロキソプロフェンNaテープ100mg「科研」非温感		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1405	ロキソプロフェンテープの処方を読んでケトプロフェンテープでお渡ししてしまい、患者様ご本人が気が付き、正しいものをお渡しした	効能効果と包装が似ているため同一棚にある異なる薬剤をお渡ししてしまった	保管場所の変更と監査人増員	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「ファイザー」	ケトプロフェンテープ40mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1406	新患で入力の際、テープ剤の大きさの入力誤り。処方入力完了時、薬剤師が発見、修正し患者に影響はなし。	対応人数が少ないが来客数が多かった。電話対応しながら入力していた。一つの事に集中して行なう。新患の時は特に入力に集中する。	手が空いていたら薬剤師が入力対応する。2つの事を同時に行わない。	ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg「タイホウ」	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1407	一般処方でロキソプロフェンテープ50mg(温感)でロキソプロフェンテープ50mg(タイホウ)で入力しなくてもいけないところロキソプロフェンテープ100mg(タイホウ)で入力。そのままの薬情でお渡しする。	普段から、よくヒアリハットでもよく報告事例であるため気をつけていたが、物はあっていたが、入力間違いに気づかず。今度のため薬情に写真を変えるなどした。また、お互い声かけなどする。	職員間で、お互い再度注意を徹底する。	ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg「タイホウ」	ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg「タイホウ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1408	一般名処方で「ロキソプロフェンテープ」温感のところを、温感を見落として、入力・調剤・投薬も先発品のロキソニンテープで患者様に渡ってしまった。患者様本人は、特に温感を希望していなかったため、次回受診時に気がつくまでそのままロキソニンテープで使用した。	処方せんの一般名処方、細かい部分までの見落とし。	処方せんをしっかりと監査するようにしました。	ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg 「タイホウ」	ロキソニンテープ50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1409	一般名においてロキソプロフェンテープ50mg(温感 7×10)を見逃して非温感で入力。	レセコン上、温感・非温感を選択できないレセコン会社の一般名入力を選択したため、監査まで気づけなかった。	温感・非温感が区別できる厚労省マスタを使用する。	ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg 「タイホウ」	ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1410	ロキソプロフェンテープ50ミリグラムが処方されていたが、前回は100ミリグラムだったので、また100ミリグラムと誤ってしまった。調剤時は処方箋原本を確認しているためお渡しに支障はなかった。入力等の間違いのみ。	配薬時に、入力されたもの(薬情、薬袋、明細書等)の確認も薬剤師はすべき。	入力者は処方箋の確認の徹底薬剤師は薬袋等の確認を徹底する	ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg 「ファイザー」	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg 「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1411	【正】ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」 【誤】ラベプラゾールNa錠10mg「トーワ」	戻し間違いか、棚の位置が近かったため間違っていてピッキングしてしまったようだ。	多忙でも端数のほかピロー包装も確認する	ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」	ラベプラゾールNa錠10mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1412	総合病院整形外科からのファックスで内服薬とロコアテープ28枚と他1種類の湿布薬の処方。監査機能付ピッキング機器を使用し11:50頃準備した。13:35頃患者本人が処方箋を持ち来局。投薬担当の薬剤師が処方箋原本と準備されていた薬品を監査し投薬。その後患者よりいつもの貼付薬と違うとの電話があり過誤発覚となる。	薬局内の在庫の配置がロコアテープの上にロキソプロフェンナトリウムテープ「タイホウ」温感が置いてありピッキング機器でロコアテープのバーコードを読み込んだがその上にあるロキソプロフェンナトリウムテープ「タイホウ」をロコアテープと思い込み薬品名を確認せず準備した。さらに投薬者もオレンジ色のテープ剤はロコアテープと思い込み薬品名を確認せず交付してしまった。	ロコアテープとロキソプロフェンナトリウムテープ「タイホウ」の在庫場所を変更。薬品名をしっかりと確認しピッキング機器を盲信しない。	ロコアテープ	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg 「タイホウ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1413	ロサルタンK錠2.5mg35錠のところ、30錠までは正しくロサルタンで調剤されていたが、5錠はミチグリニド錠5mgが混入していた。	調剤棚が近く、別件で戻しミスがあったことが原因のよう。また外観類似も影響。	戻し時にはピッキング使用、または薬剤師によるダブルチェックの徹底を周知させる。	ロサルタンK錠2.5mg「オーハラ」	ミチグリニドCa・OD錠5mg「フソー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1414	74歳男性。普段から高血圧の治療に通院、当薬局を利用。投薬後3日後に電話があり、服用しているロサルタン錠50mg30日分(30錠)の中に10錠だけロサルヒド錠LDが混ざっていると連絡あり。自宅に伺い交換した。	ロサルタン錠50mgとロサルヒド錠LDは棚が上下隣り合わせ、ロサルヒド錠LDをロサルタン錠50mgの棚に戻し間違えたこと、鑑査時によく確認できていなかったことが原因。	棚に戻すときには忙しいときにすぐに戻さず、業務が落ち着いたとき戻すよう業務手順を再検討した。	ロサルタンカリウム錠50mg「ケミファ」	ロサルヒド配合錠LD「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1415	ロサルタン錠50mg「テバ」をピッキングするべきところ、引き出しの中で隣にあったロサルヒド配合錠LD「EP」をピッキングしてしまった。(監査前)すべてピッキング後に処方せんと照らし合わせて再確認したときに気づいた。	2種の外箱がともに黄色であり、箱に処方予定者名を書いた付箋を貼っていたため、「ロサル」までの字で判断したため、ミスしてしまった。	誤りやすい薬ということを他の従業員にも周知する。隣に置かないようにする。付箋をつける場合は、薬剤名はなるべく隠れないようにする。	ロサルタンカリウム錠50mg「テバ」	ロサルヒド配合錠LD「EP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1416	ロサルヒド配合錠HDをレザルタスHDでピッキングしてしまい、監査もスルーされた。	煩雑時に調剤の確認作業がおろそかになっていた。	起きた事例の共有。	ロサルヒド配合錠HD「杏林」	レザルタス配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1417	ロスゼットLDとアトーゼットLDの取り間違い	薬品名の後半部の「-ゼットLD」が同じなために見誤ったのが原因。	薬品名を最初から最後まで最低3回確認する。	ロスゼット配合錠LD	アトーゼット配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1418	シートの刻印が小さく、規格の判別が見づらい。	注意喚起していたが、間違っってピッキングした。	棚をずらし、ラベルのサイズも変更。	ロスバスタチンOD錠5mg「DSEP」	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1419	錠剤の棚に違う錠剤が混入していた。お薬お渡し時に気が付いて訂正して渡した	2種類錠剤が似ている為。	一度調剤した薬は調節戻さず、一時箱に保管する。棚に戻すときは、2人で確認して棚に戻すようにした。	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」	クレステール錠2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1420	ロスバスタチン錠(2.5)で入力すべきところ、ロスバスタチンOD錠(2.5)で入力	元の処方箋に記載されている名前がクレステールOD錠2.5mgなので誤ってロスバスタチンに変換してしまったのだと思われる	入力鑑査の徹底	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」	ロスバスタチンOD錠2.5mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1421	ロスバスタチン処方のところ、ロキソプロフェンをピッキング。	調剤者の思い込み。先発品からの変更で、頭の中での変換間違い。	一つ一つ確実にピッキングするよう指導。	ロスバスタチン錠2.5mg「ファイザー」	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1422	繁忙な時間帯の新規患者。処方元医院も新規で受け付ける病院であった。入力項目が多い中、ロスバスタチン錠2.5mg「杏林」と入力すべき薬剤をロスバスタチンOD錠2.5mg「サワイ」と誤って入力し印刷していた。監査で気づかずに誤った薬剤名が印字された薬袋と薬品情報提供書を患者に交付してしまった。後日、在庫管理業務において発覚し、患者様に連絡し印字内容の誤りを謝罪し解決となった。	繁忙な時間帯での新規患者、新規受付の病院で入力項目が多岐にわたった。また、ロスバスタチンOD錠2.5mg「サワイ」は薬局に在庫していない後発品であり、通常薬品マスタにおいて薬品名の先頭に「×」印をつけ忘れていた。監査においても、印刷された薬品名に対する意識が低下していたと考えられる。	薬局に在庫していない非採用薬の後発品の薬品マスタにおいて先頭に×印をつけることを徹底、印刷内容の監査を徹底することを周知した。	ロスバスタチン錠2.5mg「杏林」	ロスバスタチンOD錠2.5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1423	いつもロゼレムを服用されているが、今日は違う薬が入っていたとの電話があり発覚。デエビゴと言う薬が入っているとの事でした。	土曜日の大変混雑している時間帯で、薬の色も似ており、デエビゴを使う患者が多くなっている背景があり、調剤者、監査者もスルーしてしまった。	睡眠薬も変更が多い薬なので、変更の有無、薬剤の名前も数回確認をし交付の間違いが無いよう努めて行きます。	ロゼレム錠8mg	デエビゴ錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1424	ロフラゼパ酸エチル錠1mg「サワイ」と入力すべきところを、ロフラゼパ酸エチル錠2mg「サワイ」で入力されていた	一般名処方による名称類似	規格も注意して確認する	ロフラゼパ酸エチル錠2mg「サワイ」	ロフラゼパ酸エチル錠1mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1425	花粉症の訴えのある患者に【般】ロラタジン口腔内崩壊錠10mgが一般名で処方された為、ロラタジンOD錠10mg「サワイ」で入力、調剤を行ったところ、監査時ロフラゼパ酸エチル錠2mg「サワイ」が調剤されていることに気が付いた。ロラタジンOD錠10mg「サワイ」の在所に、ロフラゼパ酸錠2mg「サワイ」が入っていた。	納入した薬を在所に片付ける際の間違い、薬を調剤した際の確認漏れ、とミスが2回あった。成分名の類似だけでなく、100錠包装の箱のデザインも類似している事も要因の一つと思われる。	薬局内で取り違えの事実、向精神薬は在所を分けている事の周知を行った。ロフラゼパ酸エチル錠2mg「サワイ」は箱を開けると、「類似名あり」と記載されていることも確認した。(ロラゼパムを想定しての記載と思われるが。)	ロラタジンOD錠10mg「サワイ」	ロフラゼパ酸エチル錠2mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1426	もともとラフチジン錠10mgは朝食後で処方されていたが、今回からロラタジンOD錠10mgと同じ夕食後に用法が変更され、一般名処方でも上下に並んでいた。事務職員はレセコン入力時に同じお薬が二重に入力されていると思い込み、下に記載されていた片方のお薬ラフチジン錠10mgを削除してしまった。調剤後薬袋とお薬を確認する際にラフチジン錠10mgが入力されていないことに気づいた。	一般名処方でも容量も10mg規格の薬剤が上下にならんでいたこと、以前にも何度か処方箋に同じお薬が二重に入力されることがあり、医療機関に疑義照会にて削除になることが何度かありました。今度も二重に打たれたお薬なので、削除すれば良いと思い込んでしまった。	似た名称の薬剤、商品名と一般名のパターンを把握し、ヒヤリハット事例は薬剤師だけでなくレセコンを入力する事務員も共有するようにする	ロラタジンOD錠10mg「トーフ」	ラフチジン錠10mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1427	ロラタジンDSyの処方であったが、名称類似のオロバタジン顆粒を調剤してしまい、検査時に発見した。	名称類似品は場所を離して保管することや名称類似品があることを注意書きとして残す。	名称類似薬を改めて確認し、調剤棚にも類似品があることをわかるように工夫した。	ロラタジンドライシロップ1%「NP」	オロバタジン塩酸塩顆粒0.5%「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1428	ロラタジン10mgをピッキングするつもりでロラゼパ1mgをピッキングしてしまった。	流れでとってしまい、確認がしっかりできていなかった。他の処方にも気をとられスルーしてしまった。	再度、ピッキングから投薬までの間の二重監査を徹底する。	ロラタジン錠10mg「サワイ」	ロフラゼパ酸エチル錠1mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1429	ロラタジン錠10mg 1錠30日処方のところ、10錠はロラタジンで20錠はロスバスタチン5mgで調剤されていた。ロラタジンに隠れて表からはロスバスタチンが見えず裏のバーコードを読み取る段階で気付いた。	名称類似薬に気づけなかった	全てのヒートを確認する	ロラタジン錠10mg「ファイザー」	ロスバスタチン錠5mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1430	一包化調剤。ソラナックス0.4 3錠分3から2錠分2へ変更となり、ソラナックス0.4を抜くところ誤ってワイパックス0.5を抜き一包化してしまった。お渡し後すぐに気づき、正しいものと交換した。	業務多忙。薬剤師1人で焦ってしまった。監査時、患者から話しかけられ注意散漫になってしまった。	監査は落ち着いて行う。	ワイパックス錠0.5	ソラナックス0.4 mg錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1431	トラムセットを長く服用していた方がワントラムに変更。しかしながら、ワントラムの存在を知らず、思い込みによりトラムセットを調剤。患者に説明する際に患者より指摘があり発覚	同種同効の薬の場合、思い込みにより判断ミスを起こす可能性がある	汎用品でも容量等に十分注意をし思い込みをしないこと。例えば知らぬ間に規格違い製剤が発売されている可能性もある。例としては余り使われないメチコパール250mgの存在や、ヒアレイン0.3%等は、同500mg・0.1%と勘違いする可能性が多々ある。	ワントラム錠100mg	トラムセット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1432	新規の面処方。医療事務から亜鉛華軟膏のレセコン入力は何の屋号を選んだら良いかと口頭で尋ねられたが、薬剤師は面処方と知らず門前で平素から受付けている亜鉛華単軟膏の屋号を伝えた。その後、返答した薬剤師が処方入力を監査したときに、亜鉛華単軟膏ではなく亜鉛華軟膏の処方であることに気づき、レセコン入力訂正し、調剤を行った。	レセコン入力者は亜鉛華軟膏と亜鉛華単軟膏の違いを把握していなかった。薬剤師は思い込みで返答してしまった。	新規の面処方などは、不慣れで口頭でのやり取りでは情報が不十分になる可能性があるため、お互い処方箋を確認しながらコミュニケーションを行う。亜鉛華単軟膏と亜鉛華軟膏が存在することを把握しておく。	亜鉛華軟膏「ニココー」	亜鉛華(10%)単軟膏「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1433	2021年03月05日(14:30頃)、患者様から持込処方せんがあり受付・一包化調剤(要した時間は、1時間程度)・ピッキング者が一包化を行い、もう一人の薬剤師が鑑査した後、投薬。2021年03月06日(08:40頃)、前日使用医薬品の日次棚卸を行っていた時、過誤が発覚直ちに患者宅へ連絡し、服用されていないことを確認した後、新しく作成し直し取り換え致しました	10種類×56日分の一包化処方せんの持ち込みがあり、バスの時間が迫っていると当該患者様から強く言われた。・処方箋は、「手書処方箋」で非常に読みづらいものであった。・一包化の方法は、分4毎食後・寝前で、横一包化(朝食後、昼食後、夕食後、寝前・・・の繰り返し&マジックによる色分け作業)・処方箋の不備もあった(用法の記載なし)・昼食時間も重なり、薬剤師2名体制で、当該患者一包化、他患者3名の対応を行っていた	・患者様のご都合もあるかもしれませんが、時間的に無理が生じる場合ははっきりとその旨を伝え、了承を得る・ピッキング、調剤、監査、投薬は、一人が連続して行わず、交互にその作業を分担する	一硝酸イソソルビド錠20mg「トーワ」	一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1434	施設の一包装を作成する際に酸化マグネシウム散の箱から詰め替えをしようとしたところ箱の中身が塩化ナトリウムになっていた。詰め替え用の瓶には酸化マグネシウムが入っており、誤って詰め替えた形跡はない。朝礼にて全体周知をしたところ、誤って使用して調剤した形跡もないことを確認。 調剤をした際に、同時に使用して箱を誤って入れた可能性が高い。	大量に使用するため、詰め替えの瓶では中身が足りず直接使用していたと考えられる。	散剤の調剤を行う時は箱から直接調剤するのは禁止とし、ダブルチェックで詰め替えをしたものから調剤を行うように徹底。	塩化ナトリウム* (山善)	重質酸化マグネシウム 「ニココー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1435	1か月振りに来局。一般名処方薬追加あり。受付入力時に、クロルプロマジン塩酸錠2.5mg=>◆コントミン糖衣錠2.5mgの所、頭3文字入力で選択時にクロルマジノン酢酸エステル錠2.5mg=>◆プロスタール錠2.5を選択してしまいました。新規追加薬、繁忙時で女性に使わない薬に気づかず投薬してしまいました。	一般名処方を入力時に、カタカナ3文字後検索確定時に全文字を処方と照合する。	一般名の初回入力時は複数で確認する。	塩酸クロルプロマジン錠(ソルハラ) 2.5mg	プロスタール錠2.5		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1436	眼・耳科用リンデロンA軟膏の部位を点眼で入力した。	QRコードの読ませたので合っていると思い込んでいた。	処方箋の内容よく見て入力します。	眼・耳科用リンデロンA軟膏	眼・耳科用リンデロンA軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1437	(正) 一般名:ヒドロコルチゾン酢酸エステル・フラジオマイシン配合剤軟膏 (強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏) 10g×2本(誤) 一般名:ヒドロコルチゾン・フラジオマイシン等配合軟膏 (ヘモレックス軟膏) 20g×1本の取り間違いです。入力者、監査者も気付かず投薬。投薬中に患者様から2本頼んだと言われた時に発覚。	過去同様の取り間違いがあり、病院の処方箋が強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏で記載されるようになりました。それ以前に病院にかかれた方に同薬が処方された際に、過去の一般名記載で処方がかかります。その際、ヒドロコルチゾンと見ただけでヘモレックス軟膏と判断してしまったことが要因です。	調剤台に似た一般名のリストを貼りだし集中して調剤します。	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏	ヘモレックス軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1438	散剤の予製で酸化マグネシウム原末と炭酸水素ナトリウムを続けて作成し、重量監査後・異物確認のあとに監査ラベルを取り違えて貼り付けてしまい、それに気づかずに保管。実際に酸化マグネシウムが処方された患者様にその予製を使用する際に重量監査による違いと外観の違いに気づき、その薬剤を破棄し新たに分包しなおして調剤を行った。	予製のため、調剤のようにルールが徹底しておらず、2薬剤続けて分包して監査ラベルをそのあとに貼り付けていた手順に問題があったと考えられる。	1 薬剤調整ごとに監査を終わらせてから次の薬剤の調剤を始めるよう通常の調剤と同様の手順を踏むよう気を付ける。また外観や重量が似ている薬剤は分包に印字をするルールにする。	酸化マグネシウム* (丸石)	炭酸水素ナトリウム 「ニココー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1439	酸化マグネシウム細粒83%「ケンエー」0.5gを処方された患者に対し重カマ0.5gを交付した。発覚したのは次回来局時であり、誤った量の下剤を服用し終えていた。患者に体調変化、副作用がないか確認し謝罪。処方医にも経緯と経過を報告した。幸いにも患者に副作用は確認されなかった。	重カマは酸化マグネシウム100%の製剤であり、変換する際にしっかりと成分量を計算する必要があったが確認を怠った。	酸化マグネシウム細粒83%「ケンエー」と重カマ0.5gを変換する際には、成分値変換表を活用しつつ、しっかりと成分量を計算して鑑査する。	酸化マグネシウム細粒83%「ケンエー」	重カマ「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1440	処方箋の医薬品名称が 酸化マグネシウム原末「ヨシダ」と表示されていたので重カマ「ヨシダ」で調剤した。名称変更かと思い調べてみたらそのような薬価収載品はなく、Drへ疑義をかけたところ酸化マグネシウム細粒83%「ヨシダ」との事だった。	名称変更の多すぎることによる錯覚	薬価収載品と同名確認。	酸化マグネシウム細粒83%「ヨシダ」	重カマ「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1441	初回来局時は酸化マグネシウム原末「マルイシ」の処方があり、2回目からは酸化マグネシウム細粒83%に変更になっていたが、別製剤と思わずに酸化マグネシウム原末のままの継続処方と判断してしまい入力・調剤し1年以上交付を続けてしまっていた。	それぞれの製剤についての知識が不足していた点、名称が類似していたことから漫然と継続処方であると判断してしまい入力・調剤してしまっていた。調剤時・鑑査時・交付時にもD0処方であることから鑑査がおろそかになってしまい長期間見落としてしまっていた。	類似する名称・規格の薬剤がある場合は特に注意を払って鑑査をする。処方箋の記載から変更して調剤する場合には必ず規格や剤形、有効成分量、薬価など変更可能な条件を満たしているか確認を怠らないようにする。	酸化マグネシウム細粒83%「ヨシダ」	酸化マグネシウム原末 「マルイシ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1442	酸化マグネシウム250の処方のところ330で入力してしまい、調剤、監査、投薬とすんで患者にわたってしまった。	処方箋と薬を確認する。	処方入力を再度確認する。	酸化マグネシウム錠250mg「ヨシダ」	酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1443	酸化マグネシウム錠330mg 63錠処方されていたが、酸化マグネシウム錠60錠とスピロラクトン錠25mg3錠が調剤かごにあり、監査・投薬時に気づかず、お渡ししてしまった。当日在庫確認時ミスに気づき、患者様に電話連絡し、服用されていないことを確認。間違ってお渡ししたスピロラクトン錠は服用しないようにとお伝えした。スピロラクトン錠3錠は後日定期受診時に持参していただき、酸化マグネシウム錠3錠をお渡ししました。	薬品棚は上下に分かれてはいるが、真下に位置しており取り間違えた。シート形状が類似していること、監査時の思い込みもあり、投薬してしまった。	棚の位置を離し、真下にならないように場所を違えた。他の薬剤師、事務職員にも変更したことを伝え、ピッキング後の監査を徹底、投薬時にも再確認し、取り違い防止に努める。	酸化マグネシウム錠330mg	スピロラクトン錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1444	患者様が直接100錠の包装を持って来られた。酸化MG 160錠処方されたうち100錠はアルミ包装のまま端数の60錠は輪ゴムで止めて与薬。その100錠がニフェジピンCR錠20mgだった。	調剤監査器を使っているが100錠の包装分は目視。端数の60錠はバーコードにて錠数まで監査。その目視部分の薬が違っていた。最終薬剤師の監査でもスルーしてしまった。調剤棚は近くではないので、100T包装を調剤棚に入れる際に間違えたものと思われる。必ず調剤棚には二人で入れるようにルールを決めているが守れなかった。	調剤棚に薬を入れる際の手順書：2人で声を出しながら入れることを徹底。100錠包装は最終段階で封を開ける。透明包装はそのまま。もう一つの監査器は写真を撮れるのでそちらを使う	酸化マグネシウム錠330mg「マイラン」	ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1445	酸化マグネシウム330mg「マイラン」を168錠ピッキングしお渡しするところを、モサプリドクエン酸5mg「ファイザー」を100錠+酸化マグネシウム330mg「ファイザー」68錠でピッキングしてしまい、投薬時に誤りが発覚した。	酸化マグネシウム330mg「マイラン」の棚に、モサプリドクエン酸5mg「ファイザー」が入ってしまっており、100錠をピッキングする際、ピロー包装から取り出さなかったため、発見が遅れた。酸化マグネシウム330mg「マイラン」とモサプリドクエン酸5mg「ファイザー」の外箱が酷似しているため、棚へしまう際に思い込みでしまったと考えられる。	棚へ薬剤をしまう際は、薬剤名の照合を徹底する。100錠以上でお渡しする際、ピロー包装を外すことにルール変更する。	酸化マグネシウム錠330mg「マイラン」	モサプリドクエン酸塩錠5mg「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1446	患者様の申し出で、メーカー違い違いが判明	同じ製品でも メーカー違いがあり、処方せんの指示に注意を要する	監査の時に、必ずメーカーまで確認を怠らない事。	酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」	酸化マグネシウム錠330mg「モチダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1447	マグミットを調剤すべきところを同じ成分の酸化マグネシウム330mg「ヨシダ」で調剤してしまった。	薬剤師1人のときで多数の薬剤が処方されており焦りがあった。	同成分の取り換え注意の札を薬剤棚にとりつける。	酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」	マグミット錠330mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1448	酸化マグネシウム250mgが処方されているところ、カルボシステイン250mgで投薬。	酸化マグネシウム250mg×2とカルボシステイン250mg×2が普段からよく出る処方方で、数値だけを認識して勘違いしてしまった。	集薬の後、別のスタッフに確認してもらう作業を必ず行う。	重質酸化マグネシウム「ケンエー」	カルボシステイン錠250mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1449	重質酸化マグネシウム(原末)で処方されていたところ、誤って酸化マグネシウム83%「ケンエー」で入力してしまった。入力鑑査では気づかれず調整し、最終鑑査にて間違えであることが発覚した。	多忙であったことと、普段あまり受け付けていない病院からの処方であったため間違えてしまった。	繁忙であっても落ち着いて入力、鑑査していくことが改善策と考える。	重質酸化マグネシウム「ケンエー」	酸化マグネシウム細粒83%「ケンエー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1450	施設患者様に小建中湯を間違えて小青竜湯で調剤。患者様5包服用。異常や副作用はみられなかった。	名称の類似。ヒートの色が同じ。	薬の側にテプラで貼る紙。名称の類似注意と記載。	小建中湯	小青竜湯		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1451	当日は薬剤師1名と派遣薬剤師1名。事務員2名。お久しぶりの来局の3歳のお子様。さらに3名の患者様が来局。処方 カルボシステインシロップ5%、(般)アムプロキソール塩酸塩シロップ0.3%、アスベリンシロップ0.5%。カルボシステインシロップが無く、他局に分譲購入の連絡後、事務員が購入に行く。アムプロキソール塩酸塩シロップは、当局にあるムコソルバン内用液と思い込み調剤を開始。途中で派遣薬剤師がムコソルバンの濃度の違いを指摘。小児用ムコソルバンシロップで調剤し直す。	当日は薬剤がないことや、他に3名の来局で患者様をお待たせしていることに焦り勘違いをしてしまった。派遣薬剤師のため通常の薬剤確認を複数名で行わなかった。	液剤、粉薬は必ず数名で薬剤の確認を行う。焦らずにきちんと確認する。	小児用ムコソルバンシロップ0.3%	ムコソルバン内用液0.75%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1452	炭酸水素ナトリウム「ケンエー」を調剤するべきところを酸化マグネシウム「ケンエー」0.5gを調剤してしまった。	デザイン・色調が全く同じであるため。	周知徹底、視覚的に見て注意すべき薬剤として認識できるように配置。	炭酸水素ナトリウム「ケンエー」	重質酸化マグネシウム「ケンエー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1453	炭酸水素ナトリウム「ニッコー」の調剤録の入力が、炭酸マグネシウム「ニッコー」となっていた。分包してお渡した医薬品の印字は正しかったが、薬袋との印字が異なり、家族から「どちらが正しいのか?」と連絡があった。患者の家族に謝罪し、正しい薬品名をを伝えた。	処方入力時に思い込みで類似役の医薬品と選択の誤りをしてしまった。	確認を怠った。処方箋と調剤録に印を付けチェックを行うことを怠らない様に徹底する。	炭酸水素ナトリウム「ニッコー」	炭酸マグネシウム「ニッコー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1454	炭酸水素ナトリウム「ニッコー」の調剤録の入力が、炭酸マグネシウム「ニッコー」となっていた。渡した薬、粉を分包した印字は正しかったが、薬袋との印字が異なり、家族から「どちらが正しいのか?」と連絡があった。患者の家族に謝罪し、正しい薬品名をを伝えた。	初めて処方された薬で、調剤録の入力を目視だけで確認した。患者が業務終了後に来局され、玄関前で薬を渡した。その際にもう1度入力の確認を怠った。	処方箋と調剤録を1対1で印をつけながら、チェックを行い投薬を行う。薬袋と薬を確認してから投薬を行う。	炭酸水素ナトリウム「ニッコー」	炭酸マグネシウム「ニッコー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1455	沈降炭酸カルシウム84錠渡した中にアルジオキサが混ざっていた。	予製で薬を集めていたかその時に集めたかわからず監査でも見過ごしてしまった。	予製で集める際もダブルチェックする。ヒートなどもきちんと確認し監査する。	沈降炭酸カルシウム錠500mg「武田テバ」	アルジオキサ錠100mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1456	点眼・点耳用リンデロンA液の処方。ピッキング時に誤って、眼・耳科用リンデロンA軟膏を取ってしまった。鑑査者の薬剤師が気が付いた。	・「リンデロン」と「A」のキーワードのみでピッキングしてしまったこと。	・薬名、剤形、規格まで指差し呼称する。・ピッキング後にも指差し呼称する。	点眼・点鼻用リンデロンA液	眼・耳科用リンデロンA軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1457	新規患者が【般】ベタメタゾン・フラジオマイシン配合点眼点鼻液の処方箋を持参された。レセコンで「点眼・点鼻用リンデロンA液」を入力したが、当薬局に在庫がなかったため、近隣のA薬局から小分けしてもらったことになった。しかし、A薬局で用意されていたのは薬価同じで似た商品名の「リンデロン点眼・点耳・点鼻液」であった。患者を待たせて急いでいたため、薬剤名が違うことに気づかず、またいつもは通すはずのGS1チェッカーを通さずに患者にそのまま交付。誤った薬剤を渡してしまった。後で間違いに気づき、正しいものを調達して患者に届けた。	新規患者であり、処方された薬剤も採用がない物であり、入力や登録に時間がかかってしまった。近隣の薬局に調達に行ったこともあり、全体的に焦っていた。さらに、小分けしてもらった薬剤が間違っているとは思わなかった。	入力や薬剤の調達に時間がかかりそうな場合は、患者にその旨を早めに伝え、こちらが焦ることのないようにする。薬の小分け時に、薬剤名の指差し確認をする。急いでいても、交付前のGS1チェッカーを必ず通す。似た薬剤名の薬の知識をつける。	点眼・点鼻用リンデロンA液	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1458	テグレート細粒50%、乳酸カルシウム、フェノバル散10%のミックスが処方。その中の乳酸カルシウムを乳糖と取り違えて調剤・投薬してしまった。	乳酸カルシウムと乳糖の配置場所は隣接している。どちらも1箱500g入りの物を採用し、調剤用に100gの瓶に入れている。瓶の物がなくなったら箱から瓶に充填している。充填するときは必ず他の人に目視確認をしてもらっている。しかし、今回乳酸カルシウムの瓶を手を取った時、中は最初から空であった。忙しいことを理由に誰かに目視確認をしてもらわず箱から直接取り出し秤量した。その際に乳酸カルシウムと乳糖を取り間違えた。秤量計には瓶を通し、箱に入っている物を使ったため、他者によるレシートチェックでは気づくことが出来なかった。乳酸カルシウムの場合、箱にあるJANが登録されてないため、必ず瓶を通して箱の物を使わないといけなかった。ここ最近、瓶が空で箱から直接秤量することが多かった。	薬局内で作っている小分け用の容器を廃止。箱から直接粉を取り出すことにする。(箱からの読み取りを可能にする)見た目が似ている乳糖と乳酸カルシウムの配置場所を変える。	乳酸カルシウム	乳糖		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1459	処方せん上は「乳酸カルシウム」であり、これは当該患者様の常薬であった。ピッキング担当者が他の錠剤のピッキングからはじめていたため、他の薬剤師が時間のかかる散薬の秤量にとりかかった。その際処方せんは横から確認したが、一日量と日数に気を取られ秤量換算時に秤量回数の多い「酸化マグネシウム」と思い違いをした。両薬剤の一日量にあまり差がなく、散剤の外観が似ていることも一因であったと考えられる。ただ分包機捜査中ふと不安になり再度処方せんを確認したところ、「乳酸カルシウム」であることが判明、急ぎ容器と処方せんを並べて監査者とともに確認、秤量分包を行い交付した。	両薬剤の外観、一日量が非常に似ていた。容器のピッキング時、処方せんと並べて行わず、1人で横から確認した内容に基づきピッキングを行った。時間のかかる秤量、分包が後回しになっていたための焦りもあったと考えられる。	ピッキングについては主たる担当者をさだめ、散薬についてもその者が処方せんを参照しながら容器のピッキングを行い、他の者に秤量数、分包数を指示することで作業時の思い違いを防げると考えられる。またピッキングに先んじてまず処方せんを概観することで作業の優先順位をつけ、患者様の待ち時間を最小にするよう努める	乳酸カルシウム「ケンエー」	酸化マグネシウム「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1460	オランザピン細粒と乳糖を混合する処方 で、オランザピン細粒と重曹を混合してしま った	乳糖と充填するボトルに間違えて重曹を入れてしまった	重曹の容器、充填前の重曹を乳糖から離して保管し赤のマジックで注意喚起をした	乳糖「ホエイ」	重曹「ホエイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1461	一包化内の薬品間違い。ロスバスタチン口 腔内崩壊錠5mg「DSEP」の処方 に5mgと2.5mgの錠剤が混在していた。	錠剤分包機の薬品カセットへ回収された薬品を再充填する際、5mgの薬品カセットへ2.5mgの錠剤を充填した。必ず二名で確認しながら充填するルールになっているが、繁忙時間帯に確認が疎かになったと思われる。錠剤の色は同じだが大きさに差があるのを見逃したと思われる。	錠剤分包機の薬品カセットへ購入薬品以外の薬品を充填するときは、必ず二名で「薬品名・規格」を確認し、カセット内から1錠取って確認して充填するルールを職員全員に今一度徹底させる。			ロスバスタチン錠5mg「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1462	ミヤBM錠を42錠ピッキングすべきところ を50錠ピッキング。監査を行った別の薬剤 師が間違いに気づいた。	今までミヤBM錠は10錠ずつだったが、メーカーの包装変更により12錠ずつのヒートに変更になっていたことにより間違いが起きたと考えられる。	今一度、薬局スタッフ全員にミヤBMの包装変更を周知する。また、ピッキング時に目に入るような注意喚起の札をつけることを検討する。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1463	先発希望の患者にジェネリックがピッキングされていた	一般名処方は要注意	患者の希望を必ず確認			ロキソニン錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1464	自動分包機にて一包化のさいメジコン錠が入っているところドンペリドン10mg「JG」がはいっていた。監査者が発見。自動分包機のメジコン錠カセットにドンペリドン10mgが混入。	薬品記号がメジコン錠YD27 ドンペリドン10mg「JG」がch27で1包化のおバラシの補充のさい27の数字で判断し補充間違いをしている。カセット補充のさいの確認不足	カセット補充の際は必ず他者に確認してもらい、対象薬剤現物と見比べカセットに補充する			メジコン錠15mg ドンペリドン錠10mg「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1465	ミヤBM錠のシート包装が10錠シートから12錠シートに変更になったが10錠シートと勘違いして計数間違いしてしまったが、監査の時点で気づいた為間違いを訂正して正しい計数で投薬した。	10錠シートの思い込みある為のミスが起こったと思われる。	ミヤBMの箱に12錠シートと大きく付箋貼り注意喚起して周知した。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1466	リンデロンA軟膏の置き場所にリンデロンVG軟膏が置いてあった(箱の状態)	包装箱の外観が似ているので不注意で置き間違えたと思われます	それぞれの置き場所も離れていて、普通ではあまり起こりえないミスだと思うが、よく似た名称の薬の場合は声だし確認など気をつけることが必要			眼・耳科用リンデロンA軟膏 リンデロン-VG軟膏0.12%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1467	フェブリク錠10mgとフェブリク錠20mgが同時処方になっており、20mgは14錠ヒート、10mgは10錠ヒートであった。ヒートの違いには気が付いていたが20mgを40錠のところ54錠と数量を誤って調剤してしまった。その後同薬剤師が監査し、間違いに気が付かず二次監査者へまわし二次監査の薬剤師が発見した。	1人での監査、調剤と繁忙な状況であったため焦りがあった。	監査手順を決め、どのような状況のときも遵守して業務を行う。			フェブリク錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1468	他院でヒューマログ注ミリオペンを1日3回食直前、インスリン グラルギンB S注ミリオペン「リリー」を1日1回夕食後に使っていた当該患者。転院して院外処方となり、当薬局へ処方箋を持参された際に、インスリン グラルギンB S注ミリオペン「リリー」からインスリン グラルギンB S注キット「FFFP」へ変更となった。しばらくして、家族から「インスリンの残数がおかしい」と連絡があり、確認したところ、ヒューマログ注ミリオペンとインスリン グラルギンB S注キット「FFFP」を混同して使っていることが判明した。超速効性製剤を使うべきところ、持効性製剤を3回/日使っていたため、食後の血糖管理がやや悪化していたが、遷延性の低血糖などのトラブルはなかった。	前医で処方されていたインスリン グラルギンB S注ミリオペン「リリー」の外筒の色は銀白色で、ヒューマログ注ミリオペンの外筒の色は紺色であったため、本人は、外筒の色調から、持効性と超速効性製剤を区別していた。転院後、持効性製剤の銘柄が、インスリン グラルギンB S注キット「FFFP」に変更となったが、その外筒の色調は紺色であった。結果的に、持効性と超速効性の色調が似通ってしまい、本人が同じものだと勘違いしてしまった。	インスリン製剤の外筒の色調は、メーカー毎に異なっており、銘柄を切り替える際には、患者に、外筒の色調の違いまで含めて理解させておくことが必要。理解度に難がある高齢患者に、外観が類似している製剤を複数投薬する場合には、混同しないように、敢えて外筒が異なる色調の銘柄を採用するなどの工夫も必要。			インスリン グラルギンB S注ミリオペン「リリー」 インスリン グラルギンB S注キット「FFFP」 ヒューマログ注ミリオペン	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1469	メチコパール錠500mgを発注すべきところ規格違いの250mgを発注。その後納入、充填、調整まで誰も気づくことなく、監査者が患者様にお渡しする前に発見した。	発注、納入、充填、薬剤の取り揃えまで、各場面において緊張感なく漫然としており、確認も怠っていた。	特に納入、充填時は2名で薬品名、規格まで声出し確認を行う。			メチコパール錠 250μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1470	発売されてすぐのジェネリックのリバスタチグミンテープの1束が28枚だったにも関わらず、先発品のリバスタチグミンテープと同じ14枚と思い込み、28枚処方のところ56枚でお渡ししてしまった。	在庫が合わなかったため判明した。	先発品と後発品の包装が違うことがあるので、必ず枚数の確認を行うこと。			イクセロンパッチ 18mg リバスタチグミンテープ 18mg 「ニプロ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1471	シルニジピン錠20mgを1日1回 朝食後で継続服用中の患者に、定期受診数日後に検査結果をうけて、メトホルミン錠500mgが1日1回 夕食後で処方が追加された再来時にはメトホルミン錠も定期処方となったため、投薬時、シルニジピン錠と用法を逆に服用していた可能性があると聞き取りし、発覚	シルニジピン錠20mgとメトホルミン錠500mgは錠剤の形状がとても似ているため、患者が薬袋に薬を戻し間違った可能性がある	薬剤情報には錠剤の写真は添付してあるが、薬袋には識別写真の添付はないため、似ている形状の薬の場合は今回の様な薬袋の戻し間違いが発生する可能性があることを認識して、可能な限り、PTPシートの特徴(色調)なども、識別ポイントとして患者にお伝えする事とした			メトホルミン塩酸塩錠 500mg MT 「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1472	患者さん自身が数量不足に気づき、約2週間後に来局。8錠足りないことを確認し過誤が発覚。フェブリク40mgを32錠お渡しするところを24錠しか渡っていない。投薬者がピッキング、他者がチェックを行っていたが、両者ともミスに気づけなかった。	同じ用法で14錠シートのディオパン40mgが2シート+4錠、合計32錠お渡しであったため、フェブリク40mgも同様に14錠シートと勘違いし2シート+4錠、合計24錠でお渡ししてしまった。フェブリク錠が以前は14錠シートを採用していたこと、シートの大きさが比較的長いことが勘違いの原因になったと考えた。	輪ゴムでまとまっているシートの中を指で広げ10錠シートか14錠シートかをすべてチェックすることとした。			フェブリク錠40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1473	フォシーガ5mgからフォシーガ10mgに処方変更になっていた。しかし規格が変わっていることに気付かず入力を5mgのままにしてしまった。患者様へはフォシーガ10mgでお渡しした。処方薬は合っていたが入力が違っていたため未収金1500円が発生してしまった。	服用薬が11種類と多く入力時規格の変更気付かなかった。処方の監査時も前回Do処方と思いつきピッキングした薬と入力されている薬との規格違いに気付かなかった。	処方箋に記載の薬と入力されている薬が同一の物が注意して確認しないといけない			フォシーガ錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1474	患者様にミヤBM錠 6錠 分3 40日分(全240錠)の処方があり、調製者が2錠多い242錠を調整し、鑑査者へまわした。鑑査者は2錠多いことに気づき調製者へ伝え、正しい240錠に直してもらったため、患者様には正しい数量をお渡しした。	調製者による単純な計算ミス。ミヤBM錠の「PTP包装への変更・錠数の変更」があり、当薬局の在庫がちょうど発生日より変更品(1シート10錠から1シート12錠へ変更)になったばかりであった。	ミヤBM錠の処方量が多いため、薬局内の医療安全会議にてミヤBM錠の包装変更にて、1シート10錠から1シート12錠へ変更になったことによる計数ミスの注意喚起を行った。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1475	リザベン点眼液を発注し納品された際に、誤って冷蔵庫に保管してしまっていた。交付前に気が付いたため、当該薬品は交付されることはなかった。 リザベン点眼液は結晶が析出することがあるため冷蔵庫等に保管しないことと添付文書上に明記されている。製造販売元のメーカーによると仮に結晶が析出した場合、常温に置いても結晶が溶解することはなく、約80℃まで加熱しなければならないとの回答。但し、結晶の析出が確認されていたのは過去に流通していた褐色のボトルのものであり、現在流通している黄色のボトルでは5℃、1か月の検査で結晶が析出されたものはなかったとのこと。	リザベン点眼液を発注した際に冷所に保管する必要のあるリズモンTG点眼液も発注しており、同時に納品された。上記2剤は同一の製造販売メーカーの製品であり、品名及び外箱の外観が酷似しているが、相反する保管方法が求められている医薬品であるため間違いが起こってしまった。	収納間違いの起こるよりもさらに未然にミスを防ぐ工夫が必要であるため、品名や外観が酷似した医薬品を同時に発注しないようにする。			リザベン点眼液0.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1476	ミヤBM錠SP包装がPTPシートに包装変更された際SPシートは1枚10錠がPTPシートは12錠に変更されたが気付かず1シート10錠と思い込み調剤	医薬品のシートは1枚10錠が当たり前と思いつい込んだ	医薬品のカセットの手前に12錠シートと注意喚起カードを差しスタッフ全員で共有した			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1477	ミヤBM錠の包装変更に伴い、10錠シートから12錠シートになったことによる計数間違い	シート変更の注意喚起	注意喚起の札をどけないと取れないように置き場所を変更した			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1478	(一般名) リトドリン塩酸塩錠5mg → ウテメリン錠5mg を問題なく調剤・投薬した。初処方であったため、患者メモ欄に記録を残す際に、(一般名) ミドドリン塩酸塩錠5mg → ウテメリン錠5mg と誤って記録してしまった。	8/6、(一般名) リトドリン塩酸塩錠5mg → ウテメリン錠5mg を問題なく調剤・投薬した。患者メモ欄に記録を残す際、(一般名) ミドドリン塩酸塩錠5mg → ウテメリン錠5mg と誤って記録した。(音声入力) 8/11、8/27も同処方を受付したが、その際の監査者・投薬者とも記録誤りに気づかなかった。9/8、4回目の同処方を受付した際に、監査者が記録誤りに気づいた。	(一般名) ミドドリン塩酸塩錠2mgは、メトリジン錠2mgである。患者メモ欄の記録誤りが、入力～監査まで全ての段階においても調剤ミスにつながる可能性あり、より注意する必要がある。(音声入力) 8/11、8/27も同処方を受付したが、その際の監査者・投薬者とも記録誤りに気づかなかった。9/8、4回目の同処方を受付した際に、監査者が記録誤りに気づいた。			ウテメリン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1479	レボチロキシン50のところ、レボセチリジン5mgで調剤、一包化、監査をすり抜け、投薬薬剤師が発見	名称が似ている、慣れによる見落とし。	ピッキング後の一包化を行うものとの監査、薬剤監査も薬品だけでなく、薬効や他剤との組み合わせ、用法等を念頭において薬剤監査をすること			レボチロキシンNa錠50μg「サンド」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1480	一包化調剤後、クロチアゼパム5mg錠がカセットに残っていたことを当事者のは別の薬剤師が発見。クロチアゼパムは向精神薬のため、毎日数を数えているので、在庫を確認すると、その1錠が多いことも判明。確認すると、夕食後のバックの中にロサルタンK25mg 1錠とクロチアゼパム1錠入っているところ、ロサルタンK25mgが2錠混入されていた	錠剤をとりだす器具を使っていた。ロサルタンK25mgをばらした際、ロサルタンK25mg錠が器具の中に残っていた状態で、クロチアゼパムをばらしたため、混入したと考えられる。調剤終了後、薬がカセットに残っていないかも未確認だった	錠剤をばらしたときは、必ずトレイにあげてから、カセットにセットする。また、調剤後、錠剤が残っていないか確認する			クロチアゼパム錠5mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1481	成人男性に1日量1gで処方されていた。	1回量1g力価のところを誤って判断されたと思われる。	添付文章の力価表示に十分気を付ける。			L-ケフレックス顆粒500mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1482	ミヤBM錠3錠14日分処方。42錠ピッキングしなければならぬところ52錠でピッキング。調剤後、自己監査しているときに取りすぎていることを発見。	ミヤBM錠の包装変更によるピッキング間違い。新しく12錠シートになったが、以前は10錠シートだったのめ思い込みで調剤してしまった。	包装変更は薬局内で共有する。特にシート数に変更になったものに関しては必ず店舗全員に周知する。思い込みのまま調剤しない。シート数を確認しながらピッキングする。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1483	14錠シートであったが10錠シートと勘違いしピッキングされていたところ、鑑査業務にて発見し取り直して再鑑査。	ピッキング者の10錠シートという思い込みにより起こった事案。	確実に1シートに何錠あるか確実に確認してピッキングする。様々な錠数のシートが存在するということを把握する。			ブランカスト錠225「EK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1484	クラブモックス4.04g分2の処方通常は1.01g包を2包ずつ服用するように調剤している。今回1.01gを1包で服用する包数お渡ししてしまった。	当日は2.02g分2の処方が多く間違えてしまった。	薬袋の表記とも照合して鑑査を行う			クラブモックス小児用配合ドライシロップ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1485	リルゾール錠50mgは食前服用の用法用量に対し朝・夕食後の処方でのため確認。食後服用では吸収率低下の報告あり。	本人の拘りで以前から食後服用していたが今回の問い合わせから食前変更の指示。(今回当薬局は初めて調剤しました。) ちょう座が	新しい薬に関しては添付文書と照合し確認の上調剤をする。			リルゾール錠50mg「AA」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1486	6/9処方発行薬で次回受診日が7/7だが、6/24に代理でご家族がみえ、クラシエ五苓散細粒(2g)が1包しかあまりが無いと言われ、パソコン上で在庫と実在庫調べ、実在庫が42錠と実在庫が多く、84包渡さないといけないところ、42包しか渡しておらず、在庫少なく渡していたことが発覚した。	入力は正しかったが、薬品、数の照合できる機械で、印刷されたジャーナルで普段は数など間違っていないか確認しているが、今回はその確認を怠り、数の監査ミスが起きた。調剤時も 2g×42包を 2包×42包と勘違いしたことが原因と考えられる。	薬剤師の勤続年数による、漢方薬の包装のグラム数の知識不足と、監査時の集中力散漫になって、監査時にも入力後にでるジャーナルの確認怠るなど、順番通りに監査しなかったために過誤起きたと考えられる。そのため、監査時にも確認すべき順番で、作業を抜かずにチェックする。勤続年数が短い薬剤師には、包装規格も何種類もあること覚えていくことも重要と考えられる。			クラシエ五苓散料エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1487	一般名処方。定期薬でいつもは患者希望で「サワイ」を採用のところ、他社メーカーで分包。監査中に間違いに気づき訂正。	最近他社メーカーの後発品を採用。煩雑時の分包で注意不足。	集薬時の二重チェック。分包前の確認強化。			カンデサルタン錠4mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1488	テネリアを服用中の患者様に今回新規でジャヌビア50mgが処方された。同じ薬効成分であるため、疑義照会を行い、ジャディアンス10mgに変更になった。	2剤とも先頭の文字がジャのため、医師が処方間違いをした可能性が高い。	血糖降下薬はたくさんの種類があり、薬の数も多い。今飲んでいる薬の作用機序に注意しながら、調剤業務を行う必要がある。			ジャヌビア錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1489	咳止めの薬に加えてムコスタ錠100mgが処方されていたので疑義照会したところムソルバン錠15mgの間違いであった。	名称が似た薬での間違いが起こったと考えられる。	処方の鑑査を徹底し、複数の薬剤師の目を通すようにする。			ムコスタ錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1490	初めて来局された患者で、ヘモレックス軟膏20g 2個の処方箋を持参した。当薬局に20g包装品がなかったため、2gチューブで調剤しようとしたところ、20個で良いところ40個交付してしまった。業務終了後調剤者が気づき、患者に確認し返却して頂いた。	初めて応需する処方元であったこと、また処方箋に記載された規格を在庫していなかったことが要因として考えられる。	処方箋通りの規格で調剤ができない場合、必ず数を確認し、処方箋に記載するようにする。			ヘモレックス軟膏	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1491	一般名：バルプロ酸Na錠（200）の処方に一包化指示があった。バルプロ酸Na錠は湿気に弱く一包化には適していない。調剤時に当業者が処方箋を見て気が付き、疑義紹介をした結果、バルプロ酸徐放錠（200）に変更となった。	転院前のクリニックとの連携が取れていない様子バルプロ酸普通錠が一包化に適さないことをご存じない可能性あり。2回ほど疑義紹介をしているが改善の見込みがない	バルプロ酸普通錠が一包化に適さない旨再度電話にてお伝えしたのちにFAXにて文章で情報提供及び疑義照会内容の確認を行った。			バルプロ酸ナトリウムSR錠200mg「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1492	ミヤBM錠が90錠処方されていた。先日PTPヒートが12錠/シートとなったが、調剤時、24錠（2シート）少なく調剤してしまい、監査のときに気が付き、患者様には正しい数をお渡しできた。	ミヤBM錠が12錠ヒートとなり、気を付けていたが、慣れないため、間違ってしまったと考えられる。	薬品保管の場所へ12錠ヒート注意！！と記載して注意を促す。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1493	ミヤBM錠、168錠ピッキングのところで188錠でピッキングし、鑑査で誤りに気付いた。	10錠シートが12錠シートに変更になったが、10錠だと思い込み10×16+8錠で取り、実際は12×16+8で188錠でピッキングしてしまった。	PTP包装変更があったため全スタッフに周知して同じミスを繰り返さないように指導。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1494	【正】メブチン吸入液ユニット0.5mL インタール吸入液1%【誤】メブチン吸入液ユニット0.3mL インタール吸入液1%	入力時に誤った用量で入力し、初期監査から投薬まで見逃した	投薬時は出来る限り患者に薬品をきちんと見せながら、1つ1つ丁寧に説明する。入力照合時、例え他規格が存在しない薬剤だとしても必ず4分割確認を行う約1ヶ月間最終監査手技のセルフチェックを行う。ピッキング時、必ず処方箋を見て行う			メブチン吸入液ユニット0.5mL	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1495	クラビット錠500mgが2錠分2で処方されていたので病院に疑義照会した結果、クラリス錠200mg2錠分2での処方に変更になった。	名称が似ているため起こってしまったミスであると考えられる。	医薬品の用法用量の理解、鑑査を入念に行う必要がある。			クラビット錠500mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1496	ケーサブライ25錠お渡しの内、4錠のみ新名称の塩化カリウム徐放錠に変更になっていた。投薬時に、名称が混ざっていることと同じ薬であることを、本人に伝えるのを忘れてしまう。すぐに気づき、お帰りになる前にお伝えしました。	繁忙であったことと、ご本人と別のお話をしていたことで、お伝えを忘れてしまった。	お伝え事項がある場合は、投薬時まず初めにお伝えするようにする。			ケーサブライ錠600mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1497	2021年1月某日14時頃5歳の女児の処方箋を持って母親が薬局、処方箋にはクラシエヨクイニン湯エキス錠が記載されていた。薬剤師Aが調剤し、薬剤師Bが監査。Bが母親に聞き取りを行うと「水いぼ」と言われそのまま交付。その後、ヨクイニン湯エキス錠の効能効果を調べると「関節痛・筋肉痛」とあり患者の訴えと異なることに気づく。処方医に疑義照会し、ヨクイニンエキス錠に変更となる。母親に連絡し交換。服用はなし。	薬剤師の知識不足によりヨクイニン湯はヨクイニンエキスと同じものであると思い込んでいた。ヨクイニン湯の内容を調べずに投薬した。	新規の薬がでた場合は添付文書を確認する。薬剤師間で情報共有を行う。			クラシエよく苺仁湯エキス錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1498	ノイロトロピン錠56錠(2シート)を誤って112錠(4シート)渡してしまった	忙しかったので数のチェックがおろそかになってしまった	忙しい時でも2重チェックを徹底			ノイロトロピン錠4単位	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1499	ノボラビッドフレックスタッチ処方所、ノボラビッドフレックスペンで調剤、交付してしまった。	繁忙であったことと、不足の薬剤であったために、間違えてしまった。	フレックスペンとフレックスタッチを再度確認し、ピッキング、監査、交付を行う。			ノボラビッド注フレックスタッチ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1500	イグザレルト10mg処方所、15mgで入力、調剤、交付をしてしまった。後日入力確認を事務員がしたところミス判明した。	繁忙であったこと、当該薬剤師が勤務時間外で急いで監査したために入力間違えとピッキングミスに気が付かなかった。	繁忙時であっても、調剤の手順を遵守で業務を行う。			イグザレルト錠15mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1501	フルニトラゼパム1mgを2錠で分包し渡すところを、1錠で分包し渡してしまった。	施設入所者でお薬だけを渡し、時間が決まっていたので、急いで渡してしまった。在庫管理で数が合わないで気が付いた。患者は服用していなかったので、作り直して渡した。	処方せんを見ていたが、以前の服用量との思い込みもあったので間違えてしまった。処方せんと照らし合わせて投薬するように心がける。			フルニトラゼパム錠1mg「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1502	一包化を鑑査中に、フロセミド20にウリアデック20が混入していたことに気づく。該当者は10名で、患者宅にお伺いして、中身を確認。ウリアデック20が10錠以上混入していたと推測(すでに飲まれている方もいたため)。	フロセミド20とウリアデック20の色と大きさが同じだったため、機械をスルーした。	一包化の機械にバラを入れる際は、2人体制で確認するが、たまたま一人での鑑査のため、間違いに気づけなかった。現在、鑑査体制を強化している。			フロセミド20	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1503	ブラザキサカプセル75mg 1カプセル分1で処方あり。ブラザキサは1日2回服用の薬で投与量も少ないので、患者様に確認。他院でもらっていた薬で今回から今日の処方医に処方してもらうことになった。お薬手帳確認し、ブラビックス錠75mg 1錠の間違いであること確認し、疑義照会にてブラビックス75mgに変更してもらった。	今回から処方医と処方医療機関がかわったため、処方箋入力時に間違ったと思われる。ブラザキサカプセルの用法用量と相違があるため気づけた事例だった。また、患者様がお薬手帳をお持ちだったことも、スムーズに問題解決できた要因でした。	初めてや久しぶりの患者様の場合、お薬手帳にて服用薬を必ずチェックする			ブラザキサカプセル75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1504	メトトレキサート錠2mg「タナベ」を52錠交付すべきところを、計数に誤りがあり、50錠交付した。お薬を交付後、薬局で在庫数量を事後確認した際に過誤が判明し、直ちに患者さま宅にご連絡のうえ訪問し、不足分の2錠を交付した。状況説明、お詫びを申し上げ、了解を得た。	6錠シート×8枚+4錠で交付すべきところを、6錠シート×8枚+2錠で用意し、計数の誤りに気付かず交付してしまっ。当該シートは、表から見ると左側に1列に錠剤が並んでおり右側は服用日等の記入欄になっているが、裏から見ると通常のシートのように2列に錠剤が並んでいるようにも見えてしまう。そのため、シートの形状を勘違いして、計数の詰めが甘くなったことが考えられる。	通常と異なったシート形状のお薬を計数する際には、その都度シートを表に返して、錠剤を直接確認し、特に注意して計数を行う。6T×8+4などとメモを記載することにより、計数に誤りが生じないように工夫する。患者さまと一緒にお薬と薬袋を提示しながら、声出し指さしで確認を行う。			メトトレキサート錠2mg「タナベ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1505	アムロジピン錠2.5mg サワイでいつも服用していた方に日医工のもので一包化してしまっていた。鑑査の際に監査者が気付いて患者様にお渡しする前に気づき、一包化しなおしてお渡した。	アムロジピン錠2.5mgのジェネリックメーカーが2種類あり患者様によって使用するメーカーが異なるためしっかり確認してから調剤が必要。調剤者の勘違いにより調剤ミスがあった。	アムロジピン錠2.5mgは棚に配置されていたが1種類を引き出しに配置場所を変更しメーカー異なることの意識を高めることにした。また監査システムの使用の徹底により誤った薬剤の交付を防ぐ。			アムロジピン錠2.5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1506	シンバスタチン5mg「SW」は、通常14Tシートを使用しているが、他薬局より10Tシートを譲渡され、14TX6=84Tを10TX6=60Tで投与し、24錠不足となった。	同一薬品でもシート包装の変化がある場合は、区別しなければならない。	通常の包装と異なる場合には、別にまとめるようにする。			シンバスタチン錠5mg「SW」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1507	イルベサルタンOD200mg「トーフ」全28錠のところ20錠で投与	1シート=10Tを1シート=14Tと勘違いした。	シートの表裏確認を徹底する。			イルベサルタン錠200mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1508	重曹錠をヒート12錠をヒート10錠で数えて投薬	初めての薬、薬局でも初めて入れた薬での知識不足。また、納入したところであわてて投薬したため確認不足。	薬箱の全量の確認とヒート錠数の確認の徹底。			重曹「ホエイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1509	バクスマーが(薬局としても)初めて処方された。点鼻の粉末剤だったので服薬指導のため開封し、デモ製品を使用するとともに、現物を患者さんに確認いただきながら服薬指導を実施した。投薬終了後に改めて服薬指導に不足はなかったかを確認するために服薬指導箋を再読したところ、使用直前に開封することの記載を発見した。新たな製品を購入し、開封品と交換をした。	購入時に販売企業から説明を受けたが、「使用直前に開封すること」「開封すると正しく噴霧できない可能性がある」との説明はなかった。通常の概要噴霧剤と同様と考え、開封して服薬指導をしてしまった。容器に「使用直前に開封」との表示はなかった。	販売企業からの注意喚起に頼ることなく添付文書は隅から隅まで確認する。今回の注意は添付文書の「14.1.2」に記載されていた。本件については薬局勤務者全員に即時周知を行った。			バクスマー点鼻粉末剤3mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1510	ノイロトタン配合錠を調剤すべきところノイロトロピン錠4単位の調剤をしてしまいました	指差し確認等幾度も確認の励行	各々の錠剤の棚に「間違うな」のカードの貼付 指差し確認			ノイロトロピン錠4単位	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1511	バルサルタン錠80mg 30日分30錠お渡しするところ、22錠お渡ししてしまった。	通常ウイクリーヒート14錠、140錠入りの採用で、今回納入が間合わないとの事で、急速10錠ヒート100錠入り1箱を納入した。調剤者がウイクリーヒートと思い込みヒート2枚と端数2錠を調剤(22錠)し、監査者もそのまま28錠と思い込み投薬してしまった。全て思い込みによるヒヤリハットある。	通常と異なる場合、開封者がスタッフに周知徹底する。			バルサルタン錠80mg 「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1512	セルニルトン錠 4錠 56日分処方の際、1シート(21錠)多くピックアップしていた。監査時に発見し訂正してお渡しする。	1人薬剤師のため調剤、監査を1人が行っている。分2処方ということもあり、調剤数を見誤っていた。	複雑な数になる場合は計算機等を利用し数のチェックを行う。			セルニルトン錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1513	調剤者：一包化を間違えてカセットに戻す時に間違えて同剤別用量のカセットにいれて一包化作成。この際、自分だけのミスと考え誰にも確認してもらわずに充填した。監査薬剤師：監査時に気づき、該当する2剤のカセット内をすべて確認し、複数人で確認しながら充填したのち、やり直した。	カセットの充填は、複数人であることが常識だと思っていたが、調剤に当たった薬剤師は、調剤歴30年でも初歩的な知識がなく、充填する際の確認をすることを知らなかった。また、自分のミスを隠したが典型的な薬剤師だった。歴が長いことに甘え、みんな同じようにミスを隠すことなく調剤できると思い込んで任せていたことに問題がある。	今後は、新人と同じように小さいことでも説明するべきことを共有していくことにした。また、自分も含めてお互い隠さず、言い合える雰囲気を作ることも大切だと痛感した。			アムロジピン錠2.5mg 「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1514	複数種の薬剤を1包化する患者。当該薬局は自動分包装机を採用している。30日分の1包化であり、プロナンセリン4mg 「トーワ」を30日分1包化するところ、部分的にアリピラゾール6mg 「アメル」が入っていた。6日分アリピラゾール6mg 「アメル」、24日分プロナンセリン4mg 「トーワ」となっていることを監査時に発見。	自動分包装机カセットの医薬品充填ミスである。前日にミス調剤したアリピラゾール6mg 「アメル」をプロナンセリン4mg 「トーワ」のカセットに充填していたことが発覚。ミス調剤した医薬品を戻す作業はダブルチェックで行うところ、1人で行ってしまったためこのような事例が発生。	この事例が発生してからは調剤ミスした医薬品はまず「ミスプール」という入れ物に保管。その後、医薬品を戻す作業はダブルチェックをして戻し、ノートに日付、医薬品名、カセットNo、従事した薬剤師の氏名2人分を記録して保管。			プロナンセリン錠4mg 「トーワ」アリピラゾール錠6mg 「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1515	一般名処方ではヘパリン類似物質クリーム の処方があり、剤形違いのヘパリン類似物質 油性クリームで調剤してあった。監査特別 の薬剤師が気づき正しい方で調剤し直し た。	ヘパリン類似物質関連の商品は剤形違いでた くさんあり、間違ってしまったものと思われ ます。	ヒルドイド関連の商品はわかりにくい為、一 般名から商品名への比較表を掲示するなどし て間違いを防ぐ			ヘパリン類似物質ク リーム0.3%「日 医工」	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1516	A病院でスピリーバレスピマツ 2.5&#13197;もらっていたが、コロナの影 響で近医で処方出してもらうように指示あ り、その時近医のかかりつけ医とのコミュ ニケーション不足、本人の規格忘れなどの 原因で処方箋入力ミスはスピリーバレスピマツ 1.25&#13197;で入力され調剤、交付時 にいつもの吸入器と色が違うとのことで 2.5&#13197;と判明、疑義にて変更しても らい調剤行った。	処方箋規格を信用してしまい、以前からA病 院で使用中和の事もあり、スピリーバレスピ マツの場合1.25&#13197;と2.5&#13197;で デバイスの色が異なるが先に確認していれば 防げた事例使用中、処方箋規格も疑って調 剤、監査行えばよかったです	A病院で使用中和のお薬ではあるが近医では初め での処方、処方箋の確認の再度徹底、また規 格違いのある薬剤ならば内服薬ならヒートの 色、剤型の違い、外用ならデバイスなど患者 様からも確認して早期に発見行う様に改善処 方箋を疑って間違えているものとして注意深 く確認行う			スピリーバ1.25 μg レスピマツ6 0吸入	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1517	他院でメチコバル錠500μgを服用中 であったが、今回もメチコバル錠500μgが 処方。重複の疑義照会を行い、メチコ バル錠が削除になった	お薬手帳のおかげでメチコバル錠が他院 で服用中であることが分かった。	お薬手帳の勤めと確認			メチコバル錠50 0μg	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1518	ミヤBM錠のシートが変更になり1シート 12錠を1シート14錠と勘違いして、6 0錠お渡しするところ4シートと4錠で調 剤し、8錠少なく52錠しかお渡ししな かった。	シートが変更になって初めて調剤した。1 シート12錠の薬に慣れていなかった。	包装変更になった時は時間をかけてじっくり 調剤、監査する。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1519	一包化調剤の作り直しで医薬品の取り違 いがあった	錠剤の大きさが似ている感じだったため の取り違いで、作り直すとき見間違えた	一包化を解いて作り直すときは慎重に1錠 確認すること			アルファカルシド ール錠1.0μg「ア メル」バルサルタ ン錠40mg「日医 工」	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1520	トリンテリックスを処方するつもりがトリプタノールが記載されていた。	他病院で処方されていたトリンテリックスを入力するのにトリプタノールを処方されていた。薬品選択でトリを入力いただきたいの選択間違い。	お薬手帳をよく見る。			トリンテリックス錠 10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1521	ミヤBM錠を21錠で調剤しなければならぬところ、27錠で調剤されていた。	ミヤBM錠のヒートが12錠包装のため、計算しにくかったと考えられる。	ミヤBM錠は12錠ヒートであることを周知し、監査も電卓を用いて行うこととした。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1522	ジェミーナ21日服用後7日間休薬の処方であった。薬局に28錠シートの在庫あり。調剤担当した薬剤師が28錠シートには7日分の偽薬が含まれるものと勘違いし、処方もとクリニックの許可を得て調剤をした。患者さまには偽薬を含むために28日間毎日飲めば21錠シートを飲むのと同じと誤って説明してしまった。交付後、間違いに気づいた医師より連絡をいただき、お渡しした28錠シートの薬と21錠シートを交換、再度説明を行った。お渡し後すぐのため服用前に正しい薬と交換できた。	薬剤師の知識不足により、誤った調剤、説明、疑義照会を行ってしまった。	薬局内での事例共有。またジェミーナだけでなくヤーズフレックスなど同系統のお薬の服用方法の確認を行った。			ジェミーナ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1523	アザルフィジンEN錠(500)の棚に後発品のサラゾスルファピリジン腸溶錠(500)CHが混入していた。サラゾスルファピリジンの調剤数が足りず、薬局内を探したところ充填間違いが発覚した。	充填者は、箱の外観の類似だけで片づけを行っていた。	薬品名を見て、棚の位置を確認、指差呼称する。			サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「CH」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1524	訪問患者、糖尿病の注射にあらかじめラベルを単位とともに記載。その際ライゾデグとビクトーザ30Rを間違えて手に取りそのままラベリングし訪問時にも確認を怠りそのまま患者さんの所に配薬した。その後訪問看護師さんが1本終了後に未開封分から配薬箱に移すときに気が付き連絡してきた。	外来の薬は全て自動監査機で確認するが訪問患者のが外用薬については監査機を通さなかった。薬局内監査時にラベリングするので間違っていないと信じ込み投薬時に確認しなかった。	外用もすべての医薬品を自動監査機に通すようにまた訪問の患者についても目の前で確認して配薬する手順をお怠らないようにする。			ライゾデグ配合注フ レックスタッチ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1525	薬局内でノイロトロピン錠とメコバラミン錠の在庫が100錠ずつずれており調査したところ、両剤をを渡した患者様に、本来ノイロトロピン錠を336錠、メコバラミン錠を252錠お渡しすべきところ、ノイロトロピン錠を436錠、メコバラミン錠を152錠でお渡ししていたことが判明した。100錠の束はアルミ包装をはがさず用意したため、両剤の外観が非常によく似ており、監査者が2剤を取り違えて数を調整しなおしたため、数の過不足が発生し、薬袋にも取り違えたままの薬を入れて患者様にお渡ししてしまった。	年始初めの仕事の日で、患者様も比較的多く少し焦りがあった。また、監査者が2年目の職員で、仕事に対する慣れから十分な注意を払わず監査を行ってしまった。2剤ともアルミ包装は同じ銀色で大きさも酷似していて、青い文字で薬品名が記載されており、非常によく似ているが、アルミ包装をはがして確認すれば、取り違えることはなかったと考えられる。焦りもあり中身をしっかりと確認する配慮が欠如していた。	極力アルミ包装は剥がして、中身を確認して監査をする。剥がさず調剤する場合は、外観の区別がつきにくいことを常に念頭に置き、薬品名等をしっかりと確認して調剤・鑑査を行うようにする。			メコバラミン錠50 0「トロー」ノイロ トロピン錠4単位	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1526	ミヤBM錠を1シート10錠と思い込み調剤。実際は1シート12錠であった	包装変更にて1シート10錠が1シート12錠になったがそれに気づかず1シート10錠と思い込み調剤。処方量も多く混んでいたため、また包装形態が変更になったことは情報として得ていたが1シートが12錠になったことは認識していなかった。	箱に大きく1シートは12錠と記載して計数間違いをふせぐことにした。しかし、次回納入品は1シート10錠に代わるとの事、こちらにも大きく1シート10錠と記載する予定。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1527	日頃からインスリン製剤を利用されている小児患者で今回フィアスプ注ペンフィルが処方された。以前、インスリングルギンBS注カート「リリー」を使用していたため、カートリッジ製剤のペン型注入器を所持していたことは知っていたが他社メーカーのため念のため病院で新たに注入器を受け取ったか確認したところもらっていなかった。MRに確認し担当医に連絡したところ当該患者に連絡が入り、新しいペン型注入器が手渡されることになった。	処方した医師は糖尿病などを扱う内科専門医ではなく、小児科医であったことから針と同様に注入器も互換性のあるものと認識していたかと思われる。	前回歴や患者への聞き取りを行っていたことが今回の事例を未然に防げたと思う。日本糖尿病学会も注意喚起しており、カートリッジと注入器を他社メーカー同士で使用することにより高血糖、或いは低血糖などの有害事象へとつながることから今後も新規に扱う際は事前のチェックを心掛けるよう努める。			フィアスプ注ペンフィル	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1528	分包時に取り揃えたオルメテックOD(20)の棚にジェネリックの箱が混入していた。そのために先発品とジェネリック薬品が混在して分包してしまった。	箱自体には先発品とジェネリック薬品は違いがあったが、ヒートの差異が少なく、また名称もオルメテックとオルメサルタンと差異が見つけにくく、出し終わったヒートで判断がつきにくかった。	先発品とジェネリックの区別が付きにくい薬剤の、棚位置を変更し、また分包後のヒートの確認を1枚ずつ確認する様に徹底した。			オルメテックOD錠 20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1529	ミヤBM錠の包装変更により、12錠1枚のものが 入庫されていたが、1枚10錠と誤認し調製数量を誤りそうになった。	1枚12錠の包装変更品が入庫していたが、10錠のものがまだ少し残っており、混在していた。	口述にて伝達するとともに、薬局内で全員が閲覧できるホワイトボードにミヤBM錠包装変更、1シート12錠 と記し注意喚起した。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1530	処方内容で指示通りツムラ五苓散を調剤したが、患者応対時、患者から希望した薬と名前が違うと指摘を受けた。Drに疑義照会したところ、類似名称による入力誤りが発覚。	“ツムラ五”までの同じ名称の薬は合計4種。全て把握している方が良いと思われる。その際こちらから間違いのない薬かどうかを確認出来れば言うことは無いかと。	患者としっかりコミュニケーションを取る事。			ツムラ五淋散エキス 顆粒(医療用) ツム ラ五苓散エキス顆粒 (医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1531	一般名「ケトプロフェンテープ20mg」が処方された。当該薬局では三和のものを採用していたが、違うメーカーのものを入力していたことに気づかず、薬情、お薬手帳を渡してしまった。後日、在庫をチェックした際に気が付き、該当する患者に連絡し訂正した。	以前採用していたメーカーを入力してしまっていた。混雑していたため、焦りがあり確認を怠った。	採用メーカー以外は入力できないようにした。また、必ず、薬情と薬を照らし合わせる事を徹底するようにした。			ケトプロフェンテープ 20mg 「三和」 ケトプロフェンテープ 20mg 「BM D」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1532	グーフィス(5) 2錠分2朝食前30日分の処方。→承認の用法用量ではないため疑義照会。2錠分1夕食前に変更となった。	投薬前に用法用量の確認を徹底する。	調剤者・監査者による用法用量の二重チェック。			グーフィス錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1533	フロセמיד10mgの所20mgでお渡しした。20日間服用しヒートの色が違うことから来局すぐ医師に報告した体調の変化はなかった医師は処方通り10mgを服用するように指示有り。	薬の種類が多いのと他家族の薬をまとめてお持ちになるため集中力が低下した	打ち込みと処方箋の監査を再度強化し薬情の写真を確認するようにした			フロセמיד錠10mg「武田テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1534	7年ぶりにクレストールOD錠2.5mgを処方され、過去の副作用情報を確認せずにお渡し。その後薬歴記載時に「めまい」の記載あり、お渡ししたのはロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」でもあったので、見過ごしもあった。お渡し後電話にて以前副作用が起こったことがある記載ある旨を伝えると、薬かどうかもその時は不明であったとのことで、今回はそのままお渡しし、次回めまいがあったかを確認することで解決した	忙しさにかまけてしまい、過去の薬による副作用を見過ごしてしまった。	必ず過去の薬副作用を確認し、今後このようなことがないようにします。また、患者の会話から副作用が今までなかったかを確認できるような関係を築けるよう努力するようにします。			ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1535	アルファカルシドール0.5&#13197;「サワイ」が処方される患者に対し、エルデカルシトール0.5&#13197;「サワイ」を交付。その日の日時重点棚卸にて過誤が発覚。定期で服用している薬剤で、残薬が数日ある為、アルファカルシドール0.5&#13197;「サワイ」を患者宅へ郵送し、次回来局時にエルデカルシトール0.5&#13197;「サワイ」を持参して頂く事となった。未然に誤薬の服用は回避できた。	頻発品はエルデカルシトール0.5&#13197;「サワイ」であり、語尾と規格が酷似していることが一番の要因。	どちらもヒートの色に特徴がある為、ピッキング時から識別できるようにクリップ等で印をつける。			エルデカルシトールカプセル0.5μg「サワイ」アルファカルシドールカプセル0.5μg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1536	ネオメドロール他6種類処方があり投薬したのち、2週間後来局。投薬したネオメドロールE E軟膏が袋に入っていないかと申し出があり。お渡ししたはずだが 薬品が3.5gの小さいチューブのため 気付かないかもしれないが 念のため追加でお渡しした	カウンターに一つ一つ並べて説明をして 袋に入れるが 患者保護者とのコミュニケーションが不十分 不足の疑いに至る。	必ず 患者と薬品を確認しながら投薬説明する。必要ならば薬袋に封をする。			ネオメドロールE E軟膏	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1537	他の患者様の調剤時、一包化を行う機械のカセットにメトホルミン錠500とカルボシステイン錠500の両剤が入っていることが発覚。調剤記録を追跡した結果、その7日前にお渡しした患者様のお薬35日分の中に54錠のカルボシステイン錠500がメトホルミン錠500の代わりに混入している可能性が浮上した。すぐにお薬を回収し調査した結果、一包化の中にカルボシステイン錠500が混入しており、7日間で28錠のメトホルミン錠500を服用するところ15錠しか服用できていないことが分かった。この7日間で、血圧上昇・動悸・頭痛・目がかすむなどの体調変化を訴えている。随時血糖の自己測定は患者多忙のため行っておらず、血糖上昇の有無は不明である。	・一包化調剤で使用している分包装カセットへの薬剤の充填ミスがあった。・薬剤監査時の確認不足があった。	・分包装カセットへの充填時には2人以上でダブルチェックを行い、分包装機にバーコードを読み込ませて照合し、確認した薬剤師名を登録する事とする。・ばらした錠剤の充填時には1錠ずつ錠剤コード・刻印の確認を2人以上でダブルチェックする。・一包化の調剤監査時に薬剤の錠数を確認するとともに1錠ずつ錠剤コード・刻印の指差し確認を行う。・この事例について、グループ内で調剤過誤委員会を通じ周知し、同じインシデントが他店でも起きないように共有する。			メトホルミン塩酸塩錠250mg MT「トーワ」カルボシステイン錠250mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1538	監査時に、取り違えに気づけなかったのは、白い錠剤と言う事だけで見てしまっていた。どりらも白っぽい錠剤なので分包紙を通して判別がしにくく、思い込みがあったと思う。	分包することが多い薬品は、判別しやすいものを使用する。監査も2人以上で行う。夕方など、閉局前は、急がないものは翌日製作するほうが良いように思います。	監査を、薬品の準備から段階ごとに複数人で確認を行う。夕方からは従事者人数が減るので、注意が必要。薬品の採用は、判別しやすいものにする。今回は2品目とも白っぽい印字なしの錠剤でしたので、特に注意が必要でした。			ボラブレジンOD錠75mg「サワイ」リポトリール錠0.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1539	成人にケイツーシロップの処方あり 薬局在庫が無い為近隣へ在庫あるか確認しておりもしも見つければそのまま調剤をしていたかもしれません	ワーファリンが中止になっており出血があったことを確認したがケイツーシロップが新生児のみの適応であることを見逃していました。改めて添付文書を確認すると新生児のみの適応であり医師への疑義照会をしメナテレンカプセルへ変更となった。	新しく処方されるものは薬局在庫が無いものでも適応症 用法用量確認するように努める			ケイツーシロップ0.2%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1540	ノボリンR注を1バイアルで調剤するところを、10バイアルで調剤してしまった。後日他の薬剤師が在庫のずれに気づき、本件が発覚した。	焦り・慢心が原因だと思われる。	単位にしっかりと気をつけて調剤することを意識するようにする。			ノボリンR注100 単位/mL	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1541	カンデサルタン錠8mgが56錠処方されたが40錠しか投薬されておらず、患者さんが気が付き不足の連絡があった。まだ残薬がある時点で不足に気が付き、不足分を患者さんに渡して謝罪した。	カンデサルタン錠以外2種類の内服薬を服用しており、56日分で投薬されていた。カンデサルタン錠はこれまで14錠シートのもので調剤していたが、今回10錠シートのもので調剤、投薬されていた。調剤者、投薬した薬剤師が気が付かず患者さんにご迷惑をかけることになった。	調剤するシートの包装が前回と異なる時は、情報の共有の徹底を確実にすることとした。監査時は薬の数を数えて、記録することで防止策とした。			カンデサルタン錠8 mg「あすか」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1542	ミヤBM錠90錠のところ92錠で調剤されていた。	ミヤBM錠が10錠ヒートから12錠ヒート包装へ変更となり、旧包装のイメージに引っ張られたことが原因。	調剤棚には12錠包装と注意書き記載。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1543	デバケン錠が処方されGE薬に変更する際、バルプロ酸ナトリウム錠を調剤するところ、バルプロ酸ナトリウムSR錠を調剤・投薬してしまった。	錠とSR錠の区別の明確化	調剤時に調剤録との照合及び確認の徹底			バルプロ酸ナトリウ ム錠200mg「D SP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1544	カリジノゲナーゼ「サワイ」でお渡ししなくてはいけないところ、カリジノゲナーゼ「日医工」でお渡ししてしまった。患者帰宅後に他の薬剤師が薬歴のメーカー名のところにチェックがされていないことに気が付き、間違いが発覚した。	当薬局でカリジノゲナーゼ「サワイ」をお渡ししている患者数が圧倒的に少なく、より多くの患者にお渡ししている「日医工」で調剤してしまった。鑑査時もメーカーについてのチェックを怠り、メーカーの間違いに気づくことができなかった。また、鑑査時、同じ処方箋にリマプロストアルファデクス錠「日医工」の記載があり、こちらを先発でお渡ししていたのか後発でお渡ししていたのか、それをチェックすることに気を取られてしまっていた。	鑑査時に必ず薬情の写真と実物を照らし合わせて確認するようにする。カリジノゲナーゼ「サワイ」の患者数が少ないため、サワイで渡している患者の薬歴には付箋を貼って注意を促すようにする。			カリジノゲナーゼ錠 50単位「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1545	トレシーバフレックス注4本の処方があり、冷蔵庫より2本入りの注射の箱を二箱取り出し、説明用紙とともに透明袋に入れた。投薬時、他の薬剤師に再度本数を目視で確認してもらい投薬した。注射薬の定期的な在庫確認の際、薬局の在庫の本数が1本多かったため該当する患者に確認したところ、患者に渡した2箱のうち一箱は開封済みで1本しか入っていないことが判明し、その日のうちに不足した1本を届けた	冷蔵庫にあったトレシーバフレックス注の1箱が開封された後、添付文書や説明書も戻されてふたが元のように閉じられていたため、あたかも未開封の箱と勘違いした。開封後は箱のふたを開けるか切り取るというルールが徹底されていなかった。鑑査時にも、箱の状態の確認を怠った。	開封後の注射薬は、開封済みであることが分かるように冷蔵庫に戻すルールを順守する鑑査の時は、箱の外観も再度確認することが重要である			トレシーバ注フレックスタッチ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1546	イトラコナゾールカプセル (50) 2カプセル夕食後14日分の処方あり。10カプセルヒートと勘違いして3枚お渡ししてしまった。ヒートが8カプセルだったため、24カプセルしかわかっていないことに気づき、投薬した薬剤師がご自宅に連絡し、郵送に手不足分の4カプセル郵送した。	イトラコナゾールは基本パルス療法をするために8カプセルで作られている。今回はパルス療法とは別のパターンの処方だったため、ヒートが8カプセルであること忘れており10カプセルだと思い込み投薬をしてしまった。ダブルチェックを通常するのだが、スルーしてしまった。	薬品棚にヒートの数が違うものに関しては注意喚起するようにした。			イトラコナゾールカプセル50mg「S W」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1547	リバクレオン (150) カプセル12カプセル分3食後60日分のところ、720カプセル渡すところ729カプセル終わってしまった。その際111カプセル不足している為郵送するとの旨を伝え機尺終了。郵送の手配をしていたところ1シートが12カプセルだったことに気づき逆に9カプセル多くお渡ししてしまったことが判明、次回来局時に続けて処方だったため、調製した。	リバクレオン (150) カプセルは今回本薬局で投薬するのが初めてであり、12カプセル包装だと築かず10カプセル包装と考え調剤、投薬をしてしまった。	1シートのカプセルの包装単位をしっかりと確認して投薬する。薬歴に1シート12カプセルであること記載。			リバクレオンカプセル150mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1548	今回処方 ビラノア錠20mg 分1 空腹時 14日分 初回	お薬手帳持参なし。薬歴より皮膚科通院歴確認、ザイザル錠ジェネリック医薬品服用中。抗ヒスタミン薬重複投与の恐れ。	手帳持参の啓蒙。薬歴参照し、残薬服用もあり得るので確認する。			ビラノア錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1549	処方箋は「頓服：芍薬甘草湯 1包 1 5回分 便秘時」だった。便秘時の用法を疑義照会したら、病院の桂枝加芍薬大黃湯の打ち出し間違えだった。	用法で疑問が生じた場合も確認しておくこと。	用法で疑問が生じた場合も確認しておくこと。			ツムラ桂枝加芍薬大黃湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1550	エンレスト錠100mgを入院中の時から処方を受けていて、新薬の為、まだ長期での処方が出来ないので、本日エナラプリルM錠5「EMEC」5mgへの切り替え。今日の夜の分まではエンレスト錠100mgが残っていて、明日から切り替えの指示を患者は受ける。しかし添付文書中の禁忌項目に、「血管浮腫があらわれるおそれがある。本剤(エンレスト錠100mg)投与終了後にこれらの薬剤(アンジオテンシン変換酵素阻害薬)を投与する場合は、本剤の最終投与から36時間後までは投与しないこと。」との記載があり、疑義照会にてエナラプリルM錠5「EMEC」5mgの処方日数の変更がなされた。	Drの禁忌情報の認識不足か?	禁忌薬に関する情報共有を行う			エナラプリルM錠5「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1551	ディオバン錠が2錠足りないと言った電話があった。	忙しい時間帯だったのと、ウイークリー包装だったので数え間違いが背景か	10錠包装、14錠包装の確認の徹底			ディオバン錠80mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1552	重カマ「ヨシダ」の0.5g包装を取らないといけないうところを、0.6gがとられており、調剤と監査が同じ薬剤師が行っていた。投薬時にその薬剤師はシフトの関係でおらず、投薬中に患者ご家族より指摘を受けた。	薬剤師の中に一人だけそのような行動を起こす者がおり、監査済みのところに保管されているが、それが実際に自己調剤自己監査されたものという判断ができず、そのような行動をしないように徹底させる。監査を行うシステムも導入しているが、それも使用されていない状態でした。	間違えないように業務の改革を行い、その業務流れの徹底、あるいは間違える状況に繋がりにそうな棚の配置や流れ、その他気がついたことはすぐに改める。間違いが少なくなるための対策を常に考え業務の改善をおこなう。			重カマ「ヨシダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1553	ミヤBM錠が処方上では1日6錠で60日分処方されていた。ピッキングでは360錠必要だったが、先日よりSP包装10錠シートからPTP包装12錠シートに変更されていて10×36の360錠と思い込み12×36の432錠ピッキングしていた。	12錠シートになっていたことの情報が薬局内に周知されていなかった。未開封のアルミピローには120錠と記載されている。また12錠シートも見逃していたと思われる。	未開封のアルミピローには錠数が記載されているので、必ず確認してピッキングする。またSP包装からPTP包装に変更された時に12錠シートに変更されていたことが周知徹底されていなかったことが要因と思われるので、10錠シートの他に14錠シートや6錠シートなども存在するため、再度周知を図った。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1554	他院でタケキャブが処方されていたが、処方内容にバリエットがあり。処方医がバリエット服用していることを失念していた。電話にてバリエット取り消し	処方医が併用薬を失念していたことが要因と考える	必ず、併用薬の有無、内容を確認してから投薬をすること			バリエット錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1555	ピオチン散 0.5g 1日2回0.25g/回のところ、分包品(0.5g/包)で調剤鑑査時に1日量、1回量が違うことが発覚。	1回量、1日量の鑑査・確認を徹底して行う。分包品の場合も「g」数を必ず確認。	処方監査時に1回量の記載。鑑査時に1回量、1日量の確認の徹底。			ピオチン散0.2% 「フソー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1556	前回までザクラスLD処方、今回アイミクスHDに処方変更。血圧が高値であったとのことだが、アムロジピン成分量が2.5→10mgに極端に増量しているため医師に確認。アイミクスHDではなくザクラスHDに処方訂正となった。	ザクラスもアイミクスもよく処方されており、同じHDでもアムロジピンの成分量が異なるため、医師が混同したと思われる。	処方変更時にはそれが妥当かどうか慎重に検討し、医師への確認を徹底する。			アイミクス配合錠HD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1557	5	グリベンクラミドをばらして、瓶に入れて置く際に、誤ってグリクラジドをばらして、瓶に入れてしまった。分包機のカセットへの補充の際には、瓶の表示カセットをするために、その際に気付かず、大きさも同じくらいだったので、カセットから分包もされてしまい、監査の際にも刻印の確認が漏れてしまった。	グリクラジドは、分包カセットとはせずに、UCカセットに変更し、都度都度バーコードの確認を行うように設定を変更。また、監査時にもしっかり錠剤の刻印を確認することを徹底した。			グリクラジド錠40mg「トーフ」 グリベンクラミド錠2.5mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1558	ジブレキサ2.5を84錠交付するところウイークリーシートと勘違いして60錠しか渡していなかった	ジブレキサ2.5は1シートが大きく後ろから見ると14錠のように見える	薬の箱に錠数間違い注意と付箋を貼り付け箱から出す際に気がつくように改善した			ジブレキサ錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1559	調剤をしていたところ、本草芍薬甘草湯の箱の中に本草芍薬甘草湯が入っていた。	詳細は不明だが、包装の外観が類似しているため、ピッキングミスで元の場所に戻そうとしたときに箱を入れ間違えたのではないかとと思われる。	繁忙時に戻すと焦り等心理的要因も影響してミスにつながりかねないため、一旦片付けず後で落ち着いたときに戻す薬を入れる箱を用意することにした。戻す際にはミスゼロ子で薬の箱や棚と薬のバーコードを読ませて確認をする。			本草芍薬甘草湯エキス顆粒-M 本草葛根湯エキス顆粒-M	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1560	一般名アレンドロン錠5mgで処方あり。患者との投薬中、骨粗鬆の薬が出ることは聞いていないとのことで医師に問合せ。医師はフォシーガ錠5mgを処方したが、事務員がフォサマック錠5mg→一般名変換アレンドロン錠5mgで入力。フォシーガに変更し、事無きを得た。	診療所事務員の入力ミス。極力3文字以上で入力するよう推奨しました。	当たり前だが、患者との対話の中で異変に気がついたら必ず疑義照会をする。			フォシーガ錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1561	ミヤBM錠について、SPシートからPTPシートへの包装変更があったが、PTPシートが12錠であることに気が付かず調剤。調剤後の確認の際に違和感があり、12錠シートであることに気付いた。	シートとして10錠or14錠が大半であるという思い込み	ミヤBMカセッターに「12錠シート 調剤時注意」の表示、薬剤師が調剤時に確実に気付けるように対処した。患者さまも勘違いしやすいヒートであるため、服薬指導時にシートの錠数について説明をして交付するようにした。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1562	初めて投薬するお薬でマルツエキス分包(高田)30g 分3毎食後 14日分が1包9gで割り切れない量にも関わらず本当なら47包渡さなければならないのですが、1包足らずの46包で渡してしまった。翌日、管理薬剤師が気づき、9時頃お母さまに連絡して後日1包取りに来られました。	取り扱い初めてのお薬だったのもあり割り切れない量で処方されていたのですが、新しい薬が入庫されれば使用方法を皆で共有していきます。	新しいお薬に対して自己判断や思い込みによって薬剤を調剤・投薬してしまった事が原因だと考えられますので、薬剤師一人であっても医師に疑義すべき内容と判断する事、新しい薬の共有も含め、以後、同様のインシデントの再発防止に努めていきます。			マルツエキス分包*(高田)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1563	薬剤の包装変更があり、パウチシート(10Tヒート)からPTPヒート(12Tヒート)へ変更されていた。薬剤の計数処理をする際、包装の変更のみと思ひこみ、1ヒートあたりの錠数の変更に気付けなかったため、調剤すべき数量より少なく交付してしまった。	包装変更と1ヒートあたりの錠数変更が同時に行なわれているケースが稀であったため、見過ごしていた。	各薬剤師に口頭で注意を促すよう管理薬剤師より説明を行なった。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1564	服薬指導時に、患者さんより血糖値が高いため薬が増えるとの聞き取りがあったが、前回処方から新規追加になったものはトラセミド錠だけであった。トラゼンタ錠との処方間違いを疑い医師に問い合わせ後、トラゼンタ錠に処方変更となった。	処方入力時に頭文字が似ているため打ち間違えたものと思われる。	今後も新規処方薬がある場合には、患者さんへの聞き取りを積極的に行っていく。			トラセミド錠4mg「KO」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1565	アゾルガとコンプトの違い	同じ薬剤の処方せんが続いたため	棚の配列を遠ざける			アゾルガ配合懸濁性点眼液	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1566	アラミスト点鼻120噴霧 2本処方があったところ、1本の調剤にて患者に投薬。調剤・監査と気付かず夕方患者様より不足の問合せあり発覚した。	調剤・監査と一人で実施しており、思い込みによる調剤であった。	思い込みをせずに、調剤・監査と毎回処方箋の確認をしっかりと行うように徹底していく。			アラミスト点鼻液27.5μg120噴霧用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1567	2歳の患者レボセチリジンDS 1g(本来なら0.5g)2&#10005;で処方されていたが、そのまま投薬した。その後、レセプト返戻があり門前の病院の事務員から問い合わせがあり判明した。	オロパタジン顆粒 1g 2&#10005;の用法用量と思い違いをし添付文書の確認もせずに投薬した。	新規薬剤が処方されたときは必ず添付文書で用法用量、年齢、体重など確認する。			レボセチリジン塩酸塩DS0.5%「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1568	定期処方でレンドルミンを毎回30錠処方されている方。2月の定期処方時、1月に薬をもらったとき、レンドルミンが29錠しかなかった。1錠が切り取られたヒートが入っていたと訴えあり。調剤した薬剤師も監査薬剤師も、ヒート一枚一枚をよく確認せずに渡してしまった。後日、患者に不足分の1錠をお渡しすることになった。	調剤時、監査時、ヒート1枚、1枚をよく確認して、端数のヒートが入っていないかをよく確認しなかった。	調剤時、監査時、ヒート1枚、1枚、よく確認して渡す。特に1錠が切り取られたものがないかをよく確認する。			レンドルミン錠0.25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1569	処方医より前回と違う抗生物質を処方しているので投薬時に患者に再度説明をしてほしいと連絡があり対応する一般名処方のため後発品を選び入力している時に薬品名が似ているため患者が前回の薬剤と変わっていないと思われぬように説明できた前回処方時の薬剤はセフカペン ピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」今回処方時の薬剤はセフジトレンピボキシル錠100mg「トーワ」	処方入力時に前回の薬剤名と似ていることに気づく投薬前に気づき、薬剤名が似ています前処方薬と違う薬剤である旨を患者に説明できた	今回の事例を共有して予想できる事を事前に患者に説明できる様に薬局内で確認した			セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」セフジトレンピボキシル錠100mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1570	フロリドゲル経口用2% 10g 1日4回(朝・昼・夕食後、就寝前)日数がないことを薬剤師が気づき、疑義照会后10日分と確認	フロリドゲル経口用2%は内服薬であるので、日数必要ゲル剤=外用薬と言う概念があると10gを全量と勘違いする可能性あり	普段でない薬であっても、薬の使用法を理解する見目が外用薬らしくあっても内服である薬があることを知っておく			フロリドゲル経口用2%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1571	2021年2月22日発生のヒヤリハット事例報告。血糖コントロール不良にあたり、ピクトーザ皮下注の増量を指示されたが、0.9mg ⇒ 1.8mg に増量となり21日分処方での対応であった。添付文書上では本来1週間以上の間隔をあけて0.3mg ずつの増量となるところを0.9mg 増量で処方指示となり、交付した薬剤師も添付文書上の使用量の規定を見落としてしまい、そのまま交付してしまった。その後、処方医師から連絡があり、上記の件についての指摘有。患者に連絡の上、改めて1.2mg の指示量で対応してもらうようお願いするとの事。	増量や減量など、継続中の薬剤の使用量の変更がある場合は、まずは添付文書などでその用法用量が適正であるかの管理体制がきちんとしてなかった	増量や減量など、継続中の薬剤の使用量の変更がある場合は、まずは添付文書などでその用法用量が適正であるかの確認を行うことが重要である。すべての医薬品の状況の把握には限界があるので、薬剤変更の場合は確認の徹底を行う			ピクトーザ皮下注 18mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1572	定期処方としてリンデロンD P軟膏が処方されており、1月の処方時もジェネリックに変更してお渡ししたが、その際に間違っでデルモゾールG軟膏を投薬（入力はデルモゾールD P軟膏）。2月来局のときに、ご家族の方から「この間の塗り薬はあまり効かなかったけど、今回は以前のデルモゾールD P軟膏が処方されていますか」との質問があり、在庫数を確認したところ間違いが発覚。差し替え分をお渡しすることになった。	いつも後日に家族が受け取りに来られる患者。通常だと中身を確認してお渡しするところ、今回は繁忙時間帯に来局されたので、処方の変更点を簡単に説明してお渡ししてしまった。内服薬（一包装薬）も含めて20種類前後の薬が処方されていることもあり、外用薬の確認まで出来ていなかった。	後から受け取りに来る患者の場合、鑑査者と投薬者が異なることが多々ある。そうなる可能性が高いと思われるときは、事前に中身の確認をしておくことに改善。繁忙時間帯でも、患者またはその家族にしっかり確認しながら投薬するようにすることを再度確認した。			デルモゾールD P軟膏 0.064%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1573	アスパラカリウムのほかに9種類の薬が処方あり。年齢から鑑みてバラの薬では服薬困難、処方箋に1包装の指示あり分包機の脇に薬をそろえ1包装を作ろうとしたときにたまたま昔働いていた時の事を思い出しアスパラカリウムの添付文書を見たところ吸湿性が高いと記載してあった。医師に疑義照会してアスパラカリウムだけを別包にしますと了解してもらいました。	分包する前に薬品のPTPシートに吸湿注意と記載してあることを確認し、1包装できない薬品を調剤室の見やすいところに掲示することまた薬品ごとの棚に赤印で1包装ダメとシールに記載することをお勧めします。	アスパラカリウムの調剤棚に1包装ダメと赤マジックでシールに記載			アスパラカリウム錠 300mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1574	シナール配合顆粒 4 g分 2 28日分の調剤において 1 g 包装品を総量 112包お渡ししなければならぬところ、半分の56包しかお渡しせず。翌日半分しかないと思われ患者さま自身が薬を持参されミスが発覚	シナール配合顆粒は4 g分2の場合でも、システムでは薬情及び薬袋に1回1包と表示される。そこを1回2包あてて手直しが必要がある。その事に気が取られ、包数を間違ってしまう。	1回の包数を書きなおすことももちろんであるが、総量も冷静になって数えることを徹底する。			シナール配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1575	ゾルピデム錠 5mg 0.5錠指示をゾルピデム錠 10mg 0.5錠を調剤監査した。交付後だったが服用する前に気が付き正しい薬剤と交換する。	お昼の時間帯で薬剤師の人数が少なくやや混雑しており焦りがあったことが要因と思われる。	当薬局のルールは調剤と監査は必ず別の薬剤師が行うことになっているが今回は調剤・監査が同一薬剤師が行ったことで調剤過誤が生じたので今後は忙しくても必ず薬局のルールを順守してすることを徹底する。			ゾルピデム	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1576	投薬後ご帰宅。テルミサルタン錠40mg「YD」1錠1×28日分で28錠あるべきところ、24錠しかないとお電話を頂戴した。ウイークリーシート2枚を錠剤凸部を向かい合わせにして、輪ゴムで留めて薬袋に入れて投薬していた。テルミサルタン錠40mg「YD」はシート裏に○の中に40の印字があり、その表に錠剤が包装されている。そのマークの数は1シート12個で残り2個の錠剤部分にはバーコードが印刷されている。患者さんは薬袋から輪ゴムで留められたまま、シートの裏から「○に40」の数をかぞえて1シート2錠、2シートで4錠の不足と勘違いしたと思われる。	この事例のほんの少し前にも、他の薬で、同様のウイークリー包装での錠数不足で問い合わせを受けた。どちらもウイークリー包装での初回投薬ではないので、患者さんに待ち時間や不足薬への対応で感情的にさせるような状況・背景が存在したため、いつものウイークリー包装であるということを忘れてしまったのかもしれない。	ウイークリー包装での投薬時、薬袋に入れる前に、シートの表で錠剤そのものを見せながら「1シート14錠、2シート28錠で28日分ですね」と言いながら輪ゴムで留めるようにした。			テルミサルタン錠 40mg「YD」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1577	一包化希望の患者が来局し調剤を行った。患者より「用事があり急いでいる」と伝えられた。一包化調剤時にパラ錠を使用し、調剤を行った。調剤後、次の患者が来局した為、錠数の確認だけ行い、確認者へ引き継いだ。投薬前の確認をした際にコードを確認したところ、プロブコール錠250mg「サワイ」とクエン酸第一鉄錠50mg「サワイ」が混同していることに気づき、患者へ渡す前に過誤を防ぐことができた。	同じメーカーということもあり、錠剤の外観、大きさともに類似していた。パラ錠が発生した際にコードの確認を怠り、同一の袋へ保存を行ってしまった。	外観が似ているもののリスト化、薬局スタッフ内への周知を行った。パラ錠発生の際に第3者による確認を行い、保存するように徹底した。			プロブコール錠250mg「サワイ」 クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1578	患者家族が処方箋を持参し、来局。前回と処方内容の変更点があり、処方医へ疑義照会を行った。疑義照会の返答後一包化調剤し、患者家族へ服薬指導し、薬剤交付した。施設入所中のため薬剤管理は施設職員が行っており、本来朝食後に一包化されているはずのレバミピド錠100mgが他の一包化分へ混入していることに気が付き、発覚。	前回の処方内容と変更点があり、疑義照会の返答を待ってから調剤を行ったこと、また98日分の長期処方であったため、焦ってしまい注意力散漫になってしまった。	監査、調剤時は繁忙時であっても一包化調剤を行う場合、薬剤類似の確認を行い、その上で一包化の識別コード・錠数の確認を行うように徹底する。			レバミピド錠100mg「オーツカ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1579	一般名処方テガフル25mgギメラシル・オテラシルカリウム24.5mgの処方をするため事前に用意しておくよう指示をうけた。在庫がなかったためエスワнтаイホウ配合OD錠T25を用意していたが入力をエスワнтаイホウ配合OD錠T25とし誤った帳票類をお渡しした。	発注者が入力者に岡山大鵬のものを用意していることを伝えていなかった。入力者は以前サワイの使用歴があったためサワイとした。収集者は鑑査システム(バーコードリーダー)を使用しておりはじかれたが名称変更や初めての使用の為読み込めないのだろうと誤った判断をし鑑査へ回した。鑑査者は初めて処方する抗がん剤であり用法用量の確認に気を取られ商品名をしっかりと確認することを怠った。	鑑査システムエラー時に対して誤った認識をしていたため改めた。収集、鑑査時ジェネリックは似たような名前が多いため初めて扱う薬は特に一文字づつ鑑査する。新しく発注した薬があればスタッフ間で情報を共有する。			エスワнтаイホウ配合OD錠T25 エスワント配合OD錠T25	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1580	一般名処方の調剤で、希望でないのに先発品をお渡ししていた。お薬をお渡し後に在庫の確認を行っていて、先発品と後発品を間違ってお渡ししていることに気が付きすぐに連絡を取りお薬の交換に伺いました。	先発品希望か確認不足。	しっかりと確認を行う。薬の配置を似ているものは離して管理する。			ベザフィブラートSR錠200mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1581	いつもの患者さんが、眼科にて薬を処方された。数種類処方されているなか、複数規格がある薬剤と気が付き、「この規格、在庫あったかな?」と規格だけに囚われてしまった。薬剤を見つけ、投薬後に期限が切れていることに気づく。直ぐに患者宅へ電話して、事情を説明し、改めて薬剤を渡した。	普段から個包装で管理している薬剤の期限についてはチェックしているつもりだった。調剤、確認の流れを怠った。	普段動かない、在庫などにも注意を払うようにする			フルメトロン点眼液 0.02%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1582	テリルジー100エリプタ2個交付する際、100エリプタと200エリプタを1個ずつ交付した。後日間違いに気づき使用前に交換した。	従来100エリプタのみ在庫していたが、200エリプタが発売になり、3/1に備蓄した。その際、口頭で2規格になることを伝え情報共有したが、調剤した際には失念していた。外箱の色が類似していること、1種類しかないと思いついてしまった。別の薬剤師が交付する際、以前から使用している患者で手技は慣れているため、薬袋から出さず個数のみ確認して渡してしまった。	新規採用薬の情報共有など確実に伝える必要がある情報は、通常業務中に随時行うのではなく、始業時や休憩開けなどに時間をとり確実に伝わるよう努める。全職員が確認したことを記録として残す。規格まで確認する習慣を徹底する。			テリルジー100エリプタ30吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1583	ベポタスチンが処方された。薬手帳を拝見したら午前中に他医院(皮膚科)でエビナスチン処方されていた。重複のため処方医に確認。今回のベポタスチンは削除になりました。	必ず併用薬を確認する。	必ず薬手帳を確認する。			ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1584	同成分のもの他医院でもらっていた。	くすり手帳確認すること	くすり手帳確認忘れのないこと			メコバラミン錠500μg「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1585	エンレスト錠50mg 2錠2×朝夕食後(100mg/日) 定期処方の患者がエンレスト錠50mg 4錠2×朝夕食後(200mg/日)へ増量となった。添付文書上、「50mg錠と100mg錠又は200mg錠の生物学的同等性は示されていないため、100mg以上の用量を投与する際には50mg錠を使用しないこと」と記載あり。処方医に問い合わせの結果、エンレスト錠100mg 2錠2×朝夕食後へ変更になった。	処方医が病院のオーダーリングシステムに「エンレスト錠100mg」の入力が出来ず「50mg 2錠」で処方された。	添付文書の確認、店舗内での情報共有。			エンレスト錠 50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1586	ツムラ温清飲エキス顆粒処方のところ、ツムラ温経湯エキス顆粒をピッキング、監査し患者様に交付した。	繁忙時であったことと、思い込みで調剤、監査してしまったことが原因と思われる。	繁忙時であっても、調剤、監査の手順をきちんと行う。漢方の番号の確認をしっかりと行う。			ツムラ温清飲エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1587	パロキセチン錠20mg「EE」を一包装のカセットに充填しないといけないのに、今後切り替え予定の「DSEP」が充填されて調剤されていて、一包装薬剤に「EE」と「DSEP」が混在した状態でお薬を投薬したことに調剤後に気づいた。	後発品薬剤の切り替えで、切り替え前のお薬がまだ残っていることを周知できていなかった。	後発品メーカーの切り替え時には随時在庫の有無と残数量を周知していく。			パロキセチン錠 20mg「EE」 パロキセチン錠 20mg「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1588	前回ヘルベスにてファムビル錠250mg 5日間処方あり。効果不十分で再受診、処方ファムビル錠200mgに処方変更。事務入力ファムビル錠250mgで入力され、そのまま調剤し。投薬時、代理で母に行う。薬が変更になったとの事で改めて処方箋を見たところ間違いに気づく。	今回は事務入力を薬剤師(管理薬剤師)が行い、もう一人の薬剤師(常勤)が行う。一番間違いが少ない管理薬剤師が業務しているので間違わないと決めつけてしまう。完全に薬局側の決めつけによる間違い。常連さんのためファムビル錠250mg使用后、改善がないのは知っていて、処方を延長したと思い入力・投薬まで実施。十分な監査が抜けていた。商品名も類似しており見抜けなかった。患者さんの母とのコミュニケーションが出来ていたので投薬寸前で誤薬せずに済んだ事例です。	昼休み中の業務であり、通常より従業員が少ない時間帯。常に十分な監査が必要と実感する。			ファロム錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1589	小児科からのロコイドクリームとヒルドイドクリームの混合処方。普段から皮膚科の混合調剤が多いため、軟膏練り機を使用していたため、当該調剤も練り機を使用しようとしたが、ヒルドイドクリームは練り機を使用すると分離しやすいため、念のため軟膏の配合変化bookを確認したところ、乳鉢使用で常温保管、軟膏版使用で冷所保管、練り機は不可との記載。直前で軟膏版に切り替えた。	普段から皮膚科の混合調剤が多いため、軟膏・クリームの混合は軟膏練り機を使用していた。	約束処方ではない外用剤の混合は、調剤前に必ず配合変化・混合方法・保管方法を確認してから調剤・投薬する。			ロコイドクリーム0.1% ヒルドイドクリーム0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1590	メマンチン28錠でお渡しするところを14錠でお渡し。	アルミ包装のままでおわたした。通常アルミ包装は28錠で入っているものが多く今回も28錠入っているものと思い込んでしまった。慣れによる確認不足。	確認、監査を怠らない。			メマンチン塩酸塩錠5mg「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1591	ミヤBM錠の処方。シートが変更されていて12錠シートになっていたが、10錠シートと勘違いして調剤。12錠シート7枚(84錠調剤するところ、12錠シート8枚と4錠で調剤) 投薬者が気が付いた。	12錠シートという珍しい形状のため、思い込み。	12錠シートに対する注意喚起。スタッフ間の共有。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1592	【正】カルコーバL配合錠L100 0.5錠 【内】分一昼食後 12日分 【誤】カルコーバL配合錠L100 1錠 【内】分一昼食後 12日分	入力の段階で、カルコーバ配合錠L100mg 1錠で入力されていた。	投薬前に一度処方箋を見直す手技を徹底する(患者様と平行しながら確認していたが代理のため見落とすリスクあるため) 最終鑑査時には処方箋と医薬品の規格が異なる時には、再度規格の変更があっているか処方箋と指示書の確認を行う。一般名入力からの規格変更は、指示書に換算錠数が表示されないことを意識して、初期監査を行う。一般名の入力時は規格の変更・錠数の確認時、指差し確認を徹底します。横確認の際、規格変更品の時は錠数の変更気をつけて確認します。			カルコーバ配合錠L100	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1593	ミヤBM錠21T交付するところ、25T交付してしまいました。業務終了時の在庫チェックで気が付き、患者様に連絡し翌日患者様宅に4T受け取りに行きました。	ミヤBM錠はSP包装は1シートが10T、PTP包装は1シートが12Tであり、最近SP包装からPTP包装に仕入れが変更になり、12Tの認識がなかった。一人薬剤師の時は、患者様と一緒に目の前で錠数の確認を徹底する。	ミヤBM錠のケースに12Tのシールを貼り付けました。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1594	アレジオン錠10mgの処方あり。事務員が集薬を行った際に、アレジオン20mgの棚に、アレジオン10mgが入っていることに気が付いた。	アレジオン10mgは今回新規に採用したもので、引き出しに保管し、棚のアレジオン20mgとは区別しているつもりだったが、入庫の際に誤ってアレジオン20mgの棚に入れてしまったと考えられる。アレジオン10mgの入庫時期から考えて、2週間ほど誰も気が付かなかった。	アレジオン20mgの棚に「規格注意」と記載。アレジオン10mgの箱の外観で分かりやすいように10mgに印をつけ、スタッフ間で情報共有を行った。			アレジオン錠10	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1595	患者本人より、前回交付された抑肝散のなかに、別の漢方が混ざっていたとの申し出があった。服用はしていないとのこと。	漢方薬の包装が類似しているものに対して、慣れや慢心から監査不足があった。	監査システムを導入しているとはいえ、監査時には必ずひとつひとつの薬剤を確認すること。			ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1596	リンデロンVG軟膏 10g(5g×2本)処方。1本軟膏、1本クリームになっていたが、気づかず調剤と監査を通過し投薬前確認で発覚。監査は薬剤監査支援システムが導入されているが、バーコードと重さの管理。バーコードは軟膏の方で通しているのがエラーはでなかった。	複数剤型を意識するために、同じ引き出しを2つに区切り、リンデロンVG軟膏とクリームを入れている。補充の際に1本だけ誤って軟膏の中にクリームが混入したか、別の者が調剤中に取り間違いに気づき戻し間違えたかは不明。忙しい時間帯で調剤者は薬品名と本数とだけ意識がいき、監査システムにエラーがないことでまず間違えないと思い監査台へまわした。監査者もエラーがない事で監査がおろそかになり、入力や本数にだけ意識がいき、外装までは意識がいない。線の色も異なるので気づけるはず。投薬者は薬を患者様に見えるように机に並べるので、投薬前に包装の違いに気づいた。	薬の取り間違いによる戻し間違いは過誤につながる。普段の補充作業の時から間違いはないか確かめながら補充する。薬剤監査支援システムの導入で監査をしなくて良いわけではなく補助的に使用する。			リンデロン-VG軟膏0.12%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1597	処方せんでフロセミド錠10mgに今回より減量していたが前回DOと判断し一包化して調剤。鑑査時20mg レセコンの入力内容と相違があることに監査システムで気付き調剤し直し交付	注意散漫。思い込み調剤	多忙な時間帯だったが注意深く確認を行いミスを防ぐように心がける			フロセミド錠20mg「NPJ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1598	ミヤBM 3錠3×毎食後 14日分処方を取り揃えてミヤBMの計数を間違え50錠を集薬。鑑査時に薬剤師が計数間違いに気づき発覚。患者投薬前に気づいたため患者への影響はなし。	ミヤBMの包装変更により10錠つづりのSP包装から12錠つづりのPTPとなったことにより、事務員が変更前の10錠つづりの認識で集薬したことが原因。	包装変更後は12錠つづりのため、ミヤBMの棚に1枚12錠つづり注意の札を設置。設置後、集薬ミスの発生なし。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1599	定期でクエン酸第一鉄ナトリウム錠が処方されていたが、今回からクエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠に変更され処方された。調剤日数も56日分から84日分に増えた。	処方箋通りに調剤が必要することが基本であるが、長期処方薬効が違う薬品が処方された場合、一度患者様にも医師からの説明の有無を確認する必要がある。	慢性疾患で長期処方の薬の薬効が明らかに変更となった場合、確認してから調剤することも必要。			クエンメット配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1600	〔般〕ロキソプロフェンNa錠60mgで、後発メーカーの変更を説明し忘れ、後日患者本人から電話があり発覚。	小林化工や日医工の件があり、後発メーカーを変更したものが多かったこと、処方箋が一般名で、当事者も調剤経験が1年ということが重なり、ロキソプロフェンNa錠60mgの後発メーカー変更の説明がなされていなかった。変更したというメモ書きを見ていたし、レセコンの薬歴でわかっていたが、うっかり説明を忘れていた。	説明しなければならないことをまとめておいてから投薬を開始し、きちんと説明できたか落ち着いて確認してもらう。社員教育で、調剤ミス以外にも説明不足にならないことも大事であることを教えていく			ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1601	ミヤBM錠を180錠調剤するところ、誤って360錠で調剤。監査者が輪ゴムでシートを束ねたミヤBM錠を見た時点で多いと気づき数えなおして職員の相互確認の上で再度調剤。	繁忙等の理由以外に他処方薬の用法用量につられて誤って調剤した事も挙げられる。	処方箋を確認した上で、総数を正確に調剤する。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1602	【般】クラリスロマイシン錠50mg 分2 4錠 3日の処方でピックアップの薬剤師は クラリスロマイシン錠50mg「MEEK」を 取りそろえたが、事務入力者は同時使用 を開始していた、クラリスロマイシン錠 50mg「トーワ」で入力をした。監査の薬 剤師が監査・投薬時も気がつかずに患者様 に渡してしまった。	小林化工の製品で自主回収に相当しない薬品 は在庫が無くなり次第、他のメーカーへの移 行期にあたり、メーカー2種を同時使用でき る状況になっていたため、入力事務と薬剤師 間の疏通が出来ていなかった事が原因となっ た	使用しているメーカーが数社にわたる薬に関 しては、事務入力時に確認が出来るように、 入力画面にて●印を付けることとして、薬剤 師側からもピックアップ時に事務側にもメー カー名を確認のため、伝えるとして、2重 チェックをすることとした			クラリスロマイシン 錠50小児用「ME EK」	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1603	患者処方箋にサムスカ錠の新規処方があり、 服用歴を確認したところ、今まで服用 したことがなかったことが判明した。当該 薬品は、入院下での使用を経てからでない と院外処方ができないため、処方元医療機 関に疑義照会。処方削除となった。	処方元医療機関の当該薬剤に対する知識不 足。新規処方薬においては特に注意して使用 の制限・妥当性について確認する。	処方薬に対する知見・情報を常に更新してい く。			サムスカ錠7.5m g	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1604	メトトレキサート錠2mgの処方をメトトレ キサートカプセルで出してしまいました。 患者様に見せながら出して数を数え間違え ましたが。	忙しいので2mgは見えていたが錠をカプセル にみってしまった。本人にもみせたので間違 っていることに気づけなかった。注文のとき錠 がいっぱいあることに気づき発覚した。	薬情の写真を見るようにすること。			メトトレキサート錠 2mg「タナベ」	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1605	医院の入力間違いザイザルを入力するところ をザイロリックと入力していた患者に 「尿酸値が上がりましたか？」と問いかけ して花粉症ですと答えられた為、発覚	入力ミスを問いかけて発覚したので、 新しい薬が出たときは、なんで出されている のか確認が必要	新しい薬が出たときは、患者に薬が出た背景 を聞くことが大事なので注意することにした			アロプリノール錠1 00mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1606	ツムラ抑肝散のところをツムラ加味逍遙散 で調剤し、投薬してしまった。暫く服用後 に、何か違うと本人が感じて連絡をされて 発覚した。	繁忙時間帯で、普段からコミュニケーション の取れている患者だったため、話しながらの お渡しで薬袋内の薬の確認が疎かになってい た。ツムラの54番(抑肝散)と24番(加味逍 遙散)は包装が同じ色で、共に心療内科で使わ れる薬のため監査の段階で違和感なく薬袋に つめてしまった。	監査時のルーティンの徹底と、患者さんの前 で再度薬を見せながらの確認を繁忙時間帯で あっても怠らないようにする。			ツムラ抑肝散エキス 顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1607	デバケンR錠200mg 3錠 分2朝食後眠前(90) 他、の処方に対し、薬剤自体は正しいものをお渡ししたが、入力ミスにより、全ての印刷物が、デバケン錠200mgとなっていた。	当該クリニックへは継続して通院中だが、当店へは初来局の方であり、お薬手帳にある過去の処方とD0処方であることは確認した。デバケン錠200mgは当店に採用が無く、薬情の説明欄は空白だった。通常なら、最悪、薬情を見せながらの服薬指導時に気付くところ、D0処方であり、代理の来局であり、薬の説明を必要とされておらず、他に質問事項もあり、見落としたと考えられる。また、通常はQRコードリーダーを使用しているが、不均等服用により手入力する必要があったことも誘因と考えられる。	不採用品目が発注候補に挙がっていたことで判明した。スタッフ全員で情報を共有し、再発防止に努める。			デバケンR錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1608	【般】グリメピリド錠1mg 1錠 分2朝夕食後(28) 他、の処方に対し、グリメピリド錠1mg「EMEC」製造中止の為、今回よりグリメピリド錠1mg「オーハラ」へ切り替えてあり、薬剤は「オーハラ」をお渡ししているのに、入力ミスにより、全ての印刷物が前回と同じ「EMEC」のままであった。	ご夫妻で来局、ともに多剤の一包化で、処方箋を提出し一旦退出。予製してあったが、直後、次々と別の患者様の来局あり、その対応に追われることと、戻られるまでに監査を終えていないといけな、という焦りがあった。	グリメピリド錠1mgのメーカー変更については意識にあった。ご夫妻ともに処方されており、そのタイミングがずれたことも覚えていた。奥様の薬の監査時に、薬歴が前回D0であることに一瞬の違和感を感じたが、すぐに「既にメーカー変更していたのだ」と考えてしまった。過去のインシデントのケースでも、この「一瞬の違和感」がよぎったことが何度もあり、この感覚を素通りしない様、心掛けたい。採用終了品目が発注候補に挙がっていたことで判明した。			グリメピリド錠1mg「オーハラ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1609	2月に鼻水、目のかゆみで病院受診。アレルギー性鼻炎薬、目薬が処方あり。日頃から便秘気味とのことでピコスルファートナトリウム内用液0.75%日医工を服用していた。ピコスルファートナトリウム内用液0.75%日医工を目に点眼していたとのこと。目のかゆみがなかなか良くならない思っていたが目薬だと思い使用していた。お薬なくなって気がついたとのこと。健康被害はない。	デザインは違うが形が似ていた。目に使用しても、目などに違和感がなかったとのこと。日頃から服用していたが何かの思い込みから使用してしまった。	投薬時の説明の徹底。薬袋に注意書きを記載する。			ピコスルファートナトリウム内用液0.75%「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1610	在庫整理中にメチルジゴキシン錠0.1mg「タイヨー」の期限が切れているのを発見。	毎月定期的に必ず調剤している薬剤であり、デッドストックではなかったため、まさか期限が切れているとは思っていなかった。これまで在庫整理をする際は、3ヶ月以上動きの止まっている薬剤をメインにリスト化して行っていたため、定期的に処方がある薬剤へのチェックはできておらず、期限切れの判明が遅れたと思われる。ただ、当薬剤は毎月処方があるものの、1回に調剤する量は約14錠とあまり多くなかった。消費するスピードがゆっくりだったことも、期限内に使い切れなかった原因の1つと思われる。	毎月動きのある薬剤でも、期限が切れていないかきちんとチェックをする。特に調剤量が少ないものには注意する。期限切迫品(年内で期限が切れるもの)についてはリスト化かつ包装箱等に付箋を付けるなどしてすぐに分かるようにしておく。また調剤をする際にも、期限を確認する習慣を付ける。			メチルジゴキシン錠0.1mg「タイヨー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1611	チラーゼンS50 $\mu$ g 1.5錠 チラーゼンS25 $\mu$ g 0.5錠 が処方されていたが、25 $\mu$ gの錠剤だけ半錠にして1包化して投薬。1週間後に、患者に浮腫みが出たので、1包化の内容を確認したら錠数が違っていることが分かった。再分包をした結果、1回分のみ服用したことが判明。原因はほかにあるかもしれないので。再度受診を促す。	処方箋の確認が不十分であって、出してあった錠数が50 $\mu$ gのほうが1日1錠であったのでのピックアップされた錠数をそのまま分包に。ピックアップ者、分包者、監査・投薬者と3名いたがそのまま気づかずに投薬。	処方箋と、錠数の突合せを、他人を信用せずに行うこと。			チラーゼンS錠50 $\mu$ g	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1612	整形で薬を定期的に処方されており、今回は花粉症症状があったため追加で薬を処方される。受付時確認したところ、【般】バゼドキシフェンであった。患者さんに確認したところ、骨粗鬆症の話は全くしていないとのことであった。整形外科のため骨粗鬆症薬を処方する可能性もあったが、ピビアントとピラノアを間違えている可能性もあったため、疑義照会を実施。ピビアントからピラノアへ変更される。	ピラノアとピビアント(バゼドキシフェン)の名称が似ているため、病院の入力ミスだと思われる。	整形外科からのピビアントは比較的良好なケースと思われる。患者さんと意思疎通がないと発見が難しい。そのため、コミュニケーションを大切に、齟齬が生じた場合は病院へ確認するように徹底をする。			バゼドキシフェン錠20mg「サワイ」 ピビアント錠20mg ピラノア錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1613	皮膚科からツムラよく苡仁湯エキス顆粒が処方された。ヨクイニンエキス散「コタロー」との処方時入力間違えの可能性もあり、また患者様が薬局であまり話しながらない事もあり疑義照会。土曜日であった為FAX後薬剤部に電話した所、カルテにヨクイニンと記載があるため処方通りで良いと口頭で返事。再度、よく苡仁湯とヨクイニンエキス散が違う事を確認したところ医師に確認後ヨクイニンエキス散「コタロー」に処方変更。	皮膚科からツムラよく苡仁湯エキス顆粒が処方された。ヨクイニンエキス散「コタロー」との処方時入力間違えの可能性もあり、また患者様が薬局であまり話しながらない事もあり疑義照会。土曜日であった為FAX後薬剤部に電話した所、カルテにヨクイニンと記載があるため処方通りで良いと口頭で返事。再度、よく苡仁湯とヨクイニンエキス散が違う事を確認したところ医師に確認後ヨクイニンエキス散「コタロー」に処方変更。	あまり話しながらない患者様の場合、疑わしき場合は疑義照会を行うようにする。			ツムラよく苡仁湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1614	AGのジェネリックがでたので説明をして変更の了解後75mgのところ間違えて25mgを渡してしまった。次の処方時は75mgを渡して。入院時持参された薬の中に25mgがあり病院の薬剤部より連絡があり発覚。	ビックキングした後再度薬品の確認が甘かった。	ビックキングした後再度確認をしっかりとすること。			ブレガバリンOD錠75mg「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1615	ロキソニンパップ(100)の処方だったのにロキソニンテープ(100)でお渡し。	テープだと思い込んで調剤。パップはその人だけだったため調剤後に他の者が気付いて発覚。	薬袋用のシールをはる際にきちんと確認してからはる。			ロキソニンパップ100mg ロキソニンテープ100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1616	【正】正しく交付【誤】調剤もれ、交付漏れ	調剤者が調剤漏れに気付かず、監査者も気づかなかった。	重カマが出た場合にはヒートバランを忘れずに入力してもらうようにする。終売製品一覧をメモ帳に記載し、初期監査が正しくできるようになる。全職員が重カマは0.5g包以外は分包が必要なことを頭に入れる。最終監査を中断したら、監査中断した2つ前の項目から再開。			重カマ「ヨシダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1617	3週間前に処方箋調剤したビムパットドライシロップ10%170mg/日が、17mgの間違いであったと病院から連絡があり、投与量の間違えであると気がついた。	体重当たりの用量の確認を怠った事が要因です。	使用量がわからない場合は必ず、添付文書で確認すること。抗てんかん薬の外箱に、小児用量を記載するようにした。			ビムパットドライシロップ10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1618	複数規格のある医薬品でレセコン入力時に、入力を間違えていたが気づかずに鑑査・交付した。翌日、入力チェックをしていた時に気づき、患者さんに連絡し謝罪した。お薬は処方通り間違いがなく、お薬手帳のシールや薬剤情報提供書等を次回お渡しすることを説明した。	前回とd o処方なったため、確認が疎かになった。患者さんへの説明時もd oであることを説明し、薬剤の確認をしていたが、入力間違いに気づかなかった。	d o処方でも入力間違いがないかきちんと確認する。継続			ブデソニド吸入液 0.5mg「武田テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1619	アラミスト1日1回各2噴霧のところアラミスト1日2回各1噴霧で処方されてきた。	処方医の経験不足	処方箋を見る際には常に細心の注意を払い見る習慣をつけること			アラミスト点鼻液 27.5μg 56噴霧用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1620	エクセラゼ配合錠 90錠の計数において、誤って180錠をビッキング。調剤後の確認の際に気づき、正しく調剤しなおした。	20錠ヒートであるにもかかわらず、90錠を取るつもりで9枚を調剤。	ビッキング後の確認の再度徹底意識。			エクセラゼ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1621	・開封済みのコタロー105通導散の箱に、コタロー106温経湯が混入していた。・棚卸し準備のため、棚番等の確認中に発見。・処方・在庫数など確認したところ調剤に誤りがないことを確認した。	・コタローは、すべて同デザイン。・106温経湯をとった残りを戻す際、同引出し内の別枠の105通導散の箱に入れ、106温経湯の枠内に入れたと考えられる。・処方、在庫数など確認したところ調剤に誤りがないことを確認した。	・同デザインのため、外観からは判別できない。・残りを箱に戻す際にも、薬品名を確認することを怠らない。			コタロー温経湯エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1622	薬剤師A(職務経験年数13年)が施設入居者数名の処方せんを、全自動錠剤分包機で一包装調剤をしていた。カンデサルタンOD4mg「EE」のカセットが空になり、機械からアラートが流れたので補充し一包装継続し、終了後鑑査に回した。薬剤師B(職務経験年数25年)が、一包装の鑑査をした。薬剤師C(職務経験年数44年)が施設へお届けに行った際、残っていた前回処方分の残薬と一包装薬の内容が異なることに気づき、 カンデサルタンOD4mg「EE」ではなくガランタミンOD4mg「サワイ」が調剤されていたことが判明した。薬剤師Cは、薬剤師A及びBに報告。全自動錠剤分包機のカンデサルタンOD4mg「EE」のカセットにガランタミンOD4mg「サワイ」が充填されていることが判明した。薬剤師AはカンデサルタンOD4mg「EE」で正しく一包装調剤し直し、薬剤師Bが鑑査した。	全自動錠剤分包機のカセットに充填する際、カンデサルタンOD4mg「EE」ではなくガランタミンOD4mg「サワイ」を充填してしまった。充填時に本体とカセットとの「照合OK」という画面及び音声が流れるにもかかわらず、思い込みで確認を怠った。また、全自動錠剤分包機だったため、分包結果の印字と処方内容の確認で、錠剤一つ一つの確認を怠ってしまった。	全自動錠剤分包機のカセットへの充填は機械に頼り切らず、必ず他者に確認してから充填する。錠剤一つ一つの鑑査もしっかり行う。			カンデサルタンOD錠4mg「EE」ガランタミンOD錠4mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1623	本人が高齢のために大きい薬を飲みたくない、数を減らしたいとのことを医師に相談したところ、バイアスピリンとフェキシフェナジンをタケルダ配合錠に変更して処方された	医師は薬の剤型の大きさを認識していないまま錠剤の服用数を減らすことだけで処方を検討したと思われる	本人に確認後、先生に現在の薬より、タケルダは錠剤も大きく口腔内崩壊錠ではないために飲めない可能性が非常に大きいことを確認して、現在の剤型のままで処方を依頼して戻してもらった			バイアスピリン錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1624	授乳中で先発品の希望でしたが、ジェネリックでお渡ししてしまった。	簡易な処方だったので慢心で調剤。患者本人も同じだからとあまり確認せず。	処方箋に先発とチェックを入れる。声掛けも徹底			ムコスタ錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1625	サリチル酸軟膏5%の混合処方のところ10%で入力してしまった。患者様に電話で確認したところ物はしっかり5%でいていた。後日薬袋、お薬手帳のシールを交換対応	以前に10%で処方されたことがありそれをそのまま入力してしまった。	しっかり規格まで確認する必要がある。			5%サリチル酸ワセリン軟膏東豊	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1626	分包鑑査見落として、1日分のみ夕食後の薬が朝食後に一緒に入っていた	多忙で鑑査を焦ったのが要因	必ず、調剤者と鑑査で錠数を数える			メキシレチン塩酸塩錠50mg「KC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1627	ミヤBM錠が包装変更により10錠シート包装から12錠シート包装へと変更となった包装変更に伴い、14錠シートと勘違いにより28錠調剤しないといけないところ、2シート分の24錠しか調剤しなかった	包装変更時には包装変更のお知らせを添付し、患者様にも伝わるよう徹底	事例報告を他の薬剤師にも情報共有するためミーティングを開催した			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1628	糖尿病で超速効型と持効型インスリンが処方されている患者。大病院から、地域のかかりつけ医に主治医が変更となり、当薬局でインスリンの処方を引き継ぐこととなった。今までは、ヒューマログ注ミリオペンを朝昼夕、インスリン グラルギンB S注ミリオペン「リリー」を夕に自己注射していたが、当薬局に同薬の在庫がなく、患者と主治医の了承の上で、バイオシミラーであるインスリン グラルギンB S注キット「FFP」へ変更していた。しばらく薬を使った後、血糖コントロールが悪く、ヒューマログ注ミリオペンが余ってきていることに気づいた家族より相談あり。本人に使用状況を確認すると、ヒューマログ注ミリオペンをインスリン グラルギンB S注キット「FFP」と混同して使っていたことが判明した。	前医の時は、ヒューマログ注ミリオペンの外筒色は紺色、インスリン グラルギンB S注ミリオペン「リリー」の外筒色は銀白色であったため、それぞれのインスリンの種類を、本人は色で判別できていた。転院後、インスリン グラルギンB S注ミリオペン「リリー」から、外筒色が紺色であるインスリン グラルギンB S注キット「FFP」に変わり、持効型と速効型のインスリンの色調が似通ってしまったことから、本人が混乱した。	持効型インスリンをインスリン グラルギンB S注キット「FFP」から、インスリン グラルギンB S注ミリオペン「リリー」に戻し、外観で本人が容易に区別できるようにした。			インスリン グラルギンB S注ミリオペン「リリー」 インスリン グラルギンB S注キット「FFP」 ヒューマログ注ミリオペン	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1629	吸入指導をすることとなり、指導用のキットを使って指導したのち、指導用のキットを誤って交付。実薬は薬局の投薬所の中のかごの中に置き忘れていた。	説明・指導に必死になり過ぎて、実薬と指導用キットを取り換えることをしなかった。	しっかりと蓋の色を見る。(蓋の色しきすぐには見分けられない)			スピオルトレスピマット60吸入	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1630	湯山製自動分包装机(ユニバーサルカセット)前回の患者分包における、アジルバ錠20mgが1錠残っていた。それに気づかず、次回分包の患者のフェキソフェナジン60mgをユニバーサルカセットに投入。剤形が類似した為、監査をすりぬけてしまった。投薬前に、ユニバーサルカセットにフェキソフェナジンが錠残っていた事により発覚。投薬をまぬがれた。	ユニバーサルカセット内の残薬の確認を怠ったことによる、事例と思われまます。	確実に、ユニバーサルカセット内の残薬を目視することが大切。			アジルバ錠20mg フェキソフェナジン 塩酸塩錠60mg 「SANIK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1631	ビムパット50mgを投薬しなければいけないところを、ピブレッソ50mgを交付した。	忙しかったため、監査が不十分であった。	忙しい時ほど、監査を十分に行うこと。			ビムパット錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1632	一般名でニフェジピンCR錠10mgが処方されていた一般名だと「ニフェジピン徐放錠24時間持続」と記載されているが、12時間持続のアダラートL10mgを調剤してしまった。	この患者様はアダラートL10mgとニフェジピンCR10mgの両方が処方されていた経緯があった。今回は事務の入力が間違えてアダラートL10mgとしており、その薬袋を見て調剤補助者がアダラートL10mgを調剤、監査の薬剤師が見逃したことによる。	当たり前ではあるが処方箋をしっかりと確認する。また一般名処方では注意の医薬品を把握し職員全員が注意喚起して業務にあたることに。			アダラートL錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1633	一般名処方「ロキソプロフェンNaテープ100mg(10x14cm温感)21枚の処方のところロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「日医工」でレセコン入力、調剤、鑑査、投薬をしてしまった。普段ロキソプロフェンテープは非温感の処方があるので、温感の処方は月に1人いるかいないかなので、見落としと考えられる。投薬時、患者様にも見せて確認しているが、患者様も気づかなかった。	一般名処方の場合、括弧書きの最後に「温感」、「非温感」の記載があるのみで、薬品名の中にそれを特定する文言が無いので間違えやすいのが問題。一般名にしても、製品名にしても「温感」「非温感」の区別が分かりやすく記載されていないので、最後まで注意して読む必要がある。	一般名にしても、製品名にしても「温感」「非温感」の表示を含め、最後まで注意して読む。			ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1634	麻薬調剤で、小袋が開いていることに気が付かず9包しかはいっていないものを10包としてお渡し。麻薬帳簿を他の薬剤師が記入し在庫確認したところ間違いに気が付く。	昼休憩中で、薬剤師が一人であったため、一人で在庫、払い出しを対応。帳簿記入が後になってしまった。開封してあったが気が付かず未開封として数えた。	開封してあることが分かるようにする。麻薬は払い出し時に在庫も確認する。			オキノーム散5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1635	71才男性患者、糖尿病治療でジャヌビア錠50mgを服用中。A1cの悪化によりスージャヌ配合錠が追加された。スージャヌ配合錠はジャヌビア錠とスーグラ錠の配合剤である。当初は、併用によるジャヌビア錠の増量効果も期待しての処方追加と考えたが、念のため疑義照会を行なった。処方医の処方間違いと分かり、ジャヌビア錠50mgが処方削除となった。	処方医がスージャヌ配合錠を処方追加する際に、ジャヌビア錠50mgを削除し忘れたためと考えられる。	当薬局でも多くの配合剤を在庫しており処方されます。配合剤の薬剤、成分をしっかりと把握して注意喚起する必要がある。疑わしいときは疑義照会を行なうことの重要性を再確認した。今回は重複投与を未然に防止できたと思われる。			スージャヌ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1636	アロプリノール錠100mg「タナベ」2錠1日2回朝夕食後30日分で処方。60錠ピッキングするところ30錠のみピッキング。	週明け。勤務開始となった頃の出来事。	監査機器の活用。			アロプリノール錠100mg「タナベ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1637	アンヒバ坐剤とナウゼリン坐剤が処方されていて、ナウゼリン坐剤の指示「嘔気時」をアンヒバ坐剤と同じ「発熱時」の指示で入力してしまった	坐剤同士で指示を間違えて入力	監査や投薬時の薬剤師の確認不足			ナウゼリン坐剤10	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1638	エフビー錠服用中の患者様にトラムセット配合錠が追加になった。配合禁忌に気づかず投薬してしまった。投薬後添付文書を再度確認して併用禁忌に気づき、Drに連絡、中止となり、患者様から回収。	忙しかったので、監査時に添付文書を確認せずに投薬してしまった。	新しい薬が追加になった時は必ず添付文書を見るようにする。			トラムセット配合錠 エフビー錠2、5	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1639	1歳10ヶ月の小児に「レボセチリジンシロップ0.05% 2.5ml就寝前」と処方されており、添付文書上の用量より少ないため、処方医に確認。	レボセチリジンの小児用量の知識不足。	小児用量の確認の徹底。			レボセチリジン塩酸 塩シロップ0、0 5%「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1640	リパクレオンカプセル150mgは1シート12Cですが、1シート10Cだと思い込み、分3の60日分だったので180C調剤しなければいけないところを216C調剤してしまっただ。	1シート10Cであると思い込んでいた。調剤の時に1シートの数量を確認しなかった。	調剤の時はしっかりと数量を確認する。1シート12Cの薬剤があることを意識すること、どの薬剤が1シート12Cなのかを知っておく。監査をしっかりと行う。			リパクレオンカプセル150mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1641	オロパタジンOD錠5mgを調剤しようとした際、アレロックOD錠5mgが棚の中に混ざっていることが発覚	GE・先発間の棚への戻し間違い	似ている薬品を戻す際はより注意して行う。			オロパタジン塩酸塩OD錠5mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1642	1包化分包紙の印字違い	不用意に違う服用時点を入力	確認を怠らない			バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1643	神経内科にてエプビー錠を処方されている患者が、整形外科に受診。痛みのため、トラムセット配合錠を処方された。併用禁忌であることを見落とし、投薬。投薬後すぐに気付き、患者、処方医に連絡し、トラムセット配合錠の処方変更になった。	診療科が異なる場合に起こりやすい事例。初めて使用されるくする際は併用が問題ないかをしっかり確認する。	薬手帳は細かく確認する。持参されない場合は、併用禁忌の薬を使用していないか、確認してから投薬する。			トラムセット配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1644	前回からツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯の処方追加され、薬局在庫が無かったことから、追加薬を後で届けることとなり、薬情を使用せずに説明。事務さんの友人という事もあり、事務さん経由でお届けした。再来時は処方の継続となっていたので、今回も薬情を確認せずにお渡しした。後に在庫確認したところ、ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯が未採用リストとしてデータが出て、薬情に間違えて薬品名を記載していたことが判明、すぐに患者さんに連絡を取り事情を説明した。	薬局在庫が無いことから、薬品と薬情を照らし合わせての確認をする作業をしなかった。患者さんが事務員の友人であったことから、慣れやがあることは否定できない。	確認・監査の徹底。			ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1645	散剤調剤において、薬包紙に氏名、用法、服用時点を印字しているがコロナール細粒20%と印字するところ、カルボシステインDs50%と1つ上の段の薬品名を印字してしまった。鑑査でも印字ミスに気が付かず交付してしまった。後日、お母さまからの別件での問い合わせで発覚。	タッチパネルの押し間違い	手が乾燥しているとタッチパネルの感度が下がっている傾向があるようなので保湿は行う			コロナール細粒20%カルボシステインシロップ5%「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1646	セレコキシブ200の所を100でお渡し。患者様からの問い合わせで判明した。	薬剤名のmg数を投薬時に自身でもダブルチェックする必要がある。	患者様が薬袋や薬情なし希望でありました。処方箋監査する際に処方箋チェック確認後薬情でも確認するために局内で発行してもらえるようになりました。			セレコキシブ錠200mg「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1647	ピオフェルミン錠 180錠 調剤すべきところを138錠のみ調剤してしまった。	ピオフェルミン錠が21錠ヒートであり暗算を間違ってしまった。	ややこしい錠数計算時は電卓をたたき確認する。			ピオフェルミン錠剤	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1648	モンテルカスト10mg「サンド」とビタバスタチンカルシウムOD錠2mg「KOG」の外観類似で飲み間違いの恐れあり、本人と家族に確認をとったところ、同伴していた家族も同意。	ビタバスタチンCa2mg「明治」が手に入らなくなったため、ビタバスタチンカルシウムOD錠2mg「KOG」に切り替えた。患者が高齢であるため見間違いの可能性が高いと考えられる。	ビタバスタチンカルシウムOD錠2mg「KOG」をリパロ錠2mgに変更。			ビタバスタチンカルシウムOD錠2mg「KOG」モンテルカスト錠10mg「サンド」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1649	4月某日6歳女児の母親が処方箋を持参した。1か月前に花粉症で受診しエビナスチンDSなどが処方されていた。エビナスチンDSが回収となったため今回からフェキソフェナジンDSに変更になった。フェキソフェナジンDS1.2g/日の処方が体重17kgの患者には多いと感じ添付文書を確認後、医師に疑義照会した。結果0.6g/日に減量され投薬した。患者が帰宅後に再度添付文書を確認したところ、2歳以上7歳未満は1回0.6g 1日2回であることに気づいた。医師に説明後、すぐに患者の母親に電話し1回0.3g/包を2包ずつ服用するよう指導した。不足分の薬と薬袋・薬情などは後日お渡しした。	背景には初見で容量が多いと思い込んだことと添付文書の見にくさがあったと思われる。フェキソフェナジンDSは普段あまり調剤していなかったが、7歳以上12歳未満の小児でフェキソフェナジン30mg錠2錠/日であることは把握していた。このため体重17kgの患者にとって1.2gは多いと感じてしまった。添付文書で2歳以上7歳未満と7歳以上12歳未満の容量が同じにもかかわらず別に記載されていたため、年齢が下がれば減量されると思い込み、1回0.6gの記載を1日量と見間違えてしまった。	年齢別の容量を分かりやすく記入した表を作りフェキソフェナジンDSの保管場所に貼った。			フェキソフェナジン塩酸塩DS5%「トローワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1650	当患者にプロマゼパム錠2mgが処方されたため、薬剤の入っている棚のカセッター(カート)を見たところ在庫が足りず、患者へは欠品対応にてお渡しした。後々、理論在庫と実在庫の照合を行ったところ在庫数がズレていたため再度薬局内在庫を確認したところジアゼパム錠2mgのカセッターに100錠包装の状態で複数本充填されていた。ジアゼパム錠のバラのシートが手前にあり気づくのが遅れた。	プロマゼパム錠2mgは100錠包装の大箱で入庫しておりカセッターへ移し替えるときに見誤って間違いが起きたと推測される。	100錠包装以外の大箱に入っている薬剤のカセッターへの移し替えを行う際は2人体制でチェックし充填する。			プロマゼパム錠2mg「サンド」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1651	3月31日の棚卸時にデバケンR200mgとバルブロン酸ナトリウム徐放錠A200mgとの100T違いを発見	薬効・組成が同一であり、同一の引き出しに保管していた。ピッキングミス防止の為に錠剤監査システムを利用しているが1シートのみ読み、他シートは省略	引き出しを変える。薬品名の表示をわかりやすくすし、返納時には指さし、声出しを行う			バルブロン酸ナトリウム徐放錠A200mg錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1652	以前から利用されている施設入居者の調剤時、普段はバリエット5mgで調剤しているが、ラベプラゾール錠10mgで調剤しており、他院へ入院時の持参薬確認時に薬剤部薬剤師が発見し薬局へ連絡があり、発覚した。患者は14日間服用していたが体調変化はなかったとのこと。	薬剤師不足であり、多忙時での調剤監査であった。	一包化調剤の監査時は分包後のヒートを用いての確認も行う必要がある。			バリエット錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1653	在庫チェック時、レボトミン5mg錠の箱の中に、21個に束ねたビーゼットシーが混入していた。	シートの裏の外観がとても類似していたため、繁忙業務中ということもあり、見た目判断して慌てて戻したと推測されます。	もどに戻す薬はいったん他の場所に集めておいて、手のすいた時など薬剤師二人でダブルチェックをして戻すことにする。			ビーゼットシー糖衣錠2mg レボトミン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1654	入院される患者様のお事で、病院薬剤師の方が確認した時に、発覚した。抑肝散28包を22包でお渡しした。	監査の時、数え間違えた。	監査の回数を増やす。			ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1655	アセトアミノフェン500mgの棚の中にメトホルミン500mgが6錠混入していた。混入に気付かず調剤・鑑査を行ってしまい、渡薬時にメトホルミンが混入していることに気付いた。	開封済みの箱が複数あり、その中に数錠ずつのヒートがあったので6錠のものをピックアップしてしまった。直近にアセトアミノフェン500mgが処方された患者を抽出し確認を行った。その結果混入はなかったことを確認できたため、混入したメトホルミンはこの6錠であると結論付けた。	それぞれの配置場所は棚と引き出しとかなり異なっているが、両者の見た目は非常に似通っている。錠剤のサイズ感も同じであった。カロナール500mgも在庫しており、こちらの方がメトホルミンとの見た目が異なっているため、アセトアミノフェン500mgの在庫を廃止した。また棚に薬品を戻すときは必ずダブルチェックを行うよう業務改善を図った。			アセトアミノフェン錠500mg「マルイシ」メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「三和」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1656	当薬局はセリプロロール塩酸塩錠100mg「日医工」100錠包装のみ採用し、200mgは採用していない。前日に100mg錠を発注し、翌朝納品を行ったが、その際に入庫したのが200mg錠だった。納品時には気が付かず、薬品棚に在庫した時も100mgのところまに保管した。3週間後に納品した問屋から連絡があり200mgを受け取ったことに気が付いた。まだ従来の在庫があったため間違えた調剤は行わなかった。	セリプロロール塩酸塩錠100mg「日医工」は200mg錠と箱の大きさ、デザインが全く同一で含有量の記載は数字が異なるのみで色も同じである。納品の時は商品と納品伝票の付け合わせを行っているが、その時に含有量の数値を見落としたためにミスが起こった。薬品棚に収納する際は、すでに在庫している医薬品と期限やロットを確認して先入先出を行いやすいようにしているが、今回の場合は、ロットも期限も100mg錠と200mg錠のものが同一でありそこでも間違いを発見できなかった。	入庫する際、棚に収納する際のチェックを慎重に行うこと、異なる含有量のある医薬品については未採用の含有量があることの認識をすることをを行う。メーカーにもパッケージデザインの変更を検討していただけるように要望する			セリプロロール塩酸塩錠100mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1657	他の病院から転院の患者でメトホルミン、レザルタス、フェブリク、タケキャブ他数種類の薬の一包化指示。メトホルミンとレザルタスを一緒に一包化し高温多湿の条件下で保管するとメトホルミンが変色する。	添付文書を隅々までチェックする。	患者に変色になることを説明しレザルタス以外の薬と一包化しメトホルミンのみ別包で投薬した。			メトホルミン塩酸塩錠250mg「トローワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1658	【正】アキネトン1mg 8錠 1日4回 朝・昼・夕・就寝前 14日分 【誤】アキネトン1mg 4錠 1日4回 朝・昼・夕・就寝前 14日分	前回DOで入力し、規格変更を見落としたことで発生。	確認の思い込み、確認不足を防ぐために、初期監査に回す前に指示書と処方せんとの照合を鉛筆で行い指示書にレ点チェックを入れる。確認を完了してから初期監査へ回す事を徹底する。初期監査において、一般名処方の場合も一般名→販売名の順に入力内容の確認を行い、処方せん上の指差し確認も最終鑑査時にも、入力内容が間違っていないか処方箋と照らし合わせてよく確認するようにする。投薬時も処方箋を患者さんと確認しながら投薬するようにする。			アキネトン錠1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1659	交付後在庫確認で気が付いた。監査時計数確認で21包不足に気が付いたが、不足分を間違った薬剤をよく確認せずに薬袋に入れて交付した。(処方はずみら7、間違えた薬剤はずみら107)患者宅にでんわをし、取り換えに伺った(まだ服用していなかった)	複数回すべき監査を怠った。	1種類の購入する包装を変更し、配置を変更した。			ツムラ八味地黄丸エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1660	【正】ベルソムラ錠20mg 1錠 分1寝る前 14錠、リンゼス錠0.25mg 2錠 分1夕食前 16錠【誤】ベルソムラ錠20mgの薬袋にリンゼス0.25mg 16錠を入れてお渡し。”	ベルソムラ錠の薬袋にリンゼス錠がはいっていました。	指さし確認の不十分さが原因になったと考えられるので手技の中でも甘くなってしまうやすい部分を再確認。剤形、包装変更等あれば患者様と相互確認や、情報の案内を行う。			リンゼス錠0.25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1661	一般名でテオフィリン徐放100mg 24時間持続が処方された。この100mgのものは手元に在庫していなかったが、200mgのものは在庫していた。テオフィリン徐放U錠200mg トーワの添付文書を確認したところ、200mg錠は片面割線入りの製剤であった。割線をあえてつけてあったため、徐放錠ではあるが、半錠とすることができるのかとメーカーに電話で問い合わせたところ、割線はあるが、半錠は徐放効果を失うので不可との返答があった。このため、100mg錠を取り寄せ調剤を行った。	徐放錠で半錠不可の製剤であるにもかかわらず、割線があるため、半錠可能とも捉えられる状態の製剤であった。構造上半錠不可の場合はデザインとしても割りやすいものは避けるべきであると考え。	徐放錠はまず半錠はできないはずとの認識の元、確認を行っていく事とした。			テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1662	施設入居の患者。カリーユニ点眼(1日3回)1瓶の処方だったが、誤って3瓶渡してしまった。翌日、当事者が気づき施設の看護師に電話連絡、訪問して2瓶を回収した。	ピッキングと監査を同じ薬剤師が行った。「1日3回」を3瓶と見誤った。終了時間を過ぎており、施設の患者13名の処方箋の薬を揃えて届けなければならず焦っていた。カリーユニ点眼は残り2瓶で、次回からはピレノキシン点眼に名称変更になるため、そちらに注意がいったしまった。	ピッキングと監査はなるべく異なる薬剤師が行う。同じ薬剤師の場合は十分注意する。			ピレノキシン懸濁性点眼液0.005%「参天」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1663	エチゾラム0.5「フジナガ」を4錠朝夕食後28日分の処方で、112錠でお渡しするところ誤って114錠でお渡し。	100錠の包装と10錠と2錠でお渡しするところ、誤って10錠と4錠でお渡し。10錠シートが8錠に見えてしまい判断を誤った。	調剤者が監査者に渡す前に自己監査を行ってから監査者に渡すことを徹底。また、監査時は錠剤をまとめる輪ゴムを外しヒートを確認したうえで監査を徹底する。			エチゾラム錠0.5mg「フジナガ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1664	新患で処方箋応需、お薬手帳持参。リウマトレックスカプセル2mg 3C 1日3回 朝昼夕食後 60日分の記載通常休業期間がある薬剤であること、連続処方かつ長期処方に違和感があったため疑義照会処方間違いが分かり、リマプロスト5μ 3錠 1日3回毎食後の処方が正しいと回答ありました。	同じ「リ」から始まる薬剤のため、処方せん入力時の予測変換で間違えたと考えられる。	患者さまへ受診きっかけ、症状をしっかり聞き取りをして、処方内容が関連したものであるか、適正使用の内容であるかを確認する。			リウマトレックスカプセル2mg リマプロストアルファデクス錠5μg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1665	ダイアモックス錠アスパラカリウム錠の2剤各1錠服用しないといけないところダイアモックス錠のみを服用していた。	用法用量が同じだったので、薬袋に2剤を入れて各1錠の指示だけだった	1剤ごとに薬袋を分ける。薬袋に薬品名を記入する。			ダイアモックス錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1666	イソバイドシロップについて、必要数42包のところ、包装21包のもの1箱で調剤。調剤後の確認時に開封し、1箱あたりの包数を勘違いして調剤していたことに気付いた。	後発品が42包の包装で、普段は後発品の処方を受ける事が多かったため、1箱=42包と思い込んでいた。	包装単位当たりの数量を必ず確認して調剤実施。本件も調剤後の確認を行う事で交付前に気付く事が出来たため、調剤後のチェックはもれなく実施。未開封包装で調剤したものは確認時に必ず開封、数量の確認実施。			イソバイドシロップ70%分包30mL	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1667	施設にご入居中の患者さんのお薬のセット。土曜日から金曜日を1クールとしてセットしている。最後の日、木・金曜日のセットにおいて、木曜日と金曜日がくっついた形で木曜日にセットしてしまった。投薬する際に気が付き、必要なものの投薬を行った。	一包装されたお薬を7日ごとに分けてセットしている。7日分のお薬を、2日分ずつ折りたたんでいる為、最後の日1日分だけ、折られた形で前日(6日目の薬)とくっついてしまうことがある。別包装の薬剤がある時には、ホチキスするが、その際に折り込まれたままになってしまうケースがある。急いでホチキスしていた為、折り込まれたままの状態でのホチキスされた。	2,3組別包になっており、ホチキスする際には、7日目折り込まれてホチキスされていないかを確認する。			ファモチジンOD錠10mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1668	患者様にニフラン7.5mg 3錠分3×2日分で処方されていた。症状を確認したところ、痛風発作をおこしているとのこと。添付文書を確認したところ、1回2錠1日3回、その翌日1回1錠1日3回の服用となっていたため、先生に確認したところ、1日目6錠分3×1日分、2日目3錠分3×1日分に用法用量が変更になった。	休日の救急外来であったため専門医ではなかったため、用法用量の確認を見逃してしまったようだ。	症状にあわせて、添付文書もしっかり確認するようにする。			ニフラン錠7.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1669	アムロジピン2.5mgの分包カセットにアムロジピン5mgが混入。錠剤5mgの大きさが2.5mgより大きかったため誤って分包されることはなかった。	カセットに入れる際に確認を怠った。	カセットに入れる前に必ずカセットと現物のmgまで確認する。			アムロジピン錠2.5mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1670	処方箋にセフジトレンピボキシル細粒で記載があったが体重換算しても用量が少ないため疑義照会。疑義照会した所、セフジトレンピボキシル細粒ではなく、レボセチリジンDSの処方間違いと発覚した。	病院での処方箋入力時の間違いで、薬局で体重換算でおかしいと気が付かなかつた。	体重換算時に用量がおかしいものは必ず疑義照会する			レボセチリジン塩酸塩DS0.5%「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1671	【正】ルーラン錠8mg 1錠 分1夕食後 ルーラン錠4mg 1錠 分1朝食後 【誤】ルーラン錠4mg 1錠 分1夕食後 ルーラン錠8mg 1錠 分1朝食後	一包装調剤の際、コンベアに薬を朝と夕を逆に入れ間違えた。	コンベアにセットする前に処方内容と入れる内容をまずチェックして分けた上でコンベアにセットしていくようにする。鑑査に処方箋と照らし合わせてしっかりと錠数、識別番号の確認を行う。セット後の再確認を数だけでなく薬品名規格も行うようにする。			ルーラン錠8mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1672	リンデロンVG軟膏とヒルドイドソフト軟膏の混合薬と、アンテベート軟膏とヒルドイドソフト軟膏の混合薬が、薬袋に逆に入っていた。投薬時につばに書かれているラベルが違うことに気が付き、投薬時に正しい袋に入れなおした。そのため患者には正しい状態でお渡しできた。	家族3人分の処方箋を応需しており、すべてに混合薬があったため、調剤、鑑査に時間がかかっており、さらに混雑していたために焦っており集中力が欠けていた。また家族の処方内容が類似しているために混乱してしまったことも原因である。	混合したつばには薬品名を記載したラベルを貼るようにしていたことが、過誤防止につながったために今後も続けていく。また監査者は薬袋と実際の薬品が正しい組み合わせであるのかよく確認する必要がある。			ヒルドイドソフト軟膏0.3% アンテベート軟膏0.05% リンデロン-VG軟膏0.12%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1673	先発品と後発品を重複で処方	再度確認の徹底を図る。	トリプルチェックを実施			リマプロストアル ファデクス錠5μg 「SN」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1674	クラシエ四物湯が処方されていたところ、2日分だけクラシエ桃核承気湯が混入していたそのまま交付してしまい1回服用したお腹を下す等の体調変化があった	外観が相違した薬品 ピッキング時に間違っ て戻した可能性が高い薬剤を箱・棚等に戻す 際は必ず複数人の目で確認して戻すルールの 不徹底 監査時のチェック・交付時のチェック 不足	薬品を戻す際は必ず複数人で確認する事箱・ 棚と薬品名を見えるように確認者に確実に示 す事確認者はしっかりと文字を確認する事繁 忙時で確認できない時は後から確実に行うこ と何事も面倒だと思わず、いい加減な行いは しない事			クラシエ四物湯エキ ス錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1675	今回は当局のピッキングミスであるとおも われる。1包化してお渡ししたお薬の規格 違いあり。患者様が残薬がありまだ服用し ていなかったことが幸い。入院先の薬剤部 で発見。TELあり対応。交換差し替えにい きました。	規格違いの薬を同じ棚に入れています。注 意していますがヘルプの職員が入っていると なかなかわからないでピッキングしている。	薬の配置の見直し。1包化時の薬の確認			イルアミクス配合錠 HD「ケミファ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1676	一般名処方で耐性菌乳酸菌錠が歯科より処 方された。耐性菌乳酸菌錠には6mgの規 格しかないと思っており、そのまま調剤し ようとしたが念のため調べたところ18mg の規格もあることが分かり、歯科に疑義照 会を行い規格記載漏れと発覚した。その後 耐性乳酸菌6mgで調剤し交付した。	知識不足。今回抗生剤と一緒に処方されてい たため、普段からよく出るビオフェルミンR 錠であると勝手に思い込んでしまっていた。	一般名処方で来た場合は入力時に一般名で検 索してから薬剤を選択するようにする。普段 から多数規格がある薬剤については注意して 調剤を行ったり、調べるようにする			ビオフェルミンR錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1677	新患で膝痛の患者が麻杏甘石湯が記載され た処方箋を持参、処方医が漢方外来の専門 医であったため、特別な使用なんだろうと 自己判断して、そのまま調剤、病院から処 方入力ミスがあったと電話がありツムラ麻 杏よく甘湯に訂正になる。患者の服用前に 漢方薬を交換することができた。	普段から漢方専門医が血流・血行を改善する ことを目的に、効能・効果と関係なく、いろ いろな漢方を処方するため、症状と漢方の効 能・効果が不一致でも疑義照会をせずに調剤 してしまった。	処方された漢方と、交付時に問診した症状が 相違しているときは、必ず疑義照会をするこ とにする。			ツムラ麻杏甘石湯エ キス顆粒(医療用) ツムラ麻杏よく甘湯 エキス顆粒(医療 用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1678	患者さまに投薬時の聞き取り時に患者様がお顔に出来物が出来たとのことでコタローヨクイニン錠ではないか？と気付き医師に確認することをお話すると大丈夫とお答えされてとりあえず服用してみても効かなければ次回ヨクイニン錠にしようとのこと	いぼ&肌荒れでヨクイニン錠を出さなくてはいけなかった所、医師が間違えてツムラよくい仁湯（関節痛、筋肉痛）を処方したことに投薬で気が付いた。	類似している名前の薬が混ざっている時には、その薬においての聞き取りをよくする様にしなくてはならないと思いました			ツムラよくい仁湯エキス顆粒（医療用）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1679	前回の湿布が大きすぎたので、以前にもらったものが欲しいと薬局窓口で相談。過去にモーラステープ20、モーラステープL40、モーラスパップ60など複数の処方歴があるため、実物を見せて本人に確認してもらったところ、モーラステープL40が追加となった。見本として見せた湿布を元の棚に戻す際、モーラステープ20をジェネリックであるケトプロフェンテープ20mg「三和」の棚に戻してしまった。別の薬剤師が棚に違う薬が入っていることを発見し、正しい棚に戻したため、間違った薬が患者に渡ることはなかった。	先発品とジェネリックの外観の色調・大きさが酷似しており、戻す棚を間違えてしまった。	モーラステープ20とケトプロフェンテープ20mg「三和」の外観が酷似していることは、以前から把握しており、棚の位置も離れた場所に付けていたが、今回のヒヤリハットが生じ、物理的な対策だけでは不十分であることが判明した。薬を戻すという動作自体の過誤リスクが高いことは、局内の研修等でも繰り返し指導しており、特にバラ包装の錠剤を包装容器に戻す際には、ダブルチェックを行うよう徹底していたが、外用薬でも同じことが起こりうるようになった。今後は、すべての薬のハンドリングにおいて、各人が十分な確認を行うようにする。			モーラステープ20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1680	グリベック錠100mgの交付時に189錠で交付するところを209錠でお渡し。交付後に患者に連絡し多く渡りすぎた20錠は持参して頂き回収になった。	グリベック錠の包装が120錠であることに気づかず、100錠包装と思い込み交付したのが原因。	調剤棚に大きく120錠包装であることを明記することに。また入力時のPCでも薬品名に続き120錠包装であることを明記して気づきやすくした。			グリベック錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1681	亜鉛華単軟膏の処方あり 入力時10%と20%の紛らわしい薬品がある事を伝え入力ミスを防ぐ指示をしたため正しくできていると思いきい込みで投薬（薬剤情報の写真は同じ 手帳記載は亜鉛華単軟膏が亜鉛華軟膏のため見落とし）投薬後入力ミスに気付く 念のため商品名を説明し投薬薬品内容は問題ないこと伝える。	よく似た名称と伝えてもレアな処方の場合には違いに気づけなかったようさらにそのことを再確認するという事無し	（単）の有無だけではなく 商品名のフルネームで<亜鉛華10%単軟膏> <亜鉛華軟膏>で指導し ○○ではなく ○○で入力できています。と口頭で読み上げてもらうこととする。			亜鉛華（10%）単軟膏「ニココー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1682	バルプロ酸1日量0.15g→0.375gに変更	バルプロ酸の容量が6kg当たりで処方されており、実際の体重が10kgだったため疑義照会を行った。	調剤前に体重を確認する。バルプロ酸の年齢当たりの成分量を確認する。			バルプロ酸ナトリウム細粒40%「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1683	モンテルカストチュアブル錠5mg 1錠 就寝前28日分の処方。全量28錠のところ10錠シート2枚で取り揃えた。鑑査した際、20錠しかないことに気付き、計数間違いを正した。	普段は14錠シートを採用していたが流通が不安定のため薬局では10錠シートに切り替えたが、包装変更の情報がスタッフに周知されなかった。14錠シートのままと勘違いして集薬して監査に回る	包装変更があった際は、「包装変更有り」などの表示を行う。スタッフ間での情報の共有を徹底			モンテルカストチュアブル錠5mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1684	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mgで調剤すべきところを、トコフェロール酢酸エステル錠50mgで調剤し交付した。事務職員のレセプトの点検にてトコフェロール酢酸エステル錠50mgで計算されていることが判明したため、調剤内容も併せて確認したところ調剤の誤りも判明した。直ちに患者宅へ赴き、薬剤の交換を行った。	前回処方がトコフェロール酢酸エステル錠50mgであったこと、患者から体調変化はない旨聞き取りを行い、処方内容が前回同様トコフェロール酢酸エステル錠50mgであると思いついて調剤をした。	思い込みを排除し、処方箋の内容を正確に読み取って調剤をする。			トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1685	造影剤検査のため病院看護師に2日前からメトホルミン中止の説明を受けていたが朝食後のみ一包化されていたためメトホルミンが入っているとわからず、2日前の朝食後は服用してしまった。昼と夕のヒートのみ服用しないと勘違いされていた。病院に連絡し検査日程を1週間延ばしていただいた。3日前に来局されたときに造影剤検査をするからメトホルミンを飛ばすと患者様が言っておられたが薬剤師が患者様が理解されていると思いついていた。	病院で説明を受けた際に、患者さんはヒートのメトホルミンの薬情を持っていたため、画像を見て、ヒートのみ中止と判断した。一包化に入っていることを患者さんが認識していなかった。	今回は検査前に薬局に偶然に立ち寄られたため発覚した。検査日変更により持参された薬を日付け印字し分包した。メトホルミンを検査前後5日間ぬき、当日も指示のあった薬を抜いて一包化しなおした。高齢の患者様は理解力が低下しているためかかりつけ薬局としていつでも相談に来ていただけるようにお伝えした。			メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「三和」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1686	お薬手帳より継続受診している病院と確認したが今回からハーフジゴキシンKY錠0.125mgからジゴキシン錠0.125mgに変更となっていることを患者に質問して確認すれば解決するだろうと思い鑑査を通してしまった。投薬時に患者より薬が変更となるとは聞いていないとの申し出があり疑義照会にてジゴキシン錠0.125mgからハーフジゴキシンKY錠0.125mgに処方変更となった。	患者が医師より薬が変更となりその理由を必ず聞いていると思込み、鑑査を通してしまった。知識不足からハーフジゴキシンKY錠0.125mgとジゴキシン錠0.125mgはどちらも同じような薬物動態をするものだと認識しており、すぐに疑義照会をするという判断に至らなかった。	同成分別銘柄の薬物動態について再度確認する。患者が医師より処方や治療について必ず聞いていると思ひこまず疑問点があったら疑義照会を行う。			ハーフジゴキシンK Y錠0.125 ジゴ キシン錠0.125m g	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1687	以前より整形外科にてトラマールOD錠25mg 8錠/日処方され、内科にてカロナール200mg 5錠/日を処方され併用服用されていた。眩暈の発生にて耳鼻科受診、そのまま入院になる。入院中も持込みで使用継続していたが、トラマールが退院当日から受診できなかつたため在庫がなく、退院時処方になる。ただ入院していた病院内の採用品にトラマール錠が無かつたようで、代替としてトラムセットが処方されたもよう。かかりつけ薬剤師業務で自宅を訪問、お薬カレンダーにセットする際、カロナール錠も調整無く継続されていた。アセトアミノフェンの量が倍の2000mg近く服用になっており、処方医にカロナール錠5錠について確認、中止する。	他病院内科から出ているカロナール錠200mgの併用を見落とし。	配合剤の内容確認し、重複投与や併用注意、禁忌など問題無いか確認してから調剤する。			トラムセット配合錠 トラマールOD錠2 5mg カロナール錠 200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1688	1回1g 14回分という処方性の記載があり、添付文書を確認したが間違いでそのままお渡しして他の薬剤師の指摘でヒヤリハットになってしまいました	添付分を確認したが、薬剤量の勘違いを気付かず調整者が量を確認していると思ひ込んでそのままお渡ししました	添付文書を確認してから薬剤量が合っているかどうかを確認してから投薬を行います			めじこん散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1689	一度分包した薬(A剤)をバラした際に、分包機のカセット(B剤)に戻してしまっていた。それに気づかず、B剤を一包化したはずがA剤が分包されていて、混入に気付いた。バラした錠剤は14錠で、分包機・カセット内を調べたところ合計14錠あったので患者に渡すことはなかった。	流れ作業の中で分包機をバラした際に、錠剤の印字確認を怠っていた。通常、錠剤の形や大きさが違えば分包機のエラーが出るが、A剤・B剤が類似していたのでエラーが出なかった。	今後はバラした錠剤を当該薬剤師だけで戻さず、違う目でも確認してもらう。特に印字のない錠剤はカセットに戻さないようにする。			チアブリド錠25mg「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1690	リウマトレックスの数量が足りないと連絡あり。必要錠数の半分しか渡せていなかった。	後発品のメトトレキサートと1シートの個数が違うので計算の間違いの要因になっている。また、病院により処方の書き方も違うので、店舗での入力の仕事も違い、混乱をきたす可能性がある	処方通りに入力する。後発品との1シートの個数の違いは仕方がないので、間違えないように周知する			リウマトレックスカプセル2mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1691	分包機フロセミドのカセット内へロキソプロフェンが混入。大きさの違いでカセット停止し確認したところ発見。	色・大きさが似ている。バーコード管理をしていたが、システムの不具合で修理中であり目視でチェックせざるを得ない状態だった。当時薬剤師1名のみで調剤しておりダブルチェックができない環境だった。	ダブルチェックの徹底。分包機の監査システムの修理。			フロセミド錠10mg「NP」ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1692	フロセミド錠40mg「SN」0.25錠 朝食後 49日分ラニラピッド錠0.05mg 0.5錠 朝食後 49日分を含む薬剤を一包化指示のもと調剤したが、手撒きミスにより、とある2包の内1包の中にはラニラピッド錠0.05mgが含まれていなく、フロセミド錠40mg「SN」0.25錠が2つ、別の1包の中にはフロセミド錠40mg「SN」が含まれていなく、ラニラピッド錠0.05mg 0.5錠が2つ分包されていた。	フロセミド錠40mg「SN」は白色の丸型の錠剤を1/4に分割しているため、形は扇形になる。ラニラピッド錠0.05mgは白色の丸型ではない錠剤を1/2に分割。形は違えども長さ、幅が近いため間違いに気づけなかった。	分包機の手撒き操作方法来、同時に錠剤を分包機に落とす方法と、一つずつ錠剤を分包機に落とす操作方法がある。今回は前者の操作方法により調剤したため手撒き間違いが起こった。そのため改善策としては後者の操作方法を行う事により、類似した外観の薬剤の手撒き間違いを防ぐ。			フロセミド錠40mg「SN」ラニラピッド錠0.05mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1693	<p>&lt;朝の薬袋に「睡眠導入剤」をいれてしまった。&gt;</p> <p>服薬指導で患者さんに薬を見せて確認後、薬袋に入れる際に、朝服用の高脂質血症治療薬「ロスバスタチン」を睡眠導入剤「ゾルピデム」の薬袋に寝る前服用の睡眠導入剤「ゾルピデム」を朝の袋に入れてしまった。患者さんは、気が付かず朝に睡眠導入剤を飲んでトラックを運転中、眠気がでた。幸い事故にはならず、寝る前に眠剤を飲む際に、睡眠導入剤の袋に「ロスバスタチン」が入っていることに気が付いて入れ直し、次回受診時に薬剤師のその旨を伝えた。</p>	<p>(1) 「ゾルピデム」「ロスバスタチン」の包装の類似 (2) 服薬支援、記録に注意がいき、薬袋に薬を入れる際にきちんと見ていなかった。(3) いつもと同じの簡単な処方危険性に対する配慮が足りなかった。</p>	<p>(1) 「事故報告書」の作成：処方医を訪問し事故の発生と改善策を文書で報告。(2) 睡眠剤は監査後、一度薬袋にいれる。：スタッフ全員でミーティング、事故が起こったこと共有と再発予防の意見をだしてもらう。その結果、交付の際は、監査後に薬袋に仮にダブルチェックでいれてから、服薬支援をおこなう。(3) 「事故報告書」の掲示(ポスター効果)：薬局事務室の掲示版に「事故報告書」を掲示。日々繰り返し目に入るようにする。</p>			<p>ロスバスタチン錠5mg「DSEP」ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「NP」</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
1694	<p>【般】ロラタジン錠10mg 1日2錠分2朝夕食後7日分、ピオスリー配合錠1日2錠分2朝夕食後7日分 の処方有り投薬時に患者から抗生剤を処方されているはずと聴取した。クリニックに問い合わせたところ、【般】ロラタジン錠10mg→クラリスロマイシン錠200mg 用法変更無しとなった。</p>	<p>ロラタジンの先発名はクラリチン、クラリスロマイシンの先発名はクラリスであり、名称が類似している点から処方時の入力ミスであると考えられる。</p>	<p>患者からの聴取を徹底し、名称が類似している薬の把握を行う。</p>			<p>ロラタジン錠10mg「サワイ」クラリスロマイシン錠200mg「タナベ」</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
1695	<p>3/24患者さんの代理人で妻が処方箋を持参。処方内容はイルアミクス配合錠HD「DSPB」1錠 1日1回朝食後30日分3/28、29の両日奥さんがご主人に薬を渡す。両日とも眠気を感じ、車の車庫入れ時に軽いふらつきを感じた。3/29朝奥さんから電話連絡でイルアミクス配合錠HD「DSPB」10錠ヒートの中にゾルピデム酒石酸塩10mg 10錠のヒート1枚が混入していたことが判明。</p>	<p>繁忙時間帯のため、ピッキング作業後にすぐ収納していなかったことが間違いの原因であった。</p>	<p>イルアミクス配合錠HD「DSPB」とゾルピデム酒石酸塩10mgのシートの大きさ、錠剤の色、形、大きさ共に酷似している。投与時に再度内容確認を患者様の前で行う事と、業務手順書を見直すことを再確認した。特に調剤、投薬時それぞれで監査を徹底する。</p>			<p>イルアミクス配合錠HD「DSPB」ゾルピデム酒石酸塩錠10mg「AFP」</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1696	朝昼夕寝前30日分の計120包の分包を行っている際、一回目の錠剤(5種類)をまいた後、続きの錠剤をまく直前に、要注意の患者さんからTELがあった。TEL対応しながら分包をすることになった。一回目の錠剤をまき終わりに落とし分包を始めたと思ったが、単に下におとしたのみで分包が始まっておらず気づかずに続きの錠剤(5種類)をまいたのちTELが終わり、分包が始まっていないことが発覚。10種類の錠剤をもう一度回収して分包をやり直すことになった。回収し再分包している途中に、レボメプロマジン25mgとトラゾドン25mgの刻印の片面が両方「25」で白色であることに気づく。監査者が発見しもう一度分包し直した。	多種類の同じ大きさの白色でPTPからはずした錠剤を正しく分けなおす際に、「25」と刻印してある錠剤は1種類しかないと思込み分けなおしていたことが今回の調剤ミスの原因である。またTEL対応しながらの分包で集中できていなかったことも原因である。	分包中はその作業に集中する。刻印が同じものがあると認識し、両面の刻印をしっかりと見て分けなおすことが肝要である。			レボメプロマジン錠25mg「ソルハラ」 トラゾドン塩酸塩錠25mg「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1697	点眼薬の成分が重複してたので、照会後に薬が変更になった。調剤時は、薬の手配をしていて重複に気づかなかった。監査時に配合点眼薬の成分が重複することが判り、医院に照会した。医師が間違いに気づき処方箋が変更になった。	配合点眼薬から配合点眼薬への処方変更で、成分の重複に気づきにくかったと思われる。	薬の調剤時に処方者の監査が十分ではなかった。調剤、監査、薬の手配にかかる人員不足。			アゾルガ配合懸濁性点眼液 デュオトラバ配合点眼液 アイラミド配合懸濁性点眼液 アイファガン点眼液 0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1698	成分が重複する点眼薬が処方されていたので、照会後処方変更となった。患者様は、点眼薬が変更になることを聞いていた。薬の在庫がなく手配していたので、調剤時には気づかなかった。監査時に配合点眼薬の成分が重複している事に気づき、医院に照会した処方箋が変更になった。	患者様より眼圧が上昇していたため、処方変更するか医師が迷ったようです。配合点眼薬への処方変更であったため、成分の重複に気づきにくかったのではないかと考えられます。	薬の調剤前に処方者の監査が十分ではなかった。			アイファガン点眼液 0.1% デュオトラバ配合点眼液	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1699	ベタニス50mgを箱に戻す際 ベタニス25mgの箱に戻してしまった。	業務の流れ作業的な対応で 注意を怠ったため。	箱の規格 25mgに 印をつけて 保管することを徹底する。			ベタニス錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1700	ミヤBM 1日3回毎食後 1日3錠5日分で処方。17錠ピッキングされていた。	ミヤBM錠が12錠シートのため間違い。	今後10錠シートになる予定なので、取間違いのないようにする。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1701	酸化マグネシウム錠330mg「ケンエー」ケンエーを含む6種の薬剤の一包化の調剤で、数日前に紛失していたナフトビジルOD錠75mg「EE」が混入した。調剤後に分包機のカセットに酸化マグネシウム錠330mgが1錠残っていたことから再度監査を行い気付いた。	ナフトビジルOD錠75mg「EE」を紛失した際に、分包機の中を探しておらず、中に残ってしまっていた。酸化マグネシウム錠330mg「ケンエー」とナフトビジルOD錠75mg「EE」の錠剤の大きさと色が類似しており一度目の監査で気付かなかった。	薬剤を紛失した際は見つかるまで探す。一包化調剤後は、カセットの中に薬剤が残っていないかの確認を徹底する。一包化の監査は刻印までしっかり確認する。			酸化マグネシウム錠330mg「ケンエー」 ナフトビジルOD錠75mg「EE」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1702	久々に吸入薬が処方された。改めて見本を使用して説明。見本用に4本机上にあり。本物と紛れてしまった。説明中に、患者がどンドン薬袋を鞆にしまっしまい、終了後に吸入薬が見本の中に混ざり取り残された。電話連絡ができて、至急車でお届けして、治療には支障なしでした。	机上に見本が数本あり、紛らわしかったと思います。見本には目立つようにテープを貼っていましたが、慌てているとそれも見逃してしまうようでした。	見本は机上以外に準備して、机上には余計なものは置かないこととしました。			シムビコートターピュヘイラー60吸入	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1703	ノボラビッドフレックスタッチの針がノバスニードルからBDマイクロファイプロ32G×4mmに変更になっていたが、もともと薬局に在庫があるBDマイクロファイブラス32G×4mmを入力してしまい、ピッキング時や鑑査者も気づかずそのままお渡ししてしまった。その次に受診されたときに別の薬剤師が針の名前が前回お渡ししたものと違うことに気づき間違いが発覚。患者、病院にも説明し謝罪した。	針の名前が類似しており気づけなかった。マイクロファイプロの存在を知らなかった。	針の複数規格あるのを把握する。処方が変わったときは特に注意して確認する。			ノボラビッド注フレックスタッチ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1704	ピコスルファート内用液を間違えて点眼した	ピコスルファートを処方され1日だけ飲んでリビングの机に置いていた。コンタクトレンズを外すと視力が悪くよく見えなくなるのにもかかわらず、眼鏡をせずにいつも使用するヒアルロン酸点眼と思込み点眼してしまった。痛みで眼科にしばらく通院した。	投薬時点眼のような容器に入っているが点眼ではないので注意するよう伝えていた。ドクターもこの患者さんには危ないので別の便秘薬を処方した。ピコスルファートナトリウム内用液については、今後も点眼薬ではないことを患者さんに必ず伝えるようにした。			ピコスルファートNa内用液0.75%「トローワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1705	リベルサス7mg錠が21日分処方された。新薬の為、本来は14日分までしか処方できない。また、製品は防湿性確保のためミシン目以外で切り離してはいけないものであり、21日分のような奇数日数では調剤できない仕様となっている。この2点について医師に電話で相談。日数制限の超過については、GWを挟んでの受診となるためと返答。日数は偶数日の22日分に変更となった。	ミシン目以外で切り離せないという製品の性質上、2つずつにしか切り離せない製品であった。箱やシートに注意喚起の記載あり、調剤時に気付くことができた。	新薬についての周知徹底。			リベルサス錠7mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1706	月に1回の内服を毎週第4土曜日に服用しているため土曜日が5週あると定期受診で薬が処方されないことがあり、患者様が疑問に思った。	医師との話の中で今回は処方出さないけど次回に出して○日に服用の指示がなく、患者様が混乱してしまった。	月にの薬はいつ服用かを情報として残し、今回は必要不要を判断できるように。			ミノドロン酸錠50mg「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1707	リマプロストアルファデクス5μg「サワイ」42錠をお渡ししなければならぬ所、33錠でお渡し。1袋42錠だが袋が開封していた。袋の片方側しか見ていなかった。	&#32363;忙りのため、待合室に患者が多数おり、確認が雑になった。監査機器のユヤマ製のポリムスを当薬局で導入しているが、種類を確認出来ている事に油断していたのも一因と思う。	1袋で渡せる場合も、必ず開封しているかどうか確認する。			リマプロストアルファデクス錠5μg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1708	ランソプラゾールOD 東和とサワイ 投薬間違え。帰宅後、患者様が気がつき連絡あり。	慣れ・勘違い。	製薬メーカーについても、再度、確認する。			ランソプラゾールOD錠15mg「トローワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1709	昼過ぎ患者様が混雑しているときフェキソフェナジン60mg明治を前回出していたのに確認を怠りフェキソフェナジン60mgファイザーを出そうとした。事務員の声掛けできずき明治の分をお渡ししました	フェキソフェナジン60mg明治を前回渡していたのにファイザーを渡してしまいました	薬品を入れている棚をいれかえ明治を分かりやすくする			フェキソフェナジン 塩酸塩錠 60mg 「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1710	インサイドパップ7Pを10袋(70枚)と処方箋に書かれていた。後発品代替えでゼムバック5Pを10袋(50枚)で調剤した。	通常ゼムバック5枚入りで取り扱っていて、思込(1袋5枚入り)で入力ミスと調剤ミスが重なり交付した。	薬価収載単位でない処方箋指示には、十分注意して袋や本数で確認を徹底する事。			ゼムバックパップ70	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1711	前回アイファガン点眼、タブロス点眼、眼圧上昇の為それぞれ配合剤へ変更となり。アイベータ配合点眼、タブコム配合点眼となっていた。いずれもチモロール配合の重複の為疑義。アイベータ削除、アイラミド追加となった。	医師の診察後、口頭指示にてクラークが打ち込んでいたようなので、配合剤指示で選択間違いをしたと思われる。	配合剤の成分重複を確認する。重複時は疑義照会を行う。			アイベータ配合点眼液	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1712	透析患者様、今回よりアデホスコーフ腸溶錠処方。他店では、お薬もらっていないとその時は説明もらいました。しかし、服用前、患者様より、耳鼻科でアデホスコーフ腸溶錠もらっていることが判明。耳鼻科でもらっている方を飲まないでくださいと指導。	患者様の言うことをすべてうのみにしてしまったこと。	患者様が言っている事はもちろんですが、必ずお薬手帳など形になっている服用内容を確認する。			アデホスコーフ腸溶錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1713	トフラニール25の処方で、トリプタノール25を間違えて取り、一包化した。監査者も間違いに気づかず、患者に渡した。後日、患者から前と薬が違うと電話があり、間違いに気づいた。	トフラニールとトリプタノールの名称が類似しており、mg数が同じで、同じ棚の近くに置いていたため、取り間違えた。取り揃えた薬が合っていると思って、一包化した。一包化した薬が間違っている事に気づかず鑑査し、前と同じ薬と説明して、患者に渡した。	一包化する前に、監査システムに通し、薬が合っている事を確認してから、一包化する。			トフラニール錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1714	手術で入院後、いつものクリニックを受診。入院中から開始になった薬剤(ケイキサレート散など)が処方されていた。混雑していたためお薬手帳のコピーだけとり、前回受診時からの処方変更を説明。後ほど薬歴記入時にお薬手帳のコピーを確認したところ、入院中はケイキサレートDS76%を服用していたことが発覚した。(散・DSともに包数は同じだった)	処方医はケイキサレート散とケイキサレートDS76%があるのを知らなかった。また、両方とも処方の単位が「〇g」ではなく「〇包」であったため、処方箋のみの内容で調剤してしまった。	入院時の内容が確認できるときは変更になっていないか確認する。			ケイキサレートドラ イシロップ76%ケ イキサレート散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1715	ジクロフェナクNaローション(外用液)を渡すべきところ、ジクロフェナクNaゲルを渡してしまった使用前に交換した	処方箋にバーコード入力がないため手入力となる。前回までジクロフェナクゲルが出ており、事務入力もdoで入力し、処方箋にも鉛筆でゲルと書かれていた。そのまま調剤監査も気づかずに渡してしまっていた。また連休明けの忙しい日であった。	手入力の処方箋は特に注意が必要である。ジクロフェナク製剤は内用剤、外用剤とも種類が多いことを意識し、調剤、監査を行う。処方箋の薬剤名を口に出して読むなど意識する。			ジクロフェナクNa ゲル1%「ラクー ル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1716	ミヤBM錠は12錠シートが在り、10錠シートと間違えて調剤してしまった	薬剤の知識が少なく10錠シートおよび14錠シートについては取り扱ったことがあるが12錠シートについては見分けがつかなかったことが原因であると考えられる。	薬局内の全従業員に薬剤の剤形、包装について共有を行う。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1717	カムシアHD処方一般名で記載されていた。カムシアLDを調剤して、監査時も確認不足のためそのまま患者に交付。翌日患者より、薬剤の交付間違いを指摘され、正しい薬と交換する。	一般名処方に伴うとり間違い、監査時も外観様子が同じため間違いが発生したのものと思われる。	調剤、監査の徹底・交付時に必ず患者本人と一緒に内容を確認する			カムシア配合錠HD 「あすか」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1718	一般名と成分名で同効の薬が処方されました。	成分名の薬の確認を怠らない。	成分名の薬は必ず先発、後発確認する。			タリオン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1719	ロナセン錠4mg 1錠 分1夕食後 30日分 他、の処方に対し、通常、GE変更し、プロナセリン錠4mgをお渡しするところ、ロナセン錠4mg 30錠をお渡ししていた。	スタッフの入れ替えがあり、慣れない者もいた時期。GE変更する品目の左側に鉛筆で○印を付けている。現在は視認性を良くする為に薬品名のすぐ脇に書いているが、この当時はまだ少し離れた位置に印をしていた。	理論在庫と実在庫のずれによって判明した。発注をほぼ自動化しているが、手入力発注していればもう少し発見が早かったかもしれない。ただし業務削減の為、今後とも自動発注を継続する。スタッフ全員で情報を共有し、再発防止に努める。			ロナセン錠4mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1720	FAX処方箋により調剤した。医薬品の種類があり処方箋が2まいに分かれていたの、1枚目は確認したが2まいめが、あるとおもって、説明をして投薬したが、本人が、まだ持参していなかったまま、そこで投薬してしまった。、次の日に、処方箋をもう一度確認し直したときに1枚しか受け取っていないことに気が付いた。いつもの薬だとおもって投薬した。	FAX処方箋の時も必ず処方箋は、原本を確認しながら患者さんに説明するようにすること。	FAX処方箋は、原本とすべて確認してから、投薬する。			ビタバスタチンCa錠1mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1721	糖尿病薬を服用している患者へのクエチアピン錠処方。疑義照会後、コントミンへ変更。	薬歴の禁忌欄に糖尿病について記載されていなかった。	薬歴の禁忌欄にしっかり色を付けて記載する。			クエチアピン錠25mg「ヨシトミ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1722	ベネット17.5mg、4錠処方のところ、2錠でお渡しした。	他の週1回のビスホスホネート製剤が1枚に2錠入っている。しかしベネット錠は1枚1錠。他剤と同様に1枚2錠と思い2枚で調剤。	ベネット錠は1枚1錠であることを再度皆で確認。他のビスホスホネート製剤を1枚1錠になるように分割する案もあるが、今回は見送りとなった。			ベネット錠17.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1723	フェブリク錠10mg を 分包するためにヒートからばらす時に1錠 足りなくなりました。ばらした包装を確認したら、裏側に 1錠張り付いてました。	包装が乾燥していて静電気で錠剤が外れずに接着する事があります。	分包から錠剤をばらす時は接着に気を付ける。			フェブリク錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1724	ミヤBM錠84錠の所、12錠シートだと勘違いして7シートで準備してしまった。	ミヤBM錠のシートの変更で、12錠シートと10錠シートの違いに混乱したため。最近、ミヤBM錠の採用が、12錠シートから10錠シートに採用が変更になった。	ミヤBM錠のシートは、声出し確認、指さし確認を行い、ピッキングの速度を遅め、確認をいつもの倍行います。10錠シートばかりではない事を念頭に置きながら、業務を全うします。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1725	この患者において当薬局としては初めてメニレット70%ゼリー20gが全量21個処方。当店で在庫なく300mほど離れた支店に電話したところ、在庫あり。単位など間違えないか確認後、21個分至急店舗移動をお願いする。患者に今用意できることを説明。処方入力を済ませ、受け取りに店頭まで出てみたが、思ったよりなかなか届けに 来ず、時間に対して心配になる。  急いで受け取り、調剤室に戻り、移動のための袋から出し、中に入っている大きなトレイ2段分のシュリンクどバラ3個を取り出す。急いで規格を確認し、シュリンク包装上段の9個×2=18個に3個で21個と確認し、説明後投棄。数分後届けてくれた店舗の薬剤師から、数を間違えて渡しすぎたのだが大丈夫かと電話あり。シュリンク包装の見えない2段目は1段目と異なり、12個入りのトレイであり、3個余計に渡してしまった。患者携帯にTELし、こちらからご自宅に回収に伺った。	事務無しワンオペの日。メニレットの扱いは初めてではないが、普段ほとんど扱わない。在庫なし単位や数量も焦りながらもしっかり確認したつもりで、スルーしてしまう。早く渡したい気持ち、まねな取り扱い品、貸した店舗のミス、わかりづらい製品パッケージが重なったことによって起きたと思うが、最大の原因は「9個と12個のシュリンク包装」であると思う。	今回のミスを他の薬剤師と情報共有したが、それ以外にどのようにしたらよかったのか、答えは出なかった。			メニレット70%ゼリー20g	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1726	剤型違いで包装g数が違うため容量間違えた	勘違い 繁忙	処方箋監査時に 注意喚起付箋貼付			ヒルドイドローション0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1727	ベリチーム配合顆粒1日2g1日3回毎食後30日分で処方に対して1包1gの分包品を3シート×20で渡してしまった。分2と思いついて全量しか見ておらず1回量が多くなること、3包×30必要なことに気が付かなかった。本人に交付後、家族の方から電話があり間違いに気づき交換に伺った。	いつもはバラ包装を計量して出していたが、今回は期限が近いヒートを他店から引き取っていたため混合のないこの方に使おうと箱にメモした付箋紙を貼っていた。処方が出たときにこの方に使えと飛びついてしまい確認が足りてなかった。 スタッフの休みもあり薬剤師2人の月曜の朝で立て込んでおりいつもより慌ただしく穏やかではなかった。	全量だけでなく1回量の確認もしっかり行う。忙しいときも焦らず落ち着いて自分のペースで監査をする。今後間違えないように分包品はバラの容器にうつして計量するようにした。			ベリチーム配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1728	一包化を作成して、処方箋応需後鑑査していたらグリメピリド1mgのかわりにチラーゼン25μgが入っているものを数包発見	グリメピリドとチラーゼンどちらも処方になっている他の患者さんの一包化が不要になりばらした際、どちらもグリメピリド1mgとして棚に戻されてしまっていた。錠剤の色と大きさが酷似していた。	ばらした際、何が何錠あるべきなのかをあらかじめ記載しておき確認する。バラしたものを使用して一包化する際は必ずすべての刻印を確認する。			グリメピリド錠1mg「トール」チラーゼンS錠25μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1729	原稿採用品のジソピラミド徐放錠150mg「テバ」をすべて使い切ってから、採用変更のジソピラミド徐放錠150mg「サワイ」へ変更するところを、総数112錠のうち12錠だけ「テバ」残り100錠を未開封の「サワイ」で出してしまった。薬品管理が在庫の動きがおかしいことに気づき、入力した事務を確認したところ入力はずべて「テバ」で112錠出ていることになっていたため発覚。	旧メーカーから新メーカーへの切り替え予定を調剤者が把握しておらず、同じ棚に入っているものは同じメーカーと思い込んでいたため、端数と100錠包装とを合わせて調剤してしまった。監査レンジはヒート(端数)のほうでバーコードを通したのでその後も気づかず交付に至った。	メーカー変更の際は旧メーカーから先に使い切るよう徹底する。また、採用変更が決まったものはミーティングなどで情報共有し、棚に混在する場合は目立つように工夫する。			ジソピラミド徐放錠150mg「テバ」 ジソピラミド徐放錠150mg「SWJ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1730	当薬局においてファモチジンOD錠20mg「EMEC」が採用されているが、ファモチジンOD錠20mg「サワイ」が自動分包機のカセットに誤って重点されていた。鑑査者が錠剤の印字が違うことを発見、患者に交付前に対応することができた。	近況多数のジェネリック医薬品の供給不足品が続いており、品切れ後の迅速な対応のため薬局内に同一成分の医薬品が複数存在することが続いていた。カセットへの錠剤充填時においては必ず2名の薬剤師にて実施するようルール化されている。しかしながら同一成分、同一量のメーカーまで2名とも見落とししてしまったのが原因と思われる。	以後カセット充填時においてはメーカー名まで必ず読み上げ確認のうえ、充填するよう薬局内にて徹底するようにルール化した。印字も必ず確認するよう徹底する。			ファモチジンD錠20mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1731	フェブリク錠40mg29日分処方に対して、21錠しか患者に交付しなかった。薬が足りないかと患者より電話連絡あり発覚。薬局の在庫は10錠シートであったのに、調剤者・監査者とも14錠シートと思い込んでしまっていた。	大きいPTPシートを14錠シートと思い込んでしまったこと。以前は14錠シートを在庫していたが、現在は10錠シートになっていた。	1シートの錠数をきちんと確認する。10錠シートとウィークリーシートがあるものは特に注意。			フェブリク錠40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1732	医師は、レバミピドを処方したつもりのようなだったが、ドンペリドンが処方されていた。患者に症状を聞き取り、また、今回、この薬が欲しいという患者が医師に見せた薬品情報の紙を確認、したところ、レバミピド錠が記載されていたので、医師に疑義照会したところ、ドンペリドンからレバミピドに変更となった。	一般名による、名称が似ていることによる勘違い	患者に、このような薬が出ています、と、効能効果について説明をする。			レバミピド錠 100 mg 「オーツカ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1733	処方箋受付時本人より「薬が変わる」との発言あり。前回までレスリン錠 25 mg 2錠就寝前からレボトミン錠 50 mg 2錠就寝前へ処方変更であったが主治医の処方変更の仕方に違和感(レスリン25からレボトミン50への処方変更はあまり例がない)を感じた。添付文書の用法用量のとおりではあるが再度本人へ聞き取りしたところ、薬が変わるわけではなく増えるとのこと。おそらくレスリン錠 50 mg 2錠への増量でないかと推察し疑義照会へと至る。	レスリン錠 25 mg もレボトミン錠 50 mg も睡眠の補助として処方されることはあるが処方意図は異なる。おそらく名称類似の入力違いと思われるが、主治医の処方変更の仕方や処方意図を把握していたから違和感に気付いた事例である。	「処方変更」には薬剤変更、減量、増量すべてが含まれる。処方箋自体が間違っていないでも薬剤が異なれば主治医との治療方針とは異なる治療結果となる。薬剤の処方意図や主治医の処方変更の仕方を把握できるよう処方元と連携をとる必要がある。			レボトミン錠 50 mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1734	ポリスチレンスルホン酸Ca経口ゼリー 20%分包 25 g 「三和」が 1日1個 分2朝夕食後で処方された。前回までは1日2個を分2朝夕食後であった。添付文書の用法の「1日75～150 gを2～3回に分け..」より、例えば75 g分2であれば1回に1.5個であり、0.5個の投与が可能。また「適宜増減」の記載より、1日25 gも可能。これらから、朝にカップの半分を食べ、残りを夕に服用と一旦は判断した。しかし、添付文書の適用上の注意に「開封後は速やかに服用し、残した場合は廃棄すること」との記載があり、開封後の安定性に問題があることから、疑義紹介の必要ありとした。照会結果1日2個を分2朝夕食後に訂正となった。	添付文書の「用法」のみから分割可と判断した。	分割の場合、用法以外の情報を勘案して行うべきである。			ポリスチレンスルホン酸Ca経口ゼリー 20%分包 25 g 「三和」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1735	イグザレルト10mg処方のところ、企画違いの15mgで調剤を行った。監査時に気づき、過誤には至らなかった。	隣接しており、確認不足による誤りと思われる。	薬剤トレーを離して配置を行い、店内MTにて再発防止を話し合った。			イグザレルト錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1736	風邪の処方が出ていたが、咳嗽剤で「イソジン外用液」の一般名が処方されれていた。患者様に確認するも、やはりうがい薬が欲しかったそうで、疑義照会をした。Drの処方選び間違いだったそう。	類似医薬品名の選択間違い。	疑問に感じたら、患者様にも確認することが大切と感じました。			イソジン液10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1737	イソバイド90ml分3 7日分の処方。当薬局では30mlの分包しか扱っていないのに、分包品入力ではなくバラで入力していたが、それをスルーして投薬してしまう。	薬の名称と量が合っていたので、分包品で入力されているか確認を怠った。	どのような形で投薬されるかを考えて、処方せんと調剤録と薬歴確認する。			イソバイドシロップ70%分包30mL	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1738	ディオバン錠40mg30錠をお渡しするところ、40錠でお渡し。	ウィークリーヒートを14錠×2と端数2錠のところ、思い込みで14錠×2と端数12錠で渡してしまった。	ピック時の声だし確認。ピーク後の再確認。投薬時に患者様と処方箋をみて確認することを徹底。			ディオバン錠40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1739	ミヤBM錠12錠シートのところ14錠シートと思い込み、実際より少なく調剤してしまった。監査時に気づいた。	12錠シートという見慣れない包装	12錠シートであるという情報の周知。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1740	時間を限定した調剤を求められ、処方監査の上、調剤助手に分包器操作指示した。自動分包器カセットにエリキユース錠2.5mgを入れるべきところ、あらかじめエフィエント錠3.75mgが準備されていた。通常はカセット形状等の問題でエラー発生するところが、問題なく動き出してしまい、錠剤を取り違えた状態で分包が完成した。監査時に誤調剤に気づき、撒き直して投薬した。	事前準備の段階で慣れや業務繁忙等が重なり、本来入れるべき薬剤と異なる薬剤をカセットに入れてしまった。	事前準備の段階でダブルチェックを徹底する。分包前に錠剤監査を行い、エラーに気づける体制を構築する。			エフィエント錠3.75mg エリキユース錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1741	以前からアムロジピンOD錠5mgが処方されていたが、新規でテルミサルタン錠40mgが追加され当初そのまま患者に渡してしまった。帰られた後交付者が添付文書を入念に確認したところスタートドーズが20mgからと言うことが確認でき、急いで担当医に連絡20mgに変更するよう指示された。患者さんに再度来局頂き、40mgをすべて20mgと変更してもらえた。	新規で処方された薬剤の開始ドーズなど注意して薬をお渡ししないといけない。	時間がかかっても新規で処方された薬剤の開始ドーズ・禁忌・併用注意など確認したうえで患者様に薬を渡せる体制を取らなくてはならない。			テルミサルタン錠40mg「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1742	定期処方に追加(般)フロセミド錠20mg 2錠分1眠前60日分。用法に疑義を感じて照会行う。(般)センノシド錠12mg 2錠分1眠前60日分の誤記と判明。	用法用量に疑義ある場合は必ず疑義行う。	現状どおり処方内容に疑義ある場合は照会を必ず行う。			ラシックス錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1743	今回一般名でトコフェロールニコチン酸エステル100mgカプセルが処方あり、ジェネリックご希望の為規格確認してジェネリックを購入。トコフェロール酢酸エステル100mg錠ツルハラを購入できた。ミリ数が一緒であったため剤形が違うことを患者さんにお伝えして交付。後日処方箋チェックの際内容を再度確認したところ、トコフェロールには酢酸エステルとニコチン酸エステルがあり適応など相違があること判明。患者さんに連絡し、交換した。体調変化なし。患者さんご理解いただけた。	トコフェロールニコチン酸エステル100mgジェネリックについて錠剤とカプセル剤があると思いついていた。	一般名からジェネリックの変更の際は、きちんと規格だけではなく成分名などの確認を徹底する			トコフェロール酢酸エステル錠100mg「ツルハラ」ユベラNカプセル100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1744	血糖値のコントロールが不良のため、今回よりエクメットLDからHDに変更して交付せねばならない所、今までどりのLD錠で、交付してしまった。	患者が多く、他の薬剤師が監査出来ないまま、疲れた状況で、一人でピッキングして、一人で薬袋を書き交付するに至り、注意力が低下している上に他の薬剤師が監査出来ないという、二重の確認漏れをしてしまった。後で気付きお電話して服薬前に交換できたが、医師が期待する、効果が得られない所であった。	どんなに組み合わせても、多少、患者さんに待ってもらう事になっても、必ず、監査確認を徹底する事。			エクメット配合錠HD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1745	リスベリドン内用液分包0.5mg「日医工」0.1%0.5mL内服分14包、リスベリドン内用液分包0.5mg「日医工」0.1%0.5mL頓服分12包を交付すべきところを、リスベリドン内用液分包0.5mg「日医工」0.1%0.5mL内服分15包で交付していた。当日の棚卸にて発覚し、当該患者に連絡を取りリスベリドン内用液分包0.5mg「日医工」0.1%0.5mL1包を回収した。	もともとリスベリドン内用液分包0.5mg「MEEK」0.1%0.5mLを採用していたが、小林化工によりトラブルの影響でリスベリドン内用液分包0.5mg「日医工」0.1%0.5mLに採用薬を変更していた。「MEEK」は10包ずつ袋に小分けに梱包されているが、「日医工」は10包ずつがむき出しで梱包されており、包装の違いによる計数過誤であった。	10包ずつのものと、手を付けて10包無いのものを分けて棚に陳列し保管する。また「日医工」から他銘柄への変更を検討中である。			リスベリドン内用液分包0.5mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1746	一包化の薬剤を朝と夜と分包し間違えた。監査時に気づき分包し直し、患者様にはミスなくお渡しできた。	朝一の薬剤師一人時間の時に、長期日数の一包化処方を受付た。一般名処方と先発名処方の混在する処方記載で、患者希望も1剤のみAG変更可能、他は先発品希望で、一般名処方記載薬は先発品、先発品記載薬はAG調剤と複雑だった。ピッキングは間違えなかったが、一包化作成時に不注意で一般名処方AGと勘違いし、プラバスタチンNA10mgと記載されているのをクロピドグレル75mg「SANIK」で夕に、プラビックス75mgと記載されているのをメパロチン10mgで朝に入れて一包化。ちょうど作製し終えたところに、他の薬剤師が出勤したので監査を依頼し作成ミス発見に至る。	一人薬剤師時でも事務員は居たので、ピッキング時に事務員にも確認を取り、二重チェックをする。思い込みにならぬように、一包化中も処方内容を再確認する。			メパロチン錠10mg クロピドグレル錠75mg「SANIK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1747	いつも来られている患者の定期処方を自動分包機で一包化分包し、鑑査機にかけた。薬剤師が1回目の鑑査のため鑑査機の結果を確認したところ、クエン酸第一鉄サワイ(SW433)が入っていないといけないのに、何包かは別薬剤のベザフィブラート(SW322)が入っており、間違いが発覚。すぐに正しいクエン酸第一鉄にすべて入れ替え、その後再度鑑査機を通して鑑査して払い出した。	自動分包機のクエン酸第一鉄のカセット内に、戻し間違いなのかは不明だがベザフィブラートが入っていたものと思われる。	不要な錠剤をばらして再度自動分包機に入れる際には、薬剤師が必ずダブルチェック目視でしようようにする。できるだけ不要になるばらさないといけない一包化を作らないように気を付ける。			クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1748	ノボラビッドフレックスタッチ処方のところノボラビッドフレックスペンで交付。外来にて1回使用予定とのことで看護師にノボラビッドフレックスペンで交付。1回使用後に期限切れであることの指摘があり交換するも、ノボラビッドフレックスペンで再交付。すぐにデバイス間違いに気づきノボラビッドフレックスタッチへ交換する事を伝えるも今回はノボラビッドフレックスペンに処方自体変更となった。	入院中にインスリンリスプト(バイアル)を使用していたが、外来移行のためペンタイプに変更となることを聴取。インスリンリスプロのソロスターがあることを伝えるもノボラビッドフレックスタッチへ変更で良いとのやり取りなどを行ったり、単位数の記載不備があったためその確認をしていたら、デバイス・期限確認を怠ってしまった。	定期的に期限チェックをしているが、期限切迫のものは普段から確認しておく。処方せん確認の徹底。			ノボラビッド注フレックスペン ノボラビッド注フレックスタッチ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1749	ツムラ当帰飲子が処方されていたが、投薬時に患者からの症状の聞き取りしたところ肋間神経痛の薬を出してもらったとのこと。ツムラ当帰飲子は、慢性湿疹、痒みの適応の薬であることから医師に疑義照会をしたところツムラ当帰湯に処方変更になった。	薬品名が似ていることから、医師の処方入力ミスでした。処方箋通りに調剤することは一番に大切なことですが、服薬指導で患者さんから症状を聞き取り、処方されている薬がその症状に合っているかどうかをもう一度確認することはとても大切なことだと感じました。	新しい薬が出た時の服薬指導は、いつものD o 処方の時よりも慎重に聞き取りをして説明をすることを意識する。			ツムラ当帰飲子エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1750	アマンタジン塩酸塩錠50mg「サワイ」が処方されていて、薬も間違いなくサワイのものが患者様に渡ったが、レセコンの入力がアマンタジン塩酸塩錠50mg「日医工」になってしまっていたため患者様に渡した薬情、薬袋の本来「サワイ」と記載される箇所に「日医工」と記載されてしまった。	事務員が入力したものと処方箋を確認した時にメーカー名を見落としてしまった。	処方箋と入力したものの確認をする際に(医薬品名)(規格)(錠数)だけでなく(メーカー名)を加えた4点を必ずチェックするようにする。			アマンタジン塩酸塩錠50mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1751	ブラノプロフェン点眼液「ニットー」が10本処方された。5本入りのものを普段から購入していたが、5本入りを10本入りと間違えて調剤。内箱を開封せず、中身の本数を確認せずに薬袋に入れて監査まで通ってしまった。(内箱には本数の記載などはなし) 交付時に開封されていないことを交付者が気づいて中を確認した所、5本しか入っていないことに気づいて作り直し。	急いでいたことや10本入りだという思い込みや知識不足によってミスにつながった可能性あり。	内箱までしっかり開封して中に入っている本数を確認する必要がある。			ブラノプロフェン点眼液0.1%「ニットー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1752	ミヤBM錠が12錠包装から10錠包装へ変更となった。何度か調剤もしており10錠包装と認識があったが以前の12錠包装と間違えて調剤。	包装変更が短期間に2度あったため思い込みが先行してしまった。ミヤBM錠は12錠から10錠へ変更となっている、注意が必要だ。	ラベル表示、包装変更後は特に目立つようにしておきたい。また調剤時のミスを防ぐために周知徹底をしたい。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1753	ベンザルコニウムアレルギーの患者に含有されているキサラタン点眼液を交付しようとしたが、投薬前に気づき、Drに確認 含有されていないタプロスミニ点眼液に変更	患者がベンザルコニウムアレルギーがあること確認	薬歴にポップアップで出るよう、最重要事項でいれる			キサラタン点眼液0.005%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1754	ポリフル細粒が投薬寸前で調剤されていなかった	薬の種類が多く漏れていた	鑑査時に気づくべきと再認識			ポリフル細粒 8.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1755	受診時に水虫の薬を希望されていたが、類似名称の外用鎮痛剤が処方されていた	水虫の薬を希望されていたが、セクタークリームが処方疑義照会にてゼフナートクリームとの入力間違いが判明濁点の有無を除外し「セ」から開始の両薬剤にて今回の事例が起こったと考えられる	処方せんに記載されている新規の薬剤、特に外用薬は違うものが処方されているかを判断し辛いので、投薬時にしっかりと確認や説明を怠らないようにすることで防止につながると考えられる			ゼフナートクリーム 2%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1756	カロナール細粒の規格違い	Drの打ち間違い	体重を確認して疑義を行う			カロナール細粒 50%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1757	アゾセミド錠30錠(60日)のところ、15錠(30日)で調剤。	30日分の日数の患者が多い為、思い込みで調剤してしまった。	処方箋の日数をよく確認する。			アゾセミド錠 30mg「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1758	患者さんへ誤って薬剤を提供してしまった(「ツムラ桂枝茯苓丸」を提供すべきところを「ツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニン」を提供)	二人の薬剤師によるダブルチェックを行っていたが、繁忙時双方に依存しダブルチェックミスが生じた。薬剤名が似ておりpicking及び監査に対して十分に確認ができていなかった	薬剤師のpicking及び監査を患者対応が忙しい時でもあっても、薬剤師が行うべき業務に対して十分時間をかけて行うこととした			ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用) ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1759	アレジオンLX点眼液が1日4回で処方されていたことに気づかず交付。次回来局時に気づき、疑義照会後1日2回に変更になった。その後患者の健康被害なし。	添付文書の確認を怠ったために用法誤りで交付。	薬剤マスタに用法を加え、チェック体制を整えた。			アレジオンLX点眼液 0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1760	一酸化ニトロシリンOD20mgが入っていることが判明。本来ファモチジンD20mgが入っていないといけないところ、タムスロシンOD20mgが入っていた。在庫確認したところ、両薬剤とも合っていた為投薬事前に防ぐことができた。	自動分包機のカセット補充時に誤って入れた。	薬品補充時に薬剤師2名以上で錠剤の刻印まで確認して補充を徹底する。カセットに薬品の写真を貼る。			ファモチジンD錠20mg「サワイ」 タムスロシン塩酸塩OD錠0.2mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1761	ニフェジピンCR20mg 1Tで今まで服用されていた患者様が体調変化の為減量にしたかったようだが処方ニフェジピンCR20 0.5Tに変更になっていた。問い合わせの上、割錠はできない事を伝えニフェジピンCR10mg 1Tへ変更になる。	DRが単純に半錠にしてきた例。	一般名表記での違いについて再度確認周知する。			ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1762	定期薬の酸化Mg 1g 2xで服用していたが最近1g 1xで服用することになった。今回間違えて0.5g包装を1xで渡しそうになった監査時に気が付き処方どうり渡すことができた	予製薬として1gを常時置いているがこの患者のみ1包0.5g処方なので別に作り置きしていた。患者の名前だけで慣れのためか間違えてしまった薬包紙が同じで見分けがつかない状態だったことが原因	量が違うときは分包紙に線などをひくかわかりやすくする。また分包品を購入することで間違いをなくすることができる			酸化マグネシウムNP原末	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1763	セバミットーR細粒2%は1シート4連だが2連と勘違いをして84包出すところを168包出してしまった。	新規処方追加となり、その調剤で医薬品調達、調合の件で気をとられ定期処方に対する注意がおろそかになってしまった。	箱に1シート4連と大きく書いて目につくように貼る。			セバミットーR細粒2%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1764	施設入居者の処方箋(緊急配達)がFAXされた。処方箋にはヴィーンD輸液500mLと、ヘパリンNaロック用100U/mLシリンジ「オーツカ」10mL 1000Uと記載されていた。薬剤師A(職務経歴年数8年)は記載通りヴィーンD輸液とヘパリンNaロック用100U/mLシリンジ「オーツカ」10mL 1000Uを調剤して鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師B(職務経歴年数10年)は、ヴィーンD輸液500mLの滴下に6時間以上かからないのではないかと思い、処方医に確認したところ、ヘパリンNaロック用10U/mLシリンジ「オーツカ」10mL 100Uに変更となった。	薬局が混雑している時間帯での緊急配達だったので、気持ちに焦りがあった。薬剤師Aは滴下時間によってヘパリンロックの種類が異なることを知らず、調べないまま調剤してしまった。	ヘパリンロックを保管する場所に、分かりやすく滴下時間の目安を記載した。			ヘパリンNaロック用100単位/mLシリンジ「オーツカ」10mL	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1765	マイクロファイブプロを調剤するところマイクロファイブラスを調剤していた	名称類似	注射針に関わらず名称が似ているものは保管場所を変える			BD マイクロファイブプロ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1766	【正】ケトプロフェンテープ40mg「東光」70枚【誤】ケトプロフェンテープ40mg「東光」7枚 フルルピプロフェンテープ40mg「ユートク」63枚	ピッキング	外用をピッキングするときは、1袋分だけではなく、すべての薬品名に目を通して、適宜PDAを通すようにする。新しく箱をあけた場合は、必ずもう一度PDAを通す。薬品を棚に戻す際には必ずPDAを使用し戻す。複数ある場合にも、必ず一つずつPDAを通して棚に戻す。薬剤交付時にも処方箋と薬品を照らし合わせて交付することを徹底する。			ケトプロフェンテープ40mg「東光」フルルピプロフェンテープ40mg「ユートク」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1767	一包化予製のある患者様の処方内容がアムロジピンOD(2.5)0.5T→1Tに増量になっていたにも関わらず、入力と用量が前回と同じまままでお渡ししてしまった。患者様に連絡し、謝罪したところさらに先発希望のところアムロジピンOD(2.5)で作成しお渡ししてしまっていたことも指摘があり発覚。ご自宅に伺い正しく入力、調剤したものに効果に伺った。	普段後で取りに来てくれる方だったがこの日はすぐ持ち帰ることとなり、ほかの患者様もいることから焦りが出てしまった。天気も悪く体調が万全でなく集中力にもかけていた。予製作成、監査時にも先発、ジェネリックでの調剤かがしっかり確認出来ていなかった。	予製、入力、監査それぞれの過程において処方変更に対する抜けがあったので、規格、用量をひとつずつチェックを入れながら確認を怠らない。先発、ジェネリックどちらで調剤するかもしっかり処方歴を確認する。			アムロジピンOD錠 2.5mg「トローワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1768	イルアミクスHDの棚の中にアイミクスHDが混入していることが発見された。	ヒートが類似している為判断を誤って戻し間違えたと思われる。	新しい職員が入った際には名称やヒートが類似している薬品は特に注意するように指導する。			イルアミクス配合錠 LD「DSPB」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1769	ミヤBM錠の包装変更により1シート10錠となっている。旧包装の1シート12錠だと思い込んでいて、調剤をしてしまった。60錠処方であったが、6シート調剤をすべきところを5シートで調剤をしており投薬前にいつもとシートの色が違うことに気が付き錠数を数えてみたところ計数間違いが発覚した。	ミヤBMが1シート12錠であるという思い込みが原因と考えられる。シートの色が青色からピンク色に変わっていたのでいつもと違うと気が付いた。	包装変更があった時点で薬局の全職員に知らせておく必要がある。みんながその意識をもって業務をする。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1770	高血圧等の定期薬と今回は咳症状の薬が追加となっていた。「カフコデN配合錠、ムコダイン500mg 1日3回 5日分 ウラリット配合錠 2錠 1日2回 朝食後 5日分 患者本人に症状を確認したところ咳症状のみで尿酸の話などは聞いていないとの回答。医院に疑義照会をしてところ「クラリシッド200mg」の間違いであったk所とが判明。	名称が類似していると言えば、そうかもしれない医薬品の検索方法が分からないので経緯は不明。	急性疾患、慢性疾患にかかわらず、新規処方薬については必ず患者または患者家族等に医師とのやり取り等も含めて確認を行い、少しでも疑念が生じたら必ず疑義照会を行う。			ウラリット配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1771	ミヤBM錠がこの度12錠シートから10錠シートに変更この度の処方数9錠だった今までは12錠シートから3錠切り離して投薬する事が多かった為今回10錠シートで同様の行為を行いピッキングしてしまい投薬者も確認不十分で7錠で投薬してしまいました。患者様から服用して錠数が足らず連絡がきて発覚	薬剤のシートの数が変わったので担当者には伝達 薬剤設置場所に変更を紙に書いて貼っていたが確認不十分で間違ってしまった。今回の変更でシートの大きさは同じで色は違っていたが投薬者も確認不足でそのまま投薬してしまった。	薬の設置場所に赤字で大きく10錠シート変更と注意!の張り紙をした。職員への変更を徹底した			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1772	患者は定期服用薬の処方箋を持って来局。処方箋にはベザフィプラートSR錠200mgとメチルジゴキシン錠0.1mgがいつも通り含まれていた。数日前から当薬局のベザフィプラートSR錠200mgは「日医工」から「サワイ」に変更していた。調剤者が薬棚から処方薬をピッキングしたところ、ベザフィプラートSR錠200mg「サワイ」とメチルジゴキシン錠0.1mg「タイヨー」のヒートシートが酷似していることに気付いた。	流通と仕入れの諸事情により採用薬剤のメーカーを変更することは少なからず生じることはあるが、当患者の処方薬とヒートシートの酷似品が重なってしまった。患者には薬剤のメーカー変更と、それに伴うヒートシートの相似についてしっかりと説明した。	患者には一包化の提案をした。それは不要とのことであったが留意して誤服用のないように指導した。			ベザフィプラートSR錠200mg「サワイ」メチルジゴキシン錠0.1mg「タイヨー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1773	初回患者 メルカゾール錠5mg 10錠分1 朝食後服用 28日分 との処方箋記載。投薬窓口にて、患者様より症状が軽いので、少量から始めるとの情報により、用量に疑問をもち、医療機関に問い合わせ。メルカゾール錠 10mgの記載間違いと発覚。訂正して投薬をする。	初回患者 医療機関受診も初回検査後のことと、用量が過量であったが、添付文書を鵜呑みにし、医師に確認を怠った。	メルカゾール錠のように、初回と維持量に大きな乖離がある場合、患者様からの情報だけでなく、医療機関にも確認をすること。			メルカゾール錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1774	81歳女性。定期薬を常時1包化し投薬。分包機に不足分2錠入れ間違い。2剤1錠ずつ入る所、1剤2錠入ってしまい、分包期のケースにもう1剤が2錠残っていたので、間違いが判明し作り直し投薬。	錠剤の色、形状がほぼ同じだった為、監査も通ってしまった。	不足分錠剤を補てん時、別の薬剤師にも確認し分包するよう努める。			テルミサルタン錠20mg「DSEP」ピタバスタチンCa錠1mg「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1775	アロプリノール錠ウルソデオキシコール錠を含む全7種類の内服薬、毎食後35日分の一包化調剤であった。監査の際に当該薬品が誤って分包されていることに気づいた。後にアロプリノール錠とウルソデオキシコール錠のヒート包装が類似していることから誤って分包してしまったことに気づいた。	一包化の患者の後は調剤待ちの患者がおり、焦りがあった。一包化を調剤するときはヒート包装が類似している医薬品は近くに置かないようにし、薬品名を十分確認していれば間違えることはなかったと思う。	ウルソデオキシコール錠をヒート包装の見た目の違う「トーワ」から「ZE」に変更した。錠剤に薬品名が印字されているメーカーの選択も検討した。			アロプリノール錠100mg「サワイ」 ウルソデオキシコール錠100mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1776	一包化作成中に集薬されている錠数に誤りがあり、再度集薬をし一包化を作成した。作成後、鑑査をし患者に薬を交付した。その後、在庫を確認したところ一包化の薬で差異が発生したため、その一包化の中身が間違っている可能性が出てきた。患者宅に伺い確認したところ、リマチル1錠アスパラギン酸Ca200mg1錠を分包しなければいけないところを、アスパラギン酸Ca200mg2錠、リマチルが入っていない分包があった。すぐに作り直すことができたため調剤事故を防ぐことができた。	再度集薬し直した時にリマチルとアスパラギン酸Caの集薬ミスが起きた可能性がある。	集薬ではダブルチェックが必要。鑑査では錠数だけではなく外観も確認する。在庫の差異を発見できたため気付くことができた。			リマチル錠100mg L-アスパラギン酸Ca錠200mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1777	ジブレキサ錠2.5mgを60錠のところ44錠で調剤。	ジブレキサ錠2.5のシートが大きく10錠シートにも関わらず14錠シートと勘違いして調剤。	シートの錠数を思い込みで調剤しない。錠数を間違いやすい薬をピックアップして共有する。			ジブレキサ錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1778	モーラスバップ30mgをモーラスバップ60mgと間違えて患者さんにお渡しする所だった。	交付時、必ず他人に監査してもらおう。	患者さんの話もよく聞き、処方間違いがないかチェックする。			モーラスバップ60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1779	アレロック顆粒0.5g包1回2包のところ、1包で調剤・監査して投薬した	1包0.5gの認識不足容量にかかわらず、薬袋の印刷時が1回1包になるがチェック不足	調剤・監査時にはダブルチェックを必ずすること			アレロック顆粒0.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1780	クレメジンが食後で処方されていた。併用薬がアムロジピン他多数ありクレメジンが食後となる事で同タイミングで服用する薬の薬効低下の可能性があり疑義照会した。クレメジンはなるべく食後時間において服用となった。	添付文書の用法に食前後の指示がない。	薬の特性をよく理解し、作用機序などを踏まえた上で処方鑑査に臨む。普段から情報共有を徹底し、新人教育に努める。			クレメジン細粒分包装2g	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1781	事務員が60錠調剤で14錠シート4枚と4錠を取りそろえたつもりが、間違えて14錠5枚と4錠取りそろえた。監査交付する薬剤師が思い込みでそのまま交付してしまった。翌日、他の薬剤師が在庫不足に気づき、本人に確認したところ14錠シートを1枚余分に渡していたことが判明した。	調剤者と監査交付者が思い込んだため。	調剤者も交付者も数量をシート1枚ずつ数え、さらに患者とも一緒に確認するように改善した。			ブランカスト錠225mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1782	アドフィードバップ14枚処方の処方あり。薬局内に6枚・7枚包装の2規格あり。当該者は常在スタッフでないが、12枚でお渡し。	アドフィードバップに枚数の異なる規格ある事知らなかった。	他規格ある薬剤には外箱へ、レセコンには局内名称に注意喚起実施			アドフィードバップ40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1783	ファムビル錠250mgが7日分処方されていた。	新人のため、1シートが6錠であることわからずに42錠のところ26錠で調剤した。	必ず1シートの数の確認を行うこと。新人でも患者さんから見れば1人の薬剤師になるので、早く同じレベルに到達できるよう日々努力すること。			ファムビル錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1784	アルファカルシドール1μg処方追加。すでに内科にてアルファカルシドール0.5μg 2T1×処方にて服用中であること手帳にて確認し医師確認、内科の0.5μg服用終了後今回処方分1μg服用開始することになった。次回より内科は処方削除予定。	久しぶりにアルファカルシドール1μg処方追加。その間内科よりアルファカルシドール0.5μg 2T1×で処方が追加になり服用継続されていた。クリニックの確認もれによる処方追加の可能性あり、疑義確認し重複しないよう注意喚起により内科処方を今後削除することになった。	手帳による併用薬の徹底的な確認を怠らない。新規処方・久しぶりの処方時は特に注意する。			アルファカルシドールカプセル1μg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1785	ゼファートクリーム2%10mgの処方の使用部位が赤いニキビであった。本来の適応では無く、赤いニキビにはゼビアックスローションが処方される事が多いの為問い合わせた。医療機関の処方入力ミスであると確認。	多忙の時間帯であり、医療機関側も急いで入力していたと考えられる。よく出る処方であるが処方医薬品と使用部位が一致せず、調剤者も入力担当の事務も処方間違いを疑った。	名前も多少似ていて、1本10gも同じである。普段から使用部位が細かく指示されているため、間違いに気づいた。処方薬と使用部位が一致しているかは普段から徹底して確認している。			ゼビアックスローション2%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1786	ミヤBM錠3錠分3毎食後5日分の処方があり、15錠のつもりが13錠調剤していた。1週間前から1シートが12錠から10錠に変更になっていたことが頭から抜けており、いつもの調剤のまま調剤してしまった。	慣れにより1シート12錠と思い込んで調剤したため。	ミヤBM錠は棚に1シート10錠と記載しておく。			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1787	入手困難薬剤につき、メーカーを変更した。その際に、多くの患者様に同じ説明を行っており、高齢の患者様にも同じ説明で理解度をチェックしておらず、メーカー違いでも同じ薬剤であることに気づけず、重複服用した期間があった。その旨をDr.へは後日報告した。	患者様の理解度をチェックして投薬を行うことを薬局内で徹底。	メーカー変更薬剤についてはすべての患者様に同じ説明ではなく、理解度に応じて説明だけでなく、変更の紙(変更写真ののっているもの)を渡すようにした。			カンデサルタン錠2mg「ニプロ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1788	アローゼン0.5g包を56包調剤するところ、アローゼン1g包28包で取り揃え。重量で考えればつじつまが合うが、用法が「1g分2」服用であったため、0.5g包で調剤すべき。最終鑑査時に気付く。	アローゼン顆粒を0.5g包、1g包ともに在庫しており、取り違えた可能性が高い。	そもそもアローゼン顆粒を複数規格包装を在庫していることが過誤のもとになり得る。1つの規格にそろえることを考慮して相談する必要があると思われる。			アローゼン顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1789	ロキソプロフェン錠60mg サワイが分包機のカセッターに入っていたが、他の調剤でバラしたレブリントン錠を誤ってロキソプロフェンのカセッターに入れてしまった。錠数が少なくすべてが置き換わったのではなく一部が置き換わっていたため鑑査を通してしまい在宅患者にわたってしまった。飲み残しが多い患者で飲み残しをチェックした際にミスが発覚した。	カセッターに戻す時にダブルチェックが行われない時があったこと。鑑査の時に全包刻印を見ていなかったために起きた。	カセッターへの補充時にダブルチェックを必ず行うようにした。また一包装されたものは全数刻印を見ることで再発を防ぐこととした。			ロキソプロフェンNa錠60mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1790	ブレドニゾン5mg朝、昼食後各1錠、ブレドニゾン1mg夕食後2錠の処方が出ており、これらを含む内服薬を分包してお渡した。そのうち昼食後2包、夕食後1包が間違っ分包装されていたのを、患者様本人が気づき来局。昼食後に5mgと1mgが1錠ずつ、夕食後が5mg1錠になっていた。	正しく調剤してあるものと思い込み鑑査をしてしまったので、一つ一つ間違いないか確認する。	繁忙時間の時には、分包鑑査をするときは他の薬剤師に鑑査ヘルプをし、集中しておこなう。			ブレドニゾン錠「タケダ」5mg ブレドニゾン錠1mg (旭化成)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1791	ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒(2番)の処方あり。ツムラは引き出しを2つ使用し、1~60番は上、61番以降は下の引き出しにしまっている。上の引き出しを開けたところ、在庫がなかったため、薬局本部システムにて論理の在庫数を確認したところ、在庫があることになっていたため、下の引き出しも見てみたところ、同色の防風通聖散(62番)の横に並べてしまっていることに気が付いた。	新規採用の漢方薬であったため、色のみで判別し、防風通聖散と誤認して引き出しになおしてしまったと考えられる。	漢方薬をしまっている引き出しに、番号と名称のラベルを作成し、薬をしまう際はラベルの薬品名と番号に間違いがないか確認を行うように周知徹底を行った。			ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1792	残薬確認で判明したメーカーに問い合わせたところ、カウンターが終了しても暫くは噴霧できる、定量は出ないことを確認あ官舎に説明	残薬確認でその電を聞く	使用法説明時に有効回数以上使わないように注意する			ビレーズトリエアロスフィア56吸入	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1793	処方箋にジプレキサザイデイス錠10mgが1.5錠の記載があり、分割しようとしたが、添付文書にて確認したところ分割不可との記載はなかったが、再度メーカー様に確認したところ、分割が不可であることがわかり、処方元にジプレキサ錠10mgを1.5錠に変更するように依頼した。	今回初めての来局患者様ではあったが、処方内容が今までと同じ内容だと患者様より聞き、そのまま調剤できるとしてしまったことが要因。	分割や一包装の指示がある処方内容の際は、薬剤ごとに分割、一包装が可能であるかの確認を添付文書だけでなくメーカー様への確認も追加して行うようにした。			ジプレキサザイデイス錠10mg ジプレキサ錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1794	ミノドロン酸錠1mg 連日服用の所、50mg規格の月に1回と勘違いをしコメント欄に月に1回の記載。用法は1日1回起床時と入っていたが、月に1回のコメント入力より患者が服用法を間違える可能性あり。	入力者の知識不足もあったが、頻繁に処方のあるミノドロン酸50mgと同じ用法であるとの思い込みにより起きた。	規格違いによる用法の違いがある薬剤のリスト化をし、スタッフに周知する。処方日数(今回の場合90日)を入力している時点で間違いに気づけるよう教育が必要。			ミノドロン酸錠1mg 「三笠」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1795	チャンピックス12週過ぎていたのに、投薬してしまった。本人確認したところ、不安で7日分処方してもらったが自費になることは知らなかった。以外に高いので、返品します。病院Drには説明済。	他店舗からのヘルプ薬剤師2年目。監査・投薬のため申し送りには書いてあったが読んでいなかった?声掛けもしたが、開始からの12週を過ぎていることに投薬後気づく。	ヘルプなど慣れていない状況で働くことへの慎重さを大事にもらい、情報共有をさらなる強力なものとする。知識・環境への配慮も必要。			チャンピックス錠1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1796	オキシコドン徐放錠20mg「第一三共」が、オキシコドン徐放錠20mgNX「第一三共」へ切り替えの時期であった。処方箋は、1日2回朝夕食後、1回1錠、28日分であったので、1日分はオキシコドン徐放錠20mg「第一三共」(計2錠)、27日分はオキシコドン徐放錠20mgNX「第一三共」(計54錠)でお渡しする予定であった。しかし、実際には、オキシコドン徐放錠20mgNX「第一三共」を半分の27錠しかお渡ししておらず、患者から数が足りないとの問い合わせで発見。薬剤をご自宅までお届けした。薬袋、明細書、会計は正しく、薬品の錠数のみ数渡し間違い。	同一薬剤の製剤切り替え時期であった。旧包装、新包装が混在しており、それに気を取られた。麻薬帳簿へ記載など手順も多く、時間的な焦りもあり混乱した。	数の取り間違いに十分注意。医療用麻薬であり、処方箋と薬袋と薬品の照らし合わせを十分行い、再発防止に努める。			オキシコドン徐放錠20mgNX「第一三共」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1797	ペンタサ顆粒2000mg分2.28日分(1000mg56包)のところ1000mg28包しか渡せていなかった。	ペンタサ顆粒の用法を1日2回と強く認識せず、1000mgを1日1回分しか投薬しなかった。	ミスゼロ子を導入していますので、必ず使い再発防止を指導した。			ペンタサ顆粒9.4%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1798	処方箋にプレドニゾン錠をふくんだものが2種書かれていたが	全体が1.4日分なのに1.4日でどちらも処方されていたのでプレドニゾン錠は28日処方となる	日数の確認はしっかりする			プレドニゾン錠「タケダ」5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1799	1日2錠、28日分→56錠を他に処方されていた1日1錠の薬剤同様28錠でお渡ししてしまった	1剤だけ乗数が異なる処方線せんでの、該当薬剤に対するチェックを怠らない	事務サイドでも上記のチェックを実施してもらう			アリビプラゾール錠1.2mg「ヨシトミ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1800	ピッキング時にドネベジル塩酸塩OD錠5mgの調剤棚にタムスロシン塩酸塩OD錠0.2mgが混在していることに気が付いた	薬剤の外観だけで判断するのではなく、名称まで必ず確認する	薬剤を調剤棚に戻すときはダブルチェックをするようにする			ドネベジル塩酸塩錠5mg「ケミファ」 タムスロシン塩酸塩OD錠0.2mg「ケミファ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1801	リバクレオン1.50mg1.2カプセル分3、2.8日分での処方。調剤者が1シート1.2Cであることに気付かず、薬の数が不足していると思い込んで監査者に伝えたが、監査者が数えなおしたところ、実際は在庫は足りていた。	リバクレオンカプセルは当薬局で以前から頻用されるものではなく、前回初処方今回処方と同じ患者で2回目であった。調剤者は普段から扱い慣れている薬ではなかったため、他の多くの薬と同じように1シートが1.0Cであると勘違いしてしまった。実際は1シート1.2Cであった。	1シートの錠数が異なるものの中でも、1シート1.2錠(C)のものは一見してわかりづらいため、該当薬に関しては日ごろからの情報共有が必要。レセコンで入力・監査のときにすぐに確認できるよう、レセコンの機能などを利用して、入力時名称の頭に【1.2C】などと記載しておくこと数え間違いを防ぐのに役立つ。			リバクレオンカプセル1.50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1802	ビソプロロール錠5mgの棚の端数分を入れるところにビソプロロール錠2.5mgが3錠入っていた。調剤時の戻し間違いがあった。	ビソプロロール錠の5mgと2.5mgは上下で並んでいた。外箱のデザインを酷似しており、調剤に集中して戻し間違いと思われる。	上下に並んでいた棚をずらして並ばないようにした。調剤時取る規格に注意がいくようにした。			ビソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「日医工」 ビソプロロールフマル酸塩錠5mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1803	メーカーからの供給が不安定になり、不足が生じている為、同一施設で同じランソプラゾールOD錠15mgで「トーワ」と「武田テバ」の2種が出る事態が発生。この状態については周知済みであるにもかかわらず、用意してある薬剤について確認せずに薬剤師Aはすべてを「武田テバ」として記載し入力に送る。その後、薬剤師Bが一包化調剤の際「トーワ」であり物が違うため、Aに訂正を求めて返すも、Aは中身を確認せず、入力訂正もせず、一包化された内容を監査した際も確認が漏れて入力「武田テバ」のまま鑑査済みとする。Bが不安を覚えたため確認したところ、中身「トーワ」入力「武田テバ」が発生しているため直接入力訂正に回す。その後は訂正を確認。	ランソプラゾールの採用に「トーワ」と「武田テバ」存在し、同一施設への一包化で両方使われたこと。ピッキング内容を確認せずに全てを「武田テバ」と記載、入力に回した。監査時にPTPの空との突合せを怠ったと思われること。薬剤監査システムを採用しているにもかかわらず使わなかったこと。Bが気にしなければ患者に交付されていたこと。	同一施設の複数人へ交付する際に、複数のメーカーを用いることを避ける。複数人のものだからと同じもので記載せず、1人1人を確認して薬剤名など記載する。調剤手順を確認(ない場合は作成)し、徹底を図る。鑑査済みとなっても必ずメーカーなども確認する。			ランソプラゾールOD錠15mg「武田テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1804	プレマリン錠20錠のピッキングすべきところをプレマリン錠28錠ピッキングしていた。	プレマリン錠はウィークリーシートであり、1シート14錠である。不慣れた事務スタッフであるためそのことに気づかずにピッキングした様子。	一度、ピッキングしたあとに処方箋のコピーと照らし合わせ、薬品名・規格・数を再度チェックし赤ペンで確認したところには、○でマークを付けていただくように指導した。			プレマリン錠0.625mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1805	一般名処方にて5月にアムロジピン錠5mgとゾルピデム酒石酸塩錠5mgの処方あり。アムロジピンに関しては4月まではアムロジピン錠5mg「サワイ」(白色)で交付していたが、薬局の採用変更で5月はアムロジピンOD錠「サワイ」(橙色)で交付。6月に5月と同じ処方を受け取りの際にゾルピデム酒石酸塩錠5mg「サワイ」(肌色)と間違えて服用してしまったと申し出あり。理由を確認すると、患者自身も目が悪くなっておりアムロジピンOD錠5mg「サワイ」とゾルピデム酒石酸塩錠5mg「サワイ」のPTPのシートの色は違うが錠剤自体の色が似ていたため色で認識して間違えて服用してしまったとの事だった。患者と相談して今後の見間違いが内容にないようにと6月からはアムロジピン錠5mg「サワイ」(白色)に戻して交付した。	アムロジピンOD錠5mg「サワイ」とゾルピデム酒石酸塩錠5mg「サワイ」の錠剤自体の色が類似していたが、交付者も患者も投薬時にあまりその点に気付かなかった。	交付時に薬剤の錠剤の色が類似している場合はPTP類似同様に注意喚起をする。			アムロジピンOD錠5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1806	開封済のノボリン30R注の箱にノボリン30R注1本とノボラビッド1本が入っていた。	詳細は不明だが、一度取り出した薬剤を戻す際に慌てていて、別の開封済みの箱に入れたと考えられる。	配置する棚を変える。一度取り出した薬剤を開封済の箱に戻さない。万が一開封済の箱に戻す場合はダブルチェックをする。			ノボラビッド注フレックスペン ノボリン30R注フレックスペン	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1807	メトグルコ 60錠を50錠渡した	しっかり確認して処方	しっかり確認して集薬			メトグルコ錠500mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1808	ベタメタゾンクロルフェニラミン配合錠の処方箋記載に対してベタセレミン配合錠を以前からお渡ししていた。入力上ではベタセレミン配合錠であるにもかかわらず、先発医薬品のセレスタミン配合錠を誤って交付してしまった。	以前から後発医薬品を服用しておりベタセレミン配合錠を調剤していたが今回先発医薬品を誤ってお渡ししてしまった。電話があり調剤過誤を指摘され薬局内でもまちがいを確認した。自宅に帰宅しており成分として問題がなく値段も後発医薬品で調剤していることからそのままセレスタミン配合錠を服用したいたくことになった。その後、来局した際にも問題なく服用できていたことを確認した。	調剤・監査・投薬の3点で後発医薬品を準備していることに気が付かず調剤してお渡ししてしまった。監査の徹底・及び患者様へのシートを見せての確認徹底を行うようにする。			セレスタミン配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1809	2021年7月某日(木)17:00頃平素より薬局を利用している患者(52歳)が処方箋を持って来局した。処方箋にはセフゾン細粒小児用10%が処方されていたが、同処方箋にパナン錠100mgも処方されていた。病院に疑義照会したところ実際はセルベックス細粒10%の処方が入力ミスが判明した。	病院多忙・名称類似の為の入力ミスか	今後病院・薬局共に注意・確認を怠らないよう努める。			セルベックス細粒10% セフゾン細粒小児用10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1810	前回処方までは、(般)バルプロ酸ナトリウム細粒40%1g/2xの表記のところ、今回処方では(般)バルプロ酸ナトリウム徐放顆粒40%1g/2xへ変わっていた。変更に関がつかず、処方箋入力、調剤、監査をえて前回同様のバルプロ酸ナトリウム細粒40%「EMEC」にて交付してしまった。	当事者に細粒と徐放顆粒の2つの処方せん表記があることの認識不足と先入観。	類似する一般名称を今回以外のものも取り上げて周知徹底する			バルプロ酸ナトリウム細粒40%「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1811	モンテルカスト細粒21包のところ42包お渡しして、患者の付き添いの方から数が多いとの連絡が来た。	1シート2包綴りになっており、21包であったのにシートで21数えてしまった。	ピッキング時、鑑査時、投薬時、確認を怠らないようにする。			モンテルカスト細粒4mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1812	バルサルタン・ヒドロクロロチアジド12.5mgと処方入力あり、バルヒディオ配合錠EXで調剤しなければいけないところバルヒディオ配合錠MDで調剤してしまった。投薬時、更年期障害の相談をされ話に夢中になり処方監査を怠ってしまった。本人が帰宅途中お薬を確認され投薬間違いに気付いてくださり交換に至った。	相談事を聞きながらの『ながら投薬』をしてしまった。また、処方監査→調剤→監査→投薬を一人薬剤師による思い込み調剤をしてしまった。配合錠のmg数確認を怠ってしまった。などが原因にあげられる。	今後は第三者による確認を必ず行う。投薬時は必ず本人にも確認して頂き投薬を済ませてから相談を受ける様にする。配合剤の種類も多くなっているので再度mg数の確認を行う事とする。			バルヒディオ配合錠EX「サンド」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1813	一包化にアルダクトンA25mgが処方されていたのを間違えてアタラックス錠10mgを調剤して一包化を行ってしまった。一包化の途中で気づいて、正しいアルダクトンに直して一包化を行った。	ヒートデザインが似ているので間違えてしまったようです。	複数人で鑑査を行い、間違えが無いように注意したい。			アルダクトンA錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1814	トラゼンタ錠5mgをトラディアンスAP錠の位置へ置いていた。調剤時にトラディアンスAPをピッキングする際に発覚した。	機械監査システムに頼っていたこと、慣れが生じて確認を怠ったこと、繁忙であったこと。	商品名や包装が似ている薬剤の棚を離す。繁忙であっても、調剤棚位置へ確実戻したことを確認すること。機械監査に頼らず、人の目で間違えないことの確認を怠らないこと。を徹底すること共有した。			トラゼンタ錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1815	オンプレス吸入用カプセル150μg69カプセルのところ68カプセルで調剤。	特になし	特になし			オンプレス吸入用カプセル150μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1816	アセトアミノフェンを0.8gで出すところを0.3gで出してしまった。	アセトアミノフェンを病院で力価で入力されていて、調剤時にFAXできたわけでもなかったので計算して間違えてしまった。	薬剤師も事務も力価の計算ができるように常日頃から練習しておく。			カロナール細粒20%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1817	他 → 病院変更 お薬手帳あり。バルプロ酸Na 細粒40% 2g 1x寝る前 → 徐放顆粒 2g 1xが正解でしたが、処方ミスに気づかずに調剤監査を行なった。その日に気づき疑義照会し修正、薬の交換となった。	他の薬剤などもあり、確認する事項が多かった。	VPA 細粒、徐放は それぞれ医師判断の処方であり 疑わしきは疑義照会でかくにんしていくしかない。			バルプロ酸ナトリウム細粒40%「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1818	今回2回目の来局。初回来局時の処方箋は手書きでカンデサルタンOD錠2mg「サワイ」だったが、2回目は入力されたものでカルデナリンOD錠2mgとなっていた。名称が類似しているため病院に疑義照会。前回Do処方カンデサルタンOD錠2mg「サワイ」に変更となった。	病院は電子カルテを導入しておらず、初めての時は手書き処方箋である。その後レセコン入力され2回目からは打ち出しの処方箋となる。原因は入力の際に類似薬の別薬品を選んでしまった為と思われる。	薬局においては必ず前回処方と照合し、患者さんにも処方変更の話があったかを確認する。疑問点があれば躊躇せず疑義照会する。			カルデナリンOD錠2mg カンデサルタンOD錠2mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1819	一包装調剤中に分包機のトラゾドン錠50mgの補充が必要になり、トラゾドン錠25mgを誤って充填してしまい、分包途中から規格間違えが発生する。次の患者でトラゾドン錠50mg分包を監査時に充填ミスが発覚し、交付後服用には至らなかった。	充填時にはダブルチェックを行っているが、カセットに記載されている薬品名が長い為、視認性が悪く規格の見落とし。トラゾドン錠の刻印は視認性が悪く、規格違いでも錠剤の形もほぼ同一の為、一包装途中で規格が変わったことを見落とし。煩雑な状況の為、バラ錠の取り間違え、充填確認の不十分が起きた。	カセットに記載されている薬品名を必要なものにそぎ落とし、ダブルチェックでの視認性を上げる。充填ミスによる同様のミスがないように開局前等に必要と思われるカセットへの充填を済ませ、煩雑な状況悪化を予防する。監査場所での光量不足、反射による視認性悪化がない状況を整える。			トラゾドン塩酸塩錠50mg「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1820	フルオロメトロン点眼液0.1%「わかもと」をフルオロメトロン点眼液0.1%「センジュ」でお渡し。メーカー違いだった。	白内障術後の点眼薬3種類が処方されており、その中にフルオロメトロン点眼液0.1%「わかもと」が処方されていた。しかし、調剤時にフルオロメトロン点眼液0.1%「センジュ」のメーカー違いで準備をし、監査時も気付かずにそのまま交付していた。	薬剤を監査するときは、処方箋を元に薬情、薬袋、調剤録などの中身が間違っていないか照らし合わせて確認する。そして、投薬時には薬情に沿って説明するなどして、最後まで確認を怠ることのないようにする。			フルオロメトロン点眼液0.1%「センジュ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1821	【正】ナフトビジルOD錠50mg「トーフ」 朝食後 1回1錠 28日分ナフトビジルOD錠25mg「タカタ」 夕食後 1回1錠 28日分【誤】ナフトビジルOD錠50mg「トーフ」 朝夕食後 1回2錠 28日分	誤入力があったものの初期監査で気付けませんでした。	処方箋の入力待ちが5人以上の場合は、受付と入力業務に専念する。その際、他局員に声掛けをし受付と入力を2人体制に分担し対応する。入力の途中で離れた場合は、ひとつ前の画面からし再度確認を行う。処方内容を二次元コードを使わず手入力した場合、入力者印を2回並べて押印し局員同士で注視できるようにする。なおかつ、入力者は印刷された指示書と処方箋の指さし確認を行うようにする。手入力修正を加えた場合は、指示書に印をすることで、他の局員へ特に注意を促す。入力照合は4分割確認を徹底する。			ナフトビジルOD錠50mg「KN」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1822	前立腺肥大症の方にフスコデシロップ処方。メジコンに変更。	知識不足	禁忌を投薬時に確認。			フスコデ配合シロップメジコン錠15mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1823	スピロラクトン錠、アゾセミド錠、メインテート錠をそれぞれ割錠し、それぞれの薬品名を印字して分包してお渡ししている。スピロラクトン錠にメインテートの印字をしてお渡ししてしまった。患者さんご本人が帰宅後に気づき、再来局して下さった。	患者さん自身は温和な方であるが、調剤に時間がかかるため、焦りがあった。前回の調剤情報を引っ張ってくるときに、間違えてしまった。	同じ動作を違う薬に対して行う時、ひとつの薬剤ごとに操作を完結してから次の作業にうつる。なれた処方方で、患者さんのアドヒアランスも良好であることに慢心せず、何度も確認の作業をする。			スピロラクトン錠25mg「CH」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1824	他院でアトルバスタチン及びアムロジピンを服用していた患者が転院になり、今回アマルエット配合錠が処方された。手帳の持参が無かったためヒアリングをしたが、うまく情報を引き出しきれなくアトルバスタチンとアムロジピン及びアマルエットを同時に服用してしまった。患者に健康被害はでなかった。	手帳がなかったこと、及びヒアリングが不十分だった。	しっかりとヒアリングを行う併用薬の確認をしっかりとる。			アマルエット配合錠4番「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1825	ロケルマ 20g 分2で処方せんがきた。ロケルマ 最高用量が1日15gのため、疑義照会したところ、15g 分3に変更になった。	ロケルマ 比較的新しい薬で、特殊な用量の飲み方をするので、注意が必要。	交付前に添付文書確認する。			ロケルマ懸濁用散分 包 5 g	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1826	ニチコデ散製造中止による医師の新規採用の医薬品のパソコン上の選択間違い。クロフェドリンS配合錠を処方するつもりで、クロフェクトン錠を処方。	呼吸器科で精神科薬が処方されたので気づけました。	新規医薬品が処方された場合は必ず添付文書を確認する。			クロフェクトン錠 2 5 mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1827	リマプロストアルファデクスが4 2錠あると思い鑑査をして投薬したが、投薬後包装があいていて数が少ないと患者さんより指摘あり。確認したところ2 1錠のみお渡ししていた。	吸湿性ということもあり、乾燥剤と開封後も一緒にして、開いていないと勘違いし投薬。	包装をあけたら捨てるように指示。			リマプロストアル ファデクス錠 5 μ g 「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1828	もともと当薬局をご利用の患者さま。持病があり、担当医師とは長い付き合い。その担当医が今まで勤務していた病院から他の病院に転職。患者さまも病院を切り替え、担当医を受診。今回、その病院を初回受診だったこともあり、いつもコントミン糖衣錠12.5mgを服用のところ、コントミン糖衣錠100mg が処方されていた。	新しい病院の採用品目にコントミン糖衣錠12.5mgが無かったと思われる。その為、コントミン糖衣錠を検索し、そのまま処方箋に掲載したと思われる。	かかりつけ薬局を推奨。日頃から情報収集をし、変更やトラブルが起こりそうな状況を把握する。			コントミン糖衣錠 1 2. 5 mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1829	自動分包機に薬品を充填する際、クロビドグレル錠50mgサワイのカセットに誤ってシロスタゾールOD 50mgサワイを充填してしまった。その後、管理薬剤師が、別の患者を一包化調剤する時に、クロビドグレル50mgのカセットの中を確認したところ、クロビドグレル50mgサワイのカセットに、シロスタゾールOD 50mgサワイが入っていることが判明した。直ちに患者のご自宅にお薬の確認と交換に伺った。お手持ちの薬はまだ2日間残っていた為、未だ服用はされていなかった。	急に混雑した中、1包化処方 came 為、焦りから注意力が散漫になった。カセット充填時、普段はバーコード監査をしているが、その時はしなかった。50mgサワイというところに気を取られ、クロビドグレル50mgサワイのカセットに、シロスタゾールOD 50mgサワイを間違えて充填してしまった。	繁忙でも、1包化する時は、他の仕事は置いてそのみに集中する。充填時は、機械による照合を徹底し、不可時は、人によるダブル監査してから充填する。			クロビドグレル錠50mg「明治」シロスタゾールOD錠50mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1830	一包化において 錠数、色のみを気をとられ、錠剤の刻印を確認するのを怠った。	自動分包機から出る帳票の印字のみ確認し錠剤の刻印を確認していなかった。	一包化調剤の場合、錠剤の刻印を良く確認する。			クロビドグレル錠50mg「明治」シロスタゾール錠50mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1831	嚥下困難なため、粉希望。錠剤から粉に変更。その際にバルプロ酸ナトリウムが普通錠から徐放顆粒に変更になったが、用法が今まで通り分2で量が倍になっていた。患者さんの症状が安定していたため、量についても念のため疑義紹介。医師に確認ができ徐放顆粒のため分1に、量は今まで通りの量に処方変更となった。【処方内容】バルプロ酸Na徐放顆粒40% 1g 1日2回朝食後 ↓バルプロ酸Na徐放顆粒40% 0.5g 1日1回朝食後	バルプロ酸ナトリウム錠剤から顆粒にする際に徐放顆粒を選択されていた。換算ミスもあったように思われる。	特に錠剤から粉に変更になった場合、量に関しては増量かなと勝手に判断をしない。患者さんの状態を聴取し増量に疑問を感じたら、念のため疑義紹介をする。			バルプロ酸Na徐放顆粒40%「フジナガ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1832	エタネルセプトBS皮下注50mg ベンが不足していたために発注したが、納品されたのはシリンジであった。そのまま医薬品を受け取り調剤して渡してしまった。患者が帰宅後、いつもと形が違うと連絡があり発覚した。指摘後、薬剤を交換してわたした。	この日は、混雑していて待ち時間が約1時間程度になっていた状況で、一人で調剤と監査を行ったため間違いに気付かなかった。忙しいとはいえ、他の薬剤師に確認してもらうべきであった幸いにも患者が使用前に気付いたので使用されることはなかった。	外来の待ち時間が、長くなっていても薬剤師の数が少なくなっても、きちんと複数の目で確認しあう事を実施する。			エタネルセプトBS皮下注50mg ベン1.0mL「TY」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1833	ゼボラス80mg 処方のところ40mgをお渡し	全開で80mg を希望されており、次回からは変更することを説明していたが、薬局内で情報共有できていなかったため購入後返品されていた。調剤・監査でも通常の在庫品ではなく80mg 処方に気づかず用意した。	患者情報共有、カルテに変更時にはわかりやすく記載			ゼボラスパップ80mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1834	10.68gのところ7.14gでってしまった。	前回7.14gだったため、今回も同じだと思ってしまった。	よく確認する。			クレナフィン爪外用液10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1835	アスベリン ds 1.5g/日 処方のところ、アスベリン ds 1.25g/日の予製剤をとってしまった。	処方箋の用量と分包紙印字の確認漏れ	処方箋の用量と分包紙印字を指差呼称にて照合する。			アスベリンドライシロップ2%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1836	レバミピド126錠お渡しのところ、112錠でお渡し。投薬時に気づき、その場で正しい錠数に調剤しなおした。	背景：一人調剤で受付が重なっている状況。 要因：焦りによる数え間違い	調剤終了後、改めて数の確認を行う手順を追加。			レバミピド錠100mg「オーツカ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1837	【正】 マーズレンS配合顆粒(0.67g/包) 2g 分三毎食後 28日分 【誤】 マーズレンS配合顆粒(0.5g/包) 2g 分三毎食後 28日分	ピッキング時に秤量指示があり、PDAにはデータが送信されていなかった。その際入力修正せず、PDAを使用せずダブルチェックで他のスタッフにピッキングしてもらった。この際、間違えて0.67g/包ではなく、0.5g/包をピッキングしていたことに気付かず、そのまま交付してしまった。	「PDAを通していないものは間違っている可能性が高い」という意識を持っていなかったため、イレギュラーな作業をした場合は特に確認が必要であることを認識して対応する。忙しいとき焦ってしまうことで普段見落とさないような箇所でも見落とすことがあることを再認識する店舗採用薬品を知ることができておらず、理解・知識ともに不足していた。PDAでピッキングできるようにシステムを変更した。			マーズレンS配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1838	タケキャブ(20)を分包したところ、アジルバ(20)が分包されていた。	バラ錠として、分包紙に封入されていたアジルバ(20)がタケキャブ(20)の棚に保管されており、外観が類似していたため、気がつかなかった。	バラ錠として分包紙に封入する場合、分包紙に薬剤名を記入する。			タケキャブ錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1839	結膜炎で目がゴロゴロするというので患者の主訴に対してレボプロノロール0.5%が処方されていた。本来、眼圧を下げる目的で処方されるので処方医に疑義照会した所、レボフロキサシン0.5%に処方変更になった。	疑わしい時は、患者に主訴を確認することが大切です。	処方内容に関して疑わしい時は、一人で判断せずに他者の意見を参考に必ず疑義照会をすることが大切。			クラビット点眼液0.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1840	薬袋への薬の入れ間違い眠前のトリアゾラムを誤って朝食後の薬袋へ入れ間違えた。朝食後のピオグリタゾン15mgを眠前の薬袋に入れ間違えた。	監査・投薬時の確認不足ピオグリタゾンとトリアゾラムのヒートの色が類似していることでの取り換え	ヒートの色が類似していて間違いやすいものについては採用メーカーを変更する。注意喚起を行い個々の意識を高める。			トリアゾラム錠0.25mg「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1841	トピロリック40mgをトピロリック20mgを渡した。	慣れによる20mgを取って、最終確認ができていなかった。	薬剤師が最終確認を確実にを行う			トピロリック錠40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1842	ジャディアンス30Tを20Tしか渡してなかった	しっかり確認する	2重チェックで確認する。落ち着いて数える			ジャディアンス錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1843	一包化にカロナールが入っているべきところウブレチドが混入していることを監査者が発見。分包機のカロナールのカセットを取り出して確認したところウブレチドが14錠混入していた。	ウブレチドを含む一包化で、処方変更によりばらした患者が立て続けに3名いた。ウブレチドをカロナールと見誤ってカロナールのカセットに戻したと推察された。	カセット充填時は2名で確認することをルールとしていたが、再度徹底することをスタッフ全員で共有した。			カロナール錠200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1844	全自動分包機のカセッター（リマプロスト）の中に別の薬剤（トラゾドン）が混入気付かぬまま一包装一監査時に発見したため、患者様の元へは渡らず	リマプロストとトラゾドンがどちらも白くて丸い錠剤で、カセッター補充の際に混入したと思われるリマプロストのバラ錠の容器の中にトラゾドンが入っており、トラゾドンのバラが発生したときに見間違えてリマプロストの容器に入れてしまった可能性あり	錠剤をバラした後、保管する場合は間違いのないかダブルチェックを行うこと同じ色、形のものであっても慎重にみることをカセッターに補充する際はダブルチェックを行うこと			リマプロストアルファデクス錠5μg「サワイ」 トラゾドン塩酸塩錠25mg「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1845	トフィンバム錠50mg「サワイ」を84錠投薬し、患者様帰宅。その後患者様より電話あり、薬が違うと。詳細を確認したところ、トフィンバム錠の中にベタヒスチン錠6mg「JD」20錠が混入していたと。謝罪し、夕方交換した。	錠剤棚は、離れていたが、位置は同じ左上のスミだった。包装は、両方とも、銀色に青字で、PTPの大きさも重ねて輪ゴムでとじるとわからない位だった。	ピッキング時の薬を戻す場所の確認の徹底			トフィンバム錠50mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1846	一般名でニフェジピン徐放錠20mg（12時間継続）で処方が出ているのに気付かずニフェジピン徐放錠（24時間継続）で誤って一包装して調剤	元々徐放錠（12時間継続）で服用している方がかなり少ないので当該薬剤師はいつもどおり24時間継続のCR錠が処方されていると勘違いしてしまった。	当たり前のことにはなるが処方箋を確認してから薬のピッキングを開始すること。その集めた薬もきちんと別の薬剤師が確認を行うこと。			ニフェジピンCR錠20mg「NP」 ニフェジピンL錠20mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1847	予製していたニボラジン錠3mg10錠が、処方中止になり、後から棚に戻すときに、見誤って、ワーファリン錠1mgの棚に入れてしまっていた。数日後、ワーファリン錠1mgをピッキング時に、ニボラジン錠3mgが10錠、ワーファリン錠1mgのシートに混ざっているのに気づき、発覚。	収納時、薬剤を見間違い、再確認も怠った。	外観の類似した薬剤を収納する時、薬剤自体と、棚位置を、ダブルチェックしてから、収納する様、改善。			ニボラジン錠3mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1848	1日1回のルセフィ2，5を1日2回のバルモディアの薬袋に入れていた。14日分なので1日2回の袋の中には28錠は要っていないといけなのに14錠しか入っていなかったで、数が少ないということで、持参された。本人は包装の色が似ているので、袋を間違えて入っていたルセフィ2，5をバルモディアだとおもった。	薬が9種類あり、患者さんと話しながらか数も確認してもらいながら説明もしたり副作用の有無を聞いて話すことが多くて集中できていなかった	数を確認した後、薬袋に印刷されている名前と薬を再度丁寧に照らし合わせる。			ルセフィ錠2，5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1849	処方箋で一般名の記載でバルプロ酸徐放錠の処方が分1であったが、セレニカRとデパケンRの先発医薬品の該当があり、疑義照会を行った。その結果、分1ではあるが先発医薬品はデパケンRとの回答があった。	知識不足で一般名でGE希望だったためバルプロ酸徐放A錠で調剤をしたが、先輩薬剤師に先発医薬品がどちらが正解か確認してからの調剤が妥当と指摘を受け疑義照会に至った。	一般名での調剤は似た名前や併売品での先発医薬品が複数存在することもあるため慎重に調剤することが大切だと考えられる。そしてスタッフ間で事例について共有をすることが大切だと実感した。			デパケンR錠200mg セレニカR錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1850	【正】タケキャブ錠20mg7錠のみ交付 【誤】タケキャブ錠10mg7錠、タケキャブ錠20mg7錠交付	ピッキング時	薬袋に入れ忘れたと思った場合も再度処方箋と照らし合わせをすること。投薬時も薬袋に記載されている内容・中に入っているものと処方せんを照らし合わせ、確認をしながら服薬指導を行う。ピッキング時は必ずカゴを机に取り出し、バーコードを読んでから取り揃えをする。ピッキング後は医薬品数と物が一致しているかPDAで再度自己鑑査をする。PDA運用方法を守る。			タケキャブ錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1851	テリルジ-の100エリブタを監査機にかけ重量が違います(どんな表示か覚えてません)とのコメントが出たが、気にせず、局内ルールでは監査機にかけた人が投薬する場合、誰かに監査してもらうことがルールであったが、監査してもらう事なく投薬した。	患者さんがたくさんいたため、早く出さねばという焦りがありルールを無視して投薬してしまった。監査機をかけた人が投薬する場合は、必ず第三者に監査を受けてから投薬することを徹底した。	監査機をかけた以外の人の投薬の徹底と患者さんの込み具合でそれができない場合は第三者による目視での確認を徹底するようにした。			テリルジ-200エリブタ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1852	ビートルは食直前服用の薬であるが処方箋が食後になっていた。	医療機関側の入力ミス。透析専門病院で、疑義照会時に対応した職員はビートルは食直前と認識してはいたが、処方入力した職員がミスしたらしい。	特に新規で追加された薬については薬名、適応はもちろん、用法、用量も細かく確認することが大切。			ビートル顆粒分包250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1853	リベルサス錠7mg から14mg に増量されたが、処方がりベルサス錠7mg 2錠だった。そのまま交付した。違う患者様も同様の処方があり、監査した別の薬剤師が、7mg 2錠ではなく14mg 1錠で調剤しなければならぬと気づき、疑義して変更された。処方医は同じだったため、リベルサス錠7mg 2錠でお渡しした患者様について次回から14mg 1錠へ変更お願いし、理由を説明した。	添付文書の用法用量のみ確認し、それに関連する注意事項について見落としした。	1日量が同じでも、用法用量について注意が必要。			リベルサス錠 7 mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1854	クラシエ防風通聖散 7.5g 2×56日分のところ、28日分だけお渡ししてしまった。後日不足分は取りに来てくださった。	普段扱わない規格単位のため、混乱したうえ、発注も間違えてしまった。	漢方薬はg単位で記載されてくるので、包に置き換えて、総量を付箋などに書いて、数を間違えないように気を付ける。			クラシエ防風通聖散料エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1855	エビナスチン錠を調剤する際、エビナスチンの引き出しにエナラプリル錠の箱が紛れており、開封後シートのデザインが違うため発覚した。	当事者1が休みであった二日前、別の薬剤師である当事者2がエナラプリルを入庫。箱のデザインや成分名が似ており、また初採用の薬であったため気づかずエビナスチンの棚に入れてしまった。	新規採用品がある際は、申し送りをこまめにを行うこととした。			エビナスチン塩酸塩錠 20 mg 「ファイザー」 エナラプリルマレイン酸塩錠 5 mg 「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1856	屯ニトロールが期限内ではあったが、期限が1か月しかなく屯用には適さないのに気が付かず調剤してしまった患者本人が気づき変更の希望があり変更したPTPに期限の記載があるのをみをとした	期限管理をしっかりと	確認をしっかりと			ニトロール錠 5 mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1857	ミヤBM錠のヒート変更(12T→10T)に気付かず84T調剤すべきところを70Tにて調剤した。	連絡、報告不足	包装変更、ヒート変更品の一覧を掲示			ミヤBM錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1858	フルボキサミン錠25mg「ファイザー」、フルニトラゼパム錠1mg「アメル」の処方がある患者様。患者様がフルニトラゼパムを服用しようと、薬袋の中をみたら、フルボキサミン錠25mgが入っていることを発見。薬局に「違う薬が入っている」と電話がかかってきた。当薬局スタッフが、自宅を訪問し、薬袋の中身を確認。フルニトラゼパムが、フルボキサミンに入っており、逆に、フルボキサミンの薬袋にフルニトラゼパムが入っていることを発見した。	当薬局の薬袋には、薬剤の写真がプリントされるようになっており、患者様の薬袋への戻し間違いを防止できる対策をとっている。また、それは薬剤師の監査時の薬袋の入れ間違いを防止する対策にもなっており、手順書では、薬袋に入れる前に写真をチェックすることになっていた。	今回の2剤はヒートの色が同じ緑ではあるが、錠剤の色は青と黄色であり、薬袋の写真を見れば、間違いに気が付けたと推定できる。今後手順書どおり、写真のチェックをすることを徹底する。			フルボキサミンマレイン酸塩錠25mg「ファイザー」フルニトラゼパム錠1mg「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1859	オロパタジン14gのところ14.5gを渡した	0.5g包装が2個つづりであったので14gなので、7ヒートでよかったが、0.5g包装が1包挟まっていた。	確実に数えることとした。			オロパタジン塩酸塩顆粒0.5%「トローワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1860	15錠必要な調剤時に9錠しか調剤していなかった。6錠入り包装のためもう1シート不足を確認できなかった。	集中力低下	6錠シートは特殊なので注意喚起した			オーグメンチン配合錠250RS	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1861	硝酸イソソルビド徐放錠が処方されている患者様で、嚥下機能が徐々に落ちてきた為、施設従業員が服用前に粉碎していた。そのことが判明し、医師に問い合わせし、次回からは一硝酸イソソルビド錠に変更になった。	施設従業員と連携が取れていなかったのが原因と考えられる。	介護者と連携を取り、服薬状況の変更をいち早く察知する。			硝酸イソソルビド徐放錠20mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1862	【正】1包0.05g【誤】1包0.1g	1包0.05gであることを確認しなかった。	確認してから分包する。			クエチアピン細粒50%「EE」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1863	カルボシステインSyrとアスピリンSyr、ニボラジンSyrの混合のシロップを全量60mlで1日2回4日の服用指示で目盛りを1番(7.5ml)でお渡しすべきところを1日3回4日の4番(5ml)で服用するように伝えてしまった	Syr剤の服用指示は1日2回であったり3回であったり薬によっても異なるのはもちろん、患者様の生活環境によっても異なるので注意が必要。交付時に話をしている発見することもあるので患者様とのコミュニケーションも重要。	調剤者も鑑査者も交付者も1日2回、1日3回の違いに気を付ける。混雑時でも確認を怠らない			カルボシステインシロップ小児用5%「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1864	一般名での処方にてピオフェルミン配合散が処方されていたが、ピオフェルミンR配合散で処方してしまった。	前々回までは抗生剤が処方されておりピオフェルミンR散で処方しており、今回も変更はないとの思い込みによる調剤ミスと考えられる。更には監査時にもそのままスルーされており、監査の意味がなされてなかった。	薬情を使つての監査ではなく、処方箋自体も見ながら監査をすること。ピオフェルミンR配合散とピオフェルミン配合散の処方の違いをしっかりと理解し監査をする。			ピオフェルミン配合散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1865	ベタメタゾン0.5mg 8T/日→6T/日→4T/日、各2日間ずつ、計6日間の漸減療法。薬剤師からはその旨の説明はしたが、薬袋が3つになっていたため、2日間ですべてを服用してしまった。その後の来局で判明。すぐに医師に連絡する。特に副作用はなかったため問題にはならなかった。	漸減療法の説明が不十分だった。他では経験があるが、当薬局ではまだ日数が少ない薬剤師だったため、コミュニケーションの不備があった。	薬局での特殊なケースは、申し送りをこまめにし、確認することが必要。			ベタメタゾン錠0.5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1866	レミニールOD8mg 2T×28、メマンチンOD20mg 1T×28 併用患者。レミニール56T包装×1袋で渡しており、メマンチンも56T包装×1袋で調剤してしまった。別薬剤師による監査でも気づかず、投薬中に事務員が気がついた。	夫婦2人の処方箋調剤。薬も多く、調剤時の用法用量の確認不足。監査者も患者と話しながらの作業で見落としてしまった。	話しながらの監査にならないよう、話し終えてからの監査または別の者による監査を行う。			メマンチン塩酸塩OD錠20mg「DSE P」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1867	普段より継続して来局されている男性患者で糖尿病があり、いつも同様の内容の処方せんでトラディアンスAPが処方されていた。調剤がジャディアンスでされていることに気付かず患者に投薬したところ、いつもと違う薬だと患者の指摘で気が付いた	普段と変わらない繁忙時間ではあったが、慢心があり、監査不足により誤った薬を交付までに至ってしまった	繁忙時間などにとらわれず必ず、複数人のダブルチェック、薬効類似品、配合薬の一覧掲示による周知徹底に取り組んだ			トラディアンス配合錠AP	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1868	7歳以上になるのにアレロック顆粒を出していた	年齢を確認していなかった	子供は定期的に年齢と体重確認必要			アレロック顆粒 0.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1869	本患者は内科でテラムロ配合錠A P「サワイ」を常用中であった。また皮膚科よりフェキソフェナジン錠60mgが処方され常用中であった。もともと小林化工製のフェキソフェナジン錠60mg「KN」を調剤しお渡ししていたが、製薬会社の都合により供給が止まったため、他社製造の同一成分同一含量のフェキソフェナジン錠60mg「NP」へ変更しお渡しした。	後発品メーカーの不祥事に端を發し、いくつかのメーカーで特に抗アレルギー薬を中心に供給制限・供給停止が頻發し、同じ成分でも患者が来局するたびにメーカーが変更になる事態が多かった。抗アレルギー薬は長期処方になるケースが多く、前回どの患者にどのメーカーのものをお渡ししているか、また外観変更について説明が済んでいるか不明瞭であった。	・メーカー変更となる際は、出来るだけ以前に使用していたものとPTPシートのデザインや錠剤の色調・形が近いものを選定する。 ・メーカー変更になるたびに、患者にメーカー変更の旨と外観に大きな変化がある場合はその旨強調して説明する。			フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「NP」 テラムロ配合錠A P「サワイ」 フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「KN」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	フェキソフェナジン錠60mg「KN」は先発品に類似した楕円型のうすいだい色の錠剤であったが、フェキソフェナジン錠60mg「NP」は正円型のうすいだい色の錠剤であった。患者はフェキソフェナジン=楕円型との思い込みがあり、丸くうすいだい色であるフェキソフェナジン錠60mg「NP」とテラムロ配合錠A Pを誤認し、1回分誤って服用した。患者が服用後に気が付きその次に来局した際に申告していただいた。特別な体調変化は見られなかった。						
1870	当薬局新規の患者が、初めて緑内障と診断を受けて眼科の処方箋を持参。処方箋には、エイベリス点眼2.5mLと記載があった。薬剤師A(職種経験年数4年)は患者情報を参照せずにエイベリス点眼2.5mLを調剤し、監査兼交付担当の薬剤師Bに回した。薬剤師Bが患者情報を参照して監査を行ったところ、白内障手術歴がある患者であることに気づき、処方医に連絡。処方変更で、タブロス点眼に変更となり、患者にはタブロス点眼で交付した。	エイベリス点眼は、白内障手術歴のある患者には禁忌である(黄斑浮腫、それに伴う視力低下及び視力障害を起こす恐れがあるため)	エイベリス点眼を在庫している冷蔵庫に、「エイベリス: 白内障術後は禁忌!」と記載した紙を貼り、調剤前に白内障手術歴がある患者なのかを確認することを思い出せるような仕組みを作った。			エイベリス点眼液 0.002%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1871	一般名称の口腔崩壊錠にて処方されていたため、ノルバスクOD錠を調剤することになったが、ノルバスク錠を調剤した。当日、患者様が「薬剤情報にノルバスクOD錠と書いてあるがノルバスクが入っていた」と同じものか確認に来られた。「同じ成分のものなら今回はこれで良い」とのことでした。	成分同一薬品は財形を確認する。	しっかりと処方箋を見て検薬・調剤する。			ノルバスクOD錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1872	一包化監査の際、酸化マグネシウム330のところ250が分包されていたため、分包機カセットを調べたところカセットの充填ミスを発見した。直近の分包を調べ、一名、330の処方を250で調剤、交付していたことが発覚した。原因を調べたところ、調剤台の上に330のカセットと、250の瓶がたまたま並んで置かれていて、充填の準備と勘違いしよく確認せずそのまま充填していた事が判明した。	分包機のカセットや使いかけの錠剤バラの瓶を、片付けずに調剤台に置いたままにしていた。	使ったらすぐに片付ける。			酸化マグネシウム錠330mg「ケンエー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1873	薬を処方され、初めての投薬になるにも関わらず、貼付文書の確認を怠った。100mg分2日1錠、の処方なので1/2錠にして投薬のところ、50mgを用意しようとしていた。更にアンジオテンシン変換酵素阻害薬とは36時間以上あけて切り替えの必要がある事も承知していなかった。	今まで取り扱ったことのない薬について、添付文書を確認してから調剤、という事が徹底されていない。きちんと確認する習慣が必要。	初めて投薬、取り扱いする薬については、添付文書を良く読んでおくこと。			エンレスト錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1874	計数ミスメトトレキサート錠2mg 14錠ピッキング→16錠正解。	ヒート包装が1ヒート6錠	ヒート包装が他と異なるケースの計数調剤注意指導。			メトトレキサート錠2mg「あゆみ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1875	他の皮膚科で抗アレルギー剤のベポタスチンが30日分処方されていたが、今回耳鼻科でセチリジンが処方された。患者が鼻炎の薬と痒みの薬が別のものだと思っていた。	同種同効で科が違えば別剤だと患者が認識してしまう。痒みと鼻炎は同じアレルギー剤であると患者は思い込んでる。	同じ薬でも鼻炎を抑えたり痒みを抑える作用があり同種同効の薬が重複する事があると患者への説明を詳細にするよう努力する。			セチリジン塩酸塩錠 10mg 「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1876	一包化調剤用にばらした薬品を再分包し、薬品名を印字して保管する体制をとっているが、その際にエルデカルシトール(0.75)と印字すべきところをエディロール(0.75)と印字してエルデカルシトールの調剤棚に保管されているのを調剤者が発見。在庫数の確認で印字のみが誤りであったことが分かった。	不要在庫を抱えないようヒート品をばらして一包化調剤用に保管する体制が原因	バラ品の採用、再分包品を調剤棚へ戻す際のダブルチェックの徹底			エディロールカプセル 0.75μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1877	グレープフルーツを常食している人にアムロジピンが処方される	病院にて食べ物の確認がなくアムロジピンが処方されたと考えられる。	初回の人には食べ物まで注意事項を伝えるようにしている。			アムロジピン錠5mg 「タナベ」 ミカルデイス錠40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1878	リクシアナ30 において、35錠出すべきところ、誤って25錠しか投薬しなかった。	繁忙で慌てて計数を誤ったが、投薬するまでに、きちんと監査しなかったのが改善すべき点となる。	監査を確実に別人が行うこと			リクシアナ錠30mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1879	いつも使用しているピースフテンクリームが今回より名称変更がありヘパリン類似物質クリームに変更になった。ヘパリン類似物質クリームで調剤し交付したが薬剤情報提供書及びお薬手帳がヘパリン類似物質油性クリームで入力していたことに気づかず渡してしまう。	調剤者がパソコン入力者に名称変更があり変更指示を出すのが類似の違う薬品を入力してしまう。監査時に気づけなかった。	パソコン入力者に薬を渡し入力時に注意してもらう。変更時の監査には細心の注意を払う			ヘパリン類似物質油性クリーム0.3% 「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1880	モビコール内容配合剤LD2包1×寝る前の処方に対し;、1回1包にて調剤実施。投薬してしまった。	知識不足、確認不足が原因と推測。	処方箋をしっかりと確認することの徹底と経験値の向上をするようにする。			モビコール配合内用剤LD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1881	レボセチリジン1g朝夕食後14日分の処方。調整者は1包が2,5gであることを知っていたが、数え間違え28包で拾った。監査者は1包0,5gであると思い、そのまま交付しようとした。監査者と交付者は同じで、交付時に念のため1包量を確認したところ、1包が0,25gであることに気づき、28包足りないことに気づいた。追加で28包ピックアップし、患者へ渡した。	調整者は0,25×2×14包の計算式をコピーに記載しなかった。監査者は記載したが、思い込みで0,5×2×14で28包であっていると考えてしまった。とってあるものの数が誤っていないという意識があったのかもしれない。	コピーに調整者は計算式を記載し、監査者はそれを監査しなおす。交付者も記載を確認し、数の確認してからわたす。1包の量もものによって違うことの認識する。			レボセチリジン塩酸塩DS0,5%「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1882	医師が前回フロセミド錠40mgから今回10mgを処方した。薬局の薬剤師は、患者の家族に血圧・浮腫など確認したが変わらないし、先生も何も言ってなかった、とのこと。疑義照会して医師の書き間違えであった。当薬剤師が患者家族よりの聞き取りのおかげと思いました。	少しでも不信があったら、患者や医師に疑義照会することがいいと思う。腐心	不信なことは、どんなことでも疑義照会したほうが懸命です。			フロセミド錠40「タイヨー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1883	クレメジン速崩錠の計数調剤のミス。	処方頻度が少ない。同時に処方箋2枚受付。調剤録に全量記載されている。	落ち着いて調剤する。1日量などを意識して調剤する。用法用量を考える。			クレメジン速崩錠500mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1884	普段塩化カリウム徐放錠600mg 2錠分2で処方されていた患者様が、嚥下困難のため、粉薬に変えて欲しいとのこと。アスバラカリウム散50%で調剤となったが、換算方法がわからず、薬局内で話し合うこととなった。調べた結果、アスバラカリウム散は組織移行性が高いため、塩化カリウム徐放錠の1/4~1/2量で効果が得られるとわかり、2g分2での処方を提案となった。	知識不足	情報共有と、次回処方時にそなえ薬局内の見える所に情報を貼る。			塩化カリウム徐放錠600mg「St」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1885	該当薬品120錠調剤するところ、1箱50錠入であることを確認せず70錠で調剤し鑑査者から指摘を受けた。	1箱100錠であろうという思い込みがあった。	調剤し終えたら調剤したものが処方箋に記載されている錠数、商品名と一致しているか自己鑑査を必ず行う。			ポリコナゾール錠50mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1886	ベラパミル服用中にデエピゴ追加。併用によりデエピゴの血中濃度が増強される副作用も出やすくなる。デエピゴ2.5mgに減量。	併用禁忌、減量が必要な薬を理解する。	併用禁忌について理解する。			ベラパミル塩酸塩錠40mg「タイヨー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1887	ベルソムラ服用中の患者にクラリスロマイシンが処方された。併用禁忌の為照会した。セフジトレンに変更になった。	併用禁忌薬について気づかなかった。	併用禁忌を薬剤の棚に書いておく。			ベルソムラ錠15mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1888	当局担当の在宅患者への調剤。薬剤師Aが調剤を行う。今回処方箋にはピソノテープ8mgが30枚処方されていた。1セットが7枚包装されているが、薬剤師Aは1セットを10枚包装と勘違いし、3セット21枚を調剤する。鑑査した薬剤師Bが21枚しか調剤されていない事を確認し、今回の調剤ミスが発覚する。	1セットを10枚と勘違いした事は要因。	1セットになっていようが、枚数確認を怠らずに毎回確認する事が重要。他の薬剤師含め、他の薬剤も必ず総数の確認をする旨を再度周知させた。			ピソノテープ8mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1889	11時50分頃、母親が来局し5歳男児息子の処方を持参される。薬剤師Aが受け取り処方監査。アスピリンシロップと一緒にアンブロキシソール徐放カプセル45mgが1日量5Cカプセルで処方されている事に気づく。医院に薬剤師Aが疑義照会し、アンブロキシソール塩酸塩シロップ小児用0.3%1日量5mlに変更となる。	医院での処方入力間違いと考えられる。	小児用量及び剤形は特に注意するように心がける。			アンブロキシソール塩酸塩シロップ小児用0.3%「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1890	一般名でアルクロメタゾンプロピオン酸エステル軟膏5g。モメタゾンフランカルボン酸エステル軟膏30gとプロベト30gを混合指示。の外用薬が処方される。アルクロメタゾンプロピオン酸エステル軟膏はアルメタ軟膏、モメタゾンフランカルボン酸エステル軟膏はフルメタ軟膏で調剤となる軟膏を混合して軟膏ツボへ詰めした後、薬品名を記載したラベルを軟膏ツボへ貼付する時、アルメタ軟膏30gとプロベト30gを混合と記載。監査にて、ラベルへの薬品名の記載ミスが発覚	アルメタ軟膏とフルメタ軟膏が共に一般名処方。平素より、フルメタ軟膏、アルメタ軟膏共に調剤の機会がほとんどないアルメタ軟膏とフルメタ軟膏、名称が類似。ラベル記載時にアルメタとフルメタの名称が混ざってしまったと考えられるまた、フルメタとアルメタの取り間違い等の防止に意識が集中してしまい、ラベル記載時に注意が散漫となってしまった	ラベルに薬剤名を記載後、使用した軟膏のチューブやボトルの名称と付け合わせをしっかりと行う			フルメタ軟膏 アルメタ軟膏	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1891	久しぶりの来局でランソプラゾールOD錠は、「サワイ」希望とご指摘あったことに気づき「武田テバ」から「サワイ」に交換する際、慌ててしまい60錠のところ30錠で渡してしまった。	かなり繁忙な時間帯で監査の際、メーカー違いに気づいたものの交換の際に慌ててしまった。	入力の際に、少数派の「サワイ」ご希望であることを確認できるように声掛けしたり、処方箋に付箋で差別化するように今後改善する。			ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1892	門前の病院の採用薬がメトホルミン塩酸塩錠250mgMT「TE」から「DSPB」へと変更となる。以前から門前以外の病院の処方でもメトホルミン塩酸塩錠250mgMT「DSEP」の在庫もあり、処方箋の入力が「DSPB」が正しい所、「DSEP」を入力してしまった。調剤者もスルーし、監査者の段階で間違いに気づいて作り直す。	入力者、調剤者医薬品の類似の名称が存在する事への意識が低かった。	採用薬の変更があった場合はメーカーも含めて店舗に周知する。類似の名称があることも可能な限り周知する。			メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「DSEP」メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「DSPB」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1893	患者様が処方箋を持って来局。処方せんには、ゾルミトリブタンOD錠2.5mg 1錠 疼痛時 14回分と記載していた。事務AがゾルミトリブタンOD錠2.5mgを14錠包装だと思い、誤って調整し監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが、計数違いに気づき正しく調整し、再度ダブルチェック後監査した。監査が誤りに気付くことができたため、患者様には正しい薬を交付した。	ゾルミトリブタンOD錠2.5mgの箱包装には12錠(PTP)と記載があったが、中のアルミ包装には12錠入りの記載がなかったため間違えた。	調剤者がピッキング後、再度薬剤や数の確認をする。調剤室では連絡帳に記載後、計数間違い防止の注意喚起。			ゾルミトリブタンOD錠2.5mg「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1894	一般名で沈降炭酸カルシウムの処方があり、自店に在庫が無かったため近隣の薬局に在庫していたメーカーのものを取り寄せ用意した。監査の際に制酸剤とコメントがあることに気づき用意したメーカーの物では適応が無いことが分かったため制酸剤として適応を持つメーカーの物を用意しお渡しした。	高リン血症への効果を期待した薬剤というイメージしかなかったためどのメーカーでも良いと思っていた。	コメントを見逃さない。			炭カル錠500mg「旭化成」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1895	16:30頃から在宅で外出のため一人薬剤師にて対応。16:45頃、当患者様御来局。一包化の調剤を開始したところ、その後数人の患者様が御来局。薬剤が少ない処方箋だったため、当患者様を待たせた状態で、後から来た患者様の投薬を終わらせてから一包化調剤に戻る。分包機からミルナシبران塩酸塩錠15mg「トーワ」が1錠不足と表示される。  患者様を待たせていることもあり、不足分を探さず、新しくミルナシبران塩酸塩錠15mg「トーワ」を1錠入れ監査を終わらせる。外出中であった薬剤師が帰宅し、不足分の表示の旨を伝え、投薬へ向かった。投薬を始めようとしたところ、空のはずのエチゾラム錠0.5mg「武田テバ」のユニバーサルカセットにエチゾラム錠0.5mg「武田テバ」を1錠発見。エチゾラム錠0.5mg「武田テバ」とミルナシبران塩酸塩錠15mg「トーワ」の錠剤が似ているため、入れ間違いが起きている可能性を考え、再度監査したところ、1包にエチゾラム錠0.5mg「武田テバ」とミルナシبران塩酸塩錠15mg「トーワ」が逆に入っている分包を発見した。	患者様を待たせてはいけないと焦りが生じた。	・忙しいなかでも、丁寧に慎重に作業をしていくことを心がける。・今回の調剤では、ユニバーサルカセットに薬剤を補充する際、一度にすべての種類の薬剤を裸錠にしてから補充した。次回からは錠剤の入れ間違いを防ぐため、薬剤の補充を1種類ずつ行う。・ユニバーサルカセットに薬剤不足表示が出たら、必ず不足分を探してから調剤する。			エチゾラム錠0.5mg「武田テバ」ミルナシبران塩酸塩錠15mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1896	ベタニス錠50mgが初めて処方されていたが、他院でもらっていた事があり1日2回で服用していたと聞き取り。そのままお渡しした。別薬剤師が数時間後に処方内容確認したところ、用法間違い(過量投与)を発見。医師に再確認すると分1で服用するようにとの事。電話で患者様に連絡したところ服用前であり、健康被害なし。	患者様からの聞き取りで服用歴あるとの事だったが、規格はいまいであった。同処方箋内の薬剤が一部不足しており、不足薬の手に配に気を取られていた。	知識の不安がある場合は必ず添付文書を確認する。患者様から得た情報だけで判断せず、薬学的監査を徹底する。			ベタニス錠 50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1897	ケフレックス細粒100mgのところ200mgで調剤してしまった。伝票入力時に気付き、100mgがすぐに入手困難だった為、疑義にて200mgに変更してもらいすぐに差し替えた。	100mgと200mgがあるが200mgと思いこんでしまった	mg数や%は確認してチェックを入れる。			ケフレックスシロップ用細粒200	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1898	処方医より「ヤーズ終了後に飲んで」という指示の下 フリウェルULD が処方された。調剤者が「フリウェル」の名前のみでフリウェルLD錠を調剤、投薬後監査者が企画違いに気づきすぐに患者の携帯電話に電話し事なきを得た。フリウェルULDを取り寄せ交換させていただく事とした。	薬局内に混雑している中での事例です。当局には監査システムを設置しているのですが該当商品のパッケージにはバーコードがつかず目視にての監査となった。規格の名前が酷似しているため今回のことが生じた	監査システムを上手く利用するためパッケージにバーコードが無くても箱にあるバーコードと一緒にに入れて監査する。処方箋と実物の指差し確認の徹底を行う。			フリウェル配合錠ULD「あすか」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1899	一般名処方: ロキソプロフェンNaテープ100mg (10×14cm非温感)70枚の指示であったため、当薬局の在庫のロキソプロフェンNaテープ100mg 科研を調剤し、服薬指導にあたった。患者より、これは温感か? 前回他の薬局でもらったテープは温感タイプだった。前回と同じものをお願いしたのだが、と訴えがあった。処方せんは、非温感の指示であったため、照会し、温感へ一般名処方の変更となった。	ロキソプロフェンNaテープ100mgには、温感と非温感の製剤があり、一般名処方マスタも温感と非温感に分けられている。前回、他薬局で調剤されたものは温感タイプだったという患者からの訴えがなければ、患者の希望とは異なる製剤を交付していたと考えられる。前回と同じ内容で処方したと処方元医療機関は話しており、前回調剤した薬局で調剤を誤った。または、疑義照会のうえ温感に変更して調剤したが、処方元医療機関の処方内容が更新されていなかったことが考えられる。	特になし			ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイハウ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1900	今まではメトホルミン250mg 1日2錠分2処方、今回メトホルミン500mg 1日2錠分2が処方追加。添付文章上では用量用法問題ないので、そのまま投薬し、服薬指導中に500mg追加ではなく、250mgから変わるだけな気がすると患者様に言われ、疑義照会。疑義照会により250mgの方は削除。	メトホルミン250mg、500mgの両方が処方されており、違和感はあったが、添付文章上問題なく、患者様が買い物中だったため、患者様に事前に確認せず、調剤してしまった。	処方箋内容確認後にすぐ患者様へ処方変更などについて確認する。			メトホルミン塩酸塩錠250mgMT 「明治」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1901	一包化予製からジアゼパム2mg「サワイ」を抜き取るところ、誤って1包のみテオフィリン200mg「ツルハラ」を抜き取ってしまった。2週間後、抜き取ったジアゼパム2mg「サワイ」の中に1錠テオフィリン200mg「ツルハラ」が混ざっていたことから発覚した。すぐに患者宅を訪問し、手持ち残薬を確認したが、すでに服用していた。	抜き取った薬剤を錠剤計数分配器に入れて、薬と数が間違いないことを確認する作業が抜けていた。(ジアゼパム2mg「サワイ」(白色、直径:8.0mm)、テオフィリン200mg「ツルハラ」(白色、直径:9.2mm))変更点(ジアゼパム2mgとテルミサルタン20mgを抜いて、アルプラゾラム0.4mgを追加)が多かった。	抜き取った薬剤は錠剤計数分配器に入れて、薬と数が間違いないことを必ず確認する。今まで錠剤計数分配器が1つしかなかったため、新たに2つ追加購入した。変更点が多い時は、最初から作り直すことも考える。			ジアゼパム錠2「サワイ」テオフィリン徐放錠200mg 「ツルハラ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1902	エンレスト錠→ACE阻害薬へ処方変更あり。ACE阻害薬→エンレスト錠への切り換えは休薬が必要と認知していたが、逆パターンは把握していなかった。投薬者に今回の処方変更について伝え、添付文書を確認してもらったところ休薬が必要ことが発覚。疑義照会し服用開始日が指定された。	比較的新しい薬であり、切り換え時の注意事項を把握していなかった可能性がある。	疑問に思ったことは、他のスタッフと共有し、曖昧にしない。			エンレスト錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1903	ベシケア錠2.5mgの処方を5mgで調剤	通常処方される規格が5mgだった為、その流れで2.5mgと取り違えた。	ダブル監査。薬情と薬を見合わせて投薬する。			ベシケア錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1904	他院からの処方にサノレックス錠が処方された。処方せんには30日分処方であったが、GWなど特別な休月中ではないため、日数制限が14日であるため、疑義照会を行った。	日数制限のある薬は一覧として目に届くところに置いておくことで、気づくことが可能である。	スタッフ間でも日数制限がある薬にたいして知識を共有しておく。			サノレックス錠0.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1905	ジメチコンのみ日数違うためヒートでお渡し(180錠分) 他は一包化 ジメチコンは1箱120錠包装であることは理解しており、1箱と60錠でピッキングしたつもりだったが、実際は1箱と80錠でピッキングしていた。鑑査者の指摘で発覚したため患者さまへは正しくお渡しできた	ジメチコン120錠包装と理解しながら、一包化で時間がかかっていたため焦りがあったのかもしれない。正しく拾えてるとの思いこみがあり最終チェックが甘かった。	時間がかかってお待たせしている時こそ、鑑査に回す前の最終チェック時薬品名だけではなく数もチェックを怠らないようにする			ジメチコン錠40mg「ホリイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1906	2021年9月某日(金)16時頃に、患者(43歳女性)が処方箋を持って久しぶりに当薬局に来局した。処方箋にはコタロー半夏厚朴湯 1日6g分3毎食前28日分と記載されていた。薬剤師A(職種経験年数15年)はコタロー半夏厚朴湯を84包調製するところ誤って56包で調製した。鑑査時にも間違いに気が付かず、服薬指導時に薬情に記載されている用法を見て計数ミスに気が付いた。服薬指導時に誤りに気付いたため、患者には正しい数量の薬を交付した。	コタロー半夏厚朴湯が1包3gと思い込んでいた為、用法を確認せず調剤した事が原因で発生した計数ミス。	用法と照らし合わせれば防げた事例。業務手順を見直し、調剤者とは別の第三者が監査してダブルチェックを行う。			コタロー半夏厚朴湯エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1907	リクシアナOD錠30mgを30錠ピッキングするところを40錠ピッキング。	患者さんが多いこともあり、焦りが確認を怠ることにつながってしまった。PTPシートを対で重ねることが徹底されていなかった。	ピッキングする際にPTPシートが対になっていくことを確認したうえで鑑査者へ薬を渡すこと。			リクシアナOD錠30mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1908	クラシエ乙字湯3g×168Pを、近い場所に在庫のクラシエ六君子湯3g×168Pを取り間違え、本来のクラシエ乙字湯に異物としてクラシエ六君子湯を混入した。両者とも色調が酷似していたためのうっかりミス。患者に渡す最終確認で鑑査した薬剤師が異物混入を発見して、患者には正規なものしか渡さなかった。	クラシエ乙字湯3g×168Pと近い場所に色調と大きさの同じクラシエ六君子湯3g×168Pを倉庫に置いてあったため、忙しい時間に確認せず、調剤棚のクラシエ乙字湯3gの置き場所にクラシエ六君子湯3gを置いてしまい、それをピッキングした。	急遽、クラシエ乙字湯3gはそのままの倉庫に、クラシエ六君子湯3gを異なる在庫置き場に移動して、物理的に人間の行動方向を分けた。			クラシエ乙字湯エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1909	いつも当薬局に来局されている患者さん。新規処方薬オメプラゾン錠10mgの処方あったが、患者様の症状聞き取りにより胃の症状ではなく高血圧の症状で薬が追加になっていること発覚。電話にて疑義照会を行ったところ今回は血圧の薬追加というお話でオメプラゾンではなくオルメテックに変更となった。	先生の処方入力ミスであると考えられる。	今後も患者様への聞き取りをしっかりと行う。			オメプラゾン錠10mg オルメテックOD錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1910	ピオフェルミンが処方されているところピオスリーと入力し、薬袋等の記載間違いに気づかず投薬	高齢の薬剤師が監査システムを無視して投薬し、間違いに気がつかなかった	監査システムをしっかりと活用すること。医薬品入力を頭2文字の入力ではなく3文字は最低でも入力するように徹底する。			ピオフェルミン配合散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1911	半年ぶりの来局。本人ではなく母親。他の方の投薬中に来られ早くしてほしいと言われる。63錠での処方、他規格の場合一箱が63錠なので、それと勘違いをしアルミピローを開封せず84錠でお渡し。	同成分の薬剤でも、メーカーによっては包装錠数が異なる。湿気や遮光に注意する薬剤はアルミピローのまま投薬する事があるので、勘違いをし63錠と思い84錠お渡ししてしまった。	急かされても、アルミピローなどは一旦開封しお渡しするようにする。			フリウェル配合錠L D「モチダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1912	アルプラゾラム錠0.4mg 0.5錠 眠前処方に対して、1錠で一包装調剤、鑑査を行い、患者に交付してしまっ。日付印字しており、服用前に事務員の向精神薬の在庫確認で気づくことができ、服用前に正しい0.5錠に変更し、誤薬を防ぐことはできたが、在庫確認が遅ければ服用に至っていた。	・背景施設入居者の居宅算定患者の為、ホッチキスで日付ごとにまとめ、薬をセットしていることもあり、交付時に患者に説明する中で気づくことが難しい状況であった。・要因薬袋を出さない施設であること、鑑査者の注意力が下がっていたこと、調剤者が分包機に未熟だったこと、連続した調剤の中で半錠にする薬の確認が疎かになっていたことが要因としてあげられる。	・薬剤師の鑑査方法についての再確認・医療システムの穴をスタッフ間での共有・調剤前の一包装の段階で再度錠数確認・半錠を行う薬剤師は処方確認の徹底			アルプラゾラム錠 0.4mg「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1913	予製剤として、同医薬品だが一包装中の用量が異なる数種類の物を用意している。分包紙には用量によって印字を施したり、ペンで色を付けて識別できるようにしている。内容量は1g/包だが印字が1.5g/包になっており、用量と印字が異なる事に監査時に気が付いた。	予製剤の調剤だったので、緊張感が足りず注意力が不足していた。	これまで通り監査をきちんと行う。予製作成時にも注意して調剤するようにする。			コタロー麻黄湯エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1914	ポリカルボフィルCa細粒83.3% 0.6g包の製品を1回2包で調剤するものであったが、1回1包で計算してしまい、全量の半分しか交付しなかった。	分包の規格と全量をよく確認する。	1日量と包数を欄に明示しておいた。			ポリカルボフィルCa細粒83.3%「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1915	ある医療機関から アルミノニッパスカルシウム顆粒99%が処方された処方箋を受け取りました。この薬剤は抗結核薬であるので患者さんと内容について確認を行ったところ結核の既往症はないとのことでありましたので確認のため処方元に問い合わせるとアルミゲル細粒99%を処方したかったが、このアルミゲル細粒が製造中止となっており、名称変更になっていた乾燥水酸化アルミニウムゲルを処方すべきであったのに パソコンの入力ミスにより抗結核薬を処方してしまった。	類似名称のために医療機関のパソコン入力ミスである	患者さんの話を聞き 処方内容に疑義があれば躊躇せずに問い合わせることが大切である			アルミノニッパスカルシウム顆粒99%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1916	薬の数少なく渡した	よく確認しないで渡してしまいました	再度再確認しっかり徹底すること			レミニールOD錠8mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1917	ゾルピデムOD錠5mg「トーワ」のところ「KN」とレセコン入力したにも関わらず、薬袋には「トーワ」と記載されていた。	・一般名処方。・薬局の採用メーカーを「KN」→「トーワ」に変更した。・薬袋発行などの新規薬品登録において、「KN」の医薬品コードを用いて「トーワ」を登録してしまった。1つの医薬品コードで、2つの医薬品登録された状態になってしまい、PCが誤作動を起こした。	・あらかじめわかっている変更または新規登録であれば、入庫した時点で新規薬品登録を準備しておく。			ゾルピデム酒石酸塩OD錠5mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1918	医師の処方箋にて苓姜朮甘湯が処方され、処方箋の通りに患者に交付。交付ののち、お薬手帳の効能を確認したご家族から、「めまい、ふらつきでだしてもらった漢方の為、違う薬ではないか」と電話あり。医師に電話にて確認したところ、苓桂朮甘湯のつもりで処方したが、事務の入力でべつものになってしまったようで、苓桂朮甘湯で投薬してほしいとのことだった。ご家族が問い合わせしてくれたため、本人が服用されることはなかった。	1文字違いの類似名称の漢方薬だったため、医院側事務での入力ミスがあったのではないかと考えられる。	初めて処方された薬については、それに対する疾患・症状等の聞き取りを積極的に行う。			ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒（医療用）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1919	今までアムロジピン錠5mgだった患者が今回2.5mgに減量された。一包化を作成する際にコンピューターに入力された前回の情報をDoで取り込んで調剤してしまう。監査時に気づき調剤し直してお渡しした。	調剤した薬剤師は経験年数は長いが当薬局での経験が浅く思い込みで調剤してしまった。	処方が変わった場合は声をかける			アムロジピン錠 5 mg 「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1920	ツムラきゅう帰キョウガイ湯 9g/日のところ7.5gで処方。（1回3g）疑義照会により9gに変更	1包2.5gの製品が多いため誤って7.5gで処方されたと思われる	1包のg数を実物を見て確認する			ツムラきゅう帰膠艾湯エキス顆粒（医療用）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1921	マーズレンS配合顆粒が3g3×毎食後の処方がされていた。	前もっていた手帳の記載がg単位ではなかった。	詳しい服用量毎回確認する。			マーズレンS配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1922	ファミビル 頓服処方 前駆症状出現後6時間以内（1回目内服から12時間後に2回目服用）4回分と処方された。2回分までしか処方できないことに気づかず4回分を調剤、お渡し	添付文書の内容確認ができていない。	添付文書のアップデートができておらず、最新の添付文書をインターネットを活用し行うこととした。			ファミビル錠 250 mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1923	処方箋にワーファリン1mg 2錠からワーファリン1mg 1錠 ワーファリン0.5mg 0.75錠に減量されていたが1包化の時にワーファリン1mg 2錠を1錠に減量せず、更にワーファリン0.5mg 錠0.75錠を追加処方してしまった。1ヶ月後DrよりPT値が高くなっている事が判明し発覚。	繁忙時に来局され、事務の薬袋への打ちこみも気づかず、1包化時にも気づかず、患者さん本人への変更確認時にも気づかず処方してしまった。	処方箋と薬袋の確実な突き合わせ、1包化時の過去処方との確実な突き合わせ、監査時の処方箋との確実な突き合わせ、投薬事の患者様への聞き取りをできるだけ深く聞く。			ワーファリン錠1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1924	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯(定期薬)が処方されていたが、ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯で投薬。しかし、すぐに患者さんが気づき、陳謝しその場で薬を交換した。	自律神経の安定には柴胡加竜骨牡蛎湯、桂枝加竜骨牡蛎湯は滋養強壯というイメージがあった。患者さんの症状が前者だったので、十分な確認を怠り、投薬しようとした。	レセコン、薬歴にしっかり申し送りの記載をいれて今後同様のことがないようにする。			ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1925	一包化監査時にベナゼプリル錠5mgのところ、ドンペリドン錠10mgが混入していた。さらに、一包化用容器を確認したところ同様に混入していることが判明した。	発生個所は、一包化切り出し品を容器に戻す際、ドンペリドン錠をベナゼプリル錠の容器に誤って充填したものと思われる。原因としては、両者の外観が酷似しており、2重監査をすり抜けた。	監査の徹底。ドンペリドン錠を、ベナゼプリル錠と外観の異なるメーカーに変更。外観類似薬リストの抽出、変更検討。			ベナゼプリル塩酸錠5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1926	処方箋はジソピラミドカプセル100mg「ファイザー」と記載されているにもかかわらず、誤ってジルチアゼム塩酸塩Rカプセル100mg「サワイ」を集薬したのち、他5剤の内服薬と一緒に一包化調剤してしまった。一人薬剤師の為、改めて、最終監査時に処方箋内容と空ヒート及び一包化品を確認した際に、誤りに気づき調剤し直して事なきをえた。	施設に入所されている患者様の処方であったため、他に15名程度施設患者の処方箋も受け付けており、同じ時間帯に順次調剤を行っていた。その際に、ひとつひとつ指さし呼称確認をして集薬・調剤をしなければならぬところ、思い込み作業を行ってしまった。	一人薬剤師であるために、集薬⇒調剤⇒監査⇒投薬において都度、手順を守り、指さし呼称確認を行い、思い込みでミスに気付かず患者様に薬をお渡ししてしまうことがないように注意したい。			ジソピラミドカプセル100mg「ファイザー」 ジルチアゼム塩酸塩Rカプセル100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1927	ノバビットフレックスタッチが本来の処方であるがノボラビットフレックスペンで処方があった。患者は詳細は聞いていなかったが、帰宅後いつものとは違うことに気づき薬局へ連絡、発覚となる	内容確認不足	前歴の見直し。薬の配置の変更。			ノボラビット注フレックスペン ノボラビット注フレックスタッチ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1928	患者が、処方箋をもって来局した。[般]ベンフォチアミン25mg(B1)・B6・B12配合カプセル 3C分3毎食後30日分の処方箋をもって来局された。 GE希望の患者であり、前日まではGEのシグマピタン配合カプセルが在庫があったため入力者はGEで入力した。しかし、GEの流通不安定により在庫が尽きてしまっており先発で調剤。帳票類はGEのもの、薬自体は先発品の状態で患者へ投薬。薬情を用いて説明する際に写真とものが違うことに気づき、帳票類を差し替えて問題なくお渡し。	最近のGEの流通不安定な状況により、薬局での在庫状況は日々変化している。入力者には在庫変動や入庫・未入庫などもあるため、GE希望患者でも先発品しか在庫がないときなど都度声かけをしていたが、この時には漏れてしまっていた。また、繁忙時間でもあったため1剤しかないこの処方箋の鑑査がおろそかになってしまっていた。	まず鑑査者は、鑑査する際落ち着いた状況で行うよう時間に余裕をもつ。また、投薬者は袋に薬を入れる際に薬品と名称があっていることを確認している。入力者には、GE在庫のないものに気づいた時には早めに声掛けするよう心掛ける。			ピタメジン配合カプセルB25	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1929	一包化調製時、ワーファリン錠1mgをカルベジロール錠2mg「サワイ」と間違えて入れてしまったものが1包だけあった。1包あたりの合計錠数は変わらず、外観はほぼ同じであったため監査時に気づけなかった。業務終了時の在庫確認時に判明し、すぐに家族に電話連絡。翌日に持参していただき、作り直してお渡し。患者は残薬を服用していたため、体調に影響は出なかった。	常勤のスタッフが少ない日で混雑しており、長期の日数の一包化調剤で焦りがあった。調剤時にワーファリンが1錠不足し、カルベジロールが1錠余ったが、すでに家族が取りに来ていてしっかりと確認することができなかった。分包機の中で薬がはじかれて不足するなど今まであったため、薬が不足することに慣れてしまっていた。	一包化前の監査は今までどおり継続。分包時に錠数のズレなどがあったときは入れ違いの可能性を考えて確認する。			ワーファリン錠1mg カルベジロール錠20mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1930	メインテート2.5mgを分包すべきでしたが、誤ってメインテート5mgを分包してしまい、そのまま気付かずお渡ししてしまった。当日午後、残っていたヒートの殻よりミスが発覚した。	処方内容の変更により、今まで分包していたものを今回からヒートでの処方を希望された薬剤もあったため、そちらに気を取られてしまった。 分包前の集薬時、分包時、投薬前の監査時にも規格違いに気づくことができず、患者様にお渡ししてしまった。	間違えやすい規格などは薬局内で周知しておく、処方箋受付時に規格にチェックを入れたり、調剤棚にも注意書きをするなど間違えに気付くことができる環境にする。			メインテート錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1931	アムロジピンの処方記載あり。薬歴を確認した所。浮腫み症状が出てアムロジピンが中止になった過去あり。病院へ確認したところ、アムロジピン中止しフルイトラン錠を0.5錠→1錠へ増量で対応	カルテの記載不備によるものか。	禁止薬として登録してあるものだったので入力段階でエラーがでるようにしていた			アムロジピン錠5mg「タイヨー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1932	患者にカンデサルタン4mg、朝食後一回56日分が処方された。全量56錠なので14錠シート4枚で56錠と取りそろえたと思い、鑑査台で鑑査したところ40錠しかないことに気づき、10錠シートを14錠シートと勘違いしたのが要因で10錠シート5枚と6錠で計56錠で再鑑査して投薬した。	直近までカンデサルタン4mgの14錠シートを採用して、10錠シートへの変更が当該薬剤師が長年使用の14錠シートと思い込んで計数間違いをした。包装変更への情報の徹底がされていなかった。	包装変更があった際には10錠シートに変更等の表示を行って、情報共有に努めることにした。			カンデサルタン錠4mg「あすか」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1933	A整形外科より継続処方：R3年9月29日起床時(木曜日に服用)4日分リマプロストアルファデクス錠52錠分2朝夕食後28日分エルデカルシトールカプセル0.751カプセル分1朝食後28日分プラバスタチンNa錠101錠分1朝食後28日分 本来後発品希望の方でしたが、現在エルデカルシトールの入手が困難となり後発品の在庫が不足していた。そのため、患者様了承のうえで本日先発品をお渡ししたが、患者様とのやり取りの中で先発品に変更となったことに伴い、後発品を先発品の棚に戻してしまったのかもしれない。改めて先発品のエディロール0.75をピッキングする際に、後発品が含まれており、医薬品監査システムでも1シートのみ確認で混入に気づかなかったものと思われる。 その後、10/1に患者様ご家族より、「エディロール(先発28カプセルのうち、8カプセルが後発品)に後発品が混在している。いずれも同成分であることは理解しているのですがそれはいいのだが、領収書の明細書を確認したところ、先発品のみ記載されていたため、負担金はどうなっているのか教えていただけないか?」と問い合わせがあった。先発後発品が混在していることが間違いであったことを説明しすぐに薬をお取替えにうかがい丁寧にお詫びした。	本来後発品希望の方でしたが、現在エルデカルシトールの入手が困難となり後発品の在庫が不足していた。そのため、患者様了承のうえで本日先発品をお渡ししたが、患者様とのやり取りの中で先発品に変更となったことに伴い、後発品を先発品の棚に戻してしまったのかもしれない。改めて先発品のエディロール0.75をピッキングする際に、後発品が含まれており、医薬品監査システムでも1シートのみ確認で混入に気づかなかったものと思われる。	先発・後発品の棚は前後左右にするのではなく、場所を少し離しピッキングの際に間違いにくい状態で保管することにした。薬を棚に戻す際には薬品名、規格、先発・後発であることをよく確認して戻す。			エディロールカプセル0.75μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1934	プレマリン錠0.625錠mg 63錠お渡しすべきところを42錠しか渡さなかった。後ほど患者から電話があり発覚した。すぐに不足分の薬をご自宅までとどけた。	21錠ヒートと思い込み14錠ヒート3枚を渡した。	薬の箱の14錠×10という印字が目立つように赤マジックで○で囲うようにした。			プレマリン錠0.625mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1935	レプリントンL100で前回までお渡ししていたが受付時に同成分のドバコール配合L100で処方入力し、帳票類がそのままの状態でお渡しした。翌日入力間違いに気づき患者様に連絡、後日帳票類回収し正しいものと交換、お薬手帳なども貼りなおした。	同成分の後発医薬品が複数種類在庫されており、入力時に選り間違えた。監査時にメーカー違いに気付かず。	後発医薬品の処方入力の際はメーカーまでしっかり確認することを徹底			レプリントン配合錠L100	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1936	ツムラ芍薬甘草湯の場所にツムラ人参養榮湯が片づけられていた。調剤時に配置で覚えていた薬剤師が薬品名を確認せず調剤。その後監査時にも気づかず患者に渡してしまった。	ツムラ漢方や番号の1の位で色分けされている。色だけでなく、名称、番号も都度確認し片づけるように心がける。	漢方を調剤する際やかたづける際、色・番号・名称すべてを指さし確認する。			ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1937	モルベス細粒2%の新規処方。1日2g(4包)、分2、28日分、との処方なので、1回1g(20mg)となる。投薬前に患者様に確認し、今回は初めての処方なので、添付文書に従い、初回は0.5g(10mg)ではないかと疑義照会したところ、処方が1日1g(2包)に変更となった。	モルベス細粒2%は、1包=0.5gの分包装品であり、過去にも、2包/日の処方を誤って2g/日とされてきた経験があったので、g処方か包処方か、注意を払っていました。	包装単位、処方単位、注意を払うべき処方について、店舗内で共有。特に麻薬の新規処方、初回の投与量を注意する。福数人でのチェックを必ず行う。			モルベス細粒2%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1938	自動分包機を用いて調剤された一包化分包の鑑査時に発生。鑑査者がリフレックス錠15mgとミルタザピン錠15mg「JG」がランダムに分包されていることに気づき、自動分包機のカセットを確認したところ、リフレックス錠15mgのカセットに、十数錠のミルタザピン錠15mg「JG」が混入していることを発見。改めて最初から調剤し直し、鑑査をして患者に交付した。その後、リフレックスとミルタザピン錠15mg「JG」の理論在庫と実在庫を照合し、いずれも一致したことから、発見に致るまでも誤った交付はしていないと判断した。	錠剤をカセットに充填する際にはダブルチェックを徹底しているが、今回のミルタザピン錠15mg「JG」を充填する際はダブルチェックを怠ったか、もしくはダブルチェックに関わった2人が誤りに気づけなかったと推測できるが、明確な原因は不明。	ダブルチェックの重要性を再度認識し、職員に十分周知し、全員が実行する。			リフレックス錠15mg ミルタザピン錠15mg「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1939	モビコール内用剤LDが2包で35日分処方されていたが、忙しいさなか、患者さんもいつもの薬で分かっているからと、どちらも慌てて応対して、投薬時の計数確認もお互いしたはずが、自宅に帰ってから確認したところ、20包(一束)が足りないことが発覚。患者さんからのお電話で薬局側も気が付いてお詫びし、お薬をお届けした。	前々回くらいから処方追加になっており、患者さんも慣れた状態だったこともあり、急いで対応し、お渡しして、さらに患者さんともしっかりと確認せず、薬をお預けしてしまったので、確認不足だった。	忙しいから、急ぐからと、慌てていると計数調剤が煩雑になってしまうので、錠数・包数は一回落ち着いて計算し直すことと、調剤録に記載された、計数のトータル量に合うかも必ず、投薬時にもチェックする			モビコール配合内用剤LD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1940	今回から処方がランソプラゾールOD錠15mg「トール」⇒ラベプラゾールNa塩錠10mg「オーハラ」へ変更になっていたが、薬剤師が「処方変更ない」と思い込んで、患者様に説明せずにお薬を渡してしました。(お薬自体はラベプラゾールNa塩錠10mg「オーハラ」を渡しています)	薬剤師が前回の処方をきちんと確認せずに、投薬に臨んでしまった。	前回の処方内容、前回の薬歴の内容などしっかり確認してから落ち着いた状態で投薬を心がける。			ラベプラゾールNa塩錠10mg「オーハラ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1941	一週間に1回使用のノルスバンテープを1日1回だと思い(自己鑑査)、14日処方のため14枚交付	通常の湿布と同じ使い方だと勘違い	教育と鑑査の徹底			ノルスバンテープ5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1942	在庫分のクラシエ7番のところにクラシエ17番の箱が混在して置いてあった。	場所は離れていたが、外観がよく似ているので間違えて置いてしまったと思われる。	それぞれの薬品の置き場所の前に、目立つように「薬品名・番号」を記入したものを設置した。			クラシエ八味地黄丸 料エキス錠 クラシエ五苓散料エキス錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1943	トラネキサム酸錠「YD」(後発)の箱の中にトランサミン錠250(先発)が一部混入していた。調剤時に気づき、トランサミン錠は元の箱に移動し、正しい薬を調剤して鑑査に回した。	薬の戻し作業を鑑査機などのシステムを用いずに目視のみの確認を行った。	1人で戻し作業を行う場合は必ず鑑査機などのシステムを用い、正確に薬を戻す。			トラネキサム酸錠250mg「YD」 トランサミン錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1944	ジメチコン錠40mgを180錠用意する時に200錠用意してしまった。一箱(120錠入り)と80錠で用意してしまった。	一箱が100錠入りと思い込んでいた。	薬剤棚には箱から出して仕舞うようにした。			ジメチコン錠40mg「ホリイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1945	リマプロストアルファデクス錠が処方、1日3回で63日分。ほかの薬剤もあり、63日分1日1回で処方されている。リマプロストが9週間分189錠調剤されるところ、126錠42日分しか調剤されなかった。患者が次の受診時に医師に話し、医院から薬局へ問い合わせ、確認をしたところ丁度余っていないことがわかり渡しそびれが発覚。今回処方分を21日分少なくしてもらい、前回分をお渡しして日数調整してもらった。	おそらく63日分に引っ張られて包装のままの1包が42錠のところを21錠と勘違いをし、それを3袋で63錠と考えたのではないかと思われる。袋のままでするとき、100錠でないものはしっかり数を確認が必要	包装状態での調剤はしっかり計数確認をする。			リマプロストアルファデクス錠 5 μg 「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1946	タケブロンOD錠30mg 1錠で入力するべきところ、ジェネリックに変更したり戻したりしているうちに、2錠で入力してしまった。	先発か後発かの判断など、通常より心因的に焦りがあった。	最終的な入力の監査をしっかりと行う			タケブロンOD錠 30	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1947	来局時にクリニックでも話したが、授乳中のため、処方箋に記載されている薬は服用に問題ないかと尋ねられた。成育医療センターのホームページから授乳中でも服用可能な薬を検索したところ、セフカベンピボキシルの記載がなかったため、処方医に疑義照会し、服用可能なレボフロキサシン(膀胱炎)に変更となった。	添付文書では授乳婦への薬剤投与の記載が曖昧であり、実情と違うことも多い。今回、より信頼性の高い成育医療研究センターのホームページを活用した。	直ぐに答えられるように資料を整備。情報はアップデートする。			セフカベンピボキシル塩酸塩錠 100mg 「サワイ」 レボフロキサシン錠 500mg 「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1948	薬剤名は一般名処方箋で印鑑に記載。処方量は手書きの処方箋だった。100mgを180mgと読み違えて調剤した。監査も通ってしまい、投薬された。1か月後、同じ病気にかかり、同じ処方箋がでた。今回、調剤時に前回処方箋を見直したところ、前回の投薬量が多いことに気づき、調剤過誤が発覚。患者に健康被害はなかった。	セフカベンをセフトレジンと思い込んだため、用量は妥当と判断して調剤してしまった。	手書きの処方量は、癖などを見極め読み間違いしないように、注意する。一般名処方箋は似ている薬剤と混同しないように注意し、用量の判定をする。その際、調剤した薬剤を処方せんに書いておくようにする。監査者は調剤した薬剤の用量判定を、怠らないこと。以上を徹底することで、同じ過誤が起きないようにする。			セフカベンピボキシル塩酸塩小児用細粒 10%「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1949	処方箋にオステラックが処方されていたがドクターは骨粗しょう症の薬を出すと 言っていた。オステラックではなくオステ ンを処方するつもりだった。	薬品名が似ていた	患者さんに薬が処方された理由をしっかりと聞 く			オステラック錠20 0	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1950	小児の急性期処方で、ペリアクチン散1% が処方された。処方内容は3g 分3 5日 分の処方であった。そのまま入力したと ころ、過剰量であるとアラートに引っか かった。ペリアクチン散の薬用量を確認 すると、0.25mg/kg/dy となっていて、 通常服用量の約10倍で明らかな過剰服用量 だということが判明した。処方医に疑義 照会して、ペリアクチン散1% 0.3g 分3 5日分の処方へ変更になった。	普段小児科の薬に触れることが少なく、小 児薬用量をしっかりと把握できていなくて、入 力する前に気づけなかった事例でした。ま たレセプティ入力時のアラートがなければ、 気づけなかった事例でした。	薬局で使用する散剤に小児薬用量を記載した プレートをつけて、調剤者も確認しながら調 剤を行う。入力者も気づけるように、小児 薬用量をまとめて記載したものを、目に見え るところに配置して、入力者も確認しながら入 力する。			ペリアクチン散1%	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1951	循環器内科でロスバスタチン5mgが処方 されていたが お薬手帳にて 他院の精神 科でもロスバスタチン パルモディアをす でに服用中であること確認。循環器内科 の医師には併用していることは直接伝えて いないとのことで、疑義照会にて ロスバ スタチンの処方が削除となる	患者本人と担当医師との疎通ができていな かったため 併用薬を担当医師が把握できて いなかった	お薬手帳の内容を必ず確認し 持参されてい ない方にも お薬手帳活用の重要性を説明す る			ロスバスタチン錠5 mg 「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
1952	当該患者家族が眼科をを含む処方箋を持参 した。眼科の処方には「ミケルナ点眼 10 mL」の記載があった。かかりつけの薬剤 師が調剤から鑑査、交付までを行ったが、 後ほど患者本人から連絡があり、「ミケル ナ点眼が足りないのではないか」とのこと だった。在庫を確認したところちょうど5 mL過剰だったため、2本渡し忘れていた ことが発覚した。すぐに患者宅へお届けし た。	ミケルナ点眼は1本2.5mLの点眼である。担 当の薬剤師が1本5mLと勘違いして調剤し、 忙しい時間だったためそのまま鑑査投薬を 行った結果間違ったままの本数で交付してし まった。	2.5mL容器の点眼薬の種類について周知を 徹底する。忙しくてもダブルチェックは極力 行う。			ミケルナ配合点眼液	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1953	患者さんから薬が足りないと言われ連絡をいただき確認。バルトレックス500mg 42錠で交付するところ26錠で交付	バルトレックスは6錠シートだが10錠シートと勘違いして調剤、交付	10錠シートではない薬の箱に注意の文字と錠剤のシート数を記載。			バルトレックス錠500	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1954	アレジオンL X点眼が当薬局でははじめて処方となり、処方記載が1日4回で来ていたのをそのままスルーしてお渡し。次の来局時に他の薬剤師が気づき発覚。患者に確認したら前から使用していて継続して1日2回で点眼していたとのこと。	用法の回数の確認不足。アレジオン点眼との違いを意識せずお渡ししてしまった。患者とのコミュニケーション不足。	全薬剤師、事務員へL X点眼の用法を再度認識を深めた。アレジオンL X点眼の箱に1日2回と大きく貼紙をした。			アレジオンL X点眼液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1955	同一成分のコロネルとポリフルと一緒に処方されていた。	過敏性腸症候群の薬を2種類処方する予定だったのか。	商品名が異なるが、同一成分の薬が存在するので、知識として身につける。			コロネル錠500mg ポリフル錠500mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1956	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」をピックアップしようとしたところ、オルメサルタンOD錠20mgの調剤棚の端数置き場にガスターD錠20mgが7T混入していた。	発見後、直ぐに在庫確認をしたところ数は一致していたので、直近でガスターD錠20mg処方時にピックアップした後、隣の棚の端数置き場に間違えて戻したと思われる。包装が良く似ている薬品棚を隣通しに配置していたこと、調剤者の確認不足が原因である。	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」とガスターD錠20mgの調剤棚を離れたところに配置を変えた。薬品棚の配置は類似包装や規格違い等で出し入れを間違えないよう考慮する必要がある。			ガスターD錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1957	類似した処方が続き、該当外の患者に投薬し、投薬終了になりかけました。	フルネームで名前をお呼びすることになっていますが、自身の名前が呼ばれていないにもかかわらず、投薬台にお越しになりました。処方が類似していたため、最後までご自身の薬でないことにお気づきになりませんでした。	高齢の患者については、上記のようなこともあることを念頭において投薬にあたる。			クロモグリク酸Na点眼液2%「TS」 パファリン配合錠A81	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1958	エブレソ錠20mg交付のところ50mg調剤、自己監査、そのまま監査をスルーし患者様に交付。振り返りで気づき、患者様服用前に交換対応	50mgが多く出るため、思い込みで50mgをピックアップした自己監査をした。交付時に患者様と現物の確認を行わなかった。	処方箋の規格にチェックをつけ確認。自己監査はやめ必ず第三者の目で監査。規格の違いでシートの色が違うことを覚えておく。交付時に患者様と実際に薬袋から薬を出して確認。			エブレソ錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1959	調剤棚へ保管する際に包装が似ているため軟膏とクリームと一緒に保管されていた。	箱の左上に「クリーム」「軟膏」の記載はあるがちょっと見ただけでは気が付かない。それ以外の包装がまったく一緒の為に注意深く確認する必要がある。	クリームと軟膏の棚をもともと分けてはいるが保管する際に必ず確認するようにした。			デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏0.1%「日医工」デキサメタゾンプロピオン酸エステルクリーム0.1%「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1960	アルファカルシドール入手困難な為に換算してエルデカルシトールカプセルに変更	アルファカルシドール1μg錠→エルデカルシトールカプセル0.75μg錠に相当(骨粗しょう症)患者様はアルファカルシドール1μg錠の為にエルデカルシトールカプセル0.75μg錠に相当するがエルデカルシトールカプセル0.75μg錠はありえなく副甲状腺機能低下症の為にエルデカルシトールカプセルに変更出来ず	Drに相談してアルファロール散1μg/gに変更			アルファカルシドールカプセル1μg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1961	7/17(土)処方のツムラ抑肝散2H分230日分(60H)のところ、そのうち21Hがツムラ半夏瀉心湯だった。9/4(土)にもDO処方でのツムラ抑肝散の処方あり。9/7に抑肝散の入庫あり。その日の在庫確認で抑肝散21H多く、半夏瀉心湯が21H少ないことが判明。ヒート包装での抑肝散の服用者は1人だったため、すぐに患者を特定し、電話連絡。7/17処方時の薬の残薬あり。半夏瀉心湯が入っていた。21Hのうち7Hをいすでに服用。主治医に連絡済み。	「ツムラ抑肝散54番」「ツムラ半夏瀉心湯14番」は同じ黄色のヒート包装で、調剤の際に混入してピッキング。鑑査投薬時も気づかず交付してしまった。通常、毎日終業後にその日に出た薬品の在庫確認をしているが、7/17・9/4ともに同じ薬剤師が数量確認しており、漢方のヒート包装は在庫確認が漏れていたとのこと。	*漢方のヒート包装で同じ色のものは引き出しを分ける。*取り違えて交付してしまったことはエラーであるが、それをリカバーできるシステムが稼働していなかったことが一番の問題点。それで発見が遅れてしまった。*毎日の在庫確認でカウントできるものはすべてカウントすることを徹底していく。			ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1962	アダラートCR20で処方のところをニフェジピンCR20で準備してしまった。患者には同じものとお話してジェネリックで処方変更しようと思っていたのですが、本人が似ているけど違うので先発品にする方がいいとのこと。見た目が似ているけど名前に対して抵抗を持ったのが原因。	本人に確認する前に薬剤師の思い込みで投薬の準備をしてしまった。先に患者に変更するかどうかの確認が必要だった。	いつも来られている患者さんに対してジェネリックの確認を先にしておく方がいいことを周知徹底するように改善しました。			アダラートCR錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1963	一包化で朝食後のパリエット10mgが夕食後に、夕食後のベニジピン2mgが朝食後に入れ違いになっていた。監査時に刻印のチェックで気が付く。	両薬剤は同じ黄色い色で待合時間も急いで一包化の作成をした。処方内容の確認不足と思ひ込みもあったと思われる。	作成時に一包化薬の用法を十分確認して作る。薬を巻き終えたら一度内容の確認をしてから分包する。			ベニジピン塩酸塩錠2mg「YD」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1964	ゼフィックス1シート14錠多いと患者本人から連絡あり監査写真を確認すると、同処方内のアムロジンは10錠シートできっちり7シート70錠確認できたが、ゼフィックスのシートは14錠のウイークリーシートであり、10錠シートと同じ感覚で7シート分(つまり84錠)選択されており、そのまま投薬してしまった	同処方内に10錠シートのアムロジン70錠とウイークリー14錠シートが混在して取り間違いによる錠数過誤	14錠シートでも必ず2人の数量チェックにて総数の誤認しないようチェックが必要*特に10錠シート製剤と14錠シート製剤の混合処方には注意			ゼフィックス錠100	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1965	鼻炎に対してザイザルシロップが処方された。前回受診時は7歳であったため、1回2.5ml、朝、寝る前の処方であったが、今回は8歳になっていたが用量が変更になっていなかった。疑義照会を行い、1回5mlに変更となった。	前回処方(1年前)のものをそのままDoで処方したことが原因である。小児量は体重、年齢で変化するため、随時確認が必要である。	小児の体重、年齢はその都度確認する。			ザイザルシロップ0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1966	薬局ではセチリジン塩酸塩ドライシロップ1.25%「タカタ」の分包品0.2g包と0.4g包の分包品を採用しており、取り間違いが発生し監査時に気付いた。	秋の花粉症患者が増え、休み明けの月曜日の午前中ということもあり薬局は繁忙状態であった。対象の医薬品は隣接した位置に保管されており、取り間違いを起こしてしまった。	医薬品の配置を変更。処方箋の規格、用量部分を確認したら下線を記載する。			セチリジン塩酸塩DS1.25%「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1967	ホッチキスのシンの混入があると服用開始3日目の朝に患者の両親より連絡があり発覚。いつもは分2の薬と分3の薬を同時に服用させており、発覚当日も一緒にコップに水を入れ溶解していた。溶解後、コップの底にホッチキスのシンが沈んでいることに服用前に気が付いた。	過誤前日、老人ホーム用の薬を調剤がありました。ホッチキス止めをする方もいらっしゃいました。過誤当日、該当者はその日一番最初に散剤を調剤した患者でした。前日または当日に分包機に入ったホッチキスのシンが取り除けていなかったと考えられます。ホッチキスのシンの色が、分包機のマスやカセットと同系色だったため見落とししたと考えられます。	分包機の掃除のタイミングを変更。また、分包開始の際は全てのカセットを掃除するように薬局内で共有しました。鑑査者のテーブルの下敷きの色を変え、異物を発見しやすいようにしました。			オノンドライシロップ10%アスベリンドライシロップ2%カルボステインDS50%「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1968	服用量が変更になっていたが以前の量で調剤した	忙しい中で変更点を見落とした	複数人で監査を行う			メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「三和」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1969	GERD及びFDにて治療継続中。良好な状態より、アコファイドが処方削除となされるべきであったが、他の定期薬のアムロジピン2.5mgが処方削除とされてしまった。本日の診療と処方に齟齬が見られ疑義照会して対処。	患者聴き取りと処方と異なることは、主治医の心理的要因等により散見されてしまう。特に今回の「アコファイド」と「アムロジピン」は接頭文字が共通しているため、安易な間違いが考えられる。	当日の診療状況と処方変更点に関しては、患者としっかりコンセンサスを得て、齟齬が見られるようなら、疑義照会を徹底する。			アコファイド錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1970	いつもは、ロスバスタチン2.5mgが処方されているが、その日はロスバスタチンOD錠5mgに増量処方されていた。患者様に採血の結果を尋ねたところ増量の意図が不明だったため、医師に疑義照会を行ったところ、増量は処方誤りであることが判明した。	処方変更があった際には、必ず患者様に尋ね確認したため、間違いが判明した。	処方変更があった際には、必ず患者様に尋ね、不明確であった場合には医師に確認すること。			ロスバスタチンOD錠5mg「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1971	処方箋にはテリルジー200エリプタ14吸入と記載されていた。薬剤師は調剤する際テリルジー200エリプタ14吸入を調剤するところ、レルベア200 14吸入を揃えてしまいました。当日は一人薬剤師で鑑査にあたった薬剤師は同一人物で、誤りに気づかず、レルベア200 14吸入を交付した。当日調剤した薬剤師が処方箋の見直しをしたところ誤って交付したことに気づき、患者さんの携帯にすぐに電話した。電話して患者さんにその旨を伝えたと薬局に来て頂き今回の間違いの件を説明し謝罪した。誤りのレルベア200 14吸入を回収し、正しいテリルジー200エリプタ14吸入をお渡ししました。	確認を怠った。	取り違え防止のため、処方箋をじっくり見る事に留意し業務手順書の見直しをしました。			テリルジー200エリプタ14吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1972	<p>学生実習生に5種類の内服薬(14日分)の一包化調剤をピッキングから一包化作業まで行ってもらい、一包化された薬剤を薬剤師が鑑査したところ、アトルバスタチン錠10mgの代わりにアテレック錠5mgが誤って一包化されていた。</p> <p>鑑査時点で患者さんの待ち時間も経過していたため、薬剤師がアテレック錠5mg14錠を回収し、アトルバスタチン錠10mg14錠を分包し、一包化・鑑査ならびに交付も行った。交付後、回収したアテレック錠5mg14錠を調剤棚へ返却する際に14錠を確認したところ、アテレック錠5mg13錠、類似した形状・色のユリノーム錠25mg1錠であることが発覚。患者さんへ電話連絡を行い、まだ一包も服用されていないことを確認し、薬剤の再鑑査のために自宅訪問を行った。全ての一包化内容を確認したところ、ユリノーム錠25mgの代わりにアテレック錠5mgが分包された一包を確認。事情を説明し、謝罪の上で正しく分包された一包と差し替えてもらった。</p>	<p>・患者さんの待ち時間延長による焦り・取り出した薬剤のその場での確認不足・ダブルチェックの怠り・鑑査ミス</p>	<p>・ダブルチェックの徹底・取り出した薬剤の種類・錠数のその場での確認の徹底・一包化調剤鑑査の徹底</p>			<p>ユリノーム錠25mg アテレック錠5mg アトルバスタチン錠10mg「サワイ」</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
1973	<p>平素より薬局を利用されている患者の処方箋を受付した。新規に『ツムラ小青竜湯エキス顆粒』の分包品が「一日量7.5g」で処方されていた。当該薬の分包品は1包当たり3gのため、1日量について疑義照会を行うべきところ行わなかった。1包2.5gと思い込んだまま調剤・調剤補助を行い、鑑査の際に過誤を見落としたまま交付を行った。結果的に本来の処方意図の通りだと思われる3g分包品3包分3の形で交付を行っている。</p>	<p>ツムラの漢方薬の分包品は殆どが1包2.5gで当該薬は珍しい1包3gのものであり、1日量が7.5gと他の殆どの漢方薬では通常であったため、入力・調剤補助の際に見落とした。当該薬剤師はツムラ小青竜湯の分包品が3gだという知識は持っていたが、繁忙な時間帯であったことにより集中力が低下し、正しい手順での鑑査を行えていなかったか、手順通りに鑑査を行ったうえで見落としたと考えられる。</p>	<p>鑑査システムの周囲や保管場所に漢方薬の分包品のg数についてまとめたものを掲示し、調剤・鑑査の際にチェックできるようにする。当該薬のような過誤を起こしやすい薬品をリストアップして定期的に周知する。</p>			<p>ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1974	他の病院に救急で数日入院されていた後に入院前に当薬局からお渡しした薬をこれからきちんとして服用できるように一包化して整理して欲しいと持参された。お薬手帳を持参されていたので退院時の処方確認した。退院時の処方箋が全く変更になっており抗血小板薬もチクロピジンからバイアスピリン、クロピドグレルに変更にされていた。本人に入院の状況、退院後の受診予約など確認するが説明がきちんとできていない状態。このまま以前の処方薬を継続してよいものか判断が出来なかったため入院していた病院に確認を取ったところ手帳に貼付されていた情報自体が他の患者さんのものであったことが判明。入院中も入院前と同じ処方箋で継続されていたこと確認できたことから持参薬を一包化してお返しする。。	患者名が記載はされていたが気づいていなかった。手帳に貼付されたものはその患者さんのものと思いき確認していなかった。入院前と同様の抗血小板薬などの処方であったため間違えに気づくのが遅れてしまった。	薬局でもお薬手帳の情報は個人情報であることを考えて注意して扱う。今回は病院の手帳のレイアウトもわかりにくいものであった。わかりやすいレイアウトも大切であると思われる。			バイアスピリン錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1975	フルオロメトロン点眼液0.1%を1日4回で使用中の患者にフルオロメトロン点眼液0.02%が1日2回に処方変更。使用回数の変更、次回受診日の確認を行い、現在使用中の薬剤が終了後に本日処方分使用するよう説明した。その際濃度の変更が気づいていなかった。次回は1週間後予定。説明した通りに点眼剤を使用されると0.02%へ変更されないまま受診となっていた。変更理由で眼圧上昇があったことも考えられるので眼圧の改善が見られない可能性もあった。調剤者と投薬者が別であった為薬剤は処方箋通り調剤。また使用前に電話連絡がつき本日投薬分使用を説明した。	眼圧上昇や使用回数の変更確認に気が向いていた。また薬局内も薬局で密になりかけており焦りもあった。	調剤前の監査時、変更点があれば該当薬剤に印をつけ変更内容記載する。可能な場合は調剤者から投薬者へ変更がある旨の声掛けを行う。投薬者は規格違いの薬剤説明時には更に注意する。(一呼吸おく)			フルオロメトロン点眼液0.02%「セングジュ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1976	患者が処方箋をもって来局。クラシエ人参養栄湯が処方されていたが間違えてクラシエ芍薬甘草湯を渡してしまった。数時間後ゴミ箱を見た時あまり処方されないクラシエ芍薬甘草湯の空箱があったためおかしいと思い確認した所間違えが発覚。患者に連絡を取り交換した。患者は服用前だった。	ポリムスでチェックをしているので調剤されたものは正しいであろうと慢心が要因。漢方など東とバラがある場合ポリムスがどちらかしか確認できない事を意識してなかった。	漢方など調剤されたものに東とバラがある場合一つ一つ名称をしっかりと確認するように徹底する。			クラシエ芍薬甘草湯 エキス細粒 クラシエ 人参養栄湯エキス細 粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1977	ソタコール錠40mgを0.3錠、2×9日分の処方粉碎時に10錠ヒートと思い込み14錠粉碎した。	ヒートの包装も小さく、また調剤頻度も低い ため10錠ヒートと思い込みがあった。	常日ごろからヒート包装のヒアリハットに関しては情報の共有は行っている。再度周知を徹底させる			ソタコール錠40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1978	リクシアナ30mg 0.5T1×の処方。非弁膜症心房細動患者における虚血性脳卒中及び全身性塞栓症の予防にはリクシアナ30mgはワルファリン切り替えしか適応なし。	知識不足。	疑義照会し、リクシアナ15mg1×に変更になる。			リクシアナ錠30mg リクシアナ錠15mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1979	ロキソプロフェンテープ100mgを温感で調剤しなければいけないところ冷感のもので調剤し、患者に渡してしまった。	混んでいたため他人の監査がなしに渡してしまった。	混んでいても手順を守り他人の確認を入れることを徹底する			ロキソプロフェンナ トリウムテープ10 0mg 「タイホウ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1980	沈降炭酸カルシウム錠500mgの処方で炭酸ランタンOD錠250mgで調剤し、そのまま交付してしまった。後日患者から薬が違うんじゃないかと問い合わせがあり発覚。患者は残薬から飲んでいたので炭酸ランタンは服用しておらず体調悪化などはなし。	透析患者の処方箋をまとめて調剤・監査をしており、同じ炭酸がつく薬を間違えたのではないか。	同系統薬の違いや規格の違いなどを周知する。			沈降炭酸カルシウム 錠500mg 「三 和」 炭酸ランタンO D錠250mg 「イ セイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1981	処方箋は、錠数で記載されていた。薬は一包に6錠入っていて、数えまちがえた。	二人が、調剤に関わり、お互いに相手に頼っていたのが、いけなかった。	調剤は、一人で責任をもって行い、他の者が、監査するように周知した。			オースギ当帰芍薬散 料エキスT錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1982	リパクレオンカプセル150mgを360カプセルで調剤すべきところ、10カプセルシートと勘違いして432カプセルで取り揃えてしまった。Cubel(薬剤画像と重量で監査するシステム)にて重量で引っ掛かり、監査時ミスに気がついた。	10カプセルシートと大きさが似ており、調剤のなれからシート包装の違いに気づくことができなかった。	外箱に注意喚起のシールを貼る。ピッキング時、シート包装を目視確認の徹底。			リパクレオンカプセル150mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1983	ヒアレイン点眼液0.1% 5ml 5瓶の処方 1瓶しか調剤しなかった。検薬者が直ぐに気が付き5瓶に調剤しなおした。交付時にはミスはなく処方通りの投薬ができていた。	5ml と 5瓶 の表記が紛らわしく、患者の流れにむらがあり、複数人がまとまってくる傾向にあるため慌てやすい状況にある。更に分包の処方と重なり複雑な状況であった。	慌てず1字1句より丁寧に確認する。患者を待たせないことよりミスをしないことを最優先に調剤する。			ヒアレイン点眼液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1984	マグミット250mg 168錠でお渡しのところ166錠と交付の際に気が付き計数訂正	焦りがあった。混雑があった	電卓の使用。患者との数の照らし合わせ			マグミット錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1985	プレマリン錠が14錠シート包装にもかかわらず、大きさから10錠シートと勘違いしてしまい60錠お渡しするところ、14錠シートを6枚お渡ししてしまった。(24錠過剰に交付)	プレマリン錠の14錠シートが10錠シートにみえる大きさだったこと過誤の原因と考えられた。	錠数注意!カードを作成し、プレマリンの箱にくくりつけてスタッフ全員が手に取ったときに注意喚起できるようにしました。			プレマリン錠0.625mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1986	症状が改善せずセフカベンピボキシル錠からアモキシサンに処方の変更される。処方医は普段アモキシサンは処方することがなく、症状と前回までの処方内容から処方箋の記載ミスを疑い疑義照会。アモキシシリンに変更される。	医療機関のレセコンへの入力ミスが考えられる。	症状と処方内容がきちんと合っているか今後も注意して調剤を行う。	アモキシサンカプセル10mg	アモキシシリンカプセル250mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
1987	抜歯のため新規処方。アモキシサンカプセルが処方。アモキシサンカプセルは抗うつ薬のため疑義照会を実施。疑義照会の結果アモキシシリンカプセルに変更となる。	新規処方で知識不足で薬効が知らなかったことが要因	薬学的知識の習得	アモキシサンカプセル10mg	アモキシシリンカプセル250mg「TCK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
1988	レセコンの入力時にアモキシシリンを選ぶ際に誤ってアモキシサンを選択してしまった。	入力する際に先に出てきたアモキシサンを選んでしまったと考えられる。	類似した名前間で間違いが起きやすい薬のリストを作り、調剤を行う人全員に知らせておく。	アモキシサンカプセル10mg	アモキシシリンカプセル250mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
1989	肺炎疑いでオーグメンチン配合錠3T/3×、(般)アモキシシリンカプセル250mg3C/3×で処方するところ、アモキシシリンとアモキシサンカプセル10mgを間違えて処方された。調剤時、担当薬剤師は疑問に思ったが、うつ病を持っている患者で、最近状態が悪く幻覚(+)妄想(+)と家族から聞いたため、抗うつ剤の増量と判断し、疑義照会せずに調剤。その後、別の薬剤師の処方チェックで疑問に思ったため疑義照会し、アモキシシリンに変更となった。	電子カルテの検索と選択で間違えて処方したと推察される。	疑問に思ったことは疑義照会することにする。また、一人で判断がつかない場合は、他の薬剤師と協議する	アモキシサンカプセル10mg	サワシリンカプセル250		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1990	アモキシサンカプセル10mgが処方されており投薬時感染症による処方であると本人からお話があった為HPに疑義。カルテにはアモキシシリンカプセル250mg処方予定であり処方箋の薬品名記載ミスであることが判明。	該当HPが手書きのカルテから処方を作成する為、入力時に薬品名を打ち間違えたことと推定される	投薬時患者様とのやり取りで体調面などの聞き取りをしっかりと行う事で処方間違いを防ぐ事ができました。	アモキシサンカプセル10mg	アモキシシリンカプセル250mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
1991	アモキシサンカプセル25mgの処方があったが、そのほかの処方がトラネキサム酸とアンプロキシソールなどであったため明らかに新規に処方されることはないと感じ疑義照会を実施。すると抗生剤のアモキシシリンを一般名で記載しようとしていたところを誤って選択していたことが発覚。	医師の知識不足とうっかりミス	できる限り患者からの情報を引き出し、本当に必要な薬剤かどうかの確認をきちんと実施していく。	アモキシサンカプセル25mg	サワシリンカプセル250		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
1992	口腔外科の処方において、通常出される事の少ないアモキシサンカプセルが処方。類似薬品でアモキシシリンカプセルが存在し、患者様からも抗生物質が出るとの話聞いたとの事。疑義照会を行ったところ、処方医薬品の打ち間違いとの事でアモキシサンカプセル25mgからアモキシシリンカプセル250mgに変更になった。	医薬品名称の類似。規格、剤形の類似。	通常その領域で出る事の少ない、もしくは考えられにくい薬剤などが処方されている場合にはまず調剤前に患者様に事前に症状を確認し、そのうえで納得できる回答が得られなければ必ず医師に疑義照会を行うようにしている。	アモキシサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「TCK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
1993	歯科にて抜歯後の患者に抗うつ剤のアモキシサンカプセルが処方。通常、同病院では抜歯後の患者に対しアモキシシリンカプセルが処方されることが多いため、入力ミスを疑い疑義照会を行った。医師より入力ミスとの返答がありアモキシシリンカプセルで調剤を行った。	アモキシサンとアモキシシリンで名称が似ており、また規格が25mgと250mgで間違いやすかったと思われる。	処方内容の確認を複数の人間がかかわるような形で行い、似た名称の医薬品を間違えないようにする必要がある。	アモキシサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1994	アモキシサン25mgの処方あり。新患だったため過去歴は確認できず。ゲンタシンも出ており、処置後の抗生剤のアモキシシリンの間違いではないかとのことで疑義。アモキシシリン250mgに処方変更。	医師の処方選択ミス。	薬効、その他の薬から予測する。	アモキシサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると思われるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
1995	令和3年5月11日17時45分頃、内科クリニックを受診した患者(60歳男性)が処方箋を持って来局した。アモキシサンカプセル25mg 3カプセル/分3 毎食後が処方されていた。患者に聞き取りしたところ、5月11日朝、発熱したため、朝、昼2回市販薬を服用し、クリニックに受診、コロナ抗体(-)、溶連菌(+)だったとのこと。  対応した薬剤師が、処方されたのは、抗うつ薬であるアモキシサンカプセルではなく、抗生剤であるアモキシシリンカプセルだったのではないかと考え、処方元クリニックに電話をかけた。ところがクリニックは診療終了しており当日は疑義照会は出来なかった。症状からみると、薬は当日にお渡しするべきものであるが、疑義が解消されていないため、薬をお渡しすることが出来ず、患者本人から今は熱は下がり、薬の受け渡しは翌日で良いとの了承を得たので、翌日朝9時に医療機関に再度電話照会した。その結果、アモキシサンカプセル25mgは削除、代わりに一般名処方である【般】アモキシシリンカプセル250mg 3カプセル/分3 毎食後が処方されることになった。	アモキシシリンカプセルとアモキシサンカプセルは名前が似ているため、処方医が間違えて処方したものと思われる。	医薬品の中には名前が似ているものがあるので、薬局においては、薬剤師は必ず患者の症状を聞き取りし、疑義があれば、処方医に問い合わせることが大切である。	アモキシサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると思われるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
1996	アモキシサン25mg 3カプセル5日分の臨時処方あり。症状から感冒が予想されたため病院へ確認したところ、アモキシシリンの間違いであることが判明。	類似した薬剤名によるミスタイプ。	患者の症状と処方薬の内容に間違いがないかしっかりと見極める。	アモキシサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると思われるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1997	皮膚科よりオーグメンチン配合錠250RS、アモキシサンカプセル25mgが処方された。皮膚科よりアモキシサンカプセルが処方されることは考えにくく、お薬手帳を見ると数日前に院内でアモキシサンカプセルが処方されていた。患者本人に今日の処方される予定の薬について医師から抗生剤がでると聞いたと聴取。疑義照会にてアモキシサンカプセル25mg→アモキシサンカプセル250gに変更となった。	処方せんと登録する際、医師がアモキシサンカプセル25mgまで入力してアモキシサンカプセルを誤って選んでしまったと考えられる。	薬の名前だけでなく処方されている科より適当な薬が処方されているかどうかとも引き続き確認する。	アモキシサンカプセル25mg	アモキシサンカプセル250mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
1998	処方医がアモキシサンカプセル25mgを処方していたが、正しくはアモキシサンカプセル250mgの処方であった。救急部であり、ほかにオーグメンチン配合錠とアセトアミノフェン錠が処方されていたことから監査時に不適切な処方内容であると判断し疑義照会を行った。	最初の3文字が同一であり、処方オーダーリングシステムのシステム上最初の3文字で検索するため類似した薬剤を選択してしまった。	監査時に処方内容の確認を徹底する。	アモキシサンカプセル25mg	アモキシサンカプセル250mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
1999	皮膚科の感染の治療にアモキシサンカプセル25mgが処方されていた。監査の段階で違和感に気づき、患者様にヒアリングだが症状的に間違っていると判断して疑義照会。アモキシサンカプセル250mgに変更になった	名称が似ている事により医師が選択を間違えたためだと思われる。規格も250mgと25mgと類似しているのにより間違えやすかったと思われる。	症状と処方箋を考え、怪しい部分は患者様にヒアリング又は疑義照会を行う	アモキシサンカプセル25mg	アモキシサンカプセル「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2000	外科の処方箋に、アモキシサンカプセル25mgの処方。処方箋を持参した家族に話によると、「犬の咬傷の治療を継続中で、しばらく同じ抗菌剤を使っていたので、今回は薬を変えたと聞いている。精神科の薬が出る話は聞いていない」とのことであり、処方誤りの可能性が高いと考えられた。電話にて疑義照会の結果、当該処方アモキシサンカプセル250mgに訂正となり、変更後の内容にて調剤を行った。	アモキシシリンとアモキシサンの名称類似により、医師が処方入力時に選択を誤ったと考えられる。	処方せんの発行元の科目と処方内容の関連性に違和感がないか確認する。また、十分に患者からのヒアリングを行う。	アモキシサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
2001	アモキシサンカプセル25mgとオーグメンチン配合錠が処方。処方内容に違和感を感じ、患者様の症状から医師に問い合わせ。処方変更となった。	カルテ入力時の検索ミスと思われる。	処方監査時に処方内容が妥当かどうかを確認する。	アモキシサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「TCK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
2002	いままでは他の医療機関で処方されていた処方薬を近隣の医療機関で処方してもらうことになり、紹介状とお薬手帳を持って受診され、その後処方箋が発行。薬局にて持参された処方箋の内容とお薬手帳の内容に相違があったため、疑義照会にて確認したところ、本来処方されるべき正しい医薬品に変更となった。	「アモキシシリンカプセル250mg」と「アモキシサンカプセル25mg」で最初の3文字が同じ、剤形が同じカプセルであること、また規格も数字が似ていることから、処方ミスに繋がったものと考えられる。	始めて来局の患者さんからは、特に慎重に聞き取りを行う。すでに服用中の薬でお薬手帳を持参しているようなら過去の処方内容と照らし合わせて今回処方問題ないか丁寧に確認。聞き取り内容と処方内容に相違がないかも丁寧に確認する。もし、今まで服用していた薬の内容と今回処方薬の内容が異なる場合は、患者からの聞き取りから疑義が生じる場合は必ず疑義照会する。	アモキシシリンカプセル「トーワ」	アモキシサンカプセル25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2003	花粉症の症状、喉の痛みがある患者に対して、抗うつ薬であるアモキシサンカプセル25mgが処方されていた。処方内容確認の際に、アモキシシリンの間違いではないかと気づき、患者に確認すると抗生剤の処方が出ると聞いていたとのこと。医師に問い合わせたところ、アモキシシリンカプセル250mgの処方間違いだと発覚した。	名称類似薬のため誤って処方してしまった。コンピューターで名称類似の警告が出る等の過誤防止システムがないと思われる。	患者さんの訴える症状と処方内容が間違いがないか確認し、疑わしい点があればすぐに疑義照会するようにしている。よくある名称類似薬は薬局内で事前に共有している。	アモキシシリンカプセル 250mg 「トーフ」	アモキシサンカプセル25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
2004	継続的に処方されていたレルベアを、いつもとは違う病院で処方。レルベア100を処方するはずが200になっていた。患者に用量の変更の説明があったかの確認をしたところ、いつもと同じのを出すと説明を受けたと確認し、処方箋のミスが発覚。疑義照会によりレルベア100 30吸入用に変更になった。	おそらく入力ミスか、お薬手帳の文字(規格)を見間違えて処方したと思われる	患者様との円滑なコミュニケーションを心がけている	レルベア200エリプタ30吸入用	レルベア100エリプタ30吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
2005	通院する病院を変更するにあたり服用中の薬剤を処方する際、テルチア配合錠ではなく薬剤名が類似しているテラムロ配合錠が処方された。服薬指導時に患者が今まで通院先の薬局でもらっていた薬情を持参していたので、服薬指導で用法・用量・GEメーカー等の変更点の有無を確認している時に処方間違いが判明した。処方医に疑義照会を行い、服用しているテルチア配合錠が処方された。	薬剤名が類似している事が要因と考えられる。	患者が持参する薬情やお薬手帳も服薬指導に活用していく。類似している薬剤の調剤等に当たっては正確に薬剤名を照合する。	【般】テルミサルタン80mg・アムロジピン配合錠	【般】テルミサルタン80mg・ヒドロクロロチアジド配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2006	他薬局からザクラスLDの在庫がないためそちらにお願いしたいと紹介され当局へ来局。処方箋にはザクラスLDが一般名で記載されていた。事前カウンセリングでは普段とは違う病院で出してもらったけどいつも飲んでる薬との回答であったが、投薬時にいつも飲んでるものと見た目が違うといわれ配合錠の写真をいくつか患者に確認してもらおうと正しくはアイミクスLDであることが発覚。その後疑義照会を医療機関へ行った結果、アイミクスLDが正しい処方であった為処方薬が変更となった。	一般名処方による選択間違いによるものと推定される。患者とのコミュニケーション不足での薬剤間違い。	患者へ日頃からお薬手帳持参を啓蒙し、特に普段と違う病院で処方等される場合は必ず診察時に見せるようにすることで薬剤間違いを事前に予防する。紹介状などで別病院へ切り替えた際の処方などは必ず患者と相互で間違いがないか確認を徹底する。	【般】アジルサルタン・アムロジピン2.5mg配合錠	【般】イルベサルタン・アムロジピン5mg配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2007	患者の姉が処方箋をもって来局された。グリベンクラミド1.25mg錠2投与が新たに追加されており、代理の方は何かはわからないが一種類新しい薬が追加されたとお話された。薬剤の効果効能注意点を説明しようとしたが、代理の方は血糖降下剤が処方されることを聞いていないようだった。また、処方箋の検査値欄HbA1cは空欄であった。病院へ確認すると、患者は経口による抗ガン剤治療を始めようとしているところであり、グリベック錠を処方する意図であった。	訂正薬品名と一般名の頭3文字が同一のため記載をあやまった。	薬剤相互作用、病歴、用法用量など処方箋の中で問題がなくても、処方された患者に対して適したものか必ず確認する。特に患者に不都合が予想される薬剤の場合は、患者へあらかじめ説明がされているかの確認が必要。根拠となる検査数値を確認する。	【般】イマチニブ100mg錠	【般】グリベンクラミド1.25mg錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2008	【般】クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠の処方について、事務員が処方内容をレセコンに入力時点で、前回との変更について、フェルムカプセル100mgからの変更が全く違う内容ではないかと気が付き、薬剤師に報告を受けて、疑義照会した。医療機関での一般名の選択誤りにより、【般】クエン酸第一鉄ナトリウム錠50mgの誤りであったことがわかった。	医療機関での一般名類似品の選択ミスと確認不足	一般名の類似品を常に事務員にも伝えていていること。具体的な品名について周知していること。フェルムカプセルの流通が滞り、代替品について薬剤師と事務員にも周知していたことで早期発見につながったこと。	【般】クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠	【般】クエン酸第一鉄ナトリウム錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2009	普段より当薬局を利用している患者が処方箋を来局した。【般】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%が処方されていたが、使用部位が顔となっており、ステロイドドラッグから不適切ではないかと判断。また、過去の薬歴より、以前に顔に対して【般】クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%が処方されており、類似医薬品の処方の可能性があるかと判断し、電話にて疑義紹介を行った。その結果、【般】クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%に変更になった。	処方薬名をクロベ…と入力し、クロベタゾンではなく、誤ってクロベタゾールを入力してしまったと思われる。	ステロイド外用薬は一般名や成分名が類似しており、今回のように目的の薬剤からステロイドドラッグが大きく異なる成分が処方されてしまう可能性があると感じた。薬局においてもステロイド外用薬のランクを正しく理解し、使用部位に対する処方の妥当性を常に意識するよう徹底していく。	【般】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%	【般】クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2010	平素より当薬局を利用されている患者様で、今回新規でモサプリド錠、テルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド配合錠、レバミピド錠が処方されていた。テルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド配合錠が3錠分3で処方されており容量が多かったため、患者様にヒアリングを行ったところ、吐き気やおなかの不快感があるが、血圧は120前後で血圧は問題ないと先生に言われたとのこと、血圧の薬が出るとは聞いていない様子だった。そこで電話で疑義紹介を行ったところ、ミヤBMと間違えて、ミコンビAPを出してしまったと返答があった。	処方箋を作成する際テルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド配合錠の先発品であるミコンビ配合錠APとミヤBMを間違えた可能性がある。	用法用量が問題ないか、添付文書を用いて確認する。新規で薬が出た際は、処方された理由をしっかりとヒアリングする。	【般】テルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド配合錠錠	ミヤBM錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2011	いつもA医院を受診していた。A医院休診の為(ドクター入院)B医院を今回受診した。いつもバルブプロ酸Na徐放錠200mgを処方されていたが、B医院ではバルブプロ酸Na錠200mgの処方されていた。ご本人も薬剤変更の説明はなく、いつもと同じ薬がでたと思っていた。B医院へ疑義照会をしたところ、いつも服用していたバルブプロ酸Na徐放錠200mgへ変更となった。	普通錠と徐放錠と成分は一緒だが、薬の吸収速度が変わる。1日1回800mgの処方だったため、普通錠だと血中濃度が急激に上がり副作用が出る可能性が高くなる。血中濃度も一定に保つことが難しく、症状の悪化を招く恐れがあった。B医院での処方ミスが原因であると思われる。	処方せんだけを見ての調剤をするのではなく、薬歴・お薬手帳・本人からの聞き取りなどの情報を確認し調剤する必要がある。スタッフに情報を共有し、注意喚起をした。	【般】バルブプロ酸Na錠200mg	【般】バルブプロ酸Na徐放錠A200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2012	消毒との事で処方されたようだが、薄めるなど聞いておられなかった。	同じマスクにてオーダーリングシステムでの入力違いと思われる。	%までしっかり見ておく必要あり。普段薬局では取り扱わない%だったが、どの部位に使用するかは確認必要。	0.5w/v%マスクン水	0.05W/V%マスクン水		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2013	調剤後投薬時 母とのヒアリングで口の荒れに使用すると知り サリチル酸ワセリンとワセリンの間違いではと 医師に疑義照会すると ワセリンの入力ミスであった	医師の多忙による入力ミス	サリチル酸ワセリンは1日1回投与、部位も手足が一般的である。用法、使用部位による処方鑑査と 最終的には患者さまとのヒアリングは重要である	10%サリチル酸ワセリン軟膏東豊	プロベト		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2014	今回新しくセルシンの処方が一般名処方であり、お薬手帳にてセルニルトンの処方歴が見受けられたため、患者家族に確認すると、処方の変更は聞いていないと聴取。薬剤名を誤った可能性があるため、疑義照会。その結果、セルシンからセルニルトンへ変更となった。	処方の確認不足	お薬手帳で服薬状況を確認、患者家族からの症状の聞き取り確認	2mgセルシン錠	セルニルトン錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2015	お薬手帳によると以前L-アスパラギン酸K錠の処方歴がある患者にL-アスパラギン酸Ca錠が処方されていたため、患者に聞き取りの上疑義照会を実施した。結果L-アスパラギン酸K錠に処方変更となった。	入力ミス	過去の処方歴を必ず参照する。患者への聞き取りの徹底する。	L-アスパラギン酸Ca錠200mg「サワイ」	L-アスパラギン酸K錠300mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2016	(般)フロセミド錠20mg1錠 (般)L-アスパラギン酸Ca錠200mg2錠 分1朝食後記載あり。フロセミド錠の副作用に低Ca血症、低K血症両方あるが、低K血症予防のための処方疑いが強いために疑義照会を行う。(般)L-アスパラギン酸Ca錠200mgより、(般)L-アスパラギン酸K錠300mgへ処方が変更になる。	処方箋発行担当者の知識不足、再確認不足による誤処方と考えられる。	処方の意図を推測できる知識の習得、複数の薬剤師による処方監査の実施。	L-アスパラギン酸Ca錠200mg「サワイ」	L-アスパラギン酸K錠300mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2017	整形外科を受診。L-アスパラギン酸K錠300とレバミピド錠100mgが処方されていた。交通事故により骨密度が低下しているためエルデカルシトールカプセル0.5μgを服用中。今回医師よりエルデカルシトールに追加でCaの薬を服用するように言われていた。Kのことは聞いてないとのこと。持参した検査値を確認したところCa7.4、K5.2とKが通常より高めだったこともあり医師に疑義照会を行った。その結果L-アスパラギン酸K錠300が削除となり、アスパラーCA錠200へ変更となった。	薬剤名が類似しているため入力ミスをしたと考えられる。	患者様の話を詳しく聞き、検査値についてもしっかりと確認する。	L-アスパラギン酸K錠300mg「アメル」	アスパラーCA錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2018	当薬局はじめての患者様。患者への聞き取りから圧迫骨折とのこと。アルファカルシドールも同時に処方されていたが、「L-アスパラギン酸K錠300mg」の処方について違和感あり。カリウム製剤ではなくカルシウム製剤の処方間違いの可能性を考え疑義照会。その結果、「L-アスパラギン酸Ca錠200mg」の処方間違いであったことが判明。	「L-アスパラギン酸」部分まで同じで、薬剤名が酷似していたため、処方医が処方ミスしたと思われる。	今回のように類似した薬剤名での処方間違いの可能性もあるため、患者へ症状など聞き取りを行い、少しでも疑問点があれば疑義照会を行うことを徹底している。	L-アスパラギン酸K錠300mg「アメル」	L-アスパラギン酸Ca錠200mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2019	当初アスパラギン酸カリウム錠の処方だったが、薬を取りに来られたご家族の話からアスパラギン酸カルシウムの間違いではないかと思い疑義照会を行った結果、アスパラギン酸カルシウム錠に変更となる。	1.名称が類似している2.入力した商品名の確認が不十分だった	新しく処方された薬剤はどういった経緯で処方された薬がよく確認してからお渡しするようにする。	L-アスパラギン酸K錠300mg「アメル」	L-アスパラギン酸Ca錠200mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2020	患者様の副作用歴に子供の頃にバファリンで蕁麻疹の記載歴あり。おそらく小児用バファリンによる蕁麻疹と思われる。51歳の方の子供の頃の小児用バファリンの成分はアスピリンであることから、PL配合顆粒は禁忌となるため、処方医に疑義照会を行い、トランサミンカプセル250mgに変更となった。	現在の小児用バファリンはアセトアミノフェンに変更になっているため、見落とした可能性がある。	知識の徹底	PL配合顆粒	トランサミンカプセル250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2021	7歳児に対しPL顆粒が6g/Dで処方されており、確認したところ幼児用PLの間違いであることが発覚した(以下、次ページ)	名前の似た商品であるため処方箋の記載ミスを気が付かずに出してしまっただけと思われる	商品名が似ているが成分が違う薬剤については特に注意する	PL配合顆粒	幼児用PL配合顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2022	定期的にオースギ八味地黄丸料エキスGを処方してもらっている患者が処方せんを持参し来局。処方内容を確認するとオースギ八味地黄丸料エキスGの処方はなく、SG配合顆粒が処方されていた。患者に頭痛などの痛み症状はなく、疑義照会したところオースギ八味地黄丸料エキスGに変更となった。	カルテにはオースギ八味地黄丸料エキスGのSG-07の記載があったとのことで、処方箋に記載する際にSGのみで判断しSG配合顆粒と入力してしまったと推測される。	薬剤服用歴の確認や患者からの聞き取りを徹底する。	SG配合顆粒	オースギ八味地黄丸料エキスG		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2023	SG配合顆粒が3.9g分3で処方された。投与量からも怪しいと感じ、本人へ確認を行ったところ胃症状で受診したと聴取した。SM配合散の処方間違いである可能性を考え、処方医へ電話連絡を行ったところSM配合散3.9g分3へ変更された。	名称の類似。処方オーダー時の確認不足の可能性。	適宜増減の範囲で調整されている可能性があるが、通常適応と異なる用量が処方されている場合には注意して監査を行う。幅広い薬の知識を持てるように研鑽を積む。	SG配合顆粒	S・M配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2024	一般名処方でコンドロイチン硫酸エステルNa点眼液1%5mlの処方であったが、在庫のない薬だった為、お薬を取りに来られている患者さんのご家族に、在庫がないのでお待ちいただくよう説明したところ、いつもの薬が出ると聞いているとのことだった。薬歴を確認したところ、いつもの薬は「アイファガン点眼」の可能性が高く、(般)コンドロイチン硫酸エステルNa点眼の商品名が「アイドロイチン点眼」であったため、医療機関側の入力ミスではないかと疑問に思い疑義照会。アイファガン点眼に変更となった。	医療機関側でのパソコン入力の間違い(似た名前の薬の選び間違い)	患者さんへの聞き取りでミスを見できたので、引き続き薬歴を確認したり、患者さんへの聞き取りを大切にする。	アイドロイチン1%点眼液	アイファガン点眼液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2025	新規でアイベータ点眼液とアイファガン点眼液が処方されていた。両剤ともプリモニジン含有製剤である事から処方元に確認を取ったところアイベータ点眼液がアゾルガ点眼液に変更となった。	以前はミケルナ配合点眼液+プリンゾラミド点眼液にて処方されていた患者が今回アゾルガ配合点眼液+アイファガン点眼液に変更となった。配合点眼液が多く出て来た中、誤って処方箋に記載したのと考えられる。	配合点眼薬の元成分の把握及び処方監査時の確認の徹底。	アイベータ配合点眼液	アゾルガ配合懸濁性点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2026	これまでミケルナ配合点眼液、エイゾプト懸濁性点眼液、アイファガン点眼液が処方されていた。今回よりエイゾプト懸濁性点眼液、アイファガン点眼液が中止となりアイベータ配合点眼液が処方されていた。アイベータ、ミケルナ共にβ遮断薬が配合されており、アイラミドの間違いではないかと疑義照会した。記載間違いであることが確認された。	アイラミドとアイベータの名称が類似しているため、カルテ記載が間違ってしまったと思われる。	配合点眼薬の発売が増えている。処方監査時、点眼薬の成分表を用いて確認することで重複や処方間違いの見落としを防ぐ。	アイベータ配合点眼液	アイラミド配合懸濁性点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2027	ピタバスタチン4、アムロジピン5服用中の患者の処方の変更になり、アイミクスHDとアムロジピン5になっていた。降圧剤のみが増量で抗コレステロール薬がなくなっていたので、不自然に思い患者に聞き取りするも、疑義が残ったため医師に問い合わせ。ピタバスタチン4からアイミクスHDへの変更ではなくアトーゼットHDへの変更であったと。	アイミクスHDもアトーゼットHDも配合剤であり、アで始まりHDで終わるので名前の雰囲気でも出力時に間違えたと思われる。	処方内容の意味を考えて調剤する。処方変更が患者に伝わっているか聞き取りをしっかりと行う。バイタル・検査値の変化・体調変化と処方内容に矛盾がないか確認する。	アイミクス配合錠HD	アトーゼット配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2028	アクアチムローション1%処方あるも、下記1)2)から処方に疑問を覚え、疑義照会を行った。1)「使用部位：痒い所」の記載2)薬歴の患者主訴(掻痒を伴う皮膚炎) 疑義照会の結果、アンテベートローション0.05%へ処方変更となる。	薬剤の類似名称のミス	患者主訴と処方薬が一致していることを必ず確認し、処方内容が適切であるか判断してから交付する。	アクアチムローション1%	アンテベートローション0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2029	商法戦記載はアクアチム軟膏10g。用部記載なし。前回8/26処方コレクチム軟膏10g。用部は顔面と患者様より確認。患者様に使用部位などを伺うも、用を得ず。「前回と同じ薬と思っていた」と。薬品名ミスチョイス? 処方先に照会。記載ミスにて、コレクチム軟膏に転方となった。	コレクチム軟膏とアクアチム軟膏。こういう間違え方もあるのか、と。	上記をスタッフ一同で共有。ミスには、「まさか」というケースがあることを全員で確認した。	アクアチム軟膏1%	コレクチム軟膏0.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2030	エディロール継続の方に、ビスホスホネート製剤が追加になった。アクトス錠30mg 1錠分1起床時2日分と記載の為、監査者が違和感を感じ、患者に医師からの説明を確認。骨の薬を追加するとの話があり、アクトネル錠75mgとの入力とアクトス錠と入力してしまった可能性があり。疑義照会を行い、アクトネル錠を処方に変更になったが、当薬局に在庫のあるベネット錠75mgに変更して頂いた。	患者さんから医師からの説明をよく確認し、処方薬が適切か判断する必要がある。	ヒヤリハット事例を朝礼にて共有し、疑問点があれば患者からの話を確認したうえで処方医に疑義照会を行うように啓蒙を行っている。	アクトス錠30	ベネット錠75mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2031	骨粗鬆症疾患で今までアクトネル錠75mg 月1回1回1錠で服用していたところアクトネル錠17.5mg 1日1回1回1錠で処方されていた。	mg 違いの間違い	疑義照会して変更へ。適用も変わってくるので見逃さないように処方鑑査時に注意するよう周知。	アクトネル錠17.5mg	アクトネル錠75mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2032	普段からアマリールの服用をしている患者で急に削除になり、アサコールが追加になっていた。潰瘍性大腸炎などの疾患はないと患者から聞き取り。医薬品名称が似ていることからの間違えだと判断し疑義照会	病院内での医薬品名称が似ていることから入力ミスが起こったと思われる。	疾患名の聞き取りを毎回行う。薬歴に病歴の情報を記載しておき、既往歴との関係を見て薬剤妥当性の判断を行っている。	アサコール錠400mg	アマリール0.5mg錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2033	当薬局を継続して利用している患者がB病院の処方箋を持って来局。A病院が閉院したため、B病院へ転院し、今回初処方。(般)サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg 4錠分2 朝夕食後で処方。A病院では潰瘍性大腸炎でサラゾピリン錠500mg 4錠分2 朝夕食後で過去に処方されており、同じ薬を出してもらったと患者家族より聞き取った。 (般)サラゾスルファピリジン腸溶錠500mgは適応症が関節リウマチかつ1日投与量も1gであるため、処方医に電話で疑義照会した。その結果、 (般)サラゾスルファピリジン錠500mgに変更になった。	B病院の医師はA病院処方を踏襲してサラゾピリン錠500mgを処方したが、一般名処方の入力を誤ってしまったようだ。	転院したタイミングは処方の誤りが発生しやすいため、特に注意を高め鑑査をするようしている。	アザルフィジンEN錠500mg	サラゾピリン錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2034	带状疱疹発症後、いまだ目周囲に皮膚症状がある。患者は使用中のアシクロビル眼軟膏3%を持参し眼受診。しかし処方箋には(般)アシクロビル軟膏5%が記載されていたため処方医に疑義照会した。	処方時、軟膏の規格違いや剤形の違いを見落とした。	患者へのモニタリングや眼科で処方される軟膏の剤形には注意を払う。	アシクロビル軟膏5% 「テバ」	アシクロビル眼軟膏3% 「日点」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2035	結膜炎に用いる眼軟膏として、アシクロビル軟膏5%『トーワ』が処方されていた。薬剤師はこの薬剤の粘膜への使用は不適切と判断し、処方医に疑義したところ、同一成分のゾビラックス眼軟膏3%に変更となった。	3文字入力でアシクロビル眼軟膏を選択しようとしたところ、誤ってアシクロビル軟膏を選択したものと推察される。	薬剤交付時に使用部位を確認する。薬棚に『軟膏、眼軟膏あり』と注意喚起を促す。	アシクロビル軟膏5% 「トーワ」	ゾビラックス眼軟膏3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2036	パーキンソン病で通院中の患者よりパーキンソンの症状が徐々に悪化してきていると聴取。処方薬がアジルバであり、また、他クリニックで血圧コントロールのためアムロジピンを併用しているため違和感を感じて疑義照会。アジレクトに変更となった。	アジルバとアジレクトは2文字目まで同じであるため、入力ミスが誘発されたものと考えられます。	現病名・合併症・併用薬を把握し、患者から聴取した情報と併せて矛盾が無いか十分に検討する。	アジルバ錠20mg	アジレクト錠1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2037	アメナリーフが処方された患者さんが来局。外用の処方がアスタット軟膏の一般名処方のラノコナゾール軟膏になっていたため、違和感を感じ疑義紹介した。アスタット軟膏は間違いで、アラセナ軟膏を処方したかった意図が判明した為、変更して交付した。	カルテに書かれている薬品名1文字目のみで判断した為、事務が入力をミスしたと思われる。普段の患者さんはほとんどがアスタット軟膏のため、思い込みが作用したと思われる。	内服から考えらる病名と明らかに異なる外用薬などの時は、積極的に疑義紹介する事とする。	アスタット軟膏	ビダラビン軟膏3%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2038	3歳(21kg)に対してアストミン散10% 0.4g/日 分3、アムロキソール塩酸塩シロップ用1.5% 1.2g/日 分3の処方あり。アストミンは40kg相当のため疑義照会。それぞれアスベリン散10%、ムコダインDS50%へ処方変更となった(用量は変わらず)。	薬品名が似ていた(アストミン・アスベリン、ムコソルバン・ムコダイン)ため医療機関で処方入力間違いが起こったと考える。	小児処方の場合は処方量を体重換算して適切か確認するようにしている。	アストミン散10%	アムロキソール塩酸塩DS小児用1.5%「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2039	アストミン錠が処方になった患者が来局。普段はストミンAが毎回処方になるので怪しく感じ疑義照会。ストミンAに変更になる。	手書きの処方箋に判を押すタイプの作成法のため判の押し間違い。高齢で認知機能も怪しい部分があるため気づかずにそのまま処方になったものと思われる。事務のほうでも確認していないものと思われる。	当薬局ではアストミンの在庫がないためすぐに気づいたが他薬局では間違える可能性が高い。	アストミン錠10mg	ストミンA配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2040	口内炎で受診された患者さんが来局アズノール軟膏が3gで処方されており使用部位の記載なし患者さんに何うと口の中に使うように言われたとのこと疑義照会を行ったところ、アフタゾロン口腔内軟膏であることを確認した	処方入力時に、同じ「ア」で候補が出たものと思われる。	患者さんへの聞き取りを確実にを行い、使用方法を把握しているか確認すること。	アズノール軟膏0.033%	アフタゾロン口腔用軟膏0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2041	救急科の処方を受け付け。処方箋にはアスバラCA(一般名)処方あり。患者の症状より脈の乱れ、低血圧症状、持参の検査数値より、低カリウム血症の疑い。処方元に問い合わせた結果、案の定低カリウム血症。医師カルテにもアスバラK処方との事で処方変更になった。	本来の治療効果が、見られず症状の改善が見られない結果になったと思われる。	症状、検査値により相対的に評価。必要に応じて疑義照会を行う。	アスバラCA錠200	アスバラカリウム錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2042	処方箋を持って半年ぶりに来局。お薬手帳の持参はあったが、半年間の記録の記載はなかった。来局した患者家族から他院に入院していたことを聴取し、入院時の薬情を提出していただいた。今回の診察時に「他院退院時と同じ薬を出す」と処方医から説明を受けてきたことを患者家族より聴取。薬情にはアスバラカリウム錠300mg錠分1の処方が確認できたが、今回アスバラCA錠200mgが処方されていたため疑義照会を行った。その結果アスバラCA錠は処方から削除になり、アスバラカリウム錠が病院で採用外だったため、代わりにグルコンサンK錠が処方となった。	名称が似ているため、処方入力を誤ったようだ。	他院からの引継ぎ処方の場合、お薬手帳や薬情などを用いて処方内容の変更点について確認を行う。	アスバラCA錠200	グルコンサンK錠2.5mgEq		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2043	アスバラCaが新規処方となり施設ナースに理由を聞いたところ低カリウムと聞いているとのことだった。アスバラカリウムの間違いの可能性があるので疑義照会した。	薬品名の類似。	新規薬処方の場合処方理由を聞くようにする。	アスバラCA錠200	アスバラカリウム散50%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2044	アスバラCAが新規に処方されていたが検査結果上、血清Ca値に異常なく血清K値が低値であったため疑義照会を実施、アスバラカリウムに変更となった	医薬品名称酷似による処方箋の入力ミス	検査結果は必ず確認を実施する	アスバラCA錠200	アスバラカリウム錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2045	カリウムが低いと聞いたのにカルシウムが処方	医院受付の知識不足	患者から検査値なども聞くようにしている	アスバラ-C A錠200	アスバラカリウム錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2046	ダイアモックス錠と一緒に一般名でL-アスパラギン酸Ca錠200mgが処方された。通常、一緒に処方されるのはL-アスパラギン酸K錠300のため疑義照会。処方入力ミスのため、アスバラカリウム錠300mgへ処方変更となった。	一般名ではL-アスパラギン酸まで同じであるため、入力ミスした可能性が高い。	ダイアモックスの薬剤特性を全員で再確認する。薬局だけでなく、CLの入力誤りの可能性もあることを頭に入れておく。	アスバラ-C A錠200	アスバラカリウム錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2047	[般] L-アスパラギン酸K錠の処方あり。アスバラカリウムの処方は新規であったため処方理由を服薬指導時に聞いたところ「検査値から先生が飲んでいたほうがいいと言っていた。骨にもいいみたいだし」とのこと。アスバラKには類似名称があることに思い至り、病院はアスバラCAを処方したかったのではないかと考え、万が一の可能性もあるため翌日病院に確認。病院よりアスバラCAを処方したかった、処方箋の入力ミスであると回答。患者家族に薬剤すべて持参していただき数量など確認し薬剤交換。	類似名称のため病院での処方箋入力ミス、記載ミス。交付時の確認不足。	処方箋内容をうのみにせず、入力間違いがある可能性を考える。特に類似名称がある新規処方薬には注意を払う。今回のような事例を薬局内で共有し、注意を促す。新規薬調剤時には受付や投薬時などに患者の話をよく聞き、症状と新規薬の薬効に相違ないか確認する。	アスバラ-C A錠200	アスバラカリウム錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2048	眼科処方Rp)ダイアモックス錠250mg 2T アスバラCa錠200mg 2T上記処方箋について、低カリウム血症予防のためには「アスバラK錠300mg」が妥当と推察される旨を問い合わせた。アスバラK錠300mgへ薬剤変更となった。	医療機関での処方入力時に「アスバラ」の4文字検索で上位に表示された薬剤を選択したと推察される。	処方監査時は1つ1つの薬剤の用法用量を確認するのみならず、疾患と薬物治療を理解し処方全体におけるその薬剤の処方意図を確認する必要がある。薬物治療の理解を深めるため、店内での勉強会や自己研鑽の啓発により薬剤師1人1人の知識を底上げする。	アスバラ-C A錠200	アスバラカリウム錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2049	眼科より高眼圧でダイアモックスが処方ダイアモックスによる低カリウム予防の為カリウム投与が検討されたと思われるが、名称のたアスバラC Aで処方されていた。	医師による電子カルテでの薬剤選択のミス名称が似ている アスバラC A、アスバラカリウム	処方箋内容を確認し、処方鑑査で発見。科によって使用する薬剤の傾向を薬局全体の薬剤師で共有する	アスバラ-C A錠200	アスバラカリウム錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2050	処方箋をチェックしているときに、今までA病院にかかっていた患者がB病院に転院していたことが付いた。処方内容を見たら今までポリスチレンスルホン酸Ca経口ゼリーを服用中の患者がアスバラCAに変更になっていた。	処方医はポリスチレンスルホン酸Ca経口ゼリー20%分包25g「三和」のCaの部分だけ読み取ってカルシウム製剤と勘違いした。また、投薬した薬剤師も知識不足のまま投薬したことが原因と考えられる。	どんなに忙しくても、処方変更があった際にはどのような薬になったかを確認することは必須。	アスバラ-C A錠200	カリメート経口液20%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	発見した時刻も遅く、投薬した薬剤師も帰宅後だったため、また、この患者は前の病院の薬を飲んだら今回処方分を手を付けるように言われていた為(薬歴より)、翌日投薬した薬剤師に事情を聞いた。患者は先生からも「薬の名前が変わるが一緒の薬」と言われたそうで、薬剤師はそのまま投薬した。しかし、カリウムが低くなったとは話をしていなかったため、TELにて疑義照会した。処方医はポリスチレンスルホン酸Caはカルシウム製剤と勘違いしていた様子。変更して病院採用薬のカリメート経口液に変更となった。						
2051	アスバラカリウム初処方の患者。処方せんに記載の検査値によるとK4.7と正常範囲。同時にエルデカルシトール開始になっていることから、処方内容違和感あり、疑義照会。結果、アスバラCA200mgの処方間違いであった。	薬剤名類似のため見間違えて処方したものとと思われる。	アスバラKとアスバラCAは類似名でミスしやすいため、新規処方の場合には患者によく話を聞いたり検査値を確認したりして処方内容に疑問点がないかチェックする。	アスバラカリウム散50%	アスバラ-C A錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2052	新規でアスバラカリウムの処方があったため、血液検査の結果で、カリウムの値が低かったのか確認した。患者様より、血液検査の結果を見せていただき、主治医より「今日はカルシウムの値が低かったので、カルシウムのお薬を出しておきますね。」との話があったとの情報があった。血液検査の値を確認したところ、カルシウムの値が基準値より低く、カリウムの値が基準値に入っていたことより、疑義照会した。	アスバラカリウムとアスバラ-C Aは薬品名が似ているため、パソコンで選ぶ際に間違えたと考えられる。	患者様と薬の内容を確認し、血液検査の結果なども一緒に確認しアドバイスできるよう努める。	アスバラカリウム錠300mg	アスバラ-C A錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2053	2021年3月4日(木)14時頃、患者(91歳女性)の定期薬の処方箋を受け付けた。今回の事例1週間前に久しぶりに来局した時に確認したお薬手帳の定期処方内容ではL-アスバラギン酸Ca錠200mgが処方されていたが、今回はアスバラカリウム錠300mgが処方されていたため疑義照会した。その結果、名称類似のための処方入力間違いであったことが判明、アスバラCa錠200mgへ変更となる。	名称類似のための処方入力間違い	お薬手帳や投薬時の聞き取りなどから、現在の使用薬剤、治療状況の確認を行い、次回以降のチェックのために薬歴に必ず記載していく。	アスバラカリウム錠300mg	アスバラ-C A錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2054	施設に入所後、初めての訪問による処方。残薬などもあり、次回訪問診療予定日までに足りなくなる薬のみ処方と聞いている。残薬のメモの記載に間違いがあり、医師も確認しなかった為、薬剤名を間違えたまま処方したと思われる。念のため、施設に薬手帳の内容をFAXしてもらって、処方内容の間違いに気づいた。アスバラCA200mg服用していたが、処方アスバラK300mgが処方されていた。	医師が残薬調整の処方のため、施設側のメモを元に処方してしまったために起こったミスと思われる。	継続服用で処方が出ている場合の処方箋発行元が変更になった場合など、ミスがおきやすいので、必ず薬手帳等で前回処方と確認するようにする。	アスバラカリウム錠300mg	アスバラ-C A錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2055	低カリウム血症で治療中の患者様に【般】塩化カリウム徐放錠600mg 2錠 分2朝・夕食後、ユリス錠0.5mg 1錠 分1朝食後、アスバラカリウム錠300mg 6錠分2朝・夕食後で処方が出ていた。アスバラカリウム錠の処方は新規処方だったため、患者様ご本人に確認を取ったところ、今回はカルシウム剤の追加をすると処方医より説明があったとの事だったため、電話にて問い合わせを行ったが、休診中の時間帯だったため直接お伺いし、疑義照会を行った。アスバラカリウムではなく、アスバラCAの処方だったと確認が取れ、変更に至った。	薬品の名前が類似している為、三文字入力で薬品を引っ張った際に間違いが生じた可能性がある。	患者様との情報のすり合わせはもちろんの事、門前の医療機関との連携もしっかり行なう。	アスバラカリウム錠300mg	アスバラ-C A錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2056	前回、アスバラCa錠が1T分1で処方されていたが、今回アスバラK錠が3T分3で処方されていた。処方箋記載のK値が正常範囲であること、患者家族からの聞き取りにより、アスバラCaの間違いであると想像して疑義照会し、変更になった。	処方が整形外科と一緒にエルデカルシトールが処方されていたこと。前はアスバラCaだったこと。	処方鑑査だけでなく、患者からの聞き取りもしっかりとする。処方箋に検査数値が記載されているのでチェックして副作用等の発現に注意する。	アスバラカリウム錠300mg	アスバラ-C A錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2057	今回より他院整形外科から、当薬局近隣の病院に転院した患者において、アスバラカリウム錠が処方されていたが、お薬手帳より前回医療機関ではアスバラCa錠が処方されている事を確認。疑義により変更となる。	類似薬品名の入力ミス	似通った薬名はとくに注意して確認する。	アスバラカリウム錠300mg	アスバラ-C A錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2058	平素から来局して下さっている患者様。今回、新しくアスパラカリウム錠300mg×6錠が処方された。「99歳の年齢で、急にアスパラカリウム錠300mgが6錠も処方されるだろうか？以前、低カルシウム血症でカルシウム剤が処方されていたことがあるため、アスパラカルシウム錠の間違いでは？」と思い、疑義照会を行った。その結果、アスパラカルシウム錠200mgへ変更になった。医師のカルテにはアスパラカルシウム錠と記載されていたらしく、処方箋発行時に間違えてしまったとのこと。	「アスパラ」が同じのため、処方箋発行時に間違えてしまった様子。	患者さんの特徴や既往歴を薬剤服用歴にきちんと記載しておくことが大切。	アスパラカリウム錠300mg	アスパラ-C A錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2059	同一病院より内科、整形外科の処方せんを同時に受付。整形外科の処方薬が初めてだったため、医師からどのような説明を受けたか、患者とその家族より聞き取りを行った。「骨粗しょう症の薬で、1日3回の薬が出ると聞いています。」と返答あり。アスパラカリウム錠が処方されていたが、名称が類似しているアスパラC A錠の可能性を考え、電話にて疑義照会をした。病院医事課より「カルテには低カリウム筋症と記載がありません。確認しますか？」と問われ、医師への確認を仰いだ。結果、アスパラC Aに変更となった。	薬剤の名称が類似している。	一方的な説明を避け、医師からの説明を確認した上で処方薬に誤りがないか判断する。また疑わしい点があれば、必ず疑義照会する。	アスパラカリウム錠300mg	アスパラ-C A錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2060	循環器から【抗血】アスピリン(局法品) <1000mg/g> 1g 朝食後 56日分の処方 came。抗血小板作用を期待する場合、アスピリン1000mgはかなり量が多いため、疑義照会を行った。その結果、アスピリン錠100mg 1錠 朝食後へ変更となった。	薬品名が類似しているため、薬品の選択を誤ったと考えられる。処方そのまま調剤すると、期待する抗血小板作用が全く得られなかった可能性がある。	薬局内RC会議にて、アスピリンジレンマについて再確認。処方薬だけに限らず、OTCの購入時にも、低用量アスピリンの使い方には注意していく。	アスピリン「ヨシダ」	バイアスピリン錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2061	普段よりアスペリンシロップ0.5%を使用している。今回アスペリンシロップ調剤用2% 1日量8mlが処方されたが4歳で体重15Kg程度であることより過量であると判断。アスペリンシロップ0.5%ではないかと推測でき医師に疑義照会を行った結果変更となった。	医薬品名が類似していることにより起こったと推測される。	薬品毎に体重による適正量を掲示、調剤時に確認できるようにしている。	アスペリンシロップ「調剤用」2%	アスペリンシロップ0.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2062	2歳10キロの患者にアスピリンシロップ2%1日3ml分3毎食後に処方、電話にて疑義照会を行いアスピリンシロップ0.5%1日3ml分3毎食後に変更を確認	他規格があることへの認識不足や入力操作時の誤りと思われる。	規格の誤りがないか確認、用法用量が添付文書に逸脱している場合は必ず疑義照会を行う。	アスピリンシロップ「調剤用」2%	アスピリンシロップ0.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2063	体重12Kgの1歳女性にアスピリンシロップ2%5g分2朝夕食後の処方。過量投与が疑われたため処方医に疑義照会を行った。その結果、アスピリンシロップ0.5%5mL分2朝夕食後に処方変更となった。	処方オーダーリングシステムにて薬剤選択の際、処方意図と異なる剤型、規格を誤って選択してしまったと推測される。	小児用量は処方受付時、調整時および最終鑑査時の複数回にわたってチェックを行っている。	アスピリンドライシロップ2%	アスピリンシロップ0.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2064	小児でアスピリンDS処方投与量から少ないので疑義照会→アスピリン散に変更	レセコン入力の際に間違いがあると思っ処方監査すること	剤型が多い薬剤については必ず確認	アスピリンドライシロップ2%	アスピリン散10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2065	処方監査をしていた際、普段アスピリンDSを処方する病院からアスピリン散が処方されていることに気づく。投与量もアスピリンDSに対するものだったことから、電話にて疑義照会しアスピリンDSへ変更となった。	類似名による処方箋記載のミスだと思われる。	門前病院の処方薬の傾向を把握する。複数規格、剤形のあるものに関して薬局内で情報共有を行う。	アスピリン散10%	アスピリンドライシロップ2%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2066	他院からの紹介で新規患者としての処方。1日1回朝食後にアスピリン散10%0.1gの処方あり。処方内容とお薬手帳からアスピリン末の入力間違いではないかと推測し、疑義照会した。照会の結果アスピリン末に変更になった。	処方箋入力時の薬剤選択間違いと思われる。	新規の処方は、お薬手帳の確認や患者からの聞き取りを丁寧に行うようにしている。	アスピリン散10%	アスピリン「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2067	5歳児に成人量(アスピリン散2% 0.7g/分2)処方。他記載薬剤も小児用量で特段の倍量投与の傾向が見られなかったため、用量記載ミスもしくはドライシロップ用量ではないかと疑義照会。	採用剤形が多くあるための選択ミスであると思われる。	鑑査時に体重・年齢毎の用量確認を引き続き実施する。	アスピリン散10%	アスピリンドライシロップ2%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2068	処方内容：(般)アセトアミノフェン 0.6g 屯用 6回分患者の体重を考えると多めの用量と判断。TELにて確認：アセトアミノフェンシロップ用40% 0.6g へ修正された。(減量)	同成分の剤形・規格違い。病院事務の思い込みにて入力あり確認。	特に小児患者体重確認。用量に注意する。	アセトアミノフェン「JG」原末	アセトアミノフェンDS40%「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2069	抜歯後の処方としてアセトアミノフェン(200)3T分3毎食後3日分とロキソプロフェン1T頓服5回分の処方箋を持参された。患者との聞き取りにおいて、アセトアミノフェンを飲みきるように指示されていること、他院からも抗生剤の処方を受けていない事に疑問を感じ処方医にfaxにて疑義照会をしたところ、アモキシシリンの間違いであったことが判明した。	着任したばかりの医師だったため、コンピュータの入力ミスと思われる。	他院から抗生剤が処方されているだろう、との思い込みをせず、疑問点はきちんと疑義照会をする事を徹底する。	アセトアミノフェン錠200mg「三和」	アモキシシリンカプセル250mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2070	アゾテシン点眼液の処方があったが用法がアジマイシン点眼液の使用方法になっていた。疑義照会を行い、間違えて類似名称薬品を処方していたことが発覚。処方変更となった。	処方時に類似名称品のパソコン入力の際に文字を最後まで見なかったことが原因と考えられる。	方法を確認する。症状と処方薬が適切かどうか、聞き取りをしっかりと行う。	アゾテシン点眼液0.02%	アジマイシン点眼液1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2071	気管支喘息の病態のある患者に緑内障治療薬アゾルガ配合点眼液が処方されており、病態禁忌のため疑義照会したところ、アイラミド配合点眼液を処方したはずだったとの回答、処方変更になった。	薬品名称が類似しており、処方箋入力の際に不備があったと思われる。	病態禁忌があったため処方ミスに気づくことができたが、今後も見落としのないように処方変更時は患者様からの聞き取りも必ず行う。	アゾルガ配合懸濁性点眼液	アイラミド配合懸濁性点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2072	2021年1月4日にA病院からアダラートL10mg 1T分1 朝食後で処方されている処方箋を受付した。お薬手帳を拝見したところ、2020年11月18日にB病院でアダラートCR10mg 1T分1で処方されていることを確認した。そこで患者様に確認したところ、B病院にかかっていたけど、12月からA病院に入院しており、薬はB病院からの処方箋を院内処方でもらっていたとのこと（B病院からは11月18日に14日処方で、ブランクがあるが、12月初めから入院中していたため。A病院で院内処方を服用しており、服用期間のブランクは無し）。また仮にアダラートL10mgに変更になっているとしても、2T分2での処方されるべきであるため、疑義照会。処方医の入力ミスであり、アダラートCR10mg 1T分1に変更になった	処方医の単純な入力ミス。アダラートの商品名と10mgの規格しか見ていなかった可能性がある	今回は患者持参のお薬手帳と処方箋の用法を照らし合わせることにより、発見は容易であったが、仮にお薬手帳の持参忘れであっても、用法のチェックはしているので、気づけていたと思われる。ピッキング、監査時、投薬時と薬歴を確認しており、また用法、用量に違いがないかしっかり確認できている	アダラートL錠10mg	アダラートCR錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2073	アムロジピン錠を間違えてアデホスコークワ顆粒を処方されていた。	処方入力時に誤って、薬品名選択をしたと考えられます。	処方歴、疾患名を必ず確認する	アデホスコークワ顆粒10%	アムロジピン錠5mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2074	久しぶりに当薬局に来院。耳鼻科よりアデホスコークワ顆粒が処方。小児の為体重や症状を投薬時に確認した所、めまいといった症状がなかった為医師に疑義。アレロック顆粒を処方したかったとのことで変更。	名称類似の為気付かなかった。	処方薬にて患者様に予測される症状について確認を行う。	アデホスコークワ顆粒10%	アレロック顆粒0.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2075	投薬時に、症状を伺ったら鼻血が止まらなくてかかったとの事だった。処方薬が鼻血での薬ではないので不審に思い問い合わせた。	ドクターがパソコンで、「あ」を入れたときにアドナを入れようとしてアデホスを選んでしまったと思われます。ドクターはアデホスコークワ顆粒・メチコパールの組み合わせとアドナとトランサミンの組み合わせで登録してるとされます。	患者さんからの聴取と病状に薬が適合してるかを気をつけるようにします。	アデホスコークワ顆粒10% メチコパール錠500μg	アドナ錠30mg トランサミン錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2076	他院から転院で初処方の方、お薬手帳と処方箋を比べた際相違があったため、ご本人にも確認の上疑義照会、薬変更となる	配合薬等のばあい、LDとHD、APとBP等2種類あるようなものは間違えて入力されていることがあり、特に注意する	お薬手帳の内容をしっかりと確認すること、持参のない方は、必要があれば帰宅後併用薬や現在服用中の薬をTEL等でお聞きする。	アトーゼット配合錠HD	アトーゼット配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2077	心筋梗塞で入院して退院した患者さま。入院していた医療機関からの紹介状を持ち、従来のかかりつけ医を受診。紹介状をもとに処方したはずであるが、投薬の際お薬手帳にて退院時の処方内容を確認したところ、アトーゼットの規格がLD→HDと変更になっていた。患者様に確認したところ、「退院時の処方内容から変更はないはず」とのこと。処方医にその旨お伝えし、LDに変更になった。	薬剤の規格についてはパソコンで選択するため、薬剤名は間違っていないけれども、それに続く規格の選択が間違っていることがあります。	退院後の紹介状による処方の場合は、紹介状の内容は確認できないが、お薬手帳や患者様への聞き取りによって、上記のような処方ミスが発見で子いることが多々あります。	アトーゼット配合錠HD	アトーゼット配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2078	アドナ錠10mgで処方。年齢と体重により、4錠/dでよいと確認。患者からのお話で、出血もないし、特にいま服用しているわけでもないことを確認。疑義照会したところ、アスピリン錠の間違いだったことが判明	用法・用量は正確でしたので、患者さんとお話するまでわからなかった。鼻血で服用するのだろうと推測。処方元の入力違いだった。	しっかりと薬が正確か症状より判断するように心掛けています。	アドナ錠10mg	アスピリン錠10		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2079	ビタバスチンCa OD錠2mgがもともと投与されていた患者に同系統のアトルバスタチンOD錠10mgが追加投与されたため、疑義照会。疑義照会の結果「アジルバ錠2mg」との入力違いが判明。	医療機関側のカルテ入力上の「ア～」での呼び出し変換ミス	同種同系統上の重複投与は保険査定にもつながるため、見落とさないようにする。	アトルバスタチンOD錠10mg「トーワ」	アジルバ錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2080	吐き気などの訴えがある患者へアプリンジン、抗不整脈薬が処方されていた。そのような症状はないとの事で疑義照会、プリンペラン錠に変更となった。	類似名称による入力間違いの可能性が高い案件です。	新規追加の薬は良く聞取り判断。Drへの疑義照会を躊躇しない。	アプリンジン塩酸塩カプセル10mg「NP」	ベラプリン錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2081	新患、初めて服用。フスタゾール糖衣錠10mg、アンプロキソール塩酸塩錠15mg、カルボシステイン錠500mg、クラリスロマイシン錠200mgが処方されている中、アプリンジン塩酸塩カプセル20mgが処方されていた。他剤より疑問に思い患者に心疾患の有無を聞いたところ、ないとの回答を得た。電話にて問合せ、アプリンジン塩酸塩カプセル20mgではなくアスベリン錠20mgの処方ミスがわかった。	Drの薬剤選択ミス。処方せん発行時のチェック漏れ。	処方せんを受け取り、新患や新しい薬が処方されたときは薬の手帳・本人への問診より、処方された薬剤が適正か判断できるよう日々気を付けている。患者とのコミュニケーションをしっかりと取るようにしている。	アプリンジン塩酸塩カプセル20mg「NP」	アスベリン錠20		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2082	アスベリン錠20mg処方のところ、アプリンジンカプセル20mgで処方箋入力し発行。不整脈の既往歴無し。不整脈の自覚症状がないため疑義照会。処方訂正された。	カルテからの転記誤り。カルテの文字判読も難しかった可能性もある。	既往歴や患者情報収集などから適切な処方がなされているかをしっかり確認する。似た薬剤の場合は、入力間違いの可能性があると前提で処方鑑査を行う。	アプリンジン塩酸塩カプセル20mg「NP」	アスベリン錠20		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2083	平素より自局を利用して頂いている患者様に臨時のお薬が処方された為、患者様に症状の聞き取りをしたところ、臨時薬に適した訴えが無かったため、病院に処方内容の確認を行ったところ、カルテの記載ミスが分かり処方薬変更になった。	最初に処方されていた薬と変更になった薬の頭文字が同じのために電子カルテで間違えて打ち込んでしまったと考えられる。	全てを信じ込まずに処方薬と患者様の訴える症状に相違がないか、しっかりと確認をとるように心掛けていく。	アプリンジン塩酸塩カプセル20mg「NP」	アスベリン錠20		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2084	平素よりアボネックス筋注用シリンジ30 $\mu$ gを、1回7.5 $\mu$ gで調節して使用するよう処方されている患者様。当該日の処方箋ではアボネックス筋注ペンで処方されており、最初はデバイスの変更になったのかと考えたが、投与量が7.5 $\mu$ gで変更なく処方されており、メーカーに確認したところ、ペンタイプでの投与量の調節は不可との回答だったのと、患者様もデバイスの変更は聞いていないとの事だったので、疑義照会し、シリンジに処方変更となった。	・販売名の薬剤名部分(アボネックス)だけで検索し、処方せんに記載してしまった。 ・カルテ上に「アボネックス筋注」のみ記載されていて、デバイスまで記入しておらず、入力時に違うものを入力してしまった。	・監査時、同薬剤名で複数デバイスがあるものはデバイス名まで照合して監査する。 ・いつもと違う処方が出ており、処方間違いが疑われる場合は、患者に変更についてドクターから説明があったか確認する。 ・初めて注文する医薬品の場合は注文前に薬剤師に確認する。	アボネックス筋注30 $\mu$ gペン	アボネックス筋注用シリンジ30 $\mu$ g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2085	過去にアミノバクト配合顆粒を服用し中断していた患者が来局 状態により服薬再開になるので残薬調整もしてもらったとの事だが処方箋への記載はアミノレバンE N配合散であった疑義照会しアミノバクト配合顆粒に変更となった	医薬品名の類似過去の処方もリーバクト配合顆粒で調剤時に代替調剤であった為医療機関のマスタにアミノバクト配合顆粒が無かったものと思われる	処方背景・処方歴も含め確認する患者への聞き取りも必ず実施	アミノレバンE N配合散	アミノバクト配合顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2086	患者様 付き添い男性と一緒に処方せん持参、来局。前回までアリセプトD5m g処方されていたが、一般名処方でアムロジピンOD錠10m gの処方となっており、他2種類と一緒に処方されたが薬剤変更についてはきいておらず→疑義照会、結果 薬剤名間違えて処方したこと判明 修正して今回からアリセプトOD5m g→10m gへ増量となったこと確認、調剤した	一般名処方での処方であったのでDrが最初の数文字で検索、リストから選ぶ際に間違えて入力した可能性があると推察できる症例です。前回処方と比べ、明らかに大きく内容的に異なる処方となっていたため、疑義照会でできました。	前歴との比較チェックを必ずおこなう	アムロジンOD錠10m g	アリセプトD錠10m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2087	皮膚科処方にて、抗ウイルス内服薬のアメナリーフ錠200m gとファムシクロビル250m gが同時処方されていた。そこで抗ウイルス薬の併用について、基本的には同時服用は行わず使い分けがあると考え疑義照会を行ったところ、アメナリーフ錠250m gがアラセナA軟膏に変更となった。	いずれの薬もヘルペスの際に使用する薬であり、頭文字が同じことから医薬品選択を誤ったと考えられる。	8大疾患をはじめとする治療法において、アンテナを張り、処方内容に関する違和感を察知する感覚を養っておく。また、本来併用することのない薬についても注意深く観察し、併用する場合にはどのような理由・用途があるのかを把握するために、医療機関との連携をしっかりととる。	アメナリーフ錠200m g	アラセナーA軟膏3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2088	始めてアモキシサンカプセルが処方、患者家族に確認した内容との相違で、処方内容の確認疑義、処方間違いとのことでアトモキセチンに変更	薬剤の名称が似ていたため、処方せん記載ミス	投薬の際に患者様やその家族に、体調や医師からの説明などをしっかり聴取することを薬局内で再確認	アモキシサンカプセル250mg	アトモキセチンカプセル250mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2089	アモキシシリン (250) 3錠 酸化マグネシウム (330) 3錠で40日分処方あり、抗生物質が40日出るような疾患はない患者さんのため、もしかして弛緩性便秘にパントシンを処方しようとして、パセトシンと入力した可能性があったため疑義照会をし、パントシンに変更となった。	パセトシンがアモキシシリンで、パントシンと名称が似ていることに気がつけるように心がける。	患者さんに症状を聞き、処方された薬と整合しているかを確認する。	アモキシシリンカプセル250mg 「NPJ」	パントシン錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2090	血糖コントロール不良のため、エクメット配合錠LDからトルリシティ皮下注0.75mgアテオスに変更となるその際、処方医はメトグルコ錠250mgを処方するところ、誤ってアルドメット錠250mgと入力投薬中に、患者より、糖の薬は変わるが、血圧の薬が変わるとは聞いていないと聴取し、疑義紹介したところ、入力誤りであることが発覚した	薬品名の類似、mg数の一致	処方変更があった場合、どういった経緯で変更になったのか、しっかり確認する	アルドメット錠250	メトグルコ錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2091	当局で調剤を行っている患者様に、初めてベタヒスチン錠(6)とアデホスコワ顆粒10%と共にメチルドパ錠250mgが処方された。メチルドパ錠250mgの用法用量が3錠分3食後と過量であったこと、定期薬にも降圧薬の処方はなく血圧は低めで安定していたこと、内容からめまいへの処方と推察し疑義。結果、メチルドパ錠250mg→メコパラミン錠500μgへ変更となった。用法はそのまま。	一般名処方を積極的に行っている医院であり、メチコパール錠500μgかメコパラミン0.5μg錠を選ぼうとしてメチルドパ錠250mgを選択してしまっただけと考えられる。一般名類似によるものか、商品名類似によるものか原因の特定は難しい。	今回の件から、普段と異なる処方が行われた場合は先に聞き取りを行う事と処方全体から推察することの重要性を改めて考えさせられました。薬歴に定期的に検査数値を記録しておくことも判断する助けになることがわかる為、積極的に記載していきたい。	アルドメット錠250	メチコパール錠500μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2092	アルファロール内服液0.5μg/mL 30mL 1日3回 毎食後 4日分の処方。用量上限を超えており、用法も異なっていたため疑義照会を行った。正しくはマルファ配合内服液 30mL 1日3回 毎食後 4日分と確認。	処方せん入力時に「m」の入力がされず、マルファがアルファになってしまったためと推察されます。	類似名称一覧の作成を行い、調剤過誤防止の注意喚起を行った。	アルファロール内服液0.5μg/mL	マルファ配合内服液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2093	一般名処方でペミロラストKシロップ0.5%と書かれてあったが、最近の処方履歴でフェキソフェナジンが処方されていたのと、用量がフェキソフェナジンの用量だったので、アレギサルとアレグラの入力ミスを疑い、疑義照会した。	病院スタッフがアレグラとアレギサールの入力を誤って変換した結果、ペミロラストKが出力されたと推定される。	アレグラ(フェキソフェナジン)に変更になり、先回の処方と同じになった。	アレギサルドライシロップ0.5%	アレグラドライシロップ5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2094	アレジオンL X点眼液0.1% 1日4回両眼点眼にて処方アレジオンL X点眼液0.1%は1日2回使用製剤のため、処方医に照会。アレジオン点眼液0.05%であれば1日4回使用、アレジオンL X点眼液0.1%ならば1日2回使用の製剤であるとお伝え→アレジオン点眼液0.05% 1日4回両眼点眼処方に変更となる	医師がアレジオンL X点眼液0.1%とアレジオン点眼液0.05%を混同した	多規格ある医薬品に関しては処方ミスが起こりがちであるので、処方鑑査にて特に注意を行う。	アレジオンL X点眼液0.1%	アレジオン点眼液0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2095	7歳女兒に花粉症で目のかゆみを主訴として来局。処方箋にアレジオンL X点眼0.1%1日3回両目と記載されて処方箋を応需する。添付文書を確認すると12歳未満小児の臨床試験を実施していないこと添付文書上1日2回と記載されているため疑問に思い疑義照会を行った。アレジオン点眼0.05%に変更となった。	処方医のアレジオンL X点眼液に対する知識不足と考えられる。	普段から来局している患者であること、以前に使用方法についてMRに薬局へ訪問していただき用法用量の指導をあらかじめ受けていて発見することができた。患者とのコミュニケーションやMRの情報提供を率先して実施する	アレジオンL X点眼液0.1%	アレジオン点眼液0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2096	2歳児の処方箋を持って母親が持参。アレジオンDs 1.2g分2で処方されていた。中耳炎との診断で他、オゼックス細粒、カロナール細粒も処方されていた。アレジオンDsの用量・用法からみてアレグラDsも薬剤間違いではないかと推測し、電話で疑義照会をした所アレジオンからアレグラへ訂正となった。	アレグラDsを間違えてアレジオンDsと入力したようだ	体重・年齢・受診状況を確認し、処方内容の監査を行う	アレジオンドライシロップ1%	アレグラドライシロップ5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2097	2歳児の処方箋を持って母親が初めて来局。アレジオンDs 1.2g分2で処方されていた。中耳炎との診断で他にオゼックス細粒、カロナール細粒も処方されていた。アレジオンDsの用量・用法からみてアレグラDsの薬剤誤りではないかと推測し、電話で疑義照会をした所、アレジオンDsからアレグラDsへ訂正となった。	アレグラDsを間違えてアレジオンDsと入力したようだ	体重・年齢・受診状況を把握し、処方内容の監査を行う	アレジオンドライシロップ1%	アレグラドライシロップ5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2098	花粉症にて通院中の患者に抗アレルギー剤が処方されていたが目の強いかゆみを訴えたため更に薬剤が追加となった。アレジオンの点眼薬を処方する予定が操作ミスによりアレジオン錠10が処方となっていた。抗アレルギー剤が重複しており疑義照会を行ったところ間違いが分かった。	同じ名称で複数の剤形があるためコンピュータの操作ミスにより本来とは別のものを処方せんに記載したと考えられる。	薬剤の重複が無い、また患者への聞き取りによりその剤形でいいのかわを確認する。	アレジオン錠10	アレジオン点眼液0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2099	門前耳鼻科の処方。クラリチン錠とアレジオン錠20・モメタゾン点鼻が処方。ヒスタミンH1受容体拮抗薬が2剤同時に処方のため電話にて疑義照会した。アレジオン錠→アレジオン点眼に変更となった。	処方せん入力時にアレジオン点眼をアレジオン錠で入力。耳鼻科の事務さんの入力ミスと考えられる。薬局では入力とピッキングは進んでしまい、監査時に発覚。	今後はもっと早い段階で発見したい。そのためにも今回の事例をスタッフで共有し気を付けたい。	アレジオン錠20	アレジオン点眼液0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2100	アンテベートクリームが処方されていた患者様から投薬時に水虫の治療を始めるとお聞きした。名称が似ているアトラントクリームの間違いではないかと疑問に思ったため、処方医に電話で疑義照会を行いアトラントクリームに変更となった。	名称が似ているため、パソコンで入力する際に誤った薬を選択した。	医薬品の使用用途や効能効果の理解の徹底すると同時に、投薬時に患者様より病態の聞き取りを行う。	アンテベートクリーム0.05%	アトラントクリーム1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2101	原疾患：間質性肺炎からは考えられない薬剤だったため疑義照会したところアンブラグ錠→アンブロキシソール錠の入力ミスが判明した。	レセプトコンピュータへの処方内容の入力ミスと不十分な確認。	今回は原疾患によりたまたま気づいたが、これからも不審に思ったら疑義照会をしていく。	アンブラグ錠100mg	アンブロキシソール塩酸塩徐放OD錠45mg「ZE」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2102	6歳児にアンブロキシソール塩酸塩シロップ用3%0.8gが処方。基本的にアンブロキシソール塩酸塩シロップ用3%は小児用ではなく、そのままですと量も多くアンブロキシソール塩酸塩シロップ用1.5%ではないか疑義し変更になる。	小児量は必ずそのつど確認する。	同成分の別規格のある薬は、注意するようシールはったりフラッグをたてたり前もってしておく。	アンブロキシソール塩酸塩DS3%「タカタ」	アンブロキシソール塩酸塩DS小児用1.5%「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2103	小児5歳の処方せんのシロップ剤と同じレシビ内にアンブロキシソールOD錠45mgが処方されており、1日量6錠1日3回毎食後と記載されていた。1日1回製剤のため、過量と判断し、疑義照会したところアンブロキシソールシロップ0.3%6mLに変更となった	医療機関の処方箋の記載ミス	処方量が妥当か、服用剤型が妥当か処方監査で判断する	アンブロキシソール塩酸塩徐放OD錠45mg「サワイ」	アンブロキシソール塩酸塩シロップ小児用0.3%「タヨー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2104	定期処方にてアンブロキシソール塩酸塩徐放OD錠45mg(1錠 分1 朝食後)服用中の患者に、臨時処方でアンブロキシソール錠15mg(3錠 分3 毎食後)が処方されたため疑義照会を行った。結果、アンブロキシソール錠15mgは削除となり、カルボシステイン錠500mg(3錠 分3 毎食後)へ変更となった。	・定期処方内容の見落とし・薬品名の類似	臨時処方時も重複内容に注意する	アンブロキシソール塩酸塩錠15mg「トーフ」	カルボシステイン錠500mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2105	内科でミヤBM細粒3g分3毎食後 4日分、ネキシウムカプセル20mg1カプセル分1朝食後 4日分、カロナール錠200mg頭痛時2錠 6回分、イソジン液10% 30mLが処方されていた。イソジン液10%は通常外用剤で使用されるが、患者に使用意図を確認したところ口腔内の炎症に用いることがわかり、疑義照会にてイソジンガーグル液7%へと変更となった。	イソジンで医薬品名を検索した場合に何種類も出てくるので、選択を誤った可能性がある。	同じ有効成分で複数の剤形がある医薬品に関しては、受診科や患者の病態などから使用箇所や使用目的を確認する。	イソジン液10%	イソジンガーグル液7%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2106	イソジン液が処方されていたため、投薬時に傷の部位、状況を確認したところ、のどの痛み・違和感訴えたとのことだったため、イソジン液ではなくイソジンガーグル液の処方ではないかと疑義照会実施。結果イソジンガーグル液の処方間違いであった	新規追加処方されたものは、患者より情報を収集し追加薬剤の妥当性の判断を行う	新規薬や追加薬が処方された際、患者より症状、状況を伺い、処方された薬剤の妥当性を検討する	イソジン液10%	イソジンガーグル液7%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2107	イソジン外用液10%の処方で 使用部位は患部と記載されていた。投薬時に使用部位を確認したところ 口腔内との事で医師にイソジンガーグル液7%との間違いではないかと疑義照会を行い変更になった	販売名がよく似ている	使用部位の確認を行う	イソジン液10%	イソジンガーグル液7%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2108	イソジン液10%がうがいのために処方あり。これはうがいで使用不可のため問い合わせ。イソジンガーグル7%へ処方変更となる。	処方医が、イソジンが複数規格あることを認識していなかった可能性が考えられる。	普段使用しない薬については特に添付文書等でしっかり確認していく。	イソジン液10%	イソジンガーグル液7%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2109	他病院からの転院。前の病院ではイミダプリル錠5mgが処方となっていたが、イミダフェナシン錠0.1mgが今回処方となった。	オーダーリングシステムへの入力ミス。頭3文字が同じ。	処方箋の内容を過信しない。	イミダフェナシン錠0.1mg「サワイ」	イミダプリル塩酸塩錠5mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2110	頭痛時 イミダプリル5mg 1錠の頓服処方について疑義照会。電話に出た看護師さんからは、血圧も高かったと情報あり。用法ミスの可能性があるとのことで、医師に確認した。イミグラン50mgを処方したかったと判明。薬剤が変更となる。	イミグラン50mgとイミダプリル5mgが名称類似だったことが原因と考えられる。医療機関の処方入力、先発名・一般名・後発品の商品名のいずれか、登録している薬剤名で入力できるシステムになっていると聞き取り。名称類似薬剤についてのリスク回避がどのように行われているか?不明。医師の裁量にゆだねられているようです。	用法と薬効が適合していない場合には注意する。患者さんからの聞き取りと処方合っているか?基本的な監査チェックを怠らない。	イミダプリル塩酸塩錠5mg 「日医工」	スマトリブタン錠50mg 「F」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2111	病院から紹介状で開業医に変更した患者様。薬剤に関しても引き続き服用することになった。処方内容を患者様と確認しながら話しているが腸の薬?みたいな感じで疑問をもたれていた。この日は薬手帳を持っておらず。どんな薬を飲んでたか等を確認していくと血圧の薬が入っていないことに気づき疑義照会したらイリボーではなくイルアミクス配合錠の処方間違いであった。	入力の間違いが要因。	お薬手帳の持参を徹底すること。転院等の患者様には処方内容の間違いが無いかしっかりと確認する。	イリボー錠5μg	イルアミクス配合錠LD 「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2112	前回来局時、血圧の低下とふらつきを覚えるとのことでイルアミクスからイルベサルタン100mg & アムロジピン2.5mgの処方に変更になっていた。本日、交付時の聞き取りにより依然ふらつきや血圧の低下が継続している旨を確認。患者本人はDrから薬を弱くする説明を受けたそうだが、イルアミクスLDへの変更では薬効的には強くなっていると説明し、患者の了承を得て疑義照会。DrとのTELにより、本来はアムロジピン2.5を削ってイルベサルタン100mgのみにしたかったところ、一般名が類似しているイルベサルタン100・アムロジピン5mgで誤って入力してしまったことが発覚した。患者への交付前であったので事なきを得た。	一般名の類似。	交付時にしっかりと聞き取りをしたことによって防げた過誤であった。引き続き処方箋との照らし合わせだけでなく、患者の容態や会話内容とも整合性が取れているか確認していきたい。	イルアミクス配合錠LD 「DSPB」	イルベサルタン錠100mg 「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2113	日頃から当薬局を利用していらっしゃる患者さまの処方追加になった。今までは別の泌尿器科医院から処方されているものであった。フリバスOD75mg錠とイルベタン50mg錠が追加になっていたが薬手帳から今まではフリバスOD7.5mg錠とベタニス50mg錠の処方であったことを確認した。家族に確認するも降圧剤の追加は聞いておらず130台で安定しているとの情報と類似の名称であることを踏まえ疑義照会を行いイルベタン錠50mgからベタニス錠50mgに変更になった。	医院での薬品名の確認が不十分であったこと、カルテへの記載、規格が同じ50mgであったことが今回の事例に繋がった可能性がある。	手帳の確認、内容の確認を十分に行うよう努めている。	イルベタン錠50mg	ベタニス錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2114	ノボラピッド注ペンフィルを使用されている患者の処方がバイオシミラーのソロスタータイプの処方に変更されていた。患者に状況を伺うと価格負担が理由で変更に至ったとの事でした。またクリニックからはバイオシミラーのカートリッジに装着するペンを頂いてないという状況でした。ソロスタータイプだとノボラピッド注ペンフィルより薬価が上がってしまう点とカートリッジに装着するペンの話を疑義照会しました。結果、バイオシミラーのカートリッジタイプの処方間違いだったことと、ペンの渡しそびれが発覚しました。患者にはその旨を伝え、ノボラピッド注ペンフィルで使用していたペンは互換性が無い為、クリニックに戻るよう指導しました。	商品名の類似から処方間違いが生じたと思われます。処方変更の理由等を伺うことが良いかと思えます。	カートリッジタイプの初回時の処方では装着するペンを渡されているかどうかの確認をしております。	インスリン アスパルト B S注ソロスター NR「サノフィ」	インスリン アスパルト B S注カート NR「サノフィ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2115	クレアチン等の経過悪化に伴い、今回からインスリン注射を実施。インスリンの手技などについて確認した所、処方薬との乖離あり。患者理解についても不十分のため初回確認のため照会。	処方オーダー時の入力ミスなど。	処方薬、特に新規処方については医師からの説明と処方内容などについても確認している。	インスリン グラルギン B S注カート「リリー」	インスリン グラルギン B S注ミリオペン「リリー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2116	カートリッジ製剤が処方され、インスリンペン型注射器をお持ちであるか患者さんに確認した所、『持っていない』と返答されました。キット製剤の処方間違えではないかと思ひ処方元に問い合わせた所、キット製剤に処方変更されました。	処方薬の類似による処方間違えと思われる。	カートリッジ製剤の初めての処方受付時はインスリンペン型注射器をお持ちであるか必ず確認しております。最近バイオシミラーへの切り替えでより安価のカートリッジ製剤の処方が増えている為注意しております。	インスリン グラルギン B S注カート「リリー」	インスリン グラルギン B S注ミリオペン「リリー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2117	ヒューマログ注ミリオペンからインスリンリスプロ注へ処方変更となるはずが、インスリン グラルギン注に変更となっていた。	名称類似のため医師の選択ミス	グラルギンとリスプロでは用法や使用目的が異なるため、今後もバイオシミラー製剤の新発売時には名称類似に対する注意喚起を行う。	インスリン グラルギン B S注ミリオペン「リリー」	インスリン リスプロ B S注ソロスター HU「サノフィ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2118	ランタスXR注ソロスターとインスリン グラルギン B S注ミリオペンが同時に処方されていた。疑義照会を行ったところインスリン グラルギン B S注ミリオペンがインスリンリスプロ B S注ソロスターに変更となった。	名称が似ているため、医師が電子カルテ上で薬剤を選択する際ミスをしたと思われる	バイオシミラー製剤はなんのバイオシミラーかをレセコン上で表示するようにしている。例：インスリン グラルギンミリオペン（ランタス B S）、インスリンリスプロ（ヒューマログ B S）	インスリン グラルギン B S注ミリオペン「リリー」	インスリン リスプロ B S注ソロスター HU「サノフィ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2119	貧血症状ある患者様で、鉄剤処方の予定が、薬剤名称類似のため誤って別薬品（【般】クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠：商品名ウラルリット）を処方された	鉄剤の名称がクエン酸第一鉄 N a 錠 50 m g だったが、カルテ入力時に類似の【般】クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠を選択してしまったと推定される。	初めての薬剤の処方、患者に必ず症状確認、誤った処方が出されたらと推定。患者からの聞き取りとお薬手帳（入院時の）を確認を行っているため D r の処方ミスに気付くことができた。	ウラルリット配合錠	クエン酸第一鉄 N a 錠 50 m g 「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2120	新規の患者にて一般名処方に記載された処方箋を記載。処方箋にクエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム水和物と記載。薬剤師共に男性に多く見られる処方、女性に処方されていたことより珍しいと事前に相談。投薬時にどういった内容で本日受診されたのかを聞き取り。本人より貧血で受診したと回答あり。処方されていた薬が貧血で使用される薬ではなかったため、尿に異常があるといわれたか、医師とどんな話をしたのか詳しく聞き取り。念のため医師に疑義照会したところ、処方薬の間違いであったことが判明。	もともと処方予定の薬がクエン酸第一鉄であったことから処方箋入力時にクエン酸だけを見て判断してしまった可能性あり。	珍しいと思った処方や新規薬追加時には医師から説明はあったか、相談した症状と処方されている薬に間違いはないか聞き取りをしっかりと行う。	ウラリット配合錠	クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2121	定期的エイゾプト懸濁性点眼1%を1日2回両目で処方されている患者。今回の処方内容が「エイベリス点眼液0.002% 両目適宜0~8回」であった。エイベリス点眼液0.002%は1日1回製剤であり、怪しく思い医療機関に疑義照会。いつも処方されている「エイゾプト懸濁性点眼1% 1日2回両目」へ変更となった。	「エイゾプト」と「エイベリス」名称類似から起こったと推定される。今回同時に「ヒアルロン酸Na点眼液0.1% 両目適宜0~8回」が追加されており、用法はそれと混同した可能性。	各々の薬が1日何回製剤であるかの知識を持つておくことが必要。	エイベリス点眼液0.02%	エイゾプト懸濁性点眼液1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2122	今回新たにエイベリス点眼液が処方されていたが、患者は白内障手術を受けており禁忌である。患者自身も新たな処方については聞いておらず、疑義照会したところエイゾプト懸濁性点眼液に変更となった。	処方入力時のミス	診察時の医師との話の聞き取り、禁忌薬が処方されていないかの確認。	エイベリス点眼液0.02%	エイゾプト懸濁性点眼液1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2123	平素より、当薬局を利用している患者が来局。今回から、薬剤の量が増えるという話を、医師から聞いていると受付時に確認。処方内容を確認したところ、前回と今回で変更になっている内容が1点、エクメット配合錠LDからエカード配合錠HDになっていた。エクメットは血糖降下薬であり、エカードは血圧降下剤であるため、患者の量が増えるという話から察するに、エクメット配合錠HDを処方すべきところ、誤ってエカード配合錠HDを処方してしまったものと思われる。疑義照会を行った結果、エカード配合錠HDではなく、エクメット配合錠HDの誤りであったと確認。内容変更となった。	処方薬剤の検索を行う際に、頭の「エ」と最後のHDのみしか確認していなかったものと思われる。	処方内容が変更になった際には、必ず、変更に伴い、どのような説明があったか確認を行うようにしている。	エカード配合錠HD	エクメット配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2124	頓服(疼痛時)の処方、一般名処方:ロキソプロフェンNa錠60mgとカンデサルタン8mg・ヒドロクロロチアジド配合錠が処方されていた。疼痛時の頓服処方にて降圧剤が処方されるのはおかしいと思い、疑義照会。カンデサルタン8mg・ヒドロクロロチアジド配合錠が一般名処方:エカベトNa顆粒に変更になった。	カンデサルタン8mg・ヒドロクロロチアジド配合錠の先発品がエカードHD、処方しようとしていた薬がエカベトNa顆粒(ガストローム顆粒)だったため、頭文字エカで検索し、違う薬を入力してしまったと思われる。	処方どおりそのまま薬を渡すのではなく、患者さんに本当に必要な効能の薬が処方されているか、処方内容の確認を怠らない。	エカード配合錠HD	ガストローム顆粒66.7%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2125	前回までエクメットLDを服用している患者様。今回これが削除となりエカードHDが追加されていた。エカードの用法が分2であることや他ARBと同効薬重複となることなどから本人に確認したところ、「BS高いので血糖値の薬を強いものにすると言われた。BPは正常。」との事。疑義照会の結果、エクメットHDの間違いであった。	エカードHDとエクメットHD、薬品名類似のため間違えた可能性がある	薬剤の変更があった際には、効果効能、用法などを十分に確認の上必要に応じて患者様本人にも聞き取りつつ、躊躇なく疑義紹介を行う。	エカード配合錠HD	エクメット配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2126	他院からの転院で処方は継続との話だったが、お薬手帳と処方箋を見比べたら、エクメットHDがエカードHDで処方されていた。ほかの薬は同じ内容で継続されていた。HPに確認しエクメットHDが正しいとのことだった	薬の名前が似ているために、HPでの入力間違いがあったのではないか	入力時、監査時、投薬時に処方監査をしっかりと行う	エカード配合錠HD	エクメット配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2127	エスタゾラム 1 mg、3錠 3×で処方。眠剤としての用法、用量がおかしかったことと、薬手帳を確認したところ S G 配合顆粒が 3 g 3×で以前に処方歴があったため、疑義照会。処方入力ミスとわかり、S G 配合顆粒に変更となる。	頭文字がどちらもエスのため、入力を間違えたと考えられる。	用法、用量の違和感、お薬手帳の情報により、投薬する前に気が付けた。	エスタゾラム錠 1 mg 「アメル」	S G 配合顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2128	処方箋エチゾラム錠 0.5 mg と記載があったが、併用薬と、患者様の症状より、エベリゾン塩酸塩錠 50 mg との記載間違いではないかと推察されたため、処方医へ病態により薬物の必要性を疑義照会を行い、医薬品変更となった。	医薬品名称の類似のための記入ミスではないかと推察される。	処方箋監査時、患者さまの病歴等薬歴、患者様本人、家族に聞き取りなどを行い、調剤している。	エチゾラム錠 0.5 mg 「SW」	エベリゾン塩酸塩錠 50 mg 「日新」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2129	痛み止めを出すと言われたと訴えているが、エチゾラム 0.5 mg が処方されている。間違いはないか Dr に TEL にて確認。エトドラク 200 mg の間違いであることが判明。	レセプトコンピュータ使用時の入力ミスおよび確認ミス	患者様とのお話で少しでも疑わしいと感じる齟齬があれば必ず疑義照会をする	エチゾラム錠 0.5 mg 「日医工」	エトドラク錠 200 mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2130	当薬局初めての患者。整形外科の処方箋を持参。在庫の確認のため処方内容を確認すると、セレコックスとエバミールが、分 2 で処方されていた。エバミールの用法間違いかと思い疑義照会。胃薬のレバミピドに変更となった。	病院側の入力時のミスと思われる。レセコンの入力方法等は不明だが、処方すべき薬剤ではないものを選択してしまったミス。それを鑑査等で確認できなかったことが要因。	処方内容に疑問を持ったら、どんなことでもすぐに疑義照会することを徹底している。	エバミール錠 1.0	レバミピド錠 100 mg 「オーツカ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2131	体重 10 kg の小児にエピナスチン DS1% 1.4 g が処方された。処方鑑査時、エピナスチン DS が用量過多 (0.25~0.5 mg/kg) のため疑義照会をした。疑義後、エピナスチンではなくアスピリン DS2% 1.4 g の薬剤間違いだったことが発覚。再度、アスピリン DS2% の処方鑑査を行い、適正な量であること確認後、アスピリン DS2% を調剤して交付した。	病院の処方マスタが、エピナスチンの先発品であるアレジオンと、アスピリンが類似していたため入力ミスしたと思われる。	薬剤に対して処方鑑査、調剤後の鑑査を行う。	エピナスチン塩酸塩 DS 1% 小児用 「日医工」	アスピリンドライシロップ 2%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2132	定期的に受診されている患者様へエピナスチン点眼が新規で処方。詳しく聞き取ると、視野が悪化したから新しい目薬を使うとのことのお話し。疑問に思い電話で疑義照会。エイベリス点眼の間違いと発覚。	門前医療機関のエピナスチン点眼の処方頻度が多くなっており、入力間違い、事務の入力ミスか。	新規薬剤処方時は特に詳しく聞き取りを実施。	エピナスチン塩酸塩点眼液 0.05% 「センジュ」	エイベリス点眼液 0.02%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2133	久しぶりの来局。今まで他の病院に行っていたが、近くの病院の転院となり、当薬局を利用された。エベレンゾ錠50mgが処方されており、お薬手帳を確認したところ、前の病院ではエベリゾン錠50mgが処方されていたので、医師へ疑義紹介を行った。カルテにはエベリゾンが記載されていたが、処方せん作成時にエベレンゾで入力されていたことが分かった。その後、エベリゾンへ変更となった。	薬剤名類似による入力ミスが原因と思われる。	転院時の処方内容は特にお薬手帳を使って確認することが必要である。	エベレンゾ錠 50mg	エベリゾン塩酸塩錠 50mg 「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2134	1歳の小児にエムラークリームが処方。当店の薬歴より、半年前に、レーザー治療後の処方でエキザルベの処方歴あり。患者さまの聞き取りにより、今回も前回の治療の続きと確認。治療後に局所麻酔薬は不適と判断、疑義照会を実施。	医師の処方入力時の、入力ミスと思われる。エキザルベとエムラークリームと頭文字が同じため。	エムラークリームが当店に在庫していなかったこと、薬歴、患者さまからの聞き取りによりレーザー治療の続きであることを把握できた。在庫の無い物を調剤しようとするときは、処方が適か不適か判断することになっている。	エムラークリーム	エキザルベ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2135	かかりつけ医以外の所で入院していた患者様が退院し再度かかりつけ医から処方箋が発行され、入院前と比較して新しくエリキユース5mg 6錠/3× とエンレスト50mg 1錠/1×が処方された。エリキユースの用量・用法ともに添付文書からかけ離れていたため疑義照会を行う。かかりつけ医からは入院していた病院からの診療情報提供書通りに出したから量はそのままでエリキユース5mg 6錠/2×でと回答あり。用量について再度疑義照会を行ったところ、病院からリクシアナOD錠30mg/1×間違いであったと連絡が入り薬剤変更となった。	診療情報提供書の内容が不明のため間違いの原因は不明だがエリキユースとリクシアナの一般名が似ていることから一般名を見間違えた可能性がある。(アピキサバンとエンドキサバン)	疑義照会時はただこちらの疑問点だけを伝えた場合にうまく伝わらない場合があるため、どのような経緯での間違いなのかまで想像した上で疑義照会を行うよう取り組む。	エリキユース錠 2.5mg	リクシアナOD錠 30mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2136	2021/05/13荻窪病院 <内科>処方としてRep:1処方薬: 一般名アルファカルシドール錠1μg錠1日1回 朝食後:14日分Rep:2処方薬: 一般名エルデカルシトールカプセル0.5μg1カプセル 1日1回 朝食後:14日分の内容の処方せんを受けた。V D製剤重複のため、病院の処方医に電話問い合わせたところ、Rep:2処方薬: 一般名L-アスパラギン酸Ca錠200mg4錠1日2回 朝・夕食後:14日分に訂正された。	病院での処方入力時に、薬剤名「エルアスパラギン酸・・・」入力時に「エルデカルシトール・・・」を選択してしまったものと思われる。	同種薬重複の場合は内容確認を行う。	エルデカルシトールカプセル0.5μg「サワイ」	アスパラ-C A錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2137	6歳小児にエレンタール配合内容剤が処方。疑義照会にてエレンタールP乳幼児用配合内容剤に変更となる。	医療機関側の要因。確認不足。	医療機関側に疑義照会内容をフィードバックし、再発防止に努める。	エレンタール配合内用剤	エレンタールP乳幼児用配合内用剤		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2138	老健職員が入所者の処方箋を持参した。エンタカボン錠100mg処方。薬について、「医師が『麻薬の原料だ』と言っていた。」と。覚醒剤原料のエフビーOD錠と間違えている可能性が高かった為、疑義照会したところ、エフビーOD錠2.5mgに変更された。	医師は薬品の名前が似ていた同効別薬を処方してしまった。	投薬時の対話で間違いに気付けた。	エンタカボン錠100mg「アメル」	エフビーOD錠2.5		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2139	継続処方に追加で、初処方としてエンドキサン錠50mg、エンペラシン配合錠、リンデロン錠0.5mgが7日分処方されていた。鑑査の段階で薬歴の併用薬欄を確認し、エンペラシンとステロイドは他院(皮膚科)で使用していること確認したが、エンドキサンは初めてであり、エンペラシンとステロイドを処方している病院で、シクロスポリンを同時に処方されていること確認した。患者へ確認を行おうとしたが、不在。その後戻られたためお父様へ内容確認。その結果、ひとり親で3人の子供を抱えており、皮膚科の受診が遅れそうだったので、不足分として今回一緒に処方してもらったとのこと。お薬手帳も持参しており、皮膚科の薬を処方してもらおう予定だったということ確認できたため医師へ問合せを行った。	エンドキサンの一般名はシクロホスファミドであり、患者は皮膚科でジェネリックのシクロスポリンを調剤されていた。そのため医師は手帳を確認した際、カルテの3文字検索機能で「シクロ」とだけ入力し選択を誤った可能性が高い。	カルテシステムの詳細は不明であるが、一般名で検索しても病院の採用薬が先発の場合、先発名で処方箋に記載される可能性がある。そのため今回の事例を店舗で共有し、お薬手帳確認の重要性と先発名は全く異なっていること、成分名では似ている薬があることを認識し、特に初めて処方される薬においてはなぜその薬剤が選択されたのか考え処方監査を行うこと徹底する。	エンドキサン錠50mg	シクロスポリンカプセル50mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2140	新規の患者が処方せんをもって来局された。食べたらずという症状が続いているため受診したが、処方された薬はホスミン錠500mg、ピオフェルミン配合散、ベタメタゾン・d-クロルフェニラミン配合錠であった。処方内容に違和感を感じ、処方間違いの可能性を考え、医師に疑義照会を行った。薬はベタメタゾン・d-クロルフェニラミン配合錠からセレキノン錠に変更された。	セレキノンとセレスタミン配合錠の名称が似ているため、処方時に間違えて入力したと考えられる。	処方違和感を感じたときは、患者への聞き取りをしっかりと行い、処方内容に間違いがないかどうか確認をする。	エンペラシン配合錠	トリメプチンマレイン酸塩錠100mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2141	当薬局に初めての新患。頭部や額の湿疹、かゆみで受診。Drに帯状疱疹の疑いがあるため、弱めの薬を処方すると説明を受けて、その後来局。オイラゾンクリームにはステロイドが入っているため、電話にて確認。Drはオイラックスクリームを処方する予定だったことが判明。変更となった。	患者様から、詳細を聞き出す。わかる範囲で、先生からどのような説明があったかを確認する。	処方と患者の症状が合致しない場合は、必ず疑義をかけることにしている	オイラゾンクリーム0.05%	オイラックスクリーム10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2142	オイラックスHクリームが処方された患者への服薬指導の際、診断は汗疹で炎症は見られず自覚症状は掻痒のみ、使用部位が脇の下から下肢の広範囲に至ることからステロイドを含まないオイラックスクリーム10%との処方間違いの可能性を推測。使用経験のある薬剤との申告があり、両薬剤の現物を患者に見せたところオイラックスクリーム10%であることが判明。	薬剤両者の名称が類似していたことが第一に挙げられるが、処方医は皮膚科医ではなかったためオイラックスHクリームがステロイドを含むことを知らなかったことが要因であることも確認している。	専門医以外の処方では薬剤に関する知識が不十分である場合を想定して処方鑑査を行う。特に使用経験のある薬剤が選択された場合は、薬歴やおくすり手帳等で過去情報を検索し慎重に対応する。	オイラックスHクリーム	オイラックスクリーム10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2143	オースギ大黃甘草湯エキスG 1日量7.5gで処方あり。オースギ大黃甘草湯エキスGは1日量3gが適正量であり処方過多であると判断。ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒は1日量が7.5gであるので処方ミスの可能性も考えられたため疑義照会。ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒は1日量7.5g分3に変更となった。	名称類似薬剤の選択間違い	今回の事例を周知しました。	オースギ大黃甘草湯エキスG	ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2144	オキサトミドシロップ 12mlで処方あり。患者に対して量が多く、この病院でシロップで出るのは珍しくいつもドライシロップだったので問い合わせ。ドライシロップ 12mgの間違いだった。	類似薬品でレセコンに入力する際の確認不足かと思われる	小児の用量チェックしっかり行う	オキサトミドシロップ小児用0.2%「ファイザー」	オキサトミドDS小児用2%「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2145	処方箋には一般名マキサカルシトール軟膏 口内炎への塗布の記載あり。口腔内に使う軟膏ではないため疑義照会したところ、オルテクサー軟膏だったことが判明し変更となる。マキサカルシトール軟膏の商品名オキサロール軟膏とオルテクサー軟膏の入力間違いだったとのこと。	医療機関では商品名で入力するが、処方せんには自動的に一般名に変換されて記載されるシステムになっているため、商品名と一般名の知識が少ないと、間違いに気づかずに発行される場合がある。	薬の用法と、薬の内容などに不自然なことはないか？ 処方薬の入力間違いがあることもあるので、調剤～監査～交付時とも、しっかり確認を怠らない事。少しでも気になることがあれば、速やかに疑義照会すること。	オキサロール軟膏25μg/g	オルテクサー口腔用軟膏0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2146	耳鼻科よりオゼックス小児用細粒が処方された方。お母さまに体重を確認したところ13kgとのこと。1日量が1.56gであったため、18mg/kg/日となり過量と考えられた。疑義照会したところ、薬剤を誤って処方していたことが判明し、オラベネムに変更となった。	オゼックスとオラベネムの名称が類似していること、いずれも抗菌薬であることから誤って処方したと考えられる。	引き続き体重の確認や用量の監査を確実にしない、用法・用量が逸脱している場合は処方元への確認を行なう。	オゼックス細粒小児用15%	オラベネム小児用細粒10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2147	処方箋通り交付しようとしたところ、患者保護者より、Drから「1段階弱いのにしましょう」と言われたとのため、疑義照会	Drから院内事務への処方指示の伝達ミス	患者との交付時の症状あるいはDrコメントの確認が重要	オドメール点眼液0.1%	オドメール点眼液0.02%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2148	PPIが2種類処方されていた為 処方医に 疑義照会を行ったところオメプラール と オルメテックを間違えて 処方された	処方入力時 薬品名が 似ているので間違えて入力された	同種同効薬 処方追加になった理由などを 患者さんにも確認を行っている	オメプラール錠10	オルメテックOD錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2149	オーダーミストラネキサムと一般名を入力するところトレチノインが入ってしまった	トラネキサムと一般名を入力するところトレチノインが入ってしまった	病名症状と薬品の照らし合わせ徹底	オルセノン軟膏0.25%	トラネキサム酸錠250mg「三恵」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2150	患者談より口内炎の症状があるとの事。処方では普通の軟膏となっていたため口腔用としての目的と考え照会。	医療機関の入力ミス又は口腔用軟膏の有無についてのミスと思われる。	用法コメントや患者談により詳細が分かったため、投薬時の聞き取りと細かい薬品名の確認を継続し行う。	オルテクサー	オルテクサー口腔用軟膏0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2151	院内処方薬をもらっていた患者様に新しい薬が処方された。院内にない薬のため院外処方になり来局された。当薬局では新患であり、情報を収集していた。もともと血圧の薬アムロジピンを朝に服用していたことを確認。夕方にオルメサルタンは飲んでいなかったため、この薬が追加になったものと理解をしていた。しかし、血圧は111と高くなく、また患者様が持参していた薬を見せてもらったら、オメプラゾールだった。オルメサルタンの処方20mgで、飲んでいたオメプラゾールも20mgのため、処方ミスを探し疑義照会をした。その結果、オメプラゾールが正しいとわかり変更して調剤した。	病院で院外処方箋を出す際に、名称が似ていることによるクリックミスではないかと思われる。もしくは思い込みにより違う薬を処方したかもしれない。	お薬手帳を持っていれば、もっと簡単に処方ミスに気が付けたはず。新規にお薬手帳を作り毎回持参をするように指導した。	オルメサルタンOD錠20mg「サワイ」	オメプラゾール錠20mg「MED」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2152	34歳、女性。1か月前にカンデサルタン錠8mgが投与され、服用すると吐き気が出現し医師の指示で中止になったと投薬の際に聴取した。降圧剤が変更となったが、処方箋に記載されていたのがカデチア配合錠HDだったため、疑義照会を行った。カデチア配合錠は処方中止となりカルデナリン錠1mgに変更となった。	処方時にカルデナリンとカデチア配合錠を選択し間違えた可能性が考えられる。	薬剤変更の際には変更理由を患者から確認する。	カデチア配合錠HD「あすか」	カルデナリン錠1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2153	一般名でアムロジピン2.5mg・アトルバスタチン5mg配合錠：1（商品名：カデュエット配合錠1番）と Crestor が同処方でも来局。高血圧と高脂血症の薬は初めての服用。カデュエット配合錠と Crestor は同成分のスタチン系を含むため重複投与となる。処方医に疑義照会したところ、アムロジピン2.5mg単剤に変更となった。	医療機関のカルテ記載時、頭文字検索による検索間違いが生じたと考える。	・配合剤の監査時、成分をきちんと把握し併用薬や既往歴等に照らし合わせる。 ・薬局で使用している監査システムを毎度チェックし、ヒヤリハット防止を心掛ける。	カデュエット配合錠1番	アムロジピン錠2.5mg「TCK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2154	服薬指導中、血圧上昇により受診、本人に処方医よりは「現在服用継続している定期に追加服用し経過の様子見し、血圧高く続くようなら今回処方分を2錠服用してもいい事、下がりにすぎようなら飲まなくてもいい」と指示をうけたと聴取。カデュエットの場合、アトルバスタチンの増減が不要であること、追加2錠であれば定期薬との併用考慮すると、特にアムロジピンとして過量になってしまい、過度の高圧を招く可能性が高いなど疑問点が多く疑義。変更になった。	ワクチン接種予約等ふくめ、通常の業務とは別に仕事量の増加などがありかなりクリニックは混雑していたため、伝達の不備があったのか、カルテにカンデサルタン4mgと記載しようとして継続している頭文字が「カ」であり、途中に「デ」もあるためカデュエットが頭から離れずカデュエット4、と記載した可能性もある。	聴取内容に疑問があれば必ず疑義とし、処方に問題が無い確認する。	カデュエット配合錠4番	カンデサルタン錠4mg 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2155	処方箋入力時にガナトン錠50mg 2錠 分1 夕食後の処方で警告あり。同じRpにネキシウムカプセル20mg 1cap 分1 夕食後あり。ガナトン錠は通常1日3回に分けて服用する薬。患者へ診察時の先生の処方指示がどのようであったか確認すると、前回は1日3回の服用する薬があったが、症状も落ちてきたので1日1回で飲める薬に変更するとの話を聞き取った。前回はマーズレンS配合顆粒 分3での処方であったことを鑑みて、マーズレン→ガスロンへの切り替えを誤認して、ガナトンを処方した可能性を考えた。疑義照会し、ガスロンOD錠2mg 2錠/日 分1 夕食後の誤りではないか確認した。照会通りの内容に処方訂正された。	このような切り替え間違いは、めったにない医師だが、ゴールデンウィークの合間の混雑もあり、診療時間も終わりに近づき、疲れがあったかもしれない。	医師の処方特性、処方傾向を把握し、鑑査漏れの無いようにする。	ガナトン錠50mg	ガスロンN・OD錠2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2156	今までA病院からテネリア錠20mgが処方されていたが、今回カナリア配合錠へ変更となった。しかし、HbA1cは5.5と良好で、患者も薬剤の変更の理解がなかったため疑義照会を行った。疑義照会にて、A病院の採用医薬品がテネリア錠からテネリアOD錠へ変更となったため、従来のテネリア錠がシステム上入力できず、類似薬品名のカナリア配合錠を選んでしまったと返答あり。照会后、テネリアOD錠へ変更となった。	採用医薬品の剤型変更について、医師側に周知できていなかったことが考えられる。	病院の採用医薬品が増えた際の情報共有の徹底、特に規格や剤型が変更となった医薬品については、薬品棚に注意喚起の札をつけている。	カナリア配合錠	テネリアOD錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2157	帰省中で定期薬の予備がなくなったため急遽、帰省先の医院に受診。いつもカムシア配合錠LDを服用しておられるが今回処方箋はカムシア配合錠HDで処方されていた。患者本人が現在服用中の薬剤情報を持参していたため処方元に疑義紹介を行ったところ規格間違いが判明した。当該薬局にはカムシア配合錠LDの在庫がなかったため同量となるアムロジピン2.5mg、カンデサルタン錠8mgの2剤の処方を提案し2剤が処方された。	処方元の先生は普段カムシア配合錠HDしか処方されておらず思い込みによる処方だったと推定される。	処方された医薬品が複数規格存在しているかどうか毎回確認している。	カムシア配合錠HD「あすか」カムシア配合錠HD「あすか」	カンデサルタン錠8mg 「あすか」アムロジピン錠2.5mg「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2158	カデチアHD服用中のところ、血圧が100/-を切ることが多くなり、診察時に用量を下げると言われたことを患者様より聞き取った。処方内容を確認したところ、カデチアHDからカムシアLDへ変更となっており、カンデサルタン8mg・ヒドロクロチアジド6.25mgの合剤からカンデサルタン8mg・アムロジピン2.5mgの合剤へ変更となった場合、血圧がさらに低下する可能性も考えられた為、電話にて疑義照会した結果、カデチアLDへ処方変更となった。	薬品名が一見類似している為、医療機関側で処方箋入力時に選び間違えた可能性が考えられる。	名称が類似している薬品が存在する場合は、最初の2~3文字で判断せずに全体を確認する。医療機関側で誤って入力する可能性も考慮し、正確に聞き取りを行うことが大切と思われる。	カムシア配合錠LD「あすか」	カデチア配合錠LD「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2159	カンデサルタン・アムロジピン2.5mg配合錠の処方。当薬局に在庫がなく単体でも問題ないか問い合わせたところ、カルテはカンデサルタン2mgの記載が判明した。	病院事務のレセコンの薬剤選択ミス。	在庫があればそのまま調剤していた可能性があると考え、注意を促した。患者は99歳であり、もともとアムロジピン5mgを服用していたので追加なのか中止なのか、在庫があっても疑義照会したと思われるがなんらかの有害事象が起きないとも限らない。事務の危機管理が足りない。薬局では少しでも疑問に思ったことは疑義照会するようにする。	カムシア配合錠LD「サンド」	カンデサルタン錠2mg 「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2160	今回初めて使用する点眼薬が処方された。一般名処方でカルテオロール塩酸塩点眼液2% (持続性) が1日2回点眼で処方。持続性のため1日1回点眼での用法ではないかと、疑義照会。疑義照会の結果、カルテオロール塩酸塩点眼液2% (非持続性) 1日2回点眼の処方変更となった。	持続性と非持続性の2種類があるため、処方薬入力へのミスが考えられる。	持続性と非持続性といった2規格存在するものについて、医薬品カセットに注意喚起の印を貼付している。	カルテオロール塩酸塩L A点眼液2%「わかもと」	カルテオロール塩酸塩点眼液2%「わかもと」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2161	血圧低下によりふらつきがあり血圧の薬を弱くしてもらおうという話を患者の家族から聞き取りしていた。いつもはカンデサルタン錠4mgを服用している患者なのだが、処方は【般】ドキサゾシンメシル錠2mg (先発品カルデナリン錠2mg) に変更されていた。血圧の薬を弱くしてもらおうと言っていたのにこの処方での疑問を持った。カンデサルタン錠とカルデナリン錠と間違っ て入力されたのではと思い電話で確認するとやはりカンデサルタン錠2mgに処方変更された。	医師が在宅での処方入力でしっかり確認できずに名前が似ていたため間違えて処方されたと思う。	もしも患者の家族からの聞き取りがしっかりして無ければ両方とも血圧の薬なので疑義照会に至らなかったかもしれない。処方が変わった時などは特に気を付けて患者の体調変化を確認することを徹底して行きたい。	カルデナリン錠2mg	カンデサルタン錠2mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2162	大学病院での手術入院後、かかりつけ医が継続処方を行った。退院処方『カンデサルタン(4)1T』だったが、今回『【般】ドキサゾシンメシル(2) (カルデナリン錠2mg) 2T』となっていた。薬品名類似によるミスが多い薬剤であること、4mgで薬剤量が同量であったこと、患者家族への聞き取りから疑義照会を行ったところ処方ミスが判明した。	薬剤名類似による、医師の確認ミスと思われる。	薬品名類似による調剤過誤が多い薬剤について、再確認した。	カルデナリン錠2mg	カンデサルタン錠4mg 「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2163	処方内容は(般)ドキサゾシン2mg 3錠 毎食後14日分であった。患者はお薬手帳を持参しておらず、今回の処方が初めての服用であることを聞き取りで確認した。血流をよくする薬を出すと いわれており、処方内容と矛盾するため疑義照会をした。カルナクリン50 3錠毎食後へ変更となった。	カルテ上ではカルデナリン2mgが記載されていた。カルデナリンとカルナクリンの類似名による処方間違いと思われる	患者への聞き取りを必ず行い、処方内容と患者の症状と在っているかを確認する。	カルデナリン錠2mg	カルナクリン錠50		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2164	施設入所の患者で定期処方があった。処方監査の時に、定期処方のほかに新規でカルデナリン錠4mg1錠が処方されていた。カルデナリン錠4mgは1日1回0.5mgより開始であるため、容量の確認を電話にて照会を行った。照会窓口の事務員に確認。すぐに、カンデサルタン錠4mgの入力誤りであると返答があった。カルデナリン錠4mgはカンデサルタン錠4mgに訂正された。定期処方薬は先発名であったが、追加された薬品は後発医薬品であった。調剤前の処方監査で未然に防止できた。	定期処方は先発名であったが、追加された薬品は後発医薬品で、処方内に先発医薬品、後発品医薬品が混在していることもあり、注意が必要。処方元の事務方の入力の誤りがあった。	新規調剤薬品は用量の確認をし、必ず電話にて照会する。名称が似ている薬品は注意が必要。	カルデナリン錠4mg	カンデサルタン錠4mg 「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2165	前回までカンデサルタン錠8mgからカルデナリン錠4mgの処方になっていた。カンデサルタン4mgの間違いではないかと疑い疑義照会を行った。結果カンデサルタン錠8mgはそのままドキシサゾン錠1mgが減薬となった。	カンデサルタンとカルデナリンの名称類似により入力を誤ったとみられる。	成分用量の変更に違和感があったので念の為疑義照会を行った。服用歴を参照した上で、用量変更の問題ないか確認した上で調剤を行う。	カルデナリン錠4mg	カンデサルタン錠8mg 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2166	広域病院から地元診療所への転院の初回処方。以前から当薬局で調剤していたが、前回処方後に他院処方を複数回挟んだため監査時に前院処方歴を遡らず調剤を開始したところカルデナリン4の在庫がなく、改めて前院の処方歴を確認し薬品名誤りではないかと疑義照会を行い、カルデナリン4からカンデサルタン4へ薬名変更になった。	転院時は薬名の勘違いや用量誤りが発生しやすい	転院時は必ずお薬手帳を確認し、前回処方と見比べる・投薬時に患者さんと一緒によくよく確認する	カルデナリン錠4mg	カンデサルタン錠4mg 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2167	カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム散10%「日医工」3g 毎食後30日分処方のところ、1日量上限が90mgのため疑義照会を行いカルバゾクロムスルホン酸ナトリウム錠30mg 3錠 毎食後30日分に変更となる。	処方元の総合病院は、両剤系の採用薬がありオーダーリングシステム採用の為、医師が自ら処方入力を行ったと思われる誤って入力したと予想されます。	カルバゾクロムスルホン酸ナトリウムの常用量を記憶しておくこと。記憶が曖昧な時は必ず添付文書にて確認するようにしている。	カルバゾクロムスルホン酸Na錠30mg「YD」	カルバゾクロムスルホン酸Na錠30mg「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2168	カルボシステインDS50%6g分3毎食後処方、用量誤りのため疑義照会をおこなった。そのためカルボシステインシロップ5%6ml分3毎食後へ変更となった。	PC操作誤り、シロップとドライシロップ処方誤り。	用法用量の確認を確実にを行う。	カルボシステインDS50%「タカタ」	カルボシステインシロップ5%「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2169	9歳の患者様に頭痛の為、(般)アセトアミノフェン細粒50% 1.5g(750mg) 5回分が処方された。添付文書から体重1kg当たり10~15mgなので、本人体重28kg(1回最大420mg)で明らかに用量が多い。以前の薬歴を調べた所、同じ処方元で前回はR.3.3.15の処方時に(般)アセトアミノフェン細粒20% 1.5g(300mg)が出されていた。今回は規格を間違えている可能性が考えられた為、処方元に連絡した所、(般)アセトアミノフェン細粒20%へ規格変更となった。	処方元が処方入力時に、規格を間違えて入力したと思われる。	お薬手帳の持参により、今回の様に前回との用量の差異を手帳から確認出来る事を踏まえて、お薬手帳の持参を促す。	コロナール細粒20%	コロナール細粒50%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2170	10歳の患者にコロナール細粒50% 2g/回が処方された用量過量と判断 またコロナール細粒には他の規格もあるため、価格間違いの可能性もあり疑義照会コロナール細粒20% 2g/回に変更となった	クリニック内でのことであるが、処方入力の際のミスか、体重換算の間違いと推測される	薬局では患者情報を最新のものにし、患者聞き取りにて状況を細かくチェックし監査していく	コロナール細粒50%	コロナール細粒20%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2171	体重12kgの男の子に頓用コロナール細粒50%1回分0.9gの処方が出ていたため問い合わせ。用量の変更もしくはコロナール細粒20%の間違いではないかとHP問い合わせになりました。結果病院の入力ミスとのことで頓用コロナール細粒20%1回分0.9gに訂正になりました。	医師が普段使わない薬であったこと、病院が混雑している時間帯だった	調整者、監査者ともに体重、小児用量の確認をする。とくに普段取り扱いの少ない薬は要注意。おかしいなと思ったら薬剤師同士、声をかけあう。	コロナール細粒50%	コロナール細粒20%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2172	アセトアミノフェン含有のOTCバファリンプレミアムで副作用歴のある患者様に、皮膚科からコロナール錠500mgが処方されていた。患者様は副作用については処方医に伝えたとのことだった。薬局から皮膚科の処方医に確認したところ、アスピリン含有のバファリンAで副作用が出たと思っていたとのこと。コロナール錠500mgからバファリン配合錠A330mgに処方変更となった。	患者様がOTCバファリンは種類によって成分が異なることを知らず、副作用のある薬について「バファリン」とだけ伝えた可能性がある。処方医のOTC医薬品名の確認不足。	今回のようにOTCは、医薬品名が同じでも種類によりまったく異なる成分が含有されていることがあるため、正式名称の確認をする。患者様からの副作用の聞き取りは薬歴に必ず残し、処方内容が問題ないかを都度確認していく。	コロナール錠500	バファリン配合錠A330		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2173	カンデサルタン4mgとカムシアLDの処方間違い。	Drの入力事務員の入力間違い。	患者投薬時の聞き取りの徹底とお薬手帳の確認	カンデサルタン錠4mg「あすか」	カムシア配合錠LD「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2174	十二指腸潰瘍・胃潰瘍の既往がある方にキャブピリンの処方が出た。ご本人に確認しても血栓に関する病歴はなく、胃痛にて受診したと聞き取った。以前にタケキャブの他規格が処方された事があり、医師がタケキャブを処方するところを間違えてキャブピリンを処方した可能性が高いと判断したため、疑義。結果、タケキャブに変更となった。キャブピリン服用により十二指腸・胃潰瘍の悪化、出血のリスクも考えられたため、それを回避できた。	キャブピリンにもタケキャブが含有されるため、医療機関側の入力段階で間違えたと思われる。	久方の来局でも、以前の歴をしっかりと確認するようにしている。	キャブピリン配合錠	タケキャブ錠 10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2175	普段から当薬局を利用の患者が循環器内科の定期処方せんを持参し来局。バイアスピリン錠・ランソプラゾール錠が削除となっており、タケキャブ錠が追加になっていることを確認。待合待機中の患者より「今回から胃薬を変更して薬の数を減らすと処方医に言われた」と聞き取り。聞き取り内容からキャブピリン配合錠への変更を誤ってタケキャブ錠で処方してしまったと推測しFAXにて問い合わせ。タケキャブ錠削除・キャブピリン錠追加となった。	処方内容の確認不足	処方変更時は薬歴やお薬手帳の確認を必ず行う	キャブピリン配合錠	タケキャブ錠 10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2176	クエチアピン25が処方されていた。お薬手帳を確認するとクエンメット配合錠を服用していた。患者に確認すると症状に変わりもなく、薬の変更は聞いていないため医師に疑義照会した。クエチアピン25ではなくクエンメット配合錠の処方間違いであった。	薬品名の頭2文字が同じであるので、入力間違いであった可能性がある。	お薬手帳の確認、患者への聞き取りをきちんと行う。	クエチアピン錠 25mg 「サワイ」	クエンメット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2177	一般名：クエン酸カリウム、クエン酸ナトリウム水和物配合剤の処方あり。Ptに検査値の確認をすると貧血がひどいと言われたとのことだった。病院に確認したところ、一般名：クエン酸第一鉄Na錠50mgの間違いだった。用量については問題なし。	一般名の最初のクエン酸までの4文字が同じだったため、間違えた様子。	特に新規で処方された薬の場合はPtから、検査値等やDrからどのような説明があってその薬が処方されたかをしっかりと聞きとるようにする。処方で疑問点があれば、必ず確認する。	クエンメット配合錠	クエン酸第一鉄Na錠 50mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2178	医薬品の類似	医薬品の名称類似	前回との比較	グラクティブ錠 25 mg	グラマリール錠 25 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2179	皮膚科からFAXが届き、グラクティブ錠50mg が処方された。糖尿病の既往歴なし。今まで薬が処方された方ではないのでDrに疑義照会。クラリチンレディタブ錠に変更となった。	Drがパソコンを打つ時に薬品名のクラで薬をだした際に選択を間違ったのではないか。	患者とその家族と日頃より体調や薬について話をしていたので処方時にすぐに気づくことができた。	グラクティブ錠 50 mg	クラリチンレディタブ錠 10 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2180	皮膚科からクラシエよくいん湯エキス錠が処方されたので疑義したところヨクイニンエキス錠「コタロー」処方に変更になった。	両方ヨクイニンだったので勘違いしたと考えられる。	日頃から間違えやすい医薬品を頭にいれておくようにする。	クラシエよくいん湯エキス錠	ヨクイニンエキス錠「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2181	帯状疱疹後の症状に対しての処方が出るという患者に対してクラシエよくいん湯エキス錠が処方された。この適応は関節痛・筋肉痛のため疑義したところ、疣贅に適応があるヨクイニンエキス錠「コタロー」の処方に訂正された。	適応は全く異なるが薬剤名が似ているため混同したことが要因と考える。	名前が似ているなどの要因で間違えやすい薬に関しては薬局内で情報共有している。	クラシエよくいん湯エキス錠	ヨクイニンエキス錠「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2182	他病院からの転院で本日2回目の受診。前回の処方に新たにクラシエ桂枝加苓朮湯エキス顆粒が1日4gで追加処方されていた。分包品は2.5gと3.75gがあるため、入力間違いによるものか4gで再分包を行うべきか確認の疑義照会を行った。結果、処方薬の入力誤りが判明し、ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)1日5gへ変更となった。	桂枝茯苓丸は転院前から服用しており、今回は残薬がなくなるため処方された経緯がわかった。そのため、紹介状と照らし合わせて処方入力する時に検索間違いがあったと思われる。	1つの薬剤で複数存在する分包品は事前に把握しておく。処方せんで疑わしいことがあれば病院に確認を行う。	クラシエ桂枝加苓朮湯エキス細粒	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2183	クラシエ小青竜湯エキス細粒が18g/日で処方されており、量に疑問を感じた調製者が疑義紹介にて確認、正しくはクラシエ小青竜湯エキス錠18錠の誤りであることが判明した。	名称類似医薬品を入力後、剤形の違いを確認し損ねたと思われる。	漢方は1日量や剤形が微妙に異なるものが多く間違いやすい薬であることを認識する。	クラシエ小青竜湯エキス細粒	クラシエ小青竜湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2184	患者が皮膚科の処方箋を持って来局した。処方箋には「クラシエ当帰芍薬散料エキス細粒、6g/分1朝食前、14日分」と記載されていた。薬剤師Aは用法の間違いだと思い電話により処方医に問い合わせたところ、「オースギ当帰芍薬散料エキス錠、6錠/分1朝食前、14日分」に変更された。	クラシエとオースギの勘違い。	漢方薬のメーカーの違いによる剤形、用法、用量の違いをしっかりと把握しておく。	クラシエ当帰芍薬散料エキス細粒	オースギ当帰芍薬散料エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2185	医療機関を変更された患者様です。当該医療機関での採用が最も多いのが「クラシエ防已黄耆湯」のようです。患者さんが求めていたのが「クラシエ防風通聖散」だったのですがその認識不足が生じてしまいました。	上記にも記載致しましたが採用品目に関してが邪魔をし、異なる医薬品を選択することになりました。	患者さんからの聞き取りを行い変更の無い事も確認したうえで現在必要としている薬剤の確認する事が必要だと思います。	クラシエ防已黄耆湯エキス細粒	クラシエ防風通聖散料エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2186	尿の匂いがきついため9/25に受診し尿検査していた。尿の匂いは変わらず本日再受診。処方内容:セフジトレン100mg3TNx、レボフロキサシン250mg1TMx 各6日分。処方間違いか、確認した。	通常、主治医から抗生剤が2種処方されることのないため確認をした。	患者からの聴取、普段の処方内容から推定して疑義照会を行った。	クラビット錠250mg	クレストール錠2、5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2187	妊娠中の患者に対してクラビット250mgが処方されていた。患者の代理で薬を取りに来ていた家族に疑義照会を行う旨を伝えると、以前にもクラビットを服用していて患者本人がクラビットを希望して処方してもらったとの返答があった。クラビットは妊婦に禁忌であることを伝えた。患者家族が患者本人に連絡をとり、クラビットではない薬を服用していたかもしれないと返答があった。後に患者が来局してくださったのでクラビットをみせた。以前服用したのはクラビットではないことがわかった。上記のことを医師に伝え、クラビットが処方削除となりフロモックス錠が処方された。	患者は里帰り中に体調が悪くなった。お薬手帳を持参しておらず、以前服用していたお薬がうろ覚えであった。病院で妊娠中であることは伝えていたが、医師が患者が前も服用したと伝えていたためクラビットを処方してしまった。	患者やその家族からの情報の聞き取りは非常に大事であるが、鵜呑みにしてはいけない。疑わしい場合は、できる限り確実な情報へとつながるようにする。お薬の色や、形だけでは特定できないので画像や実物を見せて確認する。患者が薬の名前を言っても間違えている場合も多いので、画像や実物での確認は役に立つ。	クラビット錠250mg	フロモックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2188	キノロン系のクラビット錠が処方されるが、副作用歴に同系のジェニナック錠の記録が薬局にてあるため、疑義照会を行いました。その結果、副作用歴のないセフェム系のフロモックス錠に処方変更となりました。	病院のカルテにも副作用歴の記録がありましたが、糖尿病治療薬のジャヌビアと名称類似していたため処方医がジェニナック錠を抗生剤と理解していなかったこと、またジェニナック錠とクラビット錠が同じキノロン系の抗生剤であると把握しておらず、医薬品の知識不足が原因と考えられます。	抗生剤の副作用歴がある方が多数いらっしゃいますので、抗生剤が処方されたときはまず服用歴と副作用歴の有無を薬局内の記録で確認し、投薬時に患者様に改めて直接ご確認してお渡しするようにしています。	クラビット錠500mg	フロモックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2189	クラビットの用法が1日2回で来ていたため、医師へ問い合わせ。本当はクラリスを処方したかったそうで、処方変更になった。	専門外の薬で、類似薬の勘違いが原因	用法・用量の確認を徹底する	クラビット錠500mg	クラリス錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2190	以前ジェネリックを服用して発疹が出現し服薬を中止していたが、今回クラビットが処方された。同系統で副作用出ていたため、医師に問い合わせ、ジスロマックに変更された。	ジェニナックで副作用でいたのを医師が失念していた。薬局では必ず薬歴に記載し注意喚起する。	処方せん確認時には禁止医薬品はワーニングが出るよう薬歴に登録する。	クラビット錠500mg	ジスロマック錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2191	以前、クラビット錠500mgで意識消失が疑われる事案があった方にクラビット錠500mg 1錠 朝食後 7日分 が処方されており疑義照会を行い、クラリス錠200mg 2錠 朝食後 7日分に変更になった。	在宅診療に切り替えて初回の診察だったようで、処方医の副作用確認が漏れてしまったと推測する。	薬局でも副作用、副作用歴の確認の漏れないように注意していく。	クラビット錠500mg	クラリス錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2192	前回痛みに対しカロナール錠300mgの処方があったが、効果不十分であり、やや気分の落ち込みもあるため薬が変更になると患者様より聞き取りあり。「カロナール錠300mg3錠毎食後⇒ロキソニン錠60mg2錠・グラマリール錠50mg2錠朝食後」へ処方に変更となっている。だが、患者からの状態の聞き取りからはグラマリール錠の適応となるような、脳梗塞の既往はなく、またジスキネジーにみられる不随意運動もない。処方に疑問をもったため、医師に疑義照会を行った。その結果、「グラマリール錠50mg ⇒ ドグマチール錠50mg」へ変更となった。用法用量は同じであった。	“ール”という類似名称であり、用法用量も同じであることから、処方医から処方内容を聞き取りし処方箋に記載した医療従事者の聞き間違いの可能性はある。	患者様からの聞き取りをしっかりと行い、薬剤の適応と合致しているかを確認することを徹底する。	グラマリール錠50mg	ドグマチール錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2193	母親が処方箋を持って来店。クラリスドライシロップが1日1回寝る前1gで処方されており、ほかの処方アレルギーの薬であるため、クラリチンドライシロップの間違いと思ひ、疑義照会を行い、変更になる。	処方箋を入力時、クラリチまで入力し、クラリチンドライシロップを入力したと思われる。	他に処方されている薬と薬効が異なっている場合は、患者に確認を取ったり、医師に疑義照会を行う。	クラリスドライシロップ 10%小児用	クラリチンドライシロップ 1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2194	耳鼻科医院Aより、7歳児女子に【般】クラリスロマイシンシロップ用10% 1g 分1 夕食前の処方。クラリスDSが正しい処方であれば、7歳児にしては処方量が少ない、分1で処方されることが普段ない、食前投与もない、ことに疑問を抱き問い合わせ。結果、クラリチンDS 1g 分1 夕食後 が正しい処方とのことで、処方変更となった。他に、オノンDS、アラミスト点鼻の処方があった。	医院Aでは、医師が手書きで書いたカルテを元に、事務さんが入力し処方箋を発行するシステム。事務さんが入力の間違えたとと思われる。また、似た名称の薬は、薬の頭数文字を入力したところで、候補薬として挙がってくるよう、選択ミスがあったと思われる。	処方箋入力時には、ただ処方通りに入力するのではなく、不備、疑問点を発覚するシステム。事務さんが入力の間違えたとと思われる。また、似た名称の薬は、薬の頭数文字を入力したところで、候補薬として挙がってくるよう、選択ミスがあったと思われる。	クラリスドライシロップ 10%小児用	クラリチンドライシロップ 1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2195	クラリスドライシロップが処方された患者。用量が大幅に少なかったため問い合わせをした結果、別薬剤のクラリチンドライシロップの誤りだったとのことで処方変更となった。	薬剤名の頭3文字が同じで名称類似しており、処方入力時、間違った薬剤を医師が入力したと考えられる。	添付文書上の用量と異なる場合は問合せを行う。患者と処方内容の確認・主訴の聴き取りを行う。	クラリスドライシロップ 10%小児用	クラリチンドライシロップ 1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2196	2歳児に【般】ロラタジンシロップ1%1.2g/日 処方記載ミスあり。3歳以下使用推奨されておらず成人用量を超える為医療機関に疑義照会行いクラリスロマイシンシロップ用10%1.2g/日へ変更となる。	クラリチンとクラリスロマイシンの類似名称にて医療機関が処方箋誤って発行。	処方入力時アラートは必ず印刷し確認を行う。年齢、体重による用量の確認は毎度行い調剤決定をする。	クラリスドライシロップ 10%小児用	クラリチンドライシロップ 1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2197	クラリスロマイシン5mg 1日1回寝る前で処方1回量が少なすぎる点と、分1で処方である点に、疑問があり問い合わせ母親に症状を確認したところ、湿疹にて受診	ドクターのカルテに記載されていた、クラリチン、クラリチン「クラリ」まで同じクラリスロマイシンと勘違いして、記載したと思われる。	1回量、飲み方の確認、患者様への症状のヒアリングをして処方最適かどうか、調剤時にも確認をしていく	クラリスロマイシンDS 10%小児用「サワイ」	ロラタジンDS1%「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2198	5歳、(般) クラリスロマイシンDS 0.5g/1×夕食後の処方用法用量に疑義を感じ、かつ常用量よりかなり過少であることから処方医に電話にて疑義照会を行った。 結果、ロラタジンDS(クラリチンDS)へ処方変更となった。	先発名クラリチンとクラリスのオーダリングミスが要因と推定	用法用量に疑義を感じた際は都度医療機関への疑義照会など適正な薬物治療の実践を継続する	クラリスロマイシンDS 小児用10%「タカタ」	ロラタジンDS1%「トローワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2199	クラリチンDS5mgを処方するところクラリスロマイシンDS0.05gの処方だった。	用量からおかしいと気づけると思うが、時季的にもあり得ると意識しておければ良いかと思共	当情報を共有した。	クラリスロマイシンDS 小児用10%「タカタ」	ロラタジンDS1%「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2200	患者母親より体重27Kgと確認。クラリスロマイシンDS小児用10%タカタ100mgの1日量6gは多く医師に確認する。クラリスロマイシン錠50mg小児用サワイの1日量6錠の間違いと確認して、変更となる。	医師の記入ミスであるが、薬局でも確実に確認出来るように、薬剤の用量早見表を作成して、判断している。必ず患者の体重は確認する。	抗生剤の量の監査は必ず2人以上の薬剤師が体重と照らし合わせ監査する。	クラリスロマイシンDS 小児用10%「タカタ」	クラリスロマイシン錠50mg 小児用「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2201	クラリスロマイシンと別に抗生物質が処方されていたので、もしかしてクラリスロマイシンはクラリチンを処方したかったのかと思に至り疑義紹介したところ変更になった。	クラリチンまで入力して出てきたクラリスロマイシンを選択したと思われる。	先発医薬品名や販売名も知っておくほうが良い。	クラリスロマイシンDS 小児用10%「タカタ」	クラリチンドライシロップ 1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2202	一般名クラリスロマイシン1錠分1の処方箋を受け付けたが、用量が通常量より少ないため患者家族へ聴取を行った。家族より、アレルギーに対して薬を出してもらったとの旨をお聞きしたため、疑義照会を行い薬剤変更となった。	薬剤名が3文字目まで同一となっているための薬品名類似性によるものと思われる。	情報を共有し、これまで通り処方監査を行う。	クラリスロマイシン錠50mg 小児用「CEO」	クラリチン錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2203	定期的にクラリチン錠10mgを処方されていた患者の処方に対し、【般】クラリスロマイシン錠200mgが処方されていた	クラリチンとクラリスの名称に類似点があるため、処方せん入力の際に誤入力したものと推測される	類似名称品目として注意し、用法や患者の症状について確認する	クラリス錠200	クラリチン錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2204	アレジオンDSとクラリチンDSが同時処方されていた。疑義照会したところクラリスロマイシンDSとクラリチンDSの処方間違いであった。	類似名称の為医師が選択欄を間違えてしまったと思われる。	今回は作用重複の為気が付きやすかったが、単独処方の場合は気が付きにくいと思われる。患者様とのコミュニケーションを密にし受診理由、体調等の聞き取りから間違いに気づきやすい環境を作っていきたい。	クラリチンドライシロップ1%	クラリスロマイシンDS 10%小児用「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2205	患者に初めてクラリチンドライシロップが処方された。この患者は1才でありクラリチンの適用外であり、用量も不適切であったため他の薬剤と間違っている可能性があると推測された。お伺い書によりクラリスドライシロップを定期服用していることも判明したため疑義照会した。	医療機関がクラリスドライシロップを入力すべきところをクラリチンドライシロップと入力してしまったようである。	お薬手帳やお伺い書の確認や患者からの聞き取りを必ず実施する。処方内容に疑問を感じたら些細な内容でも疑義照会を行う。	クラリチンドライシロップ1%	クラリスドライシロップ10%小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2206	鼻炎症状を訴える6歳11ヵ月の女兒に、クラリチンレディタブ錠10mg 1錠 分1就寝前 4日分の処方。10日後に7歳を迎えるが、年齢からクラリチンレディタブ錠では過量であると判断し、規格・剤形についてTELにて問い合わせ。結果、クラリチンドライシロップ1% 0.5g 分1就寝前 4日分に変更となった。	医薬品名称類による選択ミスだと考えられる。	現在の年齢で判断し疑義照会を行った。	クラリチンレディタブ錠10mg	クラリチンドライシロップ1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2207	他院処方の常用薬の処方を希望していたが、処方内容が異なる薬剤であったため問い合わせ、変更となる。	医師の処方入力の際のミス	おくすり手帳がなくても、常用薬に関する情報を十分に聞き取り、処方内容との齟齬がないかを確認する	グラндаキシン細粒10%	キプレス細粒4mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2208	クリアミンS4錠/分4 x 7日分で処方されていたが、ほかの薬が風邪薬だったためクリアナールの記載間違いかどうかを疑義照会し、クリアナールに変更となった。	医師の処方入力画面での選択ミス	処方監査を徹底する	クリアミン配合錠S0.5	クリアナール錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2209	メトホルミン塩酸錠250mgは、最高投与量750mgであるが、4錠 1000mg 処方メトホルミン塩酸塩MT 250mg 4Tで処方変更	薬品名の類似	最高投与量と薬品名の確認	グリコラン錠250mg	メトホルミン塩酸錠250mgMT「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2210	(般) メトホルミン塩酸塩錠250mg : GLが処方されていたが、お薬手帳や過去の履歴から (般) メトホルミン塩酸塩錠250mg : MTではないかと推測。疑義照会によりメトグルコ錠250mgに変更	メトホルミン製剤は一般名だとGLとMTがあり、成分は同じだが服用量が異なる。GLが処方されることが少ない為薬歴を確認しました。	メトホルミン塩酸塩錠にはGLとMTの二種類があることが分かるように掲示。また薬剤の保管場所をずらしておくことで普段調剤しないGLを調剤したら改めて薬歴の確認をするようにしている	グリコラン錠250mg	メトグルコ錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2211	初めて来局の患者。母とともに来局。「グリセリンBC液「ヤクハン」(15ml/1本)10本 便秘時(洗腸)1回1個」が処方されていた。扱ったことのない薬であり、患者に確認したところ、便秘で受診したとのこと。添付文書を確認したところ、洗腸として使用するものでなかった。グリセリン洗腸液の間違いではないかとも考え、疑義照会した。グリセリン洗腸液の間違いであった。患者が2歳なのでより少量規格のものはないかとのことだったので、30mlのものを1回1/2個で使用することを提案した。その結果、「グリセリン洗腸液50%「ケンエー」30ml 10個 便秘時(洗腸)1回1/2個使用」に処方変更となった。	薬品名が似ているため、選択ミスと思われる。	疑問に思うことは、患者からも情報を得て、ドクターに確認するようにしている。	グリセリンBC液「ヤクハン」	グリセリン洗腸液50%「ケンエー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2212	転院後初処方で糖尿病治療中の患者にグリベック錠100mgが処方された。お薬手帳で前医の処方を確認するとグリベンクラミド錠2.5mgを服用中だった。	オイグルコン錠がグリベンクラミド錠にジェネリック変更になっていた。処方した医師が、名称が似ているので間違えて入力したと考えられる。	お薬手帳等により前回処方の確認をしっかりと行っている。また病名から考えられる処方であるかチェックしている。	グリベック錠100mg	オイグルコン錠2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2213	往診・訪問患者の定期処方箋を受け付けた。今回よりグリミクロンHA錠20mg→グリベンクラミド錠2.5mgへと処方変更になっていたが、ここ数回の訪問時バイタルにて血糖値・HbA1cが低いこと、往診日前日に訪問した訪問看護師からも血糖値が低めだったと報告を受けていたため、SU剤効果増強となる処方変更と患者の状況が合っていないと判断し疑義照会。グリベンクラミドではなくグリメピリドの処方間違いであった。	処方内容入力時の選択ミスか、類似名称による医師の勘違いか。	類似名称薬剤の確認を徹底。患者の状況からみて疑問点がある場合は必ず疑義照会する。	グリベンクラミド錠2.5mg「サワイ」	グリメピリド錠0.5mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2214	患者が【般】クロピドグレル錠50mg 1錠14回分(頓服 不安時)と書かれた処方箋を持参した。薬剤師Aは症状と薬効が違いため、医院に電話で疑義照会した。その結果【般】クロチアゼパム錠5mg 1錠14回分(不安時)に変更になった。	初めの2文字が同じため、医院で処方箋を作成する時に、レセコンで検索する時に、違うものを選んだ。	患者の話聞き取り、用法と薬品が適切かどうか判断する。	クロピドグレル錠50mg「EE」	クロチアゼパム錠5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2215	内科クリニックの処方。午前中に定期薬を渡したあとに追加があるとクリニック事務員よりTELあり。クロピドグレル錠 3T 分3 7日分と言われたので、規格もなく、1日1回の薬なので薬の名前は正しいのか問い合わせ。 医師に確認してもらおうと、カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム錠30mgのことだった。眼の出血で眼科受診し、眼科より処方の指示があったようで、内科クリニックより追加処方となった。追加となったのはカルバゾクロムスルホン酸ナトリウム錠30mg「日医工」3T 分3 毎食後 7日分、アズレン点眼液0.02%「わかもと」1瓶 1日4回左目点眼。最初に出ていた定期処方ではアムロジウム錠2.5mg 1.5T 分1 朝食後 28日分、フォサマック錠35mg 1T 週に1回朝・起床時 4日分、バリエット錠10mg 1T 分1 朝食後 28日分、アルファカルシドール錠0.5mg「アメル」1T 分1 朝食後 28日分、ツムラ八味地黄丸エキス顆粒 2.5g 分1 AM10:00 28日分だった。	ジェネリックで名前が長いので、医師があやふやになっていたのかも。	名前が間違っている可能性を考えて、用法などおかしい点があれば確認する。	クロピドグレル錠75mg「SANIK」	カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム錠30mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2216	クロベタゾールプロピオン酸エステルローションが新規で処方。患者ご本人に使用部位、症状確認したところ、普段クロベタゾン酪酸エステルローションを使用している頭部への使用であり、症状の増悪も見られないことから名称類似品の入力間違いである可能性考え疑義照会。クロベタゾールプロピオン酸エステルローションからクロベタゾン酪酸エステルローションへ変更になる。	処方箋作成時、確認、知識の不足により類似品の入力を行ってしまったものとする。	ステロイド外用薬のランクを把握し、それぞれの特徴を理解する。患者とコミュニケーションを取り、特に新規処方、変更があった際は変更理由、症状について理解したうえでの投薬に努める。	クロベタゾールプロピオン酸エステルローション0.05%「イワキ」	クロベタゾン酪酸エステルローション0.05%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2217	アズノール軟膏とクロベタゾールプロピオン酸エステルローションが処方されており、両剤を混合するよう指示があったため、ローション剤を軟膏に変更可能か疑義照会した。その結果、変更可となった。	病院で薬剤名を入力する際に、軟膏剤とローション剤が隣接しており、誤って選択したと推察される。	対策として、取りそろえた薬剤を確認する際は、必ず調剤監査システムを用いる。混合可能な剤型をすぐに確認できるよう、ハンドブックの位置を薬剤師間で共有する。	クロベタゾールプロピオン酸エステルローション0.05%「イワキ」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2218	投薬時の患者様との薬の確認時に「薬が違う気がする。メモに書いてきた。」と言われたため患者様が持参されたメモと内容を照らし合わせて確認したところ、以前処方されたことがあるキンダベートの後発品であるクロベタゾン酪酸エステル軟膏の間違えであったことが発覚。	名称が類似しているため処方入力時に間違えたと思われる。処方箋交付前の確認が不十分であったと思われる。	投薬時に薬の確認をしっかりと行うようにしている。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「テイコク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2219	Strongestのクロベタゾール軟膏が顔に処方されていたため疑義。Mediumのクロベタゾン軟膏へ変更。	名称類似による入力誤り。皮膚科ではなく、専門領域外のDrが処方していたため知識不足も考えられる。	症状と処方内容が適正か意識した鑑査を行う。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2220	経過措置等で名称が一般名になり、一般名称が類似しているため処方せん入力が間違ったと思われる。ただし処方箋に使用部位が記載されていたので、年齢と部位で薬剤師は外用ステロイド剤が異なっているのではないかと日ごろの経験により気づき疑義照会に至った	年度初めは経過措置が終了する薬剤が多いため	名称変更になった際に間違いが起こる可能性を事前に話あっていたため薬局内で情報を共有していた。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2221	普段遠方の小児科のある病院へかかっていたが、コロナ禍のため近医を受診し、患者家族より処方をお願いされたとのこと。このとき、お薬手帳を見せ現在使用中の薬剤を処方して頂くよう相談されたとのこと。当該薬剤について使用部位が「顔」となっていたため、お薬手帳にて薬剤を確認したところ、間違いに気づき疑義照会、薬剤変更となる。	薬剤の表記が成分表記になっており、両薬剤とも「クロベタ」から始まる薬剤名であったため、選択を間違ったとのこと。	先発商品であれば、処方医もなじみがあるため、分かりやすい疑義照会などを心がける。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「テイコク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2222	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏+プロベトの混合が顔に塗布するとの指示で処方。クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏はStrongestで吸収の顔に塗布するとは考えにくいため疑義照会で医師に確認したところクロベタゾン酪酸エステルの処方間違いだった。	クロベタゾン酪酸エステルとクロベタゾールプロピオン酸エステルは名称が似ているため処方入力する際に間違ったと考えられる。	ステロイドのランクを把握し、部位によって使い分ける事を把握しておく	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2223	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05% (デルモベート軟膏) が患部に塗布と処方あり。投薬時に患部は顔と聞き取ったためDrに疑義照会。クロベタゾン酪酸エステル軟膏 (キンダベート軟膏) に変更と返答あり。	軟膏の一般名処方で、頭文字が5文字同じなので医療機関で伝達ミスか入力ミスが起きたものと思われる。	今回の事例ではランク1 (strongest) のデルモベートと、ランク4 (medium) のキンダベートの一般名が類似していることによる医療機関の処方内容ミスだった。薬局ではピッキング時から取り違えないように類似薬品名ありと注意喚起されている。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05% 「MYK」	キンダベート軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2224	皮膚科で既に顔用で処方されていたクロベタゾン (キンダーベー軟膏のGE: マイルド) を他院医師に処方依頼したところ、クロベタゾール (デルモベート軟膏のGE: ストロングスト) が顔用で処方せん記載されていた。以前の薬歴とお薬手帳、患者本人からの情報で、お薬手帳の医薬品名転記ミスを探り、疑義照会したところ変更となった。	お薬手帳記載の医薬品名の転記ミス (医薬品名類似による処方せん入力選択ミス)	薬歴・お薬手帳等による併用薬を含む処方せん監査の厳守	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05% 「MYK」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05% 「テイコク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2225	7月までリドメックスコーワ軟膏を顔に使っていた。久しぶりに来局したところクロベタゾール軟膏が処方された。クロベタゾールはストロングストタイプであり、通常顔に使用しないので照会したところ処方変更になった。本当はバルデス軟膏 (クロベタゾン軟膏) を処方したかったとのこと。	4文字目まで名称が同一の一般名であるため誤ったと思われる。	ステロイド薬の強さ一覧表をいつでも見られるようにしている。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05% 「MYK」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05% 「テイコク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2226	処方医は、クロベタゾン酪酸エステル軟膏を処方したかったが、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏を選んでしまった。問い合わせた結果、クロベタゾン (キンダベート) ではなく、ロコイド軟膏の処方となった。塗布部は首。	一般名処方 (成分名) の類似	年齢が0歳であったため、ストロングストのステロイドでよいのか疑義。患者背景に注意する。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05% 「イワキ」	ロコイド軟膏0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2227	0歳10カ月の患者に、【般】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏、【般】ヘパリン類似物質軟膏が処方された。投薬時、症状を確認してみたら乾燥と軽い湿疹がある程度だったため疑義照会。クロベタゾン酪酸エステル軟膏との入力間違いであった。	名称が類似しているための入力間違い。	必ず症状、程度を確認する。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「イワキ」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「テイコク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2228	処方内容は一般名「クロルフェネシカルバミン酸エステル錠125mg」3T 分3毎食後であった。その他の処方内容(抗生物質、痰切等)、患者との会話より、風邪で咳の症状がある状況にも関わらず、筋弛緩剤が処方されていることから疑義照会を行った。その結果、抗ヒスタミン剤である一般名「d-クロルフェニラミンマレイン酸塩錠2mg」3T 分3毎食後に処方変更となった。	一般名の名称が類似しており、カルテの記載ミス、もしくはコンピューターの操作ミスが原因と考えられる。	引き続き、患者の症状等から処方内容に誤りがないかよく確認して、投薬を行っていく。また、類似の一般名等による調剤ミスがないように注意していく。	クロルフェネシカルバミン酸エステル錠250mg「サワイ」	d-クロルフェニラミンマレイン酸塩錠2mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2229	処方医は、処方入力の際、先発医薬品で入力するが、処方箋は一般名に変換されて書かれるシステムになっていて、プロレナールを処方したつもりがプロスタールになっていて、一般名でクロルプロマジン酢酸エステル錠25mg 6錠 毎食後 10日分になっていました。患者様に容体を尋ねたところ、膝から下が、冷たいとの事で、電話にて疑義照会したところ、プロレナールの処方の間違いとわかり、後発品で、リマプロスタールファデクス錠5μgに変更となりました。	似た名前前の薬の処方間違い。	新しい薬の処方時は、患者様の症状の確認と、先生から説明があったかの確認を必ずして、投薬。その後、薬歴に記入を心掛ける。	クロルマジノン酢酸エステル錠25mg「YD」	リマプロスタールファデクス錠5μg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2230	女性患者にクロルマジノン酢酸エステル錠25mgが処方されていたため疑義照会、クロルプロマジン塩酸塩錠25mgへ変更指示があった。	薬品名類似が原因と考えられる	事例を共有した	クロルマジノン酢酸エステル錠25mg「YD」	コントミン糖衣錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2231	塩化カリウム徐放錠600mgが一般名で処方されたがメーカー欠品でいずれも入手困難だったため アスバラK300mgを代替案に選んだが成分の違うものだった。	有効成分を確認する必要がある。代替薬品にする場合の同等量を薬学的に提案する。	有効成分をダブルチェック	ケーサプライ錠600mg	塩化カリウム「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2232	ケトコナゾールの用法なく処方医へ問い合わせ→ケトプロフェンテープを処方するつもりが誤ったとの事	薬剤名の類似	患者への細かな症状聞き取り	ケトコナゾールクリーム 2%「イワキ」	ケトプロフェンテープ40 mg「テイコク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2233	ケフレックスを患者が希望したが、アレルギーの既往のあるケフラールが処方された。	カルテが間違えていたのか、処方箋の入力時に間違えたのかは不明だが、名称類似による間違いと推測できる。	薬歴にアレルギー歴を記載の際にすべてのページに記入している。	ケフラールカプセル25 0mg	ケフレックスカプセル25 0mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2234	ケフレックスCap250mg8Cap分4毎食後就寝前で服用することが本来は正しいが、ケフラールCap250mg8Cap分4毎食後就寝前で処方されていた。そのままの処方では過量投与になってしまうため、患者に消化器症状などの副作用の可能性がある。疑義照会を行い、ケフレックスCap250mg8Cap分4毎食後就寝前へ変更となった。	薬剤名が類似していることが処方に関連した要因だと思われる。	添付文書に記載の用法、普段医師の処方する用法用量とは異なる処方内容が来た際に、その間違いに気がつけるように近隣の医師の処方意図や正しい用法用量を十分に理解する。	ケフラールカプセル25 0mg	ケフレックスカプセル25 0mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2235	手書き処方箋であり、クラビット1.5%1本、ベストロン1本、ゲンタシン1本/左目1時間毎の使用との処方記載あり。調剤者はゲンタシン軟膏を目の周りに使用するものと思い、ゲンタシン軟膏を調剤。投薬の際に患者本人に使用部位を確認したところ、目の周りに症状はなく、目の中であると言われた為、投薬者がゲンタシン軟膏ではなく点眼液ではないかと思い疑義照会を行ったところ、ゲンタマイシン点眼液0.3%の処方であったことを確認した。	まず調剤者がゲンタシン軟膏を目の周りに使用すると思い込んで調剤したことがいけなかった。監査者についても調剤形記載がないものをそのまま通してしまった。	今回のような手書き処方箋の場合、剤形の記載がない場合にはまずその確認をしなければならない。ゲンタシンの場合、軟膏・クリームの場合があるので、まずその疑義照会を行うことで、薬剤名の書き間違いに気が付くことができた。今回は患者インタビューで間違いに気が付くことができた。使用部位・場合によっては剤形等について引き続き患者にきちんと確認を行うことを忘れないこと。	ゲンタシン軟膏0.1%	ゲンタマイシン硫酸塩点眼液0.3%「ニットー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2236	A眼科にかかっていたが在宅医療開始に伴いB眼科に転院。初めての処方。処方薬：デュオトラバ点眼液、コンプト点眼液(A眼科処方薬アイファガンから変薬)、クラビット点眼液、サンコバ点眼液。心不全の既往歴がある患者に対し、デュオトラバとコンプトはカルテオロールが重複しているため疑義照会。コンプトがトルソプトに変更になった。	新規患者の為既往歴の確認もれ、もしくは類似医薬品の処方誤りであったと考える。	お薬手帳の確認、既往歴、変薬時の処方内容の確認、違和感がある場合は必ず疑義照会を行う。	コンプト配合点眼液	トルソプト点眼液1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2237	初めて受診の病院にて以前から服用中の降圧剤を処方してもらったとのこと。以前：コディオMD処方(手帳より確認) →今回：【般】バルサルタン・ヒドロクロロチアジド12.5 (コディオEXに該当) 医師からは薬刺を増量する説明はなしとのこと。現状そのまま服用すると、薬刺増量のため、ふらつきなど低血圧の恐れあり。医師に問い合わせたところ、コディオMD(以前と継続処方)へ変更と回答あり。	初めて受診のため、医師の類似名薬剤間違いと思われる。	今後も、手帳、聞き取り、薬歴など総合的な情報から処方監査をし、疑わしい場合は疑義照会を実施。投薬時もしっかりと患者様とコミュニケーションをとることで、正しい服薬ができるよう取り組みます。	コディオ配合錠EX	コディオ配合錠MD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2238	『足が痛み受診して痛風発作の疑い有りと言われた』と訴える患者様に対しコルドリン錠疼痛時服用で処方箋指示あり。疑義ありと判断した薬剤師は照会し、結果コルヒチン錠に変更となった。	カルテ記載違い或いは受付での入力違いが想定される。	今後も様々な情報をもとに判断し、医薬品適正使用を推進していく。	コルドリン錠12.5mg	コルヒチン錠0.5mg 「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2239	アトピー性皮膚炎などの症状で受診の患者が来局した。コレクチム軟膏が鼻に使用ということで出ていたが、小児には適応がなく、患者家族に確認したところ鼻には化膿性の皮膚炎があることが分かった。処方医に疑義照会した結果、コレクチムはアクアチム軟膏の誤りがあることが分かり、アクアチム軟膏へ変更となった。	コレクチム・アクアチムの名称が類似していたため間違えてしまった。	ステロイドなど免疫抑制薬が感染性皮膚炎が疑われる患者に使用されている場合には必ず確認するようにしている。	コレクチム軟膏0.5%	アクアチム軟膏1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2240	他院にてポリフル処方あり。効果感じずにコンプライアンスは不良。今回コロネルが処方。名称は異なるが同種薬のため疑義照会し、トリメブチンに変更となる。	併売品で処方医は普段使用するコロネルの認識しかなかった。	併用薬の確認、一元管理・把握、服薬状況の確認が大切	コロネル錠500mg	ポリフル錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2241	9ヵ月のお子さんに、ザイザルシロップ4mL分2朝夕食後という処方があったため、用法及び用量について疑義したところ、ザジテンシロップ4mL分2朝夕食後に変更となった。医師処方指示(カルテ記載)はザジテンシロップだったようだが、入力時にザジテンシロップにしてしまった様子。	医院側での名称類似薬品の入力間違いによる処方	用法用量の確認を怠らない。用法用量がたまたま合致してしまっているケースもないとは言えないので、患者からの聞き取りも十分に行う。	ザイザルシロップ0.05%	ザジテンシロップ0.02%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2242	投薬時にアレルギーの相談を確認しましたが泌尿科の相談したと返答あり薬の違いを確信	名前の類似	必ず患者さんの訴えを確認	ザイザル錠5mg	ザルティア錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2243	処方から薬に違和感を感じ、患者様に高額になることを話して抗アレルギー薬が出るはずである事がわかったので、そのまま処方箋を持って戻ってもらった。薬剤師が付き添っていきました。	入力違い	患者様の話をよく聞くこと。違和感のある場合は聞きにくい事もありますが、きっかけを見つけて聞き出す	ザイボックス錠600mg	デザレックス錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2244	サインバルタ20mgが初処方となり、患者様に問診したところ、血圧が高いので血圧の薬を増やすと医師から説明があったと確認。疑義照会したところ、サインバルタ20mgは中止になりバルサルタン20mgに変更になった。	名称のバルと20mgが同じ為間違えたのかも知れないが詳細は不明。	初めて出る薬、追加薬があった場合では、こういった症状で追加になったのか、医師からどう聞いているか確認して上記の様なミスを見逃さないように取り組んでいます。	サインバルタカプセル20mg	バルサルタン錠20mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2245	患者に新しくサインバルカプセル20mg1カプセル朝食後30日分が処方されていた。処方追加について患者に尋ねると、「今までも血圧高めだったので、とうとう薬開始することになりました」とのこと。血圧の薬ではなかったので、処方医に処方意図確認すると、バルサルタン錠20mgの間違いであったことが発覚。	名称の一部類似と規格が同じであったために間違われたと思う。	患者に処方追加に対しての話を聞き、疑問があれば確認することが不可欠であると思う。	サインバルタカプセル20mg	バルサルタン錠20mg 「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2246	施設に入居されており当薬局で定時薬をお持ちしていた患者様が別施設へ移動となり、その際に転院。もともとザクラス配合錠LDを服用されていたが、転院後の初めての処方ではザクラス配合錠HDに処方変更となっていた。入居されている施設職員に聞き取りを行ったが処方変更などの説明は特になかったとのことであり、確認のため疑義照会を行ったところ、ザクラス配合錠LDに変更となった。	ザクラス配合錠HDとザクラス配合錠LDの名称が類似しているため入力や聞き取りの際には間違いがないかと思われる。施設職員も名前が似ていて気付かなかったと話されていた。	各施設に担当者を割り当て、施設ごとの情報が1人に集まるようにしている。今回は移動前・後の施設が同じ担当者の施設であり、処方箋をいただいた際にすぐ気が付くことが出来た。	ザクラス配合錠HD	ザクラス配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2247	生後6か月患者に対し、ザジテンDS0.1%が3g分2で処方。用量過多の為、疑義照会すると、ザジテンシロップ0.02%3ml分2の誤りであったことが発覚した。	病院の入力時での誤りであると思われる。	体重と用法用量のチェックをきちんと行う。	ザジテンドライシロップ0.1%	ザジテンシロップ0.02%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2248	3歳12kgの患者にザジテンドライシロップ0.1%3.9gの処方。過量投与である事より、ザジテンシロップ0.02%と誤って処方しているのではないかと医師に疑義照会して確認。ザジテンシロップ0.02% 3.9mlへ処方変更になった。	パソコンでの薬品名選択の時に誤って剤形・規格が異なる薬剤を選択したが、投与量は正しい薬剤の規格の量で処方を行ってしまったと考える。処方後の薬剤と投与量のチェックが抜けていた可能性あり。	処方鑑査時に投与量のチェックをしっかりと行う。特に小児の処方では体重を確認し、しっかりと計算してから調剤を行うようにする。	ザジテンドライシロップ0.1%	ザジテンシロップ0.02%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2249	初回来局の患者様今までは海外で処方されていた薬を持参。『SalazosulfapyridineEN500mg』と記載されたボトルの錠剤を4錠分2朝夕食後に服用中。 処方箋では【般】サラゾスルファピリジン錠500mg2錠 分2朝夕食後 30日分にて処方あり。 患者様に、症状を確認したところ、関節リウマチにて処方されたことを確認。 医師へ疑義照会をしたところ【般】サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg 2錠 分2朝夕食後30日分変更となった。	英語表記による医薬品の名称類似	初回来局時には、どのような症状で服用を開始しているかの確認の徹底を実施。	サラゾスルファピリジン錠500mg「JG」	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「CH」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2250	施設入居後、往診医からは初めての処方。施設からいただいた情報提供書から関節リウマチの現病歴があること・お薬手帳のコピーからサラゾスルファピリジン腸溶錠を服用中であることから疑義照会した結果、サラゾスルファピリジンの普通錠から腸溶錠へ変更になった。	処方医が処方を入力する際に普通錠と腸溶錠を入れ間違ったと思われる。	お薬手帳から服用中の薬と変更がないか確認すること、また現病歴とも合わせて処方内容に間違いがないかを確認することが必要。	サラゾスルファピリジン錠500mg「タイヨー」	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2251	サラゾスルファピリジン500mg錠が処方となるが、サラゾスルファピリジン錠の適応が潰瘍性大腸炎のため、患者様のお薬手帳を確認したところ、他院からサラゾスルファピリジン腸溶錠が処方されていることを確認し、疑義照会を行った。	一般名が類似している医薬品に対し、医療機関の認識が不足していた為。	一般名の名称が似ている為、必ず患者様のお薬手帳・薬歴等から情報を収集し、疾患を確認する。	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2252	今回初診の訪問診療クリニックで一般名処方「サラゾスルファピリジン錠500mg 2錠 朝夕食後」が処方された。処方元から情報提供書を頂いたので確認したところ、炎症性腸疾患の既往はなく関節リウマチの既往があった。また、お薬手帳ではサラゾスルファピリジン腸溶錠500mgをもともと飲まれていた。処方元の医師に確認し、サラゾスルファピリジンの普通錠と腸溶錠は適応が異なることを伝えたと、サラゾスルファピリジン腸溶錠500mgに変更となった。	医師の確認不足	既往歴の確認、同成分でも剤形によって適応が違う薬があるので注意する。	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2253	リウマチにてアザルフィジンEN錠を後発品(サラゾスルファピリジン腸溶錠)で別の病院・薬局から交付されていた。リウマチの薬が1種類に減り、今回処方された病院からともに出してもよいとなったため、処方医がサラゾピリン錠のマスターで処方され、手帳の内容から疑問を持ち疑義照会して処方が腸溶錠に変更となった。	処方医がサラゾピリン錠とサラゾスルファピリジン腸溶錠の適応の違いを理解していなかった。同一の薬剤と勘違いしていたと考えられる。	サラゾピリン、アザルフィジンEN錠の理解を深めて起き、新規で処方された際には患者への病名確認を怠らない。	サラゾピリン錠500mg	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2254	普段から受診されている患者。かかりつけのDrが他の病院へ転職となった為患者も病院を変更した。変更先の病院で処方された薬が、今まで処方されていたサラゾスルファピリジン腸溶錠ではなくサラゾピリン錠となっていた。	Drが転院に伴い不慣れなコンピュータシステムで普通錠と腸溶錠の入力を間違えたと推定される。病院により採用医薬品が異なるため間違えに気づかなかったと推定される。患者転院に伴い過去の処方歴がなかった為、処方歴の照らし合わせができず間違えたと推定される。	電子薬歴による管理と紙のお薬手帳の管理。患者への聞き取り。上記により間違えに気が付くことができた。	サラゾピリン錠500mg	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2255	初来局患者の処方に整形外科よりサラゾピリン錠500mgの処方あり。お薬手帳の確認を行ったところサラゾスルファピリジン腸溶錠500mg(ジェネリック医薬品)を他病院にて処方あり。継続処方の入力ミスと判断し、疑義照会を行った。結果サラゾピリン錠500mgはアザルフィジンEN錠500mgに変更となった。	レセコン上で同一成分薬(類似名称品)の選択ミスと考えられます。	診療科と処方薬の適応をチェックすることで、処方箋を目にした瞬間から違和感を持つことが可能な事例でした。また、お薬手帳を確認することにより、ミスの裏付けができました。普段より類似名称品や同一成分薬に関する注意喚起をスタッフに行い、かつ調剤棚にも注意喚起のポップ類を設置していたため速やかに処方薬誤りに気付くことにつながれたと考えます。	サラゾピリン錠500mg	アザルフィジンEN錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2256	以前より当薬局を利用されている患者が処方箋を持って来局。前回まで服用のソランタール錠100mgから(般)サラゾスルファピリジン錠500mgに今回から変更処方されていた。患者からはリウマチであると聞いていたので(般)サラゾスルファピリジン腸溶錠500mgの間違えではと思い、処方医に疑義照会した。結果、(般)サラゾスルファピリジン腸溶錠500mgに変更。	処方医による類似薬品の処方ミス	服薬指導時に患者より病状、または疾患名を聞き取り、薬歴に記録しておく	サラゾピリン錠500mg	アザルフィジンEN錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2257	整形外科での処方だったため潰瘍性大腸炎の適応のサラゾピリン錠の処方に疑問を抱く。念の為事例がないか処方元の病院薬剤部に確認をし、先生に再度疑義照会を行って変更となった。	一般名のサラゾスルファピリジン腸溶錠を処方するところ、オーダーミスで類似品のサラゾピリンを処方した模様。	処方された科の確認と患者背景、疾患を考えてミスを事前に防止。	サラゾピリン錠500mg	アザルフィジンEN錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2258	整形外科より、サラゾスルファピリジン錠500mgの処方あり。通常だと、整形外科では関節リウマチに適応のあるサラゾスルファピリジン腸溶錠500mgが出るのではないかと疑問を持ち、お薬手帳や患者様からの聞き取りを行い、病院へ疑義照会。処方した病院では、今回が初診で、他病院からの転院してきて、初回の処方で薬剤の選択を誤ったと思われる。	錠と腸溶錠の選択の誤り	お薬手帳にて、今までの服用歴を確認。また、薬剤の適応症と診療科に齟齬がないか確認を行うこと。	サラゾピリン錠500mg	サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「CH」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2259	平素より外科の処方箋を応需している患者様です。今回初めて皮膚科・泌尿器科併設の病院を受診されました。ザルティアが処方されていましたが、投薬時に症状を伺ったところ、痒みがあって受診し、排尿障害については全く問題ないとのことでした。疑義照会を行ったところ、ザイザルとすべきところ、ザルティアを誤入力とのことでした。	薬剤名類似のため、誤入力。	初めて処方される薬剤の場合は患者様に症状、状態をしっかりと聴取し、適正に服用、使用していただけるよう説明を行っています。今回は症状と薬剤効能が異なり、照会に至りました。改めて情報聴取の重要性を認識しました。今後も情報収集を徹底し、患者様に十分な効果が得られるように取り組んでいきます。	ザルティア錠5mg	ザイザル錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2260	泌尿器科にてザイザルが処方されており症状をお聞きした所アレルギー症状など出たおらず前回処方のフリバスが効かなかったため薬を変更すると医師より説明があったとのこと。ザルティアの間違いではないか問い合わせたところ処方箋発行時の入力ミスと判明、ザルティアに変更となる	ザルティア5mg、ザイザル5mgと初めの文字、mg数が同じだったため誤って入力されたのだと思う	患者さんから症状の聞き取りをし処方の方の妥当性を判断する	ザルティア錠5mg	ザイザル錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2261	エリスロシンとサルボグレラートが処方されていて、処方意図がよくわからなかったため医師に疑義照会しました。(患者さんは外出中で症状が聞けませんでした) Drに問い合わせると、サルボグレラートの先発名アンブラグとアンプロキソールを間違えたようでした。サルボグレラートが処方削除になり、アンプロキソールが処方されました。	アンブラグとアンプロキソールの名前の類似	処方意図がよくわからない処方があったら疑義照会する	サルボグレラート塩酸塩錠100mg「サワイ」	アンプロキソール塩酸塩錠15mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2262	サンドールP点眼薬、1日3回日中の使用指示となっていた。散瞳作用強い薬剤のため、電話にて医師に疑義紹介。サンピロ点眼薬に変更となった。	サンドールとサンピロ、名称の頭文字が同じによる処方箋入力時の選択ミスの可能性あり。	患者さんへの聞き取りと、薬剤の用法用量を確認することで、処方ミスの可能性を発見する。	サンドールP点眼薬	ミオピン点眼薬		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2263	新規処方でサンピロ点眼薬2%処方。交付時の聴取にて「目の疲れに目薬を出してもらった。緑内障などのお話は聞いていません。」と患者返答。医師に疑義照会すると、「医薬品の名前を間違えて入力した。サンコバ点眼薬を処方します。」と返答あり。	サンピロ点眼薬2%とサンコバ点眼薬0.02%と名称が似ているためカルテ記入時に誤入力したと思われる。	用法の確認・交付時に診察内容・症状の確認を実施する。	サンピロ点眼薬2%	サンコバ点眼薬0.02%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2264	精神科の処方箋を持参された患者にシグマート錠5mgが記載されていた。店頭にて患者に不整脈など脈の乱れがあったのかと聞くと、今日は主訴が不眠・不穏で来ており、脈の話などしていない。そこで不審に思い疑義照会して、シクレスト舌下錠5mgの記載間違いが判明した。	シクレストとシグマート、おそらくシクで検索し、出てきた薬品の登録間違いと思う。	処方箋に記載されている医薬品と、患者との話し合いの中で、合点がないものは積極的に疑義照会している。	シグマート錠5mg	シクレスト舌下錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2265	ロキソプロフェン錠60mg 1錠疼痛時10回分、ジクロフェナク錠25mg 1錠疼痛時5回分の処方。患者家族に、使い分けはどのように医師から聞いているか確認したが、特に指示はなかったとのこと。医師に紹介し、ジクロフェナク坐剤25mgの処方間違いであることが発覚し、処方変更となった。	医師のレセコンの入力ミス	患者へ医師より服用方法の説明を受けているか確認する。	ジクロフェナクNa錠25mg「トーワ」	ジクロフェナクナトリウム坐剤25mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2266	患者が事前WEB受付にて処方箋を当薬局へ送信。「ジスロマックSR成人用ドライシロップ2g 2g分1 朝食前 3日分」と記載があった。当該薬剤は単回投与の薬剤であること、剤形違いの錠剤250mgなら3日分投与が多いことから次の2通りの誤りの可能性を考えた。1:日数 3日分→1日分、2:薬剤 ジスロマックSR成人用ドライシロップ2g→ジスロマック錠250mg 2錠。患者本人が薬局され、飲み方や剤形を確認したところ、錠剤を3日間、ということだったので処方医へ疑義紹介。ジスロマック錠250mg 2錠 分1朝食後 3日分へ変更となった。	処方医がジスロマック錠の処方オーダーをする際に、誤って成人用DSの剤形を選んでしまった可能性がある。	今回、成人用DSとして用法用量は合っており、日数のみが誤っていた。しかし、「3日分」という錠剤の用法記載であることから、日数の誤りのみでなく剤形の誤りの可能性を視野に入れて患者への聞き取りを行った結果、日数の疑義照会だけで済ますことなく適切な薬剤を交付することができた。今後も異なる剤形、剤形ごとの用法などの知識をもち、さまざまな可能性を踏まえて処方監査を行っていきたい。	ジスロマックSR成人用ドライシロップ2g	ジスロマック錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2267	免疫舌下療法が開始となる。シダキュアが処方されており、調整後の薬剤交付のタイミングで聞き取りを実施したところ、スギではなくダニアレルギーであることが確認された。疑義紹介を行った結果ミティキュアダニ舌下錠へ処方の変更となった。	Drが処方を選択する際、免疫舌下療法の薬剤が並んでおり、選択する際に、誤って選択してしまったことが考えられる。	アレルギー検査の結果処方される薬剤のため、アレルギーの結果を交付時に確認するようにしている。	シダキュアスギ花粉舌下錠2,000JAU シダキュアスギ花粉舌下錠5,000JAU	ミティキュアダニ舌下錠3,300JAU ミティキュアダニ舌下錠10,000JAU		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2268	前回処方よりミティキュア舌下錠を服用していたが今回処方でシダキュア舌下錠となっていた為に処方医に疑義照会した。その結果ミティキュア舌下錠に変更となった。	ミティキュア舌下錠を入力したつもりが同様の舌下錠であるシダキュア舌下錠を入力してしまったようだ。	薬歴、おくすり手帳、患者さんかの聞き取りで処方内容を確認がスムーズに行えた。おくすり手帳の有効性を説明して活用してもらう。	シダキュアスギ花粉舌下錠5,000JAU	ミティキュアダニ舌下錠10,000JAU		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2269	ミティキュアダニ舌下錠3300JAUを服用されている患者に、2回目から使用する量のシダキュアスギ花粉舌下錠5000JAUが処方されていた。通常であればミティキュアダニ舌下錠10000JAUが処方されるはずだったがダニ減感作療法の初回量7日服用後、スギ舌下錠8日目から服用する薬剤を処方。	減感作療法に積極的に取り組んでいる医療機関で処方量が多く、かつ混雑しておりクラークが入力誤ったと考えられる。	減感作療法開始時にはアレルギーの確認を必ず行い、処方し間違いがないか確認を行う。開始用量、維持量を薬剤師全員が把握し適正使用に努めている。	シダキュアスギ花粉舌下錠5,000JAU	ミティキュアダニ舌下錠10,000JAU		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2270	処方箋に新規投薬でシプロフロキサシン100mgの記載があり患者さんからはたまにもらってる抗生剤を出してもらったと聞き取りが出来た為薬歴を確認後、シタフロキサシンの間違いではないかと思い、疑義確認を行った。	名称類似しているため入力間違いによるものと考えられる	新規薬物は特に患者さんへの聞き取りをしっかりとる	シプロフロキサシン錠100mg「ツルハラ」	シタフロキサシン錠50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2271	定期で処方されていたミカルディス40mgがジャディアンス10mg4錠で処方されてきた。用量を超えており患者に確認したところ、誤りの可能性が高いため、疑義照会を実施。処方箋の誤記載であることが判明した。	医療機関側の医薬品検索の誤りであると推測される。	用量の確認と患者との情報交換	ジャディアンス錠10mg	ミカルディス錠40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2272	頸椎手術でA病院入院中に処方された薬を継続処方してもらうために、初診でB内科クリニックを受診。  B内科クリニックでは入院中に使用していた薬剤の医薬品情報を提示し、同様の薬剤を出してもらうことになっていた。当薬局へは、病院退院後リハビリ通院をしていたC整形外科で処方された痛み止めの処方箋を2度お持ちいただいただけで、それ以外の薬を調剤したことは無かった。今回のBクリニックの処方箋を確認したところ、ジャディアンス錠25mg2錠分1朝食後28日分が含まれており用法用量外であったため患者本人に確認。退院処方で調剤された薬は一包装されていた為よく理解していなく糖尿病の薬とだけ認識していた。Bクリニックに提示したという薬情を確認し、退院処方でも処方されていたのはジャヌビア錠25mg2錠分1朝食後であることが分かった。患者同意後処方医に疑義照会を行ったところジャヌビア錠25mgの誤りであったことを確認し変更、併せて50mg1錠への変更も確認。	クリニック内での薬剤名転記ミスかあるいはカルテ入力ミスか。	今回はジャディアンス錠25mg2錠という用量外の内容であった為気づくことができた。これが1錠であった場合にも気付けるように患者からの聞き取りをしっかりと行う。退院後の初処方時などは入院中の薬情の確認や病院との連携も必要であると痛感した。実際、今回の糖尿病薬は頸椎手術の為にA病院入院中に、糖尿病を指摘され飲み始めたばかりの薬との話を聞いていた。飲み始めから25mgという点にも気を配れるよう注意することで意思統一を図った。患者は痩せ型であった。	ジャディアンス錠25mg	ジャヌビア錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2273	今回よりジャディアンス錠25mgが追加になったが、カナグル錠100mgを服用していたため疑義照会。ジャヌビア錠25mgに処方変更。	最初の2文字が同じため間違えて処方された可能性が高い。	今後も処方監査はしっかりと行っていく。	ジャディアンス錠25mg	ジャヌビア錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2274	糖尿病患者。腎機能が低下しているため今までSU剤を中止して別の血糖降下薬に変更になるとの話を患者家族より聞き取った。処方内容を確認するとジャディアンス錠25mg3T分3毎食直前で新規処方となっていた。本剤の用法用量として適していない事、また毎食直前の用法からαグルコシダーゼ阻害薬や速攻型インスリン分泌促進剤の処方間違いの可能性を疑い疑義照会を実施。医師より「シュアポスト錠0.25mgを処方するつもりが誤ってジャディアンスを処方してしまった」との返答有。ジャディアンス⇒シュアポストへ変更して調剤し患者家族へ交付した。	薬剤の名前の間違い	薬剤の用法用量の確認を徹底する	ジャディアンス錠25mg	シュアポスト錠0.25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2275	ジャヌビア10が追加となったが、以前より、マリゼブをのんでいるため、患者から医師の指示を聴取。血糖値が上がったので1剤追加すると指示があったとのこと。詳細不明のため疑義照会。ジャディアンスのつもりで処方したとのことで、変更となった。	類似薬品名のため勘違いが起こった。	類似薬、類似薬品名の一覧を作成し、監査時に活用する。	ジャヌビア錠25mg	ジャディアンス錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2276	退院後の処方でお薬手帳持参なし。ジャヌビアとトルリシティが同一処方せんに記載されており、疑義照会の為患者からの聞き取りした所、退院時服用していたフォシーガが処方できないから違う薬にすると先生よりお話があったとのこと。同効薬で名称が類似しているジャディアンス(処方クリニック採用薬)と間違っているのではないかと推察し疑義照会を行った所変更となった。	電子カルテに入力する際に頭文字で入力して変換されるため、主治医が選び間違えたと思われる。主治医が入力した処方をチェックするシステムがクリニックに無い。	処方せんを見て、薬効が重複していないか、薬品の変更内容が妥当かどうか、診察室での主治医と患者とのやり取りを聞き出して処方内容に間違いがないか確認している。お薬手帳の持参が無い場合は特に患者からの聞き取りが重要と思われる。	ジャヌビア錠50mg	ジャディアンス錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2277	薬歴からいつもの薬ではない薬が処方されていたので、本人に確認し、クリニックに問い合わせたところ、カルテの書き間違いとのことだった。類似した名前であったことが原因のようだった。	類似の名前でつい書き間違えられたようだ。	過去薬歴を確認し、薬の内容が違うことで間違いを確認した。	ジュリナ錠0.5mg	ジェノゲスト錠1mg「モチダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2278	女性にシルデナフィル50mgが処方されていた。	処方箋発行時の医薬品の選択ミスと思われる。	処方鑑査をしっかりと行う。	シルデナフィル錠50mg V I「キッセイ」	ジルテック錠10		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2279	ジャディアンス服用中の患者にスーグラが追加処方された。類似薬のため、処方内容を確認したところ、医師の勘違いとのこと。スーグラ→ジャヌビアに処方変更となった。	元々処方されていたジャディアンスをジャヌビアと医師が勘違いしていた？	処方の変更、追加となったときに必ず効能効果が重複していないか確認。疑問におもったら疑義紹介をする。	スーグラ錠50mg	ジャヌビア錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2280	これまでルセフィ錠2.5mgが処方されていたが、今回よりスー ज्याヌ配合錠に変更になった。しかし、他にもメトアナ配合錠HDを服用されていた。DPP4阻害剤が重複していたため、薬剤交付前に疑義照会を行い、スーグラ錠50mgに変更となった。	スー ज्याヌ配合錠とスーグラ錠では最初の2文字が同じのため、オーダーリングミスをしたのではないかと推測される。	配合錠は、服薬錠数を減らし、アドヒアランスを向上させるため非常に有用である。しかし、配合された成分が重複してしまう可能性があるために、日頃から配合錠が処方されたときは、どんな薬剤が配合されているかを確認する必要がある。メーカーによっては、配合剤を見やすいようにまとめた資材を配布しているところもあるので利用するとよい。	スー ज्याヌ配合錠	スーグラ錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2281	ある患者にスー ज्याヌが処方されたが、この患者は糖尿病薬の服用歴がなく、初めての患者に配合剤が処方されるのはおかしいため、またスー ज्याヌ25mgの記載があり、スー ज्याヌは50mgの規格しかないため、もしかして処方医の間違いかもしれないと思い処方医に電話にて疑義照会した。処方医はスー ज्याヌをジャヌビアの後発品かと思い処方したとのことだった。説明により、ジャヌビアに変更になった。	今回はあくまでも処方医の勘違いが原因。	今後も処方箋は今までの服薬歴、副作用などをしっかり確認した上で調剤する必要がある。少しでも疑問に思う場合は必ず疑義照会すべきである。	スー ज्याヌ配合錠	ジャヌビア錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2282	患者聞き取りにより糖尿の症状はなく、胃の不快感により受診。問い合わせによりスターシス錠(90)×3→ストロカイン錠(5)×3へ変更。	名前の類似により間違えたと考えられる。	患者様からの聞き取りを行い、症状に適した薬かどうか確認する。	スターシス錠90mg	ストロカイン錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2283	妊娠3カ月の患者。腰痛により整形外科受診。一般名 フェルピナク軟膏3%の処方。患者本人より、処方医からMS冷シップと同成分の軟膏を処方すると話があったと聴取。処方間違いを疑い疑義照会スチックゼノールAへ処方変更となった。	病院のカルテ上ではスチックゼノールでの記載があったと確認。病院側の入力間違いと思われる。	診察内容と処方内容に違いがあれば疑義照会実施を検討する。	スチックゼノールA	フェルピナクスチック軟膏3%「三笠」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2284	「おなかの薬が処方されているが、よろしいか？」患者様にお聞きしたところ「耳鳴りで脳外科受診。」との回答。診察時にはお腹のことを少しでもお話されたか？お聞きしたが、「おなかのことは一切言っていない。おなかの痛みはない。」との患者様の回答。医師が処方箋発行時、ストロカインではなく、ストミンAを誤って選択したと思われたため、電話にて疑義照会。ストミンAに処方変更となる。	パソコン入力による薬剤選択誤り。	患者様への聞き取り、もしくは、患者様が症状を言ってくれない場合は、この効能の薬でよろしいか？確認が必要。	ストロカイン錠5mg	ストミンA配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2285	ネキシウム、レバミピド、スクラルファートが処方されている患者にストロメクトールが 3T 3×14日分で処方されていた。ストロメクトールの用法が違うことと消化器系のお薬が併用されていたところよりストロカインの間違いではないかと思ひ疑義照会を行った結果 ストロカインに変更になった。	クリニックで処方入力する際に頭3文字が同じため違う薬を選択してしまっただと考えられる。	今回の事例を店舗内で共有し注意喚起を行う。	ストロメクトール錠3mg	ストロカイン錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2286	一般名処方スピロラクトン錠25mg、2錠、分2、朝食後・就寝前の新規処方を受けた。患者は定期的に当薬局を利用していたが、前回来局との間に入院をしていて、退院後初来局であった。体調変化について確認したところ、高血圧や浮腫みの症状はないとのことであった。また、入院前に処方されていた一般名処方クレンプテロール錠10μg 2錠、分2、朝食後・就寝前の処方がなかった。患者聞き取りによると、入院中に処方のツロプテロールテープの代わりに内服薬が出ると説明を受けたとのこと。処方内容について疑義照会を行ったところ、一般名処方クレンプテロール錠10μg (販売名スピロベント錠10μg) の処方誤りであることが分かった。	医師が薬剤をオーダーする際にははじめの3文字が類似するために薬剤の選択ミスがあったと思われる。一般名と販売名で混同があったと思われる。	受付鑑査時に患者への聞き取りを十分に行い処方内容と照らし合わせる。過去の履歴の確認を行う。一般名と販売名が直ぐに結びつくように情報を備えておく。	スピロラクトン錠25mg「TCK」	スピロベント錠10μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2287	久しぶりに来局の喘息患者の処方箋にスピロラクトンとあり、患者様自身もお手帳からも処方歴がなかった。以前処方があったスピロベントがなかったので、間違えたのではと医院に確認したところ、事務方のPC打ち込みミスと分かった。	医院の事務方がDrの手書きカルテから処方箋を出すためのPCへの打ち込みをする際間違えたものと推察した。	患者の病態服薬履歴を把握することが大切と痛感し、かかりつけ薬局を持つことを推奨していくことがとりあえざることかと思う。	スピロラクトン錠25mg「YD」	スピロベント錠10μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2288	泌尿器科を受診中の患者様。前回までトフラニール錠10mgとスピロベント錠10μgを服用していたが、「薬を出せなくなった」という理由でトフラニール錠はイミダフェナシン錠に、スピロベント錠はスピロラクトン錠に変更されていた。トフラニール錠10mgはトフラニール錠25mgの自主回収に伴い10mgも出荷調整・出荷停止で処方控えが推奨されているが、スピロベント錠では思い当たることがなく、また腹圧性尿失禁の患者様に利尿剤を処方されたことも疑問に思い、薬剤名の間違いではないか医師に確認。薬剤名の間違いで、スピロベント錠が正しかったことが分かった。	薬剤名が類似していたため医師が入力を誤った。	問い合わせ前は、スピロベント錠は商品名(成分名クレンプテロール)で、スピロラクトン錠は成分名(商品名アルダクトン)なので、入力間違いではないだろうと思い、医師に問合せをするのは勇気があることであったが、結果入力間違いであった。疑問に思ったら問い合わせをすべきだと改めて思った。	スピロラクトン錠25mg「トーワ」	スピロベント錠10μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2289	脊髄損傷患者にて頻尿、尿漏れの治療をしている患者に対して利尿剤スピロラクトンが処方されていることに調剤中に気づいた。また処方箋には0410対応の記載があり、患者が電話受診したことが明らかであったため、処方変更等の可能性は少ないと判断し、疑義紹介実施。疑義紹介の結果、処方医の入力間違い、スピロベントを処方する予定であったと確認ができた。	処方入力時3文字入力の原因と考えられる	勤彌のバックグラウンドや少しでも疑問に思ったことが疑義紹介を行うように徹底	スピロラクトン錠25mg「トーワ」	スピロベント錠10μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2290	初めて来局の患者さまで、クレンプテロール塩酸塩錠10μg1錠朝食後の記載のある処方せんを持参。お薬手帳を確認すると、これまではスピロラクトン錠25mg1錠を朝食後で服用されていたので、お薬変更を聞いているか確認したところ、同じ薬を出すとの説明を受けていた。疑義照会するとクレンプテロール塩酸塩錠10μgがスピロラクトン錠25mgに変更になった。	スピロラクトンを、名前のよく似たスピロベントと勘違いしてしまい、スピロベントの一般名で処方を出してしまったと考えられる。	お薬手帳や聞き取りなど処方せん以外の情報からも、処方内容に間違いがないか確認していく	スピロベント錠10μg	スピロラクトン錠25mg「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2291	6/21にスピロラクトン錠25mg臨時処方。本日処方、【般】クレンプテロール錠10μg2錠分2 30日分処方あり。患者様聞き取りにより、前回臨時でもらった心臓の薬を定期の薬に追加して処方すると聞いているとの話。クレンプテロール錠の先発がスピロベント錠なので、入力の誤りの可能性を考慮して疑義照会。スピロラクトン錠25mg 2錠分2 朝夕食後 30日分へ変更。	病院の処方が、先発品入力されている物もあるため、スピロベント、スピロラクトンと頭三文字が共通している事から起こった入力間違いと考えられる。	急にお薬が追加になった場合で、状況的に少しでも疑問点があれば、積極的に疑義照会をする。	スピロベント錠10μg	スピロラクトン錠25mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2292	腱鞘炎の患者へスミスリンローション	名称類似	病態、年齢性別も含めた処方鑑査	スミスリンローション5%	スミルローション3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2293	当該患者にシラミの治療薬であるスミスリンローションが処方された。初処方であり、皮膚科専門医からの処方でもないため、患者に確認したところ、スミスチック軟膏を処方医に頼んだとのこと。疑義照会ののち、名称変更になったフェルピナクスチックへ変更となった。	医師はスミスチックで入力をしようとして、誤ってスミスリンローションを入力したと思われる。医師には以前スミスチックが名称変更になった旨お話し、資料もお渡ししたが、間違ってしまったようだ。	新しく薬が追加されたときや、専門外の薬の処方が突然あった場合は、患者に確認し、症状と合致するか必ず確認する。	スミスリンローション 5%	フェルピナクスチック軟膏 3% 「三笠」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2294	【般】スルピリド細粒50%が3g 分3毎食後で処方されていた。	医師の処方入力時に、【般】スルピリド錠50mgで処方したところを、【般】スルピリド細粒50%で入力したと思われる。	すこし前より、胃腸の不調でお薬の交付歴あり。胃の不調が続いているとのことで、スルピリドが処方されたと考えられる。しかし、胃症状の場合、保険上の適用として150mgとなっており、また統合失調症などの精神疾患にもかかれていなかったため、1日量として多いと判断。処方医に問い合わせを行なったところ、スルピリド錠50mgの間違いだったことが判明。	スルピリド細粒50% 「アメル」	スルピリド錠50mg 「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2295	患者様は他院から処方されてた薬を、かかりつけのクリニックで処方してもらうよう頼んだとのこと。処方(般)セチリジン塩酸塩錠10mgだったが、お薬手帳を確認したところセチプチリンマレイン酸塩錠1mgだった。疑義照会にて今まで服用のセチプチリンマレイン酸塩錠1mgへ処方変更となる。	類似薬剤名で処方入力の時に選び間違えたと思われる。	他院からの薬を処方してもらうときは、お薬手帳等で今までと同じ薬か確認する。お薬手帳等ない時は、処方薬と病態が合ってるかの確認をする。	セチリジン塩酸塩錠10mg 「サワイ」	セチプチリンマレイン酸塩錠1mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2296	セファクローラカプセル250mgが1日3回毎食後で28日分処方されていたため、本人に症状の確認をしたところ、ふらつきがあるとお話。医師がセファドール25mgを処方するつもりではなかったかと考えて疑義照会。セファドールに処方変更となった。(調剤はセファドールの後発であるジフェニドールで行った)	類似医薬品名による処方記載間違いであるとされる。	処方薬の用法用量及び処方日数が適切かどうかの確認、患者の訴える症状と処方された医薬品が合っているかどうかの確認を確認する。	セファクローラカプセル250mg 「サワイ」	セファドール錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2297	患者は数か月前にケガで整形外科に受診し、セファレキシン処方あり。今回久しぶりに整形外科に受診され、セファレキシン、レバミピド14日分と貼り薬処方。セファレキシンの2週間処方に疑問を感じ、病院に問い合わせたところ、処方確認してもらったところ、診断名は変形性関節症と確認。抗生剤の必要性について疑義照会を行ったところ、セレコキシブの間違えである事が発覚。処方変更となった。	おそらく前回の患者データを検索し、セファレキシンとセレコキシブを見間違えた可能性が考えられる。	患者情報や処方内容の違和感を感じ取れるように常にアンテナを張りつつ、違和感で終わらず丁寧な確認作業を行う。	セファレキシン錠250 「日医工」	セレコキシブ錠100mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2298	頭痛で来局。処方箋内容はセファペンピボキシル、ロキソプロフェン、アジスロマイシン、ノイロトロピン。抗生剤が重複しているため疑義照会。セファペンがセルベックスに変更と回答あり。	薬品名酷似の為処方箋入力の際間違えたと考えられる。	アジスロマイシンが無ければよく出る処方なので気づくことが難しかったかもしれない。今回は処方箋監査の際に疑義照会ができたが、患者様の聞き取りから少しでも疑問に思う点があれば問い合わせをする。	セファペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	セルベックスカプセル50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2299	交通事故の打撲患者で外傷はない患者に抗生剤の処方あり。本人聞き取りでは抗生剤の話は聞いておらず、胃が弱いという話をしたという話。セファペンではなくセルベックスの入力間違いの可能性あり、医師に確認し、セルベックスへ変更と確認。	セファペンではなくセルベックスの入力間違いの可能性あり、医師に確認し、セルベックスへ変更と確認。	患者から処方内容について医師からどのような説明があったかしっかりと確認する。	セファペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	テブレノンカプセル50mg「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2300	1行目にセファペン(100)3錠分3毎食後3日分とあり。2行目にも同じセファペンで32日分と記載。抜歯後の処方としてはあまりにも長期で耐性菌の出現などにつながるため疑義照会を行った。2行目のセファペンはロキソプロフェン(60)3錠分3毎食後に変更となり、処方日数も3日分となる。	成分名の字面がにっており処方薬の選択時に間違えてしまったのか。処方日数もキーボードの操作ミスと考えられる。	患者よりきちんと聞き取りを行い、その処置に対する処方として妥当であるかを確認していく。	セファペンピボキシル塩酸塩錠100mg「日医工」	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「CH」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2301	前回の処方での調子が悪くなったとの会話なのに抗生剤が処方されていた	セルベックスとセフゾンの入力間違いらしい	処方の変更や追加のなどDO処方でないときは必ず聞き取りをする	セフゾンカプセル100mg	セルベックスカプセル50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2302	【般】セフボドキシムプロキセチルシロップ用5% 2.7g分3毎食後の処方にて1日量として、過小量と思われるため、処方医に確認【般】セフジトレンピボキシル細粒10% 2.7g分3毎食後に処方変更	類似薬品名による勘違い	小児薬用量を確認してから調剤にとりかかる	セフボドキシムプロキセチルDS小児用5%「サワイ」	セフジトレンピボキシル小児用細粒10%「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2303	セララ25mgの処方 came が、定期でアルダクトンを服用中。併用禁忌のため処方医へ確認したところ、セララではなくリリカ25mgの処方間違いであった。	規格が25mgと同じで薬剤名も3文字と回数であったため間違ったのではと思われる。	まずは併用禁忌の組み合わせであると認識できる薬識を身につけること その上で投薬前に必ず薬歴をチェックし、相互作用の確認を怠らないようにすること	セララ錠 25mg	リリカOD錠 25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2304	過敏性腸症候群と思われる患者へビオフェルミン錠、ガスコン錠、ブスコパン錠、セリプロロール錠100mgが処方された。患者家族からは血圧はもともと低い方であり、消化器系の症状以外は特にないと聴取した。セリプロロールの効能を確認し、高血圧、狭心症の適応しかないため疑義紹介を行った。結果、【般】トリメブチンマレイン酸塩錠100mgへ処方変更された。	先発品としてセレキノンがあり、名称類似が原因でのオーダーミスではないかと考えられる。	患者(及び家族)から情報を聴取し、処方内容との照らし合わせをしっかりと行う。	セリプロロール塩酸塩錠 100mg「CH」	トリメブチンマレイン酸塩錠 100mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2305	交付時、患者から痛み止めを弱いものに変更してもらったとの話があった。前回処方ジクロフェナクが削除になり、今回新たに高血圧薬治療薬のセリプロロール錠100mgが処方されていたため、患者の申し出と相違ありと判断し疑義照会。セリプロロール錠100mgは誤りでセレコックス錠100mgに処方変更された。	頭文字と規格が同じだったため、処方入力時に誤ってしまった。混雑時であったため誤りを見落としてしまったと考えられる。	処方内容に変更があった場合は、患者と内容を確認する。患者の申し出と処方内容が異なる場合は、医師に確認する。	セリプロロール塩酸塩錠 100mg「日医工」	セレコキシブ錠 100mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2306	在宅移行して初めて在宅クリニックから処方箋を発行された患者様。セルベックス2Cap/2×、メチコパール(500)2T/2×で処方。お薬手帳の内容確認したところセレコックス(100)2T/2×、メチコパール(500)2T/2×で服用歴あり。	診療情報提供書が手書きであり、セ○△クスしか読み取れず、規格も記載なし。2Cpと記載してあったためセルベックスと間違えてしまったとのことでした。	過去の服用歴の聴取、お薬手帳の活用を継続していく。	セルベックスカプセル 50mg	セレコックス錠 100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2307	医師のカルテにはセレコックス100mgと記載されていましたが、事務が入力する際にセレキノン錠100mgと誤って入力。そのまま処方箋を発行し、薬局で確認中、誤りであることに気づき疑義照会を行い処方変更となった。	名称類似品による、PCによる入力間違い。	処方箋の間違いがあつたとしても、患者の指摘で間違いに気づくこともあるので、日頃からのコミュニケーションが重要。	セレキノン錠100mg	セレコックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2308	セレコックスとセレキノンの処方間違い	薬剤名の類似	患者さんからの情報収集	セレキノン錠100mg	セレコックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2309	平素より継続してセレコックス錠100mg 1日2錠 分2朝夕食後で処方のであった患者。残薬の調整もあり日数が変動していたが、セレコックス錠100mgの処方がなく、かわりにセレキノン錠100mgが処方となっていた。胃腸不良などの相談がないこと等確認したため疑義照会。セレコックス錠100mgへ変更となった。	処方箋へ医薬品名を入力する際、類似した名称の医薬品を入力してしまったと思われる。	薬剤師としての基本的な業務になるが、薬歴と処方せんから当該患者の治療経過を確認し、処方薬が適切かどうかを判断する必要がある。	セレキノン錠100mg	セレコックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2310	アレルギー症状で平素から受診している患者に覚醒剤原料のセレギリン錠が処方されていた処方鑑査の時点で不審に思い、患者さんに今回の症状を確認した鼻炎の症状がひどい時に服用するようにセレスタミン錠をもらうように先生にお願いしたことが分かった処方薬が間違っているため疑義照会を行い、セレスタミン錠に処方変更した	名称が似ているため、病院側で処方薬の選択を誤ったことが原因と考えられる	不審に思ったことはすぐに患者さんに確認する	セレギリン塩酸塩錠2.5mg「アメル」	セレスタミン錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2311	胸の違和感、痛みがあるとのことで循環器を受診され、セレクトール錠100mg、2錠、1日2回、朝夕食後ネキシウムカプセル20mg、1Cap、1日1回、朝食後上記の処方箋を持って来局される。  投薬時、循環器で心電図など、いろいろ検査を行ってもらったが異常なかった胸の痛み、違和感がある、との内容を聴取投薬時は、検査結果に異常なかったこと、セレクトールの用法に違和感があったものの、循環器からの処方であったため一度そのまま投薬。  投薬後、処方内容に対し、違和感が残ったため、再度のセレクトール用法用量の確認、病院へ確認のため疑義紹介を行ったその結果、Drの選択ミスにより、セレクトール錠→セレコックス錠の記載間違いであることが発覚した発覚後すぐに患者さんへ電話連絡、薬剤の取り換えを行う事をお話帰宅後すぐの対応だったため、セレクトールは1錠も服用されず回収し、正しいセレコックスをお渡しした。	電子カルテ上、Drの選択ミスであったと思われる(頭文字2字一致)循環器の処方のため、普段使っている薬との選択間違いの可能性はある	添付文書上の用法用量と差異がある場合、確実に疑義紹介を行うよう努める確認後のものは薬歴へ記載を残す	セレクトール錠100mg	セレコックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2312	久しぶりに来局の患者。整形外科の処方箋を持ってきた。薬歴を見ると不定期ではあるが、腰痛症で受診していた。今回も腰痛で受診したとの事。処方内容はセレクトール錠100mg 2錠朝夕食後となっていた。不審に思い、クリニックへ疑義紹介したところ、セレコックス錠100mgに変更となった。	薬品名の類似、規格も100mgと同じことから、入力の際に見誤ったと思われる。	処方内容と患者の症状をしっかりと確認して調剤を開始する。	セレクトール錠100mg	セレコックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2313	一般名酸化マグネシウム1g2×、一般名ロキソプロフェンNa錠60mg 2錠2×、一般名レバミピド錠100mg2錠2×/30日分、一般名デキストロメトルフアン臭化水素酸塩錠15mg 3錠3×、一般名プロメタジン1.35%等配合非ピリン系感冒剤 3g3×、一般名セレコキシブ錠100mg 2錠2×/7日分の処方。ロキソプロフェンNa錠は定時で服用中だが、今回臨時でセレコキシブが追加となっており、消炎鎮痛剤2種類の処方となる為、疑義照会。正しくはセレスタミン配合錠であったことを確認し、変更となった。セレコキシブは処方削除。風邪薬も処方されており、季節的に花粉症の時期であった為、同効薬の処方に違和感を感じて疑義照会に至った。	医療機関側の処方入力時に先発薬を入力後に一般名処方に変更してから発行する為、入力時にセレスタミン配合錠のところ、セレコックスと間違えたと推測できる。	処方箋からも違和感を感じ、また患者さんの主訴を確認することで間違いであったことを再確認できたケースである。普段の定時薬の把握していることも疑義照会へと繋がった。今後もお薬手帳の確認だけでなく、主訴、処方内容を確認していく。	セレコキシブ錠100mg「DSEP」	セレスタミン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2314	本日、初回でセレコキシブ錠(100)日医工4錠 朝夕食後7日分の処方がありました。初回の1回量が多いこと、他に飲んでいるお薬があり、腎機能の低下の可能性も考えられ、患者様のご家族に確認をしましたが、疑問が解消されないために、処方医に疑義照会をしました。その結果、お薬がセレコキシブ→アセトアミノフェンへ変更になりました。	・医薬品が類似しており、医薬品の選択ミスが考えられます。・年齢が高齢であること。・腎機能障害の可能性。・併用薬が多いこと。	普段の処方と異なっていて、用量が多かったり、患者様が訴える症状と違う薬が出ているときに処方医に疑義照会をして疑問点を解消してから調剤、監査をするようにしています。	セレコキシブ錠100mg「日医工」	アセトアミノフェン錠200mg「マルイン」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2315	患者が過去に出していない薬セルベックスを過去に処方した事があるセレコックスと認識してしまい処方した	過去に処方した事がないが患者が勘違いして過去に出してもらった物と認識していた為	投薬時点で薬剤の薬効効果などに相違がないか確認する	セレコックス錠100mg	セルベックスカプセル50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2316	ロキソニンとセルベックスが同処方内で1日3回で処方されている。痛み止めと胃薬がセットで出されることが多い為、確認したところ、セレコックス→セルベックスに変更	セルベックス・セレコックスの名称類似による間違い	処方監査の徹底	セレコックス錠100mg	セルベックスカプセル50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2317	腰の痛みを訴えて来局。ロキソプロフェン錠とセレコックス錠が同時に処方されており疑義照会をおこなったところ、セレコックスはセルベックスを誤入力したことが判明し、処方に変更となった。	類似医薬品の誤入力の原因と考えられる。	同効薬や患者の訴えと合致しない処方がでていた場合は随時疑義照会をおこなう。	セレコックス錠100mg	セルベックスカプセル50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2318	同一処方箋内にロキソニン(60)とセレコックス(100)の処方があり、疑義照会でセレコックス(100)がムコスタ(100)に変更となった。	医療機関のPCが規格から入力するものだったのではと考えられる。	同一処方箋内でも成分重複の可能性があることを意識する。	セレコックス錠100mg	ムコスタ錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2319	妊娠後期の患者セレコックスが分3で処方されており、薬剤師が話を聞いていると、痛み止め?と患者から。疑義紹介し処方医に確認するとセルベックスを処方したつもりだった、と回答を得た。妊娠後期にNSAIDSを処方されていることから薬剤師が注意深く確認したところ間違いに気づくことができた。	処方時、名称検索での薬剤名の選択間違いによって起こってしまった事例と考えられる。	事例の共有類似薬でも起こりえることを考え、話し合った。	セレコックス錠100mg	セルベックスカプセル50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2320	他院でセレコックス錠100mgをもらっており、今回の処方医でそれを処方希望で薬持参。セレジストOD錠5mgが処方されており、患者との話の中で処方間違いではないかと思ひ疑義照会。セレコックス錠100mgへ変更となる。	処方オーダーミス。	今後も患者とのコミュニケーションをとり処方内容を確認していく。	セレジストOD錠5mg	セレコキシブ錠100mg 「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2321	発熱外来受診→トリアージ対応で薬のみお渡しし、待機の中で電話にて服薬指導をした。患者からの聞き取りで、炎症兆候がないもののセレスタミンが出ている事と、主訴は発熱と腹痛であるのに処方薬はガスロンとセレスタミンだけであることに不信を感じて疑義照会した。その結果、セレスタミン→ガスロンに変更となった。	電子カルテの選択の誤りが原因と思われる	処方箋上の相互作用だけでなく、患者様からの聞き取りをしっかりとし、処方監査を行うことが重要であり、スタッフに徹底した	セレスタミン錠	セレキノン錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2322	5歳男児の処方箋。セレスタミン配合錠が3錠就寝前で処方されていた。薬歴の情報では、まだ錠剤が飲めないこと、5歳児に対して3錠は過量と判断し疑義紹介を行った。その結果、セレスタミン配合シロップ3mlに変更になった。	医療機関が処方箋を発行する際、配合錠とシロップの入力を誤ったと思われる。	小児患者は、用量があっているか、剤形は適切かを必ず確認している。	セレスタミン配合錠	セレスタミン配合シロップ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2323	患者へ投薬時、本日の症状聞き取ったところ、お腹の調子が悪く受診したとのこと。セレスタミン3T3×14TD処方されており、処方内容に疑問が生じたため疑義照会。セレキノン3T3×14TDの誤りであったことが判明した。	医療機関側の入力ミス	投薬時の確認作業を怠らない。疑わしい点があった際には、必ず疑義照会する。	セレスタミン配合錠	セレキノン錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2324	ヘルベスにて使用部位が右眼となっているが、ゾビラックス軟膏が処方されていることで患者に確認のうえ、眼に使用することを聴取したため、眼軟膏ではないかと判断して疑義照会したところ、眼軟膏処方するべきところ誤っていたことが判明して変更となった。	類似名称でのオーダーシステム入力間違いと思われる。	軟膏ではこのように眼軟膏があるなど種類が多くあるものもあるので使用部位と照合して不自然な箇所がないかを処方監査で十分確認実施することに尽きる。	ゾビラックス軟膏5%	ゾビラックス眼軟膏3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2325	処方箋にゾビラックス軟膏を結膜に使用するよう指示ありゾビラックス軟膏5%は結膜に使用できる製剤ではない為、疑義照会ゾビラックス眼軟膏3%へ変更になった	病院でのカルテから処方箋へ記載する際の薬剤の選択ミスか医師のカルテ記載不備	使用部位も確認して調剤するように注意する	ゾビラックス軟膏5%	ゾビラックス眼軟膏3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2326	ミチグリニドCa0D10mg錠夕食直前から、(般)グリベンクラミド2.5mg夕食直前に変更あり。患者は効果不十分の為の変更ときており用法と年齢より入力間違いを疑い確認。配合剤の(般)ミチグリニドCa10mgポグリボース0.2mgに変更になる。	一般名の入力間違えだと思われる。	薬の変更時は、医師からどのように説明があったか患者から聞き取りと薬歴からの服用歴、既往歴などの情報も考慮し、少しでも疑わしい点があれば疑義照会する。	ダオニール錠2.5mg	グルベス配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2327	投薬時、患者胃部不快感ありの為今回胃薬が処方になっているとDrから聞いているとのこと。自宅に残薬のタケブロンODがあったことをDrに伝えており、その成分で処方することをお聞きになっていたとのことだったが、処方記載がタケルダ配合錠だったことに疑問を感じ患者様に、血栓についてDrから何か聞いているか確認するもわからないとのことだったため疑義照会。 タケルダ配合錠→タケブロンOD錠15mgへ変更となった。	処方箋記載時の確認不足	投薬時のヒアリング徹底。疑問に思ったことは即疑義照会。	タケブロンOD錠15	タケルダ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2328	ベル麻痺(バルトレックス、ステロイド漸減、メチコパール等の処方)と思われる処方内容に、タケルダが処方されていた。患者聞き取りしたところ血栓症状はなし。疑義照会して、タケルダではなくタケブロンとの誤りであると発覚。	タケルダとタケブロンとの文字が類似しているため起こったミスと思われる。	処方内容に誤りがないか症状、疾患などについて投薬時に詳しく聞き取りをしている。	タケルダ配合錠	タケブロンOD錠15		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2329	以前より胸焼けの訴えがあり、診察時に相談するように声かけをしていた。脳梗塞の既往はあり、ブラビックスを服用していた時期もあったが、脳出血で入院以降、その系統の薬剤は中止となっていた。脳梗塞予防の薬の再開について医師から説明があったか確認したところ、そのような話はなかったとおっしゃったため、疑義照会した結果、薬剤名の誤りであったことが判明。	脳外科だったため、医師はタケルダも良く処方する薬剤であった。タケルダ、タケブロンと名前が類似していたため、うっかり医師が入力を誤ったと思われる。	主訴を重視して記録を残す	タケルダ配合錠	タケブロンOD錠15		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2330	久しぶりの来局。おくすり手帳に退院時の薬(タケブロンOD錠など)の記載あり。今回の処方ではタケルダ配合錠など。家族によると脳内出血で入院していたらしく、バイアスピリンを含む処方は正しいか? 病名は本当に脳内出血なのか? 疑義照会したところ、紹介状のとおり処方したが、病名は脳内出血なのでバイアスピリンは出さないことにする、タケブロンOD錠に変更との返答。	退院後、転院した際に病院間で処方内容の引継ぎに誤りがあった可能性。おくすり手帳と紹介状で処方薬が一致していない可能性もある。	家族から病名を聞き取り、症状と処方内容が一致しないことに気がついた。おくすり手帳で直近の薬を確認した。	タケルダ配合錠	タケブロンOD錠15		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2331	今までタブロス点眼液処方の患者様が今回タブコム配合点眼液が初処方。薬歴に喘息の既往歴あり、喘息既往にはタブコム禁忌の為疑義紹介。疑義紹介で時間をいただくと思われ。患者様に伝えて確認。タブコム配合点眼液ではなくタブロス点眼へ処方変更となった。	病院にて、名前の類似による処方間違えと思われる。	薬剤変更時には既往歴のみでなく、変更理由なども併せて確認する。	タブコム配合点眼液	タブロス点眼液0.0015%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2332	普段からかかりつけ薬剤師として対応していた。通院していた眼科が閉院となり、今回別の眼科に初めて受診した。これまでタブコム配合点眼液を使用していたが、処方箋はタブロス点眼液であった。診察時に今回は変更する旨の説明もなかったとのご本人もお話されており、疑義照会をすると処方誤りであったことが判明した。	類似名称であり、入力をミスしたものと思われる。	転院時等、改めて入力した処方の場合には入力ミスがあるということも踏まえて今後も対応していく。	タブロス点眼液0.0015%	タブコム配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2333	他医院でタブコム点眼で今まで処方あり。今回から病院変更にてタブロス点眼に変更になっている。Drからも処方変更なども聞いていないとのことで、処方ミスである可能性もあるため疑義にて確認。	似た薬品名であるため入力を間違えた可能性あり。	手帳での継続薬、併用薬の確認。	タブロス点眼液0.0015%	タブコム配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2334	担当医がいつもと違っていたが、5ヵ月前に処方されていた処方内容にて処方されていたので本人に確認したら、処方医から薬を変更するとの説明は受けていないことが判明。類似薬で名前が似ていたこともあって、処方医が間違えて過去の処方内容にて薬を処方している恐れがあったため疑義照会により薬を変更してもらった。	今回の処方医がかかりつけ医ではなかったため、処方薬を間違えて処方した疑いあり。タブコム⇔タブロス、アイラミド⇔アゾルガと類似した名前だったことも処方医が間違えて入力した可能性が考えられる。	処方内容が前回受診時と変わっていた場合には、処方医から説明を受けていたのか確認するようにしています。	タブロス点眼液0.0015% アゾルガ配合懸濁性点眼液	タブコム配合点眼液 アイラミド配合懸濁性点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2335	処方せんでタリオン錠OD10mgが新規で処方あり。投薬時に確認したところかゆみ・アレルギーの症状はなし。また定期薬としてタリージェを服用していたことから、処方間違えの可能性ありと判断し、電話にて疑義照会。タリオンOD10mgからタリージェ10mgへ処方変更となった。	名称類似から処方時にPC上で選択ミスをしてしまったと考えられる。	新規薬や変更がある際はしっかりと患者さんに話を聞き、そのような変更・追加を医師から聞いているか、聴取した症状と薬剤が適しているか確認を行う。	タリオンOD錠10mg	タリージェ錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2336	2週間前に新規患者として整形外科受診。タリージェ錠5mgが処方されていた。今回タリオン錠10mgの記載があり患者に確認したところ、アレルギー症状や皮膚の副作用もなかったとの事で疑義照会を行った。タリオン錠10mgではなくタリージェ錠10mgの記載間違いであった。	カルテの記載ミスなのかレセコン入力ミスなのかは不明。	類似薬剤名はリストでピックアップしておく。	タリオン錠10mg	タリージェ錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2337	タリビット耳科用液 1本 1日3回点眼 → タリビット点眼液 1本 1日3回点眼	耳鼻科からの処方なので、タリビット耳科用液が出ることが多く、入力ミスが起こった。用法は点眼となっていたので、最初は用法の間違いかと思われるが、疑義照会して薬品名の方が間違いであることが発覚した。患者様に確認すると目やにが出てるので目薬を出してもらったとのことだった。	タリビット耳科用液はよく出るので、間違えて渡してしまっただけで点眼しないように、処方箋のチェックと疑わしい場合は疑義照会、更に患者様からの聞き取りを欠かさないようにする	タリビット耳科用液0.3%	タリビット点眼液0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2338	前回帯状疱疹で来局し抗ウイルス剤を処方していた。今回は帯状疱疹後の神経痛で受診と思われその他の疾患はないことを聞き取り。疾患に対して作用当てはまらないため疑義照会変更となった。	カルテ入力時に薬名類似のため、選択ミスをしたと思われる。処方箋出力後の確認でも見落とししたのではないかと。	過去の薬歴と患者様からの情報を充分確認し患者様より情報を丁寧に聞き取る。	タリビット錠100mg	タリージェ錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2339	タリムス点眼液0.1%が用法分3で処方されていたため、患者本人に診察内容も確認した後に疑義照会し、タリビット点眼液0.3%に処方変更となった。	レセコンでの医薬品選択時に商品名酷似の為、選択ミスしたと思われる。	患者への聴き取り、医薬品の適切な用法の把握。	タリムス点眼液0.1%	タリビット点眼液0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2340	チアトンカプセル10mg不穏時頓用の処方。疑義照会行ったところチアブリドへ変更となった。	薬品名類似による間違い	患者や介護者とコミュニケーションをとり、処方箋の記載内容以外の情報も収集し、処方監査を行う。	チアトンカプセル10mg	チアブリド錠25mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2341	薬局での聞き取り時、グラクティブ錠50mg服用中の患者様が医師から糖尿の数値が改善しているので減薬の説明を受けたとの事であった。処方箋は前回グラクティブ50mg 1錠 朝食後 から今回(般)チアブリド錠25mg 1錠 朝食後に変更されていた。患者様よりチアブリドの薬効に関する説明を受診時に受けていないと聞き取りしたため、Drに疑義照会を行いチアブリド25mgからグラクティブ25mgに処方変更となった。	病院で処方箋を発行される際に2文字入力で「グラ」と入力後、医薬品候補が出るが、その際に「グラクティブ」ではなく「グラマリール」を選択し、さらに薬品名「グラマリール」から一般名称「チアブリド」への変更により意図しない他剤が選択されたと思われる。	処方薬変更時や新しい処方薬の場合は、患者さんに対して病院でどのような説明を受けたかの確認を徹底する。	チアブリド錠25mg「サワイ」	グラクティブ錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2342	甲状腺機能低下症治療薬のチラーゼン50μg処方のところ、甲状腺機能亢進症治療薬のチウラヂール錠50mgが処方された。前回、チラーゼンS75μg 1日1回1錠で処方だったが、服用期間途中で採血結果により、0.5錠へ減量指示が医師から患者へ連絡があった。服用完了し、受診したところ、「50」を処方すると力価数字だけ言われてきたとのこと。本日、採血したが結果は翌日以降となる。チラーゼン服用中に、チウラヂールやメルカゾールを服用することがあるため、チウラヂールの処方の可能性もあったが、チラーゼンの処方がないこと、残薬がないこと、チラーゼン50μgとの処方間違いの可能性もあったため疑義照会により、誤入力の処方せんであったことがわかった。	処方せん作成時にチラーゼン50μgをチウラヂール50mgと見間違えて入力したと推測される。	患者さんの症状、残薬状況などの確認を怠らないようにしていく。	チウラヂール錠50mg	チラーゼンS錠50μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2343	腹痛で受診。屯用で、チガソンカプセルが1カプセル10回分処方された。本人に、現状を確認し、疑義紹介。薬剤名が類似していたための処方間違いで、チアトンカプセルへ処方変更となった。	薬剤入力後の確認不足が考えられる。	患者とコミュニケーションをとること、患者の状態を把握する。	チガソンカプセル10	チアトンカプセル10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2344	転医および新規調剤患者にて発生事例・・・お薬手帳記載のニザチジンを医師はチザニジンと読みまちがえて、処方箋にチザニジンと処方する調剤薬局にて、お薬手帳確認にて、以前よりニザチジン内服を確認	服薬指導にて、患者本人も「いつもの胃薬を希望」を確認し、疑義紹介となりニザチジンに変更となる	患者様の主訴と処方薬剤薬効の正当性確認は必須	チザニジン錠 1 mg 「サワイ」	ニザチジンカプセル 7.5 mg 「タナベ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2345	チメピジウム臭化物錠30mg 一日3回6錠の処方、用量について疑義、ジメチコン錠に変更	類似薬名のため、PC入力時の誤り	PC入力時の注意	チメピジウム臭化物錠 30 mg 「サワイ」	ジメチコン錠 40 mg 「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2346	処方監査を行ったところ、一般名ではチモロールマレイン酸塩0.5% (非持続性) が処方されていたが、用法は1日1回点眼であった。処方医へ疑義紹介したところ、持続性薬剤であるチモロールマレイン酸塩0.5% (持続性) へ変更となった。	処方医が処方オーダーした際に、チモロールマレイン酸塩0.5%の持続性を選択しなかったが、非持続性を間違えて選択したことが原因と考えられる。	今回は処方監査時に、処方薬剤と用法が合致していないことに気づいたことで患者さんへお渡しする前に発見することができた。今後も、どんな状況でも処方監査を必ず行い薬剤名や用法用量などを確認することを心がけていく。	チモプトール点眼液 0.5%	チモプトールXE点眼液 0.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2347	一般名処方ではチモロール点眼液0.5% (非持続性) 1日1回点眼となっていたが、確認したところ (持続性) の誤りだった。	一般名で処方されるときに、似たものと間違えることがあるので、用法、処方量気を付けて調剤する必要がある。	処方歴と違う内容があり、患者が説明を受けていないときには必ず確認をする。	チモプトール点眼液 0.5%	チモプトールXE点眼液 0.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2348	甲状腺機能亢進症の患者。前回メルカゾール錠50mg 6錠分3 処方。今回、チラーゼンS錠50mg 6錠分3 で処方。患者からの聞き取りによると、メルカゾール錠で薬疹がでたため、他の薬剤に変わると聞いているとのこと。チラーゼンS錠とメルカゾール錠は薬効が真逆の薬であり、チラーゼンSではなく、チウラジール錠の間違えが推測され疑義照会。チラーゼンS錠50 6錠分3→チウラジール錠50 6錠分3に変更となった。	両薬剤ともチで始まり、チラーゼンS錠とチウラジール錠の勘違いと思われる。	基本的なことだが、処方内容と患者様の病態が合致しているかの確認を行う。	チラーゼンS錠 50 μg	チウラジール錠 50 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2349	いぼで処方。ツムラヨクイ仁湯が処方されたがいぼの適応はないため問い合わせ。ツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイ仁湯に変更。	医薬品名が似ているため。	患者さんとの会話の中で処方された医薬品が違っていると感じたら問い合わせをして確認する。	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2350	久しぶりの来局。処方内容 エバスチンOD錠10mg 分1 眠前 ツムラヨクイニン湯顆粒 分3 毎食間 ツムラヨクイニン湯の効能効果：筋肉痛・関節痛。耳鼻科では珍しい処方のため、投薬時に患者への聞き取りが必要と判断 聞き取り内容 アレルギー性鼻炎で来局。受験でにぎび、肌荒れがある。外出を控えたため、その薬ももらえないかと医師へ相談。 薬剤師の判断 症状の聞き取りより、ツムラのヨクイニン湯とコタローのヨクイニンエキス散を間違えているのではないかと判断し、医師へ疑義照会 疑義照会后、ツムラヨクイニン湯→コタローヨクイニンエキス散へ変更	ヨクイニンという名前だけで肌荒れの薬と判断し、ツムラでもコタローでも薬効は同じと思っていた。 ツムラヨクイニン湯→マオウ、カンゾウなどヨクイニン以外の漢方を含有 コタローヨクイニンエキス→ヨクイニンのみ含有 名前は似ているが別物である薬情・添付文書の効能効果より違和感を感じたが、用法用量は問題なかったので投薬まで行ってしまった。	あまり出ない薬の場合、曖昧な知識で処方監査するのではなく、必ず添付文書で効能効果、用法用量の確認を行う。用法用量に、問題なくとも患者さんからの情報の聞き取りを確実にし、疑わしいと思ったら疑義照会を行う。	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒 (医療用)	ヨクイニンエキス散「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2351	いぼの症状がある患者さんにツムラよく苡仁湯エキス顆粒 (医療用) の処方があり。適応が異なる為、疑義照会の上、ヨクイニンエキス散「コタロー」へ変更	薬剤名にヨクイニンが含まれているため、ツムラよく苡仁湯エキス顆粒 (医療用) にもいぼの適応があると思ってしまったようだ。	適応の確認。麻薬の含有生薬の確認。	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒 (医療用)	ヨクイニンエキス散「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2352	近隣クリニック内科から、ツムラよく苡仁湯7.5g/3x毎食前30日分が処方された。当該薬剤の服用歴がなく、適応症が関節痛・筋肉痛であること、患者が27歳と若めであることから、患者に聞き取りをしたところ、イボの治療薬が処方されるとの情報を得た。疑義照会にて、ヨクイニンエキス錠「コタロー」18錠/3x毎食前へ変更となった。	ツムラよく苡仁湯はよく苡仁を主成分とした漢方包剤であるが、単味製剤と勘違いしたと思われる。	特にありません	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒 (医療用)	ヨクイニンエキス錠「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2353	水いぼ治療の患児に「ツムラヨクイニン湯エキス顆粒 (医療用)」が処方されたが、適応は筋肉痛であり、適応を確認した。医師はヨクイニン湯とヨクイニン散の成分、適応の違いを把握しておらず処方された。いぼ治療であることを確認し「コタローヨクイニン散」へ処方変更となった。	処方医の漢方薬の構成生薬の知識不足、薬品名の類似が要因と考える。	薬剤師側での構成生薬と適応の把握	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒 (医療用)	ヨクイニンエキス散「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2354	41歳の男性にツムラ加味逍遙散の処方があり。男性への処方であったため、違和感を感じ疑義照会を行った。結果、ツムラ加味帰脾湯へ処方の変更となった。	処方箋入力時、最初の5文字が同じのため、入力誤りが生じたと考えられる。	処方に違和感を感じた場合は添付文書などを確認し、疑義照会を行っています。処方鑑査では処方内容をしっかりと見えています。	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒(医療用)	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2355	平素から当薬局を利用されている患者様。初めて処方となる漢方であるツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒が1日3回毎食後で処方されていたため、用法確認のため疑義照会を行ったところ、処方予定だった薬剤がツムラ葛根湯と判明した。	名前が類似、製品番号も1番と2番のため処方箋入力時に間違えて入力してしまったこと、処方箋の入力内容の確認を怠ってしまったことが考えられる。	薬剤が新たに追加となった場合は、どのような症状があり追加になったのか聴き取りを行う。今回の場合、患者様は肩こりのため葛根湯が処方となった。ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷の適応は鼻づまり、蓄膿症、慢性鼻炎のため処方薬が症状と合わないことに気付くことができたと思われる。	ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒(医療用)	ツムラ葛根湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2356	ツムラ桂枝加芍薬大黃湯エキス顆粒が処方された。患者への聞き取りを行ったところ患者は下痢がひどく診断を受けた。しかしツムラ桂枝加芍薬大黃湯エキス顆粒は便秘に対する薬である。患者の症状と薬効に食い違いがあるため疑義照会を行ったところ医師が処方しようとした薬はツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒であった。名称が類似しているための医師の記載ミスであることが分かった。プレアボイド報告です。	プレアボイド報告のためありません。名称が類似している対策は薬局に必要です。	プレアボイド報告のためありません。	ツムラ桂枝加芍薬大黃湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2357	漢方薬を初めて処方された。患者様の話ではめまいで漢方を試してみようとの話だったが処方されていたツムラ五淋散はめまいに保険適応がないため処方医に確認。処方ミスでツムラ五苓散へ変更。	漢方の名称が似ているため、処方ミスがおきたとみられる。	患者様の話をよく聞き、処方薬と問題がないかきちんと確認していく。	ツムラ五淋散エキス顆粒(医療用)	ツムラ五苓散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2358	初めて四逆散が処方された。同クリニックにて前回処方の温経湯(他薬局利用。お薬手帳で確認)で血圧上昇の副作用があったことを診察時に伝えた。処方医より甘草含有されていない四物湯を処方すると言われたという認識あり。四逆散は甘草が含有されているため処方医へ疑義照会した。四物湯に処方変更となった。	医薬品名が類似。	初回投与時は調剤者が副作用歴や併用薬などを確認する。	ツムラ四逆散エキス顆粒(医療用)	ツムラ四物湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2359	処方箋にツムラ柴陥湯と記載があったがお薬手帳を確認したところ柴苓湯を服用していた	医師のカルテ記載ミス	患者が持ってきたお薬手帳を確認すること	ツムラ柴陥湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ柴苓湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2360	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒を続けて服用していて調子が良かった患者にツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒が処方された。患者に確認したところ薬の変更は医師から説明されていなかったため疑義照会を行った。その結果、事務員の入力間違いであったことが分かり患者には正しい薬が渡された。プレアボイド報告です。	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒とツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒は名称が類似していることが要因である。プレアボイド報告です。	今までの患者の服薬の流れを薬歴により確認することと、患者の訴えと処方薬が合致しているかを常に確認するよう努める。プレアボイド報告です。	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2361	検査の為病院を受診し、体調不良から漢方を出すDrから本人へ話があった。処方箋上は人參湯が処方となっており、本人の話と受診した診療科とそぐわない処方だったためDrへ内容を確認。人參養榮湯へ処方変更となる。	処方薬の類似によるものと考えられます。	処方箋記載事項に疑問があった場合は、調剤、監査、投薬どの場面でも必ずそのままにせず、本人やDrに内容確認し処方自体がっているのが確認するようにしています。	ツムラ人參湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ人參養榮湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2362	はじめて大黃甘草湯が処方されたが、患者からの聴取時に、足がついた時に服用するよう説明されたといわれ、疑義照会したところ芍薬甘草湯に変更になった。	芍薬甘草湯を処方するつもりだったが、医師の勘違いで大黃甘草湯を入力してしまったとのこと。	処方薬と聴取内容に不審な点があれば疑義照会する。	ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2363	前回ビオフェルミンとトランコロンを処方されており、その2種は継続で、今回大黃甘草湯が処方された。投薬時の聞き取りで、「肉離れっぽいので、スポーツをする前にも薬を追加してもらった」とのことで、疑義照会し、芍薬甘草湯に変更になった。	漢方薬の類似名称の把握と、漢方薬の対象症状の把握・確認	漢方薬の類似名称の把握と、漢方薬の対象症状の把握・確認をすとも、新規漢方薬の投薬時は、その漢方薬に類似名称があることを踏まえ、処方が妥当か、患者への聞き取りを、しっかり行う。	ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2364	当帰芍薬散が新規処方になる。どんな症状で受診したのか聞き取りをしたところ足が痛いとのこと。当帰芍薬散の適応症状を1つ1つ聞いてみたが当てはまるものなし。疑義照会の結果芍薬甘草湯に変更となる。	どちらも芍薬が配合されているため思い込みで間違えたと思われる。	新しく薬が出た際はどんな症状で出たのか、医師からどのように説明を受けたのか聞き取りをする。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2365	ツムラ当帰芍薬散の用法に「つり、筋肉痛時に」との記載有り。芍薬甘草湯の間違えではないかと推測し疑義照会を行った結果芍薬甘草湯に変更となった。	類似名称	患者の状態を聞き取り、用法コメントまでよく見て確認を取る	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2366	B病院からA病院に転院された患者さんで、B病院ではツムラ抑肝散加陳皮半夏エキスが処方されていたが、A病院からはツムラ抑肝散エキスが処方されていた。A病院に疑義照会したところツムラ抑肝散加陳皮半夏エキスが正しいことが判明した。	頭文字3文字での薬の検索により、類似している薬の選択ミスが起こりやすい。	薬歴等で類似している他の薬が処方されていないかを確認する必要がある。	ツムラ抑肝散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2367	薬剤交付時に患者より他院で処方してもらっているツムラ抑肝散加陳皮半夏が少なくなったのでオンライン診療で当該病院で処方してもらったと聴取。しかし実際処方されていたものはツムラ抑肝散であったため、疑義照会を実施しツムラ抑肝散加陳皮半夏へ変更となった。	オンライン診療であり通信の不具合などで医師と患者とのコミュニケーションがうまくできなかった可能性がある。また薬剤名が類似しており入力を誤ってしまった可能性がある。	薬剤交付時には処方の方針や使用薬剤歴を正確に聴取することを徹底する。オンライン診療の場合は特に、処方薬が診察時に説明があったものかどうかを聴取する。	ツムラ抑肝散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2368	ツムラ苓姜朮甘湯が処方されていたが、患者様の症状と薬効が異なるため、問い合わせ。苓桂朮甘湯に変更となった。	医薬品名の類似。	医薬品の薬効・適応症の再確認と患者様へのインタビューを丁寧にする事。	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2369	患者が処方せんを持って来局。処方せんにはツムラ苓姜朮甘湯7.5g分3毎食前14日分、メリスロン6mg3錠分3毎食前14日分と記載あり。すべて新規の薬であり、薬剤師が患者に問診をすると眩暈とふらつきがひどいため受診したとのこと。他の症状では受診していないし、苓姜朮甘湯の効能に当てはまるような症状がなかった。眩暈やふらつきの効能がある苓桂朮甘湯は名前が似ている。よって電話にて疑義照会を行った。結果、病院側のミスで処方記載ミスでありツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒→ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒 7.5g 毎食後 14日分へ変更と確認。	病院側の記載ミスと考えられる。	今後も類似した薬剤を間違えないように監査と患者の間診をしっかりと行い、適切に判断する。	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2370	処方に新規でツムラ炙甘草湯が処方されており、初回であったため念のため患者様にどういった症状で服用するか確認したところ、足がつることがあるので、先生をお願いして薬を出してもらったとのこと。炙甘草湯の効能と開きがあるため、医師に確認したところ、芍薬甘草湯に変更になった。	カルテ入力時に似た名前の別の薬を選択ししまい、間違いに気付かずその間も処方せんを発行してしまったと思われる。	新規で処方された薬剤に関しては、処方された経緯を一度患者に確認するようにする。効能と用途がずれている時は疑義照会を行う。	ツムラ炙甘草湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2371	患者さんは冷え症を相談し、かかりつけ医より漢方薬を処方すると説明を受け、ツムラ芍薬甘草湯が処方になっていたが、適応が違うので疑問に思い、間違いはないか処方医へ確認の電話したところツムラ当帰芍薬散へ変更になった。	処方医の勘違いが原因と思われる。薬剤名にどちらも芍薬が入るので勘違いしたと想像できる。	今回は患者との会話から気づけた事例。どんなに忙しくても症状の聴取は怠らない。特に漢方は患者の体質に合わせて処方される薬のため、病名とダイレクトに結びつかない場合もあるので漢方の特徴等の学習を怠らない。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2372	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒が処方されていたが、処方量9gでありまた患者聴取により適応症状とは異なったため医院に疑義照会を行ったところ事務員によるカルテの読み間違えであった。	薬品名の類似による読み間違い、思い込み。	処方監査、患者聴取を確実に行うことが重要である。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ炙甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2373	当薬局を主に利用されている患者さんが、定時薬に加え、テオドール200mgが追加されていた。テオドールが1日3回食後となっており、患者に確認したところ、肩こりで相談したとの事だった。不審に思い、クリニックに確認したところ、テオドールではなくミオナールを処方したかったとの事で、処方変更となった。	テオドールとミオナール、響きが似ていることが要因と思われる。	処方薬と患者の訴えが合っているか、しっかり確認を行う。	テオドール錠200mg	ミオナール錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2374	喘息症状で受診され【般】テオフィリン徐放錠200mg(24時間持続)/分2で処方きたがこの薬剤は添付文書上分1服用の薬のため疑義照会したところ(12~24時間持続)製剤の処方間違いとの返答	一般名名称はおなじであるため作用時間までは確認せず処方入力した可能性がある。	上記製剤違いを店舗で共有しレセコンにも注意事項として記載しておく	テオフィリン徐放U錠200mg「トーウ」	テオドール錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2375	近隣病院より転院され、門前診療所受診。手帳には、テオフィリン徐放U錠(200)1錠夕食後だったが、テオフィリン徐放錠(100)2錠夕食後処方されていた。疑義照会を行った結果、テオフィリン徐放U錠(200)1錠夕食後に処方変更となった。	テオフィリン徐放U錠と、テオフィリン徐放錠を同一薬剤だと判断し、採用規格に換算し処方された。	薬品名が類似する薬品には、特に注意し鑑査を行う。	テオフィリン徐放錠100mg「サワイ」	テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2376	大病院の呼吸器内科に紹介状で送っていた患者さんが戻ってきた。そちらではユニフィルLA200mg1錠、キプレスOD錠1錠いずれも分1夕食後他1種が処方されていた。それを当薬局で後発品のテオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」と在庫の都合でモンテルカスト錠10mg「KM」に変更していた。近医が今までも処方していた血圧の薬などに追加して(般)テオフィリン徐放錠(12~24時間持続)200mg1錠分1夕食後、(般)モンテルカスト錠10mg1錠他1種が追加されていた。事務は気づかず今までと同様、テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」に該当する一般名を探して入力し、監査に回した。監査の際に薬剤師が処方箋記載の一般名がユニフィルLAのものでなくテオドールのものであることに気づき、疑義照会。ユニフィルLA200mg錠の一般名(テオフィリン徐放錠(24時間持続)200mg)に変更するよう指示が出た。	近医は上記のように疑義照会でも後発品があるような薬は商品名の一般名に変更してくださいという回答をする。よって、電子カルテのシステム自体が商品名を一般名に変換するものと推測され、それに慣れていると思われる。  一方、他所からの転院の際は大概紹介状を参照するのではなく、お薬手帳を確認している形跡がある。紹介状を参照していた場合、モンテルカスト錠は口腔内崩壊錠で処方を受けるはずだが、普通錠で出ていることから推測される。お薬手帳に記載されたテオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」を見て、医師がこれをテオドールの後発品と誤解し、電子カルテに入力して処方箋が発行されたと考えられる。	テオドール、ユニフィルの一般名は記載が紛らわしいうえ、商品名も持続性の差がわかりづらいことで発生したと考えられる。これとバルブロ酸も紛らわしいため、このような薬の一般名記載には気を付ける。	テオフィリン徐放錠200mg(12~24時間持続)	テオフィリン徐放錠200mg(24時間持続)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2377	口腔内の使用部位に対して口腔内用の軟膏ではない軟膏が処方されていた	一般名での記載で選ぶのを間違えたと思われる	引き続き使用方法・部位が適切か見ながら調剤する	デキサメタゾン軟膏0.1%「イワキ」	デキサルチン口腔用軟膏1mg/g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2378	患者が処方箋を持参された際に「テルネリン錠1mgを出してもらったはずなのに、違う名前の薬が書いてある」と訴えがあった。処方箋にはテグレート錠200mg3錠分3の1剤のみが処方されており、医療機関の明細書にはテルネリン錠1mgの記載があったため、疑義照会を行ったところ、テルネリン錠1mg3錠分3の処方正しいと確認できた。	医師が処方入力を間違い、テルネリン錠1mgへ訂正を行った後、正しい処方箋と間違えた処方箋を差し替えるのを忘れてしまったと思われる。	今回は患者が処方される薬品名を把握されていたので受付時に気づけたが、把握されていない患者も多いと思われる。服薬指導時に症状を細かく聞き取ることと、その処方内容が妥当であるかを判断する必要がある。	テグレート錠200mg	テルネリン錠1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2379	高血圧で受診をしたという患者に対してテネリア錠20mgが処方されていた。患者聞き取りの内容から血糖に関する話を診察時にしていないのことであったため疑義照会したところ、テルミサルタンOD20mg「サワイ」の処方と間違っていたことが発覚し、処方に変更となった。	薬品名の類似による記載間違えが推察される。「テ」と規格の「20mg」から誤った選択になったと考えられる。	初回処方時、処方変更時には特に診察時の内容と処方内容が一致していることを聞き取るようにしている。今回の事例も聞き取りにより高血圧症と糖尿病で適応の異なる処方薬であったことで気づくことができた。聞き取りと処方内容が一致しない場合は必ず疑義照会を行う。類似商品名の取り間違えをしないためにも品名の異なる文字に注意をして処方監査するようにしている。	テネリア錠20mg	テルミサルタンOD錠20mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2380	定期薬としてジャヌビア服用しており、その追加処方としてテネリア20mg追加指示あり。薬効重複にて、医師に疑義照会し、テネリア中止し、デベルザ錠20mgに変更となる	処方内容の確認の徹底	基本的な薬剤の知識向上	テネリア錠20mg	デベルザ錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2381	ライゾデグ配合注フレックスタッチ、カナリア配合錠服用の患者。ゾルトファイ配合注フレックスタッチとテネリア錠に変更。	GLP1とDPP4阻害剤併用。テネリア錠からカナグル錠に変更	薬理はきちんと理解する。	テネリア錠20mg	カナグル錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2382	継続されていた薬剤として医療機関が変更になったので医師の経過確認不足がありました。デバケン200mg4錠 朝夕食後の分2でしたがデバケンR200mg4錠として処方ありました。疑義照会させて頂きました。	患者経歴の確認が出来ていなかったようにおもいました。 継続としては薬局が履歴を持っていたので速やかに確認が取れました。	医療機関の変更時は注意して監査をすることにしていましたので発見が速やかにできました 特に患者からの情報も必要になってくるので聞き取りもシッカリとする事が必要でした。	デバケンR錠200mg	デバケン錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2383	当薬局初めての患者にデバケンR錠200mg1日3回毎食後で処方あり。お薬手帳を確認したところ、他院で普通錠を処方されていたことが判明。処方医に疑義照会したところ、徐放錠ではなく普通錠の間違いだったことが判明。その後普通錠でお渡し。	薬品名が類似しているため、病院にて処方入力の際に誤って入力したものと考えられる。	処方監査の際はお薬手帳の持参があれば必ず併用薬を確認するようにしている。また薬品名、剤型、規格は末尾まで必ず確認している。	デバケンR錠200mg	バルプロ酸ナトリウム錠200mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2384	監査時に手帳により前回処方との変更点を確認した。今まで院内処方にてバルプロ酸SR錠(徐放錠)を服用していたにも関わらず、処方普通錠であったため疑義照会したところDo処方に変更となった。	バルプロ酸は薬品名のあとにAやRやSRなど色々な種類のアルファベットがつき、どれが徐放錠なのかかわりにくい。病院でも薬局でも処方入力の際にミスをしやすいため、きちんと確認する必要がある。	手帳や薬歴を用いて前回処方との変更点の確認を必ず行う。	デバケン錠200	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2385	元々、当該患者はデバケンR200mgとして投薬されていた方です。ですが医療機関を変更してかかる事での処方ミスが出てしまいました。薬局は把握していたので未然に防ぐ事も出来ました。	持ち込み処方のため担当医師は把握も出来ていなかったように思います。また用法からも判断できたので幸いでした。	普段から来られている患者の内容はよくよく照会して調剤にかかる必要があると思います。	デバケン錠200mg	デバケンR錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2386	処方箋に基づいて一包化の鑑査をしている時に前回と剤型が異なっているが用法に変更がないこと、処方箋の様式が変わっていることに気が付き記載ミスではないかと疑義照会	レセコン変更により新しいシステムへのデータの移行がうまくできていなかった。	調剤者は気が付かずデバケンRで調剤している。前回薬歴との付け合わせを徹底する。	デバケン錠200mg	デバケンR錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2387	今回初めてデベルザ錠20mgが処方。投薬時に血糖値やHbA1cについて聞いたが、血液検査がなかったことと、もともと血糖値は正常であり、診察中に花粉症の薬の話をしていたことから、医薬品を間違えた可能性も含めて医師に問い合わせ。デベルザ錠20mg 1錠 1日1回朝食後→デザレックス錠5mg 1錠 1日1回就寝前に変更を電話にて確認。	おそらく、医薬品名が似ているので、誤ってしまった可能性あり。	初めて出た薬などは、間違っていないかも含めて必ず処方された経緯を患者さんに確認するようにしている。	デベルザ錠20mg	デザレックス錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2388	デベルザ、ナゾネックス、パタノールの3種の薬剤が書かれた処方箋。デベルザを服用している患者は限られているため調べようとしたところ、就寝前に服用と記載あり。もしかしたらアレルギーの薬とパソコン上で押し間違えたのではないかと思い医師、および患者に確認。その後デザレックスに処方変更。	病院側で薬剤名を入力する際、「デ」と一文字だけ打って入力しているものと推定。	新規処方においては用法用量、お薬手帳、患者背景を推察し、少しでも疑問に思ったらすぐ疑義照会する。	デベルザ錠20mg	デザレックス錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2389	処方内容は、一般名処方でモンテルカスト錠10mg 1錠、デベルザ錠20mg 1錠分1就寝前7日分であった。患者から受診理由を聞くとアレルギーとの事だったので処方医にTELにて疑義照会。疑義の結果デベルザ錠20mgからデザレックス錠5mgに変更となった。そのまま処方通りデベルザ錠20mgで投薬すると患者が血糖降下で体調不良となる可能性があった。	デベルザ錠とデザレックス錠の医薬品名称類似	引き続き患者への聞き取りなど処方箋以外の情報を収集することで、処方内容に間違いがないかどうか確認していく。	デベルザ錠20mg	デザレックス錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2390	平素より当薬局を利用されている患者様が処方箋を持って来局した。今回からデベルザ錠20mg 1錠 就寝前 の処方が追加になっており、糖尿病の既往もなく服用時点などで疑問に思ったため、患者様に確認を行った。その際、「睡眠のリズムを整える薬をだしてもらった」、「糖尿に関しては特に話はなかった」と確認できたため、処方医に薬品間違いの可能性があると疑義照会を行った。その後、デベルザ錠5mg 1錠 就寝前に処方変更になった。	処方医が電子システム上で薬剤を選択する際に、「デ」と入力してそのままデベルザを選択してしまったようだった。	新規で処方に追加される薬剤について、処方内容の用法・用量を確認し、投薬時には症状などから処方理由を患者様から十分に聴取することで、処方内容に間違いがないか確認していく。	デベルザ錠20mg	デエビゴ錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2391	高血圧症治療のために通院している80歳代の患者に、デベルザ錠20mgが追加された。血糖値上昇の話はなく、鼻水が出ると相談されたとのこと。患者の症状から処方薬はデザレックス錠5mgの可能性があると考え、疑義紹介を行った結果、デザレックス錠5mgへ変更になった。	医師が処方する際、名称が類似した薬剤を間違えて入力したと推測される。	患者から聴取した情報と処方内容に食い違いがないかを確認する。	デベルザ錠20mg	デザレックス錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2392	新規でデベルザ錠20mg処方の患者さんに、投薬時、糖尿の話聞いたが、話が#22169;み合わず、詳しく聞いた所、アレルギー性鼻炎でアレルギーの薬を出して頼んできたとのこと。疑義紹介後：デザレックス錠5mgに処方変更となる。	Drの勘違いでデザレックス錠を処方する所、名称類似薬のデベルザ錠を処方されたと考えられる。	投薬時、患者さんの話をよく聞いて、症状と薬の内容を確認、納得して貰ってから投薬する。	デベルザ錠20mg	デザレックス錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2393	前回から「【般】テルミサルタン80mg・アムロジピン配合錠」へ薬が変更となった患者。今回の処方の変更前の「【般】テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠」にて処方箋に記載あり。血圧が下がりがすぎたのかと思い確認したところ、140台と変動もなく医師からも処方変更の話はなかったとのこと。医師に疑義照会したところ前回と同じ「【般】テルミサルタン80mg・アムロジピン配合錠」との確認し、調剤した。	推測だが医師が前々回の処方をパソコンで見ていたのか、パソコン上ではミカムロ配合錠APとBPの区別が分かりにくかったのかもしれないと考えられる。	患者の状態を確認したり、処方箋の内容と前回の内容を照らし合わせていくことが大事だと思いました。	テラムロ配合錠AP「DSEP」	テラムロ配合錠BP「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2394	血圧上昇で処方追加。過去にシルニジピンで下腿浮腫→薬剤中止・変更になった副作用あり。比較的浮腫を起こしにくいといわれるL/N型Caチャネル拮抗薬でも下腿浮腫が出たため、処方変更でアムロジピンが追加になっていることに違和感を感じ、問い合わせ。チアジドに処方変更になった。	病院では先発医薬品の名前で入力している。よく似た名前の合剤(ミカムロ/ミコンビ)であるため、薬剤の選択や入力ミスがあった、あるいは副作用歴の確認が不足していたと思われる。	副作用歴がある場合は薬歴システムの目立つ場所にコメントを残すようにしている。	テラムロ配合錠AP「DSEP」	テルチア配合錠AP「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2395	転院があったが、患者様のお話とお薬手帳より、服用薬は変わらないとのこと確認したが、テラムロBP服用のところ、一般名テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠と記載があったため、疑義照会し、テラムロBP(テルミサルタン80mg・アムロジピン配合錠)へ変更となった	一般名処方の際の、APとBPのmg数の処方間違い	処方箋の確認はもちろんだが、その背景(今回は転院だが、薬は変わらないという情報)などもよく確認し、患者様へ正しくお薬がお渡しできるようにしている	テラムロ配合錠AP「サワイ」	テラムロ配合錠BP「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2396	他医療機関に通院、その後入院をきっかけに自宅近くのクリニックを紹介され初めての受診。処方内容は「アトルバスタチン10mg、テラムロAP、ワーファリン、アムロジピンOD5mg」患者家族より今回より薬変更は指示されていると確認。持参の手帳を確認したところ朝食後は上記内容のうちテラムロではなくテルチアが処方されていた。他メチコパール、エペリゾン、トコフェロール、ピタメジンが分3で処方。処方変更の点からテラムロからテルチアに変更した可能性もあったが、疑義照会をおこなったところ、医師はテルチアが先発名ミカムロと勘違いして処方したことが発覚。今まで服用していたテルチアへ変更となった。	医師は電子カルテに先発名で入力し、処方箋発行時に一般名に変換される。持参したお薬手帳にはジェネリック名のみ記載されており、先発品も薬品名称が類似(ミカムロとミコンビ)またジェネリック統一名も(テラムロ、テルチア)と類似している。そのため今回のようなミスが発覚したと思われる。今回の薬の変更は、ビタミン類の処方を中止したことであり血圧関係の薬の変更はなかった。状況を想像しながら手帳や聞き取りから内容を確認する必要がある	配合剤の一覧にて内容の確認を徹底する。医療機関に処方頻度の高いものを中心に類似名称の注意喚起の文書を作成する	テラムロ配合錠AP「トーワ」	テルチア配合錠AP「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2397	咳が改善しないとのことで、テリルジ100吸入 一日1回 1回2吸入の処方となる。、	テリルジ-100を、一回2吸入で吸入すると、すべて3剤が倍量の吸入することになる。テリルジ-200なら、ステロイドのみが倍量できるので、疑義照会して、テリルジ-200に変更になる。	内服や、外用なども、合材が増えてきている。成分量が重複していないか、用量なども注意が必要である。	テリルジ-100エリブタ30吸入用	テリルジ-200エリブタ30吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2398	血圧が高く元々テルミサルタン服用中の患者。血圧が徐々に高くなったため薬が変更になったと言いつつ来局。しかし、処方されている薬剤はテルネリンであった。患者の話から明らかに処方が違うと考え医師に疑義照会したところ、テルチア配合錠の間違いであった。	レセコンへの入力間違いと考えられる。3文字入力で行えば防げたミスではないかと考えられる。	日頃から名称類似医薬品の棚には注意喚起を促すシールを貼っている。患者としっかり話をして可能な限り良い関係を築くよう心掛けている。	テルネリン錠1mg	テルチア配合錠AP「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2399	臨時処方でテルミサルタンOD錠40mgが分3毎食後で処方あり。テルミサルタンは通常分1服用であること、患者よりDrから血圧については話がなかったこと、頭痛症状あり受診、一緒にロキソニン錠60mgの処方ある事から、名称類似医薬品であるテルネリン錠1mgの間違いではないかと推測し疑義照会。処方変更となる。	テルミサルタンとテルネリンは名称類似医薬品であるため、PC入力時のミスと思われる。	患者情報と処方内容の整合性の確認継続と添付文書より逸脱した用法用量でないことの確認	テルミサルタンOD錠40mg「サワイ」	テルネリン錠1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2400	ミカムロ継続処方の患者。処方箋は一般名「テルミサルタン40mg・アムロジピン5mg」で来るが、今回「テルミサルタン20mg」で処方 came。患者に確認したところ、診察中に処方変更の話はなかったとのこと。疑義照会し処方変更へ。	一般名処方ですけれども「テルミサルタン」から始まるため医師が入力時に間違えたと思われる。	処方変更があった際は必ず、患者に確認。合剤が処方されている際はミリ数までしっかりと確認することを周知徹底した。	テルミサルタン錠 20mg 「DSEP」	ミカムロ配合錠 AP		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2401	当薬局にてデルモゾールGローションが在庫してなく、同じ成分のリンデロンVGローションへ変更を求めたところ、グリジールスカルブローションへの変更は問題ないかと返答あり。成分が異なるためデルモベートでの処方なのか、再度確認を求めたところ、デルモベートであることが判明。	3文字検索で処方箋発行していた可能性があり、前3文字一緒のため間違えたと考えられる	3文字だけだと似ている薬がたくさんあるため、患者様とお話も聞き、整合性もチェックしていく必要がある。	デルモゾールGローション	デルモベートスカルブローション 0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2402	生後4か月の女兒にデルモゾールG軟膏が処方された。母親に症状を聞くと、口内炎に直接塗布するよう説明を受けたとの事。疑義照会し、デキサメタゾン口腔用軟膏に変更となった。	医院での処方入力ミス。医師の処方指示は名称変更前のデキサルチン口腔用軟膏だったため、事務員が名称変更後の名前で入力する際に、デキサメタゾン口腔用軟膏ではなく誤ってデルモゾールG軟膏を選択してしまった。	外用剤の処方の際は症状の聞き取りを行い、処方監査を必ず行う。	デルモゾールG軟膏	デキサルチン口腔用軟膏 1mg/g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2403	デルモベートクリームが処方。投薬時Pt聞き取り時に、以前他CLでもらった薬と同じ薬を希望したとのこと薬手帳には、デルモゾールGクリーム医師が名称誤った疑いがあり照会。デルモゾールGクリームに変更指示	名称の類似	患者の話聞き取り、薬手帳の確認	デルモベートクリーム 0.05%	デルモゾールGクリーム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2404	大病院の産婦人科より、一般名でクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏(デルモベート軟膏)の処方あり。使用部位が記載されていなかった為患者に確認したところ、生理中のかぶれで陰部に使用と聞き取り。いきなりストロングストを処方するとは思わず、クロベタゾン酪酸エステル軟膏(キンダベート軟膏)への変換ミスを考え照会したところ、やはりDrの処方意図はキンダベート軟膏であることが判明した。	処方箋に一般名を入力する際、頭の3文字ほど入力して変換した時に間違えたと思われる。	最近ではほとんどの薬が一般名処方される為、このようなミスは起こってもおかしくない。特に塗り薬の一般名は長く、似たような名称の物が多いので、正確に覚えるか確認をその都度行う必要がある。また、腑に落ちない事、不安な事は躊躇せず照会することも必要と考える。	デルモベート軟膏 0.05%	キンダベート軟膏 0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2405	以前皮膚科で処方されていた「クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%」を、今回受診した小児科で感冒薬と一緒に処方して頂けないかご家族が医師に相談。その結果、「クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏」で処方されていた。皮膚科の処方せんも当薬局で受けつけており、薬歴から成分が変更になっていることをご家族に確認。塗布部位が顔、患者の年齢が1歳であることを考慮し疑義照会。「クロベタゾン酪酸エステル軟膏」へ処方変更となった。	医師が外用の一般名に馴染みがなく、類似薬品と間違えてしまった。	外用ステロイドのそれぞれの引き出しに、ランクを記載。ランクと処方部位が適切であるか確認できるようにしてある。	デルモベート軟膏0.05%	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2406	Strongestのデルモベート軟膏0.05%が鼻・唇に塗布と処方されていた。塗布部位とステロイドの強さの間に違和感を感じ、疑義照会した結果、テラ・コートリル軟膏へ変更となった。	医療機関側での処方内容の確認漏れが考えられる。また、薬剤名が2剤とも「テ」+ラ行で始まる為、入力ミスも考えられる。	ステロイドの外用薬が処方された場合、強さと塗布部位の関係を抑え、処方監査を行う。	デルモベート軟膏0.05%	テラ・コートリル軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2407	5歳の幼児にデルモベート軟膏が出ていた。デルモベート軟膏はステロイドの中で強い部類なので、母親に確認したところ、普段から違うクリニックでデルマクリンA軟膏をもらっているとのこと。医師に疑義照会したところ、デルモベート軟膏からデルマクリンA軟膏の変更になった。	似たような名前だったので医師が処方を間違えた。医師の確認不足。	薬の成分の確認を今後も徹底して行う。	デルモベート軟膏0.05%	デルマクリンA軟膏1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2408	患者がデルモゾール軟膏と同じものを医者に処方してもらったと言っていたが、処方せんにデルモベート軟膏と記載されていたため、医師に疑義照会した。	医師の聞き間違い	作用の強い薬が最初から処方された場合は患者に医師からどのような説明があったか聞く	デルモベート軟膏0.05%	デルモゾール軟膏0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2409	施設処方でデルモゾールG軟膏からデルモベート軟膏に変更があり、症状変化があったのか施設看護師に確認したところ、症状は安定しており、薬は継続の指示受けていること確認。薬の入力間違いであることが判明した。	・施設と病院との間での情報共有がうまくできていなかった。 ・病院でのデータ入力時の不注意	施設の対応であり、薬の変更時は症状変化などの聞き取りなどをして間違えなどがないか確認するようにしている	デルモベート軟膏0.05%	デルモゾールG軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2410	ドキシゾシンが頓服吐き気時で処方されていたので、効果、効能、適応を疑問に思い、患者家族に聴取。吐き気は訴えたが血圧に関しては何も聞いていないとのこと。疑義照会したところ、入力誤りでドンペリドンに変更になった。	処方箋の入力誤り、確認不足が原因と考えられる。該当患者様は定期薬で降圧剤を服用していたこともあり、疑義照会せずにお渡ししていたら過度の血圧低下がみられたかもしれない。	適応外で医師が処方する薬剤も存在するが、疑問に思ったら他の薬剤師やネットで文献を確認したりするようにしている。それでも解消されないようなら些細なことでも疑義照会するようにしている。	ドキシゾシン錠 1 m g 「サワイ」	ドンペリドン錠 5 m g 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2411	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル200mg の患者さんに確認したところ手足の冷えて処方されていた。脂質代謝異常に用いる薬なので、疑義照会を行った。その結果、ユベラ錠50mg に変更になった。	D r のパソコンの操作ミスであると思われる。	適応を患者さん、D r に確認している。	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル 2 0 0 m g 「サワイ」	ユベラ錠 5 0 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2412	定期的に利用されている患者様。今回初めて、てんかん薬のトピナ錠 2 5 m g が追加になっているため、ご本人に確認したところ、「今回、尿酸値が高いというので、薬が増えると言っていた」とのこと。トピナでなくトピロリックの処方ミスの疑いがある為、疑義照会にて確認し、トピロリック 2 0 m g に変更になった。	処方せん入力時に、名前が類似しているため選択ミスし、他の薬剤が処方されてしまった。	処方せん内容とともに、患者様にも処方理由など確認する必要がある。	トピナ錠 2 5 m g	トピロリック錠 2 0 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2413	トピロリック 4 0 m g が分1朝食後で初めてでいたため、疑義紹介を行ったところトビエース 4 m g の間違えであった。	トピとトビで始めの 2 文字が似ているため、入力時に間違えが起こったと思われる。	初回の用法・用量の違いの確認の徹底。患者さんからの聞き取りから違和感があれば確認するようにする。	トピロリック錠 4 0 m g	トビエース錠 4 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2414	処方せんにトラゼンタ重複。1つは朝食後で以前から服用、もう1つトラゼンタで就寝前として追加処方のため違う薬打ち間違えかと思い疑義照会	電子カルテで薬を入力、選択する際に類似名なため選択ミス	疑わしいものは必ず確認する	トラゼンタ錠 5 m g	トラゾドン塩酸塩錠 2 5 m g 「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2415	患者はかかりつけの処方医を変更し、医師間での薬の引継ぎが行われていた。以前から糖尿病の治療目的として、メトグルコ錠500mgとジャヌビア錠50mgを服用中。今回処方されたトラゼンタとジャヌビアはどちらもDPP-4阻害薬であり、同種同効薬が処方されていた。このため疑義照会を行ったところ、医師はDPP-4阻害薬であるジャヌビアをSGLT2阻害薬であるジャディアンスと勘違いをしたため、DPP-4阻害薬が投与されていないと判断し、トラゼンタを処方したとのこと。疑義照会の結果、トラゼンタ錠5mgがルセフィ錠2.5mg 1錠 分1 朝食後 35日分に変更となった。	薬品の名称の類似が今回の要因となつたと推測される。	患者様からの聞き取りやお薬手帳の啓蒙を行ってゆく。	トラゼンタ錠5mg	ルセフィ錠2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2416	咽頭痛を訴え内科受診後に来局。ベレックス配合顆粒、トラゼンタ錠5mgが1日3回で処方されていたので、患者へ説明して医師へ問い合わせ。トラキサミンとの間違いだったとのことに変更になった。	トラゼンタとトラキサミンの「トラ」で間違つたと思われる。カルテの記載ミスか、処方入力での間違いのどちらかと思われる。	引き続き処方監査を徹底していく。患者とのコミュニケーションをしっかりとっていく。	トラゼンタ錠5mg	トラキサミン錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2417	血糖値上昇のため薬が追加となっていたが、合剤が処方となっており、2剤の追加となることから、病院へ確認。	トラディアンスとジャディアンスは名称が似ており、Drが勘違いされた	合剤など名称が似かよっているものは調剤するときも配合されている薬品を確認しながら調剤する。	トラディアンス配合錠AP	ジャディアンス錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2418	1週間ほど前に定期薬44日分処方あったが、ここ4日ほどで体重が3kg以上増加しているとのことで再度受診された患者様への処方。現在服用中の薬の増量の指示があり追加分だけ処方され来局。処方「トラディアンスAP 1T分1 21日分」のみ。処方箋通りに調剤、鑑査し、投薬に向かったが、交付時に患者様のお話を伺って、処方内容との齟齬を感じ、定期薬の内容を再度確認したところトラセミド服用中のため、こちらとの処方間違いではないかと思い処方医に問い合わせ。トラディアンスAPからトラセミドOD4mgに変更になった。	頭文字2文字が同じであるため、Drが処方入力の際に選択ミスをしたのではないかと考えられる。	交付時に処方意図がくみ取れるように患者様にお話を伺うよう、対人業務により注力する。処方歴や併用薬をしっかりと確認する。	トラディアンス配合錠AP	トラセミドOD錠4mg 「TE」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2419	のどの痛みで処方箋が出たとの患者様にめまい薬のトラベルミン配合錠が出ており、特にめまいなどの症状はないとのことだったため、トランサミンの間違いではないかと考え、疑義紹介したところやはり入力間違いであったとのことでの処方変更になった。	医師のコンピューター入力時のミス(最初の2文字が同じなので間違えたのではないと思われる)	患者様の体調について細かく聞き取り、処方箋の内容との齟齬がないか注意してみるようにしている。	トラベルミン配合錠	トランサミン錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2420	咽喉炎でセファクロル250とトラムセット配合錠の処方記載あり、定期処方でカロナール服用中でありトラムセットに咽喉炎の適応もなく処方医に照会。トランサミン250を処方したつもりであったとの回答ありトランサミンに変更となった	レセコン入力の呼び出し方法の問題	症状と処方薬が合致しない時は処方意図を処方医にスルーせず確認するようにする。	トラムセット配合錠	トランサミン錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2421	皮膚科でオファタルムK、アドナ30、トラムセットが分2 4T 4日分で処方された。トラムセットの用法が分2であり、他の処方薬との違和感も覚え問い合わせた。	トラムセットとトランサミン 頭文字2文字が同じ。3文字入力を行っていなかった。	3文字入力を行う。違和感を感じたら問い合わせる。	トラムセット配合錠	トランサミン錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2422	過敏大腸症で初めて処方された薬剤。トランコロンPが処方であった。類似名称薬剤にトランコロンがある。トランコロンはメペンゾラートであるが、トランコロンPはフェノバルビタールが配合されている。どちらの薬剤も通常成人に処方となる薬剤であるが、トランコロンPは劇薬・向精神薬・習慣性医薬品であり、初回の服用に疑問を感じた。トランコロンPの重大な基本的注意にフェノバルビタールの連用により薬物依存を生じることがあると記載があり、眠気、注意力、集中力、反射運動能力等の低下、視調節障害がおこることがあるので十分注意が必要である。	過敏大腸症で初めて処方された薬剤。トランコロンPが処方であった。類似名称薬剤にトランコロンがある。トランコロンはメペンゾラートであるが、トランコロンPはフェノバルビタールが配合されている。どちらの薬剤も通常成人に処方となる薬剤であるが、トランコロンPは劇薬・向精神薬・習慣性医薬品であり、初回の服用に疑問を感じた。	トランコロン、トランコロンPどちらも通常成人に1日3回経口投与する薬剤。なお年齢、症状により適宜増減の記載がある。初めて服用する薬剤がトランコロンPであったため、フェノバルビタール配合の薬剤を医師が意図して処方しているのか疑義紹介する必要があった。どちらの薬剤も通常成人と記載はあるものの年齢、症状に応じて適宜増減の薬剤である。小児に処方でも医師が意図しての処方であれば問題ないが、初めて服用する薬剤であること、フェノバルビタール配合の薬剤を意図して処方なのか確認する必要があった。	トランコロンP配合錠	トランコロン錠7.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2423	患者様は、他の医療機関で処方されていた薬が無くなり当日受診できないため近隣の医療機関で処方してもらおうと受診。処方箋にはトランコロンP配合錠の記載があったが、お薬手帳にはトランコロン錠7.5mgの記載があり、医療機関へ疑義照会を行ったところ、トランコロン錠7.5mgへ変更となった。	当該医師が普段から処方する医薬品ではなくトランコロンに配合錠があることを認識していなかったが、電子カルテの医薬品選択誤りが考えられる	処方箋以外のお薬手帳や、本人・家族から情報を得て処方内容に間違いがないか確認していく。	トランコロンP配合錠	トランコロン錠7.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2424	咳や鼻水の訴えはあるものの、腹痛や下痢、便秘の症状がないことからトランコロンP配合錠の処方を不信に思い、電話にて疑義照会したところトランサミン錠250mgに訂正となった。	医療機関での入力ミス。	感冒系処方薬の中に特殊な消化管疾患治療薬が含まれていたことから、疑いの余地が十二分にあることが推測できる。処方監査は入念に。	トランコロンP配合錠	トランサミン錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2425	PL顆粒、メジコンと一緒にトランコロンが処方されていた。患者より腹部症状は無いと聴取したため、疑義照会。トラネキサム酸カプセルに変更となった。	オーダリング時の類似名称薬の選択間違いと思われる。	患者からの聴取に基づいた処方監査の必要性を改めて感じた。	トランコロン錠7.5mg	トラネキサム酸カプセル250mg「NSKK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2426	眩暈で受診。トランサミン錠250mgが処方される。消炎止血剤の為、眩暈の訴えと薬効が異なる為疑義照会。トランサミン錠削除、トラベルミン配合錠に変更となる。	頭2文字が同じ為、処方箋発行時の薬剤選択を誤ったと考えられる。	投薬時に主訴・病態を確認し、処方内容の妥当性を確認する。類似名称の薬は十分に注意する。	トランサミン錠250mg	トラベルミン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2427	風邪で受診し喉が痛い等の症状からトランデート錠100mgが処方されているのがおかしい為疑義照会を行なったところ、トラネキサム酸錠250mgとの入力間違いであった。	医師の処方入力時の確認ミス	今後も患者の症状を良く聞き取り、処方に矛盾がないか確認を怠らないよう努める。	トランデート錠100mg	トラネキサム酸錠250mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2428	一般名でトリアゾラム0.25mgが夕食後で処方されていたため、処方された病院への疑義照会を行い、トリンテリックス10mgとの入力間違いであることが発覚した。	・名前の類似による入力ミス・3文字入力での処方入力を行っていない	・投薬前の患者様とのコミュニケーションを行い、処方内容との相違がないか確認する。・用法用量が異なる処方箋の場合、疑義照会を行う。	トリアゾラム錠0.25mg	トリンテリックス錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2429	血圧コントロール不良でトリクロルメチアジド錠1mgを処方しようとしたが、医師が間違えてトリクロロリールシロップを処方した。	薬品名が類似しているので医師が処方入力の際に間違った薬品を選択し、確認せずに院外処方した。	効能効果、用法用量がおかしい薬品が処方された場合は必ず医師に疑義紹介し確認してから調剤する。	トリクロロリールシロップ10%	トリクロルメチアジド錠1mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2430	トリプタノール錠25mg1錠頭痛時5回分処方。適応外使用のため疑義照会実施。トリプタン製剤を処方する予定だったとのことで、イミグラン錠50mg1錠頭痛時5回分に変更。	医薬品名と成分名が一部類似しているためと思われる。	トリプタノール錠は頭痛予防で処方されるケースもあるが、今回のような処方間違いの可能性があるので、適応外処方には必ず疑義照会を実施する必要がある。	トリプタノール錠25	イミグラン錠50		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2431	患者さんの家族が来局。眼圧が高く病院ではレーザー治療を実施、アイラミド配合懸濁性点眼薬とトルソプト点眼薬が処方された。これまで点眼薬の使用歴は無し。アイラミド配合懸濁性点眼薬はα2作動薬と炭酸脱水素酵素阻害薬の配合薬、トルソプト点眼薬は炭酸脱水素酵素阻害薬であり、同効薬が処方されていた為疑義照会。医師はプロスタグランジン誘導体を処方するつもりであり、トルソプト点眼薬はトラバタンズ点眼薬へ変更となった。	薬品名が類似しており、入力時に選択ミスをしたと思われる。	配合点眼薬は多く発売されている為、一覧表など参考に作用機序が重複してないか確認してから調剤する。	トルソプト点眼薬1%	トラバタンズ点眼薬0.04%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2432	他のインスリン製剤からの変更でトレシーバ注フレクスタッチが今回処方された。週1回の用法であったため疑問を感じたが薬剤交付する際に患者から週1回の注射剤に変更になったことを伺った。処方薬の間違いを疑い照会を行ったところトルリシティ皮下注0.75mgアテオスの間違いであったことを確認し、処方薬が変更された。	医療機関が処方せんを発行する際、同じ注射薬であるトレシーバ注フレクスタッチを間違えて入力されたためと思われる。薬品名と用法が一致せず疑義が生じた場合、患者様から情報を聞き取ることでさらに内容を精査できた事例	薬剤の特性を考慮し調剤を行う。患者からも必要な情報を聞き取るよう努める。	トレシーバ注フレクスタッチ	トルリシティ皮下注0.75mgアテオス		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2433	医大から関連の医大の附属病院へ転院医大ではトレシーバフレクスタッチを使用していた今回の処方ではトレシーバペンフィルであったため疑義照会にてフレクスタッチへ変更また、次回の予約日まで足りない計算であったため、本数の追加をお願いした。医師の認識では足りる計算であったが、空うちの単位数を計算していなかったよう	ペン型とカートリッジ型との認識不足 空うちに対する不理解	薬歴にて確認	トレシーバ注ペンフィル	トレシーバ注フレクスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2434	粉瘤除去のため受診し、疼痛があるためロキソプロフェンNa錠60mgが処方されており、同Rpにドロキシドパカプセル100mg「アメル」処方であった。	頭3文字入力での、「ドロキ」「トロキ」での入力ミスのため処方予定薬剤でない薬剤を選択してしまったものと思われる。	患者訴えの病態に合致した薬剤を想定していくことが今後も重要	ドロキシドパカプセル100mg「アメル」	トロキシビド錠100mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2435	今回新しくドロキシドパ(200)が処方追加になっていたので症状の聞き取り等を行ったが、新しい薬が出るとは聞いていないと言われた。患者さんの話では、胃の調子が悪いので以前もらったことのある胃薬を頼んだとのこと。2ヶ月前に臨時の薬と一緒に出ていた胃薬のトロキシビド(100)と名前が似ていたことから選択間違いの可能性があると疑義照会を行った。問い合わせた結果、ドロキシドパ(200)はトロキシビド(100)に変更となった。	薬の名前が似ていたため、選択間違いをしたと考えられる。	患者からの聞き取り、お手帳等の服薬情報確認をしっかりと行う。	ドロキシドパカプセル200mg「アメル」	トロキシビド錠100mg「オーハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2436	平素、当薬局利用の患者が処方せんを持って来局した。ナルサス錠12mg分1夕食前26日分、屯用でナルサス錠12mg1錠10回分疼痛時が処方されており、ナルラビド錠の処方はなかった。過去の薬剤服用歴では、ナルサス錠12mg分1夕食前、屯用では毎回ではないがナルラビド錠2mgが処方されていた。また患者に確認したところ、処方医よりナルサス錠12mgナルサス錠12mgを屯用でも処方しますとの説明は受けていなかったため、処方医に電話で疑義照会した。その結果、屯用のナルサス錠12mg1錠10回分は、ナルラビド錠2mg1錠10回分に変更となった。	毎回の処方ではないのと、薬剤名が類似しているため、ナルラビド錠2mgをナルサス錠12mgと間違えて入力したようだ。	処方せん、お薬手帳や患者からの情報収集を行うとともに、薬剤服用歴をしっかりと確認していく。	ナルサス錠12mg	ナルラビド錠2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2437	患者家族が処方箋をもって来局。普段から当薬局を使用している患者で今回、他院での処方を門前医院におねがいし、転院となった。患者からお借りしたお薬手帳を確認しながら監査をしていたところ、他院では一硝酸イソソルビド錠20mgが処方されていたが、今回の処方箋には硝酸イソソルビド徐放カプセル20mgとの記載があった。今回から変更なのか確認の為TEL。処方箋の記載ミスが発覚、一硝酸イソソルビド錠20mgへの変更となった。	一般名が似ているため間違えてしまったのではないかと考える。	初回の際には、処方箋の内容だけではなく、患者情報をよく確認する。	ニトロールRカプセル20mg	アイトロール錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2438	いつも来局している患者様でニフェジピンCRに処方内容が変更されていた。1日2回の用法の記載のため用量について問い合わせをする。ニフェジピン徐放錠の間違えではないか?事務さんが入力の際にCRと徐放錠を間違えて入力した。	病院の入力する事務はニフェジピンCRとニフェジピン徐放錠を同じものと認識していた。	前回の薬歴と新しく処方された薬との内容を投薬前に鑑査する。用量や用法の確認も怠らないように薬局内で情報共有。	ニフェジピンCR錠20mg「三和」	ニフェジピンL錠20mg「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2439	前回までニフェジピンCR錠20mgの処方だったが、今回から10mgへ減量になった。そこで、ニフェジピンCR錠10mgを処方する予定でしたが、入力間違いでニフェジピンL錠10mgを処方せんに記載した。	入力間違い見間違い。類似薬の名称が似ている為	処方箋の備考欄にニフェジピン減量の記載があった為、気づきやすかった。	ニフェジピンL錠10mg「三和」	ニフェジピンCR錠10mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2440	一般名名称で名前が似ている薬ニフェジピン徐放錠20mg(12時間持続)となっていたが、いつもの処方24時間持続なので入力間違いの可能性があると考えて疑義紹介しました。	一般名名称の名前が似ているので、入力時に選択を間違ったのではないかと考えられる。	一般名名称で名前が似ている薬が多々あるので、何がどう違うのかを薬局内で共有して、おかしな処方があればためらわずに、疑義紹介するようにしている。	ニフェジピンL錠20mg「サワイ」	ニフェジピンCR錠20mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2441	前回までニフェジピンCR錠40mg「日医工」が処方されていたが、[般]ニフェジピン徐放錠20mg(12時間持続)に処方変更があった。患者に処方変更について医師からの説明があったかどうか確認したところ、量を少なくすると説明があったとのこと。しかし12時間持続だとL錠であり、用法が引き続き1日1回であること、CR錠からの変更は極端すぎること違和感を感じたため疑義照会を実施。20mgへの減量は間違いがないが、12時間持続ではなく24時間持続の間違いであったことが判明。[般]ニフェジピン徐放錠20mg(24時間持続)に処方変更となった。	減量と薬剤名から一般名への表記変更が重なったことで、カルテの記載間違いもしくはPCでの入力間違いが生じたものと推測される。	処方変更の有無を調剤前に確認し、変更があれば必ず患者に確認してから調剤を開始する。名称、規格、剤形など間違いやすいものは調剤室やレセコン周辺などに注意喚起表示をしている。レセコン内の薬品名に注意が必要な薬剤であることを追記している。	ニフェジピンL錠20mg「日医工」	ニフェジピンCR錠20mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2442	ニフェジピнкаプセル10mg4c2×朝夕食後服用追加処方あり。高齢者の透析患者であったため用法用量の確認し、処方元医療機関に疑義照会。電話にて返答があり、ニフェジピンCR20mg2錠2×朝夕食後服用へ変更処方となる。	ニフェジピンの規格について知識不十分であった。1日2回服用であればニフェジピンL20mgが適切と考えるが、処方元医療機関薬剤師にてニフェジピンCR20mgへの処方変更の医師指示であったためニフェジピンCR20mgで調剤した。	患者背景と薬歴を見直し処方監査している。	ニフェジピнкаプセル10mg「サワイ」	ニフェジピンCR錠20mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2443	ニフェジピнкаプセルが1日1回で追加処方された。添付文書上の用法は1日3回であったため病院に疑義照会したところ、1日1回のCR錠に変更となった。	ニフェジピンには1日1回のCR錠、1日2回のL錠、1日3回のカプセルが存在するため、病院が用法と適切な医薬品との組み合わせを間違えたと考えられる。	同一成分で用法の異なる医薬品については、棚に付箋などを貼り注意喚起し、随時疑義照会を行っている。	ニフェジピнкаプセル10mg「サワイ」	ニフェジピンCR錠10mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2444	ネオシネジンコーワ5%点眼液の処方で、「塗布」と記載があり鑑査者が疑問に思い、疑義照会したところネオメドロールの入力間違いだと発覚した。	病院での薬剤の入力が2文字で検索され、そのまま処方箋に乗せてしまった可能性がある。	Drがよく処方する薬剤を薬局内で周知し、病院とのコミュニケーションを密にする。	ネオシネジンコーワ5%点眼液	ネオメドロールEE軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2445	患者様に交付時に胃の痛みがあり先生に相談したとお話しされていた。血糖値についてはなにも指摘されていないとのことでしたが、ネシーナが処方追加になっていたため、疑義照会をした。先生から処方間違いがあり、ネキシウム20mgに処方変更とのお返事をいただいた。	処方時に名称が似た薬剤だったため、間違いがあったと思われる。	交付時に患者様の体調についてしっかり聞き取るようにしている。	ネシーナ錠 2.5 mg	ネキシウムカプセル 20 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2446	かかりつけの患者様に【般】ジフルコルトロン吉草酸エステル軟膏0.1%112gが処方。該当医薬品はネリゾナ軟膏になるが、処方g数や今までの処方歴より、【般】ジフルコルトロン吉草酸エステル・リドカイン軟膏(該当医薬品ネリザ軟膏)の間違いの可能性があると判断し疑義照会。ネリザ軟膏に変更になった。	商品名、一般名共に似ている薬剤であったため間違えて処方した可能性。	今回は処方g数や今までの処方歴より判断を行った。一般名処方の外用薬は名前が似ていたり、長かったりどと入力の間違える可能性があるため、頭文字6文字入力するように周知しており、ピッキング時や監査時なども注意を払うようにしている。	ネリゾナ軟膏	ネリザ坐剤		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2447	平素より当薬局を利用している患者が来局した。処方内容は定例+臨時薬であった。投薬時に話を伺うと、症状と処方されている臨時薬に相違があり、さらに前にもらったのと色が違うと患者が訴えたため処方医に疑義照会を行った。するとノイロピタン配合錠に変更となった。	変更後の薬が前回処方されたのが一年ほど前のことだったので処方ミスに気付くのが遅くなってしまった。また、前回は痛み止めが処方されていたが今回は出ていなかったため、症状に合わせて薬剤変更になったと考えてしまった。	定例薬以外が処方された際には、直近の服用歴だけでなく前にさかのぼって服用歴を確認していきたい。	ノイロトロピン錠 4 単位	ノイロピタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2448	イスコチン錠100mgが処方開始となっていたが一緒にノイロトロピン3T 毎食後で処方されていた。イスコチンによる末梢神経障害予防の場合、通常総合ビタミン剤が処方されるし用量・用法もそちらの使い方だったため処方箋の記載間違いではないかと思い確認してみるとノイロピタン配合錠の間違いだった。	薬剤名が似ているため処方箋への記載ミスが起こってしまった。	類似名の医薬品は用法・用量、使用方法や患者からの聞き取りを参考にしその医薬品に合致しているか確認する。	ノイロトロピン錠 4 単位	ノイロピタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2449	患者本人から症状を聞いたところ、筋肉痛の症状があるとのこと。普段、処方されたことのない薬剤であったこと、患者の訴えにより疑義照会したところ、「ノイロトロピン錠」4錠/2×で処方するところ「ノイロビタン錠」3錠/3×で処方していたことが判明した。	医療機関での3文字入力では「ノイロ」までが同じ名称の薬剤であったため間違いに気が付かずに入力がされてしまった。	・調剤する前に体調変化の確認、新しい薬が出ている場合は特に症状の確認まで行う。 ・初めて処方された薬剤については、お薬手帳を以前までさかのぼり確認する。疑わしい時は、必ず疑義照会を行う。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2450	普段から利用して下さっている患者様の定期薬であるノイロトロピンではなく、ノイロビタン錠が処方されていたので、処方医に疑義照会を電話で行った。	薬剤の頭文字3文字が同じため、処方箋の入力時に選択し間違えたと考えられる。	どのような症状で処方されているのかを考え、薬歴やお薬手帳の確認、必要であれば患者様にも聞き取りを行う。疑問に思ったことは必ず疑義照会を行う。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2451	処方薬剤のノイロビタンは普段処方医が使わない薬剤のため患者に体調、経緯を確認痛み止めを処方されたとのことで外来へ疑義紹介ノイロビタン→ノイロトロピン	類似薬剤名同士で入力の際に間違っただろう	新規処方追加の場合は、患者に経緯やどんな症状でその薬が追加になったかの聞き取りを徹底症状と薬剤の効果に齟齬があれば疑義紹介の対象とする	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2452	いつも受診している医師より処方。同一医師であるが医院の名称が違う病院から処方箋の発行がなされた。その際に、処方の入力ミスが起こり、定時薬のウリアデックではなく「ノウリアスト錠20mg」の記載で、処方箋発行となった。	医院が変更なり、処方箋発行時の入力ミスが起きたと推測される	薬歴・手帳の活用 患者からの十分な聞き取りの強化	ノウリアスト錠20mg	ウリアデック錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2453	ノウリアスト錠20mgが処方されたが、医師のコメントにウリアデック減量とあったため、主治医に疑義照会したところ、ウリアデック錠20mgに変更になった。	ウリアで検索するとノウリアスト錠20mgとウリアデック錠20mgが候補にあがるため、ノウリアスト錠20mgを選択してしまった。	医師のコメントと処方薬が異なるときや薬効に疑問点があるときは疑義照会する。	ノウリアスト錠20mg	ウリアデック錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2454	いつもきて下さっている患者さまで病院を変えたが、Drには同じ薬とお願いしたとのこと。おくり手帳と、薬歴から違っていたので、Drに確認。間違えがわかった。	薬処方時、今までの経過のチェックが大切だと思われる。	必ずお薬手帳等確認。	ノボラビッド30	ノボラビッド		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2455	患者は入院していたが退院後、処方医の医療機関で治療継続したが、退院時処方処方医が読み違えてしまい退院時処方とは違う薬品を処方してしまった。投薬時に薬剤師が患者のお薬手帳を確認したところ、ノボラビッド注フレックスペンが使われていたが処方箋にはノボラビッド30ミックス注フレックスペンが記載されていた。患者に薬が変更になったかを確認したが、医師からは何の説明も無かったことから処方医に疑義照会し、処方誤りであった事が判明。ノボラビッド注フレックスペンに処方変更となった。	処方医が処方箋に誤って記載した薬はその医療機関で処方されている薬品であった様で、習慣的に誤入力したようである。	お薬手帳は必ず細部まで確認する事を申し合わせている。	ノボラビッド30ミックス注フレックスペン	ノボラビッド注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2456	いつもノボラビッドフレックスペンを処方されているがノボラビッド30ミックスフレックスペンを処方されていた。患者に確認したところ単位数の変更は知らされているがインスリンの種類の変更は知られておらず処方内容に疑問があったため電話で問い合わせをし、処方内容の間違いが発覚する。	薬品名の類似	患者の話にと処方内容に齟齬がないか投薬時に確認するようにする	ノボラビッド30ミックス注フレックスペン	ノボラビッド注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2457	血糖が高く今回から注射剤が変更となっている患者。前回まではトレシーバを使用していた。今回ゾルトファイとノボラビッド30ミックスが処方となっていた。患者に使用法を確認したところ一つは1日1回、もう一つは1日3回使用するように指導を受けたとお話をされた。2種を一緒に使用するとのであったので、ノボラビッドは30ミックスではなく即効型のノボラビッドの方ではないかと思い問い合わせ。結果ノボラビッド30ミックスからノボラビッドフレックスタッチに変更となった。	医師がパソコンで選択する際に誤りが発生したものと推察される。	変更薬があった際、患者に確認。引掛掛かるものがあたら問い合わせをする。基礎インスリン (PLP-1混合型) と混合型インスリンを一緒に使用であったので不思議に思った。	ノボラビッド30ミックス注フレックスペン	ノボラビッド注フレックスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2458	ノボラピッド注フレックスタッチ継続中の患者。今回から単位と、ノボラピッド30ミックス注フレックスペンへの変更あり、交付時に確認。診察時は単位変更は聞いていたがノボラピッド30ミックス注フレックスペンへの変更については聞いていないとの申し出あり疑義照会。ノボラピッド注フレックスタッチへ薬剤変更になる。	名称の似ている薬剤が存在している。	取り違えの無いよう、保管場所を区別する。変化に気づけるよう薬剤の違いについて知識を付ける。患者からの情報に相違がないか把握する。	ノボラピッド30ミックス注フレックスペン	ノボラピッド注フレックスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2459	Aクリニック通院患者が薬剤管理不良による昏睡でB病院に入院。退院後Cクリニックによる往診対応になった。処方箋、残薬、お薬手帳を持参したため確認。今回からインスリンが変更になっていることから、Cクリニックに照会したが不在。入院歴のあるB病院に確認したところ、「院内では薬の処方はないため不明」(インスリンの変更はされていない)「ノボラピッド30ミックス」を1日3回実施することは考えにくいと、再度Cクリニックに照会をして担当医に連絡を取ってもらった。結果として、「ノボラピッド注フレックスペン」の誤りであった。	インスリンは名称が類似しているために、処方箋への記載誤りが十分に考えられる。それぞれの特徴を理解して、実施回数を把握することで防止することはある程度可能である。また規格誤りは危険であることを認識し、確実に確認が取れるまでは投薬してはならない。	各種インスリンの特徴を示した一覧を利用して、患者・家族の確認をするとともに当夜う誤りを防止している。	ノボラピッド30ミックス注フレックスペン	ノボラピッド注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2460	患者と医師の疎通がうまくいかず、薬品名を途中でしか発しなかったため、ノボラピット〇〇の部分の確認が不十分であった。薬歴より 処方変更がないはずであればノボラピットフレックスタッチであり、ノボラピット30mixであれば 一日3回の使用は適応外になると照会して、初めてご理解いただいた。	インスリンの名称は省略せず最後まで確認する。担当医が変更になった際は特に注意必要。	疑義が生じた時は躊躇せず何度も疑義照会する事 店内で周知する。前回処方の時も同様の疑義照会を行っていた。	ノボラピッド50ミックス注フレックスペン	ノボラピッド注フレックスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2461	ヒューマログミックス50注ミリオペンを継続されている患者様にノボラピッド50ミックス注フレックスペンが処方された。病院の処方入力システムが変わり始めた時期で、他の患者様でもdoなのに処方入力が入っている件が頻発しており、処方変更の話が診察時あったのか念のため患者様にお聞きしたところ発覚。	低血糖症状等	何か処方に疑問点がある場合は患者様に確認をとり、疑問が残る場合は必ず時間がかかっても疑義照会を行う	ノボラピッド50ミックス注フレックスペン	ヒューマログミックス50注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2462	処方箋を本人が持参。初めてのクリニックで初めての来局患者。継続薬と聞き取り、処方薬を見せたところ、継続薬と異なることが判明。処方はノボラビッド70ミックス注フレックスペンであったが、持参薬を見せてもらおうとノボラビッド注フレックスペンであった。診察時も持参薬を見せたとのことで入力ミスの可能性あり疑義照会。ノボラビッド注フレックスペンに変更となった。	診察時の継続薬確認または処方入力時の間違いと推定される。	初来局であり、定期薬であっても規格・使用法の確認を徹底。	ノボラビッド70ミックス注フレックスペン	ノボラビッド注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2463	平素からご利用の患者様で、息子さんがお薬をいつもお受取。普段ノボラビッド30ミックス注使用だが、ノボラビッド注へと処方変更されていた(単位数は全く同じ)。変更について息子さんに確認した所、聞いていないとのこと。疑義照会を実施したところ、処方間違いと判明。いつも通りのノボラビッド30ミックスの処方に変更となる。	類似名称の医薬品。入力をし直した際に間違えてしまったのではないかと推定される。	変更点についてはしっかりと確認を実施する。	ノボラビッド注フレックスタッチ	ノボラビッド30ミックス注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2464	新規患者さんのため今まで使用中の薬が確認できなかった。注射剤の為、用法1日1回朝○単位使用中であること確認。薬が入ったところ、超速効性の製剤である事がわかり能書を確認したうえで入所先の看護師に確認。処方箋の記載ミスであることが分かり問い合わせをした。そのままうっていたらどーなっていたかとゾッとします。	薬品名が類似しているため、病院、入所先の看護師共にチェックをすり抜けてそのまま処方されてしまった	特に新規の患者さんの場合、今までと同じ薬であるかの確認を怠らないこと。用法、用量が正しいかの確認をすることも必要です。	ノボラビッド注フレックスペン	ノボラビッド30ミックス注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2465	処方箋監査時に、処方箋にて、薬剤師Aがノボラビッド注ペンフィルで処方されていることを確認。薬剤師Aは前回薬歴参照し、以前よりノボラビッド注フレックスタッチ継続中だったため疑義照会を行う。照会の結果、以前と同じノボラビッド注フレックスタッチに変更となった。	薬品名が類似しているため、処方医の入力ミスと推定する。	処方監査時には必ず以前の薬歴を参照し、疑義が生じたときは処方医に照会する。	ノボラビッド注ペンフィル	ノボラビッド注フレックスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2466	投薬時にいつも使用していたフレックスペンと色が違うと指摘あり半年前にはノボリンR注フレックスペンが処方、今回はノボラピッド注フレックスペンが処方処方変更等の説明は受けておらず、血糖コントロールも横ばいと聴取処方医に疑義照会し、確認ノボリンR注フレックスペンへ処方内容変更となる	同じノボから始まる薬剤であるため、処方入力段階で入力ミスがあったと推測される	注射の色、名前を患者様と一緒に確認しながら服薬指導に当たる	ノボリンR注フレックスペン	ノボラピッド注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2467	転院により、今回からこちらの病院で薬をもらうことになった。お薬手帳より、テルミサルタン40mg1錠から2錠に変更、ヒューマリンN注ミリオペンからノボリンR注フレックスペンに変更になっており、患者様に確認したところ、血圧は良好と言われ、増量やインスリンの変更についても聞いていなかったため疑義照会。テルミサルタン40mg1錠に変更、ノボリンN注フレックスペンに変更になった。	転院前の処方内容を書き写す際に、入力間違いをしたと思われる。	転院時に処方変更があれば必ず先に患者様に話を聞き、変更があったか確認するようにする。聞けない場合でも念のため疑義照会する。	ノボリンR注フレックスペン テルミサルタン錠40mg 「日医工」	ノボリンN注フレックスペン テルミサルタン錠40mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2468	久しぶりの来局の患者様に【般】アムロジピン錠10mg が処方された。患者様に確認を行ったところ、健康診断でコレステロール値が高かったことがわかり処方医に照会。【般】アトルバスタチン錠10mg に処方変更となる。	どちらもア行の為、一般名処方選択の際の選択ミスと思われる。	違和感を感じた処方内容の際はそのままにせず患者様もしくは処方医に確認を行う。	ノルバスクOD錠5mg	リビトール錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2469	高血圧でノルモナル錠15mg1錠寝る前の処方在庫がなく一旦帰宅してもらった。卸から取り寄せている間に利尿剤が寝る前での処方に疑問を持ち疑義照会。ノルバスク錠5mg1錠寝る前処方する予定だったとDrより返答あり。	Drがカルテを操作時に2文字検索を行っていたことが原因と考えられる。今回は利尿剤の用法としてふさわしくない用法だったため確認ができた。	用法用量に注意し、確認を怠らない。患者からのヒアリングで薬と症状での違和感を感じた場合は確認を行う。Drへは最低でも3文字検索を行ってもらおうようお願い。	ノルモナル錠15mg	ノルバスク錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2470	当該事例の5日前に同医院よりフロモックス錠100mg、ムコダイン錠250mg、【般】メキタジン錠3mgの処方歴があり患者本人の主訴は「小鼻の横辺りが痛い」とのことだったので副鼻腔炎の可能性ありと判断し調剤したが、当該処方箋ではバキシル錠10mg 6T分3毎食後と他の2剤はDo処方であったため、処方の流れから不自然に思い患者本人に確認したところバキシル錠が処方される体調ではないことと、バキシル錠10mgの用法用量自体も疑義照会の対象であった為処方医に確認した。	病院の処方入力の際にPC上でバキシル錠とパセトシン錠の欄が近くにある可能性が高く、入力間違いと思われる。	過去の処方から今回の処方に不自然がないか注意することと、薬の添付文書上の用法用量を確認する。	バキシル錠10mg	パセトシン錠250		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2471	男性に女性適応のパゼドキシフェンが処方されていたため義義紹介。バラシクロピルに変更となった。	処方箋発行時点で入力ミスがありスルーされた模様。名前の一部酷似も原因と推定される。	処方意図を汲み取り、処方内容の監査に注意を徹底していく。	パゼドキシフェン錠20mg「サワイ」	バラシクロピル錠500mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2472	ホルモン療法中の女性患者にて、血栓予防も兼ねた頭痛薬(バファリンA330)が処方されていた。バファリンA330について2点疑義を行った。疑義前・【般】アスピリン330mg・ダイアルミネート配合錠 1錠 × 10回分 頭痛時(先発名:バファリンA330)  バファリンA330の添付文書上の用量は頭痛には、1回2錠となっており、1回2錠の間違いではないか確認。2点目 血栓予防もかねての頭痛薬であるがアスピリンは、アスピリンジレンマにて、高用量の服用では、血液凝固に作用が変化することが理論上考えられ、1回2錠を2回使用すると、1日1320mg服用する事となってしまう、血栓予防とは真逆の血液凝固作用を導く可能性があったため、他のカロナールなど、鎮痛薬を提案させていただいた。結果、アスピリン製剤であるバファリンA330から、カロナールへの変更となった。疑義後・カロナール300 1錠 × 10回分 頭痛時処方変更の説明のみならず、患者自身においてもOTCであるピリン製剤を避けるように生活指導を行った。その後、次回来局時にカロナール服用での頭痛への効果聞き取った結果、効果ありであった。	アスピリン自体の、薬理学特性が特殊(用量により、抗凝固作用と凝固作用という相反する効果が出てきてしまう点) バファリンA330の通常量1回2Tという特殊性	ただ単に用量を確認するだけでなく、その目的を把握し、医療行為として薬を処方することを心がける。	バファリン配合錠A330	カロナール錠300		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2473	患者が受診時に市販でバファリンを飲んでのことと伝えたところバファリン配合A81が処方、薬局で処方監査時に頓服疼痛時になっていたため患者に聞き取り疑義照会し処方変更となった。	医師の知識不足	疑義照会前に患者確認	バファリン配合錠A81	バファリン配合錠A330		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2474	バファリン錠A81が処方されていたが、患者への聞き取りで頭痛で病院にかかったことが判明。疑義紹介をしてバファリン錠A330に変更。	バファリンA81は抗血小板で頭痛には適応なし。バファリンA330は鎮痛剤。	名前が似ている為、間違いやすい。投薬時に必ず患者に症状を確認。	バファリン配合錠A81	バファリン配合錠A330		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2475	目の疲れと頭痛を訴える患者に対してバファリン配合錠A81が処方されていた。バファリン配合錠A330では疼痛に対して適応があるが、その薬剤と間違えたと思われる。疑義照会した所、ブルフェン錠100に変更となった。	処方箋記載の際に、最後まで確認を行わなかったことが要因と思われる。	今回の処方をそのまま出してしまうと、出血傾向の恐れがあったと思われる。処方箋入力で3文字：用量を徹底して行い、1文字監査を行えば防げると思われる。	バファリン配合錠A81	ブルフェン錠100		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2476	バファリン配合錠A81 2T 痛い時 と処方箋あり、患者様に確認をとったところOTCでバファリンA(アスピリン1320mg配合)を服用中でせっかくなので、処方頂いたとのこと。添付文書確認したところ、バファリンA81は頭痛の適応なし、もし服用するとしても同じなら16錠服用しないといけなくなってしまう。バファリンA330mgは販売中止になったことを含め疑義照会ボルタレン錠25mgに変更になった。	OTCの知識は調剤薬局では、なかなか身につかず内容量もそれぞれ異なります。また、複合されていることが多いので注意する。	OTCの知識は、調剤薬局ではなかなか入手できないので、必ず本で確認します。	バファリン配合錠A81	ボルタレン錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2477	10歳の男子。体重25Kg。帯状疱疹。休日診療所にて、アシクロビル2000mg分4毎食後と眠前で1日分処方された。翌日皮膚科を受信した。バラシクロビル2000mg分3毎食後であった。通常前回の継続が多いこと、バラシクロビルでは10%ほど用量が多いことで、疑義照会した。結果、アシクロビルに変更された。	院内採用の品目の有無によるもの。類似名称	薬物治療の時系列変化の確認。体重。お薬手帳。	バラシクロビル顆粒50%「アスベン」	アシクロビルDS80%「NK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2478	バルサルタン、リリカアアシクロビル軟膏、カロナールの処方。処方内容より帯状疱疹が疑われ、バルサルタンがバルトレックスの入力間違いの可能性を考え疑義照会。バルトレックスに処方変更となる。	電子カルテにおける処方入力で、バルと入力してバルサルタンやバルトレックスが候補としてあがり、選択間違い。	処方箋監査を十分に行う。疑義が生じた場合は必ず疑義照会を行う。	バルサルタン錠20mg「日医工」	バルトレックス錠500		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2479	メンタルクリニックの処方で婦人科用剤バルタンM0.125が処方になった。婦人科用薬でおかしいと考え患者にも精神症状以外に症状変化なく疑義紹介したところハルシオン0.125の間違いとのことであった。トリアゾラム0.125でお渡しした。	名前が似ている。電子カルテの検索選択間違い。	しっかり患者とお話する。	バルタンM錠0.125mg	トリアゾラム錠0.125mg「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2480	門前医院からの処方。定期的に薬局をご利用されている患者。定期処方に追加で、バルトレックス錠500mg 3錠分3毎食後7日分が初めて処方される。帯状疱疹の処方と判断して、用量不足のため疑義照会を行う。その結果バファリン330mgの処方間違いであったことが判明。患者に話を聞くと、頭痛のために薬を処方してもらったとのこと、粉の服用が苦手なため錠剤での処方をお願いしたとのことだった。	門前医療機関の入力の際に、薬剤選択の誤りがあったと推測される。	今後も用法用量の確認を行い、添付文書から逸脱している場合は疑義照会を行う。また患者からの話をよく聞き、何で処方されているか理解してから調剤する。	バルトレックス錠500	バファリン配合錠A330		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2481	Aクリニックからの処方内容に今回バルナックカプセル0.2mgが追加になっていたが処方箋のコメントにバルモディア追加と記載があった為処方医に確認し、バルモディア錠0.1mgの処方間違いだったと判明した。	薬剤の頭文字2文字が(バル)だった為薬剤の選択間違いだったと思われる。	今回は処方箋にバルモディア開始とコメントがあった為患者様に確認する前に間違いに気付けたが、通常であればどのような症状があり処方追加になったか確認しているので処方箋にコメントが無くても患者様に説明する際には気付けたと思われる。	バルナックカプセル0.2mg	バルモディア錠0.1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2482	患者さんより粉薬が服用しにくいとのことで、デバケン細粒を錠剤への変更希望があり、処方箋がバルプロ酸Na徐放錠に変更。徐放錠と細粒では半減期などの薬物動態が大きく変わるため、ドクターへ確認。デバケン錠に変更になった。	徐放錠と普通錠の違いを把握しておく。	変更時に患者さんへどのような説明があったかの確認をしておく必要がある。	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A100mg「トロー」	デバケン錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2483	受診医療機関変更、今までは普通錠のバルプロ酸を服用していたが、徐放錠の処方がされていた。他薬剤は今まで通りであったため医療機関に確認をとったところ普通錠の誤りであったとのことで徐放錠から普通錠へと変更となった。	医療機関を変更した為、服用薬が正しく伝わっていなかった可能性がある。普通錠と徐放錠、複数の剤形がある薬である。	前回以前の処方と比較して、変更理由が不明な場合は問い合わせを行う。	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トロー」	バルプロ酸ナトリウム錠200mg「DSP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2484	【般】バルプロ酸Na徐放錠200mgが処方(先発: デバケンR200mg)。お薬手帳を確認したところ、現在服用中の薬剤がセレニカR200mgであること確認。処方医に疑義照会行いセレニカR200mgに処方変更になった。	今までかかりつけの病院から今回別の病院に変更後初回受診。一般名が酷似しているため、入力選択ミスと考える。	特に初回の患者様はお薬手帳を持参されていれば処方薬と常用薬のマッチングを必ず行う。	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トロー」	セレニカR錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2485	処方以前から服用のバルプロ酸ナトリウム錠から、一般名でバルプロ酸ナトリウム徐放錠に変更になっていた。用法が分2であったため両方の可能性が考えられたが、本人への聞き取りから変更の可能性が低いと判断。疑義照会し今まで通りのバルプロ酸ナトリウム錠と確認。処方変更となった。	一般名への変更や後発品の名称変更に伴う、入力ミス。	一般名への処方変更や後発品の名称変更にもなう入力ミスがあることをふまえ、患者本人への丁寧な聞き取りや説明を注意深く行う。	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トローワ」	バルプロ酸ナトリウム錠200mg「DSP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2486	体調不良による通院困難のためご本人が精神科クリニックから処方されている薬を別のクリニックの医師に処方依頼した。その際薬に手帳や実薬の持参がなく、「デバケン200と同じものを1回3錠寝る前に服用している」との情報でバルプロ酸200mgが1回3錠で処方された。通常バルプロ酸200mgは1日2～3回に分割して服用する薬であるためご本人に了解いただいて精神科クリニックに照会した。精神科クリニックの対応者も「デバケンを3錠」との回答であったため、普通錠と徐放錠では使い方が異なるので普通錠で間違えないか更に確認して「デバケンSR錠200」と回答を得た	ご本人の記憶が曖昧で思い込んでいる薬剤名(一般名)に該当する薬剤があったこと、精神科クリニックでは(多分)カルテには商品名が記載されているが、発行された院外処方せんには一般名であったため、問い合わせに回答した担当者が薬名もしくは一般名を正確に理解していなかったこと。今回処方した医師が使い慣れた薬剤ではなかったため、徐放錠と普通錠の用法の違いを理解していなかったこと。	薬名・剤型・用法に疑問点がある場合、薬手帳などを患者が携帯していない場合は患者が思い込みで薬名を申し出ている可能性が高いことを念頭に外観の画像なども含めて患者の申し出ている薬と処方薬が合致しているか確認することとする。必要に応じて患者の了解を得て処方医以外にも照会をかける。	バルプロ酸ナトリウム錠200mg「アメル」	バルプロ酸ナトリウムSR錠200mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2487	当薬局初めての利用でバルプロ酸Na錠200mgが一般名処方の患者が来局。手帳を確認したところ前回の薬局は徐放錠で調剤していた。投与方法から徐放錠が正しいと推測されたが、記載の薬品では普通錠になってしまう旨を処方医に疑義照会。徐放錠で処方してほしい、門前とは約束処方であり今まで指摘されたことはないという返答であった。	門前とのルール外の約束処方を行っており、非常に危険な状態であった。	今後医療機関をメモし、違和感を感じる一般名医薬品については問い合わせるように徹底	バルプロ酸ナトリウム錠200mg「アメル」	バルプロ酸ナトリウムSR錠200mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2488	病院からの紹介先からの処方箋。元病院ではヒアレインミニ0.1% 1日4回点眼だったが紹介先病院ではヒアレインミニ0.3%。確認後、ヒアレインミニ0.3%1日2回100個処方になった。	各病院での採用薬品が違うことあるのに疑問に思ったときは確認が必要	医薬品の単位などはしっかり監査する	ヒアレインミニ点眼液0.1%	ヒアレインミニ点眼液0.3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2489	お薬投薬時に患者より症状確認するとドライアイはなくいつもの薬を出すと言ったと医師が話していたとの事。疑義照会后、いつものピレノキシン点眼に変更となる	コンピューター入力ミスと思われる。カリーユニからピレノキシンに薬品名が変更になった事から薬品名が似ているところを入力してしまった	今後も処方変化については、必ず患者情報確認し、投薬時に本日の主訴の確認と患者様と一緒に目録鑑査実施をきちんと行っていく	ヒアレイン点眼液0.1%	ピレノキシン懸濁性点眼液0.005%「参天」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2490	HPNにて在宅介入中の患者の点滴内容が体調改善により変更となった。これまで無菌調整にて混合していた処方を変更の意図であったが、ピーエヌツイン3号液のみの処方であった。上記薬はビタミンが混合されておらず添付文書上にもビタミンB1を混合することと記載あり。医師へ問い合わせしビタミン含まれる同系統のフルカリック3号液へ変更となる	最初電話で医師へ確認した際、ピーエヌツインはビタミンが入っているためビタミンの追加は不要と返答いただいたが、医師側の勘違いがあったか、電話口の事務員による口頭での伝言でこちらとは意図しない形で伝わってしまった可能性あり。その後FAXで他薬への提案と一緒に疑義照会行い変更となった	事務員など医療従事者でない者を通して口頭で疑義照会を行なう場合、意図とは異なる伝わり方をする可能性があることに留意する。納得のいかない返答であった場合FAXでの方法が有効であることがわかった	ピーエヌツイン-3号輸液	フルカリック3号輸液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2491	メイアクトMS錠100mgの処方にピオフェルミン錠の併用処方だった。抗生剤の下痢予防のための処方なので病院に確認。メイアクトはセフェム系抗生物質なのでピオフェルミンRが適応がある旨を伝えた。ピオフェルミンRに変更となった。	ニューキノロン系抗生物質にピオフェルミンRに適応がないためピオフェルミンを処方されている。今回メイアクトはセフェム系抗生物質のためRが処方できることを伝えた。医師がただ書き間違えたのかはこちらからは推測できなかった。	疑義紹介する時は添付文書など再確認して根拠を伝えるようにしている。	ピオフェルミン錠剤	ピオフェルミンR錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2492	メイアクトMS小児用細粒とピオフェルミン配合散が処方されていた。医師にピオフェルミン配合散ではなくピオフェルミンR散ではないかと確認したところ正しくはピオフェルミンR散であった。	処方せん発行の際、入力を誤ったことが考えられる。	抗生剤とピオフェルミン配合散やピオフェルミン錠剤が処方された場合は必ず疑義照会を行う。	ピオフェルミン配合散	ピオフェルミンR散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2493	薬剤師Aがパセトシン細粒の処方と一緒にピオフェルミン配合散が処方されていてそのまま調剤した。その後薬剤師Bが鑑査でパセトシン細粒処方時はピオフェルミンR散が適応となると気付いて処方医に疑義照会し、ピオフェルミンR散に変更となった。	病院で処方箋をパソコンで薬剤の入力時に誤って選んでしまったことに、調剤時には気付くことができなかったためと考えられる。	調剤時、鑑査時に薬剤の適応が正しいものが選ばれているか注意をする。	ピオフェルミン配合散	ピオフェルミンR散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2494	クラリスロマイシンDSに対して、有効とされないピオフェルミン配合散が処方されていたため疑義照会を行った。	Drが一人ですべての作業を行っているため、入力時の薬剤選択のミスがあったと思われる。	ピオフェルミンRが適応しない薬剤を一覧にしておき、処方監査の判断に使用する。Rの適応があるものに配合散が出たら疑義を行う。	ピオフェルミン配合散	ピオフェルミンR散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2495	メイアクトと一緒にピオフェルミン配合散が処方されていた。ピオフェルミン配合散ではなくピオフェルミンR散ではないかと思い問い合わせしたところピオフェルミンR散に変更となった。	処方せん入力時に名称が類似しているピオフェルミン配合散とピオフェルミンR散を誤って入力したと思われる。	抗生剤と一緒に薬剤耐性でない整腸剤が処方されている場合は確認するようにしている。	ピオフェルミン配合散	ピオフェルミンR散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2496	気管支喘息の既往があり、以前にツロブテロールテープ2mgが処方されていた患者に初めて【般】ビソプロロールテープ2mgの処方あり。特に心疾患の既往がなく、血圧低めて降圧薬中止していた経緯もあるため照会したところ、ツロブテロールテープ2mgの間違いだった。	一般名が類似していたため、処方時に間違えて入力してしまったものと思われる。	新規処方薬の場合は、既往歴の確認を注意深く行い、医師からどのような説明を受けているか患者から聞き取りをしっかりと行う。	ビソノテープ2mg	ツロブテロールテープ2mg「久光」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2497	Aクリニックでビソプロロール2.5服用していた方がB病院へ紹介に。B病院でカルベジロール2.5へ変更し、退院後Aクリニックで処方があったが、ビソプロロール2.5で処方。お薬手帳にて確認したところ入院時服用していたカルベジロール2.5に変更になった。	類似名称とAクリニックではビソプロロールがでていたためか	手帳の確認	ビソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「日医工」	カルベジロール錠2.5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2498	以前から定期的に受診される患者さん。定期処方の他に臨時処方としてヒダントールF配合錠が初めて処方された。臨時処方の経緯と症状を確認すると疲れが出て相談したとのこと。疑義照会をし、フルスチアミン25mgへ変更となった。	処方医はビタミン剤を処方したつもりだったが、電子カルテの薬品欄近くにあったヒダントールF配合錠を選び間違え内容を確認せずにプリントアウトした。	以前より臨時薬があった場合は症状等を必ず確認していた。今後も同様に患者さんに聞き取りをする。	ヒダントールF配合錠	フルスチアミン錠25mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2499	循環器内科からヒドロキシジンパモ酸塩錠25mg処方。かゆみの薬は他科から出ているので患者様に確認したところ、血圧が高いため受診とのこと。処方元に疑義照会。ヒドロクロロチアジド錠1.25mgに変更になった。	薬品名類似による処方箋記載間違い	患者様にしっかりと聞き取りをし、処方されている薬が妥当か判断する	ヒドロキシジンパモ酸塩錠25mg「日新」	ヒドロクロロチアジド錠12.5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2500	以前より来局の患者さんで、今回処方内容が大幅に変更になっていた。前回コンサータ27mgを服用したが、今回ピバンセ錠20mgと記載あり、服用が就寝前だった為、疑義照会して確認したところピブレッソ徐放錠50mgの記載ミスが発覚した。	処方医による名称が似ているための勘違いと考えられる	医療用医薬品の用法 用量 適応症の把握する。わからなければその場で調べて確認する。	ピバンセカプセル20mg	ピブレッソ徐放錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2501	当薬局を普段から利用する患者が処方箋を持って来局した。今回から追加でピビアント錠20mg、1日1回就寝前で処方されていた。服薬指導時に患者に症状の確認をしたところ、花粉症の症状があるのでその薬をお願いしたとの事だった。処方医に電話で確認したところ、ピラノア錠20mg、1日1回就寝前に変更になった。	処方入力時に、名称が類似している為、誤って入力したようだ。	患者からの聞き取りなど、処方箋以外の情報を聞き取ることにより、処方内容に誤りがないか確認していく。	ピビアント錠20mg	ピラノア錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2502	平素から利用の患者様。風邪との事で来局。男性患者にピビアント錠20mgが処方されていることに気づき、疑義紹介。ピラノア錠20mgへ変更になった。	カルテの記載ミスまたはレセコンの入力ミス。	処方内容だけではなく、年齢や性別も確認する。	ピビアント錠20mg	ピラノア錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2503	皮膚科、尋常性ざ瘡に対する処方。ロキシシロマイシン錠150mgとピブラマイシン錠50mgが同時に処方されていたため、疑義照会。ピブラマイシン錠50mgがピフロキシ配合錠に変更となった。	医療機関の電子カルテは3文字入力と思われる。ピブラマイシンとピフロキシは名称類似しているため、処方時点で主治医が勘違いされたものと思われる。	監査時だけでなく調剤時にも同種同効薬が同時に処方されていないか注意して、疑問点があれば速やかに疑義照会する。	ピブラマイシン錠50mg	ピフロキシ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2504	ヒューマログミックス25注ミリオペン1日3回の処方箋を初めて持参。処方箋鑑査時に用法もヒューマログミックス25注ミリオペンの1日2回でなく、患者様が病院での手技説明を受けた際の資料はヒューマログ注ミリオペンであった。処方内容が疑わしかったため疑義照会をしたところ、ヒューマログ注ミリオペンへ変更となった。	ヒューマログ注ミリオペンのところ、ヒューマログミックス25注ミリオペンと入力	処方箋内容だけの鑑査でなく、患者様からの聴取、また病院から患者様へ渡っている資料がないかも確認していく。	ヒューマログミックス25注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2505	以前よりヒューマログミックス25注ミリオペンを使用していたが、入院中にヒューマログ注ミリオペンに変更となった。退院後に変更の旨を家族の方から伺っていた。退院後、かかりつけ医から処方したヒューマログミックス25注ミリオペンだったため、処方医に疑義照会した。その結果、入院中に使用していたヒューマログ注ミリオペンに変更となった。	薬剤名が似ているため、処方医が以前から使用していたインスリンを使用していると勘違いしたと思われる。	患者様や家族の方からの情報も薬歴に記録しておくようにする。	ヒューマログミックス25注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2506	インスリングルルギンBSミリオペン「リリー」1日1回とヒューマログミックス50注ミリオペン食前4単位がしょほうされていたので、ヒューマログミックス50注を疑義紹介したため発覚。	医師がカルテにはグルルギン、ヒューマログとのみ記載、それを他の者が処方を入力した際にミックス注を選択したと思われる。	全インスリン注の特性や用法を確認している。	ヒューマログミックス50注キット	ヒューマログ注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2507	転居に伴う転院の患者さま。事前に当薬局にお薬手帳持参でヒューマログ注ミリオペン等を在庫して欲しいとの依頼があった。受け付けた処方せんに記載されていたのが、ヒューマログ注ミリオペンではなくヒューマログミックス50注ミリオペンだったため、患者本人に引越し前の薬剤から変更があることを今回の処方医より聞いているか確認したところ、そのような話は出なかったと聞き取り。そのため、疑義照会にて転院前と同じ薬剤となるヒューマログ注ミリオペンに変更となった。	クリニックでの入力ミス、お薬手帳のコピーを取っていない?	転院の患者さまには、薬手帳とご本人・家族への聞き取りにより処方内容の相違を確認し、異なるようであれば処方内容が正しいのか処方医への疑義照会を今後も行っていく。	ヒューマログミックス50注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2508	前回までヒューマログミックス50注ミリオペンが処方されていたが、今回ヒューマログ注ミリオペンへの変更となった。投与単位数に変更なく、患者も処方変更の話は聞いていないとのことだった。ヒューマログミックス50注は即効型と持続型の混合型でありヒューマログ注は即効型であるため、処方誤りの可能性が考えられたため疑義照会を行った。結果、ヒューマログ注ミリオペンの処方誤りであり、ヒューマログミックス50注ミリオペンに修正となった。	通常、医師は電カル上で前回Do処方を選択し変更の必要なければそのまま処方箋を発行しているが、採用薬が中止になった際、その薬剤は電カル上でエラーとなるため適切な他剤を選択する必要があると推察される。その際に医師が読み間違え等により誤った薬剤が選択し処方箋を発行したと考えられるケースが見られる。今回の件も同様なケースと考えられる。	処方監査時に過去の薬剤服用歴を参照し、なければ患者・家族等に確認し、変更点等妥当か判断した上で調剤を行う。誤りが疑われる場合は疑義照会を行った後に調剤を行う。今回のような病院での採用薬変更に伴う処方薬削減ミスが今月で2件目のため、再発防止のため病院への申入れを行う。	ヒューマログ注ミリオペン	ヒューマログミックス50注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2509	ヒルドイドフォーム92gが処方され、家族が代理で来局。薬歴によると、これまではヒルドイドローションをずっと交付していた。ローションの使い心地が悪いとは聞いていないとの申し出が家族からあったため、ヒルドイドローションの間違いではないか医療機関に疑義。一旦は処方通りヒルドイドフォームで交付するよう返答があったものの、直後に処方フルティフォームに訂正してほしいとの連絡があった。患者には正しい薬剤をお渡しすることができた。	医療機関において処方箋作成の際、ヒルドイドフォームとフルティフォームの聞き間違いがあったと推測される。	名称の類似で、剤型だけでなくまったく用途が異なる薬を交付しそうになった今回の件を周知する。外用薬を投薬する際は、使用状況を確認するとともに、「塗る薬」「吸う薬」など、患者もご家族もわかるような説明を心掛ける。	ヒルドイドフォーム0.3%	フルティフォーム125エアゾール120吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2510	腹痛で受診の患者様にファモター81mgが処方されており、用法も分2朝食後であったため違う薬の誤りでないかと判断し疑義照会。ファモチジンOD錠10mgの選択ミスと判明。	医院の処方箋オーダーシステムにおけるミス	頭文字が共通している薬剤のリストアップ	ファモター配合錠A81	ファモチジンOD錠10mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2511	以前より【般】ファモチジン口腔内崩壊錠20mgの処方がある患者に新規で【般】プロプラノロール塩酸塩錠10mgが処方されていたため、患者に聞き取りを行ったところ「いつもの薬を頼んだ。胃薬が出ているはずだ。」と返答があり、循環器症状などの体調変化も認められなかったため疑義照会を行った。その結果【般】プロプラノロール塩酸塩錠10mg→【般】ファモチジン口腔内崩壊錠20mgへ変更となった。	レセコンで入力を行う際に頭文字1文字のみで検索を行ったのではないかと思われる。	新しい処方などは特に間違いが発生しやすい部分なので、お薬手帳や薬歴だけでなく患者からの聞き取りも十分に行うことにしている。	ファモチジンOD錠20mg「テバ」	プロプラノロール塩酸塩錠10mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2512	ファモチジン(20)、カルボシステイン(250)、ナゾネックス点鼻の処方。処方内容と、以前の処方歴から、ファモチジン処方違和感あり。患者へ症状等確認したところ、胃症状の訴えなし。疑義照会した所、ファモチジンでなくフェキソフェナジンの間違いであった。	電子カルテで入力時、名前の似ているので選び間違えたと思われる。	処方内容と、患者との症状聞き取りすり合わせもしていく。	ファモチジン錠20「サワイ」	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2513	ファロムDSとアラミスト点鼻液が処方されていた。鑑査時にその2剤の同時処方に違和感を覚え、お薬手帳を確認したうえで患者さんに聞いてみたところ、前回と同じ薬(フェキソフェナジンDSとアラミスト点鼻液)が処方されるはずだと判明した。その旨を、処方医療機関に問い合わせたところ、処方元もその間違いに気づいていなかったため、すぐにフェキソフェナジンDSに変更となった。	病院医療事務によるファロムとフェキソフェナジンの入力ミスと考えられる。	不自然な処方に気付いたときには、お薬手帳や患者から聞き取りをおこない確認をとる。普段から薬識、病識強化に努める。	ファロムドライシロップ 小児用10%	フェキソフェナジン塩酸塩 DS5%「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2514	定期通院中の患者。今回よりファロム錠150mg1錠分1夕食後28日分の処方があり。用法・用量もおかしく、投与日数もおかしいので患者に話を聞くと血液検査で貧血が指摘されたとのこと。フェロミアの入力間違いが予測されたため電話で処方医に疑義照会した。フェロミア50mg分1夕食後28日分に変更となった。	電子カルテによる処方で、名称類似のため選択間違いが予測される。	用法・用量・投与日数等に疑問を生じた場合は、患者の訴えや診察での話を確認して、必要があれば速やかに疑義照会を行う。	ファロム錠150mg	フェロミア錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2515	患者さんに服薬指導をしている際に、患者さんから抗生物質(ファロム)を処方されているとは聞いていない。貧血であればクエン酸第一鉄Naの処方が適切なため、処方医師に確認し、クエン酸第一鉄Na錠が処方された。患者にすれば、服用する必要のない抗生物質を服用させられ、貧血も治らない結果となるところであった。	クエン酸第一鉄Na剤のフェロミアと間違えたのかもしれない。	患者さんに十分な服薬指導を行うことで、処方ミスも見つけることができる。	ファロム錠150mg	クエン酸第一鉄ナトリウム錠50mg「ソルハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2516	ファロム200mgが8錠、分2で処方されていたため常用量オーバー、用法違いで疑問に思い、処方箋を持ち込んだ患者代理(患者の母親)に症状確認を行ったところヘルベスとのことだったため疑義照会。ファミビル250mgの間違いだったことが判明、処方変更に至った。	医師のレセコンの打ち間違い、確認不足によるものと推測される。	新たに追加になった薬剤に対して、添付文書を用いて確実に処方監査を行う。	ファロム錠200mg	ファミビル錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2517	前回までノボラピッド30ミックス注フレックスペンが処方されていたが、今回フィアスプ注フレックスタッチへの変更となっていた。ノボラピッド30ミックス注フレックスペンは即効型と持続型の混合型であるが、フィアスプ注フレックスタッチは即効型であるため、変更でよいか確認のため疑義照会を行った。その結果、ノボラピッド30ミックス注フレックスペンをノボラピッド注フレックスタッチと思い、同成分のフィアスプ注フレックスタッチへ変更したとのことだった。その後、前回と同じノボラピッド30ミックス注フレックスペンでの処方となった。	処方する際に医師がノボラピッド30ミックス注フレックスペンとノボラピッド注フレックスタッチを誤って解釈してしまった。	薬剤の変更がある際は前回の処方内容を参照し妥当か判断した上で調剤を行う。さらに、薬剤の変更が生じる際は患者本人またはその家族へ確認を行う。	フィアスプ注フレックスタッチ	ノボラピッド30ミックス注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2518	投薬時に患者様からのお話、検査値結果より疑義照会で薬剤の確認をしたところ、薬剤の変更になった。	コンピュータによる入力間違い	患者様からの聞き取りで処方内容の間違いがないか確認する。	フェブリック錠10mg	フェロミア錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2519	ウリアデック錠60mgが以前から処方されている患者にフェブリック錠40mgが新規追加。同効薬であるため、疑義照会を行った結果、フロセミド錠40mgの間違いであった。	名称が類似していたため	新規薬剤が追加になった場合は、併用薬のチェック及び患者への聞き取りをしっかりと行う。	フェブリック錠40mg	フロセミド錠40mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2520	皮膚科でフェルム3カプセル分3が処方されていた。用量・用法、皮膚科での薬としてはおかしいと思い、お薬手帳も確認すると、2日前に他院の皮膚科でファロム(200)3T分3が処方されていた。処方入力間違いだろうと判断して疑義照会した結果、ファロムに処方変更となった。	薬剤の名称が似ているため	用法・用量が適正か、皮膚科でその薬が処方されるのはおかしくないか、そしてお薬手帳も見て治療の流れも確認する。	フェルムカプセル100mg	ファロム錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2521	事例:フェロミア錠処方の所、フェルムカプセルの処方であった。背景:フェルムカプセル100mg1日4錠で処方あり。(以下、次ページ)	大病院の紹介状の服用歴記載ミスから、門前病院の処方箋記載ミスにつながった。	1度の疑義照会で変更にならなくても、不振に感じたら徹底的に解決するまで患者様へは投薬をしない。	フェルムカプセル100mg	フェロミア錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2521	添付文書上1日1錠。疑義照会したが、『前の病院のdo処方のためこのまま処方変更なし』の指示。投薬にて患者様とお話にて名称類似のフェロミア錠50mgの服用していたのではないかとことが判明。 再度、疑義照会するも話がまとまらず病院へ訪問。DRから話を伺うことに。 経緯:患者様は紹介状を持って門前病院へ受診されDRはdo処方したとのこと。 紹介状には、フェルムカプセル50mg 1日4錠と記載あり。(50mgの規格は存在しない)ここから紹介した病院の記載ミスが判明。門前のDRはそのまま同じお薬を処方。しかし50mgの規格は存在しないため、100mg1日4錠で処方箋作成。(規格が100mgしかないためそのまま100mg錠で入力してしまったのであろう)紹介先の門前病院の処方ミス。 しかし、実際は患者様はフェロミアを服用していたことがわかった。フェロミアであれば、規格が50mgが存在する。また、1日4錠服用も可能。 訪問したことにより、処方内容の変更に繋がった。 原因として、1 紹介状の服用歴の記載ミス(フェロミア→フェルム)2 紹介状から服薬情報を確認した門前のDRの処方ミス(規格50mg→100mg) 1度だけの疑義照会であれば、変更なしとなり、通常服用量の4倍の量を服用してしまう所であった。 DRより、確認しにきて頂いてありがとう。と感謝して頂けた。	フェロの3文字で検索がかり処方入力時のミスへ繋がったと推測できる。病院が診療のコンピューターを新しくしたことも操作ミスにつながる要因であったと考えられる。	フェルムカプセル100mg	フェロミア錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	
2522	処方6歳男児、家族(父親)が薬局に薬を取りに来た。処方内容は、ピオフェルミン錠、フェロ・グラデュメット錠 1日3回3日分の処方。フェロ・グラデュメット錠は通常1日1回1~2錠の服用であり、用量及び6歳小児との内容自体に不明点があるため疑義照会。処方変更にてフェロベリン配合錠へ変更。	病院が診療のコンピューターを新しくしたと以前より情報があったので、入力ミスが増えることを想定して薬局内で声かけを行なっています。また少しでも気になる場合は問い合わせができるよう普段より処方医と情報の共有を行なっております。	フェロ・グラデュメット錠105mg	フェロベリン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	
2523	フェロジピン錠5mg 下痢時 2T 5回分の処方があった頓服で下痢時の指示、ほかの処方内容から胃腸炎と推測されたためフェロベリン配合錠と入力違いを疑い疑義照会を行った医師からは入力間違いでしたと返答をいただいた	薬品名のオーダーの際、一つずれて選択しそのまま処方箋を交付してしまったと思われる	類似している名前がよく上がってくるものは医療安全研修で取り上げていたが今回は初めてだった普段出ない薬のせいもありすぐに気が付けた	フェロジピン錠5mg 「武田テバ」	フェロベリン配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例	

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2524	処方箋を入力し(般)ベルベリン・ゲンノショウコエキス配合錠(商品名: フェロベリン配合錠)が出ていたが在庫なしのため、ご本人にフェロベリン配合錠の薬効説明(初処方のため)と在庫なしのため後日お渡しの旨を確認・承諾。他薬剤の投薬中に再度確認をした際に「貧血治療薬が出ていないか。」と訴えがあったためフェロミア錠50mgとフェロベリン配合錠の処方記載のミスの可能性を考え医師に電話で疑義照会。フェロミア50mg 1T分1 夕食後 20日分に変更になった。	名称類似性のため。	新規薬はご本人に必ず処方があったか確認をする。また高齢による認知機能低下・耳が遠い患者様の場合は、何度か確認をしたり聞いた質問で相手から情報収集をする。	フェロベリン配合錠	フェロミア錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2525	ベルベリン・ゲンノショウコエキス配合錠処方、投薬時患者様が医師から鉄剤が出ると聞いており疑義照会を掛けた所、ベルベリン・ゲンノショウコエキス配合錠処方が削除になりフェロミア錠50mgの一般名処方に差し替えになった。	処方箋のオーダーリングが先発品で入力後一般名に変換するシステムで商品名がフェロミアとフェロベリン配合錠の頭が同じで選択ミスをしたと推定される。	新規医薬品、規格変更時は交付前に聞き取り、または交付時に聞き取り正しい医薬品か確認	フェロベリン配合錠	クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2526	介護施設の患者さんで、フェロベリン配合錠の処方あり。看護婦さんとの症状確認時に、下痢の症状はなく、貧血の症状があるとお話。薬剤間違いの可能性あり問い合わせした。フェロミア錠に変更確認。	コンピューター入力の際の間違いと思われる。	患者さんの情報を看護師さん、介護職員の方から、病状などの聞き取りを十分に行う必要があると感じました。	フェロベリン配合錠	フェロミア錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2527	下痢をしていない患者にフェロベリン配合錠が60日分処方されたため疑義照会をしたが、薬の変更はされなかった。疑問に思い再度確認したが医師不在で確認できず、翌日改めて確認し、フェロベリンからフェロミアに変更になった。	名称類似。医師の思い込みと外出するため焦っていた。	患者へのインタビュー患者に事情を話し、薬のお渡しを翌日に繰り越させてもらった。	フェロベリン配合錠	フェロミア錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2528	フェロミアの分3処方だったので、疑問に思い患者様に確認。貧血などないとのことで、疑義照会結果、フェロベリンの間違いと判明。	頭3文字が同じため、コンピューターへの入力間違いと推察される	医薬品と用法の相違を確認。新規薬剤交付時には、症状聴取。	フェロミア錠50mg	フェロベリン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2529	フェロペリンの追加処方あり、該当患者は慢性便秘で下剤を多数服用中であったため、処方の誤りではないかと鑑査者が判断し、処方医へ疑義照会を行った。	薬剤名の類似による、処方時の薬剤選択ミス	今回は当薬局で継続で出ている処方内での発見であったため発見もしやすかったと考えられる。今後もお薬手帳の確認・ヒアリングで患者の状態や服用薬剤などをしっかりと行い、医師の治療意図と処方に相違がないかを考えて調剤業務を行っている。	フェロミア錠50mg	フェロペリン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2530	処方せん記載「ブラザキサカプセル75mg 1Cap/1*朝食後 14日分」用法1*なので疑問に思い、お薬手帳確認したところ「クロビドグレル錠75mg 1T/1*朝食後」で処方履歴あり。ブラ～検索、ブラビックス75mg【正】をブラザキサカプセル75mg【誤】で入力ミスの可能性を疑い、患者様にも確認したところ、「薬変更となることは聞いていない」との返答だったため疑義照会、入力ミスであること判明、正しい処方でお渡しできた	・検索時 ブラ○○と最初の何文字かで検索、規格が75mgで同じであったため、上部にリスト表示された薬品名を入力してしまったものと推定されます 今回は用法も違っていたため、止めることができました	・初回 お薬手帳持参時は お薬手帳の履歴を写真保存するよう努めている。 ・医療機関でも 他で継続、初受診時などは 転記ミスなど起きやすいため 変更ないかどうかなどお尋ねするようにしている	ブラザキサカプセル75mg	クロビドグレル錠75mg 「クニヒロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2531	初回お伺いにて、薬の副作用歴にピロリ菌の2次除菌の薬で蕁麻疹の経緯がある新患者に、近隣のレディースクリニックからフラジール内服錠の処方を受付。鑑査者は患者へ副作用の確認をした所、院内の間診票にポノサップで副作用が出たと伝えたと仰った。薬品名の伝え間違いが判明し、鑑査者は病院へ疑義照会をしフラジール内服錠からクロマイ錠への処方変更になった。	院内間診票の記載ミス。	副作用の確認及び初回お伺い票の記載項目を患者と確認し、記載漏れ等がないか徹底する。	フラジール内服錠250mg	クロマイ錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2532	フラジール内服錠を処方のところ、フラジール錠が処方。用法・用量確認の疑義照会を行い、間違いが発覚。	薬品名が同じための入力間違いと思われる。	処方通りの調剤をするだけではなく、その薬剤に対しての用法用量が適切であるか処方監査を必ず行い、少しでも疑問があれば疑義照会を行う。	フラジール錠250mg	フラジール内服錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2533	フラジール錠250mg 3錠 分3 毎食後 7日分と処方記載あり。錠錠の用法の記載ミスなのか、そもそも内服錠の処方なのか詳細がわからないため疑義照会した。回答としてはフラジール内服錠250mg 3錠 分3 毎食後 7日分に変更で。病院のレセコンではフラジール内服錠250mgが入力できないこと気付かずフラジール錠250mgで処方箋を切ってしまったと話あり。	病院側のレセコン。確認不足。	フラジール錠と内服錠ともに250mgのため外用薬と内服薬を区別できるように工夫した。疑義とともに病院側のレセコンのトラブルであることお伝え出来た。	フラジール錠250mg	フラジール内服錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2534	めまいで受診された患者様でプラバスタチンNa 3錠分3、が処方されていた。錠数、用法が適切でなかったため主治医に確認。薬品名を間違えたことが判明した。	医師が処方入力する際、メリスロンとメパロチンを間違えて選択した。	処方薬が患者様の症状と違ってないか、また薬品の用法用量が正しいか確認して調剤したいと思います。	プラバスタチンナトリウム錠10mg「NP」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2535	総合病院眼科処方録内障治療で定期処方に、臨時の薬が処方された。処方箋には、FAD点眼液0.05% 3瓶 眼軟膏 左眼 疼痛時との記載患者に処方意図を確認すると、点眼薬ではないと推測されたため疑義照会。眼軟膏を処方すべきところ、薬品名類似の、フラビタン点眼薬を選択してしまったようだ。フラビタン眼軟膏に修正となる。	3文字検索でフラビだと一覧で上がってくる点眼、眼軟膏が同じ画面に上がってくるのが予想される。その選択ミスだと思われるが、用法が1日数回などの用法で漠然としていたら見逃していた可能性もある。	使用意図を詳しく聞き取ることで処方ミスを発見するよう努める。代理の方の場合は要注意。	フラビタン点眼液0.05%	フラビタン眼軟膏0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2536	ブラミベキソール0.125mg2T分2朝夕食後7日分、エクセラゼ配合錠3T分3毎食後7日分の処方を受付、交付時に患者の病状(嘔吐、胸のむかつき)と一致しないので、疑義照会を行った。疑義照会の結果、メトクロプラミド5mgへ変更となった。	後発品の名称(ブラミール(現在は販売中止))と類似名称であったため	特に新患、新規処方の場合は、患者からの聞き取りを十分に行う。	ブラミベキソール塩酸塩錠0.125mg「サワイ」	メトクロプラミド錠5mg「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2537	エクセラゼ配合錠とブラミベキソール塩酸塩錠0.5mgの処方あり。患者様に症状を伺ったところ、胃のむかつきで受診とのことで、疑義照会を行った。	ブラミールを入力したかったが、間違えてブラミベキソールを処方したと思われる。	処方に疑問を持ったら患者様にどういう症状で受診したのかを確認を行っている。	ブラミベキソール塩酸塩錠0.5mg「日医工」	メトクロプラミド錠5mg「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2538	処方内容が咳や発熱に対する臨時薬ばかりだったが、フランドールテープだけ循環器系の薬であった。初来局の患者様で、年齢も若く、現在の体調や既往歴について確認をしても狭心症等を疑うような病歴や症状がなかったため疑義紹介した。結果、ホクナリンテープの間違いであった。	今回の処方ミスは薬品名類似、医師の処方確認不足によるものと考えられる。	薬局の取り組みとしては、調剤・監査時には最初に処方内容全体を確認する癖をつけることや薬品の配置を診療科ごとに分ける等の工夫でミスに気づくことができる。処方内容に疑問がある場合には、医師との会話内容やどのような指示を受けているかを患者様に確認することも重要だと再確認した。	フランドールテープ40mg	ホクナリンテープ2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2539	フリウェル配合錠LD「モチダ」1T1×63日分の処方を受け付けた患者様は初来局であったためお薬手帳を確認し、患者様よりも今までと同じ成分でお願いしたとの情報を得た。お薬手帳の記載はフリウェル配合錠ULD「サワイ」であったため処方元のクリニックに疑義照会を行い入力ミスであることが判明した。	名称が類似しているため医師は正しく入力したつもりであってもどこかのタイミングで伝達ミスなどが起きた可能性がある。	名称類似品などが初めて処方された際には患者様やお薬手帳などからしっかりと情報確認し誤っていないかを判断する。	フリウェル配合錠ULD「モチダ」	フリウェル配合錠LD「モチダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2540	80歳女性。以前より尿意切迫感、頻尿症状により泌尿器科受診歴がある患者であったが、該当医療機関での治療継続が困難となり、かかりつけ医に受診。泌尿器科での薬剤が体に合わず、かかりつけ医から前回処方にてトビエース処方され、今回治療効果が思わしくないため、薬剤変更となった経緯があった。今回処方にてフリバスに薬剤処方変更されたが、前立腺肥大に伴う排尿障害の適応であるため処方医に疑義照会。ウリトスへ薬剤変更となった。	排尿障害としての薬剤選択、薬剤名類似による薬剤選択ミスにつながったと推測される。	泌尿器科において、治療効果を見ながら薬剤選択を行っていた背景があったため、変更薬剤をより注意して鑑査することができた。該当患者のケースによらず、薬剤変更による妥当性を今後も注意深く続けていく。疑義照会だけでなく、早急な対応が必要ではないケースにおいては、治療効果の是非を検討できるよう、患者に発現もしくはその可能性も含め、副作用のリスクなどにおいても情報提供していけるよう心掛ける。	フリバス錠25mg	ウリトスOD錠0.1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2541	ブリピナ液0.05%が、点眼の指示で処方された。ブリピナ液0.05%は、鼻腔内、咽頭・喉頭への塗布または噴霧の用法しかない。眼科処方であり、点眼指示であったため、ブリピナ点眼液0.5mg/mLの間違いではないかと思った。処方医に疑義照会し、ブリピナ点眼液0.5mg/mLに変更になった。	処方医による入力間違いであったが、薬局での調剤時に二剤の違いに気付かなかった場合、事故につながると感じた。点鼻用と点眼用のどちらの薬剤も、有効成分は日本薬局方ナファゾリン硝酸塩、含量は0.05%で同じだが、点鼻用と点眼用で添加物が異なっており、名称が似ているが取り違えてはいけない二つの薬剤と感じた。	用法と異なる場合、不安があったまま調剤しないことを、薬局で周知徹底した。	ブリピナ液0.05%	ブリピナ点眼液0.5mg/mL		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2542	ブリピナ液処方の患者様が受け取り時に目の症状を訴えていたのでブリピナ点眼液の可能性があるため医師に疑義照会。医師が両方の薬の違いを理解しておらず説明の上ブリピナ点眼液に変更になった。	類似名称の薬で液の方には鼻か目かの記載が書いておらず勘違いしてしまったと思われる。	名前が類似した薬の場合には必ず患者様の症状を確認して、疑わしければ疑義照会をする。	ブリピナ液0.05%	ブリピナ点眼液0.5mg/mL		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2543	ブリピナ液が処方されるどころ、誤ってプリンペラン錠が処方。	薬剤名が類似していることによる処方ミス、確認不足。	患者さんから聞き取った症状と薬が一致しているかの確認が重要。	プリンペラン錠5	ブリピナ液0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2544	前回ウェールナラ配合錠処方今回変薬。プリンペラン錠・ヒスロン錠処方のため症状の聞き取りを行い疑義照会。その結果プリンペラン錠→プレマリン錠に変更となった。	薬品名類似のため医師が処方入力の際間違えたと思われます。	症状の聞き取り等、処方内容妥当であるかの確認を確実にしていく。	プリンペラン錠5	プレマリン錠0.625mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2545	引越に伴い近隣医療機関に転院お薬手帳を持参し同じ薬を出してほしい旨をDr.に伝え諸検査を行い処方に至った。当薬局にて投薬時、お薬手帳と処方薬を照らし合わせながら確認を行っていた際に処方ミスが発覚した。	オーダリングシステムでは3文字にて薬剤が選択される。経験が浅い人が処方すると今回のような事例が起こると思われる	かならず用法用量を添付文書、お薬手帳にて服用歴などを確認して交付する。	フルイトラン錠1mg	フルニトラゼパム錠1mg 「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2546	精神科の患者にトリクロルメチアジド2mgの処方あり。むくみ等の該当症状ない為疑義紹介したところ、フルメジン1mgを処方しようとしたが、誤ってフルイトランを選択したとのことで、フルメジン1mgに変更となった。	医師がオーダー時にフルメジンとフルイトランを誤り、処方箋では一般名の処方として出された	疾患や症状と処方の妥当性を確認し、疑わしい場合には疑義紹介する	フルイトラン錠2mg	フルメジン糖衣錠(1)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2547	12歳患者にフルナーゼ点鼻液50 $\mu$ gが1日2回使用で処方された。フルナーゼ小児用の添付文書を確認したところ1日に8噴霧まで、とはあるが初回で通常量を超えている処方の為医師に疑義照会を行った。結果、フルナーゼ点鼻液50 $\mu$ gから小児用フルナーゼ点鼻液25 $\mu$ gへ薬剤の変更となった。	フルナーゼ点鼻液は小児用規格があるが、小児用フルナーゼ点鼻液という名称の為入力を誤ってしまった可能性がある。	外用薬でも小児用量のあるものは多い為特に注意をして調剤を行う。	フルナーゼ点鼻液 50 $\mu$ g 28噴霧用	小児用フルナーゼ点鼻液 25 $\mu$ g 56噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2548	病院循環器科の処方。今回フルニトラゼパムが処方追加。患者面談時に近医で眠剤を貰っていたが、今回から循環器科の処方に追加してもらったと聞き取る。お薬手帳の確認をしたところ、近医ではニトラゼパムの処方歴あり。疑義照会して、フルニトラゼパムは中止となり、ニトラゼパムに変更となる。	処方医が処方入力画面で3文字検索でニトラゼパムとフルニトラゼパムが一覧表示されて、薬剤の選択を間違えた。	処方変更時に患者への聞き取り、お薬手帳の確認をしっかりと行う。処方元の病院薬剤部ヘインシデントの報告をし、注意喚起してもらう。システマ的な対応が可能か検討してもらう。	フルニトラゼパム錠 1mg 「アメル」	ニトラゼパム錠 5mg 「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2549	該当患者に対し、ロキソニン錠60mg、ブルフェン錠100mg、リンデロン散0.1%が分3毎食後で処方された。以前にロキソニン錠60mg、ルフレン配合顆粒、リンデロン散0.1%を処方されており、今回も前述の処方である可能性があったため、処方医に対して疑義照会したところ、ブルフェン錠がマーズレン配合顆粒に変更された。	ブルフェン錠とルフレン配合顆粒とが比較的類似していること、販売中止に伴い入力できない状態にあった可能性が考えられた。	経過措置等が切れるタイミングで概要薬剤についてリスト化し認識するように努めている	ブルフェン錠 100	マーズレン S 配合顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2550	患者様に確認したところ、神経痛の薬を中止すると言われたとのこと。実際に削除になっていたお薬はプレドニゾン念のため、疑義紹介したところ、プレガバリン削除の間違いであったことが発覚。	名称が似ていたため、処方時に間違いがあったものと思われる。	患者様からのモニタリング、及び、薬歴・手帳に情報より、今回の処方に間違いがある可能性を考え、疑義紹介。結果、未然に健康被害を防ぐことができた。	プレガバリンOD錠 25mg 「トーワ」	プレドニゾン錠 5mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2551	前回プレガバリンOD錠2.5mg処方された患者だが、今回プレタールOD錠50mgに変更となっていた。2錠1日1回の指示だったため、不審に思い、疑義照会したところ、前回はプレガバリンとプレタールを間違えて処方し、手書きで修正してデータの修正をしていなかったため、今回そのまま処方してしまったことが判明。前回は当薬局にて調剤していたために間違いが判明した例だと思われる。	前回処方箋は手書きで修正されていたため、疑義照会の記録などもなく、病院へのフィードバックをしていなかった。そのため、医師のみが前回処方修正したことを把握していたが、次回診察時にそのことを忘れてしまっていたためそのまま処方してしまったと思われる。	手書きでの修正があったときには薬歴に記載しておくなどの対応を考えていく必要があるかもしれない。	プレタールOD錠50mg	プレガバリンOD錠2.5mg「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2552	咳、息苦しきで受診。ご本人にプレディニンを継続していない事、初めて処方されることを確認。医院へ確認しプレディニン(50)1錠からプレドニン(5)1錠へ変更された。	医師が、プレディニンとプレドニンの入力を間違えたと考えられる。	処方内容だけでなく、患者背景、全体をみて調剤する。	プレディニン錠50	プレドニン錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2553	患者は慢性の呼吸器疾患で通院中。定期処方でプレドニン錠5mgを1錠服用中。症状悪化のため追加のステロイドとして処方されたのが、「プレドニゾン散「タケダ」1%4g分1朝食後7日分」と記載あり。散剤でのステロイド剤追加の履歴がなく、さらにプレドニゾンとしての量が多かったため処方医へ確認したところ、「プレドニン錠5mg4錠分1朝食後7日分」に変更となった。	処方の用量の変更がなかったところから薬品名の選択誤りと考えられる。	調剤および監査時に用法用量が適正であるかの確認。	プレドニゾン散「タケダ」1%	プレドニン錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2554	平時より当薬局利用中の患者。処方よりプレドニゾン軟膏0.5%1日2回目の周りに塗布ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%1日2回 顔に塗布と記載あり患者に確認しプレドニゾン軟膏0.5%は目の周り及び瞼などの炎症に使用する。目に入っても問題ないと医師より説明を受けたと確認したため。眼軟膏の誤りではないかと考え疑義紹介を行った。結果プレドニゾン軟膏からプレドニン眼軟膏0.25%へと変更になった。	プレドニゾン軟膏とプレドニン眼軟膏の名称類似による入力ミス	薬の使い方や名称類似品の存在を常に意識し調剤に取り組むことが大切。	プレドニゾン軟膏0.5%「マイラン」	プレドニン眼軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2555	プレドニン錠5mg、頓服(便秘時)処方疑義照会。プルゼニド12mgの入力間違いの旨事務確認。	処方入力の際、薬品名の確認不足と考えられる。薬品名が少なからず類似している為、見間違いの可能性も考えられる。	処方された薬の内容、用法について、疑義があれば疑義照会を行う。	プレドニン錠5mg	プルゼニド錠12mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2556	5/29よりステロイド漸減療法の為、プレドニン錠5mg 4錠 1日2回3日分、プレドニン錠5mg 2錠 1日2回4日分、6/5 プレドニゾロン錠1mg 8錠 1日2回3日分、プレドニン錠5mg 4錠 1日2回3日分と処方箋に記載あり。4回目のプレドニンの1日量が増えているので処方元のクリニックに確認したところ、プレドニン錠5mgではなくプレドニゾロン錠1mgの間違いであることが判明しました。	処方医が、処方箋入力時に薬品名の選択を間違えたと思われる。	処方箋の薬品名、1日用量を確認し、正しく漸減されているかしっかりと監査する。	プレドニン錠5mg	プレドニゾロン錠1mg(旭化成)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2557	咳や痰の症状で受診。門前医療機関。当初、プロカテロール、カルボシステイン、ツロブテロールテープの処方。プロカテロールとツロブテロールはどちらもβ作動薬。通常、併用させる処方がないため、同効薬ということ、通常医師が処方する量と異なる為念のために確認の問合せ。問合せの結果、プロカテロールではなくメジコン配合シロップであることを確認。	一般名で処方されているが、おそらく先発品の名称がメブチンとメジコンで似ているため誤った可能性があると思われる。医師がカルテに記載して事務が入力を行う流れ。読みにくく判断を誤った可能性もあるだろうか。	処方医ごとに医薬品の組合せ、年齢ごとの薬の処方量等、傾向がある。普段から処方される組合せや量を把握しておき普段と違えば確認が必要。患者様の話からは同じような症状で用いられることがある為それだけでは判別できないが、処方の内容や量についてきちんと確認することが必要である。	プロカテロール塩酸塩シロップ5μg/mL「日医工」	メジコン配合シロップ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2558	プロスタンディン軟膏0.003%が処方されましたが、「湿疹に塗布」というコメントが記載されていました。適応外の為、疑義照会したところプロトピック軟膏小児用0.03%へ変更になりました。	薬品名を選択ミスされたのだと思われます。	塗布部位の確認等を今後も継続して行う。	プロスタンディン軟膏0.003%	プロトピック軟膏0.03%小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2559	尿もれのレーザー治療で通院中。膣の乾燥があると医師に相談した。塗り薬や貼り薬もあるといわれたが、内服薬を出してもらった。処方箋に、エチニルエストラジオール錠0.5mgが記載されていたため疑義照会。エストリール錠1mgに変更になった。	処方箋入力時のミスであると思われる。	久しぶりの患者や新患でも十分に聞き取りを行い、処方薬が間違いなのか確実に確認する。	プロセキソール錠0.5mg	エストリール錠1mg*(持田)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2560	発熱、足の痛み、痰の症状で受診。足は浮腫の自覚もあるがどのような薬を処方するか説明を受けなかったという。浮腫はあるというが、フロセミドが3錠/分3の処方のため照会したところフロモックスの誤りとわかる。	薬品名の入力誤り	患者から症状の聞き取り、服用方法の誤りから薬品名の入力ミスを考え照会した。	フロセミド錠10mg 「NP」	フロモックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2561	門前は耳鼻科だが一般名でフロセミド錠20mgの処方があり用法も就寝前になっていた。疑問に思ったため患者に確認したところ抗生物質が出ると聞いていたため疑義照会を行った。結果はラスビック錠75mg 1日1回夕食後に変更となった。	フロセミド錠の先発であるラシックスとラスビックが名前が似ているため間違えたと思われる。	疑問点は投薬の前に患者に確認し、少しでも早く間違えなくお薬を渡せるように心がけている。	フロセミド錠20mg 「武田テバ」	ラスビック錠75mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2562	アトピー性皮膚炎の3歳5ヶ月の男児に、プロトビック軟膏0.1%が新規処方。小児のためプロトビック軟膏0.03%小児用と誤って入力したと思われるので疑義照会し、その通り変更となる。	確認不足。知識不足。	小児の処方には特に注意して、鑑査や調整を行う。	プロトビック軟膏0.1%	プロトビック軟膏0.03%小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2563	3歳の小児に対しプロトビック軟膏0.1%が処方されていたので、禁忌であることを疑義照会した。その後プロトビック軟膏0.03%小児用に変更となった。	名称の類似による入力ミス。	初処方においては特に添付文書の確認を行う。	プロトビック軟膏0.1%	プロトビック軟膏0.03%小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2564	皮膚科にかかる患者様の処方変更でプロトビック0.1%が陰部に処方。添付文書上、外陰部塗布禁忌、適応外になるため疑義照会。医師の処方間違いであった。(プロベトを処方予定であった)	処方変更となり、今回処方されたプロトビックの添付文書を調べたところ、適応外、塗布部位禁忌であったので疑義照会。医師側の入力時にプロだけで引張ったのか確認漏れの様子であった。	平素から利用しているので薬歴から病状の変化を追えるようにしている、また疑義照会前に患者様と診察時に医師とどうい話になったのか確認。薬剤変更時に添付文書で状況に見合っているか用量適応禁忌等を確認するようにしています。	プロトビック軟膏0.1%	プロベト		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2565	門前医院からの臨時薬としてプロプラノロール塩酸塩錠10mg 1回1錠毎食後 7日分の処方がなされた。当該患者には定期薬としてロキソプロフェンが処方されていたが、処方箋に備考として「この薬を内服中はロキソプロフェンを内服しない」と指示があった。薬品間での相互作用が少ないことから薬品間違いを疑い一旦疑義照会を行ったが、変更なしとの回答だった為投薬を開始した。患者から「のどの痛み、風邪のような症状で受診した」「血圧や不整脈、循環器疾患については他の病院で治療しており今回の受診では特に説明を受けていない」とのお話を得たため、再度疑義照会を行った。処方箋入力時の薬品名間違いが発覚し、プラノプロフェン75mgに変更となった。	薬品名類似処方せん入力時の間違い	新規薬・臨時薬が出た場合は患者からの聞き取りの徹底類似薬品名への注意	プロプラノロール塩酸塩錠10mg「トーワ」	プラノプロフェンカプセル75mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2566	発熱患者にカロナール錠200mgとプロモクリプチンメシル酸塩錠2.5mgの処方あり。薬剤服用歴や既往歴から疑問に思い疑義照会の結果、フロモックス錠100mgに変更。	フロモックス錠を選択する際に誤ってプロモクリプチンメシル酸塩錠を選択してしまったと推定される。	監査時の内容確認と投薬時の聞き取りを徹底する。	プロモクリプチンメシル酸塩錠2.5mg「アメル」	フロモックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2567	投薬時の会話から、処方された薬が患者が把握していた内容、訴える症状と異なることが判明。患者持参のメモにフロモックスの記載があった為、処方箋の入力ミスを考え疑義照会し、プロモクリプチンからフロモックスに変更となった。	処方箋の入力の際に、類似名医薬品であるフロモックスとプロモクリプチンの入力を誤ったと考えられる。	より積極的に患者とコミュニケーションを取り、患者が把握している内容と処方内容に相違が無いかを確認する。	プロモクリプチン錠2.5mg「F」	フロモックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2568	抗生剤を出すと言われたが、まったく薬効の違う薬が処方された	(般)プロモクリプチンとフロモックスの名称が似ているので、パソコン入力の際に選択ミスしたと思われる	患者さんからの情報と処方内容が適しているかの確認の徹底	プロモクリプチン錠2.5mg「トーワ」	フロモックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2569	ロキソニン60・フロモックス100・レバミピド100を処方しようとして病院でレセコン打ち間違いロキソニン60・プロモクリプチリン2.5・レバミピド100と処方してしまった様子組み合わせ・科(一般内科)的に考えて不自然な組み合わせだったので疑義したところ入力誤りであったことが判明したもの	院内マニュアルに沿って「フロモ」で薬品検索をしたとのこと 「プロモ」クリプチリン・「フロモ」ックスと誤った入力	類似した薬品の入力である事が疑わしい処方 came 場合に速やかに医師へ確認し調剤へ移行する	プロモクリプチリン錠2.5mg 「フソー」	フロモックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2570	体重17.5kgの患者様にフロモックス小児用細粒が270mg処方されており、過量の為病院に疑義照会を行ったところファロム小児用細粒の誤りとの回答有。	フから始まる名前の為、処方箋入力時に入力を間違えてしまったと思われます。	体重と処方量の確認の徹底	フロモックス小児用細粒100mg	ファロムドライシロップ小児用10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2571	同一処方内にジェニナック錠200mgとフロモックス錠100mgが処方されていたため、疑義照会を行った。その結果、フロモックス錠100mgがフスコデ配合錠へ変更となった。	薬品名を一文字で検索を行い、選択を誤った可能性あり。	処方内に疑わしい内容があれば、必ず疑義照会を行う。	フロモックス錠100mg	フスコデ錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2572	フロモックスで蕁麻疹歴のある患者に一般名処方ではセファペンピボキシルの処方あり。処方箋に副作用歴の記載があり、発覚。	副作用歴の見逃しの可能性あり	患者歴に副作用歴の記載の徹底	フロモックス錠100mg	セファペンピボキシル塩酸塩錠100mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2573	ベオーバ服用で下痢の副作用が出たため、前回ベタニスへ変更となった。しかし今回ベオーバで処方されていたため、疑義照会をし、ベタニスへ変更となった。	処方変更理由をしっかりと聞き取れていたこと	投薬時に副作用歴や処方変更理由等の聞き取りをするよう努めている	ベオーバ錠50mg	ベタニス錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2574	シプロキサシン錠200を服用して全身にアナフィラキシー症状の既往がある患者であった。当薬局において白内障の手術を受けるがどの抗生剤の点眼なら使用できるかを相談頂いていた。今回の処方是最初ベガモックス点眼0.5%であった。患者様が処方箋を持ってきた際に、医師に相談したがこの薬であったと心配なされていたため疑義照会を行った結果、ベストロン点眼0.5%となった。	眼科を定期受診ではないためキノロン系がダメと存じ上げていなかった。0.5%規格であるため誤った選択の可能性。名前の類似などがあると思われる。	アナフィラキシー症状が起こったことがある患者様には特に注意している。抗生剤の場合は特に多いので注意する。いつも来局して下さるので、それが今回処方変更につながったのではないかと考えられる。	ベガモックス点眼液0.5%	ベストロン点眼0.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2575	ベスタチンカプセルが逸脱した用量で処方されており、来局した患者に確認したところめまいを訴えていたことから、類似名称のベタヒスチンと誤って処方した可能性があった。疑義照会を行ったところベタヒスチンとの誤りであり、処方変更となった。	医薬品の名称類似による医師の確認不足	添付文書の用量用法の確認と、患者様との会話から違和感を見逃さないように注意する	ベスタチンカプセル30mg	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2576	ベガモックス点眼液とベストロン点眼液の同時処方。家族が処方箋持参。ベストロンは「見たことが無い」「もう1種は白いキャップだった」。今日薬が変わることは聞いていない。薬剤部へ問い合わせ。『培養しているかもしれないので』という返答。念のため医師へ問い合わせしてくれたところ、ベストロンではなくベルベゾンを処方するつもりだったところを間違えたことが発覚。	薬品名の類似。	医師との問診の内容を、お互いによく確認してから交付する。	ベストロン点眼液0.5%	ベルベゾン眼耳鼻科用液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2577	定期薬の他に2種類のめまいの症状のための医薬品が臨時で2週間分処方されていたが、その中にめまいとは関係のないベタセレミン配合錠の記載があり名称の似ているベタヒスチンの間違えでは?と思い疑義照会を行った。	名称が類似していたため間違えて入力したと思われる。入力後の監査が不十分だったと思われる。	処方監査や調剤時に疑問に思ったことは他の薬剤師と確認して調剤過誤・事故を防止するよう努めている。	ベタセレミン配合錠	ベタヒスチンメシル酸塩錠12mg「JD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2578	(般) ベタメタゾン-d-クロルフェニラン配合錠3錠、アデホスコワ顆粒3g分3毎食後が処方された。患者に確認したら、めまいの症状だけでの受診だった。主治医に照会し、(般) ベタヒスチンメシル酸塩錠12mg3錠、アデホスコワ顆粒3g分3毎食後に変更になった。	医院でのレセコン入力時の間違えと思われる。	商品名だけでなく一般名処方でも類似の医薬品名があるので、疑義を感じたら薬歴、お薬手帳、患者からの聞き取りなどで必ず確認し、ためらわずに主治医に疑義照会することを心掛けている。	ベタセレミン配合錠	ベタヒスチンメシル酸塩錠12mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2579	内科定期受診の患者様。新規でベタニス錠が追加になった。ベタニス錠は「動物実験において生殖系への影響が認められており生殖可能な年齢への投与は出来る限り避けること。」と警告があるため、疑義照会をしたところ処方歴のあるベシケア錠に変更になった。投薬時、主治医より前と同じ薬を出すと言われた、とのことだった。	・「ベ」から始まる2剤で間違えて入力してしまった。・処方歴の確認が不十分であった。	・禁忌情報だけでなく、警告の内容も確認する。・性別、年齢、生活背景を考慮するため患者情報に変更等があれば、薬歴に記載する。(患者様は、過去3年以内に妊娠出産をされている方だった)	ベタニス錠25mg	ベシケアOD錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2580	内科定期受診の患者様。新規でベタニス錠が追加になった。ベタニス錠は「動物実験において生殖系への影響が認められており生殖可能な年齢への投与は出来る限り避けること。」と警告があるため疑義照会をところ処方歴のあるベシケア錠に変更になった。投薬時に、患者様から主治医より前と同じ薬を出すと言われたとのことだった。	「ベ」から始まる2剤で間違えて入力してしまった。処方歴の確認が不十分であった。	・禁忌情報だけでなく、警告の内容も確認する。 ・性別、年齢、生活背景を考慮するため患者情報に変更等があれば、薬歴に記載する。(患者様は、過去3年以内に妊娠出産をされている方だった)	ベタニス錠 2.5 mg	ベシケアOD錠 5 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2581	泌尿器でなく内科で受診されている患者様。ベタニス錠50をのんでおられる患者さまで、ベシケアOD錠5mgが前回単品で追加処方になっていた。ベタニス錠50を1錠とベシケアOD錠5mgを1錠の併用で処方するところベタニス錠50を2錠で処方。	内科医が薬剤の読み間違い。	過去の服薬状況の確認。	ベタニス錠 5.0 mg	ベシケアOD錠 5 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2582	ベタニス錠が新規で処方されており、その代わり、患者が依頼したベタヒスチンメシル酸塩錠が処方されていなかった。最初は薬の処方漏れかと思ったが、ベタニス錠が必要なお話もなかった様子で、念のため、医療機関へ問い合わせを行った。	ベタヒスチンメシル酸塩錠が先発品だとメリスロンだという事が分からなかった様子。(電子カルテでは先発品の薬品名で入力されて、処方箋では一般名に記載に置き換わっている)	投薬時に、患者さんとのやり取りで、処方間違いに気付く事ができた事例。今後も、患者さんとしっかりコミュニケーションを取り、調剤事故が起こらないように注意したい。	ベタニス錠 5.0 mg	ベタヒスチンメシル酸塩錠 6 mg 「JD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2583	ヘパフラッシュ10単位/m l シリンジ10m l 100単位が処方されていた。10.単位だが最後に100単位と記載されているため、クリニックの処方確認不足が生じた。疑義照会をし、患者様はGE希望で、ヘパリンNaロック用100単位/m l シリンジ「オーツカ」1000単位に変更。	ヘパフラッシュ10単位/m l シリンジ10m l 100単位、ヘパリンNaロック用100単位/m l シリンジ「オーツカ」1000単位の名称が誤解を招きやすい。単位数がわかりづらい。	ヘパフラッシュ10単位/m l シリンジ10m l 100単位、ヘパリンNaロック用100単位/m l シリンジ「オーツカ」1000単位の名称が誤解を招きやすい。副作用が出やすい薬剤なので単位数含め、薬局全員でしっかり確認していきたい。	ヘパフラッシュ 1.0 単位 / mL シリンジ 1.0 mL	ヘパリンNaロック用 1.0 0 単位 / mL シリンジ 「オーツカ」 1.0 mL		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2584	今回新たに追加になった薬剤が数種類あったため、患者へ問診し追加になった経緯を確認したが、今回対象のペブニコール錠50mgについては何も聞いていないとのことだった。	お薬手帳を確認したところ、他院よりベンコール配合錠が処方されていたためベンコール配合錠とペブニコール錠の選び間違いだと推測される。	新規で追加になった薬剤があるときは、必ず追加になった経緯を本人に確認する。お薬手帳で併用薬を確認する。	ペブニコール錠 5.0 mg	ビーマス配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2585	他の医療機関でもらっていた薬を頼んだと聴取。お薬手帳を確認したところタリージェ錠5mgだとと思われるが処方されていたのはペボタスチンベシル酸塩錠5mg。処方元に確認しタリージェ錠5mgに変更になった。	全く別の薬が処方されたことになるが、恐らくタリージェ錠5mgとタリオン錠5mgを間違えて入力し、それを一般名処方したと思われる。	投薬の際は必ず処方されたものと相違がないかを患者さんに確認するようにしている。	ペボタスチンベシル酸塩錠5mg「タナベ」	タリージェ錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2586	処方箋FAXを受け確認したところ、いつもご利用の患者様であり、処方内容を確認したところ、低垂鉛血症で服用中のノベルジンの処方ではなく、ベルジピンの記載があった。継続ご利用の患者様であったため、処方内容に違和感を感じ、問い合わせ、ノベルジンに変更となりました。	いつも手書き処方せんで来るため、把握しづらい面もあるが、必ず、年齢、科、処方内容など考慮し、18歳の、小児科からベルジピンは出ないのではないかと疑いの部分から疑義照会に至った。	手書きの処方箋には特に注意し調剤時からより一層気を付けるようにしている。少しでも不明な点があれば疑義照会することが必要と考え対応していた。	ベルジピン錠20mg	ノベルジン錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2587	アモキシシリンで湿疹副作用歴のある方にベングッドが処方されていた。ペニシリンアレルギーと推測されたため、疑義照会を行った。結果、ケフラールカプセルに変更となった。	気付かずお渡ししていたら、湿疹の副作用が出た可能性がある。	全処方箋に対して、丁寧に処方監査を行っている。新患アンケートの副作用欄にアモキシシリンが書いてあったため気付けた。	ベングッド錠250mg	ケフラールカプセル250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2588	皮膚科処方にてホクナリンDS 2.25g処方があり、年齢から用量不適であること・抗生剤塗り薬が出ていたことから名称が類似するホスミシンDSの処方ミスでないかと推測し、疑義紹介を行ったところ変更となった。	名称が似ているため入力時に誤って処方したと考えられる。	先確認・先指導の徹底、受診理由の確認を徹底	ホクナリンドライシロップ0.1%小児用	ホスミシンドライシロップ400		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2589	ホクナリンドライシロップとツロブテロールテープが同時に処方されていたので照会。ホクナリンドライシロップ→ボララミンドライシロップに変更と確認。	コンピュータで打ち込むときに頭打ちした時に出てきたリストからの選び間違いと思われる。入力したものとカルテの突合がなかったかもしれない。	処方箋鑑査を必ず行う。	ホクナリンドライシロップ0.1%小児用	ボララミンドライシロップ0.2%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2590	当該患者は当初系列他店舗に処方箋を持参したが在庫が無かったため、近隣である当薬局を紹介され来局。一般名で「クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠」の処方があった。服薬指導時に患者本人から「該当医薬品以外は以前から服用している薬である」「貧血で薬が追加になった」ことを聴取し、処方内容に疑問を感じ疑義照会を行った。処方医療機関の診察時間が終了しており、夜間連絡先から薬剤部経由で処方医に確認して貰ったところ、一般名で「クエン酸第一鉄ナトリウム錠50mg」の間違いであったことが判明した。	一般名が類似しているため、院内電子カルテ・処方オーダーリングシステムにおいて処方医薬品の選択ミスが生じた。	患者から受診の経緯・症状・診察時の処方医からの話等、しっかりと聴取し処方内容が適正か判断するよう努める。	ポトレンド配合錠	クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2591	用法にはうがい用と記載があるが、処方薬品名はポビドンヨードゲルとあったので、使用方法が異なる為照会	ポビドンの頭文字が同じために、ゲルタイプか? ガーグルタイプか? まだ見なかった可能性がある	うがい用は7%、消毒用は10%につき、濃度によっても使用用途が異なる	ポビドンヨードゲル10%「マイラン」	ポビドンヨードガーグル液7%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2592	ポビドンヨードゲル10%8g1日3-4回 用時希釈しうがいするという処方のおり調剤、監査を通過。(監査は経験1年目の薬剤師) 交付前に渡薬者が発見。疑義照会によりポビドンガーグル7%60mlへ変更となった。	処方医の薬品名類似による医薬品選択ミスだが、創傷面の消毒製剤をうがいに使用するという指示に疑問を持たなかったことは教育、知識不足。	外用製剤に関しても自発的学習を促す。	ポビドンヨードゲル10%「明治」	ポビドンヨードガーグル液7%「ケンエー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2593	処方箋に、一般名で「ポビドンヨード外用液10%(エタノール非含有)」と記載されていた。処方されていた他の薬剤(ツムラ葛根湯、アセトアミノフェン錠)から考えて、うがい薬の「ポビドンヨード含嗽用液7%」の間違いではないかと考え、疑義照会したところ、その通りであったことが判明、「ポビドンヨード含嗽用液7%」を調剤・投薬した。	「ポビドンヨード含嗽用液7%」=ポビドンヨードガーグル液7%も外用液ではあるので、一般名で『ポビドンヨード』と表示されている薬品候補が多く並んでいる中、選び損ねてしまったのではないと思われる。	薬剤師であっても間違えやすいところではあるが、処方内容と用途を照らし合わせ、パーセントまでしっかり監査することが大切であると考え	ポビドンヨード外用液10%「明治」	ポビドンヨードガーグル液7%「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2594	一般名処方ポビドンヨード外用液10%30mlの処方。用法が1日数回うがいとなっていた。うがい薬の処方入力ミスと思われたため、疑義照会にて、一般名処方のポビドンヨード含嗽用7%30mlに変更となった。	医療機関での処方箋入力時の薬剤選択誤り	耳鼻科からの処方だったことと、用法がうがいとなっていたことから、処方箋受付時に処方誤りであることにすぐに気づき、疑義照会することができた。	ポビドンヨード外用液10%「明治」	ポビドンヨードガーグル液7%「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2595	ポララミンドライシロップ4gの処方せん。投与量が多いため疑義紹介するも、この量で出してください、との回答。そのまま投薬したが、数時間後気になったため再度問い合わせ。ポララミンシロップ4mLの処方ミスであることが判明。本人に連絡も、服薬前だったため、薬剤を交換。	カルテから処方箋への記載ミス。	注意していれば、最初の疑義紹介でポララミンシロップの処方ミスであることを見抜けたはずである。単純な疑義紹介でなくて、その背景にあることまで想像することが必要	ポララミンドライシロップ0.2%	ポララミンシロップ0.04%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2596	一般名処方でポリスチレンスルホン酸Ca経口ゼリー20%25g 2個 分2朝夕食後 28日分10歳女児で便秘で少し離れた医療機関受診していて、薬の在庫があるか2週間前に電話で問い合わせがあった。その際にコロネル細粒を飲んでいることを確認していた。処方箋が薬局にFAXされてきたため、処方内容について変更があるか母親に電話で確認したところ処方箋の入力ミスの可能性があるため疑義照会となった。ポリカルボフィルCa細粒83.3%1日2g分2朝夕食後28日分に処方変更になった。	医師の処方入力時の薬剤の選択ミスと思われる。	処方変更の際には、処方鑑査を受け時に体調や状態を確認して行う。	ポリスチレンスルホン酸Ca経口ゼリー20%分 包25g 「三和」	ポリカルボフィルCa細粒83.3% 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2597	50才女性。処方箋に一般名 ポリスチレンスルホン酸Caゼリー20%一日3回毎食後3個と記載あり。普段から来局されている患者様なのでカリウムの数値が上がる薬品について薬歴から検討したが見つからず。本人に話を聞くと下痢症状があるとの事だった。聴取の内容と薬品名からポリカルボフィルカルシウムと間違えていると判断して疑義照会。疑義照会の結果ポリカルボフィルカルシウム錠500mg 1日3回毎食後に処方変更された。	Drが電子カルテでオーダーをする際、一般名で処方を入力する際3文字入力せず、2文字で検索をかけて「ポリ」で検索して一番上にあったものを選択した可能性有。	新しい薬が出ている場合は患者様から症状や検査値を聴取して、処方内容と相違ないかを確認するようにする	ポリスチレンスルホン酸Ca経口ゼリー20%分 包25g 「三和」	コロネル錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2598	【般】ジクロフェナク錠1錠頓服10回分で処方されていたが、「痛い時 1回1個使用」のコメントあり、ロキプロフェン・レバミピド錠も内服処方されていたため、ジクロフェナク坐剤の可能性が考えられ、疑義紹介によりジクロフェナク錠25mgからジクロフェナク坐剤25mgへ変更となった。	処方システムの薬剤選択ミスによるものと思われる。	鑑査を単純作業ではなく懐疑的に行う。	ボルタレン錠25mg	ボルタレンサポ25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2599	前回からメモリーOD錠が開始され漸増療法中の患者の処方箋を受け付けた。前はメモリーOD錠5mg 14日→10mg 14日と漸増。今回の処方箋では、マイスリー錠5mg 1錠 メモリーOD錠10mg 1錠 分1朝食後 14日分と、メモリーOD錠20mg 1錠分1朝食後 14日分の記載あり。薬歴にてメモリーを漸増中であると確認できたこと、マイスリーが朝食後で処方されていることから、おそらく間違いであると判断し疑義照会。マイスリー錠はメモリーOD錠5mgの処方間違いで処方訂正すると確認。	クリニックにて電子カルテで処方薬剤を選択する際に行を間違えたものと思われる。		マイスリー錠5mg	メモリーOD錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2600	当薬局初めて利用の患者様。ものわすれの症状あり専門医を受診。その際に今まで飲んでた薬も一緒に処方してもらったとのこと。お薬手帳を見たところミカムロAPが継続で処方されていたため来局していた家族へ薬が変わるようなお話を聞いているか確認。薬の変更は聞いていないとのこと。病院へ問い合わせを行ったところ、処方医の入力間違いであったことが判明。ミカムロBP→ミカムロAPへ薬剤変更となった。	医師が薬剤名を最後まで見てなくAPとBPの入力間違いと推測した。	事前確認を行っていた為、調剤前に処方間違いに気づき迅速に対応することができた。新患さんの場合はお薬手帳をみて処方内容の確認を特にしっかり行う。	ミカムロ配合錠BP	ミカムロ配合錠AP		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2601	ミカムロAP配合錠の処方。前回Do処方のため、血圧の数値の状況を確認したところ、医師より血圧も下がってきているため、量を減らす方針と説明あり。ただし、配合錠でちょうどよい組み合わせのものがないため、今回は単剤ずつに戻すと説明があったとのこと。季節的な影響も鑑み、低血圧の起こる可能性も高いと考えられたので疑義照会を行った。病院問い合わせたところ、医師のカルテにはミカルデイスの減量指示があり、2種類の医薬品が処方されていると返答があったが、肝心の処方内容は前回から変更されていなかったことが発覚。ミカルデイス20mg 1錠、アムロジピンOD錠5mg 1錠 分1朝食後に処方内容が変更。正しい処方内容のもと調剤し、患者様に薬剤を交付した。	医師と医療事務の連携がうまくいっていなかった可能性があげられる。	前回Do処方だったとしても、今回のように処方変更漏れの可能性もあるため、必ず体調の変化や気になることがないか確認を必ず行う。ヒアリング強化を徹底する。配合錠の組成は、鑑査時常に確認を怠らないようにする。	ミカルデイス錠20mg アムロジピンOD錠5mg 「トーフ」	ミカムロ配合錠AP ミカムロ配合錠AP		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2602	以前当局を使用していた患者が入院後の久しぶりの処方せん受付時、往診医からの処方にミグシス錠5mgが入っていた。患者に片頭痛の既往がない事と、食前処方だった事から当該薬剤が誤りではないかと推察し、退院時の処方内容を往診医宛のサマリーで確認したところ、「ミグリトール錠50mg」だったことが判明、疑義照会の末、処方変更となった。	ミグリトール錠を処方せんに入力しようとした際に、誤ってミグシス錠を選択してしまったものと推察される。	入院後の初めての定期処方時は、退院時の処方内容を手帳や情報提供書、必要に応じて入院していた病院に連絡し、必ず確認を行う。	ミグシス錠 5 mg	セイブル錠 50 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2603	緑内障治療中で今回処方から薬剤変更になり、ミケランLA点眼液2%が1日2回で処方されていた。通常1日1回で使用する薬剤のため用法間違いもしくは、類似名称医薬品での薬剤入力ミスの可能性があり、疑義照会を行った。結果、類似名称医薬品での選択ミスでミケルナ配合点眼液に変更になり用法も1日1回になった。	病院での名称類似医薬品の選択ミスが要因である。しかしながら、医薬品とそれに対応する用法が適応通りであれば、おかしな点に気づかず疑義照会せずそのまま調剤して薬を渡していた可能性があった。	患者や医師とのコミュニケーションを大事にする。用法用量をしっかりと頭に入れて処方監査を行う。	ミケランL A点眼液 2%	ミケルナ配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2604	平素よりご利用患者。本日臨時にて、他院から処方され、使用中の緑内障治療薬を定期薬に加えて処方があった。ミケラン点眼液2%の用法が「1日1回」となっていたので、ミケランLA点眼液2%との誤りではないかと思い、疑義照会を行った。医療機関確認後変更となる。	専門医ではなかったため、「ミケラン点眼液」の処方記載ミス	眼科領域の応需が少ないため、スタッフの知識不足を補うために事例共有	ミケラン点眼液 2%	ミケランL A点眼液 2%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2605	いつも処方されているミケランLA 2%点眼が、本日はミケラン 2%点眼になっていたが、患者は、医師には処方内容が変わる事を聞かされていなかったもので、疑義照会したら、ミケランLA 2%点眼を処方するところを誤ってミケラン 2%点眼と処方されていた。疑義照会して、薬剤変更となる	薬剤名が類似している	処方内容が前回と変わったとき、患者に、処方が替わる事を主治医から聞いているのかどうか、確認する。	ミケラン点眼液 2%	ミケランL A点眼液 2%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2606	他病院でミケランLA2%を処方されていて使用していた。今回糖尿病内科の病院から眼科の目薬も一緒に処方することに。処方箋は一般名でカルテオロール塩酸塩点眼液2% (非持続性) 5mL/本で処方。用法も1日4回で記載。お薬手帳よりミケランLA点眼液2%で使用していることを確認。疑義照会によりミケランLA2%に処方変更。使用方法も1日1回に変更。糖尿病もある患者さんの為βを添付文章以上にたくさん使用するのは糖尿に影響が出る可能性があり。今回疑義照会にて回避に。	糖尿の先生のためミケラン点眼液とミケランLA点眼液の違い、用法を把握していなかったと思われる。また入力間違えた可能性もあり。	新規の薬は以前他の病院で使用していないか、お薬手帳を処方鑑査時に確認する。	ミケラン点眼液 2 %	ミケランL A 点眼液 2 %		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2607	降圧剤がプレミメントHDからミコンビ配合錠APに変更になった。血液検査でNa値とK値が低下していたので、利尿剤が入ってない降圧剤に切り替えるとの変更理由をご家族の方より聞き取り。処方されたミコンビ配合錠にはプレミメントと同量同成分の利尿剤が入っていたので疑義照会をしたところ、ミカムロ配合錠APに変更になった。	ミコンビとミカムロの名称類似のため選択ミスがあったと思われる。	処方薬が変更になった時は変更理由を患者に確認する。	ミコンビ配合錠 A P	ミカムロ配合錠 A P		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2608	(般)テルミサルタン80mg・ヒドロクロロチアジド配合錠が処方されていたが、当該患者は直前の処方(般)テルミサルタン錠40mgと(般)アムロジピン錠5mgの処方を受けており、アムロジピン錠5mgが中止になって、ヒドロクロロチアジドが処方になる理由が不明であった。念のため医療機関に確認すると、(般)テルミサルタン80mg・アムロジピン配合錠を誤って記載されたものと分かった。	処方オーダーリングシステムでは類似名称の医薬品を選択してしまう可能性がある。	薬剤師法第24錠にのっって、疑わしい点があった時は処方医に確認する。	ミコンビ配合錠BP	ミコンビ配合錠BP		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2609	医療機関を変更された患者さんです。ミチグリニド錠が5mgで処方されましたが、継続としては10mgを採用されている患者であり変更後の医療機関の認識不足と内容の確認の怠りと言えます。	お薬情報やお手帖等を確認しました、紹介状やかかりつけ薬局に問い合わせがあってもいいと思いました。	かかりつけ薬局としては医療機関の変更は薬剤の再確認は必ず行う事徹底する必要があります。	ミチグリニドC a ・ O D 錠 5 m g 「フソー」	ミチグリニドC a ・ O D 錠 1 0 m g 「フソー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2610	ミティキュアダニ舌下錠1000JAU 1錠/1 朝食後 14日分の処方あり。お薬手帳、薬歴、Faからの聞き取りいずれにおいてもミティキュアについての言及は一切なく、1週間前にシダキュアが開始であったため、シダキュアとの誤りではないかと思われた為、処方医に問い合わせ。結果、ミティキュア→シダキュアスギ花粉舌下錠5000JAU 1錠/1 夕食後 14日分に変更となり、前回の導入1週間処方の続きの処方へ変更となった。	当該医療機関からはシダキュア、ミティキュアいずれも頻繁に処方され、かつ開始する方も多いため、Drのカルテの見間違いまたは処方入力ミスが原因で発生したと思われる。また、いずれの医薬品も1週間の導入期間を経て維持量へ増量するもので基本的には用法が同じである点でも、本事例のような逆転処方が起きやすいのではないかと推察。	本事例のような逆転処方があり得る為、シダキュア及びミティキュアについて、処方元確認することは前提に、お薬手帳・薬歴(必要に応じて患者聞き取り)を再度徹底するように薬局内で事例共有を行った。	ミティキュアダニ舌下錠 10,000JAU	シダキュアスギ花粉舌下錠 5,000JAU		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2611	処方箋にミドリンM点眼液5本1日3回の記載があり、そのまま調剤。監査時、監査者は投薬時に詳細を患者様に確認してもらおうと思ったが、投薬者に伝え忘れた。投薬後、投薬者が間違いに気づき、病院にTELにて確認。処方医よりミオビンの処方間違いであることが分かった。患者様に連絡し、正しい薬をお届けにうかがった。使用前であり、健康被害もなかった。	薬品名が類似しており、入力ミスがあったと考えられる。	調剤者: 知らない薬はその都度用法を確認する 監査者: 言い忘れを防ぐため、すぐに目印をつける。その場で患者様に確認を取り疑義照会を行う。	ミドリンM点眼液0.4%	ミオビン点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2612	振戦で神経内科を定期受診している患者が、前回までインデラル錠10mgを継続処方されていて、今回削除となり、新規でミラベックスLA錠1.5mg 1錠分1朝食後 が処方となっていた。患者本人に確認したところパーキンソン病ではないとのこと、また用量も開始用量の0.375mgではなかったことから、処方医に疑義照会を行ったところ、ミケランLAカプセル15mg 1カプセル分1朝食後の誤りであることが判明した。(適応外処方とのこと)	処方医が患者に持たせた直筆のメモにも「ミラベックスを1錠朝」との記載があり、処方医がミケランLAカプセル15mgとミラベックスLA錠1.5mgを混同していたと推察できる。名称が類似しており、混同しやすい医薬品と考えられる。	普段から多く処方箋を応需する医師だったため、処方傾向を把握しており、処方箋のミスに担当薬剤師がすぐ気付いた。薬局内の取り組みとしては、処方箋を多く応需する医師の処方傾向をスタッフ全員が把握すること、この事例をスタッフ全員で共有し、いつもの処方と違う処方の仕方や、保険上承認されている用量と異なる処方があれば疑義照会をすることを徹底するようにしている。	ミラベックスLA錠1.5mg	ミケランLAカプセル15mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2613	【般】ミルナシبران塩酸塩錠15mgと処方せんに記載されていたが、用法などから【般】ミルナシبران塩酸塩錠15mgの誤りでないか疑い処方医に疑義照会確認 【般】ミルナシبران塩酸塩錠15mgの誤りだった	類似する薬品名 同効薬による勘違い	用法などを把握していたため防げた事例	ミルナシبران塩酸塩錠 15mg 「日医工」	ミルタザピン錠30mg 「日新」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2614	ムコスタ1.5錠が1日量で処方。少量のため問い合わせし、剤形違いの処方と確認	期待する効果が発揮されなかった	常用量の把握	ムコスタ錠 100mg	ムコスタ顆粒 20%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2615	ムコソルバンL錠45mgが通常分1で処方されるところ分3で処方されており疑義照会を行った。その結果ムコソルバン錠15mgに薬剤が変更になった。	もともとムコソルバンL錠45mgが処方されており、薬剤の変更を行わず用法だけ変更してしまったと考えられる。	同じ成分の薬でも剤形や規格により用法が変わるものもあるので処方鑑査の段階でしっかりと処方箋を読み込む。疑問点があれば必ず疑義照会を行う。	ムコソルバンL錠 45mg	ムコソルバン錠 15mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2616	一般名処方でカルボシステイン錠250mgの処方があり、同処方箋にムコダイン錠250mgが処方されていた。疑義照会にてムコダイン錠250mgをムコソルバン15mgに変更	ムコソルバンを入力するところムコまでの予測変換からムコダインを選択した可能性がある。	一般名、商品名も含め重複するものはないか、用法用量に違いはないか確認する。	ムコダイン錠 250mg	ムコソルバン錠 15mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2617	薬局で管理している患者情報より、過去に薬疹のあった薬剤が処方されていた。先発品のみかジェネリック医薬品を含む情報かどうか判断できず、患者来局時に聞き取り。その結果薬剤変更の必要があると判断し処方医に問い合わせを行った。結果薬剤が変更され、患者にその旨を説明し交付した。	類似している医薬品名の薬剤を間違えてしまった。	患者に薬疹等がでた記録のある薬剤について、成分名だけでなく、先発品、ジェネリック医薬品を含めた情報管理を行う。	ムコダイン錠 500mg	ムコソルバンL錠 45mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2618	一般名処方でカルボシステイン(500)が2か所に記載あり。疑義照会した結果、2か所のうちの1か所はコロナール(500)を処方するつもりで、カルボシステイン(500)と記載していたことが発覚。	処方箋発行システムの予測変換をきちんと確認せずに選んでしまった。	調剤前に処方監査を実施	ムコダイン錠 500mg	コロナール錠 500		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2619	2020年11月にムコダイン錠を服用にてステイブン・ジョンソン症候群を発症、それ以降の臨時薬はムコサル錠へと変更していた。今回処方で副作用歴のあるムコダイン錠が処方となったため問合せを行い、今まで通りのムコサールの処方変更となった。	処方医の副作用歴の確認漏れまたは医師の処方入力の際、初めの2文字目までどちらも「ムコ」であったため入力ミスも考えられる。	処方監査時に副作用歴及び処方内容が正しいか確認するべき流れが出来ている。	ムコダイン錠 500mg	ムコサル錠 15mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2620	メイラックス1mg6錠分3で処方、高用量であり、服用歴もなかった。処方された経緯を患者に聞いたが要領を得なかった。患者は医師の処方通りで良いと言ったが、疑義照会をしたところ、フロモックス75mg6錠分3の誤りだった。	カルテ記載間違いか、薬剤名が多少類似しているため処方箋入力間違いが考えられる。	今後も、患者の言葉に惑わされることなく、疑問が生じたときは必ず疑義照会をする。	メイラックス錠1mg	フロモックス錠75mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2621	メインテート5mgがカロナルとアズノールうがい液と一緒に処方されていた。不整脈で受診されているのか患者様へ伺ったところ不整脈とは言われたことはないとの返答。疑義照会したところメイアクト100mgへ変更となった。	上気道感染が見られたと考えられるので、症状が改善しなかったと思われる。血圧は正常なので低血圧症状等副作用も見られたと考える。	疑問に感じたら疑義の前に患者様に聴取している。	メインテート錠5mg	メイアクトMS錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2622	患者の訴えはおなかの調子が悪く、明日詳しく検査をする予定。動悸や震え等脈が乱れている症状はないとのこと。	患者からの聞き取りにより医療機関での入力ミスが考えられます。	現在の症状を確認し、適当ではない処方薬が記載されている場合は、既往歴などを含む追及が特に必要。	メキシチールカプセル100mg	ネキシウムカプセル10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2623	メキシチールカプセル50mgが追加になっており、患者から足の痺れがあると聴取。糖尿病歴がないため、疑義照会にて適応は糖尿病性神経障害だが、メキシチールでよいか問合せ。神経障害による痺れの為メキシチールを処方と医師返答あり。その後メキシチールの服薬指導の際に、めまい等の副作用について説明したところ、痺れの薬は2種類薬があるが、片方はめまいが出るかもしれないと医師に聞いたので、ビタミン剤の方にしてもらったと申し出あり。再度疑義照会にてメチコパールに変更になった。	医師が薬名を勘違いしているようだった。薬局での事前の聞き取りが不十分だった。	患者への事前の聞き取りを、詳細に確認するようにする。	メキシチールカプセル50mg	メチコパール錠500μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2624	少し前から手の強ばりや痛みを訴えていた患者様。前回までは痛み止めと湿布のみが処方されていたが、本日、メソトレキセート錠2.5mgが処方された。前回の薬歴にはリウマチ疑いで血液検査をしたことが記載されていたため患者様に確認したところ、本日、リウマチと診断されたとのことだった。メソトレキセート錠2.5mgはリウマトレックス等と同じメソトレキサート製剤ではあるが、用量や適応が異なるため疑義照会をしたところ、リウマトレックスカプセル2mgに変更となった。	当該病院では、以前より一般名での処方が推奨されているとのことだった。このため、【般】メソトレキサートカプセル2mgを選択しようとして誤ってメソトレキセート錠2.5mgを選択したものと思われる。	引き続き、患者様からの情報収集と薬歴への記載を充実させることにより、処方された医薬品が適切であるか確認を実施する。	メソトレキセート錠2.5mg	リウマトレックスカプセル2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2625	メタクト配合錠HD 1日2回2錠/日、朝・夕食後、28日分での処方。用法用量ともに添付文書から逸脱の為、疑義照会実施。結果、メトアナ配合錠HDとの間違いであった旨判明	類似薬品との混同	添付文書上の用法用量は必ず把握しておく	メタクト配合錠HD	メトアナ配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2626	いつもは別の薬局で調剤されている患者が久しぶりに来局 処方元は当薬局の門前の医療機関。カムシア配合錠LD メトホルミン錠500mg フェブリラク錠40mg 各1T 朝食後 メタクト配合錠HD 2T 分2 朝夕食後 ボグリボース錠0.2mg 3T 分3、毎食直前で処方されていた。お薬手帳を確認すると、今回からメタクト配合錠HDが追加されていた。メタクト配合錠HDは通常 1T 1日1回のため、疑義照会を行った。メトホルミン錠500mg 朝食後は中止になり、メタクト配合錠HDからエクメット配合錠HDに変更になった。	メタクト配合錠HDもエクメット配合錠HDも糖尿病の配合剤で、どちらもHDとついているため、もともとエクメット配合錠HDを処方するつもりだったものを勘違いしたと思われる。	添付文書と違う内容での処方の場合には必ず疑義照会を行って確認する。	メタクト配合錠HD	エクメット配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2627	整形リウマチ科からの処方箋：メタルカプターゼ100mg 3c 1日3回毎食後24日 4日前 オグメンチン3錠7日薬歴ありオグメンチン合わなかった 気持ち悪さ食欲低下が生じた 予約前だが受診した、と患者インタビューで聴取 処方が食後であること、および薬歴と整合性が取れないことにより、疑義照会医師からペニシリン系の抗生物質を処方しようとしたと説明があり、アモキシシリン250mg 3C に薬品変更となった	成分名の類似による薬品選択間違いの可能性	処方通りただ薬を渡すのではなく、処方内容と薬歴や受診の動機と整合性があり合理的な処方であるかを確認のうえ、安心安全に服用できるようするのが責務であると心得る。	メタルカプターゼカプセル100mg	アモキシシリンカプセル250mg 「TCK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2628	メタクト配合錠HDの1日量が2錠と多かったためメトアナ配合錠HDに変更で1日量2錠に変更。	メタクト配合錠HD (ピオグリタゾン/メトホルミン塩酸塩として30mg/500mg) でピオグリタゾンの上限が45mgまでであることを医師が把握しておらず、またメトアナ配合錠HDと名前も類似していたため。	医師への情報提供。	メトアナ配合錠HD	メタクト配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2629	他にもらっている薬だったので お薬手帳でメトグルコ250mg 1日4錠だった。本人に確認して疑義照会后 変更になりました。その際250mg 2Tを500mg 1Tに変更提案して変更になりました。	初めての薬は お薬手帳で確認する	お薬手帳をさらに啓蒙する	メトグルコ錠250mg	メトグルコ錠500mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2630	緩和ケア科の処方。オピオイド服用中の患者。診察時に吐き気を訴えたため新規で制吐剤が処方されることとなったが、実際にはメトプロロール酒石酸塩錠20mg 3錠分3が処方された。	オーダリングシステム使用時に2文字検索したものと推察される。	怪しいと感じた処方については、躊躇なく疑義照会を行う。	メトプロロール酒石酸塩錠20mg 「サワイ」	メトクロプラミド錠5mg 「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2631	処方箋に記載の「【般】メトプロロール20mg 1T 3×5TD」の処方薬につき、他にアドソルビン、ラックビーなど腹部症状に用いる薬剤が処方されている関係から、当該処方薬につき誤りではないかと疑義照会したところ、「メトクロプラミド5mg」を処方しようとしたことが分かった事例。	処方箋の記載のまま、他の薬剤との関係を考慮せずに調剤等対応していたら防げなかったと考えられる。	記載されている内容を鵜呑みにせず、どのような病態の治療に用いられるのかを、枝葉末節にとらわれずに処方全体で考えるように常タス スタッフ間で話をしている。その上で、(1)自分で解決/対処できるなら、そのように行動、(2)助けが必要ならば、声をかけて適宜対応する、など個人のスキルを尊重しつつ、全体の力もうまく合わせて対応するように心がけている。	メトプロロール酒石酸塩錠20mg 「サワイ」	メトクロプラミド錠5mg 「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2632	医師がメドロールを処方したかったが、おそらく三文字検索で出てきたメドロキシprogステロンを選択してしまったことが原因で処方医の意思と違う薬が処方された。本人が男性だったこと、受診の科が全く違ったこと、医師との診察での話した内容から間違った薬が処方されていることが判明した。	三文字検索による薬の選択ミス	処方の科と薬の内容の一致の確認、患者様とのコミュニケーションをしっかりとることでの処方内容の確認	メドロキシprogステロン酢酸エステル錠2.5mg 「PP」	メドロール錠4mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2633	メブチンDS 1.7g/日が処方されたが、体重、年齢より用量が多いため医院へ疑義照会を行った結果、メイアクトMS小児用細粒 1.7gの間違いであった。薬歴に体重記載をしていたことと、年齢からも多めと判断できたので、疑義照会につなげることができた。	メブチンDSの用量は添付文書によると、1回1.25μg/kg 今回体重16kgのため、20μg/回 これから計算すると 0.4g/回 一日あたりだと0.8g/日となり、処方量では倍量の投与量であった。医院にて、同じ「メ」から始まる薬剤として、入力ミスがあったと考えられます。	小児に対しては体重のチェックと、薬剤量が適切か、確認している。今回は、日ごろから上記監査を実施していることで過量と判断でき、事故を防止できたと思います。	メブチンドライシロップ 0.005%	メイアクトMS小児用細粒 10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2634	メブチン顆粒0.01% (1日量 1.1g) で処方せんに記載5歳 (体重21Kg) の小児の服用量としては過剰のため疑義 メブチンDS0.005% (1日量 1.1g) に変更となる	メブチンDS0.005%とメブチン顆粒0.01%の入力ミス	初めて飲む薬は特に、体重や年齢で服用量に問題がないか添付文書などを活用しチェックする	メブチン顆粒0.01%	メブチンドライシロップ 0.005%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2635	アスベリン散1日量0.3gとメブチン顆粒0.01%1日量0.7g混合の処方。患者の年齢、体重からメブチン顆粒の量が不適切だと判断し処方医に疑義照会。メブチン顆粒からメブチンドライシロップ0.005%に処方変更となる。	近隣の耳鼻科の処方。最近処方箋の様式が変更になった。機器に慣れておらず薬品の選択を誤ったのではないかと思われる。	乳幼児の調剤にとりかかる前には患者の体重と、体重にあった処方量であるかどうか確認をしている。	メブチン顆粒0.01%	メブチンドライシロップ 0.005%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2636	メブチン顆粒0.01%が、前回処方されていたメブチンドライシロップ0.005%と同用量で処方されていた。疑義照会を行ったところ、顆粒からドライシロップへ変更となった。	剤型の選択間違い。	剤型が変わったときには用量に特に注意する。	メブチン顆粒0.01%	メブチンドライシロップ 0.005%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2637	感冒にて受診の患者様。メブチン顆粒の用量が多かったため、薬歴を確認したところ、前回処方されていたメブチンドライシロップと同用量での処方であった。疑義照会を行ったところ、メブチンドライシロップへと変更となった。	複数剤型がある粉薬についての処方内容の確認不足。	用量鑑査の徹底継続。同成分で他剤型あるものについては注意を行う。	メブチン顆粒0.01%	メブチンドライシロップ 0.005%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2638	患者の息子さんが ママリーOD錠10mg めまい時と記載された処方箋を持って 当薬局に来院されました ママリーの適応はアルツハイマー型認知症であり 主な副作用としてめまいがある為 息子さんに話をうかがったところ 昨日からめまいがあり それを抑える薬を出しますと医師に言われたと話されました 病院に確認すると ママリーではなくメリスロンの間違いであることが判明し 正しい薬をお渡しました	類似薬品名であるため 書き間違い	薬の適応と 医師指示に相違がないか確認する 患者の話をよく聞く	ママリーOD錠10mg	メリスロン錠12mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2639	ママリー錠5mg 頓服めまい時で処方されているため疑義照会をしたが、対応された看護師は変更なしでと返答されましたが、ママリー錠によるめまいの増悪の報告があるため、再度疑義照会をさせて頂き、増悪の恐れがあるため医師に確認して欲しいとお願いをしたところメリスロン錠6mgに変更になりました。	手書き処方箋のための記載ミスか、カルテへの記載ミスか?	薬剤師個々の薬識を深め、処方監査時にミスが発見できるようにする。	ママリー錠5mg	メリスロン錠6mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2640	足の痛み、痺れの症状で整形外科を受診し、ロキソプロフェン、レバミピドと共に、メルカゾール5mg錠が処方された。メルカゾールは服用歴があったため、鑑査は通過したが、投薬時に本人に確認した所、特に頼んではないとのこと、問い合わせを行った。疑義の結果、メコバラミンの間違いであることが判明に、処方変更となった。	メルカゾール錠の服用歴があることで、医師に思い込みが生じ、さらに処方内容の確認を怠ったことが原因と思われる。	投薬時に荷は、患者の体調や受診の動機、併用薬等の確認を十分に行っている。	メルカゾール錠5mg	メコバラミン錠500「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2641	当薬局を初めて利用する患者さんが処方せんを持って来局。お薬手帳はお忘れだったが、初回問診票で現在、使用している薬を確認。お薬交付時に、今回から他院から転院してきたという情報を患者さんより入手。処方された薬を確認したところ、今まで服用していた薬と違うことが判明(患者さんは、医師から今まで服用していた薬が処方されると説明を受けてきた様子)。処方医に電話で疑義紹介を行ったところ、「メレックス錠」ではなく、「メイラックス錠」の間違いで、処方変更になった。	薬の名称類似で、処方医が入力を誤ったと考えられる。	他院からの転院の患者さんは、今まで服用していた薬をお薬手帳で確認する。持参しなかった方は口頭で確認をする。	メレックス錠 1 mg	メイラックス錠 1 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2642	初めて【般】メロキシカム錠5mg(商品名モービック)が処方されている患者に痛みが出ている部位の聞き取りをしたところ「痛いところはない」とのことで疑義照会した。カルテを確認したところ便秘の相談をされてモビコール配合内用剤を処方するつもりであったことを確認。処方変更となりました。	モービックとモビコールの名称が似ていることから処方箋を作成する際に薬剤の選択を誤ったことが原因と考えられる。	患者から症状の聞き取りをして、処方内容と合っているかの確認をしっかりとしている。	モービック錠 5 mg	モビコール配合内用剤		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2643	患者は、首・肩の痛みで近医に通院している。これまでにモーラスバップXRでひどいかぶれが発生したことがある。何回かこの件について疑義照会し処方の変更をして頂いていたが、今回もまた同薬が処方されていた。再度疑義照会し変更して頂いた。	カルテへの記載漏れ、処方医の勘違い、処方箋発行時の入力ミス・確認不足と思われる。	今回はかかりつけ薬局に指定して頂いた患者様であったので、副作用発生の処方気が付いたが、患者に受信時に処方薬の確認をしていただくよう指導した。	モーラスバップXR 120 mg	モーラスバップ 30 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2644	■モビブレップ配合内容剤 4包 1日2回 14日分で処方・モビブレップが大腸検査前に処方される薬で、調剤薬局で処方される薬ではないこと・モビブレップでも用量が多いこと・又患者からの話で、大腸検査前ではなく、便秘での処方とのことなので、適応がないことをお伝え。慢性便秘薬に適応がある、モビコール配合内容剤かどうか確認。・疑義紹介の結果、モビコール配合内容剤 4包 1日2回 14日分で処方	・単純な処方入力ミスの可能性	・処方内容・用量等、処方箋・患者の話を確認して、交付を行う。	モビブレップ配合内用剤	モビコール配合内用剤		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2645	同一処方内容にモビレップ配合内用剤4袋、ピオスリー配合錠2錠、分2朝夕食後 30日分の記載あり。モビレップ配合内用剤は検査薬であり、継続してしようすることはなく、1回容量が過多のため疑義照会必要と判断。 疑義照会した結果、モビコール配合内用剤の誤りであったことが確認されたため、処方内容がモビコール配合内用剤に変更となった。	2文字検索でのモビレップ配合内用剤とモビコール配合内用剤の取り違えの可能性あり。	大腸検査薬と便秘薬の用途の違いについて共有していく。	モビレップ配合内用剤	モビコール配合内用剤		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2646	定期薬の追加処方、モビレップ配合内用剤が4包 2×14日分で処方された。薬効から考えて類似名称の薬品の誤りと推測されたため、疑義照会を行ったところ、モビコール配合内用剤の間違いであった。	類似品のため、パソコン入力時に医師が選択を間違えたと考えられる。	薬効から考え疑わしいものは見過ごさず、必ず疑義をかける。類似薬品を予め知っておく。	モビレップ配合内用剤	モビコール配合内用剤LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2647	平素から当薬局を利用。処方内容はモビレップ配合内用剤6包毎食後7日分であった。該当薬剤は大腸検査前の経口腸管洗浄剤であり、用法用量ともに適応とは異なっていた。また患者の症状より便秘症での処方の可能性が高く、薬剤名を間違えて処方された可能性が高いと判断したため疑義照会を実施。モビコール配合内用剤LDに処方変更となった。	薬剤名の類似、薬剤名に該当する適応症の知識不足等による交付薬剤の間違い	処方鑑査として、添付文書を用いた適応症、用法用量の確認を都度行う。疑わしい処方、あまり目にしないもしくは新規薬剤に関しては特に取組みを徹底して行うこととする。	モビレップ配合内用剤	モビコール配合内用剤LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2648	モビレップ配合内用剤「便秘時」20回分と記載された処方箋の持参あり。当該薬品の取扱いがなかったため調べたところ、検査前に服用する薬であり便秘時の適応がなかった。医師へ疑義照会したところモビコール配合内用剤LDの間違いであることが判明、訂正された。	モビレップ配合内用剤とモビコール配合内用剤LDは名称が似ている。処方元の病院では医師が処方入力を行うため、最初の「モビ」で検索をしてしまい間違いとなった可能性が高い。	ふだん取扱いがない薬は特に注意をして用法用量、適応などを調べてから調剤するようにしている。	モビレップ配合内用剤	モビコール配合内用剤LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2649	前回、MSコンチン錠10mg(成分名: モルヒネ硫酸塩水和物徐放錠)を処方されていた患者の処方内容がモルヒネ塩酸塩錠10mg「DSP」に変更されていた。(今回から処方医が変更になっていた)処方内容を入力した医療事務の方は、前半部分が似ていたため今回から一般名処方になっていると勘違いしMSコンチン錠10mgで入力。調剤した薬剤師は前回の薬歴の確認を行わず、モルヒネ塩酸塩錠10mg「DSP」が店舗にないため発注を行った。鑑査を行った薬剤師が入力と処方内容の違いに気が付き、処方医の入力誤りの可能性を考え発注を中止し疑義照会を行った。	処方医の変更による入力誤り成分名が似ているため一般名処方と誤認してしまった。前回薬歴の確認を怠っていたため、処方内容をそのまま準備しようとした。	調剤前・処方内容入力の前に必ず前回の薬歴と処方箋を確認する事を徹底。麻薬性鎮痛薬の誤りやすい名称品を選別し全スタッフへ周知徹底。	モルヒネ塩酸塩錠10mg「DSP」	MSコンチン錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2650	10歳の男児に対してモンテルカストの処方がされたが処方内容が15歳未満だったが成人用のモンテルカストOD錠5mg「明治」が処方されてしまった。疑義照会で年齢に対して適正なモンテルカストチュアブル錠5mg「タカタ」への変更を確認し調剤。	モンテルカストOD錠5mgとモンテルカストチュアブル錠5mgの選択ミス。	モンテルカストOD錠5mgは処方頻度が少ない為処方された際には年齢確認を徹底しています。	モンテルカストOD錠5mg「明治」	モンテルカストチュアブル錠5mg「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2651	めまいで受診の患者にモンテルカスト錠(10)6錠 分3で処方あり他薬の間違いではないかと推測されたため疑義照会	単純な処方時の薬剤入力ミスと思われる	処方ミスを気付けるよう患者ヒアリング・処方監査を今後も継続	モンテルカスト錠10mg「タカタ」	メリスロン錠6mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2652	12歳に一般名処方でモンテルカスト錠5mgが処方された。以前より他病院でチュアブル錠で継続して処方がでていたため小児用量ではないことにスムーズに気づけた。疑義を行い、チュアブル錠へ変更となった。	処方の入力ミス。	特に小児は用量が微妙な時期なので、よく添付文書で確認を行う。	モンテルカスト錠5mg「トーフ」	モンテルカストチュアブル錠5mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2653	血圧157/73と高い状態にもかかわらず服用されていたアムロジピン5が削除されエカードのみが処方されているので、疑義紹介する。結局エカードHDではなくユニシアHDの間違いであった。	特に合剤は処方医も成分を把握しているか、確認が必要である	患者からの状況をよく確認し、特に処方変更時は注意するべきである	ユニシア配合錠HD	エカード配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2654	患者様が処方箋を持参され来局。処方箋に「ユニフィルLA錠200mg 2錠/日 1日2回 朝・夕食後」と記載されていたが、当該医薬品は1日1回服用の製剤であり、処方箋入力の間違いが考えられた為、疑義照会にて医療機関へ確認。結果、「テオドール錠200mg 2錠/日 1日2回 朝・夕食後」へと変更となった。	両医薬品とも成分が同じであり、間違いやすい為、処方入力の際に誤ったと思われる。	同一成分の医薬品が存在する医薬品を調剤する際は、気を付ける。	ユニフィルLA錠200mg	テオドール錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2655	シロドシン2mgが初めて処方されていた。前回はユリス1mgの処方だったため、ユリス2mgへの増量の間違ひではないかと考えて疑義照会したところ、ユリス2mgへ変更になった。	病院のレセコンが先発品名で入力すると一般名に自動的に変換されるもので、ユリスと入力するところを誤ってユリーフと入力してしまったと思われる。	患者さんに症状などを確認し、症状と処方薬が合わない場合は疑義照会する。	ユリーフ錠2mg	ユリス錠2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2656	トレシーバ注フレックスタッチからライゾデグ配合注フレックスタッチに今回より変更になっていた。用法は同じ眠前18単位。当初処方せん通りに準備をしていたが、添付文書にて超即効型配合の製剤であることを確認。眠前はありえないのではと病院に対し疑義照会を行った。回答は、用法は同じだが本来処方すべき薬剤はGLP-1配合のゾルトファイ配合注フレックスタッチである、とのことであった。  もともとテネリアも処方されており、今回中止になっていたが、この薬剤への変更が中止の理由であるということもこのことでわかった。病院薬剤師によると、カルテには当初3日間10単位で使用し、吐き気などなければ増量するように指導したと書かれてあったそうだが、本人に投薬時確認したところ理解不十分の様子であった。使用方法につき改めて説明のうえ投薬を行った。	ライゾデグとゾルトファイはともにトレシーバ成分を含む「配合注フレックスタッチ」であり、名前をみただけでは何がどう配合されているかわからない。処方医は入力時に気付かず、本人への直接指導を行った看護師も処方内容を疑わず気付かなかったのではないかと。	処方内容を鵜呑みにせず、この注射はこういう成分である、どの時点で使用するものである、ということを理解して調剤することが大事と考える。	ライゾデグ配合注フレックスタッチ	ゾルトファイ配合注フレックスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2657	処方箋記載は【般】フロセミド錠20mg 1錠夕食後でフロセミド錠20mgが処方されるのは初めてだった。新規でフロセミド錠20mgが処方されていること、フロセミド錠20mgが夕食後で処方になっているところ、前回処方がラツーダ錠20mg増量している経緯のあった患者様だった事から、ラツーダ錠20mgを処方しようとしたところ間違えて先発名ラシックス錠20mgを処方してしまった可能性を考えて疑義照会した。その結果、ラツーダ錠20に処方変更となった。	医師は処方箋作成の際に、パソコン画面では先発品名で入力し、プリントする際に一般名に変換している。先発名の先頭「ラ」と規格20mgの同じラシックス20とラツーダ20を見間違えた可能性が高い。	各薬剤の用法用量を理解しておく事。また、以前にも同様の処方ミスを経験しているので情報共有することですぐにミスに気付くことが出来る。	ラシックス錠20mg	ラツーダ錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2658	男性患者にラロキシフェンの追加処方。漢方薬も変更あり、用法用量の不審点あり。前回は漢方薬の処方間違いがあったため、違和感を感じ患者に確認。ラロキシフェンについては情報を得られず、漢方薬については前回と一緒だと思ふとの返答。疑義照会にてラロキシフェンは一般名入力の際にベシケアとの入力間違い、漢方薬については病院レセコンに該当がなく、違うもので処方してしまったため前回と同様の抑肝散加陳皮半夏に変更との返答。	成分名の勘違い。レセコン検索に出てこなかった。	該当規格のない漢方薬処方時には確認を行う。漢方薬処方時には1文字ずつ監査する。適応内容の把握。疑義内容の共有。	ラロキシフェン塩酸塩錠 60mg 「サワイ」 ツム ラ越婢加朮湯エキス顆粒 (医療用)	ベシケアOD錠5mg ク ラシエ抑肝散加陳皮半夏エ キス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2659	胃部不快感で内科を受診。Drにお薬手帳見せた。ランソプラゾール30mg処方される。薬局に来院された時にお薬手帳確認すると、他内科でタクルダ服用中が判明。疑義照会を行い薬剤がモサブリドに変更になった。	Drにお薬手帳見せているが、見落としがあること。また配合錠などの各成分が想像できないこと。	このような事があるのでもう一度薬剤師が確認する。	ランソプラゾールOD錠 30mg 「サワイ」	モサブリドクエン酸塩錠5 mg 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2660	近隣総合病院にて入院中にランタスXR注8単位を使用しており、退院後にかかりつけ医からランタス注8単位での処方であった。同薬剤はXR注からランタス注への切り替え時は作用時間が異なるため低血糖のリスクがあり減量が推奨されている。お薬手帳にて入院時のランタスXR注8単位処方からランタス注切り替え時の減量がなされていなかったため疑義照会にてランタスXR注8単位への継続と変更になった。	かかりつけ医療機関側の他院時処方の確認不足と同名称・類似規格の知識不足	インスリン製剤は他種多様なため各製品特性・持続時間などを把握しておく。疑義が生じたら添付文書やメーカー問い合わせにて解消し、疑義照会にて情報提供と処方意図の確認を連携するよう努める。	ランタス注ソロスター	ランタスXR注ソロスター		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2661	リウマトレックスの1週間の上限量を超えていたため、疑義照会を行った。その結果、リフキシマ錠に変更となった。	入力の際に、「リ」のみで検索して選んだものと考えられる。	引き続き、薬剤の用量が間違っていないか確認を怠らないようにする。	リウマトレックスカプセル2mg	リフキシマ錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2662	処方箋の備考欄に「リオベル中止。ネシーナ、デベルザ開始」と医師が記載しているにも関わらず、リオベルは処方されており、ザクラスHDが処方削除になっていた。リオベルLDと誤ってザクラスHDを削除したのではないかと思い、問い合わせた。	薬剤の名前が似ている。	処方せん内容だけでなく、備考欄の記載も確認して調剤する。今回は備考欄に記載があったため気付きやすかったが、記載がなくても配合剤の内容をしっかりと理解しておく。	リオベル配合錠LD	ザクラス配合錠HD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2663	ハロベリドールからリフレックスに変更されたが、処方箋発行時の打ち間違えでリクシアナが処方されていた。来局の際に患者さんが持っていた医師からのメモ用紙の内容と処方内容が食い違っていたため発覚。	レセコン打ち間違い	処方箋を預り時に新規の薬があった場合に、患者さんに事情を聞く。	リクシアナ錠 30mg	リフレックス錠 15mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2664	リザトリプタン口腔内崩壊錠10mg 3錠 分3 毎食後 14日分での処方当該薬剤は通常片頭痛時頓服、1日上限20mgであるため疑義照会を行ったところ、リザベンカプセル100mg 3カプセル分3 毎食後 14日分の処方間違いであることが判明した。	薬剤名の先頭2文字が同じであることから処方オーダーリングシステムにおける入力ミスと考えられる。	処方された医薬品の用法用量に疑問点はないか、患者の症状や聞き取り内容と齟齬が無いかをよく確認する。	リザトリプタンOD錠 10mg 「ファイザー」	リザベンカプセル 100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2665	処方箋が一般名記載でプレドニゾン吉草酸エステル酢酸エステル軟膏0.3% 3.5g 目の周りは表記の薬剤はリドメックスコーワ軟膏だが、グラム数の違い、部位が目の周りであり、患者家族にインタビューしたところ、部位は目の周りで間違いはないとの回答のため疑義照会疑義照会の結果、プレドニゾン酢酸エステル軟膏0.25%の間違いであった。	薬品名類似のため処方箋入力時の入力間違い	処方箋の薬品名だけで判断せず、使用部位、患者の年齢・性別等加味し、必要であれば患者インタビュー等行い、疑問が残れば疑義照会する	リドメックスコーワ軟膏 0.3%	プレドニゾン酢酸エステル軟膏 0.25% 「ニットー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2666	パーキンソン病の患者様に、リバスタッチ4.5の処方がでていました。投薬時に確認したところ、筋肉の動きをよくする薬が追加になると聞いているとのことでした。病院に問い合わせをして、確認したところ、ニュープロパッチ4.5の間違いだったことがわかりました。	リバスタッチとニュープロパッチは規格もよく似ていて、間違いやすいと思われる。	今後も、パーキンソン病なのか認知症なのか患者様に確認するとともに、併用薬や今までの病歴で気になる場合は、積極的に病院に疑義照会をするようにしたいと思います。	リバスタッチパッチ 4.5mg	ニュープロパッチ 4.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2667	アト-ゼットとリオベルを継続中で今回アト-ゼットとリバロが処方されたため疑義照会	必ず前回処方を確認	前回カルテの確認の徹底	リバロ錠 2mg	リオベル配合錠 LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2668	診察時、抗生物質を含有しない軟膏を処方すると患者へ医師から説明があった。と言われ医師へ疑義照会を行った。	カルテ入力時の確認不足と考えられる。	疑わしい場合は必ず疑義照会を行う。	リンデロン-VG軟膏 0.12%	リンデロン-V軟膏 0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2669	リンデロンローションが用法点耳で処方された。耳だれで受診の為、またリンデロンローションには点耳の用法ない為疑義照会したところ、リンデロン点眼点耳点鼻液に変更となった。	リンデロンローションには点耳の用法なし。患者様は耳だれで受診なので、点耳用のリンデロンの間違いと思い疑義照会した。	患者様の話良く聞く。疑問時患者様に先生との話確認し、疑義照会する。	リンデロン-Vローション	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2670	普段処方されることのないリンデロンV軟膏が処方された。リンデロンVG軟膏と間違えて処方されていることを疑い確認の電話をすると医院の医療事務員の入力間違いであった。	医療機関側に入所したばかりの医療事務員がおり、カルテからレセコンに入力する際に、経験不足が原因で薬剤名の選択を間違えたと推察される。	名称の類似の医薬品のリストアップをしておき、職員で共有する。	リンデロン-V軟膏0.12%	リンデロン-VG軟膏0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2671	点眼・点鼻用リンデロンA液が1日2回で処方されており、使用部位が不明だったため患者に聞き取りをしたところ耳に使用すると返答があった。添付文書上、点眼・点鼻用リンデロンA液は耳に投与することがないため、リンデロン点眼・点耳・点鼻液の間違いではないかと判断し、疑義照会を行った。その結果、リンデロン点眼・点耳・点鼻液を処方するつもりだったが点眼・点鼻用リンデロンA液を間違えて出してしまったと返答があり、リンデロン点眼・点耳・点鼻液へ変更となった。	医薬品名に同じ「リンデロン」が付いており、点眼・点鼻までは同じなので間違えて入力してしまったと思われる。	添付文書の記載通りの用法・用量から逸脱している、または不明な場合は一度疑義照会をして医師の見解を伺う。	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%	点眼・点鼻用リンデロンA液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2672	以前から他院でリン酸コデイン散1%8g4×の処方されたことある方で今回臨時で地元の病院で処方されたのがジヒドロコデインで用量超過もある為処方間違えではないかと思い疑義を行った。疑義によりコデインリン酸塩散1%8g4×処方のところ、病院マスタの影響でジヒドロコデインリン酸塩散1%8g4×の処方になってしまったと判明、ジヒドロコデインだと力価が2倍になり用量変更が必要となる事説明し処方変更となった。	病院マスタの影響で希望の処方が出せなかった点と類似名でジヒドロがつくだけで同等のものとしてしまった可能性があり用量も超過していた可能性がある。	用法用量が適正かの判断、類似名で力価等が変わってしまう場合はより注意が必要となる。散剤監査システム利用した用量のチェック、今回は他病院情報も定期的に利用されている方だったので気付けたため普段からの情報保管、更新が重要だと思います。	リン酸ジヒドロコデイン散1%「フソー」	コデインリン酸塩散1%「タケダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2673	ルトラールを服用時頭痛があったのでデュファストンに変更になった経由があったが今回ルトラールになっていたので まず患者様にうかがいデュファストンで問題があったかお聞きした 特になにもなく 薬も今まで通りだと思っていたとの話より問合せした。医師の入力ミスと思われるルトラールからデュファストンに変更となった	薬歴にしっかり記入する変更になった薬でも元に戻ることもあるので患者様から先生との話でなにかあったかも確認する	薬歴にしっかり記入する変更になった薬でも元に戻ることもあるので患者様から先生との話でなにかあったかも確認する	ルトラール錠 2 m g	デュファストン錠 5 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2674	今までルナベルLDを服用していた患者様に対してULDが処方されてきました。変更の話はなかったとのことで疑義照会した所、医師の入力ミスであることが判明。今まで通りLDを継続していくようにと処方変更になりました。	入力する際に名称をきちんと確認しなかったものと思われます。	類似している名前、規格など当たりまえのことだが、きちんと確認して調剤監査に取り組む	ルナベル配合錠 U L D	ルナベル配合錠 L D		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2675	久々の処方であったが、就寝前服用である睡眠薬のルネスタ錠1m gが3錠分3毎食後というよう法で処方されていたため、電話にて疑義照会をした。その結果、医師が処方したかった薬は名称の類似しているレキソタン錠1m gであることが判明し、処方変更となった。	おそらく医師から入力事務へ伝達する際に名称の似ている薬品で伝わってしまった可能性がある。	薬局での取り組みとしては薬剤ピッキング後に処方箋コピーの用法部位に色ペンで丸を付けることにより、用法を逸脱していないかチェックしている。	ルネスタ錠 1 m g	レキソタン錠 1		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2676	当該患者に初めてルネスタ錠3mg 分1 就寝前が処方された。今まで当該患者から特段不眠の訴えはなかった。高齢者は2mgまでの用量だったため処方監査の段階で当該患者に詳細を伺った。患者は内服中の鎮痛剤で胃部不快感があったため胃薬処方を希望したとのこと。処方医師へ疑義紹介しムコスタ100mg 3錠 分3 毎食後へ処方変更となった。	医療機関内における名称類似薬品の選定ミス。	処方箋監査の段階で気になることがあれば患者への聞き取りと処方医師への疑義紹介を徹底する。	ルネスタ錠 3 m g	ムコスタ錠 1 0 0 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2677	ルネトロン 1 m g 不眠時新規処方→ルネスタ 1 m g 不眠時に変更	薬品名が似ていて、規格が同じだったため間違えたか	処方内容の鑑査時の注意	ルネトロン錠 1 m g	ルネスタ錠 1 m g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2678	花粉症で内科を受診した患者にルブラック錠4mgが処方されていたため、聞き取りを行ったところ利尿剤の服用歴はないとの事。疑義紹介を行いルバフィン錠10mgに変更になった。	薬品名が類似していたことによる入力間違い。	・類似した名称の医薬品をまとめ、医療事務と薬剤師間で情報の共有。	ルブラック錠4mg	ルバフィン錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2679	新規処方薬としてレキサルティ2mgが3錠分3の処方が出ていたため問い合わせ。その結果レキソタン錠2mgを3錠分3の間違いであることが判明した	医薬品の頭文字2つで検索をかけてしまったと思われる。	医薬品の頭文字3つまで入力をし、類似名の医薬品の取違に注意する。	レキサルティ錠1mg	レキソタン錠2		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2680	初めて服用するにもかかわらず、レキサルティ2mg3錠分3毎食後で処方されており、用法は1日1回で服用する薬の上、用量が多く、4mgを越える用量での安全性は確率していないため、疑義照会をし、プロマゼパム2mg3錠分3毎食後に変更となった。	レキソタンとレキサルティの名称が似ているための処方間違いが要因とも考えられる。	名称が似ている薬や、最大投与量等を薬の棚に表示し、注意喚起をしている。	レキサルティ錠2mg	プロマゼパム錠2mg「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2681	以前よりレキソタン2mgが2錠分2で処方されていた。今回の処方ではレキソタン2mgの処方がなく、レキサルティ2mgが1錠分1で処方されていた。調剤前に患者への聞き取りを行ったところ、レキソタン2mgを1錠分1へ減らすことになったとのことで、医師へ問い合わせ。その結果、レキソタンとレキサルティの入力間違いであったことがわかり、レキソタン2mg1錠分1へ変更となった。	薬剤の最初の2文字が同じで、次がサ行で似ていること。	処方箋を見るだけでなく、患者からの聞き取りによる処方監査も重要である。	レキサルティ錠2mg	レキソタン錠2		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2682	前回レキサルティ1mgで処方があった患者がレキソタン1mgの処方箋を持参。変更聞いていない旨と薬剤名が似ていることから疑義紹介を行った。確認後レキソタンではなくレキサルティの間違いだったことが判明。	薬品名が似ている。	いつも来局している患者の場合、変更の話があったか必ず確認すること。また、新規の場合はお薬手帳を用いて過去の処方歴を確認する必要がある。	レキソタン錠1	レキサルティ錠1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2683	レキソタン1mg追加。これまでレキササティ2mg処方中で今回も処方有。薬品名類似のため患者さんに医師指示を確認したところ、「追加ではなく、増量」との事。よって疑義照会。また、レキササティ1mgに変更になった場合3mg/日となり用量オーバーとなる、その点も併せて疑義照会。疑義の結果レキササティ1mgに変更。3mg/日は変更なし。	薬品名の類似。医師の操作ミス。	情報共有	レキソタン錠1	レキササティ錠1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2684	体調が悪く、ニトラゼパム錠服用中の所、リスペリドン錠増量、レキソタン錠追加。作用機序を確認した所、作用重複と確認。疑義照会し、ニトラゼパム錠削除	作用重複薬を2剤服用してしまい、眠気等悪化の可能性。	新しく追加される薬は、作用機序を確認。	レキソタン錠1	ニトラゼパム錠5mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2685	処方に新規にレキソタン追加。患者自身は何も知らず。薬歴より、2週間くらい前から風邪気味であること、現在も咳が続いていることから、誤処方の可能性が疑われ、CLに確認。レスプレンの誤りであったことが判明。	医師の誤入力	ヒューマンエラーは常にあり得ることを念頭に鑑査する	レキソタン錠2	レスプレ錠30mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2686	【般】アカンプロサートカルシウム腸溶錠333mg 処方記載有り 商品名はレグテクト333mg 普段投薬時のお話でお酒で困っているような症状がなかったため、念のためご家族にアルコール依存症の治療予定か確認したところ、そのような内容ではなく足がむずむずするので相談したとのこと。薬品名が類似しているレグナイト300mgが処方予定だった可能性が高いので疑義照会したところ、レグナイト300mgへ変更となる。	薬品名と規格が類似しているため、医療機関で薬品検索する段階で間違いが生じた可能性有り。	患者さんからの聞き取りを徹底し情報収集を常に心がけ、薬歴に残す。	レグテクト錠333mg	レグナイト錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2687	本人がかゆみの訴えをしている旨を聞いていたが、実際の処方にはかゆみ止めではなく安定剤が処方された。気持ちを落ち着けるための処方とも考えたが、念のため疑義照会	名称類似で電子カルテへ主治医のクリックミス	患者情報を事前に入手できるものとする	レスタス錠2mg	レスタミンコーワ錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2688	当該患者は平素より当薬局を利用。今回定期処方の中に一般名のフルトラゼパム錠2mgの記載を確認。当薬局においても取り扱う稀な薬剤であり、薬歴を確認後当該患者に症状を確認したところ、当日は中途覚醒についてを相談されたとの情報を入手。前回処方にて眼前にフルニトラゼパム錠1mgが処方されていた事より、本来の処方フルニトラゼパム錠2mgではないかと疑い疑義。フルトラゼパム錠2mg→フルニトラゼパム錠2mgへの変更となった。	恐らく処方内容入力時に2, 3文字入力後に選択ワードとして表記された中に普段は先頭に表記されないフルトラゼパム錠2mgが出てしまい、処方医が普段先頭に出るフルニトラゼパム錠2mgと誤認された可能性が考えられる。	フルトラゼパム錠2mgも心身安定剤の為、不眠の症状には用いられない薬剤である。今回は薬歴と当該患者へのインタビューにて処方間違いを発見するに至った。処方内容に違和感を覚えた際は一旦手を止めて様々な方法で情報を収集する共に、当該患者から処方医とのやり取りを聴取する重要性を再確認した。	レスタス錠2mg	フルニトラゼパム錠2mg アメル		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2689	急性気管支炎に対する処方と思われる処方箋に、レスリンが7日分処方されていたので、間違いがないか確認のため問い合わせをした。(他はカルボシステイン、クラリスロマイシン、アセトアミノフェンが処方されていた)レスブレンの間違いだったので処方変更。処方箋は差し替えとなった。	先頭2文字が同じなので、レセコンで入力を間違えたと思われる。	処方内容・処方日数等で疑問があれば全て疑義照会する。	レスリン錠25	レスブレン錠30mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2690	歯科処方箋より【般】トリアムシノロンアセトニド軟膏0.1% 5g 口腔内塗布での処方あり。軟膏剤は主に皮膚疾患での適応があり、同成分薬剤に口腔用軟膏があるため疑義照会。剤型を口腔用軟膏に変更するよう回答あり。	同成分・剤型違い薬の確認漏れ	添付文書から適応疾患の確認をする複数剤型のある薬は注意書きをしておく	レダコート軟膏0.1%	オルテクサー口腔用軟膏0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2691	片頭痛時の頓用処方にロキソプロフェンNa錠と共にレバグリニド錠が処方されていたレバミピド錠の入力誤りと思われたため問い合わせた	類似する商品名の確認が必須	調剤前の処方監査と併せて患者の病歴をチェック	レバグリニド錠0.5mg「サワイ」	レバミピド錠100mg「オーツカ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2692	新患の患者様にレバグリニド錠0.5mgが朝、夕食後で処方されているため疑問に思い、お薬手帳を確認したところ、他院からの転院で以前はレバミピド錠が処方されていたため疑義照会を行った。	他院から転院のため新患であり、薬品の処方入力の際、薬品名類似のため間違えてしまったのだと推測される。	新患や他院からの転院の場合は、処方内容に注意し変更されていることがあれば患者様にも確認を行うようにする。	レバグリニド錠0.5mg「サワイ」	レバミピド錠100mg「TYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2693	2021/8/10 11:00頃、新患で来局、整形外科の7日分の処方せんを提出。ロキソプロフェン60mg分3、レルボックス20mg分3との記載あり。処方入力時、レルボックスは片頭痛時に頓服するため、分3では出さないこと、整形の処方でおそらくレバミピドとの打ち間違いではないかと思い、疑義照会。結果、レバミピド100mg分3へ変更になった。 疑義照会時、処方医師は既に午前中の診察を終え別の医療機関へ移動中であり、急いでいたことが予想される。	・「レ」1文字での入力による変換間違い・次のスケジュールが入っており急いでいた可能性・処方入力後の、医師、事務員双方の入力確認ミス	レルボックス分3入力はアラートが出るため、入力時に気付けなくてもアラートを見落とさなければ気付ける。事務員が入力した場合は、アラートが出ていることを薬剤師にしっかり伝える。レルボックスが何の薬か、処方されている診療科、用法など添付文書をしっかり確認する。	レバミピド錠100mg 「Me」	レルボックス錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2694	レボフロキサシン錠500mgのところレバミピド錠で記載されていた。一瞬間間違いではないとも思えるが、他にビオフェルミンR錠やナウゼリン錠が処方され胃腸炎のよう。問い合わせたところレボフロキサシンが、正しい	一般名からだったので、レボフロレバミピドは、類似で、間違えやすいと思われる。疾患と照らし合わせ、注意すると良い	どのような疾患かを確認して服薬指導する。特に抗生物質が出るような場合	レバミピド錠100mg 「オーツカ」	レボフロキサシン錠500mg 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2695	患者様が来局し話しているとコレステロールをもっと下げたいから新しい薬を頼んだと言われた為、疑義照会をして処方変更になった。	薬品名が似ていた為間違ったと思われる。	引き続き患者様とのコミュニケーションを心掛ける。	レベトールカプセル200mg	ベザトールSR錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2696	ザイザルシロップとレボセチリジンDS同時処方。シロップが飲めなかったらDSに切替の処方意図が推測されたが患者家族曰くそうではないとのこと。1回処方医へ疑義するも、症状が強い為シロップとDSを同時に服用する為に処方したと回答あり。2歳児へのレボセチリジンの総量としては過量になる旨を伝えたがそのまま調剤するように指示される。その数分後、レボセチリジンDSをフェキソフェナジンDSで処方するつもりだったと医療機関から連絡があり、処方箋差替え。	医師の疲労からくる電カル入力ミス。	家族への聞き取り、小児用量の監査の徹底。	レボセチリジン塩酸塩DS0.5%「タカタ」	フェキソフェナジン塩酸塩DS5%「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2697	レボセチリジン錠5mg 5錠1日1回就寝前処方 で処方いただく。レボセチリジン錠を5錠服用 も違和感、また8歳のため粉かシロップ、2.5 mg錠が推測され病院へ疑義照会。レボセチリジ ンシロップ、分2へ変更になりました。	入力ミスと考えられる。レボセチリジ ン錠を選択すると用法が1日1回が自 動で設定の可能性がある。	年齢・処方のあまりにもいつもとかけ 離れていたら推測ではなくHPへ 確認するようにしている。	レボセチリジン塩酸塩錠 5mg「TCK」	レボセチリジン塩酸塩シ ロップ0.05%「アメ ル」		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
2698	いつも利用していた薬局が閉局したため当薬局に 来局。お薬手帳忘れて経過は不明だった。その後 病院に入院しており久しぶりに来局された。手帳 を持参され退院時と同じ薬が処方された。患者。 処方箋よりレボセチリジン錠5mg 2錠 1× 寝る前の処方があり通常量より多い最高量が85 歳の高齢者に出されているのが気になった。入院 中から服用していたとの事で、症状がひどく必要 量なのかと思われたが薬歴があったので用量に疑 念を持たた。  念のためではあったが疑義照会を行った。病院薬剤師は入院前のクリニックから継続処方であると返答したが、当薬局で初め て投薬した薬歴ではセチリジン錠10mg 1錠 1×寝る前の処方であり、レボセチリジン錠ではなかったことを伝えた。 レボセチリジンとしては用量が最高量になっていること、高齢者であり腎機能の低下はないのかと改めて質問した。病院薬剤 師が医師に確認したところ、腎機能低下があるので処方薬を変更したい旨説明があり、フェキソフェナジン60mg錠 2錠 2×朝夕食後へと変更になった。	レボセチリジンは、ラセミ体であるセ チリジンのR-エナンチオマーであり、 治療上の活性本体である。レボセチリ ジンは、セチリジンの半量で、セチリ ジンと同等の抗アレルギー効果が得ら れることが確認されている。病院では 名前が似ているため、そのまま用量換 算をしてしまったと考えられる。	服用中の薬だと患者が言っても、高 齢者の場合は用量確認が必要である ことを再確認した。薬歴やお薬手帳 の記録をもとに服用歴と比較し、疑 問に思ったら病院でも疑義照会が必 要だと改めて確認した。	レボセチリジン塩酸塩錠 5mg「武田テバ」	フェキソフェナジン塩酸塩 錠60mg「SANIK」		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
2699	8歳患者：レボセチリジン塩酸塩錠5mg 2錠/ 日 分2で処方あり(成人量)その前の来局は5年 前でザイザルシロップが処方、錠剤のがめる年齢 になった。	レボセチリジン塩酸塩錠2.5mg 2錠/日 分2の誤りか、セチリジン 塩酸塩錠5mg 2錠/日 分2の誤 りか考える。カルテ書き間違いか、 入力間違いと推測する。	セチリジン塩酸塩錠の半量で、レボ セチリジン塩酸塩錠は投与できる事 を再確認する。レボがついている か、いないか良く確認しないとけ ない。	レボセチリジン塩酸塩錠 5mg「武田テバ」	ベボタスチンベシル酸塩錠 10mg「タナベ」		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
2700	泌尿器科の先生から「レボトミン5mg」の処方 が出た。患者との話では症状は膀胱炎とのこと だったので疑義照会して「レボフロキサチン50 0mg」の間違いと分かった。結果、処方変更と なった。	名前のよく似た薬なので処方間違いし たものと思われる。	患者情報をしっかり取るよう心掛け る。	レボトミン錠5mg	レボフロキサチン錠500 mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2701	一般名処方でレボプロロール塩酸塩点眼液0.5% 10ML処方。緑内障の既往なく今回の受診でもとくに緑内障と指摘はされていないと患者様よりお話しあり。(眼圧検査は当日行ったが逆さまつげで継続して受診中。) 疑義したところレボフロキサシン点眼液0.5%10mlへ処方変更。かかりつけ薬剤師対応。	薬品名が似ているため医師が処方箋記載時にPC操作を誤ったと考えられる。	日頃から患者様の疾患・既往症を把握しておくこと、新規薬のときなどは特にしっかり聞き取りを行う。	レボプロロール塩酸塩点眼液0.5%「ニッテン」	レボフロキサシン点眼液0.5%「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2702	眼の腫れで受診と初回質問票と患者聞き取りから把握。眼圧の指摘は特になく、今まで使用していなかったとのことで、念のため疑義紹介。レボプロロール塩酸塩点眼液0.5%とレボフロキサシン点眼液1.5%を誤ってしまったとのこと。その疑義紹介の前に、レボプロロール塩酸塩点眼液5mlのところ1mlで入力されていて、それを疑義した際にも病院は気づかなかった。	病院の入力ミスとおもわれる。確認不足。普段から放送単位の実用部位のミスが多い。	初回質問票やお薬手帳を確認し、薬剤交付の際に症状の確認を徹底している。少しでもおかしいと思った場合は迷わず疑義紹介している。	レボプロロール塩酸塩点眼液0.5%「ニッテン」	レボフロキサシン点眼液1.5%「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2703	レボフロキサシン錠250mg1錠 1日1回夕食後で処方が来ていた。皮膚科処方なので疑義照会したところ レボセチリジン塩酸塩錠の間違いだった。	薬品名が始めが同じなので、間違えたのではない。	似たような薬品名の採用品目をチェックしておく	レボフロキサシン錠250mg「DSEP」	レボセチリジン塩酸塩錠5mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2704	レボフロキサシン錠500mg1錠分1夕食後30日分の処方箋を受付。患者家族から、特に長期服用の感染性疾患はないとの事を確認し、疑義照会した。結果、ロラタジン錠10mg1錠分1夕食後30日分へ変更指示をもらった	前回の受診時にオゼックス細粒が出ており、今回、それに対する会話があったことで入力の際に無意識に抗菌剤を選んでしまった。レセコンで頭文字がレとロで入力がずれてしまった事が原因と推定されます。	今後も処方箋を受け付けた時点で、少しでもおかしいと思ったことは患者様に確認し、納得できないことがあればすぐに疑義照会をしたいと思います。	レボフロキサシン錠500mg「DSEP」	ロラタジン錠10mg「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2705	レボフロキサシン錠500mg1錠 眠前 28日分 が新規処方であった。不審に思えたため、疑義を行いレボフロキサシン錠 → レボセチリジン錠の間違いであったと。	処方元の名称の類似による入力間違い 処方元のカルテ記載文字の汚さによる入力間違い	処方監査の時点で不審なところなどあれば必ず問い合わせを行う。目を養う	レボフロキサシン錠500mg「サンド」	レボセチリジン塩酸塩錠5mg「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2706	レボフロキサシン500 2錠/分1 寝る前 30日分処方記載あり。普段、レボセチリジン5 服用中のため間違いでないか問い合わせ→レボセチリジン5 の間違い。	医療機関の入力ミスと思われます。	患者聞き取り・薬歴含め処方内容を確認する。	レボフロキサシン錠500mg「ファイザー」	レボセチリジン塩酸塩錠5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2707	レルボックスが1錠分1就寝前で処方されていた。通常頓服使用する医薬品であるため、用法確認のため疑義紹介したところ、ルバフィン処方の誤りであった。	レルボックス、ルバフィンの「ルバ」の部分が同じであり、処方入力の際、何かの手違いで誤った薬が選択されてしまった可能性が推定されます。	用法に関して、通常と違うものがあれば確認する。	レルボックス錠20mg	ルバフィン錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2708	レルボックス(20)1錠分1夕食後14日分で処方が出ていたが、患者様に頭痛の訴えはなく、不安が強くて処方してもらったとのことであった。疑義紹介後、一度はそのまま処方と言われたが、もう一度電話をして再確認したところ、レクサプロ(10)1錠分1夕食後14日分に変更になった。	レルボックス錠とレクサプロ錠の名称類似のため、間違いが起こった。処方後の確認不足があった。	患者様の主訴をしっかりと聞き、おかしいと思ったら必ずDr本人に確認をする。	レルボックス錠20mg	レクサプロ錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2709	レルボックス(20)1錠分1夕食後14日分で処方が出ていたが、患者様に頭痛の訴えはなく、不安が強くて処方してもらったとのことであった。疑義紹介後、一度はそのまま処方と言われたが、もう一度電話をして再確認したところ、レクサプロ(10)1錠分1夕食後14日分に変更になった。	レルボックス錠とレクサプロ錠の名称類似のため、間違いが起こった。	患者様の主訴をしっかりと聞き、おかしいと思ったら必ずDr本人に確認をする。	レルボックス錠20mg	レクサプロ錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2710	アドエア100ディスカス60吸入とレルベア100エリプタ30吸入の処方間違い。	それまで定期でアドエアを使用していたが、病院の処方箋が一般名処方となる際に別の薬剤(レルベア)と選択し間違えた。	ブレアポイド事例のため無し。	レルベア100エリプタ30吸入用	アドエア100ディスカス60吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2711	(般) プロチゾラム錠0.25mg「発作時」1回1錠10回分上記処方処方箋を受け取りプロチゾラムは不眠症に対して処方されるため、医師に問い合わせを行った。すると、「パニック発作の時に用いるので、発作時のままの指示で良い」とのことだった。だが、プロチゾラムがパニック発作に用いられるとは考えにくかったため、次の日に再度問い合わせることとした。そのまま前日と同じように問い合わせをすると「昨日も言ったはずだが」というように受け止められる恐れがあったため、敢えて先発薬品の名称で「レンドルミンが発作時で処方されていますが、寝る前以外のタイミングでも使用して良いのでしょうか?」と電話した。すると「レンドルミンが処方されていた? デパスを出したかったのだが」という回答であった。	医師は処方箋にデパスの一般名である「エチゾラム」を入力したかったが、誤ってレンドルミンの成分名である「プロチゾラム」と入力してしまったと思われる。	一般名での処方が増えているが、医師は先発薬品の名称に比べると一般名は馴染みが薄いと思われる。今回のケースのように一般名の名称を他の薬品の一般名と勘違いしている医師もいるので、場合によっては敢えて先発薬品の名称で医師に確認することも必要である。	レンドルミン錠0.25mg	デパス錠0.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2712	ロカルトロールカプセル0.5μg 3カプセル/日/毎食後5日分の処方。用法が合わない事から患者より聞き取りをした上で処方医へ電話にて疑義照会実施。ロキソプロフェンナトリウム錠60mgへ変更となった。	一文字目が同じことからの入力誤り。	処方箋に用法含め疑問点不明点あれば必ず疑義照会を実施する。	ロカルトロールカプセル0.5	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「CH」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2713	ボルタレンが数日前に処方があった患者様の鎮痛剤がロキソニン変更有。患者よりロキソニンを服用すると体調が悪くなったことがあると聴取し疑義照会を行ったところロキソニンからボルタレンに変更になった。	患者より医師には以前ロキソニンにより起こる症状のことは伝えてボルタレンが処方されているとの情報あり。医師の変更も途中あったのでその部分の情報の共有が出来ていなかった恐れあり。	副作用情報などは確認を今後も行っていく。	ロキソニン錠60mg	ボルタレン錠25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2714	ロキソプロフェンNaテープ「タイホウ」(温感)処方。投薬時確認すると転倒による打撲とのお話。炎症が起きている状態で急性炎症のため冷感タイプが適応ではと考え処方医に電話にて疑義照会。冷感タイプに変更となる。	一般名処方だと薬品名が長く、最後に(温感)(非温感)と記載される。見落としやすいのと、先生の方も選択間違える可能性が高い。薬品名記載だとしてもロキソプロフェンNaテープ「タイホウ」としか出ないのでわかりづらい。	投薬時に急性か慢性の痛みが確認するのはもちろん、温かいほうのシップでよいですか?と確認する。タイホウが温感であることはスタッフに周知徹底する。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2715	今まで通院していた病院に通えなくなり、近隣のクリニックに初診で受診した際に薬情を見せて診療を受け、一部過活動膀胱の薬剤を除き、これまでと同様の薬剤が処方された。ロキソプロフェン60mgが処方されていたが、お薬手帳を確認したところ、これまではラロキシフェン60mgを服用していた。服用回数も1日1回となっており、オーダーリングミスが予想されたことから医師に疑義照会、ラロキシフェンに変更となった。	ロキソプロフェン60mgとラロキシフェン60mgと「・・・フェン60mg」と名称が類似しており、規格も同様であったことから、医師もオーダーリングミスに気がつかなかったと思われる。	一包化かの指示があり、今回はそのまま調剤してしまっており、交付時の確認となったが、初来局の患者でもあり、調剤前にお薬手帳などを確認して疑義照会が実施できるようにしたい	ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」	ラロキシフェン塩酸錠60mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2716	歯科治療後、歯痛が酷いため抗炎症鎮痛薬のロキソプロフェンナトリウム錠60mg E MEC 1T/8回分処方された。現在では小学校6年生なので処方内容変更の疑義照会電話を行った。同効果が期待されるイブプロフェン錠100m 1T/8回分へ変更していただいた。	小児へ処方される薬剤の安全性を歯科医師が確認不足から起因していると思われる	来局時のお薬手帳有無の確認、または併用薬の確認、小児に対する薬剤の内容・量をしっかり確認する	ロキソプロフェン錠60mg E MEC	イブプロフェン錠100mgタイヨー		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2717	ロサルタンカリウム錠25mgが処方されていたが、患者からの聞き取りでは、「皮膚のかぶれ・炎症で受診した」とのことだったので疑義照会したところ、ロキソプロフェンNa錠60mgへ変更になった。	病院での入力の際に、最初の一字しか確認されずに処方されたことが原因と考えられる。	患者の主訴と処方薬の適応を確認し、食い違いがあれば疑義照会をする。	ロサルタンカリウム錠25mg「日医工」	ロキソプロフェンNa錠60mg「TCK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2718	かぜ症状の処方にロサルタンkが3錠で処方。疑義照会でロキソプロフェンに変更	類似名の為の処方入力ミス。	処方監査の徹底	ロサルタンカリウム錠50mg「サワイ」	ロキソプロフェンNa錠60mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2719	BPが高いので処方変更とのことだが、カンデサルタン4mgからロスバスタチンに変更しているの疑義照会。カンデサルタン4mgからアムロジピン5mgに変更。アトルバスタチンからロスバスタチンに変更	2医薬品変更が1薬品変更のみでの確認不足となる。	変更理由は確実に確認。変更理由が確認できないなら必ず疑義照会をする。	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」アムロジピン錠5mg「ケミファ」	アトルバスタチン錠5mg「サワイ」カンデサルタン錠4mg「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2720	ブレアボイド事例：今回から糖尿病と血圧の薬が変更になったと患者。トラゼンタ中止、ドキシゾシン増量になってるがその他にロサルタンカリウム中止になって久しぶりにロスバスタチンが再開になってる。腎機能が落ちていて透析目の患者でのロサルタンの中止に疑問あり疑義照会。処方変更時に誤ってロサルタンとロスバスタチンが間違えて処方になってること発覚。	カルテの記載不備か先頭の文字のみで処方箋入力してしまったか	患者の病態から疑問が生じたら念のため疑義照会する	ロスバスタチン錠 2.5 mg 「ケミファ」	ロサルタンカリウム錠 50 mg 「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2721	過去にロスバスタチン錠 5 mg 服用時に蕁麻疹発現の副作用歴あり疑義照会→Drよりロスバスタチン錠処方削除しビタバスタチン錠 4 mgへ変更の回答あり	薬剤名の類似、またはカルテの確認もれなど	薬歴の副作用歴を必ずチェックする	ロスバスタチン錠 5 mg 「DSEP」	ビタバスタチンCa錠 4 mg 「FFP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2722	妊娠中から当薬局を利用されている患者。産後約2ヵ月、胸の痛みで急遽受診。主治医より乳腺炎であるとの説明があったとのこと。葛根湯とロフラゼブ酸エチル錠 1 mgの処方あり。投薬時に、ロフラゼブ酸エチル錠 1 mgの服用が必要な症状があるか本人に確認。適応となるような症状は無く主治医からの説明とも合わない為、疑義照会を行った。メイアクトMS錠100mg 3T分3毎食後3日分と処方するつもりであったと返答があり、処方変更となった。	処方入力時に、メイラックス錠1mg(処方箋には一般名で記載)とメイアクトMS錠100mgの名称類似による入力間違いが起きたのではないかと推定される。	患者の病状にあった処方になっているか、投薬時に患者・家族からしっかり情報を得られるよう、丁寧に質問・説明を行っていく。	ロフラゼブ酸エチル錠 1 mg 「サワイ」	メイアクトMS錠 100 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2723	本来脂質異常症治療薬ロトリガが処方されるはずだったが誤って(般)ロフラゼブが処方されていたことが発覚。投薬時の患者聞き取りにて、「会社の健診でコレステロールが高かった。それとどのつかえ感と違和感あり。その薬が出ると聞いていたけど違うの？」と。 患者が持参した処方箋では、(般)オメプラゾール錠(20)1T/1x夕食後 (般)ロフラゼブ錠(1)1T/1x夕食後 各28日分 が処方されていた。クリニックに疑義照会にて確認したところ、クリニック事務より「今日は脂質異常症の薬は出していない。今日が初診だったので今後出す予定。今日は逆流性食道炎のための薬を出しているの、その2種類で間違いない。」という回答。その旨患者に伝えたと、 「胃薬であるオメプラゾールは飲むが、ロフラゼブは不安もない睡眠状況も問題ないので服用の意義が感じられない。お金も掛かるわけだからこっちは無しにしてほしい。」との希望があり、再度クリニックにその旨問い合わせ。するとDr確認後にクリニックから折り返し連絡があり、「本来脂質異常症治療薬ロトリガを処方するところを誤ってロフラゼブで処方してしまったようだ。ロフラゼブは削除し、ロトリガ追加に変更してほしい。」とのこと。	・薬品名の類似(今回の場合は頭文字の「ロ」)→処方せん発行時に「ロ」で検索をかけて誤った薬品を選択してしまった可能性。・一度目の疑義照会時に直接医師へ確認されず、カルテ上の確認のみだったこと。	初めての薬である場合、その症状に則した薬が処方されているかを患者から聞き取り確認する。聞き取りの結果処方意図が不明であった際は必ず医療機関に確認する。	ロフラゼブ酸エチル錠 1 mg 「トーフ」	ロトリガ粒状カプセル 2 g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2724	耳鼻科の処方箋をお持ちになったが、痛いときの用法でロフラゼブ錠1mgが処方されていた。鼻の粘膜を焼いた治療をしたので痛み止めが出ると言われていると患者から確認。ロキソプロフェンとの名称類似の処方間違いを疑い疑義照会を行った。結果ロキソプロフェン錠60mgの記載間違いであり、同じ用法でロフラゼブからロキソプロフェンへ変更となった。	医院内で処方入力時のマスタからの選択式でスクロールする何かを触ってしまったか? 詳しい内部事情は薬局からは分からない	処方意図と明らかに乖離している薬の処方があった場合は名称類似を疑うべきである	ロフラゼブ酸エチル錠1mg 「日医工」	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg 「CH」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2725	ロペラミドとフェンラーゼが処方されている患者に症状を確認すると、消化不良を疑われる症状がみられており、どちらかという便秘気味との回答あり。ロペラミドの処方が不適切ではないかと思われた為、薬剤部に疑義照会を行うと、カルテにはレバミピドとフェンラーゼで様子を見ると記載されているとのことで、ロペラミドはレバミピドに処方変更となった。	薬剤名の処方箋入力ミスと思われる	今後もお薬手帳や患者への聞き取りなど、処方箋以外の情報を収集することにより、処方内容に間違いがないかどうか確認していく。	ロペラミド塩酸塩カプセル1mg 「タイヨー」	レバミピド錠100mg 「オーツカ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2726	1年ぶりに当薬局を利用された患者に対し、睡眠導入剤であるロラメット錠(1, 0)が1日2回朝食後で処方された。お薬手帳を確認すると、前医は同じ用法でロラゼパム錠(0, 5)を処方していた為、疑義照会を行った。その結果、ロラゼパム錠に変更となった	"ロラ"ゼパム錠を処方するつもりが、"ロラ"メット錠を指定したと思われる。	患者の服薬歴を確認するとともに、処方意図が不明確な場合には疑義照会を行い、処方の整合性をとる。	ロラメット錠1, 0	ロラゼパム錠0, 5mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2727	個人宅に住まれている患者さんであり、病院側が診療情報提供書を見ながら処方を出す際に、ワンアルファ1μgをワーファリン1mgと勘違いしてしまい、処方箋にはワーファリン1mgで処方をしていました。薬局側にも、診療情報提供書があり、過去の処方内容と見比べた際に、医薬品の間違いに気づき、疑義照会し、処方変更していただきました。	医薬品の名称が似ていることがある。	施設に入居した新患の方や、訪問を担当することになった新患の方には、処方が出た際に診療情報提供者やお薬手帳などを必ず確認し、処方内容に誤りがないかを判断すること徹底している。	ワーファリン錠1mg	ワンアルファ錠1, 0μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2728	患者様持参の処方箋を確認。前回と比べワーファリン1mg 2錠→ワイパックス0.5mg 1錠 ワーファリン1mg 1錠へ変更となっていた。患者様はワーファリンの減量しか聞いておらず、疑義にて誤りが発覚。	名称の類似、同一mg数であることから、Drの選択ミスと考えられる。	処方変更時は特に患者様がどういった処方変更を聞いているか、処方内容と照らし合わせての確認。	ワイパックス錠0.5	ワーファリン錠0.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2729	今まで別の循環器内科より処方の薬をかかりつけ医が引き継いで処方。正しくはエフィエント錠3.75mgを処方するところ、誤ってエフェドリン塩酸塩錠25mgが処方されていた。	電子カルテに入力する際、誤って似た名前の薬品名を入力、そのまま処方してしまったと思われる。	投薬前の処方監査の際、処方内容にすぐわないエフェドリン錠が処方されていたことに気付きお薬手帳を確認。類薬の処方歴も無い事からご家族に状況を確認。他医院から処方されていた薬を当該医が処方引き継いで処方したこと、今まで服用していたエフィエント錠が処方されていないことから入力ミスによる処方と推察、疑義照会を行った。	エフェドリン「ナガ中」錠25mg	エフィエント錠3.75mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2730	継続服用していたダイフェンが減量、処方内容から腎機能低下が推測された。腎機能低下による低ナトリウム血症を防ぐため塩化ナトリウムの処方が追加予定だったところ、塩化カリウムで処方が出されていた。薬局から施設へ電話で確認した後、病院へ電話で疑義照会へ。処方は、塩化カリウムから塩化ナトリウムへと変更となった。	薬品の名称が似ているため、病院側で誤入力をした。病院の入力者がカルテとの比較確認を怠った。	処方内容から追加になった意図を分析。処方された薬な内容と用量が問題ないか確認。意図不明、内容に問題がある場合は疑義照会にて病院へ確認。	塩化カリウム「日医工」	塩化ナトリウム「オーツカ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2731	医療機関退院後在宅医療に切り替わった患者。処方箋は家族が薬局に持参。処方箋に手書きで塩化ナトリウム1g分2朝夕食後28日分の記載。お薬手帳の退院処方箋は塩化カリウム2g分2であったため疑義照会。	医療機関の連携不足	医療機関の変更時はお薬手帳を確認し、今までの処方と相違がないか確認する。	塩化ナトリウム「オーツカ」	塩化カリウム「フソー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2732	強力レスタミンコーチゾン軟膏初回処方処方医が減多に使用しない薬であったため、投薬前に患者に確認市販の新レスタミンコーワ軟膏を使用しているの、同じものをお願いしたとのこと新レスタミンコーワ軟膏の成分はジフェンヒドラミンのみ、強力レスタミンコーチゾン軟膏はジフェンヒドラミン、ヒドロコルチゾン、フラジオマイシン含有のため、異なる薬品である問い合わせにてレスタミンコーワクリームに変更	OTCの成分までは処方医が把握しておらず、薬品名、剤形で判断してしまっただと考えられる	初回処方薬品については、どういった経緯で処方になったのか、しっかり確認を行う	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏	レスタミンコーワクリーム 1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2733	強力レスタミンコーチゾン軟膏 25本 肛門へ塗布用量として25本で、更に、患部が肛門であるため疑義照会した事例。医師は強力ポステリザン軟膏を入力したのと思ひ込み、処方変更になった。	類似薬の入力で判断を誤ったと思われる。	処方箋を良く読み込み、疑いがあると思われた場合即座に医師へ確認を取るようになっている	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏	強力ポステリザン(軟膏)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2734	患者がレスタミンコーワクリームを希望したところ医師が過ってレスタミンコーチゾンコーワ軟膏を処方感染などの疑いがなかったため疑義照会レスタミンコーワクリームに変更となる	薬剤の名前が似ているので医師のパソコン上での選択ミスと思われる。	患者からの症状の聞き取りから、処方方に疑わしいことがないか確認すること。	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏	レスタミンコーワクリーム 1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2735	酸化マグネシウム細粒83%0.4g(製剤量)を継続服用している方のご家族が、門前病院より酸化マグネシウム原末0.4g(製剤量)処方された。お薬手帳は交付時に持参した。患者ご家族より「今日は同じものを処方してもらった」とのお話だった。以前よりも分量が多くなってしまったため、疑義照会を行い、結果、酸化マグネシウム細粒83%0.4gに変更となった。	処方医が酸化マグネシウム細粒と酸化マグネシウム原末の入力を誤った可能性が高い。	一般名では同じ名前でも製剤量が異なるものがあるため、保険薬事典などを使用しつつ、用量などを誤っていないか逐次確認を行っていく。	酸化マグネシウム原末「マルイシ」	酸化マグネシウム細粒83%「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2736	呼吸器科定期処方で4/1/3から50日分の処方にマグミット錠500mg 1日2錠朝服用の記載があるのをくすり手帳で確認した。当薬局で隣の内科処方薬で酸化マグネシウム錠330mg 1日4錠1日2回7日分の記載があり、併用すると、便秘治療としての上限量を少しこえるため、疑義照会した結果、別の薬に変更になった。高齢者では高Mg血症など呼吸抑制、意識障害、不整脈など副作用症状も起こりうると考えたため、内科医に情報を伝えた	添付文書で確認し、緩下剤での治療用量の上限をこえることが判明した。高齢者では高Mg血症など、呼吸抑制、意識障害、不整脈などの副作用症状がおこる可能性が考えられる。内科医の方では、添付文書の内容の把握ができていないのと、もしかしたら、マグミットと酸化Mgは同効薬であることが、薬手帳でも確認できていなかったのかもしれない。	呼吸器科と心臓血管外科の併用薬の情報を薬手帳で確認しトレーシングレポートにて医院へお渡しした	酸化マグネシウム錠330mg「ケンエー」	ピコスルファートナトリウム内用液0.75%「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2737	体重10kgの小児の小児用ムコソルバンシロップ6ml/日 分3処方。通常量の2倍処方であり処方量が過量であり、かつ、前回処方ムコダインシロップであったことから、薬剤の選択間違いも疑われたため、疑義照会実施。ムコダインシロップ6mg/日分3 処方へと変更となり、ジェネリックで調剤を行った。	類似薬名の選択ミスと推察	体重に対して一般的な服用量をシステムに登録しており、体重確認後にシステムに入力することで過量・過少をチェック。過量・過少がある場合は疑義照会を行っている	小児用ムコソルバンシロップ0.3%	カルボシステインシロップ小児用5%「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2738	炭酸水素ナトリウム散剤から錠剤に変更時、炭酸ランタンが誤って処方されていた。疑義にて同成分の重曹錠500mgに変更した。	炭酸水素ナトリウムの散剤から錠剤変更時、炭酸つながりより誤って処方。病院のシステム不備	散剤から錠剤変更時、患者さんの症状にそぐわない薬が処方されていないかの確認を徹底している。	炭酸ランタンOD錠500mg「JG」	重曹錠500mg「マイラン」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2739	沈降炭酸カルシウム錠500mgが初めての処方だった為、患者様に診察の内容を確認しました。骨粗鬆症の薬を出す！と先生に言われたということだったので、沈降炭酸カルシウム錠500mgには骨粗鬆症の適応がなかったため、疑義紹介をし、L-アスパラギン酸CA200mgに変更になりました。	カルシウム剤を処方したかったが、処方箋の入力の画面で、どの薬が骨粗鬆症のカルシウム錠がわかりにくかったようです。	初めて処方がでた薬を投薬する時は、患者様とコミュニケーションをとり、どのような症状、診察で薬が追加になったか確認することを怠らないようにする。	沈降炭酸カルシウム錠500mg「武田テバ」	L-アスパラギン酸Ca錠200mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2740	点眼・点鼻用リンデロンA液が点耳に処方になっていた為、患者にも症状を確認した所、耳の中の治療で間違いのないため医療機関へ照会。疑義照会結果、リンデロン点眼・点耳・点鼻液に変更となった。	医療機関側の電子カルテの使いざらさ。入力後の確認不足	過去の事例を集積し周知(同事例が何件も過去にあった)	点眼・点鼻用リンデロンA液	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2741	耳の炎症に点耳が処方となった。ただ、フラジオマイシン含有のため耳への副作用があるため、疑義照会を行った。	リンデロン点眼点耳点鼻を処方しようとして、誤ってリンデロンAになったのか、ドクターの記憶違いだったのかは不明。	点眼か鼻で使用するのかと患者家族に確認したところ、耳での使用という事で、先生に確認を取った。耳にフラジオマイシンで難聴の可能性あるため、使用できない事を確認。Drに疑義照会を行った。	点眼・点鼻用リンデロンA液	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2742	リンデロンA液とタリビット耳科用液が処方されていた。症状確認した所耳の痛みへの使用との事でどちらも点耳にて使用予定との事。フラジオマイシンは軟調を引き起こすリスクがあり、並びに抗生剤重複の観点から疑義照会。リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%へ変更となった	名前の類似による処方間違い	症状や受診時のDrとの処方内容が相違ないかの確認の徹底	点眼・点鼻用リンデロンA液	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2743	アレビアチン錠100mg 継続服用中の患者に複合アレビアチン配合錠が処方された。今回初めて受診した病院の医師が処方を行った。お薬手帳より他薬剤の処方内容の変更がない事を確認し、医師から薬剤変更の話が患者になかったことから、医師に疑義照会を行った。アレビアチン錠と複合アレビアチン配合錠の名称が類似していたこと、また、医師が使用する処方ツールにアレビアチン錠が表示されなかった為、誤って複合アレビアチン配合錠が処方されたと分かった。疑義照会の結果、複合アレビアチン配合錠からアレビアチン錠100mgの処方変更となった。	アレビアチン錠100mgと複合アレビアチン配合錠名称の類似。	患者の薬剤服用歴、患者本人の話などから処方内容を監査し、調剤を行う。必要であれば、医師へ薬剤や患者についての情報提供を行う。	複合アレビアチン配合錠	アレビアチン錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2744	妊婦に硫酸マグネシウムの処方。ヒアリングより症状は便秘であることと薬剤の量が適正量よりやや過剰だったため疑義照会した結果、酸化マグネシウム錠330mgに薬剤変更となった。	薬剤名が類似していることと処方時の確認不足が原因と思われる。	変更前後の両薬剤ともに便秘への適応はあるが通常の妊婦の便秘に対しては酸化マグネシウムの処方が多い。今回は患者ヒアリングを通して誤った服用を防ぐことができたため患者からの情報収集は大事にしていきたい。	硫酸マグネシウム「N i k P」	酸化マグネシウム錠330mg「ケンエー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2745	併用薬確認し、重複処方を発見。	クリニックでのお薬手帳の未確認。	必ず、併用薬、お薬手帳を確認しています。			セレコックス錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2746	腰・肩の痛みあり、エトドラク(200)3錠3×毎食後の処方あり。新規処方であったため、一日量が過量と判断し医師に問合わせ実施。2錠2×朝・夕食後へと変更となる。	レバミピド等他に毎食後服用の薬剤あったため勘違いが起こったと判断する。	不安に思った薬剤は必ず医師に問合わせを行うように初心に戻る。			エトドラク錠200mg「タイヨー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2747	処方箋にカンデックスOD(80)とエストラサイトカプセル(156.7)が記載されており、併用することはあまり考えられないため、患者に聞き取りを行い、切替と医師から聞いていることから疑義照会。カンデックスOD(80)を削除することになった。	以前より使用していた薬の切り替え時に、処方箋から消すことなく新しく追加してしまったためこのような形の処方箋になってしまった。	引き続き治療についての知識を高め、患者とのコミュニケーションを取って違和感があることに対しては疑義照会を行っていく。			カンデックスOD錠80mg エストラサイトカプセル156.7mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2748	整形外科よりイソジンフィールド液10%が傷に対して処方。イソジンフィールド液はエタノールを含有し、添付文書でも、損傷・創傷皮膚及び粘膜には使用しないことと、とされているため、疑義照会し、イソジン液10%に変更。	名称が類似しているため、処方時に選択を誤った可能性がある。	各薬剤の特徴を添付文書やメーカーに確認し、適正使用に努める。			イソジンフィールド液10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2749	6歳未満の患者に対してアスピリン散10%が処方され、その1日量が成人量である1.2gとなっていた。疑義照会を行ったところ、「以前同じような年齢の患者に同じような処方を出したことがあり、その時は何も問い合わせを受けなかったのは何故」と問われたため、「以前処方されたものは、アスピリンドライシロップ2%で散に比べて成分量が少ないため、1.2g程度処方されても問題はなかった」と回答した。本回答にご納得いただき、1日量0.4gに処方修正された。	処方医が小児科医でなく、小児量に対する繊細な配慮が不足していた。なおかつ、処方医が頻繁に処方を出す医薬品ではなかったため、規格の違いについて十分な認識がなかった。	あまり頻繁に処方されない医薬品でなおかつ規格が複数種類ある医薬品が処方された場合は、調剤前の監査に十分な時間をかける。そしてその際には2人以上で情報を確認しあい、処方内容の疑わしい点の有無について十分確認したうえで次の作業へと進む。			アスピリン散10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2750	患者が定期受診をし、次のような降圧剤の変更があった。 削除: オルメサルタン(40)、アムロジピン(5) 各1T/1x朝食後 新規: レザルタスLD 1T/1x朝食後実質的には、オルメサルタン40→10mgへ、アムロジピン5mg→アゼルニジピン8mgへの急激な減量であり、過降圧を疑ったが患者の血圧には特に問題はなかった。疑義照会をする、医師は主に錠数を減らす目的で処方変更しており、急激な減量は意図していないことがわかった。相談の上、レザルタスLD→HDに処方変更し経過観察することとなった。	レザルタスにHDとLDの二つの規格があることや、有効成分の含有量について、医師が把握していなかったものと思われる。	配合剤への変更は、配合成分名だけでなく含有量も確認し、減量/増量/同等の判断を患者の話とともに総合的に判断する。配合剤が汎用される中、医師も使い慣れない配合剤を処方するケースがあり、意図せず減量/増量してしまうケースがあることを念頭におく。規格の表記はHD、LD、EX、MD、AP、BP、1番、2番…など統一されておらず、これらは覚えるよりも都度確認することを基本の処方監査業務とする。			レザルタス配合錠LD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2751	他病院にてセルベックス1.5gで処方あることが発覚。疑義照会後はセルベックスCapは処方削除となる。	お薬手帳確認する	お薬手帳持参率が高いので必ず見落としがないよう確認している			セルベックス細粒10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2752	アズノールうがい液のところアズノール軟膏で処方	カルテの入力ミス	疑義照会の事例はトレースノートを主応需先に提出し、情報共有を行っている			アズノール軟膏0.033%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2753	前回までジャヌビア錠25mgを服薬していた患者にジャヌビア錠100mgの増量指示の処方箋を受け取るA1c6.3とコントロール良好状態なので、変化の有無を患者に聞き取ると、医師からは減量するとの説明があったとのこと。疑義照会を行う	医師がカルテ変更の際、入力で同名、異なる規格の選択ミスだと思われる	薬剤変更時には患者が医師から説明を受けているか確認している			ジャヌビア錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2754	かねてよりキサラン点眼液を使用していた。目の負担軽減のため、当該日に防腐剤添加されていない点眼液へ変更することとなったが、処方箋記載の点眼液がそれに該当するものでなかったため問合せ。ラタノプロスト点眼液について、メーカー「SEC」から「NP」へ変更となった。	処方箋記載内容の確認不足。違いはメーカー名のための、入力ミスも考えられる。	この処方箋受け取る前に、当該医院より防腐剤なしの点眼液を在庫してほしいとの連絡を受けていたこともあり、今回の事例に交付前から怪しいと踏み気づくことが出来た。普段から些細なことも頭に入れ監査・行動していきたい。			ラタノプロスト点眼液0.005%「SEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2755	デタントール点眼が処方されている患者さんがピレストリ吸入薬を使用しているのが手帳にて確認できた。疑義し緑内障の詳細を確認し、医師へも伝えた	他医院併用受診時には手帳などで併用情報を確認する	監査や投薬時には本人へ手帳や併用については確認する			デタントール0.01%点眼液	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2756	膠原病内科にてアルファカルシドールの処方、整形外科にてエディロール0.75の処方あり前回は膠原病内科にて整形外科のCA製剤の処方となったが、本日は整形外科からもエディロールの処方が出ていた。	膠原病内科の医師と整形外科の医師の連携(カルテの共有)がなされていないかったか。	前回の処方と薬歴や投薬者が覚えていたため発見できた。			アルファカルシドールカプセル0.5μg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2757	整形外科にてリリカ処方あり、大学病院にて帯状疱疹:皮膚科にてリリカ処方 手帳に記載あったが、確認していたかはっきりわからず。疑義照会しリリカは処方削除となる。	手帳持参していたが、医師が確認できとえいなかったよう。かかりつけ薬局でもあるので、処方薬についてはこちらで理解していた。	手帳確認といつも来局されている患者さんの為疾患や様子がわかっている。処方提示の時や投薬時には体調変化の声掛けは必要と考える			リリカOD錠25mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2758	主訴はのどの違和感、医師からうがいとして使用するよう説明があったと、窓口対応時に患者様より情報収集。部位や用法より、ガーグルが適していると判断し、疑義紹介を行ったところ、イソジン液10%→イソジンガーグル7%に変更。	類似名称のための処方ミスの可能性が考えられる。	同じ成分でも使用部位や用法で、使用薬剤がかわるため、患者様からの使用部位などの確認を行い、適切なものか鑑査を行う。			イソジン液10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2759	アレジオンLX点眼液0.1%の用法の記載が1日4回になっていた。添付文書の用法は1日2回と記載されている為、監査者が医師に疑義照会し1日2回へ変更してもらった。	以前より流通しているアレジオン点眼液の用法は1日4回の為、それと勘違いしやすい。	当薬局ではアレジオン点眼液とアレジオンLX点眼液0.1%を離れた場所に在庫することで、違いを認識しながら調剤するようにしている。			アレジオンLX点眼液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2760	前回 d-クロルフェニラミンマレイン酸塩錠2mg 「武田テバ」 3錠 1日3回毎食後で服用していた方が d-クロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠6mg 3錠 1日3回毎食後と今回処方せんにかかれていた。特に増量などの指示なし。d-クロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠6mg であれば1日2回の用法にもなるはずなので疑問を感じ疑義照会。d-クロルフェニラミンマレイン酸塩錠2mg 「武田テバ」 3錠 1日3回毎食後へ処方変更になった。	処方箋入力上の間違いだと思われる。	患者さんからの聞き取り内容との相違がないか、薬品上問題ない用法かどうか引き続き確認して交付していく。			d-クロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠6mg 「武田テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2761	1年以上前より同院他科よりプラバスタチン10mg が処方されていた。今回、同じスタチン系のロスバスタチンが処方追加になった。横紋筋融解症の発生リスクが増大されるため処方医に確認。他科に確認はとっていないが、効果不十分により追加したとのこと。患者に副作用のリスクを説明したうえで、お渡し	他科処方であったため、システムでの発覚と過去歴より確認	薬歴ソフトを使つての相互作用チェック			ロスバスタチン錠2.5mg 「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2762	元々定時薬としてリスベリドン錠0.5mgを内服していたが、拒薬傾向、暴言が多く、臨時でリスバダール内用液1mlに切り替えとなっていた。今回定時薬の処方にてリスベリドン錠0.5mgとリスバダール内用液の両方が処方に記載されていた為疑義照会。リスベリドン錠0.5mgは削除となった。	カルテの記載不備、確認不足と思われる。	今後も時系列的に服用薬剤を聴取、把握していく。			リスベリドン錠0.5mg 「アメル」 リスバダール内用液1mg/mL	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2763	血圧上昇に伴い、アムロジピン単剤から、ミカモロ配合剤へ変更。併用薬のアトルバスタチンは変更なしのようですが、アトルバスタチンが削除されて、ミカモロが上書き。降圧剤が2剤になり、アトルバスタチンが削除のままに。	処方せん記載の際、削除の項目が1段階ずれた可能性。患者聞き取りでは、体調変化は血圧上昇だけ、ミカモロAP+アムロジピン5mgでもアムロジピン10mg内で、聞き取り内容と矛盾なし。薬歴なければ、アトルバスタチンは削除のままだった可能性あり。	慢性疾患、必ず前回分と照合する。			アムロジピンOD錠5mg 「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2764	前回処方カナリア配合錠、テネリア錠20mgに対して、治療効果不十分のため今処方カナリア配合錠、テネリア錠40mgに増量処方。カナリア配合錠にはテネリア錠20mgを含有しており、今処方テネリア錠40mgを加えるとテネリア錠60mgになり用法用量外になる。疑義照会を実施し説明。テネリア錠20mgに変更、セイブル錠25mg3錠分3追加処方になった。	カナリア配合錠とカナグル錠の名の類似、電子カルテの頭文字の重複による選択間違え。カナリア配合錠の配合薬剤の力価認識間違え。	配合錠処方時には、配合薬剤の力価用法用量の確認を行う。類似名称薬剤の処方時には、電子カルテのオーダー間違えを疑う。			カナリア配合錠 テネリア錠 20 mg テネリア錠 40 mg カナグル錠 100 mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2765	よく来局される患者の処方箋が、いつもと違う総合病院からFaxされてきた。「院内に無い薬が出たので広域薬局に院外処方を出した」とわざわざ電話連絡があった。BW10Kgの患者に対してアスペリンSy「調剤用」2%が5ml分3で処方。過量のため処方医にTEL。アスペリンSy0.5%の誤りであった。また、添付文書では0.5%Syも1歳未満は1~4mlとなっているが、当院の規定では0.5ml/kgになっているため5mlで問題ないとの事。	アスペリンSy「調剤用」2%はほとんど使われてない。今回もDrはいつものSy0.5%を処方したつもりだった。病院の処方薬選択画面が見辛いか、採用の処方薬選択画面が見辛いか、採用のない薬品でもアラートが出ないのだろうか。当薬局でもSy0.5%としか在庫してなくて、わざわざ電話連絡がなければ気付かずにSy0.5%で調剤したかもしれない。	当薬局はレセコンでは2次元バーコードを採用しており、在庫が無い薬品にはアラートが出るようになっていたが、本件はバーコード記載はなかった。近医の処方薬には体重ごとの換算表を作っており、全ての小児患者の量をチェックしている。それでも基本的な事だが、最初に処方箋を落ち着いて読む事が重要だと思った(特に広域処方箋)。			アスペリンシロップ「調剤用」2%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2766	定期薬と臨時受診した際の処方薬の重複	医師によるお薬手帳の確認不足	お薬手帳、患者様への聞き取りにより、服用薬の重複がないか、成分が重なっていないかの確認を、毎回行う。			レバミピド錠 100 mg 「オーツカ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2767	血圧のコントロールが悪く、頭が重い自覚症状がある患者さんに、ニフェジピンCR錠20mgを2錠が朝夕の分2で追加処方された。しかしこの患者さんは既にニフェジピンCR錠40mgを夕食後に服用しており、夕食後の容量が60mgと添付文書上の1回上限40mgを上回ってしまうため、疑義照会したところ、ニフェジピンCR錠40mgを朝食後に追加処方となった。	ドクターが既に服用しているニフェジピンCR錠を20mgの規格のものと勘違いしたか、1回の上限量を60mgと勘違いしていたと考えられる。	ニフェジピンCR錠のように、1回量の上限が決まっていて、更に分割服用できる長時間型の薬剤は多い(例: ヘルベッサールRカプセル100mgなど)。そのため、薬局では分割時の最大量や1回投与量での最大量など細かく把握しておく必要がある。			ニフェジピンCR錠 20 mg 「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2768	他院から転院のため、【般】プラバスタチン錠10mg 1T が当医療機関で引き継ぎで処方された。しかし、お薬手帳からプラバスタチン錠5mgで処方されていたことを確認し、患者様に投薬前に確認。処方量が変更されることを聞かれていなかった為、医療機関へ疑義照会。5mg錠での処方だったことが判明し、【般】プラバスタチン錠5mg 1Tへ処方変更となった。	他院からの転院の際、医療機関同士での情報提供文書を読み間違えて処方箋入力してしまったか。あるいは、他薬局でのお薬手帳の印字が、「プラバスタチン錠5mg (プラバスタチン錠10mg)」と記載されていたため、10mg錠と読み間違えてしまったかと思われる。	他院からの転院の際は、今までの使用薬をお薬手帳等で確認し、内容の変更を確認してから服薬指導を行うようにする。			プラバスタチンナトリウム錠10mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2769	事前に主治医より、処方について電話にて連絡いただいていたが、自己注射ということ以外は明確な薬品名の情報は得られなかった。処方箋にはヘパリンナトリウム注N5000単位/5ml「AV」10ml 24管での指示だった。アンプル製剤だが、注射器等資材の提供がされていなかったため疑義照会した。	レセコン入力の薬品項目を選択する際に間違っていると推測される。	普段、処方されることが少ない薬品だが、以前にも同病院の他のDrで同様の誤りがあったため気が付いた。店内で事例を共有していたことが役に立った。			ヘパリンカルシウム皮下注5千単位/0.2mLシリンジ「モチダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2770	平素から癌性疼痛に対して医療用麻薬を使用している患者へ新規にエスワンタイホウが処方された。初回75mg/回の処方では患者の体表面積1.83平方メートルの計算に対し、通常体表面積1.5平方メートル以上60mg/回を超えており初回量としては過量のためT25とT20の処方違いが疑われ疑義照会を行うと60mg/回へと減量になった。	夕方最終の診察時間による確認不足	エスワン初回時には必ず身長体重および投与スケジュールや他の抗がん剤治療有無を伺う。			エスワンタイホウ配合OD錠T25	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2771	定期処方ではテラムロAPを服用中の患者の処方が、増量でテラムロBPに変更されていた。投薬の際に増量について患者に説明すると、医師から増量に関して聞いておらず、薬は前回と同じものができると言われていたことがわかった。疑義にて処方医に確認するとこれまで通りテラムロAPを服用してほしいと訂正の指示があった。	処方箋の記載は一般名処方ではテルミサルタン80mg・アムロジピン配合錠40mg・アムロジピン配合錠を選択するところを誤ってしまったと考えられる。	薬剤の増量・減量に関しては患者本人に医師から説明があったかどうか確認する。確認したうえで処方内容と相違があれば必ず疑義する。配合剤の規格に関しては薬局での入力間違いも起こりやすい為、入力時・調剤時・交付時と必ず処方箋と照らし合わせて確認する。			テラムロ配合錠BP「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2772	12歳患者にモンテルカスト錠10mg 1錠分1就寝前で処方あり、シングレアチュアブル5mg 1錠分1就寝前に変更確認。	医師の勘違い、処方箋入力ミスなど。	年齢により剤形・用量が細かく分かれていますので、対応表などを用いて監査を行う。			シングレアチュアブル錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2773	遠方の総合病院で処方されていた定時のお薬を近所のクリニックでもらうことになった患者さんだったが、いつも服用されているのがビソプロロール fumarate 0.625mg なのにその時は5mg の規格だったため、疑義紹介して確認したところ処方の記載ミスだった。	クリニック内での連携のミスか。	患者からの聞き取り、お薬手帳などで丁寧に確認しながら処方監査する。			ビソプロロール fumarate 5mg 「トール」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2774	アスピリンドライシロップ2% 2.4g 処方だったが、以前はアスピリンシロップ0.5% で出ていたこと、年齢から量が多いため疑義照会した。結果、アスピリンシロップ0.5% 2.4ml に処方変更となった。	アスピリンシロップを選択するところ、アスピリンドライシロップを選択しそのまま処方が出てしまったものと考えられる。	アスピリンは% 違いのものが多いので、特に注意して用量の確認を行う。			アスピリンドライシロップ2%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2775	クロチアゼパムが5錠/日で処方されていた。1錠/日ではないかと思われる。	P C 入力ミス	常用量のチェック			クロチアゼパム錠5mg 「トール」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2776	慢性心不全で治療のためビソプロロール fumarate 5mg /日にて服用中であったが、骨折のため入院されており退院後の初回外来処方がビソプロロール fumarate 10mg /日へ増量になっていた。患者様はお薬手帳をお忘れで入院中の記録が確認出来ない為、聞き取りを行うと入院中から10mg /日であったと言われたためそのまま交付してしまった。その後、薬歴記載の際、慢性心不全での最高投与量は1日1回5mg を超えないこととなっているため、すぐに主治医に疑義照会し、入院前の5mg /日へ減量となった。患者様へはすぐに連絡し正しい用法用量を説明し、薬剤は回収した。	慢性心不全でのビソプロロール fumarate 5mg の投与量の知識・確認不足とお薬手帳をお忘れであった為、ビソプロロール fumarate 10mg の増量について患者様からの情報を鵜呑みにしてしまった。	退院後の初回外来受診の処方入院中の採用薬に規格が変更されているケースが多い。そのため1回量や1日量が増量されていることがある。また、入院中に削除されていた薬剤が削除されていないこともあることから、患者様のお薬手帳の退院時の記録をしっかりと確認する。また、患者様の思い違いもある為、疑わしい内容については必ず疑義をすることを徹底する。また、入院中の情報を得るためにもお薬手帳の持参の必要性について改めて説明していく。			ビソプロロール fumarate 2.5mg 「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2777	いつもはカルベジロール錠2.5mg「サワイ」1回1錠 1日2錠 で処方されていたが今回【般】カルベジロール錠10mg 1回1錠 1日2錠で処方されていた。添付文書上は服用可能な量であるが、いつもの4倍量の増量となるため疑義照会し、前回と同じ【般】カルベジロール錠2.5mg 1回1錠 1日2錠 へ変更となった。	商品名入力から、一般名処方入力に変更する際の規格選択の誤りと思われる。	処方監査の際は必ず、前回処方内容を確認し、変更となっている場合は用法・用量の確認と患者様にも今回の変更について聞き取りを行い、疑わしい場合は必ず疑義照会する。			カルベジロール錠10mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2778	お薬手帳より、退院処方にてアトルバスタチン10mgを服用されていた。今回の処方よりアトーゼットHDへ処方変更。鑑査時にLDの処方ミスではないかと推測。患者に確認したところ“1種類薬を増やす”と聞き取り。医師へ電話にてLDの処方間違いではないか疑義照会を行った。HDとLDの違いについて説明すると、LDの処方ミスであることが発覚。アトーゼットLDへ処方変更となった。	処方医のHDとLDの違いについて知識不足LDとHDで名称が類似しているため	配合の薬剤は医師も何が、どの量入っているか知らない時もあるため念入りに鑑査・服薬指導をおこなっている。			アトーゼット配合錠HD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2779	8歳、体重40kgの患者さんに、アスベリンシロップ2% 8mL 3日分3毎食後で処方された。体重あたりの量が多かったので確認。アスベリンシロップ2%から、アスベリンシロップ0.5%へ変更となった。	医師のカルテ記載ミスか、医療機関の事務の入力ミスが考えられる。	用量の確認を徹底する。			アスベリンシロップ「調剤用」2%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2780	ムコソルバンDS3%で処方されていたが、処方量が多いため疑義照会した。実際はムコソルバンDS1.5%を処方したつもりであった。	処方箋入力の単純なミス、カルテの確認不足。	小児薬用量を随時確認しているために事前に確認できた。今後も取り組みをつづける。			ムコソルバンDS3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2781	13歳女性に【般】アスピリン81mg・ダイアルミネート配合錠 1錠 頭痛時・頓服服用指示 5回分 の処方があった。処方監査する際に、パファリン配合錠A81mgではなく、パファリン配合錠A330mgの誤りではないかと、処方医に電話で確認をしたところ、【般】アスピリン330mg・ダイアルミネート配合錠 1錠 頭痛時・頓服服用 5回分 に変更になった。	病院の事務側による、入力のミスだと考えられる。	適応が違う薬品に関する理解を深めるように、スタッフ一同に再確認を促した。			パファリン配合錠A81	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2782	泌尿器の症状でL-ケフレックス顆粒500mgを4g分2、3日分の処方があったが、患児の体重は17.5kgであることからL-ケフレックスは小児顆粒200mgを4gであることが妥当と判断し疑義照会。結果そのように変更をとのDr指示を頂く。	医療機関側で意図したい用量に問題はなかったが、名称類似薬剤の記載間違いにより結果用量の違う処方内容となってしまった。	今後も小児の薬剤、用量等については注意深く処方監査し調剤、服薬指導を行うことを徹底周知。アレルギー歴や併用薬確認についても同様。			L-ケフレックス顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2783	1歳の患者に対してツロブテロールテープ1mg1日1枚で処方された為、問い合わせを行った。1日0.5枚に変更になった。それに伴い、総量7枚から4枚に変更になった。	医師の処方ミス	年齢により使用量が異なる薬品についてしっかり頭にいれ、必要があれば速やかに疑義照会を行うことを継続する。			ツロブテロールテープ1「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2784	13歳の小児にジスロマックSRが処方されていたが、適応が大人にしかないで電話にてジスロマック小児用細粒に変更するようお伝えし、変更となった。	製品の名前が似ているのと小児に対する適応がないことを知らなかった可能性がある。	小児に関しては必ず体重と年齢を確認し、処方薬の適応を確認している。			ジスロマックSR成人用ドライシロップ2g ジスロマック細粒小児用10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2785	ワントラム 3T 眠前、トアラセット 4T 分4の処方。トラマドールとして400mg極量を超えるため疑義照会し、ワントラム2T、トアラセット5Tへと変更となった。	配合剤による成分名と成分量の認識不足	配合剤のリストを作成し重複投与を防止する			ワントラム錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2786	8歳の患者様ヘムコダイン500mg錠3錠分3で処方がされていた。	医療機関側のパソコンのタイプミス	年齢に合わせた表を作成し、周知徹底し見落としを防ぐ			ムコダイン錠500mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2787	12歳だが成人用量の10mgが処方されていた。	医院側の確認不足と思われる。	年齢等しっかり確認する			キプレス錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2788	4歳の患者で先月は、モンテルカスト細粒4mgが処方。今回はモンテルカストチュアブル錠5mgが処方。疑義照会して、モンテルカスト細粒4mgになる。	病院事務員の入力ミス。	年齢を常に頭に入れて業務をする。			モンテルカスト細粒4mg「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2789	アレジオン点眼液0.05%、1日2回両目に点眼で処方。用法からアレジオンLX点眼液0.1%の可能性が高く、入力ミスの疑いあったため疑義照会。アレジオンLX点眼液0.1%へ処方変更。	類似名のため入力ミス用法の違いに関して確認不足、知識不足	アレジオン点眼液のように規格によって用法が異なる医薬品の場合、用法をカセットーに表示する			アレジオン点眼液0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2790	継続の薬だったが他院で同じ薬を処方され気が付かずそのまま2週間重複で服用していた高齢のためこのまま服用していたら障害が出ていた可能性もありうる。何回もお薬手帳を忘れていたため今回持参し患者自身が貼り付けているのを発見し重複が発覚	患者がお薬手帳を持参しない患者本人が同じ薬だと理解していなかった(タリージェはmg数違いだった為)	お薬手帳は必ず持参するよう呼びかける退院で服用の薬にも目を配る			ボルタレン錠25mg ムコスタ錠100mg タリージェ錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2791	泌尿器科処方、アドナ錠30mg、トランデート錠50mg 各3錠毎食後。止血目的の処方と思われるが、トランデートではなく、トランサミンの間違いではないかと考え、患者に血圧を尋ねたところ、血圧はいつも低く110程度であるとの情報を得た。医師に電話をし、その旨を伝えたところ、トランサミンを処方するつもりだったことがわかった。その後、トランサミンで入力変更すべく、医師が試みてくれたが、病院のシステム上入力できなかった。結果、アドナ錠30mgのみの処方となった。	3文字検索で誤った薬剤名を選んでしまう処方医側の間違いは以外に多い。今回はさらに院内のシステム上の問題があり、目的の薬剤名を入力することができない状態であった。	違和感を感じた処方内容については、患者からの情報を得た上で、医師に疑義照会をする。患者からの聞き取りで間違いであるという要因がなくても、処方全体で納得できない点は、疑義照会する。3文字が共通の薬品で、よりフィットするものが他にあれば、処方間違いを疑い対処する。			トランデート錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2792	1歳11カ月のお子さんにオロパタジン塩酸塩シロップ用1g/分2の処方があり、通常7歳以上の小児量になるために照会を行い、オロパタジン塩酸塩シロップ用0.5g/分2へ変更となりました。	オロパタジン塩酸塩には顆粒とドライシロップがあるが、0.5%と1%で規格が異なっている為に入力が違ったのではないのでしょうか。	薬品の剤形や規格、小児用量を確認しています。			オロパタジン塩酸塩ドライシロップ1%「日本臓器」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2793	プレドニン5mg 5T/日を2週間服用後 プレドニゾロン1mg 4T/日を2週間服用という処方箋だった為ステロイドの急激な減量になってしまい疑義照会をかけた。	プレドニン、プレドニゾロン名前が似ていて規格が違うため選ぶときに間違えてしまった可能性があります。	ステロイドの漸減時には用量が急激に減っていないか確認をしています。			プレドニゾロン錠1mg(旭化成) プレドニン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2794	新規処方にアレジオンL X点眼0.1% 10ml 両眼 1日4回 が追加となった患者がいた。正しい用法は1日2回点眼であるため、医師に疑義照会。1日4回→2回に変更となった。	花粉症に対して処方されており、処方医は他疾患の外科の主治医であったため、用法を誤った可能性がある。また、類似薬にアレジオン点眼0.05%があり、用法が1日4回であることから間違いが生じた可能性もある。	類似薬と用法が異なるものに対しては、薬歴にポップアップを行い、確認できるようにする。新規薬剤が追加となった場合は、毎回用法用量を添付文書にて確認する。			アレジオンL X点眼液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2795	バファリンA330が処方されていたが、患者聴取の際に処方間違いの疑いあり。疑義照会后、バファリンA81に処方変更になりました。	規格間違いが考えられる。	規格の把握。今回はお薬手帳が無く確認できなかったがお薬手帳の確認やご家族の方に聴取に取り組む。			バファリン配合錠A81	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2796	アレジオンLXは1日2回点眼の所、処方せんには4回と記載されていた。	アレジオンLXは濃度が倍なので点眼回数がアレジオン点眼の半分で良い。	処方せんの確認を行う。			アレジオンLX点眼液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2797	花粉症の時期になり今年初めてアレジオンLX点眼液0.1%が処方された。用法が1日2回点眼の目薬だが処方箋では1日4回点眼になっていた。疑義照会して目薬の確認と用法の確認をして下記に変更になった。アレジオンLX点眼液0.1% 10ML 1日4回両目点眼 ⇒ アレジオンLX点眼液0.1% 10ML 1日2回両目点眼	アレジオン点眼液0.05%は1日4回点眼で、アレジオンLX点眼液0.1%は1日2回点眼のため、勘違いしたと思われる。	はじめて処方の目薬は用法の確認を必ず行う。特に名称が似た薬は注意する。			アレジオンLX点眼液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2798	電話診療とFAXで希望する薬をお願いして処方箋が郵送されていた。薬の管理をしている方が残薬の少ないカンデサルタンをお願いしようとしたところ、何かの間違いでドキサゾシン(先発名でカルデナリン)の処方が出た。服用したことのない成分が処方になったため、HPに疑義照会したところ、一度は処方間違いと言われたが、初めての成分が高用量で出ているので処方医に確認をと念を押したところ、処方が間違いだったと分かり、処方削除となった。	お願いする薬の名称をFAXに記載する際に間違えたか、受け取った際に判読違いか、処方入力時の間違いか名称類似薬のため混同したためか、そのいずれかと推定される	薬歴でその方が服用している併用薬も含めて把握するようにしていると初めて処方される薬の妥当性を確認するため、体調変化を確認しています。疑義照会でも疑義が解消できない場合は、処方医に処方の再検討を提案するようにしています。			ドキサゾシン錠4mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2799	今までデパケンR錠200mg錠2で服用されていた患者が飲みにくいとのことで粉で処方になった。【般】バルプロ酸Na細粒40%0.1gで処方になったため、成分量が1/10になっていること、バルプロ酸Na徐放顆粒40%も使用しているためそちらの間違いではないかも含めて疑義照会を行った。バルプロ酸Na徐放顆粒40%1gの間違いであったとの返答がありました。	細粒にする際の等価用量への計算を間違えたよう、またバルプロ酸の粉も用法の違いで2剤あるため知識不足か選択を間違えた可能性も。	錠剤から粉薬など剤形の変更の際には注意が必要、複数の薬剤師で用量や内容を確認する。バルプロ酸の散剤も40%と規格まで同じなので間違えやすいと思われる。			【般】バルプロ酸Na細粒40%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2800	モンテルカスト (10) 処方あり。本患者は13歳であるため5mgでの処方が妥当と考え疑義したところモンテルカストチュアブル (5) へ変更となった。	以前10mgでの処方が他院であった様子。	モンテルカスト4mg: 1~6歳未満、5mg: 6~15歳未満、10mg: 15歳以上と表を作成し薬品付近へ掲示。			モンテルカスト錠10mg 「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2801	アレジオンLX点眼液が1日3~4回で処方されていた。	アレジオン点眼液とアレジオンLX点眼液の用法を勘違いした為と思われる。	処方箋をしっかりと監査する。			アレジオンLX点眼液 0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2802	当該患者は施設の入居者であり、今回の医療機関から訪問診療を受けていた。これまでは錠剤の服用ができていたが、服薬困難傾向でお薬を粉砕対応となった。これまで便秘時にはセンノシド錠12mgを1錠服用されていたが、粉砕の関係で処方医はセンノサイド顆粒を選択された。しかし、センノシド錠が1錠あたり12mg成分が含まれているのに対し、センノサイド顆粒は1gあたりに80mg含まれているが、処方医はセンノシド錠と同じ感覚で1gを選択された。万が一を踏まえて施設スタッフにかなりの下剤の量を出すか確認したところ、そんな話は聞いていないと回答。処方医に疑義照会を行なった。結果、センノサイド顆粒は0.15gとなった。	粉砕になったことにより用量の認識不足。	粉砕機の前に換算表を置いており、すぐ確認できる体制となっている。			センノサイド顆粒8% 「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2803	前回から血圧上昇のため、セララ1日25mgが追加となった患者様。今回セララの1日量が50mgに増量になっていた。投薬時に血圧を確認したところ、順調に適正血圧となっていたため、今回増量でよいか確認のため疑義照会を行った。疑義照会の結果セララ1日25mgに減量となった。	処方入力時に規格間違いを起こしたと思われる。	薬剤変更時に変更の理由を確認する。			セララ錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2804	アスベリンシロップ「調剤用」2% 3.5mL/日が処方された。体重10.5kgであり、過量と判断。普段、アスベリンシロップ0.5%が処方されており、疑義照会したところ、正しくはアスベリンシロップ0.5% 3.5mL/日であることが判明した。	処方箋入力時に誤った規格の薬剤を選択したと考えられる。	普段の採用薬、処方内容、体重等を考慮して処方監査を引き続き行う。			アスベリンシロップ「調剤用」2%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2805	(般) テオフィリン徐放錠200mg (24時間持続) 2錠分2朝夕食後で処方有り。病院へ疑義照会し1錠分1夕食後服用へ変更。	処方元の医師が通常使われる薬剤が(般) テオフィリン徐放錠200mg (12~24時間持続) である。今回はお薬手帳に記載されている他院からの薬を継続して処方しようとし入力を誤ったと思われる。	薬剤名が似ている為、薬局でも取り間違い等含め気を付けて行く必要がある。			ユニフィルL A錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2806	膝の痛みでいつもと違う病院を受診。その際に普段から服用している、エルデカルシトールが重複。疑義紹介の結果、エルデカルシトールは削除。	普段服用している薬を伝えていなかったため、重複したと考えられる	他院に行った際、服用歴をしっかりと確認するようにする。			エディロールカプセル0.5μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2807	これまでフリウェルULDを服用中の患者にLDが処方。増量の予定ではなかったとのことで問い合わせ、ULDに変更医師はULDで処方したが処方箋発行時、記載ミスがあった様子	薬品名類似	数字以外で用量表記の一覧を確認			フリウェル配合錠LD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2808	12歳児にピブライシン錠100mg 2Tで処方されていたため、電話で疑義紹介を行い、ピブライシン錠50mg 2Tへ変更となった。	ご家族で受診されていたため規格を間違っていたと思われる。	入力時投与量でエラーがかかるよう設定を行っている。			ピブライシン錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2809	がん治療で入院されていたが在宅を希望し急速退院された患者を引き受けた際に発生。受け入れ先の病院より「ファンギゾンシロップ 30ml 毎食後」とあり、用量に疑問を持ち病院からの診療情報提供書の写しを確認した。  診療情報提供書には前医より「ファンギゾンシロップ 30ml 毎食後」とあったが電話で3ml原液の10倍希釈であることを確認し疑義照会、「ファンギゾンシロップ3ml/日を10倍希釈し30ml/日で毎食後」になった また前医の診療情報提供書より「ケイキサレートドライシロップ3.27g 3P毎食後」とあったが在宅受け入れ先からは「一般名;ポリスチレンスルホン酸ナトリウム散 3.27g 毎食後」とあった。販売名にすると「ケイキサレート散」に該当するが、ケイキサレート散は5g/包であること、高カリウム血症を起こしているためケイキサレートを開封し少量投与は考えにくいことから疑義照会し「一般名;ポリスチレンスルホン酸ナトリウムシロップ用 9.81g 毎食後」となった。 以上2項目が疑義照会により訂正された。	・前医による診療情報提供書の記載不備・在宅受け入れ医師の一般名の理解不足、入力間違い・在宅受け入れ医師の診療情報提供書の理解不足・突発的退院、コロナによる退院時カンファレンスの未開催	診療情報提供書との照合、監査時の一般名処方の注意(剤形は何か?)、1回あたりの包数の確認(監査時;1日9.81g毎食後14日→3.27g×3×14日、1回1包となることを記載し確認)			ファンギゾンシロップ100mg/mL ケイキサレートドライシロップ7.6% ケイキサレート散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2810	メブチン50 $\mu$ g 3錠毎食後で処方。電話で 適宜増減はあるが、通常量は2錠朝と寝る前を伝える。Drから飲み忘れを考慮してメブチン50 $\mu$ g 2錠朝夕食後でとの回答あり	メブチン錠50 $\mu$ gは出たことがなく、確認をしたため変更になりました。混雑時など調べられないことがないように注意したいと思います	薬局のレセコンで初めての薬の入力の時は必ず添付文書を確認する			メブチン錠50 $\mu$ g	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2811	帯状疱疹で受診された方。【般】ファムシクロビル錠500mg 6錠毎食後7日分処方された。通常1回500mg 1日3回であるが、倍量になっているため疑義照会する。6錠から3錠に訂正となった。	通常、帯状疱疹の患者にはバラシクロビル錠を処方する医師であったため、ファムシクロビル錠と選択間違いの可能性もあり。両薬の用法用量について確認して、ファムシクロビル錠の処方になった。	同種同効薬に関しては、用法用量の確認をしっかりとる。(いつもと違う処方薬が出た時は要注意)			ファムシクロビル錠500mg「KN」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2812	処方箋エゼミチブ錠(10mg) 3錠 毎食後 エチゾラム錠(0.5mg) 1錠 毎食後 30日	エゼミチブとエチゾラム、薬剤の間違いまたエチゾラムは就寝前で服用されている方で、毎食後の記載も間違い	処方箋発行時、医師が確認をせず医院事務側で行っているようで、常に確認が必要			第一三共株式会社	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2813	セレコックス100を200mgで処方記載あり、疑義で変更になった	他院で処方歴あり、継続処方であったが、規格の入力ミスがあった	投薬時、内容確認をしっかりと行う			セレコックス錠200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2814	20年9月 リリカOD錠25mg 4錠 分2 20年12月 リリカOD75mg 2錠 分2 処方変更あり 本人は痛み痺れ改善の申し出あり増量処方 25mg 2錠 分2に変更指示あり	入力時の ミスとおもわれるが 処方変更があったときは 本人に丁寧な聞き取りが必要と思われる	処方変更があったときは なんらかのかたちで本人にかならず 変更の原因がわかるよう確認する			リリカOD錠75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2815	アレジオンLX点眼液の用法が1日4回と記載されていたため、アレジオン点眼液と間違えて記載している可能性があり電話で確認を行った。結果として、用法が間違っていた。	アレジオン点眼液とアレジオンLX点眼液の名称がほとんど類似しているため、カルテ入力の際に間違えた可能性がある。	添付文書中の用法を必ず疑義照会時に伝えている。			アレジオンLX点眼液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2816	コデインリン酸塩錠20mgが1日6錠で処方されていた。患者に咳の状態を確認するもそんなにもひどくないとのこと。病院に疑義照会したところコデインリン酸塩錠5mg 6錠に変更になった。	医薬品の規格が複数ある場合、規格の確認をおこなう。	麻薬処方箋の調剤は細心の注意を行い実施する。			リン酸コデイン錠20mg「タケダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2817	13歳の小児に対し、モンテルカスト錠10mgが処方されていたが、疑義照会ののちモンテルカストチュアブル錠5mgへ変更となった。	添付文書年齢で用量が変更される薬であるが、混雑していた為か医師の確認不足や見落としが要因と考えられる。	同様のケースは今後も起こりうる可能性がある為、薬局でも処方監査の見落としがないよう複数人で確認、周知徹底する。			モンテルカスト錠10mg「トーワ」 モンテルカストチュアブル錠5mg「ニプロ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2818	処方箋をもって患者が来局。ムコソルバンが追加0歳児の患者だがムコソルバン内用液0.75%が2.4mL/日であり成分量として18mg/日。過量投与がかんがえられ、小児用ムコソルバンシロップ0.3%だと体重で計算した時の量に一致。処方医にその旨FAXにて疑義照会、小児用ムコソルバンシロップ0.3%に変更	カルテの三文字検索の間違いと考えられる	小児にかんしては特に処方量に注意する			ムコソルバン内用液0.75% 小児用ムコソルバンシロップ0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2819	Rp1で一般名プラミベキソール塩酸塩錠0.125mg3錠を1～2週目に服用Rp2で一般名プラミベキソール塩酸塩徐放錠1.5mg1錠を3～5週目に服用と記載ありRp1から2への増量のが普通錠から徐放錠であること0.375mgから1.5mgの増量であった。パーキンソン病での処方の場合、1週間で0.5mgずつの増量になることから疑義照会したところ、Rp2がプラミベキソール塩酸塩錠0.5mgに変更となった。	プラミベキソール塩酸塩錠は普通錠は0.125mgと0.5mg、徐放錠は0.375mgと1.5mgの規格が存在する。規格を選ぶときにRp2で徐放錠を選択してしまい、1.5mgと0.5mgを見間違えた可能性がある。	漸減、漸増で服用する薬剤についての注意喚起			ビ・シフロール錠0.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2820	処方箋にプレドニゾンクリーム0.3%（5g/本）と記載があり、プレドニゾンクリームは0.5%の為確認する。処方薬はリドメックスコーワクリーム0.3%（プレドニゾン吉草酸エステル酢酸エステルクリーム0.3%）であることを確認。	処方箋の文字数制限がある為に、薬品名が正しく表示されていないと推察される。	薬品名と含有量を常に確認する。			リドメックスコーワクリーム0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2821	レボフロキサシン錠250mgが3錠分3食後で処方。用法、用量ともに問題があるので疑義照会を行った。疑義照会の結果レボフロキサシン錠500mg1錠分1に変更となった。	レボフロキサシン錠100mgと勘違いしたと思われる。	処方医が普段用いない薬剤であったため、そういった薬剤はより一層の注意を払って処方監査を行う。			レボフロキサシン錠250mg「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2822	エタネルセプトB S皮下注ペン50mg 1.0m l が1日1回週に2回で処方された。同薬は週に1回注射薬のため疑義照会をおこない、エタネルセプトB S皮下注ペン25mg 0.5m l を1日1回週に2回の処方に変更になった。	新規の担当師が処方薬の変更を行い、入力時に薬剤の選択を間違えたものと推測される。	規格による用法の違いも添付文書等での確認を徹底する。処方箋受付時に患者から受診時の医師の説明の聞き取りも行う。			エタネルセプトB S皮下注50mg ペン1.0mL「MA」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2823	脳梗塞後3か月ごと受診している大病院からの処方薬にリリカOD錠75mgを服用中の患者で、今回、内科処方ではプレガバリンOD錠25mgが処方され、薬手帳で確認し、疑義照会したのち情報をつたえ、内科処方は削除になった	患者が何を飲んでいるか分からない、薬は用法ごと家族に取り出してもらい飲んでいる様子だった。痛みを抑える薬は他院でのんではいるはずなのに、また内科でも痛みの訴えを申し出たため、診察時会話の中で、処方があやまって出てしまったと思われる。薬手帳を見せていないか、内科医も確認していないかもしれない。薬手帳で確認すると、脳神経外科長期処方のうち、睡眠薬が上限30日分しか処方されておらず、患者は内科で次の脳神経外科受診までの間の睡眠薬だけが欲しかったようだった。	重複する薬は薬手帳で確認できたが、患者服薬情報提供書で内科医に後日、他院併用薬もお伝えするようにした。			プレガバリンOD錠25mg「明治」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2824	「クレストール 朝夕食後2錠」他薬局にて処方調剤あり。患者様に服用方法を伺うと、朝食後分1で服用している様子。疑義照会を行うと分1朝食後1錠に用法変更。	病院での処方入力ミス	服用方法の再確認(添付文書、患者様) 初回来局患者の疑義照会			クレストール錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2825	当薬局に初めて来局された患者様がミティキュアダニ舌下錠1000JAU 7日分の処方が記載された処方箋を持参患者様にお話を聞いたところ初めて使用する薬とのことで病院に疑義にて確認ミティキュアダニ舌下錠3300JAUに変更になる	病院側の入力の際の規格の入力・確認ミスと思われる	処方監査時に不自然な日数や規格があった場合は病院や患者に確認すること			ミティキュアダニ舌下錠10,000JAU	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2826	前回、アスペリンDS2% 1.8g/日で処方、今回アスペリン散10% 1.8g/日で処方。アスペリン10%としては量が多すぎるため疑義。アスペリンDS2%の間違いだった。	アスペリンだけで入力を決めてしまったのかもしれない	体重換算を忘れずやる			アスペリン散10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2827	以前から利用されている患者。新規で(般)ピペリデン塩酸塩錠2mg 1日4錠 分2朝夕で処方。薬歴よりピペリデンの服用歴はなし。通常成人は1回1mgで服用する薬。また普段は処方元クリニックは普段ピペリデン処方時は(般)ピペリデン塩酸塩錠1mgを使用しているため疑義問合せ。処方元の間違いで正しくは1mgでの処方だった。	処方元側の入力ミス、ピペリデン塩酸塩錠は1mg製剤しかないと思っている。沢井薬品のみ2mgの製剤があるため一般名マスタが上がってきていたのを間違っ入力した可能性が高い。	普段から行っているよう、違和感がある用法用量については確認を行った。GEなど先発品にない製剤、剤形が存在するため一般名処方については特に注意が必要。			ピペリデン塩酸塩錠2mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2828	ミカルディス(40)2錠・アムロジピン(5)1錠を服用されている方。Dr.からPt来局前に同じ量の配合剤に変更する旨の電話連絡あり。【般】テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠で処方が切られていたため、Ptに現在の血圧状況・減量する話が合ったかを確認。降圧もなく減量の話がなかったため、疑義照会。【般】テルミサルタン80mg・アムロジピン配合錠へと変更となる。	ミカルディス(40)の普通の服用量を1錠と勘違いされていたと推察。	配合剤変更時のヒアリングを十分にしている。			テラムロ配合錠AP「DSEP」テラムロ配合錠BP「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2829	平素より当薬局を利用されている患者様が、ビタノイリンカプセルB50が記載された、定時薬の処方せんを持参して来局された。処方内容に変更はなかったが、お薬手帳を確認したところ、併用薬にシグマピタンカプセルB25の記載があることが確認された。系統が同じであるため疑義照会となり、ビタノイリンカプセルは処方削除となった。患者様にお薬手帳を医師に提示したかを確認したところ、それはしていないとのことであったほか、一包化されていることから実物を把握していない様子であることから認識されていないことが確認された。	お薬手帳は診察の都度医師に提示するように指導する。	お薬手帳は服薬指導の都度確認し、併用薬に変更がないか、重複・相互作用については毎回確認する。			シグマピタン配合カプセルB25 ビタノイリンカプセル50	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2830	6歳の患者に7歳以上の用法用量で処方あり。疑義照会后減量され、適正な量となった。	用量に対応する年齢の記憶間違いや思い込み。	抗アレルギー薬の年齢ごとの薬剤剤形・用法用量をわかりやすく表にまとめ、監査者がスムーズに確認できるようにした。			アレロックOD錠5 アレロックOD錠2、5	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2831	一般名処方でアセトアミノフェン細粒50%が1日3g分3毎食後で5日分処方されていた。体重33kgにつき用量やや超過と判断し処方医に照会した所、アセトアミノフェン細粒50%から20%へ変更となった。	医師による規格の誤りか、体重確認不十分、もしくは常用量の認識の違い。	小児の処方箋の調剤時は、体重などの身体情報の確認を行い、処方された薬用量が適切であるか確認している。			コロナール細粒50% コロナール細粒20%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2832	体重10.5kgの小児に対し、アセトアミノフェンDS40%が1回量0.6gで処方。添付文章上の用量に対し多めの処方のため疑義。実際に体重を確認・測定した上での処方ではなく、お薬手帳に記載の前回処方のクリニックの処方量でそのまま処方したとのこと。前クリニックの採用品はアセトアミノフェン細粒20%、当該医療機関の採用品はアセトアミノフェンDS40%に対し、細粒20%で0.6gで処方されていたものを、そのままDS40%で0.6gで処方されていたことが発覚。0.6g→0.3gに変更となった。	医療機関の確認不足、把握不足。	ひきつづき用量監査を徹底する。			アセトアミノフェンDS40%「三和」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2833	当局に『【般】トリアムシノロンアセトニド軟膏0.1% 1日1～数回患部に塗布 口腔内に』と記載された処方箋を持って来局された。上記の処方内容が示す薬剤はレダコート軟膏0.1%もしくは、その後発医薬品であるがそれらに口腔内へ適応症がないため、患者さまに患部が口腔内であることを確認した上で疑義照会を行い、『【般】トリアムシノロンアセトニド口腔用軟膏0.1%』（オルテクサー口腔用軟膏0.1%）に変更になった。	両薬剤は同じ成分の薬剤のため、 【般】トリアムシノロンアセトニド軟膏0.1%による表記でオルテクサー口腔用軟膏も含まれると考えられたのではないかとと思われる。	一般名処方が増えてきているため、厚生労働省の一般名処方マスタをすぐに調べられるようにしている。			オルテクサー口腔用軟膏0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2834	エベリゾンが処方されたが過去に眩暈 嘔吐 倦怠感の副作用があった。	この薬を服用するとまた眩暈嘔吐 倦怠感の副作用が発現した。	過去の薬歴そしてお薬手帳を確認する。			エベリゾン錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2835	ツムラ猪苓湯が処方されたが違う医療機関からも処方されており重複処方になっていた。	重複処方となるため倍量で服用することになった。	過去の処方歴やお薬手帳を必ず確認する。			ツムラ猪苓湯	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2836	久しぶりにセレコキシブ錠が処方になっていたが、これまでは100mgであったのに対し200mgの規格が処方記載されていた。骨折の経緯もあり痛みが強いため増量と予想されたがご本人に確認したところ、とくに痛みの悪化はなく薬の変更も聞いていないとのこと。電話にて疑義したところ、セレコキシブ200mg→100mgへ変更となった。	処方箋入力時の選び間違えが要因と思われる。	処方受付をした時点で内容の確認を怠らないこと。			セレコキシブ錠200mg「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2837	テルミサルタン錠40mgからミカムロBP錠に変更となっていたが、患者情報によりアムロジピンを増やすと説明はあったがテルミサルタンを増量するという話はなかったということで問い合わせ。ミカムロBP錠→ミカムロAP錠に訂正となった。	主治医による処方入力の確認ミスと思われる。	これまで通り患者からの情報収集を行い、処方内容が正しいかどうか確認する			ミカムロ配合錠BP ミカムロ配合錠AP	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2838	5歳 小児 皮膚科受診(以前～受診中)いつものヒルドイドローションにプロトビック軟膏 追加処方小児であるため、疑義照会→プロトビック軟膏小児用に変更となった。	医師の処方箋内容確認不足	特になし			プロトビック軟膏0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2839	ザク拉斯配合錠LDを服用していた患者様にザク拉斯配合錠HDが処方されていた。患者様より血圧、先生との会話で薬の変更について話がなかったと確認した。病院に確認したところ、ザク拉斯配合錠LDを継続服用することとなった。	最近までザク拉斯配合錠HDを服用されていたため、規格違いの薬が処方されてしまったのかもしれない。	患者様から血圧等の検査値、先生との会話等を確認し処方薬について病院に確認した。			ザク拉斯配合錠HD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2840	4歳、体重15kg アンプロキシソール塩酸塩シロップ小児用3%0.9gにて処方。体重15kgに対して用量過量のため、疑義照会。アンプロキシソール塩酸塩シロップ小児用1.5%0.9gに処方変更。	アンプロキシソール塩酸塩シロップ小児用には3%と1.5%の2規格があり、カルテの不備、処方箋入力の不備があったとみられる。	用量だけでなく医薬品の規格にも目を配るよう徹底している。			アンプロキシソール塩酸塩シロップ小児用0.3%「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2841	フルスタン錠0.3と【般】フルスルチアミン錠25mgの処方間違い	名称が類似しているため誤ったと考えられる。	薬剤交付時に患者より疾患の聞き取りや薬剤の効能効果について相互確認を行う。			フルスタン錠0.3	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2842	イルアミクス配合錠HDとアムロジピン錠2.5m gが処方されており、アムロジピンの1日投与量が上限の10m gを超過していた。疑義照会したところイルアミクス配合錠はHDからLDへ変更、アムロジピンの1日量は7.5m gへ減量と確認。	医師の処方はイルアミクス配合錠LDとなっていたが、カルテが紙媒体であったため事務が処方箋入力の際に規格を間違えて入力してしまった。	配合錠については、局内名称に含有成分と含有量を表示させ、監査時に見落としがないよう注意喚起をおこなった。			イルアミクス配合錠HD「EE」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2843	処方内容：定期薬にてクラシエ芍薬甘草湯継続、来局時は血圧の上昇もみられており利尿薬（フロセミド）の追加もあった。お薬手帳において他病院よりツムラ芍薬甘草湯が追加処方されていた。重複でもあり低カリウム血症、偽アルドステロン症の恐れある（その場合ループ利尿薬併用で更なる症状悪化の可能性も考えられる）そのため疑義照会とともにトレーシングレポートでも報告した。処方医からは他病院のツムラ芍薬甘草湯は中止して今回の処方でも服用指示	会社が違うので同じ成分の薬と思われないケースもある お薬手帳への記載の重要性	追加薬の是非、根拠を理解する			クラシエ芍薬甘草湯エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2844	今までプラバスタチンナトリウム錠5ミリグラムr日医工で調剤し継続の患者様で、【般】プラバスタチンナトリウム錠5ミリグラムで処方される所、【般】プラバスタチンナトリウム錠10ミリグラムと誤って処方患者様への聞き取りより、コレステロールの数値が上昇していないか確認した所、そういう事はなく、病院へ確認後5ミリグラムであったことが分かった。	今までプラバスタチンナトリウム錠5ミリグラム陽進で処方されており、薬局で日医工へメーカーを変更し調剤していた。病院側が今回、一般名処方処方箋を記載し変更することで間違えたのではないかと考えられる。	患者様への聞き取りは重要であることが再認識されたので今後も続けていきたい。			プラバスタチンナトリウム錠10m g「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2845	<今回処方> 【般】ニフェジピン徐放錠20m g（12時間持続） 2錠1回2錠（1日2錠）・・・1日1回 朝食後・・・分2に増量 <前回処方>ニフェジピン徐放錠20m g（24時間持続） 1錠1回1錠（1日1錠）・・・1日1回 朝食後12時間持続のニフェジピンLは通常1日2回服用であるが、1日1回となり、処方の三段目には分2に増量とも矛盾しているため、疑義照会。  医師は1日2回朝食後でオーダーしていたが、事務が1日1回朝食後で入力していたとのこと。最後に、ニフェジピンCR（20）1錠1日1回朝食後から、ニフェジピンL（20）2錠1日2回朝食後への変更で間違いはないか伺ったところ、「あ、これニフェジピンLなの？CRで出したつもりでした」との事。処方薬および用法が変更となった。 <疑義照会後>ニフェジピン20m g（24時間持続） 2錠1日2回 朝食後に変更となった。	医師の用法オーダーと事務の入力が違っていたというヒューマンエラーと、医師の処方薬間違い（LとCRの勘違い）が重なっていた。	今回、処方内容のほぼ全てが誤りであった。特に、前回はCRであった事を薬局で把握していなかった場合は用法の修正のみで疑義照会が終了していた可能性もあるため、お薬手帳やかかりつけ薬局の重要性を再認識する事例であった。			ニフェジピンL錠20m g「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2846	身長110cm 体重16kgの小児に対し、カルボシステイン錠500mg 2錠 朝夕食後で処方あり。力価換算でも480mg/dayが妥当であり、過量処方と判断。250mg錠との認識間違いと推測し、同250mg錠 2錠 朝夕食後 への処方変更を提案、変更となった	電子カルテでの処方打ち込み時の規格間違い	事例の共有と注意喚起を実施			カルボシステイン錠500mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2847	アドエア500ディスカス60吸入の処方があった。前回アドエア250ディスカス28吸入の処方があり、症状が悪化したための増量と予想して患者の状況を聴取した。患者はアドエア250ディスカスの使用で喘息症状が落ち着いたので、継続指示を受けたと話した。特に増量の指示がなかったため、薬品名の誤りの可能性があるため疑義照会を行った。疑義照会により、アドエア250ディスカス60吸入へ変更になった。	アドエア250ディスカス28吸入から60吸入の製品に変更したかったところ、アドエア500ディスカスを選択したと考えられる。250か500、28吸入か60吸入かの複数の組み合わせがあるため、選択するとき間違いやすい。	患者の状況を十分に聴取し、薬品の変更があった時にはその変更の理由が変更内容と合致していることを確認するようにする。			アドエア250ディスカス60吸入用 アドエア500ディスカス60吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2848	新規で一般名処方 クロルヘキシジングルコン酸塩外用液5%20mlが処方されていたが5%は原液で使用するものでもなく濃度が高すぎるため 疑義照会を行った 他院からの継続処方で0.05%が正しかったと返答あり 0.05%に変更となった	他院からの継続処方であり普段あまり処方されることもない薬だったためか処方箋入力時に規格の選択を誤ったと思われる 商品名でもなく一般名での処方だったこともあり確認がしっかりされていないと思われる	添付文書などの情報ももとに処方に間違いがないか確認している 消毒薬は濃度の確認も必ず行う			クロルヘキシジングルコン酸塩消毒液5%「シオエ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2849	門前医院より、ニフェジピン錠(1日2回の製剤)が1日量3錠、1日3回毎食後で処方となる。添付文書上の用法と異なるため疑義照会したところ、本来は1日3回製剤のニフェジピンカプセルを処方したかったが販売中止のためニフェジピン錠で処方されたとのこと。1日2回製剤であることを説明し、1日2回の用法に変更となった。	1日3回製剤であるニフェジピンカプセルを最初は処方したかったことから、誤って同量での処方をしてしまったものと思われる。	複数規格がある薬剤に関しては棚に注意文書を記載するなどして注意喚起しています。			ニフェジピン錠10mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2850	処方内容 10倍処方であるため 疑義照会すると変更になった	このように劇薬などは 健康被害の1因になるので 本当に慎重になるべきである	薬剤師必ずおかしいと思うと 添付文書のみを確認して疑義照会すること			コデインリン酸塩散1%「タケダ」 コデインリン酸塩散10%「タケダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2851	高血圧で薬が変更となったが、イルベサルタンとアムロジピンの両方の増量、配合錠の場合通常使用しない薬の場合は医師からコメントがつくことが多いが、それがなかったことに違和感を感じた為疑義照会をした。その結果、HDからLDに変更となった。	一般名での処方であったため、数字の確認しなかったと思われる。	疑わしいときは 確認する。			イルアミクス配合錠HD「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2852	リボトリール細粒0.5% 2g 分2 朝夕食後 14日分が処方患者に確認し始めて服用する薬との事なので初回用量と考えても過量と判断。疑義照会を実施。リボトリール細粒0.1% 1g 分2 朝夕食後 14日分に変更となった。	規格と用量の計算間違いと想定する。	初めて処方された薬は初回用量を添付文書を見て確認。また患者への聞き取りを実施して総合的に判断している。			リボトリール細粒0.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2853	母親が息子の処方箋と自分の処方箋をもって来局。息子は年齢9歳だが、フルナーゼ点鼻液50マイクログラム56噴霧用が処方されており、小児用と誤っているのではないかと推測。電話にて処方医師へ確認。	母親と息子一緒に処方をしたため、小児用を見落とし誤って処方した可能性あり。	二人組の処方箋をお持ちになった場合は、成人量、小児用量の誤りがないかよく確認する。兄妹の場合は年齢・体重が近かったり、名前が似ていることもあるため、薬局でもミスがないよう要確認。			フルナーゼ点鼻液50μg 56噴霧用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2854	9歳の小児にオロパタジンが1日10gで処方あり。過量と思われるため、疑義したところ一日量2gに変更	オロパタジンには、錠剤で5mgがあるため、錠剤と粉薬のmg数を間違えた可能性あり。	粉薬と、錠剤がある場合付箋をはるなど注意喚起を行う。			オロパタジン塩酸塩顆粒0.5%「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2855	アセトアミノフェン「JG」原末 0.5g/回 発熱時で処方 患者体重11kg 1回量過多のため問い合わせ。0.1g/回に減量	アセトアミノフェン「JG」原末とカロナール細粒20%の規格間違え。処方医も100mg/回でのつもりで処方されたとの回答もあり。	体重当たりの用量を確認し、処方間違えがないことを十分確認する			アセトアミノフェン「JG」原末	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2856	他の病院でプレドニン錠5mgを出されて飲んであり、整形外科でも同じ薬を出されてた。	薬量が多くなり、副作用が気になる。	必ず、併用薬の確認を行う事。			プレドニン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2857	血圧上昇の為、薬の追加をするときに単味の成分を追加処方。そのあと配合剤がある事に気づき配合剤を処方。初めの単味の処方を消し忘れたために、用量超過の処方箋になってしまったと思われる。	配合剤については常に成分を確認しながら調剤にあたる。商品名が違っているため別の薬と認識して調剤しがちになる。	配合剤の一覧を作成する。			プロブレス錠12	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2858	2021年3月以降薬局歴なし。イフェクサーSRカプセル75mgが新規で処方された。他院にて処方された歴もないのに、突然初期量の37.5mgではなく、75mgが処方されたため、疑義照会をしたところ、用量の記載の誤りであったので、37.5mgへ変更となった。	主治医は初期用量からの投与のつもりで入力したようだが、入力に誤りがあったか、初期用量が37.5mgからということのを忘れていたか、と考えられる。	初期投与量と維持量が異なるものについては、薬剤師、医事スタッフ全員に周知している。			イフェクサーSRカプセル75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2859	エブランチル30mgが新規で処方されていたため、初期用量に関して確認を行ったところ1回15mgに変更になった。	エブランチルが2規格院内採用されているのに気づいていなかったか、初期用量に関してあまり意識していなかった恐れあり。	初回処方であるかにも意識を置き監査を行う。			エブランチルカプセル30mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2860	普段からランソプラゾール15mgを服用している方に、さらにランソプラゾール30mgが処方されていた。お薬手帳を医師に見せたとの事でしたが、ランソプラゾールが重複して処方されていたため、医師に問い合わせたところ、今回処方分のランソプラゾール30mgが削除になった。	医療機関側のお薬手帳の確認不足。	薬局側もお薬手帳をしっかり確認して、重複がないことも確認する。			ランソプラゾールOD錠15mg「武田テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2861	アレジオンLX点眼液0.1%は1日2回が適正な用法であるが、1日4回で処方されていた。	アレジオン点眼液とアレジオンLX点眼液の用法が異なるため、確認ミスではないかと考えられる。	薬品名が同じであっても、持続性がどうかで用法が異なることを十分に理解し、監査の時に見逃さないよう努める。			アレジオンLX点眼液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2862	処方監査時、リボトリール錠0.5mg1錠からリボトリール錠2mg2錠へ増量となっていた。大幅な増量となるため、違和感を感じ、疑義照会にて確認を行ったところ、リボトリール錠0.5mg2錠へ変更となった。	医療機関側のカルテまたは処方箋記載誤り、処方箋発行後の確認漏れ	処方変更等があった場合には変更内容に間違いがないか患者または医療機関に確認することを徹底する。疑問が生じたときは確認を怠らない。			リボトリール錠2mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2863	遠方から引っ越し、転院にて当薬局を利用。小児処方エレンタール配合内用剤が処方されていた。お薬手帳を拝見したところ、今まで服用していた薬がエレンタールP乳幼児用だった為、疑義照会にて確認を行い、エレンタールP乳幼児用に変更になった。	病院のマスターがなかったものと思われる。	0歳児にてエレンタール配合内用剤が160gと多かった為、母親に問診で確認の上、お薬手帳にて乳幼児用を服用していたことを確認した。			エレンタールP乳幼児用配合内用剤	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2864	アレジオン点眼液0.1%は1日2回の製剤だが、1日4回での処方になっている為疑義照会にて1日2回へ変更。	%違いの点眼の為注意が必要	%違いの点眼は多種ある為、保管場所にも間違えないように注意喚起を表示している			アレジオンL X点眼液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2865	アンプロキソール塩酸塩錠徐放錠45mgを他院にて1錠 分1服用していることが手帳より確認、今回転院にて同薬剤が3錠分3毎食後で処方があった為疑義照会を実施、アンプロキソール錠15mgの処方間違いが判明した。	成分名が同じで剤形と量が違う、新規開局のクリニックであった為、システムに不慣れなことが考えられる	規格違いには注意喚起を実施している			アンプロキソール塩酸塩錠徐放OD錠45mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2866	久しぶりに来局した患児。父親と来局。処方内容はアセトアミノフェンドライシロップ40% 1.2g/回であったが、患児は6歳で、1年8ヶ月前の来局時の体重は18kg。そこで父親に体重を確認したところ25kgと判明。処方された分量は通常量の倍であったので医師に疑義紹介をした。その結果、アセトアミノフェンドライシロップ40% 0.6g/回に変更となった。	医師はアセトアミノフェンドライシロップの規格を誤って処方したと思われる。	小児の場合は特に体重確認と処方量に注意して監査する。			アセトアミノフェンDS40%「三和」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2867	患者は15歳未満だが、成人用量の点鼻液が処方されていた。疑義照会の結果、小児用フルナーゼ点鼻液2.5μg5.6噴霧に変更となった。	名称が類似しているため、医療機関における処方箋入力時の予測変換の選択間違いと思われる。	小児は年齢で用量が設定されている薬剤があるので、処方が適正か慎重に確認する。			フルナーゼ点鼻液5.0μg2.8噴霧用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2868	血圧低下傾向の為、合剤から単剤に変更かつ成分を減量するという話でしたが処方内容の単剤は以前服用していた合剤の成分とは違うものになっており疑義照会。ミコンビ配合錠(テルミサルタン・ヒドロクロロチアジド)であるところミカムロ配合錠(テルミサルタン・アムロジピン)と間違いしテルミサルタンとアムロジピンの処方が単剤できた。	ミコンビ、ミカムロと類似した薬品名であること、また成分もテルミサルタンが両方の合剤に含まれている為勘違いしたことによる処方ミスだと考えられる。	薬局としては在宅患者の為、処方変更の経緯をCLより聞いており処方内容に疑問を持ったため確認を行った。他にも類似する医薬品名はある為疑わしい際には疑義照会を行うようにしている。処方箋だけで見ると問題のない処方内容に思えるが、今までの経緯をきちんと把握すること、薬歴を見て処方変更があった際には変更前と後をきちんと確認すること。			アムロジピン錠2.5mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2869	他科にてムコスタ錠100mg服用中の患者にレバミピド錠100mgが処方されていた為、疑義照会。レバミピド錠が処方削除となりました。	医師と患者のコミュニケーションエラーが考えられる。	薬局で患者への聞き取りをしっかりと行うことを継続していきます。必要であれば処方元医療機関に報告をしていきます。			レバミピド錠100mg「オーツカ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2870	前回処方から引き続きロコイドクリーム0.1%が処方されていたが、同部位にデルモベート軟膏0.05%が処方された。  患者へのヒアリングにて背中のかゆみや草かぶれはこれまでとあまり変わりなく、以前効いたと思ったゲンタマイシン軟膏を希望し、医師から抗生剤は不要なので別の軟膏を出しておくと言われたと。患者のかゆみ部位を見れば発赤は非常に小さく、自覚的な痒みもそう強くないことを確認。3か月前にデルモゾールG軟膏が処方されており普段の医師の傾向からステロイド成分をそちらと間違えているのではないかと推察。患者の状況と既にロコイドクリーム0.1%が出ていることを説明し、strongestのデルモベート軟膏が必要か照会。回答としてゲンタマイシン希望され、抗生剤は不要だったので以前出していたデルモゾールG軟膏から抗生剤の部分のGを抜いたつもりとの事。デルモゾールG軟膏とはステロイドとしての強さが異なり今回はロコイドクリームで対応可能ではないかを伝え、デルモベート軟膏削除となった。	医師の薬剤知識不足医師のヒアリング不足薬剤の名称類似「デルモベート軟膏」「デルモゾールG軟膏」	疑義照会に躊躇しないよう意識共有している			デルモベート軟膏0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2871	一度前の処方では10mgから5mgへ減量したが、また10mgへ増量になっていた。患者がDrから何も聞いていないことと、血圧の検査値から増量することに疑義が必要と判断。	1つ前のDo処方の予定が2つ前の処方をDoしてしまった。	処方内容の患者との確認。検査値に対して薬剤が適当か確認。			シルニジピン錠10mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2872	エナラプリル(5)1錠処方 前回エナラプリル(2.5)2錠1日1回処方2.5服用して、血圧上昇時に2.5追加の医師指示あり 血圧は、2.5服用で安定していることから、2.5mg1錠服用で継続していたこと確認疑義照会して、(5)1錠から(2.5)1錠に変更となった	患者とのコミュニケーション不足カルテ記載の不備	患者からの聞き取りと処方内容に疑問が生じた時は疑義照会を必ず行う			エナラプリルマレイン酸塩錠5mg「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2873	ヘルペスの痛みでリリカ150mg新規処方高齢者、新規処方にも関わらず150mg 4錠/日で処方されていたので疑義照会25mg 4錠/日で処方するつもりだったが入力を間違えて処方してしまったとのこと	規格がたくさんあるため選択ミス	明らかな容量過多は処方元に確認するが微妙な増量に関しては患者本人に確認のうえ医師とどのような話をしたか確認するように心がけている			リリカカプセル150mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2874	患者の母親が処方箋を持って来局した。処方箋にはアスベリンシロップ0.5%4.5mL、カロナールシロップ2%12mL、一般名カルボシステインドライシロップ50%4.5g、ツムラ小青竜湯1.5gが記載されていた。調剤後の鑑査にて鑑査者がカルボシステインの過量を発見し、処方元へ疑義照会を行ったところ、カルボシステインシロップ5%とカルボシステインドライシロップ50%を混同してしまい、10倍量で処方してしまったとの返答であった。そのため作り直しを行い、患者には正しいアスベリンシロップ0.5%4.5mL、カロナールシロップ2%12mL、カルボシステインドライシロップ50%0.45g、ツムラ小青竜湯1.5gが交付された。	医師の手書きカルテから処方箋を入力する際に、名前の似ているカルボシステインシロップとドライシロップを誤って記載してしまった。また、病院内で医師から薬剤部に別件の問い合わせがあり、処方箋の確認が不十分なまま処方箋を交付してしまったことが原因として挙げられる。	鑑査台の近くによく使われる薬品の小児用量一覧を掲示しており、また電卓を近くに設置することで患者の年齢、体重による適正な用量をすぐに計算できるように環境を整えている。			カルボシステインDS50%「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2875	エヌケーエスワンOD錠25mg 6錠分2朝夕食後14日分で処方されていた。患者の体表面積は1.91m2と大柄であったが、S-1は通常は120mg/日で服用することが多く、150mg/日は過量の可能性が考えられたため疑義を行った。	S-1の1日量は体表面積1.5m2以上で120mg/日で服用する。	処方に置いてS-1 1日量120mg/日以上であれば疑義する			エヌケーエスワン配合OD錠T25	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2876	元々他院にてオースギ大黃甘草湯エキスT錠をもらって常服されていた患者。その後現在の病院に転院の際にツムラ大黃甘草湯エキス顆粒に変更となったが、今回飲み慣れたオースギの漢方を希望され、オースギの顆粒(エキス顆粒G)が処方された。監査時、1日量が通常量の2.5倍にあたる7.5gでの処方になっていることに気づき、疑義照会。	前回処方されていたツムラの顆粒だと1包2.5gで1日量が7.5gとなるため、オースギでも同じ用量になると勘違いしたものと考えられる。オースギの大黃甘草湯エキスT錠6Tは同エキスG3包に相当するが、当薬局ではこの患者が元々オースギ大黃甘草湯エキスT錠を1日量6Tで処方されていたことを把握していたので気づくことができた。	当然のことかもしれないが、当薬局では分包作業をともなう調剤においては1包あたりの数量をしっかりとダブルチェックしてから取り掛かるようにしている。まずはメーカーや剤型が変更になったこと、分包品をわざわざばらして調剤することなどに疑いの目を持つ姿勢が必要だろう。また、処方元への情報提供することで再発予防に努めることも重要と考える。			オースギ大黃甘草湯エキスG	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2877	2歳体重14kgの男児。サワシリン錠250mg 3錠分3 毎食後7日分の処方箋を母親が持ってきた。最大投 与量よりは少ないが、常用量は超えており、錠剤 を服用したことはないと言き取りし上で医院へ 疑義照会したところ、サワシリン細粒10%3g分3 毎食後の間違いと確認した。	医院での入力間違い	用量、剤形の確認			サワシリン錠250	ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
2878	アドエア250ディスカス60吸入用 1日2回 1回2吸入 の処方 ディスカスタイプは1回1吸入	エアゾールとディスカスで用法を間違 えた	事例の情報共有			アドエア250ディス カス60吸入用	ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
2879	プレドニゾン錠5の処方がきていた。患者様の症 状とプレドニゾンの5の処方時は普段はプレドニ ン5であったことから、念のため医師にTELで確認 し、プレドニゾン1へ変更となった。	プレドニゾンは1、プレドニンは5と いうふうに分けているように感じたた め、プレドニゾンとプレドニンの確 認不足による処方と思われる。	用量としてはありうる用量でも確認 の必要があることもあるので、他の スタッフにも情報共有するようにし ている。			プレドニゾン錠「タ ケダ」5mg	ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
2880	ザクラスLDを服用されていた方が今回病院が変わ り、ザクラスHDが処方された。医師から変更の説 明がなかったとのことで、疑義照会したところ、 もともと服用されていたザクラスLDに変更となっ た。医師の処方ミスだったとのこと。	オーダーリングの選択ミス、医師の確認 不足と考えられる。	監査時は変更の有無に特に注意す る。投薬時に必ず実物を確認して いただく。少しでも疑問があれば疑義 照会を行う。			ザクラス配合錠HD	ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
2881	転院された患者さんで、門前医療機関で初めてピ ソノテープが処方。4mg が処方されたが、正しく は8mg の処方間違いであった。	ピソノテープの規格違い。カルテの入 力間違い。	お薬手帳で前回内容を確認し、規格 が違う事を発見。処方変更の話もな かったようなので、疑義照会を実施 し、処方変更となった。			ピソノテープ8mg	ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
2882	平素から当薬局を利用されている方。高熱があり 肺炎の可能性があったため、クラビット500mg が 処方された。前回3月にも同じクラビットが処方さ れていた際は、クラビット250mg であったため発 覚。高齢であることを考えると減量が妥当と判断 し、医師に確認を行った。	緊急での処方であったため、入力ミス と考察。	引き続き、年齢や腎機能などに注意 する薬剤は、処方鑑査時、ピッキング 時、鑑査時に振り返り間違いでな いことを確認しながら行う。			クラビット錠500mg クラビット錠250 mg	ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2883	当該患者はA内科医院からカルベジロール10mg錠を処方され、2週ごとに受診し4/22受診時まで継続服用していたが、動悸がおさまらないとのことで、4/23にB循環器内科クリニックを受診しピンプロロール錠5mg錠を処方され、その際にA内科のカルベジロール錠10mg錠は中止するようB循環器内科の医師から指示があった。	患者はA内科の医師にB循環器内科での経緯を受診時に話しており、医師も把握されていると思われるが、処方箋発行の入力時に何らかの齟齬が生じDo処方のままで処方せんが発行されたものと考えられる。	薬剤調製前の処方入力の確認時にも薬歴簿、お薬手帳を確認し、事前の鑑査と、薬剤調整後の総合鑑査と2度鑑査を行い、ダブルチェックがかかるようにしている。			カルベジロール錠10mg「サワイ」 ピンプロロールフマル酸塩錠5mg「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	当該患者は5/6にA内科医院を受診し、B循環器内科受診時の経緯をA内科の医師に話し、今回からカルベジロールは処方しない旨を告げられたとのこと。当該患者が来局時に受け付けた5/6のA内科からの処方せんにはカルベジロール10mg錠の記載があることを薬剤師が処方監査時に発見。当該患者の薬歴簿と照らし合わせ、調製前に当該患者に聞き取りを行ったところ、確かにカルベジロールは処方しないとのことだったため、A内科に電話にて疑義照会を行い、ピンプロロール錠10mg錠の処方は削除となった。						
2884	ジビイからヘムライブラへ製剤変更となった患者さん。以前より体重が60Kgとお伺いしていたが、処方された要領だと多めに見積もっても想定体重が70kgと過料投与だったため問い合わせ。規格変更となった。	90mg + 105mgの処方を打たなければならないところ90mg + 150mgと数字が似ているため、企画を誤ってしまったと考えられる。	取り扱いなれていない薬はとくに標準治療量の確認を行う。			ヘムライブラ皮下注105mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2885	門前病院にて継続して透析治療を受けている患者様。以前より降圧目的でミカルディス錠20mgを1錠夕食後の指示で服用していた。ただ最近になり降圧効果が十分に得られなくなり、9日前にミカルディス錠20mg1錠が追加されていた。	定期で内服だけでも17種類服用しており、規格も多数あることに起因して医師と患者認識の齟齬があった、または規格の書き間違いがあったと推測される	患者様からの聞き取りを十分に行い、処方箋との相違がないか確認している。			ミカルディス錠40mg ミカルディス錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	今回定期処方にミカルディス錠20mg2錠夕食後→ミカルディス錠40mg1錠夕食後に処方整理されていた他、追加でミカルディス錠40mg1錠夕食後1日分が処方されていた。患者様に状況をお伺いしたところ、「実は定期処方の薬を飲むタイミングが1日ずれてきていた。なのでこの前追加で貰ったミカルディス錠20mgが1日分足りなくて。残った定期のミカルディスを使うために1日分だけ追加で出してもらったんです。」と説明をいただいた。聞き取りより意図する処方としてはミカルディス錠20mgを1日分だけと推測されるが、実際の処方方はミカルディス錠40mgとなっており、意図せず合計60mgと過量に服用することで過降圧やそれに伴う体調変化など有害事象発生の恐れがあったため疑義照会を実施した。その結果、医師より追加分の処方についてはミカルディス錠20mg1錠夕食後1日分に変更する指示をいただき、過量服用を防ぐことができたと共に患者様の残薬の適正使用をサポートすることができた。						
2886	4月1日はワーファリン4.5mgで63日分処方があり、5月31日から4mgに減量となり28日分処方された。6月28日から再度4.5mgへ増量となったが患者が増量を聞いていないということで疑義。4mgに変更となった。	医師の確認不足。	薬剤量に変更があった際は患者と確認を行う。			ワーファリン錠0.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2887	ジラゼブ錠は今まで継続処方されており今回も処方されていた(84日分)。ジピリダモール錠が新規で追加処方(14日分)されており、処方医から話があったかご本人に確認した所、ジラゼブが余っているから日数減らしてもらおう頼んだが、新しい薬が処方される話は聞いていない。と聴取した。疑義照会しジピリダモール錠は処方削除、ジラゼブ錠が14日分へ日数変更になった。	名称が似ていて規格が同じ薬で同種同効薬の為、処方箋の入力ミスが生じたことが推測される。	名称が似ており規格も同じ、同種同効薬のため注意を払っていた。日頃から処方箋には間違いがあるかもしれない。という意識をもつようにしている。			ジラゼブ塩酸塩錠100mg「日医工」ジピリダモール錠100mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2888	ファモチジンとランソプラールの重複	体調悪化	併用薬確認			ファモチジンOD錠20mg「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2889	新患。インチュニブ3mg錠が7日分処方。扱いが無い薬だったため、添付文書にて用法用量確認。投与日数が少なかったため、いつから飲んでいるのか確認。初回との事。病院に疑義照会し、インチュニブ1mg錠の間違いであること確認。	病院でのコンピューターの打ち間違い。	新患、初めて出る薬などは念入りにチェック。薬局内で、漸増、漸減するような薬の情報共有。			インチュニブ錠3mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2890	疥癬治療でストロメクトール併用されていたが使用された外用薬がオイラックスHクリームであった。ステロイドを含まないオイラックスクリームではないかと疑義照会の上処方変更となる	疥癬治療にステロイドを使用しない	疥癬についての学習			オイラックスHクリーム	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2891	他科でリマプロスタアルファデクスの処方があったが、重複して処方されていた。	医療機関側の併用薬チェック徹底不足	処方鑑査とお薬手帳のチェックを念入りに行う			リマプロスタアルファデクス錠5μg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2892	以前まで別のクリニックにかかっていたが、門前クリニックへ転院。ジャヌビア錠50mgが処方。お薬手帳を確認したところ25mgを服用していた。本日採血を行ったことと受診時特に処方の変更はなく、結果が出るまでは今まで通りの処方を出すDr.から話があったとのこと。疑義紹介を行ったところ、25mgに変更となった。	門前クリニックでは主にジャヌビア50mgが処方されているため、誤って50mgを処方したと考えられる。	お薬手帳の確認と診察時の内容を聞き取るようにしている。相違があった場合や疑問があった場合は些細なことでも疑義紹介を行っている。			ジャヌビア錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2893	他院にてジルチアゼムカプセルが処方されていたが、今回ヘルベッサールRカプセルが処方された。ジェネリックと先発の違いで同成分の薬だったため、疑義照会して、ヘルベッサールRが削除になった。	先発とジェネリックで薬品名が異なるため、見過ごす可能性があります。お薬手帳をしっかりと確認することが必要だと考えます。	お薬手帳をしっかりと確認している。			ヘルベッサールRカプセル100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2894	「メトトレキサート錠2mg」が定期処方されている患者に「メトトレキサート錠2.5mg」が処方された。疑義照会したところ、医師が「メトトレキサート錠2mg」を処方しようとしたが出来なかったため、成分検索を行い処方したとの事だった。前回通り「メトトレキサート錠2mg」の処方に変更となった。	病院採用のメトトレキサート錠2mgの名称がメトトレキサート錠2.5mgに変更になったことを、医師が失念していたと考えられる。経過措置が切れたため、メトトレキサートの処方が出来なくなった。同じ成分だが、適応が異なり類似した名称のメトトレキサート錠2.5mgを誤って処方してしまったようだ。	名称が類似した医薬品や名称変更後の医薬品には今後も注意を徹底する。			メトトレキサート錠2mg「あゆみ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2895	以前アレジオン点眼液0.05%が処方されていたが、病院の採用薬が変わりアレジオンLX点眼液0.1%に変更となった。アレジオンLX点眼液は、用法が1日2回の薬だがお薬の名称が変わったことに気付かず以前と同じように1日3回で処方された可能性。	アレジオン点眼液とアレジオンLX点眼液は名称が類似していることが原因	医薬品の名称や規格の見落としがないように類似名の医薬品がある際は、指さし確認も行いながらしっかり監査を行う。			アレジオンLX点眼液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2896	皮膚科受診時、アレグラでSEあった方。薬局の歴にてSEあること確認し、受診時先生に話さずに処方疑義し、処方削除となった	医師とのコミュニケーション不足と思われる	今後も患者とのコミュニケーションを大切にSEに関して確認していきたいです			フェキソフェナジン塩酸錠60mg「SANIK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2897	3歳、13kgの小児にアセトアミノフェン原末1回0.7gと処方箋に記載あり、過量のため疑義照会したところコロナール細粒20%に変更になった。	同成分、規格ミス	薬剤の他規格の把握、調剤前に小児用量を計算する。			アセトアミノフェン「JG」原末	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2898	新患で、動悸時にプロプラノロール徐放カプセルの処方。患者様に話を伺うと、血圧はもともと低く収縮期血圧でも90台と確認。もともと動悸のためメインテート錠で治療を行っていたが、動悸の頻度が減っている為弱いお薬に変えると聴取。プロプラノロール徐放カプセルの適応が高血圧、狭心症の為電話にて医師に疑義照会した。照会によりプロプラノロール錠10mgへ変更となった。	医師はプロプラノロール錠10mgと入力していたが、病院の事務側で入力ミスがあったと考えられる。	処方内容に疑問を持った際に、他の薬剤師にも相談をし、疑義照会を念頭に入れて患者に確認をすることができた。			プロプラノロール塩酸塩徐放カプセル60mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2899	他院より当該医院に変更された患者。他院では一般名イルアミスク配合錠HDが処方されていたが、今回レザルタス配合錠HDが1日量2錠で処方された。薬品の変更については説明を受けていたが、アゼルニジピンの量が32mgとなり添付文書に記載された1日の最大量を超えるので疑義照会した。結果、レザルタス配合錠LD2錠に変更された。	薬品名が類似している為処方入力の際に間違えたのではないかと推測される。	今後も投与量などのチェックをしていきたいと思います。			レザルタス配合錠HD レザルタス配合錠LD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2900	8才女児(体重22kg)にムコダイン500mgが2錠/分2で処方。カルボシステインは1回10mg/kgのため過量と判断し疑義照会。250mgの2錠/分2に変更となった。	薬剤の選択ミスが考えられる。	用量監査表を調剤棚に掲示し、患児の体重は常に最新のものに更新できるように投薬時に聞き取りを行う。			カルボシステイン錠500mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2901	ブレガバリンOD錠を服用中の患者。今回、足のむくみが出たため朝食後、寝る前ともに減量すると医師から話があった。処方箋の記載では、朝食後は減量されていたが、夕食後は増量されていた。患者が聞いている医師の指示と処方箋内容が異なったため、疑義照会を行い、寝る前の処方、リリカOD錠25mg1錠、リリカOD錠75mg2錠→リリカOD錠25mg2錠、リリカOD錠75mg1錠に変更となり、用量が減量された。	リリカの用量を変更する際、規格が何種類かあるため、錠数を記載し間違えた可能性があると考えられる。	医師からの指示と処方内容が合っているか、毎回確認し、少しでも相違があれば疑義照会を行う。			ブレガバリンOD錠25mg「三笠」 ブレガバリンOD錠75mg「三笠」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2902	疑義照会后、テオフィリン徐放錠200mg(24時間地持続)の適切な用法用量へ変更になった。2錠分2→2錠 分1不適切な血中濃度の変動、副作用の発現、発作の発現を防いだ。	テオフィリン徐放錠(12~24時間持続)→テオドールテオフィリン徐放錠(24時間持続)→ユニフィルL A、ユニコンテオフィリン徐放錠それぞれの用法用量やブランド名も関連付け、ミスを防ぐ。	一般名処方でのテオフィリン徐放錠剤の取り換えや用法用量に注意。			テオフィリン徐放錠U錠200mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2903	前回フルタイド処方、咳症状増悪の為、β刺激薬を追加する処方アドエア125エアゾールが選択されたが、医師はβ刺激薬の追加のみで、ステロイド剤の増量はされない予定であったアドエア250ディスクスで対応	患者からの聞き取りの重要性	配合剤の用量と、患者からの聞き取りで処方監査を行わなければならない			アドエア125エアゾール120吸入用アドエア250ディスクス60吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2904	サンドールP点眼液が処方された。在宅訪問にてお薬手帳を見せてもらうとサンベタゾン眼耳鼻科用液0.1%を他でもらっておられた。残が全くなかったので今回よりこちらの医師に処方してもらうことになった。しかし処方はサンドールなので間違えの可能性が高く医師に疑義照会する案件だと気がついた。しかもサンベタゾンは処方日と処方量を考えるとまだ残が3本くらい残っているはずなので部屋を探すと未開封のものが3本見つかった。医師にその旨も報告した。	名前の類似によるもの。医師のお薬手帳の確認不足。	疑義照会によりサンドールは中止でサンベタゾンに変更になった。しかし残が3本あるので今回はサンベタゾンは処方から削除となった。			サンベタゾン眼耳鼻科用液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2905	8歳の患者様。タクロリムス軟膏0.1%が処方されていたが小児に禁忌であり、お薬手帳を確認したところプロトピック軟膏小児用0.03%を使用していたため医療機関に疑義照会。タクロリムス軟膏0.1%からプロトピック軟膏小児用0.03%に変更となった。	医療機関での処方入力時の薬剤選択ミス	禁忌薬が処方されている場合は投薬前にお薬手帳等で使用歴を確認し、医療機関に疑義照会する。			タクロリムス軟膏0.1%「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2906	12歳の小児に、ロキソプロフェン錠とレバミピド錠が1回1錠 1日3回毎食後で処方されていた。体重46kg。小児だったため、念のため、用量について確認したところ、内服薬ではなく、ロキソプロフェンテープ100mgを出したかったとのこと。内服薬は削除となり、湿布のみ処方されることになった。	医師が入力の際、処方することが多いロキソプロフェン錠を選択したと思われる。	体重が大人と同じくらいあっても、小児という括りで、念のため、問い合わせが必要である。			ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」レバミピド錠100mg「ZE」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2907	初めてエスワнтаイホウ配合OD錠T25 1日6錠分2朝夕食後 7日分の処方で身長154センチ、体重58kg→体表面積1.5平方メートル以上で添付文書では、初回60mg/回の記載があり、疑義照会を行い、エスワнтаイホウ配合OD錠T20 6錠分2に変更になった。	初回投与量で75mg/回で最大量だったので認識不足の可能性あり、処方入力ミスの可能性あり。	初回投与で75mg/回で添付文書60mg/回の記載があり、初めての服用では、慎重に処方鑑査、調剤を心がける。			エスワнтаイホウ配合OD錠T25	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2908	一般名セチリジン塩酸塩シロップ用1.25%1日5g分2で処方されていた。セチリジン塩酸塩シロップ用1.25%では最大成人量1.6gなので用量の確認を行い1日0.4gに変更になる。当方の使用しているレセコンでは薬品名の部分一致で検索ができるようになっており薬品名や一般名での検索には注意している。母親にはシロップが処方される話を確認するが特には聞いていないとの返答あり。現在服用できる剤形が錠剤へ変わってきていることもありシロップ剤の処方ではない考えるがレボセチリジン塩酸塩の剤形にはドライシロップもあり飲み方も1日2回朝食後就寝前と変わらないため薬剤の選択間違いも含めて疑義照会を行う。	一般名『セチリジン塩酸塩シロップ』で検索を行う際、薬品名の部分一致で検索できると『レボセチリジン塩酸塩シロップ』も表示される。そのため他薬を選択する可能性もあり含有量や1日量、処方の単位など注意が必要。今回の事例では年齢的にレボセチリジン塩酸塩シロップ0.05%では1日5ml、ドライシロップ5%では1日0.5gとなるため薬剤の選択や1日量の入力を間違える可能性もあり疑義照会を行った。	一般名処方の場合は部分一致で検索をかけられるようにしていることもあり薬剤の選択には慎重の行う。名称や単位、1日量、単位当たりの含有量も確認する。患者の服用できる剤形なども含めて注意を払う。疑義照会の場合、一般名処方せんも商品名で話をしたほうが医師に通じることもあり配慮する。			セチリジン塩酸塩DS1.25%「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2909	抗生剤は常に分3という固定観念がある。	抗生剤の適切な用法を熟知することが必要	添付文書・使用薬品の適正量を把握しておく			クラリスロマイシン200mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2910	女性の患者様にイリボー5μgが処方されていたため疑義。2.5μgに変更。	病院での規格入力間違い。新規薬では起きやすいので、処方鑑査を徹底する。	添付文書の確認、用量確認を行う。			イリボー錠5μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2911	当薬局を平素から利用している患者で、前回血圧が下がっているためレザルタス配合錠HD→LDへ変更になっていたが、今回レザルタス配合錠LD→HDになっていた。鑑査者は患者に血圧の薬に関して変更があったか確認したところ、変更は聞いていないと仰ったため病院に疑義照会をした。その結果、レザルタス配合錠HD→LDへ変更になった。	医師の判断誤り。	変更があった場合、その変更が妥当であるかを処方内容、薬歴、患者の訴えから総合的に判断をする。			レザルタス配合錠HD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2912	患者様の30日分の処方中、カナリア配合錠 1錠分1(朝食後) 30日分ならびに、 テネリア錠20mg 2錠 分2(朝、夕食後) 30日分を服用する内容があった為、両者を同時に服用すると、テネルグリブチンを1日に60mg服用することになり、テネルグリブチンの1日最大服用量40mgを超えてしまいS E(低血糖症状)の危険性が出てくるため、その旨を処方医に疑義した結果、 テネリア錠20mg 2錠 分2(朝、夕食後)服用の用法、用量が 1錠 分1(朝食後) 30日分に変更された。	カナリア配合錠の成分は(DDP-4阻害剤のテネルグリブチン20mg + SGLT2阻害剤のカナグリフロジン100mg)であるため、今回の場合は テネリア錠(テネルグリブチン)40mgを併用することによりテネルグリブチンの1日最大量を超えてしまった事がその要因であった	DDP-4阻害剤とSGLT2阻害剤の配合剤と他のDP-4阻害剤あるいはSGLT2阻害剤を併用する場合にはその組成と配合量を十分留意して1日の最大量を逸脱していないかどうかを十分にチェックしていくように努めていきます			テネリア錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2913	他クリニックで治療のためメコパミン錠500μgを使用。今回糖尿病性神経性疼痛の訴えがあったため、医師がメチコパール錠500μgを処方。	新規処方時は必ず併用薬の確認。	手帳の確認。薬交付時に処方内容を確認。			メチコパール錠500μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2914	普段OTCの点眼薬をドライアイで使用しており効果もでていますが、濃度も高くOTCで販売されていない0.3%のヒアレインが処方されていた。	処方医の誤りか入力ミス	患者からの聞き取りをしっかりとすること			ヒアレイン点眼液0.3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2915	当薬局を初めて利用する患者が処方せんをもって来局。イルアミクス配合錠HDが処方されていたが、お薬手帳を確認したところ、イルアミクス配合錠LD、ナトリックスを服用中であることが判明。患者に確認したところ、「血圧がよくなっているので一種類にする」とのこと。処方医に電話で疑義照会したところ、イルアミクスLDに変更を確認。	イルアミクス配合錠LDと入力すると、ところをイルアミクス配合錠HDを入力した。	患者がお薬手帳を持っている場合は、処方内容と照らし合わせて確認し、患者本人にも話を聞いて確認する。また、お薬手帳を持っていない場合も本人から聞き取りを行い、処方内容が適切を確認する。			イルアミクス配合錠LD「DSPB」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2916	エクア錠50mg(1日2錠、朝夕食後)を服用していた患者様。今回、エクメット配合錠HD(1日2錠、朝夕食後)へ処方が変更となっていたが、添付文書の用法及び用量に関する注意の欄に「エクア錠単剤の治療により効果不十分な場合はLD錠から投与を開始すること」と記載があるため、処方医へ疑義紹介。エクメット配合錠LDへ処方変更となる。処方医はLD錠を処方したつもりだったとのこと。	処方医はLD錠を処方したつもりだったとのことで、電子カルテの薬剤マスターの選択ミスであると思われる。	日頃から、添付文書等で注意点を把握しておく。忙しくても処方監査を怠らない。特に処方薬が変更になったときは注意する。			エクメット配合錠HD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2917	皮膚疾患にてピオチン散が1日量3gで処方された。当医院や当薬局ではピオチン散の取り扱いはなく、患者さんが他の医院からの薬剤を口頭でドクターに処方してもらった。ピオチン散にしては量が多く疑問に思い、他のチェーン店から情報提供を受けたところ、ピオチンドライシロップの量であった。ドライシロップと散剤との剤型違いである。これを疑義照会してドクターに報告し、ピオチン散の1日量を1gに減量してもらった。	該当医院のドクターも門前薬局もピオチンは散剤、ドライシロップ共に扱いがなく、薬剤の剤型間違いによる投与量の誤りと考えられる。この手の規格間違いによる投与量が違う医薬品は多く、時に重篤な事故となりうる。取り扱いがなかった薬で、かつ剤型が違う医薬品は特に注意が必要である。	今まで取り扱いがなかった医薬品はもちろんとし、剤型に散剤とドライシロップがある場合などは、用法用量に特に注意していく必要がある。薬剤師が2名常駐していれば2人の目を必ず通すようにする。			ピオチン散0.2%「ホエイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2918	リバクレオン顆粒300mgが12分包3毎食後で処方されており、通常より過量であるため、用法用量を問い合わせ。患者様がカプセル剤を希望されていたこともお伝えし、リバクレオンカプセル150mgを12Cap分3毎食直後に変更となった。	Drがリバクレオン顆粒300mgとカプセル150mgを選び間違えた可能性がある。	複数剤型や規格がある医薬品に関して把握しておくよう努めている。			リバクレオン顆粒300mg分包 リバクレオンカプセル150mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2919	<p>久しぶりに来局。お薬手帳よりオキシコンチンTRの処方量が6/1に15mg-20mgから15mg-15mgに減量。減量のためか痛みが出たため6/14に15mg-20mgに増量。6/21に痛み改善なく25mg-25mgに増量。6/28にベースが更に40mg-40mgに増量。ご本人にレスキューについて確認したところオキシコドン錠10mg NXを服用しているはずだが、オキシコドン徐放錠10mgをレスキューとして服用していると持参薬を見せて頂いた。</p> <p>レスキューで徐放錠を使用していたため痛みがコントロール不良になっていたと判断、ベースの増量が適切とは言い切れず医師に疑義照会。レスキューが正しく使用できていなかったための痛みであったことからベースは25mg-25mgに変更、レスキューはオキシコドン錠10mg NXを使用するよう指示あり。</p>	<p>名称が類似しており、紛らわしいことから生じたと考えられる。先発品と後発品の名称が類似しているだけでなくベースとレスキューの名称も類似していることから間違いが起こったと考えられる。</p>	<p>正しいお薬をお渡ししていれば良い、というわけではなく今回のように名称類似している医薬品に関してはその後も正しく服用できているか確認の必要あり。写真や現物で用法用量が守れているか、ベースとレスキューの区別がついているか、確認することが重要。</p>			<p>オキシコンチンTR錠5mg オキシコドン錠10mg NX「第一三共」</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
2920	<p>テレミンソフト坐剤処方があったが、退院時処方でも投薬歴あったため前回Do処方である旨説明しお渡し。本人は痔の症状がありDrに薬をお願いされたようだった。1回使用し便が止まらなと連絡あり主治医に報告、ポステリザン軟膏の間違いだった。</p>	<p>退院時処方Doのため前回と変わらないと思ひ薬を渡した。電話での連絡で間違いではないかと思ひDrにすぐ連絡し処方変更となった。</p>	<p>処方が前回Doでも患者の現在の訴えを詳しく確認するべきでした。</p>			<p>テレミンソフト坐薬10mg</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
2921	<p>デベルザ錠20mg添付文書上は1日1回1錠だが、この患者は長期にわたり同種同効薬であるアブルウェイ錠20mgを1日1回0.5錠(10mg/日・回)使用していた。今回切り替えの可能性があるので、疑義。</p>	<p>カルテにアブルウェイ錠からデベルザ錠への切り替え指示が書かれていたが、用量用法までは記載がなかった可能性があるため、通常使用量の1日1回1錠が誤って記載された可能性がある。</p>	<p>医師が患者本人に説明があったかどうかを確認。本人に薬品交付時に必ず血糖値の推移を確認。</p>			<p>デベルザ錠20mg</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
2922	<p>湿疹やとびひのような症状で受診。顔にコレクチム軟膏0.5%が処方されていた。コレクチム軟膏0.5%は成人量のため疑義照会をしたところ0.25%に変更になった。</p>	<p>コレクチム軟膏0.25%は最近発売された濃度のため、入力ミスをしたと考えられる。</p>	<p>年齢やその他さまざまな要因を考慮、用法用量や薬剤使用の可否を鑑査する。</p>			<p>コレクチム軟膏0.5%</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
2923	<p>手書きの処方箋でパントシン3.0分3食後と記載されていたため疑義照会。細粒でと返答があった。パントシン細粒は50%であり、用量が多くなってしまったためもう一度確認の為に疑義照会を行うと20%散の間違いであった。</p>	<p>錠剤が粉かで疑義照会をしてきたと思われ、粉ということで細粒と返答があったのではないかとと思われる。</p>	<p>規格、用量を確認して、疑問に思ったら疑義照会、納得できなければ再度確認することを行っていく。</p>			<p>パントシン細粒50%</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2924	53歳男性、腎機能障害のため数か月前から総合病院腎臓内科へ転院。今回までは、それ以前からずっと継続中の開業医内科からのジャヌビアとジャディアンス10mgを併用中であった。がしかし、今回からは腎機能考慮でジャヌビアがトラゼンタになった配合剤トラディアンスの開始となった。しかし、トラディアンス配合剤の処方がBPの処方になっていた。トラディアンスはBPがジャディアンス25mg錠相当で、APがジャディアンス10mg相当である。腎機能の影響考慮した場合、トラディアンス配合剤はBPではなくAPが妥当かと推察されるため処方医へ疑義にて確認した。結果、AP錠の方へ変更となった。	配合剤になる事で名称がややこしく用量も分かりづらい薬剤多いため、用量換算を間違えてしまったか？	名称や用量の分かりづらい薬剤でもその量が妥当かどうかの確認も重要な確認業務のため見逃さないように注意喚起した			トラディアンス配合錠 BP ジャディアンス錠 10mg トラディアンス配合錠AP	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2925	プレドニゾン錠1mgが1日4錠 8/7~8/20までの14日分プレドニン錠5mgが1日3錠 8/21~9/3までの14日分の処方減量を疑い、プレドニン錠5mgがプレドニゾン錠1mgではないかと疑義し、プレドニゾン錠1mgに変更	最初のプレドニまでが一緒なのでそれにより間違い。	基本プレドニンはだんだん減量していくので、このような処方は疑うよう指示。			プレドニン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2926	前回までメトホルミン塩酸塩錠250mg4錠分2から、メトホルミン塩酸塩錠500mg6錠分2に変更された。患者は増量については医師から説明を受けていたが、どの程度の増量かは理解していなかった。もともと患者希望で250mgを服用していたこと、1日最高投与量2250mgを超過していること、増量幅が極端に大きいことから疑義照会を行った。メトホルミン塩酸塩錠250mg6錠分2に処方変更となった。	入力時250mg6錠とするところ、500mgを選択してしまった入力時の操作ミスと思われる。	添付文書の用法用量の知識、薬歴、患者からの聴取によって、用量過多であることに気付けた。今後も添付文書改訂、1日上限量などの情報を薬局内で共有するようにしていきたい。			メトホルミン塩酸塩錠 250mg MT「ニプロ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2927	普段の処方箋には一般名でテオフィリン徐放錠100mg(12~24時間持続)と記載されていたが、今回はテオフィリン徐放錠100mg(24時間持続)と記載されていたため問い合わせを行った。問い合わせを行った結果、一般名処方の記載誤りで、テオフィリン徐放錠100mg(12~24時間持続)へと変更された。	処方元のコンピューターシステムの不具合や処方箋への記載誤りが考えられる。	テオフィリン製剤やニフェジピンなどは、作用持続時間を十分に確認する必要があるとスタッフ間で情報共有を行った。			ユニフィルLA錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2928	9歳の男児に、通常成人が服用するオゼックス錠150mgを5錠という処方内容であったため、病院に確認し、オゼックス小児用60mg5錠へ変更となった。	医師がカルテに記載した処方内容を、病院事務がパソコン入力しているが、その際に薬剤の選択を間違えたと思われる	新生児から年配の方まで広く処方箋を受けている薬局であるため、常日頃から患者の生年月日を確認し、小児であった場合は特に注意して調剤監査するように心掛けている			オゼックス錠150	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2929	尿酸値上昇のためアロプリノール錠を処方すべきところ追加せず、既に処方があるアマリール錠を増量されたと疑われる。医師への照会によりアロプリノール錠追加処方となるが、アマリール錠増量のままと指示あり。検査結果よりHbA1cはコントロール出来ていると思われるので低血糖に注意指導行った。	医薬品名類似のため勘違いされたとはいかないかと疑われる。	検査結果確認等患者様の話をよく聞き取り、判断し必要な疑義照会を行い、それに合わせた服薬指導を行う			アマリール錠1mg アロプリノール錠100mg 「タナベ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2930	3歳、体重13kgの小児にカロナール細粒50%が1回0.6gで処方されていたが、過量投与と考えられるため問合せ、カロナール細粒20% 1回0.6gに変更となった。	カロナール細粒の規格が2種あることを、把握していなかった可能性があると考えられる。	特に小児に関しては、処方監査時を、体重当たりの用量がまちがっていないかを、きちんと確認するようにスタッフに徹底した。			カロナール細粒50% カロナール細粒20%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2931	ジルムロ配合錠HD「ニプロ」他1種の薬剤が記載された処方箋を受付。この患者様は普段別の医院にてザクラス配合錠LDを処方されており、当薬局にて代替調剤を行ってジルムロ配合錠LD「ニプロ」としてお渡しをしていた方であった。受付時に経緯を確認したところ、普段かかっている医院が急に休診となってしまい、手持ちがなくなったため代わりの医院を探し、受診した結果であることが分かった。血圧の数値、医師との会話を確認し、薬剤の変更はないとのことであったと把握し問い合わせを行ったところ、HDからLDへ薬剤変更となった。	お薬手帳は持参していたが、薬剤の情報が受付や医師のいずれかの工程でうまく伝わっていなかった可能性がある。	受付時の問診、基本確認は処方内容の問題に適切な対応をとるうえで極めて重要であるため、欠かさず実施する。			ジルムロ配合錠LD「ニプロ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2932	該当医療機関、泌尿器科よりシロドシン口腔内崩壊錠4mg処方あり。調剤者が他内科医院にてユリーフ錠4mgが処方されていることを薬歴、手帳より気づく。患者、患者家族が不在のため確認できず、該当医療機関泌尿器科処方医へ疑義照会。シロドシン口腔内崩壊錠4mg削除指示となった。	該当医療機関にて患者、患者家族よりお薬手帳提示があったものの、見落としがあった(担当医より患者家族へその旨謝罪してほしいと言伝あり)	薬歴、手帳などでの重複がないか確認。監査システムの利用。			ユリーフ錠4mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2933	平素はカムシア配合錠LDを投薬している患者で、今回、カムシア配合錠HDに処方変更されていた。投薬時に説明したところ、医師から変更の話は聞いていないとのこと。疑義照会にてカムシア配合錠LDの継続処方となった。	クリニックのカルテには「ユニシアHD」となっていた様子。当該クリニックではLDよりHDの方が処方量が多いため、誤ったと思われる。	処方変更の際は、薬品を見せながら説明している。			【般】カンデサルタン・アムロジピン2.5mg配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2934	ランソプラゾールを服用中の患者にタケルダが新規で処方された。疑義にてタケルダにランソプラゾールが含まれており成分が重複していることを伝えたところ、ランソプラゾールが処方削除になった。	処方医が配合錠の成分を確認していなかったと考えられる。	新規で処方されたものは特に相互作用や重複、用法容量に注意を払い監査を行う。			タケルダ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2935	アダリムマブB S皮下注40mgペン0.8mLが初めて処方になり、手書きで処方が出た。メーカーが複数あることを知らず、疑義照会せず事務が入力した「第一三共」で入力。薬は在庫がなく後日お渡しすることになった。注文するときに、複数メーカーがあることに気が付き、疑義照会したところ「FKB」と確認。薬は処方通り、「FKB」のものをお渡しした。	バイオシミラーが処方になった際のメーカーの確認を怠った。複数のメーカーがあると知らず、知識不足でした。	バイオシミラーが処方になった際は必ずメーカーを確認する。			アダリムマブB S皮下注40mgペン0.8mL「FKB」アダリムマブB S皮下注40mgペン0.8mL「第一三共」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2936	3歳、体重15kgの女兒にカロナル細粒50%0.75g 発熱時10回処方。体重に比し用量過多のため疑義照会した。	疑義照会時医師はカロナル細粒20%と勘違いした、と話されていた。	患者の体重、用量のチェックの徹底。			カロナル細粒50%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2937	クラリス錠200mg 2錠 1日2回 朝夕食後 7日分 ムコサルLカプセル 45mg 2C 1日2回 朝夕食後 7日分 以上の処方箋を持って息子さん が来局。咳、喉の痛みが続いている。お薬手帳より 前前回処方方を別の薬局で貰っていた。ムコサル Lは1日1回の服用となるので病院に疑義照会実 施。病院事務「前回も同じ処方が出ていますが …。」薬剤師「前回は別の薬局でこのままお渡し しているようです。恐らく鑑査漏れでこのままに なっている可能性があります。アンブロキシソール 15mgを1日2回だと思われまますので確認お願いいた します。」病院事務「わかりました。」医師確認 後、アンブロキシソール錠15mg「アメル」 2錠 1 日2回でお渡しした。	病院採用薬のムコサル錠15mgが販 売終了したが、医師がカルテにムコ サルと記載。(恐らくよく使用する 薬品名は印鑑を使用していると思われ る。)事務員が処方箋を発行する ときにムコサル錠15mgがマスタに ないためムコサルLカプセル45mgを 間違えて入力したと思われる	病院にムコサル錠15mgが販売終 了しているため、【般】アンブロキ ソール錠15mgでカルテに記載、処 方入力してもらうように依頼。			ムコサルLカプセル 45mg アンブロキ ソール塩酸塩錠15m g「アメル」	ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
2938	咳症状がひどいため、久しぶりに受診・来局し た。処方箋には、一般名でテオフィリン徐放錠200 mg(24時間持続)を1日2回で記載があった。24 時間持続製剤は通常1日1回で使う薬なので、病 院に疑義照会にて確認した。結果、テオフィリン 徐放錠200mg(12~24時間持続)に変更になった。	テオフィリン製剤は持続時間が薬に よってちがいが、一般名になると名称も 似てしまう為、間違いが起こったと考 えられる。	テオフィリン製剤は持続時間によっ て用法が変わるので、毎回きちんと 確認する必要がある。			ユニフィルA錠20 0mg	ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例
2939	ステロイド漸減療法中。ブレドニゾン5ミリグラ ム 2錠、ブレドニゾン1ミリグラム 2錠 併せ て12ミリグラム/日服用していたが、今回ブレドニ ゾン1ミリグラム 2錠 2ミリグラム/日となっ ており、急な減量のため、疑義照会	入力服用量の確認不足	服用中のステロイドの量をしっかり 毎回確認し、適正な量で服用でき るようフォローする			ブレドニゾン錠1m g(旭化成)ブレドニ ゾン錠「タケダ」5 mg	ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因する と考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2940	前立腺がんにてカバジタキセル導入のため入院加療、有害事象にて忍容性なしと判断され、入院前のプレドニゾン錠1mg 2錠/日より5mg 2錠/日に変更し経過観察にて退院。退院後初回外来受診にて、プレドニゾン錠1mg 2錠/日で処方された。病院薬剤部と薬局で連携しており、退院サマリーにて病院での医療内容、問題点を共有しており、5mg 2錠/日の間違いと判断して疑義紹介しプレドニゾン錠5mg 2錠/日に訂正された。	入院前の処方がプレドニゾン錠1mg 2錠/日であり、入院にて5mg 2錠/日に変更であったが、入院前の処方D oで処方された。	入院にて治療法が変更となることも多くあり、薬局と病院薬剤部と連携して情報を共有する。			プレドニゾン錠 1mg (旭化成)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2941	近隣クリニック内科から、【般】テオフィリン徐放錠200mg (24時間持続) 2錠/2x朝夕食後 30日分処方された。24時間持続製剤を1日2回服用の指示に疑問があったため疑義照会。【般】テオフィリン徐放錠100mg (1224時間持続) 2錠/2x朝夕食後へ変更となった。	医師が電子カルテで薬剤選択をする際に誤ったものと思われる。	以前にニフェジピン徐放錠の12時間持続製剤と24時間持続製剤の入力間違いによる過誤(ニフェジピンCR錠とL錠の入力間違いに気づかなかった)経験から、調剤時に処方せんの12時間持続、24時間持続の数字に鉛筆で丸印をしながら調剤するようにして、意識づけをしている。			テオフィリン徐放錠 200mg 「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2942	DPP4阻害薬のトラゼンタ錠5mgを服用中の患者に対して、同じ作用機序のスィニー錠100mgが処方されていた。疑義照会后、ジャディアンス錠25mgに変更になった。	同薬効の薬が数多く販売されているため。	同薬効の薬をわかりやすいように分類しておく。			スィニー錠 100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2943	マグミット330mgと250mgの重複処方疑義にて確認。高マグネシウムのため、250mgへの減量処方	減量しよほうだったが330mgを消し忘れたの取ろう。	疑義にて確認			マグミット錠 330mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2944	今までイグザレルト10mgで継続していたがイグザレルトOD 15mgに処方変更急に増量になる薬とも思えなかつたので病院に電話確認したところイグザレルトOD 10mgの間違いであった	イグザレルトをOD上に切り替える際に規格を選び間違えた様子	規格が間違っているところがあるので急な変更があった際は患者に確認するなど十分に注意を払うこと			イグザレルトOD錠 15mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2945	帯状疱疹にて皮膚科を受診された患者様の処方の中にアキネトンとアデホスが入っており、患者様に話を聞いたところ、そのような薬が処方されるような疾患はないとのことだったため医師に疑義紹介を行った。処方箋を発行する際、帯状疱疹の治療薬であるアメンナリーフを入力しようとして誤ってアキネトン、アデホスを選び、削除せずに処方箋を作成してしまったとのことだった。	処方医がコンピューターの操作が不慣れであったため、入力する際に類似した名称の誤った薬品を入力してしまったと考えられる。また、処方箋作成後、患者に交付するまでに処方内容のチェックがうまくできていなかったことも原因と思われる。	処方内容と患者の訴える症状が合っているかどうかをしっかりとチェックしていく。以前から継続して服用している薬を、別の病院にて臨時で処方してもらうこともあり得るため、患者から併用薬等の内容についてしっかりと聞き取りを行っていく。			アキネトン錠 1mg アデホスコークワ顆粒 10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2946	定期でエクメットLDを服用していた患者の処方がエクメットHDに変わっていた。患者に話を聞いたところ、医師からは何も聞いていないとのことだったので、疑義照会をした。その結果、入力ミスとのことと今まで通りエクメットLDの処方になった。	門前の病院は手書きのカルテの為、入力ミスが起こりやすいと考える。	服薬指導の際に患者の話をよく聞き、特に処方変更があった場合は確認を徹底している。			エクメット配合錠LD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2947	一般名ヒドロコルチゾン(コートリル)とヒドロクロチアジド錠とのオーダー間違い	名前が似通っていた為	初回の投薬時は疾病と処方薬の関係の聞き込みは時間をかける。			コートリル錠 10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2948	ルネスタ錠が1mgから2mgに増量となっていたため、患者様に聞き取りをしたが増量になることは聞いていなかった。疑義照会を行い1mgにて処方変更となる。	薬剤追加などの処方変更があり、ルネスタ錠もDo処方ではなく入力したと推定される。電子カルテで選択するときに2mgと1mgを間違えたと思われる。	処方監査時にお薬手帳及び薬剤情報歴の確認をできる限り行うように心がけている。			ルネスタ錠 1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2949	当薬局に初めて来局される患者さんで、エリキユース錠5mg他多数の記載された処方せんを持参。初回問診時に総合病院から開業医にかわってきたこと、年齢84歳、体重は53kgくらいとの情報を得た。エリキユース錠は年齢80歳以上・体重60kg以下の2つが該当した際には2.5mg錠を使用することが基本であるため過量であると感じた。総合病院受診時の薬の記録をお薬手帳で確認した所、やはり2.5mg錠を使用していたため、受診したクリニックに疑義照会を実施。結果、2.5mg錠に変更となった。	総合病院からの紹介状をちゃんと確認していなかった。クリニックにてエリキユース錠入力時の規格ミス。	年齢や体重・腎機能などによって服用量が変化する薬についてはしっかりと確認を行う。病院が変わったときには薬に変更がないかを入念に確認し、今回のようなミスを見逃さない。			エリキユース錠 5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2950	アレジオンLX点眼液が1日4回の処方が出されました。薬剤師が処方せん入力の際に用法の間違いについて気づき、疑義照会を行った結果、1日2回へ変更となった。	処方せんの確認不足	用法用量について必ず確認を行い、処方箋との照合をきちんと行うこと。			アレジオンL X点眼液 0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2951	ベースでナルサス2mg服用しており、レスキューでナルラビド1mgを使用していたが眠気等の副作用があり、試しに他のレスキューを使用することとなり、オプソ5mg、オキノーム20mgが処方された明らかにベースの用量に見合っていないレスキューが処方されたため疑義照会オキノーム散2.5mgの間違いだったとのこと	オキノーム散は複数規格あり処方元がそれについて失念していた可能性がある	ベースとレスキューの用量について確認する今回ベースやほかのレスキューも記載があったため明らかにオキノーム散が高用量であると分かったがオキノーム散のみの処方箋で他薬局に行った場合は発見するまで時間を要する可能性があるため麻薬の処方ではできるだけかかりつけ薬局での調剤を勧める			オキノーム散2.5mg オキノーム散20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2952	前回処方がプレドニン錠5mg、1錠だったが、今回はプレドニン錠5mg、5錠に増量になっていた。患者様との会話では「減量すると聞いている。」と言われたため、疑義照会をしたところ、プレドニゾン錠1mg、5錠に変更となった。	プレドニン錠とプレドニゾン錠は名称が似ており、用量の1錠から5錠の変更は入力したが、規格がそのままになってしまったと思われる。	患者様との最終確認で処方内容があっているのかしっかりと確認をして、処方の妥当性を考え投薬している。			プレドニン錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2953	ずっとアイミクスLD錠を服用していたが、今回HD錠で処方。血圧が低いため、さらに減量する話をしてしたが増量となっていた。	処方医が今回異なっていた。	薬歴を確認し、薬変更時、医師とのやり取りを確認する。			アイミクス配合錠HD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2954	別の病院で管理されていた酸化マグネシウムが、今回から近くの主治医の医院で処方されることになった。処方では酸化マグネシウム330mg 8T/3×の指示だったが、こちらでの薬歴の併用薬登録は酸化マグネシウム250mgだった。緩下剤として使用していて添付文書上2g/日が上限だったため疑義照会したところ、処方が330mg 8T→250mg 8Tに変更になった。	紹介状がなかったか？もしくはあったとしても薬剤名だけで規格までの記載がなかったか？酸化マグネシウムには複数規格があり、入力する際に候補がたくさんでてくるので選択を誤ってしまった可能性もある。	手帳の持参を継続してお願いしていく。併用薬の聞き取りをしっかりと行う。併用薬の登録はわかる範囲で規格まで登録しておく。			酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2955	ガスター散10% 1g 分2朝食後 の処方 ガスター散2% の間違い	医療機関側 規格違いの選択ミス	医療機関へ在庫リスト提出時に 規格違いのある場合は1薬品にできる だけ絞り、規格違いで在庫をする必 要性のあるものはリストにマーカ ーで印をつけ注意喚起する			ガスター散10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2956	咳がひどく、改善見られないため前回のアスベリン散から今回はコデインリン酸塩10%「タケダ」へ処方変更となったが、1日1回2g就寝前と用量が多すぎると監査の段階で気づき、疑義照会した。1回0.2gへ用量変更となった。	医師がコデインリン酸塩の1%散と間違えて用量を設定した可能性がある。	麻薬については必ず1度添付文書を確認する。あまり触らない薬品についても1度は添付文書を開くようにする。			ジヒドロコデインリン酸塩散10%「タケダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2957	新規患者に対し、パキシルCR錠12.5mgが2T/日で処方されたため、初期投与量が1Tであることを確認したところ、1T分1へ変更になった。	普通錠と徐放錠で初期用量が異なるので処方医の勘違いから生じた事例でした。	剤型による初期用量の情報共有、新規処方時は必ず添付文書を確認している。			パキシルCR錠12.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2958	平素から門前医療機関を受診していたが、他医療機関に高血圧で受診しており、遠方で通院が難しいため当薬局の門前医療機関を紹介された患者様。普段の治療薬の他に、新規にアトルバスタチン錠5mgが処方された。患者様に高脂血症の治療を行っているか確認したところ、高脂血症の治療は行っていないことを聴取したため、疑義紹介を行った。疑義紹介の結果、アムロジピン錠5mgへ処方変更となった。	門前病院で処方箋作成時に、アムロジピン錠5mgを入力するべき所をアトルバスタチン錠5mgで入力したためと考えられる。	適正量の誤処方の可能性があるため、日頃より服薬指導時に患者様から適正な処方されているかを検討している。			アトルバスタチン錠5mg「Me」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2959	当初サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg日医工」4錠2×朝食後で処方となっていた。H2ブロッカー、PPI、PG製剤、レバミピドと各種胃薬が処方されており、潰瘍性大腸炎の既往が処方せんから読み取れた。この場合サラゾスルファピリジンの用量としては添付文書上問題なしと考えられるが、腸溶錠の処方のため、適応のあるリウマチの可能性を考慮して念のため疑義照会を行ったところ、医師の指示によりサラゾスルファピリジン腸溶錠250mg「日医工」4錠2×朝食後に変更となった。	サラゾスルファピリジン腸溶錠とサラゾスルファピリジン普通錠の適応症と用法用量の区分けの認識が曖昧だったと推定される。	同成分であっても適応症および用法用量の確認を確実に行う。処方分析から合点のいく要素が存在しても最終的には規定されている適応や用法用量と一致しない場合には疑義照会にて確認を行う。			サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2960	クリニックから今回退院時処方と同じ処方せんを出しますと薬局へ連絡あり、訪問し実物を確認したところ退院時はサムスカ錠7.5mg 1日4錠朝食後だったが今回処方時はサムスカ錠15mg 1日4錠朝食後と処方されていた。疑義照会したところ入院前後と同じ量のサムスカ錠15mg 2錠朝食後と処方変更となりその場で薬を抜いて対応した。	入院前はサムスカOD錠15mg 2錠朝食後で処方されていた。入院先の病院がサムスカの採用薬が7.5mg のみの可能性があり同量として7.5mg 4錠で処方されていた。クリニックが規格を見逃した可能性がある	退院時処方に変更がないか必ず確認するということを徹底、違いがあれば問い合わせをする			サムスカOD錠15mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2961	8月18日、54歳、男性患者に「リビートル10mg、分1、朝食後」の処方を応需した。当該患者は以前から来局しており、処方監査時に処方内容に疑問をもった薬剤師が薬歴を確認したところ、「リビートル5mg」の誤りではないかと疑われた。このため、医療機関へ内容照会したところ、医療機関での入力ミスであることがわかり、処方内容を修正した。医療機関では最近、事務員が変わったとのことで入力ミスが起こったと考えられた。	医療機関の事務や、看護師など、人員変更がある場合には念入りに処方監査をする必要がある。	折に触れて医療機関とのコミュニケーションをとり、医療機関の内情を把握し、薬局内で情報共有する。			リビートル錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2962	他院でタケルダの処方があったが、当薬局の門前の医院にてバイアスピリンが追加処方されていた。Drに問い合わせたところ、お薬手帳に記載されていたタケルダをタケブロンと勘違いし、バイアスピリンを処方したようです。	タケルダとタケブロンの名前が似ていることによる間違い	疑義照会			バイアスピリン錠100mg タケルダ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2963	抗がん剤エスワンタイホウが初回服用であった。用量が初回用量(60mg/回のところ75mg/回で処方)を超えていたため疑義照会した。その結果、60mg/回へ変更となった。(25mg 6T分2→20mg 6T分2)	処方選択画面で25mg錠と20mg錠の選択がカーソルがずれたのではないかと推測する。	毎回用量とBSA、レジメンを確認している。			エスワンタイホウ配合OD錠T25	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2964	前回処方はエビリファイ1mg 1錠、今回増量指示はあったがエビリファイ3mg 2錠に変更となっていた。漸増にしては用量が多いため疑義照会、エビリファイ1mg 2錠指示であったことを確認。	クリニックでのコンピューター入力での誤りの可能性あり。	前回と変更がないか確認。			エビリファイ錠3mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2965	当薬局2回目の来局で初めてナルラピド錠2mgが処方された。しかし、1回目に定期薬が処方された際に以前から服用していた薬剤は1mgと伺っていた為処方医に疑義照会した。その結果ナルラピド錠1mgに変更となった。	1回目の処方の定期でナルサス2mgが処方されていた為、勘違いされたと思われる。	お薬手帳、薬情、患者家族等からの聞き取り等処方箋以外の情報を収集する事により、処方内容に間違いが無い確認していく。			ナルラピド錠 1mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2966	前回の処方ではプレドニン錠5mg 1日2錠であった。今回の処方ではプレドニン錠5mg 1日8錠(朝4錠 昼4錠)となっていた。症状は改善傾向であると聞き取りをしたので病院に確認したところ、プレドニゾン錠1mg 1日8錠(朝4錠 昼4錠)の処方であるということであった。	カルテには正しい用量が記載されていたが、名称類似により事務員の入力ミスが発生したと考えられる。	前回の処方量と今回の処方の変化を確認し、患者からも聞き取りをした上で増量と減量を確認する必要がある。			プレドニン錠 5mg プレドニゾン錠 1mg (旭化成)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2967	入院中に規格変更だったが、詳細をきいておらず医師に確認	投与可能範囲ないだったため、添付文書上は問題ないが、前回との変更があったので気づいた	前回と今回の比較はかならずして、変更点の理由を患者に確認する			クレストール錠 5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2968	もともとジルムロ配合錠HDを服用していたが、今回から病院を変わり、変わった病院では採用していないため入力できないとの事より、配合錠に含まれる成分の薬剤をそのまま別々に処方することに至る。その時にアジルバ錠として今まで20mg飲んでいたところを、40mgで処方が出ており、念のため問い合わせると20mgで処方しなおしますと返答あり。	規格の確認をせずに処方してしまったことだと思われる。	初めての来局でも、今までの処方内容と照らし合わせ、適切な処方になっているのか判断し、患者さんの情報とすり合わせれば防げる内容。			アジルバ錠 40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2969	前回からの処方では減量になっていたが、今回の処方では減量前の量に戻っていた。病院に確認した所、減量のまま継続でと返事があった。	カルテの記入ミスか薬品の選択ミスかと。	用量が変わっているor戻っているなどあれば、患者や家族、施設職員に確認し病院にも確認を取る。			ニフェジピンL錠 20mg 「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2970	当該患者がかかりつけだったクリニックの閉院に伴い、当薬局が門前であるクリニックに転院してきた。薬剤師が本日処方とお薬手帳の過去の処方を比較した所、内服6種類のうちメインテート錠2.5mgが1錠から2錠に増量になっていた。患者から体調や医師からの指導内容も聴取したが増量の意図が分からなかったためクリニックに疑義照会を行ったところ、2.5mg錠1錠の処方ミスであるとの回答だった。	閉院したクリニックが診療情報提供書を発行しておらず、服用薬剤の情報がお薬手帳しかなかった。医師の手にてお薬手帳のコピーを申し送る際、印字が不明瞭だった可能性がある。記載の「メインテート錠2.5mg1錠」を「メインテート錠5mg1錠」と誤読し、2.5mg錠2錠で処方したと思われる。	勘違いによる用量ミスの代表的なものとして事例を周知する。お薬手帳への記載文字の大きさ、濃さ、間隔等を随時検討し、分かりやすい記載に努める。			メインテート錠2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2971	7歳の方にアスピリン散10%1日量2.4gの処方があり、用量過多と判断。疑義照会し、1日用量0.48gに変更していただいた。	アスピリンDS2%で処方するところ、誤って、アスピリン散10%で処方してしまったため。	簡易な小児薬用量表を用意し、秤量前に処方監査する。			アスピリン散10%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2972	前回はタリージェ錠5mg2錠 分2 朝・夕食後で処方されていた。今回処方タリージェ錠5mg10錠 分2 朝・夕食後で記載。用量が超えていたため、医療機関へ連絡。タリージェ錠5mgからタリージェ錠10mg2錠 分2 朝・夕食後に変更なる。	処方変更のため、入力時に規格・用量入力間違いの可能性が大きいと思われる。処方変更を確認したときは用法・用量を確認する。	処方変更時には、添付文書で用法・用量確認、処方記載事項も併せて確認すること。			タリージェ錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2973	前回、ザクラス配合錠LDからジルムロ配合錠LD「武田テバ」へジェネリック変更を行い報告書を病院へ提出した。今回の処方は、ジルムロ配合錠HD「武田テバ」となっていたため、変更による影響などを含めて確認すると入力の間違いであったことが判明。	規格表示が似ていることから入力時に間違えたと考えられる	ジェネリック変更後の処方では、変更情報提出の薬剤と違いないか確認の徹底			ジルムロ配合錠LD「武田テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2974	アレロック顆粒が2.5g、1日1回となっており小児のため明らかに過量の疑いがあり疑義照会し変更になりました。	今回はアレロック顆粒だったが以前はアレロック錠2.5mgを服用しており混同してしまったことが要因だと思います。	小児時は特に体重や年齢など用法用量に注意していかなければならないと思います。			アレロック顆粒0.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2975	以前より、定期的にかかられていたクリニックより、アムロジン錠2.5mgとオメプラゾン錠10の処方が出た。お薬手帳を確認したところ、先月末より別のクリニックにかかられており、アムロジピンOD錠2.5mgとオメプラゾール錠10mgの交付歴があった。今回の処方と重複するので、疑義照会によりアムロジン錠とオメプラゾン錠の処方が削除になった。	定期的にかかられていたクリニックの医師は、別のクリニックにかかられていたことを知らなかった。別のクリニックの内科をかかった時に、医師よりついでにこれまでのお薬も出しておこうと言われたようで、今回のお薬の重複となったと考えられる。	お薬手帳について、薬剤師側からすると、他院にかかられているお薬の情報が、重複や相互作用の観点から、非常に重要になることを再認識した。患者様のお薬手帳の持参の啓発を今後とも続けたい。			アムロジン錠2.5mg オメプラゾン錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2976	前回、ジクロフェナクNa錠25mgを3錠分3で処方があった。今回は ジクロフェナクNa徐放カプセル37.5mg 3C分3の処方であった。ジクロフェナクNa徐放カプセルは1日2回までの薬であるために過量であり、規格、用法について問い合わせた。ジクロフェナクNa錠25mg 3錠分3に変更となった。	医療機関での、入力ミス、規格の確認不足、服用量の確認不足があったと思われる	これまで通り、前回処方歴との比較、常用量の確認が必要だ。			ジクロフェナクNa徐放カプセル37.5mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2977	久しぶりに来局された患者。アドエア250ディスカス60吸入が、朝夕各2吸入の用法で処方されていた。医療機関へ疑義照会を行ったが、以前にも同様の用法で処方しているとの返答であった。メーカーに1回2吸入の事例を確認したが、そのような事例はないとのことで再度疑義照会を行った。その結果、朝夕各1吸入へ用法変更となった。	製品としてアドエア500ディスカス、アドエアエアゾールが販売されている。アドエア500ディスカスが存在するため1回2吸入の倍量服用も可能と勘違いをしたか、またはエアゾール製剤は1回2吸入のため、それと勘違いした可能性が考えられる。	薬局でも製剤による吸入回数を見落としを防ぐための注意喚起を行った。			アドエア250ディスカス60吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2978	ミノドロン酸錠50mgの処方日数が2か月分で2日分であるところ60日分となっていた。	ほかの薬と同じように2か月分処方したために60日分と入力された。またはミノドロン酸錠1mgと勘違いした。	今回の薬のように規格による用法用量の違いがある製品を薬局内で再度確認した。			ミノドロン酸錠50mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2979	小児に対してクラリスロマイシンが処方されていた。処方されたのがクラリスロマイシン錠200mg 1回2錠を1日2回と記載があった。用量が多すぎるため疑義照会を行った。	門前の医療機関はクラリスロマイシン錠200mgを1回1錠を1日2回が成人で処方されるが、小児ではクラリスロマイシン錠50mgを1回2錠を1日2回で処方される。おそらく、事務側の入力ミスかもしれない。	交付する患者様の年齢と1日量は必ず確認すること。			クラリスロマイシン錠200mg「EME C」 クラリスロマイシン錠50mg小児用「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2980	フラジール内服錠250 1錠 1日1回 2日分の処方が出されていたが、患者様の話により、以前処方されたのと同じ薬を出すといわれたが、以前処方されたのはフラジール錠250だったと患者様のお話から分かり、内服錠では日数等不自然なところから、疑義照会し、内服錠と錠錠を誤って処方箋に入力していたことが分かった。	病院のレセコンが「フラジ」と医薬品の最初の文字を入力して薬を呼び出す仕組みのようなので、最後まで名前を確認せず、処方箋に記載してしまうミスが起こりやすいよう。	今回は当薬局に初めてお越しの患者様だった為(今までは他の薬局で薬をもらっていたそう)、薬歴がなく、以前もらった薬が何か分からなかった。初診の患者様の場合は時間をかけて患者様から聞き取りを行い、患者様の話の内容と処方内容に食い違いが生じた場合はその場で疑義照会を行う。			フラジール内服錠 250 mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2981	ミニリンメルト OD 60 μg 1T1×朝で処方。中枢性尿崩症には朝でもいいが、尿浸透圧あるいは尿比重に伴う夜尿症には就寝でも投与が望ましい。	ミニリンメルト OD 60 μg 疑義照会する。寝る前に用法変更となる。	きちんと添付文章などは確認すること。			ミニリンメルト OD 錠 60 μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2982	アレジオンL X点眼液0.1%の用法が1日4回となっていた。以前はアレジオン点眼液0.05%を使用していた方。	アレジオン点眼液は1日4回でL Xは2回の薬。医師もわかってはいはいるが間違えて処方してしまったと思われる。	間違えやすいので要注意。今まで1日4回で使用していたので間違えないように指導が必要だった。			アレジオンL X点眼液 0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2983	患者さまはステロイドを徐々に減量中の方。前はプレドニゾロン錠1mg 3錠 (3mg/day) で処方されていたが、今回プレドニン錠5mg 2錠 (10mg/day) で処方があったため、医師へステロイドの量について疑義照会。プレドニゾロン錠 1mg 2錠 (2mg/day) へ変更となる。	オーダリングからプレドニゾロン錠 1mgを処方するところ、誤ってプレドニン錠5mgを選択してしまったと思われる。	今回の事例のように、これまでの処方内容を把握していなければ気付けないこともあるため、他の病院の薬も含め一元的に管理できるかかりつけ薬局を持っていただくように働きかける。現在飲んでいる薬や過去の服薬歴を確認するために、お薬手帳の重要性を説明し、毎回必ず提示していただく。			プレドニン錠 5 mg プレドニゾロン錠 1 mg (旭化成)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2984	デキストロメトルファン臭化水素散10%3g分3食後で処方。過剰量投与と考えられるため疑義照会。結果デキストロメトルファン臭化水素錠 15mg3錠分3食後へ変更となった。	処方医がデキストロメトルファンの部分のみで判断し処方。	処方監査時、剤形等も確認。用法等も毎回確認し過誤防止に努める。			デキストロメトルファン臭化水素酸塩散 10% 「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2985	前回処方まで、プレドニン5mg 1錠/日を服用していた患者に、プレドニン5mg 4錠/日の処方あり患者との話では体調は落ち着いてきており増量の話は無かった。すぐに疑義照会し プレドニゾン1mg 4錠/日の誤りであった。 医療事務が、カルテから処方入力転記時にプレドニゾン1mg を選択すべきところ、プレドニン5mg を選択した様子	プレドニン5mg、プレドニゾン1mg と製剤名が酷似しているために起こるものと思う	患者からの体調含め聞き取りにより、薬の選択を推察する。			プレドニン錠 5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2986	アゾセמיד錠30mg 1錠 朝食後に服用中、アゾセמיד錠60mg 1錠 朝食後に増量→合計90mg と高用量であるため問い合わせ→アゾセמיד錠30mg 1錠朝食後追加の誤り	・患者とのコミュニケーション・連携ミス	在宅店舗であり、高齢の方が多いので背景などを把握してから処方内容を確認する。さらに1つだけの医療機関とは限らないので確認するようにする。			アゾセמיד錠 60mg 「JG」 アゾセמיד錠 30mg 「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2987	他医療機関ですでに P P I 製剤が投与されていた所、ネキシウム 20mg が処方となっていた。	医療機関に患者がお薬手帳を提示しなかったため	お薬手帳の重要性を患者に伝え、啓蒙していく。			ネキシウムカプセル 20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2988	初めてエビリファイ内用液が処方されたが、1回 12ml で処方されており、初回ということと年齢から投与量が多いと判断し、疑義照会。1回 1ml に変更となった。	医師がオーダーリングシステムで選ぶ際、包装単位を把握していなかったものと考えられる。	添付文書から大きく逸脱する場合は必ず疑義照会を行う。			エビリファイ内用液 0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2989	ワーファリン 5mg 1錠 朝食後処方あり手書きで見えにくい状態だが読み取れる状態疑義照会でワーファリン 0.5mg 1錠と電話で処方医に確認	初めて来局される患者様でいつもは門前の薬局利用先生の手書きの癖ある	読みにくい場合は無理に判読せず必ず医療機関に疑義照会する			ワーファリン錠 5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2990	用量が 7.5g 分 3 が通常用量のところ、2倍の量が処方されていたため疑義照会を行うと、医師の勘違いとわかり通常用量へ変更になった。	ツムラよく 苡仁湯エキス顆粒は、ヨクイニンエキス散と違ってマオウなどヨクイニン以外の成分も含まれており、1日用量が 7.5g 分 3 だが、医師はヨクイニンエキス散と勘違いし 1日量 6g を設定しようとしたが「g」ではなく「包」の単位だったため、1日 6 包分 3 の処方となり、倍量の用量の処方となってしまった。	用法用量の確認の徹底を行う。特に漢方薬は薬品名も長くメーカーによって一日量も異なる場合があるので 1 文字確認などを行い間違いが無いようにする。			ツムラよく 苡仁湯エキス顆粒 (医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2991	処方医療機関よりコデインリン酸塩 20mg を4錠→6錠へ増量させたいと連絡あり、増量に関して適正かを添付文書を確認したところ、成人 1日60mg、適宜増減の文言の記載あり。通常の倍量と高齢と言うこともあり、通常の倍量となる旨を伝えたとこ、現状の4錠のままとなった。	添付文書の用法用量の確認不足、	処方変更の際は適正かどうかを必ず確認するよう徹底する。			コデインリン酸塩錠 20mg 「第一三共」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2992	ポノテオ50mg 1錠分13日分 曜日毎に服用 という処方箋を受付けた。ポノテオ50mgは4週に1回服用する薬であるため、医師に疑義照会を行ったところ月に1回服用へ変更となった。	医師が週に1回の他のビスホスホネート製剤と間違えていた可能性がある。	飲み方が特殊・複雑な薬は逐一添付文章などで用法用量を確認する。			ポノテオ錠 50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2993	処方記載は手書きで「フリウェル 3シート」のみ規格がフリウェル配合錠は規格が2種類(ULD、LD) があるため、疑義照会した。ULDであると回答得た。	院内処方から院外処方へ移行して間もない時期だったためか、規格が複数ある薬剤の規格記入漏れが多発している。フリウェル配合錠LDおよびULD錠は医療機関の採用薬であることは事前に伺っていたため問い合わせた。手書き処方のため、処方医によって記載方法が異なり、統一されていないことも要因の一つと考えられる。	処方箋受取時に、処方箋監査を行うことを推奨している。患者様からの聞き取りや薬手帳で確認した場合でも、規格記載不備があった場合は、推察せずに疑義を行っている。			フリウェル配合錠ULD 「あすか」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2994	一般名処方でメロキシカム錠 (10) が3錠1日3回 毎食後で処方あり。疑義照会の結果削除に。	その他にも分3処方あり。メロキシカムの次の行にメチコバル錠の処方あった為、薬剤入力時の誤処方であったと推定される。	患者から痛みの強度が強いことを聞き取りできたが、誤処方である疑念が強かった為疑義照会実施。			メロキシカム錠 10mg 「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2995	当薬局新患の患者様。アンケートには本日受診理由が汗疹となっていた。レボフロキサシン錠が出た為、掻きむしった等の皮膚症状など化膿部分に関して投薬時に確認。確認すると化膿している部位はなく、抗生剤を出すとは話をしなかったと返答があった。上記の確認より、薬品名の間違いの可能性も懸念された為、病院に疑義照会を行った。	レボフロキサシンとレボセチリンとはじめ2文字は同様になっているため、恐らくそこからの検索ミスの可能性があると考えられる。	問診をきちんと行い、治療内容と処方内容が同様になっているか、適正使用しているか確認していく。			レボセチリジン塩酸塩錠 5mg 「トーワ」 レボフロキサシン錠 500mg 「杏林」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2996	添付文書上、トビエース錠は通常1日1回4mg。症状に応じて1日1回8mgまで増量できる。用量確認のため疑義照会を行い、1日1回8mgから1日1回4mgへ変更となった。	添付文書の用法・用量確認不足。	新規薬や追加薬がある場合の用法用量確認。			トビエース錠8mg トビエース錠4mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2997	グルベス配合錠とグリメピリド錠が同時に処方されていた。	名称の類似などが原因と考えられる。	添付文書で成分の確認を行い、相互作用、禁忌薬の確認を行う。			グルベス配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2998	お薬手帳を確認したところ、以前から長期で他薬局でチモプトロールXE点眼液が1日2回で調剤されていたが今回当薬局で初めての受付通常1日1回の用法のためチモプトロール点眼液との間違いの可能性があるので病院に疑義紹介を行ったところ用法間違いが発覚した。疑義紹介後チモプトロールXE点眼液1日1回へ変更	処方医がチモプトロール点眼液とチモプトロールXE点眼液の用法を混同薬局の類似医薬品の用法確認不足	レセコン入力時の用法違い等の警告が出た際の用法の確認の徹底類似医薬品の添付文書での用法確認、用法が異なる場合は疑義紹介お薬手帳で以前より長期で通常の用法と異なる用法で使用されている場合でも必ず疑義紹介を行い確認をする			チモプトロールXE点眼液0.5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2999	ピオグリタゾン、カナリア、メトホルミンで糖尿病治療中の患者(9/17定時処方60分)。採血の結果血糖値上昇の為10/22にトルリシティ処方。患者に内服の糖尿病用剤の服用指示について確認したところ、Drからメトホルミンを中止、と。GLP-1阻害剤であるトルリシティとの併用でDPP4阻害剤が配合されているカナリアを継続する、と受け取れたため確認の為疑義照会。最初、Drはピオグリタゾンとメトホルミンを中止、と患者に伝えた回答あり。カナリアはDPP4阻害剤でありトルリシティとは併用しない旨をお伝えした結果、カナリアとメトホルミンを中止しピオグリタゾンは継続、との回答へ変更になった。患者へ中止薬剤と継続薬剤について再度丁寧に説明した。理解された様子だった。	医師と患者とのコミュニケーション不足。推測だが、医師がカナリアとSGLT2阻害剤であるカナグルとの思い違いをされた可能性も考えられる。	薬剤への十分な知識。患者の話から気になったことは確認する。疑義照会での医師への確認も含めて。			トルリシティ皮下注0.75mgアテオス	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3000	メトホルミン錠処方開始となった方に、メトホルミン錠500「DSEP」2錠分2で処方された。初回処方分は250ミリグラムからとされていた為疑義照会を行う。	医師の認識不足	特に初回処方については用量確認を行う			メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3001	アレジオンLX点眼液0.1%が、両眼1日3回で処方されていたが、適正使用回数は1日2回であること、アレジオン点眼液0.05%であれば、1日4回であることを医師に疑義照会し、アレジオンLX点眼液が、1日2回での処方となった。	アレジオン点眼液0.05%と認識違い。	点眼液の成分濃度と、使用回数の把握			アレジオンL X点眼液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3002	2021年8月某日 患者が処方箋持参 エリキユース5mg 2錠 朝夕食後で処方されていた。久しぶりに来局される方で他の病院から転院してきたとの事。お薬手帳確認するとエリキユース2.5mg 2錠 朝夕食後で処方されていることが分かった。患者増量変更は聞いていないとのことで処方医にFAXにて疑義照会。エリキユース5mgから2.5mgに変更になった。	転院元の処方を見間違えたもしくは入力間違いが原因と推定される。	転院してくる患者も多いので手帳や患者聞き取りから変更点など確認。処方内容と患者の話に矛盾がないか確認するようにしている。			エリキユース錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3003	デュロキセチンカプセル30mg2cpとデュロキセチンカプセル20mg1cpの合計80mg/日で処方あり。1日上限量の60mgを超えていたため疑義照会実施。疑義照会后、デュロキセチンカプセル30mg1cpと20mg1cpの合計50mgに変更になった。	前回はデュロキセチンカプセル30mg2cpで処方あり。減量する目的で規格変更する際に誤って入力したと思われる。	上限量、相互作用などあらゆる観点で適切な処方監査を行うようにする			デュロキセチンカプセル30mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3004	レザルタスLDからHDに増量しているが、血圧変動なし、増量の説明もなかったとのことで問い合わせLDに戻る	処方箋記載ミス	薬歴の確認、患者からの聴取			レザルタス配合錠LD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3005	11歳の小児にグリセリン洗腸60mlの処方あり。用量について処方医に確認。40mlに変更となった。	単一規格のみを採用している病院で、例外的に複数規格採用している医薬品であった。	病院が複数規格採用している医薬品は処方医の打ち間違えの可能性を考慮して監査する。			グリセリン洗腸液50%「ケンエー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3006	アブリンジンカプセル20mg 4C 1日2回 朝夕食後の処方 これまで他病院にて アブリンジンカプセル10mg 4C 1日2回で服用していた 今回増量とは聞いていないため疑義照会をした結果、20mg 2Cと変更になった	病院の採用薬が20mgのみであったため、薬の規格に誤りがあった	転院の際は、処方変更に注意をする			アブリンジン塩酸塩カプセル20mg「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3007	当薬局を初めて利用する患者が処方箋をもって来局した。テラムロ配合錠とテルチア配合錠が処方されていた。お薬手帳を持っていたので、薬剤師Aがお薬手帳を確認したところ今までテルチア配合錠が処方されていた。同成分テルミサルタンを含んでいるため、処方医に疑義照会した。その結果テラムロ配合錠は削除になった。	処方医入力時における名称が類似していたため入力重複したよう。	お薬手帳や患者からの聞き取りにより処方必要性や重複している成分がないか確認を怠らないようにする。			テラムロ配合錠 A P 「ニプロ」 テルチア配合錠 A P 「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3008	平素から受診していた病院に高齢の為足が不自由になり通院が難しく、自宅近くのクリニックにかけつけを変えた時の初診時。平素からテラムロ配合錠 A P (テルミサルタン40mg・アムロジピン) を継続していたが新規のクリニックの処方が B P (テルミサルタン80mg・アムロジピン) になっていた。投薬時の患者からの聞き取りで血圧に変動なく、医師からも血圧薬を変更すると聞いていなかったため疑義照会のち、処方記載の誤りで今までと同じ A P に変更になった。	アルファベットで配合量の区別をする薬剤は見間違い、転記間違い、入力間違い、思い込みなど様々な要因でミスが起こりやすい。今回の医師の誤りも小さなお薬手帳の文字をしっかりと読み取り同じ薬剤を処方するということが不備が生じたのかもかもしれない。	処方内容に変更があった際は変更の内容に妥当性があるか患者から受診時に医師と話した内容や検査結果の推移等を確認のうえ投薬する。			テラムロ配合錠 A P 「D S E P」 テラムロ配合錠 B P 「D S E P」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3009	カロナール細粒50%2g、歯痛専用の処方箋を受ける。患者様は10歳で体重を確認したところ24kg。1回服用用量が多く、規格選択ミスか計算ミスが発生していると想定され疑義照会。ドクター照会の結果、アセトアミノフェンとして400mgの処方であること確認。カロナール細粒20%2gに処方変更となった。	病院事務等による規格選択ミスや知識不足が考えられる。	小児用量、体重から算出する用量を常に確認し、レセコンの警告や監査システムのアラートも十分に確認しながら調剤を行う。			カロナール細粒 2 0 % カロナール細粒 5 0 %	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3010	いつもセレコキシブ錠100mg が処方されている患者に200mg が2錠分2で15日分も処方されていた。	クリニック側の規格の入力ミスかと思われる。当該患者リウマチ等の基礎疾患もなく、またDr.からも特に説明なかったとのことで疑義照会。	薬の名称だけでなく規格には十分注意する。また薬歴、患者からの聞き取りも大切なのでしっかり行う。			セレコキシブ錠 2 0 0 mg 「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3011	メブチン吸入液にて治療も喘息症状コントロール不良だったため当薬剤に切り替えとなった。その際用法が1日2回となっており、疑義照会の上1日1回に変更となった。	アドエア 5 0 ディスカスと同様の用法と判断された可能性がある。	同薬剤の保管場所に用法と薬剤の一覧表を設置し注意を促す。			アドエア 1 0 0 ディスカス 2 8 吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3012	ペボタスチンベシル酸塩錠 10mg × 2Tで処方開始。次の受診時処方継続し同じ内容で処方箋発行。当局にて傾眠傾向が強いと訴求。疑義照会実施。ペボタスチンベシル酸塩錠 10mg × 1Tに減量にて投薬するように指示あり。	患者とのコミュニケーション強化	患者とのコミュニケーション強化			ペボタスチンベシル酸塩錠 5mg 「タナベ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3013	エナジア吸入用カプセル中容量がもともと処方だった患者。声がかすれるようになったとの訴えあり、今回からフルティフォーム125エアゾール120吸入に変更となった。しかし添付文書を参照の結果、ステロイドの量は逆に増量となっており、疑義照会を行った。結果、フルティフォーム50エアゾール120吸入に変更となった。	処方医のミスである可能性もあるが、処方箋を印刷した病院の事務員のミスである可能性も考えられる。吸入数(120吸入)と用量(125)を混同した可能性あり。	当該の処方医は吸入薬の用量についてはほぼ低用量で出す傾向があり、その傾向を把握していたため処方内容がおかしいことに気が付いた。処方医の処方傾向を知ることは重要と思われる。ほか、患者とのコミュニケーションが良好にとれたことも疑義照会するに至った要因として考えられる。			フルティフォーム125エアゾール120吸入	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例