

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1	インチュニブ錠1mg 1日1錠 35日分を粉碎で処方のところ、49錠を粉碎し35日分で分包してしまった。監査者が粉碎後の空ヒートの数が処方と合わないと感じ患者にわたる前に発覚した。	14錠ヒートを10錠ヒートと勘違いしてしまった、業務手順不徹底により確認不足のまま調剤してしまった。粉碎時に薬品名は確認したが数量の確認ができていなかった。	10錠シート以外のものは区別がつくよう棚に記載した。業務手順を飛ばしたりしないよう再度店舗スタッフ全員で話し合った。			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るものの、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.65を発出したところである。
2	患者入所施設看護師より、患者へ抗生物質が処方されるとの連絡があった。その後担当医よりオーグメンチン250RS・アモキシサンカプセル25mgの処方があった。アモキシサン・オーグメンチンの併用と早合点してしまい薬剤師A(勤続10年目)調剤。鑑査も通ってしまった。施設でお渡しする時の確認時に薬情と薬が違うことに気が付き、回収。患者精神系の薬処方はないため、処方元へ疑義。その結果アモキシサンカプセル→アモキシシリンカプセル250mgへ変更になった。	抗生剤処方という先入観があり、処方内容を早合点して薬内容を読み間違えてしまった。結果的には、調剤内容と処方内容は同じになったが、処方箋受付時に間違えに気が付き、疑義した後調剤すべきだった。閉店時間も迫り、施設に届けなければいけない焦りもあった。	アモキシシリン、アモキサンは入力の間違えが多い薬。そのことも念頭に置きながら調剤、鑑査すべきだった。鑑査者も調剤慣れしていたので、処方内容、入力の確認を徹底する。	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。
3	処方でアモキシサンカプセル25mgが処方されていたが、ピッキング間違えでアモキシシリンカプセル250mgをピッキングした。	類似の名前、25mgと規格の見間違え。	ダブルチェックで防げたので今後もダブルチェックをしっかりと行いたい。	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。

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
4	新患アンケートでは風邪症状と記載にもかかわらず処方内容がアモキシサンカプセル25mg→疑義照会でアモキシサンカプセル250mgに変更	今回は新患アンケートの相違で気付いた事例ですが、患者に投薬時にも気付けるようにヒアリングしていく	今後も調剤前監査の実施			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。
5	イクセロンパッチ18mgを調製しなければならぬところ、誤ってニュープロパッチ18mgをピッキングしてしまった。鑑査時も気が付かず、そのまま患者様の元へ渡ってしまったが、少し残薬があり、残薬を使用していた為、使用前に正しい薬をお渡しし、間違えた薬を回収することが出来た	規格が同じ18mg、外観が同じ紫色のため取り間違えてしまった。プラミベキソール処方のためニュープロパッチに違和感を感じなかった。パッチの棚には間違い防止注意カードをいれて一緒に拾うこととしており、注意喚起しているが、今回カードと一緒に拾っていなかった。	ニュープロパッチ、イクセロンパッチともに間違い注意のラベルを張り、拾う際に十分注意する。鑑査をする際に特に類似品にはダブル、トリプルチェックをする。	イクセロンパッチ18mg	ニュープロパッチ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。
6	忙しい時間帯に、複数の処方重なっていた吸入薬の包装から中身を出さずに投薬アルミの包装なので識別の色が一部にしかなく見誤る投薬後に、から爆見ですぐ気づいたが患者は車で出発していた。しばらくして、連絡したが不在 折り返し連絡あり 投薬ミス告げる 数日吸入しておらず調子悪くて、すぐ使用したとの事事の説明して謝罪 交換してもらうことに	忙しい時間帯でちゃんと開封する時に確認していなかったことや、アルミの包装から出して患者に見せなかったことなどが、要因	開封する前に、ちゃんと他のものに一度確認してもらうように変更	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。
7	リベルサスは安定性の問題から縦に裁断することは禁止されていたが、リベルサス3mgが1日1錠35日処方されていたためヒートを縦に裁断し調剤する必要があるので縦に裁断して投薬した。	初めての処方であったため知識が不足していた。新規採用であったが、添付文書等を十分に確認せずに調剤した。縦に裁断できない包装は珍しく初めての経験であった。	ヒートの取り扱いに関する知識を職場内で共有する。はじめて調剤する医薬品については、医薬品の取り扱いに関する注意点も事前に添付文書等で十分確認する。			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。

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
8	リベルサス錠7mg63錠で処方あり。 リベルサス錠7mgのシートの特性で半分に切れない為、奇数でのお渡しは不可能。	リベルサス錠7mgに関するシートの特性の理解不足。	63錠⇒64錠処方へ変更依頼。			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。
9	リベルサス錠7mg1日1回起床時35日分を含んだ処方箋を応需した。リベルサス錠はPTPシートをミシン目以外で分割できない為、PTPシートを縦に分割する事ができない。この点に気付かず、調剤者はPTPシートを縦方向に分割し調剤した。鑑査者がそれに気付き、処方元に疑義紹介して偶数錠処方に変更することで対応した。	リベルサス錠は吸湿性が強く、光に不安定な性質がある。特に吸湿性に関しては、錠剤の存在位置とPTPシートの圧着面が十分な距離確保できない場合、PTPシート内部の密閉性を担保出来なくなる為、規定の保存条件から逸脱してしまう。本事例の要因としては調剤者がリベルサス錠の調剤経験に乏しかった事、繁忙期とタイミングが重なってしまった事などがあると考えられる。	薬局内で周知徹底し、薬剤棚のリベルサス錠の位置に注意喚起を促す体制を整えた。			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。
10	リベルサス錠のヒートはミシン目以外で切り込みを入れてしまうと吸湿してしまうためNGとされているが、処方日数が奇数であったためミシン目以外に切り込みを入れざるを得ない日数であった。メーカーによれば90日間はミシン目以外で切り込みを入れた場合でも吸湿性の観点からは問題ないとのこと。しかし、品質における試験は行われていないため、切れ込みを入れてしまったら交付はすべきでないと思われる。	おそらく処方医は上記内容については把握していなかったため、奇数の日数で処方されたと思われる。認識していたとしても他に多くの薬剤師が処方されていれば見逃してしまう可能性は高いと思われる。	薬品箱に注意喚起のPOPを貼付し調剤者に注意を促すことで防止するようにしている。			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。
11	[般]ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏の処方、ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏をピックアップしてしまったが、入力していた方が気付いて下さった。	どちらの薬もベタメタゾンとプロピオン酸がつき、よく処方されるのがベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏のほうだったので間違えてしまった	両方の名称がよく似ていることを認識したうえで処方せんを見る	[般]ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
12	患者が処方箋も持って来局した。処方箋には【般】イルベサルタン・アムロジピン5mg配合錠 1錠朝食後14日分と記載されていた。事務員A(職務経験3ヶ月)はイルアミクスLDで入力するところ誤ってイルアミクスHDで入力した。鑑査にあたった薬剤師Bが入力が間違っていることに気づき、事務員Aに間違いを伝えた。事務員Aは入力を訂正し、薬剤情報提供書などを出力し直したものを、再度薬剤師Bが鑑査した。鑑査で気付いたため、患者には正しい薬と提供書を交付した。	今回より【般】イルベサルタン・アムロジピン10mg配合錠が【般】イルベサルタン・アムロジピン5mg配合錠に変更となっていたが、規格の違いに気づかなかった。	特に配合剤の一般名処方間違いやすいので、規格をきちんと確認して調剤およびレセコン入力をする。鑑査時にもシートに記載してある規格などで確認を徹底する。	【般】イルベサルタン・アムロジピン5mg配合錠	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
13	皮膚科2回目、一般名処方の軟膏混合(ステロイド:プラスチック=1:1、10g)のみの処方せんで、ステロイドがジフルプレドナートからジフロラゾンに変更されていたが、入力チェック時変更気づかず前回Doで調剤。他の薬剤師が鑑査時に入力・調剤ミスを発見した。	(1)一般名処方の確認が不十分であった(ジフロラゾンをジフルプレドナートと読んでしまった)。(2)前回Doと思い込みがあった。	一般名処方特に注意を払い、最後まで読むこと。頭の方だけで判断しない。	【般】ジフロラゾンサク酢酸エステル軟膏0.05%	ジフルプレドナート軟膏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
14	患者さんへの投薬時、処方されるはずの薬が処方されていないことが判明。病院へ疑義照会を行ったが、処方医が不在のため、他の医師が対応。処方されるはずだった薬を電話にて確認。その後、ファックスで処方箋が来た。電話で聞いた内容の薬剤は「ビドキサール30mg」であったが、ファックス内容は「ピリドキシリン30mg」であった。 電話で聞き取った内容とファックス内容の確認を怠ったため誤って「ビドキサール30mg」で調剤し交付。後日、事務が誤りに気づき、病院に再度確認したところ「ピリドキシリン30mg」だったことを確認。患者さんへ連絡し正しい「ピリドキシリン30mg」でお渡し。服用中であったが、健康被害なし。	患者さんが一度処方箋を預け、二度目の訪問時に処方されるはずの薬が処方されていないことに気付いたこともあり、慌てていた。電話で聞き取った内容と処方箋ファックスの内容が同一であると思い込んでいた。処方箋での「ピリドキシリン30mg」と「ビドキサール30mg」が同一薬剤だと思い込んでいた。	処方箋に基づいた調剤を行う。	【般】ピリドキシリン塩酸塩錠30	ビドキサール錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
15	【正】2mgセルシン錠 50錠【誤】 2mgセルシン錠 10錠とコンスタン錠 0.4mg 40錠を混在して交付	バスの時間が迫っており、患者様がカウン ター前で急かすように立っておられ た。2mgセルシン錠調剤時、新しい箱を 開封する際に隣りあったコンスタン錠 0.4mgの箱を開封し、調剤してしまっ た。箱の外観、PTPシートの形状が類似し ており、異なる薬剤を混入させて調剤し てしまった事、異なる薬剤が混入した状態 で調剤されていることに気付かなか った。	外観の類似した外箱、規格違いの薬品に関し ては離れた場所に保管時時は束ねられている全 てのシート、箱、アルミ包装について薬剤名、 規格を確認するよう徹底	2mgセルシン錠	コンスタン0.4mg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
16	ピッキングを行った者の経験が浅く、一 般名のd-クロルフェニラミンとみたら、 99%がベタセレミン配合錠の状況なの で、その時点で判断してしまい、ベタメ タゾンの記載が無いのを見落としてし まった。監査者は知識と知ってはいた が、画像確認で外観が酷似していて交付 直前まで気づけなかった。	処方元の病院では妊娠中の患者さんにス teroidの内服は使わないということが 徹底されており、その情報共有ができて いなかった、また外観、一般名の名称が 似ていることを事前に周知できていな かった。	薬局内で外観、一般名などの名称酷似の薬品は周 知して、よく来られる処方元のルールも周知する	d-クロルフェニラミ ンマレイン酸塩錠2m g「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
17	d-クロルフェニラミンマレイン2mgの ところ6mgで調剤してしまった。	経験が浅く規格違いを分かっていた。 た。	規格違いの医薬品は一覧表作る	d-クロルフェニラミ ンマレイン酸塩錠2m g「武田テバ」	d-クロルフェニラミ ンマレイン酸塩徐放錠6m 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
18	本来、d-クロルフェニラミンマレイン 酸塩で処方されているところを入力を間 違いをしてしまい、調剤録監査、投薬と もに気づけずエンペラシン配合錠でお渡 し。後日、2回目調剤録確認時に発見。 患者様に電話してお伝え。	とても多忙だったため、焦って確認があ まりできなかったと思われる。	多忙であっても、個々に何回か間違っ ていないか確認を行う。	d-クロルフェニラミ ンマレイン酸塩錠2m g「武田テバ」	エンペラシン配合錠		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
19	クロルフェニラミンが処方されていたと ころ、包装が類似しているピソプロロ ール錠を調剤していた。交付前に気づ いて修正して渡した。	該当2種の薬が包装が類似している上 に調剤棚の配置も近かった。	2種類の薬の配置を遠い場所に移動した。	d-クロルフェニラミ ンマレイン酸塩錠2m g「武田テバ」	ピソプロロールフマル酸 塩錠2.5mg「ト 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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
20	L-アスパラギン酸Caが処方されているところをアスパラKを調剤し、払い出ししてしまった。その後薬歴記載時に気付いき、本人へ連絡、まだ服用しておらず謝罪して再度調剤しお渡しした。当該患者は服用しておらず、影響は出なかった。	その当時、L-アスパラギン酸はほぼ動いておらず在庫がない状態であった。アスパラKのみ在庫があり、確認不足で調剤してしまった。監査者も見逃してしまった。	L-アスパラギンとアスパラKを違う段に置き、類似品があることを薬局内に周知、注意喚起のシールを貼付した。	L-アスパラギン酸Ca錠200mg「サワイ」	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
21	サリチル酸メチル等配合薬(非温感)で処方されていたところ、MS温湿布で調剤した。監査の薬剤師が非温感であることに気がついた。	一般名だけでなく湿布には非温感、温感の記載があることを常に気をつけておくことに気がついた。	処方箋の非温感、温感記載にチェックをする	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
22	SM配合散処方患者へ、つくしAM配合散ピック。テイカーはつくしAM配合散をSM配合散の小箱と思いこみ通さず。	勘違い・思い込み。自ピック自己鑑査、	ピックを行った箱からテイカーを通す	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
23	日数の違う複数科をまとめて作るが次のものを作る時に前回の余りの預かっている薬が違うことに気付き間違いが発覚患者さんに連絡して確認したが11回分服用済み体調に変化はみられなかったことを確認後主治医に報告	緊急な事情があり手順通りにすめなかった	時間がかかる事があっても手順を遵守する	アーチスト錠10mg	アテック錠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
24	前回までプリモニジン酒石酸塩・プリンゾラミド液が処方されていた。今回プリモニジン酒石酸塩点眼液が処方された。入力者がプリモニジン酒石酸塩までおなじなので前回D0で入力し、監査者も最後のプリンゾラミド液が記載ないことに気づかず、前回と同じ処方ですと患者様に説明。説明中に患者様が、今回は点眼後に目が痛くなるので薬が変わってるはずだと訴えがあり、プリンゾラミド液の部分の記載がないことに気づいた。	一般名処方への入力、監査は、塩の部分のさらに後ろの部分の記載にも注意が必要です。	～塩・～液等の記載のある一般名処方への入力、監査は最後の部分まで注意すること。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
25	アイファガン点眼液が処方されピッキングを行ったところ、アイファガン点眼液の箱にアイベータ点眼液が混入しており、間違えてアイベータ点眼液をピッキングしてしまった。監査を行っていた薬剤師が気づき、アイファガン点眼液を取り直したため事なきを得ず。	箱から出したアイベータ点眼液をしまう時、間違えてアイファガン点眼液0.1%の箱に入れてしまったと考えられる。	しまう時に外箱と中身を確認する。ピッキングする際、外箱だけでなく中身も確認する。	アイファガン点眼液 0.1%	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
26	一般名ブリモニジン、商品名アイファガン点眼液をアイラミドで誤調剤、誤入、誤交付。以前までアイラミドを使用していた。交付後に気づいた患者家族から電話にて連絡あり、使用前に患者自宅に伺い当日に交換した。	薬品名が似ており、調剤者は前回のおくすり手帳を見ながら調剤。一般名の知識不足から調剤時の確認不足。当日の処方箋の一般名、商品名をよく確認することが必要。	一般名、商品名を照らし合わせ確認する。処方前回と類似でも必ず変更の有無をよく確認する。	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
27	ブリモニジン・プリンゾラミド配合点眼の一般名処方にて、アイラミド点眼の調剤必要などところを誤って、ブリモニジン点眼を調剤してしまった。	投薬前に監査システム用いて薬剤の取違えないう運用しているが、途中で別の作業が入り中断後の再開時に監査システム通したと勘違いして調剤してしまった事が要因と考えられる。	作業中断時は監査システム利用有無分からなくなる場合ある為、監査システム利用後はチェック行い利用有無分かるようにする。	アイラミド配合懸濁性点眼液	ブリモニジン酒石酸塩点眼液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
28	当薬局ではサラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「〇〇〇」が採用品。他院から【般】サラゾスルファピリジン500mgを含む処方せんを受け付けた。当薬局は脳神経外科メインに応用している為、他分野の薬剤に関する知識を持っていなかった。事務員はサラゾスルファピリジンと500mgが合致していることから採用品のサラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「〇〇〇」を選択して受け付けた。この薬に関する知識不足があった為、調剤薬剤師が調べたところ、アザルフィジンENとサラゾピリンで腸溶錠とそうでない剤型があることを知った。結果、剤型に関するミスを防ぐことが出来た。	不得意分野の薬剤が処方依頼あった場合、急がず焦らず製品名、規格、剤型を複数人で確認することが重要だと感じた。	忙しい時は混雑しないように流れを大事にする。そんな中、不得意分野の薬剤が処方を受けた時は、複数人で一般名と商品名が同一であるかどうか確認しあうことが大切と感じた。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
29	先発品のアザルフィジンでお渡しするところ、入力がジェネリックになっていた	裏打ちをしっかりと見ていなかった	裏打ちのチェックを指でなぞってしっかり確認する	アザルフィジンE N錠 500mg	サラズスルファピリジン 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
30	アシクロビルが処方されたが、バラシクロビルだと思い込み調剤者にこれを撒いてと指示、その後監査でも気づかず投薬。しばらくしてハッと気付く患者家族に連絡。1P飲んでしまっていた。主治医に報告、相談。バラシクロビルだと結果微量のため、同効薬でもあるし問題ないだろうという結論。アシクロビルで作り直し差し替え。お詫びの上、お届け。	夕刻になり、疲労もあったのか、なぜか完全にバラシクロビルと思い込んでしまった。いつもは調剤者が薬を取り調剤するが、この時は調剤者が他の調剤を行っていたため、監査者が薬を取り、調剤者に渡し調剤。そのため、調剤者もアシクロビルであると疑わなかった。	汎用品であるアシクロビルDSと、あまり出ないバラシクロビル顆粒の保管場所を変え、別々にした。また、混んでも必ず2者確認を徹底するようにした。	アシクロビルDS 80%「NK」	バラシクロビル顆粒50%「SPKK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
31	般) アシクロビル錠200 6錠 1日3回 朝昼夕食後 7日分の処方があり、処方鑑査の段階で用法用量が少ない為疑義照会したところ、患者様は带状疱疹で受診したため、般) バラシクロビル錠500 6錠 1日3回朝昼夕食後 7日分の誤りと判明した。	アシクロビルとバラシクロビルはともに带状疱疹で使用される薬剤であるが、用法用量が異なり医師の認識不足であるか、レセコンで带状疱疹で検索した際に隣通して選択されやすいような項目になっていたか。	用法用量が異なる場合は、必ず疑義照会をする。	アシクロビル錠200mg「サワイ」	アシクロビル錠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
32	アジルバ20mg アラバ20mg 取り間違い 交付時 患者指摘で発覚	アラバは劇薬棚アジルバとは離れていたにも関わらず薬剤師の思い込みで取り間違い	アラバを劇薬棚から引き出しに変更	アジルバ錠20mg	アラバ錠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
33	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはアジレクト錠1mg 1錠分1夕食後56日分と記載されていた。薬剤師A(職種経験年数約40年)はアジレクト錠1mgを調製するところ誤って3日分だけミラベックスLA錠0.375mgを調製し、監査に回した。 鑑査にあたった薬剤師Bは処方薬のアジレクト錠1mgではなく、ミラベックスLA錠0.375mgが調製されていることに気付き、調製した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはアジレクト錠1mgを正しく調製し、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。	アジレクト錠1mgの箱の中に、PTPのデザインが似ているミラベックスLA錠0.375mgが3錠間違えて入っていたため間違えた。外装似ていた。一包化で調剤の為、患者の待ち時間が長くなるため焦ってしまっており、調剤前に内容の確認を疎かにしてしまった。	箱に戻す際には、戻す医薬品と戻す箱の医薬品名、規格など再度確認をする。調剤者は一包化を作成前に医薬品が正しいのか再確認をする。	アジレクト錠1mg	ミラベックスLA錠0.375mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
34	アズノールうがい液1本処方～5m l 入力ミスにて2本分入力、1本10m l と認識ミスピッキングは、1本 (5m l) 行ったが、監査機での判定にてはじかれ、ピッキングミスと勘違いし2本にて交付	事務員; 1本用量の認識不足薬剤師; 機械判定に従ってしまう。処方せんとの比較作業がぬける。手順を守らず判断。	事務員; 用量確認したうえでの入力 用量m l 表記は、規格確認表を使用薬剤師; 処方せんピッキングを厳守、監査機との判定問題発生時処方せん内容と比較手順厳守	アズノールうがい液 4 %	アズノールうがい液 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
35	アスバラCA錠 126錠取り揃えるところをアミティーザカプセル24μg 100カプセル包装に、アスバラCA錠 26錠が取り揃えられていたのを、鑑査者が投薬する前に発見し、正しく取りそろえたものを患者に交付した。	アスバラCA錠とアミティーザカプセル24μgは棚の上下にあり、どちらもアルミ包装で大きさもほぼ同じである事から、取りそろえる際に間違えが発生したと考えられる。	アルミ包装が似ているもの同士であるアスバラCA錠とアミティーザカプセル24μgは棚番を離す。ピッキングする際に、アルミ包装も確認しながらピッキングを行う。	アスバラ-C A錠 200	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
36	施設入居者の初回処方受入。【般】アスバラギン酸K錠300mgと処方表記されたところ、Ca錠200mgで入力→調剤前監査→調剤→監査と全て見逃したまま患者に提供してしまった(14日分誤服用)。本日看護師に服用後の体調変化(低カリウム血症による筋力低下、筋肉のけいれんやひきつり、麻痺、不整脈等)は現在までのところ生じていないとのことだった。翌日分からは正しい処方となるよう撤き直した。	初回患者受入の際の処方監査を丁寧に時間をかけておこなうべきところ、当日は幾つかの施設調剤が重なっていたため薬剤師人員は揃っていたが十分な時間をかけられずに済ませてしまった。また、分包装端末操作の時点でも処方監査を行うところ、流れ作業になってしまい十分な意識を働かせることができなかった。	・初回患者の処方監査は通常より一層慎重に行う。 ・漫然と作業しないよう適度な休息を挟みつつミスを起こしにくい環境づくりに努める。 ・アスバラギン酸K錠とCa錠はmg数も桁数が同じであり識別性悪いため、処方・調剤に当たる際は声出し確認や複数名による確認等慎重に取り扱う。	アスバラカリウム錠 300mg	L-アスバラギン酸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
37	アスバラカリウムを薬袋に入れるはずがアスバラCAを入れてしまった。	薬が多い患者さんで確認しながら監査し薬袋にいれたつもりがあせりがでて鑑査ミスがおこった。	今後は監査時は、落ち着いて間違いのないようにするようこころがける。	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
38	アスバラKを調剤するべきところアスバラCaで調剤と投薬した。患者が服用前に気が付き連絡後交換となる。	アスバラCaの処方が多いため調剤者が思い込み、繁忙時間であったので鑑査者も気が付かなかった	一般名処方が増え、名称の類似している薬品が多いので、処方箋に鉛筆等で印をつけるようにする。	アスバラカリウム錠 300mg	L-アスバラギン酸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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
39	眼科よりアスバラカリウム300mgを処方され、継続服用している患者様に間違っ てアスバラCA200mgをお渡ししてしま った。ご本人様は目が不自由であり、 ご家族が服薬介助する際にいつもと 違うことに気が付き、ご連絡頂いた	同処方箋にダイアモックス末も処方され ており、粉鑑査および分包の印字内用 に気を取られてしまい鑑査不十分とな った。薬品名が似ているアスバラカリ ウムとアスバラCAの取り違い、およ び眼科処方であることにも関わらず、 間違いに気が付かなかった。	類似名の医薬品があることを再認識し、 処方の科を含めてトータル的に鑑査す る。眼科でアスバラCAが出ているこ とへの違和感を持つべきだった。処 方解析も頭に入れ、鑑査を行う。慣 れからの慢心であったことを深く反 省し、今後の業務に活かしていく。	アスバラカリウム錠300mg	アスバラ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
40	アスバラCAとアスバラKの取り揃えミ スがあり、患者様に不足分がでてしま いご迷惑をおかけした。	通常は1週間前に一包化の準備の為、 取り揃えを行い、別の薬剤師が鑑査を している。今回、人員不足で、取り 揃えをしたままの状態を当日を迎え てしまい、鑑査機を通した際に、薬 品の取り違いに気付いた。	忙しくても、取り揃えをした際は、 鑑査機を通す前に一度、人の目で、 ダブルチェックを必ず行う。	アスバラカリウム錠300mg	アスバラ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
41	アスバラカリウム錠300を調剤するこ ろ、L-アスバラカルシウム錠200で 調剤。薬剤鑑査システムにて調剤間 違いが発覚。	繁忙期のため十分な薬品確認を怠 り、アスバラの文字を見て類似薬 品名のもと取り違えた。	成分名、剤形、規格を声出し確認 を徹底する	アスバラカリウム錠300mg	L-アスバラギン酸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
42	アスバラカリウム錠300mg・14錠を 交付するところを、アスバラカリ ウム錠300mg・12錠(10錠シート、 端数2錠)、メトホルミン塩酸塩 錠250mgMT「DSEP」・2錠(端 数2錠)を交付した。	発生日以前に、他の患者様の調 剤でアスバラカリウム錠300mg をピッキングし薬の一部を元に戻 す際に、保管場所が近く、また 薬のPTPの見え目が似ていた メトホルミン塩酸塩錠250mg MT「DSEP」の場所に間違えて 入れてしまった。	各々の薬の保管場所を離した。	アスバラカリウム錠300mg	メトホルミン塩酸塩錠250mg 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
43	処方箋にL-アスバラギン酸カリ ウム300mgと書かれていたが、 調剤者が調剤したのが、アス バラCA錠200mgだった。鑑査 者が、間違いに気づき、ア スバラギン酸カリウム300mg に変更し、間違いなく、患 者さまにお渡しすることが できた。	類似名称に注意の札を作っている が、アスバラCA上の棚から、 その表示が無く なっていた。 処方されている剤数の多い 患者様で、混雑している中、 焦って集中力を欠いていた。	類似名称の薬品に関する資料 作成し、スタッフすべてで再 確認。注意の札の掲示を該 当する薬品の引き出しに貼 付されているか、確認し、 再掲示した。	アスバラカリウム錠300mg	アスバラ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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
44	アスバラカルウムが処方されていたが、誤ってアスバラCAを調剤し、投薬者に渡してしまい投薬者が発見し、間違えが発覚した。	名称類似していることに加えて両薬剤とも処方されている患者が少なく、類似名称があることを失念していた。規格が異なる薬剤だったが、規格の確認が不十分でもあった。	薬の箱に目立つように“Ca”、“K”と大きく記載した付箋をはり、類似名称が存在することに対する注意喚起を行った。また、調剤、投薬時には、規格の確認についても十分確認を行うことを徹底する。	アスバラカルウム錠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
45	調剤用アスベリンシロップ2%処方の所アスベリンシロップ0.5%でレセコン入力。当薬局には調剤用アスベリンシロップ2%の在庫が無く、アスベリンシロップ2%だとすると用量が少ないため調剤段階で入力間違いに気づいた。	在庫があるもの以外にも複数規格存在する薬に関しては日頃から知っておく。	アスベリンシロップに複数規格があることを周知徹底する	アスベリンシロップ「調剤用」2%	アスベリンシロップ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
46	アスベリンDS2%の処方であったが処方箋受付後事務がアスベリン散10%で入力。その後そのまま調剤を行ったが、監査者が気づき交付前に正しいものを調剤しお渡しした。	近隣ではアスベリン散の処方の方が多いため思い込みもありえる。	規格の確認からまず行う。	アスベリンドライシロップ2%	アスベリン散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
47	発熱外来で普段子供用のお薬がでない内科から処方。アスベリンドライシロップ2%の処方だったが、普段から小児科処方を受診する際に出る処方がアスベリン散10%ばかりだったので入力者が規格を間違えて入力。調製時に入力間違いに気づきました	通常外来終了後の、発熱外来で通常よりも人員も少なく、入力になっていない薬剤師が入力したので事例が発生いたしました。	人員が少ない時にも安定した店舗運営を行える人員配置を考える。また医薬品に対しての知識を増やしていくことが必要だと感じました	アスベリンドライシロップ2%	アスベリン散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
48	アスベリン散のところアスベリンDSで入力してしまった。	散とDSが存在することを失念していた。	剤型が複数あるものを周知する。	アスベリン散10%	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
49	アストミンとアスベリンを取り間違えた例。アスベリン10mgのところをアストミン10mgと間違えて調剤していた。その場で気が付いた。	薬効類似と薬品名類似	ストッカーを離して設置することになった	アスベリン錠10	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
50	咳で受診した患者に【般】アスピリン腸溶錠100mg分3毎食後で処方された。添付文書上では300mgまで増量可能だが定期服用薬で既にバイアスピリン100mg1T服用中の為、疑義したところアスピリン錠20mgの間違いと確認	一般名と商品名で薬効は全く異なるが名称が似てしまうことがあるため要注意	少しでも気になることがあれば添付文書を確認する	アスピリン錠20	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
51	アセトアミノフェン細粒40%が処方されたが、間違えてアスピリン散10%を調剤してしまった。監査の時点で発見し、調剤し直し、患者様には正しい薬剤をお渡しした。	多忙による焦り、薬剤名称のが似ていることによる勘違い	・薬剤名称が類似しているものは、離して管理する。 ・多忙であっても、調剤の際に、処方箋と薬剤実物をしっかり確認する。	アセトアミノフェンDS40%「三和」	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
52	多数の薬剤を一包装したものの中に、アセトアミノフェン錠2錠が入っているはずが、ウルソデオキシコール酸が2錠入っていたことが、鑑査時に発見された。	一包装する際、すべて先にヒートから出してあり、足りないと思って出した薬剤が間違っていた。	特に白のみの薬剤など、刻印の確認を徹底する。	アセトアミノフェン錠200mg「三和」	ウルソデオキシコール酸錠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
53	アセトアミノフェン指示の所、アストミンを調剤してしまった。	あ行と包装が似ているため、間違いがおこった。	薬の配置のあ行の段を変えて、間違いを防止する。	アセトアミノフェン錠300mg「マルイシ」	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
54	アゼルニジピン16mgのところアトルバスタチン10mgで調剤	名称類似の為	棚に注意喚起を書く	アゼルニジピン錠16mg「トーフ」	アトルバスタチン錠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
55	一包装する際、アゼルニジピン(16mg)とフロセミド(10mg)のアルミ包装が類似しているため、取り違いそうになったが、分包する前に気づいたため、患者には正しく分包し交付した。	アゼルニジピン(16mg)とフロセミド(10mg)をピックアップした際、2種の薬剤がカゴの中で混ざってしまった。また、患者が来局した際、店内が混雑していたため、焦りがあった。	一包装する薬をピックアップする際、カゴの中で混ざり合わないようにすることを徹底した。	アゼルニジピン錠16mg「日医工」	フロセミド錠10mg「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
56	アゾセמיד30mg63錠処方されたが、端数の3錠がアゾセמיד60mgになっていた。患者が気づき、違うものが入っていたから捨てたと来局時にお話しして下さった。監査システムを確認したところ、規格違いの薬剤混入が判明。服用はしなかったため健康被害はなかった。	取り違えによる混入が考えられ、またヒートの外観が似ていることから監査でも見落としてしまった。	規格ごとにメーカーを変え、取り違いが起きないように対処した。	アゾセמיד錠30mg「JG」	アゾセמיד錠60mg「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
57	アゾルガ配合懸濁性点眼液が処方されていたが、一般名(プリンゾラミド・チモロールマレイン酸塩液)で書かれており、一般名プリモニジン酒石酸塩・チモロールマレイン酸塩液のアイベータ配合点眼液を調剤して渡してしまった。御本人様とご家族の方が確認され、いつもと違うと連絡があった。患者様に薬剤を確認して貰って投薬したが、ご本人様も適当に返事したと言われた。	一つは、どちらも緑内障の点眼薬で、チモロールマレイン酸塩液が配合されている薬剤なのと、二つ目に一般名、前二文字がプリの為、アイベータ配合点眼薬と思い込んで調剤してしまった。また、違う患者様の疑義照会の回答のお電話がかかってきた事もあり、かなり焦っていたと思う。	とにかく一つ一つを落ち着いて行う事と反省した。また、思い込んで調剤をせず、何度も確認しながら調剤を行うべきと思う。次回から患者様に確認して貰っていても、再度私がしっかり調剤すべきと反省した。	アゾルガ配合懸濁性点眼液	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
58	アダラートCR錠10mgで処方されたが、当時はアダラートCR錠10mgとそのジェネリックの在庫がなく、薬局に在庫があったニフェジピンL錠10mgを誤って入力してしまった。患者様に交付する前に気付いたため、近隣の薬局でアダラートCR錠10mgを小分けして頂き事なきを得ました。	ニフェジピンの10mgでニフェジピンL10mgだけ薬局の在庫があったこと、患者様が多く来局されて忙しくなり始めたことから逸ってしまい、CRやL等の規格を無視して入力してしまった。	今回のニフェジピンのL錠やCR錠、ファモチジンのD錠やOD錠等の違いを周知する。アルファベットの違いによる注意を記載した付箋をレセコンの傍に見えるように貼る。	アダラートCR錠10mg	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
59	隣の棚の薬剤を誤ってピッキングしていた	混雑時で、焦りがあった並行しながら作業をしていた	業務を並行して行わない	アテノロール錠50mg「サワイ」	アンプロキソール塩酸塩徐放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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
60	アデホスの錠剤を渡さないといけないところを顆粒でお渡ししてしまった。患者に問い合わせところ非常用にもらったので飲んでいないとのことだった。	前回と同じ内容の処方だったが、他の薬剤の用法が今回変わっておりそちらに気を取られてしまった。また、アデホスは顆粒で処方されることが多いためその思い込みがミスを引き起こした。	調剤、監査の正確性の徹底に各々が努める。投薬時に薬情と薬を照らし合わせて再度確認しながらお渡しするようにする。	アデホスコーク腸溶錠 60	アデホスコーク顆粒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
61	患者に薬を交付後、患者の家族から電話があった。「いつももらっている薬と形とな目が違うが?」とのことであった。家族に話を聞くと薬袋にはアトーゼット配合錠、薬の名前はロソーゼット配合錠となっている。すぐに患者宅に行き正しい薬と交換したため、患者の体に影響なかった。	薬局が繁忙時間であり、焦りからか確認がおろそかになってしまっていた。投薬時にも患者と薬の確認を怠ってしまった。	薬の監査時、患者に投薬時に鉛筆などでチェックをつけて注意し、電子薬歴にも過去に薬の調剤間違いありの注意喚起を促した。いつもの薬でも注意を怠らず、1つ1つ丁寧な対応を徹底していきたい。	アトーゼット配合錠L D	ロソーゼット配合錠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
62	採用医薬品がロソーゼットしかなく、処方せんは新規採用医薬品のアトーゼットが処方。思い込みで在庫があると考えてロソーゼットで調剤。次回来局時に、医薬品がないことに気が付き、間違いが発覚。	お薬手帳、患者とのコミュニケーション不足	処方せん受け取り時に、新規の患者の場合は落ち着いて調剤を行う	アトーゼット配合錠L D	ロソーゼット配合錠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
63	前回、処方としてはアトーゼットLDが処方されていたが、ロソーゼットLDを調剤及び監査を通過し患者へ交付してしまっており16日間服用してしまった。今回薬剤交付時に前回と薬の外装が違うという患者からの話があり前回の調剤過誤が判明。現時点では健康被害はない様子。	当該患者は前回と同内容であれば薬袋は要らないという要望があり、ビニールチャック袋に入れて交付するという形を取っていた。であるので、調製者が調剤ミスを犯してしまっても薬袋と照らし合わせて監査をするという工程がなく、今回のような過誤に至ってしまった。	今後は薬剤交付時に必ず患者とともに交付する薬剤を確認するという工程をおろそかにしない事とするよう努める。	アトーゼット配合錠L D	ロソーゼット配合錠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
64	名称誤り似た名前のためピッキングミスが生じた	監査の徹底	監査の徹底	アトルバスタチン錠1 0mg「サワイ」	プラバスタチンNa錠1 0mg「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
65	アトルバスタチン10mgのところクロビドグレル75mgで調剤	外観類似の為	棚に注意喚起を書く	アトルバスタチン錠10mg「トーワ」	クロビドグレル錠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
66	定時薬の「般」アトルバスタチン錠5mgと他2種類の薬が処方になっていたが、「般」アトルバスタチン錠5mgを「般」アムロジピン錠5mgと見間違え、調剤し監査でも気づけずそのまま投薬した。患者さんが帰宅後、いつもとPTPの色が違うのでおかしいと思い服用はせず、後日、薬局へ連絡が来た。その際に間違いに気づき、謝罪の上、アトルバスタチン錠5mgと交換した。	患者さんは当日の調剤中、薬局の外で迎えの車を待っている状態で急いではおられた。またその日は管理薬剤師が休みでパート薬剤師1人と医療事務1人の業務形態でありいつもとは違う状況だった。	一人薬剤師となるのは業務形態的にどうしてもある状態なので監査の際にどんなにあせていても指差し呼称を徹底するようにする。最後の投薬で間違いに気づけるようにどういう形であれ、1度患者さんへ現物を見せてから渡す。	アトルバスタチン錠5mg「DSEP」	アムロジピン錠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
67	調剤した薬剤師がそのまま監査して、投薬したために起きたミスだと思う一般名処方の「・・・スタチン」を見て割合よく処方されるプラバスタチンを調剤してしまい、思い込みで投薬まで行った。	処方箋と薬歴、薬袋などとの確認を充実させること。一人で調剤、監査、投薬することも多々あるので、なるべく患者様や事務員さんなどに声をかけて確認していただくようにする。	なるべく事務員さんなど、他の人に声をかけて確認していただくようにする。	アトルバスタチン錠5mg「サワイ」	プラバスタチンNa錠5mg「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
68	アトルバスタチン5mgのところ、アムロジピン5mgをピックアップ。患者様に説明するときに自分で気づいた、同時に患者様も気づいた。	一人薬剤師で多忙。事務も一人のため、そちらにも気を回さなければいけず、調剤だけに集中できない環境が常にある。	複数鑑査がベストだが一人薬剤師で無理なことがあるので、ピックアップ時、投薬時など複数機会を確認する。	アトルバスタチン錠5mg「サワイ」	アムロジピン錠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
69	【般】アトルバスタチン錠5mgの処方に対し、ロスバスタチン錠5mgを誤って投薬した服用時に患者が気づき、薬局された	「〇〇スタチン」「5mg」で思い込み、誤った薬を投薬した	現在の手順を再度徹底する(繁忙の時間帯であっても、端折ることなく手順通り行う)	アトルバスタチン錠5mg「トーワ」	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
70	ブリアゴイド事例処方箋はアバプロ、おくすり手帳を確認したところ、服用中の薬はアムバロであった。引越のため当病院受診は初めてであった。患者様に確認したところ現在血圧は安定している。医師にはおくすり手帳を掲示したとの事。医師に確認し、名称が似ていた為入力間違いであった。	薬剤名の酷似、コンピュータ選択ミス、医師の思い込み	似ている名称の場合医師も選択間違いをする。新規の場合、おくすり手帳を確認し、患者様とコミュニケーションを取ることが大事。	アバプロ錠100mg	アムバロ配合OD錠「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
71	一般名処方されており、【般】イルベサルタン錠100mgのアムバロのところ、【般】イルベサルタン100mg・アムロジピン10mg配合錠のイルアミクスHDをピックアップしてしまった。	当薬局でイルアミクスHDの取り扱いが多く、アムバロの患者が一人でアムロジピン10mgの記載を見逃してしまった。	ダブルチェックで確認し未然に投薬を防いだ	アバプロ錠100mg	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
72	アマリール錠0.5mgを調剤すべきところアムロジピンOD錠5mg「日医工」を調剤してしまった。	忙しい時間帯で似ているシートだったため。	チェックときちんとした監査を行う。投薬前にもう一度確認を行う。	アマリール0.5mg錠	アムロジピンOD錠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
73	2022年10月20日(木)11時頃に、平素より当薬局を利用している患者(81歳男性)が処方箋を持って来局した。平素から、利用されている患者で、いつも(般)アムロジピン5mg・アトルバスタチン5mg1錠朝食後が処方されていた。 当日処方箋には(般)アムロジピン2.5mg・アトルバスタチン5mg1錠朝食後と記載されていた。事務員A(職種経験年数7年)は前回とDO処方と思い込み、入力を行った。薬剤師A(職種経験年数5年)も処方変更に気付かず調製し、監査に回した。監査に回した。監査にあたった薬剤師B(職種経験年数20年)が、処方薬の(般)アムロジピン2.5mg・アトルバスタチン5mgではなく、アムロジピン5mg・アトルバスタチン5mgが調製されていることに気付き、入力した事務員Aと調製した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはアムロジピン2.5mg・アトルバスタチン5mgを正しく調製し、再度、薬剤師Bが監査した。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。	(般)アムロジピン2.5mg・アトルバスタチン5mgと(般)アムロジピン5mg・アトルバスタチン5mgは名前が類似していたため間違えた。また患者が来局した時間は何内が混雑していて、焦りと慢心があった。	入力後の声だし監査の徹底、調製者が、ピックアップ後、監査に回す前に処方せんと薬剤の再確認を徹底することとした。	アマルエット配合錠1番「日医工」	アマルエット配合錠3番「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
74	カンデサルタン8mgとアマルエット3番(一般名アムロジピン5mg、アトルバスタチン10mg)の2種が一般名処方。カンデサルタン8mgとカムシアHD(一般名カンデサルタン8mg、アムロジピン5mg)を調剤。	2種類の薬品を一度の処方せんの確認で調剤しようとしたため、一般名の記憶が混同し、別の薬品を調剤。忙しかった時間帯であるため、いつもよりも時間をかけたくないという意識が働いたものと思われる。	1薬品を調剤するごとに処方せんを読み、間違った調剤がされていないか確認して次の薬品を1品ずつ取るように心がける。	アマルエット配合錠3番「DSEP」	カムシア配合錠HD「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
75	新患の患者さんでアミティーザカプセル12ug1CP分1で処方されていたが、よく使われている24CP分1で入力してしまった	よく使われている薬剤に意識がいつてしまい、当然のようにいつも入力している薬剤を選択してしまった	ポリムスなど鑑査機器を使って発見することができた	アミティーザカプセル12μg	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
76	9/2 血圧がやや高めであったためバルサルタン(80)→バルサルタン・アムロジピン配合錠に変更となっていたが、前回Doで入力・調剤しそのまま交付に至った。続く10/4も処方箋はバルサルタン・アムロジピン配合錠であったが、同様にバルサルタン(80)のまま交付。10/28来局時、バルサルタン・アムロジピン配合錠に変更となっているが患者本人が医師より変更の話聞いていないと伺ったことで過去の調剤ミスが発覚。血圧は安定していたが、今回よりバルサルタン・アムロジピン配合錠に変更して様子を見る事になった。	・処方記載 【般】バルサルタン錠80mg→【般】バルサルタン・アムロジピン配合錠記載の頭の部分だけで入力調剤鑑査を行っていることが最も大きな原因。 9/2、10/4どちらも繁忙時間帯であったため、確認が疎かになっていたことも考えられる。 ・最初の変更があった9/2の際、患者本人が医師からの変更指示を覚えていなかったため、交付の際に変更の聞き取り確認ができていなかった。 ・複数人が関わり、2回に渡り異なるメンバーでミスが生じている。「他の人が関わっているから」という慢心。	・処方箋記載確認の徹底。特に一般名処方では合剤など途中まで表記が同じで異なる薬剤が存在することを薬局全体として再認識。 ・調剤全体に関係している人員が複数であっても、自分自身がそれぞれ入力・調剤・鑑査に責任を持つという意識を持つ。	アムバロ配合錠「JG」	バルサルタン錠80mg「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
77	一包化を調剤している際に、以前の調剤で投薬中止になった一包化をバラしたアムロジピンOD2.5mgを分包機にかけて1パックにしていた4錠分を使用。 その際に4錠のうち2錠がデエビゴ5mgが入っていることに別の監査薬剤師が気付いた。アムロジピンODに2T混入していることからデエビゴの方にアムロジピンOD2.5mgが混入しているのではと思い、現在服用中の2名の投薬済みのお薬を自宅(同一の老人施設)まで確認にいったが誤混入はなく正しい内容だった。改めて薬局で当該処方服用中のすべての監査システムとチェックしたが混入はなく、在庫管理システムの在庫数が実際の在庫数と合っていたので入れ違いでは無かったと理解。以前の未投薬分をばらすときに単純に仕分け間違えて2種を同じ袋にバックしていたことがわかった。	未投薬の一包化分をばらして仕分けるときに間違いが起こるリスクがある。	ばらして仕分けるときも監査を行うようにルール作りを行う	アムロジピンOD錠2.5mg「ファイザー」	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
78	薬の容量が増量になっていたが、いつも通りの容量で入力し調剤もしてしまった。	忙しく気づけなかった。	よく処方箋を見て入力し、調剤・監査もよく見て確認する。	アムロジピンOD錠5mg「サワイ」	アムロジピン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
79	出荷規制のためメーカー変更してお渡し。メーカー入力間違い。	情報共有の不備	朝礼で情報共有	アムロジピンOD錠5mg「トーワ」	アムロジピン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
80	アムロジピンOD2.5mgからアムロジピンOD5mgへ増量していたのに気づかず前回処方2.5mgで入力していた。調剤中に気づき、患者には影響なし。入力を訂正し、調剤しお渡した。	処方であるとの思い込み。	継続してダブルチェック。	アムロジピンOD錠5mg「トーワ」	アムロジピンOD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
81	定期薬であるアムロジピンOD2.5mgでレセコン打っていたが、鑑査時に今回アムロジピンOD5mgへ変更のなっている旨気づき処方医に確認して変更した。	忙しかった事や未だ経験不足の為、(入社3か月)定期薬で打ってしまった。	事務さんの入力後再度お薬の名前と規格を再度確認して入力するように話した。	アムロジピンOD錠5mg「ファイザー」	アムロジピンOD錠2.5mg「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
82	アムロジピン錠2.5mg「ファイザー」をレセコンに入力すべくところ、アムロジピン錠2.5mg「ケミファ」を入力した。患者さんに交付前に気づき訂正。	アムロジピン錠2.5mg「ケミファ」を採用していたが流通が不良になり、アムロジピン錠2.5mg「ファイザー」を採用薬を変更したところだった。「ケミファ」を使用した予製剤が残っていたり、調剤した薬がどのメーカーのものかわかりにくい状態であった。	複数人で調剤したメーカーとレセコンの入力に間違いがないかを確認することにした。	アムロジピン錠2.5mg「ファイザー」	アムロジピン錠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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
83	レセコンから前回Doで処方入力を実施した。直近採用メーカーの変更があった。鑑査者が鑑査中に入力したメーカーの違いに気が付いた。患者には正しい薬を調剤した。	背景と問題点・現在出荷調整などで、医薬品の入荷が正常にできていない。・後発品のメーカーの変更は常に実施しているような状態である。・入力時に、薬局に在庫しているメーカーを入力者複数人が同時に共有できていない。	・薬品マスタを都度更新し、入荷できない薬はマスタから削除する	アムロジピン錠2.5mg「明治」	アムロジピン錠2.5mg「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
84	アムロジピン錠5mg「DSEP」処方のところ、ロラタジンOD錠10mg「ケミファ」でピッキング。鑑査時に発覚。	PTPの外見が似ているためと考えられる。	スタッフへの注意喚起の徹底。	アムロジピン錠5mg「DSEP」	ロラタジンOD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
85	アムロジピンが2.5mgから5mgへ増量されていたが、前回DOと思い込み2.5mgで入力してしまった	注意不足。仕事への熟練不足	教育方法の改善	アムロジピン錠5mg「NPJ」	アムロジピン錠2.5mg「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
86	アムロジピン2.5から5mgにへんこうされていた	夏休みまでで忙しかった。患者さん薬品を見せて確認して交付しているがその時にもきづけなかった	いつもの処方でも忙しい時には処方せんを読み取り機にかけて機械と人間のダブルチェックにする。	アムロジピン錠5mg「サワイ」	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	アムロジピン錠5mgのところをアトルバスタチン錠5mgで調剤し投薬してしまった。	ピッキング者と監査、投薬者が一人でおこなった。	ピッキング者と監査者が2人かかわれるようにする。	アムロジピン錠5mg「サワイ」	アトルバスタチン錠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
88	【般】アムロジピン錠5の処方。アトルバスタチン錠5「サワイ」で調剤	当薬局には、サワイの商品がととても多い。繁忙でもあり、取り違えた。	繁忙期で取り違えがあるものとして、監査するようになっている。	アムロジピン錠5mg「サワイ」	アトルバスタチン錠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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
89	ピッキングしてある、2種の薬を、輪ゴムで止める時に、同じ紫色の薬を、混ぜて止めてしまった。	ヒートの色が似ている場合は注意する	その後、メーカー変更により、ヒートの色が、変わりました	アムロジピン錠5mg 「トーワ」	ミグリトール錠7.5mg 「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
90	レセコンにアムロジピン錠ファイザーで入力すべきところをアムロジピン錠ケミファで入力。	従来、アムロジピン錠ケミファを採用していたが、流通不良でアムロジピン錠ファイザーに採用薬を変更したばかりだった。	採用薬変更の周知徹底。	アムロジピン錠5mg 「ファイザー」	アムロジピン錠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
91	ピッキング後の調剤監査システムでエラー。アムロジピン錠5mg「ファイザー」56錠の中にカロナール錠300mgあゆみ製薬のヒートが混在。	錠剤の大きさは異なるが、いずれも白色。ヒートの色が銀色に紫の印字で似ていた。タブレットケースの位置が上下で並んでいた。タブレットケースに入れる際に間違えたと思われる。	タブレットケースの位置を見直した。続きで並べずに間を開けた。スタッフ全員に事象を説明、共有し、注意を促した。	アムロジピン錠5mg 「ファイザー」	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
92	DO処方でアムロジンOD錠2.5gが続いており思い込みで、今回から増量していることに気づかず入力をした。入力チェック時に今回から増量していることに気づき、再度入力しなおした。	1人で忙しく焦りがあった。DO処方であるという思い込みからよく確認が出来ていなかった。	思い込みによるミスが一人の時は特に気づきにくいので、入力時から細かくチェックし準備するよう心掛ける。	アムロジンOD錠5mg	アムロジン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
93	アムロジン5mgで処方されていたところ、アムロジピン5mgと誤って入力し、そのまま調剤してしまった。	患者メモを見落としてしまった。他剤の疑義照会に気を取られてしまった。	処方箋、支援シートの確認の徹底。投薬において患者の前で薬を確認。	アムロジン錠5mg	アムロジピン錠5mg 「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
94	転院にて、継続されていたアトモキセチンを処方されるべきところが、処方箋には名称が似ているアモキシサンが処方された。お薬手帳の記録と、患者様の聞き取りから、間違えに気づき、疑義照会後、正しい処方に修正された。	名称が似ている薬品が処方された。	名称が似ている薬品について注意喚起を行う。	アモキシサンカプセル10mg	アトモキセチン錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
95	アモキシサンカプセル25mgが処方されていたが、アトモセチンカプセル25mgをピッキング	名称が似ているためにミスが起こっていたが、アトモセチンカプセル25mgをピッキング	「名称類似品あり注意」の注意喚起シールを薬のケースに貼る	アモキシサンカプセル25mg	アトモセチンカプセル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
96	アモキシシリン細粒10%で処方されていたのを、事務員が当薬局で採用されている20%と勘違いをした。	調剤者が間違いに気づき特に問題はなかった。	事務員の医薬品の規格を再確認するよう指導。薬剤師による2重鑑査の徹底を行う。	アモキシシリン細粒10%「TCK」	アモキシシリン細粒20%「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
97	患者様の定期薬に追加薬でアラミスト点鼻27.5μg120吸入が処方されたが、入力を入力をアラミスト点鼻27.5μg56吸入でしてしまい、ピッキングも56吸入のものが集められていた。薬剤の監査時、薬剤師が入力、ピッキング間違いを発見。	門前の病院が普段からアラミスト点鼻27.5μg56吸入をよく処方するが、今回は120吸入のもので処方されていた。入力者は新人で120吸入のものがあると知らずに入力。ピッキング者も、いつもの薬と思い56吸入のものを集めてしまっていた。	吸入薬は同一薬でも吸入違いが存在することを頭に入れてもらい、吸入回数の数字に入力時チェックをする。	アラミスト点鼻液27.5μg120噴霧用	アラミスト点鼻液27.5μg56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
98	内科で親御さんと12歳の患者に、デザレックス錠5mg分1夕食後と、アラミスト点鼻液56噴霧1日1回1回2噴霧が、同処方されておりました。デザレックス錠が大人のための適応と思い、添付文書を確認し問題ないものと思い調剤を始めました。調整後投薬前に、点鼻薬の添付文書で、使用回数の変更年齢を確認したところ、アラミストは15歳から2噴霧でした。その後、疑義照会して1日1回1噴霧に変更になり、入力訂正し投薬しました。	複数枚の処方箋を同時に受けてしまい、慌てて処方監査をして事務員に入力をお願いしてしまいました。また、抗アレルギー剤の適応年齢が薬により異なっている為、内服薬に意識が行ってしまい、処方監査時に外用薬の用法確認が漏れているときに、1つの間違いがあると、先入観で意識が1点に集中してしまい、その他の間違いに気づき難くなってしまいます。年齢により適応が異なるもの、使用回数が異なるもの、規格が変更になるもの様々なものがあります。ナゾネックスは12歳から、アラミストは15歳から噴霧回数に変更になります。どちらも処方が出ている為、確認しましたが、1種類では見逃していたかもしれません。規格も複数あるので、注意してください。56噴霧、120噴霧。	薬剤保管棚に適応開始年齢表記と、点鼻薬使用開始年齢、回数変更年齢を表記し、年齢注意喚起しました。また、複数枚の処方箋を同時に受け付けた場合でも、一旦深呼吸をして、冷静になってから処方監査をすることにしました。	アラミスト点鼻液27.5μg56噴霧用	アラミスト点鼻液27.5μg56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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
99	本来アルサルミン細粒を交付しなければいけないところをテプレノン細粒を交付してしまった。	業務量に対し人数が少なく短時間で拾わないと間に合わないため名称を見ず薬情の写真で判断をしたために取り間違いが起こった。監査交付者も時間に追われるためミスがすり抜けたと考えられる。	安全に業務を遂行できる人数にしてみよう	アルサルミン細粒90%	テプレノン細粒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
100	アルファカルシドールカプセル0.5μgの処方で、カルシトリオールカプセル0.25μgをピックアップしてしまった。投薬前に再チェックをしたため、間違いに気づき、訂正した。	他の透析患者にカルシトリオールカプセル0.25μgが処方されていたので思い込みがあったこと、同効薬で薬品名が類似していたことが原因とおもわれる	類似薬品名の取違をなくすためにも、先発名の確認を行う。	アルファカルシドールカプセル0.5μg 「サワイ」	カルシトリオールカプセル0.25μg 「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
101	処方内容はアルファカルシドールカプセル0.5μgだったが、エルデカルシトールカプセル0.5μgで調剤してしまった。	名前が類似しているので間違えてしまった。	取り違えないように棚の位置は離しているが、棚と引き出しと場所を変えて在庫するようにした。	アルファカルシドールカプセル0.5μg 「テバ」	エルデカルシトールカプセル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
102	整形外科処方アルファカルシドール0.5μgの処方あり、調剤棚から取り出し調剤を行った。その調剤棚に外観の似ているベンズプロマロン錠50mgが入っていた。恐らく予製で取り揃えられていたが、ベンズプロマロン錠の処方はずれず棚に戻される予定のものが外観だけの判断によりアルファカルシドール0.5μgの棚に戻されていた。調剤する際、鑑査する際も気付かずそのまま薬を払い出した。数日後に手術予定のため、別の病院に入院し、そちらの施設の薬剤師が持参薬チェックを行い、薬が間違っていることが分かり当薬局に連絡が入った。持参されていたため薬の服用はなく、正しい薬をお渡しし、間違った薬は回収を行った。	薬局の昼休憩時に来られ、すべての対応を1人で行ったため、間違いに気付くことが出来なかった。また予製中止の薬品などを棚に戻す時に外観のみの判断により思いこみで戻されていた。	1人での対応を行う時は時間をかけてもよいので調剤、鑑査の手順をきちんと守る。また予製中止の薬品を棚に戻す場合は複数の目で確認を行いながら戻すよう手順を変更した。	アルファカルシドール錠0.5μg 「アメル」	ベンズプロマロン錠50mg 「NM」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
103	定期薬として長年、アルファロールカプセル0.25μgが処方されていた患者の処方ロカルトロール0.25μgに変更になったことを当該薬剤師が見落として調剤、投薬を行った。翌日、調剤録の見直しをしていた時に調剤ミスに気が付いた。すぐに患者家族に連絡をしたが、1カプセルを既に服用済みだった。同日、薬剤師が患者宅に訪問をして経緯を説明し、体調の確認及び謝罪と同時に正しい薬をお渡しした。	アルファロールとロカルトロールは規格、名称が似ている。これまで処方内容にあまり変更がない患者であった為、思い込みによる調剤・監査が甘くなったものと考えられる。	アルファロールとロカルトロールは取り換えやすい薬であることを職員全員に周知した。その他、取り換えやすい医薬品が他には無いか点検した。	アルファロールカプセル0.25μg	ロカルトロールカプセル0.25		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
104	アルプラソラムの処方であったが、プロチゾラムを用意していたので、監査のときに別の薬剤師が気がつき訂正した。	名称が似ていること。メーカーも同じであったことが、間違いやすい要因であった。	該当患者の薬歴に名称注意することを注意喚起するようにした。薬剤棚にも注意を記載した。	アルプラゾラム錠0.4mg「トーフ」	プロチゾラム錠0.25mg「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
105	アレグラ錠60mgが処方されていた。ピッキングした際、60mgの棚にアレグラ錠30mgが混在しており、ピッキング時にそのことに気づいたため正しく薬剤の交付は行えた。	充填時の確認不足	充填時は必ず薬タッチもしくはダブルチェックを行う	アレグラ錠60mg	アレグラ錠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
106	アレグラ錠とアレジオン錠取り換えそのまま交付翌日在庫管理時に気づき取り替える未服用 事なきを得た	同棚収納の為うっかりミス発生	類似薬品の収納法を検討 間違いとした	アレグラ錠60mg	アレジオン錠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
107	アレジオン錠20mgで処方されたところをアジルバ錠20mgで調剤交付した。患者はいつもと同様であったため交付時確認せずに帰宅し、自宅で開封時にいつもと違う錠剤であることを気づいた。	アイウエオ順整列された薬品棚の隣に位置しており、薬品名の類似と力価が同等であったため取り間違い。監査者も十分に確認できていなかった	薬品棚の配列交換事例の周知監査対応手順の徹底	アレジオン錠20	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
108	先発品希望の方に対してジェネリックでピッキング、鑑査者が間違いを指摘し正しい薬剤を交付	繁忙時期にほとんどの方がジェネリックでジェネリックが続いていたため無意識的にピッキング	先発希望、ジェネリック希望に対して付箋を処方箋につけて徹底	アレロック錠5	オロバタジン塩酸塩錠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
109	アルファカルシドールから今回アレンドロン酸へ切り替えとなっていたが前回通りで入力してしまい、監査で発見。最初の1文字目も「ア」で2文字目の「ル」と「レ」も類似していることから入力ミスが起こった。	処方箋の確認を怠った	入力時は前回と同じで入力せずよく確認する	アレンドロン酸錠35mg「トーワ」	アルファカルシドール錠0.5μg「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
110	調剤時、箱の大きさが異なっていることに気づいた。「包装変更品」とあったので、そのまま調剤しようとしたが、よく見ると別の医薬品であった。納品された薬品を片付ける際に、同会社で外観の似ていた薬品と間違えてしまった。	同じ薬品会社の製品で、外箱が類似しており、間違えて片付けてしまったようだ。調剤時に気付いたので、患者様には渡らなかつたが…危険だった。	棚や引き出しにしまう時には、ダブルチェックまたは指差し確認をすること！これを徹底していきたい。	アロチノロール塩酸塩錠5mg「DSP」	ガスモチン錠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
111	アンテベートローションをピッキングするところ、リンデロンVローションをピッキングしてしまった。バーコード調剤により発覚	一般名処方であり、名称が似ているため	バーコード調剤システムの導入	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
112	2022年9月某日(水)11時半頃に、平素より当薬局を利用している患者(45歳男性)が処方箋ヲもって来局した。処方箋には、他の2剤と一緒に、一般名で、ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏0.05%100gとプロベト100gを混合と記載されていた。薬剤師A(職種経験年数29年)は、誤って、一般名がベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%であるリンデロンV軟膏100gと亜鉛華単軟膏100gの混合を調製した。社内の調剤監査システムで薬剤師AがリンデロンV軟膏を読み取ったところ、エラー音が鳴ったので、間違いに気が付いて、薬剤師Aが正しく調製し直して、薬剤師Bが監査し、正しい薬を薬剤師Bが交付した。	一般名処方の、ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%と亜鉛華単軟膏の混合の方が処方数が多いため、調製する機会がたくさんあり、ベタメタゾンの文字だけを見て、軟膏を混合する作業を始めてしまった。開店から3時間がたち、空腹と疲労で集中力が低下し、処方箋の文字を見誤ったと考えられる。	現在使用中の監査システムのバーコード読み取りを引き続き全例行い、エラーが出たら必ず対応する。指差し、声出しをして処方箋上の文字を最後まで確認する。また、集中力を切らさないために、ストレッチや、水分補給などをして1時間に1度はリラックスする。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
113	アンテベート軟膏をクロベタゾン酪酸エステル軟膏にて投薬してしまった。	一般名処方の名称が似ているため間違えてしまった。また、ベタメタジンの見間違えと酪酸のみで判断ミスした。	一般名と薬品名の一覧の掲示はしている。薬品棚や外用薬のボトル容器のフタにも一般名記載し、確認できるようにする。	アンテベート軟膏0.05%	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「テイクコク」		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
114	他院処方と重複する薬を誤って交付しようになるが、寸前で気づき調剤しなおして渡した。	いつもの約束処方的な処方内容との先入観からの不注意の調剤。	きちんと薬局全体の複数の目での確認が必要。	アンプロキソール塩酸塩DS小児用1.5%「タカタ」	カルボステインドライシロップ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
115	処方：一般名アンプロキソール錠(15)1錠/分2朝夕食後7日分 分割分包調剤：アロチノロール錠(10)「サワイ」1錠/分2 分割分包14包調剤鑑査時に分割に用いた薬品PTPの違い、刻印の違いから誤った薬品での調剤であることを発見した	PTPの色調も似ている+調剤棚の配置が同列上下になっていたため、取り間違えた	調剤棚の配置の変更：列も行も異なる場所に配置	アンプロキソール塩酸塩錠15mg「タイヨー」	アロチノロール塩酸塩錠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
116	アムロジピン5ミリ1錠から2錠へ変更になっていたが、調製者は2錠で取っていたが、入力間違っているのを鑑査者が気が付かず、投薬者が発見。さらに入力を直してもらったところ、さらにイグザレルト錠で処方されているが、ODの入力であったことが発覚し交付前に疑義照会をしてODに変更してもらった。	土曜日がいつもより混雑した状況であり、事務員が一人しかいない、焦りで誤った入力をしてしまった。さらにその入力も気が付かずに鑑査も通ってしまった。	土曜日の事務員のシフトの見直し。鑑査者の鑑査の仕方の見直し。	イグザレルト錠15mg アムロジピンOD錠5mg「ファイザー」	イグザレルトOD錠15mg アムロジピンOD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
117	イコサベント酸エチル粒状カプセル900mg「サワイ」が処方されていたが、誤ってロトリガ粒状カプセル2gを調剤してしまった。投薬時も見落としてしまい、患者さんが帰宅後違う薬が入っていると電話があり間違いに気付いた。直ぐに薬剤を取替に行った。	前後にロトリガ粒状カプセル2gの処方が続いていたため勘違いしてしまった。	調剤、投薬時の処方せんと薬剤の確認の徹底。	イコサベント酸エチル粒状カプセル900mg	ロトリガ粒状カプセル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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
118	イコサベント酸エチル粒状カプセル900mgが処方になっているところオメガ-3脂肪酸エチル粒状カプセル2gをピッキング	近くに調剤棚があり、思い込みで調剤してしまった。	上下確認、声出し確認を怠らない。	イコサベント酸エチル粒状カプセル900mg「サワイ」	オメガ-3脂肪酸エチル粒状カプセル2g「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
119	イトブリド錠50mg 分3 56日分の処方にてイトブリド錠50mg 68錠とイミダプリル錠5mg 100錠の計168錠で調剤したものを患者さんへお渡ししてしまった。後日薬局の在庫に相違があることに気づき発覚。患者さんは未服用であり、誤ってお渡ししたイミダプリルを回収する運びとなる。	イトブリド錠とイミダプリル錠共に同一メーカーのものを採用していた為、外装が似ていたこともあり調剤者が混在してピッキングを行ってしまった。また100錠毎に銀のシートで包装されている為端数の68錠は監査システムにてコードをスキャンしていたがシート包装分の100錠は目視のみの確認となってしまった。また大変混雑している時間帯でもあり待たれている患者さんが多いことであせりや監査システムへの過信や思い込みも要因だと考えられる。	薬剤をピッキングする際はシート包装品に関してもすべて開封して調剤することを徹底した。また在庫の置き場にも工夫を行い名称類似品が誤って混在しない対策を実施した。	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
120	調剤当日、先発品希望の患者さんで、在庫がなく、後日お届けになった、入力が後発品入力でしたままで、後日、先発品が入荷したときに、入力を直さず、そのまま、前日の後発品の薬袋でお届けしてしまった。後日、事務員が理論在庫が合わず、それでミスが発見された	不足薬を、薬袋に入れるときにもう一度、監査機を通さず、薬局が混んでいて、一人で薬袋に入れて、お届けしてしまった	不足薬を、薬袋に入れるときにもう一度、監査機を通すか、2名で確認するようにするよう、薬局ルールを改定した	イトリゾールカプセル50	イトラコナゾールカプセル50mg「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
121	イブプロフェン錠100mg 処方のところイフェンプロジル錠20mgにて調剤、鑑査薬剤師が発見した	同一患者の他の在庫不足の薬対応に注力しつつ、他の患者対応も同時に行っていた。モニターを見ながら調剤。字面をみて思い込みで調剤し規格までの確認を怠ったためと思われる。	調剤する時は必ず処方せんをしっかりと規格まで読み上げる。	イブプロフェン錠100mg	イフェンプロジル酒石酸塩錠20mg「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
122	イブプロフェン(200)処方のところ、間違えてイフェンプロジンを渡してしまった。	イブプロフェン、「イ」の引き出しではなく、「鎮痛薬」の引き出しの中に保管。一般名を見た時にすぐに「イ」の引き出しを開け、名前が似ているイフェンプロジンを調剤してしまった。	調剤・監査・投薬と3段階で人の目を通しているので、各人がもっと集中して薬を見るべきと薬局内で周知した。	イブプロフェン錠200mg「タイヨー」	イフェンプロジル酒石酸塩錠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
123	午前中の混雑時に一般名と薬効が類似している事もあり慌てビックキングした所監査薬剤師が気付いた。	一般名でカタカナでゴロが類似している箇所が名称にある事が増えてきたので注意をしなくてはならない事が増えた。	薬剤監査機等の活用とダブルチェックは重要である。	イミダフェナシン錠0.1mg「杏林」	ソリフェナシンコハク酸塩錠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
124	イミダフェナシンOD錠0.1mg 1日2回朝夕食後56日分で処方があったが、誤ってイフェンプロジル10mg「あすか」を出してしまった。監査でミスに気付き正しい医薬品に訂正。	多忙、思い込み、慣れ、確認不足。	監査ダブルチェック、用量に○をつける、交付前に医薬品再度チェック	イミダフェナシン錠0.1mg「杏林」	イフェンプロジル酒石酸塩錠10mg「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
125	イルアミクス配合錠LD「DSPB」をずっと処方されていたが、血圧が上昇したことによりイルアミクス配合錠HD「DSPB」へ増量になっていたが、気が付かずイルアミクス配合錠LD「DSPB」で調剤し交付	一般名処方でイルアミクス・アムロジピン5mg配合錠でずっと処方されてきたが、イルアミクス・アムロジピン10mg配合錠へ変更になっていたが、いつもと同じ薬と思ってしまった。一般名処方のイルアミクス配合錠LD「DSPB」、イルアミクス配合錠HD「DSPB」はこの方だけなので慣れていなかったのかも。患者さんにもいつもと同じ薬ですね、と説明したが「いつも通りだよ」と言われ気が付くことが出来なかった	一般名処方の用量は見逃してしまいやすい部分なので、最後までチェックするようにする	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
126	お薬のビックキング時に外観が似ていることから間違いをしていた。薬袋の写真と処方箋とを見てチェックを行ったが間違いに気づけず、投薬する薬剤師のダブルチェックで発見された	外観が似ているお薬はかなりある。日頃から名称も必ずチェックすることを徹底した。ダブルチェックは必須	監査ロボットの購入も考えていく。 繁忙期でもダブルチェックを徹底する	イルアミクス配合錠HD「三和」	グリメピリド錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
127	イルアミクスHD処方のところイルアミクスLDで調整してしまいました。調剤者は監査システムを使い発覚し、変えました。	配合錠は一般名で処方された場合、忙しいときどちらか間違える可能性があります。	ピックのカードに一般名を記載するようにしました。	イルアミクス配合錠HD「武田テバ」	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
128	イルアミクスLDで処方されているのに対して、イルアミクスHDで入力	初めての患者様で、処方内容もはじめての入力。当店でイルアミクスのHDしか在庫がない状態で、イルアミクスと入力すると最初にイルアミクスHDが検索されてしまう	規格や剤形など最後まで確認してから入力する。	イルアミクス配合錠LD「DSPB」	イルアミクス配合錠HD「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
129	事務員が入力ミスをして間違った薬の名前を入力した。薬剤師が処方箋を見ないで、そのまま調剤してお渡し。	入力鑑査をしていなかった。処方箋をきちんとみていなかった。	処方箋は必ずみる。処方箋と入力を確認し、薬袋も確認する。	イルアミクス配合錠LD「JG」	テラムロ配合錠AP「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
130	アムロジンからイルアミクスへ変更された際、一般名で処方され、カムシアと勘違いしてしまう。監査もすり抜け、投薬の際に薬剤師が気づく	監査の薬剤師がピッキングチェックシステムを通すのを怠った	必ずピッキングチェックシステムを通す	イルアミクス配合錠LD「YD」	カムシア配合錠LD「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
131	一般名処方で前回イルアミクスHDで処方され今回LDに減量 入力がそのまま入力され鑑査まで通ってしまった。患者様とのお話で変更になっていること発覚し、その場で作り直しお渡し。	配合剤が多く発売されており、記載もLDHDなどわかりにくいものが増えている	よく使う配合剤の一覧表を作成し鑑査台に設置し、ミスを防ぐようにする	イルアミクス配合錠LD「サンド」	イルアミクス配合錠HD「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
132	処方変更なくイルトラ配合錠が処方されていたがイルアミクス配合錠を誤ってお渡ししてしまった。その後、手の手術を受けるため他病院へ入院しその際持参した薬を見て、病院薬剤師より薬情と薬品が異なると連絡があり間違えたものをお渡ししたことに気付いた。間違えた薬はまだ服用されていなかったため患者の体調変化などはなかった。	薬剤師が調剤したものを事務員がダブルチェックし投薬したがミスに気付かずそのままお渡ししてしまった。調剤時は似た名前のものであると意識せず調剤してしまい、ダブルチェックの際もあまり疑わずにチェックしていたとの事。	似た名前のある場合は警告を薬品棚に記載し、ダブルチェックを行うものは疑いを持ってしっかりダブルチェックを行うよう徹底しました。与薬時は患者に薬品を1つ1つよく見せて確認してもらうこととしました。	イルトラ配合錠LD	イルアミクス配合錠LD「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
133	インスリンリスプロBS注100単位/mL HU「サノフィ」インスリンリスプロBS注ソロスターの入力間違い	過去にソロスターの処方があり継続処方と勘違いした文字数が長く最後までうまく表示されず確認できなかった	リスクの高い薬、今回はインスリンに関しては必ず一字一句合っていることを確認文字数を長く表示できるように設定変更	インスリン リスプロ B S注カート HU 「サノフィ」	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
134	インテバンクリームのところ意見が似ているジクロフェナクナトリウムで監査を通してしまった。本人さんが間違いに気づき、持参して発覚。使用はしていなかった。	確認不足が原因。	商品の名前を確認して監査するように。	インテバンクリーム 1%	ジクロフェナクナトリウムテープ15mg「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
135	インドメタシンクリーム2.5g/本 5本という処方が来ていたが、250gで入力されていた。監査時に発覚し、訂正。	入力者が1年目であり、包装などについて理解していなかった。	当該事務に対して説明し、処方の記載方法について確認した。	インドメタシンクリーム1%「日医工」	インドメタシンクリーム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
136	一般名処方のため、ウラリットがクエン酸から始まり最初の文字でクエン酸第一鉄ナトリウムと勘違いをして調剤してしまい監査時にそれに気がつかないまま処方渡してしまった。処方日は2/19だったが服用は5/30日 患者様自身が薬が違うということで薬局にお見えになった。在庫の確認をおこないインシデント確認しました。ウラリットの一般名は、クエン酸カリウムクエン酸ナトリウム水和物です。	薬剤の監査は、薬剤師の目でしか行っていません。その為仕事が忙しいと煩雑になり、処方内容の確認もできない状態でした。また薬品名が一般名になったので、同じような名前が増えてしまいました。	処方入力時に間違えそうな薬剤例えば名前が似ていたり単位が数種類もある薬剤に関して印をつけたりもらったり、処方の薬剤と監査している薬剤が同一か確認し更に薬袋に記載されている薬剤と同一か確認し最後に患者様と確認するようにしました。できる限り患者様との確認以外実行するようにしています。	ウラリット配合錠	クエン酸第一鉄ナトリウム		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
137	ウルソデオキシコール酸100mg テバが処方されていたが、レセコン入力で保険が2種あり、片方の保険の入力に二次元バーコードを使わず、手入力だったため前回と同一のウルソデオキシコール酸50mgを選択してしまい、一包調剤の監査をスルーして投薬されてしまった。4日後に処方箋入力チェックで判明し、お取替えした。患者への健康被害はなかった。	二次元バーコード入力ができない場合薬剤の選択にミスが起きやすい。業務への慣れにより、一包調剤の監査時に規格違いをスルーしてしまった。	複数の保険がある場合、薬剤選択のミスが起きやすいということを改めて職場内で共有した。一包調剤の監査の手順を再度確認し、刻印の確認を怠らないよう指導した。	ウルソデオキシコール酸錠100mg「テバ」	ウルソデオキシコール酸錠50mg「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
138	投薬口にて、薬剤師がウルソデオキシコール酸錠50mg「トロー」180錠の内、100錠がニコランジル錠5mg「トロー」であることに気づき、投薬を中断した。	ウルソデオキシコール酸錠50mg「トロー」の棚に、ニコランジル錠5mg「トロー」が誤って入っていた。	納品時に誤った在庫場所へ配置しない様確認の徹底。GS1コードを読み取る監査を過信しすぎたので過信しない。局内での情報共有を実施する。	ウルソデオキシコール酸錠50mg「トロー」	ニコランジル錠5mg「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
		箱の大きさやデザインが類似しており、納品時に誤ってニコランジル錠5mg「トロー」をウルソデオキシコール酸錠50mgの棚に入れてしまった。ウルソデオキシコール酸錠50mg180錠をピッキングする際、開封済ウルソデオキシコール酸錠50mg「トロー」から80錠と未開封ニコランジル錠5mg「トロー」100錠を開封しアルミピローの状態でのピッキング実施。GS1コードを使った監査では、ウルソデオキシコール酸錠50mg「トロー」80錠のGS1コードを読み込み、監査をスルーしてしまった。					
139	ウルティプロ吸入用カプセルとオンプレス吸入用カプセルを取り間違え投薬。発注画面と空き箱の不一致が付き10分もしないうちに本人に連絡。すぐに連絡が付き本人来局で使用前に交換、回収できた。	配置が隣り合っていた薬品でピッキング時の思い込みで取り違える。薬名の確認をしなかったこと、ピッキングと監査を同一人物が行ったことが問題。	思い込みでピッキングした為、薬名の再確認と他人の監査の徹底。	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
140	緑内障治療薬アイゾプトがいつも処方されている患者さんに今回はエイベリスが処方。緑内障の悪化による薬剤変更と思われる。服薬指導で本人に聞き取りにおいてはDrからの薬剤変更の話はなく、緑内障悪化の話もなかったとのこと。処方元に問い合わせたら従来処方アイゾプトの間違いであった。	今回は処方元の薬剤名の記載間違いだったが、同じ薬効群で、名前が似ている薬であるため、間違いやすいものと思われる。	今回は薬歴参照と患者インタビューによって間違いを回避できた。投薬時は必ず確認をした。	エイベリス点眼液0.002%	ア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
141	処方せんにはエクメットLD 2錠 分2朝夕食後 とあり、その下に「LDではなくHDでお渡しください。」と付け加えられている。非常に小さな文字での記入であるため読み落とすのではないかと毎回不安になる。院内の採用薬品ではないための臨時的な措置と推察できるが、非常に危険な記載方法である。	患者の立場からは服用する錠剤の数が少なくなるため良策かと思われるが、配合錠の取り扱いにはさらに注意が必要と思われます。	勤務者間での情報交換の徹底	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
142	処方箋には、イルベサルタン・アムロジピン錠5mg配合錠 1錠 エクメット配合錠HD 2錠と書かれていましたが、ピッキングでイルアミクス配合錠LDDSPBとイルアミクス配合錠HDPSPBを調剤していた。	知識不足・見間違い	イルアミクス配合錠LDとイルアミクス配合錠HDを同時に処方されている時は、アムロジピンの内容量が10mgを超えているので疑義照会が必要だと注意。イルアミクス配合錠HDが1日2回で処方されていることもありえないと申し送り。	エクメット配合錠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
143	一包化調剤をするためのピッキングを事務員さんにしてもらったところ、エクメットHDをメトアナLD混ざってが調剤されていた。一包化する前に薬剤師が気づいた	エクメットHDの棚にメトアナHDがいくつか入っていた。ピッキングの際には、エクメットで監査機器を通してしたが、数錠のみメトアナHDが混在していたため事務員さんは気づかなかった。	薬を戻すときは、確認して戻すマニュアルにしてあるが、人数が少ないときは一人で戻すこともある。そういう時にミスが起きたと思われる。一人で棚に戻すときは細心の注意を払うこと	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
144	エクメット配合錠が処方されていたところ間違えてメトアナ配合錠を調剤、投薬をしてしまった。後日患者から連絡があり間違いに気づき、すぐ薬の交換に行きました。まだ服用前でしたので被害などはなく薬の交換で対応。	同じ糖尿病の薬で名称類似、置いている場所も近かったための取り間違い	薬の位置を話して、調剤、監査、患者へ薬を渡すときに一緒に確認するトリプルチェックの徹底を心掛けるように周知	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
145	一般名 エスゾピクロン1mg で処方エスゾピクロンではなく、エスタゾラム1mgで調剤し、渡してしまう。鑑査も気づかず、投薬時にも気づけなかった(患者も気づけなかった)。PC入力は合っていた。投薬後(経過10分)、ふと我に返り、まちがいに気づきTEL。エスタゾラム回収(まだ家に着いておらず、薬局まで戻ってきてもらった)。	一般名になると、エスタゾラムとエスゾピクロンは似ている。あいいうえお順に並べていると近いところにある。用法用量も同じ。精神科門前で、どちらもよく処方される薬であった。系統も類似。似ているなあとは常日頃思っていたにも関わらず、注意を怠った。エスタゾラムは全角、エスゾピクロンは半角で入力されており、区別していたが、今回は全角処方になっており、気づくことができなかった。	薬の名称棚に、名称類似あり!のシールを貼った。	エスゾピクロン錠1mg「サワイ」	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
146	エスゾピクロン1mg処方だったが、エスタゾラム1mgを調剤して渡した。	患者は他にエチゾラムを服用しており、近隣の医師はエチゾラムとエスタゾラムを併用する例があり、取り違えた。	処方内容と薬剤、薬剤情報提供の写真を確認して渡す。	エスゾピクロン錠1mg「日新」	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
147	エスゾピクロン1mg 処方の所、エスタゾラム1mg を調剤して交付した。患者本人は錠剤が普段と異なることに気がついたが、後発品のメーカー変更だと思い、服用を続けていた。薬局在庫が異なることに気がつき、本人に連絡して、残薬を交換した。	長期休暇明けであり、患者が集中し、繁忙であった。患者は向精神薬を2種類服用しており、近隣の医院では2種類目の向精神薬にエスタゾラムを処方することが多く、取り違えた。	監査時に手に取った錠剤と処方内容、薬剤情報提供の画像を確認して交付する。	エスゾピクロン錠1mg 「日新」	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
148	エスゾピクロン錠1mgをピックアップしなければならぬところ、同じ引き出しに入っていたエスタゾラム錠1mgをピックアップしてしまった。鑑査時に気づき、正しいものと交換した。	エスゾピクロン錠、エスタゾラム錠は同効薬であるため、薬局の薬棚の配置ルールで同じ引き出しに入っている。引き出しの中には五十音順で並べてあるので、名称が似ているエスゾピクロンとエスタゾラムを取り間違えてしまったものと思われる。	当薬局では、睡眠導入剤や睡眠障害改善剤、不眠症治療薬、精神安定剤などの同効薬を施錠のできる引き出しに入れている。引き出しの中のスペースには限りがあるため、五十音順の並べ方にこだわらないこととし、名称が似ているものや包装が似ているものは右側と左側に離すなど並べ方を工夫した。	エスゾピクロン錠1mg 「明治」	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
149	エスゾピクロン錠2mg 「DSEP」を処方されていたが取り違えてエスタゾラム錠2mg 「アメル」を処方してしまった。	名前の最初が類似しており用量が一緒の為取り違えた。	エスタゾラム錠は処方患者が一人の為その患者の名前を付箋で貼り、それ以外の患者なら一度処方箋を確認するように指導。エスタゾラムは手の届きにくい引き出しの奥の方に移動させた。	エスゾピクロン錠2mg 「DSEP」	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
150	朝9時からのずっと一人薬剤師勤務で20時を回っており非常に疲れていた。処方箋のエスゾピクロンをエスタゾラムと見間違えてピッキング。	監査システムにてエラーが出て気付く。監査システムは一人薬剤師時間帯 非常に有用。	監査システムは必ず通す。	エスゾピクロン錠2mg 「KMP」	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
151	【般】エスゾピクロン錠2mg 1錠 不眠時10回分上記処方違う薬が入っていたと患者さん本人が薬を持って来局。確認した所エスタゾラム錠2mg 「アメル」で調剤していたことが発覚。謝罪してエスゾピクロン錠2mg 「サワイ」に交換。	医薬品名が酷似していた為取り間違え。	朝礼にいてスタッフ取り待ちがいが起きやすいことを説明し周知徹底させた。	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
152	エスタゾラム1mg錠を処方されていたところ、エスゾピクロン1mg錠でお渡しした。在庫が合わないことから間違いが判明。すぐに患者様に連絡を取ったところ、残薬がありまだ1錠も服用していなかった。自宅に赴き謝罪し回収・交換を行った。	棚カセットも並列されていたわけではなく、離れたところに各錠剤が保管されていたが取り違えが発生。繁忙さとともに、職員の慣れも背景にあると思われる。	今回のことを受けてエスゾピクロンの棚カセットにはエスタゾラムとの取り違え注意の紙を張り付けた。	エスタゾラム錠1mg 「アメル」	エスゾピクロン錠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
153	一般名処方でエスタゾラム錠1mgと記載されているのを、エスゾピクロン錠1mgと勘違いし気が付いた。	エスタゾラム錠1mgは採用がないので、きちんと薬品名を確認しなかった。	注意喚起を行う。	エスタゾラム錠1mg 「アメル」	エスゾピクロン錠1mg 「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
154	処方箋は先発名で記載。異動したばかりの職員だったため、棚の位置がきちんと把握できていなく、一包化もあり焦りがあった。投薬前に監査システムを通した際に判明。	棚の位置、類似医薬品、不慣れ、焦り	類似医薬品がある場合、棚に注意事項などのポップアップをつける。	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
155	エスタゾラム2mgとエスゾピクロン2mg 薬効と薬品名が類似しており、調剤ミスがおこった	ちょうど忙しい時間帯であったが、調剤するものと、監査するものが別であり、未然に防げた	監査で発見できたものの、思い込み、確認不足を怠らぬ様、職員に徹底した。	エスタゾラム錠2mg 「アメル」	エスゾピクロン錠2mg 「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
156	エスタゾラム錠の処方のところ、調剤された薬剤の思い込み間違いでエスゾピクロン錠を監査・投薬した。	名前が似ている薬剤の認識がなく計数調剤が間違いないと判断した処方されている薬剤の1文字ずつ正確に読み取ることが出来ていなかった	名前が似ている薬剤を服用している患者様の薬歴に注意喚起の画面を提示する	エスタゾラム錠2mg 「アメル」	エスゾピクロン錠2mg 「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
157	エスタゾラム2「アメル」が処方されている患者様に対して、誤ってエスゾピクロン2「トーワ」をお渡し。閉局後の棚卸でエスタゾラムの数が合わなくて発覚。すぐに患者様に電話、ご自宅にお伺いして謝罪してエスゾピクロン2「トーワ」を回収、エスタゾラム2「アメル」をお渡ししました。誤ってお渡ししたエスタゾラム2「アメル」は1錠も服用していませんでした。	薬局が忙しい時間帯で、冷静に調剤・鑑査が出来ていなかった。また、投薬時に薬と薬袋の照らし合わせがきちんと出来ていなかった。	忙しい時間帯でも冷静に処方箋を確認して調剤・鑑査をする。投薬時の薬と薬袋の照らし合わせを怠らない。	エスタゾラム錠2mg 「アメル」	エスゾピクロン錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
158	一般名でエスタゾラム錠2mg処方 をエスゾピクロン2mgで調剤、投薬。 帰宅後患者様より連絡があり間違いに 気づく。	週明けで店内混雑していて気持ちが 焦っていた。薬品名が類似していたこと と重なりピックアップした者と監査した 者どちらも間違いに気づけなかった。	混雑しているときこそ落ち着いて調剤 するように心掛ける。ヒヤリハット事 例をスタッフで共有し、以後同じこと がないよう気を付ける。	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
159	一般名:エスタゾラム錠2mg処方時、 誤ってエスゾピクロン錠2mg 「DSEP」を調剤する。監査時発見し 事なきを得た事例	名称がよく似ていることによる間 違い。	エスタ、エスゾの3文字の部分に鉛 筆で丸をつけ、注意喚起を行い対応 しています。	エスタゾラム錠2mg 「アメル」	エスゾピクロン錠2mg 「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
160	一般名でエスタゾラム錠2mgが1回2錠 1日1回就寝前30日分で処方された。 調剤担当の薬剤師が誤ってエスゾピ クロン錠2mgを60錠を調剤した。監 査担当の薬剤師が誤りに気づき、エ スタゾラム錠2mgを調剤しなおして 患者に交付した。	どちらもエスタゾラムとエスゾピ クロンはどちらも睡眠剤で名称が類 似していること。規格にどちらも 2mgの薬剤があること。当薬局では エスゾピクロンを交付する患者が 圧倒的に多かったこと。以上が要 因として考えられる。	類似する後発品名の医薬品棚には、 エスタゾラム(ユーロジン)エスゾ ピクロン(ルネスタ)と先発品名を 合わせて記載し誤りを防止する。 エス〇〇という後発品が増えてきて いるので一覧として整理し薬局内 で情報を共有して注意喚起する。	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
161	エストリール錠とエストリール錠0.5 mgを間違えて取り揃えてしまった。 投薬前に気づき訂正した。	繁忙していたことと、名称が類似 していたこともあり誤って取り揃え てしまった。	繫忙の時ほど、落ち着いて行 動するようにミーティングで注意喚 起を行っている。	エストリール錠0.5mg	エストリール錠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
162	前回までエスワнтаイホウOD錠T25 の処方ですが今回からエスワнтаイ ホウOD錠T20に変更になっていた。 調剤は間違いなかったが、入力が 前回と同じ入力にしていた。薬剤 交付時に患者家族が薬袋の入力違 いに気づき発覚 入力訂正し お詫 びし 正しく交付した。	少し特徴のある患者家族で 入力 時に心理的要因が関与し焦りがあ ったと考えられる。鑑査時も薬に 集中し過ぎて 入力の鑑査を怠っ てしまった。	いかなる状況であろうと、入力の 鑑査をまず第一にすることを周知 徹底した。	エスワнтаイホウ配合OD錠T20	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
163	頻繁に調剤される規格と、事例が少ない企画を思い違いでピッキングミスをした。	注意を要する規格が処方されている場合は、ピッキングの前に処方箋に注意書きをするなど、明示する。	処方箋をコピーし、注意を要する規格が処方されている場合は、蛍光ペンなどでマーカーする。	エチゾラム錠0.25mg「EMEC」	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
164	等薬局に同じお薬で2規格あり自分の不注意で規格を間違えた。再度監査の際に間違いに気づいたので処方箋通り調剤した。	煩雑の際にはついよく処方が出る規格に目が行ってしまいますが、まずはきちんと処方箋をみれば間違いもないので注意を怠りないようにしたいと思います。	煩雑でも処方箋をみて取り間違いに注意したいと思います。やはり監査するのは大事だと思います。	エチゾラム錠0.5mg「EMEC」	エチゾラム錠0.25mg「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
165	エチゾラム0.5mgの処方であったが、エチゾラムとプロチゾラムの薬品棚が近くであったので、誤って取り違えてしまい、繁忙時また患者が急いでいた為、更にまた調剤者自らが薬剤説明を行ったため、確認もれが起ってしまった。患者の帰宅までに、他の薬剤師が気付き、交換して事なきを得た。	同薬効類の薬剤を薬品棚に並べていた。	同薬効類の薬品を同じ薬品棚に配置する時には、取り違わないように、十分に距離をとるようにする。	エチゾラム錠0.5mg「アメル」	プロチゾラムOD錠0.25mg「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
166	エナジア吸入用カプセルが今回から高用量に変更になっていたが、入力時に事務員が気が付かず前回と同じ中用量で入力した。調剤者も入力を見て中用量を調剤した。監査時に監査者が処方箋と薬剤を比較して調剤ミスが発覚した。	事務員がエナジア吸入用カプセルに複数規格がある事を意識していなかった。調剤者が処方箋ではなく入力を信じて調剤してしまった。	教育を実施してヒヤリハット事例を広く周知し、事務員にも間違いやすい医薬品について学んで貰う。調剤時は必ず処方箋原本との比較を行う。	エナジア吸入用カプセル高用量	エナジア吸入用カプセル中用量		ヒューマンエラー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	エナジア吸入用カプセル規格が、中用量のみ在庫していない薬品だったため、中用量と思い込んで入力、調剤してしまった。鑑査者も気が付かず渡してしまった。	日頃、エナジア吸入用カプセルは中用量のみの取り扱いの為、中用量と思い込んでしまった。煩雑時だったこともあり、注意が足りなかった。	在庫にある薬とは限らないことを念頭に置いて、処方箋の確認をしっかりとる。	エナジア吸入用カプセル高用量	エナジア吸入用カプセル中用量		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
168	エナラプリル錠5mgを調剤しなければいけないところ、誤ってイミダプリル錠5mgを調剤してしまった。	語尾のプリルと規格で判断してしまった。混雑しており焦りがあった。自己監査が出来ていなかった。	発声調剤、指差し確認など基本を徹底して行う。混雑時でも自己監査を徹底し、処方箋と照らし合わせながら調剤を行う。自店で名前の語尾が同じ薬品を把握する。	エナラプリルM錠5「EMEC」	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
169	手書き処方箋で、エバスタチンをエピナスチンと読み取ってしまった。	手書き処方箋で、読み取りにくかったが、前にエピナスチンを調剤したので慣れてエピナスチンを調剤した。	処方箋が手書きで非常に読み取りにくい場合は、過去処方に関係なく必ず処方医に確認する。	エバスタチン錠5mg「サワイ」	エピナスチン塩酸塩錠20mg「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
170	ベビオゲル継続している方に、エビデュオゲルに処方変更したところ、前回と同じベビオゲルで調剤投薬時に、症状悪化により薬変更する旨を患者から聞き取り、エビデュオゲルに修正してお渡し	処方箋との最終チェック漏れ	処方箋を元にピッキングの徹底	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
171	エピナスチン(10)「サワイ」の在庫している所に、ニコランジル(5)「サワイ」が入っていた。	外装の色やデザインが似ているため、片付け時に間違えたと思われる。	片付け時、すでに在庫しているものと見比べて間違えていないか確認する。	エピナスチン塩酸塩錠10mg「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
172	眼科薬の棚をあいうえお順に置いている。エピナスチン点眼液0.05%「わかもと」とカルテオロールLA2%「わかもと」とカルテオロールLA2%「わかもと」は段は1段異なるが、上下に陳列されていた。両点眼薬が処方されており、手に多く取りすぎた薬剤を棚に戻す際に異なる方の棚に戻ってしまった。患者には誤った交付はしていない。	エピナスチン点眼液0.05%「わかもと」とカルテオロールLA2%「わかもと」は普段から点眼袋にセットして棚に陳列している。両点眼薬ともボトルはオレンジ色と黄土色を基調にしたボトルで、点眼袋にいれている状態では類似しているのが否めない。以前はカルテオロールLA2%の点眼袋の外観は不透明の白袋に、緑色の文字だったが、半年くらい前に点眼袋がエピナスチンの袋と類似の不透明の白袋に、黒色の文字のものになっていた。	点眼以前より取り間違いのリスクを感じ評価と改善をおこなってきた。1. 取り間違いのリスクがいつおこるかの調査→調剤時に手にとった点眼薬を棚にもどすとき2. スタッフへの注意喚起→リスクと改善を話し合い、スタッフ共有のリスクとしました3. 棚の配列の変更→カルテオロールLA2%とカルテオロール1%を左右入れ替え、できるだけエピナスチンと棚の位置が遠くなるようにしました4. 薬剤のメーカー変更→多々の改善でもリスクを感じたため、点眼袋が無色透明のメーカーのジェネリックにエピナスチン点眼を変更しました	エピナスチン塩酸塩点眼液0.05%「わかもと」	カルテオロール塩酸塩LA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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
173	エビリファイ内用液1mlはあまり処方が無く、頻繁に出ているリスベリドン内用液1mlと間違えてお渡しした。2重チェックしているが、スルーしてしまった。	思い込み、注意不足。	声だし確認。	エビリファイ内用液 0.1%	リスベリドン内用液1mg/mL「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
174	エリキユース錠2.5mgで処方のところ、エナラプリル錠2.5mg「EMEC」でピッキング。鑑査者が発見。	名称が似ているだけでなく、箱の色も似ていた。保管場所が同じ引き出しだった。	名称類似注意とタグをつけ、保管場所も分けた。	エリキユース錠2.5mg	エナラプリルマレイン酸塩錠2.5mg「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
175	6か月エリスロマイシン200mgが処方されていた。今回エリスロシンにかわっていることに気づかず入力。薬剤師もそのまま調剤、患者にだすまにたまたま違う薬剤師が処方箋をみて間違いに気づいた。	入力するとき、注意してみてるつもりが、10種類もある処方箋をみて、いつも薬に変わりのない患者なのでついかわっていることに気づかなかった、その時は店が混んでいて気持ちにあせりもあったように感じる	調剤ミスをしなくてもなくすように、監査レンジを設置しているにもかかわらず、レンジをすりぬけてしまった。入力も調剤も慣れで見過ごしたため監査レンジも役にたたなかった、とにかくみんな緊張感を持ち、処方箋の薬は変更があるものだと思いい調剤することを再確認した	エリスロシン錠200mg	エリスロマイシン錠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
176	処方箋にエリスロシン錠200mg 分2朝夕食後の記載されていた。ジェネリック希望の患者だったため、エリスロマイシン錠200mg「サワイ」に変更しようとしたが、入力時に後発一覧に名前が上がっていなかった。保険薬辞典で調べると別成分であることが判明し、エリスロシン錠200mgで調剤した。	先発品のエリスロシン錠200mgのジェネリックはエリスロマイシン錠200mg「サワイ」と思いこんでいた。	間違いやすい事例として知識を共有する	エリスロシン錠200mg	エリスロマイシン錠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
177	(般) エリスロマイシン200mgと処方されており、エリスロマイシン錠200mg「サワイ」を取らなければならないところをエリスロシン錠200mgを取ってしまった。	エリスロシン錠200mgの一般名がエリスロマイシンステアリン酸であることを知らなかった。また、急いでいてメーカーまで確認できていなかった。	一般名処方のピッキングの際は、薬品名やメーカーをしっかりと確認してから集めるようにする。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
178	エリスロマイシン錠200mgの一般名処方ではエリスロシン錠200mgを調剤できなにかかわらず、無理やり入力を行い準備をしていたところを鑑査者が今回の事案に気が付き訂正を行いました。	エリスロマイシンとエリスロマイシンステアリン酸塩の一般名処方異なる事を理解していないと言う知識不足からくるミスと考えられます。	定期的な勉強会や意見交換会を開き情報の収集を行う必要がある。	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
179	一般名処方ではエリスロマイシンと記載されていたのに、商品名でエリスロシンを調剤してしまった。	成分名が同じだったので、同一薬剤だと思いこんでしまっていた。	認識不足が原因なので、知識を高め、薬剤内で共有する。	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
180	エルデカルシトール0.5μgへ減量になった処方に気付かず、0.75μgのまま処方入力してしまった	忙しい時間帯になり、処方変更に気が付かなかった	処方せん監査と調剤録との照らし合わせをしっかりと行っていく	エルデカルシトールカプセル0.5μg「サワイ」	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
181	一般名処方ではエルデカルシトールカプセル0.5μgと記載があったが、エルデカルシトールカプセル0.75μgと入力し製品エルデカルシトールカプセル0.75μg「トーワ」を調剤しかけたが、調剤者が間違いに気づき、訂正した。	薬局でエルデカルシトールカプセルが処方される場合はほとんどが0.75μg製剤であり、0.5μgは少量しか使用されていなかった。患者が連続して来局しており、入力しなれているエルデカルシトールカプセル0.75μg「トーワ」をレセコンで選んでしまった。	レセコンのこの患者のコメント欄にエルデカルシトールカプセル0.5μg「トーワ」で入力と記載し、注意喚起を行う。	エルデカルシトールカプセル0.5μg「トーワ」	エルデカルシトールカプセル0.75μg「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
182	エルデカルシトールカプセル60カプセルを調剤するところ、2シートアルファカルシドールカプセルが間に混ざっていた。監査機(監査機=アテルノ)は同じ事務員が通したが、エルデカルシトールのバーコードを読み込んだため監査は薬品名は○、重さは目視で行っていた。投薬前に最終監査を薬剤師が行った際に、調剤ミスが発覚した。	・事務員2人(入力、テクニシャン業務に分かれて行う)、薬剤師1人の時間帯で、待合にも患者様が多く座っており混雑していた。・事務員は11月に入社しており、テクニシャン業務に慣れていなかった。	・監査機で目視をした際は、再度薬品名や数に間違いがないか見直しする・監査機で目視をした際は、「目視した薬品があること」を伝える・監査では、監査機器を通していても、薬剤実物を処方箋をみて、シート1枚ずつ照合する	エルデカルシトールカプセル0.75μg「サワイ」	アルファカルシドールカプセル0.5μg「NIG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
183	エンシュアリキッドが処方されていたのにエンシュアHを調剤していた。監査者が間違いに気づき患者に渡る前に発見出来た。入力は合っていた。	エンシュアリキッドとエンシュアHが同じ棚にあるため取り間違えてしまった。エンシュアHのほうがよく処方されるため、先入観でエンシュアHを調剤してしまった。	同じ棚にあるため別々にする。棚のエンシュアリキッドとエンシュアHの取間違い注意の紙を赤字で書いて貼り、意識するようにする。	エンシュア・リキッド	エンシュア・H		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
184	在宅患者にエンシュアリキッドの処方が出たが、エンシュアHで調剤。調剤、監査を同じ薬剤師が行い、投薬時に発覚した。	重量監査システムがあるが、液剤は対応していないため目視での確認になる。エンシュアリキッドのコーヒー味はおいしくないという思い込み。	調剤監査は別の薬剤師が行うよう指導。不可能な場合はハンディのPCSを用いて監査を行う。	エンシュア・リキッド	エンシュア・H		ヒューマンエラー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	エベリゾンの処方なのにエンベラシンを調剤。監査者が整形外科の処方箋と気づきミス発覚。忙しい時間帯でうっかりミス。	似てる名前の薬剤注意。	後発名のよこに先発名記載。ダブル監査も含めて監査すること。	エンベラシン錠	エベリゾン塩酸塩錠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
186	エンベラシン配合錠の一般名で処方があったのでエンベラシンとわかってながらエベリゾン塩酸塩錠を調剤してしまった。鑑査をしてもらいましたが調製した私が出すことになり再度自分で確認したところエンベラシンではないことがわかり、交付前に変更しました。	次の患者さんが待っていたのですぐに出さなければという焦りと思い込み調剤をしてしまったと考えられます。	エンベラシン配合錠とエベリゾン塩酸塩錠の棚に名称類似ありというシールを目立つように貼りました。今後も調製、鑑査ともに冷静な調剤を心がけます。	エンベラシン配合錠	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
187	施設の粉碎の処方。エベレンゾ50mgの処方をエンレスト50mgで取り間違えたのを見逃してそのまま粉碎。県業者が調剤済みのヒートを確認して間違いに気づいた。	粉碎の調剤が連続して、流れ作業的になってしまっていた。通常行う処方箋と指示箋の確認を怠って取り間違えを見逃して調剤してしまっていた。	通常通り、処方箋、指示箋をきちんと確認して調剤する。用法も週3回なのでエンレストではないことに気づくべきであった。粉碎を行う調剤台でバーコード確認出来ればより確実にミスが防げるので検討してみる。	エンレスト錠50mg	エベレンゾ錠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
188	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には、オイラックスHクリーム40gとプロベト40gを混合し1日2回塗布と記載されていた。 薬剤師A(新入社員のため職種経験年数3か月)は、オイラックスHクリームを調製するところ誤ってオイラックスクリームを調製しようと計量し始めていた。たまたま横にいた薬剤師Bが処方箋のオイラックスHクリームではなく、オイラックスクリームで調製中のことに気づき、調製中の薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aは正しいオイラックスHクリームで調製し、監査に回した。	オイラックスHクリームとオイラックスクリームは、名称が似ているため間違えた。	当薬局で混合処方よく出るオイラックスHクリームは500gボトル入りも採用し、スタッフ間で、名称類似医薬品として情報共有。類似医薬品には注意喚起のポップを貼付した。	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
189	オイラズンクリームが処方でしたが、処方元の先生にしては珍しい処方であったので疑義照会。結果オイラックスクリームの間違いであったことが発覚。	医療機関にて、処方入力者が頭数文字にて認識し安易に入力してしまった為に起きた事例。	比較的多く応需している処方元の医療機関の医師の処方の方せや意図を把握し、珍しい薬が出た場合、患者様からの症状の聴取により、今一度処方分析を必ず行う。	オイラックスクリーム 10%	オイラズンクリーム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
190	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には当帰芍薬散料エキスT錠 3包1日3回 42日分と記載されていた。	当帰芍薬散料エキスT錠は処方頻度も低く、普段見慣れない医薬品であった為間違えた。患者が来局した時間は店内が混雑してため焦りがあった。	業務手順を見直し、調製者が調製した後、監査に回す前に薬剤の再確認を徹底する。	オースギ当帰芍薬散料 エキスG	オースギ川きゅう茶調散 料エキスTG		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	薬剤師A(職種経験4年)は誤って川芎茶調散料を調製し、監査に回した。薬剤師Bは誤って調製されていることに気付き、調製者Aに誤って調製されていることを伝えた。薬剤師Aは正しく調製し、再度、薬剤師Bが監査した。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。						
191	処方されたオースギ麻子仁丸料の調剤をしようとした所、オースギ麻子仁丸料の棚にオースギ乙字湯が置いてあった。調剤担当の薬剤師が気づき、患者様にお渡しする事はなかった為、未然に防ぐ事ができた。	別の患者の投薬時、オースギの乙字湯の処方が14日分だった所、28日分用意されていた。多かった14日分を棚に戻すときに間違えてオースギ麻子仁丸料の棚に戻ってしまった。その時間帯は来局が多くなるべく早く対応しようとしていたため、あせってしまい、オースギ乙字湯を間違えてオースギ麻子仁丸の棚に戻ってしまった。	忙しい時間帯に焦った状態で一人で何とかしようとしていた。投薬に集中するためにも、手の空いている人をお願いするようにする。手の空いている人が誰もいない時はいったん別のトレーなどに保管して、余裕ができてから行動するようにする。	オースギ麻子仁丸料エ キスG	オースギ乙字湯エキス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
192	耳孔の消毒のため「オキシドール+生食」の点耳液が処方されていたが、同じ容器の「耳垢水(グリセリン+炭酸水素ナトリウム+滅菌精製水)」を間違えてピッキング、鑑査・投薬時も気づかずそのまま患者の家族に渡してしまった。オキシドールの方には蓋にシールを貼って識別できるようにしてあった。患者家族帰宅後、調剤者が間違ったのではないかと気づいた為、電話で確認。誤訳確認したため間違いがあったこととお詫び。手持ちがまだあるとのことで後日交換に来て下さった。	一時的に薬局内が混雑していたため、投薬代の横のスペースで急いで投薬にうつったため、同じ容器に識別のために貼っているシールをチェックするのを忘れていた。	誤調剤・誤投薬を防ぐために判別のため貼っているシールであるので、忙しい時でも必ずシールの有無を確認すること。耳垢水の方の容器に追加で「耳垢水」と目立つシールを貼った。	オキシドール「ケン エー」 大塚生食注	グリセリン「ケンエー」 炭酸水素ナトリウム「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
193	2月 オゼンピック皮下注0.5mg SD0.5mL 処方調剤(←この薬剤も普段から薬局に在庫がなく、処方箋が来てから取り寄せ調剤) 8月 オゼンピック皮下注2mg 1.5mL 処方(←お盆の時期でオンライン発注だと時間がかかるため、FAXにて処方箋を書き写し発注) 事務はレセコンに前回DOで入力。略称「オゼン」検索で出てくるのが「オゼンピック皮下注0.5mg SD0.5mL」のみなので、それを選択。監査交付した薬剤師(その場では一包化した内服と注射針のみ交付)は入力が違っていることに気づかず、そのまま一包化薬と針を交付。会計。翌日、入荷したオゼンピック皮下注2mg 1.5mLを薬袋に印刷された薬剤名と薬剤写真と見比べ、交付した薬剤師以外が入力ミスに気付く。入力を訂正し、正しいものを正しい薬情と共にお渡し。	事務はレセコンに前回DOで入力。略称「オゼン」検索で出てくるのが「オゼンピック皮下注0.5mg SD0.5mL」のみなので、それを選択。薬剤師もオゼンピック皮下注に他規格が存在するという知識がなかったため、そのまま服薬説明を終えてしまった。(薬剤は在庫なかったため未交付)	処方箋に記載されている薬剤名の規格まで確認する。	オゼンピック皮下注2mg	オゼンピック皮下注0.5mg S 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
194	処方箋の記載が 商品名のオキサロン点眼液だったが、当該処方箋を取り扱った薬剤師が一般名でオフロキサシン点眼液と記載されていると誤認し、商品名タリビッド点眼液を調剤した。	一般名処方一般化してきていたため慣れ・誤認が生じた	一般名と商品名の類似品について、改めて職員一同で確認した	オキサロン点眼液	タリビッド点眼液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
195	定期でロトリガ粒状カプセルを服用中の患者。GEが新発売となったためオメガ-3脂肪酸エチル粒上カプセルへ変更を行ったが、誤って先発品でお渡しをしてしまった。	先発品と後発品の外観が類似しており、監査時に見落としてしまった。新発売された薬剤ということもあり、外観が類似しているという知識も持っていなかった。また繁忙時であったことも要因だが調剤過誤防止システムの手順不順守も背景としてある。	外観類似していることをスタッフ全員で共有。監査時には必ず薬現物の医薬品名称を確認すること、調剤過誤防止システムの手順順守について再確認を行った。	オメガ-3脂肪酸エチル粒状カプセル2g 「武田テバ」	ロトリガ粒状カプセル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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
196	オメプラゾール10mgをピッキングする ところを誤ってオルメサルタンOD10mg を出した。鑑査者も誤りに気付かず に患者に渡してしまった。患者がいつ も違う薬剤が入っていることに気が 付き薬局に連絡。渡した薬剤を確 認し、誤りに気が付いた。誤った薬 剤を患者が服用することはなかつた。	名称が類似、用量も同じであり、同 じ引き出し内に置いていたため出 し間違ってしまった。	薬局内で当事例を周知、取り違え注 意の札を引き出しに貼って注意喚起 する。	オメプラゾール錠10 「SWJ」	オルメサルタンOD錠1 0mg「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
197	オメプラゾール錠10mg「トーワ」で 入力するところを「日医工」で調剤。 今回の処方より「トーワ」にメーカ ーの変更が多発。メーカ変更の際、 残りの薬局の在庫数をみてメーカ 変更の時期を検討していたためス タッフ間の連携が不十分だった。	医薬品の流通の不安定化に伴い当 薬局の一部ジェネリック医薬品の メーカ変更が多発。メーカ変更の 際、残りの薬局の在庫数をみてメ ーカ変更の時期を検討していたた めスタッフ間の連携が不十分だった。	流通不安定な薬品が多くメーカ変 更の機会が多くなっているため入 力確定前に変更の可能性があるメ ーカの薬品についてはスタッフ間 で随時連絡を行ない注意する。	オメプラゾール錠10 mg「トーワ」	オメプラゾール錠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
198	オメプラゾール錠20mg「トーワ」1 錠 1日1回夕食後 7日分を調剤す べきところを、オルメサルタンOD 錠20mg「EE」で調剤し、患者に 交付した。患者本人が帰宅後に発 見した。	シートの色彩が似ていること、規 格の数字がどちらも20mgである ことから、普段から錠剤のピッキ ング時に取り間違いを起しやす い品目であった。	調剤棚カセットに貼付する薬品名 を見やすいように貼り替えた。薬 品名が目立つようにピンク色の 枠を付けた(ヒートの色調は青)	オメプラゾール錠20 mg「トーワ」	オルメサルタンOD錠2 0mg「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
199	以前まではGEのオメプラゾール「 アメル」をメインで使用していた が、発売中止に伴い先発品に切り 替えているが、あやまって後発品 で入力してしまった	店の事を把握できていない、臨 時職員だったため	入力で間違える事もあると思う が、注意して監査し、気づく	オメプラゾン錠20m g	オメプラゾール錠20m 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
200	定期DO処方において、オルメテ ックOD錠10mgを代替入力でオル メサルタンOD錠10mg「DSEP」 に変更しなければならないところ を、代替入力を行わずに調剤が進 んでしまった。	先発品(商品名)と一般名の名称 が似ているために見落としてしま ったと考えられる。	DO処方でもミスは起こり得るこ とを情報共有する。	オルメサルタンOD錠 10mg「DSEP」	オルメテックOD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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
201	処方を書き直しを入力する際 手動で入力 過去のデータを入力した。結果処方箋記載の薬は間違いないが、間違えて入力した薬情・薬袋に薬剤を入れてお渡し。業務終了後の監査で事務員が発見し、患者様に連絡・お詫びし 返金のお話をした	QRコード入力でなく手動入力ではヒューマンエラーは起こりうる。	処方箋監査のみでなく、薬情・薬袋の監査も今以上徹底する	オルメサルタンOD錠 20mg 「DSEP」	オロパタジン塩酸塩OD錠 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
202	オルメサルタン40のところテルミサルタン40 ピッキング	数字が40 ARBで両方の薬剤にサルタンがつくので、誤ってピッキング	今回の事例を周りに周知して、意識させる	オルメサルタン錠40mg 「三和」	テルミサルタン錠40mg 「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
203	オロパタジン塩酸塩OD錠5mg 「VTRS」を出すところを、アムロジピンOD錠5mg 「ファイザー」を投薬しようになった。患者さんのお母さんが窓口で気づき、正しいお薬を持って帰ったので服用はしていない。	患者さんが多かった為、他の患者さんが処方されていたお薬を誤って出してしまう。名前が少し似ていた為気づかなかった。	誤って飲むと大変なことになるので、お薬の名前を再度確認すよう徹底する。	オロパタジン塩酸塩OD錠5mg 「VTRS」	アムロジピンOD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
204	出荷調整のためオロパタジン(サワイ)で入力しなければならぬところをオロパタジン(トーワ)で入力し監査時に修正。	入力者が常に調剤者に声をかけて現状の在庫を把握する。	現状の在庫を出動者に常に把握させる。	オロパタジン塩酸塩錠5mg 「トーワ」	オロパタジン塩酸塩錠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
205	オロパタジン塩酸塩錠5mgを、126錠お渡しをする所、端数の6錠がオルメサルタンOD錠20mgとなっていた。	上記の薬品が、上下の棚になっていて、棚に戻すときに、間違い?があった。錠剤の類似があるが、最終の目視確認が不十分だった。	棚への戻し間違いの防止と、製品や名前の類似している物の、場所を変えるようにした。最終時の、目視・チェックの徹底。	オロパタジン塩酸塩錠5mg 「トーワ」	オルメサルタンOD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
206	オロパタジン塩酸塩顆粒の処方だったが、体重換算からの処方量がおかしかったため疑義したところ、オラベネム小児用細粒の間違いだったことが発覚。	名称類似品の処方間違い。	処方量の体重換算確認。症状確認の必要性。	オロパタジン塩酸塩顆粒0.5% 「トーワ」	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
207	一般名称の初めのみ読み取り、思い込みで調剤し、監査時に気づいた。	処方箋をしっかりと確認せず、思い込みで調剤してしまった。注意が散漫していた。	処方箋を受け取ったら気持ちを切り替え、背景や薬歴をしっかりと確認し、薬品名もフルネームでしっかりと確認を行うよう努める。	オロパタジン点眼液 0.1%「ニットー」	オフロキサシン眼軟膏 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
208	まず電話でガスコン処方ときいたので、患者の薬歴を調べると以前ガスコン40が処方されていたので、今回もそうだと思い込んでしまった。実際には今回は、ガスコン80で処方されていた。処方箋と調剤薬の鑑査の時点で間違いを発見した。	あらかじめ電話で内容を聞いたとしても、処方箋をみるまでは確信しないこと。	必ず処方箋をみてから調剤すること。	ガスコン錠80mg	ガスコン錠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
209	<p>ガスターD20mgを調剤しなければならぬところ、オルメテックOD20mgで調剤・交付してしまった。服用前に患者様のご家族が誤りに気が付き薬局へ連絡があった。</p> <p>考えられる。また基本、先発希望であり、先発で調剤だが一部の薬品は後発希望のためそのやり取りも薬局内で行われていた。薬剤の交付は相手が医療従事者であり、薬品名の確認のみで、服薬指導することなく交付した。</p>	<p>オルメテックOD20mgとガスターD20mgの棚が近くにあり、調剤者は慣れが原因で雰囲気でピッキングしてしまったと考えられる。監査でもシートの色が似ており見落としてしまった。処方上にはガスターDを含め9種類の薬剤が処方されており、1種類、薬局に在庫がなくそちらの対応をし気が取られたとも</p>	<p>ガスターD20mgは引き出しの棚へ移動した。また、薬局内で今回の事例を共有し、同じミスが起こらないように注意喚起を行った。監査時は実際に調剤された医薬品を見て医薬品の判定を行い、処方箋記載の薬剤と一致しているか確認することを徹底する。投薬時も相手が医療従事者でも再度薬袋記載と医薬品が合っているか確認を行う事とする。</p>	ガスターD錠20mg	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
210	<p>ガスマチン散1%を含む計量混合調剤をしようとしていて、目視にて薬品を確認後、棚から取る瞬間目を切った為に、偶然隣に置かれていた、見た目の似ているマイスタン細粒1%を手にとってしまい、秤量、分包してしまった。監査システムを通しており、分包が終わったタイミングで異なる薬剤を分包したことに自身で気づき、廃棄、再調剤した。</p>	<p>当該製薬会社の散剤ボトルはパッケージデザインが似通っており、今回に関しては規格も一緒であった。ボトルも円柱状の為、角度によっては同じように見えてしまう。他にも、アキネトン細粒1%など、蓋は違えどラベルが似た薬もある。目視で確認した後に目を切って、視界の端でボトルをつかんだ事は、業務への慣れからくるものであると思う。また、監査システムに通した際にも、正しい薬を手にとっていると思い込んでいると、表示された薬品名が異なっていることにも気づかず、そのまま分包まで進んでしまった。</p>	<p>手に取る時、監査システムに通したとき、秤量するときに薬剤名を逐一確認することを徹底し、慣れに任せず基本に忠実に業務を行うことが大切である。その他、ボトルが似ているものが近くに置かれずに、五十音順にしたり薬効順にしたり、その薬剤が置かれる場所が固定されることも一部有効であると思われる。また、似た外見の薬が有ると意識することも、自らへの注意喚起を促すことにつながる。</p>	ガスマチン散1%	マイスタン細粒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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
211	外装が似ていて、納品時の入れ間違え、そのまま調剤した。監査時に発見。180錠のうち100錠間違えていた。	納品時、棚に入れるときに間違えた。	棚に入れるときに、一旦置いてから入れる。	ガスモチン錠5mg	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
212	ガチフロ点眼をピッキングするところ、シアノコバラミン点眼でピッキング	形が似ているのと、その前にシアノコバラミン点眼の処方があったため間違えてしまった。	処方箋と薬剤の名前をきちんと見て確認する。	ガチフロ点眼液0.3%	シアノコバラミン点眼液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
213	処方箋には【般】カンデサルタン8mg・ヒドロクロロチアジド配合錠 1錠朝食後28日分と記載あり。当該薬剤の他にも5種類の薬剤が記載あり。当事者(事務員)はカムシア配合錠HDを28錠調剤した。その後鑑査レンジで薬剤師が間違いに気づき、カデチア配合錠HDを28錠調剤したので、患者様には正しい薬が交付された。	カムシア配合錠の処方回数が多く、一般名記載だと同じカンデサルタンから始める為、間違えた。	配合剤の一般名処方では間違いやすいので、入力後の商品名を確認しピッキングを行う。また名称も似ている為、注意喚起のための札をつけた。	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
214	調剤担当者が処方箋の一般名処方のカンデサルタン・ヒドロクロロチアジドの合剤であるカデチアとカンデサルタン・アムロジピンの合剤カムシアを取り違えて調剤した。投薬担当の薬剤師が過誤に気づき投薬前に訂正した。	繁忙の時間帯で、待機患者が数名いた為調剤者が焦っていたこと。慣れ・慢心から処方箋記載のカンデサルタンの合剤という事で、正確に読み取らずに調剤した。調剤者は名称が似ていたことも過誤の原因と申告。	配合剤の一般名処方薬のレセコン入力時に担当者が商品名を付箋に書き、担当者に処方せんと共に渡す。薬品棚の棚枠部分に配合剤の簡易な早見表を設置する。	カデチア配合錠LD「テバ」	カムシア配合錠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
215	一般名処方での薬剤の調剤間違い。	通常は基本的に行わない ひとり薬剤師で監査→投薬の業務を行ったため、薬剤の撮り間違えに気が付けなかった。	ひとり薬剤師の業務とならないように、繁忙時間帯であっても別の薬剤師による監査を受けてから投薬に至るようにする。	カムシア配合錠HD「あすか」	カデチア配合錠HD「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
216	今回からカムシアLDからHDへ変更になっていたのに前回通りLDのまま入力した。	FAXで送られてきた処方せんで見えにくさと思い込みによる入力ミス。	FAXで送られてきた処方せんが見えにくいなら誰かに確認してもらうこと。	カムシア配合錠HD「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
217	投薬時に患者様からヒートの色が違うと指摘があり、Dからも変更の説明はなかったと指摘していただき間違いに気が付いた。	一般名でカデチア錠の処方が続いた。間違いのあった患者様も一般名でカムシア錠の処方があったが流れでカデチア錠をピックアップしてしまった。	繁忙時でも落ち着くように周知した。	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
218	カンデサルタン・アムロジピン5mg配合錠からアジルサルタン・アムロジピン5mg配合錠に処方変更になっていたが、処方変更気づかず前回処方をそのまま継続で入力。処方鑑査時に入力者のミスに気が付き、入力しなおして交付した。	一般名が似ているため取り違えた	入力時の3文字鑑査を徹底するよう再度注意喚起をした	カムシア配合錠HD「サンド」	ジルムロ配合錠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
219	カンデサルタン・アムロジピン2.5mg錠と一般名で処方されているカムシアLDがを渡すべき患者に、ジルムロLDを用意した。投薬の際患者と確認していたところ、患者香いつもの薬と違うと指摘され、間違っていることに気が付いた。その場でカムシアLDに変更し事なきを得た。	一般名処方の配合剤に対して十分な確認がなかった。	配合剤は、錠剤のヒート包装などで成分を確認する。	カムシア配合錠LD「あすか」	ジルムロ配合錠LD「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
220	患者様よりシートの色が違う薬があると報告があったため監査機器で確認したところ、カムシア配合錠LD56Tの中にカムシア配合錠HDが2Tまぎれていたことが確認できた。患者様は服用されおらず健康被害は起きなかった。	管理薬剤師が体調不良で休んでおり店舗内が繁忙であった。	監査の徹底。似た名前の薬は離して配置する。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
221	一般名処方箋で入力する際にカムシアHD錠であるところをLD錠で入力してしまった。鑑査者が1年目の新人であったため、配合剤の規格の違いに気が付かず鑑査を通してしまった。	知識不足によるもの。	配合錠には容量が違うものがあるため、棚番に規格注意のPOPを記載。薬剤師鑑査時に配合錠は添付文章を自己確認することを徹底させた。	カムシア配合錠LD「サンド」	カムシア配合錠HD「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
222	一般名処方カンデサルタン・アムロジピン2.5mg配合錠に対して、ジルムロをピックアップし、調剤鑑査機アテルノにて間違いに気づいた	一般名処方カンデサルタン・アムロジピン2.5mg配合錠とアジルサルタン・アムロジピン2.5mg配合錠と似ていたための思い込みと思われる。	間違いを起こしやすい薬剤であること、過誤報告について、薬局内にて情報共有する。鑑査機はしっかり引き続き使用の徹底を行う。	カムシア配合錠LD「ニプロ」	ジルムロ配合錠LD「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
223	処方箋が一般名処方で、鉛筆で調剤者が商品名を記載するが、それが間違っており、それを信じた入力者が一般名とは異なる薬剤で入力。	多忙時であった。1剤のみ処方など、気が緩み見逃す事があるため、気を引きしめる。	パソコンの変換を第1に信じ、記載と違うものであればその時に確認する。そのまま自己判断で違う入力に変えると、そのまま見過ごして鑑査まで行くことがあるので注意する。配合剤など、規格が違うものには特に注意する。	カムシア配合錠LD「ニプロ」	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
224	【一般名】βガラクトシターゼ(アスペルギルス)散→ガランターゼ散で入力するところを【一般名】βガラクトシターゼ(ベニシリウム)細粒→ミルラクト細粒で誤って入力。調剤前に気づき入力訂正。	一般名が類似している。レセコンへのガランターゼ登録がなかったため勘違い。知識不足。	レセコンヘガランターゼの登録。類似品として注意喚起徹底。	ガランターゼ散50%	ミルラクト細粒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
225	食直後のお薬を食後に入れてしまった。	薬歴の情報が記載されて無かった	情報共有	カルタン錠500	リオナ錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
226	眼科医院の処方箋のヒヤリハット。処方箋は一般名にてカルテオロール点眼(非持続性)が処方されていた。お薬手帳を見ると眼科薬は他薬局では調剤されていない。当方では8月に同薬剤(持続性)処方にて調剤記録がある。患者に、「Drからお薬変更の旨説明」があったか尋ねたが「ない」と言う。疑義照会したところ持続性点眼を調剤するよう指示があった。患者は他に内科クリニック、総合病院整形外科・泌尿器科に通い、それぞれ他の薬局にて調剤してもらっている。	カルテオロール点眼液の用法は(持続性)が1日1回で、(非持続性)は1日1回である。処方箋には非持続性点眼が記されているにも関わらず1日1回点眼の指示になっていたため、誤記を疑い疑義照会した。	常に医薬品の用量用法を確認し調剤にあたる。	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
227	カルデナリン錠4mgを調剤すべきところ、カンデサルタン錠4mg「サワイ」で調剤。監査者が取り違えに気づいた。	通常ピッキングシステムを使用しているが、今回それを使わずに調剤していた。調剤が立て込んでいる時にはそういうことが起こり得る。	決められた調剤手順を守ること。	カルデナリン錠4mg	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
228	カルバゾクロム錠30mg 3T分3処方追加であったところ、調剤者がカルナクリン錠50mgで揃えた。監査者が違いに気づき未然に防ぐことができた。	類似名の商品が近く(隣り)に配置されていたため、間違えてしまった	類似名商品については棚を離して配置、もしくは「類似名注意！」等の付箋等を対象の薬剤の外箱等に貼付し取り間違えが起きないように注意する	カルバゾクロムスルホン酸Na錠30mg 「トーワ」	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
229	カルバマゼピン錠200mg「アメル」を調剤しようと、バラボトルの中の錠剤を取り出したら、外観の似ているガバベン錠300mgの混入を発見。調剤時に気が付いたので、当該患者への交付はなし。他患者への投与もなく、健康被害はなし。	別の方への調剤時に、バラボトルへ戻す際に別のボトルへ戻してしまった。中の錠剤の色や形が似ていたため、無意識に正しいと思い込んでいた。	調剤時の標準的な手順として、調剤棚に戻す際も、取り出す場合と同様に薬剤名の呼称と指さし確認、また複数規格や類似品がある場合は適宜ダブルチェックの励行を周知確認。同様事例の再発防止に努めていくこととした。	カルバマゼピン錠200mg 「アメル」	ガバベン錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
230	昼前の繁忙時間帯であった。カルベジロール56錠摂り揃え、監査システムを通したが、端数の6錠がエゼチミブが混入し束ねられていたが、気づかずに患者に交付した。数日後患者が自分の薬カレンダーにセットしようとして、エゼチミブが6錠混入しているのに気づき、服用前に薬局に申し出たもの。	PTPの外見色合いが一見して似通っていた。端数を薬品棚に戻す際に混入したのと思われる。さらに投薬時の再確認が繁忙時間帯であったこともあり、おろそかになった。	投薬時、ゴムで閉じたPTPを外してよく確認する。	カルベジロール錠2.5mg「サワイ」	エゼチミブ錠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
231	当局は長期処方が多く、100錠のアルミパックのまま交付することが多々ある。該当薬は頻回に処方され、隣接する棚にありました。品入れたときに間違えていれてしまい、端数は正しく調剤されていたが100錠単位の薬剤を間違えてピッキングした。同じようなアルミのバック、大きさもほぼ同じ、包装印字も紺色と区別はつきにくかった。監査レンジをも利用しているが、バーコードがアルミのバックになかったため、交付まで気が付かなかった	品入れ時のミス。ピッキング時の未確認。それぞれの外観の類似性。	アルミパックのままではなく、きちんと開封し確認する	カルボシステイン錠250mg「JG」	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
232	臨時薬でカルボシステイン250mg 15錠の調剤のところ慌てて外見が煮ていたトラネキサム酸250mgを5錠混ぜてお渡し	外見が似ているため監査も見落とし。繁忙により慌てていたのもある	予製等するときは必ず同じカセットに置きピッキングをした後も再度見直す	カルボシステイン錠250mg「サワイ」	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
233	カルボシステイン250mg サワイのところを、シートの色がそっくりなクラリスロマイシン200mg サワイで調剤してしまった	シートデザインが似ていたの間違い	シートデザインが似たものは注意喚起の札などを付ける	カルボシステイン錠250mg「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
234	カルボシステイン250mg 15錠のところトラネキサム酸250mgを15錠渡ししてしまった。家族が気づき連絡をしてきて発覚。交換をした。	トラネキサム酸が一般名処方で最初にジェネリックで調剤していたが、先発品でのお渡しだったためトランサミンを調剤し、トラネキサム酸を棚に戻すところを間違えてカルボシステインをトラネキサム酸の棚に戻してしまった。	ダブルチェックを怠ったことが原因。徹底する。	カルボシステイン錠250mg 「テバ」	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
235	カルボシステイン錠250mgが処方されたため、カルボシステイン錠の棚から錠剤をピックアップしたが、その中にロナール錠250mgが混ざっていた。	その前にロナール錠をピックアップした際、戻す分を誤ってカルボシステイン錠の棚に戻してしまった。	錠剤の棚が近くにあったのでそれを離した。ケースに戻す際もしっかりと名前を確認するよう徹底する。	カルボシステイン錠250mg 「テバ」	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
236	通常外来は2次元バーコード入力だが発熱外来だった為、FAX受診で手入力となる。多くは500mg入力となる為、入力者の思い込みで入力し、入力者チェックを怠った。GS-1チェッカーにてミス発覚。	発熱外来と通常外来が混在している状態でかつ、本来は事務員2名体制ではあるが、公休のため事務員1名体制であった。対象患者様来局時は1時間で7名来局あり。	入力後のチェックの再徹底	カルボシステイン錠250mg 「トーワ」	カルボシステイン錠500mg 「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
237	平素から当薬局を利用されている患者様にいつもと同じお薬が処方されたが、その中でカルボシステイン錠が出荷規制によりメーカーを「トーワ」から「テバ」に変更することになった。前回Do処方を入力した為、メーカーを誤ってしまった。患者様が帰られた後、薬剤師が薬歴を見て間違いに気づき、患者様に連絡してご説明し、後日薬情やお薬手帳の紙など差し替えさせていただいた。	注意が足りず前回Do処方を入力してしまった。またジェネリック医薬品の出荷規制が多く、同医薬品の複数メーカーを取り扱っていた為。	同医薬品の複数メーカーを取り扱っている薬は、入力の際必ずメーカーの確認をすること。また薬剤師も投薬の際、入力の間違いないか確認をする。	カルボシステイン錠250mg 「トーワ」	カルボシステイン錠250mg 「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
238	<p>医院より一般名処方にてカルボシステイン錠500mgの処方があり、250mgを1回2錠で交付していた。処方入力段階で500mg 1錠/回→250mg 2錠/回で入力するのだが、250mg 1錠/日で入力をする。薬剤は2錠/回で調剤しており、監査の時点で薬袋の記載ミスに気が付かず交付する。夕方近くに処方せんのチェック段階で入力の違いに気が付き、患者様へ連絡して正規の処方量で服用してもらうことになった。</p>	<p>背景にカルボシステイン錠500mg(先発品、後発品共)の出荷調整があり、在庫に余裕のあった250mgで投薬するしかなかった。</p>	<p>事務員、当該薬剤師とも入社したため、また繁忙な時間帯だったためミスが起こったと考えられる。繁忙な時間帯は経験の長い事務に処方入力を交代してもらい、薬剤師も入荷困難な薬剤の把握を事前に行うことでミスは減らせるのだと思う。</p>	<p>カルボシステイン錠500mg「ツルハラ」</p>	<p>カルボシステイン錠250mg「ツルハラ」</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>
239	<p>カロナール錠200mgが処方されていたが300mgが取り出されていた。監査者が気が付きすぐに取り換えた。</p>	<p>薬品棚にカロナール錠200mgと300mgが上下に置かれていて取り間違えしやすい。</p>	<p>カロナール錠200mgと300mgの間に別薬剤をいれました。</p>	<p>カロナール錠200</p>	<p>カロナール錠300</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>
240	<p>カロナール錠200が処方されていたが、酸化マグネシウム錠330を患者に渡そうとしてしまった。窓口で患者家族から「いつもの頭痛薬とパッケージが少し変わりましたか?」と聞かれ、間違いに気づいた</p>	<p>カロナール錠200と酸化マグネシウム錠330は隣に陳列されており、PTP包装も青色が使われており、見誤って棚から取り出してしまった。</p>	<p>カロナール錠200と酸化マグネシウム錠330を離して棚に保管した。</p>	<p>カロナール錠200</p>	<p>酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」</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>
241	<p>患者家族より「カロナール200のなかに8錠だけアロプリノールが混ざっている」と連絡あり。患者宅に伺い確認すると渡した210錠のうち202錠はカロナール200だったが8錠アロプリノールサワイ100mgが混ざっていた。お詫びし交換した。服用はなかった。</p>	<p>外観が類似している。端数を取るときにあやまった棚から取った可能性がある。それまでの調剤時薬剤を戻し間違えておりカロナール錠200mgの棚にアロプリノール錠が混ざっていた可能性も否定できない。</p>	<p>錠剤の端数は裏表ともにしっかり確認することを徹底する。調剤時取った薬を棚に戻す際は指差し確認を行い、正しい棚に戻すことを徹底する。</p>	<p>カロナール錠200</p>	<p>アロプリノール錠100mg「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>

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
242	処方箋にはカロナール錠500が3錠/毎食後 5日分で処方されていた。薬剤師Aはカロナール錠の引出しから15錠を調製したが、端数で5錠がメトホルミン錠500「ニプロ」が混在していた。監査システムを通す時に当人により間違いが発覚。薬剤師Aが当日にメトホルミン錠500「ニプロ」の端数を誤って、カロナール錠500の引出しに戻していたことが判明。患者には正しい薬を交付し、他にカロナール錠500が処方された方へ連絡をとり、全員問題なかったことを確認した。	2剤が同時に処方されていた方の端数を戻し間違えており、包装が酷似していたため間違えた。	薬剤を戻す際は2人で確認しながら戻すことを徹底する。	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
243	カロナール錠500mgを72錠交付するところ、70錠がメトホルミン錠500mg「DSPB」であり、残り2錠がカロナール錠500mg「DSPB」だった。鑑査で見逃して交付しており、別の方のカロナール錠500mg調剤時に混入が判明。	シート裏から見たい場合の外観類似性、錠剤・シートサイズの類似性、共に劇薬であり、同じ棚番に保管されている薬であることからのメトホルミン錠の片づけ間違いが挙げられる	医薬品を棚に片付ける際はハンディターミナルを用いるか、ダブルチェックを必ず行う。鑑査時に全シートに誤りがないか確認する。	カロナール錠 500	メトホルミン塩酸塩錠 500mg MT「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
244	電話処方にて12歳の小児男児の処方箋FAXが送られてきた。鑑査者が薬歴を見ながら処方箋鑑査をしたところ、カロナール500mgが分3 3T処方されていた。さらに頓服でカロナール200mgが1回2T 3回処方されていた。処方内容が疑問である事、体重が50kgとのことだったが小児であるため、保留し、母親の到着時確認したところ、頓服のカロナールは聞いているが、常用のカロナールは聞いていないとのことだった。以上により疑義照会をしたところ、カルボシステイン500mg 分3 3T処方に変更となった。	薬歴を見たところ前回処方で、カルボシステイン250mgが分3 3Tででていた。成長した為500mgに変更しようとしたところ、カロナール500と取り違えたのではないかと疑った(同じ500mgであるため)。ただし実際は不明。	処方箋の違和感を感じられるように日々勉強を要する。	カロナール錠 500	カルボシステイン錠 500mg「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
245	カロナール500mg が処方されたが、メトホルミン500mg を渡してしまった。薬を服用した患者が気づき、連絡が来て間違いに気づいた。患者の体調には変化なかった。	患者がPCR検査を受けており、外の車で投薬したため、最後の薬剤確認が出来なかった。カロナール500mg とメトホルミン500mg のカセットが近かったため取り間違えた。	カロナール500mg とメトホルミン500mg のカセットの場所を離した。	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
246	患者は他院でコロネル錠500mgを処方され服用していたが、今回かかりつけ病院で処方してほしいと医師に相談し、処方されることとなった。しかし、実際にきた処方箋ではカロナール500mgで処方されており、お薬手帳を確認した薬剤師が患者に直接聞いたところ、コロネル錠500mgが処方される予定だった旨を確認し、病院に疑義照会したところ、コロネル錠500mgとカロナール錠500mgを入力ミスしてしまったとのことで、コロネル錠500mgへ変更となった。	カロナール500mgとコロネル錠500mgの規格が同じであること、平素よりカロナール錠500mgの方が処方回数が多いことが入力の際にミスしてしまった原因ではないかと予測される。	新規処方薬が出た際に処方理由を患者に確認することが必要であると考えられる。また、お薬手帳を日頃より確認し、患者とのコミュニケーションが求められると考えられる。	カロナール錠 500	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
247	【般】 カンデサルタン錠2mg が処方され、カンデサルタン錠2mg 「タナベ」を調剤すべきところ、商品名のカルデナリン錠2mg と読み違い思い込み集薬した。一般名と商品名の違いに対する確認不足。監査時に間違いに気づき、集薬し調剤した。	カンデサルタン錠2mg をカルデナリン錠2mg と読み違えた。	一般名と商品名には似た名称があるので、医薬品名を正しく判読するには一字一句見違えないように気を付ける。	カンデサルタン錠 2mg 「タナベ」	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
248	do処方と思い調剤した監査時に変更が判明した	処方入力時の確認 チェック	処方箋にチェックをして入力する	カンデサルタン錠 4mg 「あすか」	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
249	一般名処方カンデサルタン錠4mgのところドキザゾシン錠4mgで調剤。交付後、患者本人より薬剤名がいつもの薬と異なると電話あり発覚。	繁忙期であったため、患者が先に処方箋を置いて帰宅。調剤、監査まで実施済にて処方内容が変更ないことを確認し交付したが、監査済であったため、普段は実施している患者と相互角確認を怠った。	監査済の薬剤であっても患者に薬剤を見せながら相互確認を徹底する。	カンデサルタン錠4mg「武田テバ」	ドキザゾシン錠4mg「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
250	カンデサルタン錠8mg「武田テバ」で処方入力を行ない調剤を行なうところ、誤ってカンデサルタン錠8mg「あすか」で調剤を行なった。	当薬局において当該医薬品の採用品メーカーを切り替えている時期でありメーカー変更の入力と調剤において連携が不十分だったと思われる。	入力の際の医療事務と調剤時の薬剤師の情報共有を徹底し調剤時にレセコンの入力内容を十分確認した上で調剤を行なう。	カンデサルタン錠8mg「武田テバ」	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
251	キプレス錠5をチュアブル錠で調剤。生物学的同等性なし、成人への処方不可にも関わらず、交付してしまった。	当該薬剤師の知識不足	形状知識に関しての知識を深めるために研修会を実施する。	キプレス錠5mg	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
252	【般】クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%と処方されていた。先頭部だけを読んで当薬局にあるクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏だと思い込んでしまい、ピッキングをした。監査時に間違いであることに気づき、再調剤。	最初の4文字だけをよんで判断してしまった。	軟膏類の一般名処方には似ているものが多いので最後まで読むことを心掛ける。間違えやすい一般名の後ろには先発名が入るようにルールを作るべきだと思う。	キンダベート軟膏0.05%	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「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
253	キンダベート軟膏0.05%の後発品であるクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%をピッキングしなければならなかったが、間違えてクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%をピッキングしてしまった。	薬名を前半部分だけで判断するのではなく最後まで読んで確認する。	スタッフ間でヒヤリ・ハット事例の共有を行い、ミスを減らしていく。	キンダベート軟膏0.05%	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「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
254	一般名処方がクロベタゾン酪酸エステル軟膏だったが、軟膏の一覧表を見て、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏を見つけてデルモベート軟膏をピッキングしてしまった。	ちゃんと一般名を見ること。	近隣でよく処方される軟膏は、軟膏一覧表にラインを引いた。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
255	事務員が似た一般名のクロベタゾンをクロベタゾールで入力してしまったのに調剤者が気がつかずクロベタゾールで調剤し勤務薬剤師が一人のためそのまま交付した。 交付後ストロングストを指示の部位に使うのはおかしいと思い確認したところ入力と調剤のダブルミスに気づき患者様宅に電話連絡し交換させていただいた。電話では開封したとおっしゃっていたがお取替えにうかがって確認したところ未使用で患者様に健康被害はなかった。	事務員1人薬剤師1人での勤務が通常。	交付時の確認 疑問があったら処方もとに確認するなど怠らないようにする	キンダベート軟膏0.05%	デルモベート軟膏0.05%		ヒューマンエラー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	一般処方でクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏であったが、レセコン入力時点で一般名を名前の似ているクロベタゾン酪酸エステル軟膏で選んで入力していたので、入力訂正してお渡し	一般名の入力が違うと、薬も違ってしまう。特に軟膏は一般名も長いので入力時に注意が必要	今回は軟膏の%もそれぞれ0.05%と同じだったが、名前は似ていても%が異なる場合もあるので、%も確認すると間違えの確認もしやすい	キンダベート軟膏0.05%	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」		ヒューマンエラー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	67才女性 顔の皮膚炎症状で4~5ヶ月に1回キンダベート軟膏0.05%が処方された。1か月前、近隣のクリニックの処方箋のフォーマットが変更になり、製品名処方から一般名処方へ変更になった。事故当日、一般名処方でクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%と記載があったため、いつも多くの患者様に処方されているデルモベート軟膏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%) だと思い込み、調剤する薬剤師、レセコンを打つ事務員とともにそのままデルモベート軟膏0.05%を交付しようとした。交付時、患者本人から「こんな薬使ったことがない。」と指摘があり、よく見ると似た名前の一般名で間違いに気づき、すぐに正しいほうのクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05% (商品名キンダベート軟膏0.05%) を渡した。	当薬局では9割以上でデルモベート軟膏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%) が処方されていて、キンダベート軟膏0.05% (一般名クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%) はこの患者様を含めて2人しか交付してなかった。今回近隣のクリニックの処方箋フォーマットが変更になり、商品名から一般名へ切り替わった。調剤した薬剤師及び事務員も"クロベタ"エステル軟膏0.05%"だけで処方箋を読み取ってしまった為、いつもの 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%) と思い込み誤って交付しようとしたものと考えられる。	似たような薬剤がある場合は一般名や商品名関わらず"注意 類似名称薬剤あり"のシールをストックしているところに貼付する。薬を出すときは他の従業員がわかるように成分名と商品名を唱和する。鑑査する時は一字一句確認し、薬歴も再確認する。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
258	ゲーフィス錠5mgとグルファスト錠5mgはお薬の棚が隣でなおかつ、ヒート、名前が少し似ていたこともあり、拾い間違い、監査も潜り抜け、ゲーフィス錠5mgをお渡ししないといけないところをグルファスト錠5mgをお渡ししてしまいました、	ゲーフィス錠5mgとグルファスト錠5mgの棚が隣だったこと。ヒートや名前が少し似ていたこと。	ゲーフィス錠5mgとグルファスト錠5mgを近くにないように離す。お薬を拾って渡す際に薬の名前を言って投薬者に渡す。	ゲーフィス錠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
259	ゲーフィス錠を調剤するところグルベス錠を調剤	忙しい時間帯、ゲーフィス錠を調剤するところ、グルベス錠を調剤	薬品名類似品ありの注意喚起	ゲーフィス錠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
260	クエチアピン錠25mgのところジクロフェナク25mgをピッキング。調剤者が監査機器を通す際に発見。	クエチアピン錠25mg「ヨシトミ」の棚にジクロフェナク錠25mg「サワイ」が納品されていた。クエチアピンとジクロフェナクはメーカーも違うが、外箱側面の1面が非常に類似しており、同日納品されたため間違えたと思われる。	納品時は側面1面だけでなく他の面も確認する。	クエチアピン錠25mg「ヨシトミ」	ジクロフェナクNa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
261	処方箋の薬でクエンメットが出されていたがクエン酸第一鉄と見間違え他の薬剤師により発見	忙しい時間で確認を雑にしてしまった	再度の指さし確認の徹底	クエンメット配合散	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
262	正：(般)クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム水和物と誤；(般)クエン酸第一鉄を間違えた。	クエン酸をみて、普段多く処方になるクエン酸第一鉄と間違えてしまった。	投薬時に患者さんの話の内容と異なるため気が付きその場で取り替えることができたので今後も処方内容の確認とともに本人への処方内容の確認を徹底する。頭3文字で判断せずしっかり確認することを徹底する。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
263	クエンメット配合錠を取り揃えるべきところ、クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」を誤って取り揃え、間違いに気付かず鑑査へ回した。調剤過誤防止システム端末でエラーが発覚し調製し直した。	一般名処方で頭3文字が一致していたため起きたヒューマンエラーと思われる。	該当薬剤2品目の配置場所を離す。かつ、調剤過誤防止システムで必ず鑑査することを徹底する。	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
264	新規の患者様で、婦人科の処方箋持参。(般 クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠 の処方箋であったが、鉄剤が出るというおられ、主治医に疑義照会をした。(般 クエン酸第一鉄ナトリウム錠50mgの間違いだった。	一般名記載であり、「クエン酸」の部分が同じであり、医師の処方入力時の間違いだった。患者様と先に聞き取りをし、鉄剤であると思われ、疑義照会をした。	調剤前の鑑査や聞き取りはしっかりすることが必要。	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
265	処方箋は一般名処方であり、クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠と記載があり、調剤薬剤師が最初の「クエン酸」の文字を見て、クエン酸第一鉄と誤認し、調剤を行った。その後の鑑査で、鑑査薬剤師が間違えに気づき、正しいクエンメット配合錠を調剤、患者様へお渡しした。	クエンメット配合錠は普段あまり動かない薬であり、クエン酸第一鉄の処方量の方が多くことから誤認してしまったと考えられる。また一般名を最後まで読まず思い込みで調剤をしてしまったことも要因と考えられる。	薬局としては、処方内容をよく確認し、迷ってしまったら再度確認することを徹底。調剤後も自己鑑査をする。当たり前のことだが、調剤・鑑査中は私語をせず、集中して行う。	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
266	クエンメット配合錠の処方のところ、間違えて、クエン酸第一鉄Na錠を渡してしまった。後日、在庫のチェックをしていたところ在庫が合わないため、発覚。患者さん宅に行き、薬の交換しましたが、服用されていないので助かりました。	仕事の慢心からクエンという文字だけで勝手な思い込みをしてしまったこと。調剤されたものを見て、鑑査も確認不足だったこと。	勝手な思い込みを持たず、確認するよう、再度心がけることにしています。	クエンメット配合錠	クエン酸第一鉄Na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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
267	クエンメットを処方された方に在庫準備をしようとしたところ、違和感を覚えた。端数のヒートシートをよく見たところ、5錠だけ塩化カリウム錠が混入していることが分かった。両薬剤の在庫数を確認したところ、混入はしてしまっていたが、在庫に狂いは無く、一旦取り出したあとに戻す際、間違っただけで戻ってしまったことが分かった。	数日前にクエンメット、塩化カリウム錠の両方が処方されている方がいた。あらかじめ予定数量を準備していたが、処方された日数が短くなっていたため、準備していたものを戻す必要があった。この際に、銀色のシートに黒の印字、真っ白な錠剤と、一見同じ薬剤に見えるため混在したまま保管場所に戻ってしまったことが要因と考えられた。	一旦取り出した薬剤を元の場所に戻す際には、まずしっかり確認した上で薬剤ごとにまとめ、その上で保管場所にもどすこととした。特に見た目がそっくりな薬剤についてはスタッフに注意喚起をおこない、周知した。	クエンメット配合錠	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
268	クエン酸第一鉄が初薬で処方あり。28錠のヒートの中にカルボシステイン250が10錠混ざっていたことが患者の電話で発覚ゴムでくっつけたクエン酸第一鉄18錠とカルボシステイン10錠で、監査の薬剤師も一緒に薬剤だと思ったとのこと	クエン酸第一鉄とカルボシステインは隣同士の配置で、薬をカセットにおおす時に間違えたと考えられる。外観は似ており、錠剤の大きさも同じくらいのため、ゴムでくっつけたときに気づかなかったと思われる。	今回のミスで隣同士の配置を変更して、類似医薬品の間違いについて周知しています。	クエン酸第一鉄Na錠50mg「NIG」	カルボシステイン錠250mg「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
269	6/21 クエン酸第一鉄処方のところ誤ってクエンメットお渡し7/7 Pt指摘により発覚 体調問題なし Pt, Hpに謝罪説明	調剤棚、隣同士に配置されておりとり間違え	クエンメットを引き出しに配置して場所を離れた	クエン酸第一鉄Na錠50mg「武田テバ」	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
270	本来、加味帰脾湯を置くところに、小青竜湯が置かれていた。	箱の色が同じため、納品した際に間違えて置いたものと思われる。	全スタッフに周知し、間違えやすいので気を付けるように、伝えた。	クラシエ加味帰脾湯エキス錠	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
271	クラシエ桂枝茯苓丸エキス錠とクラシエ黄連解毒湯エキス錠は箱も薬のパッケージも似ており、桂枝茯苓丸を5箱集める所、その中の1箱が黄連解毒湯であった。	置いてある場所が近く、混在してしまったことが原因	置く場所を離しておくようにして、ヒアリハットありの札をつけることに注意喚起するようにした。	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
272	クラシエ桂枝茯苓丸料エキス錠が処方されていたが、クラシエ桂枝加茶朮附湯エキス錠を調剤	普段よりクラシエ桂枝加茶朮附湯エキス錠の処方量が多い為、思い込みによる影響が強いと思われる	薬剤名の頭文字を幾らかでは無く、全名称をしっかりと確認した上で調剤を開始するよう指導	クラシエ桂枝茯苓丸料エキス錠	クラシエ桂枝加茶朮附湯エキス錠		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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
273	クラシエ桂枝茯苓丸エキス錠504錠の調剤の際、18錠シート7枚つづりを4束調剤のところ、1束だけクラシエ黄連解毒湯エキス錠が混入していた。棚卸の際に発覚し、速やかに該当患者に連絡を取り、交換した。患者は未服用であった。	繁忙時であり、調剤者と監査者が同じであった。	いかなる時もダブルチェックを徹底する。外観類似の医薬品については店舗スタッフ間で情報共有し、監査時は全てのシートについて確認を徹底する。	クラシエ桂枝茯苓丸料エキス錠	クラシエ黄連解毒湯エキス錠		ヒューマンエラー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	クラシエ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス細粒が処方されたところ、一部をクラシエ葛根湯加川芎辛夷エキス細粒を調剤してしまったが、交付時の監査で気づいた。	同じクラシエの製品であること、外観(緑色)が似ていること、KB-12、KB-2と記号・番号表記が似ていること、調剤棚に隣接して置いてあったこと。	薬局内ルールに従い、記号・番号順に収納した。また外観が非常に似ているため、間に違う色の医薬品を挟み、同じ間違いを未然に防ぐよう改善した。	クラシエ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス細粒	クラシエ葛根湯加川きゅう辛夷エキス細粒		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
275	調剤時クラシエ柴朴湯をピッキングしなければならぬところ、柴苓湯で調剤を実施。鑑査者が間違いを発見し訂正。薬品名類似品についての注意喚起に従業員内で共有した。	柴苓湯も柴朴湯もクラシエについては色も名前も酷似しており、包装規格も複数存在する。	薬局従業員内で複数の包装があることや類似薬の例などの表を用いて注意喚起を行った	クラシエ柴苓湯エキス細粒	クラシエ柴朴湯エキス細粒		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
276	クラシエ小青竜湯エキス錠が90錠処方されたうち、1シートのみクラシエ小柴胡湯エキス錠で調剤してしまっていた。	包装品が同色、番号も9番と19番で似ていたため最終鑑査時に気づくことができず、交付してしまっていた。	新しい箱を開けて調剤する際や、納品時も必ずPDAを用いるルールを徹底する。	クラシエ小青竜湯エキス錠	クラシエ小柴胡湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
277	4月22日クラシエ当帰芍薬散エキス細粒6g、朝夕食前28日分処方。重量監査機器を用いて監査をおこない重量が合わなかったがスキップボタンを選択した。投薬時に誤った薬剤が混ざっていることに気づかずそのまま投薬。 (当帰芍薬散エキス細粒(3g/包):14日分、抑肝散加陳皮半夏エキス細粒(3.75g/包):14日分) 5月11日18時すぎに患者様から「服用したあとの薬のごみを見たらもらっているはずの薬と名前が違っている。今まで名前を確認せずに飲んでいたので自分が飲んだ薬が正しいものか間違っているものか分からない。」とお電話があった。監査機器で写真を確認したところ当帰芍薬散エキス細粒を14日分、抑肝散加陳皮半夏エキス細粒を7日分お渡ししていたことが確認できた。名前の確認できない状態の薬剤が7日分あったが、患者様の手に抑肝散加陳皮半夏エキス細粒が9日分残っているとのことから14日分ずつお渡ししていたことが判明。電話のあと患者様宅を訪問し抑肝散加陳皮半夏エキス細粒を回収し当帰芍薬散エキス細粒を14日分お渡しした。健康状態は変化なしとのことだった。患者様へ飲み終わった分が正しいものであったことを説明。受診病院が診察終了後であり電話が繋がらなかったためインシデント発覚日には連絡できなかった。	薬剤の保管場所が並んでおり間違いやすかった。重量監査機器で重量が異なっているとエラーが出たが、そのままスキップを選択してしまっていた。包装の色が同色であり同じ薬剤であると思い込んでしまった。	該当薬剤の保管場所を離し誤って手に取らないように対策した。重量監査で合わなかった場合は2人以上で確認する。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
278	クラシエ白虎加入参湯3包/3×28日分のところ、クラシエ辛夷清肺湯14日分が混入。	納品時に白虎加入参湯の保管場所に辛夷清肺湯を収納してしまったと考えられる。白虎加入参湯、辛夷清肺湯はどちらも大包装の空箱に小包装を保管していた。保管方法、互いの薬品名の文字数、色(黄)の類似が調剤ミスにつながったと考えられる。	辛夷清肺湯に関しては大包装の空箱管理を廃止し、収納場所を変更した。監査時、漢方は一束ずつ薬品名確認を再徹底。	クラシエ白虎加入参湯エキス細粒	クラシエ辛夷清肺湯エキス細粒		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
279	定期薬として八味地黄丸(240包)が処方あり、お渡しした。患者が入院することになり服用薬を持参された際、八味地黄丸の中に五苓散があり、入院施設からの問い合わせがあった。詳細確認したところ五苓散(16包)が混じていたことが発覚。直ちに患者家族に連絡、お詫びと正しい薬剤をお届けした。	鑑査、投薬時の細部にわたる確認が甘かったこと。外観類似による思い込みがこのような事態を招いてしまったこと(棚からとる、戻す際に混じってしまったかもしれない)	調剤時、鑑査、投薬時に細部にわたり確認を徹底する外観類似品の陳列を変更する戻す際にも確認を怠らない	クラシエ八味地黄丸料エキス細粒	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
280	処方入力誤り正)クラシエ半夏厚朴湯エキス細粒 6g誤)クラシエ半夏厚朴湯エキス細粒 7.5g	クラシエ半夏厚朴湯エキス細粒(2g/包)もツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(2.5g/包)と同様と思い込み、入力した。	レセコンにおける薬剤名(局内名称)をクラシエ半夏厚朴湯エキス細粒(2g)とし、周知徹底した。	クラシエ半夏厚朴湯エキス細粒	クラシエ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
281	包装が類似している漢方製剤を誤って調剤し、そのまま監査・投薬。漢方番号「6」「16」1週間後に患者服用中に誤りに気が付き過誤発覚	該当薬の保管場所が近く、混在しやすい状態にあった	漢方色番号の色味が近い薬を近くに保管しないよう保管場所の変更を行った	クラシエ半夏厚朴湯エキス細粒	クラシエ十味敗毒湯エキス細粒		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
282	クラシエ半夏厚朴湯エキス細粒をお渡しすべきところ、誤ってクラシエ加味逍遙散エキス細粒をお渡ししてしまった。後日ご家族が薬情と薬の違いに気づき、薬を持参されて誤りが判明した。	半夏厚朴湯の包装が白色と肌色、加味逍遙散の包装が白色と黄色、どちらもスティック状包装で類似しているため見誤ってしまった。	包装の色や形状だけでなく、品番・品名も注意深く確認し、思い込みをなくすようにする。	クラシエ半夏厚朴湯エキス細粒	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
283	クラシエ半夏厚朴湯が処方されていたが、誤ってクラシエ半夏瀉心湯を交付してしまった。いつも服用していた漢方だったが、包装の色も似ていたため患者本人も気づかず2日程服用してしまった。いつもと味が違うことに気づき発覚した。	薬局在庫で半夏から始まる漢方薬は数種類あったが、クラシエは半夏瀉心湯と半夏厚朴湯しか在庫がなく、処方のほとんどが半夏瀉心湯であった為、誤ってしまった。	薬局の在庫（何があるか）の確認。漢方薬は名前が似ているものが多いので、最後の一字までしっかり確認。投薬時にも患者様にきちんと見せて、生薬名を読み上げたり、薬袋に印字されている薬品名と見比べたりして注意する。	クラシエ半夏厚朴湯エキス細粒	クラシエ半夏瀉心湯エキス細粒		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
284	漢方薬の名前の類似。	処方箋のコピーに、番号をメモ。	複数で、チェックする。	クラシエ半夏瀉心湯エキス錠	クラシエ半夏厚朴湯エキス錠		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
285	クラシエ防風通聖散エキス錠の処方のところ、一部クラシエ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス錠（名前はうろ覚え）が混っていた。と患者さんからの訴え。違うような気がしたが、そのまま服用してしまった。特に体調に変化はなかった。全部飲んでしまったので、ヒートなどは残っていない。	未調剤薬を棚に戻す際に間違えたところに戻した可能性がある。	当薬局の在庫で外見が似ているものは柴胡加竜骨牡蛎湯のみなので、渡してしまった可能性がある。束になった外側だけでなく、中も確認することが重要と思われる。	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
286	クラシエ防風の細粒の在庫している場所にクラシエ柴胡加竜骨牡蛎湯がはいっていて、ピッキングする際間違えてとってしまった	ほかの患者の予製をバラしたときに薬を戻す場所を間違えてしまったことが要因だと思われる患者に交付する前に気づいたので、事なきを得た	薬を棚に戻す際には十分気をつけて薬品名をしっかり見て戻す	クラシエ防風通聖散料エキス細粒	クラシエ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス細粒		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
287	防已黄耆湯を120包調剤するところ、端数の8包を猪苓湯で調剤した。鑑査者が気づき、交付前に発見。	防已黄耆湯と猪苓湯はどちらも同じ色であった。猪苓湯が間違って防已黄耆湯の保管場所に保管されていた。	入荷した際や、調剤後に戻す際に十分注意する。調剤の際も色だけで判断せず、全て名称が合っているかを確認する。	クラシエ防已黄耆湯エキス細粒	クラシエ猪苓湯エキス細粒		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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
288	クラシエ防已黄耆湯とクラシエ防風通聖散の取り間違え	・クラシエ防風通聖散の使用頻度の方が多く、頭文字のみ見て思い込み、取り間違えた。・混雑時のため、慌てて調剤を行ってしまった。	・医薬品の頭文字のみでなく、一文字ずつ意識して監査する。・薬品棚への注意喚起を記す。・監査、調剤時は薬袋、薬情の写真でも医薬品の一致を確認する。	クラシエ防已黄耆湯エキス錠	クラシエ防風通聖散エキス錠		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
289	クラシエ抑肝散陳皮半夏 1回2.5g分包 28回分 頓服で処方されていたが、処方入力時に3.75gを28回分で処理されていた。	2.5gの製剤は在庫不備で3.75gは在庫しており、薬局業務終了後にFAXで流れてきたため急いで入力、薬剤師がすでに不在になっていた為、明日に監査する手はずになっていた。翌日に監査した薬剤師により入力の間違いに気づき定性に至りました。	緊急性を有する処方箋ではない時は、無理に処理しようとはせず、特に一人になった時は業務遂行できないので翌日に薬剤師が処方箋監査してから入力するように手順の再確認履行するようにした。	クラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒	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
290	120包のうちの1袋14包だけが、当帰芍薬散が混ざっていた。番号の確認不足。	色だけの判断せず、すべての番号確認の徹底棚の位置の見直し。患者さんからも見て番号確認ができるように薬袋に入れる(ビニール薬袋私用の為)	棚の交換、鑑査、投薬口での番号確認徹底。在庫補充の際の、PDA使用徹底	クラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒	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
291	EK68芍薬甘草湯4g2×40日分で80P必要だったが、そのうちの21PだけEK108人參養榮湯が紛れていた。調剤者、監査者共にそれに気づかず、そのまま投薬。後日服用した患者が気付き、次回来局時に人參養榮湯を持参し、発覚。3回服用したが、それによる健康被害は無かった。	当該ミスが起こる前に、別の患者でFAXで届いた処方せんにて調剤をしたところ、その患者が来局しなかったため、調剤した薬を調剤棚へ戻した。その中にクラシエ人參養榮湯が含まれていた。それを誤って芍薬甘草湯の引き出しへ入れてしまったと思われる。	監査時、漢方は特に、色が同じでも全ての束を必ずチェックする。今回の例のように一度調剤したものを元の棚や引き出しに戻す場合も同様。	クラシエ芍薬甘草湯エキス細粒	クラシエ人參養榮湯エキス細粒		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
292	処方内容にエリスロシンDSとミヤBM細粒のセットとクラバモックスDSとミヤBM細粒のセットがダブルで記載されており、抗生剤2種とミヤBMがダブルで記載あったため処方内容を疑義紹介した。	抗生剤2種が処方されることはあるが、年齢が1歳だったこともあり、他剤の日数とも合わないため疑義紹介したところクラバモックスは削除になりエリスロシンを服用するように指示がありました。	飲み方の詳細な記載もなかった際には、Drに疑義紹介し詳細を確認する	クラバモックス小児用配合ドライシロップ	エリスロシンドライシロップW20%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
293	グラマリールをアマリールと勘違いし、ピッキングした。当該患者は糖尿病ではないので、監査前に薬剤師が気づき、正しいグラマリールをピッキングし直した。その後、監査機に通し、投薬に至った。	一般名で処方されていた為、お薬手帳を参考に読み間違え、違う薬をピッキングした。	患者さんの病態を頭に浮かべながら、ピンキングする様に指導。またはお薬手帳をじっくり見て、間違え内容にピッキングするように再指導した。	グラマリール錠 2.5 mg	アマリール 1 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
294	クラリスロマイシン200日医工での処方のところ、CEOで入力し、薬情薬袋など、メーカー名が実際のメーカー名と違ったものをお渡ししてしまった。	吸入指導の準備などに気を取られていた。	監査の手順見直し。	クラリスロマイシン錠 200 mg 「日医工」	クラリスロマイシン錠 200 mg 「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
295	グランダキシンとグリチロンを取り間違え交付後、患者が服用する前に気づき問い合わせにより発覚	調剤した者と交付者が同一人物で監査をすり抜けました	交付時に患者と一緒に確認	グランダキシン錠 50	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
296	グリクラジド集薬中に、グリベンクラミドの棚に間違えて入っているのを発見集薬時に気づいたため、投薬には至らず	名称が似ているため、棚を間違えて入れてしまったよう間違いやすいため、引き出しと棚に分けていた箱ごと入り、ほかの人に出した形跡はなし	名称似ているため、集薬時・監査時には気を付けているが、棚に充填するときに確認が不十分だった棚に入れるとき、戻すときにも十分に注意するよう周知	グリクラジド錠 20 mg 「サワイ」	グリベンクラミド錠 2.5 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
297	グリセリン浣腸の処方、いつもはマイランをお渡したが、入手困難で入らず、ケンエーが在庫されていた。処方箋の入力はいつも通りマイラン、お薬はケンエーでお渡し。	グリセリン浣腸をお使いの患者さんの薬歴には次回ケンエーと記載していたが、確認漏れ。	薬歴だけでなく、お薬自体にも「今までマイランだが、今回からケンエー」とメモをつけておく。	グリセリン浣腸液 50% 「マイラン」	グリセリン浣腸液 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
298	グリメピリド 1 mg 半錠予製77包のところ包数を間違えていたため、取り直しをもらったところ、同じピンク色のトリクロルメチアジド 2 mg の半錠を取ってしまった。そのため、一部がトリクロルメチアジド錠となったまま、患者さんにお渡しをしてしまった。	ミスをしてしまったため焦ってしまい、ピンク色である錠剤が別にあるとは思わずに確認をせずにピッキングをしたこと。また、同じピンク色の錠剤だったため、別の薬剤を取っているはずがないという思い込みで鑑査をしたこと。	糖尿病の薬剤をトリクロルメチアジド錠の方にお渡ししてしまうことも起こりかねないことから、グリメピリド錠の半錠には糖尿病薬という印字と赤のラインを引くこととした。	グリメピリド錠 1 mg 「N P」	トリクロルメチアジド錠 2 mg 「Y 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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
299	あとから取りに来られる患者様だったので先に薬の準備をしていた。処方薬を処方箋と照らし合わせてダブルチェックをしており、投薬時に患者様へ当該薬が増量になっていることを説明。しかし増量はされていないとのことで再度処方せんを確認。こちらの入力ミスであったことが判明。患者様に交付前だったので、その場でお詫びし正しい薬剤を調剤し直して交付。	処方箋が一般名であったこと、よく出る薬が1mgの規格であったため思い込みをしてしまい規格までの確認がおろそかになってしまった。また増えても用量的には問題ない薬であったため気づくのが遅れてしまった。	処方箋のダブルチェックの際は薬品名と規格まで読み上げて確認する。入力も間違えていないか照らし合わせて確認することを徹底する。	グリメピリド錠1mg 「サワイ」	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
300	グルコンサンK細粒 2g1×朝食後で処方されていた。グルコンサンKは1g/包の包装のため1回に2包飲まないといけないが、レセコンの薬剤情報提供文や薬袋には1回1包飲むように表示された。	レセコンの入力ミス。グルコンサンKの包装が1包が1Gと分かっていたら、ミスをしていなかった。	まずは入力する事務員もその薬の実物を見る。そして監査をする薬剤師も再度薬の包装単位と薬袋、情報が合っているか確認する	グルコンサンK細粒4mgEq/g	グルコンサンK細粒4mgEq/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
301	一般名処方シタフロキサシン50mgをシプロフロキサシン100mgで誤入力 監査の際発覚	慣れにより、いつもの確認事項を怠っており、入力の違いに気づかず	処方入力の際の確認事項について再指導 薬品名規格については声にかけて入力するよう指導	グレースピット錠50mg	シプロキサシン錠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
302	クロピドグレル75mgのところプレガバリン75mgを調剤	規格が同じだった為、勘違いした	処方箋の確認の徹底	クロピドグレル錠75mg「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
303	【般】クロベタゾールプロピオン酸エステルクリーム0.05%が処方されていて、クロベタゾールプロピオン酸エステルクリーム0.05%「MYK」で調剤するところ、誤ってベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルクリーム0.05%「MYK」で調剤し、そのまま交付してしまっ。翌日に調剤・投薬者が気づき、本人に電話連絡したところ使用前だったため、正しいものに交換することができた。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルクリーム0.05%「MYK」のほうがよく処方されていること、剤形のクリームと屋号の「MYK」につられてしまい、処方ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルクリームと思い込んでしまった。レセコンデータを発注用PCにデータを落として内容確認したときに、クロベタゾールプロピオン酸エステルクリーム0.05%「MYK」を触っていないことに気づき、間違いに気が付いた。	患者様に薬と薬袋を同時に見せながら投薬はしているが、今一度、薬袋に印刷されている写真と現物が一致しているかを自身と患者様に見せて確認して投薬するようにするのを徹底する。	クロベタゾールプロピオン酸エステルクリーム0.05%「MYK」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルクリーム0.05%「MYK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
304	一般名処方にて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)が処方されていたが、入力時に誤ってクロベタゾン酪酸エステル軟膏(キンダベート軟膏)で入力してしまい、調剤時にもそれに従ってクロベタゾン酪酸エステル軟膏を調剤。監査者も誤りに気付かずそのまま監査を通す。投薬時は違う薬剤師が担当した為誤りに気づき、正しいものをお渡しできた。	クロベタゾールが処方されることはまれであり、頭の文字だけでいつものクロベタゾンが処方されたとの思い込みが皆にあった。	ステロイドの外用剤の一般名は酷似してものが多いため、在庫していないものも含め一般名も含めたリストを作成し、監査時に確認が取れるところに掲示する。	クロベタゾールプロピオン酸エステルローション0.05%「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
305	(般)クロベタゾン0.05%の処方。調剤者はクロベタゾール軟膏0.05%テイコクを調剤。鑑査者が発見。修正。	薬品名が非常に類似しており、且つパーセントまで同じ。しかしステロイドの強さは格段に違う。	事例の共有と、該当薬剤の置き場所に注意喚起の札を置くことにした。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「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
306	【般】クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%の処方箋に対して、【般】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%で入力し、調剤する、監査時にミスが発覚。	繁忙であり、入力時の確認ができていなかった。QRコードつきの処方箋であるがスキャンせずに入力していた名称類似の知識が不足していた。	QRコードのスキャンから入力することの徹底入力後の再度確認一般名処方の名称類似薬の情報共有	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
307	平素より皮膚科に受診中。前回は一般名処方：(クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%)でキンダベート軟膏が処方された。今回は一般名処方：(クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏)でクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%が処方となった。入力が前回DOのキンダベート軟膏となっており、間違いが発覚	一般名と0.05%と名称が酷似しており入力が誤ってしまった	Doと思い込まずに 処方名を一文字監査を実地する。処方名 規格 要確認	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
308	在庫のないクロベタゾン酪酸エステルローションの処方 came ところで、クロベタゾールプロピオン酸エステルローションを間違えて調剤鑑査投薬してしまう。薬歴記入時に発覚し、謝罪交換した。投薬時に強めのローションと説明している患者家族が使用の様子見しており未使用だった。	ステロイドの知識不足、確認不足。投薬時に強めと説明している、患者年齢からも強さに疑問を持つべきだった。	鑑査、投薬、調剤注意徹底、主な病院以外の処方について特に注意する。	クロベタゾン酪酸エステルローション 「MYK」	クロベタゾールプロピオン酸エステルローション 「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
309	処方薬クロベタゾン酪酸エステルローションを取り違えベタメタゾン吉草酸エステルローションお渡ししていた。患者母が帰宅後外用剤の色の少し違いがあるかと電話があり確認後とりちがいが判明、すぐにむかい交換していただいた。使用はされていなかった。	後発品外用のため、長い成分名でしっかり確認が必要であるが、その確認ができていなかった。	一般名処方、成分名、後発品の名称の一覧表を作り、再度薬がどれに当たるのか確認できるようにする、また薬剤師本人も何度も確認が必要で、その後ダブルチェックするようにする。	クロベタゾン酪酸エステルローション0.05%「イワキ」	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
310	一般名処方クロベタゾン酪酸エステル外用液に対して処方箋入力時クロベタゾールプロピオン酸エステル外用液を選択、当薬局採用品グリジールローションが入力、調剤される。監査者も気づかなかった。別の薬剤師が投薬時に処方箋と調剤医薬品の相違に気づき投薬前に修正した。	グリジールローションの一般名はクロベタゾールプロピオン酸エステル、入力時3文字で検索をかけているが類似しているためリストに出てきてしまう。入力時は処方箋が集中していたこともあり確認が甘く選択を間違えたと思われる。調剤者も監査者も処方箋の確認がおろそかになり入力された医薬品を信じてしまった。	ステロイド外用薬の一般名が類似しているものに関して調剤棚に医薬品名のほか一般名を併記して注意喚起することにした。	クロベタゾン酪酸エステルローション0.05%「イワキ」	グリジール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
311	FAXできていた6歳女児の処方を事務員がレセコン入力し、薬剤師が監査をした。監査時、【般】クロベタゾン酪酸エステル外用液、と処方箋記載があったが、レセコン入力がクロベタゾールプロピオン酸エステル外用液でされていた。すぐに入力訂正してもらった。	レセコン入力画面では三文字での薬剤検索をしており、そのため頭から4文字がクロベタで同一である薬品が選択一覧にならんだ。五文字目以降をよく確認しないまま、その中から外用液を探して入力してしまった。	類似名称の薬剤があることの周知、三文字検索で異なるものが出てくる可能性があることの周知処方箋とよく見比べて正確に入力するよう注意する	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%「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
312	名称類似による勘違い	複数枚の処方箋を持参いただきました。いつもの薬局と同じメーカー希望だったため、在庫のない薬の手配等、分譲を取りに行く作業に手を取られ、複数人での確認が出来ていなかったように思います	似た名前の薬剤は、印をつける等して全員で確認するようにしたい。	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
313	日頃より当薬局をご利用して頂いている患者様。複数の診療科を受診しており、初めて受け付けた皮膚科の処方箋だった。処方箋入力支援機器を導入しており、スキャン精度が悪くクロベタゾンをクロベタゾールと読み取り間違えた。調剤者は入力間違いを見逃したが、鑑査者が気づき、交付前に修正した。ステロイドのランクが異なり、気づかず交付していれば重大な間違いとなるところだった。	処方箋をスキャンすることで入力完了できる支援機器を導入している。【般】クロベタゾン酪酸エステル外用液を【般】クロベタゾールプロピオン酸エステル外用液と読み取り間違えた。調剤者はピッキング前に入力を確認することになっているが、見逃した。	入力者はスキャンされたデータを確認する際に、最初の4文字だけでなく全体も読みながら確認する。調剤者はピッキング前に入力に間違いがないか確認する際に、最初の4文字と剤形などについて、【般】の記載だけでなく選択された薬品が間違いがないかも確認する。	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
314	持ち込みの処方箋でいくつかの処方薬の中で(般)クロベタゾン酪酸エステル0.05%ローションを誤ってクロベタゾールプロピオン酸エステルローション0.05%で調剤していたが発見した。	当事者の成分名の見間違いと確認不足によるものです。濃度も同じだったので間違えてしまったと思われる。	薬の箱に付箋で薬品名を強調して2剤を区別できるようにしました。	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
315	クロベタゾン酪酸エステル軟膏処方あったが、入力にて名称類似しているクロベタゾールプロピオン酸エステルで入力あり。監査時に入力間違いであることに気づき、正しい入力に変更した。	クロベタゾンとクロベタゾールのように名称類似しており間違いに気づきにくかった。入力時には最初の3文字で検索する為、違いに気づきにくい。	入力後に再度末尾まで名前が合っているか確認する。	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%「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
316	事務員が一般名：クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%の処方を一般名：クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.1%で入力していた。薬剤師が鑑査時に入力のミスに気づき、訂正した。	一般名処方であったため、頭文字5文字が全く同じであり、入力ミスが生じやすい。	ステロイド外用剤の一般名入力は、類似した名前が多く、入力ミスが生じやすいので、頭文字だけではなく規格まで確認する。また、今回の場合はStrongestとMediamでランクも4段階異なっていたので、間違いやすいステロイドについては、局員全員に周知しておく。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
317	クロベタゾンで入力しなければいけないところ、クロベタゾールで入力してしまった	閉局間際に処方箋が送られてきて、焦りがあった	2人以上で確認をする	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
318	最初の5文字が同じだったので取り違えた	よく似た名前の薬品が在庫されていることを知らなかった。	よく似た名前の薬品は情報を職員間で共有し声を掛け合う。	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% 「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
319	ミディアム 【般】クロベタゾン酪酸エステル軟膏を ストロングスト 【般】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏で調剤。監査時、1歳の小児への混合の処方の為選択が強すぎると判断し発覚、レセコン入力が異なっていることに気が付く。	ハンディリーダーを用いて「入力とピッキングした薬剤が一致した」ことを確認したが、誤った入力であることに気が付かなかった。	名称類似品医は注意喚起のPOPを取り付けた。処方を見て調整することの徹底。	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% 「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
320	クロベタゾン 酪酸エステル軟膏の処方に対して誤ってクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏を調剤。薬歴記入時に調剤過誤に気づき患者様へ謝罪の上、正しい薬剤と交換。	薬品名の類似している薬剤。ステロイドとしての強さが大きく違うが、使用部位が肩であり炎症も強めだったため、投薬時もクロベタゾールと思い込み調剤過誤の発覚が遅れた。時間帯が遅く薬剤師が一人しかおらず調剤・監査のダブルチェックが行えなかった。	ダブルチェック体制の確保。類似の薬品名に対する周知徹底。	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
321	軟膏混合時に名称類似による取り間違い。ラベルを貼る際に間違いに発覚	多忙で忙しく、また軟膏は監査システムを通していなかったため起きた。	軟膏ツボに大きく頭文字を記入。情報の共有。	クロベタゾン 酪酸エステル軟膏0.05% 「イワキ」	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
322	処方箋には一般名処方にてクロトリマゾール錠で処方に来ていたものに対して、調剤時にクロマイ錠を調剤してしまったところを鑑査者が気づき、交付前に調剤し直し正しく交付。	成分としては違うものだが、ジェネリック名と先発品名の名前が似ていて間違えてしまったと考えられる。	『医薬品名が似ているため注意』などと注意喚起に表記を付ける	クロマイ錠	クロトリマゾール錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
323	ケフラルカプセルが処方されていた。患者さんは後発品を希望していたため、先発品を入力する際「ケフレックス」を選択し、後発品へ切り替えた。そのため、セファクローリンを入力。投薬時に入力間違えに気づき入力を直す。	当日にケフレックスカプセルが処方されていたので、思い込みもあり。また、先発・後発とも名前が類似している点。成分量も同じ点で間違えた可能性あり	レセコン表示を変更し、注意喚起をした	ケフラルカプセル250mg	セファレキシカプセル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
324	ケフレックスCp GEOKでの処方 ケフラルGEのセファクローリンCpで入力、調剤時発覚	名称類似	間違いやすい医薬品について(社内教育)受講、ミス例共有、セファクローリンCpに先発名併記	ケフレックスカプセル250mg	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
325	一般名処方でセファレキシカプセルと来ていたが、類似名称のセファクローリンと見間違えてしまい、ケフラルを調剤してしまった。	繁忙であった、普段近くの歯科の治療後の可能止めでケフラルがメインで処方されていた。	類似名称があることの周知、入力事務員からの声掛けの徹底。	ケフレックスカプセル250mg	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
326	処方せんはケフレックスであったが前回と同じケフラルと思いこみ監査投薬	ケフラルとケフレックスは名前が似ており先発とGeの関係かと思ってしまう。注意が必要	遅くとも次の日には入力チェックも行う	ケフレックスカプセル250mg	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
327	コンプト点眼が処方されていたが、トルソプト点眼を処方した	患者が集中したため	必ず二人で鑑査するようにする	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
328	コタロー黄連解毒湯エキスカプセル処方をしてコタロー麻黄附子細辛湯エキスカプセルで調剤した。3日後に当局スタッフが在庫確認をした際に過誤に気づきすぐに交換した。	主因としてはPTPデザイン類似による思い込みが考えられる。また、当事者の経験値も乏しく監査の注意散漫も原因としてあったのではないかと考えられる。	漢方薬は特に類似デザインが多く、思い込みによる調剤を起さないよう注意喚起を徹底。陳列方法も従来よりもルール化し共通認識を図った。	コタロー黄連解毒湯エキスカプセル	コタロー麻黄附子細辛湯エキスカプセル		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
329	施設で受けている患者様に臨時処方としてコタロー黄連解毒湯カプセルの処方あり。在庫のない薬であったこと、この施設の他の患者様にコタロー三黄瀉心湯カプセルがたくさん処方されていたことから、思い込みによりコタロー三黄瀉心湯カプセルで調剤、交付。後日間違いに気が付き、回収し正しいものと差し替え、謝罪。Drにも経緯を説明済み。	コタローのカプセルが三黄瀉心湯しなく、「コタロー」「カプセル」「黄」の字から思い込みを起こして調剤してしまった。	臨時処方時は、2人以上で処方鑑査してから調剤する。鑑査時の確認を改めて注意する。	コタロー黄連解毒湯エキスカプセル	コタロー三黄瀉心湯エキスカプセル		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
330	当薬局初めて利用する患者から、TELあり。定期薬なので、取り寄せてほしいとのこと。FAXを送ってもらい、取り寄せ対応すると説明。後日取りに来ることとなった。FAXが来た後、事務が処方入力した。薬剤師Aが鑑査、卸への発注を行った。翌日、発注した薬が届き、薬剤師Bが確認して、準備した。そののち、患者様来局したので、薬剤師Cが投薬し、交付した。数時間後、患者本人から、薬が違うとTELあり。確認したところ、他の薬剤を交付していることが発覚した。まだ服用していないとのことだったので、謝罪後、誤りの薬剤を回収し、正しい薬剤をお渡しした。	処方入力時、漢方の名前が類似していたため、入力ミス。そのまま調剤、鑑査、投薬時、気が付かずに患者に交付してしまった。	新患で初めて受付する病院だったため、注意が散漫していた。薬剤名称が類似していたため、思い込みで入力、鑑査、投薬してしまったと考えられる。当薬局では、ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒がよく処方出るので、慣れている薬剤名称を選んでしまった。また、処方箋の文字が小さかったことも要因と言える。薬剤を卸へ発注する際、処方箋ではなく、入力後のデータを見ながら、発注してしまったため、間違った薬剤を発注してしまった。コタローの漢方は色が緑で統一しているため、調剤鑑査投薬時に気が付きにくかった。今後、「苓桂朮甘湯」と「苓姜朮甘湯」は、薬剤名称が似ているため、コタロー以外でも過誤につながる可能性がある。漢方在庫の棚に、注意喚起を記載し、より注意を促すようにする。	コタロー苓桂朮甘湯エキス細粒	コタロー苓姜朮甘湯エキス細粒		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
331	苓姜朮甘湯エキス細粒をお渡しするところ、誤って苓桂朮甘湯エキス細粒をお渡ししてしまい、患者さんも気づかず3日分服用してしまった。数日後、服薬指導した薬剤師が患者から電話で相談を受けている際、番号を名称が違うことに気づき、正しい薬剤を注文しなおした。その後、間違ってお渡しした漢方薬を自宅へ回収、交換にいった。水曜日から4日後にして、患者さんは正しい薬の服用開始となってしまった。	新規のクリニックから、当薬局に在庫のないコタロー苓姜朮甘湯が処方された。取り寄せるため、誤ってコタロー苓桂朮甘湯の方を注文してしまった。届いてから袋に入れる際も、別の薬剤師が気づかなかった。その後、局内で症例検討をしている際に、渡した薬剤師が気づいて、患者に連絡を取った。	今後、新規薬剤の際は、とくに薬情と実物を念入りにチェックする。漢方薬はナンバーを声に出して復唱することとする。漢方薬について、基礎的なことからおさらいし、深い知識を身につけ、余裕を持った指導ができるようにする。	コタロー苓姜朮甘湯エキス細粒	コタロー苓桂朮甘湯エキス細粒		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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
332	昼の薬局繁忙時、調剤補助をしていた事務員がコタローの六君子湯と芍薬甘草湯を取り違えてピッキング。当該処方ではコタローの六君子湯57包が出ており、六君子湯42包1箱と芍薬甘草湯42包1箱が並んでピッキングされていた。監査時に薬剤師が発見・訂正した。	・コタロー漢方の包装は同じ色の包装をしていて見間違えた。・普段はツムラの漢方薬をメインで調剤しており、コタロー漢方の取り扱いに不慣れであった。・コタローの漢方は2種類しか取り扱いがなく、横並びに陳列していた。	スタッフ全員に周知して注意喚起。陳列しているところにも違う薬であることが分かるように表示。少し距離を開けて陳列するようにした。	コタロー六君子湯エキス細粒	コタロー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
333	当薬局を初めてご利用の方。他の施設の入居者様で来局されたのは施設のスタッフの方。処方にはコデインリン酸塩酸10%の表記があるところ、誤ってコデインリン酸塩酸1%で入力。調剤時に入力の間違っていることが発覚し、処方箋を再度確認後、入力訂正。【処方内容】 コデインリン酸塩酸10% 1日3回 毎食後 7日分 ↓ 【誤った入力】 コデインリン酸塩酸1% 1日3回 毎食後 7日分	記載上の注意店舗が混雑時で見慣れない病院からの処方箋のため、焦りがあり確認が甘くなり風邪などで使われる1%の処方と思いつきコデインリン酸塩酸1%で入力をおこなってしまった。	記載上の注意%の表記は小さい表示だが、命にかかわることも多い間違いなので特に注意する。思い込みでの入力はミスに繋がってしまう。あまり来ない病院からの処方箋には特に注意し処方箋を確認し、処方意図も考えながら入力することで間違いでの入力ミスも防ぐように繋げていきたい。	コデインリン酸塩酸10%「タケダ」	コデインリン酸塩酸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
334	患者から電話にいつもと薬が違うと問い合わせがあった。確認したところ、コランテルを渡すべきところセルベックスを調剤していたことが発覚した。患者は4回服用しており体調変化などは無いが、気になったので薬局に問い合わせを行った。	調剤時は混雑しており、当該患者は処方薬・日数共に数が多く、粉薬の包数の確認に注意が向いて薬剤師の確認をしていなかった。(大体の包装の見た目で正しい薬だと判断したと思われる)	調剤者は同じ引き出しに入っていたため間違えたと考えられたため、薬の収納場所を変更した。また当該患者のサマリーに今回の過誤内容を記載して注意を促した。	コランテル配合顆粒	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
335	薬品検索をした際に、マスターが0.5%しかなくてそのまま入力してしまった。監査時にも気付かずそのままお渡ししてしまった。患者にTELして状況を確認。コレクテム軟膏はリンデロンV軟膏を使用し終わってから使うようにとDrより指示があり、まだ使っておられなかった。患者が薬局に来局されて交換した。	薬局に規格違いのものが有り、それと混同して入力してしまった。他にも疑義照会対応があり、意識がそちらにいったのかもしれない。きちんと処方箋を確認することが求められる。	コレクテム軟膏は通常小児科の方は0.25%で使用するという知識を入れておく必要がある。	コレクテム軟膏0.25%	コレクテム軟膏0.25%		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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
336	新患者対応。コレクチム軟膏0.25%の処方のところコレクチム軟膏0.5%で入力。調剤者、鑑査者も気が付かず投薬。投薬後の再チェックで入力ミスが判明。直ちに患者へ連絡を取り使用しないよう指示。患者宅へ訪問し回収、差し替えを行った。	コレクチム軟膏0.25%は0.5%の後に発売されており0.25%の存在を知らなかった。コレクチム軟膏の処方でも0.5%のみとこころでしまった。	新発売の規格、商品に関する情報の共有を徹底する。入力チェックの徹底	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
337	コレクチム軟膏0.25%の処方に対し、0.5%で入力と調剤まで進んでしまった。	0.25%の軟膏があることを知らなかった為、注意せずに進んでしまった。	徹りをなくして毎回新鮮な気持ちで入力、調剤業務を行う。	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
338	コレクチム軟膏0.5%処方のところ外見の類似よりクリンダマイシンゲル「クラシエ」をピッキング	デザインが似ているため	外見だけではなく薬品名を確認すること	コレクチム軟膏0.5%	クリンダマイシンゲル1%「クラシエ」		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
339	コンスタン錠0.4mgが3T3×で普段処方されている患者さん。調剤時、処方箋を流し見てコルヒチンと判断し、棚に向かった。それを見た他の薬剤師がコンスタンと場所が違うので、コンスタンではないのかと確認。事例が発覚した。	整形外科、内科の門前薬局。コルヒチンの調剤の機会は少なく、どちらかといえばコンスタンの方が多い。	思い込みで調剤をしない。	コンスタン0.4mg錠	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
340	処方箋上では、一般名ビタミンA油軟膏と記載されていたが、処方箋をQRコードで読み取り処方箋を入力した際に、一般から先発名への紐付けが間違っており、ユベラ軟膏をお渡し。	処方箋をQRコードで読み取った際、一般名から該当薬の紐付け間違い。その間違いに気づけなかった薬剤師の知識不足、土曜日忙しい時間帯による焦りがあった。	一般名処方に関しては成分が正しいものを選択できているのか改めてお薬と処方箋を照らし合わせる。ザーネ軟膏(ビタミンA)とユベラ軟膏(ビタミンA+トコフェロール)には一般名称が異なること注意喚起の札を作成	ザーネ軟膏0.5%	ユベラ軟膏		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
341	皮膚科にてザイザル処方。ザイロリックと思い込み調剤。再度見直したところ、取り誤りに気が付いた。	慣れ、思い込み	処方されている科にも注意する。	ザイザル錠5mg	ザイロリック錠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
342	新患でなおかつ当薬局で取り扱ったことのない薬剤だった。サインバルタ20mgは当薬局に在庫があった。	当薬局ではサインバルタ20mgのみの採用であり、規格まで確認していなかったと考えられる。	思い込みをさけるため、処方入力した後に再度薬品名と規格を確認する。	サイバインコ錠100mg	サインバルタカプセル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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
343	体重50kg以上でサムスカ15mg、50kg未満でサムスカ7.5mgという指示だったが、今回52kgであるにも関わらずサムスカを7.5mgで服薬させてしまった。	薬剤師が集薬しているという安心感と、なれ、至急配達しなければという焦りで監査がおろそかになった	必ず処方箋をしっかりと確認して監査を行うと共に常に疑う姿勢で監査を行っていく	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
344	レセコン入力でサムスカ7.5のところサムスカ15で入力したが、薬袋、薬情の間違いのみで調剤は正しかった。	レセコン入力者の確認不足	規格単位にチェックを入れて確認する	サムスカOD錠7.5	サムスカ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
345	今まで使用していた薬が入荷しなくなり、卸からの電話を受けた事務が、他のメーカーの商品なら入ると言われ、別の商品とは気づかず発注。調剤時に薬剤師が気づき、正しい薬を発注し直し、不足分は後日お渡しした。	サラゾスルファピリジン錠500「JG」が入荷しなくなるため、卸からサラゾスルファピリジン腸溶錠「CH」なら入りますと事務が言われ、同じものだと思い発注。調剤時に薬剤師が気づき、サラゾスルファピリジン錠500の在庫がある分だけ患者様にお渡しし、正しいものを発注し直し、不足分は後日お渡しした。	薬の発注を薬剤師がすることを徹底した。	サラゾスルファピリジン錠500「JG」	サラゾスルファピリジン腸溶錠500「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
346	A病院のリウマチ・膠原病内科から発行の処方箋。前日金曜日午後にケブザラ皮下注の取り置き依頼(5キット)の電話があり、翌日の土曜日に処方箋を持参され本人とご主人の二人で来局。一般名での処方箋(サラゾスルファピリジン500)とケブザラ皮下注のみであり、手入力での対応。ケブザラ皮下注と同じ処方箋(リウマチ・膠原病内科発行)でのサラゾスルファピリジン500ということもあり、RA適応のサラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「CH」で入力。薬剤投与の際に、今回の症状を確認すると、お腹の症状で今回飲み薬が追加になった事を患者さま本人より直接確認。	今回の処方箋発行科が、A病院のリウマチ・膠原病内科であること、またリウマチの注射と一緒に処方箋での記載であったことから、今回のサラゾスルファピリジン500がリウマチに対する追加処方である固定観念が生じ、腸溶錠での入力。投薬時、患者さま本人が来局され、本人に直接、今回の内服薬の処方背景を確認出来た事が今回の事例のポイントである。この患者さまは2~3回/年の来局であり、ご主人がお薬だけ取りに来ることが多かった。同成分で適応症が異なる薬剤もサラゾスルファピリジン以外にもあることから、処方科の固定観念にとらわれず、疑問点をしっかり患者さまから情報聴取する重要性をより感じた。	この処方箋対応は土曜日午後であり、2名の薬剤師と1名の事務におけるヒヤリハット事例となった。週明け月曜日には、今回の事例を報告書確認と注意ポイントの再確認を薬剤師・事務全員で共有。	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「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
	当薬局のかなり昔の薬歴に1回だけ、潰瘍性大腸炎の病歴のコメント入力を確認。土曜日午後ではあったが、処方元の病院へ疑義照会し、運良く、処方Dr. が在籍しており、今回のサラゾスルファピリジンの処方背景を再確認。今回のサラゾスルファピリジン500はリウマチではなく、潰瘍性大腸炎傾向に対する追加処方であることを再度確認。最終的に潰瘍性大腸炎の適応があるサラゾスルファピリジン500mg「日医工」でのお渡しとなった。						

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
347	サラゾスルファピリジン錠500mg「日医工」の処方のところ、サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「日医工」で入力されていた。薬情と処方箋を見比べた際、腸溶錠が分3で入力されていることから不審に思い、発見に至った。	当薬局では普段から処方のある物は腸溶錠の方であり、当該職員は普通錠を目にするのは初めてであったため、思い込みによる入力ミスと思われる。	他科処方など普段出ないもの、新患、再来の薬は入力前に薬剤師が確認する	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
348	リウマチの患者にサラゾスルファピリジン錠500mg(普通錠)が処方されていて、処方入力時にそのまま入力。リウマチに適用有るのは腸溶錠の方だと鑑査時に気づき、処方元へ疑義照会して腸溶錠に変更になった。	同じ成分の薬品でも剤形によって適応症が違うものがある。今回は処方元が処方箋の入力を誤っていた。	処方せんを鵜呑みにせず、患者背景や薬剤特製等を勘案して処方箋内容の妥当性を鑑査する。	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「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
349	リウマチの疑いのある患者へ、サラゾスルファピリジン錠500「日医工」を調剤、監査。サラゾスルファピリジン腸溶錠500「日医工」と投薬時に気が付き交換。	両薬剤が在庫しており、錠と腸溶錠での効能効果の違いを知らなかった。知識不足、薬局間での共有の甘さ。	薬品棚に警告告知を記載、添付。マニュアルにそれを盛り込み異動、ヘルプの人への連絡の徹底。また、入力時の警告や電子薬歴への注意事項のPOPUPを実施。	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
350	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を表示をベタメタゾンプロピオン酸エステルと読み違えて、サレックス軟膏を取るべきところ、デルモゾールD軟膏を集薬していた。	非常に似ていると思え、場所も隣り合わせ、見た感じも似ていて勘違いした。患者様が集中している時で、良く見えていなかった。	処方箋をよく見る。成分名をよく確認して調剤する。	サレックス軟膏	デルモゾール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
351	処方箋でサレックス軟膏 10gを5本で処方されたいたが、サレックス軟膏5g5本で入力、そのまま、5g5本で調剤し、患者にもそのまま渡してしまった。規格違いに気づかず、入力ミス。後日、別の事務員の処方点検で入力ミスに気づき、本人に連絡、後日、不足分を取り来てくれる。更に、不足分の会計についても、了解してくれた。夜間一人調剤。	サレックス軟膏は5gで処方されることが多い為、思い込みで入力ミスしてしまった。夜間一人調剤で、調剤者がそのまま渡すため、確認が十分でなかった。	外用薬は、必ず、総量がどのくらいかを、念頭に入れて、入力。調剤者も、よく処方箋を確認すること。	サレックス軟膏0.05%	サレックス軟膏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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
352	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には(般)ピルシカイニド塩酸塩カプセル25mg 1日2c朝夕食後28日分と記載されていた。事務員が誤ってサンリズム50mgで入力、調剤者はサンリズム25mgで正しく認識し、在庫が無かったため全不足として処理していたが、監査者は入力の誤りに気付いていなかった。不足のサンリズム25mgの入荷時に誤りに気づき、入力を訂正、患者には正しい薬を交付した。	当薬局の在庫がサンリズムは50mgのみで、入力者も監査者も50mgで合っているとの思い込みがあった。	入力者、監査者は薬の名称、規格も全て照らし合わせてチェックを怠らないようにする。	サンリズムカプセル25mg	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
353	処方箋:ジクアスL X3% 3瓶 1日3回両目に点眼をL Xの存在を知らずに患者様に通常のジクアスをご用意していました。患者様とお話で気づかせてもらいました。	L Xの存在を知らなかった。通常のジクアスなら、用法が5~6になっている。	処方箋受付時に変わりありますか?の確認。一文字監査(一文字づつ確かめる)情報の仕入れと共有。	ジクアスL X点眼液3%	ジクアスL X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
354	患者が眼科に受診されジクアスLXが処方された。ジクアスLXは数日前に発売され、当薬局でも初めてであった。その一方、秋の花粉のシーズンで昨年新発売になったアレジオンLXが頻りに処方されていた。患者を受付して第一声が「痒い。秋の花粉のシーズンは・・・」というお話があった。その後、調剤を行う際、「LX」の文字を見てアレジオンと思い込みレセコン入力・調剤を行ってしまった。患者に投薬時に「ドライアイで医師より新しい薬が出ると聞いた」との話から、アレジオンではなくジクアスであることに気が付く。	同じ参天製薬の商品で「LX」の文字が入っていた為の思い違い。先入観念より来る調剤ミス。また、新発売となっていたことを知らなかった。	処方箋を流し読みしてはならないことは判っているながらも、無意識の中で「ジクアス」を「アレジオン」と思い違っていた。投薬時に処方箋原本と共に患者に目視確認をしてもらっている際にお互いに気が付いた。思い込みが無いようにすることと共に、新薬発売薬局内採用の情報共有を再確認する必要あり。	ジクアスL X点眼液3%	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
355	一般名処方 ジクアホソルナトリウム点眼液 です。はジクアス点眼液 とジクアスLX点眼液に入力が可能、その区別は投与回数 6回 か 3回かで判断するしかなく LX点眼液処方を点眼液で入力。調剤録チェック者が間違いに気づき訂正を行った。	発売後 まだ広く処方されておらず 当店にはLX点眼液在庫がなく 商品に対する知識がなかった。	新製品のみでなく 他規格品や剤形追加品などの発売情報を店舗で共有する	ジクアスL X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
356	ジクアスL X 3%で入力すべきところを、ジクアス3%で入力。投薬前に点眼回数の変化などで鑑査薬剤師が気づき変更しています	前回までその患者はジクアス点眼3%を使用しており、バーコード入力がない処方せんのため、当該事務員は前回の処方をコピーして入力。点眼回数のみ変更していた。ジクアスL X 3%が処方されたばかりで、規格違いに対する認識が薄かったことが原因として考えられます。入力薬剤と薬剤の外観の鑑査システムにて×が付いており、そこで本当は気づくポイントはあったが、確認不足によりミスが起っています。	職員へのジクアスの規格違い、および点眼回数の変化での気付きのポイントなどの周知。鑑査システムで×が付いたときの他者における二重鑑査の徹底	ジクアスL X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
357	ジクアスの処方をヒアレインで調剤し交付患者様より使用前にTELすぐに取り換えに訪問	1人薬剤師では個々の能力での判断になるので事務などに鑑査の協力依頼	なるべく1人薬剤師の時間帯を作らない鑑査の徹底	ジクアス点眼液 3%	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
358	【般】ジクロフェナクNa点眼液 0.1%の処方。ブロムフェナクNa点眼液 0.1%「日新」で調剤し、交付してしまった。	ジクロード点眼液 0.1%を在庫していることは認識していたが、一般名の語尾が同一で、白内障手術後、頻りに処方されるブロムフェナクNa点眼液 0.1%「日新」と思い込み調剤してしまった。1日4回の用法に疑問は感じたが、手帳記載の以前の履歴もブロムフェナクNa点眼液と見間違えてしまった。	一般名の語尾が似ている薬剤は、注意して確認する。また、用法に疑問がある場合には、何かしらの誤りがあるはずと、より深く調剤者と共に追究する。	ジクロード点眼液 0.1%	ブロムフェナク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
359	眼科より術後の処方でジクロフェナク点眼液の処方ブロムフェナク点眼を渡した。do処方でも再発されて判明	一般名処方の場合よく似た名称が多い。普段よく使う薬剤を渡してしまった。	薬袋にも薬の名称入っているため交付時再確認すること。今まででもしてたがさらに徹底する	ジクロフェナクNa点眼液 0.1%「ニッテン」	ブロムフェナク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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
360	事例発見者が処方に基づいて調剤。ジソピラミド塩酸塩錠150「VTRS」を調剤棚から調剤したところ未開封のジソピラミドカプセル100「ファイザー」が入っていた。ピッキング時に気付いたため、患者様への調剤過誤は無し。在庫上のずれも無しであった。	忙しい週であったために、卸からの薬を棚に直すのに焦りがあった。薬剤名・剤型の見落としがあった。	薬剤の直しミス・調剤ミスは必ず起こるものとして、職員全体が危機感を持つこと。起こった事例を共有し、その他、外観類似品(先発品とGE品等)棚に戻す時は、必ず2人の目を介して直すこと。	ジソピラミド徐放錠150mg「VTRS」	ジソピラミドカプセル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
361	シダキユアスギ舌下錠5000JAUを30錠処方所の、シダキユアスギ舌下錠5000JAUを20錠とクラリチンレディタブ錠10錠でお渡ししてしまった。	シートが酷似しており、棚の配置も隣同士だったため。	シートを戻す際は機械を使って棚と薬が合っているか確認することを徹底する。コードがないものは2人で確認してから戻すようにする。棚の配置を変えて、今後このようなミスが起こらないようにする。鑑査時は輪ゴムを外し1シートずつ確認することを徹底する。	シダキユアスギ花粉舌下錠5,000JAU	クラリチンレディタブ錠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
362	ミティキュア錠を投薬すべきところシダキユアを投薬した	早朝の為の人員不足	ダブルチェックの徹底	シダキユアスギ花粉舌下錠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
363	処方箋にシダキユア花粉舌下錠と記載のあるところ、受付事務員が誤って、ミティキュアダニ舌下錠と誤って入力を行い、なおかつ、ピッキングを行う薬剤師も誤ってピッキングを行った上、監査薬剤師も見落とし、患者に投薬を行ってしまった。交付後数時間した後、薬歴を記載しようとしたところ、薬剤師が不安に思い、患者に電話確認したところ、調剤過誤に気づき、即時に他家を訪問し、謝罪の上、薬剤の再交付を行う。	受付事務員の入力誤りと、ピッキングする薬剤師ともに、処方箋原本(またはコピー)を見ており、双方とも誤りを犯してしまうという単純な二重ミスが発端である。なおかつ、監査する薬剤師も、見落としを行い、処方箋原本での監査を怠り、薬情などを見ての監査を行ったものと思われる。したがって、三重のミスが重なったために、患者に誤った薬剤を交付する事態となり、大いに反省すべき事案である。	処方箋原本を見ながら、確実に監査を行うことは初歩的作業であり、改めて、従業員全員に手順を見直すように指示を行った。また、ミティキュアとシダキユアは、外観の色は異なる者の、デザインが酷似しており、注意を要する医薬品であることの周知も再度行った。いずれにしても、受付事務員の入力はともかく、ピッキングする薬剤師も、今一度慎重に行う必要があり、単に錠剤のピッキングといえども、薬剤の効能などを意識するなど、職能意識を高くもちながら行うことの重要性を共有した。	シダキユアスギ花粉舌下錠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
364	他の軟膏の混合に気を取られ、同成分の別剤があることに気がつかなかった。	入力時の選択ミス、焦り、他に気を取られていた	剤形の把握、一般名処方の時はすべての剤形の確認	ジフルプレドナートローション0.05%「MYK」	ジフルプレドナート軟膏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
365	思いこみによる取り違え	忙しくて簡単に判断	忙しくても一度おく	ジフルプレドナート軟膏0.05%「イワキ」	ジフロラゾン酢酸エステル軟膏0.05%「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
366	ジフルブレドナート軟膏・ヘパリン類似物質油性クリームとの混合とサレックス軟膏・ヘパリン類似物質油性クリームの混合前者処方のところ、後者のシールを貼って交付した。	施設入所者の薬。配達自体は別日だったが外用薬だけ先にほしいと来局。処方どおりの薬を調剤したはずだが、シールのみ処方と異なるものを貼ってお渡し。急いでいたため他スタッフの目を通していない。	予製してある薬でも充填するときに第三者の目を通す。シールも同様。	ジフルブレドナート軟膏0.05%「イワキ」	サレックス軟膏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
367	入院となり、入院先の病院の薬剤部より、薬袋に違う薬が入っていると連絡がきた。ジメチコン80mgのところ、シメチジンを渡していた。	処方薬の種類が少なかったため、調剤したものが監査、交付した。	監査を徹底させる。複数人で関わる。	ジメチコン錠80mg「ホロイ」	シメチジン錠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
368	一般名処方シメチジン錠200mgの処方に対してジメチコン錠40mgをお渡しした。棚卸にて在庫量が合わないため患者様に電話にて確認したところ渡し間違えが発覚した。	名称が似ていて、棚も上下に配置されていた。	名称似ている旨とジンとコンに赤で印を付けて注意を促している。棚も上下ではなく間に他の薬剤を挟んで配置した。	シメチジン錠200mg「YD」	ジメチコン錠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
369	一包化にジャディアンスを調剤するところをジャヌビアが入っていた	調剤準備の取り違え	調剤準備時のダブルチェック	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
370	ジャディアンス錠10mgを35錠で調剤しなければいけないところ誤ってジャヌビア錠50mgで調剤してしまった。	混雑時で焦ってしまった。処方せんをしっかりと見ることが出来ていなかった。名前の頭文字が一緒なので勘違いして調剤してしまった。	発声、指差し確認、規格先読み、自己監査といった普段の動作が出来ていなかった。忙しいときこそ基本動作の徹底を行い調剤する。	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
371	ジャディアンスの処方に対して名称が類似している。ジャヌビアを調剤してしまいそのまま交付。後日薬を服用する前に患者様が薬局に薬袋ごと薬を持ってきて判明。健康被害なし。	多忙な為と、慣れがあってミスが生じる。	ジャヌビア側の薬品棚にジャディアンスとの間違い注意と記載する。	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
372	Aクリニックからジャディアンス錠25mgが処方されていた。この薬は、最近在庫した薬である。調剤した薬剤師は、多忙であったこととジャヌビア錠25mgがよく処方されていたこともあり取り間違えてピッキングをしていた。幸いにも鑑査時に別の薬剤師が間違いを発見した。	同上。	名称が類似している医薬品には、注意喚起として「類似名称に注意！」のラベルを調剤棚に貼るようにした。	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
373	一包化する時にジャヌビアをジャディアンスと間違えてピッキングしてしまい、そのまま一包化した。鑑査の時に分包後のシートのバーコードをチェックして、間違いに気づいた。	ジャディアンス、ジャヌビア共に糖尿病の治療薬で、名前も似ており、25mgと用量も同じだったことでピッキングする時に間違えてしまった。	一包化する前にシートのバーコードを通して確認する。ピッキングした後に処方箋と薬の名前を再度確認する。	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
374	ジャディアンス錠25mgを取らないといけないところをジャヌビア錠25mgで調剤・鑑査してしまった。	薬品名の頭文字と用量を見てピッキングしてしまったと思われる。	できるだけ一人では調剤・鑑査せずダブルチェックできる体制にする。	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
375	ジャディアンス25mg処方ジャヌビア25mgで仮入力。	頭2文字規格も25mgで同じであることで忙しいなどの外的要因が加わると間違える可能性有と考える。	処方の縦読み、横読みの徹底	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
376	ジャヌビア100mgで処方されているところ、ジャディアンス100mgで調剤、交付した。患者が内服前にいつもの薬と異なることに気がつき発覚した。	調剤者、鑑査者の確認不足	職員間での類似名称薬の把握類似名称薬の保管場所を移動させた	ジャヌビア錠100mg	ジャディアンス錠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
377	患者さんはこれまで別の病院で受診していたが、引っ越したため近隣の新しいクリニックを受診し、同じ薬の処方をお願いしたとのこと。糖尿病でありずっと「ジャヌビア錠25mg」を服用していたが、処方指示は「ジャディアンス錠25mg」であった。お薬手帳を確認したところずっと「ジャヌビア錠25mg」の処方を受けていたことに気づき、疑義照会をして「ジャヌビア錠25mg」に変更となった。	同じ糖尿病薬であり、薬の名称が類似している上に、製剤も同じ25mgであった。患者さんが高齢の為、薬の名称についての確認が難しかった。	二重チェックはもちろんだが、名称が類似している薬剤については、日頃からリストアップするなどして注意するように注意喚起しておくことが必要と思われた。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
378	ジャヌビア ジャディアンスのピッキング間違い	ジャヌビア ジャディアンス 最初の文字が【ジャ】で、両薬剤とも糖尿病治療薬ということが、ピッキング間違いの要因	両方の引出しを、少し離れたところに配置する。	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
379	シュアポスト0.5mg処方のところ0.25mgで鑑査した。	今までシュアポスト0.25mgしか出たことがなく、流れのまま鑑査した。	どの薬品でも他規格があることを前提に声出し確認で鑑査する。	シュアポスト錠0.5mg	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
380	患者の年齢から考え、低用量ピルの処方と思いこみがあった。	営業時間前で、簡易鑑査の機械が立ち上がらなかった。	早めに機械を立ち上げるようにした	ジュリナ錠0.5mg	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
381	ジュンコウ桂枝茯苓丸fcエキス細粒を調剤すべきところを、ジュンコウ当帰芍薬散を調剤してしまった。調剤中に気がついて、患者さんには間違った薬は渡らなかった。	ゴールデンウィーク中の月曜日の夕方、患者さんの数が多く忙しかった。ジュンコウのパッケージがツムラ漢方と違って、パッケージの色が全て同じだったために勘違いしてしまった。	調剤する薬の確認を慎重にすること。	ジュンコウ 桂枝茯苓丸料FCエキス細粒 医療用	ジュンコウ 当帰芍薬散料FC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
382	2名の薬剤師がピッキングと鑑査を相互に実施していた。処方薬剤が2種類であり、A薬剤師がピッキングした薬剤をB薬剤師が鑑査、B薬剤師がピッキングした薬剤をA薬剤師が鑑査する手順だったが、B薬剤師の鑑査が抜けており、A薬剤師が違う薬剤をピックアップしたにも関わらず、そのまま薬袋に入れてしまった。	調剤数も少なく、間違はずがないとの思い込みが強く、手にしたのにそのまま薬袋に入れてしまった。	ピッキングした薬剤師と情報を共有し、お互いに鑑査がきちんとされていないと感じたら、すぐに鑑査を依頼する。薬剤師が1名の時は、必ずスタッフに依頼するというルールを再徹底する。定例会議でインシデントを共有して、薬剤師以外のスタッフも一緒にインシデントに関する研修を実施する。薬歴記入の際、違和感に気づき在庫確認したところ間違いが発覚。すぐに該当患者に連絡を取り、服薬前に交換にいくことができた。	ジラゼブ塩酸塩錠50mg 「日医工」	ジルチアゼム塩酸塩錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
383	平素より利用されている患者さんにシルニジピン錠10mg「サワイ」が処方されていた。調剤棚から薬をピックアップしたところ、コルドリン錠12.5mgが何錠かシルニジピン錠10mg「サワイ」の棚に入っていた。ピックアップの段階で間違いに気が付いたため、正しい薬をピックアップしてお渡しできた。また、調剤棚の中も正しい状態に直した。	シルニジピン錠10mgとコルドリン錠12.5mgは隣同士に配置されており、2つのヒートの色が似ていることから、誤って調剤棚に薬を戻してしまったと考えられる。	2つのヒートの色が類似しているため、シルニジピン錠10mg「サワイ」とコルドリン錠12.5mgの調剤棚を離して配置することに変更した。忙しい状態でも薬の外観のみならず、名称確認を怠らないことをスタッフに注意喚起した。	シルニジピン錠10mg「サワイ」	コルドリン錠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
384	一包化の患者さんのお薬を作るときに、シルニジピン錠10mg「サワイ」28T用意したが、準備した薬の一部がジルテック錠10mgが入っていた。一包化するときに薬が違うのに気がついた。薬を取り直して、すべてシルニジピン錠10mgであることを確認して一包化した。シルニジピン錠10mgの箱と棚にジルテックが入っていた。	シルニジピン錠10mgの箱と棚にジルテックが入っていた。シルニジピンを取ったつもりが、ジルテックだと思われる。シルニジピン錠10mg「サワイ」とジルテック錠10mgはヒートの色、大きさがほぼ同じ。ジルテックを棚から取り出して、薬を戻すときに間違っ	シルニジピン錠10mg「サワイ」とジルテック錠10mg近くの場所にあったのでシルニジピン錠10mg「サワイ」は引き出しに入れた。場所を変えた。名称や形の類似の薬は近くに置かないようにした。	シルニジピン錠10mg「サワイ」	ジルテック錠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
385	シルニジピン10mg処方のところをクロピドグレル75mgでお渡し	PTPのシート外観が似ており、保管場所も上下と近かったため間違いが起こった	外観が類似している医薬品は離して保管する	シルニジピン錠10mg「サワイ」	クロピドグレル錠75mg「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
386	一般名処方：アジルサルタン・アムロジピン5mg配合錠をイルアミクス配合錠LDで調剤。	イルアミクス配合錠LDの一般名はイルベサルタン・アムロジピン5mg配合錠であり、混雑していた為、一般名の後半部分アムロジピン5mg配合錠が同じである為の間違いです。また、1剤のみの処方であった為の気の緩みもあったと思います。	配合錠、配合剤が増え、一般名も複雑になっていますので、正確な知識の習得と共に、製品記載の成分や処方入力、薬剤情報などで、配合成分を正確に確認するようにします。	ジルムロ配合錠HD「トロー」	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
387	一般名でアジルサルタン・アムロジピン5mg配合錠(HD錠)が処方されていたが、前回のアジルサルタン・アムロジピン2.5mg配合錠(LD錠)のまま入力を続行してしまい、鑑査時も気が付かず投薬まで行ってしまった。投薬時患者様より『今回より増量になると聞いている。』との聞き取りより入力を見直すと2.5mg(LD錠)のままであることを気が付き処方修正、薬剤変更の末お渡し。	入力後・投薬前での調剤録と処方箋との確認が十分に行えていなかった。	事務・薬剤師ともに薬剤名だけでなく、規格・用法用量等重々確認の上交付を行う。投薬時患者様との処方薬確認、相互照らし合わせも無論手を抜かない様にする。	ジルムロ配合錠HD「ニプロ」	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
388	一般名「アジルサルタン・アムロジピン5mg」をアムバロ配合錠で調剤。交付後、薬歴を記載中「ジルムロHD」であることに気づき、即患者宅を訪問しアムバロ配合錠と交換。服薬には至らなかった。	一般名「バルサルタン・アムロジピン5mg」の処方を受けることが多く、これもアムバロだろうと処方せんをしっかりと確認せず調剤。	調剤前にジルムロHDであることを確認し視認しやすくするため処方せんにメモ書きの付箋を付ける。薬袋に記載の薬品名の確認の徹底。	ジルムロ配合錠HD「武田テバ」	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
389	ジルムロHD錠「武田テバ」のところ、カムシアHD錠「サンド」をピックアップした。	HDを見て近くの棚にあるカムシアHDを拾ってしまった。慌ててはいなかったが、別の仕事のことを考えていた。いつもセルフチェックをしているのだが、この時はしなかった。	医薬品名を指差し確認する、ピックアップ後にセルフチェックをするというルールを守る。	ジルムロ配合錠HD「武田テバ」	カムシア配合錠HD「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
390	以前より一般名でバルサルタン、アムロジピン5mgで処方されていた。今回、血圧上昇したことで、アジルサルタン、アムロジピン5mgに変更。ジルムロHD調剤するところをまちがって、今までのアムバロを調剤し患者へ投与する。説明時、患者側から、血圧が上がったので、薬を変えると医師から説明あった。その時初めて、変更に気づき、薬を再度正しく調剤して、患者へ説明する。	繁忙時間であったこと、いつもの薬と思い込んでいたこと、似ている一般名を見分けられなかったこと。	二重確認はもちろんのこと、特に配合錠は、見分けにくいところもあるため、しっかりと確認していく必要があると思われました。今回、患者さんとのコミュニケーションにより服用にまで、いかなかったのですが、すごく大切なものだと、あらためて感じました。	ジルムロ配合錠HD「武田テバ」	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
391	一般名処方で【般】アジルサルタン・アムロジピン配合錠 との記載のところ、前回処方がカムシア配合錠だったため、カムシアの配合内容を確認せずDoで入力。それを見て調剤したため、異なる医薬品をお渡ししてしまった。	入力時の印刷物は処方せんが一番最後に出てくるため、少しでも早く調剤しようと調剤録をみてピッキングしてしまった。そのため、JANでの監査機を使用しているが、入力と同一薬剤であるためチェックがかかっていなかった。	基本にかえり、処方せんで調剤することを徹底。配合錠の薬品棚の名称脇に配合の組み合わせを書き出すこととした。QRコード入力に関しても、積極的に使用するよう通知。	ジウムロ配合錠LD「ニプロ」	カムシア配合錠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
392	一包化作成時、全自動分包装機のカセットに補充の際シロスタゾールOD錠100mgのカセットに誤ってシロドシンOD錠4mg100錠を補充。そのまま分包し、監査時に発見。	補充実施時の分包装機監査システムの不使用が原因と考えられる。背景としては、処方量の多いシロドシンOD錠4mgと思ひ込みがあったと考えられる。	調剤時には処方箋と照らし合わせて、ピッキング監査システムの使用を徹底。薬品名だけでなく剤形、規格の確認を行う。全自動錠剤分包装機での監査システムにてカセットと薬剤を再度確認。少量でもダブルチェックにて正しいカセットに充填を行う。	シロスタゾールOD錠100mg「タカタ」	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
393	一般名シロスタゾール(100)の処方名称変更でシロスタゾール(100)「マイルン」→シロスタゾール(100)「VTRS」に変更するところ、シロスタゾールOD(100)「VTRS」で入力し患者様にお渡し。投薬後に気づき、TELにて説明する。	薬剤師1人の時間だったため確認がおろそかになってしまった。	ここ最近出荷調整の影響や販売移管等でメーカーを変更し調剤する場面が多いため、その際はより監査を注意深く行うよう心がける。	シロスタゾール錠100mg「VTRS」	シロスタゾールOD錠100mg「VTRS」		ヒューマンエラー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	いつも出ているくすりで、同効薬の薬を間違えて調剤してしまった。患者さんと家族が飲む前に今まで飲んでいた薬と違うと思って持参しました。	同種、同効薬の薬で、きちんと名称を確認せずに出してしまいました。	患者さんの前で、薬情の写真と照らし合わせながら、患者様にも確認してもらいながら薬袋に入れるように徹底する事。	シロドシンOD錠4mg「DSEP」	タムスロシン塩酸塩OD錠0.2mg「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
395	スーグラ錠50mgを調剤するところをスー ज्याヌ配合錠を調剤し投薬してしまった。	通常は何人の眼を通して投薬する手順でいるのですが、この時とても忙しく処方監査が手薄になってしまいこのようなことになってしまった。	どんなに忙しい時でもしっかりとした監査態勢を整えたい。	スーグラ錠50mg	スー ज्या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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
396	処方がスチックゼノールAに変更となり、同時に一般名処方に変更されていたが、以前から服用歴のあるフェルピナクスチック軟膏が調剤されていた。平素から利用のある患者様だったため処方変更気づかずに調剤されていた。	馴染みのない一般名処方だったため服用歴からの思い込みもあったと考えられる。	一般名処方の場合は調剤時に包装に記載されている成分名にも目を通し確認できるように保管方法に工夫し対策した。	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
397	多忙な時間に用法が良く変わる処方内容を思い込みで計数ミスをした。	主医療機関の処方箋にミスが多く、電話での疑義照会に出ないことが多発し、患者からの聞き取りで同じ内容だと思っていたが内容が変わっていたことが敗因。	疑義照会の電話を粘り強く医療機関にすることを徹底。また主医療機関の電話対応などの改善を求める。	スピロラクトン錠25mg「NP」	スピロラクトン錠25mg「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
398	医院のスピロベント錠で処方しなければいけないところ、スピロラクトン錠25「トーワ」で処方されておりそのまま渡してしまった。	当事者の薬剤師が、知識不足によりあいまいな対応で調剤監査をしてしまい、渡してしまった。	薬剤師がキチンと知識不足を補うために勉強会等に参加する。	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
399	前回処方でサインプロイク錠が出ていて不足していたので、今回も同じ薬が処方されたかと勘違い。今回は在庫しているか確認するため急いでピッキングした。	前回処方と同じだとの思い込みで調剤しない。	落ち着いてDoチェックをしてからピッキング作業に移る。	スピロラクトン錠25mg「トーワ」	サインプロイク錠0.2mg		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
400	当薬局の採用薬でない薬剤で、知識がなかった。知り合いの患者で胃が痛いとのこと。処方箋を見るとストロカイン錠が出ていたと思い込んだ。実はスルカイン錠であった。投薬するときに、mg数の違いに気が付き、交付は避けられた。当薬局は耳鼻科の門前で、そのような薬剤の存在をしらなかった。	あらかじめ、似た薬剤名のをリストアップして注意を促す。	採用薬でないものは、特に気をつける。規格(mg数)も必ず確認する。メーカーに、先行した薬剤と類似の名称をつけないようにクリームをつける。	スルカイン錠100mg	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
401	ジェネリック希望の患者さんの処方で、セクターローション3%が記載されていた。ナバゲルンローション3%のジェネリックをピックアップしてしまった。監査者・入力者も気が付かずそのまま渡してしまった。	ナバゲルンローション3%のジェネリックが入荷したばかりで、薬局が混雑していた事も重なり、処方箋をよく見ずにセクターローション3%のジェネリックをナバゲルンローション3%のジェネリックだと思い込んでピックアップしてしまった。	ジェネリック薬品が採用されたら、先発品名を箱や棚に記載して確認できるようにする。入力時、後発品リストに選択薬剤が無かったら、手入力せずに確認する。先発品の成分と後発品の成分が同じかどうか確認する。	セクターローション3%	フェルピナクローション3%「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
402	小児科での一般名処方の処方箋で、在庫確認の際に、セチリジンとレボセチリジンと思い込み、在庫があるものと思っ てしまい入力開始しようとしたが、用量用法を確認すると異常があるので、再度薬品名を確認すると、在庫のないセチリジンであった。	一般名の一致するところがあった。	在庫確認の際には、処方箋の薬品名を複数回確認する。	セチリジン塩酸塩DS 1.25%「タカタ」	レボセチリジン塩酸塩D S0.5%「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
403	セチリジンをセフカペンと間違えてピックアップした。	1回、間違えた薬は、類似名ありと注意シールを貼っておく。	思い込みを捨てて、再確認を徹底する。	セチリジン塩酸塩錠1 0mg	セフカペンピボキシル塩 酸塩錠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
404	一般名処方でセチリジン塩酸塩錠10mgが処方された。調剤はレボセチリジン塩酸塩錠5mgでしていたが、監査者は見逃していた。入力を監査中にメーカーが違うことに気付き、お薬を取り間違えていることに交付前に気付いた。	同効薬で名称が似ているものを、忙しい時間だったため、見過ごした。	規格、後発の時はメーカーも入力とも照らし合わせて確認する。	セチリジン塩酸塩錠1 0mg「TCK」	レボセチリジン塩酸塩錠 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
405	セフカペンピボキシル錠が処方のところセフジトレンピボキシル錠で入力。投薬した薬はセフカペンピボキシルだったが薬情・手帳ラベルが誤ったまま投薬	名前の類似	名前類似注意のコメントをマスタ登録	セフカペンピボキシル 塩酸塩小児用細粒1 0%「SW」	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
406	処方箋上はセフカベンピボキシルとなっていたところを、セフジトレントと勘違いしメイアクトで調剤してしまった事例	一般名を誤読した	一般名処方の際は頭3文字のみならずすべての文字をしっかりと確認する。	セフカベンピボキシル 塩酸塩小児用細粒10%「サワイ」	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
407	処方せんには「セフカベンピボキシル100mg」の一般名処方書があったが繁忙期であったためピッキングミスおよび監査スルーが同時に起きてしまい「セフジトレンピボキシル100mg」を出してしまった。投薬時に薬剤確認を患者と行っているときに取り違えが発覚した。	忙しさに任せただけに起こった事例。以前から行っている「処方せんを読む」ことを疎かにしてしまい同じ抗生剤であることからそのままピッキング・監査でスルーしてしまったことが原因。	忙しさを理由にせず、しっかりと「処方せんを読む」ことを徹底、薬棚には「間違えやすい薬剤あり」と注意喚起するプレートを設置しなおしました(注意喚起プレートが取れていた)	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「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
408	セフカベンピボキシルをセフジトレンピボキシルと勘違いして調剤してしまったが、監査の時点で誤りに気付いた。	一般名処方のため、薬剤名が似ていて、思い込みによる誤りと考えられる。	薬剤名が似ている薬があるものと再認識し、再度処方されたときはそれを念頭に置いてどちらが処方されたか気を付けてから調剤する。	セフカベンピボキシル 塩酸塩錠100mg 「SW」	セフジトレンピボキシル 錠100mg「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
409	セフカベンピボキシル塩酸塩錠が処方されているところ、セフジトレンピボキシル錠を集薬、そのまま監査に移り、誤りに気付かないまま患者様にお渡ししてしまった。後日、患者ご本人から連絡があり発覚。連絡いただいた時点で2日分服用済みであったが、健康被害は見られず正しい薬剤と取り換えを行なった。	原因としてまず、外来が数件立て込んだことで自身に焦りが生まれたことが挙げられる。処方医が処方する抗生剤としてセフジトレンピボキシル錠が多いため、監査の際に薬剤の見た目や名称を深く確認せず、正しいものを準備できていると思い込んだまま投薬に進んでしまったことも要因である。	・過去に服薬して体調変化が起こった薬剤などを薬歴にきちんとメモ書きとして残しておき、薬局内で情報共有しておくことを改めて心がける。 ・繁忙時こそ冷静に確実に業務を行う。 ・処方薬剤の組み合わせなど、「いつも通り」と思い込まないこと。	セフカベンピボキシル 塩酸塩錠100mg 「SW」	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
410	別薬剤のメーカー変更に気を取られて、調剤・鑑査が疎かになったと思われる。翌日の計数作業中に発覚。ご本人に連絡、すでに2錠服用されていたが、体調不良などなし。残りの錠剤を処方通りの物と取り換えることで了承いただく。処方医にも電話にて詳細説明、お詫びの上、今後の対策についてもお伝えした。	別の薬剤のメーカー変更に気を取られて、調剤・鑑査が疎かになったと考えられる。丁寧な一文字鑑査が必要だと考える。	一文字鑑査を徹底する。翌日の在庫計数を継続する。	セフカベンピボキシル 塩酸塩錠100mg 「SW」	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
411	調剤ピッキングの際に先発名からGEへ変換での勘違い、取違い間違い。また近日の出荷調整や販売中止による代替品への切り替えによりメーカー変更パッケージ変更によりセフカペン、セフジトレン製剤の「SW」製品のパッケージが以前はシートの色が違っていたが、サワイ→SWに変わったことにより、シートの色が同じになり錠剤の形も類似。監査時に気づき正しく変更。	今回メーカー販売中止により代替品に採用変更したことにより、以前採用していた薬品名類似のパッケージとも酷似してしまう形になった。保管場所は違ったとしても、ピッキング後や変更などにより戻す際は今以上に注意が必要となり不要な部分までにもさらに気を付けなければならなくなる。	採用メーカー変更	セフカベンピボキシル 塩酸塩錠100mg 「SW」	セフジトレンピボキシル 錠100mg「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
412	【般】セフジトレンピボキシル錠100mg 3錠 3× 5日分の処方のところセフカベンピボキシル錠100mgOK 3錠 3× 5日分で交付	繁忙な時間で調剤、監査者ともに類似薬品の取り間違えに気付かなかった。	セフカベンピボキシル錠、セフジトレンピボキシル錠など類似名、企画が複数ある薬品については、監査時に処方箋にメーカー名、規格、薬品名に鉛筆により印をつけて監査を行う。	セフカベンピボキシル 塩酸塩錠100mg 「SW」	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
413	一般名でセフカベンピボキシル塩酸塩錠100mgの処方で当薬局在庫のセフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「SW」で調剤しなければならないところセフジトレンピボキシル塩酸塩錠100mg「日医工」で調剤。監査時に異なる事に気づいたためセフカベンピボキシル塩酸塩錠100mgに変更し、事なきを得た。	セフカベンピボキシルとセフジトレンピボキシルの名称が似ているので注意しなければいけない薬品である。	今後の入力間違いも考慮し、薬剤師だけでなく事務にもセフカベンピボキシルとセフジトレンピボキシルと名称の類似している薬品でそれぞれ異なる薬品のジェネリックであり、間違い易い薬品である事を周知すると同時にセフジトレンは棚にセフカペンは引き出しに在庫しているためそれぞれに類似名称ある事を記載して注意を促した。	セフカベンピボキシル 塩酸塩錠100mg 「SW」	セフジトレンピボキシル 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
414	セフカベンピボキシル錠100mg 4日分をセフポドキシムプロキセチルで調剤。3日後の薬剤発注時に交付間違えに気づく。患者、医師に連絡。患者に体調変化がないことを確認し、医師に対応を確認した。誤交付してしまった処方に変更で可能と返答あり。飲み切り終了となった。	交付薬剤師の勘違い。用法用量、薬剤名をよく確認する必要性。	一般名処方には似ている名称もあるため、間違えのないようによく確認する。	セフカベンピボキシル 塩酸塩錠100mg 「サワイ」	セフポドキシムプロキセチル錠100mg「トワ」		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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
415	一般名処方セフカベンピボキシル錠100mgを誤ってセフジトレンピボキシル錠100mgで調剤し後交。患者本が服用前に誤りに気が付き判明。セフカベンピボキシル錠に交換して対応した。	普段処方されないセフカベンピボキシル錠の存在に気が付かなかった。今後は当該薬品の存在を周知し、取違い防止に努める事とした。	当該医薬品を周知させる。	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
416	一般名でセフカベンピボキシル100mgが出ていたが、セフジトレンピボキシル100mgで調剤し、監査時に間違いが発覚。	セフジトレンの方がよく出ているのと、どちらも100mgだったということで、よく確認せず思い込みで調剤をしてしまった。	処方箋コピーをみて調剤をしているが、セフカベンのペン、セフジトレンのレンにチェックを入れて、違いを意識するようにする。	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「トーフ」	セフジトレンピボキシル錠100mg「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
417	セフカベンピボキシル100mgで処方のところ、セフジトレンピボキシル100mgでお渡ししてしまった。1T服用したところでご家族が気付き、残りを取り換えさせていただいた。	同じセフェム系でまた名称も似ており、思い込みで監査を通してしまった。	調剤時にも注意をするよう、セフカベンピボキシルの棚とセフジトレンピボキシルの棚の両方に注意のメモを貼った。	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「トーフ」	セフジトレンピボキシル錠100mg「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
418	セフジトレンとセフカベンの名称が酷似していたため、取り間違えた。監査で別の薬剤師が気づいた。	薬剤名だけでなく、用法や効能も共通しているところが多い薬剤だった。薬剤の棚の並びも近く、取り間違いが起こりやすい環境だった。	薬剤棚の引き出しに、取り間違い注意のシールを貼って、薬局内で情報を共有した。	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「日医工」	セフジトレンピボキシル錠100mg「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
419	セフカベンピボキシルをお渡しするところセフジトレンピボキシルをお渡ししてしまった。前回と同じ薬が処方されたため、患者様が違う錠剤と気づき薬局に連絡があった。今服用したい薬だったため正しい薬をすぐにお届けしに行った。	その日は忙しく、電話も多かったので調剤、監査に時間かけていなかったためまたシンプルな処方だったため間違えてないという思い込みで事件が発生した。	似た薬品名のリストアップし、日ごろからそれらの薬は注意するよう心掛けて仕事する。	セフカベンピボキシル塩酸塩錠75mg「CH」	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
420	歯科からの処方。セフカベンピボキシル錠100mg処方のところをセフジトレンピボキシル錠100mgをピックアップした。薬剤交付前の監査でとり間違いに気づいた。	棚が隣にあり、また薬剤師の慣れもあって取り間違えた。	棚の配置換えと確認シールを貼付した。	セフカベンピボキシル錠100mg	セフジトレンピボキシル錠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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
421	小児の粉の処方ほとんど応需しておらず、少ない小児用細粒の中で類似した名称があり、それを調剤しようとしたが、他の薬剤師が違いに気付いた。	セフカベンピボキシルとセフジトレンピボキシルの名称類似	全員へ注意喚起をした。また注意するようボトルにシールを張った。	セフジトレンピボキシル小児用細粒10% 「OK」	セフカベンピボキシル塩酸塩細粒小児用10% 「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
422	セフジトレンピボキシル錠で調剤するところでセフカベンピボキシル錠をピックアップしてしまった。	セフカベンピボキシルをピックアップする頻度が圧倒的に多いので、しっかり確認せずにセフカベンピボキシルをピックアップしてしまった。	器械を利用した監査を行うことで、すぐにミスに気が付いたので今後も器械を利用した監査を必ず行う。	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75mg「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
423	PCR陽性患者30歳の男性。処方内容セフジトレンピボキシル錠100mg 3Tロキソプロフェン錠60mg 3Tトラネキサム酸錠250mg 3T 毎食後 7日分繁忙の為調剤者がセフジトレンピボキシル錠100mgのところセフカベンピボキシル錠100mgを取り違えてしまい、鑑査時に別の薬剤師がミスに発見。患者様には無事に正しいもので調剤しました。	土曜日の繁忙の時間は注意力が散漫になるためミスが起こりやすい。PCR検査の方は外で待っているため外気温にさらされており、こちらも短時間で調剤して出したい気持ちがあり焦ってミスしてしまいました。	成分名でもしっかり一番最後まで読んでから調剤する。薬局の構造上、調剤を始める時点では調剤者の手元に処方箋がないため、調剤した後に調剤者がトレイの中のもの処方箋で照らし合わせてから鑑査にまわすようにする。	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
424	セフジトレンピボキシルの一般名処方箋。調剤はセフカベンピボキシル錠で行い、患者様へ交付。後日TELにより連絡が来て判明する。	耳鼻咽喉科より処方箋。日頃からセフジトレンピボキシル、セフカベンピボキシル、どちらの薬もよく処方箋に記載あり。土曜日で混雑。コロナによる発熱外来の患者も多く、かなり疲弊していた。調剤した薬剤師は70歳。かなり疲労もたまっていて、待合室の患者の数も多く焦っていた。もう一人の薬剤師は発熱外来の対応で忙しくて監査ができず・・・調剤ミスと繋がる。	2つの薬剤の保管場所を離して、それぞれの箱に、「調剤ミス経験有、名称が似てる薬剤有」のシールを貼り注意喚起する。どうしても他の薬剤師の手が離せない時は、事務員に確認する。	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「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
425	セフジトレンを調剤するべき所、セフカベンピボキシルを調剤していた。午前の薬剤師が調剤し、午後の薬剤師が改めてお渡しする前に確認し間違いが発覚した。	セフカベンピボキシルの調剤頻度が高く、目につくところがあるので、成分の内容や先発品を考えず調剤してしまった。	ダブルチェック体制を徹底する。	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
426	一般名でセフカベンピボキシル錠で処方されていたところ、セフゾンカプセルで調剤、監査時に誤りに気づき、取り揃えなおし、投薬	名称の類似、一般名による錯覚と考えられる。	セフカベンピボキシル錠の棚の薬品名のところに先発品名を表記を追加した。	セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」	セフゾンカプセル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
427	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはメイアクトMS100mg 1日3錠分3毎食後3日分と記載されていた。薬剤師が(経験年数20年)セフジトレンピボキシル錠を調剤する所、誤ってセフカベンピボキシル錠を調剤し監査に回した。監査した薬剤師がミスゼロ子でセフジトレンピボキシル錠でなくセフカベンピボキシル錠が調剤されている事に気づき正しくセフジトレンピボキシル錠を調剤して間違える事なく患者さんにお薬をお渡しする事が出来た。	セフジトレンピボキシル錠とセフカベンピボキシル錠は名称が似ていたため間違えた。患者さんが来局した時間は店内が混んでいたため焦りがあった。	業務手順を見直し薬剤師がピックアップした後薬剤の再確認を徹底することにした。	セフジトレンピボキシル錠100mg「日医工」	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「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
428	処方箋にはセフゾンカプセルの一般名で書かれていたが名前が似ているメイアクトのジェネリックを選んでしまった。レセコン入力の間違いであったが2名の薬剤師が鑑査をしているが見落してしまった。	入力は間違いのないと思い込んでいて調剤する時に印刷された薬袋を見て薬剤師が調剤してしまった。	薬剤師は調剤する時には必ず処方箋の現本を見て調剤する事を徹底した。	セフジニルカプセル100mg	セフジニトレンピボキシル		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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
429	新規の患者が処方箋も持って来局。処方箋にはセルジニルカプセル100mg3カプセル1日3回5日分と記載されていた。薬剤師A(職種経験年数20年)は、誤ってセフジトレンビポキシル錠100を誤って調剤し、患者に交付した。後から患者から電話があり、薬名や写真と交付したお薬が異なると連絡があり、間違いに気づきました。その後、患者が来局され正しい薬と交換いたしました。	セルジニルカプセルとセフジトレンビポキシル錠は名称が似ていたため間違えた。セフジのみしか確認せずに調剤したため間違えた。	薬の名称を間違えやすいので、きちんと処方せんを読み、調剤することを徹底し、調剤室の類似医薬品に注意の目印をはり、取り間違い防止に注意喚起した。	セフジニルカプセル100mg「TYK」	セフジトレンビポキシル錠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
430	先発名で記載された抗生剤を異なる成分のジェネリックで調剤し、投薬してしまった。後日同処方があり、前回分の間違いが発覚。	抗生剤のジェネリックの名称が似ていることで混乱し、監査も通ってしまったため間違いに気づくことなく投薬してしまった。	ジェネリック製品の棚に先発名を記載。抗生剤の先発名、ジェネリック名をまとめたものを調剤室に貼付。	セフゾンカプセル100mg	セフカベンピポキシル塩酸塩錠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
431	セフゾンカプセルを調剤するところ、セフカベンを調剤した。当薬局薬剤師が監査の際に気づき未然に防いだ事例。	処方箋コピーへの目の通しが甘かった。	必ずダブルチェック監査機器を通すことを徹底する。	セフゾンカプセル100mg	セフカベンピポキシル塩酸塩錠100mg「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
432	一般名セフジニル細粒の処方。セフカベンと見間違い、フロモックスと取り違えた。	門前の医療機関では小児の処方は少ない上にセフカベンの使用が多かった。慣れない他の医療機関の処方で見間違えてしまった。	処方せんとの指差し確認。	セフゾン細粒小児用10%	フロモックス小児用細粒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
433	一般名処方 セフボドキシム100mgをセフカベンピポキシル錠100mgで調剤した。	忙しい時間帯で同じような名称・規格であったため、慌てて調剤した。	それぞれの配置場所に「類似薬あり・注意!」の札を付けることにした。	セフボドキシムプロキセチル錠100mg「サワイ」	セフカベンピポキシル塩酸塩錠100mg「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
434	患者が処方せん持参で来局。処方箋にはセフボドキシムプロキセチル100mg 1日3錠分3毎食後5日分と記載されていた。入力者の事務員(経歴1年)が誤ってセフボドキシムプロキセチル錠100mgと入力した。ピッキング者も気づかずセフジトレンピボキシル100mgを調製した。投薬薬剤師が誤りに気づき、間違いを事務員に指摘した。その後正しいセフボドキシムプロキセチル100mgを調製して患者に交付した。	セフボドキシムプロキセチル100mgとセフジトレンピボキシル100mgの名称が似ていて、規格が100mgと同じだったため間違えた。セフボドキシムプロキセチル100mgは殆ど処方が出ないためセフジトレンピボキシル100mgとの思い込みがあった。	薬局手順を見直し、ピッキングしたあとの再確認を徹底することにした。名前、規格が類似している場合もあるので最初の数文字で判断するのではなく最後の文字まで正確に見て調製するようスタッフに注意喚起を行った。	セフボドキシムプロキセチル錠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
435	一般名処方でセルトラリン錠25mgが処方されている方に、今まではセルトラリン錠25mg「アメル」を採用していたが入荷未定でしばらく患者の同意のもと「タナベ」を使用していた。「アメル」が入荷再開されたにも関わらずDoで処方入力してしまい、実際お渡しする薬品と薬袋、薬情、お薬手帳の薬品名で違いを生じてしまった。	混雑時で入力を慌ててしまったのと、スタッフ間での入荷の情報共有がきちんとされていなかった。	ジェネリック医薬品の供給困難でメーカー変更したり、入荷されて元に戻すときはスタッフ全員で情報を共有しておく。	セルトラリン錠25mg 「アメル」	セルトラリン錠25mg 「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
436	セルトラリン錠50mgをピッキングすべきところセルニルトン錠をピッキングしてしまった。	・セルトラリンは一般名処方であり、名称が類似していた。 ・処方元が泌尿器科であったことからセルニルトンでも違和感を覚えなかった。 ※弊社では事務員も疾患・薬について学ぶ機会を設けているため、セルニルトンが泌尿器科で使われる薬という認識があった。	・もともと2つの薬品の配置は近くないため、配置の変更は無い。 ・ピッキングした後、薬剤師に回す前に調剤録を見ながら正しいものが取り揃えられているかセルフチェックする。	セルトラリン錠50mg 「サワイ」	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
437	セレキノン錠100mg 3分3毎食後30日分の処方箋を受け取った。調剤して交付ところをセレスタミン配合錠である事に気がついた。監査した薬剤師が間違いに気がついた。	時間が閉店間際で事務員も薬剤師も焦りがあった。外見もよく似ていた。	2つの医薬品棚の配置場所が上下隣り合わせで外見もよく似ていたため、棚に戻す時に間違いが起こっていた。棚にマジックで色で分けるように気をつける。	セレキノン錠100mg	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
438	セレスタミン配合錠をお渡しするべきところをセレキノ錠をお渡しした可能性がある。薬品保管場所にセレスタミンとセレキノが一緒に収納されていた。在庫数を確認して、間違えて投薬していることに気づく。	3文字以上同じ文字は取り間違えやすい。	2名以上でピッキング間違いの薬品を元の場所にもどすことを徹底する。	セレスタミン配合錠	セレキノ錠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
439	一般名にてバルプロ酸徐放顆粒40%が処方されたが、類似名薬品のバルプロ酸細粒40%と間違え入力・調剤した。監査時に発覚し、正しい内容で調剤してお渡しした。	当店ではバルプロ酸徐放顆粒40%とバルプロ酸細粒40%をともに採用しており、スタッフにも十分注意して入力・調剤・監査を行うよう指導はしていた。今回に関しては入力自体誤っており、また調剤を行った薬剤師は1年目の新人であったため注意力不足だったと考えられる。	一般名処方であること一見区別がつけづらいため一般名の最後まできちんと確認するよう再度説明した。	セレニカR顆粒40%	デバケン細粒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
440	センノシド錠12mgファイザーからヴィアトリス製薬への販売移管によりメーカー違いが混ざっての調剤	販売移管品リストの確認不足。切り替え時期も認識していなかった。	販売移管品の移行時期やリストを確認する。	センノシド錠12mg「ファイザー」	センノシド錠12mg「VTRS」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
441	ゾニサミド錠100mg 0.5錠朝食後とカルバマゼピン錠100mg 0.5錠夕食後を、分包機にセットする際に取り違えてしまいゾニサミド錠100mg 0.5錠が夕食後に、カルバマゼピン錠100mg 0.5錠が朝食後に分包され、本人の監査でも見つけることができなかった。	自動分包機で調剤をするが、半錠は調剤時に薬剤師が目視で確認してセットする必要があり、他の薬剤のようにバーコードでも確認もできないため、取り違えてしまうと気がつきにくい。	夕方もしくは閉局間際に処方が届き、翌日午前中にお届けするという流れのため、1人で調剤、1人監査が常態化していたが、翌日のお届けの時間を昼、もしくは翌翌日に変更し、監査の時間が取れるようにして、2人監査でお薬をお渡しする形に変更した。	ゾニサミド錠100mg「アメル」	カルバマゼピン錠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
442	ゾピクロン錠が処方されていたがゾルピデム錠を調剤してしまい配薬後に患者様からいつもとお薬と違うと指摘され気が付きました。	似た処方が多くこの方もこちらだったと勘違いしてしまい、また在宅訪問の時間が迫っていたので確認がおろそかになってしまった。	昼休憩なども重なり一人で調剤をしてしまったが人手のない時の確認は鑑査機を用いて行うようにします。	ゾピクロン錠10mg「サワイ」	ゾルピデム酒石酸塩錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
443	ゾピクロン錠10mgで調剤すべきところ、ゾルピデム酒石酸塩錠10mgで調剤し、お渡ししてしまった。患者が帰った後、違和感を覚えて再度処方を見直したところ、薬剤違いを発見し、すぐに交換するために訪問した。	眠剤であることと、薬品名の響きがなんとなく似ている。月曜日朝の緊張感不足。待っている患者が多かったため、処方薬の確認が不十分であった。	処方内容をしっかり確認する。曜日に関係なく緊張感を持って調剤にあたる。	ゾピクロン錠10mg 「サワイ」	ゾルピデム酒石酸塩錠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
444	一包化調剤中のゾピクロン錠7.5mgが3つほど汚れており、手作業できれいなものと取り替える際に錠剤の色や形が類似しているカルベジロール錠2.5mgと思ひ込み交換した。再度鑑査をする際に一度見逃しそうになったが、カルベジロール錠の処方1.25mgであることを気づき、正しい薬に訂正した。	作成時に機械トラブルがあり汚れが発生。今回よりピソプロロールがカルベジロールに変更になったことと、特徴的な形のためカルベジロールの2.5mgと思ひ込んだ。カルベジロールの1.25mgは色が異なるため、汚れていたのがカルベジロールではないことを確認し、正しい薬で訂正できた。	汚れ等に気を取られず、汚れやずれなどで交換する際も処方せんや錠剤の刻印をきちんと確認して調剤にあたる。	ゾピクロン錠7.5mg 「サワイ」	カルベジロール錠2.5mg 「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
445	レセコン入力の間違いゾピラックス軟膏をゾピラックス眼軟膏と入力投薬中、患者から指摘された	ゾピラックス眼軟膏と入力されていたが、薬情や薬袋、お薬手帳のシールの薬品名を確認しないで投薬。眼軟膏と軟膏で、似ているために見落としの可能性もある。	処方箋と薬の鑑査はしたが、薬袋や薬情などの鑑査を怠らない。	ゾピラックス軟膏5%	ゾピラックス眼軟膏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
446	ソラナックスを処方されていたが、包装が極めて類似しているハルシオンが間違えて同じ場所に納品されており混合して調剤。鑑査者が確認した所、180錠のうち90錠がハルシオンになっていたことに気づき発覚。鑑査時の発見だったため患者には正しい薬剤を交付	両薬剤とも同じ引き出しに収納されており、納品時にハルシオンが混ざってしまった。また、調剤者も最初の箱に関しては調剤鑑査機器(PORIMS)を用いていたが、2箱目を開封時に急いで目視の確認も不足していた。外観はほとんど同じで気づけていなかった。	ソラナックス・ハルシオンを離れたところに収納、「類似包装注意」という張り紙を行っている。また、鑑査機器は2箱目以降を開封した際もバーコードを読むように周知した。	ソラナックス0.4mg錠	ハルシオン0.25mg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
447	久々に頻尿対策でソリフェナシン処方。手打ちでの入力であったため、本来ソリフェナシンOD錠5mg「ニプロ」で入力しなければいけないところ「サワイ」で入力。投薬時にも間違いに気が付かず、後ほど発覚。	ソリフェナシンは1規格しか薬局には採用がなく、過去にもニプロでの処方歴があった認識があったため、細かな確認をせずに投薬をしてしまった。	過去に処方歴あるものでも、期間が開いているようなら、屋号の確認も徹底する	ソリフェナシンコハク酸塩錠5mg 「サワイ」	ソリフェナシンコハク酸塩OD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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
448	7/7よりソルデム3AGからソルデム3Aに切り替え予定、当事者は調剤時に前回と同じと思い込み調剤。その後監査者によって発見され、正しいものを調剤した。	前回と同じと思い込んで処方箋を確認できていなかったことに加えて、名称類似していること、保管場所が隣であったことも要因と考えられる。	調剤時の処方箋確認の徹底。注意喚起の表示を行い、保管場所を離れた位置に変えることで取違えの防止を行う。	ソルデム3 A 輸液	ソルデム3 A 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
449	処方是一般名処方、ゾルピデム錠10mgを調剤すべきだったが、名称類似のゾピクロン錠10mgで調剤した。	これまで同様の取り違いはなく、特に名称類似という表示もなく、名称類似という感覚もあまり持っていなかった。mg数も同じであるので取り違いに注意すべき薬剤だと感じた。	規格先読み、発声、指差し調剤の徹底。医薬品名を発声する時には最初の数字だけでなく、最後まで意識する。名前の特徴、注意すべきポイントを意識して行う。ミスが0になることは絶対はないという意識のもと、これまで通りダブルチェックの徹底で患者さんに渡る前に気付けるようにしていきたい。	ゾルピデム酒石酸塩錠10mg「ケミファ」	ゾピクロン錠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
450	前回6月3日は、タケキャブ錠20mg x 28日分、今回7月8日タケキャブ錠10mg x 56日分処方されていた。入力後の鑑査はタケキャブ錠20mg x 58日分であった。薬剤師が、10mの間違いに気づき10mに訂正したが、日数の58日分はそのまま間違いに気がつかなかった。タケキャブ錠10mg x 58錠を56錠でピッキングし、鑑査時は56錠で確認した。	当日は、患者数が多く待ち時間が40分程度かかることを患者に説明したが、早くしてほしいとのことで臨時で調剤した。あせり・ストレス・疲労はあったと思われる。(薬剤師と医療事務ともに)	処方せん入力時には、再確認・声だしを必ず行うこと。忙しい時は焦らずゆっくりと落ち着いて行う。ピッキングは、機器を用いて確認、シートもひとつずつ確認しレ点を必ず入れる。薬剤交付時、数量は患者と一緒に確認しているが再注意し患者と一緒に数量と薬袋を確認する。医療事務との連携をさらに強化する。	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
451	FAXで処方箋を受付た。前回はタケキャブ20mgで処方されていた。そのままDO処方と思い入力、調剤、鑑査まで実施。翌日該当患者が来局。投薬は前日休みの薬剤師が対応、投薬時にタケキャブの規格が変わったことを聞き出したが調剤が変わっていないことに気づいた。その後再度やり直して患者に投薬した。	調剤(入力者と調剤者は同じ人物)、鑑査は別の人物だったがともに勤務15年を超える人物。なれ合いのまま調剤をしていたと思われる。	手順の徹底、鑑査時の私語禁止	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
452	タケキャブ10mgの処方を20mgと入力事前に気づいたため大事には至らなかった。	QRコードありの処方箋だが、他剤はDo処方だったため、Doで入力したため発生した。	QRコードのある処方箋は使用を徹底する。	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
453	タブコム処方のところ医師の入力ミスでタブロスと入力	タでの選ぶ薬剤間違い	タブコム、タブロス処方注意深く監査している	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
454	2022年8月27日に来局時、タブコム配合点眼液の処方の所、誤ってタブロス点眼液を交付。2022年10月13日に患者が使用しようと薬袋から出した所、別の薬剤が入っている事に気づき、薬局へTEL。すぐに患者宅へ正しいものを渡しに自宅訪問し正しいものをお渡し。残薬を使用しており、2ヶ月近く発覚が遅れてしまった。	従来のスタッフがコロナに感染し、出勤できず、一時的に派遣薬剤師を使用。混雑時で調剤、鑑査、投薬を一人の人間で行ってしまい、ミスにつながってしまった。	薬剤の監査システムを導入検討。ポリムスやミスゼロ子等を使用し、渡し間違いを機械的に防ぐ。	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
455	タブコム配合点眼液が処方されていたが、タブロス点眼液と入力してしまい、投薬直前にミスに気付いた。	タブ〇〇と類似していたため、入力時にミスをした。	入力時・監査時にきちんと全部の文字が合っているか確認する。薬剤の予測変換は3文字以上打ってから行う。	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
456	コソプトミニを調剤するところを誤って、タブロスミニで調剤してしまった。アルミ包装のまま調剤・鑑査・交付をしてしまったため、誤りに気付かなかった。患者本人が使用しようとアルミ包装を開封して発覚した。	どちらの薬剤もアルミ包装に入っており、外観が類似していることから思い込みで調剤・鑑査をしてしまったことが要因として考えられる。煩雑な時間帯であり、確認がおろそかになってしまっていた。	アルミ包装の文字も判読してしっかりと確認をする。また端数でない場合は鑑査まで開封せずに取り扱うようにする。	タブロスミニ点眼液0.0015%	コソプトミニ配合点眼液		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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
457	タブコム配合点眼液継続中、今回、タブロス点眼液に変更されているのに気付かず、DO処方でもレセコン打ちする。監査システムで、薬剤師が、レセコン打ち間違いに気付き、打ち直しする。タブロス点眼液を、用意していた。	最後まで、正しく確認不足。	正しい業務の徹底継続	タブロス点眼液 0.015%	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
458	調剤時点で取り違え。似た名前のため取り違えた。	目薬一品であり、似かよったタブロスとタブコムの2文字を見て監査完了してしまった。	十分な監査。しっかりとした監査の徹底。	タブロス点眼液 0.015%	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
459	今回、患者さんは痛みがあり受診している。痛みどめではなく、抗アレルギー薬のペボタスチンが処方のため疑義照会する。ペボタスチン10mgからタリージェ10mgに変更になる	ペボタスチンの先発品はタリオンである。3文字検索でタリオン、タリージェで入力ミスである。	一般名と商品名があり、医師はパソコン入力で3文字検索している。薬と患者の症状があっているか確認することが重要である。	タリージェ錠10mg	ペ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
460	タリオンOD錠10mgのところへペボタスチンOD10mgが混入。タリオンのところへペボタスチンで調剤し、鑑査へ渡す前にもう一度確認したところ、混入に気が付いた。	コロナでの供給不安により、タリオン、ペボタスチンOD錠を採用し、棚へ設置。上下で棚を設置したことにより混入。	タリオンを引き出しへ、ペボタスチンを棚で分ける。調剤時の処方せんと薬剤の確認の徹底。	タリオンOD錠10mg	ペボタスチンベシル酸塩OD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
461	タリオンOD錠10mgを56錠お渡ししないといけないところ、2錠分だけタムスロシンOD0.2mgでお渡ししていた。患者様からの連絡によって判明。	タリオンOD錠10mgとタムスロシンOD0.2mgが棚の上下に並んでおり、タムスロシンがタリオンの棚に紛れ込んでいることに気付かないまま調剤してしまい監査投薬を担当した薬剤師も監査時に確認をきちんとしておらず、そのまま患者様にお渡ししてしまうこととなった。	監査時の確認の徹底、似た色をしたシートの薬を離して保管する。	タリオンOD錠10mg	タムスロシン塩酸塩OD錠0.2mg「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
462	電話にて患者の知人よりチガソンカプセルの在庫について確認された。チアトロンカプセルと聞き間違え発注した。処方せんを確認して判明	薬剤名が酷似しており、電話での対応だったこともあり勘違いしてしまった。	電話での聞き取りの場合は一文字ずつしっかり確認する。	チガソンカプセル10	チアトロンカプセル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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
463	チラーゼンS 12.5μg 1錠に減量となっていたが、前回と同様のチラーゼンS 25μgのままで入力、調剤鑑査まで通ってしまっていた。	チラーゼンの用量変更に気づかず前回の情報通りだと思い込みも合わさって調剤されたものと推測される。	処方監査、薬剤鑑査、投薬前の3段階で薬剤に間違いがないかを処方箋確認を行っている。	チラーゼンS錠12.5μg	チラーゼンS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
464	ツイミーク錠500mgが処方されており、全量56錠であったところ、50錠はツイミーク錠500mg、6錠をメトホルミン錠500mgを輪ゴムでくり患者へお渡ししていた。患者が帰ってから違う錠剤が入っていると電話があり、調剤過誤が発覚し、過誤分6錠を郵送した。後日、来局時、間違ったメトホルミン錠を受け取り、謝罪した。	最初は監査システムにて正しくツイミーク錠500mgを56錠調剤していた。当患者が錠剤ヒートが切れていることを嫌がると思っていたスタッフが、6錠部分が4錠と2錠になっていたため、そこだけ付け替えたが外観が似ていたメトホルミン500mgと取り違えてしまった。その後、監査時に見つけられず交付されてしまった。	外観が酷似している医薬品についてはとくに気を付けているが、交付時などに再度患者へ確認するなど一層の注意が必要であることを念頭に監査するよう注意喚起した。	ツイミーク錠500mg	メトホルミン塩酸塩錠500mg MT「DSP B」		ヒューマンエラー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	通常門前クリニックからツートラム50mgが処方されていたが、未採用の規格ツートラム100mgが初めて処方された。入力、監査、ピッキング者いずれもそれに気づかず処方薬剤の50mgを出してしまった。投薬時に痛みはよくなるまいとの事だったので、処方せんを改めて確認して発覚した。	門前クリニックでツートラム50mgが処方されており、100mgは未採用であった事。ツートラムは50mgのみと思い込みがあった。	ミーティングで情報を全スタッフに共有。門前クリニックの処方であっても注意をするように注意喚起を実施。ピッキング時、監査時に声出し確認を実施する。	ツートラム錠100mg	ツートラム錠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
466	一般名でトラマドール塩酸円口腔内徐放錠50mgが処方されていたツートラム50mgのところを、トラマールOD50mgに変更して処方入力してしまった	ツートラム錠が処方されるのが初めての患者だった事務員が、トラマドール錠に、1日1回や1日2回の長時間作用型の製剤があることを把握できていなかった	一般名処方や先発薬品からの変更について、処方箋に記載されている薬剤と、変更後の薬剤の、作用時間が異なっていないか、しっかりと確認する	ツートラム錠50mg	トラマールOD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
467	ツムラ安中散を42日処方すべきところ、ツムラ黄連解毒湯を7日分入れて処方した。患者さんの申し出で間違いに気づいた。1日3回服用したが、味が違うので気が付いたとの事。	繁忙時であって、42包の商品が沢山並べてある中で当薬剤師がピッキングしたが、混在に気が付かず、又他の薬剤師の監査も受けずに処方してしまった。分かっているのに違う番号をとってしまった。確認不足。	いつもの患者、いつもの薬、いつもの量、慣れと確認不足。必ず他の薬剤師の監査を受ける事。	ツムラ安中散エキス顆粒(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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
468	越婢加朮湯と桂枝加朮附湯を取り間違え。監査のルー。	18番28番で色が類似しており、使用例も類似していたため頭の中で見逃していた。	棚をより離して取り間違えを防ぐことと監査の仕方を変更していく。	ツムラ越婢加朮湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラー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	ツムラ大柴胡湯とツムラ越婢加朮湯が出ている患者様の処方。ピッキングの際に90包ずつだったため足りない分を棚の後ろに在庫の箱からピッキングした際に近くにあった桂枝加朮附湯の在庫を取ってしまい、鑑査で異なるものが混在していることに気づいた。	同患者に同処方はずっと継続している状況で、そもそも大柴胡湯と桂枝加朮附湯が間違えやすい処方だと分かっていたものの調剤時、混雑していたため、ピッキング作業が乱雑してしまい、異なる見た目の酷似したものをピッキングしてしまった。	ツムラ8.18.28.38.48.58の在庫棚が近くなりがちなので、間に違う色や番号のものを挟むなどして、なるべく酷似している見た目のものは離すようにする。	ツムラ越婢加朮湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラー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	ツムラ温経湯エキス顆粒をピッキングしないといけないところ、ツムラ温清飲エキス顆粒を誤ってピッキングしてしまった。	昼の時間帯で、薬剤師の数が少なく、1つの患者様になかなか時間とれず、すぐに他の患者様のピッキングに移らなければならなかった。その中、目に入ったツムラ温清飲を誤ってピッキングしてしまった。	・お薬の名称が似ているので注意喚起を行う。・調剤の手順や確認するところを順番に行う。・月1でツムラなどの漢方薬の処方意図を店舗内で教諭して知識を高める。	ツムラ温経湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ温清飲エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
471	加味帰脾湯のところ加味逍遙散で調剤をしてしまい、投薬後に本人からTELにて発覚。謝罪し、当日中に正しい薬を郵送。	どちらもよく処方される薬だが、忙しかったのもあり頭の「加味」で判断してしまったものと思われる。	忙しくてもきちんと処方箋を読み込むようにする。	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
472	加味帰脾湯と加味逍遙散の入力間違い、鑑査ミスによるもの	当帰芍薬散を継続服用のところ改善が見られないため漢方を追加して様子見の状況下で、加味帰脾湯処方のところ同系統の加味逍遙散を入力。その思い込みのまま鑑査に進み、投薬時に再度処方箋を確認したところ加味帰脾湯であることが発覚した。	受取時の追加薬がなぜ処方されたのかの聞き取りの徹底と入力から鑑査に移行する時には続けて行わず、一度頭をリセットして初見のものとして鑑査するように心がける。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
473	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒を交付するはずが、ツムラ加味逍遙散エキス顆粒を交付していたことを患者様本人からの電話にて発覚した。	長期処方であり包数を気にするあまり、処方薬と収集薬の薬品名の正確な確認が行えていなかった。交付時薬袋および現物を患者様にも確認していただきながらの交付であったが共に見落とす結果となったため今回の事例が発生した。	処方箋をよく読み、先入観をもたずに取りそろえるようにする。監査時は薬剤と処方箋を照合し、1つつ丁寧に確認する必要がある。モノが正しいかを確認し計数の確認を行うこととする。	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
474	名称が類似しておくことによる不注意	名称の見直しチェックを行う	名称の見直しチェックを行う	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
475	加味帰脾湯が処方されている患者に、日常よく調剤する加味逍遙散を調剤してしまう	午前中の繁忙時期だった	間違いやすい名称には付箋を貼って注意を促す	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
476	ツムラ加味逍遙散を調剤する際に、ツムラ抑肝散が紛れ込んでいた。それに気づかず調剤を実施。42包中9包がツムラ抑肝散となっていた。次に事務がピッキングをしていた際に、ツムラ加味逍遙散の箱にツムラ抑肝散が混ざっていることを発見。その後、理論在庫と照らし合わせて渡し間違いがある可能性があることが発覚し患者様へ連絡し確認、過誤発見へと至った。服用前だったため、薬を交換していただき謝罪。	調剤ミスをした際の薬の戻しミスによるもの。ツムラ加味逍遙散と抑肝散は外観が非常に類似しているため、混合された際に非常に気付きにくい。	棚に薬を戻す場合は2名によるダブルチェックの実施。漢方監査時には色のみではなく、横のライン数も併せて確認する。	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
477	ツムラ加味逍遙散を42包調剤すべきところ、21包が加味逍遙散、21包が抑肝散で調剤され、交付した。患者さんご本人が服用前に気づき連絡があり、加味逍遙散に交換した。加味逍遙散の箱の中に抑肝散が一部入っており、その前に戻し間違いがあったものを気づかずに調剤したものだと思われる。21包の束が2つあったうち、一つが正しいものであったため、監査時に一つが正しいことを確認したが、もう一つも同じ色であったため間違いに気づかず交付してしまった。	お盆前で調剤が非常に繁忙であったため、確認が不十分となった。	薬を棚に戻す際にも確認を徹底する。監査時も一部間違っていることがあることを念頭に置いて最後まで見るようにする。	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラー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	ツムラ24加味逍遙散エキス顆粒でお渡しのところ、ツムラ54抑肝散エキス顆粒でお渡ししていた。後日、薬剤師又は薬局スタッフの数量確認により発覚。	医薬品の外観、色が類似の為、鑑査の際気づけなかった。	鑑査の際、他の薬剤師にも確認してもらい、ダブルチェックする。鑑査の際、番号をメモして確認し、薬袋に入れる際もきちんと番号と医薬品名が合っているか再確認する。	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラー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	ツムラ(24)加味逍遙散7.5g分3毎食前84日分(252包)のところ、ツムラ(24)加味逍遙散210包とツムラ(54)抑肝散42包が混在	漢方識別が同じ黄色で、色で鑑査してしまった。納品時の棚入れの間違いあり。	鑑査時はひとつひとつ、1枚1枚確認する。色で判断しない。	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラー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	ツムラ加味逍遙散が処方されていたが、事務員が入力の際、加味帰脾湯と入力。薬袋、お薬手帳の紙、薬情が間違っままプリントされる。	頭文字3文字入力が好ましい。	漢方薬の番号、読み方を処方箋に鉛筆書きする。	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
481	本来ツムラの葛根湯が処方されていたが、誤ってツムラ補中益気湯を調剤してお渡し。	当事者の慣れや怠慢。外観の類似。調剤者と監査者と交付者が同一人物。	調剤と監査を別の者が行って、ダブルチェックをする。監査する前に一度ワンクッションおく。呼吸を整える。指さし確認をおこなう。	ツムラ葛根湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ補中益気湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
482	処方箋でツムラ葛根湯エキス顆粒をピッキングしたが、在庫している棚の中にツムラ補中益気湯エキス顆粒が混在していた。 ピッキング時点で薬剤師が発見したため、患者様への誤った薬剤が交付されることは無かった。 在庫を確認し差異がなかったため、発見時以前の交付間違いの可能性は否定的であると考える。	薬剤を棚に戻す時に、薬剤の外観のみに頼って戻した可能性がある。	調剤中の類似薬剤は、混ざらないようにピッキングしている者が全体に声をかけて周知する。 とり間違えた薬剤は薬局業務が落ち着いた時間に薬剤名、規格、メーカー名を確認しながら戻す。	ツムラ葛根湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ補中益気湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラー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	ツムラ葛根湯エキス3包×分3×5日の処方があったが、事務員が間違えてツムラ芍薬甘草湯3包×分3×5日と入力した。 ピッキング者と監査者は入力間違いに気づかず、芍薬甘草湯で揃えてしまった。 交付の薬剤師が薬の間違いに気づき、正しい薬に取り換えて投薬した。	葛根湯は初めての処方で、普段芍薬甘草湯を服用している患者だったため、事務員は漢方薬の処方を見て芍薬甘草湯と勘違いして入力してしまった。ピッキング者と監査者は処方箋をよく見ずに薬袋や薬情を見て薬を揃えてしまった。この後救急搬送されると病院より連絡が入り、焦ってしまった。	入力時は先入観を持たずに行う。ピッキング、監査、投薬時は処方箋、薬袋、薬情と薬が合っていることを確認する。急ぐ場合も、正確性を優先して業務を行う。	ツムラ葛根湯エキス顆粒(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
484	ツムラ葛根湯エキス顆粒が処方されていた。ツムラ葛根湯エキス顆粒の所に補中益気湯エキス顆粒が数包混在していた。 葛根湯の所に数包補中益気湯が混じって投薬していました。	番号は違うが、包装の色が同じだったためにかたづけの際に間違いが出たと思われる。	色が似ている漢方薬は違う引出しに変更する。間違えて出した薬は別の所に配置して時間があるときにかたづける。	ツムラ葛根湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ補中益気湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラー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	ツムラ葛根湯を調剤するところツムラ柴胡桂枝乾姜湯が混ざってしまった。	ツムラ葛根湯(1番)とツムラ柴胡桂枝乾姜湯(11番)の色が同じ青色のため取り間違えた。	棚の場所を変えた。	ツムラ葛根湯エキス顆粒(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
486	ツムラ葛根湯を調剤すべきところをツムラ桃核承気湯を調剤した。お渡し直前になって気づく。	パッケージの色が青で同じであった。	ダブルチェックを徹底する。	ツムラ葛根湯エキス顆粒(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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
487	ツムラ2番葛根湯加川芎辛夷が処方された。当日は、スタッフ人数が欠勤しており、またその時は患者も多く待合にいて繁忙な時間帯だった。	ツムラ2番葛根湯加川芎辛夷、ツムラ12番柴胡化竜骨牡蛎等は、ともに番号の末尾が同じでまた箱の色も同じ。当時は、収納スペースの関係でそれらを2段に重ねて収納していた。下にあったツムラ2番葛根湯加川芎辛夷を見て、薬剤を確認。その箱は未開封だったのでその上に配置されていた開封済みのツムラ12番柴胡化竜骨牡蛎湯をツムラ2番葛根湯加川芎辛夷と勘違いし誤って取り揃えてしまった。	漢方の箱は、類似しているものが多い。よく確認し、間違えやすいようなものは離して置いたり配置の工夫する。	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
488	加味帰脾湯を継続で服用している患者処方が帰脾湯に処方変更された。このことに気づかず、以前から服用している加味帰脾湯を交付した。患者服用前に気づいたため、適正薬剤に交換し、誤服用は防げた。	Doであるという概念を捨てきれなかったため	いつもの薬という思い込みや漫然さを捨てること。処方箋・薬袋等でダブル・トリプルチェックすること	ツムラ帰脾湯エキス顆粒(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
489	ツムラ帰脾湯が処方されている患者様への調剤において、帰脾湯ピッキング時に隣に置いてあった、ツムラ麻杏甘石湯を合わせてピッキング。帰脾湯と麻杏甘石湯が混合されているとは気づかず監査、患者さまへ投薬実施。自宅に帰り気付いた患者様より連絡あり、混在していること連絡受ける	ツムラ帰脾湯は65番 ラベルオレンジ ツムラ麻杏甘石湯は55番 ラベルオレンジにて非常に似ており、ピッキングでの誤りと監査も東での確認が漏れてしまい誤りに至ったと推測。	薬局配置棚の変更と、監査時は各束をしっかりと確認すること念頭に徹底していく。	ツムラ帰脾湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ麻杏甘石湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラー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	桔梗湯が処方されたが、誤って芍薬甘草湯を調剤し交付してしまった	1.桔梗湯と芍薬甘草湯の包装、番号、色が類似している2.マニュアルではバーコード管理システムでチェックすることになっているが、桔梗湯のみの単剤処方であったため省略してしまった。	調剤の手順、マニュアルを遵守する。	ツムラ桔梗湯エキス顆粒(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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
491	漢方の処方に変更になったことを入力の際事務員が見落としで処方を入力してしまったが、調剤の際薬剤師が入力がいかに気づき訂正した	入力前の処方監査で処方入力変更の指示をしたが忙しかったためスルーしてしまった	処方監査によって生じた指示を付箋記載で	ツムラ桔梗湯エキス顆粒 (医療用)	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
492	ツムラ107 牛車腎気丸エキス顆粒が処方されていたが、ツムラ007 八味地黄丸エキス顆粒を用意し渡す直前で、患者がいつも内服している薬剤でその場で築き判明した。	調剤担当の薬剤師は忙しく、集中力が落ちていた。思い込みがあった。外出からの戻りの患者で直ぐに渡さないと思いがあり確認がなく、投薬担当の薬剤師の発見が遅れた	漢方薬に関して番号 色だけで判断するのではなく処方せんと取り出した薬品の指差し確認を行う	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
493	処方のお薬をお渡ししてから後日に患者様からのお電話でツムラ107牛車腎気丸エキス顆粒処方のところ、ツムラ17五苓散エキス顆粒で入っていたとの連絡がありました。謝罪後、正しいお薬をお渡ししました。服用前に気付いたので、お薬での影響なし。	ツムラの番号の見間違い、包装も類似していた為に間違えて渡してしまった。	鑑査を徹底する。類似医薬品や規格が複数あるものは注意喚起する。	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
494	ツムラの分包品の牛車腎気丸を調剤する際に一部八味地黄丸も渡してしまった。後で調剤者が気が付いたため患者に電話してお詫びして服用前に取り替えた。	牛車腎気丸を調剤する際に最初に取った箱の中身だけでは足らなかったため不足分を隣に置いていた同じ茶色帯の八味地黄丸の箱から取り出して調剤した。監査者もしっかり番号を確認せずに患者に渡してしまった。	帯の色が同じ漢方は離して置くことにした	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
495	2022.9.27処方 ツムラ107牛車腎気丸エキス顆粒 7.5g 分3毎食後 28日分のところ、ツムラ五苓散エキス顆粒 7.5g を間違えてお渡ししていました。 普段、患者様本人は来局されず代理の方にお薬をお渡すため、投薬時の本人様による確認はできていない状況でした。当時は気づかず、本日(2022.11.16)患者様が来局され発覚致しました。渡し間違えたツムラ17五苓散エキス顆粒 84包中、58包を薬局へ持参いただいたため、26包(8日+2回)分服用されたと思われれます。(服用された時期は聞き取れておりません)	継続の処方であり、漢方薬の統一カラーが同じで調剤時思い込みで取り間違えたと考えます。監査についても同じく速やかに投薬する事を考え、思い込み・確認不足が生じたと考えられます。	調剤・監査時・投薬時、処方箋の指差し確認・薬品名の読み上げしながら行う事を徹底する。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
496	ツムラ牛車腎気丸の処方で監査中に束の中にツムラ五苓散がまぎれて入っていた。患者へ渡す前だったので入れ替えてお渡しできた。	きちんと一束ずつ確認してお渡しすることが間違えて渡すことがない。色が同じなので注意しないといけない。薬を戻すときも間違えてしまわないようにしっかり番号、名称確認して戻すようにスタッフへ周知した。	調剤時、監査時しっかり番号、名称の確認すること。	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
497	医療事務不在時で、薬剤師が入力から投薬まで全て実施 (一人薬剤師)。Do処方に漢方が追加。桂枝加竜骨牡蛎湯 (26) を、よく出る柴胡加竜骨牡蛎湯 (12) と思い込み入力した。調剤もツムラ12で取り、ミスゼロ子の照合も一致。最終監査時、薬情の番号と薬剤が一致しており、患者の愁訴が薬効と一致していたためそのまま投薬。翌日事務の処方箋裏打時に、入力ミスを発見。患者様宅に電話した。昨夜1包服用したがよく眠れ、健康被害が無い事を確認。誤薬を回収し、正しい薬剤をお渡しした。	薬剤名が類似していた。事務不在時で二次監査が出来なかった。思い込みもあり、処方箋と薬剤の再監査が不十分になった。	漢方には、名称が類似しているものが4剤ある。レセコンに注意喚起のコメントを入れた。漢方一覧表にも、注意喚起のコメントを入れた。	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
498	監査時に名称類似薬品の取り間違えに気が付く	午前中から柴胡加竜骨牡蛎湯が何度か処方があり、繁忙時間に桂枝加竜骨牡蛎湯が処方あり、薬品名称後半部分で柴胡加竜骨牡蛎湯を調剤した	採用薬で類似薬品名を列挙し、店舗従業員への再通知。調剤前の処方鑑査時の確認徹底	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
499	名称類似のピッキングミス。事務員が気づき、正しい物に取り換え交付することが出来た。	柴胡加竜骨牡蛎湯と桂枝加竜骨牡蛎湯の名称類似。「牡蛎湯」を見て判断してピッキングしてしまった。	特徴のある部分だけ読み取ってピッキングしないようにする。	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒 (医療用)	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
500	新規の患者さんでツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯のみの28日分の処方であった。日頃柴胡加竜骨牡蛎湯が多く処方されることが多く先入観でそれを準備しました。それから薬手帳をお持ちでしたら見せてくださいと頼み見せてもらうと間違いであることに気づき取り変えて事なきを得ました。	思い込みと年齢からくる視力の低下で小さな文字が判別しにくい状態であった。	単純なケアレミスであるが、再度薬の箱に注意書きを記入し注意喚起しています。	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
501	ツムラの桂枝加芍薬大黃湯が処方されている患者に、ツムラの桂枝加芍薬湯を調剤していた。鑑査で気が付き、交付前に直した。	当薬局の処方箋ではツムラ桂枝加芍薬湯のほうが、桂枝加芍薬大黃湯より多く、桂枝加芍薬大黃湯を調剤することは殆どない。処方箋でツムラ桂枝加芍薬の一部分まで見て、思い込みで桂枝加芍薬湯を調剤してしまった。	処方箋の薬品名を最後まできちんと読むという基本的手順の再確認と、類似名薬ありの注意喚起札を漢方の箱にくくっておくようにする。	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
502	ツムラ桂枝加芍薬大黃湯が処方されていた患者様へ、調剤者がツムラ桂枝加芍薬湯を誤ってピッキングした。監査者が誤りに気づき、処方通りツムラ桂枝加芍薬大黃湯を患者様渡した。	調剤者が類似した名前の薬があることを把握出来ていなかった。調剤者が処方箋を確認せず、思い込みで調剤してしまった。	両方の医薬品に【名称類似品あり】等の注意喚起を記載する。	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
503	8/30の9:30ごろ薬剤の間違いが発覚し、患者にTEL後謝罪し、病院にもTELにて謝罪後、患者自宅へ伺って正しい医薬品と交換した	桂枝加芍薬湯の存在を知らなかった。処方された時点では薬局内に桂枝加芍湯が存在していなかった。	類似名称の漢方薬が存在する旨の注意書きを記載し、薬局内で情報共有した。	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝加芍薬大黃湯エキス顆粒(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
504	漢方が複数処方された処方箋をもって患者様が来局。QRコードがなかったため、手打ちにて入力を行ったが、その際、知識不足や思い込みにより桂枝加芍薬湯を桂枝加朮附湯と勘違いし、誤って入力を行った。ピッキング時に間違いに気づき患者様へのお渡しには至らなかった。	処方箋記載の桂枝加の三文字を見たところで、それまでに処方してきた知識から、桂枝加朮附湯と思い込み、入力を行ってしまった。桂枝加芍薬湯があることを知らなかったこと、処方内容をしっかり読まなかったことによるミス。	漢方は似た名前が多いため、一部ではなく全てを一字ずつチェックすることを義務付け。	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
505	ツムラ桂皮茯苓丸の処方のところ、桂皮茯苓丸加ヨクイニンを調剤した。7/12夜、在庫管理システムで在庫数のずれが発生し、調査したところ、発覚した。患者さんのところに交換に伺ったが、70包中43包は服薬済みで、本人も気づいていなかった。今の時点で、体調変化、副作用の訴えはなかった。	調剤者と監査、投薬時のダブルチェックをしていたが、機能しなかった。	薬品名の指差し、読み上げ、印刷物との照合を徹底する。監査システムの導入を会社に要望する。	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
506	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒処方があるも、在庫不足で後日受け取りとなった。不足記録ノートへ誤って桂枝茯苓丸加ヨクイニンと記載。患者受け取り時に用意されておらず、記録ノートに従って、桂枝茯苓丸加ヨクイニンを用意するも、患者からの指摘で桂枝茯苓丸でお渡し。	桂枝茯苓丸加ヨクイニンは125番、桂枝茯苓丸は25番でいずれも黄色。名称も数字も酷似しており、用途も近い。慢心によるミス。	漢方保管棚に数字を貼付し、注意喚起。	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
507	当該患者は「ツムラ25桂枝茯苓丸」を1回1包1日3回毎食前28日分(合計84包)定期内使用していた。事務員Aが取り揃えを終え、薬剤師Bが鑑査を終了した。薬剤師Cが125が開封されているのを不審に思い、鑑査後の漢方製剤をすべて確認したところ、「ツムラ25桂枝茯苓丸」84包の内「ツムラ125桂枝茯苓丸加よく苡仁」が6包混入を発見、取り揃えの誤りが発覚した。なお鑑査時の発見のため、患者には実害は生じなかった。	「ツムラ25桂枝茯苓丸」及び「ツムラ125桂枝茯苓丸加よく苡仁」は名称・外観(番号25と125、黄色の帯)がともに類似しており、注意喚起のため改めて両製剤を隣になるように配置している。今回取り揃えの際に、25の開封済みの箱と未開封の箱を手にとったが必要量とならなかったため、不足分を取り揃える際に誤って未開封品の125を手にとり、計84包としてしまった。ともに両製剤が類似していることは周知していたが、取り揃えの際に隣り合っていたことがむしろ要因となり、調剤間違いを引き起こしてしまったと考えられる。	「ツムラ25桂枝茯苓丸」と「ツムラ125桂枝茯苓丸加よく苡仁」の位置を大きく離すなどの対応を実施。また電子薬歴のポップアップ表示に注意喚起のメッセージ促している(現在は125は使用中止となっており25のみ棚に配置している)。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
508	当日は連休明けで業務も忙しく、20時頃患者が皮膚科の処方箋を持って来局した。もうすぐ業務終了が近づき、薬剤師Aが焦って調剤し、薬をそろえた。その際ツムラ桂枝茯苓丸(25)のところ、ツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニン(125)をそろえてしまった。その後鑑査し、薬剤師Bが急いで投薬となった。その日の夜薬局の転送電話に薬の間違いの連絡があり、翌日朝すぐに薬局の在庫を確認し、正しいツムラ25を交換に伺った。特に内服はされておらず交換に至った。	連休明けであり、終日忙しく、夜20時頃終了間近となったため、焦って調剤し、投薬に至ってしまった。	当局ではこの漢方薬に関して名称、色等がかなり類似しており、以前より注意していたが、今回いろいろな要因が重なり調剤過誤に至ってしまった。ほぼ毎在庫確認をしていたにもかかわらず、患者の指摘より判明してしまった。包装箱の形状も同じ189包であり、間違える要因となるため、ツムラ25は42包包装へ採用変更となった。	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
509	漢方薬のツムラ25桂枝茯苓丸エキス顆粒が処方のところ、一部ツムラ35四逆散エキス顆粒で調剤、お渡ししてしまった。ご本人が番号が違うことに気が付き、薬局へ連絡。正しいものにお取替えした。	漢方の番号下1桁が同じで色が同じであること、25と35の番号が近かったため同じ引き出し内で仕切りで分けて保管されていたことから、取り違えが起きた可能性がある。	漢方は番号順に保管していたが、色が同じ漢方は順番は多少変わっても違う引き出しに保管するように変更。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)	ツムラ四逆散エキス顆粒(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
510	ツムラ、桂枝茯苓丸加ヨクイニン;苡仁エキス顆粒処方されていたが、ツムラ、桂枝茯苓丸加ヨクイニン;苡仁加ヨクイニン顆粒を調剤した	漢方薬特有の名称の類似、各漢方で番号を記載しているが、下1桁の番号が同じであれば、薬箱も類似(今回の場合は黄色)しているため、取り間違いが起こった	漢方薬処方された際は、番号での確認も行う	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
511	薬剤師がツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニン(以下125とする)を出そうとしたら、その保管場所にツムラ桂枝茯苓丸(以下25とする)がおいてあり、箱のふたが開いていた。25の場所にある箱も空いていたので、薬の保管場所の誤りと、調剤ミスがあったのではないかと思い、前に出した患者に確認したところ、25が渡っていた。まだ服用前で、125の残薬もあったので、郵送で125を送り、誤って渡した25を送り返してもらった。	125と25の置き間違えは2回目だった。1回目に置き間違えに気が付いたときは、交付前に薬剤師が気が付き、正しい薬に直し、在庫の場所も直した。その際に札に大きく、「125」「25」と書き直したにもかかわらず、また置き間違えをしていた。処方が多く出るのは125で、たまに入荷する25をラベルの色だけ見て125においてしまったと考えられる。	在庫の入れ間違えは、漢方に限ったことではないので、医薬品の名前と保管場所の確認を徹底することにした。交付前の監査の徹底も改めて行っている。	ツムラ桂枝茯苓丸加よく 苡仁エキス顆粒(医療用)	ツムラ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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
512	開封済みのツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニンの箱を取ったところ、中にツムラ桂枝茯苓丸が3束入っていた。在庫数が問題ないことから投薬ミスは起きていないと思われる。	どちらも1箱189包入りの採用のみをしていた。名称・番号が類似しており、包装の色が同じであることから片づけた者(不明)が入れ間違ったようだ。	ツムラ桂枝茯苓丸を1箱42包入りの包装に採用を変更。スタッフ全員に片づける際も間違っていないか注意し、投薬者は別の薬が混ざっていないかしっかり確認するよう伝えた。	ツムラ桂枝茯苓丸加よぐ苡仁エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラー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	患者様が処方箋をもって来局した。処方箋にはツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニンが7.5g分3毎食前4-2日分の処方があった。当該薬剤師が調製を行ったところ、4束桂枝茯苓丸加ヨクイニンを取るところ1束のみ隣にあった桂枝茯苓丸をピックアップしてしまった。また別の薬剤師が監査を行ったところ、そこに一束桂枝茯苓丸があることに気づき、ピックアップをし直し、患者様に投薬を行った。	隣同士で桂枝茯苓丸と桂枝茯苓丸加ヨクイニンを置いており、しまう際に混ざってしまった可能性がある。	混ざらないように間に仕切りを付ける。監査の際には帯を見るようにし、間違っていたものをピックアップしていても気づくようにする	ツムラ桂枝茯苓丸加よぐ苡仁エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラー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	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒が処方。薬局事務員が集薬時、ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒が不足していた。不足分を名称、ラベルが類似しているツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニンエキス顆粒で集薬し、機械鑑査に通したがツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニンエキス顆粒のラベルが裏返っていた為そのまま機械鑑査を通過。薬剤師による監査時にも違う薬品であることに気付かずそのまま投薬。	鑑査者がラベルの色と名称が似ていることで安心し、鑑査がおろそかになった。	調剤棚に桂枝茯苓丸エキス顆粒(25)と桂枝茯苓丸加よぐ苡仁(125)間違え注意のラベルを貼付。分包装の確認を徹底し、呼称して確認。鑑査システムの写真撮影前後に計数を確認してから撮影するよう管理者からスタッフに指示・情報共有。	ツムラ桂枝茯苓丸加よぐ苡仁エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラー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	婦人科を受診された患者様に桂枝茯苓丸加よぐいんにんが処方されていたが、桂枝茯苓丸で交付。ご本人も初めての為気づかれなかったが、服用1週間後、薬情内容と異なることを確認され当局へ連絡。処方内容確認にて誤投薬と確認。お電話にて確認したところ、疲れと湿疹でご相談されたとの事。謝罪し、至急取り換え。医院に誤調剤で治療が遅れた旨報告。	ツムラの25番と125番の取り間違えは頻繁に監査で確認しており、注意喚起していたが、今回そのまま交付してしまった。患者からその場で状況等を確認してれば気付けたかもしれない。	注意喚起カードの調剤棚への添付と、類似名称、漢方に関してスタッフミーティングで話し合う。	ツムラ桂枝茯苓丸加よぐ苡仁エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
516	ツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニンが処方されていてお渡しした薬も間違いないがレセプトの打ち込みがツムラ桂枝茯苓丸にしたため会計、薬袋、薬情が間違ってお渡し。	その日は薬剤師1人、事務なしのため入力を焦ってしまった	入力と投薬剤を確認してお渡しする	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
517	ツムラ125桂枝茯苓丸加薏苡仁 のところ、ツムラ25桂枝茯苓丸で調 剤。監査時に発覚。	年末の繁忙期だったこと、また、名前・ 番号(25・125)・箱の色(黄色)と類似 しており、普段から桂枝茯苓丸が出るこ との方が多かったため、引っ張られたか らだと思われる。	ツムラ25・125それぞれを離れた位置に在庫し、 それぞれの棚番に注意喚起を書いた。	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
518	ツムラ五苓散が処方されている所、ツム ラ五苓散を調剤する。	日頃からツムラ五苓散を調剤する事が多 く、過去にツムラ五苓散を服用歴のある 患者様であったために処方箋に記載され ている内容をしっかり確認せずに思い込 みで調剤した事が原因と思われる。	普段から鑑査のダブルチェックは行っているが、 忙しくても最後まで処方箋を見るという基本を再 度、徹底していく。	ツムラ五苓散エキス顆 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
519	11/15午前10時半処方箋受付。入力 チェック後、監査時、ツムラ五苓散が処 方されていたが、ツムラ五苓散がピック ングされていたのに気が付かずそのまま 投薬。12時半ころ、発注システム画面 にツムラ五苓散が入っている事に投薬外 薬剤師が気が付き、在庫を確認したとこ ろ実在庫と理論在庫にズレが生じていた ため交付間違いが発覚。携帯に電話を入 れたが、留守録だったため薬局に電話を 頂きたいと伝言を残した。17時患者本 人より連絡があり、状況を説明後謝罪。 ツムラ五苓散をご自宅まで届けた。	その時間帯、当日のコミュニケーション スキルアップ研修のカメラ設定が上手く いかず、調剤室が少しバタついていた。 また、新しく勤務する薬剤師が来ていた ので、薬剤の説明、薬歴の記載方法など を話していたため、監査がおろそかに なった。	患者様への交付時、処方箋と調剤薬の照会を再度 徹底する。また、患者様とともに数量を全て確認 して交付することを徹底する。(第三者の目を入 れる)ツムラ五苓散、五苓散は、箱のカラーも似 ているため、棚を別とした。	ツムラ五苓散エキス顆 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
520	ツムラ五苓散エキス顆粒とツムラ釣藤散 エキス顆粒の保管場所が隣どうだった ため、調剤者は本来ピックアップするはず であった五苓散ではなく、隣の釣藤散を 誤ってピックアップした。鑑査者が誤りに 気付いたため調剤者とともに薬剤を交 換。投薬を行った。	外観類似薬品であったため、しっかり確 認せず色で薬剤を判断してしまった。そ の際、店舗状況は少し忙しかったために 注意力が低下した恐れがある。	外観が類似している薬品については混ざらないよ うに棚を分ける・ピックアップの際は仕分け BOXを用意し、忙しくない時間帯に薬剤を戻す。 事例があったことを全員に周知し、間違えた薬剤 を交付しないように努める。	ツムラ五苓散エキス顆 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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
521	処方：ツムラ五苓散 のところ ツムラ五積散 をピッキングした。	比較的頻繁に処方される漢方薬と名称が酷似しているため、調剤者は勘違いした。	漢方薬などは漢字一文字、二文字違いなど 入力 のチェックを一文字ずつ行う。ビジュアルで監査 しない。また薬袋や薬情などの画像も、同一の薬 剤であるか比較確認する。	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
522	ツムラ五苓散の棚に、八味地黄丸と麻黄湯の箱が混在、ピッキング時に気づく。	外装類似	入荷後棚に入れる際にも声出し、指さし確認徹底	ツムラ五苓散エキス顆 粒 (医療用)	ツムラ八味地黄丸エキス 顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
523	ツムラ五苓散4 2包の調剤において、ツムラ麻黄湯が2 1包混ざっていた。	1 7番の五苓散と2 7番の麻黄湯は包装の色が同じ。ピッキングサポートシステムの使用において、五苓散はスキャンしたが、箱またぎの際に手に取ってしまった麻黄湯はスキャンしていなかったの で、ピッキング誤りに気付くことができ なかった。	箱またぎの際にも、ピッキングサポートシステムの スキャンを必ず実施する。ツムラ漢方薬の番号 の下1桁が同じ場合、包装の色も同じであるため 注意が必要であることを、薬局内で共有する。	ツムラ五苓散エキス顆 粒 (医療用)	ツムラ麻黄湯エキス顆粒 (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
524	ツムラ五苓散 (168包) を用意しなければならぬ所、21包のみツムラ八味地黄丸が混ざってしまっていた。	外観がとても似ている為、誤って棚に戻 してしまったと思われる。	外観の色だけではなく、名称もしっかり確認して 棚に戻すようにする。忙しい時ほど焦らないよう にする。今回の事例を全体で共有し同じ間違いが ないように努める。	ツムラ五苓散エキス顆 粒 (医療用)	ツムラ八味地黄丸エキス 顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
525	久しぶりの患者様で初めての処方もあり勘違いして調剤	一人での調剤、繁忙時間による追い込み による単純ミス	漢方薬なので番号記載もぎっちり行うようにす る。患者様の病名も視野に入れて調剤するように 心掛けるように改善	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
526	10月17日調剤時にツムラ113を用意するところを、間違えてツムラ103で用意して してしまった。調剤鑑査システムでミスが判明し、取り直す際にツムラ103が 3包まぎれてしまった。10月25日就寝前 にツムラ103を1包服用、味に違和感を 覚えたがそのまま就寝。翌朝にお薬の空 袋を確認したところ間違ったお薬が混在 し服用した事が判明した。服薬後の体調 変化はなく、医師からは経過観察の指示 となった。	繁忙時間帯であり、番号、外観がにている 漢方を慌てて用意してしまった。また、 取り直す際に間違えたものをその場 で戻してしまい、それもミスにつなが った要因と感じている。鑑査がしっかりと できていなかった。	調剤ミスの薬は手順通り、ミスプール箱に入れ る。薬の鑑査は1シートずつしっかりと行う。	ツムラ三黄瀉心湯エキ ス顆粒 (医療用)	ツムラ酸棗仁湯エキス顆 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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
527	患者が処方箋をもって来局した。処方箋にはツムラ三物黄ごん湯と記載されていたが、入力者が誤って三黄瀉心湯と入力。その後、監査者が入力ミスに気が付き入力訂正しました。	新規採用の薬で原本上げが必要だったため、入力者がその薬の存在を知らず、処方歴のある三黄瀉心湯と誤って入力してしまったと考えられる。また、患者が来局した時間は店内が混んでいたため焦りがあった。	ぱっと見で入力するのではなく、1文字1文字しっかり処方箋に記載されている文字を確認して入力するよう注意喚起を行いました。	ツムラ三物黄ごん湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ三黄瀉心湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラー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	酸棗仁湯が28日分28包処方されていたが、滋陰降火湯が15包混在。鑑査不足でそのまま調剤、交付。交付後、酸棗仁湯の箱の中に入っていた滋陰降火湯から一部混在に気づき、患者へ連絡、服用前に回収・交換。	酸棗仁湯の箱の中に滋陰降火湯が紛れ込んでいた。鑑査不足	箱に戻す・移動品を箱に入れる際は必ずダブルチェックを行う。分包品も1枚ごと鑑査することを徹底する。	ツムラ酸棗仁湯エキス顆粒(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
529	R4.11/22頓服薬(不安時)ツムラ四逆散エキス顆粒2.5g1回1包30回分のところ、ツムラ四君子湯エキス顆粒を8包、ツムラ四逆散エキス顆粒を22包でお渡ししてしまった。ご本人が四君子湯5包服用されたことを聞き取りした。体調はお変わりないことを確認した。	患者さんの対応に追われていた。薬剤数が多く、2人一緒に投薬であったため、確認が疎かになっていた。	同じ引き出しに同じ色の漢方を並べて置かないようにする。	ツムラ四逆散エキス顆粒(医療用)	ツムラ四君子湯エキス顆粒(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
530	門前に消化器内科があり、六君子湯がよく処方されます。調剤者はいつもの六君子湯と思い込みビックキングした模様です。	1字違いの医薬品のため処方をよく見ずに調整してしまった可能性がある。	今回の処方に限らず漢方薬は1字違いの医薬品がいくつか存在するため、1字ずつ処方箋をしっかりと確認して調製、監査にあたる。	ツムラ四君子湯エキス顆粒(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
531	ツムラ治打撲一方が処方されていた。一部在庫不足があったため、不足分の発注を行った。PCの発注システムに手入力で注文を実施した。その際、「ツムラ治頭痛一方」を選択して注文してしまった。 ツムラ治打撲一方・・・89番、ツムラ治頭痛一方・・・59番両剤とも「ピンク」の包装のため手に取った際も同じように見えた。不足分をお渡しする際に、別の薬剤師がミスに気が付き発覚。薬袋の写真もぱっと見では同色のピンクであり、不足薬を準備する際のWチェックもスルーしていた。	治打撲一方も滅多に処方されてない薬であり、治頭痛一方については存在も知らなかった。そのため類似した名称の薬品があることを店舗スタッフ全員が知らなかった。	通常はバーコード照合でヒューマンエラーを防止できるが、不足分の調剤時にバーコード照合を使用するシステムがない。そのため、漢方薬の不足薬については、不足分の記録用紙にわかりやすく漢方の番号を記載して相互確認を行う。	ツムラ治打撲一方エキス顆粒(医療用)	ツムラ治頭痛一方エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
532	処方ないよう「ツムラ治打撲一方」を「ツムラ治頭瘡一方」と読み間違え、その後は番号で発注。患者に投薬する前に施設看護師にて発見、指摘され間違いに気づく。	臨時処方での初めての医薬品（薬局在庫なし）で、読み間違えたまま発注、医薬品名を良く確認せず、合っているものと思いきそのまま投薬してしまった。	監査体制の更なる強化。新規医薬品に対する慎重な確認のさらなる認識。	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
533	名前が似ており間違えて処方させていた	漢方薬の知識不足	名前の似ている漢方薬を知る事	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
534	ツムラ柴苓湯が処方されていたが、ツムラ抑肝散をお渡ししてしまった。ご本人が当日服用しようとして間違いに気づき、翌日来局されたことで発覚。謝罪し、ツムラ柴苓湯と交換した。	事前に処方箋をFAXで送って下さり時間に余裕があったものの、一人薬剤師の時間帯だったため調剤も監査も確認不十分で、同じ色の包装の漢方薬を思い込みで調剤して渡してしまったと思われる。	漢方薬は同じ色の包装のものが多数存在するため、薬品名をしっかりと確認する	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
535	調剤時に処方箋確認し、処方箋記載の薬剤名を見間違えて調剤してしまった。監査時に再度処方箋確認したところ見間違えていることが発覚し、やり直して調剤・監査し投薬。	漢字記載の薬剤のため、見間違えてしまった。	監査システムの導入や調剤者と監査者を別のもので行う、基本に戻って指差確認の徹底を行う。	ツムラ柴苓湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ茯苓飲エキス顆粒（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
536	74歳の患者本人が処方箋を持って来局した。ツムラ柴苓湯5g分2 14日分で処方されていたため、用量確認の疑義照会を行い柴苓湯6g分2 に変更となった。柴苓湯を調剤するところ誤ってツムラ柴朴湯5g分2 14日分で調剤し、監査でも気が付かず交付してしまった。患者本人が帰宅後に気が付き薬局に連絡してきた。薬局で在庫数を数え誤って調剤をしたことを確認。謝罪し患者宅にお届をした。	患者来局時、薬局が忙しく確認が疎かになってしまった。疑義照会で用量確認を行ったにも関わらず、似た名前でも思い込みにより調剤してしまった。	監査時における薬剤と薬袋・薬剤情報の写真との照合の重要性を再確認し、薬剤名だけでなく画像でも確認を徹底するようにした。	ツムラ柴苓湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴朴湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
537	柴苓湯が処方されていたが、柴朴湯を調剤してしまった	繁忙、疲れ、焦り、『柴』しか見てなかった	似た名前の漢方があることを覚えて置き、調剤するときに気を付ける	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
538	7/23、ツムラ十全大補 (48) 90包のところ在庫不足のため、後日のお渡しとなりました。7/25、入荷したばかりの薬を取って揃えましたところ1箱 (42H) ツムラ芍薬甘草湯 (68) を入れてしまいました。(48) と (68) で包装が同じ赤色で似ていたため、間違えてしまいました。投薬後、患者さんが服用している間に名前が違うのが入っていることに気づきお電話くださいました。服用前で未然に防ぐことができよかったです。患者様にも低調にお詫びしました。	いつもは入荷した薬は棚に並べてからそちらを取って用意するのですが、入荷した薬がたまたま48と68あったため、間違えたようです。箱から出したときにしっかり確認すればよかったです。慣れのため確認がおろそかになっていたと思います。 ブレアポイドの報告	二人で監査して用意しているので、もう少しいつでも注意深く気を付けたいと思います。	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
539	ツムラ十全大補湯エキス顆粒でお渡しするところツムラ大建中湯エキス顆粒でお渡しした	忙しく人員不足の為、一人の薬剤師が調剤、監査、投薬を行った	忙しくても調剤後の監査は違う薬剤師が行う。一人の場合は指さし確認、声を出して確認等、監査に漏れない様行う。	ツムラ十全大補湯エキス顆粒 (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
540	処方せんの内容とは異なった医薬品を誤調剤した。ツムラ十全大補湯 を調剤するところ誤って ツムラ芍薬甘草湯を調剤し患者に投薬 投薬時に気づかず、2日後 患者より違う薬が調剤されたのではないかと連絡があり誤調剤が判明。	時間帯が昼食時で、薬局内に当該薬剤師が1人でしかおらず、シートの色の似た漢方剤を取り違えて投薬してしまった。	1人薬剤師の状況で、他に監査チェックを行う者がいない場合は、調剤した薬剤等を写真などで撮り、後でチェックができるように手順を見直しました。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
541	ツムラ99小建中湯エキス顆粒ではなくツムラ19小青竜湯をピッキング。監査時に別の薬剤師が発見し訂正。	箱に同じピンク色の表記があり類似、名前も1文字目が同じ「小」ではじまる。五十音順でしまっており、在庫の場所も近い。	処方箋コピーへの漢方の番号等の記載、監査システム利用のルールは遵守できており、監査時に発見。今回の事例共有し、ピッキング時の注意意識を高め、引き続きルールの徹底に努める。	ツムラ小建中湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ小青竜湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラー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	ツムラ小建中湯が処方されていたが、名称が類似しているツムラ小青竜湯を調剤した。監査者が気付き調剤ミスが発覚した。	頭文字1文字と4つの漢字という雰囲気ですら調剤を行ってしまった。	処方箋に漢方番号を記載する。	ツムラ小建中湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ小青竜湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラー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	処方薬10剤あり来局患者が複数人になり調剤・監査・投薬がしっかりと出来なかった	混雑していてもきちんと監査が出来る体制を作るように努める	調剤台・監査台の区別をする	ツムラ小建中湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ小青竜湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラー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	ツムラ小建中湯を調剤しなければいけないところ、患者様と一緒に確認したにも関わらず、ツムラ小青竜湯を渡してしまった。	患者様と確認したことで安心してしまい、前回の処方内容や今回の症状より判断しなかった。	ツムラの場合、番号確認及び症状より判断行い、疑義が少しでもあれば医療機関への問い合わせを徹底する	ツムラ小建中湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ小青竜湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラー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	調剤はDrugstationにて自動ピッキングで行っているが漢方については手出しにて調剤している。ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒 (109) が処方されていたがツムラ小柴胡湯エキス顆粒 (9) がピッキングされた。外観も似ており監査ミスが起き、そのまま交付された。1日分だけ不足しており、午後入荷後払い出した薬剤と異なることに気づき発覚した。	門前病院では発熱外来は車待機にてコロナ検査を行い診察を行っている。発熱外来に来られた方で電話にて服薬指導し、車まで配達・会計を行った。車の窓の受け渡しであり薬を出して見せる際も患者との確認が不十分であった。また漢方の見た目も類似しており監査ミスを引き起こした。	調剤時に葉袋、薬情にも写真がついており、漢方番号も十分に確認すること。間違えやすい漢方だけでもDrugstationに入れて差別化する。受け渡しのしにくい環境でも患者との確認をしっかり行うこと。	ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒 (医療用)	ツムラ小柴胡湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
546	薬局実務実習生のピッキングミスです。ツムラ小青竜湯（19）の処方に対して、ツムラ麦門冬湯（29）を調剤してしまいました。	患者混雑しており、ツムラ小青竜湯とツムラ麦門冬湯の包装外観色が同じピンク色で、思い込みとあせりで取り間違えてしまった。	特にツムラ漢方薬は、包装外観色が同じパターンがあり、調剤時には見た目・外観色だけでなく、名称や番号も確認するようにいたします。	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
547	ツムラ小青竜湯の処方であったが、ツムラ小建中湯を間違えて調剤してしまいました。小青竜湯はずっと継続して処方しているため、薬局側、患者側もその時は気づかず。患者の母親が帰宅後薬の整理をしているときに発見。薬局に相談。確認したところ薬局での渡し間違いが発覚。すぐに交換し謝罪を行った。	ツムラ漢方の色分けも同じピンクで1文字目が同じであったため起こったミス。当該医院の処方箋では小建中湯が出るもののほうが多く、思い込みもあり間違えてしまった。	漢方の在庫棚に、注意喚起を行う旨のラベルを作成して、注意喚起を行う。	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
548	ツムラ小青竜湯が処方されていたが、間違えて、ツムラ小柴胡湯をお渡ししてしまいました。翌日の在庫確認で気づき、すぐにお電話したが、1回分はすでに服用されていた。保護者の話では、本人がいつもと違う味がすると言っていたとのこと。	名称、包装、薬品の番号も小青竜湯が19番なのに対し、小柴胡湯は9番とイメージが似ていたことで、監査の際に気が付かず、投薬時も、薬袋の印刷と医薬品を見せてお渡しするが、思い込みと夕方忙しい時間帯で、確認が疎かになってしまった。	ツムラ小柴胡湯は、特定の患者にしか処方歴がなかったため、通常、漢方薬を番号順に並べておいてある場所から、少し離れた場所にビニール袋に入れて保管するように対策した。	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
549	医薬品の供給が不安定で、不足品が多発。今回は不足品の郵送の際、ツムラ小青竜湯を送るところを間違えて、麦門冬湯を郵送してしまいました。患者さんの手元に届き、ご本人が違っていることに気づき持参され、入庫を待ってから再度郵送しました。	漢方薬の不足品が多く入庫が中々ないため、投薬時に不足品が多く、1回の調剤でそろわない	手順書を遵守	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
550	ツムラ小青竜湯のケースに小建中湯が混ざっていたことが発見され。該当品調剤患者を検索し問い合わせたところ3包間違えて調剤をしていた	同じパッケージ色の製品で初めの小の文字が同じである上に小建中湯は党薬局で調剤することはほぼなく小青竜湯と思い込みをしてケースに入れ間違えた	包装箱からケースへ充填するときに二人で確認して入れることにした	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
551	婦人科処方で、屯用嘔気時にツムラ21が5回分処方された。当薬局に在庫していない薬剤であったため、近隣の系列店から手配することになった。調剤したものが電話で手配し、事務員が取りに行ったのだが、交付時その5包のうち、1包がツムラ61番であることを発見。すぐに系列店へ連絡し、事情説明。改めて取りいき、交付に至った。	・ツムラ21とツムラ61は同じく水色のラベルである。 ・薬を譲渡してくれた系列店で、恐らくツムラ21の中に既に61が混入していたと思われる。それをこちらの事務員に渡す際、確認されずに渡された。 ・事務員も渡された際、確認しなかった。 ・当薬局で、事務員から調剤監査薬剤師(この日は同一人物が兼任)に渡された際、その薬剤師が確認を怠った。 ・この時期は、患者が途切れず、待合の患者も多く、かつ抗原検査キットを買い求める患者も多く、騒がしく、余裕がない状況であった。	・今回のように薬剤を譲りうける際、どの場面でも必ず確認する。 ・調剤監査員は可能な限り、兼任させない。 ・譲渡してくれた系列店の在庫保管状況を調べ、同じようなミスがないようお互い改善、注意していく。	ツムラ小半夏加茯苓湯エキス顆粒(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
552	処方薬の監査中、ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(16番)とツムラ十味敗毒湯エキス顆粒(6番)が混在した状態でピッキングされている事に気付き、保管している16番の箱の中身を確認するとパッケージの色味や番号も似ていることから、6番も混じって保管されていた。	薬剤師、調剤事務等、薬局内の様々な人間が薬剤をピッキングし、余剰の薬剤を薬剤棚や既定の箱の中に返却する中、勤務中でも特に繁忙期は返却薬剤のチェックが甘くなる傾向があるため、返却するタイミングで意識することやルールを設けることで上記の事例を改善できると考えている。	薬剤師に加え、調剤事務もピッキング後、不要になった薬を元の箱に戻す際、色や番号などの特徴を確認して戻すのではなく、しっかりパッケージに書いてある薬剤名・規格等を確認した上で元の位置に戻す事で今後このような事例を改善予定。	ツムラ小半夏加茯苓湯エキス顆粒(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
553	処方によりクラシエ辛夷清肺湯が30日分 60Pピッキングされたが、4Pがクラシエ柴苓湯が混ざっていた14Pが1パックになっており、4P分と、バラが4Pで準備された。その4Pが、柴苓湯だった	柴苓湯のバラ包装を調剤スペースに置いたまま、クラシエの辛夷清肺湯を取り出した。外観が白と黄色の包装で、そのまま、ピッキングしてそろえた	調剤棚からおろしたものは、必ずその時に元に返す色で判断しない・・・名称の確認を必ずする	ツムラ辛夷清肺湯エキス顆粒(医療用)	クラシエ柴苓湯エキス細粒		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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
554	在宅患者において、ツムラ辛夷清肺湯の処方があったところ、ツムラ大黃甘草湯を誤ってカレンダーにセットして、患者宅にて服薬指導を行ってしまった。	薬局内における保管場所が、当該2医薬品が隣り合っておりある医薬品であった。漢方の外観・包装が、黄色で同じような外観をしており、ピッキングミスしたものである。また、別の薬剤師が、監査を行い、服薬時点毎にカレンダーにセットする際にも、見落としてしまっていた。別の用事もあり、2日後に、患者宅を訪問した際に、カレンダーを確認したところ、誤りに気づき、すぐに訂正を行い、処方元クリニックに報告を行うと同時に、患者にも謝罪した。	医薬品の外観が酷似しているケースにおける、調剤過誤と判断できる。汎用する漢方薬のため、隣接した保管となっており、類似形状の医薬品においては、距離を置いて保管することとした。また、監査を行う場合におけるミスは、単純に思い込みによるものであり、改めて、時間をかけ、急いでいる時間帯であっても、丁寧な監査を心がけるように薬局内で周知を行った。	ツムラ辛夷清肺湯エキス顆粒(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
555	老人介護施設の入所者様の処方でツムラ人參養榮湯の処方が4週間分処方処方が出ていたが、薬を集める際、人參養榮湯と同時に桂枝加朮附湯を集めてしまい、監査も見過ごしてしまい施設に配達した後、施設職員より連絡あり発覚。	人參養榮湯の小包装と桂枝加朮附湯の小包装を上下に重ねて収納していた為、見間違えてしまったと考えられる。箱に記載されている番号も「108」と「18」、色も同じ赤だったため思い込みが入ってしまった可能性がある。監査も一番上だけ確認したため、下の方を見落としてしまった。	漢方薬を収納する際、番号順に並べていたら起こらなかったと考えられる。また、監査する際も商品名をよく確認しなければならなかった。監査する際、すべてを広げて確認すること徹底する。	ツムラ人參養榮湯エキス顆粒(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
556	ツムラ人參養榮湯の処方をツムラ人參湯で入力	ツムラ人參養榮湯が処方されていたが、レセコン入力でツムラ人參湯で入力。監査で発見できずにそのまま患者さんに交付。薬自体はツムラ人參養榮湯で交付していたが薬情報が違っていることに。人參湯は在庫がないため発注時にズレを把握し患者さんに連絡。間違えをお伝え。	在庫がない薬には在庫なしとレセコン入力で分かるようにした。	ツムラ人參養榮湯エキス顆粒(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
557	清暑益氣湯が処方になったが麻子仁丸で係数調剤を行った	清暑益氣湯(136)は暑くなってくる6月くらいから主に夏場だけ処方になることがおおく普段はほとんど処方が出ないが、そのすぐ横に包装の色が同じ麻子仁丸(126)の在庫があり、取り違えてしまった。	漢方を番号順に並べており、同じ色の漢方が隣り合う配置になっていたため、配置を変えて、隣り合わないように対策しました。	ツムラ清暑益氣湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ麻子仁丸エキス顆粒(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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
558	ツムラ124が処方されていたが、間違えてツムラ104を渡してしまった。患者さんからの連絡で間違えに気付いた。	事務さんがピックアップし薬剤師の私が監査を行いました。ツムラ124とツムラ104の包装は共に黄色でパッと見同じです。しっかりと確認しなかった私のミスです。ただの過信・慢心です。	10月から一人薬剤師体制になりました。複数人での監査が徹底されていない状況だったので、必ず二重三重でチェックできる体制を作りたいと思います。	ツムラ川きゅう茶調散エキス顆粒(医療用)	ツムラ辛夷清肺湯エキス顆粒(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
559	ツムラ53疎経活血湯の処方あり、調剤者がビックしたが、シートをばらさないで欲しいという希望有りの患者のため、鑑査者より指導を受けて一部取り直した。その際に近くにあった同じ色のツムラ63五積散をPDA通さずにビックした。鑑査中に鑑査者が気付いたため事なきを得た。	調剤者は、取り直す際にPDAを使用せずに目視で判断してビックした。調剤をし直しということで焦りもあり、いつものPDAを使用するという手順を省いてそのままビックした。	必ず、PDAの充填画面で正しい薬品を読み込んでからビックする。たまたま鑑査者が気付いたが、急いでと気付かないこともあるので漢方は色の同じものあり、見た目ほとんど変わらないので名前、番号までしっかり確認する。急いでる時こそ、鑑査も調剤も慎重にする。鑑査はバラ分のシートは、1シートごと番号が当たっているか丁寧に確認する。	ツムラ疎経活血湯エキス顆粒(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
560	疎経活血湯が処方されていたところを疎経活血湯と酸棗仁湯の2つをミックスしてお渡し。	酸棗仁湯を箱に戻す際疎経活血湯の箱に戻し、今回間違えて交付してしまったと思われる。番号末尾が同じなため、色が同じ。	薬を戻す際は自分以外のスタッフにも確認してもらって返却する。	ツムラ疎経活血湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ酸棗仁湯エキス顆粒(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
561	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には、ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒 7.5g 分3 毎食後2時間後 7日分の記載があったが、誤ってツムラ大建中湯エキス顆粒の入力となっていた。薬剤師が、処方入力チェック時に誤りに気づき、正しい入力に訂正したため、患者には正しい薬を交付した。	大黃甘草湯と大建中湯は最初の漢字も似ており、名称が似ていたため間違えた。また、患者が薬を待っていることへの焦りもあった。	入力時、ビック時、鑑査時は処方箋をよく確認することを徹底する。また、大黃甘草湯と大建中湯の似たような名称の薬が他にもないかスタッフ間で確認し、共有する。	ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒(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
562	施設に調剤後に施設看護師より連絡あり。いつもと漢方の色が異なるとのこと。すぐに在庫を確認して間違えであることを確認。調剤者・鑑査者の薬剤師が処方箋の内容を確認して調剤したはずだが間違いに気付かなかった。施設のお薬をセットする前だったので、患者様には影響はなかった。	繁忙していた為確認不足。そしていつもと同じ処方内容で慣れが生じてしまった。	交付する際にもう1度丁寧に再確認を行うこと。薬袋に入れる前に処方箋に鉛筆でチェックを入れることにした。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
563	ツムラ大建中湯にツムラ立効散が6包混入患者様が1包服用し味が違うことで気づいた	仕切りはあったが同じ引き出し内に並んで入っており、戻し間違いにより混入調剤時にも気付かず調剤された	類似包装品や似た名称の医薬品は引き出し 棚を並べないようにする	ツムラ大建中湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ立効散エキス顆粒 (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
564	ツムラ大建中湯処方時に一部ツムラ清肺湯が混在。デザインが酷似のため気づかず投薬。	薬剤の確認不徹底	確認作業の徹底	ツムラ大建中湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ清肺湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
565	ツムラ91 (チクジョウタントウ) をお渡しすべき所、誤って、ツムラ51 (潤腸湯) をお渡ししてしまった。患者様が間違いに気付かれ、直接薬局に持って来て下さった。服用はされていなかった。	ツムラの番号だけでなく、薬品名もしっかり確認して調剤、監査するようにしたい。	薬歴の前に、今後このような間違いを起こさないように、ポストイットに (ツムラ91お渡しの所、ツムラ51をお渡し 注意、) と貼った。	ツムラ竹じょ温胆湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ潤腸湯エキス顆粒 (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
566	ツムラ40番猪苓湯を取り揃えたところにツムラ10番柴胡桂枝湯が混入しており、監査で気付かず交付に至った。画像記録ではどちらも取り揃えていた。	以前、ツムラ10番柴胡桂枝湯を薬棚に戻す際に誤ってツムラ40番猪苓湯に戻してしまった。包装の色形が類似しているため間違いやすくなっており、複数名で確認せず個人で戻した為に誤りが生じたのだと考えられる。監査も急ぎで行っていたため、包装を見るのみに留まっております。包装の色形が類似しているため間違いやすくなっており、複数名で確認せず個人で戻した為に誤りが生じたのだと考えられる。監査も急ぎで行っていたため、包装を見るのみに留まっております。包装の色形が類似しているため間違いやすくなっており、複数名で確認せず個人で戻した為に誤りが生じたのだと考えられる。監査も急ぎで行っていたため、包装を見るのみに留まっております。	医薬品を戻す際には、2人でダブルチェックを行う事。監査時に医薬品が正しく取り揃えているか、医薬品名を確認する事。	ツムラ猪苓湯エキス顆粒 (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
567	ツムラ猪苓湯 (40) が処方されていたが、ツムラ桂枝加芍薬湯 (60) を調剤してしまった。	ツムラ猪苓湯とツムラ桂枝加芍薬湯の外装が似ており、誤って調剤した。他にも漢方薬が処方されており一度に調剤しようとしたため、焦ってしまったと考えられる。	今後は近くの調剤棚の薬でも一度に調剤しようとせずに、毎回処方箋を確認してから調剤を行うように気を付ける。	ツムラ猪苓湯エキス顆粒 (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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
568	ツムラ猪苓湯が処方されているところ、猪苓湯の箱に柴胡桂枝湯が混入していたがそれに気づかず調剤した。監査、投薬でも気づかずに投薬後 患者より連絡あり過誤が発覚。	柴胡桂枝湯を多く出し過ぎて戻した時に、箱をしっかりと確認せず猪苓湯の箱にしまってしまったのが主因と思われる。ツムラ漢方の青いラインをみて同じものだ判断し、監査、投薬してしまった。	薬を戻すときにしっかりと確認をする。監査時もぱっとみではなく、番号や名前を確認する。	ツムラ猪苓湯エキス顆粒 (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
569	ツムラの猪苓湯の処方されていたので、調剤を行った。その際に、前回調剤者が誤って猪苓湯の箱に桂枝加芍薬湯を混入させていた。それに気づかずに調剤してしまった。監査者が気づき、指摘。すぐに交換した。	調剤したあとに元に戻すときに見落としていたのが、はじめの原因。また中に入っているのはそれであろうという思い込み。包装色同じのための思い込み。	元に戻すときも外包装との照らし合わせをする。再度の目視確認の徹底	ツムラ猪苓湯エキス顆粒 (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
570	ツムラ猪苓湯が処方されていたが、名称が類似しているツムラ柴苓湯を調剤した。監査者が監査機器に通したことで、調剤ミスに気付いた。	入力中の処方箋を見て調剤を行った。その為、調剤を行なう際、近くに処方箋がなく確認を怠った。	処方箋に漢方番号を記載する。	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
571	ツムラ猪苓湯の中にツムラ大建中湯エキス顆粒が一包混ざった状態でピッキングされていた。分包紙に漢方をホチキス止めする際に別の薬剤師が気づき交換する。間違った状態で患者様に交付された場合、期待する効果ではなく副作用が発現する可能性があった。	煩雑時のため、ピッキングした薬剤師が通常より慌てていたため、全ての漢方の名称を正確に確認できていなかった。猪苓湯の箱の中から取り出したため、猪苓湯に間違いはないという思い込みがあったと思われる。また、不要になった大建中湯エキス顆粒を箱に戻す際、猪苓湯と勘違いして戻されていた可能性が高い。	薬剤を戻す場合、必ずダブルチェックをしてから戻すようにする。外観が似たものがあるということを念頭におき、ピッキングした際にすべての薬剤が同じものか確認する。監査者はピッキングで起きうるリスクを念頭におき、引き続き丁寧に監査する。	ツムラ猪苓湯エキス顆粒 (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
572	7/4、ツムラ112番 (猪苓湯合四物湯) 56日分処方のところツムラ12番 (柴胡加竜骨牡蛎湯) を14日分混入して調剤。8/3、他医療機関に入院のため、持参薬5日分に混ざって入っていたと連絡を受けた。8/8、退院。8/9残薬を持参され、5包間違った薬を飲んでしまった事が判明。体調変化はないとの事。正しい薬を14日分差し替え、謝罪。	ツムラ112番とツムラ12番は同じ緑色で番号も似通っている。入庫時にツムラ112番の在庫の置き場所に12番を置いてしまったのでツムラ112番56日分 (42包4箱) にツムラ12番1箱が混じって置いてあったのに気づかず調剤。大量だったので、チャック付ビニールの薬袋に入れたまま監査に回し、監査役薬剤師がビニール袋の上から監査し間違いに気づかずすり抜けてしまった。	・入庫時に在庫と入庫の場所があるか確認の徹底・調剤・監査時の指差し呼称の徹底。監査時はすべての薬剤をビニール、薬袋から出して1つ1つ監査するよう徹底。	ツムラ猪苓湯合四物湯エキス顆粒 (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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
573	当該患者に猪苓湯合四物湯(112番)が10日分処方されていた。調整者は112番の箱から3×3のバラ綴りと3×7の束をだして、監査者へ。監査者も112番 3×7+3×3と監査を入れ、バラ9包を上にしてゴムで束ねていた。投薬者も一番上が112番だったため枚数を再度確認し、10日分で相違ないと判断して該当患者にお渡しした。だが、当日別の患者に同様の処方がでた際に、112番の箱に柴胡加竜骨牡蛎湯(12番)のバラ3包が入っていることが判明した。柴胡加竜骨牡蛎湯の数を確認した所、在庫と合わず、該当患者に連絡し確認した所、3×7の束が12番になっていることが判明。本人はバラの112番から先に使ったため、処方通りの服用で健康被害はなかったが、間違えてお渡しした分は当日中にお取替えした。	前日に柴胡加竜骨牡蛎湯(12番)を使用した際に3×3包綴りと3×7の束を、箱間違えて戻した可能性がある。場所は離れて配置しているが、色や数字の類似で勘違いした可能性あり。また、当日繁忙時間帯で調整者は112番の箱に12番が混じっているとは思わず、番号を見直さず、1束と3×3包綴りを出した。監査者も3×3包綴りが上に置かれており、下にされていた12番に気が付かず、枚数を確認し相違なかったため監査記録に112番3×7+3×3と表記し、ゴムで束ねた。投薬者もゴムで束ねられた薬剤の上が112番で処方に相違ないと考え、再度枚数を確認してお渡ししたが、12番の束には気が付かなかった。ツムの漢方だったので、包装デザインの線の違いでも見分けられたはずだが、どのタイミングでも同じ箱から出したという思いこみからか、違う包装が混じっているとは気が付けてなかった。	箱の中にその漢方が間違いなく入っているという思い込みで出されているので、調整の段階でも気づくべきだった。調整～投薬者もバラ綴りと束、すべてが同じ漢方で間違いはないか、包装も含めて再度詳細を確認する必要がある。また、前提条件として、薬剤を箱に戻し入れる場合も色や番号だけの判断だけでなく、商品名も確認した上で戻し、過誤を予防する必要がある。	ツムラ猪苓湯合四物湯エキス顆粒(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
574	ツムラ112の一部がツムラ122だった。	ツムラ112をピッキングする際 不足が生じ、不足分を在庫から出すとき同じ場所にあるツムラ122を出してしまった。箱の色が同じのためまちがえた。その後 ゴムで結わえていたため数だけ数えてだしてしまった。	全ての薬剤が処方通りか確認する基本を忘れないようにする。	ツムラ猪苓湯合四物湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ排膿散及湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
575	ツムラ猪苓湯合四物湯が処方されていたにも関わらず、誤ってツムラ猪苓湯を交付してしまった。患者帰宅後に交付された薬が違うと薬局に連絡があり、交付間違いが発覚した。	処方箋をよく読み込まず、漢方薬の先頭の文字を見て監査を進めてしまった。交付時に漢方薬の名前を読み上げなかったことも原因であると思われる。	漢方薬は似た名称が多いため先頭の文字だけで判断しないことを徹底する。また、交付時に薬の名称を読み上げることで患者とともに確認を怠らないようにする。	ツムラ猪苓湯合四物湯エキス顆粒(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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
576	6/13の受診で「ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒」が処方されていたが、「ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒」を調剤しお渡ししてしまっていた。14日後の受診で同じ内容が処方され、当帰芍薬散でお渡しする際に「前は芍薬甘草湯を服用されていましたが、今回は当帰芍薬散に変更されています。体調の変化が何かございましたか?」と質問をし、	処方箋内容をパソコンへ入力する際に間違った薬を入力していた上、調剤した薬も間違った薬であった。薬務手順書の遵守ができていなかった。	入力内容である調剤録と処方内容が正しいのかダブルチェック(2名以上での確認)を行う。また薬剤ヒートに印字のあるバーコードをスキャンし入力内容と照合する調剤過誤システム(ポリムス)を活用する。調剤、監査マニュアルの遵守の徹底を行い、妊婦さん、授乳婦さんに安心して服用していただけるよう処方薬の妥当性を適切に判断し、薬剤師の目でしっかりと正しい調剤を行う。	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
			「特に体調に変化もなく先生も前回のまま処方するときいた。」との回答を頂いた。病院へ問い合わせをし前日も当帰芍薬散を処方して頂いたことが判明。6/13の処方箋を確認したところ誤って芍薬甘草湯をお渡ししていたことに気づき、事情を説明し謝罪した。本来であれば、薬局からすぐに主治医の先生にアクシデントを起こしてしまった事の報告をご連絡させて頂き、対応についてご指示を仰ぐべきであった。その内容を患者様にお伝えする必要があった。				
577	ツムラ当帰芍薬散のところ、ツムラ芍薬甘草湯が調剤されていることに気づかずそのまま投薬。後日、患者家族から「薬情に載っていない薬があると本人が言う」と連絡あり発覚。ご自宅に伺い、ツムラ芍薬甘草湯を回収し、ツムラ当帰芍薬散をお渡した。	混んでいたため鑑査が疎かになってしまった	名称類似薬品把握鑑査時に薬情の写真と照らし合わせて確認	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラー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	ツムラ当帰芍薬散処方であったが、ツムラ芍薬甘草湯を調剤した。	処方せんの名称は類似しているものの、医薬品の包装は全く異なるので、処方せんと医薬品を確認すれば防げる過誤である。	似ている医薬品名は声に出して確認する。調剤した薬剤師とは別の薬剤師による監査の徹底。	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
579	当帰芍薬散の処方に対して、芍薬甘草湯を調剤した。患者は処方箋を預けて外出していたため、調剤後すぐに交付することはなかった。患者が戻られた後、交付。翌日当患者が来局し、薬袋に表示された漢方の見た目と実物が異なると指摘。当事例が発覚した。	外来が混みあっており、心理的に焦りがあった。普段当薬局で見かけない薬品の処方を受け、他店舗と在庫についてやり取りがあり、調剤者の注意は当帰芍薬散からされていた。	処方箋、入力、調剤された医薬品の3点の名称、見た目の確認の徹底。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
580	ツムラ当帰芍薬散の箱にツムラ抑肝散加陳皮半夏が混ざっていた。	2剤の帯の色が同じで置いてある場所も近かったため、戻す時に間違っていたと考えられる。	在庫の置き場所を離す、戻す時に再度確認することを徹底。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (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
581	ツムラ当帰芍薬散で処方が出ていたが、芍薬の部分で良く処方が出る芍薬甘草湯と思い込んでしまい、集薬してしまった。監査システムで引っかかり、間違えに気づいた。	名称の類似により、間違えを起こしてしまった。	引き続き監査システムを通すことで、ヒューマンエラーによる間違いを食い止める。	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
582	ツムラ当帰芍薬散をいつも服用されている患者様に、芍薬甘草湯を投薬してしまい、後日患者様が開封した際にいつもの薬と違うことが判明し、来局してくれた。	焦りと、慢心により、最終監査不十分だった事。	漢方はよく似ているものが多いため、患者様に投薬時、現物を見てもらい確認してもらうようにする。	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
583	ツムラ当帰芍薬散の処方だったが、鑑査時にも気づかずツムラ芍薬甘草湯をお渡しした	日頃から、同年代の方にツムラ芍薬甘草湯がでているため、思い込んでしまい、鑑査時にも気づかなかった。	繁忙期でも必ず複数人数で鑑査、投薬をしていきたい。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラー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	今回平素より当該薬局をご利用いただいている患者が来局した。処方内容にはツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)が確認出来た。患者聴取にて足のつりがあるとのこと。念のため適応との一致を確認する上で疑義照会を行った。その結果、名称類似にて選択を誤っており、ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)が正しいものであるとの旨を確認した。	今回処方されていた当帰芍薬散と間違えた薬である芍薬甘草湯には共通して芍薬という名称が使用されており、知識のないものが名前を聞いた際に誤って入力時に選択を間違えてしまった可能性が考えられる。	漢方薬においても普段からその使用用途などをきちんと確認し、疑わしきがあれば疑義照会をするという姿勢で取り組むことの重要性を再認識した。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
585	処方医師が転院先の病院からの手紙を間違えて見てしまい、芍薬甘草湯と記載すべきところ当帰芍薬散と間違えて処方せんに記載してしまった。	医師は忙しく、他の病院からの手紙を見間違える事があることを考えて調剤を行う。	患者と密接にコミュニケーションをとる	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
586	患者様が3回服用された時点で、いつもより味が甘いと感じ、包装が異なるので、薬局に持参されて発覚した。	当時、調剤者以外に監査する人員が居なかったので自己監査を行った。また、薬品名を思い込みで調剤した。	類似薬品名を再度確認した。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラー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	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒の処方であったが、ツムラ六君子湯エキス顆粒をピッキングし、そのまま患者さんに渡した。特別養護老人ホームに入所されており、看護師さんより、連絡が入る。お薬を交換しに行く。	漢方薬の名称より、箱の色で別の漢方薬をピッキングしてしまう。	慌てず、よく確認し、薬剤の名称も見てピッキングするようにする。	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
588	ツムラ排膿散及湯エキス顆粒 7.5g 分3 毎食後 56日分で処方されたところ、ツムラ排膿散及湯エキス顆粒 42日分+ツムラ猪苓湯合四物湯エキス顆粒 14日分で調剤監査してしまい、患者様が10日分ほどツムラ猪苓湯合四物湯を誤って服用してしまった。患者様が処方と異なる漢方を服用していることを気づいて薬局に報告された。患者様は現状体調変化がなく、その旨も処方医師に報告した。	薬局ではツムラ排膿散及湯エキス顆粒(122)とツムラ猪苓湯合四物湯(112)が隣同士で配置されており、色も緑で同一、番号も類似していた為、取り間違い監査してしまったと思われる。	処方量が多いツムラ排膿散及湯エキス顆粒は大箱に変更し、漢方の配置場所を変更することとした。	ツムラ排膿散及湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ猪苓湯合四物湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラー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	ツムラ麦門冬湯のころろツムラ小青竜湯で調剤。	夕方の忙しい時間じ来局。どちらも末尾9でピンクの色だったのと、調剤棚の引き出しに上下同じ位置にしまっていたので、色と場所で思い込んで調剤をしてしまった。	調剤の引き出しに入っている位置を変更。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
590	頻繁に応需する耳鼻科処方。ツムラ麦門冬湯9g 3×食前をツムラ小青竜湯9g 3×食前として処方入力、調剤、監査、薬剤交付。交付後調剤録の再確認中に過誤判明、処方医と当該患者様に電話連絡の上薬剤差替え。	日ごろよりその耳鼻科よりツムラ小青竜湯が多く処方されていたため先入観で処方箋データ入力、調剤、監査と行ってしまった。外観が似ており、用量も同じであるため気づかず交付に至ってしまった。	漢方薬の外観が似ているため、色だけで区別せず必ず薬剤名称を確認する。また、漢方薬名称自体も酷似しているものも多数あるため、落ち着いて名称を確認する。先入観で判断しない。スタッフ不足で疲労が蓄積していたため、注意力散漫になっていた。体調管理を万全にする。	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
591	患者より電話があり薬の渡し間違いが判明。処方箋にはツムラ八味地黄丸顆粒7.5g 1日3回毎食間 20日分と記載されていた。薬剤師A(職種経験年数20年)は八味地黄丸で調剤するところ誤って牛車腎気丸を調剤し、監査に回した。監査にあたった薬剤師Bは誤りに気付かずそのまま患者に交付した。	ツムラ八味地黄丸と牛車腎気丸の外観の類似(番号とヒートの色)による思い込み調剤・監査をしてしまった。	業務手順の見直し。漢方薬は類似の番号・色は離して管理し、調剤・監査時の再確認を徹底することとした。	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
592	ツムラ八味地黄丸を処方のところ、ツムラ牛車腎気丸で用意してしまった。再度処方せんを確認して、間違えと気づき、用意しなおした。	ツムラの一の位の番号が同じで、外装の色も同じの為、誤って調剤してしまった。	ツムラを用意する際は、色だけでなく、名称も確認する十の位で、横線の太さと本数にも違いがあるので、それも確認する	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
593	漢方薬、八味地黄丸のところ、同じ色の外装の牛車腎気丸で調剤してしまった。	他の件で電話をしながらの調剤であり、注意散漫による取り違え。必ず集中し番号、薬品名を確認して調剤するようにする。	調剤時に必ず漢方の番号を記入するというルールを徹底する	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
594	10月21日 ツムラ7 24日分処方あり 10月27日 たまたま在庫をツムラの107の在庫を確認したところ、24日分少ないことがわかった。 ツムラ7との在庫を照らしあわせたところ、ツムラ7は在庫数が24日分多いことがわかった。 10月中にちょうど24日分処方があった方がお一人とわかったため、ご自宅にご連絡。間違えてお渡ししたことがわかった。幸い服用前だったため、そのままお薬を交換した。	ツムラ7とツムラ107のパッケージ色が似ている 番号も末尾が一緒のため間違えてしまった。	ツムラ7はあまり処方しないため、ツムラ107の遠くの棚に移動した。ツムラの漢方は色が似ているものがあるので色だけでなく薬名も間違えないか処方せんと照らしあわせて2回確認する。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
595	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒 7.5g 分3毎食間 28日分の処方について、 ツムラ八味地黄丸エキス顆粒とツムラ五 苓散エキス顆粒を混在して調剤した。監 査時に発覚。	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒の在庫場所 に、ツムラ五苓散エキス顆粒の在庫が一 緒に置かれていた。包装の帯の色と漢方 の番号が八味地黄丸は7番、五苓散は1 7番で酷似しており気づかず調剤してし まった。	もともと帯色と同じ漢方薬は隣り合わせにならない ように離して在庫し調剤過誤に注意をしていた が、同じ棚上に配置してしまっていたので、棚を 前後にして在庫し直した。またスタッフ間で情報 共有し、再発防止に努めた。	ツムラ八味地黄丸エキ 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
596	患者が耳鼻科の処方箋を持って来局し た。処方箋をもとに、調剤し、薬を投薬 に。その際、病状を確認するも、処方と は違う漢方をお渡しした。その後、在庫 管理システムにて、漢方の数が合わず、 すぐに患者検索を行い、当患者が判明。 すぐに電話をしたが、一回分内服されて いた。しかし状態は特に変わらず、すぐ に正しいお薬をお渡しした。	今回ツムラ16とツムラ107は全く効能効果 違うが、外装の色がベージュであり、や や似ていた。しかし番号も違い確認不足 が原因と思われる。	調剤の際は漢方薬に関して、処方箋に必ず確認で 番号の記載を行うよう徹底する。また投薬の際に は薬情で患者と同時に確認しながら投薬も心掛け る必要がある。	ツムラ半夏厚朴湯エキ 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
597	初来局の患者様。調剤者は一人で店舗を 担当していた。初回の処方としてツムラ 半夏厚朴湯エキス顆粒が処方されていた が、レセコン入力をクラシエ半夏厚朴湯 エキス顆粒で誤り入力した。入力チェッ クでミスに気が付かなかった。ピッキング 監査システムに情報が送信されなかつた ため、システムエラーと判断しピッキ ング監査システムを省略して計数調剤を 行った。投薬時、情報提供書の記載がク ラシエになっていることに気が付き、入 力変更を行なった。	1人での調剤であり、繁忙であったことか らミスを見逃してしまった。また、安易 にシステムエラーとして決めつけてしま い、監査システムでの手順を省略してし まった。	今回は1人での調剤であったことから不可能で あったが、入力、処方監査、計数調剤、統合鑑 査、投薬など一連の調剤業務の中で必ず複数人の チェックが入るよう徹底する。患者との会話の中 で調剤ミスに気がつくことは少なくない。患者と 薬剤剤について、錠数についてお互いに確認するこ とを投薬時徹底する。監査システムにエラーが出 ることは稀であり、他に原因があることが多い。 安易にシステムを使わない状況を作らないよう徹 底する。	ツムラ半夏厚朴湯エキ ス顆粒 (医療用)	クラシエ半夏厚朴湯エキ 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
598	ツムラ半夏厚朴湯から、ツムラ半夏瀉心 湯への変更があったが、Do入力し、患 者さまへ交付しようとした。患者さまへ の聞き取りの最中に入力ミスに気付い た。	受付機のトラブルがあった為、入力を 焦ってしまった。また朝早くだったの で、医療事務の出勤前であり、不慣れな 薬剤師が入力した。	複数人で入力や薬剤を確認し、最後に患者さまに も確認してもらう。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
599	前回の処方と同じと思い込んで、入力、調剤、監査、投薬まで素通りしてしまった。患者にTELして状況確認。まだ服用されておらず、正しい薬と交換する。	患者を待たせてはいけないと焦って入力、監査した結果、お互い確認がおろそかになっていた。	漢方薬は名称途中まで類似するものが存在することを意識し、末尾までしっかりと処方箋を確認することが必要。	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
600	半夏瀉心湯が継続で服用中の患者さんで、半夏厚朴湯に変更されていることに気づけなかった。	半夏瀉心湯と半夏厚朴湯は名称が非常に似ているため、処方変更になった場合、慣れによる慢心で、入力、調剤を間違えやすい。	名称類似による間違えが起こりやすい事をスタッフに周知。入力から調剤、監査まで今まで以上に注意をするよう喚起。	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
601	前回まで、ツムラ半夏瀉心湯が処方されていたので、今回から、半夏厚朴湯に変更された事に気づかず入力してしまい、調剤機器からも入力した半夏瀉心湯が調剤された為、調剤者も気づくことなく、計数調剤を行ってしまった。監査する薬剤師も、処方せんを確認しながら、行ったにも関わらず、監査をスルーしてしまっただけで、最終確認者の投薬者が、最後の皆であるが、忙しさと、機械を信用してしまい、投薬してしまっただけ。	背景：調剤機器の充実により、入力者にミスがなければ、計数調剤のミスがほぼ無いと言う過度な信頼感からくる調剤ミスであった。 要因：計数調剤での問題だけでなく、監査の甘さが露呈された症例で、名称が似た薬剤の確認には、より監査を充実させる必要があると実感させられた。	入力する前の薬剤師による処方せん監査を充実させる。	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
602	ツムラ半夏厚朴湯処方だったのに、小半夏加茯苓を取り間違え、監査時点でもスルーしてしまい、患者さんから連絡があり気付いた。	似たような名前により、思い込みにより投薬してしまっただけ。	隣同士に置いていたこともあり、他の箱を間に挟み、間違っていないですかのコメントを棚に貼るようにした。	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒 (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
603	当該患者の前の患者に麻子仁丸が処方されていたが患者希望により処方削除になった、調剤者はそれを調剤台に放置。当該患者では半夏厚朴湯が処方、調剤台には煩雑に両漢方薬(同一メーカーで色・デザインが類似)が出ていたため鑑査者は思い込みから半夏厚朴湯と麻子仁丸を投薬してしまいました。当該患者は帰宅後に気づき薬局に問い合わせ、過誤が判明。	調剤の基本手順を再徹底し薬剤師が2人以上いる時には、必ず2人以上で調製・鑑査を行う。	調剤の基本手順を再徹底し薬剤師が2人以上いる時には、必ず2人以上で調製・鑑査を行う。	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ麻子仁丸エキス顆粒 (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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
604	該当薬品の取り間違え、患者さんにとっては初めての薬で、効能も類似しているので気付かなかった可能性がある。	ピッキングの際に「半夏」にしか注目していなかったことが原因	監査時は薬情の写真も一緒に照らして行うことを確認漢方製剤の類似薬共有	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
605	処方箋ではツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒で記載されていた。ツムラ茯苓飲合半夏厚朴湯エキス顆粒が鑑査台上に準備されていた。鑑査した薬剤師が気づき、投薬前にお薬は正しいものへ変更となった。	忙しいもあり、外観の色類似、番号が16か116と似ている部分もあると思われる。	たまたまではあるが、在庫を近いところに置いてあってそれが要因かと思われる。在庫の保管場所は棚を変えて保管するようにした。	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
606	ツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒が処方されていたが、入社間もないため慣れない点が重なり類似商品名のツムラ半夏厚朴湯をピックし、調剤間違いあり	類似薬の取り間違い入社年度の若い人ほど、採用品目を覚えきれていないため間違いが生じやすい	類似薬の取り間違いについて、薬情薬袋を導入しており、ピックした商品と写真を比較し、調剤ミスを防ぐようにしている。	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
607	前回 半夏厚朴湯処方だったので、つい手に取ったが薬袋の薬品名で誤りに気付く。	患者数が増えると薬局内が狭く密になると思い焦ってしまった。	前回からの変更がある時、薬剤師も処方について記入するが入力者(別人)もそれを記入し思い込み見過ごしを防ぐようにしている。	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
608	半夏瀉心湯と半夏厚朴湯との読み違い	煩雑業務が重なった監査での誤認が重なった	監査で薬情の漢方薬ナンバーでの再確認を徹底する	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラー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	ツムラ半夏瀉心湯が処方されているのに対してツムラ半夏厚朴湯を集薬。監査システムにて調剤ミスに気づき、改めてツムラ半夏瀉心湯を集薬した。	ツムラ半夏厚朴湯が最初に目に入ったため誤って集薬。	ツムラ半夏瀉心湯とツムラ半夏厚朴湯を並べて保管。どちらも同時に目に入るようにすることで、集薬時にどちらが処方されているか再確認する事を意識づけるようにした。	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
610	漢方の色だけで判断してしまっていた。番号の確認を怠っていて。戻しの時に違う番号に戻っていた可能性あり。	棚に戻す際はしっかりと確認を行い戻す納品時の番号確認を怠っていた	棚に戻す際はしっかりと確認を行い戻す調剤の際はすべての放送の番号を確認する	ツムラ補中益気湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ呉茱萸湯エキス顆粒 (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	ツムラ補中益気湯3包毎食前42日分を調剤お渡しするところ補中益気湯を84包、桃核承気湯を42包お渡ししてしまった。 初めに補中益気湯84包を調剤し足りなかった分を誤って近くにあった桃核承気湯をとってしまい、そのまま監査も通り患者さんにお渡しした、投薬時普段だと薬を確認してお渡しはしていたが今回はバスの時間もあり確認不要で口頭でお薬をお渡ししてしまった。発注時に桃核承気湯の発注カードがあったため今日は処方が出てなかったはずなのに発注カードがあったため補中益気湯と桃核承気湯が間違っ出されたことに気が付いた。すぐに患者さん宅に連絡し服用はしておらずすぐに交換に伺った。	漢方のカラーも同じで近くに在庫していたため思い込みで桃核承気湯をとってしまった。監査も思い込みでそのまま袋に入れてしまった。	ツムラのカラーが同じであったため一緒のカラーが続かないように配置を変更するようにした。	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
612	いつものお薬ツムラ補中益気湯を、葛根湯で交付してしまった。	監査が不十分であった。包装が似ていたこと、いつもと違う薬剤師が勤務していたこともあり、他に気を取られてしまっていた。	コミュニケーションを十分とり、円滑に進むように改善する。	ツムラ補中益気湯エキス顆粒 (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
613	41ツムラ補中益気湯を分2の90日分の処方180包を箱に入れてお渡ししたところ、61ツムラ桃核承気湯が3束 (63包) 混入していた。患者の家族から連絡が来て発覚。患者様は服用はしておらず人体被害はなし	180包あったため、箱にそのまま入れたままお渡し。細かく全ての束数の名称の確認を怠ってしまった。41番の箱に61番の薬が紛れているの気づけなかった。色分けしている色が41と61番は同じ水色をしており、箱に戻す際に、間違っ戻ってしまった可能性がある。	監査の徹底。箱が合っているとはいえ、必ず1束ずつ薬が合っているか確認を怠らない。薬を戻す際に、薬品名、番号などの名称しっかりと確認してから戻すことを徹底、職員同士で周知。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
614	調剤時に事務員がピッキングし投薬時に薬剤師がツムラ41番とツムラ61番が混在していることに気付いた。	ツムラ41の大箱の中に61番が入っていたことが原因(混ざっていた) 監査機器を通していたが混在していた為スルーしてしまった。	目視による確認の徹底。同じ色の箱を近くに置かないなど在庫の配置の見直し。	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
615	ツムラ62、4箱分が処方されており、ツムラ62を4箱分取り揃えたつもりであったところ、1箱ツムラ12が混ざっていた。投薬前に気が付き、正しく渡すことができた。入庫時に、ツムラ12を誤ってツムラ62の場所に保管してしまっており、取り揃え時にも気が付かずに集めてしまった。	ツムラのエキス製剤は外装が色で分けられており、視認性に優れるが、同一色、かつ番号が類似したものがあつた。	取り揃え時の注意に加え、入庫時、正しい保管場所に置くことの重要性について薬局内で再度注意喚起を行った。	ツムラ防風通聖散エキス顆粒(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
616	11月11日にツムラ12番柴胡加竜骨牡蛎湯が処方があったが在庫が実在庫と理論在庫が合わず、同数量ずれの薬剤を採したところツムラ12番防風通聖散の在庫がずれていることが分かり、当該患者に電話にて確認したところいつもはツムラ62番だが12番が手元にあることがわかり判明。	調剤者も鑑査者も投薬者も処方箋の漢方の数字の読み違いが原因と考えられる、数字だけ確認し、薬品名をきちんと確認していなかった。	数字の番号だけでなく、薬品名もきちんと確認を行う。鑑査する際は処方箋と薬品の距離が遠かったため、薬品を処方箋にきちんと近づけて鑑査を行う。	ツムラ防風通聖散エキス顆粒(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
617	ツムラ20が処方された患者様に対し、ツムラ10が混ざっている状態でお渡しした	箱が類似していた事と番号が類似していたため、同じ引き出しに入っていたために起きたと考える	鑑査の際、すべての薬剤の番号を確認する引き出しにしようときは、離して保管する	ツムラ防己黄耆湯エキス顆粒(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
618	ツムラ防己黄耆湯 35日分処方のところ ツムラ柴胡桂枝湯が混入していた。	ツムラの20番10番で 包装の色が同じ防止システムを使用していたが 防己黄耆湯でバーコードを通し 新しい箱(柴胡桂枝湯)を開ける際には使用していなかった。	鑑査時に 1剤ずつ鑑査を徹底する鑑査システムは 新しい箱を開けるときにも新たにバーコードを通す	ツムラ防己黄耆湯エキス顆粒(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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
619	今回処方より漢方薬が変更になっていた。麻杏甘石湯の新規処方だったが調剤時に誤って麻杏よく甘湯を調剤。調剤者とは別のスタッフが確認も誤りに気が付かず、投薬前の最終監査で発覚。	・平時の1.5倍ほど来局があり混雑していた。・今回処方された正しい漢方薬は普段は処方がなく、取り違えた漢方が処方頻度が高かった。・名称類似のため最初の2文字のみ確認し調剤実施していた。・入力は誤りなかったが監査機器不具合のため使用できていなかった。	・調剤時の手順再度確認・名称類似品の確認	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
620	ツムラ麻黄附子細辛湯調剤するところ、ばらのヒートがゴムで止められ、その中にツムラ加味帰脾湯が混ざっていた。137と127で混同したようだ。127の薬と思い込み調剤した。	残薬管理時、違うヒートをゴムで止めてしまっていて、混ざっていた。	残薬慌てず、確認して在庫管理する。調剤時確認しなおす	ツムラ麻黄附子細辛湯エキス顆粒 (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
621	ツムラ麻黄附子細辛湯が処方されている患者の処方において、ツムラ加味帰脾湯を調剤した。鑑査時に間違いに気づき調剤し直した。	127番と137番であるが、同じ引き出しの中に保管しており、また近くに配置していたため取り間違えたと考えられる。	127番と137番など色が同じ漢方薬は保管場所を話して配置するようにした	ツムラ麻黄附子細辛湯エキス顆粒 (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
622	ツムラ麻子仁丸を取りそろえないといけないところを誤ってその隣で調剤する機会の多いツムラ大建中湯を調剤してしまった。自己監査で気が付きすぐに調剤をやり直した。	取りそろえる薬が多い方で、気持ちが焦ってしまったことが要因と考えられる	調剤室では常に平常心を心がけて、大変な調剤であっても焦らずに処方箋を確認してから調剤を行うことを徹底する	ツムラ麻子仁丸エキス顆粒 (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
623	処方は ツムラ麻子仁丸エキス顆粒 2・5g 1×朝食後 14日分となっていた。調剤されたお薬を監査した際、一部ツムラ清暑益気湯が混ざっていることが分かった。すぐに取り替え、間違えずにお薬を渡すことができた。	ツムラ麻子仁丸エキス顆粒(ツムラ126)とツムラ清暑益気湯顆粒(ツムラ136)を同じ棚の横に並べて配置していた。しかし包装の色が同じであり、番号も似ている為、一度出したお薬を箱に戻す際に間違えて戻されたままにしていたため、調剤時に気付かなかったと思われる。	同じ色で番号が似ている場合は区別がわかりやすいように配置の工夫をした。一度出したお薬を箱に戻すときは、十分確認しほかの人に確認をしてもらい箱に戻すようにする。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
624	ツムラ126麻子仁丸35包の処方のところ ツムラ126麻子仁丸23包とツムラ136清 暑益気湯12包で間違えてお渡し。	ツムラ126と136で箱の番号色が同じであり、当薬局の漢方棚は厳密に区切っては おらず、左から右に番号順になるように 配置していた。ツムラ127~135の薬品在 庫を取り扱っておらず在庫を隣同士に置 かれていたことで外装および番号の色で 判断して調剤してしまった。	隣接する漢方の一の位が同じ場合には売場の棚仕 切り版を用いて区切り、別の漢方であること の注意喚起を促す文言を掲示した。また隣 接してしまふ場合は番号順にせず配置す るように変更した。	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
625	ツムラ抑肝散エキス顆粒を調剤した際 に、ツムラ抑肝散エキス顆粒の箱の中 にツムラ加味逍遙散エキス顆粒が入っ ていることに気付いた。	ヒヤリ・ハット事例が起きる以前の調剤 で残薬調節があり、ツムラ加味逍遙散 エキス顆粒を誤ってツムラ抑肝散エキ ス顆粒の箱に入れた。包装の外観が類 似していたことが原因と考えられる。	当該薬局ではピッキング間違い防止シ ステムを導入している為、薬を戻す際 は必ず薬のバーコードをスキャンして 照合するようにする。	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
626	ツムラ抑肝散をおわたしするところ、 加味逍遙散を間違えておわたしして しまいました。	抑肝散を置いている場所に、加味逍 遙散が置いてあったので、おかし いと思い、新たに開封してから出 した包数を確認し、間違いがわか った直前から、抑肝散をおわたし した患者さん数人に、連絡し、間 違ってお渡ししていないか確認し ていただき、ひとりの方に、やは り、間違ってお渡ししてました。箱 が空いたら、上の棚から、次の在 庫をおろす時に、同じ色の、加味 逍遙散をおろしてしまいました。同 じ色の箱は、間を置いて置くよう にしました。薬品名も、必ず確認 するようにしました。交付時も、 しっかり、監査するよう、注意し ました。	最終的には、交付時の監査をしっ かりすることで、薬品の配置で、 間違いやすいものは、場所をは なしたり、印をつけたりしたら いいと思われ、絶対するはずな いと思っても、おこることもあり ます。きをつけないと、	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
627	休み明け朝一番の調剤で、ツムラ抑肝散の処方に対し、ツムラ加味逍遙散が一部紛れ込んだ状態でピッキングしてしまった。監査時に発覚。	ツムラ抑肝散とツムラ加味逍遙散は番号も54番と24番で似ていて、パッケージも同じ黄色の為、入庫して引き出しに片付ける際、誤って抑肝散の引き出しに加味逍遙散が一箱紛れ込んだものと思われる。抑肝散は数も多いため、ピッキング時に加味逍遙散が紛れ込んでいても、なかなか気づきにくい(休み明け朝一番の時間帯のせいもあると思うが)ので、そのまま抑肝散と思い込んで調剤してしまった。	入庫後、引き出しに片付ける際、必ず番号ではなく薬品名を見るよう周知徹底を図った。その他、入庫検品時、色が似ている漢方は分けてトレーに置くようにとスタッフ、卸さんに協力要請することで再発防止に努めた。	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
628	ツムラ抑肝散の処方。薬は処方通りお渡ししたが、レセコン入力が誤ってツムラ抑肝散加陳皮半夏とされ、お薬情報・調剤報酬明細・会計を間違えたままお渡ししてしまったことが発覚。後日患者家族に説明し、書類の差し替え・精算をした。	レセコン入力はピッキングした者が確認してから投薬者に引き継いでいる	監査時・投薬時いずれもレセコン入力の確認をしっかりとるように気をつける	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
629	常に抑肝散が出ている状態であった為、バタバタしていたこともあり、処方箋を見るのがおろそかになり、そのまま出してしまった。	常に2人の目で見ること。毎回出ている常に処方箋と照らし合わせる事。思い込みをなくす事	常に二人の目を見て、調剤時服薬指導時に確認するようにし、また事務さんも変更があれば薬剤師に伝える事	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
630	ツムラ抑肝散エキス顆粒(分包品)の処方のところ、ツムラ加味逍遙散(分包品)が一部混入してしまった。	どちらもツムラ製品の下一桁が同じ番号であるため、同じ色の包装品であり、間違えた在庫の箱に、混入してしまった。監査時において、ツムラ製品について、分包シートの色に頼ってしまい、1枚1枚の監査が確実でなかったことが原因と考えられる。	薬品の配置の検討。箱から出しすぎた薬剤を、箱に戻す手順を見直す。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
631	施設に配達するお薬で、ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒が14日分朝夕食前で処方されていたが、ツムラ抑肝散エキス顆粒で調剤しお届けしてしまった。服用前に施設スタッフさんが気付いた為差し替えをすぐにお届けした。	繫忙日であり配達時間のタイムリミットが迫っていた為、焦ってピッキングから監査まで流れてしまった。	・ヒート品のまま調剤するお薬は必ず監査機に全て通す事の徹底。・漢方薬は名称が似たものやパッケージの色が同じものが多いので、必ず名称をゆっくり1文字ずつ確認する。	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒	ツムラ抑肝散エキス顆粒		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
632	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒を調剤すべきところをツムラ抑肝散を調剤した。今回、用法用量が変わったことを電話で説明したが、患者家族は薬の種類も変わったと勘違いし気づけなかった。次回受診時、残薬を見た医師により調剤ミスが発覚した。	電話での服薬指導で正しく伝えきれていなかった。業者による配達時間の締め切りが近かったため慌ててしまった。	電話での服薬指導では相手が理解できているか解かりやすく説明し、確認する。業者による配達時間の締め切りを猶予をもってもらえると確認した。薬剤情報の説明書の活用を再度説明した。	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒 (医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
633	ツムラの漢方薬の処方箋で他の者がピッキングした薬の監査済みを投薬して患者さんが帰られる、その後患者さんよりTelがあつていつも服用している漢方薬とは違うとの連絡があり確認したところ違う漢方薬をお渡ししていた	ツムラの漢方薬は数字の下一桁が同じ場合商品の線の色が同じであることから継続して服用していたこともあって薬剤名までの確認が足りなかった	投薬時には1品ずつ薬袋から取り出して処方箋とのチェックを再度徹底する	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒 (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
634	薬剤名の頭文字が類似しており取り間違いを起こし、調剤後の監査チェックシステムにて発覚。	抑肝散が主に処方されることが多く過信し調剤を行った	処方せんに記載されている薬剤名をしっかりと最後まで読み取り調剤にとりかかる	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
635	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒を調剤するところ、ツムラ抑肝散エキス顆粒で調剤し交付していた。オンライン診療で薬を郵送。届いた薬を確認した患者本人が気づき薬局に連絡いただき発覚。直ちに正しい薬を郵送した。間違った薬の服用はなく、正しい薬の残薬もある程度あり治療に影響はなかった。	混雑時で焦りがあった。抑肝散加陳皮半夏顆粒を調剤することが少ないため、思い込みがあった。	漢方の類似名称品注意する。いつもと同じ処方内容でも服薬指導の際は患者に一つ一つ確認することを徹底する。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
636	ツムラ苓甘姜味辛夏仁湯エキス顆粒が正しい処方誤ってツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒を調剤	名前と漢方の包装色が類似している点で、間違い	監査機器ミスゼロ子を採用しているが、今回の件では、監査機器は通していなかったことが判明。処方箋に記載している薬が、この漢方薬だけしかないことも、監査機器を通さずに投薬した要因の1つであると推測される監査機器スルー問題：掲示物を掲載している場所に【A4サイズで大きくミスゼロ子を必ず通しましょう！】貼り紙する。そうすることによって意識づける。	ツムラ苓甘姜味辛夏仁湯エキス顆粒（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
637	内科処方のツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒を間違えて、ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒を渡してしまった。発注する際に処方が無かった、ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒の箱を発見して、急いで患者さんに電話をする。幸い、患者さんが服用する前に、ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒と交換できた。	当時者の薬剤師が、確実に監査していなかった。	置き場所を違う棚にする。薬歴に、ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒の付箋をはり注意出来るように柱に、赤丸を付ける。	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
638	いつも来局される患者様で、定期薬に追加でツムラ苓桂朮甘湯が処方されていた。しかしツムラ苓姜朮甘湯を調剤し、監査者も見逃してしまい、患者様に薬の説明を始めてしまった。患者様から病院で処方しておくと言われた漢方薬と包装の色が違う気がすると言われ指摘され間違いが発覚。	ツムラ苓桂朮甘湯とツムラ苓姜朮甘湯は一字違いの薬なので慎重に調剤と監査をする必要があった。また患者様が多く来局されている時間帯ではあったが調剤者、監査者の類似薬剤があることなどの知識不足も要因のひとつと考えられる。	ツムラ苓桂朮甘湯とツムラ苓姜朮甘湯の在庫棚に類似薬剤ありと赤文字で注意喚起のシールを貼ると同時に、薬局に在庫している他の類似している薬剤を調べ、全スタッフに共有し、再発防止に努める。	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
639	患者様が処方箋をもって来局した。処方箋には普段の薬に加えてツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒 7.5g 分3毎食前 28日分の記載があった。薬剤師A（勤続年数4年）ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒を調剤しなければならぬところ誤ってツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒を調剤し、薬剤師Bへ監査をお願いした。監査にあたった薬剤師Bが調剤した薬が誤っていることに気づき、薬剤師Aへ伝え正しいツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒を調剤し薬剤師Bへ再度監査をお願いし患者様へは正しい薬剤をお渡しした。	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒は薬局に在庫がなく取り扱っていることも初めての薬だった。レセコンにも登録がなく検索をかけるとツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒が出てきてしまい、入力者も気づかず入力を終了した。入力データと差異がないかバーコードで調べる機械も導入していたが入力が間違っていたためエラーは出ずに監査まで回ってしまった。	入力情報、機械に頼ることなく、自身の目で処方箋の記載の薬剤と相違がないか確かめる。調剤と監査は別の人が担うというやり方は引き続き継続する。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
640	事務員が誤ってツムラ苓桂朮甘湯の処方に対してレセコンにツムラ苓姜朮甘湯と入力した。鑑査者が薬剤情報と薬剤が一致していないために入力間違いに気が付いた。	初めて処方する漢方薬で事務員が頭文字3文字で検索し類似名称の苓姜朮甘湯を選択してしまったため。	処方箋には漢方の番号も記載されていたので入力確認の際に漢方の番号が一致していることを確認するようにしました。	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
641	事務員(発見者)が入力する際に、前回入力が苓姜朮甘湯になっていることに気づいた。	苓姜朮甘湯の採用もあるという認識が無く、確認が甘くなった。	薬情の写真と、投薬する薬を見比べ、処方箋の内容と、入力ミスがないか、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
642	病院の入力ミスにより処方せんが間違えた薬品名で発行されてしまった。患者から症状や薬品の変更等を確認し発覚	似た名前前の薬は多数あるので病院が入力間違いすることも予測する必要がある	引き続き患者とコミュニケーションをとり処方内容に問題が無いか判断する	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
643	ツムラ39でお渡しするところを18でお渡ししてしまった。	その時勤務していた薬剤師、事務共にツムラ39の場所を把握しておらず、目に入った18をお渡ししてしまった。患者様が違いに気づきすぐに交換に伺った。	今回の漢方はその患者さまのみ処方されている薬であったが、全スタッフに周知できていなかった。申し送り等をしっかりと行い、漏れがないよう注意する。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラー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	ツムラ(39)苓桂朮甘湯処方の患者。薬剤師Aが誤ってツムラ(118)苓姜朮甘湯を集薬し、監査をしていた薬剤師Bもそれに気が付かなかった。薬剤監査支援システムを使用したところエラーが出たため、再度集薬された薬剤を確認し、間違いに気が付いた。	処方されたツムラ(39)と取り違えた薬剤であるツムラ(118)は一字違いのものであった。また、どちらも頻回に調剤する薬剤ではないことから、類似名である認識が不十分であり、発見が遅れたと考えられる。	処方薬の監査を行う際には、一字ずつ薬剤名を確認する。漢方薬は類似名が多いことから、割り振られた番号、薬情などに印刷される画像情報とも照合して監査を行う。	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
645	いつも服用されている苓桂朮甘湯が35日分処方された際、10日分ほどを麦門冬湯でお渡ししてしまい、患者ご本人も気づかず1週間ほど服用してしまった。健康被害等はなかった	ツムラ苓桂朮甘湯とツムラ麦門冬湯は包装のデザインの色がピンクで同色であり、漢方の在庫の位置も近い場所があったため、一部取り違えてしまったと考えられる。	調剤の際、しっかり薬品の名称を確認すること。監査の際も1つ1つ名称やデザインなども確認することを怠らないことを徹底する。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
646	ツムラ苓桂朮甘湯の処方だったが間違っ て一字違いのツムラ苓姜朮甘湯を調剤。 監査時、投薬時も気づかず患者に交付。 患者は以前から服用していた為一包服用 した所で間違いに気づいた。電話があり 発覚した。	ツムラ苓桂朮甘湯とツムラ苓姜朮甘湯を 隣同士に配置していた為間違っ て調剤。 監査者がツムラ苓姜朮甘湯が入荷されて いたことを知らず苓桂朮甘湯と思ひ込み 間違いに気づかずそのまま投薬した。ま た、患者が立て込んでいて慌てていた。	隣同士の配置を改善。入荷した薬剤の周知徹底。 漢方薬の際は番号も確認するようにした。	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
647	施設入所者に対する処方で、継続服用さ れていた苓姜朮甘湯を調剤するべきとこ ろ、苓桂朮甘湯を調剤してお渡ししてし まった。服用の効果を感じていなかった ため今回の処方前から施設の看護師が服 薬を止めていたため、誤ってお渡しした 薬剤の服用もしていなかったのだが、後 日残薬の整理をしたときに気づいて薬局 に返却された。	漢方薬にはこの他にも薬剤の名称がとて もよく似ているものがあると思うので、 間違いやすいものは薬剤の箱や、その薬 剤を使用している患者さんの薬歴にも はっきりわかるように注意喚起を記載す る。	間違いやすいものは薬剤の箱や、その薬剤を使用 している患者さんの薬歴にもはっきりわかるよう に注意喚起を記載する。	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
648	ツムラ43を147包(7束)交付するべきと ころ、開封済の箱の中に147包(7束)のス トックがなかったため、新しい箱を開封 して147包(7束)を準備した。本来であれ ば監査をした後に患者を投薬口に案内す るところ、監査の途中に患者から声をか けられ、患者と話をしながら監査をして 147包(7束)の中にツムラ23が21包(1束) 混在していることに気付かず交付してし まった。後日、ツムラ43の開封済みの ストックがなく、ツムラ23の開封済の 箱が2箱あることに当事者が疑問を感 じ、ツムラ23が開封された日付にツム ラ43とツムラ43が交付されている患者 全てに電話をかけ当該患者を発見に謝罪 した上で薬剤を交換した。	患者から声をかけられ、集中して監査が できなかった。また、声をかけられたこ とで急いで交付しなければいけないと焦 りの気持ちもあった。漢方薬は薬剤の番 号の下一桁が同じものは包装の色に違い がないため注意がよりいっそう必要で あった。	監査をするときは、患者であっても話をしながら は行わない。ツムラは下一桁は色、十の位はライ ンで判別できるため注意。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
649	漢方薬の取り間違い 包装が同一色だった為思い込みで監査	調剤者も監査者も見落としてしまった	包装の色だけで判断しない	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
650	ツムラ六味丸をツムラ六君子湯と間違えて処方	確認不足	投薬時確認不足	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
651	婦人科診療においてピルの服用で吐き気があるため当帰芍薬散を処方するところを誤って芍薬甘草湯で処方されました。対面で用法薬効を説明しましたが発達障害のある患者様で意思疎通が良好にいかないまま投薬したまま帰宅された後、母親様が処方間違いに気づかれ薬局にご連絡いただき過誤発生発覚し医療機関に連絡して処方箋内容変更して正しい医薬品を確認してお渡しいたしました。	医療機関の勘違い・思い込みによる処方箋内容の誤記	過去処方と同一でない場合処方内容に誤りが無いか医療機関に確認をさせて頂くことをお伝えして合意を頂きました	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
652	ツムラ芍薬甘草湯(赤いライン)を処方するところに、ツムラ人參養榮湯(赤いライン)を投薬。家族から連絡あり、正しいものに交換した。	多忙であったため。	薬品の配置を考え、ツムラ芍薬甘草湯とツムラ人參養榮湯を離して並べ替えた。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (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
653	患者様平素からこもら返りによりツムラ68番の芍薬甘草湯エキス顆粒服用しており、予製のものにツムラ108番の人參養榮湯エキス顆粒が入っていた。予製のもをそのまま準備し薬剤師が監査の段階で発見し交付前に正しいツムラの芍薬甘草湯エキス顆粒に変更した。	ツムラ68番の芍薬甘草湯エキス顆粒とツムラ108番の人參養榮湯エキス顆粒はパッケージが同じ赤色で包装もよく似ている。予製のピッキングの段階で誤ったものと思われる。	PDAを用いバーコードを読み取りピッキングしている。しかしバーコードを読んだ後誤って別箱から取り出したと考えられる。ツムラの漢方薬の包装はよく似ているものがあり保管場所を離しピッキングでの誤りの防し対策をした。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
654	ツムラ芍薬甘草湯 5g 90日分処方 の所、芍薬甘草湯以外にツムラ108が混 入していた可能性がある。(棚卸しで判 明)	棚の位置が同じような場所にあり、外観 が似ていたため間違えた可能性がある。	数を確認するとともに全てが同じ薬品であること の確認を徹底する	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
655	ツムラ116茯苓飲合半夏厚朴湯5g 56 TDで処方も誤ってツムラ126麻子仁丸 21Pお渡ししてしまった。患者さんが2 回飲んだところ2回目になんかいつもと 味が違うということに気づき袋みたらツ ムラ126だった。こちらのミスを謝罪。 正しく出しなおしお渡しした。処方医に 状況報告済み。	116の棚に126が1箱あいた状態で入って た。棚に戻すときに間違えてしまった。 末尾6で同じ色のためミスに気づかず投 薬。	棚に薬戻すときにしっかりと確認する。監査のと き薬の確認を再度徹底。	ツムラ茯苓飲合半夏厚 朴湯エキス顆粒 (医療 用)	ツムラ麻子仁丸エキス顆 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
656	ツムラ茯苓飲合半夏厚朴湯を、ツムラ半 夏厚朴湯と取り間違え。監査時に発見。	「半夏厚朴湯」の部分と、パッケージの 色が同じのため調剤者が思い込みで誤っ たと考えられる。	漢方は類似した名前が多いので、一文字ずつ確認 するよう掛ける。	ツムラ茯苓飲合半夏厚 朴湯エキス顆粒 (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
657	ツロブテロールテープ0.5mgを処方され ていたが誤って1mgで調剤、監査時に 誤っている事に気づいた	混雑していた時間帯で入力者と入力内容 をチェックした者が同一人物であった	入力者、チェック者をそれぞれ別の人にする	ツロブテロールテープ 0.5mg 「トローワ」	ツロブテロールテープ1 mg 「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
658	ディオバン錠40mgが処方されていたが 前回処方と同様のディオバン錠80mg のまま入力訂正をかけずにレセプト入力 を行っていた。調剤・監査時に調剤録 への記載内容と処方箋を元に取り揃えた 薬剤が違うことに気づき発覚した。	処方箋のレセプト入力時に前回入力を簡 易的に前もって入力することが出来るた め規格の変更などに気づきにくい。	薬剤変更を前提とした心構えのもと、入力するよ うに気を付ける。	ディオバン錠40mg	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
659	ディナゲスト錠0.5ミリグラムの処方。 後発品に変更しジェノゲスト錠0. 5ミリグラム「モチダ」でピッキングし たところ、レセコン入力が他のメーカ ーで入力されていた。レセコン入力内容を 修正し調剤	レセコン入力時の確認不足	これからも確認作業をしっかりとしていく	ディナゲスト錠0.5 mg	ジェノゲストOD錠1m g 「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
660	(般) テオフィリン徐放錠200mg 1錠(12~24時間持続)と記載があったものを、24時間作用型のテオフィリン徐放U錠「トーワ」で入力してしまった。	12~24時間型と24時間作用型の薬剤は別の製品という認識が共有されていなかった。レセコンで変更してもエラーメッセージはでないミスだった。	一般名処方における取り違い事例を職員全員で共有・理解する	テオドール錠100mg	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
661	当薬局へ3回目の来局。1, 2回目共に「[一般名処方] テオフィリン徐放200mg、12~24時間」の処方あり、当薬局に在庫なく、先発品・後発品ともに出荷調整となっていることから「[一般名処方] テオフィリン徐放200mg、24時間」への処方変更の了解を得て「テオフィリン徐放U錠200mg『サワイ』」で調剤。 3回目も初回と同じ処方に来ていたが入力を誤り、「[一般名処方] テオフィリン徐放200mg、12~24時間」からの変換で「テオフィリン徐放U錠200mg『サワイ』」としてしまい2年目薬剤師は入力鑑査を通してしまった。隣で確認をした10年目の薬剤師が気づき、念のため再度疑義照会を実施し、正しい入力とした。	テオフィリン徐放錠200mgの一般名の作用時間確認不足。作用時間によって選択する薬剤が異なることを2年目薬剤師知識不足。普段扱わない薬だったことから前回と同様と考えてしまい入力鑑査が曖昧となった。	テオフィリンやニフェジピンなど、作用時間が異なる薬剤の知識確認。同内容の疑義照会であっても確認を怠らない。	テオドール錠200mg	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
662	一般名処方テオフィリン徐放錠200mg(24時間持続)と記載があるにも関わらず、テオフィリン錠200mgで調剤した。監査者もそれを見逃したが、第3者が発見して、正しいものへ変更した	24時間持続をゆう一般名自体が見逃しやすいのと、知識不足によるものもあるかと思う	何時間持続と記載がある一般名に関しては、もう一人監査を入れるなどして、ミスが起きたとしても発見できるようにしたい	テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」	テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」		ヒューマンエラー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	テオフィリン徐放錠を一般名処方に切り替えた際に12~24時間持続と24時間持続を間違えて処方されたもの。	テオフィリン徐放錠では12~24時間持続製剤、24時間持続と2種類あるが、処方入力時に最後まで確認されずに処方箋に入力されていた。テオフィリン徐放錠(12~24時間持続)を1日1回1錠服用であったため、どちらでもありうる処方ではあるが、以前は先発名でかかれていた時期があり、間違いがわかった。	新規で処方されている場合、1日1回200mgで処方されている場合は、適宜増減の薬剤ではあるが、基本は1回量200mgを12~24時間持続製剤であれば1日2回服用、もしくは24時間持続製剤であれば1日1回400mgであることを伝え、用法用量、製剤を疑義照会にて確認する。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
664	(般)テオフィリン徐放錠200mg(12~24時間)に対してテオフィリン徐放U(200)で調剤。24時間徐放タイプの錠剤である為、テオフィリン徐放錠200mgに変更する	思い込み。知識不足。	周知徹底。薬棚に間違わないようメモ書く。	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
665	【般】デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏1%の処方に対してデキサメタゾン軟膏口腔用0.1%「NK」で調剤。監査時間違いに気が付いたため、患者への影響はなかった。	口腔近辺で薬剤を使用しており、薬剤名前半が類似していたため、薬剤を取り間違えた。	薬剤名全体をよく確認してから調剤する。	デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏0.1%「MYK」	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
666	ヘパリン類似物質油性クリームとベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏の混合調剤で誤ってデキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏を混合してしまった。鑑査機にてバーコードの違いにより誤った内容であると判明した。	ヘパリン類似物質との混合で普段デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏との混合がよく処方され、ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏との混合は稀であるため処方箋を見誤ってデキサメタゾンで混合してしまった。	・混合前に処方箋と混合する軟膏の名称をよく照らし合わせ、誤りがないか必ず確認する。・混合後は鑑査機でバーコードを通し、誤りがないか確認するとともに、調剤者以外が鑑査を行うよう心掛ける。	デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏0.1%「MYK」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」		ヒューマンエラー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	定期的に内服薬の処方がある患者に、臨時でデキサメタゾンプロピオン酸エステル(先発品:メサデルム)軟膏75gとプロベト75gの混合薬が処方された。薬剤師が誤ってベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル(先発品:アンテベート)軟膏をピックアップし、他の薬剤師がプロベト(=白色ワセリン)と混合調製した。容器に入れラベルを貼る時点で薬の間違いに気づき、調製し直した。	一般名が長いだけ見間違えた。軟膏の処方量が多く在庫不足がないか確認するため慌ててしまった。デキサメタゾンプロピオン酸エステルはあまり処方されることがなく、処方機会の多いベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルをついピックアップしてしまった。調製した薬剤師は処方箋を確認せず、ピックアップされた薬をそのまま使った。軟膏の混合は時間がかかるため、全体的な作業を焦ってしまった。	一般名の長い薬剤は特に間違えないようにする。ピックアップ、調製、監査はなるべく別の薬剤師が行い、それぞれきちんと確認する。	デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏0.1%「日医工」	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
668	デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏処方の所、デキサメタゾン口腔用軟膏と調剤してしまった	繁忙期で慌てて調剤してしまい薬品名の確認を行って調剤してしまったと考えられる	思い込みで調剤しないように徹底する	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%「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
669	テグレート錠100の処方いつもカルバマゼピン錠100「アメル」にてお渡ししていたが、昨今のGE供給不足事情にてGEが用意できなくなり調剤は今回テグレート錠で行い配布した。レセコン上の入力がカルバマゼピン錠10「アメル」のままになってしまっていた。投薬時にも患者様にメーカー変更のお伝えをしていなかった。	事務員と薬剤師のコミュニケーション不足。薬剤メーカー変更があればそれぞれ報告しあう関係を築くべき。	GE供給不足問題は現在調剤薬局で大きな問題となっており、今後も同じような事例が発生すると思われる。事務員と薬剤師が都度コミュニケーションを取り、メーカー変更があれば入力間違いが無いように注意していく必要がある。	テグレート錠 1 0 0 m g	カルバマゼピン錠 2 0 0 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
670	デザレックス5mgが処方されていたが、事務員が誤ってデエビゴ5mgをピッキング。薬剤師が直ぐに気づき、投薬前に取り替えました。	デザレックスは通常数人しか出しておらず、引出に入っていて、デエビゴはよく出る薬剤のため表の棚に置いてある。当薬局の薬剤の種類や配置に不慣れだったため、デエビゴがすぐ目に付き、名前の頭文字と、用量が同じだったため誤ってピッキングしてしまった。	処方箋をよく見て、ピッキングした薬剤に間違いがないかよく確認する。	デザレックス錠 5 m g	デエビゴ錠 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
671	いつも定期的に来局されており、内科の処方せんを持参して来局。一人薬剤師であったが、確認をし患者へお渡し。しかし後日電話があり、いつものアレルギー剤と違うとの指摘があり、間違いが判明した。処方ではデザレックス錠5m gであったが、ピッキングの際にレボセチリジン錠5m g Y Dで用意してしまった。患者はまだ内服しておらず、すぐに正しいデザレックス錠5m gへ交換となった。	当日は木曜日であり、一人薬剤師のためいろんなことで負担が重なったように思う。ただし、同系統の薬で、尚且つm gも同じであり思い込みもあったように思われる。	落ち着いて、しっかり確認するに尽きると思われます。	デザレックス錠 5 m g	レボセチリジン塩酸塩錠 5 m g 「Y 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
672	テネリア錠20m g 処方のところデベルザ20m gで投薬。残薬が多い患者。次回調整分の預かり5日分から今回調剤したデベルザ20m gが確認。薬歴記入時に発覚、すぐに連絡してと薬の交換。服用に至らず回収。	糖尿病と、m g数が同じであり思い込みにより調剤投薬。	同じ糖尿病でm g数、文字数の類似薬。薬棚に類似薬注意の印を記入。	テネリア錠 2 0 m g	デベルザ錠 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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
673	処方ではテネリアOD20mgの患者に類似したテネリアOD錠20mgとオルメサルタンOD錠20mgを混ぜて投薬してしまった。	該当したテネリア20mgとオルメサルタンOD錠20mgを棚に戻し入れるときにオルメサルタンOD錠20mgをテネリアの棚に戻してしまい類似のPTPのためピッキング 監査 投薬でも確認を怠りそのまま混ぜて投薬をしてしまった。投薬後、すぐに間違いに気づき患者に服用前に連絡することができた。	今回使用しなかった薬剤を棚に戻すとき1名で作業をしてそのまま確認せず行ったため、今後は棚に戻し入れるときは複数で確認することに徹底した。	テネリア錠20mg	オルメサルタンOD錠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
674	テネリア40mg処方のところテネリアOD20mgにて入力している、調剤する際も処方箋をしっかりと確認し、監査の際も見落とししてしまいました。	以前にテネリアOD20mg処方があった為、思い込みにてテネリアOD20mgにて入力してしまいました。	処方箋を入力する際には、同業種や薬剤師も含め処方箋をしっかりと確認チェックの徹底を図る。	テネリア錠40mg	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
675	投薬時にお薬手帳を確認。継続薬と違う薬が処方されていたので、薬の確認を本人と実施。紹介されて転院することになり、初めて受診。薬が変更になるようなことは聞かなかったが、最近血糖値が上昇して下がらなくなっている。本人は採血をして話をしただけ。テネリア錠40mg1錠、ジャヌビア錠100mg1錠、グリメピリド錠1mg1錠 分1朝食後60日分処方されていた。HbA1c7.2(先月) 血圧は156/86。転院前の処方からテルミサルタン錠40mg「DSEP」からテネリア錠40mgに変更になっていた。紹介されて初めての処方であり、いきなり変更することに疑問を感じたため、処方医に確認すると、テルミサルタン錠40mg「DSEP」の間違いであることが発覚。患者に正しい薬を交付することができた。	手帳の確認と本人からの情報収集。疑問を感じたため処方医へ確認	処方内容について疑問を抱いたら、薬剤師間のみならず事務員とも情報を共有し確認しあう。	テネリア錠40mg	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
676	テノーミン錠25mgが処方されていたところ、ニューロタン錠25mgを誤ってピッキング。監査も通り、そのまま一包化して患者に渡してしまった。業務終了後の棚卸で間違いに気づき、患者に連絡し、正しいお薬と交換した。処方当日に気付いたため、幸いにもまだ服用されていなかった。	別の薬剤師がお薬をピッキングし、監査されたものを、交付者が疑わずに一包化調剤してしまった。	薬剤師がピッキングしたものを、他の薬剤師が監査をする。調剤者は受け身の姿勢ではなく、自らも監査しながら、一包化調剤を行うよう徹底する。特に一包化されてしまえば、患者側ではわからなくなるので、処方せんを見ながら、薬剤の外観に注意しながら調剤をするよう徹底する。	テノーミン錠 25	ニューロタン錠 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
677	デバケンR錠200mgで処方されていたが、デバケン錠200mgをピッキングしてしまった。	大変忙しく、肉体的にも精神的にも、疲れており、集中力が切れていた。	鑑査時に処方せんにRの部分に目印をつける。患者さんと一緒に確認する。	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
678	一般名でバルプロ酸塩錠での処方があったが、当店で扱いがR錠の方が多く入力を間違えてしまった。	繁忙していた時間帯であったので確認がおろそかになっていたと考えられる。	複数規格ある薬については鉛筆で規格のところに印を入れるなどして間違いを防ぐ	デバケン錠 200	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
679	処方デバケン錠であるが、レセコンの入力の時点でデバケンR錠に誤って入力してしまった。入力間違いに気付かず調剤、監査し交付してしまった。	入力者がデバケンに複数規格あるという認識がなかった。投薬をした薬剤師も処方箋との照らし合わせが不十分であった。	類似薬品に関する教育の徹底。当該薬剤師も含め調剤監査に対する再指導。処方箋の規格のところを鉛筆等でチェックをつけるようにすることで対策とする。	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
680	デバケン 200mg が処方されたが、テグレート 200mg を用意した。別の薬剤師が気づき渡す前に取り換えた。	デから始まるのと、200mgが同じ、てんかんの薬と共通点があり、不注意だった。	似た名前薬は特に気を付けるよう洗い出した。	デバケン錠 200mg	テグレート錠 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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
681	朝食後分4種類の1包化している患者でルバフィン錠をPTPで渡して、その他のデベルザなど4種類を一包化するところデベルザの代わりにルバフィン錠を一包化しており、ルバフィン錠が倍量投与とデベルザの渡し漏れが発生した。	上記の患者で調剤者がルバフィンをPTPで渡さないといけない所、ルバフィンも含めて5種類を一包化した後にルバフィンを除錠して再分包するときに誤って、デベルザを除錠した。 鑑査者にはデベルザの除錠したPTPを提出して、分包ミスがあったことを報告しなかった。	一包化調剤をミスして再分包したときは状況も鑑査に報告して、取り除いた薬剤も鑑査に回す。ミスして分包したバラ錠の中身をダブルチェックしたあとに棚に戻す。	デベルザ錠 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
	鑑査薬剤師はデベルザのPTPシートを確認して一包化薬の刻印を鑑査しなかったため、上記事例が発生したと思われる。 調剤薬剤師はデベルザを抜いたつもりがそれをルバフィンと思い込み、他の薬剤師に確認してもらわずルバフィンと分包紙に記載してルバフィンの薬剤棚に片づけた。 後日別の一包化患者にデベルザの入った上記のルバフィンと記載された分包をルバフィンの処方の患者に使用して、その患者にルバフィンを一包化しないといけないのをデベルザを分包し鑑査薬剤師も気づかず投薬した。 同じ日に患者の家族からデベルザが入っておらずルバフィンが重複していると連絡があり過誤が発覚。正しい薬を作って訪問してお詫びした。 ルバフィンをデベルザを間違っ一包化した患者にも連絡して、正しい薬を作って訪問してお詫びした。						
682	デベルザが処方されているところ、デザレックスで入力されており、調剤時に調剤補助機のエラーにより発覚。当薬局でデベルザの処方が初めてで登録がなかったこともあった。	頭の一文字だけでなく三文字くらいは入れて、薬の入力をする事で防げた事案である。	薬の入力時に三文字入力、声出し・指さし確認を行い、最後の画面でも確認をする。	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
683	50代男性。近隣病院での定期処方。デベルザ錠処方のところ、誤りテネリア錠 20mg でピッキング。自己監査が疎かになりそのまま監査を抜けて、患者へ交付。翌日本人から異なる薬が入っていると連絡があり調剤過誤が発覚。すぐに患者の様態を確認し、かかりつけ医に事の内容を伝え、体調の確認を行った。	処方元の病院で処方箋のレイアウトが変わったこと。調剤者がピッキング終了後に自己監査をせずに監査へまわしたのと時間帯が32363;忙期だったのもあり監査薬剤師が見落としそのまま投薬を行ってしまったのが要因。	調剤者は必ず自己監査を行い、監査をした薬剤師はそのまま投薬も行うことはせずにほかの薬剤師に投薬をして貰うことルール付けした。	デベルザ錠 20mg	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
684	目薬を投薬して1週間後、テレビの光が見えにくい、目薬が違うと来られた。デュオトラバと間違えてトラバタンズをお渡ししていた。	前々日の当番医で疲れていたのと連休明けで忙しく、人員も1人足らなかった。	必ずダブルチェックをする。自分で取った時も、別の人に確認してもらう。	デュオトラバ配合点眼液	トラバタンズ点眼液 0.004%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
685	一般名処方、用量変更があったにもかかわらず、前回D0で入力。ピッキング時いつもと同じ薬を計数。監査機能システムスルー。投薬時に患者様からの情報収集もスルー。患者様からの電話で薬が変更されていないことが発覚。翌日、正しい薬をお渡し。	忙しい時間帯、入力時に簡略化してしまっており確認業務が抜けている。システムに依存しているため再確認がおろそかになっている。処方背景を聞き出せていない薬剤師のコミュニケーション能力不足	一般名配合剤の入力は一度消しなおしてレセコンに入力監査時に変更記載した薬剤が正しいか目視で監査服薬指導時、急いでいたとしても計数確認のみしない。	テラムロ配合錠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
686	テラムロ40mgを渡すところをテルミサルタン40mg単剤でお渡し。	新人スタッフが取り揃え間違い、薬剤師が思い込みで投薬。	mg数、成分まで確認するように対策をした。	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
687	テラムロAPの処方、テルチアAPを間違えて患者に渡してしまった。すぐに気づき患者宅に電話して交換に伺った。	他の仕事をやりながらになってしまい、注意が散漫になってしまい間違いに気づけなかった。鑑査が、ながらになり集中力を欠いた。	一つ一つの監査に集中する。	テラムロ配合錠AP「サワイ」	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
688	処方箋に記載されている薬剤をピックアップしたが、処方入力が入っていたため監査する薬剤師が誤った方の薬剤へ変更し投薬した。	処方箋を確認せずに薬剤情報等を信じ投薬をしてしまった。	必ず処方箋を確認し調剤、監査を行い患者へ投薬をする。	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
689	テラムロ配合錠BPを入力しなければならぬところAPで入力をおこなってしまった。入力時に気が付かず、監査していた薬剤師により誤りが判明した。その後、正しい入力に修正し印刷物の出し直しをおこなった。	類似品だった為、あっていると思い込んで入力を進めてしまった。	入力中、入力後、印刷したあとというように何度も確認をおこない、入力ミスを防ぐ。	テラムロ配合錠BP「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
690	テラムロBP【DSEP】→テルミサルタン【DSEP】80mgのピッキングミス	両薬剤が近くに配置されており、名前が似ていることから取り間違いが起こった。	両薬剤の配置変更	テラムロ配合錠BP「DSEP」	テルミサルタン錠80mg「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
691	テラムロAP継続処方では血圧上昇傾向のため処方変更のところで継続処方の テラムロAPと追加処方のテラムロBPの重複処方患者確認して 今回変更と確認して 疑義照会でテラムロAPは削除になった	テラムロAPとBP 重複での各成分量では許容範囲内になると思われる。 患者に聞き取り 血圧等確認して処方意図の確認必要	処方増量の患者状況の確認少しでも疑義あれば疑義照会で確認	テラムロ配合錠B P「サワイ」	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
692	一般名処方に記載されていた処方箋。テラムロ配合錠BP「サワイ」の所を、テルチア配合錠BP「サワイ」でお渡し。入力はあっていた。患者さん本人が薬を服用しようと思ったらいつもと違うデザインだった為気付き、薬局に持参。服用はしていなかったため、正しい薬剤と交換した。	2人で薬の確認をするが、処方せんを見ながらの監査、薬情見ながらの監査をスルーしてしまった。	配合錠は名前が似ているため、類似薬に関しては薬情や処方箋、薬と照らし合わせを二人以上で行う。	テラムロ配合錠B P「サワイ」	テルチア配合錠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
693	前回までテラムロAPの処方だったもので、テラムロBPに変更になっているのに気づかず入力してしまった	薬の最初の文字だけ見て同じものだと早合点してしまった	お薬手帳のシールと薬情の内容を必ず処方箋と必ず複数人で確認してから調剤するように再確認しました	テラムロ配合錠B P「ニプロ」	テラムロ配合錠A P「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
694	定期薬としてテラムロ配合錠BPを継続している患者。複数の薬を一化化する際、名称の似ているテルチア錠BPをピックアップしてしまった。さらにピックアップの鑑査、調剤後の鑑査が同一薬剤師であり、違う薬剤師であることに気づかず鑑査を終えてしまった。その後施設へセットを行うものも1包鑑査を行うが、その際にも気づかずそのままセットしてしまった。その続きの1週間分をセットするために準備していた別の薬剤師が1包鑑査の際に発見。施設に患者の体調が問題ないことを確認、医師へ報告を行った。	本来通すはずのピックアップ鑑査の機械を通さずに作成してしまった。また名称が類似しているため、気づかずに作成、鑑査まで通ってしまった。	まずはピックアップ鑑査の時点でピックアップ鑑査の機械を通す。また一化の鑑査時も、シートの殻を処方箋としっかり合わせる。	テラムロ配合錠B P「ニプロ」	テルチア配合錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
695	処方箋に「(般)フルチカゾンフランカルボン酸エステル100 μ g・ウメクリジニウム臭化物・ビランテロールトリフェニル酢酸塩吸入剤 30回分」で記載あり。レセコンに入力する際、「(般)フルチカゾンフランカルボン酸エステル・ウメクリジニウム臭化物・ビランテロールトリフェニル酢酸塩吸入剤 30回分」と2つ同じ表記があり、どちらも規格の記載がなかった。片方を選択したところ「テリルジー200エリプタ30吸入用」で入力され、鑑査時にて規格が異なることに気づいた。	レセコンの入力時では一般名だけでは用量を確認できず、選択後の商品名でなければ規格を確認することが出来なかった。入力者の知識不足により、規格が100 μ g、200 μ gの2つあることが分からなかった。また、商品名で記載されている処方箋の応需が多く、一般名にて記載する機会が少なかった。	今回起こったことを共有し、一般名を入力後も規格が間違いないか処方箋を見ながら確認する。	テリルジー100エリプタ30吸入用	テリルジー200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
696	長らくテリルジー100エリプタ30吸入を使用されている。外箱から出すと、ほぼ同じ形状であり、規格も同じであり、間違えてレルベアをピックアップした。服薬指導時に、薬を見せながら指導したが、患者も薬剤師も気が付かなかった。数時間後、残っている空箱から、間違いに気が付いた。薬局の近くにお住まいなので、すぐに訪問。正しい薬と交換をした。まだ、レジ袋から出しておらず、未使用であった。	両方とも、同じ引き出しに保管してあったため、正しいものを取ったつもりが間違いであった。	別の場所に、保管。引き出しのラベルに「間違い注意」を記載。	テリルジー100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た事例
697	医薬品ピックアップの際に、200エリプタという言葉に気を取られた結果、テリルジーをピックのところをレルベアをピックアップしてしまった。	慣れによる注意不足が原因と思われる。	薬名、規格など薬品名は指差しで確認するようにしている。	テリルジー200エリプタ30吸入用	レルベア200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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
698	【般】テルミサルタン40mg・ヒドロクロチアジド配合錠と記載された処方箋を応需し、テルチア配合錠AP「DSEP」を調剤するところ、誤ってテラムロ配合錠AP「DSEP」をピックアップした。監査者が薬剤の取り違えに気づき正しい薬剤と交換した。	まず一つ目の理由として名称が類似している事があげられる。二つ目の理由として、当薬局はテルチア配合錠BP「DSEP」は複数人処方されているが、テルチア配合錠AP「DSEP」は月に1人しか実績がない。またテラムロ配合錠は主にAPが多く処方される。これらの事から、テルチア配合錠の処方『BP』でテラムロ配合錠の処方は『AP』という固定観念が根付いてしまった事があげられる。	処方せん調剤の全てにおいて言えるが、特に一般名処方(特に配合剤)は途中まで似ている名称が多いのでしっかり口と指で読み上げ、繁忙時にも見切り調剤とならないよう再度指導した。	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
699	テルチア錠の処方でテラムロ錠をピックアップ。チェック時に判明。	テルチア錠の処方が少なくテラムロ錠と名前が類似していたための取り間違い。多忙の重なったため。	スタッフ全員の情報共有。	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
700	投薬後2日遅れで血圧のお薬がちがうと来局。その時点で2日分お薬を服用していた。テルチア配合錠APがテラムロ配合錠APを投薬していた	患者は高血圧の治療中で降圧剤の服用をしていた。名称の類似した薬剤をきちんと確認できていなかった。	名称、外観も類似しているので、写真、お薬手帳、患者との確認、多方面から確認してお渡しするようにする	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
701	今回より降圧剤が変更になり、一般名処方処方箋に記載されていた。テルミサルタン錠40mg/ヒドロクロチアジド錠と記載があったのを、テルミサルタン錠40mg/アムロジピン錠5mgと勘違いしてしまいテラムロ配合錠APで調剤してしまった。監査した薬剤師が間違いに気づき、発覚。	・一般名処方に記載されていたので、テルミサルタン40mg=AP錠にばかり注意がいてしまった。	一般名処方の配合錠は、成分名、規格ともに注意する。	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
702	一般名処方テルミサルタン40mgヒドロクロロチアジドをテラムロ配合錠AP「DSEP」で事務員がピッキングしてしまった。監査した薬剤師が誤りに気づき事務員に伝えテルチア配合錠AP「DSEP」をピッキングしてもらった。	一般名、商品名ともに類似しており、確認不足が考えられる。	当該薬品の棚に「類似薬品注意」のラベルを張り、薬局スタッフ全員に周知、確認を徹底するよう再度指示をした。	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
703	【般】テルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド配合錠と記載された一包化の指示がある処方箋を応需。テルチアAPをとらないといけないところテラムロAPを準備してしまった。一包化前に処方箋、薬情、集めた薬を再度確認して気付いた。	他の患者さんが待っていて、これから一包化をしないといけないという焦りと名前が似ているということでピッキングミス。	配合錠がふえてきているため入力者も含めて確認回数を増やす。一包化の時は確認作業を増やしているためピッキング後に気付いたがすぐに投薬だった場合投薬場所までいってしまっていた可能性がある。配合錠の処方の時は確認回数と確認人数を増やした。	テルチア配合錠AP「サワイ」	テラムロ配合錠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
704	テルチアAP「トーワ」をお渡ししないといけない所を、テラムロAP「ニプロ」でお渡ししていた。ご本人より足がむくんでいる。お薬が白からピンクに変わっていると電話あり。テラムロ配合錠AP「ニプロ」を持って来局されました。自宅にもいくつかある言われたため、ご自宅を訪問し、テルチア配合錠AP「トーワ」と交換させて頂きました。	薬局が混んでいて慌てて、テルチアとテラムロを見間違えたと思われる	お薬を取り間違えないように、意識を高めるために、テルチア、テラムロをあえて薬品棚の隣同士に配置。棚のラベルに色を付け、目立つようにするお薬をお渡しする前、PTPシートの名称、規格の注意して確認する	テルチア配合錠AP「トーワ」	テラムロ配合錠AP「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
705	一般名での記載で、【般】テルミサルタン80mg・ヒドロクロロチアジド配合錠と書かれている処方の入力をテラムロ配合錠BP「EE」（テルミサルタン80mg・アムロジピン配合錠）を選択し、入力。処方監査・調剤・投薬時に気が付かず、患者様に渡してしまった。	入力時、一般名のテルミサルタン80mgで検索し、十分に最後まで見ずに、テラムロ配合錠BP「EE」を選択。調剤時も処方箋を十分に見ずに、テルミサルタン80mgからテラムロ配合錠BP「EE」に取り違えた。鑑査時も入力者と一緒にだったため、調剤が合っていると思いきみ、袋に入れた。	配合錠を入力するときは、最後まで見て、入力すること。調剤時、薬剤のシートに記載されている成分名と処方箋の記載を確認し、調剤すること。	テルチア配合錠BP「DSEP」	テラムロ配合錠BP「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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
706	似た名前のため誤って調剤	類似品にはその名前を挙げ間違っていないかの注意をし処方せんを確認する習慣をつける	類似薬品があること注意の目印	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
707	以前より何年も処方されており今回よりテラムロよりテルチアに処方変更されていた。パソコン入力間違いが起こり投薬時、薬剤師が薬袋と薬剤の相違に気が付き発覚した。	一般名処方のため入力する事務員も、ある程度以上の薬剤の知識が必要であった。10種ほどの薬剤が処方されており入力に注意を要する処方であった。処方変更がほとんど無かった症例のため油断があった。	一般名処方において今まで以上に処方する薬剤の名称をリンクさせる教育が必要であり実施することとなった。	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
708	患者が処方箋を持ってご家族と来局した。処方箋にはテルチアBP配合錠と記載されていたが、テラムロBP配合錠を誤って交付してしまった。後日、在庫の確認をしている際に在庫にズレがあることから、間違いに気が付いた。発覚後、すぐに患者に連絡したが、すでに服用中。体調不良などの訴えはなく、主治医にも連絡の上、正しいお薬との交換のみで問題はないとのから、すぐに交換に患者宅に伺い、交換した。	混雑している中での焦り、薬品名の類似、またテラムロB P配合錠がテルチアB P配合錠よりも高頻度で処方されていることなどとの思い込みも重なり、このような間違いが発生したのではないかと思われる。また患者、患者家族ともに理解判断が難しく、普段とは異なる医薬品でも気が付くことは困難だったのではないかと思われる。	両薬ともに配合錠であり、テルミサルタンは両薬共通だが、それ以外はそれぞれ劇薬、普通薬に分類されているにも関わらず、薬品名の類似で起こってしまった事象のため、薬品名を1文字ずつ今まで以上に、より注意深く確認し、ヒートの特徴や錠剤の特徴など再度その都度、薬情などとの照らし合わせを徹底していくようにする。また、それぞれの錠剤の箱や棚に注意喚起の札を配置する。	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
709	同薬剤師が処方箋薬剤をピックアップと監査・服薬指導行い、テルチア配合錠日医工出すべきところをテラムロ配合錠BPニプロで間違えて渡してしまい、調剤完了後に患者からの指摘で判明する。	繁忙時間帯でそれぞれの過程で同薬剤師がダブルチェックせずに最終まで患者に薬剤が渡ってしまいました。テルチア配合錠BP日医工よりテラムロ配合錠BPニプロが繁用処方されており、薬剤名が似ており、薬剤師の念頭に間違った薬剤がインプットされていた由。	其々の薬剤に注意喚起のシールを貼る。繁忙時間帯でも必ず薬剤師間のダブルチェックを行う。患者の面前でお互い薬剤と服薬説明書を再確認しあう。	テルチア配合錠B P 「日医工」	テラムロ配合錠B P「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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
710	本日よりテルミサルタンが40mgに増量となっていたが、レセコン入力時に見逃し、20mgで入力。監査時に気づき、入力訂正を行った。	Do処方が続いていたので、増量を見逃したと考えられる。	入力者は必ず1つずつ用量までチェックする。監査者も隅々まで見てから交付する。	テルミサルタン錠20mg「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
711	一般名 テルミサルタンで処方されていたが出荷調整により入荷できなくなった。テルミサルタン「DSEP」AGでの調剤だったため他のGEに変えるより負担がない患者だったので先発に変えようと思い、思いついた薬がディオバンだった。	広域の処方でその方だけに出ている薬だった。頭に出てきた薬がそれだったが20mgとmg数も一致してしまい合っていると思い込んでしまった。	一般名処方の際は先発品が合っているか本での確認、レセコンで打ってもらい合っているかなど確認する。	テルミサルタン錠20mg「DSEP」	ディオバン錠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
712	事務員がピッキングを行ったが違う薬をピッキング。監査時に薬剤師が気づき、処方された正しい薬に交換し事なきを得た。	当時繁忙時に3名程患者さんが待っていた。一包化の必要もあり早く薬をそろえなくてはならないとの意識が強く出過ぎたようです。	声出して処方箋を読み、声出してピッキングする薬剤名を確認する。また監査は2人必ず行う。	テルミサルタン錠20mg「トーワ」	バルサルタン錠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
713	メーカーを「DSEP」であるところを「サワイ」で入力されていた。	前回出荷調整となり、前回メーカーをDSEPからサワイに切り替えて入力していたが、今回入荷されたためもとに戻すことになっていた。	切り替え時には札を作り忘れないように対応していく	テルミサルタン錠40mg「DSEP」	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
714	テルミサルタン錠40mgでの処方であったが、バルサルタン錠40mgで調剤・投薬	外来の集中する時間であり、監査の見落としがあった。類似名称のため思い込みでの調剤、監査となってしまったと考えられる。	類似名称の薬品に注意喚起シールの作成監査体制のマニュアル化	テルミサルタン錠40mg「DSEP」	バルサルタン錠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
715	GEの出荷調整の為メーカー変更していたが選択ミス	GEの出荷調整で取り扱いメーカーが頻度に変化することが多いので気を付ける	入力時の情報共有	テルミサルタン錠40mg「DSEP」	テルミサルタン錠40mg「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
716	ピッキング時、バルサルタンとテルミサルタンを取り違えた。	箱はともにピンクで類似しており、名称も類似しているため、ヒヤリハットが生じてしまったと考えられる。	近くに配置しないよう工夫している。ピッキング監査システムを導入している。	テルミサルタン錠80mg「DSEP」	バルサルタンOD錠80mg「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
717	テルミサルタン錠80mgのところをバルサルタン錠80mgを調剤した。	忙しくて80mgでバルサルタン錠だと思い込んでしまった。	監査機に必ずかける	テルミサルタン錠80mg「サワイ」	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
718	テルミサルタン錠80mg「ニプロ」が処方された患者様に対して、誤って、テラムロ配合錠BP「DSEP」を交付してしていた。この他、数種類の処方もあり、一包化していた。この度、入院のためお薬を持参されていたが、その医療機関の薬剤部より連絡があり、お薬手帳の内容と実際に分包している薬剤が異なることの指摘があり発覚しました。	夕方の混雑する時間帯でもあり、薬剤師1名での勤務状況でした。予め予製は作成していましたが、処方変更になったため、その場で調剤をやり直しました。本来は全自動分包機にて調剤するのですが、そのカセットにテルミサルタン錠80mg「ニプロ」がなく、手でセットする必要がありました。その際、処方箋のテルミサルタン錠80mg「ニプロ」の一般名である「テルミサルタン錠80mg」とテラムロ配合錠BP「DSEP」の一般名である「テルミサルタン錠80mg・アムロジピン配合錠」を誤って調剤してしまったと考えられます。	基本的なことだが、まずは処方箋の薬剤を見る時は、必ず最初の文字だけで判断せず、規格も含めて最後まで見る習慣を徹底する。また繁忙が予想される日は、可能な限り、薬局の勤務体制も見直しを図るようにして頂く。	テルミサルタン錠80mg「ニプロ」	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
719	デルモベートクリームを調剤するところをデルモベート軟膏で調剤した。	デルモベートクリームとデルモベート軟膏は近くの棚に置いてあるため間違いやすい。棚の位置をずらして置くようにする。	クリームと軟膏が違うだけで、忙しい時は、焦りと慌てて間違いやすい。棚の段に赤字の印を付ける事にする。	デルモベートクリーム	デルモベート軟膏		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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
720	皮膚科より一般名処方処方箋受付。クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏5G 処方あり。入力時にクロベタゾン酪酸エステル軟膏を選択したため、入力鑑査時にミスが発見。すぐに正しい薬剤名に変更し、患者への交付はなかった。	薬局内がとても混雑している時間帯で、入力者の焦りがあったと思われる。入力後の自己鑑査も不十分な状態で、入力完了したために起こった事例。	名称の似ている薬剤、特に一般名で処方される外用薬には、間違いやすい薬が多数存在する。店舗内で間違いやすい薬剤として認識し注意を払うよう、外用薬の一般名を記載した表を作り、レセコンの近くに掲示した。	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
721	一般名処方で、「クロベタゾンプロピオン酸エステル」と「クロベタゾン酪酸エステル」をピックアップミス	繁忙時間でもあり調剤室内が立て込んでいた、軟膏だけの患者であったため待ち時間を軽減するため、たまにしか出ないお薬のため、通常棚ではなく薬品庫保管であったため事務職員にピックアップさせたが「先頭部位」の「クロベタゾン」の認識が強く最後まで名称確認することなくピックアップしてしまった。	今回は先頭部の「クロベタゾン」に引っ張られ最後まで名称を読み込まなかったため起きたと思われるため。類似名称GEの存在を認識し最後まで名称を読み込む。	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
722	一般名処方にて(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。入力時に(般)クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%を選択してしまい、薬剤のピックアップミスが発覚した。入力チェック時に一般名が異なることを発見し、投薬前にヒヤリハットが発覚した。	一般名が5文字目まで同じであり規格も一緒であるため、入力ミスにつながった。	一般名が似ている薬剤をリストアップし、医療事務ともに再発がないように共有した。また、入力チェックの際は一般名をすべて一文字鑑査することを徹底した。	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
723	ドキサゾン錠を調剤する際に、外観包装が似ているチザニジン錠を誤ってピックアップし、監査薬剤師が発見し交換した。	外観包装が似ている薬剤が近くに陳列されていた。	外観包装が似ている薬剤を陳列する際は、棚の近くを避けて陳列する。	ドキサゾン錠1mg「テバ」	チザニジン錠1mg「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
724	一般名処方：トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mgと一般名処方：トコフェロール酢酸エステル100mgの名称類似による調剤ミスになりかけた。	薬局在庫にあるトコフェロール酢酸エステル100mgを誤って調剤しようとしてしまった。(薬局在庫だったので思い込みで優先してしまった。)	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mgとトコフェロール酢酸エステル100mg、類似名称なので特に注意すること。思い込み調剤に注意すること。	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「VTRS」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
725	一般名処方でトコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mgで処方されているものをトコフェロール酢酸エステル錠100mg「ツルハラ」で調剤した。	普段からこの薬が処方されており、トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「トーワ」で調剤していたが出荷調整により入庫が困難になり薬を変更しないといけない状態であった。	同一薬であると間違わないように保管しておく場所を離して保管する。	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錠100mg「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
726	以前より【般】トコフェロール酢酸エステルカプセル100mg 3×3Cにて処方されていたが、ユベラNカプセル100mgにて投薬していた。今回よりGE・トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mgへ変更・投薬する前に発覚。	一番最初の処方時にトコフェロール酢酸エステルカプセル100mgがユベラNカプセル100mgへ入力紐づけされていて、調剤・鑑査時に気付かなかった。	入力紐づけ解除。トコフェロール酢酸エステルカプセル100mgについては在庫せず、ユベラ錠50mgにて対応する。現時点でユベラ、トコフェロール酢酸エステルカプセル等関連処方患者全員・確認済み。	トコフェロール酢酸エステルカプセル100mg「VTRRS」	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
727	【般】トコフェロール酢酸エステルカプセル100mgの処方きたときに、入力もいつも在庫しているトコフェロールニコチン酸エステル(ユベラNカプセルの一般名)で入力されており、調剤者、監査者もユベラNカプセル100mgをだしてしまった。	一般名で酢酸エステルとニコチン酸エステルの違いがあることを認識していなかった。(酢酸エステル錠50mgのユベラ錠は在庫があったが、カプセルの100mgは在庫がなかった)入力でもミスがあったので電子薬歴でも表記がユベラNになっていたため思い込んでしまった。	慣れない病院からの処方では最後までしっかり確認する	トコフェロール酢酸エステルカプセル100mg「ファイザー」	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
728	一般名処方のトコフェロール酢酸エステル錠100mgをトコフェロールニコチン酸エステル錠100mgと見間違えてユベラNカプセル100mgで入力。投薬終了と同時に気付き、患者に伝え、トコフェロール酢酸エステル錠100mg「ツルハラ」を取り寄せ、交換となった。	当薬局のスタッフは薬剤師一人である。患者が処方箋を渡した後、調剤にかかる時間を聞き、買い物に出かけた。この時余裕を持たせて時間は伝えた。その後、一般用医薬品をお買い求めのお客が来局、順番に対応していると説明したが、待合室に人がいない為、おかしいではないかと聞き入れてもらえず、そのお客の対応に追われていたら、患者が戻ってこられた。まだ準備ができていないことに怒りはしていなかったが、早くしてと急かされる。	処方箋を受け付けていることを説明し、順番に対応するため時間をいただくことを了承して頂く。了承が得られなかったとしても、順番を飛ばして対応しない。	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
729	トコフェロール酢酸エステル錠50mgの処方。出荷調整品で在庫がなく、トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mgで調剤を行った(6錠分3指示を3cap分3で調剤)。この2種は適応異なるため疑義照会を行わないと変更ができないことを監査時に発覚。	調剤者は上記2種類の違いを理解できていなかった。また繁忙時であり調べることを怠った。	全スタッフに対し上記2種類の違いを説明、理解してもらった。該当薬の外箱に対し注意喚起のラベルを貼付した。	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
730	トスフロキサシン錠の薬棚にセフトレニボキシル錠が入っていた。トスフロキサシン錠を21錠ピッキングする際、トスフロキサシン錠20錠とセフトレニボキシル錠1錠を合わせて取ってしまった。患者への交付前に調整者が気づき、正しい薬に変更した。	トスフロキサシン錠とセフトレニボキシル錠の薬棚の位置が隣接していたことで戻し間違いがあったと考えられる。また、2剤の包装の外観が類似していたことでピッキングの際に気づくことが出来なかった。	トスフロキサシン錠とセフトレニボキシル錠の薬棚の位置を離す。薬棚へ薬を戻す時とピッキング時のダブルチェックの徹底を促す。	トスフロキサシントシル酸塩錠150mg「サワイ」	セフトレニボキシル錠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
731	一般名処方で「ドネベジル塩酸塩口腔内崩壊錠3mg」の処方でOD錠を調剤しOD上で入力するよう指示していたが、普通錠で入力された。	該当のドネベジル塩酸塩錠の在庫が普通錠とOD錠と両方あり、事務員への変更指示の徹底ができていなかった。	変更する医薬品をあらかじめ決めておき、事務員と共有する	ドネベジル塩酸塩OD錠3mg「トーワ」	ドネベジル塩酸塩錠3mg「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
732	ドネベジル3→5mgへ増量された処方箋だったが、前回通りそのまま3mgで入力してしまった。	通常3mgを継続し、2週間後には5mgに増量の可能性がある事を知らずにそのまま3mgで入力してしまった。	薬剤師向けには3→5mgの増量の可能性を話し、事務の方には規格まで確実に見るように伝えた。	ドネベジル塩酸塩錠5mg「サンド」	ドネベジル塩酸塩錠3mg「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
733	トフィソпамをお渡しするところをトロキシピドを間違えて調剤してしまった	トロキシピドを多数処方しているので通常業務的に流してしまった様子です	監査を確かなものにするために監査レンジシステムを導入しました	トフィソпам錠50mg「サワイ」	トロキシピド錠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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
734	トフラニール錠10mgの処方が出ており、調剤時に間違えてトリプタノール錠10mgを調剤してしまう	当時薬局の中が混みあっていたこともあり、薬を取り違えて調剤してしまった。名前が類似しているため取り違えてしまう。	名称類似薬の棚には注意喚起のシール等で印をつけ、調剤の際には確認を徹底していく	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
735	ドボベツ軟膏30g(15g2本)が処方されていたが、誤ってドボネックス軟膏(10g3本)が用意されていた。	レセコン入力時に上の2文字だけ入力して、薬剤を選択した。調剤者もそれに従って用意した。薬剤の印象も似ているため気が付かず用意された。	「ドボネックス」「ドボベツ」の異なる薬剤があることを周知する。	ドボベツ軟膏	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
736	2022年12月某日(金)11時頃に、平素より当薬局を利用している患者(49歳女性)が処方箋を持って来局した。処方箋にはトラゼンタ錠5mg1日1錠分1朝食後28日分と記載されていた。事務員A(職種経験年数3年)はトラゼンタ錠5mgを入力するところ誤ってトルバプタンOD錠7.5mgを入力し、鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが、処方薬のトラゼンタ錠5mgではなく、トルバプタンOD錠7.5mgが調製されていることに気づき、事務員Aに間違いを伝えた。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。	繁忙時間帯であった為、確認を怠り入力していた。	繁忙時であろうが、入力を行う時は再度、確認する事を徹底する。	トラゼンタ錠5mg	トルバプタンOD錠7.5mg「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
737	トラゾドン(25)1錠 1Xvdsから 2錠 1Xvdsに変更になっていたところ、レセコンからD oで引張ってきてそのまま気づかず投薬した	データ量多いとついDo処方データで引張り、その際に変更に気づかないことは有るので、注意すべき点と、監査時の処方箋と入力の違いのチェックも漏れたこと要因と考えます	レセコンでDo処方による入力ミスは他の入力ミスより頻度高いD o処方こそ逆に疑ってかかることを徹底して入力、監査をする	トラゾドン塩酸塩錠25mg「アメル」	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
738	「トラゾドン塩酸塩錠2.5mg」が量が増えて「トラゾドン塩酸塩錠5.0mg」になったが、入力時に規格の確認をしなかった。	同じ名称で規格違いのものがあるため。	同じ名称で規格違いの商品もあるため、入力時には規格違いにも注意する。	トラゾドン塩酸塩錠5.0mg「アメル」	トラゾドン塩酸塩錠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
739	トラディアンスAPとロスバスタチン2.5mgが処方。鑑査時にミコンピAPとロスバスタチン2.5mgであることが判明。	当該患者の直前にトラディアンスAPが出ており、語尾のみで判断調剤してしまっていた。	調剤棚のカセットへの注意書きの作成。また、各スタッフへの注意呼びかけ。	トラディアンス配合錠AP	ミコンピ配合錠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
740	処方は、トラネキサム酸2.50mg錠6錠分3であったが、アセトアミノフェン2.00mg錠と取り違えて渡してしまった。頓服として処方されていたアセトアミノフェンも服用していたため過量のアセトアミノフェンを服用してしまった。	デザイン、サイズが酷似しており、ケースも近い場所にあったため、取り間違いが生じたと思われる。この時期はコロナ陽性患者が多数だったため、外での投薬などで焦りもあった。通常はピッキングミス防止の機械を使っているが簡単な内容で、思い込みもあり、早く調剤をしたためか、取違いの警告ブザーには気付かなかったもよう。	2剤のケースの場所を離し、距離をあけた。この2剤は同時に処方されやすく、デザインが酷似しているので、職員間でもさらに注意をするようにした。コロナ陽性患者は同じような処方であるが、思いこまず、ピッキングミス防止の機械をしっかりと使い、終わらせる。調剤者、投薬者、を同一にしない事とした。	トラネキサム酸錠2.50mg「YD」	アセトアミノフェン錠2.00mg「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
741	トラネキサム酸錠の棚にニザチジン錠が入っていた。箱の状態で入れており、鑑査時に気付いた。	両者の外観が酷似しており、朝の納入後のしまう際に入れ間違えた。	商品名、規格をしっかりと確認してから戻す。	トラネキサム酸錠2.50mg「YD」	ニザチジン錠1.50mg「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
742	トラネキサム酸の量を500のところ250でお渡しし、帰宅後に薬情と違うことを確認で患者様から連絡があり気づく	Dr.の処方の癖より250を調剤してしまっていた。	慣れをなくすように再度教育を行う	トラネキサム酸錠2.50mg「YD」	トラネキサム酸錠5.00mg「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
743	トラバタンズ点眼液0.004%を調剤しなくてはならないが、デュオトラバ配合点眼液を調剤してしまった。交付後にすぐに気づき連絡し、使用前にトラバタンズ点眼液0.004%と交換。	数年間デュオトラバ配合点眼液のみが処方されている患者が前々回からトラバタンズ点眼液0.004%に処方が変わっているのだが、数年間のデュオトラバ配合点眼液のイメージが定着しており、また薬剤名も似ているので間違えて調剤してしまった。	取り違えないように薬歴とレセコンに注意喚起を行う。	トラバタンズ点眼液 0.004%	デュオトラバ配合点眼液		ヒューマンエラー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	トラベルミンが処方されていたが、調整者がトランサミンカプセルで調剤 監査者(ポリムスの使用で)気付いた	調整者の体調不良による、集中力の低下	引き続き調剤監査機器の使用を徹底する	トラベルミン配合錠	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
745	トラマドールOD25mgを入力すると50mgと入力。薬は処方通りだったが、入力が違った	店にない薬であった。忙しく、早く入力しないといけないのであわてていた。名称が長いと、入力終了画面に、規格の値まで出ないため、あつてると思い込み、入力を終了させた。	入力画面に薬品名、規格が最後まで出ない場合は、お薬手帳などで再度入力を確認する。	トラマドール塩酸塩OD錠25mg「KO」	トラマドール塩酸塩OD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
746	調剤時にトラマドールをトラゾドンと取り違えてピッキングし、鑑査時に発覚した。	医薬品の知識不足。効能を知っていれば間違えなかったと思われる。	店舗内で情報を共有し、間違えやすい例を頭に入れておく。	トラマドール塩酸塩OD錠50mg「KO」	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
747	トラムセット配合錠が処方されたが、調剤者はトラゼンタ錠5mgを調剤した。頭文字の「ト」だけを見て、勘違いした。監査時に間違いに気づき、調剤し直して交付した。	トラムセット配合錠とトラゼンタ錠5mgは近くの棚に置いてあるため間違いやすい。トラムセット配合錠には赤字マジックで印をつける事にする。	時間が閉店間隙で事務員も薬剤師も焦りがあった。外見もよく似ていた。棚の位置をずらす事にする。	トラムセット配合錠	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
748	アドナ散10%とトランサミン散50%の計量混合の分包をするところ、トランサミン散と間違えて乳酸カルシウムを混ぜてしまった。	トランサミン散を入れた容器と乳酸カルシウムを入れた容器が同じで、手書きラベルの色も同じだった。	容器、ラベルを替えた。散剤は必ず誰かに確認してもらおうようにした。	トランサミン散50%	乳酸カルシウム「ファイザー」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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
749	トランサミン散50% 5g2Xの処方あり。量が多すぎる為疑義(250mg錠なら10T2X)。B院処方の継続分を頼まれたとの返事あり、トランサロンと同じようなものを出した、と。手帳を確認するとB院よりコロネル細粒の処方歴あり。トランコロンと同じものを出したかったようだった。同一成分薬としてはコロネル錠500mg採用があり、2T2XでB院処方のコロネルと同じくらいの量になる事お伝え。トランサミン散削除、コロネル錠500mg2T2Xへ変更となった。	トランコロンとトランサミンの名称類似あり。	トランサミンの量の疑義をする前に手帳もよく見るべきだった。	トランサミン散50%	コロネル細粒83.3%		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
750	トリアゾラム錠0.125「EMEC」の在庫の引き出しに、トリアゾラム錠0.25「EMEC」が入っていた。	錠剤の大きさや外観が類似している。引き出しが上下で隣だったため調剤後残薬を返す時入れ間違えた。いつ入ったの在庫数を確認して間違えて患者様に渡してなかったか確認した。	職員全体に通知した。引き出しの場所を1段ずらした。	トリアゾラム錠0.125mg「EMEC」	トリアゾラム錠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
751	患者が処方箋を持参。処方箋にはトリメブチンマレイン酸塩錠100mg 1日3錠分3毎食後20日分、ジメチコン錠40mg 1日3錠毎食後20日分の記載があった。薬剤師A(職種経験年数8年)はトリメブチンマレイン酸塩錠100mg トーフ60錠、ジメチコン錠40mg 60錠を調整するところ誤ってジメチコン錠40mg YD60錠を二つ用意してしまった。鑑査にあたった薬剤師Bがトリメブチンマレイン酸塩錠100mgが調整されていない事に気づき、調整した薬剤師Aに伝えた。薬剤師Aはトリメブチンマレイン酸塩錠100mg トーフを正しく調整し、再度、薬剤師Bが監査した。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。	トリメブチンマレイン酸塩錠100mg トーフとジメチコン錠100mg YDはヒートシールの外観が似ていた、また処方上この二つの薬剤は併用されるケースが多く、患者来局時が混雑していた事も合わさっていつもの慣れから薬の確認が疎かになってしまった。	業務手順を見直して調剤者がピッキングした後、鑑査に回す前に再確認を徹底する事とした。調剤室に外観類似品ありの表示を行い取り違い防止のための注意喚起をした。	トリメブチンマレイン酸塩錠100mg 「トーフ」	ジメチコン錠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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
752	一般名記載にてドルゾラミド・チモロール点眼にて、配合剤処方だったが、片方の成分のみを見て調剤し、チモロール点眼をピッキング。監査時に誤りを確認し、訂正した。	調剤者が新人で、ピッキングが慣れていなかった。一般名記載である場合の注意に関して意識が乏しかった。	一般名の命名ルール、店舗にある配合剤の一覧を配布し、再発防止に努めた。	ドルモロール配合点眼液「ニットー」	チモロール点眼液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
753	トレドミン錠25mgをお渡しするべきところ、トラゾドン錠25mgを混ざってお渡ししてしまった。薬の棚に間違っ入っていた可能性もあり要注意	薬の棚に間違っ入っていた可能性あり、お渡し時きちんと確認できていなかった要因もあります	棚に戻すとき確認して返す。お渡しするとき、ヒート確認する	トレドミン錠25	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
754	60歳 女性で胃の痛みに伴う吐気止めであるドンベリドン錠10mgの処方が出てピッキングをした時に類似した箱で間違えて集めていた。薬剤師がダブルチェックして患者さんに渡す前に、間違いが判明した。	少し繁忙だったため、類似した薬品箱を出してしまった。きちんと確認せずにピッキングしたのが原因だったと考えられる。	やはり、薬剤師を含めてダブル・トリプル確認をする事が大切	ドンベリドン錠10mg	ファモチジンD10mg		ヒューマンエラー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	ドンベリドン口腔内崩壊錠5mgの投入を、誤ってドンベリドン錠10mgに変換。調剤も同様にミス。そのため監査システムも一致してしまった。	監査システムが一致したことによる慢心。	監査システムが一致しても、必ず目視で監査をすること。	ナウゼリンOD錠5	ドンベリドン錠10mg「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
756	患者はナバゲルンローションを欲しかったが処方元はフェルピナク外用液(一般名)を処方。	どちらも同じ成分(先発、後発)だがナバゲルンローションは50mlでフェルピナクローション外用液は60mlで用量に差異があり、処方箋の用量が120mlと記載があり、発覚。	後発医薬品でも規格と用量が違う事を再度周知させる。	ナバゲルンローション3%	フェルピナクローション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
757	ナルサス6mg、ナルサス2mg、スインプロイク0.2mg、ナルラビド2mgが記載。ナルラビド2mgを調剤するところナルサス2mgで調剤	薬局が混んでいる時間帯で育休スタッフが二人上がって人員が少なかった状況によって、調剤を慌ててしまい確認不足で間違えた。	麻薬処方箋は慌てずに行かない、処方箋コピーを取って規格や薬品名にチェックを入れて自己確認を再度行ってから監査者にまわす。	ナルラビド錠2mg	ナルサス錠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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
758	ニコチネルTTSが処方されていたが、ニトロダームTTSを調剤し、同じ薬剤師が監査をして投薬した。患者にも見せていたが、気が付かれなかった。患者が使用するため薬袋から出したところ、前回と違う薬が入っていたため薬局へ電話連絡くださった。	両剤が同じ引き出しに入れられており、名前が酷似していることから取り違えが生じた。患者は2回目の処方であったが、投薬時に見た時に気が付かなかった。	引き出しを分けて置くようにした。また、調剤・監査者が同じになる場合は、必ず事務スタッフなど他の人に確認してもらうようにした。	ニコチネルTTS30	ニトロダームTTS25mg		ヒューマンエラー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	ニコランジル錠5mgを処方されたが、ニセルゴリン錠5mgを調整、交付時に誤りに気づき事なきを得た。	薬品棚に50音順に配置しており、これらが上下段だった為取り違えてしまった。	今後間違え難いよう、分かりやすい印をつける等の工夫をする。	ニコランジル錠5mg 「サワイ」	ニセルゴリン錠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
760	ニコランジルを交付するところ、ニセルゴリンを交付してしまった服用前に患者様から申し出があり過誤が発覚。	薬品名が類似していることに加え、予製されていたため、監査が不完全だった。	薬品名が類似していることを周知し、薬品棚の位置を工夫した	ニコランジル錠5mg 「サワイ」	ニセルゴリン錠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
761	患者様よりいつもと違う薬が入っていると電話があり、間違えてお渡ししていたことが発覚した。1錠服用されていましたが、特に体調変化はないとのこと。謝罪し、1錠服用しても体調変化がでる可能性は低いことを説明し、何かあれば連絡していただくようにお伝えした。	自己判断や思い込みによる監査	調剤時の薬剤名の確認、監査時の薬剤シートの確認を落ち着いて注意深くすることを徹底する。薬剤師間で間違いやすい薬の情報を共有する。	ニコランジル錠5mg 「サワイ」	ニセルゴリン錠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
762	定期的に来局されている心疾患の高齢患者さんで、ニコランジル錠5mgが定期処方された。今回も同様の処方内容であったが、ニコランジル錠5mgのところニセルゴリン錠5mgをビッキングし、監査でも気付かず交付してしまった。その後、患者さんよりいつももらっているものと違うと連絡があり、間違いが発覚し、交換をした。	ニセルゴリン錠とニコランジル錠は同一規格、同一メーカーでヒートも似ているため日頃より注意すべき薬剤と解っているながら、今回間違えて交付してしまった。カセットの位置なども近くに置かれていたこと、処方内容もあまり変わらず、慣れによる慢心も背景にあったと考えます。	カセットの位置を見直したと注意喚起の付箋をつけて、より意識を高めていくこと、何より患者さんの背景をしっかりと考えて投薬を行うことの重要性を改めて感じました。	ニコランジル錠5mg 「トーワ」	ニセルゴリン錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
763	ニコランジルが処方されていたが、ニセルゴリンを準備してしまった。患者本人がいつもと違うと訴えたため気が付いた。	ニコランジル錠5mgとニセルゴリン錠5mgが引き出しで縦に並んでいて、どちらも5mgという規格なため間違えた可能性が高い。	ニコランジル、ニセルゴリンが定時処方されている全ての患者に取り違い注意という記載を薬歴の目に付く所にした。ニコランジルとニセルゴリンの間に別の薬を挿み距離をおいた。	ニコランジル錠 5 mg 「トーワ」	ニセルゴリン錠 5 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
764	処方名は"アシノン錠75mg"。これをも後も後発品である"ニザチジン"で調剤するが、今回誤って"チザニジン"をピックアップ。通常一包化するのだがその直前に間違いに気づく→監査システムオーディットにより発見。	チザニジンとニザチジン 頭文字2つの並びが違うだけ。何となく名称が似た感じ。	確認徹底。ルールでは違う薬剤師感でダブルチェックすることになっているが昼休憩で一人薬剤師だった。幸い監査システム導入していたので誤りに気づけた。	ニザチジン錠 150 mg 「YD」	チザニジン錠 1 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
765	ニザチジン錠150mg が処方されていたが名前の似ているチザニジン錠1mg をそろえてしまった。	ニザチジン錠150mg はあまり調剤経験がなく、普段から取り扱いの多いチザニジン錠を揃えてしまった。	名前の酷似している医薬品として、付箋をはり他の薬剤師とも皆で共有しました。	ニザチジン錠 150 mg 「YD」	チザニジン錠 1 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
766	ニセルゴリン5mgが処方された患者に対してニコランジルを誤って交付しそうになった。直前で薬剤師が発見し問題はなかった。	バーコードスキャンにて確認を行っていたが100錠の束だったため行わなかった。	100錠単位でできないものはシートを外してバーコードにて確認を行う	ニセルゴリン錠 5 mg 「NP」	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
767	ニセルゴリン錠 5 mg を服用中の患者様に、間違えてニコランジル錠 5 mg を投薬してしまった。帰宅後に患者様が気づき薬局に持参して発覚。	薬剤の配置としてはニコランジルが上の棚、ニセルゴリンが下の引き出しなので出し間違いするはずのないもので、頭文字の「ニ」と「5mg」の情報で思い込みによる間違いと考える。他の薬剤師に鑑査してもらい手順を怠り、ピックアップした薬剤師がそのまま投薬したと思われる。また薬歴も確認せず投薬し、電子薬歴のシステム中で注意喚起しているが、それも見落とした可能性がある。	該当患者においては過去にも同じ投薬間違いが複数回起きており、電子薬歴にも投薬時の注意として患者ページを開いたときにポップアップで表示されるようになっているが、それでも今回の間違いが起きており、根本的なことではあるが鑑査漏れが起こることがないよう徹底する。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
768	類似した名称の薬の取り違い。気が付いて服用せず。	似ている名称の薬でメーカーも同じ、規格も錠剤の大きさ、包装の箱も類似していた	薬の配置場所を変更する	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
769	一包化の患者様の薬を準備してもらったが、薬剤師が一包化する前に確認すると、ニセルゴリン5mg「トーワ」をニコランジル5mg「トーワ」で準備されていることに気づき一包化する前に交換した。	継続して使用していたニセルゴリン5mgは「NP」だったが、急に入荷しなくなり「トーワ」に変更になった。今回間違えたニコランジル5mg「トーワ」とシート外観が良く似ていたこと。薬の引き出しがあいうえお順で、上と下で近かったこと。メーカー変更が周知されてなかったこと。そもそも名前が似ているので、気をつけていたにもかかわらずとり間違えてしまった。	全員で、シートを比べて確認し、外観、名前の類似を認識するようにしたこと。引き出しに、似ているので注意の、注意喚起のコメントを入れたこと。ジェネリック医薬品のメーカー変更や二つのメーカーを置いたりすることが増えてきたので、変更の周知を丁寧にしていくこと。基本に戻って、忙しくても取り間違いに気を付けていくこと。	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
770	ニセルゴリン5mgを調剤しなければならぬところをニコランジル5mgを渡してしまった。患者は前回処方済の残薬があったため今回の間違えた医薬品を服用しようとした時薬剤師が違ふことに気づきすぐ薬局へ連絡して頂いた。電話連絡をいただいですぐ自宅に伺いお詫びして全量交換した。	一人の薬剤師が調剤、監査、投薬をしていたため、間違いに気づかずそのまま渡してしまった。容量が5mgと「トーワ」、錠剤の大きさやヒートの大きさが非常に似ていたこと、棚が上下で隣り合っていたことなど、初歩的なミスをしてしまった。きっちり薬剤師名を確認するのを怠ってしまった。	患者の薬歴の表紙に薬剤間違いのヒヤリハットラベルを貼付し、全薬剤師が情報共有した。ニセルゴリンとニコランジルの棚が隣り合っていたのを離して在庫するように改善した。	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
771	薬剤師Aは(般)ニセルゴリン錠5mg1日3錠分3毎食後で28日分で処方されていたところ、誤ってニコランジル錠5mgを調剤し鑑査に回した。鑑査の薬剤師Bが誤りを発見し、薬剤師Aはニセルゴリン錠5mgを正しく調剤し、再度鑑査を薬剤師Bが行った。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。	名称が似ており、2種の薬品棚の順番が上下であることから誤って調剤してしまった。	薬品棚を移動させ名称類似注意シールを貼り、取り違い防止を図った。調剤後は必ず、他の人に鑑査してもらうことを徹底した。	ニセルゴリン錠5mg 「日新」	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
772	調剤ミス	繁忙	鑑査を徹底・処方薬確認	ニトロール錠5mg	ニトロールR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
773	一般名のニフェジピン徐放錠10ミリ(24時間持続)の入力をニフェジピン錠10ミリで入力してしまった。入力し調剤した者(同一)は気づかず、鑑査者が気づき入力の変更、再調剤を行った。	薬剤師は入力に慣れておらず、入力操作が未熟だった。また薬剤の持続時間についてもあいまいな知識だった。	不慣れなものが入力する場合にはトレーナーをつける。間違えやすい入力等に関しては薬局内で情報共有を図る。	ニフェジピンCR錠10mg「サワイ」	ニフェジピンL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
774	処方箋は一般名でニフェジピン徐放錠10mg(24時間持続)と記載されていたが入力担当者はなぜか財形変更までしてニフェジピンL錠10mgと入力。ピッキングは補助者で入力を見ながら行ったので気づかず、鑑査レンジも通ってしまった。繁忙時であったため鑑査者も気づかずそのままお渡ししてしまった。その次の来局時入力もD.Oで行ってしまったためピッキング、鑑査レンジを通過してしまい鑑査者が気づけず再度お渡ししてしまった。	入力時の確認不足、鑑査レンジを通過したことによって確認が甘くなった。	一般名処方の徐放錠(24時間持続)、(12時間持続)の確認を徹底する。鑑査レンジを通過しても処方箋との突合せを丁寧に行う。	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
775	ニフェジピンCR20mg「サワイ」を調剤予定でピッキングしたところ、調剤棚にベニジピン錠4mg「サワイ」が入っていて交付前に気づいた。	外観が類似している。	棚に箱を入れる際に指さし確認を行うようにした。	ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」	ベニジピン塩酸塩錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
776	初来局の患者。処方箋に一般名ニフェジピン徐放錠20mg(24時間持続)の記載。お薬手帳には今までかかりつけ薬局でニフェジピンL錠20mgを内服していることが記載。患者に確認するも、特に薬の変更などは医師から説明がなかったとのこと。疑義照会により確認したところ、医師はニフェジピンCR錠20mgを処方しているとの回答。2年以上まえから、ニフェジピンL錠20mgで内服しているためニフェジピンL錠20mgに変更して継続内服。	ニフェジピン徐放錠には24時間持続と12時間持続のものがあり使用方法が異なることを知識として知らなかったと思われる。	間違いやすい薬剤や規格についてまとめた表を入力時にすぐ確認できる位置に保管する。	ニフェジピンCR錠20mg「トーフ」	ニフェジピンL錠20mg「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
777	ニュープロバッチ9mgが処方。並列されているリバスチグミンテープ9mgをピッキング。監査者が発見し再調剤。	定期処方で使用頻度の高いリバスチグミンテープ9mgを慣れによるミスピッキング。	並列されている為、間隔をあけて配置。注意喚起のシール貼付。	ニュープロバッチ9mg	リバスチグミンテープ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
778	ニルバジピン錠2mg処方のところ、ベニジピン錠2mgをピッキングした。	医薬品の名称及び規格の類似、棚位置が近い	薬局内で事象について共有し注意喚起を行った。	ニルバジピン錠2mg「サワイ」	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
779	ニルバジピン2mgが処方された患者さんに対して、ベニジピン2mgを誤って調剤した。監査の時点で気づき、患者へ渡されることはなかった。	繁忙する時間帯で焦りによる確認不足。規格が同じで棚も近いところにあった。	今回の間違いについてスタッフ間で周知・共有した。また棚の位置を少し離すことで対応とした。	ニルバジピン錠2mg「サワイ」	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
780	ネキシウム20を継続服用から10への変更。監査時に発見	数か月にわたり継続されていた場合、規格のみの変更に気づきづらい	監査時の規格の読み上げ。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
781	ピッキング時にネキシウムの規格を間違えて取り揃えた。	繁忙時で無意識に取り揃えてしまった。	処方箋の規格にチェックを入れながら調剤する。	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
782	ネキシウムカプセル10mgから20mg増量かと思ったら前回も20mgだった。投薬中、増量の旨の話をしたところ前回と同じと患者様に言われ、疑義した所、当店が誤ってネキシウムカプセル10mgで入力してしまったことが発覚。薬はネキシウム20mgが渡っていた。	事務員の入力ミス。監査者が気がつかなかった。	複数規格はより一層注意して入力と監査を行う。薬情の写真としっかり照らし合わせて投薬するようにする	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
783	ネバナック点眼のところ、ミドリンMをお渡し。後日の受診で病院の看護師がミドリンMを見つける。ミドリンMは病院で回収されていて、1/3~2/3を使われていたそう。特に目の異常はなかったものの、調剤ミスを謝罪した。	ミドリンMとネバナックのキャップの色がイエローで外観が似ている。そのため近くにありとり間違いをしたか。	ミドリンMは引き出しに、ネバナックは棚に置くようにした。	ネバナック懸濁性点眼液0.1%	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
784	一部ジェネリック希望の患者さん 8月16日は金額差がそれほどないためとネリプロクト軟膏でお渡し9月10日にネリザ軟膏(後発)でお渡し入力する事務さんが、ジェネリック希望と思いジェネリックで入力し、薬剤師も前回の履歴をきちんと見ずにお渡しした	忙しい時間帯だった 他の薬もあり、電子薬歴をドラックしないとすべての薬を確認できない	忙しくても、前回の履歴は必ず見る	ネリプロクト軟膏	ネリザ軟膏		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
785	ノイロトロピン4単位 4錠 63日分の処方について、100錠の束×2と52錠でお渡しすべきだったのに、ノイロトロピンの引き出しから152錠だし、在庫棚から補充をする際にノイロピタンの箱を手に取り、補充、調剤してしまい、100錠だけノイロピタンでお渡ししてしまった。	慣れていたせいか、在庫補充の際に手に取った箱を間違えていたことに気付かなかった。	動作の一つ一つで薬品名を確認することの徹底。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
786	ノイロトロピン錠が処方されていたがノイロピタン錠を調剤していた	普段より忙しく在庫のない薬も処方されており手配に気を取られていた	調剤する薬剤師と監査する薬剤師を必ず二人で業務出来るようにシフトを考慮する	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
787	ノイロトロピンが処方されていたが、ノイロピタンを取り間違えてしまった。	名称類似で確認不足と思込みによるミス	処方内容の確認の徹底	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
788	ノイロピタンが処方されている処方箋調剤時、ノイロトロピンを調剤。鑑査時に間違いに気付く。	医薬品の名称類似。	3回チェックの徹底。	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
789	ノイロピタン配合錠が処方されていたが、鑑査時にノイロトロピン錠4単位がビッキングされていることに気づいた。	類似の名前で以前にもビッキングミスが起こった薬剤である。	効能について、事務員にも理解をってもらうことを徹底した。薬品名を最後まで確認してビッキングを行う。	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
790	本来はノイロピタンが200錠の処方であったところ、新入社員が誤ってノイロトロピンを誤って調剤してしまった。	調剤者の業務手順書から逸脱した行動、知識不足、焦りなどがおもな原因と思われる。	名称類似薬の薬の渡し間違いは全国的に見ても珍しいことではないと思われる。そこで当局では、薬剤のバーコードを読み取って薬の取り間違いを防止するシステムを導入している。しかし今回は200錠とビロー包装のまま鑑査者へ申し送りしたため、調剤者は気付くことができなかった。本来の業務手順通り調剤をおこなえば、ビロー包装でバーコード照会できない時は時は包装を破って照会することになっている。今回はそのルールが守られていなかったため、今後徹底することとする。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
791	処方された薬の処方解析を行っていなかったことからノイロピタンとノイロトロピンの類似で取り間違えてしまった。	処方箋をよく確認せず、処方解析を行っていなかったことから起こったミス。	類似薬等の二重監査	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
792	処方はノイロピタン配合錠だったが間違えてノイロトロピン錠で入力されており、監査者が発見した。	名称の似ている医薬品だったため、最初の文字だけを見て入力してしまったと考えられる	名称類似品の周知および成分名、剤型、規格を確認して入力する手技の再度確認	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
793	いつもの患者様 一旦処方箋を置いていかれすぐに戻って来られる。その間に患者様が集中してしまい、ピッキングも慌ててしまった。他の患者様の対応しており、当該患者様が戻って来られて急いで監査をして誤りに気づけなかった。投薬の時も見せて話していたがその時にも誤りを気づかずノイロトロピンを渡してしまった。後ほど患者様から連絡がありいつもの薬と違うから交換してと連絡あり。	教育不足のもののピッキング皆が慌ててしまった監査者も慌てて監査	ノイロトロピンの棚に「ノイロピタンと間違い注意!」と注意喚起のシールを貼付して注意喚起処方箋と調剤録を確認し、正しいものを用意できているかも一度確認する工程を追加した	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
794	ピッキング間違い。	ノイロピタンとノイロトロピンは名前が似ているので、思い込みでピッキング、二重監査でも同様の思い込みがあった。	二重監査を行っているが見過ごしてしまった。	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
795	ノベルジンとノバミンの思い込みによる間違い。ノベルジンは劇薬であるため、棚は別になっていたので、完全なる思い込み	処方箋を良く見る、慣れている処方でも気を付ける	監査システムを通す	ノベルジン錠50mg	ノバミン錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
796	ノボラピッド30ミックス注フレックスペンの処方に対し、ノボラピッド注フレックスペンを調剤	名称類似、確認不足	規格を確認するよう徹底	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
797	ノボラピッド注30ミックス注が処方されていたが、他の患者に出ていたノボラピッドフレックスタッチをお渡し。在宅患者のため、用意してあったものを再監査をろくにせず持っていきお渡ししてしまった。	在宅患者への訪問時に再監査せずにお渡ししてしまった。定期処方に変更がなかったためダブルチェックを怠ってしまったのが原因。	一度監査してあったものでも必ず再監査を行う。特に定期処方慣れてしまっている場合は注意。	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
798	ノボラピッド30ミックスフレックスペンが処方されていたが、ノボラピッド注フレックスペンを調剤してしまい、監査もスルーし投薬時にも気が付かず交付。患者家族も外観・色などが変わったことに対して違和感はあったものの、そのまま約10日間使用していた。1か月後に患者家族より以前のものに戻ったんですね。という発言で発覚した。	処方箋に記載されている薬剤・規格・剤型をチェックを入れて数量を記載するというルールが漏れていた。また調剤者がノボラピッドに複数規格があることを知らず薬品名のみで判断し調剤を行ってしまった。	薬情に載せる薬剤の写真が今までは全体の写真で見にくかったが、ラベルの部分にフォーカスをあてて拡大し写真を変更した。変更することによって投薬時に薬情と照らし合わせたときにも同一であるかどうか確認できる。(今回で言えばノボラピッド30ミックスは白ラベルでノボラピッド注はオレンジラベルで間違いに気がつくことができる。)	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
799	ノボラピッド30ミックスペンフィルをお渡しすべきところ、ノボラピッドペンフィルをお渡ししてしまった。後日、レセコンの在庫量に差異があることを発見。すぐに患者様に連絡。幸いまだ使用しておらず、差し替えに伺った。	ノボラピッド30ミックスペンフィルを注文するところ、誤ってノボラピッドペンフィルを発注しており、納品の際も、発注ノートと商品が違っていることに気づかず冷蔵庫にしまってしまった。もともとペンフィル製剤はノボラピッド30ミックスしか扱っておらず、冷蔵庫にあるものは30ミックスだと疑わず、処方箋の内容と調剤した内容の確認をおこたって、患者様にお渡ししてしまった。	発注する際に類似名に気をつける。納品の際も発注ノートと違ってないか確認する。投薬する前にきちんと監査をする。	ノボラピッド30ミックス注 ペンフィル	ノボラピッド注 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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
800	同種同効薬の注射の取り間違え。	一人薬剤師の時間で入力・調剤・監査・投薬全てを一人で行った。50mix注は当局に2種採用あり、1種は1人しか該当無い為、頻繁に処方される方のヒューマログ注を無意識に調剤してしまった。投薬時に患者に見せてチェックしたつもりだったが、患者も容器の色が変わっただけだと思って使用してしまったようだ。	一人薬剤師の時間が発症するのはシフト上避けられないので、最終作業の投薬時には必ず患者にも薬の確認を薬情と照合して頂いてからの完結を徹底したい。	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
801	土曜日の午前に定期処方投薬。(ノボラピッド注(8-8-8)、ランタス注:20)だが※ノボラピッドのところをヒューマログ50を渡してしまった。 日曜ヒューマログ(間違い)を注射、頭痛があった為ランタスは自己判断で中止した。月曜12時にヒューマログ(間違い)を打った後、注射の違いに気づき薬局にTELあり。すぐに定期のノボラピッドとブドウ糖を持参;BS160本日担当医師不在夕方TEL;ブドウ糖のむも頭痛は改善なし。本人と相談の上;夕のノボラピッド8単位注射し、ランタスは中止した。火曜日;担当医に過誤の報告をし、その後の対応を仰いだ。低血糖症状なし。頭痛改善。	注射の種類が多く、冷蔵庫が満タン状態。ノボラピッド(オレンジ)とヒューマログ50(赤)が隣にあり取り間違い。薬局の混雑で焦りと集中不足があった。確認不足でしかない。	冷蔵庫内は色の似ているものを離し;配置換え。鑑査はGS1コードでの鑑査システム(ピッキングゴー)を導入	ノボラピッド注 フレックスペン	ヒューマログミックス50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
802	退院後処方後の初のお薬がかかりつけ医で処方されたが、調剤者、入力者、監査投薬者全員がインスリンの取り違えを行い患者の手に渡し、夕と朝直前に2回使用し自己血糖測定によりあきらかに血糖が低下したため昼分を中止していた。訪看が退院処方と異なるインスリンが手元にあることに気づきかかりつけ医に連絡、かかりつけ医より薬局に確認の連絡があった。薬局で確認したところ間違いが判明、お薬、薬情を始めた書類が間違っていた。正しいお薬を患者宅にお届けし謝罪した。夕より正しいお薬でインスリン治療再開の指示が処方医よりなされた。	2種類のインスリンのうち1種類新しいのが出ると他スタッフに言われて片方は退院前と同じものだと思い込んだ。監査時に処方箋をきちんと照らし合わせず入力と物が間違っていたのをスルーしてしまった。お薬手帳の退院時処方にインスリンの記載がなく患者さんにお薬をお渡しするときも気づくことができなかった。	インスリンのようなハイリスク医薬品は特に間違いないように意識し、処方箋との照らし合わせを徹底する。入退院や体調変化があったときはことさらに注意する。添付文書上の用法と異なる場合も注意して確認する。	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
803	R3.11にノボラビッドフレックスタッチ処方。R4.6に久しぶりに来局されたとき、ノボラビッドフレックスペンに変更されていたことに気づかず調剤。監査時に監査者が気づき、投薬前に訂正してお渡しした。	忙しくなり、慌てて処方監査をしてしまった。	処方箋をしっかりと確認し、最後まで見て指差し確認する	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
804	アスピリン錠100mg という処方であったが入力、ピッキング共にパファリン配合錠A81であった	パファリン配合錠A81の一般名称がアスピリン81mg ダイアルミネート配合錠であったため、パファリン配合錠で入力、ピッキングされてしまったと思われる	一般名処方の場合は規格や過去歴を参照に注意を払う	バイアスピリン錠100mg	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
805	バイカロン錠25mg 処方されていたが、バイロテンシン錠10mg をピッキング。監査の際気づいた。	引き出しに並べて置いたため、十分に確認せずピッキングした。	頭文字2文字まで同じ薬剤については離して置くようにした。	バイカロン錠25mg	バイロテンシン錠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
806	普段は受け付けていない病院からの処方一般名処方セフボドキシムで処方されていたが、セフカベンピボキシルと間違えてレセコン入力、調剤・鑑査でも気が付かずそのまま患者にお渡し、1日後の処方箋チェックで判明、医師に状況説明し1日後から正しい薬を服用してもらうことに	セフボドキシムは採用なく、セフカベンピボキシルだけ採用していたこともあり、セフカベンピボキシルと思い込んでしまった	似たような名前の一般名処方存在することに注意して入力、調剤、鑑査するいつもと違う病院の処方には特に注意する	バン錠100mg	セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg「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
807	バン錠100mg が処方された。後発希望とのことで、セフボドキシムプロキセチル錠100mg「サワイ」を準備しようとしたが、思い込みでセフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」をピッキングして準備した。事務員が監査システムにてチェックしたところエラーメッセージ。そこで初めて間違った薬を準備することに気が付いた。	誰も思い込みがあるので、似てる名前をしっかりと把握して見間違い、勘違いのないよう従業員全員にて共有。薬剤師1人のみで完結せず、複数人にて確認を行う。監査システムは導入した方が良いです	似てる名前をしっかりと把握して見間違い、勘違いのないよう全従業員で共有。今後も継続して監査システムは必ず使用する。	バン錠100mg	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
808	パニマイシン点眼液とパタノール点眼液を取り違えてピッキング。監査者が気付いた医薬品を訂正、確認。	どちらも薬品名が「パ」で始まる医薬品だったため取り違えたと考えられる。	医薬品名を最後まで確認して調剤を行う。	パニマイシン点眼液 0.3%	パタノール点眼液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
809	バファリンの一般名処方バイアスピリンで入力してしまい、調剤、監査、投薬全てにおいて抜けてしまった。	以前にバイアスピリンで処方されていたことでの思い込み	これまで通りの処方と思わずに、一般名処方に対して先発後発を区別して調剤するために、あらかじめお薬手帳を見て調剤などもせずに、処方せんを見て毎回しっかりと確認する	バファリン配合錠A81	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
810	ピッキング時に名称が似ていた為、間違えた。	棚が隣だった為、再確認が必要	再確認を徹底する。	バラシクロピル錠500mg「トーフ」	バクタラミン配合錠		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
811	ディオバンが先発名で処方されていたため、GE希望の患者だったので後発品で一包化調剤したが、後発品のバルサルタンでは無くテルミサルタンで調剤してしまった。入力もテルミサルタンとなっていたが、鑑査時に他の薬剤師が気づき、交付前に訂正した。	入力も誤っており、調剤前に鑑査レンジで薬品を確認した際にテルミサルタンであったためそのままピッキングし作成してしまった。	間違えやすい医薬品は、保管場所のGE名横に先発名を記載しておく。	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
812	Aクリニックの処方箋を持参された。その処方箋に記載された薬は、すべて一般名処方であった。(般)バルサルタン錠20mgと記載されていたが、店内は繁忙であったため、うっかりとテルミサルタン錠20mgをピッキングしてしまった。すべての薬が揃った時点で、再度自分自身で鑑査した時に取り間違いに気づいた。	「・・・サルタン錠」という思い込みの調剤が原因。繁忙でなく、冷静であれば、取り間違いはなかったと思われる。。	調剤棚の薬品名札の横に「類似名称あり」と注意喚起を施した。	バルサルタン錠20mg「トーフ」	テルミサルタン錠20mg「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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
813	処方箋記載一般名バルサルタン40と記載あり。バルサルタン40を入力しなければいけないところ前回DOのバルサルタン80で入力。監査時薬剤師が気づき間違いを修正。患者様に健康被害はなかった。	処方入力時薬局は他の患者様も待ってられる状況で混みあっていたため焦って入力間違いしてしまった。前回DOはバルサルタン80であり入力時にDOでひっばってきた際間違えて入力してしまった。	処方入力時規格まで指差し確認を行って入力するよう職員一同で情報共有を行った。複数規格あるものをリストアップして棚にシールを貼って注意を徹底するよう説明。事務員にも複数規格あるもののリストを渡して入力時注意を徹底するよう説明を行った。	バルサルタン錠40mg g「サンド」	バルサルタン錠80mg 「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
814	バルサルタン錠 40mg 入力のところ バルサルタン錠 80mg と入力投薬後 入力間違いに気づき患者宅に連絡「入力ミス」	同一有効成分の薬剤で規格の意確認不足による入力ミス	再度 入力状況を確認 チェックの徹底	バルサルタン錠40mg g「サンド」	バルサルタン錠80mg 「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
815	テルミサルタン錠40mgをピッキングするところバルサルタン40mgをピッキングした	規格のみ確認するのではなく、成分を確認する必要がある	テルミサルタンとバルサルタン錠の棚に注意喚起シールを貼付した	バルサルタン錠40mg g「トーフ」	テルミサルタン錠40mg 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
816	一包化内にバルサルタン錠80mg「サンド」が入るはずのところにエクア錠50mgが入っていた。	他の一包化で余ってしまったバラ錠のエクア錠をまとめて分包後にバルサルタン錠80mg「サンド」の棚にいれてしまった。	薬品を棚に戻すときに、一旦保管する戻し箱を活用するようにした。バラ錠をまとめた際に、内容が何かはつきりわかるように空シートを張り付けるようにした。	バルサルタン錠80mg g「サンド」	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
817	バルサルタン錠80mgが処方されていたところを、テルミサルタン錠80mgを調剤・投薬してしまった。投薬後に患者から連絡があり発覚。服用前に正しい薬と交換した。	患者が立て込んでおり、焦りが生じてしまった。	投薬時に処方薬と調剤した薬を照らし合わせるよう徹底する。	バルサルタン錠80mg g「トーフ」	テルミサルタン錠80mg g「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
818	ハルシオンを取り出そうとして手に取った箱がソラナックスだった。	外見(外箱)がそっくり	両方とも向精神薬なので同じ引き出しにあるのだが、なるべく離して管理することにした	ハルシオン0.25mg 錠	ソラナックス0.4mg 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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
819	ハルシオン・ソラナックス：箱からとる時、類似していて箱をあけてから気づいた。	商品箱の類似。	保管場所・仕切り等で区別し、職員に注意喚起する。	ハルシオン0.25mg錠	ソラナックス0.4mg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
820	以前からタムソリン塩酸塩錠0.2mgを長期で服用している患者の処方内容が0.1mgに変更されていたにも関わらず、対応した事務員及び薬剤師がその変更気づけず薬剤が交付されてしまった。投薬後他の薬剤師と事務員により変更されていることが確認された。	当薬局の応需している主要な医療機関の処方ではなく処方箋のフォーマットに不慣れであるということに加え、継続している治療であるという状況から薬剤の変更が行われていないという思い込み、また慢心から発生した事案であると考えられる。また、対応した事務員及び薬剤師の経験の少なさも背景要因として考えられる。	継続した治療において使用する医薬品の変更はしばしば起こりうる事案のため、再度適切に処方内容の確認、および鑑査投薬時の確認を行うよう対応したものを含むすべての者に対し指導した。	ハルナールD錠0.1mg	ハルナールD錠0.2mg		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
821	処方ではバルプロ酸Na徐放錠200mgで処方。入力の際によりバルプロ酸Na普通錠200mgで入力、調剤。処方箋原本と照らし合わせの際に発見。	名称が似ており、入力の際に誤って入力してしまった。	再度徐放錠、普通錠の存在する薬品について周知し、教育を行った。	バルプロ酸ナトリウムSR錠200mg「アメル」	バルプロ酸ナトリウム錠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
822	処方ハバルプロ酸ナトリウム200mgであったが、採用薬にバルプロ酸ナトリウムとバルプロ酸ナトリウム徐放錠と両方ありレセコンでの入力を間違えていた。調剤者もきがつかなかったが監査時に気がついた	バルプロ酸ナトリウムには普通錠と徐放Aと徐放Bとある	再度採用薬の周知と徹底	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
823	最初の3文字を入力して医薬品を選択するシステムの為、入力の段階で「でばけ」と入力したが、デバケン錠が正しいにも関わらずデバケンR錠が勝手に入力された。その後、後発品に変更したためバルプロ酸徐放錠が入力された。調剤者もそれを見落としてしまったが、薬剤監査の際にミスが発覚した。	入力した医療事務がデバケン錠とデバケンR錠の2種類があることを知らなかった。	3文字入力の際に、薬局内の採用薬が優先的に選択されるため、デバケン錠とデバケンR錠の両方を採用薬に登録した。	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徐放錠A200mg「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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
824	バルモディア錠0.1mgを調剤すべきところをルバフィン錠10mgで調剤。	近隣に耳鼻科があり、薬の知識が薄い、事務が、パの文字を見て、よく出るルバフィン錠と勘違いして、調剤。	思い込みをすて、初めの文字から規格まで、しっかりと確認。	バルモディア錠0.1mg	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
825	ヒアルロン酸Na点眼液0.1%「センジュ」を処方すべきところ、ヒアルロン酸Na0.4眼粘弾剤1%「アルコン」が処方せんに記載された状態で患者に交付された。当該薬局には在庫がない医薬品であり、また、適応症的にも当該患者には不適當であったため（白内障手術・眼内レンズ挿入術・全層角膜移植術における手術補助いずれも該当なし）、処方医に疑義照会を行った。処方医より「ヒアルロン酸Na点眼液0.1%「センジュ」を処方するつもりだったが、電子カルテの操作を誤った」旨連絡があったため、処方内容を訂正の上、正しい医薬品を調剤し交付した。	当該医療機関における、電子カルテシステムへの理解力・操作能力の不足。	在庫していない医薬品が処方された場合、適応症の確認もしっかり行う。	ヒアルロン酸Na0.4眼粘弾剤1%「アルコン」	ヒアルロン酸Na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
826	レセコン入力者に知識が少なく、規格に数種類あること知らなかった	規格複数あるものにチェック	複数企画あるものの早見表を作成	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
827	ヒアルロン酸Na点眼液0.1%「センジュ」3本の処方のうち1本にプロナック点眼液0.1%が混ざっており投薬の時点で気が付いた。	収集補助機器を用いて調剤していた。外箱は正しいものであったがその中にプロナック点眼液が入っていた。監査時もボトルの形状が似ていたため気付かずそのまま投薬に出ていた。	プロナック点眼液を在庫に戻す際に誤ったと思われる。複数人で確認して正しく在庫へ戻すべきである。	ヒアルロン酸Na点眼液0.1%「センジュ」	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
828	ヒアルロン酸ナトリウム点眼液について、当薬局に複数メーカーの品が置いてあることは理解していたが、同一メーカーで規格の異なる品が置いてある点には認識不足だった。	新人のため不慣れであるにも関わらず、それで作業が遅いのを容認しないような雰囲気があった。	新人には、何でも聞いて構わない、質問のタイミングも読まなくて構わないのでとにかくわからないことは確認してOK、という気持ちを持たせるような雰囲気にする。	ヒアルロン酸Na点眼液0.1%「科研」	ヒアルロン酸Na点眼液0.3%「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
829	ヒアルロン酸0.1%PF点眼とヒアルロン酸0.1%点眼で渡してしまい、後日患者さんから連絡がきて発覚。	混雑していて焦りからくるミス。	ダブルチェックを怠らないようにする。	ヒアルロン酸点眼0.1%PF	ヒアルロン酸点眼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
830	ヒアレインミニ点眼薬の規格が1種類しか薬局在庫がなく、その規格しか存在しないと思い込んでしまった。	ヒアレインミニ点眼薬の規格が1種類しか薬局在庫がなく、その規格しか存在しないと思い込んでしまった。	処方箋記載事項の確認の徹底思い込みの排除複数の規格があるかもしれないとの各自の認識が必要	ヒアレインミニ点眼液0.3%	ヒアレインミニ点眼液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
831	ヒアレイン点眼液0.1%を調剤するところジクアス点眼液3%を調剤。	ヒアレイン点眼液0.1%の棚にジクアス点眼液3%、ジクアス点眼液3%の棚にヒアレイン点眼液0.1%が入っていた。 前回調剤時の戻し間違い。	連絡ノートに注意喚起を書いた。	ヒアレイン点眼液0.1%	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
832	ビオスリー配合散の処方のところ、誤ってビオフェルミン配合散を調剤した。	同効薬で成分名が類似しているため、慣れもあり誤って調剤した。	基本的な処方せんの読み取り手順を徹底する。思い込みや慣れがあるということを認識して調剤にあたる。	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
833	処方受付時においては整腸剤が処方されておらず、患者配偶者より便が硬いため整腸剤の追加の依頼を受けた。疑義照会する。Rp) ビオスリー配合錠 6錠 分3毎食後 42日分 追加となったがビオフェルミン配合錠(誤薬)で当事者1人が調剤、監査、交付とやっしまい、その日の薬歴記載時に間違いであることを発覚。翌日取り換えに行きお詫びしました。既に3回分(6錠)服用済みであり。これまでは前回よりビオスリー配合錠OD服薬中。今回より普通錠へ切り替えの処方であり。	当薬局では調剤鑑査システムを導入しており、レセコンで入力したものとピックアップしたものを照合することをやっているが今回の事例においては追加のビオスリー配合錠の追加に関しては当事者一人薬剤師が調剤→鑑査→交付したが調剤鑑査システムにて照合していたことが判明し、誤薬交付となってしまった。	追加処方になると患者さんを待たせないという意識が強くなってしまい、監査システムを通さずに鑑査交付してしまうことがこれまでも追跡の結果見られた。必ず監査システムバーコードを通すことを心がけるとともに、一人で調剤→鑑査→交付することのないよう二人以上の目を通して行うことも徹底させる。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
834	当該患者には一般名処方で「酪酸菌配合錠」が処方されていた。入力「酪酸菌製剤錠」→「ミヤBM錠」で行われ、調剤もミヤBMで行われた。監査時に「配合」が抜けていることに気づかず、鑑査システムを通過したが、患者様にお渡しする前に調剤録の第三者確認が行われ、入力・調剤のミスがあることに気が付いた。正しくは「ラクトミン・乳酸菌・糖化菌配合錠」→「ビオスリー配合錠」であった。	一般名処方には厚生労働省により定められたものとそうでないものが存在する。一般名処方により加算がつくものはリストアップされ統一されているが、加算のつかないものはリストが存在せず、各レセコンメーカーごとに作成することができ、それにより同じ薬剤でも一般名が異なるという現象が起きている。今回の例では、処方元のレセコンと当薬局のレセコンで一般名が酷似した別薬剤があったために判断ミスが起こったものと推測される。	病院から出される一般名と、薬局で登録されている一般名に差異があり、統一されていない名称の可能性のあることを理解する。	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
835	継続のくすりであったこと、薬品名が似ていること、作用も似ていること、なんとなく取り違えてしまった。慣れによる思いこみ	薬品名が似ているので配置が近いところにあること。	配置をかえてみることに。ピックアップしたあと、繫忙期でも基本を忘れないでもう一度処方箋に立ち返り確認する。	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
836	【般】酪酸菌配合剤と記載された処方箋の入力において、ビオスリー配合錠を選択すべきところを誤ってミヤBM錠で入力した。調剤者はそれに従ってピックアップし、監査者が間違いに気付かず患者に薬剤を交付した。交付後に監査者が入力間違いに気づき、患者に連絡して正しい薬剤と交換した。	当薬局の処方オーダーリングシステムには、ビオスリー配合錠の一般名は処方箋に記載されていた【般】酪酸菌配合剤ではなく、【般】ラクトミン・酪酸菌・糖化菌配合剤という表記で登録されており、またミヤBM錠の一般名が【般】酪酸菌製剤であった為入力間違いが起こったものと考えられる。	処方箋に記載されている一般名とシステムに登録されている表記が異なっている薬剤について入力時に確認することを薬局内に周知する。また、調製後・監査時に一般名および調整された薬剤の名称が正しいか確認を徹底する。	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
837	ビオチンドライシロップ0.2g分2朝食後のところビオチンドライシロップ0.4g分2朝食後で渡ってしまった。処方入力はあるが、調剤時1回0.2g包で用意してしまった。調剤者・監査者ともに気づかず、患者様へお渡ししてしまった。患者様そのまま服用してしまった	分包に薬品名・用量を印字で作っていたが、用量の違いに気づかず、お渡ししてしまった。薬品は鑑査機器で間違いなかったが、用量に関しては目視確認で確認が漏れてしまった。	当局でよく出るビオチンドライシロップの規格が1回量0.1gが1回量0.2gのため余製を作っている。0.2g包で作成した場合は赤いラインを分包紙にひき。ピックアップ時、監査時わかりやすくする。	ビオチン・ドライシロップ0.1%「ホエイ」	ビオチン・ドライシロップ0.1%「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
838	ビオフェルミン配合散が処方されたが、ビオフェルミンR散を調剤した。	調剤・監査者が散剤の記録紙を確認しなかった。投薬者が記録紙を確認して今回の事例が発覚	散剤の記録紙を調剤社・監査者も当然確認する	ビオフェルミンR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
839	ビオフェルミンR錠が処方されていたが、ミヤBM錠を交付してしまった。	処方箋に一般名で耐性乳酸菌錠と書かれていたが、同一患者の前回処方時に酪酸菌製剤錠という記載でミヤBM錠が処方されていたため、同じ処方だと思い込み調剤してしまった。	一般名処方時にはより注意深く調剤する。	ビオフェルミンR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
840	入力担当の事務員が処方箋の頭文字しか読んでいなかった	普段より業務態度が不真面目な職員であり、注意指導しても改善されていなかった	上長に相談し今後は部署替えを行うなど本人の適性に沿った人員配置を行っていく	ビオフェルミン錠剤	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
841	定期薬としてのビオフェルミン錠剤の処方であったが、ビオスリー配合錠で、投薬	監査者が不慣れなため、焦りが見られたと考えられる 薬剤名が類似しているため、調剤棚からの取り違いが生じたと考えられる	混雑の状況においても、患者個々に冷静な対応ができるよう心がける 調剤者および監査者のダブルチェックを徹底する 調剤棚の場所を変更する	ビオフェルミン錠剤	ビオスリー配合錠		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
842	ビオフェルミン配合錠が処方されていたが、ビオスリー配合錠で入力した。	手入力の処方せんであったことと、繁忙時間だった為	どんなに忙しくても確認すること。	ビオフェルミン錠剤	ビオスリー配合錠		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
843	発熱外来にて(般)耐性乳酸菌錠6mg処方。事前に患者さんに併用薬を確認しに行き、併用薬を確認→なし。点滴等の処置もないこと、化学療法を受けてないことを確認。その後処方元へ疑義照会、(般)ピフィズス菌錠12mg処方の間違いと返答あり、処方変更となる。	ビオフェルミン錠を処方するつもりがビオフェルミンR錠を医師が電子カルテに入力し、処方間違いとなった。	ビオフェルミンRは抗生剤(指定有)や化学療法投与時の腸内菌異常による諸症状改善が効能効果となっており、必ず併用薬を確認してから調剤するようにする。	ビオフェルミン錠剤	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
844	12月後半に通常14日分でお渡しのかかりつけ患者への処方日数の21日分又は28日分への年末年始での日数増量処方を受付(基本的に28日分で残薬調整薬が21日分)。残薬調整対象外の28日分は前回処方14日分の時に前々回から用法・用量変更指示の降圧剤2種類であった点のみに調剤者は注意を払い、ピオスリーからピオフィェルミンへの21錠シート1枚(21日分)のピックアップミスに服薬指導対応の鑑査者が気づいて薬局内でのヒヤリハットで事なきを得た。	ピオフィェルミンとピオスリーの21錠シートと端数のない処方量であったため、1錠単位ならピオフィェルミンの方が錠剤のサイズが大きい点から容易に区別出来たはずで、処方日数変更(増量)が多い時期の急ぎすぎで初歩的なミスが発生したと思われる。	薬歴のない初回患者や他の複数の患者への対応も含めて、普段から➀処方薬剤の変更➁用法用量の変更➂処方日数の変更等に対してバーコード読み取りやレセコン機器などで警告システムを導入できない環境での業務のため、最大限複数の職員によるダブルチェックを心掛ける。	ピオフィェルミン錠剤	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
845	ピオフィェルミン処方のところピオスリーで調剤した。同日、本人からの連絡で発覚。薬局スタッフが自宅に持参して交換した。服用はしていない。	開局時間前受付で、スタッフの人数が通常薬剤師2人のところ1人で業務していた。医薬品名称が似ていることで引き起こされたヒヤリハット事例。	投薬時に薬情と見比べて監査する。	ピオフィェルミン錠剤	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
846	ピオフィェルミン配合散が処方されていたが、一般名「ラクトミン・糖化菌配合散」と処方箋記載されており、それを「ラクトミン・酪酸菌・糖化菌配合散」であるピオスリー配合散と勘違いし調剤を行った。監査者が散剤の色の違い、計量時のジャーナルの名称の違いで発見。調剤をし直し事故なくお渡しできた。	「ピオフィェルミン配合散」「ピオスリー配合散」を同じ列の薬品引き出しに並べていた。一般名処方を最後までしっかり確認しないで調剤を行った事が原因	ピオスリー配合散は現在1年以上も使用していないため、他店舗に譲渡した。更に、薬品棚に「一般名処方時成分再確認」という表記を張る事とした。	ピオフィェルミン配合散	ピオスリー配合散		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
847	前回7月に来局された時は在庫の関係で、処方箋の銘柄「サワイ」から在庫がある「日医工」に変更させて頂いていた。 お久しぶりに来局され、今回は「サワイ」があったので薬は処方箋通りの「サワイ」でお渡ししたが、入力は前回と同じ「日医工」に変更してしまった。翌朝の在庫チェックで判明しTELにて謝罪。近々再診され処方が出るので、御来局時に手帳シール貼り換え等させて頂くことになった。	レセコンが前回入力したメーカーを自動的に引っ張って来るため、今回はサワイで渡すことを知っていたが入力は日医工になっていた。	出荷調整のため複数メーカーを在庫している薬は特に、入力にも気を付ける。在庫チェックを継続する。	ビソプロロールフマル酸塩錠0.625mg「サワイ」	ビソプロロールフマル酸塩錠0.625mg「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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
848	処方箋入力の際に、ビプロロールフルマ酸塩錠2.5mg「日医工」1T分1朝食後のところを前回D Oと思いこみ、前回D O処方の2T分1朝食後で入力したため、間違えて調剤しそうになった。調剤者が気が付き訂正した事例。	処方箋入力の際、処方内容に気になる製品があったため、それに気をとられて、ビプロロールフルマ酸塩錠2.5mg「日医工」1T分1朝食後のところを前回D O処方の2T分1朝食後で入力してしまった。そのため間違えて調剤しそうになった。調剤者が気が付き訂正した事例	処方箋入力の際は、名称、ミリ数や錠数、用法用量を入力画面や調剤録でしっかりチェックする。また、監査者も再度入力をしっかりチェックする。また、減量等、間違いやすいケースについて定期的に研修会を行う。	ビプロロールフルマ酸塩錠2.5mg「日医工」	ビプロロールフルマ酸塩錠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
849	【般】フルスルチアミン50mg・B2・B6・B12配合カプセルをピタメジンカプセル50mgと判断してしまっただがレセコンが対応せず、間違いが発覚。	在庫のあるビタミンB配合剤がピタメジンで結びつけてしまった。ピタメジンは3剤配合、ピタノイリンは4剤配合と異なり、成分の確認が不十分だった。	配合数以外に、配合成分の違いで間違いも起きる可能性はあるため、成分・用量の確認を怠らないようにスタッフに周知させました。	ピタノイリンカプセル50	ピタメジン配合カプセルB50		ヒューマンエラー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	処方箋の入力監査が不十分でピタバスタチン分1朝食後が正しいが夕食後になっていたことに気づかなかった。お渡しする前の投薬時に発見。	かなり込み合っていて焦っていた。今まで夕食後だったが朝食後に変更していることに気づかず思い込みで監査でスルーしてしまった。	受付時に込み合っているときに時間をいただくなどの工夫をする。今一度入力監査のマニュアルを見直し抜けている部分等ないか確認し実践する。	ピタバスタチンCa錠1mg「サンド」	ピタバスタチンCa錠1mg「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
851	処方箋では「アタラックス錠25ミリグラム」で処方があったが、患者様本人は「アタラックスPカプセル25ミリグラム」でいつも服用していたと聞き取り、疑義によりアタラックスPカプセル25ミリグラムに変更になった。	今回は先発名で処方だったが、アタラックス錠の一般名はヒドロキシジン塩酸塩錠、アタラックスPカプセルの一般名はヒドロキシジンパモ酸塩錠で成分が異なるため、一般名処方の際は特に注意が必要。	類似成分の変更調剤は、保険薬事典を都度確認して変更可能か判断する。	ヒドロキシジンパモ酸塩錠25mg「日新」	アタラックス錠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
852	これまでビブレッソ徐放錠50mgが継続していたが、今回からビブレッソ徐放錠150mgへの増量となっていた。入力時に気が付かず前回D Oの入力がなされ、入力チェックの段階でミスに気が付いた。	150mgと50mgは似ているため、見落としやすい可能性がある。	規格が目立つように【】と使うことで分かりやすくした。	ビブレッソ徐放錠150mg	ビブレッソ徐放錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
853	ビブレッソ徐放錠50mgが処方されていた患者に対して、ビムパット錠50mgをピッキングした。鑑査システムにて発見され患者の手に渡ることはなかった。	ビムパットの方が処方頻度が高く、響きが似ているため慣れで取ってしまったと考えられる。	棚に注意書きを張る。監査の徹底。	ビブレッソ徐放錠50mg	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
854	ビブレッソ徐放錠50mgの処方に対し、ビムパット錠50mgで調剤・監査を行ってしまった。棚卸で発覚し、患者に連絡をした。患者はいつもと違うことに気付いていたが、服用してしまった。	名前が似ていて、隣り合って保管されていた為、間違えて調剤を行い、別の者の監査でも気づくことが出来なかった。	発覚後は別の場所に保管をして、明確に区別できるようにした。	ビブレッソ徐放錠50mg	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
855	薬剤師数が少ない時間帯に調剤に不慣れた薬剤師が対応。外観が似ていることを失念し、薬剤名を確認せずに似た薬剤を調剤してしまった。監査をした薬剤師が薬品名違いに気づいた。	同薬効で外観が似ているため、保管場所を離しておいていたものの、外箱の上部を切っていたため薬品名の確認がしにくかった。	上部からでも薬品名を見えるように保管するようにした。	ビマトプロスト点眼液0.03%「SEC」	プリモニジン酒石酸塩点眼液0.1%「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
856	分包調剤対応時、薬剤のそろえ間違いが発生。監査者による監査時に入れ間違いに気づき、投薬前に訂正調剤した。	薬剤の見た目も違い、それぞれ保管場所も離れているが、当薬局では両剤とも頻繁に調剤する薬剤では無く、また当事者職員は常より単語、言葉の誤認のみられる者であるためのケアレスミスと考えられる。	今回は薬剤をそろえる行為と分包する行為が同一人物であったため、なるべく薬剤を揃える人間と分包する人間は分けるようにすることとする。	ビモベンダン錠2.5mg「TE」	ビペリデン塩酸塩錠1mg「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
857	定期処方ヒューマログ注ミリオベンが処方されていたが、調剤者によって、類似名称のヒューマログ注50ミックスミリオベンが調剤されていた。患者にお渡しする前に、監査の時に監査者が間違いに気づき、再度調剤し直した。	患者が多数来局されて忙しい時間で、他剤処方されていたため、調剤者が焦って調剤してしまった。また、ヒューマログ注ミリオベンとヒューマログ注50ミリオベンは名称や色が類似しており、間違えて調剤してしまっただと考えられる。	忙しい時間帯でも落ち着いて調剤する。また、名称や色が類似している薬剤に関しては、より注意して調剤する。調剤者は調剤した後に再度、処方箋と調剤した薬剤が合っているのか十分に確認する。	ヒューマログ注ミリオベン	ヒューマログミックス50注ミリオベン		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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
858	以前はピラノアOD錠で処方されていたのが今回ピラノア普通錠に変更になった。Do入力で入力したため誤った入力 がされていた。	同じであろうという慢心と確認不足。	久しぶりでの入力時には必ずDo入力はせず、1 から入力し、処方箋と照らし合わせる。	ピラノア錠 20mg	ピラノア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
859	一般名 ヘパリン類似物質クリーム処方 において当局取り扱い、ヘパリン類似物 質油性クリームと誤解したため入力ミス が生じた薬剤師が気づき問題なく投薬	外用一般名処方、ジェネリック処方に於 いて規格名称が混同されやすい表記に なっている。	ジェネリック、一般名、特に外用は注意するよう に再度、事務薬剤師に到達し徹底	ヒルドイドクリーム 0.3%	ヘパリン類似物質油性ク リーム0.3%「日医 工」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
860	ヒルドイドソフト軟膏のところローショ ンで打ち間違い	新卒社員だったため入力が不慣れだった	ダブルチェック体制の継続	ヒルドイドソフト軟膏 0.3%	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
861	兄弟2人分のご用意で継続で使用してい る一般名処方のヒルドイドローションで 入力してしまったが、片方だけ軟膏に変 更になっており、ローションのまま投 薬。お渡しの際に軟膏になると聞いてい ると患者母親に指摘を受け、誤りが発 覚。その後正しい処方でお渡しした。	慣れと2人とも同じ内容の継続処方であ ろうとの思い込みもあり、確認を怠った。	一件ずつ、剤形、規格など、間違えやすい部分を 重点的に確認し、兄弟であっても先入観なく確認 臨むようにする。声出し、指差し確認を徹底す る。	ヒルドイドソフト軟膏 0.3%	ヒルドイドローション 0.3%		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
862	一般名で【般】ヘパリン類似物質軟膏と 処方せんに記載あり、レセコン入力時 に、ヒルドイドソフトクリームを選んで しまった。	異なる剤形があることの認識はあった が、一般名の名称が類似しているクリ ムを選んで入力してしまった。	ヒルドイドは、さまざまな剤形があることを事務 員含め薬局スタッフ間で共有し、先発品、ジェネ リック医薬品も含めた一般名と商品名を記載した 表を作成した。	ヒルドイドソフト軟膏 0.3%	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
863	普段は別の薬局でもらわれている薬を今 回、当薬局でもらわれた。 その折、「ビベスピエアロスフィア」を 出すところを薬品名および効能の類似する「ビレーズトリーエアロスフィア」をお渡しして いた。特に今回は不足薬などが重なったこともあり、種々に気が取られたことも重なり、渡し間違いがあった。当日の在庫確認の折 に渡し間違いに気づき、翌日交換。吸入薬はまだ使用しておらず、患者様への害はなかった。	名前も類似、また同じ吸入薬とのことで 同じ棚にしまっていたことがリスクにつ ながったと考えられる。	棚版を話す、また薬歴サマリーに赤字印字で記載 するなどして注意喚起	ビレーズトリーエアロス フィア120吸入	ビベスピエアロスフィア 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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
864	ファモチジンD錠10mg 分2 30日分、アトルバスタチン錠5mg 分1 30日分処方。事務員が調剤し鑑査へ。薬剤師が鑑査時にファモチジン錠60錠中に20錠アトルバスタチン錠がまともられていることに気付く。本来のアトルバスタチン錠は別に30錠調剤されていた。取り揃えの中で2剤が合わせられてしまった。調剤鑑査システムでは後ろにつけたファモチジン錠のバーコードを読み取っており、鑑査時に表面のデザインが薬袋写真と若干異なる(外観はかなり似ている)ことに気付き判明。	アトルバスタチン錠を先に調剤した際に日数分以外を棚に戻さずに次のファモチジン錠取り揃えを行ってしまったと思われる。一つひとつ調剤を終わらせること、箱を戻す際に指差し声出しをしていなかった。鑑査者は輪ゴムを外し一枚いちまいを確認しておらず、まとまった薬剤の裏側と表側しか確認していなかった。	調剤者は調剤を処方せん記載の処方薬1つずつ完結させ、途中で次の薬の調剤に入らないようにする。調剤時や薬を戻すときの指差し声出し確認を徹底する。鑑査者は鑑査時輪ゴムでまとめてある薬のシートを1枚ずつ確認する。	ファモチジンD錠10mg「サワイ」	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
865	11月26日に、全自動分包機のファモチジンOD錠20mg「オーハラ」のカセットにドネベジルOD錠5mg「オーハラ」が混入している事が別の患者の薬を鑑査した際に発覚した。充填履歴からその状態で調剤をした可能性のある患者をチェックした所、この患者が該当したため連絡し、謝罪および薬を回収・交換対応した。回収した薬をチェックした所、137包中(分2朝夕70日分で140包調剤、朝3包はすでに服用済みだった)7包にドネベジルが混入していた事が発覚した。患者に体調の変化は無いかわったところ、22日の朝食後分を服用後昼の12時くらいに嘔吐があったとの事。 普段は吐き気など無い事から、ドネベジルを誤って服用してしまい吐き気が出た可能性も否定できない事を説明した。その後体調変化あるようなら緊急電話に連絡してもらうよう案内、後日28日もフォローアップを行ったところ、28日明け方に頭痛があったが、吐き気などは26日以降特にないと。ドネベジルの体内消失半減期が60時間である事から、もし服用してしまっていたらまだ体に成分が残っている可能性はあるが、他にも頭痛の副作用がある薬を服用しているため、ドネベジルとの関連性までは判断できない事を説明した。	普段全自動分包機のカセットへの充填は、PTPシートやボトルのバーコードを読み込ませて充填している。この時は他の患者で一度分包したが、処方変更等でバラしておいたものを充填に使用した可能性が高い。その際はバーコードが無いので、充填者は別の人間に目視でダブルチェックしてもらうルールにしていたが、忙しい時間帯でそれがおろそかになっていた可能性が考えられる。また、ファモチジンとドネベジルの錠剤への印字が同じ白地に赤文字で、大きさもほぼ同じであり、140包中の数包にのみ入っていたという状況から鑑査時よりすり抜けてしまった可能性が高い。	今回のようにバーコードの無い薬を充填する際は、必ず別の人間にダブルチェックをしてもらうというルールを再徹底した。また、可能であればバラしてある薬と一緒にバーコードが印字されているPTPシートの一部をセットで保管しておくようにした。	ファモチジンOD錠20mg「オーハラ」	ドネベジル塩酸塩OD錠5mg「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
866	ファモチジン錠10mgのところ、ラフチジン錠10mgで入力。投薬時に気づき、入力訂正。	前回処方薬がラフチジン10mgだった為、前回と同じものと思い込んで入力してしまった。	入力時や監査時の処方箋確認の徹底。	ファモチジン錠10mg「トーワ」	ラフチジン錠10mg「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
867	監査済みの薬が患者がまだ来ていないということで保管場所に置かれていた。患者が来局して他の薬剤師が薬を渡そうと説明をしているときに、ファロムが今回追加となっており、それを見せて説明しようとして薬袋から出したときに、ファムビル錠が入っていた。また処方箋ではファロムが1日1回朝食後1錠で出ており、通常の使用方法ではないのに、疑義照会もされておらず、その場で疑義照会を行い、高齢、腎機能低下によりこの通りでよいことを医師に確認した。	忙しい時間帯であったが、ビックキングされたファムビル錠をそのまま名前が似ているということで、監査薬剤師は全く気付いていなかった。慣れによる怠慢である。	薬袋に入れたまま渡すことが多いが、変更や追加された薬は投薬時に再度薬袋から出して患者に説明をすることを徹底するように言い合わせた。	ファロム錠200mg	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
868	フェキソフェナジン錠60mgと、レボフロキサシン錠500mgが処方箋に記載されており、レボフロキサシン錠500mgをビックキングしながらレボセチリジン錠5mgをビックキングしてしまい、抗アレルギー薬を無意識に全然違うものを調剤してしまった。その後、監査者より間違いが発見された。	レボで始まる似た名前のお薬を、つられてビックキングしてしまっていた。	調剤し終わった後に、改めて、処方箋に目を通すこと。	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「YD」	レボセチリジン塩酸塩錠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
869	6種類を一化化する処方方で、フェブキソスタット錠10mgをフェキソフェナジン錠60mgと見誤り、調剤。当薬局ではフェブキソスタット錠10mgは錠剤分包機のカセットにセットしている。調整者はフェキソフェナジン60mgと見て手巻きて調剤。監査者が、一包の薬品数が多く、処方になくフェキソフェナジン60mgが混入していることを発見、調整者がフェブキソスタット錠と見誤っていることが分かった。フェキソフェナジン60mgを抜いて作り直し、患者には正しい内容が渡っている。	よく調剤を受ける病院のフェブリク錠の採用が最近後発品のフェブキソスタット錠に変更になった。フェキソフェナジン錠60mgはそれ以前から取り扱っており、こちらの方が慣れ親しんでいたため、最初の3~4文字でフェキソフェナジン60mgと思い込んでしまった。2つの錠剤はmg数もメーカーの屋号も異なるので、最後まで名前を確かめれば間違えなかったと思われる。	間違いが起こってからこの2種類の名称類似に気付いたので、薬局内でこの情報を共有し、注意喚起した。処方の名称を最後までしっかり見ることの徹底を再確認した。	フェブキソスタット錠10mg「DSEP」	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
870	フェブキソスタット錠10mgを手にとったつもりがファモチジンOD錠10mgで調剤していた。	フェブキソスタット錠10mgとファモチジンOD錠10mgの棚が上下にあり薬剤の取り違えをしてしまった。	棚の位置を離して、調剤をするときは思い込みをしないよう細心の注意をして確認を怠らないようにする。	フェブキソスタット錠10mg「DSEP」	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
871	規格違いの薬剤を調剤して監査システムできずいた。	複数規格あるため判断を間違えた。	監査システムを理解する。	フェブキソスタット錠10mg「ケミファ」	フェブキソスタット錠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
872	一般名処方でフェブキソスタット10mg 1錠 14日分処方調剤した事務員が、フェキソフェナジン錠60mg「SANIK」14錠をピックアップした。鑑査時に薬剤師が薬剤の異なりに気づき発覚。正しい薬剤を調剤し直した。	慣れによる慢心。頭文字から思い込みでの調剤を行った。	mg数までしっかり読むように指導した。	フェブキソスタット錠10mg「サワイ」	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
873	フェブキソスタット20mg処方のところ、ファモチジン20mgを調剤し一包化して20日分を9/9にお渡し。9/27に入院となり、入院先の薬剤師が残薬2日分を鑑別したときに間違いを見つけ、当薬局に連絡があり発覚。病院薬剤師の方から主治医・ご本人に事の報告をしていただいた。	今回の処方で3剤ほど処方変更があり、その内容をしっかり把握できておらず、以前服用していたファモチジンをそのまま調剤してしまった。確認不足が一番の原因。	処方変更があった場合には、処方箋コピーなどに変更内容を記載し、調剤者・監査者ともに変更点の確認が確実にできるようにする。	フェブキソスタット錠20mg「DSEP」	ファモチジン錠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
874	フェブキソスタット20mgが処方されていたがフェキソフェナジン60mgを用意しており、投薬時に患者ご本人が薬が違うと気づかれ、正しいフェブキソスタットを取り直した。	名前が似ていたため間違えたと思われる。	処方箋の薬の名前をしっかりと確認し調剤する。	フェブキソスタット錠20mg「DSEP」	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「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
875	フェブキソスタット錠20mg「トーワ」が処方。焦り、思い込みで隣のフェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「トーワ」を棚よりピックアップ。鑑査時に他の薬剤師が間違いであることを確認。再調剤、再監査にて投薬。	普段より外来患者数が多く焦り、思い込みでピックアップミス。	今回事例の情報共有。薬品棚の配置の変更、「類似名称あり」などのシール貼付。	フェブキソスタット錠20mg「トーワ」	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
876	フェブリク錠20mgを60錠で調剤するところ、フェブキソスタット錠20mg「DSEP」が20錠紛れていた。監査時に紛れていることに気づく。	在庫に関しては、同じ引き出しに入れており、新箱を開封の際に、フェブキソスタット錠を選んではまったとのこと。	ピッキングエラーシステムを導入しており、開封の際には必ずチェックをかけるように徹底した。	フェブリク錠 20mg	フェブキソスタット錠 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
877	一般名：フェルピナクスチック軟膏 40gで処方スチックゼノールで入力し調剤、監査時にミスが判明した	一般名処方であったが、スチックゼノールと勘違いした	一般名処方において、一般名入力を行う	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
878	フェログラの入った一包化作成時に、通常なら作成する前に他者に鑑査してもらってから作成するが、自己判断でこの時だけ鑑査してもらわず一包化作成し鑑査者に渡した	一包化作成前に一度他者に確認してもらってから作成し始める	一包化で機械で自動的に判断してもらえる部分以外は、必ずチェックしてもらうようにする	フェロ・グラデュメット錠 10.5mg	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
879	処方箋付属のQRコードと薬局医薬品の紐づけのミス。フォシーガ10mgのオーダーを間違えて5mgと紐づけしたため、監査システムや薬歴、薬袋などには誤りである5mgが表示された。処方箋に基づく調剤をした薬剤師が、監査システムを通す際に、エラーが上がり発覚。	新規開局後、間もない頃。紐づけ作業をした事務員は未経験の新人。紐づけ作業は、事務員と薬剤師2人で確認することになっていた。しかし忙しかったため、遠慮して薬剤師に声をかけず一人で行った。	作業手順の確認。監査システムやオーダー用紙などに頼らず、必ず処方箋原本に基づいて調剤を行う。	フォシーガ錠 10mg	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
880	一般名処方でジヒドロコデイン・d l メチルエフェドリン等配合シロップと記載されている処方箋を受理レセコンにはこの一般名はなく、類似したジヒドロコデイン・エフェドリン配合シロップの一般名薬剤があったため誤ってそちらで入力鑑査時点で気づき、正しいものお渡し	フスコデシロップの一般名は「鎮咳配合剤シロップ」の為知らないという入力出来ない	情報共有レセコンに問い合わせたが、マスタ通りなので変更は出来ないと返答	フ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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
881	フスコデ配合錠 9錠分3毎食後の処方あり。病院で使用するのが通常カフコデ配合錠であり、カフコデ配合錠と思い込み用量の件で疑義照会時に処方フスコデ配合錠だと気が付きました。	医師が通常使用する薬剤かと思い込みが原因と思われます。	入力者・調剤者・交付者が、しっかり処方箋を協力して確認する。	フスコデ配合錠	カフコデN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
882	処方内容とは異なる用量で入力した事で、その後のpicking、調剤、一包化が異なった用量の薬剤で行ってしまった。2日程、用量の異なる薬を服用することになった。その後は調剤をし直して、誤った用量の薬剤と交換した。	事務員、調剤者、監査者全てのこの処方に関与する者が、処方箋ではなく、調剤録を確認しながらの調剤を行ってしまった。その後は調剤をし直して、誤った用量の薬剤と交換した。	処方箋を見て調剤、picking、分包を行うこと。基本に立ち返る。また、調剤監査時、picking時には、処方箋と照らし合わせた事が示せる提示書を記載すること。→全ての関連者に情報共有する。	ブラバスタチンNa錠5mg「NS」	ブラバスタチン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
883	アトルバスタチンを服用中の患者さん。手持ちが残っていたため処方2か月止まっていた。処方再開となったがブラバスタチンの処方となっていたため問い合わせ。ブラバスタチン5mg削除、アトルバスタチン5mgへ処方変更となった。	久しぶりの処方となったため、名称が似ていたため同じ5mgの薬剤の選択を間違えたと考えられる。	薬歴、お薬手帳の確認。患者様とのコミュニケーション。	ブラバスタチンNa錠5mg「サワイ」	アトルバスタチン錠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
884	病院より初めてブラバスタチン処方。プレミネントがなくなっていたが、検査数値からの変更として調剤時は判断。投薬時確認した結、変更とは聞いていないと判明。病院に問い合わせた結果、レセコン変更時に事務入力の際に同じ薬かと思っていたと判明。	近くの病院のレセコン変更により規格や用法などの間違いが処方上多く見られていたため、急な変更の場合で名称類似の場合は患者様にその時点で確認するべきであった。	近くの病院の背景も考慮して、患者様との内容のすり合わせをしっかりと行っていく。	ブラバスタチンNa錠5mg「テバ」	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
885	フラボキサートで調剤するところ一部塩化カリウムが混在して一包化調剤してお渡し。ポリベク目的で入院されて、入院先の薬剤師が持参薬を確認したところ判明し、改修して作り変えてお渡しする。	一包化調剤の為、おおよそ前回の処方をヒートで準備していたが、今回より塩化カリウムを取り除くところヒートの外装が似ていたフラボキサートを混在して取り出し、そのまま一包化を実施。監査時も気づかずに投薬するが、服用前に入院先の薬剤師の確認で発見される	一包化するときは必ず前回との処方比較を実施するようにした	フラボキサート塩酸塩錠200mg「サワイ」	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
886	ブラミベキソール0.125mgをグリメピリド1mgで調剤	外見が似ている為	棚を離して管理する	ブラミベキソール塩酸塩0D錠0.125mg「トーワ」	グリメピリド錠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
887	名称に続く記号の読み落とし	十分な確認の不備	記号にも意味があることへの理解の周知と事例の共有	フリウェル配合錠LD「サワイ」	フリウェル配合錠ULD「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
888	フリウェルULD「あすか」で調剤しなければならぬところ、フリウェルLD「あすか」で調剤し、鑑査、投薬してしまった。	誤って調剤し、処方せんの入力データと調剤した薬剤のバーコードを読み取る鑑査システムでエラーが出ているにも関わらず、鑑査者は誤ってそのまま鑑査を終了し投薬者へ渡した。投薬者も確認が不十分でそのまま誤ったフリウェルLDを患者様にお渡ししてしまった。患者様は15錠服用した段階で気が付き発覚。	フリウェルULD、フリウェルLDの箱に他の規格がある旨の注意喚起の札を付す。調剤から投薬まで、メーカーが作成している患者様用の服薬支援シートに入れずに薬剤シートをむき出しにして調剤する。鑑査システムでエラーが出てそのままお渡しする場合、鑑査者はエラー内容を記録する。	フリウェル配合錠ULD「あすか」	フリウェル配合錠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
889	一般名処方 事務員入力時 フリウェルLD、ULD 変換ミス 薬も間違えて取られていたが、薬剤師の監査中に気づいて正しいものに変更した。	事務員の知識不足、レセコンにも慣れていなかったため確認せずに間違っただけで入力お薬手帳では前回LDでもらっていたため、ULDに変更になっている事にも気づきにくい状況だった。	フリウェルの規格違いがあることを全スタッフに共有。入力変更の際の規格変更する際は確認してから入力するよう伝えた。	フリウェル配合錠ULD「モチダ」	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
890	ブリモニジン⇔プリンゾラミドという名称類似によるピッキングミス。	名称類似によるピッキングミス。	調剤過誤防止ハンディターミナル使用の徹底、入力チェック強化、類似品の棚配置の改善	ブリモニジン酒石酸塩点眼液0.1%「わかもと」	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
891	一般名処方でのプリンゾラミド懸濁性点眼液1%をブリモニジン酒石酸点眼液で誤って調剤。投薬時に患者様との確認で発見した。	一般名が似ていること、用法が1日2回で同じであること、どちらも緑内障治療薬であることによる思い込みで取り間違えたと考えられる。	薬剤名は思い込みでなく最後まで確認すること。薬剤の色などは違うので、薬情の写真での確認や患者様との確認もしっかり行う。	プリンゾラミド懸濁性点眼液1%「サンド」	ブリモニジン酒石酸塩点眼液0.1%「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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
892	フルイトランをピッキングするところでフルニトラゼバムを出してしまった。監査時に他薬剤師が気付き交換した。	フルイトランはめったに出ない医薬品なので頭文字だけで思い込みをしてしまった。後発品が増えるに従い似たような名前が多くなってきた。	監査の徹底。処方せんのコピーの薬品名に○をつけながら比べる。規格、用法までみて調剤に当たる。	フルイトラン錠2mg	フルニトラゼバム錠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
893	前回までフルオロメトロン点眼液が0.1%だったが今回から0.02%へ変更となった入力者が気付かずレセコンへ前回と同じと判断し前回処方取り込み調剤者、監査機の画面を見て調剤。投薬者、処方箋の確認を怠りそのままわたってしまった使用前に気付き交換	処方入力時の確認不足処方箋のチェックが漏れてしまった	入力時は品名だけでなく規格まで確認した上での入力を徹底する投薬前には処方箋と入力されたものを必ず確認する	フルオロメトロン点眼液0.02%「センジュ」	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
894	フルオロメトロン0.02%で処方されていたがフルオロメトロン0.1%で入力されていた。	普段は0.1%が多く処方されているため思い込みの可能性あり。また旧名称で処方箋に記載されていたため慌てた様子	入力後、再度確認を行う。汎用性が高い医薬品は旧名称などもスタッフ内で共有する。	フルオロメトロン点眼液0.02%「センジュ」	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
895	フルオロメトロン0.02%が処方されましたがフルオロメトロン0.1%で入力されていました。お渡しした薬に間違いはありませんでしたが入力が高かったためお渡しした薬情シール薬袋が違うものでいってしまいました。	どちらの%もよく出る薬で忙しいこともあった為急いで入力してしまいました	入力が終わったらもう一人の事務が印刷物と処方を入力を確認してから投薬する薬剤師が最終確認するという少なくとも3人で入力を確認するよう努めていきます	フルオロメトロン点眼液0.02%「センジュ」	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
896	0.1%処方だったが、0.02%で入力し、投薬した。	閉院した眼科から転院して初回であり、処方薬の濃度に変更はないと思い込んでいた。	同じ科で他院受診の際は薬品名、用法用量をしっかり確認する。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
897	フルメトロン点眼液0.1%が処方されていた。当薬局で採用している後発品はフルオロメトロン点眼液0.1%「センジュ」である。薬剤師Aが誤ってヒアルロン酸点眼液0.1%「センジュ」をピッキング。鑑査時に薬剤師Bがピッキングミスを見発見。処方薬の後発品であるフルオロメトロン点眼液0.1%「センジュ」を再度ピッキングし直し、正しい薬を患者様に交付した。	五十音順で薬を配置させており、フルオロメトロン点眼液0.1%「センジュ」のすぐ近くの引き出しにヒアルロン酸点眼液0.1%「センジュ」が位置している。作業の慣れもあり、感覚的にピッキングしてしまった結果取り違えてしまった。	五十音順で並べていた配置を変えて、二つの薬の距離を離れた。	フルオロメトロン点眼液0.1%「センジュ」	ヒアルロン酸Na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
898	投薬後しばらくして患者より全く違う薬を渡されていると電話があった。確認したところプルゼニド錠12mg 120錠をお渡しするうち100錠をバルモディア錠0.1mgでお渡ししている事が発覚した。	100錠包装を棚に戻す際にダブルチェックはしていたが、誤ってプルゼニドの棚に戻してしまい、それを気づかずに調剤し監査し投薬した。	ダブルチェックの際必ず読み上げ文字を確認し戻す。監査時100錠包装をそのまま渡す際は印字を確認しお渡しする。確認できないものは包装を開け確認する。	プルゼニド錠12mg	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
899	フルタイド100ディスクスが処方されていたのに、隣にあるアドエア100ディスクスを調剤、そのままお渡ししてしまった。	思い込みでの、調剤により監査も完全ではなかったため、そのまま間違ったものがお渡しされてしまった。その後、発注勧告表示と在庫数が異なるために発覚。薬を差し替えに伺いました。	ダブルチェックをする。名称の確認、薬情と照らし合わせて監査を行う。	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
900	フルタイド200ディスクスを2キットピッキングするべきところをフルタイド200ディスクスを1キット、セレベント50ディスクスを1キットピッキング。交付前に他の薬剤師が監査中に発覚。	フルタイドとセレベントが外観類似しており、同じ引き出しの同じ仕切りのなかに混じって入れてあった。焦りもあり、同じ仕切りにはフルタイドしか入っていないと思い込み、セレベントを間違えてピッキング。	ピッキング時に監査システムを使用しているが、今回のようにスルーしてしまう事例もあるので、ピッキング、監査は別々の薬剤師が行う。	フルタイド200ディスクス	セレベント50ディスクス		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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
901	フルニトラゼパム1mg錠分1 28日お渡しのところ、プロマゼパム2mg錠 28日分でお渡し。患者が1錠服用にて、寝れなくてイライラすると思いついた。来局にて症状確認→副作用やその他症状なし 正しい薬のお渡しと病院へ謝罪	・焦り・手順の不順守	・あせらない・2度鑑査を徹底・もう一度手順の確認と読み合わせ・事例を薬局全体で共有 対策をみんなで考えた	フルニトラゼパム錠1mg「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
902	当該患者は体調不良につき近隣の病院にて入院加療されていたが、回復につき退院し当薬局の門前クリニックを受診。退院処方方を継続する事となった。その際、処方せんにフルニトラゼパム錠2mgと入力されるべき所がフルトラゼパム錠2mgと入力されたままで当薬局に持ち込まれた。調製者が普段処方される事のないレスタス錠が処方されている事を疑問に思い疑義照会を実施。入力ミスである事により、処方医よりフルニトラゼパム錠で調製するようにとの指示にて事なきを得た。	恐らく院内のレセコンの予測変換の機能において、「フル」と入力された時にフルトラゼパム錠が先頭に来るのが原因と考えられる。	普段処方される事の少ない薬剤が処方された時には、個人でその正誤を判断せず周りの者にも意見を聴取する必要があると思われる。同時に調製する事の多い薬剤でも処方上疑問が生じた時には同様の対応を行う事が必然である。	フルニトラゼパム錠2mg「アメル」	レスタス錠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
903	フルバスタチン錠10mgが処方されていたところ、プラバスタチン錠10mg「サワイ」を誤って調剤。鑑査時に誤りが発覚したため、患者への影響はなし。	目ではフルバスタチンと認識していたが、普段から出る薬剤ではなかった。比較的普段から処方されるプラバスタチンの棚から感覚で取ってしまった。	鑑査に回す前に調剤した薬剤に間違いがないか確認を徹底する。	フルバスタチン錠10mg「サワイ」	プラバスタチンNa錠10mg「サワイ」		ヒューマンエラー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	普段より、一般名でフルバスタチン10が処方されていたが、間違えてプラバスタチン10を調剤。投薬時の監査でも見逃してしまい、そのまま投薬。	名称類似による確認不足	調剤時、投薬時の監査の徹底。従業員への情報共有	フルバスタチン錠10mg「三和」	プラバスタチンNa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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
905	処方入力誤り正) [般] フレカイニド酢酸塩錠50mg誤) [般]ビルシカイニド塩酸塩カプセル50mg	前回Do ([般]ビルシカイニド塩酸塩カプセル50mg) と思い込み処方入力した。	入力時の最終チェックの徹底。	フレカイニド酢酸塩錠 50mg 「VTRS」	ビルシカイニド塩酸塩カプセル50mg 「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
906	ブレガバリン25mgのところ、75mgと誤って集薬されており、監査もスルーして投薬時に気がついた	ルールが守れていないのが要因	忙しいときでもルールを守って調剤できる工夫がある	ブレガバリンOD錠25mg 「JG」	ブレガバリンOD錠75mg 「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
907	ブレガバリンOD錠75mg 「KMP」が126錠処方されていたが、126錠中の100錠(アルミピロー未開封)を間違えてボグリボースOD錠0.2mg 「サワイ」100錠(アルミピロー未開封)で調製して患者に交付。正しい26錠服用後、アルミピローを開封した患者から連絡があり薬剤の取り違いが発覚。	ブレガバリンOD錠75mg 「KMP」とボグリボースOD錠0.2mg 「サワイ」のアルミピローの外観が類似しており、薬品棚が上下の位置にあった。調剤監査支援システムのバーコード読み取りは正しい26錠の方を通していたため防げなかった。	外観が類似している2品目の棚の位置を変更した。外観が類似しているアルミピローがある場合、棚に医薬品を収める際にアルミピローを開封した状態で収めるようにした。	ブレガバリンOD錠75mg 「KMP」	ボグリボース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
908	ブレガバリンOD錠75mgファイザーの保管場所該当の棚から取り出して調剤し、終了時ピッキングにて確認したところ、リリカOD錠75mgが混入していることが判明。交付前に取替え、在庫数確認して、他に誤調剤していないことを確認した。	当日の朝慌ただしく、リリカOD錠75mg 100錠1箱とブレガバリンOD錠75mgファイザー100錠が1箱納品された。2箱ともブレガバリンOD錠75mg と思ひ込み、ブレガバリンOD錠の棚にしまい込んでいたことが原因であった。	外箱が薬剤名以外はデザイン色調そっくりであるため、収納調剤時に十分な注意確認が必要。ブレガバリンの納入単位を100錠入りから、500錠入りに変更を検討中。	ブレガバリン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
909	定期薬でブレドニゾン錠1mgが処方されている患者に、ブレドニン錠5mgが処方されていた。疑義照会したところ、ブレドニゾン錠1mgが正しかった	処方箋発行元の入力誤り	薬剤変更がある場合は、患者からの情報収集を確実に行う	ブレドニゾン錠1mg (旭化成)	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
910	処方内容をコピーした際にプレドニゾロン1mgからプレドニン5mgへの変更を見落としてしまった。	処方変更ないとの思い込み	丁寧に確認する	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
911	時々受け付ける距離の離れた産婦人科の院外処方せんを応需した。一般名で、ヒドロコルチゾン・フラジオマイシン等配合軟膏 20gと記載されていた。患者から在庫があるかと確認され、レセコンの医薬品検索機能で「フラジオマイシン」をキーワードに医薬品を検索。強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏を示す一般名だと誤認し、患者へ在庫がありすぐに調剤できると伝えた。しかし処方箋をよく確認すると、1回1個と記載があり、妊婦さんへの処方であることも考え、痔の薬のように考えられ、薬を間違えたのではと再度レセコンの検索結果を見直した。プロクトセディル軟膏を示している一般名だと分かった。プロクトセディル軟膏の在庫が無く、患者へ一般名の勘違いで、在庫のない薬剤で取り寄せが必要になる旨伝え、後日薬局して頂くこととなった。	「ヒドロコルチゾン・フラジオマイシン等配合軟膏」と「ヒドロコルチゾン酢酸エステル・フラジオマイシン配合剤軟膏」を誤認した。	QRコード付き処方せんでは、読み取った情報を基に医薬品を特定することにする。	プロクトセディル軟膏	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏		ヒューマンエラー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	一包化の監査に関して、正しい処方内容はフロセミド 10 mg ニプロだが、誤ってブラバスタチン N A 10mg サワイが一包化されていた。調剤者の薬剤師は調剤後の自己監査で見落としており、その後の監査者が間違いに気が付いた。	調剤時は混雑しており、外来業務に加え、在宅での処方箋も同時に応需したため注意力が低下し、精神的な焦りがあった。一調剤が完了するまでは他の業務はしない規則だが当時は調剤を中断し外来業務フォローに回っていた。	混雑時に係わらず規則、手順書の徹底を行う事。管理者は人数不足も原因にあるとし開設者へ増員を要請を行った。また慣れや焦りなどでも落ち着いて業務が遂行できるように研修を行う事を計画に付け加えた。	フロセミド錠 10 mg 「NP」	ブラバスタチン Na 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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
913	ブルゼニド錠を処方のところフロセミドで入力	事務社員の経験不足、注意力散漫	鉛筆で再度チェックを入れる	フロセミド錠 20mg 「N P」	ブルゼニド錠		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
914	普段からフロセミド錠10mg1錠1×を飲んでいる患者様。今回よりフロセミド錠20mgへ増量となったが、気づかずに前回Doで処方入力してしまった。監査時に薬剤師が気づき発覚した。	3組ほど待ちが発生しており、繁忙な状態であった。前回DOだと思い込んでしまった。処方入力後の確認を怠ってしまった。	繁忙時は待ち時間を患者様にお伝えして、時間に余裕を持たせる。Do処方時は本当に変更がないか処方箋原本と見比べて、指差し確認を徹底する。	フロセミド錠 20mg 「武田テバ」	フロセミド錠 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
915	当該診療所では、当月より電子カルテシステムを本格稼働させていた。処方せん入力は処方医が行い、最終チェックは事務員が行っていた。プロチゾラム「ヨントミ」を入力すべきところ、「フロチ」で薬品検索をかけてヒットした「プロチアデン」で処方確定し、事務員による最終チェックも、規格が25mgと、プロチゾラム0.25mgと酷似していたため入力ミスを見抜けず、そのまま処方せんが発行された。処方せんを応需した薬剤師が、プロチアデンは薬局に在庫がなく、また、当該診療所からは初めて処方される薬剤だったため違和感を覚え、患者に確認。処方を希望していたものがプロチゾラムであったことが判明したため、当該診療所に疑義照会し、処方が訂正された。	当該診療所の電子カルテシステムの未習熟。	調剤前に、名称類似医薬品への注意を徹底する。複数の薬剤師で内容を確認し、必要に応じて患者（もしくは家族等関係者）に実物をご覧に入れながら確認を行う。	プロチアデン錠 25	プロチゾラム錠 0.25mg 「ヨントミ」		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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
916	初めて来局された患者様で、一般名でプロチゾラム口腔内崩壊錠0.25mgの処方があり、プロチゾラムOD錠にて入力。当該薬局ではプロチゾラム錠0.25mgのみ在庫していたため、プロチゾラム錠にてお渡しした。入力ミスに気付かず、そのままお渡ししてしまった。	入力と処方箋、薬剤の3つの照合確認が不足していた	入力、処方箋、薬剤の照合を2重3重に実施しミスを防ぐ	プロチゾラムOD錠 0.25mg「サワイ」	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
917	プロチゾラム(0.25)「サワイ」14錠調剤時、5錠×2枚・2錠×2枚でピッキングしたところ、5錠の1枚がトレドミン(50)になっていた。それを鑑査時に事務員が気付き発覚。ヒートの表色が似ていたのを取り間違えた。(以前、薬を戻す際に戻し間違えていたよう)	以前、トレドミンとプロチゾラムが処方された患者様があり、取り過ぎた薬を戻す際、ヒートの色が似ていたため良く確認ができておらず、間違えて戻したと考えられる。	一度取り出して、薬を戻す際は一人で行うと思いつ込みなどで、間違いが起こりやすいので、必ず他のスタッフと確認しながら戻す。	プロチゾラムOD錠 0.25mg「サワイ」	トレドミン錠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
918	2022年3月までエチゾラム錠0.5mgが処方されていた。2022年4月よりプロチゾラム錠0.25mgへ処方変更となっていたが、エチゾラム錠0.25mg(デバス錠0.25mg)を調剤していた。2022年8月来局時、レセコン入力の際エチゾラム→プロチゾラムへ変更になったか患者本人に確認したところ前と変わらないとのことから入力のミス、調剤ミスが発覚した。	薬以外のこともよく話す方であり、投薬時も一方的に話しかけてくることも多々ある。繁忙時には窓口や薬剤師を独占してしゃべり続けるので対応に苦慮することもある。患者本人と投薬時は錠数、薬剤、用法を繰り返し確認はしていたが、毎月Dの処方であったため確認ミスになってしまった。一般名処方であったこと、エチゾラム0.5mgから減量処方であるとの思い込みからミスが発生してしまったと思われる	処方箋と入力、薬剤と再度確認、複数人で監査を徹底する。患者の症状、受診時の話等の聞き取りをして、矛盾する点がある場合は再度処方箋と調剤薬剤を見直すよう改善してまいります	プロチゾラム錠0.25mg「EMEC」	デバス錠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
919	先発名レンドルミン錠0.25mgが処方されていたが、成分名勘違い、同一規格のため間違えて調剤。監査前の機械での確認により他薬を調剤していたことがわかり、正しいプロチゾラム錠0.25mgを調剤し直した。	慣れにより成分名の確認を怠ってしまったことが原因となっている。	先発薬品名がわかるように引き出しに記載する	プロチゾラム錠0.25mg「テバ」	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
920	プロトピック軟膏の棚にタクロリムス軟膏がまぎれていた。調剤者が気付いて調べたところ2本まぎれていた。	ピッキング間違いで棚に戻すときに間違えて戻した。	ピッキング間違いの薬はゼロ子を使うかダブルチェックを行う。	プロトピック軟膏0.1%	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
921	調剤日の翌日の朝、母親からの電話にて発覚。まだ服用していなかったため、急いで交換に行きました。	統合失調症の薬で同じ4ミリの規格だったため、慣れと不注意が原因。	慣れが生じないために再度、調剤監査を徹底する。	プロナセリン錠4mg「DSPB」	ベロスピロン塩酸塩錠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
922	プロマゼパム処方のところプロチゾラムでピッキングしてしまいましたが、他の薬剤師が、発見してもらいました。	薬の棚も両薬剤が近いこともあり、薬品名が似てるものは注意が必要です。	監査を何重にもし、薬品の棚の置き方を考慮する。	プロマゼパム錠5mg「サンド」	プロチゾラム錠0.25mg「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
923	ブロムフェナク点眼をお渡しする所、ジクロード点眼液で調剤	調剤者の疲労(ジクロード「ジクロフェナク」で処方と思い込み)	調整機器の使用(ポリムス)	ブロムフェナクNa点眼液0.1%「日点」	ジクロード点眼液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
924	一般名処方セフボキシムポロキセチルドライシロップ5%で処方されており、当処方医はよくセフカペンピボキシル塩酸塩水和物を処方されるため、勘違いをした。	混雑していたこともあり、確認がおろそかだった。また、1年未満の薬剤師で経験不足が否めない。思い込みによる。	監査システムにより間違いを警告出来たため、投与前にインシデントに気付くことが出来た。	フロモックス小児用細粒100mg	バナンドライシロップ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
925	投薬時の聞き取りから、処方薬との目的に相違があり、処方医への疑義紹介を実施したところ、類似名薬剤の処方入力ミスであった。	医療機関側の処方入力ミス	特になし	フロモックス錠100mg	パロデル錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
926	調剤後鑑査の時点でベオ-バ処方薬をベタニスで調剤していることが発覚。	処方箋が何枚か続けて入ってくる状況で慌てていたことと当薬局で泌尿器科でよく出るベタニスと思い込んで調剤した。	処方箋の薬名はきちんと読んで調剤する。調剤前、調剤後も処方箋と薬を確認する。	ベオ-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
927	ベタニス錠の処方であったがベオ-バ錠をピックアップしてしまった。監査者が気づき、患者に交付前に交換することができた。	思い込みと焦りがあった。	棚に注意喚起の札を作成し貼付する。	ベオ-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
928	ベオ-バ50が処方されていたのに、ベタニス50で調剤患者様も、いつもと違う薬だけど、変わったのかなと思って、何も言わなかったとのこと薬を飲んで1ヶ月後に受診先生に話してから発覚前より、トイレが近くなって、漏れもあったとのこと患者様に謝罪し、健康状態を確認した処方医にも謝罪した	薬剤名が似てるので、日頃から注意するようにしていたが、忙しかったため、処方箋をしっかりと確認しなかった初めのベタニス50をみて、使用頻度が高いベタニス50を調剤してし	処方箋の確認できるだけダブル監査をする	ベオ-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
929	以前より当薬局を利用される患者さんでこのところベタニス錠50mgが変更なく処方されていたが今回ベオ-バ錠50mgに変更になった。知っている患者であるためベタニス錠50mgと思い込みがあった。	知っている患者さんで思い込みがあり同じmgのところの注意がいてしまい製品名の確認がおろそかになってしまった。	知っている患者さんであっても思い込みで調剤しない。処方箋をよく見て調剤することを徹底する。	ベオ-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
930	一般名:ピベグロン錠50mgの処方に対して一般名:ミラベグロン(ベタニス)錠50mgを交付する手前で誤りに気が付いた。	一般名と力価が近似していたことと、前回処方方はミラベグロン錠50mgであり今回処方切替となったことから誤認した。	処方箋受付からレセコン入力、ピックアップの動線を再確認し、都度内容をチェックする。	ベオ-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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
931	今回、ベタニス錠50mgからベオーバ錠50mgに処方変更となっていたが、いつも定期的に来局される患者様で、入力の際、確認を見落とした。	名称が似ていたこと、いつもの定期処方での慣れが生じてしまい、ダブルチェックがきちんとされなかった。	入力後は、薬情、お薬手帳シール等の事務員同士のダブルチェックを必ず行うようにした。	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
932	ベザフィブラート処方のところ、フェノフィブラートを調剤した	繁忙であった、	薬品棚の名称と所をベザとフェノを目立つ色に変えた	ベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」	フェノフィブラート錠80mg「武田テバ」		ヒューマンエラー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	一般名が似ており、対象となる疾患も同一であったため誤認	繁忙であり、チェック体制が不備であった	ダブルチェック体制の遵守	ベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」	フェノフィブラート錠80mg「武田テバ」		ヒューマンエラー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	ベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」をピックアップしなければならないところ、フェノフィブラート錠80mg「武田テバ」で誤ってピックアップされていた。	・その時は少しゆとりがあり、1人の当業者薬剤師が他の仕事を行いながら片手間で調剤したことによって、薬の語尾のみを確認してベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」ではなくフェノフィブラート錠80mg「武田テバ」を誤ってピックアップしてしまった。	・調剤業務に関わる時はそのことだけに集中する。 ・名称が似ているので注意喚起を行う。 ・常に思い込みや慣れを捨て、調剤に関わる時は疑って行う。	ベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」	フェノフィブラート錠80mg「武田テバ」		ヒューマンエラー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	以前よりベオーバ錠50mgが処方されている患者今回、症状の改善が見られないため同系統薬であるベタニス錠50mgに変更して処方されたが、誤ってレセコンでベオーバ錠を入力した薬品の最終鑑査の段階で気づき、修正し患者に投薬した	ベタニス、ベオーバの名称が類似しているので混同しやすい作用機序が近いので、頭の中で混同しやすい使用意図も近いので、片方の効果が得られにくかった時に変更されやすい	違うものであるという認識をスタッフ全員でもって、落ち着いて名称確認する薬品の監査で気づくことができたので、引き続き監査の時間をきちんとするように手順を確認する	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
936	ベタヒスチン錠とベタセレミン錠の取り換え	終業前の時間だった。	棚の場所を変更した。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」	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
937	めまいにより、ベタヒスチン6mgが処方されているところベトラスチン10mgで調剤されており、監査時に気づいた。	人手不足による多忙により、焦りから処方内容の確認を怠った。今後は焦らず1つずつ確実に内容を確認し、調剤する。	慌てずに、処方内容をしっかり確認してから調剤に入る。処方内容確認の際に、規格までしっかり確認する。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TSU」	タリオン錠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
938	ベタヒスチン塩酸塩錠6mg「トーワ」が処方されていたところ調剤したものはウルソデオキシコール酸錠100mg	ベタヒスチン塩酸塩錠6mgとウルソデオキシコール酸錠100mgは外観がにている忙しい時間帯でもあったため焦ってピッキングをしたしまった。	調剤を行う際には監査機器の徹底。類似医薬品の配置を異なる場所に行う	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「トーワ」	ウルソデオキシコール酸錠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
939	ベタメタゾン吉草酸エステル外用液が処方されていたが、ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル外用液で入力、調剤がされていた。監査時に間違いに気づいた。	処方箋入力のシステムを変更し、不慣れなことが原因と考える。また調剤補助システムを使用しているが、エラー時に処方入力に従い調剤し直していた。	薬品名や一般名が類似しているものは規格まできちんと確認する。	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
940	一般名がベタメタゾン吉草酸エステルで、そのまま調剤すれば良かったが、リドメックス軟膏のプレドニゾン吉草酸エステル酢酸エステルと勘違いした。	先発なのか、後発なのかの思い違いもあり、お薬の名称をしっかりと把握できていなかった。	処方箋をよく見る。御薬を集薬する時、再度確認する。	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏	リドメックス軟膏		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
941	患者様が来局。(般)ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏が5g処方。(般)ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏と勘違いしてピッキング。監査時に気づき訂正。患者様には正しい内容で交付した。	(般)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(般)ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏は、名称が似ていたため間違えた。また処方箋が集中していた時間帯でもあり焦っていた。	名称の頭文字だけでなく規格や%も考慮してピッキングするよう再確認。取り間違い防止のため、類似名称があるのが分かるよう付箋を付けた。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルクリーム0.05%「MYK」	ベタメタゾン吉草酸エステルローション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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
942	一般名でベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルクリームが処方されていたが、入力を間違えて一般名をベタメタゾン吉草酸エステル・フラジオマイシンクリームと入力し商品名ベトネベートNクリームで交付してしまった。その日のうちに気がついて、交換しました。	入力者が、一般名を間違えて入力し、それに対する商品名で入力したことで、調整者と鑑査者もそのまま交付してしまった。	処方箋の一般名と、調整した薬品の一般名をしっかりと確認することで防げる事例であると思った。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルクリーム0.05%「MYK」	ベトネベートN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
943	本来、ベタメタゾン酪酸プロピオンをお渡しするのだがベタメタゾン吉草酸エステルでピッキング、調剤をおこなってしまった。監査してくれる薬剤師が気づいて指摘してくれたので調剤をし直し、再度監査をおこなった。	ピッキングする際、ベタメタゾン吉草酸エステルを調剤するものたど思い込んでしまったことが要因。	ピッキングする際、ピッキング後に正しく調剤できているかきちんと確認をおこなう。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%「JG」	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%「トーフ」		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
944	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%100gとヘパリン類似物質クリーム100gを混合しようとしたところ、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%100gとクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」を取り間違えた。混合直前に、間違っていることに気が付き、正しい薬剤を選択して混合しました。	100g容器が全く同じ色・形であったため、納品時に間違えてなおしてしまい、調剤時思い込みで別の薬剤を取ってしまったと思われる。	納品時、調剤時共に、薬剤の名称を「声出し確認」することを薬局内で、習慣化する。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%「JG」	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
945	処方箋の一般名ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏0.05%を見て一般名が類似しているリンデロンDP軟膏を取り揃えた。交付前に薬情の写真と薬の確認をしていた時に間違いに気づき、薬を正確な薬を取り揃えました。	患者が多く待っている状況で焦って取り揃えが起ってしまった。一般名が似ていたため取り間違いがあった。焦っている状況でも薬情と薬の確認をしていたので患者の健康を損なうことはなかった。	薬情の写真と薬の確認は大切だと感じ、続ける。薬棚に薬の取り間違い注意とラベルを張った	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」	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
946	ベタメタゾン酪酸軟膏のところ、ベタメタゾン吉草酸軟膏で調剤	薬品名を最後まで確認せずに調剤。外来が混雑している中での調剤となり、薬品名を見落とした。	類似する薬品に関して、調剤の際に使用する処方箋コピーへ色分けをマーカーで行うこととした。薬局全職員へ共有し、監査時にも視覚的に注意できるように仕組みにした。	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
947	近隣の皮膚科で処方され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とサリチル酸ワセリンを混合する所、間違えてベタメタゾンジプロピオン酸軟膏とサリチル酸ワセリンを混合してしまった。別の薬剤師が間違いに気づいたため大事に至らなかった。	夕方の混雑している時間も重なり、名称を最後まで確認しないで頭のベタメタゾンの名前だけでピッキングしてしまった。慌てていたことやうっかりが要因となった。	軟膏などの一般名処方の場合は似たような成分名もあるので最後の一文字まで確認することや空になった軟膏チューブを捨てないで最終チェックの時まで残しておく。	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」	ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏0.064%「サトウ」		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
948	ベトネベート軟膏をアンテベート軟膏で調剤。別の薬剤師がプロベトと混合前に気づいた。	一般名処方であり、アンテベート軟膏はベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏、ベトネベートはベタメタゾン吉草酸エステル軟膏であった。処方せんのコピーの「酪酸」「吉草酸」に下線を引いたりして区別しているのだが、今回はおこたった。	本来のルールを守って調剤して様子見ます。	ベトネベート軟膏	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
949	ベニジピンをニルバジピンと間違えて調剤、一包化だったため、PTPのから監査者が発見	調剤者が思い込みでニルバジピンと思い込み、ベニジピンを調剤棚から出した。一包化する薬剤師は別のものだったが、気付かずに分包機をかけてしまった。監査の段階で同じ黄色の錠剤なのでみために気づきにくく、PTPと照らし合わせて監査者が気が付いた。	一包化前に監査機を通す	ベニジピン塩酸塩錠4mg「テバ」	ニルバジピン錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
950	最初、病院から処方箋がFaxされてきた。ヘパリンNaロックシリンジは取り扱ったのが初めてだった。電話発注する時にも処方箋の通りに読みあげるのに苦労し、また卸の確認にもあまり自信が持てない状態だった。入力もこれで正しいのか自信が持てず、とりあえず書いてある通りに入力した。しかし、調剤監査システムでエラー音が鳴ったため見直したら、ヘパリンNaロックのシリンジ数は合っていたが、単位数が違っていることに気づいた。ただし、卸に発注をかけた物自体は合っていた。	ヘパリンNaロックシリンジを扱うのが初めてで、在宅に関する知識が乏しかった。薬剤師も事務員も実際の物と入力が入っているのか不安に思うことが大きかったと思われる。	規格、mL数までしっかり確認。	ヘパリンNaロック用100単位/mLシリンジ「オーツカ」10mL	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
951	ヘパリン類似物質クリームのところ、ヘパリン類似物質油性クリームで投薬翌日補充ミスが見つかり発覚患者宅へ連絡し、正しい薬と交換	補充ミス監査不十分	棚への補充時にダブルチェックをする監査も類似薬品があることを意識し薬品名チェックを徹底する	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
952	ヘパリン類似物質クリーム0.3% 25g 2本処方。その際に処方入力、調剤、気が付かずヘパリン類似油性物質クリーム0.3% 25g 2本で調剤。監査時に気が付いた。	名称が大変似ている為入力ミスをした。ヘパリン類似油性物質クリーム0.3% 25gの方が良く出ているので思い込んだのが原因。	ヘパリン類似物質は似たような名称のものが多いので今後は何度も確認するようにする。	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
953	ヘパリン類似物質クリーム0.3%「日医工」での処方のところ、ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」で入力しヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニプロ」に代替し入力されていた	ヘパリン類似物質クリーム0.3%「日医工」とヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」の違いを知らなかった。	それぞれの薬の違い、先発品の名前も伝え再発防止の教育を行った。	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%「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
954	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%の一般名で記載されていたが、液状で処方せんに記載されているにもかかわらず、入力時に泡状が選択されてしまった。	入力者の判断ミス	液状の所に大きく丸をしたのだが、間違えたので本人にきちんと注意を促す。	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日本臓器」		ヒューマンエラー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	患者様にヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%が処方されヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「PPP」で入力し、ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日本臓器」で投薬した。	前回はヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「PPP」で投薬したため、確認せずに前回の入力をそのまま引き継ぎ、鑑査機での監査を省略し手渡した為に発生した。	入力時の確認と鑑査機での監査を徹底する。	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「日本臓器」	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「PPP」		ヒューマンエラー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	処方箋に記載されている成分名をきちんと確認せず自分の判断で入力してしまった。	人員が少なかつたため注意が足りなかつた。	一語一句見落とさないように入力する。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
957	施設の定期処方の中で、ヘパリン類似物質油性クリームとレスタミンコーワクリームの混合処方であるのに、ヘパリン類似物質クリームとレスタミンコーワクリームの混合と取り違えて投薬してしまった。薬局事務担当者が気付き、使用前に取り換えることができた。	当日、ヘパリン類似物質クリームとレスタミンコーワクリームの混合処方もあり、同じ内容と勘違いをしてしまった。類似処方が存在する事を認識できておらず、処方箋の確認が疎かになっていた。	類似薬が存在するものは、特に注意して確認を行うよう徹底する。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ヘパリン類似物質クリーム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
958	医事が交付後の処方箋と調剤録のチェックを行っていた際に、剤形の入力ミスを発見した。すぐに患者へ連絡し、服用する前に薬を回収し、正しいものをすぐにお届けして対応することが出来た。	面処方であり、入力に手間取って油性クリームとクリームの剤形があると理解していたつもりであったが、鑑査時にも気づくことが出来なかつた。	剤形が違う薬品について採用品を中心に、どのようなものがあるか確認して学習し、同じような過誤とならないように注意していく、	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
959	ヘパリン類似物質油性クリームとデキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏の等量混合指示の処方箋を応需した。皮膚科で頻繁に出される処方内容のため予製を作成していた。以前よく処方されていたヘパリン類似物質クリームとデキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏の等量混合の予製が少量残っていた。今回処方薬と同じ予製剤と思い込んで調剤し、患者様にお渡しした。管理薬剤師がヘパリン類似物質クリームとデキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏の等量混合の予製がなくなっていることに気づき、まちがって調剤したことが判明。すぐに患者様に電話連絡し、正しいものと交換したため患者様に実害はなかった。	経験年数はあるが、入社したばかりの薬剤師で皮膚科調剤に不慣れであったため、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違うものであることをしっかり把握していなかった。当日は忙しく、処方薬にかかれた薬剤名の確認不足があった。	名称が類似している薬剤を把握し、調剤の際によく確認して調剤する。予製剤のバーコードを作成し、予製剤の名称(ヘパリン類似物質油性クリームとデキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏の等量混合)と量り取った量を印字して、そのジャーナルを監査者が確認できるようにした。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	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
960	処方箋をもって来局された。処方箋には一般名でベボタスチン5mgと記載されていた。入力時に誤って10mgの規格を選び、そのまま調製され監査に回した。監査に当たった薬剤師が処方薬と規格が違うことに気が付き、入力間違いを指摘した。再度入力し直し、調整したため、患者には正しい薬剤を交付した。	同じような処方が続いており、大半がベボタスチンの普通錠10mgが処方されていた。入力待ちの処方箋がたまっており、急いで入力しないといけない思いから、処方箋の5mgという規格を見落としてしまっていた。	業務手順を確認し、薬剤をピッキングした後、監査に回す前に処方箋と確認することを徹底した。	ベボタスチンベシル酸塩OD錠5mg「タナベ」	ベボ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
961	11月4日(金)15時頃強力ポステリザン軟膏が処方。薬剤師Aは調剤者として強力ポステリザン軟膏を調剤したが患者が、やっぱりジェネリック希望したいと仰ったためヘモレックス軟膏を調剤。投薬者の薬剤師Bが強力ポステリザン軟膏のジェネリックはヘモレックス軟膏ではなくヘモポリゾン軟膏であると気付き対応。正しいヘモポリゾン軟膏を処方し患者にはきちんと調剤が行われた。	薬剤師Aは強力ポステリザン軟膏のジェネリックは「ヘモ」から始まると認識していたがヘモレックス軟膏を選択してしまった。どちらも痔の軟膏でヘモから始まり形状も似ていたため勘違いしてしまった。	今後はそれぞれに対応する先発品名を記載して間違えないよう注意喚起を行った。	ヘモポリゾン軟膏	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
962	一般名処方で強力レスタミンコーチゾンが処方されていたが、レセコンのマスター呼び出しでは一般名が極めて類似していたため、ヘモレックス軟膏と取り違えた。患者家族から使用部位について聞き取ったところ、痔ではないとの事なので間違いが発覚した。	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏とヘモレックス軟膏の一般名が極めて類似しているため入力間違いが生じた。	患者または患者家族より使用部位などを聞き取り、一般名が類似している医薬品に対しては注意喚起を行う。	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
963	患者さんが、数名同時に来局して忙しくて慌てて準備して投薬後、かたづけしている時に違和感感じて空箱など確認して発覚 すぐ連絡して交換させてもらう	服用薬に変更は、無かったのだが慌てていて似たシートであったが、取り間違ってしまった患者さんも高齢で見分けが付かなかったようです	薬の配置を変更、付箋で間違いありと注意書き貼ることにした	ベラプロストNa錠20μg「テバ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「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
964	内科の定期で受診されている患者様。眠れないとの訴えで、今回からベルソムラ15mgが追加で処方。そのまま調剤したところ、お薬手帳より他の薬局からクラリス200mgが処方されていることを確認した。耳鼻科で受診した時の併用薬を、伝え忘れてしまったとの事。患者様に確認後、すぐに医師へ疑義して、デエビゴ5mgへ変更となった。	普段から面でも処方を受けることが多いが、基本的には門前病院からの集中率は80%を越えていて、門前病院とはしっかりと連携をとっていた為、スムーズに対応ができた。	お薬手帳を確認することで、併用禁忌を見つけることができた。お薬手帳から確認した併用薬は薬歴に残す。	ベルソムラ錠15mg	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
965	手書き処方せんの英語筆記体で書かれていたため薬剤名の読み間違い。最終監査時に取り間違えを発見。交付前に変更。	処方箋の文字が読みにくかったが他の人に確認せず薬をピック。入力との比較も怠っていた	処方箋を見てだけでなくレセコン入力もしっかりと確認する。	ベルソムラ錠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
966	ベンザリン細粒を誤って、ベサコリン細粒で調剤。鑑査者が散薬調剤時の詳細紙を確認し、該当薬剤が異なる事を見発見。	名称類似品であり注意力が欠けていた。また散薬調剤時の、3回の名称の照らし合わせが抜けていた。	散薬調剤時の3回の名称照らし合わせは必ず行う	ベンザリン細粒1%	ベサコリン散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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
967	ベンタサ注腸からベンタサ坐剤に処方が変わっていたのだが、前回処方のベンタサ注腸のまま入力して投薬前まで通ってしまった。	いずれもベンタサで剤形のみ違いなので前回からの処方変更が見落としやすかったものと推測される。	処方箋監査、調剤後監査、投薬前監査の3回チェックをしているが、本社としても同様のミスが以前あったことから剤形からまず読んで確認との対応の共有を実施中。	ベンタサ坐剤 1 g	ベンタサ注腸 1 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
968	患者さんご家族が受診時医師にボアラ軟膏を出してくださいとお願いしたところ、実際の処方箋にはボラザ軟膏が処方されており、薬剤交付時名称確認をしたところ違うとなり、医師に確認したところボアラ軟膏と聞き間違えていましたとのこと。	名称が似ている薬が存在している。	名称が似ている薬が存在している場合は、特に注意してお薬を患者さんに確認する必要があると思いました。	ボアラ軟膏 0.12%	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
969	ホクナリンテープ1mgが処方されているのに対し、ホクナリンテープ2mgで調剤されていた。	繁忙時で焦り、調剤過誤防止システムを使用していなかった。	過誤防止システムの使用徹底	ホクナリンテープ1mg	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
970	処方変更があり、ボグリボース錠0.2mgから0.3mgの増量処方いつも処方先の医療機関は0.2mg錠を使用しており、患者からも薬の変更について聞いておらず、残薬があり調整してほしいと訴えがあった。そのため、60日を30日にしてほしいこと、処方医師に説明し、残薬調整可と指示を受けた。その際にも今回用量が増えたこと確認できていなかったためそのまま、0.2mg錠で調剤した	その医療機関では0.3mg錠を使用したことがないため、使用しないという思い込みと、確認不足処方箋はQRコード対応となっており、新規登録表示がでていたが、0.3mgを使用したことがないという思い込みで、その表示を確認せず、今まで通りの0.2mgで登録し直した。	規格単位の確認 PC表示の再確認をする。	ボグリボース錠 0.2mg 「武田テバ」	ボグリボースOD錠 0.3mg 「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
971	ボナロン35mg処方所のぼろろん5mgで入力されていた。	ボナロンの規格が複数あることをしらなかった	入力時よく処方箋を確認する	ボナロン錠 35mg	ボナロン錠 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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
972	ポノテオ錠50mg が処方されているのをボンピバ錠100mg が調剤されて鑑査にて間違いが分かる。	同効薬であり処方のない4週間に一度服用の薬でイメージが同じでボから始まる薬剤だった。	ヒヤリハットを周知していく。引き出し、棚に分離して保管。鑑査の徹底	ポノテオ錠 50 mg	ボンピバ錠 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
973	同効薬、類似名称品の取り換え	確認不足、思い込み	類似名称シールの貼付	ポノテオ錠 50 mg	ボナロン錠 35 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
974	本人より「今回はいつもと違う骨の薬だった」と問い合わせがあった。本来ならポノテオ「を調剤しないといけないところボンピバをお渡しした。服用後に連絡があったため主治医へ連絡、健康被害がないことを確認、謝罪した。	監査時にも見落とししてしまった。	一般名処方だと先発名が類似の際間違い安くなってしまう。アシストなどのチェックもしっかり行う	ポノテオ錠 50 mg	ボンピバ錠 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
975	ポララミンドライシロップ0.2%の処方のところポララミン散1%にて調剤。薬情を確認中に粉の薬の違いに気づき変更した	ポララミンの散剤が複数規格あることを意識できていなかった	監査機を活用する	ポララミンドライシロップ 0.2%	ポララミン散 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
976	ポララミン2mgであるところを、ベタセレミン配合錠と勘違いしてしまった。	一般名が途中まで同じであるため起こった間違い、最後まで確認する必要があります。	処方薬を最後まで読むこと。	ポララミン錠 2 mg	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
977	ポリスチレンスルホン酸ナトリウムが一般名で処方されていた。カリメートで調剤したが、監査者がポリスチレンスルホン酸にはナトリウム塩とカルシウム塩があることに気づき、間違いの発見に至った。	ポリスチレンスルホン酸だけを見て、カリメートだと思い込んでしまった。	一般名処方では類似名が多いため、処方箋記載内容を最後まで確認する。	ポリスチレンスルホン酸 Na 「フソー」 原末	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
978	ボルタレン錠25mgのところ、ボルタレンサボ25mgで入力してしまった。調剤にて間違いであることが分かり修正を行った。	入力時、薬品名の頭3文字だけ入力し薬品名を選択した。候補の中で同含量であるボルタレンサボ25mgが先に表示されることから、「ボルタ 25mg」の部分だけに着目し急いで入力を行った為間違いに繋がった。	類似の薬品名は、含量や剤形を把握する。休日営業日は1人体制となり、混雑すると慌てがちだが冷静に手順を逸脱せず業務にあたる。	ボルタレン錠25mg	ボルタレンサボ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
979	マイクロファインプロという針を知らず、プラスだと思い込み調剤。ピッキング監査システムのエラーで交付前に気づけた。	薬剤師の知識不足。	特になし	マイクロファインプロ	マイクロファインプラス		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
980	マグミット330mg錠 210錠を投薬する際に、内100錠をファモチジンD錠20mg(100錠アルミ袋包装)を混在させて投薬してしまった。1か月後の来局時に患者からの報告を受けて発覚した。患者は約10日間マグミットではなくファモチジンD錠20mgを服用したと想定された。	当事者が調剤、監査、投薬を一人で実施した。なぜファモチジンD錠20mgを混在させたかは不明。当事者はいずれの段階においても他薬が混在していることに気付かず、マグミット330mg錠 210錠として患者に交付した。	自己監査による投薬は行わないことを原則とする。	マグミット錠330mg	ファモチジン錠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
981	一般名処方でテルミサルタン・アムロジピン5mgとあったが、以前から服用していたアムロジピン5mgを調剤した。患者との話の中で薬剤が追加されたと聞き、アムロジピン5mgではなく、テルミサルタン・アムロジピン5mg(ミカムロAP)が処方されていたことに気づき、間違いなく薬剤を調剤することができた。	レセコンの入力ミス。監査システムの過信。ピッキングの間違い。監査者の見落とし。最終調剤者の見落とし。多くをすり抜け投薬時に間違いを発見した事例である。過去の履歴に基づいて調剤した形跡があり、処方せんをしっかりと確認していない可能性及び、思い込みが要因であると考ええる。	必ず処方せんを見てピッキング、監査するようにする。過去の履歴で作業を行わない。レセコンの入力ミスの可能性を排除せず、監査システムはあくまでも補助であることを認識する。	ミカムロ配合錠AP	アムロジピン錠5mg「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
982	ミカムロAPをBPと間違え投薬	普段一包化は後で行うが患者さんが来ている時に行っていたため、気が散ってしまった。ミカムロAPが処方される方と勘違いして処方箋をよく確認しなかった。	落ち着いて調剤する処方箋を確認する	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
983	ミカムロ配合錠APからミカルデイス40mgに変更になっていたが、配合錠のまま入力。鑑査時に入力間違い判明。	配合錠は単剤の成分名が2剤記載されており、その1剤のみを見て配合錠を入力したと思われる。	配合錠→単剤、単剤→配合錠に変更時は、きちんと成分名にチェックを入れるなどして記載内容を確認し、入力間違いに気をつける。	ミカルデイス錠40mg	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
984	ミグリトールOD錠の処方に対してミチグリニドOD錠を間違えてピッキングした。	商品名の類似のため。	隣りから、少し間隔を開けて配置を変えた。	ミグリトールOD錠50mg	ミチグリニドCaOD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
985	ミグリトール84錠をピッキングの所、ミグリトール44錠・ミチグリニド40錠でピッキングしそのまま一包化を行った。交付後に錠剤のシート殻を確認した所上記のピッキングミスに気づいた。すぐに患者に連絡し当該薬を回収、翌日正しいものを再交付した。	非常に多忙であり、本来交付前に行うべき鑑査項目を飛ばしてしまった。分包したものの鑑査は行っていたが、当該薬の見た目が類似していること、正しく分包されているものも半数あったことでその時点では間違いに気づけなかった。	繁忙時でも鑑査手順を飛ばすことをしない。名称が類似しているものは取り違えを防ぐ為、棚の位置を離すなど対策を取る。	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」	ミチグリニドCa・OD錠10mg「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
986	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」を調整するところ、事務員が誤ってフェブキソスタット錠10mg「DSEP」をピッキングしてしまった。薬剤師の鑑査者が薬剤の取り違えに気づき、事務員に伝えて正しい薬剤と交換した。	慣れと、ミグリトールOD錠50mg「サワイ」とフェブキソスタット錠10mg「DSEP」のヒートの色が似ている事、薬剤の棚の位置が上下している事で誤って調整してしまった。	2つの薬剤の位置を変え、手にしたときに一旦考えられるようにした。	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」	フェブキソスタット錠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
987	ミグリトール50mg「サワイ」とミチグリニドCaOD錠10mg「フソー」のお渡し間違い。投薬し薬局を出られた後しばらくして間違いに気づき連絡してその後取り替えた。	包装の色が似ていて、陳列も横にあったための集薬間違い。鑑査時も色で判断し、名称の確認をしっかりと行っていなかった。	陳列の場所を離した。名称の確認、鑑査の機械でのダブルチェックを行う	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」	ミチグリニドCa・OD錠10mg「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
988	処方ミグリトールOD50mgだった が間違えてミチグリニドCa・OD10 mgを間違えて準備してしまった 時点で気が付き訂正しました	準備している時に患者さんが来られ 対応するのに棚の近くにいた社員に 口頭で商品名を言いお願いしたが伝 わってなかった	口頭ではなく処方箋を渡し確認して もらうことにしました	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」	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
989	処方箋入力でミケランLA点眼液2%を ミケラン点眼液2%と入力した。調剤 はミケランLA点眼液2%でお渡しして いたが薬袋・薬情・手帳シール・領収 書の記載ミスと差額50円が発生した。 当日薬歴記入時に発覚し、同日患者様 へ電話し事情の説明と謝罪。4日後に 際来局して頂けたため、薬情・手帳 シール・領収書を差し替えて差額50 円を回収した。	薬品名が類似していることで入力 ミスが発生し、監査の際に普段から 処方があったのはミケランLA点眼液 2%だったためスルーしてしまった。	入力の際に処方箋内容の確認を徹 底する、監査の際に薬情の記載され ている薬剤の外見も用いて処方箋 内容、入力、薬剤に相違がないか 確認する。	ミケランLA点眼液2%	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
990	繁忙でコロナ関連対応作業もあり、 処方薬ミコンビ配合錠APを調剤時に トラディアン配合錠APを間違えて 調剤。投薬時の監査で発覚。	繁忙時の人員等の改善が必要。コ ロナ関連の対応が通常業務の圧迫に つながっている。	取扱い在庫の類似薬の認識を再度 全員で確認。調剤、監査ともに集 中して作業を行う。	ミコンビ配合錠AP	トラディアン配合錠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
991	OKクリニックより今回より追加で ミコンビ錠BPが処方となったが、 名前の似ているミカムロ錠BPと 取り違えて渡してしまった。患者 本人が気付かず持参あり、交換し た。	調剤に係った助手と監査者の両方 が思い込みがあり、ミコンビとミ カムロを取り違えてしまった事例	指さし確認をキチンと行い、処方 監査に努めるよう従業員に周知し た	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
992	ミティキュアを取りそろえるところ を間違えてシダキュアを出していた。	ミティキュアとシダキュアはシート の色は異なるので監査時にすぐ気 がついたが、揃えるときに慣れと 思い込みで間違えていた。	薬を手にとったら処方箋と見比べ て、その場で正しいかチェックす る。	ミティキュアダニ舌下錠10,000 JAU	シダキュアスギ花粉舌下錠5,000 JAU		ヒューマンエラーやヒューマン ファクターに起因すると考 えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
993	(般) ミノドロン酸錠50mgで処方箋が出ている患者に、ミノドロン酸錠50mg「トーワ」をお渡しするところを誤ってリセドロン酸錠75mg「トーワ」でお渡し。お渡ししたお薬情報提供書はきちんとミノドロン酸錠50mg「トーワ」で入力されていた。後日患者の家族からお薬情報提供書と薬の内容が違うと連絡あり、交換に伺い謝罪。服用前に連絡いただいたので、間違っただけだったということはありませんでした。	確認ミス。薬をピックアップした薬剤師が間違っており、監査した薬剤師も気が付かずそのままお渡ししてしまったケースです。忙しい時間帯の上、他に出ているお薬に変更があったためそちらに気を取られスルーしてしまったと考えられます。	お薬棚に「ミノドロンとの取り間違い注意!」「リセドロンとの取り間違い注意!」の注意喚起のシールを貼りました。また調剤者、監査者には確認の徹底を再確認しました。	ミノドロン酸錠50mg「トーワ」	リセドロン酸Na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
994	前回ミヤBM細粒で処方されており、今回からミヤBM錠に変更となっていた。しかし前回Doで入力してしまい、処方監査者が気付いた。	繁雑時の確認不足。Doで入力したときの最後の確認をしっかり行う。	ミーティングを行い全員が間違いのないよう事例紹介。Doで引っ張った場合でも最後の確認を行うことの徹底。	ミヤBM錠	ミヤBM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
995	一般名処方:酪酸菌製剤錠のところ、酪酸菌配合剤錠とレセコン入力したため、ミヤBM錠のところをピオスリー配合錠で入力変換され、調剤したが、監査時に発覚、入力訂正した。	レセコン入力時は、通常3文字入力することで医薬品の変換、選択肢がでてくるが、一般名処方である場合の入力方法は、6~7文字入力するしないと、誤った医薬品変換で入力されてしまう。	レセコン入力を頼りにして、そのまま調剤すると誤った医薬品で調剤する恐れがある。特に一般名処方、間違いやすい医薬品についての知識をもつことを周知徹底する。また、処方箋原本で調剤者が、入力チェックを行い、レセコン入力ミスを未然に防止する。	ミヤBM錠	ピオスリー錠		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
996	ミルナシプラン25mgで調剤すべきところミルタザピン15mgでお渡しした。2日後に御本人が錠剤やシートの色が違うと気づいて来局されたため、正しい薬と交換した。	同効薬で、名称も最初の2文字が同じため同じ引き出しに入っており、不注意による思い込みがあった。	薬品名・規格など最後まできちんと確認するとともに、特に一人調剤の時は患者と共に薬を確認して渡すようにする。	ミルナシプラン塩酸塩錠25mg「サワイ」	ミルタザピン錠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
997	レバミピド錠6錠、フスコデ配合錠6錠、トラネキサム酸250mg6錠の処方箋だったので風邪の処方と思われる。患者様に症状確認したところ胃の訴えはなかったため、レバミピド錠の6錠に疑問を持ち疑義照会したところ、レバミピド錠ではなくムコダイン錠250mg6錠の間違い入力だった。	病院の入力が薬の頭の2文字入力で薬検索のシステムになっているようで、入力間違いになった様子だった。病院のレセコンは、商品名を入力すると、一般名に変換されるシステムのように確認が容易にできない様子であったのでそのままの処方箋発行となっているようであった	薬の常用量把握、患者様からの情報収集をして患者にあった症状の薬であるか、確認する事。違和感があった場合は、その都度確認を怠らない事	ムコスタ錠	カルボシステイン錠		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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分: 調剤 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
998	メリアクトMS錠100mgが処方され後発医薬品へ変更して調剤。取り揃える際、セフジトレンピボキシル錠のところセフカベンピボキシル錠を誤って準備。	よく処方される医薬品とたまにしか処方されない医薬品の保管場所が異なり、よく処方される医薬品のほうに今回間違えたセフカベンピボキシル錠があった。	名称類似品のある薬剤には注意喚起の札を付けるなどして注意を促す。	メリアクトMS錠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
999	メコバラミンとメチコパールの取り間違え	名称の類似	棚の商品名をわかりやすく表示 目立つように工夫	メコバラミン錠500「トーフ」	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
1000	メコバラミン500を口内炎の時服用の為頓用で出された棚の間が2週間隔だった為かピッキングを間違えた、監査も色調が似てた為スルーでした9月になって患者様よりメコバラミン500でトイレが近い何度も行くとの質問で発覚	棚の配列があいうえお順で近かった為、ピッキングで間違えて 監査で色形が似るのでスルーしてしまった。改善策は棚の位置を左右に間をあけた。	入り形の似てるものは棚の位置を離して 監査も しっかり文字を見るようにする	メコバラミン錠500μg「YD」	フロセミド錠40mg「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
1001	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には一般名でデキストロメトルファン15mgと記載され、メジコン15mgが患者の希望により処方されることとなった。調製者Aメジコン錠を間違えて、メブチン錠50μgを用意し、鑑査者Bが同様の間違いをして、投薬者Cに渡し、Cも同様の間違いをして、患者に投薬した。同日夕方、患者より薬剤情報と写真と名前が違うのではないかと指摘があり、店内で確認したところ、調剤ミスが判明した。	メジコン錠15mgとメブチン錠50μgは、「メ」で始まることと文字数が四文字で、名称など似ていたため、間違えた。また、患者が来局された時間が込み合う時間帯だったため、慣れ、焦りや集中力の低下など複数の要因で投薬が行われた。	調製者、鑑査者、投薬者の各自の再確認の徹底。	メジコン錠15mg	メブチン錠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
1002	メチコパール錠とメリスロン錠の取り間違い。	忙しい状況下での調剤で確認不足だった。	複数人による確認を行い、薬剤情報文でも確認を行う。	メチコパール錠500μg	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1003	メトホルミン錠：GLの処方が出ていたがメトホルミン錠：MTの製品で入力されており、そのまま調剤され鑑査時に発覚した。	市場に出ているメトホルミンの製品は一般名処方でGLに該当するものとMTに該当するものに分かれることが十分に認知されていなかった。	上記についてよく教育し、処方箋の記載内容確認時に全職員が気づけるよう努めていく。	メデット錠250mg	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
1004	調剤者が処方箋のコピーをもとに調剤する際、本来はメトクロプラミド錠5mg「NIG」を集めなければならないところ、薬品棚の同じ列にあり外観の似ているエベリゾン塩酸塩錠50mg「テバ」を誤って取りそろえた。鑑査者が薬の間違いに気づき交換したため、患者への間違った薬剤の交付は未然に防がれた。	極めて外観の類似した2種類の薬品が調剤棚の同じ列の近いところにそれぞれ保管されていた。	再発防止のため2種類の薬剤の保管場所を離すことにした。	メトクロプラミド錠5mg「NIG」	エベリゾン塩酸塩錠50mg「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
1005	新患。メトホルミン錠250mg「SN」他、糖尿病薬、降圧剤など数種類の医薬品の処方。当薬局ではメトホルミン製剤はメトグルコ錠もしくはGEのメトホルミン錠MTのみの採用しかなく、250mg製剤は「三和」であったため、メトホルミン塩酸塩錠MT「三和」と入力してしまった。	当薬局では10年程度前からメトホルミン製剤はメトグルコ錠とそのGEであるMTのみの採用であった。グリコラン錠の採用がないため、その存在を知らなかった事務員は当薬局で在庫している同用量の製剤である「MT」と入力してしまった。一般名処方であればGLもしくはMTの記載があったと思われるが処方せんに記載がメトホルミン錠250mg「SN」であったことも気づかなかつた要因となり得た可能性がある。	勉強会を実施。先発品に2系統あり、一般名処方の場合その先発品の名称をとりGLとMTと記載されている。また、製品名での記載の場合にはGL製剤にはメトホルミン錠「屋号」、MT製剤にはメトホルミン錠MT「屋号」の記載となっていることを薬剤師、事務員とでシェアした。またレセコン付近に間違えやすい薬品名リストを掲示しており、そのリストにも同薬剤を記載した。	メトホルミン塩酸塩錠250mg「SN」	メトホルミン塩酸塩錠250mg MT「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
1006	処方箋にメトホルミン塩酸塩錠250mg「トーワ」の記載有。販売中止のため先発へ変更する際に、メトグルコ250mgで入力訂正・調剤。鑑査時に、メトホルミン塩酸塩錠250mg「トーワ」の先発はグリコランであることが発覚。グリコランの在庫がなかったためその後医師へ疑義照会し、メトグルコへ変更可であることを確認した。	グリコラン・メトグルコとそれぞれの後発品とを混同しており、入力時に適切な医薬品が選択出来ていなかった。	先発グリコラン・メトグルコとそれぞれの後発品との関係について再度確認。メトホルミン塩酸塩錠250mg「トーワ」の棚には、グリコランの後発品であることをメモで掲示。	メトホルミン塩酸塩錠250mg「トーワ」	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1007	病院を変更された患者様が今まで【般】メトホルミン塩酸塩錠250mg MTで出ていたのが【般】メトホルミン塩酸塩錠250mgで処方され、添付文書上違うものになっていてヒヤリとした。疑義紹介で今まで通りの【般】メトホルミン塩酸塩錠250mg MTであることを確認した。	ずっと来られている患者様なので鑑査時に気づけた。	処方鑑査や患者聞き取りは大事であり、病院変更時などは用法用量・規格剤形などはより注意深く確認するべきであると再認識し、徹底・共有していく。	メトホルミン塩酸塩錠250mg 「トーワ」	メトホルミン塩酸塩錠250mg MT 「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
1008	患者が処方箋持参し来局。定期的に当薬局利用されている方で、いつもはメトホルミン錠500mg 1錠で服用されていた。今回処方箋記載がメトホルミン錠250mg 1錠へ規格変更されているの気づかずDo処方のまま500mgで入力、鑑査漏れ。交付時に患者に減量したことを聴取し、改めて処方箋記載を確認して間違いが発覚。患者へは正しい薬剤で交付した。	混雑時、Do処方だったため、規格変更気づかず調剤。	調剤・鑑査時は薬品名、剤形、規格の3回確認。交付時も処方箋と照らし合わせたくえて、本人と確認しながら投薬する。	メトホルミン塩酸塩錠250mg MT 「DSE P」	メトホルミン塩酸塩錠500mg MT 「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
1009	メトホルミン錠500mg MT 「DSEP」を3錠、3X毎食後 35日分で105錠ピッキングするところ、カロナール錠500mg 100錠と当該薬品5錠でピッキングしてしまった。鑑査時に薬品が違うことに気づき、正しくピッキングし直した。	規格が500mgで同じであること、外包装に使われている色が緑と赤で同じであることから、見間違えた。ピッキングシステムを導入しているが、カセットから5錠分出すときには使用したものの、棚の上から100錠を出すときには使用しなかったため、違う医薬品をピッキングしていることに気づけなかった。	ピッキングシステムは一度だけ使用するのではなく、新しい箱を取るとき、開けるときにはその都度使用することを徹底する。	メトホルミン塩酸塩錠500mg MT 「DSEP」	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
1010	平素は処方元近くの薬局で定期的に調剤されており、今回は0410対応処方、当薬局では新患、お薬手帳は忘れ当薬局ではメブチンミニ処方ほとんどなく、 メブチンが使用されており、レセコン入力時に、メブチン・メブチンミニ・メブチンドライシロップが併記されており、メブチン50μgを入力してしまったメブチンは調剤棚、メブチンミニは引き出しに保管してあり、調剤時も見逃されてメブチンをピッキングしてしまった投薬直前の鑑査で発見し、レセコン入力訂正、調剤薬変更を行い正しい処方薬を投薬した	「慣れ」「確認不足」からのミスまた、ミスをしなないためのレセコン等の設定がされていなかった	レセコン入力時、規格違いがあるものは色を変更して確認できるようにしたまた調剤棚に規格注意の表示をする	メブチンミニ錠25μg	メブチン錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1011	メラトベルの配置にチラーゼン散があり、誤って調剤の可能性に気づく。該当する患者の薬をすべて回収し作り直した。副作用等の発現はなし。	思い込みと繁忙で確認が脱落	チラーゼンを引き出しの中に入れて表に出さないようにした	メラトベル顆粒小児用 0.2%	チラーゼンS散0.01%		ヒューマンエラー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	*本日メリスロン(12mg)6T分3 14日処方→メリスロン(12mg)3錠分3 14日処方に1日量変更。 *前回(14日前)メリスロン(6mg)6T分3 14日処方あり・・・6mg錠の供給不足により、疑義照会にて→12mg錠3T分3に変更して頂いていた。クリニックのカルテの1日の錠数の訂正されていなかったためか、今回メリスロン(12mg)6T分3の処方が発行されていた	薬の供給不足という背景での、疑義照会後の変更など、現状での特有の要因もある。	今回は処方入力が終わっていたので、患者様から処方箋を受けとった時点で、処方鑑査する事を心がけたい。	メリスロン錠12mg	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
1013	いつもの処方に追加で出された薬。薬品棚の位置と外箱の色の感じで手に取り、名称の確認しないうまま調剤。監査も気づかず、外箱を棚に戻す時に間違いに気づく。ちょうど、患者に投薬中だったので、その場で交換して正しい薬をお渡しした。	棚の並びが五十音順で近くにあったこと、外箱の大きさや色、シートの大きさも似ていることから慣れで調剤してしまった。	五十音順で並べてあるが、見た目の似たものは近くにないように配置を変える。	メリスロン錠6mg	メブチンミニ錠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
1014	メルカゾール5mgをピッキングのところでメルカゾール2.5mgをピッキングした。監査時に薬剤師の指摘により気づく。	処方箋上5mgと2.5mgは類似しており読み間違ったと思われる。	指さし確認など注意して処方箋を確認するよう指導した。	メルカゾール錠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
1015	モーラステープの規格を間違い交付を行なうとことだった。	非常に忙しく、モーラスという名前だけでピッキングを行なった。	基本に戻り、用法用量まで全て確認を徹底する。	モーラステープ20mg	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1016	モンテルカスト錠 (10) KN→モサブリド塩酸塩 (5) DSEP	心配事、疲労、焦りにより注意力散漫	マニュアルを使用し監査手順の再確認	モンテルカスト錠 10 mg 「KN」	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
1017	モンテルカストを含む4種類の内服薬が処方されていたが、調剤時にオレンジ色のヒートと覚えていたこともあり、外観で判断しセファランチンを誤調剤してしまった。別の薬剤師が鑑査時に処方せんから薬品名、薬袋との照合時に、誤っていることに気付き、正しいものを調剤し、患者にお渡し。	いつもの計数調剤と慢心して業務をしている部分があった。外観が特徴的なので、間違えないと思いついていた。	慣れ、経験に慢心せず、常に処方せんから薬品名を確認して調剤する。誰もが間違わないように、基本ルールに忠実に従うように業務を行う。	モンテルカスト錠 5 mg 「KM」	セファランチン錠 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
1018	アドフィードバップからヤクバンテープに変更となっていたが、枚数や使用部位が一緒だった為前回とお暗示と思って入力	やや焦りがあった	思い込みをなくす	ヤクバンテープ 40 mg	アドフィードバップ 40 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
1019	一般名処方カンデサルタン・アムロジピン 5 mg 配合錠を長く服用している患者さんの処方変更に気が付かず、D0で入力してしまいユニシアHDで調剤。投薬前に患者さんとの会話で血圧がかなりたかくなっているとのことから薬の取り間違えに気がついた。	処方箋入力の際、配合剤の一般名処方より気をつけて入力する。調剤のときには必ず処方箋で薬の確認をし、一般名処方との確認を怠らない。	配合剤の一般名は一方の薬が同成分であることが多く、間違えやすいのでより慎重に確認する	ユニシア配合錠HD	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
1020	一般名テオフィリン徐放錠 200 mg 24時間徐放のところ、これまで使用していたユニフィルL A錠 200 mg の店舗在庫がなく、レセコン上の規格違いを検索した際に、テオフィリン徐放錠 200 mg 「日医工」を選択。調剤時に過去の記録との違いから、24時間徐放と12～24時間徐放との違いに気づき、お渡し前に対応することが出来た。	流通が滞っていた際に、納品されなかった場合の対応について情報共有されていた。対象GEもなく、ユニフィルL A錠 400 mg の半割対応となっていた。その内容の店舗内共有が不十分であり、今回の入力誤りにつながる。また、調整者がその内容を把握していたことから、予定と異なる対応となっていたため、薬剤の確認を行い、未然に対応することが出来た。	徐放製剤の違いについての情報共有再度実施。	ユニフィルL A錠 200 mg	テオフィリン徐放錠 200 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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1021	今回処方されたのは、ユベラNカプセル100mgであったが、それに対応するジェネリックとして、トコフェロール酢酸エステル錠100mgをピックアップして監査する薬剤師に引きついで。監査薬剤師が、適当なジェネリックは、トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mgだと気づいて、患者交付前に変更することができた。	ユベラ錠50mg(先発)に対応するジェネリックはトコフェロール酢酸エステル錠50mg(GE)であり、GEの倍量薬であるトコフェロール酢酸エステル錠100mg(GE)は薬価収載のあるものの、それに対応する先発は存在しない。また、ユベラ錠、ユベラNカプセルの一般名に対する意識・効能の違いに対する認識が、ピックアップした薬剤師に不足していたものと思われる。それに加え、当薬局にて、トコフェロールニコチン酸エステルカプセルの在庫がないため、医薬品を取り扱うことによる知識習得もできていなかった。	一般名処方において、微妙な差異から見分けなければならない薬剤の例に関する検討会を行った。類似の名称で調剤過誤を起こすことのないよう周知を図ることとした。	ユベラNカプセル100mg	トコフェロール酢酸エステルカプセル100mg「VTRS」		ヒューマンエラー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	一般名称にてセンナエキス80mg錠、分1就寝前14日の処方がされたが調剤者はプルゼニド錠12mg42錠を調剤した。監査者が調剤間違いに気づき、正しい薬剤のヨーデル80mgを調剤して交付した。	一般名処方でプルゼニドはセンノシド12mg、ヨーデルはセンナエキス80mgであり、一般名が類似していたため取り違えた。	一文字監査と、規格の確認を実施する。	ヨーデルS糖衣錠-80	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
1023	ライゾデグ配合注フレックスタッチを処方された当該患者にランタス注ソスターを誤調剤、鑑査でも誤りに気付かず交付してしまった。当日の在庫確認で気づき、当該患者に連絡、謝罪し交換した。	ラで始まるインスリン製剤のため誤調剤した。思い込みにより鑑査でも気づけなかった。	思い込まずに必ず処方箋の記載内容や薬情の写真と調剤された医薬品とを照らし合わせて確認する。	ライゾデグ配合注 フレックスタッチ	ランタス注ソスター		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
1024	イノラスが処方されていた患者さんが下痢になるとのことでラコールに変更になった。ラコールを調剤したと思ったが、数個イノラスが混在しており 誤って服用してしまった。患者さんの家族からTELがあり発覚	ラコール イノラス共にパッケージが同じ形になっており見間違えた	保管場所を変更 再度置いてある栄養剤について再確認	ラコールNF配合経腸用液	イノラス配合経腸用液		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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1025	ラコール配合経腸用液が処方された患者さんにラコールを調剤した際 イノラスが混ざり込んでいた交付時に段ボールを開けたところ発覚	ラコール イノラスの形が似ている近いところに収納されていた。	収納場所を離れた 混合しないように注意喚起	ラコールNF配合経腸用液	イノラス配合経腸用液		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
1026	ラスビック75mgが処方されている患者に、ブラビックス75mgを調剤していた。	当薬局ではラスビック75mgの処方頻度は低く、調剤を間違えた薬剤師はラスビック75mgという薬剤を知らなかった。調剤時の処方箋の確認も不十分で75mgの規格と「ビック」の共通部分だけの思い込みで類似名称のブラビックス75mgを調剤していた。	「類似名称注意！」のシールで注意喚起を促すことと、新規採用薬剤の勉強をきちんとするよう促していく。	ラスビック錠75mg	ブラビックス錠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
1027	今回よりラタチモ配合点眼液からラタノプロスト点眼液に処方変更となった。変更になった際、入力において一般名処方からラタノプロスト点眼液を選択するところ誤って配合液を選択し入力を行った。類似薬に関して事務員は同一薬剤と誤認して入力を行った。	類似薬に関して事務員は同一薬剤と誤認して入力を行なった。一般名処方において単成分と配合剤の選択において知識の不全があった。	一般名処方入力時の選択候補の名称の確認の徹底。入力確定前に最終チェックの徹底	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
1028	患者はラタノプロスト点眼液センジュを使用中で、いつもは他局で頂いていたが、今回初めて当局に処方箋持参した。薬剤師監査不十分によってラタチモ配合点眼液（ラタノプロストとチモプトルの配合剤）を投薬してしまった。ともに冷蔵庫保存だった事も誤調剤の原因になったと思われる。患者様、間違えに気付かず1回点眼してしまいました。特に異常な症状は出ませんでした。	監査が不十分だった事、慣れによる事等考えられます。	局内で、慣れによる怠惰・監査の徹底を再確認して誤調剤を防ぐ様に務めます。	ラタノプロスト点眼液 0.005%「センジュ」	ラタチモ配合点眼液		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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1029	【般】耐性菌乳酸菌1%で指示あり、1%を見逃し、普段調剤し慣れているピオフェルミンR散と思い込み調剤、鑑査をしてしまった。投薬後違和感を感じ、薬価本を見たところラックビーR散が正しい薬剤であると判明。患者様へはすぐ連絡が付き、服用ストップしていただく。翌日、再来局していただき差し替え。→ピオフェルミンR散未服用の状態で差し替え済。下痢の症状はなく、トラブルにはなっていない。	知識不足、濃度未確認。鑑査の段階でも薬価本を確認したがその時は読み間違えてしまった。	薬価本を確認し、濃度まで計算して確認する。整腸剤の一般名と商品名の対応表を作成し掲示する。	ラックビーR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
1030	一般名処方でラックビー錠が処方された。名前がピフィズ菌製剤錠となり、酪酸菌製剤錠であるミヤBM錠と取り違えた。毎在庫の簡易的な確認をしており交付後すぐに発覚した。患者に電話をして服用前に交換できた。	一般名処方の確認ミス。職員が一名休んでおり人員が少なかつたため監査のエラーが起きてしまった。	患者さんも交換時に違う薬だと思ったと話しており、認識していたので患者とのコミュニケーションも普段からもっととるようにする。	ラックビー錠	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
1031	一般名処方で「ラベプラゾールNa塩錠10」を「ランソプラゾールOD錠15」で間違えて調製し監査時に間違いに気が付き正しい物で交付	・忙しい時間帯・名称の頭だけで判断してしまつたと考えられる。・調製後の再確認を怠ってしまった。	・処方名の確認の徹底する。・調製後の再確認を徹底する。	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
1032	(般) ランソプラゾール口腔内崩壊錠15mgの処方に対して、ランソプラゾールOD錠15mgを調剤しようとしてラベプラゾール錠10mg「明治」を調剤する。他薬剤師が監査する際においても気づかず、そのまま処方してしまう。患者さんからの訴えあり、間違えに気づく。1錠服用したとのこと。謝罪し、医師への連絡を行う。患者さんの体調に問題はなかった。	薬品棚が近くで、「ラ・・・ゾール」の胃薬（PPI）であることで、頭の中で間違つた薬を思い込んでしまった。鑑査時も同じ認識で間違えに気づかなかつた。	薬品棚の近いところに類似名称、薬効がある薬に関しては蓋を作成して、「類似名称あり」「類似薬効あり」のシールを貼るようにして、確認する手間を作る。	ラベプラゾールNa塩錠10mg「明治」	ランソプラゾールOD錠15mg「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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1033	患者本人から連絡があったが、監査者は当日ラベプラゾールを見ていなかったの間違えなかった。患者は手持ちがあるので交換してもらえれば問題ないとの事だったので風頃手がすいてきたので自宅まで交換しに行った。	一般処方名の類似	慌てないで良く確認して調剤するよう徹底した	ラベプラゾールNa塩錠10mg「明治」	ランソプラゾールOD錠15mg「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
1034	ラベプラゾール錠10mgを交付すべきところをプラバスタチン錠10mgを交付した。	調剤者は入社数ヶ月の新人。投薬者は20年以上のベテラン。「プラ」の文字と「10mg」で勘違いを起こし調剤したと思われる。投薬者も疲れや慢心などから、同じ間違いを起こした。	ぱっと見の印象で動くのをやめ、しっかり文字を認識するよう徹底することとした。「ひらながや、かなかたは、もじがいかれわっても、さしいよとさごいがあったれば、よてめしもう」現象を確認した。	ラベプラゾールNa錠10mg「YD」	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
1035	調製にて名称類似により誤った薬剤をピッキングしてしまった。監査者も見逃してしまった。交付の際に、患者さんより「いつもの薬と色と大きさが違う」と指摘されたが、患者さんの勘違いと決めつけてそのまま交付してしまった。3日後に、患者さんよりお電話があり、調剤過誤が発覚。	午前中に処方箋枚数35枚という忙しさで焦って監査・患者対応を怠った。	焦っていても監査者は十分に監査の時間を取り、交付者は患者さんからの指摘は必ず聞くという態度を徹底します。	ラベプラゾールNa錠10mg「サワイ」	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
1036	ラベプラゾールNa10mgを調剤している際、自店採用のラベプラゾールNa10mg「ケミファ」を取ろうとしたところその棚にはアトルバスタチン錠10mg「ケミファ」が混ざっており、危うくアトルバスタチン10mg「ケミファ」を患者に渡しそうになった。	ラベプラゾールNa10mg「ケミファ」とアトルバスタチン10mg「ケミファ」が同時に入ってきて事務が検品後、薬を棚に戻す際、外箱が似ていたため間違っ棚に入れてしまったと考えられる。	薬を棚に入れる際、1つ1つの薬品名確認を徹底するよう周知、アトルバスタチン10mgとラベプラゾールNa10mgは同一メーカーではなく、違うメーカーを採用にすることにして再発の無いようにした。	ラベプラゾールナトリウム錠10mg「ケミファ」	アトルバスタチン錠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
1037	処方箋には一般名処方ラベプラゾールナトリウム錠10mgと記載されており、以前の採用メーカーのサンドのまま、入力を進めてしまいました。監査者(薬剤師)が入力間違いに気が付き、正しいトーワで入力をし直した。	久しぶりの来局、2枚にわたる処方箋の為、注意力が散漫、焦りがあったように思う。	第一にマニュアルを遵守し、供給が安定していないメーカーが多いが、事務と薬剤師で意思疎通をしっかりと図ります。採用から外れたメーカーは入力に出ないよう設定を変えていきたい。	ラベプラゾールナトリウム錠10mg「サンド」	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1038	当該医療機関発行の処方箋について通常の手順で調剤していき、監査過程でピッキングされたのが似た一般名の薬剤で処方薬と異なっていることを発見しました。	当該医療機関で初めて処方された一般名セファレキシン錠250mgは採用が無く、これまでに頻繁に処方されていたセファクロルカプセル250mgと勘違いしてピッキングしました。監査の際に別の薬剤であることに気づきました。	処方箋を受け取った際の処方内容の確認を、一般名等で似通った名称の医薬品があることを念頭に置いてしっかり行う。医薬品の在庫にも名称注意を喚起する表記をして再発防止に努めま。	タリキシン錠250mg	セファクロルカプセル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
1039	同じPPIで名称類似のためミス	名称+mgまで確認の徹底	確認の徹底	ランソプラゾールOD錠15mg「ケミファ」	ラベプラゾールNa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
1040	近隣の医院からランソプラゾール15mgがずっと処方になっていたが、他の医院からタケキャブが処方になっていたことに気がつき、患者さんに事情を説明し、同じ効果で同一成分の薬を重複していた事実を理解していただき、近隣医師に報告させていただくことにご同意を賜り、医師に報告したところランソプラゾールの処方が中止になった。気が付いた時点が入力、ピッキング調剤を終え、投薬寸前であった。	他医院の医師、薬局にてランソプラゾールが処方されていたことを見落としていたことは大きな過誤である。患者さんは毎回しっかり手帳を持参するアドヒアランスの高い方である。重複に気が付いた時点が遅かったのは、処方箋の初期監査のところで手帳の確認がされていないこと、スタッフ同士のコミュニケーションが不足していたこと、患者さんからの情報収集が遅くなったことなどが考えられる	処方箋入力前に薬剤師による手帳、薬歴監査などを業務手順として確立していくことでピッキング調剤前に重複チェックが行われ、重大な重複投与の間違いを防止できると考える	ランソプラゾールOD錠15mg「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
1041	ランソプラゾール入荷不安定であり、前回調剤時タケブロンで調剤。今回も同一で入力したが、ランソプラゾール入荷しておりジェネリックでの調剤。薬剤師監査時発見。入力修正。	医薬品の入荷状況が日々変化しており、メーカー違い、先発⇄後発と入荷状況に合わせて変更しているため。業務煩雑化。慢心で入力Doで引っ張ってしまった。	入荷状況による医薬品の情報共有	ランソプラゾールOD錠15mg「トーワ」	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
1042	ずっと数年間同じ処方だったため変更を見落とした	名前が似ており他の処方内容記載ミス追加がありそちらに気を取られて追加薬剤がありいつも通りのはそのままだと勘違いした	ダブルチェックをトリプルチェックにする	ランソプラゾールOD錠15mg「トーワ」	ラベプラゾールNa錠10mg「VTRS」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1043	オーソライズドジェネリックのランソプラゾールを調剤するところ、先発品のタケブロンで調剤	先発品希望の患者だったため思い込みで先発品を調剤オーソライズドジェネリック採用の物は注意する必要あり	オーソライズドジェネリックなど周知徹底する	ランソプラゾールOD錠15mg「武田テバ」	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
1044	ランソプラゾールの棚にタケブロンが入っておりピッキング時に発見。	慢心からくるミス。オーソライズドジェネリックのため外観酷似していた。	外観だけで判断せず薬品名もしっかり確認する。引き締めて業務を行う。	ランソプラゾールOD錠15mg「武田テバ」	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
1045	処方ではランソプラゾール継続で、PCデータ継続参照による自動分包機一包装であったが…鑑査時にラベプラゾールが調剤されていることが発覚⇒再調剤にてランソプラゾールで一包装	自動分包機へのデータ入力時に前回参照しているが、入力者の思い込みでランソプラゾールからラベプラゾールへの読み間違いによる誤入力で一包装したものと思われる	* 同効品は一般名が類似しやすいので、局内での注意喚起と類似一覧表等で視覚的訴え、誤調剤防止の意識を高める* 調剤者から鑑査者へ上記の留意点を申し送るなどして、鑑査における注意点を喚起する	ランソプラゾールOD錠15mg「武田テバ」	ラベプラゾールNa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
1046	ランタス注XRを間違えてランタス注ソロスターで調剤してしまった。	初めての自己注射の調剤で緊張していたこともありランタスの文字だけを見てソロスターかXRかを確認せずに調剤してしまった。また、薬剤名が類似しているにも関わらず同じ場所においてあったため取り違えにつながったと思われる。	ランタス注ソロスターとランタス注XRを段違いで上下に並べて見比べられるようにおき、指さし確認を行う。	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
1047	前回残薬があるとのことで、ランタスXR注ソロスターが処方からなくなっていた。医師が再度処方する際にランタス注ソロスターと入力。前回薬歴と相違あるため疑義したところ処方間違いに気づいた。	薬歴にて残薬があり処方削除の記載があったため、間違いに気づいた。削除の履歴もきちんと記録して多く必要がある。	削除の履歴もきちんと記録して多く必要がある。	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
1048	リーダイ配合錠を取ろうとして、誤ってリボフラビン錠を取った。	リーダイ配合錠とリボフラビン錠が他の薬剤を1列挟んで同じ段にあった。外観が似ていたため手に取っても気づかなかった。	なんとなくの場所で薬剤を記憶してしまっている節があるので、処方箋と名称を照らし合わせてからとるようにする。棚に貼ってある名称と、実際の薬剤が同じ名称か等も確認しながらとるようにする。	リーダイ配合錠	リボフラビン酪酸エステル錠20mg「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1049	投薬薬剤師が、投薬時にそれぞれの薬袋の中に入れてある薬剤を患者様に見せながら一緒に確認している時に、リオベル配合錠LDをお渡しするべきところ、レザルタス配合錠LDを取り違えていることが判明。	繁忙時間で、薬剤師が間違っレザルタス配合錠LDをピックアップをし、さらに監査の薬剤師も頭で「リオベル配合錠LD」と思いながら、「LD錠」を見て「レザルタス配合錠」と認識せずそのまま投薬薬剤師に渡す。 要因：繁忙時間・ベテランによる慣れ・お薬の配置場所が近い（どちらも「リ」の「LD錠」	間違った薬剤同士を、距離を置いて配置しなおした。 監査する人が焦らないように、集中できる環境の改善（監査中に他のことで声をかけない）	リオベル配合錠LD	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
1050	11月24日、久しぶりに来局。入院して薬に内容に変更があった。処方薬は一包化し、処方箋と空の薬シートで薬剤を確認し監査、患者に渡した。12月22日、薬剤師が処方箋受付しお薬手帳の内容を確認したところ、薬剤名が違って入力されていることに気づく。念のため、在庫されている薬剤数を数え間違っ渡していないことを確認した。	Do処方でなかったため、入力に時間がかかり、繁忙していたため、慌てて思い込みで入力してしまったのだと思う。発熱外来の患者も多く、混乱しやすい状況だった。	手間や時間がかかることを患者に伝え、慌てず作業を行うようにする。一包化の監査時に薬袋も忘れず確認する。	リクシアナOD錠15mg	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
1051	リクシアナOD60mg錠を調剤すべきところレベチタセラム500mg錠「トーワ」をピックアップ。すぐに間違いに気づき、リクシアナOD60mgで調剤した。	どちらも黄色味がかった大きめの楕円形の錠剤なので外観で間違えてしまった。	どちらも調剤棚の一番下の段にあるのでレベチタセラムを最上段に移し、局内に周知徹底した。	リクシアナOD錠60mg	レベチタセラム錠500mg 「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
1052	リクシアナ60mg 処方のところ、リクシアナ30mg で調剤。鑑査時に発覚。	規格の確認不足。機器の使用不徹底。調剤後の再度の確認の不徹底。	調剤時、処方せんの規格と薬剤の規格の確認の徹底。機器の使用の徹底。調剤後、再度確認の徹底。	リクシアナ錠60mg	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
1053	リスパダールOD0.5mgのところをレキサルティOD0.5mgで渡してしまう	メンタルの薬 OD 規格0.5mg で 監査を通してしまった	処方箋名称をきちんと確認する	リスパダールOD錠0.5mg	レキサルティOD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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1054	リスバダールOD錠1mg 1錠の分1就寝前90日分を後発品リスベリドンOD1mg 1錠もしくは後発品リスベリドンOD0.5mg錠2錠の分1就寝前90日分で調剤するべきところリスバダールOD錠0.5mg 2錠の分1就寝前90日分として入力し、リスベリドンOD0.5mg錠「サワイ」2錠の分1就寝前90日分で調剤した	処方箋ではリスバダールOD錠1mg錠1錠の記載のところ、リスバダールOD0.5mg錠2錠で入力し、その後発品に代替入力。入力監査時や調剤時、計数調剤鑑査時に気が付かず、残置薬となる。同日19時台に受け取りに再来局。代替元の入力と異なることに気が付かず薬を交付、服薬指導を実施した。	調剤録に変更前の処方薬および一般名処方の使用量を印字するように設定した。入力監査時に処方薬力価の確認だけでなく錠数も見ることで確認する機会を増やす。	リスバダールOD錠1mg	リスバダールOD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
	その後、交付済処方箋のレセチェックをしていた事務が発見。該当患者様は前回までリスバダールOD0.5mg錠2錠で処方箋に記載されていたが、この処方からリスバダールOD1mg錠で処方されていたことが発覚。当該患者様はリスベリドンOD0.5mg サワイを以前からご希望の方で、薬の味や形が変わると服用が難しくなるといった内容で前回在庫の事で対応してしまった。そして欠品しないようにリスベリドンOD0.5mg サワイの箱に当該患者氏名と必要数量を記載していた。そのことで患者氏名からリスベリドンOD0.5mg サワイの先入観があった。						
1055	処方箋が来た時にリスバダールをリボトリールと勘違いしたまま 細粒を分包して 印字としてはリスバダール細粒となっているのを投薬者の薬剤師に渡してしまったので 投薬者は気が付かずに渡してしまった	1包化の患者が続いていた時に 粉の患者が来たので 投薬を他者をお願いして分包した 確かに立て込んでいたとはいえず ダブルチェックなしに分包してしまったこと 慣れの思いこみが 最悪な事態を 起こした要因と思われる	前からやっていたのだが分包前に薬品確認を二人でしてから分包するはずなのに あまりの忙しさにかまけて 一人で思いこみのまま分包してしまったのを 投薬者に渡してしまったので スタッフ全員にダブルチェックの徹底を確認した	リスバダール細粒1%	リボトリール細粒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
	2しかし 処方箋の裏チェックをしているときにある事務員が リスバダール細粒ではなくてリボトリール細粒を使っていた記憶があるが間違いではないかと聞いてきたので 間違いに気づき 細粒のグラム数を確認したら間違いが発覚したので すぐに電話をして飲まないよう伝え 翌日の朝 お取替えに行くこと伝え 残薬3日分あったので無事交換することができた						
1056	リスバダール1mg錠の処方に対してリボトリール1mg錠で調剤交付前に発覚にて交換	患者特性により患者/家族からの情報収集が難しい症例だった調剤・監査が同一人物だったため名称類似の思い込みのまま投薬に向かってしまった規格の確認に意識が向きすぎて(思い込みから)名称類似のチェックがおろそかになってしまった	<調剤 鑑査時> 規格→商品名→剤型→メーカー名の順に確認する手順を徹底する<監査 投薬時> 薬袋の記載 薬情の写真などと医薬品の一致を確認する	リスバダール錠1mg	リボトリール錠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
1057	リスバダール内用液1mg/1ml 1ml 10回分の処方、1mlの分包品で代替調剤していたが、分包品での入力していなかった。	用量、メーカーは同じであるが、分包品は薬価が高くなっていることを把握していなかった。	ボトルの液剤と個包装の分包品で薬価が違うものがあることを周知した。	リスベリドン内用液1mg/mL「アメル」	リスベリドン内用液分包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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1058	リスベリドン内用液0.5m l 分包が処方されていたが、入力ミスで1m l で入力され、入力通りにピッキングし、錠剤監査システムもスルーした。そのまま投薬され、施設職員が医師の説明と異なるため(前回と同じと説明)気づき連絡があつて修正した。	リスベリドン内用液は0.5m l も1m l も医薬品マスターは同じで、二次元バーコードで薬剤選択に間違いはないが、用量の入力が間違っていた。薬剤師はピッキング後、錠剤監査システムを通過していたこともあり、監査で気づかずに投薬してしまった。	同一マスターで用量が異なる薬品をピックアップし、薬局内で事務員薬剤師すべてのスタッフに共有した。錠剤監査システムを通過することで安心感が生まれミス誘発することがあるので、再度認識を促した。	リスベリドン内用液 1 m g / m L 「ヨシトミ」	リスベリドン内用液 1 m g / m L 「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
1059	主に処方箋を応需する医療機関から該当薬剤を含む処方箋を応需。通常その医療機関が採用しているのが「セルタッチパップ」であるため思い込みで取り揃えを行おうとしたが、医療事務員が必要な薬剤が「リバスタッチパッチ」であることを指摘したため、取り間違いなく調剤を完了し、患者に実害無し。	処方箋への記載内容の思い込みで、全く新規であるリバスタッチパッチが処方されていることに気付かず、薬品名の記載を熟読していなかった。	思い込みをなくすために処方箋に記載された薬品名を語尾まで読み込む。	リバスタッチパッチ 9 m g	セルタッチパップ 7 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
1060	リバスタッチパッチ 9 m g 処方のところ、誤ってニュープロパッチ 9 m g で調剤。鑑査システムでエラーがでたため、鑑査者が確認したところニュープロパッチ 9 m g で調剤されていることに気づき、リバスタッチパッチ 9 m g で調剤し直し正しく交付した。	リバスタッチパッチとニュープロパッチの規格が 9 m g のみ同じで、調剤者は思い込みでニュープロパッチで調剤してしまった。	リバスタッチパッチとニュープロパッチの 9 m g が同規格であることを共有し再発防止につなげる。また鑑査システムでエラーを発見できたことから、エラーが出た場合はスキップせず、エラーの詳細を必ず確認し見直すこととした。	リバスタッチパッチ 9 m g	ニュープロパッチ 9 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
1061	非結核性抗酸菌症で、漢方治療を希望されており、1年半漢方煎じ薬を内服されていたが、数値が良くないため、抗酸菌症治療薬であるリファンピシンとエプトールに切り替え、初めて処方された。1日1回、1回3錠ずつ内服する薬だが、1日3回、1回1錠ずつ内服するようお渡ししてしまった。2回めの処方間違いに気づき、訂正してお渡しした。	忙しく、監査が行き届かなかった。	初めて出す薬の場合は特に添付文書、処方箋の確認を複数人で確認することとした。	リファンピシンカプセル 1 5 0 m g 「サンド」	エプトール 2 5 0 m g 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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1062	一般名処方「クロナゼパム」を「クロチアゼパム」と勘違いし交付。患者本人からいつものお薬と違うと連絡あり服用前に交換することができた。	多忙な時間帯で初めの数文字で判断してしまった。	調剤したお薬と調剤録や薬袋をよく確認する	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
1063	リルマザホン2mg錠1×で処方されていたがエスゾピクロン1mg錠1×で調剤してしまった	処方が入る前に病院からDo処方を出しませんでしたと連絡あり。患者様が処方箋と手帳を持ってこられて手帳を確認したらエスゾピクロン1mg錠2で1×で処方されていた。そのあと、処方箋を監査するときにエスゾピクロンが頭の中に残っていたため、リルマザホン2mg錠1×の処方をエスゾピクロンと思い込んでしまった。患者様に投薬時に間違いに気づき、話を聞いていると、今現在はエスゾピクロン1mg錠2を服用していて、リルマザホンは今は飲んでいないとのことで、エスゾピクロンで様子を見たいとのことで疑義照会後にエスゾピクロン1mg錠1×へ変更になりました。	今回思い込みがあり、名前が少し似ているお薬であったため間違ってしまった。しかし、患者様の手帳で今服用している薬と処方が異なっていたため疑義照会後変更になり患者の希望のお薬になりました。慌てると思ひ込みが強くなるため今後は落ち着いて調剤したい。また、お薬手帳から得る情報のチェックも必要と感じました。	リルマザホン塩酸塩錠2mg「MEEK」	エスゾピクロン錠1mg「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
1064	リンデロンVG軟膏の処方だったところをリンデロンV軟膏と勘違いして入力しベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%が患者にわたってしまった。後日処方箋チェック中に取り違いが発覚。患者家族に電話し交換していただく。	前回処方したリンデロンV（GEでお渡し）であったことから同一処方だと思ひ込みが一番の原因だと考えられる。	必ず処方箋を見て監査することで前回情報にとらわれずに監査を行っていく。入力画面を信じないように教育していく。	リンデロンVG軟膏0.12%	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏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
1065	久しぶりに来局。リンデロンVG軟膏を処方、リンデロンV軟膏で調剤、交付前に気が付き修正。	リンデロンV軟膏の使用頻度が高く、思い込みが原因。	処方箋に記載していることは、細部までしっかり確認するようにする。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1066	リンデロンVG軟膏が処方されていたがリンデロンV軟膏で入力。薬は正しくリンデロンVG軟膏でお渡ししている。事務員による処方箋入力チェックにて間違いに気づき、電話で謝罪。次回受診時に印刷物を差し替えた。	事務員が入力時に確認を怠り、薬剤師も入力間違いに気づかず調剤・投薬してしまった	似たような名前の薬品は入力時と入力後に特に注意する	リンデロン-V G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
1067	リンデロンVG軟膏が処方されていたが、リンデロンV軟膏で調剤してしまった。鑑査時に間違えと気づき、用意し直しました。	VGとVの表記をしっかりと確認していなかった。	処方箋とお薬を照らし合わせながら、しっかりと確認する	リンデロン-V G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
1068	リンデロンV G軟膏で処方入力を行なうところを誤ってリンデロンV軟膏で入力を行なった。薬剤師が調剤の際に入力の誤りに気づき修正。	処方入力の際に名称を十分に確認を行わず選択し入力を完了した。	入力を行なったのち処方入力確定時に最終確認を徹底する。医薬品の規格の区別を行なうために規格部分に鉛筆でチェックを行なう。	リンデロン-V G軟膏 0. 12%	リンデロン-D P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
1069	リンデロンVG軟膏の処方にも関わらず、誤ってリンデロンV軟膏を調剤してしまった。	処方監査の不十分。また投薬後の見直しができなかったことによる(いずれも社内ルールあり)。	鑑査の確認や当日中の見直し等社内ルールを遵守を徹底する。	リンデロン-V G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
1070	類似名による取り違えであったが、投薬時に発見したため過誤を防ぐことができた。	複数の患者様がお待ちであったため、焦ってしまったため起こった事象である。	繁忙していたとしても自身のペースで落ち着いて、ダブルチェックを怠らないように心がける。	リンデロン-V G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
1071	リンデロンVローションを調剤すべきところをリンデロンV Gローションを誤って調剤	医薬品の名称が類似していたため取り違えが起こったと思われる	医薬品の名称を最初から最後までしっかりと確認して調剤を行う。	リンデロン-Vロー ション	リンデロン-V 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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1072	リンデロンVローションが処方されているのに、VGローションを出してしまった	多忙な時間帯、人手不足の中慌てて調剤し投薬してしまった	患者様とのコミュニケーションを図り、症状を確認したり、今までの使用薬剤を聞いたりする忙しくても、慌てず他薬剤師の監査を受けてから投薬するように	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
1073	一般名処方「ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%」と記載されていたが、調剤者がリンデロンVG軟膏0.12%で調剤してしまい、監査者もそのまま患者さんに渡してしまった。次回の来局時に、前回リンデロンVG軟膏を渡していたことに気づき、患者さんに説明したところ、まだ開封せずにそのまま放置してあると分かった。	「ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏・ゲンタマイシン硫酸塩」と勘違いしたものとされる。一般名の最後まできちんと確認し、調剤、監査することが必要である。	薬剤情報書と照らし合わせれば間違いに気づけたはず。思い込みが一番怖いので、新たな気持ちで監査に臨むのが望ましい。	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
1074	リンデロンV軟膏0.12%が5g処方されていたところ、リンデロンVG軟膏0.12%をピッキングしてしまった。監査する前に気づき、ピッキングし直して正しい薬品を交付することができた。	名称類似しているため、誤ってリンデロンVG軟膏0.12%をピッキングしてしまった。また、リンデロンVG軟膏0.12%が処方されることが多いため、処方箋を正確に確認しなかったことが要因と考えられる。	ピッキングする際に、再度処方箋を確認することを徹底する。また、リンデロンV軟膏0.12%とリンデロンVG軟膏0.12%の配置場所を離して置くようにする。	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
1075	リンデロンV軟膏の処方だったが、リンデロンVGと間違え、そのジェネリックを交付してしまった。その後、いつもと違うと患者から電話があり、間違いに気づいた。	調剤者は監査レンジにかけたが、間違いに気づかず、監査も気づかずそのまま交付となった。	監査レンジをしっかりと見る。処方せんと薬の照合をしっかりとる。	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
1076	リンデロンV軟膏でお渡しするところ、誤ってVG軟膏でお渡しした。	事務員はリンデロンに種類があることを知らなかった知識不足が要因としてある。	普段からミスが多い事務員なのでヒヤリハットノートを導入してミスが起こるたびに書いてもらうように指導した。薬剤師も監査時にV、VGに丸をつけて意識するようにした。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1077	棚卸時在庫に差異があり発覚。調剤した薬剤師、監査した薬剤師ともリンデロンVG軟膏で出した記憶あり。患者宅まで交換に伺う。リンデロンVG軟膏は未使用であった。	処方医は普段リンデロンV軟膏を処方することがないのでVGと思い込んでしまった。	薬歴に注意喚起記載薬情の写真確認を徹底するよう職員間で話し合う	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
1078	リンデロンV軟膏 処方のところVG軟膏でお渡ししていたことが、次回受診日の時に患者から言われて発覚患者は使用しており、体調に問題なかったことを確認、もう使用しないとのことで謝罪し医師にも報告した	レセコン入力も間違えてVG軟膏になっていた。処方箋を見誤りVG軟膏で調剤。投薬時も電子薬歴を見てVG軟膏と確認してしまったので患者さんへ渡し間違えた	レセコン入力ミスを当日は無理だが後日チェックする調剤者と監査者は別だったが間違えのまま二名の目を通り過ぎたので類似名商品薬剤があることを薬剤師一同に認識共有した	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
1079	他の薬局に行ったが薬がなかったのでこの薬ありますか？と処方箋を持って来られた。処方箋通りに点眼・点鼻用リンデロンA液を出して耳鼻科の処方箋だったので鼻が悪いか聞いたら耳が悪いというのでこの薬は耳には使えないため間違いではないかと思ひ疑義照会をしたらリンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%の間違いであった。	先生がパソコン入力する際に、リンデロンだけで選んだのではないだろうかと思う。耳鼻科で耳が悪いか鼻が悪いかで薬が変わってくるのでよく見て入力してもらいたい。	患者様に前鑑査をしているのでどうあるかがそこでわかったので薬が違うのではないかと言うことがわかった。	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
1080	「リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%」が処方された患者に「点眼・点鼻用リンデロンA液」を調剤しそうになった。	「リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%」は薬局で扱ったことのない薬剤であった。	薬剤名を細かく確認する 監査システムを導入する	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
1081	エスゾピクロン(ルネスタ)をユーロジン(エスタゾラム)と取り間違えた	思い込みが原因必ず確認	必ず成分名を確認する	ルネスタ錠2mg	ユーロジン2mg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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1082	ルムジェブ注ミリオベンHD処方のところ誤ってヒューマログミリオベンHDをお渡し患者様が帰ってから気づき連絡ありすぐご自宅へ取り換えに行く	どちらの製剤もHDが存在するものでHDであることに注意が偏ってしまった	同じ名前で多種あるものは特に慎重に確認、調剤監査する間違いやすいものはサマリーに注意喚起を促す	ルムジェブ注ミリオベンHD	ヒューマログ注ミリオベン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
1083	レキサルティ錠2mg処方に対してレキソタン錠2mg取り間違い	類似品明 注意等の記載が必要	類似品明の医薬品について 類似品に注意等 注意喚起している	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
1084	レキソタン1mg処方されていたが誤って2mgをピッキング、鑑査システムでミスが発覚。ピッキングし直した。	いつもレキソタンの2mgというのを覚えていたので慢心でピッキングしてしまった。	必ず規格に○をつけて確認してピッキングする。	レキソタン錠1	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
1085	レグナイト錠300mgが処方されていたが、レグテクト錠333mgを取り違えた。	名称が類似しており、普段はレグテクトが処方される機会が多いため、習慣で取り違えたと思われる。	それぞれの薬品棚に「取り違い注意」「名称類似」の付箋を貼り、該当患者の薬歴にも「レグナイト確認」「×レグテクト」と記載して再発を防止している。	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
1086	レザルタスが新規に処方されたが、リベルサスをピッキング。容量の記載の部分で監査時に気付いた。	レザルタスとリベルサスの名称の近似によって発生。ル行の薬がなかったため、リ行の薬の配置と、レ行の配置が近い位置にあったことも要因。	両剤の配置換えと、レザルタスの容量がLDとHDであることを強調した	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
1087	薬剤名のHDが同じことによる取り間違い。監査機チェックがかかり発覚。	混雑状況ではあった。	HD以外の薬剤名にマーカーで印つけ、取り間違い防止するようにした。LD製剤にも同じようにして意識を高めるようにした。	レザルタス配合錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1088	レザルタスLDを調剤するところレザルタスHDを調剤してお渡ししてしまう。服用前に患者が気が付き連絡いただき、取り換えとなる	高額医療についての質問や償還払いなどの方法を調べていたため、内服の確認を怠った	夜間でスタッフ人員が減少する時間に重なる業務については患者も時間を要することを説明し、落ち着いて行うようにする	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
1089	処方箋受付時にQRコードにてデータを読み込んだ。処方薬品名が前回処方と同じと認識し Do処方にて読み込みを完了。調剤者も前回Doと思い込み、ピッキング。監査時に入力ミスに気が付き発覚。	処方箋が成分名処方になっている為、前回Do処方内容と思い込み、規格の確認を怠った。	合剤のmg数は特に注意をして確認する。	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
1090	レザルタス配合錠LDが処方されされているところ、ロサルヒド配合錠LD「NPI」を調剤・監査し患者に渡してしまった。患者帰宅後すぐにTELにて間違いを指摘され、監査薬剤師が患者宅に伺い正しい薬の交換と丁寧な謝罪を行った。	この患者の前に、二人続けてロサルヒド配合錠LD「NPI」の方が続き、処方せんにLDがあったためレザルタス配合錠LDでなくロサルヒド配合錠LD「NPI」を調剤してしまった。監査薬剤師もまたLDの患者さんかと思い、そのまま気づかず監査し渡してしまった。明らかに、慣れからくる調剤ミスを行ってしまった。	語順で並んでいる棚なので、再度レザルタス配合錠LDとロサルヒド配合錠LD「NPI」を離して配置した。また、後発医薬品のロサルヒド配合錠の方に赤い丸シールを名称の前と後ろに貼り、ピッキング中一旦思いとどめるようにした。これは、ロサルヒド配合錠HDの方にも同様のシールを貼った。	レザルタス配合錠LD	ロサルヒド配合錠LD「NPI」		ヒューマンエラー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	混合された薬の内容がいつもと異なることに、患者様が使用する段階で気づき、薬局に問い合わせがあった。	よく出る処方の組み合わせだったため、思い込みで調剤、監査してしまい、そのまま投薬してしまった。	混合薬の場合は特に調剤、監査、投薬で各自よく確認する。	レダコートクリーム 0.1%コンベッククリーム5%	レダコート軟膏0.1% 白色ワセリン「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
1092	レニベース5mgの処方用GEのエンラブリル「EMEC」で調剤するところ、外箱の色が類似していて、近くにあったエリキユース5mgを間違えてピッキングしてしまった。その他半錠の調剤もあり気持ち急いでいた。	規格、外箱、ヒートの色が類似しているものが、棚の前後にあった。	エンラプリルを引き出しに移した。	レニベース錠5	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1093	いつもレバグリニド錠0.25mgを服用中の患者に、レバグリニド錠0.5mgの処方があった。当該医院と当薬局は二次元バーコードを利用しているが、その時はうまく処方を読み込めなかったため手入力となった。最初の処方鑑査段階では処方箋に関しての疑義はないため、調剤へ段階が進んだ。その後、最終鑑査の段階でレバグリニド錠0.25mgが調剤された事が判明した。	前回Do処方と勘違いしてしまった事務員が、そのまま入力を進めた。調剤した事務員は処方箋を見ながら調剤したが、薬袋印字もすべて0.25mg規格だったためそちらを信じて調剤し直した。最終鑑査時に、薬の入力間違いに気づき、全てやり直した。	手入力の時はより注意して入力、調剤、監査をしなければいけないと実感した事例だった。特に経験が少ないスタッフの事は、周り全員がより要注意して間違いに気づかないといけないと伝達した。	レバグリニド錠0.5mg「サワイ」	レバグリニド錠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
1094	レプリントン配合錠L100 4錠 42日分 全量168錠 に、ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「CH」 10錠 1シートが紛れ込んだ。	薬品棚からこぼれ落ちたロキソプロフェンナトリウム錠60mg「CH」が棚の1段下にあるレプリントン配合錠L100の棚に入ったか、棚に戻そうとしたロキソプロフェンナトリウム錠60mg「CH」を入れ間違った可能性が考えられる。シートが銀色、錠剤が淡桃色で類似しているため、見逃して調剤した。鑑査者が発見した。	ケースの位置を変更した。ケースに戻すときには2人で確認することにした。	レプリントン配合錠L100	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「CH」		ヒューマンエラー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	処方是一般名。耐性乳酸菌18mgで誤入力。正しくは耐性乳酸菌6mgが正しかった。	面処方であるため見慣れない処方箋。耐性乳酸菌の規格が2種存在することがわからないことによる知識不足が原因ではあるが、内容としては難しい印象を受けます。	・入力後、処方箋ベースで突合作業を行ったのち後工程へ回す。	レベニン錠	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
1096	レボセチリジンDSを秤量しないといけないところを、隣にあったレベチラセタムDSを秤量してしまっていた。	両剤が隣同士にあったこと。秤量システムにデータが来る前に、量り始めていた。	秤量システムに入力データが来てから、量ることを徹底する。	レボセチリジン塩酸塩DS0.5%「TC K」	レベチラセタムDS50%「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1097	頭文字のみの判断による取り間違い	見間違いによるもの。監査システムにて間違いに気付く	頭文字だけでなく規格も含めしっかりと処方薬を確認する監査システムは100%使用する	レボセチリジン塩酸塩OD錠5mg「サワイ」	レボチロキシナ錠25μg「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
1098	レボセチリジン塩酸塩錠を処方しなければならぬところ、セチリジン塩酸塩錠を間違えてピッキングしていた。監査システムのプザーにより間違いに気付いた。	薬品名類似品があるのに、思い込みでピッキングしてしまっていた。完全なケアレスミス。	慣れ、思い込みでピッキングするのではなく、しっかりと処方箋を確認してピッキングするようにする。	レボセチリジン塩酸塩錠5mg「TCK」	セチリジン塩酸塩錠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
1099	ザイザル錠5mgが処方されており、後発品希望だったため、レボセチリジン錠5mgを調剤するところ、誤ってタダラフィルZ A錠5mgをピッキングしてしまった。監査時に薬剤師が気付いて正しい薬をピッキングした。	あまり処方経験のない薬であり、忙しい時間帯であったため、ザイザルとザルティアで勘違いをして違う方の後発品をピッキングしてしまったため。またピッキングしたのが事務員さんであり、薬剤の薬効と診療科との違いに気付かなかったため	薬局内にある先発品と後発品の名称の紐づけをしっかりと周知してもらおう。薬剤の棚に類似名注意など表示を付ける。	レボセチリジン塩酸塩錠5mg「サンド」	タダラフィル錠5mg ZA「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
1100	心療内科の処方箋が継続して来ており、同じ心療内科からの処方箋に、一般名レボセチリジン塩酸塩錠5mgの記載のところ、その日よく出ていた一般名レボメプロマジン錠5mgと見間違いし、レボトミン5mgを調剤してしまった。いつもは交付時に処方箋と薬袋とお薬の確認をしてからお渡ししているのに 込み合ってきたため、きっちり見ずにお渡ししてしまった。薬歴記載時に自分が取り間違いしていることに気が付き、患者様宅に正しいお薬をお持ちした。	土曜日は、一人薬剤師のため、いくら患者様をお待たせしてしまうと思っても確認作業を怠らずに初心を忘れずに行いたいと思った。	1人薬剤師の時は 事務員さんにも確認してもらおうと思った。	レボセチリジン塩酸塩錠5mg「明治」	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1101	新患。レボチロキシシン錠25μg「サンド」で処方が出ていたが採用がなく、見慣れていたレボフロキサシン錠と見間違えた。鑑査時に気づき、訂正し正しいものをお渡しした。	レボチロキシシン製剤はチラーヂンしか採用がなく、レボチロキシシンの名前を見慣れておらずレボフロキサシンだと見間違えた。薬の名前のうち、最初2文字と末尾2文字が同じで、文字数も7・8と似ていたため、勘違いしてしまった。	1文字ずつ確認しながら入力する。鑑査時も1文字ずつ追ひ、規格・単位も間違いないか確認する。	レボチロキシシンNa錠 25μg「サンド」	レボフロキサシン錠500mg「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
1102	レボフロキサシン錠500mgをお渡ししなければならなかった所、レボセチリジン錠5mgをお渡ししようとし、患者様へお渡しする前に気づきました。	最初の2文字が「レボ」と全く同じで、棚が近い所にあったため、急いで調剤してしまい、そのような間違いに至ったと考えられます。	似ている名前のお薬は、棚を離したり、注意喚起を促す紙を貼ったりする。	レボフロキサシン錠500mg「DSEP」	レボセチリジン塩酸塩錠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
1103	前回の処方と同じだと思い込んで、入力、監査まで素通りし、そのままお渡ししてしまった。患者にTELして状況確認。まだ使用されておらず、正しい薬と交換する。	患者を待たせてはいけないと焦って入力、監査した結果、お互い確認がおろそかになっていた。	忙しいときでも慌てずしっかりと処方箋を確認するよう努める。	レボフロキサシン点眼液0.5%「NP」	レボカバステチン点眼液0.025%「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
1104	前回の処方が、レボカバステチンであった。今回は一般名処方、レボフロキサシンに処方変更されていた。名称が似ていることで思い込みで、レボカバステチン点眼液で入力した。投薬時に、患者様からの聞き取りで、本人様が処方変更する旨医師から聞いており、間違い発覚。	前回の処方が、レボカバステチンであった。今回も、前回と同じ処方であるという思い込みがあった。一般名処方であったため、名称が似ていたために、更に間違いやすかった。	一般名の名称類似チェックリストを作り、意識付けを徹底させた。入力者のみならず、調剤者・投薬者など、何重にも処方箋チェックするように徹底させた。	レボフロキサシン点眼液0.5%「わかもと」	レボカバステチン点眼液0.025%「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
1105	本処方よりメーカーを変更する予定であったが、誤って前回調剤したメーカーのまま処方入力を行ってしまった。	繁忙時間帯で焦りがあり、申し送りの確認が漏れていた。	レセコンにおける申し送り事項の強調表示の変更。レセコン医薬品マスタにおいて、現在使用中の医薬品の表示用医薬品名の頭に★をつける。	レボフロキサシン点眼液1.5%「VTRS」	レボフロキサシン点眼液1.5%「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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1106	レボフロキサシン点眼液を渡さなければならなかったところ、レボカバステン点眼液で渡してしまった。使用する前に患者様から違うものが出ているとご連絡あり。	一般名処方で処方に来ており、名前が類似しているため思い込んで調剤してしまった。	調剤時、目に入るよう棚に注意喚起した。	レボフロキサシン点眼液 1.5%「テバ」	レボカバステン点眼液 0.025%「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	継続して5か月間「レボカバステン点眼液」が処方されていた。レセコン入力時、前回と同じで入力し、同様に調剤した。バーコードリーダーで鑑査もしたが、入力と合致していたため通過。渡薬時患者様から「抗生物質が出ると言われた」と聞き、処方が「レボフロキサシン点眼」となっていることに気づく。謝罪し入力からやり直した。	継続して同じ薬を使っていたため、今回も同じと思って入力・調剤してしまった。お待たせしている焦りもあった。	入力、鑑査の際は思い込みを捨ててきちんと内容を確認する必要がある。鑑査機器は補助的なものと考え、頼りすぎない。患者様に病状をお聞きすることは安全管理上も重要であると認識する。	レボフロキサシン点眼液 1.5%「日新」	レボカバステン点眼液 0.025%「T S」		ヒューマンエラー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	レルベア100エリプタ30吸入用で処方されていたがアニューティ100μgエリプタ30吸入で間違えて調剤し、鑑査者も間違えに気付かずそのまま患者様に交付。後日薬局内の在庫が合わない為、調査した結果、間違えてお渡ししたことが発覚した。	・調剤者は数字(100、30)のみを確認し調剤していた可能性あり・ハンディーを通し終えてからカゴに薬をいれているが通さず入れてしまった可能性や、鑑査者がカゴに入れていない薬をとり、鑑査を開始してしまったため、調剤者はハンディーを通したと勘違いした可能性がある。・ハンディーを通すべきところが出来ておらず、目視だけで鑑査を行ってしまっていた。・鑑査の際、薬が違うことに気付くべきであるが、確認が不十分であった。	・薬は必ずハンディーを通してからカゴに入れるよう徹底する。・ハンディーの通し忘れを防ぐため、調剤者がハンディーを通したら確認書に赤ペンでチェックを記載する。・鑑査者が処方箋をみて薬品の確認を怠っていた可能性があるため、今後は処方箋と薬の確認を徹底するように指導する。	レルベア100エリプタ30吸入用	アニューティ100μg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
1109	レルベア200エリプタ30吸入用が処方された患者に対し、誤ってテリルジー200エリプタ30吸入用がピッキングされた。鑑査者も間違いに気付かず、患者に薬剤を交付した。後日患者本人が吸入した際に嘔気が現れたため処方医に相談したことで発覚。	どちらも外観が類似しており、更に今回は規格も同じであるため名称の違いを見落としてしまった。	薬剤の調製後に再度調剤者、鑑査者による名称・規格・包装の色分け等の確認を行うよう周知徹底を行う。	レルベア200エリプタ30吸入用	テリルジー200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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1110	レルベア処方されたがテリルジーでお渡し。同じデバイスで、色は違う。ご本人にも必ずお薬と吸入回数確認してお渡ししているがその時も発覚せずそのまま使用されていた。次回投薬時に患者さん自身が気づかれた。	発熱外来対応患者が急激に増えた時期。システムも確立しておらずかなりバタついていたと考えられる。	箱開封時に確認、投薬時にご本人にも確認してもらい、薬袋に入れる際に再度確認を徹底していく	レルベア200エリプタ30吸入用	テリルジー200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
1111	処方せんの記載をうっかりミスしてしまった。	似た吸入器で思い付きでピックアップしてしまった。最後まで確認しなかった。	ダブルチェックで再度確認するようにする。	レルベア200エリプタ30吸入用	テリルジー200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
1112	レルベア200エリプタ30吸入用が処方されたが、調剤者がテリルジー200エリプタ30吸入用を取りそろえた。監査の段階で監査者が見つけて訂正した	同処方医からテリルジーが処方される事があまりにも多くて思い込みがあり、処方箋をパッと見て200エリプタ30吸入の記載を見ただけで反射的にテリルジーを取りそろえてしまった。	調剤時に処方箋と薬品を近くに置いて、調剤した薬品名と処方箋記載の薬品名をかならず縦読みで自己監査する。監査時に必ず監査システムを用いて薬品が正しいか照合する	レルベア200エリプタ30吸入用	テリルジー200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
1113	ロキサチジンの棚の中にブランルカストが格納されていた。その結果監査をすり抜け患者へ投薬した。	発生日時より前、手が足りていないところに多数の患者が来局し、元箱を開封したものを台の上に放置せざる負えなくなり、見た目が似ていたことから確認せずに格納されたと推察される。発生日は手が足りずピックアップ→監査→投薬を一人で実施することも多くミスがすり抜けしてしまった。	通常時でも老健施設の調剤等で監査投薬を省略せざる得ない状況が多発しているため現場での改善は打つ手がない。	ロキサチジン酢酸エステル塩塩徐放カプセル75mg「サワイ」	ブランルカストカプセル112、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
1114	ロキサチジンの棚の中にブランルカストが格納されていた。その結果監査をすり抜け患者へ投薬し服用をされてしまった。	発生日時より前、手が足りていないところに多数の患者が来局し、元箱を開封したものを台の上に放置せざる負えなくなり、見た目が似ていたことから確認せずに格納されたと推察される。発生日は手が足りずピックアップ→監査→投薬を一人で実施することも多くミスがすり抜けしてしまった。	通常時でも老健施設の調剤等で監査投薬を省略せざる得ない状況が多発しているため現場での改善は打つ手がない。	ロキサチジン酢酸エステル塩塩徐放カプセル75mg「サワイ」	ブランルカストカプセル112、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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1115	ロキシスロマイシン（一般名）とレバミピド、ゲンタマイシン軟膏の処方間で間違えてロキシスロマイシンをロキソプロフェンで調剤、監査してしまった。患者さまとの会話で「できものが悪化したので抗生物質を飲むことになった」と言われてあらためて処方箋を確認したところロキシスロマイシンだった。	繁忙時、一人薬剤師で対応。ロキソニンとレバミピドの組み合わせでの処方が多いためちゃんと確認せずロキソニンと判断して処方監査、調剤、監査まで通してしまった。	処方箋をきちんと確認する。1人薬剤師のときは時間をあけたり、慎重に調剤、監査、投薬する。患者さまとの会話で処方意図を確認する。	ロキシスロマイシン錠 150mg「サワイ」	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
1116	前回、ロコアテープが処方されていた。そのまま同じ処方を引っ張って入力してしまったが、今回はロキソニンテープに変更していた。	いつももらわれている事で、今回も同じだと思い込んで確認を怠った。	薬情の写真を活用し、照らし合わせることで色でも確認する。	ロキソニンテープ100mg	ロコアテープ		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
1117	普段よりロキソニンテープ50温感タイプを使用している患者だったが今回間違えてロキソニンテープ50の非温感で調剤し監査でも間違いに気づかずそのまま投薬した。投薬時いつもとテープの色が違うという患者からの話で気づきすぐに訂正した。	前回処方の確認不足。一般名処方を書かれた場合成分名等は全く一緒で非温感か温感かという最後まで確認していなかった。	前回の薬歴や処方内容を確認してから投薬することの徹底。監査時に必ず処方せんを最後まで読みとるようにする	ロキソニンテープ50mg	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
1118	二次元バーコード読み取り薬局である。いつもは一般名でロキソプロフェンNaテープ100mg温感の処方、ロキソプロフェンNaテープ100mgタイホウが出ていた患者。今回一般名でロキソプロフェンNaテープ非温感に処方に変更になった。事務員がいつもと同じと思い込み別剤型をわざわざ選んで、ロキソプロフェンNaテープ100mgトローワで入力してしまった。薬剤師もいつも温感タイプの患者と覚えていたため監査システムも素通りし、患者の指摘により判明した。	事務員は他の店舗からの応援者だった。他店でも二次元入力はしてはるはずないのだが、病院の処方がきちんとしていないので、過去の処方を見て入力することが多いということであった。薬はあらかじめ用意してあったので、疑いを持ちにくかった。	事務員が気を利かして別剤型にしたが、二次元で読み込んだそのままを入力するように再指導。薬剤師は思い込み禁止。	ロキソプロフェンNaテープ100mg「トローワ」	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1119	規格違い	処方箋の確認の徹底	ダブルチェック	ロキソプロフェンNa テープ100mg「三和」	ロキソプロフェンNa テープ50mg「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
1120	9/13ロキソプロフェンテープ50mgが処方されていたが事務員が100mgで入力。薬剤師は処方せんの50mgの規格を確認せず100mgで調剤し交付。9/28ロキソプロフェンテープ50mgが処方されたため規格の不一致を患者さんに確認し、疑義照会したところ100mgで誤ってお渡し発覚	プリンターの故障や通常の1.5倍程度の混雑あり、通常とは異なる繁忙があったと思われる。患者さんにとっても初薬だったため規格の違いには気づかない等複数要因があった。	ロキソプロフェンテープの規格や非温感等の文末まで原本でしっかりと確認し交付する。	ロキソプロフェンNa テープ50mg「久光」	ロキソプロフェンNa テープ100mg「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
1121	自己で新患の患者にテープ剤が処方されたが、規格を間違えてレセコンに入力してしまい、そのまま鑑査を通して患者に渡ってしまう。処方チェックで間違いに気が付き連絡するも既に使用していた為、未開封の袋分を交換対応とした。	ちょうど混雑する時間帯であり、テープ剤だけの処方であったため簡単に現物だけを見て通してしまった。GS1チェックカーを導入しているため、そこに比重を置いてチェックしている鑑査の仕方が仇になってしまった。	規格違いと温感・非温感の入力間違いが増えているので、初期鑑査で支援表を活用してチェックしミスの減少に取り組む。	ロキソプロフェンNa テープ50mg「久光」	ロキソプロフェンNa テープ100mg「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
1122	ロキソプロフェンが処方されていたのに、ザルトプロフェンで調剤、監査した。服薬指導時に発覚し、謝罪して交換し事なきを得た。	同じ飲み方をする薬であったため見逃した。	見た目は異なるため、薬袋の写真を確認した上での監査。	ロキソプロフェンNa 錠60mg「サワイ」	ザルトプロフェン錠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
1123	ロキソプロフェンテープ温湿布「タイホウ」のところで、非温のテープ「三笠」で渡してしまった使用前に取り換えに行きました	一般名：ロキソプロフェンテープ「温」という記載を見落としており、圧倒的に多い非温の冷感テープで渡してしまった以前も同じ間違いがあり、処方箋の「温」に○をつけて、事務から「温感、タイホウです」と調剤者に回してもらっていたが、今回事務側も見落として入力が非温の方で回ってきており、事務、調剤薬剤師、監査薬剤師 3人とも見落としていた	ロキソプロフェンテープの「温」「非温」必ず確認する 処方箋に温感、タイホウと記入して調剤者に回すときに声をかけてもらう患者にテープをしっかりと見てもらい、温感です、など伝え確認してもらう	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「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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1124	一般名によるロキソプロフェンNaテープ(温感)の処方がされていたが、入力段階でロキソプロフェンNaテープ(非温感)を入力してしまい、調剤者もスルーし鑑査者により発見できた。	混雑下であったのと前回はロキソプロフェンNaテープ(非温感)で出ていたため、Doでの入力で確認を怠った。その後、調剤者は入力シートを見ながら調剤してしまった。	まずロキソプロフェンNaテープには温感・非温感があることを周知させ、今後寒くなる時期の切り替わりに注意するよう声かけを行った。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイハウ」	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
1125	一般名ロキソプロフェンテープ温感があり処方ではなくいつものロキソプロフェンテープ非温感と思って非温感で調剤。	温感と非温感の処方箋の記載をしっかりと確認する	温感テープと非温感の認識をしっかりと持つ	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイハウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「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
1126	処方内容がロキソプロフェンNaテープ温感であったが、入力時非温感で入力。投薬時に温感であることに気づき、訂正してお渡しした。	非温感が圧倒的に使用量が多いため、入力時に非がついていないことに気づかずに入力してしまった。ロキソプロフェンナトリウムテープは一般名処方だと、温感と非温感が見にくいいため見落としやすい。	初回は温感、非温感の確認を意識する。継続で使用している人にはコメントに温感使用中であることを入れることとした。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイハウ」	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
1127	【般】ロキソプロフェンテープ(温感)に処方変更になってたのに、入力者が気付かず、非温感の通常汎用しているものを入力。鑑査した薬剤師もそれに気づかず汎用の品目で調剤。別の薬剤師が服薬指導で患者からの処方の経緯をきいて、間違いに気づき、調剤しなおした。	通常汎用する品目について、類似処方への注意認識がたりなかった。	テープ剤の規格、剤形だけでなく、温感かどうかなど、詳細まで確認するよう徹底。スタッフ全員に周知。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイハウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「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
1128	ロキソプロフェンテープ温感を希望されていた方へ冷感シップを調剤	忙しく、焦りがあった。ロキソプロフェンテープといえばこれ、という固定概念があった。	忙しい時こそ声をかけ気を付ける。初処方時は固定概念をなくす。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイハウ」	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1129	前回まで一般名ロキソプロフェンテープ100で処方今回ロキソプロフェン100温シップに変更	ずっと継続処方でロキソプロフェンテープ100で処方がきており、今回も継続だと感じたため。	温シップなど名称類似なものに関して注意して監査実施	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイハウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「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
1130	ロキソプロフェンテープ100 温感タイプであるところを非温感タイプと思いこみ入力。他の薬剤師による入力監査によりミス発覚し修正。	忙しい時間であり、思い込みで入力・ピッキングを行ってしまった。	1処方箋受付に対して可能な限り2人以上で業務を行う。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイハウ」	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
1131	処方箋にロキソプロフェンナトリウムテープ「温感」が記載されていたが、普段よく処方されている「非温感」を入力してしまった。	繁忙期に人手不足の時間帯の際、新人事務に処方箋入力を行った時にこのような事態が起きた。前回処方が「非温感」であり、近隣クリニックが「非温感」の処方が普段多いので思い込みと「温感」の存在を知らなかったためこのような入力をしてしまった。	一般名処方の記載であった為、入力する際に「温感」「非温感」の声出しを行わせると共に、当薬局での新人事務のヒヤリハット事例を作成し一読してからの調剤事務業務を行う事にする。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイハウ」	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
1132	処方箋バーコードを読み込んで入力。当薬局にある薬に変更するのを忘れた。入力したものとお渡ししたものが異なりました。	背景：入力、調剤、監査すべて一人でやり、監査時に写真が違うから直しておかないかと思ってお渡し。しっかり薬品名をみていなかった。要因：お客様とお話ししながら確認がおろそかだった。いつもの薬ということで安易だった。	・薬局に在庫のない薬の写真は非表示にしておく。 ・入力時に残数が出ていない時点で本来薬局にあるものではないので、進まないで入力を入れなおす。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「日医工」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「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
1133	ロキソプロフェンテープ「タイハウ」が処方されていたが、事務員がロキソプロフェンテープ「NP」で入力して薬剤が調整された。ロキソプロフェンテープ「タイハウ」は温感であるため、他メーカーのジェネリック変更は不可だが、入力者にその認識がなかったため、当薬局で処方数の多い「NP」で代替えて入力をしてしまった。投薬時に監査した薬剤師が気が付き、交付には至らなかった。	ロキソプロフェンテープ「タイハウ」は温感テープである旨の知識がないと代替え調剤が可と判断してしまう。	・ロキソプロフェンテープ「タイハウ」は温感の湿布剤であることを、薬剤師、事務員を含めて周知。 ・入力時の電子薬歴のコメント欄に記載し、注意喚起。	ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg「タイハウ」	ロキソプロフェンNaテープ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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1134	一般名処方でロキソプロフェンテープ(50) 温感が処方された。入力時に誤って非温感タイプを選択、ピッキングも非温感タイプだったが、監査で気づいた。	入力時、ロキソプロフェンテープ50mgの一般名処方のマスタには温感・非温感の区別がなく、薬品選択の際に誤って在庫量の多い非温感タイプの日医工を選択してしまった。	監査時に処方箋コピーの非温感・温感の部分にチェックをつけ、注意喚起する。	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
1135	ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg(温感)とロキソプロフェンナトリウムテープ50mg(非温感)の取り違い。	ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg(温感)と記載されたFAXが薄く見えにくかったのと、普段は非温感タイプを使用していたので思い込みで入力・調剤・監査を行ってしまった。	普段処方されない規格を思い込みで入力・調剤・監査しないように、処方箋を良く確認するよう各人が気を付ける。FAXが薄い時は、特に原本で確認する。	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
1136	陳列している棚が近かったため取り間違えをしてしまいました	棚卸し後錠剤棚の陳列が乱れ錠剤の間隔が狭くなって	陳列 配列を変える	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「クニヒロ」	ジクロフェナクNa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
1137	ロキソプロフェン処方時、棚の近いロスバスタチンで調剤。監査、投薬すべて同じ薬剤師が行いそのまま患者に薬が渡った。患者からの電話にて発覚。服用済みだったが副作用症状等なし。	薬剤師が数人いたが、繁忙時のため調剤監査投薬すべて1人の薬剤師が行ってしまった。	調剤、監査、投薬いずれも可能な限り違う薬剤師が担当するよう店舗の薬剤師全員に周知。	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg「日医工」	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」		ヒューマンエラー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	ロサルタンK25mgをロスバスタチン2.5mgで交付。一時して間違いに気づき、連絡して薬を取り換える。	薬のシートも緑で、名前も「ロ」から始まり、規格も25と2.5と似ているところが多々あった。単純なイージーミスではあるが、防がなくてはならない。薬を棚に入れるときに間違えて入れていて、後で気づいて、該当患者を調べて発覚した様子。患者が飲んでなかったのが功を奏した。	箱を開けてから、調剤棚に直すときの確認不足。調剤→鑑査→投薬のそれぞれの確認不足。再確認の徹底を図る。	ロサルタンカリウム錠25mg「NP」	ロスバスタチン錠2.5mg「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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1139	4月25日にロサルタンK25処方に対しアテノロール25を交付。5月26日に両薬剤の理論在庫との差異が同数あることを発見し、過誤の可能性に気付いた。対象者は1名で、喘息であったため、危険な間違いであることを認識した。自宅に繰り返し電話したが、常に留守番電話メッセージを残すことしかできなく2週間経過した。7月9日に本人が薬を持参し、薬が違っているようだ。胸がもやもやするようになり喘息傾向のようだと申し出あり。直ぐにロサルタンK25をに交換し、アテノロール25は回収した。51日分服用済であった。医師に報告済、その後フォローアップ実施し5日後には喘息傾向は消失したことを確認。	PTPの台紙の色と錠剤が白色で類似しているが、棚がそれほど近いわけでもなく、設備面での大きな問題は無い。	過誤により喘息悪化の可能性があるため十分注意が必要。全員が意識するように伝えた。PTPの外観が類似しているため、外箱に入れたまま棚付けすることを徹底する。	ロサルタンカリウム錠25mg「サワイ」	アテノロール錠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
1140	ロサルタン錠50mg「サワイ」が保管されている棚にシロスタゾール50mg「サワイ」が混入していた。そのためロサルタン50mgを56錠のところロサルタン50mgが30錠と開封して取り出した26錠がシロスタゾール50mgになっていた。	事務員が薬剤を納品する際にパッケージだけで判断し、ロサルタン錠50mg「サワイ」の棚にしまっていた。本来納品時は発注の際に発行される棚番を確認しながら納品することがマニュアルとなっているが、慣れにより棚番を確認せず、パッケージの外観だけで納品をしてしまっていた。	今後、納品の際は必ず棚番を確認しながら納品をするように再度指導を実施。また類似したパッケージで成分は全く異なる薬が多くあることを再度指導。	ロサルタンカリウム錠50mg「サワイ」	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
1141	プレミネントLDで処方されロソーゼットLDに薬局にて代替調剤。鑑査した薬剤師が発見し間違いを指摘。正しいものに取り換えた。	ロソーゼットLDとロサルヒドLD錠が同じ引き出しに保管されていた。最初の文字と語尾のLDだけで慌てて取ったことで発生した過誤。	引き出しの薬の保管場所を変えて取り間違いしないようにした。間違え注意の張り紙をした。	ロサルヒド配合錠LD「ニプロ」	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1142	ロスバスタチンOD錠5mgのところ2.5mgでピッキングしてしまった。	他規格があると認識していたがロスバスタチンとみて2.5mgの規格の患者様が多く2.5mgと判断してしまった。忙しい時間帯と処方の多い患者様であったため一つの薬剤を丁寧に見れていなかった。	他規格があるものの再確認・忙しい時間帯でも丁寧なピッキング・監査を心掛ける。	ロスバスタチンOD錠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
1143	それまでロスバスタチンOD錠2.5mgでの処方。入院を挟み来局。ロスバスタチンOD錠5mgで処方。OD錠2.5mgでDO入力。調整中に気づく。	繁忙のためにDOと思い込んでしまった。縦読み、横読みの手順に不備があった。	縦読み、横読みなどの手順の徹底。	ロスバスタチンOD錠5mg「JG」	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
1144	処方箋の薬が1錠→2錠に変更になっていたのにいつものDO処方と勘違いをして1錠で処方しようとしていた。監査で違いに気づき間違いを修正しました。	煩雑な状況ではつい見落としてしまいがちな間違いだが監査、レセコン入力者と連携しておけば問題ないのに注意が緩慢だった。	今後お薬交付までの手順を遵守しておけば問題ないので改めて情報共有をし交付までの手順を遵守します。	ロスバスタチン錠2.5mg「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
1145	ロスバスタチン錠の棚にルボックス錠が紛れていたのに気づかず調剤。鑑査の時にほかの薬剤師が気が付く。	ロスバスタチン錠とルボックス錠の棚が隣同士になっており、前にルボックスを調剤したものが間違えてロスバスタチン錠の棚に入れたものと思われる。	ヒートや錠剤がよく似ている為に混同しやすい。思い切って棚を上と下に離しておくことにした。	ロスバスタチン錠2.5mg「サワイ」	ルボックス錠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
1146	ロスバスタチン錠2.5mgのところ5mgでお渡し。一般名記載でロスバスタチン口腔内崩壊錠と記載があり、普通錠のジェネリックへ変換するときに間違えて選択した。	忙しい状況でも確認を怠らない。	処方箋入力時に規格と錠数に鉛筆でレ点を入れながら入力をする。	ロスバスタチン錠2.5mg「トーワ」	ロスバスタチン錠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
1147	一般名記載で「ロフラゼブ」を「ロラタジン」と読み間違えて調剤	ロフラゼブとメイラックス両方を在庫していた	メイラックスのみで在庫することに	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	ロラタジン錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1148	処方ではロラゼパム (0.5) だったが、ロラゼパム (1) で入力してしまった。	処方内容をミリ数まで見ていたつもりになっていた事。入力時にミリ数まできちんと見ずに入力していた。焦りもあった。	処方内容をしっかり見て、焦らず入力する際も選り間違いない様に処方箋と照らし合わせながら確認作業をしっかりとる。	ロラゼパム錠 0.5 mg 「サワイ」	ロラゼパム錠 1 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
1149	一般名記載でロラメタゼパム錠を不安時で処方されていることに気づいた。患者様への聞き取りから不眠時ではなく不安時の薬を出されていることが判明。病院への疑義照会後ロラゼパム錠 1 mg 不安時へ変更。	病院が処方箋を出す際の誤転記、誤処方と思われるが似たような名前と用量の薬でどちらも精神科から出される薬であったため誤りに気付きにくかった。	必ず薬のピッキングと監査、投薬を2人以上の薬剤師が監査すること。	ロラゼパム錠 1 mg 「サワイ」	ロラメット錠 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
1150	ロラタジン錠が1日2回の用法であったため、内科Aに疑義照会したところ、内科Aの事務員の方より、ロラタジン錠ではなく、クラリスロマイシン錠の誤りだったとの返答をいただいた。 *当事者5の内科Aの事務員の職務年数は不明です。	内科Aの医師がカルテに「クラリス錠」と記載し、事務員の方が処方箋を作成する際に、3文字入力で「クラリ」と入力し、誤ってクラリチン錠を選択して、一般名処方 [般] ロラタジン錠に変換してしまったのではないかとと思われる。	添付文書の記載と異なる用法であったり、患者様から聴取した症状に適さない薬剤であったりした場合は、必ず処方医へ確認する。	ロラタジンOD錠 10 mg 「サワイ」	クラリスロマイシン錠 200 mg 「大正」		ヒューマンエラー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	亜鉛華単軟膏のところ亜鉛華軟膏で調剤お渡し、よく来局時に薬がいつもより柔らかかったボトルの色も違っていたとお話あり。確認すると間違っていた事が発覚。	処方数の多い方が亜鉛華軟膏であったため思い込んで調剤してしまった。処方数が1000gと大量であったため調達に時間を要し焦りがあった	確認を怠らない事を再度徹底した	亜鉛華 (10%) 単軟膏 「ホエイ」	亜鉛華軟膏 「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
1152	亜鉛華単軟膏10%の処方に対して、亜鉛華軟膏を調剤してあった	これまで亜鉛華軟膏の処方のほうが多かったため、思い込みで調剤してしまった	各薬品棚に「類似品あり」と注意喚起の札をたてる	亜鉛華 (10%) 単軟膏 「ホエイ」	亜鉛華軟膏 「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1153	軟膏ミックス処方に対して、亜鉛華単軟膏と亜鉛華軟膏を取り着替えた	容器が類似しておりきちんと確認しなかったことが原因である	それぞれのツボのフタに、薬品名を大きく明記した	亜鉛華（10％）単軟膏「ホエイ」	亜鉛華軟膏「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
1154	医薬品名が類似しており亜鉛華単軟膏10％と亜鉛華軟膏20％を見間違えた。	忙しかった。規格の知識が不足していた。	入力画面の医薬品名を分かりやすく工夫する。	亜鉛華（10％）単軟膏「ホエイ」	亜鉛華軟膏「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
1155	亜鉛華(10%)単軟膏とデルモゾールG軟膏の混合処方のところ、亜鉛華軟膏とデルモゾールG軟膏を混合して調剤、投薬。患者さんが使用される前に回収、交換しました。	普段、あまり調剤しない軟膏だったため、亜鉛華軟膏を亜鉛華(10%)単軟膏と間違えて調剤。分割購入のため、容器のラベルが見にくかったことも一因。	あまり調剤しない軟膏や基剤は添付文書等で性状を確認後、調剤するよう心掛ける。分割購入品は商品名をわかりやすく記載する。	亜鉛華（10％）単軟膏シオエ	亜鉛華軟膏〈ハチ〉		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
1156	処方箋記載、亜鉛華軟膏を誤って亜鉛華(10%)単軟膏で入力し、調剤・監査・投薬時に気付かずにそのままお渡ししてしまった。調剤録入力時に誤りに気付き判明。すぐに患者様に連絡。使用前であったため、正しい亜鉛華軟膏と交換した。	類似薬品名であった外来混雑時間帯であり、焦りや疲労があり、ミスに気付かなかった	混雑時でも落ち着いた対応を心がけるよう、各自が意識するきっちりと処方箋を見て調剤する	亜鉛華軟膏「ニココー」	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
1157	亜鉛華軟膏の処方に対し、亜鉛華単軟膏10％で入力し監査見落としがあった。交付前に気づき入力変更。	亜鉛華単軟膏と亜鉛華軟膏は非常に名前が類似している。違いがあることは知っていたが、採用が亜鉛華軟膏20％のみだったため10％が入力されていると思わず注意深く監査できていなかった。（入力者は非常勤で不慣れの為、亜鉛華単軟膏10％を選択してしまった。）	薬局内で情報共有を行い、名称類似薬品には注意書きを記載していく。	亜鉛華軟膏「ホエイ」	亜鉛華（10％）単軟膏「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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1158	亜鉛華軟膏を調剤しなければならないところ、亜鉛華単軟膏で調剤していた。	処方せんをみながら調剤していたが、先入観から亜鉛華単軟膏で作っていた。	声に出しながら調剤する、処方せんを最後までよむという事を徹底する。	亜鉛華軟膏「ヨシダ」	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
1159	亜鉛華軟膏を亜鉛華単軟膏と誤って入力後、最終監査時に誤りを発見した事例である。	入力者：小児の処方だったため、オムツかぶれによく処方される亜鉛華単軟膏だと思い込んだ事が要因の一つである。入力チェック者：混雑していたため、慌てていた。また、類似する医薬品名があることを知っているにもかかわらず、確認を怠った。	類似する医薬品名がある医薬品に関しては、店舗内で情報共有を行い、注意を促した。	亜鉛華軟膏「東豊」	亜鉛華（10％）単軟膏「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
1160	分包調剤+散剤処方のため、分包機登録発行を事務が行い、散剤調整は薬剤師が行った。同時進行。事務が錠剤の調整薬剤の準備を行い自動鑑査システムポリムスでバーコードスキャン（クリア）、その後散剤調整中の薬剤師の元で薬品バーコードを読み込んだ際、エラー音発生、調製したのが塩化ナトリウムではなく塩化カリウムであることが判明。	当薬剤師は普段調整に携わることがほとんどなく、鑑査投薬中心に業務を行っていたが、他の薬剤師が患者対応や鑑査に時間を割いており、散剤調整できる薬剤師がいなかった。塩化ナトリウムと塩化カリウムは同じ引き出しに入っていたが、塩化カリウムの在庫があることを認識しておらず、手に取った塩化カリウムを塩化ナトリウムと思い込んで調整開始した。指差し、声出しが認識しながら行えていなかったことが原因と考えられる。	散剤調整時の指差し、声出しの徹底。複数規格の未採用薬剤もあることを念頭に置いた調整が必要。細粒/顆粒、規格まで1文字ずつ確認することを徹底する。	塩化ナトリウム「オーツカ」	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
1161	一般名処方で【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軟膏と記載があったりプロクトセディル軟膏と強力レスタミンコーチゾン軟膏と判断が付かなかったため問い合わせ強力レスタミンコーチゾン軟膏と回答を受ける。	処方せんの文字数の制限のせい一般名が全て記載されず後半が省略されていたため。ヒドロコルチゾン・フラジオマイシン配合剤軟膏とヒドロコルチゾン酢酸エステル・フラジオマイシン硫酸塩・ジフェンヒドラミン塩酸塩配合軟膏と類似している。	周知徹底	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏	プロクトセディル軟膏		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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1162	五苓散がいつも毎食前 1日3回の処方であるが、今回は朝・夕の食前1日2回の処方であった。入力の際、1日投与総g数がいつもは7.5gなのが5gで1日2回とわかっていたが、用法を毎食前のまま入力、処方交付まで行ってしまった。患者さんから、主治医から今回は1日2回に変更すると言われた旨、指摘され、入力間違いに気付いた。それ以来必ず用法用量の確認は入力時・薬剤交付時に行う癖付けをしている。	忙しさと、確認不足。一文字監査の重要性を再認識	思い込みが間違いのものになるので、基本の徹底ハンディ入力・一文字監査・交付時の薬剤確認を徹底していく。	五苓散	五苓散		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
1163	酸化マグネシウムと記載された薬袋にミヤBM細粒(予製)と酸化マグネシウム(予製)が混在していた。と電話があった。薬剤は服用しておらず健康被害はなし。処方薬をすべて回収し、正しい薬剤にお取替えして直接自宅にお届けした。	酸化マグネシウムの予製をまとめている袋の中にミヤBMの予製が混在していた。同時に作るが多いため、調整後の袋に入れる際に間違えてしまった可能性が高い。	袋に入れる際には十分注意することをスタッフに意識させ、業務終業前、週末など定期的に予製の中の薬剤、用量、印字などに間違いが無いことを確認している。	酸化マグネシウム「JG」	ミヤBM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
1164	酸化マグネシウム500mgから酸化マグネシウム330mgへの変更を500mgのまま入力	休憩時間直前だったこともあり、急いでDo処方のまま入力。	全員で何度も監査。しっかりと規格まで見て、慌てず入力するよう指導。	酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」	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
1165	今回、血圧の薬の減量があり、そちらに意識がいきついで、酸化マグネシウム錠の330mg→500mgの増量に気が付かなかった。前回処方と薬品が同じだったため規格の変更に気づきにくかった。一包化の患者様で、調剤を早く開始しようと焦ってしまい、薬剤師の入力チェックでも慎重さに欠けてしまった。	QRコード入力ではなく、手入力処方箋だったことも要因の1つと考える。いつも利用いただく患者様で、変更のない安定された体調だと思いこんでしまった。複数の変更点があったにも関わらず、投薬時に血圧の話に終始してしまい、幅の広い服薬指導が出来ていなかった。	入力内容を、監査の薬剤師がしっかり行うこと。一包化でも、まず入力チェックに時間を割くように心がける。	酸化マグネシウム錠500mg「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1166	酸化マグネシウム錠330mg 100錠とシルニジピン錠10mg 100錠が未開封のまま間違えて投薬	包装の外観がとても良く似ていて、未開封なので監査機器のアテルノもバック数でボタンを押し、写真も撮っていなかった。	薬品棚の配置を離しておく100錠バックを開封して監査機器にのせるしっかり監査する	重質酸化マグネシウム「ケンエー」	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
1167	般)フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻25μg 56噴霧を誤って般)フルチカゾンプロピオン酸エステル50μg 56噴霧で入力をしてしまい。その後の工程でも気が付かず交付を行ってしまった。	今回は規格誤りのヒヤリハットでした。門前病院で処方良く処方される医薬品のうちフルチカゾンは良く50μgの処方でしたので、面の処方であった今回調剤時にレセコン入力者が50μgと勘違いをし、その後の工程でも違和感を感じずにスルーしてしまったことが原因です。また、忙しさのために注意散漫となっていたことも原因です。	今回のことから入力照合を行う際には規格に○をつけ、処方箋と相違がないことを確認することといたしました。無理のない勤務環境になるように適時人員配置を気を付けるように致しました。	小児用フルナーゼ点鼻液2.5μg 5.6噴霧用	フルチカゾン点鼻液50μg「杏林」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
1168	親水ワセリンの処方に対して親水クリームを調剤。鑑査時に別薬剤師が発見し、調剤し直しました。	外装が非常によく似ています。注意深く取らないとミスをする薬の1つだと思います。	開封済のものにはワセリン、クリームの部分に赤線を引き注目度をあげました。	親水クリーム「ホエイ」	親水ワセリン「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
1169	大塚生食注500mlのところ、生理食塩液PL50mlで入力してしまった	名称が類似していた。Do処方確認が疎かになってしまった。	バーコードリーダーで確認する	大塚生食注	生理食塩液PL「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
1170	炭酸ランタン250mgを服用している患者。炭カル錠500mgと併用。いつも出ている処方箋で気をつけていたが鑑査時に炭酸ランタン500mgの調剤をみのがしてしまった。患者さんがいつもと違うので問い合わせで発覚。	炭酸ランタン500mgと250mgで処方されている患者がいるため、思い込みもあり鑑査時ミスに気づけなかった。	ミスが起こりやすい患者をみんなで共有。調剤と鑑査時にきちんとチェックがするようにする。	炭カル錠500mg「旭化成」	炭酸ランタンOD錠500mg「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1171	炭酸水素ナトリウムの試薬瓶の中に塩化ナトリウムが充填され、気付かず調剤・監査。他の調剤の監査をしていた者が、炭酸水素ナトリウムと剤型などが違うことを発見して間違っていることがわかった。	調剤・監査者の炭酸水素ナトリウムと塩化ナトリウムの違いの知識不足。充填時の薬剤師間での確認不足。	剤型の違いなど、粉薬でもその薬品の特徴を知っておくこと。充填時には薬剤師間での確認を徹底する。	炭酸水素ナトリウム (ハチ)	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
1172	一般名で沈降炭酸カルシウム500mgが処方されていたが、炭酸ランタンOD錠500mgイセイで調剤、鑑査でも誤りに気づかず、そのまま患者さんに薬を渡した。後日、薬見た患者さん本人が間違いに気づき薬持参し来局したため誤りに気づき、正しい沈降炭酸カルシウム渡した。	一般名が沈降炭酸カルシウムと炭酸ランタン、似ている部分ありよく確認しないとわかりづらい。そのため取り間違い、鑑査でも気づかず患者さんにわたしてしまった。忙しく、患者さんも待たせており、見落としてしまったのだろう。	調剤、鑑査時にはしっかり薬と処方の名前を確認する。間違いやすい薬と意識するようにする。薬品棚の薬名のラベルに注意するようチェックしておくようにした	沈降炭酸カルシウム錠 500mg 「三和」	炭酸ランタンOD錠500mg 「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
1173	沈降炭酸Caが49日分(49錠)処方。ピッキング時に、沈降炭酸Caを8錠と隣在庫棚カセットのスピロラクトン錠を41錠を一緒に括り付けた。その後、鑑査・交付時に異なる薬剤が輪ゴムで括り付けていることに気付かず、患者さまにお渡ししてしまった。	ピッキングはPDAを用い、更に、該当在庫棚カセットを取り出してピッキング行うルールを遵守出来ておらず、2つの薬品カセットからピッキングしてしまった。鑑査時には、ヒート裏の薬品名の確認を怠ったため、そのまま交付してしまった。	ピッキングルール・鑑査手技の周知徹底。在庫棚カセットの配置換えを行った	沈降炭酸カルシウム錠 500mg 「三和」	スピロラクトン錠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
1174	沈降炭酸カルシウム錠500mg 「武田テバ」と炭酸水素ナトリウム錠500mgを取り間違え、そのまま一包化して患者様にお渡ししてしまった。誤りに気付いたのは患者様本人。いつもと味が違うと違和感を感じていたとのこと。	薬剤の取り間違えに気づかず確認が足りなかった。一包化作成する際に薬剤名の確認が足りなかった。	調整者は一包化作成の際、薬剤名の確認の徹底、処方鑑査も併せて行うようにする鑑査者、投薬者は一包化に使用したシートの確認の徹底思い込み、見間違いに注意する	沈降炭酸カルシウム錠 500mg 「武田テバ」	炭酸水素ナトリウム錠500mg 「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
1175	皮膚科クリニックよりアンテベート軟膏と白色ワセリンの処方がでていた。白色軟膏使うことが多く、白色軟膏とアンテベートのMIXを調剤した。監査者が監査用紙でチェックしミスが判明した	思い込みによる調剤。	軟膏ツボの位置を工夫した。	白色ワセリン* (日興製薬)	白色軟膏		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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1176	ジルテックDS 1P=0.4gの所、1P=0.2gでお渡し。投薬後に薬歴記載のため薬剤内容を見直している時に気づき、患者に連絡を取り謝罪し、正しい量の薬剤をお渡した。薬は服用しておらず、体調被害はなかった。	忙しい時間帯かつ患者が目の前で待っていた事もあり、1包量を確認せずにお渡ししてしまった。また、通常散剤であれば調剤時に秤量した際のレシートを発行、処方箋に添付するようにしているが、その確認を怠ってしまったのが要因と考えられる。また、ジルテックDSは良く出る薬剤なので、1P=0.2gの予製を作っているが、年齢をしっかりと確認する事なく、そのまま調剤してしまった事も要因と考えられる。	忙しい時間帯及び患者が急いでいても処方内容をしっかりと確認、特に散剤の場合は年齢、体重を把握した上で冷静に調剤、鑑査を行うようにする。また、散剤の場合は調剤レシート内容を確認し、レシートがなかった場合は調剤者に確認した上で投薬する事を徹底するようにします。			ジルテックドライシ ロップ1. 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
1177	薬剤棚の「オルメサルタンOD 20 mg サワイ」のバケツの中に、「テルミサルタン 20 mg サワイ」の箱が収納されていた。オルメサルタン調剤時に新しい箱を開封した際、異なる外見のPPTシートが出てきたために確認したところ、テルミサルタンの箱であった。	オルメサルタンとテルミサルタンという同系統の医薬品だったことに加え、箱がどちらも白+水色をベースにしていたために、異なった場所に戻ってしまった。調剤時に発覚したために、誰が戻したのか不明だった。管理薬剤師が休暇でヘルプの薬剤師が来ていたこと、経験の浅い学生が実習に来ていること、慣れてきたことによる慢心など、複数の原因が考えられる。	誰がどんな状況下で収納したのか不明なので、的確な改善策は言及できないが、このような事案があったことを真摯に受け止め、検品した医薬品を収納するときも、薬局のルールやルーティンに従って、気を付けて戻すことを徹底するように、今後業務にあたる。			オルメサルタンOD錠 20mg「サワイ」 テ ルミサルタン錠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
1178	施設入居者のSさんにマグミット錠250mgを1包化調剤。分包した中に酸化マグネシウム錠250mg「ヨシダ」が混ざっていた。	他の施設入居者の調剤時、持参の酸化マグネシウム錠250mgを使いマグミット錠250mgを残薬調整して調剤。他の薬剤と緩下剤は別包にしているが、払い出し後本人より一緒に1包化してほしいと希望あり。分包紙の薬品名は全てマグミット錠250mgで印字されており、薬剤回収後、元々調剤したものと違うものが持参薬が使われているとは知らず。マグミット錠250mgのパラカセットに戻して再分包。パラカセットの中にはマグミット錠250mgが入っているため、酸化マグネシウム錠が落ちきらず、次に分包したSさんにマグミット錠250mgと酸化マグネシウム錠250mgと一緒に分包された。	・薬品名の印字は分包する薬剤名を印字する。 ・分包機にマスタがない薬品は事務員が処方入力しデータ送信。 ・1度分包された薬品をバラカセットに戻す時は1錠ずつ確認する。 ・1度分包された薬を再分包するときは、手巻きで分包し、調剤時に使った薬が他の患者に使われないようにする。			酸化マグネシウム錠2 50mg「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1179	デバス(0.5)の端数がデバス(1)の棚に入っていた。その日、デバス(1)とデバス(0.5)が出た患者に確認したが、渡し間違いはなかった。	2人でチェックして棚に戻していなかった。思い込み。	必ず2人で確認して棚に戻す。			デバス錠0.5 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
1180	医師より頭痛時の頓服としてパファリンA81mg錠が処方されていた。パファリンA330mg(経過措置切れ)を処方しようとしたと予想し、疑義照会を実施したところ、ロキソニン錠60mgへ変更となった。	医院への情報提供不足。	監査の際、明らかな適応外処方を見つけたときには必ず疑義照会を実施する。			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
1181	アレルギー症状がない方にアレルギーの薬剤が出ており、念のため疑義病院側の入力ミスだった。本来 ホスミシンを出すところポララミンの入力してしまったとの事	病院側の入力担当事務さんの経験不足・知識不足が要因?	投薬時、症状と薬剤が合わない場合はしっかり疑義照会を行う。			ポララミン錠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
1182	分包のまき直しを行った際に用法の記載を間違えたまま気が付かず交付。患者さんの家族の発見により、服用せず薬局に連絡があり発覚。	リクシアナは朝の処方が多いが、この患者さんは夕の処方であった。また、監査者がまき直し作成後の再監査を別の人間が行えていなかった。	分包後はもちろんの事、まき直しを行った際は作り直しを調剤者に依頼するなどして必ず複数人で確認を徹底する。			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
1183	バルプロ酸の200と100mg両方出ている患者で200mg100mg両方朝夕であるが一部に100mg2錠が入っている物があつた	繁忙時であり、分包時の目視を怠つた	錠剤を機械に落とす際には1種類ずつ落とし、必ず目視することとする			バルプロ酸ナトリウムSR錠200mg「アメル」 バルプロ酸ナトリウムSR錠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
1184	患者さんが受診時 眠剤の効果が弱いのでもう少し強い薬が欲しいと主治医に依頼した このため 変更薬としてベルソムラが処方された 今回の処方薬はベルソムラ以外は前回処方の継続薬でした 投薬後 新たに追加になった変更薬のチェック中にポリコナゾールとベルソムラの併用禁忌が分かった 病院薬剤部に連絡し結果を待った 処方医の指示としてベルソムラを中止しロゼレムに変更の連絡が薬剤部からあつた 患者さんに主治医指示を連絡し 了解を得て 無事にロゼレムをお届けし ベルソムラ全量を回収出来ました	忙しい時間帯であつたし 待ち時間も長くなつていた 本来なら 投薬前 新たに追加になった薬の安全性等のチェックして投薬すべきことを怠つた	基本の投薬手順を最優先にする 投薬前監査は新たに追加になった薬剤などは 併用禁忌のチェックを怠らない事 調剤に時間を要する 患者さんには経過を説明しご理解を頂く			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1185	患者さんが受診時 眠剤の効果が弱いの で もう少し強い薬が欲しいと主治医に 依頼した このため 変更薬としてベル ソムラが処方された 今回の処方薬はベ ルソムラ以外は前回処方薬の継続薬で した 投薬はベルソムラの効能や服用方 法などと患者さんの現状確認で終わっ た 投薬後 新たに追加になった変更薬 のチェック中にポリコナゾールとベル ソムラの併用禁忌が分かった 病院薬 剤部に連絡し結果を待った 処方医の指 示としてベルソムラを中止しロゼレム に変更の連絡が薬剤部からあった 患 者さんに主治医指示を連絡し 了解を 得て 無事にロゼレムをお届けし ベル ソムラ全量を回収出来ました	忙しい時間帯であったし 待ち時間も 長くなっていった 今回の処方箋は新 たな追加はベルソムラのみで 他の薬 は前回処方薬の継続でした 投薬はベ ルソムラの効能効果の説明と患者さん の現状確認で終わった 投薬後に 新 たに追加された薬(ベルソムラ)との 併用などの安全性等を 調べている中 でベルソムとポリコナゾールとの併 用禁忌が分かった 本来なら 投薬前 新たに追加になった薬の安全性等の チェックして投薬すべきことを 怠 った	基本の投薬手順を最優先にする 投 薬前監査は新たに追加になった薬剤 などは 併用禁忌のチェックを怠ら ない事待ち時間が長くなっている 患者さんには経過を説明し ご理解 を頂く事			ベルソムラ錠 1.5 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
1186	エイベリス点眼液左眼処方。無水晶体 眼又は眼内レンズ挿入眼の患者に禁 忌である為、左眼が眼内レンズ入っ ていない事を確認の上でお渡し。後 日別件で、エイベリス点眼の適応ガ イドをメーカーサイトからダウンロ ードしたものを確認した際、片目 でも該当していれば両目とも禁忌 である旨の記載があり、薬剤師ス タッフ全員その情報を把握してい なかった為、薬歴を再度確認。右 目は手術眼であったが左眼を確認 できていた為お渡ししていたことが わかり、病院に確認を取った。医 師は把握したうえで治療上必要 な為処方していたので継続するよう 回答あり。今後とも患者様の状態 、使い間違えないかを確認しながら の継続となった。	発売時にもメーカー勉強会なども 行っていたうえ、定期的に処方 は受けていた為、禁忌欄に「無 水晶体眼又は眼内レンズ挿入眼 の患者」の記載があったことは 薬剤師全員が把握していたので すべての処方患者で確認してい たが、「目」単位である(片目に 眼内レンズが入っていても、も う片方が未手術であればそちら には使用可能)と薬剤師全員が 解釈していた。	不慣れなスタッフ用に、目薬の 禁忌一覧を作成の際に、エイ ベリスの項目には「片目でも 手術眼であれば両目禁忌」と 記載。また、今回の件でメー カーにも問い合わせをした後 担当者訪問時に、「現行の添付 文書の記載方法では「目」単 位なのか「患者」単位である のかわかりづらい」といった 意見も出した。			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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1187	一般名処方でテルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠が処方される。何年間も一般名処方、テルミサルタン40mg1日1回朝食後で内服していた方。一般名処方をしっかり見ないでアムロジピンが追加になっていたのを見落として今まで通りテルミサルタン錠20mg1回2錠を投薬口に用意する。患者さんにお声がけをして症状などを聞いていたら血圧が高くなって薬を変更すると言われてきたと言われて気づく。	一般名処方を見慣れていないため合剤があることが知識不足だった。いつもと同じテルミサルタン錠と力価だけ確認してその後はまだ医薬品が記載されていると思わなかった。患者さんが多く待たれていたのゆっくり処方箋の監査もできていなかったと思う。	一般名処方になると最後の最後まで処方名を確認しないと合剤に変更になっていることを見落としやすいことに気づいた。どの処方箋も最後の一字まで確認してから監査をする。忙しくて監査が十分でなかったとも思う。焦らずゆっくりいつもの順番で監査を行う。患者さんからの症状などの聞き取りで薬が変わったと言われることもあるのでしっかり服薬指導も丁寧に行っていく。			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
1188	リバクレオンカプセル1080カプセルを調剤しようし、ピロー包装10個と8シートを調剤した。1296カプセルを計数した。	リバクレオンカプセルは12カプセル1シートであり、ピロー包装の中身とシートのカプセル数の確認を怠った。	ウィークリーヒートもあるので1シート何錠なのか、ピロー包装の内容が何錠なのかを必ず確認して調剤する。			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
1189	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはレボセチリジン塩酸塩錠5mg、1日1錠分2朝食後及び就寝前56日分と記載されていた。薬剤師Aはレボセチリジン5mg、0.5錠/回を調製するところ誤ってレボセチリジン5mg、1錠/回を調製し、鑑査に回した。鑑査に当たった薬剤師Bは、鑑査時には気付かず投薬に当たった際に、レボセチリジン5mg、0.5錠/回ではなく、レボセチリジン5mg、1錠/回が調製されていることに気づき、調製した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはレボセチリジン5mg、0.5錠/回を正しく調製し、再度、薬剤師Bが鑑査した。交付前に誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	処方箋の用法用量には1錠分2と書いてあしたが、1錠分1に見逃している点(処方箋確認ミス) 添付文書上の成人の基本的な用法用量はレボセチリジン5mg1日1回1錠なので思い込みになり気付いてなかった点(慣れている量)が考えられる。薬局の状況は他の調剤も続く忙しい時間帯であったことも要因の一つと考えられる。	添付文書の成人における記載用量とよくある処方量を思い込まないように、処方箋の確認を怠らない。忙しい時間帯でも、商品名・剤形・用法用量の確認を周知。			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1190	一般名 沈降炭酸カルシウム錠500mgと記載あり、沈降炭酸カルシウム錠500mg「三和」調剤したが、整形外科からの処方のため適応外だった。炭カル錠500mg「旭化成」に変更して調剤した。	透析患者さん用の沈降炭酸カルシウム錠と整形外科患者さん用の炭カル錠が両方あり、一般名と全く同じ名称の沈降炭酸カルシウム錠を調剤してしまった。	沈降炭酸カルシウム錠に「透析用」というタグをつけて違いがわかるようにした			沈降炭酸カルシウム錠500mg「三和」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
1191	処方箋の記載が、プラザキサ75mg 1P分1の一般名処方であった。循環器の処方、プラザキサが分2の処方ではなかったため、患者さんのお薬手帳を確認したところ、以前まで他の病院で、クロビドグレル75mgを服用されていたことが判明	クリニックで、処方箋入力の際、プラビックスを入力するところを、プラザキサを選択してしまっていた。その一般名処方処方箋を発行されたよう。	初めてうける内容の定期薬などについては、手帳などをしっかり確認する			プラビックス錠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
1192	14錠シートだったが10錠シートと勘違いしてしまいピッキング。監査時め気づかず、投薬後の棚卸しで間違いに気づき、服薬前に患者にお詫びした。	焦りによる注意不足。	忙しい中でも焦らず、注意しながらピッキング・監査する。間違えの事例をスタッフ間で共有する。			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
1193	先発品とジェネリックの摂り間違い 先発品と後発品の摂り間違い	処方せんとしっかり確認すること	処方せん内容をしっかり確認すること			プロナックNa0.1%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
1194	一包化の薬剤を監査している際に酸化マグネシウム錠330mgが調剤されているはずのところ、250mg錠が分包されていた分包機のカセッターを確認したところ330mg錠のカセッターに250mg錠が数錠入っていることを確認全部で14錠のはずが薬局内では11錠しか見つからず 投薬済みの患者さんの分も確認させていただき14錠見つけた	充填の際ダブルチェックするべきだったがダブルチェックせずに充填してしまった繁忙期であったことと慣れ・慢心から行った行為と思われる	必ずダブルチェックを行うよう職員全員で共有する薬剤師がいない場合は事務員でも可とした			酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」酸化マグネシウム錠250mg「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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1195	112カプセル調剤の所、72カプセルの準備。監査時に発覚、修正	1箱60錠のため100カプセル入りと間違えた可能性あり。	シートをしっかりと数えるのと、1シート当たりの錠数も確認が必要			ユーエフティカプセル 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
1196	バラシクロビル錠6錠シートを10錠シートと間違えピッキングした。	10錠シートの薬剤が多いため、当該薬についても10錠と思い込んでピッキングした。	再度、ミーティングで共有。メチコバルなど10錠以外のシートの薬剤の共有。棚に注意喚起のシール貼付。			バラシクロビル錠500mg「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
1197	ブランルカストカプセル「サワイ」112.5mgを8シートと8カプセル計数調剤しなければいけないところ、12シートと多く取ってしまった。	1シート当りに10カプセル包装されていると勘違いして計数調剤していた。	計数調剤時に棚から医薬品を取り出す際に指で追いつながらシートの錠数を数えて、調剤薬鑑査する前にも再度確認をする。			ブランルカストカプセル112.5mg「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
1198	ドボベツト軟膏1日2回、ドボネックス軟膏1日1回の処方。以前問合せを行い、ドボベツト軟膏1日1回と回答を得ていたが処方直らず、継続的に処方されていた。入力時処方通り入力して監査で用法用量について気が付きDrに問合せして用法用量変更となった	処方箋の間合せ内容が次回処方箋発行時に反映されてない。名称が似てる、用法用量が異なるのも原因の一つと考える	前回の問合せ内容が処方せんに反映されてないことがあるので前回の疑義照会内容をよく確認する			ドボベツト軟膏 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
1199	ニキビで受診。当初はファロム錠200mg 3錠分3毎食後で処方。高度腎機能障害と医師に伝えていたが健常者の用量。添付文書上では減量または間隔をあけて投与が必要のため電話にて疑義照会。その結果ファロム錠200mg 2錠分2朝夕食後に変更。過量投与を回避できた。	医療機関の添付文書確認漏れが考えられる。	添付文書徹底確認。			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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1200	今年1月から片頭痛治療のため、近隣医院に、市外から通院している。5月17日 ミグリス2錠分2朝夕食後30日分、呉茱萸湯3包/分3毎食間30日分、スマトリプタン錠 頭痛時1錠4回分、ゾーミッグRM錠 頭痛時1錠1回。6月27日 定期薬のみ7月19日 定期薬 マクスルトRPD 頭痛時1錠7回分、ゾーミッグRM錠 頭痛時1錠3回分7月25日に電話あり。5月にもあったゾーミッグが期限切れ(2021年9月)だったとの苦情。	棚卸を毎年しているが、前回2021年5月の棚卸時に期限が1年未満であることを目立つようにせず、箱の中に2錠残ったまま調剤棚に残っていた(残りの1錠はその月末の棚卸で破棄した記録あり)。ゾーミッグの処方頻度が低いにも関わらず、経験年数の短い薬剤師他職員は使用期限にまで注意が至らなかった。薬の1錠ずつに使用期限が記載されているという認識も低かった。また、服用される患者様の片頭痛頻度や服用頻度について考え、急に必要なものなのでなるべく使用期限の長いものを交付しようという配慮も足りなかった。	頓服の薬は薬袋に使用期限を記載し患者様に交付する使用期限1年未満のものは印をつけたり赤色で使用期限を大きく書く・チャック袋に入れる等、とにかく目立つようにしておく。調剤棚の端数受け皿には端数は置かず、箱に収納し期限が分かるようにしておく。患者様にとってどのような時に服用・必要になる薬かを考えて調剤時や服薬指導時に配慮する意識を高めるよう職員全員に教育する。			ゾーミッグRM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
1201	処方発行元医療機関よりジャカビ錠を本日より至急で使用したいと処方箋が発行された。	調剤者は処方通りの薬剤のピックアップの準備をしていたが薬剤師より本剤の必要性について確認すべきと指摘を受け別の薬剤師により確認を行った結果、必要な薬剤はジャカビ錠ではなくジャディアンスであることが判明した。	患者個々の必要な薬剤については正確に把握するよう努める			ジャディアンス錠10mg ジャカビ錠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
1202	いつもの1包化の方で朝3錠夕3錠 エクメット錠が2錠 朝夕で分包の所1包抜けたまま患者さんに出してしまい翌日分包機を使用の際1錠出て来て発覚。直ぐ患者さんに電話まだ気づいておらず訪問して直させて頂きました。	忙しい時で錠数も少なく、剤形も大きい為逆に1回目チェックされていた為、監査で油断が出てしまった。	油断しないで忙しくてもきちんとチェックを怠らず、しっかりとやる。			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
1203	クロベタゾン酪酸エステル軟膏「テイコク」(軟膏壺表記上はクロベタゾン)をクロベタゾールプロピオン酸エステル「タイヨー」(軟膏壺表記上クロベタゾール)と軟膏蓋に記載。鑑査で発覚。ビック、ジャーナル、入力など他は合っていたため、蓋に手書き記載する薬品名のみ間違い	思い込み、類似薬	監査時にも表記チェックを徹底。類似薬テストを全員受ける			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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1204	アンプロキソール塩酸塩経口液0.75%の処方箋の容量が小児用0.3%の容量になっていたのを見落とし、疑義照会せずに調剤をしてしまった。	2022.7/19在宅訪問クリニックより処方箋を受け付ける。88歳女性家族と同居。今まで錠剤にて一包装していたが嚥下に不安が出た為シロップ剤・細粒に処方変更。アンプロキソール塩酸塩経口液0.75%1日15ML分3を0.3%の容量である事を見落とし調剤。投薬後、B薬剤師が気付き医師に疑義照会し医師の入力ミスとの事。患者さんに直ぐに連絡をし薬剤を交換。服用前の為大事に至らず。0.75%調剤が減多にない事だった為、尚更注意すべきところ怠ってしまった。	ドーズの違い等々、複数での確認を徹底。 繫忙であったは、理由にはならないとスタッフ一同徹底する。			アンプロキソール塩酸塩内用液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
1205	定期処方でタリジェ錠5服用中。同病棟の担当医以外からプレガバリンOD錠25ニプロが臨時処方された。単独処方だったためタリジェ錠5との併用に気づかず調剤。次の定期処方時にタリジェ錠5とプレガバリンOD錠25ニプロとの併用処方できたため気づき疑義紹介。タリジェ錠5削除となる。	単独処方が出された薬剤を定期処方と併用していかを確認するのを忘れたために起きた。	臨時処方も定期処方とともに服用機関が被る場合はきちんと確認をすること周知した。			タリジェ錠5mg プレガバリンOD錠25mg「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
1206	末期癌患者。退院後数日。疼痛コントロールのため、麻薬処方されていたが、便秘あり。今回新規でスインプロイク錠が処方された。	医師はスインプロイク錠を事前に処方する予定で、薬局へ手配を依頼していた。一包装中に14錠あることから、1日2錠・朝夕食後・7日分と処方。麻薬による便秘の改善薬と事前に知っていた薬剤師がスインプロイク錠について調べていたため、用法用量の誤りに気付いた。	医師の処方に不慣れな新規採用品については事前に添付文書等の情報提供を行う。薬剤師も新規採用品については用法用量など事前に調べておくようにする。			スインプロイク錠0.2mg	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1207	オーグメンチン6日分18錠のところ21錠だしてしまっていた患者様はもう一つの薬品が足りないと思いオーグメンチンを1錠服用してから薬局に連絡をくれた。在庫数確認したところその時にほかのRPが7日だったこともあり同じ数をいれてしまったことに気づいた。	RP1) オーグメンチンとサワシリンが6日分でRP2)～RP4)が7日分の処方においてオーグメンチンが9錠しかなく足りなかった。お昼時の忙しい時間帯で患者様も薬品が調達されるまで待っていたため急いで薬品到着後一人で足して調剤してしまい、6錠包装のためそちらにも気を取られてしまい計数ミスをしてしまった。投薬時に数確認せずに渡してしまい患者様からお子様の服用相談をされたためご本人の服用注意点について確認があまくなってしまうのも要因と考えられる。	薬品不足など処方のながれが変わるときは再度手順通りに確認しなおすようにし、一人調剤はしないようにする。2重監査は人員数上出来ないので投薬時になるべく確認しながらわたすようにすることとした。			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
1208	「ミティキュアダニ舌下錠10,000JAU」使用中の患者様である。継続処方「シダキュアスギ花粉舌下錠5,000JAU」の記載あり、担当薬剤師は疑義照会せず新規処方の「シダキュアスギ花粉舌下錠5,000JAU」30日分を交付する。7日後処方医療施設事務職員のレセプト確認で誤処方入力の発覚、投薬薬剤師は患者宅を訪問し「シダキュアスギ花粉舌下錠5,000JAU」26錠を回収、交付すべき薬剤「ミティキュアダニ舌下錠10,000JAU」30錠を渡す。「シダキュアスギ花粉舌下錠5,000JAU」4錠は使用後であった。薬剤師はその場で「アナフィラキシー等の副作用なし」を確認した。	1. 前回処方「ミティキュアダニ舌下錠10,000JAU」の継続は不具合なければ通常約3年間必要である2. 新規処方「シダキュアスギ花粉舌下錠5,000JAU」であれば、低用量で7日、初日は医療機関で使用・経過観察必要である	当局では電子薬歴に「減感作療法」開始日を記載する事としております。また新規処方であれば「新」の表記があるので薬剤師はその薬剤の詳細な服薬指導を要します。今回は「シダキュアスギ花粉舌下錠5,000JAU」調剤・交付しておりますが薬歴には「★ダニアレルギーの減感作療法(2022,1.19～)」と記載されているし、前回投薬である同薬剤師は「確認事項に残薬確認」とされているので交付薬剤師の思考不良のみが改善策です。			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
1209	メインテートを投薬するところが、ビンプロロールも併せて投薬してしまった。	投薬時に薬品情報と合わせて処方薬を置いて、確認することを怠ってしまった。	今後も患者さんに投薬するときも写真入りの薬品情報書の上の一つ一つ薬を載せて確認しながら渡す。			メインテート錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1210	眼科からの患者で内服2種類、点眼薬7種類処方せん。アイベータ配合点眼液が採用してから1年半処方なく、5本入り箱を初めて開封したので、期限あるものと思い込む。患者さんからの電話での問い合わせで期限が切れていた。患者さんには、初めての目薬でまだ点してはなかった。当日中に返品、交換した。	箱のまま在庫をしていたが、期限が表示してある側が裏になっていたのと、未開封品だったのが確認不足だった。	箱の期限が表示してある側を手前にして確認後、ヒッキングするように全員に通知した。			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
1211	眼科医院の事務員がミケランLA2%とミケルナ配合点眼液を間違えて処方箋に記載。服薬指導から誤処方に気づき、疑義照会後薬品変更しました。	クリニックでは、処方箋に印鑑を使用するため類似の薬品と印を間違えることが多く、日々内容を患者さんと確認しています。	服薬指導時に患者状態を必ず把握すること。			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
1212	今回からリセドロン酸17.5ミリグラムが初めて処方された患者様。まずアクトネル錠7.5ミリグラムを調剤してしまい、誤りに気づき正しいリセドロン酸17.5ミリグラムを調剤したが指導せんを変更することを怠りそのまま監査は通ってしまい、投薬時に気づいて正しい指導せんをお渡しすることができた。	調剤を誤った際、薬にのみ意識がいかってしまい指導せんの変更を怠ってしまった。	薬を調剤する時同様、指導せんにおいても規格の確認を怠らないようにする。誤りがあればどんなに小さいミスでもスタッフ間で声を掛け合うようにする。			リセドロン酸Na錠17.5mg「サワイ」 アクトネル錠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
1213	サトウザルベ20%投薬しなければならないのに、亜鉛華軟膏で投薬してしまった	監査を徹底する	類似薬の研修・表示等しておく			サトウザルベ軟膏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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1214	定期(60日)の処方で、牛車腎気丸1回2包3×の処方であった。他、多剤処方中、漢方薬は他2種類あり こちらは通常の1回1包処方だったため同じように集薬してしまった。患者様が帰宅後「数が足りない」とTEL. があり発覚。	午前中の立て込む時間帯で、3種類の漢方薬でトレーはいっぱいになり監査も流れ作業をしてしまい、数量の確認を怠り投薬してしまった。	通常1回1包服用の先入観を改め、処方箋を見直すことを徹底する。			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
1215	定期(60日)の処方で、牛車腎気丸1回2包3×の処方であった。他、多剤処方中、漢方薬は他2種類あり、こちらは通常の1回1包 処方だったため同じように集薬してしまった。患者様が、帰宅後「数が足りない」とTEL. があり発覚。	午前中の立て込む時間帯で、3種類の漢方薬でトレーはいっぱいになり監査も流れ作業をしてしまい、数量の確認を怠り投薬してしまった。	通常1回1包服用の先入観を改め、処方箋を見直すことを徹底する。			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
1216	アルロイドG内用液5%1日量600ML10日分で処方あり。疑義照会して1日60ML10日分へ変更。医師が投与量を全量記載で処方箋発行	医師の知識、確認不足	処方監査で添付文書を確認し投与量の確認。			アルロイドG内用液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
1217	患者は定期薬としてバルサルタン錠40mg「タナベ」を継続服用していたが、当該商品の流通が滞ったため、今回よりバルサルタン錠40mg「サワイ」に切り替えて投薬することになった。処方薬の監査段階で、薬棚に貼られたバーコードをチェックしたところ、商品間違いのエラーが発生。調べたところ、バルサルタン錠40mg「サワイ」の棚にバルサルタン錠80mg「サワイ」のバーコードシールが貼られていたことが判明。正しいものに貼り替えたため、患者に間違った商品が投薬されることはなかった。	薬棚の外面に貼っている薬剤管理用のバーコードシールの貼り間違いが原因。新規に作用したバルサルタン錠40mg「サワイ」の棚に、以前から採用していたバルサルタン錠80mg「サワイ」のバーコードを貼ってしまった。商品名が類似していたため、シールを貼る際に間違いに気づけなかったと思われる。	ジェネリックは類似した商品名が多いため、新規に採用した商品棚にバーコードシールを貼る際には、ダブルチェックなど十分な確認を行う。			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1218	当薬局では初めて来局の患者様。デバケン細粒40%が一般名処方に記載あったが、前回処方時にセレニカR顆粒40%を調剤されていることを持参された薬情にて確認。処方内容の変更は聞いていないとのことだったため、前回調剤された薬局に確認したところ、前回は初処方。処方元の病院に確認したところ、入院中にデバケン細粒を服用されていたとのこと。前回処方からセレニカR顆粒を服用されていたが、今回から処方通りデバケン細粒に戻すよう指示あり、その通りに調剤しお渡しした。デバケン細粒40%に戻った1週間後に入居施設の職員様に確認し、ご本人様の体調に変化はないことを確認済み。	一般名処方でも規格も同じ40%、さらに分1の用法だったため、徐放性のセレニカR顆粒を誤って調剤されたのではないかと考えられる。	一般名処方でも複数の剤形がある薬剤は注意して調剤・鑑査する。用法による思い込みで処方を見ないようにする。			セレニカR顆粒40% デバケン細粒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
1219	朝食後の一包化の袋に、ラモトリギン錠100mg「トーワ」、炭酸リチウム錠200mg「ヨシトミ」、酸化マグネシウム錠330mg「ケンエー」が各1錠ずつ入っていないなければならないところ、炭酸リチウム錠200mg「ヨシトミ」2錠、酸化マグネシウム錠330mg「ケンエー」1錠のものと、ラモトリギン錠200mg「トーワ」2錠、酸化マグネシウム錠330mg「ケンエー」1錠になっているものが1つずつあったが、監査時に気づき、巻き直した。	当薬局では一包化をする時には必ず処方箋コピーに一包化の表を記載し、各用法ごとにどの医薬品が何錠ずつ入っているかや計何錠ずつ入っているかが分かるようになっていた。また、その処方箋コピーと素性が描かれた薬情を用いて監査するようにしている。	調製時、1つの薬剤をセットするごとに錠剤投入シャッターを開け、分包機内に装填する。			炭酸リチウム錠200mg「ヨシトミ」 ラモトリギン錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1220	センノシド錠12mgの処方で、本来サンドでお渡ししなければならないところを、誤って武田テバでお渡ししてしまった。患者宅に伺い謝罪し、正しいものと交換した。服用後の体調変化については、排便の時間がずれることがあったとのこと。	2種類のメーカーを在庫しており、処方箋の確認が不十分であった。	複数のメーカーがある薬は、鑑査の際に処方箋のコピーに印をつけて誤りがないか確認する。			センノシド錠12mg 「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
1221	一般名処方で先発希望の方にエカードHDが調剤されたが、鑑査で間違いをチェックできず、窓口もスルーし患者様に渡ってしまった。患者様が家で確認したところ間違いに気付かれ薬局に電話して来られた。まだ数日分の手持ちがあったのでお詫びして郵送することとなり、間違った薬は次回薬局時にお持ちいただくこととなった。	調剤でも、鑑査でもだが、処方せんと、事務入力（これは正しかった）、現物の3者及び患者様のGE希望欄も確認する必要がある。	忙しくても、上記の項目は必ず見るようにすること。			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
1222	ランソプラゾールOD錠「武田テバ」の棚にランソプラゾールOD錠「サワイ」の箱が入っていた。	薬品の納品の受け取りをした事務職員が薬品を調剤棚に入れる際に、確認を怠り、他メーカーの同一ジェネリック医薬品を入れてしまった。	薬品の名称だけでなく、メーカー屋号もきちんと確認するように徹底した。また、包装も異なっているものの確認もするように説明を行った。			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
1223	冠攣縮性狭心症の治療をされている患者様にフリウェルLDが処方された。投薬時には病態が禁忌に該当していると気がつかずに交付してしまった。後日禁忌に気が付き医師に報告したところ、薬は中止となった。患者様はまだ薬を服用しておられなかった。	多忙時であった。添付文章の確認不足、知識の不足、思い込み。	知識の向上を図る。添付文章を確認するようにする。			フリウェル配合錠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
1224	マグミット一包化の方で、一包化の途中で薬剤切れのアラートが鳴った。補充したのは新卒社員でマグミットを補充すべきところ、誤って酸化マグネシウム錠を補充してしまった。	本来、カセットへの補充はダブルチェックを徹底しているが、繁忙時と言うことや比較的有害事象の起こりにくい薬と言うことで確認を怠ってしまったとのこと。	繁忙時であろうと、カセットの補充はダブルチェックを徹底する			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	PMDAによる調査結果
1225	ビタバスタチン1mg「サワイ」での入力誤って「ファイザー」で調剤監査機器を通した際に発覚	処方箋を確認しながら調剤を急っていた	原本・裏打ちを照らし合わせ調剤する			ビタバスタチン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
1226	ブチルスコポラミン錠10mgの棚にシートの色が類似している為、誤って戻したと思われる。本来、シートの薬や箱を棚に戻す際はダブルチェックが行われるが、本事例では行われていなかった。	シートの色が類似している為、誤って戻したと思われる。本来、シートの薬や箱を棚に戻す際はダブルチェックが行われるが、本事例では行われていなかった。	すぐに共有を行なった。調剤内規の確認(本事項に関する記載あり)シートの薬や箱を棚に戻す際はダブルチェックを行う			プラバスタチンナトリウム錠10mg「YD」ブチルスコポラミン臭化物錠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
1227	ネリプロクト坐剤28個 処方の患者様に誤ってネリプロクト軟膏 28個で調剤、監査完了。その日は来局されず、残置として預かり。後日監査者とは別の薬剤師が投薬、その際も剤型違いに気づかずそのまま軟膏でお渡し。薬歴記載時にお渡し間違いに発覚。ご本人様に連絡し、交換対応となる。	用法の疑義紹介や不足などの対応に追われ監査への注意力を欠いていた。また、投薬者も最終確認を怠り説明不十分なままお渡しをしてしまった。	監査者：薬剤名だけでなく規格や剤型など細かいところの監査も十分に行う。投薬者：監査済みであると安心せず、一つ一つ確認しながらお渡しをする。			ネリプロクト坐剤ネリプロクト軟膏	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
1228	バリエット錠10mgを他の薬と一包化する時に、朝食後投与を夕食後に入れて、一包化してしまった。	バリエット錠は、夜の服用が多かったの良く確認せずに一包化してしまった。最後に、確認の時に処方箋との突合せをおこたってしまった。	一包化後の、確認を他の者が行うことにした。			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
1229	ツムラ抑肝散を服用していた患者が、クラシエ抑肝散加陳皮半夏へ変更。抑肝散から抑肝散加陳皮半夏へ変更になったことに注目した為、メーカー変更を見落としていた。調剤を終えて監査を行っていた際に発覚。	多忙の中、同じメーカーを服用するという思い込みがあった。ツムラで処方されることが多いため、クラシエで処方されることを想定していなかった。	漢方薬が処方された際はメーカー名と成分両方に気をつける様、職員へ注意喚起を行った。			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
1230	エンレストが1日1回の用法で処方されていた。本人は心不全で受診している方で今回ベリンドプリルから変更だった。血圧が高いなどの話を今回DRと話したか、と聞いたが特にそのようなことはなかった、と言っていたので、心不全での処方と考え疑義照会したところ、1日2回に変更となった。	DRがエンレストの適応によって用法が違うことを知らなかったか、勘違いしていたと思われる。	エンレストは用法を確認し、どの原因で処方されているかを確認する必要がある。			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	PMDAによる調査結果
1231	普段、アヘンチンキ10%で処方を受けているクリニックでアヘンチンキ10%はタケダのメーカーで用意しているが、処方箋はアヘンチンキ10%「第一三共」だった。	レセプト上、アヘンチンキ10%はタケダで調剤し、アヘンチンキ10%「第一三共」はアヘンチンキ10%の第一三共のメーカーで調剤しないとけないことを病院が把握していない可能性がある。	アヘンチンキ10%では「第一三共」のメーカーでは調剤できないし、アヘンチンキ10%「第一三共」では「タケダ」のメーカーでお薬が出せないことを職員に周知し、誤ってお薬をお渡ししないよう共有。			アヘンチンキ アヘンチンキ「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
1232	リベルサス錠3mg処方あり。空腹時の服用だが朝食後で処方あり。調剤時には気づかず鑑査へ。鑑査者が交付前に気づき疑義。朝食前に変更。	リベルサス錠の薬物動態等を理解できてず、調剤者は朝食後に疑問を持たずにそのまま調剤してしまった。	再度リベルサスの勉強会実施。知識の定着を促す。			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
1233	他の薬剤も3剤あり。ラタチモ配合点眼液のみ片眼だった為、前回貰わなかった。再処方となり入力ミスがあった。左目1日1回のところ、左目1日2回で入力。ずっと続けていた点眼液だったので、薬情などの発行が無くいつもの薬としてお渡ししてしまった。途中、他の薬など貰った為、PCの画面上に変化が出た来なかった。今回、通常の事務の方が、確認時に発見。	忙しい時間帯だったが、ヘルプの事務さんなどの時は特に、前の履歴も確認する。	薬袋、画面の履歴などもよく利用の方であっても核にいます。			ラタチモ配合点眼液「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
1234	ゾルピデム5mgが朝食後で処方され、疑義紹介されずに投薬まで来てしまった。投薬者が気づき、就寝時に変更となった。	添付文書の確認不足と、用法の把握不足。	使用背景も考えながら、調剤、鑑査を行う。			ゾルピデム酒石酸塩錠 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
1235	ゾルピデム酒石酸塩OD錠5mg「日医工」が処方されている患者の一包化調剤を行ったが、ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「ファイザー」が混入していた。薬剤を取り揃えた後にバーコードを読み取って鑑査を行っていたが、ゾルピデム酒石酸塩OD錠5mg「日医工」のバーコードを読み取っていたため気付かなかった。一包化調剤後に事務員が識別コードを見て鑑査を行っていた際にゾルピデム酒石酸塩錠5mg「ファイザー」が混入していることに気付いた。	ゾルピデム酒石酸塩OD錠5mg「日医工」とゾルピデム酒石酸塩錠5mg「ファイザー」の包装と、錠剤自体の色と大きさが似ているため混ざってしまったと考えられる。	一包化調剤の際は薬剤を取り揃えた後に取り違えや他の薬剤が混入していないか確認すること、また一包化調剤後に鑑査をする際には最初と最後までだけでなく途中の箇所も識別コードを見て確認することを薬局内で周知した。			ゾルピデム酒石酸塩錠 5mg「ファイザー」 ゾルピデム酒石酸塩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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1236	シロスタゾール50mgをシロスタゾール100mgで調剤	処方規格読み間違い	棚が近くにある為、少し離れた所に移動する			シロスタゾール錠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
1237	ツムラ人参湯が追加処方され、患者からの聞き取りにより症状と適応していないため医師へ疑義照会を行った。疑義照会の結果、ツムラ人参湯からツムラ人参養栄湯へ変更となる。	名称が類似しているため、処方間違いが起きたと思われる。	患者から症状を聞き取り、その情報を元に処方薬が適切であるか確認してからお渡りする。			ツムラ人参湯エキス顆粒(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
1238	エクメット配合LDの棚にアセトアミノフェン500mgが混入していた。	エクメット配合LDとアセトアミノフェン500mgのPTP包装が似ているためであったため。	エクメット配合LDの棚の位置を変更した。			エクメット配合錠LD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
1239	処方せんは「般」カンデサルタン錠4mgであったが、事務入力が入力前Do処方方の8mgのままとなっていたのと調剤も8mg錠を間違えて出してあったのを最終監査でチェックできず、そのまま患者様に渡ってしまった。事後の事務チェックで入力ミスが判明した。	処方箋、レセコン入力結果、実物の3者一致を常に心がける。これを集中して行わなかったことが原因と思われる。	調剤は、処方せんを見ながら行う事、最終監査は、必ず処方箋、入力結果、現物の3者一致を確認することを忘れないこと。			カンデサルタン錠8mg「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
1240	ルセフィ錠2.5mgとバルモディア錠0.1mgの剤形が似ており、間違えて薬袋に入れていたが、投薬している時に気づいて入れ直した。	剤形が似ており、投薬者は名前をちゃんと確認せず、入れ間違えたと考えられる。	薬剤を薬袋に入れた後、投薬者が再度薬剤を確認する事を薬局内に周知徹底する事。			ルセフィ錠2.5mg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
1241	1包化調剤を行っていたが、1包だけ、調剤指示のあるタムスロシン塩酸塩口腔崩壊錠0.2mgが1錠入ってなく、その前後に作成した患者の1包化を確認したが発見できず。念のために1包化に使用したヒートの残骸を調べてみたら1錠だけ残存しているヒートが見つかった。きちんとヒートから取ったつもりであったが判断ミスで1錠残してしまった。当時疲労もあったため集中力の不足もあった。調剤助手が確認で発見したのと、投薬まで時間があったので判別できた例であった。	一番にはヒートから出して、1包化を作成するのをやめて、1包化の機械を置くのが良いがコスト面ではかなり負担となる。	しっかり確認するという作業を行う事をマニュアル化して、実行します。			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1242	おくすり手帳により、他の病院でランソプラゾールOD15mgの処方があった。門前病院で、ラベプラゾールna10mgの処方があり、削除する。	おくすり手帳を確認するよう徹底する。	おくすり手帳の持参率を上げる。			ラベルプラゾールNA10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1243	これまで整形外科で関節痛の治療を受けてきた患者だったが、骨密度が低いと相談をし、骨密度の検査を実施後にテリボンオートインジェクターが処方となった。新人薬剤師が患者からの聞き取りで2年前に別な病院で週1回の骨粗鬆症注射治療を受けていた事を聞き取りしたが、疑義照会せず交付してしまった。管理薬剤師が過去に治療を受けていた病院へ治療歴を照会、テリボン皮下注用56.5μgを2年使用済みであり、これからブラリア注での治療を予定していたことを確認。急いで処方医と患者へ連絡したが既に1回分を使用してしまった。体調確認等は処方医が担当し、健康被害はなかった。今後は過去に治療を受けた病院戻りブラリア注による治療を受けることになった。	患者が骨密度が低い事を相談した際に、これまで別な病院で受けてきた骨粗鬆症治療に関する情報を今回の病院にも伝えなかった事が大きな原因だが、処方として出た際に重複に気づけなかった。病院で週1回実施するテリボン皮下注用と患者が週2回自己注射するテリボン皮下注用オートインジェクターが同一かつ合計で24ヶ月の使用制限がある薬だと気づけなかった事も要因となる。	骨粗鬆症の薬とどのような治療ベースとなるのか一覧を作成、共有した。不確実な情報は照会し確認するよう徹底した。			テリボン皮下注28.2μgオートインジェクター	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
1244	ビーエイ配合錠、1回2錠のところ、1錠分でお渡ししていた。足りないとお電話いただいて、発覚。不足分をお届けしました。	PL配合顆粒だと1包で、思い違えてそのまま1回1錠で調剤監査もそのままスルーになってしまい、半分までのお渡ししてしまった。	監査時に、薬品の錠数と照らし合わせて監査する。			ビーエイ配合錠	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
1245	ブランルカスト112.54カプセル分2朝・夕食後30日分の処方があり、14錠シートであるが10錠シートと思い込みcv調剤実施。監査の際に気づき変更に至る。	薬局内に14錠と10錠シートが薬剤によりあり、思い込みから間違いに至ったと推測。	常に確認を行いながら調剤、監査を行うように心がける。また、調剤、監査と常にダブルチェックを行いながら業務を行う			ブランルカスト錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1246	便秘気味との事でマグミット錠330mgが処方されている処方せんが月曜日に発行、火曜日に違う病院から(般)酸化マグネシウム錠330mgが処方。もともと火曜日に受診した病院より酸化マグネシウム錠が出ていたが、月曜日に受診した病院は手持ちがないと判断して処方	もともと酸化マグネシウム錠が出ているが、下痢気味の時期があり休業している期間があり、残薬があった。月曜日に便秘気味と説明した結果処方された。火曜日にも同じ話をして処方され薬が重複してしまった。	曜日が異なる処方箋を受け付けた時でもきちんと内容を確認し、同種同効薬が処方されていないか確認する			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
1247	クラシエ四物湯エキス錠 9錠 分3 毎食前 14日分での処方のところ 18錠 分3 毎食前 14日分の倍量でお渡ししてしまった。	クラシエの錠剤は1シートが18錠包装なので少なめにしているのを失念していた。	対策としては必ず電卓を使って計数を合わせるように徹底した。			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
1248	新規患者 フスコデ配合錠処方保健用法は9錠/日 適宜増減はあるが、3錠/日で処方あり。64歳男性 問題となりそのような基礎疾患もないと聞き取り疑義照会したところ9錠/日に用量変更になった	用法・用量の理解	調剤、監査時の確認			フスコデ配合錠	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
1249	一般名処方、新患の方 病院もいつもと違うところでもらっていた正しくは:カデチア(カンデサルタン・ヒドロクロロチアジド) 誤処方カムシア(カンデサルタン・アムロジピン) 投薬時の説明で他でもらっていたのと薬が違うのではと疑うが、手帳忘れ→ご家族に電話して確認してもらい処方ミスと判明	一般名で配合剤でカンデサルタン～とおねじ薬品で始まるものであり、Drの確認ミスが生じた可能性あり	一般名処方や配合剤などは特に間違えやすいので、注意する			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
1250	ナルサス2mgとナルラビド2mg 処方 在庫不足のため入荷後お届けすることになった入荷後 一人で調剤・鑑査・交付まで行い お届けした後から患者本人より電話 薬剤と薬袋が逆になっていると指摘	繁忙と不足を早くお届けしなければという焦りから 調剤・鑑査を一人で行った	不足した薬剤を調剤する際 必ず調剤と鑑査で違う薬剤師が担当することとする			ナルサス錠2mg 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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1251	メキタジン錠を調剤しようとした際に、外観が類似しているセファランチン錠1mgがメキタジンの薬品棚に混入していることに気づいた。	直前でセファランチン錠の処方があり、その調剤の後の薬品棚への戻し間違いがあった。当薬局ではメキタジンは処方数が多く、セファランチンは処方数が少ない。	薬品棚に戻す際は、戻す薬品と薬品棚の薬の名称を確認して確実にを行うことを徹底する。また、薬品棚周辺の整理整頓を行う。			メキタジン錠3mg 「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
1252	リバクレオンカプセル1シートが12Pの薬剤であるが、10Pと間違えて鑑査を実施した	薬剤師1年目で不慣れな部分があった様子	鑑査機を通す作業も鑑査者本人が実施している。鑑査機は事務員さんにしてもらうなど、2人以上での確認を実施すること			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
1253	30日分一包装調剤交付の患者。正:メトホルミン錠500mg→誤:シルニジピン錠20mgが、一包装薬の中に混在して調剤されており、監査で気づかず、そのまま交付。終業前業務の中で、糖尿病薬の数を確認したところ、数のズレがあり、原因追求し発覚。患者へ連絡し、お薬の交換を行い、服薬前に対応。	来局の予定がなくなった患者の予製一包装薬をばらして、種類別に分けた複数の錠剤がトレーにいた状態で分包装機まわりに放置されていた。次第に、外来患者が増えてきて分包装機を使う状況になり、散らかっていたバラ錠を1人で充填。その際、薬剤を形で判断し、メトホルミン500mgのカセッターへ誤ってシルニジピン錠20mgを充填してしまっていた。形が似ているため、分包装機もエラーになることなし。監査時は、1包目は刻印もしっかり確認したが、2包目からは形と数で確認した為、メトホルミンとシルニジピンが混在していることに気づかなかった。	カセッターへの充填時には、どんなに忙しくてもダブルチェックで充填する。一包装薬をばらした後の、バラの状態の錠剤はそのまま放置しないで、出来るだけ早く定位置へしまう。監査時は、1包1包刻印の確認が必要。			メトホルミン塩酸塩錠 500mgMT「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
1254	アンブロキシール塩酸塩15mgトローワの薬品棚にチラーヂンS50μg錠が入っており交付時に気づく。前日にチラーヂンをピックアップしていたKrの処方ではなかったのを薬品棚に戻す時に間違えたものとおもわれる。	返却を事務員にさせていて薬剤師が確認しなかった。	戻すときに薬剤師に確認させる。			チラーヂン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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1255	他局でもらわれている併用剤を拝見。患者様より熱が出たときに飲むようにももらった薬に糖尿病薬と書いてあると訴えあり。薬袋にはカロナール500mg錠と記載あり。中はメトホルミン500mgだった。ヒートの裏側に糖尿病薬と記載あり。	薬の外観が似ているため間違われたと思われる。患者様もおかしいと思われる質問された。絶対に服用しないよう指導。御帰宅後必ずもらった薬局に連絡を入れるようお話しした。	併用剤も中身まで確認できる場合はするようにする。外観似ているもの間違えることのないよう注意する。			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
1256	お盆休み前日の忙しい時間帯に、公立病院より処方箋がFAXされ、ツムラよく苡仁湯エキス顆粒(医療用)7.5g分3毎食前28日の処方だった。当薬局に在庫がなかったため取り急ぎ調達し患者様の到着を待つことになったが、その後で患者様情報を確認すると公立病院の皮膚科の処方であり、 薬歴の記録では以前他の皮膚科でヨクイニン散「コタロー」の処方歴があることが分かった。よく例を目にする取り違い処方ではないかと思われた。その後患者様が到着し確認すると、ヨクイニンならどこでもいい、医師にどこのメーカーだったかと聞かれたのでよく覚えていなかったがツムラだと答えたとのこと。2種成分の違いや適応の違いを説明し、了解を得て処方医に連絡。処方医も患者様の希望のメーカーをと処方しましたが希望通りの薬剤に変えてくださいとのお答えで、ヨクイニン散コタロー6gに変更となった。患者様は混乱していました。	お盆前の繁忙期でFAX送信された処方箋の診療科を確認せず、処方のまま薬剤を取りそろえ、その後で薬歴の確認となった。前鑑査をするルールを守っていれば早めに医師に疑義照会できたかもしれない、患者様を混乱させることもなかった。	FAX送信された処方方は、つい前鑑査を後にしてしまうので注意したい。			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
1257	2022/9/15 12:30在宅患者訪問薬剤管理として日頃よりお世話になっている施設において一包化業務を行った。 同日15:30施設管理者より薬局に電話にて、「削除となったエベリゾンが一包化されており、頓服となったカロナールにはカルバマゼピンが一包化されている」と連絡がありました。施設訪問をして、現物の調剤過誤を確認しました。当日お渡しをした他の入居様の薬も薬局に持ち帰り、再度一包化を行い、複数人で監査を行いました。	薬局内は、事務スタッフが2名・薬剤師2名、他のスタッフは新人教育や外来処方箋受付業務を行なっておりまして。本来ダブルチェックをすべき所、変更点については、ダブルチェックを依頼せず単独で調剤をし、計数の監査を行いました。カルバマゼピンを見たときに、白色錠剤と形状から、カロナールだと思い込んで勘違いをしてしまった。 要因は2点・カルバマゼピンとカロナールの形状が似ていることから、カルバマゼピンをカロナールと思い込み、ロットを確認していなかった事。・作り直して再度作成した一包化については、ダブルチェックをしていなかった事。	思い込みで調剤をしてしまったことが、調剤過誤に繋がってしまいました。必ず複数人で、一包化をする前の監査、調剤した後の監査を必ず行い、現物とロット番号を確認しながら行うことを必ず継続していきます。			カロナール錠300 カルバマゼピン錠100mg「アメル」 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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1258	2名分の臨時で処方された風邪薬を届けてセットする際に一緒に持っていった別の患者様の定期の薬に、持参した臨時処方薬を入れ違いでセットしてしまい、別の患者様の定期の薬を服用してしまった。1人の患者様の薬を服用する際に施設看護師が気づき、1人は誤薬しなかったが、もう一人の患者様は飲んでしまい、誤薬してしまった。	カレンダーセットをする際の名前の確認を怠ったことによる誤薬。	臨時処方等があった場合、必ず名前の確認をしてからセットを行うこと。			ベラサスL A錠60μg ノベルジン錠25mg 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
1259	クラシエ十味敗毒湯の数を多めに渡してしまった	42日分処方でもにも漢方薬が出ていて2g×21包の取り間違えに注意する必要がある	漢方のg数で複数の規格があるものや数の取り間違え発生しやすいので十分に注意する必要がある			クラシエ十味敗毒湯エキス細粒	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
1260	分包機のカセッターにロスバスタチンOD錠2.5mgを入れるところをロスバスタチン錠2.5mgを入れて分包してしまった。	分包機のカセッターにロスバスタチンOD錠2.5mgを入れるところをロスバスタチン錠2.5mgを入れ分包してしまい、監査時間違いに気がついた。	カセッターに錠剤を充填するときは2人で必ず指差し確認することとした。			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
1261	ミヤBM錠がビニールの包装にて調剤棚にセットしてあった。30錠取るべきところが28錠となっていた。	10錠でのビニールシートになっているが、8錠でセットになっているビニールシートが入っていた。	10錠セットのものと分けて入れる			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
1262	リバクレオンカプセル150mgを540カプセル払い出すところ、12カプセルシートであることに気づかず、10カプセルシートと思い込み、54シート(648カプセル) 交付した。	当該患者について来局予測し予製を準備していたが、その準備の時点で誤って54シートそろえていた。来局当時、2名の薬剤師が発熱外来の電話対応と、1組2名分(11剤と18剤)の調剤で繁忙で、調剤台が混雑した状況であった。投薬した薬剤師は、誤って取り揃えられた54シートを540カプセルと思い込み投薬した。	インシデント後、リバクレオンカプセルの箱に「12カプセルシート注意」と注意喚起の付箋を貼り注意を促した。また、当該患者の薬歴にリバクレオンカプセル12カプセルシートと赤色で記載した。調剤台の整理を行い、作業場所が広く確保できるようにした。			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1263	こむらがえりの訴えに対して医者が処方の際に芍薬甘草湯を処方するつもりで桂枝加芍薬大黃湯を処方した。交付時に薬剤師が気が付いて疑義照会して間違いが分かった	患者の状況を良く聞き取って処方内容に納得できない場合は疑義照会して確認する	今後も患者の話をよく聞く			ツムラ桂枝加芍薬大黃湯エキス顆粒 (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
1264	18才未満にラゲブリオ処方となるも、年齢確認怠ったためラゲブリオの交付になりかけた。	当該医薬品の知識不足	処方対象となる年齢の周知			ラゲブリオカプセル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
1265	まず初めに、パキロビッドパックについて報告しなかったのですが薬価未収載のため厚生省コードなどがなく選択できずパキシルを薬品名に選択しましたが実際はパキロビッドパックについてのヒヤリハット報告となります。コロナ陽性患者にパキロビッドパック処方。腎機能低下患者の4錠分2で減量処方。当事者である薬剤師はパキロビッドが6錠で1シートであることを失念しており本来2錠抜き取って患者に交付すべきところをそのまま交付しそうになった。別の薬剤師が減量処方であることに気づき、減量して交付。	シート製剤から錠剤を抜いて渡すことが今までなかったのでパキロビッドについては錠剤を抜き取って減量投与することもありえることを知っておくべきであった。	1シート6錠であることを周知徹底。また抜き取るべき錠剤も決まっておどこから2錠取り除くのかも薬剤師全員に周知した。			パキシル錠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
1266	後ほど取りに来る患者様、2名同じ冷所品が保管されている際、薬袋を確認せず薬剤のみの確認でお渡ししてしまった。その後もう一名の方がいらっしゃり、同じ薬剤を別の方へお渡ししていることが発覚した	後からご来局いただく患者様の冷所品は札をつけて忘れないように注意をしているものの、札の色が似ているものがあり、勘違いした可能性あり	似た色の札を使用せず、はっきり識別できるものへ変更した。またお渡しする際は薬袋を必ず確認するよう再確認をいたしました			フィブラストスプレー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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1267	当局での薬品棚内には、箱管理および一部繁用薬は箱から取り出しでの管理と2種類がある。表記薬品は繁用薬のため、箱から出しでのケース管理としている。ある日、ランソプラゾール調剤のため、引き出しをあげると、ベボタスチン10錠シートが1枚混ざっていた。ランソプラゾールとベボタスチンのPTPシートの色およびデザインが似ているため、一度取り出した薬品を戻す時に間違えて入れてしまったと思われる。またこの2剤は比較的近い位置で保管されているので戻す場所をよく確認せずに入れてしまった可能性がある。	おそらく繁忙時に、調剤時に多くとってしまったベボタスチンをよく確認しないままランソプラゾール箱に入れてしまったと思われる。PTPシートが類似しているため、思い込みで戻ってしまったと思われる。	一度調剤棚から取り出した薬品は、一人では戻さず、必ず複数人で戻すこととした。繁忙時はすぐに返却できないため、薬品返却BOXを設けて、時間のある時に必ず複数人で戻すことにした。			ベボタスチンベシル酸塩OD錠10mg 「トーフ」 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
1268	エナジア吸入用カプセル中用量処方処方が処方されていたが、思い込みにてエナジア吸入用カプセル高用量を間違えて渡してしまった。	監査機械に薬剤を識別する際にバーコードを通さずに監査機械を通してしまいました。	薬剤が端数でも監査機械はバーコードを通す。調剤者、交付者それぞれ薬剤の確認の徹底に努める。			エナジア吸入用カプセル高用量	ヒューマンエラー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	ブラザキサカプセル(110)60カプセル処方患者に対して、防湿の為アルミ包装のまま薬剤を交付。1袋が開封済みであることに気づかず全量56カプセルでお渡しした。帰宅後患者家族から連絡があり過誤が判明。在庫確認し謝罪、不足分を郵送させていただいた。	当時在庫として28カプセル入れのアルミ包装が2袋と端数の8カプセルがあったが、アルミ包装の1袋が開封済みで24カプセルしか入っていなかった。開封済みの端数をまとめておこななかったことでミスにつながりやすい状況であったと考えられる。	開封済みのものと未開封のものをしっかり区別する。アルミ包装のままお渡しする場合も1袋ずつ開封されていないか鑑査時に確認する。			ブラザキサカプセル110mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1270	内服薬の規格間違い	思い込み	ダブルチェック			ノルバスク錠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
1271	ジュリナを60錠渡すところを、半分の30錠しか渡してなかった。交付後に患者さんから連絡があり、気付いた。	初めて出た薬と、またジュリナが1シート56錠シートで見慣れない形状なので計量を間違えた。	シート形状には複数種類があることを認識し、監査を行う。			ジュリナ錠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
1272	レセコンの設定ミスにより1回2包が1回1包の表記になっていた	レセコンの初期設定が間違っていたため薬袋に間違った表示になっていた	レセコンの包装メンテはこまめにチェックしておく			重質酸化マグネシウム「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1273	スマルテープ (入力上はフェルピナクテープ) 28枚(14枚×2) のところ56枚(14枚×4) でお渡し	1袋7枚と思ひ込み4袋で渡してしまった。	包装単位の確認を徹底する。			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
1274	患者は、イボの再発があり、今回かかりつけ医に相談された。当該患者は、過去にもイボ治療・服用歴があったが、他院であったため、かかりつけ医で処方してもらわれるのは今回が初めてであった。最初、クラシエ慧苺仁エキス錠で処方されたため、投薬時ご本人に確認したところ、関節痛や筋肉痛症状ではなく、イボで薬を希望されたことがわかったため、処方医に疑義照会し、コタローのヨクイニンエキス錠に変更していただいた。	処方医は、ヨクイニンがメーカーによって適応症が異なる事を認識していなかった。(クラシエ慧苺仁湯:関節痛、筋肉痛/ヨクイニンエキス錠コタロー:尋常性イボ、青年性扁平イボ)	薬局内でもメーカーや規格によって適応症の異なる薬剤に関する情報を常に把握・また共有し、また薬剤交付時には患者に服用・使用用途・目的もできる限り確認する。			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
1275	新患。【般】レボセチリジンシロップ用が処方されたが在庫が不足していたため一時帰宅。電話にて発注をしたのだが、その際に包装規格が複数あることを知らず0.25g分包が必要なところ0.5g分包を間違えて発注。監査時に外観の違いに気づけずそのまま交付。翌日在庫確認時にずれがあり間違いが発覚。服用なしで0.25g包装のものに変更	発注担当者が事務員でレボセチリジンの用量を知らず複数包装販売されていることを知らず、分包品を1箱と注文していたが調剤過誤防止システムを導入していたが既存分と不足分をまとめた状態でしか使用しておらず不足分のコードが違うことに気づけなかった	発注前に添付文書を確認して用法用量や包装単位を確認してから発注する。電話での規格の確認			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
1276	一般名: イルソグラジン2mg を平素より、イルソグラジン2mg 「サワイ」で調剤していた。上記薬剤成分が出荷調整より、当薬局にはイルソグラジン2mg 「サワイ」とイルソグラジン2mg 「日医工」の2つの在庫が存在していた。調剤していた者が在庫2つ存在していることを知らず、イルソグラジン2mg 「日医工」で薬をそろえた。鑑査の者がメーカー違いに気づいた。	近年の医薬品供給不足・出荷調整により、同成分を単一のメーカーで用意することができず、複数で対応している。今回は同成分・同規格・同剤形ものを2メーカーあることを十分に周知できていなかった。	医薬品の出荷調整の現況はまだ続くと考えられるため、同成分・同規格・同剤形ものを複数メーカー取り揃える際にはリスト化し、互いに注意し声かけあうよう対応する。			イルソグラジンマレイン酸塩錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1277	平素より当薬局をご利用の患者様。1年前、転倒により膝を痛め、ロコアテープが処方される。仕事の為、2~3カ月に1度の受診である。今回、ロコアテープの効き目が良いため、継続して使用したいこと、また、湿布が無くなった時、受診できなかったときのためにボルタレンSRカプセルを希望された。当該医師は、患者の希望を叶えるべくご処方され、当薬局も患者の強い希望であるため、通常通りに服薬指導し投薬した。患者退局後、ボルタレンSRとロコアテープの重複投薬に気づき、病院へ連絡。病院から患者本人へ連絡し、ボルタレンSRカプセルが削除となった。	病院と薬局双方の確認不足でした。湿布薬であるロコアテープとNSAIDs鎮痛薬は重複であることを失念していました。	ロコアテープの保管場所に、「鎮痛薬との併用に注意」との貼り紙をし注意喚起をする。			ボルタレンSRカプセル37.5mg ロコアテープ	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
1278	トラネキサム酸84Tの束にペボタスチンOD錠が4T混じっていた。10T×8枚の上に4Tペボタスチンが乗っている状態でお渡し。患者本人が気づいたため服用はしていなかった。	普段より良く処方されるため、84Tの束をあらかじめ作っておいたため、良く確認せず投薬してしまった。錠剤の大きさと印字が似ているため投薬時も監査時も気付かなかった。	あらかじめ束を作っておくときはその薬剤のみを机の上に出すようにし、ダブルチェックを行う。錠剤そのものを含め、比較的形状が似ている薬剤をチェックしてスタッフで共有。			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
1279	フェキソフェナジンDSを定時処方中の患者に対し、製品の流通不足の理由から、バラの製品を秤量分包出来ない場合には0.6g/包の分包品で調剤していた。用量は1日2.4gであるため、分包品を使用する場合は「1回2包」となる。当日は分包品でレセコンの入力を行った後、在庫不足によりバラの製品に入力を変更して調剤した。その際に、薬情と薬袋を分包品の入力時情報のまま監査・梱包したため、誤った用法用量となっていた。当該患者は在宅訪問サービスを利用中のため、配薬をする担当薬剤師が出発前に再確認したところ、薬袋と薬情の誤りが発覚した。	監査を担当した薬剤師がヘルプ要員で、分包品の用量について理解していなかったこと。入力を変更した際に、正しい薬情と薬袋が印刷されていたかどうかは不明。	処方薬の入力を変更した際は、分包品の規格が異なることが多いため、薬袋・薬情を含めた全体の再確認を徹底する。			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1280	2年ぶりの来局。朝食後 2錠 28日分を1回1錠と思ひ込み28錠しか渡さなかった。 2日後に薬局に数が足りないと再来局し 薬局在庫も確認し28錠足りなかったことがわかる。	2年ぶりの来局で問診など再度聞き取りしていたが、他薬局でいつももらっているのを気に、定期薬であることをなかなか教えてもらえなかった。 他薬局の薬手帳は見せられないと言われコミュニケーション不足と困難があった。 1種類ずつ薬剤のmg数を目の前で本人に確認して渡したが 交付者の思ひ込みで その時に発見できなかった。いつもの薬局と違うと 会話もなかなか成り立たなかったが、もっと時間かけて話すべきでした。	思ひ込みではなく、ダブルチェックでミスをなくしていくようにする。			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
1281	シロスタゾール錠50mgのところシロスタゾール錠100mgを取り違えてセットしてしまいました。識別を誤ったが、ダブルチェックの際に指摘があり、未然に防ぐことができました。	調剤者の未熟による判断・識別の誤りが原因。	保管の仕方・並べ方を変更し、ダブルチェックの徹底を周知しました。			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
1282	50mg アリナミン糖衣錠を2錠 分2のところ、後発品へ変更し、25mgフルスルチアミン糖衣錠を4錠分2が正しいが、25mgフルスルチアミン糖衣錠を2錠分2と判断を誤りました。調剤後、監査時に気づき未然に防ぐことができました。	繁忙の時間帯でもあり、気持ちにゆとりがなく焦ってしまったことが原因と感じています。	どのような時間帯でも、落ち着いて処方箋を確認し、分包機でのデータを作成する際にも、入力間違いなどがなく、しっかりとチェックすることを徹底していきます。			フルスルチアミン錠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
1283	病院が変更となった後の初回受診であった。転職のため医師は同じであるが、ビメノールカプセル50mgの代わりにシベノール錠100mgが毎食後で処方されていた。患者に聞いたところ、薬の変更は医師から言われていないとのことであった。疑義照会すると、これまでの薬であるビメノールカプセル50mgであるが2カプセル朝夕食後から3カプセル毎食後に増量であった。適応外の用法であるため確認したところ、頻脈がまだ抑えられていないので、50mgカプセルを3カプセル毎食後(調節して1日2回も可能)にして様子をにみたいとのことであった。	同じ医師であるが、転職のため病院の薬のオーダーシステムが変わった。そのため、助手の方が入力を行ったようである。入力者が医師の指示を聞き間違えて、医師も確認時に名前が似ていたので見逃したと思われる。	薬が変更になっているときには、該当する症状および医師からされた説明の確認を行う。今回のシベノールとビメノールのように、名前が似ている時には、注意が特に必要である			シベノール錠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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1284	定期薬に合わせて初めてノイロトロピン錠が処方されており、投薬時に痛みの状況確認すると患者様より痛み止めは処方されていないとの申し出あり。詳しく確認すると今回ビタミン剤を処方されたとのことで、処方箋の入力間違いが発覚。処方医へ照会し、ノイロビタンへ処方変更となる。	代表的な類似薬剤の例だが、今回、投薬時に処方理由を詳しく確認できていなかった場合処方箋の間違いに気付かず投薬完了してしまう可能性があった。	特に、新規の薬剤処方があった場合、処方背景を患者様より詳しく聞き取るようにする。			ノイロトロピン錠4単位 ノイロビタン配合錠	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
1285	酸化マグネシウム原末 0.4g 1日2回 朝・夕 (0.2g包) のところ、1日1回 (0.4g包) として入力・調剤。投薬時患者母親の指摘で発覚、すぐに入力・調剤を訂正した。	門前医院からの処方はず段分1での処方。患者2~3名だけ分2での処方がある。慣れ・慢心から入力、調剤ともに分1として調剤。	普段よく見かける処方であっても、用法は必ず確認するように再び周知した。			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
1286	一包化の監査時に、処方がクロルマジノンのところクロビドグレルが所々混在して分包されていることが発覚した。	ピッキングの際に他の業務と並行して行っていた。全量取り揃えることができず、時間をかけて残りの数をピッキングした。その際処方内容を見誤ってクロビドグレルと認識し、揃えてしまったと考えられる。また、改めてカセットの中を確認すると、クロビドグレルのカセットにクロルマジノンが混ざって入っていた。名前、シートの色が似ているため、カセットを間違えて補充もしくは戻してしまった可能性もあり、今回カセットの名前だけ確認し、そのままピッキングしてしまったとも考えられる。	ピッキング後、一包化後、分包前、分包後にその都度すべての薬を確認する。一包化監査時には1錠ずつしっかりと確認することを今後も継続して行う。カセットに補充、戻す際には名前、規格を確認してから行う。			クロルマジノン酢酸エステル錠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
1287	ドグマチールで高プロラクチン血症の副作用歴あり。一般名の「スルピリド」で服薬説明しており、副作用歴に気付かなかった。交付前に気づき副作用発現には至らず。	一般名、商品名、採用品が煩雑となっていることが原因。	採用医薬品の統一。			ドグマチール錠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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1288	2022年8月某日(木) 14時頃、糖尿病の現病歴がある患者(49歳男性)が定期処方で来局した。来局時、薬剤師A(職種経験年数25年)がオゼンピック皮下注2mgが初めて処方されており2キットの数量であったが1箱(1キット)のみ発注した。薬剤到着後薬剤師B(職種経験年数20年)が交付したが箱での交付を希望していた患者のためそのまま1箱のみ交付していた。交付後、薬剤師Cが在庫システムで在庫数が一致していない為交付できていないことが発覚した。その後不足分をすぐにお渡しした。	以前までのオゼンピック製剤は1箱2キット入りの商品であったため思い込みで渡してしまっていた。包装変更による変更事項の認識不足と思い込みによる事例であると考ええる。	必ず包装数量等については監査時や交付時に中身を確認し、棚卸しを行うことにより在庫数を確認することを周知した。また包装変更等の案内を職員が目を通しやすい場所に置くことで確認しやすようにした。			オゼンピック皮下注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
1289	14錠シートを10錠シートと思い込み調剤してしまった。	他薬局にいたときに採用していた規格と違う規格だったので思い込みで調剤してしまった。	初めての薬局での調剤だったので規格確認をはじめに確認しておく良かったと思いました。			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
1290	ツムラ当帰芍薬散が処方されており、そのまま調剤・監査を終了したが、投薬時に患者様からの聞き取り内容により交付者が処方薬誤りの可能性に気づき病院に対して疑義照会を行ったところ、ツムラ芍薬甘草湯の処方誤りだった。	調剤・監査までの段階では気付けなかった誤りもあるので、薬剤交付者はしっかりと患者様からの聞き取りを行い、処方内容に疑義が生じた場合にはしっかりと病院に対して照会する事を徹底	特に新規処方薬については、交付者がしっかりと患者様に対しての聞き取りを行った上で、処方された薬剤が今回の症状に対して適当な薬剤なのかの確認の徹底			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
1291	薬のだし間違い	イルベサルタン100mg 14錠処方で10錠イルベサルタン100mg 4錠イミダプリル錠10mgを輪ゴムで括って患者に渡した。2種類とも黄色のヒートの為輪ゴムで14錠括ってため気づかず患者に渡してしました。	イミダプリルとイルベサルタンの棚に入れている在庫を隣り合わせなので離して保管することにした。後は再確認を徹底する事。			イルベサルタン錠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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	PMDAによる調査結果
1292	2022年9月1日、調剤中にオランザピンOD2.5mgの薬箱にグーフイス錠5mgが紛れ込んでいるのを薬剤師が発見した。	オランザピンOD2.5mgの薬箱にグーフイス錠5mgが紛れ込んでいるのを薬剤師が発見した。患者に誤って渡す事はなく健康被害には至らなかった。	薬を薬箱に戻す際にはきちんと名前が一致しているか確認する。調剤過誤防止システムで箱と錠剤の両方のQRを読み込み、一致しているか確認する。			オランザピン錠 2.5mg 「トーフ」 グーフイス錠 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
1293	同姓同名の患者様がいて、飲んでない薬が届いた。と電話あり。	同姓同名の方がいると思わなかった。違った人のところに違う薬が届いた。同日時に来局、理由を話し謝罪する。	向精神薬は郵送でなく、簡易書留で送る。また、薬歴を確認してから送る。他の社員に確認してもらってから書留で送る。			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
1294	投薬時にAGへの変更を伝え、納得してもらっていると思ったが、帰宅後やはり先発品比してほしいと電話で連絡を受けた。	AG薬の説明が不十分のまま投薬をした。	AGに対する説明文書を用意し、薬と同時に渡すようにする。また、矢暮れに野引き継ぎ事項に赤字で大きく先発希望と記載し注意喚起をした。			アムロジピンOD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
1295	前日、見慣れない医療機関から在宅のFAXをいただき、がん患者であることに慌てて、ソリタT3輸液の数を間違えて持参した。	抗がん剤の勉強をしていないため慌てた。	メーカーを呼び、エスワンタイホーの勉強会をし、次回に向けて情報を得た、自信につながった。			ソリタT3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
1296	投薬当日に別の調剤時、スルピリド錠50mg「アメル」半錠1個が別半錠分包の中に混入していることを同僚薬剤師が発見した。該当患者様へ連絡し、自宅訪問して投薬した薬剤を目視したところ、56包をお渡しすべきところ、スルピリド錠50mg「アメル」半錠56包の分包のうち、1包空包を発見した。お詫びの上薬剤を差し替えた。	半錠分包の調剤後の自己鑑査を未実施の段階で調剤印を押した。また、鑑査者は自己鑑査実施を調剤者へ確認することなく、鑑査に取り掛かり、半錠分包中の空包を見逃したことに気付かずに、投薬に向かい、投薬時に患者様との実薬をお見せした際にも、空包がないか、確認せずに、お渡しした。調剤、鑑査、投薬、いずれにおいても、半錠分包の際は、空包を疑った確認手順の不徹底があった。	半錠分包の調剤、鑑査、投薬のどの過程においても、空包の見逃しは起こりうるとの前提に立って、同僚と手順の見直しを実施した。関係者を中心に、半錠分包の確認の際は、すべての分包に目を通す際、空包はないかと疑う、錠剤の刻印を処方せん・調剤録通りか確認する、動揺に包数を確認する、と3回の手順を遵守する。			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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1297	投薬後患者様が帰宅後、従前のシートと異なることに気付き、来局したことにより誤投薬であることが判明。	投薬時に薬歴及び調剤録の内容と投薬薬剤の再確認を確実に行わなかったこと、また、患者様に薬剤の確認することなく別の話をしたことが原因と考える。	投薬の際に薬歴及び薬紙の情報との突合せ、並びに患者様への確認を行う。			アマルエット配合錠3番「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
1298	トラゼンタ錠が袋の中に2錠入っていた	自動分包器を使用しているのでトラゼンタ錠が再分包してカセットから1錠手でまいて1錠落ちてしまった	一包化した後の錠数・刻印チェックを行い処方せんコピーに☑を行っていく			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
1299	マグミット330mgのカセットにフェロミア錠が1錠混入していた。	分包機横でのヒートばらきの際に1錠だけ混入したと思われる。口径が違ったので、カセットから落ちることがなく詰まってしまったので、判明した。その日に調剤した一包化薬は、すべて目視で点検し、混入がないことを確認した。	補充するときに、監査機器の補充確認機能を必ず使用する。			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
1300	ボララミンシロップ1日量0.5mlと、体重年齢から考慮した量よりも5分の1ほど少なく誤調剤した。	普段よく処方が出る薬剤なので、慣れでそのまま調剤してしまった。	シロップの換算表があるが、計算しにくいため、よく処方が出る薬剤は瞬時に計算できるように各自自分が計算しやすい計算式を控えておく。			ボララミンシロップ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
1301	2022年9月 ネオドパゾール錠の処方患者あり。交付時に在庫不足の為14日分を後日郵送をする旨をお伝えその後、ネルボン錠の処方患者あり。交付時に在庫不足の為、同様に15日分を後日郵送する旨をお伝えした。連休を挟んだため医薬品の取り揃えに時間がかかったが、送り状住所の確認までは行っていた。しかし当日、投薬業務が滞っており、医薬品の封入までは行えていなかった。その後、郵送配達員が来局した際に、単独で確認を行って受け渡しを行った。翌日、患者家族より別患者の薬品が届いたと電話あり。患者手持ちも少なく、郵送した医薬品がネルボンであったため、業務終了後直接向いて回収を行った。両患者とも、立腹はされていないが訪問時に謝罪と該当医薬品を直接お渡しした。	連休を挟んだ郵送業務であり、取り揃えに時間がかかってしまったため、患者手持ちが少なく早く送らなければ思っていたこと。配達員が郵送品を薬局へ直接受け取りに来るため、準備が出来ておらず単独でのチェックでお渡ししてしまったこと。患者自体の立腹などはなかったが、向精神薬の誤郵送である点、個人情報観点からも重大なインシデントと考える。	1つは、封入前にシングルチェックを行ってしまったこと。郵送対応自体は行っていたが、同日に重なったこと、医薬品名が近いこともあり、単独での確認では不十分であった。郵送先の住所については、日ごろから確認を行っていたが、患者情報についての確認も徹底していくようにする。2つは、郵送時にも写真などで監査記録を残しておくこと。郵送対応時には、どこへいつ送ったか郵送履歴などの追跡は行えたが、送った品目の確認までは行っていなかった。患者からの確認の際に、鑑査の際と同じように履歴として残しておく必要があると感じた。			ネオドパゾール配合錠 ネルボン錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1302	プレドニン錠5mgを調剤したが、薬袋の記載はプレドニゾン錠5mgとなっていた。	類似した医薬品名の為、見落とした	類似した医薬品名の為、この医薬品の処方箋を扱う際は意識して注意する			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
1303	今までルムジェブ注とともにマイクロファインプラスという針が処方されていた患者さま。今回の処方から針がマイクロファインプロA型に変更となっていたが、気づかず入力、調剤。監査中に患者さまより、今回から針が新しくなったけど在庫ありますか?と仰っていただき、針がいつもと異なっていることが判明。	マイクロファインプロという新しく発売となった針の存在を知らず、思い込みで前回と同じ内容で入力、調剤してしまった。	常に新しく発売となった商品については自店に在庫が無くても知識として入れておく。またインスリン注や針は名称の最後の違いだけで前半は似たような名称のものが多いため、最後まで縦読み監査して確認を行う。			ルムジェブ注ミリオバン	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
1304	平素から利用している方。新規でメルカゾール錠5mgが分3毎食後で処方されており、検査の有無、新しい薬について何か医師から説明があったかを確認したところ、足のしびれがあるためビタミン剤を追加するといわれているとのこと。疑義照会を行ったところ、メルカゾール→メチコパール500μgの誤りであったことが発覚した。	名称も類似していることから病院で入力時に誤って行ってしまったことが考えられる。	用法・用量も適応範囲内のため、調剤、鑑査の工程で発見することは難しい。忙しい時間でも、新規追加の薬がある場合は、追加になった経緯を確認することが大切。			メルカゾール錠5mg 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
1305	ワーファリン錠1mg 2.5錠を一包化調剤のところ、ワーファリン錠1mg 2.25錠で調剤した。鑑査時に誤りが発覚した。	処方箋の数量の見間違いがあった可能性あり。繁忙日であったため、焦りや急ぎであった。	処方箋の見落としなく調剤すること。指さし確認をして一包化の機械に正確な錠数、数量を入れるようにする。			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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1306	アルファカルシドール錠1μgを服用中の方の処方エルデカルシドールカプセル0.75μgで調剤し交付。後日患者様本人よりいつもと違う薬が入っていると連絡があり差し替えさせていただいた。全く服用はされていない状態だった。	繁忙の時間であった。当薬局でエルデカルシドール処方患者様が多く、ごく一部の方がアルファカルシドール錠を服用されていたため、当該薬剤師の確認不足でエルデカルシドールで調剤・投薬してしまった。繁忙の時間のため、投薬時に実物を見せずに投薬していた。	可能な限り実物を見せながら服薬指導を行う。規格も剤型も違う間違いのため、薬剤を監査する際は薬剤名・剤型・企画・ブランド名を確認することを必ず行う。			アルファカルシドール錠1.0μg「アメル」エルデカルシドールカプセル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
1307	ハルロピテープ8mgを1日5枚貼付が必要なところ薬袋の記載が1日1枚となっていた。投薬時に口頭で説明はしたが使用時は薬袋記載の枚数で使用	薬袋の使用枚数を薬袋、入力チェックの段階で確認する	入力時に再度チェック			ハルロピテープ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
1308	先発希望の患者さんに、ジェネリックを、お渡ししてしまい、後日、数が合わずに発覚。お電話で、謝罪し、次回受診時に、残薬持参してもらい、先発に変更した。飲んだ感じは、先発も後発も変わらないとのことだが、先発希望。	多忙にて、ジェネリックでお渡ししてしまった	予め、事務で先発かジェネリックか確認することにした。			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
1309	薬品の規格をまちがえてお渡ししてしまった。	監査時に規格の確認を怠った。	投薬前の監査を十分行うこととする、			ルセフィ錠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
1310	18時服用の一包化薬の中にドンペリドン錠とリマプロスト錠が1錠ずつ入っていないかならなかつたところ、ドンペリドン錠が入っておらず、リマプロスト錠が2錠入っていた。	他薬局で調剤されたPTPシートからの一包化業務であった。一包化内に5錠入っており煩雑になっていたこと、また刻印もn202とn687で近似していたことが見逃しの原因と思われる。	分包機セット時の再確認徹底			リマプロストアルファデクス錠5μg「日医工」ドンペリドン錠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
1311	施設のセットで加味逍遙散をセットするはずが、抑肝散をセット	見た目が似ていたため調剤、監査がもれてしまった	見た目ではなく、名称、番号まできちんとチェックをおこなう			ツムラ加味逍遙散エキス顆粒(医療用)ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1312	処方ではプレガバリン25→75に増量されていたが、錠数も変更されていたことから規格変更気づかなかった。	変更箇所が複数になると、1つに気を取られ他の変更気づきにくくなる。すべての段階で処方箋を確認して業務を行う。	すべての段階において、間違いがある前提で処方箋を確認して業務を行う。			プレガバリンOD錠75mg「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
1313	メイラックスからのGE変更に伴いGEのメーカーが出荷規制が多くGEメーカーの取り間違い	メイラックスからのGE変更に伴いGEのメーカーが出荷規制が多く	ティカーなどの安全システムの活用。			ロフラゼブ酸エチル錠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
1314	門前ドクターの処方、いつも1処方12錠 1ボトルである。たまたま、別の医療機関から端数のある処方が出て、端数のあるボトルが残った。門前の12錠処方を、足りないボトルのまま投薬してしまった。	端数のあるボトルに、識別できるようにチェックを入れておかなかった。	端数のあるボトルに、識別できるようにチェック入れ、別の棚に置くことにした。			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
1315	リベルサス錠7mgを1日1錠継続服用していた患者様が本年6月新たにリベルサス錠7mgを1日2錠、1日量として14mgの処方箋をもって来局。レセコン入力、調剤録確認をし、調剤を進めていたところ、監査者が本処方箋の処方内容に疑問を感じ添付文書を再度確認したところ、リベルサス錠7mgを1日2錠と14mgを1日1錠では体内動態の違いが出るためそのまま交付不可と気づく。メーカーに内容を問い合わせた後病院に疑義照会をし、リベルサス錠14mgを1日1錠に変更。患者様に照会内容を説明し薬剤を交付した。	リベルサス錠は調剤方法や用量変更時など添付文書で確認する事項が多いため、普段から注意をして添付文書を読み込む必要がある。	本事案を医療事務含む薬局内スタッフ全員に情報共有し、調剤方法や用量変更時の注意点について理解を促した。			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1316	グルコン酸カリウムが処方されているところアスパラギン酸カリウムで調剤した	普段からアスパラギン酸カリウムを調剤する機会が多く、カリウム製剤がでていたのでグルコン酸カリウムではなくアスパラギン酸カリウムを調剤してしまった	一文字一文字の確認をする			グルコンサンK細粒 4mg/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
1317	ジクロフェナクNa点眼液0.1%が処方されていたが、当薬局で不足していたため発注業務を優先して行った。鑑査の際に鑑査者が用法に違和感を覚え、疑義照会をしたところジクアス点眼液を処方するはずだったことがわかった。	不足薬の対応に集中する余り、処方内容の精査が後回しになった。	調剤の際にも処方内容に目を通し、気になる所がないか確認するようにする。不明点があれば患者様からも聞き取りを行い疑義照会に至るまでの時間を短くするようにする。			ジクアス点眼液	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
1318	1包化調剤でオルメテックOD錠40mgのところ一部オルメサルタンOD錠40mg (AG)が混入していました。	錠剤分包機に充填の時、カセッターを先発と後発を取り出し、充填時に誤って入っていました。	PDAシステムを使用していましたが、使用中のエラーに気がついていませんでした。バーコードを読み取りの時エラーの表示出た場合は必ず目視確認を行うことで再発防止とします。			オルメテックOD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
1319	タリージェ5mgと勘違いをして、タリージェ2.5mgを出してしまった	連休明けで忙しかった	ダブルチェックを再度徹底するよう伝えた			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
1320	9/1の処方であったが医師と相談したうえでピソノテープ4mgは自己調節して残薬あった。まだ残あったが9/16確認したら2mgが薬袋に入っていたと患者様から電話あり。調節しているのでまだ10枚残あって間違ってたってしまった2mgのピソノテープは未使用との事。正しい4mgと間違ってお渡ししてしまった2mgを交換させていただきました。	いつも一包化している方でできているか電話がきてタクシーで来るので慌ただしく調剤、鑑査をすることになってしまった。	慌てず、焦らず分包以外も必ずきちんと調剤し、確認してお出しするようにする。			ピソノテープ 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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1321	ブルゼニドで渡すところを後発のセンノシドで交付。8月に疑義照会し先発のブルゼニドでお渡ししていたため、9月にセンノシドでのお渡しにより色彩が異なることから患者本人が気づき、交付ミス発覚。	多剤服用されており、併用薬の確認に注力し、先発希望のコメントを見逃した。	薬歴コメントの分かりやすい先頭に、先発希望の旨を記載する			ブルゼニド錠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
1322	オルメテック10を交付予定のところ20を渡してしまった。	繁忙期で一人で監査をしてしまった。	ダブルチェックを必ずする。			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
1323	配薬カートセット前にレベチラセタムDS(計量分包)1包とパルモディア(粉碎分包)1包をホチキスで留めるべきところ、レベチラセタム2包をホチキスで留めて、セットしてしまった。(パルモディアはセットしていなかった)服薬開始6日後に介助員が発見した。	退院後の引継ぎ処方のため、慣れない処方内容・セット方法だった。パルモディア粉碎のため白色の散剤分包品として調整され、レベチラセタムDSの分包品と外観が似た。調剤時間帯は閉店間際で勤務薬剤師数が少なく、ダブルチェックをしなかった。	ホチキスで留める前に複数薬剤師で確認し合う。配薬カートセット時にも再度確認する。引き続き粉碎品や別分包品に関しては薬名を印字する。			レベチラセタムDS50%「トーフ」パルモディア錠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
1324	レボセチリジンDS0.5%が0.5g2×14TD処方されていた。本来なら0.25g/包を28包用意しなければならなかったが、0.5g/包の分包品を28包用意していた。	当局で採用しているレボセチリジンDS0.5%は現在「YD」メーカーを採用しており、0.25g/包の分包品が無い。「YD」の分包品のデザインが、成分量の「2.5mg」の「2.5」の箇所を強調する形で表記されており、それを0.25g/包と勘違いして調剤していた。以前「タカタ」の0.25g/包の分包品を取り扱っていたため、分包品があると思いこんでいたものもあるかもしれない。	薬の箱に「1包0.25gと勘違いしやすいため注意」と大きく書くことで注意喚起を促している。			レボセチリジン塩酸塩ドライシロップ0.5%「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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1325	オゼンピックSD1mgからオゼンピック皮下注2mg 医師の指示通りに今回から処方変更。患者様に投薬時に用量を確認したが医師からは何も聞いていなかった。疑義照会を行い週1回1mgの使用である事を確認し、患者様にその旨を説明。	今回、規格が変更になった事や処方箋に使用量の記載がなかったうえ患者様も医師から説明を受けていなかった。	規格変更による使用方法のご認識を防ぐ為に、監査時および投薬時にチェックを行い記載漏れがある場合は疑義照会を実施する。			オゼンピック皮下注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
1326	シダキユア花粉舌下錠5000JAUを服用中の患者様に包装が似ているクラリチンレディタブを渡してしまった。後日、患者様から薬が違うとの申請があり、お取替えした。患者様は定期薬であった為、服用前に気が付いて来局された。	平日の混んでいる時間帯ではなかったのですが、ケースの中に同じ向きに入れてあった為、目の錯覚でビックして1剤だったので、そのまま監査もしてしまった。銀色の部分の包装が似ている為、薬のストック場所を変更した。	銀色の部分の包装が似ている為、薬のストック場所を変更した			シダキユアスギ花粉舌下錠5,000	ヒューマンエラー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	2022.7.22の処方でメトホルミン塩酸塩錠500mg 3錠 分3のところ、250mg 3錠 分3で調剤(一包装)、投薬。入力、調剤、鑑査、投薬のどの時点でも気づかず患者様にわたり、1ヶ月間誤った規格のまま服用。8.22処方時、担当した薬剤師が前回の処方250mgから500mgに変更になっていたため患者様にも確認したところ、変更するとは聞いていないとのことで、前回の処方箋を再度確認したところ、過誤に気づいた。	前々回の処方が500mg 2錠 分2だったところから500mg 3錠 分3に増量になったのに、まず入力時に250mgで誤入力、一包装のため入力のデータが分包機に反映されるが、処方箋との確認が不十分だったためそのまま調剤、一包装監査時も監査機を使用しているが、それも処方箋との照合が不十分なまま、最終鑑査へ。最終鑑査時、調剤録と処方箋とのチェックの際に規格違いを見落とし、さらに、患者様が後日ではあったが取りにいらしたときに、患者様が急いでいたこともあって、前回処方との比較をせずにお渡ししてしまった。どの時点でも思い込みと確認不足が要因であると考える。	規格違いのミスは調剤のどの時点でも一番注意すべきところであり、ピッキングの監査システム使用しているが、入力が間違っていたため通ってしまったので、必ず処方箋との確認をどの時点でもすることを怠らない。一包装や一包装監査システムを使用するときもレセコンからとんでくるデータではなく、処方箋と照合すること。投薬時、前回の比較については必ず目を通し、患者様がいそいでいても最低限のことは確認する。			メトホルミン塩酸塩錠 250mg MT 「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
1328	肩の痛みで薬を服用中の患者であり、不整脈の既往もないのに関わらずアンカロン(100)が処方された。処方医に疑義照会を行ったところ、アンブラーグ(100)の処方間違えであることが発覚した。	クリニックが紙カルテを使用しているため、事務が処方入力をしているがその際2文字検索をし規格も100mgであったため間違ったものと思われる。	患者にどのような症状で受診したか、また既往歴をきちんと聞き取りする。			アンカロン錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1329	1包化処方の薬でトリクロルメチアジド錠2mg0.5錠処方されていたが1錠で1包化して渡す	鑑査したが思い込みで見逃してしまった	再度鑑査を徹底する			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
1330	プロナック点眼とブランプロフェン点眼の取り違い	同じ効能と一般名の名前の類似	一般名の入力を一字一句間違えず確かめる			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
1331	メトクロプラミド5mg「テバ」出荷調整にともない、メトクロプラミド5mg「NIG」に採用変更したが、外装が似ており、薬剤保管している場所も近かったため、調剤間違いが生じた。	外装がかなり類似しているにも関わらずに、近い位置に保管してしまったことや、注意喚起が不足していた。	保管場所を離すことで調剤間違いの予防、「注意」の付箋を貼るなどの対策を行った			メトクロプラミド錠5mg「テバ」メトクロプラミド錠5mg「NIG」	ヒューマンエラー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	ロスバスタチン普通錠2.5をお渡ししなければいけないところ、ロスバスタチンOD2.5をお渡ししてしまった。次回の処方箋で調剤している際に気が付いた	薬品名を最後までしっかり読んでいなかった。	処方箋をしっかりと読むこと。鑑査をしっかりとる事。			ロスバスタチンOD錠2.5mg「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
1333	施設に入居されている方で、持参薬がプロスタール2.5mg4T分2朝食後で、前立腺がんで内服中であった。施設の担当医が錠数を減らしたかったのか、プロスタールL50mg2T分2で処方。プロスタールL50は、前立腺がんには適応はなく、1日1回の内服薬であったため、疑義照会して変更。	高齢者だと1回服用量を減らす傾向もある。	施設の入居時の持参薬または薬情を確認して、処方内容との確認の徹底。			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1334	性病にかかられた男性が初診され、薬局に来られる。併用薬はなく、あまりお話しされない様子。	今回、処方内容はレボフロキサシン粒状錠500mgとJPS猪苓湯が処方された。投薬前に、添付文書を見直したところ、猪苓湯の添加剤にステアリン酸マグネシウムが含まれている事に気づいた。レボフロキサシン粒状錠500mgはマグネシウムとキレートを形成し効力が落ちる為にお薬を交付する前に2つの薬剤を服用するタイミングは少なくとも3～4時間はあけるように指導した。	猪苓湯の添加剤まで確認していない薬剤師もいるので、薬局全体で情報を共有し患者さんの治療に最大限貢献出来るように工夫できる場所はお伝えしていく。			J P S猪苓湯エキス顆粒 (調剤用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1335	処方でタリージェ 5mg 1錠朝食後、ペボタスチンベシル 10mg 1錠夕食後の処方がされた。患者とお話ししても、花粉症やアレルギーの薬がでることは処方医とは話していないとのこと。医院に確認したところ、夕食後の処方、タリージェ 10mg を処方しようとして、あやまってタリオン 10mg (端末上→処方箋上は一般名へ変換してペボタスチンベシルへ) を選んだとのこと。疑義紹介にてタリージェ 10mg を調剤した。	医院の処方端末では、先発薬で処方しているため、類似名称を間違える可能性がある。	今後も、投薬時に患者としっかり話をして投薬意図を把握することが大切だと感じる			ペボタスチンベシル酸塩錠 10mg 「タナベ」 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
1336	束の数え方が途中から変わってしまったため総量間違いにつながった。	1日量の記載がgのため計算ミスをしてしまう。	落ち着いて2回から3回確認する。			ツムラ甘麦大棗湯エキス顆粒 (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
1337	メトグルコが今回の処方では朝2回2錠(56錠)から、朝昼夕3回3錠(84錠)に増量と指示されている。この患者は先月の処方のコピーを元に、56錠で予製調剤されていたため、今回の処方内容とのすり合わせのところで、監査時に確認されず投薬直前で投薬者のところで数量間違いが発覚した。	当時は予約の患者様の数が多い日で、午前中に集中していたため、繁忙期であった。忙しい中で前回の処方コピーと今回の処方せんと内容のすり合わせに怠りがあったと考えられる。そのため調剤、監査をすり抜け、投薬前監査で気づくこととなった。	処方変更の際には、入力者が調剤者に対し、変更箇所があった旨を申し送りを行う。また調剤者も前回の処方コピーと今回の処方コピーの内容との照合を行い、変更箇所には赤ペン等の手書きでメモを残すことで、他スタッフへの注意喚起を促す。			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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1338	同姓同名の方に間違った薬を渡した。	病院がカルテを間違えて出したことが1弾。その後も同じオルメサルタン20mg、プラスアムロジピン5mgが追加と思ひ、血圧高かったですと話をし、そのまま2剤調剤した。そのあと電話がかかってきて間違いが発覚した。	きちんと血圧が高かったにせよ薬が追加になっているか確認が必要だった。あと同姓同名者は二重確認するなどもっと慎重な対応が必要であると思った。			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
1339	8/9ラタチモ配合点眼液「センジュ」5ml 1日1回 両眼 2.5mlx2本渡さなければならぬところ1本で渡していた。10/12再診時、渡した本数が異なっていたことが判明し医師から連絡があった。10/12不足分を交付し、謝罪した。	8/9当薬局へは初来局の患者であり、ラタチモ配合点眼液は初めて出す薬剤で取り寄せとなった。冷所保存の薬で、取り寄せ後薬袋に入れて冷所保存にて対応していた(この際に1本のみを薬袋に入れた)。点眼液は処方箋受付後、時間をおいて届いたため、受取り準備をした薬剤師が監査機を通す手順を省いた。薬袋は普通紙であり、中身の確認ができなかった。患者来局時、繁忙時期で交付者が薬剤の1本あたりの用量再確認を怠った。	取り寄せ品など、不足薬品が届いた際の準備についても手順をきちんと踏むこと。目薬の用量が2.5mlのものが増えてきているため、箱に「2.5ml」の付箋をつける、薬袋に交付本数を記載する、透明薬袋を利用するなどの防止策を行うこと。			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
1340	ワイドシリン細粒20%が1日量5gで処方。体重が14Kgとの事で力価20~40/Kgの為過量と判断して処方に関わり合わせ	小児用量のリストは作っているが毎回体重と力価から計算する	小児用散剤やシロップを受け付けたら処方せんに記載された数量に間違いがないか体重や年齢から計算する			ワイドシリン細粒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
1341	10月10日朝7時49分に朝食後の一包化の中に酸化マグネシウム250ではないものが入っているとの連絡あり。確認したところ、シンメトレル50mgが入っていた。他の残りの分包には混入はなかった。同日中にシンメトレル50mg、1錠を回収し、酸化マグネシウム250mg「ヨシダ」に入れ替え、内服していただいた。10月11日に、シンメトレル50mgの在庫を確認。回収した1錠を含め、シンメトレル50mgの在庫、出庫、在庫が合った。ご本人様が内服前に気づいていただいた為、内服には至らなかった。	背景医療機関からFAXがあり、タクシーで来客される患者様で、急いで作っていた。薬局の待合にも患者がいっぱいいる状況で、お昼の状況ともあり、スタッフの人数も少ない状態だった。 要因酸化マグネシウム250mg「ヨシダ」と、シンメトレル50mgを内服していた患者の一包化の作り直しで置いていたのをばらした際に、酸化マグネシウムのバラ錠をいれていた包装の中に混入したと考えられる。	混雑した状況は特に時間をいただくようにする。一包化をばらした後は、2人以上の目で確認し、物、数の照らし合わせを徹底する。			シンメトレル錠50mg 酸化マグネシウム錠250mg 「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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1342	当該患者は飲み忘れ防止の目的で一包装して服薬支援中の方。普段のように一包装調剤を調整者の薬剤師Aが行ったが、本来はフォーシガ錠10mgを調剤するところ、誤ってフォーシガ5mgで調剤してしまった。さらに監査を行った薬剤師Bはフォーシガ錠の規格違いに気付くことができず、患者対応担当の薬剤師Cが患者へ交付する直前に誤りに気づき、患者へ間違った薬が渡らずに済んだ。	背景として繁忙な時間帯であったということが要因の1つと思われる。そのため調整者のミスが監査の段階で発見できなかったのではと考えられる。	改善策として一包装の際に、調整者が使用した薬剤のヒートの殻を捨てる前に監査者に見せることによって、監査の段階で誤りに気づきやすくなると思われました。			フォーシガ錠 5 mg フォーシガ錠 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
1343	当該2品目の外見が非常に似ているため、その説明を兼ねて、当該2品目を分包装機にて調剤しようとしたとき、どちらがどちらか分からなくなり、廃棄することになった。	外見の類似性。	当該2品目に関わる時は、1つ1つの作業を確認しつつ実施する。			アミティーザカプセル 12 μg カルシトリオールカプセル0.25 μg 「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
1344	一包装の指示のある処方にて、リスバダールOD錠(0.5)を調剤忘れがあり、交付後に鑑査写真の確認により調剤忘れが発覚、当該患者の薬を管理されている方に確認。幸いまだ残薬があったため服用はされておらず、お薬を正しいものへ交換させていただく。	施設の処方であり当日は繁忙な状態で、当日に作成し、当日鑑査して交付した中で、薬局のルール通り作成者と鑑査者もそれぞれ別の薬剤師がしていたものの作成時の確認、鑑査時の確認両方で抜けがあった。両方処方箋の殻の照らし合わせが不十分であったと考えられる。	今後、一包装の鑑査時の処方箋とPTPの殻の照らし合わせと、鑑査機における写真鑑査に置いて必ずバーコードでのPTPの殻の確認を徹底する。			リスバダールOD錠 0.5 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
1345	センノシド「VTRS」の記載が正しいところ、誤って旧品のセンノシド「ファイザー」で記載された薬情を患者様にお渡し。その後患者様に謝罪し正しい薬情をお渡した。	事務員が誤って一度ファイザーで入力、鑑査時に気づいた薬剤師が入力の変更を行った。その際に薬情のみ差し替えるのを失念し投薬した。	鑑査時や投薬時に薬情や手帳シールなども正しいか確認する。			センノシド錠12 mg 「VTRS」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1346	ニコチン酸アミド散10%の用量が添付文書に記載のある通常使用量の10倍ほどであったため、成分量で記載されていたものの誤って処方箋記載の10分の1量で調剤してしまった。投薬後再度疾患の治療法を調べて量の誤りに気づき、患者に連絡を取って交換した。	適応外使用の治療量だったため、添付文書に記載がなかった。散剤が10%で処方量が通常の10倍だったため、成分量で記載されていたのにもかかわらず製剂量だと誤認してしまった。	鑑査する際は添付文書のみならず、疾患の治療法も含めて確認することで誤りに気づきやすいようにする。			ニコチン酸アミド散10%「ゾンネ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1347	本来、乳糖で賦形すべきところをトランサミン散で賦形してしまった。	薬品が入ってる散薬瓶がまったく同じ外観で、普段薬が置かれてるところも、上と下で同列。	薬品が入る瓶自体を変えた。			トランサミン散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
1348	一包化調剤において、本来アナフラニール錠25mgを一包化するところを同成分規格違いであるアナフラニール錠10mgと間違えて調整者である薬剤師Aが一包化してしまった。患者にわたる前に監査業務にあたった薬剤師Bが気付いた。	弊局の1日の業務において11:30-13:30が患者様の受診が終わり薬局へ流れ込み、かつ薬局自体の昼休憩時間と重なる時間帯である。つまり1日のうちで最も繁忙な時間帯であったという環境的な要因が原因の1つと考えられる。	改善策として繁忙な時間帯は調整者及び監査者がミスが起こりやすい時間帯であるという意識を持って業務にあたり、さらに確実に監査の段階でミスを見逃さないように意識づけるようにすることが考えられる。			アナフラニール錠10mg アナフラニール錠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
1349	ヤーズフレックス28ほうそう2個56錠を60錠で見逃し	ケースに入っているものをしっかり見る	よく確認する			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
1350	ツムラ六味丸を適応外の使い方での服用していたが、今回ツムラ六君子湯が処方。患者様への聴取では、元の病気は良くなったが、ツムラ六味丸服用で胃の調子が悪く、便秘もするとのこと。そのためツムラ六味丸削除、ツムラ六君子湯追加の処方に違和感なくそのまま交付してしまった。処方医が処方間違いに気づき、その後ツムラ六味丸を減量して処方。	処方医の処方ミスと薬局側の聴取不足。	処方医の指示のもと、正しい処方内容に変更。ツムラ六君子湯は服用した分のみの処方に変更。患者宅に伺い、余分のツムラ六君子湯を回収し、正しい用法容量のツムラ六味丸をお渡し。ツムラ六君子湯を1日分服用してしまったが、健康被害はなし。			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1351	アミティーザカプセル24μgが4C p、朝夕食後で処方。添付文書で用法を確認したが、適宜増減の文言があると勘違いしたためそのまま調剤。実際は適宜減量の文言しかなかった為、調剤後に疑義照会。結果、Drの勘違いと判明しアミティーザカプセル24μgが2C p、朝夕食後となった。幸い、患者様は服用していなかった為に回収と説明を実施できた。	添付文書の用法の中に、適宜増減の文言はよくあるが適宜減量のみがあるパターンを把握していなかったことが背景にある。事例を共有し、適宜増減と適宜減量を見間違いのない様に注意をしていく。	教育訓練により、事例報告をあげて予防措置を実施した。			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
1352	レセコンでの入力を、クラシエ十味敗毒湯エキス細粒とすべきところを誤ってツムラ十味敗毒湯エキス細粒と入力していた。これに気付かず患者様にお薬をお渡ししていた。但し、渡したお薬は間違っ てはいなかった。	レセコンでの入力を、クラシエ十味敗毒湯エキス細粒とすべきところを誤ってツムラ十味敗毒湯エキス細粒と入力していた。通常、調剤後すぐに、処方箋、調剤録、薬袋、薬情と照らし合わせて監査して投薬するところをクラシエ十味敗毒湯が全不足であったために、卸業者から入荷後、処方箋のコピーと不足薬剤連絡票と照らし合わせて監査してお薬を渡していたので、入力ミスに気付けなかった。また、薬袋もクラシエとかツムラとかの印字がなく十味敗毒湯のみの印字だったことも今回気付けなかった要因と思われる。	今後は、薬袋にもクラシエとかツムラとかの印字をするように変更した。これにより入力ミスを発見できると思われる。			クラシエ十味敗毒湯エ 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
1353	サムスカOD錠の後発品が発売されてるがまだ心不全の適応しかとれてないのに肝硬変で変更しようとしてたが確認後投薬する前に気が付きサムスカは変更せず先発品で渡した。	サムスカOD錠の後発品トルバブタンOD錠の適応がループ利尿薬等の他の利尿薬で効果不十分な心不全におけつ体液貯留の効果しかまだ適応がないためこの患者は肝硬変で服用してるため適応外になるので後発品変更不可になる。適応をしっかり覚えることが大切。	勤務薬剤師全員にトルバブタンの適応症を覚えてもらう。			サムスカOD錠7.5 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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	PMDAによる調査結果
1354	ツムラ柴苓湯9g 3×(1包3gの包装単位)が正しいが7.5g 3×で処方が出て、用量違いに気づかなかった。Drは3包3×のつもりで処方し、薬局も3包3×で調剤・投薬したものの、正しくは9g 3×だったので会計金額に訂正が生じた。	漢方の取り扱いが多いが、1包3gの漢方であることを知らずに投薬してしまった。門前Drの処方頻度が低い薬剤だったので、なれた入力スタッフも気づかなかった	3g包装に入力の際に気づくことができるように、レセコンで薬剤の色をつけるようにした			ツムラ柴苓湯エキス顆粒	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
1355	クエチアピン錠2.5mgを継続服用していた患者が、体調改善の為、クエチアピン錠12.5mgへ減量となったが変更が気が付かずクエチアピン錠2.5mgで一包装調剤してしまった。	分包装の個人別登録内容を見て、前回Do内容で一包装してしまった。	Do処方と思い込まずに、変更内容を確定的確に調剤者へ周知するよう気を付ける。			クエチアピン錠2.5mg「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
1356	一包装した際、ピソプロロールフマル酸錠2.5mg「日医工」のところ、4包だけピソプロロールフマル酸錠5mgが入っていた。	ピソプロロールフマル酸錠2.5mg「日医工」26錠はPTPから出して調剤したが、ピソプロロールフマル酸錠5mg「日医工」のバラ4錠を2.5mg錠と勘違いして調剤に使用したと思われる。	一包装に使用した医薬品の外装を保管しておき、監査時にも確認できるようにする。過去に取り間違えた、または間違えそうになった事例を職員全員で共有する。			ピソプロロールフマル酸錠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
1357	予製を作成、カルボシステイン0.4gボララミン0.2gの予製を作成していたが、監査で中身と分包装の印刷が異なることに気づき、再度作り直した。	監査紙を使用しながら調剤する、印字のパソコン操作にも十分注意する。	作成時にあまり選択することがないように予製用にフォルダを作った。作る時は予製の袋を使用して確認しながら作成する。監査も間違い前提で監査する。			カルボシステインDS50%「タカタ」ボララミン散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
1358	処方内容はこれまでと同じくヒューマログHDが処方されていたため、卸に発注をかけたが、ヒューマログが納品された。調剤の時点で気づき、回避したが、注文時と納品の確認が十分であれば回避がもっと早くできたケースだった。発注をかけた医療事務は納品時には帰宅しており、納品時に納品時検品用伝票と商品は一致していたものの、発注をかけた商品とそもそも異なっており、製品が異なっていることに気づけなかった。調剤の時点で誤りに気づいたものの、患者様を待たせてしまうことにつながったため、患者様の満足度の低下や信頼の低下につながった可能性が否めない。	ヒューマログとヒューマログHDはいずれも当卸から注文していたため、まったく注文履歴がないもの同士で間違えたわけではないが、発注時に復唱を行うなどして十分な確認ができていなかった。また、納品時に立ち会った人が発注をかけた人と異なっていたり、伝票と相違がなかったことも発見の遅れにつながったと考えられる。	発注時は電話注文であることから、聞き間違いがある前提のもっとしっかり注文の最後に復唱するなど確認をおこなう必要があると改めて実感した。			ヒューマログ注ミリオベン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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1359	当日終了業務時のゾルピデム錠5mg「明治」の在庫数確認していたところ、11錠不足していることが発覚。ミドドリン錠2mg「サワイ」に混入していたことが当日発覚。	繁忙での調剤がつづき、100錠包装での空箱が調剤棚上に数点残る状況があった。その中で当時ミドドリンの空箱が発生し、空箱を潰さず調剤棚上に残したまま、ゾルピデムを調剤しミドドリンの空箱に戻ってしまった(外観包装、文字フォント類似)。そのままミドドリンは通常棚に戻されゾルピデムの在庫数不足の発覚となった。	調剤棚上の整頓は常に心掛ける。100錠包装空箱が生じたら箱をすぐ潰す。			ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「明治」ミドドリン塩酸塩錠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
1360	1包化調剤時、錠剤分包機のカセットにフェブリク20mgを入れるところフェブキソスタット20mg「DSEP」を入れて調剤錠剤の大きさは同じため1包化の監査機はエラー表示なかったが目視確認で発見	確認不足	カセットに入れる薬品がヒートからのバラシの場合ヒートは残しておく。指さし確認の実行			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
1361	処方せんに1錠/日 60日分と処方があったので、6シートを集約し、投薬してしまった。5日後午前中にお薬が入っていないとの連絡が入り、確認したところ本剤は、1シート8錠であり、12錠不足状態で投薬していたことが発覚、連絡の有った当日不足分をお届けした。	集薬するときに、集薬担当者も、監査薬剤師も初処方の薬剤であった。1シートの大きさが105mm×62mmなので、1シートが10錠シートであると誤認してしまっており、二重の思い込みによるエラーを引き起こしてしまった。	PTP包装が大きくて1シートあたりの錠数が特殊なものについては、包装箱に「〇〇錠シート」と大きく表記し誤集薬することの無いように保管方法を改めた。			リアルダ錠1200mg	ヒューマンエラー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	ある人(1名)がどうしても明治の出ないと効果が出ない。ということでその方のために明治を用意してあり箱に蛍光の派手目のおおきな付箋をつけくるみ、その方以外にはださないようにしていたにもかかわらず、違う方に出ていた。後日数が合わず発覚、渡してしまった患者様の薬袋・手帳・薬情すべてが違っていた(サワイになっていた)	そこまで派手な紙を付け、くるみ、今まで問題がなかったので大丈夫だろうと過信していた。調剤したのが新しいパートさんだったこと、監査で見逃してしまったことが原因。	少し離れたところにはいたが同じ引き出しであった。ひとつを上のケースに移動した。			オランザピン錠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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1363	ロスバスタチン普通錠2.5をお渡ししなければいけないところ、ロスバスタチンOD2.5をお渡ししてしまった。次回の処方箋で調剤している際に気が付いた。	薬品名を最後までしっかり読んでいなかった。	処方箋をしっかりと読むこと。鑑査をしっかりとする事。			ロスバスタチンOD錠 2.5mg「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
1364	ニフラン点眼液0.1%を使用している患者。処方箋を一般名で入力する際、ブロンプロフェン点眼液0.1%とすべきところ、誤ってラタノプロスト点眼液0.005%と入力。	処方箋がラタノプロスト点眼液0.005%30mlになっていたため、1本2.5mlなので12本になるが、多いと感じたので患者に使用している目薬を確認したところ、ニフラン点眼液を使用していたので、入力ミスと判明。処方箋は代理の人が持参。	処方薬の一般名を知っておくこと。出された薬の本数が適当か判断すること。			ニフラン点眼液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
1365	帯状疱疹後神経痛で受診された患者へノイロトロピン錠の初回処方の際、常用量1日4錠のところ、1日量8錠で処方せん記載あり、処方医へ疑義照会。処方医は、添付文書記載の「1日4錠を2回」の部分で「1回4錠を2回」と誤って認識していたことが判明。常用量通りで、1日4錠の処方へ変更となった。	皮膚科疾患で処方数が少ない薬品だったため、処方医も認識不足であったことが考えられる。	処方数が少ない薬品に関しては、必ず交付前に、今日の治療薬・添付文書などで常用量、適応などを確認して監査漏れの無いように徹底する。			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
1366	患者は、1年ぶりに来局。処方薬は、取り寄せた。薬局側は、取り扱い不慣れであった。患者本人は、使用経験あり。次回の薬の用意の為に、在庫を確認すると、数が合わず、渡した数量過誤を断定した。直ぐに、患者に連絡を取るが、繋がらず、本人と来店した、親戚に伺うと、外国に留学中で、連絡できにくく。保留中となった。	薬の必要量、発注、調剤等での数量計算の不確か。注意不足。	今一度、丁寧に、処理する。			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
1367	患者の家族(当薬局事務員)に、クリームを渡すべき所、軟膏を渡した。家で、患者本人から、薬の色が違うと指摘され、翌日に、薬変更の依頼があった。	初歩的な確認不足により過誤起こす。	基本に戻り、正しい日常業務を行う。			アンテベートクリーム 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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1368	ロスバスタチン錠2.5mg DSEP 35錠のうち20錠 クレストール錠2.5mgを混入してお渡し。医薬品の外観が酷似しているため気づかずにお渡し。その後、理論在庫数と実在庫が異なっている事が発覚し監査写真を確認し交付間違いを発見。服用前に交換を行った。	クレストール錠2.5mgをロスバスタチン錠2.5mgの錠剤棚に間違えて戻していたと思われる。	一度錠剤棚から取り出した在庫を戻す際は、別のスタッフと一緒に確認しながら戻すか監査システムのバーコードを使用し錠剤棚のバーコードと戻す薬のバーコードで整合性を確認してから戻すことを徹底する。監査時にはすべてのシートを薬品名を確認し発見につなげる。			クレストール錠2.5mg 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
1369	A診療所からの処方で、錠剤全一包化していた方をいつも通り一包化したのが、患者家族から「今までは全一包化してもらっていたが酸化マグネシウムを調節していきたくので別包にしてほしい」と要望があり、一包化し直す(酸化マグネシウムのみ分包と他剤の一包化) 後日B病院薬剤部より連絡あり「該当患者の持参薬鑑別をしていたが、一つだけ酸化マグネシウムヨシダではなくメトホルミン250mgMT「TE」が入っている」と指摘がありミスが発覚 一包化し直すときに本来取り出すべきくすりや違うものを一つ取り出した可能性が高い	調剤を実際に行っていた時、かなり繁忙だったため注意力が不足していた一人薬剤師だったため、調剤と鑑査が同一人物だった	鑑査にはより一層注意を向けるなるべく一人薬剤師にならないシフトを考える			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
1370	不妊治療中。先発しか保険適応ないがジェネリックでおわたししてしまい交付後気づきお薬先発メトグルコに変更してお渡ししました	4月から不妊治療の保険適応あり本人ジェネリック希望のため適応まだとおっていないジェネリックでおわたししてしまいました	不妊治療薬のリスト作り薬局内で情報の共有をしました			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
1371	処方箋には「オースギ麻杏甘石湯エキスG」の指示であったが、薬袋に「オースギ麻杏薏甘湯エキスG」と記載してしまった。	薬袋作成の際、使用のレセコンに当該の製品名が登録されておらず、似通っているが違う製品名が示されたにもかかわらず確認を怠り、誤った記載の薬袋で投薬をした。	レセコンへの処方箋情報入力時の入力内容の確認の徹底、封入に係る者の薬袋情報の確認とそれらの薬局内での再教育。投薬する薬剤師の最終チェックを行う。			オースギ麻杏甘石湯エキス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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1372	トラバタンズ点眼液0.004% 両目1日4回の処方。以前よりお使用であったが白内障の手術をしていたために久しぶりの処方となった。元より1日1回の薬であることから疑義照会。1日1回に変更確認してお渡した。	久しぶりに処方になった事から病院の処方せん入力ミスが生じたと思われる。見逃さずにしっかり疑義確認してお渡しでき、患者様への不利益を回避できた。	引き続き処方箋監査を丁寧に行う。			トラバタンズ点眼液 0.004%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1373	酸化マグネシウム錠250mgを一包化している患者さんに酸化マグネシウム330mgが混在していた。監査時に発見し訂正してお渡した。	分包機カセット250mgの所に330mgを充填してしまった。注意力散漫によるもの。	分包機カセットへの充填時は2名で行うことにした。			重質酸化マグネシウム 「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
1374	エルデカルシトール0.5μ日医工を普段から服用されている方にサワイで調剤監査時に気づき日医工に変更して渡した	調剤を始める前に薬歴で患者の情報を確認すること	調剤前に薬歴を確認することを徹底する			エルデカルシトールカ 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
1375	当事者が、予め定期薬の分包を作成し、監査者が監査する段階において、ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」が正しいところ、一部 Crestor錠2.5mgが分包されていることを発見した。	以前、当事者が分包カセットに充填する際、ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」を充填しなければいけないところ、Crestor錠2.5mgを充填してしまったことが背景にある。	分包カセットに充填する際は、2人以上で指差し確認して行うことを薬局内ルールとした。			Crestor錠2.5mg 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
1376	メトグルコ250mg⇒500mgと一包化間違い	一包化の作成時に監査を後から監査してしまった。	一包化作成前に監査を実施する。			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
1377	1日2回服用の痛み止めを1日3回で記載されていた。	痛み止め薬の半減期を覚えていてほしい。	間違えて記載されてる処方箋を鵜呑みせず、薬剤師にも相談する事。			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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1378	ロレアス錠を28錠お渡しするところ、20錠でお渡ししてしまった	10錠ヒートと14錠ヒートと思ひ込みピッキング。かみ合わせになっていた為、投薬時にも気づけなかった。	かみ合わせも輪ゴムを外して確認する			ロレアス配合錠「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
1379	メトホルミン250mgMTの調剤の際、処方箋：DSEP、薬：DSEP、入力：DSEPにするところを、処方箋：DSEP、薬：DSEP、入力：三和になっており入力間違え。後日在庫確認中に発覚。患者へ連絡し薬、薬情交換	ラウンダーのミスであり、いつもの店舗でないことも影響。チェックミス。	入力、薬剤の両方をしっかりとチェックしてから投薬すること。			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
1380	普段から鼻炎症状などで通院されている患者が睡眠時無呼吸症候群があり、日中に過度の眠気が現れて仕事に支障が出ているため本人がインターネットで調べて医師にモディオダール錠を希望し処方された。当薬局に在庫がないため、他の薬はお渡しをして後日の対応とした。その後、再度モディオダール錠について調べたところ医師、薬局共に登録が必要で、医師も登録医ではなかったため処方不可であった。代替薬としてベタナミン錠で様子を見ることになった。	知識に精通した医師であること、用法用量などが合っているかの確認はできていたが、警告部分の登録の有無を見落としていた。知識不足、繁忙な時間帯、体調不良が重なっていた。	初めて取り扱う医薬品については添付文書を一読し、警告部分は必ず確認する			モディオダール錠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
1381	関節リウマチ患者にサラゾスルファピリジン腸溶錠の処方があったにもかかわらず、潰瘍性大腸炎等の異なる適応しかないサラゾスルファピリジン錠を調剤した。交付前に気付いて正しく調剤を行った。	サラゾスルファピリジン錠には、抗リウマチ剤の腸溶錠と、潰瘍性大腸炎治療剤の普通錠が存在する件、知識不足であった。時間外に急いで調剤を希望する新患であり、危うく取り違えて交付するところだったが、鑑査薬剤師が正しい知見を有しており、未然に防げた。	剤型により、用量により、適応症が異なる医薬品について、再度研修し直し、随時更新していく			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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1382	10/13 10時患者さまが薬が足りないと来局される。10/12投薬後、1回服用したが自分のカセットで配薬していく段階で薬の不足に気付いたとのこと。処方では、ツムラ当帰芍薬散、ツムラ疎経活血湯、加工ブシ 3包分3で28日分処方されていた。薬剤師Aが薬局内で確認し、ツムラ当帰芍薬散・ツムラ疎経活血湯を28包、加工ブシを70包お渡ししたことが判明。謝罪して不足分、ツムラ2種は56包。加工ブシは14包お渡しをする。	処方受付時、4人患者さまが来局され繁忙であった。薬剤師は2人いたが、1人は他患者の対応をしており監査を頼める状況ではなかったため、薬剤師Bが調剤・投薬を行った。その際、分3 28日の処方であったが、見間違えて分1 28日として調剤を行った。またツムラは1束21包であるため、1束21包+7包でピッキングを行ったが、加工ブシは1束63包であるのにも関わらず、同じように1束+7包でピッキングを行った。1人調剤監査であったが、監査を行わず投薬を行った。薬歴を記載するときにも分3であったことに気付かなかった。	1人調剤監査の場合は、少し時間をあけるか、再度前回薬歴の確認、処方監査等を間に挟んで調剤監査を行う。投薬時に患者さまの前で薬剤を数えながらお渡しすることを徹底する。			ツムラ疎経活血湯エキス顆粒(医療用) ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用) 加工ブシ末「三和生薬」	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
1383	リパクレオン150mgを180Cのところ多く取ってしまった。投薬する前に別の薬剤師が気づき正しく180カプセルにした。	リパクレオンカプセルは1シート12cであることを知らず、また確認しなかったため1シート10cト思い込みピッキングした鑑査者も1シート10cト思い込み鑑査した。	気づいた別の薬剤師は1シート12cであることを承知していたが、今回の2人には徹底されていなかった。特殊なシートの薬剤は周知徹底するようにした。また1つ1つ確認を怠らないようにすること			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
1384	当該患者は兄弟での来局。1人には1回3.5ml、もう一人には1回2mlで調整した。当局では薬瓶の蓋、処方箋、薬袋の3カ所に1回服用量を記載して調剤・鑑査を行っているが、そのうちの薬袋の部分に誤記載してしまった。1回2mlで記載しなければならないところ、1回3.5mlと記載。服薬指導は正しく行ったが、翌日患者母が薬袋をみて1回3.5mlで飲ませてしまい、患者母が説明を思い出して薬局に連絡をいただき判明した。	・混んでくると調剤台が煩雑になり、兄弟の薬袋が入り乱れてしまっていた。・1回服用量の記載について、薬局内ルールが不明確であった。	薬袋、薬瓶蓋、処方箋の3カ所に必ず1回服用量を記載し、鑑査時は必ず3カ所に同じ記載があるかどうかを確認することとした。本事例について薬局フォームでの事例共有を行い注意喚起を行った。			カルボシステインシロップ小児用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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1385	予製として「セレナール錠10mg」半錠を準備し調剤台のカセットに入れてあるものが、間違えて「セレネース錠0.75mg」の印字がしてあった。調剤時に監査せずそれを交付、患者の帰宅してから気づき、電話にて連絡し交換させていただいた。	予製時、半割・分包したものと、分包されたものを折りたたんで調剤棚へ納める者が変わってしまい、引継ぎできていなかった。	分包した空包部に、除包した空シートを付けて引き継ぐ。			セレナール錠10mg セレネース錠0.75mg	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
1386	メトトレキサート錠2mgが4錠分2×13日分(52錠)で処方されていたが、調剤時56錠であったので最終監査で52錠に直したつもりが58錠で渡ってしまった。患者様ที่บ้านで薬袋を開けたら1枚(6錠)多いことが発覚し電話をしてこられた。	土曜日の2人体制の勤務で、少し慌てていたこともあり、計数に慎重さを欠いてしまった。	メトトレキサートは1枚が6錠シートとなっており、10錠シートや14錠シートが多い中、かなり変則的なシートなので、より慎重に数える必要がある。			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
1387	エビリファイ散で処方はされていたが、当局の在庫がGE(アリピプラゾール散アメル)であったため、GEで調剤を開始した。小児の処方のため後発品(アメル)には適応が無いことを確認していなかった。監査者が気づき先発品で調剤をしないとした。	適応症の違いがあるGEの存在の認識不足。	適応症の違うGEの情報の共有。適応追加など最新の情報へのアップデートを行う。			アリピプラゾール散1%「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
1388	以前からオキノーム散とスインプロイクが処方されており、疼痛コントロールができていたのでカロナール300mgとタリジェの処方のみになったが継続してスインプロイクが処方されていた。スインプロイクの適応がオピオイド誘発性便秘症のため医師に確認し削除になった	オピオイドの副作用に対する薬剤を把握しとく	オピオイドの副作用に対する薬剤を把握しとく			スインプロイク錠0.2mg	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
1389	ビムロ顆粒0.5g/pを4包/日で調剤するところ、誤って8包/日の量でピッキングしてしまった。	繁忙であったため、数を間違えてしまった。	忙しい時ほど計算機を使って総量の確認をしてからピッキングを行う。思い込みで調剤しないよう注意する。			ビムロ顆粒	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1390	処方せんを持って来局されたが胃瘦患者のため1包化と粉碎する必要があり時間かかるため後で取りに来てもらうことになった。バルサルタン錠80mgが今回より40mgへ減量されていた。鑑査した薬剤師が不在だったため他の薬剤師が投薬することになった。投薬時にバルサルタンが40mgへ減ったことをお伝えしたが1包化の印字見たところ80mgと記載されていた。間違えている可能性あり再度確認したところ中身は40mgで印字が間違えていたことが発覚。患者のご家族にはバルサルタン錠80mgと記載されてるが内容は40mgが入っているとお伝えし理解してもらえた。	後から来る予定の患者だったため鑑査する時間は十分にあったと思われるが印字の細かいところまでは確認せず見落としてしまったと思われる。錠剤のまま1包化していれば40mg錠であると分かる可能性が高いが粉碎してしまっているため誤解されてしまう可能性があった。	処方変更があった際は細かいところまでしっかりと確認する。後で来る患者さんの場合は変更内容など分かりやすいよう準備しておく。他の薬剤師にも状況伝えておくようにする。			バルサルタン錠40mg「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
1391	エリキウス錠5mg56錠渡すところ112錠渡してしまう	同じ処方せんのミス2か所気付いて訂正するがエリキウスのミスには気づけなかった。他のミスに気を取られていた	再度鑑査を徹底する			エリキウス錠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
1392	トリンテリックス10mgを半錠で処方されていたが1錠でピッキングしてしたが監査で気づいて未然に防げました	普段からの業務に対する慣れで起きてしまったと思われます	常に緊張感をもって業務に取り組む			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
1393	ベリチーム1g朝夕食後30日分のため0.5g包60包ピッキングするところ、1g包30包でピッキング。監査時に気づき患者様へお渡しの前に対応	0.5g包があることに知識不足により気づかず、ピッキングしてしまった。	包装単位が異なるものの保管位置に付箋で「他の包装規格あり」と記載し注意喚起			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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1394	処方変更による1包化調剤の作り直しロスバスタチンを包装から抜くところを、誤って1包のみスピロラクソンを抜いてしまった。後日、別の薬剤師が抜いたロスバスタチンの中にスピロラクソンが1T混在しているのを発見し、上記ミスが発覚。患者へ連絡。まだ当該薬剤は服用しておらず薬を取り替えた。	1包化の作り直し、患者様を待たせているという焦りスピロラクソンとロスバスタチンの外観が酷似	抜いた薬剤を当事者以外の人間が確認する			スピロラクソン錠25mg「日医工」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
1395	ジフルブレドナートローションが以前より何回も処方されている方に対して、ジフルブレドナートクリームが処方されており、過去薬歴からも同じと慢心により調剤してしまい、鑑査も通過してしまった。当事者が後ほど処方内容を確認して発覚。	混雑している時間帯であったため慢心と焦りがありそのような結果に至ったのではないかと推測する。最大の要因はマニュアル順守ができておらず手技漏れ。	鑑査が不十分であったと思われるので、マニュアル順守の再度徹底に努める。			ジフルブレドナートクリーム0.05%「イワキ」ジフルブレドナートローション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
1396	ユベラNの規格を、取り違えて交付患者さんが急いでいたため、また該当の薬剤が在庫不足の為、機器による確認がおろそかになった	本来の手順をきちんと守り、監査する	患者さんの状況にとらわれすぎず、手順を実行する			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
1397	一包化の患者。前回からの内容変更あり。夕食後はチアブリド錠25mgとピペリデン錠1mg各1錠をバックするところ、ピペリデン錠1mgを2錠バックして投薬した。投薬数時間後、気づき連絡したが服用後であった。	閉局間近で、私用があることもあり慌てて調剤に入った。冷静に調剤したつもりだった。ピックは正しかったが、振り分けで誤った。	一包化時の薬剤の振り分け方を服用時ごとにするよう徹底する。			チアブリド錠25mg「サワイ」ピペリデン塩酸塩錠1mg「ヨントミ」	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
1398	一包化調剤の際に、分包器のヒルナミン錠5mgのカセットが不足になり薬品を補充する際にヒルナミン錠5mgでなく25mgのバラ錠をとり補充してしまった。監査時に別の薬剤師が気づき判明した。	一包化調剤が多く、バラ品も数十種類採用しており、ヒルナミン錠5mgと25mgのバラ品も隣り合わせて保管していた。デザインも類似しており、とる際に誤って25mgをとってしまい、そのまま確認を怠り補充してしまった。	分包器のシステムに取り違い防止の為のバーコードを読み取るシステムもある為補充する際は必ず目視と監査システムを使い補充ミスをなくすようにする			ヒルナミン錠(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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1399	朝食後の分包紙にアルファカルシドール1.0mg「アメル」、プラバスタチン5mg「サワイ」が誤った数入っていた	錠剤の形が似ていたので分包機に入れる際に確認をしなかった	分包機に入れてからも再度確認するようにスタッフ間に共有した。			プラバスタチンNa錠5mg「サワイ」アルファカルシドール錠1.0μg「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
1400	処方箋には、オルメサルタンOD(20)と記載されていた。薬剤師は調剤する際オルメサルタンOD(10)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。薬剤師は誤りに気づかず、オルメサルタンOD(10)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、患者さんにすぐ電話した。電話して患者さんに事情を説明したところ、後日患者さんに来て頂き、間違ったオルメサルタンOD(10)を回収し、正しいオルメサルタンOD(20)をお渡しし謝罪しました。	確認を怠った。勤務状況が繁忙だった。	規格間違い防止のため、確認を怠ることなくが大事で、業務手順書の見直しを再度行いました。			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
1401	初めて〔スプラタストシル酸塩カプセル100mg「サワイ」3カプセル 3×毎食後〕が処方された際に、在庫不足のため不足分を郵送することとなった。当該患者はもともと〔ジルチアゼム塩酸塩Rカプセル100mg「サワイ」1カプセル 1×朝食後〕を服用中であり、郵送されたスプラタストシル酸塩カプセル100mg「サワイ」をジルチアゼム塩酸塩Rカプセル100mg「サワイ」だと勘違いし、「ジルチアゼムを1日3回飲むのか」と不安になって薬局に問い合わせた。	初めてスプラタストが処方されたことと、2薬剤の外観がよく似ているため。郵送の際に薬剤名、服用方法などが印刷された葉袋に薬剤を入れているが、ジルチアゼムによく似たカプセルで「1日3回毎食後」に気を取られて、「ジルチアゼムを1日3回飲む」という内容でとらえられてしまったものと思われる。	初めて飲む薬の場合はほかの似たような薬(色、模様、名前)を飲んでいないか確認する。			スプラタストシル酸塩カプセル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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1402	ベシケアを近医にて処方されるようになったものの。尿意のことで泌尿器科に再受診ベシケアを重複して調剤されていました。本人はジェネリック医薬品で名称が違うため異なる薬と認識していました。お薬カレンダーを家にセットするために訪問した時に発見しました	お薬手帳をそれぞれの薬局で作っていた双方の薬局が薬の併用の確認を怠っていたお薬手帳の本来の意味を患者に理解してもらえていなかった以上のことを今後は改善していきます	お薬手帳の重要性の意味を理解してもらい、確認をする			ベシケア錠 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
1403	リシノプリル(5)「サワイ」を調剤すべきところ、リシノプリル(10)「サワイ」を調剤。peechにて発覚。交付前に取り直した。	同じ引き出しに2つの薬剤が入っていたため。	しまう場所を離す、テブラ等で注意喚起する。			リシノプリル錠 5 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
1404	トラゼンタ もあり フォシーガ10 m g 処方 追加 血糖値は上がりましたか?問診しましたが あまりかわらずとおっしゃっていましたので 心臓の方が出た経緯が 今一つ不明 DRに連絡するも 話中で つながらずそのまま処方後日確認のため 再度 TEL 心 腎臓でもなく 糖尿で処方とのこと糖尿は導入5m g から ということで DRにお伝えしたところ 5m gに変更	疑問におもった ことは時間をおかずに確認してから薬をお渡しするようにすればよかった また それぞれの薬の使い方の把握を しっかりインプットしておくことの大事を おもいしらされました	常日頃から 何気ない会話の中から 患者さんの状態の把握を 絶えず心がけること			フォシーガ錠 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
1405	ラコール60個処方となっていたが、患者希望のコーヒーフレーバーの在庫が足りなかったために不足。不足分は後日取りに来てくれることになっていた。不足分はラコール1箱分の24個として、受け渡し、計算が複雑にならないようにしていたが、その後入荷したラコールから1箱28個入れに包装変更となっており、交付前にダブルチェックにて気付いたが、危うく交付するところだった。	ラコールの包装変更について事前に通知は来ていたが、その後もしばらく1箱24個入れのものが入っており、そのうち包装変更があるということが把握しにくい状況であった。他のフレーバーの在庫はまだ1箱24個入れだった。	包装変更品についての情報共有。束のまま渡したり、箱のままお渡しするものについて、1つにくら入っているか必ず確認する。わかりにくいものや、表記のないものには表示をつける。			ラコールNF 配合経腸 用液	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1406	薬剤師が患者の症状を聞いたところ、間違っている薬があると考え疑義。医師が間違っていてクラシエヨクイニン湯エキス錠を処方していたため、ヨクイニンエキス錠に変更となった。	医師の知識不足	薬剤名が酷似しているので必ず確認する。			クラシエよくいニン湯エキス錠	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
1407	日付入りのワンドーズの処方では患者より残薬を預かり日数調整をしたところ錠剤が酷似していた9月13日に見えたときより処方がアムバロ配合錠「サンド」1錠1X朝食後中止エンレスト錠50mg 2錠2X朝夕食後ジャディアンス錠10mg 1錠1X朝食後追加に9月14日より処方の変わった分を服用し手持ちの9月14日と9月15日分を次回持つよう指示したため持って見えた残薬を使用してワンドーズをするときにジャディアンス錠10mgと思ったが刻印を見たところアムバロ配合錠「サンド」だった	シートで見ればわかるし色も大きさも微妙に異なるので比較すればわかる刻印をみることで判断できた	患者より回収した薬は内容が変わっていることを考えて一つ一つ特定する			アムバロ配合錠「サンド」 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
1408	ノボラビッドフレックスタッチの処方、ご本人にも間違いなく交付できているのだが、お薬の説明が全くできていなかった。	現在、薬局で頻回に処方が出るのはノボラビッドフレックスペンのほうなので、思い込みによる調剤。	規格間違いないようにジップロックに入れて、調剤の際に確認漏れがないようにした。			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
1409	42個のピッキングの所 41個でピッキング	7個綴りの物を6個ピッキングしたと思っていたが 一つ6綴りだった。	開放品の綴りを確認できるようにしておく			メプチン吸入液ユニット0.3mL	ヒューマンエラー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	「デキサンVG軟膏」処方。普段からかぶれ生じる患者であったが、部位を問うと口の中との回答。違和感から考え巡らし、類似な名称の「デキサメタゾン口腔用軟膏」ではないかと疑義照会を行った結果、間違いであった事が判明。	医療機関側で入力ミスが発生する事もあり、投薬時のヒアリングが功を奏した。	患者さんに関心を持ち、状態確認。寄り添った投薬がミスを見つけられる。			デキサンVG軟膏0.12% 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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1411	ビタバスタチン錠1mg「サンド」の棚カセットにビタバスタチン錠2mg「サンド」の100錠包装が2つ(被包破らずそのまま)入っていた。	ビタバスタチン錠1mg「サンド」と2mg「サンド」の棚カセットが上下に並んでおり、調剤過誤防止システム(ポリムス)を使用後、誤ってすぐ上のビタバスタチン錠1mg「サンド」の棚カセットに充填した可能性がある。	ポリムスを通した後、棚カセットは引き出したままにしておき、必ず引き出してある棚カセットに充填するようにする。また、目視でもしっかり確認する。			ビタバスタチンCa錠1mg「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
1412	一包化調剤においてクエン酸第一鉄を錠剤カセットに充填する際、クエンメット錠を充填していた。	混雑時に一包化調剤が続き、焦って違う薬剤を充填してしまった。名称も錠剤の大きさ・色も似ており、棚に上下に保管されていた。大きさが同じため分包できていたが、監査時に気づき一包化をやり直して交付した。カセットに充填したクエンメット錠10錠は直ちに回収した。	保管する棚を離して位置を変えた。またどんなに混雑時であってもカセットに充填する際は他の者に確認を怠らないように周知徹底した。			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
1413	ロスバスタチン錠2.5mg「DSE P」でだす患者のところを誤りロスバスタチン錠2.5mg「沢井製薬」で出してしまった。薬歴チェック時に気づき即患者に連絡を取り服用する前に交換させていただいた。	ほとんどの患者にロスバスタチン錠2.5mgが沢井ででていたので「DSE P」でだす患者のところを誤り沢井製薬で出してしまった。鑑査システムがあるにもかかわらず利用し忘れた。	薬歴を確認して又、その時鑑査システムを忘れてしまったので必ず利用する。			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
1414	広域病院より0410対応の依頼あり、シダキュアスギ花粉舌下錠処方あり、以前から使用しているとのこと。当薬局に在庫がなく、卸注文し後日納入となること患者家族に連絡。以前から使用しているとのことであったが、念のため使用方法は確認した。当薬局の他薬剤師より添付文書の警告(調剤前に登録医師の確認が必要)の指摘を受け、慌ててコールセンターへの確認、確認サイトにて登録医師であることを確認し事なきを得た。	シダキュアスギ花粉舌下錠以前より使用、0410対応のD o 処方であること、流通管理品目でなく卸注文時メーカー訪問などなく、許可もいらないことなど、安心していたため、添付文書の熟知をしなかったことが原因。後日メーカー訪問あり、登録医師ではなく、かかりつけ医が患者依頼により処方されるケースがあるとのこと。	新規取り扱い品については、添付文書熟読を徹底。登録医師など確認必要医薬品の一覧調査。			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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1415	投薬後、患者様より「いつも飲んでい セディール錠10mgではなく、セディ ール錠5mgが入っている」と電話連絡が あった。そのため、すぐに薬局に来て頂 いて、丁寧に謝り、セディール錠10mg と交換させて頂いた。	調剤者が「セディール錠」という名前だ けにこだわり、セディール錠10mgをピッ キングすべきところをセディール錠5mg をピッキングしてしまった。交付者は薬 情の上に錠剤を乗せて、薬情と現物が同 一であることを患者に示した積りであっ たが、交付者も「セディール錠」とい う名称にとらわれ、10mg錠と思い込んで しまった。もう少し慎重に確認すれば良 かったと後になって悔やまれました。	クスリを扱うときは、名称だけでなく、規格もき ちんと確認するように、再度、みんなで確認す ることにした。実際は名称、規格をきちんと確認し ているが、魔がさしたとしか言いようがない。テ キバキと処理することも大切であるが、今一度初 心に帰って、ミスがないように、みんなで再認識 することにした。			セディール錠 10 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
1416	ムコダイン7g、小児用ムコソルバン8.4 g計測のところ、誤ってムコダイン8.4 g、小児用ムコソルバン7gで計測し調 剤。鑑査にて調剤ミス発覚	「ムコ」で判断し勘違いしてしまった。 頭文字だけ読んで調剤してしまった。	調剤薬を最後までしっかり確認し、調剤する。			ムコダインDS 50% 小児用ムコソルバンD S 1. 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
1417	バファリンA81配合錠を内科より処方さ れた。患者様に病状を確認したとこ ろ、頭痛があるとの事。バファリンA81 配合錠の効能は、血栓・塞栓の形成抑制 である為、バファリン配合錠A330では ないかと思ひ疑義照会。バファリン配合 錠A330は製造中止であった為、カロ ナールを代替案として医師に提案。し かし、カロナールが患者様に効かないと の事だったので、「ロキソプロフェン Na60」に処方変更となる。	Dr.がバファリン配合錠A330と間違えてバ ファリンA81を処方したと思われる。	Dr.の処方箋をしっかりと確認するだけでなく、 患者様の症状も確認する。			バファリン配合錠 A 8 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
1418	他のクリニックよりクレストールが処方 されているが重ねてロスバスタチン使 用。元々は他のクリニックにて全て処方 されていたが、そのうちの糖尿病の薬だ け依頼を受けて処方した様子。しかし、 高コレステロール血症の薬が重なってし まった。	お薬手帳、薬歴の確認をよくする。	今まで通りで良い			クレストール錠 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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1419	以前は「アルダクトンA錠50mg 1T分1朝食後」の処方だったが、転院し「[般]スピロノラクトン錠25mg 2T分1朝食後」の処方となっていた。以前と同じスピロノラクトン錠50mg「YD」を交付したが、入力スピロノラクトン錠25「トーフ」となっており、薬情を見た患者本人がお薬が足りないとか来局された。	複数規格があるものは患者に確認し、服用する数が少なくなるように調剤しているが、スピロノラクトン錠50mg「YD」はほとんど出ないうえ、転院し処方変更された薬もあったので、処方通りに入力してしまった。交付時に説明していたので、スピロノラクトン錠50mg「YD」を2T服用するような飲み間違いはなかった。	引継ぎ事項として薬歴入力時に、スピロノラクトン錠50mgで調剤していることがわかるようにした。今回のように処方された規格と異なる規格を調剤するときは、入力する者と調剤する者として確認しあうようにする。			スピロノラクトン錠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
1420	沈降炭酸K剤には、制酸剤と高リン血症の適応症があり、容量が違います。制酸剤として処方されたのに、透析患者と勘違いし説明を間違えました。	沈降炭酸K剤を取りに来る患者は、今までは透析の患者しかいませんでした。	今後、沈降炭酸K剤が処方されたら透析患者の確認をするようにします。			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
1421	シクロスポリン継続において、鑑査時に他院でバルモディアが処方されていることが判明。シクロスポリンとバルモディア併用でバルモディアの血中濃度が上がり、横網筋融解症のリスクが上がるため併用禁忌となっている。当薬局応需であるシクロスポリン処方医に念のため疑義照会し、今回はバルモディアそのまま継続との返答。患者本人にも同様の内容お伝え。その後、患者本人がバルモディア処方医と相談し、バルモディアから併用禁忌でないフェノフィブラート錠に変更になった。	処方箋応需後、鑑査時において併用禁忌薬を飲んでいることが判明。患者本人は複数医療機関受診しており、各々のドクターに服用している薬を確実に伝えていなかったことによる事例。	お薬手帳に記載のある薬の服薬状況を引き続き確認する、かつ各々の処方医がお薬の服薬状況を管理、把握できているかを患者本人に聞きとる必要がある。			シクロスポリンカプセル25mg「日医工」 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
1422	レストレスレッグス症候群の治療に断酒補助剤のレグテクト錠333mgが処方されていた。患者は、飲酒を普段されておらず、レグナイト錠300mgの処方の間違いであった。	心療内科に通院中の患者で様々な薬剤を服用中であった。レストレスレッグス症候群の発現があり、患者からレグから始まる薬が追加されたことと聴取した。心療内科で両薬剤は処方されるものであり、名前も類似しているためだと考えられる。	追加薬剤がある際には類似薬剤の処方間違いがあり得ることを意識しながら、患者にも処方された理由等確認する。			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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1423	計数のミス。PTP包装が12Tなのを10Tと勘違い。	思い込みによるミス。	イレギュラーな包装については薬剤師間で情報共有する。			ヘモリンガル舌下錠 0.18mg	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
1424	一包化の鑑査中にクレステールOD錠2.5が本来全ての包に入っていなければならないが色合いの微妙な違いがあり、クレステール錠2.5が入っていることに気が付いた。	クレステールOD錠2.5とクレステール錠2.5が同じ棚の列にあり戻し間違いがあったと推測される。一包化を作るときにピッキングした気が付かなかった。調剤鑑査システムを導入しているがワンシートだけだったのもありそのままミスに気が付かなかった。	同成分の剤形違いの薬は同じ棚の列にいれず片方は引き出しに入れるなどの対策を取る。一包化をする前に薬が正確かどうか他職員に確認をせよ。監査の時は輪ゴムを外しワンシートづつ見る用にする。			クレステールOD錠 2.5mg 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
1425	一般名ロキソプロフェンNaテープの処方があった。他の貼薬の違いについても質問されたので説明。その際、ロコアテープを温湿布と言ってしまったことに気づき慌てて電話で訂正した。	邪念を持たずしっかり仕事に打ち込む。	勘違いは誰にでもあるがしっかり勉強して言い間違いを防ぐ。			ロコアテープ	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
1426	ランソプラゾールOD15mgが30日分処方。今までは1シート10錠の採用だったが、最近14錠のウィークリーシートに採用が変わっていた。10錠シートだと思い込み、14錠シートを3枚ピッキングで合計42錠を調剤した。投薬時に患者様が気が付いて発覚。	10錠シートと思い込んでいたこと、シートの錠数をしっかりと数えなかったこと。	シートの錠数の採用が変わった際はカセットに注意喚起を書いておく。シートの錠数を確実に数える。			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
1427	ヒポカ5mgと10mgの混合でお渡し棚の薬の箱の中に混在していた	1ヒートずつの確認漏れ	1ヒートごとの確認を怠っていたことが原因だったので今後徹底する			ヒポカ5mg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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1428	処方箋がFAXにて送られてきた中に手書きで「レスタミン軟膏 100g 1日数回 四肢・躯幹」記載あり「レスタミンコーワクリーム」で調剤しお届け。2週後、再度処方が出た際に印字で「レスタミンコーチゾンコーワ軟膏」が同用法で処方その際に疑義照会したところ、「レスタミンコーワクリーム」の入力ミスであった。そこで、前回分も確認したところ、入力が「コーチゾンコーワ軟膏」になっていたため、病院より「クリーム」への変更依頼あり	医師の年齢からして「レスタミン軟膏＝レスタミンコーワクリーム」と薬局自己判断で進行最終的には処方記載ミスであったが「確認不足」によって発生した事例であると考え	疑義照会の徹底			レスタミンコーワクリーム1% 強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏	ヒューマンエラー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	一般名でロスバスタチンとアトルバスタチンが14日分ずつ 処方されていた疑義にてロスバスタチンではなくロサルタンKだった	同効能薬であることに処方入力では気づけず。調剤し始めて気づけた。	処方変更あったばあいは投薬時 または調剤前に患者にも聞く			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
1430	一包化のカセットのクエン酸第一鉄の中にベザフィプラートが混入。外観が類似しており一包化の中にクエン酸鉄の代わりにベザフィプラートが混入し監査で見逃してしまった。	調剤ミスなどでばらしたものをカセットに戻す際に混入があったと考えられる。ダブルチェックが十分でなかった可能性がある。新人薬剤なども入職しておりダブルチェックや外観類似薬剤の薬剤があるなど見過ごされる原因になった可能性がある。また監査では一包化の機械から自動で落ちてくるものに誤りがないと思いつき込みがありスルーしてしまったと考えられる	類似薬剤のカセットに大きく注意書きを行いダブルチェックの徹底を行う。			クエン酸第一鉄Na錠 50mg 「サワイ」 ベザフィプラート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
1431	在宅対応の患者様に対しての初回訪問時。95歳認知症あり、在宅導入と同時に一週間のカレンダー配薬を開始した。4Wの処方であったが、2週目以降の配薬は家族がするとの事で、最初の1週目だけ配薬をした。エベレンゾ20mg 1日2錠×3/Wを配薬する時に1日1錠で配薬した。	4週分最後まで配薬をすれば、誤配薬に気づいていたが、残り3週間分の配薬は家族に任せただめに起こった事例である。また用量用法が特殊な薬剤である事も一因である。	一回に複数錠、複数包配薬する場合は薬袋の数字に赤丸を記す。			エベレンゾ錠 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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1432	(正) ニコランジル錠2.5mg 105 T (誤) ニコランジル錠2.5mg 5 T ニコランジル錠5mg 100 T	薬剤師3人体制の時間帯であったが、1名は一包装調剤中、1名はかかりつけ患者2名対応中で、調剤・監査・投薬まで薬剤師1名で行った。外来混雑の時間帯で、医事スタッフも受付業務と処方入力業務に専念しており、複数名での確認が困難であった。社内の調剤システムの運用が不適切のまま、混雑による焦りから、確認が不十分であった。	車内の調剤システムの運用を適切に行う。調剤・監査の手技の定着を図る。			ニコランジル錠 2.5 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
1433	ベタヒスチン錠6mg「JD」から「トーフ」に変更で2種類のメーカーが混ざった状態のことを患者さんに伝え漏れてしまった	シートのデザインがほぼ類似しており、メーカー名までは1シートずつまで確認しなかった。名称変更となることは知っていて、1箱には注意喚起を貼っていたが、さらに別の場所に新しい箱もあることも気づいていたが、注意のメモなど貼っていなかった。開封済みの分の「JD」の分のロットが分からず、新しい分がメーカー変更になっていることに気づけなかった。	名称変更やメーカー変更の時は新しい分に注意喚起のメモを付けるようにする。監査の時はメーカー名もきちんと確認する。在庫の補充の際は同じ薬はまとめて置くようにする。			ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「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
1434	女性はイリボー初回2.5μgから開始するところ5μgで処方箋記載。医師に疑義照会し、2.5μgに変更して頂いた。	患者の病状、体重などから医師はこの用量で処方箋記載したか。	知識をつける。それなりによく出る薬の注意事項はきちんと把握しておく。			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
1435	患者家族が処方を持参。酸化マグネシウム330mg処方の所、誤って500mgで調剤、投薬してしまった。患者家族にお薬お渡ししたのち、ご家族がご自宅へ着いた後、先生からお薬が変更になっている事を聞き、規格が間違えてる事が判明。患者が服用する前に対象のお薬を交換する事ができました。	定時薬として酸化マグネシウム(500)を服用している患者だったため、調剤する薬剤師もいつものように500mgで調剤してしまった。当時の状況として忙しく、混雑していたため、監査時、処方内容の確認を怠ってしまった事が考えられる。	調剤時、監査時、投薬時と処方内容の確認。監査時・投薬時において処方箋を横においてお薬と確認を1つ1つ行う。投薬時、患者と一緒に確認等行うよう改善。			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1436	硝酸イソソルビドテープについて、以前より頓服で処方歴あり。今回久しぶりの処方であった。禁忌である閉塞隅角緑内障であることが投薬時に判明したが医師には伝わっておらず。	患者、Dr感での情報伝え不足。	薬局で判明したらすぐに疑義照会を行う。近隣の眼科にかかっている病院で情報が洩れることもあるので注意。			硝酸イソソルビドテープ40mg「東光」	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
1437	一方化予製作成時、ニフェジピンCR40サワイから、入荷のあったトーワに変更。分包機手入力での修正時にCR40トーワでなく、CR20トーワで修正。テイカーはCR40トーワで通していたが、自動分包でCR20トーワで作成。	予製作成時に手入力での訂正。調剤後のヒート残りに気づかず(自己監査未)メーカーが入荷毎に代わり、同じ日の患者で別メーカー使用の可能性もあり。	手入力での訂正はダブルチェック。過誤ミーティングでの共有。調剤後監査の徹底			ニフェジピンCR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
1438	体重30kgの小児に対しゾピラックス顆粒40% 1.5gが処方。正しくは3.5gであり、疑義照会をせずに治療改善が遅れてしまった事例。	顆粒40% 1.5gを力価換算すると力価600mgとなり、体重30kgであるため20mg/kg/日となる。添付文書には「体重1kgあたり1回アシクロビルとして20mg」の記載があり、1回量と1日量あたりの用量を判別せずに「20mg/kg」の数字のみで判断してしまったため、このミスの起点となった。	添付文書上における1日量もしくは1回量の記載を曖昧に判断せず、メモ書き等に〇mg/kg/日or回の記載し文字表記することで1回量なのか1日量なのかの判別を明確にする。			ゾピラックス顆粒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
1439	2022年11月某日に在宅医療を行っている患者様の処方薬を調剤。自動分包機における調剤にて酸化マグネシウム錠330mgを調剤したが分包薬確認時に酸化マグネシウム錠250mgの混在あり。自動監査機器ではチェックがかからず目視確認にて混在を確認。他薬剤師2名でも確認を行い、その場で2剤の混在を確認できた為、患者様へのお渡し前に本来の薬で再調剤した。併せて自動分包機カセット内(酸化マグネシウム錠330mg)に2剤の混在を確認できた為、カセット内の薬を取り出し250mgを本来あるべきカセット内ヘトリプルチェックにて戻した。	自動分包機への補充の際はシステム通りに行う為、他薬剤への補充ミスはないと考えられる為、一度分包したものをシステムをかえさずの手動でカセット内へ補充を行った為に発生した事例と考えられる。	自動分包機への補充については分 economies で再度カセット内へ戻すものについてもシステムをかえしマニュアル通りに補充することを徹底する。又、その場合の補充の際には別薬剤師におけるダブルチェックを行ってからカセット内へ戻すことを徹底する。			酸化マグネシウム錠330mg「ケンエー」 酸化マグネシウム錠250mg「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1440	計数誤り正) エストラナテープ 45枚誤) エストラナテープ 44枚	通常は7枚/束でまとめてあるが、6枚/束となっていたことに気が付かなかった。	1枚ずつ必ず数えて調剤する。			エストラナテープ 0.72mg	ヒューマンエラー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	普段から一包化の患者であるため、予製を行っている患者でした。またこの所何年間と定期薬の薬の変更がなかったため、今回も予製のままで一包化調剤を行いお渡ししたところ、患者から今回は薬を一つ変えるとの話が医師からあったことを聞き、確認したところ、フェブキシスタット20mgが今回は10mgに減量になっていたことに気づき、もう一度一包化調剤をし直しお渡しすることになった。患者は服用する前に服薬指導の時点での気づきであったため服用はせず身体への影響はなく済んだ。	他にも患者が来局しており、忙しい時間帯で一包化調剤となり心の余裕がなかったように思われる。	忙しい時間帯でも監査をしっかりと行う必要がある。定期薬が何年と変わりのない患者でも今回は変わっているのではという意識を常に持って監査、調剤を行う必要がある。			フェブキシスタット錠 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
1442	後発品メーカー取違い。後発品品切れに対応するため、同じ医薬品でも複数メーカーの薬が薬局内に存在。いつも使っているメーカーを調剤したが、入力したメーカーと違うものであった。	昨今の医薬品不足により普段使っていないメーカーの医薬品を用意しており、処方箋を入力する事務員と情報の共有出来ていなかった。	処方箋入力時、調剤時にまず使用するメーカーを確認してから業務を行うようにしました。			エビナスチン塩酸塩錠 20mg「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
1443	ゾルピデム酒石酸塩5mg「オーハラ」を指定された場所に戻さず 10mgの箱に戻そうとした	処方がキャンセルとなり 雑に戻そうとした	一旦 誤りの薬剤は専用のトレーがあるので そちらに戻すようにする			ゾルピデム酒石酸塩錠 5mg「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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1444	ピコスルファート錠2.5mgを一包装するべきところにアテノロール錠25mgが混入していた。	一度一包装したものをバラした状態のものを自動分包装機に再充填する際に、バラしたものの確認が不十分であったためピコスルファート錠2.5mgの中にアテノロール錠25mgが混入していることに気付かず充填してしまった。	バラしたものをまとめた後に、充填する前に中身が合っているのか確認しているが、カセッターへ再充填する際にも中身を確認するように注意することとしました。			ピコスルファートナトリウム錠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
1445	ペボタスチン10mg「タナベ」で調剤したが、レセプトの記載が「トーワ」になっていたことを見落としお渡し。	思い込みによる処理で監査が不十分であった。	採用しているGEのメーカーが複数ある場合は、メーカーの名前までしっかり確認する。			ペボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」 ペボタスチンベシル酸塩錠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
1446	ドライアイから、右眼が結膜炎になった。ジクアスLX点眼液は両眼、ベガモックス点眼液、フルメトロン点眼液は、左眼で記載。疑義照会で右眼に変更。	ドライアイから、右眼が結膜炎になった。ジクアスLX点眼液は両眼、ベガモックス点眼液、フルメトロン点眼液は、左眼で記載。疑義照会で右眼に変更。	ドライアイから、右眼が結膜炎になった。ジクアスLX点眼液は両眼、ベガモックス点眼液、フルメトロン点眼液は、左眼で記載。疑義照会で右眼に変更。			ベガモックス点眼液 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
1447	セディール錠10mgを交付するところ誤って5mgを交付してしまった。	薬局にはセディール錠5mgしか在庫がなかった。そのため思い込みで入力も5mgピッキングも5mgでそのまま交付してしまった。	入力時、ピッキング時、交付時にしっかりと薬剤の用量規格を確認する。			セディール錠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
1448	リンデロンVクリームとヘパリン類似物質クリームを混合・充填した軟膏壺にリンデロンVクリームとヘパリン類似物質油性クリーム混合と表記されたラベルが貼付されていた。中身を確認し、混合後の状態からラベル貼付ミスと判明。	ヘパリン類似物質クリームとヘパリン類似物質油性クリームは名称が似ていること。クリームの外観もほぼ変わらないこと。調剤者のラベル貼付時の確認ミスが要因となった。	ヘパリン油性クリームが混合されているラベルにはピンク色のマーカーで印をつけることとなった。			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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1449	正しくは、アスピリン散10% 一日量0.4gが正しいところ、誤って、4.0gで入力し調剤も監査も、誤った量に気づかずそのままお渡し。1回分を服用後、興奮幻覚の副作用発現あり。患者さんの両親より電話で副作用の報告があり薬局の記録を確認し誤ってお渡ししたこと気づいた。	当薬局は、処方箋を2次元バーコードで通して入力する薬局だが、ないには、ほぼ10倍量で調剤するアスピリンドライシロップ2%もあり、何種類かの散剤を混合するとき、もう一度入力を手で入力し直す必要がある。そのとき誤って入力の桁数を間違えた。監査時、粉の量を見る時も、ドライシロップの量では、適量であるため違和感がなく気づくことができなかった。また監査者は経験者であるにもかかわらず日々の業務に慣れてしまい、確認不足であった。	散剤の早見表を作成。6歳くらいの平均体重20kgあたりの1日量を書く医薬品のバーコードの横に記載した早見表を作成。調剤監査時に目の届くところに置き、散剤監査システムなどのバーコードを通すとき処方量とその1日量を超えていないかを、確認して調剤、監査することとした。これにより、すくなくとも10倍量など過剰な量でのお渡しを未然に防いでいる。時間のロスも少なく効率的である。			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
1450	フェキソフェナジンDS0.6g包と0.3g包の取り換え。	1包当たりの薬剤量の把握漏れ、全量確認の漏れ	鑑査システムの使用の徹底、複数の規格がある製剤の情報共有			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
1451	ドキサゾシン錠2mg処方規格違いの1mgで一酸化調剤、監査時には発見	繁忙だった為、一酸化調剤が疎かになったと思われる。	処方箋コピーに目立つ様な印。一酸化調剤前に薬剤名の規格までしっかり確認する事を怠らない。			ドキサゾシン錠2mg「サワイ」 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
1452	分包装機が詰まる事故で、裸錠でクエチアピンジョウ200mgとマグミット錠500がその他複数の錠剤が発生した。当事者が薬の種類ごとに分け、再度一酸化に使うために種類ごとに充填カセットに入れる準備していた。しかし、患者の来局により繁忙になり、クエチアピンジョウ200とマグミット錠500を分けていた皿を重ねてしまい、カセット補給担当した薬剤師が気が付かず、マグミット錠500のカセットにクエチアピンジョウ200を8錠補給してしまった。その後マグミット錠500の一酸化患者にクエチアピンジョウ200が混入してしまい、錠剤鑑査のプロフィット1Dの監査画面で混入が発見された。	カセットに再度補給するときに、2人で同時に確認して補給していなかった。	カセット補給時は必ず2人の目で声出し確認をして補給する。ヒートの殻などが発生しない時、裸錠の皿の中にヒートの薬も一緒に入れておく。また、薬局採用品でクスリの形がよく似ているものに関しては、カセットに注意喚起を記載する。			マグミット錠500mg クエチアピンジョウ錠200mg「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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1453	【般】ミコナゾール硝酸塩クリーム1% 5g 1日4回塗布 の処方。 薬局はもちろんそのまま調剤してお渡し。患者さんのお母さんに投薬で、「口の中に塗ります」と言われていたそう。6日後、医師より電話があり「クリームではなく、ゲルを出して欲しかった」と。一般名処方では間違いなく、薬は調剤鑑査投薬しているが、患者さんの話から医師の意図に気が付くことができず、薬を交付してしまった。	☆普段いる薬剤師が1人しかいない状況、経験不足 ☆調剤者がミコナゾールのクリームの用法が違うところに気が付かなかった ☆投薬者が口の中にクリームを塗るといふ違和感に気が付かなかった	フロリードには剤形が何種類あって、口腔内にはゲル！周知徹底する。 変だなと思う場合は、医師に問合せをする。			フロリードD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
1454	朝夕薬袋を立てに分けていたが朝の薬袋に夕の薬剤が入っていた	コロナ対応でコロナ症状対応の薬剤と一緒に定期薬が初校された	コロナ対応の為そちらに重点を置いたことがミスであった定期薬の変更がなく油断もあったと思われるすべての監査をしっかりとすること			メトホルミン塩酸塩錠 250mg MT 「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
1455	メルカゾール5mg 0.5錠 60日分の処方において疑義照会にてメルカゾール2.5mg 1錠 60日分に変更して調剤。メルカゾール2.5mgを調剤する際に本来ならメルカゾール2.5mg錠 60錠を調剤するところ2.5mg 30錠のみ調剤し監査者へ交付	処方箋に記載の0.5錠 60錠に注意が向いてしまい30錠必要と勘違いしたものである。	処方箋において規格の変更や錠数の変更があった際は鉛筆などで処方箋にメモを記載し注意喚起を行なう。調剤者から監査者に交付する際に自己で一度確認してから監査者へ渡すことを徹底			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
1456	エックスフォージ0.5錠で調剤するところをナトリックス2mg 0.5錠で他の薬と一緒に1包化する	ナトリックス2mg 0.5錠になっていたがエックスフォージ0.5錠と勘違いする。薬がたくさん処方されている患者で慌てていたのが原因。	再度鑑査を徹底する			エックスフォージ配合錠 ナトリックス錠 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
1457	ラタノプロスト点眼液10mlなので4本でお渡しするところ2本しか渡しませんでした	容器が5ml入っている容器と同じ大きさの容器が5ml入っていると思い込んでしまいました	1本の容器に2.5mlしか入っていない目薬には付箋で目立つように貼り、3度確認することを改めて徹底するように致します			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1458	帯状疱疹にて受診しパラプロストが6c7日分で処方。患者の訴えと処方内容に相違があるため処方医へ内容確認。帯状疱疹でバルトレックスを処方するつもりであったが、患者の金銭的負担配慮のためGeであるパラシクロビルを処方したつもりでいたがオーダーミスによりパラプロストを処方していた。	一般名の処方にな慣れない医師がおり、オーダーミスによる処方薬選択間違いは常におこりうるものであることを念頭におき、患者への聞き取り等でしっかり情報収集を行うことでご交付を防ぐ必要がある。	新規処方追加となった薬剤については特に慎重に情報収集を行う。オーダーミスしやすい医薬品のリスト作成はロールプレイを行う。			パラプロスト配合カプセル	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
1459	患者様の待ち時間対策のため42日分で処方されている患者様に7日分だけ先に渡して、残りは後日宅配便で郵送していか確認し、住所など確認してから対応しました。対応後、他の患者様の来局が落ち着いたタイミングで	オルメサルタンOD錠20mgとオルメテックOD錠20mgの棚距離が近くに取間違いの原因になる要因あり、色や外観も非常に似ており、確認不足でカセットに補充してしまった。	棚の場所を変更しオルメテックOD錠20mgの下引き出しに直した。先発、後発品で外観の似ているものの薬剤師間での共有や再確認。カセット詰めでの確認の指差し確認。その他外観の似ているものや同名の別メーカーの薬剤の配置検討。			オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」 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
	郵送予定分の35日分の調剤を開始し、調剤者と別の者が監査を行った。鑑査中にオルメサルタンOD錠20mgが分包されていない所、オルメテックOD錠20mgが分包されているのを確認。分包機のオルメサルタンOD錠20mgのカセットを確認した所、オルメテックとオルメサルタンが同じカセットに混入しているのを確認。先にお渡しした7日分にオルメテックが混入している可能性があったので、患者様に電話で連絡し先に渡した7日分の回収と郵送予定だったお薬をそのままお渡しできないか確認を取りました。患者様から問題ないとのことでしたので、患者様までお伺いし、カセットに薬の混入があったことをお伝えし、作り直した一包化と交換を行いました。明日の朝からの薬でしたのでまだ服用されておらず、回収した一包化にオルメテックの混入はなかった。その後薬局に戻った後、理論在庫確認を行い、オルメサルタンOD錠20mgとオルメテックOD錠20mgの誤差もなかったため他の方への渡し間違いもなかったことを確認しました。						
1460	クラシエ漢方6g分3で21日処方。63包必要も42包でお渡ししかける。患者様との数の確認で発覚し、63包でお渡し。	クラシエ漢方は分2タイプと分3タイプがあり、分2タイプと勘違いし、42包で調剤。	処方箋の服用回数を正しく監査し、先入観、思い込みをなくす。繁忙でも、確認を怠らない。			クラシエ桂枝加芍薬湯 エキス細粒 クラシエ四物湯エキス細粒	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1461	アダリムマブ皮下注BS「DSEP」→「FKB」で調剤した	前回来局時に口頭でDSEPのアダリムマブ皮下注の在庫を用意してほしいと希望があったがFKBの在庫があったため、処方箋を持ってこられた時にDSEP→FKBとメーカー変更してお渡ししてしまった。帰宅後、本人から電話連絡があり発覚した。処方箋の後発医薬品どうしの変更はバイオシミラーの場合には異なるメーカーのバイオシミラーに変更できないというルールを知らなかった。	バイオシミラーについて勉強会をし、現在発売されているバイオシミラーがどれだけあるか調べた。			アダリムマブBS皮下注40mgベン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
1462	自店ではファモチジン錠20mgとファモチジンD錠20mgをどちらも取り扱っている。ファモチジンD錠20mgをピッキングする際にVAN上ではまだ残りがあらずが薬品棚のカセットにはヒートが残っていないという状況が発生した。箱で置いてある在庫もなかったことからどこかに混ざってしまっていると考えた。薬品棚にはファモチジンD錠20mgに加え、名称が類似しているファモチジン錠20mgのカセットもあったため、そこをみるとアルミピロー包装の状態ではファモチジンD錠20mgが100錠発見された。	当店舗ではカセットへ薬を充填する際にはピッキングをスムーズにするために箱から出すようにしていた。アルミピローの状態では充填すると、箱包装やPTPシートの状態に比べ商品ごとの見た目による差が少なく、充填ミスを見落としてしまったのではないかと推測した。	アルミピローの状態では充填すると商品どうし見目で違いが分かりづらくなるということが今回の事例の最も大きな原因であると考えられる。そのため、今後はゼロ子によるチェックやより一層注意しながら業務にあたることはもちろん、薬を箱から出す前に充填するカセットを確認し、そのカセットを引き出ししておくなど確認した充填場所をわかりやすくできるような工夫をしていきたい。			ファモチジン錠20「サワイ」 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
1463	ピラノアOD錠 30錠お渡し忘れ	しっかり確認して投与	確認を十分に			ピラノア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
1464	閉店前の分包機清掃時、錠剤投入マスに錠剤が残っていることを発見。当日1包化の調剤はなく 前日最後の一包化の患者様の薬にニコランジルが含まれていた。幸い患者様は来局しておらず残置薬の鑑査をしたところ1錠不足していることが発覚し、作り直す。	前日2名による状態での調剤者の自己監査と鑑査者も見落としがあったため またその日の分布機の手清掃時に錠剤投入マスの清掃を行っていなかった為 発見が遅れた。	監査 錠数 薬剤内容確認の徹底と 器具の最終掃除点検の実施。			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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1465	マグミット330を1回1錠で調剤すべきところ、1回量を3錠として分包して、渡した。これにより患者は2回分を服用した。調剤後2日目にショートステイを利用した。この時施設の看護師が用量の間違いを発見した。ステイに持参の薬と、自宅に残った薬を確認したところ、全28日分の中で、間違っていたのは3日分と確認できた。1日分は回収した。患者の容態は特にもんだいないとのことであった。	原因は、間違えた患者名で1回3錠の薬を作ったことである。この間違いに気が付き、調剤をやり直した。その際に、間違った薬の回収を確実に行わなかったことで、不要な薬が患者の薬袋に入ったのではないかと考えられる 不要薬の廃棄を確実にやりたい	マグミット330の服用は、用事調節のため 別に分包とすることが多い。一目で診て監査できるように、また患者が分かりやすいように分包紙に薬品名、または下剤の表示があったり、薬品名を印刷した製剤を使うよう、管理者に改善を求める			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
1466	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%の壺とヘパリン類似物質油性クリーム0.3%のピックングミスがあった。	外箱の外見が似ていることと、保管場所が同じであることがピックングミスの要因と思われる。	ヘパリン類似物質クリームの保管場所を別の場所に変更した。			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
1467	レボトミン錠5mgとレボトミン錠25mgを含む複数の医薬品の一包化の鑑査時に、レボトミン錠5mgと25mgの分包違いを発見した。	レボトミン錠の5mgと25mgはいずれも白色の錠剤で直径が同じであるため分包した薬剤師は分包の誤りに気付かなかったと思われる。	当該患者の一包化方法を示したファイルに、レボトミン錠の5mgと25mgの外観が非常に似ていることと、裏面の規格の刻印を確認しながら鑑査するよう注意喚起のメモを貼付した。			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
1468	ドキサゾシン2mg「EMEC」がトリクロルメチアジド2mg「NP」のカセッターに入っていた。	ヒートの色がピンク色で似ていること、ドキサゾシン2mg「EMEC」の外箱は紫色だが中身のヒートの色がピンク色であることが戻す際に間違えてしまう要因になっていると思われる。	カセッターに戻す際は必ずダブルチェックを行う、もしくはミスゼロ子の充填機能を使う。両剤のカセッターの位置を離す。			ドキサゾシン錠2mg「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
1469	分包機のカセットへの補充の際、カルボシステイン錠500mgとバルサルタン160mgを間違えて補充。調剤後、監査の時点で発覚。	普段行うダブルチェックもその時はしていなかったこと	ヒューマンエラーは必ず起こりうることなので、ダブルチェックやカセットに注意喚起シールを張るなど対策することが重要と思われる			カルボシステイン錠500mg「トーワ」 バルサルタン錠160mg「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1470	トラディアンス配合錠BP服用中の患者。ジャディアンス継続、リベルサス追加に処方変更になったが、トラゼンタも処方箋に記載有。疑義照会にて削除となった。また、リベルサスが朝食後投与となっており、疑義照会にて朝食前に変更。	合剤⇒単剤2剤に変更の際の記載ミス。リベルサス新規採用薬による知識不足。	薬剤変更時、特に合剤の成分重複監査の徹底。新規採用薬の添付文書精読。			トラディアンス配合錠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
1471	体調不良のため往診され処方箋が出された。風邪様症状の薬と伴に糖尿病薬のメトグルコ錠が処方されていた。患者様には糖尿病の既往歴も無く、薬も服用していなかったし、他の薬ではないかと思い、念のため疑義照会した。	患者様の既往歴は重要と思われる。	疑問に思った処方はず必ず疑義する。			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
1472	処方でメイアクト錠が処方された。薬歴を見ると以前にセフェム系抗生物質の点滴でショックと記載あり。門前病院に確認したところクラリス錠に変更になりました。	投薬時には必ず以前副作用の薬がないか確認する。	投薬時には必ず以前副作用の薬がないか確認する。			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
1473	エイベリス点眼10mlの指示2.5ml/本のため4本調剤すべきところ2本だけ交付。	点眼薬3種類処方されていて、すべてml単位での処方だった。他の2種類は5ml/本のため、エイベリス点眼も5mlと勘違いして2本のみ調剤し交付時も気づかなかった。	点眼薬については、全量をml単位で必ず確認するようにする			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
1474	オロパタジン点眼液0.1%が1日2回にて処方されていた。添付文書での用法は1日4回のため用量過少疑いにて疑義照会を行った。その結果1日4回へ変更された。	処方医がアレジオンLX点眼液等1日2回の用法の薬剤と勘違いした可能性がある。	添付文書上の用法を把握しておき、用量過少にて十分な薬効が発揮できない可能性がある場合は疑義照会にて確認する。			オロパタジン点眼液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
1475	レボトミン25とトラゾドン25の刻印類似に伴い、誤ってカセットの中に充填予製を確認している際に誤りに気が付き、作成しなおした	流れ作業 ルーチン業務の中で、刻印類似しているもののチェックが不十分であった	ばらした分包の薬剤をカセットに戻す際の手順の見直しをおこなった刻印類似の注意をカセットに表記			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	PMDAによる調査結果
1476	他科より服用中の薬剤と同系統の薬剤が処方され疑義照会を掛け処方内容の変更に至る。レセコンの内容の変更も完了し薬袋まで準備したのだが、変更前の薬袋で投薬してしまう。	午後診療が始まり薬局内が患者で多くなり投薬薬剤師の集中がなかったように思う。その中で疑義照会を掛け、予想された変更になり少し慢心があったように思う。集中力不足	監査時に再度注意が必要。			ファモチジンD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
1477	投薬時手帳よりエゼチミブ錠10mg 60日分がR4.10.17に調剤歴があるのを確認し、その上で今回もエゼチミブ錠が30日分処方が出ていたため、患者様に確認。エゼチミブ錠10mgは残薬があり、エチゾラム錠0.5mgが手元に無いと訴えられる。疑義照会にて主治医に確認したところ、エゼチミブ錠10mgとエチゾラム錠0.5mgの記載ミスであることが発覚した。	自店では監査者が投薬者に確認してほしいことを指示書にて引継ぎを行っています。それによって投薬者が明確に患者様に確認すべきことを判断でき、インシデント発生の防止に繋がっています。	今後も監査者が前回処方と今回処方の変更点、患者様に確認すべき事項などの記載を責任を持って確認していきます。			エゼチミブ錠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
1478	ブイフェンド錠50mg4錠分2 9時、21時の処方。1回2錠服用のところ1回1錠と薬袋に記載してお渡し。患者は表記通り服用したため薬が余り、次の診察時に医師に伝えたところ、1回2錠の指示であったと医師より説明があり、発覚。患者に体調変化はなく、医師より菌がいるわけではないからこの量でも今回は問題なかったと患者にお話しがあった。	当該薬局利用の患者であったが、持ち込んだ処方箋は初めてのものであった。夕方処方箋をお持ちになりもう薬がないとのことで急ぎ調剤をしてその日のうちにお届けした。服用時点が食後などはっきりしない場合、レセコン入力で発行された帳票類に1回量の記載が自動的にされず、手書きで記載する必要があり、手書きで書くことを忘れないようにすることに気を取られ処方箋の用量を見落としてしまった。	用量を手書きで書く場合処方箋の1日量をよくみて書く。1回量が自動入力されない場合は複数人で用量を確認するようにする。			ブイフェンド錠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
1479	■2022/4/21(木) 定期セットの際に管理薬剤師が日付の間違いに気づき、セット分を持ち帰る ■2022/4/22(金) 臨時薬交付の訪問の際、施設担当薬剤師が日付の正しいものを持参するが朝夕食後の抑肝散の持参を忘れ、気づかずそのままセット ■2022/4/26(火) 施設看護師が抑肝散が足りないことに気づき、発覚後の日付のものを服用していただくことで対処施設看護師から薬局に電話があり、担当薬剤師がセット忘れ分を持参	日付間違いのセット分を確認した際は、それを全て持ち帰り、薬局で該当患者の薬カゴから正しい日付のものを取り出す作業が発生する。その際に朝夕食後の漢方薬の取り出しを失念し、そのまま気づかずセットに至った。	・日付間違いがありセット予定の薬剤を交換する場合も必ず定期薬チェックリストを確認する・一包化に貼り付ける形で提供するものに関しては確認がもれやすいため、日付ミスがあった時点で持ち帰り分の薬剤と取り出す薬剤を比較する・薬剤に不備があり交換作業をした際は他薬剤師が再確認を行う			ソ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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1480	空箱がロトリガとオメガ3脂肪酸エチルと両方あることに気づき、監査レンジの写真を確認したところ混在していることが発覚した。すぐに患者に連絡し、その旨説明謝罪し、自宅に正しいオメガ3脂肪酸エチルを持参し、ロトリガを回収した。	・同じ引き出しに入っており、しきりがなかった・オメガ3脂肪酸エチルを一部調剤していたため、オメガ3脂肪酸エチルと思い込んでロトリガの箱からも薬をだしていた。・監査レンジの判定もオメガ3脂肪酸エチルに正しいと判定されていたため混在に気づけなかった。	・しきりがなかったので、仕切りを作り、箱が混在しないようにした。棚の配置の見直しもした。・包装が似ているものは、注意喚起できるように調剤棚に目印をつけていくようにする。			オメガ-3脂肪酸エチル粒状カプセル2g 「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
1481	分包機のカセットに補充する薬剤に炭酸リチウム錠200mgを補充してしまった。薬の監査の時点で途中から違う薬剤が分包の中に入っていることに気が付き判明。	本来は補充する薬剤と補填先のカセットをバーコードで読み込み充填監査を行う手順になっているのを、忙しさのあまり目視だけで補充。劇薬で200mgという規格でクエチアピン200mgだと思い込み、炭酸リチウム200mgを補填してしまった。	バーコード充填監査システムを通す社内ルールを徹底して守る。分包の薬剤の刻印監査を社内ルール通り行う。			クエチアピン錠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
1482	ロキソプロフェンテープ50mg 温感の温感を見落としロキソプロフェンテープ50mg 久光を出そうとしたところ患者さんから暖かい湿布出してもらったと聞き間違えに気づいた	温湿布はほとんど動かない状態で入力も前回の湿布をコピーしていた。	処方箋の内容の見落としに全員で取り込むよう注意する			ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg タイホー	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
1483	久しぶりに来局した患者様。今まででもらっていた薬を、今後近所の病院でもらうということで当薬局にいらした。処方箋でトコフェロール酢酸エステルカプセル100mgと記載あり。投薬時に患者様に見せるといつもと違うとのこと。忘れてこられたお薬手帳を取りに帰ってもらい、見せていただくと、今まで所p法されていたのはトコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mgで、病院の入力ミスだったことが判明。疑義照会にてトコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mgに変更になった	トコフェロール酢酸エステルカプセル100mg 先発ユベラ錠50mg(先発に100mgなし) トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg 先発ユベラNカプセル100mg 名前が似ていて紛らわしい。トコフェロール酢酸エステルは先発が錠剤なのに後発はカプセルで紛らわしい。せめて錠剤だったらこのようなミスは防げると思う	トコフェロール酢酸エステルカプセル100mgは先発にない剤形、含量であるので使用を取りやめた。			トコフェロール酢酸エステルカプセル100mg 「VTRS」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1484	カルテオロール点眼液(非持続性)が1日1回両目処方だったため、疑義紹介した。医師は1回で使用する様返答したが、再度確認し、1日1回両目でカルテオロール点眼液(持続性)の処方だった。	カルテオロール点眼液は、1日2回のもので、1日1回の製品があるので疑わしい場合は再度確認する。なかには、1日2回の製品を1日1回で使用もあるが、疑わしい時は必ず疑義紹介する。	持続性、非持続性の確認を、必ずする。			カルテオロール塩酸塩PF点眼液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
1485	当日繁忙時間帯であった事と、オロパタジンとともに、シングレア錠の処方同日数あった。シングレア錠は1日量1錠だった為、それと同じと思い込み112錠調剤のところ56錠にて調剤してしまった。	当日30分で15件ほどの受付状況、調剤者は薬剤師と別に服薬指導の薬剤師2名と合計3名での対応。いつも処方される薬で慣れているのが全面に出てしまい、日数のみの確認にて調剤してしまった事が要因と思われる。	当然だが、声出し確認と、処方箋をコピーし、コピーに薬剤調剤量を記載後に調剤するように変更する。			オロパタジン塩酸塩錠5mg「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
1486	クロチアゼパム サワイにメーカー変更にしていてところ、入力がつるはらのままお渡し。薬歴記入時に発覚、患者様に連絡・説明し服用前であることを確認メーカー変更を改めて説明した	多忙のためメーカー変更を見逃し説明を怠った	監査時のダブルチェックを徹底する			クロチアゼパム錠5mg「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
1487	9月21日に来局。アレルギー性鼻炎のため、内服薬とトラマゾリン点鼻液が10mL処方された。トラマゾリン点鼻液は30mL点鼻容器に入れてお渡し。10月27日に患者様本人から、子供に別のクリニックで処方された抗生剤の点眼薬と間違えてトラマゾリン点鼻液を点眼してしまった、と電話があった。目の状態や体調等に特に変化はなかった。	お渡しした点鼻容器には、「鼻閉時」のラベルシールを貼っていたものの、処方されて1ヶ月以上ほとんど使用されておらず、また点鼻容器の形が点眼薬と類似していることから、点鼻薬との認識が薄かったのではないかと考えられる。	トラマゾリンが処方された際には、点鼻容器に貼るラベルシールの文字を赤文字にして大きくすることで見やすくした。また、服薬指導の際には必ず点鼻薬であることの確認を毎回徹底することにした。			トラマゾリン点鼻液0.118%「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
1488	処方せんにチラーゼンS錠の12.5μgと25μgが処方されていて、12.5μgは1回1錠ずつ服用だが25μgは1回2錠で服用だった。当事者は1回2錠に気づかず1回1錠で調剤してしまった。	その時間は混雑しており、調剤するスピードを普段より意識していたためミス誘発してしまった。	皆が急がなければという雰囲気になっていたので、そういうときは管理者が皆に声をかけ、一旦落ち着かせることが必要			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1489	患者処方が、アゾルガ配合懸濁性点眼液+ラタノプロスト点眼液から、アイベータ配合懸濁性点眼液+ラタチモ配合点眼液に変更になっていた。薬歴監査装置を通したところ、変更後の両剤でラタノプロストの成分被りが発覚。疑義照会したところ、アイベータ配合懸濁性点眼液→アイラミド配合懸濁性点眼液へと処方変更になった。	名称類似による医師の勘違い/誤り。	薬局での誤りではないが、成分の重複が見られたので疑義照会で確認した。			アイベータ配合点眼液 ラタチモ配合点眼液 「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
1490	院外処方にツムラ苓姜朮甘湯と記載。ヒアリングしたところ、めまい症状の訴えで処方薬の効能とは異なると判明。Drが口頭では苓桂朮甘湯を出すと言っていたことと疑義照会。入力時のミスであると判明。ツムラ苓桂朮甘湯に変更になった。	薬剤の名称が似ている。また1文字目が同じであることが間違いの原因	入力ミスが起きやすい薬剤をリストアップ。処方せん入力のミスの可能性があることも念頭に付ける。投薬前に十分症状をヒアリングすることが大切			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
1491	12/8新規でデベルザ錠20mg処方。就寝直前で処方されていたため、12/10疑義照会。デエビゴ錠5mgの処方間違いであること発覚。患者様は服用されていなかったため、デベルザ錠20mgを回収後、デエビゴ錠5mgをお渡しする。	変更薬の経緯を聞き、新規開始薬についてはこちら側から説明を行い、患者様からの確認を怠った。	新規処方の場合は必ず患者様から経緯を確認する必要がある。また、用法用量に誤りがないか、監査の徹底に努める。			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
1492	オメガ3 脂肪酸の用量を間違えた。分2朝夕食後 14日分なので28包渡すところ、14包で調剤した。	1日1回の服用と思い込んでしまった。目視では1日2回と理解できていたが、習慣で14日分を14包と思い込んでしまった。	監査の厳重化。			オメガ-3脂肪酸エチル粒状カプセル 2g 「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
1493	ネキシウムCP20mg 56CPお渡ししていると思っていた患者が投薬数日後再来局。56CPの中にネキシウムCP10mgが混在していると言われた。ネキシウムCP10mgが12CP混在していた。	ネキシウムの20と10は棚も上下。包装の形状も似ていることからピッキングの際にも全く気がついていなかったと思われる。20の棚に10が元々入っていたのか、ピッキングの際に誤ったのかは不明。	ネキシウムの20と10の棚位置を離した。ピッキングの際は一つ一つ丁寧に確認する様徹底した。			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1494	他院で、メコパール処方あり、ヘルベスになり、メコバラミン処方される	毎日勤務にて、重複に気が付き、重複投薬を未然に防げてよかった	複数の科を受診しているときは、今まで以上に気を付けるようにしたい			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
1495	サワシリンカプセル16カプセル調剤の所、14カプセルにて調剤してしまう	数量の思い込み	ヒートの数量を指差し確認行う			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た事例
1496	イムラン錠50半錠、本来77日分のところを、42日分で入力してしまった。	前回と同じ内容だと思いこんでしまい、そのまま入力してしまった。	処方内容は前回と同じとは限らないので、日数等よく確認の上、一から確実に入力するように心がける。			イムラン錠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
1497	(般) クリンダマイシンリン酸エステルゲル1%7.12gと処方されていたが、正しくはクレナフィン爪外用液10%7.12gだった。	処方をする際に「ク」ではじまる薬を間違えて選択してしまった。7.12gという規格と前回の処方内容からクレナフィンではないかと判断。	本処方内容等の疑義内容を薬局スタッフ全員に周知。			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
1498	フロセミド20mg「武田テバ」が製造メーカー、名称変更のためフロセミド20mg「NIG」に変更となったが、入力がフロセミド20mg「武田テバ」のままであったことに気づかずフロセミド20mg「NIG」で調剤、お渡ししてしまった。	シートデザインのみではなく名称までしっかりと確認を行う。	名称変更時には製品名、薬局での切り替わり時期を入力担当者にしっかりと連絡、そのうえでシートデザインのみではなく名称まで確認を行う。			フロセミド錠20mg「NIG」	ヒューマンエラー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	プロチゾラムを頓服服用中の患者。在宅訪問介入中。自宅に訪問時、薬剤師Aがプロチゾラム(0.25)0.5錠×7包、0.25錠×5包セットしお渡しするはずが、お渡しせず他の残薬と一緒に薬局へ持ち帰ってしまった。同日薬局閉局後、ご本人が服用時間にご自宅を探すも見つからず、薬剤師Bの社用携帯に連絡があり発覚。薬剤師Bが0.5錠、0.25錠各1包ずつご本人の自宅へお届けし、翌日薬剤師Aが残りのお渡し漏れのプロチゾラムをお届けした。	薬袋の数が多く残薬とお渡しする薬袋の見た目も似ているため、お渡し分を残薬だと誤って認識しお渡し漏れにつながった、と考えられる。また、ご本人のお話を聞きながら薬カレンダー、ご本人手持ち、棚の3ヶ所に薬をセットするため、作業項目が多い中で注意力が散漫になりミスにつながった。	残薬の薬袋とお渡しする薬袋に違いをつけるため、お渡しする薬袋に付箋で印をつけ区別しやすくする。薬セット確認のチェックリストを作成する。プロチゾラム(0.25)0.5錠は、服用頻度が高いことからご本人の了承を得られれば薬局で他の定期薬と一緒にあらかじめセットし、現地での作業負担を減らす。			プロチゾラム錠0.25mg「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1500	塩化ナトリウム1g朝食後と酸化マグネシウム1gの朝食後の袋をそれぞれ入れ違いで別の薬袋に入れてしまった。患者家族が帰宅後薬品整理中に気がつき連絡いただいた。それぞれ薬袋には薬品名を記載していたので患者ご家族によって正しく治してもらえた	どちらも薬局での分包品で見た目は類似している	分包の袋が類似しているのと同じ間違いは今後も発生する可能性を意識する。薬袋と分包品を目視でしっかり確認。分包品に薬品名を記載しておいたことで今回の発見につながったので今後も薬品名記載の必要性を再確認した			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
1501	後発品の供給不足により同じメーカーの薬が入ってこなくメーカー変更ヒートの見た目、錠剤の色が全く違った。患者さんにメーカー変更、見た目の変更を伝え忘れてしまい、家に帰っていつもと違う薬が入っていると連絡入る。	何種も何度もメーカー変更になっているものがあり薬局内でも混乱していた	薬歴にしっかり記入したり薬の棚にいつから変更になっているかを記入するようにした。			ロスバスタチン錠5mg「トーワ」 ロスバスタチン錠5mg「TC K」	ヒューマンエラー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	リザトリプタンOD 6錠 処方。 1箱6錠包装であり、また箱の中身に6錠シートでの包装あり。 事務員は、封の空いてある箱よりよりだし、中身の包装の中身を確認せず監査へ。中身は1錠となっており数量間違いが発覚。	特殊な包装であることの知識不足	個包装になっているものは中身を確認するように指導。			リザトリプタンOD錠10mg「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
1503	患者が処方箋をもって初来局。おくすり手帳お忘れと確認し総合病院から近くの医院に変わったことを聞き取りし定期薬は今度からこの薬局でもらいたいと説明を受けた。処方箋はワーファリン錠1mg 1日1錠朝食後14日分と記載されていた。薬剤師A(職種経験年数30年)は鑑査にあたった。患者は交付する際に総合病院が出された薬情をその時出されて薬剤師Aは患者と確認しながら交付、その時にワーファリン錠1mgの記載はなくワンアルファ錠1μgがあり疑義照会をした。処方箋入力ミスが判明した。	ワーファリン錠1mgとワンアルファ錠1μgの名称が似てたため入力ミスが起きたと思われる。	患者のおくすり手帳提示の勧めと不携帯の時は薬情の持参の確認を勧めます。			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1504	クラシエ半夏厚朴湯が1日18錠で処方されていたが、4錠/包であり、交付時に気づいたため、疑義照会にて12錠/日に変更となった	ほかのクラシエの錠剤は1包3錠であり、1日18錠でできるものがおおいため、思い込んでしまった。	4錠/包であることを強調するメモを貼っている。事例をスタッフで共有しました。			クラシエ半夏厚朴湯エキス錠	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
1505	モーラステープL40mgのところ、モーラステープ20mgを渡した。	営業時間外だったため、焦りがあったのかもれない。	同一薬剤での単位の確認強化。			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
1506	自動分包装機を使用して一包化調剤を行った際、ユニバーサルカセットにクロビドグレル錠75mg「YD」を42錠入れて分包装を行ったが、調剤、投薬後にユニバーサルカセット内にクロビドグレル錠75mg「YD」2錠が残っていた。一包中にクロビドグレル錠75mg「YD」が入っていない包が2つあるものと考えられたが、錠剤を取り出した殻を調べたところ2錠多めに取り出していたことが判明した。今まで14錠シートのものを使用していたが、最近になって10錠シートのもを購入しており、14錠シートと10錠シートが混在していた。そのため、14錠シートの半分(7錠)を5錠と錯覚し、誤りを起こしてしまった。	最初の錠剤の取り揃えが不完全であった。	1) 錠剤の取り揃えを慎重に行う。2) 一包化後の錠剤を取り出した殻は、後から確認できるように一定の場所に捨てる場所を設けておく。			クロビドグレル錠75mg「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
1507	2022年9月某日18時頃、患者(女性70代)が処方箋を持参した。リセドロン酸Na錠17.5mg、8日分が処方されていた。先発品のご希望があった為ベネット17.5mgで調剤した。8錠調剤するところ4錠しか調剤せずそのまま投薬してしまった。後日、患者からの申し出により不足に気が付いた。	ベネット17.5mgは当薬局の採用品は1シートが1錠包装である。当薬局で採用のある後発品のリセドロン酸17.5mg「サワイ」は1シートが2錠入包装であるがそれと混同し8シート渡すところ、4シートのみのお渡しになってしまった。	仕事の慣れに注意し、調剤、監査、投薬の流れ一つ一つに注意を払う。			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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1508	アトルバスタチン10mg 14錠シートの終売に伴い10錠シートを採用。35錠必要なところ今まで通り2シートと縦に半分に分けたものを調剤。交付時に再度確認したところ10錠シートに変更していたため全量25錠しかピッキングされていないことに気づき1シート追加して患者に交付。	採用薬が変更になる頻度が増えており変更内容をすべて把握できていなかった。	採用薬の変更を連絡ノートにて周知。またカセットに分かりやすく変更した旨を貼っておくことで間違いを無くす。			アトルバスタチン錠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
1509	アスペリンDSが処方、以前総合病院ではアスペリン散が処方されており、容量が少なかったところを鑑みるとDrが散とDSと財形を勘違いしているのではと思ひ疑義。処方量変更になった。	以前、他病院で10%散が今回当病院で2%DSの処方で計算間違いを起こしたらしい。	患者の年齢と体重、過去の履歴で用量を計算するのを怠らないようにする。			アスペ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
1510	コロナ陽性の患者のため、患家への配達(ポスト投函の後の服薬指導)となっていた。手順通り、ポスト投函後に患者に服薬指導を行ったものの、双方のコミュニケーション不足のため、本来入れるべき薬袋とは異なる薬袋に薬剤が入ってしまっていた。服薬前に、患者から問い合わせの電話があり、適切に服薬するよう指示を行い、結果として、服薬への影響はなかった。	アセトアミノフェン錠200mg(三和)とトラネキサム酸250mg(日医工)は薬剤が異なるものの、ヒート外観が酷似しており、監査の際に、薬袋への封入を誤ったものと思われる。また、本来であれば、投薬の際に、薬袋から薬剤を取り出し、患者に説明しながら再確認を行う機会があるものの、今回のコロナ配達の場合には、その手順がなく、そのまま患者の手に薬剤の交付が行われてしまった。	配達後の服薬指導の際にも、通常通り、患者に説明を行うものの、患者には高熱などの症状があるため、コミュニケーションがとりにくいこともあり、患者に薬剤を確認してもらう機会も失ってしまっていた。服薬の前に患者から連絡があり、服薬への影響はなかったことは幸いというほかはない。通常の手順と異なり、薬局内で、患者とともに確認を行う機会がない以上、監査を行う場合においては、平時以上の監査を行う必要があり、可能な限り、配達を行う場合の監査については、薬剤師が2名で行うなど、措置を行うことを周知徹底した。			アセトアミノフェン錠200mg「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
1511	GEメーカー違いで調剤棚に開封充填	カンデサルタン錠8mg「武田テバ」採用。「あすか」で誤って入荷されたことに気づかず開封し、調剤棚に充填した。翌日朝、医薬品卸担当者から誤って納品されたことの連絡があり発覚。	発注と納品のつけあわせはしない(オンラインで発注・納品データ格納)ため、入荷時に気づかない限り発見困難。外観がよく似ているため発注どおり「武田テバ」で納品されていると思い込んだ。			カンデサルタン錠8mg「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1512	エビナスチン塩酸塩錠20mg「ケミファ」が今回より中止になったが、1日分のみゼスランを一包化より中止させてしまった。	一人での調剤が多く、ほかの方の再分包があり、混雑していた。	一包化の再分包時の薬剤の識別コードの確認徹底			エビナスチン塩酸塩錠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
1513	一包化患者で、処方箋上ではタケキャブ20mgが含まれていたが、一包化後の監査時にアジルバ20mgが誤って入っていたことに気づき、巻きなおしてお渡ししました。	元々アジルバ20mgがユニパックにバラで入っていたが、ユニパックに「タケキャブ20mg 30T」と書かれており、中身との相違があった。その後調剤者が、薬剤の印字を見ずにユニパックの印字のみをみて一包化をしたため、誤った調剤を行って行っていました。	調剤前のピッキング時に、バラの薬剤を使用する際には薬剤の印字も必ず確認するようにしました。			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
1514	患者さんにブイフェント錠50処方するにあたり、禁忌薬が処方されていないかとあらかじめ病院よりTELがあった。箱に入っている添付文書を確認し禁忌薬の内服はないと連絡したところ、新規にて処方された。鑑査時にパソコンで再度添付文書を確認したところ、オルメテック禁忌が追記された新しい添付文書に更新されていたため、疑義照会→先ほど問題ないとお伝えしたが、添付文書の改訂により現在内服中のオルメテックと今は禁忌になっていたことお知らせ→初回は300mgを1日2回だが、処方200mg1日2回で1日おきの指示で、禁忌のオルメテックも透析日のみの内服指示のため、そのまま併用でOKとの指示あり、疑義確認の上、交付した。	ブイフェント [®] は不動在庫で、久しぶりの処方だった為、添付文書の内容が古く、改定前の誤った情報を読み取ってしまった。鑑査時に再度ネット上の最新の添付文書(2022.2月改訂)を確認して改訂されていることに気がつくことが出来た。	今後紙媒体は廃止されていくが、動きの少ない薬に関しては特に箱の中の添付文書で確認することが、危険であることが分かった。必ずネット上の最新の情報を確認しなければいけないと感じた。			ブイフェント [®] 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
1515	ロゼレム錠8mgを一包化指示あり。自動分包機で薬剤師が調剤し、別の薬剤師が鑑査したところ、デエビゴ錠5mgが混在していた。	分包機に薬を補充する時に、色・大きさが似ているため間違ってしまったと思われる。	分包機に薬を補充する際は複数の薬剤師で確認するよう改善した。			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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1516	一包化作成し監査システムを通したところ処方ない医薬品が混入していた。分包機のカセット内を調べたところウルソデオキシコール酸100mg「サワイ」のカセットの中にテオフィリン徐放錠100mg「サワイ」が混入していたことが発覚。バラしたものを誤って入れてしまったと判断し、テオフィリン徐放錠100mgを一包化している患者を調べ服用する前に回収することができたため健康被害はないと考えられる。	薬局内では、一包化をばらす際には必ず、薬剤の詳細が記載されているものと各々ばらしたものとカセットを置いておく。また専用ノートにばらした日付、ばらした薬品名・数量の記載をするというルールがあるが、ノートに記載がなく、いつばらしたかなどの詳細を確認することができなかった。幸いにもテオフィリン徐放錠100mg「サワイ」を一包化している患者は数名だったため特定できた。	新たに改善策を加えるものはない。薬局内での手順遵守が必要。			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
1517	施設より精神科の薬は専門医より処方してもらったため調剤済みの一包化のやり直しの依頼を受けた。バラした時にテオドールとデキストロメトルファンが混合してしまった。鑑査した別の薬剤師が発見した。	薬剤の刻印等確認不足。手技の誤り。技術の未熟さ。	裸錠は刻印を確認する。一包化のバラしの場合は1種類ずつ皿に分ける。バラ錠分包の際は特に注意して鑑査を行う。			テオドール錠100mg デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠15mg「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
1518	ツムラ猪苓湯に用法のシールを貼る際に、外装が同じ色のツムラ大建中湯に間違えて貼った。	漢方薬は、最初に色彩が印象付けられるため、第一に番号確認をする。	たまたま鑑査中に気付いたため、誤調剤は防げたが、慢心にならないように注意する。			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
1519	イソソルビド内用液70%30ml 3包 毎食後21日分(63包) 交付すべきところを 21包しかお渡しせず、患者様からの指摘で発覚。	分包包装の色調が「モニラックシロップ65%10ml」と似ていて、モニラックシロップが21包包装であったので、混同してしまい、鑑査時の係数を間違えてしまいました。	包装内容の確認と開封の有無の確認を徹底します。			イソソルビド内用液70%分30ml「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
1520	一包化の処方薬剤が多く、長年薬の変更がなかった患者であったため、DO処方と思い込み、前回処方のまま調剤した。	業務の繁忙により生じたミスのチェック体制を構築する。	必ず一包化薬剤は3人以上で鑑査することとした。			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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1521	フェブキソスタット40mgを28錠の処方だったが、1シートが長かったため14錠シートであると勘違いして、2シート=20錠しか渡さなかった。	2シートが中表で輪ゴムかけてあったため、シートの長さだけで14錠と判断してしまった。	今後は、シートの大きさに関係なく、1シートの錠数を目視で確認するように注意する。			フェブキソスタット錠 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
1522	一包化分包機のロスバスタチン2.5mgのカセット内に誤ってエリキユース2.5mgを入れ一包化を行った。監査時に刻印が違うため調剤者へ再度確認し、カセット充填への誤りが確認された。	どちらの医薬品も規格が2.5mgでありほぼサイズが同じ黄色い錠剤のため誤って充填したとのこと。ダブルチェックを行うときに事務員の目の通したがバラ錠の状態での確認であったため見目が黄色く丸い錠剤とのことでチェックが通ったとのこと。また繁忙期であったため焦りからチェックが甘くなったことが要因と考えられる。	分包機へのバラ錠充填は2人以上の人数で刻印まで確認してからチェックをすること。			ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」 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
1523	患者様ご本人が内科を受診し定期薬であるドグマチール錠50mgを1日1回夕食後で30日分処方となり外用薬である湿布剤とをお渡しした。患者様帰宅後に電話にて20錠しか入っていないと連絡があり、薬剤を取り揃える際の数を取って取ってしまったことが判明し、また鑑査に当たった薬剤師も誤ったままでお渡しした事が判明された。その日に患者様宅へ不足分をお届けし謝罪いたしました。	今回の処方薬は単剤にもかかわらず数を誤ってしまったことは、鑑査システムである機械に頼ってしまい数の確認をおろそかにしてしまったことが考えられます。また休み明けの月曜日の繁忙期と重なって慌ててしまった。	ピックアップした薬剤を鑑査システムに通す際に数の確認が出来てないことが原因で起きたミスです。調剤・鑑査から投薬に回す前に薬剤の数の再確認を徹底することとした。またコピーの処方箋にチェックを入れることで再発防止をおこなう。			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
1524	カルボシステインDSとクラリスロマイシンDSが類似しているため薬袋が入れ違いお渡ししてしまった	勤務初日の為不慣れと思い込み患者様より2回分服用してしまうかもしれないと指摘あり。	薬袋の写真を確認してお渡しする兄弟がいるときは下の名前も確認してお渡しする			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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1525	11月18日(金)に患者A様にシロスタゾールOD錠100mgを投薬した後に同メーカーのシロスタゾールOD錠100mg、ならびにシロスタゾール錠100mgの在庫数を再確認したところ	在庫のリアルタイムの確認点検の不備がその原因と思われます。	今回、形状は異なるものの同一成分の薬剤を患者様にお渡しし患者様の体調不良は無かったとはいえ、在庫のリアルタイムの在庫数確認点検を徹底することにより誤投薬を未然に防止してまいります。			シロスタゾールOD錠100mg「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
	60錠在庫数が逆転(シロスタゾールOD錠100mgが60錠多く、逆にシロスタゾール錠100mgが60錠少ない)していることが判明したため、直ちにA様にご連絡をとり薬剤を確認したが間違いなくシロスタゾールOD錠100mgをお渡ししていたため、9月末に棚卸しを実施していた事もあったのでそれ以降(10月1日~11月17日)に誤投薬があると考えた結果患者B様に10月18日処方箋ではシロスタゾールOD錠100mg60錠の記載があるにもかかわらず、誤ってシロスタゾール錠100mg60錠をお渡ししていたことが判明した。直ちに当該患者様にその旨をご説明しお詫び申し上げますと同時にご体調の変化の有無をおたずねしたところ、「成分がおなじなら今回はこのままお薬をのんでも差し支えない。」次回はOD錠でお願いします」とのご回答を得た。(同日処方箋を交付されたDrにも経過、原因、対応ををご説明し了解を得た)						
1526	2剤の秤量間違いによるヒヤリハットとなる。以下の重量は全体量を記載している。 【正】フェノバル散10% 5.6g アレビアチン散10%(フェニトイン) 32.2g 【誤】フェノバル散10% 32.2g アレビアチン散10%(フェニトイン) 5.6g	【背景】上記2剤とバンテチン散の混合調剤を行った。混合して分包後、当事者が異物混入等確認している際に、別の薬剤師がフェノバル散(粉の色は桃色)の含有量が多いことに気が付く(アレビアチン散、バンテチン散は白色)。 【要因】・指差し呼称を行っていない・薬品の知識不足・計測量については処方箋コピーに記載するのみで、記載する場所を間違えると気づけない。 【懸念点】・薬品ごとの秤量値の印字記録が無い・総重量は【正】【誤】で同一のため、薬品が同色であれば鑑査で気づけない	・計量時にボトルへ日付とグラム数を記載する。監査時にチェックする。・散剤監査システムの導入も検討していく。			アレビアチン散10% フェノバル散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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1527	以前一包化を作ったが処方が中止になった人などの一包化を袋からばらして清潔なユニパックに詰めて調剤棚へ戻す際、エチゾラム錠「日医工」の0.5mgと1mgが同じユニパックに入ってしまった。その後気付かず一包化処方の際に調剤で使用してしまったが、鑑査時に引っ掛かり事なきを得た。	エチゾラム錠「日医工」0.5mgと1mgが白い錠剤で、刻印がかなり類似しており、また、小さく見えにくいため。	ユニパックに入れて調剤棚へ戻す際もダブルチェックして戻すようにすることを徹底する。			エチゾラム錠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
1528	門前病院でシロップ分2で処方されていたが、薬袋が分3の表示になっていた。シロップの容器には分2のシールが貼られていたが、患者様は気づかず、薬袋に書いてある分3で1日は服用してしまった。次の日の処方箋入力チェックで過誤を発見。患者様には電話にて謝罪し、分3でも飲める薬で、1日量も許容範囲であることをお伝え。2日目からは分2で服用するようお伝えしました。	水曜日は開局が4時間のため、事務・薬剤師1人出勤。患者様はその日計27人。混雑したときに過誤発生。門前病院のシロップ処方分2と分3があるため調剤時、レセコン入力時に気づきにくかった。	処方箋入力時には分2、分3を注意深く確認。投薬時には患者さんと用法確認、薬袋確認、Drから言われたことの確認。処方箋と薬袋・薬歴画面の相違がないかの確認。			カルボシステインシロップ小児用5% 「トーフ」 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
1529	12歳未満の小児にアスベリン酸10%6g分3処方あり。12歳未満は禁忌のため、Drへ問い合わせ。アスベリン散10%の用量が過量であるため、Drへ問い合わせ。アスベリンDS2%分3処方へ変更。	診療最後の患者であったため、焦りがあった。いつも処方されているDr.ではなかった。	小児の体重、年齢、用量の把握			アスベリン散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
1530	アトルバスタチン錠5mgの棚に10mg錠が数錠混入していた。調剤者が棚から取り、輪ゴムで括り付ける際に気づき訂正。患者様へ投薬することはなかった。いずれかの時点で10mgを棚に戻す際に、間違えて5mgの棚に戻したものと推測されます。	規格違いの棚が隣であったため、10mg規格の物を10錠、ヒートを取り出して必要な錠数を切り取り、残りを慌てて棚にもどしたため、5mg規格の棚へ入れ間違いが起こったものと思われる。	棚の薬品表記のmg数の部分を色分けする、棚を離す等の設備の改善、および棚に戻す際に、慌てて入れずに他の人に確認してもらい戻す等の気づきの機会を増やすように改善しました。			アトルバスタチン錠5mg「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1531	当該患者、一包化指示にて来局 アゾセミド錠60mgの所、30mgで一包化して調剤して交付してしまうその後、医療機関に入院され、持参薬を検査担当の薬剤師より、ミス指摘され発覚 入院施設の薬剤師、主治医と相談し、患者の状態に問題ないことからアゾセミド錠30mgへ減量となる。	薬剤師が一人で一包化、監査、投薬を行い、結果誤りに気付かなかった	薬剤師が一人の際でも、事務員等に空シート等を確認し調剤を行う。			アゾセミド錠60mg 「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
1532	アムロジピンOD錠をアムロジピン錠で渡してしまった。土曜日閉店間際に駆け込んでこられたため、あせってピッキングされたものを、確認不十分で投薬してしまった。	とにかく確認を徹底する	調剤棚に注意シールをはりました。			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
1533	レボセチリジン塩酸塩錠5mgの所を間違えてレボセチリジン塩酸塩錠2.5mgで調剤してしまった。投薬後に薬歴記入の際に気が付きましたので、薬は代理の施設の先生が見えてたので、直ぐに施設に電話いたしました。レボセチリジン塩酸塩5mgをお持ちいたしました。	夕方の患者さまが何人もいらっやっていた時間でしたのと、患者さまのお薬手帳を見て、代理の施設の先生とその患者さまが他の病院で飲まれているお薬についてのお話しをしました。その代理の施設の先生が違う患者さまの処方箋も持参されてました。それと同時間に別の患者さまの処方箋に新規のお薬が出るのとことでお薬の問い合わせが病院からあり、レボセチリジン塩酸塩錠5mgへの注意不足でした。	どんなに忙しくても一枚の処方箋に集中するようにしないといけないと思いました。			レボセチリジン塩酸塩錠5mg レボセチリジン塩酸塩錠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
1534	イルアミクスLDが処方変更によりこの患者様にはじめて処方される。他にも処方変更部分があり作り直してお渡したが、薬歴を確認時に「DSPB」であったが「EE」で入力されていた事に気が付き薬情・手帳・金額の変更についてTELにて説明する。	後発品メーカーが製造中止になったり在庫しなかったりで採用薬がコロコロ変更している。残薬もそれぞれ少しずつ残っている状態でレセプトも採用薬が何種類も同じ成分薬で選択リストがある状態であり、入力時に選択ミスをした。薬情で確認したが映像も似ているため気づかなかった。	優先採用マークを入力する機械に必ずつけるようにする。			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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1535	ミヤBM細粒とブランルカストDSの処方があり、当局内で薬によって線の引き方の決まりがありそれに従い分紙に線を引きそれぞれのくすりの区分をしているが、両薬剤ともに同じ線のひき方をしてしまい、そのまま気づかず投薬してしまった。	繁忙であり、慌ててしまった監査や交付時の確認が不十分であった	線の引き方や決まりに関しては、今までこういった間違いはなかったので体系的な変更はないが、線を引く人と調剤した人との確認をさらにしっかりとすること、監査および、交付時に患者様への確認をもう一度しっかり行うことを気を付ける			ミヤBM細粒 ブランルカストDS 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
1536	錠剤自動分包機のカセッターで、今までカロナル500を入れていたが、使用頻度が減ったため、同じカセッターにツイミーグを入れるよう変更した。カセッターの表示をカロナル500のまま変更しておらず、ツイミーグを補充するときに間違えてカロナル500を補充した。監査の時に間違いに気づき、作り直した。	カセッターの表示を速やかに変更しておらず、また変更したことを他の職員が把握していなかった。	カセッターの錠剤を変更するときは、薬剤を補充する前にカセッターの表示を変更するようにした。またカセッター変更時は職員全員が変更したことを把握できるようミーティングに伝達するようした。			ツイミーグ錠500mg 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
1537	14capシートと10capシートの取り間違い	他の薬局が14capシートであったため、思い込みによる数の取り間違い	14capシートであることの注意喚起			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
1538	目薬2種類の処方、薬剤交付時に薬袋から出して患者様と物の確認をした際に、目薬の混在が発覚。その場で訂正し、正しいほうの薬袋に目薬を入れた。	包装が少し似ていたため、間違えてしまったのだと思われる。	繁忙時でも、薬袋と薬剤の確認の徹底を怠らない。			ヒアレイン点眼液0.1% タプロス点眼液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
1539	一包化調剤においてエナラプリルマレイン酸塩錠5.0で渡すところ、2.5と5.0が混ざって交付してしまっていた。次の患者に同薬剤が処方され調剤した際に発覚、患者を訪問のうえ、服用前に交換することができた。	一包化調剤において当薬局では、エナラプリルマレイン酸塩「オーハラ」について2.5と5.0のカセットが分包機に設置してある。カセットへ重点する際には必ず2名による重点チェックを義務化していたが、それでも誤って重点してしまった。当薬局においては朝に不足薬品を多数重点しており、慣れによって正しいものと思い込んで問題なしとしてしまったと思われる。	重点時、複数の規格があるカセットについては、カセットに特に注意して確認のうえ重点するようその旨記載。さらに規格ごとに色シールを張って意識付けをするよう改善策を講じた			エナラプリルマレイン酸塩錠5mg「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	PMDAによる調査結果
1540	患者Aの一包装の監査時、ニコランジル錠5mg「トーワ」のところで、一部、プレドニゾン錠「タケダ」5mgが混在していることに気付いた。ニコランジル錠5mg「トーワ」はカセットを作っており、カセットに残っている	一包装した薬を再度カセットに戻す際、刻印や元々の処方内容との照らし合わせが不十分であったと考えられる。ダブルチェックも同じくであり、機能も果たせていなかった。	一包装した薬を再度カセットに戻す際には、ダブルチェック側とともに、元々の処方内容と照らし合わせ、PTP製剤あるいはカセットの中身と戻す薬の刻印が同じであることを確認したうえで戻すことを徹底する			ニコランジル錠5mg「トーワ」 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
	薬を見たところ全てニコランジル錠5mg「トーワ」であったが、カセット内にプレドニゾン錠「タケダ」5mgが混在していたものと思われる。※錠剤刻印はニコランジル錠5mg「トーワ」：Tw/117、プレドニゾン錠「タケダ」5mg：5/243で、どちらも白色の錠剤今回の事例の2週間程前に別の患者Bの調剤時、プレドニゾン錠「タケダ」5mgを含む一包装薬を作り直すことがあり、カセットへ薬を戻す際に入れ間違ったと考えられる。薬をカセットへ補充する際にはダブルチェックを行っている。患者Bから患者Aまでの間にニコランジル錠5mg「トーワ」を含む一包装の患者はおらず、更に、理論在庫数と実在庫数が揃っていたことから、ニコランジル錠5mg「トーワ」をプレドニゾン錠「タケダ」5mgで投薬した患者はいないと判断した。						
1541	カルベジロール2.5DSEP70錠不足だったため不足対応箱に入れて入荷待ち。その後不足分を用意して郵送。何日か後に、患者様よりTELあり。いつもと違う薬が入っていた。アーチストと書いてある。お取替えに伺おうとお話ししたら来局して下さい。70錠の内30錠がアーチスト、40錠がカルベジロールだった。全てカルベジロールにお取替えしてお詫び。	不足薬の用意がしてあったのでさっと錠数だけ数えて郵送。確認が足りなかった。	包装、デザインが似ている薬は、一シートずつしっかり確認する必要がある。			カルベジロール錠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
1542	グリメピリド錠0.5mg 1.5錠の指示だったが、グリメピリド錠0.5mg 0.5錠を投薬していた。	患者が急いで薬を受け取りたいということもあり、調剤監査も慌てて行った。グリメピリド錠0.5mg 1.5錠、および0.5錠は単独一包装し表示しているが、その表示を1回用量までしっかり確認していなかった。一人薬剤師状態でもあり、調剤監査も複数人での確認ができなかった。	調剤監査は急ぎ対応の患者であっても、確実に行う。			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
1543	前回まで5mgだった。今回2.5mgに減量されていたにもかかわらず5mgと2.5mgの錠剤を見誤って監査ミスしてしまった	取り扱いはなれた薬こそ外見大きさに思い込みを持たず監査してゆかなければいけない	ダブルチェックを確実にしてゆくようにします			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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1544	一包化の機械にアムロジピンの薬剤を戻す際、誤ってフロセミド20「武田テバ」へ戻した。1 一包化で稼働された際、混入に気づいたが、戻した薬剤数とのずれがあり、先に渡した患者へ連絡。薬剤混入確認されたため、回収し交換をした。	一包化監査時の確認不足により患者へ交付した事、また機械へ錠剤を戻す際の確認不足が要因。	外見が似ている薬剤がある際はバラす際にも1 確認を入れ、また機械に戻す際は必ず2 名以上で確認する			アムロジピン錠2. 5 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
1545	ベリアクチンシロップの処方において、用量の誤りに気付かず調剤してしまった。疑義照会し用量が変更になった。	アスベリンシロップなどの添付文書では小児投与量が1 日量で表として記載されているが、ベリアクチンシロップでは1 回の投与量になっているため医師、薬剤師が用量を誤認したと思われる。	薬剤ごとにシロップの小児用量について表を作り用量の注意喚起を行うと共に、日頃より急な処方に対処できるよう用量の再確認をしておくこととした。			ベリアクチンシロップ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
1546	患者に昼食前の薬を配薬、服用してもらった後、当該者が配薬していないと思い込んでしまい再び夕食前の薬を出し配薬、服用させてしまった	薬のセット方法が昼、夕と続いていたため勘違いを起してしまったと思われる(分包紙には昼夕記載、色分けあり)	薬のセットの方法改善。間違えやすい昼、夕の間に「夕」と記載のついたを追加した。			ベイスンOD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
1547	イトリゾール(50)2カプセル 1日1回 21日分処方されていたが、17日分しかないとの連絡あり。	イトリゾールカプセル50mgの包装には、10カプセルシートと8カプセルシートが存在している。そのため10カプセルシートと思い込み、シート数量を確認して投薬した。1シート内の数までは確認しなかった。	医薬品の包装に1シート8Cの表示を行うこととなった。10シート包装については特に表示はしなかった。			イトリゾールカプセル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
1548	リパクレオンカプセル150mgのピッキングの際に、14錠シートと間違えて取り揃えてしまった。	新人であったため12錠シートであることを分かっていなかった事と、確認不足であった。	12錠シートなど、他とは違う包装の物は情報共有する。新人研修の徹底に努める。			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
1549	分包夕食後で印字を朝食後で印字投薬直前に気づく	入力、鑑査時の見落とし	確認の徹底			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
1550	お薬を半錠にしてお渡しする為に分包紙に薬剤名を記載するのに違う薬剤名を記載して分包してしまった。	業務が立て込んでいたのと、思い込みがあったのではないかと思います。	名称を入力する際には、分包した殻のシートを見ながら入力を行うようにすること。			アムロジピンOD錠2. 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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1551	エルネオバNF2号輸液1500mLを処方されている患者AとエルネオバNF2号輸液1500mLにガスター注20mgを無菌調剤している患者Bがいた。調剤後、当日配薬分を車に運ぶ前に台車に乗せる際に、患者Aと患者Bのエルネオバの箱を誤って載せてしまった。気が付かずに患者宅で薬剤を配薬する際に段ボールを開封したときに別患者名のラベルシールが貼られていることに薬剤師が気が付いた。	無菌調剤したエルネオバを患者宅まで運ぶ際、元の段ボールに収納して運搬している。無菌調剤したエルネオバに関しては、本体、外袋に患者ラベルシールを貼付するが、段ボールには個人情報のため貼付していなかった。外見の段ボールでは無菌調剤したエルネオバか、無菌調剤していないエルネオバかの見分けがつかなかった。	今後は無菌調剤したエルネオバを収納した段ボールには「無菌調剤済み」のラベルシールを貼付して取り違えないよう区別する			エルネオバNF2号輸液 ガスター注射液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
1552	ヒート1シート10錠を12錠と勘違い	1シートの内容量の違う医薬品あり	1シート錠数の再確認			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
1553	アスピリン10ミリグラム錠 3錠3×毎食後 7日分処方 21錠中 アスピリン20ミリグラム錠が1シート10錠混入気が付かず(監査システム10ミリグラムでとおり投薬時きまがつかなかった。	監査後もすべて同じシートか確認する	監査後もすべて同じシートか確認する			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
1554	イミダプリルを服用されていた患者がイルアミクスに処方変更になっていた。患者からの聞き取りのなかで「血圧が低くて、ふらつきがあって」という内容が話される。薬効的に正しいのか疑問であったため疑義紹介。結果、イルアミクスではなくイルベサルタン50mgの間違いであった。	イルアミクスを一般名処方した場合。『イルベサルタン・アムロジピン配合錠』と表記されるため、イルベサルタンのつもりで処方してしまったということだった。	一般名処方の普及で類似の名称が増えている。ぱっと見で判断せず、最後までしっかり名称や規格を確認して調剤していきたい。			イルアミクス配合錠LD「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
1555	ストラテラが14錠シートと認識しておらず。数量を間違えてしまい、投薬中に発覚	ウィークリーシートなどもあるため監査は数の確認も必要	注意喚起のシールを貼った			ストラテラカプセル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
1556	2種類のインスリンが処方されていたが、薬袋を入れ間違った。	インスリンの種類が豊富のため監査システムを徹底しているが、それが合っていたため薬袋へ入れるときに確認を怠ってしまった。	基本的なことであるが、薬袋へ入れる際に名称を確認すること、投薬時にも再度目の前で確認をすること。			ノボリンR注 100単位/mL 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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1557	ブラザキサ75mg 4C/2× 56TDを誤って2C/2× 56TDだと思い込み誤調剤。患者本人が帰宅後不足に気づき発覚。	あまり処方されない薬なので誤って監査してしまっただけ。	ヒューマンエラーは起きてしまうので数人がからみ調剤～監査まで行っていきたい。			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
1558	調剤時、患者ごとのカゴに輪ゴムで止めず薬品を入れている。ロソーゼットHDの端数2錠とフロセミド20mg「NP」の端数2錠の外観が類似しており10錠のPTPシートの束に逆に輪ゴムで止めていた。薬袋へ入れる前に再度確認した際に間違いに気づいた。投薬時患者様にも確認をしたところよく似ているが、シートの裏のデザインが違うのでそちらで確認をし、飲み間違えないように気を付けていると申し出あり。	色調で判断してしまっただけ。	手順に従ってシート名称・規格の確認を徹底 患者様もよく似ていると思っておられたため、色調の似ている薬に関しては投薬時に患者様への声掛けも実施			ロソーゼット配合錠HDフロセミド錠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
1559	コールタイジン30ミリが処方されていたが、勘違いで2本渡すところ15ミリ1本を提供する。処方再確認した際、気が付き患者様に連絡、後日1本渡すことで了解を得る	勘違い、規格の確認をおろそかにしていた。	規格が1本とか5ミリとかでバラバラ、再度注意が必要と感じた			コールタイジン点鼻液	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
1560	他院でもらったことのある喘息発作時の吸入の処方を患者が医師に依頼。メプチンという薬品名のみしか覚えておらず医師はメプチンエアーを処方。投薬中に患者に説明する際、エアーの注意点であるアルコール過敏について聞き取りを行ったところアルコール過敏であることが判明。患者はメプチンという薬品名と吸入の種類があることを知らずこれでいいと医師に頼んでしまったとのこと。医師に疑義照会し、メプチンエアーからメプチンスイングヘラーに変更となった。	一番最初の患者アンケートでアルコールの飲酒の有無は確認しても、アルコール過敏については確認していなかったためエアーを使用できないことに投薬時まで気づけなかった。	飲酒の有無だけでなく、アルコール過敏についても確認する。			メプチンエアー10μg吸入100回 メプチンスイングヘラー10μg吸入100回	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1561	3種類ほど塗り薬が処方されていて、そのうちのメサデルムクリームをメサデルム軟膏で出してしまった。お薬手帳、薬情など全てクリームで打ってるが単純にピッキング、渡し間違い。一旦帰られた後、家の残薬と外観の色が違うがと電話頂き、取り換えに行った。(まだ開封使用前でした) お薬を渡すときにも見せて渡したが、その時は気づかれず、家で見比べて違うと気付いて頂いた。	たまたま数人の処方せんが重なり急いだもあり、元々メサデルムが軟膏で処方来ることが多く思い込みもあったと思う。	処方せん対応が数人重なり、塗り薬だけだったので監査なしで出してしまったので、単純処方でも必ず他者に監査してもらうようにする。			メサデルムクリーム 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
1562	10%サリチル酸ワセリン10g+ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏0.05%5gの混合処方のところを亜鉛華10%単軟膏10g+ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏0.05%5gでお渡ししてしまう	混雑、思い込みによるミス	患者さまに中身をみてもらう			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
1563	自動分包機で一化化した際にオルメサルタン20「DSEP」のところにオルメテック錠が代わりに入っていた。監査時に発覚。	オルメサルタンDSEPをバラしてセットする際にオルメテックが混入していたものと思われる。オルメサルタンとオルメテックの棚位置が近いことオルメサルタンのところにオルメテックが入っていた可能性もあり。	自動分包機に充填の際は2名でダブルチェックを行う。また薬を棚に戻す際もダブルチェックを行う。			オルメサルタンOD錠 20mg「DSEP」 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
1564	ベオーバ 14日分14錠調剤するべきところを、21日分21錠と思い込み調剤してしまった。	いつもの日数、という思い込みから起こった事例。	特定の医療機関を応需する事が多い場合、やはり処方も似通ったものになり、またその日数なども同じ場合が多いので、ふいに日数が変わったりすると思い込みからミスが増える。思い込みをなくすようにするために調剤録などもしっかり確認する必要がある。			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
1565	薬局の採用としてロスバスタチン錠2.5mgの14錠シートを採用してるが、今回他店の引き取りにてロスバスタチン錠2.5mgの10錠シートが医薬品棚に混在してた。そのため、計数間違いがあった。	原因としては、薬局スタッフ間でのコミュニケーションが不足してた。	14錠シートと10錠シートの混在しない。必ず、バウチでそれぞれを分ける。医薬品棚に10錠シートもある旨を書き注意喚起を行う。			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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1566	メトグルコがいつもは28日分処方だったが年末年始という事でいつもと異なる処方日数で長めに処方されていたことを気づかずいつもの処方日数で調剤した。	思い込み。	監査の際に薬品名だけでなく処方日数も要確認する。			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
1567	患者から、「軟膏壺の内部の軟膏の下半分が混合しきれていない状態で交付されていた」と連絡があった。すぐに正しく混合した薬を配達し、謝罪した。	皮膚科の門前であり、当薬局は軟膏のMIXを調剤する際に、混合機を使用している。監査の一環として、投薬直前に軟膏壺を開けて確認するようにしているが、壺の下部まで確認できていなかった。当時の軟膏の混合機の時間は30秒であった。	冬季は気温が低く、軟膏が混ざるまで時間がかかることも考慮し、それぞれの混合時間を1分とする。			プロベト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
1568	12/23にLINEにて処方箋受診。お薬一部不足で12/24に入荷予定とお伝え、12/24にお受け取り希望。12/24朝に患者様のご家族(奥様:当薬局に来局歴あり。ご本人様は新規患者様)よりお電話あり、いつもは一包化してもらっているのでその対応でお願いしたい、リスミー1mgは調整しているので1錠のみ一包化の就寝前に入れてほしい、時間は16時まで受け取りたいというご希望あり。ご用意できたためお電話し取りに来てくださり、初めてのお渡しになるのでお電話で伺っていた一包化の方法(印字日付・用法・お名前)に間違いがないか確認してお渡し。お渡し後施設の方からお電話あり、夕食後のみ用法が朝食後になっているのご指摘あり発覚。(Auditの画像でも間違いを確認。)今回はいいが次回から間違えないよう気を付けるようご指示いただきました。ご家族様にも間違いをお伝えしたほうが良いと連絡。 状況を説明し謝罪、施設から聞いていないが間違いを施設の方がわかって対応しているならそれでよい、90日分すべて施設に預けているのご返答をいただきました。	・薬局内繁忙であった・夕食後のみ監査の時間をあけてしまった・監査時他の患者様対応をしてしまったことが要因と考える。詳細) 監査時、今回間違いのあった夕食後以外のものを先に監査するよう指示いただき、朝・昼・寝る前・リスミー1mg単独各90包×4計360包監査。名前・用法・日付に間違いがないか指差し声出し確認実施、中身も間違っていないこと確認し、薬袋も指差し声出し確認してから入れて一旦夕食後の出来上がるのを待ち他の患者様対応を行った。その後夕食後の分ができたため、再び監査をスタート。他の用法分は90日分すべて繋がっていたが、夕食後のみ3分割されていたため日付がきちんと繋がっているか、名前の記載は指差し声出し確認したが、用法の確認を怠ってしまった。また服薬ケア時も夕食後の分のみ90日分すべて繋がっていなかった為、日付の確認に集中してしまい、用法の確認を怠ってしまった。	一包化の監査時ご希望されるすべての印字方法に間違いがないか、薬袋も含め声出し指差し確認をすること、服薬ケア時も一緒にすべての印字も一緒に確認していただくことを再度徹底したい。また繁忙であっても一包化を監査時はなるべく監査を途中でやめないこと、できるだけすべての薬の調剤が終わってから監査をスタートするようにし今後は同じ間違いがないようにしていきたい。			アムロジピンOD錠5mg「あすか」 ロラタジン錠10mg「サワイ」 トアラセット配合錠「サンド」 ビムパット錠50mg マグミット錠330mg デエビゴ錠5mg リスミー錠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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1569	処方箋の用法用量記載がテリルジー200エリプタが1回1吸入のところ2吸入になっていた。その間違いを監査時に通しそうになってしまった。	薬剤師の知識不足	吸入薬の1日の回数、1回の吸入回数の確認の徹底			テリルジー200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
1570	レボセチリジンDS「タカタ」0.25g包と0.5g包の取り間違え	0.25g包、0.5g包の二つの包装がある	0.25g包のみに変更した。			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
1571	ジクトルテープの1枚入りの包装と7枚入りの包装が混在し外観が似ている為計数間違いが発生した。	ジクトルテープの複数包装単位の認識不足。包装の外観が酷似している事によりインシデントが発生した。	1枚入りと7枚入りがあることの認識、各従業員に周知。1枚入りのみ在庫することにした。			ジクトルテープ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
1572	処方箋の数量よりも多くテープ剤をピックアップした4袋のところ5袋用意した	数量確認の間違い	確認をしっかりとる			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
1573	前回処方までモビコールLDが2包処方されていたが、次回処方からモビコールHD1包に変更されていたが、変更気付かず、LDのままお渡ししてしまい、施設の看護師から指摘があった。	LDとHDの間違いがあった。	LD・HDの違い・mg数の変更をしっかりと処方箋と確認すること			モビコール配合内用剤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
1574	徐放性製剤で慢性疼痛の適応のあるオキシコンチンTR10mgで処方されなければならないところ、速放錠で慢性疼痛の適応のないオキシコンチン錠10mg NX第一三共で処方されていた。	処方医の知識不足。	処方監査で発見したため、事例共有をし注意していく。			オキシコンチン錠10mg 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
1575	咳症状のある患者に 鎮咳薬レスプレンはなく、名称類似の抗うつ薬レスリンが処方されていた。施設入居中の患者の為、詳細は不明であった。はじめは疑義照会せず、そのまま交付しようとした。同一処方内は感冒症状に対する処方であった点、処方日数が数日間と短期であった点に違和感があり、念の為医師に疑義照会をしたところ、処方誤りであることが発覚。	医師に疑義照会することに抵抗があったため、当初は疑義照会せず、調剤し交付するところであった。	処方内容に違和感があった時は、躊躇せず、疑義照会を必ず行うこと。			レスプレン錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1576	一包化指示の処方箋。クロピドグレル錠が今回より中止になっていることに一包化作業の途中で気づき、すでに分包していたクロピドグレル錠をピンセットで取り除き、一包化完了後、包の中の錠数を全て確認して投薬。しばらくして、取り除いたクロピドグレル錠を確認したところ、1錠のみリマプロスト錠が混じっていることに気付いた。患者宅に赴き、玄関先で包の中身を正しく直した。	繁忙のため、患者様を長時間お待たせしていたことで、焦りがあった。鑑査に十分な時間をかけていなかった。	どんなに忙しい中でも、投薬する前に必要な鑑査は欠かさない。患者様を長時間お待たせしそうな場合は、先にご帰宅頂いてあとでお渡しすることを提案するなど、焦らずに鑑査できる時間を確保する。			リマプロストアルファデクス錠5μg「サワイ」 クロピドグレル錠25mg「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
1577	ミルラクト処方で、記載が0.5gであった。分包品の表示の含有量を見て、1包中の量と勘違いして1包1gのものをお渡ししてしまった。監査でもスルーしてしまい、結果倍量投与となってしまった。翌日1包が0.5g包装のものが納品され、間違いに気づき、お取替えにお詫びに伺った。幸い2回服用で、症状は少し便秘気味になった程度で、深刻な事態にならずにほっとした。	繁忙時間帯であったのことは理由にならないが、その日ベテランスタッフが2名休暇をとっていたため、結果患者さんが停滞してあせってしまった。ミルラクト分包品には規格が2種あること、含有量と分包量の記載があることなどを知らない経験が浅いスタッフ2名でその調剤にかかわっていたことが要因と思われる。	調剤業務には必ずベテランスタッフがかわるようにして、どんなに患者さんが停滞しても、声出し指差し確認など丁寧に調剤することが必要であることを周知した。			ミルラクト細粒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
1578	クレストールOD錠を含む一包化指示があったため、一包化しそうになったが事前に気づいた。	薬だななどに警告ポップを徹底されていないこと	薬だなに一包化不可の警告表示をすること			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
1579	薬剤交付時に担当薬剤師が患者より酔い止めの薬はもう予定はなく、炎症止めを出すかと聞いて聞いて聞き取りした。処方元に確認したところ、トラベルミンではなくトランサミンを処方される予定であったと確認できたため、処方変更し交付。	処方元の医師は発熱外来対応に奔走しており、かなり疲弊していたものと考えられる。	交付時の患者とのやり取りで防げた事例なので、どんなに急いでいる患者であっても、どのような診察内容だったかの聞き取りや薬剤の説明は必須だと感じた。特に、定時の薬ではなく臨時の薬においては。			トラベルミン配合錠 トランネキサム酸錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1580	処方せんを受け取りした際、インシュリン リスプロBS注カート HU300単位の在庫が無く薬剤師Aが発注をしたところ、注文を誤り、インシュリン リスプロBS注ペンを発注してしまった。在庫のなかったインシュリンは後日患者へお渡しとなったが、納品された薬剤を薬剤師Bが監査をせずに薬袋へ入れてしまった。後日薬剤師Cが投薬したが数や物の確認をしておらず、その上、取りに来たのが代理人だったためいつもと薬剤が違う事に気がつかなかった。その後患者本人が間違いに気づき連絡をくださり誤調剤が発覚。正しい薬剤との交換対応に至った。	処方をおこなった人物と発注を行った人物が別だったこと。調剤、納品、投薬がそれぞれ別日であったこと。納品時に処方箋を投薬者が保管しており、処方箋を確認せずに薬袋に入れてしまっていたこと。	1) 名称が類似していて間違える可能性がある薬剤を注文する際には、発注確定のまえにダブルチェックを行う。2) 納品待ちの薬剤が納品された際には、処方箋を確認のうえダブルチェックを行ってから薬袋に入れる。3) 投薬の際に薬袋から薬剤を取り出し、患者さん及びに代理受け取り人に中身を見せ確認をしていただく。また、薬剤師も薬剤の規格や数など誤りがないか確認する。4) 不足分はピックアップした薬剤師が発注を行い、投薬した薬剤師は発注の内容が間違っていないか確認を行う。			インシュリン リスプロBS注カート 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
1581	ロキソプロフェン n Na錠60mg 28取りそろえるところを21錠で計数ミス。	21錠束と28錠束が同じカセットに混在していた。	21錠束が明らかに多いので。28束は入れない。			ロキソプロフェンNa錠60mg「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
1582	コロネル細粒83.3%1.2g朝食後30日分60包のところを2.4g朝食後60包でお渡し。患者が前回と包装形態が違うことを服用前に気づき発覚。前回は1.2g/包をばらして0.6g/回で分包したものをお渡ししていたが今回は1.2g/包を1回分としてヒート包装のものをお渡ししていた。	コロネル細粒83.3%の処方前回は初めて。当薬局には1.2g包のヒート品のみの在庫であったため、患者の了承を得て1.2g包ヒート品をばらして0.6g/回で分包してお渡し。今回監査の薬剤師は前回の経緯を知らず、1.2g包の在庫しかないという思い込みで1.2g包/回をヒート品でお渡し。薬歴の共有事項には「コロネル細粒83.3%分包してお渡し」との記載があったが他に「SM散分包、アルダクトンA25、ラシックス20、ハーフジゴキシン0.125半錠を分包」の記載もあり、十分に確認されていなかった。	特別な調剤をする患者情報は共有事項に必ず保存し、初回発生時には口頭で職員に周知を行う。「他規格・他包装あり」の医薬品には注意喚起として箱にラベルを貼付する。			コロネル細粒83.3%	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1583	処方箋発行後、病院からFAXが届き調剤。原本到着後に投薬を行ったが、患者様が仰っている名前と違うものであり、お薬手帳からも恐らく違うものであることが予測できたので確認を行い間違いに気づく。本人が病院で原本を受け取ったのちに名前が異なることに気づきその場で差し替えがあったとの事。	FaX処方せんで調剤後、混雑時ということもあり原本との比較が不十分であったことが原因と考えられる。	投薬時に確認を行い、患者様との齟齬があれば必ず発見できると思われる事例。そのため、薬情を用いてDo処方時にも患者様と共に数量などの確認を徹底する。			ケトプロフェンパップ 30mg 「日医工」セルタッチパップ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
1584	2022年7月まではオフェブ150で服用されていたが副作用やきつい薬であると本人が思い込んでいたため中止になっていたが、2022年11月よりオフェブ100で再開された。しかし薬剤師が150のままでお渡ししてしまい、後日事務員の調剤録監査により過誤が判明。すぐに100の方に取り換えに行き、処方医にも報告済み。大きな体調変化はなかったとのこと。すでに1週間分は服用していた。	なかなか処方される薬ではなく、規格が異なることを知らなかった。一人しか出ていない薬だったため完全に思い違いだった。	まず新たに処方再開されたときには注意深く聞き取りを行い、規格や数量などもなるべく大勢で確認するようにする。今回は大きな体調変化はなかったが、すぐに処方医にも報告するようにする。			オフェブカプセル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
1585	25歳でサワシリン散10%3g日と低用量であった。前回処方時はサワシリンカプセル250mg3カプセル/日であったため確認し処方変更となる。	サワシリンカプセルから散剤への変更は服用しにくさにより生じることはある。成分量の計算を行い疑義が生じる場合に対応する必要がある。	散剤は製剤量計算のみならず、成分量計算も行い投与量に誤りがないかを確認する			サワシリン細粒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
1586	アスピリン喘息患者にセレコックス処方され疑義照会にて他薬剤に変更される。	既往歴の確認不足。	既往歴をしっかりと記載する。			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
1587	ゼボラスパップ40mg 7枚入りではなく、6枚入りで用意していた。	6枚入りと7枚入りで見た目が似ている。	発注時から容量の確認を行う。			ゼボラスパップ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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1588	抗がん剤、糖尿病薬、インスリン、降圧剤など、多剤服用の方です。1年以上前から他の薬局で、アムロジピンDO錠5mg「あすか」とアトルバスタチン錠5mg「サワイ」が交付されていました。包装が両方とも緑線が入って酷似していたので、同じものと思われていたようです。残薬が発生したことで、誤飲が発覚しました。	高齢者には包装が酷似したものには、投薬時に注意喚起をしておりますが、57歳でしっかりされた方なので、まさかと言った感じでした。	アムロジピンDO錠5mg「あすか」を、青色入りのアムロジピンDO錠5mg「ファイザー」に変更しました。			アムロジピンOD錠5mg「あすか」 アトルバスタチン錠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
1589	前回までの処方ではプロブコール錠250mg4T分2だったが、今回受けた処方ではプロプラノロール10mg4T分2で変更となっていた。調剤時に当薬局の薬剤師が違いに気づき病院に疑義照会したところ記載間違いとの返答で前回処方のプロブコールに変更となった。	1カ月前前に病院が移転となり、その際にこれまでの紙カルテから電子カルテに変更となった背景があり薬剤の選択ミスが生じたと思われる。	前回処方との比較は必ず行い、変更があった場合は医師から患者に説明があったことを確認する。			プロプラノロール塩酸錠10mg「トローワ」 プロブコール錠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
1590	調剤者も監査者も8錠シートを10錠シートと思ひ込み、朝食後4錠28日分で112錠必要なところ8錠シート11枚と2錠で90錠で渡してしまった	昼食後の注意散漫とした時間帯で、思ひ込みが原因。	必ずシートの表裏見て錠数確認する。			イトラコナゾール錠50mg「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
1591	モンテルカスト細粒「明治」で入力されていたのに、モンテルカスト細粒「タカタ」で調剤して投薬しようとしてしまった。	モンテルカスト細粒「タカタ」と「明治」が入手困難のためによく交互に在庫していることがあったため、入力間違いがおこったと考えられる	注意深く入力と調剤されたものを監査するようにする			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
1592	先発品希望の患者であったが後発品を調剤してしまった	調剤棚に先発品と後発品が混在していた	配置転換し混同しないよう注意マークを設置した。(後発品棚にGのマークを記載した)			トラムセット	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1593	在庫の無い 薬品が処方された。同グループの他店舗から 譲り受ける。受け取った後、確認不足で患者に手渡してしまう。分譲の紙に規格違いが入力されていた。確認不足でお渡ししたため、違う規格も薬を渡したものと慌てる。他店に問い合わせたところ 入力間違いであったことが判明。患者さんへの影響はなかった。	基本ではあるが、店舗間 やり取りの際書類との照らし合わせ、確認しあうことが必須。危機感をもつことが大事である。	受け渡しの際 双方で確認しあうこと。			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
1594	一包化調剤の際 レミニールOD錠4mgのところレミニールOD錠8mgで調剤、投薬。在庫チェック時に規格違いが発覚。患者様に電話連絡する。作り直して患者様宅に伺い、交換する。服用前だった。	午後から薬剤師一人になる。	事務にも確認してもらうようにする。			レミニールOD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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(事例の区分:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1595	6/25に在宅のFAXをいただく。6/27に用意をし4時に看護師から催促を受ける。納品すぐの薬を届けるが、その後6/30に郵送された処方せんの内容と違って、処方箋のものを届ける。	FAX後6/25にすぐ入力せず、発注もしなかったので届が遅くなった。	FAXと郵送のタイムラグが原因のため、気が阿付いたらすぐに対応する。			シロドシンOD錠4mg「DSEP」	詳細な情報が不明であること等の理由により、検討困難と考える。
1596	4種類混合の薬を間違えて3種類混合の薬を調剤・投薬する	忙しい時こそ、深呼吸して落ち着いて調剤・投薬する	処方箋の裏に記載している総量をチェックして確認するようにしている			カルボシステインDS50%	詳細な情報が不明であること等の理由により、検討困難と考える。
1597	デュアック30gの処方あり、他のニキビ治療薬(15g/本)と勘違いし2本交付、患者さんより3本出るのでは?と指摘あり変更し交付	現在当薬局では先発、後発含めニキビ用外用薬が7種類あり包装が10gと15gで煩雑になっているため、今回のような事例が起こってしまった。こちらの一方的な要望ですが包装単位を10gに一本化していただきたい。	薬品棚に大きくグラム数を貼って注意している。			デュアック配合ゲル	詳細な情報が不明であること等の理由により、検討困難と考える。
1598	投薬者が他の懸案を患者と相談しながら投薬していた	調剤、監査、投薬業務が重なっていた	きちんと調剤、監査、投薬と分ける			モンテルカスト錠10mg「ニプロ」	詳細な情報が不明であること等の理由により、検討困難と考える。

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1599	広域病院の産婦人科から処方箋のFAXを応需。ツムラ葛根湯エキス細粒7.5g分3毎食前7日分、オーグメンチン配合錠250RS3錠、アモキシサンカプセル10mg3カプセル分3毎食後7日分の処方。処方日現在、アモキシサンカプセルについてニトロソアミン化合物検出により、新規患者様への処方を控えるメーカー案内が発出されていた。オーグメンチンと併用されることのある一般名の類似しているサワシリン(アモキシシリン)の間違いではないかと疑い疑義照会実施。アモキシサンカプセルではなく、正しくはアモキシシリンカプセル250mg3カプセルであった。	アモキシサンとアモキシシリンは頭文字が3文字一致する組合せであり、取り違えの危険性が高い。処方医は入力の際に3文字検索し、先に出たアモキシサンを選択したと思われる。	産婦人科でもアモキシサンが処方される可能性はあるので、通常であれば、患者様が来局してお話しを伺ってから疑義照会する流れになります。今回のケースでは、メーカー自主回収案内を知っていたことで、患者様が来局される前段階で疑義照会を行い未然に防ぐことができました。当薬局ではメーカーからの情報を収集し、薬局内で定期的に共有しています。	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。
1600	タケキャブ20mg 2錠アモキシサンカプセル10mg 6カプセルクラリスロマイシン錠200mg 2錠分2朝夕食後7日分という内容で、明らかにピロリ菌除菌の処方と推測できた。	薬剤名の類似によるものと考えられる。	疑義照会を行い、薬剤変更となった。	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。
1601	歯科口腔外科より、親知らず抜歯後服用分としてアモキシサン(10)の処方あり。用途から推測して抗生剤の処方である可能性が高いため処方医に確認、アモキシシリン(250)へ変更となる。	アモキシサン、アモキシシリンの名称が3文字目まで同じであるため、処方医が薬品名検索時に選択ミスをしたと思われる。	処方箋の内容と処方元の科を照らし合わせて確認する必要がある。	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。

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1602	歯科から2種類の医薬品が記載された処方箋を応需。内容がアモキシサンカプセルとロキソプロフェンで、患者より本日抜歯したことを聴取した。処方内容の間違いを疑い疑義照会を実施、アモキシサンカプセルではなく、アモキシシリンカプセルであることを確認した。医師はアモキシサンカプセルの処方箋を発行後、処方内容の誤りに気づき、アモキシシリンカプセルに訂正した処方箋を発行したが、患者には訂正前の処方箋（アモキシサンカプセルが記載されたもの）を交付していた。	・類似名称の薬品だったため、薬品選択の際に選択ミスをしたと推定・病院の会計時、訂正後の処方箋が交付されなかったと推定	処方された薬品と治療内容等から推察される情報が異なる場合、適切に疑義照会を実施する。	アモキシサンカプセル10mg	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。
1603	アモキシサンカプセルで処方されていたが、患者様との会話で違和感があり処方医へ確認したところアモキシシリンに変更になった	医薬品名が類似していたため	お薬のお渡しだけでなく患者様の訴えを聞き取り、処方内容が適正か確認する	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。
1604	歯科口腔外科から三環系抗うつ薬であるアモキシサンカプセル10mgが処方された為、患者様に今回診察時の内容を聴取。歯茎の腫れの改善目的の処方と確認したので、薬剤名称類似による処方間違いの可能性を考え、疑義照会実施。抗菌薬のアモキシシリンカプセル250mgの間違いだと返答を受けた。	医師が処方入力する際、名称類似の為に薬剤選択を間違えたことが推察される。	診療科・治療内容と処方薬の妥当性、また患者様やお薬手帳などからの診療情報・併用薬情報をしっかり確認し、評価する。	アモキシサンカプセル10mg	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。

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1605	オーグメンチンと共に「アモキシサン」と記載のある処方箋を受付。処方監査の段階でオーグメンチンと「アモキシサン」の組み合わせに懸念あり。患者・家族からの聞き取りにより「アモキシサン」の処方誤りの可能性が高まったことから疑義照会を行った。それにより「アモキシサン」は「アモキシシリン」の誤りであったことが判明。患者へは「アモキシシリン」で調剤し、お渡しできている。	カルテ記載の「アモキシシリン」を見間違えて「アモキシサン」と入力してしまった可能性がある。	名称誤りの場合、有効成分が全く異なる薬品との取り違いとなるため、処方監査時に少しでも懸念点がある場合、確認の疑義照会を入れる必要があると思われる。	アモキシサンカプセル250mg	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。
1606	平素より当薬局を利用する患者が処方箋を持って来局した。アモキシサンカプセル25mg分3毎食後3日分、ロキソプロフェンNa錠60mg1錠痛い時10回で処方されていた。薬剤師Aが処方箋を確認すると歯科口腔・顎顔面外科からの処方であった。患者に受診理由を尋ねると抜歯をしたということであった為、処方医に電話で疑義照会を行った。その結果、アモキシサンカプセル25mgがアモキシシリンカプセル250mgに変更となった。	類似薬品名の為、処方入力を誤ったと考えられる。	患者から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誤りがないか確認すること。	アモキシサンカプセル250mg	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。
1607	患者の話しでは排尿時の違和感のため泌尿器科を受診したとのことだったが、処方されていた薬がアモキシサンカプセルとなっており、処方内容に違和感を感じたため処方医に疑義照会を行った。その結果、アモキシシリンカプセルの間違いであることが判明した。	処方入力時の選択間違いと考えられる。	患者の受診理由の確認を引き続きしっかり行い、処方内容との間に違和感がないか注意する。	アモキシサンカプセル250mg	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。

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1608	オーグメンチンと一緒に【般】アモキサピンカプセル125mgが出ていた。 【般】アモキサピンカプセル125mgは現在存在しない規格で、通常オーグメンチンと処方されるのはアモキシシリンということもあり、疑義照会したところ処方変更となった。 処方された薬品1の入力個所にアモキサピンカプセル125mgが存在しなかったため、アモキシサンカプセル25mgで入力しています。	ドクターがアモキと入れて検索したところ、【般】アモキサピンカプセル125mgを選択してしまったと思われる。	処方箋をしっかりと確認する。	アモキシサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「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。
1609	薬剤師が処方箋を応需し確認した際に整形外科から痛み止めの処方とアモキシサンカプセル25mg(3カプセル分3、7日分)が処方されていた。確認した薬剤師が処方内容に違和感を感じ、病院に問い合わせしたところ、アモキシシリン250mg(3カプセル分3、7日分)が正しい処方と判明した。	名前、規格、剤形が類似しているため間違えやすかったと思われる。	処方内容を鶏吞みにせ、間違っているかもしれないという意識で処方箋をみる。違和感を感じた場合にはほかの薬剤師にも情報を共有し、処方の妥当性を考える。たぶん大丈夫、という気持ちで行わず、疑義照会を行う。	アモキシサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「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。
1610	アモキシシリンカプセルを選択すべきところアモキシサンカプセルを選択しそのまま処方箋として発行された。	電子カルテでの薬品の選択間違い。	他の処方医薬品と比べて違和感があれば疑義照会を行う。	アモキシサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「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。

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1611	耳鼻咽喉科よりアモキシサンカプセルが処方されていた。患者からの聞き取りで症状が鼻づまりと確認できた。アモキシサンカプセルの適応はうつ病の為、疑義照会した。その結果アモキシシリンカプセルに変更となった。	薬剤名が類似していたためアモキシシリンカプセルと入力するところをアモキシサンカプセルと誤ってしまったと考えられる。	患者から症状について丁寧に聞き取りを行い、処方薬と相違がないか確認を徹底する。	アモキシサンカプセル250mg	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。
1612	「(般)アモキシシリンカプセル250mg」と処方するところ「アモキシサンカプセル25mg」と処方	・名前の酷似・検索のための頭3文字入力「アモキ」まで全く同じ	・薬歴との比較・患者本人へ聞き取り	アモキシサンカプセル250mg	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。
1613	泌尿器科にてアモキシサンカプセル25mgが処方されていた。泌尿器科から精神薬が処方されるケースは珍しいため、念のため電話で問い合わせたところアモキシシリンカプセル250mgとの間違いであった事が発覚した。	アモキシシリンとアモキサンという類似名称に同じカプセル製剤である点、力価も25mgと250mgと非常に似ていた事から発生したものと思われる。	処方せん通りに調剤するのではなく、常に疑いの目をもって調剤するよう努める。	アモキシサンカプセル250mg	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。
1614	整形外科を受診の患者様、アモキシサンカプセル25mg 3Cap 分3毎食後で処方。他処方が痛み止めと胃薬であり、患者様からの聞き取りにより処置をしていることが判明したことから、アモキシシリンの誤りではないかと思い疑義照会。 アモキシシリンカプセル250mg 3Cap 分3毎食後に変更となった。	医院での薬選択時に名称類似品を誤って選択したと考えられる。	似たような名前の薬であっても違和感を感じたときは患者さまへの聞き取り等を含め確認後、疑義照会をして間違いがないか確認することを徹底する。	アモキシサンカプセル250mg	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。

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1615	アモキシサンカプセル50mgとアモキシシリンカプセル250mgの名称類似品の処方箋記載ミス。	3文字目まで同じで、同じ剤形だったこと。当日中に服用開始させたい医師の考え	定期薬が14日分で処方されていることが前提条件で、アモキシサンカプセル50mgが7日分だけ処方されていたので、なぜそうなったのかを投薬の段階で重点的に聞き取り確認する。	アモキシサンカプセル50mg	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。
1616	アモキシシリン細粒で処方されるべきところをアモキシサン細粒で処方されていた。年齢が2才でありうつ病は考えにくいこと、皮膚科から抗うつ薬が処方されていたことから疑義照会したところ、アモキシシリン細粒へ変更となった。	医療機関側のシステムのわかりづらさ。名称が似ていたこと。	年齢等の情報も勘案して処方監査を行う。	アモキシサン細粒10%	アモキシシリン細粒20%「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。
1617	元来 患者は甲状腺亢進症でメルカゾール錠5mgを服用していたが 効果不十分でチウラジール50mgに変更されていた効果 強かったのでチウラジール25mgに変更したかった。処方箋に記載時はチラーヂンS錠25μgと記載されていた	DRから患者は量を減らすことを伝えられていた 患者の疾患を把握していたので 処方箋が間違っていると気が付いた	患者がどのような薬を服用しているか お薬手帳 薬歴をみて投与する	チラーヂンS錠25μg	チウラジール錠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。
1618	メルカゾール5mg 1錠×朝食後継続中の方にチラーヂン50μg 1錠1×朝食後が処方になっていたので血液検査に異常が出たのではないかと確認すると検査値は変化しないと検査表を見せた頂いた。また、痒みが続いている原因ではないかと、一旦同じような薬に変えてみるという説明うけていた。以上から薬品名に記載ミスを疑い、疑義照会へ	メルカゾール錠からチウラジール50μgに変更する予定が、薬品名が似ているため、頻繁に処方しているチラーヂン50μgを処方入力してしまったのではないかと予測される	甲状腺の治療の時は、検査値が上下して、抗甲状腺薬だったり甲状腺機能低下薬のいずれも処方となりうるので、投薬時の患者様に医師からの処方変更時の説明内容を確認することが大切である。	チラーヂンS錠50μg	チウラジール錠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。

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1619	患者の家族が処方せんを持って来局 患者の年齢が8歳 体重が20kgと 確認しアセトアミノフェン500mg は用量が多すぎるため疑義紹介したと ころ アセトアミノフェン200mg の入力間違いであった。	発熱があったため感染のリスクを考慮 医療機関からの情報でリスク無しと判 断。感染対策に気をとられ、処方せん 受付時に処方内容の確認が不十分だっ た。調剤も薬剤師以外が取り揃え処方 監査ができていなかった。医療側も感 染リスクに気をとられ入力時の確認不 足があったと考えられる。	コロナ感染が疑われる場合 感染 対策は十分注意が必要だが処方内 容も受付時にしっかり確認するよ うにする。	【般】アセトアミノフェン 錠500mg	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
1620	処方される前に、カリウム製剤は何が 在庫あるか、と医師より問い合わせが あった。カリウム値が低い患者に処方 したいのという話を先に伺ってい た。実際処方された内容を見ると、一 般名処方【般】L-アスパラギン酸 Ca錠200mgとなっており、疑義照会 にて【般】L-アスパラギン酸K錠300 mgであることを確認。	医師が医薬品の商品名で紙カルテに処 方し、医院の事務員さんがレセコンに 入力する際に誤ったものと思われる。	Ca剤とK剤では用途が全く異な るものであり、処方変更時は特 に、自覚症状や、診察時の医師か らの話を患者に確認する。	【般】L-アスパラギン酸 Ca錠200mg	【般】L-アスパラギン酸K 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
1621	スピロベント服用中の方がスピロラク トンに変更に。患者様は、先生から 薬増量すると説明あり。尿漏れが落ち 着かないとのこと。FAXにて疑義照 会、スピロラクトンは誤り→スピ ロベントに訂正。	名称が似ているため、処方時薬剤の選 択ミス。前回Do処方でなかったため 新規入力時の間違い。	患者様との対話、聞き出しを丁寧 に行っています。	【般】スピロラクトン 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
1622	従前より一般名処方、【般】フロセ ミド錠20mg・【般】フェブキソス タット錠20mg、の院外処方あり。今 回、【般】フロセミド錠20mgの処方 が無く、【般】フェブキソスタット錠 20mg・【般】フェブキソスタット錠 20mgの処方記載となっていた。処方 薬剤の並び順は、変わっていなかっ た。	そのままであればフロセミド中止で フェブキソスタット増量の様相だが、 これまでの薬歴からフロセミド中止と は考え難く、フェブリクが増量になっ たのではと経緯予想。一般名での薬剤 名の頭文字が似ており、また両薬剤と も規格が10・20・40であるため、コ ンピュータ操作時の薬品名の選択ミス (または削除薬品の選択ミス)と考 えられた。	薬剤の処方背景を、患者から可能 な範囲で聴取し推定しておく。普 段から患者の検査値を薬歴へ記載 し、数値変動の傾向を抑えてお く。	【般】フェブキソスタ ット錠20mg	【般】フロセミド錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1623	久しぶりにご利用の患者、処方箋をFAXで送信された。ポセentan錠が不足のため、患者へ連絡したところ、患者家族より継続の薬のため急いでいないこと聞き取り。整形外科からポセentanの処方への違和感と用法が添付文書内容と異なるため、疑義照会したところポセentan錠→トラムセット錠へ変更。薬剤名の入力ミスであったことが分かった。	ポセentan錠の先発品名「トラクリア錠」と「トラムセット配合錠」の薬剤名類似による入力ミスと思われる。処方入力の際は先発品名で入力したものが、発行する処方箋への表記は一般名処方へと変換されるシステムを使用していたと思われる。	間違えるわけがないと思うことでも、怪しいと思ったことには疑義照会を行う。また処方監査には診療科名と処方薬剤の効能効果の相違がないかも検討する。	【般】ポセentan錠 62.5mg	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
1624	ダイアモックスの低カリウム血症防止のために処方されるはずのアスパラカリウムがアスパラカルシウムでオーダー。	アスパラ-で検索し、医師がカリウムとカルシウムの入力を誤ったと推定される。	ダイアモックスとセットで処方される薬剤はカルシウムではなくカリウムであるという薬学的知見に基づき、丁寧に処方監査を行い、万が一処方誤りを発見できなければ低カリウム血症を発現し患者に重大な体調変化が発生した可能性もあるため、処方内容の確認徹底していく	L-アスパラギン酸Ca錠200mg「サワイ」	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
1625	訪問診療で初診の患者。事前情報でアスパラカリウム錠を服用している旨情報を得ていた。その旨、主治医に報告していたが、処方された薬剤はLアスパラギン酸Ca錠だった。医師に疑義紹介をし、正しい薬剤に変更になった。	薬剤名が極めて類似しているため、医師が処方入力時に誤った。	薬局でも類似医薬品として処方入力、調剤を十分留意するよう周知徹底した。	L-アスパラギン酸Ca錠200mg「サワイ」	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
1626	K製剤が新規処方。3錠3xと用量も問題とはならない。投薬時患者聴取のみでは何かの数値が低いとしか理解しておらず、採血結果を持っているか尋ねたところ、それはあるというので見せていただいた。血中K濃度は正常範囲内でCa濃度が低下している状況。類似名称医薬品の間違いの可能性があるため疑義。	名称が似ている薬剤で、用量も問題ない場合オーダーシステムでも引っかかることがない。それにより医師の確認も漏れてしまったのだと思われる。	日ごろから検査結果を確認し、それに対してのアドバイスをする投薬を心掛けておけば今回のような事例は問題なく対応できると思われる。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1627	3歳13kgの幼児にPL配合顆粒1日3g毎食後の処方が出たため、幼児用PL配合顆粒1日3g毎食後に変更になった	処方間違いか用量間違いと思われる	幼児の処方の場合はあらかじめ体重を確認する	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
1628	患者様が前の病院から転院し、処方が引き継がれた際に起きた。前院の時からSM配合散を服用したのだが、今回SG配合顆粒が処方。患者様にも確認したが、そのような変更は聞いていないし、症状もないと。医師に電話で確認。	病院の転院時は特に、名称が似た薬剤などはパソコン入力のため処方ミスが起こりうる。	薬歴と照らし合わせ、特に変更点などはミスではないかをしっかりチェックする	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
1629	患者様以前より高眼圧でハイバジール点眼使用中、今回検査等で他の病院よりハイバジール点眼、トルソプト点眼、アイベータ点眼処方ハイバジール点眼(α・βブロッカー)、アイベータ(プリモジニン・チモプトール(βブロッカー)配合)疑義照会にてアイファガン点眼へ変更。	オーダーリングシステムによる選択ミスの可能性あり。	重複は無いか配合剤成分の確認	アイベータ配合点眼液	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
1630	キサラタン・アゾルガ・アイファガンからの処方変更でタブコム配合点眼/1日1回+アイベータ配合点眼/1日2回になっていた。両剤ともチモプトールが配合されている為疑義→アイベータ配合点眼からアイラミド配合点眼に変更になった	配合剤への変更時にDrが組み合わせを間違えた可能性大。名前が似ている為、処方入力を間違えた可能性も。	配合剤一覧の表を印刷して、監査台に設置。配合剤監査時は成分を確認するように徹底。	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
1631	ラタノプロスト・チモロール配合点眼とアイベータ配合点眼液が今回より処方。チモロールが成分として重複していたため疑義照会、アイラミド配合懸濁性点眼液との処方間違いだったため変更になった。	名称の類似による処方箋の記載間違い。	TELにて医師に疑義照会を行い、内容の変更を行った。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1632	以前から緑内障治療のため薬局利用されている患者さま。今回アイベータ配合点眼液を追加処方。患者既往歴より喘息患者であることは確認済み。監査時に監査者が喘息患者には、アイベータ配合点眼液が禁忌であることに気づき、処方医へ疑義照会。結果として、アイベータ配合点眼液からアイラミド配合懸濁性点眼液に処方変更となった。	アイベータ配合点眼液とアイラミド懸濁性点眼液の名称が類似していた為、処方元医療機関で処方入力ミスに繋がった可能性。	普段から患者さまとコミュニケーションを重ねることで既往歴の確認をしていること。監査支援システムを用いた、服用禁忌薬の確認。	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
1633	アカルボース錠50mg 3錠毎食後の処方。アカルボース錠の用法は食直前であることと、奥様にお話しを聞いたところ風邪症状で受診し糖尿病はないと確認し、疑義照会を行った。「カルボ」と入力するところ誤って「アカルボ」と入力したため違う薬が処方されたとわかった。カルボシステイン錠500mgに薬剤変更となった。	電子カルテの入力間違い。	今後も、患者様より症状を聞き取り処方内容とあっているか確認する。	アカルボース錠50mg「テバ」	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
1634	糖尿病患者にアクトネル錠処方。患者様から骨の薬の処方聞いていないとの事で疑義照会。アクトス錠に変更。	入力間違い	薬歴に基づいて併用薬を鑑査し、調剤している。	アクトネル	アクトス錠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
1635	眼科からの処方箋を預かった。点眼薬にまざり、アシクロビル軟膏5%5g 一日5回の記載あり。患者本人にどこに塗るのか確認したところ右目という。疑義照会しアシクロビル眼軟膏3%5gに変更となる。	入力後の確認不足。	眼科からの処方の場合、眼軟膏が考えられる。普通の軟膏が処方された場合、必ず処方医へ確認。	アシクロビル軟膏5%「トーワ」	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1636	脳神経外科からアジルバ錠20mgとランソプラゾール口腔内崩壊錠15mgの処方だった。患者聴取より、血液サラサラの薬と胃酸の薬を出しておく聞いておられたが、血液サラサラの薬が出ていなかったため疑義照会を行ったところ、アジルバではなくバイアスピリン錠100mg1錠に変更になった	バイアスピリン錠は、医療機関において【般】アスピリン腸溶錠と表示されると思われます。検索時にアス…とアシ…が近いところに表示されて選択を誤られたのではないかと推察します。	患者やご家族のお話をよく聞き、疑わしい点があれば積極的に疑義照会を行います。	アジルバ錠20mg	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
1637	高血圧で受診中の患者。元々、オルメサルタンで治療中。血圧高くなってきていることから処方変更の説明を受けて来局。処方された薬剤はアジレクトであった。アジレクトはパーキンソン病の治療薬であることから疑義照会を行った。患者はパーキンソンの既往歴はなし結果、本来アジルバを処方するところ、間違えてアジレクトを処方したとのこと。	医師の処方箋入力ミス。	類似名称医薬品をピックアップし、事務、薬剤師全職員に周知している。	アジレクト錠1mg	アジルバ錠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
1638	アストミン散10%が処方された。通常は使用されない薬品のため疑義照会。アスベリン散10%の間違えであった。	使用頻度のない薬品が処方された場合は、疑義照会かけた方が賢明である。	普段使用しない薬品で、用量に問題なくとも、疑いを持って行動している。	アストミン散10%	アスベリン散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
1639	アストミン散10%が0.45g(1日量)にて処方。過量の為、アスベリン散10%と間違えた可能性を疑い疑義実施。アスベリン散10% 0.45g(1日量)へ変更となりました。	アスベリン散、アストミン散のどちらも採用しており、繁忙期だった為、記載ミスをしたと思われる。	アスベリン散、アストミン散は勿論、小児の薬に関しては体重や薬歴を参照してから調剤するようにしております。	アストミン散10%	アスベリン散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
1640	体重 17kgで アストミン散 0.3gで処方出た 薬量多いので 確認したところ アスベリン散の 病院事務の入力間違いでした	アスベリン アストミン ともに2文字 同じなので 間違えたのだと思います	体重 必ず確認して 薬量異常無いか 確認したいと思います	アストミン散10%	アスベリン散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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1641	2022/05/11にL-アスパラギン酸Ca錠200mgの処方箋を応需。患者からの聞き取りにより、低カリウム血症と説明があったことを聴取。カルシウム、カリウムの間違いである可能性もあるため、検査値を確認。カルシウムは正常値、カリウムが低値であることから低カリウム血症であると推測され、疑義紹介に至る。結果、アスパラカリウム錠300mgへの変更となる。	処方医の処方誤り。あるいは類似薬であるため、入力間違いも考えられる。	処方箋のみを見て調剤するのではなく、患者聞き取りや検査値なども参考に調剤することを再度薬局内で共有した。	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
1642	患者からK値が低いから薬を追加するといわれたとお聞きし、処方箋を確認するとアスパラCaが追加になっていた。疑義照会すると医師の入力ミスだったことが判明しアスパラKに変更になった。	類似名による医師の入力ミス。	患者の言葉を傾聴し、処方箋の内容と照らし合わせていく。	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
1643	退院処方でアシバラKあり。介護者から情報提供あり。退院後かかりつけ医から処方あり、アスパラCaであったため疑義照会。結果アスパラKへ処方変更となった	薬品名の類似	手帳が持参なくても、聞き取りが必要	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
1644	眼科はいつも当薬局利用の患者が処方箋をもって来局。ダイアモックス錠250mg 3錠分3毎食後と一緒にアスパラ-C A錠200mg 3錠分3毎食後が処方されていた。現疾患が緑内障であることや処方内容より、アスパラ-C A200は薬品名記載誤記が疑われたため、疑義照会実施。その結果、アスパラカリウム錠300mg 3錠分3毎食後に変更となった。	薬品名類似のため、選び間違えたと思われる、	お薬手帳持参していない患者に対して、お薬手帳の有用性を説明し活用してもらう。処方内容に間違いがないかよく確認していく。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1645	アスパラCA錠200mgが処方されていたが患者の聞き取りで血液検査でカリウム値が低値だったとのことで疑義照会。アスパラカリウム錠300mgに処方変更になった。	医療機関の薬の名称類似による処方入力間違いと思われる。	患者への処方内容に対する状態の聞き取りを必ず行う。	アスパラ-C A 錠 2 0 0	アスパラカリウム錠 3 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
1646	整形外科の処方。骨密度低下で処方されたと聞き取り。エディロールカプセルとアスパラカリウム散50%1.2g(600mgに相当)の処方。カリウム低下について医師から説明聞いておられず。アスパラギン酸Ca600mgの可能性高いと判断し疑義照会した。当初対応の職員からは「カルテの記載と相違ないので問題ない」との回答だったが、上記伝えて直接医師に確認を依頼したところ、アスパラギン酸Caに処方変更になった。	名称が酷似しており処方時の薬剤選択ミスと考えられる。受付対応の職員はアスパラカリウム散の適応症を理解していなかったと思われる。	疑義照会の回答に疑念が残る場合は、医師に再度確認してもらうか、直接医師につないでもらう。	アスパラカリウム散50%	アスパラ-C A 錠 2 0 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
1647	アルファカルシドールと共にアスパラカリウム錠が処方されており、患者へ聞き取りをしたところ、骨の薬が出るということだったため、名称類似品であるアスパラCAとの選択間違いを疑い疑義照会。薬剤変更となった。	病院での薬剤選択間違い。頭4文字まで同じため検索時に上がってきたと思われる。	事例の共有、アスパラCAとアスパラカリウムの選択間違いについて注意喚起。	アスパラカリウム錠300mg	アスパラ-C A 錠 2 0 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
1648	本人より「Ca値が正常に戻って来てるから半分に減らすと言われた」と聞き取った。継続薬の減量では無く、一般名が類似している別薬剤に変更されていた為、疑義照会を行った。	コンピューター上の薬剤選択ミス、確認不足。	薬が変更になっている場合は、理由を確認する。	アスパラカリウム錠300mg	アスパラ-C A 錠 2 0 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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1649	透析治療の処方せんを以前より当薬局にお持ちになっている患者様がアスパラカリウム錠300mgの記載された処方箋をお持ちになって来局。当薬局では初めての薬でお話をお伺いした所、「骨の溶けるスピードが速くてカルシウムの吸収を助ける薬を服用していたが、あまり数値が改善していない。病院でカルシウム剤を注射しているが、足りないから薬が追加された」と説明あり。処方薬がアスパラカリウム錠300mgとなっていたので疑問に思い後日病院に疑義照会。すると、処方内容をアスパラ-C A錠200に変更してくださいと回答あり。患者様に事情を説明してアスパラ-C A錠200で投薬。	アスパラカリウム錠300mgとアスパラ-C A錠200では薬品名が似ているのでDRが入力を間違えたのだと思われる。	医師の指示通りに薬を投薬するだけでなく、患者様とコミュニケーションをとることで今回のアクシデントを防止することができた。平素より患者様とはコミュニケーションをとることを心掛け、少しでも処方内容に疑問をいただくようなら疑義照会をするように今回の事例を踏まえて共有する。	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
1650	処方箋の記載がL アスパラギン酸K錠300mgであったが、前回までL アスパラギン酸C a錠200mgで定期薬継続服用されていた患者のため、今回より変更でよいのか確認を行ったところ、処方箋の記載誤りであった。	一般名処方での記入時、または入力時に似た名称での取り違えがあったことが考えられる。	定期薬変更時は確認を行う。また名称類似により取り違えの恐れのある医薬品については検査値などで必要なお薬の確認を行えるように努める。	アスパラカリウム錠300mg	L-アスパラギン酸C a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
1651	複数薬の処方があり、アスパラーCA錠200mgの処方があったが、薬手帳で確認したところ他病院でアスパラーCA錠200mgではなく、アスパラカリウム錠300mgが処方されていた。疑義照会をして、アスパラーCA錠200mg→アスパラカリウム錠300mgへ変更になった。	薬名の類似による選択ミスと考えられる。CAをカリウムと勘違いした可能性も考えられる	薬手帳の確認と他病院の薬の情報を平素から確認できるように声掛け等を行う。	アスパラカリウム錠300mg	アスパラー-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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1652	今回から処方変更よりアルファカルシドール1マイクログラム朝食後1錠、アスパラカルウム錠300ミリグラム1錠朝食後が新規で処方されていた。患者様からお話を伺ったところ骨粗鬆症と診断されて他は特に何もDrからは聞いておらず薬局で検査値を確認したところK値は3.5と低いわけではなかったため名前が類似しているアスパラCAの間違いではないかと思い薬剤交付前に疑義したところアスパラCA200の間違いであった。	門前医療機関の事務員に新人が入ったのでカルテから入力の際に間違った類似名薬を選んだものと思われる。	処方変更があった場合はしっかり患者様からヒアリングを行い症状に合った薬が出ているか確認。検査値をもってきていればどちらも確認の上疑義するようにしている。	アスパラカルウム錠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
1653	骨粗しょう症の患者さんにアスパラカルウムが処方された腎機能が悪く、カルシウムの制限があると聞いていたので問合せ、アスパラCa錠に変更された	患者さんの特徴、副作用、原疾患がすぐに目につくように処方歴と一緒に確認できるようにしている	処方せん受け取り時に新しい薬が出た患者には、どのような症状で薬が増えたか、減ったかを聞き確認する	アスパラカルウム錠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
1654	2歳児にアスピリン原末処方あり。川崎病の可能性もあり、処方の外形上は問題なし。患者ご家族に聞き取りをしたところ、川崎病ではなく、咳と熱の症状であるということであったため、疑義照会。アスピリンの処方間違いであったことを確認し、処方変更。正しい薬剤で交付。	名称が似ており、いずれも小児に処方される薬であるため、間違えて打ち出してしまったものと推測される。	処方の外形上は問題なくとも、患者にきちんと服用背景を確認する。	アスピリン* (丸石)	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
1655	アスピリンシロップの容量でアスピリンDS2%と処方箋に記載されており、4倍量で処方されていた。調剤を行う際に発見し電話で疑義照会を行ったところアスピリンシロップに変更になった。	出荷調整のため当薬局がアスピリンシロップがしばらく入荷できないため他の薬剤に変更を度々お願いしていた。その代替候補品の中にアスピリンDSも入っていたため今回の事例が起こったと考えられる。	調剤を行う際に必ず小児の場合体重や年齢から容量監査を行ってから調剤するように普段から取り組んでいたため今回の事例も発見できたと考えられる。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1656	アスピリンDS2% 0.4g 処方 6歳の為 アスピリンはDsではなくアスピリン散10%の可能性が高い為疑義	アスピリンにDs製剤と 散がありそれぞれ濃度が違うため調剤時注意必要	全員に周知しおした。	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
1657	アスピリン散2%の適正量をアスピリン散10%で処方していたので疑義照会を実施して処方変更を確認	薬品名の名称類似によるミス	体重換算と薬剤チェックの徹底を実施	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
1658	5歳16kgの患者にアスピリン散10%が1.6g/日で処方されていた。明らかに過量のため疑義しアスピリンDS2%1.6g/日に変更指示あり。ドクターの勘違いもあったかもしれないが、そのまま服用すると副作用のリスクも高くなり危険性があったと思われる	医療機関が忙しいようだったので、レセコン上の入力ミスがあったかもしれない。	アスピリンDS2%とアスピリン%2規格あるため、成分量を処方監査時にしっかりと確認する	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
1659	アスピリン散10% 0.8gでの処方があり、力価計算をすると過量服用となるため、過量と判断し疑義照会を行う。アスピリンドライシロップ2% 0.8gに変更となる。	医療機関側の処方(入力) ミスと考えられる	基本的に調剤薬剤師が処方内容を監査し作成、監査は他の薬剤師が確認するシステムを確実にを行うように店舗ルールとして決めております。	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
1660	アセトアミノフェン原末2g 頓服で10回分処方されていた、高用量の為確認した所、アセトアミノフェン200mg 2T 頓服の間違いであった。	コンピューターによる検索時、アセトアミノフェン原末を選択してしまい2Tのつもりで2gになってしまったと思われる。	高齢者であり用法用量に注意	アセトアミノフェン「JG」原末	アセトアミノフェン錠200mg 「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
1661	普段AZ点眼が処方されている患者。今回はアゾルガ配合懸濁性点眼液が1日4回と添付文書と異なる用法でだされていたため疑義を実施。AZ点眼の選択間違いだった様子、疑義にてAZ点眼に変更となる。	ローマ字入力がどちらもAZで入力するための間違いと考えられる	用法など不審な点があれば問い合わせること、また、患者さんの話をよく聞き取り追加・変更の話がなかったか聞き取ることが重要だと感じた。	アゾルガ配合懸濁性点眼液	AZ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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1662	アテノロール錠が処方された患者様に 血圧の変化を伺ったところ、血圧の相 談はしてないとお話いただいた。そ のため、どのような相談をされたか確 認したところ、振戦について相談した と確認し、薬剤の名称が類似してい るアロチノロールとの間違いの可能 性を考え、疑義照会を行った。	薬剤名称の類似による間違い	薬品名の類似品については一覧表 を作成し、監査台などに配置して いる。	アテノロール錠 2.5 mg 「日新」	アロチノロール塩酸塩錠 5 mg 「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
1663	今までロスバスタチン5mgを処方され てきた患者がアトーゼットHDを処方 された。添付文書によるとこの配合錠 はアトルバスタチンまたはエゼチミブ の服用歴がないと服用できないこと になっているが、当患者はどちらも服 用したことがないので、ロスゼットへ の変更の間違いではないかと疑義照会 した。結果、そのように変更になっ た。	処方医の、患者の薬歴の確認不足と知 識不足が重なって起こったと考えら れる。	その患者に初めて処方される薬は 添付文書を熟読し、薬歴も確認し て禁忌などがいないか確認してい る。	アトーゼット配合錠HD	ロスゼット配合錠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
1664	「アモキシサンカプセル25mg」処方 の患者に対し、「一般名：アトモキセ チンカプセル25mg」の誤処方。	商品名アモキシサンと一般名アトモキ セチンの名称類似。継続薬だが用量変 更があり、医療機関での処方入力の際 にミスが生じたと考えられる。	前回までの薬歴を確認して鑑査・ 投薬を行う。患者に医師から今回 の処方についてどのように聞いて いるか確認する。疑わしい処方内 容の場合は必ず疑義照会で処方医 に確認を行う。	アトモキセチン錠 2.5 mg 「タカタ」	アモキシサンカプセル 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
1665	患者は今までのかかりつけ医の変更を 希望しており新しい医院にて検査した 結果、以前の定期処方継続となっ た。アムロジピン10mgの処方が削除 されおり、代わりにアトルバスタチン 10mgが処方されていた。アトルバスタ チン5mgが以前から処方されており 血圧を確認したところ、降圧剤の服用 が必要と判断したため医院に疑義す ることとなった。	かかりつけ医を変更したことにより処 方内容、残薬の把握ができていなか ったと考えられる。患者は平素より 当局を利用していたため、かかりつけ 医を変更したい心情や定期処方の把握 ができており今回のご処方確認でき た。	調剤投薬業務だけでなく普段から の患者様とのコミュニケーション が重要であると確認できる案件 だった。患者様との普段からの会 話も大切にしながら薬局業務に携 わっていかうと思う。	アトルバスタチン錠 1.0 mg 「N.P」	アムロジピンOD錠 1.0 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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1666	ロスバスタチン錠5mg 継続服用中の患者が、今回からアトルバスタチン錠5mgに変更されていた。服薬指導時に確認したが、薬を変える話をしていたが、減量の話はなかった。医師に効能について電話で伝えたところ、ロスバスタチン錠5mgに変更された。	ロスバスタチンとアトルバスタチンの効能効果比較	薬剤変更時は服薬指導時確認を行っています。同効薬の変更は理由について変更理由について認知しているか確認しています。	アトルバスタチン錠5mg「DSEP」	ロスバスタチン錠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
1667	アベロックス錠400mgが、1日3錠毎食後で処方された。用法としても用量としても通常のものではないため疑義紹介したところ、薬剤の処方ミスであることが判明し、アロフト錠20mg 3錠毎食後に変更になった。	「ア」「ロ」の文字が共通しているため、誤って処方してしまったと推察される。	普段取り扱う頻度が少ない薬剤の処方箋を応需した際には、調剤前に用法と用量を調べ、問題がないと判断できてから調剤に取り掛かる。	アベロックス錠400mg	アロフト錠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
1668	「アムロジピン2.5mg・アトルバスタチン5mg配合錠:1」の処方追加があり、在庫が無かった為、アマルエット1番「トーワ」を手配し、調剤してお渡しした事と、アマルエット1番「トーワ」が、出荷規制でもあったため、手配に時間がかかり。大変でしたと、報告を受けた。報告を聞いて、アトルバスタチンの追加も必要なかと疑問に思い処方元へ問い合わせを行った所、「アムロジピン2.5mg錠」の追加であったことが判明。薬を回収し、薬の取替を行う。	病院の事務さんの勤務経験が少ないことで、処方された薬品を処方せん入力する時に、選択を間違える事が数件起こっていた。今まで、配合剤の処方がない薬品であったため、もしかして薬品の選択間違いではと思い、疑義照会を行った。	基本ではありますが、処方追加、処方変更時、内容に疑いがある時は、疑義照会を行う。	アマルエット配合錠1番「トーワ」	アムロジピン錠2.5mg「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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1669	前々回までアムバロの処方が継続的に 行われていた。前回処方よりアムバロ →バルサルタン80mgに減量となっ ていた。処方内容変更の患者確認も前回 から減量で血圧安定と聴取、疑義照会 にてバルサルタン80mgの処方と確認 が取れた。	医師が前回D _o で処方をするところ があるが、前々回の処方を使用した為 に起きたと推測。	薬局では前回処方内容と変更有無 を窓口に来られた方と確認、症状 を聴取したうえで変更点に不信感 がある場合は病院に確認を行う。	アムバロ配合錠「ト ワ」	バルサルタン錠80mg 「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
1670	血圧高くてアムロジピンOD5から10へ 増量多剤 テラムロApにもアムロジ ピン入っているためオーバードーズ	本来 他科受診 休診のため 移って きたところで医師が確認不足だった	配合剤等オーバードーズになるた め 配合錠の確認	アムロジピンOD錠10 mg「ファイザー」	アムロジピンOD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
1671	普段から定期的に来局している患者 で、前回処方と比較しアトルバスタチ ン錠5mg1錠からアトルバスタチン錠 10mg1錠に増量になっていて、その まま投薬しそうになっていたが、患者の話 をよく聞くと医師からコレステロール の薬の増量の話はなく、血圧が高め だったことだったので、疑義照会を 行った。結果、アトルバスタチンは前 回通りアトルバスタチン錠5mg1錠に 変更になり、アムロジピン錠5mgが1 錠から2錠に増量となった。	処方箋にアトルバスタチン錠とアムロ ジピン錠が並列して書かれており、同 じア行のため、処方変更時に増量する 薬を誤ったのではないかと考えられ る。</	処方変更があった場合は特に患者 の話をよく聞いて変更内容が正し いかしっかり確認する。	アムロジピンOD錠5mg 「明治」 アトルバスタ チン錠10mg「サワ イ」	アムロジピンOD錠5mg 「明治」 アトルバスタチ 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
1672	前回処方【般】アムロジピン5mg・ア トルバスタチン5mg配合錠：3から今 回【般】アムロジピン錠5mgへ変更に なった。 患者は血圧の薬が減量になると聞いて いた。コレステロール値の変化もない と。疑義照会を行ったところ【般】ア ムロジピン錠5mgから【般】アムロジ ピン2.5mg・アトルバスタチン5mg配 合錠：1に変更となった。	一般名で合剤を選択する時に誤ってア ムロジピン単剤を選択してしまったと 推察される。	処方変更時に患者に経緯の詳細を 確認する。	アムロジピン錠5mg 「ファイザー」	アマルエット配合錠1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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1673	転院にて、継続されていたアトモキセチンを処方されるべきところが、処方箋には名称が似ているアモキサンの記載があった。お薬手帳と患者様の聞き取り内容から、処方が間違えであることに気づき、疑義照会。このことにより、正しい処方に修正された。	診療領域が同じかつ、名称が似ていること。	名称が似ている薬品について注意喚起を行う。	アモキサンカプセル10mg	アトモキセチン錠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
1674	アリセプト処方患者の規格変更を実施しようとしたところ、別薬剤を処方してしまった。	名称類似	定期患者の薬剤変更があった際は必ず本人への聞き取り、薬歴を用いて確認する。	アリピプラゾール錠3mg 「YD」	アリセプト錠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
1675	いつもアレジオンLXの所アレジオン点眼が処方されていた。1日2回と記載があったのでLXではないかと思い問い合わせした。	処方入力ミスと思われる。	しっかり確認する。	アレジオン点眼液0.05%	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
1676	成人にアレロックOD2.5mg処方あり、疑問に思い投薬支援シート確認し、前回テラムロAP処方。今回テルミサルタン40mgとアレロックOD2.5mg処方あったため、アムロジピンに減量の間違いと推測し、疑義照会実施。	処方オーダー時に入力・薬剤選択を誤った可能性あり。	患者へ処方内容に関して聴取。アレルギー症状なし、降圧薬の減量のみ聞いているとお話あり。自店で管理していたため、前後の処方内容から今回の間違いに気づくことができた。	アレロックOD錠2.5	アムロジピンOD錠2.5mg 「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
1677	患者が処方箋を持参して来局。処方箋ではアレロックOD錠5mgの指示があったためその通りに調剤・鑑査・投薬しようとしたが、投薬中に患者が「過去に抗アレルギー薬で眠くなったので眠くなりやすいアレグラを処方してもらおうとしたが、病院の薬剤マスターの関係でアレグラのジェネリックのアレロックが処方されていると説明された」と聴取。明らかに間違った説明と思われるため疑義照会したところ看護師の知識不足(知識錯誤)のためアレロックが処方されていると判明。アレロックOD錠5mg2錠分2がアレグラ錠60mg2錠分2に訂正された。	何らかの原因で患者の愁訴を直接聴取しているのが薬について詳しくない・間違っていて覚えている者であったこと。	病院にて患者の愁訴を直接聴取しているのが必ずしも医師とは限らず、薬剤について知識の浅い者が聴取しているという可能性があることを念頭に置いて業務を行う必要がある、これを周知しておく。	アレロックOD錠5	アレグラ錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1678	アンテベート軟膏25g 1日1回両足の処方あり。患者聞き取りにより、水虫で受診したとの事。アンテベート軟膏「真菌」に禁忌。一次的に使う事があっても少量。25gと量も多く他剤と間違えている可能性があるため疑義照会。アトラント軟膏の間違いであったことが判明。処方変更となった。	名前が似ているため、処方入力ミスの可能性あり。	医薬品検索は4文字以上で行う。	アンテベート軟膏0.05%	アトラント軟膏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
1679	デキストロメトルファンとトラネキサム酸と併せてアンブラッグの処方があり、患者に症状を確認したところ、主訴は「喉の痛みと、痰」だったため、医師にアンブラッグの処方について疑義照会をおこなった結果、アンブラッグの処方は削除となり、アムピロキソール(15)3T毎食後追加となった。	「アムピロキソール」を入力する際に「アン」のみで検索し、誤って「アンブラッグ」を入力したものと推測される。	処方鑑査時に処方内容に疑問を感じた場合は、患者に確認の上、医師に疑義照会を行っている。	アンブラッグ錠100mg	アムピロキソール塩酸塩錠15mg「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
1680	体重10kgの幼児に対しアムピロキソール塩酸塩シロップ用1.5%が1日量3gで処方されていた。体重10kgに対しては同剤0.6gが適正用量、5倍量が処方されていたため問い合わせ。結果、アムピロキソール塩酸塩シロップ0.3%1日量3mLに変更となった。	ドライシロップの一般名がシロップ用と表示されるためシロップ剤と間違ってしまったと考えられる。用量の単位は自動で選択されると思われるので数字だけ入力し、単位がgかmLかまでは確認しなかったと考えられる。	小児用量は毎回必ず体重換算で正しい用量を確認している。	アムピロキソール塩酸塩DS小児用1.5%「タカタ」	アムピロキソール塩酸塩シロップ小児用0.3%「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
1681	痰の症状がありアムピロキソールを服用していたが、症状が改善されたため薬を減らす事になったが、実際には痰の薬は継続で出ていて代わりに胃薬が減らされていた。この患者に処方歴はなかったが、ムコスタをムコダインと勘違いして処方削除した可能性があると考え疑義紹介→アムピロキソールは中止してムコスタが処方となる。	処方医の思い込み、勘違い。	薬の変更があるときは理由についてしっかりと聞き取りと説明が必要、今後も徹底していく。その場で確認が取れなかったり十分な説明ができない時は電話フォローで対応していく。	アムピロキソール塩酸塩Lカプセル45mg「サワイ」	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1682	アンブロキソール塩酸塩45m g 3T 3×の処方記載あり、15m g 3Tのまちがえではないかと問い合わせ変更になりました。、	アンブロキソール塩酸塩45m gは、徐放性製剤なので3回ではなく1日1回でよいこと服用しなくても良いこと周知します。	錠剤のトレーに用法の記載記入します。	アンブロキソール塩酸塩徐放OD錠4.5m g「サワイ」	アンブロキソール塩酸塩錠1.5m g「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
1683	整形外科の処方箋を応需。イソジンフィールド液10%が処方されていた。患者家族に使用部位を確認したところ、足の爪がはがれた部位に使用すると確認。イソジンフィールド液はエタノール含有の為、粘膜部位には使用しないこととされている。イソジン液を処方する予定ではなかったかと疑い、疑義照会実施。結果、イソジン液10%に変更。	類似する商品名の為、入力の際に誤って入力してしまった。イソジンフィールド液にエタノールが含有していることを把握していなかった。	含有成分や使用部位について、チェックを行う。	イソジンフィールド液10%	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
1684	新型コロナウイルス感染症(28公費適応)の患者さんに対し、イソバイドシロップが30m l処方された。当初、眩暈もあるのかと思い、用法が他になかったため、疑義照会したところ、イソジンガーグル30m lの誤りであった。30m lとイソの部分の似ていたために起こった処方間違いであろう。また、新型コロナウイルスの陽性患者であり、車での診察だったことも関係あると思われる。	イソジンとイソバイドのイソの部分と、30m lが同じだったために起こった。医薬品の類似性によるミスと考えられる。同時に新型コロナウイルス感染症の患者さんで車診察も関与していると考えられる。	新型コロナウイルス感染症の28公費適応患者さんは連日数十人とかなり多い。車診察や車投薬とはいえ、直接面と向かって対峙し、丁寧に手厚い服薬指導が我が薬局のポリシーである。労災による新型コロナウイルス感染など当たり前の職種であることを忘れてはいけない。また、薬品の類似性はしばしばみられるので、この点にも注意していきたい。	イソバイドシロップ70%分包30m L	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
1685	イニシク配合錠、セララ錠50m g各1錠 分1朝食後 30日分で処方あり。前回まではテラムロ配合錠A P 1錠 分1朝食後、アムロジピン錠5m g 1錠 分1夕食後 各30日分の処方あり。本人への聞き取りにより、採血もしておらず、糖尿病もないと言われる。もしかすると、イニシク配合錠が別の名前の配合錠の可能性があるので、医師に問い合わせ後、イニシク配合錠⇒アイミクス配合錠に変更となる。	D rによるカルテ、処方箋の記載ミス。名前が似ていることから、思い込みで誤った可能性あり。	患者への聞き取り、コミュニケーションや薬歴からの病態の理解の徹底をしっかりと行うことで再発防止を行うこと。	イニシク配合錠	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1686	頻尿で受診した患者に対してイミダプリル5mgの処方が記載されていた。内科にて降圧薬が処方されており患者に確認したところ、特別血圧のことを話してはいないと確認したため、疑義にて薬品名の確認を行った。イミダプリルではなくイミダフェナシンの処方に変更となった。	薬品名が似ていた。	新規の処方に対して、窓口にて患者に確認を取る。	イミダプリル塩酸塩錠5mg「トーワ」	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
1687	インスリンアスパルトBS注ソロスターNR「サノフィ」1日1回就寝前の用法で出ており、通常毎食直前に投与する薬剤のため疑義照会を行った。ランタス注ソロスターへ変更、用法は変更なしとなった。	ランタス注ソロスター(サノフィ)のバイオシミラーで処方出したかったようだが、「サノフィ」は存在しないにもかかわらず、別薬剤の「サノフィ」で入力。用法の確認を怠ったためのミスと考えられる。	注射だけに限らず、新しい医薬品が追加された場合には必ず用法用量の確認を実施し、適切な疑義照会を行う。	インスリン アスパルトBS注ソロスター NR「サノフィ」	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
1688	薬剤変更で院内が院外処方となり附子が処方された。投薬時に煎じ方法などを確認したところ、通常通り内服せよとしか言われていなかった。ウチダの附子は刻み生薬のため、煎じが必要。疑義にてそのまま内服できる、加工ブシ末へ変更となった。	入力ミスなのか、知識不足なのかは不明(漢方医なので入力ミスの可能性がたかい)	特殊な服用方法の薬はとくにしっかりと投薬時に聞き取りを行い、医師の指示とずれがないかを確認する。	ウチダの附子	加工ブシ末「三和生薬」		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
1689	小児科より一般名記載でリトドリン塩酸塩錠5mgが処方。患者様は13歳、主訴に低血圧やめまいがあったため、ミドドリンの処方ではないか処方医に確認後処方変更となる。	一般名記載になったことで類似している名称での薬品違いが起こったと推定される。	似ている薬品の処方違いが起こることもあると再度認識した症例。処方内容だけでなく、患者様からの聴取を行い調剤鑑査を行う。名称が似ている薬品には適応を注意喚起するよう棚などに工夫を行った。	ウテメリン錠5mg	メトリジンD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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1690	平素より当薬局を利用している患者が来局。ウラリット-U配合散 ([般]クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合散と処方箋に記載) 処方されていた。しかし投薬時に貧血とうかがい相違があったため疑義照会を行ったところ、クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」に薬剤変更となった。	[般]クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合散と一般名処方に記載があった。鉄剤の一般名[般]クエン酸第一鉄ナトリウム錠と類似しているため、頭文字のみで判断を誤ってしまったと考えられる。	投薬時に初薬や追加処方があった際には、処方に至るまでの経緯を聞き取り、相違がないかきちんと確認してからお渡しする。	ウラリット-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
1691	クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム水和物錠 朝夕食後分2/2T 14TDと記載ありウラリット配合錠で交付したところ、交付時に患者から貧血で受診したとの話あり。クエン酸第一Na錠50Naの間違いではないかと病院に疑義照会を行ったところ、クエン酸第一Na錠50Naの間違いであることが判明した。	クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム水和物錠と一般名入力されていたため、「クエン酸」だけで判断して、誤って入力したまま処方箋を出してしまった可能性有。	患者に対して、受診理由や現在の状態について聞き取りを十分に行い、症状に対して処方箋の内容が適切か検討し、判断することが出来た。	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
1692	追加でクエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠が一般名で処方ありアシドーシスの治療かと思っていたが投薬時に便が黒くなるという話あり貧血薬であるクエン酸第一鉄の誤りではないかと思ひ疑義	一般名処方での選択の誤り	新しく追加になった処方薬に関して適切かどうか患者の状況を確認する。	ウラリット配合錠	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
1693	常時エイベリスを使用していた患者の処方が一般名処方にきりかわるタイミングで類似名のエイゾプトのジェネリック名プリンゾラミドが記載されていた。患者が変わる旨連絡されてなかったため、問い合わせして継続薬に変更	処方機関のチェック漏れ	電子カルテチェックを行い、患者とコミュニケーションをとって防いだ	エイゾプト懸濁性点眼液1%	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1694	他院にてカムシアHD服用転院により、処方継続となるが、カデチアHDの先発であるエカードHDが処方。カムシアHDの先発はユニシアHDである。	GEと先発医薬品の名称類似、対応医薬品選択ミス	添付文書確認患者に服用中薬剤確認	エカード配合錠HD	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
1695	新規でエクセラゼ配合顆粒が1、2g 1日1回で処方されたが、既にエクセラゼ配合顆粒は市場流通が停止されており、かつ1回量が過量だったため、問い合わせを実施	市場流通商品に対する知識不足。特に経過措置にて販売中止となったものについて1回用量や用法への理解不足	随時、経過措置品目で流通が中止される薬剤の知識アップデート用 法用量に対する適切な理解 添付文書の見直し等の実施	エクセラゼ配合顆粒	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
1696	エクメットHD2T分2処方にて今回メトホルミン250mg 6T分2が追加の処方箋を受けた。前回 エクメットHD2T分2今回 エクメットHD2T メトホルミン250mg 6T分2エクメットHD1Tに1Tあたりメトホルミンが500mg 朝夕服用で1000mg 今回追加処方の250mg 6Tでメトホルミン合算2500mgとなり1日最大投与量2250mgを超えるので処方内容を疑義照会し今回 エクア錠50mg 2T メトホルミン250mg 6T分2に処方訂正となった。	処方の元カルテはエクメットHDからエクア+メトホルミンに今回変更処方になっていたが医院の事務方がエクメットとエクアの名称を混同したのか気づかないでエクメットHDをそのまま残りメトホルミンを追加処方として処方箋を発行してしまったと思われる。	配合剤が増えてきているのでその内容、含有量を含めて処方内容を監査してから調剤に取り掛かること。処方内容が変わったときは特に注意すること。	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
1697	ルネスタ(処方箋では一般名のエソゾピクロン)の処方が朝食前であった。用法の間違ひの可能性があり疑義照会したところ、処方医はルネトロンを処方したつもりであった。すでに販売終了となっている薬剤のため、同効薬のトラセミドOD4mgに変更になった。	処方箋は一般名であったが、先発名でのルネスタ・ルネトロンの名称が似ていた為。	薬剤の変更時などは用法・用量が適切かを確認する。患者様と変更の薬剤について認識が一致しているかを確認する。	エソゾピクロン錠1mg 「DSEP」	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1698	以前から当薬局にてエソゾピクロン3mg 1錠服用中の患者に、エソゾピクロン1mg 1.5錠追加によりエソゾピクロン総用量4.5mgとなる処方箋を確認。薬剤鑑査時エソゾピクロン3mg上限量であるため処方医に疑義照会したところ、エスタゾラム1mg 1.5錠追加の誤りであることが発覚した。	薬剤名類似の為、処方箋入力の際に間違えたものと思われる。	薬学鑑査の際は用法用量・適応・年齢制限等、処方が患者に適しているか確認する。増量などの際は特に上限量に気を付けて添付文書等を使い確認する。	エソゾピクロン錠1mg 「サワイ」	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
1699	エソゾピクロン2mgで処方箋記載されていたが患者より変更の説明なしでDRにTEL入力ミスで1mgに変更	カルテの転記ミス	薬歴確認	エソゾピクロン錠2mg 「KMP」	エソゾピクロン錠1mg 「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
1700	男性にパリエットとエストリール錠が初処方男性にエストリールを処方してもよいのか、製薬会社に問い合わせ→老人性骨粗鬆症の適応はあるが、現在は推奨されていない。主治医に疑義するように回答あり。本人確認するも、むかつきありで胃腸薬と吐き気止めを処方するとのことだった。疑義照会し、エクセラゼに変更された。	医薬品の名称類似	処方監査をしっかりとる。患者さんと話して、つじつまが合わなければ疑義する。	エストリール錠0.5mg	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
1701	初来局の患者。初めて整形外科を受診され、エバミール1mg 3錠分3毎食後で処方された。16歳の患者様であること、不眠の症状は全くない事、整形外科での処方であるため、用法の面からも疑問を感じ、処方医に問合せを行った。問合せた結果、レバミビド100mg 3錠分3毎食後へ処方変更となった。	Drが電子カルテで入力する際に、(おそらくローマ字変換の為)レバミビドの頭文字「R」を入れずに打ち込んだ可能性が高いと考えられる。	新患、新規処方には特に注意を払い鑑査を行うようにする	エバミール錠1.0	レバミビド錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1702	患者様は血圧高いため薬変更すると聞いていたが処方追加になっていた薬がエフィエント錠3.75mgだったため不思議に思い問い合わせしエンレスト錠100mgの間違いだったことが判明。	名称類似で処方入力時、選択を間違えたと考えられます。	処方変更時は特に患者様からもしっかり聞き取りするようにしています。	エフィエント錠3.75mg	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
1703	追加処方としてエブレソ錠20mg3錠毎食後28日分があったが、用法用量がおかしかった。普段は処方されない薬剤のため、患者さんに確認すると貧血についての話はされていないとのこと。問い合わせを行うとエベリゾン錠3錠毎食後28日分に変更とのこと。入力間違いであった。	カルテ記載の文字が読み取り辛い。処方入力時の確認漏れ。	用法用量の確認をしっかりと行う。処方変更・追加などについてどのような説明を受けておられるかなどの聞き取りを出来るだけ行う。	エブレソ錠20mg	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
1704	夕方頃、処方箋をお持ちになられた。事務員が受付対応を行い、エブレソの在庫がないため取り寄せになると伝えた。 「準備できてから連絡くれれば行くよ」とお話し当日は帰られた。その後処方箋内容を確認したところ、整形外科でエブレソが出ていること、用法に疑問を抱いたが、病院が時間外の時間だったため当日は疑義できず。翌日も休診だったため2日後に問い合わせることになった。翌日の段階で患者に経緯をお話しし、問い合わせ後にお渡しになることを先にご了承いただいた。その際医師との診察状況を確認したところ、「腰回りの筋肉が凝っているから薬を出す」と言われたと確認。患者は今まで腎性貧血(そもそも貧血の類)の治療はされておらず、前兆無く今回いきなり治療開始になるのはおかしいと判断。エブレソは週3日服用の薬のため1日1回昼食後56日分での処方是不自然。そもそも整形外科で出ている時点で疑問を感じた。さらに患者は脳梗塞の既往があり、高血圧でもあるため使用するには慎重投与である。加えて相互作用のあるスタチンも服用されているため処方はリスクが高い。(添付文書より) 以上のことより、患者のお話から筋弛緩薬(エベリゾン等)を出したかったが処方を間違えた可能性が高いと思われた。 以上の点を踏まえ、医師に下記2点を確認した。1. エブレソ処方だった場合、本来週3日服用の薬のため用法が誤っている旨、使用に関してリスク因子が高い患者であるがそちらを確認の上での処方であるのかを確認。2. 患者から「筋肉の凝りを取る薬を出す」とお話を伺ったが、類似名のエベリゾン等の筋弛緩薬と成分名を間違えていないかを確認。 結果、医師は筋弛緩薬を出すつもりだったということで、類似名の医薬品記載ミスと判明。エベリゾン錠50mg1日1回昼食後56日分処方正しいものと確認。	PC入力によるものと思われる処方箋。薬剤(一般)名が類似しており、医師が名称の選択ミスをしたものと考ええる。	薬剤の内容に少しでも疑問を感じたら、日にちをまたいでも患者様に了承いただき、確認を行う。	エブレソ錠50mg	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1705	<p>以前からエリスロシン錠200mgが処方されていた患者。今回から一般名処方となっていたが、処方箋の記載が【般】エリスロマイシン錠200mgとなっていた。</p> <p>レセコン入力時に代替薬でエリスロシン錠を選択できなかったため調べたところ、エリスロマイシン錠は先発品: アイロタイシン錠(現在は販売中止)の一般名であり別成分の薬であることが発覚。適応症も異なり、患者からも処方変更はないと聞き取ったため疑義照会。エリスロシン錠200mgの一般名、【般】エリスロマイシンステアリン酸塩錠200mgに変更となった。</p>	<p>一般名が類似しているため病院がマスタ作成を間違えた可能性や医師が間違えて選択してしまった可能性がある。</p>	<p>レセコン入力時に薬剤変更でヒットしなかった時には保健薬辞典などを確認する。</p>	<p>エリスロマイシン錠200mg 「サワイ」</p>	<p>エリスロシン錠200mg</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>
1706	<p>患部の疾患は完治に近く、患者本人の体感によりオイラックスクリームの塗布を継続したいとDrに希望したと患者家族より聞き取り有。今までは他院からオイラックスクリーム処方されていた。</p>	<p>症状は完治に近い様子なのにステロイドオンだった為疑義</p>	<p>家族とのコミュニケーションを図り、患者の疾患の様子をしっかりと聞き取る</p>	<p>オイラックスHクリーム</p>	<p>オイラックスクリーム10%</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>
1707	<p>R4.9月にイボの治療で初めてヨクイニンが処方された。その際、ヨクイニンエキス錠「コタロー」で処方されていたがお子様が発熱をまだ飲めないと母親より訴えがあり、ヨクイニンエキス散「コタロー」に疑義照会で変更。服用を開始した。R4.11月の2回目に来局されると、オースギ52のヨクイニン湯エキス顆粒処方へ変更されていた。母親に前回の薬が問題なく飲めたこと、医師から薬の変更の話がなかったことを確認。また、オースギのヨクイニン湯の適応が関節痛や筋肉痛など適応にイボの治療がないため、疑義照会を行い、以前と同じヨクイニンエキス散「コタロー」に変更となった。</p>	<p>ヨクイニンエキス散とヨクイニン湯エキス顆粒で名称が似ている事。</p>	<p>初めて処方される薬の場合は、疾患やなぜ服用するのかを聞き、その薬の適応にあっているかを確認。また聞き取った内容は薬歴にしっかりと残り、次回へつなげられるようにする。今回の薬については今後も間違いが起こらないように薬局内で注意喚起を行う。</p>	<p>オースギよく苡仁湯エキスTG</p>	<p>ヨクイニンエキス散「コタロー」</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>

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1708	前回オキシコドン10mg徐放製剤の処方。また同一処方箋にオプソ内用液の処方あり。今回オキシコドン10mg(乱用防止製剤)の処方であったため確認のため疑義照会。オキシコドン徐放カプセル10mgに変更となった。	入力時に処方名類似しているため薬剤選択誤ったと考えられる。	同一処方にレスキューの重複が無いか、前回処方の確認を行っている。	オキシコドン錠10mg N X「第一三共」	オキシコドン徐放錠10mg「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
1709	オキノーム散10mg2包 1日2回朝夕食後、オキノーム散5mg1包 疼痛時(頓服)が処方され、前回処方が、オキシコンチンTR錠5mg2錠 1日2回朝夕食後、オキノーム散5mg1包 疼痛時(頓服)の為、オキシコンチンTR錠の増量する際の処方入力の際には無いかと考え、疑義照会を行い、オキノーム散10mgからオキシコンチンTR錠10mgの変更の指示となった。	前回処方からの薬剤変更の際、処方内容の入力のミスがあった。	前回処方からの薬剤変更の際、処方内容が妥当かを考え、他の薬剤師や書籍を参考に判断するように調剤を行う。	オキノーム散10mg	オキシコンチンTR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
1710	7歳のお子さんに【般】トスフロキサシントシル酸塩錠7.5mg4錠分2朝夕食後7日分、1日量300mgで処方が来た。処方量が多いので、疑義照会したところ、オゼックス錠小児用60mgを4錠 1日量240mgで処方するつもりであったとの回答だった。	処方を選ぶときに、規格違いを選択してしまったと思われる。	患者年齢と用量が妥当か、疑問があればすぐに医師に確認を取る。	オゼックス錠7.5	オゼックス錠小児用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
1711	オゼンピック皮下注0.25SDが初めて処方され患者へ服薬指導を行ったところ「4回使えるって言われたよ」ということ。SDは1回使い切りのタイプであるため処方医に確認しオゼンピック皮下注2mgに変更となる。	手書きの処方せんであったこととSDとSDではない製剤が存在していることとの認識不足があったと思われる。類似名で使い方の異なる製剤があるためとり間違えが起きたと思われる。	デバイスが異なる製剤がある時には更によく確認をおこなっていく。初めて投薬する患者の場合は特に聞き取りを強化していく。	オゼンピック皮下注0.25mgSD	オゼンピック皮下注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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1712	オメプラゾン10mgとファモチジン10mgが処方されていた為、お薬手帳を確認したところ、前回処方方はオルメサルタンOD10mgとファモチジン10mgであった。今回から新しい医療機関に変わっていた為、患者様との確認を行った後、疑義照会を行ったところ前回処方に変更となった。	医療機関側の患者様とのコミュニケーション不足、医薬品の名称類似によるカルテ記載不備、処方内容の入力間違い・確認不足が考えられる。	お薬手帳を用いた処方監査の徹底、患者様とのコミュニケーションによる齟齬によって間違いを発見しやすくしている。	オメプラゾン錠10mg	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
1713	お昼ごろ、オルメサルタン錠20mgと記載された処方箋をもって来局された。お薬手帳の持参あり。お薬手帳にはテルミサルタン錠20mgが過去に他院から処方されていた。他院から移ったとのことだった。医師が異なるため、薬が変更になったのかと思っただが、患者様に確認したところ、薬が変わった理由はわからないとのことだった。金額も高くなるため、どうして変わったのか知りたいとのことだった。医師に変更理由を確認したところ、テルミサルタンと記載することろ、オルメサルタンを記載してしまったとのことだった。	名称が類似していることが要因と思われる。類似点としては、語尾が「~サルタン」で共通であること、オルメサルタン、テルミサルタンどちらにも20mgの規格が存在すること。	薬の変更があった際は、異なる医師からの処方であっても必ず患者様に薬が変わると聞いているか確認をとるようにしていきたい。可能であれば変更理由も患者様からヒアリングできるとミスを防ぐことができると思う。	オルメサルタンOD錠20mg「トーフ」	テルミサルタン錠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
1714	いつもと違う薬剤での処方であったため、患者に確認したところコレステロールの薬を出す話は聞いていないとのことと疑義照会。結果いつも服用されていたアムロジピン5mgへ変更となる。	処方箋発行時の入力ミス	服薬指導時に説明ではなく、患者と一緒に確認すること	カデュエット配合錠3番	アムロジピン錠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
1715	カムシア配合錠HDに「カナグル錠から変更」のコメントあり、正しくはカムシア配合錠HDではなくカナリア配合錠であった。	クリニックでのレセコンの操作ミス	薬歴を確認する。	カムシアHD「あすか」	カナリア配合錠		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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1716	以前まで別の病院および薬局を利用されていた患者さんが、当薬局近隣の病院に転院することになり、継続処方での診療を受けることになった。持参した処方箋とお薬手帳を確認したところ、以前まではカンデサルタン錠4mgを処方(服用)されていたが、今回持参した処方箋ではカルデナリン錠4mgに変更となっていた。患者さんに聞き取りをしたところ、以前まで処方されていた内容をそのまま継続するとのお話であったため、処方医に疑義照会。結果的に従来通りのカンデサルタン錠4mgに処方変更となった。	別の病院の処方内容を引き継ぐことはよくあるが、今回は処方薬剤名が類似しており、同じ降圧薬であったため、十分な確認を行わないまま処方箋が出されたと考えられる。	改めて、患者への聞き取りとお薬手帳の重要性について再確認した事例であった。薬局では特に新規患者への初回聞き取りとお薬手帳での確認を重要視しており、今回もその確認ができたため、処方変更へと繋がった。	カルデナリン錠4mg	カンデサルタン錠4mg 「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
1717	新たに転院になった病院にて以前から服用している薬剤がDO処方が出されていた。その中でいつもなら「カンデサルタン錠4mg「あすか」」が処方されているはずが「カルデナリン4mg」に変更になっており、その処方箋を患者さんが持参。投薬時に薬剤変更の有無や主治医からの話の内容を確認したところ特に以前の薬を変更するような話は主治医からはなかったことを確認した。他にも服用薬剤数が多く全部で9種類の薬剤が処方されていたため主治医の入力間違いを疑い、患者さんの同意を得て疑義照会で確認したところ入力間違いが判明した。主治医からはお薬手帳を確認しながら入力したつもりが入力ミスがあったようだとの謝罪があった。患者様と付き添いのご家族には経緯を説明し、正しい薬をお渡しした。	この患者さんは先発薬希望の方であるが「カンデサルタン「あすか」」だけはAGのためジェネリックでのお渡しを同意されており、主治医も患者さんは先発希望の方との認識でいた可能性がある。そのためカンデサルタンをカルデナリンと勘違いしたことが想定される。また両剤ともに高血圧症の治療薬であり、ともに4mgの規格がある薬剤であったことも重なり間違いになったものと考えられる。	お薬手帳の確認と患者さんからの聞き取りにてわずかな矛盾点も見逃さないように細心の注意を払う。少しでもおかしい点があれば躊躇なく疑義照会し疑問点の解消を図る	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1718	風邪症状の患児にアスピリン・カルバマゼピン・ニボラジンの処方あり。カルボシステインの間違いでは?と気づき、疑義照会后、カルボシステインに変更となった。	頭文字2文字が同じだったため、電子カルテでの処方薬選択ミスと思われる。	用量や患児の症状から処方薬の内容もしっかり確認する。	カルバマゼピン細粒50%「フジナガ」	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
1719	カルバン錠100mgが新規処方あり。当薬局に取扱がなく、また初回用量において過量であった。まず患者家族へ聞き取りを行ったところ、継続使用していたカルバマゼピンが増量と聞いており新規薬剤処方についての説明はなかったと仰せ。処方内容の確認のため疑義照会→処方薬剤名の誤りであることが発覚。カルバン錠→カルバマゼピン錠へ変更。	類似薬剤名の確認不足	患者さまへの聞き取りも十分に行い、処方内容が適当か慎重に行う。	カルバン錠100	カルバマゼピン錠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
1720	高齢女性の処方箋をご家族の方が持参。心不全でしばらく総合病院に入院しており退院したのでまたかかりつけ医から処方してもらうことになったということ。お薬手帳から退院時処方にはアーチスト2.5が記載されていたが持参された処方箋にはなく、代わりにカルバン25が処方されていた。病態や効能効果からアーチスト2.5の間違いではないかと推察されたため疑義照会を掛け薬剤変更となった。	総合病院からかかりつけ医に紹介状はあったようだが一般名のカルベジロールで記載されていたようで薬剤名を誤変換したと思われる。	日頃から患者やその家族とコミュニケーションを取るようにして不自然に受診間隔が空いたり大幅な処方変更があった場合は特に注意して積極的に疑義照会をかけるようにしたい。	カルバン錠25	アーチスト錠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
1721	カルボシステイン錠500mg 1錠 疼痛時・発熱時にて頓服処方、処方目的よりカロナール錠500mgではないか疑義照会し、カロナール錠500mgの処方間違いであった。	医薬品の頭文字が似ており、選択を誤ったと思われる。	患者への体調の聞き取りとの差異や、用法用量に不適切なものがある場合、適切に疑義照会を行う。	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1722	4歳16kgの患者にカロナール細粒50% 0.8gで処方されていた。用量が多いため疑義照会したところ、カロナール細粒20%0.8gに変更となった。	カロナール細粒の規格入力間違い	体重あたりの用量の監査を徹底する。20%40%50%がある薬であることを情報共有する。	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
1723	定期トアラセット配合錠3錠分3毎食後服用中患者に感冒症状にてカロナール錠300mg 3錠分3毎食後の処方。トアラセット配合錠の成分としてアセトアミノフェン975mg/d服用中のため上気道炎としての1日量超過。薬剤変更後提案しイブプロフェン200mg 3錠分3毎食後へ変更となった。	発熱外来にて追加受診。定期服用中薬剤の説明など患者側からもしづらい環境と思われる。	過去薬歴、手帳記録の都度確認。	カロナール錠300	イブプロフェン錠200mg「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
1724	ザラカム配合点眼液が継続処方されている患者で、今回の処方箋の記載が(般)ラタノプロスト点眼液0.005%に変更になっていた。患者への確認で、眼圧は安定しており、薬の変更も聞いていないと返答あり。処方内容について疑義照会を行い、(般)ラタノプロスト・チモロール配合点眼液に変更となる。	医師の確認不足	薬歴の確認と患者への聞き取り	キサラタン点眼液0.005%	ザラカム配合点眼液		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
1725	アスピリンを他院で処方があり、平素から使用している患者様にキャピリン配合錠が処方されていた。患者様には薬を変えて飲むようにとの指示もなかったとのことで疑義照会。結果タケキャブに変更となった。	今回の病院でアスピリンを他院でもらっているという確認がなかった。病院が入力を誤った。	併用薬はお薬手帳や口頭で毎回確認することを徹底している。	キャピリン配合錠	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
1726	胃の症状を訴える患者にキャピリン錠が初めて処方された為疑義照会を行った。タケキャブ錠20mgへ変更となった。	医師の単純ミス。キャブの部分と同じなので誤った。	患者への丁寧な聞き取りを行う。新規薬剤が処方される時は特に注意する。疑問が生じた時は疑義照会を必ず行う。	キャピリン配合錠	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1727	施設入所中の患者様に【般】クアゼパム錠15mg 1回1錠1×寝る前が処方となった。今までは【般】クロナゼパム錠0.5mgが処方されていた。施設の看護師からは状態は安定していると聞いていたため、疑義照会し、【般】クロナゼパム錠0.5mgへ変更となった。	名称が類似しており、入力を間違えたものと思われる。	前回の処方内容を確認し、処方変更あれば、患者の状態を確認し必要に応じて疑義照会を行う。	クアゼパム錠15mg 「アメル」	リボトリール錠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
1728	一般名クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠が処方された。退院時の処方では一般名クエン酸第一鉄ナトリウム錠が処方されていた為患者に聞き取りをしたところ、薬の変更などは聞いていないとのことだったので疑義紹介した。結果、一般名クエン酸第一鉄ナトリウム錠に変更になった。	医師が処方入力をする際に薬剤の選択を誤ったのではないかと推測される。	今回はお薬手帳から処方薬の間違いに気づくことができた。今後も薬歴の確認や患者からの聞き取りを継続していきます。	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
1729	8歳の患者、感冒のため受診し、グラクティブが処方されていた。既往歴なく、8歳の患者にいきなり処方が出るとは考えにくく、服用により低血糖が起きる可能性があるため、確認。グラクティブ50mgをクラリス50mg 4T分2 4日分へ変更と確認した。	類似薬品名の入力ミス。	受診理由に応じた処方内容になっているか確認する。	グラクティブ錠50mg	クラリス錠50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
1730	水いぼの患者さんに「クラシエヨクイニン湯エキス錠」処方あり。効能・効果が「関節痛・筋肉痛」の為、疑義照会を行い、「ヨクイニンエキス錠コタロー」に変更となった。	処方する際に、医師が、「クラシエヨクイニン湯エキス錠」と「ヨクイニンエキス錠コタロー」を間違ったと推定される。	服薬指導の際に、患者さんからのヒアリングで気付くことができた事例。しっかりヒアリングを行い、適切な服薬指導を行うことが重要と思われる。	クラシエよく苡仁湯エキス錠	ヨクイニンエキス錠「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1731	処方日まではバイアスピリンが処方されていたが、今回の処方ではバイアスピリンが止めになって代わりに漢方が処方された。が桂枝加苓朮湯は関節痛・神経痛の薬なので交付時にどんな漢方を処方すると医師が言ったかを確認した所関節痛や神経痛ではないようだったので疑義照会をした。医師に直接確認した所桂枝茯苓丸料を処方したかったとのこと。	医師の入力ミス。	監査時に桂枝茯苓丸には末梢の循環を改善する作用があるのでバイアスピリンからの変更が有り得るとあらかじめ予測は立てていた。今回どんな漢方を処方されたかを本人に確認して薬品の選択に誤りがありそうだったので疑義照会を行った。	クラシエ桂枝加苓朮湯エキス錠	クラシエ桂枝茯苓丸料エキス錠		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
1732	クラシエ桂枝加芍薬湯が処方されていたが、症状が生理不順であること、処方医より桂枝茯苓丸がでると聞いているとの訴えがあった。疑義照会后、クラシエ桂枝茯苓丸に変更となった。	処方医が頭文字が同じ漢方を間違えて入力したと思われる。	症状などをよく確認する。	クラシエ桂枝加芍薬湯エキス細粒	クラシエ桂枝茯苓丸料エキス細粒		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
1733	クラシエ十味敗毒湯エキス細粒が1日18gで処方されており、用量が多く錠剤タイプの18錠と間違いが予想され疑義照会を行ったところ、クラシエ十味敗毒湯エキス錠1日18錠に変更になった	細粒と錠剤の名称類似のため、医院側で間違えたと考えられる。	漢方の剤形違いや用量の確認を徹底する。	クラシエ十味敗毒湯エキス細粒	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
1734	クラシエ小青竜湯エキス細粒9g分3で処方されており、成人1日量6gであり、用量過多の為疑義紹介、クラシエ小青竜湯エキス錠9錠へ変更となった。	クラシエ漢方の細粒と錠剤の選択ミスと思われる。	用量の知識の拡充、確実な疑義紹介を実施。	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
1735	処方箋を見て薬剤に対する服用時点とg数に違和感クラビット細粒→クラバモックスドライシロップへ変更。	最初の2文字が同じであるため、記載ミスまたは入力ミスでないと思われる。	投与薬の用法、用量(体重換算)を必ず確認。	クラビット細粒10%	クラバ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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1736	小児(3歳児)に散剤3種類処方があり、クラリシッドDS10% 5ミリグラム 就寝前 7日分のみ体重当たりの用量がおかしいと判断し疑義照会するとクラリチンDS1% 5ミリグラム 就寝前 7日分の間違いであったことが発覚。正しいもので調剤しお渡しした。	処方医が医薬品検索で「クラリ」からクラリチンとクラリシッドの選択を誤ったと思われる。	調剤者が体重当たりの用法用量について鑑査してから調剤を行うようにしているので交付前に気付けた。	クラリシッド・ドライシロップ10%小児用	クラリチンドライシロップ1%		ヒューマンエラー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	クラリシッド錠200mg 6錠 1日2回朝夕食後で処方あり。9歳であり体重からも、1日標準用量の上限を超えていたため、クラリス錠50mg小児用の薬品選択間違いではないかと推測。疑義照会し、クラリシッド錠200mg 6錠 1日2回からクラリス錠50mg小児用 6錠 1日2回朝夕食後へ変更となる。	「クラリ」の3文字検索し、似ている名前だったため薬品の選択間違いをした可能性がある。	薬品が入っているトレイに年齢・上限量など記載し、注意喚起を行う。	クラリシッド錠200mg	クラリス錠50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
1738	サワシリンカプセル及びクラリスドライシロップが処方せんに同時記載があり、医療機関へ疑義照会しクラリスドライシロップはクレマスチンドライシロップへと変更になりました。	レセコン入力時での薬剤選択に注意し、確認をして対応をしていく。	お子様だけではなくご家族も一緒に来局をされたので診察時での情報を確認し、疑義があれば照会をして投薬を行うようにする。	クラリスドライシロップ10%小児用	クレマスチンドライシロップ0.1%「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
1739	患者に交付する際に、「アレルギー性鼻炎の薬を出すといわれた。抗生物質が出るとは聞いていない」と聴取した。クラリスが処方されていたため、不審に思い医師に疑義照会したところ、クラリスではなくクラリチンの処方間違いであると判明。患者に交付する前に判明したため、健康被害などはなかった。	薬剤名が類似しているため打ち込む際に処方薬の選択ミスが起こったこと、医師が処方薬を再確認していなかったことが推測される。	交付時に、薬の確認や患者の訴える症状の確認を必ず行い、処方内容に相違がないか確認する。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1740	ロラタジン錠10mg 2錠 分2の処方があり、疑義照会したところ、クラリスロマイシン錠200mg 2錠 分2へ変更された。	ロラタジンの先発名がクラリチン、クラリスロマイシンの先発名はクラリスのため、入力ミスが生じたと推定される。	調剤棚に注意事項を記載し、監査時に気がつくように薬局内で情報共有しています。	クラリチン錠 10 mg	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
1741	久しぶりに来局された患者で院内に薬が無いから院外にしたとのこと。クリアミンが処方されていたが、患者の既往歴や症状等の聞き取りから一致する内容が無い為、薬の間違えの可能性を考え疑義紹介を行う。クリアナールを処方する予定が誤ってクリアミンを処方してしまったとのことであった。	医師が本を見ながら薬を選んでいたりという患者の話より処方医の薬剤の知識不足かつ入力時の確認不足	処方内容と患者や家族からの聞き取りに乖離がある場合は疑義紹介を行い処方内容についての確認を徹底する。	クリアミン配合錠 A 1.0	クリアナール錠 200 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
1742	一般名処方でメトホルミン塩酸塩錠 GL250mg 6錠 分3の処方を受けた。MTではなくGLの記載があったため一日用量は3錠で用量オーバーのため疑義照会を行ったところ、Drも今まで気づいておらず、今までは病院近くの薬局から薬をもらっていたようだが、近くの薬局からの問い合わせもなかったとのことで、メトホルミン塩酸塩錠250mg MT 6錠に訂正	気づかず用量オーバーで投薬していたら、低血糖を起こし最悪のケースも考えられた。	一般名処方には十分気を付ける。末尾までちゃんと確認し処方入力、監査する。	グリコラン錠 250 mg	メトホルミン塩酸塩錠 250 mg 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
1743	グリミクロン錠 40 mg 4錠とエンペラシン配合錠が朝夕食後で7日分の処方。処方監査で薬剤師が不審に思い、問診票には蕁麻疹出受診との記載もあり疑義照会。グリチロン配合錠の間違いだったことが判明。カルテはグリチロン配合錠だったが、処方箋発行時に打ち間違えたよう。	名称が似ている薬剤なので、最初の2文字で検索し選択を間違えたと思われる。	受付時の処方監査をしっかりとす。問診票等で、病状などの患者情報をチェックし、処方内容を再度確認する。ハイリスク薬は特に注意する。不審点があったら疑義照会する。	グリミクロン錠 40 mg	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1744	(般) グリメピリド錠1mgと記載された処方箋を応需した。患者に症状を確認したところ、糖尿病の症状がないことが分かったため処方医に確認したところピリドキサール10mgへ変更するように指示があった。	両方の薬剤名に「ピリド」がついており、処方医が勘違いして処方した可能性がある。日曜日の忙しい時間帯であった為、そのこともミスが生じた原因であると考えられる。	投薬時に患者から症状の確認を必ず行う。監査時でも疑わしいことがあればすぐに患者に確認を取り、必要時は必ず処方医に疑義紹介をする。	グリメピリド錠1mg 「オーハラ」	ピリドキサール錠10mg 「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
1745	処方箋にグルコンサンK錠5mgと記載があったが、K低下は聞かれておらず。普段はグルコバイOD錠50mgが出ていたため、カルテ入力ミスを疑い疑義。結果はボグリボース0.2mgに変更。おなかの張りを相談していたので同系統で変更になった	頭3文字が同じ薬品の為、入力ミスが出たのではないかおなかの張りを訴えていたのでグルコバイからボグリボース変更かと思われる	今回は患者様からの聞き取りによって防げたので、しっかり本人でなくても聞き取るようにする	グルコンサンK錠5mg q	ボグリボースOD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
1746	「服薬している薬のせいで数値が悪くなったので薬を追加してもらった。」と患者様のご子息より話を伺う。グルコン酸カルシウムが新規で処方されるが、服薬している薬によりカルシウム値が低下する薬剤は思い当たらない。今一度過去の服薬歴を確認したところ、フロセミド錠服用によるカリウム値の低下ではないかと疑い、処方医に疑義照会。グルコン酸カルシウムが誤りでグルコンサンKが本来処方すべき薬剤であったと判明。	処方医の薬剤の入力間違いと推測されます。	服薬指導時に患者または家族からの聞き取りが非常に重要であることがわかりました。薬剤の副作用を含めた知識を身につけるために、添付文書閲覧や研修会参加などにより常に学習する体制を引き続きとっていくこととしました。	グルコン酸カルシウム水 和物	グルコンサンK細粒4mg q/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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1747	前回までグルコバイ50mg 3T分3 毎食直前の処方が続いていた患者の処方がグルベス配合錠 2T分2 朝夕直前に変更され処方箋が発行された。以前から併用薬にアマリール1mgがあり、その処方は継続となっておりグルベス配合錠とアマリール錠は併用しないことを強く推奨されるものであるため併用について疑義照会を行った。病院からFAXで新たな処方せんに差し替えてグルベス配合錠⇒グルコバイ50mgの連絡がきたのでそれに従って調剤した。	処方医が入力の際に「グル」の2文字検索で誤って入力した可能性あり。	処方変更の際には変更後の薬剤に気を取られることなく併用薬との相互作用等を再確認する。	グルベス配合錠	グルコバイ錠 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
1748	今回クレメジンカプセル200mgが3カプセル分3毎食後で新規処方。用法確認したところ200mgカプセルだと1日30カプセルが正しい量の為疑義しクレメジン細粒 6g分3毎食後での処方となる。	クレメジンカプセルの規格(1カプセル200mg)を把握していなかった。	特に新規処方においては用法用量の誤りがないか添付文章を用いて確認し、疑わしい場合はDrに疑義を行っている。	クレメジンカプセル 200mg	クレメジン細粒分包 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
1749	新規でせおそんあの処方箋を応需。クロビドグレル錠 75mg、スルピリド錠 50mg、デュロキシチンカプセル 20mgの処方だった。処方内容に疑問をもったため、患者に症状について聴取したところ、適応障害で初めて受診し、狭心症の既往等ないと確認。疑義照会したところ、クロチアゼパム錠との処方間違いであったことが判明し変更となった。	病院での処方ミスが原因。	患者からの症状、疾患の聞き取りをしっかりと行う。	クロビドグレル錠 75mg 「トーフ」	クロチアゼパム錠 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
1750	顔の炎症があり、約2年半ぶりに受診した患者。顔の症状に対して「クロベタゾールプロピオン酸エステル」が処方されていた。通常処方医は顔にステロイドクラスのステロイドを使用しないこと、類似名称にミディアムクラスの「クロベタゾン酪酸エステル」がある事から処方時の選択誤りではないかと思われた。	該当薬2種の名称が類似しており、この患者は以前受診した際に「バルデスクリーム(クロベタゾン酪酸エステルの旧名称)」の処方歴があったので、バルデスクリームの名称を修正する際に選択を誤ったと思われる。	ステロイドのランク表を調剤室内に掲示し、顔などに使用する際や小児に処方される際など、強さが適切に確認するようにしている。ステロイドは一般名類似の薬が多いので、一般名処方の際は特に名称の一致を丁寧に確認するようにしている。	クロベタゾールプロピオン酸エステルクリーム 0.05% 「MYK」	クロベタゾン酪酸エステルクリーム 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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1751	処方箋でクロベタゾールプロピオン酸エステルクリームが顔に使用と指示がありステロイドによる副作用のリスクがあった。医師に問い合わせたところクロベタゾン酪酸エステルクリームと勘違いして出してしまった旨を確認しミスが発覚。	医師の成分名に対する薬識不足、名前が類似していたことなどからミスが起きてしまったと思われる。	ステロイド剤の強さについてしっかり把握し知識を身に着ける。医師にも情報を共有し同じミスが起きないように連携する。	クロベタゾールプロピオン酸エステルクリーム 0.05%「MYK」	クロベタゾン酪酸エステルクリーム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
1752	他院処方にてクロベタゾン酪酸エステル軟膏、クロベタゾン酪酸エステル軟膏外用液を使用している患者に対し、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏、クロベタゾールプロピオン酸エステル外用液が処方される。0歳児であり、母親は同じ外用剤を出す聞いていたため疑義照会を行った。結果、クロベタゾン酪酸エステル軟膏、クロベタゾン酪酸エステル軟膏外用液へ変更となった。	病院での処方入力時、類似薬剤名の誤入力が原因と思われる。	処方監査を行う際、薬剤名の類似した品目については特に注意する。	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」	クロベタゾン酪酸エステルローション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
1753	門前の病院は最近になって一般名処方へとシステムを変更。以前からキンダベート軟膏が処方されていた患者様が今回の処方には一般名でクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏との記載で処方あり。使用部位は前回同様外陰部だった。外陰部に使用するには強すぎるステロイドであること、患者家族に確認をすると変更の話は聞いていないこと、キンダベートの一般名がクロベタゾン酪酸エステルで名称が似ていること、以上より処方間違いの可能性ありと判断。疑義照会を実施すると【般】クロベタゾン酪酸エステル軟膏に処方変更となり、今まで通りの処方に戻った。	疑義照会の返答をしてくれた病院スタッフからすると今まで通りの処方を一般名にそのまま変更しただけのことだった。病院のシステム設定ミスなのかもしれない。	薬の変更があった場合は診察時の説明と齟齬がないか内容確認を行う。ステロイドの強さと使用部位については適切な強さが選択されているかも確認を行う。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1754	他の病院でもらっていた軟膏を当該病院で同じお薬を出してもらったとのこと。今までもらっていたのはクロベタゾンであり、医師の処方ではクロベタゾールで顔に塗布となっていたので、おかしいと思い疑義照会してクロベタゾンに変更になった。	3文字検索するとクロへまで同じであるのでそこで処方を間違えてしまった可能性がある。	ステロイドの薬は必ずどこに使うのか、どの強さなのかを確認してから患者様に投薬する。また、レセコンに間違えやすい薬剤は強調したり工夫を行っている。	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
1755	診療情報提供書には、クロルマジノン25mgと記載あったが、処方内容はクロルプロマジン25mgとなっていた。	オーダリングミス	頭文字3文字で類似名称は気を付ける必要がある。患者さんの前立腺肥大等の疾患背景を理解する。	クロルプロマジン塩酸塩錠25mg「ツルハラ」	クロルマジノン酢酸エステル錠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
1756	ケトプロフェンテープが処方されていたが、今までパップ剤を使用していたことと、以前テープでかぶれたことがあると記録が残っていたため、再度患者様に確認をしたところ、病院にはパップ剤でお願いしていたとのことだった。病院に上記の旨を疑義照会したところ、ケトプロフェンテープ40mg→ケトプロフェンパップXR120mg(使用歴あり)に変更となった。	患者様と医師のコミュニケーション不足、もしくは、処方箋入力時に剤形の確認を怠っていたことが要因と考えられる。	処方監査の時点で患者様の副作用歴を確認し、処方変更があった際には患者様に事前ヒアリングで確認をとるように取り組んでいく。	ケトプロフェンテープ40mg「日医工」	ケトプロフェンパップXR120mg「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
1757	般)セファレキシン錠250mg 3T分3毎食後30日分 30日分の抗生物質投与に疑問で、問い合わせセファランチンの処方間違いだったとのこと セファランチン錠1mg3T分3毎食後30日分に変更	一般名処方で、クリニック事務の入力間違いだと思われる	数人の薬剤師で、処方せんの内容について相談できる体制を維持している	ケフレックスカプセル250mg	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1758	初めて来局した患者に内科からコスパノンカプセル40mg 1回1カプセル 1日3回 毎食後 が処方された。最終鑑査時、初回アンケートにて「この度、腹痛で受診」との記載があった。コスパノンカプセル40mgの適応とは異なることを疑問に思い、内科の医師に疑義照会し、コスパノンカプセル40mgからコリオパン錠10mgに処方変更になった。	病院側では名称類似による処方箋の入力間違いが要因として考えられる。薬局側では初回アンケートや患者への事情聴取を詳細に行えたので、名称類似の疑義照会に繋げる事ができた。	新規で処方された薬剤がある際、患者の事情聴取を徹底する。	コスパノンカプセル40mg	コリオパン錠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
1759	患者様が咳が出るという事でお薬をお願いしたところ、コデインリン酸塩錠20mg 3錠 分3毎食後 7日分と麻薬の咳止めが処方されていたので患者様に確認して麻薬とは聞いていないという事で、DRに疑義照会することにしました。	コデインリン酸塩錠はいろいろな形状とミリ数があるために処方入力時に選択を間違った可能性があると考えました。本当にコデインリン酸塩錠20mgで良いのかDRに疑義照会することにしました。	処方内容が患者様の症状合致しているのか確認して、疑わしい場合は疑義照会するようにしています。患者様との会話を通してスムーズに確認することを社内での取り決めとしています。	コデインリン酸塩錠20mg 「タケダ」	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
1760	患者にコデインリン酸塩錠20mg 1回3錠1日3回が処方された。コデインリン酸塩錠20mgの用法用量は1回1錠1日3回であるため処方医に疑義照会したところ、そのままの処方方で問題ないと回答があった。しかし問い合わせ対応者は薬の知識が無く、コデインリン酸塩錠20mgとフスコデ配合錠が同じものだと誤認していて、医師に確認を取らずに回答していた。1日の上限量である60mgを超えていたため疑義の解消に至らず再度処方医に照会したところ、入力間違いであったことが判明したためフスコデ配合錠に変更になった。	医師が処方する際に名称が類似している薬剤と間違えて入力したと推測される。また、処方箋を発送する際に処方内容の確認がされていなかった、問い合わせ対応者がコデインリン酸塩錠20mgとフスコデ配合錠を同じものであると思い込んで対応をしていたと考えられる。	用法用量に疑いがある場合は、処方医に問い合わせ確認する。薬剤師法第24条に基づき、疑義が解消されない場合は調剤してはならないことを周知徹底する。	コデインリン酸塩錠20mg 「第一三共」	フスコデ配合錠		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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1761	糖尿外来にかかっている患者にコロオパンカプセル5mgが毎食後一回2カプセルで処方された。フオイパンを服用している患者のため、肺炎治療でコスパノンの可能性を疑ったが、患者に確認したところ腹痛及び膨満感があるとのことから、そのまま投薬した。その後の受診でコロオパンが継続処方されたため、医師に確認したところ、コスパノンとコロオパンを間違えて処方していたとのことからコスパノン毎食後一回2カプセルに処方訂正された。	医師の勘違い。	紛らわしい名前の薬剤の薬効の確認。	コロオパンカプセル5mg	コスパノンカプセル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
1762	緑内障の患者にコロオパン錠10mg処方。ブスコパンを服用した際にも目に違和感を感じたとのこと。緑内障でも問題ない薬を出すため医師からは聞いたと患者から聞き取りをしたため疑義照会にて確認後コスパノン錠40mgの間違いであったと医師より返信あり。	コロオパンとコスパノンの名称が類似しているため、処方医の選択ミス。	名称が類似している薬は間違えないか、患者からの聞き取りをしっかりと行う。緑内障禁忌の薬を把握しておく。	コロオパン錠10mg	コスパノン錠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
1763	患者より処方医へ、多剤併用のため減量の申し出。定期薬のビオフェルミン錠剤を中止し、ポリフル錠500mgへの変更された。同一処方箋内に定期薬のコロネル錠500mgとポリフル錠500mgの同一成分が記載されており、疑義照会のうえ、ポリフル錠500mg→ビオフェルミン錠剤へ変更となった。	コロネル錠とポリフル錠が併売品の同一成分薬剤である事を失念されていたと推測される。	処方箋受け取り時に先確認を実施したため、入力前に未然に発見する事ができた。	コロネル錠500mg ポリフル錠500mg	コロネル錠500mg 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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1764	ザイザルシロップ 6ml 分2朝夕食後で処方箋に記載。ザイザルシロップの5歳の用量は1回2.5mlなので、5ml分2の間違いか、別の水剤では無いのか?と問い合わせ。ザジテンシロップの間違いであったことが判明。処方変更になった。	ザイザルシロップとザジテンシロップ類似名称のため、間違ったのではないかと考えられる	用法用量をしっかりと普段から確認していることで間違いに気づけたと考えられるので、しっかり添付文書を普段から確認しておく。	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
1765	他院にてサインバルタカプセル20mgを1カプセル朝食後で服用していたうつ症状で服用していたが 他院に行く時間がなく薬切らしていた。では処方してあげようと誤った薬を処方 ザイザル錠5mg 2錠分2朝夕食後で処方ザイザル5mg 2錠は 多いが最高容量となっていた。患者にアレルギー症状はないとの事で 薬剤の誤りではないかと 疑義照会 サインバルタカプセル20mgの誤りと分かった	初めて処方された薬剤は 患者とじっくり話をして どうしてこの薬剤が必要なのか検討する	処方箋をじっくりみて 薬歴 お薬手帳と照らし合わせて調剤をする	ザイザル錠5mg	サインバルタカプセル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
1766	定期的なザクラスHDを服用中の方が、今回処方ではザクラスLDへ変更となっていた。血圧が変動したのかと思いき取りも、普段通り130台。SEとみられる症状もなく、医師より変更の話も聞いていない。FAXにて疑義照会実施。ザクラスHDへ変更となった。	多忙な時間で、病院側の入力ミス	検査値の聞き取り。疑問点は必ず疑義。解消してからお渡しを徹底。	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
1767	体重14kgの子供にザジテンDS4g分2で処方あり。体重換算でも量が多い為、ザジテンシロップ4ml分2の間違いではないかと疑義照会したところ、ザジテンシロップの間違いである事が判明。	同処方箋に散剤の記載もあった為、入力時にDSと間違えたのではないかと考えられる	普段から門前処方の内容確認、粉薬の体重換算を店舗内で共有する	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1768	初めてサノレックス0.5mgが処方された患者様が来局。サノレックス錠の用法が1日1回夕食後なのに処方箋上で1日2回朝食後になっていたこと、また患者様がやせ形の体形であったため、受診の詳細を確認したところ痛み止めをもらう予定だとおっしゃったためセレコックス100mgと推測。疑義紹介にてセレコックス100mgと確認。	セレコックスとサノレックスの名称が類似している。	患者様に受診理由の確認を行う。また、サノレックスのように普段あまり取り扱いのない医薬品は特に注意して添付文書を確認する。	サノレックス錠0.5mg	セロキシブ錠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
1769	81歳男性。サラゾスルファピリジン錠500mg、1日2錠で処方、用量が少ないため患者に確認。すると、患者からの聞き取りにて、リウマチで以前からアザルフィジンEN錠500mgを院内処方服用していたこと、今回その医院が閉院したため、他院にて処方を受けたことが分かった。	医師はサラゾスルファピリジン錠500mgが大腸炎の薬だと認識していたが、患者本人からリウマチで服用していると強く説明され、そのまま処方。腸溶錠と普通錠で適応症や容量が異なることを認識していなかった様子。	薬剤の規格、剤型により適応症や用量が異なる薬剤があることを薬局内で注意喚起し、患者からの聞き取りを十分に行うこと。	サラゾスルファピリジン錠500mg「タイヨー」	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
1770	他院で服用しているサラゾスルファピリジン腸溶錠500を当病院で処方することになったが、サラゾスルファピリジン錠で入力されていたため、疑義。関節リウマチであることを確認し、サラゾスルファピリジン腸溶錠500へ変更となった。	錠と腸溶錠による適応疾患の違いの知識不足	類似名称に注意する。	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「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1771	今回からサラゾピリン錠500mgが追加になっていた。薬歴、現疾患情報から潰瘍性大腸炎の既往はなく、リウマチの治療をされている方だった。患者からは潰瘍性大腸炎の診断についてのお話はなく、リウマチの薬を追加するとのお話があった。アザルフィジンEN錠500mgの誤りの可能性が考えられたため疑義紹介。アザルフィジンEN錠500mgに変更となった。	サラゾスルファピリジンという名称類似による間違いの可能性。	現疾患の確認、患者からの聞き取りを行うよう努める。	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
1772	整形外科からの処方、リウマチ患者にサラゾピリン錠500mg処方あり。疑義照会后、腸溶錠への変更となった。	病院内のマスタ登録に腸溶錠が登録されていない可能性があると連絡あり。	薬品名だけではなく、科目名も確認するように徹底。	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
1773	以前、ボノサップ服用後、発疹、頭痛の副作用あり。初回質問票に胃の薬で副作用ありと記載。投薬時、薬剤確認しピロリ菌除去薬であることから、サワシリンからセフゾンへ疑義照会にて変更を行った。	副作用歴の確認を行う。	やくざいの初回投与時はしっかり副作用など添付文書確認し、患者背景も確認してから交付する。	サワシリンカプセル250	セフゾンカプセル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
1774	ジスロマック小児用細粒10%0.05g分2朝夕食後7日分で処方あり。通常、ジスロマックは分1服用10mg/kgの薬剤であり、患者の年齢5歳、18kgであることから用法用量不適と考え、患者に聞き取りを実施。抗生剤が出るようは話はしていなかったとのことで医師に問い合わせを実施し、ジスロマックではなくジルテックドライシロップ1.25%の誤りであったことが判明。処方を疑義照会にて変更し、正しいお薬をお渡しした。	病院側のレセコン入力時の入力誤り	年齢・体重で用法用量が適切か、調剤設計時に毎回確認を行っている。症状の聞き取りも行い、処方薬剤が適切かの確認も行っている。	ジスロマック細粒小児用10%	ジルテックドライシロップ1.25%		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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1775	前回ミテイクアダニ3300JAUを調剤し交付。今回シダキュアスギ5000JAUで処方あり。疑問に思い疑義照会。疑義にて薬剤の選択間違い発覚。ミテイクアダニ舌下錠10000JAUへ処方変更となった。	薬剤選択ミス。	過去の薬歴と今回処方との比較の徹底。患者や患者家族より聞き取りの徹底。	シダキュアスギ花粉舌下錠5, 000JAU	ミテイクアダニ舌下錠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
1776	HbA1c上昇に伴い、ジャディアンス25mgが処方に追加された。初回用量が10mgではなかったこと、患者が医師に次回はさらに倍の量にするとされていたことから、薬の選択ミスが考えられたため疑義照会を行った。その結果、ジャディアンス25mgからジャヌビア25mgに変更となった。	ジャヌビア25mgを選ぶところ名称が似ているジャディアンス25mgを選択してしまった。	名称が似ている薬は注意が必要。薬剤の初回用量も必ず確認する。	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
1777	これまでジャディアンス錠10が処方中の患者さんに、処方変更でジャヌビア錠25とトラゼンタ錠5が同時に処方されていた。同効薬であることから疑義照会を行った。ジャディアンス錠25とトラゼンタ錠5の処方が正しいことが判明した。医師と相談した結果、同効同量であるトラディアンス配合錠BPに処方変更となった。	ジャヌビア錠25とジャディアンス錠25 最初の2文字、規格の数字が同じことから記載間違い、確認間違い、入力間違いが起こったと考えられる。	糖尿病薬の重複は低血糖の発現など重篤な副作用が現れることが考えられる為特に注意、監査を行う。	ジャヌビア錠25mg	トラディアンス配合錠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
1778	テネリア20(選択的DPP4阻害剤)服用中の患者に、数値改善見られず、ジャヌビア50追加→同種同効薬につき疑義照会ジャディアンス10(選択的SGLT2阻害剤)に変更	薬選択時に、パソコンでジャだけの2文字選択をしてしまったか、若しくは、作用の覚え違いが考えられる。	薬追加時は、とりわけ、すでに服用している薬との禁忌、重複、併用注意などを、処方意図も考慮したうえで、患者様からの聞き取りも含め判断するよう心掛ける。また、疑問を抱いた場合は、確認のためにも、疑義照会を行う。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1779	薬局にて投薬時お薬手帳との違和感から、本人に聴衆したところアレルギーの悪化、血圧低下は見られず変更の理由が不明であったため問い合わせを行った。病院側は、他院から転院で紹介状より薬剤処方を行った。その時「シルニジピン10mg」と処方するところ、勘違いから「ロラタジン10mg」を処方してしまった。とのこと。	病院にて「シルニジピン10mg」を抗アレルギー剤と勘違いをしたか、コンピュータ入力時の入力間違い。	引き続き、お薬手帳や患者さん本人からの面談にて、併用薬や経緯を確認した上で投薬を行う。	シルニジピン10mg	ロラタジン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
1780	他の医療機関から転院した患者だったため、紹介状からの処方箋作成時にジルムロ配合錠を本来LDだったところ、HDで処方されていた。	クリニックの処方箋作成時の確認不足。	他院からの転院、退院時の処方内容については、お薬手帳等の前回までの処方内容の分かるものをできる限り活用し、以前までの処方内容と照らし合わせ、患者さんに確認してから調剤を行う。	ジルムロ配合錠HD「トーワ」	ジルムロ配合錠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
1781	10歳4ヶ月の患者に当初シングレア錠10mgが処方されていた。当患者は久しぶりの来院・来局であった。前回受診M時はシングレア細粒4mg対象年齢であった。今回対象年齢のチュアブル錠では無く、対象年齢街のシングレア錠剤10mgで処方されていたため疑義照会を行った。	処方元の細粒、チュアブル錠、錠剤の対象年齢の周知不足	同一成分で年齢により規格が変わる薬剤についてはリストアップし注意を払っている。	シングレア錠10mg	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
1782	定期薬としてスー ज्याヌ配合錠を服用していたが、血糖値のコントロールが不良であるため、新しくトルリシティ皮下注が処方された。しかし、DPP-4阻害薬とGLP-1受容体作動薬の安全性については確立されておらず、ガイドラインでは推奨されていない。そのため医師に疑義照会した結果、スー ज्याヌ配合錠からスーグラ錠50mgへ処方変更となった。	内服薬と注射の併用について注意が必要であり、ガイドラインに沿った薬物治療への貢献が重要である。	ガイドラインを常に意識した薬剤処方鑑査を行う必要がある。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1783	他院から転院、当薬局は初利用。メトアナとスー ज्याヌを併用していたが同じDPP-4阻害薬が含まれるため疑義。結果スー ज्याヌがスーグラに変更になった。	配合錠の内容の確認が不十分であったと考えられる。	配合錠の処方の場合、有効成分の確認を徹底、他と成分の重複がないか確認する。	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
1784	定期処方でスタレボ配合錠L100 4.5錠を服用していたが、主治医の処方変更で4錠へ減量したところ、パーキンソン症状が悪化した。急遽近隣医院でスタレボ配合錠L100 0.5錠の追加処方を依頼したところ、スタレボ配合錠L50 1錠の追加処方箋が発行された。スタレボ配合錠L100とL50ではレボドパとカルビドパの含有量は半量になるものの、エンタカポンの含有量は同じなので、L100の半錠とL50を1錠では全く同等とは言えない事。減量した主治医の元の量より多くなってしまったことを伝えた。	配合錠の場合、半分の規格品は必ずしもすべての含有成分を半分しているわけではないため、含有量までしっかり調べる必要があること。	処方変更や追加処方の場合、それが主治医の意図に沿っているか、患者様の話の中から拝察できるように努力する。	スタレボ配合錠L50	スタレボ配合錠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
1785	鼻水、吐き気等を訴えて受診した11歳の患者に、スピロノラクトン25mgが処方されていた。高血圧、むくみ等の症状が無いことを確認し、疑義照会を行った。その結果、スピロベント錠10μgの入力間違いであることが分かり、処方変更となった。	薬剤名が似ていることから、入力の誤りに気付かず処方箋を発行した。	患者の症状や年齢を考慮し、処方が妥当であるかどうか判断してから調剤を行う。	スピロノラクトン錠25mg「テバ」	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
1786	処方監査時、レバミピド、ドンペリドンと一緒にスピロベントが処方されていた。用法や他剤処方内容から不審に感じ患者確認をしたところ、消化器症状以外は認められなかったため医師に疑義照会した。結果、ストロカインの入力誤りであった。	似た薬剤名の入力ミス、入力後の内容確認漏れ	調剤、監査の段階で処方意図を考えながら作業する。不審に思う点があれば必ず確認を行う。	スピロベント錠10μg	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1787	フロセミド削除、スルピリド追加となった処方だった。患者に確認したところ、利尿剤が変更になるときいたが、胃の薬などは出ないと思う。とのことだったため、疑義照会したところスピロラクトンに処方変更となった。	医師の処方時に入力を間違えたと考えられる。	処方内容に変更などがある場合は医師から伝えられていることがないか患者に確認し、不明点有れば疑義照会を行なっている。	スルピリド錠50mg 「アメル」	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
1788	コロナ疑いの6歳男児にトランサミンシロップ、メジコン配合シロップ、ムコダインシロップ、セキコデ配合シロップが処方された。セキコデは12歳未満禁忌（呼吸抑制の感受性が高いため）なので疑義照会し、セネガシロップに変更となった。	処方入力時の入力ミスが原因だと思われる。	薬剤師・医療事務すべてのスタッフに情報共有した。	セキコデ配合シロップ	セネガシロップ 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
1789	患者の母親が処方箋をもって来局した。処方箋にはセフカベンピボキシル塩酸塩細粒10%0.6g 1日3回毎食後30日分の記載があった。薬剤師A（経験年数20年）は処方鑑査時にセフカベンピボキシルが30日分処方されていることに疑問を持ち、患者の母親に病状を聞き取った。食欲が落ちているので受診したとの回答だったため処方医に疑義照会し、ポラプレジック顆粒15%0.6g 1日2回朝食後寝る前に変更となった。	先発品フロモックス、プロマックの薬品名の類似の為の処方ミスと推定。	薬局では患者の症状と処方薬の薬効が合致しているか確認し、疑義が生じたときは疑義照会する。	セフカベンピボキシル塩酸塩細粒小児用10% 「CH」	ポラプレジック顆粒15% 「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
1790	処方薬へのアレルギー歴・副作用歴がある為照会。セフェム系抗生物質副作用ある為、セフカベンピボキシル100mg 3錠毎食後をクラリスロマイシン錠100mg 変更せよ。	患者プロフィール確認。	患者プロフィール確認。	セフカベンピボキシル塩酸塩細粒小児用100mg 「TCK」	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1791	関節リウマチ、認知症、高血圧の既往のある患者。今回新たに(般)セリプロロール塩酸塩錠200mg 1T 痛い時に処方追加となったが、今まで狭心症や心臓疾患の既往がなく、胸痛の訴えもなかったこと、処方薬剤に対して用法指示がそぐわないものであると考えられた為問い合わせたところ、(般)セレコキシブ200mgの間違いであることが発覚した。	処方医による処方入力時、薬剤選択ミスと推察される。	患者の症状や疾患に対して、処方が適切であることを確認し、疑問があれば疑義照会するよう徹底する。	セリプロロール塩酸塩錠200mg	セレコキシブ錠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
1792	悪性腫瘍で来局なさっている患者様に初めてセレキノン錠100mgが処方になっていた。前回まで処方になっていたセコックス錠100mgの処方がなくなっていた。ご来局のご家族にご本人の体調などを伺ったうえで疑義照会したところ、セレコックス100mgに処方変更になった。	処方医による処方入力ミスと思われる。	薬歴での処方歴、症状の確認の徹底。処方内容の確認。	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
1793	セレコックス錠100mgが処方されるとこと、セレクトール錠100mgが処方されていた。	薬剤名の頭2文字が同じであるため入力ミスの可能性あり。	普段、取扱をしない薬やあまり調剤しない薬が出た際はいつもより注意して調剤・処方内容の読み取り・情報収集を行うことを心掛け、少しでも違和感があれば立ち止まるようにする。	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
1794	混雑時に処方箋を持参。処方内容からは胃腸炎と推定できたが、病名とは合致しないセレコキシブ錠が記載されていたため、調剤時に薬剤師Aが気が付き、病院に電話で疑義照会を行った。その結果セレキノンに変更になった。	頭文字2文字で呼び出し、薬の選択を誤ってしまった。混雑時であった事もあり、見直しを省略、ミスに気がつかなかったと思われる。	調剤時にただ処方通りに調剤するだけではなく、処方内容全体を見て、病名に対して正しいのかどうかを日頃から確認する習慣をつけるようにする。	セレコキシブ錠100mg「DSEP」	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1795	ブチルスコポラミン臭化物錠10mg「ツルハラ」3錠、レバミピド錠100mg「オーツカ」3錠、セレコキシブ錠100mg「ファイザー」3錠 3×毎食後 10日分で処方されていたが、セレコキシブが1日2回で服用する薬剤であったため、処方元に疑義照会を行ったところ、セレキノンの処方入力間違えであったことが判明。セレコキシブをセレキノンの処方訂正を行い、調剤・投薬を行った。	薬剤名類似であったため、処方元の処方入力の変換ミスと確認不足であったと思われる。	セレコキシブが1日3回で処方されていたこと、患者の症状及び過去の薬歴を確認したところ、以前にもセレキノンの処方された記録があったことなどから、疑義照会に至った。	セレコキシブ錠100mg「ファイザー」	セレキノンの錠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
1796	今回、当局初回利用。同種同効薬が2種、同用法で処方されていたため、電話にて疑義照会を実施。疑義照会を行った結果、セレコックス錠100mgからセルベックスカプセル50mgに処方変更となった。	処方確認漏れ。	処方内に同種同効薬の重複があれば疑義照会を実施。また、患者様にお薬手帳の活用を促し、重複投与防止に努めている。	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
1797	患者にセレコックスが処方されていたが、症状について確認したところ胃腸の調子が悪いとのこと、痛みなどはないとのこと。普段より処方元医院よりセレキノンの処方されており、セレコックスが処方されることは稀であったことと患者の症状よりセレキノンの間違いではないかと思い疑義照会。医師はセレキノンを処方するつもりだったとのことでの処方変更となった。	処方元医院が電子カルテで処方薬を入力する際、似た名称の薬を間違えて選択してしまった。	患者の症状と処方された薬が適切でないとと思われる場合、患者から十分聞き取りを行ったうえで処方元に疑義照会を行う。	セレコックス錠100mg	セレキノンの錠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
1798	胃痛が酷く受診したと聴取したが、処方されていた薬は消化器系の薬ではなかった。疑義照会にて確認したところ処方変更になった。	販売名が類似していたためDr.のカルテへの入力ミスと思われる。	処方意図を明確にできるように投薬時に患者からの聞き取りをしっかり行う。	セレストアミン配合錠	セレキノンの錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1799	普段は整形外科から処方されている薬を乳腺外科から処方してもらうように患者側が希望した結果、【般】ベタメタゾン・dクロルフェニラミン配合錠が処方されていた。はじめは花粉症かと考えたが、患者聞き取りを行った結果花粉症ではないことが判明した。お薬手帳を参照したところ、他院の整形外科で【般】クロルフェネシカルバミン酸錠250mgが処方されていることに気づいた。疑義照会を行ったところ入力を行ったとの返信があり、処方元では【般】クロルフェネシカルバミン酸錠250mgの採用がないとのことで、【般】エベリゾン塩酸塩錠50mgに変更となった。	クロルつなりの薬剤名の類似、処方元の入力後のチェック漏れ、患者とのコミュニケーション不足が原因と思われる。	患者聞き取り、お薬手帳参照の強化の徹底。	セレスタミン配合錠	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
1800	プレドニン処方のところ、センノシドと記載あり。1つの処方ではドネペジル60日処方、センノシド46日処方あり。同時持参処方では、プレドニン14日分処方あり。患者家族に確認し、処方内容の間違えと考え問い合わせを行った。	センノシドの先発名(ブルゼニド)とプレドニンの名称が似ていたため、DRの処方記載ミスが考えられる。今回は同時処方を持参いただいたことで、処方内容のミスに気づけたかと思われる。大事な処方内容のため、記載ミスに気づけたことはとても良かったと思われる。	今回のように、新規処方内容の場合、いつも以上に患者および患者家族からのヒアリングを大事にしております。	センノシド錠12mg「サワイ」	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
1801	眼科受診で右目にヘルペスだが、ゾピラックス軟膏が処方	記載ミスと推定	眼科受診のため、念のため治療部位の確認	ゾピラックス軟膏5%	ゾピラックス眼軟膏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
1802	使用部位が「眼囲」であったが、眼科使用できないゾピラックス軟膏5%の処方であった。疑義照会にてゾピラックス眼軟膏3%へ変更となった。	一般名、商品名ともに類似しているため、処方ミスの原因となったと思われる。	使用部位に着目することと、眼軟膏の場合は成分が少ないため、規格の監査も明確に行う。	ゾピラックス軟膏5%	ゾピラックス眼軟膏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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1803	処方箋上ではゾルピデム塩酸塩錠5mgであったが、投薬時に不眠ではなく、片頭痛のために受診したことを確認。ゾルピデム塩酸塩錠5mgではなくゾルミトリプタンOD錠2.5mgの間違いではないかと推測し電話にて疑義照会実施。結果、ゾルミトリプタンOD錠2.5mgに変更になった。	処方入力時に、検索字数が少なく、候補薬剤が多く選ばれたため選択ミスしたのではないか。	新規患者の処方内容や、従来患者の追加薬に関してはお薬手帳の確認、追加薬の理由などの情報収集を投薬時にしっかり確認する必要がある。	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「サワイ」	ゾルミトリプタンOD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
1804	来局時の処方内容はゾルミトリプタン口腔内崩壊錠2.5mg。患者様へ薬剤交付時に過去にゾルミトリプタン口腔内崩壊錠2.5mgで胸が苦しい、頭痛がするなどの副作用の経験があることが発覚。疑義照会をしてエレクトリプタン錠20mgに変更。Drはこの副作用についてカルテに記載をしていた様子だが、薬剤同士を逆に認識していたと返答あり。	成分名が類似している薬品のため生じたDrの勘違いによる処方ミス。	成分名が類似している薬剤に関して調剤を注意して実行すること。また、このように、Drの勘違いで過去に副作用を起こした薬剤が処方されることも可能性があるもので注意していく。	ゾルミトリプタンOD錠2.5mg「ファイザー」	エレクトリプタン錠20mg「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
1805	患者にダイアート錠60mgが処方されていた。患者ヒアリングの際、「登山に行くので高山病予防の薬を処方してもらった」との発言があり、処方内容に疑問を抱いた薬剤師が処方医に電話で疑義照会を行った。その後、処方医より処方変更(ダイアート錠60mg→ダイアモックス錠250mg)を行う旨連絡があり、処方内容を訂正の上調剤、患者に投薬を行った。	医薬品の名称類似(ダイアート錠とダイアモックス錠)が原因と考えられる。その患者にはダイアート錠の処方歴がそれまで無かったことも幸いし、不審に思いつつヒアリングを行ったところ、間違いに気付くことが出来た。	処方歴の無い新規薬剤が処方箋に記載している場合は慎重に患者ヒアリングを行うことを、薬局内で徹底している。また、今回のようなヒヤリ・ハット事例が生じた際は、薬局内のチャットツールを用いて情報共有を行い、同様の事例が以後発生しないよう対策を行っている。	ダイアート錠60mg	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
1806	前回までバイアスピリン錠を服用されており、医師から患者へ胃障害予防で処方変更説明を行う	バイアスピリン錠とタケキャブ錠の複合錠であるキャブピリン錠と処方間違いがあったと思われる	薬歴で今までの経緯を確認、患者との会話の中で医師の間違いに気が付き、疑義照会后処方変更となる	タケキャブ錠10mg	キャブピリン配合錠		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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1807	投薬の際に逆流性胃炎で追加処方と患者様から聞き取り。追加の薬はタケルダ配合錠となっており、血栓の抑制といった話は特になかった。問い合わせの結果ランソプラゾールOD30mg サワイへと変更になった。	タケブロンを入力しようとした際の予測変換のミスかと思われる。	薬が追加された際には患者様から聞き取りをしっかりと行う。	タケルダ配合錠	ランソプラゾールOD錠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
1808	タナトリルが初めて処方されたが、血圧は問題なくアレルギーの薬が出るとのことだったので、医師に問い合わせタリオンに変更になった	似ている名前の薬を間違えて処方した	患者から症状などを聞き取り、処方薬と合わない場合は、医師に確認する	タナトリル錠5	タリオン錠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
1809	以前から使用していた薬剤で処方依頼するため施設側からタブコム点眼液の依頼があった件が、処方歴になく念のため確認したところ「タブロス点眼」の誤りであった。	施設側の看護師が薬剤管理を行っている際に、薬剤名称が類似していたため未確認で発症したものと考えられる。	点眼液は内服のように2週ごとのスパンで処方されず、イレギュラーな間隔で依頼があるため、過去に処方歴があった薬剤は全て薬歴にお薬手帳から記録を残しておく。	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
1810	前回の点眼で充血が出たので先生に相談したところ薬がアイラミド→コンプトになったもう一種出ている薬はタブコムでそのまま継続で処方されたタブコムとコンプト両方にチモロールが入っていると調剤時に成分を確認したところ気づき問い合わせタブコムはタブロスに変更となった	配合剤が多いので、患者のSE訴えなどで薬を変更したときに成分や作用が重なってしまったと思われる	配合剤は成分の確認を必ずするようにしている	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
1811	タブコム配合点眼液、ブリモニジン酒石酸塩点眼液を継続使用していたが、今回タブロス、リズモンTGに変更になっていました。患者様はDrから変更の説明を受けていなかったと聞き取りして、疑義照会したところ、処方変更になりました。	薬歴管理が重要です。	薬歴管理、処方鑑査を行っています。	タブロス点眼液0.0015%	リズモンTG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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1812	初めて来局した患者にタブロス点眼液が処方されていた。普段から使っている薬をたまたま貰いに来たそうだが、普段使っているのはタブコム配合点眼液だとの事。問い合わせをした所、タブロスとタブコムを間違えていたとの事でタブコム配合点眼液に変更になった。	名前が似ている。医師が聞き取りを間違えたか勘違いしたと思われる。	投薬時に「〇〇でお間違いないですか」など、医薬品名を言って投薬する事も重要と言える。	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
1813	「バゼドキシフェン」で処方されるべき所を、類似名称である「タモキシフェン」で入力されていた。前回の薬から変更になり、患者様に確認したところ、薬の変更は聞いていないとのことで、疑義照会を行い、バゼドキシフェンに変更になった。	類似名称による、入力間違い。	病院での入力間違いがあることを念頭に、薬剤服用歴をしっかりと確認して、疑義があれば確認を行う。	タモキシフェン錠20mg「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
1814	当薬局2回目利用の患者様からタリージェ錠10mgが処方された処方箋を応需。前回この病院からの薬は別薬局でもらっていた。投薬時患者様と話をする中でタリオン錠を処方してほしかったことを聞き取り、病院へ疑義照会を行った。受付を通し処方医に確認し、タリージェ錠10mgではなくタリオン錠10mgを処方したかった事が判明した。	医薬品名が類似しているため処方入力時に間違えてしまったものと考えられる。	お薬手帳の確認を徹底する。1文字監査を行う。入力時は必ず頭三文字と規格を入力する。	タリージェ錠10mg	タリオン錠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
1815	患者さんがタチオン錠の処方を依頼したところ、処方医が聞き間違え、タリオン錠(一般名)で処方されてしまった。服薬指導時に、患者さんより依頼した薬が違うとのことで、疑義照会し、タチオン錠へ変更となった。	患者さんが口頭にて医師に薬品名を伝えた為、聞き間違えがあったものと思われる。	基本ではあるが、投薬時に薬品名・用法・用量の確認を怠らないようにする。	タリオン錠10mg	タチオン錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1816	処方記載タリビット点眼液0.3% 10ml1日右側 点耳で処方 コメントと処方薬の剤形が異なるため、患者様への聴取後、処方元へ問い合わせをした。その結果タリビット耳科用液へ薬剤変更になった。	朝の忙しい時間帯、レセコンの3文字検索の兼ね合いで入力を間違えた可能性がある。	引き続き、処方内容の監査、患者様からのヒアリングを徹底していきたい。	タリビット点眼液0.3%	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
1817	定期的にご利用される患者が処方箋をもって来局された。【処方内容】 【般】レボチロキシナトリウム5μg 1錠 分1就寝前 30日分(他内服2剤外用4剤)が初回で処方されていた。薬局管理の情報を確認すると現疾患に甲状腺機能障害はなかった。また前回処方されていたレボセチリジン塩酸塩錠5mg「武田テバ」1錠 分1就寝前が中止されていたため、処方医に電話にて疑義照会した。その結果、レボセチリジン塩酸塩錠5mg 1錠 分1就寝前 30日分に変更となった。	入力時の選択ミスによるものと考えられる。	薬剤名類似の薬は入力ミスが発生しやすい。患者からの聞き取りを行い疾患と処方内容に相違がないか確認する。また処方履歴も薬局管理の情報やお薬手帳から確認を徹底する。	チラーヂンS錠50μg	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
1818	一般名でチーラジン(レボチロキシン)が処方箋では記載があったが、患者様に聞き取りしていると抗生剤をだしてもらったということだった。電話で確認したところ一般名のレボフロキサシン500の誤りであった	レボチロキシンとレボフロキサシンの一般名が酷似しているため処方箋入力の際病院側が間違えたと考えられる。	新しい薬の場合患者様にどんな薬をもらったか聞いているか必ず確認するようにしている。疑わしい場合は病院に電話で確認している	チラーヂンS錠50μg	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1819	処方内容がツムラよく苡仁湯エキス顆粒の処方箋を持って来局、新患だったためアンケート記載してもらった。受診の目的が手のイボの治療だった。添付文書によるとツムラよく苡仁湯には、イボに対する適応がなかったため、疑義照会。ヨクイニンエキス錠「コタロー」への処方変更となった。	よく苡仁湯とヨクイニンエキスの取り違えと思います。	薬情の効能効果の記載から適応症の違いに気づけたので、初めて処方する薬剤は、薬情・添付文書などを確認する	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒(医療用)	ヨクイニンエキス錠「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
1820	患者はイボを取るにはヨクイニンが良いという情報を得たので、医師に「ヨクイニン」を処方して頂きたいと希望したところ、 ツムラヨクイニン湯7.5g分3、30日分が処方された。薬剤師は投薬時に筋肉痛や関節痛の有無を確認したが、その症状は無い。患者がイボ取りの為にヨクイニンを出してもらったと言ったので、その目的ならヨクイニンエキスが良いと判断して、医療機関に疑義照会。その結果ヨクイニンエキス錠コタロー18T分3に処方変更となった。ヨクイニン湯は麻黄製剤なので、適応する症状があったとしても長期連用には注意が必要なので、そのまま投薬すると患者に健康被害の可能性があった。	処方医はヨクイニン湯のことをあまり詳しくはご存じではなかったと考えられます	聞き込みをしっかりと行い、適切な薬剤が処方されているかどうか確認を怠らない。	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
1821	年末年始のためかかりつけ病院で、他医療機関、大型病院の処方薬と一緒に処方あり。お薬手帳の記載歴や問診より処方薬が異なっていたため、疑義照会。その後、正しいものへと変更となった。	ツムラ25番をカルテ入力で26番を入力していたと推察される。年末年始の終盤のため、病院の混雑等でミスが起こったのではないかと考えられる。	新規服用の場合も含まれるが、常にお薬手帳の履歴や薬歴から、問診と情報を確認をして相違がないか確認を徹底しています。	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラー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	メンタルクリニックからの処方。桂枝加芍薬湯と四物湯をセットで服用することでPTSDのトラウマのフラッシュバックに効果があるが桂枝加芍薬湯ではなく桂枝加芍薬大黃湯と四物湯が処方されていたため疑義照会をおこなったところ、桂枝加芍薬湯に変更になった。	名称が桂枝から始まる漢方が複数あるため処方入力の際に間違えて選んだと思われる。	漢方は名称が似たものが複数あるためしっかり確認を行う。また、何の症状で処方されているのかを確認し処方内容に間違いがないか確認を行う。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1823	6月2日(木)に当薬局に初めて処方箋を持参された。在庫がないことをお伝えして帰宅していただき、翌日の午前便での入荷をお待ちいただくことになった。その後、処方を入力→監査と進んでいた際に、整形外科の処方に対してツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒の処方が出ていることに違和感を感じた。患者本人に連絡して症状を確認しようと考えたが、電話に出られなかったため再来局を待つことに。翌々日の6月4日土に再来局。その際に症状を確認したところ、しぶり腹など消化器の不調ではなく、ふくらはぎのこむら返りに対しての処方であったことを確認。処方医にFAXで疑義照会を行った結果、ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒に処方変更となった。	処方入力システムについては不明であるが、おそらく「ツムラ」、「しゃくやく」などで検索してピックアップされた薬剤を選択されたものと予想する。 漢方薬の類似名商品は数多く存在しているため、処方入力時のチェックが不可欠である。検索キーワードを増やすなどして、類似品が検索にかかりにくくする対応も必要であると考え。	漢方薬の名称類似品は数多く存在するため、監査時は必ず1文字ずつチェックを行う。そのうえで、患者本人からの症状の聞き取り、適応症が合致しているかを必ず照合すること。 また、一般用医薬品として販売されているものも多いため、併用薬のチェックを忘れずに行うこと。	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラー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	処方医の転院に伴い、患者様も転院。今まで桂枝茯苓丸加ヨクイニンが処方されていたが、桂枝茯苓丸で処方されており、患者様に確認の上病院に問い合わせ。入力間違いと判明。	品名が似ているため、処方箋発行時の入力ミスorカルテへの記載ミスと考えられる。	処方変更時は患者様に変更理由などを確認し、変更が正しいものか確認を行う。	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
1825	整形外科外科受診、患者の話では痺れや痛みがあるとのこと、処方は五苓散だが該当する作用はないため、主治医に疑義照会。ツムラ107番の牛車腎気丸を処方するところ、ツムラ17番の五苓散を選択してしまったとのこと、処方変更。	医師が電子カルテで選択する際に選択番号を誤った。	服薬の際に、症状を伺い、処方薬が適切か確認する。	ツムラ五苓散エキス顆粒(医療用)	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1826	ツムラ潤腸湯処方。併用薬：イムラン、現病歴：潰瘍性大腸炎。潰瘍性大腸炎の患者に対して便秘治療薬の使用は違和感があり、片頭痛の相談をしたとのことで疑義照会。ツムラ「51」潤腸湯からツムラ「31」呉茱萸湯に変更。	カルテの記載不備。漢方の番号を類似のものとの間違い。	相談した内容と処方薬の適応症が合致しているか確認する。	ツムラ潤腸湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ呉茱萸湯エキス顆粒（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
1827	定期でご利用のPtが脳神経内科処方箋持参され、ドネベジルから人参湯(1包2.5g)6gへの変更あり。まず用量確認を行なった結果「5g」との返答あったが、その後、人参養榮湯に認知症への適応外処方例があること、こちらは1包3gであることから、薬品名の相違の可能性ありと判断して再度照会。最終的に「人参養榮湯6g」となった。	名称類似によるミスと思われるが、処方医・事務スタッフのどの段階で起きたものかは不明。	処方変更の際は、患者（家族）が医師から受けた説明内容を聴き取り、疾患との整合性を確認することを徹底する。特に、適応外処方についての情報入手を心掛けることも必要。	ツムラ人参湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ人参養榮湯エキス顆粒（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
1828	前回まで大黃甘草湯が出ていたが今回から処方が変更となるといわれていた。ただ処方変更が無かったため疑義照会実施。大建中湯へ変更。	医師の確認不足	前回と同じ内容であるが患者への聞き取りで違うことが判明した。変更時には調剤前に声掛けをして変更があったか無かったか確認している。	ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒（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
1829	ジェノゲスト1mg 1日1錠 朝夕食後 84日分 ツムラ当帰飲子 1日3包 毎食前の処方だった。お薬手帳持参 他の医療機関より ジェノゲスト1mg 2錠 朝夕食後 ツムラ当帰芍薬散 3包の処方歴あり ご本人様が お薬の量 種類は 変わらないと聞いているとのこと だったので疑義照会した結果、処方変更になった。変更後 ジェノゲスト 1mg 1日 2錠 朝夕食後 84日分 ツムラ当帰芍薬散 1日3包 毎食前 84日分	処方医師が 前回までのお薬の内容をきちんと確認しないで 処方したと思われる。特にツムラは当帰まででお薬の名前を見てしまい確定してしまったのが原因か？ジェノゲストは0.5mg錠も発売されているので 量の確認は必ず必要。	患者様からの聞き取りだけでなく、お薬手帳の内容確認もきちんと行う。今回の患者様は 目が不自由な方だったが お薬手帳を毎回持参して頂いていたので 患者様のお薬の内容をきちんと把握することができた。これからも 来局していただく方には お薬手帳の持参を促していく。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1830	当帰芍薬散の処方あったが。患者は足のつりで、芍薬甘草湯が欲しかった。受診の前日に患者が薬局に相談に来て、OTCの芍薬甘草湯を購入、服用して調子が良かったため、医師に処方をお願いした。しかし、医師に頼んだ時に、薬剤名を間違えた様子。医師も何回か確認したが、患者が当帰芍薬散だと言いつつ、希望したために処方したとのこと。	患者が薬剤名を間違えた。	OTCであっても、お薬手帳に記載する。薬剤名は難しいため、お薬手帳か空箱などを医師・薬剤師に見せるように指導する。	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
1831	以前よりツムラ芍薬甘草湯を症状が出たときのみ頓服で使用していたが半年ほどは残薬もあり処方がなかった。残薬がなくなったので先生に足のつった時に飲む漢方薬をまた出してほしいとお願いしようだが、ツムラ当帰芍薬散が間違えて処方されていた。投薬時に症状と薬の内容が合わず詳しく聞いてみると以前出ていた薬をお願いしたとの事で疑義照会をしたところ処方間違いであったことが発覚。	名称が類似していることによる処方間違い。	症状と薬効が合わないときには疑義照会で確認することを実施	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
1832	喉のつかえがあり、患者が処方医に半夏厚朴湯の処方を希望したが、麦門冬湯が処方された。	医薬品の名称類似、症状確認不足。	投薬時に患者様に処方内容と症状を確認する事で、処方内容に間違いがないかを判断している。	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
1833	久しぶりに風邪症状で受診し、抗生剤、ツムラ葛根湯、ツムラ麦門冬湯が処方されていた。投薬時に患者様は咳やのどの痛みではなく鼻水が止まらないとのこと先生に相談したとのこと。そのためもしかしたらツムラの番号を入力間違いしてしまったのかと考え、先生に疑義照会し、ツムラ29と19を間違えたことと発覚。患者様に結果的にツムラ19の小青竜湯をお渡しした。	入力の際に薬品名の記載ではなく、数字でおそらく入力していることによる数字入力間違い	投薬時に患者様の状態をしっかりと確認し、怪しいと思ったら必ず疑義照会を行うように心がけている。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1834	こむら返りで漢方希望の患者様にツムラ防風通聖散が処方され(頓服:筋痛時)と記載あり。	共に60番台で常用される漢方の為、処方誤りがあったと考えられる	患者様からの聞き取りと処方内容に齟齬がないか常に注力する	ツムラ防風通聖散エキス顆粒(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
1835	薬の交付時の会話にて、患者様が発汗で相談され医師が更年期症と判断し薬を出していただけると患者様よりお聞きした。医師は防風通聖散を処方されたが発汗傾向の患者には適さない薬であるので今回の患者様には適さない薬として医師に疑義照会した。結果薬の変更が行われた。	処方確認不足、名称類似。	聴きとり徹底。	ツムラ防風通聖散エキス顆粒(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
1836	咳止めの処方されている患者にツムラ麻杏よく甘湯が処方されていたため疑義照会ツムラ麻杏甘石湯の間違いであった。麻杏甘石湯は入手困難のため、オースギ五虎湯へ変更となった	名称が似ているため処方間違い	処方箋通りに調剤するのではなく、処方全体をよく解析し麻杏よく甘湯が必要な患者なのかどうか判断する。また患者にもよく聞き取りをする	ツムラ麻杏よく甘湯エキス顆粒(医療用)	オースギ五虎湯エキス錠		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
1837	苓桂朮甘湯が処方されたい患者様。投薬時の聞き取りで、関節の痛みがあり、めまいなどはないと。医師から説明を受けた際のメモがあり、見せてもらったところ、処方された苓桂朮甘湯ではなく、苓姜朮甘湯と記載されていた。疑義照会をしたところ、正しくは苓姜朮甘湯であったため、処方変更となった。	医師の処方時の画面確認不足が考えられる。	漢方薬は薬効も名称も類似した薬剤があるため、医師の説明、患者の症状の整合性が取れているかを投薬時に確認する。疑問点が少しでも発生した場合は必ず疑義照会を行って確かめる。	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
1838	ツムラ苓姜朮甘湯での処方だったが、患者への症状の聞き取りでストレスで胸の辺りがギュッとして呼吸が苦しいと聴取。ツムラ苓姜朮甘湯の効能が腰痛、腰の冷え、夜尿症のため疑義照会したところツムラ苓桂朮甘湯であることが判明。	薬剤の名称が類似している為間違っていると考えられる	患者への症状の聞き取りを徹底して行う	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1839	仕事のストレスによる突発性難聴を発症した女性が新規来局された。継続治療中であり、前回は他薬局で調剤してもらったとのこと。症状が改善しているか確認したところ、特に改善はしていないが、体はぼかぼかすると訴えあり。処方されていたのは、ツムラ苓姜朮甘湯であり、効能効果は腰痛。本人に1文字違いのお薬があることをお伝え。ツムラの苓桂朮甘湯との間違いではないかと思い病院に問い合わせたところ苓姜朮甘湯ではなく苓桂朮甘湯の間違いだった。他薬局にて2週間分調剤されたものを服用済みだったので他薬局にも念のため連絡。薬剤変更後、症状は改善されていった。	処方時のパソコン入力ミスと思われる。	漢方は同じものでも効能効果が多くあり、似ている薬剤も多い。投薬台に、漢方の効能効果一覧を設置しており、必ず何に対して処方されているかを確認している。口頭では症状を言えない・言いたくない人のためにも、一覧の中に当てはまる症状があるか見てもらい確認している。引き続き相互確認とヒアリングをしっかりとしていきたい。	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラー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	患者さまは定期的に受診される方(定期処方60日分、向精神薬30日分)今回は定期処方残薬があり、向精神薬のみ残薬なしのタイミングで受診。お薬手帳によると先週耳鼻科受診あり、めまいの症状があったと推測される。今回向精神薬処方以外に漢方薬が追加となっており、腰痛などの効能があるためご本人様に症状の有無確認→腰痛なしめまいの症状は継続しているとのこと。ツムラ苓姜朮甘湯ではなくツムラ苓桂朮甘湯の可能性あり、疑義照会をおこなったところ、処方医の入力間違いであった。お薬手帳、ご本人様からの聞き取り、酷似している医薬品があることの薬剤師認識により処方監査の時点止める事が出来た事案。	名前が酷似しているため入力間違いと思われる。	お薬手帳や現症状についてしっかりと聞き取り等確認を行う。酷似した医薬品名についてはスタッフ間で共有し、間違いやすいことを普段より認識しておく。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1841	<p>コロナ陽性で15歳の方に門前の発熱外来より芍薬甘草湯 7.5g 毎食間で処方。</p> <p>処方監査時に・門前から15歳の子に芍薬甘草湯の処方がある事がないこと・コロナ陽性の副作用で嗅覚障害の可能性があること・嗅覚障害には門前では当帰芍薬散が処方されること以上のことから病院に問い合わせを実施。</p> <p>先生からは当帰芍薬散とカルテに記載があったが、事務の入力ミスにより、当帰芍薬散→芍薬甘草湯になっていた。</p>	<p>同じ芍薬が入る漢方だったため、入力ミスをした可能性あり。</p>	<p>門前であまり取り扱わない薬が処方された時は、念のために処方確認が必要。年齢や、コロナ陽性などの情報からも処方監査を行うことが大切。</p>	<p>ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)</p>	<p>ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (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>
1842	<p>薬剤交付時の患者へのヒアリングで抗癌剤による味覚・嗅覚の消失に対して芍薬甘草湯が処方されたことがわかった。芍薬甘草湯は味覚・嗅覚異常への適応がない。不審に思った交付者が当帰芍薬散の間違いではないかと疑義照会を行った結果、当帰芍薬散に変更された。</p>	<p>芍薬甘草湯と当帰芍薬散の名称の類似による。</p>	<p>どのような症状で処方されたのか患者に十分なヒアリングを行う。漢方の効果効能について詳細な知識を身につける。</p>	<p>ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)</p>	<p>ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (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>
1843	<p>継続で当帰芍薬散を服用中の患者に、芍薬甘草湯が処方された。患者に問診した所、症状は以前と変わらないとの事でしたので、医師に問合。処方変更となる。</p>	<p>名称の類似・確認不足と思われる。</p>	<p>処方監査時は、薬歴・お薬手帳・問診を総合して判断する。</p>	<p>ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)</p>	<p>ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (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>
1844	<p>病院よりFAXで入力中、2歳に対しツロブテロールテープが1mgで処方。添付文書を確認の上、年齢を考慮すると0.5mg規格が適正のため疑義照会。ツロブテロールテープ0.5mgに規格変更となった。</p>	<p>病院の繁忙期により入力を間違えた可能性あり</p>	<p>小児の薬では体重、年齢換算も行っておりそのため気付けた。常時、添付文書を確認の上、調剤を行う事を徹底する。</p>	<p>ツロブテロールテープ 1mg 「サワイ」</p>	<p>ツロブテロールテープ 0.5mg 「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>

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1845	テオフィリン徐放錠100mg(24時間持続)が2T分2で処方。保険適応上も1日1回の用法のため、処方医に電話にて疑義紹介を行い、テオフィリン徐放錠(12時間・24時間持続)のものに変更になった。	テオフィリン徐放錠は24時間持続タイプのもので、12時間・24時間持続タイプのものであり、名称も類似しているため、医師が誤って処方した、あるいはオペレーターが誤って入力した可能性が考えられる。	専門の呼吸器科からの処方だからと安易に判断せず、適応と異なるもの、疑問に感じたものは処方医に確認をとる。引き続き、間違いの起きやすい類似薬などは、店舗内で注意喚起を行う。	テオフィリン100mg徐放錠24時間持続	テオフィリン100mg徐放錠12時間～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
1846	いつもセチリジン錠10mg 1錠を粉碎していたが、入荷困難の関係で前回の処方時にセチリジンドライシロップ1.25%「タカタ」0.8gに電話での疑義照会にて変更してもらった。次の処方時にセチリジンドライシロップ1.25%「タカタ」0.8gの記載がなく、代わりにテオフィンドライシロップ20%「タカタ」0.8gの記載があった。患者様は喘息の病歴を持っていないで、成人量にしては少なかつたため、病院に疑義照会したところ、セチリジンドライシロップ1.25%「タカタ」0.8gの間違えであることが分かった。	疑義照会で行った際に病院の事務員さんが打ち間違えた可能性がある。	打ちかえた処方箋を確認のためFAXで送ってもらう。	テオフィンドライシロップ20%「タカタ」	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
1847	平素、テオフィリン徐放錠200mg「サワイ」2錠分2朝夕食後に服用中の患者が他病院にかかり、同じ内容を処方してもらったところ、テオフィリン徐放錠200mg「トーワ」が1日2回朝夕食後に処方されたため、疑義照会。	処方箋作成時の薬剤選び間違い	服用中の処方内容の確認の徹底。添付文書で用法の確認の徹底。	テオフィリン徐放錠200mg「トーワ」	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1848	80歳女性 同病院から今回テオロン錠 (200) 1錠/日 分1 夕食後 90 日分処方あり→手帳、過去歴より、前回までユニフィル錠 (200) 1錠/日での服用であった。内容の変更を聞いていないことから、作用持続時間の違いもあるため、疑義→ユニフィル錠 (200) 1錠/日 分1 夕食後と前回と同じ内容へ。	テオロン錠とユニフィルが同じ一般名テオフィリンのため、意思の知識不足と考える	お薬手帳の確認。一般名同じものでも作用時間違うことしっかりと周知行う。	テオロン錠 100mg	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
1849	口内炎の症状があり皮膚疾患症状はなかったが、デキサメタゾン軟膏が処方されていた	名称が類似していたため、入力ミスがおこったと思われる	症状に合った医薬品が処方されているか確認をすること	デキサメタゾン軟膏0.1%「イワキ」	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
1850	歯科より【般】デキサメタゾン軟膏0.1%処方あり。処方鑑査者が歯科より当該薬剤の処方があったことに疑問を抱き、患者家族に確認。主訴が口内炎であることを聴取した。疑義照会し、デキサメタゾン口腔用軟膏に処方変更となった。	医師がレセコン上でデキサメタゾン口腔用軟膏を選択すべきところ、誤ってデキサメタゾン軟膏を選択したと思われる。規格も同じ0.1%であるため、間違いを誘発しやすかったと考えられる。また歯科医師であるため、皮膚疾患用の薬剤について詳しくない可能性もある。	一般名処方では名称の類似が多いので、薬剤名・規格・剤形の記載を最後までしっかり確認する。また、患者の主訴や診療科と処方内容の剥離がないか確認する。	デキサメタゾン軟膏0.1%「イワキ」	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
1851	新患、お薬手帳なし。デザレックス錠5mgが4錠 分2 起床時、就寝前で処方。用量、用法からディレグラ配合錠との入力間違いを疑い、疑義照会を行った。ディレグラ配合錠 4錠 分2 起床時、就寝前へ処方変更となった。	医薬品の名称類似による入力の間違いだと考えられる。	処方薬の用法や用量から、患者に対して適正な薬剤が見極める。薬剤の特徴をスタッフ内で共有していきたい。	デザレックス錠5mg	ディレグラ配合錠		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
1852	前回までデパケンR 200mg 2錠/日を服用していた患者。減量とのことだがデパケン錠100mg 2錠/日と処方された。減量とは言えR錠ではなく普通錠への減量に違和感を覚えたため疑義紹介した。	医院での処方入力も頭文字3文字入力での検索が一般的で、名前の似ている薬が処方される可能性がある。	規格が多い製剤の減量等の場合、患者の症状などの状態を考えその原料が妥当か薬剤師として考慮し、必要があれば疑義紹介をする。	デパケン錠100mg	デパケンR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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1853	遠方から引っ越ししてきた患者がデバケンR200の処方を受けていたが、引っ越し後2回目の処方だがデバケン錠200で処方されていた。手帳にはデバケンR200で継続してコントロールしていることが記録として残っており患者本人もデバケンRを服用して変更は聞いていないと言っていたため疑義照会にて確認。デバケンR200が正しいことが分かり、変更して調剤しお渡し。	名称が似ているため医師が処方入力を間違えたと思われる。	受付時に処方内容を手帳と照らし合わせて確認したため発見することが出来た。	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
1854	薬が変更されているため患者に確認を行ったところ、薬変更はないとのことで、疑義照会を行った。	事務の主治医カルテからの転記ミス。	患者情報を聴取し、疑義が生じた場合は照会する。	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
1855	当該患者初来局。てんかん発作予防のため使用中。症状安定。剤形による嚥下難度に苦心中。処方内容はデバケン錠200mg 2錠 分1 夕食後服用。お薬手帳よりデバケンR錠100mg 4錠 分1 夕食後の使用歴を確認。規格変更に伴い徐放錠から普通場へ誤って変更されている疑いあり。処方医にTELにて確認し、デバケンR錠200mgへの変更を確認。	処方箋発行の際、PC上のシステム側で徐放錠と普通錠が明確に区分されていない可能性あり。また、発行後の処方内容確認が正しく行えていなかった可能性がある。	お薬手帳から服用歴を必ず確認し、急激な薬剤の増減がないかを確実に確認している。また、バルプロ酸関連の誤調剤は全国でも報告例が多い。情報共有を行い、当該薬剤調剤時には特段の注意を払うようにしている。調剤監査システム付属の携帯端末を用いて、バルプロ酸関連薬剤ピッキング時には、該当薬剤が徐放錠であるのか、普通錠であるのかを画面上に表示し、明確に区別を行っている。	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
1856	平素から当薬局を利用の患者で、今回新規薬剤のデベルザが処方されたため患者に服薬指導したが、患者より医師と糖尿の話や検査はしていないとのことで、疑義照会をかけたところアレルギー薬剤のデザレックスの間違いと発覚した。	処方入力時にデベルザとデザレックスを間違えたと推定。	新規薬剤に関しては飲み方だけでなくその他注意事項や患者からの様な症状で処方されたのかしっかりと情報収集を行い、適切な指導を行っていく。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1857	前回までの処方に今回デベルザ錠20mg追加処方。就寝前での処方ではあったが、患者に医師からの説明内容を確認。睡眠剤を出すと言っているとの事だったので疑義照会。デベルザ錠20mg削除。デエビゴ錠5mgに変更。	医師の類似名称医薬品の誤りと考えられる	処方変更のあった際には患者と医師とのやり取りを確認して、処方変更点と患者からの聞き取り内容に食い違いがある場合は医師に必ず問い合わせを行う。	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
1858	定期的に薬局に来局になる患者で、病院の処方箋が商品名から一般名に切り替わるタイミングで処方名の誤りがあった。	病院での処方名変更時に伴うなれていない中で初期的なミスと推測	薬歴の確認、今回の場合は女性に男性用の薬が出ていたため疑義を行った。	デュタステリド錠0.5mg AV「DSEP」	デュロキシセチンOD錠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
1859	テルチア配合錠のところ、テラムロ配合錠が処方されていた。	名称の類似。医療機関のお薬手帳の確認不足。	お薬手帳の確認。類似名称の医薬品に気を付ける。患者の体調変化の把握。	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
1860	当該薬局と同一建物内にある内科にて、ピタバスタチンとテラムロ配合錠APが処方された。当患者様にテラムロ配合錠が処方されるのは初めてであり、前回までテルミサルタンが処方されていた。投薬時に処方内容が変更になっている事をお話したところ、患者様より以前アマレットで薬疹が出たことがある、と相談を受けた。アマレットに含まれるアマロジピンがテラムロにも含まれることから、投薬した薬剤師が処方医に疑義照会を行った。その結果、テラムロ配合錠からテルチア配合錠へと変更となった。	・患者様と処方医の間で副作用歴の確認が行われていなかった・薬局側でも副作用歴があることを知らず、副作用歴に記載がなかった・配合錠に含まれる薬剤の成分を十分に把握していなかった	・配合錠が処方される際は、同一成分が処方されていないか、用量が過剰になっていないか確認する・副作用歴を随時確認し、記載をする・患者様と処方医の間でも副作用歴の確認を行えるように、患者様がお薬手帳に記載してもらるように促す	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1861	アムロジピン5から10mgの増量テラムロBp内にアムロジピン5mg入っていることに気付かなかった近隣の診療所が急遽 休院のため 普段扱っていない薬であったため	合剤の成分、規格の確認 一般名処方先発品、後発品名称違い 覚えきれない	合剤の成分の確認	テラムロ配合錠BP「DSEP」	テルチア配合錠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
1862	アムロジピン錠5mg と テルミサルタン80mg/g/アムロジピン6.93mg/g 配合錠が同じ処方箋で処方されている。アムロジピン重複の為照会。配合錠からテルミサルタン錠80mgへ変更となった	配合剤処方時は内容を確認する。	配合錠の内容の確認	テラムロ配合錠BP「JG」	テルミサルタン錠80mg「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
1863	テリパラチドBS皮下注キット 600μg 4キット 週2回で処方テリパラチド注の用法が違うので疑義	適応が同じで薬の名前が似てゐる為、勘違いされたかもしれません。	処方された薬剤の特徴を把握して調剤するように取り組んでいきます。	テリパラチドBS皮下注キット600μg「モチダ」	テリボン皮下注28、2μgオートインジェクター		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
1864	今まで他病院で処方されていた高血圧の薬も本日受診の医院で同じものを処方してもらった、との申し出がありお薬手帳を見た所(般)テルミサルタン80mg・アムロジピン配合錠の記載があったが処方箋には(般)テルミサルタン80mg・ヒドロクロロチアジド配合錠となっていたので電話でその旨を医院に伝え、お薬手帳のコピーを医院にFAXし処方内容を確認。今まで服用していた(般)テルミサルタン80mg・アムロジピン配合錠に処方訂正となった。	テルミサルタン80mgの配合錠が処方される頻度が少なく医院スタッフがそこに注目して配合成分の確認が足りなかったと思われる。	お薬手帳の情報から今回のようなミスが防止できることを再確認できた事例であったので改めてスタッフとお薬手帳の情報の大切さを共有した。	テルチア配合錠BP「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1865	下肢浮腫により来局。一般名でテルピナフィン錠125mg・スピロラクトン錠25mg 1日2錠 分2で定期薬に追加で処方。テルピナフィン錠は併発疾患での処方とも思われたが、通常量に比べ高用量であったこと、先発品名が告示していたことにより、疑義照会。フロセミド錠10mg 2錠分2へ変更となった。	先発品が似ていることが原因と思われる。ラミシール、ラシックス 覚え書き時点でミ・シ・ツの判別に相違があったとも思われる	用法・用量については薬歴システムでいつでも確認できる体制にしておき、こまめにチェックする事を心掛けている。	テルピナフィン錠125mg「サワイ」	フロセミド錠10mg「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
1866	腰痛で整形外科受診。分2でセレコキシブ100mgとテルミサルタン40mgがそれぞれ2錠 14日分の処方が出た。久しぶりの来局患者で併用薬は胃薬のみで、聴き取りの結果降圧剤の相談はしていないとのことだった。	テルミサルタンとテルネリン(先発名)とで処方入力ミスがあったと考えられる。	患者からの問診票チェックや聴き取りを今まで通り丁寧に実施する。	テルミサルタン錠40mg「DSEP」	チザニジン錠1mg「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
1867	ニキビに対する処方内服薬ミノサイクリン、ハイボン、ピドキサールが処方された患者に外用剤はクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏が処方されていたため、患者本人に病名の確認を行った後、疑義しクリンダマイシンゲルへ変更となった。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏とクリンダマイシンゲルの一般名が類似していたため病院事務員が間違えて入力したと思われる。	内服薬と外用剤の疾患名に相違がないか確認を行う患者本人に疾患名確認を行う	デルモベート軟膏0.05%	ダラシンTゲル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
1868	患者が医師にメモに書いた処方をお願いしたが、医師はクロベタゾンとクロベタゾールを勘違いして処方してしまった。	一般名の名称類似	薬局には共に先発品しか置いていないが、ジェネリック医薬品の処方も増えてきたので一般名の名称類似も気を付ける。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1869	本人が処方箋を持参。前回とほぼ内容は同じのことであったが、鼻の痒みに使う薬を多めにしだしてもらう為、薬品名を医師に伝えたとのこと。前はリンデロンV G軟膏のジェネリックであるデルモゾールG軟膏が処方されていたが、今回は新規でデルモベート軟膏が追加されており、デルモゾールG軟膏とデルモベート軟膏の記入ミスの可能性あり疑義照会。デルモベート軟膏は削除、デルモゾールG軟膏に変更となった。	類似名称による誤記入	使用部位や症状によってステロイドの強弱がことなるため使用部位を必ず確認し、類似名称の場合は特に過去の処方歴などを注意して確認する	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
1870	デルモベート軟膏(ストロングクラス)の処方について、交付時に保護者に使用部位や症状を確認したところ、強すぎるのではないかと思われ、疑義照会し、リンデロンV軟膏(ストロングクラス)へ変更された。	デルモゾール軟膏(リンデロンのジェネリック)を処方するつもりだったと医師。薬剤名の類似が原因だったようだ。	患者の症状を確認したことで、必要以上に強いステロイド外用薬の使用を防ぐことができた。薬剤名の類似にも注意。	デルモベート軟膏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
1871	感冒症状の患者さんへドキサゾシン錠1mg3錠分3毎食後の処方。ドキサゾシン錠は通常1日1回服用で、新規であれば用量も0.5mgで過量投与となるため、医師に確認したところ、トランサミン錠を出すつもりで処方されていた。	薬の一字目が同じだったため、検索した際に誤った薬剤を医師が選択したと推測される。	処方内容から、今回の受診した理由を考え、適切な薬剤が選択されているか、用法、用量が正しいかを今後も確認していく。	ドキサゾシン錠1mg「ファイザー」	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
1872	処方せんには一般名のドキサゾシンメシル4mgと記載されていたが、病院を変更した患者様で他病院の前回処方のお薬がカンデサルタン4mgであったため疑義照会し、前回処方と同様カンデサルタン4mgに変更になった。	カルデナリンとカンデサルタンの名称が似ているため、クリニックで読み間違えた可能性	大病院からクリニックに処方元が変更になる事など病院が変わることは多々あるが、処方せんのみで判断するのではなくお薬手帳も参照し処方内容に問題がないか確認する。	ドキサゾシン錠4mg「JG」	カンデサルタン錠4mg「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1873	処方箋に一般名でドキサゾシンメシル塩酸塩錠4mgの記載があったためジェネリック薬のドキサゾシン錠4mg「サワイ」で調剤し患者さんに説明しところ、今まで服用していたものと色が違うとの指摘あり。お薬手帳を持参していなかったため後で持参して頂き確認したところ、いつもの薬はカンデサルタン錠4mgだった。病院に確認したところ、先発品名のカルデナリン錠4mgで処方入力して一般名変更でドキサゾシンメシル塩酸塩錠4mgになってしまったとのこと。	一般名のカンデサルタン錠と先発品名のカルデナリン錠の名称が似ていたためコンピューター入力ミス。	今回の件でお薬手帳の重要性が改めて実感された。患者さんにお薬手帳を必ず持参するように促すとともに、必ず確認することを徹底する。	ドキサゾシン錠4mg 「サワイ」	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
1874	今回ユニシア配合錠LDからドキサゾシン錠4mgに変更となっていた。患者本人に状況確認したところ、血圧は低下していると聴取。用量に疑問を感じたので疑義照会を行った。先発品のカルデナリン錠とカンデサルタン錠の入力ミスと発覚、カンデサルタン錠4mgへ変更となった。	病院事務側が医薬品を先発品で把握している為、一般名で記載の際入力ミスが起こり得る。	薬剤変更時必ず患者さんの状況も確認した上で、処方内容をチェックしているようにしている。	ドキサゾシン錠4mg 「ファイザー」	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
1875	いつも皮膚科にて、トコフェロール酢酸エステルカプセル100mgがシミシワの原因となる過酸化脂質の増加防止のために処方されていた。前回の薬がなくなったタイミングで、今回は他の皮膚科からトコフェロールニコチン酸エステルが処方された。服用していた薬の名称と酷似していることから患者に確認したところ、同じ薬が欲しいと新しい皮膚科にて相談していたことが分かった。結果、トコフェロール酢酸エステルへ変更となり、誤りだったことが判明した。	トコフェロールニコチン酸エステルの効能効果は高血圧症、高脂血症、閉塞性動脈硬化症であり、求めている過酸化脂質の増加防止の効能効果と異なる。総コレステロールの数値を不必要に下げる、症状がない手足のしびれ改善など不要な効能効果である。	一般名の名称見落とし防止のため、処方監査時は1文字ずつポイントチェックを行う。類似薬について把握する。	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「VTRS」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1876	トラベルミン配合錠3錠分3で処方されるはずが、ドネペジル塩酸塩3mg口腔内崩壊錠3錠分3で処方。ドネペジル塩酸塩錠3mgは新規薬であったこと、ドネペジルは1日1回の薬であることから疑義が必要と考えた。また、トラベルミン配合錠が不定期で処方されていたことからトラベルミンの処方誤りかと考えられた。	医薬品の名称類似が要因と推定される。	患者さんへの聞き取り。新規薬が処方された時、不安な薬は添付文書で確認。お薬手帳、過去薬歴を確認。	ドネペジル塩酸塩OD錠3mg「NPJ」	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
1877	数か月ぶりの来局(家族)でエリスパン錠とともにトフラニール錠25mgが各3錠/分3で処方されていたが、トフラニール錠25mgに関しては先だって自主回収となりその後も製造されていないとのこと。で在庫がなくその旨家族にお伝えしたところ、退院時に何日か分を投薬してもらったと言われ、疑問に思い更に詳しく話をしていたところ退院時の情報提供書が存在することが判り、それにより退院時はトリプタノール錠25mgが投薬されており、今回の処方は退院後に紹介状を医院に持参し薬剤の継続目的であることから医院に疑義照会することになる。	紹介状をもとに処方せんを作成する際の入力ミスであると考えられる。トフラニール錠25mgが自主回収になっておらず在庫もある状態なら、そのまま投薬していたのではないかと考える	退院時は処方の変更も多いため、本人・家族にできるだけ詳しく確認することが必要。退院時の情報提供書は有用であることが改めてわかった。	トフラニール錠25mg	トリプタノール錠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
1878	ドボペット軟膏+アンテベート軟膏の混合軟膏が処方された。	処方入力時にドボネックス軟膏を選択するところ類似するドボペット軟膏を選択してしまったと考える。	ステロイド重複のため疑義照会を実施。ドボペット軟膏からドボネックス軟膏へ変更になった。	ドボペット軟膏	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
1879	小児禁忌であるドメナン錠100mgが9歳の患者に処方されていたため疑義照会したところ、トミロン錠100の処方であった。	薬品名類似による入力時の薬品名選択誤り	新規の処方が出た場合は必ず添付文書や問診や薬歴情報から適応年齢や、処方適応の可否、禁忌事項などを確認する。	ドメナン錠100mg	トミロン錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1880	内科より、ロキソニン錠・メイアクトMS錠・SPトローチと一緒にトラセミドOD錠4mgが3錠分3で処方。トラセミドの在庫が薬局にないため	薬剤名の最初の2文字が同じであり、パソコン上で処方入力する際に誤ってトラセミドを選択してしまったと考えられる。	用法用量の確認だけでなく、患者の症状を聞き取った上で疑義照会を実施する。	トラセミドOD錠4mg「TE」	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
	MCより薬剤師へ相談あり。添付文書にて適応症や用法用量を確認し、通常1日1回の薬剤だと気づいた。処方意図を確認しようと患者に症状について聞き取ると、今回は風邪で受診しており浮腫みはなく、肺に水が溜まっているとも言われていないとの回答だった。喉の痛みがあるとのことで、トラネキサム酸錠との入力間違いではないかと推測。疑義照会を実施したところ、トラセミドOD錠4mgからトランサミン錠250mgへと変更になった。						
1881	オーグメンチン配合錠250RS 375mg 3錠分3毎食後、カルバゾクロムスルホン酸Na錠30mg「YD」3錠分3毎食後、トラセミド錠8mg 3錠分3毎食後の処方、トラセミド錠が添付文書の使用基準と異なること、上記処方薬からトラセミドの記載誤記と考えられ、疑義照会しトラセミド8mgの薬品名誤記でトラネキサム酸250mgに薬剤変更となる。	薬剤を選ぶ際に頭2文字で検索し、誤った薬剤を選択した。	処方内容全体を確認。処方意図を考え、そぐわないものがないか鑑査する。	トラセミド錠8mg「KO」	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
1882	風邪の症状で来局され、処方箋を確認したところ糖尿病の治療薬トラゼンタが処方されており、既往歴などにも糖尿病がなかったため、患者さんに確認したところ、心当たりがないとの事でしたので、疑義照会実施。医院側の選択ミスによる間違いで、トランサミンと記載の所をトラゼンタと記載したこと。	コロナの第7波による患者増で、土曜日の午前中であるが医院内が患者でぎっしり詰まっている状態であったために事務作業が混乱していたと思われる。	今回も未然に防ぐ事が出来たが、今後もより一層処方箋に間違いがないかをしっかりと確認していく。	トラゼンタ錠5mg	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
1883	今回よりトラセミド錠5ミリが追加になっていた。患者様は医師より尿を出して血圧を下げる薬と説明があったとのこと。疑義照会結果、トラセミド錠4ミリへ変更になる。	薬品名の類似	薬の追加の際は医師からどのような説明があったか確認する。	トラゼンタ錠5mg	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1884	臨時薬として、トラゾドン塩酸塩錠25mgが処方された。本人より感冒症状での受診であると聴取したため、処方内容について確認を行った。疑義照会の結果、レスプレン錠30mgへ変更となった。	カルテ記載不備先発品の医薬品名との類似入力誤り	処方内容と患者から聴取した症状があっているか確認を徹底する。	トラゾドン塩酸塩錠25mg「アメル」	レスプレン錠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
1885	当該患者は、平素より当薬局を利用しており、今回は腹痛症状のため近医(内科)を受診、処方箋を持って来局した。調剤前の処方鑑査の際、「トラディアンス配合錠AP 6錠 分3 毎食後」の記載を見つけた。当該薬剤の用法用量、及び患者の主訴から鑑みても他剤との入力間違いではないかと疑義を生じたため疑義照会を行ったところ、「トランコロン錠7.5mg 6錠 分3 毎食後」の入力間違いだったことが判明した。	電子カルテから処方箋への薬剤入力の際、名称類似薬剤を誤って入力したと思われる。	平素から、薬剤の適応症や用法・用量についての確認を実施している。患者の症状や主訴の聞き取りにより、適切な薬剤が処方されているか確認するよう心掛けている。	トラディアンス配合錠AP	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
1886	糖尿病治療で、ジャディアンス錠10mg+リベルサス錠7mgで治療中の患者。HbA1cも7.4%と前回よりも上昇。医師はジャディアンスの増量を考え、リベルサス錠はなしで、トラディアンスBP錠に変更したが、変更条件に合わないため疑義照会。今回はトラディアンスAP錠となり、次回以降BPを検討するとの回答。ただ、医師が考えた治療目的とのずれは少なからずあり、こちらから、ジャディアンス25mg+トラゼンタ5mgの提案を行えば、また違った結果になった可能性も考えられる。	変更条件までは見ていなかった可能性。リベルサス錠とトラゼンタ錠は類似する薬剤であるため、リベルサスをトラゼンタとみなし、ジャディアンスとの配合剤として、ジャディアンスの増量を考えトラディアンスBPを処方したと思われる。	単なる疑義照会とならないよう、アウトカムが患者医師ともに納得いく形となるよう、処方提案も視野に活動を行うようにする。	トラディアンス配合錠BP	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)
(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	
1887	薬剤交付時に担当薬剤師が患者より酔い止めの薬をもらう予定はなく、炎症止めを出すと言っていたと診察内容の聴取をしたため所望もとに確認したところ、トラベルミンではなくトランサミン処方予定であったことが判明したため、トラネキサム酸に変更し調剤・交付した。	名前の上2文字が同じなので、入力し間違えたものと考えられる。	交付時の患者とのやり取りで防げた事例であるため、どんなに急いでいる患者であっても、どのような診察内容だったのかを聞き取りしたり、薬剤の説明をしたりする義務があることを改めて店舗スタッフに周知した。	トラベルミン配合錠	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
1888	3歳の患者にトランサミン散50%が処方され6g分3の処方。用量確認したところ、トランサミンシロップ5%の6ml分3に変更になった事例。	名称は同じなので、最後の剤形まで見ていなかったことが原因。	剤形によって力価が違うので、用量には毎回十分に確認し、ダブルチェックしている。	トランサミン散50%	トランサミンシロップ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
1889	一般名処方にて「トリアムシノロンアセトニド0.1%軟膏」にて処方有患者に使用部位確認したら口腔内とのことで口腔用軟膏へ疑義し変更	一般名の誤り	レセコンより代替調剤する際のマニュアル作成	トリアムシノロンアセトニド軟膏「トーコー」	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
1890	[般]トリアムシノロンアセトニド軟膏0.1% 1日2～3回口腔内に塗布上記処方あり。 塗布部位が口腔内であったため、[般]トリアムシノロンアセトニド口腔用軟膏0.1%の間違いでないか主治医確認。[般]トリアムシノロンアセトニド口腔用軟膏0.1% 1日2～3回口腔内に塗布（オルテクサー口腔用軟膏0.1%）で再度処方あり	同成分薬の使用法の違いに伴う選択ミス	正しい用法用量の確認	トリアムシノロンアセトニド軟膏「トーコー」	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
1891	トリンテリックス錠10mg 3錠、分3毎食後で処方あり。トリンテリックス錠は服用上限が20mgであり、1日1回経口投与である薬剤であるため、疑義照会を行ったところ、トリプタノール錠10mg 3錠、毎食後服用の服用に変更となった。	患者さんは遠方よりこられていて、近隣の病院でトリプタノール錠10mgを処方されていた。以前にかかっていた、今回処方元となった病院を受診。薬手帳を持参されておらず、今まで飲んでた薬も出してほしいとのこと。口頭で薬剤名を告げたため、トリプタノール錠10mgがトリンテリックス錠10mgになってしまった可能性があり。	今回は処方がトリンテリックス錠の処方上限を超えていたため、すぐに処方誤りに気づき、患者さんにもトリプタノール錠10mgを実際に見てもらって、今まで服用していたものと確認できた状態。前医処方継続となっている処方が時々ある為、薬手帳をしっかりと確認すること、薬手帳を携帯していない阿合、患者さんへの聞きとりをしっかりとっていく。	トリンテリックス錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1892	神経疼痛のため継続して来局されている方にトレリーフOD錠が処方となり、症状の変化等を聞き取りしたところ痛み止めが追加になると説明があったことがわかったため薬品名の誤りの可能性があるため照会。トレリーフOD錠ではなく正しくはトラマールOD錠と回答があった。	薬品名の一字目と規格が同じため選択誤りが起きたと考えられます。	これまでの症状と関連がなさそうな処方があった場合は慎重に症状等の聞き取りを行います。	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
1893	ニセルゴリン(5)が継続して処方されていた患者様が、今回普段と別の医療機関を受診。処方のうち、ニセルゴリンだけが処方されておらず、代わりにニコランジル(5)が新しく処方されていたため疑義照会。ニセルゴリン(5)の入力誤りであったことが判明。	類似薬品の入力誤り	今までの薬剤服用歴を確認する	ニコランジル錠5mg「サワイ」	ニセルゴリン錠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
1894	往診同行時に処方予定の薬を確認(ニトラゼバム錠5mg1錠/1朝食後記載)。事前に提供していただいたサマリーの処方内容(トラゼンタ錠5mg)との相違があり、医師に確認を行った。	薬品名の類似、また規格が同じ5mgであることから、サマリーから処方薬の入力を起こす際に誤ったと考えられる。	新規患者様について、おくすり手帳、サマリーを用いて、以前の処方内容と相違がないか、相違がある際は理由の確認を行う。ニトラゼバムは眠剤のため、朝食後の処方が行われていることでも気づくことが出来た。添付文書外の処方記載がある場合は、患者、処方医に確認を行う。	ニトラゼバム錠5mg「トーフ」	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
1895	当薬局を平素から利用されている。A病院に入院され、退院後の1回目の処方はA病院から処方されたが、その後の薬は地域のBクリニックから処方されることとなった。A病院ではニフェジピンL錠10mg(12時間持続)で退院後の処方が出ていたが、Bクリニックに医療機関が変更になり処方がニフェジピンCR錠10mg(24時間持続)に変更になっていた。薬はA病院の引継ぎとなり変更はないとお伺いしたため、Bクリニックの処方医に疑義照会を行い、処方薬が変更となった。	12時間持続製剤と24時間持続製剤で名称が似ていることから、薬剤選択の際に間違いがあったと考えられる。	処方鑑査では薬品名の最後まで、特に名称が似ている製剤については入力からも注意して確認するようスタッフ内でも注意喚起を行っている。	ニフェジピンCR錠10mg「日医工」	ニフェジピンL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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1896	今までニフェジピンL錠20mg服用の患者の持参した処方せんの薬剤の記載が商品名のニフェジピンL錠20mg「トーワ」であったのがニフェジピン徐放錠20mg(24時間持続)に変わっていた。患者は薬剤の変更は聞いていないと確認。病院に疑義照会、ニフェジピン徐放錠20mg(12時間持続)に変更となった。	知識不足。	処方監査を周知徹底する。	ニフェジピンCR錠20mg「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
1897	ニフェジピンCR20mg服用の患者様が血圧の数値が低くなったことを医師に伝えたところ、ニフェジピン徐放錠10mg(12時間)が処方された。一般名の徐放錠には24時間のCR錠と12時間のL錠があり、間違えやすい薬剤であることを認識していたため疑義照会を行った。その結果、予想通りニフェジピン徐放錠10mg(24時間)の間違いと発覚。患者様の健康被害を回避することができた。	徐放錠には24時間と12時間があり、間違えやすい薬剤であることが要因	会社全体として情報の共有が行われており、それが気づきとなり、患者様の健康被害を未然に防ぐことができた。引き続き、薬局の機能・使命として取り組んで参ります。	ニフェジピンL錠10mg「サワイ」	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
1898	他院で処方されている降圧剤が足りなくなるので、お薬手帳を見せて同じものを今回処方してもらったとのことお薬手帳を見ると24時間作用の薬が出ていたが、今回処方されたものは12時間作用の剤型問合わせて、変更になる	1つの成分で剤型や作用時間の異なる薬剤も多い	患者には薬が切れないように受診をするまた足りなくなったときはなるべく主治医に処方してもらうように指導する	ニフェジピンL錠10mg「日医工」	ニフェジピンCR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
1899	降圧薬効果不十分のため、ニフェジピンL20mg処方追加、1日1回の用法の為、疑義照会後ニフェジピンCR20mgに変更となる	用法を考慮していないか、確認不足。	処方監査をきちんと行い用法用量など誤りを見逃さないようにする。	ニフェジピンL錠20mg「サワイ」	ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1900	ニフェジピンCR (20) 2錠1日1回朝食後で服用中であったが血圧が上がってしまったため救急で受診。1日80mgに増量との指示が出ていたが処方箋はニフェジピン徐放錠 (20) (12時間持続) 2錠 1日1回夕食後になっていた。	一般名処方の場合、24時間持続と12時間持続は見落としやすい。	24時間持続と12時間持続は必ず確認する。	ニフェジピンL錠20mg「トーワ」	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
1901	血圧低下による薬変更と聞いているといて処方せんを渡すときに患者さんに言われた。血圧110~120/位が多いといわれていた。 今までニフェジピン徐放錠20mg (24時間) 服用していたが今回飲み方は前回と同じ1日1回でニフェジピンカプセル10mgに薬剤変更になっていた。カプセルの用法が1日3回が通常と考えられるので用法外であるので3カプセル分3の変更かという点と24時間タイプのものに比べてかなり効果の短いものに変更になっていたため、用法から推測すると徐放錠10mgの可能性もあるため疑義照会した。その結果ニフェジピン徐放錠10mg (24時間) 1錠に変更になった。	病院カルテの一般名からの処方薬の選択間違い。	前回の処方内容、血圧の数値を確認して、処方薬の変更に間違いがないか確認する。薬剤が適切な用法で処方されているか確認する。	ニフェジピンカプセル10mg「サワイ」	ニフェジピンCR錠10mg「N.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
1902	同効薬のスーグラ50とフォシーガ10が処方されていた。疑義照会を行ったところフォシーガ10削除、ネシーナ25追加となった。	フォシーガとネシーナが名称類似の医薬品のため、処方ミスが起こったと推定される。	名称類似医薬品に注意喚起札を付ける。処方監査を徹底。	ネシーナ錠25mg	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
1903	部位の指示のない外用処方箋を持参。患者様に確認したところ、部位は肛門。痔核であると主張。ネリゾナ軟膏には痔核の適応がなく、ステロイドの含有量も多いので、類似名の薬品で痔核に適応のあるネリプロクト軟膏ではないかと判断した。	薬剤名が類似していたための選択ミスと推定される。	外用剤の処方では、部位などの指示がないものがあるので、患者様の症状や部位、どのような説明を受けているかをよく聞き、適応と処方合っているか処方監査をする。	ネリゾナ軟膏0.1%	ネリプロクト軟膏		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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1904	前回までメチコパール錠500μg服用していたが今回ノイロトロピン錠4単位に変更になった処方せんを応需。患者さんから話を聞くとビタミンがいろいろ入っている薬に変更すること。疑義照会后、ノイロピタン配合錠に変更となった。	頭3文字「ノイロ」が同じで医薬品名が類似しているため処方入力時に間違えた可能性が考えられる。	症状の聞き取り時に医薬品の適応と相違や疑問があれば疑義照会し確認する。	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
1905	ノイロトロピン2T分2で処方。疑義照会を行ったところ、ノイロピタン配合錠の記載ミスによるものと判明。処方変更となった。	商品名の3文字目までが同じため、クリニックの事務の入力ミスが発生したと考えられる。	患者から症状などを確認し、処方 が正しいかどうか判断する。	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
1906	2022年10月26日16時半ごろ、当薬局を初めて利用される患者が処方箋を持参された。今回処方者の医療機関へは他院からの転院で転院後初処方であった。ノイロトロピン錠4単位2錠分2朝夕食後他が処方されていた。お薬手帳を持参されていたので薬剤師A(調剤経験年数2年)が確認したところ、転院前処方では、ノイロトロピン錠4単位はなくノイロピタン配合錠が処方されていた。患者に話を聞いたところ、処方医からはいつもの薬を出すとの話であったので、電話にて疑義照会を行った。その結果、ノイロトロピン錠4単位2錠分2朝夕食後はノイロピタン配合錠2錠分2朝夕食後に変更となった。	処方医が処方の入力の際に、ノイロピタン配合錠のところ類似名のノイロトロピン錠4単位を間違えて選択してしまったようだ。	お薬手帳や患者からの聞き取りなど、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確認していくとともに、お薬手帳を持っていない患者、活用できていない患者に対して、お薬手帳の有用性を説明し活用してもらう。	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
1907	前回処方がアロプリノール(100)であった。今回の処方からノウリアスト(20)へ変更となっていた。変更内容に疑問を感じ疑義照会。結果ウリアデック(20)に処方変更。	ともにウリアの名称があり薬剤名称が似ていたため処方医の入力誤りであると推測される。	処方変更があった際はより注意深く処方意図、処方内容が適切であるか確認するようにしている。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1908	大学病院から転院。大学病院ではノボラピッド注フレックスペンが処方された。転院先の処方ではノボラピッド30ミックス注フレックスペンに変更されたが、用法が今まで通り1日3回の指示のため疑問に思い疑義照会を行った。結果、前医より使用のノボラピッド注フレックスペンの間違いだった。	名称が似ている。レセコンなどでも間違えて選択する可能性あり。またノボラピッドは通常1日3回に対し、ノボラピッド30ミックスは通常1日2回なので、用法の変更がないところで違和感を感じた。	転院先での初処方の場合は、以前の処方内容を必ず確認する。お薬手帳などわかるものをお持ちでない場合は、処方内容に違和感や患者とのやり取りでの食い違いがあれば速やかに処方医に確認する。	ノボラピッド30ミックス注フレックスペン	ノボラピッド注フレックスペン		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
1909	ノボリンR注フレックスペンからノボリンN注フレックスペンに処方変更となっていた。投薬時に患者さんに聞いたところ、本日処方変更あるとは処方医より聞いてないとのこと。疑義照会した。今回処方変更はなく、ノボリンR注フレックスペンの処方となった。	名称が酷似しているため、選択間違え	処方変更時には、必ず患者さんに処方変更となった経緯を聞く	ノボリンN注フレックスペン	ノボリンR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
1910	添加物のPEG(ポリエチレングリコール及びマクロゴール)に対してアレルギーを有する患者であり、その旨を医療機関側にも伝えてあった。医療機関側も添付文書にて上記の記載がないことを確認して処方されたが、ポリオキシエチレン(105)ポリオキシプロピレン(5)グリコールが含有されていた。名称が異なるものの、これらは同成分であることを疑義照会にて伝え、他剤へと変更になった。	添付文書に記載される添加物の名称に厳格なルールがないことが原因だと思われる。	該当の添加物に関しては、構造式を薬歴の頭書きに記載して情報を共有することにした。	ノリトレン錠10mg	サインバルタカプセル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
1911	大腸憩室炎の疼痛時服用としてバイアスピリン錠100mgが処方されていたが、適正効能外のため、カロナール錠300に変更となった。	医療機関側での医薬品名の類似による確認不足と思われる。	引き続きお薬手帳や薬歴の確認、患者への聞き取りなどを注意深く行い、情報収集に努めていく。	バイアスピリン錠100mg	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1912	処方箋の記載がパファリン配合錠81/疼痛時 10回分となっていた。抗血小板薬のパファリン配合錠81が疼痛時での処方となっていることに疑問を感じ、疑義照会したところ、カロナール200に変更するようとの指示があった。	以前にパファリン330を何度か処方されている患者様だったので、パファリン330が経過措置期間2022年3月末日までということに気づかず、処方箋入力の際にパファリンと入力して、表示されたパファリンA81を選択してしまったのではないと思われる。	処方内容と患者の話、適応にも不一致がないか確認を行う。また、医療機関へ経過措置などの情報提供を積極的にやっていく。	パファリン配合錠A 8 1	カロナール錠 2 0 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
1913	コロナワクチン接種後副反応に対する処方、パファリン配合錠A81が疼痛時で処方。抗血小板薬のため疑義紹介し、カロナールへ変更	販売中止のパファリン配合錠A330と間違えて処方入力を行ったのではないかと推定される	患者の主訴と処方内容を確認する	パファリン配合錠A 8 1	カロナール錠 2 0 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
1914	パファリン配合錠A81 1T頭痛時10回分の処方 パファリン配合錠A330との処方誤りを疑い患者聞き取り後、疑義照会。A330は販売中止のためカロナールを提案し変更となった。	処方時の薬剤選択の誤りと思われる。	類似名称などの処方ミスに気付くために、薬剤変更時や新規処方の場合は患者からの聞き取りを丁寧に行う。またヒアリハット事例の共有を店舗内で行っている。	パファリン配合錠A 8 1	カロナール錠 2 0 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
1915	過去にパファリン配合錠A 330を頭痛時で処方歴あり。今回が久しぶりの処方だったが、パファリン配合錠A 330は発売中止になっていた。そのため代替として(般)アスピリン81mg・ダイアルミネート配合錠を選択された。	パファリン配合錠A 330mg が製造中止になっていた。アスピリン81mg に鎮痛剤としての適応が無いことをDr が知らなかったのでアスピリン330mg の代替として選択してしまった。一般名処方になっていたことも混同の要因として考えられる。	疑義照会し、頭痛への適応が無いことを説明し、カロナールに変更する。	パファリン配合錠A 8 1	カロナール錠 5 0 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
1916	専門病院から、近隣の医療機関に転院。バルプロ酸Na徐放顆粒40%「フジナガ」が処方されていた。お薬手帳を確認すると、転院前の病院からは、バルプロ酸ナトリウム細粒40%「EMEC」で調剤されていた。患者さんの家族に確認すると、薬の変更の話は聞いていないとのこと。疑義照会し、バルプロ酸ナトリウム細粒40%「EMEC」に変更となった。	近隣医療機関では、バルプロ酸Na徐放顆粒40%「フジナガ」が、通常使われる薬であり、バルプロ酸ナトリウム細粒40%「EMEC」を処方されたことがなかった。診療情報提供書に記載されている、バルプロ酸ナトリウムの薬品名を見た時に、徐放顆粒と思いこんでしまったと思われる。	徐放顆粒と細粒は、薬物動態が違うことを、全スタッフに周知した。	バルプロ酸Na徐放顆粒40%「フジナガ」	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1917	他病院からの転院初回。持参のお薬手帳を確認し今まで徐放錠服用だったが今回徐放錠では無かったためDr確認。	お薬手帳を持参していなかったら、本人も薬受け取り時に変更に気が付かなかった恐れもある。お薬手帳を持参していたため薬の違いに気が付けた。	お薬手帳の確認をしっかりと行い、手帳持参しない方にも持参の必要性を説明。	バルプロ酸ナトリウム錠 100mg 「DSP」	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A 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
1918	バルプロ酸徐放錠100mgが定期処方として継続されていた。10/20処方時、普通錠が処方された。医師に疑義照会を行ったところ、徐放錠に変更となった。	処方入力時のミス。	引き続き、処方箋の監査・変更に対するチェックを行う。	バルプロ酸ナトリウム錠 100mg 「アメル」	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A 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
1919	患者に薬を交付中、薬の内容を確認していて本来血圧の薬が出ていなくて疑義照会を行い名称が似ている薬を処方していたのが発覚し、変更して薬の交付を行った。	名称が似ている薬を処方箋交付時に確認せずに処方を行ってしまった事。オーダーリングでの確認ミス。	薬の変更があった場合、処方内容と患者とのコミュニケーションにて変更が正しいか確認を行う。検査結果も確認し変更の根拠を確認しながら薬を交付する。	バルモディア錠 0.1mg	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
1920	2weeksのコンタクトレンズ使用の患者。ドライアイを指摘されヒアルロン酸Na点眼液0.1%の処方が出されたが、防腐剤が含まれていることからコンタクトレンズへの吸着による角膜障害を懸念しPF容器に処方変更してもらった。患者は受診時眼鏡を使用した。	薬局時に眼鏡を使用していたため、処方時にコンタクトレンズ使用有無の確認を怠った可能性がある。	眼鏡使用の患者に対しても、必要時にはコンタクトレンズ使用有無を確認している。	ヒアルロン酸Na点眼液 0.1% 「ニッター」	ヒアルロン酸ナトリウムPF点眼液 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
1921	ヒアレインミニ点眼2個の処方患者様に聞いて見るとドライアイでしばらく使用する様に指示を受けているヒアレインミニでは継続使用できない為疑義にて確認、ヒアレイン点眼に処方変更	医薬品の認識不足	患者様とコミュニケーションをはかり患者様の服用背景を知る様に努めている	ヒアレインミニ点眼液 0.3%	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
1922	腎機能悪いと聞いていないので突然ピートル顆粒の処方	処方オーダーリング時に選択ミス	明らかにおかしいので疑義照会で変更	ピートル顆粒分包 250mg	PL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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1923	セフジトレンピボキシル錠100mgと一緒に、ピオフェルミン錠が処方された処方箋を応需した。	抗生剤が処方されているため、ピオフェルミン錠の誤入力の可能性があると考えた。	医師の処方ミスと考え、疑義紹介を実施。ピオフェルミン錠から、ピオフェルミンR錠に変更となった。	ピオフェルミン	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
1924	レボフロキサシン錠250mgの消化器症状対策として、ピオフェルミン錠が処方されていた。ピオフェルミンR錠は、ニューキノロン系抗生剤の場合は適用外となるため、疑義照会。ピオフェルミン錠剤へと処方変更となった。	ピオフェルミン錠剤と、R錠の名称の類似抗生剤であればピオフェルミンR錠でよいという勘違いの可能性	本件を薬局内で共有他薬剤師・スタッフも混同せず、正しい薬剤選択をできるように指導した。	ピオフェルミンR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
1925	抗生剤投与の無い患者にピオフェルミンR散処方。便秘症状につき、整腸剤処方されるとの話だったことを患者より聞き取り。医療機関にピオフェルミンR散の適応について電話で疑義照会し、ピオフェルミン錠に処方変更となる。	医療機関での適応確認不足。	知識の習得、鑑査時の適応確認の徹底。	ピオフェルミンR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
1926	セフカベン処方患者様にピオフェルミン錠が処方されていたため、疑義照会にてピオフェルミンRへと変更になった	抗生物質耐性菌の整腸剤について」の知識不足	ピオフェルミンRの適応になる抗生物質を把握	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
1927	抗生剤のクラリスロマイシンが処方されている患者にピオフェルミン錠剤が処方されており疑義の結果ピオフェルミンR錠に変更	判断の誤り、処方内容の確認不足	抗生剤と整腸剤の併用は注意して確認している	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
1928	眼科にてセフカベンピボキシル塩酸塩錠とピオフェルミン錠が処方された。手帳を確認したところ 他科でピオフェルミン錠は処方され現在服用している。患者に聞き取りをしたところ、もともと胃腸が弱く、抗生剤でおなかを下すかもしれないからと相談したところ整腸剤を出して欲しいと言っていたとのこと。病院に電話し確認したところ、院内で出す予定だったが、整腸剤の在庫がないため急遽院外処方に変更したとのこと。ピオフェルミン錠は耐性乳酸菌ではなく、抗生剤で殺菌されてしまう可能性を説明、ピオフェルミンR錠に変更となった。他科ででているピオフェルミン錠はセフカベンピボキシル塩酸塩錠服用中は休薬し、代わりにピオフェルミンR錠を服用するよう指導。その後、セフカベンピボキシル塩酸塩錠とピオフェルミンR錠を服用したことで、下痢や胃腸の不調はなかったと服用フォローにて確認できた。	病院の服用歴の確認不足、耐性乳酸菌に対する知識不足	手帳の確認や、体質の確認も今後継続して行いたい。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1929	オーグメンチン配合錠250RS 375mg ピオフェルミン錠剤 上記の処方内容であった。ピオフェルミンは、上記のような抗生剤交付中は、抗生剤による失活を防ぐため、ピオフェルミンR錠での交付が望ましい。 このままの交付となっていれば、整腸剤による治療効果が十分に得られず、抗生剤による下痢等を起こしていた可能性がある。	疑義照会中、処方医が「R錠になっていなかったですか?」とおっしゃっていたため、入力ミス等である可能性が高い。	日ごろから知識を蓄え、気がかりな点に関して、積極的に疑義照会を実施していく。	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
1930	介護施設に入所している患者より、従来から処方されていた「ヒルドイドソフト軟膏」を介護施設看護師に希望した。これを受けて介護施設看護師が担当の医療機関医師に電話にて伝える際に誤って「ヒビソフト」の処方依頼を行った。これを受けて、医療機関より「ヒビソフト」を処方する旨の連絡があった。薬局では「ヒビソフト」は通常扱われない製品であることを伝え、介護施設、医療機関、薬局において、何度か電話連絡が繰り返された。薬局ではこの間、医薬品卸会社とも連絡を取り、「ヒビソフト消毒液」が医療機関から処方され、薬局が調剤する製品ではないことも確認した。最終的に介護施設看護師が名称を言い間違えていたことが判明したが、解決するまで1時間以上の時間を要した。	「ヒルドイドソフト軟膏0.3%」、「ヒビソフト消毒液0.2%」という名称が、「ヒ」で始まり、「ソフト」を含む点で類似している点、剤型や%などが異なるが省略されてしまった点、薬効や用法などの確認が不十分だった点が挙げられる。	薬剤名をフルネームで確認すること、薬効や用法なども確認すること、過去の処方歴から類似名の医薬品ではないかと類推することなどを取り組むようにした。	ヒビソフト消毒液0.2%	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
1931	薬剤が変更されたのですねと患者とお話すると齟齬が生じたため問い合わせした	血糖コントロールが不備になり患者に損害が生じる恐れがあった。	他の規格変更の際は特に気を付ける	ヒューマログミックス50注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1932	患者はこれまでど利用していた病院を変更しており、初めての病院であった。処方内容を困処方箋と照らし合わせたところ、ランタス注ソロスターを使用中であったが、ランタスXR注ソロスターの処方、またヒューマログミリオペンを使用中であったが、ヒューマログミリオペンHDの処方であった。また、処方箋には単位数の記載もなかった。意図した切り替えであるのか確認をしたところ、医療機関側はこれまでと同様の処方の意図であった。	病院変更により、お薬手帳等薬剤情報をみて処方入力し、その際に似た薬剤を選んでしまった可能性。	特にインスリン製剤のようなハイリスク医薬品の処方変更の場合、切り替えであるのか注意深く観察する必要がある。ヒューマログミリオペンとヒューマログミリオペンHDは単位の調製の違いだけであるが、ランタスXR注とランタス注の切り替えは低用量での切り替えとすることと定められているため、単位数の記載が無い場合は確認が必要。	ヒューマログ注ミリオペンHD ランタスXR注ソロスター	ヒューマログ注ミリオペン 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
1933	投薬時に患者さんから、血液検査で貧血だったため貧血の薬を出すと言われたことを聴取し、ファロム錠ではなくフェロミア錠の間違いだと推測し、ファロム錠(200)からクエン酸第一鉄ナトリウム錠(50)への変更を疑義照会した。	医師の処方入力に原因があったと思われる。	服薬指導中に患者さんから情報をよく聞き取り、処方箋が正しいか判断しながら投薬するようにする。	ファロム錠200mg	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
1934	継続服用中のフェブリク錠10mgの処方が削除され、フェブキシスタット錠60mg「SANIK」の処方が追加となっていました。患者様にアレルギー症状を確認したところ、特に症状の相談はされていないこと、また尿酸値の改善による薬の中止も聞いていないことを確認しました。薬品名の誤入力と考えられるため疑義照会を行う。	フェブリク錠のジェネリック発売に伴い、先発からジェネリックへの切り替えを行っていました。最初の文字が類似しているため入力を間違えたと思われる。	処方変更時は、その理由を患者様に確認するようにしている。	フェキシソフェナジン塩酸塩錠60mg「SANIK」	フェブキシスタット錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1935	定期処方よりフェブリク錠20mg中止、新たにフェキソフェナジン60mg 1錠分1で処方追加。処方変更薬剤の名称が類似していること、フェキソフェナジンの用量が通常(1日2回)と異なることから処方医に疑義照会。フェキソフェナジン60mg からフェブキソスタット20mg 「DSEP」1錠分1に変更となる。	薬剤名称の類似。処方元では新たにフェブリク錠の後発(フェブキソスタット20mg 「DSEP」)を採用。新規処方としてフェブキソスタットを入力すべきところを誤ってフェキソフェナジン60mg で入力された。	名称類似等に注意が必要。また処方変更など、薬に関する主治医からの説明を患者本人に確認することも重要と考えます。	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg 「SANK」	フェブキソスタット錠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
1936	前回処方まではフェブリク錠10mg で処方されていたが、今回からジェネリック医薬品に処方を変更しようとしたところ名称の似ているフェキソフェナジン塩酸塩錠60mg で処方されてしまった。通常フェキソフェナジンの処方2錠を1日2回で服用のところ、前回処方のフェブリク錠と同様に1錠を1日1回で処方されていることや、過去の薬歴や処方歴から抗アレルギー薬の処方がなかったため疑義照会にて確認したところ、フェブキソスタット錠10mg 「トーワ」の処方間違いと判明した。	処方品名を検索する際に頭文字を少なく入力したところで医薬品名称候補から選択しようとして間違えたのではと考えられる。	当該患者の処方歴やアレルギー歴の確認とともに新規にジェネリック医薬品が発売した際にはその商品名を覚えておく必要がある。また処方変更があった際にはその用法用量が適切かも判断の基準となるため確認が必要。	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg 「SANK」	フェブキソスタット錠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
1937	当薬局を定期的に利用されている患者様が処方箋をもって来局。毎回ファモチジンD錠20mg 「サワイ」2錠朝食後が処方されているが、今回は処方なくフェキソフェナジン錠60mg 「ケミファ」2錠朝食後が処方されていた。今回はファモチジンの処方がない代わりにフェキソフェナジンが処方になっていること投薬時確認したら、処方変更があることは聞いていないし、アレルギー症状もないと言われたため、処方医に電話で疑義照会した。その結果、いつも服用しているファモチジンD錠20mg の間違いであると判明したので、変更になった。	処方医が処方箋に手書きでファモチジンD錠20mg を記入する時に、似た薬品であるフェキソフェナジン錠60mg と書き間違えたようだ。	薬局の薬剤服用歴やお薬手帳を参考にし、また患者様から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していく。	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg 「ケミファ」	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1938	浮腫のある患者に継続処方のフロセミドが中止となっていた。患者に確認したところ浮腫改善なくフェブリクは残薬があることがわかった。	名前が似ているための記載間違い。	患者の状態を考慮したうえで調剤を行う。	フェブキシostat錠10mg「DSEP」	フロセミド錠10mg「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
1939	定期薬でフェロ・グラデュメット錠105mgが処方されている方にフェブリク10mgが処方	名称が若干似ていることで間違えたと思われる。	今後も注意深く処方鑑査する	フェブリク錠10mg	フェロ・グラデュメット錠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
1940	112日ぶりに当薬局を受診された患者。呼吸器内科よりフェブリク40mgの処方。手帳なし。 当薬局にてフェブリク錠自体の交付が初であり、服薬指導時にフェブリク錠自体の使用歴もない事が発覚。フェブリク錠は初回投与量が10mgの為、病院に疑義紹介を行う。疑義紹介の結果、フェブリク錠ではなく、フェノフィブラート錠の処方箋記載ミスである事が発覚した	フェノフィブラート錠とフェブリク錠が頭二文字が同じことが原因と判断	フェブリク錠は初回で40mgを使用することはないので、服薬指導前に患者に確認することはできたと考えられる。お薬手帳なし、初回投与の時点で患者にその場での確認を行うのは当然である為、今後徹底する。	フェブリク錠40mg	フェノフィブラート錠53.3mg「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
1941	下痢症状で受診した患者にフェロ・グラデュメット錠105mgが6錠分3で処方されていた。本人は医師から鉄剤を処方する話を聞いていなかった。処方量・用法もフェロ・グラデュメット通常の処方と異なっていたため疑義照会を行った。疑義の結果、フェロ・グラデュメットは削除となり、フェロベリン配合錠が6錠分3で新たに追加となった。	どちらの薬剤も頭3文字が「フェロ」と同じのため、入力ミスが原因と考えられる。	患者の病状と処方内容が噛み合っているか、投薬時のヒアリングをしっかりと行う。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1942	消化器科より、過去にフェロペリンの調剤記録あり。今回、フェログラデュメットの処方。患者より貧血症状はなく、過去に処方されていたものを再度処方してもらったと確認。用量も1日3錠分3だったため、薬剤間違いの可能性が高いと判断。疑義照会により処方薬剤の誤りのため、フェロペリンへ変更となる。	類似名称による処方入力誤り	処方内容について患者より聞き取り	フェロ・グラデュメット錠105mg	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
1943	下痢の患者にフェロジピン2.5mg6錠が処方された。不適切だと思われるため疑義照会を行った。その結果、フェロペリン配合錠に変更となった。	薬剤名が類似しているため、処方入力時に間違えたものと思われる。	患者からの聞き取りをしっかりと行う。	フェロジピン錠2.5mg「武田テバ」	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
1944	臨時処方としてフェロジピン錠5mgが追加となる。家族の方に症状をお聞きすると貧血で追加薬が出ると聞いていると言われた為入力時間違いではないかと思ひ疑義照会をする。	Drが処方入力時薬品の選択間違いをされたと推測される。	患者への聞き取りの大切さを痛感した。	フェロジピン錠5mg「武田テバ」	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
1945	定期的服用している薬に追加で、フェロペリン配合錠が処方された。普段より便秘気味でマグミット錠が処方されており、今回も便秘気味である旨の訴えがあり。貧血の指摘をされたとのことで、フェロペリン処方について疑義照会を行い、クエン酸第一鉄錠に変更になった。	薬剤の頭3文字が同じ薬剤である「フェロミア錠」を処方したつもりだったが、病院の薬剤のマスターには「フェロミア錠」が無く、「フェロペリン配合錠」を処方してしまった。	患者からの聞き取り等により情報を収集し、処方内容に誤りがないか確認する	フェロペリン配合錠	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1946	患者の症状は便秘、貧血、発熱であった。センノシド、抗生剤、胃腸薬とフェロベリン 3錠 1日3回毎食後7日分処方。便秘と下痢を繰り返している可能性も考え、患者家族とお話したところ、下痢は全くなかった。かえって便秘を悪化させてしまう可能性があるため、病院へ連絡。石を探してもらい確認したところ、鉄剤を出すつもりが誤ってフェロベリン処方と分かった。	フェで始まる薬で勘違いしてしまった様子。その処方にはセンノシド1回20錠(正:2錠)、処方に慣れていないように思えた。	患者の訴えをしっかりと聞き取り、処方された薬剤の整合性を取る。	フェロベリン配合錠	フェロ・グラデュメット錠 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
1947	フェロベリン配合錠が新規処方。投薬時、下痢症状の有無について確認したが症状なし。診察時に「貧血の薬を処方する」と医師から説明があったことを聴取。3日前の来局時に確認した採血データでも血色素値が低いため、薬品の選択ミスを疑い疑義照会。薬剤が変更となった。	薬品名の頭三文字が類似しているため、電子カルテで薬品選択をする際に誤って選択、そのまま処方箋を発行したものと推定	診察時に医師からどのような説明があったのかを把握し、処方内容と説明内容に齟齬がないことを確認する。	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
1948	今回処方より、フェロベリン配合錠が追加になっていたため、患者様にお腹の調子は悪くないか事前に確認した。下痢はしておらず、今回追加のお薬は貧血改善のお薬と医師から聞いていると仰っていたので、処方薬剤に誤りがあると考え疑義照会。薬剤の変更となった。	フェロベリン配合錠→フェロミア錠に変更。医薬品名の最初の3文字が一致しており、カルテ記載の不備と考えられる。	薬剤の追加、変更があった場合、調剤する前に事前に患者様に確認することで、調剤以降の段階をスムーズに行えると考えている。	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
1949	フスコデ配合錠が頓服で疼痛時処方だった。咳が出るのかを訪ねると咳は出ず、時々おなかが痛いとの訴えあり。ブスコパンの間違いの可能性が高いので疑義照会した。フスコデ配合錠からブスコパン錠への変更となった。	医師がパソコンへの入力の際に頭3文字が似ている他の薬剤が入力されてしまったことに気が付かなかった。	患者への聞き取りは徹底する。	フスコデ配合錠	ブスコパン錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1950	医師から授乳婦であるとの連絡があった。処方箋を確認するとフスコデ錠の記載があった。授乳婦でのコデインの服用は禁止されている為、フスタゾール糖衣錠への変更を提案。フスコデ錠からフスタゾール糖衣錠に変更された。	名称が似ている為、コンピューターでの入力で間違えた可能性。妊婦・産婦・授乳婦でのコデイン類含有製剤使用禁忌の知識不足の可能性。医師が、フスタゾール糖衣錠流通不足によりやむを得ず処方した可能性。	妊婦・産婦・授乳婦で使用禁忌の薬剤には、ピッキングの際に目につきやすく気付けるようにシールを貼ったり、リストを作っておく。妊婦・産婦・授乳婦であることが薬歴を見てすぐにわかるようにしておく。	フスコデ配合錠	フスタゾール糖衣錠 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
1951	ミヤBMと共にフスコデが出ており、用法も腹痛時となっていたので、患者様に症状確認咳の症状が無いという事で、入力ミスの可能性があると思ひ疑義照会ブスコパン10mgに変更になりました	最初の二文字が同じため、入力ミスの可能性が高い	用法などでおかしい箇所があった場合、似たような名前の薬を疑うようにしています	フスコデ配合錠	ブスコパン錠 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
1952	今回ブチルスコポラミン錠 10 mg が処方されていたが、ご本人より、「腹痛ではなく、風邪を引いて咳がひどい。咳の薬を出してもらった」との訴えあり。病院にて直接処方医に確認したところ。フスコデ配合錠を処方するはずが、ブチルスコポラミン錠 10 mg の入力をしてしまったとの事。ブチルスコポラミン錠 10 mg からフスコデ配合錠に変更になった。	処方医による入力確認ミス。	ブチルスコポラミンとフスコデ配合錠は名称が似ているため、調剤時、鑑査時、投薬時の確認の徹底。処方内容を鵜吞みにするのではなく、患者様の症状の聞き取りの確認の徹底をしている。	ブチルスコポラミン臭化物錠 10 mg 「ソルハラ」	フスコデ配合錠		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
1953	皮膚科受診で、ダラシンTゲル・ピドキサル・ロコイド軟膏・ピーソフテンクリーム処方にプラビックス錠 25mgの処方があり、処方誤りの可能性もあったため、疑義照会を実施。その結果フラビタン錠5mgに変更。	3文字目まででは酷似する名称のため、入力時に誤ってしまった可能性。	酷似している名称でも、薬効と症状の矛盾を確認し、必要と判断すれば疑義照会を実施する。	プラビックス錠 25 mg	フラビタン錠 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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1954	定時薬に、新規でフリバスが追加された。患者に交付の際に確認したところ、尿酸値が高く新規で薬を出すという話だった。今回処方の薬剤ではないと考えられたため医師に問い合わせし、フェブキソスタットへ薬剤変更となった。	処方入力の際、薬品名が類似していたため生じたと考えられる	処方追加・新規処方の際には、患者から十分に話を伺う	フリバス錠25mg	フェブキソスタット錠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
1955	【般】センノシドの処方記載であったため準備をしていたが、投薬時の患者との話の中で便秘の症状がないことを確認。今回は浮腫に対する薬を新しく出すとのことで疑義照会を行い、【般】フロセミド20mgの誤りであったことを確認した。	医療機関側での入力の際に「プルゼニド」と「フロセミド」を誤って入力したものと推測される。	患者への聞き取りを重視し、薬局側でも誤薬がないように注意する。	プルゼニド錠12mg	フロセミド錠20mg「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
1956	耳鼻科にて平素から小児用フルナーゼ点鼻液25μgを使用している患児であるが今回他院で同じ点鼻薬の処方を願ったが実際の処方フルナーゼ点鼻液50μgをなってしまう疑義照会で変更となる	手帳で希望の点鼻を示したが、処方オーダー時に類似名であったため誤ったものと考えられる	手帳での使用経験のある薬剤かどうかの確認を徹底 今回は手帳で希望薬剤が明確に確認できたため疑義変更に至れた(年齢からも誤りには気づけたはず)	フルナーゼ点鼻液50μg 28噴霧用	小児用フルナーゼ点鼻液25μg 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
1957	フルニトラゼパム錠2mg「アメル」1錠用法「不安時」で処方。フルニトラゼパム錠は睡眠薬であるため、用法は「不眠時」ではないかと思い、病院に問い合わせたところ、薬剤がプロマゼパム錠2mg「サンド」の間違いであり、用法はそのままということだった。	名称が似ており、規格も2mgで一緒なため、処方箋を記載する際、薬剤名を選び間違えたのだと思われる。	用法に疑問を感じたら、薬剤自体の選び間違いの可能性も考慮し、疑義を怠らない。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1958	患者様はご家族で代理の方と一緒に来局。フルメタ軟膏が顔に処方になっていた。本人は緑の軟膏を頼んだとのお話をしていたが、指導している薬剤師は新人で患者様とのやり取りに不安を感じ、他のスタッフが介入。フルメタ軟膏にも緑色のラインが入っているため新人薬剤師はそのまま処方しようとしていましたが、他のスタッフが顔にフルメタを使うことはないかと判断し、以前処方があったアルメタ軟膏（蓋が緑）ではないかと、患者様へ確認した所、処方が間違っていると判明し、疑義照会を行った。	フルメタとアルメタで名前が似ていたことが入力ミスにつながったかと思えます。アルメタは医院ではほとんど処方されることがないため、よく処方されていたフルメタと勘違いしたのかもしれません。	患者様は軟膏を蓋の色などで話す時があるため、外見も把握するようにする。また、部位からステロイドの強さが合っているかもしっかりチェックする。また、以前処方があったものがあるのかどうかも薬歴でチェックする必要があると思う。	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
1959	皮膚科処方箋にてプレドニゾン軟膏0.5%「VTRS」患部塗布と記載の処方箋あり。患者様へ聞き取りをしたところ、目の周りへの使用と確認。本来であれば眼軟膏であるべきと判断し疑義照会したところ、眼軟膏のつもりで記載したことが判明。医師よりプレドニン眼軟膏へ変更支持あり。	類似名称がある薬であった為、聞き取りが重要。今回は、患者様の目の周りの異変に気づけた為用意に気づけたが、普段より聞き取りに意識をしないと健康被害が起きる可能性が高い	皮膚科などでは使用部位の書かれていない処方箋が散見されますので、使用部位の確認は必ず患者様へ伺うようにする。	プレドニゾン軟膏0.5%「VTRS」	プレドニゾン酢酸エステル眼軟膏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
1960	目の周囲の赤みに対して、プレドニゾン軟膏0.5%が処方されていたが、使用上の注意として「眼科用として使用しないこと。」と添付文書に記載あり。初回使用で患部は瞼の間であること聞き取り。小児のため保護者も不安訴えあり。疑義照会を行ったところ、プレドニン眼軟膏0.25%に変更となった。	類似した薬品名、軟膏と眼軟膏があることへの認識不足	医療機関へ、類似した名称の薬品が存在すること・規格の違いや眼軟膏と軟膏の剤形の違い・使用可能部位について情報提供を行いました。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1961	プレドニン錠5mg 1錠/眠前 7日処方も、患者の主訴を確認すると、腹痛に加え、便秘であるとのこと。プルゼニド錠12mgの誤記載の懸念があるため、疑義照会。結果、プルゼニド錠12mgへ変更となった。	類似薬品名	類似薬剤での誤表記の可能性があるため、患者主訴と適応の確認を常に徹底して行う。	プレドニン錠 5 mg	プルゼニド錠 12 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
1962	泌尿器科よりフロセミド錠 40 mg 3錠分 3 毎食後 7 日分の処方あり。用法用量に疑問を抱き患者さんに詳細確認したところ、膀胱炎と事だったため疑義照会。フロモックス錠 100 mg 3錠分 3 毎食後へ変更となる。	類似名称の薬で間違えてしまったと考えられる。二文字で検索した可能性あり。	しっかり患者さんに症状などの話を聞くことで、処方内容が適切か確認する。用法用量に疑問がある場合は、確認する。	フロセミド錠 40 mg 「NP」	フロモックス錠 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
1963	患者さんは、眠れないので薬をもらったとのことですが、プロチゾラム 0.25 mg 2T 1日 2 回朝夕食後服用の用法はプロチゾラムではない用法なので、問い合わせたところ、薬はエチゾラム錠 0.5 mg の間違いだったことが分かった。	一般名のプロチゾラムとエチゾラムの違い。	薬名は似ているが、作用も用法も異なる。どうかなのと思ったらすぐに問い合わせる。	プロチゾラム OD錠 0.25 mg 「アメル」	エチゾラム錠 0.5 mg 「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
1964	タケキャブ錠20mg 1T 分1とプロテカジンOD錠 2T 分2の処方があった。同効薬が処方されているため疑義照会を行った。結果プロテカジンOD錠ではなく、プロマックD錠となり処方変更となった。	薬品名、効能効果の類似による勘違いと考えられる。	疑義照会の徹底	プロテカジン OD錠 10	プロマック D錠 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
1965	胃炎や吐き気で前回から受診されていたが今回新規にプロペラ錠2.5 mg が処方追加されており、お薬手帳を確認したが、今まで他医院などで処方されている様子がないため、患者本人に確認を行ったところ、吐き気がまだ改善せず診てもらっているが、ホルモン剤などの治療や説明は特に行われていないとの事で医院へ疑義照会を行ったところ、プロマック D錠75mg の間違いだったそうで処方変更となった。	薬剤名が似ている。頭文字が一部重複しており、見間違えた、あるいは選択間違いをした可能性がある。	お薬手帳や患者情報から少しでも引っかかる点があれば一応確認でTELするようにしている。	プロペラ錠 2.5 mg	プロマック D錠 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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1966	ブロムフェナクNa点眼液0.1% 1日4回の処方がありました。	医薬品名類似の為の処方箋書き間違いが考えられます。	ブロムフェナクNa点眼液0.1%は添付文書上1日2回なので、投与回数について処方医に疑義照会したところ、プラノプロフェン点眼液0.1% 1日4回に変更となりました。	ブロムフェナクNa点眼液0.1%「日新」	プ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
1967	今回処方分からベオーバ錠が追加処方となっていたが、定時で既に同効薬のベタニス錠を服用していたので処方医へ確認。頻尿の改善の為、抗コリン薬のベシケア錠を追加したかったようだが間違えて処方してしまった。ベオーバ錠50mgからベシケア錠5mgへ変更となった。	名称が似ている事。そもそも同効薬だと気づかなかった事。現在の内服薬で同効薬を使っている事を見落とした。	追加処方があった場合は併用薬に注意	ベオーバ錠50mg	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
1968	ベタニス錠が継続処方されている患者様へ、追加でベオーバ錠が処方された。同じ作用機序の薬であるため疑義紹介した結果、ベシケア譲渡の間違いと判明し、薬剤変更になった。	薬品名が類似しているため。	作用機序の知識を得ること。	ベオーバ錠50mg	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
1969	22歳の女性にベタニス錠50mgの処方がされていたが、添付文書の「警告」「生殖可能な年齢の患者への本剤の投与はできる限り避けること。動物実験(ラット)で、精嚢、前立腺及び子宮の重量低値あるいは萎縮等の生殖器系への影響が認められ、高用量では発情休止期の延長、黄体数の減少に伴う着床数及び生存胎児数の減少が認められている。」に該当するため、医師に疑義照会を行ったところ、ベオーバ錠50mgに変更となった。	医院側での知識不足または医薬品の選択ミスと考えられる。	添付文書の確認と薬歴の確認。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1970	内科の処方箋を持参して患者が来局。頻尿の訴えがあり、ベタニス錠50mgが処方されていた。添付文書を確認したところ、警告の欄に生殖可能年齢の患者への使用を控えるよう記載あり。当該患者は生殖可能年齢であるため電話にて処方医に疑義照会した。同効薬であるベオーバは生殖可能年齢の患者への使用について警告はないことを合わせて伝えた。その結果、ベオーバ錠50mgに変更された。	ベオーバを処方するつもりであったが、ベタニスを入力した様子。	処方箋・薬歴・おくすり手帳の情報を漏れなく使用した処方監査を普段から徹底している。今後も継続していく。	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
1971	Rp1)ベタニス50mg1錠朝食後Rp2)ベタニス50mg1錠夕食後以上が処方箋に記載。ベタニスの用法は1日1回50mgのため疑義照会Rp2)はベシケアOD5mgへ変更となった。	名前が類似しているため処方箋への記載ミスが生じたと思われる	類似名がある医薬品は類似名注意の札で注意喚起を行っている	ベタニス錠50mg	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
1972	不整脈の持病がある方が夜間頻尿を訴えており、主治医が頻尿治療薬を処方した。処方されたベタニス錠が不整脈に対する定期処方薬プロパフェノン錠と併用禁忌の薬剤であったため疑義照会にてベオーバ錠に変更した。	主治医が循環器、泌尿器の専門医ではなかったため。カルテ入力時の名称間違い。	処方監査の徹底。	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
1973	不整脈の持病がある方が夜間頻尿を訴えており、主治医が頻尿治療薬を処方した。処方された薬剤が不整脈に対する定期処方薬と併用禁忌の薬剤であったため疑義照会にて他剤に変更した。	主治医が循環器、泌尿器の専門医ではなかったため。カルテ入力時の名称間違い。	処方監査の徹底。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1974	めまい症状のない患者にベタヒスチンメシル酸塩錠が臨時薬として処方されており、他の処方から感冒症状や上気道炎症に対する治療と推測された。このため、ベタヒスチンではなくベタセレミンの間違いではないかと考え、疑義照会を行ったところ、処方変更となった。	病院での似ている薬剤名の処方間違いに対するチェック体制の不備。	処方内容より患者の主訴や治療目的を推測し、処方自体が間違っている可能性を考え、調剤を行う。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」	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
1975	平素、他薬局に持ち込んでいる処方せんを初応需。「ベネット 1T 朝食後 28日分」と記載があったが、用量が入っておらず、また初処方の薬でもあったため、患者に医師からどのように聞いているかを聞き取りしたところ、骨の薬の話は聞いていない、尿酸の薬が出ているはずとの回答あり。医師に疑義照会したところ、「ベネット」→「ベネシッド(250)」に変更になった。	医師の類似医薬品名の書き間違い。	特に初処方の薬がある場合は患者からの聞き取りを密に行うようスタッフに周知した。	ベネット錠2.5mg	ベネシッド錠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
1976	新規患者様が来局時へパリンNa注の処方を持って来局。問診の際に妊婦であると判明し処方内容誤りがあると判断して疑義照会。へパリンNa注→へパリンカルシウム皮下注に処方内容変更となる。	医薬品名が類似していたため誤った薬剤を処方したと考えられる。	患者様からの聞き取りや疾患の確認をきちんと行う	へパリンNa注5千単位/5mL「モチダ」	へ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
1977	10月以上の受診でポノピオンパックが処方されており、二次除菌であるか聞き取りを行ったところ一次除菌であることがわかり疑義照会をし、処方変更となった	処方箋オーダーリングシステム操作ミス	聞き取りによる薬剤適正の確認	ポノピオンパック	ポノサップパック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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1978	ポルタレンSRカプセル3.75mgが3Cap/分3で処方されていた。疑義照会によりポルタレン錠25mg 3T/分3に変更となる。	処方入力時、医師が剤型の選択を誤ったと思われる。	今後も、正しい用法用量で薬が処方されているか、処方鑑査時に確認する。	ポルタレンSRカプセル3.7.5mg	ポルタレン錠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
1979	疼痛時にポルタレンサボが処方されていたが、今回ポルタレン錠へと変更になっている。患者より聴取したところ、前回同様の薬がほしい。	事務の主治医カルテから処方打ち出しの時転記ミス。	患者より情報を聴取し、疑義が生じた場合は照会する。	ポルタレン錠25mg	ポルタレンサボ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
1980	前回処方と処方内容が異なるため患者に変更があるはずか確認。本人より体調安定のため処方内容に変わりはないはずと。ミカムロではむくみが生じた歴ありと。	医薬品名の類似	薬歴で、アレルギー歴・処方歴を投薬前に確認	ミカムロ配合錠AP	ミコンビ配合錠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
1981	当該患者は前回までテルミサルタン40mgを服用していた。今回診察時に血圧コントロールが不良のため薬の変更をすと説明があった。処方された薬剤はミカムロBP(テルミサルタン80mgとアムロジピン5mgの合剤)であり、従来のテルミサルタンの増量に加え、アムロジピンの追加がされたことになる。血圧コントロール不良といっても一度に2つの変更がされることに疑問を感じ処方医へ疑義照会を実施した。結果、医師よりミカムロAP(テルミサルタン40mgとアムロジピン5mgの合剤)へ処方変更となる。	配合錠への切り替えの際に含有される成分の確認が不十分であった可能性が考えられる。	配合錠が処方された際には含有する成分について添付文書などを用いて確認し、これまでの処方内容と照らし合わせるようにしている。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1982	片頭痛で母親と一緒に初受診された。ここの薬局を利用するのも初めて。処方内容ミグリステン錠20mg 1T 寝る前 30分プルフェン錠100mg 2T 14回分 最近の医師の処方傾向よりミグリステンの使用歴なし。頭痛の予防にミグシスを用いる傾向が多い。母親に今回の症状確認したが、特に変わった頭痛でもないことから、ミグシスと間違えた可能性が考えられたため医師に電話で確認した。 結果、ミグシス錠5mg 1T 寝る前の間違いであった。薬品名の頭2文字が「ミグ」であったため間違えてしまったとのこと。	医師が薬品名をしっかりと確認せずに処方に入力した。薬品名の頭2文字が同じであったので間違えた。	医師の処方傾向を把握し、少しでも疑義が生じたら確認する。	ミグリステン錠20	ミグシス錠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
1983	常日頃からミケラン錠5mgを服用。今回、ミケランLAカプセル15mgに処方変更。患者に確認したところ、変更は聞いてないと聞き取りでき、疑義照会したところ元の処方に戻った。	処方選択の際に同名称で別規格の医薬品と間違えた	前回薬歴を含め、患者情報・用法用量を毎回確認	ミケランLAカプセル15mg	ミケラン錠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
1984	ミケランLA点眼液2%が1日2回で処方されていた。用法が添付文書上と違う為問い合わせした所、用法の間違いではなく処方薬が1日2回タイプのミケラン点眼液2%だった。	日頃LAタイプの処方の方が多く、入力を間違えた為と思われる。	薬品棚への持続性、非持続性の注意喚起。	ミケランLA点眼液2%	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
1985	ミケラン点眼2%が右眼1日4回・左眼1日2回でクラビット点眼1.5%と共に処方された。用法が通常と違うため薬剤を誤っているのではないかと疑義照会し、ニフラン点眼に変更となる。	名称類似による処方入力ミス	用法が通常と異なる場合は確認する。	ミケラン点眼液2%	ニフラン点眼液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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	ミケラン点眼液2% 1日2回のところ 1日1回処方だった。しかも2.5mL。 ミケランL A点眼の可能性があり、確 認	処方入力の間違いと思われる	添付文書上の用法用量を把握	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
1987	眼科からミケランLA点眼液2%とアイ ベータ配合点眼液が同時に処方さ れ、β遮断薬が重複しているため疑義 照会を行った。そもそも2剤とも処方 薬が誤っており、ミケルナ配合点眼液 とアイラミド配合懸濁性点眼液へと処 方変更となった。	薬剤名が類似しているもの同士なの で、カルテへ入力する際の選択ミスと 思われる	電子薬歴上にて、同一処方内や併 用薬に同種同効薬があれば成分重 複のアラートが表示されるようにな っているため、鑑査者や投薬者 が確認するようにしている。	ミケラン点眼液2% アイ ベータ配合点眼液	ミケルナ配合点眼液 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
1988	緑内障オペ後の目薬で、ミケルナ点眼 が処方あり。患者からの聞き取りで、 眼圧が大幅に下がっているのにも関わ らず、そのまま入院前の目薬でDO処 方されていたため疑義照会をしたところ ミケランLA点眼の誤りであった。	処方後の内容確認不足	手術など普段から違うことがあっ た場合は、普段より聞き取りを行 う。	ミケルナ配合点眼液	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
1989	皮膚科からの処方箋、他の処方内容か らニキビ治療で薬が処方されていると 思われるが、ミゾリピン錠50mgの 記載があり疑義照会をし、ミノマイシ ン錠50mgに変更となった。	最近では、医師自身で処方箋を作成す る病院が多くなったが、まだまだ、医 療事務スタッフがカルテを見て処方箋 を作成しているところも多い。薬を 知らないことから、字ずらであったり、 規格で近いものを候補の中から選択し てしまうことがある。	診療科目、一緒に処方されている 薬の内容を確認して、疑いの目で 処方箋をチェックする。	ミゾリピン錠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
1990	前々回がR3.9月に来局。R4.2月から再 度来局が無く、7月に久しぶりに来 局。カートを押しており、ご家族と一 緒にいらっしやっていた。2月の際に 背部の圧迫骨折で入院していたとの事 で退院後施設へ入居を していたが、今回は大腿骨骨折で再度入院後退院してきたとのこと。新しく薬が増えていたが、用法・薬効への 違和感からお話を伺ったところ、骨折で月1回の骨の薬が処方される予定と確認できた。そのため名称が類似し ているミノドロン酸50mgが処方予定であることに気が付き疑義に至った。	医薬品の名称が類似しているため手帳 などの医薬品名から処方箋発行時に別 薬剤と間違えてしまったものと考えら れる。	ミノサイクリン50mg 1回1錠起 床時1日分処方に違和感を抱き手 帳と比較しミノドロン酸50mgの 間違いではないかと考え病院に疑 義し変更。	ミノサイクリン塩酸塩錠 50mg 「日医工」	ミノドロン酸錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
1991	「ミノドロン錠50mg 4錠 分2 朝夕食後 4日分」のご処方。クリニックに問い合わせたところ「ミノマイシン錠50mg 4錠 分2 朝夕食後 4日分」に変更となった。	クリニックの処方入力システムでミノマイシンを選択するところをミノドロンになってしまったと思われる	用法から変だと気付けるように注意する。	ミノドロン酸錠50mg 「ニプロ」	ミノサイクリン塩酸塩錠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
1992	ムコスタ(100)が初処方であった。痰が絡むので新しく薬がでたと患者様より申し出があり疑義照会し、ムコダイン(250)に処方変更となった。	類似医薬品名の為パソコン操作で手違いがあったのではない。	新しい薬が処方された際に、患者様に症状等をお伺いするようにしています。	ムコスタ錠100mg	ムコダイン錠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
1993	メインテート2.5mgを継続服用中、血圧低めで薬を変更。メインテート0.625mgを間違えて、メイラックス2mgを処方。	類似薬品名のためと推定する。疑義照会をして、薬剤を確認して変更となった。	処方内容を丁寧に確認する。疑われるときは、疑義照会を行い、確認を行う。	メイラックス錠2mg	メインテート錠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
1994	初処方であるピソプロロールについて患者本人にインタビューをしたところ、足がむずむずすると相談したとの事で行き違いがあるかもしれないと考え疑義照会を行った。	当該病院は一般名処方为主となり、ピソプロロールと記載されたカルテをピソプロロールと勘違いして処方入力をしたと思われる。薬名を入力すると一般名処方に変更されて処方箋が発行されるようである。	初処方された薬についての症状の聞き取り、他科において処方されていないか、併用薬との相互作用をしっかりと確認するようにしており齟齬があれば必ず処方医に確認するようにしている。	メインテート錠0.625mg	ピ・シフロール錠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
1995	咳をおさめる薬が処方されるとの話だが、処方されている薬はメキタジン錠3mgとピラノアOD錠20mgの2点のみ。患者の話と違う為、疑義照会したところメキタジン錠3mg→メジコン錠15mgに変更となった。	メキタジンとメジコンの頭文字が同じ『メ』である。	監査の徹底。	メキタジン錠3mg 「タイヨー」	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
1996	当初メキタジン3mg 2錠分2で処方。患者の話聞いたところ、昇圧薬を処方すると医師からは説明があったため、医師に疑義処方紹介。ミドドリン2mg 2錠分2に処方変更	一般名:メキタジンと、処方予定であった、メトリジン(一般名:ミドドリン)の名前が似ていることで間違えたのではないかと推定。またメキタジンの処方が多いということも原因の一つと考えられる。	似ている薬は離して置く。取り違えないように、鑑査時は鑑査機器を用いる。印を記入するなどして、取り間違いを防ぐ。患者からの聞き取り内容と処方内容に間違いがないか、確認する。	メキタジン錠3mg 「トーワ」	ミドドリン塩酸塩錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	処方せんは一般名記載になっており、患者は「デキサメタゾン口腔用軟膏0.1%」を希望していたが、処方せん記載があったのは「デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏0.1%」だった。	一般名で医薬品を選ぶ際に、選び間違えたと思われる。	患者からの聞き取りを強化し、処方された医薬品が正しいものかどうかの判断に努める。	メサデルム軟膏0.1%	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
1998	メジコン散10% 3gの処方常用量を超えていたので疑義紹介メジコン錠15mg 3錠の間違いであることが判明した。	処方箋を入力する際に薬品の選択ミスがあったと思われる。	薬品の添付文書上の用法、用量を頭に入れて少しでも疑いがあれば疑義紹介する。	メジコン散10%	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
1999	リウマチ疾患患者でメソトレキセート錠2mgにはリウマチの保険適応がないためメソトレキサートカプセル2mgに変更提案し変更になる。	類似薬品名のため選択誤りと考えられ、添付文書にて適応の確認を行う。	患者の基本情報の収集を行い、適正使用を行う。	メソトレキセート錠2.5mg	メソトレキサート錠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
2000	自店では初めて扱う処方。フォリアミンやアザルフィジン、痛み止めなども出てくることから明らかにリウマチと考えられる内容で抗がん剤のメソトレキセート錠2.5mgが処方。疑義照会の結果メソトレキサート錠2mgの間違いと確認。	名称類似、クリニックの確認不足	もし処方のまま調剤してればひどく免疫抑制をかけた有害事象が起きたと考えられる事例。名称類似でも適応が異なる薬剤についての知識を増やす。	メソトレキセート錠2.5mg	メソトレキサート錠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
2001	感染症内科から関節リウマチの患者さんにメソトレキセート錠2.5mgが処方された。メソトレキセート錠2.5mgは抗がん剤であり、適応もリウマチではなく白血病である。名前が類似しており同成分のメソトレキサート錠2mgの処方間違いではないかと疑い疑義照会を行った。その結果、メソトレキセート錠2.5mg→メソトレキサート錠2mgに処方変更となった。	2種の薬剤は成分が同じメソトレキサートであり、商品名も類似している。Dr.の選択ミス、知識不足が考えられる。処方箋のマスターシステムの不備。	診療科や薬剤から疾患の予測をし、適応症に当てはまる薬剤が処方されているかどうか鑑査をする。少しでも疑問を感じたら疑義照会を行う。	メソトレキセート錠2.5mg	メソトレキサート錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2002	処方箋にメタクト配合錠HDが1日2錠／分2朝夕で処方されていた。患者から他の病院でLDをもらっていたが今回からHDに変更になると聞いていたと伺った。当薬局にメタクト配合錠HDの在庫がなく、薬を取り寄せ翌日お渡しすることとなった。翌日別の薬剤師が不足薬の準備を行った際、メタクト配合錠は1日1回の薬である事に気付く処方元に問い合わせを行った。処方医師は、別の病院でメトアナ配合錠LDを処方されていたが今回HDに増量使用と考えて処方したが誤ってメタクト配合錠HDを選択してしまった。実際にはメトアナ配合錠HDを処方したつもりだったと確認し処方変更となった。	類似名称のため医師が処方時に薬剤選択を間違えた。薬局では用法用量が過量であることに気付けなかった(処方鑑査ミス) 日頃在庫していない薬剤であり用法用量の確認を添付文書で確認すべきであったが、できていなかった。	配合錠については類似名称も多いため、用法用量をしっかりと確認する。特に日頃在庫しない薬剤の調剤時は必ず添付文書等で用法用量を確認する。	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
2003	ピオグリタゾン(15mg)、メトグルコ(500mg)を継続服用中の患者で、今回より処方箋に「メタクトHDに変更を」と指示が追加。HDはピオグリタゾン含有量が30mgのため照会し、メタクトLDに変更となった。	薬剤の名称の類似、配合錠の成分含有量の把握不足	配合錠の成分含有量を確認する	メタクト配合錠HD	メタクト配合錠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
2004	他院から転院して処方継続となった際、今までは定期でメチコパール錠500μgが処方されていたが、メチルドバ錠250mgが処方された。血圧管理は問題なく、患者への説明もなかったため疑義紹介にて確認。処方間違いでメチルドバ錠250mgからメチコパール錠500μgへ変更になった。	処方入力の際にメチまでの2文字で検索し、薬剤選択したことが原因だと考えられる。	患者や家族、施設職員等からの情報収集により、服用内容や患者の状態を把握し、気になる内容については医師に確認を行う。	メチルドバ錠(ツルハラ) 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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2005	普段と異なる医院より、定期薬が処方されていた。当該患者のかかりつけ医出向先の様子であったが、過去に処方歴のないメトグルコ錠500mgが処方されており、代わりに普段処方されていたメコバラミン錠500μgの処方が無かった。患者に確認した際、血糖の治療を行う旨は医師から説明されていないと回答。薬品名と500mg、500μgという類似した規格から、ドラッグオーダーリングシステムで選択する際に誤ったと推測。医師に問い合わせを行った。	同じ語感の薬であることや、500mg・500μgといった流通する規格の類似していることが、DO処方を行う際の選択誤りの原因と考えられる。また、処方医師が今までと異なる病院で処方を書いていたことも慣れないシステムで誤ってしまった原因と考えられる。	薬歴、処方歴の確認を徹底する。処方内容を投薬時に患者と一緒に確認する。	メトグルコ錠500mg	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
2006	メトプロロール酒石酸塩錠20mg「トーワ」1回1錠 吐き気時の処方あり。メトクロプラミド錠5mgの間違いではと、疑義照会を行った結果、メトクロプラミド錠5mg1回1錠吐き気時へ変更となった。	今回の事例は薬剤名が似ており、電子カルテで入力した際に、頭文字が似ていることから、間違っただけで入力してしまったものと思われる。	用法を確認することで、処方入力ミスを判断する。	メトプロロール酒石酸塩錠20mg「トーワ」	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
2007	処方箋に吐き気時頓服でメトホルミン錠250mgの処方が有。メトホルミンには吐き気止めの適応なし。勤務薬剤師と相談し、病院へ疑義照会を実施し、メトクロプラミドに処方変更となった。	頭2文字が同一なため薬剤名をしっかりと確認せずに処方せんに記載してしまっただけと思われる。また知識があれば未然に防げた事例であると考えた。	薬剤知識を付け、処方箋を見た段階で間違いに気づけるようにする。また処方内容について疑問に思ったこと、不明な点は調べたり周りの薬剤師と確認し、必要であれば疑義照会をする。	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT錠	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
2008	転院により当該医療機関受診。お薬手帳を見せて今飲んでる薬を処方してもらったという。持参したお薬手帳確認したところ処方薬であるメトホルミンは1度も処方されておらず、糖尿病でもなかったとの事。	名称累次によるカルテ、処方箋の記載不備が原因だと思われる。	転院の際に来られた患者には必ずすべての薬に対して相互確認するように徹底する。またお薬手帳持参の際も念押しして今回処方と比較するように気を付けることとした。	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「トーワ」	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	体重9、7kgの0歳4か月の新生児に、他のシロップ剤とともにメブチンドライシロップ0、005%が4g/日処方されていたが、プロカテロール200μg/日は過量のため問い合わせ。メブチンシロップ5μg4ml/日(プロカテロール20μg)に変更になる。	入力時、薬剤選択ミス。	シロップとドライシロップの間違い、体重あたりの服用量など、処方監査を徹底する。	メブチンドライシロップ0、005%	メブチンシロップ5μg/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
2010	プロカテロール塩酸塩シロップ用0、0005%1日4g処方。患者体重より過剰量のため問い合わせ。プロカテロール塩酸塩シロップ0、0005%の誤りと判明。	一般名処方で名称類似のため誤った可能性あり。	電話にて処方医師へ疑義照会。患者の体重に対し過剰量のためお伝え。粉とシロップを誤って処方してしまったとのこと。メブチンシロップ1日4mLに変更し調剤。	メブチンドライシロップ0、005%	メブチンシロップ5マイクロg/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
2011	体重18kgの5歳小児に対し、メブチン顆粒0、001%0.9g分2で処方されていたが、用量過量のため、メブチンドライシロップ0、005%との入力の誤りを疑い、疑義照会を実施。メブチンドライシロップ0、005%0.9gへ変更となった。	前病院の継続処方で、医師は前回量をそのまま出したつもりであったが、剤形及び規格を誤って入力した。	小児量は年齢や体重で用量が変わっていくため、1日量など体重・年齢で正しく判断し、粉にも規格が一つだけではないことに注意している。	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
2012	メブチン顆粒が処方されていたが投与量が多いので電話で病院に疑義照会したところメブチンドライシロップに変更になる	病院での薬剤入力誤り	常に小児の場合、体重あたりに適切な投与量が処方されているか確認する	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
2013	一般名処方にてメマンチン錠5mgが屯用にて5錠5回分と記載された処方であったので、用法より鑑みて眩暈薬のメリスロンを処方したかったのではないかと推測し疑義照会を行った。結果、推測通りメリスロン6mgへ変更となった。	医事課において処方入力にて医薬品名称呼び出しで初めの数文字にて呼び出した際にメリスロンとメマンチンを見違えて入力してしまったのではないかと考えられる。	医薬品の類似名称に関しては以前から注意喚起を薬局内にて行い周知するようにしているが、1文字目だけ同一なだけで間違えて入力してることがある事に気を付けるべきである。	メマリ一錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2014	患者は医師にモーラステープが肌質にあっており、効果も感じる為、モーラステープを希望したが、モーラスパップが処方された。	患者と医師のコミュニケーション上の齟齬、医師の電子カルテでの薬剤選択のミス	使用歴がないか久しぶりの薬剤については、患者と医師の間に食い違いがないか、投薬前に患者に確認しておく	モーラスパップ60mg	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
2015	モビブレップ配合内用剤1包1日1回朝食後30日分処方あり。モビブレップ配合内用剤は大腸内視鏡検査前、大腸手術時の前処置における腸管内容物の排除に用いられる薬品のため処方日数の誤りを疑い患者家族に聴取。大腸内視鏡検査や大腸手術を行う予定は聞いていないとのことでしたので、名称類似品のモビコール配合内用剤の誤りではないかと考え疑義照会。	モビブレップ配合内用剤とモビコール配合内用剤の名称が類似していたため処方誤りが発生したと考えられる。	家族含め患者様としっかりと会話をする。当たり前の聴取を怠らないようしている。	モビブレップ配合内用剤	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
2016	「モンテルカスト錠10mg 1回2錠 1日2回 朝夕食後」で処方箋記載があったが、過量であるため確認すると「برانلカスト錠112.5mg 1回2錠 1日2回 朝夕食後」に変更となった。	思い違い。知識不足。入力間違い。	薬品名・用法用量の確認をしっかりと行う。	モンテルカスト錠10mg「KM」	برانلカスト錠112.5mg「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
2017	他院にて処方されていた気管支拡張剤を門前の医師が患者本人より依頼あり処方した。本人の希望通りユニフィルLA錠200mgが処方された。しかし、薬局でお薬手帳を確認したところ最新の情報ではテオドール錠200mgと記載があった。本人に確認したところ古い記録を見せて医師に処方依頼をしていたことが判明。疑義照会にてテオドール錠200mgに変更となった。	患者が医師に過去に処方されていた薬の内容を見せて依頼し、医師もそのまま処方してしまった。	お薬手帳を確認し最新の処方内容を把握する。不明点があれば患者と医師の間でどのような経緯でその薬が処方されたのかを都度確認する。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2018	女性患者に対し「前立腺肥大に伴う排尿障害」が適応のユリーフ錠2mgが処方されていたため間違いが発生している可能性が高いと判断。前回の処方ではユリス錠1mgが処方されていたが、今回ユリス錠自体が処方されていなかったため、ユリス錠2mgを入力するところユリーフ錠2mgを入力した可能性があると推測。病院に疑義照会を行った結果、ユリーフ錠2mgからユリス錠2mgへと変更になった。	繁忙や名称類似によるミス。医薬品の入力を行う際に2文字で医薬品検索を行っている可能性があること。	薬局にて処方入力時の医薬品の検索を行う際は医薬品の名称は4文字以上の入力を行ってから検索を行う。	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
2019	ランドセン細粒0.5%0.5g/日の処方箋を応需。患者より前回より半分に減量するとのお話を伺ったが、前回ランドセン錠0.5mg1錠/日で処方されているため、前回の5倍量となるため用量確認の疑義照会を行った。ランドセン錠0.5mg0.5錠/日に訂正となった	処方入力時、細粒と錠剤を見誤ったと思われる。また0.5%と0.5mgで類似していたため選択を誤ったものと思われる	患者からの聞き取りをしっかりと行い、異なる点があれば必ず疑義照会を行う	ランドセン細粒 0.5%	ランドセン錠 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
2020	【般】ミノドロン錠50mg 1錠 1×起床時 28日分 月1回製剤であるにも関わらず、連日服用で28日分処方されていた。疑義照会したところ、処方医はミノマイシン錠50mgを処方したつもりであった。疑義照会后、ミノマイシン錠50mg 4錠 2×朝食後 28日分へ変更となった。	リカルボン錠50mgはこの患者の定期薬であり、前回は処方されていた。お渡しはリカルボン錠50mgであるが、処方是一般名処方であり【般】ミノドロン錠50mg となり、ミノマイシン錠50mgと最初の文字（どちらもミノ・から始まる名前）や規格（どちらも50mg）が類似している為間違ってしまったと思われる。	月1回製剤、週一回製剤の処方日数と他の薬の処方日数の整合性が取れない場合は必ず疑義照会しています。例えば、他の定期薬が連日服用で28日分。月1回製剤も28日分になっている。という間違いはよくあります。ただ、今回の場合は、違う成分の薬との処方間違いだったので月1回製剤が1日分を出されていれば、処方医が抗生剤を処方しようとしていた意図が読み取れなかったかもしれません。必ず、患者さんからも詳しくお話を聞き処方間違いに気付けるようにしたいと思います。	リカルボン錠 50mg	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2021	0410対応の処方箋をFAXで受付した。リスパダール細粒1%1g分1就寝前で処方されていたので用量過多ではないかと疑義照会した。患者に疑義照会のため時間がかかる事を電話連絡して受診時の詳細を聞いたところ、医師はリスミーを処方すると言っていた事が分かった。再度医療機関に連絡したところリスミーが処方されていることが確認とれたためリスミーを調剤した。	製品名の頭文字の一致による処方間違いが原因ではないかと思われる。	疑義照会をきっかけに処方間違いが分かったが、0410対応やオンライン診療でのFAXによる処方箋受付の場合患者の手元に処方箋原本が無いケースがあり、内容が正しいものであるか確認が難しい事例があることが分かった。初回処方であったり剤数が多い場合は特に注意を必要とするが、処方監査時にまず患者に連絡し、処方内容に問題がないか医師とどのような話をしたかなど確認する事を徹底する。	リスパダール細粒1%	リスミー錠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
2022	蓄膿症で内科受診の患者あり。処方医からリズムック錠の処方あり。服薬指導時に尋ねたところ、低血圧症状はなく、血圧の測定もしていないと回答有。疑問に思い、疑義照会したところラスビック錠に変更になった。	名称類似による、医院での入力間違い。	新規薬が出た場合、処方変更があった場合は患者から十分に聞き取りを行い、処方内容が妥当であるか確認する。	リズムック錠10mg	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
2023	内科でアレンドロン35処方、呼吸器の病気は病院でみてもらうことになりリセドロン17.5処方。同じ効能の薬である事を説明、次回内科受診までアレンドロン足りないから処方してほしいとの事で電話で医師紹介後アレンドロンに変更。リセドロンで調剤した場合別のものとして服用する危険性があった	病院のレセコンにはアレンドロンが無いことと患者の服薬情報の不足	服薬情報の確認の徹底	リセドロン酸Na錠17.5mg「サワイ」	アレンドロン酸錠35mg「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
2024	骨粗鬆症で月1回服用薬剤が週1回で処方されていたため 疑義照会する。他院で服用中の薬剤でもあり患者にも用法確認する。	他院から転院してきて 薬手帳で処方され入力時に選択ミスしたと考えられる。 用法用量を処方監査・確認が大事です。	処方箋を受け取ってから処方監査してから調剤開始する取り組みを継続していく。	リセドロン酸Na錠75mg「トーフ」	リセドロン酸Na錠17.5mg「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2025	処方箋ではリンデロンDPクリームが処方されていましたが、患者さんへ見せたところ違うとのことで、問い合わせさせてリンデロンVGクリームを処方するつもりだったようで変更となりました	患者さん希望で医師の指示した処方内容を処方箋を発行している方が薬品名を間違えたようで、処方箋にして交付してしまっただけです	一般名で分かりにくいので一度は問い合わせはしていたが、それでも間違えているようで患者さんとしっかりと確認は最後の確認としてしっかりと行うこと	リンデロン-D Pクリーム	リンデロン-V Gクリーム 0. 1 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
2026	平素より当薬局を利用している患者に定時薬の他にリンデロンVGクリームが処方された。使用部位が書かれていなかったので患者に確認したところ、瞼に使用するとのことだった。瞼にリンデロンVGクリームは、使用するステロイドとしては強すぎると思い病院に疑義照会したところ、眼・耳科用リンデロンA軟膏であることが判明した。	処方箋をコンピュータで入力する際に、薬品名を数文字入力して一覧を出し、そこから選択している。その際に処方すべき薬とは別の薬をクリックしたと思われる。	外用薬が処方された場合は使用部位も確認する。特にステロイドである場合は、使用部位に対してステロイドの強さが適正か確認する。	リンデロン-V Gクリーム 0. 1 2 %	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
2027	蕁麻疹が続いていることにも、【般】ベタメタゾン・ゲンタマイシン配合外用液 10mL 処方後すぐに内服の処方。外用液の内服処方はおかしいので、問い合わせ。外用液塗布の指示間違いの可能性も考えられた。結果、リンデロンシロップ 10mL 処方後すぐに内服に変更となったがベタメタゾンだけで薬剤を選択したと思われる	処方の内容を確認して処方箋を発行していない	用法・剤形の確認疑義照会時には医師の機嫌を損ねないように問い合わせ	リンデロン-V Gローション	リンデロンシロップ0. 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
2028	目の周りの皮膚が荒れているとのことで、リンデロンVG軟膏が処方された。目の周囲にリンデロンVG軟膏を塗布するにはステロイドが強すぎるのではないかと、ということと、当該医療機関は目の周囲に対してはリンデロンA軟膏(眼耳科用)が処方されることが多いので疑義照会を実施した。医師の入力ミスだとわかり処方変更となった。	リンデロンと検索をすると複数のリンデロン製剤がリストアップされるので選択ミスがあったと思われます。	本件についてスタッフ全員に周知。医師も処方を誤るということを意識づけた。	リンデロン-V G軟膏 0. 1 2 %	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2029	以前リンデロンV軟膏が合わなかったと患者より聴取していた。疑義照会を行い、メサデルム軟膏へ変更となる。	患者の伝え漏れ、コミュニケーション不足	薬剤服用歴の確認、副作用歴のある薬剤の確認	リンデロン-V軟膏0.12%	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
2030	定期的に来ている患者に対して、フルメトロン点眼液 0.1% 5mL 両眼1日3回・リンデロン点眼・点耳・点鼻液 0.1% 15mL 両眼 1日3回・サンテゾーン0.05%眼軟膏 3.5g 両眼・目尻 1日2回塗布の処方に応需。 前回(2か月前)に来局された際の処方 は、フルメトロン点眼液 0.1%、リボスチン点眼液0.025%、サンテゾーン眼軟膏の処方だった。 前回の処方と比較したところ、フルメトロン点眼液とリンデロン点眼・点耳・点鼻液でステロイドが重複されて処方されている一方で、抗ヒスタミン剤のリボスチン点眼液が削除されていた。 その為、ステロイドの重複処方の可否および抗ヒスタミン剤の削除の確認の目的で疑義照会を実施。その結果、リンデロン点眼・点耳・点鼻液から従来のリボスチン点眼液に変更された。	医療機関の処方箋発行システムで「リ」で始まる薬品名を入力した際に、「リンデロン点眼・点耳・点鼻液」と「リボスチン点眼液」を誤って選択したものと推測される。	処方鑑査を行う際は、同薬効薬が処方された際は処方意図を確認する目的で疑義照会を行う。また、処方変更で似た名前の別の薬に急遽変更された場合は、ヒューマンエラーによる入力ミスも考慮に入れて処方鑑査および疑義照会を行う。	リンデロン点眼・点耳・点鼻液 0.1%	リボスチン点眼液 0.025%		ヒューマンエラー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	病歴から処方理由が不明であったので聞き取りをしたところ、患者様が今の塗り薬をあと1週間つけて、そのあとそちらをつけるよう言われましたと返答がありました。お薬の内容からしてそのようなつけ方をすることはないので、電話問い合わせをしたところ、類似名のお薬の間違いだと判明しました。	薬品名が類似していたため入力の際に間違ったものと思われる	聞き取れる限り患者様から病院での指示や症状を聞き取ることと、患者様が聞いた指示がはっきりせずつけ方に疑問があるときには必ず電話確認を取るようになっています。	リンデロン点眼・点耳・点鼻液 0.1%	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2032	処方内で【般】エソゾピクロン錠3mg 1錠と【般】エソゾピクロン錠2mg 2錠が就寝前の医薬品名が並んでいて、最高用量を超えていたにので、間違いに気づき、患者様に確認したところ、【般】エソゾピクロン錠2mg がエスタゾラム錠2mg であることが判明。	【般】エソゾピクロン錠と【般】エスタゾラム錠がよく似ているので、入力時間違いに気づかなかつたのではないかと思われる。	医薬品の用法用量をしっかりと頭に入れておくことと、患者様にも確認し聞き取りをしてから、クリックに疑義照会する。	ルネスタ錠 2mg	ユーロジン 2mg 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	レグテクト錠初処方の為、飲酒状況などを投薬時に確認したところ、夜間の足のむずむずで今回薬追加になったとのことで、薬品名が酷似しているレグナイト錠との処方ミスである可能性が高かったので疑義照会。レグナイト錠に変更になった。	処方入力の際、薬剤名がよく似ているため選択を間違えたと思われる。	薬剤名はよく似ているが、薬効は全く違う薬なので、投薬時に症状をしっかり確認すれば、処方ミスを見逃すことを防げる。必ず、症状の確認をすること。	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
2034	今回レザルタス配合錠HDが初処方でも適用範囲ではないし、用法も食前となっている。血圧が高くなっているなどの患者からの情報も得ていなかったし、先月までトルリシティ皮下注を使用していたため疑義。その結果レザルタス配合錠HDではなくてリベルサス錠3mgの処方間違えということでレザルタス配合錠HDは削除になりリベルサス錠3mgに処方変更になった。	もしかしたら類似名?の入力ミスか?と思われる。	今後も初処方のお薬などは患者の服用情報や病歴、さらに患者からの聴き取りなどをしっかり行いなぜ処方になったのかを考え、疑問におもったら疑義をかける。そのためには日々、薬についての勉強も大切だと感じた。	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
2035	定期処方箋を別医療機関から発行されたものを持参した。患者より「血圧の合剤はパソコンじゃ出ないから薬局でいつものにしてくれていい、と先生が言っていた」と話しを聞いた。 定期薬ではレザルタスHD (オルメサルタン20mg・アゼルニジピン16mg) であったが処方箋には「アゼルニジピン8mg 1錠、オルメサルタン10mg 1錠」と記載されていた。保険薬事典で検索し処方箋記載はレザルタスLDになる事が判明した。患者との会話内容と合致しないため処方医に連絡。処方レザルタスHDである事が判明し処方内容を変更した。翌月も処方箋記載方法は変更がなく、再度疑義照会を実施した。	転院先の病院に配合剤のマスターがない。処方医が辞書で調べたが間違っていた。疑義照会の記録が残されていない可能性がある。	配合剤の規格違いにより期待する薬物治療の効果が過少または過剰になる事がある。配合剤変化時は特に注意する。疑問があれば処方医に確認をする。	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2036	20才男性 高血圧の既往歴、医師からの指摘もなかったため処方間違いを疑い、疑義照会	レ で始まるため入力間違い	患者からのヒアリングは必須	レザルタス配合錠L D	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
2037	レスリン錠25mgとトラドゾン塩酸塩錠25mg「アメル」が1錠ずつ処方されており、同成分で自己調節することがある薬剤なので、自己調節又は服用困難の可能性があると思いましたが、念のため処方医に疑義照会しました。すると、レスリン25mgは入力ミスでレメロン錠15mgを処方するつもりであったと返答がありました。	処方医が薬剤を選択する際に行を間違えたと考えられます。	薬剤の特性を理解し、様々な可能性を考え、確認することが重要であると考え、疑わしきものは必ず確認するようにしています。知識、情報を共有し、こちら側で処方内容のある程度解読できるようにしています。そのために薬剤の知識、特に臨床での使われ方を随時勉強会をしております。	レスリン錠25	レメロン錠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
2038	以前よりB病院にて整形外科受診あり。骨密度の低下を指摘されたとのことで、A病院の内分泌の医師を受診。「レバグリニド錠0.25mg 1日1回朝食後」のみの処方箋を当薬局へ持参された。患者様に糖尿病の既往歴はなく、加えて添付文書上では食直前投与であるレバグリニド錠の用法が食後であったことから疑義照会を行った結果、薬剤部からレグバラ錠12.5mgの間違いである旨の返答があり、処方ミスが発覚。「レグバラ錠12.5mg 1日1回朝食後」へ処方変更となった。	レバグリニド錠0.25mgとレグバラ錠12.5mgは名称と規格が類似しているため。	臨床検査値のこまめな聞き取りを行い、検査値から処方内容に相違ないかの確認を行っていく。	レバグリニド錠0.25mg「サワイ」	レグバラ錠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
2039	泌尿器科受診、痛風の痛みが出ているとのこと。ロキソニンとレバグリニドが処方。患者情報確認、患者にも糖尿病歴を確認したが特になし。ロキソニンの消化器系副作用防止の観点からレバミピドとの処方間違いを疑い、疑義照会。結果推定通りであり処方変更に至った。	薬剤名類似。	薬剤追加時は患者情報と照らし合わせ、矛盾がないか特に注意する。	レバグリニド錠0.5mg「サワイ」	レバミピド錠100mg「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	耳鼻科の処方箋【般】レバミピド錠100mg 3錠【般】エプラジノン塩酸塩錠20mg 3錠毎食後 7日分疑義照会にてレバミピド→カルボシステイン500mgへ変更となった。	先発がムコスタ、ムコダインで薬品名が類似しているため、処方箋発行時に誤りが生じたと考えられる。	類似した医薬品名がある場合は「薬品名注意」の札を貼っている	レバミピド錠100mg「あすか」	カルボシステイン錠500mg「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
2041	クラビットで発疹の既往のある患者にレボフロキサシンが処方	一般名処方となり、名前の違いで確認もれが発生したと思われる	副作用歴のある薬の細やかなCK	レボフロキサシン錠500mg「日医工P」	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
2042	レボフロキサシン点眼液0.5%両眼1日4回点眼とガチフロ点眼液左眼1日4回点眼が同時処方されていたため疑義照会した。レボフロキサシン点眼液0.5%はレボカバステチン点眼液0.025%に変更となった。	薬剤名の頭2文字が同じための入力ミスと思われる。	患者様への聞き取りを十分に行い、処方意図を確認した上で、処方と合致しない場合疑義照会する。特に類似の薬品名、一般名がある場合は注意している。	レボフロキサシン点眼液0.5%「ニッター」	レボカバステチン点眼液0.025%「T.S」		ヒューマンエラー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	【般】レボフロキサシン点眼液1.5%(1日1回夕食後)とバラマイシン軟膏(1日1~2回 右下腿)の処方に対し、下肢の塗布薬と点眼薬という組み合わせに違和感を覚え、内服薬の剤形間違いを疑い疑義照会を行ったところ、レボフロキサシン点眼液1.5%がレボフロキサシン錠500mgへ変更となった。	処方医が医薬品を入力する際に、剤形を誤った可能性がある。	監査者が違和感を感じた処方については、引き続き疑義照会を徹底する。	レボフロキサシン点眼液1.5%「日医工」	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
2044	定期薬に加え新規薬が追加になり患者様本人に詳細を伺ったところ追加薬の適応と患者様との話が合わないため疑義照会したところ薬剤の変更となった。	病院側のレセコンで頭文字2、3文字の成分名で検索したところ薬剤名称類似薬として処方意図とは違う薬剤を入力してしまったと推測する。	新規追加薬や複数適応のある薬剤は患者様本人、家族、代理に聴取し、不明な場合は病院に確認し、適切な薬剤であるか確認している。	レボレード錠12.5mg	ドバコール配合錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	処方箋記載の際に本来レバミピド錠と記載するところを、名称が類似しているレルパックスと記載してしまっていた。患者本人と対話したときに新しい頭痛薬は処方される予定はないとのことから医師に疑義照会を行った。その結果処方内容が変更された。	処方箋記載時の薬の名称の類似、記載後のチェック不足。	新しい薬が処方された時は、患者に直接理由、経緯などを聞くようにしている。疑義がある場合は疑義照会を行う。	レルパックス錠20mg	レバミピド錠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
2046	日頃、乾燥肌、アトピー性皮膚炎の治療中。前回まで、非温感のテープを使用していたが、処方箋が同効薬の温感の湿布に変更になっていた。患者の肌の状態から温感はいらないと疑義照会をし、非温感と判明した。	病院の処方せんの入力ミス	温感湿布処方箋の違いが 非温感 か 温感 しかないのでは見逃さないよう 入力・処方鑑査・重量鑑査チェックに注意喚起	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
2047	ロキソプロフェンNa細粒10% 3g分3食後の処方が出ていたが、ロキソプロフェン錠60mg 3錠 分3食後の間違いであった。	似ている医薬品名を間違えて処方入力した可能性がある。	成人への散剤は剤型間違いである可能性があるので必ず確認を取る	ロキソプロフェンナトリウム細粒10%「CH」	ロキソプロフェンNa錠60mg「OHA」		ヒューマンエラー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	精神科の新患でトリンテリックス10mgとロサルタン50mgが処方されていた。患者から話を聞いたところうつ傾向にて受診し医師からも抗うつ薬と抗不安薬を処方すると言われており、血圧の指摘を受けたことはなく医師とも血圧の話はされなかったとのことだった。類似名称の医薬品の間違いの可能性を考え疑義照会を行ったところロラゼパム0.5mgに変更となった。	名称が類似しているためレセコン入力時に間違えて処方されたもの考える。	患者の病態をよく確認し、内容が適当な処方であるかを引き続き確認し調剤を行う。	ロサルタンカリウム錠50mg「サワイ」	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2049	普段は別のクリニックでもらっている薬をコロナの影響で別病院で処方してもらった。同じ薬を出すと言ったがロサルタン50mgがロサルタン50mg・ヒドロクロロチアジド配合錠へ変更となっていた。血圧は普段から高いと聴取したが浮腫みも無く心疾患ではなく高血圧で治療していることから変更内容に薬学的妥当性が低いと判断。同じ薬を出すと言ったので疑義照会を行いロサルタン錠50mgへ変更となり従来通りの処方継続となった。	お薬手帳で使用薬を確認しながら処方を入力したと思われるので確認不足、パソコンでの入力間違いが要因と考える。	コロナ禍で普段の薬を別の病院で出してもらう事は多くなっていく。きちんとお薬手帳と照合を行い医師の入力漏れが起こりやすい事例と認識し処方間違いによる健康被害を未然に防ぐように周知し業務にあたる。	ロサルヒド配合錠HD 「アメル」	ロサルタンカリウム錠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
2050	前回までロサルタンカリウム錠50mg「NP」を服用していたが、今回ロサルヒド配合錠LD「EE」にて処方されており、冬場の為薬を変更したと思い投薬を行ったが、本人より血圧は安定して上がったりはしていないと訴えがあり、処方医に疑義照会をしたところ、医師側で薬を選択する際に「ロサル」まで名称が同じため誤ってしまったと判明し、ロサルヒド配合錠LD「EE」からロサルタンカリウム錠50mg「NP」へ変更となった。	頭の3文字が同じため医師が薬を選択を間違えたようだ。	処方せんに書かれている薬は最後の規格まできちんと読む、気温が下がる冬場といえども降圧薬が変わっていることを安易に受け入れず、患者からきちんと情報を得た上で投薬するようにする。	ロサルヒド配合錠LD 「EE」	ロサルタンカリウム錠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
2051	普段アトルバスタチン5mgを継続している患者に、急にロスバスタチン10mgが処方された。アトルバスタチン→ロスバスタチンへの変更はあり得るにしても力価に不自然さがあった(成分が異なるが、実質的な増量になる)ので疑義照会。結果、正しくはアトルバスタチン10mgを処方したかったとの事で、そのように訂正になった。	医師がカルテ記載時に類似医薬品と混同してしまった。	処方せんを見て即誤りに気付くような明らかな誤りではないので、不自然さに気付かなければ処方通り調剤してしまう可能性も起き得る案件ではあった。日々研鑽を積み、どんな疑義も見逃さず照会出来るよう努める。	ロスバスタチン錠10mg 「タカタ」	アトルバスタチン錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2052	新規薬局の患者がロビニロール口腔崩壊錠の処方箋を持ってきた。おくすり手帳を確認すると前回は徐放錠で調剤されていた。患者からは処方の変更はないと聞いていたので疑義紹介をした。処方箋の記載ミスでロビニロール徐放錠に変更になった。	ロビニロールは徐放錠と口腔崩壊錠があり、どちらもあると認識していて気を付けてみないと間違いやすい。	おくすり手帳を必ず確認する。変更があれば患者に医師から変更のことを聞いているか確認する。口腔崩壊錠と徐放錠は間違えないように気を付ける。	ロビニロールOD錠2mg「アメル」	ロビニロール徐放錠2mg「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
2053	新規処方として、ロラメット1.0錠3錠分3毎食後21日分が処方されていた。通常就寝前服用のため、3錠分3毎食後では用法逸脱しているため、用法用量についてFAXで薬剤部経由で疑義照会した(病院側の指定)1回目の返答では「患者に説明しているため、処方変更はなし」を返答を受けた。不審に思い患者へ確認したところ新規薬剤処方の話は聞いていないと聴取。処方歴のあった「ロラゼパム0.5mg」の間違いではないかと再度疑義照会をしたところ、「ワイパックス錠0.5mg」へ変更となった。	2文字検索で「ロラ」から検索し、最初にて「ロラメット」を選択してしまった可能性がある。初め処方医は「ロラゼパム錠0.5mg」を入力しているとの思い込みから、一旦は処方変更なしと返答をしたのではないかと。薬局から当病院への疑義照会はFAXで薬剤部経由にて処方医への確認になるため、薬剤部の処方医の確認の仕方が「用法用量に間違いがないか?」だけでは処方薬選択間違いに気付かなかった可能性がある。	用法用量について逸脱している場合は、必ず疑義を行っているが、処方歴や患者とのコミュニケーションから確認し薬剤選択の間違いの可能性も見いだす心がけをすすめる。FAX疑義やDrに直接話ができない場合は、認識相違が発生することがあると念頭におき齟齬が起きないように今後も注意していく。	ロラメット錠1.0	ワイパックス錠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
2054	在宅療養中の患者様(96歳)の処方にて、ワントラム(100)3錠/×3にて処方されていた。調剤、鑑査はそのまま行われていたが、交付前に別の薬剤師が用法違いに気づき疑義照会を行ったところ、処方間違い(薬剤間違い)とのことで薬剤の変更(ワントラム錠→トアラセット配合錠)となった。	調剤・鑑査した薬剤師がワントラム錠の用法違いに気付かず調剤を行ってしまっていたこと。	同様の間違いが起きそうな薬剤等をピックアップし、薬局職員全員に注意を促した。	ワントラム錠100mg	トアラセット配合錠「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2055	【用量】ワントラム100mg 2錠分2だが初回だと100mg分1が開始用量の為確認⇒ソートラム50mg 2錠分2 朝夕食後14日分に変更確認	ワントラム、ソートラムで類似品の選択間違い、思い込み用法用量の知識不足	初回投与時の処方量、用法用量等の確認徹底類似品との用法用量の違いを注意喚起	ワントラム錠100mg	ソートラム錠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
2056	ミネプロ錠2.5mgが処方されている患者様に塩化カリウムの処方が新規で追加されていた。併用禁忌である旨を確認の疑義照会をすると塩化ナトリウムと入力を誤ったことが判明。処方薬剤変更となる。	医薬品名が類似していたことによる選択ミス。	併用薬剤との相互作用確認を徹底する	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
2057	定期的にレスタミンコーワクリームとアズノール軟膏の混合軟膏を使用されていたが、今回、強力レスタミンコーワ軟膏とアズノール軟膏の混合軟膏が処方されていた。疑義照会によりレスタミンコーワクリームとアズノール軟膏の混合軟膏に処方変更となった。	クリニックの入力システムにおいて、『レスタミン』で検索をかけ、以降の入力を間違えた可能性がある。	処方監査・使用歴のある薬剤の確認の徹底、および医療機関との連携強化。	強力レスタミンコーワ軟膏	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
2058	当薬局を初めて利用する患者が処方箋をもって来局。強力レスタミンコーワ軟膏が処方されていた。投薬時に痔で診察受けたと確認。強力レスタミンコーワ軟膏は薬品名記載誤記疑われるため疑義照会実施。その結果、強力ポステリザン軟膏に変更となった。	薬品名類似のため、選び間違えたと思われる。	お薬手帳や患者からの聞き取りなど、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。	強力レスタミンコーワ軟膏	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
2059	2歳3か月男児。ムコソルバンシロップ0.3% 6.6ml/日処方あり。患者家族より体重11kgと確認し、3.3ml/日が妥当であるため過量と判断、疑義照会実施。ムコダインシロップ5% 6.6ml/日に処方変更。	同種同効薬でありいずれも小児でよく使われている薬品であったことや、入力時の頭2文字が同一であることから入力誤りの可能性なども考えられる。	小児には毎回来局時あるいは処方監査前に必ず体重を確認しプロフィールを更新している。また処方監査者(調剤者)、監査者が各々投与量が妥当であるかを確認している。	小児用ムコソルバンシロップ0.3%	ムコダインシロップ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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2060	アスペリンシロップ6ml、ムコソルバンシロップ8ml、ムコソルバンシロップ5ml 混合 1日2回朝夕食後 14日分 と手書き処方箋で記載あり。ムコソルバンシロップが重複しているため誤記載を疑い疑義照会。電話での疑義照会の結果、アスペリンシロップ6ml、ムコダインシロップ8ml、ムコソルバンシロップ5ml 混合 1日2回朝夕食後 14日分 が正しい処方と確認した。	手書き処方箋のため医師の書き間違い、看護師の確認ミスムコダインとムコソルバンという先頭2文字が同じで間違えやすい薬剤だった。	処方箋の記載をよく処方監査する。患者のお薬手帳や過去薬歴を参照し、齟齬がないか確認する。	小児用ムコソルバンシロップ0.3%	ムコダインシロップ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
2061	2022年10月某日の正午ごろ、3カ月ぶりに7歳3ヶ月の女児の処方箋を応需した。処方箋には、1日量 小児用ムコソルバンシロップ0.3% 10ml、アスペリンドライシロップ2% 8g の混合指示が処方されていた。体重18kg。ムコソルバンは体重の倍量、アスペリンは4~9倍量、剤型違いの混合指示であった。疑義照会を実施し、「小児用ムコソルバンシロップ0.3%」→「ムコダインシロップ5% 10ml」、「アスペリンドライシロップ2%」→「アスペリンシロップ0.5% 8ml」に変更となった。問い合わせにより、問題ない薬剤と量を提供することが出来た。	普段から患者の多い医療機関であり、忙しさの余り記載や威容を確認せずに処方箋を発行したと推定される。	調剤する前の処方監査の徹底。ダブルチェック。	小児用ムコソルバンシロップ0.3% アスペリンドライシロップ2%	ムコダインシロップ5% 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
2062	透析導入患者の退院処方炭酸ランタン顆粒500mg 6包→カルタン500mg 6錠に変更炭酸ランタンの1日量が多いため疑義紹介した結果、カルタン錠に変更になる	一般名の類似から起こった間違いと思われる	新規の薬の取り扱い添付文書での使用法、用量の確認の徹底と患者とのヒアリングで確認を行う	炭酸ランタン顆粒分包500mg 「サワイ」	カルタンOD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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2063	点耳で点眼・点鼻リンデロンA液処方。添付文章上点耳では使わないため疑義紹介。リンデロン点眼点耳点鼻液に変更	お薬名が似ているため入力間違い	使用部位と使用薬剤が適しているか確認を怠らない。	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
2064	真珠種で処置後の点耳薬が処方。点耳に使用できないリンデロンA液が処方。	リンデロンA液は点耳不可をレセコンで注意喚起	リンデロンA液は点耳不可をレセコンで注意喚起	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
2065	ハロペリドール細粒 0.25gと乳酸カルシウム1gが分3で混合で処方箋指示患者から収集した転院元の病院からの紹介状には乳酸とだけ記載。そこで疑義を感じ前の薬局でもらっていた薬情を確認したところ乳糖の処方まちがいであることが発覚した。	紹介状への薬品名の記載ミス 乳酸とだけ記載があったため転院後の病院では乳酸から始まる薬品名である乳酸カルシウムを処方したと推察される。	お薬手帳や薬情をお持ちのかたは、前の病院での治療薬を確認するようにする	乳酸カルシウム「VTR S」原末	乳糖水和物原末「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
2066	当帰芍薬散が処方されていたが、服薬指導の中で「足がつって朝目が覚める」という情報を入手した。もしかして処方薬が間違っている可能性もあると考えて疑義照会した。その結果、案の定芍薬甘草湯の処方間違いであることが判明した。	当帰芍薬散と芍薬甘草湯にはどちらも芍薬が入っており、電子カルテでの処方薬の選択ミスではないかと考える。	患者からしっかり症状を確認し、処方薬と症状、現病歴が一致しているか確認する。	本草当帰芍薬散料エキス顆粒-M	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
2067	5才に【般】タクロリムス軟膏0.1%処方あり。添付文書上「小児には使用しないこと」とあり、医師に疑義照会。【般】タクロリムス軟膏0.03%小児用に変更となる。	使用対象外患者への使用で症状の悪化が推定される。	処方監査時添付文書確認の徹底。			タクロリムス軟膏0.1%「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2068	カルバマゼピン錠が、100mg 4T/2x朝夕→200mg 6T/2x朝夕と一日量が3倍量で(400→1200mg/day) 処方が出ているのを確認。疾患に対する1日量を超えていたため、患者様に確認すると「600mgまで増やすと聞いていた」と回答あり。疑義照会后「100mg 2T/2x朝夕 200mg 2T/2x朝夕(600mg/day)」に変更	薬品名が100mg錠から200mg錠に入力が変更されていたことから、規格が変わっていたことに気づかず、100mg錠のつもりで6錠と記載したと思われる	処方箋内容だけではなく、前回処方との比較や、過去に聞き取った疾患名による一日量の差も考慮して監査を行います			カルバマゼピン錠 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
2069	1歳の子供にアスベリンシロップ「調剤用」2% 1日量3mlで処方された。監査者は用量確認で、調剤用2%であれば1日量が0.5~1.25mlになることに気づき処方元に確認をとった。その後アスベリンシロップ0.5%に変更になり、1日量3mlでの処方になった。	医療機関側のアスベリンシロップ「調剤用」2%とアスベリンシロップ0.5%の似た名称によるカルテの記載ミスかまたはコンピュータでの処方入力ミスだと思われる。	アスベリンシロップ「調剤用」2%とアスベリンシロップ0.5%の似た名称、用量違いの薬剤が出たときは注意深く確認薬手帳や本人の体重などの確認を忘れない。			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
2070	小児用熱さましの在庫確認あり カロナール細粒50%を在庫していること説明 その後患者にカロナール細粒50%が過量で処方される。(16キロの患者、1回0.8g)	以前在庫していたカロナール細粒20%で換算された処方量と推測された。	体重の聞き取り、在庫一覧表のHPへの提出			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
2071	メトグルコ錠500mgにおける下痢を訴え、処方変更となった際にジャディアンス錠10mgが追加になった。しかし既にトラディアンス配合錠BPを服用中であった。SGLT-2阻害薬エンパグリフロジンが重複している為、医師に照会。ジャディアンス錠が削除となった。	診察が混み合っており医師または診療所事務員が多忙のため成分を重複して処方、入力を行った可能性がある。	以前に配合剤の重複過誤対策に、配合剤一覧表を作成した。引き続き配合剤が出ている時は、一覧表を確認しながら調剤、交付を行う。			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2072	処方:アレジオンL X点眼液0.1% 1日4回 両眼 点眼する。以前まで頻用されていた「アレジオン点眼液0.05%」の用法と間違えたものと思われる。1日2回 両眼 点眼するに疑義照会変更後、患者さまにはその薬剤成分量と変更理由を説明し調剤した。	販売メーカーの薬剤変更により用法間違いが起こりやすい事が要因の一つ。当局のレセコンでは新規使用薬剤は個別に「新」と表記されます。その場合、適応症や用法用量を注視して投薬を行います。	特に外用薬では用法用量・使用部位が処方箋中に欠落している場合がありますので、管理薬剤師は記載の不備につき確認することを他薬剤師に要望しております。			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
2073	リベルサス3mg、メトホルミン配合錠500MT2Tから、エクメット配合錠HD2T、メトホルミン500MT2T変更。メトホルミン重複について疑義照会し、処方中止。	配合錠の成分不明瞭な点。血糖改善ない場合、メトホルミン500増量の可能性も考えられ、医師の処方意図を確認する必要あり。	配合錠や配合点眼液など、成分重複注意。			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
2074	在宅患者の処方せんをFAXにて応需。アムロジピンOD錠が従来の5mgから10mgに増量となっていた。訪問時に患者に確認したところ血圧は上がっていないとのこと。血圧手帳を確認したところ直近の測定値が114/69とむしろ低いくらいだった。いったん薬を引きあげ、薬局に戻って電話にて疑義照会したところ従来通り5mgに処方訂正となったため、正しい薬を用意し再訪問となった。	当日より病院側のシステム変更により処方せんが新しい様式となった。患者からも、診察終了後、会計までにもより時間がかかったとの話があり、カルテの内容を処方せんに反映させる際に何らかのミスがあったものと推察された。	処方変更の有無を確認するとともに、変更理由について患者あるいは家族から聞き取りをしている。聞き取りにて疑問点が解消されない場合は医療機関へ確認している。			アムロジピン錠10mg「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
2075	3歳13kg男児に小児用ムコソルバンDS1.5%3.5gで処方あり。過量な為調剤時疑義照会し、小児用ムコソルバンシロップ0.3% 3.5mlの間違いだったと確認し、処方変更となった。	電子カルテの入力時3文字検索しても薬品名の剤型違いの薬は候補として上がってきてしまう為、小児処方量については必ず調剤前に力価計算する。	処方量に対する力価計算や小児用薬量が頭の中ですぐに計算できるよう日頃より意識するように調剤する。			小児用ムコソルバンDS1.5%	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2076	退院後の病院からクリニック向けの情報提供書に「プラスグレル追加」との記載がありこれを「クロビドグレル」と勘違い。結果クロビドグレルとエフィエントとバイアスピリンが同時に処方になってしまった。Drにクロビドグレルとエフィエントが同じ種類の薬であることを説明し、クロビドグレルが削除となった。また薬局に頂いた退院後の薬剤管理サマリーの情報からDAPTからSAPTへ変更するとの記載があり、この点もクリニックに報告。結果バイアスピリンも削除となり、エフィエントのみの継続となった。	医師ではなく、看護師等が退院時の報告書を確認しているケースもあり、薬剤名など理解していないまま医師に話を伝えたため、間違いが起こったのではないかと考える。	病院から頂いた退院時の情報はしっかりと確認をしたうえで、今回の処方内容が妥当なものかを判断するようにしている。また退院時の薬剤情報の用紙についてもファイルに綴じ保管をしている。			バイアスピリン錠100mg クロビドグレル錠75mg 「SANKI」	ヒューマンエラー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	スピリーバの用法が1日2回となっていた。吸入指導の際に間違いが発覚。疑義照会の結果1日2回から1日1回に変更。	用法の確認不足	吸入指導の際は、本人と使用方法、回数など、確認を行うことにより、ミス減らすようにする。			スピリーバ2.5μgレスビマット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
2078	以前より処方されていた、パファリン330が薬価収載削除になり、名称の近いパファリンA81が用法変更をせず処方されていたため、疑義。薬剤については疑義後、削除となる。	該当患者が長期処方であったことと名称の呼び出し部分が同じため、処方医師が薬効が異なるものと気付かず処方されたものと思われる。	各スタッフへ薬効と薬剤が違うものについて周知。			パファリン配合錠A81 パファリン配合錠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
2079	メジコン散10%が1日3g、1日3回毎食後処方されていた。	錠剤がのめない患者様だったので、医師が散剤で処方しようとし、メジコン錠15mgと同じように処方内容を決められたと思われるが散剤の力価が1回100mgとなり1日300mg、錠剤では1日20錠にあたるため疑義照会を行った。	錠・散・カプセルなどの剤形を複数持つ薬剤に対して、思い込みを省いて1日の常用量を考えながら処方監査にとりくむ。きちんと力価を計算するくせをもつ。			メジコン散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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2080	風邪症状の咳が悪化した患者さんに、アドエア500ディスクス60吸入用が処方された。門前医院は250しか使った事が無く、500は初めての規格となった。患者さんに使用歴があるかお薬手帳と聞き取りで確認したが、500規格の使用歴はなかった。医院へ疑義照会したところ、250規格、アドエア250ディスクス60吸入用の間違いであった。	門前医院のドクターのカルテは手書きであり、手書きのカルテをもとに病院の事務員さんがパソコンに打ち込んで処方せんを発行している。その際に250規格と500規格を間違えて入力したと考えられる。	門前医院はアドエアに限らず、規格の入力ミスや処方ミスがしばしばみられる。特に今まで使った事がない規格で処方された場合、疑義照会して確認することは重要である。調剤は常に疑ってかかっても良いと考えている。			アドエア500ディスクス60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
2081	咳症状にてインター吸入液、パルミコート吸入液、メブチン吸入液ユニットが追加になった処方せんをもってご来局。3歳の患者様にメブチン吸入液ユニット0.5mLで処方されていた。普段小児へはメブチン吸入液ユニット0.3mLにて処方されるため疑義照会。メブチン吸入液ユニット0.3mLへ変更となった。	メブチン吸入液ユニットは0.3mL/Uと0.5mL/Uの2製剤が販売されている。通常小児用量は0.1mL～0.3mLの為0.3mL/Uの製剤が処方されるがカルテに明確な用量が記載されておらず処方入力の際に間違えて選択してしまったか、2製剤あることを知らず0.5mL製剤を選択して処方してしまったと考えられる。	通常使用時の用法用量の確認を行う。適宜増減の記載があるものであっても常とは異なる処方内容であれば医師へ意図した処方であるか確認をの為疑義照会を行う。			メブチン吸入液ユニット0.3mL	ヒューマンエラー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	コロナ感染疑いのため、PCR検査を実施後、咳症状を訴え、アスピリン散10%が1日量5gで処方された。患者年齢は9歳であり、成人一日量0.6g～1.2g/3xよりも多いため10倍量で処方されている可能性があると考え疑義照会を行った。処方医は退勤していたため、代理医師に確認したところ、10倍量であるとのことで、一日量0.6gに変更となった。	処方医は非常勤であったため、不慣れたレセコン操作だった可能性があり、アスピリンドライシロップ2%もしくはアスピリンシロップ0.5%と勘違いした可能性があると考えられる。	調製前に年齢・体重換算を徹底する。			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2083	コロナ感染疑いのため、PCR検査を実施後、咳症状を訴え、アスピリン散10%が1日量4gで処方された。患者年齢は5歳であり、添付文書上、3～5歳には0.15g～0.4g/3xのため10倍量で処方されている可能性があると考え疑義照会を行った。処方医は退勤していたため、代理医師に確認したところ、10倍量であるとのことで、1日量0.4gに変更となった。	処方医は非常勤であったため、レセコンの違い等でアスピリン散と勘違いした可能性があると考えられる。	調製前に年齢・体重換算を徹底する。			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
2084	他県医療において、心臓疾患手術し退院後、退院時処方残なくなり、地元医療機関転院受診し、退院時処方を継続服用することになったらしいが、地元医療機関転院受診処方せんはワーファリン錠5mg3錠1日1回朝食後となっていました。患者様からの聞き取り、おくり手帳を確認すると、ワーファリン錠1mg3錠朝食後となっていました。	他県医療において、心臓疾患手術し退院後の退院時処方を、地元医療機関での確認不足か、カルテ、処方箋への転記ミスではないかと思えます。	転院後の地元医療機関へ、他県医療において、心臓疾患手術し退院後の退院時処方のおくり手帳内容も添付しFAX疑義照会したところ、ワーファリン錠5mg3錠をワーファリン錠1mg3錠への訂正をお願いしますと返信頂き、ワーファリン錠1mg3錠朝食後で調剤、投与し、過量投与を回避できたとおもいます。			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
2085	チラーヂンS錠75μg 1週間に2回 8日分チラーヂンS錠50μg 1週間に5回 20日分 の処方あり。交付者がお薬手帳の情報、患者様からの聞き取りにより、過去歴通りの処方だと、チラーヂンS錠50μg 1週間に2回 8日分チラーヂンS錠75μg 1週間に5回 20日分 であるため、用法コメント間違いの可能性があると疑義。その結果、用法コメント間違いが発覚し、これまで通りの処方での回答があったため、チラーヂンS錠50μg 1週間に2回 8日分チラーヂンS錠75μg 1週間に5回 20日分 に変更となった。	処方元の医療機関の規格と用法コメントの確認間違いと考えられる。また、今回処方した医院は元々チラーヂンを処方していた他院からの紹介だったとのことで、患者様や医療機関同士での意思疎通が不十分であったことも要因と考えられる。	鑑査時にお薬手帳や過去歴を必ず確認し、これまでの服用となにか違いがないかについて鑑査する。特殊な用法コメントがあるときは特に注意して、上記を実施し患者様に確認をとるようにする。			チラーヂンS錠50μg チラーヂンS錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2086	レボセチリジンOD2.5mg 2Tのところ ろ医レボセチリジン5mg 2Tになって いた	久しぶりの来院に加え同時に母親もレ ボセチリジン5mg処方されていたので Drが入力間違いしたと考えられる。	子供の薬のリストを作っている			レボセチリジン塩酸塩 OD錠2.5mg「Y 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
2087	当初アスピリン散10% 3g分3の処 方だったが、用量を遥かに超えていた ため病院へ問い合わせ。アスピリンD S2% 3g分3へと変更になった。	医師がアスピリン散10%・アスピリン DS2%を勘違いして処方入力をしたと 思われる。	規格が2つある薬品については必 ず監査を行い、用量を確認してい る。また、薬品瓶に用法用量のラ ベルを貼付し確認しやすいように している。			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
2088	新規の患者でロスバスタチン2.5mg を服用していたが5mgが処方されて いた患者さんのコレステロールの値も 良く、変更の話はなかった	処方医の確認不足、入力ミス	疑義照会を行い、ロスバスタチン 5mgより2.5mgへ変更になった			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
2089	初回サインバルタ30を2カプセル	20との間違い	初期用量と常用量が違う薬剤の周 知。			サインバルタカプセル 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
2090	3才女兒に対してアスピリン散10% 1g/日の処方があった。疑義照会し、 アスピリンDS2% 1g/日 の間違 いであると返答を頂いた。	類似剤型であるが、配合成分量が剤型 ごとの異なっており、間違えやすいた め。	処方箋受付時に、小児の身体的情 報を聞き出したうえで、処方量が 妥当であるかを確認している。			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
2091	他院にてモンテルカストが処方されて いる患者様にブランルカストが処方さ れたので疑義照会したところ処方削除 となった。	お薬手帳を確認し現在服用中の薬剤に ついて聞き込みを注意して行ってい る。	患者様とのコミュニケーションを しっかりと重複投薬防止に尽力 している。			ブランルカストカプ セル112.5mg「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
2092	ファロム錠200mgが分1、30日分 で処方されており疑義。フェロミアと 勘違いされており3日分へ変更。	類似薬品名による勘違い	薬局でも類似薬品の取り間違いに 注意する。			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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	○アスベリン散規格間違いの事例 1歳男児、体重11kgの患者。アスベリン散10% 0.9g分3毎食後×7日分処方あり。過量のため疑義照会→アスベリンドライシロップ2% 0.9g分3毎食後×7日分へ処方変更	アスベリンの散剤には10%散と2%ドライシロップがある。医師が規格間違いをしたために起きた事例。	該当患者の成分用量を計算(アスベリン1~2mg/kgなので今回であれば、11~22mg)→10%(今回0.1g~0.2g)と2%(今回0.55g~1.1g)の用量を算出し処方用量と照合、規格間違いないかチェック			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
2094	エルデカルシトールカプセル0.75ug、1Cp、90日分アルファカルシドール錠1ug、1錠、90日分同効果薬の重複処方	アルファカルシドール錠1ug、1錠、90日分が、今回の処方のみ追加で処方されていた。入力ミスと思われる。	処方変更時は、患者了解している内容が確認する。			アルファカルシドール錠1.0μg「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
2095	アンプロキソール徐放口腔内崩壊錠(45)3錠分3毎食後で処方されたため、疑義してアンプロキソール錠15mg3錠分3毎食後に変更	規格違いであったため、PCで選択がうまくできなかったと思われます。	薬剤の用量用法を添付文書に合っているかを確認する			アンプロキソール塩酸塩錠15mg「アメル」アンプロキソール塩酸塩徐放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
2096	ニフェジピンCR40mgは1日2回朝食後1回1錠にて処方あり。徐放錠であるため、用法確認し、1日2回朝夕食後へ変更となった	医師の判断ミス、処方入力ミスが想定される	用法用量は添付文書を参考にし異なる場合は必ず本人に聴取し、疑義照会を行っている			ニフェジピンCR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
2097	普段プログラフ0.5mgだが1mgで処方	病院側処方せん入力ミス	疑義照会			プログラフカプセル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
2098	メトホルミン500mgを継続的に服用していたが、血糖コントロールができていないことから今回配合剤であるメタクトへ変更。LDとHDの規格があるが、初回でHDの処方あり。薬局にて初回でのHDに疑問となり疑義紹介を行い、医師の選択間違いとなりLDへ変更、交付となった。	LD、HD規格が複数あるものでの選択間違い。	処方薬切り替わり時などの用量の確認の徹底。			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2099	リセドロン酸Na錠17.5mgがこれまで大学病院にて処方されていたが、体調が安定したため、紹介状を持って今回から近隣医で処方してもらうように変更。【正】リセドロン酸Na錠17.5mg: 1回1錠 週1回起床時を、【誤】リセドロン酸Na錠75mg: 1回1錠 週1回起床時と紹介状を見誤ったため発生。	紹介状、お薬手帳の見誤り、用法用量の薬識不足が原因と思われる。	病院、処方医変更時等は特に注意を払って用法用量を確認する。またお薬手帳の確認。薬識があいまいな場合は監査時に添付文書にて確認する。			リセドロン酸Na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
2100	体重10kgの患者様に、一般名セフジトレン細粒2.5g分2で処方。疑義照会の後、1.2gに変更となった。	用量についての認識違いがあったか、もしくは、分2であること、用量から、セフボドキシムと間違えた可能性があるかと推測。	用量だけでなく、用法も踏まえた監査の徹底。ダブルチェックの徹底。			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
2101	【般】アスピリン81mg・ダイアルミネート配合錠(バファリン配合錠A81)が頭痛時頓服で処方されており、血小板凝集抑制目的に使用される薬剤であるため、バファリン配合錠A330(バイアスピリン330mg・ダイアルミネート配合錠)と間違えている可能性があるため、疑義紹介。処方医はバファリン配合錠としか認識しておらず、低用量アスピリンと高容量アスピリンの適用の違いを認識していなかったようである。バファリン配合錠A330は販売中止、経過措置も過ぎており、保険請求不可。患者聞き取りより、以前処方していたロキソプロフェンNa錠60mgが残薬としてあるため、処方削除となった。	アスピリン高容量が販売中止が周知されていなかった。低用量アスピリンと高容量アスピリンの適用の違いの認識不足。レセコンで販売中止品の確認がとれない。	薬の販売状況、経過措置状況の薬局内周知。用量による適応の違いのある医薬品の教育徹底、要注意医薬品については薬品棚へ注意喚起札使用。			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2102	2022年7月21日受診して採血実施。 2022年8月22日薬剤交付時にスピロノラクトン錠が中止になっていることを説明したところ、中止薬はアダラートCRであると患者から申し出があった。前回7/21に採血してから数日後、医師からアダラートを中止するように電話で連絡があったとのこと。 処方医に疑義照会を実施。採血結果よりK値が高いためアルダクトンA錠を中止するように指示したことを確認。患者は誤ってアダラートCR錠を中止していた。	アルダクトンA錠はジェネリックのスピロノラクトン錠に変更して調剤していた。言葉の綴りが類似したアダラートCRを間違えて中止していたと思われる。	お薬手帳の用紙に変更前の医薬品名を表示している。			アルダクトンA錠25mg スピロノラクトン錠25mg 「トーフ」 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
2103	今まで継続してフェブリク錠10mg 1錠を服用されていたが、今回フェブリク錠40mg「サワイ」1錠に増量となっていた。増量幅が大きかったため問い合わせを行い、GE製剤への変更のみで10mgを継続と返答があった。	フェブリク錠⇒GE製剤へ切り替え入力時の画面選択などのミス。最終確認漏れ。	投薬・薬歴情報などと比較して疑問を持つ。患者さんへの聞き取りをしっかりと行う。などにしっかりと取り組む。			フェブリク錠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
2104	在宅医療で主治医からアリセプトD錠5mgの処方を受けていたが家族が不穏症状が悪化したため家族が他病院の精神科を受診。その際お薬手帳を見せていなかった為アリセプトD錠3mg、ロゼレム錠8mgを処方された。疑義照会後アリセプトD錠3mgは削除された。	精神科の病院が家族に現在服用中の薬の内容を聞き取りしなかった。家族がお薬手帳の提示をしなかったこと。在宅患者で体調変化があった場合に主治医と薬局に連絡してもらえるよう家族と連携が取れていなかった。以上の3点が考えられる。	お薬手帳の提示を必ず求める。お薬手帳を持参していなくても必ず聞き取り併用薬が確認できてから調剤をする。体調変化があった場合にはすぐに連絡してもらえるよう服薬フォローを定期的に行い信頼関係を築く。			アリセプトD錠5mg アリセプトD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
2105	転院後初処方、ノボラビッド30ミックスフレックスペンの処方となっているがお薬手帳確認、今までノボラビッド注フレックスペンで使用	名称類似、電子カルテでの選択ミス	患者アンケートでは正確な判断ができないため手帳上、前医問い合わせ			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2106	PL配合顆粒で薬疹が出たことがあり、再度患者から聞き取り、アセトアミノフェンが成分として重なることから疑義紹介、処方削除となった。	コロナール錠は比較的安全と思われがちなため、見逃されがちである。同じ薬品名でもないためチェックから漏れることも多いと思われる。	新規の薬が処方になった場合はアレルギーに関しての再度の聞き取りの徹底。成分から考えるようにする。可能性がある場合は、必ず疑義紹介をする。			コロナール錠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
2107	処方箋に記載しているリザベン細粒10%の用量が、体重に対して多かった。体重20kgで1日2gで処方されていたので、疑義照会して1日1gに変更となった。リザベン細粒10%:0.05g/kg/日	リザベンドライシロップ5%と勘違いしておられたのかもしれない。リザベンドライシロップ5%:0.1g/kg/日	小児の患者さんは、体重を確認して、用量が適正か確認する。			リザベン細粒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
2108	大学病院からかかりつけ医への転院。コデインリン酸塩10%2g分2の処方。通常用量多いのではないかと、麻薬のコデインリン酸塩10%在庫していないこともあって、転院前の薬歴を参照した。転院前はコデインリン酸塩1%2g分2の処方であることが分かり、疑義照会で倍散間違いで10倍量の処方になっていることを説明し、以前の処方通りコデインリン酸塩1%2g分2の処方に変更となった。	同じコデインリン酸塩散の中に倍散が異なるものが複数あるため、レセコンでの選択ミスと思われる。	異なる倍散のある散剤は用量等注意する。転院前後の処方内容をよく確認する。			コデインリン酸塩散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
2109	小児に適応のないアンブロキソール3%で処方されていた。量としてもおよそ倍量での処方量となるため問い合わせした所、1.5%規格との処方間違いであることがわかった。	類似薬剤のため、入力ミスが考えられる。	適応の違いだけでなく、体重や年齢での監査を都度行い、適正な処方かの監査を怠らないようにする。			【廃】アンブロキソール塩酸塩3%シロップ用 アンブロキソール塩酸塩1.5%シロップ用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	メインテート5mg 0.5錠で処方されていた。お薬手帳で以前まで他院で0.625mg 1錠で処方されており、前回との違いを確認していたところ、今までの残薬は0.625mg 2錠服用するようと言われており病院に用量を疑義照会した。メインテート2.5mg 0.5錠に変更となった。	メインテートの規格を選び間違えたと思われる。	前回との処方内容の違いをきちんと確認する。			メインテート錠 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
2111	風邪でおかかりの患者様で、オロパタジンドライシロップ1%が1gで処方されていた。5歳では1gでお渡しするのは多く、顆粒の剤形のもの割合違いで存在しており、量が間違っている可能性があったため疑義照会を行った。その結果、0.5gに変更になった。	オロパタジンに顆粒とドライシロップで剤形、割合の違いのものが存在したためと考えられる。	今後も薬の中で割合や剤形ちがいのあるものはよく確認して粉の量に間違いがないか確認していく。			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
2112	風邪でおかかりの患者様で、今回オロパタジンドライシロップが初回で処方されていたが、5歳に対する量として多く、オロパタジンには顆粒タイプのもがあり、その割合で間違えた量が出ている可能性があったため疑義照会を行った。結果、0.5gに変更になった。	オロパタジンのドライシロップと顆粒で割合が違うためそこの量の換算のミスが原因と考えられる。	オロパタジンなどの剤形、割合の違い薬には特に注意し、量の違いを見逃さないようにする。			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
2113	アセトアミノフェン50%0.9g、力価450mgでは5歳児に多すぎるかと思ひ疑義照会をかけた。20%になった。	20%と50%の入力間違い。	確認を怠らないように努力する。			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2114	2022年4月5日A病院で受診後当薬局にてリクシアナOD30mgを調剤しお渡ししました。2022年5月13日B病院に移り再度検査のため受診後当薬局に来局、処方箋にはリクシアナOD60mgの記載あり、前処方歴とお手帳で入院や他薬局調剤などないか確認するもなかったため増量について医療機関より説明があったか患者に確認するもなしと回答だったため疑義照会することになりました。結果リクシアナOD30mgへ変更指示がでたため減量になりました。	病院が変わったことで病院での処方入力ミスだったのではと予想しています。	新しく受診した病院、移動した病院はとくに規格や剤形などよく確認するようにしている。以前来局時から受診経緯などは聞いていたため確認がしやすかった。			リクシアナOD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
2115	2歳、体重11kgの小児に対しワイドシリン20%4g/日(成分量で800mg/日)処方。過量であると考え疑義照会。一度はそのままの用量で、と回答を得た。明らかに過量であり、またワイドシリンには10%と20%の規格があり、その誤りの可能性があることから医師に再度確認を強くお願いしたところ、ワイドシリン10%4g(成分量で400mg/日)に変更となった。	ワイドシリンの規格に対する認識不足	小児の処方においては年齢、体重に対し投与量が適正であるかの確認を怠らない。また、明らかな誤りと考えられる事柄については疑問が解消されるまで疑義照会する。			ワイドシリン細粒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
2116	過去にヒューマログ注ミリオペンHD処方歴あり しばらく出ていなく 今回非常時で追加になったが 誤ってHDのついていない1単位ずつのヒューマログ注ミリオペンが処方 疑義照会にてヒューマログ注ミリオペンHD	0.5単位のHDと1単位ずつのタイプと2つあり きちんと処方箋発行時に確認不足が原因	薬歴や患者との確認の中ではじめて出る薬に関してはしっかり確認し 複数規格のあるものは特に注意する			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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2117	他院より門前医院に紹介され、継続処方された。エリキユース2.5mg服用中だが5mgが処方されていた。	処方内容の確認不足。規格まで確認していない。	新規の方も事前に情報をもらうようにしておく。患者からも事前に処方された薬を改めて確認する。手帳や、薬情等			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
2118	アスペリンドライシロップ2%250mg分3の処方 came が、常用量は6歳で1日40~60mgゆえ、疑義照会にて50mgに変更となる。	10日前にも同じ薬用量で、アスペリン散10%0.5gの処方箋が来ていて、当薬局がアスペリンドライシロップ2%しか在庫していなかったため、疑義にてアスペリンドライシロップ2%2.5gに変更してもらっていたがそれを250mgと解釈されていた。秤量値と力価も混同されていた。	年齢に対する常用量を確認するとともに、秤量値なのか力価なのかもきちんと確認していく。			アスペ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
2119	今までジャヌビア100mgを服用されていた患者が50mgで処方された。HbA1cが10.5%と依然として高く、診察時に減量するといった話がなかったので照会。ジャヌビア100mgに変更になった。	医師の勘違い。	薬の変更時には検査値の確認を行う。診察時の内容の確認を行う。			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
2120	不妊治療の方。バイアスピリンが処方されており、普段はバファリンA81を処方するDrだったため、低用量アスピリンに間違いではないが規格について疑義照会。バイアスピリン100mg→バファリンA81に変更となる。	同じ成分の薬のため処方を間違った可能性あり。	他の病院で使われている量だとしても、普段と違う量でDrが処方していた場合は必ず疑義照会をする。			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
2121	乳製品アレルギーがある患者さんにフルタイド50ディスカスの処方。疑義照会によりフルタイド50μgエアゾールに変更。	医師の勘違いか、配慮不足か、事務さんの入力ミスか… 分かりません。	私も調剤後の監査時に気付きました。処方監査時に気付くべきでした。改めて処方監査時に薬歴としっかり照らし合わせることを確認しました。			フルタイド50ディスカス	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
2122	ポルタレンSR(37.5)分3での処方ポルタレン(25)分3の誤りと確認	処方時の薬剤選択ミス。またはカルテからの転記ミス。	規格違いによる用法、用量に注意する			ポルタレン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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	別病院でプルゼニド錠のジェネリックであるセンシド錠を処方されている事をお薬手帳より確認。患者さんはDR.に手帳は見てもらったとの事でした。	以前より便通に困っている方で、便秘時の頓服薬で処方されていた事がありました。別病院での処方内容は消化器症状の薬では無く又、ジェネリック品でのお渡しになっていたのが気が付きにくいと思います。患者さんも名称が違うので分からない。	お薬手帳の利用促進。必ずジェネリック医薬品を含めて直近の併用薬は確認する。			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
2124	当薬局来局前日：蕁麻疹で夜間救急医療センターを受診。その際にダイアブゾ坐剤6とカロナール細粒20% 0.7gが処方されていた。翌日（当薬局来局日）：かかりつけ医を受診した際に、カロナール細粒50% 0.7gが処方されており、体重に対する処方量が多かったため、TELにて疑義照会した。病院採用薬の関係で%の違いに気づかずにカロナール細粒「50%」で処方してしまったとのことで、結果として「20%」に変更となった。	患者様ご家族はお薬手帳を持参しており、医師にも提示したものの%の確認を見落としのまま同じg数で処方してしまったものと考えられる。	・患者様から聴取した体重に基づいて、処方用量が過量となっていないか確認。 ・持参したお薬手帳から前回処方を確認しカロナール細粒20%が処方されたことを確認。以上2点を徹底したことにより過量投与を未然に防ぐことができた。			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
2125	メプチン顆粒0.01%が製剤量1gで処方されていたが、体重、年齢換算より処方量が多いと思われ疑義照会。結果、メプチンドライシロップ0.005%1gへ変更になった。	医療機関側での処方作成時にメプチン顆粒とドライシロップの選択を誤ってしまったと思われ。	小児に処方される際の処方量が適正か、体重、年齢換算を必ず行う。			メプチン顆粒 0.01%	ヒューマンエラー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	閉店間際に来局。症状は口内炎。治りが悪いため今回リボフラビンが追加になったが体重、年齢あたりの量として10倍量が処方されているため疑義照会	ハイボン散 20% 0.5g と リボフラビン錠 20mg 0.5錠の打ち間違いが考えられる。	小児の体重の確認を実施し症状を確認する			ハイボン細粒 20% リボフラビン酪酸エステル錠 20mg 「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	定期薬の処方箋をもって来局。今回コニールの量が2mg 2.5錠(1-1.5)から朝4mg 1.5錠に変更されていた為、患者にまず聴取。先生から夜と朝同じ量にすると話が合ったとの事だったため疑義照会を行い、朝夕コニール2mg 1.5錠ずつに変更となった	もともと朝の処方、夕の処方に分けて記載されており、今回朝の用量を変更時に薬剤の選択を誤ったと推察。	薬剤の適用量の把握のため、棚に掲示している。コニールのように適応症によって用法が異なるものも掲示して注意喚起している			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
2128	コデインリン酸塩散10%「タケダ」6.0g 毎食後で処方されていた。コデインリン酸塩散10%の用量は1回20mg 1日60mg(製剤量で1日0.6g)であり、明らかに過量であるため処方医に電話で疑義照会した。その結果、コデインリン酸塩散10%「タケダ」0.6gに変更になった。	コデインリン酸塩散の採用薬品が1%のつもりで処方したのではないかと推察されます。	レセコンに薬剤の常用量を設定し、過量投与にはアラートが出るように設定を変更した。			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
2129	歯科で抜歯の為休薬する薬の指示がグリメピリドと医師の手書きで指示されていたが問い合わせたところクロビドグレル錠休薬指示だったことが判明した。	薬剤名類似による医師の勘違い。	疑問がある場合は必ず問い合わせ確認する。			グリメピリド錠1mg「ファイザー」 クロビドグレル錠75mg「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
2130	血圧の薬を服用中、今回ロスバスタチン錠5mgが追加で処方されていた。ロスバスタチン錠の初期投与量は2.5mgであるため、患者に初めて服用するものか他の高コレステロール薬を服用していないか確認したところ、服用歴はないとのこと。医師へ上記内容で疑義照会し、ロスバスタチン錠5mgから2.5mgへ変更となった。	初期投与量について確認不足	初処方の際は特に初期投与量が決まっている医薬品もあると意識しておく			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2131	入院時カルベジロール錠2.5mgを2T分2で服用していたが、退院後、以前より通っていたクリニックから継続処方としてカルベジロール錠10mgを2T分2で処方されていた。	お薬手帳を確認し、入院時と同じ処方を入力したが、電子カルテで順番の近いカルベジロール錠10mgで入力してしまったと考えられる。	入退院時は特にお薬手帳や病院からの情報提供書をしっかりと確認し、薬剤・用法用量に間違いがないかチェックする。			カルベジロール錠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
2132	モビコールHDについて今回初処方だったが3P/3×毎食後で処方されており、添付文書では初回投与量としてモビコールHD1P/1×が推奨されており、また今回の処方量は最大投与量のため疑義照会を実施し、モビコールHD 1/1×昼食後へと変更になった。	モビコールについてはLD、HDの2種類あり、処方医が誤認・また基本投与量を認識していなかった可能性があると考えられると推定される。	調剤前に処方監査を実施し、処方箋の内容について問題ないか確認してから調剤を実施している。			モビコール配合内用剤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
2133	従来デパケンR錠200mgを他院処方と伺っている患者が、デパケン錠200mgの処方箋を持参。今回A大学病院からB病院へ紹介され、B病院初処方だった。従来の使用薬と異なるため、本人に確認したところ、従来通りではなく、と。 B病院薬剤部を通じ処方医に疑義照会を行った。すると、紹介状記載通りに処方したので、そのままよい、と。従来処方のA大学病院へ本人・B病院薬剤部の了解を得て、処方内容を照会。すると一般名)バルプロ酸ナトリウム徐放A200mg処方、調剤が何でされているのかは院外処方のため不明、とのことだった。紹介状は手書きでデパケンとある、とも聴取した。いずれにしても従来処方バルプロ酸の徐放錠と判明したため、その旨B病院に伝えたと、従来処方と同じデパケンR錠200mgへ処方変更となった。	病院の転院時、医師の手書き紹介状の薬品名記載が正確ではなかったようだ。そのため正確な従来使用薬が伝わらなかった模様。つい省略されたのか、デパケンに普通錠と徐放錠があることを失念されていたのかは不明。	疑義照会の返答が納得できない場合、納得できるまで確認する。患者さまご本人とのやりとりも大切に、他院処方の内容もきちんと把握する。			デパケン錠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
2134	処方箋入力時に一般名処方「クエチアピン fumarate 錠50mg (先発には該当規格なし、後発は数社販売している)」との記載薬品が分1だったため、用法を鑑みると徐放錠の「クエチアピン fumarate 徐放錠50mg (ピブレッソ徐放錠50mg)」ではないかと1回目の疑義照会を行った。ピブレッソ徐放錠に変更となった。その後処方内容の監査時にエクア錠50mgが処方されていることから患者が糖尿病であることが推測でき、禁忌の病態に該当するため2回目の疑義照会を行った。最終的にクエチアピン製剤は処方削除となった。	患者が外国人で、海外での定期処方入用で処方依頼したため、商品名が正しく伝わらなかった可能性がある。「レセコンでこれ(クエチアピン fumarate 錠50mg)しか出ない」と医師のスタッフが言っていたのでマスクの不整備も考えられる	処方医(門前)が普段使用する薬剤や用法ではないときには違和感を持つ・新規処方薬は必ず添付文書を確認する			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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2135	緑内障の為、エイゾプト懸濁性点眼液を継続していた患者にアイラミド配合懸濁性点眼が新規で追加処方された。アイラミド懸濁性点眼は2種の成分の配合点眼液であり、そのうちの1種がエイゾプト懸濁性点眼の成分であるプリンゾラミドであった為、処方医に疑義照会しエイゾプト懸濁性点眼が処方削除となった。	今までの継続薬に追加で更に1種類処方するところ、配合点眼がありそちらを処方した。今までの継続薬を電子カルテから削除しなかったために処方箋として発行されてしまったと思われる。	配合剤(内服・点眼)の一覧表を監査台に貼っておき、チェックできるようにしている。			アイラミド配合懸濁性点眼液 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
2136	プレドニン錠5mg 5錠9日分、プレドニゾロン錠1mg 4錠5日分の漸減指示処方。1日量として25mgから4mgへの急な漸減指示であったため、疑義照会を実施。プレドニゾロン錠1mg 4錠からプレドニン錠5mg 4錠に訂正となった。	名称が似ているために薬品名の選択を間違えたと思われる。	漸減漸増については、1日量で用量変化を確認するようにしている。			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
2137	他病院から紹介され、初めて受診し発行された処方せんを持ってこられた。アトルバスタチン10mgとあったが、お薬手帳を確認すると 以前の病院ではアトルバスタチン5mgと記載されていたので、処方元に疑義照会をした。その結果、アトルバスタチン5mgに変更になった。このまま投薬、調剤してしまうと今までの内服量の倍を飲むことになり、横紋筋融解症や肝機能障害などの副作用が発生したかもしれない。	医療機関側で5mgと入力するところを10mgと入力したようだ。	お薬手帳は丁寧に確認する。特に新規の方、併用薬のある方は入念にチェックする。			アトルバスタチン錠10mg 「サワイ」 アトルバスタチン錠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
2138	6月に残薬調整を行っていた(29日分処方と30日処方が混在)。今回、すべて28日分処方となっていたが朝食後25μg夕食後50μgであったものが、朝夕食後各50μgとなっていた。増量になるのかクリニックへ確認したところ、記載間違いが発覚。朝食後25μg夕食後50μgに変更となった。	日数変更の際に、「チラーヂン」の部分だけで判断、規格の確認が抜けてしまったと思われる	施設調剤の場合は前回処方のコピーが続いているケースが多いので、用量変更・規格変更の場合は積極的に施設や処方元に確認を入れる			チラーヂン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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2139	他病院にてラベプラゾール錠10mgを内服されていた。処方箋にてアシノン錠75mgが出されており、医師にはお薬手帳を渡していなかった。疑義照会を行い、	患者さまによってはお薬手帳をクリニックに渡さない場面もあり、特に胃腸薬は普段から内服されている可能性も高い。胃腸薬が新規で調剤する場面があれば必ず併用薬を確認し重複がないか確認することが大事。	お薬手帳の持参率を上げるための声掛けを徹底している。			アシノン錠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
2140	ボナロンゼリー35mgは週に1回服用のところ、1日1回で処方され、日数についても他と同じ90日分で処方されていた。	特になし	特になし			ボナロン経口ゼリー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
2141	変更前: [般] ツロプテロールテープ1mg 5枚 1日1回貼付 変更後: [般] ツロプテロールテープ0.5mg 5枚 1日1回貼付 対象患者: 2歳9か月 年齢により規格が異なる。ツロプテロールテープ0.5mg→0.5歳-3歳 ツロプテロールテープ1mg→3歳-9歳 ツロプテロールテープ2mg→9歳以上	処方医が年齢をきちんと見ていなかった可能性がある。	年齢規格ごとの注意喚起の札を設置している。			ツロプテロールテープ1mg「サワイ」 ツロプテロールテープ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
2142	他院からの転院患者の処方引継ぎが行われたがエリスロシン100mgを服用されていたにもかかわらず、エリスロマイシン200mgに変更されていた。プロドラッグと腸溶錠コーティング剤とで一般名・適応症が異なり、エリスロマイシンとしての投与量も増量されていたため疑義照会を実施、以前から服用されていたエリスロシン錠100mgへ変更になった。	紹介状、もしくはお薬手帳の確認不足による薬剤選択誤り。または処方入力時の頭3文字検索時の類似による選択誤り、システム上薬品採用されておらず検索時に候補が上がらなかったなどの可能性が考えられる。	他院からの転院時はお薬手帳や薬剤情報提供書などの確認を実施し、変更点があれば医師からの説明を受けているかご本人に確認。変更についての患者認識がなければ医師へ疑義照会を実施する。			エリスロマイシン錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2143	ロソーゼットHD×3錠+ロスバスタチンOD5mg×1錠の処方。エゼチミブが成分量として過量のため照会。→ロソーゼットHD×1錠+ロスバスタチンOD5mg×3錠に変更。	同じレシビ内における1錠と3錠の入力間違い。	処方の妥当性確認を徹底。			ロソーゼット配合錠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
2144	カロナール細粒50%で記載され、体重に比べ量が多かった。体重換算するとカロナール細粒20%の用量で記載されていた。疑義し、カロナール細粒50%のまま、用量を減量になった。	DRが電子カルテ入力時に、コロナと記載後、一覧で出る薬剤から薬を選択するときに、規格を選択間違えたと推測される。	体重に対する用量確認を、毎回必ず徹底する			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
2145	通院が困難になったため、すでに往診が導入されていた病院から他院の薬を処方してもらうことになった患者様。処方内容は前医: アムロジピン5mg + カンデルサタン8mg → 今回: カムシアLDに変更となっていた。薬の減量の説明はなかったとのことなので処方医に疑義照会しカムシアLD→HDに変更となった。	薬剤の選択ミス、配合剤の知識不足	患者様への聞き取りを十分に行い、処方内容と医師指示に相違がないかを確認する			カムシア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
2146	整形外科、内科、消化器内科を受診中。ポリファーマシー。●整形外科: プレガバリン(計245mg)、ワントラム ●消化器内科: タケキャブ10mg 服用中内科から、ロキソプロフェン、レバミピドから処方中止を提案。腎機能低下 BUN23.8、eGFR45.5、クレアチニン0.92	ポリファーマシー。各病院が併用薬を把握していない可能性があるためお伝え。	腎機能のチェックと併用薬の提供。			ロキソプロフェン錠60mg 「EMEC」 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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2147	足の傷に対して外用薬3種が処方された処方せん。そのうちの1種が、ヒビテン・グルコネート液20% 500mLだった。使用部位を処方せん持参された方に聞いたところ、使用部位は足の傷で、使用範囲はそこまで広くないという回答を得た。本剤を皮膚に使用するには20%濃度は濃すぎるため、疑義照会を実施。結果、0.05W/V%マスクン水に変更となった。	処方せん作成時に消毒液濃度の確認が不十分だったと思われる。	内服薬だけでなく、外用薬にも規格があることを認識したうえで日々の業務を実施。			ヒビテン・グルコネート液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
2148	アレジオン点眼液の処方歴のある患者に新規でアレジオンLX点眼処方。1日3回で処方あり疑義し、1日2回に変更となる。	アレジオン点眼とアレジオンLX点眼の使用法違いの認識不足。確認不足。	似ている名称の薬剤や用法違いに関しては、ダブル・トリプルチェックで監査を実施していく。			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
2149	リハビリテーション病院からの退院後、初めての処方。退院時処方でプラミベキソール錠0.5mg分3で処方されていたものが、今回の処方でプラミベキソール徐放錠1.5mg分3に変更になっていた。専門医であるため躊躇したが疑義照会を行い、普通錠に変更となった。	病院での紹介状などからの転記ミスに一般名の処方せんであったこともあり、医師が気づかなかったものと思われる。	専門の先生だと思っても疑問に思ったら必ず確認を取る。			プラミベキソール塩酸塩LA錠1.5mgM1「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
2150	高齢の患者さんにアレジオン20mg錠2Xで処方されていたため、用量も多く、服用方法も違っているため、疑義照会を行った。	類似の薬の服用方法と勘違いして処方されたと考えられる。	適宜増減の範囲ではあっても、必ず確認を取ってから交付するようにしている。			アレジオン錠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
2151	ルリコンクリーム新規の患者様に1日2-3回塗布で処方あり。患者様説明を受けていないとのことで疑義照会。1日1回に変更訂正	外用薬で用法に決まりがあるもの見落とししないように注意する	新規の薬は特に用法確認してお渡しする			ルリコンクリーム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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2152	エビプロスタット配合錠DBとエルサメットS配合錠が同時に処方されていて、監査の際に先発医薬品と後発医薬品が両方処方されていることに気づき医師に問い合わせ、先発医薬品が中止となった	配合剤は後発医薬品も商品名のため、後発医薬品であることがわかりづらい	先発医薬品と後発医薬品を区分して同じ引出しに入れるようにした			エビプロスタット配合錠DB 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
2153	退院時のお薬手帳にアトエウバスタチン5mg g 2錠、エゼチミブ10mg g 1錠(アトーゼットLDの代用)と記載あり。退院後の今回の処方アトーゼットHD+エゼチミブ10mg g 1錠の処方となっており、アトルバスタチンとエゼチミブが倍量になっていた。患者に確認したところ増量予定なしと聴取。疑義照会をしたところ、アトーゼットLDへ変更となりかつエゼチミブ単剤の処方は削除。結果として退院時の内容と同一になった。	他にも15種類ほど薬剤が処方されていたため複雑な処方内容であった	前回との違いを患者さまに確認し疑問点があればかならず確認している			アトーゼット配合錠HD エゼチミブ錠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
2154	8歳女性にプロトビック0.1%が初処方。小児だが成人用の処方であっているかを疑義照会したところ、プロトビック0.03%に変更となった。	名称類似	外用薬でも年齢区分や制限があるものがあるため、添付文書で都度確認している。			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
2155	6/8 同病院の泌尿器科と神経内科の2科よりユリーフOD錠4mgが処方されているのを処方箋より確認。疑義照会の結果神経内科のユリーフ削除となった。	診療科間の連携不足が推測される。	処方箋お預かり時に処方箋の確認を行い、疑問点等あればその場で患者に確認を取るようになっている。			ユリーフOD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
2156	ムコダイン錠500mg 3錠分3毎食後の処方。12歳に対して多いと思い。疑義照会実施。ムコダイン錠250mg 2錠分2朝夕食後に変更。	年齢に対しての用量の間違い、	前回の服用量も確認し、大幅に用量が増えていたため、疑義照会。			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	5歳のこども。コレクチム軟膏が初めて処方された。0.5%軟膏の処方だったので疑義照会し、0.25%に変更になった。	入力ミスだと思われるが、0.5%の処方が圧倒的に多いので、思い込みなどにより年齢など確認しなかった(見落としがあった)のかもしれない。	含有量違いのある薬剤は、子供の場合は特に用量に気をつけている。また見た目もよく似ているので、現物確認を怠らない。			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
2158	がん終末期のオピオイドによる疼痛コントロール管理が必要であり、内服薬から持続注射管理(CADDレガシー)へ変更となった。その際の処方内容について、ナルベイン注20mg/2mlが病院側のマスタでナルベイン注20mg/1mlとなっており、医師はマスタどおりに計算を行い処方された。しかし、ナルベイン注20mg/2mlであることを電話で直接情報提供したところ、ナルベイン注の1日量として9.6mg/日程度にしたいと回答があった。そのためもとと生理食塩液として24mlのオーダーを、16mlへ減量提案し、実施となった。	ナルベイン注2mg/1ml製剤のもと、ナルベイン注20mg/2mlの2規格がありそれぞれ濃度が異なるため、院内のマスタ登録に間違いが生じたと考えられる。	処方箋の指示どおりに輸液や麻薬調整を行うのではなく、医師に薬品の1日量としての目標量を確認するように努めている。その上で濃度計算および、投与速度から、指示が妥当であるかを確認する。上記内容は、疑義紹介として医師に直接情報提供を行うのみならず、病院の薬剤部にも情報提供を行い、マスタ内容の訂正を行った。			ナルベイン注20mg生理食塩液PL「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
2159	患者が別の医療機関から処方されていた薬剤を近隣のクリニックで処方してもらったところ、従前ハーフジゴキシンであった部分がジゴキシンとして処方されていた。疑義照会を行い、ハーフジゴキシンとなった。	オーダーリングシステムでの選択誤り、処方確定後の既服用薬リスト(お薬手帳)との照らし合わせの誤りと考えられる。	本件のように引継ぎ処方などの場合、従前の服用薬との照らし合わせ、投薬においても規格の確認を色や形状を交えて本人と話をしよう努める。			ジゴキシンKY錠0.25	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	眼圧悪化の為チモロール点眼液0.5%から薬剤変更があったが、アイラミド配合懸濁性点眼液(プリモニジン、プリンゾラミド含有)とアイベータ配合点眼液(プリモニジン、チモロール含有)の処方あり。プリモニジンが重複しているため疑義照会を実施。アイベータ配合点眼液は処方削除となった。	1) 最初の2文字が同じであり、処方入力時訂正しようとした際に一方の削除漏れが生じた。2) アイラミド配合懸濁性点眼液及びアイベータ配合点眼液に含有成分が重複している事に気付かなかった。	配合剤は含有する成分及び量を必ず確認する。			アイラミド配合懸濁性点眼液 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
2161	患者が医師に、頭痛薬のパファリンが欲しいと伝えた。医師が処方箋にパファリンA81と記載した。薬剤師が投薬時に頭痛がするので医師にパファリンをお願いしたと患者から聞き、疑義照会をした。パファリンA330は発売中止の為、処方削除。	医師がパファリンは2種類ある事を知らなかった。医師が処方する時間遅えて記載した。患者が医師に伝えるとき薬名を略さずに言う。	患者の話をしっかりと聞く。似たような薬名、間違えやすい薬名を記載して情報の共有をする。過去に出ていた薬を確認する。			パファリン配合錠A81 【廃】パファリン配合錠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
2162	1日2回服用の医薬品が3回服用で処方されていた。	ドクターの医薬品選択ミスドクターまたはクラークの処方箋入力ミス	薬剤師の知識向上			ボルタレン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
2163	今まで院内処方されていた患者様が、初めて外来処方となった。処方箋記載は「ヘパリンロック用100単位/10ml ヘパロックの為」となっていた為、ヘパリンNaロック用10単位/mlの薬剤を手配し、調剤監査してお薬をお渡しした。帰宅後、今まで使用していた注射には「100単位と書いてあり薬の色が違う」と連絡があり、疑義照会の結果処方箋記載が、「ヘパリンロック用1000単位/10ml」の誤りだった事が発覚し、薬剤の変更を行った。	今まで院内処方の際も静脈内留置ルート内の凝固防止のためにヘパリンロック用100単位/mlの薬剤を使用していた。外来処方時に、100単位の薬剤を使用していた為、10倍量濃度の異なる薬剤を処方箋記載の際に選択してしまった可能性がある。同一薬剤に対して多規格ある事と、薬剤の標記が多数あり誤った薬剤選択に繋がった可能性がある。	病院治療から外来へ変更になった際には、患者様からの情報収集、情報共有を継続する。			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	下痢症状が続くため、10kg未満の患者に対して1日量としてロペミン細粒0.1% 0.5gが処方された。添付文書には「ロペミン塩酸塩として通常、小児に1日量0.02-0.04mg/kg」となっているため、過量と判断し疑義照会を行ったその結果、規格違いのロペミン最終0.05% 0.5gに処方変更となった。	ロペミン細粒(0.1%)とロペミン小児用細粒(0.05%)の2種類の含量規格があるため、記載を誤った可能性が考えられる。	体重や年齢に対する小児用量の把握。年齢や体重、規格、含量など医薬品一種類ずつ確認する。			ロペミン細粒0.1% ロペミン小児用細粒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
2165	初めての患者より受け付けた処方せんのRp.2に『【般】レボフロキサシン錠500mg』1錠1日分、コメント欄に「1日目」、Rp.3に『【般】レボフロキサシン錠500mg』1錠2日分、コメント欄に「2日目を以降」と記載されていた。腎機能低下患者への処方する際の形式になっているにも関わらず、2日目を以降も1日目と同じ規格用量になっていたため電話にて照会した。Rp.3は『【般】レボフロキサシン錠250mg』1錠2日分に変更となった。	単純な入力ミスと見落とし。	腎機能や肝機能などに応じて用量調節を行う薬について、調節された際に実際にどのように処方されるのか把握しておく。			【般】レボフロキサシン錠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
2166	今回初めてクラシエ六君子湯細粒が処方された。通常の1日量は6gであるが、今回3g包を毎食でという処方であった。通常量を超えている旨を伝え、結果3g包を朝食に変更になった。	クラシエ六君子湯には2g包と3g包があるので入力を間違えてしまったと思われる。また病院でツムラを採用している場合もあり、常勤でない医師の場合は採用が違ったのも原因と考える。	ツムラなどは1規格しかないがクラシエは2規格あるので処方された場合は1日量を確認する。			クラシエ六君子湯エキス細粒	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
2167	薬手帳確認中に同成分の薬があったため処方元Drに確認後中止となる	医療機関側の確認不足	お薬手帳を常時持ち歩くように説明対応			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2168	天庖そうの治療のため皮膚科に通院中の男性。病状は順調に回復し、ステロイドも減量中であった。患者様からお薬が減るようですと聞き取っていた。前回の処方がプレドニゾン錠1mgを1日1錠服用だったにもかかわらず、プレドニゾン錠5mgを1日0.5錠の増量処方になっているので、疑義照会した。結果、プレドニゾン錠1mg 1日0.5mgの減量処方に変更になった。	処方の際のパソコン入力ミスと推定される。	前回処方との比較や患者様からの情報などにより、的確に判断し、疑わしき点は必ず疑義照会を行う。			プレドニゾン錠5mg (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
2169	以前よりプレドニン5mg 2錠服用していた。今回からプレドニン5mg1錠とプレドニゾン(一般名)5mg3錠の記載あり。本人に確認したところ体調は落ち着いており減量と聞いているとのこと。疑義紹介にて規格間違えの入力だったことを確認した。	体調が落ち着いているのに過度の増量があった際は確認が必要	本人に薬の変更をどう聞いているのか確認してから疑義紹介を行う			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
2170	ムコソルバンLが3錠分3で処方されていた為、疑義照会を行った。ドクターは、他院からの紹介できた患者のため、前回と同じで処方した、との回答であった。過量投与になる旨をお伝えし、分1に変更となった。	紹介状の記載ミスか、処方時の入力ミスが考えられる。	添付文書の確認を徹底する。			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
2171	涼しくなり血圧がやや上昇してきたため、降圧剤が追加になった。昨年も同時期より追加になったことがあり、同じプロプレスが追加になったが、処方箋は12mg錠の記載であったため、昨年の記録や患者に聞き取りをしたところ、大きな上昇ではなかったとのことで疑義紹介を行った結果は、昨年と同じプロプレス2mg錠へ変更となった。	レセコンでの選択ミスと考えられる。	薬の追加や変更時の患者への聞き取りの徹底。また、症状の変化度合に適した薬剤や用量の基礎知識の習得の徹底。			プロプレス錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2172	8歳の小児に対してデカドロン錠4mg 6錠 1回分で処方されていました。平素はデカドロンエリキシルを処方しており小児には1日0.15~4mgを1~4回に分割経口投与となっています。疑義照会した結果デカドロン錠4mg 1錠1回分へ変更になりました。	病院での処方箋への入力の際の確認不足、デカドロンは0.5mg錠と4mg錠があり処方入力を間違えた可能性があります。	薬剤の規格、用量をしっかりと把握する。			デカドロン錠 4 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
2173	R2.5月より当薬局でテリパラチドBS皮下注キット600μgを調剤していたが、今回テリボン皮下注28.2μgオートインジェクターに変更、またオートインジェクターのため針は不要のはずが針も一緒に処方されていたため患者様に確認。医師から薬の変更説明はなかったとのこと。FAXで医師に確認し、テリパラチドとテリボンの薬剤名の入力ミスであることが判明。	テリ~から始まる名称で似ているため入力を間違えたと思われる。	前回処方との変更点については患者様と一緒に確認すること、また診察時の医師との会話など処方箋以外からの情報も大事にする。			テリボン皮下注 28.2 μg オートインジェクター テリパラチドBS皮下注キット 600 μg 「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
2174	以前からパファリンA330を服用中施設入居となり、訪問診療を行っている医院からの初処方今までの薬をそのまま出すと伺っていたが、パファリンA81の処方があった為確認。名称間違いであった為、処方削除となった。	カルテの記載ミス、名称が似ている為入力ミスなどが考えられる。	今まで飲んでいる薬との相違があれば確認を徹底している。特に施設入居患者の場合は、薬のことが分からない事が多いので、より注意して鑑査を行う。			パファリン配合錠 A 330 パファリン配合錠 A 81	ヒューマンエラー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	ワーファリンが3錠夕食後と 2.5錠 夕食後の記載があり、問い合わせたら 2.5錠が正しかった。ワーファリン 3錠は中止。	薬品の処方量が多めにふえたら疑義照会すること。	処方箋をしっかりと監査すること。			ワーファリン錠 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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2176	ミオナール錠を服用したことで蕁麻疹の経験がある患者様に、肩こりでエペリゾン錠50mgの処方が出た。疑義照会すると、処方削除とリハビリのみで対応していくと返答あり。	患者さまが以前伝えたといわれているので、恐らくカルテにはミオナールで副作用の記録はあったと思われる。薬品名が異なるためみのがしか？	患者様からの情報収集をこまめに行い、必要ならクリニックに情報提供を行う。			エペリゾン塩酸塩錠50mg「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
2177	尿道狭窄症の患者様が最近回転性のめまいが現れるということでトラベルミン配合錠処方されていたがトラベルミン配合錠は尿路閉塞の方には禁忌の薬のため疑義し削除することになった。	尿路閉塞の方にトラベルミン配合錠が禁忌であることをみをとってしまった	しっかり鑑査時に禁忌薬が処方されていないか確認するまた登録されている患者様情報だけでなくお薬手帳にも薬で副作用がでたと記載してくれる患者様もいるためお薬手帳も都度確認する			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
2178	新規で来局した患者にフォシーガ10mgとフェブキソスタット20mg1日1回28日分処方あり。新規の為フォシーガ10mg初回は心不全か糖尿病か判断が付かないため患者に疾患(診断名)を確認したところ、糖尿病と高尿酸血症であることが判明。フォシーガ10mgは多いため、念の為に医師に疑義照会。医師の記載間違いにより、フォシーガ10mgから5mgに変更になった。	複数の規格があり規格によって適応症が異なる事、医師の勘違いが要因。	SGLT2阻害薬やβ遮断薬など複数の規格で複数の適応症がある薬、かつよく調剤する薬の一覧表を作成して、掲示する。			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
2179	定期的に来局される患者で以前よりレザルタス配合錠HDが処方されていた。今回来局時に同医療機関からレザルタス配合錠LDの内容の処方を受付した。 投薬時に患者へ配合錠の内容が減量されていることを説明時に患者より変更について医師より説明を受けていないこと、診察時の血圧も140mmHgと血圧の低下も見られていないことを聞き取った。医療機関へ変更の説明を聞いていないこと、当日の血圧も低下していないことを確認した結果レザルタス配合錠は今まで通りHDで継続するとの回答を得た。	病院での何らかの原因による処方オーダーミス	患者からの症状、バイタルサインを聞き取り、疑問が生じたときは医療機関への疑義照会を確実にを行う。			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2180	初めて来局された7歳の患者様。レボセチリジン処方あったが、成人量(1日量10mg)で処方されていた&お薬手帳で他院でセチリジン錠(1日量10mg)で処方歴ありセチリジンとレボセチリジンの勘違い疑われたため疑義照会。やはりセチリジンとレボセチリジンと見間違えて処方されていたようで、レボセチリジン小児量の1日量5mgへ変更となった。	セチリジンとレボセチリジンと見間違えたことが推定される	引き続き、処方内容やお薬手帳の内容確認を行う			レボセチリジン塩酸塩錠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
2181	初来局の患者が処方箋をもって来局された。A病院とB病院より処方が出ていたものをA病院からすべてまとめて処方箋を出してもらうことになったことであった。お薬手帳を確認するとB病院から出ていたカルベジロール錠2.5mg 3錠朝食後がカルベジロール錠20mg 3錠朝食後に増量されていた。医師より何か説明があったか確認したところ特に変更の話はなく、用量も過剰のため処方医に電話にて疑義照会を行った。その結果カルベジロール錠2.5mg 3錠朝食後に変更になった。	カルベジロール錠の規格を2.5mgで入力するところ20mgで入力してしまったと思われる。	お薬手帳や患者からの聞き取り内容と処方箋の内容に間違いがないか確認していく。			カルベジロール錠20mg「トーワ」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
2182	A病院から、B脳神経病院へ転院し、初処方となった。お薬手帳によると、今まではエクメットHDが処方されていたが、今回処方エクメットLD錠。血液検査を行ったとことで検査値を見せてもらうと、Hb a 1 c 6.7と低いとは言いきれない数値であり、エクメットHDからの減量をする理由にはならないと考え、疑義照会后、エクメットHDに変更になった。	パソコンの入力間違いではないか。	血液検査を行った上でなら薬が変更になる可能性はある。減量をする上で現状の数値が妥当なのかどうなのかを判断したうえでの疑義照会。患者とのコミュニケーションに時間を使った結果、未然に防げたと考える。			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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2183	2歳5カ月、体重12kgの小児患者さんにアンヒバ200mg、1回1個使用の処方。1回1個は多いかなと思念の為、確認した所、アンヒバ100mgの間違いだったよう。アンヒバ200mg→アンヒバ100mgに変更となりました。	アンヒバ100mgと200mgの入力間違い	小児患者の体重確認は必ず行い、用量等に少しでも疑問を持てば、疑義照会し確認。			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
2184	発熱外来で受診されており、当薬局へ来局されました。併用薬などなし。処方薬はアスピリン散10%6gのオーダーでしたが処方確定者が用量過多に気づき主治医へ疑義照会を実施しました。その結果、アスピリン散10%0.6gへ変更となり、変更後の内容にて患者様へ交付しました。	アスピリンには他剤形が存在し、ドライシロップ2%の剤形では成人用量は3～6g程度の用量となる為誤りが発生した可能性があります。また、10倍量となっていたことから処方オーダー入力時の単純な入力間違いの可能性もあります。	アスピリン散の用量に限らず、散剤の用法用量については特に注意をして監査しております。小児薬剤量の換算表を調剤室内へ配置したり、間違いやすい散剤については表示をして注意喚起するなどの対策をとっています。			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
2185	2022/7/13 10:30近隣の市民病院皮膚科よりプレドニン錠5mg10錠追加処方された処方せんをFAXにて受付。平素より当該医療機関の皮膚科の処方箋を受け取っており、皮膚科処方のプレドニン錠の量としては多すぎると感じ、医療機関に疑義照会を行った。疑義照会の結果プレドニン錠5mg2錠に処方変更された。	3文字入力でプレドニン錠5mgとプレドニゾン錠1mgの選択ミス。	プレドニン錠5mg、プレドニゾン錠1mgの処方がある場合は一日投与量を指示書に記入し確認する。			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
2186	患者より、医師からトラゼンタ(5)とジャディアンス(10)を合剤にするという話があり、処方はトラディアンスBPに変更となっていた。患者に増量の話はあったか確認すると、そのような話はなかったと回答された。医師に電話にて疑義照会すると、トラディアンスAPに変更となった。	医師の選び間違い。薬剤名の類似。	APとBPなど、アルファベットの意味について考えながら監査している。			トラディアンス配合錠AP トラディアンス配合錠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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2187	プレドニゾン錠4000mg 朝夕食後7日分の処方箋で調剤を依頼された。プレドニゾンは1日最大60mgなので1日量としては多すぎないかと疑義照会した。その結果、プレドニゾン錠5mg 1日4錠、朝夕食後7日分で調剤するように指示を得た。	処方薬の投与量ミス	プレドニゾンはパルス療法等上限を超えて使用する場合もあるが、患者様の容態と照らし合わせ、適正量と判断できない際は都度、疑義照会をする。			プレドニゾン	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
2188	カルボシステインシロップ 3mL、アンプロキシールシロップ 6mL 混合の処方があったが、通常用量からすると用量が逆になっているのではないかと疑問に思い、疑義したところ、医師の勘違いで用量が逆になっていたことを確認した。	よく処方される薬であり、医師も決まってきた用量を決めていくのだろうが、一般名でもあり、単純に間違えたのかと思います。	いつも受け付けている医薬品の用量や比率などを常に意識し、いつもとは違うと感ずることが大切。処方が間違っていないか?という観点で調剤・監査・投薬を行う。			カルボシステインシロップ小児用5%「テバ」アンプロキシール塩酸塩シロップ小児用0.3%「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
2189	他剤14日分の処方箋で、アクトネル75mg 1錠が2日分処方された。	規格間違いの入力ミスと思われます。	処方医に疑義照会して、アクトネル17.5mg 1錠 2日分に変更になりました。			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
2190	降圧薬が処方されていて、追加でアムロジンOD 10mgが処方されていた。	医師の多忙による。	薬歴や患者の症状をよく確認する。			アムロジン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
2191	以前より当薬局利用されている患者。しばらくプレドニン5mg 1錠 朝食後の指示により継続的に服用していました。当該処方箋の数日前に臨時処方せん持参あり。その際の聞き取りで次回薬をかえるかもしれないと医師から話があったことや 現在状態は安定していること等が薬歴に記載されていました。今回の処方箋はプレドニン5mg 4錠 朝食後となり5mg ⇒20mgへ増量となっていました。状態悪化では増量も考えられましたが前回の薬歴、また当日の患者の状態が安定していることの聞き取りから鑑査した薬剤師が疑問を持ち医療機関に疑義照会を行った結果、プレドニゾン1mg 4Tへの変更となり、プレドニゾンとして5mg ⇒4mgにへの減量と確認しました。	プレドニゾン1mgをプレドニン5mgと入力ミスしたためと考えられる。	ワーファリンやプレドニゾン等状態によって毎回容量が変わる可能性のある薬については可能な限り検査値の把握やまた患者への状態変化の聞き取りを常に行うようにしている。			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2192	体重8.6kgの患者に対し、ゼスラン小児用細粒0.6%の1日投与量が3gと記載されていたため、処方医に照会疑義した結果、ゼスラン小児用シロップ0.03%3ml/dayに処方変更となった。	医師の処方入力時の薬剤の変換のミスと思われる。	処方せんのPC入力に起因するため、同様の誤りを見落とさないように注意する。			ゼスラン小児用細粒0.6%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2193	セレスタミン配合錠を処方したいが供給不足であり、2剤別で処方するにはどうしたらいいかとの相談があり、ベタメタゾン度d-クロルフェニラミンマレイン酸錠2mgで処方可能であると伝達。 その後、ベタメタゾン錠は処方されず、d-クロルフェニラミンマレイン酸徐放錠6mg1錠分1眠前だけの処方がある。用量としてはおかしくはなかったが、念のため疑義照会し、d-クロルフェニラミンマレイン酸塩錠2mg「武田テバ」1錠 1日1回眠前の間違いであったと発覚。	薬品の名称類似	用量上おかしくはなくても、薬剤師が疑問に思った場合は気兼ねなく問い合わせを行うように心がけている			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
2194	リスベリドン内用液は普段から1回0.5mlで使用していたが、今回は1回1mlで処方されていた為疑義照会。処方入力の際いつもと違う入力で0.5ml 1包のところリスベリドン内用液0.1% 1mlと入力されていた。	医師としてはいつも通りに出していると思います。処方箋入力の際に間違ったと推測します。	普段の処方内容を把握し、おかしいなと思ったら迷わず疑義照会をすることが未然に間違いを防げると考えます。			リスベリドン内用液1mg/mL「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
2195	元々フェブキソスタット錠10mgを服用していたが、血液検査の結果で主治医は20mgに増量したかったとの事。しかしレセコンで処方を入力する際にフェブキソスタット10mgを削除せずにフェブキソスタット20mgを追加で入力し、処方箋発行してしまった。調剤前に薬剤師が気づき疑義照会。フェブキソスタット10mgは中止となった。	主治医のカルテへの記載ミスや事務職員の入力ミス、また情報伝達不足が推定される。	処方箋の中に同じ成分名の薬で規格違いのものが複数含まれる時は必ず疑義照会するようにしている。			フェブキソスタット錠10mg「DSEP」 フェブキソスタット錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2196	LXだと添付文書上、1日1回のところ、本処方では1日3回になっていた。	アレジオン普通点眼と用法が混同していた。	1日1回へ訂正を提案。			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
2197	他の薬は散剤で出ており、体重に対する処方量として過量の為、ムコダイン5% 250mL 朝夕食前 7日分→ムコダインDS50% 250mg 朝夕食前7日分に変更。	シロップとドライシロップの名称と規格が類似しており、入力を誤り、処方されたと考えられる。	体重に対する処方量として妥当かを計算により判断出来るようになる。入力時のアラートに注意する。間違えやすい入力例や名称や規格が類似している薬の種類を知る。			ムコダインシロップ 5% ムコダインDS 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
2198	エタネルセプトB S皮下注25mg ベンの処方のさいに単位は〇本の記載が必要なところ20mLとの記載があった。病院に問い合わせたところ25mg ベンで週に2回との使用方法を確認したため正しい本数をお伝えした。	大学病院からの引継ぎでの継続で、該当病院では初めての処方だった。あまり使われる薬でもなかった為、入力の方法が不確かだった。	薬局では在庫があった薬なのですぐに判明できたが、必ず新規の薬は添付文書を確認することを共有した。			エタネルセプトB S皮下注 25mg シリンジ 0.5mL 「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
2199	センノシド顆粒8%2g便秘時に服用と処方された処方せんを確認した。患者の年齢は30代で、センノシドの処方箋は新規だった。以前からマグミットを服用していたので便秘の既往歴はあったが、1回量が160mgで服用するのは過剰投与と判断した。また30代で顆粒の投与も違和感があった。	病院での処方オーダーリングシステムで、センノシド錠12mgを選択するところ、間違えてセンノシド顆粒8%を選択してしまったと思われる。	鑑査の時点で1回服用量、1日服用量が成分量で何mg処方されているか確認するマニュアルになっている為、それを徹底していく。			センノシド錠 12mg 「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
2200	小児科からの処方。9歳児にフェキソフェナジン60mg錠分2の処方あり。体重は35kgくらいあるが、添付文書錠の容量 7歳以上12歳未満は30mg錠/日の処方であり、直近令和4年3月の処方は30mg錠/日であったため。疑義。→60mg/2錠 分2 → 30mg/2錠分2に処方変更。	小児科以外にも内科、アレルギー科も併設しており、普段60mgのほうがよく処方されている。カルテ転記時に間違えたとの返答あり。	患者様の体重、症状によっては60mgの可能性もありえたが、年齢、直近の処方なども考慮して、疑問が生じるようであれば疑義する。			フェキソフェナジン塩酸塩 30mg錠 フェキソフェナジン塩酸塩 60mg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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2201	患者年齢が3歳、体重が13kgの女児にアスピリン散10% 1.5g/日(製剤量) 分3毎食後 4日分上記処方があった。 添付文書及び小児薬用文献より体重当たり薬5倍の用量で処方されていることが判明した。同薬品にはアスピリン散10%、アスピリンDS2%と複数規格が存在しているためアスピリンDS2%の処方間違いと推察し疑義照会を行った。疑義照会の結果アスピリンDS2% 1.5g/日(製剤量) 分3毎食後 4日分上記処方へ変更となった。	処方医の処方入力時の複数規格の選択間違いが推察される。	成分量、製剤量の体重・年齢あたりの投与量換算を毎回実施する。また処方箋受付時に薬歴・患者家族聞き取りより体重の聞き取りを徹底する。			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
2202	経口オキシコドン60mg/日からモルヒネ持続注(PCAポンプ)への切り替えモルヒネ塩酸塩注「第一三共」200mg 4% 5mL4本をPCAポンプに注入するよう指示があったオキシコドン60mgからの切り替え用量としては過剰であったため疑義照会モルヒネ塩酸塩注「シオノギ」50mg 1% 5mL4本の誤りであった	処方入力の際に商品の選択ミスあったと考えられる	オピオイドローテーションの際は、用量の間違いがないかしっかり確認を行う現在使用中の薬剤の用量について常に確認しておくことが重要			モルヒネ塩酸塩注射液 200mg 「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
2203	A病院でクロビドグレル25mgが処方された患者様がB病院でクロビドグレル75mgが既に処方されていた。薬歴やお薬手帳、患者様の話を聞いて、A病院でのクロビドグレルは重複していることが判明し、疑義照会を行い、削除となった。	患者様とのコミュニケーション不足と考えられる、薬歴などを確認し、重複を未然に防ぐことができた	患者様の話だけでなく、薬歴、お薬手帳等を活用し、重複を防いでいく			クロビドグレル錠25mg 「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	整形外科からドルナー錠20ug・オパ ルモン錠5ugが各3錠/3x毎食後(先発 品指定)で処方されたが、同じ病院内 の内科で【一般名】ベラプロストNa 錠20ug・リマプロストアルファデク ス5ug錠が各6錠/3xで定期処方、一 包化済みであったため疑義照会后処方 削除となった。	先発品と一般名処方で名称が違ったの で、違う薬と判断された。	他科併用薬との重複チェック			ドルナー錠20μgオ パルモン錠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
2205	ツムラ大柴胡湯とコタロー大柴胡湯去 大黃が重複して処方。疑義照会によ り、コタロー大柴胡湯去大黃が削除。	前回処方のコタロー大柴胡湯去大黃を ツムラ大柴胡湯に変更するときに、削 除されずに残ってしまったと思われま す。	通じの具合により2剤を併用する こともありますので、患者からの 話と相違がある場合は、疑義照会 にて確認する必要があると思われ ます。			コタロー大柴胡湯去大 黄エキス細粒	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
2206	カムシア配合錠LDを服用されてお り、血圧120台とコントロール良好 であったが、今回カムシア配合錠HD で処方の記載あり。患者さんは先生か ら変更等何も聞いておらず、血圧も変 わらずコントロール良好であったた め、疑義照会し、入力間違いと判明。	医療機関での処方箋入力者の薬品名の 知識不足	薬品変更時の患者さんへの聞き取り 強化			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
2207	当該患者は施設入所中で、当局は施設 へ在宅訪問で薬をお届けしていた。 今まで医療機関Aで血圧の薬2種とア レルギー剤が処方されていたが、血糖 値が悪化した為、 糖尿病専門の医療機関Bに転院された処方箋をFAXで受け付けた。 当初、血圧の薬2種、糖尿病薬3種、レボフロキサシン500mg 各1錠 /90日分の処方用法未記載の為事務員 が薬剤師に確認。レボフロキサシン500mgも長期処方であったため先に施設の方に連絡、事情を伺った。症状よ り、レボフロキサシンが処方されるような状況ではなかったため、医療機関Bに薬剤師が疑義照会。 用法は1日1回朝食後であることを確認。レボフロキサシン500mgはレボセチリジン5mg 1錠 1×朝食後/90日 分の誤りであったことが判明。 レボセチリジン5mgは医療機関Aでも処方されており、添付文書上の用法は1×就寝前であるが、当該患者は 施設入所中で服用時点を他の薬とまとめないで服用が難しいとのこと朝食後のまま処方との回答を得た。	転院による薬剤引継ぎの際にレボフロ キサシンとレボセチリジンの薬剤名称 の類似による選択ミスから起こった事 例であると思われる。	転院の際に薬剤の変更点があるか どうかをまず患者様と確認する。 処方箋を受け付けた際に処方箋に 不備がないかどうかの確認を行 う。			レボフロキサシン錠5 00mg「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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2208	バイアスピリンとタケルダ重複投与	配合剤なので間違えやすい	配合剤は成分名記載している(調剤棚に)			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
2209	レストレスレッグ症候群では初診の患者。投与開始が0.125mgであるはずだが用量設定が0.5mg開始となっていた。他院での投与経験もなし。処方医に確認。0.125mgからの投与開始となった。	処方医の専門外であるということもあり、医師の知識不足もあり得た。複数の薬剤師で確認をおこない疑義照会症例であることを確認。	複数規格があるものは「投与開始は〇mg」と張り紙を薬棚に個別におこなうなどして注意喚起をおこなう。			プラミベギソール塩酸塩錠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
2210	他院でアスピリンドライシロップ2%0.6g分3処方あり、継続処方としてアスピリン散10%0.6gで今回処方。規格違いだが、用量そのままのため、用量過多。疑義にてアスピリン散10%0.3gに変更になった。	採用している剤型の違いのため。	小児用量の表を掲示すぐに確認できるようにしている。			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
2211	酸化マグネシウム 3g 毎食後のみの処方せんの指示。原末か細粒83.3%か意図が不明。またいずれにせよ過量と考えられる。たま処方に調節服用の指示記載あり。ちょうせいの簡便性を考慮し錠剤に変更可能か問い合わせ実施。過量であるためマグミット錠330mg 3錠 分3 毎食後へ処方変更となった。	医師の剤形の認識不足または処方入力に関するミスがあったものと思われる。	剤形や規格が多数ある場合には特に注意して監査する。服用上限量を頭に入れておく。特に新規追加時には必ずその度に確認する。			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
2212	患者様が処方せんをもって来局。処方せんにはノルバスク5mg錠が記載されていた。投薬時、患者様から「降圧薬が5mg→2.5mg減量になった」との話を伺ったため、処方医へ照会した。その結果、ノルバスク2.5mg錠へ変更になった。	・処方せん記載時の規格選択誤り	・処方せんの情報と患者様の情報を併せて処方内容の妥当性を確認するように心がける			ノルバスク錠5mg / ノルバスク錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2213	前回より腎機能の低下でエルデカルシトールカプセル0.75μgからエルデカルシトールカプセル0.5μgに変更になった患者さん。本人と体調と腎機能の低下、処方内容の確認を行ったが処方に変更はなくカルテの規格の書き間違いであった。	カルテから書き写す際に薬品の選び間違いをしたと思われる。	患者さんの服用歴、腎機能の低下がないか、症状に変化がないかなどを事前確認にて確認してから調剤を行う。			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
2214	ビペリデン追加処方 再開 当薬局初 ビペリデン製剤 口頭で服薬歴ありと確認 般) ビペリデン錠 2mg 2錠 朝・夕食後 30日分	当薬局では、ビペリデン初めて調剤。口頭で過去に服薬していたことを確認したが、用量は不明。 初期用量は1回1mgのため疑義を行ったところ、 般) ビペリデン錠 1mg 2錠 朝・夕食後 30日分	当薬局調剤が初めての場合は特に添付文書あるいはガイドラインに沿って調剤を行うよう従業員に周知する			ビペリデン塩酸塩錠1mg「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
2215	アムロジピン5mg 継続で処方されていた患者。1クール空いて今回ミコンビBPが処方されていた。患者に伺ったところ、今回初回とのこと。合剤使用について初回でBPに変更であるかを疑義照会低用量のミコンビAPに変更となった。	あまり処方元が処方していない薬が処方されていたため、合剤の選択を誤った可能性。	薬局間隔が空いていた場合他薬局などで薬が変更になっている場合があるためお薬手帳や口頭でお伺いし、疑問点がある場合は必ず疑義照会を行う。			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
2216	フェブリク錠が20mgに増量となっていた為患者確認したところ、そういった話は聞いていないということで病院にFAXで確認。その結果、フェブリク錠が以前までと同じ10mgに変更となった。	継続して当薬局で薬をもらわれていたが、前回の薬は入院していた為病院で頂いていた。そのため入院時の薬を今回院外処方として入力する際、規格を誤って入力してしまったと考えられる。	患者様が先生から変更について聞いていない場合は疑義照会で変更理由を確認する。			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2217	胃カメラ検査を控え、血液凝固系の薬を服用中止を指示されていた。現在の服用薬としてはキャブピリンとエフィエントが該当するが、医師はエフィエント錠のみ服用中止を指示があり、キャブピリン配合錠は服用を続ける様にとの指示があったことを患者より聞き取った。薬局より、医師に電話をかけ、キャブピリンがアスピリンとタケキャブの合剤であること説明し、今回服用中止に指示する薬に該当するのではと疑義照会した結果、服用中止となった。	合剤が沢山ある中、合剤であることが医師の記憶からふと抜けてしまったと思われる。患者からの聞き取った医師の指示・言葉に疑問をもったら疑義照会すべきである。	沢山合剤がある中、何の薬の合剤であるかをしっかり認識して業務にあたるように心がけた。			キャブピリン配合錠	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
2218	フルティフォーム125μgは9歳では多いと判断し 50μgではないかと疑義照会。50μgに変更	DRが50μgがあることを忘れていた	成人か小児か確認します			フルティフォーム125エアゾール56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
2219	喫煙歴のない78歳の女性に初めてピロリ除菌薬が処方された。処方薬はポノサップ800であった。当該患者の喫煙歴・年齢・体格等を考慮し、ポノサップ400の誤りではないかを疑問に思い、処方医に疑義照会したところポノサップ400へ変更になった。	処方医の記載間違いと思われる。	初めての薬が処方された時には、既存の薬との飲み合わせだけでなく患者の生活習慣にも配慮することを改めて薬局職員に周知した。			ポノサップバック800	ヒューマンエラー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	以前にプレドニゾロン・ボララミン屯用処方。残薬あり。本日セレスタミン屯用使用指示。重複のため問い合わせ。削除となる。	当日のみのカルテで処方したことが案が考えられる。薬局の薬歴監査で気付けた。	過去の服用歴も確認する。			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
2221	ジャディアンス10mgとトラゼンタ5mgの処方が、前回あり、合剤に変えるとお話があったが、トラディアンスAP錠で処方をするところ、BP錠で処方あり	合剤の規格の勘違い	電子薬歴に、AP錠 BP錠の成分名と、規格を表示させて、注意喚起			トラディアンス配合錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2222	フェルムカプセル100が2カプセル/2×で新規処方があった。徐放性の製剤、かつ用量オーバーの為、問い合わせを行ない、1カプセル/1×へ変更となった。同効薬のフェロミア50の採用もあるため、そちらの処方ミスの可能性も考えられる。	同効薬のフェロミア50の採用もあるため、そちらの処方ミスの可能性も考えられる。	似た名前の薬剤、用法用量の確認の徹底(特に初回処方時)			フェルムカプセル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
2223	数か月前から当局利用されている患者様にガランタミン4mgが処方になった。患者様は超高齢であるものの、認知機能の低下はそれほど低下していないと当局で把握していたため、患者様が入所している施設に確認。施設でも認知症様の症状は見られていないとの回答があったので処方箋発行の医療機関に疑義照会したところ受付の方に「カルテには手書きでガランタミン4mgと書いてあるので間違いなし」との返答。そこで同患者様に前回から臨時処方されていたカンデサルタン4mgが継続処方されていないので、服用中止で良いか医療機関に改めて疑義照会したところガランタミン4mgはカンデサルタン4mgの間違いであったことが発覚。処方訂正されてカンデサルタン錠4mgが継続処方になった。	医師がカルテに記載する際に類似の薬品名を記載し、それに気が付かなかった。また医療機関の受付でも手書きカルテのみを信用して医師に直接確認することを怠った。	患者様の処方薬だけでなく、普段の認知機能の状態も把握していたため疑義照会につながった。			ガランタミンOD錠4mg「サワイ」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
2224	2022年12月1日(木)12時頃、平素より当薬局を利用している患者(70歳女性)が処方箋を持って来局した。処方箋には「カナグル錠100mg」今回新規にて「カナリア配合錠」1日1錠分1朝食後91日分と記載されていた。監査を行った薬剤師(職種経験年数40年)は同成分重複にて処方医へ確認のため疑義照会を行った結果「カナグル錠100mg」は処方削除となる	今回、複数の薬剤が処方変更されており名称の似ている同成分の薬剤を前回の処方箋より削除し忘れていたのが要因と思われる	患者情報をできる限り把握し患者の健康管理に繋がるよう努めている。			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2225	処方箋上の記載はドルゾラミド塩酸塩液1%であったが、患者が毎回処方されている点眼はドルゾラミド・チモロール配合点眼液であったため患者に確認したところ今回薬の変更については聞いていないとのことだった。そのため処方医に確認したところドルゾラミド塩酸塩液1%の記載は誤りであり、ドルゾラミド・チモロール点眼液が正しい処方であることを確認。今回はドルゾラミド・チモロール点眼液の残薬があるとのことで処方削除になった。	クリニックでの事務の知識不足で配合点眼があることに気づかず入力ミスしてしまったと思われる。	今までの服用歴を確認し、薬が変更になっているときは患者に聞き取りを必ず行う。			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
2226	ベルソムラ服用患者へクラビット細粒を処方予定だったが、クラリス細粒処方されていた。併用禁忌であることを伝えるとクラビット細粒の入力予定であったことが発覚する。	ベルソムラ、クラリスロマイシン併用によりベルソムラの代謝が遅延し、作用が増強する可能性があった。	日頃から薬歴簿を確認して併用薬との相互作用に注意する。			クラビット細粒10% クラリスドライシロップ10%小児用 ベルソムラ錠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
2227	ニフェジピンCR錠40mg3錠分3で処方疑義紹介後ニフェジピンL錠10mg3錠分3に変更	薬品名が同じため規格剤形の確認不足	剤形、規格について間違いないか確認する			ニフェジピンCR錠40mg「サワイ」 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
2228	セレニカR(400)2T2xMAで処方されたが1日1回の製剤と疑義をもった。今まで他クリニックでパルプロサンNa徐放錠(200)【デバケンR(200)】4T2xMAだった。同じ一般名で処方勘違いされたかと思った。疑義すると薬剤の立ち上がりを考えセレニカRに変更だったが、用法は気にしてなかった。セレニカRが出荷規制で入手できない事伝えると今まで通りのデバケンRでよいと変更になった。	クリニックが変わり一般名処方で薬剤の選択で混同。個々の薬剤の用法を気にしてなかった。	同じ一般名でも用法違うものあり、分からない時は疑義照会で先発名も確認する。			セレニカR錠400mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2229	(般) ポビドンヨード外用液10% (エタノール非含有) 60ml 咽頭痛時 3~4回/日 の処方だったが、本人よりうがい薬を出してもらったと聞き取り、問い合わせた。(般) ポビドンヨード含嗽液7%に変更になった。	(般) ポビドンヨード外用液10% (エタノール非含有) と (般) ポビドンヨード含嗽液7% を選び間違えた。	内科の場合ポビドンヨード外用液が出ることは、ほとんどない為、すぐに疑義照会することが出来た。			ポビドンヨード外用液 10% 「オオサキ」	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
2230	心療内科 初診の患者さんにデュロキセチン (30) が処方。初回投与デュロキセチン (20) 開始のため、患者様に服用歴がないことを確認し疑義。	病院のパソコンが、3文字入力での検索により (20) と (30) の両方が出てきて選択ミス。	患者様にしっかりと話を聞き、処方薬が正しいかを確認する。変更後は、患者様が不安にならないよう投薬を心がける。			デュロキセチンカプセル 30mg 「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
2231	他院でレベニンS配合散、カルボシステインDs服用中にレベニン散、カルボシステインDsが処方となっていた。	医師がお薬手帳を確認し処方していなかった。	お薬手帳の確認			カルボシステインDS 50% 「タカタ」 レベニン散	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
2232	(般) ビンプロロールフマル酸塩錠 0.625mgは継続、(般) ラベプラゾールNa錠10mgは中止の処方。ビンプロロールフマル酸塩錠0.625mg 「日医工」服用により体調不良を感じ中止すると患者より聞き取りあり疑義照会。担当医に(般) ビンプロロールフマル酸塩錠0.625mgが中止、(般) ラベプラゾールNa錠10mgが継続と確認。	中止薬を間違えて処方しており、病院での確認不足が考えられる。ビンプロロールとラベプラゾールは薬品名が多少似ている。	処方変更時は必ず変更点に間違いが無いが患者に確認する。			ラベプラゾールNa錠 10mg 「サワイ」 ビンプロロールフマル酸塩錠 0.625mg 「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
2233	60代男性が、他院でサインバルタ20mgを服用中(精神科)。当薬局の隣の医院からヘルペスの後の疼痛緩和で、ノイロトロピン錠、メチコパール錠500μg、サインバルタカプセル20mg処方あり。お薬手帳にて、重複を確認し、電話で確認しサインバルタ20mgは中止となる。	当院の処方箋の記載が、一般名のデュロキセチンカプセル20mgであった。同じ医薬品のため、電話にてメチコパール錠500μgとノイロトロピン錠のみとなる。	最近では先発名、一般名の処方箋がいろいろあり、しっかりと成分名の把握もしないといけない。より慎重に監査に時間をかけようと思掛ける。			サインバルタカプセル 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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2234	施設入所でご家族との面談でお薬の減量依頼があり、残薬のお薬再調整を行ったところなのに、再度依然と同量の用量でお薬が処方されていたため確認。訂正調整後の減量を継続。	カルテへの記載不備か？処方箋入力ミスか？	施設などからの報告による減量に対してきちんと医師への確認と理由の把握。またその情報の記録を薬歴等にきちんと記載管理			ジゴシン錠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
2235	7歳になっているため、0.4g/日→0.8g/に変更。	医師による確認不備。	患者に医師に年齢を再度伝えるよう指導。			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
2236	Cre0.52で腎機能悪化の見られない高齢者。膀胱炎症状で受診と聞き取り。クラビットの処方があったが、クラビット錠500mg2錠分2朝夕食後5日分。高用量の為、1錠分1の間違いではないかと問合せすると、意図的に2回に分けて使用したかったと医師。しかし、分けるのに規格をそのままにしてしまった様子。クラビット錠250mg2錠分2朝夕食後へ変更となった。	機器操作のミス。	検査値を聞き取り、腎機能や薬剤の用量について、常日頃適正かどうか確認するよう心掛けています。			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
2237	【般】テオフィリン徐放錠200mg(12-24時間持続)：1錠/2×朝夕食後(1回半錠)の指示。徐放錠の為半割不可。疑義照会し、2錠/2×朝夕食後(1回1錠)に変更となった。	テオフィリンは血中濃度のモニタリングを適切に行う必要のある薬剤である。徐放錠分割により、製剤特性が失われ血中濃度の過度な上昇が危惧される。	徐放錠は半割不可、かつ一般名のテオフィリン製剤は規格・持続時間(12-24時間持続、or 24時間持続)が多数あるため、注意深く確認するよう周知徹底。			テオロン錠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
2238	当薬局を初めて利用する患者が処方箋を持って来局した。10歳体重28kgの患者に、リザベン細粒10%が処方されており、体重あたりの投与量が多かった為、処方医に電話で疑義照会した結果、投与量が減量になった。	医師が投与量を計算する時に、細粒(0.05g/kg分3)ではなく、誤ってドライシロップ(0.1g/kg分3)の用量で計算していたとの事でした。	調剤前には添付文書を基に投与量を確認しています。投与量に疑問が生じた場合は必ず医師に確認しています。			リザベン細粒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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2239	いつも「デスマプレシンスプレー2.5協和」が処方されていたが、メーカーによる商品名変更が原因で処方時にDo処方ができなかったと。 その結果、医師はよく似た薬剤を選択して処方。体調の変化はなかったこと、医師から薬剤変更の説明を聞いていないことから、処方時の薬品選択ミスと思い疑義照会した。「デスマプレシンスプレー2.5μg「フェリング」」を選択しないといけないところ、「デスマプレシンスプレー0.01%協和250μg」を選択したと。実際処方した薬剤は元々の薬剤の倍量入っているため規格が異なる。	薬品名がややこしく医師が処方選択を間違えた。	販売移管、販売中止の時は要チェック。			デスマプレシンスプレー2.5協和 デスマプレシンスプレー0.01%協和	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
2240	アスピリン散10%が1日量6gで処方されていた。	アスピリンの散剤が10%散とドライシロップ2%の2種類存在しており、用量を間違えたと思われる。	用量の確認を徹底していく。			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
2241	日内の血圧の変動が大きい高齢の患者さんで、夏場に脱水傾向の背景もあったためか、アダラートCR錠20mg1錠/日分1朝の内服では昼前に血圧がBP100台/に下がって倦怠感が出ていた。そのために、処方医が本来のCR錠の使い方ではないものの、1錠の含有量を10mgに減らした上で、アダラートCR錠10mg2錠/日分2(朝、夕)としたかったのに、誤ってアダラートCR錠20mgで2錠分2(朝、夕)と処方してしまった。調剤薬局では、これまでにない用法であることに疑問を感じて疑義照会したことで、処方医が10mg錠を2錠にしたかったのが、以前と同じ20mg錠のまま2錠とされていた事が判明。処方方を訂正して、本来の用法から外れるものの、アダラートCR10mg2錠/日分2として処方を受けた。	従来からの処方が変更される薬剤選択時に、含有量が複数種類ある場合には特に注意が必要である。調剤薬局でも処方医が変更しようとした意図を確認する事が必要と思う。	降圧剤の効果が長くなるCR錠でも、薬剤の血中濃度と患者さんの背景因子や気候などにより日内の血圧が大きく変動する事がある。そのため処方医が含有量で調整しようとする事もよくある対策のようであるが、変更された含有量の選択が納得できる理由なのか、患者さんからの話の内容に注意が必要である。特に多種類の含有量を持つ薬剤選択については、調剤薬局でも確認が必要で、処方医が変更しようとした意図をよく確認し、納得出来る変更なのかをチェックする事も必要と思う。また、用法がこれまでにない場合も、その意図を処方医に確認する姿勢が必要と思う。			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2242	チモプトールXEてん用法1日2回の誤記載。添付文書の使用方法では1日1回。医師、薬局での処方監査、調剤で気付かず。監査時に用法誤りの疑いで疑義紹介し、1日1回へ修正となった。なお、類似のチモプトール点眼液は1日2回の用法である。	類似のチモプトール点眼液は1日2回の用法である。処方の記載誤りが原因の一つと考える。	過量投与に注意が出るようにシステムを最適化していく。			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
2243	当薬局でアムバロ配合錠が処方されている患者様に、別の薬局で同じARBであるオルメサルタン錠20mgが処方されていた。 門前医院でアムバロ配合錠が中止になっていたの、患者様にお話を聞くと、患者様は別の病院で血圧の薬出たので自己判断でこちらの薬は飲まなくていいと勘違いをしていた。別薬局に問い合わせた結果、アムバロ配合錠が処方されたことに気付かず、オルメサルタン錠を調剤していたことが発覚した。別薬局は、処方医に疑義照会をし、オルメサルタン錠が処方削除になり、錠剤を回収しました。門前医院でのアムバロ配合錠は、継続で服用することになりました。	・病院、薬局での併用薬の確認不足・配合錠の成分を把握していなかった・患者様が医師への情報提供不足	・お薬手帳を確認する。・手帳以外の薬を服用していないか確認する。・患者様のお話をよく聞く。			アムバロ配合錠「日新」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
2244	院内で処方されていた患者さん、医院の廃業にともない病院をかえ、薬も院外処方へ変更になった。ご両親の薬ではずっと来局されていた患者さんだったため、院外処方になったいきさつなど、少しお話をされ、処方箋を置いていったん帰宅された。その処方のなかに一般名:サラゾスルファピリジン錠500mgがあったが、ご本人から「リウマチでみてもらっていた」と伺っていたので一般名:サラゾフルファピリジン500mg腸溶錠ではないかとおもい、疑義照会したところ、腸溶錠へ変更された。	ご本人は院内処方で一か所の医院のみかかれていたため、お薬手帳を利用されていなかった。廃業した医師から紹介状を書いてもらっていたが、そのなかに書かれていたのが「サラゾスルファピリジン500mg」だったため(疑義照会のあと処方元からきた)そのまま処方箋に記載した。	サラゾスルファピリジン錠の適応は潰瘍性大腸炎 サラゾスルファピリジン腸溶錠の適応は関節リウマチであることをわかっていても、患者さんから「リウマチでかかっていた」という情報をきいていなければ、判断が遅れたかもしれない。患者さんとのコンタクトの重要性と薬の知識を得ることの重要性をあらためて全員でシェアした。			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2245	感冒様症状で受診の患者に対し、プレドニゾン散1% 6g(成分量60mg)で処方のため疑義紹介を行ったところプレドニゾン錠1mg 6T(成分量6mg)に変更。	処方箋入力時の確認不足、おそらくは一緒に処方されていた薬が散剤だったため合わせて散で入力してしまったのかもしれない。	調剤前の成分量の計算、処方内容が適正量であるか必ずチェックを行う。			プレドニゾン散「タケダ」1%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
2246	アレンドロン酸錠35mg 1錠 4日分用法 分1起床時 の処方箋がきたアレンドロン酸錠35mgは毎日飲む薬ではなく週一回の薬である為、用法疑義用法 分1起床時 週一回に変更となる	アレンドロン酸錠は錠剤の規格により、毎日飲む5mg錠や、週一回の35mg錠などがあり規格により用法が異なる	規格により用法が違う薬剤があることを薬剤師は日々自主勉強しなければならない			アレンドロン酸錠35mg「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
2247	いつもいらっしやいる患者様に新規でエチゾラムが処方、「眠れないとかですか?」と確認してみるが、話がかみ合わず。Drからはいつものコレステロールの薬を変えてみる、と言われたとのこと→Drに問い合わせ、エゼチミブを処方しようとしていた、とのことだった。	薬品名の類似: エチゾラムとエゼチミブ、どちらもよく処方される薬のため、記載を誤ったと思われる。	電話で疑義照会、正しい内容に変更した。			エゼチミブ錠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
2248	処方箋で今回初めてムコソルバンL錠4.5mgが3錠分3毎食後30日分処方あり。1回の処方量が多いため、疑義照会する。その結果、ムコソルバン錠1.5mg3錠分3毎食後30日分に処方変更となる。	診療所の入力ミスが考えられます。	処方箋の内容について複数の薬剤師でチェックしています。			ムコソルバンL錠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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2249	多発性のう胞腎で慢性腎不全の患者が、サムスカとテラムロAPで継続治療中であった。かかっていた医療機関が遠方であり、患者の希望で近隣の医療機関に転院となった。今回が転院1回目の受診であったが、処方薬がサムスカとテラムロBPに変更になっており、テルミサルタンが以前より増量となったいたが、患者への薬剤変更の説明がされていなかったこと、慢性腎不全でありARBの増量は慎重にされるべきものと考え本当に増量するのか疑義照会した。結果、テラムロBPからテラムロAPの採用が近隣医療機関にないため、テルミサルタン錠40とアムロジピン錠5へ変更となった。	患者に対し、処方医師が変更を説明していなかったことから、処方医が同じものを処方したつもりになっていた可能性が高いと考えられる。さらに、近隣医療機関では、一般名処方となっており、紹介状の記載内容と処方入力時の一般名が違うためミスが起きやすいと考えられる。	転院時や退院時など処方間違いが多いタイミングでは、より注意してチェックする。今回のケースのように、内服成分の量などが全て一緒であっても薬剤変更がある場合には、患者さんが続けてしっかり飲めるよう丁寧な指導を心掛ける。			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
2250	当薬局を以前から利用している患者様が処方箋をもって来局した。処方内容より風邪気味で痰がらみの咳が出ているものと推測される。処方内容を元に調剤、監査する際ムコソルバン錠45mgが1日3錠毎食後5日分で処方されていた。分3服用であればムコソルバン錠15mgが妥当であると考え、処方医に疑義照会を行った。その結果ムコソルバン錠15mgを1日3錠毎食後に変更となった。	処方医が薬を選ぶ際、商品名で選択すると思われるが、似た名前や同成分の別規格品が近くに表示されており、誤って選択したものと思われる。	薬局では別規格があるものや似た名称の薬が処方されたときは、適性評価と安全性評価を十分に行い、処方内容が妥当なものか注意して監査する。			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
2251	感冒症状で受診された体重が20kgの小児にコロナル細粒50%を発熱時に1g処方されていたため疑義照会する。処方医がコロナル細粒20%で処方したと勘違いした模様。	処方医がコロナル細粒20%と50%を間違えて処方していた	小児の特に散剤で複数規格のある薬品に関しては注意して監査、調剤を行う			コロナル細粒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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2252	トラディアンズAP服用中の患者さん。トラディアンズAP中止となる。糖尿病薬DPP4阻害剤ジャヌビア100とSGLT2阻害薬フォシーガの追加処方があり重複服用を疑義した結果、トラディアンズAPが中止となった。	医師の確認不足による重複	作用機序を理解し、同効薬の重複に注意する。			トラディアンズ配合錠 A P フォシーガ錠5 m g ジャヌビア錠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
2253	コデインリン酸塩散10%「タケダ」0.6g 1日3回毎食後 40日分で処方されており、長期処方できないため疑義照会をしたところコデインリン酸塩散1% 6g 1日3回毎食後 40日分へ変更の回答あり(入院中は、コデインリン酸塩散1%を服用していたと確認された。	10%・1%の採用があるためカルテへの記載を間違ったと思われる。ただ、処方日数が30日分であればそのままの処方で調剤していたと思う。患者様に疾患も癌を患っていると伺っており、疑うこともなかった。	麻薬が初回に処方された場合は、必ず疾患名や状況を確認する。			コデインリン酸塩散1 0 %「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
2254	以前より炭酸ランタンOD錠250mg服用あり。転院で受診。処方内容と以前までのお薬手帳の内容と相違あり。疑義照会。その結果炭酸ランタンOD錠500mg→250mgに変更調剤の指示あり	炭酸ランタンはGEで多種類あり。処方入力時に選択ミスしたものと思われる。	お薬手帳や患者さんからの聞き取りなど、処方箋以外の情報を収集することにより、処方内容が間違いないかどうかを確認していく。また、お薬手帳をお持ちでない患者さんに対してお薬手用の有用性を説明していく。			炭酸ランタンO D錠5 0 0 m g「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
2255	背中のかゆみのため整形外科を受診しボルタレンSRカプセル 1回1カプセル、ムコスタ錠1回1錠 それぞれ1日3回 朝昼夕食後 21日分の処方を応需。ボルタレンSRカプセルの用法用量から疑義照会を行った結果、ボルタレン錠25mg錠へ変更となりました。	入力ミスだと思われます。	同成分である薬剤の適正な用法用量について添付文書などで確認を行う。また類似名称についても注意し調剤鑑査を行う。			ボルタレンSRカプセル3 7. 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
2256	他医療機関で、同じ薬剤のペオーバ錠50mgが処方されていた為、医師に連絡し、ペオーバ錠50mgは処方削除となった。	患者が、お薬手帳を医師に見せなかったかもしれない。また、医師もお薬手帳の提示を求めなかったかもしれない。	医療機関を受診する際は、必ず医師にお薬手帳を見せるように患者に伝えた。			ペオーバ錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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	
2257	同一処方箋内にプリミドン錠250mg 1錠×63日分と、プリミドン細粒 99.5% 250mg (力価) ×63日分の処方あり。過去処方よりプリミドン 250mg/dayにて継続中の患者であることを確認し、疑義照会実施。プリミドン錠250mgの処方削除。	プリミドン錠250mgの出荷規制により、病院側が細粒を力価換算し処方。その際に過去の処方内容を削除しなかったことが原因と考えられる。出荷規制により剤型変更・類似薬への変更の機会が増えており、剤型変更の際に処方全体として過量・重複の確認が漏れたこと原因と思われる。	処方量が常用量から逸脱していないかの確認。増量指示があったかどうかの聞き取り。過去の処方からの変遷にも注意す必要あり。			プリミドン細粒99.5%「日医工」プリミドン錠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
2258	DrはカルテにLDと記載していたが事務が入力する際にHDとしてしまった。その日のお昼にDRと雑談している時に間違いがわかり、本人に電話して取り替えた	DRより リバゼブHDは横紋筋融解症のおそれがあるため使わないとの事です	在庫はおかないようにします			リバゼブ配合錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

(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)

No.	公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる 調査結果
	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	変更になった医薬品	関連医薬品	
2259	リウマチの疾患のない患者に セレコキシブ錠100mg4錠の処 方	保険適用の疾患の理解が無 かった	聞き取りしっかり行う			セレコキシブ錠 10 0mg 「ファイ ザー」	詳細な情報が不明であ ること等の理由によ り、検討困難と考え る。