

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはアモキシカプセル25mg 1日3カプセル 朝昼夕食後 30日分と記載されていた。薬剤師A(職種経験年数30年)はアモキシカプセル25mgを調整するところ誤ってアモキシシリンカプセル250mgを調整し監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが処方薬のアモキシカプセル25mgではなくアモキシシリンカプセル250mgが調整されていることに気付き調整した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはアモキシカプセル25mgを正しく調整し再度、薬剤師Bが監査した。監査で誤りに気付いたため患者に正しい薬を交付する事ができた。	アモキシカプセル25mgとアモキシシリンカプセル250mgは、名称が似ていたため間違えた。また、患者が来局した時間は店内が混んでいたため焦りがあった。	業務手順を見直し、調剤者がピッキングした後、監査に回す前に薬剤の再確認を徹底することとした。調剤室に取り間違え防止のための注意喚起をした。	アモキシカプセル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。
2	アモキシシリンカプセル250mgを処方するところ、アモキシカプセル25mgを処方	年末年始の休み明けで混雑していたため、病院での入力ミスと考えられる	処方内容に統一性があるか、投薬時に患者様とのコミュニケーションをしっかりと取る			アモキシカプセル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。
3	チウラジール50を調剤しなければいけないところチラージン50で調剤、投薬をおこなった。	当時、常勤薬剤師が休みとなり、忙しい状況と慌てたことにより思い込みで調剤、投薬ミスをしてしまった。また、投薬時には患者様に薬をみせてはいたが双方での確認をおこたったことにより起こった事例と考える。	ピッキング監査システムが配置できていない状況ではしっかりとダブルチェックをおこなう。また、自分で調剤、投薬となってしまう場合も処方箋のコピーに「#10003」をつけ確認。投薬時にしっかりと薬の確認を双方でおこなう。	チウラジール錠50mg	チラージン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	リザベル錠14mgは、ミシン目に沿って横に切らなければならないが、縦に切ってしまった投薬前に発見できた	完全な認識不足、知識不足、注意力不足によって生じた事例である	注意表記を行い再発防止に努めた			リベルサス錠 14 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	施設職員が発見。イクセロンパッチを調剤するところ、ニュープロパッチを調剤する。	慢心、慣れ。イクセロンパッチの包装が紫、ニュープロパッチの包装も紫で間違えてしまった。	処方箋と調剤の薬品を間違えないようにする。	イクセロンパッチ 18 mg	ニュープロパッチ 18 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	レルベア 200 処方のところレルベア 100 で調剤 投薬その後在庫の不一致で気が付き電話してお取替え まだ吸入はしていない	午後の発熱外来後の最初の処方で気が緩んだ	必ず類似薬は最後まで確認する	レルベア 100 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	「【般】カンデサルタン・アムロジピン5mg配合錠」での処方のところ、「【般】バルサルタン・アムロジピン5mg配合錠」で入力・調剤、監査を行った。服薬指導時に患者様と確認している際に、間違いに気付いた。	前回まで継続で服用していた薬が今回処方分から変更になっていたことに気付かず、処方箋をレセコンにDoで入力していた。(二次元コードの読み取りを行わなかった) 調剤者・鑑査者ともに処方内容の変更に関心せず調製・監査した。	入力時に二次元コードが使えるときは、Doで入力するのではなく二次元コードを使う。調剤時・監査時に処方内容と入力内容が相違ないか確認する。監査時は指差し声出し確認をする。配合錠は局内名称にそれぞれの成分の頭3文字を入れて、区別しやすいようにした。	【般】カンデサルタン・アムロジピン5mg配合錠	アムパロ配合錠「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	
8	患者が皮膚科の処方せんをもって来局一般名である「【般】トコフェロール酢酸エステル錠50mg」を処方されたが、あやまってユベランカプセル(トコフェロールニコチン酸エステル製剤)で入力・調剤。監査時に発覚した。	トコフェロールのみに目がいってしまい、そのあとの酢酸エステルを見逃し思い込みが生じた可能性が高い。	一般名処方時は一字一句しっかりと確認する必要あり。2次元バーコードがある処方せんの場合は必ず使用する	【般】トコフェロール酢酸エステル錠50mg	ユベランカプセル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
9	いつも姉妹で同じ薬剤の整形外科処方箋を持参される患者。何年も同じ【般】ラロキシフェン塩酸塩錠60mgを処方箋受付していた。今回、片方だけ【般】バゼドキシフェン酢酸塩錠20mgに処方変更。処方日数が異なることに疑問を持ったものの、SERMであるこれまでの服用薬と思い込み、薬剤師が調剤薬を選択してピッキング(調剤補助の事務員に数量のみ照合を依頼)。また、レセコン入力担当の事務員も、同様に思い込み、従前の服用薬で薬袋などの書類も電子薬歴も入力完了。最終監査も、入力・調剤が同じ内容だったため、問題なしと判断されパスしてしまった。	当日は、ベテランの管理薬剤師が休暇を取得しており不在。代わりに社長が出向していたため、当該薬剤師が緊張。さらに繁忙。ピッキングに慣れており薬剤選択に慎重な人物である調剤補助員が、一包化調剤の機械操作に従事していた。薬剤師は当該患者と馴染みが深く、服用中の薬剤を諳んじられる状態。レセコン入力担当の事務員も、普段と異なる人事配置だったことから緊張し、さらに受付窓口が繁忙。当該患者の交付薬剤を覚えてしまっており、似た響きの薬剤処方だったことから思い込みでDo処方処理してしまった。	各個人それぞれに、インシデント報告の中で反省を実施。特に一般名処方においては、薬剤名はもちろん、剤形や規格まで注意・照合するよう申し合わせた。(今回は規格を監査しておけば、それだけで確実に防げた。)思い込みが起りやすい、焦りを感じやすい、個々の人物の特性を理解・把握し、相互に注意・フォローし合うよう促した。	【般】バゼドキシフェン酢酸塩錠20mg	エビスタ錠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:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
10	年間数例しか受けることの無い、比較的近隣の小児科の処方箋を、オンライン機器で受信。受信内容をプリントアウトし、事務員がそれへ調剤予定の薬剤を記入して調剤準備をしていたところ、患者対応を終えた薬剤師が戻り、記入内容を見て、調剤すべき薬剤が間違っていることに気づいた。	一般名処方においては、エステル・塩・水和物などが似て非なる薬剤があることを普段から繰り返し説明してきているが、「フルチカゾン」を読んで検索した際にパッと1つだけ表示された、同じ「56噴霧」の当局採用の別薬剤に、飛びついてしまった。薬剤師が調剤室を出払っており、薬剤師が戻ってきたときの負担を軽減させようと、事務員が意気込んでしまった。当該事務員は、薬局勤務年数が少ないがルール理解が早く、しかしケアレスミスが比較的多い人物であった。	一般名処方にはエステル・塩・水和物などの似て非なる薬剤があることを、普段から繰り返し説明してきているが、検索手段によって誤った選択をしやすくなるので、検索方法を固定または一部禁止にするよう設定。普段からインシデント事例の共有・対策を心がけており、ミスの起こりやすい部分に薬剤師が注意を払っていたので、薬剤を調剤する前に気づくことが出来た(このまま習慣を継続していく)。	【般】フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液25 $\mu$ g56噴霧用	アラミスト点鼻液27.5 $\mu$ g56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
11	ヘパリン類似物質クリーム0.3%「日医工」で調剤すべきところヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」でお渡し。次回来局時に判明。症状の悪化はなく患者さんはどっちでもいいとのことだった。	一般名が似ていて誤りやすい。入力者の認識不足。別のことで疑義照会し気が散ってしまい入力ミスに気づけなかった。	調剤前の入力チェック徹底。監査ではそれを過信しない。ヘパリン系の一般名とそれに該当する薬剤のリストを作りスタッフ間で共有した。歴とレセコンのコメントに注意喚起。	【般】ヘパリン類似物質クリーム0.3%	【般】ヘパリン類似物質油性クリーム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
12	処方箋に(東洋)黄連解毒湯の処方があったが、医薬品情報の写真のみ(東洋)人參湯を調剤した。監査の際も気が付かずそのまま患者にお渡ししてしまった。	調剤者は処方箋を確認し、調剤しなければならぬ所を、医薬品情報を見ながら憶測で調剤してしまった。監査者の慢心もあり、デザインを見て正しいと判断し、患者に投薬してしまった。	調剤には必ず処方箋を見て調剤すること、思い込みで監査をせず、確認をしっかりとすること。	(東洋)黄連解毒湯エキス細粒	(東洋)人參湯エキス細粒		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
13	一般名 ペニジピン塩酸錠4mgのところペリンドプリルエルブミン錠4mgでお渡ししていた。帰宅後すぐに患者様が間違いに気が付いて連絡して頂きご自宅に伺い交換させていただきました。	処方せんに書いてある薬が一般名のため最初の文字が「ペ」から始まるということで勘違いして調剤 監査をしてしまったようです。処方箋をよく読むことができてなかったため薬の間違いがおきました。	処方箋をよく見て確認することを心がける	(般)ペニジピン塩酸錠4mg	ペリンドプリルエルブミン錠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	
14	処方骨粗しょう症治療に対するアスバラCa製剤であったが、名称が類似するアスバラカルウムを調剤投薬時に監査人が間違いに気づき事なきを得た	非常に繁忙であったこと、薬剤名が類似していること、調剤者の不注意が重なって起きた事案である。	認識をあらたに再教育し、起こりえる過誤を想像し回避するよう周知徹底した	L-アスバラギン酸Ca錠200mg「サワイ」	アスバラカルウム錠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
15	L-ケフレックス小児顆粒が処方されたが、事務員が入力時にL-ケフレックス顆粒と入力。当局に在庫がなく、入力した事務員が近隣店舗へL-ケフレックス顆粒の移動依頼を要請。調剤を行った別の事務員は処方薬が小児用であることは把握していた。その後、薬剤師が鑑査を実施したが入力ミスには気付かなかった。調剤を行った事務員が薬を近隣店舗へ取りに行ったが、受け取った薬が小児用顆粒ではないことに疑問を持ち確認したところ処方薬がL-ケフレックス小児顆粒であることが判明。	・L-ケフレックス顆粒とL-ケフレックス小児顆粒の名前が類似しており名称間違いに気付かなかった・普段処方が出ない薬であるため、他の規格の薬があることを知らなかった	・顆粒に関しては規格なども多い為、多規格があることも視野にいれつつ入力・監査時は特に注意して行う・入力者が移動依頼・発注をかける場合、間違えた薬を頼まないようダブルチェックを行う	L-ケフレックス小児用顆粒	L-ケフレックス顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
16	アキネトン180錠調剤するところアアテンが混在してお渡ししていた。患者の服薬コンプライアンスが不良気味で、処方日数と残数の差が合わなかったため、アアテンが何錠混在してしまっただかは不明	アキネトンとアアテンの棚が上下にあり、戻し間違いまたは落下によりアアテンのシートがアキネトンの棚に混入したと思われる。監査システムを確認したところ、アアテンがアキネトンに挟まれた状態でGS1コードを読み取ったため、監査システムをスルーしたものと思われる。	アキネトンとアアテンのシートが類似しているため、棚を離すことで混入を防ぐこととした。また、監査時により注意深く監査を行う。	アキネトン錠1mg	アアテン散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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
17	処方薬継続による調剤にて投薬。患者様よりいつものアジルバと違う薬のミカルデイスという薬が入っている、との電話があり確認したところ、ミカルデイスをお渡ししていたため、即日お取替えに上がった。患者様は服用前であったため、健康被害等は発生していない。	処方箋調剤時の薬品確認が不十分。調剤監査時の確認が不十分。	調剤監査時の薬剤の確認、投薬前の確認を再度徹底する。	アジルバ錠 40 mg	ミカルデイス錠 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
18	アジルバ錠40mg処方のところ、テルミサルタン 40 mg で投与。家族の方気付き、服用前にアジルバ錠40mgへ変更。	忙しい時間帯で処方せん軽視。テルミサルタン 40 mg の処方が続いたため力価のみを意識した確認不十分によるミス	薬剤棚の配置を見直し、取り間違えを防ぐ。	アジルバ錠40mg	テルミサルタン 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
19	アストミン錠10mg処方であるところ、アスベリン錠10mgをピッキング。監査者である薬剤師が間違いに気づく。	名称類似薬である為、調剤者の確認不足	調剤時細心の注意を払うよう徹底	アストミン錠 10 mg	アスベリン錠 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
20	アストミンを調剤するところをアスベリンで調製し監査までいった。	アスベリンとアストミンが横にあり、処方箋をみて調整したがアスベリンで誤った	棚を話すことを情報共有し再発予防をする。	アストミン錠 10 mg	アスベリン錠 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
21	アズノールうがい液10mlの処方であるところをアレジオンL X点眼液 10 ml で調剤した	薬品名をしっかり確認する	処方箋をよく読む	アズノールうがい液 4%	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
22	アスパラCA200mgが1日4錠処方されていたが、アスパラK300mgを1日2錠の計算で投薬してしまった。その後、患者がいつも服用しているものと外観も名前も違っていたことから服用せずに交換のため来局し、過誤が判明した。	当薬局ではアスパラKが処方される患者が多く、アスパラCAはほとんどいないために、処方名を最後まできっちり確認せずに調剤し、また監査時においても同様の慣れから間違いを犯してしまった。	処方名を確実に読み取る。また薬情の写真との照合も怠らぬで行う。	アスパラ-C A錠 200	アスパラカリウム錠 300 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	
23	アスバラカリウムを調剤するところアスバラギン酸Ca錠で調剤して、患者さんに渡してしまった。交付後、薬歴記入時に薬剤師が違うことに気が付き、服用前に正しい薬剤と交換しました。	一般名L-アスバラギン酸K錠とL-アスバラギン酸Ca錠が類似していたのが原因と思われる。また、薬局での頻度は、L-アスバラギン酸Ca錠が多いことも目が慣れてしまっってうっかりミスになったものと考えられる。	レセコン上にアスバラK調剤注意と表示が出るようにしました。	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
24	処方箋にアスペリン20 6錠 1日3回の記載あり。普段アスペリン10 6錠1日3回での処方が主なため、処方箋記載内容を見間違えて今回アスペリン10 6錠 1日3回でお渡し。次の日に気づき医師に確認したところ、処方箋の記載間違いでアスペリン10 6錠 1日3回であることを確認。患者様にもお電話で事情説明し今回はトラブルなく終了。	患者様が多く忙しかったため監査を通過、ピックアップマシンの使用を怠りそのまま投薬してしまった。	ピックアップマシンを投薬台において監査とピックアップマシンのダブルチェックの徹底を行う。	アスペリン	アスペリン錠20		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
25	アスペリンシロップ0.5%（鎮咳剤）処方のところ誤ってアリメジンシロップ0.05%（抗ヒスタミン剤）で調剤。鑑査者が間違いに気づき交付前に訂正した。	薬剤名類似していたことと、近くの棚に置いていたため瓶を取り間違えた。	調剤・鑑査の手順を順守する。保管場所の工夫をする。	アスペリンシロップ0.5%	アリメジンシロップ0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
26	アセトアミノフェン錠の薬袋にカルボシステイン錠が入っていたと患者家族より電話あり。アセトアミノフェン錠(200)30錠お渡ししなければいけないところ、カルボシステイン錠(250)30錠をお渡ししていた	薬効群が異なるため薬品カセットは離れていたが、当日は感冒様症状の患者が多く、思い込みでピックアップしてしまった。また、最終監査システムを本来は通すべきところ、業務が立て込んでいた為に手順を守らず交付してしまった。	指さし確認、最終監査システム通過の徹底	アセトアミノフェン錠200mg「マルイシ」	カルボシステイン錠250mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
27	発熱外来で外での説明で薬は薬袋に入れたまま説明。3か月後患者の家族より違う薬入っていたと持ってこられ服用せずおいてあった模様。	コロナ過で局内と局外でのお渡しと人員不足と繁忙だったためと薬剤不足でいつもはコロナールのところアセトアミノフェンになりシートデザインが酷似していたことが要因。	投薬するときの確認を徹底すること。	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「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
28	アテキュラ中用量をお渡しすべきところ、エナジア中用量をお渡ししてしまった。お渡し後、薬局内の在庫のズレにて発覚。患者様へ電話にて確認・謝罪をおこなった。エナジアは2週間分誤って使用していたが、健康被害はみられなかった。	規格が高・中・低用量と3規格あり、規格間違いがないようにと気を取られていた。比較的処方の多かったエナジアが処方されていると思い込みをしてしまっていた。棚が同じ場所に配置されていたため取り間違いがおこった。	調剤・監査時に確認を徹底をする。	アテキュラ吸入用カプセル中用量	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
29	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはアテノロール錠25mg 1日1錠分1朝食後84日分と記載されていた。薬剤師A(職種経験年数35年)はアテノロール錠25mgを調剤するところ誤ってカルベジロール錠2.5mgを調剤し、鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが、処方薬のアテノロール錠25mgではなく、カルベジロール錠2.5mgが調剤されていることに気づき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはアテノロール錠25mgを正しく調剤し、再度薬剤師Bが鑑査した。鑑査で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	アテノロール錠25mgとカルベジロール錠2.5mgは名称が似ていたため間違えた。また、患者が来局した時間は薬局内が混んでいたため焦りがあった。	業務手順を再度見直し、調剤者がピッキングした後、鑑査に回す前に薬剤の再確認を徹底することにした。	アテノロール錠25mg「トーワ」	カルベジロール錠2.5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
30	患者さんよりいつも使っている薬ではなくほかの薬がはいっていると電話がありました。アドエアではなくフルタイドを間違えて交付していた。まだ使用はしておらず、前回の薬もあったため症状も問題なかったことを確認しました。	アドエア100ディスカスとフルタイド100ディスカスが同じ引き出しに入っていた。同じような包装だったため間違えた。当時薬局に一人だったため二重チェックができていなかった。	二人で二重チェックをする入れている棚を変え、薬品名を必ず確認する	アドエア100ディスカス60吸入用	フルタイド100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



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
31	処方せんではアトーゼット配合錠HDが記載されていたが、誤ってロソーゼット配合錠HDをピッキングし鑑査でも気づかなかった。交付時に処方せんと同物を照らし合わせた際に気づき、アトーゼット配合錠HDをお渡しできた。	4月から常勤医が変わり、以前はロソーゼット配合錠が主流であったがアトーゼット配合錠に変更されていた。また繁忙でもあり確認不足も起きた。	忙しくてもピッキング時の確認と鑑査ですり抜けないよう注意する。名称類似品に間違わないよう印をつけていく。	アトーゼット配合錠HD	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
32	自動分包機のアロチノロール10mgに薬を入れるところを、アトルバスタチン10mgを入れてしまっていた。分包後の一次鑑査時に気づき、ばらして作り直した。	アロチノロールとアトルバスタチンは名称や外観が似ており、ミリ数も同量、かつ、錠剤の大きさも同等のため自動分包機のカセットから両方とも落ちてしまう。カセットに入れる際に気を付けることが非常に重要であった	カセットに薬を入れる際はダブルチェックを怠らず、かつ、カセットに注意書きを付けることとした	アトルバスタチン錠10mg「DSEP」	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
33	一般名アトルバスタチン錠10mgをブラバスタチン10mgを調剤してお渡ししました(ヒート)	繁忙時に来局され、ツムラの在庫に気を取られてしまい焦りヒートでお渡しするアトルバスタチン錠10mgのところをブラバスタチン10mgをだしてしまいました	ピッキング業務・チェックを徹底しました、患者様への服薬指導をしっかり行う事を話し合いました	アトルバスタチン錠10mg「サワイ」	ブラバスタチンNa錠10mg「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
34	アトルバスタチン錠10mg 処方所の所をブラバスタチン錠10mg で入力。鑑査時に気づかずに交付後に発覚。	当日は雪の影響でスタッフ数が少なく、普段と違う状況だったので焦りなどの心理的要因があったと思われる。	鑑査時に薬袋に記載されている薬品名も確認する。	アトルバスタチン錠10mg「トーワ」	ブラバスタチン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
35	m g 数の取り違い	棚が間違えやすい	声出し、指差し確認にて注意して作業を行う、棚をより分かりやすくします	アトルバスタチン錠5mg「DSEP」	アトルバスタチン錠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:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
36	アトルバスタチン錠5mgの一般名処方。当薬局での在庫にレセコンで変換する際、誤ってアトルバスタチン錠10mgを選択してしまった。	簡単な処方であったため、気持ちに油断があった。 夕方閉店前であり、集中力が落ちていた	入力後、再度調剤録を確認する際、医薬品の前方から読み上げるのではなく、メーカー名、規格、剤形、医薬品名の順でチェックしていく	アトルバスタチン錠5mg「EE」	アトルバスタチン錠10mg「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
37	アトルバスタチン5mg 28錠処方のところ、ゾルピデム5mgが2錠紛れ込んでいたのを鑑査時に発見した。	アトルバスタチン5mgの薬剤棚の中に、ゾルピデム5mgが2錠入っていたと思われる。ゾルピデム5mgを棚に戻す際に、アトルバスタチン5mgと包装が類似、規格が5mgだったため、思い込みアトルバスタチン5mgの棚に戻ってしまったのではないか。	薬を棚に戻す際には、必ず薬品名と、規格を2人で指差し確認する。繁忙期には慌ててせず、時間のある時にしっかり確認して行う。	アトルバスタチン錠5mg「NS」	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「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
38	アトルバスタチン5mgを30日分お渡しするところ、一番上の10錠がアトルバスタチン5mgで、下に重なった20錠がゾルピデム5mgで混在してしまった。患者さん本人が気づき、服用を中止した。	ゾルピデムとアトルバスタチンは規格が5mg同士で、シートの色とデザインがよく似ていた。日頃は棚の場所は別にして混在しないようになっていたが、棚に薬を戻す際に誤って、アトルバスタチンの棚にゾルピデムを20錠戻した可能性がある。そのままピッキングして、お渡ししてしまった。	・シートデザインが似ている薬品リストを作成し、薬局内で徹底する。 ・棚に薬を入れる時に、ラベルと合っているか必ず確認して入れる。 ・ピッキングの際に、すべてを広げて確認してからゴムでくる。 ・鑑査時、すべてを広げてシートをデザインを確認して写真を撮影する。	アトルバスタチン錠5mg「サワイ」	ゾルピデム酒石酸塩錠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
39	アトルバスタチン錠5mg「トーワ」が処方されていたが、調剤者がアンブロキシソール錠5mg「トーワ」でピッキングをしまい、別の薬剤師が鑑査を行い間違いを見つけた。	医薬品棚を薬局のルールとして名前順に並べているため、医薬品名と外見がやや似ている商品が横に並んでいる状態になっていたため、調剤者の慢心もあるが間違えて調剤を行ってしまった。	ジェネリックメーカーも同じであり外見が似ているため、そういった医薬品に関しては横並びにならないように場所をずらすようにした。再度の間違いが無いように医薬品の場所に注意喚起を示すシールを貼り、目立たせることにした。	アトルバスタチン錠5mg「トーワ」	アンブロキシソール塩酸塩錠15mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
40	長年通院されている患者様で、アノーロも長年継続されている。アノーロ他d o処方であったが、アヌイティを交付してしまっていた。来店時、なんかいつもと効き方が違うなど感じていたがそのまま使用を続け(カウンター25の時点で来店)た。幸い不調に至ることはなかった。	一人薬剤師で鑑査が十分でなかった。処方箋と薬剤の見間違いの可能性。	間をおいてのダブルチェックをする。処方箋のコピーを調剤に回しているが(今まではA5→A5)、今後B5に拡大して回す。	アノーロエリプタ30吸入用	アヌイティ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
41	2022年10月5日(月)14時頃に、平素より当薬局を利用している患者(67歳男性)が処方箋を持って来局した。処方箋にはアミティーザ12μgと記載されたが間違えてフェロ・グラデュメットを調整して渡してしまった。患者さんが家に帰って薬を確認したところ間違いに気づき薬局に電話がかかってきた。その後、謝罪し正しい薬と交換した。	アミティーザ12μgとフェロ・グラデュメットの箱とピロー包装が類似して、納品時、棚に直す時にすでに間違っ直してしまつたと。患者さんに渡す時もピロー包装のまま、端数もその上に輪ゴムで止めたので薬品名も見えず、間違っ直してしまつたのではないかと考えられる。	ピロー包装で渡す時は端数の錠剤は反対側につけてピロー包装の薬品名が見えるようにして、しっかり確認して渡す。	アミティーザカプセル12μg	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
42	アムロジピンOD(10)の処方を買取ルバスタチン(10)でお渡しした。ピッキング時も鑑査時も投薬時も気付かなかった	投薬時には薬情を見せながら説明をするルールだが繁忙の為、しっかり見せながら、というのが出来ていなかった	薬情を見せながら確認しながら投薬する	アムロジピンOD錠10mg「ファイザー」	アトルバスタチン錠10mg「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
43	アムロジピンODの処方ではあるがご本人は普通錠を希望。そのため普通錠で入力しお渡しすべきところ処方箋通りOD錠でお渡ししてしまった。	毎月の処方のため、調剤時の申し送りとして初回確認済みで口腔内崩壊錠から普通錠に変えてお渡しする旨レセコンに登録していたがそこを見落としてしまつて処方箋通り入力。申し送り事項は薬歴ソフトのほうで投薬時も見られるようになってはいるが、そちらのソフトには申し送りのコメントがなかったため、投薬時もスルーしてしまった。	かかりつけの担当者がいるが、今回は不在時に来店のため別の薬剤師が投薬していた。あらためて入力のレセコンと薬歴ソフトのコメントを共通入力とし、情報収集した薬剤師が入力することとした。	アムロジピンOD錠2.5mg「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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
44	一包化の中のうちアムロジピンOD錠5ミリグラムのところドネベジルOD錠5ミリグラムが入っていた。	一包化の錠剤は手撒きであるがバラ錠・劇薬である両剤ともOD錠5ミリグラムがありボトルの取り違えて起こった。	ボトルを取った時に処方箋と照らし合わせてできれば声に出して確認してから手撒きする。	アムロジピンOD錠5	ドネベジルOD錠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
45	アムロジピン錠10mgが処方されている患者。調剤時にアジルサルタン錠10mgを取ってしまった。監査時にアムロジピン錠10mgでないことに気づいた。	アジルサルタン10mgをアムロジピン10mgと思い込んでしまった。	処方箋の確認を徹底する。薬を取った際の確認をする。	アムロジピン錠10mg「サワイ」	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
46	アムロジピン2.5mgを1錠調剤するところ誤って2錠調剤されていた	一包化調剤による日付を誤って調剤していた。監査時に薬剤師が発見した	調剤時に開始日を記入する札を導入して調剤ミスを防ぐ	アムロジピン錠2.5mg「杏林」	アムロジピン錠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
47	アムロジピン錠5mg「あすか」が定期的に処方されている患者さんに間違えてアマリール錠3mg「三和」を調剤したが交付者が間違いに気づいた。	当該薬剤の棚が近くヒートの色も類似していた。またその時間帯いつもより患者さんが多く焦りもあった。	忙しくても常に冷静になって調剤し調剤後は再度薬剤名・規格・ヒートのデザインや色を確認する。	アムロジピン錠5mg「あすか」	グリメピリド錠3mg「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
48	帯状疱疹の後遺症でかゆみがあり、医師からは治療を継続すると言われていた。前週にすでに7日間アメンナリーフ錠200mgは服用していたが、再度4日分処方されていたため、処方元へ問い合わせ。医師からアレグラ錠60mgに変更と返答されました。	カルテにアレグラ錠60mgと記載されていたのを、事務の入力間違いでアメンナリーフ錠200mgが記載された様子。	患者からできる限り情報を得るようにし、処方内容に少しでも違和感を感じるような時は、処方元へ問い合わせるようにしています。	アメンナリーフ錠200mg	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
49	アモキシサンカプセル25mgが処方されているところ、アトモキセチン錠25mgで調剤してしまった。最終監査で気づき再度調剤。	名称の類似による思い込みです。	両薬剤の棚に注意喚起のポップを付けました。監査の徹底。	アモキシサンカプセル25mg	アトモキセチン錠25mg「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
50	アラミスト点鼻で調剤するべきところ モメタゾン点鼻で調剤し、投薬してし まった。当日の在庫チェックで発覚	1人薬剤師の日だったので第三者による チェックができなかった	1人薬剤師の日は特に慎重に監査する	アラミスト点鼻液2 7.5μg 56噴霧用	モメタゾン点鼻液50 μg「杏林」56噴霧 用		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
51	アリピプラゾール 3mlを入力する が入力が包、処方箋がmlになってい たので入力間違えが発生。交付前の監 査で発見。	処方箋通りに入力しようとしたためレセコ ンと処方箋の入力違い	単位の確認	アリピプラゾール内用 液3mg分包装「トー ワ」	アリピプラゾール内用 液3mg分包装「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
52	新規にてアルファカルシドール0.5 が処方の患者様に、エルデカルシトール 0.5を2回にわたり調剤実施。3 回目の来客に際にアルファカルシドール 0.5を投薬し現在服用中の薬剤が 異なる事発覚した	思い込み調剤と監査が行われており、調 剤監査共に確認が不足していたと推測。	処方箋をしっかりと確認し、調剤監査行うように 徹底する。	アルファカルシドール カプセル0.5μg 「トーワ」	エルデカルシトールカ プセル0.5μg「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
53	患者が処方箋を持って来局した。処方 箋にはアルファロールカプセル0.25μ g 1C透析日食後6日分と記載があっ た。事務員(職務経験年数6年)は正しく 入力したが、アルファロールカプセル 0.25μg 6カプセルのところ誤ってロカ ルトロールカプセル0.25μg 6カプセル を調剤して鑑査へ回した。鑑査者であ る薬剤師(職務経験年数7年)は誤りに気 づき、正しく調剤してお渡しした。交 付前に気付いたため患者へ影響はな かった。	効能類似および名称類似であった。確認 不足だった。	効能類似品や名称類似品が在庫してあることを 承知の上、処方箋を隅から隅まで確認を怠らな い。	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
54	アレサガテープ4mgが処方されていたところピソノテープ4mgで調剤、交付した。患者様にお渡し後電話にて違う胸が連絡があった。	規格容量が同じであるため勘違いによるものと思われる。	必ず薬袋や処方箋と突合監査をした旨を行うことを徹底する。	アレサガテープ4mg	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
55	花粉症：アレジオン点眼0.05を患者様にお渡ししなければならぬのにレボフロキサシン点眼液1.5を調剤してお渡し。患者様帰宅後未使用だったが薬情と照らし合わせて使用試みたところ明らかに外観が異なったため薬局に相談。	調剤 監査 投薬 新人薬剤師にまかせ投薬をさせた。	小袋に入れ投薬調剤を行っているので投薬時必ず小袋から薬を出し薬情と照合しさらに患者に症状を伺い説明を行えば防ぐことができる事例であった。	アレジオン点眼液0.05%	レボフロキサシン点眼液1.5%「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
56	アレロックOD錠5mgの処方のところ、タリオンOD錠5mgを調剤してお渡しした。患者より電話連絡があり判明。	抗アレルギー剤であることの認識のみで規格剤型を確認してしまった。	規格、剤型の確認前に薬剤名の確認を行う	アレロックOD錠5	タリオン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
57	アローゼン顆粒 2g 分1夕食後×14TD 処方あり アローゼン顆粒は2g包装がないため1g×2包で調剤 薬袋表示が1包 になっていたため患者様は1回1包で服用。残数が合わないため途中で連絡をいただき 1回2包での服用に変更していただいた。	通常、粉薬の分包は1包単位での服用であるため問題なかったが、今回のようなレアケースでの薬袋表示にまで注意が行き届かなかった。	1度に複数包の処方時には薬袋の包数を実際の数に合わせて変更するよう薬剤師から事務へ声掛けするようにしている。	アローゼン顆粒	アローゼン顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
58	薬剤交付後数日経過したあと患者さんの家族がアロプリノールが入っておらず、ウルソデオキシコール酸が薬袋に入っていると報告があり、発覚しました。薬の服用はなかったため健康被害はありませんでした。	過去にも同じ間違いが当薬局でも2回あり、ピック時に間違わないように注意喚起がされていたがピック間違いを監査で指摘できませんでした。薬剤の色だけではなく、実際の処方箋の内容と実物の確認が甘かったためと思われます。	薬剤監査の際には処方箋と実物をしっかりとみて監査をします。またアロプリノールとウルソデオキシコール酸の薬棚の表示をさらに大きくし、また棚の位置を変更してミスが無くなるようにしました。	アロプリノール錠100mg「サワイ」	ウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
59	アロプリノール錠100mg「サワイ」を49錠ピックすべきところ、ウルソデオキシコール酸100mg「サワイ」をピックしてしまった。監査前の調整者による自己監査にて誤りに気づき訂正した。	薬品の名称は大きく異なるが規格100mgとメーカーが共通しており、また両剤ともにア行の調剤棚に配置してあり混同してしまったと考えらる。	調剤棚の配置を違う行とし、さらにミーティングにて周知し、ピック前の指差し確認を徹底することとした。	アロプリノール錠100mg「サワイ」	ウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
60	正しくはベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステルクリーム0.05%（アンテベートクリーム）のところ、ベタメタゾンジプロピオン酸エステルクリーム0.64%（リンデロンDPクリーム）をお渡し。後日同処方があり過誤が発覚。	一般名が類似しており、見落としと思ひ込みがあったものと思われる。	必ず処方箋を見て調剤し、入力を見て調剤を行わない。また類似する一般名の薬剤があることをピックアップ時に分かるようにし、注意喚起を行うようにした。	アンテベートクリーム0.05%	リンデロンDP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
61	事務員はレセコン入力時に一般名処方ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルクリーム0.05%のところ誤ってベタメタゾンジプロピオン酸エステルクリーム0.064%を選択し、在庫品のリンデロンDPクリームで薬袋・薬情せん等を出力した。調剤、鑑査・交付を行った薬剤師2名は誤りに気づかず、リンデロンDPクリームを調剤し交付した。交付後の処方箋を確認した別の事務員が入力間違いに気づき、患者に連絡をとり使用前に交換対応を行った。	レセコン入力を行った事務員は処方箋に印字されている二次元コードを利用せず手入力を行い、一般名処方が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%とベタメタゾンジプロピオン酸エステルクリーム0.064%とで類似していたため選択を誤った。ゴールデンウィークの連休中の土曜日で繁忙であった。受け付ける頻度の少ない医療機関の処方箋で見慣れない処方内容であった。薬剤師は印字された薬袋や薬情せん薬歴画面を参照し、処方箋を確認できていなかった。	一般名処方名称が類似する場合は多いので、頭部分のみでなく名称の最後まで確認を行う。二次元コード付きの処方箋の場合は、レセコン入力時に二次元コード読み取りシステムを利用する。	アンテベートクリーム0.05%	リンデロンDP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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
62	久しぶりの来局。前回来たときはリンデロンV軟膏（一般名ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%）とザ－ネ軟膏の混合指示だった。 今回はアンテベート軟膏（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%）とザ－ネ軟膏の混合指示に変更になっていたが、変更気付かず前回と同じリンデロンV軟膏+ザ－ネ軟膏として処方入力。処方せんの一般名に線を引いて鉛筆で「リンデロンV」と記載して調製に回した。 調製者も鉛筆で「リンデロンV」と書いてあったのでリンデロンVとザ－ネ軟膏の混合軟膏を調製して鑑査に回した 鑑査時に処方されている一般名と調製された薬品が異なっていることに気付いてアンテベート軟膏+ザ－ネ軟膏に調製しなおした	一般名処方でアンテベート軟膏（ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏0.05%）とリンデロンV（ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%）が似ていることが主な原因で、前回はリンデロンV軟膏とザ－ネ軟膏の混合、という指示だったので一般名の「ベタメタゾン軟膏」という部分を見て前回と同じリンデロンV軟膏が処方されているのだと判断して入力してしまった。調製者も処方箋の一般名にまでは目を向けなかったので入力間違いに気付けなかった。	入力時は前回と同じであるかどうかの先入観にとらわれずに一般名を最後までしっかり読んで入力する。今回のアンテベート（ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏0.05%）とリンデロンV（ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12）だけでなくリンデロンDP（ベタメタゾンジプロピオン酸エステル0.64mg）といった間違えやすい薬品名を一覧にして掲示し、万が一入力時に誤ってしまったときは調製時にも気付けるよう体制を整えた。	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
63	アンブロキシソールDS1.5%の処方 を、3%にて調剤。鑑査システムによる鑑査の結果発覚。交付前であったため、正しい内容で再調剤した。	1.5%、3%いずれの在庫もあるが、殆ど調剤機会の無い薬剤。また、それぞれ保管場所が全く異なる。	保管場所の変更。	アンブロキシソール塩酸塩DS小児用1.5% 「タカタ」	アンブロキシソール塩酸塩DS3% 「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
64	アンブロキシソール45mg×3錠の処方のため電話疑義したところ、ムコスタ3錠分3処方の間違いと返答	処方入力後一般名処方に変換されるためムコスタ処方するつもりが、ムコソルバン→アンブロキシソールとなった様子	他に胃薬処方があったので、処方全体、患者の体調聞き取りから処方の内容が正しいか確認する	アンブロキシソール塩酸塩徐放OD錠45mg 「サワイ」	レバミピド錠100mg 「オーツカ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
65	(般) アンブロキシール塩酸塩 4.5 mg 徐放性口腔内崩壊錠の記載だったが、アンブロキシール塩酸塩錠 1.5 mg で入力、調剤したが、鑑査者が交付直前に気づき正しい薬をお渡し出来た。	新規で処方された薬であったことと通常がアンブロキシール塩酸塩錠 1.5 mg の処方が多いため、思い込みで入力し、調剤者も処方箋をきちんと確認せず調剤してしまった。2科分の処方箋だったため剤数多い入力で時間がかかり焦りは多少あったと予想。	徐放錠と普通錠の規格がある薬は注意喚起をレセコン入力画面でわかるようにする。調剤者は調剤した後で処方箋と今一度照らし合わせて確認を行うこと。	アンブロキシール塩酸塩徐放OD錠 4.5 mg 「サワイ」	アンブロキシール塩酸塩錠 1.5 mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
66	アンブロキシール15mgが正しい処方であったにもかかわらず、デキストロメトルファン15mgで調剤してしまった。他薬剤師が誤りに気づき、服用前に回収・交換を実施。	普段であれば2人以上いる薬局ではあるが、ピークを終えたのちに、スタッフが休憩に入ったり、他の業務を行っており、調剤業務をできるのが一人のみになってしまった。またその日は風邪関連の処方が多く、本処方の前にデキストロメトルファンの調剤があった。	薬局では常に2人以上の体制を整えるようにして、確認作業を複数で行う。また調剤の慣れを意識的になくし、1枚1枚の処方箋確認業務に注力する。	アンブロキシール塩酸塩錠 1.5 mg 「クニヒロ」	デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠 1.5 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
67	イソバイドシロップを分包品で入力すべきところをバラ品で入力。そのまま交付した	イソバイドシロップは分包品とバラ品が存在するが、入力をそこまで確認せずに交付した。	複数の規格がある薬品や、包装で薬価が異なる薬品について、薬局内での取り扱いを周知しておく。監査時は特に注意して確認するように心がける。間違えやすい物については棚に注意書きを書くなど注意を促すようにする。	イソバイドシロップ 70% 分包 30 mL	イソバイドシロップ 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
68	イフェンプロジル錠 20 mg 処方のところをイブプロフェン錠 100 mg で調剤投薬の直前に薬歴を見て内容の齟齬に違和感を覚え気づいた	名称が似ているため勘違い	調剤カセット前に大きく類似名称薬剤ありと記載	イフェンプロジル酒石酸塩錠 20 mg 「サワイ」	イブプロフェン錠 100 mg 「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
69	入力の際に、在庫を心配し、薬の在庫を確認してきた事務さんに、「イフェンプロジルありますか?」と聞かれた。そのことが耳に残っていたのか、処方箋がイブプロフェンだったのに、イフェンプロジルで調剤してしまった。	両薬剤が同じ棚の近い場所に置いてあったこと。事務さんからの情報でそのお薬だと思いこんでしまっていたところがあったこと。	似た名前のお薬の場所を変える。処方箋の徹底的な確認動作を行うこと。	イブプロフェン錠 100 mg 「タイヨー」	イフェンプロジル酒石酸塩錠 10 mg 「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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
70	処方上「イミダフェナシンOD錠0.1mg「サワイ」を調剤するところを「イミダプリル塩酸塩5mg「サワイ」で投薬した。	頭文字3文字でピッキングを行った。	ダブルチェックの徹底。	イミダフェナシンOD錠0.1mg「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
71	イミダプリルをイミダフェナシンと間違えて調剤。監査時に誤りが発覚。	徐々に来局された方で、面処方を持参していた。門前でよくイミダフェナシンが処方されるため、イミダの3文字でイミダフェナシンを調剤したが、イミダプリルだったと監査時に発覚。イミダプリルを調剤し、お渡しした。	処方箋をしっかりとみて、調剤をする。アテルノ、監査時でミスを防止する。	イミダフェナシンOD錠0.1mg「サワイ」	イミダプリル塩酸塩錠2.5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
72	イミダプリルの処方をイミダフェナシンを調剤して、監査時に発覚。	普段来られない患者様で、面処方を持参した。門前の処方でもよくイミダフェナシンを調剤するので、イミダの3文字でイミダフェナシンを調剤した。監査時にイミダプリルと発覚し、イミダプリルを調剤した。	処方箋をよく見て、調剤する。バレラなどの監査マシンや監査時に気が付くようにする。	イミダフェナシン錠0.1mg「サワイ」	イミダプリル塩酸塩錠2.5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
73	一般名処方で「イミダプリル2.5mg」で書かれてあったところを調剤者が「エナラプリル2.5mg錠」調剤する監査の時点「サワイ」「2.5mg」に気を取られてそのまま投薬してしまった翌日の在庫の確認で気が付き本人に連絡をし、服用前だったため交換に訪問	普段から気を付けていたはずだが他の規格の採用もあるため「2.5mg」と「サワイ」に他のことに気を取られていたのだと思う	思い込みを無くす	イミダプリル塩酸塩錠2.5mg「サワイ」	エナラプリルマレイン酸塩錠2.5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
74	循環器疾患で多剤併用されている患者さんでイミダプリル5が処方されてましたが、イミダフェナシン 泌尿器系の薬をピッキング。監査者が気づき交付前に訂正した。	患者さんの病名をつねにかんがえれば、そういった間違いはないと思う	取違注意のラベルを貼る	イミダプリル塩酸塩錠5mg「オーハラ」	イミダフェナシン錠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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
75	無意識に取り違えてしまった	箱が近くにあった	配置場所を離し、しっかりと確認し調剤するように再確認し失敗を共有した	イミダプリル塩酸塩錠 5mg「トーワ」	エナラプリルマレイン 酸塩錠5mg「トー ワ」		ヒューマンエラーやヒューマン ファクターに起因すると考 えられた事例
76	一般名アジルサルタン・アムロジピン 5mg配合錠とイルベサルタン・アム ロジピン10mg配合錠処方を入力時に まちがえて、調剤も間違えた方を取っ ていた。	〇〇サルタンで変更ない、前回と同じ 思い込み。商品名が一般名と異なる為、 成分違いをスルーしてしまった。	一般名、特に配合錠は2成分ともチェックす る。薬情などで成分を確認する。	イルアミクス配合錠H D「DSPB」	ジルトロ配合錠HD 「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
77	イルアミクス配合錠LDが処方されてい たが、イルベタン錠100mgで入 力。投薬時に入力間違いに気づかずに 間違った薬情でお渡しした。	処方箋と薬の確認はするが、入力との確 認がおろそか	投薬前には入力と処方箋を今一度確認する	イルアミクス配合錠L D「DSPB」	イルベタン錠100m 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
78	一般名イルベサルタン・アムロジピン5 mg配合錠のところイルベサルタン・ アムロジピン10mg配合錠と見間違え て入力鑑査した。	一般名LD、HDの違いをきちんと覚えて おく。	一般名LD、HDの違いをきちんと覚えておく。	イルアミクス配合錠L D「EE」	イルアミクス配合錠H D「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
79	一般名処方でイルアミクス配合錠LDが 処方されていたが、ジルトロ配合錠HD で調剤していることに気付かず鑑査 し、患者様に交付してしまっ。翌 日、患者様のご家族様がカレンダー セット時にいつも服用している薬と違 う為、薬局にTEL。服用はまだされて いなかった。謝罪しお薬を交換した。	一般名処方だったため、イルベサルタ ン・アムロジピン5mgをアジルサルタ ン・アムロジピン5mgだと勘違いして しまった。mg数に注意するあまり薬剤 名のチェックを怠ってしまった。	ピッキングの際にダブルチェック、処方箋と調 剤された薬の確認、薬袋や薬情のチェックの際 にも二重三重の確認をする。	イルアミクス配合錠L D「オーハラ」	ジルトロ配合錠HD 「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	
80	<p>入庫処理済みにもかかわらず在庫がマイナスになっていたため伝票と処方箋を照らし合わせたところ誤って医薬品をお渡ししている可能性に気付く。患者様に連絡しご自宅に伺い現物を確認したところ誤ってお渡ししていたことが判明する。患者様に謝罪を行い、医薬品の回収と正しい医薬品の供給とともに、使用状況と体調変化、自己測定している血糖値の確認を行った。確認した内容を医師へ伝えたところ、毎日の血糖自己測定の結果では低血糖にはなっていないため次の使用タイミングからは正しい医薬品を使用し様子を見るように指示あり。患者様にも医師の指示を伝え、様子を見ることになりました。</p>	<p>新規の患者。不足薬が発生した為小分けの手配を行った際に、誤った薬品名を伝えて準備を行ってしまい過誤に繋がった。また、別の薬局でも薬がないとの事で紹介を受けて当薬局を利用していたためお待たせしないようにという焦りがあり、入力作業と小分け作業を2人が同時並行で行っていたことで小分け作業者は処方箋の原本が手元にない状態で作業を行っていた。</p>	<p>薬品名が必要かつ同時に作業が必要な際は処方箋のコピーを行い、手元に薬品名が確認できる状態で作業を行う。</p>	<p>インスリン リスプロ B S注シロスター H U「サノフィ」</p>	<p>インスリン グラルギン B S注ミリオペン 「リリー」</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>
81	<p>処方箋交付日 12/17 ウルソデオキシコール酸100mgが処方されていたが、調剤者は勘違いによりアロプリノール100mgをとり 鑑査者に渡した。鑑査者はアロプリノールを見て、尿酸値に気をとられ処方箋の確認を怠り アロプリノールを交付した。患者さんは(3週間)ほどは 以前から残っていたウルソデオキシコール酸を服用されていた。アロプリノールを服用し始めた当初は、名前が違うのはジェネリックだから と思っていた。2週間ほど経った後 違う薬だとわかり 1/20 に薬局に電話された。</p>	<p>調剤者・・・どちらも銀色のヒートにブルーの文字のため 注意不足によりピッキングをミスした。鑑査者・・・処方せんの確認を怠った。</p>	<p>棚の配置換えをした。処方せんと薬の名前を音読して 確認することを徹底。普段より薬局に掲げている 「集中」 「慎重」 「丁寧」の周知徹底を再確認した。</p>	<p>ウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」</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	
82	ウルソデオキシコール酸錠100mg 処方のところ、アロプリノール錠100mgで交付してしまった。後日、患者様から2錠服用してしまったと電話連絡があった。すぐにご自宅に伺い交換した。今のところ体調は問題なし。	同じメーカーを使用しており、ヒートデザインが似ていた。変更薬があり、そちらに気を取られ監査してしまった。	今後、どちらかの製品のメーカーを変更するよう検討している。処方が変更になった所にばかりに気をとられず、最後まで調剤録、薬情の写真と照らし合わせながら調剤監査するようにする。	ウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」	アロプリノール錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
83	ウルソデオキシコール酸100mg「トワ」を処方された患者さんに対して、アロプリノール100mg「サワイ」がピックアップされた監査の薬剤師が気が付き交付することはなかった	シートのデザインがちょっと似ているアトウなので比較的近くにある	アロプリノールのピックアップ棚を裏返しに入れわざと取りにくくしたスタッフにこの事例を共有	ウルソデオキシコール酸錠100mg「トワ」	アロプリノール錠100mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
84	【般】尿素クリーム20% 20g の処方に対して、当方で扱いのあるケラチナミンコーワクリームは1本25gであり、10%だと20gの製品があることを照会。クリニックの事務員よりカルテではウレパルクリームの処方となっていると確認あり、その後事務員を介して医師に確認され、10%で20gの処方としてくださいと回答あり。バスタロンソフト軟膏10% 20gをお渡し。投薬後、レセコン入力【般】尿素軟膏10%からバスタロンソフト軟膏10%を選択されており、尿素クリームの処方のところ尿素軟膏をお渡ししていたことが発覚。医師へ報告し、今回は尿素軟膏でのお渡しで問題ないと了承いただく。	当方の採用薬はバスタロンソフト軟膏10%20g(=【般】尿素軟膏10%)とケラチナミンコーワクリーム20%25g(【般】尿素クリーム20%)であり、今回処方変更となった【般】尿素クリーム10%に該当する製剤の扱いはないことを把握できていなかった。	本成分の製剤においては、1、基材の違い=【般】尿素軟膏とクリームがあること、2、含有量の違い=10%と20%の規格があること、3、製品の用量の違い=10%は1本20g、20%は1本25gの製品であること、以上の3点を把握し処方監査において注意が必要となることを改めて確認し、周知した。	ウレパルクリーム10%	バスタロンソフト軟膏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
85	処方箋にはプリンゾラミド点眼液1%と記載あり。プリモニジン点眼液と勘違いし、アイファガン点眼液でピックアップしてしまった。	一般名で処方箋が来ていた。普段はアイファガン点眼液のほうが処方されることが多い。	処方箋をよく確認する。思い込みでピックアップ	エイゾプト懸濁性点眼液1%	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
86	処方日の翌日患者から、薬を飲もうと思ったら違うものが入っていると電話あり。その後薬を取り換えに来局。	薬剤師は3人いたが、2人が施設業務に手を取られ、一人でピッキングし投薬。数の確認は行い、分1だったところ分2の数でピックされていたのは気づき訂正したが、ものが違うところまで気づけず、そのまま投薬に。	調剤、監査は別の人の目を通すように、また数だけではなく処方箋と突き合わせてのまでしっかり確認する。	エクメット配合錠LD	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
87	同時期に発売された2品目(エスタロプラム10mgとエソメプラゾール10mg)を間違うところだった。	同じmgの薬が多いので見直す必要があります。	3度は見直すようにしました。	エスタロプラム錠10mg「VTRS」	エソメプラゾールカプセル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
88	事務員がピッキングをする際に、エスタロプラム錠10mgで調剤すべきところをエスタゾラム錠2mgで調剤してしまった。監査の際に薬剤師が気づいて交付には至らなかった。	一般名処方だったため、名称が類似していたことが原因と考えられる。	・名称が類似している薬剤の外箱に注意喚起の印を貼付する。・あえて収納場所を離すようにする。	エスタロプラム錠10mg「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
89	エスタロプラム錠10mgの処方箋記載に対してエソゾピクロン錠1mgをピッキング。分包する際に処方箋と照らし合わせて間違いに気づいた。	頭に2文字がエス、規格の頭の数字も1で名称が類似していた。	頭だけでなく一般名の末尾まで相違ないことを鉛筆などでチェックする。	エスタロプラム錠10mg「サワイ」	エソゾピクロン錠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
90	エスタロプラム20mgで処方かきえているものに、エソゾピクロン2mgで誤って一包化	施設の処方作成が繁盛であった。月曜日に薬剤師の人数も足りていて、忙しく一包化を作成・鑑査していた。	一包化の鑑査は暇なとき時間を作って行う。一包化鑑査シートと調剤指示書を使い分けして鑑査はシート。作成時は指示書を使用し。間違えの無いように対応する。	エスタロプラム錠20mg「明治」	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	
91	エスゾピクロン1mg 2錠の処方のとエスタゾラム1mg 2錠でお渡ししてしまい、交付後間違いに気づきご本人に連絡後自宅まで交換に行った	混雑時、疲れが出ている時間帯調剤者が別の薬剤師だったための安心感と、最初の文字だけで判断して正確な薬だと思い込んで普段している薬袋、電子薬歴との照らし合わせなどの確認を怠ったため発生したと考える	思い込みで鑑査投薬はせず、自分なりの確認をしっかりする(薬を読み上げながらの鑑査、薬歴、前回処方、薬袋との照らし合わせ)忙しい時間、慣れているからこそ徹底をする	エスゾピクロン錠1mg「ケミファ」	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
92	ピークの時間帯、さらに花粉症のピークが重なり、薬局内から外まで患者様溢れかえる状況だった。調剤者が他の処方にかかりきりだった為、観察投薬者自ら調剤した際、一般名エスゾピクロン1mgの処方をエビリファイ1mgと思い込んでしまった。	2人以上の目が入れば、思い込みは防げると思う。周りが忙しそうで、声をかけなかった事もよくなかった。薬情の写真でも気づけたと思う	通常、調剤者と監査投薬者は分けている。今回のような場合でも、投薬前に他者のチェックを入れるべきで、再度ミーティングで共有した。	エスゾピクロン錠1mg「日新」	エビリファイ錠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
93	患者が服用する前に、薬の名称が違うことに気がつき薬局に問い合わせをした。処方箋原本とレセコン入力内容を突き合わせた所、正しく処方箋通りにエスタゾラムで入力されていたが、薬はエスゾピクロンで調剤、交付してしたことが判明。	勤務者が手薄になる時間帯かつ、薬局が集中時間帯であった。エスタゾラムとエスゾピクロンの頭文字で判断を行ってしまった。	1.一般名処方で、類似名称医薬品として鑑査台の上に注意喚起の掲示を促す。2.社内全体で起こりうる事故の為に、社内全体で共有することで再発を防ぐ。	エスタゾラム錠1mg「アメル」 エスタゾラム錠2mg「アメル」	エスゾピクロン錠1mg「明治」 エスゾピクロン錠2mg「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
94	エスタゾラムをエスゾピクロンで取り間違え。患者服用前に気づき交換に伺った	眠剤というくくりで、取り違えをし、そのまま監査でも見落とされてしまい交付してしまった	監査・調剤で人を分ける。交付時にも患者様へ見せて確認する。	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
95	エスタゾラム錠2mg前回半錠だったが、今回1錠に増量になった。ヒートを取りに行き、エスゾピクロン錠2mgを取ってしまった本人連絡して、取り換えに行きました	名前が似ていて、勘違いしてしまいました。	2名で確認の徹底します	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
96	エスタゾラム 2 mg 処方の患者さんのピッキングでエスタゾラム 2 mg を選んでしまった。	慢心・集中力の欠如	向精神薬かどうかを認識してよく確認すること。	エスタゾラム錠 2 mg 「アメル」	エスゾピクロン錠 2 mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
97	2度目の来局患者において、エソメプラゾール20mg→10mgに変更となっているものをDO機能を用い20mgのまま入力した。患者に薬品が渡ることなく、監査にて発覚後即座に修正。	繁忙によるDOの安易な使用及び印刷前確認不足	入力後、入力された医薬品と処方箋に記載されている医薬品を指差して確認する。	エソメプラゾールカプセル 10 mg 「トローワ」	エソメプラゾールカプセル 20 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
98	一般名処方による、エチゾラム錠1mg を、エスゾピクロン錠1mg と間違えて調剤。別の薬剤師による監査で、間違いに気付く。	(エ) から始まる睡眠薬ということで、間違えてしまった。	別の薬剤師によるダブルチェックは、必ず行うようにする。	エチゾラム錠 1 mg 「SW」	エスゾピクロン錠 1 mg 「KMP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
99	エチゾラム錠 1 mg が処方されていたが、0.5 mg は頻繁に処方されるが 1 mg の方は滅多に処方されないので薬を探すときに 1 mg の方に重点をおいて探してしまいエスタゾラム 1 mg を取ってしまった。患者のA氏からは色が違うようだという指摘があったが、最近ジェネリックの入荷困難が続き仕入れメーカーを変えるのが頻繁にあったので「会社が変わっています」と答えてそのまま投薬してしまった。その後調剤台を片付けようとして間違いに気づき、まだA氏は会計が済んでいなかったなので、すぐに調剤し直しお渡しする事が出来た。	その時間帯は一人薬剤師だったので調剤・監査・交付をひとりでやり、交付前に処方箋と照らし合わせて薬剤をチェックするのだが、自分で調剤したので無意識の思い込みがあってしっかりとチェックをしていなかったと思われる。しかもA氏から指摘があったにもかかわらず、真摯に対応しなかったのは大きなミスである。幸いにもすぐに調剤し直すことが出来たことは幸運だったと思っている。	エスタゾラム錠の箱に先発名の「ユーロジン 1 mg」と大きく記載し、又調べたところ当薬局ではエスタゾラム 1 mg を使用する患者はお一人だったのでその方の名前をエスタゾラムの箱に書いた。	エチゾラム錠 1 mg 「フジナガ」	エスタゾラム錠 1 mg 「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
100	エディロール0.5がずっとカプセルの処方だったが、今回から錠剤になっていた。入力時には気が付かずカプセルで入力し、カプセルで調剤。鑑査時に錠剤に変更されていることに気が付いた。	入力時にたくさん薬が出ていて、不足薬もあり他に注意が向いていた。	規格、剤型等注意深く見て入力するよう再度薬局内で話し合った。	エディロール錠0.5 μg	エディロールカプセル 0.5μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
101	患者が持参した処方箋を事務員が受け取った後、薬剤師Aが調剤を始めた。数品目ある薬を一度に効率的に集めようとし、記憶したつもりで調剤したが、エナジア吸入用カプセル高用量56カプセルのところ間違えてエリザスカプセル外用400μg56カプセルを調剤していた。調剤完了し最終的に確認をしたところ、類似薬品名のものを間違えて調剤していることに気が付いた。	朝早い時間で患者が数組待っており、急がなければならない状況だった。処方箋は事務員が入力しており、処方箋を確認するのに調剤室と受付を往復する時間が勿体なかったため一度で調剤しようと記憶して調剤した。エナジア吸入用カプセル高用量は隣接するクリニックにおいて処方歴はあったが、エリザスカプセルの方が圧倒的に処方頻度が高く、またどちらも1シート7カプセル単位のため、そちらの処方だと思い込んでしまった。	基本的なことであるが急がねばならない状況でも落ち着いて調剤する。品目と規格をきちんと確認する。間違えやすい類似名はさらに意識して注意する。	エナジア吸入用カプセル高用量	エリザスカプセル外用 400μg		ヒューマンエラー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	いつもは患者本人の来局であったが、今回は、代理で娘さん来局。本来、処方内容であるとエナラプリルマレイン酸錠2.5mgを調剤するところを、イミダプリル錠2.5mgを誤ってお渡しする。残薬があり、ご本人より11月9日に今回お渡し分を初めて服用されるときに薬剤がいつもと異なっているとの連絡あり、発覚する。	ARB製剤で、規格も類似している薬剤の棚の配置が近いということに、今回初めて気付かされる。患者への交付の際に、薬情と確認しながらお渡ししたが、確認不足であった。(お渡しした方が患者本人ではなく娘さんであった)	五十音順での棚の配置になっているが、同効薬の同じ規格の薬剤などは常に注意喚起が図れるように棚にマークと、それぞれの棚の位置を離して、意識して区別が取れるように配置する。薬剤交付時は、必ず薬情と現物との写真などをお互い確認をしながらお渡しする	エナラプリルマレイン酸錠錠2.5mg 「オーハラ」	イミダプリル塩酸塩錠 2.5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
103	一包化を作る際に、エナラプリル5mg「サワイ」1錠とエナラプリル2.5mg「EMEC」0.5錠で分包しないといけないところを誤ってエナラプリル2.5mg「EMEC」1.5錠で作っていた。鑑査時に気づいた。	規格違いのエナラプリルを1錠と半錠を手撒きで分包する際に誤って分包してしまった。鑑査時に気づいた。	手撒きで分包するときは必ずダブルチェックを徹底する。	エナラプリルマレイン酸錠錠5mg「サワイ」	エナラプリルマレイン酸錠錠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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
104	平素より来局していただいている、難聴で筆談で対応している患者様。エバステチンが処方されていたがエピナスチンを調剤し、お渡しする前に気づいた	筆談で対応しているため、薬剤を意識していなかった。	渡す前の再確認と意識付け。また調剤棚の見直しを行った。	エバステチンOD錠10mg「NS」	エピナスチン塩酸塩錠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
105	医師からの問い合わせで在庫確認の電話あり。エバステチンを希望が、患者も急いでいるとの焦りもあり、エピナスチンと勘違いをし、調剤しようとした。規格が20mgしかなく半錠にすることを考えていた。事務員が処方箋を確認し、一般名を確認相違に気づいた為、患者に調剤せずにすんだ。	早く対応しないといけないという焦り。一般名の勘違い。ケアレスミス	再確認の重要性。似た一般名の薬剤に注意	エバステチンOD錠10mg「ファイザー」	エピナスチン塩酸塩錠20mg「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
106	エバデールS900を調製するところ、エバデールEMを調剤し監査まで気づかなかった。	入力時に間違いあり、それに気付かず監査までいってしまった。	処方箋をみて調整し類似名品は特に注意するように指導	エバデールS900	エバデールEM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
107	エピナスチン錠10mg28錠のうち、6錠をエバステルOD錠10mgで交付。患者がいつもの薬よりも大きいと気づき、母親に伝え、発覚。服用前に気づいたので、間違いによる健康への影響はなし。後日、母親が交付した薬を持参、混在調剤を確認。訂正してお渡し。	間違えた両剤の棚が上下で近接しており、端数の戻し間違い、ピッキング時の確認不足が第1の要因。ピッキング支援システム導入により、処方薬と交付する薬との突合せ確認は実施していたが、端数分については、交付者の確認が必要で、不足しており、支援システムを過信し、頼っていたことが第2の要因。両剤のシートデザインがともに緑を基調としており、混在が気づきにくかったことも要因の1つ。	両剤の棚を離して配置。併せてほかの薬剤についても間違えそうなものについては配置を見直した。全薬剤師に事例を共有し、端数を戻すとき、ピッキング時、監査時の確認を徹底するように教育。	エピナスチン塩酸塩錠10mg「YD」	エバステルOD錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
108	一般名称処方アリピラゾール錠1mgを調剤しなければならぬところ、オランザピン錠1.25mg「アメル」を調剤した。投薬前の自己監査の時点で発覚し、正しい調剤に切り替えた。	同じ劇薬カテゴリーの中で、調剤棚カセットが隣り合うヒートデザインが酷似する商品であった為、取り違えたと考えられる。同じミスが過去に起こっている可能性も心配された為…直ちに在庫を再確認し、差異なしを確認した。	今後、同様の視覚的ミスが起こらないようにオランザピン錠各種は引き出しに保管することとした。さらに、改めて調剤ピッキング時には薬品名称を指なぞり確認することを調剤内規とした。	エビリファイ錠1mg	オランザピン錠1.25mg「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
109	エリキユース錠2.5mgを調剤する所をエフィエント錠2.5mgを一包装で調剤していた。	同じエから始まる医薬品、同薬効成分、同じ分量の2.5mgである事から思い込みで抗血栓薬でエリキユース錠2.5mgの所、エフィエント錠2.5mgで調剤してしまったと思われる。	GSコードでピッキング監査を毎回行うようにしている。監査時は刻印と処方箋記載の医薬品をチェックするようにする。	エフィエント錠2.5mg	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
110	エベレンゾ錠20mg 3錠1日3回毎食後の処方。処方内容・検査値や既往歴より腎性貧血の可能性は低く、お薬手帳には他院(整形)よりエベリゾン錠50mgの処方歴があった。ほか併用薬からも処方エベリゾン錠ではないかとクリニックへ確認、処方間違いであった。	クリニックでの処方入力時の類似名称間違えと思われる。	CL切り替え時の処方薬・併用薬のチェックの徹底を続ける。	エベリゾン塩酸塩錠50mg「トーフ」	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	
111	3/27にエリスロシン錠200mgの処方箋を受付した。その際、エリスロシン錠200mgの在庫はなかったが、エリスロマイシン錠200mg「サワイ」の在庫があったため、エリスロシン錠200mgのジェネリックとしてエリスロマイシン錠200mg「サワイ」で調剤した。4/12も同様の処方であったため、同じくエリスロマイシン錠200mg「サワイ」で調剤した。その後、次回処方分としてエリスロマイシン錠200mg「サワイ」を発注するも、入荷できなかったため、エリスロシン錠が入手できるか確認していたところ、エリスロマイシン錠200mg「サワイ」はエリスロシン錠200mgのジェネリックではないことが判明した。	・エリスロマイシン錠200mg「サワイ」がエリスロシン錠200mgのジェネリックだと思い込んでいた。・入力時、通常は処方箋に記載されているエリスロシン錠200mgを入力してからジェネリックに変換すべきところ、直接エリスロマイシン錠200mg「サワイ」で入力してしまった。・エリスロシン錠200mgはプロドラック化された薬剤、エリスロマイシン錠200mg「サワイ」は腸溶錠としてフィルムコーティングされた薬剤であり、両薬剤が別の製品であることを知らなかった。	入力時、必ず処方箋に記載されている薬剤名、一般名から調剤する薬剤を紐づけする。処方箋に商品名で記載されている薬剤をジェネリックで調剤する場合、商品名で記載されている薬剤の一般名を確認する。	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
112	以前よりエリスロマイシン(200)を服用している患者で、今回2T×分2×56日の処方があった。薬剤師が誤ってエリスロシン(200)112Tをピッキングし、監査時、投薬時に間違いに気づかなかった。帰宅後、患者が来局、薬を見せられて間違いに気づいた。お詫びして、正しい薬と交換した。患者は服用していなかった。	ピッキングした薬剤師は名称が類似していたため見誤った。監査者や投薬者は処方箋・薬袋・薬情で薬の名称や写真を見て実際の薬と比較すれば気づいたはずだが、確認を怠った。外来患者が4名来ていて、なるべく待たせないようにと焦ってしまった。	ピッキング時は処方箋で薬の名称や用量、数量をしっかりと確認する。監査者や投薬者は、処方箋とピッキングした薬に間違いがないか確かめ、更に薬袋や薬情の写真で確認する。薬局が込み合っているときも、業務を正確に行う。	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
113	エルデカルシトールで調剤するところ、レセコン入力を先発のエディロールで患者様にお渡ししてしまった。処方箋確認時発見し、患者様に連絡した。	忙しい時間帯で、監査、投薬時の確認不足が原因と思われる。	名称が似ている先発、後発の確認は、名称を最後までしっかり確認することを徹底するよう呼びかけた。	エルデカルシトールカプセル0.75μg「サワイ」	エディロールカプセル0.75μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
114	一般名処方での処方があった際、レセプト入力では先発品の「エディロールカプセル」、薬剤のピッキングは後発品の「エルデカルシトールカプセル」で準備されており、レセプトの情報と現物との間に齟齬が生まれていた。交付者の薬剤師が交付直前に気づき、レセプト入力を後発品に修正。	・エディロール/エルデカルシトール共に日常的に処方される薬剤ではなかったため、入力者、ピッキング実行者ともに不慣れだった。・鑑査機が不調であったため、鑑査機のエラーが「薬剤取違い」ではなく鑑査機の不調によるものだという先入観があった。	・鑑査機のエラーが出た際に、目視確認で通し交付者へと渡す際は、その際の鑑査者だけではなくもう一人別人の目を介してから交付者へと渡す。・当薬局勤務の人間全体で、先発/後発の両者揃えてるものは把握し、処方された際にはわかるようにレセプト入力時の薬剤名や実際の薬剤棚にわかるように記載しておく。	エルデカルシトールカプセル0.75μg 「サワイ」	エディロールカプセル0.75μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
115	エンシュアの調剤。数量を間違えていたため、数量を減らし、元の場所においていくように指示。その元に戻す際に、エンシュアリキッドをエンシュアHのところにいれこんでいた。それを後日事務さんが発見してくれた。	エンシュアのHとリキッドは離れて保管されていたが、慢心なのか思慮不足なのか、同じところになおすという事になったため注意をうながした	特になし。注意。場所の把握。	エンシュア・H	エンシュア・リキッド		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
116	近隣の医療機関より「オイラックスHクリーム」と他の薬剤で混合処方されることが多かった。調製の際に、日頃の対応と同じく「オイラックスHクリーム」と他の薬剤の混合処方かと思いつき取り揃えをしたが、調製の段階で処方箋と再度照らし合わせたところ、「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」との混合調製であることが発覚した。	日頃から取り扱っている薬との混合であると思いつき、慢心があった。薬の取り揃え、調製を同じ人が対応するということがミスへとつながった。	取り揃え、調製を行う人を変える、似ている薬へ注意喚起のメモを貼る。	オイラックスクリーム10%	オイラックスHクリーム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
117	オイラックスクリームが処方され、調剤はオイラックスクリームで行ったが、レセコンの入力がオイラックスHクリームとなっていたことに気が付かず投薬してしまった。投薬後の薬歴入力時に気が付き入力を訂正しご本人に連絡、お詫びをして差額を返金した。	疑義照会によりオイラックスクリームが追加となり、普段処方箋のQRコードで読み取るところ手入力での処方追加をした。投薬薬剤師が焦っており入力内容の確認を怠った。	類似名称の薬剤についての知識を養う。入力内容の監査を徹底する。	オイラックスクリーム10%	オイラックスHクリーム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
118	一般名処方でオキシコドン錠5mg(乱用防止製剤)のころオキシコドン徐放錠5mgでレセコン入力してしまった。実際オキシコドン錠5mgNX製剤でお渡ししており、処方通りの調剤はなされているため、健康被害等はなし。	慣れない麻薬処方でレセコンの入力ミスを見逃してしまった。	今後錠剤監査機を使いミスを防げるように努めたい。	オキシコドン錠5mgNX「第一三共」	オキシコドン徐放錠5mgNX「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
119	オゼンピック皮下注2mg 1キット(1週間1.0mg 14日分)の処方において、投薬時、患者様は、使用量を1.0mgから0.5mgに減量することを処方医より伺っていることを確認する。処方箋には変更内容が反映されていなかったため、疑義照会を行った。疑義照会により、オゼンピック皮下注2mg 1キット(使用量1mg14日分)からオゼンピック皮下注2mg 1キット(使用量0.5mg28日分)に変更となり、事務員に変更内容を口頭で伝える。事務員は変更内容を聞き、オゼンピック皮下注0.5mgSD 1キット(使用量0.5mg 28日分)と入力してしまう。	投薬時に疑義を確認し、疑義照会を行う。変更内容は、使用量と処方日数のみのため、再調剤は必要なかった。お薬手帳・薬情を再印刷、薬袋は指示を書き直して再利用。指示のみの変更のため、監査薬剤師は再印刷されたお薬手帳・薬情の内容までは確認せず、患者様にお薬を手渡す。患者様が帰られた後、薬歴作成をしているときに入力内容に誤りがあることに気付く。当薬局では、以前オゼンピック皮下注SDを採用していたが、その後、オゼンピック皮下注2mgへの切り替えを行い、現在はSDの規格は採用していなかった。事務員は薬局の採用品については把握しており、オゼンピック皮下注の使用量の指示についても理解はしている。この度は、使用量0.5mgの指示について、オゼンピック皮下注0.5mgSDと思い込み、指示の変更だけでなく、商品名の変更も行ってしまった。	処方入力に変更が生じたが、薬袋だけは指示を手書きで修正し再利用した。薬袋も再印刷を行っていただければ、お薬を薬袋に入れる際に商品名の誤りに気付くことができているかもしれない。改善策としては、処方入力に変更が生じたときは、印刷物はすべて再度印刷を行うこととし、入力に間違いがないかの確認を行うこととした。	オゼンピック皮下注2mg	オゼンピック皮下注0.5mgSD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
120	一般従事者により「オフサロン点眼液」のどこを、レセコン入力にて「オフロキサシン点眼液」を入力。調剤を担当医する薬剤師も後発医薬品の名称変更(処方箋の誤り)と思ひ込み調剤。交付後速やかに調剤録の確認作業をしていらところ入力内容の相違に気付き管理薬剤師へ報告。患者家族へ速やかに連絡し、薬剤の使用前に回収交換を行うことができた。	調剤担当の薬剤師が、オフロキサシン点眼液については、以前名称変更があったと思ひ込み、名称共通部分の「オフ」と「ロ」と「ン」から同一薬剤と判断してしまった。	入力者は、入力時の選択薬剤の名称が同一でない限り完了してはいけない。調剤者は、名称変更について予測でなく、PMDAサイトなど事実をもとに判断すること。	オフサロン点眼液	オフロキサシン点眼液 0.3%「サワイ」		ヒューマンエラー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	処方箋にオフサロン点眼液と記載があったが、レセコンマスターがなかったため、オフロキサシン点眼「日医工」で入力調剤しているところ、監査者が気付いた。	新規取り扱いの医薬品であったこと。	類似薬があるというのを認識する。	オフサロン点眼液	オフロキサシン点眼液 0.3%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
122	処方はおメプラゾールであったが、漫然とよく出るオルメサルタンをピックアップしていた。監査で気づき、大事には至らなかった	よく似ている名前の思ひ込みには、要注意	よく似た名前は、離しておくようにする	オメプラゾール錠10mg「アメル」	オルメサルタン錠10mg「オーハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
123	患者様持参の処方箋にて、オラスポア小児用ドライシロップ分2、2gが処方された。患者の年齢や前回の処方内容より、病院の入力ミスではないかと疑い、確認。オロパタジン錠であることが判明。	病院の入力ミスではないと思われる。	少しでも疑いのある時は、必ず疑義紹介を行うようにする。	オラスポア小児用ドライシロップ10%	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
124	お薬手帳の貼り間違い	混雑	投薬前にお薬手帳の氏名欄確認	オルメサルタンOD10mg「DSEP」	オルメサルタンOD10mg「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	
125	この事例については基本的に不注意です。ただ、同じ40mg、錠剤の大きさはほぼ同じ、ほぼ同じ青色のデザインが使われていることが要因で、ダブルチェックをすり抜けてしまった。入院される病院の薬剤師から連絡があり、服薬されずに交換することができた。	同じ40mg、錠剤の大きさはほぼ同じ、ほぼ同じ青色のデザインであった	今までより、更に注意してダブルチェックを行うこと	オルメサルタン錠40mg「ニプロ」	フェブリク錠40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
126	<p>当局は久しぶりに来局される患者様。前回・前々回とそれぞれ別な薬局で調剤あり。直近はすべて異なる薬局から調剤を受けている患者。病院より一般名処方【般】オルメサルタンメドキシミル 口腔崩壊錠10mgと処方があり。</p> <p>医薬品入力時、「オルメサルタンメドキシミル10mg」で医薬品を検索し、出てきたのがレザルタスLDがヒットし、該当薬品として入力確定。調剤者はピックアップ時はオルメサルタンOD錠10mgで一度ピックアップしたが、監査レンジでの該当薬剤(入力データ)がレザルタスだったため、レザルタスLDをピックアップして監査者へ。監査者は、一般名処方の表記の仕方と実薬に関して違和感を感じて、入力者へ「オルメサルタンメドキシミル」で入力呼び出したら、「レザルタス」しか出てこないのか? 質問。入力者からは、これ以外はヒットしませんと回答あり。レザルタスの用法とは異なる服用時点に、同一薬効の薬剤(CC B)もあり重複があったため、疑義照会を実施。</p> <p>オルメサルタンメドキシミルという形だと先発としてレザルタスとなり、重複が疑われるため確認をしたいと電話。ずっとこの処方箋で処方していること・処方医よりオルメテックOD錠の一般名処方でありレザルタスの方は別な薬剤表記ですと回答あり。オルメテックODということを確認したため、「般」オルメサルタン口腔崩壊錠10mgとして調剤を実施。</p>	病院側のマスター登録が、厚生労働省が提示している一般名処方マスタの表記を行わず、「成分名」+「剤形」+「規格」という形の一般名処方登録を実施していたことが判明(標準的な記載からの逸脱)	その病院だけは標準的な記載ではないことを店舗内で共有する	オルメテックOD錠10mg	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
127	オロバタジンをベボタスチンで調剤	繁忙・疲労	ダブルチェックの徹底	オロバタジン塩酸塩OD錠2.5mg「明治」	ベボタスチンベシル酸塩OD錠5mg「タナベ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
128	処方箋記載が一般名で患者さんはジェネリック希望だったがピッキングした薬剤師が誤って先発品の“アレロックOD錠”を調剤した。薬局内の他の薬剤師がそれに気づき“オロパタジンOD錠5mg”に訂正した。	慣れ・慢心が原因としてあると思う。	先発品と後発品は離れた位置にあるので気を付けるよう注意を促した。	オロパタジン塩酸塩OD錠5mg「トーフ」	アレロックOD錠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
129	薬品名の最初の文字のみ確認して、調剤を行い、監査時に気づいた。	考え事をしていて、うまく切り替えできずに調剤してしまった。	一呼吸おいてきちんと切り替えて、慣れ・慢心のないよう心掛けたい。	オロパタジン点眼液0.1%「ニットー」	オフロキサシン点眼液0.3%「ニットー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
130	オングリザ5mg処方のところ、トラゼンタ5mgを調剤。監査時に気が付き、訂正した。	同効薬、錠剤の色が類似、規格が同じため、取り間違いをしてしまった。	棚などに 同効薬あり など 注意喚起する！！	オングリザ錠5mg	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
131	取り違い	慣れによる取り違い	読み上げによる確認	オンブレス吸入用カプセル150μg	ウルティプロ吸入用カプセル		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
132	規格の取り間違いがあった。	近い場所に異なる規格の薬剤があったため離して保管するべきだった	監査機の導入	ガスターD錠10mg	ガスターD錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
133	患者家族から入電「母の薬がいつももらっている薬と違う。いつもは普通錠だが今回はOD錠と書いてある」処方箋を確認し、剤型を間違えて入力、交付していた。	入力を間違えてしまい、間違った入力を見ながら調剤してしまった。監査、交付時も入力ミスに気付かなかった。	処方内容と入力内容を確認する。調剤、監査時などは入力内容ではなく、処方箋をみて確認する。	ガスター錠20mg	ガスターD錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
134	眼科からの処方。いつも(般)ピレノキシン点眼液0.005%5mLが処方され、ピレノキシン懸濁性点眼液0.005%「参天」をお渡ししている患者。当日は(般)ピレノキシン点眼液0.005%15mLの処方に変更となっていた。本来であればカタリンK点眼液0.005%を調剤しなければならぬが、入力者は処方変更気づかずDoで入力し、調剤者も気づかずにピレノキシン懸濁性点眼液0.005%「参天」を調剤した。鑑査機器を通したが入力と調剤したものはあっていたためそのまま鑑査にまわった。鑑査者が間違いに気づき、正しいものを調剤・交付した。鑑査者は数日前に当該患者が来局した際に、ピレノキシン懸濁性点眼液0.005%「参天」がしめることがあり検査しているため次回薬が変更になるかもと聞き取りをしていた。	当薬局はカタリンK点眼液0.005%の採用はなくピレノキシン懸濁性点眼液0.005%「参天」はよく処方されることと、いつもピレノキシン懸濁性点眼液0.005%「参天」を使用している患者であったため(般)ピレノキシン点眼液5mLの処方と思い込んだ。患者から薬剤変更の可能性を聞き取っていても、間違いに気づくのに役立ったと思われる。	カタリンK点眼液0.005%とピレノキシン懸濁性点眼液0.005%「参天」は一般名が類似しているため、見分け方をスタッフ全員で確認した。	カタリンK点眼液0.005%	ピレノキシン懸濁性点眼液0.005%「参天」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
135	ピッキング作業の時に、ガチフロ点眼の引き出しにシアノコバラミン点眼が混在して入っており、気付かないままトレーに入れて出そうとした。薬剤師が投薬前にチェックして気が付きました。	引き出しに補充する際に、誤って入れた模様です。見た目・色合いがよく似ていたため気付かなかったとのこと。	補充する際に、よく見て確認して作業するようにしています。	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
136	カデチアLDで調剤するところカムシアLDでODPLして監査にて再調剤する	ピッキング・ATC調剤は調剤助手がおこなうが、ATCのGS1コード読みこみエラーがあったにもかかわらず、強制解除してカムシアLDをユニバーサルカセットから分包おこなっていた。監査にてヒートを確認した監査薬剤師が間違いであることに気づき再調剤する	調剤助手における調剤においてはリスク回避のために調剤の記録を残すようにしているATCの強制解除するまえに2名以上で確認の上いれると同時にその日のうちにGS1コード情報取得更新作業をこなう。	カデチア配合錠LD「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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
137	カナリア配合錠が定期処方の患者様でお薬手帳より泌尿器科受診、尿路感染症の疑いを確認し事前にお話しを伺ってカナリア配合錠での影響による症状と確認する。内科Drに薬剤変更を申し出るように泌尿器科Drから指示があり診察時に相談したと伺う。	土曜日の昼前、患者数も多い時間帯。医師も患者様からの訴えで了解した上で処方変更したと思われるが配合錠からの単剤変更、カナリア、カナグル、テネリアと名称が類似しており記載を誤ったものと推察する。	処方入力時の事前監査、お薬手帳を詳細に確認することを再徹底する。特に処方変更時には変更になる理由などを推察し監査、投薬に繋がるようにする。	カナグル錠100mg	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
138	40代男性。継続的にテネリア錠20mg服用中。今回血液検査結果によりカナリア配合錠に変更となっていた。調整時、鑑査時ともに気づかず。服薬ケア中に患者様より薬が変わったと話があり、その場で処方箋再確認を行い誤りを発見。正しい薬(カナリア配合錠)を交付した。	処方箋が一般名処方に記載されており、最初のテネリグリブチンの所だけを見て継続処方のテネリアと判断してしまった。	一般名処方長くても指差し声出し確認を行い監査に回す前に薬剤の再確認を行う事を徹底した。	カナリア配合錠	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
139	多種類の薬と共に粉碎調剤 小児用量だったり、用法毎に作成のため調剤は通常よりは複雑	粉碎する前に内容の確認の徹底があればより防げた事案だと思います。	粉碎調剤時はPTPの殻も一緒に鑑査に回し、PTPの耳は調剤記録に残している今回在宅の患者様ですすでお渡し済みだったが、棚卸にてミスが発覚し数時間後に回収できたので患者さんが服薬する前だった 棚卸は翌営業日までには終わらせているが出發前にまだ終わっておらず訪問前に間に合わなかったので今後は早めに解決させるよう改善したい	ガバベン錠200mg	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
140	ジアゼパム散1% 0.1g/回 と カフェイン「ケンエー」0.1g/回 混合10回分の処方のところ、カフェイン「ケンエー」を取り誤って安息香酸ナトリウムカフェイン原末で混合調剤してしまった。ミスに気付かずそのまま鑑査、投薬した。その後、調剤した医薬品を棚に戻す際にカフェイン水和物原末と安息香酸ナトリウムカフェイン原末の2種類あった事に気づき、調剤ミスが判明し患者様に電話連絡するも繋がらず、LINEで連絡をとった。服用はされておらず、処方通りの物を翌日郵送しお渡しした分は次回回収することとなった。	調剤棚にカフェイン水和物原末と安息香酸ナトリウムカフェイン原末が隣に並べてあった。箱の大きさ、見た目は類似している。知識不足でカフェインの種類があることを知らなかった。鑑査時に処方箋と薬品の瓶(または箱)を並べて鑑査しなかった。調剤、鑑査、投薬を1人で行った。鑑査時の確認不足の原因には多くの患者様がお待ちで焦りもあった。	調剤者が鑑査したため取り違えているとは思わず、鑑査時に混合して分包した中身・内容量だけを確認し、処方箋と薬品の瓶(箱)を並べて確認しなかったことが原因と考えられる。鑑査手順通り、処方箋と薬品をきちんと並べて確認し鑑査するよう徹底いたします。その際、何か違和感や疑問を感じた時は他者へ確認を行います。調剤者としては、調剤後、混合した薬品の瓶(箱)を鑑査者に渡すように徹底いたします。	カフェイン「ケンエー」	安息香酸ナトリウムカフェイン原末「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
141	カムシア配合錠HDが処方されていたが、カデチア配合錠HDを調剤してしまった。鑑査者も気づかず、患者さんに投薬してしまった。その後、患者さんから「いつもとお薬が違う」電話があり、飲む前に気づいてもらった。	いつもより人員が少なく、忙しかったため、確認を怠ってしまった。	調剤、鑑査した後、もう一度処方箋をみて確認する	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
142	カムシア配合錠HD処方。一般名；カンデサルタン・アムロジピン5mg配合錠で処方のため、商品名と結びつかず異なる薬剤をピッキング。間違えに気づき正しく調剤し交付した。	アムロジピン配合の合剤が多く、配合量の違いなどもあり間違いやすかった。	棚位置をずらして在庫。また注意喚起。鑑査機器なども使用にて防ぐことができた。	カムシア配合錠HD「ニプロ」	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
143	正しくはカムシアLDを調剤すべきだったところ、誤ってジルトロLDを取ってしまった。鑑査者が鑑査機器に通す際に気が付いた。	合剤のため一般名が長く、またアムロジピンの部分は共通しているため、よく読まないと間違えやすい事例だった。また、商品名の「LD」の部分も同じなため、より間違えやすかった。	鑑査機器に通すことを徹底する。調剤棚に一般名や商品名を目立つように表示する。	カムシア配合錠LD「サンド」	ジルトロ配合錠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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
144	カルシトリオール0.25μg処方のところ、アルファカルシドール0.25μgをピック。監査時点、ブルーフィットを通したところ発覚	名前が似ている、規格が同じ。在庫の棚が上と下だった。	棚の位置を離れた。	カルシトリオールカプセル0.25μg「YD」	アルファカルシドールカプセル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
145	平素より来局されている患者さんに、カルデナリン錠2mgを含む7種類の薬剤が21日分処方されており、一包化調剤を行った。一包化監査の時にカルデナリン錠2mgではなくカンデサルタン錠2mgが入っていたことに気が付いた。再度調剤し直して、患者さんには正しい薬剤で交付した。	カルデナリン錠2mgとカンデサルタン錠2mgは規格は2mgで同じだが名称が類似している。さらに年末の繁忙期で焦りがあったこと、普段ピックアップしないスタッフがピックアップしたため、確認をしないまま一包化調剤してしまったことが要因として挙げられる。また、カルデナリン錠2mgは処方頻度が少ないため、処方頻度の多いカンデサルタン錠2mgをピックアップしたと思われる。	カルデナリン錠2mgとカンデサルタン錠2mgは名称が類似しているため保管場所を分ける。また、忙しいときでも薬剤の確認をしてから一包化調剤を行うことを再確認する。	カルデナリン錠2mg	カンデサルタン錠2mg「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
146	毎月1回8種類の薬剤が処方される患者のため予製をしている。薬剤師が予製し、事務員が確認して予製袋に入れた。患者来局時に別の薬剤師が予製袋を開けて確認したところ、カルデナリン錠2mgではなくカンデサルタン錠2mgが入っていることに気が付き、正しい薬剤に変更して患者に交付した。	繁忙時間帯であったため、早く予製袋にしまった方が良いとの心理が働いたと思われる。	予製台を別に作るスペースの余裕が無いので、予製を行う場合は繁忙時間帯を避ける。	カルデナリン錠2mg	カンデサルタン錠2mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
147	初めての患者さんでFAXにて処方箋を受け付けた。カルデナリン錠2mgが処方されていたのだが、薬剤師がカンデサルタン錠と見間違えて、事務員に代替調剤するので入力を指示したところ変換が出来ないとの申しがあり間違いに気が付いた。	当薬局はカンデサルタン錠の使用量が多い影響もあり、カルデナリン錠をカンデサルタン錠と見間違えて指示してしまった。	特に類似名や同じ規格品についてはメーカー名等も慎重に確認して調剤、入力することを再度確認、徹底した。	カルデナリン錠2mg	カンデサルタン錠2mg「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
148	カルデナリン2mg 処方所、本人持参薬がカンデサルサン2mg 「あすか」だった。	カルデナリン2mg とカンデサルサン2mg 「あすか」の配置が近く、同じ2mg であったため	カルデナリン2mg とカンデサルサン2mg 「あすか」の配置を変え、ダブルチェックを徹底	カルデナリン錠 2mg	カンデサルタン錠 2mg 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
149	カルナクリン25mg調剤のところ、誤って50mgを調剤。薬剤交付前に監査者が発見。	医薬品の規格違いが隣同士で在庫されていた。	規格違いは離して在庫する。	カルナクリン錠 25	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
150	カロナール錠200が処方され、取り出し作業を行っている時、カロナール錠300を見つけ隣においてあったクラリスロマイシン錠200mgを取り出した。数の確認を行っている時に事務員さんが箱をみて間違いが発覚し、すぐに薬を取り換えた。	作業にまだ慣れておらず早く準備をしなければならぬ焦っていた。また、カロナール錠300を見つけた後、隣にある薬は同じだと思い込んでしまい規格の部分しか確認していなかった。また、カロナール錠200とクラリスロマイシン錠200mgの箱が白地に青で似ていた。	箱から薬を取り出す際、再度処方箋に書かれている薬と名前と規格が同じか確認を行う。薬を取りに行くときも規格だけでなく名前の確認を行う。	カロナール錠 200	クラリスロマイシン錠 200mg 「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
151	カロナール錠500mg が本来入っている調剤棚にビプレッソ150mg が入りおり誤って調剤。ミスゼロ子により発見。	シートの外観、錠剤の形、色、大きさなども類似	ヒヤリハット事例の共有、ミスゼロ子での監査を徹底	カロナール錠 500	ビプレッソ徐放錠 150mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
152	調剤時も監査時も見た目が似ていたからか、そのまま渡ってしまった。ご家族からの連絡で違うものが渡っていたことが分かった。服用前に交換することができた。	ちょうど混み合っていた時間だったので調剤と監査が一人になっていた。棚も近く形も似ていたので間違えてしまった。	調剤と監査を別の人がする。薬歴にも注意するよう残す。	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
153	包装およびヒート外観が似ている薬剤が棚近くに配置されており取り間違い。	カロナール錠500mgの外観のイメージがあり、配置棚近くのセルトラリン錠100mgをカロナール錠500mgと思い込み取り間違いしてしまった。	陳列の距離間隔をあけた。	カロナール錠500	セルトラリン錠100mg「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
154	一般名処方でクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%が処方されたが、レセコン入力の際頭文字「クロベ」の3文字で薬品検索をかけた為誤ってクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%を選択。調剤、監査の際も処方箋を注意深く確認しなかったためクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%を患者に渡してしまった。患者が使用する前に間違いに気づいたので正しいものと交換した。	一般名処方で名称が類似していたため薬品の選択ミスを起こしてしまった。調剤者、監査者も処方箋の確認不足で誤ったものを調剤し患者に渡してしまった。	薬品の箱に注意喚起を促す札を貼り、調剤時に処方箋と薬品の名称を照らし合わせるようにした。	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
155	一般名処方の為、クロベタゾンとクロベタゾールの薬名類似の為間違えそうになった。	急いで調剤したため、見間違えた。	しっかり確認して調剤する。	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	
156	当時当該薬局の薬剤師がお休みで、応援に来て下さった別の薬剤師が勤務。処方せんには一般名処方でデルモベート軟膏が処方されていたが、事務の入力ミス・薬剤師の監査ミスによりキンダベート軟膏で調剤。定期的に来局される患者様で、2ヶ月後にも同じ塗薬で処方箋には記載されており、その時は常勤薬剤師が勤務。その際は処方箋通りデルモベート軟膏で調剤したが、投薬時に患者様より前にもらった青いチューブの塗薬をお願いしたと伺い、確認したところキンダベート軟膏で2ヶ月前調剤していたことに気づく。患者様よりキンダベート軟膏で痒み改善していると聞き取り、体調面で影響を及ぼすことはなかった。	処方入力時の事務のミス、処方監査時・重量監査時・投薬時の薬剤師の確認ミス。	幸いにも患者様の身体面に影響を及ぼすことはなかったが、処方医には謝罪の連絡を入れ、ステロイドの塗薬は一般名処方の際は特に注意して入力・監査をするよう従業員に徹底周知。	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
157	1年ぶりの来局。前回処方内容との相違点について疑義照会し、病院側の薬剤名入力ミスと判明、その後、処方内容訂正となった。	処方箋は必ず疑いをもって処方監査する、少しでもおかしいと感じたら疑義照会を実施することを徹底する。	今後も処方内容に疑わしい点があれば躊躇せず疑義照会を実施する。	クエン酸第一鉄Na錠50mg「JG」	クエンメット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
158	一般名処方で クエン酸第一鉄 が処方されたが クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム水和物配合剤と読み間違え、商品名クエンメットが調剤されていた。	単純な読み間違いであると思われるが、慣れと多忙から勘違いしたと予想。また、クエン酸第一鉄の薬品棚にクエンメットが混ざっていたり、処方入力に関してもこの二剤を間違っていた事例も別日にあり。	薬局職員全員にこの件を周知。薬品棚には調剤時に目につくように注意喚起の旨を掲示して対応した。その後は同様のミスは起きていない。	クエン酸第一鉄Na錠50mg「サワイ」	クエンメット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
159	クエン酸第一鉄Na錠を調剤すべきところ、誤ってクエンメット配合錠をピッキングしてしまった。1回目の鑑査時に事務員が誤りに気づいて、誤ってピッキングしたクエンメット配合錠を戻し、クエン酸第一鉄Na錠をピッキングしなおした。	患者が立て続けに来局し、混雑した状況だったため注意力、集中力が散漫になり誤ってピッキングしてしまった。	速さを求めるあまりに正確性の欠けた確認をするのではなく、通常時と変わらず冷静さを保ち、注意力を持って鑑査することにより、混雑した状況下でも正確な調剤ができるように日ごろから心掛ける。	クエン酸第一鉄Na錠 50mg「サワイ」	クエンメット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
160	一般名処方でクエン酸第一鉄ナトリウム錠と書かれていたがクエン酸カリウム配合錠と一般名で書かれるクエンメット配合錠と間違えて調整してしまった。鑑査時に発見して交換した。	以前はフェロミア錠と商品名で書かれていたものが一般名でクエン酸第一鉄配合錠と書かれることにより、調剤数の多いクエン酸カリウム配合錠と勘違いしてクエンメット配合錠を調整してしまった。	調剤棚に注意を喚起するようにクエン酸第一鉄、クエン酸カリウムを大きく表示して類似名ありの赤字での表示もした	クエン酸第一鉄Na錠 50mg「サワイ」	クエンメット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
161	薬品名の最初だけ読み取り、交付時に気づいた。	少し繁忙で、しっかり確認せずに調剤してしまっただ。	薬品棚への注意記載と、似たような名称の薬品については薬歴にも注意をするよう記載して、再発防止に努めた。	グラアルファ配合点眼液	グラナテック点眼液 0.4%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
162	クラシエ(52)ヨクイニン湯を70包調剤するところ、クラシエ防風通聖散料が7包混じっていた。	調剤時、21包入り3袋と半端分の7包を調剤したが、漢方が棚の上下に並んでいた事、外観が似ていた事による、取り間違えと確認不足。鑑査時も半端分の名称までは確認していなかった。	棚の配置をずらした。鑑査時もすべての漢方薬の名称を目視するよう徹底した。	クラシエよく苡仁湯エキス細粒	クラシエ防風通聖散料 エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
163	クラシエ黄連解毒湯エキス錠 6錠 1日2回朝夕食後 90日分 クラシエ黄連解毒湯エキス錠の収納場所に誤ってクラシエ桂枝茯苓丸エキス錠も置いてあったため、調剤時に気づかず桂枝茯苓丸エキス錠が1シート(3錠×6包)混ざってしまった。	在庫を収納する際に誤った場所に収納してしまったことが原因と考えられます。また両剤の色、箱の大きさ等も酷似していたことが誤収納の一因です。	在庫を収納する際、薬品名をしっかりと確認すること。また調剤時にも薬品名をしっかりと確認すること。	クラシエ黄連解毒湯エキス錠	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
164	クラシエ桂枝加竜骨牡蛎湯(EK26)2g×90包をお渡ししなければいけないところ、クラシエ桂枝加竜骨牡蛎湯(EK26)27包とクラシエ半夏厚朴湯(EK16)63包でお渡ししてしまった。監査レンジを通していたが、桂枝加竜骨牡蛎湯(EK26)のバーコードを読み取って監査OKになった為、間違いに気づかなかった。半夏厚朴湯(EK16)は21包ごとの袋に入っていた為、半夏厚朴湯のバーコードには反応しなかった。	2剤が包装の色が同じで番号も16と26で類似している。注意深く確認しなければいけなかったが、年末で薬局が混雑していた事と監査レンジでOKが表示された為、確認が疎かになってしまったと考えられる。	色と番号の類似している漢方薬の保管は、隣同士に置かず、離しておくようにする。監査を徹底する。	クラシエ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス細粒	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
165	桂枝加芍薬湯はこの患者にしか出ない薬剤で、発注兼当事者は漢方棚の中でも別の位置に保管していたが、他の職員が通常の漢方棚に保管するはずの柴胡桂枝湯をその位置に納品時に入れていた。同じ色である事と、発注兼当事者はそこには桂枝加芍薬湯しかないという思い込みで調剤した。	当薬局では漢方の同じ色での調剤ミスを防ぐために、棚での保管時に色が混ざらないように工夫しているが、一人の患者しか出ない薬剤の場合、他の職員の周知が弱く、納品時に混在させてしまったと思われるのと、発注者兼当事者が自分で保管したため、そこには桂枝加芍薬湯しかないという思い込みがあった。	納品して棚に入れる時も、保管を自分で決めた場所でも調剤時のような確認を徹底する。	クラシエ桂枝加芍薬湯エキス細粒	クラシエ柴胡桂枝湯エキス細粒		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
166	EKT-12の中にEKT-2の束が混在。重量監査システムでははじくことが出来ず、ユニパックに入れる時に文字の違和感に気づき発覚。	PDAを用いて収集するが、箱をまたいだ時に2つ目以降のスキャンが疎かとなった。	箱をまたぐ時は全てのバーコードをスキャンするように指導	クラシエ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス錠	クラシエ葛根湯加川きゅう辛夷エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
167	皮膚炎で継続して受診している患者にクラシエ十味敗毒湯エキス錠の処方があった。患者には間違えてクラシエ黄連解毒湯エキス錠をお渡ししてしまった。患者が帰宅後に薬局に連絡があり、発覚。後日、取り替えた。	当薬局では通常、クラシエのエキス錠は十味敗毒湯と黄連解毒湯の2種類のみ取り扱っている。立て続けに黄連解毒湯の処方があったため、思い込みにより、当患者にも十味敗毒湯をお渡ししたのではないかと推察する。	漢方薬の在庫をおいているところに目立つように注意喚起する文字を書いておく。	クラシエ十味敗毒湯エキス錠	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
168	処方箋が「クラシエ小青竜湯7.5g」となっていたところ入力ミスで「ツムラ小青竜湯7.5g」と入力。監査もスルーしてお渡ししてしまった。処方箋チェック時に発覚。疑義照会して前回通りの「ツムラ小青竜湯9.0g」に訂正となった。薬剤はツムラ小青竜湯9.0gでお渡し済みだったが、お薬情報・手帳シールに間違った記載となった。	処方箋の「小青竜湯」だけに気を取られ前回と同じと誤解してしまった。	処方箋をメーカー名まできちんと確認する。	クラシエ小青竜湯エキス細粒	ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
169	クラシエ小青竜湯エキスが処方されていたが、ツムラ小青竜湯エキスで入力した。	前회가ツムラの処方だったため見落としした。	メーカー、規格は必ず確認すること。	クラシエ小青竜湯エキス細粒	クラシエ小青竜湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
170	クラシエ人参栄湯処方された患者にクラシエ芍薬甘草湯を処方してしまった。幸い、当該患者が薬局を出てすぐ気づいたため、追いかけて薬の交換、謝罪をし、患者が取り違えた薬剤を服用することはなかった。	当該患者が急いでいると伝えており、薬局内は繁忙であった。また、両薬剤が似ており、置いている場所も近かったため、取り違えた。他の薬剤師も投薬中、事務も患者対応で手が離せず、監査がおざなりになった為発生したと考える	患者が急いですが、監査は実施する。もし、患者の希望通り迅速に処方できないと判断した場合は、後ほど取りに来ていただくような交渉を行う。また漢方の配置場所については番号順にならべ、同一色のものをなるべく近くに置かない。	クラシエ人参栄湯エキス細粒	クラシエ芍薬甘草湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
171	クラシエ桃核承気湯を60包お渡しするところを、クラシエ補中益気湯を56包、クラシエ桃核承気湯を4包でお渡ししてしまった。	クラシエ桃核承気湯と補中益気湯の箱の色が同じによる先入観と混雑時の焦りによって、監査時にピッキングミスに気づけなかった。	監査時に名前を確認することを忘れないよう気を付ける。在庫は番号順に置くが色が同じものが隣同士になった場合は順番を変えるように置く。	クラシエ桃核承気湯エキス細粒	クラシエ補中益気湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
172	クラシエ当帰芍薬散料が処方されていたにも関わらず、クラシエ芍薬甘草湯を交付しようとした。包装のデザインが変更になったのかとの患者訴えにより間違えが発覚。	処方せんに記載されている薬剤名の一部だけを確認しピッキングを行った事が原因	一部分の確認のみでピッキングは行わないこと、患者との相互確認の徹底。	クラシエ当帰芍薬散料エキス細粒	クラシエ芍薬甘草湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
173	クラシエ八味地黄丸料30日分に、クラシエ五苓散料7日分が混在	漢方は、ほとんど違うメーカーのため、八味地黄丸料しかないと思い込んでいた。	漢方の外箱に印をする。	クラシエ八味地黄丸料エキス錠	クラシエ五苓散料エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
174	クラシエ茶桂朮甘湯エキス細粒の中にクラシエ加味帰脾湯エキス細粒が混ざっていると患者本人より連絡ある。	保管場所が近く外箱・包装が似ていた為、誤ってピッキングした。鑑査者もチェックできずそのまま投薬した。	外箱や包装が似ている物は保管場所を違う場所に変える。鑑査は薬の名称確認を必ず行なう。	クラシエ茶桂朮甘湯エキス細粒	クラシエ加味帰脾湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
175	定時薬のアイラミド・グラナテックが処方されていたが、グラナテックを取りそろえる際にグラアルファを間違っ取り揃え投薬した。患者様にも投薬時に確認してもらい薬袋に詰めたが、患者様も気づかずにそのままグラアルファを持ち薬局を出られた。すぐにグラアルファとアイラミドが成分重複することに気づき患者様へ連絡。来局いただき、未使用のまま交換することができた。	平素は取り揃えと服薬指導を行う者を分けて監査をしているが、たまたま一人で調剤をする状況になってしまいチェックせずに投薬してしまった。点眼の調剤は熟知しており、成分重複を容易に判断できるのだが、他の考え事をしていたために違うものを取りそろえてしまった。グラナテックとグラアルファはパッケージを緑色と金色ではっきり区別してあるが、たまたま「グラ」の頭文字だけで混同してしまったと思われる。患者様も会話に気を取られ、パッケージ違いに関してはそこまで配慮されずうなずかれていた様子。	・どのような場合においても必ず他者に確認してもらおうよう徹底した。・普段から近くに置かないようにして取り違えを防いでいるが、思い込みだけで違うものをうっかり取ってしまうことが分かった。似たような銘柄がある場合に限り、患者様への説明時にはキャップの色などを話し、薬が間違っていないことを確認してもらおうようにすることとした。特に視力が低下した患者様にはキャップや本体の形状についても説明するよう配慮することとした。	グラナテック点眼液0.4%	グラアルファ配合点眼液		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
176	クラビット点眼液0.5%の処方であったが、クラビット点眼液1.5%でレセコンに入力してそのままピッキングを行った。その後、監査者が処方内容との違いに気づいた。	・レセコン入力時に規格の確認を行った。・調剤者が処方箋原本を確認せずHHT端末のみを見てピッキングを実施した。	・レセコン入力時のチェック項目を順守し、規格までチェックを行う。・調剤者はHHT端末に頼らず、処方箋原本を見て調剤を行う。	クラビット点眼液0.5%	クラビット点眼液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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
177	クラリスロマイシン錠で投薬するところ、シートが似ているカルボステイン錠で患者様にお渡しして患者様が気付かれた。	シートにもお薬名が記載されているので慌てずに思い込みをなくして鑑査すること	薬名が記載されているのでしっかり見て鑑査すること	クラリスロマイシン錠 200mg「タイ ヨー」	カルボステイン錠2 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
178	クラリスロマイシン200mg2錠で前回処方されており、今回画から1錠に減量になったことを見逃し2錠で一包化して調剤してしまった。	忙しかったことと、患者様よりまだ状態が良くなっていないこととお聞きし、そのまま継続すると思い込んでしまった。	忙しくても、一包化のチェックと最終監査者は別の者が必ず行うこととする。	クラリスロマイシン錠 200mg「日医工」	クラリスロマイシン錠 200mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
179	薬品名を誤って入力。監査時に入力ミスに気付かず説明してお薬をお渡し。薬歴記入時にミスに気が付き、患者様に電話で謝罪しました。	事務員の入力ミスと監査時でのチェックの甘さが原因	監査時に処方箋と調剤録に違いがないか確認して監査をします。	クラリス錠200	クラリスロマイシン錠 200mg「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
180	クラリスロマイシンドライシロップ10%1回0.05gと処方箋に記載有り。監査段階で用量がおかしいことに気づいた。同時に点鼻薬と点眼が出ていたこともありクラリチンの間違いでないかと考えた。手帳を確認し保護者にも聞き取りをしたところやはりクラリチンで、医師に疑義照会を行った。結果、クラリチンが正しかった。	名称が酷似していた。処方段階において病院変更に伴った引継ぎや確認が疎かになっていたのではないかと考えた。	お薬手帳の確認を徹底する。	クラリチンドライシ ロップ1%	クラリスロマイシンD S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
181	クラリチンDS 0.5g分1夕食後で処方するべきところ、クラリスロマイシンDS小児用10%「タカタ」 1g分1夕食後で処方されており疑義紹介にて変更。	パソコン入力の際に初めの3文字で入力すると間違える可能性があるため、4文字入力にする。または忠告文などを表示するようにする。	用法用量の確認の徹底。体重あたりの量で少しでも疑問があれば疑義紹介する。	クラリチンドライシ ロップ1%	クラリスロマイシンD S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	
182	風邪症状でクリアナル錠の処方。監査時にクリアミン錠で入力されていることに気が付き、クリアナル錠で打ち直した。患者さんには正しくお渡しすることができた。	「クリア」まで名称が同じであるため、間違いが生じたと思われる。	名称類似の商品に関しては薬局で随時MTGなどを行い注意喚起をする。	クリアナル錠200mg	クリアミン配合錠A1.0		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
183	一般名処方で、メトホルミン塩酸塩錠250mgGLと記載されており、入力ではメトホルミン塩酸塩錠250mgMTと入力された。調べたところ、薬剤違いと判明したので、調剤前に訂正し、患者様に交付した。入力した本人は事務員であり、経験も五か月で、知識不足であった。	一般名は注意深く読み、少しでも疑問点があれば経験豊富なスタッフにも確認する。	今回の事例を、スタッフ間で共有し、判断誤りのないように教育していく。	グリコラン錠250mg	メトグルコ錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
184	グリセリン洗腸60ml処方のところ30mlでレセコン入力 ピッキングは60mlで準備。監査時、入力違いに気づかず、そのまま投薬後日棚卸時に60ml規格と30ml規格で在庫数が10個ずつずれていることに気づき発覚処方箋通りでのお渡しではある事、薬袋、薬情、手帳記載が違うこと説明。	グリセリン洗腸は画像監査でバツになりやすく、そのままスルーしてしまった。その時は、二人で処方箋と、ピッキングした薬品をダブルチェックし、処方通りのモノである事確認入力や、調剤録の確認を怠ってしまった。処方箋はその時FAX入力であり、手入力であった。	画像監査が難しいものや、重量オーバーのものは、薬剤師2人で確認行う。手入力の場合は調剤録の確認をしっかりと行う。	グリセリン洗腸「ムネ」60	グリセリン洗腸液50%「ムネ」30mL		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
185	他院でグルコン酸Kを服用されていて今回かかりつけ医へ転院そこで処方された薬がグルコン酸Caだったお薬手帳から処方歴をみて疑義照会。薬剤変更へ	専門の科ではない薬を処方したため知識不足もしくは入力ミス	お薬手帳や患者さんからの聞き取りで転院の際は気を付ける	グルコン酸カルシウム水和物	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
186	<p>クラビット500mg 2錠 分1 昼食後4日分で処方あり患者に伺うと軽い膀胱炎との事膀胱炎に対して用法、用量が異なっているため疑義照会クラビットではなく、グレースビット50mgが2錠分2 朝夕食後であったことが判明した</p>	<p>同系統で頭の文字が似ているため誤って選ばれてしまったものと思われる</p>	<p>疾患に対する用法、用量の確認の徹底</p>	<p>グレースビット錠50mg</p>	<p>クラビット錠500mg</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>
187	<p>患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはクロピドグレル75mgと記載されていた。事務員はクロピドグレル75mgを調整するところ誤ってプレガバリン75mgを調製し、鑑査にまわした。鑑査にあたった薬剤師が、処方薬のクロピドグレル75mgではなく、プレガバリン75mgが調製されていることに気づき、調製した事務員に間違いを伝えた。事務員はクロピドグレル75mgを正しく調製し、再度、薬剤師が鑑査した。鑑査で誤りに気づいたため、患者には正しい薬を交付した。</p>	<p>クロピドグレル75mgとプレガバリン75mgは、規格が同じで名称も少し似ているため間違えた。</p>	<p>薬局内でヒヤリ・ハットの報告と情報共有をし、再発防止の注意喚起をした。</p>	<p>クロピドグレル錠75mg 「サワイ」</p>	<p>プレガバリンOD錠75mg 「オーハラ」</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>

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
188	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には【般】クロビドグレル錠75mgが記載されていた。薬剤師Aはクロビドグレル錠75mg「トーワ」を調整すべきところ誤ってクロチアゼパム錠5mg「トーワ」を調整し、監査に回した。監査に当たった薬剤師Bが処方箋のクロビドグレル錠75mg「トーワ」でなくクロチアゼパム錠5mg「トーワ」が調整されている事に気づき、調整した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはクロビドグレル錠75mg「トーワ」を正しく調整し、再度、薬剤師Bが監査した。監査で誤りに気付いた為、患者には正しい薬を交付した。	クロビドグレル錠75mg「トーワ」とクロチアゼパム錠5mg「トーワ」は、最初の2文字が同じで精神科の処方箋という事もあって間違えた。患者が来局した時間帯は店内が混んでいたため焦りがあったものと思われる。	今回の事例は、監査に回す前の再確認を行ったにも関わらず起きてしまった。監査者は自分が最終の監査者であるという認識を今まで以上に強く持つ事を徹底するよう周知する事とした。	クロビドグレル錠75mg「トーワ」	クロチアゼパム錠5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
189	クロビドグレル錠75mg トーワを28錠でお渡しするところをカロナール錠200を20錠混入する形でお渡ししてしまった。	&#32363;忙時間帯に単独での調剤・監査・投薬になってしまい、焦りと不注意で発生してしまった。	医薬品の重要性をしっかりと認識し、大きな体調変化の起こりうることを理解した上で、調剤する薬剤師は違う医薬品の混入等もしっかりと確認・鑑査しダブルチェックを徹底する。	クロビドグレル錠75mg「トーワ」	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
190	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が、在庫がないため、薬剤師Aが他薬局に分譲を依頼した。分譲先から医薬品を受け取り、薬剤師Bが監査を行っていたが、発見者(薬剤師C)が医薬品と薬物の写真が異なることに気づき、再度確認したところ、処方とは異なるクロベタゾン酪酸エステル軟膏を受け取り、調剤を行っていたことが判明した。	分譲依頼した際、分譲先に医薬品名を伝え間違ったのか、あるいは分譲先の事務員が聞き間違えたのかは不明。薬剤師Aも分譲先に伝えた薬品名を把握していなかったため、言い間違えていた可能性があり、分譲先の事務員も最初の数文字で判断してしまった可能性がある。	分譲時には譲受時および監査時も過誤がないかしっかりとチェックを行う必要がある。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「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	
191	クロベタゾンで入力するところ誤ってクロベタゾールで入力していた。取り揃えは正しいものだった。	新入社員で名称類似する薬剤の知識がなかった。	名称類似薬品を共有する。	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
192	名前が似ていたため、勘違いして調剤、監査、投薬をすり抜けてしまった。	入力監査は名前が似ているためすり抜けた	名前が類似しているものがあることを薬局内で周知する	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
193	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%処方であったが、手入力にてクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%にて入力・混合調剤。調剤後鑑査時に発覚。処方通りのクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%にて調剤変更後、お渡し済み。	手入力だった為、薬品名が似ていることもあり間違いに気付かなかった。調剤前の確認時に漏れてしまった。	手入力時・調剤前鑑査時に薬品名が合っているか再確認する。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05% 「テイコク」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05% 「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
194	事務員がクロベタゾンの入力をクロベタゾールと入力してしまい、監査時に間違いが発覚した事例である。ステロイドの強さが異なるため、塗る部位によっては健康被害が生じていた恐れがある。	要因としては、繁忙であったため、焦りがあり間違えてしまったのかと考えられる。	入力内容のダブルチェックを必ず行う。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05% 「テイコク」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05% 「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
195	処方箋には、一般名で「クロベタゾン酪酸エステル軟膏」と記載があったが、レセコンでの入力が「クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏」としてしまった。	新しいレセコン導入後1か月たない程度ということもあって、まだ不慣れな部分があり、「クロベ」と3文字で入力検索したところ、クロベタゾンではなくクロベタゾールを選択してしまった。	ステロイドの軟膏は名前が似ているものが多いので、定期的に店舗内で勉強会をして意識づける	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05% 「テイコク」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05% 「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	
196	顔用にクロベタゾン酪酸エステル軟膏が処方されていたが、クロベタゾールを間違えて調剤	名称が似ていることと、処方箋の内容を流し見し、最後までしっかり読まないことが原因。また、「間違えやすいから注意しよう」という心構えが足りない。	処方箋の見間違いが原因だが、そもそも顔に強力なステロイドを使うことはほぼなく、総合的に考えることができれば間違いは防げたはず。繁忙時でも慌てず取り掛かれるよう一人一人の心掛けが大切。間違えそうな処方の時は、別の一人が声がける様に改善。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「テイコク」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏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
197	一包装前の準備で薬を集めているときに取り違えそうになった	クロルと規格下二けたの25mg同じ引き出し	同じ引き出しにあったのでなるべく引き出しの中で離す、フルネームで確認	クロルフェニシンカルバミン酸エステル錠125mg「サワイ」	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
198	先発後発の取り間違い	入力時にも伝えてもらう	入力時にも伝えてもらう	ケトプロフェンテープ40mg「三和」	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
199	ケフラールとグラケーを読み間違えた	ちゃんと見なかったグラケーと読んだらそう思い込んでしまった	処方箋をコピーして調剤する	ケフラールカプセル250mg	グラケーカプセル15mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
200	苓桂朮甘湯が処方であるところ、苓姜朮甘湯で間違った入力をしていて。監査者は気づかず、投薬者が入力に違うことを確認し、入力を変更し、患者様にはきちんと渡すことができた	薬剤名の類似と監査者の確認ミス	類似した名前の薬を投薬する際は、よく確認するよう事務にも薬剤師にも申し伝えた	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
201	コデインリン酸塩1% 6g/日の所、ジヒドロコデインリン酸塩1% 6g/日 で調剤。その後コデインリン酸塩1%の空き薬瓶へジヒドロコデイン1%を充填。計量監査のプリントアウトの確認にて、交付前監査で判明。	散薬の充填を他者に確認してもらっていなかった。確認があれば、もっと早く判明していたかも。	充填時の複数人確認の徹底	コデインリン酸塩散1% (ハチ)	ジヒドロコデインリン酸塩散1% (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
202	コルドリン錠12.5mgを7錠取るはずが、クロピドグレル錠75mg (トーフ) が5錠混入していた。	コルドリン錠のヒート包装とクロピドグレル錠75mg (トーフ) のヒート包装が、似通っていたこと、および棚が近くにあって、とりちがえてしまった。	よく確認後ピッキングする。	コルドリン錠12.5mg	クロピドグレル錠75mg 「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
203	コレクチム軟膏0.25%処方の所、コレクチム軟膏0.5%しかないと思い込み調剤してしまった患者が見た目が違うことにより気付いた	処方箋にQRコードなしコレクチム軟膏0.25%を取り扱ったことがなかった	添付文書の確認入力、調剤時の確認	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
204	皮膚科からの処方コレクチム軟膏0.25%のところ0.5%で調剤。	処方入力の際にコレクチム軟膏0.5%で入力され、作成された調剤データでPDA端末を用いてピッキングを実施し監査まで来てしまった。	小児に0.5%が処方された場合に、調剤がストップするように設定し対応する。処方ミス、入力ミスに対応可能。	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
205	いつも通院している皮膚科と違う皮膚科を受診されコレクチム軟膏0.5%が処方。処方入力していた薬剤師が気づき、疑義照会したところ、0.25%に変更となった。	いつもは、小児科で処方されていたが、今回皮膚科受診だったため医師の認識不足だったと推察される。	最初、含有量が変わったと考えたが、普段から小児科処方も多く薬剤師の勤務経験も長かったため気付いたと思われる。きちんと疑義照会をすることが大切である。	コレクチム軟膏0.25%	コレクチム軟膏0.5%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
206	休憩時間時の来局、薬剤師1名で対応。入力時に規格を誤って入力したが、薬は正しくお渡しした。指導終了後に気づき、連絡、返金、謝罪を行った。	休憩中で人員が1人しかいなかった。患者と話しながら入力した為、チェックが漏れた。	ながらで調剤や入力を行わない、自己鑑査を徹底する。	コレクチム軟膏0.5%	コレクチム軟膏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
207	5/12に本人と母親が来局。5/9に処方されたザイザル錠の中にシナール配合錠2錠が混ざっていた。本人は処方された夜、薬を飲むときに気が付いた。5/12に来局時、5/9に投薬した本人が別の方の投薬中だった為、薬局長が対応した。お詫びをしてザイザル錠を2錠お渡しした。	ピッキングと投薬は同じ薬剤師だった。頻繁に処方される薬はあらかじめ予製してあり、ザイザル錠も予製してあるものをかごの中に入れた。カメラで確認したらシナール配合錠が裏返しに輪ゴムで縛ってありザイザル錠と色が似通っていたため、ゼロ子で確認した時、また患者様にお渡しする時も気づかなかった。	予製するときに他の薬と混ざらないように作る。予製であっても間違えているかもと考えて監査する。忙しくても自分でピッキングした薬は他の薬剤師に声をかけて確認してもらう。	ザイザル錠5mg	シナール配合錠		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
208	サインバルタカプセル20mg 2CAP/分1朝食後 28日分で、処方箋には変更不可のチェックが入っていたが、ジェネリックであるデュロキセチンOD錠20mgで入力をしてしまった。	ジェネリックへの変更は業務の流れの中で、慣れたように入力を行ってしまうことが多い。	処方箋受け取り時には、先発品、後発医薬品の希望の有無の確認と、処方箋の変更不可のチェック欄や不備等をその場で確認してから入力するよう徹底した。	サインバルタカプセル20mg	デュロキセチン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
209	前回来局まで服用していた【般】カンデサルタン・アムロジピン5mg配合錠から【般】アジルサルタン・アムロジピン5mg配合錠へ処方変更になっていたが、変更が気が付かずカンデサルタン・アムロジピン5mg配合錠をお渡ししてしまった。	一般名処方で薬品名が長いこと、薬品名が似ていることから、処方変更になっていることに気が付かなかった。薬剤交付時に血圧が高いという話があったが、薬が変更になっていると気が付かなかった。	・配合錠については1薬品ずつ間違いが無いか丁寧に確認を行う。・錠剤に成分が記載されている配合錠も多いので、その成分名と処方箋記載の成分名を確認する。・患者様の話と処方内容に相違が無いか納得がいくまで確認を行う。	ザクラ配合錠HD	カムシア配合錠HD「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
210	調剤事務が処方内容を入力時に、処方箋記載の医薬品の在庫が無かった為、システム上の「別剤形」から在庫のある「腸溶錠」を選択し、入力した。	調剤事務は「別剤形」入力を行わないマニュアルだが、業務に対する慣れから、マニュアルを逸脱していた。	調剤事務は「別剤形」による変更入力を行わないマニュアルの再徹底を図ると同時に経過をチェックする。ポップアップやエラー表示が出た場合には、薬剤師に確認した上で作業を進めるよう指導した。名前が似ていても適応症が異なる場合があることを説明し、注意喚起を行った。	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
211	【般】アモキシシリン細粒10%の処方 をワイドシリン細粒20%で入力。調剤 時に薬剤師が入力間違いに気がつき修 正。	当薬局の門前医療機関がワイドシリン細 粒20%を採用しており、一般名の【般】 アモキシシリン細粒20%で処方されてく る。10%細粒の処方を受けることがめ ったにないため、【般】アモキシシリン細 粒とみてワイドシリン細粒20%と思いこ み、入力してしまった。	入力時には規格(mg数や%)を確認するこ とを徹底する。入力時に規格のチェックを忘れな いために鉛筆で丸を付ける。	サワシリン細粒10%	ワイドシリン細粒2 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
212	販売中止である薬剤Aに対し、採用変更 となった同効薬である薬剤Bを渡すべき ところ、薬剤Aの類似薬Cを交付。薬局 内で事例を確認し患者へ連絡、使用前 に回収、交換となった。	薬剤の採用変更の周知が徹底されていな かった。また、類似薬の採用が引き続い ていることも注意すべきだった。	採用変更の周知徹底、GS-1チェッカーを確実に 使用する。	サンベタゾン眼耳鼻科 用液0.1%	ペルベゾロンF点眼・ 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
213	サンベタゾン点眼とプラノプロフェン 点眼の調剤間違え。サンベタゾンのと ころを、プラノプロフェンで調剤。投 薬前に気付き変更。	色と抗炎症剤ととうことで、取り間違 えた。	サンベタゾンの採用をやめ、形も色も違う、リ ノロサルへ変更した。	サンベタゾン眼耳鼻科 用液0.1%	プラノプロフェン点眼 液0.1%「参天」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
214	前回ジクアス点眼で処方されていたが ジクアスLX点眼に変更されていた。変 更に気付かず、前回の処方のコピーし て入力してしまった。	混雑しており焦りがあった。名前が類似 していた。	複数規格ある薬剤には規格に○をつける。入力 後自分でも入力合っているか確認する。新薬が 採用になった場合は店舗内で共有する。	ジクアスLX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
215	ジクアスLX点眼液3%という、半年前 に発売された点眼液が処方されたのだ が、いつも調剤しているジクアス点眼 液3%を調剤してしまった。他の薬剤師 が監査したときに気づいた。	新しい薬が発売されたが、認識不足。ジ クアスに別剤があるという認識がなかつ たため、いつも調剤している点眼液を だ出してしまった。処方箋の規格を確認 できていなかった。	新薬 規格違いが発売されたときは、薬局内で 情報を共有する。	ジクアスLX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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
216	処方せん記載のジクアスL X点眼液ではなく、ジクアス点眼液を調剤してしまった	普段から調剤しているジクアス点眼液と勘違いして、処方箋内容を見落としてしまった。	薬局内での事例共有。処方箋の規格からの読みを徹底	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
217	ドライアイから、ジクアス点眼液は両眼、1日3回になっていた。1日3回は低用量かと思い、疑義照会。ジクアスLX点眼液に変更。	入力者は、ジクアスLX点眼液の存在を知らなく、認識不足からジクアス点眼液は1日3回で低用量だが、そのようなことはありうると判断し入力。監査、投薬の薬剤師の経験、知識から疑義照会、ヒアリングで治まる。	ジクアス点眼液は1日6回、ジクアスLX点眼液は1日3回を意識して、入力、監査する。	ジクアス点眼液 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
218	ジクアス点眼液での処方のところジクアスLXで入力、調剤してしまった。監査時に気付かずそのまま交付。後日患者から電話で間違いの指摘があった。患者は誤った点眼は未使用で体調に影響はなかった。	注意が必要と知識がなかったこと、監査時の確認不足が原因と考えられる。	間違いやすい薬剤にはより注意を配る事。ダブルチェックおこなわない事でミスを防ぐ。	ジクアス点眼液 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
219	威圧的な患者からの、催促を受けながらの調剤・交付。薬剤ごとに処方日数がバラバラの処方。レニベース錠2.5mgとシグマート錠2.5mgが同一処方箋内にあったが、どちらもレニベース錠2.5mgで調剤してしまい、シグマート錠2.5mgの薬袋にレニベース錠2.5mgを(正しい数量で)入れて交付した。患者は非協力的であるため、通常行う交付時の患者との薬剤・数量の最終確認をせず、急かされるままそのまま袋詰めし渡した。	慌ただし中で、威圧的な患者への対応であり、またいつもより混雑する中での急かされる調剤であったことから、複数の処方箋の並行調剤となったことが最大の原因と思われる。	平静でいられない環境際しては、薬剤師に限らず、通常より多いチェック体制で業務を行えるようにする。平静でいられない環境になるような要因は、取り除くことも検討する。	シグマート錠 2.5mg	レニベース錠 2.5		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
220	ローションの所、ゲルで入力してしまう事例。	ローションとゲルの違いを軽率にジクロフェナクだけで判断してしまう。	しっかりと一般名とも最後まで再度確認して、入力・チェックするよう心掛ける。	ジクロフェナクNaローション1%「ラクール」	ジクロフェナクNaゲル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
221	ジクロフェナクナトリウム点眼液を交付すべきところ誤ってプロムフェナクナトリウム点眼液を交付してしまった	名称の類似および慣れによる慢心	特に一人薬剤師の場合 薬剤交付直前の監査徹底が必要です。	ジクロフェナクNa点眼液0.1%「ニットー」	プロムフェナクNa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
222	ジクロフェナクテープ15mgが処方されていたところを、誤ってロキソプロフェンテープ100mgを調剤してしまった。服薬指導中に、薬剤監査システムにかかっていることが発覚。	ロキソプロフェンテープ100を調剤した薬剤師と、それ以外を調剤した薬剤師の二人が関与している。ロキソプロフェンテープ100の調剤者は別の仕事に集中する必要があったため、湿布を調剤した時点でもう一人の薬剤師と調剤を交代した。その日たくさん調剤していたロキソプロフェンテープ100のほうを誤って調剤してしまった。その後、薬剤監査システムに薬を監査させるのだが、湿布のみ使用することを怠ってしまった。	必ず薬剤監査システムを使用する	ジクロフェナクナトリウムテープ15mg「NP」	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
223	ジセレカ錠100mgが処方されていたが、ジセレカ錠200mgでピッキングしてしまいました。継続中の薬で今までは200mgが処方されており、入力・ピッキングともに間違えてしまいました。しかし、患者様の指摘により、薬のお渡し前に気づくことができました。	規格をしっかりと確認せず、Do処方と決めつけてしまった。	周知徹底	ジセレカ錠100mg	ジセレカ錠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	
224	ミティキュアを調剤すべきところをシダキュアで調剤してしまっていた	初回の投与量にのみ注視していたため、薬品名の違いをスルーしてしまった	常に2人以上の目で確認する	シダキュアスギ花粉舌下錠2,000JAU	ミティキュアダニ舌下錠3,300JAU		ヒューマンエラー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	シダキュアをピッキングする際に同じ棚にクラリチンレディタブが入っており、間違えて調剤するところだった。鑑査の際に気付いて投薬前に改善することが出来た。	シダキュアはクラリチンレディタブと外観が極めて類似している。今回は、クラリチンをジェネリックのロラタジンに変更した際に一度ピッキングしたクラリチンを外観が類似しているシダキュアの棚に戻ってしまったことが要因となっている。	両薬剤の棚の名称欄に色を付けて注意喚起するとともに、薬を棚に戻す際もダブルチェックを行うように業務改善を行った	シダキュアスギ花粉舌下錠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
226	シダキュアスギ花粉舌下錠5000JAUの処方に対し、クラリチンレディタブ錠を誤って調剤。投薬時の監査をすり抜け、そのまま患者に交付してしまった。翌日患者ご家族から電話があり、調剤過誤が発覚。当日中に正しい物と交換させて頂いた。ご家族が服用前に気付いて電話をして下さった。	現場の混雑。シダキュアスギ花粉舌下錠5000JAUとクラリチンレディタブ錠は包装や色合いも似ているため、気付かずに交付してしまったことが考えられる。	投薬台が狭いので、薬が多い方、複数人の方だとどうしても薬袋が重なったりしてしまい、間違いに気付きにくくなっている可能性がある。説明スペースを広げられるよう工夫をしていく必要がある。処方箋と調剤薬の照合をしっかりと行っていく。	シダキュアスギ花粉舌下錠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
227	7歳の子供一人での来局→子供1人のため保険証、薬の紛失など違うところに気を取られ、肝心の薬を間違えました	シダキュアとミティキュア ともに同じような薬品なの監査をスルーしました。	同じミスを他の薬剤師がしないようにみんなに注意を促し、他の薬品の取り違えるミスもなくすよう朝の朝礼で報告	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



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
228	インフルエンザ陽性患者が3人分の処方箋をもって来局咳がひどいようす。ジヒドロコデインリン酸塩酸1%「タケダ」3g分3毎食後の処方が記載されていたが薬局の在庫はコデインリン酸塩酸1%「メタル」であった。医薬品名が類似していることから変更入力しようとしたところを薬剤師が気づき発覚。疑義照会にてコデインリン酸塩酸1%「メタル」6g分3毎食後へ変更した。	処方された医薬品と類似した医薬品名のものが薬局に在庫していたため変更できないだろうと安易に考えてしまっていた。また事務員については薬剤師と異なり専門的な知識がないためこういったミスは起こりやすい。薬剤師は必ず細かく確認し誤りを防止する必要がある。	医薬品名の類似品を入力しないよう書籍等を確認し変更可能かどうか判断していく今回に場合は力価も異なるため医薬品名の変更とあわせて用量の変更も必要だった。コデインリン酸塩酸については類似品に麻薬もあることから、処方頻度は少ないが注意して調剤、鑑査が必要な医薬品だろう	ジヒドロコデインリン酸塩酸1%「タケダ」	コデインリン酸塩酸散1%「メタル」		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
229	ジフェニドール塩酸塩錠25mg「日医工」含む5種類の薬剤のピッキング(いずれも84錠または包)を、当該薬局の事務員がピッキングを行なった。当該薬局の薬剤師が鑑査中、ジフェニドール塩酸塩錠25mg「日医工」の端数4錠がクラリスロマイシン錠200mg「大正」であることに気づいた。薬剤師は事務員に交換するよう促したが、次に手渡されたのはカルボシステイン錠250mg「サワイ」であった。さらに交換するよう促すと正しいジフェニドール塩酸塩錠25mg「日医工」の端数4錠が手渡された。	今回名前の挙がったジフェニドール塩酸塩錠25mg「日医工」、クラリスロマイシン錠200mg「大正」、カルボシステイン錠250mg「サワイ」はいずれもヒート包装が類似しているため、それぞれの棚の位置が隣同時にないように配置されていた。またジフェニドール塩酸塩錠25mg「日医工」の棚にはヒートが類似している薬剤があることについて注意喚起を促す自作のシールを貼付していた。しかし今回のような事例の中で2度もピッキングミスが起きてしまった要因としては、2回目に誤った薬剤をピッキングした際に何が処方されていたか薬剤師に確認していた。当該事務員は薬剤師の名前を見てピッキングしたのではなく、色や形だけを捉えてピッキングしていたことがうかがえる。	類似しているヒート包装が隣同士にあれば、1列離したりするなどして取り違いを防ぐ。類似しているヒート包装のカセットの薬剤名部分に色付きシールなどで注意をおおる。ピッキングする薬剤が処方箋と合っているか声出して確認する。	ジフェニドール塩酸塩錠25mg「日医工」 ジフェニドール塩酸塩錠25mg「日医工」	クラリスロマイシン錠200mg「大正」 カルボシステイン錠250mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
230	一般名処方でジフルプレドナード軟膏の処方あり、薬は正しく調剤されていたが、入力は誤ってジフルプレドナードクリームになっていた。鑑査時にも間違いに気づかず、そのまま調剤してしまったため、薬袋、薬情、手帳シールが誤った印字のものを渡してしまった。投薬後、患者から薬の名前が違うと連絡があり、間違いが発覚した。	別の病院の処方せんは以前から持っていたが、今回の軟膏の処方せんは初めての受付だった。一般名処方で長い名称だったため、ジフルプレドナードだけを見て、軟膏のクリームの違いを見落としました。	必ず、軟膏とクリームの違いに注意する。	ジフルプレドナート軟膏0.05%「MYK」	ジフルプレドナートローション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
231	名称類似の薬剤、シプロフロキサシン錠200mgの所シタフロキサシン錠50mgが調剤されており、気付かず交付。他医療機関の薬剤師が気付いて事例発覚。患者の服用前だった。	処方箋は一般名で名称類似の薬剤であった。規格等十分確認していれば間違わなかった事例。	名称類似の薬剤については付箋で注意喚起。監査薬剤師は処方箋と薬剤を十分確認してから監査する。	シプロフロキサシン錠200mg「SW」	シタフロキサシン錠50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
232	ジフロラゾン酢酸エステル軟膏をジフルプレドナート軟膏で調剤し 渡す前に気づいた	名称がよく似ているため 思い込みであった	自己薬局においてよく似た名前のお薬は日ごろから知っているように心がけ 監査の回数を増やす	ジフロラゾン酢酸エステル軟膏0.05%	ジフルプレドナート軟膏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
233	ジメチコン処方の所、シメチジンを投薬その後直ぐに薬歴記入時に間違い認識	混みあってた	混みあっていてもルール通りに監査システムを利用投薬時にも疑念をもって再確認	ジメチコン錠40mg「ホリイ」	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
234	ジャディアン錠10mg処方あり。ジャヌビア錠50mgをピッキング。鑑査者が気づかずそのまま投薬。翌日、患者が間違いであることに気づき来局、交換。	類似名称のためピッキングミス。鑑査者も過信しそのまま投薬。	類似名称の注意喚起ラベル貼付。	ジャディアン錠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	
235	ジャディアンズとジャヌビアの取り間違い	隣り合って配置していた	札を作り注意喚起するようにした。	ジャディアンズ錠10mg	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
236	ジャディアンズ10mgをピッキングするべきところをジャヌビア100mgがピッキングされ監査システムも繁忙の為に通過しなかった。監査者も気が付かずそのまま投薬したが数日後患者が違いに気づき、いつもの薬ではないが正しいのかと持参されミスが発覚した。	名称の類似がミスにつながった。ミスを避けるため棚も離して監査レンジも設置していたが機能しなかった。	さらに注意喚起できるようミス防止の目印をつける。	ジャディアンズ錠10mg	ジャヌビア錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
237	ジャディアンズ錠10mgをピッキングしないといけないところ、ジャヌビア錠50mgで調剤してしまった。	・慣れ。・忙しさ。・手順の逸脱で、処方内容をしっかり見ずに調剤してしまった。	・処方箋をじっくり見る。・順番に調剤を行う。	ジャディアンズ錠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
238	ジャヌビア錠25mgが処方されていたが、ジャディアンズ錠25mgで調剤されていることに監査時に気づいた。患者交付前に発覚したため、患者には正しい薬剤が交付された。	名称が類似していることと、調剤者の確認不足	名称が類似しているものは注意喚起の札を貼る。また、調剤者は監査者に回す前に自身でダブルチェックを行う。	ジャディアンズ錠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
239	勘違いし取り間違いをしたが、監査システムでコード読み込み時にエラーが出て発覚	名称類似により勘違いしていた	本処方確認しながら名称確認し調剤心掛ける	ジャディアンズ錠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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
240	病院毎に当薬局と他薬局を使い分けていたが当薬局にまとめるため他薬局で今までもらっていた薬の処方箋を初めてもっていらした。その際入力ミスをしその入力の薬で調剤もなされていたが 投薬前にお薬手帳で確認した時に過誤に気が付いた。	当薬局には採用していなかった含量であり知識が足りていなかった。略称頭2文字検索のシステムのため採用医薬品をポップアップされでてきたものを入力した。なるべく未採用の含量であっても初めて採用した医薬品は他含量の登録も同時にすませ、入力の際に選択肢がでてくるように手順を変更した。	新規採用の医薬品の登録は含量違いも含め登録をすませる。	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
241	ジャディアンス錠が処方されていたがジャヌビア錠で入力され、監査も通った。窓口で交付前に気付き訂正した。	レセコン入力時の選択ミス	入力・監査の徹底	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
242	ジャディアンス25mgを処方の所誤ってジャヌビア25mgを調剤してしまった。その後誤りについて気が付き連絡し薬を交換。服用前だった。	当薬局ではジャディアンス25mgよりジャヌビア25mgを調剤することが多いため思いこんでしまった。	事例を共有し名前の類似する医薬品を全員で再度確認し再発防止に努めた	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
243	4/11に薬剤を交付した4/14娘より写真と違う薬が入っていると連絡あり。交換した。	薬剤師が高齢者となっている。	監査機械導入の検討	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
244	入力時に規格違いで入力	規格違いが数種あり選択ミス	落ち着いて処方箋を読み入力後も再度確認する	ジャヌビア錠50mg	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
245	シュアポスト0.25mgから0.5mgに増量になっており気づかず入力 監査時に発覚	混む時間帯であり、患者のコンプライアンスが悪く本人の残薬などの確認作業などもあり、いつもと違う状況であった	優先順位をしっかりと決め同時に作業を進めないよう改善する	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
246	ジュンコウ呉茱萸湯を調剤するべきところを、ジュンコウ当帰芍薬散を調剤してしまった。箱はジュンコウ当帰芍薬散であったが、その箱の中にジュンコウ呉茱萸湯が混じっていたために過誤調剤してしまった。しかし、監査時に間違いに気づいて、正しい薬をお渡した。	忙しい時間帯であったこと、ジュンコウの商品がすべて似ている包装であったことが要因と思われる。	商品を箱に戻すときは必ず何度も間違いがないか確認する。	ジュンコウ 呉茱萸湯 F Cエキス細粒 医療用	ジュンコウ 当帰芍薬散料 F Cエキス細粒 医療用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
247	硝酸イソソルビドカプセルとジルチアゼム塩酸塩Rカプセルを一包装したが処方変更で不要となったため、分包されていた薬を種類別に分類するよう学生に頼んだところ、2剤を同一の薬剤と誤認し同じ棚に戻していた。その後、ジルチアゼム塩酸塩Rカプセルのみ処方されている患者に2剤が混在して一包装されてしまった。薬剤師は、繁忙時で急いでいたため、最初の一包目のみ薬剤の確認をし、残りは数のみ監査して患者に投薬してしまった。同日に再度ジルチアゼム塩酸塩を分包しようとした際に、先ほど調剤した薬に2剤が混在していることに薬剤師が気づき、患者に連絡、急遽回収し作り直しをお渡しした。患者はまだ服薬しておらず事なきを得た。	学生は薬剤師に確認することなく、薬を分類し棚に充填してしまった。監査した薬剤師はコンタミネーションの可能性を考えず、急いでいたため一包目の薬剤が正しければ薬剤の揃え間違いはないものと判断し、それ以降は計数監査のみ行ってしまった。	学生の作業については複数の薬剤師が常に監督し、学生にはどのような作業においても一人の判断で行うことはないよう指導した。分包後の空のPTPも監査に回し、カウントすることとした。PTPのカラが無い場合はコンタミネーションの可能性を常に考える必要性を徹底。特に白のカプセルについては注意するよう、改めて通達した。	ジルチアゼム塩酸塩R カプセル200mg 「サワイ」	硝酸イソソルビド徐放 カプセル20mg「S t」		ヒューマンエラー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	一般名処方 普段とは異なるレセコン手入力操作。変換間違い。そのまま気づかず投薬。	経験の浅い医療事務がレセコン入力。薬剤師監査時気づかず。	レセコン入力手入力時はダブルチェックする。	ジルムロ配合錠H D 「サワイ」	ジルムロ配合錠L D 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
249	ジルムロ記載のところ以前から継続のカムシアを入力してしまった。	DO処方と思い込み処理してしまった	基本的なことであるが、処方箋と調剤録を確認し調剤を行う。	ジルムロ配合錠HD 「武田テバ」	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
250	内服5種類と湿布が記載された処方箋を持参され患者来局。ザクラス配合錠HDの処方に対しイルアミクス配合錠HDを調剤した。監査システムで照合時に調剤間違いであることに気づきジルムロ配合錠HDを調剤したが、取り間違えたイルアミクス配合錠HDを戻さずに監査へ回した。監査した薬剤師は処方箋に記載のないイルアミクス配合錠HDが調剤されていることに気づかず一緒にお渡ししてしまった。翌月患者本人が来局時、見知らぬ薬が入っていたとイルアミクス配合錠HDを持参され調剤ミスが発覚。患者は知らない薬だったため服用しておらず健康被害はなかった。	薬剤師の名称が類似していたため思い込みで間違えた薬を調剤してしまった。監査システムでエラーになった場合、誤った薬剤を戻し正しい薬を調剤するという調剤手順を遵守しなかった。監査時薬袋に記載された薬と実物を照合して薬を入れるが、当患者はすべての薬をまとめて1つの薬袋に入れる希望があったため、薬剤師はすべての薬袋と調剤された薬を照合せずにまとめて入れてしまい、間違えた薬が調剤されていることに気づかなかった。	処方箋と薬の名称をしっかりと確認して調剤する。特に名称やHD、LDなど規格が似ている薬は注意する。監査システムでエラーになった場合、誤った薬を戻してから正しい薬と取り換えるように調剤を行う。監査、投薬時は処方箋、薬袋、薬剤を照合して行う。また、患者本人と確認しながら投薬する。	ジルムロ配合錠HD 「武田テバ」	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
251	一包化で多剤ある処方。薬剤師AはシロスタゾールOD錠100mg 1錠を分2にする(半錠ずつ)ところ、間違っしてシロドシンOD4mgを半錠ずつにして分包。監査の薬剤師Bが間違いに気づき、調剤し直した。	薬剤師Aがシロスタゾールをシロドシンと見間違え、通常シロドシンOD錠を半分にしたことがなかったが、それも疑問に思わず、半分にして他剤と一緒に分包した。11種類と取り揃える薬が多い処方、繁忙でもあったので、確認が不十分だった。	シロスタゾールOD錠100mgとシロドシンOD錠4mgは「シロ」と「OD」で見誤り易いため、離れた場所で保管していた。それは継続する。薬品名を声に出して最後まで読むことを再確認した。	シロスタゾールOD錠 100mg「サワイ」	シロドシンOD錠4mg 「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
252	初回受付時にメーカーの入力ミスが起こり、半年を超える長期に渡ってそれに気づけないうままDo入力されていたため事務員が気づいた。	出荷調整のためメーカー変更が頻繁であった。粉碎調剤のため実物と入力の確認ができなかった。誰がいつからメーカー変更となるのリスト化していたが、初回に間違えた場合に拾えるシステムではなかった。施設の定期処方まとめてFAXされる曜日であった。	今後もメーカー変更は頻回になることが予想される。多忙な曜日に確認作業を増やすのはかえって逆効果になりかねない。1つ1つ品目毎にチェックをかけるのも時間がかかる。長期に渡ったことが問題だが初めて起こったミスであり、ほぼ未然に防ぐことができていると考えた。また成分の確認はできていたことから事例周知と、Do処方においても注意するよう喚起するにとどめた。	シロドシンOD錠4mg「KMP」	シロドシンOD錠4mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
253	シロドシン錠「YD」を調剤すべきところフェキソフェナジン錠「YD」を調剤、一包化。一人目の監査担当薬剤師は見慣れたシロドシン「YD」と異なる錠剤を認識したが、誤った錠剤が何か書籍で調べるも分からず。後で他の薬剤師に聞こうと考えたが、一旦監査済みとして処理。二人目の監査担当薬剤師が誤りを発見した。	後発品メーカーが同一の薬剤で一包化前のピッキングミスが発生。成分名は明らかに異なるが思い込みで調剤したと思われる。同後発品メーカーの薬剤は他にも数種類採用しているが、この中では調剤頻度が多い2剤であった。また、一人目の監査者の時点で一度は誤りが発覚したが、相談可能な薬剤師の不在で相談を後回しにした。	後発品メーカーのみで薬剤の種類を特定することは全く不可能。ピッキング時の薬剤名称確認を怠らぬよう徹底。疑義・疑問がある状態でも相談を後回しにせざるを得ない状況は起こり得る。相談を忘れぬようメモ・付箋等で対策をする。	シロドシン錠4mg「YD」	フェキソフェナジン塩酸錠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
254	モンテルカスト錠10mg 1日1錠42日分が処方。患者が先発希望の為シングルレアで調剤。シングルレアを10錠シート4枚と2錠の組み合わせで取り揃えようとしたところ、2錠を誤ってストミンAを取ってしまった。2日後の日曜日に患者が錠剤サイズの違いから気づき、翌月曜日に薬局を訪問し指摘された。	監査機器により薬品バーコード、重量によって監査したが、バーコードはシングルレアのものを読み取っており、重量もほぼ同じの為誤りを検出できなかった。監査機器での誤りがなかったこと、外観が類似していたため気づかずに交付してしまった。シングルレア錠10mgとストミンA配合錠は棚で上下に隣接した位置に配置されており、2錠の端数を棚に戻す際に間違えた可能性がある。	シングルレアとストミンAの棚を離れた位置に配置しなおす。取違の事例があった旨を記載したシールを棚に貼り付け注意喚起する。監査時には錠剤をまとめる輪ゴムを外して、裏面のデザインも確認する。	シングルレア錠10mg	ストミンA配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
255	シンバスタチン10mgを服用されている患者様にシルニジピン10mgを投薬してしまった。	両方、シートの外観と薬品名が酷似しており、そのまま投薬してしまった。後日患者様に電話にてご指摘あり。服用する前に患者様が気づいてくださった。	監査時に処方箋、薬の確認を丁寧に確認。忙しい時間帯でも同様に確認。	シンバスタチン錠10mg「NikP」	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
256	シンバスタチン (5) 0.5錠をバイカロン (25) 0.5錠と見間違い調剤した。	平素よりバイカロン錠は0.5錠で処方されることが多く、繁忙であったことから、処方の0.5錠の記載のみを見て、バイカロン錠と判断したと思われる。	処方監査の徹底と平常心で調剤すること。	シンバスタチン錠5mg「トロー」	バイカロン錠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
257	いつものお薬と説明してスー ज्याヌをお渡しした。後日服用しようとしたらいつもの薬と違うと来局された。間違いに気づきお取替えし謝罪する。	少し忙しかったことと普段スー ज्याヌの処方が多いため調剤者、監査者共に気付かずお渡ししてしまった。	名称をフルで読み込んで患者さんと一緒に確認してからお渡しする。	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
258	当該患者に定期薬としてスーグラ50mgが処方された。事務員Aがスーグラ50mgであるところを誤って、スー ज्याヌで取り揃え。薬剤師Aが監査・交付時に誤りに気が付かず、そのまま交付する。3/4に患者本人からTELにて薬剤が誤りであったことの報告を受け、交付間違いが発覚した。	1: 薬剤名が似ていた。2: 取り揃え時、監査時の確認徹底が出来ていなかった。	今回の間違いに関する事例共有。スー ज्याヌ、スーグラの名前が似ている薬剤の再度確認。	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
259	スーグラを調剤するところをスー ज्याヌを出していた。患者が家で一週間分の薬セットして置いて薬違うことに処方元の医療機関に連絡してそこから当局に連絡ありその後交換	確認不足	ピッキングの際の確認、薬袋に入れる際の確認、患者に渡す際の確認、を徹底する	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	
260	後発品商品名を一般名処方と勘違いし、先発医薬品で入力を行った。	以前からタイアップ外の処方箋として受け付けていた患者だったが、病院を転院していた。今までの処方内容と基本的には同じ内容だったため前回処方内容をコピーして修正していたが、今まで一般名処方または先発医薬品名で記載されていた内容が後発品商品名で記載されている医薬品が混在していることに気付かず、メーカー名を見落として一般名処方だと勘違いしてしまった。元々先発医薬品希望だったため、先発医薬品で入力していた。	後発品商品名のメーカー名部分に鉛筆で○をし、一般名処方でないことを強調する。他のメーカーの後発品を使用する際は処方箋記載のメーカー名部分に鉛筆で線を引き、使用する商品名を記入する。	スクラルファート顆粒 90%「トーワ」	アルサルミン細粒90%		ヒューマンエラー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	処方是一般名での記載でスチックゼノールAであったが調剤をフェルピナクスチック軟膏で行った。	当薬局の周りではスチックゼノールAの処方があまりないため思い込みもあり間違いに至った。	監査の徹底。一般名処方は特に気を付ける。	スチックゼノールA	フェルピナクスチック軟膏3%「三笠」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
262	スチックゼノールAが処方になっていた。薬局にはスチックゼノールAは在庫していなかったが、フェルピナクスチック軟膏をスチックゼノールAの後発品と思い調剤した。	処方はいつもよく受け付けている病院からはなかった。スチックゼノールAは元々在庫しておらず、調剤も初めてであった。外観が似ている為、スチックゼノールAのジェネリックだと思い込み調剤してしまった。スチックタイプで成分が異なる薬があることを知らなかった。	レセコンで入力すると、該当する後発品が一覧として出てくる。ジェネリックに変更する時はレセコンを確認したり、誰かに確認したり調べてから調剤するようにする。	スチックゼノールA	フェルピナクスチック軟膏3%「三笠」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
263	ゼチーアが処方されていたにもかかわらず、セチリジンを渡してしまった。	薬品名の頭文字だけで判断してしまったため。	薬品名を最後までしっかり確認する	ゼチーア錠10mg	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
264	患者様より、いつもの薬と違う薬が入っていると電話で連絡あり。いつものセチブチリン錠1mg「サワイ」というものの代わりに、セルトラリン錠25mg「明治」が入っているとのこと。処方箋を確認したが、いつも通りのセチブチリン錠1mg「サワイ」が処方されていたため、患者宅を訪問し、正しい薬と交換した。	混雑していた時間帯の調剤で、調剤者、監査者とも同効薬で、名前も類似していたため、間違って調剤、交付してしまったと 考えられる。	調剤棚に類似名注意とシールをし、調剤棚の位置を意識して配置するようにした。	セチブチリンマレイン酸塩錠 1mg「サワイ」	セルトラリン錠 25mg「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
265	散財の調整の際に、レボセチリジンのところセチリジンで調剤。監査の際に秤量がずれていることでおかしいと感じ監査システム確認+思い出したところ間違っていたこと発覚。(味でも確認)	処方箋内容をしっかりと確認。監査システム導入しているのでそこでのチェックも。	上記の通り。	セチリジン塩酸塩DS 1.25%「タカタ」	レボセチリジン塩酸塩DS 0.5%「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
266	一般名処方 レボセチリジン5MGの処方箋をセチリジン5MGで調剤した。	繁忙時に処方箋の確認がおろそかになってしまった。	繁忙期でも必ず処方箋を規格まで確認する。	セチリジン塩酸塩錠 5mg「NP」	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
267	ケフレックスカプセルが処方されて患者さまが後発品希望だったため、セファレキシン錠をピッキングすべきところをあやまってセファクロルカプセルをピッキングしてしまった。	2薬品間の名称が成分名ではセファレキシンとセファクロル、一般名でもケフレックスとケフラールで類似していたため取り違えが起ってしまった。	医薬品の商品名と一般名の紐づけが曖昧な場合はパソコンなどの資料を用いてしっかり確認を行ってから調剤を行う。	セファレキシン錠 250「日医工」	セファクロルカプセル 250mg「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	
268	セファレキシン錠が処方されていたところ、セファクロル250mgカプセルと入力。ピッキングの際には正しいセファレキシン錠をピッキングしたものの、鑑査の際に入力の間違いに気がつかず、薬袋・薬情・明細が誤りのまま交付。翌日、在庫のずれによって当事者によって発覚。謝罪のうえ、正しい情報をお伝えし、代金の差を返金。	セファレキシンとセファクロルの名称の類似。入力とその確認がおろそかになってしまっていた。	鑑査システムを用い、再発防止を心がける	セファレキシン錠250「日医工」	セファクロルカプセル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
269	2023年2月某日(月)13時47分頃に、平素より当薬局を利用している患者(86歳男性)が処方箋を持って来局した。処方箋には【般】セフカベンピボキシル塩酸塩錠100mg 1日2錠分2朝夕食後7日分と記載されていた。薬剤師A(職種経験年数1年未満)はセフカベンピボキシル塩酸塩錠100mgを調製するところ誤ってセフジトレンピボキシル錠100mgを調製し、鑑査に回した。鑑査と交付にあたった薬剤師Bが、監査を1度終えた後に交付前の確認で処方薬のセフカベンピボキシル塩酸塩錠100mgではなく、セフジトレンピボキシル錠100mg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はセフジトレンピボキシル錠100mgを正しく調製し、再度、薬剤師Bが鑑査した。交付前で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	一般名の類似や調整者の確認不足、普段多く処方が出るのはセフジトレンだったため慣れや慢心があったと思われる。	類似した名称のものは処方箋のコピーに印をつけて、違いが分かるようにする。	セフカベンピボキシル塩酸塩小児用細粒10%「サワイ」	セフジトレンピボキシル錠100mg「トローワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
270	一般名処方に出ており、薬剤名が類似しているため、取り間違えがあった。以前より類似薬品名の為注意するように棚に記載があったが、思い込みで取ってしまった。薬情の写真で薬の色が違うためにお渡し前に気付くことが出来た。	セフジトレンの方が使用量が多い為、いつもの抗生剤と思いこんで調剤してしまった。	今後は再度調剤前に正式名称を確認するように徹底。	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
271	一般名処方ではセフカベンピボキシル塩酸塩錠 (100) を間違えてセフジトレンピボキシル錠 (100) を調剤する。皮膚科の処方せんであり、セフジトレンピボキシル錠 (100) は使われないこともあり、監査薬剤師がすぐに気が付き調剤薬剤師に伝える。	医薬品名が類似していること、思い込みが要因。	棚に付箋をつけて注意喚起する。特に調剤者は鉛筆等でチェックをする。	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
272	セフカベンとセフジトレンの抗生剤間違えそうになった事例	名前が似ており、薬剤名の思い込みと監査機の漏れ	監査機使用の徹底	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
273	処方ではセフカベンピボキシルの一包化であったものの、セフジトレンピボキシルで調剤。監査時に発覚。	処方せんの確認が不十分のまま思い込みによる調剤を行ってしまった。	処方せんの確認の再徹底。監査の再徹底。間違えやすい名前の薬剤については配置も工夫する。	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
274	セフカベンピボキシルを調剤するところをセフジトレンピボキシルで調剤。	名称類似。調剤ルールの無視による。	医薬品名を最後まで口に出すとともに調剤者と別の人が鑑査し、薬剤師がさらに鑑査する。	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 「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	
275	抗生剤の類似薬を調剤	名前が似ていた	名称類似薬ありの札作成	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「S W」		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因すると考 えられた事例
276	薬剤師が「セフゾンで」と言ったた め、事務員が強行して打ち出した。	コピー機が故障中で、処方箋をコピーで きなかった。	処方箋原本と必ず照らし合わせる。	セフカベンピボキシ ル塩酸塩錠100mg 「トーワ」	セフゾンカプセル10 0mg		ヒューマンエラーやヒュー マンファクターに起因すると考 えられた事例
277	患者が耳鼻科の処方箋を持って来局し た。処方箋をもとに薬剤師Aがピッキ ングし、薬剤師Bが鑑査した。その際にセ 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が用意されてい ることに薬剤師Bが気づき、すぐに調剤 しなおし、正しいセフジトレンピボキ シル錠で患者へ投薬となった。	以前より薬剤の名称がよく似ており、調 剤過誤が頻発していた。そのため十分注 意していたが、焦ってしまい、思い込み で調剤してしまった。	基本ではあるが、調剤時に処方箋をじっくりみ て調剤にはいることを徹底する。また、投薬時 でも出し間違いを未然に防ぐために、処方箋に セフ ジ や、セフ カ のところに○をふ り、注意を促すこととした。	セフジトレンピボキシ ル錠100mg「O K」	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
278	処方ではセフジトレンピボキシル0.5錠 だったが、調剤した薬剤師がセフボド キシムプロキセチル0.5錠と間違えて 取っていたものを、そのまま投薬して しまった。	どちらも白い錠剤の半錠で、名前も間違 えやすい。	セフジトレンピボキシルは印字があるので、よ く確かめる。できれば調剤した薬剤師にも確認 ずる。	セフジトレンピボキシ ル錠100mg「O K」	セフボドキシムプロキ セチル錠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
279	セフジトレンピボキシルが14錠処方さ れていたが、4錠だけクラリスロマイシ ンが混じって調剤されていた。投薬者 がそれに気づき事なきを得た。	前回クラリスロマイシンを調剤したもの が、棚に薬を戻すときにクラリスロマイ シンをセフジトレンの棚に戻したため今 回のこと起きた。	薬を棚に戻すときはダブルチェックを行って戻 すようにする	セフジトレンピボキシ ル錠100mg「O K」	クラリスロマイシン錠 200mg「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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
280	急性期処方でセフジトレンピロキシム錠100mg処方あり。当該患者の前後も急性期処方の患者あり、他の方々はセフカペンピロキシム錠100mgで処方されていた。その流れでセフカペンピロキシム錠100mgと思い込み調剤した。患者への服薬指導で服情と照らし合わせて確認中に薬の取り間違いに発覚。	急性期処方でセフジトレンピロキシム錠100mg処方あり。当該患者の前後も急性期処方の患者あり、他の方々はセフカペンピロキシム錠100mgで処方されていた。その流れでセフカペンピロキシム錠100mgと思い込み調剤した。	調剤・監査時に一文字監査を徹底する。	セフジトレンピロキシム錠100mg「OK」	セフカペンピロキシム塩酸塩錠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
281	【処方箋】セフジトレンピロキシム錠：【レセコン入力】セフカペンピロキシム錠	事務入力者未熟。QRコードなしの処方箋であった。	初心者が入力したもので、QRコードなしの処方箋は、調剤に入る前にチェックを他の事務員がして処方監査する	セフジトレンピロキシム錠100mg「SW」	セフカペンピロキシム塩酸塩錠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
282	セフジトレンピロキシム錠100mg「サワイ」を間違えてセフカペンピロキシム錠100mg「SW」で調剤してしまう。投薬中に違いに気づいて過誤にはならずに済んだ。	セフジトレンピロキシム錠の方が頻繁に処方されていることによる思い込み混み合っていた	一人ひとりが注意深く調剤する混んでいる時間帯でもできる限り複数人で監査する	セフジトレンピロキシム錠100mg「サワイ」	セフカペンピロキシム塩酸塩錠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
283	名称の類似している「セフカペンピロキシム錠」と「セフジトレンピロキシム錠」を取り違えて用意した。	薬局者が特に多く繁忙していた時間帯だったため、念入りの確認を怠ってしまった。	調剤時における薬の名称の確認を徹底し、調剤者本人以外との二重確認を行う。	セフジトレンピロキシム錠100mg「トーフ」	セフカペンピロキシム塩酸塩錠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
284	処方箋記載がセフゾンカプセル50mg頓服 胃痛時との記載。抗生物質の頓用に疑問を感じ疑義照会したところ、セルベックスカプセル50mgの間違いと発覚。	子どもの精神疾患を専門とする診療所からの処方箋であり、普段使用することのない薬剤で記載を間違ったと推測。	今後も疑問を感じた場合は疑義照会をする。	セフゾンカプセル50mg	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
285	処方箋一般名セフボドキシムプロキセチル100mg2錠・分2と記載のところ、セフカベンピボキシル錠100mg2錠・分2で入力し、その薬剤をお渡し。投薬中に気づき、その場でセフボドキシムプロキセチル錠100mgに入力と薬剤を変更し投薬。	一般名が非常によく似ている薬剤であった。手打ち入力ではなくバーコード読み込み入力のため普段間違えることはないが繁忙のためか薬品入力を取り違えてしまったか。	職員に周知徹底し、入力・監査時に気を付ける。	セフボドキシムプロキセチル錠100mg 「サワイ」	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
286	パナン錠100mgが処方されており、該当の患者様はジェネリック希望のため、パナンのジェネリックである「セフボドキシムプロキセチル錠」に変更しようとしたところ、自店には在庫のない薬であった。そのため、近隣系列薬局に在庫がある旨を確認し、電話で該当薬の店舗間移動を依頼・承諾されたため自転車で取りに行った。自店にもどり、患者様の調剤前のカゴに店舗間移動で入手した薬を入れ、調剤が開始されようとした。その際、その薬が「セフボドキシムプロキセチル錠」ではなく、類似名称の「セフカベンピボキシル錠」であったことが発覚し、異なる医薬品を誤って調剤してしまいそうになった(調剤を開始しようとした薬剤師が気づいた)	店舗間移動により入手した医薬品は、伝票内容は「セフボドキシムプロキセチル錠」で正しかったため、伝票のみで判断してしまい、実際に入手した医薬品が正しい内容であるか確認を怠ってしまい、入手した際に気づくのが遅れてしまった店舗間移動を依頼した店舗にて、該当薬を用意したスタッフと、伝票を作成したスタッフが異なり、混雑時のため双方で確認が不足して用意されてしまっていた。	・店舗間移動を依頼した際、受け取った時点でその場で薬の内容・伝票の内容が正しいか確認をする。自店に持ち帰った後にも、受け取った医薬品の内容が必要な処方内容と一致しているかどうかを他スタッフとダブルチェックで確認する	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
287	セフボドキシムプロキセル錠100mgの処方をセフジトレンピボキシル錠100mgで投薬してしまった。処方日は5日分。患者は1.5日分服用してしまっていた。患者に体調の影響は無い様子。	名前が似ていた為、ピッキングを間違え、入力も間違え、監査もスルーし、投薬まで至ってしまった。	似ている名称の薬を薬局一同で把握し、薬棚にも注意するように対策する。	セフボドキシムプロキセル錠100mg 「トーワ」	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	
288	忙しく1日2回1日1錠の半錠を行うのを忘れてしまった。渡そうとしたところ患者様から指摘されました。一人で監査しました。	年末だったことから患者様の人数が多く、焦ってしまい見逃してしまいました。	必ずダブルチェックを行うこと。	セルトラリン錠25mg g「トーワ」	セルトラリン錠25mg g「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
289	自費の処方箋で一般名処方：トリメプチンマレイン酸塩錠100mg2錠分2、朝夕食後14日分が処方されていた。鑑査時に症状を確認したところ、交通事故による首の疼痛であることが判明し、鎮痛剤の処方と間違えたと予想された。疑義照会にて確認したところ、一般名：セレコキシブと間違えたことが発覚し、セレコキシブ錠100mg2錠分2朝夕食後14日分で交付した。	クリニックのレセコンの入力で“セレ”と入力することでセレキノロンとセレコックスが候補に挙がったと予想される。100mgと同じ規格であったことも間違えに気づけなかった要因と考えられた。	事例を共有し、再発防止を心掛けた	セレキノロン錠100mg g	セレコックス錠100mg 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
290	他院で処方されていた薬を診断の結果、追加しようと処方入力した際に、類似名称の医薬品名を誤って入力し、処方せんを発行され、当薬局に患者様が処方せんを持参した。受付時、追加になったこと確認し、今日少し血圧高めでしたかと薬剤師より確認したところ少し高めとの回答あり、今回セレクトール100錠、レバミピド錠2錠朝夕食後で追加処方あったが、入力、調剤、監査、投薬実施。投薬時、痛みの話もあり、血圧も思ったよりも高い数値ではなかったため、患者様に再度確認し、痛み止め以前他でもらった薬がよかったですと相談したと話あり、クリニックに疑義照会。結果、セレコックス錠100mg 2錠朝夕食後30日分に変更となった	単純な医師のほうの処方入力ミスであったが、ちょうど冬場に入り、血圧の上がりやすいタイミングでもあり、高血圧症で服薬もあり、受付時の患者様との話でも処方内容には違和感なかったため、投薬時の話の中で痛みの話もでて、服薬指導時に違和感を薬剤師も感じ、疑義照会を行ったこと防ぐことができた。	今回服薬には至らず、有害事象は回避できたが、受付時や服薬指導時での患者様とのやり取りを丁寧確認を行う。	セレコックス錠100mg g	セレクトール錠100mg 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	
291	セレスタミンを調剤すべきところセレキノンを選択しており、数量確認の際に気が付いて訂正した。	どちらの薬剤もグループ薬局から移動してきていて箱無し状態であり、それぞれを収納していたビニール袋や同包していた薬品名や期限・ロットなどを記載した用紙も同じ形式だった。	今後は色分けしたり、外装の写真を貼付するなどの工夫をします。	セレスタミン配合錠	セレキノン錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
292	一般名処方でベタメタゾン・dークロルフェニラミンマレイン酸塩錠のところ、ベタメタゾン錠で入力・調剤した。	一般名の最初しか見ておらず入力し、一般名での処方だったため調剤録で薬品の確認をし調剤ミスもした。	一般名処方には特に間違えやすいので必ず最後まで確認し入力をする。調剤に関しては調剤録ではなく必ず処方箋を見て調剤すること。スタッフ全員で基本ルールの徹底を行った。	セレスタミン配合錠	ベタメタゾン錠0.5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
293	センノシド2錠調剤するところをセフジニルで投薬	センノシドの保管場所付近にセフジニルがあり、調剤間違い、監査に違和感があったものの急いで確認怠る	セフジニルの保管場所をセンノシドと違う場所に置く	センノシド錠12mg「サワイ」	セフジニル錠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
294	ゾピクロン10mgとゾルピデム10mgを取り違え・交付してしまった。患者が夜服用しようとしたところ薬が違うことに気が付き連絡、交換に伺った。	薬剤師一人だったため、ピックのミスに気が付くことができずそのまま交付してしまった。前回と薬剤の変更があり、そちらに気を取られてしまった。	調剤後、交付前にもう一度処方箋内容の確認をする。他に薬剤師がいれば必ず監査をしてもらう。	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
295	ソランタール錠が全量15錠処方があったところ、ソランタール錠を10錠・チザニジン錠を5錠で誤って調剤。他の薬剤師の監査により発覚し、再度調剤・監査して患者へ交付。	調剤時の注意散漫や、薬剤のPTPシートの類似に加え調剤棚の配置が隣接していたことが考えられる。	薬局スタッフ内で今回の出来事を周知し、調剤棚の配置を変更した。	ソランタール錠100mg	チザニジン錠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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
296	4/21の処方で、ソリフェナシン (2.5) が処方されていたが、ソリフェナシン (5)で入力、調剤されており、そのまま鑑査、投薬し渡してしまった。患者は今回の外来 (5/19) まで5mgを服用していた。	今回の処方箋は2次元バーコードがついており、規格は自動的に入力される。処方箋記載は普通錠、当店採用はOD錠と剤形が違います。剤形を変更する入力の際に、規格を間違えて入力してしまっていた。  鑑査システム、鑑査の際は、処方箋内容とピックアップした薬の内容を確認している。今回はその確認が漏れてしまった。	複数の規格がある薬については、鑑査の際に、処方箋原本に鉛筆でチェックを入れながら鑑査する。	ソリフェナシンコハク酸塩OD錠2、5mg 「ニプロ」	ソリフェナシンコハク酸塩錠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
297	ソリフェナシンOD5mg「トーワ」を一包装化すると、数包だけゾルピデムOD5mg「トーワ」が一包装化されていた。払い出し前に気づき、正しい薬を入れて交付した。	錠剤の見た目が似ており、一度他の患者で分包したものをバラして再調剤したため、バラす際に混ざってしまったと思われる。	一包装化した薬のバラシ、再利用はしない。	ソリフェナシンコハク酸塩錠5mg「トーワ」	ゾルピデム酒石酸塩OD錠5mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
298	不眠にてゾルピデム酒石酸塩錠5mgを服用していた患者が、眠れないと処方医へ相談しゾルピデム酒石酸塩錠10mgへ増量になるところ、処方医が誤ってゾピクロン錠10mgを処方してしまった。疑義照会を行い、ゾルピデム酒石酸塩10mgへ変更してもらった。	ゾルピデム酒石酸塩錠10mgとゾピクロン錠10mgの名前が似ている事と、同じ向精神薬で眠剤であるため、誤って処方入力してしまった可能性があり。今回は、投薬時に科患者さんから「ゾルピデム酒石酸塩錠5mg→10mgへ増量になると処方医から話があった」との聞き取りにて気が付く事ができた。	薬が変更になった際は、なぜ変更になったのか、処方医からの話はどういったものだったかを投薬時に聞き取りを行い、疑問に思った場合は疑義照会を行う。	ゾルピデム酒石酸塩錠10mg「DSEP」	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
299	ゾルピデム5mg「TCK」から「NP」へ採用変更になっていたのを間違えて「TCK」で入力・鑑査・投薬	「NP」に採用変更になっていたが、バラ錠は「TCK」が残っていたため一包装の患者は「TCK」を使用していた。バラ錠の包も「TCK」がなくなったため「NP」を使用していたにもかかわらず、マスタへの記録などが不手際で薬局内で周知されていなかった。	できるだけメーカー変更のタイミングを合わせするなど工夫する	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「NP」	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「TCK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
300	医薬品の入手困難なが続き、メーカー変更が多く、そのため外装・錠剤の色形の類似が増えていた。ゾルピデム錠が処方され、向精神薬の引き出しから薬品調剤したが、その夜患者から電話があり、薬の間違いを指摘。次の日(祝日)確認に薬局へ行き、別の薬が2シート入っていた。患者に連絡すると、すぐに薬局され、交換する。	その前の患者の薬の変更などで、薬品棚へ戻すのが間違っていたのだろう。GW谷間の多忙と、メーカー製造中止や規制がわかり、入手できるメーカーに変更が続き、確実さにかけていた。	忙しい中にも、落ち着かせる	ゾルピデム酒石酸塩錠 5mg「日新」	ラベプラゾールナトリウム錠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
301	一包化の患者で、前日に薬の準備をしてあった。予定通り薬局。一包化を作成した。その後監査している薬剤師が薬の取り違えを発見した。	非常に色、形が非常に類似しており、前日に準備していた人が取り間違えておいてあったのを、作成する人も確認を怠ってそのままばらして一包化を作ってしまった。薬棚で薬を探すときに、形や色で先に見てしまうことがあり、頭に思い浮かんだタケキャブの形状だけで勘違いしてアジルバを取ってしまったと考えられる。	一包化作成時にも再度確認することを申し合わせた。監査までトリプルチェック体制を取らないといけない。	タケキャブ錠10mg	アジルバ錠40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
302	タケキャブ20mgの棚にジャヌビア50mgの箱が充填されており、気づかずにジャヌビアを調剤し、監査で気づきました。	卸から納品後、棚に直す時に間違えて充填。気づかずに調剤。監査で間違いに気づきました。	充填時に棚ラベルと薬品があっているか必ず確認。調剤する時も、違う箱が入っているかもしれないので十分確認するよう気を付ける。	タケキャブ錠20mg	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
303	タブコム配合点眼液が処方されたが誤ってタブロス点眼液をピッキングしてしまった。	医薬品の名称が類似していたため起こった取り違えだと思われる。	医薬品の名称をしっかり確認し調剤を行うようにする。	タブコム配合点眼液	タブロス点眼液0.015%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
304	タブコム配合点眼液処方のところタブロス点眼液をピックアップしてしまった	名称が似ているための取り換え	保管場所を離して、取り換えを避けるようにした	タブコム配合点眼液	タブロス点眼液0.015%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
305	タブコム配合点眼液からタブロス点眼液に変更になっていた為、患者に確認するも医師から説明を受けていなかった為、疑義照会を行った。前回から処方内容に変更はなく、医師の選択間違いであった事が分かった。	名称が類似である為、医師が選択を間違えたと考察できる。	薬が変更した際は患者に確認を行う。患者が把握していない際は疑義照会を行う。	タブコム配合点眼液	タブロス点眼液0.015%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
306	タブコム点眼液が処方の所タブロス点眼液をピックアップした。	両薬とも同一人物のみの使用している薬剤であり両薬に使用している患者の名前が記入してあった。	薬に付けているタグと薬歴に注意喚起の記載をする。	タブコム配合点眼液	タブロス点眼液0.015%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
307	タブロス点眼液処方のところタブコム点眼液をピックアップ。交付時に違いに気づいた。	年末による繁忙期、薬剤師一人、事務員一人で終盤の時間帯のため疲労などが要因	処方入力から監査・交付までの手順にぬげがないか再確認した。タブロスとタブコムを話した場所に、また類似薬品の注意喚起ポップを貼った。	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
308	<p>タブロス点眼薬処方にラタノプロストを調剤、投薬した。後の発注管理時に両薬剤に同数の誤差が生じており、該当患者に電話連絡確認し、渡し間違いが発覚。患者は手持ちの残薬を点眼していたため、誤投薬した薬剤には手を付けておらず、正規薬剤に交換することが出来た。投薬時に冷所保存の旨を伝え薬袋にも冷所保管の旨を記載していたことからラタノプロストと思い込みで渡した。患者家族も以前は冷蔵庫で保管することは効いていなかった為不思議に感じていたと後に聴取した。</p>	<p>確実に処方箋を読み取らなかった事、普段処方頻度の多いラタノプロストとの思い込みがあったこと、投薬時の最終監査において処方せんとの照らし合わせをしなかった事が要因。</p>	<p>以前も別の薬剤師による誤投薬があり周知したが2度目の事例となってしまった。社内安全研修医院会に報告し、店舗内だけではなく全社で事例を共有し、店舗内においては両薬剤の棚に注意喚起の貼紙をし全員で共有した。</p>	<p>タブロス点眼液 0.015%</p>	<p>ラタノプロスト点眼液 0.005%「SEC」</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>
309	<p>先週にタブロス点眼液3本の処方のところを タブコム配合点眼液3本で調剤する。当日に朝に継続の薬だったので開封しようと思ったところで患者様が気づき、薬局に連絡して発覚。</p>	<p>類似医薬品のために、思いこみで調剤して、繁用で確認できていなかったことが原因</p>	<p>監査者は、処方の監査の徹底、投薬者は、服薬指導においても患者様の前でも薬の確認を行うこと</p>	<p>タブロス点眼液 0.015%</p>	<p>タブコム配合点眼液</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>
310	<p>フロセミド錠 20mg が今まで処方されていたが、今回の処方より中止となった。前もって一包化していたため、フロセミド錠 20mg を抜いたつもりだったが、実際にはタムスロシン錠 0.2mg を抜いてしまっていた。一包化錠数の確認のみになってしまい、5日後それに気づいた看護師さんより連絡が入り、間違いが判明した。</p>	<p>識別コードが2と0で判断して抜いてしまった。また、変更後にほかの薬剤師による監査を行うことなく完結してしまっただ。</p>	<p>変更時には2人以上の薬剤師で必ず監査を行うように徹底する。一包化の監査時には、数にも内容にも注意を配るように徹底する。</p>	<p>タムスロシン塩酸塩 0.2mg 「明治」</p>	<p>フロセミド錠 20mg 「NP」</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
311	予製のタンニン酸アルブミン 1g/日をピッキングするところ誤って炭酸水素ナトリウム 1g/日でピッキングしてしまった。監査時に色の違いを不信に思った薬剤師により取り違えが発覚し患者に渡る前に処方通りの内容でお渡しできています。	・ピッキングは2023年4月より入社スタッフが行っていた。・名前の類似	・ミスノンを忘れずに適切に使用する。・特徴的な色などがある場合は引き続き把握し監査に繋げる。	タンニン酸アルブミン 「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
312	チウラジールを調剤するところパルモディアを調剤。	同じ棚にあった。外観が類似。調剤時、薬剤名、規格、剤形の確認の徹底不足	棚位置の変更調剤時の手順の徹底。	チウラジール錠50mg	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
313	一般名処方でチザニジン錠が処方された。該当患者には以前から出ており薬歴にも記載されていたが調剤者は薬歴を確認せず探せずにいた。他の業務をしていた薬剤師に尋ねると調剤者が探していた棚にあったニザチジン錠と勘違いし同成分のアシノンを提示した。患者が来局され調剤者がレセコン入力をしていて間違いに気づいた。	調剤者は薬歴を確認せずに調剤する癖があった。また他の薬剤師も別の業務をしていて処方箋・薬歴を確認せず判断していた。	教育を継続し、監査を厳重に行う。	チザニジン錠1mg 「NPI」	アシノン錠150mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
314	一般名チモロール点眼液0.5%(持続性)の処方。チモロールXE点眼液0.5%「ニットー」でお渡しするところを、チモロール(非持続性)チモロールPF点眼液0.5%で調剤してしまった。	処方箋をよく確認せず調剤してしまった。	処方箋、薬剤情報、薬袋など全てを確認しながら、調剤監査を行う。投薬時にも薬をきちんと見せ、他薬でないことを確認する。	チモロールXE点眼液0.5%「ニットー」	チモロールPF点眼液0.5%「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:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
315	チラーヂンS 50 μg 1.75錠35日分処方。全量61.25錠必要だがチラーヂンS 50 μg 61錠と0.25錠をワーファリン1mgで調剤する。1日分のみ誤調剤してチラーヂンS 50 μg 1.5錠とワーファリン1mg 0.25錠を一緒に分包する。	勘違いで端数(0.25錠分)のみ他剤をピッキングしてしまった。鑑査では大きさや色、外観がよく似ていたため発見できなかった。	再度、調剤時に確認を徹底する。	チラーヂンS錠50 μg	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
316	チラーヂンS錠50 μg 1錠 63日分処方されたが、調剤されたお薬がチラーヂンS錠50 μg 60錠にアマルエット配合3番が3錠輪ゴムで束ねられていた。	1人の調剤者が60錠チラーヂンS錠50 μgを調剤したところで、別の調剤者に続きを交代した。2人目の調剤者が誤り、チラーヂンS錠50 μgの隣の隣のケースにあるアマルエット配合錠3番を3錠ピッキングしてしまった。	薬剤を入念に監査する事。繁忙時に調剤を途中で交代する時に注意するか、なるべく途中で交代しないように心がける。	チラーヂンS錠50 μg	アマルエット配合錠3番「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
317	グーフィス錠5mg 4錠 分2朝夕食後 28日分の処方がありました。患者さんに確認したところ、医師から糖尿病の薬が追加になると聞いていたとのことでした。グーフィス錠5mgは糖尿病薬でないこと、またグーフィス錠5mgは4錠分2で服用しないことから、疑義照会したところツイミーグ錠500mgの間違いであった。	グーフィス錠5mgとツイミーグ錠500mgの処方間違いでした。医師の処方間違い。	新しい薬が処方になった時は患者さんからの聞き取りをしっかりと行う。	ツイミーグ錠500mg	グーフィス錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
318	ツイミーグの薬剤棚に、メトホルミン塩酸塩錠MT500mgが混入していた。	剤形が似ている同時に処方されることが多い調剤台が狭い1処方が多剤忙しい時間帯だった	保管している場所は離れているのだが、似ているため、戻すときの確認が甘かったしっかり確認していきたい	ツイミーグ錠500mg	メトホルミン塩酸塩錠500mg MT「DS PB」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
319	ツムラ安中散(5)7.5g 毎食前4日分処方されている患者様から、もらったお薬が安中散(5)が1枚と残りがツムラ黄連解毒湯(15)になっていると連絡があり在庫を確認したところ、ツムラ安中散とツムラ黄連解毒湯の在庫量が異なっていた為投薬の間違いが発覚した。	該当の漢方薬が入った箱を確認したところ、安中散(5)の箱の中に黄連解毒湯(15)が複数入っていることが確認された。以前の調剤の際にお薬を箱にもどす際に別の箱にもどしたと思われる。これが原因でピッキングに誤りが発生した。また、監査時に似た包装であることから鑑査ミスが発生した。	取り出した薬を戻す場合は、戻す薬と戻す場所にある薬の確認を行う。鑑査時には、包装で確認するのではなく、お薬の名前も併せて確認を行う。	ツムラ安中散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ黄連解毒湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
320	薬剤変更気づかず誤って入力 監査時に見逃す	人員不足 多忙	変更があると思って入力、監査する	ツムラ胃苓湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ平胃散エキス顆粒 (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
321	以前からツムラ黄連解毒湯が処方されており、黄連解毒湯内服し始めてから下血等の症状等、安定していた。R4、12/21、黄連解毒湯処方桂枝茯苓丸をあげてしまう。本人も味もあまり変わらないようなので、気にせず内服を続けていたとの事でしたが、R5、2/2少し気になるとの問い合わせにより、間違いに気が付き、早々取り換えてその日から黄連解毒湯を飲んで頂いております。特に体調に変化はなく、一番心配している下血もなく過ごせているとの事。ただ、この頃、少し下半身に浮腫あるように思うが?との事。その旨、処方元のDr.へお知らせする。その後、黄連解毒に内服切り替えても浮腫は悪化も改善もなしのようです。	黄連解毒湯 (15) ・桂枝茯苓丸 (25) 、どちらも、同じ黄色のパッケージで、患者様も違和感なく飲んでしまったようです。実は (25) 、在庫数が合っていないことを把握していたにも関わらず、追求しませんでした。伝票の入力ミスかもと放置せず確認していたら、もう少し早くに投薬ミスに気が付く事が出来たと反省しています。今後は在庫数が合わないこと把握した場合は、徹底的に追求する事、怠らない。	在庫数が合わないこと把握した時点で、徹底的に原因を追求する事に努める。	ツムラ黄連解毒湯エキス顆粒 (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



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
322	正) ツムラ温経湯106誤) ツムラ温清飲57で調剤を行ってしまったことを翌朝気が付いた。患者の服用前に交換対応ができたため、健康被害にはつながらなかった。	終業間際の時間であったことから疲れもあったかと思えます。普段あまり処方が出ない「温経湯・温清飲」の類似名称漢方薬の棚を50音順にしているため、近場に配置してあったこともピッキングのミスにつながったか。	電子薬歴の申し送りに注意喚起メッセージを入力した。今回の事例について職員全体に周知した。漢方薬の棚の配置を見直した。	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
323	ツムラ温清飲エキス顆粒が処方されていたが、ツムラ温経湯エキス顆粒で調剤。	処方箋入力時点で誤って入力してしまった。入力鑑査時・調剤薬との照合時に見落としてしまった。投薬時にも気づくことができなかった。	調剤スタッフ全員に類似薬品名の医薬品を周知する。投薬直後の処方箋振り返りの徹底。	ツムラ温清飲エキス顆粒(医療用)	ツムラ温経湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラー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	ツムラ加味帰脾湯が処方されていたが、当事者2の薬剤師がツムラ加味逍遙散でピッキングをし、当事者1の薬剤師が鑑査をしてそのままお渡し。ご本人が服用前にいつもと色が違うことに気づき、ご連絡を頂き交換対応をさせて頂き謝罪。	漢方薬の不足が続いており、在庫確認等別のことに気がとられ、通常の手順でしっかり確認が行われずに、そのままのお渡しになってしまった。	ピッキングや鑑査の作業に集中すること。また集中しやすいような、環境づくりをする。	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
325	加味帰脾湯の処方 came 時、「加味」の文字を見て、加味逍遙散と思い込んで加味逍遙散をピックしてしまった。	「加味」で始まる漢方薬を加味逍遙散しか知らなかった。他にもピックしなければならぬ薬があり、焦りがあつたと考えられる。	1.薬品名を最後まで確認した上でピックする。2.加味帰脾湯と加味逍遙散の違いを知る。3.診療科による違いで傾向があつても、思いこまない。	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	
326	処方箋にツムラ加味帰脾湯が記載されていたが、ツムラ加味逍遙散を調剤をし、そのまま患者様に交付してしまった。患者様も最初は気づかずに服用し2日後発覚。6回分服用していた。患者様より連絡後、別の薬剤師が訪問、加味逍遙散を回収、加味帰脾湯をお渡し。体調を確認した所今のところSEなどの症状はなし。処方医に報告し患者様より相談があれば対応いただくようお願いしました。	常勤の薬剤師不在で応援の薬剤師が対応。薬名が類似している加味帰脾湯、加味逍遙散を取り違い、そのまま交付。1人薬剤師の事が多く、複数の目を入れることが出来ていなかった。交付時も、薬情と薬の確認の時にも発覚しなかった。	医療事務を含めできるだけ複数の目を入れる。薬交付時患者様に薬と薬情の写真をみせて、一緒に薬効用法の確認をする。薬名類似品目を再度確認、リスト化する。	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
327	調剤録の点検時に加味帰脾湯が加味逍遙散で入力されていることを発見。7監査機を確認したところ加味逍遙散であった。患者に連絡した所4回(2日)服用したとの事だった。薬を交換し、処方医に経過を報告し、謝罪した。処方医より事例経過を提出するよう言われた。	忙しく処方内容を生確認読み込んでいなかった。2人組の処方であったためそれぞれに気を取られた。入力:A 監査:B 投薬:B	漢方薬の名称を一字ずつ確認し ビッキングをする。規格 用法 用量をチェックいれつつ確認。加味帰脾湯 加味逍遙散は薬剤名が類似している薬剤は注意「類似薬品あり」のラベルを付けた。	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
328	ツムラ24加味逍遙散エキス顆粒、ツムラ137加味帰脾湯エキス顆粒調剤ミス。患者様よりいつもと違うと連絡があり発覚。1包服用されていたが、体調異常なし。医師にも報告。すぐに回収し、薬剤交換の対応。	名称の最初だけに捉われてしまい調剤。	名前を分かり易くするため、外箱の名前に印を入れておく。	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
329	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒の調剤の際、同薬剤の入った箱から正しい数量を取り出した。しかし箱の中には一部ツムラ抑肝散エキス顆粒も混入しており、外観が黄色のパッケージで類似していたため、誤った薬剤が入っていることに気付かずそのまま調剤してしまった。	取り出した薬剤を誤った箱に戻していたこと、また調剤時に薬剤を外観で判断・選択し、薬剤名の確認を怠ったことが今回の事例発生の要因であると考えられる。薬剤を元の場所に戻す際には、その棚や箱が正しいかどうかの確認を徹底することが必要である。また調剤時にはパッケージや名称の類似品もあることを考慮し、薬剤を外観で判断せず名称まで確認しなければならない。	薬剤を元の位置に戻す際の確認の徹底、外観・名称などの類似品の周知、また調剤時の薬剤の取り違い防止に対する意識の共有を行った。	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒(医療用)	ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラー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	調剤者がツムラ葛根湯ではなく、ツムラ潤腸湯を調剤していたにも関わらず、繁忙の時間帯の焦りから監査者も取り間違えを見落としてしまった。投薬者が服薬指導中に中身が違っていることに気がついたため、当該患者の服用はなし。	葛根湯、潤腸湯どちらも包装が水色であり、思い込みによるミス。	以後、同じミスが起こらないように、葛根湯と潤腸湯の位置を離れた。繁忙の時間帯であっても、焦らずに気を引き締めて取り組む。	ツムラ葛根湯エキス顆粒(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
331	門前の整形外科からの処方。通常ツムラ葛根湯とツムラ芍薬甘草湯を併用で処方することが多いが、今回はツムラ葛根湯加川きゅう辛夷とツムラ芍薬甘草湯が併用で処方されたため、疑義照会を行った。	薬品名が類似しており、三文字検索で選び間違えたことが要因であると考えられる。	通常と違う処方内容の際は必ず疑義照会するようにしている。	ツムラ葛根湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
332	ツムラ2葛根湯加川きゅう辛夷が処方されていたが、ツムラ1葛根湯にてピッキングしてしまった。近くにいた薬剤師が発見し、交付には至らなかった。	事務員による調剤アシスタント(入社半年)だったため、知識が不足しており最初の文字だけで判断してしまった。	漢方には類似名の薬が多くあるので最後まで薬品名を確認することを指導。ピッキング監査システムの使用徹底。	ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒(医療用)	ツムラ葛根湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

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

公財)日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
333	ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷湯が処方され、調剤を行ったところ、ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷湯のケースに柴胡加竜骨牡蛎湯が入っていた。在庫など確認し、ズレが無いことから今回初めて起きたことだとわかった。	柴胡加竜骨牡蛎湯をピッキング時に多くとりすぎ、戻すときに葛根湯加川きゅう辛夷湯のケースにしまったしまったと思われる。(調剤を誰がしたかは不明である。)	調剤補助員が薬を戻す際は必ず薬剤師が確認してから戻す。薬剤師の場合は薬がしっかりあるか確認してから戻すか、他の薬剤師に確認してから戻す。	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
334	ツムラ桔梗湯(138番)とツムラ人参湯(108番)を混ぜて調剤。	棚から取るとき、箱から出すときの確認不足。色だけで棚から取り、そのまま思い込んで調剤してしまった。	日頃からの整理整頓、調剤時の最終確認の徹底	ツムラ桔梗湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ人参養湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラー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	ツムラ牛車腎気丸が処方されていたがツムラ八味地黄丸が混ざって調剤されていた	牛車腎気丸は107番で八味地黄丸が7番色、番号が似ており、棚も上と下だった。納品検品後に107番に7番を入れてしまったため発生した。	薬の棚をずらした。収納する時、調剤 監査も番号だけでなく 名称の文字で判断するように教育した	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
336	患者さんが処方箋を持って来局した。処方箋にはツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒5g分2朝夕食前30日分と記載があった。事務員(職務経験年数5年)が正しく入力した後、薬剤師A(職務経験年数20年)が誤って、ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯を60包調剤し、鑑査へ回した。鑑査者である薬剤師B(職務経験年数6年)は誤りに気づき、薬剤師Aに伝え、正しく調剤し直してもらい、鑑査をして患者へ交付した。交付前の誤りであったため患者へ影響はなかった。	名称類似しており、2種類の在庫が薬局内にあると認識していなかったことが原因。	今回の誤りがきっかけで新しく知識として身につけ、今後は誤りのないよう処方箋をしっかりと読むよう徹底する。	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	
337	ツムラ桂枝加朮附湯を1日3回35日分(105包)処方された患者さんに対し、そのうち19包を誤ってツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯を調剤して投薬した。	ツムラ桂枝加朮附湯とツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯はどちらも赤色の包装であり見た目が似ていることから、1箱を使い切った時に同じ赤色のツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯の箱を開けて調剤してしまったこと、また繁忙の為に1包ずつの確認を行わなかったことが考えられる。	監査、投薬時にそれぞれ1包ずつ確認することを怠らない。包装の色が同じであるものは離れた位置に置くように配置を工夫する。	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
338	ツムラ桂枝加芍薬湯処方をつムラ桂枝加芍薬大黃湯と取り違えて渡すところだった。	名称が似ているため	間違えないようにマーカーで確認と共に薬歴に間違えないように記述をおいておく	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
339	ツムラ60の処方のところ、ツムラ134での入力に来ていた。また、入力が完了する前に、ツムラ25で計数調剤しており、それを取り直したところで、入力が違っていたことがわかった。	調剤者・入力者でそれぞれ違うものにて業務を進めてしまった。ツムラ25はそれなりに払い出し回数のある薬だが、ツムラ60自体が当薬局ではレアな処方、調剤間違えがあったと思われる。入力に関しては、薬品候補の順にて、間違っただけのものを選んでしまった可能性がある。	漢方で名前の似ている薬は色々あるので、処方箋をしっかり確認のうえ、それぞれの業務にあたる。	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
340	ツムラ桂枝茯苓丸(25番)が処方されている患者にツムラ桂枝茯苓丸加&#34191;苡仁(125番)を間違えてお渡しした事例患者様がお急ぎだったこともあり、焦りもあったとのこと。多忙であったため、ピッキングしたのが事務員で、監査の薬剤師が色、番号で判断し、投薬者にわたし、投薬者も急がないととの焦りでミスしてしまった様子。また包装の色も同じで番号も似ているため、間違えた可能性あり。	このような名称、包装類似品は薬剤の配置にも気をつけてはいたが、ピッキングしたのがなれていない事務員であったことも間違いの要因。監査する方も、急がされて焦りがあったことも要因の一つ。	離して配置はしているが、それでも薬剤名、番号類似しているため注意が必要。処方箋に薬剤名の横に番号記載することを徹底する。各薬剤師が事例を頭に入れておく必要もあり。	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	
341	ツムラ桂枝茯苓丸を投薬しなければならないところ誤ってツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニンを投薬した。患者は2包服用したが体調変化は見られなかった。継続して誤った薬品を服用し続けた場合は体調に変化、副作用が発現することが考えられた。	名称が類似しており番号は「25」と「125」であるため同色のパッケージであるため調剤者、監査者共に誤りに気付かなかった。	類似薬品名、同色の包装の医薬品は場所を分けて保管し、類似名称があることが分かりやすいよう表記をして気づきやすいようにする。	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
342	ツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニン (125) の処方に対して、ツムラ桂枝茯苓丸 (25) をピッキング、調剤実施。監査の際にも気づかずに、袋に入れる際に間違えに気付く。	ツムラ25、125は共にオレンジカラーであり、番号も似ている為間違いやすい事例の一つ。最後まで処方内容の確認を行うことで防げる間違いであるが、繁忙の際に起こってしまった。	処方箋の薬品名の確認を調剤、監査者がしっかり行うことで防げるため、今後慌てた調剤行わずに、徹底していく。	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
343	ツムラ25桂枝茯苓丸が処方されており、監査時、数量が足りなかったの で、調剤者に指摘。納品直後に置いてあった薬のコンテナからツムラ125桂枝茯苓丸加よ く苡仁を取り出し、不足分に追加して調剤。再監査時に数のみ確認して投薬。投薬後に125番の空箱を見つけ間違いに気づき患者にすぐ電話して交換対応。	ツムラの25と125が同じ色で、前4文字も同じ為、混ざっていると見落としやすい。また、監査時に指摘し修正して調剤し直したので気のゆるみも要因の一つである。	漢方の類似名称をスタッフに周知	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
344	ニキビの治療でツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒&#12885;が食前60日分で処方されていた。42包入りの箱を開けて調剤していたうち、1箱にツムラ桂枝湯&#12986;が混ざっていたが、気が付かずに患者さんの家族に渡してしまった。服用前に患者さんの本人が気づき、患者家族が交換に来局された。	箱の色、名前も似ており、同じ引き出しに入っていた。薬剤師が一人だったので監査も一人で行っていたことが原因。	似た名前の漢方は、場所を話して保管。1箱ずつ、しっかり確認する。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桂枝湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
345	ツムラ桂枝茯苓丸加&#34191;苡仁エキス顆粒のところ、ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒を調剤。1回1包服用後、薬が誤っている事に本人が気づかれて、薬局に報告。その後、薬を交換し正しい薬をお渡しした。	ピック時、監査、投薬時、薬の確認不足。また、思い込み。	処方内容と薬の確認の徹底。	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
346	ツムラ125が処方されていたが、誤ってツムラ25を交付していた。次の来局時に患者からの申し出で過誤が発覚。	類似した薬品の確認不足	監査を再度徹底する	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
347	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒(医療用)を調剤するところツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)を調剤してしまった。	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒(医療用)とツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)の番号、色、名前が類似していたため調剤過誤を起こしてしまった。	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒(医療用)とツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)が似ていることを従業員や実習生などに伝え、類似の漢方があることをメモを書いておく。注意喚起の札を設置した。	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
348	漢方薬の名称の類似から誤って調剤してしまった。	漢方薬の処方が多数あり、在庫の漢方薬も多数あることから間違えやすい状況もあると思われる。	ダブルチェックは常日頃から行っているが、常に何度も確認する事を心掛けたい。	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
349	「ツムラ桂枝茯苓丸よくいんエキス顆粒、7.5g/日、毎食前、56日分」の処方において、24包を「ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒」でお渡ししていた。	両漢方の棚の在庫の位置が隣だったこと、ヒートの色が同じオレンジ色だったことにより、24包を間違えて調剤し、鑑査もぎっちりできていなかった。	両漢方の棚の位置をずらしておくことにした。また、大量処方時も番号やヒートの色などぎっちり確認するようにする事とした。	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
350	ツムラ五苓散が処方されていたが、ツムラ八味地黄丸をお渡ししてしまった。患者様は10日分服用され、違うことに気づき間違いが発覚。患者様の体調には問題なく、むくみの悪化もないことを確認しDrへ報告。	漢方薬の番号の取り間違い。取り間違えに気づかずにそのまま監査しお渡ししてしまった。	漢方は色や番号の取り違いが起りやすいため、処方された漢方の番号ではなく名前で監査をしっかりと行う。	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
351	五苓散を調剤するところ、五苓散の中に八味地黄丸が一部入っていた。	ツムラ五苓散とツムラ八味地黄丸は見た目が非常に似ている。五苓散を確認し、全部同じであるという思い込みがあり、五苓散の中に八味地黄丸が、まざれていると考えなかった。あっているという思い込みから確認作業が甘くなり、八味地黄丸と五苓散を見間違い調剤過誤になった。	色が同じ漢方薬等は、戻し間違いや取違の原因になるとともに、鑑査の際に見過ごされることがある。先入観を持たず、漢方薬一つずつ確認する、特に漢方の番号に気をつけて調剤、鑑査を実施する。	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
352	ツムラ五苓散 2p 2× 70日分処方あり、五苓散21p×6束と、八味地黄丸 14pをお渡ししてしまい、1包服用されて、プシの舌のしびれで発覚。謝罪交換対応。	事務員、薬剤師の人数が少なく多忙だった。鑑査体制が甘かった。	入庫の時点でのミスの可能性もあり、チェックの目を増やす。ダブルチェック強化する。	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



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
353	ツムラ五苓散エキス顆粒(医療用)を70包交付するところ、そのうちツムラ牛車腎気丸エキス顆粒(医療用)が21包(1束)混入していた。調剤、監査、交付のいずれも一名で行っていた。後日患者からの連絡によって発覚、患者は服用前に気付き牛車腎気丸は服用しなかった。調剤棚にも9包間違えて入っていた。在庫を確認し五苓散と牛車腎気丸が同数ずれていることが発覚。両薬剤の処方患者を検索し、それぞれ処方患者に確認したところ同日調剤した一名の患者が該当し、電話連絡により誤薬剤の服用を未然に防止することができた。	ツムラ17五苓散とツムラ107牛車腎気丸は包装の色が共通で、調剤棚にしまふ際に誤って入れてしまったと考えられる。監査装置を通したが、すべての束を確認しなかったため間違いに気づかなかった。	誤って取り出した薬品を棚に戻す際、必ず2名以上のスタッフで確認する。漢方の調剤時、監査時は束と端数の番号が合っているか確認する。薬袋に入れる際はなるべく番号が外から見える向きで入れる。調剤棚はあいうえお順に並べているが、両薬剤を少し離れた位置に置くこととした。	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)	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
354	ツムラ呉茱萸湯服用中の患者より「頭痛が最近調子よくないと思ったら、呉茱萸湯ではなく葛根湯が混ざっていた」と電話あり。投薬時の録画ビデオ確認したところ、28包中21包が誤って葛根湯を渡していることが発覚。	備蓄している棚が近く、包装外観も似ているため、戻し間違っていた可能性が考えられる。葛根湯の束の上に呉茱萸湯を被せた状態でゴムで括っており、監査が甘く一部が葛根湯であることに気付かなかった。	備蓄棚の配置を変更し、包装外観、名称の似ている漢方薬を離れた位置に配置。一度取った薬を棚に戻す際は、薬剤師2人以上で目視確認する。	ツムラ呉茱萸湯エキス顆粒(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
355	いつもと違う漢方薬が入っていると電話を受けて確認したところ柴胡加竜骨牡蛎湯での処方だったが桂枝加竜骨牡蛎湯でお渡ししていた。	処方箋の読み間違い	投薬時に鑑査済の薬袋から薬を出して患者様と一緒に確認する。漢方の名前だけではなく数字、色の確認も行う。	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
356	柴胡加竜骨牡蛎湯をお渡しするところ、誤って防風通聖散で取り揃え、お渡ししてしまう。その後、すぐに取り違えに気が付きすぐに電話連絡し交換に伺った。	残薬調整の依頼があり、残数確認し日数調整実施。その際に外観で緑色の番号のみで防風通聖散と思い込み調剤してしまった。	再度、処方箋と現物を確認する。	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ防風通聖散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
357	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯処方されていたところ、ツムラ柴胡桂枝湯で調剤。監査システムによって間違いに気づいたため、交付には至らず。	調剤アシスタントとしての経験が浅く、漢方は類似した名前が多いことが把握しきれていなかったために、最初の「柴胡」という文字で判断し、調剤してしまった。	調剤アシスタントとしての経験を積ませる。漢方には類似した名前の物が多いため、最初の文字だけで判断しないように指導。	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（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
358	柴胡桂枝乾姜湯が処方されていた。入力時、以前に処方があった柴胡加竜骨牡蛎湯が歴で上がってきていたため、類似名だったこともあり選択してしまった。調剤する際も薬情の写真から漢方の番号を選択してしまい、ピッキングミス。投薬時も気づかずお渡ししてしまった。	漢方専門医の処方だったため、普段馴染みのない薬品だったことがミスを引き起こしたと考えられる。また、ピッキングの際漢方の番号を覚えておらず、確認するのに間違っただけの入力の薬情を見てしまったことも要因である。	漢方は類似の名称のものが多く、あまり頻用されていないものが出ることも多々ある。特に漢方専門医の場合に多く見られがちのため、あらためて一文字ずつ処方箋の記載を確認し、漢方の番号を知りたいときは入力と連動した薬情ではなく、ツムラさんの漢方手帳を参照することをルールとした。	ツムラ柴胡桂枝乾姜湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴胡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
359	前回ツムラ柴胡桂枝湯が処方されていた患者の処方内容が、今回よりツムラ柴胡桂枝乾姜湯に変更になっていたが、入力した事務員が前回DOで入力していたため、漢方の入力ミスとなった事例	事務員は今年の4月に入社したばかりで当該患者の前回処方箋の入力を担当していなかったため、背景がわからないままの入力となっていた。さらに、以前の職場では、ほとんど漢方が処方されることになかったとのことで、ツムラ柴胡桂枝湯は知っていたが、柴胡桂枝乾姜湯の存在を知らなかったとのことだった。さらに当局では柴胡桂枝乾姜湯を取り扱った履歴がなかったため、レセコンへの登録がなされておらず選択肢として挙がってこなかったため、誤りに気づけなかったということだった。	入力監査は非常に重要な業務であることから、調剤を開始する前にしっかりと行うことで事務員の負担を軽減するようにする。また、漢方は類似する名称のものが非常に多いことから最終登録前に一字一句再確認するように指導を行った。	ツムラ柴胡桂枝乾姜湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
360	ツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒をツムラ柴胡桂枝乾姜湯エキス顆粒と間違えた。入力者は名前が類似していたために、誤入力した。調剤者は医薬品本体を処方箋と照合しないまま監査を終了していた。交付者は渡す時に間違いに気がついた。	調剤の取り揃え時には、慣れるにつれ名称を全て読まずに名称の文字数、名称の最初の2～3文字を手がかりに業務を進める傾向がある。	医薬品名の名称を読み上げて、調剤する。名称類似医薬品は、医薬品棚の配置場所を離して保管するように気をつける。	ツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒	ツムラ柴胡桂枝乾姜湯エキス顆粒		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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
361	ツムラ柴苓湯をお渡しするところ確認不足の為、ツムラ柴朴湯をお渡ししてしまった。患者様が服用しようとした時にいつもの薬と違うことに気づき薬局に電話あり、取り間違いが発覚。	繁忙の状態の確認が怠ってしまっていた。	調剤、監査する際によく確認する。投薬時に患者様にも薬の内容を確認していただきお渡しする。漢方の包装の色や番号も合わせて一緒に確認する。	ツムラ柴苓湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ柴朴湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
362	処方箋がツムラ柴苓湯が1日9g 朝昼夕食前で14日分出ているところを、誤ってツムラ柴朴湯をピックアップしていました。鑑査時にピックアップの間違えに気づきました。	漢方の名称をしっかりと最後まで確認していない状態でピックアップしていたため、このような間違いが生じたと考えられる。	漢方が処方されている時はしっかりと名称を確認してからピックアップするよう心掛ける。また、従業員で漢方の名称が似ているものについては再度確認しておく必要があると考えられる。	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
363	薬の納品時に十味敗毒湯の箇所に半夏厚朴湯を誤って充填。ピックアップ時には気が付かず、監査者が監査時に6番と16番の漢方が混在している事に気が付き、事無きをえた。	充填時によく出る漢方である十味敗毒湯とあまり出ない半夏厚朴湯の番号が類似していた為、外観の色調などから誤って十味敗毒湯の箇所に半夏厚朴湯を充填してしまった。ピックアップ者は気が付かず、監査者が一束ずつチェックしている際に発覚。	この事例までは漢方は単純に番号順に配置をしていたが、ものによっては類似した外観で隣同士に並んでいるものをあつた為、一度配置を見直し、良く出るものと出ないものを分け、通常は番号順で配置し、前後で取り間違いが起きそうなものに関しては別途管理して名称順で配置するように混在して整理をし直した。	ツムラ十味敗毒湯エキス顆粒(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
364	金曜日の午前の繁忙時にFAXにて受付けた。ツムラ小建中湯のところ、ツムラ麦門冬湯で調剤した。監査もスルーして投薬時に発覚した。	通常は監査システムを使用するが、この時は使用していなかった。調剤者、監査者は薬品名、数字を確認せず、ツムラの分包品の色(ピンク)で判断をした。	通常使用している監査システムを必ず使用して、薬局内ルールを再度全員で確認した。外装やシートの色だけでなく、必ず薬品名、規格で確認する。	ツムラ小建中湯エキス顆粒(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
365	covidプラスの患者対応においてツムラ109を119で入力、調剤をしてしまい、患者症状より疑うことはなかった。また、健康被害はなし。症状は改善している。	完全に患者症状より漢方薬自体を取り違えて入力。まずは処方箋の漢字通りに入力せず、番号で確認した為にミスが起ってしまった。	処方箋の薬品名を確認して正しく薬を入力する必要性あり。番号によらずに漢字入力を行うことを徹底する。漢方薬の場合。	ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒(医療用)	ツムラ苓甘姜味辛夏仁湯エキス顆粒(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
366	covid+の患者に要する漢方症状から、ツムラ119と思いその薬の説明指導まで行い、薬も思い込みの薬をお渡ししてしまったが、症状には合致していた為にSEは起こっておらず。	完全なる薬剤師の患者症状に夜思い込み。	患者症状を聞く前に、まず、DRの処方箋を確認する事。1人体制の時は、必ずよく営業日に、確認を行い、誤りあれば早めに対処する。	ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒(医療用)	ツムラ苓甘姜味辛夏仁湯エキス顆粒(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	
367	新型コロナウイルス感染者への処方であり、FAX送信分にて処方入力対応。処方せんは2次元バーコードで入力に対応しておりミスは起こりにく環境となっているが、手打ち入力であり、確認不足にて発生。	FAX送信分での入力対応は、いつでも発生するが、新型コロナウイルス感染症になってから本処方せんが後日届くようになり、リアルタイムでの入力チェックが機械的に出来ない状況となっている。	手入力をした処方に関しては、間違いがある可能性を意識して対応していく。	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
368	小青竜湯の箱の中に、小建中湯が入っており、そのまま気づかず小建中湯をお渡しした	ツムラの漢方薬で、同じピンク色のラベルで、19番と99番と番号も似ており、箱に戻す際に間違っていたと思われる、そのまま気づかず処方してしまった。イレギュラーなシフトで慌ただしく、監査が不十分であった。	2重チェックの徹底、情報をスタッフで共有。	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
369	ツムラ小青竜湯をピッキングする際、ツムラ小柴胡湯がツムラ小青竜湯の箱に保管されていたことにより、ツムラ小柴胡湯と小青竜湯が混合した状態でピッキング。	医薬品の名称類似、外観類似のため薬剤戻すときに間違えた可能性あり。	薬剤を戻す際は鑑査機器を使用する	ツムラ小青竜湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ小柴胡湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
370	ツムラ清心蓮子飲の箱の中にツムラ柴胡桂枝乾姜湯のヒートが混じっていた。調剤時に気が付いた。	どちらも水色のラインで111番と11番の印がありよく似ていたため戻すときに間違っていた。	箱の場所を離し、一人で箱に戻さず他の人に確認してから箱に戻すことを徹底した	ツムラ清心蓮子飲エキス顆粒(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
371	ツムラ清肺湯エキス顆粒3包分3毎食前91日分(273包)のところ、ツムラ真武湯エキス顆粒が69包混ざっている状態で監査・交付した。後日在庫管理時に清肺湯の箱に真武湯が入っているのを発見し、間違いが分かったため、回収し正しいものと交換した。	外観が似ており、間違っ一緒に在庫されていたため調剤時に混入してしまった。監査時にピッキング監査システムを使用しており全て同じ製剤であると思込みがあったため、確認が不足していた。	外観が似ている薬品は離して在庫するよう配置を変更した。監査時に全包的薬品名確認を行う。	ツムラ清肺湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ真武湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
372	ツムラ疎経活血湯を処方するところ、ツムラ六君子湯で調剤。投薬時に発覚し調剤し直して交付した。	ヒートの色が同じで、番号も53番と43番で似ていたため、名称を確認せずに調剤してしまった。	調剤時、監査時、交付時、番号とヒートの色だけでなく薬品名を必ず確認する。	ツムラ疎経活血湯エキス顆粒(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
373	ツムラ疎経活血湯エキス顆粒を含む処方箋を患者が持参。初期監査・集薬・監査を当該者1人で行った。初期監査時、他の漢方1剤が在庫不足と気づき、そちらの手配、患者への説明へ時間を割いた。その後集薬時に疎経活血湯を2箱集薬するところ、隣り合っていた六君子湯を誤って1箱集薬。監査時に間違いに気づき訂正した。	外箱が同じ黄緑である薬品を隣り合っていて並べていた。集薬にハンディマシンのバーコードの読み取りをしたが、1箱目しか読み取りをしなかった。	疎経活血湯の置き場所を一段下へずらした。箱をまたぐ際はすべての箱のバーコードを読み取る	ツムラ疎経活血湯エキス顆粒(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
374	ツムラ疎経活血湯 3包×35日分処方のところ、ツムラ疎経活血湯 3包×14日分、ツムラ五積散 3包×21日分でお渡し。3/2に患者様が薬を持って来局し薬が間違っているとご指摘。持参した薬からツムラ五積散を9日分服用したと思われる。薬剤を回収し改めてツムラ疎経活血湯をお渡し、謝罪する。また薬局長が患者様宅に行き話を伺った。体調変化はないが大変不安だったとのこととお話しされ改めて謝罪する。	漢方薬は番号順に配置しているが53番と63番の間にはほかの薬剤がない為、横並びの状態にあった。監査者も同色なので見えていた漢方薬だけで監査してしまい、すべての薬剤の確認を怠った。	薬局として今後、同色の漢方薬が並ばないようにする。個人として監査の甘さが今度のミスにつながったことを自覚し、今後同じミスがないように注意していく。	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
375	大黃甘草湯をお渡しすべきところ、芍薬甘草湯を誤って調剤し交付した。患者本人が帰宅後気づいて連絡、交換にお伺いした。	繁忙な時間帯であった。夫婦二人の処方、本人は15剤処方、配偶者7剤処方あり。本人分1剤足りないとお話しされ疑義照会で追加。夫婦ともに薬袋は無地(白いまま)を希望される方であった。漢方薬の取り揃え時に確認したが、処方せんの読み間違いをしていたことに気がつかずそのまま交付した。	薬袋印字しない方に関して、薬情など薬剤師も患者も目視で確認しやすいものを用いながら相互確認を実施する。	ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
376	ツムラ大建中湯が処方されていたが、間違えてツムラの猪苓湯を調剤し、監査で気が付かずそのままお渡しした。	あまり調剤経験の無い事務がピッキングを行った。棚にツムラの漢方をあいうえを順でしまっていたため、大建中湯の隣に猪苓湯が並んで置いてあった。どちらも下一桁の番号が0のため、色も紺色で同じだったため、1日2回という添付文書とは異なる処方量だったこともあり、数量監査に気を取られ、猪苓湯が調剤されていることに気が付かず、そのままお渡ししてしまった。	ツムラの番号を覚えていない職員しかいないため、あいうえお順で陳列しており、同じ色の漢方が横に並ぶ可能性もかなり高い。監査システムなどが無い薬局のため、処方箋に監査時に漢方の番号を記載して、あっているかその時点で再度確認することにした。	ツムラ大建中湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ猪苓湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
377	ツムラ大建中湯エキス顆粒処方患者に対し、ツムラ補中湯エキス顆粒を調剤他医薬品の監査に気を取られ、漢方の確認が疎かになり誤投薬し、後日の在庫確認の際に発覚した	慣れによる思い込みにて、隣り合わせの漢方を取り揃えてしまい、監査を疎かにし患者さんとの最終監査を経ず、そのまま投薬した結果、誤投薬した	投薬前の最終確認は患者と出来る限り行う類似医薬品は配置を離す等工夫を凝らす	ツムラ大建中湯エキス顆粒(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
378	ツムラ大建中湯 一部清肺湯が混ざっていた。	棚に戻す時に同じ色の包装の場所に安易に置いた。	棚のチェック	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
379	ツムラ100大建中湯100包調剤したところ、鑑査機器で重さの誤差あり。確認したところツムラ90清肺湯21包まざっていた。2.5g包と3.0g包の為、重さでエラーが出て発見。	以前に余分に調整してしまったツムラ90清肺湯を、ツムラ100大建中湯の引き出しに誤ってしまっていた。棚に戻すときは鑑査機器を使用するルールになっていたが、使用せず戻していた可能性あり。	棚に薬を戻すときは鑑査機器の使用を徹底する。また、漢方に限らないが一束ずつ名称と番号の確認を徹底する。	ツムラ大建中湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ清肺湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラー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	ツムラ猪苓湯合四物湯エキス顆粒を調剤すべきところ、誤ってツムラ猪苓湯エキス顆粒を調剤し渡してしまった。2023年1月6日に患者本人より電話あり、在庫および処方箋コピーのメモを確認したところ調剤間違いが発覚。数度服用したのちに気づいたとの本人談。体調不良なし。謝罪のうえ、患者宅へ訪問し回収した (19日分)。また、正しい処方薬全28日分をお渡しした。(処方日から発覚まで2か月半の遅れがあった理由は、残薬があったためかと推測される。)	類似の薬品名であったが、注意喚起の工夫などがなかった。	両薬剤の注意喚起のカードを作成し、調剤時に気づくよう在庫に付与した。患者の薬歴を開いたときにポップアップが出るよう注意喚起を記載した。	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
381	定期薬としてツムラ調胃承気湯エキス顆粒が処方されている患者様が、前回 (令和5年3月10日) 交付された薬の中にツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒1シート (3包) が混入していることに服用前に気づき、4月10日に来局された際に現物を持参された。	・調胃承気湯、半夏瀉心湯はどちらも包装が黄色のため、医薬品の箱に戻す際に間違ってしまった。・煩雑している時間帯だったこともあり、鑑査が不十分だった。	・調剤棚や調剤台は常に整理整頓しておく。・調剤のため医薬品を取り出したら、なるべく速やかに元の場所へ戻す。・鑑査時に漢方薬の数と薬剤名の確認を徹底する。	ツムラ調胃承気湯エキス顆粒 (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	
382	施設に入居中のPt。施設Nsより定期薬として、ツムラ桃核承気湯を服用中であるが、今回調剤分ではツムラ補中益気湯が調剤されているとのTELがあり、発覚。施設Nsも気付かずに数日服用後の連絡であった。便秘症状に対して処方されていた桃核承気湯を服用しなかったことでの、便秘症状↑になる健康被害あり。補中益気湯を服用したことによる健康被害は確認されなかった。直ちに処方医に報告し、その日より桃核承気湯を再開して経過観察することとなった。	繁忙の時間帯で、来局Ptが多い状況であった。監査・投薬者は患者様の待ち時間を少なくすることに少し焦りがあった状況であった。当該患者は一包化の指示あり。調剤者は一包化の調剤に神経が集中し、一包化以外の調剤への集中が少し疎かになっていたと思われる。また漢方薬の番号が41番と61番と下一桁が同じ番号、備蓄棚も同じ段、包装も同じ青色ラインであったことも要因の1つであった。調剤者、監査者共に、繁忙の時間帯で疲労もあり、集中力が低下していたこと等が重なり、調剤事故が起きたと考えられる。	調剤者は監査者に薬を回す前に今一度、調剤時とは違う目線で自己監査を行ってみる。監査時には、調剤した薬剤の名称と処方箋の薬剤名を口に出して相違がないことを確認することとする。繁忙の時間帯にこそ、調剤過誤が起きやすいとの自覚を持って、集中力をとぎらせないようにより注意深く調剤を行うこととする。	ツムラ桃核承気湯エキス顆粒（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
383	ツムラ桃核承気湯が処方されている患者に対し、ツムラ補中益気湯を誤ってお渡ししてしまっていた。患者様から薬局に連絡があり発覚。1包を服用してしまった際に普段とは味が違っていたことで発覚。その日のうちに来局され、交換対応となった。健康上の被害は特になかった模様。	包装が類似していたために取り間違え、監査時も気づかずお渡ししてしまった。	スタッフ一同に包装が類似しているため取り間違えに注意するよう伝達し、今一度ダブルチェックを徹底するよう意識。	ツムラ桃核承気湯エキス顆粒（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	
384	当局利用初めての妊娠7か月の女性。今日はお腹の張りを軽減するための漢方薬を出してもらったとのこと。ツムラ当帰飲子が15日分処方されており、当局には1日分しか在庫なく、とりあえず事情を説明して3包だけお渡しして帰っていただいた。その後、どう考えても妊娠によるお腹の張りで当帰飲子が処方されることは考えにくいので皮膚症状はあるのかを患者に電話して確認。そのような症状はないとのこと。「もしかしたら医師の誤入力かもしれない」と思い至り、飲まずに待機してもらおうようお願いして疑義照会。案の定、当帰芍薬の修正指示があった。まだ患者が服用する前でもよかった。	当局では産婦人科の処方を受診する機会があまりなく、当帰飲子には慣れていたのであって油断した。すぐにピンと来るべきだった。単なる知識不足。	数が足りていなかった説明に追われて、患者の主訴をきちんと聞き取れていなかった。処方箋の誤入力はあるとはならないと思うが、それをしっかり見抜くのも薬剤師の大切な仕事と再度認識させられた。全員で情報共有した。	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
385	ツムラ38に対してツムラ18にて投薬。どちらも帯の色が赤色の為、番号の見間違いにて監査も通った様子	ピッキングの際の確認不足、監査も思い込みで通してしまったとの事。各人が異なる仕事をしていても、思い込みにより過誤につながるの、改めて処方箋の確認も行う事とした	ピッキング、監査と異なった者が行っても過誤が発生しているので、ピッキングの際に、複数で確認する事も取り入れることになった	ツムラ当帰四逆加呉茱萸生薑湯エキス顆粒 (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
386	朝から休憩なく忙しい日だった。午後になり疲れもあったかもしれないが、ツムラ23を43とピッキング間違い。投薬時もDo処方だったので話をただけで確認しなかった	忙しい日であり、朝から休憩なし、1包化処方や漢方処方が入り乱れていて、確認不足だった。	忙しい日は薬剤師を2人態勢にして負担を減らす。投薬時に漢方も患者に見せながら話をする	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
387	ツムラ当帰芍薬散が処方された方に、ツムラ芍薬甘草湯を調剤し、監査時に間違いに気づき、再調剤した。	焦りによる見間違い。	薬情の写真とも番号や帯の色が合っているかも含めて確認する。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
388	二陳湯を二朮湯で出していた。	慢心による一文字チェックができていなかった。	一文字チェックの再確認。	ツムラ二陳湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ二朮湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
389	数回続けて二朮湯を服用していた患者が処方箋を持参した。今回は変更があったと申し出があったが気が付かず二陳湯ではなく二朮湯を渡した。投薬後にレセコンの入力を確認していた事務が間違いに気が付いて、すぐに患者宅へ正しい二陳湯を届けた。患者は服用前だったため、健康被害はない。	事務2名のうち、1名が入職して半年、もう1名は異動して3か月で不慣れであった。薬剤師は2名のうちの1名しかおらず、薬歴を電子に移行中で環境が変化しており、通常の仕事が出来ていなかった。	処方箋のレセコンへの入力に二次元バーコードを利用する。調剤に処方箋を撮影し、画像を見ながら調剤する。	ツムラ二陳湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ二朮湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
390	当薬局では漢方薬は42包包装で購入して、棚に1番から順番で在庫していますが、56日分処方され棚から調剤者が棚から4箱だし調剤・監査し投薬者が投薬中に7番と17番が混入しているのを発見、患者様に渡す前に交換しました	7番に17番が1箱混入しており(色が同一・似ている)、調剤者が確認せず調剤、監査したためみのがした。	調剤者は必ず確認すること、監査者はすべてのヒートごとに薬剤を確認・投薬者は患者様と一緒に確認することとした	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
391	半夏厚朴湯処方されていたが、半夏瀉心湯調剤。監査時に気付き訂正実施。	処方箋記載医薬品名を最後まで確認していなかったため発生。	処方箋記載医薬品名は最後まできちんと確かめること。	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラー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	半夏厚朴湯処方他医療機関から半夏瀉心湯の処方うけていること薬歴で確認処方選択ミスの可能性があるため患者確認したところ半夏瀉心湯を希望していた 本日受診の医療機関から処方してもらいたく現物をみせ処方依頼	おそらく入力時にハンゲとのみ入力し選択ミスをしたとおもわれる	漢方は薬名類似がおおくエラーが起こりやすいこと常に意識する	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
393	漢方薬は番号順に並べており、ピッキング時に違う番号の漢方薬が入っていることに気付いた。(今回は16番・17番) 監査前で患者さんに渡す前だったので未然に防ぐことができた。	前回のピッキング後に横並びの番号のため、思い込みで別の番号の箱に戻してしまっただと考えられる。	ピッキング時はもちろん、ピッキング後も注意を払い、指差し確認・声出し確認をし間違いがないようきちんと元の場所に戻すようにする。横並びや名称類似による薬剤取り違いなどにはより注意をできるだけ一人では行わず二人で確認できるようにし同じような間違いがないようにする。	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ五苓散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
394	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒と処方箋に記載されているにも関わらず、ツムラ半夏厚朴湯を調剤されていた。	医薬品名が頭文字が同じのため見誤ったと考えられる。	頭文字だけをみて調剤しない。	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
395	ツムラ半夏瀉心湯が処方されていたが、ツムラ半夏厚朴湯を間違えて渡してしまった。患者が2.3包服用しても効果がでなかったため、来局して間違いが発覚した。	忙しい時間だったため、焦りもありピッキング時も鑑査時も確認不足があった。	処方せんだけでなく、薬情などもみてしっかり確認する。ピッキングが終わった後も必ず他の人に一度鑑査してもらう。	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
396	ツムラ14番を70包お渡しの際、7包だけ114番が混ざっていた。患者本人が服用後に気づき、次回来局時に報告があり発覚した。	同じ黄色の外装で番号も似ているために混ざっていることに気付かなかった。	外装だけで思い込まず、混ざっているかもしれないという気持ちで鑑査する必要がある。番号のみでなくきちんと薬剤名も確認するようにする。	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ柴苓湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
397	漢方薬の28包調剤に、2包別の種類を調剤した。調剤後、調剤台に残ってある箱に気づき、在庫、照合機確認で、間違いに気づき、患者に電話する。患者が、薬局に来店すると、言われる。暫くして、来店され、2包交換する。普段から心安くよく話す方だが、何も言わず、帰られる。	包装が似ていた。傍に置いてあった。	名前の正しい確認を怠らない。	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
398	スタッフによる在庫チェック時に、ツムラ補中益気湯 2P2×MA35日分に誤って、ツムラ葛根湯が7包混入してしまったことに気が付いた	形状・色が類似している為、気がつかなかった	思い込みと監査を行うときの余裕が必要だと感じた	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
399	ツムラ62防風通聖散が3.5日分処方が出ていたが、2週間分をツムラ62防風通聖散で、残り3週間分をツムラ102当帰湯でお渡ししてしまい、後日患者が気づき連絡有り。服用はされていませんでした。開封済の箱からツムラ62を2週間分をピックした後、残りの3週間分をツムラ62を新しい箱を開けて取ろうとしたつもりがツムラ102を取ってしまったのと、鑑査時に全ての束を確認せずにお渡ししたことがミスにつながったと思われる。	漢方が置いてある棚が手狭に置いてある場所からピックするときに番号を取り違えたことと、鑑査不足が要因。	漢方をピックするときは必ず番号を確認し、鑑査時も1束ずつ確認する。	ツムラ防風通聖散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ当帰湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
400	ツムラ防風通聖散の処方に対して柴胡加竜骨牡蛎湯を間違えて交付した。翌日在庫数確認して間違いを発覚して患者に連絡。過去の服用残を継続服用して服用していたとのことで手を付けていなかった。飲む前に連絡がついて回収交換した。	外観が同じ色であり区別がつきにくい。番号順に置いたり棚をずらしたりして普段から間違わないようにしている。ダブルチェックや戻し間違いがないようスタッフ間で確認作業が必要であったが、繁忙の中で怠ったと思われる。	ダブルチェックの徹底	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
401	ツムラ防己黄耆湯が処方されていたが、ツムラ防風通聖散をお渡ししていた。翌日の棚卸時に判明。ご家族と連絡を取り、取り換えた。残薬があり、服用前だった。	入社2日目の社員が調剤、ヘルプの薬剤師が鑑査したため、通常処方だとあり得ない薬を出してしまった。	新入社員の調剤時には、通常業務を行っている薬剤師が鑑査をするようにする。患者に連絡がつかず、取り換えまでに時間がかかった。患者(特に高齢者)の住所、電話番号を定期的に再確認していく。特に高齢者は、介護者の携帯番号も確認しておく。	ツムラ防己黄耆湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ防風通聖散エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
402	当薬局を日頃から利用する患者が処方箋を持って来局した。ツムラ麻杏よく甘湯エキス顆粒(医療用)7.5g 1日3回毎食前と記載されていた。薬剤師Aは麻杏よく甘湯エキス顆粒(医療用)の棚に間違っ	それ以前に、薬を棚に戻す時に、ツムラ麻杏よく甘湯エキス顆粒(医療用)の棚に、間違っ	薬を棚に戻す際は、よく確認して、間違いないように気を付けて戻す。調剤する際は、間違っ	ツムラ麻杏よく甘湯エキス顆粒(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
403	ツムラ麻杏甘石湯で調剤するところツムラ麻杏よく甘湯でお渡し。在庫チェックで発覚	調剤者が違う薬で準備したことに監査者が気が付かず	漢方薬の監査をするときは薬情と漢方薬の番号を照らし合わせて監査する	ツムラ麻杏甘石湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ麻杏よく甘湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
404	ツムラ127を27で渡した。	思い込みで集薬をしてしまった。	処方箋と照らし合わせて確認する。	ツムラ麻黄附子細辛湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ麻黄湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラー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	ツムラ麻子仁丸エキス顆粒(126)90包が処方され、それを調剤すべくツムラ麻子仁丸(126)42包入りの箱を手を取った。その隣に同じ色の包装品である42包入りの開封済みの漢方が置かれてあった。それは清暑益気湯(136)エキス顆粒であったが、麻子仁丸と思い込み、そこに入っていた26包も含めて調剤してしまっ	ツムラ麻子仁丸(126)の供給が不安定だったので1月分の使用量がいち度に届き、置き場が少しずれたため清暑益気湯(136)と隣り合わせになってしまっていた。また監査機も、一部が正しいと判断してしまうので、そのまま投薬してしまっ	ツムラの漢方について、色は同じでも番号が異なるものを隣どおしに置かない。監査時に監査機を信用しすぎない。投薬時、再度薬を確認する。	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	
406	残薬調整で処方削除されたツムラ半夏瀉心湯（14番背景色黄色）と今回処方されたツムラ抑肝散（54番背景色黄色）が同じ背景色であるため引き出しに半夏瀉心湯を戻すときに抑肝散の場所に戻ってしまった。しばらく処方がされなかったのもそのままになっていたところ抑肝散が処方されて保管場所が間違っていることに気が付いた。	半夏瀉心湯は昨年末に処方削除された時に戻し違ったものであることを確認。12月は定時処方の長期処方に加えコロナ患者や風邪患者の来局も増えていた時期で焦りや慣れが起きやすかったことが考えられる。	残薬調整で処方変更となりお薬を戻す際には2人以上で確認することを徹底した。末尾の番号で背景色が統一されているためで惑わされず番号と薬品名を確認して在庫棚に戻すようにする。保管場所には同じ色（末尾番号が同一のものは極力保管しないもしくは同じ色の漢方薬は違う末尾ばん坊のものを間に入れるなどして離して保管すること徹底。	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
407	ツムラ抑肝散が処方の所、加味逍遙散で調剤。お渡ししてしまった。その後空き箱を見て、調剤ミスに気が付きました。お渡し後にすぐに気が付き連絡。患者さんの自宅に交換にお伺いしたため、患者さんに被害はありませんでした。	24番と54番で、箱の色で判別し、調剤してしまいました。	漢方は箱の色で判断しない。他の職員にも注意を促すためにも、薬歴に大きく記載。	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
408	ツムラ54抑肝散のピッキングしたが、シートの中にツムラ24加味逍遙散が混ざっていた。監査時に発見し交付には至らなかった。	別の患者でピッキングミスしたツムラ24を間違えてツムラ54の箱の中に戻してしまったと考えられる。	2人で確認して戻す又は機械を使用して戻す箱と物があっているか確認して返却する。	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
409	ツムラ抑肝散が定期的に出ている患者様に、ツムラ加味逍遙散が入っており気づかず投薬。営業後PSマネジメントで発注の操作を行い、理論在庫と実在庫が間違っていることに気づき発覚。該当する患者様に連絡して自宅へ向かい薬を交換した。	ツムラ抑肝散の箱の中にバラの加味逍遙散が入っていた。	バラでとった場合は束ねず調剤し、監査者が確認後輪ゴムで束ねる。	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
410	ツムラ抑肝散が処方されていたがツムラ大黃甘草湯を調剤していた。	ツムラの製剤はそれぞれ下一桁により分包品の印刷色帯が統一されており、同じ下一桁が4番で印刷色帯が黄色であったことから取り違えていた。	ツムラの漢方の分包品をピッキングの際は番号や色で判断せず、薬剤名を確認する。	ツムラ抑肝散エキス顆粒 (医療用)	ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
411	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒が処方されたが、入力・調剤ともにツムラ抑肝散エキス顆粒と間違い、交付した。患者さん本人が気づき、服用前に連絡をいただいて、交換した。	ツムラ抑肝散しか取り扱い経験がなく、思い込みにより確認不足だった。	思い込み、慣れによる調剤を改め、漢方薬については特に監査を入念に行う。薬剤交付時の患者との相互確認を行う。	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
412	ツムラ抑肝散加陳皮半夏が処方されていたが、ツムラ抑肝散で調剤した。	入力者の取り掛かりが遅く、調剤の確認をおろそかにして入力に移ってしまった。	薬の名前を最後まで声出しする。	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
413	抑肝散陳皮のところ抑肝散で渡してしまった。	ほぼ抑肝散で出しているので思いこみ。	処方箋をきちんと確認する事。	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
414	計数調剤時に、調剤監査システムを用いてピッキング。データ照合時に、違うものであることが判明。	医薬品納品時に、23を間違えてしまった可能性あり。	納品時もふくめ、特に漢方薬は包装が似ているので、より注意して取り扱う。	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒 (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
415	処方はずつら83だったがピッキング時に間違えてツムラ54をとってしまった。監査時に違いに気づき、取り替えた。	ツムラ54の処方が多く、ほとんどツムラ83が出るのが少ない。また、名称が類似しているため、誤ってピッキングしてしまったと思われる。	ピッキング監査システムの導入	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	
416	<p>苓桂朮甘湯 7.5g分 3 28日分のところ、14日分を苓桂朮甘湯、14日分を麦門冬湯で調剤し、監査・交付者も気付かずに交付してしまった。直後に調剤者が在庫を確認し誤りに気づき、患者へ連絡し正しく交付した。</p>	<p>・職員がコロナ感染で休んでいた為普段よりも人員が少なく、コロナ感染者対応で立て込んで混雑していた為、確認が不十分であった。・麦門冬湯(29番)1箱(14日分)が、苓桂朮甘湯(39番)と同じ場所に保管されていた為、一緒に調剤してしまった。</p>	<p>・漢方薬は番号順に並べて保管しているが、包装の色が同じものについては続けて並べないよう、番号順にこだわらずに敢えて他の色を挟んで保管するように工夫する。</p>	<p>ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(医療用)</p>	<p>ツムラ麦門冬湯エキス顆粒(医療用)</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
417	<p>ツムラの苓桂朮甘湯の処方があり、投薬を行った際、今回は診察せず薬のみの処方だったが、薬歴には前回ツムラ苓姜朮甘湯の処方となっていたため問合せ。前回は処方箋がツムラ苓桂朮甘湯だったことを確認し、患者さまには薬局が処方薬を取り違い、入力も渡した薬剤も違うとお伝え。35日分渡しており、それは全て服用されていた。体調悪化などはなかった。医師には報告してこのまま服用する指示をいただいた。</p>	<p>処方箋はバーコード入力であったが、g数変更の疑義照会を行ったため入力を薬剤名まで変更してしまったと思われる。入力と医薬品のJANコードで確認を行っていたが、処方箋と入力の監査を行っていなかった。それはバーコード入力のため薬剤名を間違わないという先入観があった。</p>	<p>入力と処方箋の監査を徹底。ピッキングを処方箋で行い、入力と医薬品のJANでの確認でエラーが出たときは再度処方箋の確認を行う。</p>	<p>ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(医療用)</p>	<p>ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒(医療用)</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
418	<p>処方箋にはツムラ苓桂朮甘湯と記載があったが、誤ってツムラ苓姜朮甘湯と入力してしまった。ピッキングでは正しい薬品を集薬できていたため、レセコン入力薬と調剤医薬品のバーコードによる照合システムで入力のミスが発覚した。</p>	<p>1文字違いの漢方であり、類似した名称であった。入力後の確認を怠ってしまった。</p>	<p>最後の1文字まで確実に確認を行う。在庫している類似した薬品についてスタッフ間で共有し、取り違いが起こらないようにする。</p>	<p>ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(医療用)</p>	<p>ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒(医療用)</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
419	<p>ツムラ苓桂朮甘湯が処方されたが、誤って名称類似品のツムラ苓姜朮甘湯を調剤されていたものを、鑑査時に気付かずに投薬してしまったが、最終薬剤交付前に気づき患者さんの手には渡らなかった。</p>	<p>&amp;#32363;忙時であり、鑑査に集中できていなかった。</p>	<p>漢方薬の名称類似薬品に関してはそれぞれ色分け・番号表記があることから必ず、処方箋・調剤された医薬品・薬剤情報を比較して鑑査するように徹底することとした。</p>	<p>ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒(医療用)</p>	<p>ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒(医療用)</p>		<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
420	ツムラ039苓桂朮甘湯の処方内容に対しツムラ118苓姜朮甘湯を患者様へお渡しそうになってしまった。患者の指摘で発見する。	類似した名前の為、確認不足の為ミスが起こってしまった。	番号・製品名を一字一句確認する。	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
421	処方箋にはツムラ苓桂朮甘湯と記載があったが、誤ってツムラ苓姜朮甘湯と入力してしまった。ピッキングでは正しい薬品を集薬できていたため、ミスゼロ子での照合の際に入力のミスが発覚した。	1文字違いの漢方であり、類似した名称であった。入力後の確認を怠ってしまった。	最後の1文字まで確実に確認を行う。在庫している類似した薬品についてスタッフ間で共有し、取り違いが起こらないようにする。	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
422	ツムラ苓桂朮甘湯処方のところ、名称の類似する苓姜朮甘湯で調剤。投薬前監査で間違いに気づいて、正しい医薬品に調剤しなおした。	名称が類似した医薬品2剤が近くに置いてあった	医薬品の棚の場所を離した。それぞれの医薬品の箱に「類似名の薬あり、注意」のラベルを貼った。	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
423	名称が似ていたため取り間違いを起こしてしまった。	漢方の似た名前前の薬をあらかじめピックアップしてなるべく覚えるようにする。処方箋の確認不足	処方箋の最後の文字まで確認し集める際にも確認回数を増やして漢方を集める。	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒		ヒューマンエラー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	ツムラ苓姜朮甘湯が、処方されていた。ツムラ苓桂朮甘湯を調剤した。前回から服用されており、投薬時に患者さんから薬の違いを指摘されて、間違いに気が付いた。ツムラ苓姜朮甘湯を調剤して投薬した。	名前や外見が似ており、先入観があった為、間違えた。	他の薬剤師とのダブルチェックを行うこと。処方箋との監査をしっかりと、名前や番号についてもチェックを行う。	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:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
425	他院でツムラ六君子湯を処方されていて、今回当該クリニックから処方することになったが、ツムラ六君子湯のところをツムラ六味丸と処方してしまった。薬局でお薬手帳を見て、処方薬の間違いに気づき疑義照会した。ツムラ六味丸からツムラ六君子湯へ処方変更となった。	ツムラ六君子湯と処方箋を記載するところを、六と名前前の頭文字が同じの六味丸と電子カルテに入力してしまった。薬品名は頭文字だけでなく、全部の文字がっているか確認する。	患者様からの聞き取りやお薬手帳を確認し、処方内容がっているかを処方鑑査する。	ツムラ六君子湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ六味丸エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
426	ツムラ138桔梗湯処方のところツムラ68桔梗湯で調剤した。薬剤交付後、患者よりお薬情報と内容が違うと電話があり発覚した。	確認不足ツムラ138桔梗湯とツムラ68桔梗湯の包装が似ており、同じ引き出しに収納されていた。製品に印字されているバーコードチェックを行うところ忙しかったので省略してしまった。	ツムラ138桔梗湯とツムラ68桔梗湯を別々の棚に配置マニュアルに沿って調剤するように再指導を行いました	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ桔梗湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
427	包装の色が同じであった。	しっかりと確認すること。他のスタッフにも過誤の情報を共有する。	この漢方が処方されたときは特に注意する。他のスタッフにも過誤の情報を共有する。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (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
428	患者からの相談でツムラ葛根湯を処方のところ、ツムラ芍薬甘草湯の処方。患者に交付時に発覚し、処方医に問い合わせ。処方変更となった。	ツムラ芍薬甘草湯は日常的によく処方されるため、入力に間違いがあった模様。	処方箋上は問題なくても、処方内容は患者に確認し医師との話と相違ないかという確認をきちんと行う。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ葛根湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
429	82歳女性の整形外科の処方箋を受け付けた。一週間ごとに受診・来局される患者。薬袋を再利用していただき、毎回持参される。何年も前から「ツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯」が定期で処方されているが、今回は「ツムラ芍薬甘草湯」が処方されていた。入力者、調剤者、監査・交付者の全てが処方変更気付かず薬剤を交付してしまった。患者は薬局ではなく、医師に、薬が変更されていない旨を伝え、医院から薬局に連絡がありミスが発覚した。	調剤監査システムを導入しているが、入力力が誤っていた場合は調剤ミスに気付けない。患者の顔を見れば処方箋を見なくても、薬剤のピッキングができてしまうほど何年も同じ処方であった。薬袋もいつも通りに持参されており、薬の変更について患者は何も話さなかった。長年来局して下さっている患者の調剤は流れ作業的になりがちになる。	毎回処方内容を確認し慎重に調剤を行うべき。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラー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	処方箋の記載は先発名だったが、ジェネリック希望のためジェネリックをピッキング、その際間違えてしまった	入力チェックもしているが、ルーティン化してしまっていて、見落としをしてしまいました。	入力チェックと薬袋に入れる時もう一度内容をチェックするようにする	ディオバン錠20mg	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
431	患者さんが先発日を希望されるため一般名処方の薬を先発品で入力、処方されるどころに入力がGE品であり薬袋、薬情の記載内容、負担金の額に誤りがありそのまま交付されてしまった。	ほとんどの患者が後発品を希望するため流れのまま後発品を入力してしまった。監査、投薬者は処方箋、先発希望の確認、薬の内容の確認は行っていたが入力内容まで見ていなかったためそのまま交付してしまった。	薬の内容だけでなく入力内容も正しいか確認する。	ディレグラ配合錠クラビット錠500mg	ブソフェキ配合錠「SANIK」レボフロキサシン錠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
432	テオドール(200)2錠分2の処方、後発品希望の方だったためテオフィリン徐放U(200)2錠分2に変更してしまった。テオフィリン徐放U錠は1日1回の薬なのでテオドールとは異なるが入力、調剤は気付かなかった。監査時に間違いに気づき、テオドールの後発品がなかったので、テオドールのままでお渡しした。	処方入力時にテオドール(200)の後発品をコンピューターで変換したところ、テオフィリン徐放U錠も抽出されたため、誤ってテオフィリン徐放U錠に変換してしまった。	テオフィリン製剤やバルプロ酸ナトリウム剤は徐放剤などがあり、服用回数などが異なり間違い易い医薬品なので、入力・調剤・監査の時には注意する。	テオドール錠200mg	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	
433	ユニフィルLAが1日1回24時間持続のものだが1日2回で処方されそのまま入力調剤。	テオフィリン製剤には12～24と24時間持続のものがあり、医薬品を理解していないと用法に誤りが出やすい。	テオフィリン製剤に関しては入力時、調剤時、鑑査時それぞれでより注意が必要と念頭におく。	テオフィリン徐放U錠 200mg「トーワ」	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
434	【般】テオフィリン徐放錠200mg(12～24時間持続)で処方されているところ、【般】テオフィリン徐放錠200mg(24時間持続)→テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」で入力し、そのままお渡ししてしまい、患者様帰られた後少ししてから気づきました。入力を【般】テオフィリン徐放錠200mg(12～24時間持続)→テオフィリン徐放錠200mg「日医工」に訂正し、すぐにお電話したところ薬局に戻っていただけるとのことでしたので、謝罪し、正しいお薬と交換しました。	入力時した事務員にテオフィリン製剤に種類があるという認識がなく、また入力時テオフィリン徐放錠200mg(12～24時間持続)の登録がなく、画面上に候補として出てきていなかったため、(24時間持続)の方を選んでしまいました。また監査した薬剤師の一般名の確認が不十分でした。不足薬の手配に手間取りそこに気を取られてしまっていました。またテオフィリン徐放錠を最近触っていなかったため、種類に注意しないといけないことを失念していました。	今回で薬が登録されたため、画面上には候補として出るようになりました。また、テオフィリン製剤には2種類あることを入力する人に周知しました。また薬剤師は、テオフィリン製剤の種類について再度確認します。また不足等に時間かかっていたとしても、落ち着いて監査する様に心がけます。	テオフィリン徐放錠100mg「日医工」	テオフィリン徐放U錠100mg「トーワ」		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
435	【般】テオフィリン徐放錠200mg(12～24時間持続)と処方せん記載の薬剤をテオフィリン徐放U200mg(24時間持続)で入力、調剤、交付を行った。調剤録確認時間違いを発見し、当該薬剤を回収、正しい薬剤に交換した。	入力時、括弧内の持続時間の確認がおろそかになっていた。テオフィリン製剤に持続時間の異なる製剤があることを知らなかった。(入力者)実際に調剤された徐放性製剤と用法の不一致に気が付かなかった。	徐放性製剤の種類と持続時間、用法について一覧表でまとめ、調剤時や薬剤交付時にも確認できるようにした。入力時、薬剤名、用量、用法等の確認に加えて持続時間の確認も必ず実施するようにした。薬局内で事例の共有をした。	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	
436	テオフィリン徐放錠とテオフィリン徐放U200mgのパソコン入力の間違えと、取り違え、監査ミスが重なり、一包化調剤。翌日点検時にわかり、薬を交換。残薬があったため、服用はしていなかった。日頃、間違えないように、棚位置もずらしておいてあったが、忙しかったため、ミスが重なった。	入荷が不安定のため、製薬会社に変更になり、名称もかわり、慣れていなかった。入荷安定していれば、間違えは少ないと考えられる	再度、薬剤の違いを確認棚に先発名をつけて違えに気が付くようにした	テオフィリン徐放錠200mg「日医工」	テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
437	2年ぶりの来局 処方内容が同じであったのでDo処方呼び出し、修正する形で入力を行った。その間で後発医薬品の流通不良が起き、採用メーカーが変更となっていたのに見逃し、前回Doのテオドールで誤入力。	安易なDo処方の呼び出し。確認不足。後発医薬品のメーカーが流通不良で二転三転するので何が採用品なのか把握しきれず無くなっている。	採用メーカー変更の際には全員に通知する。声掛け合う。投薬前に再度薬袋でチェックする	テオフィリン徐放錠200mg「日医工」	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
438	処方箋上にはデカドロン錠4mgの処方であったが、レセコン入力の際、マスターとして入っていたデカドロン錠0.5mgで入力してしまっていた。お渡しした薬は4mgであるため、適正量の服用であったが、会計上の変更があった	規格単位まできちんと見ていなかったことが原因	必ず規格単位まで確認し調剤する	デカドロン錠4mg	デカドロン錠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
439	デキサメタゾンプロピオン酸エステルローションをデキサメタゾンローションと取り間違えた。	名前の類似	注意書きをする。	デキサメタゾンプロピオン酸エステルローション0.1%「MYK」	デキサメタゾンローション0.1%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
440	デキサメタゾン軟膏0.1%*5g 唇に使用の一般名での処方あり。口唇使用であり、デキサメタゾン口腔用軟膏である同規格のアフタゾン口腔用軟膏0.1%*5gと入力選択ミスと取り間違えあり。	薬局に非在庫品であり、処方頻度も低い一般的でない軟膏の処方での入力・取り間違え	入力をより一層注意する。	デキサメタゾン軟膏0.1%「イワキ」	アフタゾン口腔用軟膏0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
441	デキサンVG軟膏処方。患者に確認したところ、口腔内に使用するとのこととデキサルチン口腔軟膏との間違いに気が付いた	名称類似により入力ミス	ダブルチェックによる予防。患者にも用法を確認	デキサンVG軟膏0.12%	デキサルチン軟膏(口腔用)		ヒューマンエラー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	デキストロメトルファン15mg「ツルハラ」21錠を、カセットのバーコードを読んでから調剤。その後、鑑査で11錠(6錠+5錠)がドキサゾシン1mg「テバ」であることが発覚。患者誤服用無し。	デキストロメトルファンのカセットに、ドキサゾシン18錠(5+5+2+6)が、輪ゴムで括られた状態で入っていた。以前にドキサゾシンを調剤した際、真上に配置されているデキストロメトルファンのカセットに、端数を戻してしまったと考えられる。	カセットの隣同士だけでなく、上下にも似ている名前や見た目の薬品を並べないように配置する。また、調剤の際も、カセットに入っているものが必ずしもカセットに記載されている薬品とは限らないことを意識し、鑑査にまわす前にシートの品名を確認する。	デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠15mg「ツルハラ」	ドキサゾシン錠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
443	デザレックス5mgを調剤すべきところ、誤ってデエビゴ5mgを調剤してしまった。幸い鑑査時に、鑑査システム(ミスゼロ子)によって誤りが検出され、患者に誤った薬剤が交付されることはなかった。	正しい薬剤、誤りの薬剤ともに規格が5mgであった。また、どちらの薬剤も同じ引き出しに入っており、ともに外箱がカラフルであったため見誤った可能性がある。	誤りが起こりやすい薬剤はミーティング時に共有する。引き出し内に注意喚起の付箋やシールなどを貼る。	デザレックス錠5mg	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
444	デザレックス5mg2錠分2朝・夕食前の処方がされた。用法が不適切なため疑義照会を行った。その結果、ディレグラ配合錠に変更となった。	薬剤名類似のための入力違いと思われる。	薬剤の用法の確認をしっかりと行う。	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
445	12月の繁忙期で数名の患者さんが待っていた状況。薬剤師がテネリア錠20mgのところテルミサルタン錠20mgで調剤。同一薬剤師がそのまま監査まで行い、本人に服薬指導を行った。次回受診された際、本人が薬剤に関して疑問を抱き、服用後のPTPを持参し、クリニックで調剤ミスが判明。血圧に異常はなく、副作用もなく体調には変わりなかった。	12月の繁忙期で数名の患者さんが待っていた状況。薬剤師含む全スタッフに焦りと慣れが生じてしまった。普段は調剤者と監査者は別の方が担当するが処方薬の種類が少ないこともあり、調剤者と同一薬剤師がそのまま監査まで行い、服薬指導を行ってしまった。	各収納棚に注意書きをテプラで貼り付け。電子薬歴、レセコンに注意喚起を記録。	テネリア錠 20 mg	テルミサルタン錠 20 mg 「YD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
446	デバケンR錠が継続的に処方されている患者様にデバケン錠が処方されたが、いつも通りデバケンR錠からGE変更してバルプロ酸ナトリウム徐放錠A200「トーワ」で入力、調剤した。監査で処方箋がデバケン錠であることに気づき疑義照会をしたところいつも通りのデバケンR錠であることを確認して交付した。	普段からデバケンR錠の処方が多く、GE変更して調剤することが多い。今回の患者様も普段からデバケンR錠で処方されているので今回の病院の処方ミスに気づかず監査まで回ってしまった。	普通錠、徐放錠は名称が似ているので一文字監査を徹底する。複数剤形、規格があることを意識する。	デバケン錠 200 mg	バルプロ酸ナトリウム徐放錠 A 200 mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
447	処方箋にバルプロ酸ナトリウム 200 mg 1日1回眠前とあったが、一包化指示もあり。一包化できるのはデバケンRだが、その場合バルプロ酸ナトリウム徐放錠Aもしくは(1)とあるべきだ。疑義照会をし、1日1回製剤だとセレニカRやデバケンRが該当するが、一包化をする場合デバケンRであるべきだと伝える。処方箋が書き換われました。	バルプロ酸ナトリウムの一般名は非常によく間違えるものであり、知識を有していないとミスのもとになる。薬剤師もそうだが、医療機関側のスタッフの入力ミスも頻発するものだ。この際メーカーにきちんと名称変更をしていただくか、一般名処方の中にデバケンRに相当するもの、などの先発名がわかるように処方箋に工夫をいれるべきだ。	改善策はなし。薬剤師が疑義を感じただけの話。知識をつけるべき。	デバケン錠 200 mg	デバケンR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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
448	先発と後発を間違えたことに尽きる	患者の意向確認の徹底、入力鑑査徹底が不十分 処方鑑査の徹底 お薬お渡し時の最終確認	患者の意向確認の徹底、入力鑑査徹底、処方鑑査の徹底、お薬お渡し時の最終確認を再度徹底する	テブレノンカプセル50mg「サワイ」	セルベックスカプセル50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
449	デベルザを調剤するところ、間違ってテネリアを調剤してしまった。患者より違うものが入っていたと連絡があり間違いが発覚した。	両薬剤とも同じ引き出しで隣に並べて保管しており、取るときに間違えた。字面、ミリ数が同じであるため勘違いが起きたものと思われる。	引き出しの中には糖尿病薬ばかり入れており、DPP4阻害薬、SGLT2阻害薬等、薬効別に置き替える。名称が似ている薬は離して置く。	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
450	他の血糖降下薬とともにデベルザ錠20mgが朝食後に処方されていたが、間違ってテネリア錠20mgを取り揃えてしまった。投薬前に鑑査の薬剤師が気が付いて間違いが発見された。	処方せんを真正面から見ずに調剤していたため、名称をしっかりと見ずにmg数などに気を取られていた。	このような間違いがあったことを皆で共有して、同時に薬歴のポップアップなどにも入力し再び間違いが起こらないようにする。	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
451	デベルザ錠20mgが処方されていたが、テネリア錠20mgを取り違えてしまった。	隣り合わせに在庫しており、医薬品名が類似していたため取り違えた。	在庫する場所を離す、「類似名あり」付箋を付ける。	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
452	デュロキセチン20は1月処方時点で服薬中止を疑義により通達済みだった。2月処方時、本来ならばデュロキセチン20が処方戦より削除されているはずだったが、併用薬のデュタステリド0.5AVが削除されていた。2月はそのことに気づかず調剤。薬はデュロキセチン20ではなくデュタステリド0.5AVを間違えなく調剤していた。	1月時点でデュロキセチン20は服用中止をドクターに疑義していた。そのことが頭にあったので処方箋チェックがあまくなりデュロキセチン20記載の処方箋でデュタステリド0.5AVを調剤していた。	監査時の薬の規格までしっかり確認する。似通った一般名の処方箋には気を付ける。レセプトチェックの際に注意深く再度確認する。	デュロキセチンカプセル20mg「KMP」	デュタステリドカプセル0.5mgAV「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	
453	介護施設入居者の薬の調剤で、本来ならデュロキセチン20mgを他の数種類の薬剤とともに一包化するべきところ、ピッキングの段階から、デュスタテリド0.5mg AVと取間違い、一包化してしまった。交付寸前で監査者がきづき、正しい薬を渡すことができた。	一般名での処方箋内容だと、慣れた調剤のため、頭文字で判断してしまったと考えられる。同じ施設の方の払い出しも多かったため、早くしなければいけないとあせりもあったと考えられる。	当たり前のことだが、処方箋内容をしっかり確認し、調剤者、監査者、交付者それぞれがしっかり確認すること。	デュロキセチンカプセル20mg「サワイ」	デュスタテリドカプセル0.5mg AV「サワイ」		ヒューマンエラー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	テラムロAPで調剤しなければならないところ、テルチアAPで調剤・監査して投薬。在庫チェックで発覚	調剤・監査・投薬をすべて1人で行った。名前が似ていたため間違えてしまった	忙しい場合でも調剤したものはなるべく第三者にチェックしてもらう。	テラムロ配合錠AP「DSEP」	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
455	処方箋にはテラムロAP「DSEP」1錠分1夕食後と記載されていた。薬剤師A(職務経験5年)はテラムロAPを調製するところ誤ってテルチアAPを調製し、監査に回した。監査をした薬剤師Bが間違いに気づき薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師AはテラムロAPを正しく調製し、薬剤師Bが再度監査をした。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。	テラムロAPとテルチアAPの名称が似ていたため間違えた。患者来局時は混雑していたため慌てていた。	調整時に薬品名に注意がいくように、調整前に処方箋コピーの薬品名に○をつけることにした。棚の位置を変え2つの薬品の位置を離れた。棚の薬品名は箱を利用して、テルチアAPとテラムロAPは同じメーカーでデザインが似ているため片方は手書きに変更した。	テラムロ配合錠AP「DSEP」	テルチア配合錠AP「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
456	一般名でテラムロが処方されていた為、最初のテルミサルタンのみで判断した為、調剤ミスにつながった。	忙しい時間帯だった。	一般名は似ている薬品が多数存在するため、よく見てから調剤する。分からなければ最初に調べるようにする。	テラムロ配合錠AP「DSEP」	テルチア配合錠AP「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
457	一般名処方、テルミサルタン40mgアムロジピン配合錠と記載されているところテラムロAPではなくテルミサルタン40mgを払い出ししてしまうところであった。	多忙な時間であり、処方箋をよく見ていなかったとおもわれる。	処方箋を近くでしっかりみて、いつも気を引き締めて確認したい。	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
458	テルミサルタン80mg・アムロジピン5mg配合錠と記載された処方箋を応需した。患者が後発品希望のため、本来ならテラムロ配合錠BP「DSEP」を調剤すべきところ、テルチア配合錠BP「DSEP」をピックアップした。鑑査者が薬剤の取り間違いに気づき、正しい薬剤と交換した。	一般名・薬品名ともに類似していること。混在している時間帯であったため。	当該薬品の棚に、薬剤の取り違えを防ぐための注意喚起を掲示した。併せてテラムロ配合錠AP「DSEP」とテルチア配合錠AP「DSEP」にも同様の掲示を行った。	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
459	テルミサルタン錠80mg「DSEP」→テルチア配合錠BP「DSEP」に変更になることが多い。代診の医師でテルミサルタン錠80mg「DSEP」→テラムロ配合錠BP「DSEP」に変更になっていたのを、思い込みでテルチア配合錠BP「DSEP」で誤入力、ピックアップ。鑑査にて間違いに気づいた。	煩雑であった。代診のDr.であった。思い込みで入力、ピックアップ。	複数人で鑑査する。処方せんに薬名・規格声出し確認する。	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
460	一般名処方テルミサルタン80mg・アムロジピン配合錠の処方箋で本来ならテラムロ配合錠BP「DSEP」を調剤するところ、誤ってテルチア配合錠BP「DSEP」を調剤した。鑑査時に別の薬剤師が調剤ミスに気づきテラムロ配合錠BP「DSEP」を交付した。	一般名処方の配合剤は処方せんによって記載方法が異なる。テルミサルタン80mg配合錠としか確認せず、知識不足と思い込みにより調剤ミスを起こしてしまった。調剤時は処方せんと薬品名の確認を必ず行う。	調剤時は必ず処方せんと薬品名に間違いがないか最後まで確認する	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
461	患者は1年間、他地域に行っており、当薬局の利用も約1年間なかった。1年前に調剤した薬歴には、テルミサルタン(80)・アムロジピン(5)配合錠の処方箋はなかった。久しぶりに来局された際の処方箋に、テルミサルタン(80)・アムロジピン(5)配合錠の記載があった。投薬時に、お薬手帳を確認し、当薬局を利用していなかった1年間の間に、他地域の診療所にてテルミサルタン(80)・アムロジピン(5)配合錠が処方されていたことを確認した。そして、投薬の際には、他地域の薬局で調剤されていたテルミサルタン(80)・アムロジピン(5)配合錠のメーカーとは異なるものを用意した旨伝え、お渡しした。	投薬時には、店内は混雑していたため、入力監査が間違っていることや、間違っただ入力内容でのピッキングであったことに関して、気が付かなかったと思われる。また、当該患者が初めて当薬局を利用された令和元年5月には、患者と薬局で軽いトラブルがあり、投薬した際には心理的なプレッシャーがあったことが、誤った調剤をした要因として考えられる。上記の事例詳細に記載したように、お薬手帳で以前服用していた薬剤と、投薬時にお渡しする薬剤のメーカー名が異なる認識はあり、そもそも配合されている成分が違うことに気が付かなかったことが考えられる。	基本的なことではあるが、成分と規格や成分量などが誤っていないか、確認する必要があり、気をつけるようにするとしか言いようがない。当薬局では、ピッキング監査システムを導入しており、ヒヤリハット自体は少ない状況ではあるが、今回のようにレセコンへの入力とピッキングした薬剤が、どちらも誤った状況では、監査システムの役割が発揮できない状況となってしまう。確認の際に、読み上げたり、ペンを用いてチェックするなど、たとえ混雑していたり、心理的な負荷がかかる状況であっても、基本的な確認を怠らないことが重要だと考える。	テラムロ配合錠B P 「トーワ」	テルチア配合錠B P 「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
462	平素より当薬局を利用されている患者様。今回処方で吸入薬がレルベアからテリルジーにステップアップしたが、レセコン入力がそのままレルベアで入力されており、調剤・監査・投薬すべてスルーして患者様へ交付されてしまった事例。交付後、アルミパッケージを開封した患者様が医師からは薬剤が変更になると言われていたが、これまでの薬剤と全く同じものだったため問い合わせがあり発覚。吸入使用前に交換できたため、患者様への健康被害は出なかったものと思われる。	前回処方をそのままコピーペーストでレセコン入力してしまったのがまず一つの要因であるが、その後調剤、監査、交付すべての段階で一度でも注意深く処方箋を見ていれば防げたものと思われる。	患者様は正しく医師からの指導内容を理解しており、患者様とのコミュニケーションが十分であれば服薬指導の際に判明した事例であることから、漫然と業務をするのではなく平日頃より注意深く処方箋を監査し、患者様の健康状態を正しく理解して、薬剤を交付していく必要があると思われる。	テリルジー100エリブ タ14吸入用	レルベア200エリブ タ14吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
463	テリルジー100エリブタ30吸入の処方に対してレルベア100エリブタ30吸入で調剤。後日患者様より電話があり発覚。すぐに正しい薬を郵送。	名称が似ている薬が隣っていたため間違えやすい環境にあった。	場所を変えて、間違えにくいように対応	テリルジー100エリ ブタ30吸入用	レルベア100エリブ タ30吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
464	【正】テリルジー200エリプタ14吸入用 2キット【誤】レルベア200エリプタ14吸入用 2キット	入力時、前回D oからの変更を見落とし。初期鑑査、最終鑑査、薬剤交付時もスルーしてしまった。	外来が比較的空いている時間帯の方が待ち時間や待合室の状況を意識し焦りが出てしまう。焦りから手技を抜けなく行っているつもりでも流れ作業になりミスが発生してしまうため、焦っていることに気が付いたら一呼吸おいて業務にとりかかるよう店舗スタッフに周知する。外来の状況や処方内容・勤務スタッフのメンバーにより鑑査を同時に2名分行うことがある。作業を中断した時は必ず処方箋を最初から確認し、不十分な確認にならないようにする。前段階の業務でミスが発生している可能性を常に意識し業務を行う。マニュアルを復習し、指差し確認をて漏れなく行う。	テリルジー200エリプタ14吸入用	レルベア200エリプタ14吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
465	テリルジー200、14吸入のところ、頻繁に処方のあるレルベア200、14吸入を調剤していることに気づかず鑑査が終了してしまっていた。投薬者が別であったが投薬時、薬の外箱の形状が同じ為、レルベアと気づかずに投薬。後日、患者様本人が別の薬であることに使用前に気づいて、事例発覚。	鑑査者と投薬者が別だった。投薬時外箱の形状が似ていたため、別の薬が入っているとは疑えなかった。投薬時も、薬現物を薬袋から一旦取り出してから確認する事で、インシデントを避けられたと考える。薬剤の一部を見せるのではなく、必ず薬袋から薬を出して確認する事を心がける。	投薬時も、薬現物を薬袋から一旦取り出してから確認する事で、インシデントを避けられたと考える。薬剤の一部を見せるのではなく、必ず薬袋から薬を出して確認する事を心がける。	テリルジー200エリプタ14吸入用	レルベア200エリプタ14吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
466	処方ではテリルジー200エリプタ30吸入用だったが実際にお渡ししたのはレルベア200エリプタ30吸入用だった。患者本人が使用する際にいつもと違うこと気づいたが形が似ていたため1回使用し、やはり気になりご本人が薬局に電話していただき発覚。ご自宅までうかがって正しいテリルジー200エリプタ30吸入用と交換した。	包装が似ている医薬品の間違い。薬品名の確認が不十分だった。	包装が似ているものがあることを念頭に、鑑査時に薬品名を確認し投薬時にも実物をみてお渡しする。	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	
467	レルベア200エリブタからテルリジー200エリブタに処方変更になっていたが、入力の前回と同じになっていた。在庫の差異より、薬剤を交換したが、実は入力が入っていた。交付時に薬剤師が気づき、入力と薬剤を訂正した。	平素より利用されている方で、処方の変更点を見落としていた。また、入力と調剤した薬剤が違っていることに当初気付けていなかった。	入力と処方の相違に気づけなかったこと、薬剤の在庫が差異があることに気付いたが、きちんと処方を見直さなかったことが原因。常に処方箋をしっかりと見ることを徹底する。	テルリジー200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た事例
468	お昼時患者が2人来ていました。当該患者は2番目に待っておりまして。先を急ぐことが多い患者であるため、急いで調剤を行いました。この過程の中で調剤過誤が発生し、監査をすり抜けて交付されてしまいました。患者は錠剤の色が違うことに気が付き、薬局に問い合わせをしてきました。	薬局のスタッフが手薄なところに患者が重なったため。調剤を慌てたため。	医薬品の棚に「類似名薬あり」のシールを貼る。配合剤の服用患者に関し、日ごろから注意を払う。	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
469	平素から当薬局を利用の患者。テルチアAP「DSEP」のところ、テラムロAP「DSEP」を交付してしまった。本人に見せながら投薬を行ったがその時は気付かず、後日気づき電話で連絡あり、自宅に伺い交換した。残薬があったため服用には至らず。	他のスタッフがピッキング。鑑査・投薬時に誤りに気付かず交付してしまった。同時に在庫不足の薬もありそちらに気を取られて注意が欠けた。	スタッフへの情報共有、名称類似・見た目も似ているため注意喚起、棚にも印を付ける	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
470	以前テラムロBP配合錠を服用していた患者様が、今回HPを変更し、一般名でテルチアAP配合錠が処方されていた。入力者が3文字入力して誤ってテラムロAP配合錠を選択してしまい、そのまま監査、投薬してしまった。	薬剤師の人数が少なく繁忙期であったため、普段に比べてバタバタしていた。その結果、監査に十分に集中できなかった。	配合錠の場合は成分名、成分量をしっかりチェックして監査する。また、テラムロ=テルミサルタン、アムロジピン、テルチア=テルミサルタン、チアジドなどの頭文字を意識して入力、調整する。	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
471	普段からテルチアA P トーワ服用中の患者様があり、いつも同様に処方あったが、テラムロA P と勘違いし調剤監査。投薬も気づかずに行い、後日患者さまから連絡いただき間違いが判明した。	思い込みが原因。その都度確認により間違いは防げたと推測。	思い込みせずに、全ての調剤・監査者が確実に処方箋確認して行う。	テルチア配合錠A P 「トーワ」	テラムロ配合錠A P 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
472	投薬翌日別の患者さんの調剤在庫不足に気がかり誤ってテルチアBPを投薬するところテラムロBPを投薬した事がわかった。直ぐに患者さんに連絡して確認したところまだ薬袋に入ったままの状態患者さんは気付いてなかった。	名称が類似していたため監査した薬剤師も気がつかなかった。煩雑時間帯であった事もあり確認不足が原因と思われる。	煩雑な時であれ確認を怠らない様周知した。服薬指導時の患者さんとの確認の必要性も周知した。	テルチア配合錠B P 「D S E P」	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
473	テルチアBPを調剤するところテラムロBPを渡してしまった。30錠のうち13錠は服用してしまった。体調に変化はなかった。処方医に報告した。	一般名「テルミサルタン80mg・ヒドロクロロチアジド」を見た時にテラムロだと思い込んでしまった。テルチアを使用しているのは当該患者1名であり、テラムロAP・BPの使用者の方が圧倒的多数だったのでテルミサルタンの規格にばかり注目し、テラムロだと思い込んでしまった。テルチアも採用している事は失念していた。	ダブルチェックを徹底する。	テルチア配合錠B P 「D S E P」	テラムロ配合錠B P 「D S E P」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
474	テルチア配合錠BPのところテラムロ配合錠BPが調剤された。監査時、交付時に間違いに気が付かなかったが薬の入庫の際に調整したものと違う薬剤が入庫したため間違いに気づき患者に連絡して取り換えに行った。	処方薬の名称が似ていたことで薬剤の調整をした事務、監査、交付した薬剤師も気づかず渡してしまった	棚に類似名ありのシール、交付時には患者と一緒に薬を確かめる	テルチア配合錠B P 「サワイ」	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	
475	正しくはテルミサルタン錠20mgを調剤するべきところ、誤ってテネリア20mgを調剤してしまった。幸い監査システムによって誤りが検知され、患者に誤った薬剤がわたることはなかった。	引き出しの位置が近く、規格と頭文字が同じであった。また、調剤時に事務員と話をしており、集中力が欠けていた。	調剤中は調剤のみに集中する。規格、頭文字が同じ薬剤など、間違えやすい薬剤についてはミーティング等で周知する。	テルミサルタン錠20mg「ケミファ」	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
476	一般名処方 ARB内でのピッキング間違いが発生した。	患者様が多くて、ピッキングの際の注意が足りなかった。	名称の似た薬剤の一覧を掲示している。繁忙時にも必ず2重監査できる体制をとるようにした。	テルミサルタン錠40mg「DSEP」	バルサルタン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
477	テルミサルタン錠40mgが薬袋に書いてあるが、バルサルタン錠40mgが入っていると患者入院先の薬剤部から連絡があり、確認したところ、薬の渡し間違いであることが発覚した。入院先ではテルミサルタンを飲んでもらうこととした。	薬剤の名称が似ており、焦りもあったため鑑査が疎かになってしまった。	焦らず丁寧に鑑査を行っていくことを心掛ける。	テルミサルタン錠40mg「DSEP」	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
478	一般名)クロバタゾールプロピオン酸エステル軟膏が処方されていたが、キンダベート軟膏を調剤していた。事務員入力後の薬袋や薬情を見て間違いに気が付いた。	処方薬名の確認を怠った 一般名が類似していたため取り間違いをした	軟膏の一般名は類似していることが多いので、複数人で処方薬名を確認する	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
479	処方箋錠の記載はデルモベート軟膏であったが、アンテベート軟膏と入力間違いをした。鑑査者が間違いに気づいて、修正した。	名称類似。繁忙している時間帯であった。	ステロイド外用剤は名称が似ているものが多いことを周知。特に一般名処方では、ミスが起こりやすいことを認識する。	デルモベート軟膏0.05%	アンテベート軟膏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
480	生理食塩液(ソフトバック)500mlの処方に生理食塩液PL「フソー」500mlが処方入力されていた。	生理食塩液には様々な形状があるので注意が必要である。	全職員に注意喚起をおこなった。	テルモ生食	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
481	一般名処方でトコフェロールニコチン酸エステルが処方されていたが、当薬局に在庫があるトコフェロール酢酸エステルが調剤されていた。鑑査時に気がつき、正しい薬で調剤し直した。	トコフェロールのみ見て調剤を行った。調剤者が酢酸エステルとニコチン酸エステルで、適応が異なることを認識していなかった。	間違い易い薬剤について、事務員を含めて定期的に情報共有を行う。	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「トーフ」	トコフェロール酢酸エステル錠50mg「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
482	一般名トコフェロール酢酸エステル錠のところ、一般名トコフェロールニコチン酸エステル錠をレセコン入力を間違えてしまった。すぐに気が付き患者さんに薬を変更して渡した。	知識不足であった。	一般名を入力する時の確認を再度徹底した。	トコフェロール酢酸エステルカプセル100mg「VTRS」	ユベランカプセル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
483	※処方銘柄記載がなく「トコフェロール酢酸エステルカプセル100mg」であった。先発品には「50mg錠」規格しかない。お薬手帳記載の調剤薬は「100mg錠」であった 1) 他院処方を引きつぐ形で処方元での受診も初めてだった。お薬手帳を参照して処方したと思われるが、一般名処方ではなく銘柄記載のない後発品を選択して印字したものだ。2) レセコン入力時に、先発品にはない規格のため一般名や先発品からの変換ではなく薬局での採用歴のある医薬品の中から選択してしまい、類似のものを選んで入力してしまった。3) 調剤者、鑑査者は処方箋記載と入力が異なることを見落として投薬。4) 次回受診・来局時にレセコン入力しようとして前回調剤した薬剤と処方箋QRコード読み込みで表示された薬剤が異なったため誤りが発覚。	成分名の相違部分が途中の「酢酸エステル」「ニコチン酸エステル」で調剤、鑑査時に気づきづらかったこと、先発「ユベラン錠」にはない規格剤形で在庫のある「ユベランのGE」の方が連想されやすく入力時にも採用品のリストから選んでしまいやすかったことが要因。前医からの引継ぎ処方だが、別の利尿剤の変更があったため用量・用法の確認や患者からの聞き取りもそちらに注意が行ってしまい薬剤名の違いに注意が行き届かなかった。	類似の相違のある薬剤に注意喚起の印をつける。入力時に【般】ではなく成分だけ記載されたような処方の場合は入力前に選択すべき薬剤について薬剤師に問い合わせよう事務で取り決め。	トコフェロール酢酸エステル錠100mg「ツルハラ」	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「トーフ」		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



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
484	トコフェロール酢酸エステル錠100mg が処方されていたが、トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg で調剤しお渡し。投薬後、違うもので交付したことを発見し、調剤過誤発見	成分名の初めの部分しか確認せず、思い込みで調剤したことが原因。成分名が類似だったこと、忙しい時間帯であり、確認を十分に出来ていなかったことも要因。	スタッフ全員での知識の共有と一般名処方時は最後まで確認	トコフェロール酢酸エステル錠100mg 「ツルハラ」	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
485	調剤前の監査で体重が22.5kgに対してトスフロキサシントシル酸塩細粒小児用15%が1日1.2gは用量が少ないと感じた。添付文書にはトスフロキサシントシル酸塩水和物は1回6mg/kgを1日2回の記載があるため、トスフロキサシントシル酸塩細粒小児用15%の用量が少ないのではないかと医師に疑義照会した。トスフロキサシントシル酸塩細粒小児用15%ではなく違う薬剤を処方する予定だったことを確認し、トランサミン散50%に変更になった。	処方箋の記載ミスではあるが、小児用量を把握していないと気が付くことができないので、小児用量を把握しておく必要がある。	小児用量を予め把握して、調剤前に用量が適切かどうか確認をする。	トスフロキサシントシル酸塩細粒小児用15% 「トーワ」	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
486	一般名処方ではレボドバ50mg・カルビドバ配合錠とあり、それ以外に処方されていたスタレボL50mgをDで引っ張ってきた。	一般名処方についても2重監査をし、薬剤師、事務員皆で情報を共有する。	一般名処方についても2重監査をし、薬剤師、事務員皆で情報を共有する。	ドバコールL50	スタレボL50		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
487	予製の作成にて、トピラマートを調剤するはずであったが、名称類似によりトリプタノールを調剤(一包化)していた。	名称が類似している、規格も25mgと同じである。	ピッキング時、調剤後の自己監査の徹底	トピラマート錠25mg 「アメル」	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
488	トラセミドをトラゾドンと間違え一包化をして調剤。名称酷似による調剤ミスがありさらに監査において、その間違いをみつけることができなかった。そのため、入院されたタイミングで、持参薬のチェックに際に薬剤の間違いを病院の薬剤師が発見有害事象自体は軽微だった	種類が多い薬剤の一包化のため、名称酷似の薬剤の調剤ミスがあり、さらに、監査に関しても一つ一つのチェックがもれていた	一包化を開始する際に、ピッキング薬剤を再度チェック監査時においても、一つ一つの薬剤のチェックの再度見直し。また、監査時のリスクを考え、ジェネリックの薬剤の選択の際に、刻印がはっきりしている薬剤を検討	トラセミド錠 4 mg 「K O」	トラゾドン塩酸塩錠 2 5 mg 「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
489	トラゼンタ錠5mgの半錠が処方され1週間分作成し監査したところ1つだけ印字が違う薬が混じっていた。作成時、ヒートと以前半錠にしたトラゼンタ錠が1つあったため使用。分包紙にトラゼンタ錠5mgと書いてあったが入っていたのはメルカゾール錠2.5mgの半錠だった。	メルカゾールの半錠作った際に1つ余りが出来て忙しかったため少し時間が経ってから分包したため色が似ているトラゼンタ錠5mgと勘違いしてトラゼンタ錠5mgの棚に分包して戻っていた。	半錠で余ったものはすぐに分包して戻す。忙しくて少し時間がかかってしまった場合は2人以上で印字確認して分包して棚に戻す。	トラゼンタ錠 5 mg	メルカゾール錠 2. 5 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
490	一般名処方で、「トラゾドン錠 2 5 mg」との記載が有り、ジェネリックでのピッキングを行う際に、同じ劇薬であり棚も近くにあってから間違っ「トレドミン錠 2 5 mg」をピッキングし取り揃えてしまった。監査の際に気付き、患者さんへの投薬前に正しい薬剤を取りそろえた上で、監査・投薬を行いました。たまたま陳列も近く、用量も同じであった為にピッキングを間違えてしまいました。	普段から慣れている事もあり、慎重さが足りなかったと思います。	似たような薬剤名がある薬剤は、違いがある文字に下線を引くなど、より注意するように改善しました。	トラゾドン塩酸塩錠 2 5 mg 「アメル」	トレドミン錠 2 5		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
491	ラタチモ点眼を調剤しなければならないところ、トラチモ点眼を調剤し交付してしまった。幸い眼圧は変わらず、Drにも連絡済み。	忙しく注意が散漫になっていた	いままで入力、調剤、監査投薬者を分けていたが、それに加えてダブルチェック者をもう1人ふやすことにした。	トラチモ配合点眼液 「ニットー」	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
492	患者が処方箋をもって来局。事務員AはテルチアAPをピッキングするはずが、トラディアンズAPをピッキングしていたため、チェックをする薬剤師がピッキングのミスに気づき、正しい薬剤をピッキングした。	店内の混雑状況から焦りが見られ確認を怠った。同じAPのため、名称の確認がしっかりできていなかった。	名称、規格の注意周知を行った。ダブルチェックの徹底を行った。	トラディアンズ配合錠AP	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
493	薬剤の説明中にトラディアンズを患者に見せたところ、「いつも(ジャディアンズ)と違います。」といわれ薬剤の思い違いをしてしまった。	この時はチェックする他の薬剤師も忙しく、監査がおろそかになってしまった。ジャディアンズもトラディアンズも同じ量が出ているが、配置位置が近かったため誤ってとってしまった。	1.調剤棚から薬剤どうしの場所を離す。2.薬剤の箱に類似名称ありの付せんをつける。3.付せんにマジックで薬剤名を大きく見えるように貼ることをした。必ず一呼吸おいてお互いに点検するように確認した。	トラディアンズ配合錠BP	ジャディアンズ錠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
494	ジェネリック医薬品希望の患者様への処方。処方箋には(般)トラネキサム酸錠250mgが記載されており、処方入力時に間違えて剤形変更してしまい、トラネキサム酸カプセル250mg「旭化成」で入力してしまった。錠剤もカプセルも、どちらも薬局には在庫あり。処方入力チェック時にミスが発覚。患者へ交付まえに訂正した。	昨日、日曜日だが休日当番だったので連勤で疲れが溜まっていた。門前ではない病院の処方箋で、見慣れない形式だったためいつもの平常心で処方入力できなかったためと思われる。	適度に休憩を摂る。規格や剤形間違いなど、処方的なミスのないような声掛けや本人の意識改革。	トラネキサム酸錠250mg「YD」	トラネキサム酸カプセル250mg「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
495	薬袋に記載されている薬品名と中に入っている薬名が異なると患者からの問い合わせで異なる薬剤を投薬していたことが発覚。トラネキサム酸錠250mg処方カルボシステイン錠250mgを調剤。ホームケア対応患者にて自宅に薬剤を届けた後に患者から連絡があり謝罪の上早急に取り換えに伺った。	調剤補助によるピッキングであったが、薬剤師の監査が不十分であったこと、同様な処方が複数同時にファックス送信されたことが起因と考えられる。	多忙時、煩雑時の監査は慣れた薬剤師が行う事、監査の作業は責任を持って確実に実施する。調剤補助においても声出し、指差し確認をしっかりと行う習慣をつける。	トラネキサム酸錠250mg「日医工」	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	
496	トラマールOD錠25mgが処方になったがトレリーフOD錠25mgでピッキングされていた。	どちらも劇薬で同一の規格があり名前も類似していることから、近くの調剤棚に置かれていて取り違えが起こった。	名前の類似のため注意喚起を促し、取り違えが起こらないような配置に変更を行った。	トラマールOD錠25mg	トレリーフ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
497	施設の新規入居者 79歳女性今までも他の薬局からもらったトラマドール25mgを飲んでいて、新規入居者のため当薬局初回。処方は「トラマールOD錠50mgであり入力もしていたが、後発に直す際に、「トラマドールOD25mg KO」にしてしまった。50mgは取り扱いがなかったため発注しようと思っていたが、発注時不足にあがらなかったため入力を確認したところ25mgになっていることに気が付いた。	店舗の夏休み明けで入力が多まっていてもありいつもとは違う状況であった。施設への新規入居者のため、新患登録から介護保険入力など作業がたくさんあった。トラマールは6月に発売になったGEで、今まで25mgしか取り扱ったことがなく原本から探さなければならなかった。	入力しGEを選ぶときに品名だけでなく規格もしっかり確認する。取り扱ったことがない新しい薬が出る時は複数で確認する。	トラマールOD錠50mg	トラマドール塩酸塩OD錠25mg「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
498	トラムセットが正しいところ、トラマールOD25で調剤された。	商品名の初めの文字が同じで誤ったと推測される。	似たような名称等の注意喚起が必要	トラムセット配合錠	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
499	在宅患者用の一包装の中のものが入っていた	在宅患者の残薬を回収したものを使用しての一包装調剤において、残薬仕分で他薬が入り込んでしまった。服用中止となっている薬だったが剤型等酷似しており見間違ってしまった。調剤者、監査者共にスルーしてしまい患者宅へセット、その後判明したため取り換えに再度伺った。	残薬使用での一包装の際には仕分け後の段階で再度チェックするようにする。	トリクロルメチアジド錠1mg「NP」	ブラバスタチン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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
500	抗うつ薬のトリンテリックス(10)と睡眠導入剤のデエビゴ(5)の半錠の分包時に、一包化の中に混在してしまった。	両薬剤とも同一処方の中で処方されることが多く、ともに大きさ色調とも同一であり、半錠に分割するという特殊な条件も相まって取り間違えて分包してしまった。	当該2剤の半錠分包時には、特段の注意喚起するよう徹底した。	トリンテリックス錠10mg	デエビゴ錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
501	医薬品の名称が似ているために間違えて一包化してしまったが、鑑査時に気が付き対応。	医薬品の名称が非常に類似していて間違えやすい	調剤時、鑑査時に医薬品の一字ずつ丁寧に確認する	トルバプタンOD錠7.5mg「サワイ」	スマトリプタン錠50mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
502	一包化で間違え、鑑査で発覚。	疲労。ピッキング間違え、分包。	ピッキングしたものの鑑査をしてから分包。	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
503	一般名処方で「トロキシピド錠100mg」の処方があったが、入力時に「ドロキシドバcap100mg」と勘違いして入力。調剤者も気づかず「ドロキシドバcap100mg」を調剤。鑑査時に間違い発覚。	当薬局では日常的に「ドロキシドバ」を調剤することはあるが、「トロキシピド」処方頻度低く、薬局内での認識も低い。	入力者と鑑査者は必ず別の者が行うようにしている。類似医薬品の取間違いを防ぐためにバーコードを読み取る鑑査システムを導入している。	トロキシピド錠100mg「オーハラ」	ドロキシドバカプセル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
504	あまり出たことがない薬で、トロキシピド100mg「オーハラ」が処方。ただ、薬局に在庫がなかったため、他のメーカー等で在庫がある物を探していたところ、ドブスOD100mgの在庫があり、一般名もトロキシドバと類似していたため、誤って選択。その後、別のスタッフも処方せんにドブスと書かれていたので、ドブスでピッキングしてしまった。	一般名が類似していて、規格も同じであるから、頭3文字くらいで判断して入力してしまった。	しっかりと成分名を最後まで確認するように習慣づけること。	トロキシピド錠100mg「オーハラ」	ドブスOD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	
505	ナジフロキサシクリームを調剤する所、ダラシンTゲルで調剤しお渡ししてしまった。	慣れも出てきて、薬効が同じ所もあり調剤を間違えてしまいました。ダブルチェックもしたが、確認ミスになってしまった。	基本に戻り、ダブルチェックをし、お渡しする時も再度確認して薬袋にいれる。	ナジフロキサシク リーム1%「SUN」	ダラシンTゲル1%		ヒューマンエラーやヒューマン ンファクターに起因すると考 えられた事例
506	ナラトリプタンで処方されたところ、エレトリプタンで調剤	前後の処方で類似処方が出ていたので混ざってしまった	患者様の手に届くまでに必ず3人の目は通すようにする	ナラトリプタン錠2. 5mg「KO」	エレトリプタン錠20 mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマン ンファクターに起因すると考 えられた事例
507	ナラトリプタン錠2.5mg KOでお渡しするところ、リザトリプタンOD錠10mg VTRSで投薬してしまった。1時間後に患者様から連絡あり交換しました。	繁忙時間帯に1人調剤・監査・投薬により発生、注意力不足・ダブルチェックの徹底不足が原因と考えられる。	医薬品の重要性をしっかりと認識し、大きな体調変化の起こりうることを理解した上で、調剤する薬剤師は処方箋コピーの規格数(mg)の所に注意喚起の印(マーカー等で)付け、声を出し処方箋と実物で指さし確認・鑑査しダブルチェックを徹底する。	ナラトリプタン錠2. 5mg「KO」	リザトリプタンOD錠 10mg「VTRS」		ヒューマンエラーやヒューマン ンファクターに起因すると考 えられた事例
508	患者にニコランジル5mg「サワイ」が1日2回60日分が処方された。120錠調整するところ、ニコランジル5mg「サワイ」20錠とバイアスピリン100mg100錠を取り揃え、患者へ交付した。患者から連絡があり、薬剤の取り違えに気づいた。	調製する際に、ニコランジル5mg「サワイ」20錠を取り揃えた後、誤って同じ棚の区画にあるバイアスピリン100mgをピロー包装の状態2つをゴムでまとめ取り揃えた。調製者は、取り揃えた薬剤を調剤監査支援システムで読み取ったところ、ニコランジル5mg「サワイ」のバーコードのみが読み取られたため、エラー表示が出なかった。鑑査者もニコランジル5mg「サワイ」20錠のみ確認し、バイアスピリン100mg100錠への確認が不十分であった。	100錠単位で調製する際は、ピロー包装から出す。また、PTPシートでの細かい端数とは一緒せず、それぞれ監査ができるよう取り揃える。調剤監査支援システムは薬剤の取り揃えの際に補助的に使用する機器であることを再確認し、薬剤師は取り揃えた薬剤と処方箋を照合して確認を行う。	ニコランジル錠5mg 「サワイ」	バイアスピリン錠10 0mg		ヒューマンエラーやヒューマン ンファクターに起因すると考 えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
509	一般名処方でのニザチジンとチザニジンを見間違え、チザニジンをピッキングする一歩手前できがついた。	慣れ	調剤前に良く確認。一般名処方はメーカー名等が入っていないため特に注意。	ニザチジン錠150mg「YD」	チザニジン錠1mg「NP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
510	一般名処方でのニザチジン錠150mgが処方、毎回ニザチジン錠150mg「YD」で交付していたが、今回は調剤誤りでチザニジン錠1mg「サワイ」で交付。交付時に患者から「薬が変わったのか?」と質問を受けたが、変わったと返答、そのまま薬剤交付となった。次回来局時に前回の薬と異なると患者から申し出があり、現在服用中の薬剤を確認、チザニジン錠が交付されていたことが発覚した。薬は毎日服用し、残薬は数錠だったが患者に健康被害はなかった。	ニザチジン錠とチザニジン錠と類似名称であることが原因の一つ。患者からの指摘を受けたにもかかわらず、確認を怠ったことが原因。患者とのコミュニケーション不足で、症状と処方の整合性の確認を怠ったことも原因。	ニザチジンとチザニジンは保管場所を離してあるが、再度保管場所確認ニザチジンの調剤棚に、チザニジンと間違えないように注意ラベルを貼付薬剤交付者への再教育	ニザチジン錠150mg「YD」	チザニジン錠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
511	ニセルゴリンをずっと服用。発生時、近所の医院が急遽休みになりその対応に追われつつ調剤。隣にあるニコランジルをピッキングしてしまった。	近隣ドクターの対応に追われ、ややパニック状態になってしまっていた。また、いつもの薬との慢心もあったと思われる。	類似名のものを離す、類似品有などメモをつける。	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
512	一般名：ニセルゴリン情変5mgをニコランジル5mgで調剤2医療機関の薬を一包化の同包管理状況のため5日分先渡し先渡しの5日分のみ間違いその後入院し、病院の薬剤師が発見。薬局が差し替え対応。	イレギュラーな調剤において患者が予定時間より前に来局。慌てて調剤監査にて投薬。	調剤者、監査者共に処方箋の確認の徹底	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
513	ニセルゴリン錠5mgが処方されていたが、ニコランジル錠5mgと取り違えた。監査者・交付者も気づかず患者に交付した。その後、薬局内にて在庫確認中に誤差発生に気づき、取り違えに気づいた。すぐに患者に連絡し、服用前に交換することができた。	患者で混雑している時間帯で、忙しかった。名称類似しているため、注意喚起の表示はしていたが、不十分であった。監査・交付時の確認が不十分であった。	取り違え防止のため、保管場所を話す。注意喚起の表示も、もっと目立つ様に工夫する。監査・交付時には、必ず薬の写真と照合する。	ニセルゴリン錠 5 m g 「トーワ」	ニコランジル錠 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
514	ニセルゴリンが処方されていたのに間違えてニコランジルをピッキング 再確認せずに別の患者の投薬に行ってしまった 別の薬剤師が監査して投薬したが間違いに気付かず渡してしまった患者様が帰宅後気付きTEL 間違いが発覚	忙しい中処方箋の薬品名を再確認せずに読み間違えてしまった 集中力が欠けていた	ピッキングした薬剤師も責任を持って再確認してから別の薬剤師に監査・投薬して貰う	ニセルゴリン錠 5 m g 「日新」	ニコランジル錠 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
515	一包化調剤において、ニトラゼパム錠5mgをジアゼパム錠5mgで調剤。鑑査者が気づき訂正した。	用意されいたジアゼパム錠5mgをそのまま調剤時使用したこと、注意力不足、5mgと規格が同じであったことが原因。	分包前に薬剤を処方箋と照らし合わせて必ずチェックする。	ニトラゼパム錠 5 m g 「テバ」	ジアゼパム錠 5 m g 「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
516	80歳の女性、いつもの薬に加えてニトロール錠5mgが処方されていた。集薬した薬剤師が思い込みで間違えてニトロペン舌下錠0.3mgを揃え監査装置に通した。当然エラー表示が出るが、平素からニトロペンはエラーが出やすいため目視確認しましたと監査薬剤師に渡した。監査時もニトロペン以外は袋に入れ終わっていたため、そのまま袋に入れて投薬の薬剤師に渡した。投薬薬剤師は患者から今回は以前にもらった心臓の薬の期限が切れそうなので出してもらったと話を聞いて、以前出ていた薬はニトロペンであつたため疑問を抱かずそのまま投薬してしまった。投薬後のチェックで投薬した薬剤師が間違いに気付き、患者にTEL連絡し、間違いを詫びて交換した。	忙しい時間ではあつて集薬時に薬を間違えたのはともかく、監査装置でエラーが出ているのに強制的に終了させて目視確認と監査薬剤師に申し送り、監査薬剤師も鵜呑みにして、そのまま投薬薬剤師に渡してしまった。ここまで3回のチェックポイントがあつたが作動しなかつた。更に患者との話を優先していた投薬薬剤師が患者の話から過去薬歴で確認して同じ薬がでていると思い込み投薬してしまった。通常の「ピッキング」「監査装置」「目視監査」「投薬時チェック」の4ヶ所でのチェックしていたのにもかかわらず、それぞれが漫然と仕事をした結果であつて、ルーチンを守ることの重要性が認識された。	投薬前に「ピッキング」「監査装置」「目視監査」「投薬時チェック」というルールがあり、特に「監査装置」のエラーが出た場合、慣れで装置の誤認識と判断して自分を疑わなかつた結果が第1の原因である。エラーが出た場合は再度種類、数量の確認をする事を申し合わせた。また、申し送りの鵜呑みもせず、必ず自分で確認することも申し合わせた。投薬時は既に監査が済んでいる薬剤なので患者の聴取を優先しがちであるが、最期の砦として厳しくチェックするように申し合わせた。	ニトロール錠5mg	ニトロペン舌下錠0.3mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
517	ニフェジピン、24時間、12時間の間違い	処方せんの見落とし、見間違い処方箋、レセコン入力後再確認を行う。	処方箋、レセコン入力後再確認を行う。	ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」	ニフェジピンL錠20mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
518	一般名ニフェジピン徐放錠20mg(24時間持続)で処方、前回は『ニフェジピンCR錠20mg日医工』でレセコン入力調剤交付していた。今回日医工の在庫がないため、『ニフェジピンCR錠20mgサワイ』で調剤したが、今回レセコン入力が前回doのまま『ニフェジピンCR錠20mg日医工』だった。監査時に気が付き、『ニフェジピンCR錠20mgサワイ』でレセコン入力し直し調剤交付した。	待合室が混んでいる状態だった。一般名ニフェジピン徐放錠20mg(24時間持続)が入手困難で、そのときに納品可能なメーカーで対応していた。当時ジェネリックは『サワイ』のみの在庫だったので『サワイ』で調剤したが、レセコン入力の事務員とのコミュニケーション不足でこのようなことが起きた。	本来であれば1つのメーカーに統一したいが、現在出荷調整等で入手困難である薬がいくつかある。複数のメーカーがある薬のリストを作り、レセコン入力前にどのメーカーで調剤するかを事務員と薬剤師で情報を共有する必要あり。忙しいときでも平常心で業務を行う。	ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」	ニフェジピンCR錠20mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
519	ニフェジピンCR20mg 処方のところレセコンの入力が誤っており、調剤者も気づかずにそのまま一包化してしまった。	前回処方時にニフェジピンCR40mgよりニフェジピンCR20mgへ減量となっていた。	複数で入力を確認する	ニフェジピンCR錠20mg 「三和」	ニフェジピンCR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
520	一般名処方で、作用時間の複数ある薬剤。読み取り違い、自身の過信による。	院外処方になったタイミングでの過信。また、患者様へ確認したが、年齢？説明不足？により、間違った薬剤を交付しそうになる。	作用時間の異なる薬剤についての申し送りの徹底。複数人による確認。	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
521	ニュープロパッチ13.5mgが施設患者へ処方されていたが、誤ってリバスタッチパッチ13.5mgを交付。使用前に施設スタッフが気づき薬局に連絡をくださった。	どちらも貼付剤であり、mgが同じであることから過誤に至った。規格に注意が向き、薬剤名への注意が欠落した。患者数が多い施設の監査であり焦っていた。患者は過去の処方歴等からパーキンソン病であることが想定できる。それが監査時に考えられていたら注意ができた。薬のみならず病態への調剤監査が不十分であった。	該当患者の薬歴を入れるファイル表紙に注意喚起のメモ書きを作成	ニュープロパッチ13.5mg	リバスタッチパッチ13.5mg		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
522	ニュープロパッチ18mgの処方があった患者さんに対して、リバスタグミンテープ18mgがピックアップされており、監査の際、間違っ取られている事が発覚した。	今回のピックアップミスが発生した主な要因としては、両薬剤の設置場所が隣にあり、尚且つ、製品パッケージが酷似していることから発生したと思われる。	実際に行った改善方法としては、パッケージの酷似した両剤の保管棚を分け、両剤の保管棚に薬剤名の書いたシールを貼ることでピックアップ時、納入時に置き間違いと取り間違いがないように工夫した。	ニュープロパッチ18mg	リバスタグミンテープ18mg 「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
523	ネオドパゾールが処方されていたが、ドパコール配合錠L100mgで調剤、監査、投薬をしてしまい、本人が薬剤の色が違うことに気づき誤って渡してしまったことが発覚	類似医薬品により、思い込みがあり注意力が散漫となり、また繁忙状況も重なり調剤、監査、投薬を通してしまったと考えられる	一包化については、服用時点ごとに薬剤と処方内容を照らし合わせ内容の確認を行う	ネオドパゾール配合錠	ドパコール配合錠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:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
524	一般名処方でジフルコルトロン・リドカイン配合軟膏が処方。レセコン入力者(薬剤師)がDO処方である大腸菌死菌・ヒドロコルチゾン配合軟膏と入力。また、調剤者もDO処方であるヘモポリゾン軟膏を調剤。監査者も気づかずにそのまま交付してしまった。後日事務員が入力のチェックを行った際に発覚した。	一般名処方である為、似た剤形であるヘモポリゾン軟膏を勘違いしてしまった。DO処方だと思い込み今回から処方変更であることに気づかなかった。入力と調剤された薬が同一である為、監査システムもエラーが発生しなかった。その為、監査時にも気づかなかった。監査時も似た剤形であるヘモポリゾン軟膏であると思い込んでしまった。新規処方薬があった為、そちらの方に気を取られてしまい軟膏の確認が疎かになってしまった。	監査時に一般名処方と入力された薬が同一であることをしっかり確認する。入力時にDO処方だと思わずにしっかり確認してから入力する。一般名処方だと似た剤形の薬が混同してしまうことがあるので間違えないようにきちんと確認する。	ネリザ軟膏	ヘモポリゾン軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
525	入力時、一般名 ジフルコルトン吉草酸エステル軟膏0.01% 処方を一般名 ジフルブレドナートと入力した為、ネリザナ軟膏の処方がマイザー軟膏の処方と印字された。処方せんの一般名を確認することなく、印字のまま調剤、投薬した為、間違えて交付してしまった。後ほど、入寮確認時に気づき、お詫びし取り換えた。	あまり受ける事のない皮膚科医院の処方だった	調剤時、処方箋記載に一般名と薬品名をしっかりと確認する	ネリゾナ軟膏0.1%	マイザー軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
526	ノイロトロピンの処方があったが、ノイロピタンをピッキング。監査時に他の薬剤師が気づき、ヒヤリハットが発覚。	ピッキング時に声出し確認が行えておらず、また処方監査も行えていなかった。	監査、声出し確認の徹底	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
527	薬を交付後本人から電話があり、ノイロトロピン錠4単位を誤ってノイロピタン配合錠を渡していたことが発覚した。すぐに交換し対応した。	他の患者も待っており、急いで調剤した為確認不足	再度処方箋との確認を徹底する。	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
528	平素から利用されている患者に新たに口内炎ができたためノイロピタン錠が処方された。当店ではほとんど動きがない薬で逆にノイロトロピン錠が定期的に処方になる患者が数名いる。ノイロトロピン錠が調剤されていることに鑑査者が気づき未然に防ぐことができた。	ほとんど動きがない薬が処方されたがいつも出ているノイロトロピン錠が出ていると思い調剤された。最後まできちんと処方箋を読んでいないのとよくある似た名称での間違いだったと思われる。	投薬の際に患者の症状と出ている薬が異なるため気が付くとは思いますが薬局内で似た名称の薬の一覧を作成し再発防止に努める。	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
529	患者が口の痛みを訴え、ノイロトロピンの処方を希望していたが、処方医が誤ってノイロピタンを処方してしまった。	薬剤名が類似していたため入力をミスしたと考えられる。	患者から聞き取りを行うことで処方の誤りを防止することができる。	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
530	入社1年未満の事務員がノイロトロピン錠を取り揃え時に、誤ってノイロピタン配合錠をピッキングしてしまった。	医薬品の類似名についての教育不足煩雑な処方箋の読み取り	新人スタッフへの名称類似薬品の教育・指導、情報共有処方箋読み取り時に声出しを行う	ノイロトロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
531	ノイロトロピン処方のところノイロピタン調剤・監査し患者様にわかってしまった。患者様が発見され薬局に報告されました。ノイロピタンは回収し、ノイロトロピンをお渡しした	類似薬剤名のため調剤者、監査者とも間違えてしまった	類似名称同志の保管場所の注意喚起を表示した 薬局内で情報共有した	ノイロトロピン注射液 3.6単位	ノイロピタン		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
532	ノイロピタン配合錠を調剤するところをノイロトロピン錠で調剤した。	整形外科からの処方であり、他処方薬の組み合わせより判断してノイロトロピン錠の処方だと思い込みやすかった。	両カセットに類似名称薬品ありの表記をした。	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
533	在宅訪問の患者の薬を処方箋を確認しながら準備。監査の段階でノイロピタンであるところがノイロトロピンにて調剤されていたことに気が付き、薬の取り違えと判断。変更し、間違いなく調剤を終えることができた。	名前がよく似た薬剤であることは以前からわかってはいたが、薬局の忙しい時間帯であったことから思い込みにて調剤してしまったと思われる。在宅訪問の薬はあせらないようできるだけ外来の処方止まってから処理するよう心掛けている。	調剤の段階で、再度確認することを徹底する。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		ヒューマンエラー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	ノイロピタン処方のところノイロトロピンを調剤して、交付前に気づいた。	名前がとても似ていて調剤ミスをした。	機械化にて監査	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
535	処方せんにはノイロピタン配合剤となっているにもかかわらず調剤入力を似た名前のノイロトロピンで入力したが、患者さんには処方箋通りにノイロピタン配合剤では投薬していた。調剤録の入力通りに患者への説明文書も記載され、請求もしてしまった。	似た名前のある製品についてはダブルチェック以上に確認していく必要があり、今回は患者さんにわたった薬剤は処方箋の薬剤が渡り被害は無かった。	取り違える可能性も大であることから、似た名前のチェック表の作成、研修などでの確認を実施していく必要がある。	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
536	2023年1月14日11時10分ごろ、ノイロピタン錠を処方されていた患者が誤ってノイロトロピン錠4単位を渡した。事務が薬を集め、監査者である薬剤師は間違いに気づけなかった。交付後、患者は180錠分すべての薬を服用していたが、健康被害は出なかった。患者は、今まで服用していた薬と違うことに気づいていたが、薬の名称変更によるものだと思い込み、服用をやめなかった。	医薬品の名称類似による薬の取違いである。原因としては、最初の三文字「ノイロ」で薬を判断してしまったため起きてしまった。	最初の三文字で薬を判断しない。	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	
537	ノイロピタン配合錠を調剤するところ、ノイロトロピン錠を調剤した。 2023年2月1日、11時頃に内科を受診した患者(88歳女性)が処方箋を持って来局した。処方箋には「ノイロピタン配合錠 3錠分3毎食後 30日分」と記載されていた。調剤補助の職員は、薬棚からノイロピタン配合錠を調剤するところ、ノイロトロピン錠を出したことに気づかずそのまま薬剤師に回した。薬剤師が処方薬のノイロピタン配合錠ではなくノイロトロピン錠であることに気づき、正しくノイロピタン配合錠を調剤し直し、他の薬剤師に監査してもらった。調剤補助の段階で間違いに気づいたため、患者には正しい薬を交付した。	当日は患者の数が大変多く、多忙だった。	ノイロピタン配合錠とノイロトロピン錠の薬棚を数段間をあけ、見間違いを防ぐようにした。普段からお互いに、あまり急がず落ち着いて調剤するように声をかけあうことにした。	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
538	ノイロトロピン錠4単位錠毎食後の処方について、ノイロトロピン錠4単位は通常分2服用の薬であること、またほかにトコフェロール酢酸エステル錠50mgが処方されており名称類似のノイロピタン配合錠の処方間違いの可能性を考慮し疑義照会実施。処方誤りであったことが発覚。ノイロトロピン錠4単位服用漏れによる疼痛症状の悪化を防ぐことができた。	薬品名称類似医師の指示を元に処方箋の印字を起こすのが病院事務であり専門知識に欠けるスタッフが関与する段階がある	薬の用法用量を把握し、不明なものは添付文書で確認する。処方解析し適切に疑義紹介を行うようにする。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
539	ノボラピッド30ミックス注フレックスペンを渡さないといけない所を、ノボラピッド注フレックスタッチで渡ししてしまった。	当薬局でノボラピッド30ミックス注フレックスペンを処方されている方は1名で、ノボラピッド注フレックスタッチを処方されている方は大勢いたことで、薬剤目の最初の数字を見た時に、ノボラピッド注フレックスタッチだと思い込んでしまった事が原因だと思われる。	薬剤名をしっかりと確認する。また特定の患者さんには処方されていない薬剤には、付箋などに処方されている患者さんの名前を記載してしっかりと把握する。	ノボラピッド30ミックス注 フレックスペン	ノボラピッド注 フレックスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
540	ノボラピッド30ミックス注ペンフィル3キットのところノボラピッド30ミックス注ペンフィル1キットとノボラピッド注ペンフィル2キットを取り揃えてしまった。監査時に誤りに気が付いて正しいものを交付した。	ノボラピッド30ミックス注ペンフィルとノボラピッド注ペンフィルを同じ棚に保管していたため、同じ薬であると勘違いして取り揃えてしまった。	保管場所に間仕切りを付けて明確に違うものであると示すことにいたしました。	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
541	ノボラピッド注フレックスペンとフレックスタッチを間違えてレセプト入力	病院採用薬の変更アップデートを把握しきれなかった。また、他患者が以前変更前のノボラピッド注フレックスペン処方があったため思い込みがあった。	近隣病院採用薬の変更を薬局内で研修していく。	ノボラピッド注 フレックスタッチ	ノボラピッド注 フレックスペン		ヒューマンエラー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	元々ノボラピッドを使っていたが骨折して入院になり、入院中はヒューマログを使っていました。退院してかかりつけ医に受診した際、医師が以前処方していたノボラピッドを、変更になったことに気付かず処方してしまった。患者の家族との投薬中の会話にて判明し、医師に疑義照会し入院中からのヒューマログに変更してもらいました。	今回は退院後の情報提供書の内容をかかりつけ医が見落として、以前と同じ処方をしてしまったことが原因。	患者や患者の家族との投薬時の会話からしっかりと経緯を聞き取ることが大事です。	ノボラピッド注 フレックスタッチ	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
543	ノボラピッドフレックスタッチで処方になっていたがノボラピッド30ミックスで調剤。その後監査でも気づかずに患者に交付してしまった。本来監査時にバーコードによる調剤監査システムにて確認する手順になっているが、今回は忘れてしまい薬剤交付後に気づきバーコードをスキャンしたところミスが判明。すぐに患者に連絡して正しいものに交換した。	手順通り監査時に調剤監査システムでバーコードをスキャンしていれば容易に気付くミスであったが、スキャンしたと思いついてしまった。また調剤監査システムがあるが故に実物の監査も疎かになってしまった。	監査時に確実に調剤監査システムを通したか確認する。	ノボラピッド注 フレックスタッチ	ノボラピッド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	
544	ノボラピッド注フレックスペンのところを、ノボラピッド30ミックス注フレックスペンで調剤後そのまま投薬。渡してすぐに気づいたため使用前に交換できた。	店舗移動して当店舗に不慣れだった。前日休業日で、金曜日のため混雑していた。300単位と30mixの読み違いと思い込み。	注射剤の種類の再確認。名称、外観の違いの確認。監査時の処方内容、調剤録、薬袋のチェック。混雑時も落ち着いた対応ができるように心がける。	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
545	当局で、初めてインスリンを調剤する患者。今まで通院していた医療機関で使用していた薬剤の継続であったが、在庫なく取り寄せとなった。翌日、インスリンのみお届け。数日後、別のインスリン発注の際、レセコン上の理論在庫が合わないことが判明。誤った薬剤を発注しお届けしたと思い込み、処方箋も確認せずに、とり急ぎ訪問しインスリンを回収。その際に、今まで他院で使用していた使用済インスリンの空ペンの廃棄を依頼されたため同時に回収した。薬局内で、再度薬剤を確認したところ、誤って交付したと思っていたインスリンは、今まで使用していた薬剤（廃棄依頼を受けたもの）と同じであった。処方箋を確認したところ、正しい薬剤をお渡ししており、レセコンの誤入力により理論在庫がっていないことが判明。	薬剤交付時に入力監査が十分でなかったこと。理論在庫と合わなかった際に、入力が正しく発注が間違えていたと思い込んだこと。その際、処方箋の確認を怠ったこと。	在庫がなく、不足薬剤をお渡しする際は、薬剤情報写真との照らし合わせが出来ず、誤入力に気づきにくいので、一層確認を行う。また、入荷後は、処方箋との照らし合わせを十分に行う。レセコン上の理論在庫が合わなかった場合は、調剤ミスと疑うと同時に処方箋と入力の齟齬がないかの確認を行う。	ノボラピッド注 フレックスペン	ノボリン30R注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
546	バイアスピリン100mgが1日1錠、30日分処方。バイアスピリン100mgの14錠シートを2シートに残り2錠をファモチジンOD10mg「トーワ」でピッキング。投薬前の監査で発覚。	薬品棚が五十音順に並べてあり、PTPシートの色、大きさの類似したバイアスピリン100mgとファモチジンOD10mg「トーワ」が上下に配置しているのが原因。	薬品棚の配置の変更。ピッキング時のラベル確認の徹底。	バイアスピリン錠100mg	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



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
547	バイアスピリン錠とフェブキソスタット錠を取り間違え、監査で気付かずそのまま交付患者本人も気付かず1回分内服してしまいました健康被害はいまのところ無いとのこと	1人薬剤師1人事務監査システムは導入しておらず目視にて監査	・監査システムは導入しない方針なので薬剤師と事務員2人で監査を徹底する・食事を抜いたり寝不足や過労の条件下では注意力や集中力が低下するので食事や睡眠をしっかりと取る	バイアスピリン錠100mg	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
548	バルサルタン40mg1錠のところ、テルミサルタン40mg1錠で交付日常の在庫確認作業時に不足が判明し、取り揃え違いが発覚した	一般名表記の後半部分と規格だけに注意がいきついで、大元の前半部分の名称確認作業時に不足が判明し、取り揃え違いが発覚した	薬情の写真をみせながら投薬をすることの徹底 取り違いしやすい薬品棚に注意喚起の札を設置し、調剤回数の少ない方(テルミサルタン)に服用患者リストと調剤数を経時的に記載するカード(カード管理の薬品と位置づけ)を設置し、取り揃え時に患者名と前回調剤日で不明点がないか確認してから調剤することにした	バルサルタン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
549	バルサルタン40mgが一般名で処方箋に記載されていたがテルミサルタン40mgを交付してしまった。患者さんからの問い合わせで判明し交換させて頂いた。服用前に気が付いていただけのため健康被害や影響はなかった。	テルミサルタンは20人ほどに処方されているがバルサルタンは一人だけのため名前が似ていることもあり取り間違えを起してしまった。	当該患者の電子薬歴の申し送りに「バルサルタン40mg!!テルミサルタンと間違え注意!!」と電子薬歴を開いたときにポップアップするようにした	バルサルタン錠40mg「ケミファ」	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
550	一般名処方バルサルタン錠40mg1錠分1朝食後の処方でバルサルタン錠40mg「サワイ」をピックアップすべきであるところテルミサルタン錠40mg「サワイ」をピックアップ。別の薬剤師も監査で間違いに気づけずそのまま投薬してしまった。患者よりデザインが違うと指摘があり間違いに気づいた。	ARB製剤で名称も類似しているので取り違えた。監査者は規格が20mgから160mgの製剤なのでそちらに気を取られてしまった	同種同効品の一覧を作成し認識を強固にした	バルサルタン錠40mg「サワイ」	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
551	バルサルタン40mgが処方されていたがテルミサルタン40mgをお渡し本人帰宅後薬局側で気が付きご自宅へお伺いして交換。まだ服用はしていなかった為健康被害はなかった	思い込みによる 確認不足	監査の際 再度確認を徹底する	バルサルタン錠40mg「サンド」	テルミサルタン錠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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
552	バルサルタン80mgの処方があり調剤、2錠ビソプロロール5mgが混入した。バルサルタンは30錠の処方があり14錠包装で2枚と2錠を渡したがバラの2錠がビソプロロールであった。次回来局時に本人が服用せず提示されて判明した。	調剤棚の位置が横並びで錠剤の包装の色が似ておりバラを入れるときに棚を間違えたと思われる。調剤時に監査も行ったが気がつかず渡してしまった。	棚の位置をずらして同色が並ばないように調整した。監査体制の引き締めを行なった。	バルサルタン錠80mg「トローワ」	ビソプロロール fumarate 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
553	調剤室内にて調剤中、処方箋には「ハルシオン錠」と記載されていた。しかし近くににあった包装の似た「ソラナックス錠」を調剤していました。投薬前の際確認にてミスは防げました。	調剤慣れもあり、包装の色や形で調剤してしまっていた可能性が考えられます。	類似した包装がある場合は、別の場所に配置すること、包装に「注意」などのマークをしました。	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
554	バルヒディオMDが処方されていたがバルサルタン80mgで渡してしまった調剤録を確認中に事務員が気づき本人に連絡し薬を回収しバルヒディオMDを渡した	一般名処方を書いてあったが忙しかったため焦ってしまい合剤なのにバルサルタンだけ見て渡してしまった	思い込みで間違えない様に手順の徹底を職員間で確認	バルヒディオ配合錠MD「サンド」	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
555	一般名処方にて、【般】バルプロ酸Na徐放錠200mg 2錠分2 朝夕食後の処方内容に対し、薬局に在庫のあった、セレニカR錠200mgを処方せん入力時に選択。セレニカRは1日1回の用法であるため、疑問に思いデバケンR錠200mgに入力内容を修正したところ、一般名がまったく同じであった。最終的に、バルプロ酸ナトリウムSR錠200mg「アメル」が該当するため、入力を修正し交付した。	処方としては、徐放錠の1日2回であれば、後発品調剤可能という意図であったと思われる。薬局職員は、一般名が全く同じであれば在庫があるものを入力するのが常であったため、用法については考えずに入力した。また、服用方法によって先発医薬品名が異なることを知らなかった。	再発防止の為、同様に一般名が同じで、先発医薬品(または選択する後発医薬品)が用法によって変わるものについて周知した。	バルプロ酸ナトリウムSR錠200mg「アメル」	セレニカR錠200mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
556	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーワ」で処方されていたが、バルプロ酸ナトリウムナトリウム徐放錠A100mg「トーワ」で誤入力、投薬してしまう。その日のうちに施設職員より処方内容の確認の電話があり過誤が発覚した。患者はまだ服用していなかった。	今回よりバルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mgへ増量となっていたが、確認不足により前回と同じデータの100mgで入力してしまった。一包化調剤で担当する調製者が業務シフトにて変更する時間帯であり、別の調製者が全自動分包機にデータを飛ばし、もう一人の調製者が中身を確認する状況であったため、調製者による確認が不十分になってしまったと考えられる。薬を取りに来た施設職員は変更点については把握していなかった。	時間帯ではなく、患者でシフト移行し確認を徹底していく。	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A 2 0 0 m g 「トーワ」	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A 1 0 0 m g 「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
557	バルプロ酸Na200mg徐放錠のところ、間違えてバルプロ酸Na200g錠剤で調剤し投薬。次に処方箋を持参された際に前回の入力・調剤・鑑査・投薬の誤りにて間違った製剤を渡していたことが判明。即日、患者本人へ連絡を取り、経緯の説明と調剤過誤のお詫びを行った。患者本人への体調変化の聞き取りをしたところ、特に体調の変化はなかったことを確認。その後、医師へも報告した。	名称のよく似た製剤の取り違い。	今回の事例を薬局内全スタッフに共有し、注意喚起を徹底していく。また当該医薬品については毎日入庫管理することで、たとえミスがあっても早期に気づくことで患者服用による不利益をもたらさないよう徹底していく。	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A 2 0 0 m g 「トーワ」	バルプロ酸Na錠200mg「フジナガ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
558	バルミコート200μgが初処方シムビコート60を誤投薬し、後日の在庫CHECKの際に気づき、当人に連絡	思い込み（先入観）をなくす。指差し呼称にて医薬品名を最後まで確認	処方せんをよく確認し、指差し呼称しながら医薬品を最終的に確認して投薬する	バルミコート200μgタービュヘイラー112吸入	シムビコートタービュヘイラー60吸入		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
559	ヒアルロン酸0.1%で処方があったが、ヒアレイン0.1%で入力、鑑査まで行ってしまった。投薬者が気づくことができたため防ぐことはできた。	入力時に、QRコードで読みこんだが一般名から商品名の変更登録ができておらず、手入力が行っていた。そのため誤った入力がされていた。処方前鑑査・ピッキングは確認不足。監査者は薬剤師2年目で普段は他店舗に所属しており、知識・経験不足もあった。	鑑査時に規格がよく見えるように、入力確認書の印字方法の変更。手入力がある場合は、その旨を鑑査者に伝えるようにする。ピッキング・処方前鑑査は、責任をもってきちんと行うよう指導。1つの処方箋に対して関わる人数をより増やす。	ヒアレイン点眼液0.3%	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
560	ピーエイ錠が処方されていたにも関わらず、トラネキサム酸(250)「YD」を調剤してしまった。患者交付前に気づいた。	ピーエイ錠とトラネキサム酸(250)錠は、ヒートの色調が似ており、調剤棚のカセッターの位置も近かった。ピーエイ錠をピッキングしたつもりで、トラネキサム酸錠をピッキングしてしまった。	ピッキングした後、再度、薬剤名を確認する。調剤棚のかセッターの位置を変更し、間違えにくい配置とする。	ピーエイ錠	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
561	ピーエイ30錠に10錠が、ピーエイで20錠がテオドールで混ざっていた。	調剤者が、取りやすさの為、調剤棚からケースを引き抜いて調剤棚に置いての調剤。その上からテオドールが、落ちてピーエイのケースに混ざり、そのままのピッキングでなったものと思われる。監査もそんなことが、起こりえないと信じ込んでの鑑査でスルー	調剤棚の薬品のケースは、引き抜いて調剤しない。	ピーエイ配合錠	テオドール錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
562	本人より、帰宅後に薬を照らし合わせたら、いつもと違うものが入っていると連絡があった。自宅に訪問し確認したところ、ビートル顆粒のお渡しは、炭酸ランタンになっており、交換して謝罪した。帰宅後すぐに気づいて頂いたため、服用はしていなかった。	リンに関する透析で使われる薬で、顆粒分包というところに気を取られ、予製時に取り間違えて調剤。監査者も気づかずお渡ししてしまった。	薬局内で今回の過誤を共有し、注意すると共に、予製で使用する処方箋のコピーにそれぞれの色のマーカーを引くことで都度再認識するようになった。	ビートル顆粒分包250mg ビートル顆粒分包500mg	炭酸ランタン顆粒分包250mg「フソー」 炭酸ランタン顆粒分包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	
563	定期的に来られる患者さんで毎回ビオスリー配合散が1g分2朝夕食後14日分で処方されます。今回は患者さんの都合で処方が26日だったために12日分を追加で分包することになりました。夕方遅くで混雑しており、パタパタしてました。	ビオスリー配合散とドンペリドンDSのボトルに同じものを使っていた。同じボトルだったので間違えないようにラベルは大きく書いていたが、白地に黒色の文字で同じだったので気付きづかった。分包した後の監査が用量の確認のみで医薬品の確認を怠った。忙しくパタパタしていたので監査が甘かった。	バラ包装の粉薬をボトルに入れて保管している場合はラベルをハッキリ区別できるように工夫する。同じボトルはできるだけ避けることが望ましい⇒ボトルを違うものに変更した。分包した後の監査は用量の確認のみではなく医薬品の確認もしっかりする。(散剤監査機器がないので目視確認)忙しい時こそ間違いやすいので、慌てず監査をしっかりする。	ビオスリー配合散	ドンペリドンDS小児用1%「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	ビオスリー配合散はオレンジ色のキャップのボトルに入れてあり、ドンペリドンDSも同じ色のキャップのボトルに入れてあります。違う棚にあるので今までは間違えることはなかったのですが、その時たまたま調剤机に置いてあり、ラベルを見ずにビオスリー配合散だと思い込み調剤してしまいました。監査も重さの確認はしましたが、ボトルの確認をしませんでした。患者さんにお渡しした後、調剤机に置いてあったボトルがドンペリドンDSだったので間違っていることに気づき、患者さんに電話連絡をしてビオスリー配合散と交換しました。まだ帰宅途中だったので服用することなく終わりました。						
564	処方受付順序は子どもの分包品のあと、大人の子製である、風邪薬の処方が出た。分包紙に薬品名の印字がなかったため、どちらも白い粉薬であった。調剤者は分包機にかけたあと、投薬するため調剤から離れたため、ビオスリーは分包機に放置したままとなった。PC(ファーマシークランク)が予製して置いてあった大人の粉薬の箱に、子どもの薬袋や処方箋をセットしてしまった。分包量から監査で注意する必要があったが、調剤者と監査者が交互に入れ替わっていたため見逃してしまった。患児のお父様がいつもと薬の量が多いことに気づき発覚した。	粉薬の場合にはできるだけ印字すること。できるだけ調剤者は調剤を離れないこと。PCがビッキングしたものは特に注意すること。	白い粉薬は印字する。予製品は名称を必ず印字すること。忙しい時は調剤者は調剤のみにできるだけ徹すること。	ビオスリー配合散	リン酸ジヒドロコデイン散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
565	ビオスリー配合散をビッキングするべき所、誤ってビオフェルミン配合散をビッキングしてしまった。幸い監査システムで誤りが発見され、患者に誤った薬剤が交付される事はなかった。	名称の類似。ビオスリーの同成分別剤形を3種類、ビオフェルミンの同姓別剤形を3種類在庫しており誤りがおきやすい状況であった。	名称類似のテブラの貼り付けや、ミーティングなどでの注意喚起	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
566	ビオスリー配合錠が処方されていたところを、ミヤBM錠を調剤。投薬時に患者申し出により過誤発覚。	ビオスリー配合錠の一般名『酪酸菌配合錠』とミヤBM錠の一般名『酪酸菌製剤錠』が酷似していたため処方入力ミスが発生。処方入力を参考に計数調剤を行い、監査時の入力チェックは一般名称類似のためスルーしてしまった。	ビオスリー配合錠とミヤBM錠の一般名が酷似している点をスタッフ間で共有し、注意喚起。	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
567	新人がビオスリー錠の存在を知らず、先入観でピオフェルミンを調剤した。	基本知識の構築が必須。名前も薬効も似ているが別物であり、理解が足りなかった。	研修の実施、ケアレスミスが起こらないように気をつける	ビオスリー配合錠	ピオフェルミン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
568	ピオフェルミンRが処方されていたが、調剤者がピオフェルミンを調剤。監査時に気づき調剤しなおしたため患者様には渡らなかった。	忙しく注意力が落ちていた	処方箋を確認しながら調剤する事を徹底する	ピオフェルミンR	ピオフェルミン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
569	ピオフェルミンR錠と間違っでピオフェルミン錠を調剤そのまま投薬してしまった。	名称が似ていたため	処方箋読み取りの間違いをしない。監査時に間違いをしない。	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
570	ピオフェルミン散剤の処方を誤ってピオフェルミン配合散で調剤してしまった。調剤してすぐに間違いに気づき、調剤し直した。	処方元のクリニックからピオフェルミン散剤の処方を受けるのが初めてであった。また、普段はピオフェルミン配合散の処方をよく受けるので、いつも通りという慣れの感覚があった。	処方箋の薬品名を確認してから調剤を行う。	ピオフェルミン散剤	ピオフェルミン配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
571	処方商品名のベタ打ちで「ピオフェルミン散剤」。処方箋にQRコードなどはなかった。当薬局にはピオフェルミン散剤の在庫がなく事務員が在庫のあるピオフェルミン配合散と誤判断し入力してピッキング。入力鑑査時に薬剤師が入力ミスに気付いた。	ピオフェルミン散剤が発売されたときに薬局内で共有はしていたがその後の注意喚起などはしていなかった。	ピッキングミスの防止のため在庫位置を変え、薬剤名類似注意の張り紙を作成。	ピオフェルミン散剤	ピオフェルミン配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
572	ピオフェルミン散剤で調剤するところピオフェルミン配合散で調剤。翌日の裏打ちチェックの際に発覚し、患者に連絡し取り替えた。	普段はピオフェルミン配合散がよくしゃうされること散剤が処方された。	ピオフェルミン配合散の瓶に散剤についての注意喚起を記載。	ピオフェルミン散剤	ピオフェルミン配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
573	今までピオフェルミン配合散を処方されていた患者様に、病院の採用品目変更によりピオフェルミン散剤へ処方変更されていた。入力の段階で処方変更しに気付かず、調剤者も今まで通りピオフェルミン配合散で調剤。鑑査機で照合した際も鑑査者が気づかず、入力と合っているためスルーした。最終鑑査者が鑑査時に薬剤が異なることに気付いて発覚した。	ピオフェルミン配合散とピオフェルミン散剤の名称が似ているため、異なる薬剤が処方されていることに気付かなかった。また、病院の採用薬が変更になることを薬局スタッフに周知していたが、周知から処方変更までに期間が空いていたので、忘れていたスタッフもいた。	ピオフェルミン配合散とピオフェルミン散剤は成分が異なるので違う薬剤であることを再度周知徹底する。また医薬品の外箱に印をつけて、調剤時に間違えて集薬しないよう注意喚起する。	ピオフェルミン散剤	ピオフェルミン配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
574	ピオフェルミン散が処方されていたが、薬剤師がピオフェルミン配合散と間違えて調剤した。処方箋入力時に事務員が新規に使用する薬剤であることを報告し、薬剤が異なることが発覚した。	薬剤師がピオフェルミン散が発売されていることを知らなかった。もともとピオフェルミン配合散は薬局内でよく使用されていたため、その薬だと誤認し、調剤・鑑査してしまった。	薬品名を最後まで確認するよう注意。類似名の薬品を再度確認しておく。事務員との連携を今後も続けていく。	ピオフェルミン散剤	ピオフェルミン配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
575	(般)ビオフィズス菌と記載された処方箋が来る。入力者はラックビーを選択したが、以前にビオフィエルミン錠が処方されており、医師に確認したところ、ビオフィエルミン錠剤が良いことが判明した。	ビオフィエルミン錠剤は一般名がビオフィズス菌錠12MG、ラックビー錠はビオフィズス菌製剤錠10MGであるため選択間違いがおこってしまった。	医師に報告し、一般名処方ではなく、ビオフィエルミン錠剤、ラックビー錠と入力して頂くよう依頼しました。	ビオフィエルミン散剤	ラックビー錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
576	当薬局を利用されている患者に2回目のビオフィエルミン散剤処方箋を受けた。一般名処方のビオフィズス菌散1.2%で処方されており、事務員入力は一般名処方ビオフィズス菌散1.2%→ビオフィエルミン散剤と処方通りに一般名処方と指定医薬品を入力。この時、当薬局では初めての取扱い新規医薬品であった。調剤薬剤師と監査薬剤師別の2名は一般名処方から誤って、ビオフィエルミン配合散で調剤・監査をした。そのことに気付いたのが、2回目来局D o 処方であった。当時の薬剤師とは別の薬剤師が、採用のないビオフィエルミン散剤と気付き、前回処方交付薬が散薬調剤バーコード記録より「ビオフィエルミン配合散」で調剤交付していたことがわかった。今回、患者様には体調不良等を見られなかったことを来局時に確認し、お詫びした。	調剤薬剤師・監査薬剤師共に整腸剤知識不足・思い込みがあり、調剤ミスに繋がった。また、事務員も在庫のない医薬品であることに気付かず入力を続け、情報共有を出来ていなかった。在庫のない薬品は入力時に在庫量が表示されており0である事を見逃してしまった。	整腸剤の種類については、ラクトミン(乳酸菌)・ビオフィズス菌・酪酸菌等、菌の種別があること、又、耐性菌に対するものなのか、又、添加物に乳糖が入っているか等製剤毎に特徴がある事を知っておく必要がある。今回のビオフィエルミン散剤については乳糖フリーであることも知識不足であったことから、乳糖不耐症の乳幼児に今後処方が出る可能性があることを念頭に置き、処方監査・入力を気を付けて行う。また、スタッフ間のコミュニケーション不足もミスのきっかけになることから、処方内容に常に疑問を持ちながら、疑われるときはスタッフ間で新規採用薬・在庫量・一般名処方情報を共有することとした。調剤棚には、ビオフィエルミン製剤に関してはビオフィエルミンR散のRには赤丸を、ビオフィエルミン散剤の散に青丸をつけ、更に「類似薬あり」と警告を記した。	ビオフィエルミン散剤	ビオフィエルミン配合散		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
577	ビオフィエルミン散剤が記載された処方箋をビオフィエルミン配合散で入力した。	医薬品の名称が酷似しており、違う医薬品であるという認識がなかった。また、前回まではビオフィエルミン配合の処方であり前回Doと思い込んだ。	医薬品の名称は一字ずつ確認する。医薬品に関する知識をつけておく。	ビオフィエルミン散剤	ビオフィエルミン配合散		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



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
578	一般名処方：ピフィズス菌散1.2%で、ピオフィェルミン散のところを、ピオフィェルミン配合散を入力。	処方医は、患者の希望で頓服として整腸剤の散薬を処方、特にピオフィェルミン散かピオフィェルミン配合散の違いは特に問題視していなかった。しかしピフィズス菌散1.2%はピオフィェルミン散が該当し、薬局にはピオフィェルミン配合散のみ在庫していた。	ピオフィェルミン配合散1g中は、ラクトミン6mg 糖化菌4mg。ピオフィェルミン散剤1g中は、ピフィズス菌1.2mgであり、菌種が違うことを間違いやすい薬剤として認識するように周知した。	ピオフィェルミン散剤	ピオフィェルミン配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
579	ピオフィェルミン配合散を誤ってピオスミン配合散として入力。調剤時に、調剤機器によるダブルチェックでエラーが発生したが、調剤者は機械不良かと思い、そのまま調剤。投薬時に薬袋確認したところ薬品名が違うことに気が付いた事例である。	繁忙期であったため、監査時に薬品名が違うことに気が付かなかった可能性あり。	類似する名称の薬品名一覧表等を熟読し、過誤を未然に伏せぐ。薬品棚に類似名称危険等の張り紙やポップを使用する。	ピオフィェルミン配合散	ピオスミン配合散		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
580	ピオフィェルミン配合散をピッキングするところ、事前の患者様でPL配合顆粒をピッキングしていたため、PL配合顆粒をピッキングしてしまう。	ピオフィェルミン配合顆粒のヒートとPL配合顆粒のヒートの陳列場所が近い場所にあることも間違いの要因の一つ	ピオフィェルミン配合顆粒とPL配合顆粒の陳列場所を異なる場所に陳列する。	ピオフィェルミン配合散	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
581	ピオフィェルミン配合散が処方されたが、ピオフィェルミン散を取り調剤。監査前の機会監査(ATELNO2)にて発覚。	配合散と散が存在している事は知っていたが、漫然と取り揃えを行ってしまった。	名称を最後まで確認して調剤をする。ピオフィェルミン散およびピオフィェルミン配合散それぞれに「名称類似品あり」の注意喚起貼付。	ピオフィェルミン配合散	ピオフィェルミン散剤		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
582	ビソプロロール0.625mgを63錠調剤しなければならぬところ、ビソプロロール2.5mgを63錠調剤し投薬。服用前に患者本人が間違いに気が付き当薬局にTELにて連絡をくださり発覚。	昼時の繁忙時間帯で急いで調剤しようとし、規格の確認を怠ったのが原因。	両剤の薬棚の配置を離し、取り間違えを起こしにくい配置とし、それぞれの規格(mg数)の表記を間違えにくいように大きくした。	ビソプロロールフマル酸塩錠0.625mg「日医工」	ビソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
583	先発品名：メイテートで処方されたものを後発ピッキングする際ピソプロロールではなくカルベジロールをピッキング、監査時に発見	後発品、一般名を確かめずにピッキング	間違いやすい名前の薬剤は調剤棚前に注意書きを張っておく	ピソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「サワイ」	カルベジロール錠2.5mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
584	煩雑時に、ある患者の11薬剤の内科処方1枚と同病院の泌尿器科処方1枚の処方を受け付けたため、事務員が同効の規格違いの錠剤をレセコンに入力した。調剤した薬剤師がレセコン入力間違っていることに気が付いた。入力を訂正し、正しい調剤と会計が行われた。	診療所に通院していたが、検査入院して、病院から処方せんが出た。(診療所通院時と処方内容に変更あり)煩雑時に複雑な処方の入力を行ったため、入力ミスが起こった。	このようなミスが起こることが予見されるため、会計入力と、処方せんを見て取りそろえた錠剤等のハンディ端末によるバーコードを行っている。今回はそれ以前に、調剤した薬剤師が、レセ入力の打ち出しと処方内容が違っていることに気が付いた。	ピソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「日医工」	ピソプロロールフマル酸塩錠0.625mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
585	患者が処方箋を持って来局、処方箋にはピソプロロールフマル酸塩錠2.5mg 1錠 朝食後 63日分と記載あり、薬剤師A(職種経験年数6年)は、ピソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「日医工」をピッキングすべきところ、アムロジピンOD錠2.5mg「ケミファ」をピック、監査に当たった薬剤師Bは薬品名の誤りに気が付かず交付者である薬剤師Aに回し、患者からの指摘もないまま渡してしまった。夕方、定時で在庫確認した薬剤師Bが発見、すぐに患者宅へ電話連絡、自宅へ赴いてピソプロロールフマル酸塩錠2.5mgと交換したため、誤服用することはなかった。	ピッキングの際、同処方医の降圧剤処方の傾向として、アムロジピン錠が多いため、ピッキングの際に思い込んでしまった。ピソプロロールフマル酸塩錠に数規格あるため、監査の際に規格に気を取られてしまい、薬品名の確認がおろそかになった。シートデザインの酷似、同じ規格だったことで、ピッキング、監査、交付時に容易に発見できなかった。	調整者、監査者は各々処方内容と薬剤の照合を徹底する、その際に、薬品名、規格を声に出して確認することとした。	ピソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「日医工」	アムロジピンOD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	
586	カルベジロール2.5mgを調剤すべきところ、ピソプロロール2.5mgで準備。投薬前監査で取間違いに気づく。	繁忙と名称類似、ピソプロロールの方が使用頻度が高いことが取間違いの原因だと考えられる。	このような取間違いが起こりうることを周知した。	ピソプロロール fumarate 2.5mg 「日医工」	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
587	ピタバスタチン1mgを42錠渡すところ2錠だけピタバスタチン2mgになってしまった	カセットに戻す際に2mgを1mgの棚に間違えて戻してしまっていたため取り間違えた	1mgと2mgのカセットの間を一つ空けて置いている	ピタバスタチンカルシウム錠1mg 「KOG」	ピタバスタチンカルシウム錠2mg 「KOG」		ヒューマンエラー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	ヒューマログ50MIXで処方されていた薬剤をヒューマログにて調剤(水曜日)。その週の土曜日に、いつもヒューマログで調剤する患者に購入していたヒューマログがなくて間違いに気付く。水曜日に交付した薬剤は、まだ使用前だった。	内服薬は1包化だったので、調剤したものと監査したものが別であったが、ヒューマログは監査者が1人で出してしまったのが原因。	外用剤であっても、調剤したものが出して、監査者に回すようにする。	ヒューマログミックス50注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペン		ヒューマンエラー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	ヒューマログ注ミリオペンで処方しななければならないが、ヒューマログ注ミリオペンHDを調剤してしまふ。	HDの存在を、しっかり把握していなかった。箱デザインは類似していないが、本体は類似しており、誤りに気付かなかった。	規格が複数ある可能性を考え、インスリン注射調剤監査時も、薬品名をさいごまでしっかり確認する。	ヒューマログ注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペンHD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
590	ファモチジン口腔内崩壊錠20mgが処方されており、薬剤棚からファモチジンOD錠20mg「ケミファ」を取ろうとしたところ、フロモックス錠100mgが混ざって入っていた。調剤者は取り出す際に気づき、フロモックス錠100mgは正しいところに戻した。	どちらも青いヒートで薬剤棚は名前順で並んでおり、近い位置に並んでいたため以前フロモックスを戻す際に誤ってファモチジンのところに戻してしまったと考えられる。	薬を集める際は集中していることが多いが、戻す際には気が緩んでいることが多いため、戻す際にも棚にある名前と戻す薬を指さしなどでよく確認する。	ファモチジンOD錠20mg「ケミファ」	フロモックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
591	ファモチジン20mgで処方されていたが、以前にファモチジン10mgで処方されていたことがあったので10mgで入力をしてしまった。	担当者の経験が浅く、思い込んでしまったのが原因と思われる	処方箋と入力内容の指差し確認の徹底をする	ファモチジン錠20 「サワイ」	ファモチジン錠10mg 「オーハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
592	処方箋には、フェキソフェナジン塩酸塩の記載があるが、ピッキング時フェノフィブラート80mgをピックアップしてしまい、投薬してしまいました。定期的に通院している他の病院で検査入院の予定があり、病院薬剤師が持ち込んだ処方薬を確認時、薬袋に記載のある薬と違うことに気づき、病院より連絡を受け、過誤が判明。幸い服用前に過誤が判明して、服用には至りませんでした。誤薬の薬は直ちに回収して、正しいお薬をお届けしました。	13時ごろで休憩時間が重なり、一人薬剤師でのピッキング、監査投薬となりました。当薬局のフェキソフェナジン、フェノフィブラートが上下に配置しており、無意識、思い込みの取間違いをしました。定期薬で変更なく、患者様に見せて説明するが、雑談にて、お薬の確認不足にて、薬の違うことに気が付きませんでした。	一人薬剤師になるときの時間帯は、落ち着いて、再確認と2人以上の目で見えるように事務員さんにも確認してもらうことを徹底します。	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「ZE」	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
593	処方箋には、一般名表記になっていた。事務員がフェブキシスタット10mgのところを、誤ってフェキソフェナジン60mgで調剤した。監査の薬剤師が誤りに気付いたため、正しくフェブキシスタットを交付した。	年末で、外来処方箋も多く、繁忙期であったため。また、体調不良もあったと思われる。	周りの忙しさに流されず、丁寧に1つ1つ仕事をこなすよう徹底した。特に一般名表記は長いものが多く、しっかり読み取ることを注意喚起した。	フェブキシスタット錠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
594	フェブキシスタット10mgを定期で服用中の患者が来局。受付後、処方箋入力し、薬剤師がフェブキシスタット錠10mg「DSEP」をピッキング、セルフチェックして、事務員に監査を依頼したところ、最近新しく採用したタリージェOD錠2.5mgが混ざっていた。	フェブキシスタット錠10mg「DSEP」とタリージェOD錠2.5mgの包装の裏面が酷似しており、フェブキシスタット錠10mg「DSEP」の棚に誤ってタリージェOD錠2.5mgが混入していた。	・類似包装品であることの周知徹底と棚への表示。 ・類似包装品の保管場所を離す。 ・ダブルチェックでの確認。 ・薬を棚に戻す際の実確認の徹底。	フェブキシスタット錠10mg「DSEP」	タリージェ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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
595	フェブキシソスタットとフェキシフェナジンの名前の類似により取り間違え。この患者さんは春に花粉症でフェキシフェナジンが処方されるため、秋のこの時期も同様に処方が出たと勘違いしてしまった。	薬品の名前の類似性と、患者の既往歴、今回、フェブリク錠から後発薬品のフェブキシソスタットに変更したこと、また秋の鼻炎の季節が重なったため、また春には同様にフェキシフェナジンを調剤していたこと等、類似の環境が重なり薬品の取り違え、当薬事の説明時も勘違いが重なりこのような事象になった。	薬を揃えるとき、監査するとき、患者に薬を渡すとき、処方せんと良く照らし合わせることを充実させる	フェブキシソスタット錠 40mg「YD」	フェキシフェナジン塩 酸塩錠60mg「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
596	今まで一般名でフェルピナクパップ70mgが処方されていたのがフェルピナクテープ70mgに変更になっているの見落とし。	在庫もフェルピナクパップ70mgしかなく、今までにも処方が出たことがなかったため変更気が付かなかった。	処方内容を入力する者、監査する者で最後まで確認する。	フェルピナクテープ7 0mg「EMEC」	フェルピナクパップ7 0mg「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
597	薬剤の名称が類似しているため、間違えて違う薬剤を選定してしまった。	確認不足、繁忙時で慌てていたため。	薬品棚に名称の取扱い注意を明示	フェロベリン配合錠	プロピベリン塩酸塩錠 20mg「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
598	手入力の処方、前回処方と変わらないと勘違いし、薬剤師監査でも間違いに気づかず、投薬最後に患者様の方から変更点があるはずだと指摘を受けた。糖尿病薬の増量であることを処方箋を再度確認して発覚。	処方入力の確認の徹底。事務と薬剤師双方の確認の徹底を行う。	処方入力を確認する際に目視だけではなく、鉛筆でチェックを入れながら確認する。	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
599	前回はフォシーガ5mgが処方されていたが、今回10mgに変更となったことに気付かずにレセコン入力した。最終確認の際に気付いた事例。	繁忙期、時間的な余裕がなかった。	忙しいときでも、処方箋をよく確認するように心がけること。	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
600	検査結果を受けて、フォシーガ5mg→10mgへの変更であった。処方鑑査時に採血の数値も異常値。仮入力を処方鑑査時で気が付ける事例。薬剤監査者も気が付かず。投薬時に患者様との対話の中で、Dr.から増量の旨はなしがあったことで発覚	処方箋が変更になっているのに前回D0と思い込む	仮入力誤りは処方鑑査時に厳しくチェックする	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
601	ブスコパンが出ている患者にヒルナミンを調剤	最近棚の移動があった。ヒルナミンがあった場所には以前ブスコパンが置いてあった。色も似ている。あまりの繁忙に薬品名を確認せず場所で覚えていたので間違えた。	類似商品は離すよう心掛ける	ブスコパン錠	ヒルナミン錠(25mg)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
602	患者様から「飲もうと思ったら今まで飲んでたのと違う名前になっているが、飲んでも大丈夫か?」という問い合わせがあった。在庫の確認から、間違えて渡していることが分かったため、服用しないようお願いし、すぐに交換に伺いました。	ピンク色の錠剤で似ていたため、投薬時に薬品名まで確認せずお渡ししてしまった。慣れ、慢心からくる確認不足です。	今回も数名で監査をしているが、監査の徹底、投薬時も確認してお渡しする。外観が似た薬剤は、薬品棚に注意喚起のポップをつける。	フスタゾール糖衣錠10mg	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
603	フスタゾール錠処方のところセンノシド錠を渡していた	1人薬剤師になる時間帯で自分で調剤して監査・投薬する状況であった。	ピッキングは事務職員にさせていただく	フスタゾール糖衣錠10mg	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
604	婦人科でよく出る組み合わせでプレマリンとトラルールのお決まり処方だと思い込み調剤した。実際はプレマリンではなくプラノバル配合錠が処方されており、患者に交付する前に間違いに気づき未然に防いだ。	薬剤師1人で勤務している際に起きた事例で、要因として思い込み調剤が挙げられる。	慣れた婦人科の処方でも間違いがないか確認しながら調剤を行うように以後気を付けたい。	プラノバル配合錠	プレマリン錠0.625mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
605	2/15日：定期処方であったが、用事でいつもの薬局にかかることが出来ず、家の近くの薬局に来局。後発品は変えても良いということで自局に或る薬剤で調剤。処方箋には一般名処方にて「ブラノプロフェン」と記載されていた。薬剤師一人でその日はレセプト記入から調剤投薬までをこなす中で待たせてはいけないという焦りから「プロナック」とレセプトで記入する。そのため調剤～投薬までの間も当該薬剤師が行っており、処方箋との突合でもプロナック点眼のみ渡してしまう。3月6日：患者入院の際、病院薬剤師より薬剤が違うことに気づき当薬局、処方医に連絡があり発覚する。	調剤日当日はスタッフ2名体制で通常は勤務しているが、スタッフが他の業務で不在。ワンオペレーションにてすべての業務を行ったため。患者の来局ペースは1年に1回くらいであり、かかりつけではなかったため薬の内容についての理解が浅かった。またお薬手帳持参であったが、確認時にブラノプロフェン点眼と記載はあったが、プロナック点眼であると思いついてしまった。	ワンオペレーションになってしまう時間帯については特にレセプト入力の際注意をすること。同系統の点眼の名称は似通っている部分があるため発音や、指差し等で処方箋との突合をすること。出来るだけワンオペレーションの時間を減らすように人員配置をして他人の目にて監査を行う事。	ブラノプロフェン点眼液0.1%「参天」	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
606	ブラバスタチンNa錠10錠処方のところ、瞬間的に読み間違い、思い込みの為にアトルバスタチン錠10錠を処方しそうなにも、指導前に気づきすぐ取り替えた	繁忙期で店内が混み合い、心理的に焦りが出てしまった	薬剤の取り違えを防止するため保管場所を一層徹底周知する調製者、鑑査者、交付者の各々が薬剤の名称・規格を確認	ブラバスタチンNa錠10mg「サワイ」	アトルバスタチン錠10mg「サワイ」		ヒューマンエラー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	ブラバスタチンNa錠10mg「テバ」をお渡ししましたが、入力が前回お渡しの時のブラバスタチンNa錠10mg「タナベ」のままになってる事に気づかずお渡ししてしまいました。	2カ月前のことなので覚えてないが、きちんと監査できずに入力ミスに気がなかったと思われる。	薬が入ってこない事が多く、採用の薬が変わることが増えるため、特に間隔の空いた処方の時にはより注意をして監査します。事務さんとも今採用の薬を「優先」にしてもらったり、間違いを少なくする。監査時に薬袋には薬の絵が載っているため視覚でもきちんと監査します。	ブラバスタチンNa錠10mg「テバ」	ブラバスタチンNa塩錠10mg「タナベ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
608	ピタバスタチンCa錠1mg処方のところブラバスタチンNa錠10mgでの誤調剤、投薬。	名称類似による間違い。規格の違いなどあることから処方箋の読み取りがしっかりできていない。	名称は最後まで確認する。特に外用等間違いやすいので名称規格の確認を声出ししながら確認する。	ブラバスタチンNa錠10mg「トーワ」	ピタバスタチンCa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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
609	برانلکاست(分2)で処方に来てたが、ケトチフェン(分2)でピッキングされており、そのまま気付かずに交付してしまった	برانلکاستとケトチフェンの色が同じ白であることにより気付かずに交付してしまった	ピッキングする際もピッキング者の名前を書くことで気の引き締めを行う監査する際も薬品名、量の確化を処方箋に記すことで心がける	برانلکاستDS 10%「サワイ」	ケトチフェンシロップ 0.02%「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
610	処方箋は、برانلکاست錠225mgの一般名処方。برانلکاست錠225mgの入荷が難しい為、先発品のオノンカプセル112.5mgで調剤。	入力時に薬局での在庫量を確認できるが、在庫量を確認せず、一般名処方なので、ジェネリックで入力。	入力時に在庫数を確認する。	برانلکاست錠 112.5mg「AFP」	オノンカプセル 112.5mg		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
611	処方の変更されていたが、Doで認識し入力継続	病態が変わる前提を欠いていた	薬は変わる前提で、逐一の確認を徹底	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



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
612	事務員は一般名で処方された医薬品を規格違いの医薬品で入力を行った。調剤者は一般名と入力された医薬品の規格違いに気づかず、鑑査システムを使い調剤した。鑑査者が一般名と入力された医薬品が規格違いであることに気づいた。	前回来局時の調剤時に一般名で処方されており、患者がいつも服用している医薬品と異なる規格だったため疑義照会を行った。疑義照会を行って、患者がいつも服用している医薬品の規格の一般名に変更になった。今回の処方せんで前回の疑義照会の結果が反映されておらず、再度異なる規格の一般名で記載されていた。事務員は、前回処方の薬と同じ薬が通常の代替入力画面に出てこなかったため、規格違いの医薬品を入力する操作を行い、前回と同じ医薬品を入力した。規格違いの薬に変更にはいけない薬があることを理解していなかった。コンピューターも変更してはいけない薬でも規格違いの変更操作を行うことができる仕様になっていた。調剤者は一般名と入力された医薬品の規格違いに気づかずに、鑑査システムのエラーが出なかったためそのまま調剤した。	規格違いの一般名があるが、中でも特に気付きづらい一般名には、要注意であることがわかるような表示が出るようにコンピューターの設定を行う。(「色付け表示」や「類似名あり文言の追加」等) 規格違いの代替を行ったときは、薬の成分総量が同等となるように錠数を調整しなければならないこと、調整ができない薬は変更自体が不可であることを全スタッフで理解する。処方入力間違いれば、鑑査システムでエラーが出ないことを再認識させる。一般名の処方せんで調剤する時は、成分の総量が同量となっているか毎回確認しなければならないことを再認識させる。	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
613	前回まではフリウェルLDの処方であったが、今回フリウェルULDの処方に変更となっていた。入力の際、前回と同じフリウェルLDをDO処方入力してしまい、鑑査薬剤師が間違いを発覚。	広域病院のFAXでの処方箋であり、LDとULDの印字がにじんで見えにくかったのが原因。同じ処方だと思い入力をした。	フリウェルの他規格について知識をつけていく。入力時に再度確認を行う。	フリウェル配合錠ULD 「モチダ」	フリウェル配合錠LD 「モチダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
614	5月に般プリモニジン点眼液0.1%が処方されていたが、プリンゾラミド点眼液1%を調剤し交付していた。6月患者家族に薬の変更を説明していたところ、「今回目薬の変更は聞いていない」との聞き取りにより発覚した。どちらも眼圧を下げる作用があり、健康被害はなかったものと思われる。患者家族には事の経緯を説明し陳謝。	前回処方では変更点が2点あり、1つはプリンゾラミド点眼液→プリモニジン点眼液、もう1つはプレドニゾン5mg 2T→1.5Tへの変更。そもそもプレドニゾンが減量指示が出ていたが増量されており、その点に関して患者家族への確認・説明に注力し点眼液の変更を見落としたと思われる。また一般名がプリモニジン点眼液0.1%、プリンゾラミド点眼液1%と名前が酷似しており、それも間違えの原因ではないかと思われる。	名前が似ている薬をスタッフ間で共有する。(先発名の類似だけでなく、一般名の類似、一般名と先発名の類似など)	プリモニジン酒石酸塩点眼液0.1%「SEC」	プリンゾラミド懸濁性点眼液1%「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
615	一般名の処方では始め2文字で判断してしまい、プリモニジン点眼液と思い込み、レセプトの入力、調剤を行ってしまった。投薬前の監査で間違いに気づき、入力内容を訂正し調剤をし直した。	普段から2剤とも使用している患者で、残薬調整の為1剤のみが処方されていたため、入力の際、前回の処方内容を引っ張ってきてレセプトを入力、調剤者も前回の薬歴を確認しながらの調剤であったため、思い込みで薬剤を取り違えてしまった。	レセプトの入力時、調剤時、監査のその都度処方箋と照合しながら行うよう薬局内で申し送った。	プリンゾラミド懸濁性点眼液1%「サンド」	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
616	プリンゾラミド点眼液の処方を誤ってプリモニジン点眼液でピッキングしてしまった。監査者が確認し発覚。	繁忙時期、繁忙時間に2人の薬剤師で調剤、投薬を行っていた。名称が類似しており、確認不足でピッキングしてしまった。	名称が類似しているため薬品棚が前後になっていた。薬品の棚の位置を離して取り間違いがないようにした。	プリンゾラミド懸濁性点眼液1%「サンド」	プリモニジン酒石酸塩点眼液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
617	レセコン入力時の濃度選択違い	確認不足	入力後の再チェックの徹底	フルオロメトロン点眼液0.05%「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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
618	フルカム処方 フェルムカプセルで調剤 フルカム処方と比較的少ないため誤調剤となた	慣れ、思い込み	ピッキングの際には頭3文字以上および規格を念頭に置き調剤を行う	フルカムカプセル27mg	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
619	フルスルチアミン25mg トーワを調剤しようとしたところ、その調剤棚にジクロフェナクNA25mg TCKが入っていた。	予製作成し、来局しなかった患者がいたのでその薬を戻すときに間違えたと考えられる	薬品をピックするときはもちろん、戻すときにも注意	フルスルチアミン錠25mg 「トーワ」	ジクロフェナクNa錠25mg 「TCK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
620	フルタイド50エアゾールが処方されていた患者に、誤ってアドエア50エアゾールを交付してしまった。在庫が合わなかったため調査したところ、交付間違いが発覚。使用前だったため、健康被害はなかった。	本来の手順通り、バーコードによる監査システムを使用していれば防ぐことが出来たが、多忙であったため手順を省略してしまった。調剤者と監査者が同一であった。	決められた手順をしっかりと守る。複数人によるチェック体制を徹底する。	フルタイド50μgエアゾール120吸入用	アドエア50エアゾール120吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
621	6/20の16時頃、初来局。患者様はアメリカ人で先月から日本に来て生活をしているとの事だった。日本語は話せず、通訳の旦那様を介しての説明。  アメリカからの薬を持ち込んでいたが、無くなりそうだとので、今回よりHPに来院。当薬局利用。フルタイド50ディスカス処方。ディスカスは使ったことがないとの事で、吸入指導。フルタイド50は小児量であるため、アメリカで使用していたものを携帯の写真で確認するも、英語表記で50と記載あり。処方箋がフルタイドだったので、吸入だと思いこんでしまっていたため、そのままお渡し。お渡し時に旦那様と本人の間で点鼻のジェスチャーをしているのを見かけたため、お渡し後、患者様(旦那様)へ連絡し、再度以前使用の写真を見せてもらうと Fluticasone50と記載があるため、疑義照会にてフルタイド50ディスカス→フルチカゾン50μ56噴霧へ変更していただいた。患者様も点鼻薬を使用していたとの事だった。	初来局で、今まで飲んでいる薬の聞き取りが不足していた。	ジェスチャーを用いて、説明していればもっと早くに気づいたかもしれない。	フルタイド50ディスカス	フルチカゾン点鼻液50μg 「杏林」56噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
622	処方せんは（一般名処方）フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液50μg 56噴霧用との記載だった。鑑査した薬剤師は薬袋には上記薬品名が記載されていたが、調剤されたアラミスト点鼻液をそのまま患者様へ投薬。患者様の目の前で実物を見せて説明したが、患者様も何も言わずに受けとり帰宅。翌日鑑査した薬剤師が発注時にミスに気づき、患者宅へ電話。まだ未使用だったため、正しい薬剤と交換した。	当薬局で頻りに処方されるのはアラミスト点鼻液であり、普段の処方せん記載は一般名処方のフルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液だった。薬剤師はアラミスト点鼻液の一般名をフルチカゾンという所までは覚えていて、思い込みで鑑査してしまった。患者様は電話口で、見た目が変わったんだなと思いつつそのまま受け取ったとの事。	薬袋、薬情と共に鑑査をすれば防げるので、業務での手技を徹底する。外用薬等は頭の3文字だけでは判断せずに名称全文を確認する。	フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液50μg「CEO」56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
623	フルチカゾンをお渡しするべきところ、モメタゾンをお渡しした。翌月来局された患者様の申し出により発覚。	ステロイド剤の一般名を混同した。	処方せんと薬剤との照合確認を徹底する。	フルチカゾン点鼻液50μg「サワイ」28噴霧用	モメタゾン点鼻液50μg「杏林」56噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
624	定時の処方に 初めての追加薬が一般処方名にて記載されていた。事務が入力する際 異なる薬品を選択してしまった。監査時 薬剤師が発見 訂正し患者様には正しいお薬で投薬済となる。	事務がパソコン入力する際に 最初の数字を入力し 予測変換にて見慣れているものを選択し入力してしまった。	入力、調剤時に一般処方名は 最後までシッカリ確認をしていくようにする。また間違えやすい名前の製品を常時確認するようにする。	フルナーゼ点鼻液50μg56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
625	フルナーゼ点鼻液（フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液50μg56噴霧用）の処方記載のところ、「入力」「ピッキング」をアラミスト点鼻液（フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液50μg56噴霧）で行った。	処方せん記載が一般名のため、類似名称間違いで「入力」「ピッキング」をしてしまった。	処方されている患者の薬歴等に名称注意の記載。薬品自体にも名称注意の注意喚起をつけた。	フルナーゼ点鼻液50μg56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	
626	当該品目のメーカーまで把握していなかったため、間違えてピッキング	日常的に勤務している店舗ではないため、当該薬局で扱っている各GE品目のメーカーまで把握していなかったため	注意して調剤	フルニトラゼパム錠2mg「TCK」	ジアゼパム錠2mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
627	フルバスタチン10mgで処方された薬をプラバスタチン10mgでお渡ししてしまった。	フルバスタチン10mgで処方されて、名前が似ていることからプラバスタチン10mgを取りそろえてしまった。投薬者は投薬前の監査でも気がつかないでお渡ししてしまった。	調剤者、投薬者お互いに改めて確認すること、薬情・薬袋の薬剤の写真も確認する	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
628	フルメトロン点0.1%のところ、0.02%でお渡しした。レセコンの入力ミスから始まった。	含量が複数あるものはより注意が必要	含量が複数あるものは注意が必要	フルメトロン点眼液0.1%	フルメトロン点眼液0.02%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
629	プレドニゾン5mg錠で漸減中30mg→25mg→22.5mgときて今回プレドニゾン1mg 4錠で処方されていた正しくは5mg 4錠	以前の薬歴も参考にして一元的に管理できるようにする	以前の薬歴も参考にして一元的に管理できるようにする	プレドニゾン錠1mg(旭化成)	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
630	プレドニゾン1mgの処方を誤って5mgで入力してしまい、監査時に誤りに気づいた。	5mgの方がよく出ている薬なので慣れもあって、誤ってしまった。	入力後に入力した内容と処方箋の内容が合っているか再度確認してから印字する。監査時にも薬袋お入力内容の確認する。	プレドニゾン錠1mg(旭化成)	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
631	プレドニゾン錠2.5mg N Pを従来より処方・調剤があったが、昨今の医薬品メーカー供給不足の影響でプレドニゾン錠5mg 旭化成へ変更対応を行った。プレドニゾン錠5mg 旭化成で入力すべきところ、プレドニゾン錠2.5mg N Pで入力されていた。	変更対応になった時点で局内スタッフ全員に周知済。入力ミス。	入力ミスには薬剤師側の帳票監査で現状監査チェックできているが、処方せんに鉛筆書きでプレドニゾン錠5mg 旭化成を記入、印をつけるようにした。	プレドニゾン錠5mg (旭化成)	プレドニゾン錠2.5mg 「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
632	プレドニン眼軟膏5gが処方され、ジェネリック希望の方だったのでプレドニゾン酢酸エステル眼軟膏0.25%「ニッター」を入力した。	類似名称なので思い込みによる入力ミス。	以前から同じミスが多かったので、医薬品マスターに(ジェネリックなし)(5g)(3.5g)と登録した。	プレドニン眼軟膏	プレドニゾン酢酸エステル眼軟膏0.25%「ニッター」		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
633	前回来局時よりプレドニンを服用中の患者のジェネリック希望変更に伴いプレドニン錠をプレドニゾン錠「ファイザー」に変更してしまった。後発品扱いではなく変更不可の品目であるが、レセコン上で変更が可能であったためジェネリックにしたと勘違いしてしまった。交付後の入力チェックで気づきすぐに患者に連絡。服用前であり交換で対応した。	先発品処方からのジェネリック医薬品への変更の場合と一般名からのジェネリック医薬品の手順が同じなための勘違い。レセコンへの過度な信頼	先発品処方時のジェネリック医薬品への変更の再度の確認レセコン会社への連絡	プレドニン錠5mg	プレドニゾン錠5mg「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
634	一般名処方薬を読み間違えて、別の医薬品を交付してしまった	思い込みによる、別薬品の調剤、交付してしまった	一般名処方による医薬品の確認を怠らないようにする	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
635	フロセミド錠10mgの一般名処方がされたが、誤ってファモチジン錠10mgで調剤。鑑査システム機でエラーが出たため、調製者が発見。	慣れ・慢心によるもの	指さし声出して調剤することを徹底。	フロセミド錠10mg「NP」	ファモチジン錠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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
636	他院からの転院患者。新患。他院でプロチゾラムを服用しており、処方変更の説明がなかったが、プロチアデンが処方されていた。プロチゾラムを継続していたことを確認していたが、疑義照会しなかった。	変更があったことを確認して認識していたにも関わらず、疑義照会、本人確認せず、処方通りにお渡しした。	内容を確認できていた場合、まず、処方変更があったのかどうか、必ず医院に確認することを怠らない。	プロチアデン錠25	プロチゾラムOD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
637	プロテカジン10mg処方のところプロピベリン10mg「タナベ」で投薬。患者さんがいつもと違う薬に気が付き、交換	繁忙時に確認を怠った為	スタッフ全員への周知徹底	プロテカジン錠10	プロピベリン塩酸塩錠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
638	プロマゼパム(2) 6錠 3×14日分のところ、ジアゼパム(2)を渡してしまった。2日後患者からの電話問い合わせで判明した。即日、交換のため訪問した。	独り薬剤師で勤務していた。かかりつけの高齢患者の体調を聞きながら、一包化を実施。合い間に別の患者の心療内科の薬を調剤・投薬した。	独り体制で勤務する場合、ながら調剤をしない。患者の話を聞く時間枠を提案し再来局をしてもらう。	プロマゼパム錠2mg「サンド」	ジアゼパム錠2「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
639	ブロムフェナクNa点眼液0.1%が処方のところ、間違えてジクロード点眼液0.1%を患者に渡してしまった。投薬後にレセコン入力した事務員が間違えに気づき、投薬した薬剤師が患者に電話確認して発覚した。その後、お詫びをして正しい薬剤ブロムフェナクNa点眼液0.1%と交換した。使用前であったため健康被害はなかった	・前回処方がジクロード点眼液0.1%であったため、前回通りに入力してしまった。・一般名処方ではブロムフェナクNa点眼液0.1%、ジクロフェナクNa点眼液0.1%と名称の類似、規格濃度が同じであるため、レセコン入力時にしっかりと判別ができなかった。・調剤、鑑査薬剤師ともに確認不足(処方せん、監査支援票、薬情など)	・レセコン入力時に、処方せんと入力画面をしっかりと照合すること。・一般名処方、名称類似薬について事前にリストなどで把握、注意喚起を行なう。・調剤、鑑査に係る薬剤師が処方せんの確認を十分に行なう。	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
640	ブロムフェナク点眼液を間違えてジクアス点眼液を投薬、患者さんから電話があり発覚。	人手不足による、ヒューマンエラー。ピッキングだけで監査する人がいなかった。	繁忙時間は、人員を増やす	ブロムフェナクNa点眼液0.1%「日点」	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
641	フロリドゲル経口用2%の処方があった。門前のクリニックより入力に関する連絡が事前であり、内服か外用かどうかでの入力かと聞かれ外用薬での入力をお願いした。患者様が来局され、事務に入力を依頼。薬局でも外用で入力をしている最中に薬剤師が添付文書を開覧していた。その際に口に含み飲み込むと記載があり疑問を抱いた為、エビデンスの高いページや過去のヒヤリハット事例を開覧をしていた際、外用ではなく内服での入力が報告しているページを見つけ、クリニックにも内服薬で入力するよう疑義し問い合わせ、薬局でも内服薬での入りに薬剤を交付前に変更した。	薬剤師の知識不足が招いてしまったヒヤリハット事例だった。口の中に塗るだけであると勘違いしていた。	1か月に1000枚を超える店舗に薬剤師1、事務1という過酷な人員配置の中で本部に人員の追加をお願いしているか実現せず。薬剤師の複数確保が望ましい。	フロリドゲル経口用2%	フロリドゲル経口用2%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
642	新規にてベオーバ50mg処方の患者様に対し、ベタニス50mgにて入力・調剤。処方監査の際に処方箋確認し、間違いに気づき投薬前に変更。	レセコン入力の際に、選択間違えと推測。似通った名前であり、事務員での判断間違えは繁忙時期につき起こった。	入力の際には、文字の確認しっかり行う。また思い込みもないように引き続き注意して入力行う	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
643	処方では、ベオーバ50mgであったが、間違えてベタニス50mgを取り揃えた。	繁忙であった。同種同効薬かつ規格が50mgであり、取り違えが起りやすいと考える。	取り違えが起りやすいとの認識をスタッフ全員が共有し、自己監査を徹底することとした。	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
644	前回までベタニス錠で処方されており、今回薬の変更が気が付かなかった。	一文字目が似ている。用法も同じで見間違えやすい。また他の薬の変更があり、そちらに気を取られてしまった。	処方監査を一番最初におこない、入力と違いがないか確認する。調剤監査をするときに処方箋と控えをチェックしながら監査する。	ベオーバ錠50mg	ベタニス錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
645	ベオーバが処方されているところピラノアをピックアップした	棚が近かった	棚を離れた	ベオーバ錠 50 mg	ピラノア錠 20 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
646	平素よりベオーバ錠を服用している患者で定期的に薬局を利用されている患者。事務員が薬の取り揃えを行い、薬剤師が鑑査したところベタニス錠が集薬されていた。調剤には至らなかったが、事務員へそのことを説明し、正しい薬剤を取り揃えてもらう。	同じ規格で同じ泌尿器系のお薬ということが原因かと思われる。	薬剤師が取り違えやすい薬をピックアップし、事務員へ申し伝えを行う。	ベオーバ錠 50 mg	ベタニス錠 50 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
647	一般名：ベクロメタゾンプロピオン酸エステル点鼻液50μg8.5g 1瓶→3文字入力で採用登録のベクロメタゾン鼻用パウダー25μg トーワがリストUPされ入力。監査時に50μgと25μgの違いの気づき、入力ミス確認	ステロイドのように一般名が似たものを間違いやすいこと、規格まで確認して入力されてなかった。この時、医療事務不在で複数処方箋持参され、焦りもあった。	ステロイドは間違えやすいという認識のうえで、規格までしっかり確認して入力すること。いつもと違う状況の場合、なおさら落ち着いてしっかり確認すること。	ベクロメタゾン点鼻液 50μg 「サワイ」	ベクロメタゾン鼻用パウダー 25μg 「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
648	電話診療患者で新規患者に対し、誤った医薬品で渡しそうになった。新規患者で(通常は別の薬局利用者)レセコン入力ミス	処方内容の確認を徹底	処方内容の確認を徹底	ベザトールSR錠 100 mg	ヘルベッサールRカプセル 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
649	ベザフィブラート1錠処方に対し、誤ったフェノフィブラート1錠を用意して投薬している時に患者さんから『いつもの薬と色が違うのどうしてか』と尋ねられて取り間違えに気が付きました。すぐにベザフィブラートに交換して陳謝のした上で投薬しました。	立て続けに患者さんが来局されたため、慌てしまった。フィブラート系はフェノフィブラートの方が多し事による慣れと黙読の監査を情性で行い結果としてフェノフィブラートを用意し監査をすり抜けて患者さんの前に出すまで気が付かない事態を引き起こした。	処方箋記載の処方薬名を読み上げながら、監査することを徹底したい。	ベザフィブラートSR錠 200 mg 「サワイ」	フェノフィブラート錠 53.3 mg 「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
650	新規でベタナミン錠50mgが処方。薬の交付時に話を聞くと膀胱炎で頻尿気味。一緒に処方されていた薬が、レボフロキサシン錠500mgだったため、薬の入力ミスを疑い疑義照会。疑義照会によりベタニス錠50mgに変更。	病院の入力ミス。薬剤の名称および用量が類似しているために発生したと考えられる。	処方せんの内容(同時に処方されている薬に注意)からの病態予測、患者からの聴取により防げられると思われる。	ベタナミン錠50mg	ベタニス錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
651	処方せんの記載はベオーバ錠であったが、入力時に誤ってベタニス錠で入力。鑑査時に誤入力を発見。	該当患者はこれまでベタニス錠で服用しており、そのまま入力してしまったと考えられる。	薬局としては入力後に縦読みで処方箋の記載内容とレセコン入力内容のチェックを行っているのでそれを徹底。また、名称類似医薬品の存在を認識することでもこういったミスを未然に防ぐことは可能であるため、周知をする。	ベタニス錠25mg	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
652	もともとベオーバ50mgを服用している患者。今回ベタニス50mgへ薬剤変更となったが気づかずベオーバ50mgで調剤監査。投薬時に薬の変更があると患者より申し出があり発覚する。	患者が多数来院しており立て込んでいた。頭文字と規格があっていたため見落としていた。	急いでいるときも指差し声出し確認を徹底する	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
653	ベタニス50mgで調剤すべきところ、前回Do処方のベオーバ50mgで調剤し、投薬時に患者本人から指摘を受け、修正して再度正しいものをお渡しした。	規格 名称が似ており、処方入力時に間違えやすく、当薬局でもインシデントまではいかないが、よくある入力間違いの例となっている。しかしピッキング時に処方箋をよく見ていないことも考えられる。	必ず規格のみならず名称の確認をしっかりと行う。また、インシデントが起きやすいものであるとの認識を再度徹底した。	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
654	ベタニス錠が1つのみ処方4されていたが、ベオーバ錠を入力してしまい、監査時に処方せんと照らし合わせて発覚しました。	いつもQRコードに入っている薬であったが今回は、QR読み込みがうまくいかず、手入力をした際に、間違えた。	QRコードに頼りすぎることなく、入力者自身がしっかり確認を複数回し、まず入力の間違いがないかを徹底することを全員で意識つけしました。	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	
655	1月23日11時40分ごろ、ポリムスを通していないと事務から報告を受けた調剤者が処方箋を確認すると、調剤時に揃えた薬（スピラゾンローション）と異なるものが処方箋に記載（ベタメタゾン吉草酸エステルローション）されていたことに気づいた。すぐに患者に電話にて確認したところ、薬袋にスピラゾンローションが入っているとおっしゃっており、その時点で過誤が発覚した。	過誤が発生した背景として、当時多忙であり、調剤、監査、投薬が同一人物になってしまったことがあげられる。	・ポリムスのチェックを徹底する。・今回の過誤について、スタッフ間で周知を実施。再発が起らないように注意喚起する。・ステロイド外用薬には一般名が似ているものがあり、注意喚起する。	ベタメタゾン吉草酸エステルローション0.12%「イワキ」	スピラゾンローション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
656	ベタメタゾン吉草酸軟膏処方のところサレックス軟膏で調剤してしまった。	一般名類似。調剤従事者の薬剤師が皮膚科処方に不慣れなためベタメタゾン以降の違いを分かっていなかった。	ステロイド一覧表にマーカーを付け類似品の注意喚起をした。	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%「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
657	処方箋に一般名で「ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル外用液」と記載されていて、当薬局では商品名「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(NYK)」が、事務員が間違えて「リンデロンVG軟膏」（一般名：ベタメタゾン吉草酸エステルゲンタマイシン硫酸塩ローション）と処方入力して調剤録を出力、薬剤師が調剤録を見て処方した。後日患者さんがクリニックに薬を持って行って診察したところ、クリニックの先生が処方薬の間違いを指摘した。	事務員と薬剤師の知識不足による一般名と処方薬の相違似た一般名によるレセコン入力相違。薬剤師が原本と調剤録の一致の確認を怠った。	一般名処方の場合処方薬と成分名が一致しているか確認する。薬剤師は調剤録だけでなく、処方箋をみて一致しているか確認する。次回以降処方箋をチェックして投薬する。	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」	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
658	4月27日(木)13:30頃広域病院処方箋をFAXなく持参。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」が処方。お薬は正しくお渡ししましたが入力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」となっていたとあとから気付く。すぐご本人にお電話して事情を説明してお詫び。正しい薬袋、薬情、お薬手帳を出しなおしてお渡ししました。	毎回、ベタメタゾン酪酸エステルはローションでお渡ししていたので軟膏が入力されてくるとは薬剤師も考えておらずチェックが足りなかった。	外用の名称は長いものが多くしっかり最後まで確認を行うことを共有した	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」	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
659	前回の薬歴を見てベタメタゾン軟膏のところをデキサメタゾン軟膏で調剤してしまった。患者さんより前回と違う軟膏を処方すると医師が言っていたことを思い出して連絡をいただいたことにより調剤ミスが発覚	成分名が似てるものも多い外用剤は調剤時に成分名に気を付けて処方箋のコピーにチェックをつける等、自己鑑査もするように徹底することとした。	調剤時の成分名にチェックをつける等の自己鑑査を徹底する	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」	デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏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
660	当該患者様が「【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」が記載された処方箋を持参しご来局。当事者である薬剤師が調剤を行ったが、鑑査者が鑑査を実施したところ「ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏」が調剤されていたことが判明。すぐに正しく調剤し直した後、患者様にお渡しした。	皮膚科の処方箋を応需することが少ないこともあり、当該薬剤師は類似した名称の外用ステロイドがあることを知らなかった。繁忙だったこともあり、名称の違いを見落としてしまった。	外用ステロイドの一般名は長く複雑なものや名称が類似したのが多いことをスタッフ間で共有。	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」	ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏0.064%「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	
661	【般】ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏0.05%を【般】ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%と間違え、患者にベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%トローを交付してしまった。翌週、患者が【般】ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏0.05%が記載されている処方箋を持参し、別の薬剤師がベタメタゾン酪酸エステル軟膏0.05%MYKを交付した際、患者が前回もらった薬と異なることを申し出た。別の薬剤師が患者に聞き取りをしながら確認した結果、前回誤ってベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%トローを交付してしまったことが発覚した。患者は既に誤ったベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%トローを使用済みであったため、翌週当該薬剤師が医師に連絡し、前回の処方を【般】ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%に変更いただいた。	注意力散漫であったこと、また、一般名処方軟膏は、名称が類似している薬剤があることを念頭におかず、調剤、監査を行ったことが要因と考えられる。	調剤、監査、投薬時に、成分名・規格・剤型・メーカーを1文字ずつよく読むことを怠らない。また、薬情を交付する際は、薬情の写真と調剤した薬が合致しているか確認する。	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% 「MYK」	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12% 「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
662	名称の類似する「ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル」「ベタメタゾン吉草酸エステル」を取り違えた。	薬剤師の欠員があり普段より少ない人数で業務を行っていたため、確認が不十分であった。	繁忙時でも確認を怠らず、処方箋を読み上げるなどの確認を実施する。	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% 「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
663	薬の取り揃え時にベニジピン塩酸塩錠2mg サワイとニルバジピン錠2mg 日医工を取り間違えた。	シートのデザインは異なるもののベースは緑、錠剤の大きさや色(黄色)が似ている。また名称も似ており同じカルシウム拮抗薬。確認不足により間違えた。	薬の配置を離れた。取り揃え時に薬品名をしっかり確認することを再度徹底した。	ベニジピン塩酸塩錠2mg 「サワイ」	ニルバジピン錠2mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
664	施設に入所されてきた方で以前はヘパリン類似物質クリームを使っていたがヘパリン類似物質油性クリームが弊社の採用薬でありそちらを入力してしまったが、監査の際、油性クリームであることに気づき、投薬の前に気づくことができた。	油性クリームとクリームの違いに注意して、一般名だと見逃がしやすいため気を付ける。	薬品名のレセコンにおける局内名称の先頭に印をつけて間違わないようにした。	ヘパリン類似物質クリーム0.3%「ラクル」	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「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
665	処方箋は【般】ヘパリン類似物質油性クリームであったが入力にヘパリン類似物質クリームとなっていた。混同しやすいためクリームのジェネリックの採用をしていなかったため入力違いが判明。	事務がクリームと油性クリームの違いの認識があまりできておらず薬剤師も伝えていなかった。	事務にも採用品の有無を徹底させる。調剤したものも事務に伝える。	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
666	処方箋の入力チェック時に気づき、投薬した薬剤師に確認し発覚。処方箋にはヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「PP」で記載されていて、当薬局にある別メーカーの「日医工」に変更する際に、誤ってヘパリン類似物質外用泡状スプレー「ニッター」に変換してしまい、そのまま調剤も行った。発覚後すぐにご家族(母)の携帯に連絡し、確認・謝罪。お渡しした当日に、以前と違う薬だと気付いていたため使用していなかった。交換に伺う約束をしていたが、ご家族(母)が来局していただき、正しいものをお渡しした。	混雑時のお渡しであったこと、入力が当初泡状スプレーになっていたため、疑わずに調剤・投薬してしまった。また、患者様が12歳のお子様ご本人一人で来局していて、確認をしながら投薬を行っていたが、そのままお渡しすることになった。	電子薬歴をよく見返すこと、混雑時でも慌てずに入力内容(変更前の医薬品も)確認する事を徹底する。	ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%「日医工」	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%「ニッター」		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
667	一般名処方箋でヘパリン類似物質軟膏0.3%と記載されていたのに、誤ってヘパリン類似物質クリーム0.3%を払い出す。6時間後に調剤者が気づき、患者の母親に連絡し交換する。	知識不足の実習生が調剤者なのに、監査者が細部まで確認を怠ったことが原因と思われる。	類似した薬品名が複数ある時には確認を十分に行ってから、調剤や監査をする。	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」	ヘパリン類似物質クリーム0.3%「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
668	レボセチリジンとベボタスチンの渡し間違い	一人で調剤投薬	ルールの徹底	ベボタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	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
669	ヘモレックス軟膏を投薬すべきところをヘモポリゾン軟膏を投薬	薬剤師の慣れと不注意	監査システムの導入	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
670	採用メーカーの変更。朝礼時に必ず行うが当日遅刻。伝達しないまま仕事開始	遅刻を想定しておらず、コミュニケーション不足	大事なことは、伝言ノートへ必ず記載。読んだらハンコ	ベラパミル塩酸塩錠40mg「タイヨー」	ベラパミル塩酸塩錠40mg「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
671	ベンタサ錠500mgが流通悪化にて用意できず。後発品で調剤するつもりだった。在庫があったのがメサラジン腸溶錠400mgで、規格をよく確認せずに調剤と入力変更を事務員に指示した。レセコンに警告がでたが、薬剤師の指示を信じそのまま入力。投薬前に別薬剤師が気づいて発覚。	急な欠品であったため、焦りがあった。メサラジンに普通錠以外に腸溶錠と徐放錠の2種の剤形があることを失念していた。	レセコンに警告が出たら無視しない。意味がわからない場合は他者に必ず確認する。イソソルビドなど名前の一部が一致している後発品・一般名処方があることを再度周知。	ベンタサ錠500mg	メサラジン腸溶錠400mg「サワイ」		ヒューマンエラー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	100錠アルミ包装の外観類似品が隣り合って配置されており、誤って違う薬をピッキングした。端数の錠剤は正確だった。事務員がピッキング、薬剤師が監査および窓口で交付	同色の薬の配置が隣り合っていたことが要因窓口で100錠のアルミ包装の文字を確認し、100錠のアルミ包装を外せばひと手間増えて気付いたかもしれない。	ミグリトールODは使用患者が少ないので、薬品棚のケースの中でチェック袋に入れてイメージを変え、すぐに取り出せないようにした。	ボグリボース錠0.3mg「武田テバ」	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、ヒューマンエラーによる事例など)

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
673	ボンビバ錠100mgの処方があり。同じ薬効で名前の似ているポノテオ錠50mgで調剤し、投薬してしまった。投薬後に、投薬者が間違っポノテオ錠をお渡ししてしまったことに気づき患者様に連絡。薬をボンビバ錠100mgに変更した。	当薬局にはポノテオ錠50mgとボンビバ錠100mgの在庫がある。ポノテオ錠のほうが多く処方される。薬効も同じであるために間違えてしまった。	ボンビバ錠100mgとポノテオ錠50mgは同じ薬効のお薬です。パッケージの色が違うために見た目は違うが、名称が似ているために間違えやすい。処方箋をよく見て調剤する。投薬時には患者様と一緒に薬を再度確認して投薬するようにする。	ポノテオ錠50mg	ボンビバ錠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
674	上部消化管内視鏡検査にてピロリ菌陽性を指摘され、除菌薬を処方された患者。当薬局では、普段より除菌薬の処方箋が多いが、そのほとんどは一次除菌で二次除菌は稀。当該患者は新患であり、薬局に除菌の旨の薬歴がなかったこと、また、新患用問診票に除菌履歴記載がなかったことより一次除菌用のポノサップパックを投薬。投薬時、併用薬との相互作用の話を中心として行いそれに意識が向いていたこともあり患者が二次除菌である旨を認識せず投薬。その後、投薬後に薬剤師間で相互作用の薬剤に関する話をしている最中に処方薬が二次除菌用の薬ポノピオンバックであったことが判明。翌日から服用予定であったため急遽患者に連絡の上正しい薬と交換し、辛うじて事なきを得た。	一次除菌薬の調剤に慣れてしまっており、ピロリの除菌といえばポノサップとの刷り込みで調剤、監査が行われた可能性がある。	薬局内に除菌歴ありの薬歴がなくとも、他で実施した経歴がある可能性を鑑み毎回慎重に確認する。	ポノピオンバック	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:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
675	ボラザG坐剤が35個処方されていたがボラザG軟膏で入力、監査時に入力が異なることに気付いた。	処方されるのはボラザG軟膏がほとんどだった為、今回も軟膏で入力してしまった。慣れからくる確認不足。また普段ならg表記であったので、個数表記されていたことに違和感があったが、剤形がことなることに気付かなかった。 発生した営業日は医療事務が不在の日であり、普段と異なる営業体系だった。また本処方応需時は混雑時間帯であった。	入力後、調剤室に処方箋を回す前に一度入力確認する時間を設ける。処方内容を頭3文字のみで判断しない、チェックするときは右からも医薬品記載を見直す。	ボラザG坐剤	ボラザG軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
676	内服薬90日分と合わせ、ネリザ軟膏が28本定期的に処方されていた患者。今回も内服薬90日分と外用28本だったが、ネリザ軟膏がボラザG軟膏に変更となっている事を見落としネリザ軟膏で渡そうとしていた。患者と話している中で、「これまでの薬が手に入らないだろうから(出荷調整により)、変更する」ような事を担当医から告げられた事を聞き、処方箋を再確認して取り違えに気付いた。	内服薬は全てこれまでと同じ継続処方、外用薬も本数が同じだったことから、Do処方と思い込んだ事が原因。	調剤、監査、交付時のチェックを見直す	ボラザG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
677	ボララミンを調剤するところセレスタミンを調剤してしまった	成分名記載で注意を怠った為ミスが生じた 事務による入力ミスと薬剤師による処方箋監査が不十分だったため生じた	手順に従い必ず処方箋で監査することを徹底する	ボララミン錠2mg	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
678	ボルタレンカプセル37.5mg調剤するところデュロキセチンカプセル20mgをお渡し。	繁忙中鑑査を通過してしまったと思われる。また同じ科でよく出る薬であり、外観も類似しており思い込み鑑査してしまった	複数人での鑑査徹底	ボルタレンSRカプセル37.5mg	デュロキセチンカプセル20mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
679	マグミット500mgで処方されていたが、事務Aが打ち間違い。新しく入った事務Bが処方箋でなく印刷物を元にピッキング。薬剤師は鑑査見落とし。患者がいつもと違う色の薬であることに気付く。	不慣れな事務がピッキングを始めたが、後発品に変更する際に何に変更するかわからないため印刷物を元にピッキングを始めた。	必ず処方箋原本を元にピッキングをする。変更調剤が不明であれば薬剤師に聞く。慣れて採用薬、何に変更するかを覚える。薬剤師は事務が間違える前提で鑑査をする。	マグミット500mg	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
680	テラムロBPで調剤すべきところ、テルチアBPで入力してしまった。鑑査時に間違いを発見できた。	一般名処方であり、薬品名が類似しているため間違えてしまった。	入力時の縦読みチェックを徹底する。	ミカムロ配合錠BP	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
681	ミケランLA点眼液のところ、ミケルナ点眼液で取り違えて交付。患者帰宅後に、薬局へ連絡あり、交付ミスが発覚した。使用前に患者が気づいたため、健康被害なし。正しいものへ交換対応した。	混雑による焦りがあり、確認が不十分だった。	忙しいときこそ、確認を徹底することが重要。患者へ薬剤交付時にも、患者と実物と照らし合わせ、しっかり確認を行う。	ミケランLA点眼液2%	ミケルナ配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
682	患者様よりいつもと違う薬品が入っていると連絡あり発覚。テルチアBPをお渡しするところテラムロBPを渡してしまったことを確認する。間違ってお渡ししたことを説明し謝罪。服用前だったこともあり薬品交換しお渡しした。	テルチアBPを調剤しようと思いつきに在庫が無かったため後から渡そうと思って入れ忘れた。テラムロBP入っていないと指摘ありテラムロBPを渡してしまった。	薬品が入っていないと指摘あった場合は、必ず処方箋+薬品情報の写真と薬品を確認してお渡しする	ミコンビ配合錠BP	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
683	ミチグリニド10mgJGとミチグリニド10mg三和が存在したため入力間違い。	煩雑な時の入力間違い	入力を二度確認する	ミチグリニドCa・OD錠10mg「JG」	ミチグリニドCa・OD錠10mg「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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
684	以前より2週毎に定期処方が出ている患者。2/27～ミチグリニドOD(5)追加となった。3/8継続処方だったが、誤ってミグリトールOD(50)をピックアップし、監査者は間違いに気づかずそのまま薬袋に入れた。交付者が間違いに気づき、ミチグリニドOD(5)に交換して渡した。	ピックアップ者は薬を置く棚が上下隣り合っていたため、取り間違えた。監査者は処方箋や薬袋の写真と薬が合っていないことを見落とした。いずれも食直前投与の血糖降下薬のため、間違いに気づきにくかった。薬剤数が多く(13種類)、一包化薬もあったことから監査が複雑だった。通常薬に加え風邪薬など臨時薬もあり、あわただしかった。	ピックアップ時や監査時は、処方箋、薬情、薬袋と薬が合っているか、慎重に確認する。交付時も薬を確認しながら投薬を行う。	ミチグリニドCa・OD錠5mg「三和」	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
685	ミドリンP点眼液5ml 1本を10ml 1本でお渡し。レセコンへの入力時から間違い。監査も通してしまった。調剤・監査の「現物の確認不足」そのもの。	普段当店では出ない薬。当店の採用薬が10ml になっていた。レセコンで入力時5ml は採用されておらず10ml のみの選択画面が出たがそのまま入力。入力後画面上では1本と入力されているが、何ミリが1本は画面上からは確認できない。入力から間違えているのでピックアップした薬剤を機械で読み取っても合っている。監査は10ml を手に取って5ml として監査が通る。関わった薬剤師全員が10ml 規格が実在することを把握せず。処方箋と現物以外の帳票類では、間違いに気づく要素が見当たらなかった。薬価も1ml 単位ではなく、1本単位。	・レセコンで表示されるように採用薬を5ml に変えた。・調剤棚には5ml /10ml 存在する注意POP付けた。・スタッフ全員にこの事例を共有した。特に入力時で見逃すと会社指定の入力画面時の「縦読み」をしてもこのケースは避けられないことも共有。・間違えた10ml を廃棄切る前に皆に手に持ってもらって違いを共有してもらった。	ミドリンP点眼液	ミドリンP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
686	一般名処方でミルタザピン15mgが処方されたところ、ミルナシبران15mgを調剤してしまった。薬の頭文字の「ミル」と規格の15mgが同じだったことで間違えてしまったが投薬時の監査で気付いた。	忙しい時間帯だった。薬の名前が似ていた。	先入観にとらわれず薬の名前をしっかりと最後まで見るようにして確認する。	ミルタザピン錠15mg「明治」	ミルナシبران塩酸塩錠15mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
687	処方頻度が高いミルタザピンを過信にて調剤。	一般名処方でのミルナシブランと類似名称のミルタザピンの取り間違い。処方頻度が高いミルタザピンだと過信していた。	類似名称に注意し処方せん記載名称の確認を怠らない。	ミルナシブラン塩酸塩錠2.5mg「サワイ」	ミルタザピン錠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
688	レセコン入力の際に、ムコスタとレバミピドを間違えてしまった。	先発、ジェネリックの確認不足。	先発希望かジェネリック希望がしっかり確認する。	ムコスタ錠100	レバミピド錠100mg「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
689	新規で痛み止め ロルノキシカムが処方同時にムコダイン錠500mgが処方になる。患者 聞き取りの結果 痰の薬など処方になるとの話は聞いていない。いつもは痛み止めと一緒にムコスタが処方になることが多い。 名称類似のため病院の入力ミスを疑い疑義照会	名称類似	名称類似のミスには注意する。疑わしい処方が出た場合は患者本人、医療機関に確認をとる。	ムコスタ錠100	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
690	メリスロン処方のところ、メイアクトが処方させていた。投薬時に患者よりのヒヤリングで納得できないと判断し、疑義紹介し別薬と判断できた事例	患者とのヒヤリングにより、適正の判断を継続。	特になし	メイアクトMS錠100mg	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
691	βブロッカーのメインテート錠2.5mgが一般名処方に変更になり、処方箋に一般名(般) ビソプロロール fumarate 錠2.5mgと記載されていた。それを見て、αβブロッカーで同じく2.5mgのアーチスト錠2.5mgと勘違いした。	朝から忙しい状況であった。薬効が似ている上にmgが同じで、用法も1日2回であった為にアーチスト錠2.5mgと勘違いした。	調剤する医薬品名を鉛筆でチェックするように気をつける。調剤と監査の時間をあけ、処方箋を薬剤情報提供文書と医薬品を照合しながら監査し手渡す。	メインテート錠2.5mg	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
692	メキタジン3mgを間違えてシメチジン200mgを投与。PCR検査をされたコロナ疑いの患者のため薬局の外で投薬をした。患者が帰られてすぐ別の薬剤師の指摘で間違いが発覚。すぐに患者に連絡がとれたので服用前に取り替える事ができた。	もう1人の薬剤師も投薬中で調剤、監査も1人で行った上外での投薬のためあらかじめ薬袋に入れて持っていきそのまま説明したので間違いに気付かず。	監査の徹底と確認の意味でも患者には薬をみせながら投薬する。	メキタジン錠3mg 「サワイ」	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
693	【般】メコバラミン錠0.5mgが処方されていたため、メコバラミン錠500μgを調剤するところ、間違えて250μgで調剤した。	メコバラミン錠500μgとメコバラミン錠250μgは外観がとても似ており間違いやすい薬。外観がそっくりでよく見ないと500と250の区別がつかないのに、薬の配置が上下同じ場所だった。	現在は使用していないメコバラミン250μgをデッドストックとして別の場所に配置を変えた。	メコバラミン錠500μg 「SW」	メコバラミン錠250μg 「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
694	メタクトHDを調剤するところ、メトアナHDを調剤。	メタクトに比べてメトアナの方が処方量が多く混雑時もある、うっかりよく出るメトアナを調剤	メトアナとメタクトの場所を離す。	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
695	メトクロプラミドを調剤するべきところを、ドンペリドンで調剤してしまった。	ともに吐き気のために頓服で出ることが多い薬剤であるため、効果と用法容量が類似している。そのため思い込みで調剤してしまった。	名称が異なるため、処方箋と実物のすり合わせの徹底を行うことで再発防止に努める。	メトクロプラミド錠5mg 「ツルハラ」	ドンペリドン錠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
696	一般名処方で先発薬で調剤しようとした。	慣れ、蔓延薬歴のチェック	薬歴のチェック投薬時本人確認	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「TE」	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	
697	メトホルミン250mg MT「トーワ」が処方。事務員がメトホルミン250mg「トーワ」で入力、在庫がないことがわかったのでGEに変更メトホルミン250mg「SN」に変更して入力。在庫はメトホルミン250mg MT「ニプロ」のみであるため薬剤師はこれで調剤・投薬。薬情・薬袋・領収書の名称が違うことに気づかず。翌月のマイナス在庫があることで発覚。	メトホルミンにMTとGLが存在することが周知されていなかった。新患で他から来ない病院の処方箋であったことも一因と思われる。メトホルミン250mg「トーワ」とメトホルミン250mg MT「トーワ」が存在することも原因と考えられる	入力時に薬局に在庫がないことがわかった時の事務員の行動。同じメトホルミンでも投薬量が違うものが存在することを教育。	メトホルミン塩酸塩錠 250mg MT「ニプロ」	メトホルミン塩酸塩錠 250mg「SN」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
698	メトホルミン錠500mg「DSPB」にて調剤すべきところ、カルボシステイン錠500mg「トーワ」をピックアップ。監査時に気付き正しい薬剤を交付。	錠剤(ヒート)の形状が類似。規格が500mgで同一。薬局内での配置が、隣接はしていないものの似たような置き方をしていた。	薬の配置を変更。薬局内で情報の共有。	メトホルミン塩酸塩錠 500mg MT「DSPB」	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
699	メブチンシロップで調剤しているにも関わらず入力がプロカテロールシロップであった。医薬品は正しい薬をとられていたが入力が間違っていた。	処方監査時、入力チェックの手順を守らなかったことが原因だと考えられる。薬剤鑑査の時も薬袋の印字と医薬品の名前の確認が漏れている。	会社の手順書をもう一度読み直し、入力チェック時に指さしや声出し確認を行う。薬剤鑑査時も薬袋の医薬品名を忘れず指さしもしくは声出し確認を行う。	メブチンシロップ5μg/mL	プロカテロール塩酸塩シロップ5μg/mL「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
700	メブチンミニ25μgが処方されていたが在庫がなくメブチン錠50μg半錠を使用しようと考えた。しかし両錠剤は適応が同じではないことに気付き50μgを出さずにすんだ。	メブチン50μgには割線がついているが添付文書を確認したところ適応が同じではないことに気付けた。	添付文書の確認	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
701	追加薬でメマンチンがあった。	色が似ていたため認知症の薬ということで取り違えた。	処方箋をよく見て調剤。何回も確認する。鉛筆でチェックを入れる。	メマンチン塩酸塩OD錠5mg「杏林」	ガランタミンOD錠8mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
702	翌日に処方が発行される老人ホームの定時薬の準備をしていたところ、間違った薬が準備されていた。一包化する時に他の薬剤師が発見し、渡す前に正された。	いつものホームの定時薬という事もあり、急いでいた事もありピッキングの機械を使わなかった。アルツハイマー系のくすりは同じ引き出しにまとめてあるので、処方せんから読み取ってから数秒で頭が他の薬剤に変わってしまった。今回のようにピッキングする人間と調剤する人間は別々の方がミス拾ってくれるので今後も続けようと思う。	どんな簡単な処方でもピッキングの機械を使って調剤をしなければならないことを再確認した。	メマンチン塩酸塩錠5mg「明治」	ドネペジル塩酸塩錠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
703	モーラステープL40処方の所モーラステープ20で入力していた。薬はL40をお渡し済み。	手入力したため薬品名の選択ミスであった。	入力後再度間違いがないか確認する事。調剤録も投薬前に再確認する事。	モーラステープL40mg	モーラステープ20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
704	サブリド42錠を薬剤師がピッキングしたところ、半端な2錠がリマプロストであることを事務員が2次監査で発見した。	モサプリドとリマプロストの棚が上下で隣り合っており、リマプロストを棚に戻す際、ヒートの色合いが似ていることから間違えたと考えられる。	緊急ミーティングを開き、対策を検討した・棚に戻すときはWチェックを徹底する・ピッキング時気を付けること・棚配置の変更を提案するも根本的解決にはつながらないと考えられるため却下・ピッキング鑑査機では防げない事例のため、特に注意すること。	モサプリドクエン酸塩錠5mg「VTRS」	リマプロストアルファデクス錠5μg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
705	類似するローションの取り換え	よく出ている薬の為、十分な確認をせずに調剤、監査した。	処方箋の薬剤名と調剤した薬剤名が合っているか、声出し監査や複数人確認等で徹底する。	モメタゾンフランカルボン酸エステルローション0.1%「イワキ」	デキサメタゾンプロピオン酸エステルローション0.1%「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
706	モンテルカスト錠10ミリのGE変更で新規採用した際に、KMのところKNのものもあることを知らず、入力画面に出てきたKNを選択。	後発品のメーカーでも似ているものがあるため注意。	ポリムスを使用していたため発見したがすぐに何が違うのかわからなかった。ポリムスが通らないときは必ず複数人で確認する。	モンテルカスト錠10mg「KN」	モンテルカスト錠10mg「KM」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
707	モンテルカスト10mgの処方で薬剤は正しかったが薬情と薬袋がモンテルカストチュアブル5mg2錠の表記で患者さんはモンテルカスト10mgを2錠服用した	忙しく人員不足で他の薬剤師に確認をして貰うの怠った	薬情 薬袋と薬品の確認をチェックをしていれるようにする	モンテルカスト錠10mg「サワイ」	モンテルカストチュアブル錠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
708	普段来局されない患者の処方せんを応需(般)モンテルカスト錠5mgの処方あり。112歳だったので何も考えずモンテルカストチュアブル錠5mgで入力。患者家族に確認したところチュアブル錠の服用が難しく普通錠で服用していることがわかった。Drに確認した上での処方だった。	OD錠とチュアブル錠は同一剤形であると認識していた。	OD錠とチュアブル錠は同一剤形ではないことを薬局内や会社内で再案内する。	モンテルカスト錠5mg「KM」	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
709	病院からしもやけの塗り薬について問い合わせがあった。その後、患者にユベラNカプセル100mgが処方された。病院にしもやけの適応がないと伝えたところユベラ錠50mgに変更になった。	医師は処方時に医薬品の適応を知らなかった様である。その後、医師は処方変更を思いついた。	疑義照会の返答で疑義が解消されない場合は、再度確認する。思い込みや聞き間違いを防ぐため、別の表現で確認するといった工夫も必要である。	ユベラ錠50mg	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
710	【般】トコフェロール酢酸エステル錠50mgの処方でトコフェロールニコチン酸エステルCap100mg「トーワ」を選択してしまい、そのまま調剤し渡ってしまった。翌月、間違いに気付くユベラ錠50mgを調剤。	入力者は最初の「トコフェロール」を見て出てきたトコフェロールニコチン酸エステル100mgを選択してしまった。調剤・鑑査でも規格や成分名が正しいかどうかの確認がもれてしまった。	一般名が長くても最後の規格までの確認を怠らないように徹底する。一般名から薬品を選択する際、保険薬辞典を活用し誤りがないかを確認する。	ユベラ錠50mg	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
711	ライゾデグ配合注1キットをビクトーザ皮下注1キットで調剤してしまった。	薬局の冷蔵庫内の保管場所が、ライゾデグ配合とビクトーザ皮下注が隣り合っており、間違えた。	ライゾデグ配合とビクトーザ皮下注の間に、大きい箱の注射薬を置く事にした。	ライゾデグ配合注 フレックスタッチ	ビクトーザ皮下注18mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
712	一般名処方だったため、ラクトミン1.2%で調剤しなければならない所をピオフィェルミン配合散で調剤してしまった。調剤の際に気づき疑義照会照会しピオフィェルミンで医師より良いとされて投薬した。本来はラクトミン1.2%「イセイ」で調剤されなければならないかった。	散剤の一般名に対して繁忙期で、しっかり確認することができなかったことが要因。	忙しくとも、しっかり監査することと、散剤を調剤する際は体重、年齢、商品名をしっかりと把握して調剤する。	ラクトミン散	ピオフィェルミン配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
713	正しくは「ラックビー微粒N1%」で調剤すべきところを誤って「ドンペリドンDS小児用1%サワイ」で調剤されており、それに気づかず薬剤を交付してしまった。	多忙であったことと、外観の類似、不注意が原因と思われる。	分包紙に薬剤名が印字されているため、患者様と一緒に確認してお渡しする。特に見た目が類似している薬剤は十分注意する。	ラックビー微粒N	ドンペリドンDS小児用1%「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
714	正しくはラフチジン錠10mg「サワイ」を間違えて塩酸プロピペリン錠10mg「サワイ」で用意する。	後発医薬品希望の患者様。処方箋表示はプロテカジン錠10mgです。後発品のラフチジン錠10mgを用意するところを、塩酸プロピペリン錠10mg「サワイ」を用意する。最初の「プロ」と規格の10mgが同じであり、スピードを優先して似たようなものを用意したものであり、大変に危険な事例です。	見るだけの調剤ではなく、商品名を「読んで」「声出し」「指さし」して、再度見直しすることを徹底する。	ラフチジン錠10mg「サワイ」	塩酸プロピペリン錠10mg「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
715	処方せんにはラフチジン10mgサワイが記載されていたのだが、誤ってラベプラゾール10mgサワイを調剤してしまった。監査者が気づいて交付には至らなかった。	どちらも胃薬であること、名前の頭文字が同じで規格も同じであったこと。また、処方せんが3枚にわたっておりピッキングする薬の種類も多く焦って調剤したことも原因。	調剤後に監査レンジにかける。	ラフチジン錠10mg「サワイ」	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
716	ラベプラゾールの処方だったが外観の似たロスバスタチンを調剤・監査し交付してしまった。	外観が似ている薬の取違い。	調剤時や監査時に薬と処方箋をしっかりと確認し交付する。	ラベプラゾールNa錠10mg「サワイ」	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
717	一般名ランソプラゾールNa錠で処方されていたが、前回と同処方のロキソプロフェンNa錠でレセコンへの入力を行った。	時間的に圧迫しており、パッと見て一般名が似ていることから、前回と同じ処方と思い込み入力してしまった。	処方内容をしっかり確認し、思い込みでレセコンへの入力を行わない。似たような名前に薬品名を把握し、処方があった場合に気付くことで、より注意することができる。	ラベプラゾールNa錠 10mg「トーフ」	ロキソプロフェンNa錠 60mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
718	ラベプラゾール20mgが初めて処方された患者に薬をお渡しした後入力チェックを行っていたら、ラベプラゾールのmg数を間違えて入力していることが発覚患者さんに連絡をとり正しいものをお渡ししていると説明し、正しい入力ものを郵送	入力を普段入力していない薬剤師が行ったため、間違えて10mgの方で入力してしまったよう	普段慣れないものの入力時には確認をしっかりとこころな	ラベプラゾールナトリウム錠20mg「ケミファ」	ラベプラゾールナトリウム錠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
719	ラミシールクリーム処方後発品に変更の際 勘違いして ラノコナゾールを調剤してしまい、鑑査者が発見して 訂正する	ラミシールとラノコナゾールが名称的に似ているため引っ張られてしまい、その後の確認がなかった。	調剤後 必ず 成分名を確認するようにする	ラミシールクリーム 1%	ラノコナゾールクリーム1%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
720	患者様の希望はGEでしたのでパソコンの入力をラメルテオン錠にしなければなりませんでした。ロゼレム錠を入力してしまいました	薬局の在庫が先発とGE両方あった	パソコンの患者様備考欄にラメルテオン錠に変更する旨コメント残すようにする	ラメルテオン錠8mg 「サワイ」	ロゼレム錠8mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
721	シルニジピン10mgとランソプラゾール15mgの調剤ミス	ランソプラゾール15mgの調剤棚にシルニジピン10mgが混入していて、そのまま監査時でも気付かず患者にお渡ししてしまった。	ヒートの色だけでなく薬の裏表の確認を徹底する。	ランソプラゾール15mg	シルニジピン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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
722	ランソプラゾールOD15「サワイ」にて処方された薬剤を同「武田テバ」にて入力。サワイにて調剤はできていたが、入力が違っていた。投薬直前に気づき訂正。	混雑時の為、入力を誤ったものと思われる。	投薬前に再度薬袋や調剤録をチェックする。	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「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
723	ランソプラゾール処方のところラベプラゾールをお渡し	名称類似、同効薬という点で調剤・監査で見落とし。投薬時には他の点で説明点あり相互確認できてなかった。	薬品棚に「類似名称あり」の注意喚起を行う。監査徹底。投薬時の相互確認徹底	ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」	ラベプラゾールNa塩錠10mg「オーハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
724	一般名処方できたランソプラゾール口腔内崩壊錠(15)1錠1日1回夕食前をランソプラゾールOD(15)トワ調剤のところ、ランソプラゾール(10)を調剤する。監査薬剤師が気がつき調剤しなおす。	13時頃の忙しい時間帯であったこと又調剤疲れが原因。	間違えやすい薬剤の棚には付箋等をつけて注意喚起する。処方箋に鉛筆等で再度チェックする。	ランソプラゾールOD錠15mg「トワ」	ラベプラゾールNa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
725	ランソプラゾールOD30mgを取り間違えて15mgで一包化。別の薬剤師が監査を行ったところ取り間違いに気づき、再度一包化して問題発生を防止した。	薬剤師の思い込みによる調剤が原因と考えられる。	規格間違いを防ぐため、目につくように薬剤棚に大きく印をつける。ダブルチェックは必ず行う。	ランソプラゾールOD錠30mg「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
726	ランタスXR注が処方されていたが、ランタス注で誤調剤。後日、確認をした看護師が発見し、薬局に連絡をくださる。画像を残しているため確認、誤交付していたことを確認後、謝罪と交換に伺った。	調剤したもの、監査したものともに気づかずに誤交付してしまった。調剤監査システムAuditにて、機械監査もかけているが、多くの注射剤は画像が通りになっていく。そのため、さらに1名確認(3人目による目視監査)をしているが、気づけなかった。普段、ランタス注がよく処方されているため、確認がおろそかになってしまった可能性が高い。	監査システムを利用し、バーコード監査をするように変更。バーコード照合不可のものは、人による目視監査をするが、注意点についてリストを作成。それに基づき文字をチェックするよう徹底する。	ランタスXR注シロスター	ランタス注シロスター		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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
727	リーゼの一般名であるクロチアゼパムとソラナックスの一般名であるアルプラゾラムを勘違いしてアルプラゾラムを調剤する所をクロチアゼパムで調剤してしまった。監査で発見して患者にはわたらなかった。	安定剤など一般名が似てるものは場所を離すなど注意	間違えやすい薬品には赤丸を付けるなど普段より注意を促す。	リーゼ錠 5mg	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
728	リスベリドン内用液 1mg/ml 0.5ml 1×N 14日分処方されていたが、入力を 1ml 1×N 14日分と入力してしまった為、0.5ml を2包服用してしまったと連絡があった。	リスベリドン内用液について 0.5ml ~ 3ml までであることを認識していなかった	調剤した薬は間違っていなかった為、薬袋・薬情・手帳シール等すべて確認を患者に出す前にすべきだった	リスベリドン内用液 1mg/ml 「ヨシトミ」	リスベリドン内用液 1mg/ml 「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
729	69歳女性が整形外科より骨粗しょう症でリセドロン酸 Na 75mg を処方され来局。当時午前中の忙時間と重なり前回処方のリセドロン酸 Na 17.5mg と誤入力。患者様が急用のため配達を依頼され、そのまま配達。翌日処方箋チェックで誤入力判明し本人に連絡するとまだ服用しておらず、間違いを説明し改めて正しい薬剤を渡す。	繁忙時のチェックミスが事務方、調剤、監査と重なり機能していなかった。	処方箋のチェックを事務方・調剤・監査共に鉛筆で残すよう再確認した。また、改めて処方箋とレセコン入力の突合を午前と午後の2回とし、ミスへの迅速な対応ができるようにした。	リセドロン酸 Na 75mg	リセドロン酸 Na 錠 17.5mg 「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
730	処方箋を入力中に先行調剤をしていたところ、リセドロン酸 Na 錠 75mg が処方されていたのに対し、リセドロン酸 Na 錠 17.5mg で調剤を行ってしまった。入力者はその調剤された医薬品を見て、リセドロン酸 Na 錠 17.5mg で入力を行ってしまった。	前日もリセドロン酸 Na 錠 75mg で処方が行われており継続処方だったにも関わらず、調剤された医薬品が違ったことで入力までミスに繋がってしまった。週に1回の薬と月に1回の薬があることは理解していたが、医薬品名のみを確認(用法・含量まで確認しなかった)ため、ミスをしてしまった。	週に1回、月に1回服用する薬はリセドロン酸以外にもあるので、含量がどのように違うのか再度学習を行う。また、薬局内の在庫があるものはどれなのか再確認を行い、調剤を行う際は用法等にも気を配るようにする。処方箋入力後には、医薬品名はもちろんのこと、含量・用法等も間違っていないか再度入力確認を行う。	リセドロン酸 Na 錠 75mg 「トーワ」	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:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
731	プロベト リドメックス混合のところ、プロベト リンデロンV軟膏で調剤。交付前にきづく。	一般名類似のため間違いやすかった。	最後まで処方箋読む。薬情などとも照合	リドメックスコーワ軟膏0.3%	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
732	顔につける薬と腕につける薬の部位シールの貼り間違え。顔に塗っても改善が見られず、悪化してきた。	顔、腕とも2種類の混合軟膏で、同じ大きさの容器でのお渡しであった。裏に、薬剤名の記載をしていたが、部位のシールを貼り間違えて渡してしまった	今まで蓋に貼っていた部位シールを、容器のボディに貼るように変更した。	リドメックスコーワ軟膏0.3% 吸水クリーム「東豊」	アクアチムクリーム1% スタデルムクリーム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
733	医師は点鼻薬で処方。リボスチン点鼻薬の記載がリボスチンNSとなっていたため、普段処方されることの多いリボスチン点眼薬と勘違いしてしまった。	薬剤師の知識不足。NSという分からない文言があったときの注意不足	ミーティングにてヒヤリハット内容を共有。再発防止に努める	リボスチン点鼻液0.025mg/1.12噴霧用	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
734	施設入所中の方。定期薬を一包装し、一包装不適のリンゼスはシートのまま交付している。施設スタッフから、リンゼスではなくベルソムラが入っていて、数日間服用した後気付いた、今のところは体調の悪化等は無い、と連絡あり。誤りがあったことを謝罪、交換に伺い、処方医に報告した。回収したベルソムラの錠数より、4日間誤った薬を服用されていたと思われる。	リンゼスとベルソムラは共に両面アルミのシートで外観や質感が似ており、正しい薬と思い込んでしまった。	当薬局では監査支援システムを使用しているが、施設の処方一度に受け付ける処方箋枚数も多く、監査支援システムを介した監査は時間がかかってしまうため、目視のみで監査を行っていた。今後は施設の処方も監査支援システムと目視による監査を行い、誤りを見落とさないようにする。	リンゼス錠0.25mg	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
735	リンゼス錠0.25 2錠分 1 14錠のところ誤ってリボトリール錠0.5 14錠ピックアップしてしまった。鑑査時間違いに気づいた	業務多忙。両方とも処方が多いため勘違いしてしまった。	ダブルチェックを徹底する	リンゼス錠0.25mg	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
736	長年当薬局を利用されている患者様で、内服もたくさん出されている中で湿疹・赤み・痒み用に出されている外用薬だった。最近以前もらっていたものから症状に合わせて成分が追加されたものを使っていた。違うものを渡されたが、見たことがあるものなので患者様も気付かずもらって帰った。後で当薬剤師が気づき、連絡を取りすぐに取替えさせていただいた。	この患者様が以前に使っていた外用の記憶があり、処方内容をきちんと確認しないで投薬してしまった。患者様も変更になった理由をきちんと理解していなかったこともあり、投薬時に話をしてもそのまま違うものを渡してしまった。	処方内容の確認、患者様の薬に対する認識も含め、コミュニケーションをとるようにする。	リンデロン-VGクリーム0.12%	リンデロン-Vクリーム0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
737	処方箋記載の処方薬はリンデロンVGローションであったが、リンデロンVローションが入力されており、ピックアップもリンデロンVローションでされていた。最終鑑査時、他の薬剤師が気づくことができた。	環境要因としては混雑している時間であった。また、1年目の薬剤師が調剤をしたため、入力チェック時に気づくことができなかった。原因として知識不足や焦りなどが考えられ、またマニュアルなどの徹底が行えていなかったと思われる。	決められたルールに沿って調剤を行う(マニュアルの徹底) 自店にある類似薬(名称・規格など含めて)を把握する。混雑時には患者様に少し余裕を持てるような時間をお伝えする。	リンデロン-VGローション	リンデロン-Vローション		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
738	混雑時で、処方箋入力中に入力画面を見てピックアップしてしまい、その後鑑査時に入力が入力されていることに気付かずその薬を調剤してしまい、投薬時にも気付かずお渡ししてしまった。	混雑していた為焦ってしまった。処方箋でなく入力画面でピックアップしてしまった。鑑査時にも入力の方から処方箋を見る重所で見逃してしまい見逃してしまった。	ピックアップは必ず処方箋を見てピックアップする事と鑑査時にも処方箋から入力の監査する。個人的には混雑していても焦らず鑑査する。	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
739	リンデロンVG軟膏を取ったつもりが、リンデロンV軟膏であった。指導薬剤師に指摘され、気が付き、取り直した。患者にはリンデロンVG軟膏を正しく渡すことができた。	実習生の確認不足。	実習生に薬剤名、剤形、規格の3つに分けて確認をすることを伝えた。	リンデロン-VG軟膏0.12%	リンデロン-V軟膏0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
740	一般名処方でベタメタゾン吉草酸エステルローションと記載してあり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であるアンテベートローション間違えて払い出ししようになったが思い違いに気づき訂正した。	患者さんが混んでいる時間であり処方箋をよく見ないで、払い出ししようになった。	ベタメタゾン吉草酸エステルローションと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は、はじめの文字6文字が同じなので間違いやすいように思う。一般名と製品名を併記した表を掲げることにした。	リンデロン-Vローション	アンテベートローション0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
741	リンデロンV軟膏 ヒルドイド軟膏ミックスのところ VG軟膏とヒルドイド軟膏のミックスで作成してしまった	繁忙で 軟膏の殻の確認を怠った ミックスの種類が多くて確認を怠った	今後も軟膏の殻の確認と処方箋の照らし合わせを徹底していく	リンデロンV軟膏	リンデロンVG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
742	リンデロンVG軟膏の処方が出ていたのにリンデロンVG軟膏を調剤、入力した。	リンデロンVG軟膏をよく取り扱っているのに、リンデロンを見ただけでVGだと判断してしまった。	規格まで見るように徹底する。	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
743	一般名処方ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏からベタメタゾン吉草酸エステル軟膏に処方が変わっていたことに気づかずアンテベート軟膏で調剤してしまった	一般名をしっかり読まずに前回と同じ判断し製品名を選択。その後入力者、調剤者、監査者も間違えて選択された製品名で作業してしまった。	レセコン入力時は一般名で入力し指定した製品を選択するようにし、指定した製品が間違っていれば選択できないようにした	リンデロン-V軟膏0.12%	アンテベート軟膏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
744	リンデロンV軟膏の処方であったが、リンデロンVG軟膏での入力をしてしまった。	処方箋の受付が同時に何枚もあり、入力後の再確認不足が原因。	入力後の再確認を徹底する。	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
745	リンデロンV軟膏が処方されていたが、リンデロンVG軟膏を渡してしまった。入力もVG軟膏になっていた。	外来でリンデロン軟膏が処方されるときは、ほとんどがVG軟膏でV軟膏は年に1~2回しか処方されていないが、見落とした。	入力の確認。入力が合っていればバーコードリーダーで間違いを気付けた。	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	
746	フルメトロン点眼液0.1%からの切り替え 処方ハリンデロン点眼液0.01%と記載だったが、濃度が低いので、Drが考える効果がないのではと考察 疑義照会するとリンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%へ変更となった	濃度が違うので、切り替え時には注意が必要	切り替え時には前回の処方箋・薬歴をみて、疑問点があるなら疑義照会を	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%	リンデロン点眼液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
747	リン酸コデイン散1%を発注するところを、間違えてリン酸ジヒドロコデイン散1%を発注してしまった。薬局で導入している調剤監査システムにより、バーコードを読み取ったときに、レセコンの処方箋入力薬品名と、調剤した薬品に相違が生じたことに気づき、患者交付前に、正しい薬品で調剤した。	普段取り扱っていない薬品を、初めて、または、久々に発注する際には、類似した薬品があることに十分注意して、確認したほうがいい。調剤監査システムが非常に役立っているのに、まだ導入されていない薬局は、ぜひ導入をお勧めします。	発注する際には、一人任せにせず、複数人で、しっかりと確認するようにする。	リン酸コデイン散1% 「日医工」	リン酸ジヒドロコデイン散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
748	ルーラン錠(4)を処方で、ベロスピロン錠(4)を調剤するところ、プロナセリン(4)にてピッキングし、監査者が患者へ薬剤交付前の監査時に判明。	同一規格であったこと、思い込みにより、誤った薬剤をピッキングしてしまった。	処方箋の入力時後発品のブランド名を鉛筆書きするなどして対応。	ルーラン錠4mg	プロナセリン錠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
749	処方ハルナベルLDだった。患者はジェネリック希望であった。事務員の入力の為、レセコンで類似剤型で検索をしてしまい、当薬局採用があったULDで入力してしまった。	事務員の知識不足。	事務員へも薬品名のLD・ULDや今回の薬に限らず、LD・HDなどの違いについても教育をする。	ルナベル配合錠LD	フリウェル配合錠ULD 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
750	エスゾピクロン錠1mg「日医工」でお渡しのところルネスタ錠1mgで処方入力。	調剤者は該当患者がGE希望者で毎月エスゾピクロン錠1mg「日医工」でのお渡しであることから調剤するも、処方入力者と監査者は後発品があると思わなかった事とシートの類似による見落としが原因と思われる。	処方入力者・調剤者・監査者の情報共有を徹底し、監査時の確認を徹底することとする。	ルネスタ錠1mg	エスゾピクロン錠1mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
751	ルリコナゾールクリーム処方ルリコナゾール軟膏で入力間違い。当薬局薬剤師が発見。患者様にお渡し前に修正した。	繁忙時、焦り等で確認不足になってしまわないように十分注意する。2人以上の目を通す事で素早く発見出来るようにする。	入力後に再度チェックを行う。	ルリコナゾールクリーム1%「イワキ」	ルリコナゾール軟膏1%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
752	類似した名称の薬品の間違い	名称及びヒートの色等の外見が類似していた。	複数名で確認する。	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
753	レキソタン1mgを含む定期薬を交付後、投薬した薬剤師がレキソタンをレキサルティ1mgで間違えてお渡ししたことに気付く。発覚後、ご自宅の固定電話したがつながらなかった為、処方した病院元に連絡。間違えて薬を交付したことを病院にも伝え、病院側からも患者携帯電話に連絡した。薬局は固定電話に留守番電話でのメッセージを残していた為、折り返しがかかってきた。そして、間違えてお渡ししたことに対する謝罪、間違えた薬を回収するために郵送(レターパックを用いる)での対応を提案し、了承された。	定期薬に追加となっていた痛み止めについて質問もあったため、その対応がメインとなったということもあり監査不十分でお渡ししたことが要因。	投薬の際には薬を見せてお渡しすることを徹底する。また、投薬するときにもより注意深く監査しながら出来る限りミスをしないように気を付ける。	レキソタン錠1	レキサルティ錠1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
754	レクサプロ20のところをトリンテリックス20で渡し間違い。薬情で見るとヒートが同じ色で、規格も同じためピッキングのミスがおきやすい薬。監査する側も同系統の薬効で同じと思い込みやすい要因もあった。また、2種類とも20mgの規格は頻繁に出る規格ではなかったことも事故の原因になった。	状況としては特に忙しい訳でもなく、背景は特に見受けられず。この2種類が似ていて間違いやすいという認識が無かった事は要因と言える。	ピッキングと監査の段階で薬情からの見た目の先入観の影響を受けないよう処方箋で調剤し、監査をする。また、インシデントがあった内容をスタッフ間で情報共有する。	レクサプロ錠20mg	トリンテリックス錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
755	<p>・患者情報46歳 男性 初回来局・詳細レグテクト錠333mgが処方され事務が正しく入力。調剤時当事者が誤ってレグナイト錠300mg取り揃え。照合機器よりエラーが出たため、医薬品確認し誤ったものを取り揃えていることに気づき、正しいものを入れ替えた。・ 【処方】レグテクト錠 333 mg 3錠 1日3回 毎食後 15日分</p>	<p>・知識不足レグナイト、レグテクトともに調剤経験ないため名称類似薬が存在する認識がなく短絡的に取り揃えた。・処方箋と調剤薬の確認不足処方薬を黙読せず、前半や末尾等一部のみを認識して取り揃えた。また取り揃えた薬の名称や規格の確認を怠った。</p>	<p>・知識不足対策調剤経験がない医薬品に関しては取り揃える前の段階で適応と用法・用量の確認を行い、事前に処方の妥当性など確認する。また薬局内での名称類似薬の一覧を作成し認識、注意喚起する。・処方箋と調剤薬の確認不足対策処方箋の内容と取り揃えた医薬品の相互確認を必ず行う。</p>	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
756	<p>患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはレザルタス配合錠HD1日1錠分1朝食後70日分と記載されていた。薬剤師A(職種経験年数35年)はレザルタス配合錠HDを調剤するところ誤ってエクメット配合錠HDを調剤し、監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが処方箋のレザルタス配合錠HDではなく、エクメット配合錠HDが調剤されていることに気づき、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはレザルタス配合錠HDを正しく調剤し、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。</p>	<p>レザルタス配合錠HDとエクメット配合錠HDは、薬品名の後ろのHDが同じだったためよく確認せずに間違ってしまった。患者が来局した時間は薬局内が混んでいたため焦りがあった。</p>	<p>業務手順を見直し、調剤者がピッキングした後、監査に回す前に薬剤の再確認を徹底することにした。調剤室に名称類似医薬品ありのシールを貼り、取り間違い防止のための注意喚起をした。</p>	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	
757	<p>オルメサルタンの処方が数年続いていた患者が血圧が下がらず、薬が変わった。処方箋は「レザルタスLD」であったが、入力時に「ジルムロLD」と間違えて入力し、そのまま調剤して患者に渡してしまった。翌月、患者が来店したときに前月と変わっていたため患者に確認したところ、「先月と同じ」と言うことで処方箋を確認して間違いが発覚した。処方医に間違いを報告し、今のところ血圧が下がっているからと言うことで間違った「ジルムロLD」の処方に変更になった。</p>	<p>調剤時に混雑していたため、当該薬剤師が調剤し、他の薬剤師が監査をせずに患者に渡してしまった。処方箋を確認せず、薬情と薬袋だけを確認して患者に投薬したため、処方の入力間違いに気がつかなかった。</p>	<p>処方箋は調剤録、薬情、薬袋ではなく、原本を見て調剤をする。二人以上での監査をすること。</p>	レザルタス配合錠LD	ジルムロ配合錠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
758	<p>【般】ピフィズ菌・ラクトミン配合散での処方。レベニンS配合散で交付すべきところ、レベニン散で交付していたことを、調剤・監査・交付担当した薬剤師とは別の薬剤師が棚卸時に発見。交付数量は処方通りだった。</p> <p>当時、管理薬剤師が処方箋受付するも在庫なく後日交付のお約束をして処方箋原本をお預かりし処方入力実施。同日、管理薬剤師が体調不良のため、当該医薬品の発注を忘れてそのまま早退・欠勤し、翌日別の薬剤師Aが発注。当該医薬品が納品されたのは発注した翌日で、検品～調剤・監査・交付まで薬剤師Bが担当。いずれも薬局内には薬剤師ひとりの状況。</p> <p>調剤指示書より入力は問題なし。発注時、レベニンS配合散ではなくレベニン散を発注。調剤、監査、交付時のいずれの時も気づかないまま交付。</p> <p>調剤指示書の監査も2重にされていた状態で、手順問題ないと思われる。調剤ログを確認したところ、当該医薬品のみPDA未使用であることがわかった。PDA未使用と、処方箋と調剤した医薬品の相互確認・監査を誤ったことが要因と思われる。</p> <p>また、調剤指示書へ、監査時に必要な確認項目の記載を徹底するよう会社指示がアナウンスされており、その徹底を優先したことにより、書類に注意が向き医薬品と処方箋との照合がおろそかになりやすかった可能性も考えられる。</p>	<p>一人薬剤師の店舗にて発生。複数日にわたって、受付・入力(管理薬剤師)、発注(薬剤師A)、調剤～交付まで(薬剤師B)の3人が関与。</p>	<p>PDAの使用を徹底する。処方箋と交付する医薬品が相違ないかの最終確認を怠らない。</p>	レベニンS配合散	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
759	<p>眼科さんより、レセプトが戻ってきたとのことで間違いが判明した。</p>	<p>前回DOで入力。土曜日のため、職員がいなかった。調剤投薬、一人で行った。Ptからも腫れたとの聞き取りで投薬してしまった。</p>	<p>入力の確認。二重監査の徹底。</p>	レボカバチン塩酸塩点眼液0.025%「わかもと」	レボフロキサシン点眼液1.5%「わかもと」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
760	レボカバステチン点眼液を処方されていたが、誤ってベミロラストK点眼液を渡していたことを患者様御本人からの電話で発覚。	両薬剤の外観と系統が似ており、棚の配置が近かった。	薬袋に入れる前にもう一度間違いがないか確認する。服薬指導時に袋から取り出し、患者さんに見せて再確認する。薬剤棚に取り間違い注意の張り紙をつける。	レボカバステチン点眼液 0.025%「サワイ」	ベミロラストK点眼液 0.1%「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
761	処方箋をしっかりと確認せず、調剤してしまった。	他の作業を行っていて、うまく切り替えないまま思い込みで調剤してしまった。	一呼吸おいて、きちんと切り替えて作業を行うよう、また似た名称は口に出して何度も確認するよう努めたい。	レボカバステチン点眼液 0.025%「ニットー」	レボフロキサシン点眼液 0.5%「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
762	一般名処方 レボセチリジン塩酸塩シロップ用1日1.0gの処方。入力時に0.5g分包装剤の(杏林)ではなく、0.25g分包装剤の(高田)で1日1.0gと入力(前回まで1日0.5gの処方)。0.25g分包装剤(高田)で1日2包として調剤。同日午後、薬歴入力時に気づき、電話連絡。服薬前に再調剤。	処方せんの1日量の確認怠り。思い込みで0.25g分包装剤で調剤。監査システムは入力と連動するため、アラートせず。	監査システムに頼りすぎない。ヒューマンチェックを怠らない。	レボセチリジン塩酸塩 DS0.5%「杏林」	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
763	レボセチリジンDS0.5% 0.5g分2処方を入力者(事務)がザイザルシロップ0.05% 0.5ml分2と入力。入力監査者見落とし。調剤者見落とし。最終監査者で間違いに気づき訂正。	最終監査者以外は他店からのヘルプの人員だった	監査は慎重に行う	レボセチリジン塩酸塩 DS0.5%「杏林」	ザイザルシロップ0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
764	自動S y 分注機器でS y を調剤しているが、レボセチリジンS y をセットしないといけない場所にカルボシステインが補充されていた。レボセチリジンS Y 単剤で処方されたときにS y の色が違ったことから判明。レボセチリジンS Y で調剤すべきところ、カルボシステインS Y で調剤されていた過誤が5件該当。うち2名の患者様が1回分服用していた。すぐに患者様に連絡し、謝罪。作り直したS y と交換。服用していた2件に関しては処方医にも連絡し、謝罪。患者様の健康被害は見られなかった。	S y 補充の際は、前のS y 瓶と、新しく補充するS y 瓶のバーコードを読み取らないといけないが、その手順を行わずに新しい瓶を補充し、レボセチリジンS Y を補充してしまった。通常行わないといけない手順をとばしたことによる調剤過誤。	S y 補充時の手順遵守。レボセチリジンS y の瓶に黄色のビニールテープを付けて注意を促すようにした。	レボセチリジン塩酸塩シロップ0.05%「サワイ」	カルボシステインシロップ小児用5%「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
765	レボセチリジンとレボフロキサシンの取り違え	隣にストックしてある	注意書きのフセン取り付け	レボセチリジン塩酸塩錠5mg「トーワ」	レボフロキサシン錠500mg「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
766	レボセチリジン錠5mg「武田テバ」を28錠調剤する際に、20錠と端数の6錠を取り、残りの2錠を取る際に、なぜか上の段のジャヌビア錠50mgから2錠とってしまい、組み合わせの際、シート裏が同じ青色の文字だった為、気が付かずに、組み合わせってしまった。投薬時、薬を患者様に見せながら薬と数を確認しているので、2錠が他の薬である事に気が付き、交付前に直して正しい薬をお渡しした。	一人薬剤師で、患者様が立て続いていた為、焦っていた事と、調剤時、残りの2錠を薬を取る時に、調剤棚をきちんと見ずに手探りで取ってしまい、間違えてしまった。	調剤時に、正しい薬を取っているかの確認をきちんとする。	レボセチリジン塩酸塩錠5mg「武田テバ」	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	
767	処方にはレボフロキサシン錠250mgだったがレボフロキサシン錠500mg g投薬してしまった。	ダブルチェックでなくトリプルチェックが必要。	ピッキングした人、監査する人、投薬する人までして、患者にお薬を渡します。	レボフロキサシン錠250mg	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
768	調剤過誤事例。ミスに気付かず投薬。患者家族はジェネリックと勘違い、その方が入院し、病院より指摘あり交換に行きました。患者自身は使用していないため健康被害なし。患者、処方ドクターに報告。	人事異動があり新人薬剤師とのペアで薬剤のピッキング間違いに気づかず投薬。	ダブルチェックの徹底。薬剤を置く場所変更。	レボフロキサシン点眼液0.5%「日医工」	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
769	院外処方箋にはレボフロキサシン点眼液1.5%「わかもと」と記載していたがモキシフロキサシンと見間違えて調剤した。投薬時に調剤ミスに気付かずレボフロキサシン点眼液1.5%「わかもと」で投薬。	院外処方箋に記載している名称の末尾(キサシン)のみを見てモキシフロキサシン点眼液0.5%「日点」と見間違えて調剤。	当たり前のことではありますが 今後は 末尾だけではなく名称全てを見て調剤致します。	レボフロキサシン点眼液1.5%「わかもと」	モキシフロキサシン点眼液0.5%「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
770	吸入を同じものだが回数違いで処方してしまった。	処方内容の多いものが二人同時に来て急ごうとしてしまった	声出し、指差し確認をする	レルベア100エリブタ14吸入用	レルベア100エリブタ30吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
771	レルベア100エリブタ30吸入用が処方されていたが、テリルジー100エリブタ30吸入用を調剤・監査・交付した。交付後、常用しているものと色が違うと患者自身が薬局へ持参。処方を確認し、間違いが発覚。交換した。	間違えて交付したテリルジーの方が薬局における処方頻度が高いため、また、アルミケースに入っており外見にあまり差がないため過誤に繋がったと思われる。	薬袋裏面の薬情にある写真と処方薬を見比べる習慣を徹底するようにする。	レルベア100エリブタ30吸入用	テリルジー100エリブタ30吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
772	定期薬としてレルベア100エリプタ14吸入処方の方でしたが吸入回数等変更がなく今回のみ長めの30吸入の方に変更されておりました。	次回受診予約日により吸入薬のキット数や吸入回数違うものへ変更ある	定期のお薬でも入力時注意徹底監査徹底、服薬指導時患者様に確認	レルベア100エリプタ30吸入用	レルベア100エリプタ14吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
773	レルベア200エリプタ30吸入用と入力しなければならぬところをレルベア200エリプタ14吸入用と入力してしまった。監査時にも気づかず、そのままお渡ししてしまった。	レセコンで薬局で採用していない医薬品も選択できるようになっていた。忙しい時間帯だったため、細かいところまで注意をして監査をすることができていなかった。	複数規格がある医薬品は入力時に気が付くように色分け等を行っておく。監査を行うときには指差し呼称を徹底する。	レルベア200エリプタ30吸入用	レルベア200エリプタ14吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
774	レルベア200エリプタが処方された患者にテリルジー200エリプタを交付した。交付後、薬歴を書いている際に違和感を覚え調剤済みの空箱を確認、患者本人に電話をして薬を確認してもらったところ、やはり誤ってテリルジー200エリプタを交付していた。	「200」「30吸入」と規格の部分に意識が行っていた。	レルベアとテリルジーは同一引き出し内に仕切りで隔てて在庫していたが、もっとそれぞれが分かりやすいようマーキングする。鑑査システムの導入。	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
775	薬のピッキングをしようとしたところ、レンドルミン口腔内崩壊錠と普通錠の箱が交互に並んでいることに気が付いた。更に、箱の中を確認すると、レンドルミン錠の箱の中に口腔内崩壊錠が1錠だけついていた。在庫を確認したところどちらもあっており、前回ピッキングしたものが戻し間違いをしていたことが発覚。	2種類あることを把握していなかった	規格違いがあることを全スタッフに伝えた。また箱に大きく2種類あることを明示した。	レンドルミンD錠0.25mg	レンドルミン錠0.25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
776	定期処方でローコール錠20mg分1夕食後30日分が処方されていたが、調製ミスによりローガン錠10mg分1夕食後30日分を投薬してしまった。患者本人が服薬前に気づき、薬局に問い合わせ頂いたので、健康被害の影響は出ていない。	定期処方で長年出ていた慢心とヒヤリハット発生時の多忙環境による調製者・投薬者の確認ミスが原因として考えられる。	類似名称であるので場所を離しておくこと、今一度繁忙時の調製～投薬までの流れを全職員で確認。	ローコール錠20mg	ローガン錠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
777	ロキソニンテープ50mgが処方されており、間違えてロキソニンテープ100mgをお渡ししてしまった。	本人1人で来局、特に急がされたわけではないが、早くお渡ししようと考え、確認がおろそかになってしまった。投薬後事務員がとり間違いに気づき、本人に電話したところ帰宅途中であった。家が近かったため、薬剤師が徒歩で取り換えに伺い正しいものをお渡しした。	調剤時、監査時、投薬時の確認を徹底する。規格違い、見た目が似ている薬剤には注意喚起の札を張る等の対応を行う。	ロキソニンテープ50mg	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
778	【般】ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg (10×14cm) 温感21枚と記載があり、「温感」の部分を見落としてしまい、非温感で入力してしまった。	テープ材はいつも非温感で出ていたため、今回も同じだと思い込み、そのまま入力してしまった。	入力をする際、規格数に○をつけるのに加え、処方内容を隅々まで確認をする癖をつける。調剤時、監査時にも気付けるように、同じく○をつけたりしてわかりやすくする。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「科研」	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイハウ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
779	ロキソプロフェン100mgで入力する所50mgで入力。投薬前に発見。	忙しく入力が間違ってきた。	きちんと規格確認する。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「科研」	ロキソプロフェンナトリウムテープ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



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
780	R5.1/6 一般名処方でロキソプロフェンテープ 50mg 非温感 28枚を100mg「QQ」で28枚処方お渡ししてしまった。	R5.1/4にロキソプロフェンテープ 100mg 非温感の処方があったため、レセコンで入力しているときにコピー機能を使ったことによる変更気付かなかったのが原因その後、処方箋鑑査者、入力監査者、総合鑑査者が同一であったため、50mgになっている事を気付かずに通してしまった。	処方箋をコピーして調剤録とコピーを照らし合わせ確認最終鑑査時にピックアップされた物と処方箋コピーを照らし合わせを文字に鉛筆やボールペンでチェックを打ち確認を徹底する。投薬後に振り返り業務を徹底させる。	ロキソプロフェンNaテープ50mg「QQ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「QQ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
781	一般名処方で、ロキソプロフェンNaテープ100mg(温感)の処方のところ、ジェネリックのロキソプロフェンNaテープ100mg「Np」で調剤してしまった。こちらは非温感タイプ。温感タイプは、薬品名に表示はないがロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」のみ。代替調剤は認められていない。処方箋発行医療機関では温感と非温感を一般名処方処方しており注意が必要。	事例の詳細を職員間で共有	採用している薬品のマスタの表示名に温感、非温感を追加する	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「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
782	一般名処方でロキソプロフェンNaテープと記載あり、正しくは温感であったが、非温感で調剤。入力も非温感で誤っていたため、鑑査システムでも引っかけからず、鑑査でも見逃してしまい、投薬。投薬時に患者様から指摘があり、誤りが発覚。	普段より非温感の方が処方量が多く、調剤室内の配置も非温感の方が取りやすい位置に配置されている。いつもの流れで薬品名のみ確認し、調剤してしまった。	入力、調剤時に、温感・非温感の部分まで指差し確認し、チェックを付けてから行う。	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「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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
783	一般名ロキソプロフェナトリウムテープ(温感) 処方が、今までは温感の記載がなかったので、ロキソニンテープで調剤していたが、今回より(温感) 処方になったが、( ) にスタッフが誰も気づかず、今まで通りロキソニンテープでお渡ししてしまった。患者様が帰宅後、医師からの指示を思い出したが、そのまま使用し、次の来店時に温感であることをお知らせしてくれた。	一般名の(温感)を見落としてしまったので、処方箋はしっかり見て判断する。	一般名の( ) 部分は必ず確認をする。	ロキソプロフェナトリウムテープ100mg 「タイホウ」	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
784	ロキソプロフェナトリウムテープについて、一般名で処方されており、薬剤名の後に温感と表示があったがその記載に気づかず、採用薬である非温感タイプの湿布でお渡ししてしまった。後日ヘルパーさんより、この湿布は温感タイプかと質問があり処方箋を再確認したところミスが発見された。	処方箋の記載がわかりにくいと、スルーしやすいミスであった。	病院側に温感で処方する場合は商品名で入力してもらおうよう依頼。	ロキソプロフェナトリウムテープ50mg 「タイホウ」	ロキソニンテープ50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
785	ロキソプロフェンテープ50温感が処方されていたが非温感であるロキソニンテープで調剤していた。	一般名の処方であったため一字見落としていたことに加えて温感が製品として存在することを知らなかった	監査の徹底	ロキソプロフェナトリウムテープ50mg 「タイホウ」	ロキソニンテープ50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
786	高血圧患者 動悸 血圧上昇 吐き気あり 主治医往診後 血液検査あり K値 6.7と高値 緊急在宅訪問の要請 処方オーダー ロケルマ10mg 懸濁用散分包 3包 毎食後 2日間	入力とピッキング→ ロケルマ5mg 懸濁用散分包 3包 毎食後 2日間 監査台 ロケルマ5mg 懸濁用散分包 6包 急性期で特別 腎機能に問題がなければ ロケルマ10mg 懸濁用散分包 10mg × 3包→薬局に2日投与ロケルマ10mg 在庫なく 急配により取り寄せ在宅訪問服薬指導した。	新規取扱商品は、添付文書等よく精査するよう周知した。	ロケルマ懸濁用散分包 10g	ロケルマ懸濁用散分包 5g		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
787	ロコアテープをとり間違えロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」を渡してしまいました。	外観が似ている湿布剤のため、とり間違えてしまった。	規格、成分名をよく確認して投薬する。外観が似ているものは保管に注意する。	ロコアテープ	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
788	ロコイドクリームが処方されていたが、ロコイド軟膏で入力した。	門前でよく処方されているロコイドクリームだと思い込み確認しなかったことで入力ミスをした。	思いこまず、必ず確認して入力すること。	ロコイドクリーム0.1%	ロコイド軟膏0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
789	ロサルタンK錠50mgが処方されたところ、ロサルヒドと見間違えロサルヒド配合錠LDと取り間違えた。	急いでおり処方箋をじっくり見ていなかった。	類似名医薬品があることを心にとどめておく。再度処方箋を確認する。	ロサルタンK錠50mg「VTRS」	ロサルヒド配合錠LD「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
790	2/9処方からロサルタンカリウムは25mgから50mgに変更、21日処方になっていたが、監査薬剤師が見逃してしまい前回と同じ25mgで投薬。2/20にパソコン入力、調剤ミスに気が付き、2/21に患者様に50mgをお届けした。	前回と同じだと思い込んで見逃してしまった。	常に基本通りに監査を行えばミスすることはなかった。どのような状況でも基本通りに調剤することを身につけるよう心掛ける。	ロサルタンカリウム錠50mg「TCK」	ロサルタンカリウム錠25mg「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
791	【般】ロサルタン50mg・ヒドロクロチアジド配合錠が処方された。処方入力している横から処方せんを確認してロサルタン50mgをgを調剤した。鑑査者が異なる薬品が調剤されていることに気が付き、調剤し直した。間違った薬剤が患者に渡されることはなかった。	処方せんを横から覗いて調剤したことで、処方せんをしっかりと確認できていなかった。処方せんが手元にきた時にも見直すことなく鑑査へまわってしまった。	入力が終了してから処方せんをよく確認して調剤する。急ぐときは処方せんをコピーして調剤にあたる。	ロサルヒド配合錠LD「サワイ」	ロサルタンカリウム錠50mg「DK」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
792	ロサルヒド配合錠LDを交付すべきところ、ロソーゼット配合錠LDを交付した。薬を仕分けていた患者さんから「いつもと違う色の薬がある」と電話があった。翌日患者さんに持っている薬を全部持ってきていただき、薬の数を確認した後、正しい薬を渡した。	通常は調整者以外の者がチェック、監査するが、忙しかったためか同一人物がピッキング後交付した。薬品棚は近いが隣ではないので、処方箋の読み間違いと思われる。	調整者以外の者がチェック、監査する。無理な時は、少し時間をおいて処方箋を見直す。	ロサルヒド配合錠LD 「杏林」	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
793	ロスバスタチンOD5mgが継続薬であったが、検査値改善の為2.5mgへ減量されていたが、前の用量で入力。監査・調剤でも気付かず、そのままお渡ししてしまった。直後に気づき患者に連絡。交換に来てもらった。	慣れにより、監査が甘くなった。	監査・調剤時の手順順守、慣れによらず確認をきちんとする。	ロスバスタチンOD錠 2.5mg「DSEP」	ロスバスタチンOD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
794	ロスバスタチン錠の2.5mgと5mgを取り違えていたが調剤時も監査時も気づかれず、患者が発見。	同薬局内で勤務薬剤師による他の薬剤師への暴力とそれに伴う処分があり、監査担当薬剤師は暴力を受けた後に一人薬剤師をしていたため、集中を欠く状態にあった。	精神的に安定する職場と人間関係の構築。	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
795	ロスバスタチン錠2.5mg「ニプロ」で入力しないと行けないところロスバスタチン錠2.5mg「フェルゼン」で入力してしまった。	レセコン入力の手順を守れていなかったため。	多種類の同成分の薬があるため特記事項、コメント等を活用して入力間違いがないようにする。	ロスバスタチン錠2.5mg「ニプロ」	ロスバスタチン錠2.5mg「フェルゼン」		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	
796	ロスバスタチン5mg「日医工」を剤形 違いのロスバスタチンOD錠5mg「明 治」に代替をしている処方において、 ロスバスタチン5mg「サワイ」と入力 した。薬剤師がアシストシートと確認 する際に気づき、入力修正した。 【処方箋の関係部分の内容(薬名・屋 号、用法用量、処方日数など)】ロス バスタチン5mg「日医工」 1錠 1 日1回 朝食後 14日分	ロスバスタチン5mg は店舗での優先は ロスバスタチンOD錠5mg「Me」だっ たが、他にも代替をする薬があったので その流れで剤形変更しないまま入力して しまったと考えられる。混雑していたため 確認の際に見落としてしまった。	処方箋と入力内容を確認する際に、前回処方と も見比べて、変更があったり不安があれば薬剤 師に確認をする。忙しい時でも確認しやすいよ う普段からコミュニケーションをとる。	ロスバスタチン錠5mg 「日医工」	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
797	ロゼックスゲル0.75%15gが処方されて いた。調剤の為、ロゼックスゲルの箱 から1本取り出したところ、エビデュオ ゲル15gが1本混入していた。調剤時に 発覚した為、誤って交付することはな かった。	調剤ミスに戻す際に、戻し間違えた可能 性が高い。2剤とも販売元がマルホ株式 会社であり、背面の外観は薬剤名などは 記載がなく、類似していた。調剤ミス の際は、一時的に別箱に保管し、2名で ダブルチェックを行って戻すことをルール としていたが実行されなかった可能性が ある。	調剤ミスの薬品に戻す際は2名によるダブル チェックの実施を徹底するように、薬局内ス タッフ全員に注意喚起を行った。	ロゼックスゲル0.75% 15g	エビデュオゲル		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
798	時々処方される薬剤で、久しぶりにロ フラゼパ酸エチル錠が処方される。前回 処方通りロラタジンと思い込みがあ り、処方入力調剤し投薬してしまっ た。服薬指導中アレルギー薬は余って いるなど話かみあわない部分もあつ たが投薬してしまった。すぐミスに気づ きご自宅に伺い交換させていただい た。	前回処方と同じと思い込みがあった。投 薬中他の話題での質問もありミスに気が つかなかった。	処方入力も間違ってしまうと監査システム通過 してしまう。最終的には人の目で確認となる が、今以上注意して行うことが重要です。	ロフラゼパ酸エチル錠 1mg「サワイ」	ロラタジンOD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
799	ロラタジンを調剤すべきところ、ロキ シスロマイシンを混ぜて調剤した。監 査時に気づき正しい物を調剤し直して お渡した。	ロラタジンの棚にロキシスロマイシンが 入っていたため、間違えて調剤してし まった。	棚に戻すときは指さし確認や声出し確認をす る。	ロラタジンOD錠10 mg「ケミファ」	ロキシスロマイシン錠 150mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
800	ワイドシリン細粒10%処方。当薬局の備蓄は20%のみのため、20%での換算で入力しなければならないところ10% (処方箋通り)の量で入力。調剤後に成分量で体重換算したところ間違いを発見。	ワイドシリンに10%と20%の2規格あることの認識忘れ。調剤してから体重換算の処方監査をしてしまった。	ワイドシリンには10%と20%の2規格あることの周知。忙しくてもいつもの手順を徹底する。	ワイドシリン細粒20%	ワイドシリン細粒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
801	当該医薬品が初めて処方された患者。一般名処方にて「【般】フェンタニルテープ0.84mg(1日用)」と記載されていたが、当薬局での調剤歴がなくレセコンに新規登録する必要があった。その際に誤って当薬局に在庫がありレセコンに登録済みのフェントステップ1mg(フェンタニルクエン酸塩)でレセコンを入力してしまった事例。調剤の際に当該の調剤担当薬剤師が規格の差異に気づき、入力をワンデュロパッチ0.84mg(フェンタニル)に訂正したため、患者への交付は正しいもので行われた。	当該事務の知識不足・確認不足により、規格単位ならびに一般名の差異にまで十分に確認していなかった点が挙げられる。	普段入力・調剤をする機会が少ない医薬品は、特にその名称・規格単位まで十分に確認し、差異が見られた場合は速やかに薬剤師に確認するように徹底させる。一般名処方では特に、入力の際に3文字検索を行うため、十分に注意するように注意喚起を行う。	ワンデュロパッチ0.84mg	フェントステップ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
802	亜鉛華単軟膏と亜鉛華軟膏の名称が似ていたため時々取扱のある亜鉛華軟膏を調剤するところであったが監査の段階で名称が違うことに気が付いた	医薬品名称が似ていたため間違ってしまったことが考えられる	医薬品名称、規格等しっかり確認する	亜鉛華(10%)単軟膏シオエ	亜鉛華軟膏 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
803	亜鉛華単軟膏が処方されていたが、亜鉛単軟膏と混合とコメントがあり、それを見逃し亜鉛華単軟膏で調剤したが、監査の時に気が付き疑義紹介をして亜鉛華軟膏で調剤しなおした。	入力担当者に亜鉛華軟膏と亜鉛華単軟膏があることを周知して入力時に処方箋をよく見るよう指導	ダブルチェックの徹底	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	
804	応援に入った店舗で、1包化監査の際、自動分包機のカセット補充の誤りを見落としそのまま患者様におわたしました。	繁忙期、焦りがあり、早く薬をお渡ししたかった。	自動分包機のカセット補充する際は、一人で行わず、必ず他の人に確認してもらってからする。監査の際もこのような事例があることを意識して、刻印をしっかりと見て確認する。棚にラベルを付けて注意を促すようにしました。	一硝酸イソソルビド錠 10mg「サワイ」	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
805	塩化ナトリウムが今回新規追加処方。入力時点で塩化カリウムと誤って入力。調剤者が気がつかず、そのまま調剤→鑑査した。交付時に他の薬剤師が誤りに気がつき、その場で訂正したため、アクシデントにはならなかったが重大な誤りになる恐れがあった。	塩化ナトリウムは普段から処方がありなく、塩化カリウムだろうと思込みがあった。	名称をよく確認してから、入力、調剤を行うことを今一度徹底した。	塩化ナトリウム* (山善)	塩化カリウム		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
806	ショートステイ先にお薬を配薬するため、PAに駐車。車内で薬を再確認時、処方箋内容は塩化ナトリウムだが、粉薬のジャーナルには塩化カリウムと記載があり、過誤発覚。	普段、粉薬の調剤に従事しない薬剤師が調剤したため起こった過誤だと推測。監査者も薬の重さは確認していたが、薬品名を十分に確認していなかった様子。	あまり使わない薬である塩化カリウムは引き出しにしまい、手に触れにくくする。監査の手順として薬品名、重さの順に監査する。	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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
807	低ナトリウム血症の方に塩化ナトリウム「オーツカ」2g/日(朝・夕食後)が処方されたが、当薬局に在庫がなかったため、近隣の薬局に在庫照会し、10g分譲していただいた。そのまま調剤し、本日(6/12)の夜から服用するよう説明し、交付した。翌日、次回に備えて薬を在庫しておくため再度昨日の購入先の薬局に電話すると、昨日は塩化カリウムを渡していると言われ、間違いが発覚した。患者さまに連絡すると、昨夜と今朝に1包ずつ服用したとのことだった。間違った薬を渡したと伝え、一旦電話を切り、処方医に誤薬の件と患者様の状態は変わりのないことを伝えた。処方医からは次の受診日までに変化があれば、すぐに受診するようにと指示を頂き、患者様にお伝えした。また、塩化ナトリウムを別の薬局から購入し、患者様に交付しなおした。	・「塩化ナトリウム」の在庫照会をしているつもりが、購入先の薬局が「塩化カリウム」と聞き間違えた・購入時に薬品名の確認を怠った。・分譲が透明のビニール袋であり、薬品名の記載がなかった。・似た形状であり、外見では見分けがつかずに塩化ナトリウムと思い込み、調剤した。	今回、健康被害はなかったが、あってはいけない間違いである。下記のことなどに注意し、今後は調剤を行わなければならない。  ・電話での在庫照会になるので、正しい薬品名を伝え、確認する。  ・他の薬局から購入する場合は、受け取り時に必ず、薬品名の確認を行う。  ・調剤時、入れ物に薬品名の記載がない場合は譲渡書類で確認を行う。	塩化ナトリウム「オーツカ」	塩化カリウム		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
808	処方箋「塩化ナトリウム」6g分3のところ、塩化カリウム「日医工」で調剤。調剤終了後、監査時に気付く。	処方箋を読むのではなく、さっと流し見をしたことによるミスと思われます。	散剤秤量時の声出し確認が有効と思われます。	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
809	一般名処方で、大腸菌死菌浮遊菌・ヒドロコルチゾン混合軟膏40gの処方 came が来たが、入力時に、一般名を最後まで確認せず、「大腸菌死菌・ブドウ球菌死菌・連鎖球菌死菌配合軟膏」であるエキザルベを選択、調剤、監査時も見落として交付してしまっ	一般名を最後まで確認しなかった。	一般名を最後まで確認する。	強力パステリザン(軟膏)	エキザルベ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
810	処方せんには桂枝加竜骨牡蛎湯が記載されていたが、当薬局では柴胡加竜骨牡蛎湯しか調剤実績が無く、当然在庫も後者しか有りませんでした。入力する際にいつものように後者だろうと思いつい込み、柴胡加竜骨牡蛎湯で入力してしまいました。鑑査の段階で薬が違うことに気が付き、すぐに前者を取り寄せる手配をしました。	いつも出ている薬だと思い込んでしまい、鑑査の段階まで進んでしまった。調剤時に処方せん原本も確認しながら調剤することが重要だと感じました。	処方せん原本と調剤録の両方を照らし合わせながら調剤、鑑査にあたることにしました。	桂枝加竜骨牡蛎湯	柴胡加竜骨牡蛎湯		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
811	R5.3.28 酸化マグネシウム 2T1×夕食後 56日分の処方 未開封の100T包装と12Tで投薬R5.4/23 ご本人が来局。銀色の包装を開けてみたら別の薬だったとのこと。投薬時のビデオでもリオナが映っており、誤ってリオナを100Tお渡ししていたことが判明リオナ錠を服用はしておらず、酸化マグネシウムにお取替えした。	薬品棚の酸化マグネシウムとリオナの位置が比較的近く、リオナの100錠包装が酸化マグネシウムの棚に混入していた可能性が高い	外観や名称類似薬品の棚の位置の見直し未開封の包装の薬品名確認の徹底	酸化マグネシウム錠30mg「ヨシダ」	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
812	事務員によるピッキング後、薬剤師が一包装。その際、炭酸ランタンの処方だったが、6錠のみホスレノールODがピッキングされており、調剤した薬剤師が気づかず、鑑査に回した。鑑査者が一包装の中身と空のPTPを確認していた際に発覚	ピッキングの際、隣においてある箱の中から医薬品をとりだしてしまい、鑑査システムを過ぎなかったことが原因の一つであると思われる	複数の箱からピッキングする際は、必ずバーコードの読み取りを行う。また一包装前の確認も怠らない	炭酸ランタンOD錠250mg「イセイ」	ホスレノールOD錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
813	一包装調剤において、炭酸リチウム100mg「フジナガ」で調剤するところ、カルバマゼピン100mg「フジナガ」で調剤。	事前にバラしてチャック付き袋に入れて保管されていた薬剤を使用。袋には炭酸リチウムと記載されており、保管も炭酸リチウムの保管場所に保管されていたが、袋の中に入っていた錠剤がカルバマゼピンであった。調剤、鑑査時には思い込みで気づけなかった。	バラす際には刻印を確認し他錠剤の混入が無いことを確認することはもちろん、刻印自体が該当の医薬品の物かの照合を再徹底。ヒートの耳は取って置き袋に貼って一緒に保管。実施者、確認者、日時の記録作成の徹底。鑑査時に薬剤情報提供文書等で刻印を確認し、間違いないか確認を改めて徹底。	炭酸リチウム錠100mg「フジナガ」炭酸リチウム錠100mg「フジナガ」	カルバマゼピン錠100mg「フジナガ」カルバマゼピン錠100mg「フジナガ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
814	沈降炭酸カルシウム錠500mg「三和」の処方に対し、炭酸水素ナトリウム錠500mg「VTR S」を調剤し、気付かず患者へ交付した。交付カウンターにて薬剤を確認したが、患者、投薬者とも気づかなかった。後日、患者より、取り違えの訴えがあり、交換を行った。服用前であったため、患者被害は無かった。	薬品名の類似、形状の類似、規格が同一、どちらも同じ病態に使用されるイメージから調剤時に思い込みから取り違えた。鑑査者は薬の名前に丸印をつけながら鑑査する手順になっているが、両剤の名称に共通する「炭酸」に丸印がついており、手順通りに行ったにも関わらず、鑑査時にも気づくことができなかった。形状類似により、交付時にも気づかなかった。	両剤の保管場所に「取り違えあり」の注意喚起を行った。	沈降炭酸カルシウム錠500mg「三和」	炭酸水素ナトリウム錠500mg「VTR 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
815	ホスレノールODの処方に対し、後発の炭酸ランタンOD錠で対応していた患者に対し、薬剤師A(調剤者)・薬剤師B(鑑査者)ともに炭酸Ca錠への過誤に気づかず患者に交付してしまった。患者の内服を管理していた家族からの連絡を薬剤師Cが受けミスに気が付き、正しい薬品と交換した。	薬効及び薬品名が類似していた。また、鑑査中に他業務に気をとられる状況にあった。など多要因が絡まってしまった。	指差し確認など、注意深い調剤・鑑査の再度の徹底を行う。	沈降炭酸カルシウム錠500mg「三和」	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
816	処方箋記載は[リンデロンA液点眼・点鼻]左目であったが、リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%で調剤し交付してしまった。	新型コロナウイルスの陽性待期間中で、薬剤師・事務ともに応援であり慣れない環境であった。	スタッフ間で類似規格がある事を共有した。	点眼・点鼻用リンデロンA液	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
817	点眼・点鼻用リンデロンA液が処方されていたが、リンデロン点眼・点鼻・点耳液の後発品であるサンベタゾン眼耳鼻科用液を調剤してしまった。鑑査時に気づき、正しい薬剤を交付できた。	薬品名の類似知識不足	ピッキング鑑査ツールを活用する。名称が類似している薬品について理解する。	点眼・点鼻用リンデロンA液	サンベタゾン眼耳鼻科用液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
818	点眼・点鼻用リンデロンA液を調剤するところをリンデロン点眼・点耳・点鼻液を調剤してしまい投薬時に気がついた。	一人薬剤師で薬局にリンデロンA液の在庫が普段はなく、普段はリンデロン点眼・点耳・点鼻液しか調剤しないため勘違いして調剤をしてしまった	一人薬剤師の場合は時間をかけて2重チェックをする。	点眼・点鼻用リンデロンA液	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
819	リンデロン点眼A液をピッキングするところ、リンデロン点眼・点鼻・点耳液でピッキング	新入社員だったため、処方箋を見間違えてしまった。また、リンデロンA液は冷蔵庫にあるため、見当たらなかったのかもしれない。	名前も類似しているので、よく確認してピッキングする。	点眼・点鼻用リンデロンA液	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
820	電話対応中に鑑査したため気が付かず、事務員が違いに気づいた。投薬前でしたので、取り換えてお渡しした。	きちんと薬の名前で判断する。同時に違う作業を平行して行わない。	一つの作業を終わらせてから次の作業に入る。	尿素クリーム20% 「フジナガ」	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
821	2月15日、当該患者来局。本草八味丸料エキス顆粒 7.5g 分3毎食前 28日分の処方あり。3月1日、他の患者に本草八味丸料エキス顆粒の処方が出た際、在庫数が合わないことで取り違えの可能性が発覚し、患者宅訪問し薬を確認。本草八味丸料エキス顆粒の束に本草桂枝茯苓丸エキス顆粒が混入していた。幸い、残薬があり今回お渡しした薬は服用していなかった。	事務員が薬をピッキングした際、端数の本草桂枝茯苓丸エキス顆粒を本草八味丸料エキス顆粒のビニールの束の間に入れた為、監査で発見しづらくなってしまった。	調剤する際、端数が出た場合輪ゴムで留めるようにし、明確に区別するよう徹底する。	本草八味丸料エキス顆粒-M	本草桂枝茯苓丸料エキス顆粒-M		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
822	一化患者にて、就寝前にレボトミン2.5mg 2錠レボトミン5mg 2錠入っていないなければならないところ、28包中2包にレボトミン2.5mg 3錠レボトミン5mg 1錠で分包されているのを分包監査機器で発見した。分包状況から、一化機械のレボトミン5のカセットにレボトミン2.5が混入されていた。	来局患者のうち一化患者が6割を超えており、分包間違いをおこした一化薬剤を解体することが多い。混入発覚後、カセット内部と在庫を確認し2錠のみの混入であったため、解体した薬を戻すときに誤ってレボトミン2.5をレボトミン5に入れてしまった可能性が高い。	誤った分包品を分解してカセットに入れるときは必ず二人の薬剤師で指差し、声出しで再補充する。また解体する分包品の調剤内容を必ず一緒にしておき、解体時に調剤内容のそれぞれの医薬品にチェックを入れる。			レボトミン錠2.5mg 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
823	処方せんにバファリンA 81mgの9錠分3の処方患者に確認したところ市販薬のバファリンナを服用しているため似ている薬をお願いしたとのこと。バファリンナはアセトアミノフェンとイブプロフェンの配合剤、バファリンA 81mgはアスピリン・ダイアルミネートの配合剤と成分が異なるため疑義照会カロナールに変更となった。	風邪症状で初回来局者だったが、アンケートに他の疾患名などもなく年齢的にも川崎病や血栓や塞栓の可能性も低くご本人に確認したところ頭痛薬をお願いしたとのこと。処方意図が明らかになったため疑義照会にて代替え案提案。	似た名称のOTCも多く存在するため、違いなどを把握しておくことが必要。			バファリン配合錠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
824	クラリスロマイシン錠200mgの28錠分の中にカルボシステイン250mg 2錠が含まれていた	繁忙時期とPTPシートの形が似ていたのを取り間違えてしまった。また、棚も隣の為、誤ってカルボシステイン250mgが2錠のみクラリスロマイシン200mgに混在していたと考えられる	棚の位置をずらして混在しないようにするPTPシートの端数もしっかりとチェックする			クラリスロマイシン錠200mg 「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
825	分包する際、ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」を調剤するところ、誤ってエリキウス錠2.5mgを調剤しそのまま分包した。監査の際、誤りを発見し修正した。	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」とエリキウス錠2.5mgの外観が似ており、また繁忙期により確認を怠り、間違えたことに気づかず分包を行った。	分包を行う際は、調剤時の他にも分包前に再度確認を行う。分包後にも分包者自身で確認を行う。また、監査者は引き続き細心の注意を払い、監査を行う。			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	
826	ファモチジンOD(10)「Me」がアトルバスタチン(5)「Me」の調剤棚に誤って補充されていた。当該患者の調剤時に、理論在庫と在庫数が合わない?と思い探したところ、在庫の棚詰め時のミスが判明した。なお、誤った交付はされていないことを理論在庫数と実在庫数を突合して確認済である。	該当の2商品は同じメーカーの商品であり、色や箱の大きさが類似しているため起きたミスだと思われる。また、ロットが見やすいように棚詰めすると、商品名の表記が小さい面が向いてしまい、なかなか気づかれなかったと思われる。	特に外箱が似ている商品について洗い出し、薬局内で注意喚起を行った。(ファイザー製品などが間違えやすいとの意見あり。)棚詰め作業は1人で行うことが多いため、自己監査をしつつ棚詰めするように薬局内で再確認した。			ファモチジンOD錠10mg「Me」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
827	自動分包機のカセットに錠剤がつまり、カセットを確認したところ他の錠剤が数錠挟まり詰まっていた。一包化間違い品をバラしてカセットに戻す際、確認不足で間違ったカセットに戻したと思われる。カセットの薬よりも大きな錠剤だったため排出されず発覚した。	カセットに錠剤を戻す際は、2人で相互確認すると言う規則を守れなかった。	カセットの錠剤を戻す際は2人で錠剤・錠数・カセットを相互確認する事を徹底する。			テトラミド錠10mg ジフェニドール塩酸塩錠25mg「タイヨー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
828	2ヶ月に一度ご自宅への訪問を行って薬をお届けしていた。令和3年7月に泌尿器科を受診してソリフェナシンOD錠5mgの処方追加があった。しかし、3ヶ月程度服用したが、症状が改善しないということで自主的に服薬を中止していた。普段からの服薬状況も悪く、左上下肢麻痺の為、医療機関を受診しないことが続いた為、令和4年10月より医師の訪問診療が開始された。12月になってやっと室内へ入ることができて残薬の確認や生活の状況を確認することができた。自身で管理を行っている薬のプラスチックケースにソリフェナシンOD錠5mg「ニプロ」とプレガバリンOD錠75mg「明治」(以前から服用を継続していた薬)と同じ場所に保管しており、時々飲み間違いを行っていた。	1. ソリフェナシンOD錠5mg「ニプロ」とプレガバリンOD錠75mg「明治」の包装・外見が似ている。2. 服薬を中止していると確認できた際にソリフェナシンOD錠5mg「ニプロ」を回収しなかった。	普段から服薬状況が悪いことは情報としてわかっていたので、服薬をやめた薬を飲み間違いのリスクがあることをきちんと伝えて回収すればよかったと考える。今後、患者が服薬を中止した際には残薬を確認して回収する行動が必要。			プレガバリンOD錠75mg「明治」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
829	以前から後発品での調剤であったが流通が止まり急速先発品への変更となった。一包装の薬包に薬品名を印字しているが変更を失念し、中身は先発品、表示は後発品となった。服薬前に施設職員が薬品情報の説明書と分包印字の薬品名が違うことに気づき発覚した。	分包紙に印字されている薬品名の監査を失念した原因として採用薬の変更に関して情報共有ができていなかったことが考えられる。また、繁忙だったため印字確認を忘れてしまった。	採用薬のメーカー変更が頻繁にあるため、その都度全職員で情報共有する。監査手順の順守。			ロサルタンカリウム錠25mg「DK」	ヒューマンエラー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	クラリスドライシロップが分1 夕食後14日分で処方されていたが、調剤時に分2で14日分作ってしまい、渡しそうになった。	クラリスなので分2であるという思い込みから発生したと考えられる。	処方箋の用法をよく見て調剤する。			クラリスドライシロップ10%小児用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
831	ノベルジン50mg 1回1錠毎食後2時間で処方。来局された患者ご家族に話を聞くと、血液検査で亜鉛の量が少ないので亜鉛を補う薬を出すと言われた。今回の処方では銅の吸収阻害での用法の為、疑義。ノベルジン50mg 1回1錠、朝・夕食後へ変更。	ノベルジンの量や用法は、使用目的により変わりを医師が把握していなかった可能性が考えられる。添付文書のウィルソン病の適応の方しか見ていなかったと思われる。	新規の処方の為、監査・投薬の際は添付文書にて、用法を使用目的に合わせて確認する必要がある。			ノベルジン錠 50 mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
832	テブレノン「サワイ」を使っていたが、入手困難とのことで、日医工のものを入手。一包化の処方ではテブレノンが処方された。予製剤を用意している患者様で、予製剤にはサワイのものが残っていたため、調剤時に混同。	メーカー切り替え時に、予製剤までは把握でき切れていなかった。	メーカー切り替え時に、予製剤までの把握と、薬局内での周知を徹底する。			テブレノンカプセル50mg 「サワイ」 テブレノンカプセル50mg 「日医工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
833	ノイロトロピンが処方されていたが、服薬指導時に「痛み止めがでるとは聞いていない」とのこと。処方医疑義照会したところビタミン剤である「ノイロピタン」の処方間違いと発覚した。	機械入力の際に3文字検索での医薬品選択での間違いと思われる。	患者服薬指導の際に発覚。患者様からの情報収集はしっかりと行う。			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
834	男性患者へ陣痛促進のプロスタグランジンE2剤が処方されていた。処方医確認したところプロスタグランジンE1剤のリマプロスタアルファデクス5μgの処方間違いと発覚した。	プロスタグランジン製剤の処方ミス。	特になし。			プロスタグランジンE2錠0.5mg 「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
835	フルボキサミン50mg錠60錠とフルボキサミン25mg錠60錠の処方。フルボキサミン50mg錠を50錠渡した。帰宅後患者からの連絡にて判明、患者来局し10錠補填。	繁忙時にて一人で監査した。慌てていた。	必ず他の薬剤師の監査を受ける。			フルボキサミンマレイン酸塩錠 50 mg 「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:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果	
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品		
836	12月17日にリリカOD錠25mg 4錠/日/分2の処方から、12月24日にリリカOD錠75mg 2錠/日/分2に変更になった。患者は引き続き1日4錠と思い、75mgを2錠ずつ服用し、12月31日に薬が足りないので薬剤師に電話照会してきた。薬剤師は1日2錠、1回1錠であることを説明した。	薬が変更になった時点で説明したが、患者さんは十分に理解していなかった。	薬の変更の説明は繰り返し行う。			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	
837	もともと当薬局でモサブリドを調剤していた。臨時でかかった他院でガスマチンが重複していた。患者より似ている薬が出ていると訴えがあり発覚。手持ちのガスマチンは服用しないよう指示した。	薬の名称が、一般名と商品名であるため他院でも説明が不足していたと考えられる。	お薬手帳のチェックを調剤時と投薬時に行う。			ガスマチン錠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	
838	・クラシエ桂枝茯苓丸料エキス細粒 6g 朝夕食前 30日分の処方箋を受付。・本来3g包×60包のところ2g×90包でピッキング。全量180gであれば問題ないと思ひ込みそのまま鑑査に回した。・機械による鑑査システムを導入しているため機械に通したがはじかれなかった。・鑑査者も目視確認の際、全量が180gであることのみ確認し包数確認と包装規格確認を怠った。・投薬時、別の薬剤師が包装規格の間違いに気づき、交付前に正しいものと差し替えた。	・ピッキングをした医療事務がクラシエ漢方の多包装規格の存在を知らなかった。・機械による鑑査システムでは多包装規格の区別はされず包装規格が違っていてもはじかれな事を鑑査した薬剤師が知らなかった。・混雑しており慌てていた為、薬情写真と薬の照合、処方箋原本での包数確認、包装規格の確認を怠った。・機械による鑑査で照合されていた為、気が緩んでいた可能性も考えられる。	・調剤スタッフ全員に多包装規格の存在を周知する。・クラシエ漢方以外にも多包装規格の薬剤は多数存在するため鑑査時は機械に頼らず薬剤師による目視確認を徹底する。・多包装規格の薬剤を把握し、機械で区別されない薬剤を知っておく。・クラシエ漢方に限らず数量確認、全量(g)確認、包数、規格の確認は必ず行う。・混雑しており慌ててもマニュアルを遵守。今回怠った薬情写真とピッキングされた薬の照合も必ず行う。・投薬時に処方箋原本での最終確認をしながら投薬する。				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



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
839	covid+ 患者に処方されたラゲブリオカプセルの服用方法、薬剤情報、お薬手帳、服薬指導は処方箋通りに行ったが、ラゲブリオカプセルが入っているボトルに1回2カプセルの印字紙を誤って使用したために、患者が1回4カプセルのところ、2カプセルしか服用していなかった。患者からの連絡で服用量の誤りが発覚したのが投薬後2日。4回ほど1回2カプセルで服用。謝罪し、その後の服用量については4回2カプセル/回で服用されるように指導し直す。	当薬局の1回2錠服用時に使用する用紙を注意散漫からラゲブリオカプセルに貼付してしまった人為的ミス。	1回に複数個服用する薬に関しては1回2錠である場合のみ使用し、それ以外は使用しないこととする。薬剤情報を確認していただき、腹用量を患者には確認していただく。			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
840	ミヤBM錠3錠分3毎食後14日分で、合計42錠を計数するところ、14錠ヒートと勘違いし30錠と誤って計数調剤した。	当該薬剤は、10錠ヒートにもかかわらずヒート長が長く、14錠ヒートと勘違いしやすい形状であった。	店舗スタッフ全員に周知し、注意喚起済み。			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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
841	<p>たまに処方箋を持ってくる患者が来局。ザイティガ錠250mgを含む処方方で、たまにしか来局されないので在庫はなく、いつも後日にまた受け取りに来てくれる。不足分の薬を発注し、納品後に薬剤師Aが88錠(11シート)正しく調剤。その後、薬剤師Bが1人の時に鑑査し、調剤ミスが起こっていると考え、72錠(9シート)で調剤し直し、鑑査とした。その後、患者が来局し、薬剤師Cが投薬。患者帰宅後、ザイティガ錠250mgは1シート8錠である話を薬剤師Aが薬剤師Bにし、過誤が発覚。直ちに患者に連絡し正しい数量を交付した。患者は本日渡した薬にはまだ手を付けていなかった。</p>	<p>ザイティガ錠250mgは1シート8錠であり、シートも大きいので10錠だと思ひ込みシートを重ね、表面に出たシートの錠数を8錠と確認して調剤を完了した。</p>	<p>1シートが10錠ではない医薬品には棚や箱に注意を促すシールを貼るようにした。</p>			<p>ザイティガ錠250mg</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>
842	<p>患者はいつも服用しているメトホルミン塩酸塩錠500mgMT「日医工」を処方してもらったはずだったが、処方箋には【般】メトホルミン塩酸塩錠500mg:GLが記載されていた。主治医に確認したところ【般】メトホルミン塩酸塩錠500mg:MTに変更になった。</p>	<p>処方元医療機関はちょうど一般名処方へ切り替えたばかりで、カルテ上での選択ミスと考えられる。</p>	<p>同じ一般名で複数の医薬品がある薬についてはレセコンやお薬手帳などをきちんと確認する。</p>			<p>メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「日医工」</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
843	アレグラドライシロップ1回量が0、6g 処方で薬局内在庫規格が0、3包装のため本来ならの1回の服用が2包のところ レセコンの設定が1包0、6gになっていたため1回1包で薬袋に記載され、投薬時に確認を怠りそのまま薬袋に入れて渡してしまった、口頭では2包と伝えていたが投薬時に子供が飽きて母親が気を取られ覚えておらず薬袋に記載された1包で服用させていた。	レセコンの設定時に事務員が単独で行っていた。	服用量が複数になる薬剤に対してシールで注意喚起、レセコンの設定時には事務員と薬剤師とがペアになってダブルチェック			アレグラドライシロップ5%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
844	カリジノゲナーゼ錠50単位「サワイ」を一包化すべきところ、カリジノゲナーゼ錠25単位「サワイ」を一包化してしまった。外来受付終了後に他の薬剤師が棚卸しをした際に間違いが発覚し、患者宅を訪問、未服用であることを確認し交換した。	普段より来局される患者で、来局予定日だったため事前に計数調剤を済ませておいたが、その計数調剤の時点で間違っていた。25単位製剤と50単位製剤は同じ橙色の色調で、一見すると区別がつきにくい製剤であった。来局時点では繁忙であったため、そのまま1人で一包化、投薬を行っていた。	事前の計数調剤においても他の薬剤師に一包化前に鑑査を依頼する、鑑査時には製品名、規格、用量までしっかりと確認を行い、確認を行った旨のチェック等を記す、一包化後に空ヒートを用いて再度確認を行う、錠剤の刻印ももれなく確認を行う、といった対応をとる。			カリジノゲナーゼ錠50単位「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
845	イルアミクス50mg DSPB1錠 スーグラ50mgが朝食後服用で処方されてそのまま調剤したが外観がよく似ていたため患者さんが誤ってイルアミクス50mg DSPBを2錠服用した。残数数えをしての見間違いに気が付いた	特になし	一包化検討するか 薬袋を分ける			イルアミクス配合錠LD「DSPB」 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:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
846	処方せんに カロナール錠500 と記載だったが入力でカロナール300と入力して 同じ人がカロナール300で剤出しし薬剤師はもう1枚が内科の1包化の処方調剤でそちらに気を奪われて うっかり 整形はそのまま出してしまった後日、調剤録チェックのダブルチェックにて発覚 既に4錠 服用していたが、不都合は無かった。患者さまも カロナール錠に関して知識があり 300でも問題を感じていなかった。残り分を交換しました。	入力も前回から引っ張って来た訳でもなく 剤出しも処方箋原本を診てのもので、先入観での規格間違いでありまさかとの油断が監査時で出てしまった。	やはり 規格間違いは長年従事して 其の都度 気を付ける様にしているが たまに繰り返してしまう。どんな状況化でも 監査で規格にチェックは怠らない。			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
847	キプレス細粒 28包交付のところ40包交付。	包装単位の違うもの使用による計数確認怠り。	ダブル監査通す。			キプレス細粒 4mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
848	当該医薬品をあまり出したことがなく別の坐薬と同じような使用方法でお伝えしてしまったがすぐに気が付きTELにて事なきを得た	思い込みによる判断のみ誤り	わからない薬が処方された場合には必ず調べてから、投薬時に不明な場合は調べてから正しいことをお伝えする			ネリプロクト坐剤	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
849	一包装に規格違いの薬が混入した。一包装機器のビンプロロール0.625カセットに2.5mgが混入。薬をカセットにバラした翌朝に気づく。該当調剤日の患者4名に連絡、正しいものを作り直し回収・交換。4名中1名に違う規格が混入していたが、残薬を服用しており、まだ薬を服用していなかった。	一包装カセットへの充填はダブルチェックを行っておりそのときも確認していたが、混雑していたため確認が甘くなってしまった。	チェックは薬品名だけでなく、規格も忘れずに確認することを徹底する。			ビンプロロールフマル酸塩錠 2.5mg 「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
850	1歳未満の小児に医師からレボセチリジンSY5m l 分2 5日分の処方があり、スルーしてそのまま調剤、入力、監査投薬した。薬歴入力の時点で気づき、医師に疑義照会し、患者さんに連絡した。	調剤・監査投薬した2人の薬剤師は、レボセチリジン 1歳未満の小児には2.5m l 分1服用を理解していたが、忙しい時間帯だったため、慌ててしまいスルーしてしまった。	外来が忙しい時間帯は複数の薬剤師が協力して、調剤・投薬を手分けする。一人の負担が大きくなるようにする。			レボセチリジン塩酸塩シロップ0.05%「サワイ」	ヒューマンエラー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	新規でクロピドグレル25が2/2朝夕食後に出てた分1ではないかという問い合わせで2/1朝食後に変更	脳外からの紹介、処方指示だった様子紹介状の入力ミスなのか、医院の入力ミスなのか不明	用法用量の知識を踏まえつつ、慎重に監査する			クロピドグレル錠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
852	カレンダー配薬の際に複数医療機関の調剤薬を持参しており、それぞれを用法ごとにカレンダーセットしているが、その際に重複してカレンダーに配置していた	複数医療機関、複数診療科でそれぞれ一包装された薬剤を持参し、まとめて用法ごとにカレンダーセットしてほしい旨の依頼があった。持参した際すでに患者家族にて複数医療機関ならびに診療科分の分包が混在された状態であった。まとめてセットする際に薬袋から出してセットしていたが混在しているのに気づかずに同一薬を2個セットしていた。最終配薬前に別薬剤師が重複に気づき修正した。	カレンダーセット後と最終配薬前に別薬剤師による最終確認監査を実施する			レボレード錠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
853	一包装の薬剤A、一包装の薬剤B、モビコールをホチキスしなければならない状況で、A+B+モビコールでホチキスされるべきところ、A+A+モビコールでホチキスされて、施設へお届けしてしまった。施設の方が気が付き、指摘をいただいた。	モビコールのホチキスは、一包装の薬剤を別々に切り離さないとホチキス出来ない。別々に切り離す際には、A+Bであるべきところ、A+Bになってしまうリスクが伴うことを把握していなければならない。不慣れなスタッフが、よく考えずに、ホチキスしてしまった。	モビコールは別にお渡しし、A、B、つながった状態でホチキス出来るように、施設に提案する。			ベタニス錠50mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
854	施設の薬のセット。一包化薬5種類と、漢方薬2種類、計7包をホチキスしなければならなかった。ホチキスされていると思ひ込み、1包ホチキスされずにばらけてしまっていたことを施設の方が発見し報告を受けた。	ホチキスしなければならない量が7包と多かった。いつもホチキスをしているスタッフが不在であり、他のものがホチキスした。	7包など多くホチキスがあるものは、合包出来るものは合包するなど、施設の方と相談する。2.3包ずつホチキスするなど、ダブルホチキスを行う。			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
855	フェブキソスタット錠を30錠交付すべきところ、22錠交付していた。後日患者家族より「当人がフェブキソスタット錠の数が8錠足りないと言っているのので確認してほしい」との電話連絡が入り不足したまま交付していたことが発覚。直ちに不足分を郵送した。	フェブキソスタット錠はシートが長めであり先発品のフェブリク錠が14錠シートであったため、14錠と錯覚し2シートと2錠で交付したために8錠の不足が生じた。	多忙時でもシートの錠数を確実に確認することを怠らないよう注意する。			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
856	循環器でアムロジン→ARB配合のテラムロ処方 血圧が下がらないためしかし患者は内科でARB剤 パルサルタン服用中。 循環器は疑義紹介して アムロジン5→10mgへ変更	ARB剤も多岐にわたるのでしっかりと同効がないか他科やシングルでもしっかりと確認必要	同効薬が処方に入っていないかしっかりと確認できるように勉強する			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
857	いつもは酸化マグネシウム錠330「モチダ」には、変更不可のしりが付いていた。今回、変更不可のしりが付いておらず、当事者1は、当局でメインで使用している酸化マグネシウム錠330「ヨシダ」をピックアップしていた。一包化を作ろうとした当事者2は、作成前の薬歴確認時いつも「モチダ」で作っていることが判明し、修正した。	ジェネリックでは、名称が同じでメーカー名の違う製剤が複数存在する。複数種類在庫している同成分同規格のメーカー違いの製品をしっかりと把握しておくことが大切ピックアップ時薬歴を確認し、ジェネリックのメーカーまでよく確認する。	ジェネリックは、ピックアップ時必ず、メーカー名を薬歴と照らし合わせる			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	
858	処方箋がラックビー錠 1錠 分1朝食後で来ていたため、用法・用量が年齢からしても適当でないため、患者様に尋ねたところ、以前使用していた抗生剤を処方してもらったと回答。お薬手帳の内容より、類似名のラスビク錠の間違いではないかと疑義照会。照会結果ラスビク錠に変更になった。	類似名称薬の為、医師の方でレセコンの入力間違いが発生したと思われる。	患者背景、症状を考慮し処方薬が適正であるかを確認する必要がある。			ラスビク錠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
859	ネイリンカプセル100mg、28カプセル交付すべきところ、14カプセルで交付。帰宅後に患者本人が気づき、服用前に電話連絡をくれたことで過誤発覚。	患者が次々に来局されていたタイミングであった。当該患者が、他の患者が順番前後で先に呼ばれたことで驚いた顔が見えたため、監査中に焦りを感じていた。ネイリンカプセルはアルミピロー包装で1包装が14錠である。ピローに包まれた薬を"ひとかたまり"=1か月分、のように無意識に変換してしまい、計数間違いに気が付かなかった。	アルミピロー包装は薬剤によりさまざまな錠数で包装されている。開封せずに交付する際には、必ず何錠入りかを目視すること。思い込みで作業を進めない。			ネイリンカプセル100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
860	リマプロストアルファデクス錠5μg 1日4錠(分2)で調剤するところを、1日2錠(分2)で調剤した。	前回処方について、「【般】リマプロストアルファデクス錠」で初めて処方されており、当薬剤の規格は1規格しかないため、処方内容の規格を確認せずに調剤・監査・投薬を行なった。今回、処方監査時に、【般】リマプロストアルファデクス錠の規格が「10μg」になっており、処方医に疑義照会を行なったところ、前回の処方も「10μg」だったとの指摘あり。処方箋を確認したところ、「10μg」であることを確認。今回のミスが発覚した。	一般名処方について、薬剤名だけでなく規格まで指差し等できちんと確認を行なっていく。該当する医薬品の規格がない場合、念のために処方医に1日量および1回量を問い合わせを行ってから調剤を行なう。			リマプロストアルファデクス錠5μg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
861	【般】アムロジピン錠口腔内崩壊錠5mgで後発品のアムロジピンOD錠5mg「杏林」で入力し一包装実際一包装の中はアムロジピン錠5mg「杏林」が入っていた。	にたような名前ので誤って調剤	医薬品棚の口腔内の文字に赤丸を打った			アムロジピン錠 5 m g 「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
862	スピロラクトン錠が処方されていたが患者さんとの問診で頻尿を訴えていたため処方箋の間違えではないかと思ひ、処方医に確認したところスピロベントを出したかったことが分かった。	処方入力の際、頭文字3文字が同じため間違ったのではないかと推測される。	処方に不安を覚えた際は処方医に遠慮することなく疑義照会するよう、薬局スタッフ全員に周知させた。			クレンプテロール錠 10 μ g 「ハラサワ」	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
863	向精神薬の副作用があったので、ピペリデンが1 m g → 2 m g に増量になっていたが、薬局では気が付かず棚卸で気が付く	いつも使用している薬剤が1 m g だったことも一包装であったこともあり気が付かなかった	再度処方箋と内容確認			ピペリデン塩酸塩錠 2 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
864	一包装時、夕食後にカンデサルタン錠4mgを入れないといけなところに入れた。調剤監視機器を通して朝食後にカンデサルタン錠2m g も使うため機器による監視はすり抜けてしまった。監視時、監視者が間違っていることに気づき発覚した。	調剤機器による監視をしっかりと行う。	類似薬を一包装する場合は薬袋でも規格、メーカーを確認しながら行う。			カンデサルタン錠 4 m g 「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	
865	発熱外来のため電話にて対応。患者様小児(3歳11か月)であったため電話にて服薬指導時に問診票に記入のある体重を母に確認したところ、15.5キログラムであることが判明。問診票への記載は20.5キログラムであった。そのため、用量を処方医師へ確認したところ用量だけでなく処方薬も医師が意図していたものとは異なっていたことが判明し、服薬指導時の小児体重の確認がインシデントの防止につながった。	休日当番医であり、ほとんどの患者様が発熱外来の小児であった。症状や体重・年齢、服薬可否によって剤形や規格などを変更し処方があったため、混乱していたと考えられる。また、問診も他の患者様と混同したか聞き間違えが起こった可能性がある。	服薬指導時は、患者様背景(年齢、体重、既往歴、アレルギー、副作用歴、妊娠・授乳等)の聞き取りをしっかりと行う。特に電話対応では、患者様本人を見れないため、正確な情報を得るために医療機関や他スタッフとの連携を徹底していく。			アスベリン散10%ポ ララミンドライシロ ップ0.2%カルボシ ステインDS50%「タ カタ」アスベリンシ ロップ0.5%d-ク ロールフェニラミン 酸塩徐放錠6mg 「武田テバ」ムコサ ールドライシロップ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
866	4歳の幼児に、クロベタゾールの一般名での処方 使用部位を確認したところ類への指示だったためキンダベート(クロベタゾン)の間違いではないか疑義照会し、処方が変更となった	一般名が似ている為が、ステロイドとしての強さは全く違うため注意が必要	今回は処方の間違いだったが、薬剤を取り違え交付してしまう調剤過誤も起こりうるため、薬剤名の確認と投与部位の確認を怠らず確認することが今後も大切			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
867	エンレスト錠100mgとエクメット配合錠HDの両方が処方されている患者様で、一包化調剤。バラした錠剤が両方とも似ており、間違えて分包しかけたが、監査で気づき事なきを得た。	忙しい中で2人で調剤をしており連携がうまくいっていなかった。	声かけをしっかりとする			エンレスト錠100m g 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
868	病院のレセコンが変更になっていたためタケキャブ錠10mgを処方するところがキャブピリン配合錠が処方されていた。投薬時に話が合わない為発覚。	病院のレセコンが変更になった場合は処方箋の書式も変更になる為いつもより注意して確認する必要がある	処方変更時における声掛け			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:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
869	採用しているドネペジルOD3mg「NP」と規格の違うOD5mgとで包装単位が28錠包装のものと、56錠包装のものがある。処方内容ドネペジルOD3mg×56日分の処方であったが、1包装あたり28錠なので2袋調剤する必要があるところを、1包装56錠と勘違いし、日数少なく渡しそうになった。	包装の形状が似ているため28錠入りなのか、56錠入りなのかよく見えないといけない。	慣れでしないように注意。			ドネペジル塩酸塩OD錠5mg「NP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
870	患者様が先発品ご希望であったが、後発品を投薬した事例になります。	先発品をご希望される患者様に対する監査ミスが招いたミスです。	調剤者、監査者でしっかりチェックする。			プロブレ錠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
871	処方箋に、フスタゾール散10% 3g 毎食後と記載されていた。添付文書に、1日量は本剤300mg～600mgと記載されており、本剤のことを成分量と勘違いして調剤。処方箋の記載間違いに気づくことができなかった。	添付文書、mgで記載されていると、成分量と思い込んでしまう。→注意が必要。処方入力画面で、用量オーバーの注意喚起が表示されていたが、頻繁に表示されるためスルーしてしまった。→面倒でも毎回確認する必要がある。	自店に設置してある、年齢別散剤換算表に、フスタゾール散を追記。処方入力時、散剤の用量オーバーの注意が表示された場合は、毎回確認する。			フスタゾール散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
872	11種類の多種薬剤の処方。2種類の増量。1種類の追加。いつもの処方されることのないレボトミン錠25mgに気が付かず、前回処方5mg錠を準備し、交付時にも気が付かずそのままあげてしまった。翌日も25mg錠の処方があり、在庫が合っていない事から間違いに気づき、患者様へのTEL問い合わせで確認。交換することで対処出来ました。1錠だけ飲んでしまいましたが、以前からの用量だった為、特に体調に変化はなかったこと確認。	前回処方との違いに気を付けての投薬としていますが、つい、思いこみから注意力が抜けてしまいがちになっている。薬の数の多少にかかわらず、情報提供書の薬の写真を、患者様と一緒に確認しながらの投薬の徹底に努める。準備する方も、前回処方にとらわれず、今の処方箋と確実にてらしあわをの徹底する。	薬の数の多少にかかわらず、情報提供書の薬の写真を、患者様と一緒に確認しながらの投薬の徹底に努める。変更等については、患者様の力をお借りする意識を忘れない。			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							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
873	7種類の薬剤が処方されており、体調の悪さの訴えで、他薬剤の増量等の説明に気を取られ、いつもの用量のオルメサルタンOD10mgが、中合わせの状態でもオルメサルタンOD20mg4錠が混ざって準備されていたのに気付かず、そのままあげてしまった。本人が自宅に帰られてから気が付き、交換することで、内服前に取り換えられて事なきを得ました。	同種同効薬・規格違いのものが近い棚に設置されているため、ついピックアップ後の戻しが適切でない事があるように思います。調剤時輪ゴムでまとめたの準備とし、監査時似ている外観で見落としに繋がったものと思われます。	慌てず、確実な調剤・監査とし、投薬時の患者様からの確認の徹底に努める。			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
874	ロキソニンゲルの使用期限が切れていた	表示が見にくかった	祈願が切れたものは廃棄する			ロキソニンゲル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
875	先発医薬品のロキソニンパップを渡すところ後発医薬品のロキソプロフェンパップが渡ってしまった。	薬剤を渡す際には本人と薬剤を確認しながら渡していたが、先発品と後発品を誤ってわたってしまった。	電子薬歴を開いたときに確認する伝言メモに目立つように注意書きを記した。			ロキソプロフェンナトリウムパップ100mg「ケミファ」 ロキソニンパップ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
876	フェブキシスタット40mg カウント間違い	フェブキシスタット40mg 1シート10錠のところ、14錠シートの思い込みからミス発生。昨年も同じミスをおこし、薬歴や処方入力伝言欄に注意喚起していたにもかかわらずミスがおこってしまいました。	薬箱に10錠シートの記載と薬袋にも記載して何度も確認作業を行うシステムに変更する。			フェブキシスタット錠 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
877	週1回服用のビスホスホネート製剤と月1回服用を間違えてカレンダーにセット	慣れ、蔓延薬歴のチェック	他の薬剤師による再チェック			アレンドロン酸錠5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
878	リーマス錠200mgを粉碎して一包化してお渡しするところリーマス錠100mgを一包化してお渡ししていたが他薬剤師から指摘あり患者さんがご自宅に帰る途中にお会いしお薬を回収した。その後作り変えてご自宅にお届けした。	確認不足・慌てていた。	徹底確認をする。			リーマス錠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
879	一包化の錠数が違った。出し間違える前に監査者が発見。事故に至らず。	その日は薬剤師が不足しており患者様を多く待たせてしまっていたのもあり、失敗	事故監査を徹底して、焦らずに取り組む			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
880	マイスリー10mgが処方されていたが調剤時にマイスリー5mgが調剤され気が付かず投薬 すぐに薬剤師が気が付き、正しいものに投薬	投薬時込み合っていたため、スタッフ間のあせり、確認ミスが間違いにつながった 次回からしっかり監査し処方箋を確認するように指導	しっかり調剤し、監査時投薬時にしっかり薬を確認するように指導徹底するようにしていく			マイスリー錠10mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
881	ルムジェブ注ミリオペンHDであるところ、ルムジェブ注ミリオペンを交付してしまった。	ルムジェブ注ミリオペンしか在庫しておらず、処方変更もあり規格の確認が十分されなかった。	置く場所の工夫と監査の見直しを強化する。			ルムジェブ注ミリオペンHD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
882	併用薬にデエビゴ錠10mgがあり、今回クラリスロマイシン錠200mgが処方になった。本来、併用注意に記載があり、併用時はデエビゴ10mgを2.5mgに減量等を考慮する必要がある(メーカーD1確認済み)とのことだったが、併用注意だけだったので問題ないと思いそのまま調剤した。投薬後、添付文書、メーカーD1等に確認したところ、上記減量との回答だったため発覚。処方医からはクラリスロマイシンは臨時薬のためデエビゴ錠10mgは減量必要ないとの回答だった。	併用注意レベルの注意喚起でも普段併用する薬剤でもない限り、監査時に再度添付文書等で内容を精査すべきだった。類似薬でクラリスロマイシンとベルソムラは併用禁忌になっており、これは頭に入っていたが、デエビゴに関しては減量すべきとまでの知識がなかった。	レセコンの薬剤マスターの薬品名の横に併用できない薬剤、注意すべき薬剤を記載し、知識が足りなくても監査時に気が付けるように、薬剤マスターの改善を行った。			クラリスロマイシン錠200mg「大正」 デエビゴ錠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
883	エレンタール配合内用剤の処方箋が初めてきた。アルミ袋包装かプラスチックボトル包装か記載はなく2種類単位があることを知らなかった。患者さんには在庫が無いため後日のお渡しとなり、発注をしようとしたところアルミ包装とボトルの2種類存在することが判明。処方箋には記載がないため、患者さんにいつもどちらの包装で服用しているか確認したところアルミ包装であることが分かり問題なく患者様にお渡しすることができた。	調剤者は、エレンタール配合内用剤に2つの包装があることを知らなかった。鑑査者も包装形態が2種類あることの知識が不足していた。	エレンタール配合内用剤には2つの包装があることを認識し、処方箋を受け付けた場合は患者様にアルミ包装かボトル包装どちらを使っているか確認する。いつも来る処方だけではなく幅広い知識を身につけるよう勉強する必要がある。			エレンタール配合内用剤	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
884	施設に入居中の患者さんの一包化でカセットの中の薬剤が無くなった時の充填が同一薬剤の別規格にのものと間違えてしまった。	薬剤の刻印が類似しており大きさに判断するしかない。充填時には複数の眼で確認するようにしているが、繁忙時でそれができていなかったのかも「しれない。	どんな繁忙時でもゆっくり、しっかり確認するようにする。			酸化マグネシウム錠500mg「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	
885	期限切れの薬剤を調剤した。監査者が気付き、投薬前に変更。患者の手に渡ることはなかった。	花粉症時期に、該当の患者にのみ処方されていた薬剤だった。普段ほとんど調剤することがなく、期限が切れていたことに気付かなかった。来局時は混雑している時間帯で、期限を確認することなく調剤してしまった。	在庫医薬品の定期的な期限確認と、調剤時の期限確認を徹底することで改善していく。			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
886	就寝前の4種類の薬が一包装されている患者、そのうちユーロジン2mgが2錠から1錠に減量変更になっているにもかかわらず、従来そのまま変更せず調剤し交付していた。	慢心と慣れによる不注意	1人薬剤師であるが、事務員の協力により複数人数による検薬の実施。患者とのコミュニケーション改善			ユーロジン 2 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
887	湿布のメーカー違いで調剤していることに気がつく	同成分のメーカー違いのものが3種類あり、汎用されているものと思込み調剤したが、希望するメーカーのものと違っていた。	採用メーカーが数種ある品目もあるので調剤時に薬歴などをしっかり確認するようにする。			ロキソプロフェン Na テープ 100 mg 「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
888	処方入力でクロピドグレル 25 mg を 75 mg で打ち間違いをしてしまった。患者様に投薬時気づいていただき発覚。	クロピドグレル 75 mg のサンドから トークに変更時期で薬剤の変更をするときに規格を間違えて入力してしまった。	入力時の再確認と調剤時の処方確認の基本事項を徹底する。			クロピドグレル錠 25 mg 「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
889	アレンドロン酸錠 35 mg 1 T 9 日分処方。9錠必要のところ18錠取り揃え、監査、投薬時に倍量調剤されている事に気付き、正しく調整し、投薬しました。	錠剤シートが半分で切り取り可能で、2錠続いており、2錠あるところを、1枚シート1錠と思込んでしまい、倍量取り揃えてしまった。業務繁忙な時間帯でもあったこともあり、焦りなどからミスを起こしてしまった。	納品時、常に1錠ごとに半分に切ることは、現実的ではないため、日々の朝礼、ミーティング時に間違い易いシートである旨、情報を共有し、注意していく。			アレンドロン酸錠 35 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	
890	DPP-4とSGLT2配合のカナリア配合錠継続で服用中。本日からGLP-1オゼンピック処方 院内でも使用法説明。しかしカナリアは継続処方になっていた。疑義紹介にてカナリア配合→カナグル錠へ変更	GLP-1とDPP-4は併用は禁忌ではないが不可レセプトも通らない	レセプト通らない内容も共有大事			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
891	一包化の患者でメトアナHDが処方されていた。調剤し、鑑査時にメトアナHDとメトアナLDが混合して調剤されていた。全てチェックし、正しいものでお渡しできた。	一包化する際、メトアナLDはリトリアのカセットがあり、メトアナHDはカセットがない為、毎回DTAでセットする。今回メトアナHDを調剤する際に、ヒートの状態ではなく、前回処方変更になってバラであったバラ錠を使用した。そのバラす作業の際に、メトアナLDをメトアナHDと誤って薬品名を記入し、分包してメトアナHDの箱に戻したのが原因である。調剤する際も、メトアナHDの箱に入っているため、思い込み、しっかり確認せず調剤してしまったことも原因である。	処方変更になった際、バラ錠を片付ける作業は必ず2人以上で行う。バラ錠を使用する際も、再度確認してから調剤を行う。引き続き鑑査も2回以上は行う。一包化の鑑査シートを確認し、慣れている薬も錠剤の印字を確認する。			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
892	【般】エリスロマイシン錠200mgで処方された際にうちに在庫があるエリスロシン錠200mgで準備しようとした。しかし、調べたところ、 【般】エリスロマイシン錠200mgはエリスロマイシン錠200mg「サワイ」であり、一般名が異なるということが分かった。	エリスロマイシン錠200mg「サワイ」とエリスロシン200mgが一般名違う認識がなったため、エリスロシン200mgで調剤しようになった。	薬局内で上記について周知した			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:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
893	花粉症で定期的に来局される患者さんに、フェキソフェナジン60mgが処方されたため、併用薬を確認したところ「薬手帳に記載していないが、頭痛時にイブを服用しているが一緒に飲んで良いか?」と質問があった。投薬した薬剤師はイブA錠だと思い併用して問題ないと回答したが、隣のカウンターで投薬していた薬剤師が以前に投薬した時には、「イブクイック頭痛薬DXを時々使用」と薬歴に記載した記憶があったため、以前と同じなら酸化Mgを含有しているので注意が必要と声をかけた。	OTCの併用薬で頭痛薬と言われて反射的に大丈夫と回答しまった。薬歴には医療用の併用薬を記入し相互作用を確認しているが、OTCで時々使用する薬剤は頭書きに併用薬に記入はあるが毎回の確認が漏れてしまった。継続して使用されているOTCも含めて服用薬指導を行う様に職員で事例を共有した。	アダラート飲んでます。と言われると剤形やmg数は必ず確認するが、イブ飲んでますと言われるても正確な商品名の確認までしないことがあった。今後はOTCも医療用医薬品と同じように商品名や服用方法の確認を徹底する。			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
894	当該患者の渡薬4日後に別の患者にジルムロHD錠を調剤した際に、「サワイ」の薬品マスタ登録がされていないのに箱が空いており、使用されていることに気が付いた。使用患者を抽出し、監査時の画像を確認したところ、52錠を「サワイ」で4錠を「YD」で調剤して計56錠としていたことが発覚。電話でメーカー違いが混在してしまったことを説明してお詫び。薬の成分や量、薬価は同じであることを説明。お渡しした薬を継続して服用していただくこととなった。	流通不良で「YD」のジルムロHD錠が継続して納入されず、納入可能であった「サワイ」を発注したが、納品時にメーカー違いであることが認識できずに棚にしまってしまった。シートのデザインが酷似しており、よく見ないと違いに気が付けなかった。また、「YD」の残が4錠で10錠の1シート分残っていなかったことも気が付きにくくした要因の1つと考える。	発注時にいつもと違うメーカーを発注した際は、発注札に違うメーカーが来るメモを付け、日誌に記載し、職員全員で薬をしまう際に気が付けるよう注意喚起する。			ジルムロ配合錠HD「YD」ジルムロ配合錠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



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
895	会営の小分けでフラジール内服錠250mgを配送入荷したが、伝票などは同フラジール内服錠250mgのものであったが、現品のみフラジール錠250mgであった。アルミピロシートに「のまないこと」の記載があり、交付前に気づき、正しい薬剤を再入手の上交付した。	名称の似た薬品の間違いがあったと思われる。	伝票と現品の確認を改めて注意して行うことと、監査などでは似た名称の薬剤があることに注意を払う事とした。			フラジール内服錠 250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
896	ヒアレイン点眼とヒアレイン点眼ミニとの間違い	必ず監査機器を用いる	必ず監査機器を用いる			ヒアレイン点眼液 0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
897	処方箋記載リスベリドン内用液分包 0.5mg「アメル」0.1% 0.5mLと記載のところリスベリドン内用液分包 0.5mg「アメル」0.1% 1.0mLを計数調剤	処方せん記載を1mLと思ひこみあり	計数調剤時に2規格比べ、処方せんを見比べダブルチェック慣行			リスベリドン内用液分包 0.5mg「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
898	痛風薬アロプリノール錠処方。当薬局へは、ひさしぶりの来局。主として採用されている「杏林」にて調剤しましたが、投薬時、患者様から、この粒では大きすぎて服用出来ません。サイズが小さいメーカー薬があるはずのご指摘受け、「田辺」製品ご希望であったことが分かり、変更となりました。	処方せんでは、アロプリノール錠100mg「田辺」(変更不可コメントなし)とありましたが、主採用薬「杏林」にて調剤しました。受付時、もう少し患者様とご要望等、お聞きしていれば、防げた事例。	後発品メーカーはいろいろありますので、受付時、当薬局での調剤品がどのようになるか、お話しし、ご納得いただいたから調剤をするようにしていく。			アロプリノール錠 100mg「杏林」アロプリノール錠 100mg「タナベ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
899	テオフィリン徐放錠 120錠のところ140錠お渡ししてしまった。後日、患者さまからお電話があり気付いた。	患者様とお話になり、注意力が欠けてしまった。	複数名でしっかり数を数えてから薬を交付する。			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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
900	アトーゼット配合錠HD服用の患者に、新しくリバゼブ配合錠HDが処方された。両薬剤にエゼチミブ10mgが配合される。アトーゼット配合錠からの切り替えと思われた為、疑義照会を行った。医師に確認し処方削除とした。	配合錠が多く発売されたおり、医師の勘違いまたは削除ミスと思われる。	配合錠については、薬棚にわかりやすく内容、規格を明記し貼付することとした。			リバゼブ配合錠HD アトーゼット配合錠HD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
901	プレドニゾン錠1mg7錠分2(4-0-3)で処方されていたがプレドニゾン錠1mgをプレドニン錠5mgで調剤、鑑査し患者様に渡してしまった。	待ち時間が約1時間くらいになっており、調剤鑑査システムを使わず焦って出してしまった。また患者様の表情が怒っているように感じられ、投薬時にお薬と一緒に確認することをせずに渡してしまった。スタッフの人数がいつもより少なく疲労により注意力も低下していた時間帯だった。	忙しくなっても必ず調剤鑑査システムを使用する。投薬時、患者様と一緒にお薬を確認する。土曜日は特に外来の患者様が混みうが、スタッフの人数はいつもより少ないので、より慎重にミスのないよう調剤、鑑査する。			プレドニン錠5mg プレドニゾン錠1mg (旭化成)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
902	オレンシアオートインジェクターでお渡しするところ、オレンシア皮下注シリンジでお渡しし、患者様は慣れないシリンジを使用。使用後に、製剤が違ふとの申し出あり発覚。シリンジ使用でのトラブルはなし。	始業直後であったため、確認が不十分であった。	薬剤の配置について再度職員間で確認した。			オレンシア皮下注125mg オートインジェクター1mL	ヒューマンエラー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	エスタゾラム錠2mg とラベプラゾール10mg 寝る前30日分 1包化エスタゾラム錠2mg 「アメル」のところエズゾピクロン2mg 「サワイ」を分包されていたところを監査見落としてしまった。	時間におわれ、慌てて、名称類似により間違えてしまった。	監査方法見直し、的確に確認していく必要がある。			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	
904	ガスコン80の流通不良に伴い後発品のジメチコン80ホリイを採用したばかりであった。分3の処方ではいつものように30日分調剤しようとしたところ、PTPの枚数が多いことに気が付いた。	ジメチコン80ホリイは1箱に10錠×12枚のPTP包装であり、調剤時ガスコンに慣れていた当薬局では90錠ピッキングする際に箱を開けて10錠だけ棚に戻すことが慣例となっていた。同じ方法でジメチコンを調剤したところ錠数が110錠となり、錠数誤りを起こしやすい慣例、包装で有ることが分かった。	ジメチコンは12枚包装であることを薬局内で共有し、注意喚起を実施。その日処方が出る相当分程度ジメチコンは開封し、100錠ずつ輪ゴムでくくって在庫しておくことになった。			ジメチコン錠80mg「ホリイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
905	当該医薬品は12錠/シートであるにも関わらず、10錠/シートを思い込んで調剤してしまった。監査時にも気づけなかったが交付者が交付時に気づき対応できた。	当該医薬品は係数調剤の間違い事例が多く、気を付けるべき医薬品でもあるが、調剤者並びに監査者は知らなかった。監査システムにもとる全量が表記されるだけである。	監査システムの全量表記を見直し、12錠シートが〇〇枚+〇〇錠(端数)と表記されるように変えた。当該患者のメモ欄に「炭酸水素Na錠は12錠/シート」である旨を記載した			炭酸水素ナトリウム錠500mg「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
906	一化している患者であり、監査時にビソプロロール錠2.5mgが入っていることに気づいた。当該患者へは作り直す事で誤投薬には至らず、在庫数を確認した所他の患者への誤投薬もなかった。	2.5mg錠はバラ包装を購入している。0.625mgはヒート製品のみであり、ヒートよりばらしてカセットへ充填している。充填時は監査システムを使用する事で誤充填を防いでいる。今回は間違っで作ってしまったものなどをばらしてカセットへ戻す際に間違っと思われる。医薬品の外観も似ている為間違っ可能性が高い。	充填時はバーコードで確認できるが、錠剤のみカセットへ戻す際はバーコードがないため2人の目で確認して戻す事別メーカーの外観が違う薬を採用する事とした			ビソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「日医工」 ビソプロロールフマル酸塩錠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
907	タブロス点眼液0.0015%は1瓶2.5mLの薬剤。5mLで処方されていたが、1瓶でお渡ししようとしてしまった。患者様本人より、いつも2瓶でもらっている、とお話があり、気づいた。当薬局は初めてのご利用。いつも利用していた薬局が閉局したため、近所である当薬局にきてくださった。	普段取扱の少ない眼科処方であり、新規採用医薬品だったため容量を把握できていなかった。	容量の少ない目薬には目立つよう表示を行う。広域処方箋を受け付けるときは慣れない医薬品の取り扱いが多くなるので、規格や容量等特に注意する。			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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
908	点眼薬の保管用ビニール袋への用法の記載間違い 1日2回のところ4回と記入薬袋には正しく1日2回と記載	アレジオン点眼とアレジオンLX点眼名称が酷似しているための用法の確認がおろそかになった。	薬の棚に大きく「LX 2回」と表示			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
909	初めて来局された方の処方箋を受け取り。処方箋はエストロサイトカプセルだが女性の為違和感を持ち患者さまに確認したところ、風邪での受診だったため疑義照会しトランサミンカプセルの処方誤りであったことが判明。	薬品名検索で「トラサ」と入力し、トランサミンではなくエストロサイトがヒットしてしまった。	処方内容と患者さまからの聞き取りを確実に行う			エストロサイトカプセル156.7mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
910	セルトラリン50mgを投薬する所を、誤って、セルトラリン25mgを投薬した。当日と翌日に本人と連絡がつかず、翌々日に連絡がつき、訪問して正しい薬剤と交換した。	複数業務を併行していた。	トリプルチェック（ピックアップ時、検薬時、投薬時）を遵守する。			セルトラリン錠	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
911	ランソプラゾール15mgと30mgの規格違い	いつものようにピックアップし、規格が変更に気づけなかった	規格違いによるラベルでの周知			ランソプラゾールOD錠15mg「トローワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
912	ユベラNソフトカプセル200mgのところユベラ50mgを調剤した。	確認不足	一般名処方名をしっかりと確認する			ユベラNソフトカプセル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
913	ユベラNソフトカプセル200mgを調剤するところ、ユベラ50mgを出してしまった	確認不足一般名をしっかりと確認することを怠った	しっかりと薬品名を確認する			ユベラNソフトカプセル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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
914	一般名ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム点眼点耳鼻と食塩水混合を、一般名ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム・フラジオマイシン硫酸塩配合点眼点鼻と食塩水を混合してお渡しした。	何回かベタメタゾンリン酸エステルナトリウム・フラジオマイシンで処方が出ていたため、約束処方を入力してしまった。」そのため監査機も通過してしまっていた。	コピーで入力しない。長い一般名は気を付けて監査する。監査時に入力チェックも行う。			サンベタゾン眼耳鼻科用液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
915	全自動一包化機のカセットに薬剤の入れ間違い。アトルバスタチン10DSEPにバルサルタン40DSEPが入っていた。	施設入居者の個別準備をしながら一包化を作成するときに入れ間違いが起きていて、外来の患者さんを作成した時に気づいた。入れる前にダブルチェックはしていたので、チェック後にヒートから出して入れる時に間違ってしまった。	充填記録を必ずつける。充填する時はダブルチェック後にすぐに入れる。			アトルバスタチン錠10mg「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
916	アリナミンF糖衣錠の調剤時に、フルスルチアミン錠2.5mg「トーワ」が5錠混入していた。	前回の調剤時にフルスルチアミン錠の戻し間違いをしてしまったと考えられる。	薬剤を戻すときに薬名、規格、数量を指差し確認する。			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
917	オメガ3脂肪酸の社名「YD」なのに「武田テバ」でお渡しした。	オメガ3脂肪酸の社名が一種と思い用意した。検薬者も社名が違うのを見逃した。	・ジェネリック採用の社名の把握・社名ごとの置き場所の把握			オメガ-3脂肪酸エチル粒状カプセル2g「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
918	一包化監査中に該当医薬品のエクア錠50mgを監査していたところサルボグレラート塩酸塩100mg「トーワ」が間違って混入していたのを発見。	エクア錠50mgとサルボグレラート塩酸塩錠100mg「トーワ」との剤形が類似している。お互いカラテ錠で白い錠剤であり、監査する際識別コードをしっかりと見落としていたのが要因だと考える。	一包化の自動分包機でのカセット充填する際は、必ず第三者に確認して充填することを心掛ける。			エクア錠50mgサルボグレラート塩酸塩錠100mg「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
919	オランザピン10 オランザピン5 オランザピン2.5 を各1錠ずつ同一人への処方だった。2.5mg錠を1.25mg錠で誤って調剤されていた。患者からシートの色が違うとの指摘があったが、オランザピン1.25mg錠がOD錠に規格変更となったばかりで色が違うのはそのせいと思い込み患者に説明、患者も納得して投薬終了してしまった	オランザピン1.25mg錠が出荷停止となり1.25mgOD錠に変更になったばかりだった。OD錠変更の説明が続いており慣れが生じていた。また1つの処方箋にオランザピンが3規格処方されており、確認がおろそかになった	監査は焦らず行うこと、心配であれば同僚に声をかけ確認してもらうことをためらわない			オランザピン錠2.5mg 「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
920	他施設でベルソムラ錠15mgが処方され患者さんは日常飲まれている。この度風邪症状で来院されクラリスロマイシン錠200mgが処方された。併用禁忌にも関わらずそのままお薬をお渡しした後、同僚の薬剤師が気が付き医師に連絡しお薬を変更してもらいました。	私の併用禁忌・相互作用について知識不足であった。	今回のようにみんなで徹底確認する。			クラリスロマイシン錠200mg 「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
921	フェノフィブラート錠80mgを1回2錠28日分56錠の処方を間違えて28錠のみお渡しした。	フェノフィブラート錠80mgは普段から1回1錠の処方がほとんどで思い込みによる調剤が要因と思われる。	監査時に処方箋と薬をしっかりと照らし合わせるようにし1日量を確認する。			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
922	バゼドキシフェン錠20mg「サワイ」が処方された患者だが誤ってラロキシフェン錠60mg「サワイ」をピッキング・一包装調剤した。一包装薬の鑑査中に発見した。	メーカー名を気を付けるあまり成分名の注意を怠ってしまった。	ピッキング時に指さし・声出しを徹底する。一包装時も同じように指さし・声出して確認を徹底する。			バゼドキシフェン錠20mg「サワイ」 ラロキシフェン塩酸塩錠60mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
923	28日分の一包装薬の酸化マグネシウムが500mgが途中から330mgに変わっていた。	錠剤分包機に作り損じをばらしして充填する際に間違えたと思われる。	充填する際は必ず二人以上で確認するよう徹底する。			酸化マグネシウム錠500mg 「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	
924	2mgセルシン錠の棚に5mgセルシン錠が充填されていた。	外箱が類似していることが原因と考えられる。	当薬局では、2mgセルシン錠は棚、5mgセルシン錠は引き出しと場所を分けて管理している。今回、5mgセルシン錠の存在に気付かず、棚に充填してしまった可能性が考えられる。ミスを情報共有し、再発防止に努める。			5mgセルシン錠	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
925	普段使用しているFax注文書のベタヒスチンメシル酸塩錠6mg J Dを1個注文したが予告なしに自動的にトーフ屋号の商品が届き見た目も同じため気にもとめなかった。投薬直前にシートをみたときにトーフの屋号が目に入ったため入力を変更し製造がトーフになったため屋号が変更された事を説明し投薬	昨今、販売中止や新会社への販売移管が多く屋号変更が多い事などの背景あり	MSからの情報のないFaxオーダーの場合は特に急な屋号変更などないか気を付ける			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
926	トラディアンス配合錠AP処方に対しトラゼンタ錠5mgを調剤投薬	来局が19時以降になるとのことで、当日閉局が18時で来局時お渡し電話約束で、いったん閉局した。調剤を閉局間際に行っていた。19時20分過ぎに来局の電話で開局し、監査をしたつもりで、トラゼンタ錠5mg単剤を投薬。	忙しくても調剤後の残数を確認して投薬することになっていたが、守らず、誤薬投薬となった。似た名前であり、最後まで読まず見切り判読している。より注意していく			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
	後日処方入力後の残数をパソコンで確認したところトラゼンタ錠5mgの数が在庫と合わないため、トラゼンタ錠5mgを投薬してトラディアンス配合錠APを投薬していないのに気付いた。すぐに患者さんに電話したところ今朝、トラディアンス配合錠APは残っていたが、薬の形が違うので、変更になったと思いトラゼンタ錠5mgを服用したとのこと。今から出かけるというので、お薬を正しいものと交換したいと話したところ、来局するとのこと。処方の正しいのは、トラディアンス配合錠APであり、本日飲んだというトラゼンタ錠にジャディアンス10mg(エンバクリフロジン)が必要と説明。ジャディアンス10mgをその場で飲んでいただき、正しいトラディアンス配合錠APをお渡しし、トラゼンタ錠5mgを返却してもらった。						
927	数種類の薬を1包化している。エリキユース2.5mgで調剤しないといけない所、5mgで調剤してしまう。受診時に残薬を見て気づいた。患者様に出血傾向などの副作用などは出てなかった。	忙しい時間帯だったので、処方箋のエリキユースをみて5mgと勘違いしてそのまま調剤してしまった。	1包化をした時に監査をする時は空のPTPと処方箋を照らし合わせて確認する。			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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
928	他の病院からの転院の際 以前から使用のランタス注ソロスターをランタス注カートで処方された。薬局へは初来局であり手帳もお持ちでなかった為、以前の処方確認できなかったが使っている薬をそのまま出してもらったとの患者様の話があったため そのまま調剤しお渡ししたが、帰宅後患者様本人が注射の形が違っている事に気づき再度来局された。d rと相談しランタス注ソロスターに処方変更してもらい、一度交付したランタス注カートは回収し廃棄とした	確認できる物がなかったため、各々の話をしんじてしっかりした確認を怠った為	来局時に使用していた薬品などを確認する際に、思い出しにくいなどあった際に患者様が覚えていそうな形や色などでもヒントになりそうなことをお話しし 少しでも確認の精度を上げる			ランタス注カート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
929	シルニジピン5mgをシルニジピン10mgで渡した。	シルニジピン5mgをシルニジピン10mgと勘違いした可能性(10mgがほとんどなので)。	用量もしっかり確認して、最後のチェックをしっかりとる。			シルニジピン錠5mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
930	プラザキサ75mgのカプセルの色が変更になっていたのを説明せず交付した。持ち帰ってからの薬と色が違うと電話があり、包装変更の説明をしていなかったことが判明した。カプセルの色が変わったが薬は同じものであることを説明し納得いただいた。	外箱に「包装変更品」の表示がなく、さらにヒートが銀のフィルムで覆われていてカプセルの中身が確認できなかったことによる。	メーカーの情報提供に頼ることなく、情報を積極的に収集するようにする。			プラザキサカプセル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



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
931	リスベリドン内用液0.5mgを服用中の患者様が転院されてリスベリドンOD錠0.5mgを処方された。内用液から錠剤への剤形変更のみで、服用量は変わらないと思ひ込み、患者様には剤形変更されているが、服用量は同じであるとお伝えして薬をお渡した。投薬後、再確認した際、処方量が倍になっていることに気付き、医師に確認をしたところ、以前の量のままが正しいと確認。再度受診していただき、以前と同じ服用量、剤形での服用となった。患者様は残薬があり、処方薬の服用前であった為健康被害などは起こらなかった。	薬局が混む時間帯で、他にも患者様がいたのでため事や、残薬調整等があり、調剤に時間がかかったことから、焦ってしまった。残薬や処方内容についてなど職員間での情報共有が不十分だったため、調剤がスムーズに行えず時間がかかった。	患者様の状況などを職員間で共有し、職員の誰もが対応できる状況にする。たとえ急いでいる時も、水剤のや散剤などの計算は暗算でせず、紙に書いて行う。状況によるが、変更点がある場合は、はい・いいえで答える質問ではなく、患者様からしっかりと聞き取りを行えるような開いた質問を行う。			リスベリドンOD錠 0.5mg「アメル」 リスベリドン内用液分 包0.5mg「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
932	メトトレキサート40錠のところ、8錠シート4枚をピックアップし、総数が32錠しかなかった。	1シート8錠であるが、大きめの為1シート10錠と思い込んで調剤した。	ウイークリーシート以外で、1シートが10錠以外の包装製品の情報共有			メトトレキサート錠2 mg「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
933	一般名：バルプロ酸ナトリウム徐放錠200mg 1日1回の処方を受けた。デバケンR錠の調剤を進め、監査まで終わったのちに、交付直前に監査者がセレニカR処方の可能性もあることに気づいた。疑義照会した結果、デバケンR錠で間違いのないとの返答を受けたのでそのまま交付した。	一般名から判別できない処方だった。薬局にデバケンR錠しか採用が無く、デバケンR錠だと思い込んで調剤を進めてしまった。	一般名類似や同一の薬品について店舗内で話し合い、周知した。(バルプロ酸ナトリウム、ヤーズ、テオフィリン製剤)			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
934	ジェネリック医薬品であるバンテチン酸で調剤を行ったが、分包紙の印字が先発医薬品であるパントシン酸になっていた。監査時に気づき、再度調剤を行い正しい内容でお渡しした。	バンテチン酸とパントシン酸の薬品名が類似しているため、調剤者が誤った印字設定になっていることに気づかなかった。	先発医薬品であるパントシン酸は、現在施設調剤にしか使用しておらず調剤する人数が少ない為、散剤分包機に施設でのみ使用の旨を追加で入力し注意喚起を促した。			パントシン散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	
935	2週ごとに定期処方が出る患者で、薬は一包装化している。一包装薬は朝にピンク、昼に緑、夕に水色のラインを入れている。3/1処方時に患者より、前回(2/15)の処方では夕と夜の薬袋が逆になっていたと言われた。本人がすぐに間違いに気づいたので、正しく服用できたとのことだった。お詫びした。	監査者は昼と夕のラインの色が似ているため、監査時に取り違えた。一度にかなりの例数の監査を行っており、疲れが出た。交付者は薬袋と一包装の印字が合っているか確認しなかった。	昼のラインを黄色に変えて、夕の水色と明確に区別できるようにした。交付者は薬袋と一包装薬が合っているか、確認してから投薬する。			アムロジピン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
936	平素よりご利用の患者様の継続処方。半錠も含めて朝7錠、夕1錠、就寝前2錠で一包装化し処方箋受付後もお待ちになって調製後にすぐに受け取りになる患者様。3月ご来局その際に半錠のリシノプリルが飛んでしまいリシノプリルが0包と2包の包装があったと訴えがあり発覚。服用前の発覚のため健康被害はなし。	&#32363;忙時間帯ということが背景としてあり、また、一包装後にすぐにお渡し希望のため調剤監査に焦りが生じてしまったことが事例の発生要因と考えられる。	時間がかかる調剤の場合は、待ち時間をしっかりと頂き、時間をかけて十分に行う。			リシノプリル錠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
937	一包装化された薬の中でランソプラゾールOD15Mgが1錠ずつ入っていないか確認し、いけなところ1か所のみ0錠と2錠になっていた。患者が気づき持参、再分包のうえお薬をお渡しした。	繁忙期に急いで内容監査を実施しており、またランソプラゾールは自動カセットによる分包であったため、間違っているという認識が薄くなっていたのかもしれない。	二重に内容確認に努める。繁忙時期ほど落ち着いて監査するよう薬局内で徹底を図った			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
938	風邪で、ジメチコンが一般名で、処方されていて、患者の症状を確認したところ、咳止めのメジコンではないかと思ひ疑義照会したところ、メジコンの間違いだった。	患者さんに、十分に症状を確認して疑問があったら疑義照会する。DRも	処方を過信して調剤するのではなく少しでも疑問に思ったら疑義照会する。			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	
939	ワーファリン0.5m g錠を1.5錠服用指示。薬局では0.5錠分包と1.5錠分包を予製していた。ピッキング時に誤って0.5錠分包品を手に取り、監査者も確認不十分だったものと思われる。患者は0.5錠しか入っていないことに気が付いたが、変更されたものと思いきのまま服用。次回の検査PT-INR数値が低値になっていることと処方内容に変更していなかったことを医師から指摘受け発覚。	予製の分包紙への印字は、フォントの大きさやマーカで色付けなどで区別が容易になるように工夫していた	複数人での確認を怠らないよう注意していく			ワーファリン錠0.5m g	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
940	6年ぶりに来局。他院でクラリスロマイシンを服用中であることをお薬手帳で確認した。医院でもお薬手帳を見せたとのことだった。ケレンディア錠10mgが初処方された。患者に交付後でクラリスロマイシンと併用禁忌であることに気づき処方医に連絡、ミネプロ錠に処方変更になった。患者に連絡し、服用前に薬剤を交換した。	調剤機会がほぼないこともあり薬剤に対しての知識が不足していた。医院でお薬手帳を見せたとのことだったので禁忌処方はないとの思い込みがあった。	勉強会を実施する。併用薬を薬歴に記録する。			ケレンディア錠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
941	軟膏mix100gで調剤、投薬すべきところを50gで調剤、投薬していた。再処方時に患者からの指摘で発覚した。患者本人より今回は100gで十分足りるとの事で、今回の処方50gに減量してもらい、前回分渡し損ね50gと合わせて100g(50g×2)をお渡しした。	軟膏つぼのサイズやふたの色と容量の組み合わせの確認が不足していた。組み合わせをすぐに確認できるように資料等手元に準備してもおらず、個人の記憶によるところが大きかった。	調剤者が調整した軟膏の総量（軟膏つぼが分かれた場合は各つぼの内容量）を調剤録または処方箋へ記入する。例) 75g+75gのmix→100g+50g、25g+25g→50g鑑査者、投薬者は調剤者の記入した総量に応じた軟膏つぼであるか確認し、処方箋へつぼのふたの色と合わせて転記する。処方箋の内容と照合する。			ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「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%「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
942	ツムラ抑肝散をカレンダーに1包ずつセットするところ誤って2包むずつセットしていた	抑肝散の計数間違いとおもって監査時に1包追加でピッキングしていた。	計数誤りと疑った場合、カレンダーに複数セットされていないか確認する			ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
943	酸化マグネシウムを眠前のみ交付するところを誤って朝眠前に交付してしまった	印字が、朝食後下剤と眠前下剤が類似しているため見間違いが起こってしまった。薬局にてダブルチェックを徹底する	薬局にてダブルチェックを徹底する			重質酸化マグネシウム「ケンエー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
944	2023年3月 5歳の女児来局。オセルタミビルDS処方。分包機を使用し患者氏名・医薬品名を印字し調剤した。薬包紙への薬剤名の印字間違いがあり、オセルタミビルDSのところオキサトミドDSと印字されていた。監査時に薬剤師が気づき訂正し調剤した。	3月の繁忙期分包機の入力時にオセルタミビルDSと次にオキサトミドDSがあり選択間違いしやすい状況	情報の共有監査の徹底			オセルタミビルDS 3%「サワイ」	ヒューマンエラー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	初診の患者さんで薬が出るのが初めて。クラシエ柴苓湯8.1g分2朝食前で処方されているところをクラシエ柴苓湯8.1g分3毎食前なので調剤をしてしまった。後日、在庫確認をしたところ調剤ミスが判明。連絡をして処方どおりに調剤。	その時間患者が多く、用量のみの確認で用法まで確認をしていなかった。	用法、用量の確認までしっかりと行うようにする。			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
946	小児の調剤をしている際、アスピリンDSを調剤し分包紙に印字したところ、誤ってアストミンと記載。調剤はジャーナルを確認し、アスピリンDSで間違いがないため、印字を訂正し再分包してお渡し。	調剤は間違いなくアスピリンで行ったものの、忙しい時間帯で、印字の際にアストミンと印字してしまい、アスピリンと印字していると思い込んだまま、監査時も見逃してしまった。	分包機に入力した際に印字内容の確認と、監査時も印字の確認を怠らない。			アスピリンドライシロップ2% アストミン散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:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
947	施設入居患者様が、往診医以外の病院を受診した場合、当局に処方箋をFAXして、調剤、一包化して施設に配薬するのだが、今月は受診後他薬局に処方箋を出し、お薬をPTPで持ち帰ってきてしまったとのことで、もらってきた薬(90日分)を当局で一包化して欲しいと施設看護師から依頼あり、処方箋なしで当局で一包化した(薬袋は持ち帰った)薬剤と印字に相違があった。	当局で以前お渡ししたのはジェネリックで、今回他薬局でもらった薬は先発品であった。そのため、分包機のその方の過去の記録を使用し分包したため、お薬は先発品、印字はジェネリックという、正しくない印字のミスが起き、監査時に気づいた。	処方変更がない場合、分包するときに印字まで細かく見ることができていなかったが、監査時のみでなく分包時にも、空になったヒートと印字が正しいかどうか確認する必要がある。また、薬品の効能としては相違ないが、先発品とジェネリックとでは外観のサイズや色が異なることもあり、患者さま本人、施設スタッフの不安や混乱に繋がってしまうため注意が必要である。			エビプロスタット配合錠DB	ヒューマンエラー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	スチックゼノールAが処方されていたにも関わらず、フェルビナクス軟膏で投薬。施設在宅の方なので、処方日の3日後にお届けしたが、その日の薬歴の入力をする際に、間違っただけが判明。翌日の朝に、差し替えのスチックゼノールAを届けたが、既に何度か使用していた。健康被害はなかったが、施設職員も気づかず使用していた。	当該施設でフェルビナクス軟膏を使用している方が複数いたため、思い込みで調剤してしまったことが原因。訪問前に2人で再確認するが、その時も気づかなかった。	思い込みでの調剤ミスをなくすために、再確認の読み合わせの時にさらに気をつけるようにした。			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
949	リセドロン酸Na錠17.5mg「明治」1日1回1錠起床時6日分処方された。この薬剤は1シートに2錠入っているが、調剤した薬剤師は1シートに1錠入っていると思い込み6シート(12錠)調剤してしまった。監査・投薬した薬剤師も数量の違いに気づかず交付してしまった。	リセドロン酸Na錠は17.5mgだけでなく75mgの規格も存在する。75mgの場合は1シートに1錠入っているため本薬剤も同様に考えてしまった。処方せんは正しく読めていたが、調剤した薬剤師の数量確認が十分に出来ていなかった。	実際に調剤した薬剤を見ながら錠数の確認を行う。			リセドロン酸Na錠17.5mg「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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
950	一般名処方でフロセミド錠20mgが出ており、これまでフロセミド錠20mg「NIG」をお渡ししていたが流通が悪くなったためフロセミド錠20mg「NP」にてお渡ししたが、メーカー変更の旨の説明がもれていた包装が大きく異なるため患者が服用しておらず、2週間後に処方もとのクリニック看護師により発覚した健康被害はない	いつも投薬している薬剤師が病欠の為慣れない薬剤師が投薬したジェネリック品のメーカー変更の際も説明するよう業務手順を組んでいたが遵守されていなかった	処方内容の変更、メーカー変更などの変更について業務手順を再確認する処方せん入力時点から変更点を鑑査者、投薬者で共有する			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
951	ジクアスLX点眼が処方されているところ、ジクアス点眼で交付してしまう。薬歴記載中に気が付き、ご本人にご連絡し、ジクアスLX点眼に差し替えさせて頂きました。	ジクアスLX点眼が本格採用されて日が浅く、また名前も似ているため取り違えてしまった。監査、交付時にもそれに気が付かなかった。	処方箋に記載の薬名をはじめの数文字や思い込みで判断せずに、必ず最後まで目を通し確認する。			ジクアスLX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
952	インスリン グラルギンが初処方された患者に対して調剤を行った。その後、患者は処方元の病院で注射手技の指導を受けていた。指導中の看護師が期限切れの薬剤が交付されていること発見した。	臨時で勤務していた薬剤師が調剤を行い、別の薬剤師が監査・交付を行った。2名とも期限の確認をしていなかった。	期限の確認を徹底する必要がある。常勤の場合は薬剤の処方頻度などから推測する。臨時職員の場合は、期限について基本的に注意が必要。			インスリン グラルギンB5注ミリオペン 「リリー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
953	当薬局でピロリ菌除菌のためポノサップバックが処方された。お薬手帳でベルソムラを服用している記載があったが、そのときすぐに気づかず、投薬前に再度確認中にポノサップバックにクラリスが入っていることに気づいた。クラリスとベルソムラは併用禁忌の為、ピロリ菌の除菌が終わるまではベルソムラの服用はしないように伝えた。後日ベルソムラ処方のDrにもマイスリー等に一時的に変更をお願いした。	配合剤やバック製剤は成分が何かという意識が希薄になるため、必ず成分を確認して相互作用のチェックを行うようにする。	配合剤やバック製剤は中身に何が入っているか成分をあらかじめ書き出して、当該商品に貼っておく。			ポノサップバック400	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
954	<p>粉碎指示。スピロラクソン50mg 1×夕食後の処方だが施設より調節したいので(25)1T1×夕で調剤し1回2包で調剤依頼あり希望通り調剤していた。一包化に「スピロラクソン(25)1T」と記載。次に処方が出た時に前回の分包機のデータを引っ張って調剤。(25)1T1×夕で調剤し1回2包で服用するとは思っていなかったため2T1×夕で調剤。印字は「スピロラクソン(25)1T」のままだった。施設から電話が来て発覚。薬は服用しておらず。</p>	<p>いつもの違った形で調剤したことを薬歴などに記載していなかった。確認不足。</p>	<p>いつもと違った形で調剤したものは必ず薬歴に残し誰が見てもわかるようにする。</p>			<p>スピロラクソン錠25mg「日医工」</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
955	<p>クラシエ五苓散料の箱にクラシエ八味地黄丸料が1袋混入していた。気づかないまま調剤者がピッキング、監査者投薬者ともに見逃し、患者様にクラシエ五苓散料7袋、クラシエ八味地黄丸料1袋で投薬した。患者様からの電話で発覚。飲まないよう指示し、次の日患者様の自宅に行き交換した。</p>	<p>新しい事務員にピッキングの指導をしていた。薬剤の戻し間違いが要因であると思われる。また、監査者、投薬者の監査不足も否めない。</p>	<p>薬剤を戻すときも一緒に確認をするようにした。箱から出したからといって、その薬剤だと思わず、薬自体を確認するよう薬局全体で徹底した。</p>			<p>クラシエ八味地黄丸料エキス細粒</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>
956	<p>老人施設に訪問した際、リスパダール内用液を1回量1mgのところ誤って0.5mgをセットしてしまった。翌日の午前中、別の薬剤師が量の間違いに気づき、再度訪問しセットしなおした。患者は1回分だけ半量だったためか、症状の緩和がされなかったと施設看護師より報告があった。</p>	<p>処方リスパダール錠1mgだったが、疑義照会にてリスパダール内用液への変更をお願いした。その際に、量の変更で思い違いが生じてしまった。本来であれば、リスパダール内用液1mg・1mL「1mL」の製品を選択するべきところ、薬局に在庫がなく「0.5mL」の製品を選択してしまい1日量4包のところ2包で調製してしまった。</p>	<p>今回は、薬局営業時間外だったため、一人調剤となってしまったが、万が一、一人で調剤しなければならぬ時のルールなどを作成しておきたい。声出し、指差し確認など決めておく。</p>			<p>リスパダール内用液1mg/mL</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	
957	サラゾピリン500mgでの処方初めてだった。(リアルダ)からの変更ジェネリック希望だったふが、薬局には在庫もなく近隣薬局からサラゾスルファピリジンの潰瘍性大腸炎の適応のないメーカーのものを取り寄せ、調剤してしまった。	適応症などを確認せずに、同じ成分のものを調剤してしまった。確認が不十分。普段からあまり調剤していない薬剤だったため、薬剤に対する知識も不十分だった。	普段、調剤することの少ないものは十分確認したうえでの調剤。薬局間でのやり取りの際の確認を徹底する。			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
958	カフコデ配合錠が処方。薬歴を確認したところ、以前アセトアミノフェンで薬疹があり。今回のカフコデ配合錠にもアセトアミノフェンが含有のため処方医に確認。その後カフコデ配合錠は削除になりました。	配合錠の成分は覚えるか、確認する。	配合錠の成分は覚えるか、確認する。			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
959	前回まで75mgだった。漫然と鑑査して投薬してしまった。	前回D0の時にはいつも以上に注意を払う。	mg数はダブルチェックする。			ブラザキサカプセル75mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
960	新規で炭酸水素ナトリウムの処方が出て、初めての取り扱いで、取り寄せしてお渡しすることになった。12錠ヒートだったが気づかず4枚と2錠渡してしまったので8錠多く渡してしまった。たまたま、すぐに棚卸で、数えたときに数量が違く、気がついたので、患者さんに連絡したところ、多い分を持ってきてくださいました。	新しい薬の剤型や数量をきちんと確認する。	イレギュラーな場合でも、2人以上で確認する			炭酸水素ナトリウム錠500mg「VTR 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



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
961	在宅患者ネキシウムカプセル10mg 1個クロピドグレル錠25mg 2 錠1日1回 朝食後 21日分 ニトロダームTTS 25mg 1日1 回 貼付 21枚 上記処方内容の患者定期往診とは別の 臨時薬が追加で処方された。当日お届け 指示があり、焦っていた。入力時に ネキシウム10mgのところ20mg で入力。入力した処方内容の確認不足 のまま自動分包機で分包。監査時に入 力および調剤ミスが発覚した。	当日お届け指示があり、焦ってしまい、 入力時の規格チェックが漏れてしまっ た。自動分包機で分包する際、入力が あっているだろうと思いがちあり、印 字レイアウトや服用開始日ばかりに気を とられ、規格チェックが漏れてしまっ た。	入力時に、薬品名・剤形・規格にペンでチェッ クをいれながら、確認する。自動分包機で分包 前に、分包内容を、鉛筆で処方箋にチェックを 入れ確認することを徹底する。			ネキシウムカプセル1 0mg	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例
962	一般名 レボドパ・カルビドパ(製品 名ドバコール)を調剤しなければなら ないところ従来より服用していたレボ ドパ・ベンセラシド(製品名マド パー)を調剤一包化して交付した	なれと流れ作業、今回も変更なしのDO 処方と思込みが原因	確実に確認する。 多人数で監査。 投薬時に 患者様との確認作業の厳密化			ドバコール配合錠L1 00 マドパー配合錠	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
963	タケキャブ20を薬品のコードのにた アジルバ20と間違え、イーサーに充 填してしまった。	思い込みと錠剤コードの確認不足による	必ず二人で確認する。確認をお願いされた人が 錠剤を入れ、記録には2人の名前を記入する			タケキャブ錠20mg	ヒューマンエラーやヒューマ ンファクターに起因すると考 えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
964	定期的に来局されている患者さんで処方薬が10種類以上あり長期処方の1包化で時間かかるため後で取りに来てもらうことになった。薬剤師が1包化の鑑査を行ったところ1包のみリマプロストアルファデクス錠が2錠のところ3錠となっており、ピソプロロール錠0.625mg 1錠が入っていなかった。作成者に確認したところピソプロロール錠0.625mg が1錠足りなかったため追加しようとしたところ間違えてリマプロストアルファデクス錠を追加してしまった。ピソプロロール錠0.625mg 1錠が床に落ちていたのを他のスタッフが発見していたが当事者には伝えられていなかった。	1包化の錠数は合っているため見逃してしまう可能性があった。処方薬の種類が多く錠剤の見た目も類似しているため間違えてしまった可能性が高いと思われる。情報共有していれば未然に防げた可能性がある。	分包機が古く全て手巻きで行っているため新しい機械を導入する。1包化作成時に薬が足りない時は必ず他のスタッフにも声をかけ問題無いか確認した上で追加する。落ちてる錠剤があれば1包化で使用されている可能性高いため他のスタッフにも声をかけるようにする。トレーに入れて1包化作成しているが穴が空いてるトレーもあり錠剤が落ちないよう備品を買い直す。			リマプロストアルファデクス錠5μg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
965	ツムラ大建中湯15g3×毎食前114日分の処方に対し7.5g/日にて調剤実施。監査時に間違えに気付く。	漢方では3包3×の処方が多く慣れからの間違えと推測。大建中等の用法用量への理解があれば間違えの無かった事例	思い込みや慣れの調剤は行わずに、毎回必ず処方箋原本の最後まで確認行うように徹底する			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
966	処方箋の記載が、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り、確認せずにヘモレックス軟膏を調剤した。処方入力時に「ヒドロコルチゾン」で検索をかけたが、ヘモレックスのみ該当した。その後、他薬剤師が鑑査を実施したところ、強力レスタミンコーチゾンコーワの一般名称が「酢酸ヒドロコルチゾン・フラジオマイシン配合剤軟膏」であることに気づき、ミスが発覚した。	通常、当局で出る軟膏剤にヘモレックス軟膏があり、一般名が「ヒドロコルチゾン・フラジオマイシン配合軟膏」であった。そのため、今回の処方箋の記載の「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」の記載だったため、見落とした。	外用剤の一般名処方については保険薬辞典を用いる等、確認して調剤を行う。			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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
967	スタッフが調剤を行っていたところ、ピラノアOD錠の棚にフェキソフェナジンOD錠が紛れ込んでいるのを発見した。	ピラノアもフェキソフェナジンもヒートに紫色が使われていること。棚の位置が近い事。どちらも抗アレルギー薬であり、春先の時期に処方されることが多く、エラーボックスに入っていることが多い事。	棚に戻すときは必ずミスゼロ子を使う事。Wチェックを行う事。			フェキソフェナジン塩酸塩OD錠60mg「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
968	初診の患者。今までは他院でチモロール点眼液を処方されていた。同じ薬が出るはずだったが、1日1回のチモブートルXEが1日2回の指示で処方されていた。処方変更だとしても1日2回の指示はおかしいと思い医師に疑義照会した。チモブートル点眼液を処方するつもりが間違えであったと判明した。	似たような名称の薬であるが、点眼回数メーカーが推奨する用法にあていない場合は、医師に確認が必要と思われる。	方法が通常と違う場合は、医師に処方の意図を確認した上で調剤する。			チモブートルXE点眼液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
969	数種類の薬剤の一包化調剤。バルサルタン錠20mg「サンド」が入っていないところ、はじめの2日分にバルサルタンが入っておらず、ナフトピジルOD錠50mg「サワイ」が入っていたが、調剤時・鑑査時には気付かなかった。翌日、患者宅へ訪問。お薬カレンダーへセットした他の薬剤師が薬が異なっていることに気付いた。	・分包機に前患者の薬の錠数を多く調剤しており、その薬が分包機に残っていることを確認しなかった。・バルサルタン錠20mg「サンド」とナフトピジルOD錠50mg「サワイ」の錠剤の色が類似しており、鑑査時に見逃してしまった。	・分包機に前患者の薬が残っていないかの確認を徹底する。・一包化の鑑査時は錠数だけでなく、錠剤の刻印まで必ず確認する。			バルサルタン錠20mg「サンド」 ナフトピジルOD錠50mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
970	帯状疱疹で受診。帯状疱疹薬、鎮痛剤処方あり。それに伴ってムコダイン処方。前鑑査で本人に聞き取り（他薬剤師）していましたが、痰の症状までは未確認。投薬時に痰症状確認した所、胃薬ムコスタと処方間違い発覚。	週明けで患者が多い為、Drのカルテ入力間違いの可能性が高い。	処方せん鑑査時、関連がない薬剤が処方されていた時には前鑑査で本人に確認する。			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:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
971	月2回処方が出る患者。一包化薬を14日分調製したが、朝1包でタケキャブ(10)のかわりにアジルバ(40)が入っていた。監査時に気づき、作り直して渡した。後で一包化を調製する機械のタケキャブ(10)のカセットを見たが、タケキャブ以外の錠剤の混入はなかった。	おそらくアジルバ(40)とタケキャブ(10)が両方入った一包化薬をばらして錠剤をカセットに戻すとき、誤ってアジルバ1Tをタケキャブのカセットに入れてしまったと思われる。いずれも黄色い楕円形の錠剤で大きさも類似している。	一包化薬の作り直しをして錠剤をカセットに戻すときは、種類や数量に間違いがないか確認し慎重に行う。一包化薬の監査時には機械を信用しすぎず、間違いがありうることを想定して慎重に行う。			タケキャブ錠10mg アジルバ錠40mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
972	ビソプロロール錠0.625mgを60錠のところビソプロロール錠0.625mg 20錠、ビソプロロール錠2.5mg 40錠を渡していたことが、その日帰られて、確認されたご本人が、発見 お電話にて、連絡していただき、ビソプロロール錠0.625mgの棚ケースに、2.5mgのシートが紛れ込んでいたことがわかった。ご本人には、すぐ、薬剤を交換しお詫びする。	ビソプロロール錠「サワイ」2.5mg ヒートデザインも似ている。2.5mgの方の箱を開けたおり残りを、0.625mgの方に戻したため、紛れ込んだ状態になる。同棚の同じ列に並んでいたため、そのような間違いが起こった。2.5mgと0.625mgをなるべく開けて並べていたが、だめだった。また、監査システム使用していても、バーコード読み取りで、たまたま0.625mgの方をよみとったため、さらに、気が付かなかった。	ビソプロロール錠は、特にヒートデザインが告知してるため、0.625mgを同一の棚にしないで、引き出しに移した。しっかりヒートヲ1枚ずつ確認するようにすること、とった薬剤をもどす時必ず薬剤確認してもどすことを徹底する。			ビソプロロールフマル酸塩錠2.5mg「サワイ」 ビソプロロール錠0.625mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
973	頭痛がするとのことである。アマーヂが処方となる。婦人科でメチルエルゴメトリンで処方されている。アマーヂとメチルエルゴメトリンは併用禁忌のためアマーヂ処方医に疑義照会を行いロキソプロフェンへ変更となる	たまたま1人薬剤師の時であり患者も立って続けてきたため確認を怠ってしまった	婦人科などのあまり受け付けない診療科の薬を受け付け場合は添付文書などで常に確認を怠らないようにする			メチルエルゴメトリン錠0.125mg「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
974	処方箋上「ツムラ五淋散エキス顆粒」を調剤しないといけないところを「ツムラ猪苓湯エキス顆粒」を投薬した。	泌尿器科クリニック門前薬局の為、「ツムラ猪苓湯」と「ツムラ五淋散」はどちらもよく処方されるための勘違いによるもの。	処方箋をコピーし処方されている漢方の欄に漢方薬番号を記載。また、薬袋の薬品名欄にもレセコンより該当薬品の漢方薬番号を事前入力することにした。			ツムラ五淋散エキス顆粒(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	
975	モサブリド酸塩錠5mgをモンテルカスト錠でお渡し翌日、本人きずいて、持ってこられた、謝罪して交換。また服薬なし。	しっかり名前確認	しっかり確認			モサブリドクエン酸塩錠2, 5mg「NP1」	ヒューマンエラー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	フェキソフェナジン。ブソイドエフェドリンにフェキソフェナジン	処方箋を確実に読む	薬を出してから間隔をあけて投薬する			フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
977	4/12定時薬処方され来店。お薬手帳確認したところ前回処方箋の部分に付箋あり、ピタバスタチンCa.OD錠「サワイ」で打つべきところを普通錠「トーフ」で打っていた。患者家族への聞き取りで入院した病院で付箋貼った事が判明。謝罪した。	打ち込みの事務は単純に選択を間違った。監査者は当店でピタバスタチンは1銘柄の採用であるため、監査時薬袋等のメーカー名まで確認しなかった。	打ち間違いの可能性もあるため、メーカー名まで確認することとする。			ピタバスタチンCa・OD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
978	風邪症状により一般名プロメタジン配合顆粒を処方他院併用薬に花粉症治療薬としてピラノア錠20処方歴あり抗ヒスタミン剤の重複となるため疑義照会当該薬が中止となり、カルボシステイン500アストミン10トローチの3剤へ変更になった。	お薬手帳に記載なく、病院ではDr把握できず。当薬局履歴よりピラノア服用が判明	疑義照会により処方変更			サラザック配合顆粒	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
979	体重9kg。急な熱38.8度。	規格間違い。体重確認の徹底。	患者さんへの問診の徹底。けいれん歴や、体重、併用薬確認等。			アセトアミノフェン坐剤小児用200mg「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:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
980	分包機のカセット内に入れる薬剤の規格を間違ってしまった。一包化調剤したものの鑑査の際に気づき、カセットを確認したところ、規格違いが混ざっていた。	繁忙期で、2重チェックを怠ったことが原因。	カセットへの薬剤充填は二人体制で行うように改善する。			ニフェジピンCR錠10mg「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
981	エピナスチン塩酸塩20mg「YD」の薬品棚に、チクロピジン塩酸塩錠100mg「YD」が混入しており、エピナスチンを91錠分シート交付すべき患者にチクロピジンが20錠分混ざって交付してしまった。	2種それぞれのシート裏面のデザイン・色味・サイズが酷似しており、一部シートが混入していることに気づかず交付したと思われる。	錠剤を棚に戻す際は、一旦仮置き場に置き、店舗内が落ち着いているときに2人で確認しながら棚に戻すことを店舗内で徹底することにした。			エピナスチン塩酸塩錠20mg「YD」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
982	予製調剤で分包してあったものが、処方変更になり、時間のある時にバラして戻すことに。中にヒルナミン錠25mgが5錠ずつ28日分、計140錠あって、それを概観だけで良く識別コードを見ずに、アナフラニール錠25mgだと思い込んで、アナフラニール錠25mgのカセットを出して、他の者に確認してもらって入れた。この患者さんはアナフラニールが出ていたっけ、と振り返り、そうだ、ヒルナミン錠25mgだった、とすぐに気づいてアナフラニール錠25mgのカセットから錠剤を全て出して、ヒルナミン錠25mgを140錠拾い集めた。2つの錠剤が色つや、大きさ、刻印の色までそっくりだと、気づいた。患者さんには薬は行っていないが、このまま気づかなかったらと思うと、ゾツとした。	土曜の午後で1人薬剤師だった。他の者に確認してもらう際に「アナフラニール25mgです」と誘導するように、ひとこと言ってしまった。	バラ錠充填、散剤充填、バラ錠を戻す時、ダブルチェックは勿論だが、慢心せず、しっかり確認することが大事である。			ヒルナミン錠(25mg)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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
983	薬袋は2種類：朝服用の「ロバスタチン錠5ミリ」を「夜の袋」に、寝る前服用の「エスゾピクロン錠2ミリ」を朝の袋に入れた。患者は「朝の袋」の睡眠剤エスゾピクロンを、朝食後に服用して通勤途中、車の運転中に眠気がでて事故を起こしそうになり薬が間違っ入っていることに気がついた。	薬剤師が年齢とともに遠視になり、見間違いがふえてきた。	薬剤師が監査後、眠剤を袋に入れる際は、年齢の若い事務員に薬と袋があっているかチェックしてもらう。			エスゾピクロン錠 2mg 「ケミファ」 ロバスタチン錠 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
984	ピオフェルミン散とラックビー微粒Nの処方があり、事務、調剤者共に気づかずに取り揃えていた。処方したクリニックからはピオフェルミン散が初めてだったということ、普段はピオフェルミン配合散が処方されていることから、監査時に疑問に思い調べたところ、成分が重複していた為、疑義紹介に至り、ピオフェルミン配合散へ変更となった。	先日、ピオフェルミン散が発売になった事による、処方の間違い。	ピオフェルミン散、ピオフェルミン錠剤、ピオフェルミン配合散など、同じような名前で異なる成分の物が混在しているので、しっかりと成分を理解、確認するようにする。			ピオフェルミン散剤	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
985	施設の患者様に臨時の処方が出されて、急いで訪問する必要がありました。処方の内容はロキソプロフェン錠60mgとレバミピド錠100mg それぞれ3錠分3食後14日分でした。一包化した際に、レバミピドが2錠入っている分包紙と全く入っていない分包紙が作成されていましたが、気が付かずそのままカレンダーにセットしてしまいました。また本来、先発品のムコスタ錠100mgで調剤しないといけなかったところ、ジェネリックのレバミピド錠100mgで調剤してしました。	昼過ぎに処方箋がファックスされて、その日の昼食後から服用させたいと言われて慌ててしまったことが原因と思われます。またダブルチェックしないで一人で作成して一人で監査してしまったことも要因と思われます。	どんなに急いでいる時でもダブルチェックを徹底します。また一般名処方の時には先発かジェネリックかをしっかりとチェックする様に徹底します。			レバミピド錠 100mg 「オーツカ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
986	リンデロンA液が「使用部位：耳」で処方された。処方医はリンデロン点眼点耳点鼻での処方意図であった。リンデロンA液が耳に使用できないことを知らなかった薬剤師がそのまま交付してしまった。	薬剤師の知識不足リンデロン～は種類が多いにも関わらず確認を怠った。	使用部位の確認と処方内容の妥当性の確認を徹底する。			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
987	当薬局では新規の患者。皮膚科での乾癬治療としてネオオーラル25mg 4C 分2およびドボベツト軟膏の処方箋を受付。薬局では既存の採用薬として50mg規格のものしか存在せず、誤って50mg 4Cでレセコン入力および調剤を行ってしまった。投薬時も患者記入の問診票をもとに継続薬である旨を確認したため、治療経過や副作用有無など薬歴の入力画面を確認しながら投薬を行ってしまった。その後、投薬者が薬歴に入力時にネオオーラルの規格間違えに気付き、患者に連絡したが、すでに1回分を服用してしまっていた。すぐに処方医に連絡、その後の服用について指示を仰ぎ、夜の服用分は休薬するよう指示あり。患者より悪心と脱力感の訴えを聴取したが、軽度にてそのまま経過観察をお願いした。翌日からは維持量100mg・日でネオオーラルを服用中。	処方箋に明記されたネオオーラルが採用薬でなかった規格のものにてレセコン入力者、調剤、監査者ともに思い込んで作業してしまった。投薬時も患者より継続薬と聞き、副作用の聴取ばかりに気を取られて、交付する薬剤の用法用量の確認を怠ったことが原因である。	事務員がレセコン入力時に採用ない規格のものがあるとわかった段階で調剤者へ確認するよう意識づける。薬剤師も調剤監査時の薬剤の規格確認は勿論のこと、投薬時も患者に十分に確認した上で交付するよう再度周知徹底を行う。			ネオオーラル25mg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	
988	平素より来局されている患者に重質酸化マグネシウム「ケンエー」1日1g、1日2回、(内服分2朝・夕食後服用)20日分が処方されていた。1日2回なので1包0.5g ヒート40包ピックアップするところを、調製者は1包1gヒート40包でピックアップしてしまった。監査時に倍量で調製されていることに気付いたため、正しく調製して患者にお渡しした。	当薬局には重質酸化マグネシウムのヒート品が1包1g、1包0.5g、1包0.67gの3種類ある。また、錠剤棚の同じ引き出しに入っているため誤って調製してしまった。	調剤棚の引き出し内で混同しないよう、箱等で区切って整理する。			重質酸化マグネシウム「ケンエー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
989	ピラノアは空腹時投与ですが、夕食後の処方⇒疑義にて眠前に変更	抗ヒスタミン剤は夕食後で他剤は処方されることが多いので、その流れでDrも夕食後に用法を記載したと思われる。	空腹時服用の一覧を作るなどの対応が必要			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
990	一包化で、ピタバスタチンを入れるところ、誤ってアゾセミドを入れてお渡し。投薬後に発覚し、患者に連絡して取り換えた。	一包化を修正する際に、アゾセミドを抜かないといけなところ、外観が似ているピタバスタチンを抜いてしまった。監査でも気付かずに投薬。	抜いた後の錠剤をしっかりと確認する。			アゾセミド錠30mg「JG」ピタバスタチンカルシウム錠1mg「KOG」	ヒューマンエラー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	月初の納品数が多く、また繁忙時間帯に卸さんから納品薬剤包装が類似のため薬剤棚に入れ間違いロスバスタチン錠5mg「トーワ」、モンテルカスト錠10mg「トーワ」、クロビドグレル錠75mg「トーワ」この3剤を薬剤棚に入れ間違い	月初で納品数が多く、また繁忙時間帯のためしっかり確認せずに薬剤棚に入れる	月初は納品数が多いため、薬剤をしまう作業は時間帯をずらして行う			ロスバスタチン錠5mg「トーワ」モンテルカスト錠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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
992	血圧が低いためアムロジピン10mg から5mgへ処方変更になっていたが、入力から調剤まで10mgのまま行ってしまった。投薬時ご家族の方から血圧が下がってきたため、血圧の薬の量が減っていると聞き取りをし発覚。	いつも定期薬の変更がほぼない患者さんのため、入力から調剤に至るまでDo処方だと思い込みで行ってしまった事に要因があると考えられる。	定期薬でほとんど処方内容変更ない患者さんは、処方変更がないのかを入力から調剤までより確認する事が必要であると考えられるため、複数で確認を行ってミスをしないように改善したい。			アムロジピン錠10mg「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
993	一包化薬を15日分調製した。監査時、そのうち3包でフロセミド(40)の代わりにテルミサルタン(40)が入っていることに気づき、作り直した。分包機のカセットを調べたが、フロセミド(40)以外の錠剤は入っていなかった。	以前一包化薬を作り直して錠剤を戻すとき、誤ってテルミサルタン(40)3Tをフロセミド(40)のカセットに戻してしまった。	分包機のカセットに錠剤を入れるときは、間違いがないか慎重に行う。できればダブルチェックを行う。一包化薬の監査時は、錠剤の間違いの可能性を考えて慎重に行う。			フロセミド錠40mg「SN」テルミサルタン錠40mg「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
994	炭酸水素ナトリウム錠210錠であるところ250錠でピッキングした。	炭酸水素ナトリウム錠は1シート:12錠であるところを、1シート:10錠であると思い込み210錠のところ(PTP12錠×10+PTP12錠×10+10錠)ピッキングしてしまった。	120錠(PTP12錠×10)包装であること確認し指差し・声出し確認の再度徹底していく。			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
995	Aさんに処方されたبرانلカストDSをBさんの薬袋に入れてしまった。そのまま気づかず投薬してしまい、後帰宅後、患者様から連絡。服用する前に回収し、正しいものをお渡しした。	AさんとBさんは同じبرانلカストDSを処方。量は違う。Aさんの調剤時に誤って2回分作り、Bさんの分は作成しなかった。調剤者はそこで、名前確認や量確認を怠り、Aさんの2回目をBさんの薬として薬袋の中に入れてしまった。	謝って作成してしまったものは迅速に破棄や戻しを徹底する。また、監査時のルーティンを薬剤師内でもう一度再確認。投薬する際の最終確認でも名前は必ずチェックする。			برانلカストDS10%「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
996	テリルジー200エリプタ14吸入用を2キット処方された患者が来局した際に、在庫が1キットしかなかったため、1キットを渡して不足分は届き次第郵送することになった。後日、不足分が届いたため郵送する際に、誤ってテリルジー200エリプタ30吸入用を郵送してしまった。	不足分郵送の際に、監査を怠った。	不足分用の薬袋にハンコを押す行為を、不足分が揃ってから行う。これにより、不足分を送る人が責任を持って監査することが期待できる。			テリルジー200エリプタ14吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
997	イトラコナゾール「サワイ」の包装が1シート10カプセルから1シート8カプセルに変更となっていることに気づかず調剤	包装変更の情報は薬局内で共有を行う。1シート10カプセルであるという思い込みは危険	上記			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
998	過去にムコダイン錠で副作用の痒みあり、薬歴に記載あり。処方一般名処方カルボシステイン錠で処方。同成分で副作用あったので疑義照会後に変更でプロムヘキシン錠に変更になりました。	必ず薬歴の副作用歴を確認する	必ず副作用歴を確認する			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
999	処方がないアムロジピン錠5mgが入っていたと患者様よりお電話があった。アムロジピン錠2.5mgは処方あり、2.5mgは入っていたが5mgも入っていたとのこと。	忙しかったため。	監査だけでなく投薬の際もきちんと確認する。			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
1000	リアルダ1200mgが4錠分1朝食後28日分で処方。全112錠必要だが、66錠で調剤されていた。	調剤者は1年目で、店舗配属後数日しか経っておらず、リアルダが8錠包装の56錠包装ということを知らなかった。10錠シートと100錠包装の箱と思い込んで調剤してしまった。	10錠や14錠シート以外の、特殊な錠数のシートの薬をあらかじめ知らせておく。また調剤の際も箱に記載のある〇〇錠の記載を必ず確認する。			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
1001	ロラタジン10mgが2錠分2で処方箋に記載されており、用法が分1のため、用法確認の疑義照会を実施。本来クラリスロマイシン2錠分2で処方すべきところ、入力段階で先発のクラリスではなくクラリチンを選択してしまったと発覚した	病院での処方箋入力記載間違い。記載されていた誤薬剤の用法が間違っていたことから発覚できたが、他に去痰剤や鎮咳剤も処方されていたため、疑義照会しなければそのまま投薬していた可能性が高かった。	調剤監査時の用法用量の再確認。患者から症状を聞き取り、処方薬剤の妥当性を検討。			クラリチン錠10mg 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:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1002	<p>ランドセン (0.5) 1000錠入りの中にランドセン (1) 2錠混入していた。外観が酷似しており、だれも気付かずそのまま調剤。後日向精神薬の数を確認した際、ランドセン (0.5) 2錠多く、ランドセン (1) 2錠少なくなっている事が判明。それまで処方出ている患者全員に電話をかけて混入していた人特定。未服用である事確認し、後日2錠返却していただき、新たに (0.5) 2錠お渡しした。</p>	<p>ランドセン (1) とランドセン (0.5) のシート外観が酷似。現在ランドセン (1) 処方出ている人が一人しかおらず、混入には全く気付かず。おそらく、(1) のシートを2錠戻す時に誤って (0.5) の入った1000錠の箱に閉まったが、埋もれて全く分からなかったと思われる。</p>	<p>ランドセン (1) 処方出た際には戻すときに細心の注意を払って100錠入りの箱に戻し、その都度残薬数えるようにする。</p>			<p>ランドセン錠 1 m g</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>
1003	<p>他院から転院された方で、以前の病院ではアムロジピン5m g 「ファイザー」をもらっていた。転院後もアムロジピン5m g は継続となっていたため、当該施設の採用薬であるアムロジピンOD5 m g 「ケミファ」を交付していた。同時に花粉症の症状もありピラノア錠が開始となっていた。交付時にそれぞれお薬の内容を確認してお渡した。次回来局時にピラノア錠とアムロジピン5m g 「ファイザー」のヒートの色合いが似ていたとのことでピラノア錠を降圧薬と勘違いして継続し、花粉症の症状が落ち着いたとのことで抗アレルギー薬と勘違いしてアムロジピンOD5m g 「ケミファ」を中断していたことが判明。服薬中断期間は10日間あり血圧も上昇傾向となっていた。</p>	<p>他院からの転院のため処方内容は同じでもメーカー違いによる外観の変化を十分に説明できていなかった。ピラノア錠は初めて服用するお薬だったため服用タイミングなど患者さん背景に沿った説明に重きをおき、メーカー変更に対する説明が薄くなってしまった。</p>	<p>各メーカーの包装をすべて把握することは現実的にも難しいですが、お薬手帳の情報等を確認してメーカー変更の際には患者さんが理解できるように十分に説明する必要があることを他のスタッフにも周知した。メーカー変更時には薬袋にもその旨を記載する工夫も必要と思われる。</p>			<p>アムロジピン錠 5 m g 「ファイザー」 アムロジピンOD錠 5 m g 「ケミファ」 ピラノア錠 20 m g</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	
1004	(一般名処方) トラムドール塩酸塩・アセトアミノフェン配合剤の処方において、入力にはトアラセット配合錠「EE」としているところ、トラムセット配合剤で調剤・交付した。	調剤薬剤師が(トラムセット配合剤)をピッキング。投薬薬剤師が薬剤情報提供書(トアラセット配合錠「EE」)の写真の上に(トラムセット配合剤)を並べたが、名前・写真ともに似ており間違いに気付かなかった。	両薬剤に「類似注意」の印をつけた。			トアラセット配合錠 「EE」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
1005	炭酸水素ナトリウムを処方する予定が、炭酸リチウムが処方されていた。	おそらくレセコン入力時の検索で選択誤り(病院にて)	患者様としっかり対話することで薬剤交付誤りを防ぐことができる。今回事前に患者様と「次回重曹をもらおう予定だ」という話をしていたため誤りに気付いた。			炭酸水素ナトリウム 「VTRS」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
1006	新規でミオナル錠50mgが処方、投薬時に処方理由について伺ったが本人が処方理由を把握しておらず、現在の症状を確認するも該当する症状がなく、念のため処方理由を医師に確認させてもらっていか患者に確認、了承を得て処方医に問い合わせ、ミオナル錠50mgではなくシナル配合錠処方のもりだったと回答があり変更して調剤、交付	手書きのカルテを利用しているクリニックのため、処方箋に出力の際にシナル配合錠とミオナル錠の取り違えがあった模様	新規の薬が追加の場合、処方理由と薬剤が一致しない場合は疑義照会等で確認をとっていく			ミオナル錠50mg シナル配合錠	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
1007	一包化の際、カセットに充填するとき、カセットの薬剤名と充填する薬剤名をきちんと確認せず補充した。	慣れによる不注意	カセットの薬剤名と充填する薬剤名の確認をしっかりとる。			カルボシステイン錠500mg「JG」メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1008	ベサコリン0.3g分包を間違えて0.2g分包を渡してしまった。	一日量が0.6gだったので分3と分2を間違えた。	用法も確認する。			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	
1009	ワイドシリン20%2.2gとワイドシリン2.4gの2つが分包されていたが調剤はあっているが分包されたものを相互に入れ違えてしまう(薬袋・薬情・手帳のセットとできあがった分包品)	体重 用量ほぼ同じで同じ成分で見た目も同じであったため、間違えやすい環境下ではあった	正確に出来上がった分包品を薬袋 薬情 手帳のセットされかカゴに入れる監査はすべてのものが同一人物であるか確認。処方箋と調剤済みジャーナルが一致することを確認する			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
1010	患者にはエビリファイ内用液6ml/包をお渡ししていたのだが、3ml/包で調剤していると思ひこみ、1回1包服用の所、1回2包服用するようにと説明してしまった。その後間違いが発覚。患者に電話で説明し飲み間違いを防ぐことができた。	自分は3ml/包で調剤していたが、その後在庫があることが分り他の薬剤師が6ml/包で調剤し直していた。投薬する際に調剤し直していたことを知らず3ml/包と思ひこんで説明してしまった。	調剤し直す際は皆に伝わるように声を出すようにする。包装品がが似ているためどんなの忙しくも規格を確認するようにする。			エビリファイ内用液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1011	ルムジェブ注ミリオペンを定期処方の患者ルムジェブ注ミリオペンHDに変更処方されたが、変更気づかずルムジェブ注ミリオペンで調剤してしまった。レセコンの入力も誤っていた為、監査システムでも発見されなかった。ミリオペンは単位合わせが1単位刻みで、ミリオペンHDは0.5単位刻み患者は医師より変更の説明があり理解されていたが、現在の単位数が(朝2-昼2-夕4)であったため支障はなかった。発覚後は患者に連絡し、HD入荷後に交換してご容赦いただいた。	・ルムジェブ注にミリオペンHDがあることを把握していなかった。 ・定期処方であったため、いつもと同じ処方だと思い込んでしまい処方箋の確認が甘かった。	・ルムジェブ注ミリオペンにタイプ違いがあることを薬局スタッフに周知する。 ・定期処方も処方に変更がないか確認を徹底する。			ルムジェブ注ミリオペンHD ルムジェブ注ミリオペン	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
1012	テープ剤が処方されていたが、用量違いのテープ剤が記載されており、患者の要望に基づき希望のテープ剤を担当者が用意したが、先発品希望の患者に後発品を用意してしまった。交付前に気が付き、先発品を投薬した。	担当薬剤師が、処方内容を確実に確認せず、先発品を用意するべきところを後発品で準備してしまった。	処方変更時等には、確実に変更された処方箋に基づきピッキングを行うことを徹底する。			モーラステープ20mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1013	普段使用しているメーカーと異なるメーカーを発注してしまい、一包化の機械へ充填した。またそれに気づかずに投薬してしまっていた。	使用しているもののバーコードを用いて発注するところ、手入力で発注してしまい、メーカーが異なっていることに気づけなかった。また、一包化機械へ充填する際に使用する監査システムを通さなかった。	やむを得ず手入力発注する際にはメーカーを確認する。監査システムを必ず通す。			ドネペジル塩酸塩錠 5mg 「日医工」 ドネペジル塩酸塩錠 5mg 「タナベ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1014	複数回受診されている患者にいつも通りドボネックス軟膏が2本処方された。1本は在庫をしていたが、もう1本不足のためWEB発注システムにより発注担当の薬剤師が発注を行った。納品したものは、今までのドボネックス軟膏と箱の色が異なったが、販売元が移管されていたため変更になったのだろうと思いそのまま入荷の処理をしてしまった。後日、不足分の薬剤を患者に交付する際に、確認したところドボネックス軟膏ではなく、ドボベット軟膏であることに気づいた。交付時に気づいたため患者が使用することはなかった。	発注時に名称の似ているものを選択してしまっ。納品時にも気づかず、最初に監査をした際も箱の色も異なっていることは認識していたが、販売移管があったところから包装変更があったものと思い込んでしまった。	名称の似ているものは発注時にも注意する必要があることを周知徹底した。			ドボネックス軟膏 50μg/g ドボベット軟膏	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1015	チモロール点眼液0.5% (持続性) 処方があり後発品のチモロールXE点眼液0.5%を調剤するところを先発品のチモブトールXE点眼液0.5%と調剤してしまっ。在庫が合わないため気づいた。	週末で人員の体制も少なくまた入局し2～3か月で局内の製品の把握と不慣れもあった。人員不足製品の把握と不慣れもあった。人員不足	余り処方されない先発品を別箱を作りそこに保管した。監査システムの導入が望まれる			チモブトール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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1016	いつも同一機関で受診され定期で来局されている患者様(74歳、女性)がご来局。ツムラ柴苓湯エキス顆粒が処方され、そのまま調剤。当局ではお渡しが初めて。アシストシートの併用薬の記録やお薬手帳でも当薬剤の処方履歴なし。投薬中に患者様本人から以前貰った際に漢方薬の帯の色が黄色ではなく青色だったとお話あり投薬者がツムラ柴苓湯エキス顆粒ではなくツムラ猪苓湯エキス顆粒ではないかと考え、病院に疑義照会。当日は担当医が不在であり後日再度問い合わせたところ、ツムラ猪苓湯エキス顆粒に変更との指示を受けた。	該当する漢方薬の効能が類似しておりご本人からの指摘がなければ誤りに気が付くことが困難であった。投薬時にご本人からの聞き取りをしっかりと行っていたため、処方の誤りに気が付くことができた。	投薬時に初めて当局でお渡しする薬剤については必ず患者様からの聞き取りを行う。その際に話の食い違いがあれば必ず疑義照会を行う。			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
1017	既往歴に認知症の病名のついた高齢女性に、睡眠導入剤としてゾルピデムの投与が継続的に行われていた。認知症の周辺症状の不穏症状が発現し始め、クエチアピンを投与することに。ゾルピデムの適応に統合失調症あるいは躁うつ病に伴う不眠症には本剤の有効性は期待できないとの適応症に気づかず、数日服用してしまった。	知識的な問題もあることから、添付文書の確認及び周知徹底	レセコンから併用の際に注意喚起ができるようにする。			クエチアピ錠12.5mg「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
1018	ラロキシフェン(60)「サワイ」1T分1朝食後56日分、56Tお渡しするはずが、46Tしかお渡しできていなかった。今回、同処方出て、患者様とお話している時に、前回、薬が10日前に無くなったと聞き、在庫を見みると、10T多かったので、10T少なくお渡ししてしまったことが分かった。	いつもは、歯抜けが無いように、横からも薬を見てきちんと重なっていること確認しているが、このときは、確認を怠っていたことが、歯抜けの発見できなかったことにつながってしまった。	一つ一つ忘れずに、横からも薬を見て確認すること。			ラロキシフェン塩酸塩錠60mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1019	コンプトミニ配合点眼液の数量間違い コンプトミニ配合点眼液80個(20個入り×4パック)の処方をアルミ袋が1パック開封されていることに気付かず70個お渡しした。目薬の棚卸時に10個多く残っていることに気が付き患者様に連絡、不足が分かった。	コンプトミニ配合点眼液のアルミ袋が開封されていることに調剤者、監査者共に気付かなかった。	調剤時、開封後は箱に印をつけ、アルミ袋を輪ゴムで止めて目視で開封されていることが分かるようにする。調剤者、監査者とも開封されていないか確認する。			コン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
1020	【処方】トラセミド錠4mg(一般名処方) 【状況】処方入力時、一般名処方の「トラセミド錠4mg」を先発医薬品の「ルブラック錠4mg」で入力し、手帳シールや薬袋・薬情を印刷した。印刷後、該当患者はGEへの変更を希望される患者だったため、監査時に気づいて入力を訂正した。「トラセミドOD錠4mg(TE)」へと変更して、再度手帳シール・薬袋・薬情を印刷し、薬局当日に投薬も終了した。  当日の夜に患者様より夜に電話があり、お渡しした薬の説明書(薬情)が2枚入っており、1枚には本日もらっていない薬の名前が記載されており、確認したいとのことであった。確認したところ、最初に入力を誤って印刷し、「ルブラック錠4mg」が記入された薬情が一緒に入ってしまったっており、患者様が混乱してしまっていた。患者様には次日に確認して折り返し電話をかけ、経緯を伝えて謝罪した。	入力時、患者様がGEへの変更を希望されることはサマリーを確認して気づいたが、一般名処方をGEへ変更する際、OD錠でない一般名処方をOD錠のGEへ変更する場合は、変更画面で「規格違い・剤型違い」を選択しないとGE候補として挙がってこないため、その際確認不足で入力ミスが起こった。また、入力変更となった際に、印刷した薬情や薬袋はすぐに破棄するが、その際にも確認不足があり薬情のみ破棄できておらず、正しい薬情の用紙と重なっていたことに気づかず、患者様へ誤った内容の薬情も渡してしまった。	定期的にOD錠でない一般名処方でも処方が出ている場合、OD錠のGEへ変更している場合は、入力画面の「伝言」欄にその旨を記入しておき、入力前に確認できるようにしておくことで入力時の気づき不足をなくす。また、監査時に入力ミス・変更が必要と気づき、薬袋・薬情・手帳シールを再度印刷した場合、訂正前後の薬袋・薬情・手帳シールを2人で確認して、訂正前のものをすぐに破棄することで誤って渡すことを防ぐ			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
1021	ノリトレン25mg処方のところ、1月から赴任してきた薬剤師が間違えて10mgで調剤、交付してしまった。薬局にはAUDYという判別器具を入れているが、識別も重量もとおってしまった。	規格違いでさらに10mgは一人しかいないため、棚上においていた。25mgを間違えて調剤した際に10mgで充填してしまった。	ノリトレンの規格が二つあることみんなに認識していく。			ノリトレン錠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	
1022	モンテルカストチュアブルは28錠ずつのアルミ包装で、吸湿防止のため30錠調剤の場合2錠+未開封28錠で調剤している。3人家族の調剤監査投薬により焦りと混乱が生じ、アルミ包装を1袋余計に配布。投薬後、家族から1袋多く配布している旨をご連絡いただいたため服用前に回収。	吸湿性の観点からモンテルカストチュアブルはアルミ包装開封を避けたい。だが28錠アルミ包装では肉眼で錠数を把握しずらく、過剰に調剤していることに気づきにくい。	調剤監査投薬の際に、該当する製剤の包装規格について慎重に対応すべき。振り返りを怠らない。			モンテルカストチュアブル錠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
1023	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%での処方。前回はアンテベート(ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル0.5%)からの変更であると思い、調剤開始する。当初、症状が良くなってきたからの変更かと思っていた。念のために、患者の家族に尋ねると同じものを処方されたと言っていたという話だったので、疑義照会を行う。そこで、前回と同じつもりで入力していたことが判明。前回と同じアンテベートにて薬剤を投薬した。	一般名になると同じような薬剤が多くなるので、ピッキングなどでもよく確認する事が大切だと思います。	投薬時には患者の症状を確認することで処方間違いを防止できる。不安を感じたら疑義照会を行い、不安を払拭することが大切である			アンテベート軟膏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
1024	アムロジピンOD錠5mgを調剤するところ10mgで調剤し、間違いに気が付かずお渡し。1時間後くらいに電話で違う薬が入っているとの電話あり	ヘルプで来ている方が監査機器を使い忘れ、調剤側も急いでいたため規格の確認漏れ	監査機器の徹底。規格までしっかり確認することを周知した			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
1025	ネキシウムを一包装するところ後発品で分包してしまった。	オーソライズドジェネリックを採用しており、外観は同じで監査時にも気が付かなかったが、交付者が先発品でお渡しする方が少ないため再度確認し気が付き一包化をやり直しお渡しした。	先発品、ジェネリックと両方採用しているものはピッキング、監査、交付時に確認をしっかりする。			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	
1026	風邪により、数回、連続的に通院(来局) そのたびに、患者の症状は変化していった。当初、咳がひどかったが、該当日は咳は静まり、喉の痛みが増していた。フスコデ6T⇒トラネキサム酸(500) 6Tで医師は薬剤を変更したが、一日容量を疑義紹介し数量の間違えたと、再確認できた。	患者症状の変更により、薬剤も変更になりますが、適正容量を確認する。	投薬前の対応等を更に強化し、患者様の健康維持のため、改善していきたい。			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
1027	メインテート錠2.5mg 1錠 1日2回朝夕食後 30日分 でGE薬を希望する患者の処方に関して、入力間違いからのインシデントが発生した。	GE薬を半錠にして投薬する場合には、割線のある「トーワ」製品で投薬する薬局内の内規であったが、入力者が割線のない「日医工」製品で入力してしまった。また、一包装したものに関する最終鑑査システムは、「条件付き承認」となり薬品バーコードを読ませず写真撮影のみとなっており、調剤者も気付かず鑑査を通過してしまう。投薬者も「日医工」の入力となっていたことに気付かず投薬してしまった。	一包装された薬剤に関しても最終鑑査システムに薬品バーコードを読ませる。複数のGE薬が存在する場合、入力者と調剤者の情報共有を行い、投薬者は薬袋や薬情等の記載内容まで注意深く鑑査することを徹底する。			ピソプロロール fumarate 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
1028	一般名処方「ビフィズス菌散1.2%」が処方され、「ビオフェルミン散剤」を選択して入力。当薬局に在庫がなかったため近隣薬局へ電話にて分譲依頼を行い、FAX送付後に受け取りに行ったところ、用意されたものが「ビオフェルミン配合散」だった。ビオフェルミン配合散を返却して別の薬局に同じ手順で分譲依頼したところ、そちらでもビオフェルミン配合散を渡された。	2022年12月に発売された「ビオフェルミン散剤」は「ビオフェルミン錠剤」と同成分であるビフィズス菌製剤である。従来の「ビオフェルミン配合散」はラクトミン散を主成分としており、今回名称の類似と、発売の周知がされていなかったことが間違いの要因になったと思われる。	「ビオフェルミン散剤」と「ビオフェルミン配合散」は名称が類似した別薬品であることを薬局内で周知徹底し、薬品マスタ上での注意喚起を行う。			ビオフェルミン散剤	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	
1029	5月2日12時45分ごろご本人が来局。新規患者。事務職員がパソコン入力。一般名サラゾスルファピリジン錠の入力時にジェネリック希望のためジェネリックを選択。別剤型の腸溶錠しかなかったためそちらを選択。調剤者は同じくジェネリック希望だったため、当薬局に在庫があるサラゾスルファピリジン腸溶錠を調剤。	成分名が同じでも剤型により効能が違うことを失念して調剤、鑑査が行われた。事務職員はジェネリックで調剤する場合は、錠剤→口腔内崩壊錠への変更など、類似剤型に変更する事があるため、今回のケースも変更可と思っていた。交付者は疑問に思いながら、「いいのかな」と思いそのまま交付してしまった。	新患、新しい薬が追加された場合など、必ず添付文書を確認し、効能、用法、用量等を確認することを周知徹底した。			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
	監査システムにバーコードを通したが入力も間違っていたため、気付かず。監査者も入力と実物が合っていたため、間違いに気づかず。交付者は腸溶錠が選択されていることに気づきながらも、成分名が同じであったためそのまま交付。後刻、患者本人が、家族の処方箋を持って来局。その時に交付者が念のため、これでいいのかと管理者に確認を取り間違いが発覚。幸い、交付した薬剤をそのまま所持されていたため、事情を説明し、正しい薬サラゾピリン錠を調剤し交付し直すことができた。						
1030	パッケージ包装された薬の計数ミス。未開封状態で投薬するも、開封済のものがあり、不足があると患者さんより連絡が入った。	双方の確認不足。	開封分は未開封と区別がつくよう保管する。			クロピドグレル錠 75mg 「SANIK」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1031	ガストローム、テブレノン細粒の混合された粉薬2束とマーロックス顆粒2束を調剤してお渡し。翌日、再度来局され2種類の粉薬と一緒に飲んで良いかと質問され、併用していただく旨を説明。その後患者様が勘違いされて、混合粉薬の2束は別の薬(それぞれガストロームとテブレノンの分包)だと思っていたようで倍量で1週間ほど服用、下痢症状が現れたことから一度服用を中止しクリニックを受診、飲み方の間違いに気がきました。下痢と倍量服用の因果関係は不明とのこと。	混合粉薬とマーロックスは外見が異なっていたため『2種類』というのを患者様の意図と異なることに気づかず併用していただくよう指導してしまっ	再度、2種類の混合薬であることを徹底的に説明、患者様の理解度も把握しながら投薬、後日の質問時にも現物を見せるなど勘違いのないよう注意深く説明			ガストローム顆粒 6.7% テブレノン細粒 10% 「YD」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1032	「ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒7.5g 3×毎食前」の処方あり、Drコメントとして「足が攣る時・就寝前に」と記載あり。「芍薬甘草湯」の処方間違いを疑い、疑義照会し、芍薬甘草湯へ変更となった。	漢方薬は類似名称が多いため、患者の症状や、Drからどのように説明を受けているかなどしっかり聞き取ったうえで、処方内容を確認する必要がある。	名称を一文字ずつしっかり確認する。患者の症状に合致するか確認する。			ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用) ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1033	オメプラゾール70Tのところ98Tで調剤	10錠シートと14錠シートを間違えてしまった	シートの変更の報連相を徹底する			オメプラゾール錠20mg「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
1034	テルミサルタンOD(40)「トローワ」14錠お渡しするところ10錠でお渡し。最近まで14錠シートを採用していたが10錠シートに変わり思い込み、勘違いにより間違えてお渡ししてしまった。	コミュニケーション不足、監査不足。	コミュニケーション、監査の徹底。			テルミサルタンOD錠40mg「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
1035	ウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」の棚に、シートがよく似ているアロプリノール錠100mg「ケミファ」が混在していたため、調剤時に撮影している写真を確認したところ混在してお渡ししていることが判明。お渡ししたその日に混在が発覚したので患者さんは服用はしておらず大事には至らなかった	おそらく充填ミス	一度棚から取り出したものを戻す時は一人でわず、ダブルチェックをかけることにした			ウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1036	ファモチジンOD錠10mgとゾルピデム酒石酸塩錠5mgの薬袋入れ違い。投薬時にビニール薬袋だったため見て確認し発見。投薬前に阻止できた。	患者さんが集中する時間帯であること、両薬剤ともPTPシートの色が緑色であることが要因だと考える。	処方箋と物と薬袋としっかり照らし合わせて入れることの徹底。監査者が責任を自覚して業務を遂行すること(各業務者は印鑑をおす)、店舗内ミーティングでも事例を共有して注意喚起。			ファモチジンOD錠10mg「Me」ゾルピデム酒石酸塩錠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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1037	フェブキシナスタット錠が新規処方で追加となったが、薬歴に花粉症で追加になったと記載しているのを発見。薬は医師の指示通りのフェブキシナスタットでお渡ししていたが、説明を間違えて渡していた可能性がある。	薬局で採用している花粉症治療薬のフェキソフェナジンと名称が類似しているため、間違えて説明した可能性がある。ちょうど花粉症シーズンで、新規でフェキソフェナジンが追加処方される患者が多かったことも原因の一つとして挙げられる。	名称類似している品目はあらかじめ薬局内で確認し、特に慎重に監査や確認をするように徹底する。			フェブキシナスタット錠 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
1038	患者様より、処方されたものはマイクロファイブプロ32G×4mmだが、受け取ったものはマイクロファイブラス32G×4mmであったと連絡があった。調剤時に用いていた鑑査機(ミズゼロ子)の記録では正しいものが調剤されているが、140本(2箱)の処方であったため、1箱を誤って調剤したと考えられた。患者様には来局時に誤ってお渡しした針をお持ちいただき、正しいものと交換することでご了承いただいた。	マイクロファイブプロ32G×4mmとマイクロファイブラス32G×4mmの箱が類似しているため取り違えた可能性がある。鑑査機では1箱のバーコードのみを通すことで完了となるため、もう1箱が誤っていることに気付かなかった。	両者は別の棚に分けて保管する。また、現在は鑑査機としてアテルノを用いているが、箱単位で鑑査するものは数量を入力して完了となり、重量測定により誤りを検出することができないため、バーコードの読取りの後、全量を目視で確認することを徹底する。			BDマイクロファイブラス32G×4mm	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1039	ヤーズフレックス配合錠 84錠 調剤するところ28錠しか調剤していなかった。鑑査時に鑑査者が気づいて84剤で調剤した。	1箱84錠入りだが、開封済みであることがわかるような状態ではなかった。	箱を開封した際には開封済みであることがわかるようにペンで印をつけたり、輪ゴムで止めたりして開封済みであることがわかりやすい状態にすることを徹底する。			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
1040	一般名でオロパタジン塩酸塩顆粒0.5% 2gで処方、顆粒となっているが、本人がOD錠飲めると言われた為、オロパタジンOD錠2T2×で調剤する。処方顆粒となっていることも気が付かず、顆粒からOD錠への変更は疑義照会が必要だが、その時疑義しておらず、後日疑義照会する。	母親が顆粒でお願いしたと言われたときに気が付けばよかったが、12歳で本人がOD錠で飲めるといふ為、処方箋の確認も怠り、顆粒での処方に気が付かず、疑義照会も後になる。	監査時は処方箋をしっかりと確認して、思い込み調剤をしないように気を付ける。			オロパタジン塩酸塩OD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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1041	婦人科漢方薬を患者本人希望されており、処方医との合意で希望処方箋を発行してもらっていた。処方内容は芍薬甘草湯であり、処方医から処方された漢方薬を服用する、と今回投薬薬剤師も処方医判断と思い、そのまま交付。その後、患者本人より電話連絡を受け、やっぱりこれ当帰芍薬散の間違いかも？と疑問に思い、交付後連絡あり。薬局から疑義照会を行い、芍薬甘草湯→当帰芍薬散へ処方変更となった。	婦人科漢方薬に対する薬剤師の知識不足と患者背景をしっかりと聞き取り処方内容に疑問を持つことを日頃から鍛える必要があったと思われる。	患者の思い込みの真意を必ず確認するようにする。漢方薬の効能効果は広範囲である為、患者本人にも漢方薬メーカーの番号を覚えてもらえるように指導したり、名称を処方医からしっかりと聞いておくように指導する。また薬局でも薬剤師の婦人科系統漢方薬の知識を再確認勉強するよう全スタッフに周知。			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
1042	レボフロキサシン錠とピオフェルミンR錠が処方されていたが保険上適応外となるため処方医に疑義照会した。その結果ピオフェルミンR錠はミヤBM錠に変更となった。	ピオフェルミンR錠は適応となる抗生物質は限られているため	ピオフェルミンR錠が処方された時には抗生物質が適応薬剤であるか確認する。			レボフロキサシン錠500mg「DSEP」 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
1043	研修中の薬剤師が、トラムセット配合を取るべきところ、トアラセット配合錠と取り違えて、交付者に渡した。交付者は薬情と現物とを照らし合わせて、患者に交付した積りであったが、薬品名と外観が両者酷似していて、うっかり見過ごしてしまった。	一般に先発品と後発品は薬品名が全く異なるが、配合錠の場合はよく似た製品名があるので、慎重にピッキングする必要がある。	トラムセット配合錠とトアラセット配合錠に、「取違い注意」のシールを貼ることにした。			トアラセット配合錠「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
1044	ホクナリンテープの枚数の確認ミス	忙しい中で、束ねてあるものが7枚あると勘違いし調剤。実際は6枚しか束ねられていなかった。確認不足。	1枚でも使用したものは、束ねずばらばらにおくよう決める。			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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1045	シロドシンOD錠「ケミファ」を182錠お渡ししたのだが、2錠だけシロドシンOD錠「DSEP」が混入してしまった。投薬後、「DSEP」品の在庫を確認していたところ、数が合わず、判明した。もともと「DSEP」で飲んでいたので、そのまま続けて飲んでいただくことになった。	監査時に、シロドシンOD錠「ケミファ」を182錠のところ、180錠しかとっておらず、2錠分を「DSEP」でとってしまった。包装が類似しており、気が付かず投薬にいたってしまった。もともと「DSEP」品でお渡ししていたのだが、出荷調整で入荷せず、代替の「ケミファ」で投薬することになっていた。	出荷調整で、メーカーが増えている状態。それを鑑みて調剤をする。端数の薬剤も、監査時には、メーカーを確認するようにする。			シロドシンOD錠4mg「DSEP」シロドシンOD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
1046	オロパタジン顆粒が処方されていたため計量。分包前に計量間違い(日数多めに計量)に気づき、粉を瓶に戻すときに、間違っフェキソフェナジンの瓶に戻す。その後、他患者にフェキソフェナジン計量しようとした別薬剤師がピンク色の粉(オロパタジン)が混ざっていることに気づく。	来局患者が多かったための疲れ・終業時間が近かったことの焦りにより起こった過誤だと思われる。	薬を戻すときにはwチェックをするようになっていたが、守られていなかった。徹底する。			フェキソフェナジン塩酸塩DS5%「トローワ」オロパタジン塩酸塩顆粒0.5%「トローワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1047	処方箋には、【般】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、処方箋に従いクエンメット配合錠を交付した。交付後2日後に患者様より「医師から鉄剤を出すといわれていたが、以前服用していたクエン酸第一鉄と違うようだ」と相談があり発覚。処方医に確認したところ、クエン酸第一鉄を処方するつもりだったが、誤って処方箋に【般】クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠と記載したようだ。処方医より患者様に対し処方間違いの謝罪と説明があった。	クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠とクエン酸第一鉄の名称が似ていた為、処方医が処方間違いしてしまった。服薬指導中に詳しく聞き取りができていなかったため、誤った処方のまま患者様に薬を交付することとなった。	処方されている薬について、処方理由を患者様から聞き取りする。			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	
1048	処方箋を受付。ワーファリン1mg3錠分1、ワーファリン0.5mg1錠分1、45日分の処方。監査時に計数調剤の誤りに気付く。ワーファリン1mg全135錠、ワーファリン0.5mg全45錠のところワーファリン1mg全45錠、ワーファリン0.5mg全135錠調剤。患者には正しい錠数を交付した。	思い込みにより計数調剤を誤る。規格違いの医薬品を近くに在庫していたのも要因である。	調剤後も処方箋、薬剤情報提供文書等で内容の確認を徹底する。規格違いの医薬品は保管場所が離れるように、棚と引き出しに分けて保管する。			ワーファリン錠1mg ワーファリン錠0.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1049	1シート12錠だったが1シート10錠で計算してしまい、多く渡してしまった。	初めて処方になった為、1シート10錠包装と思い込んでしまった。	事前に予製し、チェック体制を強化した。			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
1050	処方せん原本では、商品名サムスカOD(7.5)錠で処方でした。後発品希望ありの方のため、薬局に在庫してある後発品に変更しようと思いましたが、他の処方薬は一般名処方であった。ふとなぜサムスカOD(7.5)錠のみ商品名での記載なのか、疑問に思い、それぞれの添付文書の適応欄を確認したら、先発と、後発で、適応の違いがあることが判明しました。	安易に調剤時、先発から、後発への変更を行いそうになった。	木を見て森を見ずにならないよう、処方医の処方意図を推測できるようにする。有名な先発と後発での適応違いは極力覚えるようにする。			サムスカOD錠7.5mg トルパブタンOD錠7.5mg「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
1051	退院後、入院していた時の処方箋を近隣医師に処方願う。処方箋をもって来たのが家族のため、処方箋以外に情報なく、ジャヌビア錠1錠寝る前で処方。数時間後、医院よりグラマリール錠とグラクティブ錠を間違えて入力したとあり、患者宅を訪問し、交換してくる。	お薬手帳等、必ず服用歴の確認できるものを見せていただく。	寝る前に服用することの少ない医薬品の場合の医院への確認。			グラマリール錠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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1052	他院にてファモチジンD錠10mg「サワイ」継続服用中の患者にドンペリドン錠10mg「サワイ」が食後服用で処方あり。胃内pH上昇によるドンペリドン錠10mg「サワイ」の吸収抑制が考えられるため、疑義照会を実施し、食前服用に変更。	患者がお薬手帳を処方医に見せていない状況が考えられる。その為、医師の併用薬確認が出来ていない可能性があり。	薬局において医師へお薬手帳開示の説明が不足していた可能性あり。今後は薬局だけでなく医師へも提示するとともに、マイナンバーの情報開示を積極的をお願いしていく。			ドンペリドン錠10mg「サワイ」 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
1053	ザイザルの処方があったため、薬効など説明していたら、話が食い違うようになってきたため、処方内容を病院に確認。ザイザルではなくて、ザルティアの入力ミスとわかった。	病院の入力ミスではあったが、よく似ている名称であったので、間違えてしまったと思います。変更薬についての説明をしたことで、間違いに気づくことができた。	処方内容の変更など、病院での話や内容も確認していく			ザイザル錠5mg ザルティア錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1054	自動分包機での薬剤補填のmg間違い。	薬剤のmg取り間違い。	分包機へ薬剤補填に複数人での確認			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
1055	五十音順で分けている保管場所(引き出し)でナトリックス錠が「ア行」に入れられており、棚卸し時にもそのまま気づかずに保管していた。在庫数が十分あるのに、調剤時に見つけられず欠品してしまった。	包装が日本薬局方「インダバミド錠」とままあ大きな印字があるため。(「ナトリックス」表記よりは小さい。)先発名しかなじみが無く、ア行に間違っただけだと想像できなかった。	成分名も大きく入っている薬品は薬剤師の方がまちがえがちである。ルールを守って納品後保管場所へ入れる。			ナトリックス錠1	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1056	血圧は上昇した患者様にアムロジピン(5)が追加となった。すでにテラムロAP錠とアムロジピン(5)を各1錠ずつ服用中である為、今回の追加でアムロジピンの容量が最大量を超えることとなった。投薬前に第3者の薬剤師が気づき事なきを得た。	最大容量の設定されている薬の把握の不徹底。特に配合錠との組み合わせには注意が必要。	くすりの増量時には、最大容量のチェックを必ず行うように徹底した。			アムロジピンOD錠5mg「日医工」 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	
1057	血圧上昇に伴いアジルバ(20)×2錠服用中の患者様にザクラス配合錠HD1錠が追加となった。その為アジルバとして1日60mgとなり、最大用量を超えることとなった。	配合錠に含まれている成分量は確実にチェックする事。特に増量時には要注意。	配合錠の配合成分の一覧を鑑査台周辺に設置し、必ずチェックするようにした。			アジルバ錠20mg 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
1058	3歳男児、ピオフェルミンR散3g分3処方、成人服用量で処方箋記載されていたため、疑義照会実施。1.5g分3処方へ変更となった。	添付文書の記載上、成人服用量のみ記載だったため、処方箋にそのまま記載してしまった可能性がある。	小児に関して、成人服用量のみ記載となっている添付文書もあるため、毎回年齢・体重からきちんと服用量の確認を行う。			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
1059	炭酸水素ナトリウム錠500mgは12錠シートだが、10錠シートと思いピッキングされた。鑑査時に気付き正しい数にして投薬。	12錠シートなので大きさもあまり変わらず、気付にくい。	ピッキングシステムのハンディで、10錠シートでないものは警告音を鳴らすようにしているが、気付かれなかったため、納品時なども注意しておく。			炭酸水素ナトリウム錠500mg「VTR 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
1060	患者様よりSG19を服用していると言われ、カロナル500mg3錠分3で処方の為Drに疑義照会を行うか検討していたが、SG配合顆粒のよくでる店舗だったため医薬品をSG配合顆粒と思い込んでしまっていた。どうやらオーズギ小青竜湯とのこと。	薬局内での調剤が多いものを思い込んでしまったことが要因になる。漢方の番号など知識不足も要因になるかと思われる。	思い込みを減らしたり、漢方の番号をツムラ、クラシエ以外のものも勉強するようにし円滑に話が進むようにしていく。			SG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	
1061	一包化の分包機のカセット内に異なる医薬品が入っていた。ラベプラゾール(10)のカセットにロスバスタチン(2, 5)が補充され、そのまま気づかず一包化調剤を行い、監査者も気付かずにそのまま薬が交付されてしまった。後日別の監査中に別の薬が混入しているのを発見し、該当患者を調べ連絡し、正しく一包化された薬と交換した。該当患者はまだ薬を服用しなかったため健康被害はなかった。	薬を補充するとき、ダブルチェックせずに行ってしまった。忙しいときは、一包化調剤した人が、その後監査することがあった。	一包化を調剤した者以外が監査をもう一度行う。補充するときもダブルチェックをする。			ラベプラゾールNa錠10mg「サワイ」ロスバスタチン錠2, 5mg「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
1062	初回来局の患者さんがローコールが処方されていて、投薬前に確認したところメパロチンの間違えだった本人のお薬手帳と会話の中で確認して医師に疑義紹介したところ処方の訂正があった	患者さんとの会話が大事	お薬手帳と患者とのコミュニケーションがすごく大事ということを周知徹底した			メパロチン錠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
1063	オロパタジン塩酸塩顆粒0.5% (1包0.5g) が1日2回、1回2包のところを、薬袋の設定不備により、1回1包と印刷されており、気づかずにお渡ししてしまうところだったが、他の薬剤師が偶然発見。	患者様に渡る帳票類への設定はこまめに見直し、また、分包品や力価の登録など、手で設定が必要なものについて普段から指導・教育する必要がある。	今回の事例について薬局内で周知し、全ての分包品について包装表示の設定の見直しを行った。			オロパタジン塩酸塩顆粒0, 5%「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1064	今回、(般)トリクロルメチアジド錠1mg・1Tの処方であった。前회가、トリクロルメチアジド錠1mg・0.5Tの処方であり、自動分包機を使って調剤したところ、調剤時に変更を見落とし、前回と同じデータで一包化調剤をおこなってしまった。鑑査時も、トリクロルメチアジド錠が0.5錠で調剤されていることに気づかず、患者さんへ交付してしまった。患者さんからの連絡により発覚。	調剤時、自動分包機の画面の確認が不十分であった。処方箋との照らしあわせが不十分であった。鑑査時、処方箋の確認と分包品の照らしあわせが不十分であった。薬袋へ錠剤の種類と錠数が印字されており、トリクロルメチアジド1mg・0.5Tと印字されていたが、確認が不十分であった。	調剤時、鑑査時ともに確認を徹底するよう再度周知。			トリクロルメチアジド錠2mg「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

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1065	F病院からリベルサス錠3mgを朝食後で初めて服用する患者に処方され、ピッキング・監査時の薬剤師が気づかず、別の薬剤師が交付することになり投薬時に添付文章の確認で用法用量の1日1回の記載は確認したが、使用上の注意に1日の最初の食事の30分以上前の空腹時に服用の確認が出来ていないまま投薬を行いました。投薬後再度添付文章を確認して気づき、すぐに担当医に連絡を行い朝食前の指示に変更で患者に連絡し、空腹時でないため効果が出ないため用法の変更をしていただくように伝えました。	ピッキングと監査に関わらなくて投薬時に初めて見る処方薬の時は、患者は待たされるのが嫌なためお薬の確認に時間を取れないことが多く、確認不足になりやすいと考えられます。	初めて取り扱うお薬は時間がかかっても、必ず添付文章を丁寧に確認することが必要だと考えられます。			リベルサス錠 3 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
1066	<半固形剤>ラコールNF配合経腸用(300g) 処方をそのまま処方通りで投薬。実際はラコールNF配合経腸用液(200ml) で処方誤り。	処方箋に<半固形剤>ラコールNF配合経腸用(300g) 処方とあり。患者様より食事のカロリー補填との情報を得ていた。胃薬用の存在を知らず、誤嚥性肺炎防止のための半固形剤と解釈し、仕入れ調剤し交付してしまった。患者様ご家族が介護職に属していたため薬が違うことに気が付き薬局へ訪問。処方箋の入力誤りであることが判明した。	基礎的なことですが、初めて扱う薬に関してはきちんと情報収集し、患者様と使用背景を確認し、その処方内容が正しいものかどうか監査してから投薬することを心掛ける。			ラコールNF配合経腸用半固形剤	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
1067	ミニリンメルト錠25μgの指導せんを渡しそびれてしまった。口頭での説明は行っている。	調剤したことの無い薬剤を投薬する時には、いつも以上の確認を行う。	新規採用薬などは職員全員に周知する			ミニリンメルトOD錠 25 μ g	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1068	炭酸水素ナトリウム錠500mg「VTRS」3錠分3 28日分の処方において、84錠調剤するところ、1シートを10錠包装品と思い込み、誤った数を調剤した。監査者が気づき、正しい数を再調剤した。	当該薬品はPTP：12錠シートであることをそもそも認識していなかった。箱に表記も見づらく、包装単位注意の注意喚起も薬局内で行えていなかった。	店舗内で話し合い、当該薬品の箱に12錠シート注意！の札を貼り、注意喚起を行った。			炭酸水素ナトリウム錠500mg「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
1069	一包化調剤において、セルトラリン252錠、エチゾラム0.5 2錠 分2 朝夕食後 28日分。朝食後の袋の中にセルトラリン2錠が一包とエチゾラム2錠が一包分包されていると患者より薬局に報告あり。電話での報告前に患者本人により入れ直しを行われていた。	いつも来局される方の定期薬処方であった。薬局内の込み具合も空いており、落ち着いた状態での調剤。監査であった。調剤と監査は別の者が担当。監査の際も落ち着いた状態での確認であったが、慣れのせいか調剤の間違いに気づかず監査完了してしまった。特に最初の一包目はよく錠剤の薬品名を確認するが、そのあとは錠数での確認になっていた。セルトラリンは楕円形。エチゾラムは丸型。	監査の際、最後の一包まで錠剤の薬品名確認を怠らぬように行う。			セルトラリン錠25mg「サワイ」エチゾラム錠0.5mg「SW」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1070	眼科より、アゾセמיד30mgを疼痛時で服用と記載のある処方箋を受け取りました。通常眼科領域で処方される薬ではないので、薬局内の他薬剤師に相談した所やはり疑義すべきとの結論に至った。処方した医師には連絡が取れず、看護師が別の医師に問い合わせたが、その医師もアゾセמידの使用は不明な点があると回答。翌日処方元の医師からの返答を待つことになった。尚、患者本人からは痛みは落ち着いており、急がないと了承を頂いた。翌日、処方医師から看護師を通じて返事があり、アゾセמידは削除になった。翌々時に再受診の予定で、その際にダイアートを処方する予定と看護師から確認した。	一般名処方だったので気づきにくいがおそらくダイアートとダイアモックスの選り間違いであると推察される。	今回は解決までに日をまたいで時間がかかってしまった。患者からの情報収集に加えて、薬効はもちろん名称、成分名まで気を付けて調剤に励みたい。			アゾセמיד錠30mg「JG」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1071	オルメサルタン10と20の規格間違い	同一の棚の同じ列に陳列	同一棚からははず			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
1072	今までメコパミン錠500mg「トーワ」で調剤し、交付していた。近年の医薬品流通状況により薬局の備蓄薬剤の医薬品メーカーが変わる機会が増えている。今回も備蓄状況による変更で処方箋入力時の薬剤、調剤の薬剤の過誤が起きてしまった事例。同成分、類似剤形の為、患者様には連絡の上、了承済み。	医薬品流通状況により薬局の備蓄薬剤の医薬品メーカー変更薬局内での連絡事項の確認手順の不足	薬局内での連絡事項の確認周知の手順の再確認			メチコパール錠500 μg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1073	薬袋の写真が錠剤2錠で写っていて、1回2錠で服用するものと患者様が勘違いした。	全ての薬の写真が2錠で写っているの で、間違はずはないと思込みがあっ た。	全ての薬の写真を1錠に変更できるのかどうか を検討する。理解力の不足している患者様には 口頭でも説明する。			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
1074	ドキサゾシン錠1ミリグラムの処方を2ミリグラムで投薬してしまった患者が気が付き、薬局に持って来てくれた、服用前だったため薬害は無し、薬を取り換えてお渡しした。	多忙時で、薬剤師が一人でピッキングし て投薬したため、二重チェックがされて いなかった。	忙しくても、必ず二重チェックを行うようにす る			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
1075	処方箋にメソトレキセートが処方されていた。リウマチの患者で悪化したため新しい薬が処方されたと言われた。メソトレキセート2.5mgの適応が白血病であることから処方医に確認の問い合わせをした。Drは名称が似ているため間違えたものと思う。	新しい薬が処方されたときには、聞き取り を十分すること。その薬が妥当である か精査すること	患者さんとのコミュニケーションをとりやすく すること			メソトレキセート錠 2.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1076	透析患者に原則服用禁忌のワントラム（トラマール徐放性製剤）処方。今回の整形処方医には患者本人が、透析中であること、お薬手帳などしっかり告知済みです。前日に転倒し身体中痛くて眠ることもできないと、近隣の整形に力をいれている総合病院を受診。医師も患者の痛みの度合いが強いので、今回ワントラム処方に踏み切ったようです。患者サイドも医師からしっかり薬の説明を受けていました。ただ、徐放性製剤のため当薬は透析患者禁忌の薬剤にあたるので薬局からも疑義照会をしたところ、同効薬トラムセット配合錠に変更になりました。	患者来局時は薬局の混雑している時間帯で、受付・投薬までに時間がかかってしまっていたので投薬時焦りがあり、また疑義照会先の病院はFAXでの問い合わせしか受け付けない病院のため、問い合わせから回答までに時間がかかることもあり、患者からの情報だけで投薬してしまいました。	どんなに時間がかかって患者から遅いと苦情をいわれたとしても、疑問点は患者ではなく処方医に確認することが、結果的に薬局の信頼につながるという事を再度周知徹底しました。			ワントラム錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1077	患者への処方されたオーグメンチンを期限切れ分を渡してしまった。開封後1週間の記載されていたものと、新たに開封されたものを混ぜて渡してしまった。開封後1週間のものは期限切れであった。	当薬局外来の繁忙の時間に処方が来たため、判断を誤ってしまった。開封済みに期限がある事が分からなかった。	当事者へは該当薬剤の知識共有、開封後は期限を大きく書く改善を薬局内で行った。			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



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1078	オルメサルタン20mg「杏林」含め6錠を一包装で服用の患者さん、パキロビットバック300 1日2回 5日分処方時に病院薬剤部より「パキロビット処方のため、分包のオルメサルタンを中止。家人が持参するのでオルメサルタン抜いて分包」の指示があり、4日分をオルメサルタンを抜いて分包お渡しした。翌日メーカー説明で併用禁忌の「オルメサルタン」は「オルメサルタン メドキシミル・アゼルニジピン錠 (レザルタス配合錠)」のことで、Caブロッカーが併用禁忌でありARBは併用可であった。 病院薬剤部に確認したところ、患者さんは苦しさを訴え入院になっており入院時Bp100以下のためオルメサルタン中止は問題ないとのこと。	メーカー配布の説明書の併用禁忌欄記載の「オルメサルタン メドキシミル・アゼルニジピン錠 (レザルタス配合錠)」を「オルメサルタン」と「メドキシミル・アゼルニジピン配合錠」と読み違えた。	添付文書や薬剤説明文書は注意して読み込む。			パキロビットバック300 オルメサルタン錠 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
1079	当薬局では、アスピリン散10%の処方の際には、味のよいアスピリンDS2%にて調剤することを医師に了解してもらっている。今回は、アスピリン散10% 0.75gの処方なので、DS2%を3.75g 秤量するところを、計算をまちがえて、7.5g秤量した。	調剤が立て込んでいて、急いで計算をしてしまった。	薬剤のパッケージにある規格を目で見てから計算を行う。特に慌てているときに、その他の薬剤と%の見誤りをする可能性があるので気をつける。			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
1080	処方箋の記載間違い。シナル配合錠のところ、ミオナル錠50mgと記載されていた。	皮膚科からの処方だったが、ミオナル錠50mgの記載に疑問は持ちつつも投薬し、投薬中の患者様との会話の中でシナルと記載が間違っているのではないかと思い疑義紹介を行い、未然に薬を渡すことを防げた。	疑問に思ったことはどんな些細なことでも、病院に疑義照会を行い納得したうえで投薬すること。			シナル配合錠	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	
1081	施設入所患者において、長年服用しているため、薬袋の記載方法を深く考える者は今までいなかった。新人職員が薬袋の記載を誤った判断をして、倍量服用させた。処方は「リスベリドン内用液分包0.5mg 「日医工」0.1%0.5m l」で調剤は「ヨシトミ」商品で行った。「ヨシトミ」製品は『リスベリドン内容液1mg/m l「ヨシトミ』』という商品名である。これを見て1m l指示と判断した。用量には「1」と薬袋に記載してあったが、入っている薬は0.5mg包だったので1回2包1m lと誤解してのませた。	同じリスベリドン内用液でも「日医工」は「分包0.5mg」と言う商品名だが「ヨシトミ」は濃度の記載しかない。このため薬袋、薬情の記載が濃度のみの記載になってしまう。施設職員の言い分では、この「濃度」という概念が理解できず、「1」と言う数値しか目にはいらないようだった。(当事者の年数は不明です。記入しないとエラーが出るのでとりあえず1年で記載しました)	初回投与時には、誤解のないように口頭で説明をしてあった。その後はずっとこの情報は施設内で共有されていたのが、今回はこのことを知らないものが関与したため事故が発生した。誰が見てもわかる表記にすべきと考え、手書きで「0.5mg/0.5m l包を1回1包服用」と毎回併記することを施設と相談して決めた。以前から分かりにくいと感じていたのでメーカー側も商品名を「日医工」のような「分包0.5mg」と変更してもらいたい。			リスベリドン内用液 1mg/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
1082	前回からシダキユア服用開始された方で、2回目はシダキユア5000に変更になる所を処方箋はミティキュア10000と入力。スギの舌下免疫療法がダニアレルゲン免疫舌下なのか確認せずに交付。後で病院から入力ミスがあったと連絡があり判明。	繁忙期で混雑していたこともあり、前回の薬歴を丁寧に読み込んでいなかった。患者に対して薬の説明が足りていないため、患者側からも間違いに気づいてもらえなかった。	ミティキュアやシダキユアの新規のマークがついている場合は、しっかり前回と見比べる。患者に対して、ダニアレルゲンなのか、スギアレルゲンなのか、話をしながら薬について確認をしてもらう。			シダキユアスギ花粉舌下錠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
1083	フリウエル配合錠ULD「あすか」のレフィル処方の2回目。21日分を調剤。調剤者は21日分をはめるパッケージに薬がはめられているものと信じ込んでおり、パッケージのみを調剤。忙しい時間帯の為 自身での調剤と監査になってしまった。後日 患者様からパッケージ内に薬(実薬)が入っていないと連絡があり発覚した。	調剤、監査した薬剤師は週に6時間程度の短時間パートの方で弊社の薬の在庫に関して知識が少なかった。弊社にはLEP製剤も数種類の在庫があった。LEP製剤には もともと服用日数分のパッケージに実薬がセットされているものが多いがフリウエルはパッケージと薬が別々に箱に入れてあるのだが 調剤した薬剤師はパッケージ内に薬がはいっているものと勘違いしていたようだ。	調剤時 パッケージ内に薬がセットされていないものを覚える。必ず パッケージ内を確認する。			フリウエル配合錠ULD「あすか」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1084	ウルソデオキシコール酸錠を含む一包化調剤の患者様の調剤時、プロチゾラム錠の混入発見。監査時に発覚し、分機機のカセットを確認したところカセットの中で混在していた。	分機機での一包化調剤をした分包品で、調剤後変更があった医薬品を元のカセットに戻す際に誤ってプロチゾラム錠をウルソデオキシコール錠へ入れた。	バラ錠などバーコードでの照合ができないものに関しては、他者の目を通すことにした。			ウルソデオキシコール酸錠100mg「トローワ」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
1085	患者様より「薬袋に書いている薬と違うものが入っているので確認してほしい」とご来局外観類似しているカルボシステインとクラリスロマイシンがそれぞれ入違っていることが発覚。正しい薬袋に入れてお返しした。	外観が類似しているため入れ間違えが発生したか、患者様にも似ていることを注意喚起しなかったため混ぜてしまった可能性がある	外観が類似しているため患者様にも一言付け加えるように徹底した。			クラリスロマイシン錠200mg「大正」カルボシステイン錠250mg「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
1086	フルニトラゼパム1mgが処方されていたがフルニトラゼパム2mgでお渡し。調剤者も監査者も気付かず、そのままお渡し。気づいてから患者に連絡した際にはすでに1週間分をしていた。	前回までフルニトラゼパム2mgを服用していたので患者も違和感なくそのまま服用していたようだった。	調剤者、監査者ともに規格までしっかり確認する。以前の歴を確認し、投薬時患者に薬を見せながら薬の変更した点を確認する。			フルニトラゼパム錠2mg「アメル」フルニトラゼパム錠1mg「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1087	アジスロマイシン500mg 3錠分37日分の処方を用法、用量、日数ともに適用外が予想されて疑似照会で1錠朝食後3日分に変更	用法容量の確認、規格の確認。容態のチェック	処方箋受け取り時に必ず内容チェックする			アジスロマイシン錠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
1088	90日分の処方でも他にも薬がたくさんあり量が多く、ピッキング監査システムは通していたが数の間違いに気が付かず270錠の所170錠で渡してしまっていた	数も多く患者さんも多かったため焦ってしまった。	待ち時間を気にして監査がおろそかになってはいけなくて、しっかりと数の確認まで行う。			バンテチン錠100mg「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	
1089	セフジトレンピボキシルとセフカペンピボキシルの鳥間違い。	知識不足。「セフ」しかみてない。	処方箋を最後までみる。			セフカペンピボキシル 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
1090	呼吸器内科よりピレスパ200 1錠分1寝る前の処方を受領。新患アンケートには「呼吸器内科経過観察」と記載あり。ピレスパ200は通常3錠分3、食前服用により副作用が出やすくなるので食後服用が添付文章上に記載があるため、患者本人に詳細を確認したが解決しなかったため医療機関に疑義照会。処方医が対応し、用法用量について理由とともに伝えたところ処方内容で問題ないとの回答。その後詳しく患者に話を聞くと、経過観察の内容は特に問題なかったようで、花粉症に関する相談をしてきたと聴取。再び疑義照会し、ピレスパ200の処方間違いがないのか確認すると、ピラノア20mg 1錠分1寝る前の処方間違いであったことが判明した。	診察時に花粉症の件だけでなく、呼吸器疾患に関する診察もあったのではないかと考えられるが、疑義照会の際に処方医はピレスパ200mgと声に出して言っていた。そのため薬剤名称が似ていることも原因の一つかもしれないが、処方医が薬剤を勘違いしていたのだと考えられる。	患者様がご自身の体調について詳しくお話をしてくださったため、最終的に薬剤処方ミスが発覚したと考えられる。投薬の際に状況を詳しく確認し、疑わしい場合は何度でも疑義照会することを今後も徹底する。			ピレスパ錠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
1091	変更有を前回Doで調剤した	アジルバ20mgから10mgに減量だったが、入力を前回通りに引っ張ってきて調剤をしてしまった。	内規順守の手順を守る。			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
1092	処方箋内にムコスタ錠とレバミピド錠が処方された。重複かつ用量が上限を超えているため疑義照会を行い、レバミピド錠の削除となる。	繁忙期もあり、医療機関側が一般名処方と先発品での処方が混在し、間違えたことが考えられる。	一般名処方と先発品が混在している処方箋において鑑査時には細心の注意を払うようにしています。一般名処方と先発品の紐づけを行い、注意しながら調剤鑑査を行うようにしています。			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:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1093	処方箋にはクラシエ補中益気湯細粒 1日 7.5g 1日3回 毎食後と記載されていたため、本来なら、クラシエ補中益気湯細粒のEK-41で 2.5gを1日3包でピッキングしないといけないところ、クラシエの補中益気湯細粒のKB-41で3.75gで2包でピッキングされていた。投薬中に患者様に説明している最中に違和感を感じ、事前に気づいた。	・クラシエの漢方の保管場所に注意喚起なし。・クラシエの漢方の保管場所の整頓がされていない。・調剤者が処方箋の読み込みが甘かった。・調剤者がピッキングに集中出来ていなかった。	・クラシエの漢方のKB、EKの注意喚起を行う。・薬の保管場所の整理整頓。・調剤に集中する。			クラシエ補中益気湯エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1094	タブロス点眼液5mL処方において1本調剤。調剤完了としようとしたときに1本2.5mLであることが頭をよぎり、1本の用量を薬剤実物にて確認し、2本調剤へ変更した。	箱から出し調剤するときの確認不足	用量について、実物にて内容量確認し調剤すること、監査時に目視と監査機器にてチェックをかけること、投薬時に確認しお渡しすることをスタッフ間周知			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
1095	薬剤調剤時に、テルミサルタン40mg「サンド」の在庫場所にミカルディス錠40mgが混入していたことが判明。遡ってテルミサルタン処方歴のある患者さんの交付履歴を確認したところ1名混在して渡していることがわかった。同成分であることもあり、健康被害や治療状況に影響は出なかった。	2剤の外観が似ていること。繁忙時、交付に至らなかったピッキングされた薬剤を棚に戻す際に誤って戻してしまったのではと推察される。	調剤後交付に至らなかった薬剤を棚に戻す作業も調剤時と同様の緊張をもって行う。繁忙時には行わず、状況が落ち着いたときに、可能であれば2名で確認しながら棚に薬を片付ける作業を行う。			ミカルディス錠40mg テルミサルタン錠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
1096	ビフロキシ配合錠の処方でお渡ししないといけないところ、ピリドキサル錠20mgでお渡ししていたのですが誤りに気づかず、翌日患者様が服用前に気づかれ薬を薬局に持参されました。すぐにお詫びして、正しい薬とお取替えをしています。	日頃、ハイチオール・ビフロキシンの処方と、ハイチオール・ピリドキサールの処方が多くあり、剤形も似ているので間違えないように気を付けていましたが、忙しい時間帯で確認不足で鑑査を素通りして投薬してしまっています。ビフロキシとピリドキサールの棚も近い事も要因と考えられます。	ビフロキシとピリドキサールの棚に「要注意」と張り紙をしてそれをくぐり抜けないと取れないようにし、鑑査でも処方箋、薬袋と付け合わせを確実にしてミスを防ぐこととしました。			ビフロキシ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1097	ジフェニドール一般名処方東和薬品で調剤している患者に日医工で出してしまう。薬情、薬歴には東和の記載で渡していた。投薬直後に在庫数ですぐ発覚したので患者に連絡した。交換はせず正しい薬情等一式を郵送した。	最近ジェニリック医薬品の多くが出荷停止や入荷限定のなっており入荷可能なメーカーを複数在庫している状況であった。そのため患者ごとに調剤するメーカーが異なることがあったが、パート薬剤師がメーカーが複数在庫されていることを知らなかったため今回のミスにつながった。	薬局に勤務する全薬剤師に調剤時在庫メーカーについて気をつけるように、また在庫医薬品のメーカーが複数在庫されていることを周知徹底した。入力の際にも同様に指導した。			ジフェニドール塩酸塩錠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
1098	ロキソプロフェンNaテープ100mg温感で処方に来ていたところ、ロキソプロフェンNaテープ100mg非温感のお渡ししてしまった。	ロキソプロフェンNaテープ100mgの温感と非温感の処方箋の記載が類似しており、見落としをしまっていた。	ミスを周知し、再発防止の啓発を行った。			ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイハウ」	ヒューマンエラー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	ペオバ錠50mgを処方するところ誤ってベタニス錠50mgを投薬してしまった。薬袋の入力ミスもあった為患者さんが自宅に帰る前で発見し正しいペオバ錠50を投薬した。	当時当薬局は大変混んでいたこともあり同じ時間帯にベタニス50を投薬していた為確認がおろそかになった。	当薬局の調剤マニュアル遵守し冷静かつ慎重に調剤することにする。			ペオバ錠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
1100	処方元医療機関より、キサラタン、ミオピンが記載された処方箋を応需。当該患者は継続でキサラタン、ミケランを使用中であった。お渡し後、患者様ご家族からの電話でお渡し間違いであることが発覚	処方内容と症状の確認、受診内容と処方薬が異なれば問い合わせ	処方内容と症状の確認、受診内容と処方薬が異なれば問い合わせ			ミオピン点眼液	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1101	ツムラ五苓散 2包 1日2回28日分なので56包の計数調剤をするところ1日3回28日の84包計数調剤していた	ツムラとクラシエの採用がありツムラは3×で処方されクラシエは2×で処方されるケースが多いためツムラを2×に気づくのおくれた病院照会したが2×処方でもんだいなかった	先入観なくすこと計数調剤支援ポリムスがあるのでGS1を読み込んだ後に計数が表示されるので最後まで確認する処方箋と実物の照らし合わせ調剤・監査の徹底			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	
1102	錠剤、カプセルが服用できない患者にアトモキセチン錠10mg, 25mg各2錠が粉碎で処方されていた。アトモキセチンは粉碎・脱カプセルが不可であるため、医師へ疑義を行い、同量のアトモキセチン経口液へ変更した。	アトモキセチン錠粉碎の処方 came が、粉碎・脱カプセル不可であることに気付いたため、疑義で変更することが出来た	粉碎・脱カプセル時には、粉碎・脱カプセルの可否を確認してから調剤を行うよう努める			アトモキセチン内用液 0.4%「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	一包化で、スピロラクソンとエクアが1錠ずつ入っていないと、スピロラクソンが2錠入っていてエクアが入っていないものが一包ある状態でお渡し。投薬後、調剤室でエクアを1錠発見したことで、その日のうちに患者宅へ向かい、新たに作り直した一包化と交換したので、薬を誤って服用してしまうことはなかった。	一包化の監査は最初の一包のみ錠剤の印字を確認し、あとは錠剤の色と数だけを確認していた。	一包化の監査は、錠剤の色と数だけでなく、全ての錠剤の印字まで確認する。			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
1104	メトホルミンMT錠 250mg の棚にアルドメッド錠 250mg が混ざっていた。頻回に処方がある錠数を予め輪ゴムでとめていくつか棚に入れておくようにしているが、メトホルミンMT錠 250mg の棚に輪ゴムで 84錠にまとめたアルドメッド錠 250mg が混ざっていた。メトホルミンMT錠 250mg を取り出そうとした際に発見した。誰が棚に入れたのかは不明。	残薬調整などで返却になったアルドメッド錠 250mg 84錠を戻すときに間違えてしまったと思われる。忙しさ、取り扱う頻度などからくる思い込み、などの確認不足からくると思われる。	返品作業の際には手元の薬品名をしっかりと確認する。棚に記載のある薬品名を確認する。指差し確認など並べて確認、声出し確認などを徹底する。			アルドメッド錠 250mg 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
1105	ミノドロン 50mg 週 1 回服用指示で処方。4 週に 1 回服用指示の間違いと処方監査時に気づき疑義。	患者からの聞き取りで医師からは週に 1 回服用するように説明されたとのこと。	特になし引き続き処方を注視する			ミノドロン酸錠 50mg「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	
1106	一包化して調剤している方。今回ジルム口配合錠HDからカムシア配合錠HDへ処方変更されていたが、入力・調剤・監査で気が付かず薬を渡すときに患者さんから血圧の薬を変えると先生が言っていたと言われて間違いに気がついた。	一般名処方で配合錠から別の配合錠への変更に気が付かなかった。	配合錠の場合は一般名だと含まれている成分が記載されているので全てを確認すること、規格も確認する。			カムシア配合錠HD 「あすか」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1107	処方医は内科の医師で患者が持参した紹介状を確認して、他眼科にて処方されていたカルテオロール点眼2%（持続性）を出すつもりが、入力の時にカルテオロール点眼2%（非持続性）を処方してしまった。薬局にてお薬手帳、薬歴の併用薬を確認したところ2/17にミケランLA点眼2%が他薬局で調剤されていた。処方医への疑義照会にて前眼科の処方を継続とのことでミケランLA点眼2%に処方変更となった。	処方医に照会した際、点眼はあまり処方しないのでミケランとミケランLAの違いに気が付かずに処方してしまったとの事であった。	薬歴、お薬手帳の確認を徹底する。複数規格、持続性の違いがある薬品など普段から従業員同士での情報更新が必要である。			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
1108	エリスロシン錠100mgで処方、他剤と一緒に一包化で調剤のところ、200mg錠で一包化調剤、予製でピッキング、処方内容監査後にPTPより取り出し、一包化の機械を利用し調剤しているが、予製の段階で200mgをピッキング、予製の監査者、処方内容監査者ともに規格が異なることを見落とし。調剤者は急いでいたため既にPTPより出された錠剤を一包化の機械に入れる前に確認するところを確認せずに機械へセットし調剤、最終監査者が監査時に気づき、規格が異なっている事が判明し、再度調剤を行う。	予製の監査者、処方内容監査者も監査を行っているため、急いでいたこともあるが調剤者は調剤時に処方箋とPTPの空を確認することを怠った（事前監査者が2名いるので信頼していた部分もあり）ことにより発生した事例である。	急いでいる場合でも処方内容と機械への入力内容、一包化の機械へ入れる薬の確認を行うことを再度徹底する。予製準備者、監査者、処方内容監査者等の監査業務者に対しても複数規格のある薬の場合は注意して行うよう意識付けを行う。			エリスロシン錠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



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

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1109	定期的にてエクメットHD・トレシーバを使用の患者。今回血糖コントロール不良にてトレシーバをゾルトファイに変更の処方箋。別薬剤師が投薬時に再度監査した際に同系統の成分が重複していること確認し、疑義照会。	エクメットにDPP4阻害であるエクア、ゾルトファイにGLP1作動であるピクトーザが配合剤であることで見落としてしまいそのまま調剤を行ったため。	配合剤の内容を薬局内で再度理解を行う			エクメット配合錠HD トレシーバ注 フレックスタッチ ゾルトファイ配合注フレックス タッチ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1110	定期的に来局している患者であり、本来の来局間隔から間があいた状態であった。服薬指導時に来局間隔が空いていたことを聞き取っていた際に、直近で手術を行っていたと判明。手術後から以前より服用している薬が変更されているとの話があったが、当局で調剤した薬剤は入院前からお渡ししていたものと同じであったので、疑問に思い疑義照会したところ手術後から「タンボコール錠50mg」は服用中止するようにとの指示を受けていたとのこと。処方からタンボコール50mgは削除となった。	病院が前回の処方内容のままで処方箋を発行してしまったものと思われる。	前回来局時と同じ処方内容であったとしても、来局間隔が空いている場合は理由を必ず聞き取る。その際の理由が、病状の変化の場合は本当に前回と同じ処方で良いかを確認する。			フレカイニド酢酸塩錠 50mg 「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	
1111	分包紙の印字の紛らわしさと忙しさのため監査がきちんと機能してなかった。	印字の紛らわしさある為、また分包紙をまとめる方法もくるくる巻いていたため。	印字の紛らわしさを解消するため色を付けた、また巻き方を山、谷折りに変えた。			アスベリン散10%	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。
1112	処方薬入力時に眼軟膏と点眼液の入力間違い	複数人によるチェックが必要。	複数人によるチェックが必要。			タリビ	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。
1113	数か月前より血圧が安定せず、高圧薬の変更が行われていた。元々 花粉症があり時期には抗アレルギー剤の処方があったが医院様の入力間違いに気づかず交付。患者様の問い合わせにより発覚。	薬剤師が一人体制時で患者様の聞き取り、説明不足。	薬剤変更時の聞き取り確認の徹底			アムロジピンOD錠5mg「サワイ」	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。
1114	当該医薬品と、全く効能の異なる医薬品を投薬してしまった。本人の指摘により直ぐに交換となり、健康被害は免れたが、作業の慣れ・注意力不足に気づき、以後の教訓とする様に皆で話し合った。	忙しさの為に確認不足が重なった	細心の注意でのピッキング、何人かで再確認の徹底を確認			メチコバル錠500μg	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:調剤 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1115	インフルエンザA感染者の処方せんでアブリンジン塩酸塩カプセル20mg 処方 特に心疾患あるわけではないこと確認	他の感染した患者様の処方ではアスピリン錠20mg が処方されていたことから医師が「ア」から始まる一般名と20mg のみで処方したことがわかった	投薬時には基礎疾患があるかどうか必ず確認すること			アブリンジン塩酸塩カプセル20mg 「NP」	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。
1116	一般名エベレリン処方のところ、エベレンゾの処方あり。処方日数から疑義紹介し、エベレリンへ変更	同時に処方がセレコキシブであったため、違和感があった	処方箋を縦に読むよう依頼			エベレンゾ錠50mg	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。
1117	4/30にカロナール500mg が処方されていたのに、患者が飲んでなく痛みが激しいからと受診される。5/2にカロナール300mg が処方されたので、話を伺ったところバルトレックスのみ服用されたいた。	バルトレックス、カロナール以外に定期薬が処方されていた。バルトレックスの服用法が複雑だったため、カロナールの説明が不足していた。	患者が理解するまでしっかり説明する			カロナール錠500	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。
1118	6月2日に一般名処方であって、後発品の入荷状況が悪く、ころころとメーカー変更であった。オロパタジン錠5mg 「トーワ」を調剤した。(3年前はアレロック錠5mg 調剤、その後、オロパタジン錠5mg EE だったり、オロパタジン錠5mg トーワであった) その後、2023年6月9日午前中に薬局に患者本人が来局。背中のかゆみが止まらないので、かゆみ止めを変えてほしいと激怒あり。	後発品の入荷状況が悪く違うメーカーを調剤せざる得なかった。	アレロック錠5mg を調剤しお渡しした。			オロパタジン塩酸塩錠5mg 「トーワ」	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。
1119	処方せんに薬局に在庫していない薬品名。また患者さんの症状に適さない薬と確認できたため処方医照会。入力ミスであったことが確認。修正された。	薬品名の類似によって生じたと思われる。患者さんの背景をしっかりと確認しその症状に適切かどうか確認する。	流れ作業で行わず引き続き注意して業務にあたる。			カルデナリン錠0.5mg	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	
1120	咽頭痛に対してアモキシサンカプセルの処方だったのでおかしいと思い、疑義照会し処方変更となった。	名前が似ていたため、医師が間違えてしまったと思われる。	処方監査、調剤時でも類似薬に注意する。	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。
1121	風邪の訴えでPL配合顆粒とアモキシサンカプセルの処方。	頭3文字が同じことによる打ち間違いだと思われる。	疑義照会しアモキシサンではなくアモキシシリンカプセルであることが判明し、処方訂正していただいた。	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。
1122	産婦人科からのアモキシサン、ピオフェルミンR、ソランタールの処方箋を受け付けた。薬剤師が受付をしたため、患者さまに疑義照会の了承を得てから疑義照会を実施した。アモキシサンカプセルがアモキシシリンカプセルに変更となった。	処方薬選択の際に三文字での検索を行ったものの、選択する薬剤名を誤ったものと思われる	診療科と一緒に処方された他の薬なども考慮しながら処方鑑査を実施する。違和感を感じた時には必ず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。

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1123	オーグメンチン配合錠250RSとアモキシサンカプセル10mgが処方されていた。患者の症状からもアモキシシリンと間違えたのではと疑義照会を行った。アモキシシリン250mgでは下痢になるかもしれないことを考慮して、少ない用量で処方したので間違いないと回答があった。改めてアモキサンとアモキシシリンは全く別の薬であることを説明した。その後処方アモキシサンカプセル10mgからサワシリン錠250mgに変更になった。	医師の勘違い、知識不足	処方意図を考え、必要に応じて患者から話をきくようにしている。	アモキシサンカプセル10mg	サワシリン錠250		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、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。
1124	歯科・口腔外科よりアモキシサンカプセル25mgが処方。家族に電話で本日の受診状況を確認すると抜歯をしたとの事、数日前に同病院よりアモキシサンカプセル250mgが出ていたこともあり、類似名称によるオーダー間違いの可能性が高いと考え、疑義照会。アモキシシリンカプセルに変更となった。	類似薬剤名称(3文字目まで一緒)が原因と考える	何処の科からの処方なのかの確認患者さんとのコミュニケーションをとれる手段・関係性を日頃から準備	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。
1125	精神科通院患者。普段服用している薬以外で臨時で、アモキシサンカプセル25mg 3C/7日分の処方。回収品目で、薬局にも在庫がなし。患者との会話で抗生剤が処方されることを聞き取り。疑義照会の結果、(般)アモキシシリンカプセル250mg 3C/7日分の誤りであることが判明。	類似名称の薬剤。医療機関の確認ミス。	ブレアポイドにつき改善策特になし。引き続き注意して処方監査続けます。	アモキシサンカプセル25mg	サワシリンカプセル250		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1126	皮膚科の処方でアモキシサンカプセル25mgが処方されており、アモキシシリンカプセル250mgの誤りではないかと疑う。患者家族に、症状と、抗生剤が処方されると主治医より伺っていることを聴取した後、疑義照会を行い、アモキシシリンカプセル250mgに変更となった。誤った薬を渡すことなく対応できた。	頭3文字が同じで、薬品名類似の上、同剤型であり、規格も類似しているため、処方入力の際の選択ミスと考えられる。	診療科と処方薬の妥当性を判断することや、患者への聞き取りの重要性を実感した事例であった。処方通り抗うつ剤を服用していた場合、重大な健康被害が出た恐れもあり、また適切な効果が得られなかったと推測される。本事例を薬局内で情報共有し、患者により安心して薬を飲んでいただけるよう取り組んでいく。	アモキシサンカプセル25mg	アモキシシリンカプセル250mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
1127	ピッキングの際に既往のない抗うつ剤が出ていたことで疑問に思い、患者も薬局不在のため処方医に確認を行った。	アモキシサン25mgとアモキシシリン250mgの名称が酷似しているため処方間違いが起こったと推察される。	アモキシサンカプセル自体が薬品回収対象薬であり、まずそこで処方に疑問を思うことができた。薬局内で回収薬品を共有していたことで確実に疑義照会に結びつけることができた。	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。
1128	処方箋上はアモキシサン25mgだったが、オーグメンチン配合錠も処方されており、もしかしたらアモキシサンでなくアモキシシリンではないかと疑いDrへ確認。その後アモキシサンからアモキシシリンへ変更指示を受けた。	アモキシサンとアモキシシリンが似通っているので事務入力の際ミスが生じた	名前の似通った薬剤は1度患者さんに確認か他の処方薬剤を確認する	アモキシサンカプセル25mg	サワシリンカプセル250		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。

**類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1129	患者様より風邪症状あり、抗生物質が出るはずとお話あり。抗うつ薬の処方があったため問い合わせを行ったところ以下のように変更となった。 アモキシサンカプセル25mg 3cap 分3 毎食後 4日分 飲み切り中止 → サワシリンカプセル250mg 3cap 分3 毎食後 4日分 飲み切り中止	アモキシサンとアモキシシリンの冒頭の文字が類似しているため入力時に選択ミスをしてしまったことが原因と考えられる。	新しい薬が増えた際は症状を確認して処方が適切かどうか確認する。患者様と処方内容に相違がある際は疑義照会を行う。	アモキシサンカプセル25mg	サワシリン錠250		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、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。
1130	粉瘤で受診との事だがアモキシサンカプセルの処方あり。疑義照会するとアモキシシリンカプセルの間違いと確認し訂正となった。	カルテ入力でのミスと思われる。	処方監査時や投薬時等の主訴(受診内容)の確認。	アモキシサンカプセル50mg	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。
1131	がん患者さんに対して、アモキシサン50mgがオーグメンチンと一緒に3日分処方されていた。オーグメンチンとアモキシシリンと一緒に処方されることはよくあったため医師による薬剤選択ミスの可能性を疑い疑義照会→サワシリンを処方したかった旨を確認。アモキシシリンに変更になった。	日頃から処方に対して理解を深めているれば防げる事例であったと思われる。オーグメンチンと一緒に処方がなければ患者さんからの聞き取りで気が付いた可能性はあるが決め手には欠けていたかなとも考えられる。	日頃からの医師の処方意図を考え習慣をつける	アモキシサンカプセル50mg	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	
1132	親子が風邪で受診・薬局、処方箋より【般】アモキサピン細粒10%の処方を確認、お薬手帳より服用歴も確認できずアモキシシリンの誤りと思い疑義照会を実施、【般】アモキシシリン細粒10%に処方変更。	一般名が類似しており、規格も同一なため(アモキサピン細粒10%とアモキシシリン細粒10%)	調製時に薬剤の薬効や他に処方されている薬、患者情報から処方薬の適性を考える	アモキサピン細粒10%	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。
1133	退院後の外来にて入院中から服用していたお薬を継続するとの事でアモキサピン処方される。患者家族がお薬をとりに見えて、投薬した医師に精神的に入院して落ち込んでいると話があり、その際に新しくカプセルのお薬が追加になって入院中からスタートになったと話が合った。その際に患者家族よりいつもと違う形状だと指摘があったが、GEの違いだと思ひ込み問い合わせせず、患者に同じお薬だと思いと説明。他の開業医さんに受診した際に、このお薬は、抗生剤ではないと医師から指摘があり、その医師により大学病院に連絡があり、発覚。実際は、アモキシシリンの処方入力ミスであった。	医科向けレセコンの入力ミス	患者家族など本人でない場合、家族と連携が出来ていないことがある為、話の内容と処方内容に違和感がある場合は、必ず入力ミスを想定して疑義照会を怠らないようにする。整形外科で精神科の薬など専門と異なる場合は、量や薬の内容について必ず確認する事			アモキサピンカプセル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。



類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1134	7才の男の子(既往歴: てんかん発作、喘息)に新規でピソノテープ4mgが処方されていた。母親に「今日は何の薬が出ると先生から聞かれましたか?」と聞くと「喘息がひどいから薬を出すっていうていたよ」ピソノテープの適応は高血圧、心房細動にしか適応がない為、疑義照会。ホクナリンテープ1mgに変更。	名前が少し似ている、どちらもβブロッカーの為選択ミス。	知識をみんなで共有する。	ピソノテープ4mg	ホクナリンテープ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、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。
1135	普段から当薬局をご利用の患者さまに、いつもはニセルゴリン錠5mgが処方されているところ今回はニコランジル錠5mgが処方されていた。患者様に確認したところ、お薬の変更については聞いていないとのこと。疑義照会した結果、ニセルゴリン錠5mgの記載間違いであった。	処方医は一般名での記載に慣れていなかった。長いこと先発品名を記載していたが、ここ最近になって一般名の記載に変更。薬剤名の記載にゴム印を用いており、類似名称のゴム印を取り違えたものと思われる。	処方薬の変更があった場合は患者様に良く確認する。その方の既往症と処方薬が合っているか確認する。過去の薬歴を確認した上で調剤を始める。	(般) ニコランジル錠5mg	(般) ニセルゴリン錠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
1136	他科でシロスタゾール、ベラプロスト服用中の患者さんにフスタゾール、サルボグレラート各3T分3毎食後処方あり。シロスタゾール、ベラプロスト服用中に、さらにサルボグレラートが追加されることに疑問をもち、処方元の医療機関に疑義し、サルボグレラートではなく、アンブロキシソールであることが判明。	処方入力時に頭3文字をアンフで入力し、アンブロキシソール錠を選択すべきところをアンブラグを選択してしまい、処方箋出力時にアンブラグから(般)サルボグレラートに変換されたものと思われる。	今回の事例は併用薬からの疑問に始まり疑義につながっているため、併用薬の情報管理を怠らないよう注意している。患者からの詳細な聞き取りや日々医療機関との連携強化に努めている。	【般】サルボグレラート塩酸錠100mg錠	【般】アンブロキシソール塩酸錠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:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1137	患者より、便秘薬が変更になったと聞き取りしたが、処方内容が【般】ベタメタゾン錠0.5mg 1錠 分1 夕食前 となっていた。夕食前の用法であることもあり、リンゼス錠の処方であることを処方箋入力時にリンデロン錠と誤った可能性ありと考え疑義照会。リンゼス錠0.25mg 2錠に処方変更となった。	医療機関での処方箋入力・発行時の確認不足。	特に初処方や処方変更の場合は患者への聞き取りを丁寧にする。	【般】ベタメタゾン0.5mg	リンゼス錠0.25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1138	老人介護施設へ入所の際、紹介状があったが、よく確認しなかったためカリウムとカルシウムを間違えて処方、当薬剤師が事前に施設看護師と話をし情報があったため薬剤の間違い処方に気がつき、施設看護師にそのことを確認して、血中K野数値が2.8であることを確認して、医師にそのことを確認して処方変更を依頼しました。	施設入所の患者などは、最初の段階で、入所時の情報を施設から聞き取りをして情報を記録しておく必要がある	施設への新規入所の時、施設看護師から、患者情報をしっかり聞き取りをすること	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
1139	眼科でL-アスパラギン酸Ca錠200mg「サワイ」が処方されていた。ダイアモックス錠250mgも処方されており、処方間違いの可能性があり疑義照会を行ったところ、アスパラカリウム錠300mgに変更になった。	類似名称の選択間違い。	処方内容をしっかり確認し、疑義照会を確実にを行う。	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1140	患者からK値について診察の時に言われた、と聴取し、検査結果の用紙も確認したところ、K値3.4で低値であり、さらにK値のところに印がしてあった。今回アゾセמידが増量になっており、K値が低いのにK補給剤が処方されていないことに違和感を覚えた。Ca値は今回検査されておらず、L-アスパラギン酸Ca錠200mgが処方されていたため、類似薬品名の間違いを疑い、疑義照会したところアスパラカリウム錠300mgに変更となった。	処方医が着任初日でオーダーシステムに不慣れだったこと、アスパラカリウム錠とL-アスパラギン酸Ca錠で名称が似ていることが原因として考えられる。	処方と検査値を照らし合わせて確認する。名称が似ている薬剤について情報を共有する。	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
1141	幼児(5歳)でPL配合顆粒が1日量4グラムで処方されたため疑義照会し幼児用PL配合顆粒に処方変更された。	薬剤名の類似と処方内容の確認不足と思われる。	調剤前に年齢等該当患者のわかりうる情報と処方内容が妥当かどうか確認している。	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
1142	平素より当薬局を利用している患者が処方箋をもって来局した。YDソリターT3号輸液が処方されていた。同病院、他科にてカリメート経口液20%の処方あり服用中であることを薬歴より確認し、当日K値5.3mmol/Lであることを持参された処方箋より確認した。YDソリターT3号輸液にはKが含まれており、高K血症憎悪の恐れあり禁忌のため、処方医にFAXにて疑義照会した。その結果、YDソリターT1号輸液に変更となった。	他科連携・処方確認・カルテ確認の不足と考えられる。	同じ病院であるからと安心せず他科での服用歴、過去薬歴や検査値等、総合して処方内容の確認をしていく。	YDソリターT3号輸液	YDソリターT1号輸液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1143	患者様が処方箋を持って来局。処方箋には「アイベータ配合点眼液、15ml/両目1日2回、ミケランLA点眼液、7.5ml/両目1日1回」と記載。両方の目薬にβ受容体遮断薬が含まれているため、処方医に疑義照会した。アイベータ配合点眼液、15ml/両目1日2回が、アイファガン点眼液、15ml/両目1日2回に変更になった	薬品名が類似しているため、入力ミスと考えられる	配合点眼液の処方時には、重複していないか確認する	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
1144	透析患者に重篤な腎障害がある患者に使えないアイラミド点眼が処方された。疑義照会によりアイファガン点眼に変更となった	複数考えられる。まず処方医が患者が透析をうけていると知らなかった可能性。つぎに透析を受けているのは知っていたが透析を受けているので大丈夫だろうと判断した可能性。あとはアイファガンを処方するつもりがアイラミドを選択してしまった可能性。	朝礼などでこのような事例があった等スタッフで情報共有の機会、あるいは紙媒体などで打ち出し共有をすることで事例の共有を行う。	アイラミド配合懸濁性点眼液	アイファガン点眼液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1145	アイファガン点眼液0.1%を定期で使用中の患者に追加で新しくアイラミド配合懸濁点眼液が処方された。成分のプリモニジンが重複するため、アイファガンからアイラミドへの変更を想定して疑義照会をした。その結果、処方医はアイラミドではなく目のかゆみに対してアレジオンLX点眼を処方したつもりだったことが判明した。	処方側オーダーリングシステムの3文字入力徹底されていないものと思われる。3文字どころか1文字しか入力されていないのではないか。	今回は成分の重複があったので患者への詳細な聞き取り前に疑義照会をして誤りに気が付けた。重複が無い場合の処方ミスは患者への聞き取りと処方箋の整合性のチェックで見えざるを得ない。	アイラミド配合懸濁性点眼液	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:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1146	アイラミドが右眼に新規で処方。今まではアイファガンを右眼、とプリンゾラミドを両眼に点眼中。プリンゾラミドも両眼に点眼の指示で一緒に処方されていたため、成分重複で疑義。アイラミド削除、今まで通り継続で、アイファガンに処方変更となった。	配合剤の中の成分の確認が不十分だったと思われる。	配合剤が処方になったときは中の成分を確認し、同種同効薬が重複していないかチェックする。	アイラミド配合懸濁性点眼液	アイファガン点眼液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1147	3歳のお子さんにアストミン散1日0.35gが処方された。	普段処方される咳止めの粉薬にアスピリン散があり、入力間違いが疑われた。小児だと8歳から処方可能となる為、疑義照会が必要と思われた。	類似薬剤がある為、念のため、病院に問い合わせ。アストミン散→アスピリン散へ変更となった。	アストミン散10%	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
1148	アストミン散10% 0.4g 分2 朝夕食後 7日分 の処方。成分量は40mg/日となり、6歳の常用量20～27.5mg/日を超過している。更に、名称のよく似たアスピリン散10%であれば、0.4g/日は6歳の常用量となることから、名称間違いが疑われたため、電話にて疑義照会。アスピリン散10% 0.4g 分2 朝夕食後 7日分に処方変更となった。	名称がよく似ている鎮咳剤同士であったため、処方せん入力時の選択ミスと思われる。	処方されている薬剤の用量が妥当であるかをしっかり処方監査する。	アストミン散10%	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
1149	アから始まる薬品名のためマスタの選択ミスが発生したと考えられる	似た名前のため	患者の話をしっかり聞き、処方薬とその話が一致しているか確認を怠らない	アズノールうがい液4%	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:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1150	久しぶりの来局。服薬説明時、患者の状態を聞き取りした際、カリウム値が低いため、今回、カリウムのお薬が処方されたことを確認。処方薬はカルシウム剤であったため、今回の血液検査値を確認したところ、K値が3.1mg/dlであり基準値より低かった。カルシウム値は基準値範囲内。そのため、処方医師に疑義照会。カリウム剤(L-アスパラギン酸カリウム錠300mg)へ変更となった。	処方薬は一般名処方で「L-アスパラギン酸カルシウム水和物錠200mg」であった。疑義照会によりL-アスパラギン酸カリウム錠300mgへ変更となった。一般名称が類似しており、入力時の誤りと思われる。	今回お薬が処方されるきっかけとなった症状をしたうえで、患者の血液検査値の情報を本人の協力により確認し、患者本人の症状を客観的に薬剤師が確認できるよう取り組みんだ。	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
1151	眼圧上昇のため、ダイアモックスを処方。その副作用防止の為と思われるアスパラカリウムではなく、アスパラカルシウムが処方されていたため疑義照会でアスパラカリウムに変更となった。	5文字目までが同じなので、選択ミスが原因と思われます	なんのために処方されているのかを検討しながら、また患者様に問診を行いながら投薬	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
1152	ダイアモックス錠併用にアスパラCAが処方されていた。副作用対策としてアスパラカリウム併用となることから処方の誤りの可能性があり疑義紹介を行った。医療機関側より出し間違いとのことで変更となった。	医師が類似名にて処方薬を間違えることがある。	処方全体を見渡し、推測される病態や疾患に適切な処方であるか確認を行う。	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	
1153	眼科より眼圧降下を目的として、ダイアモックス錠250mgが初回処方となった。併用薬としてアスバラ-CA錠200が処方されていたが、ダイアモックスの副作用として血中カリウム値を下げる可能性があり、カリウム製剤と間違えてアスバラ-CA錠200処方された疑いがあった。そこで処方内容の確認のため当該病院へ疑義照会を行ったところ、アスバラ-CA錠200からアスバラカリウム錠300mgへ処方変更となった。	類似薬剤名による処方誤りの可能性	薬剤師間での薬剤知識の共有、調剤過誤事例の共有、それに応じた過誤予防策の試案と実施	アスバラ-C A錠200	アスバラカリウム錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1154	低カリウム血症の患者にアスバラカリウムを処方する際に誤ってアスバラCaが処方された。聞き取りにてカリウムとカルシウムの処方間違いであると推察され、医師へ確認し、処方変更と至った。	薬剤名称が似ている為、医師が処方薬剤をPC上で入力する際に間違えた。医師への聞き取りにより、オーダーリングシステム上で類似薬剤を注意するようなシステムが構築されていなかった。	先発品の商品名、一般名それぞれが類似する薬剤については処方選択の際にミスがある可能性について再度周知徹底した。また、一般的に間違いの多い組み合わせ以外にも、病院や医師毎への処方傾向を把握したうえで、監査・交付時の聞き取りを行うように注意している。	アスバラ-C A錠200	アスバラカリウム錠300mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1155	定期処方にアスバラCAが追加された患者が来局。3/16退院時塩化カリウム徐放錠が処方されており、4/18外来診察時はカリウム値改善で処方削除になっていた。今回カリウムが3.5とやや低めだったが、カリウム製剤ではなくカルシウム製剤が処方されており、疑義した結果処方変更になった。	アスバラカリウムとアスバラカルシウムの入力ミスと思われる。(アスバラカリウムは病院採用外であるが)	監査時には検査値も確認し、処方内容が妥当であるか慎重に考えている。	アスバラ-C A錠200	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:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1156	弊社薬局をご利用の患者様が初めての医療機関の処方箋を持参された。アレンドロン酸錠35mg、エディロールカプセル0.5μgと一緒に アスバラカリウム錠300mgの処方内容であった。患者様に 骨粗鬆症の治療をスタートさせるのか?など問診をして検査値なども見せていただいた。検査値 (ucOC)からビタミンKも不足していると判断したので カリウムでなくグラケ-の間違いではないかと調剤した薬剤師が判断し 医師に電話にて問い合わせをした結果 グラケ-カプセル15mgの記載間違えであったことが判明した。	医師のカリウムとK (ビタミンk) の勘違いによる 処方入力ミスと思われる。	骨粗鬆症治療薬にも色々な種類があり カルシウム製剤の併用などには日ごろから注意しているが 骨粗鬆症の判断に使われる検査項目なども 確認できるようにしていく。	アスバラカリウム錠300mg	グラケ-カプセル15mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1157	平素はアスバラCA錠200を服用中だったが、今回はアスバラK錠300mgが処方されていた。患者からも特に薬剤変更について医師からの指導もなかったと聞く。そのため、事務を通じて医師に処方せん内容を再度確認。アスバラK錠300mgからアスバラCa錠200mgへ変更となった。	3文字入力での処方箋を入力されたと考えられる。	服薬歴をしっかりと確認する。投薬前に診察時の様子を聞くだけでなく投薬時にも血液検査の結果などを詳細に患者に聞き取り確認する。	アスバラカリウム錠300mg	アスバラ-C A錠200		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1158	6歳女性 初回来局。アスペリン散10% 2g処方。年齢用量から通常は0.4g/day程度が妥当であり、処方量は同年齢のアスペリンドライシロップ2%の用量のため疑義。アスペリン散10%からアスペリンドライシロップ2%に変更となった。	アスペリン散とアスペリンドライシロップは剤形違いで薬品名は同じのため剤形まで確認せずに誤って入力したと思われる。	散剤の用量監査の際は薬品名で剤形違いの医薬品が多々あるため必ず薬品名、剤形、規格と分けて処方監査を実施し、用量監査が完了してから調剤を行う。	アスペリン散10%	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



類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1159	10歳男児(体重30キロ弱)。インフルエンザA型陽性。発熱、咳症状で受診。アスピリン散10% 3g 1日3回毎食後7日分で処方記載あり。通常量の10倍量での処方であること、また、この男児は散剤が服用できないため、アスピリン錠20へ剤型の変更を疑義照会。	処方医がアスピリン散10%とアスピリンドライシロップ2%の剤型を勘違いし処方したと思われる。	小児の処方を取り扱う際は患児の年齢と体重を確認後、小児用量を換算し処方監査は必ず薬剤師二人以上で行う。	アスピリン散10%	アスピリン錠20		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1160	7歳女の子に対し、カルボシステインDS50% 1.32g、アスピリン散10%1.7g 1日2回朝夕食後7日分の処方があり、調剤前にアスピリン散10%の量が多いことに気付き、アスピリンDS2%の間違いの可能性のあるため疑義照会し、用量はそのままアスピリンDS2%に処方変更となった。フェキソフェナジンDS5%の用量0.6g/日が年齢に対する用量と異なるため問い合わせし、0.6g/日→1.2g/日に用量変更となった。	用量はアスピリンDS2%で正しかったため、病院側でのアスピリンの規格・剤形の選択ミス、その後の確認不足だと思われる。フェキソフェナジンは1回量と1日量を間違えた可能性が考えられる。	規格違いによる用量の間違いについては予め把握しておく、小児用量の一覧表などを薬局内に整備しておく。抗アレルギー薬は年齢によって用量が異なるため簡易表作成などとして対策する。	アスピリン散10% フェキソフェナジン塩酸塩DS5%「トーワ」	アスピリンドライシロップ2% フェキソフェナジン塩酸塩DS5%「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
1161	4歳の小児にアスピリン散10%が1日6g、ムコダインDS50%が9gで処方されており、過量投与のため問合せ、アスピリンシロップ0.5% 6ml、ムコダインシロップ5% 9mlに変更となった。	カルテより処方箋に転記する際に、剤形を誤って入力したと思われる。	調剤前の処方監査を徹底するようにスタッフ一同で確認した。	アスピリン散10% ムコダインDS50%	アスピリンシロップ0.5% 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	
1162	帯状疱疹の処方に、アメンナリーフ、ロキソプロフェン、アセトアミノフェン500が処方であった。ロキソプロフェン、アセトアミノフェン500の併用について疑義照会したところ、アセトアミノフェン500がメコバラミン500の入力誤りであることが分かった。	薬剤名称の語尾が「ン」であること、規格が500で同じことで、記載時入力あやまりが生じたと考えられる。	同効薬が処方になっていた場合、疑義すること。投薬時には病状をしっかりと確認し、処方が適正であるかを判断すること。	アセトアミノフェン錠500mg「マルイシ」	メコバラミン錠500μg「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
1163	眼圧コントロール不十分な為降眼圧剤の処方変更 プロスタグランジン受容体作動薬単剤を非選択性β遮断薬との配合点眼液に処方変更されたが、既に炭酸脱水酵素阻害薬と非選択性β遮断薬の配合剤を使用中。問い合わせ後、プロスタグランジン受容体作動薬と非選択性β遮断薬の配合剤はそのまま、今まで使用していた配合剤をα2作動薬と炭酸脱水酵素阻害薬との配合剤へ処方変更となった。	点眼液の配合剤の名称は似ているものが多い。また配合されている成分のどちらかが重なる薬剤も多い。	薬棚の薬剤名の下に配合されている薬剤を成分名で表記し調剤時に重複がないか確認。複数薬剤処方されている中に配合剤の処方がある時は特に注意を心がけている。	アゾルガ配合懸濁性点眼液	アイラミド配合懸濁性点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1164	今回処方より、トラチモ配合点眼液とアゾルガ懸濁性配合点眼液へ処方変更チモロール成分が重複しているため、疑義照会アゾルガ懸濁性配合点眼液が処方削除となり、アイラミド懸濁性配合点眼液が追加となった(トラチモ配合点眼液は継続)	本日の処方変更の際、カルテへの記載が違ったか、処方箋発行時に名前が類似しているため間違えたか	配合剤への変更の時は作成している一覧表にて成分を確認するようにしている	アゾルガ配合懸濁性点眼液	アイラミド配合懸濁性点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1165	血圧高値により降圧剤が変更されており、アダラートCR錠20mgが2錠分2朝夕食後で開始の指示。高血圧症に対する適応としてCR錠の分2使用は添付文書に記載のある用法だが、今回新規開始だったため12時間持続型のL錠と間違えていないか疑義照会し、CR錠→L錠の誤りであったことが判明。	処方箋作成時の確認不足。	添付文書上に記載のある用法でも初回開始の用量として思わしくない場合は念のため疑義照会を行う。	アダラートCR錠20mg	アダラートL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
1166	患者は他病院の院内処方でニフェジピンL20mgをもらっていたが、今回この薬を他病院でもらうため薬袋を持参した。薬袋にはニフェジピンLと書いてあったが、医師が見誤りアダラートCR20mgで処方を出した。投薬時に薬剤師が薬袋を確認し、誤りに気づき疑義照会后、変更となった。	医師の確認が不足していた。	他病院の薬を別の病院でもらった際は医師に見せたものを薬局でも確認し、誤りが無いか確認してから交付する。	アダラートCR錠20mg	ニフェジピンL錠20mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1167	喘息悪化の患者へ以下処方。アドエア250ディスカス60B L 1日2回1回2吸入 吸入数が多く、サルタノール過剰投与による副作用発現の恐れあり ナース経由でDrへ 増量するのであれば、アドエア500ディスカスへの変更を提案 Drはアドエアエアゾール剤を処方したかったとのことアドエア250エアゾール 1日2回1回2吸入へ変更。	ナースがエアゾール剤の存在を知らず、処方箋作成の際にディスカスを選択してしまったとのこと。	アドエアは剤型によって用量が変わることを再確認	アドエア250ディスカス60吸入用	アドエア250エアゾール120吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1168	総合病院からかかりつけ病院へ転院後の初めての処方箋を持って来局した。前病院ではロスバスタチン5mg2錠が処方されていたことをお薬手帳で確認したが、今回処方方はアトルバスタチン10mg1錠へ変更されていた。患者に聞き取りをしたところ薬剤変更の説明を受けておらず、疑義照会を行った。結果ロスバスタチン5mg2錠へ薬が変更された。	前病院での処方薬の確認が不十分で、錠数を減らしてあげようという気持ちもあり、10mgの規格のある高脂血症の薬を処方してしまったと考えられる。	お薬手帳や、患者さまからの聞き取りで情報収集をきちんと行い、処方内容に間違いがないか確認して疑問点があれば疑義照会で確認するという基本をしっかりこなししていく。	アトルバスタチン錠10mg「Me」	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
1169	アボルブカプセルを処方するべきところ手書き追加処方ではアバプロ錠と記載されていた。過去にアバプロ錠も過去に処方履歴があったが、数年前であり患者様に確認したところ現在は血圧が高くないことから処方間違いである可能性が高いことに気づき疑義照会をおこなった。	手書きで追加したため、書き間違えたと思われる。	手帳での確認、処方履歴の確認と薬剤変更時は患者様へのヒアリングをしっかりと行っています。	アバプロ錠100mg	アボルブカプセル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
1170	アフタゾン軟膏が処方された患者。聞き取りを行ったところ、ヘルベスと医師より説明があったのを受け、疑義照会を行った。アラセナ軟膏へ変更となった。	処方内容の確認不足、医薬品名が類似していることが現在と考えられる。	患者からの聞き取り、医薬品の適正使用の確認を徹底する。	アフタゾン口腔用軟膏0.1%	アラセナーA軟膏3%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1171	定時でアムロジピン2.5mgを服用している患者に、一般名でアムロジピン2.5mg・アトルバスタチン5mg(アマレット)の処方があった。今回、脂質異常などによりアトルバスタチンが追加になったのか確認したがとくに採血などもしておらず、薬が追加になるとは聞いていなかったとのこと。処方医に疑義照会し、処方の記載誤りとのことでアトルバスタチンを削除し、いつも通りのアムロジピン2.5mgのみの処方となった。	Drの処方せんへの記載ミスと思われる。	処方せんだけの情報に頼らず、患者への聞き取りを丁寧に行っていく。	アマレット配合錠1番「DSEP」	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
1172	以前から継続して服用していたアムロジン5mgと前回処方より増量になったミカルディス80mgにて高血圧の治療を開始。増量による副作用もなく血圧が下がったため、今回から合剤に変更する予定。しかし、ミカルディスが配合されたミカムロではなくディオバンが配合されたコディオ配合を医師が処方した。患者に確認するよりも先に疑義照会にて確認をとり処方変更となる。	どちらの合剤にも同量のアムロジンが含有されており、ミカルディスとディオバンも同量の80mgが含有されている薬剤であったため医師が入力の際に確認漏れがあったと考えられる。	薬歴鑑査システムにおいてディオバン自体服用していた形跡がないことから今回のヒヤリハットに気付けた。今後も薬歴とお薬手帳の確認を徹底するように従業員へ指導した。	アマバロ配合錠「オーハラ」	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	
1173	平素より当薬局を利用されている患者。処方箋の内容通り調剤し、交付時今回からアムロジピン錠5mg追加であることを患者本人に確認。患者本人より「血圧の薬ではなくコレステロールの薬が追加になると聞いている」とお話があり、処方医にTELにて確認。結果、カルテ記載に間違いはなかったものの事務の入力ミスで本来はアトルバスタチン錠5mgが処方されるところ、アムロジピン錠5mgが処方されていたことが発覚。アトルバスタチン錠5mgに薬剤変更しお渡しした。	両薬剤とも頭文字がアで比較的良好に処方される薬のため事務のカルテ見間違い、確認不足が要因と考えられる。	新規の薬開始時には必ず患者本人に開始することになった経緯を確認する。患者本人が新規薬開始を把握していなかったり、少しでも内容に齟齬がある場合は、処方医への確認を怠らない。	アムロジピンOD錠5mg「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
1174	定期薬を取りに来た患者様にアムロジピンが半年ぶりに処方されていた、投薬の際に確認したところ血圧は落ち着いており薬追加の話もなし、定期薬の中でアモバンが出ておらず、疑義照会したところ、処方間違えであった。患者自身が先生が出すなら飲むよと最初話されていた、疑義照会をしなければ、不必要な薬を飲ませるところであった。	病院へ疑義照会をしたところ、カルテが紙カルテであり、先生記載の「アモバン(変更不可処方)」を新入事務がアムロジピンだと勘違いしてしまったことが発覚した。	薬局スタッフ間で事例を情報共有、処方意図が分からない薬は必ず病院に疑義照会を行うようにした。	アムロジピンOD錠5mg「明治」	アモバン錠10		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1175	アムロジピン錠10mg1錠分1朝食後に服用中の患者に対して、アムロジピン錠5mgが1錠分1夕食後で追加処方された。最大用量が10mgとなっており、疑義照会にて追加分は削除、代わりにテノーミン錠50mgが追加で処方された。	処方医のアムロジピンの最大用量の知識不足	アムロジピンやメトホルミンなど配合剤の存在する薬に関しては、オーバードーズに特に注意している。	アムロジピン錠10mg「明治」	テノーミン錠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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1176	急性上気道炎、咳で受診した患者さんに、アムロジピン2.5mg 1錠 3日分が処方になっていた。疾患で一時的に血圧が上がったのかと思ったが、投薬時に話をしても血圧は測定していないとのことで、アジスロマイシン250mg 6錠 3日分ではないかと疑い疑義紹介したところ変更になった。	全く異なる薬効だが、カタカナにするのと似ており、2.5と250も似てるので選ぶときに誤ったと思われる。投薬時に症状も確認することが重要である。	投薬時に受診内容を差しさわりのない範囲で確認し、違和感はそのままにしないこと。	アムロジピン錠2.5mg「JG」	アジスロマイシン錠250mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1177	オロパタジン5mgで処方されるところにアムロジピン5mgと誤って処方	処方入力時の誤変換	服薬指導時、患者から聞き取った情報と処方との妥当性をしっかり判断する	アムロジピン錠5mg「PH」	オロパタジン塩酸塩錠5mg「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
1178	精神科の処方箋で一日一回朝食後28日分でアモキシシリンカプセル250mgが処方となっていた。抗生剤にしては長期なことと類似薬品名の精神科の薬(アモキシサンカプセル)がある為、勘違いしたと推測し疑義。アモキシサンカプセルは現在、ニトロソアミン検出により処方しにくい状況なこと処方医に伝え、元々の処方(ビブレッソ)に戻すこととなった。	アモキシサンカプセルがニトロソアミン検出により病院採用中止となっていたため処方入力できず、三文字検索で出てくるアモキシシリンカプセルを入力してしまった。	処方内容に違和感があるときはすぐに病院へ問い合わせをする。	アモキシシリンカプセル250mg「日医工」	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
1179	28歳女性、初めてアルダクトンAが処方されていたため、投薬時に浮腫みがあるのか伺ったところ、浮腫みはないこと、胃が痛い、とのコメントを得た。そのため疑義照会したところ、アルダクトンAではなく、アルタットカプセル75mgであることが分かった。	医療機関が処方内容入力時、「アル」あるいは「アルタ」で検索し、アルタットではなく間違えてアルダクトンAを選択したと思われる。	患者一人ひとりから丁寧にヒアリングし、処方内容が適切であるか判断する。特に今までと異なる薬が処方されている場合、或いは継続処方されていた薬剤が記載されていない場合、減量・増量などがあった場合等、患者との会話からその理由を把握した上で、疑問が生じたら必ず疑義照会して疑問を解決すること。	アルダクトンA錠25mg	アルタットカプセル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

**類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1180	久しぶりにご来局の患者様にアルプラゾラム錠の処方。服薬指導の際に医院でいろいろ検査してもらい利尿剤が追加になったと聴取。疑義照会したところトラセミド錠へ処方変更となる。	アルプラゾラムとトラセミドの先発名であるルブラックの名称が類似していたためと考えられる。	新規処方・追加処方の際には処方になった経緯を必ず確認する。	アルプラゾラム錠0.4mg「サワイ」	トラセミドOD錠8mg「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
1181	感冒にて受診の患者に、アルプラゾラム錠0.4mgが処方されていた。疑義照会にて確認したところ、ソランタール錠100mgに変更となった。	医師の確認漏れと推察される。(ソランタールとソラナックスの入力間違いから、ソラナックスの一般名アルプラゾラムの処方になったかと考えられる。)	患者からの聞き取りから、処方内容を確認することを、確実に実施する。	アルプラゾラム錠0.4mg「トーワ」	ソランタール錠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
1182	10歳の患者さんにアレジオンLX点眼0.1%が処方されていた。アレジオンLX点眼0.1%は12歳未満の臨床試験が行われていない為、疑義照会を行った。その結果アレジオン点眼液0.05%へ変更となった。	処方される際に年齢をよく確認していなかったと思われる	新しい薬が処方されたときは小児に適応がある薬か添付文書などで確認するようにしている。	アレジオンLX点眼液0.1%	アレジオン点眼液0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1183	1日2回使用の持続性「LX」点眼薬が1日4回指示で処方された。疑義照会を行い、正しい処方是非持続性の点眼薬であることを確認した。	持続性而非持続性で使用回数異なるが、名称がよく似ているため処方時に混同され確認がもれたことが要因と思われる。	持続性而非持続性で用法の異なる薬剤は、どちらの薬剤か名称を確実に読み取ること、正しい用法で処方されていることを特に注意して確認する必要がある。	アレジオンLX点眼液0.1%	アレジオン点眼液0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1184	平素より当薬局をご利用いただいている患者が処方箋をもって来局した。処方内容としてはキサラタン点眼液0.005%とアレジオン点眼液0.05%で、アレジオン点眼液は初処方であった。今回処方のアレジオンは1月下旬ということもありスギ花粉症に対する処方だと推察したため、監査時は疑義は生じなかった。その後薬剤交付時に患者の話を知ると、医師からは眼圧が高い事を指摘され、眼圧を下げる点眼薬を処方する旨を伝えられたことを聴取した。この時点で疑義が生じたため病院に疑義照会をしたところ、アイファガン点眼液0.1%が正しい処方であることが判明した。	処方の入力ミス、確認不足だと考えられる。両薬剤とも先頭が「ア」、末尾が「ン」のため見間違いが生じやすい。	新規薬剤処方時は医師から指摘された事柄や処方する薬剤の種類などの情報を聴取する。	アレジオン点眼液0.05%	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
1185	発熱外来で受診。熱と鼻水、咳があると聞き取り。いままでに尿酸値の検査はした事はなく、今回もアロプリノールを使用する該当症状なし。鼻水の薬が処方がないため、アンブロキシソール錠の間違いの可能性を考えて病院へ確認したところ、アロプリノール錠→アンブロキシソール錠の間違いと発覚。	名称が似ていたため、入力時に間違えてしまったと思われる。	少しでも疑わしいと感じた処方については問合せを必ず行う。	アロプリノール錠100mg「サワイ」	アンブロキシソール塩酸塩錠15mg「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	
1186	患者さんに症状を確認したところマスクによるかぶれとのことだったが、処方箋ではベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏0.05%を患部(顔面)に塗布となっていた。ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステルは作用の強さがvery strongであるが、顔面での使用となっていたことから処方医へ確認を行った。	薬剤名が類似していたこと、処方医が忙しかったことが要因であると推定される。	一般名処方による外用薬については日頃から注意深く確認するように薬局内で周知している。	アンテベート軟膏0.05%	アクアチム軟膏1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1187	処方薬違い	病院採用薬名称類似のため	手帳をもとに処方監査 患者様への聞き取り	アンプリセンタン錠2.5mg「サワイ」	アンプロキソール塩酸塩錠15mg「NP I」		ヒューマンエラー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	アンプロキソールOD錠15mg2錠分2朝食後の処方があった。通常1日1回の薬剤の為疑義照会を行った。	オーダーリングシステムの入力時に薬剤選択を間違えたと推定される。	電話にて疑義照会を行い、処方内容を薬品名アンプロキソール錠15mgに修正して調剤投薬をした。	アンプロキソール塩酸塩徐放OD錠45mg「ZE」	アンプロキソール塩酸塩錠15mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1189	一般名アンプロキソール徐放錠45mg3錠/分3で処方され、過量投与の為処方医疑義照会。一般名アンプロキソール錠15mg3錠/分3に処方変更となった。	医師が処方時、薬剤規格までの確認を怠ったと思われる。	入力の際、薬剤選択は頭文字数文字での検索になる為薬局でも入力間違いは起こり得る。薬剤選択の際は、薬剤名、規格、メーカー名までしっかり確認をする必要あり。	アンプロキソール塩酸塩徐放OD錠45mg「サワイ」	アンプロキソール塩酸塩錠15mg「タイヨー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1190	久しぶりに来局の患者さん。アンプロキソール錠15mg 1錠 1×朝食後で処方となっていた。用量用法が添付文書と異なっていたため、お薬手帳持参のため確認したところ、アンプロキソール15mgではなくランソプラゾールOD15mgが記載されていたため、疑義照会。処方変更となった。	カルテの字が読みにくかった、成分名が似ていたので間違えた可能性が高い。	お薬手帳の記載内容、用量用法についてはしっかりと確認するようにしている。	アンプロキソール塩酸塩錠15mg「日医工」	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

**類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1191	用法がうがいの指示であるが、イソジン液消毒用の記載のため疑義。	類似名称のため、処方カルテの入力の際の確認不足。	いろいろな規格があるものは、規格に印付けるなど周知できるようにする。	イソジン液10%	イソジンガーグル液7%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1192	救急外科にて、イソジン液10%250ml1本処方あり。用法に水で希釈にて嗽と記載あり。患者さんに確認したところ、顔面から自転車で転倒し、口の中を切ったとのこと。先生から嗽するように指示がありました。イソジンガーグルの間違いではないかと問い合わせしたところ、イソジンガーグル1本30mlに処方変更になりました。	処方箋入力時の医薬品の選択間違いが推定されました。	来局時に全身擦り傷あったので、全身の消毒に出たのと思われたが、患者さんの直接の聞き取りにて、口腔内に使用の確認ができ、問い合わせで変更ができました。	イソジン液10%	イソジンガーグル液7%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1193	感冒薬の処方中にイドメシンコーワゾルがあり、違和感を感じたため患者に確認したところ、含嗽薬を希望したとのこと。処方医に疑義照会し、イソジンガーグルの間違いであったことが判明。	病院での入力ミスと思われる。	処方せんの内容だけでなく、患者からの聞き取りも重視する。	イドメシンコーワゾル1%	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
1194	イミダプリル錠10mg 2錠分2朝食後の処方だったが、投与量が多いため確認したところ、イミダフェナシンOD錠0.1mg 2錠分2朝食後の間違いだったため処方変更。	類似の医薬品名で入力時に間違いが起きた。	投与量の確認により間違いに気が付く	イミダプリル塩酸塩錠10mg「サワイ」	イミダフェナシン錠0.1mg「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:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1195	在宅患者様。当薬局は初めての利用。定時薬が処方切れしてしまうため処方とのこと。(般)イルベサルタン・アムロジピン(5)配合錠の処方。処方通りイルアミクスHDで調剤し、訪問した。訪問時にお薬手帳を確認すると、イルアミクスLDを服用していた。本人に確認したところ薬の用量変更は聞かされていないとのこと。病院に連絡してイルアミクスLDに変更頂いた。	診療情報提供書が手書きで間違ってしまったとのことでした。	お薬手帳、薬情などを有効活用していく。特に初回は病院も間違えることがあることを念頭に置いて業務にあたる。	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
1196	前回までイルアミクスLDで服用。今回、イルアミクスHDでの処方へ変更となった。血圧は安定されており、変更については聞いていないとの事で疑義照会実施。前回同様にイルアミクスLDで継続となった。	病院のパソコンが新しくなったこととで事務員の入力ミスであったとのこと。薬品名の類似	薬剤が変更になった際には、患者様より変更の理由や医師からの説明がされているのかを確認。疑問があった際には疑義照会にて確認を徹底。	イルアミクス配合錠HD 「YD」	イルアミクス配合錠LD 「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
1197	前回処方 インチュニブ錠1mg 2錠 朝食後今回 インヴェガ錠3mg 1錠 朝食後 処方患者から薬の量が増える と聴取し疑義照会したところ、インチュニブ錠3mg 1錠 朝食後へ変更となった。	2文字目までは名称が同じかつ規格が一緒であった為、薬剤選択を間違えたと思われる。	レセコン入力は3文字入力を徹底。類似名称に関しては月1回のミーティングでも注意喚起。	インヴェガ錠3mg	インチュニブ錠3mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1198	他院で処方してもらったインスリン グラルギンBS注ミリオペンを、かかりつけ医で処方たのだが、インスリン グラルギンBS注カートで処方。疑義照会にて規格違いの確認すると、今までもらっていたインスリン グラルギンBS注ミリオペンへ変更となる。	規格の選択間違いと思われる。	注射剤の規格・手技を患者様と一緒に確認	インスリン グラルギンBS注カート「リリー」	インスリン グラルギンBS注ミリオペン「リリー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1199	施設入所者。退院時処方で病院から持参したインスリン製剤と処方されたインスリン製剤が異なっていた。レセコンに入力できないとの事だった。	医師の入力ミスとレセコンの使いにくさ	薬歴とお薬手帳 病院からの情報をしっかり確認する。	インスリン グラルギン B S注ミリオベン「リリー」	インスリン リスプロ B S注 100単位/mL 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
1200	産婦人科受診の妊婦さんが処方せんを持ってきて見たら ウラリット配合錠の一般名とテブレノンカプセルの記載があり 症状をお聞きしたら貧血の薬を出すよと言われたそうで 電話で病院に疑義照会したらクエン酸第一鉄ナトリウムの間違いでした。	ウラリット配合錠の一般名とクエン酸第一鉄ナトリウムの名前が類似のため。	症状と合った薬が処方されているか患者さんとよく話をすることが必須であることを改めて感じました。	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
1201	平素より当局利用の患者様。前回まではエイベリス点眼液0.002%2.5mlが処方されていたが、今回でエイゾプト懸濁性点眼液1%2.5mlの処方となっていた。5ml瓶しか存在しない薬剤でもあり違和感を感じ患者様本人にDrから薬剤変更の話はあったか確認すると、いつも通りの処方を出すと言っていると返答があったため疑義照会。平素より使用しているエイベリス点眼液0.002%へ処方変更となった。	頭2文字が同一の薬剤のため簡易検索ででてきた薬剤を選択誤りしたと考えられる。	常日頃から薬剤変更がある場合は患者様に確認を行っている。点眼の場合2.5ml製剤と5ml製剤があるためそれを把握しておくことでヒヤリハットに気づききっかけになるとも感じた。	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
1202	新規患者にエイベリス点眼液が処方されていたが、患者に確認したところ緑内障等の症状なく処方医に確認したところエビナスチンの間違いであったことが判明。変更した。	処方医の印鑑の押し間違い	必ず患者に症状を確認し投薬する	エイベリス点眼液 0.002%	エビナスチン塩酸塩点眼液 0.005%「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: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1203	ザラカムとエイベリスと一緒に処方されており また、エイベリスは1日2回で処方になっていたために疑義。エイベリス処方ではなくエイゾプトを処方したかったことが判明	処方薬剤の名称確認不足	添付文書からの用法逸脱は必ず疑義。同種薬の処方は必ず疑義	エイベリス点眼液0.002%	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
1204	エクメットが今回より処方追加。患者とのやり取りの中で糖尿の状態はなく、血圧の薬を処方追加する旨説明があった	合剤が多く販売されており間違えた可能性あり	糖尿の既往もなくいきなりエクメットHDが分1で処方されたことにも調剤時に違和感を感じた。今後も知識の向上に努めていく	エクメット配合錠HD	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
1205	日頃からエクメット配合錠LDを2T2×朝・夕食後で処方されていたが、エクメット配合錠HD1T1×朝食後、エクメット配合錠LD1T1×夕食後に変更となっており患者に確認するも医師から説明を受けていなかった為問い合わせ。医師の選択ミスでエクメット配合錠LD2T2×朝・夕食後の間違いで前回と処方内容に変更はなかった。	薬剤が同じで規格のみ異なる為、選択ミスが発生したと考察できた。	処方内容に変更があった際は患者に確認をとり把握していない際は疑義照会を行う。	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
1206	【般】 エスゾピクロン2mg 1g 頭痛時の処方あり、処方単位と用法に対して疑義照会したところ、薬品名の入力間違いであったことが判明した。正しくはSG配合顆粒1gの間違いであった。	薬品名を選ぶときに頭2文字が同じだったため、選択を間違えたと推測される。	頓服の用法が適切でない時は疑義照会をする	エスゾピクロン錠2mg「サワイ」	SG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
1207	前回処方 ルネスタ2mg 不眠時頓用 今回処方 (般) エスタゾラム錠2mg 不眠時頓用患者様に不眠時の薬剤の変更の有無について確認した所、変更なしとのことなので、Drに疑義照会しました。	前回の銘柄しての処方から今回の一般名処方に変えた時、エスゾピクロン2mgとエスタゾラム2mgの名前も類似、規格も同様であるため選り間違たと推測できます。	薬歴をしっかりと確認し患者様に薬の変更の経緯なども確認することが大事です。	エスタゾラム錠2mg「アメル」	エスゾピクロン錠2mg「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1208	エスタゾラム錠10mgが1錠から1.5錠に増量になったタイミングで、プロチゾラム錠0.25mgがエスタゾラム錠2mgにも変更になっていたため、服薬支援時に患者本人に確認した所、増量以外の話は聞いていないとのことであり、処方医に確認した。エスタゾラムは削除、プロチゾラムへ戻ることになった	パソコン操作上の誤り。エスタゾラムとエスタゾラムの違い。	投薬時(服薬支援時)は、変更点と患者と薬の確認を行う。	エスタゾラム錠2mg「アメル」	プロチゾラム錠0.25mg「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
1209	新規の整形外科受診の患者様でエバミール1mg3錠分3毎食後の処方。薬剤の用法や診療科、患者様の主訴から処方内容に疑問を感じFAXにて処方医に照会、処方間違いとのことレバミビド100mg3錠分3毎食後へ処方変更となった。	医師の処方内容の確認不足、おそらくタイピングミス	新規処方には特に注意を払って鑑査するように心掛ける	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
1210	A診療所より新規で「エフィエント錠2.5mg」2錠分2で処方有すでにB病院から「エリキユース2.5mg」2錠分2で処方があり服用継続中新たに追加になるのか?追加ならばエフィエントの用法用量がおかしいので確認の疑義B病院→A診療所に処方元が変更になり、紹介状もあった様子。事務員が不慣れの為似た名前の「エフィエント」で入力してしまったが、「エリキユース」が本来出したかった薬剤。エリキユースに変更になり調剤実施	普段使用することがなく、似た雰囲気の名前、同じ規格があったため、不慣れな事務が間違えてしまった可能性医療機関側の採用外の薬剤の場合には起こりうると思われる	複数診療科を受診されている場合には、毎回服用されている薬剤との併用は必ず確認すべき特に同効薬が追加になった場合などは注意が必要可能な限り患者に促して、薬局は一元化するように声掛けを行う	エフィエント錠2.5mg	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
1211	処方追加がなされ、投薬の際にエベレンゾの効能効果を説明したが、心不全と分かり疑義照会をした。	コンピューターの入力ミス	服薬指導において、薬の効能効果の説明を徹底する。患者が自分の薬の事を理解して頂く。	エベレンゾ錠50mg	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: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1212	腎臓内科での処方ではエベレンゾの毎日服用となっており薬剤の入力ミスまたは服用方法の間違ひではないかと考え疑義紹介を行った。その返答からエンレスト錠200mgの処方へ変更となった。	薬剤名が非常に似ておりそのため医療事務などの入力で間違ひが発生してしまう可能性があることが考えられる。また注意喚起などのスルーなども予想されると考えられる。	薬剤名が似ている薬剤が処方されているときは本当にその薬剤で問題がないかまたは服用方法が間違っていないかを入力鑑査 処方鑑査にて意識していくこと大事だと考える。	エベレンゾ錠 5 0 m g	エンレスト錠 2 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
1213	患者から事前確認で、今回処方内容に変更があった旨聞いていた。前回からの変更点が複数あり、エリキユース2.5が1錠1×で処方されていること、すでにプラザキサを服用しているのに追加されていることに違和感があり疑義紹介実施。併せてペリキューボ2.5が処方なくなっていたためこの点も合わせて確認。結果としては、クリニックの処方箋入力して発行する方がDr.のカルテの記載の読み取り間違ひであることが判明。エリキユース2.5→ペリキューボ2.5へ変更になった。	前回の処方内容からの変更を確認。今回は処方箋発行CLの内部事情もありミスの原因になっていた。	クリニックの運営の内部状況に配慮し前回処方との変更内容と患者様理解度をよく確認し矛盾があればクリニックへ確認する。	エリキユース錠 2. 5 m g	ペリキューボ錠 2. 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
1214	新規に『エリスバン錠0.25m g』が処方されていたが、製造中止になったのもあり不審に思い処方病院に問い合わせしたところ、『エベリゾン錠50m g』との記載違ひだと判明した。	薬品名称が似ていたため、入力違ひと思われる。	特に新規、臨時の処方の際は患者様に症状を確かめながら慎重に処方監査をする様に努めたいと思います。	エリスバン錠 0. 2 5 m g	ミオナル錠 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	
1215	中耳炎患者にエリスロシン錠200mg 4T/N 2 X 1で処方 エリスロシンに中耳炎の適応症が無く、エリスロマイシン錠「サワイ」が中耳炎適応ある旨、用法も分4が妥当なため疑義照会 エリスロマイシン錠200mg「サワイ」4T/毎食後、寝る前へ変更となる	用法はカルテ記載ミス、医薬品はPC入力ミスの可能性高い	同成分でも適応症が違う場合もあり、疑義照会で代替え変更できない旨伝え、処方内容変更、用法については添付文書と違う場合は疑義照会して医師確認済みまたは添付文書通りに変更していただくようにしています。	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
1216	カルシトリオール0.5μg 1Capからエルデカルシトール0.75μg 1Capに処方変更あり、患者は腎機能障害があり治療内服中で、以前に高Ca血症の経験を調剤者が把握していたため、Drに処方変更の確認をした。Drの処方間違いで、元のカルシトリオール0.5μgに戻る。	整形外科(開業医)ではエルデカルシトール0.75μgが汎用されており、処方時に選択ミスした可能性あり。	処方は常用量、患者の病態など全身病態を把握して、適正な鑑査調剤を行う。	エルデカルシトールカプセル0.75μg「サワイ」	カルシトリオールカプセル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
1217	新規患者。当初エンベシドクリームが処方されて投薬を行ったが、症状の聞き取りより熱傷との事で薬剤師が疑問に思い、処方医に疑義照会。エキザルベを処方するつもりがエンベシドを処方入力してしまったとの事。	医療機関の処方入力ミス	患者、家族への症状の聞き取りを注意深く行って投薬	エンベシドクリーム1%	エキザルベ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1218	有料老人ホーム入居中の患者さん。疥癬で治療中であったが、皮膚科よりオイラックスHクリームが処方された。クロタミトン含有の外用薬にはいくつかあるが乾癬の治療ではオイラックスクリームのみ推奨されており、名称類似品は推奨されていない。処方薬のオイラックスHクリームはステロイドを含有しており、症状の悪化を招く可能性があるかと判断し問い合わせ。結果、オイラックスクリームへと変更になった。	名称類似品がいくつかあるため、カルテ入力時に誤った薬剤を選択してしまった可能性がある。	患者の基本情報は数ヶ月に一度は行っている。その為、今回のように病態と薬剤の禁忌の組み合わせも入力中の調剤事務員にも気付けるような取り組みを行っている。また、臨時等で新規薬が処方されている時には、交付前に添付文書での確認を徹底している。	オイラックスHクリーム	オイラックスクリーム 10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1219	施設で疥癬が流行し、皮膚科にて駆虫薬やかゆみ止めが処方された。皮膚科に行けない人は往診の先生に診てもらい、薬を出してもらったが、その際に、ストロメクトール・スミリンローション、オイラックスHクリームが処方された。	外科の先生なので薬の細かい成分は把握していなかった。	疥癬患者にステロイド剤含有のオイラックスHクリームを投与すると、症状悪化をきたす可能性があるため、ヒドロコルチゾンを含まないオイラックスクリーム10%へ処方変更を提案した。	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:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1220	オキシコドン徐放錠NX(5mg) 4錠 分2 12時間おき 28日分オキシコド ン徐放錠NX(20mg) 2錠 分2 12時 間おき 28日分オキシコドン徐放錠 NX(5mg) 4錠 分2 12時間おき 28 日分 が処方箋に記載。 オキシコドン徐放錠NX(5mg) が2つ に分かれて記載があり、合わせて56 日分の処方が出ていた。患者様本人に 確認したところ、オキシコドン徐放錠 NX(5mg) 56日分を処方することは医 師から聞いていないとの事で確認。ま た、オキノーム散(2.5mg)を処方する と医師から話があったことが判明。疑 義照会を行ったところオキシコドン徐 放錠NX(5mg) 28日分は削除。オキ ノーム散(2.5mg) 4包 分4医師の指 示通り(疼痛時) 28日分が追加となっ た。	医師の処方内容の確認不足。同成分、 別剤型のため類似しておりマスタ入力 時にミスをしたと考えられる。	医師の処方絶対と考えている患 者様も多いが、このような処方ミ スも多々あるため患者様から話を 聞く際には医師とどのような会話 があったか、体調の変化等様々な 観点から話を聞くこと重要にな る。また、事務・薬剤師に関わら ず患者様から聞き出した情報を共 有していく必要がある。	オキシコドン徐放錠 5 m g NX 「第一三共」	オキノーム散 2. 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
1221	施設入居の患者様。初回往診の処方箋 FAXでは一般名でオキシコドン錠5mg (乱用防止製剤) 2T2×で処方されて いた。施設訪問し残薬を確認したとこ ろ、入居時持参薬でオキシコドン徐放 錠NX5mg「第一三共」を持参してい た。診療情報提供書、患者本人からの 聴取により4T2×で服用していたとの 事が発覚。また医薬品名も異なってい たためクリニックに疑義照会を実施。 オキシコドン徐放錠5mg (乱用防止製 剤) 4T2×に変更となった。	オキシコドン錠とオキシコドン徐放錠 の一般名の名称が類似しているため。	一般名が類似している医薬品は 多々存在するため入力時、処方鑑 査時は一般名も必ず確認し相違な いか確認する。	オキシコドン錠 5 m g 「第一三共」	オキシコンチンTR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:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1222	門前の皮膚科のクリニックの手書き処方箋を受付したところ、オゼックス(250) 3T 3×毎食後 7日分と記載有。(※実際には手書きのため150mgとも読めた)オゼックス錠の規格に250mg錠は存在しないため、疑義照会をおこなったところオラセフ錠(250) 3T 3×毎食後 7日分の間違いだと回答があり誤薬を防ぐことができた。	医師の記入(ケアレス)ミス	処方箋鑑査時・投薬時に患者様と処方内容からヒアリングを行い、適切な薬物療法を提供できるようにしていく。	オゼックス錠150	オラセフ錠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
1223	2型糖尿病患者血糖コントロールが悪くオゼンピック皮下注を新規処方オゼンピック皮下注1.0mgSD 週1回オゼンピック開始用量は0.25mgである旨、SDタイプは流通なくオゼンピック皮下注2mgのみ調剤対応可である旨を疑義照会オゼンピック皮下注2mg 週1回 0.25mgずつに処方変更となった。	オゼンピックは以前1本使いきりのSD製剤が販売されていたが、現在は2mgの分割して使う製剤が販売されている。それを誤って処方してしまった。病院では1本使いきりと説明してしまったとのことで、薬局で訂正してほしいと連絡あり。	製薬メーカーの都合で、わかりにくい製剤が増えているので、情報を更新していく。	オゼンピック皮下注1.0mgSD	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
1224	定期の処方にオメブラール10mgが追加になった処方せんを受け付け調剤。投薬の際に聴き取りした体調変化が血圧上昇で、家庭血圧の測定指示を受けていた。消化器に関しては特に体調変化もないことを確認できたので疑義照会をしたところ、オルメテックOD錠10mgのオーダーリングミスであることが判明した。	薬品名が類似しており規格も同じ10mgであったため、オーダーリングの際に選択がずれてしまったと考えられる。	新規処方が出た際は、処方経緯をきちんと聞き取りする。	オメブラール錠10	オルメテックOD錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1225	オランザピンOD錠5mgを処方するところオルメサルタンOD錠5mgが処方されていた。新規処方だったため、患者様に血圧を下げる薬を処方すると医師から説明があったか確認したところ、そのような薬を処方するとは言われていないとのことで、疑義照会をした結果処方が誤りであったことが発覚した。	名称類似のため医療機関側が誤入力した。	新規処方の場合、投薬時に医師から何の症状に対して新しく薬を処方すると説明を受けたのか患者に必ず確認する。	オルメサルタンOD錠5mg「サワイ」	オランザピン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
1226	ロサルタン、アムロジピン、ミヤBM、オルメテックの処方あり。新患であったため、服用歴について患者さまに投薬時確認。名称不明とのことで一包化持参薬を確認したところ、ロサルタン、アムロジピン、ミヤBM、ラベプラゾール服用中であることが分かった。病院を変更したのみで薬剤変更とは聞いていないと訴えあり。処方ミス の疑いあり、疑義紹介を行った結果、オメプラゾールとオルメテックを誤ったことが判明した。	オメプラゾールとオルメテックは名称が似ているため、間違えたと思われる。	新患や薬剤変更時は特に、医師と患者間の相違がないか確認の上、薬剤を交付している。	オルメテックOD錠10mg	パリエット錠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
1227	耳鼻咽喉科より、花粉症の処方が出ていたが、一つだけオルメサルタン錠5mgが処方されていた。患者様に確認したところ、血圧ではかかっていないとのことで疑義照会したところ、オロパタジン錠5mgと間違えたよう で処方変更になった。	一般名処方であったため、名称の類似とmg数の一致が原因と考えられる。	引き続き、疑問点があった場合は放置せず、患者様からヒアリングして疑義照会する。	オルメテックOD錠5mg	アレロックOD錠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	
1228	入院していたため久しぶりの来局。処方監査の際、服用中薬剤や前回相違点を確認するため、手帳を確認した。ガスロンN錠4mを服用中であったが、ガスコン錠40mgに処方変更になっていることを確認した。名称が似ていることから、念の為、疑義照会をしたところ、処方誤りであることが発覚した。	薬剤名が類似していることで、処方を誤った、もしくは入力を誤った可能性がある。薬効用法用量を理解していたかは不明。	手帳により、現状の服用薬や前回相違点をしっかり確認する必要がある。名称類似薬剤への処方変更の際は、意図しての処方なのか、誤っての処方なのかを見極める必要がある。	ガスコン錠40mg	ガスロンN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
1229	カデックス軟膏が処方されていたが患者からの聞き取りによりサレックス軟膏の誤りである可能性があったため医療機関へ疑義照会を行った。	患者様が「サレックス軟膏が欲しい」と医療機関で申し出たが、医療機関での聞き取りに齟齬が生じ、カデックス軟膏が処方されていた。前月にサレックス軟膏が処方されており、3か月前にはプロスタンディン軟膏も処方されていたことから、どちらの処方である可能性もあった。高齢の患者様であり発音があいまいになったり聴力が低下していることもあり医療機関における確認が不十分になったと思われる。	過去の薬歴から処方内容の妥当性について確認してから投薬するようにしている。今回の場合、前月にサレックス軟膏、3か月前にプロスタンディン軟膏が処方されており、サレックス軟膏とカデックス軟膏のどちらも処方される可能性があった。患者様からの聞き取りの際、皮膚の状態について詳細に聞き取りを行い、サレックス軟膏の処方であることをある程度根拠を持ったうえで医療機関に疑義照会を行ったことでスムーズにサレックス軟膏へ変更となった。	カデックス軟膏0.9%	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:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1230	<p>平素より当薬局を利用している患者様が、かかりつけ医の閉院に伴い、今回から別の医療機関を受診し、処方箋をもって来局。閉院した医療機関では、グーフイスと酸化マグネシウムの2種の下剤を服用されていた。今回の別の医療機関からの処方には、カルゲートと酸化マグネシウムの2剤が処方されていた。患者からの聞き取りで、今回希望している薬を確認したところ、全医療機関で処方されていたグーフイスと酸化マグネシウムの2剤ということで、医療機関に疑義照会する。過去に心不全と診断されたこともなし。医療機関に疑義照会したところ、主治医の勘違いということがわかり、誤った薬を渡すことなく対応できた。</p>	<p>主治医の思い込みによるものと医療機関より返答があった。</p>	<p>改めて、薬歴の確認と患者への聞き取りの重要性を実感した事例であった。そのまま強心剤を服用してしまった場合に、重大な健康被害が出た恐れもある。今回の件を局内で情報共有し、患者により安心して薬を飲んでいただけるよう取り組んでいく。</p>	カルゲート錠5	グーフイス錠5mg		<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	
1231	当薬局が担当している施設に入所された患者様で、今回初めて処方箋を応需。施設入所に伴い、病院を転院された方。処方に局方品の「グルコン酸カルシウム水和物0.45g1日1回朝食後」とあったが、担当の病院からはあまり処方されない薬品だったため、違和感を感じた。また、普段よく処方されるグルコンサンK細粒と薬品名が類似していることもあり、念のため患者様が入所されている特養の看護師に連絡。前医からの処方薬を確認したところ、グルコンサンK細粒が処方されており、カルシウム製剤の服用歴は無い事が分かったため疑義紹介。グルコン酸カルシウム水和物から、グルコンサンK細粒4mEq/gへと処方変更となった。	前医の処方内容をうつす際に、入力ミスがあったと思われる。また、その後のチェックも漏れてしまったようだ。	類似する名称の処方薬のため、薬品名を最後までしっかりと読まない、他薬を調剤・交付するミスにつながりかねない。グルコンサンから始まる薬品にはカリウムとカルシウムの2種類があることを薬局内で周知徹底する。今回の薬剤のほかにも、類似する薬品名があるものはたくさんあるので再確認する。また、処方内容に違和感があった際には、流してしまうのではなく一度立ち止まり、他の薬剤師に相談することで事前にミスを防ぐことにつながるので、必ず声を上げるようにする。	カルチコール末	グルコンサンK細粒4mEq/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
1232	初めての患者の処方せんを受け付けた。その患者さんは、施設に入所されていたので、施設に出向く機会があったので、今までの服用履歴を確認した。今までは他の病院で処方されていて、他の薬局で薬をもらっていたので、その内容を確認したら、違う薬を飲んでいることが分かった。薬品名が先発品と後発品で名前が類似しており、間違えて処方されたのだろうと推測できたので、すぐに病院に電話して処方薬の確認を行った。	間違い薬名：カルデナリン錠4mg（後発品：ドキサゾシン錠4mg）正しい薬名：カンデサルタン錠4mg（先発品：プロプレス錠4mg）名称類似のため、処方入力時に間違えたものと推測される。	初めての患者の処方を受けた時は、必ず今までの服用履歴を確認するようにする。	カルデナリン錠4mg	カンデサルタン錠4mg 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1233	かねてよりカデチアHD(カンデサルタン8mg+ヒドロクロロチアジド6.25mg)が処方されていたが、頻尿症状があるため、ヒドロクロロチアジドを中止したいとの患者の申し出により、医師がカンデサルタンの単剤に変更しようとしたところ、カルデナリンと思い込み、「カルデナリン4mg×2錠」と記載した。当該用量を不審に思い、確認したところ、医師の思い違いが発覚。訂正してカンデサルタン8mg×1錠の処方となった。	カンデサルタン、カルデナリンはどちらも血圧降下剤であり、名称も類似しているカデチアの「カデ」部分を医師が思い違いをしたと考えられる。	処方変更になった際には、その経緯を患者にも確認する通常にはない用量の際は、医師に確認する。	カルデナリン錠4mg	カンデサルタン錠8mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1234	一時入院していたため退院後6ヶ月ぶりに受診し、その際診療情報提供書からの転記ミスが生じたと思われるカルデナリン4mgの処方だったが、血圧も高値ではなく用量が多いためカンデサルタンの間違いではないかと思われた。以前服用していた薬剤や投与量から鑑みて薬剤に相違がある可能性があり、疑義照会にて修正あり。	医療機関でのチェック体制の甘さ	薬歴を考慮しつつ患者の体調から疑わしい処方はず確認する	カルデナリン錠4mg	カンデサルタン錠4mg 「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1235	お薬手帳を確認している際に以前までカルバゾクロム30mgが処方されていたが、今回適応が不明なカルバマゼピン100mgが処方されていることに気がついた。他院からの引継ぎだったこともあり、間違えているのではないかと考え、疑義照会を行った。	一般名が類似していたことによると考えられる。	薬歴で以前と異なる処方薬は確認できるようになっているが、これからは薬歴、お薬手帳での処方歴を確認するとともに他局や他院で処方された医薬品についてもお薬手帳や聞き取りで確認していく。	カルバマゼピン錠100mg 「フジナガ」	アドナ錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1236	産婦人科より [般] カルベジロール 2.5mg、オビドレル皮下注、セフジニルカプセル100mg、ジクロフェナク坐剤2.5mgが処方されていた。処方内容から生殖医療の処方とうかがえた。カルベジロールの処方意図が分からず、OHSの発症抑制で使用されるカベルゴリンの間違いではないかと推測。疑義照会したところ、カルベジロール2.5mgはカベルゴリン0.25mgに変更になった。	名称が似ているため、思い違いによって入力してしまった可能性がある。	処方内容から処方意図など不明なものは、しっかり疑義照会を行う。	カルベジロール錠2.5mg「JG」	カベルゴリン錠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
1237	定期薬の他にメジコンとカルベジロールが7日分処方されていた。メジコンとカルベジロールの組み合わせで7日間の臨時処方に違和感を覚え疑義照会を行ったところ、カルボシステインに変更となった。	処方時にカルの2文字で検索をかけたか、Drの勘違いによりカルボシステインのところカルベジロールで処方してしまったと思われる。	違和感を感じたりした場合は、疑義照会を行うことを徹底する。	カルベジロール錠2.5mg「サワイ」	カルボシステイン錠250mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1238	当薬局は初めてご利用いただく患者。風邪症状にてコロナール50% 1回1gが頓服で処方されていた。体重が21kgで用量オーバーとなるため疑義照会。コロナール20% 1回1gに変更となった。	医療機関のオーダーリングミス	小児の場合は毎回体重の聞き取りをし、用量の確認をする。	コロナール細粒50%	コロナール細粒20%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1239	肩の痛みがある患者さんに、カロナール細粒50%が1日量4g朝夕食後で処方されていた。確かに1日量カロナール換算で2000mgだが1回あたりの最大投与量: 1000mgもぎりぎりの極量、普段少なめに使うドクターなので不審に思い電話にて疑義照会したところ、カロナール細粒50%を4gではなく、カロナール錠200mgを1日量4錠の誤りだった。	パソコンで処方せんを書くと、薬が規格違いで出てくるため、本来の意図とは異なった剤型を選択してしまったのだろう。	電子処方箋が運用される今、この手の間違いやミス、過誤や事故が激増することであろう。毎日が過誤や事故に追われる日々になると言っても過言ではない。うちの薬局では規格違いあります、のシールを薬品棚に貼ってある。これだけでも大きな一歩になることであろう。	カロナール細粒50%	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
1240	これまでも当薬局からお薬をお渡ししている患者様に対する処方。通常、患者様のご家族がお薬を受け取りに来られる前に、病院からFAXが送信され前もって調剤している。今回もFAXを受け取った後、調剤していたところ、これまでの「カルデナリン2mg 1回2錠」が、「カンデサルタン4mg 1回1錠」へ変更になっていることに気付いた。名称が似ているため、医院での入力ミスの可能性を考慮し、疑義照会したところ、これまでと同じように「カルデナリン2mg 1回2錠」への変更になった。	処方せん発行時における入力ミスだと思われる。	類似名称への処方変更時は医院での入力ミスを考慮する。また前回から処方変更された場合、注意が向いやすくなるため、同じ薬局でお薬を受け取ることの重要性を患者様に説明する。	カンデサルタン錠4mg「JG」	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
1241	イルアミクスLD錠を服用している患者 今回処方内容が変更になり、イルベサルタン錠100mgとカンデサルタン錠4mgが処方された。両者共にARBであるため、医師に疑義照会を行った。カンデサルタンではなく、カルデナリンの誤りであることが判明した。結果、カンデサルタン錠4mgからカルデナリン錠1mgへ変更になった。	カンデサルタンとカルデナリンの類似名称による処方誤りと考えられる	常日頃から同効薬の把握、類似名称の把握を行う	カンデサルタン錠4mg「あすか」	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1242	50歳男性。持参された処方箋には「メイアクトMS錠100mg 1日3錠 1日3回毎食後、(般)アンプロキシソール錠15mg 1日3錠 1日3回毎食後、(般)カンデサルタン錠4mg 1日3錠 1日3回毎食後」と記載があった。処方監査時に、カンデサルタンの用法が一般的ではないことと他処方薬剤との類推から、処方間違いであると疑われた。また、カンデサルタンの先発品名が「プロプレス」であることから、医師が処方登録の薬品名を先頭2文字で検索し、「プロムヘキシシ」と「プロプレス」の登録間違いを起こしたと考えられた。医療機関へ疑義照会を行ったところ、カンデサルタン錠4mg → プロムヘキシシ錠4mg 1日3錠 1日3回毎食後へと変更となった。	処方箋作成時に検索ワードが類似している可能性がある。また、規格が4mgで同一であることも間違えた要因として考えられる。	一般的な用法用量から逸脱している薬剤の処方に対しては必ず医療機関に確認する。また、患者からの疾患の聴取と処方薬剤を照らし合わせ、妥当性があるかを確認する。	カンデサルタン錠 4 mg 「トーフ」	プロムヘキシシ塩酸塩錠 4 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
1243	10歳児にキプレス錠(5)の処方あり、小児であるためキプレスチュアブル錠(5)の入力間違いではないかと確認したところチュアブル錠が正しかった	薬剤名の類似	キプレスは様々な剤型がある為、年齢を考慮して確認するようにしている	キプレス錠 5 mg	キプレスチュアブル錠 5 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1244	<p>前回処方と同じグラアルファ配合点眼液の処方あり、処方箋受付の際に患者に内容確認し調剤開始。しかし服薬指導時に、前回から開始したグラアルファ点眼液で持続する目の充血があり、今回目薬変更と医師から説明があったと聞き取り。疑義照会の結果、グラナテック点眼液0.4%に変更となった。グラナテック点眼液は以前使用歴あり、その際は持続する目の充血はなかったとのことでグラナテック点眼液を調剤・交付した。</p>	<p>名称が類似しており、処方入力時の入力ミスが考えられる。</p>	<p>処方箋受付時に処方内容に間違いがないと患者から聞き取っていても、服薬指導時に再度処方内容の確認を徹底して行う。類似名称の薬剤があることを認識しておく必要がある。</p>	<p>グラアルファ配合点眼液</p>	<p>グラナテック点眼液0.4%</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>
1245	<p>普段から当薬局を利用しており、一包化している患者さま。一包化で時間がかかるため、いつも処方せんを受け付けた後、一旦自宅に帰り、薬ができたら電話をして取りに来ている。今回も、一旦帰宅されるとのことだったので、処方せん受付時に処方内容に前回と変わりはないことを口頭で確認した。処方内容を改めて確認したところ、グラクティブ錠25mgが1錠就寝前で14日分追加になっていた。(ほかの定時薬は28日分だった)変更点について確認の為、ご自宅に電話したところ、「糖尿の薬が追加になるのは聞いていない。幻覚については先生に話した」と聴取した。病院に疑義照会を行ったところ、グラクティブ錠25mgではなくグラマリール錠25mgの間違いであることが判明した。</p>	<p>処方せん入力時に頭2文字で検索して、規格が同じ25mgであったことから、誤って選択してしまったのかもしれない。</p>	<p>処方変更があった時は、患者さまからの話をよく聞き取り、変更点の問題ないかどうか確認をする。疑問点があれば、疑義照会を行う。</p>	<p>グラクティブ錠25mg</p>	<p>グラマリール錠25mg</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	
1246	クラシエ甘草湯3gが頓服薬として処方。患者に聞き取りを行ったところ、こむら返りに対して処方されたと確認。甘草湯の適用が激しい咳のため、医師に疑義照会。クラシエ芍薬甘草湯へ変更となった。また、1日3回まで服用可との指示のため、1回3gから2gへ減量となった。	名称類似のため、薬剤選択時に誤ってしまったと考えられる。	処方内容からは読みが難しい事例のため、新規処方薬について処方意図を患者と確認する。	クラシエ甘草湯エキス細粒	クラシエ芍薬甘草湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1247	発熱の幼児への処方。BW20kg。クラリシッドDS10% 0.5g/1日1回朝食後、7日分の処方。体重換算からは、クラリスロマイシンDS10% 2.0g/1日2~3回の服用となるため、用量について照会。医師からは「クラリチン(ロラタジン)の処方ミス」との回答があった。	クラリシッド(マクロライド系抗生物質)とクラリチン(抗アレルギー薬)の入力ミス。	用量が適切ではない、抗菌薬の積極適用ではない症状への処方について、疑義照会を確実にを行う	クラリシッド・ドライシロップ10%小児用	クラリチンドライシロップ1%		ヒューマンエラー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	クラリシッドで薬疹の既往がある患者様に処方があり処方医照会后、他薬効の薬に変更になった	副作用歴のチェックなどの問診ができていない。または名称が似ている薬品で、処方間違いの可能性もある。	薬疹などの副作用歴は、処方入力や、監査画面ですぐ目に入るようにしている	クラリシッド錠200mg	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
1249	クラリスドライシロップの用量が体重に対して過少の為疑義照会したところ、医師よりクラリチンの間違いであったと確認。	薬剤名類似による3文字入力ミス	処方内容、用法用量で疑問に思ったら疑義照会する。	クラリスドライシロップ10%小児用	ロラタジンDS1%「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1250	アレルギーで受診された8歳患児に対し、クラリスロマイシンDS0.5g分1就寝前30日分の処方が出された。疑義照会により、ザイザルシロップ10mL分2朝食後・就寝前30日分へ変更となった。	クラリチンとクラリスロマイシンを間違えた可能性がある。患児はシロップと聞いたようで、その場合、何と間違えられたか不明。	症状、年齢、体重などからその薬が正しい処方であるかを確認する。	クラリスロマイシンDS小児用10%「タカタ」	ザイザルシロップ0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1251	抗生剤が2種類出ていたため、疑義照会。クラリスロマイシンからクラリチンへ変更となった。	クラリスロマイシンとクラリチンを入力ミスした。	少しでも疑問に思った処方疑義照会にて確認する。	クラリスロマイシン錠200mg「サワイ」	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
1252	9歳女児(体重23kg)へクラリス錠50mg小児用が1錠/分1の28日分で処方あり。マクロライド少量長期療法における処方としては、やや低量であることから最終鑑査時に念のため疑義を行ったところ、クラリチン錠10mgの処方間違いであったことが判明し、薬剤変更となった。	紙カルテからレセコン入力時の誤りと推測される。	一般的な少量長期療法での用法用量に関してきちんと理解をし、こういった事例を共有することで個人の気づき力を向上させていく。	クラリス錠50小児用	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
1253	クラリチンドライシロップ2.6gの記載 用量がおかしい。クラリスドライシロップの間違いと推測できた問い合わせで変更になる	オペレーティングのミス。頭2文字が「クラ」で同じ	薬の用量については、イレギュラーは念のため疑義照会する習慣に。疾患と薬剤が整合性取れているかも確認	クラリチンドライシロップ1%	クラリスドライシロップ10%小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1254	オロパタジンを服用している患者さんにクラリチンDSが追加処方された。重複するのと、用量も3.6g分3と多かったことに違和感あり。患者さんにも聴き取りをしたが、アレルギーの薬を重ねて処方するなどの説明も特になかったとのことで疑義照会。クラリチンではなくクラリスの処方間違いだった。	薬剤選択の際に名称が似てるクラリチンとクラリスを入力間違いした。	薬効の重複、不適切な用量、患者からの聞き取りなどの情報を照らし合わせて違和感がある場合は疑義照会をすることを徹底する。	クラリチンドライシロップ1%	クラリスドライシロップ10%小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1255	クロビドグレル錠75mg 1T/朝食後服用中、臨時でクロビドグレル錠25mgが処方された。医師より夕食後に追加するが、服用により眠くなるかもしれないと説明があったと代理人より聴取。1日2回投与であることや用量過量、医師の説明と相違あるため照会。結果、クエチアピン25mgへ変更となった。	もともとクロビドグレル錠を服用しており医薬品名称の一字目が同じだったため。同規格だったため。	常用量を把握したうえで高齢者に対して処方が適切であるか検討を行う。	クロビドグレル錠25mg「JG」	クエチアピン錠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
1256	4か月の乳児にストロンゲストのステロイドのローションが処方されたため疑義照会を行ったが処方変更なしでの指示があった。再度、最強ステロイドであることと、薬名に間違いがないか再確認したところ、薬名間違いであることが判明し処方変更になった。	医師はクロベタゾン酪酸エステルローションを処方したつもりだった。最初の4文字が同じ事とメーカーも同じだったため、医事コンピュータのオーダー間違いが起こったと思われる。	ステロイド使用時は年齢の確認を必ず行う。軟膏も同様の間違いが起こる可能性があるため、後発品で処方されるときは先発品を思い浮かべて調剤すると間違いが起こりにくいと思われる。	クロベタゾールプロピオン酸エステルローション0.05%「イワキ」	クロベタゾン酪酸エステルローション0.05%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1257	乳児湿疹にて初めて受診。外用薬の処方があるも年齢相当のステロイドの強さではなかった為、疑義照会を行う。成分変更との回答あり。	名前が酷似しているために、処方入力時に誤って選択してしまったのではないかと推定される。	ステロイド外用薬は名前が酷似しているため、処方受付時にしっかり確認し、年齢等と相当の薬剤になっているかを確認してから調剤を行うようにしている。	クロベタゾールプロピオン酸エステルローション0.05%「イワキ」	クロベタゾン酪酸エステルローション0.05%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1258	過去にクロベタゾン酪酸エステル軟膏の処方歴があった。今回も同じレベルの顔の赤み炎症症状にも関わらず、薬剤の強さがストロングストの強さである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。在宅患者の為、以前と同様の症状であり、同じお薬を処方されるとご家族様と確認。症状と薬剤名の類似等総合的に考えて処方が間違っているのではないかと判断し疑義照会に至る。	往診時、在宅で手書き処方だった為医師と看護師の名称類似による認識不足と考えられる。	投薬時の症状確認、過去処方歴との比較を徹底。	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
1259	9歳男児。クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏を顔に塗布するよう処方箋に記載されていた。クロベタゾールはstrongestで小児の顔に塗布するには強すぎるため、キンダベート軟膏(クロベタゾン)の入力間違いが疑われた。医師に確認したところ、処方間違いであることが判明し、キンダベート軟膏(クロベタゾン)へ変更となった。類似名による処方間違いを防ぐことができた。	類似名による薬剤の選択間違い	ステロイド薬の強さと塗布部位が適切であるか必ず確認する。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「MYK」	キンダベート軟膏0.05%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1260	お薬お渡し後に別の薬も追加になったと家族が処方箋を持って来局した。処方箋受付時に該当薬剤の在庫がないこと、事前に当該患者についてスタッフ内で情報共有をしていたので、なぜクロルマジノンがでるのか不審に思い、追加になった経緯を家族に確認し、症状と薬が合わないので医師に疑義照会してクロルプロマジニンに変更になった。	クロルマジノンとクロルプロマジニンは名前が酷似している。3文字入力での選択では間違えやすいと考えられる。	類似薬がある場合は局内名称に注意喚起をし、スタッフ全員に類似名の医薬品薬について都度共有している。	クロルマジノン酢酸エステル錠2.5mg「YD」	コントミン糖衣錠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	
1261	コデインリン酸塩散10%1g、12回分の処方(麻薬施用番号も記載あり)⇒投与量もしくは処方内容の確認を疑義照会したところコデインリン酸塩散1%1g、12回分の処方に訂正された	処方箋の入力ミスと思われる	処方箋の先確認を徹底する 麻薬処方箋の場合は処方内容 処方量 麻薬施用番号等の確認を徹底する	コデインリン酸塩散 10%「タケダ」	コデインリン酸塩散 1%「タケダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1262	コバシル処方となるが、薬剤服用歴・聞き取りから前回処方のコニールの誤記載が疑われた為疑義照会したところ、コニールへ処方変更となった。	「コ」の一文字のみで処方入力した為、誤った薬剤を選択したと思われる。	薬剤服用歴の確認と、聞き取りをしっかりと行うことを徹底する。	コバシル錠 2mg	コニール錠 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
1263	10歳小児に「ザイザル5mg 2錠×分2 朝夕食後」で処方。用量が成人用量であったため疑義照会を行った。医師によるとお薬手帳の薬をそのまま同じように処方したとの回答であったため、患者様に口頭確認、お薬手帳を確認。お薬手帳では他院で「セチリジン錠5mg(サワイ) 2錠×分2 朝夕食後」の処方が以前あった旨の記録が残っていた。再度疑義照会を行い、お薬手帳の薬剤はザイザルではなくジルテックの一般名であることを説明、用量も成人用量であることをお伝えしたところ、「ジルテック錠5mg 2錠×分2 朝夕食後」へと変更になった。	ザイザルの一般名はレボセチリジン、ジルテックの一般名はセチリジン。類似名称のため、お薬手帳の一般名記載のみで先発名称をとり違えたと考えられる。	小児用量、成人用量の把握と用量の違いの疑義照会の徹底。患者様からの聴取強化。	ザイザル錠 5mg	ジルテック錠 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	
1264	処方箋上で『(般)ラタノプロスト・チモロール点眼液』が『1日3回 両眼点眼』で処方されていた。ラタチモ(ザラカム)は本来1日1回点眼の為疑義照会を行ったところ、医師の処方しなかった薬品が『ザンコバ点眼液』であったことが判明した。	眼科では、薬剤名を入力すると自動的に一般名に変更されるようなシステムであると見受けられる。今回、医師が『サンコバ点眼液』を選択する際に、多少似通っていると思われる『ザラカム配合点眼液』を選んだと思われる。	用法に疑問がある時でも、正式に疑義照会し正答が整ってから調剤するようにしている。	ザラカム配合点眼液	サンコバ点眼液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
1265	これまでリウマチの適用でサラゾスルファピリジン腸錠で出ていたが、今回サラゾスルファピリジン錠でだされていた。サラゾスルファピリジン錠はリウマチに適用がないため、病院に確認したところサラゾスルファピリジン腸錠に変更になった。	処方医が変わっており、薬の名前が似ていることもあり間違えて処方してしまったと考えられる。	似た薬と適用の違いなど再度確認し、知識を増やす。	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
1266	16歳の患者に対してザルティアが処方されていたため疑義紹介したところ、ザイザルからのオーダーミスであった。	類似名称によるオーダーミス	一般名で処方されるため、類似名とわかりにくい、先発名で類似名称があることを意識して監査している。	ザルティア錠5mg	ザイザル錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1267	痰の切れが悪くて受診した患者に対し、サルボグレラートが処方されていた。医師に確認し、アンブロキシールへ変更となった。	処方入力時の薬剤選択ミス。	患者の症状と薬剤の適応が合っているかをしっかりと確認する。	サルボグレラート塩酸塩錠50mg「タカタ」	アンブロキシール塩酸塩錠15mg「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:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1268	当薬局を久しぶりに利用する患者が処方箋をもって来局した。処方内容を確認したところ、「サンピロ点眼液2% 1日4回両眼疲れ目にお使い下さい」と記載があった。患者に病状を確認したところ、疲れ目の薬を処方すると処方医より説明があったとのこと。サンコバ点眼液0.02%の可能性があるため疑義照会を行ったところ、「サンコバ点眼液0.02%」へ変更となった。	医師の処方間違い	普段から患者様とのコミュニケーションを密にとり、主訴症状と処方内容が合っているか確認する。今後も継続して行い、必要時は疑義照会を行う。	サンピロ点眼液2%	サンコバ点眼液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
1269	通常1日6回使用の非持続性点眼薬が、持続性点眼薬の用法1日3回で処方された。疑義照会を行い、正しくは持続性の点眼薬1日3回あることが確認された。	持続性(LX)と非持続性とでは用法が異なるが、名称が類似していた。処方箋を発行する過程の中で名称と用法が混同され、確認がもれたことが要因と思われる。	処方薬剤の名称を最後まで正確に読み取ると同時に、薬剤名と添付文書上での用法が一致しない場合は疑義照会を行い、薬剤名と用法の両方を確認する必要がある。	ジクアス点眼液3%	ジクアスLX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
1270	セレコックス錠・レバミピド錠・ジクトルテープ7.5mgで処方されていたが、内服の痛み止めと全身作用型の湿布が同時に処方されていたので患者様にお話を聞いてジクロフェナクナトリウムテープ30mg(ボルタレンテープ30mg)を希望されていた事がわかり疑義照会しました。	ジクロフェナクナトリウムテープとジクトルテープが有効成分が同じである為。	患者様への聞き取りと疑問がある場合はDrに疑義照会する事。	ジクトルテープ7.5mg	ボルタレンテープ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
1271	ジクロフェナク徐放錠に対して、1日3回までの記載あるため照会。3回/日は不適。ジクロフェナク普通錠の間違いの可能性を指摘したところ、普通錠に修正された	確認不足	用法用量の確認	ジクロフェナクNa徐放カプセル37.5mg「トール」	ジクロフェナクNa錠25mg「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:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1272	インフルエンザ陽性の患者にジスロマック処方適応の限られている600mg錠が1日2錠の処方になっているため疑義照会250mg2錠に変更	薬剤規格まで確認しなかった可能性	規格確認は重要。規格により適応が限られている場合もある	ジスロマック錠600mg	ジスロマック錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1273	継続中のアレルギー減感作療法のお薬の種類を処方に記載時記載間違いが発生した	単純な処方薬選択ミスだと思われる	継続して治療中の患者さまであったので薬歴などで気が付くことができました今後もかかりつけ薬局の推奨をお伝えしていきます	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
1274	前回来局時にミティキュアダニ舌下錠の開始用量である3,300JAU7日分でスタートした患者に、1週間後シダキュアスギ花粉舌下錠の維持用量である5,000JAU30日分が処方された。処方元に確認したところ、ミティキュアダニ舌下錠10,000の誤りでありそちらに修正された。	スギ花粉舌下錠とダニ舌下錠で薬効や名称が似ているため、確認不足も重なり処方ミスが起きたと思われる。	免疫療法薬が処方された場合はお薬手帳や薬歴、または本人等から聴取するなどし種類や量が間違いないか確認し調剤する。	シダキュアスギ花粉舌下錠5,000JAU	ミティキュアダニ舌下錠10,000JAU		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1275	ジヒドロコデインリン酸塩散10パーセント6gで処方されたが、用量超過と思われたため疑義紹介。医師より、リン酸コデイン散が処方したかったと返答あり	クリニックでの処方入力者(事務員等)の知識不足。	疑義紹介をし、適正な用量を医師に提案。また、麻薬施用者番号の記載がないため麻薬の処方できないことを伝え、リン酸コデイン散1%6gで調剤することを提案した。	ジヒドロコデインリン酸塩散10%「タケダ」	コデインリン酸塩散1%「タケダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1276	内科医院にてかねてより糖尿病治療をしている患者。血糖値コントロール不良により、ジャディアンス10mgが追加になるも、同効薬であるフォシーガ5が処方済みであり、疑義照会。ジャディアンスは追加せず、フォシーガを5mgから10mgへ増量し、ジャヌビア50mgを追加となった	糖尿病薬における多剤併用の際の重複。商品名も似ていた。	処方開始時においては、併用の可否をかならず確認する	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:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1277	薬剤交付時、患者様より「陰部そう痒、かぶれの為、尿から糖を出すお薬を中止すると説明を受けた」と聴取。今回処方、ジャヌビアが中止になり、ジャディアンスは継続、診察時説明と相違があるため疑義照会。結果、処方誤りが発覚し、ジャディアンスが中止、ジャヌビアは継続に変更となった。	薬剤名称の類似、薬効の知識不足が原因	薬剤交付時に、症状と処方薬に相違がないかしっかりと聞き取りを行う。	ジャディアンス錠10mg	ジャヌビア錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1278	当該処方箋発行医療機関にてボグリボース、メトアナHD及びグリメピリドでの継続診療を受けていたが心疾患にて別の医療機関へ入院、ジャディアンス及びトラゼンタへ変更となり退院となった。  その後、心疾患のフォローにて入院医療機関への通院を行っていた(その過程でトラディアンズBPへの変更も実施)が、当該医療機関へもDM治療にて通院再開し、BSコントロール不良を指摘されボグリボース、メトホルミン及びグリメピリドの追加が実施され、残薬であるトラディアンズBPと併用指示あり継続していた。当該処方発行日の受診時、患者より主治医へ所持していたDM薬の残薬(メトアナHD、トラディアンズBP及びグリメピリド)提示あり、処方医がメトアナHDをメトホルミンと誤認・トラディアンズBPをジャディアンスと誤認する結果となり、残薬と交付薬を合わせて服用指示となった。処方としてはメトホルミンの日数調整、トラディアンズBPではなくジャディアンス25mgとして日数調整された。当薬局に患者が来局した際、処方日数調整処方の旨及び残薬の提示あり確認したところ、残薬(メトアナHD及びトラディアンズBP)にてDPP4阻害剤の重複を確認するとともに、処方薬(メトホルミン及びジャディアンス25mg)との相違を確認し、医師へ確認実施し、メトホルミンを他の医薬品と同一日数処方、ジャディアンス25mgをトラディアンズBPにて日数調整処方となった。患者としては前回来局時、メトアナHDは服用せず交付薬のメトホルミンを服用するよう指示していた為、今回の受診までにメトアナHDは服用おらずDPP4阻害剤の重複投与はなかった。(残ったメトアナHDの処遇を確認したかったが、医師へは確認できなかった様子)	○ 限られた診療時間内での医師による残薬確認の不足 ○ 患者・医師とのコミュニケーション不足 ○ 医薬品名の類似性 ○ 医療機関における他医療機関での処方情報	○ お薬手帳での情報確認 ○ 他医療機関への入院情報などの詳細聴取 ○ 患者の所持している実薬確認	ジャディアンス錠25mg	トラディアンズ配合錠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	
1279	いつも来局される患者がジャディアンス錠10mgからジャヌビア錠25mgに薬剤変更になった処方箋を持参された。他にリオベル配合錠LDを服用中だったため、疑義照会した所ジャディアンス25mgの間違いであることが判明した。	処方入力時の薬品名入力ミス	薬剤変更されている時は服用歴、患者からの聞き取りで問題ないか確認する。配合錠が処方される場合その成分も併せて確認していく。	ジャヌビア錠 2.5 mg	ジャディアンス錠 2.5 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1280	エクメット配合錠HD服用中の患者にジャヌビア錠50mgが追加された。DPP-4阻害薬が重複で処方された為、疑義照会を行ったところジャディアンス錠10mgの間違いであった。また、医師から糖を尿へ出す薬との説明があったと患者から聞き取る事が出来た。	処方入力ミスと思われる。	同効薬の重複は疑義照会する。類似した薬品名のリストを作成し入力間違いの可能性を意識する。	ジャヌビア錠 5.0 mg	ジャディアンス錠 1.0 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1281	在宅患者副鼻腔炎の為同日にムコダインドライシロップ 5.0%も処方されていた。今回、ジルテックドライシロップが添付文書上の用法用量の30倍処方されていた為確認ジスロマック細粒小児用 1.0%が正しい処方だったとわかった。	名前類似による入力ミスと思われる。	調剤前に内容の監査、体重換算などを行っていた為発覚した。	ジルテックドライシロップ 1.25%	ジスロマック細粒小児用 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
1282	医院より一般名:シルニジピン錠の処方あり。患者より過去にシナロング錠(現在発売中止品)にて副作用歴があったことを聴取。発売中止品だった為、患者帰宅後シナロング錠の詳細を調べたところ、一般名:シルニジピン錠であることが判明した。処方医に疑義紹介し、シルニジピンの処方より、アゼルニジピン錠(16)への変更指示を受け、患者宅にて服用前に交換した。	発売中止になってから久しい商品名GEの一般名を把握しきれていなかった。	薬剤の一般名での確認の徹底	シルニジピン錠 1.0 mg 「サワイ」	アゼルニジピン錠 1.6 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

**類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1283	他の病院でアムロジピン錠2.5mg 1錠分1朝食後で継続中の患者様にアジルサルタン・アムロジピン2.5mg 配合錠が2錠分2朝食後で処方された。処方元のクリニックに電話し確認するも受付の対応で先生がこのままでよいと言っているとの返事を頂く。今までの薬も当薬局でお渡ししていて記録があること、今回の処方薬については1日用量を超えているが本当によいかと再度確認すると、医師に電話を替わってもらえたものの、血圧が高いからこのままでよいとの返事。「アムロジピン単独ではなく配合錠ですか。」ともう一度確認するとようやくカルテを開いてくれたようで違う薬品を選んでしまったとのことで、正しい処方内容に訂正となった。	一般名で検索をすると同じア行であり、アムロジピンの量が2.5mgであったため選び間違えが起きたと考えられる。また、先生自身はアムロジピン錠を選んだ前提で話をしているためなかなか変更に至らなかった。	お薬手帳や前回の薬歴等は必ず確認してから調剤にあたる。医師がよいと言っても、疑問が残る場合には今回のように食い下がることも必要と思います。	ジルムロ配合錠LD「JG」	アムロジピン錠2.5mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1284	今迄、ベイスンOD0.3が処方されていた患者さん。病状より薬剤変更の診断を受けて来局。スー ज्याヌ配合錠が処方。今迄、dpp阻害薬もsgl2-1も処方歴ないこと薬歴で確認して、初回からの配合剤は添付文書と異なる為、疑義照会をした。結果、スーグラ25との処方ミスと判明した。	レセコンの入力時の過りかと推察された。	配合剤は第一選択薬にすべきでない原則のもと疑義照会を行う。	スー ज्याヌ配合錠	スーグラ錠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
1285	ストロメクトール処方されているが、本来の用法用量と異なるため、類似名称で頻繁に処方されることがあるストロカインの処方間違いであると推測。処方医院へ疑義照会を行い、ストロカインへ変更となった。	頭3文字がおなじ名称であるため、処方の間違いが生じたと考えられる。	特に処方頻度がまれな薬剤については慎重に処方監査を実施する必要がある、薬局内でも共有を行った。	ストロメクトール錠3mg	ストロカイン錠5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1286	定期受診の患者様にスピロラクトン25mg 2T 2 朝夕食後×14日分追加処方。患者様に聞き取りしたが、血圧の上昇や浮腫の訴えはなく、咳症状を相談したと回答あり。入力ミス进行、疑義照会すると、スピロベント錠10μg 2T 2 ×朝夕食後14日分へ変更となった。	電子カルテ、類似名称のため医師の入力ミス。	新規処方の場合、症状と薬剤が問題ないか処方鑑査時、投薬時に引き続き確認を徹底する。	スピロラクトン錠25mg 「TCK」	スピロベント錠10μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1287	メジコンなど風邪薬と一緒にスピロラクトン錠25mg (1日4錠) の処方があり、スピロベントとの処方間違いを疑った。患者の話からもスピロラクトンの処方意図が合致しなかったため、疑義照会したところスピロベント錠10μg に変更となった。	薬剤の最初3文字が同一であるため、処方時に選択を間違えたと思われる。	名称が類似している医薬品については常に注意をして監査しており、スタッフ間の情報共有も行っていきます。	スピロラクトン錠25mg 「YD」	スピロベント錠10μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1288	スピロベント錠を処方すべきところ、スピロラクトン錠を処方。患者家族との応対で処方ミスが発覚、疑義照会のおえ処方変更	レセコン入力において3文字入力しているが3文字が同じため誤ったのであろう。その後医師の最終確認もすり抜けてしまったようである。	薬歴の確認	スピロラクトン錠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
1289	スピロラクトン錠が新規処方されていたが、患者は「先生から利尿剤を出すとは聞いてない。レルベアエリブタ吸入が中止となり、薬が変わったと聞いている」とおっしゃったため、疑義照会でも処方意図の確認をした。紹介の結果、スピロラクトン錠がスピロベント錠に変更となった。	薬剤名が似ているため、医療機関側でも処方入力ミスがあった可能性が考えられる。スピロラクトン錠をそのまま調剤した場合、高カリウム血症を引き起こした可能性があった。	処方内容が変更になったときは、患者からの聞き取りをし、万が一不明瞭な点があれば疑義照会する。	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

**類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1290	処方箋に手書きでスミスリンローション 2本 1日2回右足関節部へと記載あり鑑査時に使用方法、部位がおかしいため、病院に確認。フェルビナクローションに変更になる	フェルビナクローション「三笠」の旧名称がスミルローションであり、Dr は本来、そちらを処方したかったが名称が似ているため間違えてスミスリンローションを処方したと思われる。	販売が終了しているが名称の類似品があることを周知した。	スミスリンローション 5%	フェルビナクローション 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
1291	スミスリンローション5%の処方があったが、用法・用量が異なっている、またフェルビナク軟膏は使用歴あるため疑義照会したところフェルビナク軟膏へ変更となった。	スミスリンとフェルビナク軟膏の旧販売名スミルスチック軟膏の名称が似ているため、処方間違いが生じたと考えられる。	適応症、用法用量を確認し、添付文書と違いがある場合は必ず疑義照会を行うようにする。	スミスリンローション 5%	フェルビナクスチック軟膏 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
1292	平素より当薬局を利用してくださっている患者様。今回、定期薬に追加して、アデホスコーワ顆粒、セファクローラカプセル250mg が30日分処方されていた。患者様にお話を伺ったところ、訴えていたのはめまいのみだったため、疑義照会を行った。セファクローラカプセル250mg はめまいの適応があるセファドール錠25mg に変更となった。	頭文字3文字が同じ薬であるので、入力をした際に間違えて選択してしまったと思われる。	初めて処方された薬は服用目的を必ず確認し、薬歴に記載する。体調、症状、診察時に話したこと等を伺い、処方の妥当性を検討する。	セファクローラカプセル 250mg 「トーフ」	セファドール錠 25mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1293	新患アンケートにてセフェム系でアレルギー症状が出ていたことを知った。セフェム系が出ていたため該当患者様に服用歴がある薬を聞いて医師へ提案した。	メイアクトによる副作用があることで原因がセフェム系だとわからなかったため。	同種同効薬について薬局内で在庫を把握しほかの薬を提案しやすいようにしております。	セフカベンピギキシル塩酸塩錠 100mg 「トーフ」	クラリスロマイシン錠 200mg 「トーフ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1294	セフゾンカプセル100mg、ロキソニン60mg、セフゾンカプセル50mgの3点が分3毎食後5日分での処方となっていた。処方元の医療機関は、抗菌薬とセルベックスカプセル50mgを同じタイミングで処方することが多いと認識していた。セフゾンカプセルについて重複しているため、疑義照会を行い、セルベックスカプセル50mgと誤って、セフゾンカプセル50mgを処方していたことが判明した。	名称・規格が類似していた為、カルテから処方入力をした際に受付で間違えた可能性がある。	処方せん受け取りの際に、処方監査をして疑義照会を行う。	セフゾンカプセル50mg	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
1295	コロナ陽性患者にセルセプトカプセル250が3C、分3毎食後に処方、休日の緊急処方の為、念のため疑義照会を確認したところ、先生は胃薬を処方すると言っていたとのことでセルベックスカプセル50mgを3Cに変更となった。	処方のオーダーングの際に頭文字を2字で検索し、選択を誤ったものと思われる。	患者様の病態を必ず確認し、疑わしい場合は躊躇わず疑義照会を行うように努める。	セルセプトカプセル250	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
1296	新しく【般】セリプロロール塩酸塩錠100mgが追加で処方。定期薬が60日処方に対し、30日の分2処方、【般】レバミピド錠100mgと一緒に処方だった。お薬手帳を確認すると、他院からセレコキシブ100mg、レバミピド錠100mgの処方あり。薬剤の間違いを疑い、問い合わせ実施。セレコキシブ100mgへ変更となった。	処方是一般名処方だが、先発名で検索かけていると思われる、頭文字2文字目まではどちらもセレなので、選択ミスだった模様。	新規薬剤については用法用量のチェック、投薬時の症状確認が必要	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
1297	ロキソプロフェンとセレコキシブ100mgの処方。同効薬のため、疑義照会。セレコキシブ100mgはレバミピド100mgに変更。	規格が100mgだったため、病院での入力間違いと思われる	同効薬処方への注意。患者への聞き取り	セレコキシブ錠100mg「ニプロ」	レバミピド錠100mg「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1298	セレコックスの処方があり、患者様より胃薬が処方されると聞いているとのことだった。疑義紹介によりセルベックスに変更。	PCへの入力ミスと思われる。セレコックス→セルベックス	患者様への状態の聴取により意図されないお薬の処方を防ぐことができた。	セレコックス錠100mg	セルベックスカプセル50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1299	定期処方に一般名処方でタルチレリン錠5mgが追加になっていた。前回患者が来局されたときに、ふらつきで転倒し、脳神経外科に紹介状書いてもらって受診し、検査してもらったが特に問題なかったと聞いていた。そこで、処方内容について、脳神経外科受診の結果追加となったのか確認の疑義照会をおこなった。	処方入力の際にセレコックス錠100mgを選択するところをセレジスト5mgの選択になってしまったと思われる。	処方内容と病名について疑問がある場合は疑義照会をためらうべきではないことを再確認した。	セレジスト錠5mg	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
1300	(般)タルチレリン錠と(般)レバミピド錠の処方箋(整形外科より発行)を持って患者家族が来局。珍しい処方在庫が無かったこと、診療科が不自然であったことから、来局者に状況を聞き取りしたところ腰痛の薬をもらったとのことだった。タルチレリンの商品名がセレジストであったことから、当該整形外科にて汎用されるセレコックスの入力ミスが濃厚に疑われ、疑義照会したところ(般)タルチレリンから(般)セレコキシブ100mgに処方変更となった。	医師が先発品名で処方入力すると処方箋には一般名で出力されるシステム上で“セレコックス”と入力する際に頭の“セレ”のみを入力し、変換候補に挙がった“セレジスト”で確認不十分のまま確定してしまっていると推定される。	新患(久しぶりの患者を含む)や新しい処方が追加された時には、どういった理由でその処方に至ったのかを患者から丁寧に聞き取り、少しでも疑念を持ったら必ず発行元医療機関に確認を行うことを今後も徹底する。疑義照会は必ずしも処方変更を伴わないということも意識の片隅に置き、「変更が無いのを確認するの疑義照会」との思考を共有し、疑義照会を厭わない様にする。	セレジスト錠5mg	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1301	患者本人が心療内科の処方箋を持参して来局。処方箋には一般名ベタメタゾン・d-クロルフェニラミン配合錠めまい時1錠10回分の記載あり。患者本人に確認した所、耳鼻科で処方されたベタヒスチンメシル酸塩錠6mgをめまい時に服用しており、本日受診時に同じものを医師に処方してくれるようお願いしたとのこと。病院に疑義照会を実施し、一般名ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg1錠めまい時10回分に変更となった。	一般名の名称が類似しており、医療機関側が間違えたと推察。	処方薬の薬効、効能と処方内容に違和感を感じたら患者や医療機関に確認し適切に対処する。	セレスタミン配合錠	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「JD」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1302	お久しぶりの患者様で、ツムラ小青竜湯、アレジオン点眼液、セレナール錠5mgが処方されていた。処方監査時にマイナートランキライザーのセレナールがセレスタミン系薬剤との名称類似により誤って処方されている可能性を疑い、患者に受診目的を確認した。鼻炎がひどくて受診しました。との内容であったため、医師に疑義照会したところ、セレスターナ(ベタメタゾン・d-クロルフェニラミンマレイン酸塩配合錠)との処方間違いであることが発覚しました。	セレナールがセレスタミン系薬剤との名称類似によるカルテの入力ミス	処方内容の違和感や、患者の話との食い違いがある場合は、必ず疑義照会を行う。	セレナール錠5	セレスターナ錠		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
1303	センノシド1錠頓服むくみ時で処方あり頓服のコメント間違えかと思い疑義照会したところ、フロセミド頓服で処方の間違いだった	医院の事務がカルテの「フロセミド」記載のところ「プルゼノド」と読み間違え、「センノシド」と入力された	事例を共有し、コメントが正しい場合もあること確認	センノシド錠12mg「YD」	フロセミド錠20mg「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1304	何時も通り整形外科受診。内科で処方されていた眠剤が切れた為、整形外科医に相談。ゾピクロン錠7.5mg 2T 1×30日分処方。ゾピクロン錠は10mgまでの為、照会。正しくはゾルピデム酒石酸塩錠5mg 2T 1×30日分と分かる。	患者の話をよく聞く。	患者の話をよく聞く。	ゾピクロン錠7.5mg	ゾルピデム酒石酸塩錠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
1305	定期処方に加え、ゾピラックス眼軟膏3%が処方されていた。処方鑑査を行った薬剤師Aが患者本人に話を聞くと、上唇にヘルペスができたとのことで、角膜炎症状はなかったことを確認。剤形が異なるため、薬剤師Aが処方医療機関に疑義照会し、ゾピラックス軟膏5%に変更となった。	病院側の処方打ち間違いの可能性がある。	外用剤で類似名称や類似剤形があるものに関しては、事前に患者から情報収集することで、処方内容に誤りがないか確認する。	ゾピラックス眼軟膏3%	ゾピラックス軟膏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
1306	眼科の処方でゾピラックス軟膏の処方あり。場合によっては眼軟膏の可能性もあり医療機関が昼休憩だったが念のため訪問にて疑義照会。結果ゾピラックス眼軟膏での処方が正しいことが判明。処方の差し替えとなった。	入力の確認不足	類似名称+剤形にてミスが起こりやすい典型的な事例であり、眼科でなければ気づけなかった可能性あり。万が一皮膚科や内科での処方であれば患者さんとのコミュニケーションが取れなければ健康被害に繋がっていた可能性も否定できない。患者からの聞き取りをしっかりと行い不明確な状態での調剤は避ける。	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
1307	带状疱疹の処方箋を持参で来局。飲み薬のほかにゾピラックス軟膏5%記載があり、使用部位がまぶたに塗布になっていた。ゾピラックス軟膏は眼科領域に使用できないため眼科領域で使用できるゾピラックス眼軟膏3%へ変更疑義照会し変更した。	処方箋発行時の軟膏と眼軟膏の入力間違いの可能性。	軟膏やクリームが処方箋に記載されている場合、使用部位は必ず確認する。また目の周りや粘膜などに使用する場合は使用可能か添付文書などで確認する。	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	
1308	平素からご利用いただいている患者さんに門前の医院から新規でゾピラックス軟膏右目で処方された。塗布部位は右目と記載あり、またおくすり手帳に他院から3か月前にゾピラックス眼軟膏右目の処方歴の記載ある旨を確認して処方元である門前の医院に疑義照会をした結果、ゾピラックス眼軟膏に変更になった。	医薬品名称が類似していた為。	軟膏の適応部位はや用法用量を添付文章や患者さんご家族またおくすり手帳から確認を行うこと。	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
1309	患者の家族が処方箋をもって来局した。記載事項はソメリン錠10mg、3錠分3毎食後7日分であった。受け取った薬剤師は聞きなれない薬のため、調剤室内へ入ってほかの薬剤師と相談した。添付文書を確認、睡眠導入剤のため分3指定はありえないという話になり、疑義照会をしたところ、メリスロン錠6mgへと変更になった。	頭の文字は違うが、類似名称であり、医師が選択を誤ったと考えられる。	初めて出す薬などは添付文書を必ず見て、用法や患者聞き取りの症状とあっているか確認する。	ソメリン錠10mg	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
1310	タケキャブで副作用歴のある患者にタケキャブ処方。疑義照会し、ネキシウムへ変更。	知識不足	副作用歴確認	タケキャブ錠10mg	ネキシウムカプセル20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1311	総合病院を退院後紹介状にて以前より交付していた薬に3種類追加になった処方せんを持参。紹介状をもとに処方されたと薬局から聞き取りしていたためそのまま交付したが追加によりイルベサルタン (ARB) とイミダプリル (ACE阻害薬) の併用となってしまったため減薬提案できないかと思い電話にて確認したところタナトリルとタリージェの処方間違いであると判明。すぐに患者宅へ連絡し服用前に取り換えることができた。	タナトリルもタリージェも処方元Dr. があまり処方しない薬であったため薬品検索時に誤って選んでしまったと思われる。	減薬提案への取り組み強化中であったためすぐに対応できたが、常に気を配り疑義照会するべき事案であるとする。	タナトリル錠5	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
1312	継続して薬局されている患者さまが処方箋を持って来局された。処方内容が前回と違っていため、投薬の際に患者さまに症状・検査値等を確認すると、医師から何も聞いていないとのことであったため、念のために疑義照会をする。(前回薬 タブロス点眼 今回処方薬 タブコム配合点眼)	名称が似ていたため、入力間違いをしたと思われる。	投薬の際に、患者さまと処方内容についても確認する。特に、内容が変わっている時には、症状・検査値の聞き取りを徹底する。	タブコム配合点眼液	タブロス点眼液0.0015%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1313	以前よりタブロス点眼、コンプト点眼を使用していた患者様。今回はタブコム点眼が処方されたが、コンプト点眼を使用しておりチモロールの成分が重複するため照会。タブコム点眼はタブロス点眼に変更になった。	名称が類似していたため、処方箋の入力ミスの可能性が高い。	合剤の成分に注意するとともに、患者様の聞き取りを十分に行う。	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



類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1314	元タドルソラミド・チモロール配合点眼薬を使用されていた方で、今回転院をきっかけにタブコム配合点眼(タフルプロスト・ドルモロール)が追加になった。チモロールの成分が重複していたため処方医に問い合わせをしてタブコム配合点眼からタブロス配合点眼に変更となり成分重複が解消された	疑義照会の際に「以前別の眼科受診時に同じ組み合わせを使用していたので問題ありません」と話があったが、手帳を確認したところタブコム点眼とアイラミド配合懸濁性点眼を使用されていた。点眼液、特に配合剤は含有成分がわかりにくい、成分を勘違いした可能性が高い	薬局でも一見して成分がわかりにくい名称の薬剤は、事前に添付文書で確認し重複を防ぐ	タブコム配合点眼液	タブロス点眼液0.0015%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1315	平素から当薬局を利用し、コンプト点眼薬を処方されている患者が処方箋を持参し来局。今回の検査で眼圧が高くなっていたのでタブコム点眼薬が追加処方されていた。内容成分のチモロールマレイン酸塩が重複するため処方元の医療機関に疑義照会しタブロス点眼液に処方変更になった。	タブコム点眼液とタブロス点眼液の名称が似ているために処方入力時に間違えてしまったと思われる。	処方内容を確認し似た名称の薬剤と間違いが無いかのチェックをこれから継続していく。	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
1316	タブコム配合点眼薬を継続使用していた患者さんに、タムロス点眼液とアイファガン点眼液が処方された。眼圧が上がったので新しい薬を出してもらった。今まで使っていたタブコム配合点眼薬も手持ちがあるので、一緒に使用すると聞き取ったため、疑義照会をおこなった。タブロス点眼液からタブコム配合点眼液に変更となった。	薬品名が酷似しているためにおこった処方ミス。	配合剤が増えてきている。薬の追加や変更があった時は、必ず配合薬の内容を確認し、重複がないようにする。	タブロス点眼液0.0015%	タブコム配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1317	施設入居中の患者に対し緑内障治療薬のタブロス点眼液0.0015%が処方された。この患者では薬歴でタブコム配合点眼液が処方されており処方内容に不備があると考えられ疑義照会を行った。結果、タブコム配合点眼液へ処方変更がされた。	処方薬に類似薬があり処方時に確認が不十分だったと推測される。	患者の処方変更についてのヒアリングの徹底。	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
1318	本来患者の現疾患からみてタリジェが処方されるところ、記載は抗アレルギー剤のタリオンだった	レセコンは事務員が捜査している。頭2つが「タリ」で同じ選択ミス患者とのコミュニケーションが大事	患者とのコミュニケーションが大事。あっていることを前提にアプローチしておかしいと思ったときは問い合わせ	タリオン錠10mg	タリジェ錠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
1319	いつも処方されないタリビッド耳科用液が処方されており、処方箋持参した家族の方に症状を確認したところ、目やにが出ることを先生に相談したということだった。ドクターに疑義照会して、タリビッド点眼液に変更になった。	コンピューター入力時に選択を誤ったのではないかと思われる。	今回は家族の方が状況をご存じだったのですぐ疑義照会できた。代理の方の場合症状がよくわかっていない時があり、初めての処方の時はより丁寧に確認することが必要だと改めて感じた。	タリビッド耳科用液0.3%	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
1320	処方内容はチモロール点眼0.5%「ニッテン」1日1回と記載あり。チモロール点眼0.5%は通常1日2回であり、以前から本患者はチモロールXE点眼0.5%1日1回を使用していたため、疑義照会を行った。チモロール点眼0.5%⇒チモロールXE点眼0.5%に変更になった。	チモロール点眼0.5%は1日1回のチモロールXE点眼0.5%と、1日2回のチモロール点眼0.5%があり、名前も似ていることから処方入力の際、選択を間違えたのかと思われる。	XEの部分を○で囲んでチェックし用法を確認している。他にも間違えやすいPF点眼なども○でチェックを行っている。	チモロール点眼液0.5%「ニッテン」	チモロールXE点眼液0.5%「ニットー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1321	尖圭コンジローマで通院している方に追加薬でヨクイニン湯エキス顆粒の処方があり。問合せをしたらツムラでもクラシエの商品でも良いと薬剤部に言われたが、そもそも薬効が疣で使用であればヨクイニンエキス散「コタロー」の方ではないかと確認。尖圭コンジローマで服用のためである事が確認されてヨクイニンエキス散「コタロー」に変更になった。	医師はツムラとクラシエのヨクイニン湯エキス顆粒にはヨクイニンのみだと思っていて処方。薬効が関節痛・筋肉痛であってヨクイニンエキス「コタロー」は違うものであることも知らなかったと思われる。	病名と薬の薬効があっているか日々意識しながら処方監査をしていくようにする。また薬が追加になった場合どのような説明があった追加になったか患者に聞き取れる情報収集をして、薬剤交付する。	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒(医療用)	ヨクイニンエキス散「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1322	当該患者には皮膚科からツムラよく苡仁湯エキス顆粒が処方された。あまり皮膚科から処方されることのない薬であったため、患者にどのような疾患で病院を受診したのか確認したところ、疣贅と返答があった。「よく苡仁」で疣贅といえば「ヨクイニンエキス」だと考えた薬剤師は、医sに疑義照会を行なった。結果、ヨクイニンエキス錠コタローに変更となった。	「よく苡仁湯」と「ヨクイニンエキス」の適応を勘違いしてしまっている可能性がある。	よく勘違いされる「よく苡仁湯」と「ヨクイニンエキス」だが、適応をきちんと把握しておく。	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
1323	うつ病・不眠症で長期受診している患者様の案件(メンタルの薬服薬中、他病院婦人科で月経不順でホルモン治療中)月経前後のイライラがあるので新しく漢方が追加となった今回初処方、投薬時に、違う漢方薬がでると聞いた気がすると言われたので念のため疑義照会	医師は、ツムラ24加味逍遙散かツムラ54抑肝散とちらかを処方しようと思ってたと推測	・じっくり話を聞いてみないとツムラ24加味逍遙散でもいいのかもしれないと思ってしまうそうだったので、新しい薬が出た時は、処方意図等しっかり確認する・初薬で疑わしいなら疑義照会する・日ごろから患者様とコミュニケーションを取る	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: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1324	ツムラ葛根湯が処方されており、投薬時に患者さんとの話で痛みなどの訴えはあったが、先生からは更年期の薬を出しておくと言明があったと聴取。そのため病院に問い合わせたところ、ツムラ加味逍遙散に変更になった。	カルテにはしっかり記載されていたが、頭文字が同じことによる事務の入力ミスだったと思われる。	患者さんからしっかり症状を聴取して処方の確認を怠らない。	ツムラ葛根湯エキス顆粒 (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
1325	普段から当薬局をご利用の患者さま。整形外科の処方箋を受け、今回桂枝加芍薬大黃湯が処方追加となっていた。薬局に在庫がなかったため、時間がかかる旨を患者さまにお伝えし、追加薬について病院で説明を受けているか確認したところ、腹痛や便秘はなく、足の痛みにお薬を出してもらったとの回答であった。処方妥当性の確認のため疑義照会を行ったところ、芍薬甘草湯に処方変更となった。	処方の確認不足や漢方薬の名称が類似していることが原因と考えられる。	処方箋の情報や併用薬の確認だけでなく、患者さまからの聞き取りをしっかりと行っていく。	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
1326	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒 (医療用) 処方されていたため腹痛有無確認。腹痛なく、帯状疱疹患部にピリピリ感あり。処方変更。	患者への聞き取りをする。	患者への聞き取りをする。	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
1327	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒が処方されていた。当該患者様に処方されていたことはあるが、1年以上前のこと。体調変化の有無と薬の変更についてヒアリングを行ったところ、桂枝加芍薬湯ではなく、前々回 (14日前) に処方されたオースギ桂枝加芍朮附湯エキスGの誤りであることが判明した。	処方変更時や、初めての薬が処方された際は患者様にヒアリングを行い、症状や患者様の認識と齟齬がないかを確認するようにしています。	処方変更時や、初めての薬が処方された際は患者様にヒアリングを行い、症状や患者様の認識と齟齬がないかを確認するようにしています。	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒 (医療用)	オースギ桂枝加芍朮附湯エキス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: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1328	転院され、初めて来局の患者様。今まで受診していた病院と同じ薬を継続して服用することとなったと、投薬時に聴取した。しかし、処方箋には「ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒」が記載されていたが、お薬手帳を確認すると、「ツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニンエキス顆粒」を服用中であった。問い合わせをし、継続服用とのことであったため、ツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニンエキス顆粒へ処方変更となった。	医療機関側の患者様情報の確認不足。 医薬品の名称類似・知識不足	お薬手帳を持参いただいている場合は確認をし、投薬時にも患者様の聞き取りを怠らぬで行う。	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
1329	投薬時の会話で「やる気が出ないので相談した」との話を受け 医師に問い合わせ。十味敗毒湯ではなくて 十全大補湯の処方誤りと判明	はじめの文字【十】が一緒のためレセコンの選択違いと思われる	漢方は色々な作用 薬効があり 思わぬ症状に使われることがあるので 問い合わせに困ることがある。漢方の知識を深め 処方医とも 患者ともコミュニケーションを取って 処方意図が組めるように日々勉強していく。	ツムラ十全大補湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ十味敗毒湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1330	小建中湯が処方されていたが、患者様とお話をしたら症状的に小青竜湯ではないかと病院に問い合わせをした。小青竜湯に変更になった。	患者様との話、状況で処方薬との関連をよく見る。	疑問に思ったらスタッフと話し合い、おかしいと思ったことは病院に問い合わせをする。	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
1331	診察時、ご本人からお尻の筋肉が攣ったときの痛みに対して薬が欲しいと伝えた。処方されていた大黃甘草湯(適応症→便秘症のみ)について、話を聞いた覚えがないとのこと。 薬品名の末尾がどちらも'甘草湯'なので処方の間違いも視野にいれて確認の電話を行ったところ、(誤) 大黃甘草湯 → (正) 芍薬甘草湯出あることが判明し、処方変更となった。	薬品名の末尾がどちらも'甘草湯'なので処方の間違いが起きた可能性あり	悩んでいる症状や、診察室での話などをしっかり伺う事。	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:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1332	芍薬甘草湯を処方するところ、誤って当帰芍薬散を処方。(患者本人へのインタビューで「こむらがえりがある」との発言があり発覚)	処方医(処方箋発行機関?)のケアレスミス	引き続き、患者インタビューの徹底を行う。	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
1333	前回(1か月前に)来局した際から、≪下肢がよくつる≫という訴えあり。今回は、依然として継続する下肢のつりについて、医師に相談し、漢方を処方するという説明であったとのこと。当初処方のツムラ【当帰芍薬散】の証は“成人女性”に用いられることが多く、“痙攣性疼痛”に対する効能がなかったため、名称類似薬である【芍薬甘草湯】である可能性を示唆。【当帰芍薬散】→【“芍薬”甘草湯】に処方変更となった。	処方入力の際、医薬品名の一部入力からの検索	名称類似薬の再確認必ず番号も含め最後まで呼称して調剤をする	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1334	当帰芍薬散処方、男性なので問い合わせると、芍薬甘草湯にかわった。	hpの入力間違い。	薬品名がよく似てるので、処方箋をよく監査する。	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
1335	ツムラ半夏厚朴湯が処方されたが、患者症状との相違があったため、医師問い合わせ。ツムラ補中益気湯に変更となる。	ツムラ14とツムラ41のミス	処方内容について、患者の症状に必要なかどうか必ず確認し、患者に投薬・説明をする。	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒(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
1336	ツムラ防己黄耆湯 処方にてひざの痛み等を患者に確認、患者よりアトピーの痒みの訴えあり医師へ確認	患者への聞き取りの重要性	処方内容を患者へ聞き取りし確認	ツムラ防己黄耆湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ黄耆建中湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1337	以前から便秘でOTC防風通聖散を服用していた。調剤用でも同処方があるのでDrに処方を頼んかたが、防風通聖散ではなく防己黄耆湯が処方されていた。交付時の患者への聞き取りで違和感があり疑義照会を行った。	名称類似による入力ミス	処方内容が患者の主訴に合っているか確認。薬品名の類似に注意	ツムラ防己黄耆湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ防風通聖散エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1338	普段は他薬局にて貰っている定期処方を当薬局で応需。継続の内容とのことで薬を確認してもらいながらお渡ししたが、その後漢方薬が違うと来局。処方内容はツムラ抑肝散だが抑肝散は合わないのでも飲んでる薬はツムラ抑肝散加陳皮半夏とのこと。疑義照会の結果、ツムラ抑肝散加陳皮半夏に変更になった。	名称が似ているため、間違ったと推察される。	処方内容の確認をもらったが、処方量が多く、いつも使っている薬とのことで患者様と薬局側もお互い流れ作業になってしまっていた部分もあるので、類似名称がある薬もあるので1つ1つ丁寧にお互い確認してく。	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
1339	めまいふらつき症状でツムラ苓姜朮甘湯処方有り、本剤と患者の症状の適応が違っており、類似した名前の薬剤でめまいに適応がある苓桂朮甘湯があるため疑義照会をかけた。→ツムラ苓桂朮甘湯に変更。	名前の類似による入力ミス	名前が似た薬で薬効が異なる薬剤が多々あるため、確認の徹底。情報を共有する	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
1340	ツムラ炙甘草湯(動悸・息切れ等で使用する漢方薬)が用法「けいれん時」で処方されたため疑義照会した結果、ツムラ芍薬甘草湯の誤りであったことが判明し処方訂正となった。	電子カルテで処方入力する際、医薬品名が似ている薬品名を選択してしまった事例。	処方薬の効能と用法との整合性を確認するよう努める。	ツムラ炙甘草湯エキス顆粒(医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1341	最近近くの整形外科の門前薬局が閉店してしまい、そちらの患者さんが当薬局にいらっしゃるようになった。新患のAさんの処方内容に少し違和感を持ったが炙甘草湯は当薬局にはなかったので取り寄せて再度来ていただけるようになったので、その時にお話を聞けば良いと思った。翌日患者インタビューで動悸・息切れなどはなく、ふくらはぎがつかうとのことから芍薬甘草湯の間違いに違いないと思い疑義照会。芍薬甘草湯の入力間違いとわかり、患者さんにお渡しする前にすぐ交換する事が出来た。	炙甘草湯と芍薬甘草湯は薬効は全く異なるが耳から聞いた場合非常に似通っているのどこかの場面で勘違いがあったと思われる。	新しく取り寄せた薬を患者さんに交付するために封を切ってしまったので、返品不可になってしまった。新患さんが多いのでつい遠慮してしまうが、次回からは整形外科からの処方で整形外科らしくない珍しい薬が処方されている場合には、先に患者インタビューをする事とした。	ツムラ炙甘草湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1342	ツムラ芍薬甘草湯の用法に風邪症状時、と記載があったため疑義紹介したところ、ツムラ葛根湯の間違えであることが分かり変更となった。	処方箋の確認不足	薬の内容と合わない用法や指示があった場合は必ず疑義紹介する	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒 (医療用)	ツムラ葛根湯エキス顆粒 (医療用)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1343	ディレグラの処方だったが、鼻閉がなかったため問い合わせたところ、デザレックスと名前の勘違いでの処方だった	アレルギー剤で名前が類似していることもあり、間違いが生じた	患者の症状、様子をよく聞き取る	ディレグラ配合錠	デザレックス錠 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
1344	デエビゴ (10) 1錠分1朝食後の処方箋を持参された。本人に不眠の訴えはなく、朝食後服用にも疑問があった。疑義紹介を行ったところ、類似名称のデザレックス (5) に変更になった。	病院の処方マスタの選択ミス	処方内容の検討および、患者や家族への病状聴取	デエビゴ錠 1 0 m g	デザレックス錠 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:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1345	処方箋監査の段階でデエビゴ上5mg朝食後42日分の処方箋に疑義をいだき、医師に就寝前の間違えではないかと疑義照会を行った。患者に眠剤の用法が誤っている可能性があるため、医師に確認する時間をいただくように説明したところ、医師の話では眠剤の追加ではなく、糖尿病の薬を1種類増やすと言っていたと聴取ができた。診療所に内容を確認したところ、医師の薬品の選択ミスで、正しくはデベルザ錠20mg朝食後42日分であった。	非向精神薬の睡眠改善薬の登場で30日を越えた処方日数で処方箋が発行されるが、向精神薬であれば投与制限超過などで疑義照会を行い誤りに気がつくことができる。しかし、今回の長期処方でも用法に誤りがなければ、患者の手に渡ってしまう可能性はある。	診療所には医師が複数名常駐しており、処方内容の変更が生じた際には、診察時に医師とどのようなやり取りがあり説明を受けているか確認を怠らないようにしている。	デエビゴ錠 5 mg	デベルザ錠 20 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1346	他院でデパスを服用しており、今回よりかかりつけ医からの処方してもらうことになったと投薬時に聴取した。お薬手帳ではデパスとなっていたがデエビゴが処方されていたため薬の変更を確認するも、ご本人は医師から変更するなど何も聞いていないとのことで疑義照会し、デエビゴに変更となった。	最初の一文字だけが同じではあるが、デエビゴとデパスを勘違いしていた可能性が考えられる。	前医での内容をお薬手帳から確認すると、内容が間違っていないかを本人からもしっかり確認する	デエビゴ錠 5 mg	デパス錠 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
1347	45歳女性。デキサメタゾンクリームを口腔内に塗布するよう処方された。患者に症状を確認したところ、口内炎ができたと言えがあった。デキサメタゾン口腔用軟膏との処方間違いが疑われた。医師に確認したところ、処方間違いであることが判明し、デキサメタゾン口腔用軟膏へ変更となった。類似名による処方間違いを防ぐことができた。	類似名による薬剤の選択間違い	新しい処方薬がある場合は、症状を確認し、適切な薬剤であるか判断する。	デキサメタゾンクリーム 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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1348	いつもの定期薬に、デキサメタゾン口腔用軟膏の外用が追加になっている処方箋を持ってこられました。入ってこられた際に、目の周りが赤いな、という印象を持ちながら調剤に入りました。ピッキングの際に、口腔用軟膏に違和感があり、調剤途中で患者様に口内炎があるかの確認を行い、今日は目の周りに使える軟膏が欲しいと訴えた事実が判明。問い合わせたところ、眼軟膏に変更になりました。	以前デキサメタゾン口腔用軟膏を処方してもらっており、話の流れで前にもらっていた薬を再処方されたと考えられます。患者様も、デキサ何とかという薬です、と先生に伝えておられたため、思い込みも原因と思われる。	普段から患者様とのコミュニケーションを重視しており、薬だけの説明をして投薬することはありません。Do処方でも、お急ぎの様子がなければ近況は把握するよう徹底しています。	デキサメタゾン口腔用軟膏0.1%「日医工」	デキサメタゾン眼軟膏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
1349	デキサンVG軟膏0.12% 5g 口内炎 1日2回塗布 とあったので、患者さんに口の中に塗るのか、口角に塗るのか確認したところ、口の中に塗るとのことだった。疑義照会したところ、デキサメタゾン口腔用軟膏0.1%の間違いだった。	処方入力の際、2つの薬が上下にあったのではないと思われる。急いでいて、発行した処方箋の確認ができていなかったのではないかと。	塗薬でも、口の中に塗るのかどうかで処方が変わってくるので、確認は必要だと思う。	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
1350	ジャヌビア錠100mgを服用中の患者に新規処方としてテネリアOD20mgが追加となった。同効薬重複のため、疑義照会を行ったところ、デベルザ錠20mgに変更となった。	可能性として、処方入力の際に頭文字からの薬剤選択ミスが考えられる。	今回のケースでは、薬剤の頭文字が類似しており、また規格も偶然同一であったため、処方の際に入力を誤った可能性がある。日々繁忙な医療機関でありえるミスではあるが、薬剤師として基本的な知識があれば間違いに気付けるケースのため、処方内容の確認を怠らないことが大切と考えられる。	テネリアOD錠20mg	デベルザ錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1351	クリニックから病院へ紹介され今回薬が大幅に変更になった。その際GLP-1製剤とDPP-4阻害薬の併用があり薬効類似により疑義照会を行い、テネリア錠20mg⇒テルミサルタン錠20mgの間違いと発覚	最初の文字と規格のみで判断し処方入力してしまった。	会社でE-ラーニングや外部研修等で知識の補強があり疑義照会できた事例である	テネリア錠20mg	テルミサルタン錠20mg 「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1352	10歳患者の風邪薬類の記載された処方箋にデノタスチュアブル錠が処方されていた。モンテルカストチュアブルの間違いではないかと疑義照会し、薬が変更になった。	チュアブル錠でモンテルカストチュアブルを処方するところ誤ってデノタスチュアブルを処方してしまった可能性が考えられる。	同時に記載されている薬の種類をもとに処方監査をしっかりと行うことで処方誤りを防止することが重要。	デノタスチュアブル配合錠	モンテルカストチュアブル錠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
1353	心療内科受診中の患者。定時通院の間で意識消失発作があり、てんかんと診断され他院からバルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mgが処方された。  その際に、今後は通院中の病院で処方してもらうよう指示されたため、処方内容について、お薬手帳ではなく薬袋の記載をスマホで写真を撮り医師に見せて処方してもらった(どのようにして医師に他院処方を伝えたかについては後から判明した)。処方箋がデパケン錠200mgと記載されていたが、入力時にジェネリック変更しバルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mgを入力、当薬局ではバルプロ酸ナトリウム徐放錠の処方が圧倒的に多いため、調剤者はミスでバルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mgを調剤してしまった。監査者は経験1年で、デパケンの処方に関わるのが今回初めてだった。投薬中に事務員が入力間違いに気づき薬剤師に伝えて薬を交換しようとしたが、患者の母親が、バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mgが今服用している薬と同じに見えると言い出した。そのため、どのような方法で医師に服用中の薬を伝えたのか確認したところ、薬袋を撮影した写真を提示された。薬袋に記載された薬剤がバルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーワ」であったため、医師に疑義照会しその旨伝えたところ処方が普通錠から徐放錠に変更となった。	医師の確認不足。入力者、調剤者の確認不足。監査者の経験不足。	常用されているバルプロ酸ナトリウム徐放錠Aの薬剤棚にはすぐに取り出せないように手前に仕切りをつけ、「普通錠あり」と記載して注意を促している。	デパケン錠200mg	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1354	デベルザが初めて処方されたが、糖尿の既往は無く、以前に花粉症でデザレックスの処方歴あり。医療機関に疑義照会を行ったところ、デザレックスの誤りであることが判明。	薬品名が似ているため誤ってしまったと考えられる。	新規で処方が出た際は特に注意して確認を行う。	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	
1355	ふだんから当薬局を利用。初めて糖尿病薬の処方あり、これまで既往なし。服薬指導の際聞き取りを行ったところ、今回から初めて花粉症の薬を飲むことになった、とのこと。高血糖などの指摘、自覚はなし。疑義にて医薬品の入力間違いが発覚。	最初の1字しか一致せず、規格も異なるので必ずしも取り違えの起こりやすい医薬品ではないが、急ぎ入力などを行い処方間違いが生じたものと思われる。	新規薬が追加になったときは、自身の体調変化、医師からの説明、処方内容に齟齬がないかを確認のうえ交付する。	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
1356	今回初めてデベルザが追加になった。デベルザは添付文書上1日1回朝食前又は朝食後服用の薬であるが、用法が就寝前になっていたため用法の問い合わせをした。その結果、デザレックスに変更で用法は就寝前となった。	類似薬品の選択間違い	薬の適用や用法、用量を頭に入れ、少しでも疑問に思うことがあった場合には疑義照会を行う。類似薬品のあるものは、調剤棚などに注意喚起のコメントを貼る。	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
1357	当該処方せんには他にモンテルカストと、メジコンが処方されており、処方日数も7日分だったため違和感を覚え、患者様に糖尿病と診断されたことがあるか確認した。全くないとの回答だったので、医師の入力誤りではないかと疑い、すぐにでるので疑義照会した。結果、デザレックスと誤ってデベルザを選んでしまったということがわかった。	医師が忙しく、パソコン画面の薬品を選ぶ際に確認がおろそかになってしまった。	日頃から医師の処方内容の傾向を把握しておき、あまり見られない薬が記載されている場合は、すぐに患者さまに確認するようにしている。	デベルザ錠 20mg	デザレックス錠 5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1358	過去に来局していた患者様で、医療機関を変更したらしくしばらく来局はなかった。久しぶりに来局したとき他院での処方内容と同じものを今受診したクリニックで処方してもらったとの事。薬局では処方せん通りに調剤を開始したが、お薬手帳から服用中の薬剤はテラムロAPであるが今回処方方はテラムロBPであった。本人に確認し特に症状変化なく医師からも何も聞いていないとの事であるため疑義照会をして、テラムロAPに変更となった。	患者様が色々な医療機関にて現在服用中の薬剤の処方を依頼するため、処方間違いが起きやすい状況になっていると思われる。薬局ではお薬手帳での確認は当然だが、久々の来局では特に注意が必要とおもわれる。また薬局によりメーカー違いによりデザインも違うので患者様と確認をすることが重要である。	処方せん受け取り時におけるお薬手帳の内容確認と症状確認。他薬局から変更となった場合メーカー違いやデザイン違いを説明する。今回のような他の医療機関での処方内容については特に注意して監査するように努めている。	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
1359	テラムロ配合錠BP、アムロジピン錠10mgが処方されていた為確認したところ、テラムロ配合錠BPがテルチア配合錠BPに変更になった。	医療機関側の確認不足が考えられる。	類似名薬品の取り間違い防止について指導・注意喚起を行っている。配合錠が処方された場合、成分重複やそれによる過量投与がないかよく確認している。	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
1360	1/18にテラムロAPが処方され1/20にアムロジピンOD錠5mgが追加になった。3月にテラムロBPが処方されており患者さんに確認した所、調子が良いので薬をそのまま一つにまとめる言われたと聞き取りをした。アムロジピンとテルミサルタンの割合が変わっているので処方元に確認した所、間違いと分かり処方方が変更になった	医師の配合剤の割合の認識不足	引き続き交付時に患者と体調や医師との会話などを聞く	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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1361	前回処方がリンデロンVG軟膏であり、後発品に変更し、デルモゾールG軟膏で調剤。診察時に処方医が患者の持参したデルモゾールV軟膏と患部を見て「内容同じでクリームに変更します」といった。その際、処方方をリンデロンVGクリームとすべきところ、検索ミスで「デルモベートクリーム」と処方した。当薬局にて患者と薬の変更について話をしていた際に処方間違いに気づく。	処方医が薬品検索時に「リンデロンVGクリーム」を探すところ、患者の持参した後発品の「デルモゾールG軟膏」に引っ張られて、名称類似した「デルモベートクリーム」を選択してしまった、と思われる。	薬が変更になった際や、新規の薬が処方された際には「どういう症状、診断で薬の変更(追加)があったのか」を聞き取ることが大事だと思った。	デルモベートクリーム 0.05%	リンデロン-VGクリーム 0.12%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1362	0歳の双子の男女にデルモベート軟膏(一般名)が処方され分類がストロングストなので強いなと思い父親に話を聞いたら他の小児科で前に処方されたキンダベート軟膏(一般名)と同じものをお願いしたとのことで疑義照会しましたらキンダベートに変更になりました。	デルモベートとキンダベートは一般名が似てる。	デルモベートとキンダベートは一般名が似てるので特に注意する。	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
1363	一般名処方ではデルモベート軟膏が処方され患部が顔と記載されていた顔には強い為疑問に感じ手帳を確認したところ、他院よりキンダベート軟膏の後発品が調剤された履歴があった父親に確認したところ、他院で処方されたものをお願いして処方してもらったとのこと疑義照会し、キンダベート軟膏に変更	一般名が似ていたため医療機関の確認不足	患者から得た情報と処方内容の確認を丁寧に行う	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
1364	処方箋にはドキサゾシン錠2mg 4錠 分1と記載あり。手帳にはカンデサルタン錠8mgで服用していたため、医師に確認。カンデサルタンへ変更となった。	カルデナリンとカンデサルタンを読み間違ったとのこと。	一般名で処方されるとばっと見では気づけない事象のためお薬手帳の確認徹底を行います。	ドキサゾシン錠2mg 「ファイザー」	カンデサルタン錠8mg 「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1365	当薬局には初めて来た患者【般】ドキサゾシン錠4mgの処方があったが、お薬手帳を見たところカンデサルタン錠4mgを服用していたことを確認。患者本人に確認したところ、薬の変更の話はなかったことから医師に確認。処方したい薬はカンデサルタン錠であったことがわかったため、カンデサルタン錠4mgに処方変更となった。	カンデサルタンを処方画面で選ぶところ、類似名称のカルデナリンを選んでしまったと考えられる	お薬手帳を持参していただくことの声掛けとともに、医療機関変更時にはより薬の変更には注意を要する。	ドキサゾシン錠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
1366	他病院でもらっていた薬の継続希望で受診され処方が出たが、元は『【般】カンデサルタン錠4mg』であったが処方医は『カルデナリン錠4mg』が出ていると勘違いされたようで、『【般】ドキサゾシン錠4mg』で処方されてきた。患者様からは薬が変わる話は聞いていないとのことであったので問合せし処方変更になった。	一般名と同効の先発名が類似していたことで勘違いされたと思われます。	他病院からの継続薬は今回のようなケースが起きやすいので、お薬手帳などの前医での処方情報と今回の処方薬をきちんと比較確認したり、患者様への診察時の話などの確認をきちんと行っていくことが必要と思われます。	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
1367	昨日に続いての処方箋応需(昨日、般)レボフロキサシン錠250mgの処方箋を応需・与薬後に本日、トランサミン錠250mgの処方箋を応需にて入力時の変換ミスの可能性として疑義照会を行う。	電子カルテではなく、手書きでのカルテ記載にて病院医療事務の入力時の間違いとして	過去の処方入力間違いを参考に交換ミスの起きやすい薬剤含めて過去の処方内容と照らし合わせて対応を行う。疑わしい内容に関しては、しっかり問い合わせを行う。	トスフロキサシントシル酸塩錠150mg「タナベ」	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
1368	ドボベツ軟膏とジフルブレドナートが混合として処方されていた。ドボベツはステロイド+カルシポトリオール混合で、ジフルブレドナートとの混合ではステロイド重複となる。疑義実施後、ドボベツ軟膏からドボネックス軟膏へ変更となる。	名称類似による処方間違い。	前回処方内容との照らし合わせの際、変更時は特に内容確認を徹底する。	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1369	以前、高熱や他の症状の合併で抗生剤を2剤同時に出したことがある医師だが、サワシリンカプセル250mgとトミロン錠100mgが喉の腫れのみで2剤同時に処方されていることに違和感あり。また肝心の喉の腫れに対する薬がでていないことからトミロン錠はトランサミンと間違っていないか疑いがあり医療機関に問い合わせた。結果、予測通り医療機関の入力ミスと判明し処方変更した。	いわゆる約束処方といわれるような薬の組み合わせであっても、入力者がタッチミスしてしまった例です。	名称類似で全く成分が異なる薬の間違いを起こすのは、調剤側の薬局のみに限らない。常に疑いをもって処方箋を確認し調剤するように気づかされました。	トミロン錠100	トラネキサム酸錠250mg「三恵」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1370	今までトラゼンタ錠5mgが処方されていた。今回、担当医が替わり、トラゼンタ錠が中止されトラセミドOD錠4mgが処方されていた。本人に確認したところ、処方は今までと変わらないとのこと。疑義照会により、トラセミドOD錠4mgを中止してトラゼンタ錠5mgに変更するように回答あり。	トラゼンタ錠とトラセミド錠OD錠4mgと名称が似ていた為と思われる。	お薬の変更があったときには、患者から情報を聞き取ること。	トラセミドOD錠4mg「TE」	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
1371	いつもトランコロン錠7.5mg 4錠分2 朝夕食後で服用されている患者さんに、今回、トラネキサム酸錠250mg 4錠分2 朝夕食後で処方あり。他処方薬剤をみても前回処方と同じであり処方に違和感があり疑義照会したところ、入力間違いであることが判明し、トランコロン錠7.5mg 4錠分2 朝夕食後に処方変更となった。	トラネキサム酸とトランコロンはあいいうえお順だと上下に並ぶので選択を誤ってしまった可能性が考えられる。	前回薬歴としっかり比較し、処方変更があった際は間違いないかしっかりと患者さんにも確認を行う。	トラネキサム酸錠250mg「YD」	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



類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1372	デキストロメトルフアン臭化水素酸塩錠15mg3錠、トラベルミン配合錠3錠、カルボシステイン錠250mg3錠、1日3回毎食後7日分の処方を受けた。患者に症状を聞いたところ、咳、鼻水、喉の痛みで受診したとのこと。処方されているトラベルミン配合錠の効能効果に相当する動揺病やメニエール症候群に伴う悪心・嘔吐・めまいはないとの聞き取りを得たため、処方内容について疑義照会を行なったところ、トラベルミン配合錠は処方削除となり、トラネキサム酸錠250mg3錠、1日3回毎食後7日分が追加となった。	処方医は処方箋の薬剤を選択する場面で、先頭2文字が同じである薬剤を見間違い、選択誤りをしたと推察される。	受付の処方鑑査時に同一レシピ内の薬剤の効能効果の関連性についてと、患者からの聞き取り内容と異なることがないか確認し、名称が類似する薬剤の誤りの可能性があることを意識する。	トラベルミン配合錠	トランサミン錠250mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1373	2歳の患者にナウゼリン錠10mg嘔吐時1回1錠2回分で処方。小児に錠剤であり、用量が多く、母親が座薬と聞いているということで、処方医に確認したところナウゼリン坐剤10 2個嘔吐時1回1個使用に変更。	医師がシステム使用時に名前の類似した薬品に間違えたもしくは、処方箋を書いているスタッフに正確に伝わっていないか確認したところではないかと考えられる。	事例を共有する。監査システムの使用を徹底する。	ナウゼリン錠10	ナウゼリン坐剤10		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1374	0歳10か月の乳児に(屯)ナウゼリン錠10mgが1錠5回分の処方。剤形間違いの可能性があるので疑義により確認。ナウゼリン坐剤10mgに変更となりました。	錠剤と坐剤の単純な間違い	年齢に対して用量及び剤形が適切なものか注意	ナウゼリン錠10	ナウゼリン坐剤10		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1375	ナサニール点鼻液記載の処方箋を持参。他にはレボセチリジン塩酸塩錠5mg処方有り。処方箋受付時、妊娠中であることと受診理由は花粉症であることを確認。ナサニール点鼻液0.2%は妊婦に禁忌かつ適応は子宮内膜症、子宮筋腫の縮小と子宮筋腫に基づく諸症状の改善、生殖補助医療における早発排卵の防止である。処方医に疑義照会しナゾネックス点鼻液50マイクロg 56噴霧用の処方ミスであることを確認。	薬剤類似名称に起因するレセコンへの入力ミス。	ナサニール点鼻液の適応、禁忌の周知。患者受診理由聴取の重要性周知。	ナサニール点鼻液0.2%	ナゾネックス点鼻液50マイクロg 56噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1376	退院後の初回外来でニフェジピンCR20のところ、ニカルジピン20で処方された。本人変更指示うけておらず、疑義照会で入院前と同じニフェジピンCRに変更になった、医師から薬名間違えと話あり	薬名類似入院でのカルテ切り替えあり?	入退院での切り替えミス多いので注意喚起している	ニカルジピン塩酸塩錠20mg「サワイ」	ニフェジピンCR錠20mg「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1377	従来よりニフェジピンL錠20mgを服用していたが、ニフェジピンCR錠20mgで処方あり。前回までは、ニフェジピンCR錠20mg印刷を手書きにて、CRをLに訂正(押印あり)患者本人に、薬剤変更の有無を確認して、電話にて疑義照会した。	医院の採用薬の都合上、印刷できない薬剤があると考えられる。	前回処方や薬歴を参考にし、患者からも正確な情報を得て、薬剤の調剤、交付を行うようにする。	ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」	ニフェジピンL錠20mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1378	お産時に血圧高く、入院中アダラートCR20mgを服用されており、退院時処方もアダラートCR20mgが出されていた。今回初めての退院後受診のことで、当薬局に来局。処方箋には、『(般)ニフェジピン除錠20mg(12時間持続)1錠1日1回朝食後』と記載あり。お手帳の中には退院時の状況報告書が挟まっており、アダラートCR20mgが服用されていたことと1日1回であることから、疑義照会により、CR錠に変更となる。	病院のマスターに24時間持続の項目がなく、アダラートCRの項目しかないことが発覚。(病院薬剤部と相談の上)検討を依頼。	新規患者やお久しぶり患者においては、お薬手帳の確認や服薬状況の周知徹底。定期患者においては、新規追加薬や変更薬についての患者聞き取りの徹底を図っている。	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
1379	年末退院処方もらい。退院後初外来の患者様。やや徐脈があるため、血圧の薬が変更となったと確認。アムロジピン錠5mg1錠1日1回朝食後からニフェジピンカプセル10mg1カプセル1日1回朝食後に変更となっていた。ニフェジピンのカプセル製剤は1日3回服用であるため疑義紹介を行った。結果ニフェジピンCR錠10mg「サワイ」1錠1日1回朝食後に変更になった。	名称が似ており、オーダーングの際に判断ミスが起きたと思われる。	製剤的特性について、それぞれ特徴あるものには注意をする。	ニフェジピンカプセル10mg「サワイ」	ニフェジピンCR錠10mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1380	居宅療養管理指導でお薬の管理をしている患者様で、従来の病院から別の病院に主治医を変更し、変更後、初めての処方を受ける。ニュープロパッチ18mgが新規で処方されており、ロサルタン錠の処方が削除となっていた。患者情報にはパーキンソン病、レストレスレッグス症候群の情報はなく、また、ニュープロパッチは低用量から増量する薬のため、処方経緯を処方医に確認するとともに従来から服用していたロサルタン錠が削除となっていることをお伝えする。ニューロタンと入力したつもりがニュープロパッチと入力されていたことが分かった。	最初の3文字が同じ名前のため入力によるミスと思われる。	病院を転院された患者様に関しては、お薬手帳にて従来の処方内容と比較を行い、処方内容に変更がある場合は、患者様に変更の経緯を確認するようにしている。	ニュープロパッチ18mg	ニューロタン錠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
1381	ランソプラゾールOD錠15mgが処方されている患者に、ネキシウムカプセル20mgが処方された。	本来処方するはずのチキジウムとネキシウムが名称類似だった。	特に久しぶりの来局だったので、内容を十分に監査する。	ネキシウムカプセル20mg	チキジウム臭化物カプセル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
1382	継続受診している内科で、新しくノイロトロピンが処方された。交付時に受診理由を聞いたところ、疲労のため栄養ドリンクを飲んでいるので、同じような薬があればとお願いしたとのこと。ノイロピタンとの入力違いを疑い、病院へ疑義照会したところ、カルテにはノイロピタンが記入されていたが、処方入力時にノイロトロピンで入力していたことが判明し、処方変更となった。	処方入力時の類似薬品の確認不足	新しく処方された薬は、しっかりと受診理由を照らし合わせる。	ノイロトロピン錠4単位	シグマピタン配合カプセルB25		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1383	以前もらった薬を処方して貰ったとの事だったが、ノイロトロピンは初めてのお渡しだった。そのため、よくお話を伺ったところ、ノイロピタンの間違いだったことが判明した。また、お聞きした症状と処方内容が一致しなかった。	名称類似薬にて、医師が入力を間違えたと思われる。	新しい薬が処方された際は、しっかりと患者さんに聞き取りを行う。そして、今回のような特に間違いやすい薬には注意して確認を行う。	ノイロトロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1384	他の病院より転院してきた患者。ノイロトロピン錠4単位が処方されていたが、お手帳を確認するとノイロピタン配合錠を服用中。疑義照会を行いノイロピタン配合錠へ変更。	処方入力の際、頭3文字が同じため選択間違い。	転院時など初めて渡す薬はお手帳との照らし合わせを行う。	ノイロトロピン錠4単位	ノイロピタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1385	带状疱疹の患者様にバラシクロビル、プレガバリン、アラセナ軟膏、ノイロピタン配合錠が処方されました。带状疱疹の薬の組み合わせとして、ノイロピタン配合錠がノイロトロピン錠ではないかと推測されたため、念のため問い合わせをしました。問い合わせをした結果、ノイロピタン配合錠がノイロトロピン錠に変更になりました。	コンピューターに入力した際に、最初3文字が同じなので入力間違いしたものと思われます。	処方された薬の飲み合わせがおかしいと感じたら、積極的問い合わせを行います。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1386	頭痛コントロールでの通院中。「今日、頭痛がひどく病院で点滴を受けてきて、ドクターから痛むとき(頭痛時)に追加服用するように言われた薬が出てはいるはず」と患者よりお話があった。今日、追加されたのはビタミン剤なので、ドクターに処方意図の確認したいと問い合わせしたが、ドクター不在だった為、薬剤部からノイロトロピンの点滴もしているの、翌日に再確認を促された。翌日朝、電話を入れたが、薬剤部から「時間を頂いてドクターに確認させてほしい」との返答があり、午後3時頃、ノイロピタン3錠14日分からノイロトロピン4単位4錠分214日分への変更と返答があった。患者には再来局により投薬を完了した。	ノイロピタンとノイロトロピンはアイウエオ順に処方薬を調べると似ている為選択ミスをしたと考えられる。処方箋を出力の際に再確認が行われなかった可能性あり。	患者への投薬の時に追加された薬の背景を伺い、処方薬が適切であるのか疑問に思った場合には、処方医への問い合わせをし、患者へ投薬していく事を徹底していく。	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
1387	他病院で処方された薬がかかりつけの病院の普通の処方に追加になった。しかし、お薬手帳に記載された薬の名前と異なる成分の似た名前の薬が処方されていた。患者から症状と医師から薬の変更について説明がなかったことを確認して疑義照会。処方する薬の名前を誤って処方されていたことがわかった。	薬の入力では頭3文字を入れることで薬を検索することもあるため誤って入力されたと思われる。	処方箋に記載された薬の名前を頭3文字だけではなく最後まで確認する。お薬手帳の内容を確認し患者の疾患・症状にあった処方かどうか聞き取りをする。	ノイロピタン配合錠	ノイロトロピン錠4単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1388	いつも来局されている患者が当薬局へ普段持参しない脳神経内科の処方を持参された。処方にはノイロピタン配合錠が処方されていたが当薬局には在庫がなく、また出荷調整薬剤であり、各卸、近隣薬局からもノイロピタン配合錠を準備することが困難であったため、在庫していたビタメジンカプセルへの変更等を医科へ疑義紹介にて問い合わせを行った。結果、ノイロピタン配合錠ではなく、ノイロトロピン錠の処方入力間違いであった。	医科、医師の入力間違いではあるが、ノイロピタン配合錠とノイロトロピン錠だと、患者からの聞き取りで明らかでない疑義につながる情報が得られていなければ、また今回のように在庫がないなどの条件がなければ、疑義紹介することなくそのまま患者にお渡ししていた可能性がある事例と思われる。	今回の事例について薬局スタッフで情報共有し注意を払うよう心掛ける。	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
1389	2023年1月某日(火)13:00頃、患者(50代男性)が処方箋を持参した。ノボラビッド30ミックス注フレックスペン1キットが処方されていた。初めて当薬局を利用する患者であったが、お薬手帳を持っていたので、薬剤師がお薬手帳を確認したところ、今までノボラビッド注フレックスタッチ1キットが処方されていることがわかった。薬剤変更について医師から聞いているか確認したところ、今まで総合病院を受診していたが、今回から開業医へ紹介となり、注射の変更については特に聞いていないとのことだったため、処方医に電話で疑義照会した。その結果、ノボラビッド注フレックスタッチに変更となった。	処方医のお薬手帳や診療情報提供書の確認不足。または、医薬品名が類似しているための入力間違い。	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。また、お薬手帳を持っていない患者に対して、お薬手帳の有用性を説明し活用してもらう。	ノボラビッド30ミックス注 フレックスペン	ノボラビッド注 フレックスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1390	以前の病院にて処方されていた注射剤の残りがあり、転院後もノボラピッドはしばらく処方されていなかった。今回手持ちが少なくなったため、ノボラピッドを追加処方されたが、処方箋にはノボラピッド30ミックス注と記載されていた。当薬局でノボラピッド30ミックスは処方されることがないため、処方医へ問い合わせを行ったところ、ノボラピッド注へ変更となった。	処方箋入力時にノボラピッド注と入力するところをノボラピッド30ミックス注を選択してしまったものと思われる。	薬歴やお薬手帳の確認、患者様からの聞き取りを行う事で処方箋以外の情報を得るようにし、処方薬に間違いがないか確認することを継続する。	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
1391	ノボラピッド30ミックス注フレックスペンが分3で処方あり。代理の方が来局しお薬手帳の持参がなかったため、前回の処方内容など詳細不明。ご本人へTELするが不在の為、確認不可。Drへ用法について確認の為、疑義照会を実施。→ノボラピッド注フレックスペンへ変更するようDr指示あり。	もともと、ノボラピッド注フレックスペンをオーダーしようとして、オーダーミスしたのではないかと推察。	Drの処方内容が添付文書記載の用法・用量と異なり、副作用が予想される際は、Drへ確認をとる。	ノボリン30R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
1392	オザグレル(200) 2T/2x定期処方の患者様。クリニックのパソコンでオザグレル経過措置と表示あり。主治医がイグザレルトと勘違いしバファリン81mgで処方。患者様より「薬がなくなるので別の薬に変えろと話があった」とお話あり。オザグレルとバファリンは効果効能が別のものであり、イグザレルトと勘違いしている可能性もあるのでクリニックに疑義。イグザレルトと勘違いしていたと。同成分薬のドメナンであれば経過措置になっていない旨をお伝えしそちらへ変更することになった。	同じ薬のドメナンは経過措置になっていないという情報を表示できなかったクリニックのパソコンでの表示不備。また、似たような名称を勘違いしてしまったのが原因。	処方変更になる際はきちんと患者様からどうして変更になったのか。聞き取りを必ず行うように注意喚起した。	バファリン配合錠A81	ドメナン錠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:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1393	新規でパファリン配合錠A81(1錠分1 昼食後)が処方された。過去の薬歴、持参したお薬手帳にも抗血小板薬は記載されていないので、患者に症状をうかがったところ、神経痛の症状で市販のパファリンAを服用しており、今回処方されたのかもしれないとパファリンA実物を持参。OTCのパファリンAとパファリン配合錠A81は適応、有効成分量が異なるため照会。カロナール錠200(2錠分1 昼食後)に処方変更された。	販売中止になったパファリン配合錠A330を処方しようとして、パファリン配合錠A81を入力した可能性がある。	OTCと医療用医薬品で適応、有効成分量が異なるものがあるので情報収集をしっかりと行う。	パファリン配合錠A81	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
1394	頭痛の症状で受診し、病院側はパファリンA配合錠330mgで処方するつもりが、パファリンA81mg配合錠 3錠毎食後 5日分で処方されており、疑義照会にてカロナール300mgに薬剤が変更になった。	病院の中でカルテからの転記の際に、パファリンと入力したところ、パファリンA配合錠330mgは経過措置切れで入力されず、確認不足でパファリンA81mg配合錠が入力された事が原因だと思われる。また処方箋が一般名の【アスピリン81mg・ダイアルミネート配合錠】で記載の為、病院側も気づきにくかったのも要因の1つだと思われる。	用法や規格違いや、適応違いの薬品についての理解を深める。	パファリン配合錠A81	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
1395	バルプロ酸ナトリウム錠200mgを4錠毎食後・寝る前を継続服用していた患者であるが、この度の処方より(一般)バルプロ酸Na徐放錠200mgに変更となっていた。徐放剤の適応と異なる用法であること、今回より一般名処方への記載に切り替わったため選択間違いではないかと思い、処方医に疑義照会。結果、誤処方であることが分かり、バルプロ酸ナトリウム錠200mgに薬剤変更となった。	類似薬品	複数規格のあるものには注意する	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A200mg「トローワ」	バルプロ酸ナトリウム錠200mg「DSP」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1396	風邪でおかかりの患者様であったが、処方内容を確認したところ、パントシン散20%1.8gが処方されていた。内容と用量を見てパセトシン細粒の間違えではないかと思い疑義照会したところ、処方ミスが発覚し、パセトシン細粒へ変更になった。	薬剤名が類似している薬効の異なる処方薬のため、そのまま交付していたら、症状の改善がみられず、副作用の恐れも考えられた。	小児の処方せんを受付・調剤・鑑査で処方内容と用法用量に誤りがないかを必ず確認。また小児のヒヤリハット事例の情報共有を定期的に行う。	パントシン散20%	パセトシン細粒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
1397	風邪の症状があり受診。カルボシステイン錠250mg3錠、ピオグリタゾン15mg3錠毎食後の処方。明らかにピオグリタゾン15mgは間違いであると判断できたため疑義照会したところ、アストミン錠10mgに変更となった。	Dr.はカルテ入力の際でアストミン錠10mgを選択したつもりがアクトス錠15mgをクリックしたと思われる。その後受付での処方箋発行の際に自動的に一般名処方に変更される仕組みになっていたと考えられる。	今回は明らかに疑義照会対象であると判断できたが、薬種によっては難しいこともある。患者からの聞き取りはもちろんだが、一般名と商品名両方から薬剤取り違えの可能性が推測できるようにしていきたい。	ピオグリタゾン錠15mg「武田テバ」	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
1398	患者様は残薬が少ないためランタスXR注ソロスターを希望されていたが、ヒューマログ注カートが出ていたため、医師に確認した。ランタスXR注ソロスターへと変更になった	クリニックでの入力ミスや勘違いが考えられる	出ている薬が正しいか、投薬時に患者に確認する	ヒューマログ注カート	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
1399	普段、ヒューマログミックスを使用している患者にヒューマログミリオベンが処方念のため確認したところ、処方間違いだと判明	名称の類似	疑問が生じた際は積極的に確認する	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
1400	全身のかゆみで受診されお薬を処方されたが、提示したお薬手帳に書いてある現在服用中のピラノア錠が重複して処方されていたので疑義照会を行いました。	お薬手帳の確認不足か連携不足が原因にあると考えられます。	お薬手帳や薬歴を確認して患者さまの服用履歴を確認して重複がないかを毎回確認しているので今回気づくことができました。毎回そういうことがないか確認してから投薬へ行くように薬局内で決まりを作っています。	ピラノア錠20mg	アレロックOD錠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	
1401	久しぶりに来局した患者に新規の薬が処方されていた。久しぶり来局のため、問診内容も核にしたところ、白内障の診断を受けたことがないが、ピレノキシンが新規に処方されていた。受診理由を聞き取りしたところ、「ドライアイのため受診した」と確認。以前来局時にはドライアイ治療のためヒアレイン0.1%が処方されていた為、医師に疑義照会を行った。これにより、白内障はなく、ドライアイ治療のヒアレイン0.1%を処方する予定だったと確認が取れ、ヒアレイン0.1%を調剤し交付した。	ヒアレイン0.1%処方のところ、同じ「ヒ」で始まるピレノキシンを入力してしまったと思われる。	久しぶりの来局時の問診の再確認処方が変更されている時には「どのような体調変化があり、医師からどのように聞いているか」の確認上記を徹底して行う。	ピレノキシン懸濁性点眼液0.005%「参天」	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
1402	急性症状で受診し、その後来局。久しぶりの来局。セレコキシブ錠100mg2錠分2朝夕食後14日分、ファモチジン錠20mg2錠分2朝夕食後5日分が処方されていた。処方日数に違いがあることに疑問を感じ、患者から情報収集。処方不備の可能性があるため医療機関へ疑義照会実施。その結果、ファモチジン錠20mg→ファミシクロピル錠250mgへ変更となった。	ファミシクロピル錠250mgで処方しようとしたところ、類似名のファモチジン錠20mgで処方入力してしまった。	些細な事でも疑問点があれば、必ず疑義照会等で確認することを徹底する。また、調剤前に患者への聞き取り、お薬手帳、薬局情報から情報を収集し、適正な薬剤使用へ繋げていく。	ファモチジン錠20「サワイ」	ファミシクロピル錠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
1403	新患でフェアストン錠40mgが処方されていた。転院のため継続処方とのことで持参薬を確認したところ、フェブリック錠40mgを服用中だった。疑義照会后、フェアストン錠40mgではなく、フェブリック錠40mgの間違いだったとのことで処方変更となる。	名称が前方類似のため、レセコンでの薬剤名の選択ミスと思われる。	前医からの継続処方の際は、患者が持参したお薬手帳や薬袋、薬情から内容を確認する。前医からの情報がない場合には、患者と薬の名前、薬効、飲み方等を一緒に確認する。	フェアストン錠40	フェブリック錠40mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1404	久しぶりに来局の患者であり、再来時アンケートでは風邪様症状での受診と確認。当初の処方内容はセフジトレン、ムコダイン、ロキソプロフェン、フェアストンがそれぞれ1日量3錠で1日3回毎食後となっていた。フェアストンは閉経後乳癌の適応で当薬局で初めて見る処方であり、年齢、アンケート内容、お薬手帳の記載内容からも今回の処方にそぐわないと考えられた為患者への聞き取りを実施。既往歴、現病歴では薬剤の適応ではないと考えられた為疑義照会を実施。その結果フェアストンは削除となり、アストミン錠10mgが1日量3錠、1日3回毎食後の処方が追加となった。	処方医がアストミンを処方しようとした際、医療機関のコンピューターで「アスト」等で入力したときに部分一致のフェアストンが候補に挙がった為それを選択してしまったことが推測される。	処方内容が患者の状態、今回の受診状況にあっているかの確認をお薬手帳や聞き取りから適切に判断するよう、今回の事例を挙げて改めて周知・共有を実施した。	フェアストン錠40	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
1405	今回は精神科の処方のはずだが、定期処方のフルニトラゼパム錠2mg「アメル」の記載がなく、2週間前に内科から処方されたフェブキシスタット錠10mg「ニプロ」の記載があったために、電話にて処方医に疑義照会を行った。処方間違いが発覚し、正しくは定期処方のフルニトラゼパム錠2mg錠「アメル」だった。	精神科と内科の処方が2週間ずれているので、病院で他科の処方が間違えて処方されたと思われる。	前回処方を参照して、処方が適切かどうかの確認を怠らない。	フェブキシスタット錠10mg「ニプロ」	フルニトラゼパム錠2mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1406	久しぶりに来局した患者が、副作用歴のあるフェブキソスタットの処方箋を持ってきた。副作用歴があるため、クリニックに確認のTELをしたところフェキソフェナジンと間違っって入力をしてしまったとのこと。フェブキソスタットは削除となり、フェキソフェナジンが追加となった。	薬剤の初めの二文字が同じことから入力ミスがおきてしまったと推測される。	薬剤の用法・用量を確認して疑問があればすぐに疑義をする患者さんとも薬剤について話し、情報に齟齬があれば確認の連絡をする	フェブキソスタット錠10mg「杏林」	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
1407	フェブリク(20)3錠分3の処方。過量投与と思ひ疑義照会する際に患者へ声掛け→咳がでる為を受診した事、尿酸値上昇等の指摘は受けていない事聞き取り。疑義照会の結果、フラベリック錠の処方間違いであると発覚した。	薬名の類似。	処方受付時の患者での聞き取り。	フェブリク錠20mg	フラベリック錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1408	下痢時頓服としてフェログラデュメットの処方あり。疑義照会にてフェロベリンの間違いと判明。	処方元の処方箋入力者が入職されたばかりで不慣れだった様子、カルテが手書きのため判別も難解だったとのこと。	処方されている他の薬剤から、また患者様の症状を確認することにより確実に疑義照会を行う。	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
1409	ピオフェルミンとの処方ではフェロジピンが分33錠で処方されていた。間違いと思ひ疑義にて変更	処方箋作成時の入力ミス	処方箋監査しっかり行う。	フェロジピン錠5mg「武田テバ」	フェロベリン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1410	昼過ぎの受付。処方箋持参者は患者の孫(18歳ぐらい)下痢を治す薬と言って交付者は渡す。同日夕刻患者の娘来局。「私が診察についていったのだが貧血の薬を出してあげると聞いていた。どうも違うようなのだが。1回飲んでしまった。」と。フェロミアを処方したかったんだと思った。医療機関に疑義照会し薬品名の入力間違いだった。口頭でフェロミア50mg 2錠の指示をもらう。飲んでしまった薬は申し訳ないが仕方ない。	医師のPC入力ミス。「フェロ」だけであわてて最後の薬品名まで確認しなかったのではと思われる。	投薬時に1日1錠というところでも少し疑問があったかもしれない。落ち着いて監査する。薬を渡す相手は受診の中身がよくわかっている人に渡すべきだと思う。	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
1411	患者に初めてフェロベリン配合錠1日1回1錠夕食後が処方された。投薬時に患者への聞き取りを行った所、貧血の治療で鉄剤が処方される旨の説明が医師からあったとの情報を得た。止瀉薬であるフェロベリン配合錠と患者の症状が一致しなかったため、疑義照会を行った結果、フェロ・グラデュメット錠105mg 1日1回1錠夕食後へ変更になった。	医療機関が処方箋を発行する際、頭文字の類似で誤った入力をしたため。	患者の薬剤服用歴や現病歴・既往歴、その他必要に応じて聴取した情報等をもとに、処方の妥当性を検討する。	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
1412	リウマチ症状が悪化で来店。今回、メトトレキサート錠2mgとフオイバン錠100mgが追加処方になっていた。フオイバン錠100mgを服用するようない患者の症状がないので、メトトレキサート錠2mgの副作用予防でのフォリアミン錠ではないかと考えて病院に処方内容を確認する。事務員のレセコンの入力ミスが判明する。	薬歴や患者様からの情報で体調を確認して、追加薬剤の必要性を考えること。	日頃から患者様とコミュニケーションを取って、体調について詳細な情報を薬歴に記載すること。疑わしい処方の場合は疑義照会をかけること。	フオイバン錠100mg	フォリアミン錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1413	初来局患者、お薬手帳持参あり。フォシーガ錠5mg 3T分3毎食後 他4種類のお薬が処方あり。今回すべて定期服用中の薬、変更はないはずと患者に確認。お薬手帳の過去処方と相違あり。疑義照会にて医師に確認、フォリアミン5mg分3毎食後に変更となった。	薬品の頭2文字がフォで同じであったため処方入力の際にミスがあったと思われる。	フォシーガの用法用量としても誤りがある為疑義照会対象ではあったが、そうでなかった場合、お薬手帳がなく、患者も気付かなければそのままお渡ししていた可能性がある。お薬手帳を持たない患者へ手帳の重要性を説明し、持参率の向上へ取り組みを強化する。	フォシーガ錠5mg	フォリアミン錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1414	新患来局。お薬手帳の持参なし。腹痛の訴え有。医師より胆嚢炎との診断が下された。血液検査の実施はなく、手足の調子にも特に問題はないとの話あり。プシラミン初回量としては少量であることや、患者の現在の症状から、リウマチの疾患である可能性が低いと判断し疑義照会を実施。処方内容の再確認を依頼したところ、折り返し電話にて処方に変更となった。	入力ミス。確認ミス。	疑義照会にて、患者が胆嚢炎の診断しかされていないと訴えていることをお伝えし、処方内容の再確認を依頼した。 <処方内容>プシラミン錠50mg 「日医工」 3錠 朝昼夕食後 7日分<処方内容変更後>プスコバン錠10mg 3錠 朝昼夕食後 7日分	プシラミン錠50mg 「日医工」	プスコバン錠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
1415	9歳の患者にフスコデ配合錠が処方されており、疑義照会したところフスタゾールに変更になった。	医薬品名の類似	フスコデ配合錠が処方されたら年齢を確認する。	フスコデ配合錠	フスタゾール糖衣錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1416	フスコデ配合錠 1日9錠分3毎食後をフスタゾール糖衣錠10mgにて処方入力	Dr.の入力後確認不足	各々の薬剤についてしっかりと用法用量を確認して疑問があればDr.に疑義照会する。	フスタゾール糖衣錠10mg	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
1417	プラノバルは1日1回服用だが、1日2回記載だったため問い合わせ。他の薬剤との間違いと判明。	疑問点があれば問合せするようにする。	見落とさないように気を付ける。	プラノバル配合錠	プロペラ錠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	
1418	A病院からの紹介により今回B病院からの院外処方。お薬手帳などA病院からの処方内容を確認できるものの持参なし。今回B病院よりプリピナ液0.05%が処方。用法が点眼であったことで疑義照会した。 結果としてプリピナ点眼液0.5g/mlに変更。処方医は点眼液との認識はあったがB病院にプリピナ点眼液のマスター登録がなく、プリピナ液を処方してしまったとの返答。コメントなどの記載もなかった。	プリピナ液とプリピナ点眼液が販売されているがB病院にはプリピナ液のみの採用であったため、点眼の指示であるにも関わらずプリピナ液を処方してしまった。A病院とB病院の連携不足。処方医の薬に対する認識不足が考えられる。 プリピナ液とプリピナ点眼薬では濃度は同じであるもの、添加物やPHなどが異なる為そのまま使用した場合健康被害が生じた可能性がある。	今回は初来局の患者であった。本人ではなく家族とのやり取り。お薬手帳などの持参もなく情報に乏しい中でも処方内容や聞き取りをもとに患者に不利益が出ないように心がける。さらに普段取り扱いしていない薬についての知識も広く持ち合わせる必要がある。	プリピナ液0.05%	プリピナ点眼液0.5mg/mL		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1419	当該患者は事例発生年の8月26日に緑内障の症状が進行したことにより、ラタノプロスト点眼液に加えてプリモニジン点眼液が追加となった。しかし、8月29日にめまい・霧視・傾眠を訴えて中止となり、プリンゾラミド点眼液に変更となっていた。事例発生日において、プリモニジン点眼液が再度処方されていたため、患者に対して医師から再び使用する旨の説明があったか確認したところ、そのような説明はなかったとのことであったので疑義照会した。結果、プリモニジン点眼液は処方中止となり、プリンゾラミド点眼液に変更となった。	カルテの記載時の不備または薬名が似ているため処方箋作成時の入力ミス。	副作用情報を聞き取った場合は薬歴の該当部分に必ず記載する。また、処方の監査時には必ず副作用情報を確認する。	プリモニジン酒石酸塩点眼液0.1%「SEC」	プリンゾラミド懸濁性点眼液1%「ニットー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1420	エイゾプト点眼液を以前使っていたが、なくなるのが早い。用法用量は適正であり、ご主人も確認している。本人が違う薬に変更を希望したが、病状に合っているため続行するよう医師に言われ、後発品に変更して現在も継続している(それでも減りは早い)。今回プリモニジン点眼液の処方があり、プリンゾラミド点眼液の処方がなかった。上記の経緯があるにも関わらず医師より説明がなかったため、レセコンの入力間違いかもしれないと思い、疑義照会を行った。医師はカルテにプリンゾラミドと書いていたが、レセコンに入力時にプリモニジンを選んでしまったと返答があった。	薬品名がよく似ていたため入力間違いしたのではないかと考えられる。	普段から点眼状況を把握している患者だったため、処方箋を見て入力間違いではないかと気が付いた。普段より患者とのコミュニケーションをとり、処方内容と相違ないか確認するように注意する。	プリモニジン酒石酸塩点眼液0.1%「SEC」	プリンゾラミド懸濁性点眼液1%「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
1421	胃腸炎で来局。症状を確認したところ、プリモボランではなくプリンペランである可能性が考えられ、疑義照会したところ入力ミスであることが発覚し、当該医薬品へ変更となった。	処方入力時に2文字以下で検索をかけたと考えられる。	症状をしっかりと確認し処方薬が適正か判断する。	プリモボラン錠5mg	プリンペラン錠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
1422	一般名のトリクロルメチアジド錠2mg 1錠/眠前で処方あり。利尿薬を眠前服用で指示を受けたか患者確認。患者より医師からは睡眠薬の量を増やすと説明を受けているとの情報を得たので疑義。フルニトラゼパム錠2mgへ変更となる。	フルイトランとフルニトラゼパムの入力間違い。フルイトラン選択後、一般名に変更したと考えられる。	慎重鑑査	フルイトラン錠2mg	フルニトラゼパム錠2mg「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1423	同効薬のロキソプロフェン60mgとフルカムカプセル13.5mgが同時処方されていた。確認したところフルカムではなく、フロモックス100mgの間違いであったことがわかり、処方変更となった。	同効薬に関する知識と疑問に感じた点は確認する姿勢が投薬間違いを未然に防いだ。	今後も薬の適正使用を推進して参ります。	フルカムカプセル13.5mg	フロモックス錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1424	降圧薬継続服用の患者様に新規でフルニトラゼパム朝食後で処方されたので疑義照会の結果処方医はフルイトラン錠処方つもりであったことが判明。	オーダーリングシステムが2文字入力だったので押し間違えが発生したと思われる	疑義照会の上変更してお渡し。	フルニトラゼパム錠2mg「アメル」	フルイトラン錠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
1425	近隣A皮膚科医院より応需。患者本人は外国籍の方で日本語でのやりとりがほぼ難しく、漢字等で平素やりとりをするか、病状に変化があった際は日本語が話せる家族が同行することが多い。今回は患者ひとりで来局。5/10受診の際A皮膚科より額にキンダベート軟膏が処方されていた。今回5/10日一般名モキシシロマイシン軟膏が同じ額で処方。通常顔にベリーストロングの薬が処方されることは少ないため疑義照会を行ったところ、アルメタ軟膏へ処方変更となった。	A皮膚科は紙カルテに記載したものを事務員が処方箋作成を行っている。カルテ記載は先発名で記載し処方箋発行時に一般名に切り替えられると思われる。そもそもカルテにフルメタで記載されていたのか、事務員が入力する際にフルメタとしたのは不明だが先発品名同士が名称似通っているため生じたと思われる	ステロイド外用剤は使用する部位によって適した強さがあるので、局内で知識を共有し推奨と異なる」ものが出た再は疑義照会を行う	フルメタ軟膏	アルメタ軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1426	処方医はリンデロン錠0.5mgを処方していたが、医院処方箋発行時の入力間違いか、プレドニン錠5mgが処方となっていた。患者薬歴情報より、プレドニゾンによるアレルギー歴ありのため、患者様に受診時に状況を聴取し疑義照会を行った。結果、処方入力時の間違いが発覚し、処方医カルテ記載のリンデロン錠0.5mgへ変更となった。	医院職員の副腎皮質ステロイドホルモン薬について思い込みが働き、同薬効の副腎皮質ステロイドホルモンのプレドニン錠5mgが処方されたと推定される。	患者薬歴をしっかりと確認後服薬指導に臨む。特に処方変更時はいつもより注意し、症状の経過や受診時の医師との会話などを聴取し、処方変更が妥当か確認する。	プレドニン錠5mg	リンデロン錠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
1427	フロセミド20mg 2錠分1寝る前の処方、患者対応の際、便秘症状の訴え、浮腫や水がたまったりとかの症状はないとのことで医薬品名の処方入力が考えられたため疑義照会 プルゼニドで処方するところを誤ってフロセミド20mgで入力が判明	医薬品名類似 プルゼニドで処方するところを誤ってフロセミド20mgで入力したと考えられる	患者とのやりとりであいまいな部分は処方意図を医師へ確認するようにしている	フロセミド錠20mg「NIG」	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
1428	過去に服用経験のあるプロカテロール塩酸塩錠0.05mgが処方されるべきところ、プロプラノロール塩酸塩錠10mgが処方される。疑義照会の結果、プロカテロール塩酸塩錠0.05mg製剤として現在唯一発売されている、メブチン錠0.05mgに変更となった。	医師は、プロカテロール塩酸塩錠0.05mg「サワイ」を処方するつもりで、成分名をカルテに手書きする。成分名が製品名でもある後発品は既に発売中止のため、令和4年3月31日以降レセコンに入力することができず、事務員が似たような名称の医薬品を誤って入力した。	症状の確認及び処方された量、用法から、その処方薬が正しいか判断する。	プロプラノロール塩酸塩錠10mg「日医工」	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
1429	皮膚科受診の患者様。プロベシア 10g 唇に塗布 と処方あり。症状は唇の炎症。明らかな処方ミスであり、疑義にてプロベトに変更。	名称類似	名称が類似しているため、この事例をスタッフ全員に共有した。	プロベシア錠1mg	プロベト		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1430	歯科口腔科でフロリードDクリーム1%1本、医師の指示通りで処方がありました。患者様へ使用部位の確認を行ったところ、口腔内とのことでした。フロリードDクリームの口腔内への使用は適応外であるため、疑義照会を行い、フロリードゲル経口用へ処方変更となりました。	疑義照会を行った際、薬識不足を感じました。	処方監査の際は、処方箋の情報のみならず、薬局の患者様情報、お薬手帳、患者様からの聴取内容など、さまざまな情報を基に行い、適切な薬物治療が行われるよう取り組んでいます。	フロリードDクリーム1%	フロリードゲル経口用2%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1431	就寝時の薬が出ると医師から聞いていたようだが、ベタニスが朝食後、ベオーバが就寝時で処方されておりおかしいと思ひ疑義照会し、処方変更となった。	名前が似ているため、医師が間違えてしまったと思われる。	監査の時点で同種同効薬なので疑義照会したが、治療に必要なので処方変更なしと最初に回答あり。その後、患者様帰られる前に病院より薬品名を間違えていたと連絡があり処方変更となった。名前が似ている薬は特に注意する。	ベオーバ錠50mg	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
1432	眼科、点眼指示でベストロン耳鼻科用1%が処方。患者聞き取りでも点眼指示の為疑義照会を行い、ベストロン点眼液0.5%へ変更となった。	カルテ上の登録順で耳鼻科用液を選んでしまったと考えられる	聞き取りをしっかりと行い、始めて処方される薬剤も処方目的を十分把握し鑑査するようにしている。	ベストロン耳鼻科用1%	ベストロン点眼用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
1433	眼科に受診していた。目の状態が思わしくなく、週1回の頻度で受診。今まで点眼薬を処方していたのに同薬品名の耳鼻科用薬が処方されたので、間違いと確信して疑義照会を行った。	処方医の薬品検索時の選択ミスと思われる。	処方箋をお預かりして、最初の入力前監査で薬品名の不都合に気づいた。すぐに処方医に疑義を行い、患者様に健康被害はなかった。これからも、処方監査に注意を行なっていかなければならないと注意喚起を行いました。常にヒヤリハットの事例報告を局内で確認しています。	ベストロン耳鼻科用1%	ベストロン点眼用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	
1434	心疾患で循環器受診中の患者さんに、泌尿器科でベタニス錠50mgが新規処方された。ベタニス錠50mgは重篤な心疾患に禁忌のため病院へ薬剤部を介して照会を行った。ベタニス錠50mgからベオーバ錠50mgへ変更となった。	薬剤名の類似、規格の一致。	新規処方の薬剤は病態禁忌や併用薬との相互作用を必ず確認する。	ベタニス錠 50 mg	ベオーバ錠 50 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1435	1/30 ベオーバ錠50mgが処方。2/22 同じ医師よりベタニス錠50mgが処方。36歳であり、添付文書上で生殖可能な年齢の患者への投与はできる限り避ける事となっているため、患者に先生からどういった説明があったか確認。ベタニスの方が生殖器に影響がない旨の説明を受けたと話されたため、処方医に電話にて問い合わせ。ベオーバ錠50mgに処方変更となった。	ベオーバ錠50mgとベタニス錠50mgの類似名称による認識誤り	レセコンにてベタニスの投与可能年齢を45歳以上に設定し、処方入力時に鑑査で引っかかるよう設定	ベタニス錠 50 mg	ベオーバ錠 50 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1436	在宅訪問で初めての定期処方。既往歴などを事前に情報共有して、処方内容を疑問に思った。	最初2文字が一括。規格が同一の為かと推定	既往歴から推察し処方の適正か判断する	ペブシドカプセル 50 mg	ペプリコール錠 50 mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1437	処方ではペリンドプリル錠4mg 吐き気の強いときペリンドプリルはあまり嘔気には関係ない、以前ペリアクチン散が処方されていたことから問い合わせたところペリアクチン散に変更になりました。	Drはペリアクチン錠4mgを処方したかったようですが、採用薬ではなかったため、入力ミスになったと思われる。ため、入力ミスになったと思われる。ため、入力ミスになったと思われる。	疑問に思ったことは問い合わせることにしている。	ペリンドプリルエルブミン錠 4 mg 「サワイ」	ペリアクチン散 1 %		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1438	11歳の子供に一般名ジピリダモール25mg錠処方された。他の薬が全て風邪薬だったため違和感あり確認、ペリアクチン錠の間違いだった。	商品名ペリアクチン入力するとき、名前の似ているペルサンチンを選択したためと考えられる。	名称似ている薬は特に注意するようにしている。	ペルサンチン錠 25 mg	ペリアクチン錠 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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1439	当薬局を久しぶりに利用される患者様が近隣のクリニックの処方箋を持ってこられた。処方内容でポアラ軟膏の記載があったが、処方量が33.6gでありさらに用法が塗布ではなく注入であったことから類似する名称の薬品を誤っているのではないかと推測しクリニックの処方歴よりポラザG軟膏ではないか疑義照会をかけたところ、ポラザG軟膏へと変更となった。	ポラザG軟膏はクリニックが処方する可能性があったため疑義照会時の問い合わせで類似する名称の薬品でポラザG軟膏ではないか?とお伝えしたがすぐに気づいていなかった様子で、単純な入力ミスであることと、名称が類似しているポアラ軟膏を知らなかったため起こったと思われる。	類似名、用法、処方歴以外でも今回の場合はポラザG軟膏の規格が2.4gであるため推測できた。疑わしい処方の判断をする際に薬品の実物や規格などもよく知っておくことも大事である。	ポアラ軟膏0.12%	ポラザ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
1440	Drが過去処方歴よりベタヒスチンを追加しようとしたところ、誤ってボグリポースを処方	名前の類似。確認不足。	用量がベタヒスチンを処方したかったのでは?と推測されるような内容だったため(ボグリポース0.2mg 6T3×となっていた)、間違いではないかと判断できた。日頃からDrの処方の傾向を頭に入れることも大事。	ボグリポース錠0.2mg「武田テバ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠6mg「TSU」		ヒューマンエラー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	口の中の炎症のためうがい液を処方家でもインジンガーグを使用したことあるため同じものを処方されること	インジンガーグの一般名がポビドンガーグのためパソコンで処方するときに途中まで同じ成分のものを選んでしまったよう	日ごろから患者と症状等具体的に話すことでコミュニケーションをとり処方の内容について患者とも確認する	ポビドンヨードゲル10%「明治」	ポビドンヨードガーグ液7%「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1442	処方内容 ポビドンヨード外用液10%(エタノール非含有)(うがい薬)1日5回~6回 の記載あり 添付文書確認10%うがい適応なし 病院にTELにて確認 ポビドンヨードガーグ液7%に変更	入力ミス	処方薬適応の確認、患者症状の確認	ポビドンヨード外用液10%「明治」	ポビドンヨードガーグ液7%「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1443	門前クリニックから7歳27kgの小児にポララミン散1% 0.9g分2 6日分で処方普段はポララミンDS0.2%を使う医師であったこと、体重からも過量と考え疑義照会を行ったところポララミンDS0.2%に変更となった	処方時にポララミン散とドライシロップを間違えてしまったまま処方箋を出してしまったと思われる	調剤の前に処方箋監査を行い用量問題ないか確認してから調剤を始めるようにしている今回は普段使わない剤型だったため初めに疑問を持つことができた	ポララミン散1%	ポララミンドライシロップ0.2%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1444	重症筋無力症既往歴患者。以前に別薬局より、重症筋無力症と診断確定時に今まで継続中のマイスリー禁忌の為、処方削除。今後もマイスリー含め禁忌薬剤に注意の旨、別薬局より情報提供書・電話にて情報享受。今回、マイスリー処方。患者本人に重症筋無力症に関して現在、治療・処方無しと聞き取り。完治する疾患ではないので疑義照会。カルテにはロゼレムと記載。病院事務員がロゼレム8mgとプロブレス8mgの入カミスも発覚。マイスリーは過去のカルテ情報の削除ミス。	病院職員の電子カルテ入力ミス。	過去の既往歴の禁忌薬剤の把握。処方変更薬剤と患者聞き取りの齟齬の有無の確認徹底。	マイスリー錠10mg プロブレス錠8	ロゼレム錠8mg ロゼレム錠8mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1445	12歳 夜尿症のためミニリンメルトOD錠240μg、プロピペリン錠10mg 継続服用中の方。今回新規でお薬が追加になるとのお話だった。特に頭痛などの症状はなし。上記定期薬の他(一般)リザトリブタン口腔内崩壊錠10mg 1錠 一時的に内服して下さい 1日1回夕食後 14日分 以下余白 複数の薬剤師で調べても夜尿症に適応外使用の文献も見つからず、他に考えられる点としては名称間違いとして三環形抗うつ薬の(一般)アミトリプチリン10mg を処方したかったのではないかと推測され処方医へ疑義を行い、用法は変わらず処方薬剤のみ変更となった。	名称類似にて混同された可能性が考えられる。(トリブタン、トリプチリン) 同じ規格であることもミスに繋がったと思われる。	治療薬と症状がかみ合わない場合はこのように名称間違いなども考え、視野を広く保つようにする。	マクサルトRPD錠10mg	トリブタノール錠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
1446	「マスキン液5% 100mL 1日1回 陰部」と処方されていたが、薄める際の指示が無く、患者さんも受診時の説明を覚えていなかったためFAXにて疑義照会しました。【疑義内容】今回何倍希釈とお伝えしたらよろしいでしょうか？また、薄める際の液体は何と説明させていただいたらよろしいでしょうか？  【医師からの返答】原液で。返答の通りに投薬しましたが、薄めないで本当によいか疑問が残り、患者さんが帰られた後、念のため病院の薬剤部に確認しました。その結果、病院の薬剤師が医師に再度電話で問い合わせをしてくださいました。医師「最初2%で処方しようとしていた。マスターに5%しか無いことを知らなかった。」病院の薬剤師「原液で薄めず使用であれば」。電話の途中で薬局の奥へ下がられたので、以降の会話は不明ですが、医師の知識不足と病院レセコンの薬品マスターの問題である可能性が高いと考えられました。最終的にマスキン液5%からマスキン水0.02%へ処方変更となりました。幸い患者さんには使用前に連絡がとれ、翌々日再来局していただきました。正しい薬と交換致しました。	・医師の知識不足・処方の確認不足・レセコンの薬品マスターの問題	・患者さんをお待たせしていても、疑問が残るならば焦らず投薬前に再度疑義照会し直すべきでした。・他の薬剤師にも、もっと早く相談すべきでした。	マスキン液(5W/V%)	0.02w/v%マスキン水		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1447	(般) エベリゾン塩酸塩錠50mgが処方された患者において投薬時病状聴取した際、診察時肝斑の話はしたが肩こりや腰の痛みなどの話はしていないとのことで問い合わせ。シナール配合錠の誤りであったことが判明した	カルテはシナールで記載されていたようなので、入力間違いだと推察される	投薬時病状と処方薬が一致しているか患者と丁寧にコミュニケーションをとる	ミオナール錠50mg	シナール配合錠		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
1448	入院して退院後に転院となったが、転院先への配合錠の記載ミスにより違う薬剤が処方された。【般】テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠 1錠とミカムロ配合錠APの一般名処方あり。 お薬手帳で服用していた薬品名を確認したところ、退院時処方にはミコンビAPを分けてありますという記載と共に、テルミサルタンOD錠40mg・1錠とヒドロクロロチアジド錠25mg・0.5錠で処方されていた。  アムロジピン部分が異なっているため、まずTELにて処方医にお薬手帳の内容と処方内容が異なる点について確認したところ、入院先からの退院時の指示書にはミカムロ配合錠APと記載されているため処方したと回答があった。 そのため、本人了承の元お薬手帳のコピーをFAXし、処方医にお薬手帳の内容を確認して頂いた。確認後、処方医より確かに異なっていることが分かったことと入院していた医療機関の担当医に確認すると連絡があった。 その後しばらくして、お薬手帳の内容が正しいとの確認が取れたため、【般】テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠 1錠の処方を訂正し、テルミサルタン錠40mg・1錠とヒドロクロロチアジド錠25mg・0.5錠で処方すると連絡を受けた。	ミカムロ配合錠APとミコンビ配合錠APと名称が似ているための記載ミスや入院中は配合錠ではなかったようなので配合錠に変更する際に間違えてしまったと推測される。また、処方医も持参しているお薬手帳を確認していれば違いに気付いた可能性もあるため、お薬手帳を確認していなかったことも要因と推測される	転院の際には薬品名や規格が変更になることも多く、普段処方していない薬剤が処方されることもあるため、お薬手帳を特に慎重に比較し相違点あれば本人に確認し明確な回答が得られなければ必ず疑義照会している。	ミカムロ配合錠AP ミカムロ配合錠AP	テルミサルタン錠40mg 「FFP」ヒドロクロロチアジド錠25mg「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
1449	ミルタザピンを処方するところ、誤ってミルナシプランを処方。(当局は初めての来局。前回交付薬局でミルタザピンが処方されており、患者本人へのインタビューで発覚)	処方医(処方箋発行機関?)のケアレスミス	引き続き、患者インタビューとお薬手帳確認の徹底を行う。	ミルナシプラン塩酸塩錠15mg「アメル」	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

**類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1450	一般名でアンプロキシール錠15mg 3T1×Mで処方あり、調剤の際に疑義照会をした。L45mg 1T 1×Mとなった。投薬の際に患者は「胃薬出すような話だったがこれでよい」とのことだった。しかし、一緒に処方のあった薬がプレドニン5mgであったことから疑問に思った薬剤師が再度疑義照会。医師はムコスタを入力したつもりであったとのことであった。	病院のコンピューターシステムがどのようなになっているのかわからないが、商品名入れて一般名の記載になるのだろうか？ムコスタとムコソルパンの入力間違いか？頭文字を3文字入力すると防げた内容なのかもしれない。	聞き取りをよく行い、疑問に思った内容は疑義照会を行う。	ムコソルパン錠15mg	ムコスタ錠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
1451	転院してきた際に処方が変わっていた。今までは(般)カルベジロール2.5mg1錠 分1朝食後 今回は(般)ピソプロロール2.5mg1錠分1朝食後患者本人に確認したところ、薬を変えるという話は聞いていないとのこと。医師に確認したところ、今までと同じ薬品に変更するように指示があった。	紹介状からの写し間違い、もしくは勘違いと思われる。	転院した際は特に患者の話をしっかり行ない、必要な際は医師への確認を必ず行なう。	メインテート錠2.5mg	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
1452	抗ヘルペスウイルス剤投与患者に併せて処方された外用薬がステロイド剤だったため、使用される可能性がないわけではないが医師に確認を行ったところ、処方誤りが判明した。	処方医のオーダーリングシステムで先発名から一般名に変換されているため、スタデルムとメサデルムの誤りに気づきにくかったものと推測される	推測される疾患から使用に疑義のある薬剤の場合は、必ず医師に確認を行う	メサデルムクリーム0.1%	スタデルムクリーム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	
1453	5歳・体重18キロの患者様に、メジコン散10% 1日0.9g・分2朝夕食後の処方が出ており、用量が多かった為疑義照会したが、そのまま変更なしと返答あり。念のため、クリニックの門前薬局に普段の処方状況を確認。普段小児にメジコンの処方はない事、この体重だとメプチンドライシロップ1日0.9gの処方を出すケースが多い事、クリニックの処方箋記載間違いがたまにあるということを教えて頂いた。その後再度クリニックに疑義照会を行ったところ、メプチンドライシロップ0.005% 1日0.9g・分2朝夕食後に変更になった。	名前少し似ているため、誤って処方した可能性あり。	患者の年齢・体重に対して薬の量が多かったため疑義照会をした。門前薬局に、クリニックの普段の処方状況を確認した。	メジコン散10%	メプ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
1454	前回受診の際に、リウマチ様の症状について聞き取りしていた患者にでた初回処方であった。他に持っているプレドニン錠5mgや当該薬剤とともに曜日指定で処方されたフォリアミン錠5mgから、関節リウマチの治療目的の処方と推察されたので、疑義照会し処方医に確認を行った。疑義照会の結果、【般】メトトレキサートカプセル2mgへと処方変更となった。	「メトトレキサート」と「メソトレキサート」という薬剤名の類似性から、単純に処方箋発行の際に薬剤の選択を誤ったものと思われる。	今回の処方だけでなく、類似した名称の組み合わせが何例かあるため、事前にどういった薬剤に処方エラーが起こりえるかを確認しておくことが大切である。そうすることで、調剤時の取り違えミスのは正にもつなげることができると思われる。加えて、患者との対話や他の薬剤との兼ね合いから、医師の処方意図を類推することを常とすることにより、処方ミスに気付ける姿勢を持つことが大切である。	メソトレキサート錠2.5mg	メトトレキサートカプセル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
1455	メトトレキサート2mg 1.5T1XM28日分で処方。疑義あり確認にてメドロール2mg 1.5T1XM28日分に変更	コンピューター処方入力の際、薬剤呼び出しで「メト」での呼び出しで出てきた薬剤の選択間違いと推察される。	処方量の疑義ある場合は必ず処方医へ確認をとるようにする。	メトトレキサート錠2mg「あゆみ」	メドロール錠2mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1456	当薬局に平素より来局している患者の持ち込み処方箋において、今回より転院した旨を処方箋受付時に医療事務へ患者が伝えた。処方入力中に医療事務が、過去に受診していた医院で処方されている薬から変わっていることに気が付き、薬剤師へ報告。(般)メトホルミン(250)にてこれまで処方されていたものが(般)メチラポン(250)と変わっていた。全く異なる適応疾患であるが、商品名が類似していること、用量記載が同じことから誤って選択した可能性があると判断し医院へ問い合わせ。元の(般)メトホルミン(250)での処方となった。	メトグルコ(メトホルミン)メトピロン(メチラポン)と、商品名の始め二文字が重なっていること、規格がいずれも250mgが存在していることから、医院の医師または事務が処方箋へと打ち込む際に誤ったものと推察される。	転院の際は医院側で新規のデータ入力が発生するため、誤りが生じやすいので、転院である旨を聞き取った場合伝達を行うことを徹底している。	メトピロンカプセル250mg	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
1457	手足のしびれで通院中の患者に、トラムセット配合錠・メトプロロール錠20mgが処方となった。疾患とメトプロロールの薬効が結びつかない上、トラムセットの副作用防止にメトクロプラミドが処方されるケースが多かったため、疑義照会を行った。結果として、医療事務の入力ミスでメトプロロール→メトクロプラミドへ処方変更となった。	メトクロプラミドとメトプロロールの薬品名が類似しているため、医療事務が誤って入力してしまったと考えられる。	今回の事例を他のスタッフと共有し、処方通りに漫然と調剤するだけでなく、薬効・用法・処方意図を把握し適切な調剤を行うことを徹底する。	メトプロロール酒石酸塩錠20mg「サワイ」	メトクロプラミド錠5mg「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
1458	メトホルミンがはじめて処方され、薬の説明の際に血糖値については何も話してなく、めまいにて受診したとの事、医薬品名の処方ミスが考えられたため疑義照会 メリスロン6mg 処方のところを誤ってメトホルミン錠250mgで処方入力してしまったとの事	医師の手書きのカルテを医療事務がパソコンへ入力、入力の際に誤った医薬品を選択したと考えられる	薬品名類似、見た目が似ているものは薬品棚をずらしている	メトホルミン塩酸塩錠250mg MT「トーワ」	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	
1459	メブチンミニが1日2回。1回0.5錠での処方。通常半錠での処方ではなく、患者さんに診察内容を確認。違う疾患での処方だったことが判明。疑義照会を実施。薬剤の変更となった。	名称に一部重なっていることがあり、そのまま入力に引用されたと思われる。	疑問があった時には、患者さんにも確認を行っている。また、医療機関へも積極的に確認を行っている。	メブチンミニ錠25μg	ミニリンメルトOD錠120μg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1460	他院で定期的にメリスロン錠6mg服用しており、お薬手帳も見せたとのことだったが処方あり電話にて確認したところ、カルナクリン50に変更になった。	併用薬の確認不足。	併用薬をお薬手帳にてしっかり確認する。	メリスロン錠6mg	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
1461	モイゼルト軟膏0.3%処方記載あるも小児用のため、疑義照会しモイゼルト軟膏0.1%に変更	処方入力の際の選択ミス	軟膏の薬効成分の濃度のチェック、小児用と成人用の剤形などの有無	モイゼルト軟膏0.3%	モイゼルト軟膏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
1462	モビコール配合内容剤HDを継続して服用されている方で、今回用法は従来と変更はなく、モビコール配合内容剤LDで処方あり。	医療機関で処方内容を入力時、モビコール配合内用液の規格を誤って選択した可能性あり。	前回の処方から変更なのか、医療機関が間違いなのかを確認するため、患者さんに直接確認を行う。また、患者さんとのコミュニケーションが取れている関係性であれば、新規処方での規格間違いにも気づけるため、変更がある医薬品は特に注意を払って、患者さんと確認をする。	モビコール配合内用剤LD	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
1463	久しぶりの来局で消化器病院からの処方箋をお持ちになった。モビブレップ配合内用剤2袋朝食後30日分の記載あり。処方内容の確認のため医療機関に疑義照会を行った結果、モビコール配合内用剤2包朝食後30日分に変更となった。	薬品名が類似しているため入力誤りしたと考えられる。	消化器病院のためあり得ない薬ではないが、用法用量をしっかりと確認し、患者様への聞き取りも行うようにする。	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1464	【般】テオフィリン徐放錠200mg(24時間持続) 2錠分2朝食後・就寝前で処方あり。先発品でユニフィルLA錠200mgとなるが、基本の用法は1日1回夕食後のために疑義照会。ユニフィルLA錠200mgではなく、テオドール錠200mg(【般】テオフィリン徐放錠200mg(12~24時間持続))を処方したつもりだったことが分かった。	テオフィリン徐放錠は持続時間によって一般名が異なることを知らなかったため、成分名と規格の指定だけで大丈夫と思っていた様子。	よく間違えやすい一般名類似の処方があることを念頭に置いて、一般名を最後までしっかりと確認している。	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
1465	前回まで処方されていたユリーフOD錠4mgが削除、新たにユリス錠1mgが2錠で処方されていた。ユリス錠は初回0.5mgより開始の為用量について疑義照会したところ、ユリス錠ではなくユリーフOD錠4mgに変更でという返答だった。	処方入力の際、類似名称のため選択を誤った。	初回の薬のときは必ず初回量の確認を行う。また、現疾患と違う適応の薬が処方されているときは必ず患者様に確認を行う。	ユリス錠1mg	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
1466	総合病院 腎臓内科よりライゾデグ配合注 フレックスタッチを含む複数の医薬品が処方された。お薬手帳を確認したところ、近隣開業医(主に内分泌疾患が専門)にてランタスXR注ソロスターを含む複数の内服薬(今回処方とほとんど同一)が処方されており、腎機能低下による紹介が推定された。  患者様に確認したところ、開業医からの紹介であり、糖尿病薬はその総合病院 腎臓内科で継続となること、インスリンについては、総合病院の採用の問題で同じ成分であるが違うものに変わりと説明を受けたことが確認できた。総合病院のインスリン採用はインスリン グラルギンBS注ミリオペン「リリー」であり、ランタス注ソロスター、ランタスXR注ソロスターの採用はない。内分泌内科ではなく、腎臓内科からの処方であり、ランタス注ソロスターと勘違いしてライゾデグ配合注 フレックスタッチを選択した可能性が否定できなかったため疑義照会を実施。処方がインスリン グラルギンBS注ミリオペン「リリー」へ変更となった。	専門分野でない医薬品のため、後発医薬品(バイオシミラー)について把握していなかったと推定される。	紹介による受診での継続処方は、採用薬の問題で規格、1回量等の入力ミスが発生することがあるので、お薬手帳等による処方確認を特に注意して行っている。	ライゾデグ配合注 フレックスタッチ	インスリン グラルギンBS注ミリオペン「リリー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1467	口頭骨炎により食事による栄養取れないためにラコールNF配合経腸用半固形剤の処方が追加になった。ラコールNF配合経腸用半固形剤は胃瘻より胃内に投与だが患者より経口にて投与すると聞き取り、ラコールNF経腸用液と間違えた可能性あり疑義照会し、ラコールNF経腸用液へと変更になった。	ラコールNF経腸半固形剤が経口不可、胃瘻での投与という医師の知識がなく、ラコールNF経腸用液と名前が似ている為間違えてオーダーリングしたのではないか。	同じ成分でも剤型が違うものあり、それに伴い投与方法も異なる可能性があるため、投与方法、効果効果が合っているかしっかり患者と話をする。添付文書で投与方法まで確認を行う。	ラコールNF配合経腸用半固形剤	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
1468	患者様の代理に方が、患者様の処方箋を持って来局し、処方確認を行ったところ、前回と異なる薬剤 ラシックス錠20mgが処方されていた。前回まで同薬10mgであったことと、患者様が処方医師よりなにも聞いておらず、体調もかわらず良好とのことから、処方違いの可能性を念頭に疑義紹介を行い、10mgに変更となった。	医師の指示の誤りか、病院側の処方箋入力者の入力誤り、また発効前の確認の誤りが考えられる。	疑問に思うことは、吟味し疑義紹介するようにする	ラシックス錠20mg	ラシックス錠10mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1469	新型コロナウイルス感染症の処方で、ラゲブリオや鎮咳薬などの短期処方の中に、降圧剤のラベタロール塩酸塩錠50mg 6錠 5日分の処方があった。患者は血圧は正常で普段から降圧薬などは服用しておらず、先発名がトランドレートと、トランサミンに類似していることから処方間違いを疑い、疑義照会実施した。医師からはトランサミンの処方間違いであったことが確認できた。	5月から開院したばかりの医療機関で、システムの運用にまだ不慣れであったことと、先発名の頭文字3文字が同じため、入力ミスが発生したと推測される。	薬剤の適応をしっかりと確認し、患者ともしっかりとコミュニケーションをとることで、適正処方の確認に努める。	ラベタロール塩酸塩錠50mg 「トーワ」	トナキサム酸錠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

**類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1470	処方間違いのため、リズミック錠10mg 1日2錠分2朝夕食後7日分からサンリズムカプセル50mg 1日3カプセル1日3回毎食後7日分に変更となった。	薬剤の名称類似	患者さんへの症状の聞き取り類似薬剤の把握	リズミック錠10mg	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
1471	今回から薬が追加になったと74歳の女性が処方箋を持参し来局。内容を確認したところ、一般名でリトドリン5mgが処方されていた。妊娠していないことを確認し、処方医に疑義照会したところ、ミドドリン2mgの間違いであったと発覚。ミドドリンを調剤し、交付した。	一般名で処方入力する際に、類似している薬品名のを誤って選択してしまったと思われる。	類似薬品名のものがないか新しい薬も含めてD1ニュース等を確認していく。	リトドリン塩酸塩錠5mg「日医工」	ミドドリン塩酸塩錠2mg「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1472	16歳男性にリトドリン処方。疑義照会し、ミドドリンであることが判明。	医師入力ミスによるもの	処方鑑査にて発覚。見落としのないよう、日頃から注意が必要。	リトドリン塩酸塩錠5mg「日新」	ミドドリン塩酸塩錠2mg「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
1473	リボスチン点眼液を処方するべきところ、誤ってリボスチン点鼻薬を処方してしまった。1日4回両目にと記載あったので、患者に確認して、点眼薬が正しいと判明した。主治医に疑義照会して、点眼薬が、正しいとわかり、薬剤交付した。	主治医が、パソコン入力時、リボスチン点眼薬と、リボスチン点鼻薬が、候補に出てきたとき、間違っ、入力したと考えます。	処方箋の記載内容と、主治医の処方内容と、患者さんの希望する薬品が、一致しているかを、確認したうえで、調剤し薬剤を交付しなければいけない。常に、主治医と連携しないとイケない。	リボスチン点鼻液0.025mg/1.2噴霧用	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
1474	前回処方にはリンデロンV軟膏の指示があったが、今回処方分にはリンデロンVクリーム指示になっていた。患者に確認すると、薬剤変更の指示は受けていないとのことで、処方元へ確認すると処方せんの入力間違いとのこと。	処方元の誤入力。	前回処方からの薬剤変更がある場合患者と確認する。	リンデロン-Vクリーム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:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1475	他院にて白内障手術を受けられた。術後初の診察で受診。処方箋にはリンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%の処方があったが、お薬手帳より点眼・点鼻用リンデロンA液を継続中と確認。患者様に確認したところ、点眼薬の変更の指示は無かったことを確認。疑義照会をしたところ、点眼・点鼻用リンデロンA液に変更になった。	薬品名が酷似していることから処方を誤ったと考えられる。	お薬手帳、患者様からの情報から処方薬に間違いがないか確認する。	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
1476	リン酸ジヒドロコデイン散1%1回2gで処方あり、投与量が倍量になっていて当店にも在庫ない薬品で以前にも同様の間違いがあった事からリン酸コデイン散1%の間違いではないかと思い疑義を行った。Drは当日出張医でシステムに不慣れな部分と専門外の当番でもあった。リン酸コデイン散1%でだしたかったこと確認し処方変更になった。またシステムがリン酸でうつとジヒドロコデインしか出てこなくコデインで検索するとコデインリン酸塩散が出てくることわかった。	病院マスタのわかりにくさ、出張医で勤務状況など不慣れな部分が大いと思われた。	病院マスタ登録の変更、リン酸の方かコデインの方か検索の統一のお願いを行った。薬局でもリン酸コデインとジヒドロコデインの処方間違いの可能性がある事職員で周知し、ジヒドロコデインで倍量処方された場合万一調剤開始しても散剤システムに常用量の登録をしエラーかかるように設定した。	リン酸ジヒドロコデイン散1%「フソー」	コデインリン酸塩散1%「タケダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1477	ルブラック8mg が処方されていたが、一緒の処方されていた他薬剤(セレスタミン、リンデロンVクリーム)をかながみておかしいと思ひ患者に問診したところじんましんで受診されていたため、ルパフィンの間違いではないかと思ひ、疑義照会したところそうであった。医師のカルテはルパフィンになっていたが処方箋を入力する際に、一行下にあったルブラックを選んできましたようであった。	レセコンには慣れている事務員であったが、うっかりしていたよう。	いつも来局している患者にいつもと違う薬が出ていた時は、問診する。	ルブラック錠 8 mg	ルパフィン錠 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
1478	新規処方でレキサルティ2mg 2錠分2朝食後で処方が出ていた。開始用量として逸脱しており維持用量用法だとしても確認必要であると判断。処方監査の段階で疑義照会を行った。レキサルティ2mgではなく、レキソタン2mgの処方間違いであった。処方薬剤の記載変更対応となった。	処方薬剤の先頭2文字が同一かつ3文字目の子音が同一であるため思い違い、または予測変換などによるミスが考えられる。	添付文書上の用法用量の確認順守。患者への聞き取り判断。	レキサルティ錠 2 mg	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
1479	一般名処方で、オルメサルタンメドキシミル口腔内崩壊錠 10 mg とあり、レザルタス配合LD錠で入力していた。お薬手帳を確認したところ、オルメサルタンOD錠 10 mg 継続であったため、病院に疑義照会した。他病院継続であったため、オルメサルタンOD錠 10 mg が正しいとのことだった。	一般名入力の為、オルメサルタン口腔内崩壊錠を選択する際、類似のオルメサルタンメドキシミル口腔内崩壊錠 10 mg を選択してしまった。その製品がレザルタス配合錠である認識がなかった。	一般名処方の一語一句誤りがないか確認するとともに、処方に誤りがないか患者様と病院に確認をとる。不確かなものは疑義照会を行う。	レザルタス配合錠 LD	オルメサルタン錠 10 mg 「JG」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1480	口内炎を目的に使用する塗り薬に、一般名でトリアムシノロンアセトニド軟膏0.1% (レダコート軟膏0.1%) が処方されていた。しかし、口腔内に使用する塗り薬は、一般名でトリアムシノロンアセトニド口腔用軟膏0.1% (オルテクサー口腔用軟膏0.1%) であるため、誤りが発覚した。医師に疑義照会し、変更された。	成分は同じだが、口腔用の記載が抜けていることに医師側が気づいていなかったことが要因。	普段享受していないクリニックの処方箋は、見慣れない薬が処方されているケースが多く、特に処方監査を徹底する必要がある。	レダコート軟膏0.1%	オルテクサー口腔用軟膏0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1481	口内炎に対しレダコート0.1%軟膏が処方されていた。同じトリアムシノロンを主成分とした「オルテクサー口腔用軟膏0.1%」の方が口腔内への付着性や滞留性がよく、レモンのフレーバーがついているなど、口内に塗布するための製剤学的工夫がなされている。医師にその旨を提案したところ、レダコート軟膏からオルテクサー口腔用軟膏に変更となった。	処方箋発行時の薬の選択ミスと思われる	どこに塗布するかまでしっかり確認し、その製剤が適しているのかまでを含めた鑑査を行っている	レダコート軟膏0.1%	オルテクサー口腔用軟膏0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1482	整形外科にて、糖尿病治療薬のレバグリニドの処方あり。薬局から病院へ疑義照会をへて、胃薬のレバミビドへ変更となる。	病院でのカルテ入力時に、類似名を選択したのではないかと考えられます。	患者の症状や、併用薬の確認をおこたらない。医師から本日どのような薬を処方すると聞いているかも確認する。	レバグリニド錠0.25mg「サワイ」	レバミビド錠100mg「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
1483	プロメタジンやカルボシステインの臨時薬と共にレバグリニドが5日分で処方されていた。疑問に思い医院へ疑義照会した。	処方変更されレバミビドになったことから薬名類似の入力ミスと考えられる	少しでも疑問に思ったら疑義照会をし、また店舗内でも話ができるよう常に環境づくりに心がける。	レバグリニド錠0.25mg「サワイ」	レバミビド錠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	
1484	頭痛で受診。レバグリニド錠0.5mgが3錠分3毎食後で処方されていた。効能、用法が合致せず、疑義照会。カルテにはレバミピド錠100mgと記載があり、事務員の入力ミスと判明。	名称が似ているため、カルテからレセコンへの転記時の入力ミス。	症状の確認及び処方された量、用法から、その処方薬が正しいか判断する。	レバグリニド錠0.5mg「サワイ」	レバミピド錠100mg「EMEC」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1485	11歳男子に花粉症の薬として、レボセチリジン錠5mgが2錠2x30日分が処方されました。7歳以上15歳未満のレボセチリジンの用量、用法は1回2.5mgを1日2回投与するになっていて処方量が多いので問い合わせを行いました。結果セチリジン塩酸塩錠5mg2錠2x30日分に変更になりました。	一般名処方では処方されていて、セチリジン塩酸塩錠に類似しているレボセチリジン塩酸塩錠を入力してしまったと思われます。	現在花粉症が大変流行っている時期で、抗アレルギー薬の処方が大変増えています。抗アレルギー薬の飲み薬は年齢ごとに細かく用量、用法が設定されている物が多いので、注意して処方監査をするようにする。	レボセチリジン塩酸塩錠5mg「武田テバ」	セチリジン塩酸塩錠10mg「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1486	10歳の患者に、緑内障治療薬であるレボプロロール点眼液が処方されていたため家族に聞き取りを行ったところ、充血・眼脂があり受診したとのこと。このため疑義照会を行い、レボフロキサシン点眼液0.5%に変更になった。	クリニックでの処方箋発行時に、薬品名が似ていることから入力を誤った。	処方監査の徹底、および医療機関との連携強化	レボプロロール塩酸塩点眼液0.5%「ニッテン」	レボフロキサシン点眼液0.5%「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
1487	脳神経内科より、レボフロキサシン錠250mg 2T2×朝食後眠前の処方あり。てんかんの薬が処方される予定と患者様・ご家族様より聴取。処方元に確認したところ、レベチラセタム錠250mg 2T2×朝食後眠前へ変更指示あり、処方修正をおこなった。	薬剤の名称類似。	診療科や抗生剤の種類・処方日数をもとに患者様へ聞き取りを行う。名称類似の薬剤がある場合は特に注意深く処方監査に取り組む。	レボフロキサシン錠250mg「陽進」	レベチラセタム錠250mg「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	
1488	疼痛時の痛み止めと一緒にレンドルミンが処方されていた。レバミピドの間違いではないかと電話にて疑義照会したところレバミピドに変更になった。	頭文字でのみ検索して入力したか、成分の名前を間違えてしまった可能性がある。	処方意図をくみ取り、正しく服用してもらうように知識を深める。	レンドルミンD錠0.25mg	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
1489	レンドルミンが3錠分3で処方されていたので、疑義照会→レバミピド3錠分3へ処方変更される	名前類似によるレセコンでの入力間違い	類似薬の一覧を作成する。疑義がある際は今後も的確に疑義照会をおこない確認を行います	レンドルミン錠0.25mg	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
1490	ロカルトロールカプセル0.5の処方であった。今回は内科の受診であり、整形外科受診は別の医療機関を受診中。骨粗鬆症の薬は飲んでいないが、内科医は出さない。本人受診意図を聞くとふらつきあり、心配で受診、血圧が少し高いとの説明だった。軽い血圧の薬を出しますとの説明があった。疑義紹介→医師カルテはカルデナリン錠0.5だったようで、処方せん入力の際に事務がカルテを読み間違えたようだ。	カルテの記載が不明瞭であった。医療機関事務が間違えたが、処方せん打ち出し後、医師がサインする際に確認不足でロカルトロールが出された。	受診先の確認、他科受診状況で今回の薬剤は内科から出されることは無い判断→本人に確認して間違いに気付く。毎回の患者聞き取りを大切にする。新しく出される薬は間違いがないか注意する。	ロカルトロールカプセル0.5	カルデナリン錠0.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1491	患者が腰痛のためロキソニンの外用テープを希望していたが、医師が内服と勘違いして内服を処方していた。	患者がロキソニン希望したが内服、外用の希望なのか確認できず内服を処方した。	患者に病態確認後、希望した薬剤なのかなどの確認も必要とする。	ロキソニン錠60mg	ロキソプロフェンNaテープ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
1492	頭痛を訴えた患者にロキソニンが処方。市販の「バファリン；主成分アスピリン」で蕁麻疹があり、同種薬のため医師へ疑義照会。医師は副作用歴を聞き取っていたが「小児用バファリン；主成分アセトアミノフェン」のことかと思い込んでいた。	バファリンの販売名一つとっても、多数の成分が存在する。市販薬では特に成分の思い込みは捨てること	医師は小児用バファリンと聞き取ったが、当該患者は60代であり、小児用の薬を服用する可能性は低いと考えられる。患者のバックグラウンドまで考察する事。	ロキソニン錠60mg	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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1493	疼痛時服用の頓服薬として、「ロコルナル」と「ロキソプロフェンテープ」が追加で処方。狭心症で治療中ではあるものの、ロコルナルを「疼痛時」に服用することはない為、念のためご本人に確認。ご本人は「カロナル」をお願いしたとのことだったため、病院に確認したところ、カロナルではなく、「テルネリン」に処方変更になった。	ご本人も色々話してしまい、医師が混乱した可能性もあるが、明らかにコミュニケーション不足。ロコルナルを疼痛時に服用することもない為、医師の知識不足であった可能性も否定できない。	あまり取り扱ったことがない薬だったため、しっかり調べて対応することができた。今後も色々な知識を取り入れながら、患者とコミュニケーションを取りながら対応していきたい。	ロコルナル錠100mg	テルネリン錠1mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1494	パーキンソン病患者で(一般名)ロビニロール口腔内崩壊錠2mgが処方追加となっていた。しかし、初回投与量と用法がおかしいため、類似名の(一般名)ロビニロール徐放錠2mgと誤っている可能性があり担当医に疑義紹介。結果、後者の薬剤の選び間違いとわかり、そのように処方変更となる。	類似名	一般名処方の時に、特に注意を払って処方監査を行う	ロビニロールOD錠2mg「アメル」	ロビニロール徐放錠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
1495	【般】ロフラゼブ酸エチル錠1mg 2錠分2朝夕食後30日分が処方されるところ、【般】クロビドグレル錠25mg 2錠分1朝食後30日分が処方された。クロビドグレル錠を投薬しようとしたところ、ロフラゼブが処方されるはずだと患者さんからお話があった。持参薬を先生に確認してもらい、足りないロフラゼブを出すと言われたとのことだった。持参薬にはクロビドグレル錠が十分錠数含まれており、ロフラゼブ錠は不足していた。疑義照会の結果、クロビドグレル錠からロフラゼブに変更となった。	・定期薬のロフラゼブ、クロビドグレルの処方前後で並んでいたため、ずれた処方番号で入力し誤った薬剤名で処方された。 ・先発名のメイラックスとプラビックスの混同	患者さんとの会話で齟齬がある場合はその場で解決する。持参薬を確認する。	ロフラゼブ酸エチル錠1mg「サワイ」	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	
1496	体重18.6kgの男児にロベミン細粒1g分3の処方あり。ロベミン細粒は1日0.02~0.04mg/kgのため0.372~0.744mgが適正使用量なのでロベミン細粒0.1%1g中には1mg含有しており過剰なため処方医へ電話にて問い合わせ、ロベミン小児用細粒0.05%1g(成分量0.5mg)に変更になった。	ロベミン細粒0.1%と小児用細粒0.05%の含有量が異なる製剤があることに医師が気づかずに細粒0.1%で処方してしまったと思われる。	患者の体重を確認し、適正使用量であることを確認するようにする。また、容器に「別規格あり」のシールを貼り、注意喚起を行った。	ロベミン細粒 0.1%	ロベミン小児用細粒 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
1497	一般名でオロパタジンとロラタジンが処方されており、ロラタジン10を2T1日2回の処方となっていた。重複、過量のため照会したところ、ロラタジン錠10はクラリスロマイシン錠200の誤りであった。	医療機関での医薬品名選択ミス。商品名が似ているものを選択してしまったため。	患者さんの症状の食い違いがあった場合は疑義照会する。	ロラタジン錠 10mg「アメル」	クラリスロマイシン錠 200mg「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
1498	処方せんおよび、初回聞き取りにより、带状疱疹治療の為に来局。休日の救急科での診察。内服薬の他、亜鉛華軟膏が処方されていた。使用方法について患者確認したところ「患部に広く万遍なく塗布するよう指示をうけた。患部の疼痛強く、塗り延ばすことは困難」と聞き取り。塗布困難のため、性状の異なるフェノール・亜鉛華リニメントの薬剤誤りではないか確認のため疑義照会を行い、カチリ「ホエイ」へと薬剤を変更することとなった。	・名称：亜鉛華 が類似しており、選択の誤りがあった。・性状を考慮せずに、亜鉛華が含まれる薬剤を選択した。・フェノール・亜鉛華リニメントで処方しようと思ったが、採用薬が「カチリ「ホエイ）」の為 キーワード”亜鉛華”で検索したときにヒットせず、やむを得ず亜鉛華軟膏を処方した。	外用剤の性情は患者の治療に大きく影響する箇所であり、患者状態を考慮した薬剤選択が適切に行われているかを判断することも薬局薬剤師の務めとして、今後も果たしていく。フェノール・亜鉛華リニメントの別称がカチリであることを職員に周知し、再度同じ処方を受けた際に速やかに対応できるように事例共有をしておく。	亜鉛華軟膏「ニッコー」	カチリ「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: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1499	在宅の患者様で通常の往診とは別に循環器科に手術後の定期検査をされていて、ご家族から『ナトリウムが低いのでいつも診てもらっている先生から薬を出してもらうように』と言われていたとの話を聞いていた。往診時の処方箋は『塩化カリウム』の記載になっていたため疑義にて内容を確認し、「塩化ナトリウム」に変更になった。	塩化ナトリウムと入力するところを塩化カリウムと入力してしまったと思われる。	ご家族との情報交換を普段からこまめに行う	塩化カリウム	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
1500	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏300g処方の用量を確認したところ、協力ポステリザン軟膏に変更となった。	薬剤検索の文字が少ないのではないかとと思われる。	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏300mg処方の用量が適応上多めではないかと判断し、用量を確認したところ、協力ポステリザン軟膏に変更となった。	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏	強力ポステリザン(軟膏)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1501	患者様が他クリニックで貰っていた薬を依頼したところ、類似名の薬剤が処方になってしまった。お薬手帳で薬剤名を確認し、医師に電話疑義にて、処方変更になった。	似ている名前なので、間違えて処方にあった。	お薬手帳など薬剤名の分かるもので、処方内容を確認。	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏	レスタミンコーワクリーム1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1502	処方受付、強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏 2gの処方あり。使用部位については記載なし。疑義照会を行ったところ、用量を10gとして、チューブで調剤指示となる。服薬指導時に使用部位を確認、痔核症状があるとのことで、名称類似の強力ポステリザン軟膏との誤記載の可能性に気づき、再度疑義照会。強力ポステリザン軟膏へと処方変更となった。	医薬品検索の際に、「きょうりょく」として検索をしても今回の2製品から選択が必要となる。また、処方元が小児科であり、強力ポステリザン軟膏の処方に不慣れであった可能性あり。使用部位の記載があれば、速やかに気付くこともできたため、記載の必要性について再度認識	使用部位の記載がない処方箋の場合には、使用部位に適した医薬品であることを確認してから交付を行う事を徹底可能な限り、使用部位の記載が無ければ疑義照会を行う	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏	強力ポステリザン(軟膏)		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例



類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1503	処方監査時、お薬手帳より他院からの継続薬であることを確認したが、1剤【炭酸水素ナトリウム500mg「VTRRS」】だけ今回処方薬として【炭酸カルシウム錠500mg「武田テバ」〔沈降〕】へ変更になっていた。患者様へ確認したところ他院からの継続薬で様子を見ると診察の際にお話があったとのこと。疑義照会より、入力誤りにて継続薬の【炭酸水素ナトリウム500mg「VTRRS」】へ変更。	処方箋の薬剤記載名が【炭酸カルシウム錠500mg「武田テバ」〔沈降〕】となっており、類似名により入力誤りの可能性あり。薬剤名、剤形、規格の確認漏れ。	お薬手帳より、併用薬や他院からの継続薬である場合は用法用量など、変更点に注意をする。また診療科等からも適応薬が想像して対応すること。	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「VTRRS」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1504	休日当番医の処方。中耳炎の診断を受けた患者様に対して点眼・点鼻用リンデロンA液が処方されていた。リンデロンA液の用法に点耳は想定されておらず、中耳炎に対して点耳・耳浴することで非可逆的な難聴が発現する恐れがあるため耳内に投与しない事と添付文書でも注意喚起されているため処方医に電話で疑義照会を行い上記の説明を行った。結果リンデロンA液からリンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%に処方変更となった。	処方医が当番医の為、不慣れな耳鼻科領域の処方のため、リンデロンA液が点耳で用いる薬剤と誤認していた可能性、またはリンデロン点眼・点耳・点鼻液を処方する予定であったが処方箋にリンデロンA液と誤記載した可能性がある。	薬剤師は正確に薬剤の用法用量、基本的な注意事項を理解しておく必要があり、疑義があれば必ず医師に疑義照会を行っている。また今回のケースは今後も発生しうるので自店のみならず、各グループ店にも情報共有を行った。	点眼・点鼻用リンデロンA液	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1505	点眼・点鼻用リンデロンA液が処方されていたが、以前含有されているフラジオマイシンで薬疹が出たことがあると記録があったため、HPに疑義したところ、リンデロン点眼・点耳・点鼻液へ変更となった。	副作用歴についての記載漏れか、リンデロンの選択間違い。	患者から聞き取った副作用歴については必ず目を通す。	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

**類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1506	当該処方にて「点眼・点鼻用リンデロンA液 使用部位: 両耳点耳」で処方あり。本剤の点耳としての使用は禁忌の為、疑義照会を行い「リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%」へ変更となる	・処方記載ミス・処方医の知識不足 点眼・点鼻用リンデロンA液は以前まで点耳可能だったが、SE等の観点から販売名変更に伴い点耳としての使用は不可となった	処方監査の徹底DSU等の最新の情報に目を通し、知識のインプットを怠らない	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
1507	医師はリンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%を処方するつもりでカルテに記載したが、事務の人が、誤って点眼・点鼻用リンデロンA液と入力してしまった。	名称が類似していたため。	名称を規格までしっかり確認する。過去の処方を確認する、患者の症状に応じた薬剤であるかを確認する。	点眼・点鼻用リンデロンA液	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1508	コデインリン酸塩錠20mgが3錠分3毎食後5日分で処方されていた。普段は眠剤のみの患者で疼痛管理などの話が出るような患者でなかった為、患者に状況確認。咳止めのコデインを以前に使用したことがあり、同じような薬を頼んだとのことであった為、疑義照会を実施。医師は大きい錠剤のイメージがあった為、数字の大きいものを選択したことで麻薬量などを把握していなかった。処方はコデインリン酸塩錠5mgの3錠分3に変更となった。	成分量として同量でも散剤であれば咳止めとして用いることがある為、用量的な疑問を持たなかったと考えられる。剤型が変わることを把握できていなかったと推測される。	CKD患者の処方内容の確認と、見直しを行う。			リン酸コデイン錠20mg「タケダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1509	A医院にてロキソニン錠服用中。感冒症状の為、発熱外来のB医院に受診。ロキソニン錠処方開始。B医院疑義照会実施。ロキソニン錠中止の指示あり。	お薬手帳の確認	お薬手帳の確認			ロキソニン錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1510	アレジオンLX点眼の用法が1日4回の記載あり。通常は1日2回のため問い合わせ。アレジオンLX点眼からアレジオン点眼に処方変更となった。	処方箋発行時の入力ミスではないかと考えられます。	アレジオンLXとアレジオンや、チモプトールXEとチモプトールなど、薬品名が似ている医薬品がある薬が処方されているときはより注意深く監査を行っています。			アレジオンLX点眼液0.1% アレジオン点眼液0.05%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1511	自宅お届け希望の患者に対し、FAXでアスピリン散10%が1日3回 1g/dayで処方。他の薬が体重10kg換算の処方量に対して、アスピリン散のみが50kg換算の処方量となっていたので問い合わせ。アスピリンDS2%で出したつもりが、アスピリン散での処方となっていたため、過量となっていたとのことだった。結果、アスピリン散10%1日3回 0.2g/dayへ処方変更となった。	処方オーダーの際の見落とし	電子薬歴に体重入力をするので、過量投与のエラーが出るので、体重入力を徹底する。			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
1512	ポノサップ800処方 聞き取りより除菌初・患者高齢・喫煙(-)のため ポノサップ400でないかの確認を行った結果、ポノサップ400への変更に	薬局に在庫のない異例なものが処方されるとその薬の手配に焦るため	薬局に在庫のない異例なものが処方されるとその薬の手配に焦るが、落ち着いて患者への聞き取りと確認をすること異例な処方が来た時は投薬前にいろいろな情報を確認し知識としていくようにしている			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
1513	タケキャブ錠20mgが2錠で分1朝食後服用21日分で処方されていた。通常2錠で服用することはなく、記載誤りだと推測される。ので疑義照会を行ったところ、1錠分1に変更となった。	記載誤り、確認不足だったと考えられる。	1回量用量の確認を漏れなく行います。			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	
1514	<p>転院の際、リクシアナ錠60mgを0.5錠服用していたのに、処方が1錠となっていました。併用薬にクロビドグレル75mgもあり、81歳でもあることから、増量は考えられないため確認したところ、0.5錠に変更となりました。</p>	<p>年末で多忙。紹介状の見落とし。</p>	<p>お薬手帳の細かいところ(ミリ数、錠数)を、転院の際は特によく確認する。</p>			リクシアナ錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1515	<p>今までオゼンピック皮下注0.5mgが欠品しており、2mgを出していた。それを0.5mgずつ注射をしていた。処方せんでは手書きでオゼンピック1回0.5mg 4本と記載。0.5mgが欠品していたため2mgを4本と思ってお渡し。ただ、次回の受診日と照らし合わせてオゼンピック皮下注0.5mg 4本ではないか気づき疑義照会。オゼンピック2mg 4本ではなく、0.5mg 4本の処方であったことがわかり変更した</p>	<p>処方箋にオゼンピックの規格が手書きのため記入漏れがあった。調剤した薬剤師が2mgしかないと言った思い込みがあった。</p>	<p>オゼンピックには多規格あることを周知する。手書き処方箋は規格まで確認する</p>			オゼンピック皮下注2mg オゼンピック皮下注0.5mg SD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1516	<p>門前ではなく他のクリニックからの処方せん持ち込みであったが、薬がないと断られ何件も薬局をめぐっているとのことだった。アスペリンシロップ「調剤用」2%、5mlの処方が出ていたが、体重からは過量であり、おそらくアスペリンシロップ0.5%の入力間違いであると考え疑義を実施。アスペリンシロップ「調剤用」2%、5ml⇒アスペリンシロップ0.5%、5mlに変更となった。</p>	<p>普段小児の処方に慣れていない内科のDrの処方であった。カルテの入力間違いと思われる。</p>	<p>他院の処方に関しても、薬の手配の前に処方内容の監査を行い、問題がない旨確認してから薬の手配を行うようにする。今回の処方に関してはアスペリンシロップ「調剤用」2%は未採用であり、アスペリンシロップ0.5%は在庫がある状況であった。</p>			アスペリンシロップ「調剤用」2%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1517	アスピリン散10%が通常の5倍量で処方されていたため、調剤の薬剤師が気が付き疑義照会を行い、適正量に変更となった。	アスピリンの散剤形には散10%とDS2%とが存在し、DS2%のつもりで処方された可能性がある。	必ず患者様の体重を確認して適正量かどうかの薬剤師の判断を怠らないようにする。			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
1518	91歳の女性に、レボセチリジン5mgが処方されているが、傾眠傾向にあり。医師にCKDのとき薬剤の用量を情報提供して、処方が減量になった。	CKD患者に使用できない、もしくは注意して投与 となる薬剤を一覧表にしている、	CKD患者の処方内容の確認と、見直しを行う。			レボセチリジン塩酸塩錠5mg「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1519	耳鼻科、婦人科の2か所からの処方箋を同時に持参される。メイアクトとセフカベンピボキシルが2か所から出ていて、本人に伝える。同効薬の重複は、本人気付かず。耳鼻科の薬をキャンセルして欲しいと聞き、耳鼻科に電話して、事情を話し削除となった。	処方箋を良くみる。	処方箋を良くみる。			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
1520	クエチアピン25mg1錠分1夕食後→3錠分2朝2錠夕1錠に増量したかったところ、朝のクロビドグレル50mg1錠を2錠に変えてしまった。クエチアピンの増量もされてなかった。	カルテの記載時に薬を選び間違えた	変更になった薬は先に一旦確認すること			クロビドグレル錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1521	<p>前回はBP、LDL共に高値とのことで、アマルエット1から4に増量になった患者が来局。今回も変更があり、変更内容としてはアマルエット4から1に減量、テルミサルタン40mgからテラムロAPに変更になっていた。(今回の変更では、成分的にはアムロジピン5mgから7.5mgに増量、アトルバスタチン10mgから5mgに減量になっている)。前回増量になったばかりのアトルバスタチンの減量は考えにくいので、疑義照会。結果、アマルエット2に変更になった。(成分的には、アムロジピン5mgから7.5mgに増量のみ)。投薬時に患者様にお話を伺うとBP140で、血圧の薬を増量すると聞いていたとのこと。78歳ではあるが、DMの患者であり、アムロジピン増量で問題ないことを確認してお渡し</p>	<p>アマルエットは1から4まであり、Drの規格選択ミス</p>	<p>鑑査時に薬歴を確認し、また変更があった場合は変更が妥当かどうか薬歴の確認、患者との会話で判断している</p>			<p>アマルエット配合錠1番「ケミファ」アマルエット配合錠2番「DSEP」</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>
1522	<p>普段から来局されている患者様。常時受診の際にムコスタ錠100mgを処方。今回は胸やけで他科受診を行った。その際KM散とレバミピド錠100mg「NP」の処方があり、鑑査者が処方医に問い合わせたところ重複が発覚。</p>	<p>同一病院だが先発後発での処方。採用薬の複数ある病院ではこのような事例が多いのではないかと。</p>	<p>当薬局では処方監査を最重要業務に位置付けており機材も充実させている。処方監査時にはPCの画面に禁忌や重複がある場合はアラートが出るように設定されており重複防止の対策をとっている</p>			<p>レバミピド錠100mg「NP」</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
1523	<p>プラバスタチン5mgから10mgに増量になっていたので患者に確認したところ「何も聞いてないしコレステロール値も問題ない」との事だったので疑義紹介→プラバスタチン5mgに処方変更になった</p>	<p>処方医の入力ミスと思われる</p>	<p>お薬手帳や患者さんとのコミュニケーションをとることでミスを見する</p>			<p>プラバスタチンNa錠5mg「テバ」</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	
1524	プラバスタチン5mg から10mg になっていたので患者に確認したところ「何も聞いていない。コレステロール値も問題ない」との事だったので疑義→プラバスタチン5mg に変更になった	処方医の入力ミスと思われる	お薬手帳や投薬時の患者さんとのコミュニケーションをとることでミスを発見する			プラバスタチンNa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
1525	アセトアミノフェン原末 1回0.5g 8回分 の記載を確認し、患者の年齢と体重を確認後、処方箋発行元に疑義照会。アセトアミノフェンDS20% 1回0.3g 6回分に処方変更された。(アセトアミノフェン原末 0.5gは成人量に該当する)	出荷調整で解熱鎮痛剤の流通が悪いため、処方元の病院はアセトアミノフェン原末の処方が多くなっていた。今回の処方をした医師は臨時であり、勘違いから上記の処方間違いが発生したと推測できる。	病院への定期的な薬の入荷状況を報告する			アセトアミノフェン「JG」原末 アセトアミノフェンDS小児用20% 「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
1526	普段から2つの医療機関にかかっている患者様でオルメサルタン錠が同じ月で同時追加されてしまっていた。あとから処方された病院に問い合わせたところあとの病院で処方されたオルメサルタン錠は削除になった。	患者とのコミュニケーション不足、医療機関の連携不足、お薬手帳の確認漏れが原因と思われる。	薬歴からしっかり重複がないか確認、他の医療機関で飲んでる薬がないか都度きちんと患者様に確認して薬歴に記録を残す。			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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1527	患者さまが「【般】テオフィリン徐放錠200mg(24時間持続)2錠 1日2回朝食後、就寝前 30日分」と記載された処方箋を持って来局。24時間持続製剤が1日2回の用法で処方されており、またお薬手帳を確認すると前回処方とは別病院よりテオフィリン徐放錠200mg「サワイ」の12～24時間持続製剤で服用していたことを確認した。更に患者さまより「別病院から紹介になり処方箋発行のクリニックの受診は今回初めて」とお話を伺った。これらの情報を基に疑義照会で処方医へ確認すると、【般】テオフィリン徐放錠200mg(12～24時間持続)の誤りであったことが判明し、処方変更となった。	処方箋発行先のクリニックは紹介状とお薬手帳のテオフィリン徐放錠200mg「サワイ」の記載から、12～24時間持続製剤と24時間製剤があることに気が付かずDO処方を出すつもりで誤って入力してしまったようであった。	全てのテオフィリン製剤に12～24時間持続なのか、24時間持続なのか、またそれぞれの先発品は何か分かるようにラベルを作成し貼付している。			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
1528	体表面積1.173m <sup>2</sup> CCr=30.68の方にエスワンタイホウが1回50mg処方されていた。この体表面積では通常は1回40mgが適正な量であるため疑義照会を行った。	ご高齢の方であるため段階的に増量されていた。前回は1日75mg(25mg 3T分2)であったためそのまま25mgを4Tで処方してしまったと考えられる。	処方箋に添付されている検査値等を参照し、適正な量が処方されているかを確認している。			エスワンタイホウ配合OD錠T25	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1529	今まで、コデインリン酸塩散1%(20mg/2g/包)が、屯用で処方されていたが、今回、10%コデインリン酸塩散(100mg/g)が、3g分3で処方となっていた。当該患者は、特に用量の変更の話はなく、次回までの受診間隔があくため投与日数を多くしておくということであった。用量が多めであるため、電話にて医療機関に問い合わせ、コデインリン酸塩散1%(20mg/2g/包)3包(分3)へと変更になった。	服用方法を変更する際に、医薬品名を選び誤ったと思われる。	調剤前の処方鑑査を必ず実施。前回との比較をする。用量超過時は、レセコン入力時にチェックがかかる。散剤鑑査器の利用。			コデインリン酸塩散10%「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



類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1530	酸化マグネシウムが1枚の処方箋で2回記載されていた疑義照会の上、1剤削除となった	確認不足	今後もしっかりと処方監査をしていきます			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
1531	通常、テラムロBPが処方され服用。今回、患者さんが急な医療機関の変更もあり、テラムロAPが処方され確認。通常のテラムロBPに戻る事となる	患者さんも医師も初めてであり、患者さんの病識と共に医師とのコミュニケーションの不足が考えられる	かかりつけの患者さんですべて管理しており、対応できた			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
1532	咳の症状があり小児科受診したが、耳鼻科からも内服薬があり併用している薬があった。小児科のDrは他にもカルボシステインDSの重複があり処方削除していたがムコサールDSだけ見落としていた。耳鼻科の処方先発品の小児用ムコソルバンDSだった為名称が違いため見落としたと思われます。	先発品(小児用ムコソルバンDS)と後発品(ムコサールDS)の名称が違いため見落としたと思われます。	お薬手帳や患者、患者家族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薬の重複など間違いがないかどうか確認していく。今回はお薬手帳持参されていたので判明しましたがなければスルーしていたと思われますので手帳の有用性を説明し活用していこうと思います。			ムコサールドライシロップ1.5% 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
1533	処方箋を監査したところ男性13歳にトラネキサム酸500mg6錠分3で処方されていました。家族に体重を確認したところ50kgでした。成人並みに体重があり、成人1日量750mg~2000mg、適宜増減の範囲内ではありますが、500mgと250mgの規格間違いの可能性もあるため疑義照会を行いました。疑義照会の結果、トラネキサム酸錠500mg6錠から250mg6錠に規格変更になりました。	病院での入力ミス、規格間違い。処方箋交付時の処方内容の確認不足。	処方箋を受け取ったときに、小児では年齢と体重の確認を必ず行う。適宜増減の範囲内でも、過量投与、規格違いが疑われる場合は迷わず疑義照会をする。			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1534	当初、処方箋に「プレドニン錠5mg 1錠 プレドニゾロン錠「タケダ」5mg 4錠 分1朝食後 28日分」と記載。前回処方時は、「プレドニン錠5mg 2錠 分1朝食後 28日分」。プレドニゾロン換算で10mg 分1→25mg 分1への増量。不自然さを感じ、プレドニゾロン錠「タケダ」5mgではなくプレドニゾロン錠1mgの間違いではないかと思ひ疑義照会。「プレドニン錠5mg 1錠 プレドニゾロン錠1mg (旭化成) 4錠 分1朝食後 28日分」へ処方変更。これだったら、プレドニゾロン換算で10mg 分1→9mg 分1への減量、ステロイド漸減療法と考えることが出来るので、自然と思われる。	プレドニゾロン錠5mgと1mgの違いは特に注意すべきものだが、十分に注意がなされていなかったものと思われる。	当初の記載通り調剤していたらステロイド大幅増量、副作用発現により患者に健康被害が生じていた可能性あり。また、ステロイド漸減療法をするべき場面であったのに、それがなされなかった。そういったことを未然に防ぐことが出来た。プレアポイド事例。普段から規格、用量等に細心の注意を払って処方監査を実施しており、それが奏功した形となった。			プレドニン錠5mg プレドニゾロン錠「タケダ」5mg プレドニゾロン錠1mg (旭化成)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1535	患者は高血圧にて通院中。次回を受診までに服用中の薬剤が不足する可能性があったがコロナの感染拡大を考慮して、0410対応にて処方箋を発行してもらい、自宅近くの自店舗へ来局。病院は電話診療にて対応しており、処方発行時にノルバスクOD2.5mgで処方するところを、誤ってノルバスクOD5mgで用量を過量にして発行していた。薬剤の交付時に処方の変更内容についてヒアリングを行うと、希望していた薬剤の用量が異なることが発覚。処方元の病院へ疑義を行い、5mgから2.5mgへ減量となった。	処方箋発行時に以前の処方から引用したと推察され、その際に1日量の確認がきちんと行えていなかった可能性がある。	処方の急な変更、追加の際は前回までの患者情報の再確認、交付前のヒアリングの徹底を行うように心がける。			ノルバスクOD錠5mg ノルバスク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

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1536	他の医療機関でタケキャブ20を服用。ランソプラゾールOD錠15の処方が出たため疑義紹介にて中止して頂きました。	毎回お薬手帳か服薬指導にて同種同効薬の重複を確認する。	毎回 お薬手帳の持参確認と1人1冊活用を啓発する。			ランソプラゾールOD錠15mg「武田テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1537	ニュープロパッチ18mg1枚とニュープロパッチ4.5mg1枚の処方あり 前回処方からの増量としては多い為疑義照会しましたニュープロパッチ前回9gと4.5mgの13.5mgで今回18mgに増量の為、4.5mgが削除になりました。	増量タイミングであったため、削除し忘れたようです	薬歴を確認して増量を確認する お薬手帳 薬歴はよく確認すること			ニュープロパッチ4.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1538	カロナール細粒20%1.5gであるところをカロナール細粒50%1.5gで処方。	カロナール細粒の規格確認。カロナールの入荷困難による多規格使用。	規格確認。体重換算。			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
1539	(般)ジクロフェナクNa徐放カプセル37.5mg3C分3毎食後の処方疑義照会により、(般)ジクロフェナク錠25mg3T分3毎食後に変更となる	処方入力時のジクロフェナクNa徐放カプセル37.5mgとジクロフェナク錠25mgの選び間違い	規格や徐放性剤の有無により用法の異なる薬の確認。テオフィリンやバルプロ酸など。			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
1540	入院していたとのことで当薬局には3か月以上ぶりの来局であった。今回処方より糖尿病薬の変更がありオゼンピック皮下注が追加となっていた。オゼンピック皮下注0.25mgSD45キットと内服薬が45日分処方されていた。オゼンピックは週1回投与の製剤であり45キットの処方是不適当である。またSD製剤は出荷調整・停止が続いているため継続供給が困難と判断しオゼンピック2mg1キット週1回0.25mgへ変更となった。	入院医療機関より今回の処方医への紹介状には製剤の規格の記載がなく、処方医はSD製剤と2mg製剤のどちらを患者が使っていたかはわからなかったとのことだった。患者本人に確認したところ、入院中はどちらも使ったことがあったと確認できた。今回は流通の関係から2mg製剤が適当と考え、患者本人と処方医へ提案し処方変更へ至った。また処方医はオゼンピックが週1回投与製剤と知らなかった。	普段より新製剤の情報収集に努める。			オゼンピック皮下注0.25mgSD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1541	処方箋にはアンブロキシソール錠45mg徐放性製剤の一般名記載があり3錠分3の処方であった。患児はかなり大柄ではあったが通常成人用量ではないため疑義紹介しアンブロキシソール15mg錠3錠分3に変更となった	クリニックでアンブロキシソール錠が45mg、15mgともに通常使用される内服薬で電子カルテ入力時の選択を間違えたのではと推察した。現在一般名での処方が多くなりクリニックでの薬剤の選択肢候補も煩雑になっているのではないだろうか。	薬局のレセコンでは一定量を超えた処方にはエラー候補が出るように設定し人間だけでなくPCでもチェックがかかるようにしている			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
1542	従来メルカゾール2.5mg 1錠朝食後に服用していた患者。処方変更でメルカゾール2.5mg 5錠と増量になった。患者から病状を伺うと「ちょっと脈が速いから追加します」と大幅な変更は考えられず疑義照会。メルカゾール5mgへの増量の間違いであることが判明した。	メルカゾールを5mgへ増量しようとしたところ誤って5錠へと変更し入力ミスが考えられる。	メルカゾールの様に最近規格が追加となったものについては引き出しに注意を促す付箋を張り付けることとした。			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
1543	2023年1月末日、17時頃、11歳女子が母親と一緒に歯科の処方箋を持参し来局。トミロン小児用細粒20% 6.3g毎食後で処方。年齢、体重から倍量の抗生剤が処方されていたため、電話にて医師に疑義照会をした。その結果、半分量の3.1gへ変更となった。	経過措置になっている10%の投与量と間違えていたようだ。	忙しい時間帯も年齢、体重に適切な投与量が確認を怠らず、服薬指導を行う。			トミロン細粒小児用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
1544	ムコダインにて副作用歴のある患者にカルボシステインが処方された。薬歴情報と患者からの訴えにより処方医療機関へ疑義照会を行い、カルボシステインの処方が削除となった。	患者が処方医療機関ではムコダインとカルボシステインが同じ薬であることがわからず、医療機関へ副作用情報を伝えていなかった。	初回アンケートをほとんどの患者に実施し薬歴上副作用情報を記載している。副作用情報をお薬手帳などに記載するなどして医療機関への情報提供を行っていく。			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	
1545	FAXにて処方箋薬依頼。6歳女児に対してコロナール細粒50%0.9g 疼痛時10回分処方あり。過去薬歴より体重15kgを確認し、アセトアミノフェン最大60mg/kg量まで許容範囲ではあるが、疑問を持ち、疑義照会してから調剤しようと考えた。当日は日曜日で医師に連絡が取れないため、その後来局した母親に事情を説明し、急いで必要な薬ではないことを確認し、了承を得た。翌日月曜日に医師に疑義照会し、コロナール細粒20%0.9gの誤りであったことが判明し、指示通り調剤し母親に投薬した。	医師が処方を入力する際にコロナール細粒の規格の選択を誤ったと思われる。	処方された通りに調剤するのではなく、適正量であるかしっかりと判断する必要がある。			コロナール細粒50%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1546	前回処方エスワンタイホウT20 4T2×MAで服用中吐き気、下痢の症状あり減量になると病院側からサマリーにて連絡があった。処方内容がエスワンタイホウT25 4T2×MAで増量になっていた。確認の電話をDrに行ったところエスワンタイホウT25 2T2×MAに訂正すると確認し、調剤して患者にお渡し。	DrがエスワンタイホウにT15製剤があると思い25を誤って処方記載してしまった。	病院からのサマリーの内容を読んだから監査に入ることができたため発見することが出来た。これからも病院との連携、処方監査時に変更があった場合には注意深く見ていくようにしていきたい。			エスワンタイホウ配合OD錠T25	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1547	アレルギー性鼻炎、結膜炎にて耳鼻科受診の患者。内服、点鼻とともにアレジオンLX点眼液0.1%処方された。処方箋を確認したところ、アレジオンLX点眼0.1% 1日4回の指示あり。同薬は添付文書上1日2回の薬剤のため、医師に疑義照会したところ、1日2回に減量となった。	アレジオン点眼0.05%の用法と混同したと考えられる。	規格のある薬剤については、各規格に対する用法について慎重に確認する。			アレジオンLX点眼液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1548	*市内の他整形にかかって感じ、タリージェ10を服用されていたが広域病院紹介となり新たな薬が処方となった。一番の処方にタリージェリ、一番最後の処方にプレガバリン25の記載あり。同じ系統の薬が2種処方されることはない判断した。	*調剤者は大学の処方だからと特別視し併用の仕方など理由があるのではと勝手に判断した。*監査の薬剤師が、本人に薬の説明を聞いているがなど具体的に尋ねたら、眠気など無いといわれが、(2週間前に1回同様の処方されていた野呂¥を確認)何も聞いてないと答えられたので気になるので患者さんを待たせた状態で疑義照会する	*疑義照会するは、相手の顔が見えない分、しにくい、そのまま見過ごさず実施する。			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
1549	パファリン配合錠A811錠 頭痛時の処方あり、本人に確認すると頭痛でいつも飲んでいる薬とのこと。パファリン配合錠A811は抗血小板薬であり、頭痛の適応はない為疑義照会したところ、処方削除となった。翌日に同病院よりSG配合顆粒 頭痛時の頓服処方あった。	患者が以前服用していた薬は、パファリンA330であり現在は販売ありません。本人に聞くと残薬を服用していたので、同じものだと思っていたとの事。パファリン配合錠は少量では抗血小板薬となるため、A330とは適応が異なる。A811では頭痛が適応外な為、疑義したところ削除。市販のパファリン=頭痛薬という思い込みがあったのも一因かと思われる。	初めて処方される薬については、適応など添付文書と合っているかよく確認する。			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
1550	5歳、体重22kgの患者アスピリン散10% 2g分3×4日分処方あり。過量のため疑義照会。→疑義照会の結果、アスピリンDS2% 2g分3×4日分へ処方変更あり	医師がアスピリン製剤の規格選択間違いのため発生	患者の体重から適正範囲の成分用量を算出し、アスピリン散10%なのかアスピリンDS2%なのか判断するようにしている			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
1551	前回処方 ルネスタ2mg 不眠時頓服 今回処方 「般」エスタゾラム2mg 不眠時頓服用患者様に不眠時の薬剤の変更について確認したと所、変更なしとのことなのでDrに疑義照会しました。	前回の銘柄指定の処方から今回の一般名処方に変えた時にエスゾピクロン2mgとエスタゾラム2mgの名前も類似、規格も同様であるため選び間違っていると推測できる。	薬歴をしっかりと確認し患者に薬の変更の経緯なども確認することが大事です。			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:疑義照会 発生要因:医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1552	一般名処方でラクツロースシロップ65%60m l 1日3回毎食後の処方。患者様にお話を聞いたところいつもは分包品のものを服用しているとの事だがラクツロースシロップ65%には分包品がない。分包品があるのはラクツロースシロップ60%で含有量が異なるので処方医に疑義照会。ラクツロースシロップ60%60ml 1日3回毎食後に変更となった。	疑義照会の時にパソコンの入力上それしか入力が出来なかったと仰っていた。名称が同じで%がわずかに異なる為分かりにくかったのだろう。	日々剤形に対する知識をつけ、患者様からの聞き取りの力も重要。今回の事例は薬局内で周知し、%などにも注意するよう呼びかける。			ラクツロース・シロップ60%「コーワ」	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
1553	当該患者にはユニシアHDが処方されていた。手帳の記録から、今までユニシアLDを服用していたという情報を得ていたため、今回血圧の上昇などがあったのか、薬剤の規格変更の説明とともに症状の確認を行ったところ、血圧の数値に大きな変動なく、薬が増量になる旨の説明などもなかったとの聞き取りが出来た。今回、病院を変更したため、医師への薬剤情報の引継ぎがうまく行われていなかったことが判明したため、疑義照会を行ったところ、HDからLDに変更となった。患者様には変更となった旨を説明し、正しい量の薬剤を交付した。	病院変更に伴う薬剤情報の引継ぎがうまく行われなかったと考えられる。また、複数規格ある薬剤である為、入力の際の確認不足の原因のひとつと考えられる。	症状の聞き取りのほか、お薬手帳の確認をもらさず実施するように注意する。			ユニシア配合錠HD ユニシア配合錠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	
1554	1年以上、自己判断で降圧剤を中断しており、先月より再開。中断時プロブレス12mgを服用していたが、再開は4mgから始めていた。今回12mgにて処方あり。患者本人は「以前服用していたからそれでよい」と話すも、増量の理由が不明のため疑義照会とする。以前の記録から、のDo入力をしたためのエラーであったことが発覚。4mgに処方内容訂正となった。	話しながら、カルテ操作を行ったことで、操作を間違えたと思われる。	処方内容の変更時は、その理由を本人から聞き出し、間違いがあることもあると説明し、記録を残す。			プロブレス錠12	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1555	初来局の患者。以前より、ワーファリンを5mgで服用していると、お薬手帳で確認したところ、今回の処方が、ワーファリン5mg×5錠、ワーファリン1mg×1錠で処方されていた。量が急に増えてしまったのに気づき、疑義照会をしたところ、ワーファリン5mg×1錠、ワーファリン1mg×1錠に変更になった。	ワーファリン1mgと5mgを病院側で入力し間違えてしまった。	初来局の方のお薬手帳を確認(特に、常用薬で初来局の方)、薬の量が急激に増えていたりする場合は、必ず疑義照会をするように、徹底する。(薬剤師が判断で行わない)			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
1556	レキソタン錠1mgを1日3錠毎食後に服用中の患者様が、今回はレキソタン錠5mg1日3錠毎食後に変更(増量)されていました。患者様の症状を聞いたところ症状悪化はないとのことで、疑義照会したところ処方箋の入力間違いとのことでレキソタン錠1mgに変更されました。	レキソタン錠1mgを一般名に変えて処方箋を発行しようとした際に、うっかり間違えてレキソタン錠5mgを入力したとのこと。	薬用服用歴の確認、また患者様の体調をよく把握し処方箋に不都合があれば必ず疑義照会をする。			レキソタン錠1 レキソタン錠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	
1557	病院からクリニックへ転院となり、今回初めて当薬局を利用された患者様。処方箋はイルベサルタン・アムロジピン10mg配合錠1T1×となっていた。お薬手帳を確認したところ前医からはアムロジピンOD錠5mgとイルベサルタン錠100mgが処方されていた。患者様に確認したところ増量するなどの説明はなかったとのことなので医師に確認を行ったところ処方ミスであったことが判明した。	転院に伴い、配合錠へ変更した際に入力を間違えた可能性あり。	初めて来局された患者様の場合は可能な限りお薬手帳などから過去の処方内容を確認するようにしている。			イルアミクス配合錠HD「オーハラ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1558	アレグラ錠60mg服用中の患者へフェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「SANIK」が処方される。	受診時にお薬手帳も処方医へ見せず、服用中の薬があることも伝えていない。	アレグラ錠を花粉症で継続的に服用中であることを処方医へ伝えフェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「SANIK」が処方中止となった。			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
1559	エフィエントOD錠20mg1錠分1朝食後4日分の処方を応需。添付文書の用法用量より、3.75mgの間違いでないかと疑義照会を行った。結果、3.75mgに変更となった。	病院内のマスタにはエフィエントOD錠20mgと3.75mgが両方存在していたため、入力を誤ったと考えられる。また、今回循環器内科等専門の科の医師の処方ではなかったため、規格の把握があいまいだった可能性あり。	病院内でしか出ない規格、剤形、薬剤であったとしても、調剤薬局の薬剤師も把握しておく必要があると考える。			エフィエント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
1560	病院眼科より「クラビット点眼液1.5%5ml手術日3日前から点眼開始1日4回両眼処方」小児では0.5%を使用することから疑義照会を行った。結果、クラビット点眼液0.5%に変更となった。	小児科医ではなく眼科医の処方であることから、成人で使い慣れている1.5%を選んだ可能性がある。	添付文章を確認し、疑義照会をおこなった。			クラビット点眼液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
1561	7歳の子供にモンテルカスト錠 成人量の10mgが処方されていた	特になし	特になし			モンテルカスト錠10mg「KM」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1562	アレジオン点眼LX 追加となった患者様、1日4回点眼と処方されており疑義照会1日2回へ変更となる	アレジオン点眼が1日4回点眼の薬剤の為混同したと思われる	LX製剤が増えており、薬剤名も酷似しているため、注意する			アレジオンLX点眼液0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1563	今までアトルバスタチン錠10mgとエゼチミブ錠10mgを服用されており、今回から合剤のアトーゼット配合錠HDに変更になっていた。しかし、HDはアトルバスタチン錠20mg含有の為、今回は増量かつ合剤に変更で良いのか確認するため、処方元に疑義照会を行った。その結果、用量は変更せず、合剤に変更とのことでアトーゼット配合錠LDになった。	処方せんを発行する際、薬剤の最初の文字だけで判断し、入力後の確認を怠ってしまった可能性が高い。	合剤に含まれている薬剤名、用量などを添付文書などで確認。また患者の過去の服用歴を確認する。			アトーゼット配合錠HD アトーゼット配合錠LD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1564	11歳男児に対して「モンテルカスト錠10mg 1錠 就寝前」の処方。通常、11歳小児に対してモンテルカストはモンテルカストチュアブル錠5mgが適応のため電話にて処方元医療機関に疑義照会。「モンテルカストチュアブル錠10mg 1錠 就寝前」が正しいと規格・剤型が変更になった。	処方医が処方システム入力の際、名前が類似しているため誤って入力したものと考えられる。	モンテルカストをはじめとした成人量と小児量で異なる規格があるものに対しまとめた表を作成する。また、薬品棚に「小児用あり」などの注意喚起のPOPを作成する。			モンテルカスト錠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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1565	<p>【般】 タンドスピロンクエン酸塩錠 10ミリ 2錠 分1眠前 14日分、</p> <p>【般】 デエビゴ2.5ミリ 1錠 分2朝・眠前 7日分の2剤の処方せん。前回より、タンドスピロンは継続となっていたが、前は分2朝・眠前で処方が来ていた。デエビゴは基本的に眠前にしか飲まないお薬なので、用法が逆転してしまっているミスだと推測し、処方医に確認。やはり用法が逆になってしまっていたとのことで、修正の指示が出た。</p>	<p>・開業間もないクリニックからの処方なので、入力操作に不慣れであった。・繁忙時間の来局患者だったので、事務員の焦りなどもあった。・内容を最後に確認がないまま患者に処方せんが渡ってしまったなどが考えられる。</p>	<p>・近隣クリニックからの処方箋だったので、処方傾向をしっかりとつかんでおく。→その処方医はタンドスピロンは基本分2で使用することがほとんどだったので、ミスに気付く判断材料となった。・基本的な用法用量はしっかり把握する。・患者からの直接のヒアリングを意識する(医師から変更内容をどう聞いているかなど)</p>			<p>タンドスピロンクエン酸塩錠 10mg 「サワイ」 デエビゴ錠 2.5mg</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>
1566	<p>処方箋記載 フロセミド細粒40% 「EMEC」 250mg 1日1回朝食後 mg記載では成分量になり過量投与になる旨問い合わせし、0.25g記載へ変更</p> <p>処方箋記載 パルプロ酸ナトリウム徐放顆粒40% 「フジナガ」 1000mg 1日2回朝食後 mg記載では成分量になり過量投与になる旨問い合わせし、1g記載へ変更。また当薬剤は1日1回のため、1日2回のパルプロ酸ナトリウム細粒40% 「EMEC」へ変更</p>	<p>処方元の処方箋記載に関する知識不足、用法に関する知識不足</p>	<p>処方箋の記載内容のチェックが漏れないよう日頃から強化似たような薬剤名で用法が違うものをスタッフ間で情報共有</p>			<p>フロセミド細粒 4% 「EMEC」 パルプロ酸ナトリウム細粒 40% 「EMEC」</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>
1567	<p>全体42日分に対しベネット75mg(月1回製剤)が6日分の処方あり。服用間隔についての記載はなし。週1回製剤のつもりで処方された可能性あり疑義照会。規格はそのまま1日分へ変更となる。</p>	<p>月1回製剤の採用自体が昨年12月と新しく、医師側に週1回以外のものがある認識が薄かったものと思われる。</p>	<p>日数の齟齬があれば(残薬調整の可能性もあるため) 確認を徹底する。</p>			<p>ベネット錠 75mg</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	
1568	コデインリン酸10% 6g分3毎食後7日分で処方がきていたが通常量の10倍の為問い合わせたところ、コデインリン酸錠20mg 3錠分3 毎食後に変更になった。	医師が麻薬を処方する際勘違いしたのと思われます。	薬の用量を毎回必ず確認する。			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
1569	引っ越し前の他地域での処方薬のコピーを薬局に事前に持参され、同じ薬を処方予定と聞いていた。他地域での処方がジャヌビア100mg 1錠分1だったが、今回の処方がジャヌビア50mg 1錠分1だったため、患者様に確認したところ、処方変更は聞いていないとのことだったので疑義照会をし、ジャヌビア100mg 1錠に処方変更になった。	紹介状は持参されていなかったようで、処方医に今までの処方内容がきちんと伝わらなかったと思われる。	処方元の変更時に、お薬手帳などを利用し以前の処方も確認する。			ジャヌビア錠100mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1570	メブチンドライシロップ0.005%で処方があったが、体重から適量を計算すると、メブチン顆粒0.01%の適量になり、疑義したところメブチン顆粒の誤りだった。	メブチンの薬だけで、規格の確認不足があったのではないかと感じました。	メブチン顆粒がメインで処方されていて、メブチンドライシロップは減多に使わない薬なので、いつも通りのメブチンと思わずに、同じ薬でも規格の細かいところまでチェックするべきだなと改めて思いました。			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
1571	今回から引き継ぎ処方、今までも服用していた処方。リセドロン17.5mgが30日分で処方。ほかの薬剤も30日分で処方されている。リセドロン17.5mgは週に1回の薬剤の為、規格確認後4日分に変更してもらうよう電話にて疑義照会。	リセドロンは多規格あり、他科処方薬の引継ぎ確認ミスによるものと思われる。	初回引継ぎの際は、いつも以上に確認し、変更点に注意する。リセドロンのように規格が様々あるものにおいて、規格ごとの服用方法を全員で周知するように努める。			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
1572	5歳。フルナーゼ50μg 56噴霧で処方あり。成人用の為疑義。25μg 56噴霧へと変更となる。	入力間違い	慎重鑑査			フルナーゼ点鼻液50μg 56噴霧用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1573	医療機関変更し初回の処方。今まで定期薬のアテノロール錠25mg「タイヨー」の処方がなかったが、患者様は薬について他にも変更があり理解されていなかった。そこで処方医師に疑義照会したところ、アテノロールをアロプリノールと勘違いし、フェブリクを併用しているため薬剤中止と判断していた。アテノロールはテノーミンであると伝え、処方追加となった。	ジェネリックの医薬品名だったため、医師が名称類似品と勘違いした。	病院を移り処方内容が変更されている場合、患者が理解されておらず、その説明を受けていないようであれば、医師に疑義照会するようにしている。			アテノロール錠25mg「タイヨー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1574	2/27 HPより処方箋FAXあり。処方内容にアモキシシリン細粒20%の記載があり。年齢 体重換算で薬剤量の問題ないか確認。最大容量は超えていないが、通常量よりやや多めと感じたため 薬際のお受け取り希望時間の確認とともに患者様の様態をご家族に確認。重症と思われる様子ではなかったため、念のため病院に疑義(TEL)。疑義後 薬剤量は半分に減量となった。(20%と10%の間違いだったとのことでした)	同じ名称で10%と20%の製剤があるため 起こった事例と思われます。	添付文章上の要領で問題なかった場合でも、疑問に思った場合は問い合わせをするように心がけています。			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
1575	今までアジルバ錠10mgが処方となっていた。今回から20mgに変更となっていた。患者さんにお話しするも「薬の量が増えるとは聞いていない」との事だったので疑義紹介を行ったところ10mgの誤りと返答あり。	複数規格が存在するため処方入力時に誤った規格を選んだと思われる。	規格違いには注意を払う。			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: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1576	8か月の子供にホクナリンテープ1mgが出ていたので、0.5mgではないかと疑義照会。結果、0.5mgに変更となる。	使用するシステムによると思うが、他規格があるものが上下に出てくる場合があると思うので注意が必要。	調剤時、監査時、随時年齢や用量用法のチェックを行っていく。			ホクナリンテープ 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
1577	今回の処方では、継続薬ではあったが、複数の薬剤の残薬の調整があり、今回疑義を行ったアムロジピンもその対象だった。前回まではアムロジピン5mgだったが、今回は10mgになっていた。この時期、血圧が上がり、その経緯で増量の患者さんもいる為、それに該当する可能性があった。実際、この患者は昨年の冬場のみ、アムロジピン10mgの服用歴があったため、前回からの増量は気付きながら調剤を行い、投薬時に患者に確認。血圧は130位で安定しており、変動がない事、また、受診時に、薬の変更の話は医師とはなかったと聞き、疑義を行った。結果、服用量は前回(5mg)からの増量はなく、残薬調整のみ。疑義で、用量の変更となった(処方箋の10mg→5mgへ変更)	今回残薬の調整がある為、処方箋作成の際、薬剤の検索から改めて作成している可能性。その分、薬剤が意図したものや異なるものが選択されている可能性を考える。錠数の確認だけではなく、内容の確認も特に注意を払う必要がある。	残薬調整など、処方の日数変更などがばらばらにある際は、用量など含め、薬剤の選択の誤りがないか、日頃より注意を要する必要あり。前回からの変更点は、調剤者、鑑査者、交付者と全員が共有して理解できるように徹底し、確認は調剤前であればより好ましい。処方箋の内容変更時は、特に患者の訴えと、医師との会話の内容なども確認するように徹底する。			アムロジピン錠 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
1578	3歳未満にホクナリンテープ1mg処方。	0.5mgと1mg入力中の選択ミス。	年齢、薬歴から今回の事例を発見。疑義にて訂正。			ホクナリンテープ 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	
1579	トラディアン配合錠APを服用中の患者が別の病院の循環器受診した際に併用は手帳持参で見せたがフィシーガ錠10mg処方がありSGLT2が重複処方となった。疑義照会にて配合錠のSGLT2を確認せずにフィシーガ処方となったため処方が削除になりました。	配合錠の合剤の処方が医師がぬける事例となります。薬局として配合錠の内容は理解しているが調剤監査しないといけません。	今後も薬歴と手帳で管理している患者への併用等、他院受診に注意します。			フィシーガ錠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
1580	他の医療機関から転院された患者様。手帳の記載内容から、カムシアLDを服用していたが、今回の処方ではカムシアHDだったため患者に聞き取りを行った。血圧も安定しており薬が変わることを聞いていなかったため処方医に疑義照会し、カムシアHDから今まで服用していたカムシアLDへ処方変更となった。	医師と患者のコミュニケーション不足と、医師のうっかりミスが原因と思われる。	患者は薬の名前をきちんと覚えていないことが多いため、手帳内容をよく確認し、名称類似や用量など今後も十分注意していく。			カムシア配合錠HD 「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
1581	3歳の小児にモンテルカストチュアブル5mgの処方があった。以前は別の病院で処方してもらっていた薬(モンテルカスト細粒)を、今回別の病院でお薬手帳を見せて処方してもらっていた。	薬品名のみでの判断	小児の場合は調剤前に年齢、体重の確認を行う。			モンテルカストチュアブル錠5mg「ニプロ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1582	平素より当薬局をご利用の患者様が継続で通院中の皮膚科の処方箋を持参し、ご来局された。前回処方ではプレドニゾロン錠1mgが3錠処方されており、1日量としては3mgであったが、今回処方ではプレドニン5mgが2錠(1日量10mg)で処方されていた。増量幅も大きく、患者様にお聞きしたところ、症状も落ち着いており、診察時減量でお聞きされていたため、TELにて処方医に疑義照会を行ったところ、プレドニゾロン錠1mgとの間違いであったとのが確認でき、プレドニゾロン錠1mg 2錠(1日量2mg)に処方の変更となりました。	処方箋入力の際に頭文字で入力するため、規格の取り間違いが起きたと思われる。	処方監査の際に処方箋のみでなく、服用歴、聞取りからも処方の妥当性を判断し、適正な用量であるかの判断を引き続き徹底する。			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
1583	転院後に来局。前院ではオースギ大黃甘草湯エキス錠を1回2錠で服用。転院先の病院はツムラ大黃甘草湯エキス顆粒が採用で、1回2包で処方。疑義照会しツムラ大黃甘草湯エキス顆粒の1回量へ変更。	転院先の医師が2のみ確認し用量間違い。	新患で来局された際は、お薬手帳を確認し用法用量を確認。			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



類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1584	昨年7月までAクリニックにてノルバスクOD錠10mg 1錠定期服用中 に、8月脳梗塞でB病院に入院。入院中はアムロジピンOD錠2錠処方、退院後処方も同じ(一包化)。それをのみきってAクリニック半年振り受診で処方されたのはアムロジン錠5mg 3錠でした。Aクリニック先発採用はノルバスク錠、以前服用層もノルバスク、先発希望の方で変更不可指示あることと、5mg 3錠と増量のため疑義照会したところ、ノルバスクOD錠5mg 2錠に変更になった。定期薬はノルバスクを含めて4剤。	病院からの申し送りの転載ミス?アムロジピン入力時に、慣れない受付さんがアムロジピンを選択した?入院前はヒートで服用できており、一包化されて本人さんもアムロジピンかノルバスクか分からなくなっていた。認知機能の低下。	退院時申し送りや、退院時処方(お薬手帳参考)と相違ないかを確認し、疑義照会を行う。			アムロジン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
1585	1日3回で使用する持続性の点眼薬が、非持続性の用法1日6回で処方された。疑義照会を行い、処方は「持続性」用法は「1日3回」と確認した。	持続性と非持続性とで用法が異なるが、薬剤名が似ているため処方入力時に混同され確認がもれたと思われる。	持続性と非持続性の2種類がある薬剤は、処方された薬剤の名称と用法が合っているか特に注意して確認する必要がある。			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
1586	4歳の男児にアドエア250ディスカス60吸入が処方	4歳のため量が大人量であり気が付く	新規処方の時は必ず添付文書で投与量を確認			アドエア250ディスカス60吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1587	整形外科でロキソプロフェンNa60「YD」を毎食後に服用されているのに、今回歯が痛くて歯科を受診されてフロモックス錠とテプレノンカプセル50mgとロキソニン錠60mgが毎食後に処方された処方箋を受け付けました。	患者さんが併用薬を歯科医に伝えなかったと言われました。歯科医も毎回併用薬を確認されなかった可能性があります。	初回の問診票、おくすり手帳の確認を必ず行っています。今回の事例はおくすり手帳を確認することで容易に同一成分の重複投与に気づくことができました。日頃からおくすり手帳の持参をお願いしています。持参されない方には必要性を説明して普及と持参してもらうことに努めます。			ロキソニン錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1588	1日2回で使う持続性点眼薬が1日4回で処方された。疑義照会を行い、薬剤名「LX」と「1日2回」で使用することを確認した。	用法の違う持続性と非持続性の薬剤名が類似しており、処方入力時に誤った用法を選択し確認がもれたと思われる。	薬剤名は最後の1文字まで注意深く読むこと、適正な用法で記載されているか確認することを徹底する。			アレジオンLX点眼液 0.1%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1589	4歳女児(16kg)に、アセトアミノフェン細粒50%が0.9g処方されたが、体重に対し過量投与となるため、疑義照会したところアセトアミノフェン細粒20% 0.9gの間違いであった。処方変更となる。	子供の場合、体重の確認と投与量の確認が大切だと思う。	今以上に、監査を徹底する様取り組む。			アセトアミノフェン細粒20%(TYK)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1590	4歳女児(16kg)に、アセトアミノフェン細粒50%、0.9gが処方されたが体重に対し過量投与となるため、疑義照会したところアセトアミノフェン細粒20%0.9gの間違いであった。	子供の場合体重の確認と投与量の確認が大切だと思った。	今以上に、監査を徹底する様取り組む。			アセトアミノフェン細粒20%(TYK)	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1591	施設に入居された患者様。退院時処方としてヘパリンNaロック100単位/mlシリンジ「オーツカ」をご持参。施設で継続の為訪問診療時に処方が出ることとなった。ヘパリンNaロック用10単位/mlシリンジ「オーツカ」10ml10本での処方。その際薬剤師が往診同行しておりその場で処方せんを受け取ったが、単位が違っていることに気がつかなかった。薬局に在庫がなかったため発注し後日施設にお送りすることとなった。調剤時、発注したものが持参薬と異なった為FAXにて疑義。ヘパリンNaロック用100単位シリンジ「オーツカ」へ変更となった。	主な要因は2つ挙げられる。病院側での入力ミス。規格の違いについて認識していなかった。薬剤師がヘパリンNaロック10単位/mlと100単位/mlの規格があることを知らなかった。	退院時処方が継続になる際処方された薬と退院時処方規格の間違いがないか確認する。			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	
1592	モピコールHD6包/日の処方あり。過量のため疑義照会。モピコールLD6包/日に変更になった。	HDとLDの選択ミス。	承認用法の確認は必ず行う。			モピコール配合内用剤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
1593	本日歯科受診でロキソニン錠60mg処方あり。おくすり手帳よりリウマチ治療中で整形外科でロキソニン錠60mgを服用中である事確認。	患者が併用薬を伝えていない。歯科医での併用薬確認が無かったか不十分であったと思われる。	問診票やおくすり手帳での病歴、併用薬等の確認で同一成分の重複投与に気づくことができた。日頃からおくすり手帳の必要性を説明し毎回持参されるように努めている。			ロキソニン錠60mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1594	他院医師よりテオドール錠100mgが処方されていた事お薬手帳にて確認。今回主治医に他院処方薬も一緒に処方する事依頼したところ、テオロング錠200mgで処方されていたこと確認。お薬手帳の前医処方より増量しているため診察時に増量の説明温か患者に確認したがそのような事実は無いため疑義照会。医師の処方規格間違いであったことが判明、疑義照会にてオロング100mg錠に処方修正となった。	前医処方を別の医師が継続処方する際に同様の銘柄が無く一般名や別商品名同成分薬に代替処方を行う際に規格の確認ミスが起こったと考えられた。	お薬手帳持参の際に他医師処方内容を確認。必要時には疑義照会し処方内容の確認をしています。			テオロング錠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	
1595	以前の病院で、エフィエントを服用していたが、中止になっていた(服用終了なのか、管理ができなかったのか、不明)施設に入るため、現在の病院に転院後、エフィエントを再開することになった。添書に、エフィエントの規格の記載がなかったため、エフィエントOD錠20mg 1錠 28日分を処方された。20mgの規格は、28日服用するものではなかったため、疑義照会后、維持量の3.75mgへ変更になった処方を受けた薬剤師が、薬局にOD錠20mgの在庫がなかったため、発注をしたが、その日に入荷しない旨の連絡を受けたため、別の薬剤が気が付いて、疑義照会ができた	エフィエントの添付文書に、20mg 1日1回、その後、維持用量として3.75mgと記載されているそのため、医師が勘違いしたのではないと思われる薬局でも、通常使用していない規格だったので、確認が必要だった	通常取り扱っている規格と違う量が処方された時に、必ず使用法を再度確認する			エフィエント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
1596	退院後の処方で、プレドニゾロンの容量が病院からの退院時情報提供書の記載より2.5mgから0.5mgに減量になっていたため、薬剤の入力ミスを考えて疑義照会を行った。	プレドニン錠5mg 0.5錠を入力するところ、プレドニゾロン錠1mg 0.5錠で入力してしまったものと考えられる。	入院前の薬歴と退院時情報提供による薬歴連携の必要性を感じた。			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1597	<p>コロナ陽性による電話投薬 79歳の高齢の患者様。 近隣のコロナ対応クリニックよりラゲプリオカプセル200mg、アセトアミノフェン300mg等が処方になる。 薬歴による患者情報から、1年ほど前に他中核病院での疼痛によるカロナール300mgの処方を確認。現在の服用の継続状況に関して、電話にて患者様に確認したところ「お薬手帳はあるが、文字が小さくよくわからない」との返答をいただいた。 コロナ対応の患者様であるが、お薬手帳を車まで取りに行き、併用薬について確認したところ、定期でカロナール300mgを服用中である事が判明。医師に問い合わせを実施し、当該処方アセトアミノフェン300mgが削除となる。</p>	<p>コロナ対応という事もあり、クリニックでの手帳の確認等が疎かになった可能性がある。また「アセトアミノフェン」「カロナール」という名称の違いで患者様の認識が異なっていた可能性がある。</p>	<p>併用薬の情報は聞き取りを十分に行い、患者情報の記録を引き続き活用できる体制を継続する。</p>			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
1598	<p>前回アレグラ錠60mgが2錠分2朝食後で処方されていましたが、効果不十分のためデザレックス錠5mg 2錠分2朝食後で処方がありました。 デザレックス錠5mgは1日1錠 1日1回の薬です。疑義照会を行ったところ、1日1回 1回1錠朝食後へ変更になりました。</p>	<p>デザレックス錠5mgもアレグラ錠と同じ用法と勘違いされた可能性があります。</p>	<p>これからも、用法用量の確認を徹底して行っていきます。</p>			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	
1599	初めての薬局。門前の医療機関ではなく広域処方箋であった。処方内容は以下の通り。 ・チモロール点眼液0.25% (持続性) 2.5mL 左眼 1日2回 患者様曰く、これまでも続けている薬とのこと。ただしお薬手帳の記録は1年前のものが最新であり、これまでの処方内容や受診した医療機関など詳細は確認できなかった。 持続性の製剤のため用法が通常と異なる。電話にて処方医に疑義照会し、1日1回に変更となった。	一般名処方のわかりにくさ。末尾に(持続性)がつくか付かないかで用法が異なる。	広域処方箋の場合、使い慣れない薬が多いので、必ず添付文書を確認する。			チモプトールXE点眼液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
1600	鬱状態で精神科処方を別病院に移してエスゾピクロン2mgが処方されていた。以前より、精神科処方、別病院からまとめて処方を聞いていた。普段、血圧のお薬をもらっている内科の病院から、ルネスタ2mgが出ており、疑義後、エスゾピクロンが削除となった。	内科の病院の門前薬局の監査不足。	併用薬の確認を常日頃からしております。			ルネスタ錠2mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1601	4歳の女児(体重約15kg)に対し、ボララミン散1%が製剤量として1g(1日量)処方された。これは成分量として10mgで、通常量の5~6倍量となるため疑義照会を行ったところ、「ボララミン散1%を1g」ではなく、「ボララミンDS0.2%を1g」に処方変更となった。	病院で間違いが発生した原因と経緯は不明だが、おそらくボララミン散1%とボララミンDS0.2%を間違えて選択し、処方してしまったものと思われる。	本事例では、薬局での処方鑑査がとて重要な業務であることがわかる。小児においては、体重など確認すべき項目をしっかりと確認した上で、処方鑑査や力価計算などを行うことを徹底する。			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	今までの病院から他院へ転院テオフィリン (100) (12-24時間) 4錠2 Xで服用中だが、他院ではテオフィリン (200) (24時間) 4錠2 Xで処方	薬品名では長時間タイプなどの区別がつきにくく、一般名にしたときに長時間タイプがどうかの違いがわからなかったと思われる。	転院時、前医との処方の違いの確認、一般名の紛らわしい薬に関して間違えないよう周知と対策をしっかりと立てる			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
1603	ロスバスタチンの容量が2.5mgから5mgに増えていたため患者に確認、検査値も体調も変わりなく増量も聞いていないとのこと医師に確認後2.5mgに変更になった	事務員が処方箋に打ち込む際、容量の入力を間違えた	患者とコミュニケーションを取り、処方変更の確認を行う			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
1604	現在服用中のベルソムラとベオーバのうちベルソムラを服用中止するところベオーバが処方削除されていた。患者さんのご家族にベオーバが中止になっていることを伝えるとベルソムラの間違いだったことがわかった。	同じ「ベ」から始まる薬品名だったため薬品削除の際に間違えたと思われる。	処方変更内容に関しては患者さんに必ず確認する。			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
1605	当該患者には以前より同一処方箋内でアムロジンOD5mg 1錠とアムロジピンOD5mg 「明治」1錠が処方されていたが今回アムロジンOD5mg 2錠とアムロジピンOD5mg 「明治」1錠が処方され用量が多いので疑義紹介しアムロジンOD5mg 2錠と減量となった。	同一処方箋内で同一成分の薬剤が出ていたので整理しようとしたが削除し忘れた。	一つの処方内で同一成分の薬剤(同用量)が処方になった場合には疑義紹介し1剤に変更してもらおう。			アムロジン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
1606	5歳の患者にシングレアチュアブル処方。疑義照会しシングレア細粒に変更。	GW中によりいつもとは違う病院を受診。同じ薬を頼んだとのことだが病院の採用薬の違いによりいつもと異なる薬が処方になった。	小児に関しては受付の時点で体重を確認。処方監査で用法用量の確認を行う。			シングレアチュアブル錠5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

**類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1607	オロパタジンDS1% 1g の処方あり。年齢に比して用量過多のため確認。オロパタジン顆粒0.5% 1gに変更。	処方薬の規格選択ミスであった。	小児薬用量の確認、規格が複数ある場合はさらに注意する。			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
1608	アストミン散10% 3g 分3毎食後で処方されていたため問い合わせアストミン10mg 3錠 分3毎食後に変更	医師が処方入力画面で薬剤の選択を誤ったため	適正な用量から逸脱していないか処方監査時にチェックする			アストミン散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
1609	前回、ノボラビッドフレックスタッチで処方されていたが、今回ノボラビッド30ミクスフレックスペンで処方されているため医師に確認⇒ノボラビッドフレックスタッチに変更	インスリンの種類は多く、同じ薬でもデバイスが違いため処方入力で選択を間違えたと推測される。	薬歴の確認、インスリンはデバイスも違いがあるため最後までしっかり確認する。患者本人にも確認する。他に単位も。			ノボラビッド30ミクス注 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
1610	頓服アセトアミノフェン「ヨシダ」2g疼痛時15回分の処方。成分量が通常用量より多いため、1回成分量について確認。よく当該病院から処方される成分量はカロナール錠200mg2錠/回、アセトアミノフェン原末のままであれば0.4~0.5g/回の為、その旨もお伝えしたところ、カロナール錠200mg疼痛時2錠/回 15回分に変更となった。	アセトアミノフェンと入力した際に【般】アセトアミノフェン200mgとアセトアミノフェン「ヨシダ」を選択し間違えた可能性があり、薬剤選択後の確認が不十分だったと思われる。	カロナール供給不足により、カロナール細粒20%⇒アセトアミノフェン原末に処方変更を該当病院に依頼した事があったため、処方入力した際の選択間違いが起りやすくなったかもしれない。エディロールカプセル⇒エディロール錠に疑義照会で変更した後の次の処方時、用量が間違って処方された事もあったため、1回分の用量鑑査をしっかりと行っていく。			アセトアミノフェン「ヨシダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1611	眼圧が高値となった患者。来局日より緑内障点眼開始。チモロールXE点眼が処方されていた。用法が1日2回点眼となっていたため疑義。1日1回に変更となった。	チモロール点眼は、1日1回(チモロールXE点眼)と2回製剤(チモロール点眼)があるためしっかりと確認の上、投薬する。	名称類似、用法違いなど注意すべき類似薬品は特に注意し監査を行う。			チモロールXE点眼液0.5%「ニッター」	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



類型Ⅲの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1612	いつも来局されている患者さんで、今回来局された時から突然タケルダ配合錠が削除になりました。患者さんに聞いた所、医師から胃薬は必要ないから削除しとくと言われたそうです。タケルダは胃薬とアスピリンの合剤で、脳梗塞の予防のために服用しているはずなのでアスピリンまで処方止めるのはおかしいと思い病院に確認した所、タケルダの削除は間違いで医師がアスピリンと胃薬の合剤であることを忘れていたと言う事でした。	医薬品の名前が似ている事と、タケルダが配合剤で何が配合されているか分かりにくい事。	配合剤の中身が何かは分かっておく事。分からない時はその都度内容を確認する事。			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
1613	メジコン散10% (処方は一般名でデキストロメトルフアン) 6g分3で処方入力されていた。調剤時に用量が多すぎること気付き、疑義照会したところ、錠剤6錠分3に変更された。	病院で処方入力時に、薬剤名の選択を錠剤のところ散と間違えたと思われる。そのまま気付かず、錠剤の用量の数字を入力したため、過量となっていることに気付かなかった可能性が高い。	散剤に限らず1日用量についても問題ないか必ず確認を行う。			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
1614	ジクアスLX点眼液3%の用法が両眼1日6回点眼であったため、処方医に疑義照会したところ、両眼1日3回点眼に変更になった。なお、ジクアスLX点眼液3%は患者希望により処方された。	ジクアス点眼液3%とジクアスLX点眼液3%の用法が異なることを処方医が認識していなかったと考えられる。	通常通り業務を行う。			ジクアスLX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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	<p>前回からフルボキサミンが原料になり1錠分2の指示が出ていた。フルボキサミンは粉碎・半錠によりビリビリ感といった刺激感が生じるので患者様に薬剤調製前にそのことをお伝え。患者様より「今日フルボキサミン減量する話は特になく、日中の眠気残るため眠前の薬を減らす話をした」とのこと。フルボキサミン減量ではなく、フルニトラゼパム減量ではないかと医師に確認し、フルボキサミンは減量せず、フルニトラゼパム1mgを寝る前1錠に変更すると医師から指示頂く。</p>	<p>どちらも「フル」から始まるため、医師入力時間間違えたとみられる。</p>	<p>減量や薬剤変更等あれば、処方意図について差し支えない範囲で患者様に聞き取りすることの徹底が重要</p>			フルボキサミンマレイン酸塩錠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
1616	<p>前回プレドニゾロン錠1mgを4錠分処方であった患者様が、今回の処方ではプレドニン錠5mgを1錠の処方に変更になっていた。増量である旨の服薬指導を行ったところ、Drからは減量であると聞いていることが判明。疑義紹介を実施したところ、プレドニゾロン錠1mgを3錠の間違いであったことが判明した。</p>	<p>類似薬品名のため、頭文字で検索したことによるものか。</p>	<p>患者様からの症状の聞き取りを行い、処方量および変更の内容などが適切であるか確認が必要。</p>			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	
1617	ジルチアゼム徐放カプセル100mg 2c 分2 朝夕食後 で処方されていましたがいつも飲んでるベニジピン錠4mg 1錠でふらつきが出るためベニジピン追加しジルチアゼム錠に切り替えると先生から説明があったとのことで疑義照会しました。ジルチアゼム徐放カプセル100mg 2c 分2 朝夕食後 → ジルチアゼム錠30mg 2錠 分2 朝夕食後の誤りとのことでした。	薬剤選択時の選択ミス	聞き取り、確認を徹底する。			ジルチアゼム塩酸塩徐放カプセル100mg 「日医工」 ジルチアゼム塩酸塩錠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
1618	定期でデバス錠処方あり、調節服用しているため処方ある時とない時がある。いつもデバス錠0.5mg3錠3x毎食後30日分で処方あるが、5/8の処方せんにはデバス錠1mg3錠3x毎食後30日分で処方されていた。デバス錠は高齢者1日1.5mgまでの投与制限もあるため、医師に疑義照会したところ、デバス錠0.5mg3錠3x毎食後30日分に処方変更となった。	医薬品名しか確認せず、用量の確認を怠ってしまった可能性あり。	年齢による投与制限がないか、添付文書を確認する。過去の薬歴で処方歴などないか確認する。			デバス錠1mg デバス錠0.5mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1619	一般名処方で『【般】リスベリドン細粒1%0.5g1日1回食後』の記載であったが、初めて服用する薬剤でもあり用量が多量であると判断し医師へ疑義照会。『【般】リスベリドン口腔崩壊錠1mg 0.5錠1日1回食後』へ処方変更となる。	4月から新しく勤務した医師でもありレセコンの使い方に慣れていなかったことと、一般名の記載であり選び間違えた可能性あり。	散剤でも錠剤でも一般的な用量であるかどうかの確認と、その人に合った用量設定であるかを処方監査時、計数調剤、交付時など常々確認するよう心がける。			リスベリドン錠0.5mg 「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: 疑義照会 発生要因: 医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因)**

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1620	久しぶりに近隣病院受診。他病院に入院しており、薬の継続を勧められたとのこと。前の病院でエンレスト(100)1錠分2朝夕食後で服用していた事はお薬手帳にて確認。本日の処方箋はエンレスト(100)1錠分1朝食後になっていた為病院に疑義照会したところ、エンレスト(50)2錠分2朝夕食後に変更となりました。	お薬手帳から、他の薬8種類が朝1回だったので、エンレストも1錠分1になったと推測できました。	久しぶりに来られた患者様の薬の内容は、変更になっている可能性も高いので、お薬手帳等を参考によく確認する事が必要だと思われます。			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
1621	クラリチン錠10mg服用の患者にフェキソフェナジン塩酸塩錠60mg処方追加のため、疑義照会する。フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg処方中止。	服用歴の知識不足	薬歴、併用薬確認不足を怠らないようにする。			フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「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
1622	コロナウイルス感染症患者に対して、コロナール細粒50% 0.7g(屯用)が処方された。9歳に350mgは多すぎると判断されること、普段20%が処方されることが多いことを踏まえ疑義照会。20% 0.7gに変更。	発熱外来は外で診察していることもあり、電子カルテの入力に間違いが生じたものと考えられる。	繁忙時には間違いが起きやすいことを踏まえ、普段に増して確認の徹底が必要。			コロナール細粒50% コロナール細粒20%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1623	アスバラK50%4g分2、朝・夕食後で服用中。アスバラK50%4g分2朝・夕食後で追加投薬。1回用量が超えた為、疑義照会実施。アスバラK50%4g分2、昼・夕食後(昼3g・夕1g)に変更の指示あり	薬歴の確認。	薬歴の確認。			アスバラカリウム散50%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1624	コデインリン酸塩散10%「タケダ」、頓用(咳嗽時)で、1回1gで処方あり。添付文書上の通常用量は1回0.2g、1日0.6gであり、1回量として大きく逸脱しているため疑義照会。1回0.2gへ変更となった。	総合病院の処方であり、今回から主治医が交代となっていた。新しい医師は4月から当該病院に入職したため、システムに不慣れだった可能性、もしくは通常用量の知識が不足していた可能性がある。	今回は麻薬についての用量逸脱だったため、より慎重な調剤を行っていたので早期発見することができた可能性がある。散剤については倍量、10倍量などでの過誤が多く発生する傾向にあるため、調剤録や秤量レシートなどに成分量を記載し、用量・用法逸脱がないかを毎回確認する。特に複数規格がある散剤や、小児に使用する散剤で体重当たりの用量が決まっているものについては、薬瓶や薬品棚に注意喚起の札や用量を記載する。			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
1625	前回doの定期の中にイルアミクスHDがでていたが、患者よりふらつきはないが血圧の薬を減らすと言っていた、血圧は104/58でひくめだったとのお話があったので疑義。イルアミクスLDに変更された。カルテにはLDに変更とあったため薬品を変え忘れていたか変えたと思って同じ薬を選択していたと思われる。	イルアミクスのLD、HDとがカルテ上見分けにくくなっている可能性がある。	指導時の聞き取り。必要に応じて疑義。			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
1626	1歳、10.5kgの患者へツロブテロールテープ1mgが処方された。3歳未満へは添付文書上、ツロブテロールテープ0.5mgの処方が通常のため、問い合わせした所、ツロブテロールテープ1mgから0.5mgへ減量となった。	コンピュータでの処方入力の際の選択ミス、または用量の確認もれなど。	小児の処方せんを調剤する際には年齢、体重を必ずチェックする。体重年齢に見合った処方用量である事を確認する。			ツロブテロールテープ1mg「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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	チラーヂンS錠25 $\mu$ g 1錠で処方されていたが、今までは25 $\mu$ g0.5錠で服用していた。患者に状況を確認したところ、特に変化はないとの事なので、疑義照会すると0.5錠に変更となった。	処方箋入力時の確認ミスではないか?	服薬用量の増減がある場合は薬歴にて薬物治療の継続状況を確認し、患者本人には現状を聴き取る。			チラーヂンS錠25 $\mu$ g	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1628	いつもはメマンチン錠5mg 1回3錠のところ、メマンチン錠20mg 1回3錠の記載であった	いつもの主治医と違うDrが処方した	前回処方との確認をきちんと行う			メマンチン塩酸塩錠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
1629	1歳6ヶ月の体重9kgの患者にポララミンシロップ0.04%7.5ml 1日2回の処方。成分量として3mgとなる。添付文書では成人の投与量しか記載なし。成人では1回2mgを1日1回~4回。新小児薬用量改訂第8版では1日3mgは7歳6ヶ月の量となる。Von Harnackでは1歳が成人の1/4なので一回0.5mg。また海外の添付文書では体重当たり0.15mgを1日4回。いずれにしても量が多いため疑義照会をおこない、1日3ml分2。成分量として1日1.2mg、1回0.6mgへ変更となった。	dl-クロロフェニラミンとd-クロロフェニラミンで間違いして倍量近く処方したと思われる。処方時に体重当たりの成分量から計算しているようで、ラセミ体とd体みの製品を勘違いしたと思われる。以前にもポララミンドライシロップでネオレスタミンコーワ散と間違えて処方したことがありその時と同じ要因と思われる。	体重や年齢あたりの量を表にして調剤者の目につくところに置いておく。			ポララミンシロップ0.04%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1630	5/31よりマンジャロ皮下注2.5mgアテオスが開始となる。最初の4週間は、2.5mg/週にて注射するが、いきなり、12.5mgの規格となっていたため、問い合わせを行った。	マンジャロには、複数規格があり、電子カルテで、見間違えたと予測される。	お薬手帳・薬歴をしっかりと確認し、患者さんの薬物治療状況を普段から把握すること、また、薬剤の用法・用量に関する知識をしっかりと、持っておくことが必要。			マンジャロ皮下注12.5mgアテオス	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1631	3歳児にアスピリン散10%が1日量0.8g(原薬量80mg)処方されていることを処方監査時に発見した。用量が多いため医師に疑義照会をしたところ、アスピリンドライシロップ2%のところをアスピリン散10%と間違えて記載していたことが分かったため、アスピリンドライシロップ2%で調剤し患者に引き渡した。	医薬品名が似ているので、医師が処方箋を書く際に選び間違えたと考えられる。	お薬手帳や調剤録を利用し、過去の処方と薬剤の変更や大幅な用法容量の変化が無いか確認する。調剤や監査の際に薬剤の小児用量を確認する。			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
1632	処方箋を受け付け内容を確認した際にモメタゾン点鼻液の用法が1日2回で記載されているのを確認。処方医へ連絡し通常は1日1回1回2噴霧とお伝え。1日1回1回2噴霧へ修正となった。	他の点鼻の用法と処方医が勘違いした可能性が高い	花粉シーズンの前によく使う点鼻に関してはスタッフ一同で用法の確認を行う。			モメタゾン点鼻液50マイクロg「杏林」56噴霧用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1633	アルファカルシドール服用中のためエディロールの処方にあたり疑義紹介し、削除となった。	お薬手帳や併用薬の確認を行う。	お薬手帳の確認をきちんと行う。			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
1634	コンプライアンスの悪い患者が久しぶりに来局来局するまでの間に処方元が電子カルテなどを導入していた。以前処方されていた薬はエリキユース錠2.5mg等だが、今回新規でエビスタ錠が処方されていた。投薬時に話を聞くと診察時の話にはまったく骨の話などは無かったため、疑義照会結果以前と同じエリキユース錠へ変更となった	電子カルテなど新しいシステムの導入により、旧システムとの連携がうまくできていないと考えられる。新しいシステムの導入初期にはこのようなミスが頻発していた。	前もってシステムの変更などがあつた際にはより注意が必要であると意識している。			エリキユース錠2.5mg エビスタ錠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	
1635	患者様からアミオダロン錠が追加された処方箋を受けつけた。当薬局の薬剤師が調剤中、薬歴と確認したところアンカロンで間質性肺炎の副作用歴があったことに気づいた。患者様へお電話して上記の副作用の確認を行ったところ、間違いなしとの事だった。病院に問い合わせたところ、失念していたとのことで、処方削除になった。処方削除になった旨を病院の方から患者様へ説明して頂けることになった。	アンカロンで副作用があったのはかなり昔だった。処方元が大きな病院だったので、担当医師が変わってしまい、把握していなかったのかもしれない。アンカロンとアミオダロンで先発後発の名前が違うため、失念されていた可能性も考えられる。	新規処方薬や、久しぶりに追加になったお薬については、必ず副作用歴や病歴、相互作用等に目を通す。薬歴上妥当な処方であるかを判断する。先発後発で名称が異なるので、覚える必要もある。			アミオダロン塩酸塩錠 100mg「トーフ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1636	引越して医療機関の変更、テラムロAPと紹介状にはあったが、BPが処方されていた。	APとBPの見間違い。	間違いやすい内容のため、アルファベット部分を目立つようにしている。			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
1637	2歳体重12kgの患者様に対しロベミン細粒0.1% 0.5g 1日2回夕食後3日分で処方された。ロベミン細粒0.1%は0.02~0.04mg/kgであり体重から計算すると多めの用量であるため疑義照会。同用量のロベミン小児用細粒0.05%への変更となった。	ロベミン細粒は0.1%と小児用0.05%の複数規格があり、医師が処方の際に選択を誤ったのではないかと。	今後も小児への処方の際は体重あたりの用量を計算し、複数規格のある薬剤の際は特に用量の誤りがないか疑っておくようにしたい。			ロベミン細粒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
1638	白内障手術予定で、緑内障はない事確認。患者様より、ビタミン配合の目薬処方希望されたと聴取。DrにTELにて疑義照会し、サンロ点眼液2%ではなくサンコバ点眼液0.02%処方の間違いであると判明、変更になった。	処方入力時の入力ミスと確認ミス。	患者様の症状の聞き取りをしっかりとる。			サンピロ点眼液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



類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1639	風邪症状で受診した6歳の患者様にアスピリン散10%が1.5gで処方されていたが、年齢・体重を考慮して過量と判断。疑義照会にてアスピンドライシロップ2%1.5gの間違いであったことが判明し、処方変更となった。	複数規格あるため、処方入力の際に規格を誤った可能性がある。	小児においては特に投与量を間違えると重大な事故に繋がりがねないことから、しっかりと体重を聞き取り処方量が適切かどうか判断する必要がある。今回のような複数規格がある場合は特に入力間違いが起きやすいため、必ず用量確認は行う。			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
1640	同日、同じHp内で内科と整形外科を受診。定時内科にセレコキシブ・レバミピドを処方あるが、整形でもロキソプロフェン・レバミピドを処方された。患者様・ヘルパーさんとお話しさせて頂き、整形のロキソプロフェン・レバミピドは削除となる。	同じHp内での科違いの処方なのでカルテは共通と思われるが、診察内容が違っているので、見落としてしまったと思われる。	今回は同じ日の処方で、気づきやすい重複だと思いますが、手帳などで併用の確認を怠らないようにしていきます。			ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」レバミピド錠100mg「EMEC」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1641	胃の調子が良くないとのことで、ネキシウムカプセル20mgが処方されていたが、他病院にてタケキャブ錠10mgを服用中であると確認し、同種同効薬の重複があり、先生へ確認し、他病院のタケキャブ錠を中止し、今回処方の方のネキシウムカプセルを服用するようとの回答を得た。	患者様の体調の考慮はあったが、お薬手帳の確認漏れがあったと考えられる。	お薬手帳の確認を徹底。お薬手帳持参していない方には、電子を紹介する。			エソメプラゾールカプセル20mg「DSE P」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1642	<p>血圧安定してしばらく降圧剤を休薬していた。頭痛がするため血圧を測定したところ、170/100あった。しばらく薬を休んでいたため、医師からは一番弱い薬を出すと言われた。アムロジピン5mgで処方が出ていたが、一番弱い薬と言われたことと、2.5mgの可能性もあると思い、疑義照会。5mg→2.5mgに訂正変更と処方医確認。</p>	<p>アムロジピンは、複数規格あり、カルテへの入力間違いが考えられる。</p>	<p>久しぶりの来局で、降圧剤が再開されていたため、なぜ再開されたことになったのか、患者から状況を詳しく聞き取るようにした。</p>			<p>アムロジピン錠5mg 「ファイザー」</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>
1643	<p>レザルタス錠とテルミサルタン錠の併用あり。患者に聞き取りを行ったところ、降圧剤の変更を行うとの処方医の説明を確認。疑義を行ったところ、本来テルミサルタン錠を削除するところを誤ってテネリア錠を削除してしまったことが判明。処方修正となる。</p>	<p>名称が似ているものに関する処方間違いの可能性を念頭に置いておくこと。</p>	<p>処方変更時には患者からの聞き取りを丁寧に行う。</p>			<p>テルミサルタン錠20mg 「DSEP」</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>
1644	<p>久しぶりに来局された患者様。11歳、30kg。風邪症状にて受診。ポララミン散1% 2g分3で処方されていたため疑義照会にてポララミンDS0.2% 2g分3に処方変更となる。</p>	<p>カルテ記載時のミスと推察。</p>	<p>小児処方の場合は体重確認と用量確認をしっかりと継続していく。</p>			<p>ポララミン散1%</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>
1645	<p>当薬局を頻繁に利用する患者様が来局。処方箋の受付を行い、内容を監査したところ、トラネキサム酸の成分が剤形違いで重複されていたため処方医にFAXにて疑義照会を実施。その結果、供給の関係から【般】トラネキサム酸散50%の処方が削除となった。</p>	<p>供給に合わせて剤形を変更していただける病院だが頻繁に変更を行っている様子が成分重複で処方してしまったようだ。</p>	<p>頻繁に処方内容が変更される病院であると薬局従業員に周知させる。また薬剤師には一般名と商品名の学習をさせ、一般名と商品名が重複処方されていても判断できるようにする。</p>			<p>【般】トラネキサム酸+散+50% 【般】トラネキサム酸+シロップ+5%</p>	<p>ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例</p>

**類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1646	エリスロシンの錠剤を服用中の患者様が、お薬の飲みづらさを訴えられており粉薬へ変更になった。その際、エリスロシンドライシロップW20%とエリスロシンドライシロップ10%が存在することが確認不足であり1回量が倍量になってしまっていた。疑義照会で1日量を4gから2gへ減量。	エリスロシンドライシロップW20%とエリスロシンドライシロップ10%の存在の認識不足。1回量の確認不足。	複数規格存在する医薬品は必ず、その薬品で量が間違いないか検討する。			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
1647	3歳の患児に、モンテルカストチュアブル錠5mgが処方されていた。年齢からモンテルカスト細粒4mgの間違いが疑われたため、疑義照会し、モンテルカスト細粒へ変更となった。	類似剤型の選択ミスが考えられる	投与年齢と剤型の確認			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
1648	8歳になる男性で粉薬から錠剤へ初めて変更となったが処方にアレグラ錠60mg2錠と記載あり。適応では30mg2錠が正しい用量となるので、変更となった。	変更後新規だったため、使用頻度の高い類似名称の60mgを処方してしまった可能性。	年齢の確認と変更後の新規処方などは用量のミスが起こりやすいので注意が必要。			フェキソフェナジン塩酸塩錠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
1649	レボセチリジン塩酸塩シロップ用0.5% 5gとなっており用量が多く疑義にかける。	クリニックの事務員の小数点の打ち間違いと思われる。	いつもと違うクリニックの処方は特に注意をして監査する			レボセチリジン塩酸塩シロップ用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	
1650	当薬局の利用は二回目。慢性便秘症によりモビコール配合内容剤LDを以前より服用していた。<前回処方>モビコール配合内容剤LD 6.8523g 4包 朝夕食後 28日分 この処方量で薬効を感じているため再度受診。患者はHDへの変更は聞いていたが、増量に関しては聞いていなかった。添付文書より過量であることを確認したため疑義照会し、変更となった。	医師がLDとHDの成分量の違いを把握していなかった。入力時の判断ミス。	<処方内容>モビコール配合内容剤HD 13.7046g 4包 朝食後 28日分<処方内容変更後>モビコール配合内容剤HD 13.7046g 2包 朝夕食後 28日分 患者にLD→HDに変更、4→2包に減少しているが、成分量は同じであることを説明し、これまで通り服用するよう指導。			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
1651	久しぶりに来局された患者様。フェブリク錠20mgが処方されていたが、当薬局では初めておわたしするため患者様に服用歴があるか確認したところ初回服用だった。尿酸降下薬による初期治療には、血中尿酸値の急激な低下により痛風関節炎が誘発されるため、フェブリク錠の投与は10mg 1日1回から開始となっているため、疑義照会を行った。フェブリク錠20mgからフェブリク錠10mgへ変更となった。	患者様のお話では少ない量から始めるという話があったとのことなので、おそらく処方を入力する際に用量を間違えてしまったのだと思われる。	患者様の服用歴を確認している。初回投与の場合は特に用法用量にきをつけ、添付文書を確認するようになっている。			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
1652	プルゼニド錠12mg×5T処方開始。用量が超えている為、疑義照会実施。プルゼニド錠12mg×2Tに変更の指示あり	添付文書確認	添付文書確認			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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1653	前回はアゼルニジピン16mg 0.5錠を8mg 1錠で変更調剤し、途中追加していた今回調子いいのでそのまま延長する予定だったが、医師が当薬局の薬情の一般名欄アゼルニジピン16mg 0.5錠という記載を見てなぜか16mg 1錠で処方してしまった。患者宅で患者家族が気が付き交換した	医師が自院の過去情報ではなく薬局側の情報をもとに正確に確認せず処方したこと、その処方が間違いなのかの確認があいまいだった。変更s調剤情報も、医院のPCには入っていたが医師は忙しく、たまたまみていなかったとのこと	変更調剤時は必ず医師に伝わる形で報告すること。薬情に余計な情報が出ないように書式変更			アゼルニジピン錠 8mg 「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
1654	コデインリン酸塩散10%4g 一日2回7日分処方されたが、疑義にてコデインリン酸塩散1%4gの間違いと確認した。	薬剤の選択ミスであると思われる。	常用量の確認をしていく。入力時にも適用量でないものは警告が出るので、気を付けていく。			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
1655	これまでプレドニゾロンが漸減で経過(プレドニン5mg1錠/日→プレドニゾロン錠1mg4T/日→プレドニゾロン1mg3T/日)していた。今回、プレドニン5mg2T/日と増量になっていたため当該薬剤師は症状の再燃を疑った。投薬時、患者様に現在の症状を確認したところ、症状が改善傾向であるとのことだったため処方医に疑義紹介を行い、プレドニゾロン1mg2T/日の処方間違いであることが判明した。	処方時の入力間違いと思われる。	患者からの聞き取りを十分に行い、処方が適正であることを確認する必要性を改めて周知した。			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
1656	2023年6月20日15時頃FAXで受付。ジクアスLX点眼液3%とエピナスチン塩酸塩点眼液0.05%が1日4回で処方されていた。ジクアスLX点眼液3%添付文書上通常1日3回のため確認。1日4回から1日3回に処方変更となった。	ジクアス点眼液とジクアスLX点眼液の勘違い、エピナスチン塩酸塩点眼液0.05%の用法につられての入力ミスなどが考えられる。	引き続き添付文書の確認、患者との会話などで疑問がある場合は疑義照会を行っていく。			ジクアスLX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

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	
1657	他院からの転院の患者。定時薬としてアダラートCR錠10mgを服用中。継続処方の話があったようだが、アダラートCR錠20mgが処方されていた。血圧は安定しており、増量する必要のない数値だったため、疑義照会。アダラートCR錠10mgの継続処方となった。	処方元ではアダラートCR錠20mgの処方頻度が高いため、処方ミスがあったと考えられる。	引き続き、患者面談にて処方内容と相違がないか確認していく。			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
1658	患者から抗アレルギー薬(ベポタスチン)を処方してほしいと要望され、医師がベタキソロールと処方間違いをした。ベポタスチン自体は残薬があったためベタキソロールが処方削除になった。	頭文字だけであるが名称の類似による処方医の処方間違いがあった	患者からの聞き取りをする中で違和感を感じ、疑義照会した。			ベタキソロール塩酸塩錠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
1659	ブレドニン(5)残薬あり調整した処方箋だった。長期70日分処方。薬歴などからブレドニゾロンの用量は8mg35日分→7mg35日分予定だった。残薬ブレドニン(5)38錠持参。残薬のブレドニン(5)1錠とブレドニゾロン(1)3錠にしなくてはならないところブレドニン(5)3錠の処方となっていた。疑義照会しブレドニン(5)3錠→ブレドニゾロン(1)3錠に処方変更となった。	残薬があり、処方入力の際間違えてしまったと推定される。	薬歴をしっかりと確認し患者や患者家族からも残薬の情報を聴取し、処方の意図を読み取りブレドニゾロンなど減量のある薬剤や増量のある薬剤は用量に注意し調剤するよう注意喚起した。			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
1660	ベオーバ服用の患者に、ベタニスも処方、β3アドレナリン受容体作動薬のため、メーカー確認後疑義照会。ベタニス中止になる。	薬効など確認不足。	薬効など知識不足、知識確認。			ベタニス錠25mg 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	
1661	介護施設入居中のアスバラKを含めた9種類の薬剤を服用している患者が3月に入院し5月末頃に退院。6/2に退院時処方引継ぎの処方があり、薬局の最終の調剤内容からは4種類の薬剤が変更。変更内容のうちアスバラKの処方がなく、アスバラCaが処方追加されていた。対応した薬剤師はアスバラK含め半数近い薬が変更となっていたため、アスバラKも入院中に処方変更となったと思いそのまま調剤を行ったところ、介護施設職員が薬が退院時処方と異なることに気づき病院に問い合わせ。その後、病院よりアスバラKと間違えてアスバラCaを処方したと連絡があり、処方箋が差し替えとなった。	病院での処方箋入力時に薬剤の名称が類似により誤りが発生したものと思われる。薬局側としては、既に退院時に処方があり、それが引き継ぎで処方されていると施設より聞き取りをしていたため、対応した薬剤師が深く変更内容について確認しなかったことが要因となる。	処方内容が変更となった際に類似した名称の薬剤に変更となっていた場合、念のため施設に確認を取る。			アスバラ-C A錠200 アスバラカリウム錠300mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

類型IIIの事例(事例の集積が必要な事例、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	パソコン入力時入力違い	同種同効薬を常に確認すること	常に処方監査を徹底的にすること			ペリアクチンシロップ 0.04%	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。