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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1	帰宅後、交付されたシートを1錠ずつハサミで切り離してしまった。最後の2錠になったところで、シートに真ん中で切り離さないよう注意書きされていたことに気が付いた。	交付時の説明不足が原因。混みあってきていたため、交付時間を短縮しようと、飲食注意のみ口頭で行い、中央で切り離さないことについては説明しなかった。	混雑時における投薬について、要点を簡潔かつ分かりやすい説明方法を検討した。			リベルサス錠３ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
2	リベルサスのシートを真ん中からハサミをいれ切ってしまって交付した。吸湿性のため不可	ゴールデンウイークをはさみ35日分処方が多かった	リベルサスは偶数日数に変更してもらうよう統一			リベルサス錠７ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
3	リベルサス錠７ｍｇが１５日分で処方されていた。製剤特性から、ＰＴＰシートを所定の場所でしか切ることができないため偶数での処方に疑義照会し１６日処方へ変更となった。	製剤特性を理解し、PTPシートの記載をしっかり確認。安易に切るなどの加工を行わないように注意する。	薬剤の箱などに、付箋を貼り周知徹底を行っていた。			リベルサス錠７ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
4	処方箋にチラーヂン（50）3T　3×N 14日分と記載あり。チラーヂンを1日3回で服用することはあまりないので、疑義照会したところ、チウラジール（50）の間違いであることが判明。病院側の事務員さんが、ドクターのカルテの記載を勘違いして入力した様子。	チラーヂン（50）、チウラジール（50）共に、「チ」で始まり、規格の数字も「50」なので、病院の事務員さんがドクターのカルテを勘違いして入力したと思われる。	医薬品の用法・用量が添付文書通りではないときは、躊躇せずに疑義紹介をかける。また、今回のチラーヂンとチウラジールは真逆の薬効になるので、患者への問診で症状と薬効が食い違えば、すぐに疑義照会をかける。			チラーヂンＳ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	
5	心療内科処方薬に一般名アモキシシリンカプセル250ＭＧの記載があった。患者さんへの確認で抗うつ薬の追加が推測され疑義照会しアモキサンカプセル25ＭＧであったことが確認できた。	一般名が類似していたので入力ミスをしたと推測される	名前が類似している一般名処方には、特に注意し患者さんの情報をしっかり汲み取り判断していく	アモキサンカプセル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。
6	一般名アモキシシリンカプセル250で処方、処方箋は2行になっていて最後の0　のみが2行目に書いてあった、アモキサンカプセル25と思い調剤してしまった。レセコンの入力もアモキで検索したためアモキサン２５になっていた。薬歴記載中に口腔外科の処方でおかしいと思い間違えが分かった。すぐ連絡して取り替えたためまだ服用していなかった	慣れていない病院の処方箋だった。2行目があったことに気付かなかった。一般名の検索も適当だった。	処方箋はじっくり確認する。（とくに慣れていない病院のものは）レセコン入力もきをつける。	サワシリンカプセル２５０	アモキサンカプセル２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
7	歯科でアモキサンカプセル(25)が処方されていた。患者は、医師から抗生物質と痛み止めが処方されると聞いていた。問い合わせたところ、医師はアモキシシリンカプセル(250)を処方する予定だった。	類似名称の薬であったことが要因と考えられる。	診療科と処方内容を照らして確認し、患者が医師からどのような話を受けたのか確認する。			アモキサンカプセル２５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
8	平素から当薬局を利用されている患者さまにアモキサンカプセル25mgの処方があった。患者さまに処方医からお薬についてどのような説明があったか聞き取りを行ったところ、処方入力ミスの可能性が高いと判断した。処方元に疑義照会を行ったところ、アモキサンカプセル25mg→アモキシシリンカプセル250mgに変更となった。	レセコン3文字入力で似た名前の薬剤が表示された可能性がある。	処方内容の確認を徹底する。患者さまからの聞き取りを行い、処方意図が不明の場合は必ず疑義照会を行う。			アモキサンカプセル２５ｍｇ アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
9	数年にわたりレルベア200を使用の患者。今回より100に減となっていたが入力者の思い込みと店内の繁忙による焦りからDO処方で入力。薬局の備蓄は200のみであった。翌日土地に来られるとその日はお帰りになった。翌日、前日休みだった薬剤師が再監査したところ入力もセットされた薬も誤りである事に気づく。再来客前に正しい吸入を仕入れ調剤し直したため大事に至らず。	前日にお渡ししていたら誤った薬をお渡しするところであった。たまたま翌日来局予定だったため事なきを得た。薬剤師・事務1人体制で忙しく煩雑化していた可能性あり。忙しくても丁寧にしっかり確認することは絶対忘れてはいけない。まず単位から読むことを絶対習慣とする。	長きにわたりDO処方の患者の処方も初見のつもりでしっかり確認をする。忙しくても丁寧にしっかり確認することは絶対忘れてはいけない。まず単位から読むことを絶対習慣とする。	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。
10	イクセロンパッチ18ｍｇ処方のところニュープロパッチ18ｍｇをピッキングし鑑査時そのままスルーしてしまい患者様にそのままお渡ししてしまった。その後他の患者様のニュープロパッチ処方ピッキング時に不足し在庫が合わないことが判明。イクセロンパッチとニュープロパッチの取り違えミスであることが判明。患者様が使用する前に連絡が取れて交換することができた	パッチ剤２種類大きさが似ており、同じ１８mg規格であり外観の色も同じ紫である為思い込みで間違えて拾ってしまった。	間違え防止のため大きくイクセロンパッチと記入したカードをいれて、拾うときに改めて意識してもらうようにし一緒に拾ってもらいピッキングミス防止の対策をとる	イクセロンパッチ１８ｍｇ	ニュープロパッチ１８ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
11	規格ばかりに目がいって、薬品名をしっかりとみていなかった。	パッチ類は規格がよく似ているものが多く、それぞれの棚が近くに配置してあった。	薬品棚の配列を変えた。	イクセロンパッチ９ｍｇ	ニュープロパッチ９ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
12	新患。在庫がなく他店から小分け。トーワで入力すべきところNPで入力。調剤は正しくトーワでお渡し。	他店からの小分け依頼をした者と入力者が異なり伝達がうまくいかず違うメーカーで入力。一包化の方で以前から服用中のもの。焦りがあり監査もスルー。ポリムスの通し漏れ。	GE推奨品にチェックを入れたり、監査時にメーカー名を処方箋に記載することでチェック漏れを防ぐ。またポリムスの通し漏れを防ぐため通したら必ずピッキングリストにチェックをつけて監査者にまわすのを徹底する。	【般】アトルバスタチン錠10ｍｇ	アトルバスタチン錠１０ｍｇ「ＮＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
13	【般】エリスロマイシン錠２００ｍｇで処方され、薬局内の在庫にエリスロシン錠２００ｍｇがあったため、事務員へレセコンの入力はエリスロシン錠２００ｍｇで入力するよう指示した。入力しようとしたところ【般】エリスロマイシン錠２００ｍｇにエリスロシン錠２００ｍｇは該当していないことに気が付いた。調べた結果、【般】エリスロマイシン錠２００ｍｇに該当する医薬品はエリスロマイシン錠２００ｍｇ「サワイ」のみであることを知った。患者へはエリスロマイシン錠２００ｍｇ「サワイ」で交付した。	エリスロシンとエリスロマイシンの名称が類似しているため思い込み、知識不足が要因となり間違えた。	一般名処方に対応している薬剤・対応していない薬剤をピックアップし薬局内で周知した。	【般】エリスロマイシン錠２００ｍｇ	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
14	ご家族が来局、受け取り。他院より今回の医療機関へ転院、今回処方内容のお渡しは初めてだった。後発品希望であったため、後発品で調剤したが、クロチアゼパムをクアゼパムで調剤してしまっていた。	後発医薬品で名前が似ていたこと、店舗で良く出る薬品でなかったこと、投薬時に他の薬に気を取られていたこと、調剤時・鑑査時・投薬時の確認不足で招いてしまった事案と考える。	あまり動かない・触らない薬品だからこそ、確認をより慎重に行う必要がある。他にも似ている名前の薬も多く存在、在庫しているので、今一度注意しながら取り組んでいく。	【般】クロチアゼパム錠5ｍｇ	クアゼパム錠１５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	鑑査者も鑑査時に異なる薬品で調剤されているにもかかわらず気が付かず、そのまま投薬してしまった。投薬時、当該薬品以外で疑義照会が必要な事案も発生し対応していた。夕方、当該投薬者が向精神薬数チェック中、クロチアゼパムのシートを見て、投薬時ご家族へ見せながら説明した時の薬のシートデザインと異なることに気が付いた。在庫数も確認したところ、クロチアゼパムとクアゼパムの数がずれていた。自宅へ連絡。ご家族とお話しした。状況を説明し、薬情と薬を確認していただき、薬情にはクロチアゼパム、薬のシートにはクアゼパムと書いてあること確認してもらった。薬はまだ服用していないこともその時に確認。電話終了後自宅へお伺いし、薬の交換と謝罪、今後このようなことがないよう薬局内で見直すことお伝えした。						
15	一般名で「クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05％：キンダベート軟膏に該当」が処方されたが、似た一般名である「クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05％：デルモベート軟膏に相当」を入力し、監査・調剤してしまった。与薬者が交付前のききとりにより気づき、正しい薬剤に直した。	一般名が酷似しており、レセコン入力時、頭3文字検索での選択を間違えた。監査者・調剤者はデルモベート軟膏の作用が強力であることは承知していたが、1歳児への投与には、薬歴からみても疑問をもたなければいけなかった。	局内で情報共有し、注意を促した。	【般】クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05％	【般】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
16	患者が処方箋を持って来局した。処方薬には【般】テルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド配合錠　1錠　1日1回朝食後　90日分と記載されていた。薬剤師A(職種経験年数18年)はテルチア配合錠AP『サワイ』を調剤するところ、誤ってテラムロAP『サワイ』を調剤し監査にまわした。監査にあたった薬剤師Bが、処方薬の【般】テルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド配合錠でテルチア配合錠AP『サワイ』ではなくテラムロ配合錠AP『サワイ』が調剤されていることに気付き、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはテルチア配合錠AP『サワイ』を正しく調剤し、再度薬剤師Bが監査した。監査で誤りに気づいたため、患者には正しい薬を交付した。	一般名処方の配合錠は成分を最後までしっかり確認する必要があるが、確認を怠った。当薬局ではテルチア配合錠AP『サワイ』よりもテラムロ配合錠AP『サワイ』の方がよく出るため、一般名のテルミサルタンが含まれる配合錠はテラムロ配合錠AP『サワイ』だという先入観があった。	一般名処方の配合錠は、成分名を最後まで確認するよう徹底した。調剤室に配合錠の一般名・商品名の表を貼り、間違い防止のため注意喚起をした。	【般】テルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド配合錠	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
17	患者さんが臨時薬の処方箋を持参、薬剤交付時に定期薬も希望し、直接CLに戻り処方を依頼。その間、薬剤師が薬歴にもどついて調剤したが、在庫の不足の薬があり、その対応について事務と相談した。患者さんが薬局に戻り、急いでいる様子だったので、調剤した薬をダブルチェックせず、そのまま投薬した。その場で患者さんが間違いに気づき、正しい薬に調剤し直した。	調剤と監査のダブルチェックを行わなかった。在庫の不足に気を取られてしまった。	忙しい状況や患者さんが急いでる状況でも、ダブルチェックを徹底する。日頃から在庫不足の薬が無いように努める。	【般】ベンズブロマロン錠５０ｍｇ	ユリーフ錠４ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
18	ツムラ六君子湯112包処方の患者様に、ツムラ六君子湯42包入りを2箱と、ツムラ大黄牡丹皮湯２８包で調剤してしまい、監査時に発覚。	ツムラ六君子湯（４８番）とツムラ大黄牡丹皮湯（33番）の外観類似	漢方薬の端数も番号違いがないか１つ１つきちんと確認する。	〔東洋〕六君子湯エキス細粒	ツムラ大黄牡丹皮湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
19	一般名処方、一般名が類似しておりdo入力した。	注意深くチェックする。	初心に戻り注意深く！	５ｍｇコントール錠	クロチアゼパム錠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
20	一般名d-クロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠6mgで処方されていたが、一般名ベタメタゾンd-クロルフェニラミンマレイン酸塩配合錠であるヒスタブロック配合錠で投薬しかけた。直前になり誤りに気づき、正しい商品d-クロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠6mg「武田テバ」へ差し替えた。	薬剤師の思い込みで、誤った商品名を入力者に伝えてしまったことが要因である。指示を鵜呑みにせず、入力の際にきちんと確認するよう改善した。	どの薬においても言えることであるが、特に一般名処方での記載は商品名が間違っていないか、複数人で監査するよう徹底する。	d-クロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠６mg「武田テバ」	ヒスタブロック配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
21	一般名処方でｄ－クロルフェニラミンマレイン酸２ｍｇで来ていたところ前回ＤＯを引っ張って来てベタメタゾン・ｄークロルフェニラミンで入力をしてしまい、調剤・監査もそれにつられてしまった。	その病院で出るのは圧倒的にベタメタゾン・ｄ－クロルフェニラミンの方が多いので思い込み。	思い込みで調剤は禁止。必ず処方箋をみて調剤を徹底	ｄ－クロルフェニラミンマレイン酸塩錠２ｍｇ「武田テバ」	サクコルチン配合錠		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
22	クロルフェニラミン「武田テバ」とエンペラシンの包装が似ているため間違えてしまった。	エンペラシンの調剤が続いたため、続けて取ってしまった。	棚に札を付けて注意喚起する。	ｄ－クロルフェニラミンマレイン酸塩錠２ｍｇ「武田テバ」	エンペラシン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
23	一般名処方で、アスパラカルシウム２００ｍｇで処方されていた。平素よりこちらを利用されている方というのとお薬手帳を持参されており、退院時処方がお薬手帳に記録されていたことより、アスパラカリウム３００ｍｇではないかと思われ、疑義照会を行ったところ、アスパラカリウムへ変更となった。	疑義照会を行った際、入力は、事務が行っているようで、カリウムとカルシウムは同じものと思われており、用量を変更したかったため、２００ｍｇと３００ｍｇだけみて、処方内容を変更した様子だった。違うものと伝えたが、なかなか理解してもらえなかった。処方元は、退院時処方を出したところだったため、退院処方では、カリウムでていることを伝えると、理解してもらうことができた。	処方入力時、ピッキングリストチェック時には、名前だけではなく、規格までしっかりと見るようにする。	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
24	Lアスパラギン酸カルシウム錠２００ｍｇの調剤のところを取り違えＬアスパラギン酸カリウム錠３００ｍｇを調剤してしまった。	アスパラギン酸だけが頭にあり薬品を正確に確認せずに処方箋をよみ、調剤したとおもわれる	カルシウムとカリウムの違いや用量なども違うので正しく処方箋を見て、調剤もあわてず正確にすることをこころがける。また名前が似ているので注意する付箋を貼付。その他に類似薬についても検討し防止する。	Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「サワイ」	Ｌ－アスパラギン酸Ｋ錠３００ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
25	処方箋記載薬はLアスパラギン酸CA200ｍｇ「サワイ」でしたが、レセコン入力時に類似した薬品名アスパラCA錠200ｍｇで入力してしまいました。入力後に他者と読み合わせもしましたが、その際にも見落としてしまいました。	通常業務を緊張感なくこなしていた事が大きな要因であると考えられます。	類似する薬品名は沢山あるので、今後も1つ1つ慎重に入力し、他者との確認も徹底していこうと思います。	Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「サワイ」	アスパラ－ＣＡ錠２００		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
26	２０２２年１月某日　１１時頃　勤務年数１０年の薬剤師がアスパラCa２００ｍｇを処方されたところアスパラカリウム３００ｍｇを調製した。患者様が帰宅後間違いにきずいた。後日交換に見えた。	アスパラCa錠２００ｍｇとアスパラカリウム錠３００ｍｇの名称類似していた為間違ってしまった。	落ち着いて調製し良く処方箋と薬を見比べて監査をする	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
27	アスパラカルシウムを本来準備しないといけないところ、アスパラカリウムで準備	当薬局はカリウムの方が圧倒的に処方されるのでアスパラという単語だけで判断し準備してしまった。	処方箋の文言は一言一句しっかり確認	Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「トーワ」	Ｌ－アスパラギン酸Ｋ錠３００ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
28	処方箋をファックスで受付し用意していたが、MS冷シップの処方内容であったが、名称が類似している温シップで用意していた。投薬した後にすぐ気がつき、正しいシップに交換した。	温シップがよく処方されていて、冷シップの処方が頻繁でなかったので、しっかり確認していなかったと考える。投薬時に確認が足りなかった。	投薬時にしっかり確認すること、調剤では規格をしっかり確認することをスタッフと共有した。	ＭＳ冷シップ「タカミツ」	ＭＳ温シップ「タカミツ」		ヒューマンエラー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	症状が変化したため、アゾルガ配合点眼液からアイファガン点眼液へ指示変更であった。しかし、ア行から開始される薬剤であったのも原因となり入力の際に変更に気が付かず以前のアゾルガ配合点眼のまま入力。監査と投薬まで行われ交付。家族から指示うけた薬品名と異なることを指摘され変更されてたことが発覚した。	混雑していた背景と、処方指示での類似したア行から開始され、かつ普段からよく処方される薬剤であったためミスはないだろうと思い込みが原因で発生したものと思われる事例でした。	入力時には、指示の医薬品の名称をすべて確認して鉛筆でチェックをするようにした。また、投薬時にも同様に監査シートにチェックを行い、たとえ混雑時であったとぢても手順として守るように改善策として実施しています。	アイファガン点眼液０．１％	アゾルガ配合懸濁性点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
30	アイファガン点眼液0.1%25ｍｌが処方されている患者に、誤ってアイラミド配合懸濁性点眼液25ｍｌを調剤し、監査も通ってしまい、投薬時に間違いに気付いた。	薬剤師2名のうち、1名は投薬中であったため、調剤、監査、投薬のすべてを1人の薬剤師が行った。	調剤には、必ず事務員含め2名以上が関わるようにする。	アイファガン点眼液0.1%	アイラミド配合懸濁注点眼液		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
31	アイファガン点眼液をアイラミド配合点眼液でお渡しした。	名前が似ている、箱が似ている、と分かっていて、気を付けようと処方の度に思っており、思っていたので間違わないと思っていたかもしれない。	薬を見ながら、薬の名前を声に出して、確認することにします。	アイファガン点眼液０．１％	アイラミド配合懸濁性点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
32	包装の箱、外観、点眼薬を入れる袋が類似していた。そのため、最後まで名前を確認せずに調剤してしまった。	名前、包装の箱、点眼液の外観全てが酷似している。	規格を確認し、規格にマルをつけるようにした	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
33	アイベータ配合点眼薬の処方があり、調剤されていた点眼薬はアイラミド配合点眼薬であった。監査のときに処方されている点眼薬とは違うことに気づき調剤者へ指摘をした。	医薬品名が類似していたため、誤って調剤を行ってしまった。	採用薬における類似名薬について抽出し、医薬品の棚にシールを貼付して注意喚起を行っていく。	アイベータ配合点眼液	アイラミド配合懸濁性点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
34	アイミクスLD配合錠の処方。一般名処方であったため、「イルベサルタン・アムロジピン5mg」という記載であった。当薬局ではアイミクスHDの処方が多い為、思い込みによるアイミクスHD配合錠をピッキング。監査時に気付いてアイミクスLD錠に取り直した。	配合錠の構成成分とその規格を確認する必要がある。「よく調剤する方」と思い込みでピッキングしてしまった。	配合錠の処方で一般名処方の場合、規格が異なる部分が必ず記載されている。その部分にチェックをつけて、どちらの規格なのか確認する必要がある。また、お薬説明書を参照することでシートのデザインが異なることに気付くことができる。	アイミクス配合錠ＬＤ	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
35	処方入力の際にアイミクスLDと入力するとことをアイミクスHDと入力。前回４月はHDであり、処方入力の際に前回４月のデータを引っ張り、入力。確認不足でそのまま調剤者へ。調剤者は、処方箋を見て調剤していたものの、棚が隣接しており、HHT使用時に、HDのバーコードをスキャンし、ピッキング。監査者の発見により、薬剤交付前に防ぐことができた。	処方入力の際に、薬品名、剤形、規格、メーカー、用法、1日量、日数の確認を縦に読むことができていなかった。調剤者は、薬剤のカセットを棚から取りだしてピッキングできていなかった。LDとHDの棚が隣接していた。	処方入力の際に、薬品名、剤形、規格、メーカー、用法、1日量、日数の確認を縦に読むことを全職員に徹底させる。調剤の際には、薬剤のカセットを棚から取りだしてピッキングする。当薬局においてあまり処方されないLDは引出しに入れ、隣接しないようにする。	アイミクス配合錠ＬＤ	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
36	処方せんが今回より一般名処方になり、配合剤の為、一般名のｍｇ数の見間違いで処方箋入力してしまい、薬がそのまま交付されてしまった。ご家族がいつもと薬が違うと、数日後に来店されて発覚。薬は服用していなかった。処方元のクリニックのレセコンのｍｇ数が、半角・全角が混ざっていて、以前から見にくく間違いやすかった。	一般名処方の配合剤のｍｇ数に気をつけて、処方箋監査をしっかりしてから交付する。	交付する前に。処方箋監査でしっかり入力と薬を確認して、お渡しする。	アイミクス配合錠ＬＤ	アイミクス配合錠ＨＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
37	以前からアイファガン点眼液を使用していた。今回から処方がアイラミド配合点眼液になっていたが気が付かずに入力をした。ピッキング時に薬剤師が入力間違いに気づき、入力をし直した。	同じ処方が続いている場合、処方変更になると見落としをする可能性があります。今回の場合は薬の名前が類似しているので、間違って入力してしまったと考えられる。	入力者に思い込みを無くして、しっかり処方箋を読みながら入力業務をする様に、改めて指導をしなおしました。	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
38	アイラミドが処方されたが誤ってアイベータで調剤してしまった。最終チェックの段階で気が付いたので健康被害なし。	棚が１段違いで患者様が数名来局されていたので焦ってしまった。名称が類似していたので勘違いしてしまった。	名称類似品は棚の位置を離す。棚に印をつける。	アイラミド配合懸濁性点眼液	アイベータ配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
39	ベネット17.5ｍｇはよく処方される医薬品であるが処方箋を見て薬剤の色の記憶から薬剤をピッキングしてしまった。	ベネット１７．５ｍｇとオクトネル１７．５ｍｇはよく類似した色の大型シートである通常ベネット１７．５ｍｇがよく処方される為アクトネル17.5ｍｇの処方が出るとまず薬剤のシートの色を連想しピッキングしてしまう。	ベネット１７．５ｍｇは棚に置きアクトネル１７．５ｍｇは引き出しに置き間違いを回避した。	アクトネル17.5ｍｇ	ベネット17.5ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
40	アクトネル錠17.5ｍｇ　1錠起床時　1日分と入力すべきところ、アクトネル錠17.5ｍｇ　1錠起床時　7日分と入力した。監査時に日数の入力間違いに気付いた。	休み明けであり、事務員も薬剤師も焦っていた。他の処方薬の日数が7日分であった事から、全部7日分と思い込んでしまっていた。アクトネル錠の規格は2.5ｍｇ、17.5ｍｇ、75ｍｇの3規格あるため、規格を2.5ｍｇと思い込んでいた。	規格の異なる薬品が存在する場合は規格に鉛筆でチェックを入れる。処方箋と薬袋の確認の徹底を行う。	アクトネル錠17.5ｍｇ	アクトネル錠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
41	一般名処方で事務の入力間違い成分は乳母児だがリュウマチで使用するか消火器で使用かは異なる	以前から薬局内では注意をする薬剤だったのですんなり　科などから違うと判断がついた	名称　主成分同じでも違った使用する薬剤　は皆で共有しあうようにする	アザルフィジンＥＮ錠５００ｍｇ	サラゾピリン錠５００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
42	アザルフィジンＥＮ５００ｍｇ処方を錠剤５００ｍｇにて調剤	同日にＵＣとリウマチの処方が混在していたため。	規格の確認	アザルフィジンＥＮ錠５００ｍｇ	アザルフィジンＥＮ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	
43	関節リウマチの患者様がアザルフィジンEN錠500ｍｇが処方された処方箋をお持ちになった。昨今の諸事情でいろいろな卸に問い合わせてもいつも取り寄せているメーカーの物が入らずに、その日入荷したのがサラゾスルファピリジン錠500ｍｇ「日医工」のみであったため交付してしまった。その後サラゾスルファピリジン錠500ｍｇが潰瘍性大腸炎のみの適応であることが発覚した。	早く渡さなくてはという焦りと同じ成分なので適応も同じであると思い込んでいたために起こってしまった。	同じ成分・用量の物であってもきちんと調べることが必要	アザルフィジンＥＮ錠５００ｍｇ	サラゾスルファピリジン錠５００ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
44	アジルバ錠４０ｍｇの処方の際、処方箋をもとに当事者がピッキング。その後調剤監査機器を通した際に、アジルバ錠ではなくタケキャブ錠２０ｍｇをピッキングしていたことに気づき、とりかえた。薬棚のアジルバ錠４０ｍｇの引き出しに、箱の外観がよく似たタケキャブ錠２０ｍｇが入っていた。	油断や慢心により、ピッキング時、薬品そのものに印字された薬品名・規格をしっかりと確認していなかった。医薬品の納品時、棚の在庫との照合を徹底していなかった。	ピッキング時はシートに印字された薬品名を必ず確認する。納品時は必ず監査機器を通し、１箱ずつ在庫と照合し棚入れを行う。	アジルバ錠４０ｍｇ	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
45	似ている処方が続き、アストミンシロップとアリメジンシロップを取違えて混合調剤し投薬した。その水剤を飲み終わる前に受診し来局。同じ処方だった。今回は間違ず調剤しお渡ししたが、自宅に帰って、前回の薬の色が異なることに母親が箋き薬局に連絡し、アストミンとアリメジンを間違えたことに気づく。	調剤前に、アリメジンに赤線、アストミンに青線を引き、混合後の液剤の色を記載。調剤後、別の薬剤師が監査することにした。	ほかにもアスベリンシロップがあり、間違えやすいので、色や場所を変えることにした。	アストミンシロップ０．２５％	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
46	患者が処方箋を持って来局。アストミン錠10ｍｇが処方されていたが、誤ってアスベリン錠１０ｍｇをお渡し。後から、患者から連絡があり、渡し間違えていることが発覚。まだ服用していなかったため、お詫びし、すぐに患者宅に交換に伺った。	アスベリン錠とアストミン錠で名称が似ているため間違えてしまった。また来局時、薬局内が混んでいたため焦りもあり、そのままお渡ししてしまった。	業務手順を見直し、調剤者と監査者でダブルチェックを徹底していくこととした。調剤棚に注意喚起の付箋を貼って間違えないようにした。	アストミン錠１０ｍｇ	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
47	4人組のPCR検査実施者で薬局外の対応だった。患者が帰宅後気づき電話してきたため発覚、謝罪の上交換した。	花粉症シーズンとコロナ対応で繁忙だった。アストミンとピーエイのヒートが似ており、隣の引き出しに並んでいたため摂り間違えた。	アストミンとピーエイの引き出しを離した。思い込みで調剤せず、しっかり処方箋を確認する。	アストミン錠１０ｍｇ	ピーエイ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
48	アズノールうがい液を処方されているところ、アズノール軟膏を調剤した。監査で発見し正しいものを調剤しなおした。	COVID19陽性の患者様で公費適応と公費適応外の入り混じった処方箋だったことと繁忙時間帯だったこと、濃厚接触者であるご家族に投薬するための準備などがあり焦ってしまったことが原因。	薬を揃えた後に再度処方箋と比較して再確認を徹底する。	アズノールうがい液４％	アズノール軟膏０．０３３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
49	アスパラCaのところ、類似名称のアスパラKを調剤してしまう。	類似名称の薬品についての調剤時の監査の徹底不足	当該薬品に類似名称の薬品があることを明示する。	アスパラ－ＣＡ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
50	L-アスパラギン酸Ca錠200mgとアスパラギン酸K錠300mgを取り違えた。	名称の類似	置く場所を離す。	アスパラ－ＣＡ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
51	処方箋にはアスパラＣＡで記載されていた。患者に確認したところ「カルシウム剤が追加になるとは聞いていない」とのことで疑義照会をした。疑義照会でアスパラＣＡでアスパラカリウムであった。	患者は以前スローケーを服用していた。今回はアスパラカリウムの追加処方であった。アスパラＣＡの監査時にアスパラカリウムかもしれないと気づき、患者に確認すべきであった。新たな病態から処方追加になったと安易に考えてしまった。	薬の変更時には監査時など不明に思った時点で患者に確認していく。受けている説明と処方内容の一致を確認する。一致しない場合には疑義照会を行う。	アスパラカリウム	アスパラカルシウム		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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
52	アスパラカリウムが処方されたが　名前が似ているので間違えてアスパラＣＡを投薬した。投薬後　他の薬剤師がアスパラＣＡの在庫が少なくなっているのを気付いた。処方箋の横に投薬時に確認のため鉛筆で書いてある薬品名を確認したところ間違いに気付いた。急いで母親に連絡して交換に伺った。まだ　服用はしてなくて助かった。	忙しいかったが　アスパラＫとＣＡが在庫してあることは認識していたが、朝の早いうちに来られてあせってしまった。	他の薬も毎回処方されているので　受診間近になったら予製するようにした。	アスパラカリウム錠３００ｍｇ	アスパラ－ＣＡ錠２００		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
53	アスパラカリウム錠300mgで調剤するところ誤ってL-アスパラギン酸Ca200mg「サワイ」で交付交付後患者本人より「いつもと違う薬が入っている」と連絡があり発覚。服用はしておらず、正しい薬剤と交換対応。	薬剤名の類似(特に前半部)、処方箋確認不足のため発生。調剤→鑑査でスルーしてしまった。	処方記載の薬剤名を最後までしっかり確認し、処方箋と実際の薬剤を照合確認する。	アスパラカリウム錠３００ｍｇ	Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
54	（般）Ｌ－アスパラギン酸Ｋ３００ｍｇの処方。アスパラ－Ｋ３００ｍｇで調剤すべきところ、Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ２００ｍｇ「サワイ」で調剤。	混雑している時間帯で、薬剤数が多いODPの処方だったため慌てて調剤してしまった。	混雑時でも慌てず、規格までしっかり確認してから調剤する。類似薬品名のある薬の情報共有を行う。	アスパラカリウム錠３００ｍｇ	Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
55	処方箋には一般名処方でLアスパラギン酸K錠300ｍｇ1日4錠分2朝夕食後30日分と記載されてた。事務員A（職務経験年数4年）はアスパラカリウム錠300ｍｇのところを誤ってLアスパラギン酸Ca錠300ｍｇを調剤した。投薬時に薬剤師が誤りを発見し、アスパラカリウム錠300ｍｇにて正しく調剤し直し、患者には正しい薬を交付した。	一般名名称が似ていて間違えた。正：Lアスパラギン酸K錠300ｍｇ、誤：Lアスパラギン酸Ca錠300ｍｇ収納されている薬品棚の場所が近く、十分に確認せず取り間違えた。	薬品を調剤した者とは別の者が再確認することを徹底する。薬品棚に名称類似注意の掲示をし、取り間違え防止を注意喚起した。	アスパラカリウム錠３００ｍｇ	Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
56	L-アスパラギン酸K錠300ｍｇで処方が来ており、アスパラKで調剤した。しかし、薬情でGEの記載があり変更することになった。その際、薬を変える過程で薬を取り間違え、それを見て処方入力を行ったため間違えた。そのまま、複数の目で確認したと思い込みで鑑査、投薬を行ってしまった。	確認不足。調剤手順の省略。	入力は処方箋を見て行う。調剤手順は決められた順番で確実に行う。	アスパラカリウム錠３００ｍｇ	Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
57	2022.2.28 AM 患者さんの家族が来局し、いつもと違う薬をのんでいたと告げられた。この患者さんは2019年から近隣の医院より処方されたアスパラカリウム錠を定期内服されていたが、2022.2.14に当薬局より誤って交付されたアスパラ-CA錠を見た目が変わったことに気づきながら10日間ほど服用していたのだという。そして1週間ほど前から体調不良ありアスパラカリウム錠の処方医を本日受診したこと、血液中のカルシウムが高くなっているため紹介状をもってこれから他病院に外来受診に向かうところだったとのことだった。慌てて調剤過誤があったことを処方医に報告、紹介状書き換えの後他病院受診に向かわれるのを見送った。その後医師より体調不良、高Ca血症、高血圧状態が確認できたので年齢も考慮して病院に紹介したと伺っ。。2022.2.28 PM 改めて患者さん宅を訪問してお詫びした。患者さんは外来診察後、治療と予後観察のため入院されたことを伺った。2022.3.2　ご家族に電話。息子さんより「昨日夕方に10分間ほど面会できた。主治医には会えなかったが容態は安定している」と伺った。	監査者が調剤された薬が類似名称の別薬品であったことに気づかなかったのが原因と考えられる。	調剤時、監査時に思い込みによる人的ミスを防ぐため機械によるPTP包装のバーコード読み取りを行うことで処方薬と調剤薬の取違いを無くすシステムを導入します。	アスパラカリウム錠３００ｍｇ	アスパラ－ＣＡ錠２００		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
58	定期処方アスパラカリウム錠300mgをアスパラCA200mg錠で誤投薬。帰宅後に家族が薬剤の違いに気付き、薬局へ連絡し投薬ミスが発覚した。ご家族に来局していただき、アスパラCA回収とアスパラカリウムをお渡しした。	繁忙帯であり注意力散漫、確認不足での監査であった。	調剤・監査時は繁忙状況であっても薬品名・規格・剤形の確認を行い、十分に注意する。薬剤棚に投薬注意喚起の掲示を行った。	アスパラカリウム錠３００ｍｇ	アスパラ－ＣＡ錠２００		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
59	調剤過誤後、3ヶ月後の定期来局。その時の投薬時に前回の薬いつもと違って大きかったという話になり、すぐに患者宅を訪問して確認。残薬はやはりアスパラカリウム300であった。すぐに残薬を回収して本来のアスパラCaをお渡し。当該病院にすぐに連絡をしました。特にカリウム製剤誤飲による痺れ等はないとのことでした。	繁盛期であった為チェッカーチェックがぬかっていた。薬名の思い込み。	監査時の指差し確認。処方箋との最終照らし合わせ。	アスパラカリウム錠３００ｍｇ	アスパラ－ＣＡ錠２００		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
60	在宅医からのFAXの受信に薬局内が込み合っており、患者家族の取りに来る時間に焦りを感じ、頭の4文字のみで調剤を行い、後で確認の自己監査システムを通そうと思いながら別の業務に取り掛かっていた。鑑査・交付した薬剤師も患者家族が取りにいらしたことで未確認のまま、調剤された薬を薬袋に入れてしまった。患者家族に渡した後、再度処方箋を確認し、CAとKの違いに気が付き、患者宅に誤調剤をした事実を伝え、自宅に取り換えに伺った。この処方箋には、医師への疑義照会が含まれていたため、取りに来た時に疑義照会の返答が返ってきていなかったこともあり、何人かの薬剤師が非常に慌てていた。	せっかくのピッキングシステムがあるにもかかわらず、中途半端で急ぐ調剤を先に優先してしまったことが間違いの連鎖を招いた。慌ててしまったことが一番ミスにつながったと思われる。	たとえ急ぎであっても一つ一つ片づけてから次に移るように、必ず慌てないように場面を協力し合うことを話し合った。気づきのためのピッキングシステムであり、必ず調剤時に使用し、万が一、入力の間違いもあるため、処方箋をきちんと照らし合わせることをみんなで行うように、プレゼンを行ってもらい、薬局内での情報を共有した。	アスパラカリウム錠３００ｍｇ	アスパラ－ＣＡ錠２００		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
61	アスベリン散で処方箋が切られているところ、アスベリンドライシロップで入力されていた。監査時に薬剤師が入力後のアスベリンドライシロップにて含量の計算を行ったところ通常より少ない用量となったことから疑い、ミスを発見した。	通常、門前の小児科からはアスベリン散で処方が切られる事が多い。しかし当事例直前に他の患者で他病院からアスベリンドライシロップが処方された直後の入力で、事務員がアスベリンという文字のみ目に入りドライシロップが処方されたと思い込んでしまった。	今回の事例で監査時に発見したように、入力された内容で用量の計算を行う。ドライシロップや散などの剤形があることを事務員とも知識の共有をする。	アスベリン散１０％	アスベリンドライシロップ２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
62	レセコン入力時にアスベリン錠１０ｍｇと入力するところをアスベリン錠２０ｍｇと入力し、調剤してしまい、投薬前の最終監査時に気づいた	アスベリンは剤形、規格が多く、処方箋確認を十分に行わないと慣れにより認識ミスを起こしやすい医薬品である	アスベリンは剤形、規格が多く、煩雑時においても処方入力時、調剤時の処方箋との照らし合わせの確認など確認を徹底して行う。	アスベリン錠１０	アスベリン錠２０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
63	処方箋にはアスベリン錠20mgの記載であったにもかかわらず、誤ってアストミン錠10mgを調剤した。監査時に取り違えているとの指摘あり。	薬効が同じ咳止めであり、名称も似ているのでピッキングミスを起こしたのだと考えられる。	ダブルチェックにより気づけたので、今後も継続して行う。	アスベリン錠２０	アストミン錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
64	本数が足りなく、慌てて取りに行った際に、点眼袋の色だけで判断してしまい、交付時に気付いた。	点眼袋の色が同じのが薬品棚に並んでいて、中身を確認せずに調剤してしまった。	間違えそうな薬品同士については、棚の配置を離して設置し、表に注意事項を大きく記載して再発防止に努めたい。	アズレン点眼液０．０２％「ニットー」	トラニラスト点眼液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
65	処方内容はアセトアミノフェン錠２００ｍｇだったが、アロプリノール錠１００ｍｇで調剤してしまった。	棚が近く名前と外装も似ているので間違えてしまった。	棚の位置を変え、間違わないようにマーカーで印をした。	アセトアミノフェン錠２００ｍｇ「マルイシ」	アロプリノール錠１００ｍｇ「ＴＣＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
66	アゾセミド錠３０ｍｇ処方のところフロセミド錠２０ｍｇで入力した。	スタッフ不足と繁忙時間だったため見落とした。	処方内容の確認をすること。後日来られる方は後回しにして入力に集中する。	アゾセミド錠３０ｍｇ「ＪＧ」	フロセミド錠２０ｍｇ「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
67	後発品の採用切り替えがあった際、自動錠剤分包機の中の薬品の切り替えが済んでおらず、新旧混じって一包化をしてしまっており、監査時に発見した。	昨今の後発品の状況により、頻繁に採用メーカーが変更される。その際にはカセッターの薬のみの切り替えしか行っていなかった。	後発品のメーカーが切り替えになった際には、自動錠剤分包機の中身の切り替えも必ず行うようにする。	アゾセミド錠６０ｍｇ「ＪＧ」	アゾセミド錠６０ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
68	アゾルガ配合点眼のところアイベータ配合点眼で調剤。	アゾルガ配合点眼が一般名で処方（ブリンゾラミド・チモロール）。アイベータ配合点眼の一般名（ブリモニジン・チモロール）と類似のため、取り間違えた。	一般名が似ている薬剤であることをスタッフへ周知。	アゾルガ配合懸濁性点眼液	アイベータ配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
69	一般名処方にてニフェジピン徐放錠２０ｍｇ（１２時間持続）の処方にてアダラートＬ２０ｍｇにしないといけないがアダラートＣＲ錠２０ｍｇを製品として入力してしまった。ピッキング時及び監査時において１２時間持続と２４時間持続の違いに気付きアダラートＬ錠２０ｍｇにて入力変更を行い調剤を行った。	同じ一般名でいろいろな規格がある薬剤に対し、特に薬剤師が忙しい時間帯にて事前に相談がなかったことが考えられる。	規格間違いをしないよう、事前にすぐに相談をし、入力時は薬剤師の指示を仰ぐよう改善を行った。	アダラートＬ錠２０ｍｇ	アダラートＣＲ錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
70	処方せん記載　一般名ニフェジピン徐放錠20mg 12時間　処方入力　アダラートCR20mg　と入力	入力者の知識不足と煩雑タイミングだった。ニフェジピン徐放錠20mg 12時間と24時間との薬剤が違うことがよく知らなかったことによるミス	間違えやすい薬剤名や規格などリストアップし、局内に周知徹底実施。	アダラートＬ錠２０ｍｇ	アダラートＣＲ錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
71	アタラックス１０をアタラックスP25で渡してしまった。患者からいつもと違うと連絡あり、発覚。正しいものを郵送した。	アタラックスは1人しか処方がでておらず、うっかりだしてしまった。	薬歴にアタラックスであること記載	アタラックス錠１０ｍｇ	アタラックス－Ｐカプセル２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
72	ピッキング時にアタラックス錠25mgをとる必要があったが間違えてアルダクトンA25mgを取っていた。監査時に監査者が気づき正しい薬を取り直した。	アタラックス錠とアルダクトンA25mgは規格と薬品名の一文字目や箱のデザイン、ヒートのデザインが類似しているため取り間違えた。配置の場所も近くに置かれていた。	錠剤のデザインが異なっているためピッキング時にしっかり薬袋の画像でも確認をとるようにする。配置場所も間違えて取らないように近くに置かないよう工夫する。	アタラックス錠２５ｍｇ	アルダクトンＡ錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
73	入力時、普段アテキュラ吸入用カプセル低用量を使用しているが、中用量に変わっているのに気付かなかった。	漢字一文字しか変わらないため、気付けなかった。監査時に薬品名を読み上げていたため、気付いた。	普段から用量の異なる薬があることを把握しておく。監査時は指差し・読み上げることが有効と思われる。	アテキュラ吸入用カプセル中用量	アテキュラ吸入用カプセル低用量		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
74	事務Ａがアテノロール錠５ｍｇ「トーワ」を調剤するところ、アロチノロール錠５ｍｇ「日医工」を調剤し監査に回した。事務Ｂは一包化する前に監査システムを利用して間違いに気づき、事務Ａに伝えた。事務Ａは正しい薬をピッキングし、事務Ｂは再度監査システムを使用して正しいことを確認し、一包化を行った。一包化する前に間違いに気づいたので、患者には正しい薬が交付された。	経験年数の浅い事務がピッキングを行っていた名称が類似していた	類似名称薬品には注意喚起のメモを掲示社内で情報共有を行ったピッキング監査システムの使用を徹底	アテノロール錠２５ｍｇ「タイヨー」	アロチノロール塩酸塩錠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
75	入力間違いあり。アテノロール錠５０ｍｇ「トーワ」で入力されていたが「タイヨー」を投薬しており、薬情などの表記と異なるメーカーを投薬してしまった。投薬後、事務員入力チェックにて発覚。電話にてメーカー変更の旨説明し謝罪対応した。	世情にて後発医薬品納期遅延が多発しているため、メーカー変更が多くなっている状況もあり入力ミスに気付かず投薬してしまった。87歳と高齢なため理解力低下あり。前回（11/20）から受診間隔が空いていたこともあり患者自身も気付かなかった。	投薬時に入力チェックも合わせて行うよう努める。薬局内の採用薬、採用メーカーの周知を徹底する。	アテノロール錠５０ｍｇ「タイヨー」	アテノロール錠５０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
76	薬品名の見間違い慢心	年齢による視力の衰え（当事者５４歳）処方せんの文字が読みにくくなっている	二重、三重のチェックを必ず行うことを保持する	アテノロール錠５０ｍｇ「ツルハラ」	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
77	予製の時点でアロチノロールがピッキングされていたものを監査者が気づきアテノロールに正しく変更した。	繁忙期であったこともありピッキング者が薬を間違えて拾ってしまった。	落ち着いて薬の名称をよく見てピッキングする。	アテノロール錠５０ｍｇ「ツルハラ」	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
78	アテノロール５０ｍｇで調剤する所をアロチノロール錠１０ｍｇでピックされた。その後、別の薬剤師が間違いに気づかず一包化。その後また別の薬剤師が監査した所、薬の間違いに気づいた。	継続で服用していた薬のため何度も調剤した事のある処方であり、慣れによる要因であると思われる。一包化時もしっかりと薬品名を確認せずに行った慢心によるものと思われる。	一包化時には必ず、薬品名(規格、メーカーなども)に間違いがないか確認して一包化する。	アテノロール錠５０ｍｇ「トーワ」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
79	ジェネリック医薬品希望の患者様でしたが、処方箋がアテレックであったため、そのまま先発医薬品で調剤・分包を行なってしまった。（いつもはシルニジピンでした）	ジェネリック医薬品が存在するものに関しては薬局の在庫に関わらず、調べて調剤できる環境が必要であることがわかった。	処方箋に先発品名で記載されていても前回の薬歴を確認したり、ジェネリック医薬品の有無を調べ、希望者には基本的にはジェネリック医薬品を調剤するように心がけさせる。	アテレック錠１０	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
80	処方箋：アトーゼット配合錠HDPC入力：ロスーゼット配合錠HD入力間違い	前回Do処方でPC入力が原因名前が酷似している為の見間違い2次元バーコードを利用していなかった監査、投薬者も間違いに気づかなかった	PC入力の際に二次元バーコードを利用するルールの遵守監査、投薬者も処方内容を注意して読み取る特に、配合錠が増えている現在、一般名が酷似している点に特に注意を払う	アトーゼット配合錠ＨＤ	ロスーゼット配合錠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
81	アトーゼットHD処方の所、ロスーゼットHDを患者に渡してしまった。患者本人が、薬袋をあけた際に気づき、来局。一度も服用はせず、その場で交換となった。	HDということで、取り違えてしまい、そのまま監査を通り過ぎて、交付してしまった。慣れと思い込みによる間違え。	思い込みを捨てて、丁寧に監査。患者本人にも薬袋から出して、一緒に確認していただく。	アトーゼット配合錠ＨＤ	ロスーゼット配合錠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
82	今回よりロスーゼットHD→アトーゼットHDに変更になっていたが、気が付かず以前のロスーゼットのまま入力してしまった。入力チェックの際に当事者が気が付き防ぐことが出来た。	名前が類似していることや、前回の処方内容を入力時にDO入力したことで思い込んでしまったことがミスの原因である。	入力時には薬品名だけ、用法だけ、用量・処方日数だけと入力画面で細かく分けてチャックを行うようにしている。入力内容が正しく入力されているかの、入力後にダブルでチェックを行っている。また入力時、チェック時はぶつぶつとつぶやいて確認している。Do入力時は本当にDoなのか疑いをもってチェックを行うように意識している。	アトーゼット配合錠ＨＤ	ロスーゼット配合錠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
83	定期で通院している方。アトーゼットHDが処方になっているところ、ロスーゼットHDでお渡ししてしまった。閉局時の在庫チェックで発覚。服用前に交換できたため、患者への健康被害はなかった。	少し忙しい時間帯のうえ、新規追加の薬の説明に気を取られてしまった。	追加変更があった場合でも、すべての処方薬についてしっかり確認すること	アトーゼット配合錠ＨＤ	ロスーゼット配合錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
84	アトーゼット配合錠LDを集約するところを、ベルソムラ15ｍｇで集約ミスしてしまった。集約した本人が薬剤師監査前に気付いたため、間違った薬剤は患者に交付されることはなかった。	・薬剤の外観包装の類似（色や材質）・繁忙時間と慣れによる判断ミス・外観類似の薬剤が棚の並びで近かったため	外観類似の薬剤が近い場合は、なるべく離すように整理する。	アトーゼット配合錠ＬＤ	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
85	アトーゼット配合錠ＬＤ　１日１回夕食後（１日おき）１５日分の処方だったが、ロスーゼット配合錠ＬＤを１５錠調剤してしまった。１次監査で間違いに気づいた。	アトーゼット配合錠ＬＤの他に５種の定期薬が処方されており、他は３０日分、アトーゼット配合錠ＬＤは１５日分、と１日おきであることに気をとられてしまった。薬効ごとに引き出しに薬を入れており、名前の似たロスーゼット配合錠ＬＤを調剤してしまった。	調剤時処方箋の確認の徹底。引き続き１次監査の徹底。	アトーゼット配合錠ＬＤ	ロスーゼット配合錠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
86	アトモキセチンが処方されている患者様にアモキサンカプセルをお渡ししそうになってしまった。 　鑑査の時は気が付かず、投薬時、患者様に言われ発覚。	忙しい時だったので、完全に見落としてしまった。	鑑査マシーン（アテルノ）を必ず利用して、鑑査をする。	アトモキセチンカプセル２５ｍｇ「サワイ」	アモキサンカプセル２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
87	アトルバスタチンのところアゼルニジピンで調剤	自己調剤、自己監査だったため、気が付きにくかった	自己監査のときはより注意して監査するようにする	アトルバスタチン錠１０ｍｇ「トーワ」	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
88	調剤時にプラバスタチンとアトルバスタチンを取り間違えてしまう。規格を誤らないように注意をしていたが同じスタチン系の別薬剤を調剤してしまう。	ピッキングする場所が同系統の薬のため上下になっていた。	取り間違えないように列を隣にずらしました。	アトルバスタチン錠１０ｍｇ「日医工」	プラバスタチンＮａ錠１０ｍｇ「チョーセイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
89	アトルバスタチンとロスバスタチンのピッキングミス	ロスバスタチンの充填されているピッキング用のカセッター(カート)の薬剤名称の部分が一部シールで隠れていて不鮮明だったためアトルバスタチンと見誤って取ってしまった。	薬剤の充填されているカセッター(カート)の医薬品名称を整理・清掃し見やすさを改善する。	アトルバスタチン錠５ｍｇ「Ｍｅ」	ロスバスタチンＯＤ錠５ｍｇ「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	
90	アトルバスタチン5ｍｇをお渡しするところをアテノロール２５ｍｇをお渡し患者さんが名前の違いに築いて連絡	薬剤の棚が下方の上下関係のところにあり薬剤のヒートの色合いも良く似ていたため　取り出し間違えた	棚を1段離した	アトルバスタチン錠５ｍｇ「Ｍｅ」	アテノロール錠２５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
91	２０２１年１２月２４日　１１時ごろ泌尿器科を受診した患者（６９歳男性）が処方箋をもって来局。 処方箋には「アトルバスタチン５ｍｇ　１錠/分１　朝食後　２８日分」と記載があった。 調剤事務Aは調剤する際に、薬棚からアトルバスタチン５ｍｇ　２８錠を調剤するところ、非常に混雑していたため別の患者に交付するはずのアムロジピン５ｍｇ　２８錠を調剤し、当該患者のカゴに入れ、そのまま鑑査に回した。	繁忙期に起きたヒヤリハットである。非常に混雑した状況でも、調剤の際は自己鑑査を怠ることなく、鑑査に回す必要がある。調剤時に自己鑑査を行うことにより、鑑査に回した際、自然とダブルチェック、トリプルチェックされる状況が生まれるため、調剤フローには必須の項目であるため徹底するよう全従業員に申し伝えした。また患者ごとに調剤待ちのカゴを雑多に置かず、整理しておくことで患者ごとに交付薬剤を入れ間違えることも防げると考えられる。	薬剤師・調剤補助の調剤事務ともに調剤時の自己鑑査徹底。調剤棚の整理整頓。調剤待ちの患者カゴの置き場指定。	アトルバスタチン錠５ｍｇ「Ｍｅ」	アムロジピン錠５ｍｇ「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	鑑査にあたった薬剤師が、処方された薬剤のアトルバスタチン５ｍｇではなく、アムロジピン５ｍｇが調剤されていることに気づき、調剤した調剤事務に間違いを伝えた。 調剤事務はアトルバスタチン５ｍｇを正しく調剤し、再度、薬剤師に鑑査してもらった。 鑑査段階で気づいたため、患者には正しい薬剤を交付した。						
92	一般名処方でアトルバスタチン5が処方されていたが、処方を見間違えてしまいアムロジピン5を調剤した。交付前の投薬時の監査で間違いに気づいたため、正しい薬剤でお渡しした。	当時の薬局は、患者さんが混み合っていた状況であり、当人にも焦りがあったと思われる。またアムロジピンは、当薬局では最も出庫量が多い。そのため焦りと慣れのため処方箋を最後まで確認せず、頻度の高い薬剤であると思い込み異なる薬剤を調剤してしまったと推察した。	薬剤のGS1コードからレセコンの処方内容を確認するシステム機械を導入しました。ヒューマンエラーの解消につながると考えられます。	アトルバスタチン錠５ｍｇ「ＮＰ」	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「ＮＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
93	一般名処方で、アトルバスタチン錠5mg「サンド」をピッキングするべきところ、アムロジピン錠5mg「サンド」をピッキング。鑑査者が取間違いに気づき、正しい薬品で調剤の上、投薬。	どちらの薬品も一文字目が「ア」から始まり、規格も５mg、且つ当薬局の採用メーカーがどちらも「サンド」であったため、調剤者の確認不足により取り違えた。	この２つの薬品は効能効果が全く違う薬品で、薬品棚の場所も離れている。規格やメーカーだけで思い込まず、必ず薬品名を確認してピッキングする。	アトルバスタチン錠５ｍｇ「サンド」	アムロジピン錠５ｍｇ「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
94	来局予定患者の薬を事前に用意しており、ゾルピデムの患者とアトルバスタチンの患者の薬が並んでいて、取り間違えてしまった。	来局時に調剤開始するのが前提にあるがそれを無視してしまった。薬の準備段階で他の患者の薬と混在するような形で準備してしまっていた。	薬が混在しないように調剤時にはトレーなどで分けるようにした。デザインが似ている薬が他にないかチェックしてピックアップした。アトルバスタチンのメーカーを他のメーカーに変更した	アトルバスタチン錠５ｍｇ「トーワ」	ゾルピデム酒石酸塩錠５ｍｇ「杏林」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
95	アトルバスタチン5mg の所　プラバスタチン5mgをお渡ししてしまった	スタチン系で勘違いをしてしまった。監査もきっちり確認できていなかった	調剤者、監査者　きっちり確認するようあらためて確認した	アトルバスタチン錠５ｍｇ「トーワ」	プラバスタチンＮａ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
96	一般名処方での同薬効のピッキングミス。	慢心からの勘違い。	事務と連携を取り、二重チェックをしていく。	アトルバスタチン錠５ｍｇ「トーワ」	リピトール錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
97	アナストロゾールを調剤するはずが、レトロゾールをピッキング。箱の外装がそっくりであり引き出しにしまう段階で間違えて保管。それをさらにピッキング時にアナストロゾールとレトロゾールの箱を一緒に取ってしまい、ピッキングも両剤が混合してしまった。	箱の外装がたいへん類似していたため	入庫後に薬をしまうところから気を付ける事薬剤師はこれらの薬が同じ系統であるという固定観念を外す事ピッキング時にも注意する事を伝達した。	アナストロゾール錠１ｍｇ「サワイ」	レトロゾール錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
98	クリニックよりアヘンチンキ１０％の処方が来たが、在庫なく卸に確認したところアヘンチンキ１０％「第一三共」なら入荷ができるということで、入荷したがアヘンチンキ１０％とアヘンチンキ１０％「第一三共」は有効成分は同じであるが保険上別物扱いで調剤ができないことが分かった。卸に確認していたが「アヘンチンキで同じお薬です。」とのことでアヘンチンキ１０％に対してアヘンチンキ１０％「第一三共」が調剤できると思っていたが、念のためメーカーなどにも確認し別薬剤として扱うことが分かり、患者に渡る前に止めることができた。	同じ有効成分のお薬ではあるが保険上異なる扱いになるか分からず、卸に確認したが背景が分かっていない、事務員の方が同じお薬ですとの回答だったが、どのような立場の人なのか分からなかったので鵜呑みにして発注してしまった。	不明なことを確認するに当たり、相手がどういう立場の人なのか確認し、１つの情報を鵜呑みにするのではなく、複数から情報の正確性を得るようにする。	アヘンチンキ	アヘンチンキ「第一三共」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
99	アマリール錠0.5mg処方のところアマリール錠1mgで入力。投薬時に患者さんに指摘されて気づく。	薬局内が忙しく調剤、監査、投薬を1人でしなければならず患者さんを待たせていたことにより焦っていた。	なるべく調剤、監査、投薬は2人以上で行う。1人でやらざるを得ない場合は規格、用量、日数のチェックをより一層注意して行う必要がある。	アマリール０．５ｍｇ錠	アマリール１ｍｇ錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
100	アマルエット配合錠4番が新規処方追加の患者への服薬指導時、患者から「コレステロールの異常に関しては特に聞いてない」との聞き取り有。念のため疑義照会実施したところ、「アムロジピンＯＤ錠5mgへ処方変更」との指示有。医師の処方間違いであることが発覚	アムロジピンを含む医薬品は多々あるため、どの配合剤が患者に適しているのか服薬指導時に判断する必要がある。薬局としては患者から体調変化、検査値の変動等しっかり聞き取りし、随時記録に残子していくことを徹底する必要がある。	配合剤に関してはそれぞれの薬剤の処方意図が適切か判断するために、患者からしっかり聞き取りを行うよう徹底する	アマルエット配合錠４番「ＤＳＥＰ」	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
101	アミティーザカプセル12μgの処方に対し、フェログラデュメット錠を調剤、監査、交付した。後日患者より薬品の間違いを指摘された。患者様は服用されていなかった。	アミティーザカプセル12μｇとフェログラデュメット錠の外箱はよく似ており、薬品棚へ間違って入庫したものと思われる。調剤の際も確認が足らずそのまま調剤、監査、交付した。	・補充の際は十分気を付ける・よく確認し調剤する・監査の際も箱から出しよく確認し、患者の目の前で再度確認し交付する	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
102	「テルミサルタン・アムロジピン」から「バルサルタン・アムロジピン」に処方変更による勘違い。「血圧の合剤の人」という認識で前回と同じと思い込んだ。	「テルミサルタン・アムロジピン」から「バルサルタン・アムロジピン」に処方変更による勘違い。「血圧の合剤の人」という認識で前回と同じと思い込んだ。	今一度、入力、調剤禄、薬をチェックしなおす。	アムバロ配合錠「サンド」	ミカムロ配合錠ＡＰ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
103	一般名処方でバルサルタン・アムロジピン配合錠と記載されていたが、処方入力の際に事務員が誤ってバルサルタン・シルニジピンを選択し、アテディオ配合錠で入力した。入力後に薬剤師がアテディオ配合錠と思い込み、そのまま調剤した。患者に交付後、薬歴入力の際、お薬手帳のコピーを見て誤った薬剤を交付したことに気付いた。すぐに患者本人に連絡したところ、服用前であったため、自宅を訪問し正しい薬と交換した。	前回までは当薬局の他店舗で調剤しており、今回はこちらの店舗を利用。お薬手帳によると前回からアムバロに処方変更になっていた。交付時に患者本人に薬剤を見せて薬が変わったことを伝えたが、患者には前回からの処方変更と取られてしまったものと思われる。患者本人も薬の認識が薄くあまりきちんと確認せずに受け取った。調剤した薬剤師が一般名と薬品名が結びつかず、調剤録の薬品名のみを見て調剤した。当薬局では処方入力と薬剤のバーコードの照合による薬剤監査システムを導入しているが、誤入力と誤調剤で監査システム上は合致したため、誤りに気付かなかった。	調剤の際には調剤録ではなく、必ず処方箋を見て行う。また調剤録を確認する際にも、一般名が正しく入力されているかどうかをきちんと確認する。薬剤交付時には１つ１つの薬について患者本人に目で見て確認してもらうようにする。	アムバロ配合錠「サンド」	アテディオ配合錠		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	
104	1包化指示あり。薬剤師がアムロジピンＯＤ2.5mgを含む４薬剤をＰＴＰで用意し、他の薬剤師が確認後、錠剤分包機で分包した。ＯＤ２．５ｍｇ錠はＰＴＰから取り出し分包機カセットに投入、その際も他薬剤師が投入確認に立ち会った。前回アムロジピンＯＤ５ｍｇから、今回はＯＤ２．５ｍｇに変更になった。錠剤分包機の薬品変更作業に失敗があり、ＯＤ5ｍｇのまま入力変更されていなかった。ＯＤ5ｍｇは分包機カセットに常に充填されていたため、エラーなく入力通りアムロジピンＯＤ5ｍｇを含む1包化が完成した。他薬剤師の監査時に錠剤分包機から出てくる伝票が処方箋と異なることを発見。錠剤分包機薬品入力の間違いに気づいた。	1包化は過誤がないように、錠剤のピッキング、錠剤分包機への投入は必ず２人で実施。ピッキングした薬のバーコード読込も行っている。細心の注意を払って行っていたが、錠剤分包機の薬品入力確認が不十分だった。正しい薬品をピッキング及びカセット充填していても、データ入力が間違った場合、間違った薬品のカセットから薬が使用されてしまうことを認識した。	監査時には、ピッキングした薬の確認だけではなく、完成品の薬品の確認、分包機から印刷された伝票も十分確認する。	アムロジピンＯＤ錠２．５ｍｇ「ファイザー」	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
105	同力価薬剤入力ミス	慣れ、履歴による変更見落とし	マニュアル確認　事例報告	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「ＮＳ」	アムロジピンＯＤ錠２．５ｍｇ「ＮＳ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
106	アムロジピンの物流不足で、１０ｍｇの患者さんにも、５ｍｇ２Tで対応したりしていた。本来は１０ｍｇは１０ｍｇ、５ｍｇは５ｍｇで対応していたが、物流不足で対応していて、入力ミスがあった。	アムロジピンが多く処方される中、５ｍｇがメインであった、１０ｍｇの薬剤も同じメーカーで取り扱っていたが、物流の問題で、メーカー変更になっていた。	採用薬品のメインで使う薬剤の網掛けなどを行う。メーカー変更の連絡を密にする。	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「トーワ」	アムロジピンＯＤ錠１０ｍｇ「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
107	アムロジピン錠の5ｍｇが処方された処方箋を見てアムロジピン錠5ｍｇをピッキングした。しかし当薬局ではアムロジピン錠5ｍｇは普通錠とOD錠の二種類を採用しており、OD錠のあるものはOD錠で渡していた。それを知らなかった当事者は調剤録の確認をせずアムロジピン錠5ｍｇをピッキングした。	調剤録を確認せずにピッキングを行った。また、アムロジピンの普通錠とOD錠の二種類を採用している事を知らず、1種類しか置いていないと思い込み、十分に確認せずピッキングを行った。	調剤する前に調剤録を確認する。また、当薬局で採用している剤形を知り、誤認を防ぐ。	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「トーワ」	アムロジピン錠５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
108	普段アムロジピン2.5ｍｇだったが今回より５mgに変更になっていたが、入力者はきずけなかった。	いつもと同じ薬だろうと前回の処方をコピーしてしまった。	普段から薬品名を最後までしっかり見るように徹底しました。	アムロジピン錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	アムロジピン錠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
109	規格違いを入力した	多忙であった為不注意だった	処方箋内容をよく確認する。	アムロジピン錠２．５ｍｇ「サワイ」	アムロジン錠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
110	患者様は先発希望していていつも処方されいる薬パソコンの入力に誤りがあり、調剤業務でも監査でも後発医薬品だと思い込み患者様本人が投薬時にヒートデザインの違いに気付いた	一般名処方でほとんどが患者様が後発品を選ばれていたので、後発品と思いこんでいる	前回の処方をチェックせずに調剤しているし監査もしている落ち着いて過去の処方内容を確認する思いこみで調剤しない	アムロジピン錠２．５ｍｇ「サワイ」	アムロジン錠２．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
111	OD錠の服用が苦手の患者様に誤ってOD錠で調剤。	繁忙期であり確認作業が疎かになっていた。患者申し送りにOD錠服用不可の申し送りはあったが見落としていた。普通錠、OD錠共に同じメーカーの為誤りに気付かなかった。	申し送りの確認を再度徹底。患者様に説明時に相互確認する。	アムロジピン錠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	
112	同薬効の勘違い。	一般名処方において先発品、後発品の確認。	事務と連携を取り二重チェックする。	アムロジピン錠２．５ｍｇ「ファイザー」	ノルバスク錠２．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
113	患者様はずっとアムロジピン2.5mを調剤されたいたが、今回の処方ではアムロジピン5ｍｇに変更になっていた。事務員は入力の際前回のdo処方としてしまった。調剤の際に薬剤師は処方箋通りアムロジピン5mを処方したため、薬剤の間違いはなかったが、用法の用紙にはアムロジピン2.5ｍｇと記載したままで患者様にお薬をお渡しした。そのあとに事務員がチェックした際、ミリ数の記載間違いに気づき、患者様へ電話連絡して事情を説明し、了解を得た。	同じ薬剤の処方がずっと続いている患者様でも、細かな変更がある場合は多い。毎回気をつけて入力、調剤をするようにすること。	何度も見直す。2人以上で確認する。お客様のお薬をお渡しするときに一緒に確認する	アムロジピン錠５ｍｇ「アメル」	アムロジピン錠２．５ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
114	アムロジピン5ｍｇが処方されていたがアトルバスタチン5ｍｇを調剤した	名前が類似していた為監査、交付時の注意力不足	交付、監査時の集中UP、交付、監査時のやり方を再度検討する。	アムロジピン錠５ｍｇ「ファイザー」	アトルバスタチン錠５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
115	一包化指示のある処方箋でその中にアムロジピン5ｍｇ「科研」が入っていた。錠剤分包機で作り処方箋を見て監査をしたので薬自体は問題なく作製されていたが、薬袋への記載にアムロジピン2.5mg「ファイザー」2錠と記載されていた。患者への交付前に気が付いたので患者への問題はなかったのだが思いがけないミスであったため注意が必要と感じた。	事務の入力者がまだ入社して１カ月の新人であったため不慣れであり、思いがけない入力をしてしまったのだろうと思われる。	レセコン入力者の教育訓練の再確認、調剤録の再確認をすることを示し合わせた。	アムロジピン錠５ｍｇ「科研」	アムロジピン錠２．５ｍｇ「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
116	処方がアモキサン10ｍｇのところアトモキセチン10ｍｇで調剤した	当薬局はアトモキセチンがたくさん出るのでアモキサンと取り違えたとおもう	処方せんをよく確認するとともに監査システム等で補完する	アモキサンカプセル１０ｍｇ	アトモキセチンカプセル１０ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
117	アモキサンカプセル10mgで調剤するところをアトモキセチンカプセル10mg「サワイ」で調剤した。	名称類似品の取り違えと考えられる。当該スタッフは入社したばかりで、知識も経験も十分ではなかったと考えられる。	名称類似品に関する教育はまだ実施していなかったため、マニュアルにのっとり教育を行っていく。	アモキサンカプセル１０ｍｇ	アトモキセチンカプセル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
118	アモキサンカプセル25mg処方あり。調剤時、アトモキセチンカプセル25mgを取り違えた。当該者本人による監査時に間違いを発見した。	当薬局では、アモキサンの処方頻度が少なく、アトモキセチンの処方頻度が多い状況であった。この2剤は、同じ剤型（カプセル）、同じ用量（25mg）であったことから、普段より目にすることの多かったアトモキセチンを取り違えてしまったと考える。	類似した医薬品名の周知徹底し、当該医薬品の薬品棚に取り違え注意のメモを貼付。患者薬歴メモ欄に、「アモキサンカプセル取り違え注意」の旨を記入。	アモキサンカプセル25mg	アトモキセチンカプセル25mg「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
119	４／２にアモキサンカプセル２５ｍｇ４Ｃ２ｘ朝夕食後の処方があった患者様より、４／４に連絡があり「いつもと見た目が違う」と指摘された。薬局で調剤履歴を確認したところ、アトモキセチンカプセル２５ｍｇが調剤されていたことが発覚した。患者様は、４／２夕から４／４朝までの計４回（８カプセル分）を間違って服用してしまっていた。使用後の食欲低下や眠気などの副作用による体調変化が無いことを確認し、患者様にお詫びをし、薬を取り替えに自宅に出向いた。	名称が類似している薬剤を、間違って調剤し、監査者も間違いに気が付かずに投薬した。手順書で、監査時に薬剤に入れるとき、投薬時に患者に渡すときに、製剤の写真と実物の薬剤を照らし合わせることになっていたが、それを実施していなかった。アモキサンカプセル２５ｍｇ（ピンクと白のカプセル）アトモキセチンカプセル（青と白のカプセル）	現状の手順書の実行を徹底薬品情報提供文書や薬袋に印字してある製剤の画像と実物の薬を薬袋に入れるとき、投薬時に患者に渡すときに照らし合わせることで、調剤ミスが無いか最終確認する。	アモキサンカプセル２５ｍｇ	アトモキセチンカプセル２５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
120	普段アモキサンカプセルを処方されている患者より、違う薬が入っているとの電話連絡あり。アトモキセチンが入っていて、連休があったのでそのまま飲んでいたとの事。	自動分包機のカセットとヒートで置いてある場所も形状も違うが、名前が似ており、休み明けの忙しい時間帯だったため確認を怠ったため間違えたと考えられる。	名前の似ている薬品については、特に注意をして、監査の時も薬情の写真と共に確認をするよう徹底する。	アモキサンカプセル５０ｍｇ	アトモキセチン錠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
121	アラミスト点鼻の規格56噴霧用のところ120噴霧にて入力。監査時、入力チェックすることになっていたが、実施しなかった。投薬中、薬剤師が薬剤と薬袋の違いに、気付き、入力訂正後、投薬を行う。	調剤手順を遵守しなかった。	薬剤名称のみにとらわれず規格まで処方箋を読み入力し、入力後、再確認作業を行う。	アラミスト点鼻液２７．５μｇ５６噴霧用	アラミスト点鼻液２７．５μｇ１２０噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
122	アラミスト点鼻が処方されていたが、モメタゾン点鼻薬を調剤してしまった。患者様が使ったことがあるとのことで点鼻薬の小分けのビニール袋から取り出さず説明して渡そうとした時、患者様からビニールの感じが違うと指摘され間違いに気付いた。	忙しい時間帯で調剤した薬剤師は一包化をしながらでしっかり確認せず調剤し、投薬したう悪材氏も使っているとのことでビニールから出さず確認せず、患者様から指摘されるまで気付かなかった	調剤は指差し確認をしっかり行い、声にだして確認する。外用で小袋にはい追っているときは取り出して確認して患者様にお渡しする	アラミスト点鼻液２７．５μｇ５６噴霧用	モメタゾン点鼻液５０μｇ「トーワ」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
123	一包化する際、アリセプトＤ１０ｍｇのところ、アムロジピンＯＤ錠１０ｍｇをピックしていた	薬品棚にカゴを重ねていて、目視ができない状態であった。	アムロジピンＯＤ錠１０ｍｇにアリセプトＤ１０ｍｇとピックまちがいしない注意喚起の付箋を貼付した	アリセプト錠１０ｍｇ	アムロジピンＯＤ錠１０ｍｇ「ＮＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
124	アルサルミン２ｇ分３処方が出ている患者様より「今回のはすっぱくて飲めない、違う薬では？」と申し出あり。分包品をばらして調剤していたため記録が残っておらず、スタッフで味見したが分からなかった。散剤監査システムの履歴を確認し、処方日付近にアスパラＫ５０％を３０ｇ２回計量している記録があった。見比べてみると細粒がよく似ており目視では判別はつかなかったので間違えた可能性がある。	現在はアルサルミン分包品をばらしているが、以前はバラ包装を使っていた。アスパラＫと缶の形状が似ていたこと、隣に置いてあったことから取り違えた可能性がある	薬の取り違えの可能性も十分に考慮して監査する。散剤監査システムのジャーナルを残しておけない場合は、分包品の空を調剤録に貼付する。	アルサルミン細粒９０％	アスパラカリウム散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：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
125	アルジオキサで処方されているところアズロキサで交付しそうになったが、患者様が気づいていただけたため服用にはいたりませんでした。	精神科がメインなので胃腸関連など精神科以外の医薬品の知識・理解が不十分であったと考えられます。	あまり処方されない医薬品ほど、監査は慎重に行うよう意識の共有をしました。	アルジオキサ錠１００ｍｇ「あすか」	アズロキサ錠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
126	棚卸時に分包機のアルジオキサ錠のカセットにアロプリノール錠が混ざっている事が判明。該当の処方を割り出し、予製されたものを確認したところ、アルジオキサの入るべきところに、アロプリノールが入っていることが判明。該当患者は一名だったため、前回お渡しした分も回収し確認したが、間違いは無かった。	錠剤はどちらも白の裸錠。サイズが少し違うが、カセットをどちらもスムーズに落ちていく状態。混在させてしまった時期と原因を考えるも、まったく分らず。どちらの薬もPTPから取り出し、カセットに充填するものなので、人為的なミスだと思われる。普段から二人以上での確認を実施しているはずだが、何かのタイミングで確認漏れがあったのかもしれない。	防止策としては、PTPから取り出すときに二人以上で確認すること。カセット充填時も同じ。絶対に一人で作業はしないこと。	アルジオキサ錠１００ｍｇ「ツルハラ」	アロプリノール錠１００ｍｇ「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
127	アルドメット錠250mgの処方に対し、ミリ数違いの125mgを一包化してしまった。事務員さんがお薬の個数を確認時に渡し間違えが発覚。すぐに患者様に謝罪と担当医へ連絡後、お薬を回収し125mgから250mgの錠剤に変更して作り直した。なお、患者様の容態には問題ないも様子。	仕事が忙しい中で一包化を作成していたため、見落としがあったと考えられる。また、どちらの錠剤も分割にて発注をし、ビニールの袋に入っていた為、思い込みでピッキングしてしまった可能性がある。	一包化時の2重チャックの徹底化ピッキング時の2重チャックの徹底化	アルドメット錠２５０	アルドメット錠１２５		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
128	アルファカルシドール0.5μgが処方されている患者に、アルファカルシドール0.5μgをお渡ししてしまった。定時薬だったため、患者に薬を見せながら薬効用法数を確認してお渡ししたが、投薬時には気が付かなかった。後に、薬歴を記入しようとしたときに取り間違えに気づき、患者に連絡し、当日中に患者宅にお伺いして、正しい薬と交換した。服用前だったため、特に健康被害はなかった。	昼時で他の薬剤師が休憩に入っており薬剤師1名と事務1名で業務を行っていた。患者が複数おり、少し慌てて業務を行っていた。薬の引き出しの中で、アルファカルシドール0.5μgの隣にアルファカルシドール0.5μgが入っていて取り間違えた。	アルファカルシドール0.5μgとアルファカルシドール0.5μgは離れた場所に置く。監査時と投薬時に薬のシートの名前と薬情の名前が一致していることを確認する。	アルファカルシドールカプセル０．５μｇ「サワイ」	エルデカルシトールカプセル０．５μｇ「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	
129	アルファカルシドール0.5のところ、エルデカルシトール0.5で渡していた服用前に取り換えた	圧倒的にエルデカルシトールの処方量が多く、注意不足でエルデカルシトールを渡してしまった	薬剤名取り間違い注意のテープを棚に貼ったヒヤリハット事例として薬局内で共有した	アルファカルシドールカプセル０．５μｇ「サワイ」	エルデカルシトールカプセル０．５μｇ「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
130	監査時に、入力間違いに気がついた	前回が、0.5μgだった事と　0.25μgの処方内容が最近なかったため	入力時の、思い込みに気をつけて規格違いに気をつける	アルファカルシドール錠０．２５μｇ「アメル」	アルファカルシドールカプセル０．５μｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
131	アルファカルシドール0.5μgが処方されていたにもかかわらず継続で処方されていたアルファカルシドール0.25μgを調整してしまった。	長い間アルファカルシドール0.25μgが処方されていたので今回もアルファカルシドール0.25μgが処方されていると思い込んでしまった。	入力チェックを別のスタッフが行う。処方監査者と調整者を別のスタッフが行う。最終患者様との服薬指導時の患者様へのヒアリングの徹底。	アルファカルシドール錠０．５μｇ「アメル」	アルファカルシドール錠０．２５μｇ「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
132	前回からビビアントとアルファカルシドールに変更になっていたので気付かずに前回Ｄｏ（エルデカルシトール０．５）のまま投与したいたヒアリハット報告	広域からの処方せんにより、計算時点で前回Ｄｏを持ってきて新しいお薬のみ入力して、調剤する剤に変更に気付いていつから変更かと思ったら前回からの変更だったようで、患者様に謝罪し、説明してます。前回は多忙で一人調剤、投薬をした恐れあり。	投薬の際、処方せんを見ないで計算された調剤録をみて前回は投薬していたようです。必ず、処方せんを確認して出す事とダブルチェックをするようにする。	アルファカルシドール錠０．５μｇ「アメル」	エルデカルシトールカプセル０．５μｇ「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
133	アルファカルシドール錠1μｇ「アメル」を調剤するところをグリメピリド錠1ｍｇ「トーワ」で調剤した	ヒートの色、大きさが似ている、カセットが上下に並んでいた	グリメピリド錠1ｍｇのカセットに【ＤＭ注意】と表示しカセットを上下2個離した	アルファカルシドール錠１．０μｇ「アメル」	グリメピリド錠１ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
134	【正】アルメタ軟膏０．１％　１ｇプロペト　３ｇ【誤】フルメタ軟膏０．１％　１ｇプロペト３ｇ	入力が起点となり、入力・初期監査・調剤・最終監査・投薬と見落としてしまった。	似ている薬品があることをしっかり意識し忙しくてもしっかりと鑑査手技通りに行う手技通りにできるスピードで鑑査する。	アルメタ軟膏	フルメタ軟膏		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：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
135	一般名処方で　フェキソフェナジンとプソフェキエフェドエリンと似ていたので	ディレグラは食前の薬なので　気が付いた	錠数　用法もしっかり把握しておくことが大事	アレグラ錠３０ｍｇ	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
136	【般】エピナスチン点眼液0.1% 1日2回で処方。エピナスチン点眼0.05%で入力してしまった。が、用法が1日2回に違和感を感じ再度確認したところ、正しくは0.1%の規格であることに気付き、入力の段階で防止できた。	他病院の処方箋で、0.1%の規格はあまり手にとらないことから、思い込みで0.05%を入力してしまった。	職員へ事例周知し、知識の共有。調剤棚に注意喚起の表示を作成。	アレジオンＬＸ点眼液０．１％	エピナスチン塩酸塩点眼液０．０５％「ＴＳ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
137	アレジオンLX点眼を調剤しなければいけないところ、パタノール点眼を調剤してしまい、監査もそのままスルーされたが、服薬指導時に再監査をし発見。	アレジオンLX点眼、パタノール点眼、共に点眼袋に入れた状態で近くに保管されていたため、取り間違えを起こしてしまった。	点眼袋から取り出して監査をする。保管場所を変更する。	アレジオンＬＸ点眼液０．１％	パタノール点眼液０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
138	アレジオン点眼薬1日2回点眼　の記載処方箋を応受。アレジオンLXならば1日2回だが通常は1日4回点眼する為、疑義。その結果、アレジオンLXに変更になった。	患者様としっかりコミニュケーションを取り、診察時に医師からどのように説明を受けているかを確認する。	しっかりと処方箋の内容を読み、日々薬剤に対しての知識のアップデートを図る。	アレジオン点眼液０．０５％	アレジオンＬＸ点眼液０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
139	管理品目棚卸時に複合アレビアチン配合錠が100T見当たらないため探すとアレビアチン錠(100)の半錠予製ボトルの中に混入していることが発覚。数が合わないため対象患者をあたり自宅へ交換に伺う。まだ、服用前だったため薬局で鑑査し必要錠数回収できていることを確認した。	通常半錠を行う薬剤師が他の薬剤師に薬を確認して貰うよう取り決めていたがスルーまたはしていなかったことが要因と思われる	薬のバーコードを機械に通し、また以前同様薬剤師同士でダブルチェックを行うようにした。	アレビアチン錠１００ｍｇ	複合アレビアチン配合錠		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	
140	アレロックの規格間違いを調剤	普段出ている規格に慣れ過ぎてしまったことによるもの	規格違いがある旨を重々認識させる	アレロックＯＤ錠２．５	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
141	アレロックOD（2.5）のカセッターにオロパタジンOD(2.5)が入っていた。	新人であったため、似たような外装で間違えたと考えられる。	充填時には複数人で行う。	アレロックＯＤ錠２．５	オロパタジン塩酸塩ＯＤ錠２．５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
142	当薬局はこの薬品についてはGEがメインで調剤しているが、この患者様はいつも先発を希望されており今回、その事を忘れてしまい、GEで調剤投薬した。投薬後、GEを渡したことに気づき、患者様に電話し、先発に交換させてもらった	薬歴頭書きに注意を記載しているが、チェックを見逃してしまった。今後、薬剤師の再度チェックはもちろん、入力する事務員にも声掛けしてもらうよう、全員でチェックするよう改善した。	入力、調剤、監査全員の処方内容、注意事項をお互いに声掛けするように指導	アレロックＯＤ錠５	オロパタジン塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
143	医師処方箋に本来薬価から削除されている処方アロテックが処方されていた。薬剤委側で薬価削除品目であることは認識していたがそれ故、アロテックとは思わずアテレックを調剤、監査をスルーしてい待った事例である	普通のレセコンであれば入力が出来ないが今回の処方箋の発行の医療機関では問題なく出せるとのことであった。医療機関のレセコンによっては薬価削除品でも処方されるケースがあることを念頭に置いて調剤業務にあたる必要があります。	医療機関のレセコンによっては薬価削除品でも処方されるケースがあることを念頭に置いて調剤業務にあたるよう注意喚起するように職員間で情報共有した	アロテック錠１０ｍｇ	アテレック錠１０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
144	痛風発作が回復後に高尿酸血症治療のために訪れた79歳男性。アロプリノール錠100ｍｇ「トーワ」1錠分1朝食後の処方だった。処方箋に基づきピッキングを調剤助手が行ったが、誤ってアンプラーグ錠100ｍｇを調剤していた。監査時に薬剤師が発見し、正しいアロプリノール錠100ｍｇ「トーワ」を再調剤し事なきを得た。	誰でも覚えやすい様に薬品棚を50音で並べているため、似た名前のものが近くに配置されてしまっていた。また、包装の外見も似ているため、取り間違えてしまったものと思われる。	薬品棚の配置を見直す。外見が違う後発医薬品を選定する。	アロプリノール錠１００ｍｇ「トーワ」	アンプラーグ錠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：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
145	アロプリノール５０が処方されていたがアテノロール５０を「渡してしまった	ヒートの色尾が血が勝ったが混雑していてよく確認していなかった	薬品名、メーカー　よく見て投薬する	アロプリノール錠５０ｍｇ「トーワ」	アテノロール錠５０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
146	一般名アンテベートクリーム　ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルの処方に対して、リンデロンDPクリーム　ベタメタゾンジプロピオン酸エステルを入力し、処方せんの備考に調剤すべき薬剤名としてリンデロンDPを記載。調剤者がピッキング。監査投薬の際に入力間違いによる調剤ミスを発見した。	一般名を理解していない事務職が入力して、ピッキングしている。一般名の始まりが、ベタメタゾンで同じであった。	一般名入力の際の、一文字監査の徹底。	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
147	一般名処方かつ、二次元バーコードなしのため手入力した事例。入力時、類似成分の誤った薬剤が入力され、調剤、鑑査でも発見に至らず。投薬者が規格が異なることに気づき、交付前に修正することができた。	他院の一般名処方で、二次元バーコードなしの場合、類似する一般名には注意が必要。〇ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル外用液0.05%×ベタメタゾンジプロピオン酸エステル外用液0.064%	他院処方を手入力した際は、処方箋に「手入力注意」の札を添付し、鑑査者に注意を促すようにした。	アンテベートローション０．０５％	デルモゾールＤＰローション０．０６４％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
148	先発希望の患者様の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0.05%の処方に対し、誤った成分のリンデロンDP軟膏を調剤してお渡しした。調剤者の思い込みによる指示で入力者も誤った入力を行い、ミスに気付かず投薬。数時間後別の薬剤師により成分の違いが発覚。使用前に交換させていただく。	一般名処方の場合、医療機関使用のレセコンソフトの違いによるためか外用剤は名称の並びに統一性がない場合が多く、一般名は文字数が多くレセコン画面で全文が表示されないため確認が困難。調剤者の思い込み、文字の見落としによりミスが起こったと思われる。外用剤に関して一般名として用いられるであろう成分を一覧表にして配置してあったが利用することなく思い込みで調剤。	外用剤に関して一般名として用いられるであろう成分を一覧表にして配置しており、毎回一文字一文字確認するよう徹底。なお一般名処方の成分については統一した記載がなされるよう希望する	アンテベート軟膏０．０５％	リンデロン－ＤＰ軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
149	アンテベートとリンデロンの一般名処方の勘違いによる取り間違い。	軟膏の一般名処方が多く記載されている処方せんだったため、確認がおろそかになってしまった。	軟膏の一般名一覧を見えやすいところに掲示してその都度確認するようにした。	アンテベート軟膏０．０５％	リンデロン－ＶＧ軟膏０．１２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
150	ヘパリン類似物質油性クリームとアンテベート軟膏0.05％（ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏）の混合処方をヘパリン類似物質油性クリームとベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12％を間違えて調剤し、交付者が作成者に混合したものを確認したところミスが見つかった。	調製者が、最初の5文字程度で薬を判断してしまったために間違いが起こった。また調製者が普段は別店舗に勤務していたため薬に慣れていなかったことも要因の1つだと思いました。	薬棚に類似名注意と記入した。また薬剤師同士の声掛けで、ミスはあったが患者様に薬が届く前に、間違いが見つかったので、声掛けは続けていこうと思います。	アンテベート軟膏０．０５％	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏０．１２％「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
151	アンテベート軟膏のジェネリックをご希望だったため、ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏をお渡ししなくてはいけなかったが、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏をお渡ししてしまった。次の日に軟膏の在庫が合わないことがわかって調べたところ、お薬の渡し間違えが発覚し、患者さんに謝罪しお取替えした。	軟膏のジェネリックを採用したところで、名前をしっかりと覚えていなかった。	ジェネリックの名前には似たものがたくさんある為、注意を周知する。	アンテベート軟膏０．０５％	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
152	一般名処方　アンブロキソール45mgにおいて、昨今の流通不足から、普段「サワイ」が採用品目であったが、「ニプロ」も採用患者個々に銘柄振り分けしていたが、調剤時それを気にせず、直近調剤していた「ニプロ」を拾う投薬薬剤師、調剤薬剤とレセコン入力薬剤と異なること築かずお渡し患者帰宅後、いつのも薬剤と違うと連絡受ける	出荷調整品により、在庫銘柄が異なること把握なしまた、入力者への連絡不備	もともとマニュアルにある、実調剤品目をスキャンし、それを基にしたレセコン入力の徹底前回入力内容Do行わない	アンブロキソール塩酸塩徐放ＯＤ錠４５ｍｇ「ニプロ」	アンブロキソール塩酸塩徐放ＯＤ錠４５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
153	アンブロキソールをお渡しすべき患者様に、アテノロールをお渡ししてしまった事例。患者様から連絡があり、すぐに自宅に訪問し、謝罪と状況説明、健康被害がないことを確認し、本来渡すべきであるアンブロキソールをお渡しした。	ヒート包装の色が似ており、錠剤の配置場所も近いためにピッキングの際に間違って集められていた。監査人とピッキングした人は同一かはわからないが、監査時にその間違いをスルーして監査、更に投薬者が見落として投薬してしまった。PTP包装の色、形状のみで判別して、薬剤名を確認していなかったことがアクシデントを引き起こした原因と思われる。	薬品棚にミスの起こらないようアイキャッチで薬品名を記載し、ピッキングの際に間違えないよう予防策をとった。監査時には声出しして薬剤を確認、PTP包装の薬剤名まで確認して投薬者へ。投薬者も同様に声出し確認して、投薬するよう徹底する。	アンブロキソール塩酸塩錠１５ｍｇ「ＴＣＫ」	アテノロール錠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
154	アンブロキソール15ｍｇが全180錠で処方されていた患者さん。昨今のジェネリックメーカーの欠品により、「トーワ」と「サワイ」2種類の在庫がされていた。元々当薬局では「トーワ」を採用していたため、入力は「トーワ」で行われていた。調製の際、「サワイ」で調製を行ったが、入力が「トーワ」になっていることに気が付かなかった。鑑査者は、鑑査機器であるポリムスの先調剤のジャーナルが出ていなかった為、鑑査機器の読み込みが終わっていると思い込み、鑑査を進めた。その際、入力が「トーワ」で実物は「サワイ」になっていることに気が付かなかった。投薬時もヒートが緑色で似ていた為、鑑査者も患者さんも気付かなかった。その後、在庫数を確認した際に、マイナス表示になっており、欠品だった記憶が無かったため、ミスが判明した。	休憩の時間で人が少なく、混雑していた。ジェネリックメーカー切替予定の薬剤は普段、切替予定の指定の場所に置いていたが、アンブロキソール塩酸塩錠15ｍｇ「サワイ」のみ、通常の引き出しに在庫されていた。調剤者は元々採用していた「トーワ」が見つけられず、引き出しに入っていた「サワイ」を元の採用品と思い込んで調剤した。そのため、入力の変更するように伝えることが出来なかった。また、他の薬剤の欠品もあったため、小分けに出かけてしまい、ポリムスの読み込みを怠ってしまった。鑑査者は残薬調整の疑義照会をして、鑑査を進めていた。混雑しているのと時間がかかっていることもあり、焦っていた。	基本確認である処方せんとの突合確認の徹底薬袋の画像と実物の薬剤が異なっていないか注視する。ポリムス実施後のジャーナルの貼付を徹底する。	アンブロキソール塩酸塩錠１５ｍｇ「サワイ」	アンブロキソール塩酸塩錠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	
155	アンブロキソール　４２錠の所　アロプリノール　４２錠で　ピッキング間違いに気付き　アンブロキソール４２錠に変更したつもりが　２錠　アロプリノールになっていた。戻す際にアンブロキソールの棚にアロプリノールが戻されていた。	アロプリノールとアンブロキソールの棚が隣だった。	棚の変更を行った。	アンブロキソール塩酸塩錠１５ｍｇ「タイヨー」	アロプリノール錠１００ｍｇ「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
156	イーケプラ250mgを一包化調剤する際に、近くにあった別の方へ投与予定のトビエース4mgが2T混入した。	別の患者の一包化予定薬を、すぐそばで包装から取り出していたため、混入した。	包装から取り出す場所は、一か所に決め、そこでは一人分の調剤しかしないことに決めた。	イーケプラ錠２５０ｍｇ	トビエース錠４ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
157	施設入所にて継続的にパーキンソン病治療薬のイーシードパールを飲まれている方に、誤って違うパーキンソン病薬であるドパコールを交付、実際に服用してしまった。	当日中の調剤、配達を依頼されていたが、就業時間間際、繁忙な時間帯ということで担当職員のチェックがおろそかになっていたものと思われる。	ミスを見逃さないチェック体制の構築、従業員教育の徹底など	イーシー・ドパール配合錠	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
158	イグザレルトOD15mgの処方でリクシアナOD15mgをピックアップ	同効薬でod，mg も同じでミス	隣りに配置し注意喚起	イグザレルト錠１５ｍｇ	リクシアナＯＤ錠１５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
159	イグザレルト１５mgが処方されていたが入力が１０mgでされていた。お薬は間違いなく１５mgでお渡し。	夕方で忙しく、監査のしっかりできていない状態であった。	服薬指導時の入力確認の徹底。	イグザレルト錠１５ｍｇ	イグザレルト錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
160	イソバイドシロップ70%分包30mlでの処方がありジェネリック希望の患者だったためイソソルビド内用液70%分包30mlに代替調剤したが、鑑査者がイソソルビド内用液70%分包30mlは成分表記だが先発医薬品扱いだと気づき、イソバイドシロップに戻し患者へ交付した	入力者の知識不足でイソソルビド内用液はすべてジェネリック医薬品だと勘違いしていた、瓶の薬はジェネリックだが分包品は先発扱いになるということを知らなかったために起きた事例	入力するパソコンの近くに入力間違いしやすい薬剤の一覧を作成し貼っておくこのような事例が起きたことをスタッフ全員に共有する	イソバイドシロップ７０％分包３０ｍＬ	イソソルビド内用液７０％分包３０ｍＬ「ＣＥＯ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
161	イトプリド塩酸塩錠50mg 84錠が処方されている患者に対して、イトプリド塩酸塩錠50mgの棚から84錠ピッキングしたが、イルソグラジンマレインサン塩錠2mgが2錠混じっていた。鑑査時にピッキングした薬剤師とは別の薬剤師が発見。在庫管理システムで理論在庫を確認したところ、イトプリド塩酸塩錠50mgとイルソグラジンマレイン酸塩錠2mgの理論在庫が30錠ずれていた(イトプリドの実在庫が理論在庫より30錠少なく、イルソグラジンはその逆であった)。イルソグラジンマレイン酸塩錠2mgを処方された患者に対してイトプリド錠50mgが混入された可能性が高いため、直近に処方された患者に連絡を取ったが発見することはできなかった。	イトプリド塩酸塩錠50mgとイルソグラジンマレイン酸塩錠2mgはPTP包装、名称ともによく似ており、調剤棚も隣り合った状態だった。当薬局ではイルソグラジンマレイン酸塩錠2mgが30錠で処方された処方箋は受け付けていなかったため、おそらく別件でピッキングの取り間違いがあり、棚に戻す際に混入があったものと思われる。	イトプリドとイルソグラジンの間に別の薬を挟み、調剤棚を分けて対処することにした。	イトプリド塩酸塩錠５０ｍｇ「サワイ」	イルソグラジンマレイン酸塩錠２ｍｇ「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
162	残薬調整のため、2錠のみ調剤したため、鑑査レンジで反応せず、目視ＯＫにしてしまった。鑑査で気づくことができた。	薬名が似ていること。外観も似ていた。両剤とも、あまり当薬局で調剤する薬ではないため、思い込みで調剤してしまった可能性がある。	鑑査レンジで反応しなかった場合、特に注意が必要であること。しっかり処方箋を見ることを徹底させたい。	イトプリド塩酸塩錠５０ｍｇ「トーワ」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
163	イノレット30Ｒ注5Ｋ処方のところノボラピッド注イノレット5Ｋで交付。	イノレット30Ｒ注　とノボラピッド注イノレットが同じ場所に並んでおり（本来は異なる場所であり薬間に他の注射が配置されている。充填時ＰＤＡ不使用により発生したと考えられる）ピッキングする際、左側に正しい注射、右側に別の注射があった。左側の注射にＰＤＡを通し、右側の注射を手に取ったと考えられる。また１箱単位でもバーコード読み取りも行えておらず薬品すべてを誤ってピッキング。鑑査時投薬時確認がもれてしまいお渡し。	・バーコードを通した薬品をピッキングし箱またぎの際は必ず全てのバーコードを通す。・最終鑑査時に処方箋と薬品との突合を行い、三分割、四分割確認で部分的な一致で鑑査を完了としない。・どういった状況であっても充填する際はＰＤＡを使用する、または使用不可な環境の場合はダブルチェックを行う。・投薬時鑑査を行っていたとしてももれなく処方箋とう薬品の突合を行う。	イノレット３０Ｒ注	ノボラピッド注イノレット		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
164	2/2の17時頃電話にて、1/25の薬を飲み始めた所、「イフェクサー７５ｍｇの所３７．５ｍｇが入っていた。1回分飲んでから気がついた」と薬局へ連絡が入った。	レセコンへの入力が、３７．５mgとなっており、修正をお願いしている間に、処方箋上の他の薬品を監査していて、イフェクサー７５ｍｇを再度調剤するのを怠ってしまい、イフェクサー３７．５ｍｇをそのまま薬袋にいれてしまった。本来であれば、他の職員に再度調剤してもらわなければいけないところ怠ってしまった。	レセコンへの入力訂正をした際や調剤誤りの際には、再度調剤をした際には、他の職員と一緒に確認をすることを徹底する。	イフェクサーＳＲカプセル７５ｍｇ	イフェクサーＳＲカプセル３７．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
165	自動分包機のイフェンプロジル塩酸塩錠20mg「サワイ」のカセットに一硝酸イソソルビド錠20mg「サワイ」を間違えて充填して分包した。監査時に充填間違いに気が付いた。	名前が似ていたため間違いが起きた。	充填時には薬品名を確認し、他のスタッフにも確認してもらってから薬を充填する。	イフェンプロジル酒石酸塩錠２０ｍｇ「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠２０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
166	2021年11月某日（水）１５時頃に、平素より当薬局を利用している施設から当薬局へ処方せんのfaxがあった。処方にはイミダフェナシンOD錠0.1ｍｇ１日２回朝夕食後と記載されていた。薬剤師Ａはイミダフェナシン錠を一包化しようとした際、間違ってイミダプリル錠を一包化してしまった。監査にあたった薬剤師Ｂがイミダフェナシン錠ではなくイミダプリル錠が一包化されていることに気づき、調剤した薬剤師に伝え調剤をやり直した。監査で誤りに気づき正しい薬を交付した。	施設の処方せんを複数枚調剤した際におきた事例です。少し忙しい時間帯になったため名前が似ていたイミダフェナシン錠とイミダプリル錠を間違えてしまった。	業務手順を見直し、ピッキングした後、一包化する前に再度確認するよう徹底しました。また調剤室に間違えた医薬品に印をはり取り間違い防止のための注意惹起をした。	イミダフェナシンＯＤ錠０．１ｍｇ「杏林」	イミダプリル塩酸塩錠２．５ｍｇ「ＴＣＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
167	一般名処方にてイミダフェナシン口腔内崩壊錠０．１ｍｇにて処方のところ、ソリフェナシンコハク酸塩ＯＤ錠にて薬剤師が調剤。他の薬剤師が監査時に発見した。監査システム導入済み。	先発品名は全く異なるが、一般名処方によって類似品名になった。薬効もほぼ同じ為、思い込みもあったと思われる。	薬品棚を工夫して「イミ」と「ソリ」の違いを分かりやすくする。	イミダフェナシン錠０．１ｍｇ「ＹＤ」	ソリフェナシンコハク酸塩ＯＤ錠２．５ｍｇ「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
168	イミダプリル５ｍｇを調剤すべきところ、棚の横にあったイトプリド５０ｍｇをピッキングしてしまった。「イ」からはじまる薬品名で、棚が横にあり、シートの色味が似ていた。調剤歴は長い薬剤師であるが、繁忙時間でもあり、注意力が低下していた。監査で発見し、患者には渡さずに済んだ一事例である。	「イ」からはじまる、色味のよく似たシートで、棚が横同士であった。	棚を離し、注意喚起マークのシールを棚につけた。	イミダプリル塩酸塩錠５ｍｇ「ＴＣＫ」	イトプリド塩酸塩錠５０ｍｇ「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
169	イミダフェナシンOD錠を取り揃える際に、イミダプリル錠5ｍｇを誤って取り揃えてしまった。	はじめの3文字が同じ薬品であり、調剤棚の上下に配置されていた。薬局ではイミダプリル錠の方が頻繁に調剤されている。	処方頻度の少ないイミダフェナシンを別の棚に移動させ、イミダプリル錠の棚には名称類似品への注意喚起のシールを貼付した。	イミダプリル塩酸塩錠５ｍｇ「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：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
170	ジェネリックが２種類ある薬剤（サワイ、テバ）で、入力を間違えてしまった。	ジェネリックが複数種類あるので入力を間違えてしまった。	ジェネリックが複数種類ある薬剤に関しては薬剤の引き出しや薬歴に複数種類ある旨を記載し注意喚起する。	イミダプリル塩酸塩錠５ｍｇ「テバ」	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
171	イリボー錠5.0μｇの所2.5μを調剤した。投薬時に自らイリボー錠5.0μｇに気づき、患者へ与薬前に取り換え、再度薬剤情報との写真と照らし合わせ、確認後与薬した。	イリボー錠5.0μｇとイリボー2.5μはあえて注意喚起のため近くに在庫していたが、慣れと不注意だった。	今後もイリボー錠5.0μｇとイリボー2.5μはあえて注意喚起のため近くにおき、開封方式を少し変えた。	イリボー錠５μｇ	イリボー錠２．５μｇ		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
172	イルアミクスHD服用中の患者にアムロジピンOD５mgの追加処方アムロジピン量として１５ｍｇとなり過量である	合剤のためザクラスと混同した恐れがある	ザクラスとイルアミクスのアムロジピン含有量をカセットに記載	イルアミクス配合錠ＨＤ「ＤＳＰＢ」	イルアミクス配合錠ＨＤ「ＤＳＰＢ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
173	一般名処方箋の入力の際、カムシアからイルアミクスへ変更になっていることを見落とし、前回処方複写で入力してしまった。	合剤の一般名処方のため、実際の商品の名前がイメージできなかった。	合剤の一般名のリストを作り、注意を促す。処方箋監査の際、できるだけ薬剤師が声掛けを行うようにする。複写入力の際は、十分に注意して見直しを行うよう指導する。	イルアミクス配合錠ＨＤ「ＤＳＰＢ」	カムシア配合錠ＨＤ「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
174	どちらも、ピンク色の錠剤で、調剤棚も近く、思い込みで調剤。	昼の休憩時間、人員不足、処方箋は2医療機関同時受付、せっかちな患者、など負の要因が重なった。	棚の位置を変更と、確認の付箋をつける。監査の徹底。	イルアミクス配合錠ＨＤ「ＤＳＰＢ」	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
175	他医院の処方をそのまま引き継ぎ処方される。イルアミクスLDが一般名で処方されている。イルベサルタン100mg、アムロジピン5mgと記載されている。お薬手帳をみるとイルアミクスHDで処方されているため疑義照会にてHDでお渡しする	一般名処方に変換するときにアムロジピンの量を勘違いしたと思われる　ザクラスとかはＨＤが５ｍｇである	ミーティングにてこのような事例があったことを周知徹底する	イルアミクス配合錠ＨＤ「ＥＥ」	イルアミクス配合錠ＬＤ「ＥＥ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
176	イルアミクスLDとイルアミクスHDの取り間違い。	今まで定期処方でイルアミクスLDが処方されていた方がイルアミクスHDへ変更になっていたのを気づかず入力。患者さんへ交付前に最終確認で間違いを発見した。	一般名処方の規格mgまでしっかり確認する。	イルアミクス配合錠ＬＤ「ＤＳＰＢ」	イルアミクス配合錠ＨＤ「ＤＳＰＢ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
177	一般名処方での、イルベサルタン・アムロジピン５ｍｇの記載を、イルベサルタンのみの記載をみて調剤業務を行い、アムロジピンを見落とした。鑑査薬剤師が間違いに気が付き、訂正して鑑査業務をおこなった。	薬剤師としての業務経験が少なく、見落としてしまった。	一般名表記にかぎらず、しっかりと最後の規格まで確認業務は徹底していく	イルアミクス配合錠ＬＤ「ＤＳＰＢ」	イルベサルタン錠５０ｍｇ「ＤＳＰＢ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
178	一般名処方でイルアミクスLDを調剤するところジルムロHDを調剤し、監査もすり抜け患者本人が服用時に気付き薬局へ連絡。	監査・投薬した薬剤師がヘルプの薬剤師で、そのヘルプ薬剤師のミス。慣れない場で慣れない一般名により、監査が十分に行えなかった可能性あり。	思い込みよる監査を避ける為、一文字ずつ処方箋の文字を読み、薬情等照らし合わせ薬が間違っていないか確認。また、当薬局勤務の薬剤師によるチェックも行う。	イルアミクス配合錠ＬＤ「ＹＤ」	ジルムロ配合錠ＨＤ「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
179	イルアミクスLDとイルアミクスHDの渡し間違え、患者の家族からの指摘により発覚した。自宅に交換にうかがった。	規格の見落とし	規格が複数ある薬剤については細心の注意を払って監査する	イルアミクス配合錠ＬＤ「ケミファ」	イルアミクス配合錠ＨＤ「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
180	患者様のご家族が処方箋を持って来局した。一包化指示の処方箋であるため翌日来局予定。事務員Aがピッキングを行い薬剤師が鑑査し一包化にて調製する流れの中で、処方箋にはイルソグラジン錠が記載されていたが、事務員Aは誤ってイルベサルタン錠をピッキングしてしまった。鑑査時に薬剤師Aが誤りに気付き事務員Aに伝えた。事務員Aはイルソグラジン錠を正しく調製し再度、薬剤師Aが鑑査・一包化し薬剤交付された。鑑査時に誤りに気付いた為、患者様には正しい薬剤が交付された。	二つの薬剤の名称が似ていたため間違えた。また、混雑時であったことと、いつもより処方日数が長かったことによる焦りもあった。同一の引き出しの中に保管されていた。	ピッキング時には処方箋記載の薬剤名、規格を頭の中で復唱しながらピッキングを行うこと、ピッキング後に再度、処方箋の記載薬剤名、規格とピッキングした薬剤の薬剤名、規格を復唱し確認を行う。交付までのいくつかのポイントでのチェック、確認を複数回行うよう周知徹底した。	イルソグラジンマレイン酸塩錠２ｍｇ「武田テバ」	イルベサルタン錠１００ｍｇ「共創未来」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
181	イルベサルタンGEの在庫不足により、イルベタン先発を調剤することになったが、入力者は気づかず今まで通り入力し、投薬者も外観・名称が類似していることもあり、薬剤交付時まで気づかなかった。	慣れによる慢心	調剤者と入力者と交付者の互いの声掛けが必要	イルベサルタン錠１００ｍｇ「日医工」	イルベタン錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
182	インスリンリスプロが正しいところ、インスリングラルギンでお渡し	インスリン単位数変化、欠品などに気を取られ薬の確認がおろそかになった。	欠品時は特にミスが発生しやすいところがあるので、欠品時は特に薬剤師による2者確認を必須とした	インスリン　リスプロＢＳ注ソロスター　ＨＵ「サノフィ」	インスリン　グラルギンＢＳ注ミリオペン「リリー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
183	処方箋の読み間違いから誤薬を調剤し、監査システムを通した後にエラーになったにもかかわらず、監査者が確認し薬袋に入れて投薬まで一時冷所で保存。保存されていた薬をそのまま投薬。投与時、患者様からの指摘で発覚。	当薬局で良く処方されていたグラルギンを調剤してしまった。監査システムもエラーだったのにもかかわらず、確認を怠り薬袋に入れてしまい保存。保存された薬についても監査済みと信じ切って投薬をしてしまった。	監査システムエラー時の再確認の徹底。薬歴、薬袋などの複数人での再確認の徹底。最終的には患者様とのコミュニケーションの徹底。	インスリン　リスプロＢＳ注ソロスター　ＨＵ「サノフィ」	インスリン　グラルギンＢＳ注ミリオペン「リリー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
184	一般名処方でプロプラノロール錠が処方されたが、入力がプロブコール錠になっていた。	名称類似薬品の選択ミス	名称は類似しているが、規格が大きくことなるため、規格を含めて薬品名称であることを事務員へ理解して入力してもらう。	インデラル錠１０ｍｇ	プロブコール錠２５０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
185	薬剤師が調剤。ウラリット配合錠が処方され、GEのクエンメット配合錠で調剤する方。繁忙期にて名前の似ているエクメット配合錠HDが調剤された。別の薬剤師が監査時に気が付き、正しい薬剤に変更して調剤された。	繁忙期の為、３点確認が正しくできずに調剤した結果、名前が類似している別の薬剤を調剤したと考える。	成分の異なる薬剤を服用した場合、重大な副作用につながる。全員がそのような危機感を持って業務を行う。忙しい時間帯も３点確認をしっかり行い、思い込みや流れでの調剤は避ける。	ウラリット配合錠	エクメット配合錠ＨＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
186	一般名処方で、クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム水和物と書かれており、ウラリット配合錠を揃えなければいけないところを、クエン酸第一鉄ナトリウム「サワイ」を集めてしまった。	慣れ、慢心等の影響か、クエン酸という文字だけを見て、ピッキングしてしまったことが原因。	良く見れば、一般名も全然違うので、日頃から薬の名前を最後まで見るように心掛ける。	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
187	ウルソデオキシコール酸の処方に対しベタヒスチン酸を投薬してしまった。	当日最後の患者であった。定期薬の降圧薬、他に臨時の風邪ぐすり、そしてウルソの処方。全部で7種類。ウルソに関しては患者が複数の医院を受診し、薬剤性肝機能障害の疑いとの事。投薬時は薬情と照らし合わせ全て確認していただきましたが、その際も、ウルソではなくベタヒスチンであることに、薬剤師も、患者も気が付かつきませんでした。後日肝機能の数値が下がらずDRが大学病院を紹介し、その際処方薬を持参したところ、ウルソではなくベタヒスチンと薬剤部の先生に言われ気が付いた次第です。医院のDRからは、元々紹介する予定だったので今回の間違いで検査数値が悪くなったことは無いといわれましたが、薬局のミスである事には変わりありません。患者からは処方された１Wぶんをきちんとウルソを飲んでいたら良くなったかもしれないとの話をいただきました。	当日最後の患者であり、その時間は薬剤師、事務も順番にあがり薬剤師1名、事務1名体制になっていました。通常は必ず監査をして投薬していますが、自己監査になってしまい、しかも患者と薬を照らし合わせても気が付かなかった次第です。監査時注意が甘かったと感じています。確かにシートは似ていますが、棚はだいぶ離れており（五十音順）未だになぜベタヒスチンをピックアップしたかわかりません。	ウルソデオキシコール酸錠１００ｍｇ「ＪＧ」	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
188	当月処方箋を持ってきたときに前回の薬袋と薬を持ってきて、入っていた薬が違うと。ウルソデオキシコール100ｍｇのところアロプリノール100ｍｇが入っていた。	ウルソデオキシコールとアロプリノールの棚が同じで段違いだった。しかし、アロプリノールはピック機から直接出てくる薬なので、本来ならピックする必要がない。ピックした当事者が何の疑いもなくアロプリノールをピックしてしまったと思われる。	ピック機から出てくる薬とそうでない薬をきちんと覚えておく。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
189	ウルソデオキシコールが処方された患者に対し、誤ってアロプリノールを調剤し交付してしまった。	薬の外観的なデザインがやや似ており、配置場所も近かった為、誤って調剤してしまったと考えられる。	必ず複数人の薬剤師で監査を行い投薬をするように心がける	ウルソデオキシコール酸錠１００ｍｇ「トーワ」	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
190	ウルソデオキシコール酸錠100mg3錠毎食後処方のところウルソデオキシコール酸50mg3錠毎食後で入力、調剤、鑑査で患者に交付した。14日後に来局され鑑査時に過誤発覚。残薬あったため4日間誤服薬となった。体調変化ないことを確認した。	薬剤師の人数に対し、業務量が過多であった。早く調剤仕上げないといけないという焦りと確認不十分あり。鑑査の薬剤師の技量が未熟。	過大な業務に対し、組織変更にて改善。	ウルソデオキシコール酸錠１００ｍｇ「トーワ」	ウルソデオキシコール酸錠５０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
191	投薬時には薬を一つずつ確認しながらお渡ししたが、投薬者および患者本人も間違った薬を渡されていることにこの時は気づかなかった。患者が帰宅後、手持ちの残薬と比べて違う薬だということに気づき、薬局にその旨を連絡された。患者のご自宅まで伺い誤ってお渡しした薬を回収し、正しい薬をお渡しした。	非常に忙しかったため、投薬前の監査・確認を怠ってしまった。	忙しくても投薬前の監査・確認を慌てずに確実に行う。	エイゾプト懸濁性点眼液１％	ブ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
192	持ち込まれた処方箋通りに調剤点眼薬を用意し、前回処方と違う点眼薬に変更になった経緯を伺うと、いつも通りだし、受診時に処方変更の説明も受けていないとのこと。処方元に確認すると、医師は前回と同じエイベリスを2本（前回処方は1本）とカルテに記載していたのだが、入力者は馴染みのあるエイベリスと勘違いし、エイゾプト10mlと入力していたことが発覚	パソコン入力者はあまり薬品名の知識がなくエイベリスという点眼薬を知らなかった。カルテの初めの２文字「エイ」だけで自身が知っているエイゾプトと思い込んで入力をした	できる限り患者様の症状や体のに変化を観察、聴取して症状と薬が一致するか考察する。そのために普段から話しやすい環境を作る努力をする	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
193	バーコード読み取りをすることで処方せんを入力するものではなく、手動入力をする処方せんであった。前回の処方ではエイゾプト懸濁性点眼液1%であり、今回の処方ではエイベリス点眼液0.002%であった。名称が類似していた前回の処方薬をそのままコピーしたため、入力のミスが起こった。	薬品の名称が類似しており、繁忙時でもあったため	同様のミスが起こらないよう、事務方・薬剤師の双方が今回の事例を共有し、引き続き鑑査を行っていく。	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
194	エカード配合錠HDが処方され、後発医薬品に変更調剤する際に、カデチア配合錠HDを調剤しなければならないところ、カムシア配合錠HDが集薬してあった。	カムシア配合錠HDが当薬局では頻回に調剤されており、繁忙であったことと、薬剤の名称が似ていたため誤って調剤されたと思われる。	配合剤の先発医薬品名処方について、一般名と規格を確認し、似ている名称の薬剤が多く特に注意が必要であることをスタッフ全員で周知する。	エカード配合錠ＨＤ	カムシア配合錠ＨＤ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
195	初来局の方での事例　処方にエクメットLDがあり、現在服用中の薬剤を手帳にて確認するもＤＭの薬の服用歴がないため、処方元へ確認。エカードＬＤとの間違えとの連絡あり。	名前の類似が原因か？またクリニックの事務職員の選択ミス？	特に初診の場合はお薬手帳の確認、既往歴の確認の徹底	エカード配合錠ＬＤ	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
196	エクメット配合錠HDの処方であったが、エクメット配合錠LDをピッキングしており監査のときに誤りであることに気が付いた。	名称類似。処方箋の記載を最後まで確認していなかった。	声だし確認の徹底。	エクメット配合錠ＨＤ	エクメット配合錠ＬＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
197	エスゾピクロン錠2ｍｇをエスタゾラム錠2ｍｇで調剤した。投薬時に、薬の情報提供の写真を見て、間違いに気が付いた。	向精神薬の一般名には似た名称のものが多い。今回は、薬剤師の一人調剤・監査であったので、思い込みがあった。	当薬局では、処方箋のコピーを用いて調剤を行っている。コピーの薬剤名に鉛筆などで印をつけて、一文字監査を行うことにした。基本的なことではあるが、薬の情報提供書と調剤禄を合わせて、薬の監査・入力監査を行うと、調剤ミス・入力ミスの発見につながりやすい。当薬局内の採用薬で、名称の類似している薬剤のリストを作成した。名称が類似しているもの、パッケージが類似しているものなどは、スタッフ同士で情報を共有して、調剤ミスが起こらないよう努力している。	エスゾピクロン2ｍｇ	エスタゾラム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	
198	調剤時に般エスゾピクロン錠を般エスタゾラム錠と見間違えて調剤してしまった。監査時に間違えに気がつき、エスゾピクロン錠で調剤した。	調剤が続いており、処方箋をきちんと見ないで調剤してしまった。	調剤後の本人の見直しを再度徹底した。	エスゾピクロン錠１ｍｇ「ＤＳＥＰ」	エスタゾラム錠２ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
199	棚卸の際にエスゾピクロンとエスタゾラムの差異が発覚。使用該当患者が2名おり、確認に行ったところ1名に誤薬が発覚。	コロナ禍で人員不足が続き、他店からのヘルプが続いている中での、ヘルプによる調剤、ヘルプによる監査によって起こった事例。	不慣れな店舗での調剤、監査は自店以上に気を付けなければいけない点、棚卸での差異は必ずすぐに追及するようにすることが大事だと実感しまし。	エスゾピクロン錠１ｍｇ「アメル」	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
200	エスゾピクロン錠１ｍｇ「ケミファ」を調剤するところエスタゾラム錠１ｍｇ「アメル」を調剤。	類似名称で間違いが多い	間違いが多いことを周知し意識して調剤する	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
201	【般】エスゾピクロン１ｍｇが処方になった。ピッキング担当者は、エスタゾラム錠１ｍｇをピッキングした。監査者が間違いに気づき、正しくエスゾピクロンをピッキングし直した。	名称が似ていることが考えられる。	最初の２文字だけでなく、最後まで確認してからピッキングする。	エスゾピクロン錠１ｍｇ「ニプロ」	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
202	繁忙時、エスゾピクロン錠2とエスタゾラム錠2をとりまちがえた	確認不足	調剤棚に注意喚起のフダとりつけた	エスゾピクロン錠2	エスタゾラム錠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
203	今回処方追加でエスタゾラム錠２ｍｇが処方されたが、間違えてエスゾピクロン錠２ｍｇを交付してしまった。	間違えてよく処方されるエスゾピクロン錠をだしてしまった。	交付前に再度処方確認	エスゾピクロン錠２ｍｇ「アメル」	エスタゾラム錠２ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
204	エスゾピクロン錠２ｍｇ「ケミファ」を調剤するところエスタゾラム錠２ｍｇ「アメル」を調剤。	エス～と２ｍｇのみで判断した。	声に出して薬品名を読み上げる	エスゾピクロン錠２ｍｇ「ケミファ」	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
205	一般名処方でエスゾピクロン錠が処方されていたが、エスタゾラム錠を取り揃えてしまっていた。	新人薬剤師であり、調剤に慣れてきたために確認不足で起こったものと考えられる。	エスタゾラム錠は向精神薬の為引き出しで管理しているが、エスゾピクロンも違う引き出しに入れていた為、混同してしまったと思われる。使用頻度を鑑みて、エスゾピクロン錠は調剤棚での管理に変更して、取り間違いの起こらないようにした。	エスゾピクロン錠２ｍｇ「ニプロ」	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
206	エスゾピクロンの処方が多く、意識的にエスタゾラムもエスゾピクロンと思い込んでしまった。	注意喚起をしていなかった為、エスゾピクロンと思い込んでしまった。	エスゾピクロンにはエズタゾラムとの取り間違い注意喚起シール作成。	エスタゾラム錠１ｍｇ「アメル」	エスゾピクロン錠１ｍｇ「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
207	薬剤のレセコン入力を間違えていたことと、調剤時に後発品の有無等を確認するため処方せんではなく薬袋を見てピッキングしていた為に間違いに気づかずに調剤してしまった。投薬時に処方せんを確認した薬剤師が気づいた。	新規採用薬の情報の共有不備、繁忙な時間帯で焦ってしまった。調剤時に処方せんを確認する事を軽視したために発生した事案	スタッフ間で情報の共有を行うため掲示板を作成していつでも確認できるようにしました。予製をしてる薬剤も含めて調剤業務フローの見直しと調剤時に処方箋原本の確認を再度徹底	エスタゾラム錠１ｍｇ「アメル」	エチゾラム錠１ｍｇ「ＥＭＥＣ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
208	エスタゾラム錠1mgのところ、エスゾピクロン錠1mgを間違ってピッキング。調剤鑑査システム使用にてピッキングミスに気付いた。	処方せんの確認不足	鑑査支援システムの実施を必ず行う	エスタゾラム錠１ｍｇ「アメル」	エスゾピクロン錠１ｍｇ「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
209	エスタゾラム錠１ｍｇ「アメル」を調剤しなければならないところ、類似名薬品のエスゾピクロン錠１ｍｇ「トーワ」を調剤してしまい、監査時に別の薬剤師が発見した。	薬品名の類似。忙しい時間帯であった。	注意喚起シールの使用。	エスタゾラム錠１ｍｇ「アメル」	エスゾピクロン錠１ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
210	ピッキングの際の取り違え。	一般名が似てるため	薬剤名読み上げ。棚に注意喚起の付箋を貼る。	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「ＤＳＥＰ」 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
211	一般名処方エスタゾラム錠2ｍｇであったのをルネスタ錠2ｍｇを調剤してしまった。	繁忙期であり、また一般名エスタゾラム錠2ｍｇの処方せんは初めてで在庫が無く、ルネスタ2ｍｇが先発名処方でよく出ていた。それでレセコン入力者も調剤者も思い込みをしてしまった。	常に「思い込みをしないように」意識して確認を怠らない事。	エスタゾラム錠2ｍｇ	エスゾピクロン錠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
212	エスタゾラム錠（２）の処方に対し、エスゾピクロン錠（２）を調剤。監査の段階で間違いに気づいた。	当薬局では、エスタゾラムの処方は少なく、エスゾピクロンの処方が多い。名称が似ていると認識していたにも関わらず、その時は、確認不足のまま、手に取ることが多いエスゾピクロンをとってしまった。	両薬剤は、以前から離れたところに置いている。今まで以上にしっかりと処方箋の確認、監査をする。	エスタゾラム錠２ｍｇ「アメル」	エスゾピクロン錠２ｍｇ「ＹＤ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
213	該当薬を服用したところ、口の中が苦くなる・眠れない等の症状が現れる。耳鼻科受診したが　異常なしということで、大病院を受診。いろいろ検査したが、原因がわからないということで、医師が　薬の影響ではないかとの指摘。帰宅後確認したところ　過誤が判明。	「エス」で始まる薬で　間違えてピックした後、監査・投薬時にもすり抜けてしまった。思い込みが原因と考えられる。該当薬は　抗精神病薬と普通薬なので、棚の位置がかなり離れているにもかかわらず　過誤が発生した。	○該当薬の棚に「過誤歴あり」のシールを貼った。○十分注して　監査するようにした。○投薬時　袋に入れるときに、薬袋の写真と現物が間違えないことを確認する。	エスタゾラム錠２ｍｇ「アメル」	エスゾピクロン錠２ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
214	以前より来局。エスタゾラム錠が処方されていた患者さん。９月より当薬局がルネスタ錠の後発品　エスゾピクロン錠を採用し、連日多くの患者にエスゾピクロン錠を調剤していた。　当該患者の処方箋を見て、「睡眠薬」　薬品の頭文字が「エス」で始まる、「２ｍｇ」であることから、思い込みで、エスゾピクロン錠を調剤、お渡ししてしまった。	9月にエスゾピクロン錠を採用以来、多くの患者に調剤していたため、類似効能、名称、mg数の一致から思い込みで誤って渡した。エスゾピクロン錠を採用してからまだ日が浅く、エスタゾラム錠と取り違えるという危機感を持ち合わせていなかった。	当然　ダブルチャックを徹底し　一人の思い込みを排除する。　また　投薬時　患者さんに薬をみせながら説明する。患者さんがいつももらう薬とデザインが違うことに気づいていただける場合があるため。	エスタゾラム錠２ｍｇ「アメル」	エスゾピクロン錠２ｍｇ「ＹＤ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
215	一般名称：エスタゾラム2mgをエスゾピクロン2mgと思い込み、ルネスタ2mgで調剤。投薬時に患者様が気づく。	類似名と、ルネスタ2mgの処方が多いことが思い込みに繋がったと思われる。	類似名等の確認と、ヒヤリハットの共有。	エスタゾラム錠２ｍｇ「アメル」	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
216	エスタゾラム錠２ｍｇ「アメル」のところエスゾピクロン錠２ｍｇ「明治」でピッキングした。	名前が似ていたため、よく出るエスゾピクロンのほうだと思ってピッキングした	医薬品名称よく見てピッキングします。	エスタゾラム錠２ｍｇ「アメル」	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
217	エスタゾラム2mgを調剤するところ、エスゾピクロン2mgで調剤してしまった鑑査時に発覚して薬取り換えした	同じ眠剤で名称も似ている為、間違えてピックしてしまったよう	似ている名前のものがあった場合はより注意してピックを行っていく	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
218	エスワンタイホウ配合OD錠T25から20への減量を気付かず患者へ20をお渡ししてしまったが、調剤者が間違いに気付き、患者宅に伺い取り替えた。	DO処方だと勘違いして調剤し、監査も見逃してしまった。投薬者も処方箋と薬を見逃したまま患者さまとお話ししたが、服薬指導も違和感はなかった。患者も減量になったこと認識されたなかったのも気付かなかった原因だと考慮する。現在、調剤監査システムのPeechを使用しているため、入力と薬の間違いを防げているが、処方箋と入力を見逃してはいけない教訓となった。	エスワンタイホウ配合OD錠T20と25に注意喚起の札を貼り、調剤時にも監査の気持ちを持って取り組むように店舗職員に通達を出した。	エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２５	エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
219	エゼチミブが処方されたところ、同引き出し内にあった隣に並ぶエナラプリルをピッキング。計数間違いはなかったものの、外観が似ており、監査が行き届いておらず交付。交付後、患者本人から「ハサミで切ってしまったけど、これ間違っているよね」と申し出があり発覚。PTPは茶色系統で似ており、調剤者、監査者ともにミスをみとめる。	外観類似品。	上の棚と下の引き出しとで別場所に設けることにした。	エゼチミブ錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	エナラプリルマレイン酸塩錠５ｍｇ「ＥＭＥＣ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
220	一般名処方エチゾラム錠０．２５ｍｇが記載されところを、ブロチゾラムと勘違いして取り揃えた。当薬局でエチゾラム０．２５ｍｇを使用している患者は1～２名しかおらず、ほとんどはエチゾラム０．５ｍｇかブロチゾラム０．２５ｍｇが処方される。	一般名の類似による勘違い。	取り揃える薬剤を記載するようにする。	エチゾラム錠０．２５ｍｇ「ＳＷ」	レンドルミンＤ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
221	エチゾラム０．５ｍｇを８４錠調剤するところを、誤ってセパゾン錠１ｍｇを８４錠調剤してしまった	。ちょうどその時はエチゾラム０．５ｍｇの棚の充填作業中であったので所定の箇所から外されていた。棚の場所が近くであるセパゾン１ｍｇに誤って手を出し調剤した。ＰＴＰ包装の色使い雰囲気が近似している。	棚の位置を今よりも離す。棚段も変える。	エチゾラム錠０．５ｍｇ「フジナガ」	セパゾン錠１		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
222	エスタゾラムとエチゾラムの取り間違え	薬名の思い込み。薬名を声を出しての確認	声だし確認	エチゾラム錠１ｍｇ「アメル」	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
223	エナジア吸入用カプセル高用量が処方された。事務員がレセコンに入力する際、誤ってエナジア吸入用カプセル中用量と入力。薬剤師が誤りに気付き、訂正した。	商品名の類似。	医薬品名を入力する際、医薬品名は末尾までしっかり読むこと。	エナジア吸入用カプセル高用量	エナジア吸入用カプセル中用量		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
224	エナラプリル2.5mgが処方されていたが入力間違いによりエナラプリル5ｍｇへ。監査時に気付き事なきを得る。	定期処方という慢心があったと思われる。	入力時の重複確認を徹底することに致しました。	エナラプリルマレイン酸塩錠２．５ｍｇ「サワイ」	エナラプリルマレイン酸塩錠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
225	エネーボが処方のところ、エンシュアリキッドを調剤。	同じ陳列場所にあった。	棚を分ける	エネーボ配合経腸用液	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
226	エバスチンＯＤ錠１０ｍｇの処方のところエナラプリル錠１０ｍｇを調剤。監査時に発見。	薬を在庫している棚が上下していて、包装が類似していたため取り間違えてしまった。	エナラプリル錠１０ｍｇ「トーワ」を棚のまま在庫し、エバスチンＯＤ錠１０ｍｇ「ファイザー」を引き出しの中に在庫するようにした。	エバスチンＯＤ錠１０ｍｇ「ファイザー」	エナラプリルマレイン酸塩錠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
227	1年ぶりに来局の方。ジェネリック医薬品供給希薄につき、現在エバスチン錠10ｍｇ「ケミファ」でお渡ししているが、1年前はエバスチン10ｍｇサワイでお渡ししていた。今回、服用薬剤情報文書の写真の違いからメーカー違いの入力を行ったことが判明した。	レセコンマスターにてエバスチン錠10ｍｇサワイの採用を削除していなかったため。	非採用として今後レセコンに上がらないように対策した。	エバスチン錠１０ｍｇ「サワイ」	エバスチン錠１０ｍｇ「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
228	施設在宅で対応していた患者さん。エスタゾラム２ｍｇを服用していたが骨折にて入院となった。入院中よりエバミール１ｍｇへ変更となり帰所された。帰所後、在宅主治医からの継続処方は入院中の処方を踏襲しエスタゾラム２ｍｇ→エバミール１ｍｇへ変更となった。この際、従来使用していた予製表と自動分包機のレジメをエスタゾラム２ｍｇ→エバミール１ｍｇとしなければならないところ、エスタゾラム２ｍｇ→エスタゾラム１ｍｇと誤って更新、調剤、投薬した。	同効薬・同規格で服用経験がある薬剤であったことが判断ミスの要因として挙げれる。	予製表と自動分包機レジメの更新を行う場合は薬剤師と事務員２名で対応を行うよう周知徹底することとした。	エバミール錠１．０	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
229	エピデュオゲルが処方されGE希望の患者だったが後発品が存在しないためエピデュオゲルを手に取ろうとしたところ成分名の１つであるアダパレンが目に入り咄嗟に近くにあった　アダパレンゲル「ニプロ」を調剤してしまった。	エピデュオゲルがアダパレンと過酸化ベンゾイルの合剤であることを理解しているにもかかわらずアダパレン「ニプロ」を調剤してしまうのは気のゆるみからくるものである。	監査システム導入により誤調剤が見つけやすくなったが気のゆるみがないよう気をつけていきたい。	エピデュオゲル	アダパレンクリーム０．１％「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
230	一般名処方にてエピナスチン錠１０ｍｇが処方、患者は後発品希望であった。類似名称であるエバスチン錠１０ｍｇ「サワイ」を拾ってしまったが、監査の薬剤師が気づき、当薬局在庫であるエピナスチン錠１０ｍｇ「サワイ」にて調剤をし直した。	「エピナスチン」と「エバスチン」の言葉の響きが似ているため取り違えた事、規格が両方とも１０ｍｇ「サワイ」であり紛らわしかったこと、そしてシートの裏地が白地に緑文字であることから取り違えになったと考えらえる	ピッキングの時と監査の時に、「ピナ」と「バス」の部分に着目して処方箋とピッキングしたものとを付け合わせることで見分けを付ける。後発品の品薄で採用メーカーを変えることも難しいため、成分名の見誤りをまずは未然に防ぐ。	エピナスチン塩酸塩錠	エバスチン錠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
231	（般）エピナスチン錠20ｍｇの処方だったがエバスチン錠10ｍｇ「YD」を交付する寸前に間違いに気づき、正しいものを渡すことができた。	多忙な時間帯で監査者が思い込みで監査してしまった。	類似の物がある薬は声出ししながらピッキング、監査する。	エピナスチン塩酸塩錠２０ｍｇ「サワイ」	エバスチン錠１０ｍｇ「ＹＤ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
232	エペリゾンの処方に対して、エンペラシンと取り違えてしまった。別の薬剤師が投薬前に気付いた為、健康被害は無かった。	繁忙時と重なり、確認不足になってしまった。	類似名称の薬品は目印をつけて再発の予防を行った。	エペリゾン塩酸塩錠５０ｍｇ「ＮＰ」	エンペラシン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
233	普段は院内処方であるクリニックからの手書きの処方せんを持って来られました。処方内容にはセレベント50ｍｇ週3回（月水金） 2週間分と書かれていました。薬剤師はセレベント50ディスカスを週3回吸入するのかなと思いましたが、吸入とも書かれていなかったので、医師と患者様のやり取りを患者様に確認しました。患者様は、先生が「貧血がどうのこうのと言っていた」「腎臓のことも言ってたかな」ということだったので、エベレンゾ錠50ｍｇである可能性が高く、類似名称薬品の先生の思い込みによるものと思い、疑義照会しました。照会後、薬品の書き間違いでエベレンゾ50ｍｇであることが確認され、週3回夕食後に服用するようにとのことでした。	今回は手書き処方せんであった為、セレベント50ディスカスのディスカスの記載がなかったのと、先生の思い込みでエベレンゾが類似のセレベントの記載になってしまったと思われる。	手書き処方せんは不備が多いので、疑義が生じた場合は必ず、疑義照会をする。	エベレンゾ錠５０ｍｇ	セレベント５０ディスカス		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
234	1包化の処方。エリキュース2.5の処方に対して5で入力。監査時気づかず、薬歴入力時発見する。	他剤1包化、混雑もしていた。順次来局する患者に対応しつつ、1包化の監査も行っていた。処方に対する注意力が欠けていた。	1包化のヒート確認時、一緒に入力の薬品名も1つずつ確認をする。	エリキュース錠２．５ｍｇ	エリキュース錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
235	抗凝固剤であるエリキュース錠2.5ｍｇを服用中の患者に対し、抗血小板薬であるエフィエント錠2.5ｍｇが調剤されていることに交付前に気が付き、すぐさま是正した。	当局は薬をあいうえお順で薬棚に配置しているが両者は割と近くに並べてあること、「2.5ｍｇ」と規格が同じであること、「血液凝固関連薬」として同薬効分類に括れること、当局においてはエフィエント錠のほうが多く使用されていることが原因と思われた。	両者は用法用量からも容易に判別可能である。それぞれの添付文書を見直し、棚に注意喚起の表示を行うなど、再発防止に努めた。	エリキュース錠２．５ｍｇ	エフィエント錠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	
236	エリスロシンを調剤するところエリスロマイシン錠「サワイ」を調剤しそうになった。一般名が似ているが、先発後発品の関係ではないことに気づき、ひやりとした。	一般名の一部分が似ていることによるヒヤリハット。	知識として知っていることが重要なので、薬局前提に周知した。	エリスロシン錠２００ｍｇ	エリスロマイシン錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
237	エルサメット配合錠　６錠　分３と処方記載があった。そのためエルサメット配合錠がないことで、そのまま不足薬として対応していた。調剤工程で、添付文章を確認したところで、エルサメット配合錠Ｓの半分の量であることに気づいた。そのためにエルサメット配合錠Ｓ　３錠　分３として調剤した。	知識不足	常日頃より、似たようなケースを薬局内で話合い、討論をして薬識不足、知識不足を補う	エルサメットＳ配合錠	エルサメット配合錠		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
238	サービス付き高齢者住宅に入所の患者往診より同席しており口頭で処方変更を聴取していたが処方せんにおける変更の反映を確認できていなかった。	往診同行により確認を実施していたが処方せんでの変更を十分に確認できていなかった	処方せん監査と変更のダブルチェックの実施の徹底	エルデカルシトールカプセル０．７５μｇ「サワイ」	アルファカルシドールカプセル０．２５μｇ「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
239	1/4の正月の休業において、事前に処方される可能性があった処方せんFAXを確認に出社し、エンシュア・Hの処方を確認したが、年末の情報共有SNSにおいて「エンシュア」と書かれていたため、エンシュアと思い込んで、エンシュアを調剤した。	休業日のため、処方せん入力や監査システムは稼働させずに、同僚との目視確認のみで調剤した。	フリクションボールによるチェックも省略していたため、休業日でシステムが稼働していない場合は、しっかりフリクションボールを利用する。また、なるべく、システムを稼働できる体制で調剤する。	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
240	エンシュア・リキッド（コーヒー味）の処方が出ていたところ、エンシュア・Ｈ（コーヒー味）を誤って準備していた。最終監査の薬剤師が誤りに気付いた。	要因としては、薬局内が煩雑としていた事と、類似品同士を近くに置くなど工夫が足りていなかった。	・局内を整理整頓する。・類似品同士を近くに並べないようにする。・処方箋に印を付けるなどして２人以上で確認する。	エンシュア・リキッド	エンシュア・Ｈ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
241	体幹の痒みのため内服薬と外用薬処方された。一般名処方で内服薬処方。	処方入力は合っている。以前より一包化調剤を行っており、PTPの確認漏れが原因と考えられる。	一包化する前に入力監査、自動錠剤監査システムを利用する事で防止	エンペラシン配合錠	ｄ－クロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠６ｍｇ「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
242	該当患者に面処方にて新規でオイラックスクリームが処方されたが、入力・調剤・監査のそれぞれの段階で気づかず誤ってオイラックスHクリームでお渡ししてしまう。翌来局時の監査の際に監査者が入力間違いに気付き、前回処方分も見直したところ前回の誤りに気付く。患者様・Dr双方に説明し謝罪。患者様の体調変化ないこと確認しDrからも特にその後の指示などなし。	門前処方ではオイラックスHクリームのみ扱っており、オイラックスクリームは薬局在庫がない状態。入力者はオイラックスクリームとオイラックスHクリームが別のものとの認識がなく、門前処方で扱うオイラックスHクリームで入力。繁忙期で連日薬局は混みあっており調剤・監査者は疲労から注意力低下し入力・調剤間違いに気付けず。監査システムも入力した薬剤と調剤した薬剤には相違がないためスルーされてしまった。	薬局内混雑時や疲労時は特に剤形・規格間違いなど見落としやすくなるため、特に注意が必要。調剤・監査時は処方箋原本の内容とよく照らし合わせて業務を行うことを改めて注意する。	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
243	オースギ桂枝加竜骨牡蛎湯が処方されていたが入力で柴胡加竜骨牡蛎湯を入力。初期鑑査、最終鑑査でも気付けず、薬効も目的が同じなので投薬時も気付けなかった。交付後チェックで間違いに気付き交換に伺ったため服用前に対応できた。	薬品を読めなかったのでメーカー検索したため部分一致で誤った選択をした。違う漢方薬も処方されていて、その漢方の在庫がなかったため、患者も外出中で後回しにされていた。忙しかったのもあり初期鑑査でも似たような薬品名で柴胡加竜骨牡蛎湯の方がよく出る薬品だったため間違いに気付けなかった。	入力の際はメーカー検索ではなく薬品検索で読めないときは薬剤師に聞く。薬品名を4分割して初期鑑査、最終鑑査をする。	オースギ桂枝加竜骨牡蛎湯エキスＧ	オースギ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス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
244	１回６錠、１日１８錠で入力するところを、１回２錠、１日６錠で入力	分包品に入っている錠数を把握していなかった。	事務員も分包品の錠数を把握できるよう確認しておく。	オースギ小青竜湯エキスＧ	オースギ小青竜湯エキスＧ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
245	78歳男性、初来局時、当薬局にはあまりこない麻薬処方箋で来局。事務はあまり見たことのない麻薬処方箋に緊張しました、その時は当該麻薬の在庫もありませんでした。処方箋入力の事務は経験1年でした、もう一人の経験15年の事務は繁忙時であったため待合室ので他患の対応をしていました。薬剤師2人も投薬・調剤に追われていました。本来の徐放錠を普通錠で入力し、薬剤師も気づかずに投薬してしまいました。	事務が2人いる時には2人で必ず入力を確認します、薬剤師も事務任せにせずに必ず確認を確実にします。特に在庫のない薬・初めて出る薬・類似名の薬に関してはその場にいるみんなで確認します。繁忙時でも少し患者を待たせても。	事務が2人いる時には2人で必ず入力を確認します、薬剤師も事務任せにせずに必ず確認を確実にします。特に在庫のない薬・初めて出る薬・類似名の薬に関してはその場にいるみんなで確認します。繁忙時でも少し患者を待たせても。	オキシコドン徐放錠５ｍｇＮＸ「第一三共」	オキシコドン錠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
246	オキシコドン徐放５mgNXのところ、オキシコドン５mgNXで入力されていた。ピッキングは処方通りなされており、調剤録チェックにて誤りを発見。	一般名、規格・剤型違いの薬品が多いためレセコン入力の際に思い込みで入力をしてしまった。	名称・剤型類似薬品の周知徹底とダブルチェック	オキシコドン徐放錠５ｍｇＮＸ「第一三共」	オキシコドン錠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
247	平素から当薬局利用している患者に初めて麻薬の処方があった。 一般名でオキシコドン徐放錠５ｍｇ（乱用防止製剤）が処方されていたが事務員が間違えてオキシコドン徐放錠５ｍｇ「第一三共」を入力していた。監査の薬剤師が入力の間違いに気づき指摘、正しいオキシコドン徐放錠５ｍｇNX「第一三共」で入力・調剤しお渡しした。	名称が似ており間違えた。乱用防止製剤について知らなかった。	入力監査の徹底、間違えやすい薬の周知の徹底	オキシコドン徐放錠５ｍｇＮＸ「第一三共」	オキシコドン徐放錠５ｍｇ「第一三共」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
248	オフロキサシン５ｍｌのところ１ｍｌと入力	直前に瓶単位で入力する医薬品を扱ったため	レセコンの単位表示をよく見て入力する	オフロキサシン点眼液０．３％「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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
249	オランザピン2.5をオングリザ2.5を調剤	声出し確認	棚の変更	オランザピン錠２．５ｍｇ「杏林」	オングリザ錠２．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
250	近隣の耳鼻科処方箋を久しぶりに来局した患者さんが持参した。一般名で外用薬が処方されていたのだが、一般名の後半“点眼点耳点鼻液”を見てイコール、リンデロンと思い調剤しようとした。処方入力時、事務から当薬局には在庫していない薬だと告げられ気づいた。	リンデロン以外の点眼点耳点鼻が存在することを知らなかった。思い込み。	ステロイド外用薬は特に注意して、薬剤一般名を必ず再確認する。	オルガドロン点眼・点耳・点鼻液０．１％	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
251	オルメサルタンの取り間違い繁忙でピッキングシステムを使用しいていなかった	繁忙処方せんの確認不足	ピッキングシステムを必ず使用する規格違いが分かりやすいよう配置の変更	オルメサルタンＯＤ錠１０ｍｇ「トーワ」	オルメサルタンＯＤ錠２０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
252	新規でオルメサルタンメドキソル口腔内崩壊錠の処方あり。門前の診療所ではオルメサルタン口腔内崩壊錠で一般目処方されて庵、当薬局のレセコンでもオルメサルタン単独の一般名ではメドキソルがついていない。レザルタスの一般名にはオルメサルタンメドキソルとなっていたため、変換するときにそちらを選んでしまった。	一般名が省略された形で認識されていたため、オルメサルタンはオルメサルタンメドキソルが正しい一般名であることを認識できなかった	一般名が省略された形で認識されていたため、オルメサルタンはオルメサルタンメドキソルが正しい一般名であることを周知した	オルメサルタンＯＤ錠１０ｍｇ「ニプロ」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
253	【般】オルメサルタン口腔内崩壊錠２０ｍｇが処方されている患者さんの薬を実務実習生が一包化した。監査時にテルミサルタン錠２０ｍｇが分包に入っていることに気が付いた。オルメサルタンＯＤ錠２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」のカセットの中を見たらテルミサルタン錠２０ｍｇが入っていた。【般】オルメサルタン口腔内崩壊錠２０ｍｇで分包しなおして、薬剤を交付した。	自動分包機へバラ錠を充填する際に、該当薬剤師が薬剤の取り違えをした。他の従業員(事務員)に確認を求めた際、思い込みで薬名を声に出しただけで、カセットの薬名とバラ錠の容器に印字してある薬名をはっきり見せなかった。	自動分包機のカセットに薬剤を充填する際は、２人以上でカセットの薬名と薬剤容器の薬名を声に出し、指差し確認を行う。	オルメサルタンＯＤ錠２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	テルミサルタン錠２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
254	オルメサルタン20を処方、テルミサルタン20を間違えて交付	薬歴記載中に気づいて連絡、交換となりました	忙しい場合でも複数人数での確認をする	オルメサルタン錠２０ｍｇ「ＴＣＫ」	テルミサルタン錠２０ｍｇ「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
255	オルメサルタン錠(20)をテルミサルタン錠(20)で取りそろえ、鑑査時に発見され修正した。	規格と名称の類似で間違えた。	調剤録のメーカーチェックで気付く必要があった。	オルメサルタン錠２０ｍｇ「日新」	テルミサルタン錠２０ｍｇ「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
256	今回処方からオートインジェクターからシリンジに変更となったが、気づかずに入力、調剤、投薬してしまった。	シリンジの存在を知らなかったため、いつもと同じオートインジェクターと思い込んでしまった。	調剤、監査する時に、規格や数量、服用方法、日数などを処方箋と調剤禄で確認し、調剤禄に丸と付ける。	オレンシア皮下注１２５ｍｇシリンジ１ｍＬ	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
257	GE在庫ひっ迫から、製造メーカーの変更を余儀なくされ、日頃採用していない会社名の入力をしてしまい、気が付かずに投薬してしまった	局内の共有。	局内の共有	オロパタジン塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「フェルゼン」	オロパタジン塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
258	6/25オロパタジン塩酸塩錠5ｍｇ「ＮＰＩ」で入力調剤、8/5は出荷調整により納品できず「YD」にメーカー変更していた。レセコン入力時には、前回DORpで「NPI」入力。ヘルプ薬剤師のため、そのまま投薬。当日の在庫確認で在庫のないメーカーに入力が発覚。実際は「YD」を投薬、入力の「NPI」とで差額が発生し、11/18事情説明のうえ、お詫び、返金しました。	問題解決までに長期間かかってしまい、報告も遅くなっています。今般の出荷調整、出荷停止により、同じメーカーを継続して納品できない状況が多品目あるなかの中、メーカーア変更について薬局内の連絡不足がありました。当日はヘルプ薬剤師にも連絡が行き届かず、結論的には、差額発生となりました。	薬局内の連絡事項の伝え方検討、今般の流通事情においては、すべてのスタッフが共有して確認できるよう納品の薬は皆でさわって、見て、指定場所においていこうと取り組んだ。	オロパタジン塩酸塩錠５ｍｇ「ＹＤ」	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
259	一般名処方でオロパタジン錠５ｍｇが処方、薬剤師はオロパタジン錠５ｍｇ「ＹＤ」で調剤も、調剤入力が以前薬局内で採用していた「日医工」品目であった。	後発品品薄が多発し、薬局で扱っている銘柄が何回も変更を余儀なくされた。そして調剤された薬品と入力されている薬品の銘柄違いのヒヤリハットが増えた。銘柄確認の入力と調剤付け合わせがより強化必要となる。機器による誤り発覚補助も効果的である。	入力内容と調剤薬品付け合わせ監査について、銘柄の確認を強化した。また、ＧＳコードで判定される調剤監査機器活用でもヒューマンエラーによるヒヤリハットを防ぐ可能性がある為、機器も活用	オロパタジン塩酸塩錠５ｍｇ「ＹＤ」	オロパタジン塩酸塩錠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
260	当薬局ではオロパタジン点眼液0.1%「サンド」を採用しているが、オロパタジン点眼液0.1%「センジュ」で入力してしまった。投薬時に気付き変更してお渡し。	・入力時にほかのメーカーも表示されるようになっており、間違いが起こる可能性があった・鑑査者がメーカー名のチェックをおざなりにしてしまっていた。	・使ってないメーカーについてはパソコンの表示を灰色にして見間違えのないようにする。・鑑査者はメーカーまで点チェックと声出しチェックをする。	オロパタジン点眼液０．１％「サンド」	オロパタジン点眼液０．１％「センジュ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
261	しっかり確認せず、思い込みで調剤してしまい、監査時に気付いた。	慣れから、しっかり確認せずに調剤を行ってしまった。	似たような名称には、調剤棚に注意喚起を行って再発防止に努める。	オロパタジン点眼液０．１％「ニットー」	オフロキサシン点眼液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
262	オングリザ2.5ｍｇを出さなければいけないのに、オランザピン2.5ｍｇを出してしまった。患者さんが、いつもの薬と違うので、持ってこられた。それで、間違いが判った。	名称が似ていたのと、慣れから、間違えてしまった。監査も見逃した。	緊張感をもって、ぎょうむにあたること。監査を厳しく、緊迫感をもってすること。	オングリザ2.5ｍｇ	オランザピン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	
263	特養施設患者の定期一包化処方。事務スタッフが取りそろえた薬剤を、薬剤師が処方箋に基づき一包化作業中に発見。『オングリザ錠2.5mg』処方のところ、『オランザピンＯＤ錠2.5mg』がピッキングされていた。一包化作業を行っていた薬剤師が誤ピッキングに気づいた。	名称類似。規格は「2.5mg」で同一。	一包化の作業指示書に「×オランザピン⇒〇オングリザ」と注意喚起記載。	オングリザ錠２．５ｍｇ	オランザピンＯＤ錠２．５ｍｇ「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
264	オングリザ5mg錠の所を間違えて、オロパタジン5mg錠「ケミファ」を渡そうとしていたが、患者と薬の確認を行っているときに気付き正しい薬を渡した。	オングリザ5mg錠とオロパタジン5mg錠「ケミファ」は棚が隣同士であり、またPTPの色合いが似ていたため、間違えてピッキングを行った。鑑査の時点でも、PTPの色合いが似ている事、名称の始まりが「オ」であったため、勘違いをしてしまった。	棚が近かったことと、鑑査時の慢心・慣れが原因と考えられる。しっかり、薬の名称を最後まで確認し鑑査を行う事を徹底する。	オングリザ錠５ｍｇ	オロパタジン塩酸塩錠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
265	休日診療対応時間。剤形違いで入力。入力の間違いに気が付かず、お薬は処方通りにお渡し。	いつもと違うレセコンで慣れない環境だった。	事務と薬剤師で入力の確認をする。	ガスターＤ錠１０ｍｇ	ガスター錠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
266	ガスターD錠２０ｍｇのところ、オルメテックＯＤ錠２０ｍｇを調剤してしまった。	棚がアイウエオ順となっており、カ段とオ段が近く、ガスターD錠２０ｍｇの包装の青色のイメージでオルメテックＯＤ錠２０ｍｇを取ってしまった。	ガスターD錠２０ｍｇとオルメテックＯＤ２０ｍｇをカ段、オ段の中で場所を離す。それぞれの棚に「薬名は大丈夫？」と表記。	ガスターＤ錠２０ｍｇ	オルメテックＯＤ錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
267	ガスターD錠２０ｍｇが処方されていたが、すぐ近くの棚にあったオルメサルタンOD錠２０ｍｇをピッキングし、通常ほかの事務員に確認してもらっているが、その時は手が空いておらず一人で監査し、お渡し。患者様から帰宅後に電話にて連絡があり、いつもの薬と違うとの申し出があり発覚。すぐに自宅まで伺い、謝罪の上交換した。患者様は服用前であり、健康被害はありませんでした。	ピッキングにおいても棚が隣り合わせであり、視認した棚が違っていたことに気が付かなかった。ピッキング後もたまたま同じ規格、同じOD錠だったことに加え、色も酷似していた。また患者様から話しかけられており、気がそぞろだったことに加え、ピッキングした者と監査する者が同一かつ、順守事項であるレ点チェックも怠ったまま監査した。	同じようなヒート絵柄、ｍｇ数のものは普段から注意して遠ざけるようにし（例：棚と引き出し）必ず二人でチェック、レ点チェックも必ず行う。また、薬品情報提供書の写真も確実に同一であるようチェックする。	ガスターD錠２０ｍｇ	オルメサルタンOD20ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
268	ガスター１０ｍｇを投薬すべきところ、フェブリク１０ｍｇを投薬してしまった３日間服用し、元々めまいがある患者様で症状がひどくなり、薬局に連絡が有り発覚した	監査者が処方箋記載の（般）ファモチジン錠１０ｍｇを、最初の「フ」と最後の「１０ｍｇ」でフェブリク１０ｍｇと思い込んでしまった	監査人が投薬人も兼ねていました。今後、監査人と投薬人を別にし再発防止策とします	ガスター錠１０ｍｇ	フェブリク錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
269	【般】イルソグラジンマレイン酸塩口腔内崩壊錠4ｍｇが処方された際に本来はガスロンN・OD錠4ｍｇを入力する所を、ガスロンN錠4ｍｇで入力してしまった。調剤時は正しいもので行おうとした為、調剤監査システムでエラーが発覚した。	薬局の薬品マスタに、ガスロンN錠4ｍｇが入っていたので、それを入力してしまった。（ガスロンN・OD錠を入力する為には、マスタの原本から選んで来ないといけなかったがガスロンN錠4ｍｇが選択出来た事でそちらに気を取られて間違えが起こってしまった。	普段調剤しない薬を入力する際は慎重に行い、成分名だけでなく、規格、剤形等も細かく区切って確認をすべきと再認識して情報共有をおこなった。	ガスロンＮ・ＯＤ錠４ｍｇ	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
270	カソデックスとアリミデックス両方の服用があり、レセコン入力の際、DO処方でコピーした際に名前が類似していることから、間違えて入力し、焦りから鑑査でも見逃してしまった。投薬時に患者からいつもと違う指摘があり、発覚。	薬剤師がカソデックスの服用を把握しておらずアリミデックスと思い込んだことが大きな要因	処方入力での処方箋チェック、鑑査後の処方箋と現物との照らし合わせ、差異表でのえんぴつチェックを必ず行う。	カソデックスＯＤ錠８０ｍｇ	アリミデックス錠１ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
271	ガチフロ点眼液0.3%が処方されたところを、クラビット点眼液0.5%を調剤してしまい、そのミスに気づかないまま、交付してしまった。	日頃から、処方元の眼科では、ガチフロ点眼液0.3%もクラビット点眼液0.5%もよく処方されている。点眼瓶の形は異なるが、蓋の色がピンク色でよく似ている。そのため、調剤時も交付時も気づけなかった。	点眼剤付属の小薬袋に入れたまま説明せず、取り出して、瓶を患者と一緒に確認しながら、説明する。	ガチフロ点眼液０．３％	クラビット点眼液０．５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
272	土曜の昼、FAXなしの脳神経内科処方箋で朝のみ8個一包化。薬剤師Aが一包化。薬剤師Bはあらかじめヒートの空を確認したが、カムシアHDあすかになっているのを見逃してしまった。直後に在庫点検で発覚。本人様に電話したところ、近所で買い物中で、その後来局してくださり、作り直しとなった。	要注意薬と知ってはいたが、つい合っているはずと思い込んでしまった。	服薬指導前に初心に帰り、合っているはずという気持ちを捨てて鑑査する。	カデチア配合錠ＨＤ「あすか」	カムシア配合錠ＨＤ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
273	カデチア配合錠ＨＤ「あすか」のところカムシア配合錠ＨＤ「あすか」をピッキングした	医薬品名とメーカー名が似ていたため取り間違え、監査でも見逃した	ピッキングした医薬品の名称と処方箋内容よく見ます。	カデチア配合錠ＨＤ「あすか」	カムシア配合錠ＨＤ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
274	一般名処方のカデチアLDとカムシアLDと間違えて入力。処方日数の入力間違え。薬品間違えは薬剤師に指摘され訂正したが、処方日数のまちがえには気づかなかった。	入力時カンデまで入力して一般名を選んだが、最後まできちんと確認せずに入力してしまって薬品名を間違えた。処方日数は前回をコピーしてそのままの日数で、訂正しなかった薬剤師は薬品間違えの指摘をして処方日数の確認を怠り、そのまま会計投薬をしてしまった。	しっかりと一般名処方の確認をする。 一つのミスだけとは限らないのですべて確認してから次の作業をおこなう。	カデチア配合錠ＬＤ「あすか」	カムシア配合錠ＬＤ「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
275	規格違いへ処方変更になっていたが、気付かず入力、調剤、監査まで通り抜けていた交付時の患者さんとの会話で減量に気付く	一般名処方の特に配合剤の規格違いは見落とすことがあるので、思い込みを捨て、処方箋に忠実に調剤するよう意識づける	処方箋をよく見る思い込みで業務に当たらない	カデチア配合錠ＬＤ「あすか」	カデチア配合錠ＨＤ「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	
276	カナグル錠100mgを調剤するところ、誤ってラベプラゾールNa錠10mg「YD」を調剤してしまった	棚の置き場所の近さと、ヒート及び錠剤の色が類似していた。	置き場所の変更と調剤時の確認の徹底。	カナグル錠１００ｍｇ	ラベプラゾールＮａ錠１０ｍｇ「ＹＤ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
277	カナリア配合錠をテネリア錠で投薬	当該患者はテネリア錠を継続服用。前回処方がテネリアからカナリアに変更になっていたが、当該薬剤師はカナリアの調剤が初めてだったため、思い込みでテネリアを調剤投薬。当日、ひとり薬剤師であったため、確認不足が生じた。	配合錠は単剤と類似する名称が多いことを念頭に置き、確認回数を増やすようにした	カナリア配合錠	テネリア錠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
278	ガバペン200ｍｇ錠0.75錠でお渡しするところをカルバマゼピン200ｍｇ0.75錠で分包して調剤監査者が発見し交付前に再度調剤しお渡し	調剤棚に隣にそれぞれ保管しており、ｍｇ数も同じことで間違えてしまった	ガバペンは割線がなく、カルバマゼピンは割線があるのでそこで区別がつくかと思われる	ガバペン錠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
279	フスコデが処方されていたのにも関わらず、カフコテをピックアップ。	名称の極似に対する間違い。	名称が似ている薬剤のピックアップを行い注意喚起をした。	カフコデＮ配合錠	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
280	一般名のカプトプリル錠で処方されており、以前からカプトプリル錠「日医工」でお渡ししていた。メーカーによる供給不安定により、薬が入らなくなり、先発のカプトリル錠でお渡ししたが、入力がカプトプリルのままであったことに気づかなかった。	カプトプリル錠「日医工」をいつも使用していたが、今回より先発のカプトリルを納品していたが、レセコンで登録が未登録になっていた。入力時に採用薬品しか選択肢がなかったため、入力時に気付かなかった。また名称も似ていたため、監査時も気付くことができなかった。	後発医薬品の供給不足によるメーカーの変更はその都度スタッフに周知徹底しておく、入力時に慌てないように、納品された時点で採用薬としてレセコンに登録しておく。調剤薬の変更時は入力者とともに監査者もしくは調剤者がダブルチェックを行う。	カプトリル錠１２．５ｍｇ	カプトプリル錠１２．５ｍｇ「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	
281	一般名処方カンデサルタンシレキセチル・ヒドロクロロチアジドでカデチア配合錠HDを調剤するところを誤ってカムシア配合錠HDを調剤する。一般名はカンデサルタンシレキセチル・アムロジピンベシル酸塩で他剤調剤と気がつく	一般名処方処方箋でありカンデサルタンと頭の文字だけをみて他剤のカムシア配合錠HDを調剤してしまう。よく出る薬品は調剤棚上に配置されており読み取り誤りを起こす。稀品は引き出しの中に配置されていた。	一般名処方記載の読み取りは配合剤含めて類似薬品が多いことの認識と、最後まで読み取らなければ他剤調剤につながること情報共有する	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
282	一般名処方での処方箋で９個の薬が処方されている中、３製品の流通が悪く薬が入荷できるかどうかで焦りがあった。処方せん原本と処方入力内容の照合をしたつもりだったが、「カンデサルタン・アムロジピン５mg」の規格が誤って入力されていたことに気づかなかった。	医薬品の流通が悪い事で、薬の入力確認時に焦りがあり見落とした。一般名処方で、カンデサルタンとアムロジピンそれぞれの配合量の認識が薄かったため、パッと見て違いに気づけなかった。	配合錠の一般名処方では、入力の間違いに気づきにくい為、念入りに規格を確認する。	カムシア配合錠ＨＤ「あすか」	カムシア配合錠ＬＤ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	前回まで「カンデサルタン・アムロジピン２.５mg」だったが、ピッキング時もカムシアLDと思い込んでピックした。照合機を使って照合したが、入力も誤っていたためそのままスルーし、監査時も気づかなかった。投薬時に患者より「血圧が高いから薬を少し増やすと聞いてるが変わってるのか？」と尋ねられたため、処方箋と入力を見直して気づいた。交付前に差し替えることができたため、再度薬が増えていることを説明し正しく交付できた。						
283	一般名処方が類似のためカムシアHDの処方をカデチアHDを監査時まちがいに気がついた。	一般名が類似のため確認が必要であるが、思い込みで調剤ミスがあり、監査時に気が付く	一般名処方の類似薬を棚などに再確認など調剤時にミスは再度怒らないよう確認する。	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
284	一般名処方でカンデサルタン・アムロジピン5ｍｇで、カムシアＨＤが入力されるべきところ、前回と同じＬＤが入力されていた。調剤時築いて訂正。	一般名の配合剤は商品名も浮かびにくいし、規格の違いに気付きにくい。	事務さんだと分かりにくい部分ではあるが、一般名処方時の規格もしっかり見ていただくよう周知。薬剤師は調剤時、監査時、一般名と商品名があっているかしっかり確認を行う。	カムシア配合錠ＨＤ「あすか」	カムシア配合錠ＬＤ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
285	一般名処方。カムシアHDとカムシアLDと間違えて計数調剤交付した。患者様より連絡あり。薬が違うとの指摘あり。交換にて正しい薬を調剤。	カムシアHDと読みながら、LDを計数してしまった。カムシアHDのほうが処方数が多く取り出す回数が多かったためと考える。	箱に、間違え注意との注意喚起のカードを添付。	カムシア配合錠ＨＤ「あすか」	カムシア配合錠ＬＤ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
286	カムシア錠HDの処方をカデチア錠HDで調剤してしまった。7日服用の後、薬局在庫が合わないため確認したところ、発覚した。	類似名称であり汎用薬は間違えやすいため、GS-1バーコードの利用がやはり推奨される。	GS-1バーコードによる薬品確認の徹底。	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
287	カムシアHDのところ。カムシアLDで入力。	ここ数年Do処方のため、そのままの流れで入力した。	文字の最後までが医薬品名と再認識してもらいました。	カムシア配合錠ＨＤ「あすか」	カムシア配合錠Ｌ Ｄ「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
288	今年に入り他薬局から移られた。一般名処方で初回は以前から貰われていた先発品ユニシア配合錠ＨＤで調剤し、二回目からはジェネリックに移行することとなった。その際にカムシア配合錠ＨＤ「あすか」を出すところ、成分が半分異なるカデチア配合錠ＨＤ「あすか」で調剤し、その後も２回続けて調剤した。今回一般名を改めて確認した際に誤りが分かった。患者へは正しい薬を渡して経緯を説明し謝罪した。	レセコンでは「一般名：カンデサルタンシレキセチル・アムロジピン」と表示されジェネリックに移行したときの入力時に後半まで目を通していなかったこと、カムシアは当薬局では馴染みがなくカデチアを出し慣れていたこと、その後の入力時の確認を怠ったことが挙げられる。	調剤・レセコン入力時に名前の長いものは鉛筆で線を引き注意を促す。	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
289	一般名処方でカムシアHDが処方されていた。調剤するときに間違えてカデチアLDを調剤し一包化した。一包化したあとのPTPヒートの確認しているときに間違えに気が付いた。	一般名処方でカンデサルタン・アムロジピンと記載されていた。処方入力時にカムシアHDと記載していたが調剤時に間違えて調剤した。調剤後再確認しながら一包化したが間違えに気づかなかった。一人薬剤師のため調剤と一包化が同じ人になっている。	調剤後一包化する前に気が付けるように事務員に薬のチェックをしてもらう。	カムシア配合錠ＨＤ「サンド」	カデチア配合錠Ｌ Ｄ「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
290	カムシア配合錠HDの処方、一包化の際にカムシア配合錠LD　と間違えて作成。　棚からの取り間違え、分包時の見逃しがあり、出来上がった時点で監査をした事務員が気付き作り直して渡したため患者さんには影響なし。	一人薬剤師でピッキング、分包をしたため、間違いに途中で気付きにくい状況であった。	一包化の薬剤も分包前に監査をするべき。PTPで渡す薬剤は監査機を使用するので、できるものは監査機で監査後に分包する。タイミング的に監査機を使用できない場合には、他の職員に薬剤の確認をしてもらう。	カムシア配合錠ＨＤ「日新」	カムシア配合錠Ｌ Ｄ「日新」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
291	カムシアLD　を調剤しなければならないところ、カデチアHDで調剤し、患者へお渡し。翌日、他薬剤師が調剤過誤に気が付き、患者へ連絡、まだ服用していない状況だったため、正しいものと交換しに患者宅を伺った。	当日、当該患者の前に、複数回調剤があったカデチアLDを、調剤してしまった。たまたま続いてしまった同効薬・名称類似品目をまた処方されたと思い込み、調剤してしまった。	レセコン上、また棚のラベルなどに、カムシアLDを目立つように、何かチェックをいれておく。事務員のレセコン入力時に、カムシアLDと声をかけてもらう。必ず、ダブルチェック以上を行う。	カムシア配合錠ＬＤ「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
292	一包化作成時にカムシアLDをピッキングしないといけないところ、カムシアHDをピッキングしていた。（規格違い）一包化作成前の監査で事務員が気付き、訂正できた。	規格違いのものが棚に並べて保管されており、取り間違えやすい。	棚の位置の見直し。監査の徹底。	カムシア配合錠ＬＤ「日新」	カムシア配合錠ＨＤ「日新」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
293	ガランタミンＯＤ４ｍｇの所カンデサルタンＯＤ４ｍｇを誤って調剤してしまいました。患者様は服薬してしまい、最近ふらつきがあるとのことでグループホームのスタッフが確認した所違う薬が入っていたと連絡がありました。	異なる成分ではあるが、外観や規格が同じことで監査時の確認不足のためスルーしてしまいました。レセコンの入れ替えの対応でバタついてしまって、今までの手順が守れなかったのも要因です。	監査時にはかならずロットを確認し、監査者とピッキングスタッフはかならず分けて調剤を行う。	ガランタミンＯＤ錠４ｍｇ「サワイ」	カンデサルタン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
294	ガランタミンOD４ｍｇをカンデサルタン４ｍｇで調剤	繁忙で名前が類似していたため間違えた	処方内容からも間違えに気が付くことができたことなので、1薬品に集中するのではなく処方全体も見るように気を付ける	ガランタミンＯＤ錠４ｍｇ「ニプロ」	カンデサルタン錠４ｍｇ「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
295	施設看護師から連絡あり。今回からガランタミンＯＤ錠は減量するようなことを処方医が言っていたような気がして医師に確認したところ処方は直しておいたはずだから薬局に聞いてみてと言われたので確認してほしい。今回処方がガランタミン減量になっていることを確認。本日分までは前回のものを服用していたので間違ったものは手を付けていないとのこと。	・入力者・調剤者・監査者はそれぞれガランタミン錠の減量に気づかず、前回と同じ処方内容と思い込み入力・調剤・監査を完了した。・閉局時間近くに４人分の粉砕の患者のＦＡＸが一気に流れてきて本日中にお届けということで気持ちに焦りが生じていた。	・ヒートシート以外の調剤は薬品情報リスト（調剤支援シート）で調剤をせず、入力監査終了後は処方せんを見ながら作成する。・施設患者の処方は変更ないと思い込まず、処方監査・入力監査・調剤監査・施設職員からの聞き取りを行うよう改めて周知徹底した。	ガランタミンＯＤ錠８ｍｇ「ニプロ」	ガランタミンＯＤ錠１２ｍｇ「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	
296	カリジノゲナーゼ50単位が処方されているところ、思い込みでガンマオリザノール錠50ｍｇで調剤した。	名称類似のため、思い込みで判断し調剤してしまった。調剤棚も上下で近かった。	棚に類似名称のため注意の札をはる。監査の徹底。	カリジノゲナーゼ錠５０単位「サワイ」	ガンマオリザノール錠５０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
297	（一般名）ポリスチレンスルホン酸カルシウム経口液20%　処方。カリメート経口液を選択すべきところ、ポリスチレンスルホン酸Ｃａ経口ゼリー２０％分包２５ｇ「三和」と入力し、監査時に発見された。	・（一般名）の類似。・カリメート経口液が名称変更したものと思い込み、「～経口液」を見落とし誤って選択した。	・（一般名）処方は長い名称が多く、最後に記載されている剤型を見落としやすいため、特に注意して確認する。	カリメート経口液２０％	ポリスチレンスルホン酸Ｃａ経口ゼリー２０％分包２５ｇ「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
298	一般名処方でポリスチレンスルホン酸Ca経口液とあり、処方箋入力時に該当する薬品が見当たらず、一番近しい、経口ゼリーで入力し、調剤に回してしまった。その後疑義総会をし、ゼリーで調剤可能となって、ご本人には不都合はなく済んだ。	一般名処方と薬品名とが混在した処方がまだまだ多く出回っている為、入力後のチェックは必須で、2人の目を通すことが重要と考えられる。	調剤後も鑑査、投薬時など、なるべく多くの目を通すことが大切と考えられる。	カリメート経口液２０％	ポリスチレンスルホン酸Ｃａ経口ゼリー２０％分包２５ｇ「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
299	カリメート散　１０ｇ　２×朝夕食後　１４日分の処方に対し、ポリスチレンスルホン酸Ｎａ散「フソー」　１０ｇ　２×朝夕食後　１４日分を変更調剤した。変更調剤の際にレセプトではポリスチレンスルホン酸Ｃａ散「フソー」としていたが、薬局にあった在庫がポリスチレンスルホン酸Ｎａ散「フソー」であったので違いに気づかず調剤した。その後、データをレセプトデータをチェックした際に、不採用のポリスチレンスルホン酸Ｃａ散「フソー」が処方されたこととなっていたため確認したところ、間違いに気づいた。	カリメート散と同成分品はポリスチレンスルホン酸Ｃａ散「フソー」であり、ケイキサレート散と同成分品はポリスチレンスルホン酸Ｎａ散「フソー」であったのに、カリメート散→ポリスチレンスルホン酸Ｎａ散「フソー」と思い込んでしまっていた。	ポリスチレンスルホン酸Ｃａ散はカリメート散を採用し、ポリスチレンスルホン酸Ｎａ散はポリスチレンスルホン酸Ｎａ散「フソー」で調剤することとした。	カリメート散	ポリスチレンスルホン酸Ｎａ「フソー」原末		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
300	一般名処方　カルテオロール点眼2%(非持続性)を誤って、持続性をお渡し。	自店に持続性点眼しか在庫がなく、思い込みが生じた。	処方監査のときに十分注意する。使用回数、処方量(2.5ml、5ml)などにも注意する。	カルテオロール塩酸塩点眼液２％「ニットー」	カルテオロール塩酸塩ＬＡ点眼液２％「わかもと」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
301	【般】カルテオロール塩酸塩点眼液２％（持続性）で処方されている患者に対し、チモプトールXE点眼液0.25%が調剤・処方入力されていた。監査の際にカルテオロールであることが判明し、入力・調剤を変更し患者に正しく交付された。	等薬局において普段よく使われる持続性の点眼薬がチモプトールXE点眼液0.25%であり、カルテオロール塩酸塩点眼液はあまり調剤されない。いずれも一般名で(持続性)の記載があるため入力者・調剤者ともに間違えてしまったものと思われる。	調剤・入力・監査をそれぞれ異なる人間が行い、思い込みによる調剤の間違いを防ぐようにしている。	カルテオロール塩酸塩点眼液２％「わかもと」	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
302	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはカルデナリン錠２mg１日２錠朝夕食後２８日分と記載されていた。薬剤師Å（職種経験年数３０年）はカルデナリン錠２mgを調整するところ誤ってカンデサルタン錠２mgを調整し、監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが、処方薬のカルデナリン錠２mgではなく、カンデサルタン錠２mgが調整されていることに気付き、調整した薬剤師Åに間違いを伝えた。薬剤師Åはカルデナリン錠2ｍｇ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した。	カルデナリン錠２mgとカンデサルタン錠２mg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。	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	
303	１週間分の処方だった。その時の在庫は入手困難などもあり、先発品のみであった。患者様は久しぶりの来局で過去に同じ症状でカリジノゲナーゼ日医工が出ていた。　入力の際Do入力をしたため入力が日医工のままとなってしまった。薬は先発で調剤・監査・説明指導されていたが、入力ミスには気づけなかった。１週後の調剤時に気づき、訂正と患者様へお詫びをした。	安易なDo入力と慢心、監査時にも入力チェックが甘かった。	Do入力を活用してもすべての薬を必ずチェックすること。現在発売されていない薬には使用不可のコメントを入れる。監査時には調剤録のチェックを丁寧にすること、薬情の写真としっかり見比べることをミーティングした。	カルナクリン錠５０	カリジノゲナーゼ錠５０単位「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
304	カルバゾクロムが処方されていたが誤って、カルナクリンにて調剤、投薬してしまった。	元々カリジノゲナーゼ錠「日医工」を採用していたが、日医工の業務停止に伴う出荷調整の影響から入荷困難になってしまった為、先発品のカルナクリン錠を代替採用した。カルナクリン変更に伴い、カルバゾクロムと名称及び外観類似が生じ誤って投薬してしまったと思われる。	・カルナクリンの棚に「カリジノゲナーゼ」と記載して調剤時の注意喚起を促す。・投薬前のダブルチェックの徹底。	カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム錠３０ｍｇ「日医工」	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
305	カルボシステインとプランルカストは同じ会社の為、外装が類似しており見間違えた	繁忙のための焦り等	今回は未然に気づいたため大事に至らなかった。保管場所の変更。	カルボシステインＤＳ５０％「タカタ」	プランルカスト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
306	カルボシステインシロップ「タカタ」で入力すべきところ、「ツルハラ」で入力。調剤された薬剤は「タカタ」。監査時に「気づくことが出来ず、交付後の在庫管理にて発覚。	カルボシステインシロップの採用メーカー変更が数か月前にあった。変更直後は皆気を付けていたが、久しぶりの処方であったため、前回の処方から引っ張ったものが変更前の薬剤であった。思い込みにより、監査で気付くことが出来なかった。	当然のことではあるが、久しぶりの処方薬剤に関しては、採用メーカーの確認を怠らない。水剤はバーコード監査の対象外とのルールになっているが、同じような間違いが繰り返される場合は水剤もバーコード監査の対象とする。	カルボシステインシロップ５％「ツルハラ」	カルボシステインシロップ５％「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
307	カルボシステイン250mgを２T／回の処方に対し、カルボシステイン500mg１T／回で調剤	カルボシステインの250mgで処方は珍しく、大人に対しは500mg錠で処方されることが多いため思いこみで間違い	規格違いのものにはチェックをつける	カルボシステイン錠２５０ｍｇ「サワイ」	カルボシステイン錠５００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
308	近隣内科より、一般名カルボシステイン錠２５０ｍｇ３錠分３毎食後７日分が処方されていた。該当患者はジェネリック希望であったため、カルボシステイン錠２５０ｍｇ「テバ」を２１錠取り揃えるところ、かごの中にはイブプロフェン錠２００ｍｇ「タイヨー」が２１錠入っていた。	カルボシステイン錠２５０ｍｇはもともと「トーワ」で在庫していたが入手困難となり、メーカーを「テバ」に変更していた。イブプロフェンはもともと「タイヨー」で在庫しており、今回の取り間違えた２種類は外観が似ていた。スタッフ同士で注意喚起はしていたが、おそらく戻し間違えでそのままとってしまった。	まず、２剤の調剤棚を離した。次に、患者へ交付するときにはシートデザインが似ているので注意するように、と１つはユニパックへ入れて分けて交付するようにした。そして、今回ヒヤリハットへの登録をすることによってスタッフ同士での情報の共有をした。	カルボシステイン錠２５０ｍｇ「テバ」	イブプロフェン錠２００ｍｇ「タイヨー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
309	事務員が一般名処方で処方されていた薬に対し、以現在採用されているトーワではなく前採用されていたメーカーのサワイを入力してしまったが、薬剤師の処方監査により未然に防ぐ事ができた。	採用品目にサワイとトーワの2種類があったため。	採用医薬品の申し送りを徹底し、現在使われていないメーカーはその都度、反映されないように設定する。	カルボシステイン錠５００ｍｇ「サワイ」	カルボシステイン錠５００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
310	一般名処方のカルボシステイン錠の処方箋を応需した。患者はジェネリック希望であり、当薬局の事務員が、当薬局の以前の採用医薬品であるカルボシステイン錠トーワをレセコン入力してしまった。薬剤師が間違いに気付き、採用医薬品のカルボシステイン錠サワイに変更した。	レセコン入力の際に、選択できる医薬品の数が多数あった。事務員が採用医薬品の銘柄を覚えていなかった。薬剤師と事務員の連携ミス。	以前の採用医薬品はレセコンにて入力できないように設定した。事務員に現在採用している医薬品を把握するよう指導した。	カルボシステイン錠５００ｍｇ「サワイ」	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
311	カロナール細粒頓服処方であったが間違って毎食後処方になっていた。	慣れで、間違って入力。	監査をしっかりするように再確認した。	カロナール細粒２０％	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
312	一般名アセトアミノフェン200ｍｇ0.5ｇ処方も、門前の医院からいつも400ｍｇで処方がある為、400ｍｇ/ｇ0.5ｇで投薬してしまった。1歳児にしては多かったため薬歴記載中に気づいて取り換えに行った。	レセコン入力も400ｍｇになっていて、調剤も400ｍｇの0.5ｇだった。門前でなく他院の処方で間違えた。	慣れていない他院の処方箋は注意が必要。	カロナール細粒２０％	アセトアミノフェンＤＳ４０％「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
313	カロナール細粒の処方。20%と50%規格が変更となっている点に気づいていなかった。	当事者は前回と同じ内容だと思い込み、前回処方通りのデータを利用して入力してしまった。前回は別の人が入力・調剤を実施しており、実際は在庫の関係上、%濃度を変更して調剤していた。調剤前鑑査にて誤りを発見した。	粉薬の規格誤りは調剤後では、目視ではなかなか判断がつきにくい。あらためて患者の年齢、期待する効果、適した成分量であるのかしっかりと調剤前鑑査にて判断するように情報共有を実施。また、判断が難しい時には一度立ち止まり、周りと相談するように心がけた。	カロナール細粒５０％	カロナール細粒２０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
314	病院で2科受診の処方箋を計４枚持ってこられた。うち整形外科で頓用にカロナール３００が処方されていました。前回はカロナール２２００が処方されていて頓用の指示が非常に細かいものでした。今回も同じ頓用の指示でしたの前回の指示部分をコピーしたところ誤って薬品名も同時にコピーしてしまいました	二人薬剤師から一人が在宅のため抜ける寸前の時間帯で、処方入力に時間のかかる処方せんは少し焦って入力をしてしまいました	二人薬剤師の時はお互いに必ず見直しをすること、ひとり薬剤師の時はもう一度見直します	カロナール錠２００	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
315	カロナール錠200mgの処方でカロナール錠200mgにアロプリノール錠100mgが混ざった状態で調剤してしまい、患者様が本人が気づき、家族の方が来局してくださり、取り替えた。	PCR検査を受けられた患者様への交付で、気持ちが焦り、確認を怠った。	調剤のダブルチェックを徹底、また、輪ゴムで束ねる前にチェックすること。	カロナール錠２００	アロプリノール錠100mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
316	カロナール錠200ｍｇとトラネキサム酸錠「YD」が隣にあり、PTPの色味が似ていたので取り間違えた。	PTPシートが似ている薬の調剤棚が隣に並んでいた。	あいうえお順で並んでいたが、トラネキサム酸を1段下げ、カロナールとの位置を離した。	カロナール錠２００	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
317	カロナール２００ｍｇ、２Ｔ頓服のところ、１Ｔで入力。	高齢者は、カロナール２００ｍｇ、１Ｔ処方が基本だが、２Ｔとなっていた。	規格のチェック	カロナール錠２００	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：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
318	カロナール２００ｍｇ処方のところ３００ｍｇで処方された	門前は、３００ｍｇの処方が基本のため、イレギュラーな２００ｍｇに対応できなかった。	規格の確認	カロナール錠２００	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
319	患者家族が処方箋を持って来局した。処方箋にはカロナール錠200　1回1錠　疼痛時服用　30回分　と記載されていた。薬剤師A(職種経験年数5年)はカロナール錠200をレセコン入力するところ誤ってカロナール錠300を入力した。そのまま薬剤師Aが調製し、鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが、処方箋のカロナール錠200ではなく、カロナール錠300がレセコン入力、調製されていることに気づき、調製した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはカロナール錠200を正しくレセコン入力、調製し、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。	カロナール錠の規格を入力する際に、隣り通しの配置である2と3を誤って入力したため間違えた。また、患者家族が来局した時間は店内が混んでいたため焦りがあった。	処方箋とレセコンの入力内容、調製した内容に誤りがないかを鑑査に回す前に確認し、鉛筆等で印をつけることを徹底した。	カロナール錠２００	カロナール錠３００		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
320	患者様のお母様が来局。運動で足首を捻り痛みがあるという事実を確認しレセコン入力を行った。鎮痛剤のカロナール300ｍｇが頓服にて一般名処方されていたが、実際の入力はカロナール500ｍｇで進めてしまった。カロナール500を調剤棚からピッキングし、処方箋と調剤録との監査、突合せを行ったが、カロナール500の先入観が抜けなかったのか、そこもスルーしてしまい、端末による監査システムもスルー、そのまま投薬に。本来なら、投薬時にも再度、処方箋と薬の突合をすべきだが、当時混雑時間帯であったことも災いした。投薬後の処方箋チェックにて入力ミスに気付き、患者様に誤りの旨を連絡、正規の薬を自宅にお届けしてお詫びした。気付きが早かったことが幸い、患者様本人はまだ母親から薬を受け取っておらず、服用することなく健康被害は無かった。	当時、薬剤師は1人でありOTCの接客も別件で受けており、忙しい時間帯ではあった。そのOTCの接客で、当該患者様ご家族を少し待たせてしまっていたことが今回の要因の１つであると考える。待たせてる、という焦りの気持ちがレセコン入力の誤り、ピッキングミス、その後の監査ミス、という調剤フローすべてに影響している。焦っても誤りがあっては意味がない。焦りは禁物。今回の事実でつくづく感じた。	患者様を待たせてる状況でも、焦らないこと。正しく落ち着いて業務を遂行し、待たせた事実は言い訳ではなく患者様にお詫びとして伝えること。	カロナール錠３００	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
321	アセトアミノフェン錠500ｍｇ1Ｔ頓用4回分の処方で、カロナール錠200ｍｇと入力してしまった。	忙しい時間帯で確認を怠った。	忙しくても入力確認に時間をとる。	カロナール錠５００	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
322	カロナール（５００）を調剤するところ、メトホルミン（５００）を調剤してしまった。鑑査時に気づき薬を調剤しなおした。	カロナールとメトホルミンが劇薬の棚の近くに置いてあり、シートデザインが似ていたため間違えて調剤してしまった。	調剤時にシートの薬名をよく見て調剤する。	カロナール錠５００	メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
323	ピッキング時のカロナール５００ｍｇとメトホルミン５００ｍｇの取り違えがあった監査で間違いに気づくことができた	どちらも劇薬の並びにあり、棚の位置が近いこと、どちらも５００ｍｇと規格が同じであったこと、外見が似通っていることが要因と考える	どちらの棚にもとりり替え注意のシールを貼るとともに、メトホルミンの棚に「糖」のシールを貼った。	カロナール錠５００	メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
324	カロナール５００ｍｇを調剤すべきところ、調剤棚の同じような高さで間に１列挟んで並んでいたので、外観のみで判断し調剤。	一人薬剤師で帰宅時間を過ぎており、焦って監査が不十分だった。通常は一人の時間帯はより注意して見るのだが、帰宅しないといけない状況で焦っていた。	調剤棚に入っていたカロナール５００を、引き出しに移した。	カロナール錠５００	メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
325	事務Ａがカンデサルタン錠８ｍｇ「サワイ」をピッキングするところ、ガランタミンＯＤ錠８ｍｇ「トーワ」をピッキングした。薬剤師Ｂは間違いに気づかず、ガランタミンＯＤ錠８ｍｇ「トーワ」を粉砕して調剤した。監査した薬剤師Ｃは粉砕された薬の色が異なること（正しくは微赤色だが、実物は淡黄色）、残っていたＰＴＰシートで別剤が粉砕されているこ気づき、事務Ａと薬剤師Ｂに間違いを伝えた。薬剤師Ｂは正しく調剤しなおし、薬剤師Ｃが再度監査を行った。監査時に間違いに気づいたため、患者には正しい薬を交付した。	薬局の混雑が解消した直後で疲労感があった。事務Ａは経験年数が浅く、薬品名の確認が不十分であったカンデサルタンとガランタミンでやや名称が似ていた	ピッキング監査システムの使用を徹底すること調製する前に、処方箋とピッキングされた薬の照合を徹底すること粉砕調剤した薬のヒートは必ず残しておくこと	カンデサルタンＯＤ錠８ｍｇ「サワイ」	ガランタミンＯＤ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
326	医院Aよりカンデサルタン錠2mgを処方されていた患者が、医院Bにて同じ薬を処方してもらおうとしたが、（般）ドキサゾシン錠2mgでの処方になっていた。薬局にて処方箋受付時に、お薬手帳に記載されていた医薬品名が異なったことと、処方箋に「他院より継続中」とのコメントがあり、齟齬があったため問い合わせ。カンデサルタン錠2mgへと変更になった。	医院Bのレセコンが先発医薬品名での入力のためカンデサルタン錠2mgとカルデナリン錠2mgとを見間違えたと考えられる。	お薬手帳の確認や、受付時の患者へのインタビューを行う。	カンデサルタン錠２ｍｇ「あすか」	ドキサゾシン錠２ｍｇ「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
327	一般名処方でカンデサルタン錠２ｍｇの記載のところ、類似薬品名のカルデナリン錠２ｍｇを調剤した。	薬品棚に薬品名のみの記載だったので勘違いした。	薬品棚にメーカー名を記載する。ダブルチェックを必ずする。一般名の下に鉛筆書きで先発品名をかっこ書きする。薬品棚に間違えやすい薬品を赤字で記載して注意する。	カンデサルタン錠２ｍｇ「ケミファ」	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
328	処方箋に一般名ドキサゾシン２ｍｇが記載されていたが、患者が持参したお薬手帳を確認したところカンデサルタン錠２ｍｇを今まで継続服用している患者であった。処方変更の旨を患者家族が聞いておらず、疑問に思い疑義紹介を行ったところ、医師が「カルデナリン（一般名ドキサゾシン）」と「カンデサルタン（商品名ブロプレス）」を間違って記憶し処方せんに記載していたことが判明。今まで通りカンデサルタンでよいと医師に確認が取れた。	商品名と一般名を混同して記憶している医師の知識、認識不足。	患者との確認の徹底、お薬手帳の内容の確認。	カンデサルタン錠２ｍｇ「サンド」	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
329	他院からの転院。初診のためお薬手帳で継続処方をお願いしたがカンデサルタン4をカルデナリンと間違えたようで処方の入力時にドキサゾシンと一般名になっていた。患者さんにはお薬の変更の確認をしたがそのまま帰られてドキサゾシン2mgを2錠ずつ服用していた後日気分が悪いと来局される。別の薬剤師がお薬手帳を確認。処方薬の間違いかもしれないと病院に確認するとカンデサルタンをカルデナリンと間違えていたとのこと。その日からカンデサルタン４を服用していただいて後日体調確認をすると体調は良くなったと言う事でした	転院や退院処方の場合・処方入力時点で商品名と一般名や用量や用法など間違えている場合があるため再度薬局で確認していたが今回は患者さんに確認しただけで病院に確認はしていなかった	お薬手帳や患者さんの聞き取りで疑問が残ったら必ず病院に確認するように	カンデサルタン錠４ｍｇ「あすか」	ドキサゾシン錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
330	キプレスチュアブルを調剤したところ、調剤したものはキプレスチュアブル。キプレスの棚から調剤したとの事で、キプレスの棚にチュアブルが混合していた可能性高い。	戻し薬を戻す際の間違い	戻し薬を戻す際は必ずハンディを使う	キプレスチュアブル錠５ｍｇ	キプレス錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
331	17歳の高校生。もともと障害があり錠剤を飲みこむことができずチュアブル錠もしくは粉薬を服用しているが、キプレスチュアブルが処方出ていたがキプレス錠10ｍｇをピッキングして監査時に別の薬剤師が気づき投薬前にミスを防ぐことができた。	年末で患者さんが多かったのと、ジェネリック薬品含め薬が入りにくい状況が続いて卸さんと電話対応している中でのミス。15歳以上であったため慣れもありキプレス錠10ｍｇをピッキングしてしまった。	処方箋を見た時点でｍｇ数、チュアブル等規格、用量違いがあるものは必ずチェックするよう全薬剤師に徹底。年齢で容量が変わる薬剤には注意するように促す。	キプレスチュアブル錠５ｍｇ	キプレス錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
332	一般名でベルベリ塩化物錠１００ｍｇの処方であったが、処方箋入力時及びピッキング時にフェロベリン錠を誤って調剤。説明時にも気が付かずにそのままお渡ししてしまった。患者さまが帰宅後以前から服用していた下痢止めと違うと連絡があり誤りが発覚した。服用せせず翌日正しいキョウベリン錠に調剤し直しお渡ししました。	レセコン入力の際に一般名入力した際に当薬局の採用品がトップにくるように調整がされており、誤りに気付かづ入力。調剤者もベルベリンの一般名であればフェロベリン錠という認識しかなく調剤。投薬者もミスに気付かずお渡ししてしまった。フェロベリン錠はベルベ林とゲンノショウコ配合錠である。	門前以外の病院の調剤に関しては慎重に確認をして調剤をおこなう。レセコン入力時も一般名と販売名の確認を必ず行う。説明時も思い込みあり、フェロベリン錠の成分を確認せずお渡ししてしまった。	キョウベリン錠１００	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
333	一般名処方で「クロベタゾン酪酸エステル軟膏」が処方されていたが入力違いで「クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏」を入力。本来はキンダベート軟膏をお渡ししなければならない所をクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏「MYK」をお出ししてしまった。投薬後の処方せんチェックで事務が誤りに気付き、患者様にご連絡し、交換。使用前であった為、健康被害なし。	繁忙時間であったこと、普段あまり受けない皮膚科からの処方せんであったこと、処方箋原本による監査不足。	処方箋原本による入力、調剤、監査の徹底。思い込み調剤を無くすよう朝礼での注意喚起。	キンダベート軟膏０．０５％	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
334	一般名が似ていたため取り違えた	外用薬の一般名処方は似ているのでまちがえやすい	一般名一覧を張り出し確認するようにした	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
335	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05％処方の調剤時、デルモベート軟膏0.05％を準備しようとして、処方箋再確認すると、顔の適応に気付き、一般名を再確認して、間違いに気付く	過信、思い込みによる確認不足	意識改善	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
336	キンダベート処方に対して、デルモベートを調剤。一般名処方であった。入力した際に間違った医薬品を入力。入力薬品名を一般名の横にメモ書きした。メモを見て間違った薬をピッキングした。	メモを、みてピッキングするクセがあり、一般名を確認していなかった。監査の際に患部の記載を見て疑問に思い、ミス発覚。	入力時の再確認の徹底。薬品棚への注意喚起。一般名の併記。、一般名の確認。	キンダベート軟膏０．０５％	デルモベート軟膏０．０５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
337	弊薬局に初めてかかる患者にクエチアピン錠12.5mg　1錠　不穏時　10回分が処方された。レセコンでの入力のみ25mgで入力してしまった。すぐに気づき患者家族には入力間違いの件、料金が変わらないことなどを伝えていた。次回受診時に医師がお薬手帳を見て調剤内容が違うと電話をしていただいた。入力だけ間違ってしまったこと、患者および患者家族への説明は済んでいることを伝えた。	処方医には入力間違いの件なども伝えた方がよかった。	病院とも密に連携していきたい。	クエチアピン錠１２．５ｍｇ「アメル」	クエチアピン錠２５ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
338	クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム水和物配合製剤処方を処方箋読み間違いクエン酸第一ナトリウム鉄と思い込み調剤。引継ぎ処方だったため投薬時に気づいて阻止	一般名処方でよく処方される薬と思い込み調剤	一般名処方の場合入力を最後の文字まで打ち込み患者様の症状、体調などよく聞き取り調剤する	クエンメット配合錠	クエン酸第一鉄Ｎａ錠５０ｍｇ「ＪＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
339	患者様より交付したクエンメット配合錠の中にクエン酸ナトリウム鉄５０ｍｇのＰＴＰが１枚混ざっていたと連絡があった。交付時にクエン酸ナトリウム鉄を混在してしまったことが判明。謝罪後、クエンメット配合錠を交付しました。	クエンメット配合錠の真下の棚にクエン酸ナトリウム鉄を配置していたため、ヒートの片づけ間違いがあったものと思われます。	類似名薬の配置を離して、監査を徹底するようにします。	クエンメット配合錠	クエン酸第一鉄Ｎａ錠５０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
340	一般名処方でクエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠と処方あり。入力の際によく処方されるクエン酸第一鉄と間違い入力。鑑査時に入力間違いに気づきクエンメット配合錠へ入力変更となる。	一般名処方で、同成分も入っていることもあり見落とし入力間違い。	入力時に薬品名が正しいか最後の文字まで注意して確認する。	クエンメット配合錠	クエン酸第一鉄Ｎａ錠５０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
341	2つの病院を受診している方で、両方とも当薬局で調剤していた。一方の病院からフェルムカプセル（鉄剤）が処方されていた。もう一方の病院に骨折で入院して退院後の処方でクエン酸カリウムクエン酸ナトリウムが処方になっていた。不審に思い問い合わせしたところクエン酸第一鉄ナトリウム50ｍｇ（鉄剤）に変更になった。処方発行時の入力が間違っていたことが判明した。	2つの病院からの処方を受けていたから気づくことができました。また一般名が類似してるので間違えが起こったと考えられる。	併用薬の確認を徹底する。	クエン酸第一鉄Ｎａ錠５０ｍｇ「サワイ」	クエンメット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
342	クエン酸第一鉄のところ、クエンメット配合錠で調剤。	薬剤名が類似しているため、計数調剤時に間違えたと思われる。	調剤棚へ類似名称類似ありの注意喚起の札をつけた。	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
343	アロプリノールをクエン酸第一鉄の収納スペースに誤って収納し、クエン酸第一鉄が処方された際に誤って収納されていたアロプリノールを調剤・交付	１人薬剤師１人薬局事務の体制調剤・監査・交付は主に薬剤師が行っていました	監査は事務員にも協力してもらうピッキングの際に指差し確認を行う	クエン酸第一鉄Ｎａ錠５０ｍｇ「サワイ」	アロプリノール錠１００ｍｇ「杏林」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
344	クエン酸第一鉄Na錠50ｍｇ「サワイ」を調剤するところをクエンメット配合錠を誤ってピッキングし鑑査した投薬中に誤りに気付き、取り換えた	調剤者、監査者、投薬者が同一人物だったクエン酸第一鉄Na錠50ｍｇ「サワイ」とクエンメット配合錠を横に並べて配置していた	クエン酸第一鉄Na錠50ｍｇ「サワイ」とクエンメット配合錠を離して配置した調剤者と鑑査者は同一人物にならないようにした	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
345	毎回夫婦二人分の処方箋を持参。いつも奥様がご主人さんの薬も一緒に持ち帰る。処方箋にはクエン酸第一鉄５０ｍｇ分２朝夕食後、５６日分と記載のところクエンメット配合錠を調剤。監査、投薬時も間違いに気が付かずにお渡ししてしまった。翌日、残薬と一緒に前日お渡しした薬をそのまま持参され、その時に対応した別の薬剤師が誤った薬が入っていることに気が付いた。まだ服用していなかったため正しい薬を交付した。	内科、泌尿器科、整形３科分の薬があり、投薬時も違和感なくお渡ししてしまった。耳が遠い患者さんのため説明時は耳元で話すなどして慌ただしく投薬していた。忙しい時間帯で薬局内は込み合っていたので焦りもあった。	業務手順の見直し、取り間違え防止の注意喚起と監査の徹底。	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
346	クエン酸第一鉄錠を調剤するところ、誤ってクエンメット配合錠を調剤してしまった。	頭３文字の「クエン」しか確認せずにピッキングしてしまった。	頭３文字だけでなく薬品名全て、規格の確認を徹底する。監査前に再度自己確認をすることを怠らない。	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
347	クエンメット配合錠360Tを調剤する時、300Tは箱から出してアルミ包装のままで、60Tだけ引き出しから出す際に上の棚のクエン酸第一鉄Na錠を出してしまった。	クエンメットの一般名がクエン酸カリウム。クエン酸Na配合錠と名称が似ていたので、間違えてしまった。	棚をずらした	クエン酸第一鉄Ｎａ錠５０ｍｇ「サワイ」	クエンメット配合散		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
348	一包化指示があり、壁に貼った処方箋を見ながら調剤していた。クエン酸第一鉄の処方だったが、事務員がピックアップしていたのはクエンメット配合錠だった。	最初の三文字が同じであり、薬品棚（ほぼ五十音順に配置）でも隣同士に並べてあった。	薬品棚における二剤の場所を変えた。二剤の間に他の薬剤のケース４個を置いている。局内スタッフで今回の事案を共有し、この二剤を扱う際は特に気を付ける事とした。薬剤師が分包する際は、処方箋を読み、ヒートの薬剤名を読み、分包するようにした。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
349	クラシエ加味逍遥エキス細粒6ｇ/分2で処方されていたが、クラシエ加味帰脾湯と勘違い。クラシエ加味帰脾湯は3.75ｇと2.5ｇの規格しかなく病院に疑義したが疑義してる途中で間違いに気付いた。	両剤とも名称が類似しており勘違いした。入力から疑義まで自己判断で行ってしまい他のスタッフとのコミュニケーションが行えてなかった。	名称類似による間違えやすい医薬品の情報共有。疑義する前に疑義内容を他のスタッフと再確認し合う。	クラシエ加味逍遙散料エキス細粒	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
350	薬剤師Aが処方箋記載のクラシエ葛根湯加川芎辛夷エキス錠をピッキングする所を間違えてクラシエ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス錠をピッキング。監査時に薬剤師Bが処方箋、薬袋記載の画像・薬袋薬品名の確認が十分ではなく、そのまま薬剤師Bが患者に交付。交付時に患者さんに薬の確認をしていなかった。翌朝、患者さんのご家族が本人が薬が違うのではと言っていたため代理で来局。薬剤師Cが薬袋を確認するとクラシエ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス錠が入っていた。患者様に謝罪し、処方箋記載のクラシエ葛根湯加川芎辛夷エキス錠をお渡し。服用前ではあったが処方医に薬剤交付ミスがあったことを報告。	当時、薬剤師Aと薬剤師Bの2名体制で調剤・監査・投薬を行っていた。薬剤師Aはピッキング後に患者対応に当たっていたため薬剤師Bが1人で監査・投薬した。薬剤師Bは約1年の調剤経験で全ての業務を独り立ちしたばかり。ピッキングは薬剤師Aという先輩が行っていたため間違いはないだろうという安心感から業務を行ってしまった。そのため処方箋、薬袋画像と薬袋薬品名の確認が疎かになっていた。また患者との薬の確認を混雑していたので省略したことも過誤に繋がった。	処方箋、薬袋画像・薬袋医薬品名の3点の確認遵守。ピッキングしたものが誰であっても間違っているかもという前提で監査業務に当たる。投薬時は患者さんと薬の内容・現物確認の手順を混雑時でも遵守することを薬局内で共有した。	クラシエ葛根湯加川きゅう辛夷エキス細粒	クラシエ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
351	クラシエの桂枝加朮附湯を処方されたものを同じ棚にある八味地黄丸を調査して他の漢方薬と混合して渡した。	同じ棚に似た入れ物があったのでうっかり確認をないがしろにして調剤をしてしまった。	かならず声を出して確認してから調剤を行うことにした。	クラシエ桂枝加苓朮附湯エキス細粒	クラシエ八味地黄丸料エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
352	クラシエ25桂枝茯苓丸84日間お渡しの所、14日間のみクラシエ15黄連解毒湯をお渡ししていた。患者様4日間服用後気が付かれ、交換に伺った。健康被害無し、処方医に報告済み。	薬、入荷時クラシエ25桂枝茯苓丸の棚に誤って1箱クラシエ15黄連解毒湯が並んでいた為、間違いに気が付かずそのままお渡ししてしまった。番号が似ていることと、外観も同じ黄色であったため間違いに気が付かず交付してしまった。	薬入荷後の棚への配置時注意して配置する。調剤時・投薬時の再度の確認の徹底。	クラシエ桂枝茯苓丸料エキス細粒	クラシエ黄連解毒湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
353	皮膚科の処方箋を持って来局した。処方箋を確認し調剤、その後投薬となった。その後患者より電話があり、いつもの漢方薬と番号が違うとのこと。そのためすぐに確認したところ、クラシエの桂枝茯苓丸のところ、クラシエの十味敗毒湯が渡っていた。数回内服したとのことで、体の状態を確認し、特に異常がないとのことでした。すぐに正しいクラシエの桂枝茯苓丸をお渡しした。	月曜日の午前であり、納品、投薬、調剤と忙しい状況であった。また、クラシエの漢方は当局では二種類（桂枝茯苓丸と十味敗毒湯）しか採用しておらず、その日は十味敗毒湯が頻繁に処方されており、思い込んで調剤し、鑑査もそのまま見逃してしまった。	忙しさにかまけてしまい、思い込みで調剤、鑑査をしてしまったために、間違いが起こった。今後同じような間違いが起こる可能性があり、クラシエの漢方について定期的に在庫の確認を行い、できるだけ未然に間違いを防ぐよう努力したい。	クラシエ桂枝茯苓丸料エキス錠	クラシエ十味敗毒湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
354	桂枝茯苓丸と黄連解毒湯を取り間違えた	クラシエの下一桁の番号が同じであった、ひと箱ずつピッキングサポートシステムでスキャンしなかった	ひと箱ずつピッキングサポートシステムでスキャンする	クラシエ桂枝茯苓丸料エキス錠	クラシエ黄連解毒湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
355	調剤待ちの処方が複数あり、急いで調剤しようと焦ったところ、クラシエ桂枝茯苓丸料エキス錠をピッキングするところを隣にあった黄連解毒湯エキス錠をピッキングした。	調剤待ちの処方があることによる焦り。薬剤名の確認が不十分であった。同社同剤型薬で類似したパッケージ色の薬剤が隣接していた。以前に同社同剤型同用法・用量の薬剤の総錠剤数の取り揃え間違えをしていたため、そちらの間違えを防ぐことに意識が向いていた。	ピッキング時に確認を怠らないよう注意するように呼びかける。パッケージ色の類似した薬剤の位置を離す。パッケージ色類似、取り揃え間違え注意を促す注意書きを棚に貼る。処方せんコピーを持って調剤を行う。	クラシエ桂枝茯苓丸料エキス錠	クラシエ黄連解毒湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
356	手書きでクラシエ五苓散　1日3回　1回2.5ｇ　14日分疑義照会で毎食後　1回2.5ｇであることを確認その後ツムラであることを処方元から電話で通達変更調剤	手書きでクラシエ五苓散でイレギュラー対応だった	規格にそぐわないことも伝える	クラシエ五苓散料エキス細粒	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
357	五苓散の処方が来た。調整者はクラシエ五苓散錠の包装から5シート取り出し、そのまま鑑査を完了した。交付者はそれを患者に服薬指導中に五苓散と八味地黄丸が混在していることに気付き、調剤し直した。	五苓散錠の包装は開封済みだったため、前回調剤者が誤って八味地黄丸錠を五苓散錠の包装に戻した物と考えられる。	鑑査時、投薬時に似た包装の物が混じっていることを想定して行動する。薬を包装に戻すときは似た包装があることを想定して良く確認する。	クラシエ五苓散料エキス錠	クラシエ八味地黄丸料エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
358	クラシエ五苓散エキス錠の中にクラシエ八味地黄丸を混ぜてお渡ししてしまった。調剤後まもなく空き箱から八味地黄丸をお渡ししてしまったことに気づき本人に来ていただきお取替えをした。	両薬剤の外観が似ており、かつ隣にあったため異なる薬剤であることに気づかずお渡ししてしまった。	両薬剤を話して配置し、注意喚起のため張り紙をした。	クラシエ五苓散料エキス錠	クラシエ八味地黄丸料エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
359	クラシエ十全大補湯を調剤するところクラシエ人参養栄湯が14包入り1袋混じっていました。	投薬時ツムラを調剤していたので慌ててクラシエを用意するときに、十全大補湯と空きかけの人参養栄湯を混ざって調剤していた。箱の色、番号の末尾8であったため、鑑査が甘く投薬してしまいました。陳列も同じ引き出しに並んで置いていたと思われます。	漢方薬は番号、色が同じに見えても同じ物だかりと思いこまずに1袋ずつ確認するように気を付けます。陳列も横に並べずに、違いが分かるように表記、付箋を貼って注意するようにします。	クラシエ十全大補湯エキス細粒	クラシエ人参養栄湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
360	クラシエ19小青竜湯錠処方のところ、とクラシエ9小柴胡湯錠を混在して調剤した	クラシエ19小青竜湯錠の在庫品の後ろに誤ってクラシエ9小柴胡湯錠が保管されていた色、番号など似ていたので気付かなかった	薬品入庫時のチェックの強化	クラシエ小青竜湯エキス錠	クラシエ小柴胡湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
361	患者の年齢に合わせた処方に沿って薬剤を開封し1回4錠で分包する際、誤った薬剤を開封し混入させてしまった。	漢方のエキス錠を同じ棚に並べており、小青竜湯と小柴胡湯の箱の色がどちらもピンク色であったため、誤って小柴胡湯を開封してしまった。	隣同士に陳列せず、離して保管する。小柴胡湯の方に注意書きのメモを貼るなどの対応をした。	クラシエ小青竜湯エキス錠	クラシエ小柴胡湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
362	患者様が処方箋をもって来局した。処方箋にはクラシエ小青竜湯エキス錠６錠朝夕食前７日分の記載があった。当該事務員が入力したところ間違えてクラシエ小青竜湯エキス顆粒６ｇ朝夕食前７日分と入力してしまった。薬剤師が監査の際、ピッキング監査システムであるバレラでチェックしたところエラーが起こり、入力が間違えていることが分かった。当該事務員に入力を訂正してもらい、正しく患者様にお薬をお渡しした。	クラシエの小青竜湯の錠剤と細粒が両方マスターに登録されており、ドクターが主に漢方は粉を使うことにより勘違いが生じてしまった。	再度の入力確認による訂正の強化。ｇや錠など規格の確認の徹底。	クラシエ小青竜湯エキス錠	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
363	処方せんでクラシエの人参養栄湯（KB-108）が処方されたが、同じクラシエの芍薬甘草湯（KB-68）を交付した。	どちらの漢方も同じ色のパッケージで、入荷した際に誤って、人参養栄湯の保管場所に芍薬甘草湯を置いてしまっていた。処方時にそのことに気が付かず、人参養栄湯のつもりで薬を取り、患者に誤って交付した。その日の在庫確認で両漢方の数が合わないことで発覚し、患者が服用する前に回収、交換することができた。	・人参養栄湯と芍薬甘草湯の保管場所を離した。・人参養栄湯には入荷時に油性マーカーで線を引いて、印をつけるようにした。・調剤時の確認の徹底と関係者への周知。	クラシエ人参養栄湯エキス細粒	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
364	調剤時にクラシエ人参養栄湯をクラシエ芍薬甘草湯と取り違えてしまった。監査時に漢方の名称と番号が違うことに気づき、交付前に間違いに気づくことができた。	陳列棚が隣り合わせで保管しており、外観も類似しているため、慌てて見誤ってしまった	箱の外観も良く似ているため陳列配置を離し、調剤時、監査時漢方の番号と名称、グラム数を声出し確認するように改善した	クラシエ人参養栄湯エキス細粒	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
365	大柴胡湯の処方を防風通聖散でお渡しした	気さくにしゃべらるので、確認がおろそかになった。	出す人しっかり確認する	クラシエ大柴胡湯エキス細粒	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
366	【正】クラシエ桃核承気湯エキス顆粒　１１２包交付【誤】クラシエ桃核承気湯エキス顆粒　１０７包交付クラシエ補中益気湯エキス顆粒　５包交付	ピッキング業務の際に、包装デザインが酷似していたため、同じ薬剤と思い込みミスに至った。	ピッキング間違いを戻す際はＰＤＡを使用し、薬品名が正しいか必ず確認する。類似の包装品がある事を理解し、端数分も合わせて全て薬品名を確認する。薬剤交付時、患者様と一緒に処方箋記載の薬品を確認する。外来が混んでいても焦らずに行動する。	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
367	クラシエKB-23の箱にKB-13の箱が混じっていた、帯の色も同一だったため混在して調剤してしまった。投薬前の監査で間違いを発見。	箱包装色が同じため発生した単純ミス。	色で判断せず、必ず薬品名でチェックするよう徹底。同一色の漢方薬は保管場所を離すように改善する。	クラシエ当帰芍薬散料エキス細粒	クラシエ三黄瀉心湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
368	クラシエ当帰芍薬散と抑肝散加陳皮半夏を混在して交付。調剤時に番号、包装が似ていたため勘違いして取り揃えてしまった。そのまま気がつかず交付。患者家族から電話連絡を受け発覚した。	最初は正しいものをピックしたが数量が不足しており足りない分を追加調剤した際に異なる薬剤を取ってしまったことが原因。調剤、監査者の確認不足。	ミスをした後はより慎重に2重チェックする	クラシエ当帰芍薬散料エキス細粒	クラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
369	半夏厚朴湯60日分のところ加味逍遙散が14日分(1箱分）混入。 午前にお渡し、午後に発注をしているときに、加味逍遥散と半夏厚朴湯の数が合わないことに気がついた。確認したところ、午前中に半夏厚朴湯と加味逍遥散が同時に納品され、それを同じものだと思いこみそのまま半夏厚朴湯60日分の調剤に回してしまった。（半夏厚朴湯が納品されたものを入れても欠品の状態であったことも、思い込みを助長する状態であったと思われる）	漢方の番号が16番と24番で異なるので色は違うのだが、クリーム色と黄色で、積み重ねてみると一見では区別がつかない程度であった。お渡しの時も、確認したつもりではあったが、漢方薬の扱っている種類が少なく、混在することはあまりないとの思い込みもあったと思われる。調剤ミス防止監査システムはあるが、全箱は確認していなかった。	漢方はきちんと「番号・名称」を全箱確認する。調剤ミス防止監査システムをつかい、全箱間違いないことを確認するよう手技を徹底する。	クラシエ半夏厚朴湯エキス細粒	クラシエ加味逍遙散料エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
370	当薬局はピッキング監査システムを導入している。調剤者が抑肝散加陳皮半夏が開封されている箱では足りなかったため、新しい箱から残りの包数を取り出した。箱も外観が似ていたが、同じ引き出しで保管していた。新しい箱は誤った薬剤だったが、監査システムを通したバーコードは、最初にとった正しい薬剤のものだったため、監査システムは通ってしまった。外観が似ているため、監査者は2つの薬剤が混ざっていることに気づかず、そのまま投薬してしまった	・あまり扱っていないメーカー（クラシエ）で注意が足りなかった・監査システムが通っていることで、注意が足りなくなってしまった	・新しい箱を開けた包装も混ぜてピッキングした時は「箱違い」の札を入れて、監査者に注意を喚起する・似ている箱は別の引き出しに分けて管理するようにした	クラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒	クラシエ当帰芍薬散料エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
371	クラシエ六君子湯エキス細粒２８日分の処方に対して、２１日分は正しい六君子湯エキス細粒を調剤していたが、７日分は誤ったクラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒を調剤してしまう。調剤者は２種の薬剤の外観が非常に似ているため、薬剤を取り違え調剤してしまった。また監査者も２１日分は正しい調剤がされていたため他薬が誤って混入しているはずはないと思い込んだため過誤を発見できず患者様へ投薬してしまった。	薬剤の外観が似ていること・保管している場所が近かったこと・４週中３週間分は正しい薬剤であったため間違いはないと思いこんでしまったことが要因と考える。	薬剤の配置場所の変更。過誤事例を共有し薬剤はすべて目を通す必要があることの理解の共有した。	クラシエ六君子湯エキス細粒	クラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
372	クラシエ68分2、35日分の処方のところ、7日分をクラシエ108で投薬。発覚後取り違えたものを全数交換する。	午前中での処理。業務終了後の棚卸で発覚。棚卸も当日ではなく、別患者の投薬で発覚した。35日処方であり、7日分毎の包装のため、さらに気づきにくかった。	漢方は番号ごとに色分けされており、末尾の番号が同じであると同じ色であるため、外観類似の調剤ミスとなる。保管を目立つような形に変更することで対応。(別の保管場所を設ける)一部のみでなく、全数確認で対応	クラシエ芍薬甘草湯エキス細粒	クラシエ人参養栄湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
373	正）グラセプター1mgカプセル　2CP　分1　→　誤）グラセプター5mgカプセル　2CP　分1	前回まではグラセプター5mgカプセル　1CP　分1　だったため、今回含量規格が変更となったことを見落とし、1日量だけを直して入力を終えた。そのため本来減量のはずが増量となってしまった。	5mgは当該患者のみで頻度が低い。逆に1mgの処方応需回数は多い。入力ミスを防ぐため、5mgの薬品名の先頭に注意を促す文字を付加し、入力者が気付ける状態にした。	グラセプターカプセル１ｍｇ	グラセプターカプセル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	
374	クラビット０．５％が処方されている患者に対して１．５％を調剤。患者が気付き、使用する前に交換となった。	繁忙時で、通常の調剤、鑑査の手順を踏まずに服薬指導していた。	調剤内規の遵守を徹底。	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
375	いつもの薬である。医師より先発変更のチェックがあった。普段は後発希望の方であり、後発品をよく使用している。　今回、患者情報をうのみにし、処方箋の読み取りを怠ったため、入力ミスが起こってしまった。ピックは正しくできて間違わずお渡しできていた。お渡し後すぐに薬歴記載しているときに間違いに気づいた。すぐに患者様に連絡した。	処方箋の読み取りが甘く、頭書きされている後発希望の文字だけで判断してしまった。監査でも入力のミスに気づかず、お渡しする際にも間違いに気づけなかった。	まずは処方箋監査をじっくり行う。入力時も鉛筆などでチェックする習慣をつける。監査・お渡し時にも。入力印字されたものを支援票や薬袋・薬情で確認するように徹底した。	クラビット点眼液１．５％ フルメトロン点眼液０．０２％	レボフロキサシン点眼液１．５％「日点」 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
376	グラマリールとグラクティブ思い込みで取り違えてしまった。管理薬剤師が監査の際間違えを見つけ出し正しいものに交換し投薬した	薬品の名称が似ているため工夫が必要	調剤監査システムの導入を検討。	グラマリール錠２５ｍｇ	グラクティブ錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
377	クラリスロマイシン２００ｍｇサワイとカルボシステイン２５０ｍｇサワイは共に大包装で購入し同じ場所で管理。ＰＴＰが似ており間違えて調剤	今、医薬品の供給が不安定で大包装でないと手に入らないため管理の方法にも工夫が必要になる。	保管場所を変更して商品名をわかりやすくして管理する。また、職員には類似していうことを再度徹底。	クラリスロマイシン錠２００ｍｇ「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
378	クラリスロマイシン錠200ｍｇ「タイヨー」で調剤したところ、誤ってクラリスロマイシン錠200ｍｇ「ＮＰ」で処方入力がなされた。 薬剤師が監査時に発見。	繁忙時間帯であった。以前クラリスロマイシン錠200ｍｇ「ＮＰ」を使用していた実績があり、レセコンのマスターに残っていた。	現在未採用の医薬品のレセコンマスターからの削除を定期的に行う。	クラリスロマイシン錠２００ｍｇ「タイヨー」	クラリスロマイシン錠２００ｍｇ「ＮＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
379	クラリチンドライシロップ１％が頓服でアレルギー症状発現時の処方であったが、入力がクラリスロマイシンDSとなっていた。用法がアレルギー発現時であったため監査薬剤師が違和感を感じ、発見となった。	混雑時であり焦って入力してしまった可能性あり。	入力後のチェックの際は縦読み監査を実施する。	クラリチンドライシロップ１％	クラリスロマイシンＤＳ１０％小児用「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
380	クラリチンレディタブ錠を処方された患者様に、シダキュア錠5000JAUと取り間違い調剤した。投薬前の監査で調剤ミスに気付き、正しく調剤し直して患者様に投薬。	他の患者様に誤って調剤したシダキュア錠を棚に戻す際に、急いでおり、間違えてクラリチンレディタブ錠の棚に戻し、それに気付かずに、クラリチンレディタブ錠だと思い調剤した。２つの棚が少し近かったこと、当薬局で調剤する頻度がクラリチンの方が多い為、先入観より戻し間違いが起こったと思われる。	ヒートの表面が非常によく似ている為、必ず鑑査の際に、裏面を確認するように再度徹底することにした。棚が少し近かったため、戻し間違いや取り間違いが起きないように、棚の場所を離しておくことにした。取り間違いなどがあり、棚に戻す際は必ず誰か他のスタッフと確認してから戻すように再度徹底することにした。	クラリチンレディタブ錠１０ｍｇ	シダキュアスギ花粉舌下錠５，０００ＪＡＵ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
381	術後の処方と聞いていたのに、クラリチンが処方され、疑義照会したら、クラリスに変更になった。	レセコン入力の際、思い込みがあった。	患者さんに、背景をよく聞く。	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
382	花粉症で来局された患者クラリチン処方あり、当薬局薬剤師が交付。監査者は別お渡し後、ご家族よりTELありカロナーるがはいっていると。服用はしていない	クラリチンとカロナールの外包装が似ていた	薬剤の棚が近くにあったことから、なるべく離すように対応した	クラリチン錠１０ｍｇ	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
383	グリベンクラミドが一般名で処方されていたが、間違えてグリクラジド40ｍｇを取ってしまった。一人薬剤師で一人監査のため、投薬前に事務のものが気が付いてくれた。	ひどく仕事外でトラブルがあり、精神的にも身体的にも状態が良くなかった。	一人監査はできるだけ避けて、名称チェックだけでもできるようにすべきと考えた。	グリベンクラミド錠２．５ｍｇ「三和」	グリクラジド錠４０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
384	クレストール錠2.5mgを分包するところエリキュース錠2.5mgを分包していた	バラ錠での一包化となりしっかりと中身を確認しないで分包したことによるミス打刻も２と1/2と印字され似通っていることから起こったと思われる	必ずバラ錠は薬品名を確認する	クレストール錠２．５ｍｇ	エリキュース錠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	
385	今まではクレストール錠2.5ｍｇが処方されていた患者が、今回5ｍｇへ処方変更。	前回の入力複写機能を使用し、規格変更がある事を見落とし入力。	入力後処方箋へ鉛筆で入力内容と照らし合わせながらレ点チェックをする。その際、画面へ指差しで確認を行う。	クレストール錠５ｍｇ	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
386	クレナフィン爪外用液処方に対し、ブテナフィンクリームを計数調剤	同系統の薬効に加え、薬品名も類似点あり	薬棚への目印	クレナフィン爪外用液１０％	ブテナフィン塩酸塩クリーム１％「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
387	クロトリマゾール膣錠１００の処方のところ、クロマイ膣錠を調剤し、交付してしまった。投与後に気付き、クロトリマゾール膣錠は在庫していなかったので、すぐに連絡し、すぐ交換に伺った。使用前であった。	経験と知識の欠落もあって、当該薬剤が在庫がなく、類似名を安易に調剤してしまった。混雑状況もあり、鑑査も十分できないままお渡ししてしまった。そのあとすぐに、併用薬等からも疑問におもい、事務員とも確認し間違いに気づいた。すぐに取り換えさせていただいた。	膣錠の在庫の引き出しに、薬剤名の記入を分かりやすく書き直し、抗真菌薬と抗生剤の別等のメモも付け加え、薬局内のヒヤリハット報告書でも情報の再確認を行った。	クロトリマゾール膣錠１００ｍｇ「Ｆ」	クロマイ膣錠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
388	婦人科よりクロトリマゾール100mg膣錠「F」の処方を名称が類似しているクロマイ膣錠100mgをピッキング。	めったに調剤しない膣錠で最初の二文字とｍｇ数が同じだったため誤って調剤してしまった。さらに勝手な思い込みでクロトリマゾール100mg膣錠「F」の先発品と勘違いして調剤してしまった。ピッキングした後に同薬効リストで検索したら全く別の成分と判明。 薬剤を患者さんに交付する前に気がついたので正しい薬を再調剤してお渡しした。	類似した薬名と思い込みは危険。正しい薬名をしっかり見て調剤するよう心がける。	クロトリマゾール膣錠１００ｍｇ「Ｆ」	クロマイ膣錠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
389	クロピドグレル錠75ｍｇが出ていたが、タムスロシン錠0.2ｍｇと取り違えていた。一包化する時に気が付いた。	夕方、処方せんが来て忙しいのと疲れているのとが重なり、うっかり取り違えてしまった。同じウィークリー包装で大きさがよく似ていた為と考えられる。	処方せんと取った薬をよく確認すること。特に一包化前には再度よく照らし合わせること。薬品棚にテープなどで分かりやすく表示すること。	クロピドグレル錠７５ｍｇ「ＳＡＮＩＫ」	タムスロシン塩酸塩ＯＤ錠０．２ｍｇ「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
390	アトルバスタチンのところクロピドグレルで調剤	外観と錠剤が非常に似ており、取り間違えてしまった	少し場所を話しておくようにする	クロピドグレル錠７５ｍｇ「トーワ」	アトルバスタチン錠１０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
391	クロピドグレル75が28錠処方されていたのをドネペジルOD5とどちらもウィークリーを使用しているので抱き合わせで用意してしまったがあとですぐ気がついて修正した。	クロピドグレル７５の棚に間違えてドネペジルOD5が戻してありそれに気づかずに単に28錠集めてしまった。	処方中止などで一旦集めた薬を薬品棚に戻すときも集める時と同様注意を払って戻すようにする。また1日2回発注時に発注者が単に注文するだけでなく棚の内部もチエックする。	クロピドグレル錠７５ｍｇ「杏林」	ドネペジル塩酸塩錠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
392	【正】１０％サリチル酸ワセリン軟膏東豊１００ｇクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」１００ｇ　混合　ひどい所　ぬり薬　１日２回　部位：手【誤】１０％サリチル酸ワセリン軟膏東豊１００ｇ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」１００ｇ　混合　ひどい所　ぬり薬　１日２回　部位：手	入力が起点	最終監査ではＧＥ変更の場合、処方箋と指示書のＧＥ変更前が合っているか、ＧＥ変更後が間違っていないか確認することを徹底。ＧＥ名の知識をつける入力メインは極力他業務を行わない。どうしても中断が発生した場合は最初から確認する薬剤交付時、待ち時間の長さに関わらず、処方箋と調剤薬の照合はしっかり行う。初期監査手技として処方せんを先に確認することを徹底する。	クロベタゾールプロピオン酸エステルクリーム０．０５％「ＭＹＫ」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏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
393	ピッキングリスト利用し、事務員さんが調剤。過誤防止システムのピグマでエラーにて他剤調剤発覚	名前の類似	過誤防止システムのピグマを必ず通してから鑑査	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	
394	患者様がいつも通っているＡ病院精神科から定期処方+初めてクロベタゾン酪酸エステルクリームが処方されたFAXが送信されてきた。この患者様は２週間ほど前にＢ皮膚科からクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏+プロペトが処方されていたのでついでに出してもらったのかなとは思いつつも精神科医師が皮膚科専門医からの薬を処方変更するとは考えにくいため一応は準備をしつつ投薬時に患者様に問い合わせをしたところ、Ｂ病院と同じものを出してもらうようお願いされたとのこと。Ａ病院へ疑義照会をしたところ、Ｂ病院と同じクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏+プロペトに変更された。	クロベタゾンとクロベタゾールは同じステロイド外用薬でありながら強さが異なる。精神科の医師が成分調整をしたり基材変更をするとは考えにくかったため投薬時に患者様へ問い合わせを行った。名前が似ているため処方間違いをされたのだと思われる。	専門外の科の薬が処方された場合は注意すること。どういった経緯で出ることになったのかを詳しく聞いておく必要がある。医療事務は気づいていなかったため、改善するとすればこういった事例を薬剤師以外でも気に留められる教育をできれば見つけられる確率は上がると思われる。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「イワキ」	クロベタゾン酪酸エステルクリーム０．０５％「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
395	一般名処方でクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏が処方されていたが、薬剤師がクロベタゾン酪酸エステル軟膏と勘違いして調剤し処方箋入力、他の薬剤師が投薬する際に処方箋記載内容と入力内容が異なることに気づいた。	一般名が頭文字４文字が同じため、調剤・処方箋内容入力時に間違いに気づかなかった。	複数回の監査で間違いに気づくことができたが、今後は頭文字３文字程度が同じ採用薬の場合は屋号で判断しやすいように採用メーカーを異なるものにする。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「イワキ」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏０．０５％「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
396	【正】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「タイヨー」３５ｇプロペト　３５ｇ１日１～２回　からだ　つよい【誤】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」　３５ｇプロペト　３５ｇ１日１～２回　からだ　つよい	入力からの全スルー	ＰＤＡ照合確認時に処方せん内容を確認し間違えないことを確認した上で調剤カゴに入れて最終鑑査へまわす。入力照合の際、変更後の医薬品だけでなく必ず処方せんに記載された薬品も照合を漏らさずに行う。ＧＥ医薬品の成分名を確認する時は添付文書から確認を行う。入力でＤｏ入力を使用せず手入力をする	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「タイヨー」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルクリーム０．０５％「ＭＹＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
397	クロベタゾールプロピオン酸エステルローションが強さ(中)との指示で処方され、処方通り交付。交付後クロベタゾールプロピオン酸エステルローションが(中)と指示されていることに違和感を感じ疑義照会を行った。クロベタゾールプロピオン酸エステルローションではなくクロベタゾン酪酸エステルローションの間違いであったことが判明。	ステロイド薬は一般名が類似しているものが多く、特に後発品だと商品名が似てしまっている。	ステロイドの強さと、処方の指示にズレが無いかの確認は必要。例えばクロベタゾールプロピオン酸エステルが処方されていて、(強)以外の指示だった場合は疑義照会を行う。	クロベタゾン酪酸エステルローション０．０５％「イワキ」	クロベタゾールプロピオン酸エステルローション０．０５％「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
398	調剤者が間違えてピッキングし、監査時に監査者が間違いに気が付いた。	名前の類似薬品であった(ステロイドの外用剤)	ピッキング後も一度確認する。	クロベタゾン酪酸エステルローション0.05%「イワキ」	クロベタゾールプロピオン酸エステルローション0.05%「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
399	クロベタゾン酪酸エステルローション０．０５％「イワキ」と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」の名称類似の為、誤入力。	始めの３文字と、○○酸エステルローション０．０５％など共通する部分が多いため誤入力。	成分名を全部確認するよう徹底。	クロベタゾン酪酸エステルローション０．０５％「イワキ」	クロベタゾールプロピオン酸エステルローション０．０５％「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
400	レセコン入力において、クロベタゾン酪酸エステル軟膏を入力するところを、誤ってクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏で入力してしまった。調剤者および鑑査者もそれに気づかず、投薬者が間違いに気づいた。	入力の際に「クロベ」で検索をかけた結果、クロベタゾンとクロベタゾール両方の検索結果が出てしまい、クロベタゾールを選択してしまったものと思われる。また、繁忙のせいもあるだろうが、調剤者および鑑査者の確認不足によって本事例が起きたものと推測される。	入力者は入力後に処方箋と入力画面を照らし合わせながら入力の内容を確認する。その際、指差しや声出しをしながら確認する。調剤者・鑑査者も同様に、処方箋をしっかり確認し、調剤録および調剤された薬剤の名称を確認することを徹底する。本事例においては、投薬者が確認したことでミスに気付いたため、投薬者も処方箋を確認しながら投薬することで、薬剤の渡し間違い等を防ぐことができると考えられる。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏０．０５％「イワキ」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
401	処方されたものをお渡ししているが、患者さまが薬情の写真と異なることに気づき発覚。	商品名が似ていたため入力のミスに気づけなかった。	成分性は類似しているが、強さの違うステロイドになるので最後までしっかり名前を確認。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
402	一般名クロベタゾン酪酸エステル軟膏５０ｇとプロペト５０ｇを混合し１日１回陰部に塗布する処方で、思い込みによりクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏であるデルモベート軟膏を使用して調剤。入力も調剤されたものを参考にしていたため誤っていた。別薬剤師が鑑査の際に調剤録を確認していたところ、クロベタゾンとデルモベート（クロベタゾール）の違いに気づき、投薬前に破棄し作り直し、正しい内容でお渡し。	・調剤の際の、成分名まで確認する手順の不徹底。・思い込みによる調剤。・クロベタゾールとクロベタゾンが別の成分であるという知識不足。・軟膏の混合で時間がかかることによる焦り。	一人で調剤する時間が発生した際に、成分名処方の際は必ず思い込みで調剤するのではなく、成分名まで確認してから調剤する事の徹底。調剤中のお薬から入力を判断するのではなく、一般名から出ないものが調剤されているなら、そのことを調剤している薬剤師に伝える手順の徹底。改めて、チェック機構の大切さの確認。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏０．０５％「イワキ」	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
403	5歳の子供の処方箋で一般名処方クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%が処方。入力者が間違えてクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%で入力。鑑査者も入力チェックを見落とし。投薬時に別の薬剤師が投薬の説明の最中に5歳の子供にストロンゲストのステロイド剤がでているのはおかしいと違和感に気づき入力などをよく見ると間違えて入力されていることが判明。	一般名処方で初めのカタカナ、終わりのパーセンテージがあってると思い間違えて入力。	入力時は必ずすべての文字列を見て入力を行う。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏０．０５％「イワキ」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「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
404	処方は先発品のキンダベート軟膏であるが、平素から後発品のクロベタゾン酪酸エステル軟膏「イワキ」をお渡ししている患者さん。交付前の監査の段階でクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏が調剤してあるのを発見し、正しい薬を調剤し直した。	名称が似ているため間違えたと思われる。	それぞれ劇薬と普通薬なので保管場所を分けているが周知を徹底する。名称が似ている薬があることを再教育、保管場所にも取り違えないように警告文を記載する。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏０．０５％「イワキ」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
405	一般名記載の処方箋。久しぶりの来局で、一般名（ステロイド）が前回処方と似ていた為同じと思い、レセコンを前回Doで入力。調剤者は発行された薬袋をみて調剤。薬剤監査支援システムを導入しているが、入力と調剤は同じでエラーにはならず通過。監査者もシステムを通過しているため、間違いはないと思い監査があまくなっていた。投薬者が投薬前の見直しで気づいた。	皮膚科の処方箋を受けており、ステロイドは一般名が類似しているものが多い。入力者は経験者であるが、異動してから日が浅く同じ名称に見えたと思われる。調剤者はまだ不慣れなところもあり、処方箋をみただけでは判断ができず薬袋をみて調剤をしてしまった。監査者は薬剤監査支援システムを過信していた。	ステロイドの種類が多く一般名が似ているので、以前から気を付けるように注意している。薬袋を見ての調剤をしない、自信がない時は再度処方箋を確認する。監査をする薬剤師は、薬剤監査支援システムを過信せず、ステロイド軟膏が使用部位に適しているかどうかも必ず監査時に確認をするよう徹底した。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏０．０５％「イワキ」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
406	薬剤名を取り違えてクロベタゾン酪酸エステル軟膏をクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏と入力しそれに従って投薬してしまった	薬剤師、事務で確認しつつ行ったつもりが、お互い思い込みで進めてしまった	調剤は必ず処方箋を見て行い、入力のチェックをしっかりとしてから、処方箋を見ながらの投薬を徹底する	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％「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
407	一般名処方でクロベタゾン酪酸エステル軟膏のところ、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏と間違えて入力した。しかし処方箋に顔に塗布と指示があったためベリーストロングのクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏はおかしいと思い入力間違いに気が付いた。	類似一般名についての知識不足	類似一般名についての注意喚起。棚等に気が付くようにマークをする。	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
408	一般名処方でクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%が出ており事務員が間違って認識しクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏と入力してしまった。医薬品はご投薬なく患者様に渡しており、金額、情報提供書、お薬手帳シール、調剤録をすぐに修正しなおし患者様へ変更のご連絡を謝罪し交換しました	投薬時にも入力の確認が必要であるので医薬品の監査とともに注意深く見るする必要があった。	紛らわしい医薬品が存在するときは薬品名の前に印をつけて意識できるようにしました	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％「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	
409	クロマイ膣錠とクロトリマゾール膣錠の取違い（ピッキングミス）	当局の汎用品がクロトリマゾール膣錠であり薬剤の名称が似ている部分もあった為、思い込みによるピッキングミス監査時に発覚したため、健康被害等はない。	処方箋を確認しながら、最低頭文字の3文字目まで確認しながらのピッキングを心がける。	クロマイ膣錠１００ｍｇ	クロトリマゾール膣錠１００ｍｇ「Ｆ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
410	【般】クロモグリク酸Na点眼液２％５ｍｌ　３瓶が処方された。クロモグリク酸Na・PF点眼液２％「日点」３瓶を調剤するところ、クロモグリク酸Na点鼻２％「杏林」３瓶を調剤した。監査レンジで取り違えが発覚した。	剤形の確認不足だった。クロモグリク酸のほかにケトチフェン点鼻液が処方されており、点鼻薬の印象が強かったため点鼻薬を調剤してしまった。点鼻薬が２剤出ていることを疑問視できなかった。	処方箋の剤形・規格など最後まで確認することを徹底する。監査レンジを通してから監査を行う。	クロモグリク酸Ｎａ・ＰＦ点眼液２％「日点」	クロモグリク酸Ｎａ点鼻液２％「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
411	交付後、処方箋点検時に規格違いが発覚正しい規格品を患者様ご自宅にお届け、交換した	レセコン入力時のミスと処方監査不十分さ	レセコン入力時と処方監査時の規格確認を複数回行う	ケトプロフェンテープ２０ｍｇ「テイコク」	ケトプロフェンテープ４０ｍｇ「テイコク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
412	いつも処方されているケトプロフェンテープ40mg「帝國」を放送が似ているフルルビプロフェンテープ40mgと間違えてお渡しした。	ピッキングと投薬者をわけているが、監査スルーにて投薬してしまった。ダブルチェックの徹底と前回処方の写真チェックが必要。	ダブルチェックの徹底。	ケトプロフェンテープ４０ｍｇ「テイコク」	フルルビプロフェンテープ４０ｍｇ「ユートク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
413	ケトプロフェンパップ30ｍｇ「ラクール」が9パック処方されており、ケトプロフェンパップ30ｍｇ「ラクール」の棚から9パック取り出したが、ケトプロフェンパップ30ｍｇ「ラクール」の棚の中にフェルビナクパップ70ｍｇ「ラクール」が2パック混ざっており、鑑査時には一番上のシップの銘柄しか確認せず、他は枚数しか数えなかったため、混合しているのに気づかなかった。	・ケトプロフェンパップ30ｍｇ「ラクール」とフェルビナクパップ70ｍｇ「ラクール」のシップの包装がよく似ている。・大箱から棚にしまうときに入れ違いになってしまう可能性はあった。	大箱から棚にしまう時入れ間違えないように、大箱を置いておく位置にも気を配る。鑑査時、枚数のみではないく銘柄もすべて確認するようにする。	ケトプロフェンパップ３０ｍｇ「ラクール」	フェルビナクパップ７０ｍｇ「ラクール」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
414	一般名セファクロルで処方されているものを一般名セファレキシンで入力	名称類似	自分の薬局でも起こりうることを周知徹底。	ケフラールカプセル２５０ｍｇ	ケフレックスカプセル２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
415	患者が処方箋を持って来局。処方箋にはケフレックス1日4カプセル分2朝夕食後7日分と記載。当薬局に在庫が無かった為、薬剤師A（職種経験年数7年）が近くの姉妹店に薬を取りに。ジェネリックのセファレキシンとセファクロルを間違えて持って帰り、混雑していた為そのまま投薬。少し経過した後、薬剤師Bがセファレキシンではなくセファクロルが渡されていたのに気付き、薬剤師Aが患者に連絡。薬は飲まないよう指示をし、正しい薬（セファレキシン）を郵送。	セファレキシンとセファクロルが名称が似ていた為間違えた。また混雑していた為鑑査をせずに投薬。	調剤と鑑査する薬剤師を必ず別々にする。似た名称がある時は、書籍か何かで調べてから投薬。	ケフレックスカプセル２５０ｍｇ	セファクロルカプセル２５０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
416	Ｒ3.11/9　ケフレックスカプセル（250）の処方箋を受付。誤ってケフラールカプセル（250）で調剤。Ｒ3.11/11　医事スタッフが処方箋確認時に間違いを発見。 処方箋を受付た際に、ケフレックスをケフラールと見間違えて入力。その後、調剤、鑑査でも気づかずにそのままお渡し。	思い込みで処方入力をしてしまった。その後の調剤・鑑査においても見落としてしまった。	鑑査手技の見直しを行う。類似薬品は店舗内で注意喚起を行う。	ケフレックスカプセル２５０ｍｇ	ケフラールカプセル２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
417	ケフレックス２５０とセファクロル２５０の取り間違い	類似名と類似薬であること、同規格であることから混同しやすい	注意喚起の札やラベルを作成して棚に貼りました	ケフレックスカプセル２５０ｍｇ	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
418	一般名処方で「セファレキシンカプセル250mg」の記載。該当薬品が「ケフラールカプセル250ｍｇ」であると誤認し調剤。交付前の監査にて処方薬は「ケフレックスカプセル250ｍｇ」であることに気が付いた。	繁忙時の面処方で、普段調剤機会の少ない薬剤であった。患者の待ち時間を気にするあまり、一般名処方と薬剤名を調べることを怠り、他薬調剤に至ってしまった。	特に汎用品目でない薬剤でない場合は必ず一般名と薬剤名を調べた上で調剤を行う。	ケフレックスカプセル２５０ｍｇ	ケフラールカプセル２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
419	新規で来局された患者さん。当局では新規の医療機関にかかっていたのでその入力に事務員が手間取り、ケフレックスと処方入力するべきところを思い込みでケフラールと入力。投薬時に薬剤師が確認し間違い気付いて再度入力しなおしケフラールを投薬	繁忙時に新規の患者さんが来られ、アンケートと入力（新規医療機関）に気を取られ薬品名を誤って入力　投薬監査時に薬剤師が誤りを発見し訂正した。焦りによる影響が大きいと思われる。	入力のチェック及び処方箋との投薬薬剤の照らし合わせを二人以上で行う事を継続することにより、過誤を防げるものと思います。基本的な確認は必ず行うよう繁忙時でも気を付ける。	ケフレックスカプセル２５０ｍｇ	ケフラールカプセル２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
420	「ケフレックスカプセル」のジェネリック名を「セファクロルカプセル」と思い込んで調剤してしまった。調剤監査システムを導入しているが、事務の入力ミスと思い込んで入力修正依頼をしてしまったため、監査システムもスルーしてしまった。投薬後の事務スタッフの入力チェックの際にミスを発見。すぐに患者様に連絡したが、既に１個服用してしまっていた。処方医に連絡、薬の交換を行った。現在のところ、健康被害の報告はなし。	外来業務が混雑しており、ジェネリック名の監査及び調剤録の確認が不十分だった。	一般名の確認、調剤録の確認の徹底セファレキシンの箱に「ケフレックスのジェネリック」、セファクロルの箱に「ケフラールのジェネリック」と記載し、注意喚起を行う。抗生剤の一般名一覧表を作成、監査台に掲示して不明点はすぐに確認できるように改善した。	ケフレックスカプセル２５０ｍｇ	セファクロルカプセル２５０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
421	施設入所者に、いつもの病院とは違う他病院から処方がでた。今まで扱ったことのない薬品で、ケフ・・250mgとみて、いつもの病院で処方とれることの多い、ケフラールカプセル(250)と思い込み、薬をピックしてしまった。手帳シール等はなかったので、そこで、再度確認を見逃し、監査も自分だったため、思い込みのまま、患者に渡ってしまった。分包は事務員だったため、印字もケフラールカプセルだった。薬をピックした薬剤師の知識不足と思い込みのため、ミスがでてしまった。	外来調剤、施設の嚥下の最中に、施設の臨時薬の処方がきている。臨時薬は手帳シールもでてこないので、その場で入力のチェックもできない。自分は、1人薬剤師で、調剤、監査のため、さらに思い込みをなくし、薬のピック、監査を慎重にする。今回は自分の思い込みと、知識不足のミスです。	なるべく、1人薬剤師になる時間を減らす。臨時薬については、2人の薬剤師の目を通す。	ケフレックスカプセル２５０ｍｇ	ケフラールカプセル２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
422	ゲンタマイシン硫酸塩軟膏「イワキ」で調剤するところジフルプレドナート軟膏「イワキ」で調剤してしまった。患者からの連絡で間違いに気が付く。	「イワキ」でよく調剤する医薬品がジフルプレドナート軟膏だったため思い込んでしまった。	調剤・監査の手順を再確認する。	ゲンタマイシン硫酸塩軟膏０．１％「イワキ」	ジフルプレドナート軟膏０．０５％「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
423	処方箋は眼科の一般名処方であった。【般】	類似成分の勘違い	類似成分の把握	コソプトミニ配合点眼液	デュオトラバ配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
424	処方は眼科の一般名処方であった。般：ドルゾラミド・チモロールマレイン酸塩の薬品名を入力者・監査者が誤って、トラボプロスト・チモロールマレイン酸塩と勘違いしデュオトラバ配合点眼液で調剤を進めていた。鑑査者が入力監査時それに気づき指摘。	成分名、一般名の類似、思い込みによるミス。	成分類似薬品の把握と注意喚起を行っていく。	コソプト配合点眼液	デュオトラバ配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
425	コタロー麻黄附子細辛湯エキスカプセルが処方されていたが、同じコタローのコタロー黄連解毒湯エキスカプセルを調剤し、投薬してしまった。	両方とも同じ引き出しに保管されているが、スペースがあまりないため収納時に外箱から出して収納した。結果、よく似たヒートが並ぶ形になり、選択を間違ってしまった。監査時にはよく似たヒートの為、よく確かめずに監査し、投薬してしまった。	外箱は医薬品名が大きく印字されており、箱の色も違い区別をつけやすくされていることから、スペースを確保し、外箱のまま保管するようにした。	コタロー麻黄附子細辛湯エキスカプセル	コタロー黄連解毒湯エキスカプセル		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
426	【正】コニール錠４　３０Ｔ【誤】アムロジピンＯＤ錠２．５ｍｇ「トーワ」：２Ｔコニール錠４：２８Ｔ	調剤	アムロジピンＯＤは推奨品変更で残数が１２Ｔのみだった。推奨品変更で今後の動きがない薬品は、輪ゴムでとめてバラバラにならないような保管をする。開封済みの薬品を調剤する場合、必ずすべてのシートのＧＳ－１コードをスキャンし、混入がないか薬品名を確認する。外観が似ている医薬品が混在する可能性があるという意識を持って最終監査する。最終監査時、処方箋と薬品突合の際は、端数まで確実に目視する。バーコードがある薬品は端数でも、充填機能を使って充填する。	コニール錠４	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
427	コニールとコバシルの調剤間違い投薬中に患者様が気付き訂正したものをお渡し	入力を間違い、裏打ちを見て調剤をした監査の見落としがあり、患者様が急いでいたため焦ってしまい間違えたまま監査を通してしまった。	処方箋を見て調剤をする監査の際は処方箋と間違いが無いか声に出して読んで確認する	コニール錠４	コバシル錠４ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
428	背景として繁忙時間帯に立て続けに一包化調剤が重なっている状況。当事者は当該薬局配属後3か月と経験不足であった。該当患者様は全6種類の医薬品を用法毎に一包化する処方内容であり、本来は痛風発作予防のため「コルヒチン錠0.5mg」を一包化調剤するべきところ、誤って名称類似薬の「コルドリン12.5mg」を調剤した。当該薬局薬剤師が監査時に誤りに気付いたため、患者様への健康被害の発生はなし。交付前に防げたヒヤリ・ハット事例である。	背景：繁忙時間帯且つ、当事者が当該薬局配属後3か月と経験不足。要因：焦りや手技が不慣れな点。処方解析できていなかった点。知識不足。	教育内容の改善の実施。具体的には以下の2点である。・処方解析する習慣を身に着ける。・処方薬を左から読むのではなく、右（規格）から読む習慣を身に着ける。	コルヒチン錠０．５ｍｇ「タカタ」	コルドリン錠１２．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
429	コレクチム軟膏0.25％が処方されたが、当薬局の在庫が0.5％のみであったため0.5％と入力してしまった。調剤・監査は別々の薬剤師が行っていたが気付かず、0.5％を調剤。ピッキングシステムを使用していたがエラーにならず、そのまま患者へお渡し。投薬後調剤録のチェックを行っている際に発覚し、すぐ患者へ連絡。発覚が早かったこともあり、使用前に薬剤を交換し、大事には至らなかった。	繁忙時であったため、入力者・調剤者・監査者の注意力が不足していた。当薬局にコレクチム軟膏0.5％しか在庫しておらず、添付文書も確認したが内容が古く、新規採用された0.25％の記載はなく0.5％しか記載されていなかった。調剤者が0.25％の存在を把握していなかったこともあり、今回の事例に至った。	添付文書の情報は、紙媒体ではなく電子媒体で最新のものを確認する。取り違えのないよう、医薬品棚に「別規格あり！取り違え注意」と注意喚起を記載し、それぞれの規格部分に目立つよう色付けをした。入力の際もできるだけバーコードリーダーを用いることで、入力ミスを防ぐ。	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
430	入力ミスでコレクチム0.25％のところ、コレクチム0.5％と入力。調剤時に気づく。	このところコレクチム０．５％が多く処方されていたため、慣れで入力。。	入力後必ず入力内容確認を徹底。	コレクチム軟膏０．２５％	コレクチム軟膏０．５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
431	コレクチム軟膏0.25％のところをコレクチム軟膏0.5％で入力、調剤、投薬してしまいました。	薬局にあった在庫がコレクチム軟膏0.5％だった為入力時にも監査時にも気づかなかったと思われます。	入力、監査の際規格までしっかり確認する。	コレクチム軟膏０．２５％	コレクチム軟膏０．５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
432	コンスタン0.4mgが処方され、投薬を行った。その後、コンスタン0.4mgとユーロジン1mgの在庫数が合わないことが分かり、ユーロジン1mgの箱がコンスタン0.4mgを置く場所にあることが判明した。患者には、コンスタン0.4mgとユーロジン1mgが混在した状態でお渡ししていることが電話連絡し明らかになった。まだ服用を開始しておらず、郵送にてコンスタン0.4mgをお届けした。	コンスタン0.4mgとユーロジン1mgが1箱ずつ入荷時され、箱のデザインが似ていた為、コンスタン0.4mgを置く場所にコンスタン0.4mgとユーロジン1mgを一緒に収めてしまった。また、コンスタン0.4mgを置く場所が一番隅であり、見にくい所であった。	コンスタン0.4mgを置いていた場所を使う事をやめました。	コンスタン０．４ｍｇ錠	ユーロジン１ｍｇ錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
433	ザイザル錠（5）処方だったが、ザルティア錠（5）でお渡ししてしまった。	薬名の類似から調剤者により取り違えが起きてしまったが、同処方でハルナールカプセル（0.2）処方もされていたため、泌尿器症状かと考えてしまい、ザルテイア錠で監査してしまった。薬に携わる人間が少ない場合は、より注意を必要とし、思い込みからではなく前後の薬歴をしっかりと把握し、投薬に臨まないといけない。	なるべく、入力者、調剤者、監査者と一つの処方に携わる人間が多くあるように心がけたいが、人数の関係で少ない場合は、より注意を必要しなければならない。先入観を持たずに、一人一人の患者を向き合うべく行動したい。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
434	いつもＡ病院からのお薬を一包化にされていて家族が代理でいらっしゃる方でＢ病院からの一包化の薬をはじめてお持ちになった時、一般名処方でデュロキセチンと書かれてあったところデュタステリドで入力。デュタステリドは一包化に入れれないためヒートのままでお渡し。その後他の薬剤師が、デュタステリドは女性には使われない薬のため処方箋を確認したところデュロキセチンであることが発覚。患者さん家族にすぐにお電話し、お持ちいただけるとのことだったのでそのままお持ちいただき、デュタステリドを回収し、サインバルタは一包化に入れてお渡し。1時間以内の対応だったため健康被害はなかった。	ジェネリック医薬品や、一般名医薬品での処方では入力も間違えやすいためピッキングの時は処方箋をよく確かめてそろえること	入力されたものを漠然とだすのではなくどういう疾患でどのような治療で服用されているのかよく考えて一包化する	サインバルタカプセル２０ｍｇ	デュタステリドカプセル０．５ｍｇＡＶ「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
435	一般名でベタメタゾン・ⅾ-クロルフェニラミンマレイン酸塩錠処方あり。ｄ-クロルフェニラミンマレイン酸塩錠が一般名であるポララミンで調剤していた。鑑査時他の薬剤師がサクコルチン配合錠えあることに気が付き、交付前に交換した。	思い込みで調剤してしまった。	一般名を調剤棚に医薬品名と一緒に記載した。	サクコルチン配合錠	ポララミン錠２ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
436	今まで一般名でイルアミクスLDが定期処方されていたが、今回久しぶりに処方変更があり、ザクラスHDへ変更になった。一般名処方であり、どちらも2つ目の一般名がアムロジピン5mg配合錠の為、違いを見逃してしまい、今までの定期薬イルアミクスLDを家族へお渡ししてしまった。ご本人が手元に届いたときに、今回から薬を変更するとDrに言われていたとおっしゃり、薬局のほうで再度処方箋を確認、薬が変更していたことに気づいた。	長年、同じ定期薬を服用されていた為、Do処方だろうとの思い込みがあった。また、家族へのお渡しだったため、家族も診察の内容をしらなかった。	思い込みをなくし、しっかりと処方を確認。一般名処方や合剤の場合は薬と最終確認監査を行う。また、できる限り投薬時に患者さんや家族と話をする。何か不明点があった場合の連絡先を必ず伝え、患者さんから質問しやすい環境を作る。	ザクラス配合錠ＨＤ	イルアミクス配合錠ＬＤ「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	
437	ボアラ軟膏とサトウザルベの混合が処方されていた。ボアラ軟膏とヘパリン類似物質油性クリームの混合も白色であるために、間違えてしまった。	繁忙で慌てていたために、同じ白色でも硬めにみえるサトウザルベと柔らかめにみえるヘパリン類似物質油性クリームで気が付けなかった。	ゆっくりと観察することと、すこし離れた位置に置くようにした。	サトウザルベ軟膏２０％	ヘパリン類似物質油性クリーム０．３％「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
438	一般名：亜鉛華単軟膏２０％　サトウザルベ軟膏　で処方のところ亜鉛華軟膏「ホエイ」で作成した。	一般名が亜鉛華単軟膏２０％だったが「単」を見逃して亜鉛華軟膏２０％で処方と勘違いして作成してしまった。	処方箋の名称よく確認してから作成します。	サトウザルベ軟膏２０％	亜鉛華軟膏「ホエイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
439	【般】亜鉛華単軟膏20%　100gの処方せん　をみて混乱。	サトウザルベの存在を知らないという知識不足により　単？２０％？となる。	【般】亜鉛華単軟膏20%はサトウザルベ軟膏20%一択でしかない。サトウザルベ＝亜鉛華単軟膏とは普段サトウザルベを扱っていない者にはわかりにくいのでメーカーへこの傲慢な商品名の変更をはたらきかける。	サトウザルベ軟膏２０％	亜鉛華軟膏「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
440	サムスカＯＤ錠処方時に普通上で入力をしてしまった。	サムスカの名前に目がいってしまい、剤形の確認ができてなかった	名称、剤形、規格　確実に指さしで確認をするようにする。	サムスカＯＤ錠７．５ｍｇ	サムスカ錠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
441	一般名：ラタノプロスト・チモロール配合点眼剤のためザラカム配合点眼を調剤すべきところラタノプロスト点眼液を調剤してしまった後日事務員入力チェック時、発覚	入力もラタノプロスト点眼液で入力され、それを見て調剤してしまった	一般名処方については、処方箋コピーに調剤する商品名を書くことを徹底する	ザラカム配合点眼液	ラタノプロスト点眼液０．００５％「ＮＳ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
442	サラゾスルファピリジン錠で処方されたところを誤って腸溶錠で入力され、交付時にそのことに気づかず、そのままサラゾスルファピリジン腸溶錠であるアザルフィジンで調剤してしまった。	一般名処方の剤型の部分をしっかり読み上げていなかったことが原因	剤型までしっかり確認し、鑑査を行う、また、剤型で薬効の異なる薬剤をピックアップしておく	サラゾスルファピリジン錠５００ｍｇ「日医工」	アザルフィジンＥＮ錠５００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
443	サラゾスルファピリジン腸溶錠出荷調整あり、普通錠は在庫がありそちらで調剤されており、気が付かずお渡し。患者様残薬あったため、こんかい服用はなく済んだ。	出荷調整品目についても慎重に確認するようにする	適応について箱へ記載する。	サラゾスルファピリジン腸溶錠５００ｍｇ「テバ」	サラゾスルファピリジン錠５００ｍｇ「タイヨー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
444	一般名処方で【般】サラゾスルファピリジン腸溶錠500mgだったが、入力でサラゾスルファピリジン錠500ｍｇが入力され、調剤も誤ったままだった。交付時に気が付き修正。	類似名称かつ、この2剤形を同時に処方する医師でもあるため先入観があったことも一因にある。	薬局独自の帳票では、製品名（一般名）が記載された用紙を出力しているため、この部分へ☑を入れることとした	サラゾスルファピリジン腸溶錠５００ｍｇ「日医工」	サラゾスルファピリジン錠５００ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
445	一般名でサラゾスルファピリジン腸溶錠（500）が処方されたが、出荷調整のため在庫が無かった。その代替えを問屋に電話発注を行った。納品されたのが普通錠であり、そのまま気づかず調剤した。患者本人は残薬があったため、服用前に交換することが出来た。	腸溶錠と普通錠は適応が異なることを知っていたが、名称を全て確認せずに調剤した。	特に電話発注のような場合、文字での確認を重ねて行う	サラゾスルファピリジン腸溶錠５００ｍｇ「武田テバ」	サラゾスルファピリジン錠５００ｍｇ「ＪＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
446	薬の渡し間違い	投薬者の確認不足。余り会話の少ない患者様なのもありお渡しの際の本人との確認もしっかり行えなかったのも間違いの要因になった。	薬の確認の際声をだして確認、薬の名前も書いて確認する。患者様とも薬をしっかり確認する。	ザルトプロフェン錠８０ｍｇ「サワイ」	ロキソプロフェンＮａ錠６０ｍｇ「ＯＨＡ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
447	採用品目がアモキシシリンカプセル「日医工」→「トーワ」に変更となっていたが、以前の採用品である「日医工」で入力。監査時、入力間違いに気づかずそのまま交付。交付後に入力ミスに気づき、患者様に連絡し経緯を説明し謝罪した	勤務して間がなく採用品目の知識が乏しい上に、出荷調整品目が多数の影響で採用品目が頻繁に変更になり知識が追い付いていなかったこと、監査者の思い込みが今回の背景・要因と考えられる。	最新の採用品目の知識を常に更新する、レセコン入力の際に採用品目に目印をつけ薬剤選択をしやすくする、監査時処方箋、薬情を薬剤と照らし合わせてより注意して確認する	サワシリン錠２５０	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
448	４月からサンピロ点眼液１％で処方されていたが、薬局で入力間違いし、サンピロ点眼液２％で入力し、３回ほど鑑査で気付かないで２％の方で渡していた。６月２５日に鑑査時に薬剤師が入力間違いに気付きサンピロ点眼液１％でお渡しし、患者と家族に謝罪をした。	薬剤師、事務１人ずつで業務を行っている。	処方箋をよく見る。	サンピロ点眼液１％	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
449	点眼薬を６種類処方される患者が来局。月曜日の午前中ということもあり薬局内は大変混んでいる状況にあった。一人で調整し最終確認をして投薬に向かおうとしていたところ、他の薬剤師が戻ってきたので監査を依頼。その時にサンベタゾン眼耳鼻科用液０．１％を用意すべきところ、プラノプロフェン点眼液０．１％参天を誤って用意していたことが判明。薬品棚はサとフなので離れて配置している。同じ参天製薬の点眼薬でありボトルの形状は同じ。ボトルの色も薄緑でほぼ一緒である。	大変混んでいる状況にあり、他の２名の薬剤師も投薬中。ルール通り他の薬剤師等の監査を受けて投薬しなければならないところ、急いで投薬しなければとの焦りがあった。	点眼薬では同じボトルの医薬品も多いので、必ず他の職員の監査を受けることの徹底を再度行った。薬品ケースはもともと離れているので特に措置はしていない。	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
450	繁忙の時間帯に日頃より「ジアゼパム錠２ｍｇ」が処方される患者に対し、誤って「ブロマゼパム錠２ｍｇ」を調剤して薬剤交付する。患者が帰宅後薬剤を確認したところ、いつもとＰＴＰシートの色と名称が異なることに気付き、薬局に連絡いただく。来局の際に中身を両者で再度確認し、誤った薬剤交付であることを確認し、「ジアゼパム錠２ｍｇ」をお渡ししお詫びしました。	年末にて繁忙な時間帯だったことや一般名処方で処方監査したこと、そして「〇〇パム錠２ｍｇ」まで同じ言葉だったので、語尾だけで判断して調剤した可能性が高いと思われます。	「ジアゼパム錠」と「ブロマゼパム錠」ですが、薬剤の配置として同じ向精神薬の部類に入るため、向精神薬専用棚として同じ棚で保管していたのですが、今回の件を機に新たに向精神薬専用の棚を設けて、別の棚に配置するようにしました。一般名での調剤では「〇〇パム錠」や「〇〇テロール錠」など同じ語尾になることが多いので、調剤の際は語尾だけでなく語頭もしっかり確認するよう意識づけするようにしました。	ジアゼパム錠２「サワイ」	ブロマゼパム錠２ｍｇ「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
451	シアノコバラミン点眼液3本両眼4回で処方有り、シアノコバラミンの箱から3本取り出した。確認時に、1本ガチフロ点眼液が有った。	ガチフロ点眼液を戻す時に確認せずシアノコバラミンの箱に戻した可能性がある（容器は同じ、キャップの色が似ている）	薬の箱に戻す時は、時間に余裕ある時に行う。箱に入っている薬品名を確認をしてから戻す。	シアノコバラミン点眼液０．０２％「センジュ」	ガチフロ点眼液０．３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
452	薬局内に２つメーカーがある後発品。患者様要望の杏林を入力せず、日点で入力した。	レセコンの変更で引き継ぎがうまくいっていなかったことが要因と考えられる。	メーカー指定など患者様個人で要望がある場合は必ず、記録に残しておくように運用する。	シアノコバラミン点眼液０．０２％「杏林」	シアノコバラミン点眼液０．０２％「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
453	患者さんがオペのために入院した際に、病院勤務薬剤師の方が、患者さんが持参した薬をチェックしたら、処方薬とちがう薬が薬袋の中から出てきたので、当局に問い合わせがあり、まちがいが判明した。	シグマート錠５ｍｇが処方されていて、後発品のニコランジル錠５ｍｇで調剤するつもりが、薬品棚の隣にストックしてある、ニセルゴリン錠５ｍｇをピッキングしてしまった。　同メーカー、同じ５ｍｇであて近似していたため、監査の段階でも、見逃してしまった。	薬品棚のストック場所を変更し、監査を正確に行うことを徹底する。	シグマート錠５ｍｇ	ニセルゴリン錠５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
454	一般名記載ベンフォチアミン２５ｍｇ（Ｂ1）・Ｂ6・Ｂ１２配合カプセル処方で、シグマビタン配合カプセル２５を調剤すべきをビタノイリンカプセル２５（フルスルチアミン（２５ｍｇ）Ｂ１・Ｂ２・Ｂ６・Ｂ１２配合カプセル）を調剤した。	当薬局勤務２ヶ月であり採用品目の知識が不十分な上、しっかり読まず、確認せず思い込みで調剤したものである。	薬棚のカセターに「注意、類似品あり」の表示をつけ対策を取った。	シグマビタン配合カプセルＢ２５	ビタノイリンカプセル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
455	患者様が処方せんを持参。普段より服用されている薬と違うため違和感を感じ、病院へ疑義照会した。	病院での処方箋作成時に入力間違いがあったようです。	前回の処方と比べ少しでも違和感のある時、繁忙時でも必ず疑義紹介する。	ジクロフェナクナトリウムＳＲカプセル３７．５ｍｇ「オーハラ」	ジクロフェナクナトリウム坐剤５０ｍｇ「ゼリア」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
456	店舗が混雑する時間帯でジソピラミドとジルチアゼムの取り間違いがあることに気づかず鑑査し、交付を行ってしまった。帰宅後の患者より薬のパッケージが違うと電話問い合わせがあり、在庫確認し過誤が発覚。患者宅へ伺い服用前に薬剤の交換を行った。	店舗の混雑があり、焦りが生じていた事と、ジソピラミドカプセル１００ｍｇとジルチアゼムカプセル１００ｍｇの規格、剤型が同様で、薬剤名の頭１文字で監査してしまったことが要因と考えられる。	処方箋コピーを用いて、薬剤名をペンで線を引いて追い、最後の文字までしっかり確認をする。	ジソピラミドカプセル１００ｍｇ「ファイザー」	ジルチアゼム塩酸塩Ｒカプセル１００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
457	シダキュアを継続服用をしている患者様にクラリチンレディタブを調剤。投薬時に気づき交換した。	シダキュア舌下錠とクラリチンレディタブ錠のヒート品は片面がアルミ包装になっていて似ている。混雑時で来局であったこと、シダキュアとクラリチンレディタブの棚が近くなっていたことにより取り違えが起こってしまった。	使用量が少なかったクラリチンレディタブを引き出しに移動し、両者を離して保管することにした。	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
458	シダキュア5000を調剤のところ、クラリチンレディタブを誤って調剤。	外観が非常に似ており、クラリチンレディタブがシダキュアの棚に入っていた。おそらく戻し間違いだと思われる。	シダキュアとクラリチンレディタブの棚が近くにあったため、離した。薬を棚に戻す際には2重チェックを行う。	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
459	一般名処方でシタフロキサシン錠50が2錠1×朝　7日分で処方された。事務員が一般名をシタグリプチン錠50（ジャヌビア錠50）と勘違いし、ジャヌビア錠50　2錠1×朝で入力した。	普段から処方箋は一般名処方のため、一般名処方には慣れている。普段から一般名：シタグリプチン錠50（ジャヌビア錠50）は良く処方される薬のため、あまり処方されない抗菌薬のシタフロキサシン錠50が処方され、処方量や飲み方も類似していたため、間違えて入力してしまった。あとで薬剤師がその入力ミスに気付いた。	一般名が似ているので、注意が必要。今回のミスを教訓に一般名が類似しているのでシタフロキサシン錠50、シタグリプチン錠50の処方入力には注意するようにする。具体的にその人が何の病気なのかまずは確認する等が必要。	シタフロキサシン錠５０ｍｇ「サワイ」	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
460	錠剤と顆粒の間違い	定期的に錠剤が出ていたので入力を間違った	思い込みをなくし処方箋に忠実に入力する	シナール配合錠	シナール配合顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
461	シナール配合顆粒でお渡しするところシナール配合錠でお渡し。翌日患者本人の連絡より発覚。すぐに正しい薬を郵送しお渡し。	繁忙であり監査もスルーし、普段と異なる場所での投薬であったため患者との中身の確認を怠りにより交付ミス。	調剤・監査・投薬手順を見直し徹底する。繁忙でも中身の確認を怠らないように再度意識づける。	シナール配合顆粒	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
462	一般名でジフルプレドナートクリームと記載があるところを、ジフルプレドナート軟膏と入力してしまった。調剤、鑑査、投薬でも気づかなかった。	その処方箋は遠くのクリニックの処方箋で、QRコードがついていなかった。隣の医院の処方箋にはQRコードがついているため、慣れていない面もあった。	QRコードがついていない処方箋やFAX処方箋は特に注意して入力・入力チェックにあたる。	ジフルプレドナートクリーム０．０５％「イワキ」	ジフルプレドナート軟膏０．０５％「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
463	シプロキサン200mgと処方されている所、シタフロキサシン50mgが処方されていると思い込み先発品を希望されたので、グレースビット50mgで交付してしまった。	何時もグレースビットが処方されている方で、当薬局に、シプロキサンが無かったこともあり、処方箋をよく読まず調剤、入力してしまった。	何よりもまず、処方箋をよく読み込むと言う、基本的なことをしっかりと行う事を徹底すること。	シプロキサン錠２００ｍｇ	グレースビット錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
464	１０％サリチル酸ワセリン軟膏２０ｇとジフルプレドナート軟膏２０ｇ（混合）の処方あり。ジフルプレドナート軟膏０．０５％とジフロラゾン酢酸エステル軟膏０．０５％を誤って混合。事務員が気づき、再度調剤を実施。	夕方で患者様も多く、スタッフ３名（薬剤師２名、事務員１名）で繁忙状態であったため、焦ってしまい、医薬品名の最初の２文字までしか確認せずに混合してしまったと考えられる。	事務員が気づくことができたように、日頃より投薬する薬剤師以外にもう一人監査をする「ダブルチェック」を徹底している。今回の一件でダブルチェックの重要性を再度確認することができた。今後も、もれなく実施するようスタッフ間で再度情報共有を行う。	ジフロラゾン酢酸エステル軟膏０．０５％「ＹＤ」	ジフルプレドナート軟膏０．０５％「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
465	一般名が似ていることから間違えた	集中力が低下していた	Wチェックを強化していく	シメチジン錠２００ｍｇ「サワイ」	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
466	ジャディアンス錠25ｍｇ処方の所、ジャヌビア錠25ｍｇを調剤した。投薬後、患者さんが車の中で確認し気づき、すぐ持参してくれた為　交換して投薬した為　大事にはいたらなかった	ジャディアンス錠25ｍｇをピッキングする時、注意散漫になった　監査した薬剤師も間違いに気づかなかった	調剤時には、集中するようにします　監査も見落とさないようにします	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
467	「ジャディアンス錠25mg」が処方されたが、間違えて「ジャヌビア錠25mg」を調剤してしまった。	薬品名の最初の２文字が同じであること、規格（25mg）が同じこと、同じ糖尿病薬であること、業務が繁忙だったことが合わさり、間違えてピッキングしてしまった。	監査する際に、薬品目を最初から最後まで（中間も）読み上げるようにする	ジャディアンス錠２５ｍｇ	ジャヌビア錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
468	お薬手帳持参。初めて来局。いつも飲んでいる薬をお願いしたいと来局。ジャディアンス欠品のため後日お渡しのため、他の薬の内容と一緒に確認しているときにジャヌビアで入力されていることに気が付いた。	事務の入力ミス。知識不足。	必ず入力内容、薬歴、裏打ち確認する。	ジャディアンス錠２５ｍｇ	ジャヌビア錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
469	ジャヌビア錠50ｍｇ　0.5錠が処方されており、薬剤師が患者と相談・処方医に疑義照会にてジャヌビア錠25ｍｇ　1錠に処方変更していただく。その後事務員が入力変更をする際、誤ってジャディアンス錠25ｍｇ　1錠で入力してしまう。投薬前に薬剤師が入力誤りに気づき、お渡し前に訂正できた。	ジャヌビア錠25ｍｇとジャディアンス錠25ｍｇの名称類似に加え、両薬剤の適応疾患も同じであることから思い込みによる勘違いが起こった。	改善策として、処方箋と照らし合わせ、入力時は必ず「頭文字3文字」以上手入力することを徹底。投薬前に薬剤師が入力間違いがないか必ず鑑査する。	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
470	ジャヌビア25ｍｇ処方の方にジャディアンス25ｍｇで調剤、交付時に患者からの「見た目変わりましたね。」の指摘で間違い発覚。	処方箋とお薬の確認は2人で読み合わせることで監査している。処方箋を見て読み上げられた薬品名をチェックする際に「ジャディアンス25ｍｇ」と読み上げられたものを処方箋の「ジャヌビア25ｍｇ」のことであると聞き違いし調剤ミスに気付かず。投薬者の最終監査も疎かになっていた。	最終監査の手順を省かずしっかり遵守する。	ジャヌビア錠２５ｍｇ	ジャディアンス錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
471	当該患者に対しジャヌビア25ｍｇが処方されていたが、ピッキングされた錠剤を再度確認したところ、ジャヌビア25ｍｇではなくジャディアンス２５ｍｇが調剤されていた。監査の段階で発覚したため、ジャヌビア25ｍｇを取り直した。	ジャディアンスとジャヌビアは調剤室の調剤棚の同じ段に保管されており、ジャディアンス10ｍｇ、ジャディアンス25ｍｇ、ジャヌビア50ｍｇが並んでいる状態だった。名称が似ていること、また規格の数字が同じだったことから、ジャヌビア50ｍｇの隣はジャヌビア25ｍｇだと勘違いしたと考えられる。ジャヌビア25ｍｇは棚ではなく、棚の下の引き出しに保管されていた。	ジャディアンス25ｍｇと、ジャヌビア50ｍｇの間に別の医薬品を配置し、隣り合わないようにした。	ジャヌビア錠２５ｍｇ	ジャディアンス錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
472	シュアポスト錠0.25ｍｇが処方され、後発品へ変更してお渡しするはずが入力だけ先発にしてしまう。物は後発品でお渡し、次回来局時に発覚し謝罪し、返金しました。	処方箋を入力する際に先発から後発に変更したと思い込んでしまう。したつもりで伝達し、監査時にも見逃してしまう。	入力時の先発、後発の切り替えの確認の徹底。監査時のお渡しするものと入力されているもの確認の徹底。	シュアポスト錠０．２５ｍｇ	レバグリニド錠０．２５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
473	事務Ａがヘルベッサー Ｒカプセル200mg1カプセルと入力すべき所を100mg１カプセルで入力。薬剤師Ａが入力監査で入力ミスを見逃した。薬剤師Ｂがジルチアゼム塩酸塩Ｒカプセル100mgを200mgだと勘違いして30カプセルピッキング。監査機械を通したが、エラーにならなかった。薬剤師Cが投薬する際も、本来60カプセル交付のところ30カプセルで交付した。翌日事務Ｂが処方箋チェックを行った際ミスが判明した。ご本人に連絡したところ、元々ジルチアゼムRカプセル100mg２カプセル服用しており、交付後も１回２カプセルで服用していた為、処方箋通りの量を服用していた為健康被害はなかった。対応として、薬情、薬袋、領収書、明細書は取り換え、不足分の30カプセルをお届けした。	６月11日11時　ヘルベッサーRカプセル200mg１カプセル分１朝食後で処方が来た。薬局内にはジルチアゼムRカプセル100mgしか在庫していない為、本来ジルチアゼムRカプセル100mg２カプセル分１で調剤するべきであった。	調剤録チェックは規格まで見るようにする。薬歴を確認する。ピッキングした後、処方と照らし合わせる。処方入力は薬剤名頭3文字だけでなく規格も入力し検索する。投薬時も処方箋を確認しながら投薬する。	ジルチアゼム塩酸塩Ｒカプセル１００ｍｇ「サワイ」	ジルチアゼム塩酸塩Ｒカプセル１００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
474	ジルテックDSの供給が滞りセチリジンDSの調剤しかできなくなったが、前回のままレセコン入力した。	繁忙だったため前回と同じものを入力してしまった。	使えなくなった商品を紙に記載する。	ジルテックドライシロップ１．２５％	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
475	アテレック錠10ｍｇの処方箋を受け取った。患者が後発医薬品を希望したため、シルニジピン錠10ｍｇ「サワイ」を調剤するところを後発医薬品の区分のサ行の引き出しからシンバスタチン錠10ｍｇ「サワイ」を取り違え調剤した。交付の時に再確認をし、正しい薬を交付した。	後発医薬品を希望する患者が多いため注意が足りなかった。患者が多い時間帯で気の焦りがあった。	似た名称があるので一字一句見間違いがないように気をつける。処方箋に鉛筆でチェックしながら調剤するように気をつける。	シルニジピン錠10ｍｇ	シンバスタチン錠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
476	シルニジピン5mg「サワイ」を調剤すべきところ誤ってアトルバスタチン5mg「アトルバスタチン5mg」にて調剤患者に渡していた	調剤時に確認をおろそかにして誤って投薬、患者も似たシートの形状から気付かず、服用直前で違う薬であることから、薬局に問合せした	一人薬剤師の状況であっても必ず他者の再確認を行うルールを徹底する	シルニジピン錠５ｍｇ「サワイ」	アトルバスタチン錠５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
477	一般名にてアジルサルタン・アムロジピン5mg配合錠が処方された。今まで服用していたカンデサルタン・アムロジピン配合錠のままであると思い込み、事務員が入力、薬学部の実習生が調剤、薬剤師が鑑査した。	バーコードが入っていない処方せんであり、手入力をしていたため入力間違いがあった。鑑査者もあまり処方変更のない患者のため、変わらないと先入観で鑑査していた。	配合剤の調剤時は配合一覧表もしくは包装の箱にて一般名を確認後、調剤を行う。	ジルムロ配合錠ＨＤ「ＹＤ」	ユニシア配合錠ＨＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
478	一包化の際、ジルムロ配合錠HD「YD」でピッキングしなければいけないところを誤ってカムシア配合錠HD「日新」でとってしまい、そのまま一包化してしまった。その後一包化の監査の際、薬剤師が気づいて発覚した。	薬局ではカムシア配合錠HD「日新」が良く調剤されており、ジルムロ配合錠HD「YD」は最近当患者様に処方された。病院からは一般名処方で処方箋がくるため、一般名のアムロジピンの表記につられてしまいカムシア配合錠HD「日新」で調剤してしまった。	薬をピッキングした後もダブルチェックを心がけ注意するよう薬局内で伝達した。	ジルムロ配合錠ＨＤ「ＹＤ」	カムシア配合錠ＨＤ「日新」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
479	一般名アジルサルタン20ｍｇ・アムロジピン5ｍｇであり、ジルムロ配合錠ＨＤを調剤するところ、一般名イルベサルタン100ｍｇ・アムロジピン10ｍｇのイルアミクス配合錠ＨＤをピッキングした。	ARB+Ca拮抗剤の配合錠であり、確認が不十分だった。	類似する配合剤が採用されていることを確認した。	ジルムロ配合錠ＨＤ「武田テバ」	イルアミクス配合錠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
480	薬の取間違え	一般名で醜く、薬の名前も似ている	声出し、指差し確認	ジルムロ配合錠ＨＤ「武田テバ」	ジルムロ配合錠ＬＤ「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
481	般）アジルサルタン・アムロジピンを般）カンデサルタン・アムロジピンと思い込み、入力→鑑査まで一人で行った。また、前回薬歴においてカムシアLDからHDに変更になっていたこともあり規格の確認に気がとられていた。別の投薬者が患者に交付する際に今回から薬が変わると聞いていたということで誤り発覚。	入力→ピッキング→入力鑑査→鑑査の順で行うべきところを入力→入力鑑査→ピッキングの順で行ったので一度誤って思い込んでしまうと修正が難しい。	配合錠の一般名処方の時は特に、調剤録鑑査の時に処方箋と入力内容が合致していることを一字一句相違がないことを確認する。一人調剤時の流れとして入力→ピッキング→入力鑑査→鑑査の手順で行うことを徹底する。	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
482	一般名でアジルサルタン・アムロジピン５ｍｇと記載があり、ジルムロＨＤを調剤すべきところ、間違えてイルアミクスＬＤを調剤したが、別の薬剤師の監査により、発見され、患者様には正しく交付した。	一般名処方ではジルムロHDもイルアミクスLDもアムロジピン5mgという記載が入ります。それを調剤者が思い込んで、イルアミクスLDを調剤したと思われる。また、イルアミクスHDはアムロジピン１０ｍｇという記載があるので、当該薬剤師は、その部分を見て、ＨＤではなくＬＤでイルアミクスＬＤを調剤したと思われます。	一般名処方では、しっかり見ないと、紛らわしい規格や薬があるので、必ず、処方箋のコピーなどに規格や一般名の文字などに印をつけるなどして、調剤の段階から薬と処方箋の内容を照らし合わせるなどして、確認するように徹底した。	ジルムロ配合錠ＨＤ「武田テバ」	イルアミクス配合錠ＬＤ「ＤＳＰＢ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
483	10/28にカムシア配合錠HDで処方があり、1/6にジルムロ配合錠HDへの変更調剤すべきところを誤って、カムシア配合錠HDのまま処方してしまい、続く2/3、3/18も同様にカムシア配合錠HDのまま処方していた。本日4/22にジルムロ配合錠HDへの変更が成されていたことに気づき発覚した。	一般名処方でカンデサルタン・アムロジピン5mg配合錠【ユニシアHD】からアジルサルタン・アムロジピン5mg【ザクラスHD】への変更に気が付かずに前回と同じ処方だと思い込みで、誤って調剤交付した。	今回の件では処方箋上一般名処方での記載だったため、薬品名だけでなく、成分名も必ず確認を怠らないようにする。レセコン入力の際もDO処方としてコピーするのではなく、1から入力して入力後も再度確認するようにする。患者さんへの投薬時にも薬の変更が行われているか否かを確認する。	ジルムロ配合錠ＬＤ「ＹＤ」	カムシア配合錠ＨＤ「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
484	いつもは商品名で処方されているが、通常とは異なる医療機関より一般名で減量された規格の薬が処方された　Do処方と思い込み入力しピッキングは薬手帳を見ながら調剤を行ったため監査システムを通過してしまった。医療機関に調剤報告書を送信したところ齟齬が発覚した。ただしDrはDoで処方するつもりだったため入力を訂正した。	処方箋確認を怠ったことが原因	処方箋、レセコン入力、過去処方すべて確実に確認を行う	ジルムロ配合錠ＬＤ「サワイ」	ジルムロ配合ＯＤ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
485	シロスタゾールOD錠はメーカー欠品であるためメーカー違いを準備していた。しかし、当日は忙しかった影響もあり、レセコン入力と実際の調剤が同じ薬で別メーカーということとなった。監査時に気づき、入力と調剤のメーカーを統一してお渡しすることができた。	医薬品の欠品が続き、メーカー品の混在状態であった。いつも使っているメーカーが足らなくなると思い、他のメーカーを準備した。他のメーカーを使用し始めている時にいつも使っていたメーカーの薬が納品された。そのため２社の薬が混在。	レセコンから複数のメーカーが検索できないようにする。	シロスタゾールＯＤ錠１００ｍｇ「サワイ」	シロスタゾールＯＤ錠１００ｍｇ「マイラン」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
486	処方された薬はシロスタゾールＯＤ錠であったが、シルニジピン錠１０ｍｇを誤って調剤しました。投薬前の監査時に誤りを発見したので、正しく調剤して投薬しました。	忙しい時ということもあり、シロスタゾールとシルニジピンと両方ともシから始まる薬剤だったため、誤って調剤してしまいました。	今後同じ間違えをしないように、調剤時の指さし確認を再度徹底していきます。	シロスタゾールＯＤ錠１００ｍｇ「トーワ」	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	
487	シロスタゾールを処方すべきところ、シロドシンを誤って準備し交付しそうになったが、直前の再確認で自身の誤りに気付き患者に交付されることはなかった	五十音順に並んでいる医薬品の棚から誤って取り出したもの。指差し声掛け確認の不足	処方箋記載の医薬品と用意する医薬品のダブルチェックを徹底していく	シロスタゾール錠１００ｍｇ「ケミファ」	シロドシン錠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
488	シロスタゾール100ｍｇを調剤すべき所、シロドシン4ｍｇを調剤・交付した。交付後処方せん内容の確認ですぐ気づき、患者へ電話連絡し患者宅へ訪問し服用前に正しい薬に取り換えた。	投薬時患者より「最近トイレが近い」という話があり、シロドシンが新規に追加されたと思い込み違和感なく交付してしまった。	患者交付時最後に薬情の写真で交付薬剤に間違いがないかの確認を再度徹底する。	シロスタゾール錠１００ｍｇ「サワイ」	シロドシンＯＤ錠４ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
489	前回処方時までタムスロシンOD錠0.2mg(用法1錠分1)が処方されていた患者が今回からシロドシンOD錠4mg(用法2錠分2)に変更になっていた。処方箋入力時に前回処方データをそのままコピーしていたため、薬品名を変更し忘れてそのまま入力を確定してしまった。監査時に発見したため大事には至らなかった。	他に処方されていた薬が前回と同じだったため、前回のデータをコピーして入力を行なったため、処方変更の確認が漏れてしまった。	入力後、処方確定前に確認を行う。	シロドシンＯＤ錠４ｍｇ「ＤＳＥＰ」	タムスロシン塩酸塩ＯＤ錠０．２ｍｇ「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
490	処方せんではシロドシンＯＤ錠４ｍｇ「ＫＭＰ」だったがシロドシンＯＤ錠４ｍｇ「KN」から採用のGEに変更する入力になっていた。	病院の採用メーカーが変わっていることに気づかず前回DOのまま入力していた。	処方内容よく見て入力します。	シロドシンＯＤ錠４ｍｇ「ＫＭＰ」	シロドシンＯＤ錠４ｍｇ「ＫＮ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
491	シルニジピン（10）「サワイ」とシンバスタチン（10）「SW」は名称類似しており、シートも水色で類似、規格も10ｍｇだったため取り間違えた。	水色でシート類似しており、名称も類似している。また規格も同じのため、取り違えた。	薬局内で共有し、棚を離して設置した	シンバスタチン錠１０ｍｇ「ＳＷ」	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	
492	一般名処方で、シンバスタチン錠5ｍｇのところを、プラバスタチン錠5ｍｇで調剤した。監査者が気が付き、調剤しなおした。	プラバスタチン錠5ｍｇの方が処方数が多く、同効果薬・同規格のため、思い込みで間違えた。	思い込みをなくすため、処方箋をよく確認する。	シンバスタチン錠５ｍｇ「ＥＭＥＣ」	プラバスタチンＮａ錠５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
493	シンバスタチン５ｍｇが処方されていたが、ロスバスタチン５ｍｇで投薬してしまった。患者が気付き来局したため判明した。まだ薬剤は服用しておらず健康被害はなし。	薬品名が類似しており、適応症も同じだったため間違えたと考えられる。	処方箋、薬袋としっかりと見合わせてから投薬する。	シンバスタチン錠５ｍｇ「ＳＷ」	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
494	～スタチンと語尾が同じであったことも大きな要因	後発品名には成分名が多用されているので～スタチンなど多く勘違いしやすいため特に注意が必要	後発品類似薬品名を再度一覧化して、薬剤師全員で確認を行った	シンバスタチン錠５ｍｇ「トーワ」	プラバスタチンＮａ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
495	定期でスージャヌが処方されていた患者であったが、オゼンピック開始に伴い、ＤＰＰ－４阻害薬の処方が不要となっていたが、前回Ｄｏのまま入力を行ってしまい。そのまま最終鑑査者も気が付かずに交付をしてしまった。	前回Ｄｏからの入力ミスを起因とする調剤過誤でした。入力確認の手技に問題があり、その後の工程でも気が付かなかったのでヒヤリハットが発生しました。	入力確認について手技をきちんと統一するとともに、薬効がかぶる医学品が処方されていることが分かりやすいように医薬品の表示の隣に薬効記載をいたしました。	スーグラ錠５０ｍｇ	スージャヌ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
496	・スタレボ配合錠Ｌ５０　のところ、ドパコール配合錠Ｌ５０　を用意した。・ロピニロール徐放錠８mg　のところ、ロピニロール徐放錠２mg　を用意した。いずれも監査時に発見された。	・処方薬多数、一般名処方あり。・同処方内に、在庫不足の薬があり、そちらに気をとられた。・イレギュラーな事に気を取られ、薬品名・規格などの確認を怠った。	・イレギュラーなことが起こっても、できる限り落ちついて作業を行う。	スタレボ配合錠Ｌ５０	ドパコール配合錠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
497	スチックゼノールAが処方されていたが、フェルビナクスチック軟膏を調剤していた。監査時に調剤監査システムによりバーコードを読み込みエラーにより発覚した。正しくスチックゼノールAを調剤し、交付した。	調剤した薬剤師が「スチックゼノールAはフェルビナクスチック軟膏に名称変更した」と勘違いしていた。（実際にはスミルスチックがフェルビナクスチック軟膏に名称変更）	医薬品の名称変更などの情報を正しくスタッフ間で共有する調剤監査システムを確実に使用する	スチックゼノールＡ	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
498	一般名処方（プレドニゾロン吉草酸エステル酢酸エステル外用液0.3%）を、調剤に慣れていない職員がピッキング。監査・交付者は外観の類似する青いキャップを見てスピラゾンローションであると思いこんだが実際にはリンデロンVローションだった。 発覚した経緯薬局内在庫の相違があり、渡し間違いの可能性がある患者様へ連絡。6/6　該当患者様へ電話。留守電に登録を行ったが連絡つかず。6/7　祖母より折り返し連絡を受け、お渡ししている薬剤がリンデロンVローションと確認。当日、１８時ごろにご自宅へ再度経緯を説明し謝罪。本来処方のスピラゾンローションをお渡しし、リンデロンVローションは回収しました。	混雑しており患者を待たせないようにと焦っていた。２人組の処方で監査量が多かった。スピラゾンローションとリンデロンVローションは外観が類似しており共に青いキャップ、形状の似た容器をしていた。	一般名処方からの調剤時は成分名と販売名が異なる事を踏まえて確認すること、監査時に薬袋と薬品名称のつけあわせを着実に行う事、交付時に患者と共に再度交付者も薬品の確認を行う事、混雑時もスピードは変えずに監査する事。	スピラゾンローション０．３％	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
499	「プレドニゾロン吉草酸エステル酢酸エステル」の一般名処方。誤って「ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏」をピッキングしてしまった。監査時に誤りであることが発覚、取り替えることができた	「吉草酸」というワードにひっかかり、比較的ピッキング量の多い「ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏」をピッキングしてしまった。	バーコード読み取り監査システムの導入。ダブルチェックの順守。薬品名は最初から最後まで確認を取る。	スピラゾン軟膏０．３％	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏０．１２％「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
500	昼休憩後、食事の後でもあり、午後の調剤が始まったころで緊張感がなかった。いつもの定期薬だったが、ぼーっとしていて名前の類似した薬品を確認せずに調剤してしまった。	いつも同じ薬が処方される患者さんの薬は調剤するときに緊張感がなくなり、処方箋をよく確認せず調剤してしまうことがある。常に処方箋を見ながら声出し確認をすることが大切。	定期的に来局し処方の変更があまりない患者さんの処方でも、一度一剤ずつ揃えて、声出し確認しながら再度確認して調剤する。	スピロノラクトン錠２５ｍｇ「トーワ」	スプラタストトシル酸塩カプセル１００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
501	スルピリド50mg「サワイ」0.5錠とイトプリド50mg「サワイ」1錠が同じ処方せんできて、調剤者がスルピリド50mg「サワイ」1錠とイトプリド50mg「サワイ」0.5錠を作ってしまい、鑑査で発見。	～ピリドでメーカーも一緒だったため勘違いした様子。	0.5錠を作る場合は調剤する前に再度処方箋の確認をする。	スルピリド錠５０ｍｇ「サワイ」	イトプリド塩酸塩錠５０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
502	規格が同じ薬の類似名称品の調剤ミス	忙しさと知識不足	従業員へ周知徹底	セイブル錠２５ｍｇ	セララ錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
503	セディール錠10ｍｇが処方されていた。調剤事務は処方せんを目視し、セレナール錠10ｍｇを取りに行き包装箱を開けたところで自分で違う薬を取ったことに気が付いた。その場で薬剤師に報告した。	当該事務はセディール錠10ｍｇとセレナール錠10ｍｇについて薬の知識があまりなく、精神科領域で使う薬である程度の認識であった。セディール錠10ｍｇは劇薬であるため調剤棚もセレナール錠10ｍｇとは離れた別の位置にあったが、慌てていたこともあり名称が似ている薬を取り違えた。	間違えやすい薬、もしくは一度間違えた薬はあらかじめ薬剤師や事務間で情報を共有しておく。そういった間違えやすい薬は取り出すときに声に出すようにする。	セディール錠１０ｍｇ	セレナール錠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
504	一般名クロキサゾラム錠2ｍｇ（商品名セパゾン錠2ｍｇ）4錠のところ、一般名クロナゼパム錠2ｍｇ（リボトリール錠2ｍｇ）4錠で間違えてレセコン入力、調剤、交付した。	前回まで、リボトリール錠2ｍｇ4錠の処方だったが、一般名のクロキサゾラム錠2ｍｇ（セパゾン錠2ｍｇ）をクロナゼパム錠2ｍｇ（リボトリール錠2ｍｇ）と思い込んでしまった。薬剤師一人でレセコン入力、調剤、監査、交付で、一包化で15錠、7錠、1錠と、焦りもあり、処方箋の確認を怠ってしまった。	処方箋の一般名が似ている薬があるため、一般名一文字ずつ最後の文字まで確認する	セパゾン錠２	リボトリール錠２ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
505	セファクロルとセファレキシンを取り違え交付前に薬袋との突合で発見	一般名処方で薬品名が類似しているため局内で使用頻度が高いお薬に結びつけてしまったため調剤ミスが起こりました	薬局内で錠剤ボックスに注意喚起をする	セファクロルカプセル２５０ｍｇ「ＴＣＫ」	ラリキシン錠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
506	日頃から当薬局を利用の患者。今回抗生物質細粒の処方あり。投薬前の監査で処方薬「セフカペンピボキシル塩酸塩細粒10%」の処方薬が「セフジニル細粒10%」である事に気が付き、調剤をし直した。	「セフカペンピボキシル塩酸塩細粒10%」と「セフジニル細粒10%」は小児によく出る処方で、最初の2文字で勘違いしてしまうことがこれまでにもあった。今回、両剤は薬剤の色の違いで、監査時に間違いが発見できた。忙しい時や、考え事をしたりしている時にミスをしやすい。	思い込みや集中力が低下した状態での調剤を避けるため、調剤時はその事のみに集中する事の重要性を再確認。	セフカペンピボキシル塩酸塩細粒小児用１０%「トーワ」	セフジニル細粒小児用１０%「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
507	処方せんに従って調剤してから、監査を行ったが、ピッキングシステムでエラーが出て調剤間違えに気づき、再度調剤を行い薬を交付した。	ヘルプ先で調剤を行ったが、不慣れもあり類似名称の薬のピッキングの間違えに気づかずに調剤を行ってしまった。当薬局ではどちらもよく出るため、慣れていれば問題なかったと思われる。セフジトレンピボキシルとセフカペンピボキシルについては、名称が非常に似ており要注意の薬であるため、業務につく前に周知徹底が必要。	名称が類似しているため、錠剤には類似名があると棚に注意札がついているが、散剤の棚にはついてなかったのでつけることになった。	セフカペ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「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
508	セフカペンピボキシル錠１００ｍｇを処方されていたが、類似名であるセフジトレンピボキシル錠１００ｍｇで調剤をし、監査時に気が付いた。	調剤棚は２種同士で近くない為、処方箋をしっかり見ずに調剤していたことが要因と考えられる。	今後は思い込みをなくし、処方箋の医薬品名を最後の文字までしっかりと確認してから調剤を行っていく。	セフカペ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
509	セフカペンピボキシルと薬情にあるが、セフジトレンピボキシルが入っていて4日分服用したと家族から電話連絡あり。医師に確認し、同効の薬のため、日数分のみきるようにと返答あり。患者様にもそのうように伝えた	形成外科でセフジトレンの処方が続いたこと、名称が似ていたため調剤、監査と見逃してしまった	類似の処方が続いても、調剤、監査時に薬情の写真と照らし合わせて確認する	セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「サワイ」	セフジトレンピボキシル錠１００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
510	セフジトレンピボキシル錠１00をセフカペンピボキシル錠１00で誤って調剤。鑑査者が気が付いて、交付には至らなかった。	規格を先に確認し、最初の文字が同じであったため思い込みにより名称の確認を怠ってしまった。	規格、名称の順で処方箋を確認した後に調剤を行う。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「サワイ」	セフジトレンピボキシル錠１００ｍｇ「ＯＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
511	一般名処方を間違えて入力してしまった	一般名が似ているための間違えと前回の処方からのdo処方による間違え	思い込まず処方箋をよくみて確認する	セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「サワイ」	セフジトレンピボキシル錠１００ｍｇ「ＯＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
512	セフカペンピボキシル錠100ｍｇをセフジトレンピボキシル錠100ｍｇでピッキング、投薬時に気づいて正しい方を渡す	同じ抗生剤で名前が似ていて思い込んでしまった	ピッキングで取るときに名前が強調されるように棚に札つける	セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「サワイ」	セフジトレンピボキシル錠１００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
513	一般名処方でセフカペンピボキシル100ｍｇ3T/分3が処方されている処方箋に対して、名称類似薬のセフジトレンピボキシル100ｍｇで調剤、投薬してしまった。処方入力は他事務スタッフが行ったため、薬情、薬手帳は正しく、セフカペンピボキシルで交付される。投薬後、患者が薬情等と実際の薬の相違に気付き、服用することなく、翌日に薬を持って来局し調剤過誤が判明した。患者が薬の相違に気付き、服用されなかったため、重大事故に繋がらなかったことは幸いであったが、薬の服用開始時期を遅らせるという医学的デメリットを与える結果となってしまった。	一人薬剤師勤務の時間帯に来局。特に繁忙の時間帯ではなかった。セフカペンピボキシルは調剤引き出しの中、セフジトレンピボキシルは棚に出ている配置で、当該薬剤師は取りやすい棚の名称類似薬のセフジトレンピボキシルを調剤し、かつ自己監査のみで投薬してしまった。患者が医療従事者であることもあり、服用薬指導時にも名称を確認したり、薬情の写真と照らし合わせたりする日常の手順も怠ってしまった。	一人薬剤師勤務の時には、事務スタッフがピッキングを行う等、常に2名以上のスタッフが目を通すことをマニュアル化。患者をお呼びする前にも、心の中で処方箋の薬、薬情、実際の薬の名称を読み上げ、薬情の写真と実際の薬の外観の確認を行うこととする。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「サワイ」	セフジトレンピボキシル錠１００ｍｇ「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
514	フロモックスGE希望患者に誤って、セフカペンピボキシルではなく間違えてセフジトレンで調剤してお渡ししてしまった。	フロモックスの成分名セフカペンピボキシルとセフジトレンピボキシルの名称類似が原因でのとりまちがい	当該薬品のお薬棚に類似名称あり！！と注意喚起のテプラを貼付	セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「トーワ」	セフジトレンピボキシル錠１００ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
515	歯科にてセフカペンピボキシル錠が一般名にて処方された。他職員が調剤したセフジトレンピボキシル錠を当該薬剤師が鑑査したが気づかずそのまま投薬した。投薬後、患者様が間違いに気づき自宅まで交換しに伺った。	同じ引き出しに両薬剤を保管していた。ピッキング時に似た名称であった為、間違いが起こった事と投薬時に処方頻度の多さから思い込みで判断した事が原因であったと思われる。	セフジトレンピボキシル錠を同じ引き出しから別の薬品棚へ移し再発防止とした。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠７５ｍｇ「日医工」	セフジトレンピボキシル錠１００ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
516	セフジトレンピボキシル細粒を入力すべきところ、セフジニル細粒で入力調剤投薬時に気づき、再調整	一般名は3文字以上確認する	一般名は3文字以上確認し、3文字ずつ、区切ってチェックする。	セフジトレンピボキシル小児用細粒１０％「ＳＷ」	セフジニル細粒小児用１０％「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
517	セフジトレンの一般名処方をセフカペンで入力	前回はセフカペンの一般名処方で処方されていたため同じ処方と勘違いしてしまった。	入力後自己鑑査する	セフジトレンピボキシル錠１００ｍｇ「ＯＫ」	セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
518	今回、フロモックス錠が、New処方プラスされました。本人さんに、お聞きしたところ、のどが痛くて、耳鼻科に受診されて、薬をaをもらったが、まだ症状あるのに、薬が、もうなくなってしまったので、先生に言って処方してもらったよう。お薬手帳をその時出されました。確認すると、セフジトレンピボキシル錠100ｍｇ「OK」が処方されてました。電話で、疑義照会して、メイアクト錠に変更になりました。本人さんは、今までと同じものがいいということで、ジェネリックのセフジトレンピボキシル錠「OK」でお渡ししました	フロモックス錠と、メイアクト錠の一般名が似ているために起こったと思われます	これからも引き続き、お薬手帳の確認をしっかりしていきたいと思います。	セフジトレンピボキシル錠１００ｍｇ「ＯＫ」	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
519	セフジトレンピボキシル錠１００ｍｇの処方であるのに、セフカペンピボキシル錠１００ｍｇを投薬してしまった。	処方せんの中身をきちんと確認しなかったため。	両方の抗生物質とも処方が増えたので、処方のたび再確認するようにします。	セフジトレンピボキシル錠１００ｍｇ「ＯＫ」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
520	処方は一般名でなされていていつもその医療機関で処方されているものがセフカペンピボキシル錠であったが、今回処方されたのがセフジトレンピボキシルであったことより取り間違いで、投薬時情報分にある写真と違うことを投薬前に気づき再度処方箋を見たところ鳥間違いであったことに気づいて投薬することはなかったもの	見慣れた処方箋であることで注意が欠けていた	処方箋注意して何度も見返す	セフジトレンピボキシル錠１００ｍｇ「サワイ」	セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
521	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはメイアクトＭＳ錠１００ｍｇと記載されていた。薬剤師Ａ（職種経験年数５年）はメイアクトＭＳ錠１００ｍｇのＧＥであるセフジトレンピボキシル錠１００ｍｇで調製するところ誤ってセフカペンピボキシル錠１００ｍｇを調製し自己鑑査した。自己鑑査の結果、セフジトレンピボキシル錠１００ｍｇではなく、セフカペンピボキシル錠１００ｍｇで調製されていることに気付いた。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。	セフジトレンピボキシル錠１００ｍｇとセフカペンピボキシル錠１００ｍｇ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、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とした。調剤室に名称類似医薬品の表を貼り、取り間違え防止のための注意喚起をした。	セフジトレンピボキシル錠１００ｍｇ「サワイ」	セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
522	風邪、咽頭痛の臨時処方で、セフジトレンピボキシル錠100ｍｇが処方されていたが、セフカペンピボキシル塩酸塩錠100ｍｇを投薬しそうになった。	一般名処方で普段はセフカペンピボキシル塩酸塩錠100ｍｇの処方が多いため、処方箋の記載を見間違って投薬しそうになった。投薬前に薬情を確認したら写真が違うことに気が付き、再度処方箋を確認したら名称が違っていることに気が付き再調剤した。	類似名称には十分気を付けて、注意喚起の徹底をする。	セフジトレンピボキシル錠１００ｍｇ「サワイ」	セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
523	セフジトレンピボキシル錠を調剤すべき所、セフカペンピボキシル錠をピッキングしていた。	名称類似のため。	スタッフ間で取り間違いの事例として情報共有を行った。	セフジトレンピボキシル錠１００ｍｇ「サワイ」	セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
524	FAX受付の処方箋においてセフジトレンピボキシル錠が一般名にて処方されていた。処方箋内に疑義照会事案があったため、疑義照会と並行して処方入力前に該当薬を監査システムを使わずにピッキングしていた。患者が処方箋原本をもって来局した時点で処方入力を確定したが、ピッキングしてあった薬剤に対して監査システムを通さずに投薬した。結果セフジトレンピボキシル錠をセフカペンピボキシル錠で投薬してしまった。２回服薬した時点で患者が薬剤が違う事に気づき交換した。	FAX受付だったため、患者来局時には患者が薬をすぐもらえると思って来局している。疑義照会に時間がかかり処方入力確定が患者来局時になってしまったため、急いで投薬しなくてはいけないと焦りが出た。そのため本来の手順である監査システムを使わずに投薬した結果、薬の取り違いに気づく事が出来なかった。	急ぐ時であっても手順を遵守する。患者に時間がかかる旨を説明するなどして理解を求める。	セフジトレンピボキシル錠１００ｍｇ「トーワ」	セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
525	セフジトレンピボキシルとセフカペンピボキシル錠を取り違えてしまった。	名称がにていること。一人薬剤師のため自分での監査。慌てていたこと。	配置の異動、指差し確認	セフジトレンピボキシル錠１００ｍｇ「トーワ」	セフゾンカプセル１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
526	あるクリニックの処方箋で一般名処方で、「セフジニルカプセル100mg　3カプセル　分３毎食後　5日分」と記載されていた。調剤した薬剤師は、「セフジトレンピボキシル錠100mg」をピッキングしていた。鑑査した薬剤師が取り間違えているのを発見した。幸い交付までには至らなかった。	単なるケアレスミスです。処方箋の文字を最後まで判読せずに「セフジ・・・」だけで思い込みで調剤をしてしまったとのことです。	処方箋をコピーして、薬剤の名称、剤形および規格などをチェックして、今後は調剤するようにした。また指差呼称確認も行う。	セフゾンカプセル１００ｍｇ	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
527	普段セフゾンカプセルは１００ｍｇの処方が多いが今回に限り５０ｍｇで処方されていた。	普段は100mgのため思い込みからのミスにつながった。	規格を確認するとともに薬剤情報提供文書の画像と医薬品を比べて患者様に渡すようにしました。	セフゾンカプセル５０ｍｇ	セフゾンカプセル１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
528	セフポドキシムを調剤するところ、セフジトレンで調剤。かかりつけの患者であったため、慣れもあり自己監査で投薬。翌日、薬が違うと患者様から電話をいただいて間違いが発覚。	セフポドキシムもセフジトレンも、普段触らない薬であった。普段触らない方のセフ～100ｍｇだと判断してしまって、そのまま交付してしまった。	ダブルチェックの徹底	セフポ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「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
529	投薬時に、患者が喉の痛みを訴え抗生剤の処方を希望した。電話で疑義照会し、追加処方になった。追加されたセフポドキシムプロキセチル１００ｍｇと類似名称のセフジトレンピボキシル１００ｍｇをピックアップして、投薬してしまった。後で調剤ミスに気が付き連絡すると、１回分を服薬してしまっていた。すぐにドクターに状況を説明し、薬の交換をした。その後、患者の健康被害なし。	混雑状況だったため、薬剤師一人で調剤・監査・投薬してしまった。	二人以上で鑑査するように改善します。	セフポ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「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
530	抗菌剤で、違う薬剤を交付	処方せん、現物、入力画面の3つを確認せず、投薬した。車受診の為、説明時も中を出さず薬袋の写真を示しながら説明したため過誤に気付かず。	処方せん、現物、入力画面の3つを確認の徹底	セフポドキシムプロキセチル錠１００ｍｇ「トーワ」	セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
531	セリプロロールのところプロプラノロールにて調剤、交付。	外箱や包装が似ていて見間違えてしまった。	類似品があると注意の札を貼る。	セリプロロール塩酸塩錠１００ｍｇ「トーワ」	プロプラノロール塩酸塩錠１０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
532	セルタッチテープが処方されてたが、セルタッチパップで入力されていた。	繁忙時に手入力で焦りがあったため最後まで確認せずに間違えた。	繁忙時であっても最後まで必ず確認する事。	セルタッチテープ７０	セルタッチパップ７０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
533	セルトラリン塩酸塩25ｍｇ口腔内崩壊錠の処方で、事務職員により前立腺疾患治療剤のセルニルトン錠がピッキングされた。メンタルクリニックからの処方で監査投薬の薬剤師が間違いに気づき投薬した。	事務職員はセルニルトンとセルトラリンが両方薬局にあるのを知らなかった。間違いやすい似た名前の医薬品は、今後リストアップして混同しないよう周知するため一覧表を作成した。	似た名前の医薬品一覧表の作成	セルトラリン錠２５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	セルニルトン錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
534	セルトラリン50ｍｇとトラゾドン25ｍｇが近くにるために戻す際に4錠間違えて戻してしまった。色が似ているために気にせず調剤してしまい、患者さんが服用する際にきずいて発覚しました。	棚が近い。ダブルチェック不足。戻す際のダブルチェック不足	棚をはなす。再度ダブルチェック戻しの徹底。	セルトラリン錠５０ｍｇ「明治」	トラゾドン塩酸塩錠２５ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
535	セレキノン処方のところ、セレコックスで調剤してしまった。鑑査時に間違いを発見したので、間違えての交付は防止。	入力前のピッキングかつアシスタントによるピッキングだったので、間違う要因が多かった。	アシスタントピッキング時のダブルチェック徹底。	セレキノン錠１００ｍｇ	セレコックス錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
536	整形外科でセレコキシブ２００ｍｇが前回まで処方されていた患者が、今回よりセレコキシブ１００ｍｇに減量となっていた。それに気づかず前回Ｄｏのセレコキシブ２００ｍｇを交付、交付後に誤りを発見。患者自宅まで薬を正しいものに交換しに伺った、まだ薬は服用されていなかった。	前回と同じ処方であると思い込みが原因	定期の薬でも規格の変更がある可能性があるので、調剤録ではなく処方せんを確認して調剤するように指導局内で、安全管理手順書を再度確認した。	セレコキシブ錠１００ｍｇ「オーハラ」	セレコキシブ錠２００ｍｇ「オーハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
537	セレコキシブ錠100ｍｇ2T　レバミピド錠100ｍｇ2T　2×で一包化した処方が、患者本人が入院のため、投薬前だったために処方せんは取り消しとなり、薬剤をバラしてチャック袋にいれ、「薬品名、日付、錠数」を記載し保管した。後日、一包化する患者さん2名にチャック袋に保管してあった医薬品をそれぞれ使用した。一包化された薬剤を監査した薬剤師が、セレコキシブの患者にレバミピドが、レバミピドの患者にセレコキシブが入っているのを確認して、再調剤となった。ピッキングした薬剤師も、一包化した薬剤師も間違えた覚えはなく、確認のためにとってあるPTPシートと一緒に保管してあるチャック袋の記載も処方せん通りであった。バラシてチャック袋に入れた薬剤師がラベルを貼り間違えたことが原因であると判明した。	予製のため一包化していた薬剤をばらすことは時々あるため、必ず薬剤師2名で「薬品名、日付、錠数」を記載し保管している。一包化する薬剤師も調剤開始前に必要な薬剤を確認して、すべて間違いなく揃っていることを確認してから調剤している。監査する薬剤師は一包化に使用した薬剤のPTPシートを監査に利用する。監査した薬剤師も最初はメーカー変更かと思ったが、セレコキシブにレバミピドが混入していることにはすぐに気が付いた。ラベルの貼り間違いが原因であるが、監査に回るまで誰も気が付かなかった。	ピッキング、一包化する際にも薬剤師は責任をもって薬剤を確認する。バラした錠剤のラベルの貼り間違いが無い様に最後までダブルチェックする。通常は錠剤に製品名の印字のある後発品を採用しているが、今回はメーカー欠品のためレバミピド錠は表示のない商品を使用していた。最近は一時的なメーカー変更が多く、より監査を慎重におこなう。	セレコキシブ錠１００ｍｇ「トーワ」	レバミピド錠１００ｍｇ「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
538	セレコックス100処方時にアムロジピンOD5ｍｇトーワで間違えて処方　監査時に気づき間違えなく調剤する	包装が似ているのと棚がちょうど上下になっていたので間違えた	棚を少しずらす　忙しくても処方箋の内容をきっちり読み取る	セレコックス錠１００ｍｇ	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
539	セレスタミン配合錠にて処方してあったが、セレキノン錠を一包化してしまった。	当該患者の少し前の患者に、セレキノン錠の処方あり。現在、ジェネリック品を含め品薄状態が続いており、セレキノン錠の手配に苦労している。どうやって手配するべきかなど考えていたため、またセレキノン錠が出たと思い込んでしまった。一包化した薬やＰＴＰの殻も複数人で監査しているが、ＰＴＰや錠剤の形状が類似しており間違いに気が付かなかった。一包化したＰＴＰの耳を記録のため保管しているが、投薬後、再度確認した際に間違いに気が付いた。薬をお渡ししてすぐであったため患者の服用には至らなかった。	情動分包機の充填やピッキング調剤後等、すべてバーコード管理しているが、手作業で一包化する薬剤についてはバーコードチェックを行っていなかった。事前にバーコードにてチェックする仕組みを構築する。	セレスタミン配合錠	セレキノン錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
540	患者本人より定期薬セレナールのところセディールが入っているとTELあり。投薬時いつもと違う薬と本人指摘したが薬剤師はいつもと同じ薬と説明されたと患者談。服薬し、気持ち悪さ、倦怠感など体調不良が続いてるため電話頂いた。処方箋、在庫数確認し誤ってお渡ししていると確認。健康被害を訴えていたため処方医に連絡。再受診、診察は必要ないとの回答あり。患者宅へ伺い、健康被害の状況、程度等伺い、薬の交換し謝罪。服薬は数日前からしておらず気持ち悪さ、倦怠感は少しずつ改善されてきたため受診の希望もなく経過観察となった。	鑑査システムの使用が漏れていた可能性があること。調剤者、監査者２名の薬のチェック入れていたが漏れてしまったこと。投薬時、患者から指摘があったにもかかわらずそこで確認を怠ったこと。	鑑査システムの使用、ダブルチェックを徹底し再発防止に努める。名前が似ている薬については薬剤棚に注意喚起のシールを貼る。	セレナール錠１０	セディール錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
541	調剤薬局グループ内でセレナール錠10mgの小分け依頼が来た際に、誤ってセロクラール錠10mgを集薬。その後調剤助手が小分け手続きをしている時にミス発覚。	一人薬剤師の薬局であることと、その薬剤師も異動して間もなかったことがミスを誘発。医薬品の名称が類似しているのが直接的なミスの原因となっている。また、保険調剤における集薬は、監査システムを通すことで調剤ミス防止対策になっているが、小分けにおける集薬は監査システムを通さない為ミス防止対策が薄くなっていた。	小分け集薬に関しては監査システムを通さない為、薬剤師ではない調剤助手を含め2人の目を用いてチェックする。	セレナール錠１０	セロクラール錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
542	処方箋OCR読み取りシステムを用いて処方をレセコン入力した際に、OCR読み取りの精度が悪く、一般名処方の読み取りが正確にできておらず、徐放性製剤を選択してしまった.	CR読み取りの精度が悪く、一般名処方の読み取りが正確にできていなかった.	最後は人間の目視が最も重要であることを再確認DXが進むなかシステムに頼りすぎてしまうことに注意が必要．また、OCR読み取り精度向上のため情報提供を行う必要がある.	セレニカＲ顆粒４０％	デパケン細粒４０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
543	リザトリプタン（=マクサルト）を服用していた患者で、処方変更があった。記載は一般名処方で【般】ゾルミトリプタン口腔崩壊錠2.5（=ゾーミックRM）だったが、前回同様のリザトリプタン（=マクサルト）と勘違いし、マクサルトを調剤・交付した。	一般名が類似であることで、入力の段階で既に誤っていた。最後まで違いに気が付かず、患者も変更するとは言わなかったため、そのまま交付された	薬局独自の帳票では、製品名（一般名）が記載された用紙を出力しているため、この部分へ☑を入れることとした	ゾーミッグＲＭ錠２．５ｍｇ	マクサルトＲＰＤ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
544	ゾピクロン１０ｍｇの処方のところ、誤ってゾルピデム１０ｍｇをお渡し。発覚したときには、すべて飲み終えていた。患者は形状は違うが、同じ１０ｍｇで疑うことなく飲みきってしまった。	当薬局からはゾルピデム１０mgは多く出るが、ゾピクロン１０mgはほとんど出ないので、思い込みが発生してしまった。	棚に規格違いあり、類似名称ありの目印となるシールを貼った。間違いやすい薬剤リストを作成した。調剤録に、ピッキングした人員、一次鑑査した人員の押印をすることとした。	ゾピクロン錠１０ｍｇ「サワイ」	ゾルピデム酒石酸塩錠１０ｍｇ「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
545	ゾピクロン錠7.5ｍｇ「サワイ」が処方されていたが、ゾルピデム酒石酸塩ＯＤ錠5ｍｇ「サワイ」がピックされ、確認時も気づかず、そのまま患者様のもとへ配達。患者様が服用前に気づき、正しいものと交換した。	複数科にわたり17品目の薬品が処方されており、また、定期処方であったため確認が甘くなっていた。	薬品名、規格を一文字ずつ確認するよう徹底する	ゾピクロン錠７．５ｍｇ「サワイ」	ゾルピデム酒石酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
546	眼科からゾビラックス軟膏５％の処方。眼科からの処方という意識から、ゾビラックス眼軟膏３％で調剤・渡薬した。渡薬後に処方はゾビラックス軟膏であることに気付いた。疑義照会を行いゾビラックス眼軟膏の間違いであることを確認。患者に連絡し正しい薬情、薬袋、手帳シールを郵送した。	眼科からの処方という事で眼軟膏と思いこんだ。結果として正しい薬をお渡ししたが、処方箋の記載ミスには気づけなかった。	薬局内マスターに軟膏５％には「皮膚用」、眼軟膏３％には「眼科用」とコメントを入れた。	ゾビラックス眼軟膏３％	ゾビラックス軟膏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
547	患者は以前からソラナックス錠0.4ｍｇを月に一度30錠ずつ処方されていた。ところが、ソラナックス錠とハルシオン錠の箱が類似していたためソラナックス0.4ｍｇ10錠とハルシオン錠20錠を患者に渡してしまった。その際、ソラナックス0.4ｍｇ錠が一番上にあったためにあと20錠がハルシオン錠である事に気づかず、患者が帰宅後、薬局の在庫確認の結果に気づき、電話にて連絡。ソラナックスとハルシオンを交換に伺い、事なきをえた。	ハルシオン錠とソラナックス錠の箱が類似している事は以前から気を付けるように周知していたが、2つの箱を側に置いていた事が問題だったようだ。	似た箱同士を離して置くことにした。	ソラナックス0.4ｍｇ錠	ハルシオン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
548	ゾルトファイ３キット処方のうち２キット不足だったため、あとから２キット渡した。ダブルチェックを怠ったため、ミスに気がつかず、患者に渡されてしまった。患者は包装の違いに気がついたが、半分ほど使ってから、連絡が入った。血糖値が下がらなくなっていたという。	インシュリンの包装が同じピンク色だったため、間違えてだしてしまった。ダブルチェックはいかなるときも必要。	ダブルチェックが必要	ゾルトファイ配合注フレックスタッチ	ノボラピッド５０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
549	注射薬の投薬を誤った。薬局在庫数が合わず、患者に電話連絡して誤りが発覚。注射薬は未使用のまま、正しい商品に交換した。	患者に投薬する際、服薬指導をしながら、薬剤を袋詰めしているが、かえって注意が行き届かずミスした。通常、薬剤を監査し、その後に投薬しているが、この回は局内が混雑しており、監査・投薬を同時進行で行ってしまった。	監査、投薬を切り分け、段階的に実施するように修正しました。	ゾルトファイ配合注フレックスタッチ	ソリクア配合注ソロスター		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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
550	５月９日処方がゾルピデム１０ｍｇであったので、クリニックに確認したところ前回からゾルピデムの処方に変更となっていると回答を頂いた。調べたところゾルピデム１０ｍｇの処方をゾピクロン１０ｍｇで調剤しお渡ししていた。患者は以前服用していた薬なので違うとは感じていたがまあいいかと服用していた。	前回までゾピクロン10mgの処方でもあった。一般名が似ており、規格量も10mgと一緒であったこともあり、当然ゾピクロンの処方であるとの思い込みがあった。入力も違っていたため監査システムも通過してしまった。	入力、ピッキング、監査時の確認を徹底する。	ゾルピデム酒石酸塩錠１０ｍｇ「ＮＰ」	ゾピクロン錠１０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
551	１包化患者が続きゾルピデムで処方されていたが、前の患者がゾピクロンだったので、そのままゾピクロンを１包化した	名前が類似していて注意を怠った。	思い込みで調剤しない、3文字まで確認するように。	ゾルピデム酒石酸塩錠１０ｍｇ「テバ」	ゾピクロン錠７．５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
552	処方どおり調剤したが、入力のミリ数が違うものでお渡ししてしまった。次回投薬時に気づいた。	調剤と監査がひとりの状況だったため入力のミスに気づけなかった。	薬袋に記載されているものと、調剤したものが同じであることを確認して入れる入れるようにしたい。	タケキャブ錠１０ｍｇ	タケキャブ錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
553	タケプロンの変更不可チェックがあったにも関わらず、後発品で入力してしまった。	変更不可が基本的に少ないので、思い込みで惰性で変更してしまった。	入力終了時に再度、薬品名、用法、日数などは最終チェックする仕組みづくりを改めて統一ルールを徹底する。	タケプロンＯＤ錠１５	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
554	タケルダが処方のところ、タケプロンOD30で調剤されていた。検査入院で薬を病院に持参したときに、病院薬剤師が発見し薬局に連絡がきた。	患者さんがタクシーを待たせて調剤を待っていた。タクシー代もかかるし、調剤を焦ってしまい、確認がおろそかになった。	分包する処方箋の薬は、ピッキングする薬剤師、分包する薬剤師、監査する薬剤師と3人関わることにし、処方箋と分包したヒートの画像を残すことにした。	タケルダ配合錠	タケプロンＯＤ錠３０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
555	一般名処方タダラフィル口腔崩壊錠５ｍｇで処方せんがきておりGE希望でしたが在庫していなかったので先発医薬品でお渡ししてしまう口腔崩壊錠で来ていたため先発でお渡しすることはできない　口腔崩壊錠があることを知らなかったため　GE 普通錠ならお渡しできていた　取り寄せしてGEの普通錠で調剤する	一般名処方の剤型調剤に注意口腔崩壊錠が多くの医薬品で採用になっていることから良く調べてから調剤する必要がある	一般名処方に関しては先発品を選ぶときは特に注意すること	タダラフィルＯＤ錠５ｍｇＺＡ「トーワ」	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
556	タチオン記載であったところをタリオンと思い込んでしまいタリオンを用意した。	直前にタリオンを調剤したところだった為か、手がタリオンの方に向いていた。患者さんが電話で友人に疾患の話をされているのを聞き誤りに気づいた。	別の薬剤師での監査体制が必要	タチオン錠１００ｍｇ	タリオンＯＤ錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
557	タプコム処方のところ、タプロス点眼を誤調剤。手術入院の際、持参薬とお薬手帳の記載内容が異なった為、誤調剤が発覚。	ピッキング時、監査投薬時の処方箋確認不足、及び思い込みで調剤してしまった。	両方の薬剤棚にタプロス・タプコム取り間違え注意のシールを貼付。スタッフ全員に注意喚起。	タプコム配合点眼液	タプロス点眼液０．００１５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
558	タプロス点眼液の在庫確認で数が合わないことに気がついた。処方患者と処方薬品を突合した結果、タプコム点眼液の処方歴があったが購入歴がなかったため、タプコム配合点眼液ではなく誤ってタプロス点眼液を交付したものと判明した。	タプロス点眼液というものがあることは知っていたがタプコム配合点眼液という薬について認識がなかった。タプロス点眼液と思い込んでしまった。	新規購入の薬であったが購入前、購入後に医薬品名の複数人での確認、調剤補助システム、バーコードの読み取りを行っていなかったので今後は徹底することとした。	タプコム配合点眼液	タプロス点眼液０．００１５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
559	前回タプロスが出ていた患者様が今回タプコムに変わっていた。前回通りと思いタプロスを調剤。監査で気づいた。	タプロスとタプコムは間違いやすい。もちろん今回は人為的なミスだが、今の時代にここまで似ているものが存在するのはどうかと思う。	注意を促すものを貼る。	タプコム配合点眼液	タプロス点眼液０．００１５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
560	タプコム点眼液で渡すべきところ、タプロス点眼液で渡してしまった点眼する前に取り換えた	医薬品類似、保管場所も近くであった 土曜日朝の忙しい時間帯であった	タプロス点眼とタプコム点眼の場所が近くであったため、タプコム点眼液の保管場所を変えました薬袋の裏の薬剤外観写真と照らし合わせて監査する。患者に渡す際は、薬剤の名前を言いながら、薬と照らし合わせて渡すこととしました間違えやすい薬剤として、調剤室内に写真を貼って提示した	タプコム配合点眼液	タプロス点眼液０．００１５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
561	前回処方タプロス点眼液が今回処方からタプコム点眼液に変更になっていたが、タプロス点眼液のまま調剤。	長期間タプロス点眼液が継続して処方されていたため、事務員、薬剤師伴にタプロス点眼液の処方に変更はないものと思い込んでいた。薬を取りに来たのは本人ではなく、その家族で薬が変更になっていたことを知らなかった。	処方内容の徹底した確認。	タプコム配合点眼液	タプロス点眼液０．００１５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
562	タプロス処方だったがタプコムでお渡ししてしまった。	他薬局でもらっていたが、当薬局初。話をしていて、薬の確認を疎かにしてしまった。名前が似ていて間違えてしまった。	名前が似ている薬も多いので、しっかり薬品名を確認する。まず処方箋を見てから調剤された薬を確認し思い込みを防ぐようにする。	タプロス点眼液０．００１５％	タプコム配合点眼液		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
563	タプロスの処方をタプコムで調剤、患者様のご指摘にて発覚差し替え謝罪いたしました。プレアボイド	同メーカーで見た目が類似している。プレアボイド	配置の間をあけ注意喚起のPOPをつけるプレアボイド	タプロス点眼液０．００１５％	タプコム配合点眼液		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
564	タプロス点眼の処方をタプコム点眼の取り間違え	平素から取り違えないように、棚を分けたり、注意喚起のシール等で区別していたが、慢心で誤り。	もっと判別がつきやすいように、色分けのシール貼付、声出し確認等徹底。	タプロス点眼液０．００１５％	タプコム配合点眼液		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	
565	タプロス点眼液0.0015%が処方された患者様にタプコム配合点眼液を交付してしまった。患者様本人が自宅にて使用しようとした際に、いつもと違う薬であることに気づいて薬局に連絡・来局下さり、正しい薬剤を交付した。	普段の1.5倍ほどの来局数があり、薬局内が常に満席の状態だった。混雑に慌てた当該薬剤師がピッキングしたが、直前までタプコム配合点眼液の処方が続いており、当該患者にもタプコム配合点眼液が処方されていると思い込んで、名称が似ている別の薬剤をピッキングしてしまった。その後、監査レンジや他スタッフによるダブルチェックを怠ってしまった。さらに、混雑のためか、いつもの薬だから会計を早くしてほしいとのことで、患者からは問診内容を確認しただけで、薬剤の相互確認も十分にできていなかった。	混雑時こそ機械や他スタッフによるダブルチェックを徹底する。特に、監査レンジなどの機械では、バーコードを読み取ることで機械的に間違いを見つけられるため、積極的に活用する。また、急いでいる場合であっても手短に患者に薬剤を示して間違いがないことを確認したうえで薬剤を交付する。	タプロス点眼液０．００１５％	タプコム配合点眼液		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
566	タプロス処方（前回処方とは異なる）患者は薬剤が変更になったことは聞いていない為疑義照会行う医師の間違いでタプコム処方に変更（前回通り）	過去の処方を随時確認	過去の処方の管理	タプロス点眼液０．００１５％	タプコム配合点眼液		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
567	【般】クリンダマイシンリン酸エステルゲル１％　1日2回　ニキビの処方。入力時に「ダラシンＴゲル１％」と入力するところ、一般名がクリンダマイシンリン酸エステル水和物・過酸化ベンゾイル配合ゲルである「デュアック配合ゲル」を選択して入力。入力チェック、監査、投薬でも気付かずそのままお渡しした。デュアック配合ゲルの場合、通常の用法が1日1回である為処方元へ電話で問い合わせを行ったが営業時間外で連絡が取れず、患者には翌日処方医に連絡が取れ次第電話でお伝えすると説明し、翌日用法について問い合わせた。その際、処方元からデュアック配合ゲルの処方はないと返答があり発覚した。	処方入力のパソコンにダラシンTゲルの登録がなく、また、デュアック配合ゲルの一般名の表記がパソコン上「【般】クリンダマイシンリン酸エステル水和物・過」で途切れていたため思い込みで選択した。入力後に印刷される帳票類も同様の表記であり、最後まで確認が疎かになってしまった。	・帳票類に薬品名のフルネームが出るように設定する・医薬品名は最後の規格や%までしっかり確認。ペンで丸をつける。新規の薬は特に注意。	ダラシンＴゲル１％	デュアック配合ゲル		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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
568	タリージェ２．５ｍｇを調剤しなければいけないところデエビゴ２．５ｍｇを調剤してしまった。処方が３日間の為事故には至らなかったが、患者様が眠気を感じ、また効果も無かったために写真を撮って処方医に見せた事により発覚しました。ご本人様はジェネリックだと思って３日分服用されたそうです。	同じような時期に発売したお薬出ある事、眠気が出ることより思い込み２剤の規格が２．５ｍｇ、５ｍｇ、１０ｍｇと同じ為２．５ｍｇの表示に目が行き交付時に確認を怠った。	棚の位置の変更。デエビゴ２．５ｍｇの棚に取り間違い注意の表示をつけたクリアファイルを設置タリージェ２．５ｍｇの棚に取り間違い注意の表示を設置監査後、交付時の手順として患者様と再度薬袋、薬情の写真と照らし合わせる様にすることの徹底	タリージェ錠２．５ｍｇ	デエビゴ錠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
569	処方は、タンボコール５０ｍｇでの処方だったが、ＧＥ薬希望。フレイカイニド酢酸塩錠５０ｍｇ調剤するところピルシカイニド塩酸塩カプセル５０ｍｇで渡してしまった。患者様が、いつもと違う薬が入っていたことに気づき問い合わせあり発覚間違いを謝罪し薬剤交換した為、服用には至らなかった。	繁忙であったため、処方箋のみで調剤。調剤時点で入力を確認不十分であった。監査者も繁忙で夕方の疲れの出る時間帯で見落としてしまいそのまま患者様に渡ってしまった。	処方箋と入力後の薬剤情報記載の写真を見比べて調剤・監査。夕方の忙しい時間帯こそ注意深く確認。	タンボコール錠５０ｍｇ	ピルシカイニド塩酸塩カプセル５０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
570	一般名処方による処方箋の記載にチザニジンの処方をニザチジンを取り違えた。監査機器により取り違えが発覚し未然に過誤は防げた。	一般名処方に切り替えられたのが最近であり、薬歴を見ていれば問題のない状況であった。手順通りに調剤をおこなえば良いことではあったが監査機器によるチェックがやはり今回の事故を未然に防げたことが要因。	今後とも監査機器によるチェックを怠らず過誤防止に努める。	チザニジン錠１ｍｇ「日医工」	ニザチジンカプセル７５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
571	あまり処方がない病院から処方箋で【般】チモロールマレイン酸塩持続性点眼液が処方されていた。当薬局では持続性ではないチモロールマレイン酸点眼液しか取り扱いがなく、コンピューターでそちらを打ってしまった。鑑査者が1日2回であるところ1日1回だったため確認したところ持続性を見落としていたことがわかり訂正した。	いつも使っている目薬は持続性ではない目薬で有った為、いつもの感覚で持続性ではない方を打ってしまった。コンピューターで打つ際に一般名をきっちりと確認してから打つようにしないといけない。	薬は当薬局にはない規格の薬があるため、きっちりと確認して、薬局にない規格もあることを認識して打つことを徹底した。	チモプトールＸＥ点眼液０．２５％	チモプトール点眼液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	
572	チンク油・ワセリン・アドソルビンの混合製剤処方のところ、チンク油ではなく、フェノール亜鉛華リニメントを混合。においのちがいで混合途中に過誤に気づく。	外用棚の一段違いに配置されていた。	配置場所を遠く離し、混合前に２人で確認することにした。	チンク油「ニッコー」	フェノール・亜鉛華リニメント「ニッコー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
573	3日おきにツートラム50mgを処方されている患者の処方がその日からツートラム100mgに変更となっていたが処方箋受付から入力ミスをし処方箋ではなく入力された薬袋や薬情を見てツートラム50mgで調剤を行ってしまった。	処方箋原本をしっかりと確認せず、いつも同じ薬だからと慢心し確認を怠ってしまった。	処方箋をしっかりと確認し、入力に間違いがないか確認した上で調剤する。	ツートラム錠１００ｍｇ	ツートラム錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
574	平素より当薬局を利用されており、循環器の降圧剤などの処方薬の最後に、医師手書き処方で追加があった。ヨクイニン湯　5ｇ　2X　朝夕　14日分と小さい文字で記載あり、調剤者がヨクイニン散と勘違いし、在庫無い為ヨクイニン錠でよいかと疑義照会したところ、ヨクイニン錠に変更となった。そのままヨクイニン錠で入力、調剤、鑑査された。投薬時、家族が来局。投薬者が患者の体調を確認した所、皮膚疾患ではなく手首に関節痛があるからと答えた為、ヨクイニン湯の間違いである事に気付き、再度疑義照会しツムラ慧イ仁湯エキス顆粒と確認した。薬品取り寄せの上調剤、鑑査し、後日お渡しした。	ヨクイニンのみではイボの治療に使われるが、ヨクイニン湯となると、麻黄などの配合された、関節痛の薬である事など日頃から知っておく必要がある。	類似した名前であっても思い込まずに適応をしっかりみるようにする。	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒（医療用）	ヨクイニンエキス錠「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
575	ツムラ越婢加朮湯エキス顆粒処方の患者にツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒が混ざっていた。鑑査時に気づく。調剤者は同じ場所に2種類の薬があり、箱も類似していたため、同じ薬と認識してしまい調剤してしまった。	漢方を入庫した際に収める場所を間違ったのが元の原因。また、箱を開ける度に調剤過誤防止システムの機械を利用するべきではあるが1つの箱(今回は越婢加朮湯)のみでしか利用しなかったことが、違う薬剤が混在していることに気づけなかった理由と考えられる。	薬剤入庫時の棚への収納はダブルチェックや機械の使用にて行うよう徹底。調剤の際は調剤過誤防止システム使用の徹底。使用者によって操作方法が異なっている為、正しい使用方法の周知、統一を行う。	ツムラ越婢加朮湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
576	ツムラ製剤の処方であった。番号の末尾は５番であり、黄色の色が同じ１５番の黄連解毒湯の箱の近くに９５番の五虎湯の箱があったため、３０日分のうち、１４日分を９５番の箱から出して、かごに入れた。監査者は色が同じであるので、一束ずつの監査で見落としした。他にも2種類の漢方が処方されており、薬袋に一緒に入れ込んでしまった。交付後に患者より指摘あり発覚。正しい物と取り替えた。服用はせずに気が付いてくれた。	漢方の番号は末尾が同じであると同じ色となっている。特に長期の場合、何束も持ち帰る事になり、違った番号が混入していても見つけにくい。焦っていると色が同じであるので、見落とし安い。かごに入れる場合も分けて入れるなど、調剤者も監査者も間違いを解かりやすくする様にすべきであった。	調剤者と監査者は一束ずつ、またビニール帯の中も確認する様に徹底する。また調剤支援表に何束といくつなど、番号と数量をメモ書きして監査者にも確認注意喚起をする。保存場所も一緒に小箱を並べずに置くなど常時間違い難い体制を心がける。漢字が同じ部分を含む漢方製剤も多いので、処方箋と照らし合わせて確認する様にする。	ツムラ黄連解毒湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ五虎湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラー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	今回よりツムラ温経湯が処方となっていたがレセプトの入力ではツムラ温清飲となっていた。	前回処方がツムラ温清飲で出ており、今回変更になっていることに気が付かず前回と同じ入力でお渡しした。また患者とのやり取りでも薬は変わりないと伺っていたため気が付かなかった。	漢方の投薬時には薬情に印刷されている写真の番号と実物の番号確認する。	ツムラ温経湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ温清飲エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
578	加味帰脾湯が処方されていたが、調剤者は誤って加味逍遙散を調剤。監査者によって発見され、正しく再調剤を行い患者へ誤ったもののお渡しをすることはなかった。	経験年数が浅い場合、類似名称についての知識が乏しい可能性が高い。類似名称があるとわかっている薬剤であれば普段以上に注視するかと思われるが、その知識不足による慢心により起こったものと考えられる。	類似名称薬剤について普段からしっかりと存在があることを案内し、注意喚起を行う。特に、薬局内在庫に類似名称品が増えるときはよりしっかり注意喚起を行う。	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
579	定期処方箋を患者様が持参された。処方箋には「ツムラ加味帰脾湯７．５ｇ／分３毎食前２８日分処方、他」の記載があったが、調剤時に「ツムラ加味逍遥散７．５ｇ／分３毎食前２８日分、他」を調剤。監査し交付直前に取り揃え間違えに気づき、加味帰脾湯で調剤し直した。	薬剤師が一人の時間帯であり、混雑した状況で焦りがあった。ツムラ加味帰脾湯より、ツムラ加味逍遥散のほうが調剤の頻度が多く慣れで調剤してしまった。	調剤時、監査時は集中し間違えがないか何度も確認を徹底する。ツムラは名称類似品が多く、特に注意を払うこととする。	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
580	患者よりTELあり、漢方137番のところ127番が12包混在していると⇒在庫12包差異あり。謝罪し郵送対応。127番は次回来局時に回収。	漢方棚　番号順に並んでいる。137番と127番が近くに並んでいたこと、帯が同じ茶色ラインに数字で見た目が似ていたことで、取り間違えた様子。調剤者不明。表面が137番になっていたため、間に127番が含まれていたことが分からなかった。	・調剤時、漢方番号を確認すること・監査時、数だけではなく、中も確認すること	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ麻黄附子細辛湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
581	ツムラ２４が処方されていたが、ツムラ５４をお渡ししてしまった。後日、薬袋の中からお薬を出した際に番号が違うので問い合わせがあった	２４，５４共に黄色でしっかり確認できておらず、投薬してしまったのが要因である	２４，５４共に同じ棚に置いてあったが、漢方用の別の棚に５４を移動させた。	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
582	加味逍遥散が処方されたのに対して加味帰脾湯を投薬してしまった。	要因としては薬剤師の認識不足、漢方の知識不足がひとつと、監査確認不足、患者さんとのコミュニケーション不足が考えられます。その時間帯は混雑していたので焦りより十分な確認がないまま渡してしまったもよくなかったです。	名前の似ている漢方については赤ペンにて調剤時にチェックを入れるように徹底しました。また、掲示により注意喚起することとしました。	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
583	処方せんはツムラ加味逍遥散（24番／黄色）だったが、調剤したものがツムラ抑肝散（54／黄色）で、一次鑑査は入力問題ないことを確認していたにも関わず、誤ったまま二次鑑査へ回してしまった。二次鑑査の薬剤師が投薬寸前で漢方の名称が異なっていることに気が付き、交付前に修正し、正しい薬を交付し、未然に過誤防止につながった。	ツムラ漢方は、一桁目の数字で色分けがされており、今回は、24番と54番で同じ黄色の包装だった。また、当薬局では、どちらの漢方も頻繁によく出るものであり、漢方の名称を良く確認せず、思い込んだまま調剤・鑑査したことによる誤りと推測される。	よく出る漢方の棚の配置を再検討し、注意喚起の表示を行った。	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
584	事務員休憩中の来局。事務員を呼び出し入力してもらったが、処方箋ＱＲコードがあるにも関わらず、手入力のため薬品間違いを引き起こした。	ＱＲコードがあるときは必ず読み込むこと。	処方箋からの調剤で、監査システムでエラーが出たときは、監査システムを信用せず、処方箋を見直すこと。	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	
585	本草の葛根湯処方されていたが誤って本草の芍薬甘草湯を交付してしまった。確認し間違いに気づき疑義照会して在庫のあるツムラの葛根湯に変更してもらい、その後患者さんに連絡をとり交換し対処しました。	本草製品が芍薬甘草湯のみしか扱っておらずメーカー名のみで判断してしまい交付しました。	一文字確認とダブルチェックの推進、製品の発注を行い防止して参ります。	ツムラ葛根湯エキス顆粒（医療用）	本草芍薬甘草湯エキス顆粒－M		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
586	「ツムラ葛根湯加川きゅうエキス顆粒」の処方に対して調剤時に間違えて「ツムラ葛根湯エキス顆粒」でピッキング。監査時に気づき調剤をし直し正しい薬で患者様にはお渡し。	「葛根湯」の処方が圧倒的に多いので思い込みで調剤した可能性あり。処方箋の薬品名を最後まで読まずに調剤してしまったと思われる。	事例を店舗で共有する。処方箋の薬品名を最後までしっかり確認するのが当然ではあるが、今回は門前の処方箋ではなくさらに耳鼻科の処方箋でもあったのでそういうのも頭に入れていつもの薬ではない可能性も視野に入れて調剤するようにする。	ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒（医療用）	ツムラ葛根湯エキス顆粒（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
587	葛根湯加辛夷川きゅうが30日分処方されたが、2週間包装2箱調剤し残り6包は隣に置いてあった同色一桁同番号の柴胡加竜骨牡蛎湯をピッキングしてしまい、監査をスルーして患者に渡してしまった。発注時に数量が合わないのに気が付き患者に連絡とって交換した。	同色の箱で番号1桁が同じものが、隣に置いてしまった為に、思い込みでピッキングしてしまった	番号が近い物は必ず離して置くようにして、監査時必ずすべて番号と医薬品名の確認をする	ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
588	T12をT2で調剤 投薬	T12もT2も同じ棚に配置共に外見が似ている	棚の位置を離す	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
589	管理薬剤師が在庫確認時に、ツムラ桔梗湯エキス顆粒の数が合わないことでミスに気づき、調剤者がツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒を間違って調剤したことを覚えていたため、誤ってツムラ芍薬甘草湯を渡した事が発覚しました。患者さんに電話したところ、まだ薬を見ておらず気づいておられませんでした。本来お渡しする薬を郵送し、誤ってお渡しした薬は後日薬局に持ってきてくださることになりました。	処方されている薬の中に、薬局に在庫がなく自主回収にもなっている薬が処方されており、その対応で混乱していたのと、薬剤情報シート・薬袋不要希望の方だったので通常なら薬情で写真を確認したり薬袋シールで薬品名を確認する作業が抜けていたことも薬が違うことに気づかなかった原因と思われます。	薬剤情報シートや薬袋が不要な患者さんには、いつも以上に処方箋と薬剤が合っているか確認するようにきをつけます。また、在庫がない薬が処方されていても、冷静に対応できるように心がけたいと思います。	ツムラ桔梗湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
590	ツムラ牛車腎気丸（107）を調剤すべきところツムラ釣藤散（47)が混入してしまった。患者の家族が該当薬局勤務の薬剤師であったため服薬前に気付くことができたので、患者への健康被害はなかった。	ツムラ牛車腎気丸の箱の中に一部ツムラ釣藤散が混ざって入っていたため調剤時に気が付かず、調剤者と鑑査者が同一人物であったため鑑査でも先入観からミスに気付くことが出来なかった。ツムラの漢方薬は47番と107番は同じ茶色の色がついているため、箱に戻すときに誤って戻してしまったこと考えられる。	漢方薬を箱に戻す場合は必ずすべての束の番号が合っていることを確認する。調剤者と鑑査者はできるだけ別の人がするようになっているが、当該患者のように処方薬剤が多い患者の場合は必ず調剤者と鑑査者を変える決まりにする。	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ釣藤散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
591	牛車腎気丸と五苓散の登録誤り	レセコンの予測変換で薬品名を誤った	入力後再度確認を行う	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
592	患者本人がツムラ牛車腎気丸107のところツムラ八味地黄丸7が入ってことを発見し、来局された。	7番台であったため色、番号が類似していたこと、また当局では頻尿に対し八味地黄丸が処方されることが多く、同じ頻尿に対していつもとは違う牛車腎気丸が処方されたことで思い込んでしまっていた。	ツムラでは間違いやすいポイントであるため、調剤・監査ルールの再確認と徹底。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
593	ツムラ牛車腎気丸処方ピッキング時、３０日分　のうち　１４日分八味地黄丸が調剤されていた。下一桁の色がどちらも茶色のため取り間違えた可能性あり。	当薬局は番号順に漢方を保管している。色が同じのため薬品名称の確認を怠った。	規格違いをしまい間違えることのないように2人以上の確認をとる	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
594	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒とツムラ五苓散エキス顆粒を間違えて渡してしまい、患者様より問い合わせがあり発覚した。	他患者との話が長くなってしまい焦っていたことと、漢方薬の色が同じだったこともあり、よく確かめずに渡してしまった。	監査し終わってから投薬することを徹底する。漢方薬は必ず番号と名前を確かめる。	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
595	ツムラ牛車腎気丸が20日分で処方されていたが、疑義照会後35日分に変更。もともと20日分で牛車腎気丸が調剤されていて、追加分を交付者が調剤。色による判断で八味地黄丸と思い込み追加分を八味地黄丸でお渡しした。薬歴記載時に交付者が気付き、患者様に電話連絡後、患者様の希望で取り換えに来ていただきました。	疑義後の追加分の薬も忙しくても他者に必ず確認してもらう様徹底する。	追加分だからと大丈夫と思わず、必ず他者に確認してもらう。	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
596	漢方薬の桂枝が同じだが違う薬名のものを調剤した。	思い込みがあった。	過誤システムを必ず利用する。処方箋をよく確認する。	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（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
597	ツムラ桂枝加朮附湯が処方されていたが、ツムラ越婢加朮湯で調剤してしまった。監査者から名称の違いを指摘されて気が付いた。	前回の処方で、ツムラ越婢加朮湯が処方されていたため一番の要因としては、名称をよく確認せずに前回と同じだという思い込みでピッキングしてしまったこと。また包装デザインの色が同じ色だったことも要因の１つとして可能性はあるかもしれません。	漢方薬に関しては、名称が類似のものが多いため、処方せんに記載されている名称をしっかりと確認して調剤する。また、漢方薬は番号によって包装の色が同じため、取り間違えに注意する。	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ越婢加朮湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
598	施設入所、在宅訪問している方後日、他の定期薬をお届けした時に間違いに気づき、ミス発覚	ツムラ桂枝加朮部附湯が処方になったところ、ツムラ桂枝茯苓丸で入力、調剤監査も通ってしまい、患者様に誤った薬が渡ってしまった。患者は11月９日～11月12日朝まで計6包服用してしまった。	施設在宅の薬で、新規追加になった場合、定期薬より先に持っていく場合、処方の裏チェックもしてから持っていくこと。ピッキング時特に漢方薬は名称を最後まで確認し処方箋を見て(入力をみない)調剤する。監査時も処方せんを見て(薬袋だけで判断しない)薬袋に入れる。持っていく時にも再度処方せんを見て確認する。	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒（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
599	帯状疱疹後神経痛に対して、処方医よりツムラ桂枝加朮附湯（１８）処方に対して、ツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯（３８）でお渡し。帰宅後、患者様昼食前の１回分をを服用後、奥様がゴミ箱に捨ててあった当帰四逆加呉茱萸生姜湯のパッケージが薬剤情報提供書と異なることにお気づきになり当該薬局にお電話されたことで交付間違いないを発覚。発覚後有害事象副作用発現確認。謝罪とお薬交換後、処方元のＤＲへインシデント報告。	背景としてツムラ１８番と３８番デザインが同じ赤であり、調剤棚が１段違いで配置していたことがピッキング者の思い込みで取り間違われた可能性がある。	間違いがあったツムラ１８とツムラ３８番の調剤棚配置が１段違いであったため、ツムラ１８番を別の棚に配置転換。勤務するスタッフで事例共有をおこない事例共有をおこない再発防止に努める。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
600	患者本人が最終交付日の４日後、渡された薬が薬情と違うと持参。ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒の薬情のところ、入っていたのは越婢加朮湯エキス顆粒であった。３包分３(食前)７日分処方があり、１９包入っていた。処方はツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒である。交付日の次の日からむくみが出ており、医師に確認の上中止になっていた。薬歴を確認し、前回にも同処方があったがツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒のところ越婢加朮湯エキス顆粒を交付していた可能性が大きい。在庫も合わずかなり確率が高い。むくみの副作用はツムラ越婢加朮湯エキス顆粒でおこっている可能性が高く、医師から本人には漢方の中止指示があった。薬局側からも医師に調剤ミスを報告。	整形外科の門前薬局で２～３種類の漢方が出される処方が多い薬局である。ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒は１８番、越婢加朮湯エキス顆粒は２８番であり、薬包の色も赤色で間違いやすい。該当の漢方が棚が一段違いで置いてある。当薬局ではツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒よりも越婢加朮湯エキス顆粒の方が調剤回数が多い。調剤ミスが起こりやすい環境であったと思われる。	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒と越婢加朮湯エキス顆粒の棚の位置を変えて、思い込みでのピッキングを防ぐようにした。交付時に漢方の番号を薬歴に記載し、薬歴を記入するときに再度漢方名と番号を確認する。	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ越婢加朮湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
601	ツムラ桂枝加芍薬大黄湯を調剤するところをツムラ辛夷清肺湯を調剤してお渡し。忙しく、薬剤師一人で調剤、監査、投薬をした。後で漢方の空になった箱を見て調剤ミスに気づきすぐに患者に連絡し、取り換えに行った。就寝前の服用だったためまだ服用していなかった。	忙しかったため一人の薬剤師が調剤、監査、投薬を行った。桂枝加芍薬大黄湯は134番、辛夷清肺湯は104番で番号の色がどちらも黄色だったため慌てて取り違えてしまった。	忙しくても、調剤、監査は一人で行わない。必ず、他に人が確認する。漢方は番号により色分けされているので同じ色の漢方は一緒に置かない。	ツムラ桂枝加芍薬大黄湯	ツムラ辛夷清肺湯		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
602	ツムラ桂枝加芍薬大黄湯(134)が38包処方されていた。取り揃えた薬の中に一部半夏瀉心湯(14)が混ざっていた。2つの漢方の外観が似ているので取り間違えた。	薬剤配置場所が隣にあったため、箱や薬剤の外観が似ていたことが原因であると考えられる。	配置棚をすぐに変更した	ツムラ桂枝加芍薬大黄湯エキス顆粒（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	
603	処方せんにはツムラ桂枝加芍薬大黄湯と記載されていたが、同じ漢方の棚にあった桂枝加芍薬湯で調剤してしまった。投薬時に気が付くことができなく、そのまま患者に交付してしまった。翌日になり当事者が桂枝加芍薬湯で調剤してしまったことに気が付きすぐに患者へ電話して説明。処方箋に記載されていた桂枝加芍薬大黄湯を持参して患者宅にて桂枝加芍薬湯と桂枝加芍薬大黄湯を交換して対応した。	桂枝加芍薬大黄湯は当患者においてはじめて投薬される薬剤であった。そのため定期薬ではないことから患者が間違いに気が付くことは厳しいと考えられる。また、調剤応需の時間が薬局営業時間の終了時間の直前であったため、慌てて調剤してしまい桂枝加芍薬大黄湯を調剤のところ桂枝加芍薬湯で調剤してしまったと考えられる。	社内のヒヤリ・ハット事例に報告して社内および薬局内にて共有。薬局内の連絡ノートにも桂枝加芍薬大黄湯と桂枝加芍薬湯など類似薬品に関しては十分に注意するように注意喚起した。	ツムラ桂枝加芍薬大黄湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
604	ツムラの桂枝加芍薬湯の処方のところツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯を調剤してしまった。	調剤の際に桂枝部分に注目してしまい、よく出る方の漢方を調剤してしまったと考えられる。	処方内容を確認をしっかりするとともに薬情の写真や色、番号での認識を高めて防止する。	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
605	桔梗湯と桂枝湯を間違えた。	慢心	漢字の読み間違えに注意する。	ツムラ桂枝湯エキス顆粒（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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
606	ツムラ25桂枝茯苓丸1日2回朝夕食前5g30日分の処方に対して、調剤担当薬剤師が60包調剤し、調剤を完了した。調剤内容については、当該薬剤を2束（42包）と端数18包で行うも、18包の中に9包ツムラ15黄連解毒湯が混在していた。 監査時においては、監査担当薬剤師が桂枝茯苓丸の端数18包について、数量の確認は行うも、薬剤名が確認できる一番上に桂枝茯苓丸であることを確認したことにより、思い込みがあり全ての薬剤名の確認を行わなかった。 その後の投薬における説明時に、桂枝茯苓丸18包に9包の黄連解毒湯の混在があることに気づき、その場で変更対応を行った。	漢方薬の保管については、番号順を基本にしていたことから、今回のツムラ２５桂枝茯苓丸とツムラ１５黄連解毒湯が隣接した位置での保管となっていた。この2薬剤については、箱の外観として黄色の帯となっていることから、前回黄連解毒湯を調剤時に桂枝茯苓丸の箱に戻したことが原因であった。	同じ帯の色を隣接して保管をしないようにしていたが、今回本事例の状態に気づかなかったため、期限切れチェック時など定期的に隣接しない位置に保管するよう徹底し、他漢方製剤についても今回見直しを行った。 また、監査においても、数量、薬剤名の確認および調剤完了時に薬剤を戻す際に、薬剤名と箱の表示が同じであることの確認の再徹底を行った。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ黄連解毒湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
607	ツムラ２５番の処方に１２５番入れて投薬。患者さんより連絡いただき判明	忙しい時間帯。定期薬だったため、患者さんに薬を見せることなく投薬。色で判断してしまう。	名前類似一覧作成。注意呼びかけ。定期薬も患者さんと薬の確認。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝茯苓丸加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
608	いつもツムラ桂枝茯苓丸と四逆散が処方されている患者さん。各40包ずつ処方。1束（21包）+3包×6+1=40包で、束でない方は確認したが束の方の確認を怠り、ツムラ桂枝茯苓丸ではなくツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒をお渡ししてしまった。他の方の調剤の時に重点ミスが発覚し、該当患者さんをしらべご連絡、交換した。まだ服用はなく健康被害もなかった。	末尾が5でシートの色が同じであったため見逃した。棚に充填する段階で間違っており調剤者への過信があった。監査システムではバラシートを読んだのでスルーしてしまった。	棚充填時には棚を引き出して複数人で確認する。監査時は全てのシートが間違いないか、処方箋コピーに番号を記入しながら行う。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
609	皮膚科の処方箋を持って来局した。処方箋にはツムラ桂枝茯苓丸エキス細粒（Ｔ-25）　5ｇ　分2朝夕食前　10日分で処方されていた。調剤者は確認しピッキングするもＴ-25を10包用意した。第一鑑査にて間違いを指摘され、再度ピッキングのため調剤棚へ向かった。そこでＴ-25の箱に取りに行くところ、間違えてツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒（Ｔ-125）の箱に手をつけてしまい、その箱にＴ-25を10包入れ、そこからＴ-125を20包ピッキングし、調剤かごに入れた。そのまま投薬者は調剤かごを持って投薬へ向かった。そのまま薬をお渡しし、その後在庫管理システムにて数量チェックの際間違いが判明した。すぐに患者へ連絡し、詳細を説明し、正しいＴ-25を20包お渡し交換となった。	時間帯が昼近くであり、忙しく、薬剤師も昼休憩などで少ない状況で慌ててしまい、訂正するところを間違えてしまった。ただし、投薬時に確認する際に間違えを防ぐことが可能であり。そこでの確認を怠ったのが原因と思われる。	当局では以前にも同じような漢方薬の取り間違えがあり、毎日閉局時には漢方の数量確認を実施している。間違えを百パーセント防ぐことはできないが、限りなくゼロに近づけるよう、各薬剤師が鑑査にて注意を払う必要がある。	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
610	製品名の取り違え	忙しい時間での取り違え、監査もスルー	製品名に〇してチェック。	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
611	患者は自身の症状を更年期障害ではないかと病院を受診。色々な診療科をたらい回しされ最終的に婦人科で処方（ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒）された。来局して処方内容を確認すると患者主訴と異なる処方内容であったため疑義照会し、処方変更（ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒）となった。	婦人科の医師は更年期障害と認識はしていたが処方箋発行時に入力間違いをし、意図した処方とは違った薬剤での調剤指示となってしまった。	患者の主訴を確認し処方監査を必ずすることが必要である。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
612	25ツムラ桂枝茯苓丸が処方されていたが、誤って125桂枝茯苓丸加薏苡仁を調剤し、患者さんに渡してしまった。この患者には桂枝茯苓丸のほかにヨクイニンエキス散「コタロー」が処方されており、薏苡仁が重複してしまう結果となった。患者さんは処方量が多く、箱に入れた状態で薬を持って帰ることを希望していたため、大箱とバラの状態で薬を渡していた。大箱が125桂枝茯苓丸加薏苡仁、バラが25桂枝茯苓丸であったため、患者さんが間違いに気付かれた。3月9日に調剤されたものを6月1日に患者さんからの指摘により発覚した。患者さんに副作用などの体調変化はない様子であった。	調剤時、薬の在庫が足りなかったため、医薬品を発注した。発注したものが正しいものであると思い込んで、確認を怠ったため今回の事例は起こった。ツムラの漢方薬の外装は25と125がどちらも黄色であり、名前も非常に似ていたため起こった事例である。	調剤後の監査の徹底を行う。発注した商品の確認をしっかりと行う。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
613	当日ツムラ125が処方されており、ツムラ125を漢方棚からピッキングしたところ、ツムラ25が漢方棚に補充されており、誤ってツムラ25をピッキング。投薬前に気づき正しい漢方薬でお渡し。	ツムラ漢方薬は漢方番号一桁でカラーが統一されている。漢方を箱単位ではなく、ばらして漢方棚を作成されている際には、同一カラーの漢方はできるだけ離して漢方棚を設定するなどの工夫があると補充ミスが少なくなると考える。	ツムラ125、25は外観類似であり、漢方名称の前半が似ていることから補充時に指差し確認で補充を徹底する。また、当該漢方の漢方棚が近くにあったため、漢方棚の場所を遠くに変更して補充ミスを防ぐ工夫をした。	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
614	ツムラ125桂枝茯苓丸加ヨクイ仁の処方を、ツムラ25桂枝茯苓丸で入力、調剤してしまった。監査時に間違いを見つけ修正し投薬した。	当薬局ではツムラ桂枝茯苓丸が良く処方され、ツムラ125桂枝茯苓丸加ヨクイ仁の在庫はなかった。ツムラの番号と薬名が共に類似していたため入力、調剤を誤ってしまった。	漢方の薬名は他にも似ているものがあるため、一文字監査を確実に行う。漢方の棚に類似薬剤があることを記載し注意喚起した。	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
615	ツムラ１２５と２５の取違い	箱の色や番号が似通っていて薬品名も似ているので知らないと間違い易い	全員に周知する	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
616	処方は、ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒であったが、ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒をお渡ししてしまった。	処方内に不足の薬品があり、それに気をとられ、薬剤確認などをほかの薬剤師に行ってもらうことを省いてしまった。そのため、不足薬品の対応などがあったにも係わらず、調剤、監査、投薬が一人の薬剤師で行ってしまった。	他薬剤師とのコミュニケーションをとるようにお互いに心がける事。薬剤確認の声掛けをお互いに行うようにする事。	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
617	五虎湯処方だったが、処方入力が五苓散になっており、薬剤師が発見し修正。患者には影響なし	名称が非常に似ており、事務員も入社４か月であり、処方自体は五苓散の方が処方が多いため、ミスに至ったと考えられる	漢方は漢字のものが多数であり中には似た文字もあるので、一文字一文字確認しながらの入力が求められる	ツムラ五虎湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
618	処方せんに、「五積散」と記載されていたが、「五苓散」で調剤した。患者に投薬する前に、気が付き事なきを得た。	医薬品の種類に対する知識不足で、五積散があることを当該薬剤師は、知らなかった。	薬剤師に対して、医薬品の知識を深めるように教育していく。医薬品の監査体制を、見直していく。	ツムラ五積散エキス顆粒（医療用）	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
619	ツムラ五淋散とツムラ五苓散を間違って投薬し、患者さんが気付いて服用せずに持参され、謝罪して交換した。	監査が不十分だった。	監査を十分に行う。	ツムラ五淋散エキス顆粒（医療用）	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
620	薬品のピッキングの際に類似した名称の薬品と間違えてしまった。五淋散をピッキングすべきところ、五苓散をとってしまった。監査の時に気が付いたため、投薬前に訂正した。	五苓散の方が普段からよく処方されていて、処方を十分に確認せず、慣れからのミス。	類似名称のある薬品には、箱に「類似名称あり注意」と付箋で注意喚起するとともに、普段から、類似名称について勉強会などを実施する。	ツムラ五淋散エキス顆粒（医療用）	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
621	ツムラ五苓散処方のところ、五積散で調剤、投薬。帰宅後の患者様よりいつもと違う漢方が入っていたと連絡があり発覚。	漢方は類似名薬が多く、名称だけで調剤すると誤りやすい。ツムラ漢方薬は末尾番号で色識別されており調剤・監査・交付時は番号・色とも照らし合わせるようにしていたが、この日は照らし合わせを怠ってしまった。	漢方番号と色の照らし合わせ確認を行ったら処方箋にチェックをいれることを徹底する	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）	ツムラ五積散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
622	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはツムラ五苓散エキス顆粒 1日3包 1回1包1日3回朝夕食後と寝る前63日分と記載されていた。薬剤師A（職種経験年数2年）はツムラ五苓散エキス顆粒を調製するところ誤ってツムラ牛車腎気丸エキス顆粒を調製し、鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが、処方薬のツムラ五苓散エキス顆粒ではなく、ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒が調製されていることに気付き、調製した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはツムラ五苓散エキス顆粒を正しく調製し、再度、薬剤師Bが鑑査した。鑑査で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	ツムラ五苓散エキス顆粒とツムラ牛車腎気丸エキス顆粒は、番号がそれぞれ17番と107番であり、外箱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。	調剤者がピッキングをした後、鑑査に回す前に薬剤の再確認を徹底することとした。調剤室内の棚に外箱類似医薬品注意の札を付け、取り間違え防止のための注意喚起をした。	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）		ヒューマンエラー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	浮腫がありツムラ１７五苓散処方されていたがツムラ７八味地黄丸を取り違え交付していた。後日患者様ご本人より名前が違うと連絡があり発覚。	思い込みで色番号が類似した製剤を調剤してしまった。通常複数人で鑑査するが繁忙のためもあり見落としそのまま交付してしまった。	漢方薬調剤・交付時は必ずスタッフ間で番号と薬剤名を声掛け確認する	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
624	ツムラ五苓散を五積散と間違えた	QRコード読み処方箋だったため、入力間違いがあると思わず、薬袋のみの監査でお渡し	QRコード処方箋でも再度処方箋自体を確認する	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）	ツムラ五積散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
625	ツムラ17が90日分処方された患者。ツムラ17　270包を調剤するところ、ツムラ17　189包とツムラ107　81包を調剤して投薬。 4/11に患者がツムラ107を81包持参し、中身が違ったと申し出有。幸い服薬する際、患者は漢方の表示を確認して飲む習慣があり、107に違和感を覚え訴えにつながった。107の服薬はしておらず問題は起こらず。	薬剤師が一人勤務の日で、多忙であったことから確認不足だったと考えられる。一旦、棚から17の箱を取ってきて、まだ足りないことから追加で箱を取りに行った際、107の箱を取り間違えた可能性あり。17と107は茶色の帯でパッと見で間違えたと考えられる。	指差し確認をし、番号が間違っていないか確認するまた、箱を持ってくる際、多めにまとめてもってきて余ったら戻す手順も検討する。	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
626	事務Ａがツムラ五苓散エキス顆粒で入力するところ、誤ってツムラ五積散エキス顆粒で入力した。事務Ｂはオーダー表を見て五積散をピッキングしたが、数が足りなかったので薬剤師Ｃに報告した。薬剤師Ｃは処方箋を確認し、五積散で入力してあることに気づいたため、事務Ａ・Ｂに間違いを伝えた。事務Ａは入力を訂正し、事務Ｂは正しい薬剤をピッキングし、薬剤師Ｃが監査した。ピッキングの時点で気づいたので、患者には正しい薬が交付された。	前回処方が五積散だったため、継続処方と思い込んで入力した在庫のない薬を含む処方箋が続き、繁忙で焦っていた	漢方には番号が表記されるようにオーダー表を設定した	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）	ツムラ五積散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
627	家族の来局、ツムラ五苓散毎食後で91日分処方、189包入りの箱を牛車腎気丸でわたしてしまった、棚卸で発見したグループホームに入居されていたので、交換に上がった。服用はしていなかった	納品の際、箱が類似しているため、間違いそのまま調剤してしまった監査システムではバラのみ撮影していた	類似の箱の場所の配置は、離すこと監査システムは、すべて撮影すること	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
628	ツムラ五苓散（17）が処方箋に記載されていた。収納している同じかごにツムラ八味地黄丸（7）が入っていた。急いで調剤したところ、誤ってツムラ八味地黄丸（7）が混じってしまい投薬をした。投薬後気付き電話をして謝罪し取り換えにご自宅に行った。	急いでいて（17）と（7）の箱を取り間違えてしまった。	同じかごに収納している（17）と（7）を違うかごに収納することにした。	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
629	ツムラ抑肝散化陳皮半夏の処方をツムラ酸棗仁湯を誤ってピッキングした。	当薬局にてツムラ酸棗仁湯の処方の方がよく処方されていることと、隣り合った引出しに置いてあり、２つの包装外見が似ているため誤って、ピッキングしなれた酸棗仁湯の方をピッキングしてしまった。	漢方は名称と番号までしっかりと確認する。	ツムラ酸棗仁湯エキス顆粒	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒		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	
630	ツムラ四逆散をお渡しするところを間違ってツムラ四物散を交付してしまった。その日のうちにご本人が薬を持参され判明した。	名称が似ていたため気が付かずピック→鑑査投薬してしまった	薬、処方箋はもちろん、薬情とも照らしあわせて確認する	ツムラ四逆散エキス顆粒（医療用）	ツムラ四物湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
631	新患で来局の患者さん、整形外科受診し漢方10日分と抗生剤・ビオフェルミンRが7日分処方されていた。漢方薬の在庫確認時ツムラ治打撲一方エキス顆粒が処方されており、時々処方される漢方の為在庫があるのは薬剤師は解っていた。 類似薬名のツムラ治頭瘡一方エキス顆粒も在庫していたが滅多に処方されない為認知できておらず、ツムラ治頭瘡一方エキス顆粒を取り違え渡してしまう。 お渡し時在庫が足りず、翌週月曜日に不足分はポストにお届けになっていた。翌週月曜日に、他の薬剤師が不足分を用意する時に漢方の名称が違う事に気付く。患者さんに連絡し間違えて渡している事を説明お詫びする。体調を確認後処方医に連絡し患者さんの体調と渡した薬剤について説明、メーカーにも副作用に関して確認。幸いにも体調変化なく、医師からも正しい薬を服用で治療は必要ないだろうと言われる。患者さんに医師からの内容を伝え正しい薬を届けた。	多忙な一日で薬剤師は1名で対応、漢方薬の名称確認時に思い込みで見間違い他の漢方をピッキングしてしまう。終了間際来局の患者さんで集中力にかけており、鑑査機に漢方のみかけていなかった。薬袋入力は問題なく、入れる時にも確認を怠っていた。	今後は必ず患者さんの疾患と薬剤の適応を確認する。漢方は薬名が似ているものも有るので必ず鑑査機使用し目視でも確認する。薬袋に漢方の番号表示有るため入れる時に再度確認する。一人薬剤師で業務を行う時はより注意が必要だと思いました。	ツムラ治打撲一方エキス顆粒（医療用）	ツムラ治頭瘡一方エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
632	忙しい時間帯。ツムラ治打撲一方のところ、ツムラ治頭瘡一方で入力、そのまま研修を受けた事務員が調剤を行う。（入力をみて調剤した。）鑑査者が発見し、投薬には至らず。	忙しい時間帯だった。研修を行った事務員がピッキングを行ったが、あまり処方例のない医薬品であったため、類似名称があることを把握していなかった。	類似名称の漢方薬全てに注意の札をつけた。事務員全員に間違えやすい名称の医薬品一覧について、臨時研修を実施、一覧表を作成した。	ツムラ治打撲一方エキス顆粒（医療用）	ツムラ治頭瘡一方エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
633	特別養護老人ホーム入所患者。薬は施設管理。今回の処方内容はツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯だったが、ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯を調剤した。施設職員にお渡しする時に発覚し、差し替えを行った。他の処方はツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯が多いため思い込みが招いた調剤。	名称が加竜骨牡蛎湯での漢方の思い込み、読み間違い	薬剤名と漢方の番号を丁寧に読み取り、薬袋に入れる前に再度チェックを行う。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
634	柴朴湯で処方が出されていたが、入力時に間違えて柴苓湯を入力。お渡しは、処方箋記載の柴朴湯をお渡ししたが、薬情や薬袋の記載が異なっていた。患者様が帰宅後に、薬情を見たら医師が出すと言っていた効能と違うものが出されたいたため、病院に確認の連絡。病院から当薬局に連絡後、患者様からも連絡があった。薬は正しいものをお渡ししているのを確認後、薬袋・薬情を正しいものに変更してお渡し。	入力者の確認不足。及び、監査者の確認不足。繁盛時間のため心理的にも焦りがあり、また薬局のルールから逸脱していた。	入力者、及び監査者のダブルチェック。また投薬時の相互確認	ツムラ柴朴湯エキス顆粒（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
635	処方内容は柴苓湯であったが、レセコン入力を猪苓湯で入力。患者への交付は処方箋を確認し柴苓湯を交付していたが、投薬時の説明不足から入力は猪苓湯のままで行ってしまった。次週に同患者が来局し処方内容は前回と同様であった為、監査時に発覚。	処方箋と調剤録の照らし合わせでの監査ミス。	薬品情報用紙に薬剤の写真も載るため、合わせて確認するように指導。	ツムラ柴苓湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ猪苓湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
636	ツムラ柴苓湯とツムラ柴朴湯を間違って入力	忙しい時間に慣れない漢方が処方され、名称が類似している商品を間違って入力したことに薬剤師が気づくことができなかった。	薬袋には次回からツムラの番号を記入し名称だけでなく番号でも確認投薬するようにしました。（患者にも商品名だけでなくツムラの番号でもダブルで認識していただくことで類似名称の取り違えの対策しました。）	ツムラ柴苓湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴朴湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
637	門前のＤｒはクラシエの柴苓湯を近年の採用薬としているが、他のクリニックにてツムラの柴苓湯を服用していたため今回はツムラの柴苓湯を処方した。監査薬剤師、投薬薬剤師はいつも通りクラシエの柴苓湯と思い込み調剤ミスをしたが投薬台にて気が付きクラシエ柴苓湯に変更した。	日頃の慣れからメーカー違いに気が付くのが遅かった。	一つ一つの処方に対し緊張感を忘れてはいけないと意識しなければならない。	ツムラ柴苓湯エキス顆粒（医療用）	クラシエ柴苓湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
638	ツムラ柴苓湯エキス顆粒が新規に処方されたが、ツムラ猪苓湯エキス顆粒を誤って入力。医療事務自身も自己監査も行っていたが名称類似で気が付くことができなかった。ピッキング後の監査時に気が付き修正。投薬前であったため患者様への健康被害等はなかった。	・来局が重なりやや繁忙な状況であった。・自己監査を行っていたが、1文字単位での確認が出来ていなかった。・薬局内において力後自己監査の方法が浸透できていなかった。	漢字で記載されている漢方薬などは名称が類似しているものが多いため1文字監査を行っていく。繁忙な状況であっても通常通りの自己監査を行う。	ツムラ柴苓湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ猪苓湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
639	ツムラ大柴胡湯と十全大甫湯を混ぜて交付	そもそもの置き場所を間違えたのが原因	補充の際も二人以上で確認するようにした。	ツムラ十全大補湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ大柴胡湯エキス顆粒（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
640	入力終了後、出力前の確認作業中に間違っていることに気が付き修正。	思い込みから大建中湯で入力してしまっていた。	入力中に処方内容と間違いないか一文字チェックをする。	ツムラ小建中湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ大建中湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
641	毎月、定期でこられる患者の処方でツムラ小建中湯×3　28日分をツムラ小青竜湯で調剤し鑑査時に発見。	バーコードによる調剤では問題なかったが、他店からの不動在庫譲り受け時に小青竜湯を小柴胡湯の箱に間違えて戻してしまったため、箱のバーコードは正解であったが中身は違うという状態に。	バーコードでの読み取り時は包装箱での読み取りではなく、必ず医薬品自体に付随したものから読み取り。また、他店舗からの不動品の収納も二人以上で必ず収納する。	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
642	ツムラ小柴胡湯2.5ｇ包装が5g56日分処方された。当薬局では42包入りを採用しているため、実習生が2箱と28包調剤した。監査システムで重量エラーが発生し、見直したところ1箱はツムラ小青竜湯3g包装であった。	9番と19番ということで外観はきわめて類似していた。また実習生や事務員が漢方のピッキングを行うのが難しいとの事で漢方の収納ケースを当該処方の前月に名前順で並べ直していた。色の同じ漢方は別の漢方を間に挟む等していたが、入庫の際に誤ってすぐ横に配置したと思われる。	番号順に再度並べ替えし、収納ケースには名前を貼るなどしてピッキングの一助とする。	ツムラ小柴胡湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
643	18歳の患者様にツムラ小青竜湯の処方があった。調剤・監査で気づくことなく、ツムラ小建中湯をお渡ししていた。3包服用されていたが体調の変化はなく、正しいものに訂正しました	1.ヒートの色が同じ2.番号の下一桁が同じ3.併用薬で不安症の薬も服用以上の条件からつむら小建中湯でも違和感なく監査して調剤してしまった慣れと思い込みに監査であったと思います	病名を確実に把握し患者さんと一緒に確認する	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ小建中湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
644	ツムラ小青竜湯が処方されていたので、漢方の箱から取り出そうとした時にツムラ小青竜湯の箱の中にツムラの麦門冬湯が入っていた。	同じピンクのラベルであり、3ｇ包装と類似したところが多いので、かたずける時に間違えたと思われる。	かたずける時にしっかりと他の方の確認したうえでかたずけるようにする。	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
645	小青竜湯のところ、誤って、麦門冬湯を調製してしまった。監査者・投薬者ともに気づかず、そのまま投薬してしまった。交付後患者様自身が違う薬であることに気づき、服用せずに済んだ。	ツムラの名称・番号は違うものですが、色が似ていたため、間違えてピッキングしてしまったと思われます。	間違えて取らないように、注意書きを棚にかきました。監査機器を使用するようにしました。	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
646	＜処方＞アレグラ錠６０ｍｇ　1日2錠　1日2回　朝夕食後服用　28日分ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）1日9ｇ　1日3回　食前服用　28日分メジコン錠１５ｍｇ　1日3錠　1日3回　食後服用　7日分ナゾネックス点鼻液５０μｇ５６噴霧用［10ｇ］外用薬 １日１回　２噴霧ずつ　1瓶 小青竜湯を渡さないといけないのに小建中湯をお渡ししてしまった。後日、在庫が合わず処方箋を見返して間違いを発見した。すぐ患者さんと病院に連絡し薬の交換を行った。患者さんは小建中湯を服用しておらず28日分すべて交換した。	小青竜湯と小建中湯の包装の色と番号が似ており思い込みで小青竜湯だろうと思いきちんと確認ができていなかった。先発希望だがジェネリックのフェキソフェナジン錠とモメタゾン点鼻で調剤されておりそこには気がついたが漢方はきちんと確認できてなかった。スタッフが少なく夕方の立て込んでる時間で焦って確認を怠ってしまった。	薬の名前と1包あたりのｇ数も違うためきちんと最後までｇ数も確認する。調剤のときに間違えないように注意喚起のラベルを薬と棚に貼った。処方意図を考えて調剤、監査する。	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ小建中湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
647	クラシエ小青竜湯6g分3毎食前処方あり。薬局の在庫はツムラ小青竜湯のみであるため、患者了承を得て処方医へ疑義照会。ツムラ小青竜湯9g分3毎食前へ処方変更となる。入力を誤ってツムラ小青竜湯6g分3毎食前とするが、投薬時に情報提供書の記載から用量入力の誤りに気づく。	伝達の確認漏れ。メーカーにより用量が異なる。	伝達した内容が正しく伝わっていることを確認する	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）	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
648	Ｄｏ処方であることが多く、漢方薬の種類が変わっていることに気付かず確認の際に見逃してしまったこと	思い込みが原因である。自己監査の仕方を変えるなど工夫が必要	１文字１文字、指さし確認を実施	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
649	患者が処方せんを持って来局。処方せんには、小青竜湯が記載。薬剤師A（勤続年数15年）が、誤って小柴胡湯を調整し、監査、患者に交付した。患者が帰宅後、薬情や薬袋と薬の名前が違うことに気づき、薬局に電話にて連絡。患者宅に訪問し小青竜湯と小柴胡湯を交換した。	小青竜湯と小柴胡湯は外装が同じ色で、似ていた為間違えた。時間帯もお昼すぎになり、また患者の混雑も一段落し、もう一人の薬剤師Bは、別患者の配達に赴き不在だったため、調整も監査も交付も一人で行い、間違いに気づかなった。ゆったりした時間帯での気のゆるみがあった。また、いつもは別の薬剤師に監査する体制だったが、このときは不在でそれができなかった。	コロナの影響もあり、一人薬剤師になる時間帯が増えた。一人薬剤師でも監査を薬袋、薬情と合わせてしっかり行うように再度確認した。また、事務員にも確認をしてもらうことにした。携帯で交付する薬の写真をとり、薬歴を記入するときに再度確認するようにした。	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ小柴胡湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
650	ツムラ清肺湯が１日３回毎食前で処方に。患者様の状態を確認したところ、鼻水、痰の切れが悪いと確認。ｄｒに処方について患者様の状態を含めて確認をしたところ、ツムラ辛夷清肺湯１日３回毎食前の処方内容の間違いだったことが発覚。交付前に薬剤の変更を実施した。	ｄｒのパソコンの入力ミス。非常に似た薬剤であるため起きてしまった事例となる。	薬剤の交付前に患者様の状態をしっかり確認したからこそ疑義照会、変更が可能となった事例となる。	ツムラ辛夷清肺湯エキス顆粒（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	
651	いつも人参栄養湯が処方されている患者様に人参湯が処方されていたが気づかず、いつもの薬だろうと思い人参栄養湯で入力・調剤。いつもの人参栄養湯でお渡し。後日、処方箋を再度確認した薬剤師が人参湯で処方されているのに気づき、直ぐに病院に問い合わせ。病院が入力用パソコンを全て入れ替え、手入力をしている際に誤ったことが判明。いつもお渡ししているツムラ人参栄養湯に変更。患者には既に人参栄養湯でお渡ししていたため、特に連絡はしていない。	DO処方であると入力した事務や調剤・鑑査をした薬剤師が思い込んでしまったこと、また薬剤師が人参湯の存在を知らなかったことが主な原因と考えます。また、病院側が入力用パソコンを変えたというのは事前に情報を得ていた為、患者様がいつもと同じと言っていてもいつも以上に確認が必要だったとも考えております。	患者様がいつもと同じと言っていても慢心せず、薬品名・規格・用法用量は調剤録も含めてペンでチェックをしていくように今後スタッフ全員で行うようにします。	ツムラ人参湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
652	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒処方のところ、誤ってツムラ人参湯エキス顆粒を患者様にお渡ししてしまった。1包服用後にご家族が気付いて連絡があり、過誤発覚。患者様に有害事象はなかった。処方医に過誤の連絡後、正しい薬剤を患者様宅に郵送し、間違った薬剤は後日来局の際に持参くださるようお伝えした。	調剤ミスを監査の際に見つけることが出来なかった。調査、鑑査ともに不注意が原因であり、落ち着いて鑑査することが必要。	基本に忠実に、処方箋をよく確認して調剤を行う。また監査者は、慌てずに注意深く監査を行うよう、改めて留意する。	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒	ツムラ人参湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
653	ツムラ人参養栄湯　2.5g/包　3包　1日3回毎食前　初回投与入力を誤りツムラ人参湯　3.0g/包　3包　1日3回毎食前にて入力し、入力監査・調剤・薬品監査全てで誤りをスルーし投薬当日夕方に判明したが、当日の昼・夕の2回分はすでに服用済みだった。体調変化なし。	弊店にツムラ人参養栄湯の在庫がなかったこともあり、思い込みによる要因が大きい。	新たに処方が出た際には特に一文字ずつの確認を実施するようスタッフに再教育。	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ人参湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
654	漢方薬を五十音順に陳列保管している。たまたまツムラ人参養栄湯(108)とツムラ二朮湯(88)が隣同士に陳列されており、どちらも赤色の帯のため、混合してピッキングしてしまった。	五十音順で陳列した場合、ときに同じ帯の色の漢方薬が隣同士になってしまうことがある。ピッキングの際帯の色で判断せず、十分に名称を確認する必要がある。	似た名称の薬品で帯の色が同じ場合、多少五十音とずれても、間に違う薬品を陳列した方が間違えにくい。五十音順で並べて、同じ帯の色が隣同士になった場合、間に違う色の漢方薬を挟みこんで、似た商品が並ばないようにした。	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒（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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
655	ツムラ人参養栄湯が以前から処方されていた患者。今回も同様の処方あるが、人参養栄湯のところ芍薬甘草湯を調剤、鑑査時にも間違いに気が付かずに患者にお渡しした。翌日患者が服用された時にいつもと味が違うことで間違った薬剤であることに気が付き、薬局に連絡あった。	包装の色が同じであったことで思い込みがあった。薬剤名まで確認ができていなかった。	漢方薬は漢字が並び、似た名前も多いため、薬歴や調剤録の薬品名の前に識別番号が入るようにし、鑑査時には薬歴や調剤録を見て、識別番号まで確認していく。	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒（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
656	ツムラ人参養栄湯処方患者処方箋の確認不足により、ツムラ人参湯で入力、そのまま監査者も見逃してしまったが監査システムによるピッキングで処方箋を見てピックしたことにより発覚。入力をやり直し正しいものを交付する事が出来た。	繁忙だったこと、患者から人参湯と話がありそのイメージがあった。思い込みにより人参湯で入力してしまった。	処方箋をしっかりみて処方箋入力を行う。監査て順が単に作業とならないようにする。	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ人参湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
657	漢方薬はの保管場所が間違っていたため監査をすり抜けて投薬　後日患者さんから番号が違うとのことで取り換え一桁台の数字が同じで色も同じであったためと監査もすれ抜けた考えられる	納品の保管場所もしっかりと再確認する間違っているかもしれないと思って監査の徹底	同じ色の漢方薬はあえて離して保管する必要がある漢方薬の番号の監査もすべてしっかりと再確認して投薬	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒（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
658	本来処方されていた清上防風湯ではなく誤って芍薬甘草湯を調剤、処方してしまった。過去に同様処方があったため、服用前に患者本人が誤りに気づき服用しなかったため、健康被害等は発生しませんでした。	ツムラの漢方は番号下一桁で割り振られている色が共通している手目、58番と68番と近い番号であったため、保管位置も近く、誤って調剤してしまったものと考えられる。	外観の類似しているパッケージは離れて配置、番号のみで調剤、監査するのではなく品名もきちんと確認すること。	ツムラ清上防風湯エキス顆粒（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
659	清肺湯をピッキングするところ大建中湯をピッキングしてしまった。	ツムラ90番と100番は包装の色が同じため、思い込みで箱を開けてしまった。	ツムラの漢方は末尾の数字が同じだとパッケージの色も同じになる。思い込みで調剤しないよう注意する。	ツムラ清肺湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ大建中湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
660	薬棚の猪苓湯の場所に清肺湯が混じって保管されていた。清肺湯が処方され、ピッキング時に薬剤師が気がついた。	月曜朝の多忙時に入荷したツムラ90番清肺湯（青い外装）を誤ってツムラ40番猪苓湯（青い外装）の棚に収めてしまっていた。同じ青い外装で薬品名をよく確認していなかった為のミスであり、思い込みによる誤りと思われる。	思い込みによるミスを防止するため、同じ外装でも薬品名を再度確認して収納する。	ツムラ清肺湯エキス顆粒（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
661	常時ご利用の患者様で、定期薬のツムラ疎経活血湯エキス顆粒がいつも通りの90包の処方。漢方薬の棚から21包ひとまとめの４束と、３包１列を２列で、９０包事務員が取り揃えた。薬剤師は束がツムラ疎経活血湯であることを確認したが、薬袋に入れる時に、事務員が２列はツムラ抑肝散加陳皮半夏であることに気づく。	ツムラ疎経活血湯エキス顆粒189包装の箱に、ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒が２列（6包）混入していた。考察するに、帯の色が同じ黄緑色で誤収納の可能性。ツムラの商品の帯の色は、下一桁で分かれている。	薬剤師の監査時は、４束だけでなく、端数の２列も商品名の確認をすること、帯の色が同じでも誤集薬の可能性を予測しなければならない。	ツムラ疎経活血湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
662	以前より、大黄甘草湯は、服用されていた薬であり、患者の理解力もあり、特に今まで間違った交付はなかった。当薬局では、必ず調剤者と監査者の二人体制でやっている。しかしこの度、大黄甘草湯、芍薬甘草湯と甘草湯という同じ名称、5文字の漢字ということで、間違い患者に投薬している時、いつもと色が違うことを指摘され、交換する。	一見、似ている薬名だが、効能も全く違い、薬の名前のイメージで出してしまったように思われます。繁忙時間であったということ。イメージで慣れてしまっていたということが、原因であるかと思われます。	2人での2重確認の徹底。似た名前の薬の調剤時の工夫もしていこうと思います。	ツムラ大黄甘草湯エキス顆粒（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
663	慣れによる間違い	慣れによる処方箋確認不備	調剤前の処方箋の監査・確認の徹底	ツムラ大黄甘草湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ大建中湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
664	定期的に来局されている患者で今回もDo処方。普段通り投薬した後患者から連絡がありいつもと違う薬が入っているとのことで本人宅まで行き確認し間違えた薬剤と本来処方される薬剤を交換した。ツムラ大黄甘草湯が3×90包のところツムラ抑肝散が42包紛れていた。	監査時はバーコードリーダーを使用しており目視でも確認したつもりだが分3、90日分処方の全てを見れていなかった。見た目も84番と54番で色も同じで似ていた。	監査時に全ての薬剤を監査するようにする。漢方の保管について出来るだけ似た薬（下一桁が同一のもの）は離して管理するようにする。	ツムラ大黄甘草湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
665	名称がよく似ているため医薬品を取り間違えた。	本来であれば調剤と監査を別の者で行うべきところ、患者が立て込んで調剤を急ぐあまり一人で調剤し渡してしまった。	調剤と監査を別の者で行う事を徹底する。	ツムラ大黄甘草湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ大建中湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
666	ツムラ大建中湯処方の患者にツムラ猪苓湯を調剤。交付時に患者家族よりいつもと番号が違うと指摘。当薬局では通常、大建中湯の処方は何例かあるが、猪苓湯の処方はほとんどない。	包装の類似。漢方薬包装箱への戻し間違いの注意。	漢方薬が処方の場合。２１包の束であっても１つずつ名称・番号を確認する。	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
667	ツムラ１００番180包をお渡しのところ、２８包だけツムラ４０番をお渡ししていた	確認不足	すべてを鑑査する	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
668	ツムラ猪苓湯が処方されていたが、ツムラ防已黄耆湯で交付してしまい、帰宅後患者様より連絡があった。正しいお薬と引き換えた。	漢方薬の外観の色が同じであったための取り違えと思われる	２人で確認する	ツムラ猪苓湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ防已黄耆湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
669	処方薬はツムラ40だったが間違えてツムラ30を交付した。	薬の表示の色が同じものを近くに置いていたので、間違えて出してしまう。	少し間隔を置いて保管する。	ツムラ猪苓湯エキス顆粒（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	
670	ピッキングされた漢方を監査時に頭文字を見て安心してしまい、投薬。患者がいつも貰う漢方と、色が違うことに気がつき、飲む前に交換しに薬局に来てくださった。	ばたばたしていて、監査が正確にできていなかった。	処方せんと、医薬品の指差し呼称を徹底。	ツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ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
671	ツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯が処方されていたが、ツムラ芍薬甘草湯と混在して調剤してしまった。薬棚に混在して保管してありそのまま調剤してしまった。翌月処方箋持参時に患者様から混在していて服用してしまったと伺い、健康被害はなかったため謝罪した。	３８と６８で赤色で類似していたため注意がおろそかになっていた。漢方を１包ずつばらして薬袋に入れている為無意識に行ってしまっていた。	納品後棚にしまう際、番号と名称をしっかり確認する。投薬する際もしっかり確認する。	ツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ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
672	前回まで芍薬甘草湯が処方されていたが、今回から当帰芍薬散になっていた。入力間違いが見つけれずそのまま渡し、その後のチェックで発覚、すぐに電話でお知らせし、薬のお取替えをした。飲まれることもなく健康被害なし。	漢方の「芍薬」だけ確認していた。前回と同じ漢方と思い気が付かず患者様の手に渡ってしまった。	監査チェックと入力時には要注意を促す。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
673	ツムラ当帰芍薬散２．５ｇ分１朝食前のところ、誤ってツムラ芍薬甘草湯２．５ｇ分１朝食前でお渡し。後日患者本人が薬を飲もうとしたところ、中身が違うことに気がつき、間違いが発覚した。	ツムラは前回と同じ処方であったが、いつも出ている向精神薬の処方が出ていないのと、ビオフェルミンの量も変更になっていた。今回は代理で父親が来局され、変更の理由は本人でないわからないとのことで、本人に連絡を取ってもらい確認したところ、向精神薬はドクターの処方忘れということで疑義照会で追加となり、ビオフェルミンの量は変更で大丈夫とのことで、そちらの方に気をとられてしまい、ツムラの調剤間違いに気づかず、お渡ししてしまった。	調剤監査の時に調剤間違い気をつけるのはもちろん、名前の似ている薬は普段から間違えないように意識をする。さらに、患者説明時に薬情を活用し、患者と一緒に薬の確認をする。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
674	ツムラ当帰芍薬散が処方されてるところ、ツムラ芍薬甘草湯を渡してしまった	当日一人薬剤師で繁忙であったためや名前が類似してるため、確認を誤ったと考えられる	薬剤師の人数を増やしたり、薬局内のダブルチェックを怠らないこと	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
675	ツムラ当帰芍薬散が処方されていたが、ツムラ抑肝散が調剤されていた。監査時に気づいたため、調剤しなおした。	粉砕・散剤の混合が続いたことで、気持ちが焦り、見間違えた。	漢方は50音順にする。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（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
676	漢方の取違いにて投薬。ただ投薬後、違う薬剤を交付しているような気がしたため電話連絡し服用前に交換できた。	漢方勘違いにて。	ダブルチェックしてもぬけてしまったので関わった人が、マーカーなどで薬剤名、規格等をしっかり確認していく。	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
677	ツムラ当帰芍薬散2.5ｇ頓服10回分、足のつったときの指示で処方がされていた。調剤者は薬効から芍薬甘草湯を１０パック調剤した。監査者は処方箋に記載されている内容と調剤内容が異なることに気がつき、疑義照会を行った。当帰芍薬散を削除し、芍薬甘草湯2.5g10回分に処方変更された。患者には正しい薬剤が交付された。	疑義照会後、結果的には交付する薬剤が調剤されていたことになったが、処方箋の入力ミスに気付かず薬効から思い込みで調剤が行われた。	処方監査の徹底、１文字監査の実施。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
678	ツムラ当帰芍薬散処方7.5ｇ1日3回90日分でしたが、その中に一部ツムラ六君子湯が混在していたケースです。	なぜそのような事態になったか確認するとツムラ当帰芍薬散の箱の中にツムラ六君子湯が入っていたためです。23番と43番で番号は違うのですが、同じ緑色で末尾が3番であったことから六君子湯の調剤後の戻しの際に誤って当帰芍薬散の箱に戻し間違えてしまったため起きた事例かとも思われます。	番号は違えど色は同じで似たような外観でもあるため戻す際にはしっかりと薬品名と番号、箱との照らし合わせをしっかりと行うように改めて周知しました。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
679	当帰芍薬散5g分2で28日分処方があり薬剤を取り間違えていることに気づかず芍薬甘草湯で監査を通過した後に別の薬剤師に間違えを指摘され気づいた。	当帰芍薬散5g分2で28日分処方があり薬剤を取り間違えていることに気づかず芍薬甘草湯で監査を通過した後に別の薬剤師に間違えを指摘され気づいた。	焦らず確認を再度行う。数量に気を取られ過ぎず薬品名もしっかり確認する。	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
680	午前に、ツムラ当帰芍薬散(番号23)が、分3　60日分、180包処方されたところ、在庫が14日分、42包しかなく、後程　138包郵送することになり、間違えてツムラ六君子湯(番号43)を交えて郵送してしまった。	ツムラ当帰芍薬散(番号23)分3　60日分計180包の処方が出たが、在庫が14日分の42包しかなく、後程、不足の138包を、郵送することを患者様に伝えた。当日午後から、漢方の納品が多量にあり、その中に色が同じツムラ当帰芍薬散(番号23)とツムラ六君子湯(番号43)が、一緒に納品された。当薬局は42包入りの小放送を採用しているため、同じ箱の色の漢方が12箱納品があった。夜診が始まる前に、郵送準備をしようと思い、急いで薬品を取り揃えていたところ、ひと箱間違って、色が同じ緑だったツムラ六君子湯を、開封してしまい、そのまま42包を交えて梱包して郵送してしまった。郵送した12日後に、患者様より、違う薬が入っていると、お電話があった。患者様も1日分3包を服用されてしまった。	漢方は、色、番号、薬品名の確認を徹底。薬品棚からの取り揃えだけでなく、納品したところからの、薬品の取り揃えも、名前の確認を徹底。今回は、薬品取り揃えから梱包まで一人でしてしまい、監査が入らなかった。必ず2人以上で確認する。	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
681	処方された薬品が前回と違っていたため、念のため確認したところ、薬品名の間違いであった。	名前の似ている薬品については、間違いだとは限らないが、確認する事が必要である。	過去の薬歴の確認を必ず行うこと。	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
682	ツムラ122　排膿散及湯が処方されていたが、ツムラ112　猪苓湯合四物湯を出してしまった。処方した医師が、残薬を確認する際に気付き、連絡があった。患者さん体調には、変化はなかった、とのことでした。	ツムラを調剤する際に、番号でピックアップしてしまった。処方内容をよく見て調剤すること。	漢方薬を調剤する際に、処方名をしっかりと確認すること。忙しくても、しっかりと違う薬剤師が監査をすること・	ツムラ排膿散及湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ猪苓湯合四物湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
683	ツムラ122　排膿散及湯を10包取り揃えるところ、ツムラ112　猪苓湯合四物湯1を10包で取り揃え。薬剤師の最終鑑査にて異なる薬品を取り揃えていたミスが発覚した。	漢方薬の外観が類似していること、また、漢方薬の番号も近いため取り違えたと考えられる。	漢方薬の帯の色で判断せず、漢方薬名、番号の確認を徹底して行う。	ツムラ排膿散及湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ猪苓湯合四物湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
684	ツムラ排膿散及湯（１２２）処方８４包の所ツムラ猪苓湯合四物湯（１１２）４２包、ツムラ排膿散及湯（１２２）処方42包をピッキングしてしまい。監査の薬剤師が気が付いた	漢方番号が似ている為と色が緑なので間違えて棚にしまわれていた	棚の場所を出来るだけ話して在庫保管、注意喚起の札つける	ツムラ排膿散及湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ猪苓湯合四物湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
685	ツムラ白虎加人参湯エキス顆粒　９ｇ×56日分の処方のところ、４２包のツムラ半夏しゃっしん湯エキス顆粒が混ざっていた。交付してしまい、患者様がご自宅で間違いを発見。	ツムラ34番と14番は外装が黄色で、鑑査時に確認不足で混ざってしまっていた。漢方を保管している棚に34番と14番が一緒に並べられてしまっていた。	調剤者、番号を確認しなから調剤する。鑑査者、一番前の漢方だけ確認するのではなく処方分すべてチェックする。	ツムラ白虎加人参湯エキス顆粒（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
686	ツムラ麦門冬湯とツムラ小柴胡湯の混合を行わないといけないが、ツムラの小青竜湯とツムラ小柴胡湯の混合をして調剤。ごみ箱に捨てられている包装を見て判明。	薬剤師として働き始めて3か月。初めての漢方の混合による経験不足と一包化等の患者さんが控えている焦りから調剤ミス。月曜日の朝一番ということもあり患者さんもいつもより多い状況でした。	通常、混合の際は混合前に別の薬剤師による監査をするが、初めてのこと焦りもあり薬局内の内規を忘れており調剤。再度、医療安全指針の読み合わせと混合前の監査の徹底をしていきます。	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
687	ツムラ麦門冬湯→5ｇ1包3ｇであり6ｇ処方の間違いであり処方変更となる	病院の記入ミス	徹底した監査実施	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒（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
688	処方はツムラ麦門冬湯だったが、ツムラ小青竜湯を調剤してしまった。	ツムラ麦門冬湯とツムラ小青竜湯は分包の色が同じピンク色であった為、番号を確認せずに調剤してしまったので、番号を必ず確認するように徹底する。	必ず番号を確認する事	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
689	一般名【麦門冬湯エキス顆粒】をツムラ小青竜湯で交付した。	調剤→監査→交付を当事者１が行った。当該処方箋と調剤した小青竜湯の箱を調剤台の上に残しておいた。交付直後に、当事者２が処方内容と置かれていた小青竜湯の箱との関連について当事者１に尋ねたところで調剤誤りに気が付いた。	通常どおりの二人体制が取れない時間帯だった。患者にも間違いがないか十分確認していただくようにする。	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
690	棚卸のため、数を確認していたら、ツムラ19小青竜湯とツムラ29麦門冬湯がちょうど１箱分（189包）ずれていることに気が付いた。原因究明のため、在庫管理システムを利用して、入出庫を調べたところ、ある患者様に１箱分間違えてお渡ししている可能性が考えられた。そのため患者様にお電話をして確認をしたところ、麦門冬湯の中に小青竜湯が189包混ざっていたことが判明した。状況を説明したら、来局してくれたため、謝罪して正しいお薬に交換した。	通常、漢方薬の在庫は、開封した箱の後ろ側に置いていて、入りきらない在庫は漢方棚の上に番号と薬品名と期限が見えるように置いている。ツムラ19と29は、番号も色も用量も似通っているため、調剤時に間違えた箱をとった可能性が高いと考えられる。今回調剤から発覚までに１ヶ月ほど経っていたが、患者様は残薬を飲んでいたため、服用前に交換することができた。	漢方薬の調剤、監査時には番号だけでなく、薬品名、用量など全てを見て確認することを徹底した。特に箱単位の調剤は開封前に同様の確認をしてから開封することとした。また、納品時にも在庫を置き間違えない様、同様の確認をするよう徹底した。	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
691	ツムラ麦門冬湯がでているところ、小青竜湯をお渡しにて薬局在庫数えで発覚、すぐに電話して取り換え。服用前のため、健康被害はない	ツムラの番号で色分けされているが、同じ色であったため。	漢方のものまで最終確認する	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
692	処方箋に基づき集薬をした際に「ツムラ八味地黄丸エキス顆粒」と「ツムラ五苓散エキス顆粒」が混在していた。	そもそも「ツムラ八味地黄丸エキス顆粒」も「ツムラ五苓散エキス顆粒」も包装の色が同じでまぎらわしい。	薬品棚の配列を離すことにしました。	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
693	ツムラ7八味地黄丸を間違えてツムラ107牛車腎気丸をお渡しする患者さんが名前違うと電話され謝罪して交換する	包装の色が似てて勘違いしてお渡しする	番号の確認をしっかりする	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
694	いつも急がれる患者様で、一旦処方箋をおいて外出された。外出中に準備を行っていたものの、他の外来患者様も立て込んでしまって、準備がきちんと完了しないままに再来局された。急いで監査をしてもらい、その曲がれでゆっくり再監査をしないままに患者様へ交付してしまった。翌日、漢方薬の整理をしている時に昨日交付した漢方薬の番号が違ったような気がしたため、現在庫を確認。誤交付していることを確信したため、御本人へお電話をして取り替えた。残薬があったため、間違って交付した漢方薬はまだ服用されていなかった。	お急ぎの患者様とのことで再監査の際にしっかり確認することを怠ってしまった。	患者様にフォト薬袋を見せながら、薬品名を口に出して投薬することで今回の事例は防ぐことができたと思う。	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
695	ツムラ八味地黄丸のことろツムラ牛車腎気丸でお渡ししていた。本人が効き目がないと次回診察時に申し出て発覚。漢方以外一包化してお渡ししているが、お迎えの時間もあり早くしないといけなかった。漢方が調剤されていなかったので、一包化後に調剤しようと思っていた。処方箋を確認せずに、尿の関係の薬だったとの記憶で、調剤し、監査者も外観の色が茶色で同じなのでそのまま気が付かずにお渡ししていた。	お迎えの時間が迫っていたので気持ちの焦りがあった。処方箋を確認せずに、記憶だけで調剤していた。外観の色のみ確認して思い込みで監査していた。	処方箋を確認するという基本ができてないことから、処方箋を見て薬と照らし合わせをするように徹底する。	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
696	ツムラ半夏厚朴湯が処方されていた患者様に、一部ツムラ五淋散を混ぜて交付してしまった。	2剤とも同じ色のパッケージをしており、隣同士に収納していたことによる取り間違え。さらに、長期日数処方により薬が足りず、焦りより確認を怠ってしまった。	収納棚の変更を行いました。漢方薬監査時に1列ずつ番号ではなく薬品名で確認するように周知しました。	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用）	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	
697	営業時間を３０分越えての受付～調剤。在庫が足りず２日後受け取りに来るまでに準備する事になった。処方はツムラ半夏厚朴湯であり入力は正しかったが計数時に半夏瀉心湯を誤って準備した。その際足りなかった分の発注の際も処方箋を見ずに誤って準備された半夏瀉心湯を見て行ってしまった。翌日入荷した分と合わせて所定の日数分準備された半夏瀉心湯に別の職員が監査時に気付いて正しいものを発注し直した。	営業時間外で閉店の準備をしたあとの遅れての来局のためピッキングマシンの電源が落とされていた。調剤した職員は漢方の類似名称の薬品に対してあまり知識がなかった。また時間外のため気持ちの焦りがあった。	漢方薬の製品リストを良くみて事前に類似名のあるものを意識できるように再教育を行う。ピッキングマシンを必ず使う。また発注の際も処方箋と薬歴をみて確実に行う。	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
698	直前に調剤したツムラ五苓散が調剤棚に出したままになっており、薬剤外観類似および思い込みにより処方箋記載のツムラ半夏厚朴湯と誤って調剤し譲渡した。帰宅後、いつもと違う薬剤が交付されていることに気づいた患者が持参来局し、未服用の状態で交換した。	普段は調剤監査システムポリムスを使用し監査を行っていたが、当該日は故障によりシステム使用不可の状態であった。	今後は平常時はこれまで通り監査システム使用を励行し、故障時には2重監査をすることとした。	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
699	半夏厚朴湯が30日分処方されている方に、7日分は開封済みの箱から出したが、残りは新な箱を開封する必要があった。在庫品は棚上に置いてあり、半夏厚朴湯と半夏瀉心湯が上下に並んでいたので、間違えて開封して、残りの23日分は半夏瀉心湯を渡してしまっていた。翌日に本人から連絡があり、交換した。	患者の来局が続いて混雑している状況で、確認不足のまま開封、服薬指導時にも見逃してしまった。	似た名称の薬は隣り合わせには置かないようにし、注意書きのメモを貼り付けて注意を促すようにした。	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
700	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒（16）7.5ｇ/×3　35日分処方においてツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯（26）を21包混ぜて調剤。監査時に発覚した。	調剤棚のツムラ（16）の下にツムラ（26）が置かれていたこと、１桁の数字が同じものは色が同じであることが間違えて混入する原因となった。	ツムラの漢方薬は番号順に並べ、色の同じ漢方薬は離して置くようにした。監査時に処方箋に記載されている薬剤と調剤された薬剤が間違っていないか注意する。入庫時にも番号に注意して置くように注意喚起を行った。	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒（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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
701	ツムラ半夏白朮天麻湯、28包処方のところ、ツムラ麻黄附子細辛湯が6胞混ざっていた。	ツムラ麻黄附子細辛湯を戻す箱を間違え、ツムラ半夏白朮天麻湯に入れてしまった。麻黄附子細辛湯127番、半夏白朮天麻湯37番、どちらも焦げ茶色の番号表示でるあるため、入れ間違えたと推測する。	薬剤を戻すときは、すぐに戻さず、一度仮置き場におき、業務がスロー時に、調剤監査システムを使用しながら戻すこととしているが、繫忙であったため、その作業を怠った。今後は、上記手順を必ず踏むことを徹底した。	ツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ麻黄附子細辛湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
702	半夏瀉心湯と半夏厚朴湯を取り間違えた	薬剤師の慢心	調剤棚にシールを張り注意喚起した	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
703	A病院から「半夏瀉心湯」の処方で、入力・ピッキング・投薬で気付かず、「半夏厚朴湯」をお渡しした。B病院の半夏厚朴湯をA病院で処方することとなるも、A病院での処方は「半夏瀉心湯」であった。1か月後来院時に、同内容の処方箋を受け、お薬手帳の内容から、A医師に半夏厚朴湯へ変更確認の問い合わせをする際、先月分の処方箋を見直して発覚した。処方せんの問い合わせもれ、入力・ピッキング・監査投薬のミスが重なった。	薬剤名の類似、患者よりB病院の半夏厚朴湯をA病院で処方してもらうことを事前に聞いていたこと。	漢方薬は類似した名称が多いので、語尾までしっかり確認すること。	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
704	半夏瀉心湯が最初５日分出ていたところ、処方変更で１０日分となったときに、半夏瀉心湯5日分にあと5日分足す際に、加味逍遙散を足してしまって確認が抜けてお渡ししてしまった	慌てていても、重ねて確認しないといけないところ、抜けてしまった	初心に帰って、確認につぐ、確認しかないと思われる	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（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	
705	ツムラ半夏瀉心湯とデキサメタゾン口腔用軟膏が処方されていた。レセコンに誤ってツムラ半夏厚朴湯と入力され、鑑査システムも半夏厚朴湯で登録されていた為に、通過してしまった。監査者の気の緩みによるミスにより、患者の手元に渡ってしまった。薬袋不要の患者であり、薬袋記載名での監査もできなかった。	事務の入力ミス。当薬局でよく処方されるのがツムラ半夏厚朴湯であった為に思い込みで確認を怠った。薬剤師が入力に合わせた調剤を行ってしまった。	レセコン入力も、処方監査も慣れてくると気が緩んでしまう作業ではあるが、より一層気を引き締めて鑑査する必要がある。特に、監査時に発見できるタイミングは何度もあったはずなので、気をつけなければならない。処方箋と調剤録の確認を丁寧に行うこと、あくまでの調剤の基本は処方箋であるということをスタッフ一同肝に銘じる。	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
706	処方箋ツムラ半夏瀉心湯記載のところ、入力がツムラ半夏厚朴湯になっていた。鑑査の段階では間違いに気づいていなかった。患者家族から「下痢の薬が出た」という聞き取りで入力間違いの可能性に思い当り、手元の処方箋を再確認し間違いに気づいた。入力を修正しツムラ半夏瀉心湯をお渡し、患者家族に謝罪した。	ピッキング、入力は事務員が行っていていた。入力が誤っていたため、重量鑑査・ＰＣＳでのチェックに引っかからなかった。処方箋と調剤薬の鑑査、投薬は同じ薬剤師が行っていた。	類似名称、規格違いに注意するようスタッフに注意喚起を行う。頻繁に処方のあるものについては具体例を挙げてスタッフに説明する。	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
707	ツムラ半夏瀉心湯7.5ｇ　3×30日分の処方をツムラ半夏厚朴湯で患者に交付してしまいました。3月末の薬局の棚卸時に気付きすぐ患者に連絡。患者はまだ残っていた前回の分を服薬中でこの分はまだ服薬前であった。患者宅に出向き謝罪して正しい物に交換。	漢方薬の類似名称薬の認識不足。漢方薬に対しての監査の意識が低かった。	漢方薬の類似名称の物を薬局内で共有しミスが無いようにする。	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
708	ツムラ半夏厚朴湯処方をツムラ半夏瀉心湯で調剤し、服薬指導時に患者様と会話し間違いに気づいた	入力の監査が不十分であった。また調剤時も薬剤監査システムを通しており慢心があったと考えられる。	調剤録の確認の徹底、入力時のミスを減らす。入力時・調剤録確認時・薬袋確認時などは薬剤名・メーカー・規格・剤形を確認の徹底	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
709	補中益気湯90包処方のところ、84包葛根湯、6包補中益気湯をお渡し	両薬剤に関しては大箱サイズを複数箱ずつ在庫し、同じ色でもある。従来から注意が必要であるため明確に一段別薬剤を挟み間隔をあけて保管していたが、陳列方法が視覚的に類似していた。調剤者は入社1ヶ月であったこともあり4束84包を誤って葛根湯の箱から取りそろえた。待ち時間が通常より長時間となっていたことから、鑑査者も焦りがあり、全ての包装を確認せず患者へお渡ししてしまった。	時間のない状況でも全ての包装の薬品名を確認する。調剤者、鑑査者2名でのダブルチェックをする。調剤しやすさを優先して2剤の陳列が視覚的に類似しているため、漢方薬全体的に調剤しやすさを改善し陳列方法を変更する。勤務者へ今回の事例や調剤に注意が必要な薬剤を伝達する。	ツムラ補中益気湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ葛根湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
710	ツムラ補中益気湯（41番）を調剤すべきところを、ツムラ呉茱萸湯（31番）を調剤し、監査もスルーしてしまった。	ツムラ補中益気湯（41番）とツムラ呉茱萸湯（31番）を棚の隣同士に配置しており、同じ水色の番号を見間違えしやすくしていた。また、監査も見間違えでスルーしてしまった。	配置場所を変更し、ピッキングミスをしないように工夫した。また、監査時にも番号の確認を改めて徹底するよう話し合った。	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
711	ツムラ補中益気湯の処方に、ツムラ呉茱萸湯とツムラ補中益気湯が混ざってピックアップされていた。	シートのデザインが、ツムラ補中益気湯→青色の㊶、ツムラ呉茱萸湯→青色㉛で似ているため。	新たに箱から薬を出すときは、忙しくても確認をおこたらないこと。	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
712	ツムラ補中益気湯→ツムラ葛根湯で調剤、交付	近隣の耳鼻科が休診中のため、胃腸科で服用中のお薬と耳鼻科でもらっていたお薬も合わせて処方されていた。定期処方であるため慢心もあり鑑査時に十分な注意を払えていなかった。葛根湯、補中益気湯ともに水色のラインであるため、ラインの色だけで、名称、番号等も確認したつもりになっていた。また、日数が長く、定期処方であることもあり、投薬時に薬袋に入れた状態で投薬したため、投薬時に患者様とともに確認することができなかった。	鑑査時に薬の名称、番号を確認し処方箋に鉛筆等で記載後、処方内容と間違いがないかの照らし合わせを行う。投薬時に患者様に現物を見せながら投薬することを再度徹底する。	ツムラ補中益気湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ葛根湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
713	ツムラ補中益気湯の処方に対しツムラ桃核承気湯で調剤、交付してしまい、翌日患者様が「夜飲もうとしたらいつもと味が違ったのですぐに吐き出した」。	処方名調剤を内規としていたが、長年の慣れのせいかツムラ番号による意識があり41のところ、61を調剤してしまった。交付者も処方薬名の確認を怠ってしまった。継続処方だったため患者様が味で気づいていただけたが、新規処方・変更処方だったらそのまま服用されていた。	漢方薬は番号による調剤ではなく、処方名による調剤を再度徹底する。	ツムラ補中益気湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桃核承気湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
714	以前に出ていた十全大補湯を誤ってDOしてしまい、入力した者がそのままピッキングを行った。監査も気づかず、入力通りの薬品を交付した。後日、処方箋のチェックを行った際に発覚、正しいものと交換を行った。	入力者は過去に出ていた処方と薬品名を見間違いDOした。漢方薬は種類が多く名前も複雑な為、薬情、薬袋に表示される漢方の番号を元にピッキングを行ってしまった。監査者は入力につられ、気づかずに患者様に交付した。	DOした日付は3年前だったので、古い処方はDOを控える。もしくはDOする場合は慎重に行う。薬情や薬袋に出てくる漢方の番号を元にピッキングをした場合は、処方箋の薬品名ともう一度照らし合わせる。監査者は処方箋を元に監査をすること。	ツムラ補中益気湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ十全大補湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
715	ツムラ防風通聖散を84包調剤するところ42包のみツムラよくいにん湯を調剤してしまいました。	漢方薬の小包装が棚に置かれていて、隣同士に色が同じで62番と52番がおいてあったため箱を2箱とってそのまま調剤してしまった。	漢方薬の同じ色の箱は別の棚に置くように変更した。	ツムラ防風通聖散エキス顆粒（医療用）	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
716	ツムラ防已オウギ湯が処方されている患者様に、防已オウギ湯に混じってツムラ清肺湯がピッキングされていた。監査中に気づき未然に防げた。	ツムラ防已オウギ湯の箱に、清肺湯が3束混入していた。以前に箱に戻す際に間違えていた事が原因と考えられる。戻すときは2人以上の目で確認するというルールが徹底されていなかった。	薬を棚・箱に戻す際は2人以上の目で確認するルールを徹底するよう再度周知した。	ツムラ防已黄耆湯エキス顆粒（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
717	ツムラ58麻杏よく甘湯をピックする際、一部ツムラ清上防風湯の箱からピックしてしまった。	不動在庫として引き取った医薬品を一か所にまとめて保管していた。その中に2つの包装が類似した医薬品を隣り合わせて保管していた。調剤する際はポリムスを使用しているが、先調剤を使用する時に同じ箱を複数回読み込むと、1度目の読み込みが削除される仕様であるため、1箱目のみ読み取りをしていた。	複数の箱を開ける際にはポリムスをひとつひとつ読み込む。削除しますか？と表示されるのを確認して「いいえ」を選択する。不動在庫の送り込みもそれぞれの棚番にしまう。	ツムラ麻杏よく甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ清上防風湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
718	ツムラ麻杏甘石湯の処方のところ、名称類似のツムラ麻杏よく甘湯を調剤し、交付した。次の注文をするために置かれていた薬の箱が麻杏よく甘湯だったため気づいた。すぐに患者様に連絡したらまだ服用されてなかったため、お母様が仕事帰りに来局され、麻杏甘石湯に差し替えた。	薬は基本的にあいうえお順で並べているので名称類似薬は近くに置いてあり取り違えが起こったと思われる。漢方薬は効能効果が多種の場合があり、診療科と薬がつながりにくい。薬情には漢方のシートの写真があるが、幼児でばらして分包してたため照らし合わせができなかった。	名称類似薬の置き場所は少しでも離す。診療科と漢方薬の効能効果をつなげて監査できるよう知識を増やす。漢方をばらした後のシートもしっかり監査する。	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
719	ツムラ抑肝散が処方されて調剤をしたが、ツムラ抑肝散の箱にツムラ加味逍遙散が混ざっており、一部ツムラ加味逍遙散を患者に交付してしまった。翌日、別の患者の調剤時に上記混ざっていることに気づき、患者に連絡し、取り替えた。	ツムラ抑肝散とツムラ加味逍遙散は外観が黄色でよく似ており、調剤時に戻し間違えをしたことにより起こった。どちらの薬剤も当薬局ではよく取り扱う薬剤のため、慣れによる確認不足が原因と考えられた。	薬剤を棚や箱に戻す場合は、近くに薬剤師がいる場合は2人以上の目で確認をするか、1人で行わざるを得ないときは薬品名と規格を指さし、声出し確認をして戻すようにスタッフ間で周知した。	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
720	ツムラ54抑肝散エキス顆粒を取るところを、ツムラ84大黄甘草湯エキス顆粒を間違えて準備していた。	色が同じ黄色となっており、薬剤を注意深く見ず調剤を行っていた。	確認するときに、色だけではなく番号をキチンと確認して調剤を行う。	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	ツムラ大黄甘草湯エキス顆粒（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
721	今回よ抑肝散から抑肝散加陳皮半夏に変更になっていたが、前回DOで入力してしまいそのまま気が付かずに調剤・交付してしまった。交付後に気が付き患者に連絡、服用前に交換することはできた。	抑肝散加陳皮半夏が2行にわたって書かれていて加陳皮半夏部分を入力時に見落としてしまった。調剤者・交付者も確認が疎かだった。	入力・調剤・交付の際、処方内容の確認を徹底する。	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
722	ツムラ抑肝散を処方されている患者様に対し、ツムラ大黄甘草湯を誤ってお渡ししていた。交付後に患者様のご家族から「便が出るようになった気がするので不審に思い薬を確認したら、違うものが入っていた」と連絡があり発覚。1包のみだが誤って服用してしまった模様。その日のうちに薬を交換して謝罪。	ツムラ抑肝散とツムラ大黄甘草湯は包装がよく似ており、記載されている番号も54、84と類似していることから間違いに気付けなかった。平素であればピッキングの間違いや監査をすり抜けることは無いはずだが、忙しい時間帯であった為見落としが発生してしまったと思われる。	多忙な時間帯でも正確さを重視し、手順通りにしっかりと確認することを再度心掛けたい。	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	ツムラ大黄甘草湯エキス顆粒（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
723	ツムラ抑肝酸エキス顆粒が168包出ていて、そのうち42包ツムラ加味逍遙散エキス顆粒が混ざっていた。投薬時にお薬を確認している際に患者様からの指摘で発覚。	調剤者は漢方薬の棚に、多いやつは上に置いてあり、わかりづらかった。投薬、監査者は、色で同じものだと判断してしまい、監査を終えてしまった。	棚の整理を行い、番号順にきちんと置くようにする。また、ピッキングの際に全ての箱を機械に通し、同じものであるかの確認を行う。監査者は、色だけの判断ではなく、一つ一つ番号、薬品名の確認を必ず行う。	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
724	（５４）ツムラ抑肝散エキス顆粒のところ（８４）大黄甘草湯エキス顆粒を調剤。	包装が類似しており、上下で棚の同位置に配置していた為、取り揃えの際間違えてしまった。監査システムを導入しているが、包装が類似してる為問題ないと思い込み手動でスキップしていた。	棚の配置変更、監査システムの徹底。	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	ツムラ大黄甘草湯エキス顆粒（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
725	当該患者の一包化を他の薬剤師が作成中に、当事者が抑肝散のつもりで加味逍遙散を取り、薬袋へ入れていた。その後一包化が完成し監査して、患者のところへもっていこうとしたときに、漢方の薬袋に確認印が押されていなかったため、中身を確認したところ、加味逍遙散が入っていた。もし監査印が押されていたらそのまま渡してしまっていたかもしれない。	ツムラの漢方薬の箱は色で識別されているが、抑肝散と加味逍遙散は同じ黄色であり、当事者が抑肝散＝黄色という慣れで、薬品名もよく確認せずにピッキングしてそのまま薬袋へ入れてしまった。	絶対に1人監査をしないこと。必ず医薬品名を確認すること。色で覚えないこと。	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
726	ツムラ抑肝散を調剤しないといけないところ、薬剤師Aが外観が似ていたためピッキングをツムラ柴苓湯でしてしまった。それに薬剤師Bも気付かず、患者に交付してしまった。その後すぐ患者の来局があり、判明した。	門前の病院が混んでいた時間に来局されたこともあり、門前の患者様をお待たせしないようにと焦って調剤したのが原因かと思われる。また、当該患者は薬品数が多いが薬袋不要であり、薬袋などでの監査もできなかったのも要因の一つと考えらえる。ピッキングの際も、文字数が同じであり、帯の色が黄色であったため、取り違えた。	ツムラの漢方薬は帯の色が同じなので細心の注意を払って調剤する必要がある。あとは急いでいる時でも焦らずに調剤することが必要だと思う。	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴苓湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
727	ツムラ抑肝散を252包お渡ししたつもりが、見た目が似ているツムラ辛夷清肺湯が間に挟まっていた。	外見包装の類似	複数人でよく確認する。	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	ツムラ辛夷清肺湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
728	これまで抑肝散が定期的に処方されていた。入院したことにより漢方薬が抑肝散加陳皮半夏に変更になった。1月の処方箋は抑肝散加陳皮半夏で調剤したがその後、患者宅へ週1で訪問している訪看が薬が違うことに気が付き連絡がきた。処方医へ連絡したところ抑肝散と抑肝散加陳皮半夏どちらを処方しようか迷ったがこれからは抑肝散加陳皮半夏で処方しますと返答。	入力と調剤したものが合ってるか確認する為の監査システムを導入しているが、事務の入力も抑肝散になっていたためエラーにならなかった。2人とも「この人は抑肝散」という思い込みがあった。	入力、調剤、監査、全てにおいて声出し確認をしながら確実に業務をすることとした。	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒（医療用）	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
729	ツムラ83処方に対し、ツムラ103を調剤、投薬した。投薬翌日在庫量を確認したところ過誤が判明。患者様にご連絡（薬は未服用だった）、処方医に報告の上、過誤分は廃棄をお願いし、正しい薬を同日郵送した。	双方とも外観が黄緑で見間違いを生じやすい。薬剤棚が隣り合わせだったことも要因としてあげられる。	外観が似ている漢方製剤は棚を別にして管理した。	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒（医療用）	ツムラ酸棗仁湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
730	抑肝散加陳皮半夏の処方で抑肝散と間違えてしまった。	アルツハイマー型認知症患者に出た漢方が抑肝散がよく処方されていたのでしっかり確認せず出してしまった。	勝手な先入観を持たずしっかり確認する。	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
731	ツムラ抑肝散加陳皮半夏が処方されていたが、調剤者がツムラ抑肝散を間違えてピッキングし、その後の鑑査者も間違えに気づかなかった。投薬者が患者さんとの会話中に間違えに気づき、正しい薬剤を交付できた。	処方箋の書式が病院により異なるため、漢方薬が処方されたときに薬剤名とともに番号が示されていないこともある。当薬局において漢方薬は番号順に探せるように陳列しているため、調剤者は薬剤名から番号を調べて調剤する。今回は、調剤者の慢心により番号を確認せず、頭3文字のみで判断してピッキングしてしまったことが原因であると思われる。	調剤者は、漢方薬調剤の番号の確認をすること。鑑査者は処方箋の薬剤名と実際に調剤された薬剤の確認を怠らないこと。	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
732	施設の患者様でツムラ抑肝散加陳皮半夏が処方されたがツムラ抑肝散で調剤してしまった。施設より間違いである指摘受け変更し、セットしているため差し替えた。	名前が類似している為、思い込みで調剤してしまった。	処方箋をしっかり見て調剤する。	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
733	ツムラ抑肝散加陳皮半夏が、処方されていたが、ツムラ抑肝散を調整した。	処方箋の最初の文字だけ読み取り、抑肝散だと、早とちりして、調整してしまった。また、抑肝散の方が、処方数が圧倒的に多いのも、思い込みの要因だったと思う。	漢方薬は、漢字の読みが難しい上に、よく似た漢字が並び、1文字だけ異なる薬もあることから、日ごろからよく学ぶことが大切です。	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
734	ツムラ抑肝散加陳皮半夏が処方されていたが間違えてツムラ抑肝散をお渡ししてしまった。慣れと注意不足から来る確認ミスであった。投薬後３日して気付いた。すぐに患者宅へ訪問し薬を取り換え、薬の効能の説明をした。患者様は３日間ほど服用したが体調の悪化はなかった。特に患者様からのクレームもなくＤｒへの報告も済ました。	漢方薬は色も番号も違うのだが、「抑肝散」の部分だけ確認して先入観で取り違えてしまったのだと思われる。	薬剤師２名以上による二重監査の徹底をする。思い込みによる調剤を行わないでしっかりと薬品名を確認することの徹底。	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	
735	処方せんは抑肝散加陳皮半夏であったが誤って抑肝散を投薬してしまい家族が発見　飲む前に交換した。	処方せんを何度も確認せず抑肝散の字で思い込みそのまま抑肝散を投薬してしまいました。	今後はダブルチェックを薬剤師間でも行い2重3重のチェックで確認する。	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
736	ツムラ苓桂朮甘湯の所、ツムラ苓姜朮甘湯で調剤。調剤監査で判明。	似た名称であった。	ダブルチェックによる監査を行う。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
737	初めて来局の病院からツムラ苓姜朮カントウの処方があったが苓桂朮甘湯で処方してしまった。入力ミスからはじまりピッキングミス監査時にも気づかずに投薬	普段、苓姜を扱わないため思い込みの発生。患者さんの話でも気づかずお渡ししてしまった	事例の共有。漢方類似薬品のリスト化	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
738	ツムラ苓桂朮甘湯をツムラ苓姜朮甘湯と入力間違い。「ツムラリ」と入力したが、事務員はこの2つを同じものと認識してしまい、後者の方が在庫が少なかった為、こちらを先に使おうとして間違えた。調剤者や監査者も処方箋原本を見ておらず、HHTや監査支援票をみて調剤したため気づかず。	事務員は薬局業務と別の会計業務に関して注意されており、精神的に集中できない状態であった。薬剤師はベテランであるが、原本見るよう何度注意しても改善できない、能力が他より明確に劣る薬剤師であった。	社内ルール通り処方せん原本だけ見て他を見ないよう徹底。ツムラは入力時番号で検索できるよう上に改善願出したがいつ改善されるかは不明。	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
739	薬剤は正しいもので、ピッキングしていたが、名前がよく似ているので、事務員が入力間違えしました。監査時に気がつき訂正しました。	不注意	入力後や、ピッキング後に　再度名前、規格、数量をその担当者が確認する。	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
740	今回からツムラ苓姜朮甘湯が処方だったが誤ってツムラ苓桂朮甘湯を調剤してしまった。	当店舗での勤務がまだ1ヶ月程度であり、類似薬剤への認識がなかった。	似ている名称の漢方棚に目印をつけることとした。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
741	ツムラ苓桂朮甘湯が処方されていたが、レセコンに処方薬を入力する際に苓姜朮甘湯を入力してしまった。薬剤師が入力チェックする際に間違いを発見した。	入力者の知識不足	漢方は漢字１文字ずつ確認する	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
742	ツムラ苓桂朮甘湯が処方に出されていたが、苓姜朮甘湯を調剤。監査機による指摘で発見。投薬前に判明された。	名称類似薬の知識不足処方箋原本との最後までの文字の比較	類似薬の周知を行う監査機の使用徹底	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
743	苓桂朮甘湯が処方されていたが、レセコン入力を苓姜朮甘湯としており、入力の監査で気が付かなかったが、調剤時に入力ミスに気が付いて訂正となった。めまい症状で2・3回に1回苓桂朮甘湯の処方あり、今回もめまいがあるため苓桂朮甘湯処方。排尿障害と夜間頻尿で前回からαブロッカーの処方変更あり、夜間頻尿は改善されたが排尿障害はまだあるとのことで今回もナフトピジルからシロドシンへ処方変更があった。このため夜尿症に適応がある苓姜朮甘湯への変更ではなく、以前からのめまい症状に対する苓桂朮甘湯の継続で問題ないと思われる。	苓桂朮甘湯と苓姜朮甘湯は名前が似ているためレセコン入力ミスが起こり、入力監査でも見逃してしまったと思われる。	苓桂朮甘湯と苓姜朮甘湯は間違えやすいことを意識する。患者から症状を聞き取って、処方変更が適切か、病院側の処方入力ミスの可能性もないか意識する。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
744	患者様から、前回と同じ漢方を処方され薬を受け取ったが、前回と漢方薬の番号が異なっていると連絡有。正）ツムラ（３９）苓桂朮甘湯エキス顆粒誤）ツムラ（１１８）苓姜朮甘湯エキス顆粒・・・４月６日調剤交付。患者既に服薬している状態。今回は正しくツムラ（３９）苓桂朮甘湯をお渡ししていたため、患者様本人が前回の漢方薬と番号が違うことに気づかれた。	以前処方が出たときに当薬局に在庫がなく、支店から取り寄せとなった（5/25調剤時も同様）。この際、苓桂朮甘湯を頼む予定のところ、苓姜朮甘湯を取り寄せてしまっていた。薬剤譲受の際、漢方薬の番号を記載した文書を用意しておらず、目視で確認できる状態で発注していなかったことが原因の一つである。また、取り寄せた薬剤を患者様にお渡しする前に、処方箋と照らし合わせて確認することを怠っていたことも原因として挙げられる	（１）支店間での薬剤の譲受譲渡ミスをなくす為に支店間で在庫を確認する際は、FAXなど目視できる状態で在庫を確認する。この時二名以上の薬剤師で、処方箋と発注薬剤に間違いがないか確認する。（２）当薬局から患者にお薬の渡し間違いをなくす為に支店から当該薬剤譲受の際も、患者に交付する前に受け取った薬剤と処方箋の薬剤があっているか薬剤師二名以上で確認する（漢方の番号を含め）。漢方薬の場合は当該番号を処方箋に鉛筆などで記載する。	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
745	いつもの医院の処方せんと、他の医院の処方箋を両方もって来局。はじめてでた処方であった。引き出しにたくさん42包の漢方の箱が並んでいるが、漢方はだいたい決まったものしか処方されないため、漢字をみて調剤した。ツムラの３９と１１８では二番目の漢字の姜と桂だけ違うもので、ぱっと見名称が似ているため、他にも違うものがあるとは思わず、思い込みでとり間違えてしまった。しかしすぐに監査でほかの薬剤師が間違いに気が付いたため、調剤前に訂正できた。	先日の在庫棚卸の為、作ってない予製がたくさんたまっていて、それを急いで作っている中、午前中の忙しい時に、いつもと違う処方。落ち着いて調剤できてない背景があった。	42包の箱に、他に似ている番号あり注意の付箋を両方に貼って注意喚起した。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
746	ツムラ苓桂朮甘湯が記載された処方箋を応需した。当薬局には苓桂朮甘湯と苓姜朮甘湯が在庫しており、事務員の処方入力が処方箋に記載されている苓桂朮甘湯ではなく、苓姜朮甘湯で入力されていた。患者に説明時は同じお薬ですと説明して苓桂朮甘湯ではなく、苓姜朮甘湯を交付してしまった。	当薬局では入力後に裏打ち監査を行わず、直接調剤を行う。監査機など間違った処方薬を渡さないような工夫はされているものの入力が間違っており、処方薬との違いに気が着けいない場合は入力が見過ごされてしまうことなり、このような調剤過誤が起きてしまう原因と言えるだろう。	レセコンと漢方の棚の前に苓桂朮甘湯と苓姜朮甘湯との間違いが起きないように注意する張り紙を張った。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
747	ツムラ苓桂朮甘湯が処方されていた患者さんの調剤を行っていた時に開封済みの箱の中では処方数が足りず、棚の下から新しい箱を開け調剤をした。その後他の薬学実習生が調剤薬監査を行っているときに、ツムラ苓桂朮甘湯（39）の中にツムラ麦門冬湯（29）が混じっていることに気が付いた。新しく開けた箱は苓桂朮甘湯ではなく、麦門冬湯であったと分かった。	ツムラ苓桂朮甘湯（39）、ツムラ麦門冬湯（29）はどちらも数字の周りがピンク色で覆われており、色や形といった外的類似点が多く、また配置場所が近い。	今後の改善策としては、調剤を行う前にツムラの番号だけではなく箱の中身、その製剤名の確認を行うこと、また新しい箱を開封する前にその箱の番号だけでなく商品名も確認することがあげられる。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
748	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒とツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒の取り違い。	両方の漢方ともに最近処方されるようになり回数的にもあまり出ていない。名称も1文字しか違わないので取り違えた。	1種類は別の場所に移動し取り違え注意の表示（桂と姜を目立つように）をした。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
749	当日、事務が急遽　休みだったため、薬剤師が代わりにレセコンを操作したため、ミスが生じてしまった。	苓桂朮甘湯は初めて入力するため、マスタから登録しなくては入らない薬品であったが、苓姜朮甘湯は投薬歴があったため、マスタ登録する必要がなく、十分にチェックしないまま入力完了してしまったのが原因と思われる。	類似名には気を付けること。	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
750	A病院にてツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒を服用中。転院によりB病院にて処方。ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒の処方となっており、患者様へ確認をした後、疑義。	転院による処方間違い。	似ている名前の薬剤の把握。処方箋と一文字ずつ照らし合わせて監査を行う。患者様の問診を積極的に行う。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
751	入力ミス	腰の冷え対する処方であったが、以前使用歴のあるめまいの処方をレセコン上で引用した	漢方薬は類似が多いのでしっかり確認の実施と棚への注意喚起POPの取り付け	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	
752	似た名前の漢方の調剤ミス監査機に間違いとでたのにそのままとおしてしまった	漢方は似た名前があるのできちんと確認すること	慌てないできちんと薬品名を見る。また効能を理解し、患者様の病状にあっているか確認する	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
753	苓姜朮甘湯の処方箋に苓桂朮甘湯で調剤してお渡し普段苓桂甘湯の処方しかこないので全く処方箋を読み込めてなかった患者の訴えもめまいだったので薬効的にも気づかなかった但し交付してから疑義照会をかけたら病院のオーダーミスで苓桂朮甘湯が正しいものであったため患者に被害はなかった	漢方薬は漢字一文字で違う薬になるので注意して監査するように心がける	今回入力、調剤、監査とすべてすり抜けてしまうので在庫のない薬でも思い込みのないように気をつける	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
754	ツムラ苓姜朮甘湯が処方されていたのに、ツムラ苓桂朮甘湯を調剤する	当薬局ではツムラ苓桂朮甘湯の方が処方が多く、ツムラ苓まで見て、忙しかった時に思わず、処方例の多い漢方薬を取ってしまったと思われる。	忙しくても思い込みで調剤しないようにし、名前以外に番号も確認してから調剤することにしました。	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
755	処方せん入力をミス　苓姜朮甘湯　→苓桂朮甘湯 　調剤薬剤師　監査薬剤師　　ともに入力のイメージで　全てミス	名前が似ている薬剤	調剤・監査　入力内容を参考にしない	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
756	ツムラ六君子湯を調剤するところを、ツムラ当帰芍薬散で誤調剤。	薬の外観が似ていることと、在庫の段階で戻し間違いがあった。	薬を戻す際の注意喚起。	ツムラ六君子湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
757	6/3の19時頃患者来局、お薬をお渡ししました。6/4の朝、ツムラ六君子湯の保管されている所に、ツムラ当帰芍薬散が混ざっている事に気が付いた。6/3にツムラ六君子湯が処方された患者すべて洗い出し、調剤監査機の画像を確認しました。一人誤って調剤されていたのが判明しました。患者にすぐ連絡をとり、謝罪し事のあらましを説明しました。6/3の夕分は当帰芍薬散を服用してしまった事、6/4の朝分はまだ服用してない事、体調は問題ない事を確認しました。患者宅を訪問し間違った薬と正しい薬を交換しました。医師に事のあらましを報告しました。	調剤時、忙しさと包装が酷似している事もありツムラ六君子湯の所にツムラ当帰芍薬散が混ざっている事に気が付かなかった。監査時、投薬時も包装が酷似している事もあり気が付かなかった。	薬の補充は2人で確認する。	ツムラ六君子湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
758	芍薬甘草湯ピッキング時に、誤って桔梗湯を5包誤ってピッキング→統合監査時に発覚	漢方を収納している棚に一段違いで芍薬甘草湯と桔梗湯が同じ位置(1番端)に置いてあった。(この二つは外観が似ている。)前回ピッキング後に戻し間違えが発生し、今回調剤時にピッキングミスに繋がった。	ピッキング時は箱ごと取り出して端数などを取り揃える。残りの端数を戻する時は取り出した箱に戻す。	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
759	ツムラ芍薬甘草湯の処方であったが、鑑査時、投薬時の確認不足により、間違ってツムラ桔梗湯を渡してしまった。その日のうちに、患者より薬剤が違うとの指摘があり、交換を行った。患者はまだ服用しておらず、副作用被害等はなかった。	繁忙時で、鑑査の際の確認が不十分であったことが原因。両薬剤とも赤色の包装をしており、色だけで判断をしてしまった。両薬剤とも薬局内では頻用の薬剤であり、両薬剤とも同じ場所に置いているため取りまちがいも発生してしまったと考える。	繁忙時であるかどうかにかかわらず、鑑査を行う際は処方箋と薬剤の名称が同じであることを確認し、通常と同じ手順で鑑査を行う。また、投薬時も薬袋に書いてある薬品名と薬袋に入れる薬品が一致していることを確認してから入れる。また、ツムラの同じ色の薬剤は近くに配置しないようにした。	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
760	ツロブテロールテープ２ｍｇgが処方されていたところ、間違えてアレサガテープ４ｍｇをわたしてしまっていた。	この患者さんはCOVID-19陽性で宿泊療養中でご本人に薬が渡る前に常駐の看護師さんが薬情と薬が違っていることに気付かれ確認の連絡をいただき間違えていることが発覚。	外観が似ている内服薬は注意していたが外用は盲点であった。今回の薬はまったく違う薬であったため処方せんを熟読すれば防げた内容である。テープ剤は色が似ていると形が同じであるため間違えやすいことを再度スタッフで確認した。	ツロブテロールテープ２ｍｇ「久光」	アレサガテープ４ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
761	一包化して調剤。処方は先発品名ディオバン４０ｍｇだが、患者からＧＥ希望でバルサルタン錠に変更して調剤。当該日にバルサルタン４０ｍｇとテルミサルタン４０ｍｇを取り違えてしまった。他薬局から指示を受け、間違った薬を回収し、正しい物と取り換えた。患者はテルミサルタンを１０日ほど服用したが健康被害や体調変化なし。処方医には連絡済	名称が類似のため薬剤師のミス。一包化した為、同じような錠剤で監査もすり抜けてしまった。	一包化の際は包装の空を確実に残し監査するように改善	ディオバン錠４０ｍｇ	テルミサルタン錠４０ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
762	一般名処方「アダパレンゲル」で処方されて「ディフェリンゲル」を調剤するところ、記載されていたのを入力の際にいつもの手順通りにしっかりと確認しなかったために「アダパレン配合ゲル」の「エピデュオ」で調剤された。投薬時に一般名と違うことを薬剤師が気づいて、大事にいたらなかった。	昼休憩時の人手が少ない時間帯でやや混雑しているときに入力を早く終わらせようとして手順を省いてしまった	混雑時にでも、焦らずしっかりと手順を守ることを再度スタッフ全員で確認した。混んでいる時こそ手順を大事にする。	ディフェリンゲル０．１％	エピデュオゲル		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
763	ディレグラ配合錠が処方されているところをフェキソフェナジン60ｍｇ「SANIK」でお渡ししてしまった。	前回まで継続してフェキソフェナジンが処方されていた方。当該日から医師に頼んでディレグラを処方してもらう。一般名がフェキソフェナジン・プソイドエフェドリン配合錠のため、入力の際事務が見間違えてフェキソフェナジンのままで入力してしまう。鑑査者も気づかずにそのまま調剤投薬してしまった。患者さまもご自身で頼まれたが投薬時は気づいておらず、まだ家にフェキソフェナジンが残っており、そちらが無くなるから飲み始めようとした際に気づいたとのこと。	配合薬の一般名はｍｇや入っている成分が似通っていることが多いので、一般名の処方の際はチェックに一層気を配るようにする。	ディレグラ配合錠	フェキソフェナジン塩酸塩錠６０ｍｇ「ＳＡＮＩＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
764	一般名処方の入力間違いによる過誤 配合錠の片方部分のみを入力して違いを確認せず調剤してしまった。後日別職員が入力チェックをしているときに過誤を発見。アレルギー剤の主要成分は間違いないので副作用などの影響はなし。	一般名処方における知識不足確認不足	監査者も入力確認をしっかり行う。同効薬のチェックを行う	ディレグラ配合錠	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
765	一般名処方による入力のミス。調整前に判明して訂正。	一般名記載に慣れていないので違いがわかっていなかった。	一般名記載の注意点を全員で共有	テオドール錠１００ｍｇ	ユニフィルＬＡ錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
766	ベタヒスチン日医工とテオフィリン徐放錠100ｍｇの入れ間違え	ベタヒスチン日医工とテオフィリン徐放錠100ｍｇのシートの外観が似ていた、同じ用法であったためベタヒスチンにテオフィリンを混入してしまった	似ているシートが有ることを周知する薬袋に入れる前に再度薬の確認をする	テオフィリン徐放錠１００ｍｇ「サワイ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠６ｍｇ「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
767	テオドール錠200ｍｇが処方された。患者は後発医薬品を希望したため、テオドール錠200ｍｇの後発医薬品に変更するところ、ユニフィルＬＡ錠200ｍｇの後発医薬品であるテオフィリン徐放Ｕ錠200ｍｇ「トーワ」を調剤した。監査した薬剤師が間違いに気付いた。	同じ成分だが、先発医薬品、後発医薬品の関係ではない。テオドール錠200ｍに赤字のマジックつける。テオフィリン徐放Ｕ錠200ｍｇとは棚の位置を変える。	似た名称があるので規格に鉛筆でチェック入れる。処方箋と薬袋の確認の徹底を行う。	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
768	テオフィリン徐放錠200ｍｇ「日医工」が自主回収で在庫無くテオフィリン徐放錠200ｍｇ「日医工」2錠の処方に対してテオフィリン徐放カプセル「サンド」2カプセルで調剤し鑑査者が気づきテオドール錠200ｍｇへ問い合わせ変更して調剤	テオフィリン徐放錠とテオフィリン徐放カプセル「サンド」では血中濃度のコントロールが異なること知識不足	正しく理解し適切に対応行う	テオフィリン徐放錠２００ｍｇ「日医工」	テオフィリン徐放カプセル２００ｍｇ「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
769	テオフィリン徐放錠と徐放U錠の取違い鑑査時に発覚した	テオフィリン徐放錠と徐放U錠の取違い一般名の記載で（24時間）等の表示を確認できていなかった。当薬局では徐放U錠が処方されないこともあり調剤者の慌てと慣れによるものが大きい。	薬剤師、調剤事務含めて周知。他薬剤にもある同様の間違いのないようにリスト化。	テオフィリン徐放錠５０ｍｇ「サワイ」	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
770	テオフィリン徐放錠１００ｍｇ（２４時間持続）処方を誤って、テオフィリン徐放錠１００ｍｇ（１２～２４時間持続）でレセプト入力、調剤・鑑査ともにテオフィリン徐放錠１００ｍｇ（１２～２４時間持続）で行ってしまう。	一般名処方でミスの多い薬剤の知識的な共有不足	薬剤師・医療事務に対し、PMDA医療安全情報No.51 2017年9月の資料を共有し説明を実施	テオロング錠１００ｍｇ	テオフィリン徐放錠１００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
771	デカドロン０．５ｍｇ　１錠　１×朝７日分処方デカドロン７錠お渡しするところ、２錠だけデキストロメトルファンをお渡ししていた。誤薬のデキストロメトルファンを１錠服用した時点で患者さんが気づかれて電話があり判明。お詫びし、お取替えに伺った。鎮咳剤である誤薬を服用されたが健康被害はなかった。	薬品棚が上下にあり、デカドロンの棚にデキストロメトルファンが２錠入っていた可能性がある。ゴムで５錠と２錠をまとめていて包装・外観が酷似していたこともあり、同じものと思いこんで確認が不十分だった。	錠剤者と鑑査者で２人以上で確認する。錠剤がみえるようにまとめ、鑑査はゴムをはずして確認する。今回の薬の棚を別のところに移動した。	デカドロン錠０．５ｍｇ	デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠１５ｍｇ「ＮＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
772	デキサメタゾンプロピオン酸エステルローション　10ｇをお渡しすべきところ、ベタメタゾン酪酸エステルローション　10ｇをお渡ししてしまいました。	名称、容器の形状が類似しており、確認不足と合わさって誤ってお渡ししてしまった。	監査時、名称、外見等処方箋と薬情、商品とを照らし合わせてしっかり確認すること。	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」	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
773	処方はデキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏50ｇとヘパリン類似物質油性クリーム50ｇの混合だったが、間違えてベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏20ｇとヘパリン類似物質油性クリーム50ｇの混合してしまった。	先にピッキングしてもらっていた軟膏があっていると思い込んでいた。不足だったため不足分が届いてから混合した。ポリムスは混合前に先調剤していたが、調剤し施設に配達後に先調剤のポリムスを通してしまったため配達前に誤っていることが気付けなかった。	混合前に処方内容とあっているか必ず確認して調剤する。ポリムスの先調剤は配達前に通す。	デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏０．１％「ＭＹＫ」ヘパリン類似物質油性クリーム０．３％「ニプロ」	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」ヘパリン類似物質油性クリーム０．３％「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
774	デキサメタゾン口腔用軟膏が出ている患者に対し、デキサメタゾンプロピオン酸軟膏を調剤してしまい、監査時に調剤ミスが発覚した	実習生が調剤、薬剤師が監査を行っている状況。一般名処方だったが、名称の一部だけしか確認せず調剤してしまった為、似た名称の薬剤を調剤してしまったと考えられる。	調剤時の指差し確認、声に出して確認する、最後まで処方箋はしっかり確認する。	デキサメタゾン口腔用軟膏０．１％「ＮＫ」	デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏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
775	デキサンVG軟膏が新規で処方されていたが用法記載のあとに口腔内となっていたので問い合わせ	薬品名の類似選び間違えされたようだ。	薬品名の類似でトラブルが多いので注意外用は患者さんにどこに使うかなど理解されているか問診をしっかりすること。	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
776	デキストロメトルファンが処方されている患者に誤ってトラネキサム酸を渡してしまった。外観がかなりにていて棚が上下にあったために調剤間違いをし、在庫数確認の際に発覚した。	外観にている薬だったこと。棚の近さも問題。	棚の位置を変えて注意喚起の札を貼った。	デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠１５ｍｇ「トーワ」	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
777	前回テクフィデラ120ｍｇ　4C2×　今回テクフィデラ240ｍｇ　2C　2×　にて交付　前回まで120ｍｇだったため減量と思い込み患者の父に説明、次の処方にて他の薬剤師にて240ｍｇ変更に気付き、前回処方確認にて発覚。	薬剤監査機は導入しているものの、レセコン入力ミスもあり、公費申請中にて調剤録をまだ記載してないため誤薬に気付くのが遅れた。薬剤師の目視の確認不足。	監査時に指差し呼称に併せ第3者の目で思い込みを無くす。再度処方入力時に現物の再確認を行う。公費申請中で処方も再度確認の徹底。	テクフィデラカプセル２４０ｍｇ	テクフィデラカプセル１２０ｍｇ		ヒューマンエラー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	デザレックスをピッキングするところビラノアを準備していた。過去にも何回か別の従業員でも同じことが発生していた。	皮膚科門前でよく出る薬であり、慣れてくるとうろ覚えでピッキングしているのではないかと考えられる。ほぼ全員がやっているが原因の特定し難い。	置き場所を離し、監査時は２人で確認するよう対策。	デザレックス錠５ｍｇ	ビラノア錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
779	デザレックス（5）処方ところ、デベルザ（20）をピックアップ、監査薬剤師が訂正したので患者さんにお渡しすることはなかった	漫然と調剤したため、同じ引き出しのよく似た名称の薬剤と間違えた	場所を離した	デザレックス錠５ｍｇ	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：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
780	当月より採用がOD錠に変更になっていたが、入力の際に前回Doで入力してしまい、手帳確認時に判明。	周知はされていたが完全に忘れてしまっていて入力した。	採用が変わってすぐの際は患者さんごとに確認する。	テネリアＯＤ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
781	「テネリアOD錠４０ｍｇ」処方の患者さんに「テルミサルタンOD２０ｍｇ」投与患者さんからの連絡にて発覚する。	医薬品の配置場所が近かった。ヒートが類似していた。	・指差し呼称やダブルチェックの徹底	テネリアＯＤ錠４０ｍｇ	テルミサルタンＯＤ錠２０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
782	調剤時にテネリア錠20ｍｇの処方であったが、デベルザ錠20ｍｇを誤って調剤。	テネリアとデベルザは名称も少し類似しており、かつ同一規格であった。また調剤棚にテネリア錠20ｍｇとデベルザ錠20ｍｇが隣同士で置かれており、取り間違いしやすい環境にあった。	２つの薬剤の引き出しを離して設置し直しました。	テネリア錠２０ｍｇ	デベルザ錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
783	テネリア錠20mgが処方されていたのを確認不足でカナリア配合錠を調剤者が調剤し、監査者がそのまま交付してしまった。その後、患者様より電話があり間違いが判明。ご自宅まで取替えに行った。	調剤者と監査者という2人の薬剤師の目を通していたのにすり抜けてしまった。	調剤者は監査者が見てくれてるという気持の緩み。監査者は調剤されたものを自分の目で処方箋と現物を何度も見比べて確認する。	テネリア錠２０ｍｇ	カナリア配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
784	メトホルミンを服用中の患者さんに新しくカナリア配合錠が処方された。SGLT２やDPP4阻害薬の服用歴がなかったため、処方医に確認。カナリア配合錠ではなく、テネリア錠20mgを処方したつもりだったとのこと。	カナリアとテネリアの薬品名が類似していることから混同したと考えられる。	配合錠が初めて処方された際は、その中の成分の服用歴があるか確認する。	テネリア錠２０ｍｇ	カナリア配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
785	テネリア錠40mgを20mgでおわたし	テネリア錠40mgを入力間違いし監査もそのまま気づかなかった	処方箋をみて確認	テネリア錠４０ｍｇ	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
786	デパケン細粒40%の処方をセレニカR顆粒40%で交付しそうになった	デパケン細粒40%の処方が来たが在庫がなく、問屋に手配したが在庫がないと言われた。問屋に在庫のあったバルプロ酸細粒40%EMECは当時問題になっていた小林化工製造で使いたくなく、同じバルプロ酸製剤のセレニカR顆粒40%を用意し調剤しようとした。しかし、デパケン細粒40%の一般名はバルプロ酸細粒40%で、セレニカR顆粒40%の一般名はバルプロ酸徐放性顆粒40%と相関がないため、取りやめ、製造に問題なかったことを確認してからバルプロ酸細粒40%EMECで調剤した	特にバルプロ酸製剤は規格が同じでも製剤の違いがあるので注意する。このような製剤はなるべく変更せず処方された薬で調剤する	デパケン細粒４０％	セレニカＲ顆粒４０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
787	以前よりバルプロ酸NaSR錠200ｍｇを服用していた患者が1か月休薬することになった。休薬後の次回受診時にデパケン錠200ｍｇが処方。レセコン入力者及び調剤～交付を担当した薬剤師達は『バルプロ酸NaSR錠200ｍｇが再開になった』と思い込み調剤を実施、処方内容確認不十分のまま交付してしまった（1回目）。なお患者からバルプロ酸Naが再開することになったと話を聞き取っていた。　その次もデパケン錠200ｍｇで処方だったのにもかかわらず前回と同様にバルプロ酸NaSR錠200ｍｇで調剤を実施、交付した(2回目)。　3回目の受付でようやくデパケン錠200ｍｇで処方されていることを薬剤師が発見、医師へ確認したところ医師の入力ミス（本来処方したかったのはSR錠の方）だったことが判明し、結果バルプロ酸NaSR錠200ｍｇの調剤で問題なかったことが分かった。	・入力者・薬剤師の処方内容の確認不足・同一処方薬の再開なのか、規格や剤形など変更点の有無のチェックを怠った・医師の処方入力ミス（同一薬剤を入力していたつもりが別剤形を入力していた）	・薬剤の再処方時は過去に服用していた薬剤との相違を薬歴にて確認する・思い込みで業務を行わずに薬歴を確認・患者とも処方内容を相互に確認する	デパケン錠２００ｍｇ	バルプロ酸ナトリウムＳＲ錠２００ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
788	テルネリン錠１mgが２１錠処方された。テルネリン錠１mgの棚から、ピッキングをし鑑査に回した。鑑査を行った薬剤師が１錠だけデパス錠0.5mgが混ざっていることを発見した。テルネリン錠1mgの棚を見てみると３錠だけデパス錠0.5mgが入っていた。テルネリン錠１mgを正しく調剤しなおして、患者に薬剤を交付した。	テルネリン錠1mgとデパス錠0.5mgの棚が上下に位置しており、さらにシートが似ていたために戻す位置を間違えてしまった。そのあとに調剤したものが気付かずに、それを使って、そのまま調剤してしまった。	テルネリン錠１mgとデパス錠0.5mgの棚の位置を離し、戻し間違いを防いだ。このことを薬局内に周知し、気をつけて鑑査するように努めている。	デパス錠０．５ｍｇ	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
789	本件は誤調剤を患者様が未服用で免れた事例である。今般調剤ミスを避けるための機器を導入した。患者様はこれまでエチゾラム錠１ｍｇ「トーワ」から、Ｄｒがデパス錠１ｍｇで処方されるが、事務入力の際、誤ってデパス錠０．５ｍｇを入力する。本来、処方箋を確認しながらデパス錠１ｍｇをピッキングすべきであったが、機器誤入力のデパス錠０．５ｍｇをピッキングした。監査投薬も機器誤入力のデパス錠０．５ｍｇで大丈夫と判断してしまった。その後すぐに処方箋をもう一度確認したところ、ミスに気づき患者様に直ちに連絡し、無事交換に至る。	今回の事例はピッキングサポート機器を過信して誤調剤となる。もう少し掘り下げると1.事務入力は正しいという思い込み。2.時間節約の意味で、処方箋よりピッキングサポート機器データに頼り過ぎた。3.調剤、監査投薬も（誤入力）ピッキングサポート機器は正しいという過信。4.処方箋の確認不足。	1.処方箋を丁寧に確認する。2.ピッキングサポート機器データを過信せず、ミスもある得ることを肝に銘じる。3.投薬後の処方箋の見直し励行。	デパス錠1ｍｇ	デパス錠0.5ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
790	メンタルクリニックよりデプロメール錠25ｍｇとロゼレム錠8ｍｇの処方があり。患者様より聞き取りを行ったところ、以前他のクリニックでロゼレム錠を処方してもらったことがあり、今回一緒に処方をお願いしたとのこと。現在はメンタルクリニックにてデプロメール錠を服用中のため、ロゼレム錠が併用禁忌となるため、疑義照会。ロゼレム錠が中止となった。	メンタルクリニックはデプロメール錠とロゼレム錠が併用禁忌という認識がなかった。	電子薬歴を用いて薬同士の相互作用をチェック。デプロメール錠やロゼレム錠の服用患者の申し送りに各々が併用禁忌である旨を注意喚起する。	デプロメール錠２５ ロゼレム錠８ｍｇ	ロゼレム錠８ｍｇ デプロメール錠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	
791	デベルザ２０の処方をテネリア２０で調剤した。	語幹と規格が類似している為、よく確認せずにとり間違えた。	デ「ベ」ルザ２０、テ「ネ」リア２０の「」に○をつけて確認する事にした。	デベルザ錠２０ｍｇ	テネリア錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
792	前回まで（般）トラボプロスト0.004%点眼液であったが、（般）トラボプロスト・チモロールマレイン酸塩配合点眼液に変更になっていた。変更を見落とし前回までと同じトラバタンズ点眼液で入力し交付してしまった。患者側も受取時は医師から変更の説明を受けたことを失念していたが、帰宅後に成分が増えると言われたのに前回と同じ点眼液が渡されたことに気付いた。患者側から連絡があり、処方箋を再確認し過誤が発覚した。すぐにトラバタンズ点眼を回収し、デュオトラバを交付した。	一般名名称が長く、薬品名が2行に渡って記載されていたことも見落としやすい要因となった。継続的に処方されているため入力時は思い込みで変更に気付かなかった。薬剤師は一般名から商品名を思い浮かべることができず入力した商品名を参考にして調剤した。患者側も見慣れた薬を渡されたので違和感なく受け取ってしまった。	一般名称をきちんと確認する。レセコンに単味製品と配合製剤の区別がつくように注意設定を入れ、服薬指導時のポップアップを設定した。	デュオトラバ配合点眼液	トラバタンズ点眼液０．００４％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
793	一般名処方のトラボプロスト・チモロール点眼液（デュオトラバ）をトラボプロスト点眼液を交付した。患者からの訴えにより発覚、使用前に交換した。	確認不足。ダブルチェックはしていたが、見落としていた。	確認時に指差し確認する。	デュオトラバ配合点眼液	トラボプロスト点眼液０．００４％「ニットー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
794	処方箋の記載が一般名であった。一般名の最初の文字が、デュで同じであった為、直ぐに目についた方で調剤してしまった。調剤が全部終了後の再度見直しで、薬が間違っている事に気付き、やり直した。	新しい薬剤師に、指導しながらの調剤であった為、注意力が欠けてしまった。	これまでと同じように、監査前時点での、調剤後の再チェックが必要。	デュタステリドカプセル０．５ｍｇＡＶ「ＤＳＥＰ」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
795	一包化の予製を作成する際、直近の処方せんはデュロキセチンの一般名処方であったが、近くにあったデュタステリドを手に取ってしまった	一包化に入れる機械の処方入力と薬の取り揃えを同一時間に１人の人間が行ったことで起きてしまった。本来、入力と薬の取り揃えは別の人間もしくは同じ時間でおこなわいようにしているが、デュロキセチン、デュタステリド共に同一時期の後発品切り替えだったために薬の準備をしていなかった。	機械への入力と薬の取り揃えは別の人間、もしくは同一時間に行わないことを徹底する	デュロキセチンＯＤ錠２０ｍｇ「ニプロ」	デュタステリド錠０．５ｍｇＡＶ「ＮＳ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
796	デュロキセチンの処方を、誤ってデュタステリドでピッキングしてしまった。患者にお渡しする前に監査で間違いに気づいた	商品名が酷似しており、外箱の外観も似ていた為間違えてしまった。	それぞれの外箱に注意喚起のため、間違えやすい商品名のメモをつけた。	デュロキセチンカプセル２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	デュタステリドカプセル０．５ｍｇＡＶ「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
797	デュロキセチンカプセル処方のところ、デュタステリドカプセルを調剤、交付患者様ご自身が薬剤が違うことに気づき発覚９日間服用、ご服用数日後より尿漏れ悪化症状あり主治医より経過観察指示	・調剤、鑑査、交付時の確認不足・デュロキセチンとデュタステリドが調剤棚の近くに配置されていた	・デュロキセチン、デュタステリドの配置見直し・薬剤鑑査、交付時に処方箋および薬袋の製剤写真との照合の徹底・薬剤名や外観が類似する薬剤について調剤棚に注意喚起を明示	デュロキセチンカプセル２０ｍｇ「明治」	デュタステリドカプセル０．５ｍｇＡＶ「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
798	デュロキセチンカプセル３０ｍｇ「ＤＳＥＰ」が処方されていたところ、デュタステリドカプセル０．５ｍｇＡＶ「武田テバ」を調整。一人で調剤・監査・交付を行っていたため思い込みで患者様に交付してしまった。	一人調剤・監査・交付の業務を行い繁忙の時間であった。いつも来局くださっている患者様であり、繁忙・慢心・慣れから簡易ピッキングシステムを通さず交付してしまった。	一人調剤の場合は簡易ピッキングシステムを必ず通すよう徹底する。	デュロキセチンカプセル３０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	デュタステリドカプセル０．５ｍｇＡＶ「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
799	デュロキセチンカプセル30ｍｇ処方の所デュロキセチンカプセル20ｍｇで調剤、お渡ししてしまう。	混みあっていて忙しく、増量になったことを見落としてしまった。1回量や用法用量は同じであったため油断してしまった。	用法用量は同じでも規格が違う可能性は大いにあるので、薬品名規格のチェックをおろそかにしない。	デュロキセチンカプセル３０ｍｇ「オーハラ」	デュロキセチンカプセル２０ｍｇ「オーハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
800	テラムロ配合錠AP「DSEP」42錠を調剤すべきところ、40錠はAPであったが2錠のみBPになっていた。(APで10Tシート×4、2錠分をBPで調剤されていた。)患者様が服用直前に気が付き、薬局へ連絡して頂いたことで発覚。直ちにお詫びしご自宅へ訪問、テラムロBP2錠分を確認し回収、正しいAP2錠分をお渡しし謝罪した。	薬剤の棚は基本的に名前の順に配置していた。テラムロAPとBPは隣り合っていた。そのため2錠分誤ってピッキングしてしまったと思われる。監査者は監査時にAPの包装を見て確認し、BPの混入に気が付かなかった。	テラムロ配合錠APとBPの配置を離した。別の2つの薬剤を間に挟んで配置。監査時には錠剤のシートを1枚1枚点検することを徹底。過誤が発生したことを薬局内で周知し、同様の過誤が起こらないよう注意喚起した。	テラムロ配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」	テラムロ配合錠ＢＰ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
801	今回から知らない薬が入っていると患者から連絡あり。さかのぼって処方箋を確認、前回から変わっていたこと発覚。	繁忙時間にて、処方箋を直接見ずにPC入力後のお薬手帳、薬剤情報書で調剤してしまった為、過誤が起こってしまった。	必ず処方箋と何回も照らし合わせて調剤、鑑査する様に努める	テラムロ配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」	ジルムロ配合錠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
802	初回の処方で、手入力を行った。一般名処方で「テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠」と２行に渡って記載がされていた。処方入力者は最初のテルミサルタン40mgのみを確認して入力を行ってしまった。一包化調剤だったが、調剤は処方箋をコピーして行ったため薬剤に誤りはなかった。	他に待っている患者さんがおり、一包化の調剤で焦ってしまった部分もあった。薬情も印刷していたが、監査時、薬剤交付時の患者さまとの確認が不十分だった。	初回は特に、薬剤交付の際、薬剤情報提供文書の薬剤画像を患者さまと確認しながら渡す。合剤の一般名、成分名、製品名を把握する。最後まで薬剤名を読む。	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
803	テラムロAP「DSEP」処方をテルチアAP「DSEP」で集薬監査時で気づいた	テルチアAPを使うことが多かったため処方箋をみて思い込んで薬を集めてしまった	類似名称品の再確認、2重チェックの徹底を職員間で確認	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
804	テラムロ配合錠APから、ジルムロ配合OD錠に変更だったが、成分量記載だったため気が付かずに入力してしまった。この患者さんの処方箋には、2次元バーコードがなく、手入力となっており確認がおろそかになっていた。	この患者さんの処方箋には、2次元バーコードがなく、手入力となっており確認がおろそかになっていた。	特に2次元バーコードのない処方せんにおいて、成分量表示の場合入力品の成分量との照らし合わせを毎回する。薬剤変更に気が付かないことがあるので毎回確認。	テラムロ配合錠ＡＰ「サワイ」	ジルムロ配合ＯＤ錠ＬＤ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
805	一般名「テルミサルタン40ｍｇ・アムロジピン配合錠」の処方で、テラムロ配合錠ＡＰをピッキングするところ、「テルミサルタン40ｍｇ・ヒドロクロロチアジド配合錠」のテルチア配合錠ＡＰをピッキング。いつもは調整者が鑑査機器（アテルノ）を通すところ、危機の不具合で通せず、投薬者が鑑査で気づいた。	忙しい時間帯であったことと、いつもは鑑査機器で薬剤の取り間違いに気付けるため、ピッキングでの注意力が低下していた。また、配合錠の採用が多く、慣れないと組み合わせを間違いやすい。	配合錠の配合成分の組み合わせを表にして掲示した。監査機器を通らなかった薬剤のチェックを蛍光ペンでチェックし、鑑査者に声掛けする。	テラムロ配合錠ＡＰ「サワイ」	テルチア配合錠ＡＰ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
806	名称類似品があることを知らず、思い込みで調剤。	どちらも配合錠、同じジェネリックメーカーで同じ引き出しに入っていたため間違えてしまった。	名称注意の札をつける。	テラムロ配合錠ＡＰ「サワイ」	テルチア配合錠ＡＰ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
807	一般名処方の配合剤。長年処方変更がなかった。１０月に変更があったのだが、気が付いたのが１２月。２回も気が付かないで投与してしまった。	レセコンでも同じ処方と思い込んでしまった。同じことが調剤でも起こった。	レセコンでは同じ処方でも一般名を確認する。複数処方があっても確認する。調剤はピックする時に配合剤を表で確認する。中身を分解して確認。裏打ちを確認するときも処方せんと一つ一つ確認する。	テラムロ配合錠ＡＰ「ニプロ」	アムバロ配合錠「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
808	平素からテラムロ配合錠APを服用中の患者であった。血圧低下によりテルミサルタン錠40mgに変更となっていたにも関わらず、監査時に気づけず投薬中に患者からの指摘で発覚した。投薬完了する前だったため、患者への影響なし	継続でテラムロ配合錠APを内服していたため、思い込みがあった。血圧の状況を聴取している時に、通常よりも血圧が低値であったため当事者が疑問に思い、薬の継続を患者に聞いたところ「今回から薬を変えると聞いた」と、申告があり発覚した。その後、入力を変更してテルミサルタン錠40mgをお渡しした。	いつも同じ薬を服用中の患者であったため、慢心があった。特に、気温変化のある時期の降圧剤については変更の可能性があることを薬局内で共有した。	テラムロ配合錠ＡＰ「ニプロ」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
809	平素よりテラムロBP錠を服用していた患者だったが、血圧低下傾向がありテラムロAP錠に処方変更になっていた。入力時に継続服用の薬だと思い込み、そのまま調剤。投薬時は家族が薬を取りに来たため、詳しい体調変化を聞き取らずにお渡ししてしまった。翌日に別の薬剤師が入力を確認して間違いに気づき、患者に連絡して薬を取り換えた。患者はまだ薬を服用しておらず、健康被害にはつながらなかった。	当該時間は薬剤師1名のみの体制だったため、入力、調剤、鑑査、投薬を全て1名で行うことになってしまい、複数人での確認ができなかった。また、入力の時点で継続服用の薬だと思い込み、詳細を確認していなかった。一般名処方だったことも確認が不足した要因と考える。	人員体制を変えることは難しいため、入力、鑑査時での処方チェックをしっかり行うように周知徹底する。特に合剤の一般名処方は間違いを起こしやすいので、リストなどを作成して注意喚起を行うようにする。	テラムロ配合錠ＡＰ「ニプロ」	テラムロ配合錠ＢＰ「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
810	テラムロBPが30錠処方されている患者に、テラムロAPが10錠混ざっていた。服用前に患者本人が気づき、来局してくれた。	テラムロAPとテラムロBPを間違えないように薬棚を離していたが、混在してしまっていたと思われる。ピッキング時に気づかず、鑑査時もヒート１面のみしか確認していないと思われる。	薬品を棚に戻す際に、今一度確認する。また、ピッキング・鑑査時もヒート１枚のみならず、すべてのヒートを目視で確認する。	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
811	テラムロBPを調剤すべきところ、他規格のテラムロAPを調剤した。	他規格がある事を知らなかった。	ピッキングリストを確認しながら調剤する。過誤システムを必ず使用。	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
812	テラムロBPが処方。調剤者、交付者が間違えてテルチアBPを渡してしまった。その際患者には見せているが何も反応がなく、家族が気づいて問い合わせがあり判明した。	忙しい中、似ている外観や名前の類似など、見落とし。思い込み。	調剤、交付と分けて、しっかり確認する。	テラムロ配合錠ＢＰ「トーワ」	テルチア配合錠ＢＰ「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	
813	いつもはご本人、今回は奥様来局。1剤のみテリルジーのところ、おなじ会社、同じエリプタ製剤、同じ100、30吸入のレルベアで調剤。通常はご主人が処方せんFAXいただいて調剤するが、今回は奥様が処方箋直接持参。急いでいるとのことで処方せんコピーしてから調剤するところ処方箋は入力画面確認のため置いておく、調剤は処方箋およびコピーなしで対応。監査レンジ通らず写真で対応。投薬時に奥様は把握しておらず受け取ってお帰りになりそうなところ、薬袋で再確認し、実物と異なることから判明、差し替えてお渡し。	昼休みの一人薬剤師状態で患者さん自身ではなく把握していない奥様の来局。焦って調剤し間違ったもの投薬しそうになった。薬局ルールではコピーを取り調剤することになっているが、1剤だけのこともあり処方せん原本もなく調剤したことが最大要因。	一人薬剤師で、把握していない家族来局時であっても、ルール通り処方箋調剤は原則コピーして行い、監査レンジの薬剤名としっかり照合し投薬を徹底する。吸入薬ストック場所に名称、規格を描いたラベル整理した	テリルジー１００エリプタ３０吸入用	レルベア１００エリプタ３０吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
814	般）フルチカゾンフランカルボン酸エステル200μｇ・ウメクリジニウム臭化物・ビランテロールトリフェニル酢酸塩吸入剤14吸入　　キット　１日１回吸入の処方で般）フルチカゾンフランカルボン酸エステル200μｇ吸入剤30吸入を渡してしまった。2週間後に処方があり患者さんから薬がまだあると聞き取り発覚。医師に連絡しそのまま使用するようにとの指示もらう。	一般名処方のため名称が長くレセプトコンピューターの表示が足らず1成分分しかなかったため薬品の選択間違いをし監査時でも処方箋と薬品の一般名の照合を1成分だけみて判断してしまった。キット数も抜けており疑義照会したため意識がそれてしまった。	レセプトコンピューターの表示を半角文字にして少しでも多く表示できるようにした。レセコンメーカーに表示を多くできるように要望を出した。吸入剤など２成分3成分の合剤があるので薬品の記載と処方箋の記載を最後まで確認する。疑義照会などで気がそれる場合は他の職員に頼む。	テリルジー２００エリプタ１４吸入用	アニュイティ２００μｇ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
815	テリルジ―200エリプタ30吸入の処方があったが、誤ってレルベア200エリプタ30吸入を患者に交付してしまった。3日後、当店他の薬剤師が在庫がずれていることに気づいたことで発覚。まだ交付したレルベアは使用されていなかったため、正しい薬剤と交換した。	テリルジ―200エリプタ30吸入とレルベア200エリプタ30吸入は包装が似ていたため取り違えが発生したと考える。	調剤の際の取り間違いをなくすために在庫を離れた場所に配置。	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	
816	翌週月曜に「レルベア200」の在庫が合わなかったため発覚。発覚後すぐに本人に連絡したが、すでにレルベアの使用を始めていた。本人に事情を説明し、本来のテリルジーと交換した。	ここ数年レルベアとテリルジーの処方が行ったり来たりしていた患者であった。本人もそのことを把握しているため、開封前での薬局への確認もしなかった、とのことであった。薬局側は忙しかった週を終え、比較的空いた週になっていたため疲れも出ていた。処方も変更のなかった定期のものであったため、確認がおろそかになってしまったと思われる。	調剤・監査時に必ずダブルチェック以上のチェックをする。（特にスタッフに疲れが自覚できている時）投薬時に患者と確認をする。	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
817	入院していた患者さん。入院前はテラムロ配合錠ＡＰを服用していた。退院時処方はテルチア配合錠ＡＰだったが、変更無しと思い込みテラムロ配合錠ＡＰを交付した。後ほど、当該患者さんが薬を変更すると医師から聞いていたが、と問い合わせてきたことで発覚。	かかりつけ薬剤師あり。処方入力者、調剤者、監査者は、お薬手帳と前回までの薬歴から変更無しと思い込んでしまった。患者さんはかかりつけ薬剤師が他の患者さんの対応が終わるとすぐに入院の経緯や経過を話し始めた。かかりつけ薬剤師としては、そのまま確認不十分な状態で服薬指導が始まった。お薬手帳の入院時の情報から、入院時の処方が配合剤ではなくテルミサルタン40mgとアムロジピン5mgの別々になっていた（病院の在庫の都合だと思われる）。確認不十分なまま服薬指導した薬剤師は、またいつもの配合剤に戻ってますので、と説明してしまった。	お薬手帳・過去の薬歴は大事な情報だが、思い込みにつながるため確認をしっかりする。かかりつけ薬剤師が対応するにしても、他の薬剤師もしっかりとフォローするようにする。配合剤一覧を作成し、常に名称・規格等を意識し調剤・監査に取り組む。自分のペースで監査・服薬指導ができない時にどう取り組むかを考える。患者さんを待たせないことは大事だが、しっかり確認することが大事。それを患者さんにも理解してもらえるよう一声かけるなど工夫する。	テルチア配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」	テラムロ配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
818	薬剤名も箱のデザインも類似しているため、取り間違えたと思われる。	多忙な時ほど監査はしっかり行う。	間違えやすいものはわかりやすく記載をしておくこと。	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
819	処方箋記載はテルチア配合錠AP「サワイ」であったが、ピッキングしたものはテラムロ配合錠AP「DSEP」であった。	主な要因は処方箋の読み間違えであるが配合錠APだけを見てピッキングしたと思われる	薬品名、規格、ジェネリックであれば屋号を欠かさずに確認することにした	テルチア配合錠ＡＰ「サワイ」	テラムロ配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
820	当薬局を平素から利用している患者様が処方箋を持って来局された。テルチア配合錠APが処方されていたが、事務員が入力時にテラムロ配合錠APで入力した。調剤時にミスに気づき訂正を行った。	名前が似ており、普段から処方の多いテラムロ配合錠APを間違って選択したことにより起こった入力ミス。	間違えやすい名称類似医薬品の確認をスタッフ内で共有し、入力時の最終確認を徹底する。	テルチア配合錠ＡＰ「サワイ」	テラムロ配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
821	テルチア配合APとテラムロ配合錠APを取り違えた。中間監査を見逃し投薬してしまった。	名称類似薬品に注意が必要だった。調剤者と投薬者が同じであり思い込みがあった。	間違えやすい薬であることは承知していた。改めて名称類似品について確認しあった。	テルチア配合錠ＡＰ「トーワ」	テラムロ配合錠ＡＰ「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
822	テルチア配合錠APとテラムロ配合錠APを取り違えた。中間監査が入っていなかったのを見逃しそのまま投薬してしまった。ピッキングと投薬者は同じで良きものと思い込んでしまった。	名称が似ているので日頃から間違えやすい薬であることは理解していた。アムロジピン錠5ｍｇはもともと服用していたので、配合錠の成分の確認をしていれば事前に気づくことができたはずです。成分の確認をあいまいにしてしまい過誤につながりました。	名称類似薬品への注意喚起と以後間違いが起きないように患者様の薬歴に過誤内容を残した。	テルチア配合錠ＡＰ「トーワ」	テラムロ配合錠ＡＰ「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
823	５９才　女性内科にて糖尿病、高血圧の薬が処方されている方です。前々回はカナリア配合錠１錠、ミコンビ配合錠BP１錠の処方であったが前回はカナグル錠100mg１錠、ミコンビ配合錠APに変更となった。今回は前回と同じであるにも関わらず薬歴の記載が違うため確認をしたところ前回がミコンビ配合錠APでなくミカムロ配合錠APのジェネリック（テラムロ配合錠AP）でお渡ししていたことに気がついた。本人に謝罪し、処方医に今回の件を報告した。本人は体調もよく血圧も良好で、特に大きな健康被害はなかった。	名称も似ていたため、処方入力を間違え、調剤、監査者も合剤に関して熟知していなかったので間違ってしまった。	合剤は種類が多く間違えやすいため、何と何の合剤であるかひと目でわかるように一覧を作って掲示した。	テルチア配合錠ＡＰ「トーワ」	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	
824	一般名テルミサルタン４０ｍｇ・アムロジピン配合錠（テラムロＡＰ）からテルミサルタン４０ｍｇ・ヒドロクロロチアジド配合錠（テルチアＡＰ）へ処方変更されていたが、処方変更に気付かず、テラムロＡＰを投薬。翌日、入力監査時に入力間違いと調剤間違いに気付き、交換に伺う	一般名テルミサルタン４０ｍｇ・ヒドロクロロチアジド配合錠の処方読み取りをしっかり行わなかったため	合剤の一般名処方の場合、毎回一般名と製品名の照会を念入りに行うこと。入力時と、調剤時と、監査時に3回行うこと。投薬の際に患者様とのやり取りをしっかり行うこと。	テルチア配合錠ＡＰ「トーワ」	テラムロ配合錠ＡＰ「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
825	テルチアが一般名で記載されており手入力にて入力。テルミサルタン・アムロジピンと一般名入力してしまいテラムロAPへ変換、一包化の機械も自動的に入力された薬剤で調剤。その後の監査でも見落とし患者へお渡し。	処方入力がQRコードで読み込みが基本となってきているが、QRコードのない処方箋、手入力となった。監査時も手入力であることを意識せずに監査し、誤った薬剤が調剤されていることに気がつかなかった。一般名表記の合剤の場合表記がながくなり、思い込みも発生したと思われる。	QRコード入力でないものに手入力であることを記載し、監査時など注意するようにする。入力時、合剤一般名表記の場合最初の薬剤名だけでなく配合の薬剤にも十分に注意する。DO処方だと思い込まないようチェックする	テルチア配合錠ＡＰ「日医工」	テラムロ配合錠ＡＰ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
826	テルチアで調剤するべきところテラムロで調剤していた。投薬前に発見し、正しい薬に訂正して投薬した。	処方箋調剤時に、一般名称の処方箋記載名の下に配合剤を記載する。	指差し声出しの確認	テルチア配合錠ＡＰ「日医工」	テラムロ配合錠ＡＰ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
827	テルチア配合錠APを調剤すべきところをテラムロAP配合錠を投薬。調剤者・監査ともに見落としてしまい、患者に投薬。帰宅後に患者本人が今までと違うと気づき服用前に薬局に連絡して発覚	劇薬と普通薬の違いで赤いテープで分けてはあったが、同じ引き出しに入っており、ピッキングの時にも誤り、監査時もそのまま見逃してしまっていた	薬歴に注意喚起。他のテルチア・テラムロが処方されている患者にも同様に注意喚起を促す	テルチア配合錠ＡＰ「武田テバ」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
828	2021年9月（木）12時頃に、当薬局を利用している患者が処方箋を持って来局した。処方箋には今回取り違えた薬剤のほかに6種類記載されていた。処方は先発品のみ販売の薬以外は全て一般名処方。後発希望あり。薬剤師Aは（般）テルミサルタン８０ｍｇ・ヒドロクロロチアジド配合錠の処方をテルチア配合錠ＢＰをピックするところ誤ってテラムロ配合錠ＢＰをピックし、鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが、処方薬のテルチア配合錠ＢＰではなく、テラムロ配合錠ＢＰがピックされていることに気付き、ピックした薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはテルチア配合錠ＢＰを正しく調製し、再度、薬剤師Bが鑑査した。鑑査で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	処方にはＡＰ、ＢＰの記載はなくテルミサルタンのｍｇ数で判断するしかなかったため、もう一つの配合成分まできちんと確認しなかった。当薬局ではミカムロやテラムロが処方頻度多いため思い込みの所もあったと考えられる。	患者の薬歴に取り違えがあったことの記録を残し注意喚起するようにした。ミカムロとテラムロのケースには「類似品名あり注意」の付箋を貼り。取り違え防止の注意喚起をした。	テルチア配合錠ＢＰ「ＤＳＥＰ」	テラムロ配合錠ＢＰ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
829	複数剤処方の中の１つにテルチアBPが処方されていたが、テラムロBPでピッキング。鑑査者に回す前にピッキングしたものをざっと確認したところ、間違いに気づき調剤しなおして鑑査者に回した。	当局でよく処方が出るのはテラムロAPであるため、APではなくBPだという事に気を取られ、テラムロBPだと思い込んでしまった。	規格などに気を取られてしまう場合であっても、当然のことながら薬剤名からまず確認する。	テルチア配合錠ＢＰ「ＤＳＥＰ」	テラムロ配合錠ＢＰ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
830	テルチアBPをお渡しすべきところテラムロBPをお渡ししてしまった。	名称が類似しているため処方チェックの際思いこんでしまった。監査、薬歴の確認時も思いこみがあり確認不足だった。	処方のチェック、監査時の思い込みを防ぐため声に出す等の確実な確認をする。	テルチア配合錠ＢＰ「ＤＳＥＰ」	テラムロ配合錠ＢＰ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
831	【般】テルミサルタン80ｍｇ・ヒドロクロロチアジド配合錠処方テルチアＢＰを入力するところ、テルチアＡＰで入力し、テルチアＡＰで調剤。	前回と同じという思い込み	配合錠の成分量まできちんと確認し、処方せんに〇をつける。	テルチア配合錠ＢＰ「サワイ」	テルチア配合錠ＡＰ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
832	テルチアBPが処方されていたが、テラムロBPが間違えて調剤されており、監査者も気づかず投薬時に患者との相互確認なしに薬を手渡した。後日薬が違うと薬局に連絡があり、調剤ミスが発覚した。患者は残薬を持っており、残薬から服用していた為、誤った薬を服用しなかった。	・薬の名称が似ていた。・投薬時に時間が無かったため患者との相互確認を怠った。	・テルチア注意と薬歴の表書きに記載する。・テルチア、テラムロと名称類似のため、名称類似品あり、注意と薬の棚に記載する。・薬を投薬する際、患者に見せながら投薬を行い双方に間違えが無いことを確認する。	テルチア配合錠ＢＰ「サワイ」	テラムロ配合錠ＢＰ「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
833	処方せん記載は一般名でテルミサルタン80mg・ヒドロクロロチアジド配合錠であったが、テラムロ配合錠BPを誤ってピッキングし、最終監査の段階で発覚した。	当薬局ではテルチア配合錠BPの患者は数名で、テラムロの患者は多数であったため「テラムロ」だろうという思い込みがあったこと、また一人薬剤師であるため最終監査で確認すれば良いという慣れと怠慢さも要因としてあげられる。	処方せん監査の徹底、ピッキングの段階では手順・ルール通り、処方箋記載と実物の突合せを徹底する。	テルチア配合錠ＢＰ「トーワ」	テラムロ配合錠ＢＰ「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
834	薬局内で薬品在庫数が違うことに気づき、該当投薬患者を確認したところ薬品の取り違えが発覚。	監査時に、焦りから名称の類似した異なる薬品が調製されていることを見落としてしまった。	今後は処方された薬品と実際に調整された薬品の確認を複数回行うなど、より監査を徹底する。	テルチア配合錠ＢＰ「トーワ」	テラムロ配合錠ＢＰ「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
835	テルミサルタン２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」をオルメサルタン２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」で調剤、監査者が誤りに気付く。	FAXでの調剤、監査者の知り合いでもあり、後日来局、同じ姓の患者でオルメサルタン錠処方でていたので、慣れと思いこみで調剤してしまった、いつもなら、薬情で薬剤と入力を確認するが、繁忙でもあり、流してしまった可能性がある。	一字一句確認、薬情で薬剤の確認の照らし合わせの徹底	テルミサルタン錠２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	オルメサルタンＯＤ錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
836	テルミサルタン錠が20ｍｇから40ｍｇに増量となっていたがテルミサルタン20ｍｇのまま入力。処方監査時発覚する。	複数の処方があり変更があったことを見落としていた	入力手順の徹底	テルミサルタン錠２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	テルミサルタン錠４０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
837	定期で処方されている薬であり普段は56日分の処方であったが、63日に変更されていた。外装が似ていること、近くにテルミサルタン40があったことが調剤ミスにつながった。監査は目と機械で行っているが、バーコードによる機械での監査が通ったことで数の確認のみに意識をとられ現物はしっかり見ていなかったことが原因である。	定期で処方されている薬であり普段は56日分の処方であったが、63日に変更されていた。外装が似ていること、近くにテルミサルタン40があったことが調剤ミスにつながった。監査は目と機械で行っているが、バーコードによる機械での監査が通ったことで数の確認のみに意識をとられ現物はしっかり見ていなかったことが原因である。	機械での監査後にも目視による監査を入念に行う。	テルミサルタン錠２０ｍｇ「ＹＤ」	タムスロシン塩酸塩ＯＤ錠０．２ｍｇ「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
838	テルミサルタン錠４０mgが一般名で処方されており、ジェネリックで調剤するときに、思い込みをしてしまい、バルサルタン錠を調剤してしてまった。監査時に気が付き、交付には至らなかった。	ジェネリックだけの引き出しがあり、そこから調剤をするルールが名称類似品の思い込みを生むので、注意喚起の徹底や、引き出しに収納するルールの見直しをするようにする	ジェネリックだけの引き出しをやめ、すべての医薬品を統一のルールで収納する間違いを起こした医薬品にかんして、「注意！！」のシールを貼布し、注意喚起をする	テルミサルタン錠４０ｍｇ「サワイ」	バルサルタン錠４０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
839	テルミサルタンで処方が出ているものをディオバンで一包化して交付してしまった。施設に入居されている方のため、交付後すぐに施設看護師が気づき連絡があった。	調剤されているものが正しいという思い込みがあり、確認が不足していた。テルミサルタンとバルサルタンの名前が似ており同じARBであるため、テルミサルタン→ディオバンと誤認して調剤、監査をしてしまった。入力は正しくできており、入力内容と調剤内容を付け合わせしての確認ができていなかった。	監査時、入力したものの写真と調剤したものを付け合わせして確認することを徹底する。思い込みで調剤監査をしない。	テルミサルタン錠４０ｍｇ「サワイ」	ディオバン錠４０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
840	前回処方がバルサルタン80mgで、当該月がテルミサルタン40mgへ処方変更となっていた。しかし入力、調剤、監査、投薬すべての工程でDo成分の減量との思い込みによりスルーされ、バルサルタン40mgで交付に至った。投薬時の聞き取りで「血圧が高い、下がらない」と情報を得ていたにも関わらず、過誤に気付けずお渡ししてしまった。交付後の処方箋チェック時に薬剤取り違いが発覚した。	類似した薬品名の一般名処方の読み取りミスによる過誤。Do処方や、同一成分の増減量だろうという思い込みによるもの。投薬時の聞き取りと矛盾した処方内容であったがお渡ししてしまった。	Do処方などの先入観をもたずにすべての工程に当たる。お薬の変更があった時には特に、変更となった理由や体調変化などを丁寧に聞き取りを行う。聞き取り内容と処方内容に矛盾がないかしっかりと確認する。	テルミサルタン錠４０ｍｇ「サワイ」	バルサルタン錠４０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
841	テルミサルタン80ｍｇとバルサルタン80ｍｇと似た薬剤との取違い。	似た名前の薬剤であること使用頻度が間違えたバルサルタン80ｍｇが明らかに多いことが原因で取り間違い。当事者は思い込みで調剤した。監査者も慎重さがかけたことが原因。	思い込みをなくし慎重な調剤、監査がより必要。監査支援票の有効活用をきっちりすることによる改善が必要。	テルミサルタン錠８０ｍｇ「ファイザー」	バルサルタン錠８０ｍｇ「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
842	定期薬としてテルミサルタン錠40mgを１回2錠服用している患者だった。投薬時に80mgを1錠へ変更調剤してほしい旨の要望があったため繁忙時だったこともあり、慌てて薬剤師が処方入力変更と調剤を行った。薬剤師がバルサルタン錠80mgをピッキングし事務が数量を確認、同じ薬剤師が監査と投薬を行って交付した。３０分後に薬剤師がバルサルタン錠の空箱を見た際に交付間違いが発覚。直ちに患者へ連絡したところまだ服用していなかったため、正しい薬のテルミサルタン錠80mgへと交換した。	慌てたことによる目視確認のミス。当薬局が普段調剤する機会の少ない薬（バルサルタン錠、テルミサルタン錠の80mg規格品）を調剤したため見慣れていなかった。	普段調剤する機会の少ない薬は念入りに監査する。服薬情報提供文書などに記載の製剤画像と見比べて監査を行う。	テルミサルタン錠８０ｍｇ「日医工」	バルサルタン錠８０ｍｇ「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
843	一般名処方のクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏をクロベタゾン酪酸エステル軟膏でお渡し	監査システムを導入しているが、入力ミスと調剤、監査ミスが重なってしまい患者様へ交付してしまった	一般名の似ている薬剤同士だが、監査時の確認に加えて交付時の聞き取りからも適した薬剤かどうかの判断ができるチェックポイントを増やすことでミスに気付けるようにする	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
844	一般名処方　クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏（デルモベート軟膏）　が処方あり。先発品を希望されていた。レセコンに入力時にキンダベート軟膏（一般名：クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05％）で入力。薬剤師も入力につられてキンダベート軟膏で調剤、監査して投薬してしまった。次に来られた際に、同じ処方あり。入力が違っていることに気付いた。	事務の入力が終わってから調剤しているため、入力が間違っているとそのまま調剤してしまう可能性がある。	一般名の軟膏の名称は似ているものが多いので、一般名や商品名を何度も確認して、調剤、監査をするようにした。処方箋をよく見て調剤するようにした。	デルモベート軟膏０．０５％	キンダベート軟膏０．０５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
845	デルモベート軟膏+サトウザルベ軟膏の混ぜ処方が一般名処方できて、調剤者がデルモベート軟膏がキンダベート軟膏で入力されていることに気付く。QRコード読み取り処方だったこともあり、前回の処方も確認したところ間違えてお渡ししていたことが発覚。	・QRコードを一般名と違う薬で結び付けて登録していた・入力された調剤録等を見てピッキング・処方箋を確認せず監査器具（ミスゼロ子）を過信しピッキングされたもので調剤・軟膏Mixを作ったものがそのまま監査をし、処方箋の一般名をきちんと確認しなかった	・QRコードの誤った登録は過誤発見時に訂正・入力ではなく処方箋原本で調剤・調剤と監査者を分け、ダブルチェック・監査時は薬品名の文字を最後まで確認する・キンダベート、デルモベートなど成分名が似ている薬品は目印をつけて分かりやすく分別	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
846	一般名　クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏で処方のところ、クロベタゾン酪酸エステル軟膏で処方入力。デルモベート軟膏となるところをキンダベート軟膏で入力してしまった。	一般名からクロベで入力して検索された薬剤を選択してしまった。	ステロイド製剤は特に類似した一般名が多いため特に注意が必要であることを薬局内で再度共有。	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
847	一般名処方の頭文字クロ2文字が同じなためクロベタゾール、クロベタゾンを間違えてピッキング、入力	最後まで薬品名確認していなかった	最後まで薬品名を確認して調剤する	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
848	２０２１年１１月某日、３歳女児にテレミンソフト２ｍｇが処方されたが、薬剤師Ａはアンヒバ坐剤２００ｍｇを調剤。薬剤師Ｂも間違いに気づかず監査し交付。数分後、アンヒバ坐剤２００ｍｇが減っていることに気が付き、間違い発覚となる。自宅に伺い、薬剤交換した。	夏場の温度対策として坐薬は冷蔵庫で保管していた。棚も変えて区別していたが、外装が似ている為、間違って調剤したものと考えられる。	外箱に目立つようにシールを貼り、注意喚起するようにした。室温保存の坐薬は保管場所を変えた。	テレミンソフト坐薬２ｍｇ	アンヒバ坐剤小児用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
849	一般名類似のため。	判断ミス、不注意のため、一般名類似に気が付かずおきた。	再度ミス起こさないように棚、調剤ミス確認メモとり、薬局内周知する。	トアラセット配合錠「ＤＳＥＰ」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
850	処方箋にてトラムセット配合錠調剤指示のところ、誤ってカロナール錠500ｍｇを調剤し、投薬時の服薬指導時に間違いであることに気付いた。	トラムセット、カロナール500とも頻繁に処方される薬であり、その似た剤型のイメージで誤って調剤してしまった。薬剤師が一人であったこともあり、二重チェックが働かなかった。	薬剤師が1人のときはほかの者も可能な限りチェックをし、ミスがすり抜けないようにすること。調剤する者も調剤し終わった後、必ず再チェックを行うこと。薬情の情報(名称や写真)と照らし合わせること。	トアラセット配合錠「トーワ」	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
851	一般名処方【般】スルピリド錠50ｍｇの処方をスピロノラクトン錠25ｍｇ「ＮＰ」でピッキング。監査時に間違いを発見し、スルピリド錠50ｍｇ「アメル」で調剤、投薬をした。	薬剤の棚が隣り合っていたため、間違って取り出してしまった。処方箋にこれ以外に４剤薬剤があったため、そちらに気が移ってしまった可能性あり。	棚の配列の変更など、薬品名が似ている薬剤の棚版の変更改善。薬剤をピッキングする薬剤師もその他の薬剤との関連、処方意図を考えピッキングを行う。	ドグマチール錠５０ｍｇ	スピロノラクトン錠２５ｍｇ「ＮＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
852	一般名：トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100ｍｇ処方であったが、ジェネリック変更時にトコフェロール酢酸エステルカプセル100ｍｇへ変更・鑑査投薬していた。後日、別患者・同処方にてジェネリック変更しようとした際に気付き発覚。	トコフェロール酢酸エステルカプセルをユベラNカプセルGEだと思い込んでしまった。入力・変換時にも気付かずそのままお渡ししてしまった。	一般名からジェネリック変更時は、対応薬品が正しいか確認する。成分名・薬品名が似ている薬剤については思い込まず、先発該当薬品について確認する。	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル１００ｍｇ「トーワ」	トコフェロール酢酸エステルカプセル１００ｍｇ「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
853	トコフェロールニコチン酸カプセル200ｍｇが処方であったが、トラニラストカプセル100ｍｇを調剤してしまった。投薬時に気づき訂正したため患者様に健康被害を与えることはなかった。	調剤鑑査を同一人物が行い、思い込みもあった。	必ず調剤鑑査は別々の人物が行うようにする。	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル２００ｍｇ「サワイ」	トラニラストカプセル１００ｍｇ「タイヨー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
854	処方せんではトコフェロール酢酸エステルカプセル１００が処方されていたが、薬局でのパソコン入力で誤ってトコフェロールニコチン酸エステルカプセル１００を入力し、ピッキング時や投薬時も間違ってトコフェロールニコチン酸エステルカプセル１００を集め渡した。患者に渡した後に間違いに気づいた。以前は、トコフェロールニコチン酸エステルカプセル１００を服用されていたので病院に確認したら、トコフェロール酢酸エステルカプセル１００ではなく、トコフェロールニコチン酸エステルカプセル１００の病院の記入間違いだった。	一般名が似ていたために以前と同じ薬がでているとの思い込みと、薬名一部分と規格部分にしか注意がいってなかった。そのために処方箋に書いてあったトコフェロール酢酸エステルカプセル１００ではなくトコフェロールニコチン酸エステルカプセル１００を患者に渡してしまい、病院の記入間違いに気づけなかった。	薬名中間部分にも注意をはらい薬名を口にだしていう	トコフェロール酢酸エステルカプセル１００ｍｇ「ＴＣ」	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
855	処方箋はトコフェロール酢酸エステルカプセル100「ファイザー」での処方だったが、薬局に在庫がなくユベラNカプセル100に変更の疑義照会を病院にしようとしたとこと、ユベラとユベラNは適応が異なり変更はできないことに気づいた。	100mgの規格はユベラN(トコフェロールニコチン酸エステルカプセル）の処方がほとんどで思い込みから起きた事例であると考えられる。	スタッフ全員にトコフェロール酢酸エステルとトコフェロールニコチン酸エスエルの適応症が異なることやこのような事例が起きたことを共有し再発防止に努める。	トコフェロール酢酸エステルカプセル１００ｍｇ「ファイザー」	ユベラＮカプセル１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
856	一般名処方でトコフェロール酢酸エステルカプセル100mgの記載。薬局には当該医薬品はなく、トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mgで調剤。監査で間違いに気づき過去処方を確認したところ、ユベラNカプセル100mgが処方されていたため処方箋の一般名に間違いがあると判断し医療機関に疑義照会。トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mgに訂正となった。	薬局に在庫がなかったが、類似した医薬品名の薬があったためそれで間違いないと思い込んでしまいピッキングの段階で間違いに気づくことができなかった。	当該医薬品の棚に「類似品名あり」の注意喚起をして、再発防止に務めた	トコフェロール酢酸エステル錠１００ｍｇ「ツルハラ」	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル１００ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
857	ユベラ錠をユベラNソフトカプセルと間違えました。	一般名処方の名称類似	思い込みの勘違いに対する話し合いをする予定です	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２００ｍｇ「ＴＣ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
858	トコフェロール酢酸エステル錠100ｍｇ４錠をトコフェロールニコチン酸エステル200ｍｇ２錠で入力して鑑査で見逃してしまった。	薬剤の知識不足一般名の類似	全スタッフに共有して事例の報告と名称類似の間違い防止（一文字間違いでも異なる薬であることの共有）の話し合いをしました。	トコフェロール酢酸エステル錠１００ｍｇ「ツルハラ」	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル２００ｍｇ「ＴＣ」		ヒューマンエラー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	在宅の方の一包化でメーカー間違い。	在庫の供給不安定などによるメーカー変更の重なりによる確認の抜け。	供給不足によりメーカーが多数あるものについての確認をより注意していく。	ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠３ｍｇ「ＫＯ」	ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠３ｍｇ「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
860	般）レボドパ・カルビドパL100配合錠で処方。ドパコール配合錠Ｌ１００をお渡ししないといけない所、イーシー・ドパール配合錠を誤ってお渡し。後日患者さんの方から連絡があり発覚。	ドパコール配合錠Ｌ１００とイーシー・ドパール配合錠が多く処方されていた日であったが、対象の患者さんの前にイーシー・ドパール配合錠が処方されていたので、類似名称の為、勘違いをして調剤したと考えられる。	規格の確認の徹底	ドパコール配合錠Ｌ１００	イーシー・ドパール配合錠		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
861	トフィソパム錠54錠お渡しのところ4錠テルミサルタン20ｍｇ「三和」が入っていたと患者様より連絡あり。留守にするため正しいものを郵送してほしいとのことで本来お伺いすべきところですが郵送で対応。	トフィソパム50ｍｇ「サワイ」とテルミサルタン20ｍｇ「三和」が同じ棚の同列にあり、包装が類似しているため返品する際にテルミサルタン20ｍｇ「三和」4錠を間違えてトフィソパム50ｍｇ「サワイ」の棚に入れてしまったのだと考えられる。	返品の際二人以上で確認しながら返品する。監査の際もヒート全てを確認するようにする。	トフィソパム錠５０ｍｇ「サワイ」	テルミサルタン錠２０ｍｇ「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
862	トフラニール錠10mgを間違えてアナフラニール錠10mgで投薬した。患者様からの指摘で発覚した。すぐに交換した。	名称類似で思い込みによる確認不足。	薬品シートの薬剤名と処方箋の薬剤名を突き合わして確認が必要。	トフラニール錠１０ｍｇ	アナフラニール錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
863	平素より薬局を使用している患者さんで、トフラニール10ｍｇが処方されているが、トリプタノール10ｍｇを間違えてお渡ししてしまった。その後、患者本人より連絡があり、お渡し間違えに気づき、交換しています。	薬局内に患者さんがたまっている状態で、定期処方の薬なので患者さんとの薬の相互確認を怠ったため発生。	患者さんとのお薬の相互確認の徹底。トフラニールとトリプタノールの薬棚が上下にあるので、少し離すようにする。	トフラニール錠１０ｍｇ	トリプタノール錠１０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
864	混雑時の営業時間外に施設入所患者の処方箋を調剤。本来は他のスタッフが事前にピッキングしてから一包化調剤するべきところ、調剤者が自らピッキング、ともに一包化機器のカセットにない薬剤で手巻き薬剤だった。調剤の途中で気づいた。	調剤後の監査があるとはいえ、一包化前のピッキングもできるだけ調剤者以外の監査受けてから調剤することとなっていたが、調剤者自らがピッキング後、調剤した。時間外の疲労が少ない時間帯であれば、調剤開始前に気づいた可能性は高い。	一包化機器にカセットがなく作成する薬剤は、忙しくても事前に監査受けてから調剤するようにする。ハイリスクな薬剤でもあり翌日朝に監査受けてから調剤（一包化作成）も検討してよかった事例であった。	トフラニール錠１０ｍｇ	トリプタノール錠１０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
865	トフラニール（１０）のところトリプタノール（１０）を投薬	ト・ル・ミリ数・薬効が同じにておもいこみにて間違って投薬	複数人による監査の必要性	トフラニール錠１０ｍｇ	トリプタノール錠１０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
866	トフラニール10mgが処方されたが、誤ってトリプタノール10mgが調剤されていた。薬局でPC上の在庫と実在庫を照らし合わせる数かぞえを行っている際に、数がトフラニールとトリプタノールで50錠ずつずれていたため間違いが発覚。交付前だったため、正しい薬剤に調剤し直した。	名称類似により、異なる薬剤の同一規格のものが調剤されてしまった。	名称類似による薬剤取り違えがあったことを周知。鑑査時薬袋の写真を実物を照らし合わせながら薬袋に入れるようにする。	トフラニール錠１０ｍｇ	トリプタノール錠１０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
867	日頃から当薬局を利用されている患者様。数カ月前、入院中に服用薬剤の変更があった。事例発生日、残薬調整のために、患者のご家族が処方箋と一緒に当薬局にて一包化された残薬をお持ちになった。残薬は入院前後のものが混同していたが、調製者はそれに気づかず同じ薬剤として調剤してしまった。鑑査時に気づき、投薬前に修正した。	就寝前の変更前後の薬剤は、色・形・大きさどれも似通っており、さらにどちらも識別番号が印字ではなく刻印されているタイプだった。閉局間際で疲れもあり、かつ、混雑していて当該患者家族を長時間お待たせしていて、調製者が焦りを感じていた。	一包化された薬剤、特に一回分ずつ切り離されているものは、常に中身が違う可能性があることを、調製者も監査者も念頭に置いておく。忙しい時ほどしっかり確認を行う。	トラゾドン塩酸塩錠２５ｍｇ「アメル」	エチゾラム錠０．５ｍｇ「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
868	〔般〕トラボプロスト・チモロール配合点眼液のところ、トラボプロスト点眼液を患者へお渡し。間違いに気付き、患者へ連絡。正しい薬と交換した。	一般名処方の確認不足により、名称が類似した薬を投薬してしまいました。	一般名処方の薬はメーカー名ではなく製品名の記入に変更しました。	トラチモ配合点眼液「ニットー」	トラボプロスト点眼液０．００４％「ニットー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
869	名称は似ているが、トラチモは室温保存で、ラタチモは冷所保存で全く別の場所での保管であるので、取り間違いはないとの思い込みにより、監査スルーしてしまった。翌日事務員がラタチモの在庫が合わないことに気づき、患者に連絡したが、幸い患者には残薬があり、間違った目薬を使用することはなかった。	名称は似ているが、トラチモは室温保存で、ラタチモは冷所保存で全く別の場所での保管であるので、取り間違いはないとの思い込み。	繁忙時間帯といえども、基本中の基本である処方箋の読み取り、確認をしっかり行うことを肝に命じる。	トラチモ配合点眼液「ニットー」	ラタチモ配合点眼液「センジュ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
870	3か月に1回来られる患者さんでトラチモ処方のところ、ラタチモを調剤・交付した。施設の看護師さんの指摘で発覚した。	ラタチモが処方されることが多かったのでラタチモと思い込んだ	薬歴の頭書きに注意喚起を記載する	トラチモ配合点眼液「ニットー」	ラタチモ配合点眼液「ニッテン」		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
871	トラチモ点眼処方。ラタチモ点眼投薬。	薬品名類似で急いでピッキングしそのまま投薬。	必ずダブル監査を徹底する。	トラチモ配合点眼液「ニットー」	ラタチモ配合点眼液「ニッテン」		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	
872	調整者がトラチモの所、ラタチモをピックアップしてしまい、監査者もそれを見逃してしまった。	忙しかったのもあるが、処方箋の見間違いが主な原因と、監査者がしっかり監査出来ていなかった。	もっと監査をしっかりする。	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
873	トラディアンス配合錠APで処方箋記載のところ、ジャディアンス錠１０ｍｇで取り違え。鑑査や交付の際にも気が付かずそのままお渡ししてしまった。	一時的に忙しくなったタイミングで取り違えており、調剤者、鑑査者共に慌てていたことが要因と思われる。	交付前に薬袋の印字や薬剤情報提供書の写真と見比べてからお渡しする。	トラディアンス配合錠ＡＰ	ジャディアンス錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
874	(正)トラネキサム酸錠剤250ｍｇ1日3回→(誤)カルボシステイン錠剤250ｍｇで調剤。	普段、カルボシステイン錠剤がよく出ているため、思い込みで調剤。シートも似ていて、規格が同じで勘違いした。	忙しいときでも、思い込みで調剤するのではなく、処方箋をしっかり確認して調剤するよう指導した。	トラネキサム酸錠２５０ｍｇ「ＹＤ」	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
875	風邪で久しぶりに来局、コロナ疑いのため電話で患者と対応。居残りで薬剤師、事務1人ずつ体制でいつもの風邪薬という慣れがありトラネキサム酸と隣にあったスピロノラクトンを取り違えていたことに気づかず、事務にチェックしてもらわず与薬してしまった。その翌日咽頭痛が改善せず疑問に思った患者が薬を確認したところトラネキサム酸ではなくスピロノラクトンが誤って入っていたことに気づいた。3錠飲んでしまっていたが患者には影響なし。お詫びして薬を回収しトラネキサム酸を渡した。	当事者が居残り業務を始めたばかりだったこと、いつも風邪薬で処方されるものだという慣れと思い込みで事務に確認せず与薬してしまったことが原因と考えられる。今回は患者に影響なかったが、患者に重大な健康被害が引き起こされる事例となる恐れがあった。	どんなに慣れた処方内容であっても必ず確認してもらうことを徹底する。	トラネキサム酸錠２５０ｍｇ「ＹＤ」	スピロノラクトン錠２５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
876	トラネキサム酸錠２５０mg　３錠分３５日処方で１５錠お渡しするところ、カロナール錠２００mgを１５錠お渡ししてしまった。１錠お飲みになった後、2回目の服用時に患者様が気付かれ、薬局に連絡が入り、全量お取替えをした。体調には変化ない旨を確認いたしました。	繁忙時の発熱外来患者様で、焦りが生じ、見慣れた処方に慢心があったと思われる。	外観の似たお薬ではなおのこと、しっかり薬品名の確認を行う。	トラネキサム酸錠２５０ｍｇ「日医工」	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
877	トランサミン錠を処方のところトラベルミン錠が処方せんに記載されていた。患者様の御家族に確認したところ、吐気の症状なく、乗り物酔いの薬も必要ないということで間違いに気づいた。	薬の名称が似ていて、パソコン入力の際に変換間違いをしたものと思われる。	患者さまの容態や、要望と一致したお薬がでているか、しっかり確認をすること。	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
878	整形外科よりトラマールOD錠25mgを含む処方せんを受け付ける。トラマールOD錠25mgのところトレリーフOD錠25mgをピッキングしてしまうインシデントが発生。トレリーフOD錠25mgのまま一包化調剤を行い、薬剤監査時に間違っていることが発覚。（全自動錠剤包装機の設置なし）	原因としては調剤者が集中力を欠いていた状態だったこと、そしてトラマールOD錠25mgとトレリーフOD錠25mgの医薬品名が類似していること。	類似した医薬品名だったため、安易に間違わないように調剤棚の錠剤ケースを離して配置していたがインシデントが発生。改善策としては、まずインシデントが起きたことを店舗スタッフに情報共有。スタッフで話し合った結果、トレリーフOD錠25mgの錠剤ケースにパーキンソン病治療薬であることが分かるように「パーキンソン薬」というシールを錠剤ケースに貼り付けることで注意喚起をおこなうこととした。	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
879	トラマールOD錠25mgをとらなければならないところを、トレリーフOD錠25mgをとってしまった。	薬剤の名前が似ていたため。	2つの薬を近くに置かない。取り間違え注意などと書いたシールを貼っておく。薬局内で、取り間違いがあったことや具体的な薬の名前を共有する。	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
880	トラマールOD錠25ｍｇを調剤するところ、トレリーフＯＤ錠25ｍｇを調剤したことに気が付いた。他科と一緒に一包化していたので、残りを持参されて発覚した。	同じ病院の耳鼻科と整形外科を一緒に一包化している。同じ日に受診していないので、持参薬を持って来られ、一緒に一包化している。慢心していた。同じような薬品名のため気が付かなかった。	しっかり薬品名を確認して調剤する。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
881	トラマールOD25mg錠　と　トレリーフOD25mg錠　と取り間違えて調剤し交付。交付10分後に間違いに気付き携帯に電話。すぐ薬局に引き返してくれたため、正しい薬と交換した。	トラマールOD25mg錠　と　トレリーフOD25mg錠　は名称が酷似している上に、あいうえお順に並べている薬品棚では隣り合わせのため勘違いをしてしまった。	当薬局ではあいうえお順に薬品を並べているが、この二つの薬を離して陳列するようにした。（段違いで棚の左右の端に）	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
882	トラムセットを間違えてトラマールをとってしまった	頭文字３文字までに注意する	棚に擬似薬を記載する	トラムセット配合錠	トラマールＯＤ錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
883	トランサミンＳｙとカルボシステインＳｙの混合の処方に対し、トランサミンＳｙではなく、アスベリンＳｙを調剤してしまった	アスベリンＳｙとカルボシステインＳｙの混合の処方が非常に多く、今回も思い込みで、そうだと思い、トランサミンＳｙに対してアスベリンＳｙを調剤してしまった。	手順として、調剤前に薬品の瓶を並べて確認することとした	トランサミンシロップ５％	アスベリンシロップ０．５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
884	トランサミン錠250mg3錠1日3回14日分処方で42錠お渡しするところ、トラニラストカプセル100mg「トーワ」を42カプセルお渡ししてしまった。調剤後患者様の電話により発覚。まだ服用していなかったので交換対応になりました。	自動払い出し機のBDRowaを採用しており、医薬品管理をバーコードで行っています。調剤後、バーコードシールを貼る作業があり、その際に貼り間違えが起こったものと思われます。薬品名の前2文字は同じですが、見た目や形状は違うため鑑査をしっかり行えば防げたミスです。	調剤後のバーコードシールの貼り間違えを防ぐ。自動払い出しを過信せず、しっかりと監査を行う。	トランサミン錠２５０ｍｇ	トラニラストカプセル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
885	トリアゾラム0.125mgと0.25mgを取り違えた	処方箋の改行部分により、末尾の25に注目してしまったため、0.125のところを0.25で調剤してしまった。同様のミスをレセコン入力者もしてしまったため、投薬担当の薬剤師のところまで回ってしまった。通常、バーコード管理をしていて、投薬担当者までミスをしたまま薬剤が回ることはないが、ミスが重なてしまったため、投薬担当者まで回ってしまった。	各担当者が、記載事項の詳細の確認を複数回行うことを徹底	トリアゾラム錠０．１２５ｍｇ「ＥＭＥＣ」	トリアゾラム錠０．２５ｍｇ「ＥＭＥＣ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
886	【般】トリアゾラム錠0.25mgのところ間違えて「ブロチゾラム錠0.25mg「サワイ」」で調剤。錠剤監査システムで入力内容との照合をしたところエラーが出て、調剤が間違っていることを調剤者（当事者）が発見して調剤し直した。	どちらも門前医療機関で良く出る処方であり、調剤者も経験も勤務年数も長いため慣れによる慢心や注意力不足だったと思われる。また、名称も末尾の「ゾラム錠0.25mg」は全く同じなのでしっかり確認せずに思い込みで調剤してしまったと思われる。	過去に何度も事例として上がってるわけではないが向精神薬でありハイリスク薬のため特に調剤に注意が必要。まずは情報共有をして最後まで処方箋の薬品名を見るように注意喚起する。今後事例として何度も上がってくるようなら薬品棚の配置、注意喚起の札を貼るなど棚を工夫するなどを検討し実施する。	トリアゾラム錠０．２５ｍｇ「ＣＨ」	ブロチゾラム錠０．２５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
887	薬情にはトリアゾラム0.25mg「TKC」が表示されていたが、調剤されたのは「EMEC」のもので外観が著しく異なっており、患者を混乱させる可能性があった。	従来から採用しているトリアゾラム0.25mg「TKC」が入手困難になったため、急遽「EMEC」を採用した。他にも同様のケースがたくさんあり、入力者が混乱した模様。薬を交付する時に従来のものと明らかに外観が異なるために発覚。このまま渡していれば、患者が混乱してしまう可能性があった。	印字された薬袋の薬の情報は成分だけでなく、メーカー名もしっかり確認すること。入力者と調剤者は、調剤時にメーカー変更の旨をしっかり伝えること。	トリアゾラム錠０．２５ｍｇ「ＴＣＫ」	トリアゾラム錠０．２５ｍｇ「ＥＭＥＣ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
888	トリクロルメチアジド錠1mgが処方されていたところ、誤ってヒドロクロロチアジド錠12.5mgをお渡ししてしまった。	患者様は定期的に来局されていたが、検査の関係で予定よりも大幅に早い来局となった。正しい医薬品のトリクロルメチアジド錠1mg、誤って調剤してしまったヒドロクロロチアジド錠12.5mgはどちらも服用している患者様が少なく、ヒドロクロロチアジド錠12.5mgは在庫が2錠しかなかった。薬局ではバーコードを利用した調剤監査システムを利用していたが、在庫の2錠にはバーコードがない部分であった。普段は必ずバーコードを用いて確認しているが、この時は監査システムが利用できなかった。また患者様もいつも通りだろうと思っており、きちんと確認しなかった。帰宅後、いつもと違う薬と気づき、服用前に交換させていただいた。	間違えやすい医薬品は注意喚起の付箋を貼る等して、全員で注意する。	トリクロルメチアジド錠１ｍｇ「トーワ」	ヒドロクロロチアジド錠１２．５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
889	今回処方分より定期分にトリクロルメチアジド1mgが追加。一包化の予製から作り直しになり監査者と確認して分包できたが、その後手持分と日数合わせるため追加になった6日分をトリクロルメチアジドではなく隣の薬棚にあたスルピリドを誤って取り違えそれに気づかず分包して監査者へ回し、監査者も気づかず患者へ渡ってしまった。1週間後患者の入居している施設の職員より電話があり患者がハイテンションになったことを疑問に思い薬を見ていたところ一包化されている薬の中にトリクロルメチアジドではなくスルピリドが入っていたことに気づいた。その後一包化している薬をいったん預り確認後返却しお詫びをした。スルピリド4錠服用してしまっていた。その後患者は症状改善した。	普段3人体制で業務しているが1人長期休みになり、その日は患者が多く勤務状況が繁忙で焦り、注意散漫により分包前に確認を怠ってしまったことが原因と考えられる。患者は幸い重症には至らなかったが薬によっては重大な健康被害を引き起こす調剤過誤になっていたと考えられる。	どんなに勤務状況が繁忙で人数が少なくても分包前後、投薬前に必ず確認することを徹底した。	トリクロルメチアジド錠１ｍｇ「トーワ」	スルピリド錠５０ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
890	トリウロルメチアジド2ｍｇの処方を誤ってアトヘキシジェニジル2ｍｇと勘違いし入力した。薬剤調整者が他剤が入力されていることに気づき修正指示した。	煩雑な時間帯でもあり、薬品名が似ており規格もおなじだったことから思い込みをしたと考えられる。	薬品名一致の再確認を行うよう改善。	トリクロルメチアジド錠２ｍｇ「ＪＧ」	トリヘキシフェニジル塩酸塩錠２ｍｇ「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
891	ピッキングを行う際に頭文字が類似した医薬品を誤調剤してしまった。監査は当事者ともう1名の薬剤師で行ったが、ミスに気づけず投薬し患者は自宅で1回服用してしまった。2日後に発覚し直ちに連絡したところ、体調には問題ないとの事。	調剤時や監査時に錠数にばかり注目してしまい名称の確認が不十分であった。当日、画像による鑑査システムが不調ですぐに確認できなかったことも発覚が遅れた一因である。調剤を行った者が鑑査にもかかわっていたことも原因の一つと考えられる。	調剤におけるマニュアルの確認、社内のスタッフ全員への周知を行う。	トリクロルメチアジド錠２ｍｇ「ＮＰ」	トリヘキシフェニジル塩酸塩錠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	
892	両方の薬剤はよく処方されているため、ピッキング時に取り間違えた。他の薬剤師の監査がなかった。	両方の薬剤が薬品棚の近くにあったこと。	ピッキング時の監査を確実に行うこと。	トリノシン腸溶錠６０ｍｇ	マインベース錠５０小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
893	トリンテリっクスを服用するところをトリアゾラムで出されており数週間服用していた。体調が悪いと感じていたようだが、気付かず服用を続け、再受診時に違いに気づき発覚した。幸い眠剤の副作用による事故は見られなかった。体調変化は不眠が主な症状で、トリンテリックス中断による可能性も否定できない状態であった。	特に繫忙時間帯でも重い処方でもなかった。営業終了間近で処方が軽かったため、調剤監査を省略してしまった可能性が考えられる。発覚まで数週間を要したため、誰も当日の記憶がなく細部は不明。	繁忙時間帯であってもなかったとしても、また、処方の内容に関わらず同じ方法のダブルチェックを徹底するよう店舗内で共有した。通常の監査に加えて、薬情の写真と薬を並べ合わせて監査する作業を追加した。	トリンテリックス錠１０ｍｇ	トリアゾラム錠０．１２５ｍｇ「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
894	トリンテリックス10mg半錠の所、トリンテリックス20mg半錠で入力が行ってしまっていた鑑査時に発覚	トリンテリックスの名前だけで判断して入力してしまったよう	入力時には最後自分で確認するクセをつけていく	トリンテリックス錠１０ｍｇ	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
895	一人店舗で新患2名が重なり慌ててPC操作を行い、確認が不十分のまま投薬した。	PC入力時類似の名前があるのを念頭に置いて入力する。慌てていても監査はちゃんとする。	二次元コードがある処方箋は積極的に二次元コードで入力する。裏打ち確認をすぐするのではなく、落ち着いて新鮮な気持ちで確認する。	トルソプト点眼液１％	コソプト配合点眼液		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
896	トレシーバ注フレックスタッチ2キット調剤すべきところ、以前に処方されたビクトーザ皮下注２キット入り1箱を調剤。監査機もそのまま通ってしまい、別の薬剤師の監査で、間違ったビクトーザ皮下注を発見する。	調剤者は以前に処方されていたビクトーザ皮下注とトレシーバ注フレックスタッチを勘違いしたことと監査機がトレシーバ注フレックスタッチの箱とよく似たビクトーザ皮下注の箱の区別がつかないことを知らなかったことが背景にあるようです。	インシュリンを監査するときは箱ではなく、バーコードで監査するように変更。監査者は監査機が通っていても安心しないで監査するように徹底しました。	トレシーバ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	
897	トラゾドン錠25mgの箱がトレドミン錠25mgの棚に入っていた可能性がある	入庫したとき、間違って棚に置いたか？調剤で開封したとき、返し間違ったか？？	きちんと確認して返却する調剤時複数の目で確認する	トレドミン錠２５ｍｇ	トラゾドン塩酸塩錠２５ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
898	調剤時、トレドミン錠50をトラゾドン錠50にとりまちがえた。	確認不足	調剤棚に分かりやすく、注意喚起のフダとりつけた	トレドミン錠50	トラゾドン錠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
899	トレリーフOD錠25mgを調剤するべきところ、トラマールOD錠25mgを調剤したが鑑査により発見され、交付には至らなかった。	トラマールOD錠25mgとトレリーフOD錠25mgはともに門前医療機関から良く処方される薬剤であり、過去にもインシデントが起こった組み合わせであった。そのため、両薬剤のカセットを隣り合わせにしてくっつけることで名称類似の薬剤であることを意識できる環境を作っていた。薬剤師間では上記の内容は周知されていたが、今回ピッキングを行ったのが事務員であり、上記の対策を正しく理解しておらず、ピッキングを行ってしまった。	インシデントや過誤に対して作成したルールは事務、薬剤師を問わずに周知する。	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
900	一包化調剤の際トレリーフOD25ｍｇを分包するところおなじ引き出しにあったトラマールＯＤ25ｍｇを巻いてしまい監査でも発見できず投薬してしまった。	通常時は二重監査を行っているが、頻雑時間だった為1度の監査で投薬してしまい調剤事故になってしまった。	二重監査の徹底また薬の箱に取り間違え注意のポストイットを貼り再発防止に努めようと思います。	トレリーフＯＤ錠２５ｍｇ	トラマールＯＤ錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
901	【般】トロキシピド錠100の処方。当薬局でよく出るドプス錠100と間違えて調剤。お薬をお渡しするまでに気づき変更した。	【般】トロキシピド錠100の処方で、ドプスの一般名は【般】ドロキシドパ100。名前が似ており取り違えた	間違えやすい薬であると周知し、最初の文字は違うので、よく確認することとした	トロキシピド錠１００ｍｇ「オーハラ」	ドプス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	
902	ナラトリプタン2.5ｍｇを調剤するところ誤ってナルフラフィンOD2.5ｍｇを調剤し交付してしまった。当日ナラトリプタンの在庫が有っていないことに気付き調剤ミスを発見、幸い患者さんは服用しておらず患者宅に薬剤の交換とお詫びをしてきました。	お昼休憩であったが、3人薬剤師が残っていたにもかかわらずダブル監査をしていなかったのが、ミスにつながったと思います。	局内のマニュアル通り行うことが出来たと思うので、以降はそこを徹底していこうと思います。	ナラトリプタン錠２．５ｍｇ「ＫＯ」	ナルフラフィン塩酸塩ＯＤフィルム２．５μｇ「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
903	ナルサス錠、ナルラピド錠の、複数規格の処方について、今回からの増量分の手入力を、誤って選択し登録。	入力者は転勤してまだ不慣れな職員であった事、処方監査では在庫に気を取られて入力内容の確認不十分であったこと、調剤は処方箋に基づき正しく行ったが、調剤監査ではまた欠品の数の確認に気を取られてしまったため、薬袋の名称が正しくないことに気付かず、投薬に回してしまった。	入力、確認業務の徹底。特に不足があるなどイレギュラーな場合。	ナルサス錠２ｍｇ	ナルラピド錠２ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
904	調剤時、ニセルゴリンをピッキングしなくてはいけないところを、ニコランジルで調剤してしまっていた。	薬品名を正しく確認できていない確認不足により起きていると思われる	店舗内で薬品名を声に出しながらピッキング、ピッキング後も処方箋と照らし合わせて最終確認するように促しています	ニコランジル錠５ｍｇ「サワイ」	ニセルゴリン錠５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
905	当薬局は調剤棚の順番をアイウエオ順にしているが、ジェネリック医薬品の一般名+「製造会社名」という名称変更に伴って今まで並んでいなかった、ナ行の「ナフトピジル」隣に、ニで始まる「ニコランジル」が並んだ。泌尿器の患者が多い薬局において「ナフトピジル」は汎用されているため頻繁にPickするが、ニコランジルはあまり処方されないため、ニコランジルが処方された患者に「ナフトピジル」をピッキングしてしまった。監査時発見し、投薬には至らなかった。	アイウエオ順で調剤棚の位置を決めている場合、GEの変更に伴い、開局当初に間違いないように配慮し、従来類似名称に該当しないものが並んでしまうことがある。	該当医薬品の棚位置を変更し、他の事例がないか確認した。この事例を局内職員に共有した。	ニコランジル錠５ｍｇ「トーワ」	ナフトピジルＯＤ錠７５ｍｇ「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	
906	11/19患者の娘さんが、母（患者）が飲んでいる薬がいつもと違うと来局した。9/9に投薬した63日分のニザチジン錠150mg「YD」と間違ってトラネキサム酸錠250mg「YD」を渡したことが発覚した。持参したトラネキサム酸錠250mg「YD」の残数は4Tであり、ほぼ62日間服薬したことになる。	両剤は、同じメーカーの医薬品であり、外箱の大きさやデザイン等がかなり類似しているため、入庫したトラネキサム酸錠250mg「YD」をニザチジン錠150mg「YD」の引き出しに並べてしまい、それを気づかずピッキング、126T必要だったため、トラネキサム酸錠250mg「YD」の100T包装とニザチジン錠150mg「YD」を26T輪ゴムでとめたため、監査する薬剤師も気づかず、そのまま投薬してしまった。	これまで以上に注意してピッキングや監査を行うことはもちろんだが、再発防止のため、トラネキサム酸錠250mg「YD」を他メーカーのトラネキサム酸錠250mg「日医工」に採用変更することにした。これによって、ニザチジン錠150mg「YD」と同じ引き出しに入れることはなくなるため、その後のピッキングミスや監査ミスも防げると考える。	ニザチジン錠１５０ｍｇ「ＹＤ」	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
907	ニザチジンをピッキングしなければならないところを誤ってチザニジンをとってしまった。	前の患者にチザニジンが処方されていたこと、繁忙な時間帯であったことが重なって起きてしまった。	処方箋の確認の徹底、棚位置の変更、取り違え注意のシールを該当薬に貼って対応。	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
908	一般名処方（般）ニザチジン錠150mgが処方された。これに対して調剤薬剤師は名称の類似しているチザニジン錠1mg「サワイ」を調剤してしまった。監査の薬剤師が過誤に気づき、患者には正しい薬ニザチジン錠150mg「YD」が投薬された。	今回の事例では、規格をよく見ていなかったことや類似薬に対する意識が足りなかったことが過誤の背景にあった。	ピッキングの際には規格と類似薬に対する注意喚起を職員に実施する。また、ニザチジンとチザニジンの棚に注意喚起を行うポップアップを付けた。	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
909	一包化するにあたり、ピッキングの間違い。	漫然とした調剤。	一包化する前に、ピッキングされた薬の監査。→調剤→薬が出された後のヒートでの監査。目視での監査。投薬時の監査。４重監査の徹底。	ニセルゴリン	ニコランジル		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
910	ニセルゴリン錠の処方であったが、ニコランジル錠で調剤してしまった。	似た名前で、取り違えてしまった	ニセルゴリンとニコランジルの双方の薬品棚に注意喚起の紙を貼付	ニセルゴリン錠５ｍｇ「ＮＰ」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
911	一般名でニセルゴリンが処方されているのにニコランジルをピッキングし一包化薬として調剤。監査時に発見し作り直した。	忙しい時間帯でピッキング時の確認が疎かになっていた。	各薬剤に薬効ラベルを貼付し位置も変更した。	ニセルゴリン錠５ｍｇ「サワイ」	ニコランジル錠５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
912	ニセルゴリン(脳梗塞後遺症に伴う慢性脳循環障害による意欲低下の改善)処方だが、ニコランジル(狭心症)でお渡ししてしまった。	名前、規格、包装が似ているので確認が曖昧で適応が全然違うにも関わらず間違えてお渡ししてしまった。	監査時、投薬時薬名をきちんと確認する。棚が近いので、エリアを別のところにする。	ニセルゴリン錠５ｍｇ「サワイ」	ニコランジル錠５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
913	一般名処方ニセルゴリン錠５ｍｇで処方されていたが、ニコランジル錠５ｍｇで調剤していた。	当薬局ではニコランジルのほうが処方が多いので、思い込みで調剤してしまった。	注意喚起のメモを貼った。当該患者にも注意喚起のコメントを入れた。	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
914	ニセルゴリンの処方であったのにニコランジル（狭心症薬）の薬剤を投薬しそうになった。	患者さんが多く煩雑になり薬剤を取り間違えた。	今回はダブルチェックで患者さんに投薬される前に気づいたので今後も薬剤師やスタッフと確認、チェックを十分に行い投薬に心がける。	ニセルゴリン錠５ｍｇ「サワイ」	ニコランジル錠５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
915	ニセルゴリンの処方に対してニコランジルで一包化調剤、監査者も気がつかずそのまま交付した。他薬局の薬剤師が薬品取り違いに気がつき当薬局に連絡があり発覚した。患者の服用前であり正しく調剤したものと差しかえした。	通常より日数が長く処方され焦ってよく確認せずに調剤したことが要因。	一包化なので一包化前のピック段階での確認を徹底する。	ニセルゴリン錠５ｍｇ「サワイ」	ニコランジル錠５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
916	ニセルゴリン錠5mg「サワイ」でピッキングすべきところ、ニコランジル錠5mg「トーワ」でピッキング。監査を行った別の薬剤師が間違いに気づいた。	規格が一緒、ヒートのデザインが似ている、「ニ」から始まって文字数が一緒といった要因で誤りが起きたことが考えられる。	まず、集中して丁寧に調剤業務を行うことを徹底する。また、名称が類似していることについて注意喚起の札をつけることを検討する。	ニセルゴリン錠５ｍｇ「サワイ」	ニコランジル錠５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
917	ニセルゴリンとニコランジルの取り間違い。入力は正しく出来ていた。ピッキング、一包化と１人の薬剤師が行い、ダブルチェックを行わなかったため、薬を取り違えたまま一包化してしまった。監査者、交付者共に間違いに気付けず、そのままお渡ししてしまった。翌日間違いに気付き、患者が薬を服用する前に正しい薬と交換した。	ニセルゴリンとニコランジルが同じ棚、同じ区画に保管されていた。共に規格が５ｍｇで、メーカーもサワイと同じだったため、思い込みで調剤をしてしまった。	棚番を分けて保管し、箱に注意喚起の紙を貼った。一包化の際のダブルチェックの実施を、再度徹底した。	ニセルゴリン錠５ｍｇ「サワイ」	ニコランジル錠５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
918	ニセルゴリン錠5ｍｇの処方をニコランジル錠5ｍｇをピッキング。ピッキング監査機器で取り間違いが発覚。	名称類似の医薬品に注意し、監査機器の使用の徹底。処方入力時にも注意が必要。	調剤録で処方入力チェックと監査機器の使用の徹底。名称類似薬には保管している棚または引出し等に注意喚起を記す。	ニセルゴリン錠５ｍｇ「トーワ」	ニコランジル錠５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
919	在庫が合わず、確認したところ、ニコランジルとニセルゴリンの数量が異なったため、薬を取り違えていることに気付いた。	薬棚がニセルゴリンとニコランジルが上下にあった。	薬棚を上下から少し離しておくようした。	ニセルゴリン錠５ｍｇ「トーワ」	ニコランジル錠５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
920	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を調整し、監査時に気が付かず、投薬時に気が付き、交換させて、患者さんにお渡しする前に交換させて頂きました	ニセルゴリン錠に比べ普段からニコランジル錠の処方量が圧倒的に多く、５ｍｇという規格も同一であり、ニコランジル錠と思い込んで調剤してしまったと思われる。普段の処方量にとらわれていて、監査もスルーしてしまったと考えれます。	ニコランジル錠の薬棚に、類似薬ありと記入し、ニセルゴリン錠の薬棚にも注意と印をつけ、以後同じミスをしないように気をつけております。	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
921	ケトコナゾールクリーム、ヘパリン類似物質軟膏の一般名処方をコンピューター入力で薬剤の選択間違いをし、ケトコナゾールローション（ニゾラールローション）とヘパリン類似物質クリーム（ヒルドイド）でピッキングした。薬剤師は入力の間違いに気づき、修正し正しい薬剤を交付した。	普段、QRコード付きの処方箋が90％以上であるが、当該処方せんはバーコードがなく、入力者の思い込みで薬剤の選択を誤った。	QRコードがない処方せんの場合、薬剤の選択ミスが起きやすいので、同一成分の薬剤について規格違い、剤形違いの事例をあげ、薬局内で情報共有をした。	ニゾラールクリーム２％ ヒルドイドソフト軟膏０．３％	ニゾラールローション２％ ヒルドイドクリーム０．３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
922	継続して来局されており、ケトコナゾールクリームを1年ほど継続使用されていた。今回ご家族の希望もあり剤形違いのケトコナゾール外用液で処方されていたが、見落としケトコナゾールクリームで入力・監査。投薬時にご家族様に説明している際に間違いに発覚。入力変更し正しい外用液でお渡しした。	定期薬と思い込んで、前回と同じ薬と思い込んで細部まで確認が疎かになってしまっていた。	薬品名・剤形・規格まで必ず毎回確認すること。	ニゾラールローション２％	ケトコナゾールクリーム２％「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
923	ニトラゼパム（５）JGを調剤すべきところエチゾラム（５）JGを調剤し、そのまま交付してしまった。後日向精神薬の在庫量チェックをしていて気づいた。患者は手持ちがあり、間違えを連絡した日の就寝前から服用するつもりであり、まだ開封していなかった。	同じ置き場所に保管していて、普段エチゾラムを調剤する頻度の方が高かった。いつもの処方の他に、今回はトラマゾリン点鼻の処方があり、そちらの監査に気をとられてしまった。	ニトラゼパムの保管場所をエチゾラムとは別の置き場所に変更した。	ニトラゼパム錠５ｍｇ「ＪＧ」	エチゾラム錠０．５ｍｇ「ＪＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
924	一般名：ニトラゼパム５ｍｇで処方のところ、ピッキング時に誤ってニコランジル錠５ｍｇを調剤。その後中間監査者が気づき患者様まで薬が渡ることはなかった。	規格（５ｍｇ）や頭文字（ニ）が同じことや、処方が出ることの多いため誤ってニコランジル５ｍｇを拾ってしまった。医薬品名はすべて確認する。	調剤に入る際、流れで判断せずに薬品名や規格、用法用量など、基本的な確認部分が疎かにならないよう周知。	ニトラゼパム錠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
925	一般名処方でニフェジピン徐放錠10ｍｇ（12時間持続）からニフェジピン徐放錠10ｍｇ（24時間持続）への変更であったが、2錠1日2回の処方であたため、前回のままで入力、調剤をした。	繁忙時間であり、事務、薬剤師ともチェックがおろそかになった。	忙時間であっても、ダブル、またはトリプルチェックを行うようにする。	ニフェジピンCR錠10ｍｇ	ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「ＫＰＩ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
926	ニフェジピン徐放錠　24時間持続　2錠分2が処方されていた。今回から当薬局で調剤になったが、薬の情報提供時にはニフェジピンL錠が薬情に記載されていたため、分２でもあるので12時間持続の選び間違いと決めつけ入力、集薬を行った。投薬前に疑義照会を行ったところ、意図的にその内容への変更であるとのことだった。在庫もなくそこからの準備になってしまい、余計な時間がかかってしまった。	分２用法であること、以前は12時間持続の薬剤を使用していたことから　入力時での疑義照会を怠り、結果的に準備に時間がかかったため、患者さんへご迷惑をかけた。	当たり前のことではあるのですが、少しでもおかしいと感じた際にはすぐに疑義照会を行うこととした。	ニフェジピンＣＲ錠１０ｍｇ「ＮＰ」	ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
927	一般名類似	ニフェジピンCR　12時間製剤　と24時間製剤のまちがえ	薬歴の確認　疑義紹介	ニフェジピンＣＲ錠１０ｍｇ「ＮＰ」	ニフェジピンＣＲ錠２０ｍｇ「ＮＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
928	ニフェジピンＣＲ２０ｍｇを取るところをニフェジピンＬ１０ｍｇと取り間違え	繁忙による確認不足が原因。	ダブルチェックの再徹底。	ニフェジピンＣＲ錠２０ｍｇ「日医工」	ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
929	調剤時に、40ｍｇの規格には注意したものの、同じ降圧剤のため思い込みからニフェジピンのところ誤ってオルメサルタンをピッキングし、その後の一文字監査を怠り、監査者へまわした。監査者は、すぐに間違いに気がついたため、患者へは正しい薬剤の交付ができた。	当該薬局にある高圧剤で規格が40ｍｇのものにニフェジピン、オルメサルタンがあり、どちらも頻度的には同程度処方されていた。調剤時に薬剤師は慢心と思い込みで別の成分の薬剤をピッキングした。処方自体は2種類と少なく、混雑時ではなかったため、慣れと安心感から一文字監査を怠った。	調剤時、監査時の一文字監査を徹底投薬時には患者と処方薬の確認を一緒に行う終礼時にヒヤリハットを報告し、スタッフ全員に周知する	ニフェジピンＣＲ錠４０ｍｇ「トーワ」	オルメサルタンＯＤ錠４０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
930	ニフェジピンＬ１０ｍｇ「ＫＰＩ」でのお渡しをしたが、レセコン入力がアダラートＬ１０ｍｇで入力されていた。	ＧＥの供給問題により先発品や後発品が混ざって処方されていてスタッフ間の情報共有不足が要因だったと考えられる。また、一包化の患者で前回の処方から変更があり変更点の方に集中してしまい、入力ミスに気付けなかった。	ＰＴＰの外観も似ているもののため、特に注意して鑑査する。入力の変更点も調剤録で確認できるようにする。	ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「ＫＰＩ」	アダラートＬ錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
931	処方せん上、【般】ニフェジピン徐放錠、二段目に10ｍｇ（12時間持続）と記載あり、用法が1日1回寝る前、追加処方になっていた。処方せん入力時、「徐放錠」で用法が1日1回であることでCR錠と判断、ニフェジピンCR錠と入力、調剤者も監査者も処方せんと照らし合わせず入力されたのを見て調剤、投薬をしてしまった。次回処方せん受付時に気がつき医師に確認、1日1回服用でも（12時間持続）の薬であると確認、今回は（12時間持続）の薬で投薬するよう指示。患者にも服用での影響はなかったと確認、医師にも状況をお伝えした。	処方せんの記載が二段に分かれていて把握しにくかった事、1日1回の用法だったためCR錠との思い込んでしまった事、同じ処方内に他の薬剤についての疑義照会があり、そちらに気をとられていた事、入力を見ての調剤・監査をして処方せんと照らし合わせての調剤・監査を怠った事、1日に中で最も繁忙に時間帯だった事、などが重なってしまった。	特に一般名処方については処方せん監査時に規格、剤型などに注意をする具体的には　12時間持続の徐放であっても医師の意図で1日1回服用のこともある為　思い込みをせず処方せん監査時に処方意図を読み解く	ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「日医工」	ニフェジピンＣＲ錠１０ｍｇ「ＮＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
932	継続している薬剤であったが、門前薬局が休業のため臨時で当薬局を利用された事例。処方箋には「（般）ニフェジピン10mg（１２時間持続）」と記載されていたが、ニフェジピンCR錠10mg（２４時間持続）でレセコンを入力し、調剤。監査時に気づき、ニフェジピンL錠10mg（１２時間持続）に訂正した。	レセコンへの入力としては初回であり、また薬剤数が８種類と多かったこと、また一包化調剤であったため、入力業務時の操作が多かったことが原因として考えられる。	・特に規格違い等の間違いやすい部分は、鉛筆で薄くまるをつけるなど強調する。・引き続き、入力・調剤・監査の担当者は別にする。・お薬手帳にて履歴を確認し、そちらでも入力（処方）と齟齬がないかを検討する。	ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「日医工」	ニフェジピンＣＲ錠１０ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
933	前回まで当該薬品はニフェジピン除放錠10mg（12時間持続）の記載であったのが、ニフェジピン除放錠10mg（24時間持続）と変更されていた。レセプトは入力者のタイピングでこの処方は行っていた。前回DOと思い違い、そのまま処方まで行く。この患者さんは施設入所でお渡し後、次の日発覚。処方医に連絡をしたところ、今回の処方を戻すことで、次回変更でもいいとの連絡をもらう。施設には前回と同じで飲んでくださいということで連絡済	ニフェジピン除放錠をあまり扱う機会がなかったこと、「L錠」と「CR錠」との違いが、一般名だと「12時間持続」と「24時間持続」以外は同じである事。この頃の処方箋にはQRコードがついており、普段応需している処方箋はQRコードがついているが、今回の処方箋はなく、事務員のタイピングで確認しており、細かいところまでの確認をしていなかったこと。（読み取りで一般名や薬剤名をだせてしまうため確認する時間を減らしてしまっていること）その後の調剤や、監査でも同様に確認を怠っていたため。	ニフェジピン除放錠については特に確認を行うようにした。QRコードなど、読み取りのない処方箋に関しては監査の数を増やすこととした。	ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「日医工」	ニフェジピンＣＲ錠１０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
934	ニフェジンの一般名処方で12時間の記載を見逃してCRで調剤をおこなった	忙しい時間帯と、業務の疲れがあり注意を怠った。普段、CR錠の調剤が多く注意が散漫となった	一般名処方の特に、12時間・24時間型の一覧を作成し目のつくところに掲示する	ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「日医工」	ニフェジピンＣＲ錠１０ｍｇ「ＮＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
935	月に1回の受診で、12月はニフェジピン徐放錠10mg24時間持続が処方され、ニフェジピンCR錠10mg「サワイ」で調剤していたが、1月はニフェジピン徐放錠20mg12時間持続の処方になっていた。mg数が上がったと本人のお話もあり、12時間持続に変更されていることに気づかず、ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」で調剤してお渡ししてしまった。2月来局時も間違いに気づかず、処方は12時間持続であったが、ニフェジピンCR錠20mgでお渡しした。3月来局時に間違いに気づき、医師に連絡、間違いの経過をお話し、今回は処方通りにとのことを確認して、ニフェジピンL錠20mg「サワイ」で調剤した。	ニフェジピン徐放錠の一般名表記に12時間持続、24時間持続があり、製剤が異なることを周知できていなかった。12時間持続製剤の在庫がなかったこともあり、在庫のあるCR錠を調剤、入力も履歴のあるCR錠を入力してしまい、２回に渡って監査時も間違いに気づかなかった。	処方箋と入力内容のチェックの徹底。mg数他一般名に含まれる数値も、もれなくチェックする。製剤名に対応する一般名について職員に周知徹底する。	ニフェジピンＬ錠２０ｍｇ「サワイ」	ニフェジピンＣＲ錠２０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
936	ニフェジピンＬ錠２０ｍｇ「サワイ」に ニフェジピンＬ錠10ｍｇ「サワイ」が2錠まじっていたことに気づかずピッキングしていた。	自己鑑査時に2錠薬が少なかったので急いでピッキングした薬が ニフェジピンＬ錠10ｍｇ「サワイ」だった	薬の名前よく見てピッキングします。	ニフェジピンＬ錠２０ｍｇ「サワイ」	ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
937	レセコンを入力する際に”20mg”へ処方変更されていることに気が付かず、DOで処方入力を行ってしまった。その際に監査者も気が付くことができず、そのまま患者様へお渡ししてしまった。処方箋と調剤録の確認を行っていた際に、規格が違うことに気が付き速やかに患者様に連絡をし、謝罪。服用前ということもあり、当日中に患者様のご自宅へ伺い、正しいものと交換を行った。	DOで処方入力した際に、あっていると思い込んでしまったのが要因。	DOで処方入力を行った際、規格が変わっていないか、用法容量が変わっていないかをきちんと確認する。	ニフェジピンＬ錠２０ｍｇ「トーワ」	ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
938	処方内容はニフラン点眼液0.1%(ブロムフェナクNa点眼液0.1%「日新」)であったところを誤ってプラノプロフェン点眼液0.1%「参天」で調剤してしまい、そのことを鑑査者が気づき発覚した。	先発品名での記載であったため後発品名の勘違いが起こってしまったと考えられる。	先発品名で処方箋が来た際は後発品名を毎回確認するようにする。	ニフラン点眼液０．１％	ブロムフェナクＮａ点眼液０．１％「日新」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
939	メプチン、カルボシステイン、ニポラジンの混合の散剤(RNと記載)をメプチン、カルボシステイン(R2と記載)と入力してしまった	略称の頭文字が共にRであり見間違いがあった	入力の際には完了する前に内容を一度見直すようにする	ニポラジン小児用細粒０．６％	ニポラジン小児用細粒０．６％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
940	10月13日にニュープロパッチ13.5ｍｇ35枚のところリバスタッチパッチ13.5ｍｇ35枚を誤って交付。特養にて25日間貼付。11月に入り体の動きがやや悪く、食欲もやや低下。施設担当医に相談し検査したが特に異常はない。11月8日に担当看護師が貼っている薬剤が違うことに気付く。担当医に相談した結果、間違っていたリバスタッチ13.5ｍｇの薬効が切れるのを待ってからニュープロパッチ9ｍｇから再開して14日後13.5ｍｇに戻して経過観察。	ニュープロパッチ13.5ｍｇ35枚とリバスタッチパッチ13.5ｍｇ35枚貼付剤、規格が同じであることで間違える。	薬剤の棚に注意喚起、患者の薬歴に注意喚起、職員全員に事例の共有、注意喚起。	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
941	ニューレプチル錠5mg納品直後ピレチア錠25mgの薬品棚に収納されていた。幸いにも収納後まもなく別の薬剤師により間違いが発見され事なきを得た。	ニューレプチル錠5mgとピレチア錠25mgのパッケージは一見よく似ている。薬品棚のラベルをよく確認することなく無意識にパッケージの類似性から別の薬品棚に収納してしまった。	相手側の薬品名と区別に関する注意を赤字で記載して注意を促すよう対応した。	ニューレプチル錠５ｍｇ	ピレチア錠（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
942	ネキシウムカプセル10ｍｇを調剤しなければならないところ誤ってタケキャブ錠10ｍｇを渡してしまった。	忙しい時間帯で監査が不十分だった。ｍｇ数が同じで、ＰＰＩだったので勘違いしてしまった。	忙しいときでも焦らず落ち着いて監査し交付する。	ネキシウムカプセル１０ｍｇ	タケキャブ錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
943	ネキシウム１０ｍｇの処方なのにチキジウム１０ｍｇに間違ってお渡ししてしまった。患者様より電話があり、いつものお薬と見た目の色が違うと連絡があり、間違えが発覚。	忙しかったこともあるが、慣れもあり、規格が同じということで用意されてたお薬を数、規格を確認し、お渡ししてしまった。	忙しくてもダブルチェックを行い、名前、規格、数量と焦らず確認することが必要と思われます。	ネキシウムカプセル１０ｍｇ	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
944	ネシーナ12.5ｍｇ28錠の処方に対しネシーナ12.5ｍｇ20錠は端数8錠をバルサルタン20ｍｇでピッキング。錠剤監査機にかけて問題なしと出た為監査台へ、監査の薬剤師は監査機で問題なかったので28錠輪ゴムでくくったまま10錠シートのみ目視し投薬。投薬後自宅に帰った患者から8錠が違っていると連絡。監査機で確認すると端数がバルサルタン20ｍｇだったことが判明。支給連絡し服用前だった為取り換え終了した。	両薬剤が隣どうしで色がほぼ同じ為鳥間違った。錠剤監査機は10錠シートはバーコードで認識するが端数については数のみの確認で薬剤の確認はしないとの事だった。又全員が監査機ご問題なければ大丈夫との期のゆるみがあった。	監査については監査機の特性を理解し監査者に渡すときにはくくらず監査終了時に投薬者がくくるように徹底した。	ネシーナ錠１２．５ｍｇ	バルサルタン錠２０ｍｇ「ＦＦＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
945	ネリゾナユニバーサルクリームの処方をネリゾナ軟膏で入力していた。監査時に間違いに気づき、調剤し直した。	前回はネリゾナ軟膏で処方されていたため、今回も同じであると思い込み、入力していた。	複数の剤型がある薬剤は、より注意して処方箋内容を確認する。	ネリゾナユニバーサルクリーム０．１％	ネリゾナ軟膏０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
946	普段ノイロビタンなのにその日に限ってノイロトロピンで入力されていたため、疑義照会した結果、いつもどおりのノイロビタンとなった。	病院側の医薬品の入力間違いと思われる	過去の処方歴や今の病気の現状から今後も入力した薬剤が適正かどうかを注意喚起したい。	ノイロトロピン錠４単位	ノイロビタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
947	典型的な名称間違いによる調剤ミス	知識経験不足	日頃からの事例集の学習が必要	ノイロトロピン錠４単位	ノイロビタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
948	ノイロトロピン錠のところノイロビタン配合錠で入力。調剤者が手帳シールのみで薬を集めたためそのまま間違ったもので用意。	名称類似による入力間違い。手帳シールのみで集めたことによる誤調剤。	調剤者は必ず最終的に処方箋を確認して印を押すこと。	ノイロトロピン錠４単位	ノイロビタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
949	患者本人はノイロビタン配合錠を希望したが、医師の処方箋入力がノイロトロピンで、薬局は処方箋通りノイロトロピンをお渡ししたが、後日患者から連絡があり発覚	処方箋入力ミス	新しい薬が処方されていた時、かつ名称の似ている薬が処方されていた時は、患者に処方理由などしっかりと聞き取りをし、疑問点不明点があれば疑義照会する	ノイロトロピン錠４単位	ノイロビタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
950	整形外科でノイロトロピン錠が処方されたが、ノイロビタン配合錠が調剤される。監査者が気づき、正しく調剤する。	名称が似ていたため間違えたと思われる。	ノイロビタン配合錠とノイロトロピン錠の箱に「名称注意」とラベルを付ける。	ノイロトロピン錠４単位	ノイロビタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
951	処方ノイロトロピンの所ノイロビタンで調剤	調剤者と監査者が別だったし、写真による監査も入れているのに思い込みで調剤鑑査し患者に渡してしまった患者は1回分服用してしまった	一字一句間違いないように鑑査するようにする	ノイロトロピン錠４単位	ノイロビタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
952	ノイロトロピンで処方が出ていたところ、誤ってノイロビタンで入力をしてしまった。	先頭3文字が一致していることによる入力間違い。	入力後、確定前に再度チェックを徹底する。	ノイロトロピン錠４単位	ノイロビタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
953	ノイロトロピン錠が処方されていたが、ノイロビタン配合錠で調剤してしまった。	名称がよく似ているため間違えてしまったと考えられる。	以前にも同じミスが生じたことがあるので、置き場所を離す等の対策は行っていたが今回ミスが生じてしまった。似た名前の薬は多くあるので、頭文字だけで判断せず、単位等もしっかり確認するようにする。	ノイロトロピン錠４単位	ノイロビタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
954	薬剤名が似ている為、入力時に間違ってしまうことがあります。鑑査時に気がつきましたが、他の製品でも普通錠とＯＤ錠を混同するなどのことがあり、一事例として報告します	特に忙しいときや知識不足が原因となることが多い	処方鑑査、調剤など複数の人が関与して業務を行うこと。また、間違えやすい医薬品の棚の位置を意図的にずらす事も行っています	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠４単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
955	ノイロビタン配合錠であるところ、間違えてノイロトロピン錠を調剤しお渡ししてしまった。患者様が気づき電話で連絡あり。ご自宅に訪問し、取り替えました。	薬剤名が似ているのと、監査時の思い込み	薬情報の用紙との照らし合わせを徹底する	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠４単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
956	事務員がノイロビタン配合錠の処方のところ、ノイロトロピン錠をピッキングした。薬剤師が鑑査時に間違いに気づいた。	当薬局では普段からノイロトロピンの処方はあるが、ノイロビタンはこの患者様にしか出ていなく、頭文字3文字が同じである事もあり、思い込みでノイロトロピンをピッキングした可能性がある。	間違えやすい薬剤として薬局内に周知させる。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠４単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
957	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはノイロビタン配合錠　3錠分3毎食後30日分と記載されていた。薬剤師A（職種経験年数22年）はノイロビタン配合錠を調製するところ誤ってノイロトロピン錠4単位を調製し、鑑査に回した。鑑査にあたった事務員Bが、処方薬のノイロビタン配合錠ではなく、ノイロトロピン錠4単位が調製されていることに気付き、そばにいた薬剤師Cに間違いを伝えた。薬剤師Cはノイロビタン配合錠を正しく調製し、再度、事務員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。	ノイロビタン配合錠とノイロトロピン錠4単位は、名称が似ていたため間違えた。ノイロビタン配合錠はほとんど出ないので、ノイロトロピン錠4単位と思い込んでしまった。	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とした。ノイロトロピン錠4単位の棚に「ノイロビタン配合錠と間違い注意」と記載した。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠４単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
958	ノイロビタン配合錠の処方をノイロトロピンでピッキングしてしまった。	類似名称の医薬品の取り間違えで、以前よりヒヤリハットの事例報告でも報告がある薬剤であり、注意していましたが処方箋が溜まっており慌てていたやめ、間違えてしまいました。また午後ということでひとりでの調剤だったため、監査もスルーしてしまいました。	棚には撮り間違い注意の付箋等を貼る。ピッキングと監査は一人で行なわない。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠４単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
959	薬剤の不足で備蓄センターへ発注し、取り揃えた。受け取りの際に薬剤は確認したが伝票が未確認であり、記載に誤りがあった。コンピューターへの入庫データ入力の際に、誤りを発見した。	入庫のデータ入力の際に、事務員が在庫が多いのに発注した理由が分からず確認したため誤りに気付いた。	薬剤だけでなく、伝票の確認も怠らないこと。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠４単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
960	ノイロトロピン錠処方予定がノイロビタンを病院が間違って処方。数日後病院から連絡あり。病院事務の打ち間違いで行った。	名称が類似	体調変化を詳細に確認（代理人のため確認できず）	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠４単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
961	ノイロビタン配合錠を処方されている患者に対して、誤ってノイロトロピン錠４単位を交付してしまった。処方箋調剤後、当該患者が「薬の名称・外観が説明書記載のものと違う」といって調剤済みのノイロトロピン錠を薬局に持参した。患者が持参した薬を確認したところ、本来処方されていたノイロビタンと間違えてノイロトロピンを交付していたことが発覚した。患者は帰宅後に調剤過誤に気が付いていたため、誤って交付したノイロトロピン錠は服用していなかった。患者が持参したノイロトロピン錠を回収し、改めてノイロビタン配合錠を交付した。	ノイロトロピン錠とノイロビタン配合錠の名称が似ていたため、調剤者が誤って調剤し、鑑査者も誤りに気が付かなかった。	ノイロビタンまたはノイロトロピンの処方を受けた際は、類似した名称の商品が存在していて調剤過誤のリスクが大きいことを念頭に調剤・鑑査を行う。また、類似した名称の薬剤があることを薬局内で共有する。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠４単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
962	支援者様に投薬後、薬歴入力時に誤りに気付く。すぐに支援者様に連絡するが連絡がつかなかった。翌日連絡が付き、患者様宅で正しい薬と交換する。幸いにもコンプライアンスが悪く飲んでいなかった。	しばらく入院されていて、久しぶりの来局だった。今回新しくノイロビタン配合が処方されたが、ノイロトロピン錠が以前に他科で処方されたことあり、本人の思い込みで間違えてしまった。初歩的なミスだった。	薬品名を一文字一文字を目と声に出して読み、特に今回のように間違えやすい薬品は処方箋の確認、調剤している薬品、分包を確認する時、監査時にも二重、三重のチェックするようにする。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠４単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
963	ノイロビタンが処方されていたが、ノイロトロピンで調剤した。	思い込みによる調剤。	処方箋コピーによる監査の徹底。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠４単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
964	お薬交付から２週間後に、調剤済みお薬を持参で来局「中に入っているお薬が違うんですが」　確認するとノイロビタン配合錠を調剤しなければならないところノイロトロピン錠で調剤・交付していました。服用前に患者本人が気づいて下さり来局	電話のやり取りで系列店から譲受し薬名類似していた。	電話で依頼する者、受け取る者も薬をしっかり確認する。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠４単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
965	ノイロビタン配合錠を一包化している患者に対し、ノイロトロピン4単位をばらし、一包化しようとしていた。鑑査する別の薬剤師が気づき、患者に渡る前に修正を行った。	医薬品名類似及び調剤者の知識不足のため、ノイロビタンとノイロトロピンを誤ってしまったことにより発生。	医薬品名が類似している医薬品をリストアップし、類似している医薬品には類似薬注意などの印を薬品棚につける。薬局にヒートをバーコードで読み込むことができる監査機があるので一包化の場合でもばらす前に監査機に通す。又はばらした後のヒートを監査機に通すようにする。必ず調剤者とは別の薬剤師がダブルチェックを行う。薬剤師ではなく、医療事務が集薬を行うことで同じようなヒヤリハットが生じる可能性があったため、監査機などを用いて必ず一人以上のチェックを行う体制を構築するように改善を行っていく必要があると感じました。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠４単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
966	ノイロビタン配合錠のところ、誤ってノイロトロピン錠４単位を調剤し錠剤監査システムの照合をしてエラーが出たため監査時に気づき調剤し直した。	医薬品名の頭文字が３文字全く同じで処方箋の医薬品名をしっかり確認せず思い込みで調剤してしまったかと思われる。	まずは店舗内で情報共有をする。それでも同じミスが続くようであれば各々の薬棚に注意喚起を促す札などを貼り調剤時に気づけるようにする。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠４単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
967	ノボラピット30ミックス注フレックスペン1キットで処方されているところをノボラピット注フレックスタッチでお渡しした。棚卸しの在庫確認で差違があり、発覚した。	ノボラピット注には沢山の種類があるので、取り間違いに注意が必要である。	投薬時に色を一緒に確認してもらい、お渡しする。	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	
968	ノボラピッド30ミックス注フレックスペンのところ、名称の似ているノボラピッド注フレックスペンで調剤してしまった。継続して使用している薬。代理の方が来局されお渡し、使用前に患者本人が気づき薬局に持参され、正しいものに交換となった。	冷蔵庫内の近い場所にあった、名称や見た目も類似していた。いつも出ているお薬という気の緩みもあった。投薬時患者さまにお薬を見せながら一緒に確認しているが、代理でお薬を見た事がなく違いに気づけなかった。	取り違いのないよう保管場所の配置換え、類似薬の注意喚起の張り紙をする。文字だけでなく薬袋の写真も監査に利用し投薬時にも重ねて確認する。	ノボラピッド３０ミックス注フレックスペン	ノボラピッド注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
969	ノボラピッド30ミックス注射液のところノボリン３０Ｒフレックスタッチを調剤し交付。患者が使用しようとした際、注射液がでてこないと連絡あり、薬局へ来局。対応した薬剤師が持参した薬が処方と異なる注射剤であること発見し交換しました。	ノボリン30R、ノボラピッド30名称の類似による取り違い、また使用単位も変わったことから監査時そちらに気を取られ交付。	薬袋のチェック、変更時の使用単位だけでなく薬剤名にもマーカーでラインするなど工夫するようにする	ノボラピッド３０ミックス注フレックスペン	ノボリン３０Ｒ注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
970	医師の処方箋指示はノボラピッド３０ミックス注フレックスペン３００単位であり入力と調剤された薬がノボラピッド注フレックスペン３００単位であった。入力された結果に引張られ本来の処方箋指示を疎かにした結果交付間違いを起こした。	処方箋に基づき入力が間違いなくされているかの確認。処方箋に基づく調剤と監査。	処方箋に基づき入力が間違いなくされているかの確認。処方箋に基づく調剤と監査。	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
971	ノボラピッド５０ミックス注フレックスペンが処方されている所、３０ミックス注フレックスペンで調剤。投薬までは気づかずに交付してしまい、後日、在庫管理システムにてずれを発見し、患者に確認したところ間違いが発覚。患者はまだ残薬の正しい薬剤を使用していたところであり、間違った薬剤の使用はなし。回収し、正しい薬剤と交換。	当事者薬剤師は応援で一人調剤糖尿病内科の門前で、インスリンの処方は多く、在庫は冷蔵庫内にたくさんあり、ノボラピッド注、３０ミックス注、５０ミックス注は同じ段に配置されている。	類似薬、規格違いの注意喚起ラベルを作成し、見やすいように配置。交付前の監査で規格確認の徹底をマニュアル化。	ノボラピッド５０ミックス注フレックスペン	ノボラピッド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	
972	ノボラピッドフレックスペンとノボラピッドフレックスタッチの取り間違い監査時に発見	繁忙であった事による処方せん、薬袋確認不足	冷蔵庫のただ置いておくだけでなく、冷蔵庫の棚に薬品名記載プレートを貼付	ノボラピッド注３００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
973	ノボラピッドフレックスタッチの処方に対して、ノボラピッド３０ミックス注フレックスペンを調剤してしまった。患者が使用直前に、いつもと違うことに気が付き、来局された。その後、薬剤交換し、処方医にも報告済み。	調整者の確認不足のため、名称が似た別の薬剤を取り揃えてしまった。また、当該患者の容態が安定せず、注射剤の変更が何度か試されている時期であったため、デザインの違いに気付きにくかった。交付者が服薬指導に気を取られ、ルール通りの検薬が疎かになっていた。	薬剤が大量の場合など、どうしても焦りが出てしまい、複数人でチェックしても漏れが出てしまう。レセコンのピッキングシステム（処方入力内容とヒートのバーコードを照合する）を導入し、機械的なチェックを追加することになった。	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
974	店も忙しい時間帯であった為ノボラピッド注フレックスペン６キットに対して２キットノボラピッド注フレックスタッチが含まれていた。簡易ピッキングシステムにてエラー音が鳴りとり間違いに気づき患者様にお渡しせずにすんだ。	薬を冷蔵庫に直す時に必ず確認すること。普段からも違う種類が混じっていないか確認することが重要と考える。	薬を治す時の徹底と、定期的に確認すること。監査の際全ての注射剤が間違っていないか確認する必要がある。	ノボラピッド注フレックスペン	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
975	4月２８日１０時ころ１本注射の色が違うと本人来局電子薬歴の交付前に撮影した写真を確認。前回は処方どおり交付。前々回に交付したインスリン１本が交付ミス。謝罪し、正しいインスリン交付。	Ａが調剤。Ｂが監査。監査時に、眠剤が半分に調剤されておらず、Ａへ半分に調剤するよう指示。この時点で監査システムを通していない。Ａは眠剤を半分に調剤後、監査終了していると思い込み、服薬指導。	○監査システム終了後に印刷される「ピッキング記録」の確認を徹底する○監査システムの未ピッキング一覧表で、監査シスイテムを通していない薬剤がないか管理	ノボリン３０Ｒ注フレックスペン	ノボリンＲ注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
976	ノボリンＲ注フレックスペン処方のところノボリン30Ｒ注フレックスペンをお渡ししたため、患者は使用していた。数日後ノボリン30Ｒ注フレックスペンの在庫が少ないことに気づき在庫数を確認したところコンピューター在庫が2本少なくＲ注フレックスペンが2本多かった。使用患者が一人だったためすぐに患者宅に電話をし取り換えたが1週間ほど使用しておりその間は朝晩の血糖値がいつもより不安定だったとのこと。患者はいつもとの外観の色の違いには気が付いていたがあまり気にしないで使用していたとのこと。健康被害と言うほどのものはない様子。Ｄｒにも相談し様子を見ている。	インスリンについては処方頻度があまり高くなく混雑していたため確認がなおざりになっていたと思われます。	各種インスリンの種類及び在庫数が急に増えたため冷蔵庫のインスリンの整理が行き届いていなかった。それぞれの保管箱を作成し「規格注意！」の文字を入れる。また、インスリンの知識を再確認することで対応。	ノボリンＲ注フレックスペン	ノボリン３０Ｒ注フレックスペン		ヒューマンエラー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	ノルバスク（５）が1錠1日1回寝る前60日分処方あり。ノルバスクの棚の近くにメトホルミン塩酸塩錠250ｍｇＭＴ「ＤＳＰＢ」があり、箱から出して棚に配置されている。ＰＴＰの形や後ろの印刷のいろがにているため、調剤で取り間違え、監査で間違えを発見された。	ノルバスク（5）とメトホルミン塩酸塩錠250ｍｇＭＴ「ＤＳＰＢ」は、ＰＴＰの大きさはほぼ同じであり、後ろの印字も紫色でとても似ている。棚が近くにあり、取り間違えた。	棚の場所を移動した。	ノルバスク錠５ｍｇ	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「ＤＳＰＢ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
978	一般名処方のタモキシフェンをラロキシフェンと読み誤り、誤って交付しそうになった	当該スタッフの確認不足	二重チェックをこれまで以上に行っていく	ノルバデックス錠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
979	妊婦に禁忌のバイアスピリンの処方	医師の確認不足	ヒアリングで妊婦と確認	バイアスピリン錠１００ｍｇ	バイアスピリン錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
980	一般名処方で、バイアスピリン１００ｍｇで処方されていたのを、バファリン配合錠Ａ８１で取りそろえた。	（般）アスピリン錠１００ｍｇ、（般）アスピリン８１ｍｇ、ダイアルネート配合錠というように、一般名表記の場合、頭文字３文字が同じ。また、薬局の棚の配置が上下で近い。	頭文字３文字は一緒だが、１００ｍｇと８１ｍｇで規格も異なるので、しっかりと確認する。また、同じ間違いが頻発するようであれば、棚の配置も変更する。	バイアスピリン錠１００ｍｇ	バファリン配合錠Ａ８１		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
981	パソメットのところを間違えてパルモディアをとっていた、ダブルチェックのところ一人で調剤鑑査していた。私に関してかなりそういう事例が多く、不安を持ちながら行っていた。	会社既定の不順守	規定順守が望ましい	パソメット錠０．５ｍｇ	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
982	パタノール点眼液変更不可の処方せんをGEに変更しオロパタジン点眼液で調剤	入力鑑査スルーによりハンディピッキング。入力も薬もまちがえて準備。鑑査で発見	変更不可をGEで調剤する事例が続いているため変更不可のレ点に〇をするなどの対策をする	パタノール点眼液０．１％	オロパタジン点眼液０．１％「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
983	パナルジン錠100ｍｇの処方のところ、誤ってバナン100ｍｇ錠を調剤した。鑑査時に調剤者とは異なる薬剤師が発見し、正しく調剤し直して患者様へ投薬した。	焦っており、同じ引き出しに保管してあるものと取り間違えた。	薬品名は全てを確認しながら調剤する事を再認識した。	パナルジン錠１００ｍｇ	バナン錠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
984	バナン錠100ｍｇが一般名で処方箋に記載されており、誤ってセフジトレンピボキシル錠100ｍｇで調剤。監査者である他の薬剤師が気付き患者に交付には至らなかった。	バナン錠100ｍｇの一般名がセフポドキシムプロキセチル錠100ｍｇと認識していない知識不足であったこと・処方箋をしっかり見ずによく出る処方であるセフジトレンピボキシル錠100ｍｇだと思い込んでしまったこと。	今回の事案を共有し、処方箋をしっかり見ることを心がける。慣れ・慢心がないか各自心に問い、少しでも思い当たる事があれば反省し次から意識するようにする。	バナン錠１００ｍｇ	セフジトレンピボキシル錠１００ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
985	いつもと違う規格であり、いつもと同じ以前の規格をピッキングしてしまった。	いつものと同じであろうと先入観をもって調剤していたことが要因。	毎回初回の処方の気持ちで調剤するよう心掛ける。	パリエット錠１０ｍｇ	パリエット錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
986	バルサルタン錠の処方に対しテルミサルタンを交付	同一分類の薬剤で完全に調剤者のミス	チェック体制の見直し	バルサルタン錠２０ｍｇ「テバ」	テルミサルタン錠２０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
987	メーカー変更に気を取られて規格が違うことまで気付かなかった	ジェネリック医薬品のメーカー変更によるデザインなど類似品に注意する	入力者やピッキング者が異なる際に一声かける	バルサルタン錠４０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	バルサルタン錠８０ｍｇ「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
988	バルサルタン40を調剤するところ誤ってテルミサルタン40を交付した。患者目前で確認しながらの服薬指導であったが、患者も気づかず持ち帰り、服用直前に気づいた。	一人調剤、監査の状況で調剤者の慢心と、不注意が原因	複数の調剤鑑査の体制を徹底	バルサルタン錠４０ｍｇ「サンド」	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
989	バルサルタン40mg、2錠ずつで処方されていたところ、テルミサルタン40mg2錠ずつで取り違えてしまった。	40mg錠ずつに目がいってしまい、その後の監査も通ってしまった。	再度の確認作業を徹底する。	バルサルタン錠４０ｍｇ「サンド」	テルミサルタン錠４０ｍｇ「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
990	８８歳男性バルサルタン（４０）を６０錠拾うところ、ヒートの端数４錠を、包装の外観類似したピオグリタゾン（１５）で拾った。繁忙時で薬剤師が投薬中だったため、事務員が拾ってくれていたものを鑑査して間違いが発覚した。	包装（ヒート）の色・形状の似たものが同じ棚の並びに配置されていた。それ以前にピオグリタゾンの端数の戻し間違いがあったと思われる。	バルサルタン（４０）とピオグリタゾン（１５）の棚を離して取り間違いを防止するようにした。	バルサルタン錠４０ｍｇ「サンド」	ピオグリタゾン錠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
991	類似薬の同規格による思い込み	人員不足によるチェックもれ	類似薬の同規格に注意喚起。再度、従業員にもこの事例を周知。	バルサルタン錠８０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	テルミサルタン錠８０ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
992	バルサルタン錠８０ｍｇ「サンド」を調剤するところテルミサルタン錠８０ｍｇ「ＤＳＥＰ」を調剤。	名称類似でよくミスが起こる。	棚位置を変えたり採用メーカーを変えたりしているが、一定の確率で起こる。	バルサルタン錠８０ｍｇ「サンド」	テルミサルタン錠８０ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
993	バルプロ酸Na徐放顆粒40%をバルプロ酸Na細粒40%で調剤した。2日後来局。家族から見た目が違うと指摘され発覚。患者様は服用前であった。全量交換した。	薬剤名が似ているため、薬品の頭を読んだだけで判断してしまった。監査時も、用量のチェックだけしかしていなかった。	薬剤名を最後まで読む。ダブル監査をしっかり確認する。	バルプロ酸Ｎａ徐放顆粒４０％「フジナガ」	バルプロ酸ナトリウム細粒４０％「ＥＭＥＣ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
994	バルプロ酸ナトリウム徐放錠　200ｍｇ→100ｍｇで入力、増量した処方変更に気付かず入力する。	処方を見て在庫量が足りるのか先発で調剤するべきか等を確認する事に気を取られ、確認後ほっとしてしまい変更に気が付かず、入力してしまう。　入力監査で発覚する。	在庫管理の視点が入る現状より入力等の負荷増大と監査をしっかり行っている状況で防げることを周知して手順の徹底を継続する。在庫量を増やせるものは増やして負荷を減らす	バルプロ酸ナトリウムＳＲ錠２００ｍｇ「アメル」	バルプロ酸ナトリウムＳＲ錠１００ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
995	入力の際にジェネリック変更を誤り、徐放顆粒を選択。調剤の際も患者画面でジェネリック変更を確認しそのまま調剤、鑑査も気づかずに患者に交付した。ショートステイ先の施設にて、チューブで投与する際に顆粒のため投与できないと連絡あり。その日の分は施設でシロップ剤を処方してもらい対応していただいた。その後正しいものを交換した。	入力の際、ジェネリック変更画面で薬局採用品の印が徐放顆粒にしかついていなく、細粒を見落とし採用品の印がついている徐放顆粒を選択してしまった。調剤では患者のジェネリック変更の有無を確認する際にPCの患者画面を見て確認、そのまま入力につられ調剤、鑑査を行った。	マスタ上で採用品等の管理を徹底する。同病院の薬歴を確認する。以前から細粒を交付してるため、過去薬歴を確認すれば徐放顆粒への変更がわかる。入力を見てジェネリックの確認をする際は再度処方箋を見る。監査者は入力につられないよう、処方箋の確認を徹底する。	バルプロ酸ナトリウム細粒４０％「ＥＭＥＣ」	バルプロ酸Ｎａ徐放顆粒４０％「フジナガ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
996	以前まではバルプロ酸ナトリウム徐放顆粒での処方だったのが、今回から徐放錠へ変更になっていた。力価計算で減量の処方であったが処方通りで調剤を始めた。ほかの薬剤師が患者に聞き取りを行い、量の変更がないことを確認し、監査者が疑義照会後、顆粒と同じ力価での処方に変更となった。レセコン入力者がバルプロ酸Na徐放錠をバルプロ酸Na錠と入力し、一包化の機械へ情報を送信した。調剤者は入力内容を確認することなく一包化を始めた。徐放錠も普通錠もカセットがある薬品であったが、途中でカセット中の薬品が不足となり、カセットへ入れる時のダブルチェックで処方内容と違うことが発覚した。	剤型変更の処方で力価計算をせずに処方通りだろうとのことで調剤をしてしまった。レセコン入力者が徐放錠と普通錠の違いを分かっていなかった。調剤者は最終確認をせずに一包化の機械を動かしてしまった。	剤型変更の場合は力価計算をして必ず処方監査をしてから調剤にとりかかるようにする。レセコン入力者にもある程度の薬の知識をつけてもらう。要所要所で確認をしてから調剤を行うようにする。	バルプロ酸ナトリウム徐放錠Ａ２００ｍｇ「トーワ」	バルプロ酸ナトリウム錠２００ｍｇ「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
997	一般名処方のバルプロ酸ナトリウム錠を徐放錠と間違えて入力したため、患者さんに間違えてお渡ししてしまった。後で当方で気づき交換して正しい薬を渡した。	バルプロ酸ナトリウムは普通錠と徐放錠があるので、間違えやすい。用法とも照らし合わせて確認するようにする。	前回処方との相違点も考慮しながら、患者さんとコミニュケーションして確認しながら投薬するようにする。	バルプロ酸ナトリウム錠１００ｍｇ「DSP」	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A100mg「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
998	久しぶりの来局で用事のついでにもらいにきた。いつも飲んでいる定期薬とのこと。当薬局ではバルプロ酸徐放製剤しか扱っていなかったため、普通錠であることに気づかず、投薬時に話が若干すれ違うため、確認したところ処方されていたのはバルプロ酸普通錠であった。	普通錠や徐放上、腸溶錠など似たような名前の医薬品の取り扱いに注意する	面処方で普段扱っていない医薬品では更に規格や剤形に間違いないか確認を徹底するようスタッフ間で情報を共有した	バルプロ酸ナトリウム錠１００ｍｇ「アメル」	バルプロ酸ナトリウムＳＲ錠１００ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
999	処方箋上は一般名処方のバルプロ酸Na錠200ｍｇ。バルプロ酸Na徐放A200mgの在庫不足のため処方箋受付時にデパケンR200mgへ入力変更を依頼していたところ、バルプロ酸Na200ｍｇ錠処方時もデパケンR200mgへ誤って処方変更し入力した。	GEの在庫不備が続き、変更件数が多かったため処方箋鑑査より先に事務で入力時に先に変更してくれていた。	薬剤師が処方鑑査を先に行い、変更が必要な場合は口頭で毎回入力変更指示を出すようにする。	バルプロ酸ナトリウム錠２００ｍｇ「アメル」	バルプロ酸ナトリウム徐放錠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
1000	パルミコート吸入をお渡ししないといけないところ、シムビコート60吸入をお渡し。翌月来局された時にいつもと違う吸入剤だったとのことで発覚。残薬あるためシムビコート60吸入は未使用だったため返却していただきパルミコート吸入お渡し。	吸入の形やデザイン色が類似・薬品名をよく確認しなかったのが要因。	調剤・監査時によく確認するように徹底	パルミコート２００μｇタービュヘイラー５６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
1001	パルミコート吸入液0.25ｍｇが処方されており薬品は間違いなく調剤されているが、レセコンの入力が0.5ｍｇとなっていた。	繁忙であり、確認を怠った	投薬時に入力内容をしっかり確認していく	パルミコート吸入液０．２５ｍｇ	パルミコート吸入液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
1002	パルモディア126錠処方のところ、24錠ピオグリタゾン15ｍｇ混在　患者が気が付き電話あり、交換	棚位置が近くにあり、入荷時、混在させたと思われる、調剤時、ヒート裏一枚ずつ確認せず調剤、監査もゴムがついたまま監査した	棚位置をずらす　急ぎでも、輪ゴムを必ず外し、シート確認	パルモディア錠０．１ｍｇ	ピオグリタゾン錠１５ｍｇ「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
1003	パロキセチン錠10ｍｇ「明治」集約するところを、レクサプロ錠10ｍｇで集約ミスしてしまった。監査者の薬剤師が確認して気付いたため、患者に交付することはなかった。	・外観類似していたため・規格用量同じのため・同効薬であり、調剤棚が近かったため	同効薬における調剤棚では、類似薬はなるべく離すような並び順にする。	パロキセチン錠１０ｍｇ「明治」	レクサプロ錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1004	ハロペリドールJGがハロペリドールタカタに変更になっていたのを患者様に伝えなかった。薬情もハロペリドールJGで印字していた。	バラの薬の変更が鑑査システムを通らなかった。	バラの薬の変更時は入力医薬品と合っているか気を付ける。	ハロペリドール細粒１％「タカタ」	ハロペリドール錠０．７５ｍｇ「ＪＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1005	精神科の薬6種類を一包化でお渡ししている患者さん。ハロペリドール錠1.5ｍｇ「アメル」で在庫しお渡ししていたが、昨今のジェネリックのメーカー欠品により、「ヨシトミ」を採用していた。また普段は、バルプロ酸A錠100ｍｇ「トーワ」が処方されていた。昨今のジェネリックのメーカー欠品により、バルプロ酸A錠100ｍｇ「トーワ」の流通が滞っていた。そのため、医師に事前にバルプロ酸普通錠100ｍｇ「フジナガ」であれば用意できると伝えていた。また、薬品の性質上、以前のように一包化の中に入れることはできない旨も伝えた。 バルプロ酸普通錠100ｍｇ「フジナガ」を用いて予製の調製を行った。ハロペリドール錠1.5ｍｇ「ヨシトミ」で一包化を行った。予製に用いた薬剤は全てポリムスで読み込み、一包化した薬剤とともに中間鑑査へ回した。その際に、ハロペリドール錠当日の処方は、バルプロ酸が削除になっていた。変更が正しいかどうかを疑義照会した。その際、疑義照会に気を取られて、ハロペリドール錠1.5ｍｇ「ヨシトミ」ではなく。「アメル」で入力されていることに気付かなかった。鑑査者は、調剤者よりバルプロ酸が処方削除になっことを聞き取った。バルプロ酸が削除になったことに気を取られ、ハロペリドール錠のメーカーが「アメル」から「ヨシトミ」に変更調剤されたことに気が付かなかった。投薬時も気付かず渡した。2022年1月6日にハロペリドール錠1.5ｍｇ「アメル」のPSMの在庫量がマイナス在庫、「ヨシトミ」はプラス在庫になっていた。ポリムスの履歴を確認したところ10月26日の当該処方についてポリムスが未実施だった。「ヨシトミ」の入庫時期とも一致し、ミスが判明した。	メーカーが変更されていることに関して、予製の段階で事務の掲示板に記載してもらっているつもりであった。しかし、うまく伝達できていなかった可能性がある。メディコムに確認したところ、掲示板の修正履歴については確認出来ないとのことだった。 そのため、ハロペリドール錠1.5ｍｇ「ヨシトミ」で調整を行っていることを、調剤者が事務へあらかじめ伝達できていたかどうか確認する事は出来なかった。また、調剤者がポリムスをし忘れた、あるいは鑑査者がポリムスを読み込むのを忘れたために、入力と実物のメーカーが異なることに気が付かなかった。鑑査者は、今回バルプロ酸の削除について疑義照会があることに気を取られながら、鑑査をしていた。それ以外の処方はいつもと変わらないと思い込んでおり、ハロペリドール錠1.5ｍｇ「アメル」のメーカーが「ヨシトミ」に変更されていることに気付かなかった。通常通りの手順では、処方せんと一包化のヒートを突合確認した後に、一包化の印字をチェックシートを見ながら確認するが、その時のみ抜けてしまった可能性がある。	基本確認である処方せんとの突合確認を徹底する。ポリムス実施後のジャーナルの貼付を徹底する。予製作成時にジェネリックメーカー変更になった際、予製カードの日付記入欄にメーカー変更の旨を記載する。GEメーカー変更時の入力変更の手順を確認、周知する。一包化チェックシートの利用を徹底する。	ハロペリドール錠１．５ｍｇ「ヨシトミ」	ハロペリドール錠１．５ｍｇ「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
1006	ヒアルロン酸点眼液0.3％が処方されていたが、前回処方が0.1％であったため疑義照会し、0.1％に変更になった。	処方元の入力ミスが原因。	規格が複数あるものは、薬歴にわかりやすく記載し、確認をしっかりする。	ヒアルロン酸Ｎａ点眼液０．３％「ニットー」	ヒアルロン酸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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1007	ヒアルロン酸0.3%をヒアルロン酸0.1%で入力	忙しい時間で、注意力がかけ入力ミス	入力後、ダブルチェックを徹底する	ヒアルロン酸Ｎａ点眼液０．３％「ニットー」	ヒアルロン酸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
1008	ヒアルロン酸NaPF点眼液が処方されていたところ、入力ミスで通常のヒアルロン酸Na点眼液が入力されていた。調剤者がこれに気づき訂正を行った。	処方が多いPF点眼でないものを入力してしまったと思われる。	防腐剤無添加のPF点眼があることを認知したうえで注意する。PF点眼はコンタクトでの点眼も可能のため患者からの希望があることもあり注意するようにする。	ヒアルロン酸ナトリウムＰＦ点眼液０．１％「日点」	ヒアルロン酸Ｎａ点眼液０．１％「センジュ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1009	ヒアレインミニ点眼液0.3%224本調剤のところ、ムコスタ点眼液224本で調剤、鑑査し、交付した。患者から「薬が間違っている」と電話があり過誤が発覚。使用はしておらず、患者自身で薬局まで取り換えに来ていただいた。	点眼液のユニットドーズが224本処方されており、ムコスタ点眼液は1箱112本入りの為、本数だけ見て薬を判断してしまった。普段よりムコスタ点眼液が箱単位の本数で処方されることが多く、224本はムコスタ点眼液2箱処方と勘違いをした。	ブロッキング現象の回避の徹底。	ヒアレインミニ点眼液０．３％	ムコスタ点眼液ＵＤ２％		ヒューマンエラー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	いつもの薬である。普段は後発を希望される方である。処方箋は変更不可のチェックが入っていたが見落とし、後発を入力してしまった。調剤は先発でされていたため、気づかずそのまま交付してしまった。、翌日後発変更のお知らせを病院に送付したところ、病院より後発不可であることを指摘され発覚。すぐに患者様に連絡し、お渡ししたものが先発であること、入力が間違っていたこと説明し謝罪した。	変更不可のチェックを見落としている。また、監査者も入力ミスに気づけなかった。	処方監査を十分にすること、監査者も入力ミスをしっかり見ることをミーティングした。	ヒアレイン点眼液０．１％	ヒアルロン酸Ｎａ点眼液０．１％「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1011	処方箋は12月16日にお渡ししたものであるが、1月14日に患者様より電話があり、いつもと違う薬が入っているとのこと。包装が似ていて、すでに１本使用してしまったと。ヒアレインと同じドライアイで使用する薬剤あるため、心配はいらないことを患者様に説明し、すぐにご自宅に伺って、正しい薬剤と交換すると申し出る。当日中に、処方元のDrにも報告し、謝罪した。	繁忙な時間帯で、調剤者も監査者も見逃してしまった。	処方薬と医薬品実物、薬袋をしっかり照らし合わせ、繁忙な時間帯でも確実に調剤も監査も行うことを徹底する。	ヒアレイン点眼液０．３％	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
1012	ピオグリタゾン３０ｍｇ　のところ、ピオグリタゾン１５ｍｇで調剤、お渡ししてしまった。翌日、患者家族がいつもの薬と違うことに気が付き、来局。	当薬局で、調剤されることが多い１５ｍｇの方を調剤してしまった。	薬歴・レセコンにこの患者は３０ｍｇ　という印をつける。　１５ｍｇの薬棚に、３０ｍｇも在庫がある事の何かしるしをつける。調剤者・鑑査者を別の物が行い、ダブルチェック以上の監査を行う。	ピオグリタゾン錠３０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ピオグリタゾン錠１５ｍｇ「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
1013	糖尿病でずっと安定している患者様に突然ピオグリダゾンが15ｍｇ⇒30ｍｇになっていた。患者様本人に聞いても、増量になるとは聞いていないとの事。疑義照会した所、前回ピオグリダゾンＧＥの採用メーカーが変わった為、病院に情報提供を行ったが、それを見て病院スタッフが処方箋に入力する際、規格を間違えて入植していた。	GEの不足が続いている為、GE変更時情報提供を求めている病院に対し、頻繁に情報提供を行っている為、作業が煩雑になっていたと思われる。	病院へ伝える際、変更部分が分かるように伝える方法を検討	ピオグリタゾン錠３０ｍｇ「ＮＰ」	ピオグリタゾン錠１５ｍｇ「ＮＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1014	一般名処方で酪酸菌配合となっていてところ、配合ではない酪酸菌製剤のミヤＢＭ錠を選択して入力。調剤者が発見。	一般名処方の処方箋からの入力の際に、配合剤であることのを見落としたため。	酪酸菌配合の前にマークを付けて、酪酸菌製剤と配合剤を見分けやすいようにした。	ビオスリー配合錠	ミヤＢＭ錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1015	２０２１年９月～２０２２年３月まで正しくは酪酸菌配合製剤錠（ビオスリー配合錠）のところ酪酸菌製剤錠（ミヤBM錠）をお渡ししていた。	処方せんには一般名「酪酸菌配合剤錠」と処方されていたが、レセコンでは検索できず「ラクトミン・酪酸菌・糖化菌配合錠」と入力しなければビオスリー配合錠を選ぶことができず、発見も遅れてしまった。 レセコン会社からの回答一般名処方マスタに記載されていない医薬品については、厚生労働省HP記載の通りに一般名を定めている。配合剤については「有効成分の一般的名称を「・」で接続し、含量は記載しないというルールに則って、ビオスリーの一般名を定めた。ただし、有効成分の並び順については定めがないため、レセコン各社により異なる可能性がある。	ビオスリーとミヤＢＭの一般名については周知し他にも同様のケースが起こっていないか精査した。	ビオスリー配合錠	ミヤＢＭ錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1016	ビオフェルミン錠剤処方されていたが、処方入力時の選択をビオフェルミンＲ錠とした。	店舗内混雑時であり、ビオフェルミン錠剤とＲ錠が存在する事を忘れていた。入力時の最終確認を怠った。	薬局内名称で注意喚起を行う。	ビオフェルミン	ビオフェルミンＲ錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1017	ビオフェルミンの処方のところ、ビオスリーで調剤し、患者様に渡ってっしまった。患者様も、いつもと違うとは思ったが、そのまま2か月分服用した。次回の来店時に、いつもと違うシートだったと判明した。	調剤時は混雑していたのと、同じ効果の薬で薬品名も類似していたから、間違えてしまった。	処方せんと薬品の監査の徹底	ビオフェルミン	ビオスリー錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1018	ビオフェルミンＲ錠のところビオフェルミン錠でピッキングセフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「サワイ」のところセフジトレンピボキシル錠１００ｍｇ「サワイ」でピッキングした	医薬品の名前が似ていたため取り間違えた。	医薬品名よく見てピッキングします。	ビオフェルミンＲ錠 セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「サワイ」	ビオフェルミン錠剤 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	
1019	母親が来局され、前回出された整腸剤も追加で欲しいとのことで医院に追加の疑義紹介を行った。ビオフェルミン錠剤が追加となったが、ビオスリー配合錠であると思い込み違う薬剤を渡してしまった。後日、訪問し正しい薬剤と交換する。	同効薬であり処方頻度の多いビオスリー配合錠であると思い込んでしまった。疑義照会で患者様のご家族を待たせてしまっていた為、焦っており監査機を通さずに渡してしまった。	急いでいる場合でも監査機をしっかり通して確認を行う。	ビオフェルミン錠剤	ビオスリー配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1020	ビオフェルミン錠剤で処方されていたところ、誤ってビオフェルミンR錠で入力してしまった。調剤者、監査者共にチェック漏れでそのまま患者へ渡ってしまい服用された。	入力時、調剤時、監査時、交付時すべてで誤りに気づくことができなかった。	似た名前のお薬が存在する場合、チェックをより厳しく行う。	ビオフェルミン錠剤	ビオフェルミンＲ錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1021	ビオフェルミ散を計量するところを間違って酸化マグネシウムを計量調剤してしまいました。散剤投薬後に誤りに気が付き連絡後、正しい物と交換してお渡ししました。	連休前で患者様が多く、少しバタバタしていたのと、ビオフェルミ散の調剤前に別の患者様で酸化マグネシウムを調剤した患者様がいらっしゃって、酸化マグネシウムが定位置に置かれてなかった。	ビオフェルミ散と酸化マグネシウムの投薬瓶が隣に配置されていたので、配置場所を変えました。	ビオフェルミン配合散	酸化マグネシウム＊（丸石）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1022	他薬服用のない患者にビオフェルミンRの処方を受け、問い合わせでビオフェルミン散への変更となったが、入力をビオスリー配合散で誤入力した。	初診でお話を伺う事が多く、その場では気付かず、入力の誤りにあとから気が付き、当該患者保護者に連絡をした。	入力時に区別がつきやすいように入力画面に色を付けた。	ビオフェルミン配合散	ビオスリー配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1023	ビオフェルミン配合散で処方されたところ、間違ってビオフェルミンＲ散で調剤してしまった。その後監査時にレシートに記載されている薬剤と処方されている薬剤が違う事に気づき、再調剤を行った。	ビオフェルミン配合散とビオフェルミンＲ散が近いところに置いてあり、調剤間違いが起こった可能性がある。	ビオフェルミン配合散とビオフェルミンＲ散を離して棚に置く。	ビオフェルミン配合散	ビオフェルミン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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1024	定期薬の処方箋を持参され来局　一包化指示有りのため一旦外出し準備ができるころに来局されていた定期薬のためＤｏ処方であり薬をピッキングし、分包担当が監査→調剤という流れで業務をしたピコスルファートＮａ錠2.5ｍｇをビソプロロールフマル酸2.5ｍｇと取り違えてしまい、ピッキング後の監査、分包時の監査、分包後の監査まで気付かず、分包後のＰＴＰ包装の確認時に取り違えに気付き、投薬前に食い止めた	名称の類似　一般名処方、同一成分量であった　ジェネリック薬品を調剤　ピコスルファートNa2.5ｍｇ→ビソプロロールフマル酸2.5ｍｇピッキング後の監査、分包時の確認作業が不十分であった２剤とも白い裸錠であった	監査を徹底する　ピッキング調剤後、分包前、分包後　担当薬剤師を変えて監査する薬品名と錠数の読み上げ　分包後のPTP包装は」必ず残して、監査時に薬品名と錠剤の刻印と錠数を確認することを徹底する	ピコスルファートＮａ錠２．５ｍｇ「サワイ」	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
1025	ピコスルファートとビソプロロール。名称の類似と思い込みによるミス。	収納場所が近いのと、繁忙ためと慢心によるもの。	収納場所を離して保管するようにしました。	ピコスルファートナトリウム錠２．５ｍｇ「ツルハラ」	ビソプロロールフマル酸塩錠０．６２５ｍｇ「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
1026	薬局にはビジュアリン点眼液0.02%の在庫しかなかった。先発品のサンテゾーン点眼液には、0.1%と0.02%の規格が2種類なので、後発品の規格も同じであると思い込んでいた。	先発品と後発品の規格は同じではないという事。ビジュリアン点眼液0.02%と0.05%の外観がとてもよく似ている。	以前からやっていることですが、”規格注意”を明確に書くようした。	ビジュリアン点眼液0.05%	ビジュリアン点眼液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
1027	施設の患者様でビソノテープ4ｍｇが処方されていましたがツロブテロールテープ2ｍｇで調剤、監査もそのまま通って患者様に渡してしまった。次の日に施設看護師より連絡あり発覚。	包装が似ており間違ってピックアップ、監査もそのまま通っていた。	それぞれの置いてあるところに大きく名前を書いて注意喚起。スタッフ間でも情報を共有し、話し合い、同じことが起こらないためにどうしたらいいか話し合いました。	ビソノテープ４ｍｇ	ツロブテロールテープ２ｍｇ「久光」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1028	ビソプロロール錠(2.5)「ＪＧ」で入力されていたところ誤ってビソプロロール錠(2.5)「日医工」で調剤。peechの照合にて発覚。	医薬品供給不足の背景があり薬局に複数の医薬品メーカーの在庫を所持していたため。	peechを必ず通す。複数メーカーあるものについては付箋等で注意を促す。	ビソプロロールフマル酸塩錠２．５ｍｇ「ＪＧ」	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	
1029	ビソプロロールえおとるところピタバスタチン処方しそのままお渡ししていた	繁忙で、写真付き薬情での薬剤再確認していなかった	必ず、写真と薬剤を確認の上お渡しする	ビソプロロールフマル酸塩錠２．５ｍｇ「トーワ」	ピタバスタチンＣａ錠１ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1030	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはビソプロロールフマル酸塩錠2.5ｍｇ1錠分1朝食後14日分と記載があった。事務員は入力は正しくいれたが、誤ってビ・シフロール錠0.125ｍｇ14錠を調剤して鑑査へ回した。鑑査者兼交付者である薬剤師が誤りに気付き、事務員に伝え正しく調剤し直してもらった。交付前に誤りに気付いたため、患者へ影響はなかった。	名称類似していた点が大きな原因と考えられる。	名称類似で間違えやすい薬品を頭の中に入れておき、注意して調剤するように徹底する。	ビソプロロールフマル酸塩錠２．５ｍｇ「日医工」	ビ・シフロール錠０．１２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1031	経験２年程度の調剤補助者による調剤。ビソプロロール5mg30T処方。10Tヒート3枚で調剤時、真ん中にブロムヘキシン10Tヒートを挟んでゴムで結束。表からも裏からもビソプロロールのみしか見えないため、中のブロムヘキシンに気付かず投薬。後日気付いた患者が持参され発覚。	ビソプロロール5mgとブロムヘキシンの棚が隣同士。ピッキングミスか、棚に充填する際の間違いなのか、戻し間違いかは不明。ビソプロロール5mgとブロムヘキシンのヒートの大きさがほぼ同じ。	ゴムで結束されたPTPの場合の監査の徹底。PTPの大きさがほぼ同じものが多数存在することの再確認。（特にGEに多い）	ビソプロロールフマル酸塩錠５ｍｇ「トーワ」	ブロムヘキシン塩酸塩錠４ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1032	事務担当不在時、外国人の患者家族が、来店する。いつも通りの処方箋を受ける。処方箋入力を、勘違いして、１錠を０．５錠に入力する。調剤も０．５錠で、作成し、交付する。その後、患者本人が来店し、０．５錠ではない事を指摘されて間違いに気付く。服用前で、患者は、好意的に帰られた。 、 、	本当にお詫びするしかない。スタッフの留守、調剤をせかされる、自分の集中力等のなさ。いつも通り、ミスなく終了は、分かり切っている。気の緩み。	間違えない基本を繰り返す。一人の時、時間のない時は、特に神経集中させる。日々の、自己管理、他のスタッフとの共有継続する。	ビソプロロールフマル酸塩錠５ｍｇ「トーワ」	ビソプロロールフマル酸塩錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1033	ビソプロロール5に今回増量されていたが、前回の内容をコピーしてビソプロロール2.5で入力。	処方箋が忙しく焦っていたため入力を前回Doでコピー調剤薬剤師が発見。	調剤が込み合っている時は、焦らないように時間がかかることを患者様にお伝えして、処方箋が集中する時間を分散する。	ビソプロロールフマル酸塩錠５ｍｇ「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
1034	【般】フルスルチアミン50mg・B2・B6・B12配合錠の処方に対してビタダン配合錠を調剤するところ、アリナミンF50mgを調剤・交付	【般】フルスルチアミン50mg・B2・B6・B12配合錠の処方箋記載に対して、【般】フルスルチアミン50mgのみを判断してアリナミンFと思い込む。レセコンへの入力をアリナミンFで行うよう指示、入力・調剤ともに誤ったまま交付に至る。	・レセコンにおける入力方法の見直し（商品名を直接入力⇒一般名処方から商品名を指定する）・単剤・配合剤の区別を行う	ビタダン配合錠	５０ｍｇアリナミンＦ糖衣錠		ヒューマンエラー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	処方せんは【般】フルスルチアミン５０ｍｇ・Ｂ２・Ｂ６・Ｂ１２配合カプセル一般名処方のため、入力時、フルスルチアミンから検索し、５０ｍｇのところで５０ｍｇアリナミンＦ糖衣錠を選択してしまった。調剤時、監査時も入力に引きずられるようにそのままお渡しした。その後処方箋を点検したときに間違いに気づき連絡し、未服用だったため訪問して謝罪し、ピタノイリンカプセル５０に交換した。	普段あまり受け付けない医院の処方せんだったため、汎用している２５ｍｇアリナミンＦ糖衣錠ではな、く５０ｍｇであることに気を取られて最後まで一般名を確認できていなかった。入力時の確認ミスに薬剤師も気づくことができないで、入力された薬をそのまま選択してしまった。	一般名処方は最後まで必ず確認する。薬品選択時は錠剤なのかカプセルなのかなどの剤形にも細心の注意を払う。	ピタノイリンカプセル５０	５０ｍｇアリナミンＦ糖衣錠		ヒューマンエラー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	レセコン入力内容と異なるメーカーのものをお渡しした。在庫確認システムで在庫の確認をしている際にマイナス在庫になっているものがあり、事例が発覚した。	メーカー出荷調整に伴い、前回処方分と今回処方分のメーカーが変更になっていた事が原因。	事務員と薬剤師間で調剤時声かけを行いメーカー情報を共有する。薬品名を確認する際は、メーカー名まで確認を怠らない。	ピタバスタチンＣａ錠１ｍｇ「サンド」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1037	一般名：ドキシサイクリン塩酸塩錠（100）の処方を受け付けたものの、当局として初めて受ける処方だった。調剤システムに入力する際通常最初の3文字で検索し医薬品名を入力している。「ドキシ」で検索した際、本来選択されるべき「ビブラマイシン100ｍｇ錠（一般名ドキシサイクリン）」は未採用品であった為表示されず、従来より採用されていた「バナン100ｍｇ錠（一般名セフポドキシム）」が表示され、一般事務員の入力者は唯一表示された「バナン100ｍｇ錠」を選択した。	通常医薬品名を頭3文字で検索しているが、システムが一般名の中3文字まで検索してしまった。たまたまバナン錠が採用品・ビブラマイシン錠が未採用品であり、たまたま同容量であったため発生した入力過誤だった。一般事務員としては検索した結果、1種類しか表示されなければ、その医薬品を選択するのが通常の事なので、特に初薬について薬剤師の鑑査を厳に行うべきである。	特に初薬について一般名と医薬品に齟齬が無いか慎重に確認する。	ビブラマイシン錠１００ｍｇ	バナン錠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
1038	ビプレッソ徐放錠50ｍｇが処方されているところ、ビムパット錠50ｍｇをピッキングし監査者へ渡す。監査の時点で薬剤の取り違いが確認される	ビプレッソ徐放錠50ｍｇとビムパッド錠50ｍｇの名称が似ていた為取り違える。	調剤時の処方せんの処方内容の確認を徹底する。商品名の似た薬剤の配置場所を離し取り違いの起こりにくい環境を作る。	ビプレッソ徐放錠５０ｍｇ	ビムパット錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1039	ビベスピが処方されてる患者に、調剤者が誤ってビレーズトリを取り揃えてしまっていた。	在宅患者の定期処方の吸入薬の処方であったため、発見した当該薬剤師が毎回訪問していたため、すぐにピッキング誤りであることに気づき、調剤者に指摘。本品は、名称および外観類似している医薬品で、近年は3剤混合吸入薬など、吸入薬でも様々な合剤が発売されてるため、注意が必要。	薬局内で採用されている吸入薬について、採用薬リストを作るなどして注意喚起をする。また、吸入薬の理解を深める必要があり、薬局内で勉強会も検討。	ビベスピエアロスフィア２８吸入	ビレーズトリエアロスフィア５６吸入		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1040	他の患者の調剤前のベタニス錠50ｍｇを近くに置いていたための取り間違い	調剤台には他の患者様の薬は置かないで1人1人分けるか区別して調剤をする。	他の患者の薬を一緒には置かないで必ずカゴ等に入れて調剤前は分けておく。	ビムパット錠１００ｍｇ	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	
1041	入力誤り初期監査時に気づいて訂正した	まだ店舗に不慣れであり、両方の剤型が存在することを知らなかった	注射にも規格、剤型が複数あることを覚えてもらう	ヒューマログＮ注ミリオペン	ヒューマログ注カート		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
1042	外来患者。定期的に処方のあるヒューマログミックス50注ミリオペンを調剤するはずが、ヒューマログミリオペンを調剤して交付してしまった。まだ残薬があったため、今回調剤した注射は使用していなかった為、すぐご自宅へ伺い薬剤の交換を行った。薬剤交付後の在庫整理の時に発覚した。	異なる薬剤がピッキングしてあったが、気づかずに鑑査し交付してしまった。確認不足が大きい要因と推定できる。また処方箋入力は正しかったので鑑査チェッカーの機械を使用していれば、その場で発覚したが、今回鑑査チェッカーを使用していなかったので気づくことができなかった。	鑑査時の薬剤確認と鑑査チェッカーの使用の徹底	ヒューマログミックス５０注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1043	ヒューマログ注ミリオペンの処方箋受付時に数量が不足していたため、調剤監査をインスリン以外で行っていた。その後投薬の際監査不十分のまま誤ってヒューマログミックス25注ミリオペンを投薬。その日のうちに別の薬剤師が気づき、患者宅へ交換に行き、使用前のため交換させていただいた。	冷蔵庫内にヒューマログ注ミリオペン、ヒューマログミックス25注ミリオペンが近い場所に保管しており、薬剤名の確認が不十分だったこともあり今回の事例が起こったと考えられる。	不足していた薬剤の監査を再度徹底させ、投薬前に他のスタッフを含めた監査を再度行うことにより再発を防ぐ。	ヒューマログ注ミリオペン	ヒューマログミックス２５注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1044	ヒューマログ注とヒューマリン注の取り間違い	忙しい時間帯であり、思い込みで調剤。	似た名前の注射剤を隣同士で置かないようにする。初めの文字のみで調剤しないようにする。	ヒューマログ注ミリオペン	ヒューマリンＲ注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1045	繁忙時に、ヒューマログ注ミリオペンを１キットピッキングするところ、事務員がヒューマログ50注フレックスペンを1キットピッキング。検薬時に間違いを発見した。	事務員の経験不足。また、医薬品の名称が類似していたため思い込みが生じた様子。	事務員に対し、医薬品名は最後まで一字一句確認し、また類似品があることを周知した。冷蔵庫には「類似名称に注意」と張り紙を行った。	ヒューマログ注ミリオペン	ヒューマログミックス５０注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1046	ヒューマログミリオペン処方をヒューマログミックを間違えて渡して体調不良（低血糖）	薬剤師は処方どうりと思い込み、かつ患者さんの家族（娘さん）が受け取りに来られ、いつもと違うことに気づかず本人はパッケージが変わったのかなというぐらいの認識のためそのまま使用していて気づけず。そもそも当薬局の事信用していてくれてたため、疑いも持たなかった。	注射剤を出すときは再度事務員を含め声を出して確認してもらう。	ヒューマログ注ミリオペン	ヒューマログミックス５０注キット		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1047	OD錠発売された事を局内で申し送りしていたが、OD錠が発売された直後の処方箋であったため通常通りの錠剤で事務員が入力していた。	局内でも申し送りを丁寧にする。	薬剤師、事務員に伝達をしっかり行う。申し送りノートを活用する。	ビラノアOD錠20mg	ビラノア錠20mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1048	ビラノアOD錠が35日分処方されており、事務が調剤した。監査の前で他の薬剤師が５錠だけビラノア錠が混在してピックされていた。	薬局としてはOD錠と普通錠のところに紙で大きく目立つように書いてある。また、薬棚に戻す際も二人で確認して戻すようにしているが起きてしまった。後者が徹底されていなかったと思われる。 そもそも門前との話し合いで患者からアンケートをとりビラノアは普通錠のみの採用と決めていたが、卸とメーカーが勝手に医師に営業し事情も理解していないのにどうしても採用してほしいと医師に相談しに行ったことが原因で起こったともいえる。（一度は採用を断っている。）そう言った卸の勝手な行動によりヒヤリハットの要因を増やされたことも原因と思う。	薬棚に戻す際のダブルチェックを再度徹底した。また、普通錠が良いと言っている患者の要望には添えなくなるが、採用を絞ることも検討しなくてはいけない。	ビラノアＯＤ錠２０ｍｇ	ビラノア錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1049	4歳女児に一般名処方で「ヘパリン類似物質クリーム0.3%」が処方されてたが、レセコン入力時に誤って「ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」」で入力。薬剤師も同様に「ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」」で調剤し、服薬指導時も薬袋で確認してしまいそのまま払い出し。その後すぐに間違いに気づき、患者の後を追って事情を説明し「ヒルドイドクリーム0.3%」に交換。薬剤は使用前のため患者に影響なし。	【般】ヘパリン類似物質クリーム0.3%と【般】ヘパリン類似物質軟膏0.3%の違いを十分に理解できておらず入力時に間違ったと思われる。また、調剤者もあまり使用してない薬であったため勘違いして準備してしまった。	投薬時に処方箋と照らし合わせて確認する。一般名と商品名の表を作成し、入力時に確認できるツール作成して入力時に確認する。	ヒルドイドクリーム０．３％	ヘパリン類似物質油性クリーム０．３％「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1050	一般名処方でのヘパリン類似物質軟膏と、一般名処方でのヘパリン類似物質クリームとステロイドの混合の処方があり、医療事務員がどちらも一緒だと捉えて入力されていたが、交付者が再確認したところ間違いの発見に気づいた。	医療事務員の知識不足、間違いやすい薬の教育不足。	間違いやすい薬をリスト化・声かけをし、入力時に気をつけれるようにする。	ヒルドイドクリーム０．３％	ヒルドイドソフト軟膏０．３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1051	一般名処方「ヘパリン類似物質軟膏」と処方箋には記載されていたが、別剤型のヒルドイドクリームで入力してしまった。	レセコンの設定で、一般名処方の入力を行った際に「類似剤型」で候補薬が挙がる設定になっていた。そのため、一般名「ヘパリン類似物質軟膏」と入力した際に、ヒルドイドソフト軟膏・ヒルドイドクリーム・ヒルドイドフォームなど剤型の異なる薬剤も候補として挙がるようになっていて、入力の選択を間違えた。	レセコンの設定で、一般名処方を入力する際には「剤型変更不可検索」と設定し、一般名「ヘパリン類似物質軟膏」と入力した際には軟膏製剤しか候補が上がらないようにした。	ヒルドイドクリーム０．３％	ヒルドイドソフト軟膏０．３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1052	一般名処方のヘパリン類似油性クリームの処方箋を入力時にヒルドイドクリームの後発品で入力し、鑑査に回した。監査者は油性クリームなので、ヒルドイドドフト軟膏であることに気付き、正確な薬品へ入力修正し、患者交付した。	入力時に一般名処方のヘパリン類似油性クリームの油性を見逃してしまった。外来混雑により、確認作業が疎かになった。	入力手技を再度確認し、鑑査に回す前に薬品名、規格、剤型の分割チェックの遵守。	ヒルドイドソフト軟膏０．３％	ヒルドイドクリーム０．３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1053	ヒルドイドローションの処方に対し、ジェネリックに変更の際に誤ってヘパリン類似物質スプレーで入力	ヘパリン類似物質の種類が多い為、剤形の確認不足により誤って入力されたと考えられる。剤形について知識不足も考えられる。	入力の際は剤形まできちんと確認して入力を行う。ヘパリンは間違いやすい薬なので、剤形についてはしっかり確認しておく。	ヒルドイドローション０．３％	ヘパリン類似物質外用スプレー０．３％「テイコク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1054	処方箋には【般】ピレノキシン点眼用０．００５％　５ｍＬと記載。入力時に【般】ピレノキシン点眼液０．００５％　５ｍＬと入力し、ピレノキシン懸濁性点眼液０．００５％「参天」で調剤。本来なら疑義照会を実施し、【般】ピレノキシン点眼液０．００５％に変更し調剤を実施するのが正しかった。	処方箋には点眼用【5ｍｌ】の記載、入力画面では点眼液【5ｍｌ】となっていて、5ｍｌがついている点眼液の方で入力したほうがいいか口頭で確認し、そのまま点眼液で入力した。処方箋と指示書の照合で点眼までしか確認していなかった。ｄｏ処方なので同じ薬のピレノキシン懸濁性点眼液0.005％「参天」で問題ないだろうと思っていた。	名前の類似などで注意が必要な薬の時は、点眼/用、点眼/液などで分割して確認する。液の部分は〇でチェックし立ち止まれるようにする。最初の数文字で判断するのではなく、最後まで指差しで確認するようにする。名前が類似していて注意が必要な薬はマスタで注意喚起を入れる。入力時におかしいと思ったり、怪しいと思った事は口頭でだけでなく、付箋に内容を記入し処方箋に貼るようにする。	ピレノキシン懸濁性点眼液０．００５％「参天」	ピレノキシン点眼用０．００５％「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
1055	処方箋調剤時ファムビル250ｍｇ3錠5日分処方のところ、ファロム200ｍｇ15錠を棚から出し監査台トレーに入れた。監査薬剤師が気づき、訂正を行った。	繁忙であった	薬剤師、事務で改めて教育訓練、確認した	ファムビル錠２５０ｍｇ	ファロム錠２００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1056	ドンペリドン錠１０ｍｇ「ＥＭＥＣ」にて投薬すべき処、ファモチジンＤ錠１０ｍｇ「ＥＭＥＣ」での投薬を行ってしまった。	２回目の処方で、ファモチジンＤ錠１０ｍｇもあり、調剤時に規格、後発メーカーともに同じ物であったので、思い込みにより取り違えた。また錠剤形状、シートデザインが酷似しているので取り違えてしまった。	監査前に、調剤時の確認をする事になっているが、調剤確認の際、監査の際にも錠剤形状、シートデザインが酷似しているので見誤った為、投薬時にも確認を行う事を続けることになった。	ファモチジンＤ錠１０ｍｇ「ＥＭＥＣ」	ドンペリドン錠１０ｍｇ「ＥＭＥＣ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1057	ファモチジンとクロピドグレル両方処方されており、調剤者が端数を間違えたため戻したところ、どちらも同じような色のデザインだったため戻し間違えをし、付け違えが発生した。それを監査者が見落としてしまった。投薬者が気が付いたため、交付には至らなかった。	調剤に時間がかかっていたため焦りもあったことから、戻すときに第三者の確認を怠ってしまった。監査者も色が似ていたため思い込みから見落としてしまったと考えられる。	カセットなど元に戻すときは第三者による確認を怠らない。もしくはピッキングシステムを利用するなど確実に1つ通してから行うようにする。監査時は間違いがあることを前提に監査を行うようにする。	ファモチジンＤ錠２０ｍｇ「サワイ」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1058	交付数時間後、患者さんより、ファモチジンOD「Me」180錠の薬袋のなかに、ファモチジンOD「Me」80錠とアトルバスタチン(5)「Me」１００錠（アルミ包蔵のまま）入っていたと連絡あり。	監査時、入力ミスがあり、そちらに気をとられた同じ会社の為、外箱の包装が似ており、薬をしまう時違っていた。ピッキング時、薬品名の確認を怠った。	薬棚にセットするときは、間違っていないか、既にある薬を含めて確認する。	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
1059	4月の投薬時に色調が似ているファモチジン錠10ｍｇトーワとアムロジピンOD錠5ｍｇトーワとピッキング時に取違い、監査時に気づかずにお渡し。その後患者が違いに気づき、薬局来局時に伝えて発覚。	ピッキング、監査時の確認不足。色調が似ているので薬剤名を確認せずに思い込んだと思われる。	ピッキング・監査時に目視と共に声出し確認を徹底する。	ファモチジンＯＤ錠１０ｍｇ「トーワ」	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1060	ファモチジンOD錠20ｍｇ処方のところ、オルメサルタンOD錠20ｍｇで調剤、監査・投薬時も気づかずに渡してしまった。その後、患者から電話で血圧の薬とPTPに書かれていると報告があり発覚。服用前に患者が気付いたため身体への影響はない。	外観が類似していてきちんと確認ができていなかった。棚は離れているが、調剤者が思い込みで取り間違えをしている可能性がある。ファモチジンはよく出る処方のため、14錠、21錠、28錠などで事前に準備している。その際に棚にオルメサルタンが混じっていた可能性もある。	薬剤名をきちんと確認する。よく出る処方で正しいと思い込まずに、棚の中に間違った薬剤が入ってないか確認する。	ファモチジンＯＤ錠２０ｍｇ「ＴＢＰ」	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
1061	ファロム錠とファムビル錠の取り間違い	午後始まりの慌ただしくしている時だった。処方箋に書かれている薬剤をしっかり確認せず、似ている薬剤を取ってしまった。	ファロム錠とファムビル錠の似ている薬剤があるということを周知していく。しっかりと処方箋に書かれている薬剤を確認。	ファロム錠２００ｍｇ	ファムビル錠２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1062	ファロム２００ｍｇ21錠のところ、ファムビル２５０ｍｇ21錠ピッキング	薬品の名称が類似していた	名前だけでなく規格も注意する	ファロム錠２００ｍｇ	ファムビル錠２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1063	前回、ファムシクロビル250mgが処方された患者様に1週間後、別件でファロム200mgが処方された。名称類似から事務入力及び調整者が気が付かずに準備してしまった。監査時に処方箋内容との違いに気が付き調剤し直しお薬は適切に交付することができた。	名称類似を薬局内で周知していたが入社歴の浅い担当者であったため気が付くことができなかった※先発名（ファロム）と一般名（ファムシクロビル）が似ており不慣れな事務には気が付きにくく調整薬剤師も見落としてしまった可能性がある。	監査徹底だけでなく名称類似薬の採用医薬品における注意喚起を定期的に行う	ファロム錠２００ｍｇ	ファムビル錠２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1064	一包化調剤の鑑査時にフィコンパ錠2mgとデエビゴ錠10mgの色調がかなり類似していたため間違えて分包されているかと思われた。	同じメーカからの開発販売であるにもかかわらず錠剤の色調がかなり類似していること自体過誤を引き起こす要因となる。更にこれらの薬剤の識別コードが刻印になっているのでこれも過誤の要因となっている。	この様な場合は薬局での対策は不可能であるので、メーカーおよび製造販売許可権者が調剤過誤防止の観点からここまで気を配るべきである	フィコンパ錠２ｍｇ	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
1065	今までずっと服用されている後発品のメーカーが供給不足により他のメーカーに変更となった。入力が変更されてなくお渡ししたものとお薬手帳・説明書の記載と異なる事案。	後発品　先発品　供給不足	何度も確認していくしか現状方法がないかと思います。品名登録の際に優先を変更するなどで設定を変えていくことにしました。	フェキソフェナジン塩酸塩ＯＤ錠３０ｍｇ「トーワ」	フェキソフェナジン塩酸塩ＯＤ錠３０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1066	忙しくはなかったがフェキソフェナジンをファモチジンに取り違えた。監査で発見され投薬前に防ぐことができた。	ファモチジンの調剤が続き無意識にファモチジンの棚に手が行ってしまった	調剤者は処方箋をしっかり見ながら油断を排してピッキングする。	フェキソフェナジン塩酸塩ＯＤ錠６０ｍｇ「サワイ」	ファモチジンＤ錠２０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1067	フェブリク錠１０ｍｇをピッキングしなければならないところ、アジルバ錠１０ｍｇを調剤してしまった。監査者が発見し、正しい薬剤で交付した。	両剤の棚の配置場所が比較的近いところある。またPTPの色が共に緑色と銀色である。個人によって感じ方は異なると思うが、特に裏側のデザインが似ているため、取り間違えをしてしまった。両剤共に普段からよく調剤する薬のため、慣れもあり、油断して取り間違えてしまった。	棚の名称に判別しやすいようにチェックを入れた。PTPは似ているとはいえ、錠剤の形状も異なるため、油断がなければ取り間違えないはずである。気を抜かないように調剤するよう確認を行った。	フェブリク錠１０ｍｇ	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1068	一般名でクエン酸第一鉄５０ｍｇの処方。投薬時に貧血症状について確認の話をしたところ「尿酸値の薬と聞いている」と返答あり。疑義照会にてフェブリク１０ｍｇに変更となる。	電子カルテの入力の際、フェブリクとフェロミアを誤って入力されたと推察される。	投薬の際に診察時の話をよく確認して整合性が確認されてからお渡しをする。	フェブリク錠１０ｍｇ	フェロミア錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1069	よく似た名前の薬を、誤って投与した。	お薬の配置が、比較的近くにあった事が過誤の原因。監査者も見逃してしまった。	注意喚起の、暖簾を設置した。	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
1070	フェルビナクスチック軟膏を調剤するところ間違えてスチックゼノールAを取り揃えてしまった。	陳列が近く、外観および外装が類似しており取り間違いに気づかなかった。	スチックゼノールの包装箱薬品名を赤丸で囲み、処方薬に間違いないよう名称喚起を行う。	フェルビナクスチック軟膏３％「三笠」	スチックゼノールＡ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1071	フェルビナクパップ温感を冷感で出してしまいました。	忙しくて温感の指示を見逃した。	パップは温感、非温感がありますが、温感に○で囲むことにしました。	フェルビナクパップ７０ｍｇ「タイホウ」	フェルビナクパップ７０ｍｇ「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
1072	フェロミア５０ｍｇで処方されるべきところ、フェブリク２０ｍｇが処方されていた。患者に確認したところ、血液検査の実施もなく、尿酸値の上昇の指摘もなかったとの事。「以前から服用していた薬」の発言から、フェブリク２０ｍｇではなく、フェロミア５０ｍｇの間違いであったことが発覚。医師へ疑義紹介を行い、お渡しする前に処方変更となった。	平素より利用してくれている患者様。血液検査の実施の有無などの確認で発覚できた。	処方箋上のみで不明なことは必ず本人またはクリニックへ確認できることはする。	フェロミア錠５０ｍｇ	フェブリク錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1073	フェロミアとピーエイが隣通しで配置されており、ある時、ピーエイが2錠分、フェロミアの中に入っていたため、取り間違えて患者様にわたってしまった。	注意不足、薬の管理状況	似たような包装の薬同士を隣同士に配置することがないように配置転換をした。	フェロミア錠５０ｍｇ	ピーエイ錠		ヒューマンエラー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	人員の関係で調剤し、そのまま入力監査したのち、錠数を確認しながら薬袋に薬剤を入れた。間違いないと思い投薬したところ、患者から以前の薬に戻っていると指摘があった。確認すると薬袋には、フォシーガ１０ｍｇと記載あるが、手元にはフォシーガ５ｍｇを用意していた。	門前処方の薬であった。フォシーガ５ｍｇを服用している患者が多く、薬剤名を見ただけで規格を確認せず、５ｍｇと思い込んだ。	落ち着いて、処方箋とともに薬剤を確認する。薬剤名、規格、錠数をもう一度薬袋とともに確認する。	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
1075	73歳女性が処方箋を持って来局。処方内容はフォシーガ錠5mg、グラクティブ錠50mg、クレストール錠2.5mg、プレミネント配合錠LD、アムロジン錠5mgがそれぞれ1錠分1朝食後21日分、メトグルコ錠250mg3錠分3毎食後21日分だった。お薬お渡し2日後に処方薬を持って再度来局。フォシーガ錠5mg21錠でお渡ししたはずが、フォシーガ錠5mg20錠+グラクティブ錠100mg1錠でお渡ししていた。謝罪し、グラクティブ錠100mg1錠を回収、フォシーガ錠5mgを1錠お渡し。当患者は、20錠と1錠のものが違う薬だと気付き、服用はしなかったとのこと。	ミスの原因は断定できないが、以下のことが考えられる。 【調剤時】〇錠剤棚の位置の問題(グラクティブ錠100mgが上、フォシーガ錠5mgが下)・フォシーガ20錠を取った後、1錠を取る際に上にあるグラクティブ錠100mgを誤って取ってしまった・他患者の調剤時に、グラクティブ錠100mg1錠を誤って下にあるフォシーガ錠5mgの棚に戻してしまい、今回ピッキングしてしまった 【監査時】⇒下記のいずれにせよ監査者の確認不足〇重量鑑査における問題・1錠の差であったため、重量の違いで引っかからなかった 〇見た目による問題・よく見ると大きさが全然違うため気が付くが、10錠ヒートを抱き合わせ+1錠であったため、フォシーガの見た目が隠れてよく見えなかった・グラクティブの切り方が、表から見ると名前ではなく、「糖尿病治療薬　1日1回服用」の文字しか見えなかった(裏にグラクティブと表記あり。また、切り取った反対側の1錠には表面にグラクティブの表記あり)・グラクティブ錠100mg、フォシーガ錠5mgはいずれもオレンジのような、薄ピンクのような色	・ピッキングをする際には、ヒートと半端のものをしっかりと同一のものと確認してから輪ゴムでとめる・監査時には、ピッキングされたものを正しいと思い込まずに自分の目で実物を全て確認し、重量監査だけでなく錠数も数える・上下で似たような形、色、名前のものが並ばないように順番を変える	フォシーガ錠５ｍｇ	グラクティブ錠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	
1076	フォシーガ５ｍｇ処方に対して、１０ｍｇ入力してしまった。	心不全が新規適用されたフォシーガ錠１０ｍｇが続いたため、糖尿の５ｍｇ処方を１０ｍｇと入力した。	規格を必ず確認する。	フォシーガ錠５ｍｇ	フォシーガ錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1077	処方はフォリアミンが出ていたが、フォシーガが調剤されていた	知識不足、リウマトレックスが処方されていた為フォリアミンが同時に出ることが想像できる	基本処方の理解勉強会	フォリアミン錠	フォシーガ錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1078	高齢で薬の管理ができないため一包化にして家族に管理をお願いしている患者。調剤時前回処方の画面を確認したらフォリアミンが重複して入力されており１回１錠が２錠で調剤されてしまった可能性があることが発覚。	フォリアミンの記載が前回より一般名記載に変更されており受付時重複して入力されてしまった。受付入力と一包化機器が連動しておりそのまま調剤されてしまった可能性がある。前回調剤者は間違ったフォリアミンを抜いた記憶があるがはっきり思い出せない。レセコンも一包化画面も入力訂正はされておらず、患者に渡った実物の薬を確認する必要があるため患者家族に謝罪、経過を説明し自宅の薬を回収させてほしいとお願いしたが患者家族が前回分は廃棄するからいいと拒否されてしまい、実際何日分飲んだかは不明。主治医にも経過説明。	調剤前の入力チェックの徹底、一包化調剤誤の調剤者による数の点検、窓口での監査の徹底。	フォリアミン錠	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
1079	腹痛で受診してお腹の痛み止めと整腸剤が出ると医師から聞いていたが、処方されていたのはフスコデ配合錠とラックビー微粒であった。患者からの聞き取りで薬剤師が疑義照会し、フスコデ配合錠からブスコパン錠に変更となった。	医師が新しいパソコンの操作に不慣れで入力ミスが起こっていた	患者からの聞き取りをきちんと行うように徹底する	ブスコパン錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1080	プデホル３０吸入　１日２回１回２吸入　１本の処方に関し、プデホル６０吸入１本調剤・投薬。後日、処方チェックしていた際に間違いに気づく。なお、レセプト入力も６０吸入であった。	プデホルは６０吸入が汎用されており、３０吸入の処方は滅多にない。そのため思い込みによる入力と調剤を行ってしまった。	思い込みによらず確実に処方箋の確認を行い調剤するように徹底していく。	プデホル吸入粉末剤３０吸入「ＪＧ」	プデホル吸入粉末剤６０吸入「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
1081	プラザキサ110ｍｇ処方だがプラザキサ75ｍｇで入力。入力監査時間違えを発見。	手入力処方箋であり、前回７５ｍｇが処方されていたので今回も７５ｍｇ処方だと思い込み入力。	入力時、入力監査時規格も確認。入力監査時は規格に〇をつける。	プラザキサカプセル１１０ｍｇ	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
1082	ベタメタゾン-d-クロルフェニラミンマレイン酸塩の表記を最初の2文字で判断してしまった。	併用薬を確認し処方内容を確認しながらピッキングするべき。	ピッキング後、もう一度確認をして監査に回す。	プラデスミン配合錠	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
1083	繁忙時、プラバスタチン錠10のところをフルバスタチン錠10で調剤	調剤時、確認不足	調剤棚に注意喚起のフダとりつける	プラバスタチンNa錠10	フルバスタチン錠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
1084	処方せんはプラバスタチン１０ｍｇ「ケミファ」だったが、アトルバスタチン１０ｍｇ「ケミファ」をお渡しし、数日後に在庫が合わず、発覚。	特に混雑ではなく、どちらもよく処方されており、処方せんと間違いがないかよく確認せず交付してしまった。	自薬局で使用している監査システムを、しっかり活用したかの確認をする。	プラバスタチンＮａ錠１０ｍｇ「ケミファ」	アトルバスタチン錠１０ｍｇ「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1085	患者本人からの電話にて発覚。２回ほど服用したところで薬名とデザインが異なることに気づいたとの事。確認した所プラバスタチンではなく、類似名称のフルバスタチンが出ていた。謝罪し、正しいものをすぐ発送した。	他の薬で入荷未定で欠品しているものがあり、そちらの対応に気を取られていた。たまたま保管場所も隣あっていたため、取違を起こしてしまった。	注意喚起のメモを貼り、薬同士を離して保管するように工夫した。	プラバスタチンＮａ錠１０ｍｇ「サワイ」	フルバスタチン錠１０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1086	ピッキングを行なっていた際、名称が類似しているスタチン系の医薬品のため思い違いが生じプラバスタチンNa錠10mgが正しいところ、フルバスタチン錠10mgを取ってしまった。薬局で採用されている医薬品や棚の医薬品の配置について知識が不足しており、誤認に気づかないままピッキングを行なってしまった。	ピッキングを行なっていた際、名称が類似しているスタチン系の医薬品のため思い違いが生じた。	薬剤名を規格まで確認を行う。名称が似ている医薬品への知識をもち誤認を防ぐ。今回取り違えた医薬品は棚の位置が離れて置かれていた。すでにとられている対策を知り注意をする。	プラバスタチンＮａ錠１０ｍｇ「トーワ」	フルバスタチン錠１０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1087	プラバスタチン錠１０ｍｇの処方だったところ間違えてアトルバスタチン錠１０ｍｇで交付してしまった	簡単な処方だったため他の薬剤師の監査を通さずに交付してしまった	必ず二人以上の薬剤師で監査を行うよう徹底する	プラバスタチンＮａ錠１０ｍｇ「トーワ」	アトルバスタチン錠１０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1088	いつもプラバスタチンが処方されているが患者より違うものが入っていると連絡あり。実物を持参してこられたのを確認するとロスバスタチンが入っていた。	1人で調剤していた時間帯でどちらもスタチンとつくため読み間違えたものと思われる。	なるべく2人で調剤監査を行い1人の時は何度も確認するようにした。	プラバスタチンＮａ錠５ｍｇ「オーハラ」	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1089	プラバスタチンとアトルバスタチンを監査時に気付かずに投薬。患者本人が服用時に発覚。飲む前に気付く。	当事者の慢心、思いこみによるミス。	こういう似た名前の取り間違いがあるというのをスタッフ間でも周知しておく。	プラバスタチンＮａ錠５ｍｇ「サワイ」	アトルバスタチン錠５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1090	Drが骨粗鬆症の治療を受けている患者様に骨密度測定結果が悪かったため、次回から注射のプラリア皮下注を勧めた。本人は、以前にBP製剤にて顎骨壊死を経験していたので、薬局に確認しに来た。	Drは顎骨壊死症状を軽いものと考えていた。プラリアは顎骨壊死が少ないと考えていた。	メーカーに問い合わせたところ、作用機序が類似しているため発生率は低いものの、使用しないことを勧められた。そこで、Drにメーカーの返答を説明し、ビビアント服用を打診した所、了承された。	プラリア皮下注６０ｍｇシリンジ	ビビアント錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1091	患者様への交付後、当薬局事務員が調剤録と計量ジャーナルの突合で薬品が違うことに気づき調剤過誤が発覚した	調剤者はプランルカストDSをプルスマリンDSと勘違いし調剤した。監査者もそのまま見過ごしてしまった。思い込みによる勘違いが原因	調剤者は計量した際、もう一度計量ジャーナルと処方箋を確認すること。監査者は忙しくても慌てずに必ず計量ジャーナルの薬品名も確認すること。	プランルカストＤＳ１０％「タカタ」	アンブロキソール塩酸塩ＤＳ小児用１．５％「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1092	７歳患児にレボセチリジンＤＳ・プランルカストＤＳ処方あり。プランルカストＤＳをカルボシステインＤＳで計量。監査薬剤師が気付き、計量しなおす。	レボセチリジンの用量について疑義紹介を行っていた。繁忙時間帯だったのもあり、患者様をお待たせしていたため、焦りもあり、確認不足となったものと思われる。また、プランルカストとカルボシステインの容器が似ており、場所も近かった。	プランルカストとカルボシステインの場所を離す。計る前に再度目視し間違いがないか確認する。	プランルカストＤＳ１０％「タカタ」	カルボシステインＤＳ５０％「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1093	プランルカストDSを調剤するところ、フェキソフェナジンDSで調剤した。患者さんに投薬、服用後、いつもと味が違うことに気づき当薬局に電話がある。監査ペーパーにて確認したところ、フェキソフェナジンで調剤したことが発覚。1包のみ服用し中止。新しい薬を持参し交換した。健康被害は特になし	薬剤師の慣れ、怠慢同じ形のボトルに入っているため、ラベルの確認が不注意だったこと	ラベルの再度確認チェック、指差し確認の実行	プランルカストＤＳ１０％「トーワ」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1094	新規の患者が処方箋を持参した。処方箋はフリウエル配合錠ＬＤ「モチダ」１錠が６３日分の指示だった。処方箋を入力した事務員Ａは入力時に誤ってフリウエル配合錠ＵＬＤ「あすか」を選択した。事務員Ａから渡された調剤指示箋を元に、薬剤師Ｂはフリウエル配合錠ＵＬＤ「あすか」で調剤を行った。薬剤師Ｂが投薬前に処方箋と調剤指示箋と処方薬を監査して、処方箋と調剤指示箋に記載されている薬剤が異なる薬剤であることに気づいた。事務員Ａに入力間違いがあることを指摘し、念のため患者本人に処方内容を確認したところ、いつもフリウエル配合錠ＬＤ「モチダ」が処方されていることを確認し、処方箋通りのフリウエル配合錠ＬＤ「モチダ」を処方し、患者に交付した	事務員Aは今まで当薬局ではフリウエル配合錠はＵＬＤ「あすか」しか処方したことがなく、処方量の違いによりＬＤ錠があることを把握していなかった。さらに今まで処方元の医療機関から他の患者（３名）に対していつもフリウエル配合錠ＵＬＤ「あすか」が処方されていた為、慣れと思い込みにより、「フリウエル配合錠」と印字されているのを見た時点で、フリウエル配合錠ＵＬＤ「あすか」と思い込んでしまった。調剤を行った薬剤師Ｂは処方箋を確認せずに誤って入力された調剤指示箋を元に調剤を行ったため、交付直前に処方箋と調剤指示箋と調剤した薬剤を監査するまで、違う薬剤が処方した事に気が付かなかった。	自局で普段処方されていない薬剤の場合は、規格違いの有無に十分注意する。複数規格がある場合については、薬局内で事務員と薬剤師間で情報を共有する。待ち時間を短縮する為、調剤指示箋を元に調剤を行っているが、調剤指示箋と処方箋の内容に誤りがないか、十分に確認を行う。	フリウェル配合錠ＬＤ「モチダ」	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
1095	フリウェルULDをフリウェルLDと間違えた開封し投薬まで至ったが、説明中に投薬者が気づき患者には渡らなかった。	今回は本人がいつも行っている薬局にいけないとの事で母親が当薬局に処方箋も持ってきた、遠方からの初めての処方だった。木曜日ともあり、色々な処方箋が舞い込んでくる中、慣れない婦人科の処方であった。フリウェルがデットだったので思い込みで調剤してしまった。知識不足でULDがあるとは知らなかった。	慣れない婦人科の処方箋では近しい名前が存在すると思いながら調剤する事がとても大事であり、思い込みは絶対にしてはいけないと思った。　一語一句名称の最後まで確認する事。	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
1096	【般】ブリモニジン酒石酸塩点眼液０．１％の処方に対し、ブリンゾラミド懸濁性点眼液１％をお渡ししてしまった。翌日、患者本人からいつもの薬と違うと連絡を受け発覚。	前後に一包化の患者がいるなど混み始めた時間帯であった。一気に混み始めるという焦りもあり、点眼のみの内容に注意力が薄れてしまった。薬情不要の患者で、見た目での間違いにも気づけず、似た名前でスルーしてしまった。	投薬時、患者と一緒に中身を確認する。	ブリモニジン酒石酸塩点眼液０．１％「ＮＩＴ」	ブリンゾラミド懸濁性点眼液１％「センジュ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1097	ブリモニジン酒石酸塩点眼液のところ誤ってブリンゾラミド点眼液でピッキングし投薬。	一般名処方だったため名前が似ていたブリンゾラミドと思い込んでピッキングしてしまいました。	印刷した調剤録をよく見て確認しながらピッキングします。	ブリモニジン酒石酸塩点眼液０．１％「ＳＥＣ」	ブ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
1098	ビマトプロストをブリモニジンで調剤した	ブリモニジンとビマトプロストが類似しているため	スタッフ間で、調剤前の声掛けを心掛ける	ブリモニジン酒石酸塩点眼液０．１％「ＳＥＣ」	ビマトプロスト点眼液０．０３％「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
1099	次回来局時に薬の変更になっているのかを確認ししたところ変更になっていない事確認、病院に確認するとともに以前の処方せんの確認を行ったところ間違いが判明。	一般名処方の為、略語で判断してしまった。	一般名処方でも最後まで確認する事を徹底して行う	ブリンゾラミド懸濁性点眼液１％「サンド」	ブリモニジン酒石酸塩点眼液０．１％「ＳＥＣ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1100	処方せんに記載されたブリンゾラミド懸濁性点眼液が在庫なく、他の薬局に小分け依頼した。入手した薬剤がブリモニジン酒石酸塩点眼液だったが疑うことなく２本を交付した。１か月半後の１月２７日に「今までの薬とは違ったが薬が変更になったのか？」と、使用済みのブリモニジン酒石酸塩点眼液を持参。調剤過誤を認める。患者に不利益な事象がなかったことを確認。新たに発行されたブリンゾラミド懸濁性点眼液の処方せんに基づき、あらためて調剤し交付した。	入手した薬剤を処方箋と照合せず、疑うことなく交付した。	調剤から交付までの手順の再確認と徹底	ブリンゾラミド懸濁性点眼液１％「センジュ」	ブ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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1101	一般名処方で記載あり。今回この患者さんには初めて処方。かねてから一般名が似ていケースを分けて注意と記載して保管していたがピッキングミスをしてしまった。監査も気づかず投薬台へ。投薬者がよく振っての記載と用意してある薬の使用方法が違うことに気づき薬の間違いに気づいた。	ピッキングと監査者の認識不足によるもの。	一般名処方は一字一句を確認するよう再度注意するように指導。	ブリンゾラミド懸濁性点眼液１％「センジュ」	ブリモニジン酒石酸塩点眼液０．１％「ＳＥＣ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1102	昨今の医薬品不足により、通常、使用している後発品を変更しなければいけなく、他社のトリヘキシフェニジルを使用した直後という状況もあり、トリクロルメチアジドを調剤しなければいけない時に、名前、箱のデザイン等、にているために取り間違えをいたしました。患者様と確認を行う際に、発見する事ができました。	思いこみ、確認不足。	医薬品不足による、会社変更が多々みられる状況なので、今一度、変更になった医薬品を従業員全員で確認しなおす。	フルイトラン錠１ｍｇ	トリヘキシフェニジル塩酸塩錠２ｍｇ「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
1103	薬剤師Ａが処方箋を見て薬をピッキングしていたが、フルイトラン錠1ｍｇを取るべきところを誤ってフルニトラゼパム錠1ｍｇ「アメル」を取ってしまった。薬剤師Ｂが処方監査中に気付き、薬剤師Ａが正しいものを取り直し薬剤師Ｂが再度監査した。交付前に気付けたので患者さんに影響は出なかった。	普段よりも薬局は閑散としていたが、それ故に薬剤師Ａが油断をして薬剤名頭2文字と規格が1ｍｇであることから誤ってフルニトラゼパム錠1ｍｇをピッキングしてしまった。	閑散時でも気を抜かずに基本に忠実に商品名、剤型、規格をしっかり見る。監査に回す前にもう1度取った薬が正しいかを確認する。	フルイトラン錠１ｍｇ	フルニトラゼパム錠１ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1104	一般名処方でフルオシノロンアセトニド軟膏が処方されたが、フルオシノニド軟膏を誤って調剤、他の薬剤師が監査のタイミングで発見し、正しい薬に正した。	調剤者が類似名医薬品があることを把握していなかった。混雑していて調剤の際に一文字鑑査が出来ていなかった。	新人や新しく配属になったスタッフにもきちんと類似名医薬品の情報を共有する。薬品名は一文字鑑査できちんと確認する。	フルオシノロンアセトニド軟膏０．０２５％「ＹＤ」	フルオシノニド軟膏０．０５％「テイコク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1105	フルカムカプセル２７ｍｇの処方にもかかわらず、フェルムカプセル１００ｍｇを渡してしまった。目が不自由な患者のため、薬の違いに気が付かなかった。薬局在庫確認時に調剤ミスに気が付き、患者に連絡すると、何回分かを服用してしまっていた。すぐにドクターに状況を説明し、薬を交換した。その後、患者の健康被害なし。	薬の名称が似ていて、二剤は近くに保管されていた。薬剤師二人で鑑査したが、合っていると思い込んでしまった。	薬剤の鑑査時は、思い込みを捨て、疑って、しっかり鑑査するように心がける。	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
1106	フルコートF軟膏と親水ワセリンの混合処方のところフルコート軟膏と親水ワセリンの混合を患者に交付した。	フルコートF軟膏とフルコート軟膏は外観も含め類似していることが要因である。また、フルコートFを注文したところフルコートが納品されたことも要因である。	外観、医薬品名などが類似しているものに関しては注意喚起のためにもポップを貼り付けるなどの工夫を行う。今回のような軟膏であれば、調製する前にWチェックを行うようにする。	フルコートＦ軟膏	フルコート軟膏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
1107	フルスルチアミンが処方されており、間違えてフォリアミンで調剤してしまった。投薬時の薬の説明時に気付いた。	フルスルチアミンとフォリアミンが同じハ行であり、あいうえお順の棚の横に収納カセットが位置していた。さらに両薬剤ともヒートのデザインも似ており、錠剤の色も黄色の為、一文字監査をせず、外観のみで調剤をしてしまった。	まずは棚の横並びの位置を変え、取り間違いをする可能性を減らした。そして調剤後の自己監査の徹底、監査時の処方箋、薬、調剤録との照合を確実に行うように徹底する。	フルスルチアミン錠２５ｍｇ「トーワ」	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
1108	フルチカゾン点鼻液２５μｇ小児用５６噴霧「杏林」の処方が出ていたが兄弟にフルチカゾン点鼻液２５μｇ小児用５６噴霧「杏林」＋トラマゾリン点鼻液０．５ｍｌ混合の処方が出ていたため当人の処方も混合の物と思い込んでしまい誤ってルチカゾン点鼻液２５μｇ小児用５６噴霧「杏林」＋トラマゾリン点鼻液０．５ｍｌ混合で調剤してしまった。	外観の類似などが原因で取り間違えや監査時の見逃しが起きてしまったと思われる	処方せんと調剤した医薬品に誤りがないか、入力も含めて必ず確認する。	フルチカゾン点鼻液２５μｇ小児用「杏林」５６噴霧用	トラマゾリン点鼻液０．１１８％「ＡＦＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1109	約１年ぶりの再来局。一般名処方「フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液25μg56噴霧」の処方箋を受付。２次元コードのある処方箋であったが、手入力にてレセコン入力。その際、誤って規格の異なる「フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液50μg28噴霧」にて入力、調剤。鑑査時に規格の誤りに気付き、レセコンおよび調剤を訂正。投薬前であったため患者に対する被害なし。	・入力時の不注意・２次元コードを使用せず手入力を行った	・２次元コードのある処方箋は可能な限り使用する・入力後、規格について再度確認する	フルチカゾン点鼻液２５μｇ小児用「杏林」５６噴霧用	フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液５０μｇ「ＤＳＰ」２８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
1110	約一年ぶりに来局。花粉症のため内服と点鼻の処方。　前回はフルチカゾン点鼻液28噴霧であったが今回56噴霧になっていた。一般名処方で　フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液50μｇ56噴霧となっていた。入力者が誤ってフルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液を選択してしまった。監査でアラミストとしては用法が違うこと、そして一般名からの変換が違っていることに気づいた。	当薬局ではフルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液56噴霧の処方が少なく、５６噴霧はアラミスト、モメタゾンが良く処方される。単に一般名の見間違いであったがアラミストも多く処方されるため入力者が２８噴霧から５６に噴霧に変更になったのを薬剤そのものも変更になったと思いこみをしてしまった。　用法が１日２回となっていたので、気づくチャンスもあったが用法は確認せず、用法は処方箋通りに入力をしてしまった。	一般名での処方が多くなってきていることに関して類似した名称の入力間違いも多い。点鼻液は用法もそれぞれ違いがあり、名称と用法とも合致していなければならない。再度点鼻液の一般名、用法当を事務員とも共有して再発を防ぐ	フルチカゾン点鼻液５０μｇ「サワイ」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
1111	フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液50μｇ56噴霧用処方の際に、モメタゾン点鼻液50μｇ「杏林」56噴霧用を患者にお渡し。患者帰宅後に薬剤監査システム画面のエラー表示から調剤ミスが発覚。患者宅に連絡するも応答なく、外来終了後に薬局長が自宅を訪問し、経緯を説明後、謝罪し薬剤を取り換えた。使用はしていなかった。	薬剤監査システムを使用するも、調剤ミスのブザーやモニター画面警告に気付かずにそのまま投薬する。投薬者は監査システムを通っているものと思い込み、監査時の処方せんとの照らし合わせをおざなりにしてしまった。	監査システムを過信しない。監査時の処方せんとの照らし合わせを徹底する。	フルチカゾン点鼻液５０μｇ「杏林」５６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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1112	処方内容、ヒート調剤フルニトラゼパム錠30錠の中にクエチアピン錠が10錠混在していた。投薬時、ヒート品を1枚ずつ確認する患者様でその際に気が付いた。	クエチアピン錠を戻す際、箱とヒートのデザインが類似していたため、スタッフが誤って戻してしまった。	薬を戻す際は、必ずダブルチェックで行うようにする。	フルニトラゼパム錠１ｍｇ「アメル」	クエチアピン錠２５ｍｇ「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
1113	処方された薬品はフルバスタチン錠20mgだったが、プラバスタチン錠を調剤し、そのままお渡ししてしまった	繫忙時間帯で、他の薬剤師が他の患者さんの対応していたため、当事者が調剤し、そのまま患者さんに投薬までしてしまった結果、ミスに気がつかなかった。	必ず誰かに確認してもらえるようにする。1人で調剤・監査・投薬はしない。	フルバスタチン錠２０ｍｇ「サワイ」	プラバスタン錠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
1114	フルボキサミンマレイン酸塩錠25ｍｇを４錠朝夕28日分の112錠お渡しするところを誤ってフラボキサート塩酸塩錠200ｍｇを112錠お渡しした。患者本人は日曜日に薬が違うことに気づいたが休日だったため薬局に連絡することを遠慮された。見た目が変わったのかもしれないと思って１日分（4錠）を服用してしまった。しかし、薬情の写真と違うことに気づき確認のため来局し、そこでミスが判明した。幸いにも患者の自覚的体調変化はなく、患者本人に謝罪し、薬局で間違った経緯を理解していただいた。	薬の名前が似ているため、そこだけ見て他は確認せず投薬してしまった。	繁忙な時でも、ダブルチェックなど監査はしっかり行い、投薬時は薬袋　薬情　薬歴をしっかり確認し投薬する。	フルボキサミンマレイン酸塩錠２５ｍｇ「日医工」	フラボキサート塩酸塩錠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	
1115	フルボキサミンマレイン酸塩錠２５ｍｇに対してフラボキサート塩酸塩錠200ｍｇを交付してしまった。	フルボキサミンマレイン酸塩錠２５ｍｇを読み間違えてフラボキサート塩酸塩錠２００ｍｇを調剤時ダブルチェックはしているものの監査で見落としてしまい患者に間違った薬を渡してしまった。患者は違うことに気づいたが日曜日だったため遠慮して連絡せず、見た目が変わったのかと思い一日分を服用してしまった。週明けに薬局に来局し確認をとったところ、ミスが判明した。幸いにも患者の健康被害は無いことが確認できた。名称が似ているため、思い込みで調剤および交付してしまったと思われる。薬袋、薬情、薬歴と照合すれば予防できたミスで、その処方に携わったものが確認作業を怠らないようにすることで防げたと思われる。	調剤時のダブルチェック時に処方と間違いが無いか確認する。薬剤交付時にも薬袋、薬情、薬歴と照合する確認作業を怠らないようにしていく。	フルボキサミンマレイン酸塩錠２５ｍｇ「日医工」	フラボキサート塩酸塩錠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
1116	本来フルメトロン点眼液が処方されていたが隣にあったプラノプロフェン点眼液を間違えて取ってしまいそのまま患者様に渡してしまった。	フルメトロン点眼液とプラノプロフェン点眼液が同じ引出で隣においてある。薬剤師が一人の時間帯でダブルチェックを行えていない。	他の従業員の協力のもとダブルチェックの徹底	フルメトロン点眼液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
1117	フレカイニド50ｍｇを調剤すべきところをフレカイニド100ｍｇを調剤してしまった。患者さんの治療上多大な迷惑をかけてしまった。	今までは100ｍｇが処方されていたので十分な精査もせずに思い込みで１００ｍｇを調剤してしまった。レセコン入力で100ｍｇとしてしまったので処方箋の原本を十分確認せずに調剤してしまった。	調剤では必ず処方箋をそばにおいて調剤すべきでした。たとえレセコンで入力ミスがあっても調剤中に見つけることができるはずです。	フレカイニド50ｍｇ	フレカイニド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
1118	プレガバリンOD錠75ｍｇを42錠調製すべきところ、40錠がプレガバリンOD錠７５ｍｇ、2錠がバルサルタン錠８０ｍｇとなっていた。薬剤交付後、患者さんから電話で連絡があり、取り違えが判明。	プレガバリンOD錠７５ｍｇと、バルサルタン錠８０ｍｇは調剤棚で隣同士となっており、シート外観が似ていた。以前のピッキング時に出た、バルサルタン錠８０ｍｇの半端の2錠を、誤ってプレガバリンＯＤ錠７５ｍｇの棚に戻してしまったと考えられる。	棚の位置を見直し、シートや名称の似ているものは離して設置するよう変更した。薬剤交付時にも、同様のミスがあるかもしれないことを念頭に、十分確認するよう再確認した。	プレガバリンＯＤ錠７５ｍｇ「三笠」	バルサルタン錠８０ｍｇ「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	
1119	施設入所の患者さんでプレドニゾロン５ｍｇを調剤しなければならないところをビソプロロール５ｍｇで調剤、交付し、患者さんが服用してしまわれた。	錠剤分包機にデータを入力する際に、ビソプロロール０．６２５ｍｇが以前から処方されていて、そのメーカーを変更する際に間違えて5ｍｇで入力し、調剤した。監査者は間違いに気付き、再調剤を命じたが、その際にビソプロロール5ｍｇを抜かないといけないところをプレドニゾロン５ｍｇを抜いてしまい、結果的にビソプロロール0.625ｍｇと5ｍｇを服用してしまわれた。二回目の調剤の時に複数人で調剤、監査しており、きちんと確認ができていなかった。	一包化の錠剤の監査時には、必ずすべての錠剤の刻印まで確認する。	プレドニゾロン錠「タケダ」５ｍｇ	ビソプロロールフマル酸塩錠５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1120	【般】プレドニゾロン酢酸エステル眼軟膏0.25％　5g　の処方に対して、プレドニン眼軟膏（5g/本）を１本ピッキングするところを、プレドニゾロン酢酸エステル眼軟膏0.25％「ニットー」（3.5g/本）を1本ピッキングした。処方入力も、プレドニゾロン酢酸エステル眼軟膏0.25％「ニットー」　5gと誤って入力されていた。	日東メディックより、プレドニゾロン酢酸エステル眼軟膏0.25％「ニットー」の販売中止予定のアナウンスが処方医にあってから、これまでは3.5g単位での処方しかなかったのが、5g単位の処方が混在するようになった。いずれの薬剤も、一般名が同じで、処方量により、調剤する薬剤が異なる。眼軟膏は無菌製剤の為、軟膏容器に移し替える調剤は行われないため、包装規格に合わせて処方してもらう必要がある。	レセコンに注意喚起の表示を行うとともに、薬剤の規格に関しての知識を共有した。	プレドニン眼軟膏	プレドニゾロン酢酸エステル眼軟膏０．２５％「ニットー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1121	プレドニン錠５ｍｇ処方のところ、プレドニゾロン錠５ｍｇで入力	プレドニゾロン錠５ｍｇの方が処方が多いため	薬品名の確認	プレドニン錠５ｍｇ	プレドニゾロン錠５ｍｇ「ＮＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1122	（般）プレドニゾロン錠5ｍｇの処方箋を受け取った。一般名処方の場合には処方箋と処方箋のコピーを用意する。調剤者には処方箋を、入力者にはプレドニン錠5ｍｇと書かれたコピーを渡している。調剤者は処方箋を見てプレドニゾロン錠「タケダ」5ｍｇを調剤した。監査時に間違いに気づき、調剤し直して交付した。	プレドニゾロン錠5ｍｇとプレドニン錠5ｍｇは近くの棚に置いてあるため間違いやすい。プレドニゾロン錠5ｍｇの「タケダ」に赤字の印を付ける事にする。	一般名処方には似た名称があるので、一字一句見間違えないように気をつける。	プレドニン錠5ｍｇ	プレドニゾロン錠「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
1123	ロサルタン１００ｍｇヒドロクロロチアジド錠の一般名処方で記載された薬の処方せんのバーコードを読み取ったところプレミネント配合錠ＨＤ（ロサルタン１００ｍｇヒドロクロロチアジド錠）ではなく誤ってプレミネント配合ＬＤ（ロサルタン５０ｍｇヒドロクロロチアジド錠）とレセコンに入力された。	医院より表記された処方箋の薬剤の規格と読み取り用のバーコードの薬剤の規格が違っていた。	読み取り用のバーコードに規格の間違いがあることを認識して処方箋の薬剤の規格をしっかり確認するよう徹底しました。	プレミネント配合錠HD	プレミネント配合錠LD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1124	在宅医療で当店にて新規担当することになった患者様で、初回処方時、(般)クロルマジノン酢酸エステル錠25mg、２錠分２、朝夕食後の指示に対し、(般)クロルプロマジン塩酸塩錠25mgで調剤、薬剤交付、患者様の服用まで至った。１か月半の間、間違えに気付かず、患者様は誤薬し続けた。	初回処方の入力の際、事務が薬剤師にこの薬（クロルマジノン酢酸エステル錠２５ｍｇ）は当店の採用で、どの薬剤で入力をすればいいのかを質問。その際に該当薬剤師は「コントミン（クロルプロマジン塩酸塩錠２５ｍｇ）」で指示をしてしまった。処方自体は一般名処方で頭文字が３文字まで一致する、加えて規格も一致しており、視覚的に誤認したものと思われる。また事務も入力の際、頭３文字で検索をかけており、検索結果に対し、指示されたコントミンをそのまま入力。さらに指示したものと監査者は同じであったため、頭からコントミンという意識は抜けずにそのまま交付した。	基本的に頭３文字で一般名を判別するが、稀に同一のものもあるということを、再認識した。また、名称類似品の代表例を薬局内で共有した。さらに上記名称類似品の代表例で採用品に関しては、注意喚起のPOPを箱につけることで、より意識づけるように工夫をした。	プロスタール錠２５	コントミン糖衣錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1125	１月４日に定期薬が40日分処方されて、17日にトラセミド４ミリが７日分のみ追加された。24日にフロセミド錠２０が一日おきに20日分処方となつたが、17日のトラセミド７日分のみだったので　あと定期分にあわせるためトラセミドついかで20日分処方されたと思いトラセミド調剤しました	処方箋じっくりとみないで思い込みで調剤してしまつた。	薬剤師一人で監査のいない時は　場所を変えてもう一度確認する。	フロセミド錠２０ｍｇ「武田テバ」	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
1126	フロセミド錠10ｍｇ処方のところ、フェブリク錠10ｍｇで調剤し、監査投薬時も気づかずに渡してしまった。	フェブリク錠20ｍｇの処方もあり、そちらにつられて取り間違えをした可能性がある。処方されている薬剤の種類が多いため、調剤者・監査者どちらも処方せんの見間違えが起きた可能性がある。	土曜の混雑した環境でも落ち着いて調剤・監査を行う。	フロセミド錠４０ｍｇ「武田テバ」	フェブリク錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1127	一般名ブロチゾラム口腔崩壊錠の変更においてブロチゾラムDサワイにするところをブロチゾラムサワイに入力変更ミス。投薬はDで投薬。	入力の確認ミス。	入力のダブルチェックをする。	ブロチゾラムＯＤ錠０．２５ｍｇ「サワイ」	ブロチゾラム錠０．２５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1128	ブロチゾラムＯＤ処方のところ、間違えて普通錠を投薬してしまった。患者様からの問い合わせで間違いに気付きＯＤ錠に交換した。服用前に交換したので健康被害等はなかった。	監査システムが不調であった為、目視のみの監査で投薬を行ってしまった。	システムが使用出来ない際は、目視監査を二重三重で行う。	ブロチゾラム錠０．２５ｍｇ「サワイ」	ブロチゾラムＯＤ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
1129	一般名処方における薬局採用品メーカーの入力間違い	後発品の流通悪化による供給不安定で採用メーカーを変更している時期であった品目が多く変更品だと気づかずに入力してしまった	メーカー変更品を一覧で分かりやすくして周知	ブロチゾラム錠０．２５ｍｇ「トーワ」	ブロチゾラム錠０．２５ｍｇ「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1130	当薬局隣のクリニックの処方箋を前回は別の薬局で調剤してもらったことを手帳にて確認。一般名処方の処方箋だが、ジェネリックの存在しないプロトピック軟膏0.03%小児用を大人用のタクロリムス軟膏0.1%「イワキ」に変更して調剤されていた。患者にその薬の使用を中止して該当薬局に連絡するように説明した。塗布した部分は副作用など特に見られなかったことも確認。	間違いをした薬局は、面で受けている薬局なので小児の処方薬に詳しくなかったと思われる。入力のチェックを怠ったか確認漏れ。	当薬局でも同様の間違いは出るかもしれないので、下記のような改善をする必要がある。一般従事者：一般名処方で薬剤を選択するときは規格に注意する。薬剤師：慣れていない診療科の処方箋は、より丁寧に調剤・監査をする。	プロトピック軟膏０．０３％小児用	タクロリムス軟膏０．１％「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1131	26歳成人にプロトピック軟膏０．03%が処方されており、お薬手帳で前回の処方を確認したところ、他の皮膚科からプロピック軟膏0．1%の処方歴があったため疑義紹介にて確認したところ、０．１％の間違いであった。	小児量であるが、症状によっては成人にも使用することがあり注意が必要な薬であった。	お薬手帳の確認や症状についての患者さんからの聞き取りを十分に行うことが必要であると再認識した。	プロトピック軟膏０．０３％小児用	プロトピック軟膏０．０３％小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1132	処方せんお実物はプロトピック軟膏0.1%であったが、入力が0.03%の小児用となっていた。	入力間違いは、時々あるが、それを見逃すことはまれで、慢心があったと言わざるを得ない。	処方せん、事務入力、実物の3者一致の原則を必ず守ることを徹底する。	プロトピック軟膏０．１％	プロトピック軟膏０．０３％小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1133	プロナンセリン２ｍｇとブロマゼパム２ｍｇの取り間違え。	・患者さんが多く来局して忙しく急ぎ慌ててしまった。・薬剤名称の類似・同じ規格（２ｍｇ）であったため。・メンタル系で使用頻度の高い2種類であったため間違いに気が付けなかった。	・名称・規格ともに〇をつけてチェックを行うことの再徹底。・調剤者・監査者・投薬者を別の人物で行うことで多くの目で監査を行うこととする。・薬品棚に注意喚起の札を設置。	ブロナンセリン錠２ｍｇ「ＤＳＰＢ」	ブロマゼパム錠２ｍｇ「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1134	プロナンセリン4mgのところ2mgで一包化調剤した。	確認不足による間違い	確認の徹底	ブロナンセリン錠４ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ブロナンセリン錠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	
1135	新患で来局し、初処方でタケキャブ錠20mg(28T)とプロマックD錠75(56T)が処方。プロマックD錠75(56T)を誤ってプロテカジン錠10mg(56T)で調剤したことに気付かず、そのまま交付した。翌営業日に在庫照合の結果、ミスが発覚。交換に伺った。	ひとり薬剤師のヘルプにより店舗に不慣れだった上、この店舗でプロテカジン錠10mgが多く出ていることにより思い込みがあった。事務職員とダブルチェックをしているが、その中でもすり抜けてそのまま交付してしまった。複数の他科受診があり併用薬が多く、その確認に気を取られて、調剤薬の確認が疎かになった。	調剤時・監査時の確認を徹底すること。一字一句チェックしながら注意深く確認すること。	プロマックＤ錠７５	プロテカジン錠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
1136	ブロムフェナク点眼液処方のところ誤ってジクロフェナク点眼液を調剤。監査時に別薬剤であると発覚。ヒアリハット事例	薬局内混雑のため処方箋をよく確認せずに調剤。POTの活用を怠った。	調剤ルール手順の徹底。処方箋での調剤。	ブロムフェナクＮａ点眼液０．１％「ニットー」	ジクロフェナク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
1137	ブロムフェナク点眼　1日4回点眼の処方あり。	点眼の回数が添付文書と違うときには照会することがあまりなかった。	点眼の回数を局内コードに入れる。	ブロムフェナクＮａ点眼液０．１％「ニットー」	モキシフロキサシン点眼液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
1138	ベオーバ錠５０ｍｇで処方されていたがベタニス錠５０ｍｇでお渡し患者が気付き処方医から連絡があった	調剤後の監査時、医薬品名の確認が不十分であったため、今回の事案が起こったと考えられる	調剤後の監査時、医薬品名、規格等の確認を徹底する	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
1139	ベオーバとベタニスの取違え。患者さんが帰宅後にいつもと違うことに気が付き、再度薬局を訪れ間違いが発覚。	調剤者、交付者共に「べ」から始まる頻尿治療薬の50mg規格ということで、調剤数量が多いベタニスだと思い込んでしまったことが要因と思われる。	交付前に再度確認を行い、交付時には患者さんと共に最終確認（医薬品の名称を読み上げ、薬袋の写真や名称とのチェックをする）を行うことを徹底する。	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	
1140	継続処方で、ベオーバ錠50mg処方あり。調剤者が間違えて、ベタニス錠50mgで調剤し、鑑査者も気付かずに、そのまま患者家族へベタニス錠50mgを投薬した。患者本人が薬が違うことに気付き、後日、お薬服用前に来局し、調剤過誤に気付いた。ベタニス錠50mgを回収し、ベオーバ錠50mgをお渡しした。	当日は、薬剤師1名が休暇取得の為、普段より少ない人数で仕事をしていた。ベオーバ錠50mg、ベタニス錠50mg共に、良く調剤する薬であり、薬効も似ている。初めの文字、50mgが同じである為、間違えてしまったのだと考えられる。	間違えやすいものについて、再度確認。投薬時にも、できるだけ患者と一緒に確認するようにした。	ベオーバ錠５０ｍｇ	ベタニス錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1141	ベオーバ錠５０ｍｇ1日1回朝食後28日分処方されていたがベタニス錠５０ｍｇを調剤。鑑査、投薬時も気づかず誤投与してしまう。	通常、薬剤師2人体制だが昼休憩の為、1人で調剤、鑑査、投薬を行っていた。思い込みで調剤、鑑査してしまう。	ピッキング時の確認と鑑査の徹底を行う	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
1142	有料老人ホームに入所中の患者様で、施設職員が薬は管理している。　２月投与分のベオーバ錠50ｍｇ（他3種類と一緒に一包化）をベタニス錠50ｍｇと取り違えて一包化調剤。　監査時も同系統の薬ゆえに見落としてしまい、そのまま投薬。３月の定期処方時にベオーバ錠50ｍｇを正しく調剤処方して投薬した際に、剤形と色が先月のものと違ったことで、施設看護師より問い合わせ。　すでに２月投薬分は18日分服用した後だった。症状の変化もなく、副作用も起きていないが、服用していない10日分は作り直して謝罪。	薬効が同系統の薬で、ｍｇ数が同じなのと共に「ベ」で始まる薬のため、似ている。２剤ともよく出る薬なので、ベタニスは劇薬で区別していたものの、調剤室の同じ棚に陳列していた。	薬の置き場所を変えて区別化する。ベタニス錠の処方箋が来た時に、赤字でチェックして劇薬であることを周知する。	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
1143	ベザフィブラートSR錠200mgのところフェノフィブラート錠80mgでピッキングしてしまった。鑑査者が気付き、正しい薬剤を交付した。	慌ただしい時間帯だった。当店で一番使用されているフィブラート系であるフェノフィブラート錠をピッキングしてしまった。	慌てずに業務に取り組むこと。名称類似薬として薬局内で周知徹底した。	ベザフィブラートＳＲ錠２００ｍｇ「サワイ」	フェノフィブラート錠８０ｍｇ「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1144	ベシケアOD錠5ｍｇ1錠朝食後28日分だったが、思い込みと焦りから　ベオーバー50ｍｇ28錠を取り間違えた。	暇な時間帯で緊張感が薄れていて、いつもと同じ薬だという安心感からか　同じ頻尿の薬と思い込み　取り出してしまった。	ベオーバー錠を透明のチャック付き袋にいれて、取り出す時、再確認出来るようにした。	ベシケアＯＤ錠５ｍｇ	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
1145	薬剤師Ａがベタニス錠50ｍｇとベオーバ錠50ｍｇを取り違えて調剤。鑑査・投薬者の薬剤師Ｂが気付き、処方通りベタニス錠を投薬。	土曜日の繁忙時間帯に発生。患者が多数、投薬を待っており調剤者も業務に追われていた。、	同じ効能で似た薬品名のものは棚を離す。繫忙時間帯でも複数人でチェックするルール作りなど。	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
1146	一般名処方のベタヒスチンについて、薬局の在庫は「CEO」のためその薬をお渡ししたが、入力が「TCK」と間違っており、薬情やお薬手帳など間違ったメーカー名の情報のままお渡ししてしまった。後日、事務員の指摘により気付き、患者様に連絡し、薬剤は謝罪し、訂正した。	監査システムを導入しているが当該患者は1包化してるため薬剤シートのバーコードを読むことをできなかった。しかしながら、薬情に違う薬剤のヒート写真や、今回は採用薬品ではない為、薬情の薬効の欄が空欄だったことや、前回までの薬歴と比較する際に違うメーカーが表記されているので気付けるタイミングは何度かあったがスルーしてしまった。	入力のチェックで気づけなくても気づくことができるポイントがあった。また、薬歴をパソコンで入力する際も、新しい薬剤が処方されてる場合、薬品名が赤くなるのにその時点でも気づくことが出来なかった。今後は、正しいと思いこまずに監査の一つポイントごとにきちんと確認し間違いをなるべく起こさないように注意します。	ベタヒスチンメシル酸塩錠１２ｍｇ「ＣＥＯ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠１２ｍｇ「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
1147	ベタヒスチン錠の処方に対し、薬品名が類似しているベタセレミン配合錠を調剤	慣れによる、処方箋とヒートの確認を怠った	調剤後に再度、処方箋と照らし合わせる	ベタヒスチンメシル酸塩錠６ｍｇ「ＪＤ」	ベタセレミン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1148	ベタメタゾン酪酸エステル吉草酸軟膏を調剤するところベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸を調剤してしまった。	ベタメタゾン吉草酸、プロピオン酸と最初の文字が同じなので間違ってしまった。	場所を変えることにした。	ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏０．０６４％「ＹＤ」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1149	ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏「テイコク」を調剤すべきところ、デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏「MYC」を調剤した。患者に交付する前に発覚した。	成分名をしっかり確認する必要がある。	声出しや声掛けをしながら業務に従事する必要があると考える。	ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏０．０６４％「テイコク」	デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏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
1150	処方せんの一般名の最初の文字で判断し、ミックス軟膏を取り間違えて調製。監査時に気づいて作り直した。	土曜日の繁忙時で、処方せんを良く見ずに思い込みで判断した。	スタッフ間にて、似ている一般名について再確認。場所を離して保管。調製時と監査時にも声に出してダブルチェックを徹底。	ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏０．０６４％「テイコク」	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏０．１２％「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1151	ベタメタゾン吉草酸エステルのところベタメタゾン酪酸エステルプロピオンで調剤	ベタメタゾン⇒ベタメタゾン吉草酸と思い込んで調剤してしまった。	名称類似品をピックアップし注意を促す	ベタメタゾン吉草酸エステルローション０．１２％「イワキ」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏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
1152	一般名処方でベタメタゾン吉草酸エステル軟膏が処方あり。誤ってベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏で入力。監査薬剤師が気づき、投薬前に訂正。	一般名処方で、薬品名が類似しており、確認不足であった。	繁忙時であっても、従業員同士コミュニケーションをとり再確認する。	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏０．１２％「イワキ」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1153	一般名の似た軟膏で、忙しかった為、入力調剤ともに誤っていたが、監査時に気づいた。	一般名の似た医薬品である。	調剤時、調剤監査システムを使用する。入力時の再確認	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏０．１２％「イワキ」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1154	一般名：ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏の処方に対して、一般名：ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏で入力。誤った入力の状態で調剤し、監査でも気づかずにお渡し。後日、調剤録の確認をした際に発覚したため、患者へ連絡して、誤ってお渡ししたお薬の使用状況及び健康被害の有無を確認。お渡しして、5日間使用後ニキビのような症状があったとの聞き取りをしたため、処方元のクリニックに報告。早期受診の判断を相談したところ、ご本人の意志に準ずる回答を頂いたため、患者に説明後、お薬を交換	・繁忙期であったこと・類似の一般名であることに気づかずに思い込みで入力してしまったこと・入力が正しいという思い込みで調剤及び監査をしたこと・陰部に対してのステロイドの処方であるため、ステロイドの強さを確認スベきところを怠っていたこと。	・処方せん入力時に類似の一般名があるものに注意し、確認を徹底する・調剤を行う際も処方箋とカセットの薬が正しいことを確認して調剤をする・監査の際も処方箋の記載内容と入力、調剤した薬剤の３点に誤りがないかの確認を徹底する。・ステロイドの外用薬に関しては症状、使用部位、ステロイドの強さを確認した上で処方監査行う。	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏０．１２％「イワキ」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1155	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%「イワキ」を交付すべき患者に、スピラゾン軟膏を交付してしまった。交付日より数日後に、ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏を保管している引き出しにスピラゾン軟膏が混入している事に気付いた。誰かに交付してしまった可能性があったが特定できず、患者からの報告により誤交付が発覚した。	どの時点でベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%「イワキ」の棚にスピラゾンが混入する事になったかは不明だが、薬剤差し戻し時、充填時のいずれかと思われる。薬剤交付日は薬剤師１名でのワンオペ対応であり、ダブルチェックが出来なかった。処方も簡単なものであった為、十分な確認を怠ってしまった。ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%「イワキ」とスピラゾン軟膏のチューブの色合いが非常に酷似しているのも間違いを誘発する原因となったと思われる。	ワンオペ時も薬剤情報提供書、薬袋との付け合わせをしっかり行い、交付時も患者に実薬剤を見せながら説明し、確認を行う。製造メーカーの岩城製薬には包装が類似している為、改善の要望を出した。	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏０．１２％「イワキ」	スピラゾン軟膏０．３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1156	一般名処方ベタメタゾン錠0.5ｍｇのところをベポタスチン錠5ｍｆ「トーワ」をピッキングした	名称が似ているのと、規格の数字がおなじように5がつく、また、50音順での在庫となっており、近い場所に在庫してあった。	一般名処方の場合、先発薬品もイメージしてピッキングする	ベタメタゾン錠０．５ｍｇ「サワイ」	ベポタスチンベシル酸塩錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1157	一般名処方のレセコン入力において、薬剤師から伝えられた薬品名で入力しようとしたが、そのような薬品はないことから間違いであることが判明した。	処方箋は(般)ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏0.05%であったが、前回までいつも処方されていた(般)ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏0.064%と同じであると思い込み、薬剤師が事務の方へメーカー名（薬品名）を伝えで入力をお願いしたところ、そのような薬品は存在せず間違えていることが判明した。	・処方箋に書かれいる薬品名、一般名は間違えがないよう正確に確認を行う。・今回のように、各工程ごとに何重にも確認を行う（処方監査時、ピッキング時、レセコン入力時、調剤監査時、投薬時、薬歴作成時、在庫管理時）。・薬局内ミーティングで今回の事例を職員みんなで共有する。	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」	ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏０．０６４％「サトウ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1158	アプリでの処方箋を受けた際に、外用薬の剤形を見間違えてしまった。本来であればローションのところ、軟膏になっていた。投薬前の職員が気が付き、訂正し、お薬を用意しなおした。	処方箋をまずしっかり見ること。初歩的なミスの為、きちんと見ておけば、防げるミスである。調剤者も処方箋をしっかりと見て調剤を行う。	処方箋をしっかりとみる。入力確認後再度確認を行う。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルローション０．０５％「ＪＧ」	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
1159	ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステルローションの処方であったが、慢心で包装が似ているクロベタゾールプロピオン酸エステルローションを調剤していた。	棚番が同じ引き出しに置いてあり、慢心があったと思われる。	スペースの問題で棚番を変えることはできないため、同じ引き出しの中でも、引き離して置いた。	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」	クロベタゾールプロピオン酸エステルローション０．０５％「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1160	一般名見間違い	繁忙	焦らず 複数監査を実行	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」	クロベタゾールプロピオン酸エステルローション０．０５％「ＭＹＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1161	事務入力時に一般名処方のクロベタゾン酪酸エステル軟膏を一般名クロベタゾールプロピオン酸エステルと勘違いして入力した。処方箋に顔に塗布の指示があった。しかし、入力された医薬品がベリーストロングだったため入力が間違えている事に気が付いた。	類似一般名についての知識不足	類似一般名についての注意喚起をする。棚等に注意をひく様な印する。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＪＧ」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1162	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏のところベタメタゾン酪酸エステル軟膏で調剤	当局、ベタメタゾン酪酸エステル軟膏のほうが圧倒的に処方数多く文字のはじめだけで判断し調剤してしまった	一字一句確認怠らない。ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏処方の方は少数の為申し送りで発見できるように区別しておく。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」	ベタメタゾン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
1163	ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏の一般名処方に対し、ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏「サトウ」を処方入力し、ピッキング及び監査に気が付かぬまま投薬。投薬後の処方箋確認において、調剤ミスが発覚し、患者に連絡し、回収及び交換となった。	１）２次元バーコードで本来であれば、入力ミスは起こらないが、本品についてはバーコードと紐付けができず手打ち入力となりミスが生じた。２）勤務薬剤師が同店でのヘルプ経験が久しぶりでピッキング及び監査がスルーされてしまった。	１）レセコンメーカーと改善協議２）調剤棚及び商品に「酪酸」「ジプロピオン酸」など注意喚起カードを貼りつける	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」	ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏０．０６４％「サトウ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1164	一般名処方にてベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05％を処方されていたが、デルモゾールＧ軟膏と取り間違えて調剤したのち、鑑査者もデルモゾールＧだと思い、鑑査を通してしまった。	調剤の慣れによる慢心、該当成分のものが一つしかないという思い込み	処方箋において一般名、規格、用量の確認、声出しの徹底	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」	デルモゾールＧ軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1165	初めての処方。手入力で、一般名処方であった。一般名の似通った薬品が存在したため、入力時、間違って入力。調剤時、薬剤師が、ミスにきづき、訂正。	門前以外の処方で、特に手入力の処方箋。	手入力の処方の場合、入力チェックは、念入りにする。	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」	デルモゾールＤＰ軟膏０．０６４％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1166	ベトネベート軟膏を調剤するところをクリームにて調剤鑑査時発見。	医薬品名はもちろんのこと、剤形、メーカー名まで指差し呼称	一文字ずつ指差し呼称	ベトネベートＮクリーム	ベトネベート軟膏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	
1167	一般名処方でベニジピン錠が処方されていたところペリンドプリル錠と間違えた	前の患者様にペリンドプリル錠が処方されていたので次の該当患者に間違えて取ってしまった	類似名称のある薬品の再認識と確認の徹底	ベニジピン塩酸塩錠４ｍｇ「サワイ」	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
1168	ベニジピン8mgが処方されたが、処方箋入力時に前回処方されたベニジピン4mgをコピーしてしまった。	慣れ・慢心、確認不足	事務員、薬剤師共に入力確認	ベニジピン塩酸塩錠８ｍｇ「サワイ」	ベニジピン塩酸塩錠４ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1169	脳神経内科からの処方箋で、ベネシッド錠250mg　4錠　分2朝夕食後　14日分　のところ、メネシット配合錠250mgにて調剤してしまう。鑑査時、錠剤鑑査装置にてバーコードでの照会時にエラーが出たため薬剤の取間違いに気が付く。	脳神経内科からの処方であったため、パーキンソン病治療薬のメネシット配合錠と思い込んでしまった。また、どちらも規格が250mgと同じであった。	類似する薬品名のものには、類似名称ありの札を付けて注意喚起をするようにした。職員へこの事例の周知をし、共有することでリスクの軽減を図るようにした。	ベネシッド錠２５０ｍｇ	メネシット配合錠２５０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1170	処方元からビーソフテンを使いたいとご連絡があり、今は名称変更になっている為、ヘパリン類似物質油性クリームで処方箋書いて下さいと伝えてしまいました。患者様にお渡ししてからビーソフテンの一般名はヘパリン類似物質クリームである事に気づき、処方元と患者様にお伝えし、出し直しました。	普段めったに出ない薬である為名称変更の際の知識が抜けていた事が原因と思います。	似ている名称は間違える可能性がある事を周知する。またあえて隣に在庫を置いてピッキングの際に本当に合っているのか考えるような配置作りも大切と思いました。	ヘパリン類似物質クリーム0.3%	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
1171	フルメタ軟膏とヘパリン類似物質クリーム0.3%の混合剤をフルメタ軟膏とヘパリン類似物質油性クリーム0.3%を混合、監査により間違いが判明　混合をし直して投薬	調剤時、処方箋ではなく、入力画面で確認した際に見間違えて調剤を行ってしまった。	混合前に再度薬品名の確認を徹底	ヘパリン類似物質クリーム０．３％「ラクール」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1172	処方せんに一般名でヘパリン類似物質クリームと記載があったが、誤ってヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」で入力。処方監査も気が付かず調剤者が誤りに気が付いた。	良く出るのがヘパリン類似物質油性クリームだったので思い込みで入力。処方監査も名称が似ているため誤りに気が付かなかった。	ヘパリン類似物質は似たような名称の物が多いので、名称のチェックを怠らないようにする。処方監査、調剤、監査時も必ず名称のチェックを行う。	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
1173	ヘパリン類似クリーム処方。ここ数年ヘパリン類似物質油性クリームの処方しか見ていなかった。事務員：いつもの薬と思い込み入力を油性クリームで行った。薬剤師：入力されたお薬手帳を見て調剤をしてしまった。	数年間、油性クリームしか処方を扱っていなかったための思い込み。処方箋を見て調剤しなかった。	忙しい時でも、入力が終わり処方箋を渡されてから調剤をする。もしくは処方箋をコピーして調剤に取り掛かる。	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
1174	ヘパリン類似物質クリーム日医工の処方に対してヘパリン類似物質油性クリームをお渡しした。交付後に事務と会話して間違いに気付き直ぐに交換を行った。	ヘパリン類似物質油性クリームの処方が圧倒って気に多く、思い込みで調剤してしまった。非常に似通った製品名なので間違いに気付かなかった。	間違いやすい薬であるため、調剤録や処方箋をよく確認して患者に渡すときにもしっかり見せるようにする。	ヘパリン類似物質クリーム０．３％「日医工」	ヘパリン類似物質油性クリーム０．３％「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1175	ヘパリン類似物質クリーム「日医工」で処方されていたが、ヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」と勘違いし入力していた。	兄妹で来局されていたが、そのうち一人はヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」で処方されていたことから、思い込みで入力してしまっていた。	ヘパリン類似物質油性クリームとヘパリン類似物質クリームの2種類があることをスタッフ全員で注意しておく。入力・調剤・鑑査のそれぞれの段階で、どちらが処方されているのか再確認を徹底する。	ヘパリン類似物質クリーム０．３％「日医工」	ヘパリン類似物質油性クリーム０．３％「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1176	一般名処方で「ヘパリン類似物質クリーム0.3%」と処方されておりましたが、誤って「ヘパリン類似物質軟膏0.3%」を投薬してしまいました。投薬後、基剤違いに気づき患者さんに電話し、交換しました。まだ使用していませんでした。	ヘパリン類似物質の一般名表記が、クリーム基剤、軟膏基剤でとても似ており紛らわしいところもあり投薬時にも気づかず患者様に渡した	調剤前の処方せんの再度チェック、また他スタッフとも確認しあい過誤を怒らないよう、スタッフにも周知しました	ヘパリン類似物質クリーム０．３％「日医工」	ヘパリン類似物質油性クリーム０．３％「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1177	一般名処方ヘパリン類似物質クリームのところ、ヘパリン類似油性クリームで入力。監査時に発覚して訂正した。	入力時の見落とし	情報共有し入力時の注意の徹底	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1178	久しぶりの処方で以前まではクリームだったが、今回初めて液剤へ変更になっていたのに入力時には前回と同じクリームを入れてしまい、一般名「液」なのに手書きで「○○クリーム」と商品名をメモし、それを見て調剤・監査を行って交付時に代理の方が「今回は液体ではないのか？」と言われ確認時にミスに気付いた。	・よく出ている処方、剤型のみで変更に気付かなかった。慣れている名称を入れてしまった。・FAXの印字が見にくい。	一般名が見にくいことがあるが、漢字一文字までも確認が必要である。そもそも「軟膏」「クリーム」でも無かった。調剤時にも剤型チェック・規格チェックを行っているはず、ルールを守りましょう。	ヘパリン類似物質ローション０．３％「日医工」	ヘパリン類似物質油性クリーム０．３％「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
1179	ヘパリン類似物質ローションの処方。ヘパリン類似物質クリームと入力しその後、気づくことなくクリームを交付してしまった。	薬品名の確認をする際に、剤形の確認がおろそかになってしまった。	入力手技・監査手技をきちんと実施する。	ヘパリン類似物質ローション０．３％「日医工」	ヘパリン類似物質クリーム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
1180	ヘパリン類似物質ローションで処方されていたところ、誤ってヘパリン類似物質油性クリームを渡してしまった。投薬直後に気が付き患者使用前に交換出来た。	一般名処方で取り違えやすい名称だったが、調剤者の思い込みもあった。	監査役と調剤者を分けるなど２重３重監査となるように注意する。薬剤名が類似する一般名処方については、リストを作成するなど注意喚起を徹底する。	ヘパリン類似物質ローション０．３％「日医工」	ヘパリン類似物質油性クリーム０．３％「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1181	油性クリームとクリームの剤形違い処方箋での記載が一般名処方だったが、（【般】）という記載がなく、そのままジェネリックで在庫している薬剤を曖昧に選んでしまった	・油性クリームとクリームが外形が違うことの知識がなく同じものと認識していた為	剤形の違いを再度教育レセコン入力、記載されている薬剤名から一般名か商品名かの判断の仕方を教育	ヘパリン類似物質油性クリーム０．３％「ニプロ」	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	
1182	入力時、ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%をヘパリン類似物質クリームで0.3%で入力し、入力鑑査時気づかずに調剤開始。軟膏MIX調製時に、処方箋と照らし合わせた際に、間違いに気づき、入力修正。	処方元の医療機関が、手書き処方箋（薬剤スタンプ押印による）であり、「（般）ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「アメル」」（アメルは二重線と訂正印あり）の記載だった。レセコン入力では、一般名入力だと「【般】ヘパリン類似物質軟膏0.3%」と入力しなければならないため、油性クリームと記載されていると軟膏を選べなかったものと思われる。また、入力鑑査では、ステロイドの名称類似等に気を取られ、クリーム＝油性クリームのミスに気づけなかった。お薬手帳持参ありだったが、貰ったシールを貼付するのを患者が忘れているため、他薬局での情報と比較することができなかった。	手書き処方箋や名称が特に類似しやすい外用薬がでる皮膚科からの処方入力の際には、特に注意する。薬局内において、油性クリーム＝軟膏であることの共有を行う。	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
1183	ヘパリン類似物質油性クリームが処方になっていたがヘパリン類似物質クリームで調剤・監査し投薬してしまった。	名称類似薬品の確認が不徹底だった。	類似名称のある医薬品にマークを付けて注意喚起する。	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
1184	処方医は一般名にてヘパリン類似物質油性クリームを処方。医療事務員がヘパリン類似物質クリームを誤入力。調剤者は間違えに気づかずヘパリン類似物質クリームを集薬。投薬者も間違いに気づかずヘパリン類似物質クリームを投薬。	当薬局にはヘパリン類似物質油性クリームとヘパリン類似物質クリーム両剤とも在庫あり。調剤者はレセコンの入力画面を確認して集薬していた。	調剤はレセコン画面ではなく処方箋を確認する。	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
1185	一般名称でヘパリン類似物質軟膏の処方箋がきた。その際に油性クリームではなくクリームで調製してしまい、監査の際に気づくことができた。	繁忙時間帯で遠方の医療機関より処方箋を応需。近隣では普段クリームを使用することから油性クリームであることにレセコン入力、調製時に気づくことができなかった	油性を見落とすことに注意が必要。軟膏とクリームの2種類があることを再度薬局内で教育。	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	
1186	前回、ヘパリン類似物質ローションを処方されていたこと、一般名処方であったこと、忙しい時間帯であったことから焦り、入力ミスをしてしまった。幸い交付する直前、再度確認した時に気付き患者に渡す前に訂正することができた。	忙しい時間帯、入力も手があいている薬剤師が兼務しているために起こったと思われるミス。	時間はかかるが交付前に薬剤だけではなく帳票類もしっかり確認を。	ヘパリン類似物質油性クリーム０．３％「日医工」	ヘパリン類似物質ローション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
1187	ヘパリン類似物質油性クリームとヘパリン類似物質クリームの入力間違い。「油性」を落としてしまう入力間違いが起こるので、処方箋上油性に目印を付けることにはしているが、一見すると違いに気が付かないことが複数回起こっている	処方箋上に「油性」に目印をつけている。また、薬情の画像を最終監査で確認する癖づけを行っている	処方箋上に「油性」に目印をつけている。また、薬情の画像を最終監査で確認する癖づけを行っている	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
1188	ローションと軟膏を間違える	慣れ	しっかり見る	ヘパリン類似物質油性クリーム０．３％「日医工」	ヘパリン類似物質ローション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
1189	業務終了時間帯に近くになり　薬剤発注の為使用薬剤一覧を出してもらい交付した覚えのない薬剤名が記載されており　調剤過誤に気が付いた。	処方には一般名で記載されており　類似の薬剤名の為　繁忙時間帯でもあったためか見逃してしまった。	処方入力の際に　類似の薬品名入力時は違いについてチェックなどをいれる。 患者薬歴の申し送りに類似一般名処方時には実際の調剤薬について入力し注意喚起する。 患者様の薬歴をしっかり確認する。	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
1190	「【般】ヘパリン類似物質外用液0.3%」と処方された内容を、ヘパリン類似物質油性クリームで渡しそうになった。交付の際、家族より今回はローションにしてもらったと言われ、処方箋を確認して間違いに気が付く。	処方箋が一般名処方で【般】ヘパリン類似物質外用液0.3%と書かれていて、最初のヘパリン類似物質しか確認しなかった。入力が前回もらっていたヘパリン類似物質油性クリームになっていたため、思い込んで監査を通してしまった。一包化の内容に変更があり、そちらに気を取られた。	思い込みで調剤・監査せず、処方箋を薬品名だけでなく剤形や規格までしっかり確認する。	ヘパリン類似物質油性クリーム０．３％「日医工」	ヒルドイドローション０．３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1191	他院で処方されていたベピオゲル2.5%を患者が希望し、医師がカルテに記載した。病院の入力者がエピデュオゲルと誤って入力した。患者からの聞き取りとお薬手帳の参照でミスが発覚した。	当院ではエピデュオゲルの処方が多く、勘違いしたと思われる	患者からの聞き取りを確実に行い、必ずお薬手帳を確認する。	ベピオゲル２．５％	エピデュオゲル		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
1192	疼痛治療のために通院中の患者にタリオン錠10ｍｇ（一般名ベポタスチンベシル酸塩ＯＤ錠10ｍｇ）が処方された。タリオンの効能効果に対する症状はみられず、前回処方がタリージェ錠５ｍｇであったため、タリージェ錠１０ｍｇの可能性があると考え、疑義照会を行った結果タリージェ錠１０ｍｇの変更になった。	名称が類似した薬剤を間違えて入力したと推測される。	患者から聴取した情報と処方内容に相違がないか注意深く確認する	ベポタスチンベシル酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「タナベ」	タリージェ錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1193	患者より、ベポタスチン１０ｍｇを４回服用後、混入していたレボセチリジン５ｍｇを２回服用し、異なった薬であると気づき薬局に通報あり。	・薬剤の外観が似通っていたこと	・調剤の際、外観も含めてよく確認すること・外観の似通った薬剤は、薬棚を離して保管すること（できる限り隣り合わせにしない）	ベポタスチンベシル酸塩錠１０ｍｇ「サワイ」	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
1194	一般名処方で、ベポタスチンベシル酸塩錠１０ｍｇの処方であったが、調剤がオロパタジン塩酸塩錠５ｍｇ「明治」で調剤されていた。ジェネリック希望の患者であったため、後発品のベポタスチンベシル酸塩錠１０ｍｇ「タナベ」で調剤すべきところ、ヒートが青で類似しているため、調剤を間違えたものと思われる。監査時に、気づき、正しいもので調剤し直した。	混雑時であり、慢心もあったと思われる。	処方箋調剤時、一般名処方の際はよく確認し、調剤過誤防止システムを必ず用いて監査するよう徹底する。	ベポタスチンベシル酸塩錠１０ｍｇ「タナベ」	オロパタジン塩酸塩錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1195	普通とOD錠の選択間違え	処方せんはod錠だが、患者さんの希望にそう選択にならなかった。	薬歴の頭書きに記載して周知	ペポタスチンベシル酸塩錠１０ｍｇ「タナベ」	ペポタスチンベシル酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「タナベ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1196	内科にて普段使用しているペミロラスト点眼が一般名処方にて処方されており、事務が入力時に普段使用している点眼と別メーカーの点眼を選択し入力してしまった。	ペミロラスト点眼「杏林」を採用していたが昨今のGE供給不安定のため入荷出来ないとの事で「TS」を新しく発注しており、レセコンの入力時にも「TS」が優先で選択される設定に変更していた。その後に「杏林」メーカーの供給が安定し、「TS」メーカーは不採用となったがレセコンでの優先設定をそのままにしていたため、メーカー違いで調剤し交付前に発覚したため「杏林」メーカーのものでお渡しできた。	採用品目のスタッフへの周知徹底と、採用者がレセコンへの設定変更もあわせて行う必要。入力時点で前回と別メーカーで入力時は色が変わり知らせてくれる機能がある為、普段と違う挙動した場合は管理薬剤師、または採用担当者への確認徹底を行う。	ペミロラストＫ点眼液０．１％「杏林」	ペミロラストＫ点眼液０．１％「ＴＳ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1197	処方箋にヘモポリゾン軟膏（2ｇ/本）60本の記載があり、60ｇと勘違いしてしまった。監査者と別の薬剤師が投薬し、投薬時に60本であることに気付いた。	病院によりｇや本、ｍｌ表記方法が異なるため、注意が足らなかった。忙しく十分に確認ができなかった。	ｇや本、ｍｌに関しては必ず確認を行う。（〇ｇ/本）　〇本と書かれている処方せんもあるため注意が必要であることを、店舗全体に共有し、再発防止に努める。	ヘモポリゾン軟膏	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
1198	ヘモポリゾン軟膏（2ｇチューブ）をヘモレックス軟膏（2ｇチューブ）で誤調剤し、患者は１回使用していた。閉局時に在庫確認した際に、在庫の相違があり、調剤該当の患者宅に電話確認したところ、調剤過誤が発覚した。その時には１回分を使用しており、早急にヘモポリゾン軟膏へ交換した。患者にお薬の成分の違いを説明し、塗布部の違和感など起こる可能性のある症状について説明した。医師と今回の調剤過誤について情報共有した。その後、患者確認からも受診を必要とする体調変化はないと聞き取り。	昼休憩前で薬剤師人数も減る状態のため仕事の流れが変わった直後である。リマチル錠５０ｍｇの手配や医師への対応について管理薬剤師から叱責されて気落ちしていた面がある。	管理薬剤師は、従業員の精神状態を含めた職場環境作りに配慮する責任があります。薬学の専門的な知識が必要な事例等、従業員等ができない場合への対応、管理薬剤師以外の薬剤師、薬剤師以外の従業員が、適切に業務を行っているかどうか（例；接客、法令遵守、情報提供の適否）の監督を怠ってはいけない。適切に業務を行えるように、職場環境を作ることが出来るようなサポートを管理薬剤師（私）は、今後考えていく必要がある。	ヘモレックス軟膏	ヘモポリゾン軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1199	類似している名称の医薬品を誤って投薬してしまった。	混みあう時間帯に、早くお渡ししようと焦り確認を十分に行わずに投薬してしまった。	類似している医薬品に関してはカセッターに注意書きを促した付箋をすぐに目の付く場所に貼付する。	ベラパミル塩酸塩錠４０ｍｇ「ＪＧ」	ベニジピン塩酸塩錠４ｍｇ「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
1200	調剤から1週間後に患者が「薬が違う気がする」と来局。確認したところ間違いが発覚した。2日間フルスルチアミンを服用していたが、健康被害はなし。	外観が似ている薬を近くに置いていたため取り間違えた。監査時も、ヒート裏、錠剤の色が似ていた為間違いに気付かずに	外観類似注意喚起の札を作成し、調剤棚に貼った。棚の位置を離した。	ベラパミル塩酸塩錠４０ｍｇ「ツルハラ」	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
1201	当該患者に一包化の指示で一般名処方でベラプロストNa錠25μgが処方された。昨今の医薬品供給不足により、今まで採用していた「日医工」が入手できず「サワイ」に変更して調剤を行ったが、レセコンの入力が「日医工」のままであり、薬袋、お薬手帳、薬剤情報提供書、明細書等の印字も「日医工」のままであったが、気付かず投薬してしまった。後刻誤りに気付き、患者にＴＥＬし、お詫び、説明を行い正しい書類を郵送した。	昨今の医薬品供給不足により採用メーカーを変えざるを得なかったが、思い込みで今までと同じメーカーのものであると思っていた。一包化調剤は一般名処方の処方箋で行っていたため誤調剤ではないが、分包されていたため錠剤の刻印、印字等の確認を怠った。	医薬品供給不足によりメーカーを変更した医薬品については事務員を含めた薬局全体で情報共有をしっかり行う。一包化調剤した医薬品については内容だけでなくメーカーまで入力内容と確認することを徹底する。	ベラプロストＮａ錠２０μｇ「サワイ」	ベラプロストナトリウム錠２０μｇ「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
1202	ペリンドプリルエルブミン錠2mg「サワイ」を調剤するところ【般】ベニジピン塩酸塩錠2mg「NS」を間違ってピッキング　服薬指導時にも気がつかず交付。患差違来局し再来局し交換。	数年来局している患者だが、服薬指導後、長く薬局で雑談をするので帰って欲しいという気持ちのまま服薬指導急いだので、監査手順にある、監査機器を通さず服薬指導。	監査手順を再度確認して、間違いを患者の手前でなくすようにする。服薬指導時にも、慣れで通さないようにする	ペリンドプリルエルブミン錠２ｍｇ	ベニジピン塩酸塩錠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
1203	コバシルとコニールを混同した。	コバシルとコニールが前後に記載されており、同じ薬剤と勘違いしてしまった。	一薬品ずつしっかりと確認する。	ペリンドプリルエルブミン錠２ｍｇ「サワイ」	ベニジピン塩酸塩錠２ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1204	（般）ペリンドプリルエルブミン錠４ｍｇが処方された。調剤するにあたって思い込みでベニジピン４ｍｇと思い調剤した。監査時に気づいて取り換えて事なきを得た	薬剤名が特に似ている訳ではないが、ペとベ、プとピ　全体の雰囲気、m数がどちらも２ｍｇ、４ｍｇと同じ。薬棚には製品名で「ペリンドプリル４ｍｇ」「ベニジピン４ｍｇ」と表示。一般名の調剤は、調剤者の判断で商品名を思い浮かべる。忙しい時間帯であり、急ぎ、焦りがあった事も考えられる。以上の事より思い込みが生じて調剤ミスが起こったと考えられる。全くよく似た名称でなくても、雰囲気が似ていると思い込みで調剤ミスが発生する箏があるといえる。	この事例を薬局研修会時、職員全員に共有。処方を受け取った者、調剤者、監査者　声にだして調剤。薬品棚の薬品目に印をつけて注意を促す。	ペリンドプリルエルブミン錠４ｍｇ「サワイ」	ベニジピン塩酸塩錠４ｍｇ「ＹＤ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1205	ベンズブロマロン25ｍｇのところ50ｍｇでお渡し。次回来局時に発覚した。患者被害なし	一般名処方からGEへ変更する際に変換ミス。普段出ることの無い規格で在庫がない事から拡張変換により誤った規格を選択してしまいそのまま調剤へ。他不足している薬もあり普段と違った状況であったため、鑑査時に見逃してしまったと思われる。	バーコード入力である為あるが過信せずに処方箋と入力の照らし合わせを行う	ベンズブロマロン錠２５ｍｇ「テバ」	ベンズブロマロン錠５０ｍｇ「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1206	当該患者に一包化の指示で一般名処方でベンズブロマロン錠25mgが処方された。昨今の医薬品供給不足により、今まで採用していた「日医工」が入手できず「杏林」に変更して調剤を行ったが、レセコンの入力が「日医工」のままであり、薬袋、お薬手帳、薬剤情報提供書、明細書等の印字も「日医工」のままであったが、気付かず投薬してしまった。入力確認時に発覚し、患者にＴＥＬし、お詫び、説明を行い正しい書類を郵送した。	昨今の医薬品供給不足により採用メーカーを変えざる得なかったが、思い込みで今までと同じメーカーのものであると思っていた。一包化調剤は一般名処方の処方箋で行ったため、誤調剤ではないが、分包されていたため錠剤の刻印、印字等の確認を怠った。	医薬品供給不足によりメーカーを変更した医薬品については事務員を含めた薬局全体で情報共有をしっかり行う。一包化調剤した医薬品については内容だけでなくメーカーまで入力内容と確認することを徹底する。	ベンズブロマロン錠２５ｍｇ「杏林」	ベンズブロマロン錠２５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1207	他の定期薬30日分処方に対して、ボグリボース錠は残薬あるため処方日数が調整されており14日分42錠で処方のところ、誤って90錠で調剤されていたため、監査者が錠数間違いを指摘し、調剤者が改めて42錠で調剤。その後ピッキング監査システムも通してエラーなく、監査終了後投薬。投薬時に患者前で改めて調剤薬を見せて説明していたところ、ボグリボース錠42錠のうち2錠がバルサルタンで調剤されていることが判明し、修正してお渡し。	調剤者がキャリア2年目と経験が浅く、また普段から注意力や判断力にやや問題があるなどスキル不足が見られていた。今回は錠数間違いを指摘されて、多少の焦りがあったものと思われるが再調剤の際にシートデザインの酷似しているバルサルタンから2錠を補充してしまったと考えられる。監査システムではヒートに印字されているGS1コードを読み取ることにより照合しているが、今回のような2錠のみの他製剤の混入ではエラーにかからない仕組みとなっていた。	調剤ミスの際に再調剤するときには間違いが起こりやすいこと、また調剤ミスの薬剤を棚に戻す際にも同様に間違った棚に戻してしまうケースも一般的に多いため、併せて注意するよう指導。監査時も端数の取り間違いを意識して監査を行うこととする。	ボグリボース錠０．２ｍｇ「武田テバ」	バルサルタン錠８０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1208	ホスミシン錠500mg処方のところをホスミシン錠250mgで入力	春先で温かくなって、入力者の注意力が低下していた。ホスミシンの規格が複数あることを知らなかったなどがあげられる。	知識習得、体調管理	ホスミシン錠５００	ホスミシン錠２５０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1209	一般名処方で記載されていた「クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム」の最初の数文字だけを読み、同薬局内で処方数も多い「クエン酸第一鉄ナトリウム錠50mg「サワイ」」のことと思い込み調剤してしまった。鑑査をしていた薬剤師が気が付き交付前に発覚したことで、患者には処方通りものをお渡しした。	ポトレンド配合錠はもともと薬品名をそのまま処方せんに記載されていたが、この事例の日にちあたりから一般名処方となった。ポトレンド配合錠の一般名「クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム錠」と「クエン酸第一鉄ナトリウム錠「サワイ」」の名称類似により取り間違えとなった。二年目の薬剤師だが当該薬局には応援のみで来ており、ポトレンド配合錠の処方についてなど慣れもなかった。とはいえ知識不足もあった。	最初の数文字だけを読んで思い込みで調剤をしないよう薬剤師に注意。薬の成分がどのように効くのかをもう一度勉強し、同じ「クエン酸」であっても違いを判断ができるようにした。	ポトレンド配合錠	クエン酸第一鉄Ｎａ錠５０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1210	ボノテオが出ている患者さんに調剤者が間違ってボンビバで調剤。監査者がミスゼロ子使用時に間違いに気づく。	ボンビバとボノテオの頭文字が同じだったので、思い込み調剤。ボンビバの方がよく出るので勘違い。	薬品名を最後までしっかり読み、指差し確認。自己監査時に薬歴を開いて薬と入力があっているか確認する。	ボノテオ錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1211	一般名にて、ポララミン処方。調剤はセレスタミン。監査時発見	一般名にて、ポララミンとセレスタミンはｄクロルフェニラミンが同じであるため、ヒヤリハットがしやすい処方。	情報共有。注意の張り紙をする。	ポララミン錠２ｍｇ	セレスタミン錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1212	ボルタレンゲルのジェネリックを調剤すべきところ、誤ってロキソニンゲルのジェネリックを調剤した。	単純な思い込みと勘違いによるもの	処方箋と医薬品の成分名をよく確認する。	ボルタレンゲル１％	ロキソプロフェンＮａゲル１％「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
1213	一般名称で処方された薬剤がクリーム剤しか在庫していなかったため、クリーム剤をピックした。混合だったため蓋を開けたら色が白だったため発覚。	この薬剤のクリーム剤が在庫していないと思ってしまった。手に取った物は軟膏だと思い込んだ。	処方せんをみてピックするときに軟膏かクリームか剤形に○を付けるようにした。	マイザー軟膏０．０５％	ジフルプレドナートクリーム０．０５％「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1214	一般名処方の水酸化アルミニウムゲル・水酸化マグネシウム配合経口液（マグテクト配合内服液）と水酸化マグネシウム（ミルマグ内用懸濁液）を取り違えて出してしまった。発覚後急いで電話をして内服しないように指導し、後ほど交換した。	入力時、投薬時の一般名の確認不足	よく確認する。	マグテクト配合内服液	ミルマグ内用懸濁液７．２％		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
1215	今回から250から330に増量になっていたが入力が250のままであった。それを修正依頼したら薬局採用ではない酸化マグネシウムケンエー330で入力されていたが採用のマグミット330でお渡ししてしまったことに投薬後監査レンジで発覚	修正後は正しいと思い込みがあったため処方箋チェックが疎かになってしまった	薬局採用薬には薬品名の前に◎をし視覚でも注意を促すようにする	マグミット錠３３０ｍｇ	酸化マグネシウム錠３３０ｍｇ「ケンエー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1216	マグミット330ｍｇのところピーエイ配合錠を100錠おわたし	銀色のフィルム包装のままおわたし。フィルムの外観がよくにているため取り違い	フィルムをあけ、なかのシートも確認します	マグミット錠３３０ｍｇ	ピーエイ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1217	マグミット500ｍｇの処方をマグミット330mgと間違えお渡しする	夫婦二人の処方で数多く慌ててお渡しする	薬情と照らし合わせ規格良く確認してお渡しする	マグミット錠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
1218	以前より一般名テルミサルタン錠40ｍｇの処方で調剤し交付をしていたが、今回処方変更となっており、処方記載一般名テルミサルタン40ｍｇ・アムロジピン配合錠へ変更となっていたが気付かず今までと同じテルミサルタン錠40ｍｇで調剤監査後交付。患者様より交付後にクリニックに確認されたようで、今回から薬が変更になっているはずであると連絡を受けたことで調剤過誤が発覚した。	一般名処方　テルミサルタンから始まり、そこで思い込んでしまい最後までのアムロジピン配合錠へ変更になっていることに気づけていなかった。要因としては思い込み、注意力不足である。	手順書にそって、入力時、調剤時、監査時と注意力を怠らず最後までしっかりと確認を行う必要がある。また服薬指導の際にヒアリングをしっかり行うことで交付前にも気付けるよう徹底する。	ミカムロ配合錠ＡＰ	テルミサルタン錠４０ｍｇ「ＦＦＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1219	患者様より、錠剤の色の変更があったか確認に電話あり、発覚。（1包化してあった）	1包化後の鑑査のための取り出し後のシートを分包機のデータだけで確認してしまい、処方箋と確認を忘れてしまった。調剤後の錠剤の数だけでなく色も確認が必要だった。	バーコードリーダーの導入など人為的な作業を減らしていくことが必要	ミカムロ配合錠ＡＰ	ミコンビ配合錠ＡＰ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1220	ミカムロAP処方のところ、ミコンビAPで渡してしまった。患者が帰宅後、ヒートの外観が違うため、気づいて来局してくれた。薬を交換して、お詫びした。	薬剤の名称が似ているので、二人で鑑査しているにも関わらず、合っていると思い込んでしまった。	鑑査時には、思い込みを無くし、疑って、確認するように心掛ける。	ミカムロ配合錠ＡＰ	ミコンビ配合錠ＡＰ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1221	ミカムロBP錠が処方され、変更不可では無かった為ジェネリックで調剤した。その際テルミサルタンの合剤のテルチアBP錠を誤って取りそろえた。監査時に気が付きテラムロBP錠を患者様にはお渡しした。	ミカムロBP錠はミカルディス80ｍｇ（テルミサルタン）とアムロジピン5ｍｇの合剤であるが、テルチBP錠（テルミサルタンとヒドロクロロチアジドの合剤）を勘違いした。取りそろえる際、合剤一覧で確認を怠った。午前中の患者の最後のピーク時で繁忙の為、間違ってしまったものと思われる。	合剤一覧で確認することを徹底する。	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
1222	ミカムロ配合錠BPが処方されていたが、ジェネリック医薬品を希望されていたので、処方入力はテラムロ配合錠BP「DSEP」でされていたが、ジェネリック医薬品供給不足のため、テラムロ配合錠BP「DSEP」の在庫がなく、先発医薬品に戻すときに間違ってミコンビ配合錠BPを調剤してしまった。投薬時に気が付いて、ミカムロ配合錠BPに交換した。	普段調剤にはPDAピッキングサポートシステムを使っているが、入力を変更したときにPDAで確認するのを忘れていて、ルールが徹底できていなかった。	途中で入力を変更した場合も、調剤したら必ずPDAを利用するというルールを順守して間違いがないようにする。	ミカムロ配合錠ＢＰ	ミコンビ配合錠ＢＰ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1223	前回までは定期処方でミコンビ配合錠BPが処方されていたが、今回よりミカムロ配合錠BPに処方変更されていた。しかし、処方変更に気付かず処方入力。調剤もミコンビ配合錠の後発品であるテルチア配合錠BPを調剤してしまう。鑑査者も気づかず鑑査し、投薬。患者帰宅後、薬の変更があったはずと、問い合わせがあり発覚。	いつもの定期処方薬であるとの、慢心。配合錠の薬剤名の、確認不足・思い込み。患者からは、「血圧の薬の変更があった」と服薬指導時に聞き取りしていたが、ナトリックス錠も処方追加されていたため、変更点はその薬剤のみと思い込み、薬剤交付時にも気付けず確認不足が重なった。	名称のよく似た配合錠は、特に調剤時・鑑査時に確認を十分行う。処方監査システムに依存せず、鑑査時の目視確認・内容確認を確実に行うこと。	ミカムロ配合錠ＢＰ	ミコンビ配合錠ＢＰ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1224	普段から本薬局を利用。定期処方の内科薬として投薬時に説明・確認している際に、冬場になり血圧が上がってきてお薬増やすかも？とお話あり。処方内容を再確認すると今回からミカルディス20→40へ増量のレシピになっていることを確認。そのため入力訂正し患者本人に処方変更の旨、薬効等説明をして交付。	ご家族の薬を含め定期受診で複数処方を同時受付のため確認を怠った。定期処方でDo続いていたため今回も同じ内容であると思い込んだ要因が大きい。	規格・錠数など用法容量の変化を十分に想定して業務に取り組むべきであると考えられる。	ミカルディス錠４０ｍｇ	ミカルディス錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1225	一般名でテルミサルタン80mgの処方だったが処方頻度の少なさもあり処方頻度の高いバルサルタン80mgを調剤。	処方頻度が少ないこともあり思い込みがあった。	一般名の処方の際は再度商品名で確認しながら調剤する。勘違いしやすい品目についてもリストアップして間違えないように注意するような仕組みをつくる。	ミカルディス錠８０ｍｇ	ディオバン錠８０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1226	一般名処方　ミグリトール口腔崩壊錠５０ｍｇ３錠分３毎食前14日分の処方を受付。薬剤師Ａが調剤時ミグリトール錠とミチグリニド錠を間違えてピッキング。薬剤師Ｂが監査時に発見。患者に薬が渡る前に交換できた	外観が似ており、両薬剤とも糖尿病治療薬、食前投与の薬のために思い込みで間違えた。当薬局はピッキング補助器を導入しているが、出荷調整等でメーカーを変更したばかりでミチグリニドのＧＳ－１コードを入力できておらず、ピッキング補助器を使用せず調剤をしたことが原因であった	薬品メーカー変更等でピッキング補助器でＧＳ－１コードが読めないときは、先ず、ＧＳ－１コードをレセコンに登録し、ピッキング補助器で正しくＧＳ－１コードが読み込めてからピッキングを開始する	ミグリトールＯＤ錠５０ｍｇ「サワイ」	ミチグリニドＣａ・ＯＤ錠１０ｍｇ「ＴＣＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1227	セイブル錠50ｍｇとなっていた。いつもミグリトール錠50ｍｇ「トーワ」を投与していた。が同じ糖尿病薬のミチグリニドＣａ／ＯＤ錠5ｍｇ「三和」を投与してしまった。患者の判断で薬が違うことが発覚した。	この患者様の薬の事で疑義照会をしたりしてそちらの方に気をとられていた。同じ糖尿病薬で薬品名が類似していた。確認したつもりで済ませていたために起こった。	同じ引き出しに入れていたので、陳列場所を変える。薬の内容の確認を徹底する。	ミグリトール錠５０ｍｇ「トーワ」	ミチグリニドＣａ・ＯＤ錠５ｍｇ「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
1228	定期のミケランＬＡ処方をミドリンＭで渡してしまった。その後、患者から連絡あり、交換となった。	名称、包装の色、が似ているための間違い	薬の配置を変える	ミケランＬＡ点眼液２％	ミドリンＭ点眼液０．４％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1229	処方箋に一般名でカルテオロール塩酸塩点眼液2%（非持続）との記載あり、入力者がカルテオロールで店舗在庫を検索。店舗にカルテオロール点眼液の在庫は持続型のカルテオロール塩酸塩LA点眼液2%「わかもと」のみ在庫しており非持続型は先発であるミケラン点眼液2%のみ在庫していた。入力者は持続型のカルテオロール塩酸塩LA点眼液2%「わかもと」で入力し、調剤者はミケラン点眼液2%をピッキングしていた。監査レンジを使い、カルテオロール塩酸塩LA点眼液2%「わかもと」とミケラン点眼液2%を照合した結果不照合になった。この時点で調剤者が監査レンジを見てカルテオロール塩酸塩LA点眼液2%「わかもと」に調剤し直そうとしている場面を薬剤師が発見し、入力間違いが発覚。正しい薬のミケラン点眼液2%に入力を直し患者に投薬を行った。	門前の病院が眼科ということもあり、よく出る薬が持続型のカルテオロールの場合が多かった。今回の患者は紹介で門前の病院に来局しており、継続として非持続型のカルテオロールが処方された。そのためスタッフ間での思い込みが原因でこのような事例が起こったのではないかと考えられる。また、スタッフ、薬剤師ともにカルテオロールの非持続と持続の違いについての理解度はあった。	監査レンジで不照合だった場合、入力を直すのか調剤したものを直すのかどちらが正しいのかを考えてから訂正することを徹底する。入力の際に処方内容をよく読み、間違いがないように入力する意識を再度店舗内で周知する。	ミケラン点眼液２％	カルテオロール塩酸塩ＬＡ点眼液２％「わかもと」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1230	薬局が、混雑時に、ミケルナ配合点眼液の処方に、ミケランLA点眼液で調剤。どちらも、1日1回で、2.5ｍｌであったため、誤って調剤して、別の薬剤師が、鑑査の時に、点眼瓶のバーコードを調剤鑑査システムで読み込んで、過誤に気が付いた。	処方箋には、点眼液が、3種類処方になっていた。当薬局の調剤棚が、アイウエオ順で、ミケランとミケルナは、上下の棚であったため、急いでいて、取り違えたと考えられる。	名前が似た医薬品の棚には、名称類似の札を張り付けて、調剤時に注意を促すようにする。	ミケルナ配合点眼液	ミケランＬＡ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：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1231	一般名処方で「テルミサルタン４０ｍｇ・ヒドロクロロチアジド配合錠」が処方され、レセコンには正しく入力したが、調剤の際に「AP」という部分だけが同じミカムロ配合錠APを渡してしまった。患者が帰宅後すぐに異変に気付き、問い合わせしてくれたので、健康被害は生じなかった。	その日は上記事例の数時間前にミカムロAPが処方された方がおり、頭が切り替わっていなかったことと、慣れによる確認不足が大きかったと思います。当時は一人薬剤師で調剤と鑑査を担っており、また患者さんも急いでいたため服薬指導時の確認も慌ててしまい、ミスがないか確認できるあらゆるタイミングでの焦りや見落としがありました。	ひとりで調剤と鑑査を行わなくてはいけない時間帯をなくすことはできないので、患者さんの事情には最大限配慮しつつも、落ち着いて鑑査・服薬指導をする時間を確保する必要を感じました。	ミコンビ配合錠ＡＰ	ミカムロ配合錠ＡＰ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1232	ミチグリニドとミグリトールを取り揃えた後、用法を付箋で張り付ける際に取り違えそうになった。	外観が似ており、同時に処方されることが頻回にある薬剤である。外観が似ているため薬品名を注意して確認しないと取り違える危険性がある。特にミチグリニドは欠食時は必ず中止する必要のある薬剤のため、取り違えると重大な副作用に繋がる恐れがある。	取り違えや充填間違い防止のため、調剤棚に注意喚起の札を貼っている。	ミチグリニドＣａ・ＯＤ錠１０ｍｇ「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
1233	１１種類の薬剤を服用している患者の調剤でミチグリニドOD10ｍｇを調剤しなければならない所をミグリトール５０ｍｇを調剤。ミグリトールは通常分３のため違和感を感じつつも忙しい時間帯でもありそのまま調剤を終えた。別の薬剤師が監査、投薬をするが気づくことが出来ずにそのまま投薬。投薬後３０分して患者よりいつもと違う薬が入っているとクレーム→発覚	忙しい時間帯で調剤者、監査者、投薬者と別の人間が担当する所を２人の薬剤師でおこなった。ミグリトールとミチグリニドが同じ棚の中にあった。	ミグリトールとミチグリニドを別の棚に入れ替えた。また調剤、監査、投薬を３人でそれぞれチェックしながら行うよう確認しあった。	ミチグリニドＣａ・ＯＤ錠１０ｍｇ「三和」	ミグリトール錠５０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1234	ミチグリニドが処方されている患者さんにミグリトールを出してしまった。糖尿病薬また回数、薬品名等が似ていた為の間違い。	一人は分包に入ったりして、バタバタしていた為監査が甘くなった。	どんなに忙しくとも2人の目による監査を徹底。	ミチグリニドＣａ・ＯＤ錠１０ｍｇ「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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1235	同じ引き出し内にある、ボグリボースとミチグリニドを取り間違えてお渡し。どちらも５００錠、１０００錠の大包装規格品であったため、１００錠包装にはJANコードが載っていなかった。お渡しした１０５錠のうち、５錠はピッキングサポートシステムのJANスキャンを行ったが、１００錠はJANがなかったため、端数の近くにあった１００錠包装をピッキングしたところ、取り間違えてお渡しした。端数が混ざった状態で同じ場所に置かれていたため、別薬剤師が気付き、在庫の確認を行ったところ、発見に至った。患者お渡し後３日が経っていたが、幸いにも患者は残薬があり、服用前の状態であったため、回収できた。	同じ引き出し内の隣同士の薬剤であったため、取り間違いが起きた。統合鑑査時に、１００錠包装の鑑査を行わなかった。１００錠包装は箱でJANスキャンを行う習慣がついていなかった。	同薬効のため、引き出しを分けることはできなかったが、取り間違いのないよう端と端に場所を移し、注意喚起の札を置いた。大包装規格品でも、箱を通してJANスキャンを行うよう指導。	ミチグリニドＣａ・ＯＤ錠１０ｍｇ「三和」	ボグリボースＯＤ錠０．３ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1236	処方入力ミス。該当以前は10mgでの処方であったが減量処方で5mgに。そのまま投薬時まで気づかず最終的に交付後の確認作業にてヒヤリハットが判明いたしました。	一包化調剤ということもあり”調剤指示書”を基に確認作業をしていたことが原因。処方せんベースでの照合作業ができていないこと。また投薬時のヒアリングも不十分であります。	処方せんベースでの確認作業を行う事。投薬時に「処方の変更など先生からお話ございましたか？」など患者さまとのコミュニケーションをとることも大切になってくるかと思います。	ミチグリニドＣａ・ＯＤ錠５ｍｇ「フソー」	ミチグリニドＣａ・ＯＤ錠１０ｍｇ「フソー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1237	耳鼻科の門前の為、ミティキュア、シダキュアの処方数は多く、取り間違えを調剤者がしてしまった	急に患者が押し寄せて、調剤も監査も事務も余裕のない状態。思い込みで調剤者がピッキングしてしまった	どんなに忙しくても処方箋、薬情、薬袋の名称等きちんと確認してから監査に回すこと	ミティキュアダニ舌下錠１０，０００ＪＡＵ	シダキュアスギ花粉舌下錠５，０００ＪＡＵ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1238	ミティキュア１００００のところシダキュア５０００で調剤、監査後お渡し。	スタッフ間のコミュニケーション不足、一人薬剤師による自己監査	薬品の棚に注意喚起の紙を貼り、投薬時にスギ、ダニ治療の文言を付けて説明するようにした。	ミティキュアダニ舌下錠１０，０００ＪＡＵ	シダキュアスギ花粉舌下錠５，０００ＪＡＵ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1239	定期薬の継続処方ミティキュア10000 1錠　28日分処方のところ、シダキュア5000　1錠　28日分でお渡し投薬後に間違いに気づいた	かかりつけの患者が続いていたため、監査時の確認を怠った	投薬前と投薬時の確認を確実に行う	ミティキュアダニ舌下錠１０，０００ＪＡＵ	シダキュアスギ花粉舌下錠５，０００ＪＡＵ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1240	ミヤBM細粒を調剤時に沈降炭酸カルシウムが混入。調剤・監査・投薬で気付くことなく、患者様服用後に本人か気づく。	２剤の包装が類似しているため、取り間違え・直し間違えが起こった。検品後ジムがそのままも棚に直した。	棚に直す時もダブルチェックを行う。沈降炭酸カルシウムは測りとヒート品２種類あるので全て測り品に変更。	ミヤＢＭ細粒	沈降炭酸カルシウム「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
1241	ミヤBM錠を調剤したところ、ガスコン錠40mgが混じっていることに気付いた	ミヤBM錠とガスコン錠40mgのヒートの上部が赤色で酷似していた。252錠のうち、52錠を取った時にミヤBMではなくガスコン錠40mgの棚から取ってしまった。錠剤監査システムのバーコードチェックの際に間違いに気が付いたため正すことができた。	棚の場所を変更することで間違って調剤しないようにした。	ミヤＢＭ錠	ガスコン錠４０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1242	一般名　ミルタザピン錠１５ｍｇの処方だったが、ミゾリビン錠５０ｍｇを調剤、交付してしまった。後日ご本人が現物持参され、発覚。服用はなし	疲れがたまっており、判断を誤った。名称が類似していたため誤りが発生した	処方監査を十分に行う。類似名称品の周知を徹底する	ミルタザピン錠１５ｍｇ「ケミファ」	ミゾリビン錠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
1243	処方1）にミラペックスLA0.375ｍｇ１Ｔが追加されており、処方2）にDo処方でプラミペキソールLA0.375ｍｇ「オーハラ」の処方があった。先発品とジェネリックだったため疑義紹介したところ、ミラペックスではなくミルタザピン錠15ｍｇ「杏林」の入力間違いだった。ミラペックスからミルタザピンに変更された	一つの処方箋にたまた先発品と後発品が含まれていた為、疑義紹介して入力ミスであることが分かったが、そうでなければ入力ミスと判断することが難しい	処方された薬と患者様の訴えが一致しているか必ず確認する	ミルタザピン錠１５ｍｇ「杏林」	ミラペックスＬＡ錠０．３７５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1244	調剤の際、誤ってピッキングしたミルタザピン15mgと患者が継続薬として使用していたミルナシプラン15mgを監査の際に見間違え、そのままお渡ししてしまった。患者自身薬剤の見た目が少し違っていることに気付いていたが、服用し、服用から2，3日で患者の体調が優れなくなってきており、薬局への問い合わせで判明。	営業時間を過ぎてからのご来局で、疲労のピークで、油断しやすい時間帯であったことや、調剤者も監査者も一包化などの他の仕事を並行しながら業務を行っていた為、正確性に欠け、今回のミスを誘発してしまった。	マルチタスクを並行しながらの業務は避け、営業時間を超過した際の調剤は、疲労による業務の正確性が落ちる事が考えられるため、調剤者も監査者も共に油断しないようお互いに注意する。患者にお渡しする際の薬の内容の確認は、薬剤の使用が継続か初回かは関係なく、一つずつ患者と一緒に確認を行う。	ミルナシプラン塩酸塩錠１５ｍｇ「サワイ」	ミルタザピン錠１５ｍｇ「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1245	処方箋には、一般名でアンブロキソール塩酸塩錠１５ｍｇを3錠毎食後とあった。パソコンに入力する際、誤ってアンブロキソール塩酸塩徐放ＯＤ４５ｍｇ３錠毎食後で入力してしまった。薬袋に出した時も気づかなかった。後日、社会保険診療報酬支払基金より連絡があり、間違いに気づいた。	当日、電話応対と患者が集中していた上に、プリンターの調子も悪く、焦ってしまい入力ミスに気がつかなかった。日頃から、プリンターのメンテナンス作業をして、慌てることのないようにする。	処方内容の確認は、最低でも3回以上する習慣をつける。薬袋が違っていないか薬剤師も確認する。	ムコサール錠１５ｍｇ	アンブロキソール塩酸塩徐放ＯＤ錠４５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1246	処方箋にはザイザルシロップ0.05％５mL、ムコダインＤＳ５０％６ｇと記載されていた。4歳の年齢でムコダインＤＳ６ｇは過量なので、医師に疑義照会した。病院側の事務スタッフの入力ミスであった。正しくは、ムコダインシロップ５％６mLであった。	液剤と散剤の薬剤名の間違いの入力。新人事務スタッフによる入力ミス。今回が初めてではなく、最近何回か同様のミスが連続して起きている。	液剤と散剤について、入力ミスが多い事を薬剤師スタッフに情報共有した。	ムコダインシロップ５％	ムコダインＤＳ５０％		ヒューマンエラー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	ムコダインSyが処方されていたところ、誤ってムコソルバンSyで調剤。	昼休憩の時間帯で一人薬剤師で調剤・投薬をしていたため、確認作業が不十分となってしまいました。また、調剤事務が新人であったことから入力に時間がかかり、処方箋を見ながらの調剤ができなかったことも要因だと思います。	散剤に関してはすでに薬剤の監査システムを導入していましたが、シロップに関しても監査登録できるように工夫しました。	ムコダインシロップ５％	小児用ムコソルバンシロップ０．３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1248	ムコダイン250ｍｇ　3錠　毎食後5日分の処方せんの入力をムコダイン500ｍｇ3錠と勘違いして入力。その後入力した薬剤師がそのまま調剤し、間違ったままの入力で監査システムをとおしてしまった。投薬薬剤師も処方せんをみての再チェックを怠り、そのまま薬をお渡ししてしまった。	時間外の処方せんで、入力不慣れな薬剤師が普段投薬し慣れしている規格(500ｍｇ）の薬品と思い込みジェネリック医薬品に変更して入力し、調剤も行った。処方せん入力したものが調剤することを薬局の決まり事として禁じていたのに、時間外で薬剤師数が少ないことも有り省いてしまった。投薬の薬剤師も処方せんをみて調剤する決まりだったのを、渡された薬の確認を怠ってしまった。	開局時間内で徹底している規則を時間外でも遵守することを徹底する。	ムコダイン錠２５０ｍｇ	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
1249	ピッキング時に、処方薬剤メイアクトMS錠を基礎的医薬品であるセフジトレン100ｍｇ錠「日医工」に変更する際に、誤ってセフカペンピボキシル100ｍｇ錠「サワイ」をピッキングしてしまった。	繁忙時間帯であり、当該薬剤師が見間違いをしていまい類似名称であるセフカペンの箱をピックアップしてしまった。	バーコード読み取り機を確実にスキャンし正合しているかを確実に確認する。取り間違いが予見させる類似名称薬品についてはPOPを用い注意喚起を行う。	メイアクトＭＳ錠１００ｍｇ	セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1250	当該患者にメイラックス錠が処方されたが、よく他の患者に処方されているメレックス錠とうっかり間違えてしまい、監査者も見逃してしまった。交付者が処方箋を見て違うことに気が付き、メイラックス錠をお渡しした。	午前中の繁忙時であった。心理的焦りがあったので監査者も見逃してしまった。	混雑時でも落ち着いて監査できるよう、二人体制で監査を行う。名前が似ている医薬品はお互い注意するよう声をかけながら薬を用意する。	メイラックス錠１ｍｇ	メレックス錠１ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1251	メインテート2.5ｍｇの処方であるのにメインテート5ｍｇで調剤してしまった。	収納が連続している。表記が強調されていない。	別場所に保管しミリ数を強調して再発防止としたい。	メインテート錠２．５ｍｇ	メインテート錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1252	メキタジン錠３ｍｇ　分２処方にて、アゾセミド錠３０ｍｇをピッキング調剤の上、監査不十分にて患者様に交付患者様が名称違う点に気付き、交換対応	包装外観が類似していた医薬品で、調剤棚も隣り合っていた為に、ピッキング時に１列隣の棚から調剤してしまったと思われる	棚の並びを改善し、類似外観品は距離を置くこととした監査時の意識を高める様、再確認	メキタジン錠３ｍｇ「サワイ」	アゾセミド錠３０ｍｇ「ＪＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1253	処方内容がメコバラミン錠であったため、メコバラミン錠をピッキングを行った。４２錠処方のため、ヒート４枚と、端数２錠をピッキングして、別の薬剤師が監査を行い投薬しようとしたところ、端数の２錠が、メキタジン錠であった。両薬剤は、ヒートの形状（色合い）が極めて酷似していた。	錠剤棚が、５０音の配列になっているが、過去にピッキングを行った薬剤師が、戻し間違えたものと思われる。ヒートの形状が、メキタジン錠とメコバラミン錠は、酷似しており、また５０音配列上からも、隣であったことから、錠剤を戻す際に誤ったものと思われる。	本件事案のように、５０音配列を行った場合に、配列上、隣接しており、またヒート形状（色合い）が酷似する場合、取り間違えが生じることが懸念されるため、５０音配列ではあるが、少し離れたボックスの配列に変更を行った。本件事案以外にも、同様の過誤が懸念される薬剤が他にもあったため、予防的措置として、同様に配列の変更を行った。	メコバラミン錠５００「トーワ」	メキタジン錠３ｍｇ「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
1254	処方薬は、クリームにもかかわらず、軟膏を、レセコンの打ち込み、調剤、患者の服薬指導に、間違いに気付かず、終了する。調剤の確認時に、事務員が、打ち間違いに気付く。直ぐ電話連絡し、交換に行く。使用前で、患者は、理解し、了承受ける。	当たり前の、認知作業の怠り。長年付き合い、信頼関係ある相手でも、いつも通りの、正しい調剤が出来なかった。混雑時で、一人で、全ての業務をした。患者と共有しての、服薬業務が、怠っていた。	いかなる時でも、正しく作る。確認業務は、出来れば、複数、一人の時は、いつもの再々確認を集中する。	メサデルムクリーム０．１％	メサデルム軟膏０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1255	メタクト配合錠HDが処方されていたが、集約ミスでエクメット配合錠HDを取っていた。患者に交付前に本人がミスに気付いたため、患者に渡すことはなかった。	薬効が同じのため調剤棚の距離の近さ、外観や大きさの類似があったため取り間違い	医薬品の名称や外観の類似品は意識的に離すように整理、並び順を変更する。	メタクト配合錠ＨＤ	エクメット配合錠ＨＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1256	メタクトLD配合錠（一般名処方）のところをメトアナLDで調剤。患者さんから連絡あり交換となった	一般名処方、配合錠でどちらもメトホルミン含む薬剤。調剤と監査を一人で行ったことも監査ミスにつながったと考えられる。	できるだけ調剤と監査を単独でしない。実際の薬と入力内容を確実にチェックする。投薬時も患者さんと一緒に確認する。	メタクト配合錠ＬＤ	メトアナ配合錠ＬＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1257	調剤事務が「般」メコバラミンをメトグルコと勘違いし、計数調剤を行った。薬剤師が投薬前監査で間違いが発覚し、調剤し直した。	入社して日が浅いため、薬剤名の類似品について知識が乏しく、また劇薬の取り扱いに関しても教育が不十分だったと考えられる。	間違いやすい医薬品の類似薬を一覧にして列挙した紙を作成し、全従業員に配布。再度注意をするよう促した。劇薬の取り扱いについて再指導。調剤事務の計数調剤が不慣れな点を再認識すると共に、最終監査をより丁寧に実施するよう指導。	メチコバール錠５００μｇ	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	
1258	以前まではメチコバール（250）３錠毎食後で処方されており、今回からはメチコバール（500）　３錠　毎食後へ規格が変更になっていたが、前回Doで入力してしまい、処方鑑査、調剤、投薬前の鑑査時にもミスに気付かずそのまま患者様へお渡ししてしまった。	・耳鼻科の門前薬局であり、花粉症シーズンで患者様が多くいらっしゃる時期で、体力的にも気持ち的にもとても疲れていた。・当該処方箋において、加算ミスがあり、そこに気を取られていた。・以前まで、メチコバール（250）で処方されおり、その患者様はメチコバール（250）という思い込みがあった。	・処方入力の後、入力内容について自己監査を実施する・調剤の後、薬現物と処方箋との照らし合わせを徹底する。	メチコバール錠５００μｇ	メチコバール錠２５０μｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1259	当該患者が処方箋を持って来局し、薬剤師Aが調剤、薬剤師Bが投薬をした。この時点では薬剤師両名とも調剤ミスをしていることに気が付かず、後日、患者ご家族が処方薬をもって来局して薬が違うとの指摘があり本報告の事態が発覚した。	薬剤の成分や外観が類似していたこと、経験的な慣れや焦りがあったことなどが考えられる。	鑑査時での処方箋コピーへのチェック記載の徹底や、本事例の情報共有を図ることによる再発防止への注意喚起に取り組む。	メトアナ配合錠ＨＤ	エクメット配合錠ＨＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1260	メトアナHDをが処方されていたところ誤ってエクメットHDをお渡ししてしまった。１月１３日にふくようしようとしたところご本人が気づき発覚。死でに１回分服用。自宅で取り換えに伺った。	メトアナとエクメットは同じ引き出しに入っていたためピッキングの際、間違えてしまった。処方せんを見て確認する際も数量はしっかり見ていたが薬品名はしっかり確認できていなかった	ピッキングの際は処方せんを改めてしっかり見てから行う。ざっと見ただけの思い込みで調剤をしないように注意する。そろえた後ももう一度しっかり薬と処方せんを照らし合わせて確認する	メトアナ配合錠ＨＤ	エクメット配合錠ＨＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1261	メトクロプラミドを調剤するところ、誤ってメトプロロールを調剤してお渡ししてしまった。当患者が入院することになり、入院先の薬剤師が残薬を確認したところ調剤過誤が発覚した。	名称・外観類似薬を同じ棚の近いところに保管していたため取り間違えてしまった。また、患者から血圧が高いという報告をうけ、メトプロロール（降圧薬）が処方されていて問題ないと判断してしまった。	名称類似薬の保管方法を再考する。調整、監査、投薬を別の薬剤師が行うようにする。投薬時に一つ一つ患者さんの目の前で薬剤の間違いがないか確認する。	メトクロプラミド錠５ｍｇ「タカタ」	メトプロロール酒石酸塩錠２０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1262	患者様が処方箋をもって来局した。処方せんにはメトクロプラミド5ｍｇ　1日３回毎食後３０日分と記載されていた。メトクロプラミドを調製するところ誤ってメトプロロール40mgを調製し、監査に回した。監査にあたった薬剤師が、間違いに気づきメトクロプラミド5mgを正しく調整し、再度監査した。監査で誤りに気づいたため、患者様には正しい薬を交付した。	メトクロプラミド5mgとメトプロロール40ｍｇは、名称が似ていたため間違えた。店内も混んでいたため、焦りがあった。	業務手順を見直し、徴税者がピックングした後、監査に回す前に再確認を徹底することにした。	メトプロロール酒石酸塩錠４０ｍｇ「テバ」	メトクロプラミド錠５ｍｇ「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1263	メトホルミン錠250mgを調剤するところ、束ねたシートにアムロジピン錠5mgを混入して調剤。鑑査者が発見した。	2つの薬のシートの色調が似ているかつ棚が隣り合っており、調剤時に戻し間違った錠剤を一緒に調剤してしまった、または調剤時に隣の棚から不足分を取って薬品名をよく見ずに一緒に束ねてしまった。	片方の棚位置を変更し、隣り合わないように設置し直した。	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇ「ＪＧ」	アムロジピン錠５ｍｇ「ＪＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1264	（般）メトホルミン塩酸塩錠250mg：GLという処方だったので、グリコランかそのGEを処方入力しないといけないが、メトグルコのGEであるメトホルミン250mgMT「DSEP」で処方入力されていた。	（般）メトホルミン塩酸塩錠250mg：GLとMTの違いについて認識していなかった。	（般）メトホルミン塩酸塩錠250mg：GLとMTの違いについて周知徹底した。今後入社する社員や実習生のために注意喚起する札を作り、メトホルミン製剤に貼った。	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇ「ＳＮ」	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1265	（般）メトホルミン２５０ｍｇＧＬで処方されていたところ、入力が（般）メトホルミン２５０ｍｇＭＴで入力。	一般名にもいろいろ種類があることを十分に理解できていなかった。	医療事務への勉強会の実施をする。	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇ「ＳＮ」	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1266	他院からの紹介により処方された薬。今まではメトグルコ錠250ｍｇで処方されていた薬が病院が変わった際に一般名メトホルミン塩酸塩250ｍｇ:GLで処方があり、先発名グルコランになり、適応が異なるため疑義。疑義にて一般名メトホルミン塩酸塩250ｍｇ：MTに変更になった	メトホルミン塩酸塩250ｍｇ:GLとメトホルミン塩酸塩250ｍｇ：MTの名称類似、もしくは適応の違いをDrがご存じなかった為	処方薬が変わった場合の要因解明	メトホルミン塩酸塩錠250mg「トーワ」	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「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
1267	メトホルミン500ｍｇのところを250ｍｇで調剤。在庫時に間違いに気が付いて連絡、交換しました。	常時250ｍｇで服用されていたので同じと思い込み調剤	薬歴に用量、規格の変更など注意と記載	メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「ＪＧ」	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「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
1268	忙しくてメトホルミンの用量の確認不足で500ｍｇのところを250ｍｇで調剤	忙しくて確認不足	レセプト入力時にも変更の内容を情報共有できるようにする	メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「ＪＧ」	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「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
1269	調剤したメトホルミン錠５００ｍｇの中にカロナール錠５００ｍｇが混ざっていた	大箱から取り出し、調剤後小箱に戻すという手順が似ている。剤形も似ているため間違いが起こったと思われる。	取り出しの手順や、保管場所を変えるなどの対策を行う。	メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「ニプロ」	カロナール錠５００		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1270	入院中にイニシンク配合錠を服用されていた患者。今回退院し、かかりつけ医にて処方あり。入院前にかかりつけ医で使用していたトルリシティ皮下注とイニシンク配合錠の2種類が処方された。トルリシティ皮下注とイニシンク配合錠は同系統薬であるため、疑義照会。イニシンク配合錠からメトホルミン錠500ｍｇに処方変更となった。	かかりつけ医が同系統薬であることを見落とし、入院前の処方に退院時薬を重ねて処方してしまった。	再度糖尿病製剤の作用機序等について確認、周知。電子薬歴の相互作用欄を必ず確認する。	メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「三和」 トルリシティ皮下注０．７５ｍｇアテオス	イニシンク配合錠 トルリシティ皮下注０．７５ｍｇアテオス		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1271	メトホルミン錠500ｍｇを６０錠お渡しした中に１０錠だけアセトアミノフェン錠500ｍｇが入っていた。錠剤のデザインが良く似ており監査の時も見落としてしまった	棚の配置が上下近くにあり、錠剤をしまうときにあやまって、アセトアミノフェンをメトホルミン錠の棚になおしてしまった	棚の陳列を変えて、隣接しないようにした。なおすときは薬品名をよく確認してしまう	メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「明治」	アセトアミノフェン錠５００ｍｇ「マルイシ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1272	メバロチン5ｍｇのところ10ｍｇで調剤した。患者さんに渡す時に間違いに気がついた。	患者が多くて気の焦りがあった為、メバロチン5ｍｇのところ10ｍｇを調剤した。患者に渡す時に間違いに気がついた。	パソコン及び薬歴には注意するようにコメントを入れた。薬品棚の規格に鉛筆で色わけした。	メバロチン5ｍｇ	メバロチン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
1273	手書き処方箋でメプチンDS0.005％330μgが処方。過量の為疑義照会をしたらムコダインDS50％　330ｍｇであることが判明。	手書き処方箋のため医師がムコダインのつもりがメプチンと記載してしまった。	手書き処方箋のため単位など読みづらいこともあるため明らかに不明である時は疑義照会をする必要がある。散剤の力価時点で成人量の規格を意識づけることで大幅な過量に気付くことが出来る。	メプチンドライシロップ０．００５％	ムコダインＤＳ５０％		ヒューマンエラー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	処方薬はメレックス錠１ｍｇであったのにメイラックス錠１ｍｇをピッキングした。監査の段階で他の薬剤師が気づいてメレックス錠１ｍｇに取り替えて投薬した。	名称が似た薬であったため取り違えが起きた。双方の薬は普通薬と向精神薬の違いがあるため、置いてある場所は異なる引き出しである。	薬を読み取るときに声に出すことでお取り違えが防止できると思われるので実行することにした。	メレックス錠１ｍｇ	メイラックス錠１ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1275	モンテルカスト錠５ｍｇの処方だったが　いつも他の方で処方がでるモンテルカストチュアブル錠５ｍｇで入力してしまった	思い込み	指さし呼称	モンテルカスト錠５ｍｇ「ＫＭ」	モンテルカストチュアブル錠５ｍｇ「ＡＡ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1276	ヤーズ配合錠処方のところヤーズフレックス配合錠で入力、調剤。	前回までヤーズフレックス配合錠での処方だったため同様にフレックス配合錠で入力してしまった。	ヤーズ配合錠とヤーズフレックス配合錠とでは適応症にも違いがあることを徹底周知する。	ヤーズ配合錠	ヤーズフレックス配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1277	処方箋発行時、本来ユベラ軟膏で入力すべきところ、誤ってユーパスタコーワ軟膏で入力し処方箋発行してしまっていた。カルテにはユベラ軟膏と記載されており、事務員が誤って入力した。	ネリゾナユニバーサルとの混合指示があり、しもやけ症状時に処方医はユベラ軟膏との混合を指示する事例が多かった。患者母親にも症状を尋ねたところ、「しもやけ」の症状があるとの事で、疑義照会した。後発医薬品が存在する場合、先発医薬品名を変換する仕組みになっているため、「ユ」だけで認識し変換を誤ったと推定される。	過去に誤りがあった事例を、薬剤師がすぐ閲覧できるようにしておく。	ユーパスタコーワ軟膏	ユベラ軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1278	エスタゾラム2ｍｇの処方が出ておりユーロジン2ｍｇをピッキングするところ、誤ってエスゾピクロン2ｍｇ「ＤＳＥＰ」をピッキングしてしまった。	「エス」から始まる眠剤で、ｍｇ数も同じため、思い込みで調剤してしまった。	エスタゾラムとエスゾピクロンは名称が似ており、ともに1ｍｇ、2ｍｇ錠があるため、注意してピッキング、監査時する。	ユーロジン２ｍｇ錠	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
1279	一般名処方でエスタゾラムが処方されたが名前が似ているエスゾピクロンをピッキングしてしまった。投薬時の監査で気付いた。	一般名が似ていて規格も2mgで同じなので間違えてしまった。時間帯が忙しかった。	名前をよく確認して調剤する。	ユーロジン２ｍｇ錠	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
1280	配合剤、イルベサルタン＋アムロジピン→カンデサルタン＋アムロジピンの変更を見落としてしまいそのまま入力・調剤・鑑査された。ＦＡＸ後、来局時に別の薬剤師が気がつき変更して投薬した。	一般名処方できていた為、成分の変更点を見落としてしまっていた。また広域の処方箋であった為、見慣れない処方箋の書き方も原因であったと考察できる。	配合剤の場合は含有されている成分を一つ一つ確認する。降圧剤の配合錠一覧を見える所に貼っておき周知を促す。	ユニシア配合錠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
1281	患者Aさんいつもユニシア LD継続して服用だったが、今回血圧上昇のため処方ユニシアHDに変更、入力者、調整者は気付かずにいつものLD錠をピッキングした。	他にも患者さんがいてあわてていた。	規格まできちんと確認し調整と監査は別の人がすること。	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：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1282	正：ユニシア配合錠LD（カンデサルタン8mg・アムロジピン2.5mg） 30錠 を調剤誤：エカード配合錠LD（カンデサルタン4mg・ヒドロクロロチアジド6.25mg） 30錠 を調剤	処方せんには一般名でカンデサルタン・アムロジピン2.5mgとあり、ユニシア配合錠LDで調剤しなくてはいけないところ、エカード配合錠LDで誤調剤してしまいました。	今回の過誤は、配合剤に関する薬局スタッフの知識不足が原因と考えます。現在在庫にない薬剤も含めて全ての配合剤の確認表を準備し、薬局内に掲示し周知を行います。	ユニシア配合錠ＬＤ	エカード配合錠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
1283	ユベラＮカプセル１００ｍｇ処方の所を間違ってトコフェロール酢酸エステルカプセル１００ｍｇ「ファイザー」をピッキングしてしまった。	ユベラＮカプセル１００ｍｇの一般名はトコフェロールニコチン酸エステルカプセル１００ｍｇなのでジェネリックを調剤する時に類似一般名と勘違いしてしまった。	一般名の類似薬リストを作り把握する。しっかり確認してからピッキングする。類似薬がある薬ケースに注意喚起のメモをする。	ユベラＮカプセル１００ｍｇ	トコフェロール酢酸エステルカプセル１００ｍｇ「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
1284	処方箋が一般名処方で、前回がトコフェロールニコチン酸エステルカプセル１００ｍｇ３Ｃだったが今回トコフェロール酢酸エステル錠５０ｍｇ６Ｔに変更になっていた。処方入力の際医薬品名が異なっていることに気づかず、1日量が３００ｍｇと変わりなかったため５０ｍｇを１００ｍｇに変更調剤と思い前回と同処方と誤ってしまった。交付時に患者が今回医師から５０ｍｇ錠２に変更すると説明受けたと話したためあやまりに気づいた。	ユベラ錠とユベラNソフトの一般名が異なること、規格が異なることを理解していなかった。一般名処方であれば用量の変更、カプセルと徐錠剤の変更が可能であることも取り違えの原因に結びついてしまった。	ユベラ錠の規格は５０ｍｇのみであること、一般名を確実に覚える。	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
1285	（般）センナエキス錠80ｍｇが処方されており、ヨーデルＳ-糖衣錠80が調剤されるところ、センノシド錠12ｍｇが調剤された。監査時に気が付いたので、正してもらった。	最近に一般名処方になったため、見慣れておらず、成分がに似ていたため、まちがえた。	成分名や規格を再確認する。	ヨーデルＳ糖衣錠－８０	センノシド錠１２ｍｇ「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
1286	タクシーで訪れた。急いでいたのでラスビックが処方されているのにプラビックスを誤って渡しそうになった。75ｍｇと規格が同じで「ビック」という共通点で間違いそうになった。	分かっているつもりでも間違う。患者さんが急いでいたので、こちらも焦ってしまった。	抗菌剤と分る明確な工夫が必要。（他薬も）あくまでも自分達の手順でペースも変わらないようにする。	ラスビック錠７５ｍｇ	プラビックス錠７５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1287	一般名・商品名の類似	不慣れな一般名処方で不慣れなピッキング者・監査者の思い込みが原因	薬情確認とダブル監査の徹底	ラタチモ配合点眼液「センジュ」	ラタノプロスト点眼液０．００５％「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
1288	ラタノプロスト・チモロール配合点眼液５ｍｌが処方されていたが、事務員が誤ってラタノプロスト点眼液５ｍｌをピッキングしてしまった。薬剤師が監査の時に誤りに気付き、ラタチモ配合点眼液を正しくピッキングして患者に交付した。	処方箋に一般名で記載されてくるため、最初のラタノプロストの文字だけで判断してしまった。忙しい時間帯であったため、焦りがあり、確認が疎かになってしまった。	忙しい時でも、処方箋の内容をしっかり確認してピッキングを行う。ラタノプロスト点眼液以外にもラタノプロストが含まれる配合薬があることを周知する。	ラタチモ配合点眼液「ニットー」	ラタノプロスト点眼液０．００５％「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
1289	ラタノプロスト点眼液で渡すところ、ラタチモ点眼液で渡してしまった	一般名「ラタノプロスト点眼液」と処方箋に記載されていたが、ラタチモ点眼液をとって、そのまま監査もスルーしてしまった。朝の忙しい時間帯であった	ラタチモ点眼液もラタノプロスト点眼液もどちらも冷蔵庫保存であるが、在庫場所を変えて、場所を離した。監査時は薬袋後ろの薬剤写真を照らし合わせて確認する。薬を患者に渡すときは、薬名を読みながら、患者に確認頂いて渡す。間違えやすい薬として、調剤室の壁に紙を貼った。	ラタノプロスト点眼液０．００５％「センジュ」	ラタチモ配合点眼液「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
1290	ラタノプロスト点眼液の処方が１本と記載されており２次元バーコードで入力をしたが、レセプトコンピューターで１本を1ｍｌで反映されている事に気付かず、2.5ｍｌの所を1ｍｌで入力をしてしまった。患者様には電話にて確認をし、後日料金の変更分を徴収した。	近医の病院では無かったので、思い込み（２次元バーコード入力を信頼してしまった）で入力をしてしまった。	２次元バーコードだから、間違いはないとの思い込みが原因となった事例である。入力時に再度確認をする。	ラタノプロスト点眼液０．００５％「ニットー」	ラタノプロスト点眼液０．００５％「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
1291	ラタノプロストが10本と処方されていたが、誤って50ｍｌで入力してしまった。	点眼薬は5ｍｌ/本のものと2.5ｍｌ/本の物があり、処方せんが本数記載で出ている場合、判断が難しいときがある。ラタノプロストは2.5ｍｌという事は本人も経験上理解しているが、その時は5ｍｌであると思い込んで入力してしまった。	内容量が異なる目薬がある為、1本と記載の処方が出た際は必ず1本の用量を確認するよう徹底する。	ラタノプロスト点眼液０．００５％「杏林」	ラタノプロスト点眼液０．００５％「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	
1292	処方を最後まで見ていなかった	クリーム　軟膏があることを再認識する	情報共有する	ラノコナゾール軟膏	ラノコナゾールクリーム		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
1293	セレスタミン錠とラフチジン錠10ｍｇのところ、ラフチジン錠10ｍｇ→ラベプラゾール10ｍｇでお渡し。患者様が帰宅後いつもの薬と違うことに気づき薬局に連絡。間違いと確認し交換に行く。	セレスタミン錠と胃薬のセットと思い込み。ラフチジン錠10ｍｇとラベプラゾール10ｍｇの配置も近くにあり。ｍｇ数も10ｍｇで思い込みによる調剤	ラフチジン錠10ｍｇとラベプラゾール10ｍｇの棚の位置をずらして取り間違い対応。	ラフチジン錠１０ｍｇ「日医工」	ラベプラゾールＮａ錠１０ｍｇ「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1294	ラベプラゾールNa錠10ｍｇ「オーハラ」の調剤棚にロスバスタチン錠2.5ｍｇ「共創未来」が入っていた。調剤時に錠剤のヒートが違うことに気が付き発見した。	ラベプラゾールNa錠10ｍｇ「オーハラ」、ロスバスタチン錠2.5ｍｇ「共創未来」ともに外箱が類似しており、卸からの納品後、薬剤名をよく確認せず、調剤棚に収納してしまった。特に、外箱の側面は、酷似しており、薬剤を棚から取り出さないと気が付かないと思われる。	薬剤を調剤棚に収納するときは、必ず薬品名まで確認して収納する。薬剤の保管場所を工夫する。	ラベプラゾールＮａ塩錠１０ｍｇ「オーハラ」	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「共創未来」		ヒューマンエラー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	患者に急ぐように言われ焦り、ラベプラゾール１０ｍｇとするところをランソプラゾールＯＤ１５ｍｇを調剤。	焦り、思い込みあり	バーコード認証を活かしての調剤徹底。	ラベプラゾールＮａ塩錠１０ｍｇ「オーハラ」	ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1296	ランソプラゾールが処方されると患者様からお話しがあったが、処方せんにはラベプラゾールが記載されていた。	薬剤の名前が似ているため、間違いが生じたのだと考えられる。	投薬時に患者様のお話を伺い、疑問が生じた際は疑義照会を必ずする。	ラベプラゾールＮａ塩錠１０ｍｇ「オーハラ」	ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「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	
1297	ラベプラゾール錠10mg「ＹＤ」のところ「ニプロ」で処方入力されていた	現在多くの薬剤が出荷調整となっている中、後発品メーカーを毎回変えざるを得ない状況である。今回の場合もずっと「ニプロ」で調剤していたが、供給が不可能で今回在庫している「YD」での調剤、投薬になった。	在庫するとき、あるいは調剤するときには、現在の状況を踏まえ、今までと異なる後発品メーカに変更と気づいたときは、処方箋入力者にしっかり伝える。あるいは、監査者がメーカの変更があるかもしれないと疑い、しっかりメーカーの確認をしっかりする。	ラベプラゾールＮａ錠１０ｍｇ「ＹＤ」	ラベプラゾールＮａ錠１０ｍｇ「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1298	患者さんからの指摘で電話あり。	同じ会社のため包装や錠剤の色や形が似ていたための取り間違い	２種類とも同じ棚に列挙してあるため、どちらかを別の棚に配置	ラベプラゾールＮａ錠１０ｍｇ「ＹＤ」	ロスバスタチンＯＤ錠２．５ｍｇ「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
1299	事務員が変更不可処方箋が処方されているにもかかわらず、販売会社を変更して、入力してしまった。	繁忙だったことから、変更不可チェックミスが起きたと考えられる。	一度レセコン入力したら。縦読み・横読みを徹底する。	ラベプラゾールＮａ錠１０ｍｇ「ＹＤ」	ラベプラゾールＮａ錠１０ｍｇ「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1300	ラベプラゾール10処方のところ、誤ってランソプラゾールＯＤ15を調剤してしまった。患者はいつもと違う薬なので服用しなかった。と同時に同じ薬袋に入っていたロスバスタチン2.5も服用しなかった。次回来局時に服用しなかった薬を持参され、調剤ミスが発覚した。	医薬品の名前類似。処方せんに剤型や規格確認時に印をつけたり、識別コード等記載するようにしていたが、このときはそれも怠ったので調剤後に発見することもできなかった。	名称類似品があることを常に認識し業務に当たること。患者さんには調剤間違いをお詫びし、いつもと違うなど気になることがあるときはすぐ連絡くださるよう伝えた。	ラベプラゾールＮａ錠１０ｍｇ「サワイ」	ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「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
1301	ラベプラゾールが処方されていた。効能を考えながらピッキングした。同じ薬理作用で、似た名前のランソプラゾールを調剤した。監査時、間違いに気が付き、事なきを得た。	夕方につかれていたこと。商品名がよく似ていること。	似ている名前であることを再確認し、気を付ける。２剤は、規格が違うのでそこも注意する。	ラベプラゾールＮａ錠１０ｍｇ「サワイ」	ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1302	ラベプラゾールをＰＴＰシートでピッキングされていたが、ランソプラゾール（バラ）が用意されていないと思い込み、結果的にラベプラゾールとランソプラゾールの両者を一包化してしまった。時間をおいて、同一薬剤師が監査を行った際、2種重複していることに気づき、再調剤した。	ＧＷ中で職員がおらず多忙であった。	同一薬剤師がそのまま調剤、監査を行うと、ミスを発見できなかったと判断。時間を置いたことで気づくことができた。名称が似た薬剤について、処方せんを見るときは十分に疑いながら調剤を行う。	ラベプラゾールＮａ錠１０ｍｇ「ファイザー」	ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1303	ラベプラゾール、エスゾピクロンを含む９種類が処方され、分包前の取り揃えに問題はなかった。しかし一包化時に分包すべきラベプラゾールではなく、外観の似たエスゾピクロン(PTP希望)を分包してしまった。監査機にかけたことで交付前に発見することができた。	１）錠剤の外観が似ていたため間違えて分包してしまった。２）出荷調整が続く中、自動分包機にカセット登録されているものとそうでないものとが煩雑となっていたため、注意が十分に向けられなかったとも考える。	１）分包後の確認を調製者にも徹底してもらう。２）バラ品しか手に入らなくなった薬剤もあり、カセットの利用は避けられない状態である。出荷調整品目が出た場合にカセット登録の変更を再検討、類似品を周知し、発見の経緯となった監査機をこれまで通り利用することとした。	ラベプラゾールナトリウム錠１０ｍｇ「科研」	エスゾピクロン錠２ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1304	テルビナフィン塩酸塩クリームをピッキングするところを、ブテナフィン塩酸塩クリームでピッキングしてしまった。	ラミシールクリームが処方されており、テルビナフィン塩酸塩クリームを選択することは分かっていた。テルビナフィン塩酸塩クリームの棚を探し、本数確認のために一度処方箋へ目を離した後、ブテナフィン塩酸塩クリームを選択してしまった。同種同効薬で名称も類似しているため間違えてしまったと思われる。	ピッキングの際と次の監査に回す前の自己監査を徹底する。	ラミシールクリーム１％	ブテナフィン塩酸塩クリーム１％「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
1305	ラロキフェン錠６０ｍで服用中の新規の患者、薬局に在庫がなかったので電話で注文。ラロキシフェンをタモキシフェンと聞き間違い納品された。注文したはずのない薬が届き間違いかと思い確認したところ自局の伝票間違いがなかった。	電話注文の時復唱をしてもらわなかった。規格をはっきり言わなかった。	電話で注文するときは復唱をすることにした。不足分の薬も内容を十分確認することにした	ラロキシフェン塩酸塩錠６０ｍｇ「サワイ」	タモキシフェン錠２０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1306	6種すべて一般名処方。いつもランソプラゾールOD錠を服用しているが、今回もらった薬はラベプラゾールと書いてあり見た目も違うと、交付翌日に患者本人が再度来局した。薬を確認したが、ラベプラゾール錠10「科研」が入っており、交付間違いがは発覚した。服用前であり、薬の交換と謝罪で解決。今後気をつけてねと指摘をいただいた。	全て一般名処方であり、同系統のPPIにおいて、見間違いからの収集と監査の不徹底、思いこみによるもの。	ピッキング後の2重監査の徹底。今後ピッキング後のヒート監査システムの導入予定処方箋をスキャンした後、必ず見やすい大きさに拡大しての作業をマニュアルに落とし込む。	ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「サワイ」	ラベプラゾールナトリウム錠１０ｍｇ「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
1307	ランソプラゾールＯＤ３０ｍｇが１５ｍｇに減量になっていたのに気づかず、お渡し後にスタッフが気づいて交換した。特に健康問題はなかった。	規格まできちんと確認する。Ｄｏ処方だと慢心せずきちんと確認する。	レセプト入力の際に、規格まできちんと確認するよう、丁寧に間違えずに入力できることを心掛ける。焦らせない。薬剤師も処方箋の内容を流し見しないで、きちんとひとつひとつチェックして間違えがないか確認する。	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
1308	ランソプラゾール1Tのところ誤ってラベプラゾールを調剤した。別の薬剤師が空き箱に気が付き患者に連絡。ちがうものが入っているとのことで取り換えて調剤した。	1人しかいない時間帯でなれもあり読み間違えたものと思われる	なるべく1人になる時間を減らし複数人で確認することとした。	ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「トーワ」	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
1309	ランソプラゾールＯＤ１５ｍｇ処方をタケプロンＯＤ１５ｍｇにて調剤	ランソプラゾールが欠品のためタケプロンに切り替えていたが、ランソプラゾールが納品されていたことを知らなかった。卸しから事前連絡なく納品された。	規格確認	ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「武田テバ」	タケプロンＯＤ錠１５		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1310	ランソプラゾールOD錠30mg「サワイ」のところ、ランソプラゾールOD錠30mg「武田テバ」で調剤。監査者がピッキングシステムを使用し、間違いが発覚した。1年ぶりの来局で、入力者が前回DOで処方入力をした結果、出荷調整で現在はメーカーが異なっていたため、間違いが生じた。	出荷調整などで一品薬で2個以上のジェネリックメーカーの在庫が存在しており、現在使用しているメーカーについてスタッフ全員で把握できていなかったことが要因と考えられる。	入力時に入力者と調剤者がジェネリックメーカーの確認を行い、入力後に調剤を行う手順を守るようにする。	ランソプラゾールＯＤ錠３０ｍｇ「サワイ」	ランソプラゾールＯＤ錠３０ｍｇ「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	
1311	ランソプラゾールカプセル１５ｍｇ処方されたが、勘違いしてランソプラゾールＯＤ15mgで調剤し患者にお渡し。投薬直後の確認作業で間違い発覚し患者を呼び止め正しい薬と交換した。	背景として患者が続きばたついていたことにより、監査が正しくできてなかったことが考えられる。	忙しい時も調剤者と監査者をわけるように対策した。	ランソプラゾールカプセル１５ｍｇ「トーワ」	ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1312	ランソプラゾールカプセルの処方であったが　OD錠で処方してしまいました	通常では　OD錠を採用している為　そのまま錠剤で処方してしまいました	電子薬歴に　申し送りとして注意するように記入しました	ランソプラゾールカプセル１５ｍｇ「トーワ」	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
1313	冷蔵庫内でランタス注ソロスターとランタスXR注が混在しており、誤って調剤した。戻し間違いと監査時の読み合わせ不十分	日々の在庫数確認時に未開封のようになっており、誤りに気づくまでに時間がかかってしまった。	開封したことがしっかりと分かるようにする必要がある。また、在庫確認時はしっかりと開封しているかどうかの確認を行う。インスリン取扱一覧を作成する。読み合わせるポイントを規格から行うようにする。	ランタスＸＲ注ソロスター	ランタス注ソロスター		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1314	患者の処方箋にはリーゼ10mgと記載があったがお薬手帳を確認したところリピトール錠10mgを服用していることを確認。処方箋入力ミスを疑い疑義照会。リピトール錠10mgの誤りと確認	名称が似ているため処方箋発行時入力ミスが起きたと考えられる。	処方箋の内容とお薬手帳を確認することが今後も必要であると考える	リーゼ錠１０ｍｇ	リピトール錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1315	内科よりリスミーｍｇの在庫があるか電話で問い合わせあり、在庫ありと回答。その後、【般】リスペリドン錠2ｍｇ　の処方を患者さんが持ってこられた。	もともと心療内科でリスミー2ｍｇを他薬局よりもらっている患者さん、今回そちらに行けないので内科で処方をお願いした。内科で入力する際に間違われそのまま薬局に来局。リスミーの間違いでないかと気づいたため内科に疑義、【般】リルマザホン錠2ｍｇに訂正となった。	他薬局で何がでているか併用薬も常に念頭に入れて調剤する。	リスミー錠２ｍｇ	リスペリドン錠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	
1316	夕方で患者さんが集中し忙しい時間帯で、調剤した薬剤師が間違った薬を用意し、監査した薬剤師がその間違いに気づかずそのまま投薬してしまった。患者さんはすでに服用していた薬だったため、薬の違いに気づいて連絡をしてくれて発覚した。すぐに交換に出向き正しい薬をお渡しし謝罪した。	患者さんが妊婦であることにもっと注意を払い処方薬を確認することで、間違いに気づくことができたのではと考えます。	調剤する薬剤師は素早く薬を準備することが目的ではなく、投薬をイメージして正確に調剤するよう改善する。監査・投薬する薬剤師は患者さんの状況をイメージしながら確認と服薬指導をする。	リトドリン塩酸塩錠５ｍｇ「Ｆ」	ミドドリン塩酸塩錠２ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1317	一般名処方:プレドニゾロン吉草酸エステル酢酸エステル0.3%を一般名:ベタメタゾン吉草酸エステル0.12%と間違えて入力、調剤してしまった。	常駐の薬剤師ではあるものの、午後診察開始前の時間帯で、開局はしているものの、薬剤師1人で処方入力、調剤、監査をし、吉草酸とついていて、リンデロンだと思い込んでしまったことと、焦りによる間違い。	薬局にある在庫の再確認、一般名での確認、調剤録の監査を綿密に行う。	リドメックスコーワクリーム０．３％	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
1318	リドメックス軟膏とプロペトの混合処方であったが、リドメックスクリームとプロペトを混合調剤し交付してしまった	常識的に考えると軟膏とクリームの混合は行わないが、実習生が調剤した物を、鑑査役の薬剤師が、しっかり鑑査せずに、そのまま交付してしまった	鑑査機械を通すなど、混合した物が何であったかなどをしっかり共有できるようにし、鑑査に用いる	リドメックスコーワ軟膏０．３％	リドメックスコーワクリーム０．３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1319	一般名プレドニゾロン吉草酸エステル酢酸エステル軟膏0.3%（リドメックスコーワ軟膏）とプレドニゾロン軟膏0.5%を間違えてザーネ軟膏と混合。鑑査時に間違い発覚。	一般名は最後まで確認する。思い込みをやめる。	一般名を最後まできちんと確認して調剤する。調剤後再度調剤録などと薬剤名があっているか確認する。	リドメックスコーワ軟膏０．３％	プレドニゾロン軟膏０．５％「マイラン」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1320	一般名プレドニゾロン吉草酸エステル酢酸エステル軟膏（リドメックスコーワ軟膏）とプレドニゾロン軟膏0.5%を間違えてザーネ軟膏と混合。鑑査時に間違い発覚。	一般名は最後まで確認する。思い込みをやめる。	一般名を最後まできちんと確認して調剤する。調剤後再度調剤録などと薬剤名があっているか確認をする。	リドメックスコーワ軟膏０．３％	プレドニゾロン軟膏０．５％「マイラン」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1321	【正】リバスタッチパッチ１８ｍｇ５６枚【誤】ニュープロパッチ１８ｍｇ　５６枚	調剤者がＰＤＡを使用せずに目で調剤を行った。その際、最終鑑査者とのコミュニケーションが不足していた。店舗のＰＤＡは診療科が重複していると片方の薬は表示されるが、もう片方は表示されないので目で取った薬品は指示書に押印し、鑑査者に申し送りをするルールがある。	同じ引き出しに保管していだが、外見が似ている為、違う引き出しに保管し取り間違えを防ぐ。ＰＤＡを使用せずピッキングを行う場合は、必ず最終鑑査者に使用していない事を伝える。最終監査時、処方箋・調剤指示書の内容を見て指さし確認の手技を徹底する。	リバスタッチパッチ１８ｍｇ	ニュープロパッチ１８ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1322	薬剤保管場所が近辺に保管されており、包装様式や色合いなど（紫色・包装デザイン）が類似していること。並びに、用量が１８ｍｇとなっており、取り違いを招いてしまった。また、薬袋への梱包の際、薬剤包装の色・用量までは確認監査実施したものの、薬品名の確認監査を怠ってしまったまま、薬袋へ梱包してしまったこと。	ピッキング調剤薬剤師自身、処方せんより読み取った際、まずは、包装様式や色合いを連想し、ピッキングの際、薬剤名の確認まで、最終できていなかったことが要因であり、また、投薬薬剤師もまた、薬袋記載薬剤名までは確認していたものの、色合い・用量（１８ｍｇ）など及び、慣れの観点から、信用しきったまま、薬袋へ梱包してしまった。	薬袋記載名と、手に取った薬剤名の最終確認監査の励行が必要。常に間違いがないか？疑いを持った目で監査を実施していくこと。	リバスタッチパッチ１８ｍｇ	ニュープロパッチ１８ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1323	リピトール錠10ｍｇが、処方されていたが、薬品収納時に間違って収納していたリルゾール錠5ｍｇがリピトール錠10ｍｇの袋に入っていたのを、気づかずに調整。監査時に発覚。	薬品名称の確認漏れ。	薬品名称を規格まで、しっかり確認して、収納、ピッキングする事。	リピトール錠１０ｍｇ	リルゾール錠５０ｍｇ「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
1324	一般名でプラバスタチンで処方されており、メバロチンでお渡ししていた患者さんの処方が（般）アトルバスタチンに変わったことに気が付かずメバロチンでお渡ししてしまった。医師が次回処方時に患者さんの会話の中で変更がされていないことに気付いて下さった。	お昼を回している時間帯で従業員数が少なく、色々なことを行っていた中で起こった。集中力が欠けていたと思われる。	どんな状態にあっても鑑査をするときの集中力は一定にするように心がける。混む時間は人数が揃うようにお昼の時間を回していく。	リピトール錠５ｍｇ	メバロチン錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1325	当初処方内容がランデル錠20ｍｇ　1錠分1　寝る前　21日分だった。初回の処方だったので患者に話を聞くと、どうも血圧の薬が出るとは聞いてない様子。処方医に確認すると、リボトリール錠0.5ｍｇを出すつもりで、オーダーミスをしていたことが明らかになった。	処方医によるオーダーミスが原因である。	投薬時にしっかりと話を聞くことが必要。	リボトリール錠０．５ｍｇ	ランデル錠２０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1326	前回一般名にてプラバスタチン10ｍｇ（調剤はメバロチン10mg）が処方されていた。今回処方はシンバスタチン５mg（調剤はリポバス５mg）が処方されていたが、入力者がこれに気づかず、プラバスタチン10ｍｇを入力、調剤者はメバロチン10mgを調剤した。監査者は薬袋との齟齬がないため交付、別の事務員が調剤録を確認した際に間違いに気づき、回収と交換を行った。患者は服用前であった。	一般名が似ていたため、入力者は薬の変更に気が付かず、前回処方を参照に入力した。入力後の確認を怠った。調剤者は、入力者の情報を参考に調剤を行った。監査者は誤って出力された薬袋と薬剤にて監査を行った。患者より別剤の追加処方の要望があり、問い合わせを実施した医薬品に注意が行ってしまった。	業務手順書の遵守。レセコン入力時に前回歴を参照した場合には必ず確認をすること。調剤者は処方箋によって調剤すること、監査者は処方箋によって監査すること。	リポバス錠５	メバロチン錠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
1327	11月26日、平素当薬局をご利用の患者様（80歳）が処方箋を持参されました。処方箋にはリポバス５mg分1朝食後30日分と記載されていました。鑑査時、リピトール5mgで調製されているのを気づかず投薬してしまいました。11月28日ご本人から、いつもの薬と違う薬が入っていると電話があり発覚し、すぐにご自宅に行き交換しました。服用前に気づいていただきました。	慣れによる確認不足が原因と思います。	ダブルチェックの徹底と時間帯に左右されることなく落ち着いて確認することが必要だと思います。	リポバス錠５	リピトール錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1328	80歳女性患者　ご主人が代わりに処方箋をもって来局前回、リリカＯＤ錠２５ｍｇ　４錠　１日２回朝夕食後の処方今回　リリカＯＤ錠７５ｍｇ　２錠　１日２回朝夕食後に変更となっていたが、リリカＯＤ錠２５ｍｇ　２錠　１日２回　朝夕食後と入力薬剤師はリリカＯＤ錠７５ｍｇ　２錠　１日２回の数でピッキングしたものの、監査で２５ｍｇの入力に気が付かず、そのまま交付処方確認中、発覚し、服用前に電話にて訂正。	事務員は用量まで確認せず、前回DO入力から錠数だけ変更したと思われる。薬剤師は薬品名と数のみで用量見落とし。	リリカなどの増量していく薬品は、監査時に前回処方と比べて用量の確認を行う。	リリカＯＤ錠７５ｍｇ	リリカＯＤ錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1329	一般名処方をみて医薬品の取り違え、監査者も見過して投薬。後日の処方箋と調剤録チェック及び在庫チェックで判明。	他の患者が大勢待っていた為、一般名処方の頭文字で思い込みで取り揃え、監査者も同様に頭文字で思い込みで見過して投薬。	一般名処方を変換した医薬品名称を処方箋にも鉛筆書きし医薬品名と照合させる	リンデロン－ＤＰ軟膏	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
1330	アンテベート軟膏のジェネリックの一般名ベタメタゾン酪酸プロピオン酸軟膏０．０５％が継続的に処方されていたが、前回から、一般名ベタメタゾンジプロピオン酸軟膏０．０６４％に名前が変わっていることに気がつかないまま、アンテベートのジェネリックの軟膏を調剤して患者へ渡したしまった。	医師が一般名が似ているため間違って処方をした。前回はそれに気がつかないまま調剤してしまったが、その後意思に確認したところ、どちらか分からなくなって入力したとのこと、安心したが、処方箋の確認ミスをしたのは間違いの無いことな為今後も注意深く処方確認をすることの大切さを感じた	毎回必ず前回の処方と照らし合わせているが、今回はそこでしっかりとした確認をしなかったこと、ベタメタゾンとプロピオン酸が同じなため思い込みで調剤してしまったので、今後は確認ミスをしないように注意する	リンデロン－ＤＰ軟膏	アンテベート軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1331	リンデロンVGクリーム処方であったが、後発希望のため変更調剤を行ったが、リンデロンVクリームの後発品であるベタメタゾン吉草酸エステルクリームを調剤してしまった。薬剤交付後の入力チェックの段階で発覚	後発品の名前と先発品の名前を憶えていなかったため類似の薬を調剤してしまった。	後発品の薬はどの先発品の後発品かわかるように棚に記載する	リンデロン－ＶＧクリーム０．１２％	ベタメタゾン吉草酸エステルクリーム０．１２％「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	
1332	リンデロンvg軟膏が処方されていたところリンデロンv軟膏で入力してしまった。監査時にも気づくことができずそのまま交付。後日裏打ちチェック時にご調剤が発覚し、患者に電話し、正しい薬をお渡し。リンデロンv軟膏の使用なく、体調変化なし。	入力者の経験がまだ浅く不慣れなため入力を間違えてしまった。監査者も慣れと忙しさもあり、入力ミスを気づかずに調剤を進めてしまった。患者も以前に使用していたものとは違うと感じていたようだがコミュニケーション不足で聞き取りを行えていなかったことも原因だと考えられる。	入力終了時の監査と、入力監査を繁忙時でも1文字監査を徹底する。少しでも患者の疑問の解消と、患者との齟齬が起きないように最後に気になっていることがないかを聞き取る	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
1333	リンデロンVG軟膏の処方。名称類似のリンデロンV軟膏をピッキング。監査時に気づき、リンデロンVG軟膏に取り換えた。	殆ど名称が同じの為、思い込みが発生した	処方箋の薬品名は最後まで確認することを薬局内で共有。	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
1334	リンデロンＶクリームが処方されていたが、ＶＧクリームをお渡ししてしまった。	リンデロンＶＧクリームが処方されることが多いため、ＶＧクリームであろうという思い込みがあった。	処方せんと薬剤の照らし合わせを徹底。監査と調剤の業務分担を行う。	リンデロン－Ｖクリーム０．１２％	リンデロン－ＶＧクリーム０．１２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1335	皮膚科の一般名処方でベタメタゾン吉草酸エステルを最初のベタメタゾンからベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルのアンテベート軟膏選択してしまった。	ベタメタゾンとつくのは1つと思っていた	特に一般名は最後の一文字まで確認するよう申し送りをシた	リンデロンV軟膏	アンテベート軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1336	リンデロンV軟膏0.12％（一般名処方ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%処方）のところリンデロンVG軟膏0.12％（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軟膏）を調剤。	リンデロンV軟膏を普段在庫していなかったため思い込みで調剤をしてしまった。	以後思い込み、慣れで調剤しないよう皆で話し合い。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1337	一般名のベタメタゾン吉草酸エステル軟膏（リンデロンV軟膏）をプレドニゾロン吉草酸エステル軟膏（リソメックスコーワ軟膏）で入力し、監査システムを誤った薬で通してしまい、投薬する。その後、患者様に連絡し、正しい薬を郵送しお渡しした薬を廃棄してもらった。	土曜日で、大変混雑しており、初動対応できちんと処方せん原本を確認せず監査システムを信じすぎて、監査を行ってしまった。	混雑時でも、しっかりと処方箋を見て確認する	リンデロン－Ｖ軟膏０．１２％	リドメックスコーワ軟膏０．３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1338	一般名処方で、名前が類似していたため調剤誤り	忙しい時間帯での確認不足	忙しい時でもしっかりと処方箋を確認し、ダブルチェックを行う	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
1339	リンデロンV軟膏のところを、リンデロンVG軟膏で調剤・交付してしまった。交付後の処方箋の見直しにより、入力違いが発覚。在庫も合わなかったため、間違えて交付してしまったことが分かりました。至急連絡をとり、差し替えをしました。まだ使用前だったので、患者さんに被害はありませんでした。	混雑時の来店。いつもリンデロンVG軟膏だったため、変更されていたのを見逃してしまった。	今後間違えないように、調剤時に気が付くように薬歴に大きく「リンデロン注意」と記載した	リンデロン－Ｖ軟膏０．１２％	リンデロン－ＶＧ軟膏０．１２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1340	プロチン・キョウニン・単シロップにコデインリン酸塩を溶かし込むところ、誤ってアレビアチン散を溶かし込もうとしたところ今回たまたま水溶液を作る際に、異常な泡立ちがあったため、間違いに気が付いた。	リンコデのバラ包装を、アレビアチンの空き容器に詰め替えて使用していた。当日、計量器のそばにアレビアチンを放置しており、それをリンコデの容器と思い込んで溶解作業をしてしまった。	容器の使いまわしをせず、リンコデ用に新たに全く違う形状の空容器を購入。ラベルも大きく側面や上面に記入し、間違えにくくした。 また、アレビアチンは調剤後すぐに開き棚に格納することを徹底するようにした。	リン酸コデイン散１％〈ハチ〉	アレビアチン散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
1341	リン酸コデイン散処方のところジヒドロコデイン散を調剤。直ぐに他薬剤師が監査時に指摘し、正しい調剤を実施した。	繁忙時間帯においても散剤調剤時にダブル監査を行う。	散剤調剤時　計測前にダブル監査実施することとした。	リン酸コデイン散１％「ホエイ」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1342	ジヒドロコデインリン酸塩散1%「タケダ」が処方されたが、薬剤の取り違えによりリン酸コデイン酸1%を秤量及び分包調剤してしまった。監査時に別の薬剤師が異常に気付いたため、投薬前に調剤し直した。	通常監査システムで照合したのち分包調剤を行っているが、繁忙時間帯であったので照合前に分包を行ってしまった。	分包前に監査システムで照合を行う事を徹底する。	リン酸ジヒドロコデイン散１％「タケダ」	リン酸コデイン散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
1343	ルコナック爪外用液５％ピッキングのところ、クレナフィン爪外用液１０％でピッキング	爪外用液に意識がいき、医薬品名を見落としてしまう	医薬品の容器や外箱の色で区別するようにする	ルコナック爪外用液５％	クレナフィン爪外用液１０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1344	ルセフィ2.5ｍｇを定期で服用している患者にパルモディア0.1ｍｇを誤って交付。閉局時の在庫チェックで発覚。すぐ交換できたため、健康被害はなかった。	閉局直前の忙しい時間帯で、どちらも青系のシートのため、見間違えてしまったようだ。	シートの外観だけでなく、名称もしっかり監査すること	ルセフィ錠２．５ｍｇ	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
1345	ルネスタ錠１ｍｇの処方に対して、調剤者の思い込みでジェネリック医薬品であるエスゾピクロン錠1ｍｇ日新を集薬。監査時に発見した。	先発、ジェネリック双方が在庫され、外観の類似があるので思い込みで調剤をしてしまった。配置は近くない。	調剤した薬をすべて再確認して監査に回すようにする。	ルネスタ錠１ｍｇ	エスゾピクロン錠１ｍｇ「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
1346	皮膚科から　ルパフィン錠10　28錠の処方。レセコン入力後のピッキング段階で、ルパフィン錠10　20錠とロスバスタチン錠2.5　8錠とが混ざって調剤されていたものを、鑑査の段階で発見。	当時はルパフィン錠10とロスバスタチン錠2.5の棚が近く、取り間違え又は、はじめから混ざっていた可能性が考えられる。	両剤の棚の位置を変更し、物理的に取り間違えの起こらないような構造に変更。	ルパフィン錠１０ｍｇ	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	
1347	診察時に足がむくむことを相談した患者様への処方がルパフィンで、医薬品の選択に違和感を感じて疑義照会を行った。疑義照会の結果、ルパフィンではなくルプラックを処方予定だったことが判明し処方薬がルプラックに変更となった。	患者様との投薬時の話では得られる情報に限度があるが、投薬時に有益な情報を無駄なく得られたことで適切な疑義照会を行うことができた。処方薬から症状を予想した上で投薬を行ったことにより問題点を適切にチェック出来たため、別薬剤を交付することなく済んだ。	今回はむくみは様子見でアレルギーの対処をしている可能性も否めないことを考慮に入れた上で医師に迷惑をかけないように疑義照会を行わなければならない。	ルプラック錠８ｍｇ	ルパフィン錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1348	レキサルティで処方されていたにもかかわらずレクサプロを調剤した。監査済みの薬をそのまま患者様にお渡しして帰宅後電話にて薬が違うことを指摘された。	思い込みがないよう気を付ける。処方箋がファクシミリで読みづらかったが処方もとに確認する等徹底する。	監査済みの薬も今一度確認して投薬するよう徹底する	レキサルティ錠１ｍｇ	レクサプロ錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1349	レキソタンとレキサルティを取り違えた。	早く払いだそうと焦っていた。	配置場所の注意喚起をする。	レキソタン１ｍｇ	レキサルティ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
1350	レクサプロ２０ｍｇを同規格のトリンテリックス20ｍｇを間違えてピッキング	同じ時期に採用になった2品目を間違えやすい	トリンテリックス、レクサプロ２０ｍｇの調剤時には読み上げて監査するように徹底	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
1351	前回までレクサプロ10mg1.5錠　朝食後　30日分の処方であったが、今回より増量となりレクサプロ20mg1錠　朝食後　30日分となっていた。入力者がDoで薬剤をひっぱり、レクサプロ10mg1錠と入力してしまった。調剤者は入力されたデータを元に調剤し、レクサプロ10mg1錠が投薬者へまわった。投薬者の鑑査で発覚し、お渡しには至らなかった。	発生時は店舗内が混雑しており、入力者に焦りが生じていた。調剤者も調剤時間を短縮しようと考え、ピッキング端末に飛んできたデータを元に調剤。誤った入力で誤った調剤を行ってしまった結果生じた事例。	事例を店舗スタッフ全員に共有。ピッキングツールの使用徹底は引き続き実施。調剤者は処方箋を目視し、調剤を実施する旨、再度ルールの確認実施。	レクサプロ錠２０ｍｇ	レクサプロ錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1352	12月某日　患者Aが処方箋をもって来局した。　処方箋にはレグナイト錠300ｍｇと記載されていたが　薬剤師Aはまちがってレグナイト錠300ｍｇを調剤し鑑査に回した。　薬剤師Bは間違っている薬が調剤されていることを見落とし投薬に回した。薬剤師Cは交付時お薬が間違って調剤されていることに気づき正しい薬へ調剤しなおし鑑査に回した。患者Aには正しい薬が交付された。	薬の名前が類似しているため　当薬局で多く出ている薬と思い込み調剤した。来局された時間は薬局が混雑し始めている時間で焦りがあった。	調剤時　鑑査時も再度の確認を徹底するようにする。	レグナイト錠３００ｍｇ	レグテクト錠３３３ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1353	レザルタスHDが処方されていたが、前回DO処方で入力し、一般名処方だったため、レザルタスLDで入力した	配合剤の場合、一般名処方の時は、間違いを防ぐために、入力の見直しを徹底する	配合剤が処方されている時は複数人で必ず確認する	レザルタス配合錠ＨＤ	レザルタス配合錠ＬＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1354	処方内容は、「レザルタス配合錠ＨＤ１錠＋トリクロルメチアジド錠２ｍｇ１錠／朝食後×６０日分」であった。「レザルタス配合錠ＨＤ」を「ザクラス配合錠ＨＤ」と見間違え、交付してしまい、翌日患者様本人よりＴＥＬを頂き、間違いが発覚しました。再度ご来局頂き、お詫びして「レザルタス配合錠ＨＤ」をお渡しました。	薬局内が忙しい状況もあったが、「トリクロルメチアジド錠２ｍｇ」が30錠不足していた事もあり、対応に焦ってしまい、交付を急ぐあまり、十分な確認をせず「ＨＤ」という名前のみの印象で、「レザルタス配合錠ＨＤ」ではなく「ザクラス配合錠ＨＤ」を、ピッキングし間違って交付してしまいました。	ザクラス配合錠ＨＤとレザルタス配合症ＨＤの陳列場所を離して、間違ったピッキングをしないようにする。処方薬のピッキングをした段階で、必ず第三者の監査を入れる。患者様への交付時に、その場で必ずご確認頂く。どんなに繁忙な状況でも、焦りを排除し、落ち着いて調剤をすること。	レザルタス配合錠ＨＤ	ザクラス配合錠ＨＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1355	処方箋には一般名処方での記載、レセコン入力時から読み違え（思い込みによる間違い）ていた為、LD錠とHD錠を取り違えた	慣れによる慢心と、土曜午後で1人薬剤師の状態であった事	配合剤の容量や単位・一般名等の情報を一覧表とし薬局内に掲示し適宜確認の上調剤する事とした。	レザルタス配合錠ＬＤ	レザルタス配合錠ＨＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1356	レスリン錠25ｍｇの後発品　トラゾドン塩酸塩錠25ｍｇ「アメル」を調剤するところ、トレドミン錠25ｍｇをピッキングしてしまった。	薬品名が似ているため、取り間違えてしまった。	薬品棚の位置を離した。薬品名が見やすいように棚表記を改善した。	レスリン錠２５	トレドミン錠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
1357	全箱の薬名・規格の確認不足	手順不守	同じ場所に保存しない。箱にマークをつけた。	レトロゾール錠２．５ｍｇ「サワイ」	アナストロゾール錠１ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1358	一般名処方の内容に対し、本人が希望するジェネリックメーカーでお渡しするところ、間違ったメーカーのものを入力してしまった。	一般名処方で処方箋は同じ表記だが、個々にメーカーの選択しなければならず、その段階で選択を間違えた。	患者メモにメーカー名を入力し、かつポップアップが最初に出るように改善した。	レトロゾール錠２．５ｍｇ「サワイ」	レトロゾール錠２．５ｍｇ「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1359	レトロゾール錠2.5ｍｇ「サワイ」の処方がされるべきだったが、以前入力、処方されたレトロゾール錠2.5ｍｇ「JG」で用意されてしまっていた。	同薬剤のメーカー変更に気づかなかったと思われる。	処方監査、鑑査と投薬直前でも処方内容が問題ないかを確認していく。	レトロゾール錠２．５ｍｇ「サワイ」	レトロゾール錠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
1360	レバミピド錠処方のところをムコスタ錠をピッキングしてしまった。	つかれだとおもう。	複数の人間でのチェックが必要	レバミピド錠１００ｍｇ「オーツカ」	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
1361	姉妹で来局。先に調剤した姉の方は一般名でセチリジンDSが記載。次に調剤した妹は一般名でレボセチリジンDSで処方されていたが姉と同じ薬と思い込みセチリジンDSで調剤した。監査の時に間違いが判明。	姉妹で同じ抗アレルギー剤が処方されていると思い込んだ。	鉛筆で一般名にチェックを入れ間違いを防ぐ。	レボセチリジン塩酸塩ＤＳ０．５％「タカタ」	ジルテックドライシロップ１．２５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1362	一般名処方でレボセチリジン（2.5）のメーカーを誤って入力していた。前回まで「タカタ」を採用して調剤していた。ただ、後発品品薄で入庫されないため、今回から「ニプロ」に変更していたが、入力は今までと同じ「タカタ」であった。鑑査の際には、ミスに気が付かなかったが、鑑査システムでバーコードを読ませた際に、間違えに気が付いた	昨今、後発品の品薄が多く発生しており、今までと同じメーカーで用意できない場合が多発している。メーカーを変える際には、入力業務をする事務にも情報共有するようにしており、またレセコンにも実在庫が出るように設定されている。今回は、入力する事務の見落としと鑑査を行った薬剤師もメーカーまでよく見ていなかったことが原因である。	メーカーを切り替える際には、レセコンの設定で、前のメーカーでは入力ができないようにする。鑑査をする薬剤師は、メーカー名まで確認を行う。	レボセチリジン塩酸塩錠２．５ｍｇ「ニプロ」	レボセチリジン塩酸塩錠２．５ｍｇ「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
1363	セチリジン塩酸塩錠(5)２Ｔ２×(朝食後・寝る前)１４ＴＤ処方のところ、レボセチリジン塩酸塩錠(5)２Ｔ２×(朝食後・寝る前)１４ＴＤで投薬してしまった。	繁忙であり、ひとり調剤・監査・投薬を行ったため。	ダブル監査を必ず行う。	レボセチリジン塩酸塩錠５ｍｇ「サワイ」	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
1364	レボセチリジン塩酸塩錠5ｍｇが処方されていたが、誤ってセチリジン塩酸塩錠5ｍｇを渡してしまった。薬局内においても監査をダブルチェックした形跡もあり、投薬時も患者に見せながら投薬した。患者自身もよく見ていなかったらしく、患者宅に帰ってからいつもの薬と違うことが分かった。服用前に連絡があったため、誤った薬は全て回収し、正しい薬をお渡しした。	監査時にダブルチェックした形跡があるが、「見たつもり」になっていた。 「人」ではなく「機械」にて判別するのが望ましい。	監査システム導入を検討中です。	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
1365	処方箋薬　一般名レボセチリジン塩酸塩錠5に対し　調剤者がレボセチリジン塩酸塩錠5「武田テバ」を調剤するべきところ　セチリジン塩酸塩錠5「サワイ」を調剤してしまった。監査者が間違いに気付き誤投薬を未然に防げた。	薬名が類似していた。繫忙時間帯で　慣れや焦りで処方箋をきちんとみていなかった。	錠剤棚の名称のところに　類似薬品名の薬がある旨を記載し注意喚起するようにした。調剤者は繫忙時間帯でも処方箋を必ず見直すこと。違う人の目で監査を行うこと。	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	
1366	処方医より前回処方した際に違う薬品を服用したみたいと連絡があり、調査の結果、取り違いをしていた。	調剤の際に頭の文字だけを見ていた。監査者も同様に見過ごした。	薬歴の十分な確認と頭の文字だけでの判断ではなく、印字の文字の最後までの確認を徹底する。	レボフロキサシンＯＤ錠５００ｍｇ「トーワ」	レボセチリジン塩酸塩錠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
1367	レボフロキサシンの２５０ｍｇが処方されていたが、５００ｍｇで出してしまった。ご本人がいつもと違うと気付かれで、娘さんに相談。服用せずに、受診時に先生に相談した。先生から薬局に電話があり、渡し間違いだと発覚した。その後、商品を交換。	５００ｍｇが出ることが多いので、思い込みによるミス。忙しく、他の薬剤師の監査も出来ていなかったと思われる。娘さんにお薬を渡したので、薬渡しながらの確認もご本人ではなかったので、余計に正す機会を失ってしまった。	忙しくても、監査をしっかり行う。処方入力画面のコメントに、「レボフロキサシンは２５０ｍｇ！」と記載。入力時にも注意できるようにしました。	レボフロキサシン錠２５０ｍｇ「サワイ」	レボフロキサシン錠５００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1368	レボフロキサシンの処方がきてたが間違ってレボセチリジンを渡した	名称が類似の薬品については最新の注意を払ってますが今回は患者様のコミケーションがとれず、用意した薬の内容に疑問を持つことが出来ませんでした。	症状をお聞きすることが代理人ではわからないことが多いですができるだけ聞くように努力します。	レボフロキサシン錠５００ｍｇ「ＤＳＥＰ」	レボセチリジン塩酸塩錠５ｍｇ「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1369	名前が似ていた為、うっかりピッキングを取り間違えた	混んでいる時間帯で急がせる雰囲気があった。	取ったあと、処方箋の薬品名と必ず再確認することを心掛ける。	レボフロキサシン錠５００ｍｇ「トーワ」	レボセチリジン塩酸塩錠５ｍｇ「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1370	レボフロキサシン点眼処方のところ、モキシフロキサシン点眼にて誤って調剤してしまった。	往診、外来調剤と繁忙時だった為、調剤行った薬剤師が思い込みでチェックを怠り投薬してしまった。	・基本的なダブルチェックの徹底。薬剤師の手が空いていない場合は非薬剤師（事務）によるピッキング補助を依頼する。・レボフロキサシン点眼とモキシフロキサシン点眼の外観類似ある為、モキシフロキサシン点眼の棚に「モキシフロキサシン」と付箋貼って注意を促す。レボフロキサシン点眼は社交保存で内袋も提供している為、監査時に調剤録に「レボフロキサシン袋入」と記入してチェック回数を増やす。	レボフロキサシン点眼液０．５％「ニットー」	モキシフロキサシン点眼液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：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1371	レボカバスチン点眼が処方されていたが、レボフロキサシン1.5%の間違いであった。	病院の薬剤名類似による入力ミス。	投薬時に患者様としっかり話をし、処方理由を把握する。	レボフロキサシン点眼液１．５％「ＴＳ」	レボカバスチン塩酸塩点眼液０．０２５％「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
1372	レボフロキサシン点眼０.５％が出ていたのに１.５％を用意していた	処方箋確認。年齢確認。	今後、小児には処方箋に丸小と書いていくようにした。	レボフロキサシン点眼液１．５％「ファイザー」	レボフロキサシン点眼液０．５％「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1373	レボフロキサシン点眼液1.5%の処方だったが、レボカバスチン点眼液0.025%をピッキングした。薬剤師が鑑査時に間違いであると気付いた。	薬剤名を「レボ」の２文字のみで確認したため、思い込みでレボカバスチン点眼液0.025%をピッキングしてしまった。	ピッキング時は薬剤名を最初の数文字だけで判断しないようにする。薬剤名は最後まで確認する。	レボフロキサシン点眼液１．５％「わかもと」	レボカバスチン点眼液０．０２５％「ＴＳ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1374	１月に当該患者来局時、先回の吸引機は容器の色が違った。変だなと思った。吸入したら喉にごつい感じがした、とお話あり。在庫を調べたところ、コンピューター在庫がそれぞれ１個ずつの差異を生じていた。投薬ミス判明。訪問し謝罪。正しい吸入器をお渡し。実際に使用したのは６回。その後２日間は吸入しなかったとのこと。健康被害はなかった。処方医にも連絡した	処方箋入力に誤りはなかった。ピッキングから投薬までの３名のそれぞれの思いこみ。確認不足が考えられた。	過誤内容をスタッフ全員で共有。処方箋受付から投薬までの流れを再確認。声掛けの励行。丁寧に緊張感をもって仕事をする。また、最後に投薬する直前の最終監査まで単位箱はあけない。チェックしてから開封する体制に変更した。	レルベア１００エリプタ３０吸入用	テリルジー１００エリプタ３０吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1375	平素より薬局を利用して頂いている患者さんより、いつもの吸入薬と色が違った。吸入した後に喉に粉がくる感じがして苦かったと申し出がありました。	吸入薬の採用が多く、同じ引き出しに置いている。吸入薬品名・規格・吸入回数の取り間違い。	調剤者、鑑査者共に処方箋記載されている薬と薬品名・規格・吸入回数の確認を再度、徹底します。（薬袋不要患者さんでは特に、鑑査時に処方箋記載内容と相違がないように気を付けるようにします。）	レルベア２００エリプタ３０吸入用	テリルジー２００エリプタ３０吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1376	吸入剤の変更に気が付かず前回同様に調剤	繁忙で薬歴の確認を怠り薬の変更に気が付かなかった	薬歴の確認の徹底　継時的な管理の徹底	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
1377	ローコル錠が２０ｍｇから３０ｍｇに変更になっていたが気が付かず自動分包機から分包された薬剤を監査した。	当薬局ではローコール錠２０ｍｇが調剤されることが多くローコール錠３０ｍｇはまれに調剤される為ローコール錠２０ｍｇと思い込んで監査したと思われる。	思い込み調剤・監査はしないことを徹底する。忙しい時間帯であっても慌てず処方箋を読み込むこととする。	ローコール錠30ｍｇ	ローコール錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1378	ロカルトロールカプセルとアルファロールカプセルを交付間違い。処方は一般名にて処方。監査時思い込みにより調剤、監査ミス。	少し間をあけて来局。以前の処方から内容が変わっていたが変更に気付かず、また当日時間切迫のため焦って思い込みにて調剤、監査を同じスタッフが行った。	類似名称リストを作成。薬局スタッフ間で共有。監査時薬品名にチェックを入れながら行う。なるべく複数人が業務に携わるよう一人で思い込みを防ぐ	ロカルトロールカプセル０．５	アルファロールカプセル０．２５μｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1379	ロキソニンゲル1%が処方されている患者さんにジクロフェナクナトリウムゲル1%日本臓器で交付してしまいました。患者様が後日に来局されて、包装が変わったのか尋ねられて間違いに気が付きました。	他の薬剤師が電話対応中でダブルチェックが出来なかったことが原因と思われます。当薬局ではどちらも良く出る薬剤なので思い込みによる調剤が原因と思われます。	ダブルチェックを徹底します。	ロキソニンゲル１％	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
1380	ロキソニンテープを渡さないといけなかった所、ジェネリックのロキソプロフェンナトリウムテープを渡してしまった。薬歴記載しているときに気づいてすぐ連絡入れたところまだ全く使っていなかったので本来お渡しするロキソニンテープを交換しておわたしした。	通常薬局内でジェネリックを渡すことが多かったために先発品希望にもかかわらず慣れでそのままいつも通りジェネリックを渡してしまった	入力前に薬歴でしっかり確認すること、投薬するときに再度入力した内容とくすりがあっているか確認する必要を周知しました。お渡しするときに本人にも間違えてお渡ししていないか、確認することも徹底する	ロキソニンテープ１００ｍｇ	ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「ユートク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1381	一般名処方の処方箋。先発品希望の患者に、初めて貼付剤が処方。先発品での入力を意識していたが、次の患者を受付したことにより注意散漫になり入力ミス。	いつもより事務員が１名少ない状況であった。レセコン入力中に、他の業務が重なったことで注意散漫となった。	レセコン入力時の、自己振り返りの再度徹底。投薬前の監査の徹底。声掛けによる、相互確認の意識を再確認。	ロキソニンテープ１００ｍｇ	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
1382	ロキソニンテープ100mg　28枚の指示（ジェネリック変更不可のチェックあり）で処方されたところ、支援で来ていた事務員Aが前回処方されていたロキソプロフェンNaテープ100mg「タイホウ」（後発・温シップ）　28枚で入力し、実習生がロキソプロフェンNaテープ100mg「タイホウ」で調剤、薬剤師が監査の段階で入力間違いに気付かずにそのまま服薬指導して患者にお渡ししてしまった。翌日に当該店舗の事務員Bが入力間違いに気付いて発覚。患者様に連絡しご自宅に伺いしてロキソニンテープ100mgと交換した。	・処方入力の際に、前回の処方内容でそのまま入力してしまった。処方箋と画面のチェックの際に気付かなかった。・調剤の際、調剤過誤防止機器の内容に沿って集めてしまい、処方箋の確認が疎かだった。・監査の際に医薬品名が類似しているため、前回Doで継続と思い込み監査をしてしまった。・混雑しており患者が続いていたため、投薬の際も急いで説明し過誤に気付かないままお渡ししてしまった。	・処方入力時に処方箋とパソコン画面上での確認の徹底。・調剤時、処方箋での調剤を周知徹底する。・レセコン入力の際の薬品名称に【先】【後発】【温シップ】の印をつけて薬品名の区別をつけやすくする。処方入力時・監査時に判別しやすいようにする。・服薬指導時に処方箋と医薬品の確認を必ず行う。	ロキソニンテープ１００ｍｇ	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
1383	ロキソプロフェンゲル「NP」で渡すべきところ、ジクロフェナクゲル「SN」で渡してしまった交付後すぐに気づき、取り換えた	圧倒的にジクロフェナクゲルの処方量が多く、思い込みであったロキソプロフェンテープの横にジクロフェナクゲルが在庫してあるため、ロキソプロフェンテープを調剤した後そのままジクロフェナクゲルも取ってしまった一人調剤一人監査であった分包機のトラブルがあり、患者が待合に溜まっていて焦っていた	一人調剤一人監査はできる限り回避する処方箋の薬を声出して読む薬袋に薬の写真がカラーで載っているので、薬剤現物と照らし合わせて監査する	ロキソプロフェンＮａゲル１％「ＮＰ」	ジクロフェナクＮａゲル１％「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
1384	ロキソプロフェンテープの一般名で処方されたものでいつもこの病院では非温感が処方されるため思い込んでしまっていた。実際は温感と記載されていた。	一般名処方の時は類似してるものが多いため特に注意が必要です。	薬品名を区切って読むように徹底する。	ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「三友」	ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「ＪＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1385	一般名処方であり、思い込みによる調剤をしてしまいました。投薬後すぐに気が付き、使用する前に交換しました。	調剤が続いており、思い込みがありました。	監査時にもｍｇ数ばかりでなく商品名もしっかり見直すよう注意すること。商品棚に注意を促す目印を付けました。	ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「ＮＰ」	ケトプロフェンテープ２０ｍｇ「パテル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1386	一般名語尾類似品による確認不足により冷感タイプと温感タイプの間違え	季節の変わり目により使い分けする患者様の認識不足	ダブルチェック　コメント入力し再度確認	ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「ユートク」	ロキソプロフェンナトリウムテープ５０ｍｇ「タイホウ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1387	ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「科研」でお渡しするところ１００ｍｇでお渡ししてしまった。	前回はロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「科研」だった。	処方箋をよくみる。	ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「ユートク」	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
1388	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはロキソプロフェンナトリウムテープ50ｍｇ(非温感)28枚と書かれていた。事務員はロキソプロフェンＮａテープ100ｍｇ「久光」28枚と誤って入力し、ロキソプロフェンＮａテープ50ｍｇ「久光」を28枚調剤し、鑑査に回した。鑑査者である薬剤師は入力ミスに気付かず、印刷物が誤ったまま患者に交付した。交付後、薬歴確認時に入力ミスに気づき修正し、患者へ電話で連絡し説明と謝罪をした。薬品は正しかったため患者に影響はなかった。	処方箋をしっかり見ていたが、入力時に選択ミスをしてしまったものと考えられる。焦りはなかった。	今回は焦りはなかったが、入力時には落ち着いて選択ミスに注意するようにする。	ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「久光」	ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「久光」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1389	整形外科よりロキソプロフェン錠が処方された。当薬局ではセレコキシブ錠を調剤する処方が多く、セレコキシブ錠にて調剤してしまった。監査業務により、発見しロキソプロフェン錠にて調剤しなおした。	普段よく出るような薬と同薬効であり、慣れと慢心による事例であった。監査業務より発見されたが、調剤時の声出し確認により防げた事例であったと思われる。	調剤時に声出し確認、慣れと慢心が出ないよう常に調剤業務のルールを徹底して行う	ロキソプロフェンＮａ錠６０ｍｇ「サワイ」	セレコキシブ錠１００ｍｇ「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	
1390	規格違いの入力間違い	思い込みとと忙しさにより確認を怠った。	処方せん確認に集中することを徹底する。	ロキソプロフェンテープ５０ｍｇ	ロキソプロフェンテープ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
1391	いつも定期的にロキソプロフェンナトリウムテープ100mg非温感で処方されてる患者様が、冬季ということもあり、該当日から温感に変更になった。いつも通りの処方として誤って入力してしまった。そのミスに気付かないまま調剤・監査を通過して患者様に投薬した。投薬の際、患者様と実物確認をすることで患者様ご本人からご指摘があり、間違えに気付いた。	今まで長期に渡り変更のない症状が安定した患者様であるということ、忙しい時間帯であったということが主な原因と考えられる。	入力者は調剤者に引き継ぐ前に入力監査を行うこと、調剤者は必ず処方箋を確認しながら行うこと、温感と非温感の記載を意識しながら注意深く監査をすることを薬局内で再度確認した。	ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「タイホウ」	ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「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
1392	一般名処方　ロキソプロフェンNaテープ１００ｍｇ(温感)に対し、「タイホウ」(温感)を調剤すべきところを、「科研」（非温感）を調剤。入力も間違っていた為、監査、交付時にも気が付かずに、患者様へ交付。後日、患者様より、温かい湿布を頼んだはずだと問い合わせがあり、処方せんを再確認し、ミスが発覚した。	一般名処方　ロキソプロフェンNaテープ１００ｍｇ(温感)→「タイホウ」一般名処方　ロキソプロフェンNaテープ１００ｍｇ(非温感)→「科研」で調剤することになっていた。類似する薬剤名だったが、温感、非温感に注意が向かなかった。同一処方箋内に処方されていた、インスリン製剤のチェックに気を取られて、気付かなかった。温感、非温感の処方が入り混じる季節だったため、気が付かなかった。	ロキソプロフェンテープ2種類あることを周知徹底する。レセコン入力のチェックを徹底する。投薬時、本人に温かいほうか、冷たいほうかを確認する。	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「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
1393	【般】ロキソプロフェンテープ（温感）の記載だったが、非温感が多いため、そこまで確認せずに調剤してしまった。監査で気付いたためお渡しには至らなかった。	普段は非温感しか出ない。	全員に非温感か温感の確認を徹底させる。	ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「タイホウ」	ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1394	患者は膝に痛みがあり、ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg（温感）が処方された。事務員Aはレセコン入力時ロキソプロフェンNaテープ100mg（非温感）と入力し、薬袋もその写真貼り付けで印刷された。事務員Bは（非温感）テープを取り揃えて監査に回した。監査した薬剤師はそのまま（非温感）テープを交付した。帰宅した患者から温かい湿布を頼んだはずだと連絡が入った。処方箋を確認したところ（温感）と記載されていた。間違いに気づき交換に伺った。	温かい日が続き（温感）テープの処方箋をしばらく受け取っていなかった為、事務員は思い込みで入力してしまった。薬剤師は処方箋をよく確認せず、レセコンと薬袋確認で監査し交付してしまった。	処方箋のテープ剤（温感）（非温感）表記は見落としやすい。薬局内で事例情報を共有し注意喚起するとともに監査台の壁に「湿布交付時の注意」を掲示した。	ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「タイホウ」	ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「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
1395	一般名処方でロキソプロフェンテープ１００ｍｇ（１０×１４ｃｍ温感）と記載があったところ非温感であるロキソプロフェンテープ１００ｍｇ日医工で入力を行ってしまった。	非温感、温感は一文字異なるだけなので見逃してしまった。また、前回までは非温感のテープの処方であったため今回のミスにつながったと考えられる。	テープの処方のときは必ず温感・非温感を確認する。また患者様にもわかりやすく説明を行い、相違がないかを確認する。QRコードの記載がある病院の処方箋はかならずQRコードから入力を行い、入力ミスの防止に努める。	ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「タイホウ」	ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1396	患者が処方箋を持って来局。処方箋には、ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg『タイホウ』10cm×14cm 56枚　1日1回　1回1枚貼布　足関節　と記載されていた。薬剤師A(職種経験年数30年)はロキソプロフェンナトリウムテープ100mg『タイホウ』10cm×14cmを調剤するところ、誤ってロコアテープ10cm×14cmを調剤し監査にまわした。監査にあたった薬剤師Bが、処方薬のロキソプロフェンナトリウムテープ100mg『タイホウ』10cm×14cmではなく、ロコアテープ10cm×14cmが調剤されていることに気付き、調剤した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはロキソプロフェンナトリウムテープ100mg『タイホウ』10cm×14cmを正しく調剤し、再度薬剤師Bが監査した。監査で誤りに気づいたため、患者には正しい薬を交付した。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg『タイホウ』10cm×14cmとロコアテープ10cm×14cmは、外装の色が似たオレンジ色だったため間違えた。商品名を確認せず外装の色をチラッと見ただけで判断してしまった。また患者が来局した時間は混んでいたため焦りがあった。	監査に回す前に再度商品名も確認するよう徹底した。ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg『タイホウ』10cm×14cmのみ他の湿布とは違う保管場所に移動した。	ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「タイホウ」	ロコアテープ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1397	処方箋には【般】ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ（温感）と記載されていた。事務Ａはロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「タイホウ」（温感）に変換して入力するところ、ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「科研」（非温感）で入力し、事務Ｂが調製し監査に回した。薬剤師Ｃは非温感で入力・調製されていることに気づき、事務ＡとＢに間違いを伝えた。事務Ａは入力を訂正し、事務Ｂはロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「タイホウ」（温感）を調製した。薬剤師Ｃは再度鑑査を行い、患者には正しい薬を交付した。	テープ剤に温感と非温感があることが周知されていなかった処方箋入力時に細部まで確認できていなかった	テープ剤に温感と非温感があることを周知し、ヒヤリハットとして社内全体に連絡した処方入力時は処方箋を細部まで確認を徹底するよう連絡した保管場所に赤字で「温感」の表記をしたメーカーに対して商品名に「温感」の文字を入れて欲しいと要望した	ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「タイホウ」	ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「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	
1398	定期服用薬の一部としてロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「日医工」42枚処方のところ、誤ってケトプロフェンテープ40mg「パテル」をお渡しした。数時間後、患者様本人から電話をいただき、間違えて調剤したことが判明。後日患者様本人が来局にて薬剤交換、謝罪した。	患者様が来局した時間帯にコロナ対応の別の患者様の応対をしていたためしばらくお待たせしてしまったため、急いで調剤してお渡ししてしまい、間違いに気づかなかった。	ダブルチェックの徹底と投薬時の再度の監査を徹底することにした。	ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「日医工」	ケトプロフェンテープ４０ｍｇ「パテル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1399	いつもと違うクリニックに受診。一般名にて「ロキソプロフェンNaテープ１００ｍｇ（温感）」と記載あり薬局にある「ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「日医工」」にて調剤し投薬する際、患者さんとのお話で「暖かく感じるものをだす」と先生に言われたとのことで、温感に気づき、調剤ミスに気付く	ロキソプロフェンNaテープ１００ｍｇの温感タイプの在庫をしていなかった	レセプト入力名に「温感」と出るように変更声掛けするようにした	ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「日医工」	ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「タイホウ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1400	一般名処方で[ロキソプロフェンナトリウム50mgテープ （温感)]の処方を受けた。しかし、薬価コードでは温感と非温感の区別がされておらず、商品名入力する際にレセコン上で処方せんの記載を確認して入力している。今回は、事務員が処方せんに記載されている一般名の最後の記述を見落とし、非温感を選択してしまった。薬剤師も気が付かず、患者がいつももらっている湿布と色が違うことに気が付き、発覚した。	人為的要因：温感タイプはほとんど処方されないので、非温感タイプと思い込んでしまった。機械的要因：当薬局で使用しているレセコンでは商品名を選択しても、画面上では温感・非温感の表示がされないので、入力後画面上で確認できないしようとなっている。	温感タイプが処方される患者は極めて少数であるため、患者情報に温感であることの記載をする。	ロキソプロフェンナトリウムテープ５０ｍｇ「タイホウ」	ロキソプロフェンナトリウムテープ５０ｍｇ「タイホウ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1401	新薬ロケルマ懸濁用散分包５ｇ包を調剤しなければいけないところ、１０ｇ包で調剤交付した。	開始用量として１０ｇ包を３包分３で２日間服用後、５ｇ１日１回に減量する薬剤であったのに入力時点ですべて１０ｇ包で入力し、調剤、交付ともに気が付かずにいた。患者は久しぶりに来局、持参残薬を調整してほしいということであったが、処方病院は薬局からの残薬調整を受け付けない病院であり～患者本人にて申告～説明に時間がかかった、ロケルマの手配、他の患者が多数待っていたなどで処方箋を注意深く確認しなかった。患者帰宅後間違いに気が付き訂正を行った。	新薬、または取り扱ったことのない薬剤に関してはどんなに忙しくても、きちんと添付文書を確認し用法、相互作用などに目を通すという基本的なことを行うように周知徹底すること。	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
1402	当局でも初めてロケルマ懸濁用散処方あり、分包品2種類ある事に気がつかないままFAXにて卸へ発注。届いたものをそのまま患者様へお渡ししてしまった。事後5g分包品処方で、10g分包品お渡ししていたことにきがついた。患者様は薬袋へに記載が5gの記載であったため、5g計って服用してくださっており影響は出なかった。	添付文書など規格確認をせず発注をしてしまった。	新規処方品目につて添付文書確認し、規格確認してから発注を行う。	ロケルマ懸濁用散分包５ｇ	ロケルマ懸濁用散分包１０ｇ		ヒューマンエラー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	処方では【般】ヒドロコルチゾン酪酸エステルクリーム0.1%（＝ロコイドクリーム）の記載だったが、【般】酪酸プロピオン酸ヒドロコルチゾンクリーム0.1%（＝パンデルクリーム）で入力・調剤を行い交付した。プラスチベースとの混合指示がある処方せんであった。	一般名が似ている医薬品が複数あることを認識・知識不足があった。混合する前に成分の名前を確認する必要があった。	調剤を行う現物を見て成分名を確認する。ステロイドの棚をランク別に整える。類似している成分名を列挙し、薬局内で周知する。	ロコイドクリーム０．１％	パンデルクリーム０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1404	一包化の機械にロサルタン（25）を補充。その際ロサルタン（25）の棚に間違えて入っていたウルソデオキシコール酸（50）を補充。補充の間にウルソデオキシコール酸だと気付き回収。正しくロサルタン（25）を補充した。	一包化機械補充前にウルソデオキシコール酸（50）の棚への補充を行っていた。その際間違えてロサルタン（25）の棚に入れてしまった。両者のヒートデザインが似ており棚も隣どおしだったため間違えたかと思われる。	両者の棚を移動して間をあけるようにした。バーコードを読み取って補充できるようにバーコードの整備を行いました。	ロサルタンカリウム錠２５ｍｇ「テバ」	ウルソデオキシコール酸錠５０ｍｇ「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1405	処方箋入力が【般】ロサルタン100mg・ヒドロクロロチアジド配合錠のところ、ロサルヒドLDと紐付けされており、入力を完全に信じ込み患者へ渡ってしまった。患者は70日間服用していた。	処方記載の一般名に誤った商品名が入力されることはない、という思い込みから発生した。	一般名と商品名は常に確認しなければならない。特に規格違いのものは、再度確認するようにする。	ロサルヒド配合錠ＨＤ「ＦＦＰ」	ロサルヒド配合錠ＬＤ「ＦＦＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1406	ロサルヒド配合錠ＨＤ「ＹＤ」３０錠処方の所、ロサルヒド配合錠ＬＤ「ＥＰ」を誤ってピッキングしてしまった。患者に投薬する前に正しい物と交換し、投薬には至らなかった。	一般名の確認不足。知識不足。慣れ・慢心	二重で確認するなどして未然に間違いを無くす。流れ作業にならない様にする。	ロサルヒド配合錠ＨＤ「ＹＤ」	ロサルヒド配合錠ＬＤ「ＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1407	ロサルヒドHDで処方されていたところLDでお渡し。２日分飲まれていた。	これまでロサルヒドLDしか調剤しておらず、今回もLDだという思い込みによる間違い	ダブルチェックをしっかりと行う	ロサルヒド配合錠ＨＤ「サワイ」	ロサルヒド配合錠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
1408	ロサルヒドＬＤが処方されているところ、近くにあるロサルタンＫ（50）をピッキングしてしまう	どちらも降圧剤であり、名称も似ており、棚が近くにあった。	棚の位置をもう少し離し、注意書きもする。	ロサルヒド配合錠ＬＤ「ＥＰ」	ロサルタンＫ錠５０ｍｇ「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	
1409	1/18に調剤した薬について、2週間後のレセプト請求点検時にロサルヒド配合錠ＬＤ「サワイ」と入力すべきところをロサルタンカリウム５０ｍｇと入力したことに気づいた。お薬は間違いなくロサルヒド配合錠ＬＤを渡していたので、後日、患者さんに説明してお薬手帳を貼り替え、代金も返金した。	思い込みによる入力ミスとお薬手帳用シールの確認漏れによるもの	レセコン入力後に再確認し、お薬交付時にはお薬だけでなく、お薬手帳の記載内容についても再度確認する。	ロサルヒド配合錠ＬＤ「サワイ」	ロサルタンカリウム錠５０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1410	血圧降下改善がなくロサルヒド配合錠LDからロサルヒド配合錠HDに処方となった。その際、類似名配合剤ロスーゼット配合錠HDを調剤し患者様に渡した。帰宅後、薬剤情報提供書と比較して医薬品名が違うに気づき、電話をいただいた。	計数調剤者の慣れと監査者の慣れ及び監査時の注意力低下が考えられる。	医薬品外箱に合剤成分を手書きで大きくはっきり表記し、注意喚起を促す配色とする。	ロスーゼット配合錠ＨＤ	ロサルヒド配合錠ＨＤ「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1411	ロスーゼットLD８４錠の処方医療事務がピッキングロスーゼットLD７０錠とHD１４錠がピッキングされていたことに監査者が気付いた。LDの箱を見直すと、HDが混在していた。	今回でなく前回調剤時に、LDの箱にHDが混在したと考えられる。HDのピッキング後にLDの箱に戻してしまったと考えられる。	箱をまたぐピッキング時には、それぞれの箱でピッキングサポートシステムをそれぞれの箱をスキャンする。箱に錠剤を戻すときには薬品名・規格・メーカーを目視確認してから戻す。	ロスーゼット配合錠ＬＤ	ロスーゼット配合錠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
1412	ロスーゼットLDをロサルヒドLD取違い	お昼の繁忙時だった	調剤→鑑査→交付とその都度確認	ロスーゼット配合錠ＬＤ	ロサルヒド配合錠ＬＤ「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	
1413	6／2(木)10：00頃、該当患者（施設職員代理）が処方箋を持って来局。ロスーゼット配合錠LD（朝食後1回1錠60日分）の処方を、事務員A（調剤者）が誤って「アトーゼットLD」で調剤。薬剤師A（監査者・交付者）が誤って調剤されたアトーゼットに気が付かず、そのまま交付する。 翌日6/3（金）9：00頃、同患者の施設職員よりTEL連絡あり。ロスーゼットのところが、アトーゼットで交付されていたことの指摘を受け、インシデントが発覚する。 薬剤は施設職員管理。。幸い、アトーゼットは服用しておらず、健康被害も認められていない。6／4（土）に再度来局予定であり、その際に詳細の説明、謝罪、正しい薬剤と交換する旨の約束を行った。処方元へ報告。詳細の説明、類似名称処方の際の注意喚起の情報共有を行った。	１：名称が酷似していた。２：指さし声出しによる調剤・監査の基礎項目が守られていなかった。３：監査者がここ数日、体調不良であった。４：月初めの午前中の多忙な時間帯（薬局内に数名の待ち患者）であり、調剤者・監査者共に焦っていた。	１：指さし声出しによる調剤・監査の基礎項目の徹底を行う。２：酷似している名称の注意喚起を行った（薬品棚へのマーカーチェック） ３：薬局内、姉妹店での事例の共有、注意喚起を行った。４：処方元へ今回案件を報告。事例共有や、注意喚起を行った。	ロスーゼット配合錠ＬＤ	アトーゼット配合錠ＬＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1414	平素から通院していた患者さんだが、今回より他院の薬も処方されるようになった。処方は一般名でロスバスタチン口腔内崩壊錠5ｍｇ1錠分1であったが、レセコン入力時、ジェネリックの変更でロスバスタチンＯＤ錠2.5ｍｇに変更してしまった。調整者、監査者も気付かず、投薬者は他院の薬の履歴をお薬手帳で確認していたが、見落としていた。次月、処方箋受付し、レセコン入力時に発覚。患者さんに健康被害はなかった。	一般名からジェネリック変更時に錠数の確認があったはずだが、入力を急ぎ、気付けなかった。調整者は処方箋を確認して出しているはずだが、監査システムに引っかかった時に、監査者と共に処方箋を確認せず、監査システムの表示を優先してしまった。投薬者はレセコンの入力に間違いはないと思っていた。	忙しい時でも落ち着いて入力する事を事務員に指示した。監査時、監査システムではじかれた時は、必ず処方箋に戻って確認、投薬時も処方箋を確認するよう注意喚起した。	ロスバスタチンＯＤ錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ロスバスタチン錠５ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1415	ロスバスタチン5ｍｇ規格が処方されていたが、採用品のロスバスタチンＯＤ錠で入力するところを、普通錠で入力した。	糖尿病のコントロール不良の患者で検査値悪化に伴う大きな処方の見直しがあった。糖尿病を中心に鑑査を行い、ロスバスタチンは規格の確認のみで採用外の普通錠に誤入力されていることに気が付かなかった。	ロスバスタチンは普通錠を好む患者が数名いるために、採用マスターから外すことは出来ない。処方変更の際に選択間違いが起きるので、確認を徹底する。処方箋はOD錠を指定しておらず、薬局の採用品の関係で発生するミスなので、入力者にも徹底する。	ロスバスタチンＯＤ錠５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	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
1416	一般名でロスバスタチンカルシウム錠2.5mgの記載であったがロスバスタチンカルシウム口腔内崩壊錠2.5mで入力してあり調剤もOD錠で行ってしまった。	処方箋の確認不足	普通錠の在庫を置かない	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ロスバスタチンＯＤ錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1417	一般名処方ロスバスタチン口腔内崩壊錠２．５ｍｇ６錠の処方、前回が５ｍｇ錠使用であったため、そのまま前回のデータを利用して入力していた。鑑査機アテルノ利用時にミスを発見して入力を直した	前回も２．５ｍｇであったが、一般名処方で５ｍｇ錠に変更してお渡ししていたイレギュラー入力は過誤の要因になるためできる限り避ける	規格通りの薬剤を基本とするようにした　違う場合はしっかりと申し送りに記入するようにした過量投与時に処方入力時に赤文字になるため、その際には事務から薬剤師に伝達すること、薬剤師は用量の確認の最終鑑査の徹底をすることを確認した	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
1418	患者76歳女性．平素より等薬局を利用されている．当該処方は，内服薬2種類であり基本的にDO処方である．連休前の平日日中の繁忙時であり，薬剤師5名が勤務していた．処方入力等に問題はなかったが，ロスバスタチンNa錠とプラバスタチンNa錠を調整時に取り間違えた．その後，鑑査および投薬に至るまでミスが修正されることがなく２日後に患者より電話があり発覚した．その後患者に対し謝罪とともに，速やかにお薬の交換をさせていただいた．今回取り間違えたお薬を，患者は内服はしていなかった．	要因としては，対応した薬剤師の慣れ・慢心が原因であると考える．当時は連休前，日中の繁忙時ではあったが，業務に従事していた薬剤師数は5名であり，人員は充足していた．また，処方自体もDO処方かつ，内服薬2剤のみであり，多剤処方というわけでもない．上記より今回の問題点は，慣れ・慢心による調整，鑑査および交付時全てにおいて適切な対応が行われていなかったことである．それぞれの従業員が状況に限らず，適切な業務を行う必要がある．	調整・鑑査を行う際，処方内容，入力内容等と照らし合わせながら，丁寧に対応する必要がある．また投薬時においては，一つ一つのお薬を平時と同様，患者とともに確認しながら投薬を行うことを徹底するよう，上記の内容をすべての薬剤師に対し再度指導した．	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「トーワ」	プラバスタチンＮａ錠５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1419	ロスバスタチン2.5の30錠のうち10錠をゾルピデム5で調剤してしまった。どちらも日新のジェネリックであり外観，サイズが酷似していた。	二人で調剤をしていた際にミスが起こった。ある処方で二人が同時にゾルピデムを取ってしまった。片方を棚に戻す前に次の調剤を行った。調剤後、多めに出したゾルピデムを戻すときに、外観とサイズが似ていたためひとくくりにしてロスバスタチンの棚にゾルピデムを入れてしまった。次にロスバスタチンの調剤をする際に実習生が混入に気が付き、在庫を確認すると１０錠ずれがあることが判明した。調剤からおよそ1時間以上経過してからの発見だった。調剤監査は映像で残しているため、映像確認するも、鑑査者の不手際により誰に誤って処方したか映像からは確認できなかった。そのため、疑いのある患者に順番に電話確認をし、患者を特定した。幸いにも、服薬前に回収、交換することができた。	改善策は３つある。１．複数人で一つの処方箋を調剤するときには誰がどれを取るか声に出して意思疎通をする。慣れてきて阿吽の呼吸で取る人もいるが、これは避けねばならない。今回のミスもこれが発端である。２．調剤中は薬の箱やシートを放置したまま次の調剤に移行せず、その都度元の場所に戻す。最後にまとめて片付ければいいという慢心が今回のミスを招いた。３．調剤監査の際には輪ゴムでくくられたシートも全て外し、中身を全て確認し、そのうえで映像に残すならばはっきりと映るようにする。そもそも、シートを一枚一枚見ないと、シートの破損にも気が付かないだろう。映像を取るならば、映っていなければ意味がない。形だけ映像を残している、という形骸化した鑑査は今すぐに改めねばならない。そのためには、映像を残している意義を全員が理解し、カメラの視野を把握することが大切である。	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「日新」	ゾルピデム酒石酸塩錠５ｍｇ「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
1420	今回コレステロール値が高く、ロスバスタチン錠５ｍｇが処方されていた患者にロスバスタチン錠2.5ｍｇを投薬しかけた。投薬薬剤師が投薬前に途中で気付き、患者には無事ロスバスタチン錠５ｍｇを投薬した。	それまでロスバスタチン錠2.5ｍｇが継続処方されていたので、事務員が今回も継続処方だと慢心してしまった。	継続処方も慢心せずに毎回一つずつきちんと確認する。	ロスバスタチン錠５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1421	ロゼックスゲルの処方であったが、エクロックゲルが調剤された、その場で監査者が気がつきロゼックスゲルに変更して患者に渡した。	ゲルであることが似ていると気がついた。いままでは間違いがなかったが、エクロックの処方が増えてきたので間違ったと考えられた。棚の位置が似ていた。	棚の場所にエクロックを青色で記載し、ロゼックスをピンクで記載して棚の場所に貼った。似ていてるので間違いやすいことを美奈で共有した。	ロゼックスゲル０．７５％	エクロックゲル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	ロゼレム8のところをロナセン８を調剤。監査時気が付いた	薬品名が似ていて、文字数、規格が同じで間違えた。	効能を考え、調剤。何度も確認する	ロゼレム錠８ｍｇ	ロナセン錠８ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1423	前回投薬終了後に包装（外箱）が類似してるためか中身を間違えて入れ直してしまい、それに気つかずに今回調剤の際に謝ってそのまま調剤してしまった。投薬前に監査で気づくことはでき投薬までには至らなかった。	前回薬局内が混雑していて調剤台の薬を小箱に戻すのが後からになってしました。	必ず小箱に戻す際は薬剤名、力価、メーカー名をきちんと確認のうえ開封した者が最後まで処理する。類似品は棚替えなどする。	ロゼレム錠８ｍｇ	ロサルタンＫ錠５０ｍｇ「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
1424	ロナセンテープのところ誤ってロコアテープを調剤。	ロナセンテープが日常的に調剤する機会が少ない為、思い込みで調剤。その上、立て込んでいた為、確認を怠った。	声出し確認、二度確認はどんな状況下でも行う。	ロナセンテープ４０ｍｇ	ロコアテープ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1425	ベロスピロン錠4ｍｇ2錠分２からプロナンセリン錠4ｍｇ1錠分2に処方が変更となりベロスピロン錠4ｍｇ1錠分2でレセコンの入力、調剤をしてしまった。	ジェネリック医薬品ではなく先発医薬品で調剤していたため一般名の認識が薄かった。	一般名での処方はできるだけジェネリック薬品を使用することで処方箋に記載された薬品名と調剤する薬品名の違いを認識しやすくなるので今後はできる限り一般名処方に対しジェネリック薬を使用する。監査時、前回処方との比較をする手順になっており、これを厳守する。	ロナセン錠４ｍｇ	ルーラン錠４ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1426	入力間違いあり。ロフラゼプ酸エチル錠１ｍｇ「SN」を投薬したが、入力が「日医工」となっていた。投薬後、棚卸し時に発覚。電話にてメーカー間違いの旨説明し謝罪対応した。（金額は同額）	84歳と高齢なため理解力低下あり患者自身も気付かなかったよう。世情にて後発医薬品納期遅延が多発しているため、メーカー変更が多くなっている状況もあり入力ミスを見落としてしまった。また、夫と2人同時投薬だったことも要因と考えられる。	投薬時に入力チェックも合わせて行うよう努める。薬局内の採用薬、採用メーカーの周知を徹底する。	ロフラゼプ酸エチル錠１ｍｇ「ＳＮ」	ロフラゼプ酸エチル錠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
1427	【般】ロペラミド塩酸塩カプセル1ｍｇの処方であり、先発品希望の患者であったため、調剤者はロペミンカプセル1ｍｇを調剤するべきところ、リザベンカプセル100ｍｇを調剤した。鑑査者が発見し、訂正した。	外観が似た薬剤であり、調剤者はリザベンカプセルを調剤するものと思い込んだ。	思い込みによる調剤を防ぐため、処方せんの記載をよく確認して調剤する。	ロペミンカプセル１ｍｇ	リザベンカプセル１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1428	ロペミンを調剤したが、入力はジェネリックのロペラミド　サワイで入力されていることにすぐに気づけなかった。	一般名処方のため、そのまま一般名が名称であるジェネリック薬品に入力されていることにすぐに気づけなかった。一人で調剤、監査をしていたため、慢心で監査システムを使用しなかった。	監査システムをきちんと使用していれば調剤されたものと入力の違いにいち早く気づけたはずのため、監査システム使用を省略しないこと。	ロペミンカプセル１ｍｇ	ロペラミド塩酸塩カプセル１ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1429	ロラゼパム錠０.５ｍｇ　３錠　毎食後３０日分をを以前より処方されている患者様。今回も同じ処方内容であったが調製者が誤ってロゼレム錠８ｍｇを９０錠を準備。鑑査・投薬者がそのままロゼレム錠８ｍｇを毎食後に服用してくださいと渡してしまった。その後、一旦帰宅されたが家人が「いつもの薬と違う」をロゼレム錠を持参されインシデントが発覚した。	鑑査・投薬者は薬剤師歴３０年ほどではあるが、当薬局での職歴は短く、勤務して２か月ほど。他の薬剤師が準備している薬剤に対して鑑査をするという事が不十分で準備されたものをそのまま投薬していた。調製者はロとムの文字だけを認識し、当薬局ではより汎用されているロゼレムを完全なる思い込みにて調製していた。	今回は幸いにも服用されなかったが、ロゼレム錠を毎食後に服用されていた場合、大きな事故にもなりかねなかった。恐ろしい案件である。調製者、投薬者と2名で調剤を行うようにはしているが、各人の思い込みや慣れ、鑑査不足でミスを止められなかった。投薬時には薬剤情報提供文書の画像と共に薬剤を並べ必ず同じ薬であることを確認し、患者様に説明してから薬袋に入れて渡すことを徹底した。	ロラゼパム錠０．５ｍｇ「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
1430	ロラゼパム錠1ｍｇのところロラゼパム錠0.5ｍｇで調剤、最終監査時に規格誤りが生じていることが発覚。患者様への交付などなし。	調剤時、規格の確認が不徹底で誤った規格で調剤してしまった。ロラゼパム錠0.5ｍｇの処方数が1ｍｇより多いため、思い込みが生じてしまった。	調剤後は、処方箋と照らし合わせ、最終監査前に確認を実施するよう徹底する。繁忙時間帯ほど落ち着いて行えるように、日々意識付けを行う。	ロラゼパム錠１ｍｇ「サワイ」	ロラゼパム錠０．５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1431	ロラタジンOD錠10ｍｇ処方のところオロパタジンOD5ｍｇ錠をピッキング	保管場所が近く、急いでピッキングしたため取り違えた	場所を離すよう改善した	ロラタジンＯＤ錠１０ｍｇ「ファイザー」	オロパタジン塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1432	ベンズムロマロンとロルノキシカムを誤って調剤をした。	二つの薬の棚が近かった。注意力、確認が不足していた。	一つ一つ処方箋と薬を見比べて確認を行う。注意を怠わないこと。	ロルノキシカム錠４ｍｇ「ＫＯ」	ベンズブロマロン錠５０ｍｇ「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	
1433	R4/01/29 12:05に整形外科の処方を受付ました。処方内容はエルデカルシトール分１、ロルノキシカム分３、レバミピド分３、ロキソプロフェンテープでした。普段と同じように処方鑑査をし、調剤、鑑査業務を行いました。声出し確認をしていたところ、ロルノキシカム分３で調剤すべきところをアルファカルシドール0.5「アメル」分３で調剤していたところで変だと思い間違いが発覚しました。	棚位置で似ているヒートや名称は近くに配置しないよう注意してましたが、今回間違った要因はヒートを見間違えてしまったことと考えられます。正しく処方をよめていればアルファカルシドールを分３で調剤していなかったと思われます。	1.似た処方内用が続く場合もあるので、慣れた気持ちを持たないよう注意する。2.調剤業務を行うときは、まずは処方箋を正確に確認し、棚の薬の名前とヒートの柄を確認してから調剤業務を行う。3.他にも似たヒートや箱がないか確認し、自分以外にも他の職人にも確認してもらい、存在した場合は配置換えなどを行い、今後同じ間違えが起こらないよう注意する。	ロルノキシカム錠４ｍｇ「ＫＯ」	アルファカルシドール錠０．５μｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1434	ワーファリン錠1ｍｇ2錠処方されていたが、処方変更があり1ｍｇ錠は1錠に減量、0.5ｍｇ錠1錠が増量になった。0.5ｍｇ錠が増えたことに気をとられて1ｍｇ錠が減量になっている事を見落とした。レセプト入力時に誤って入力したため、レセコンと薬袋が1ｍｇ2錠と0.5ｍｇ1錠になっていた。投薬時にパソコン上で確認をしたため、間違いに気がつかず渡してしまった。ピッキングは処方箋で行ったため渡した錠数は合っていたが、薬袋と患者さんへの説明が間違っていた。その後薬歴記載時に担当薬剤師が間違いに気付き、患者さんが帰る前だったため訂正することが出来た。	処方変更が2カ所あると1カ所の方に気を取られ、もう1カ所の変更を見落としやすくなる。処方箋の内容とレセコン内容が一致し、誤りがないか確認をする。	監査時、繁忙状態だったため焦って薬袋の監査をスルーしてしまった。処方箋と薬袋、入力内容について落ち着いて監査をする必要がある。	ワーファリン錠1ｍｇ	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
1435	一包化を行う前の準備として「ワンアルファ錠0.5μg」をトレーに準備しておかなければならないところ、準備を行う事務員が誤って「ワーファリン錠0.5mg」を準備していることに一包化を行う薬剤師が気付いた。	処方箋にある「ワンアルファ0.5μg」の薬品名と規格が「ワーファリン錠0.5mg」と類似していたため。	この患者において過去にワーファリンの処方はなく、前回分の処方箋と比較すれば違いに気づくことができたかもしれないと考える。よって、一包化を行う際には前回分の処方内容と比較しながら取り揃えるよう心掛ける。	ワンアルファ錠０．５μｇ	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1436	処方箋はワンアルファと記載あり、処方通り調剤してお渡ししたが、お渡し後、医療機関より、ワントラムを処方するところ入力ミスであったと連絡あり発覚	医療機関処方箋入力ミス	患者は痛みを相談しており、新しい処方薬で名称の似ている薬の場合は特にしっかりと患者からの聞き取りを実施し、疑問点不明点があれば疑義照会をする	ワンアルファ錠０．５μｇ	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
1437	亜鉛華（１０％）単軟膏「ヨシダ」が単独で処方されていたが、亜鉛華軟膏「ヨシダ」で入力してしまった。機器による監査システムを採用していたためエラーが出て入力間違いに気付けた。	亜鉛華（１０％）単軟膏も亜鉛華軟膏もどちらも普段から滅多に処方は出ないため、事務員に類似名称品があるという意識が無かったと思われる。	類似名称品がある薬について事務員にも研修等を開いて教えていく。	亜鉛華（１０％）単軟膏「ヨシダ」	亜鉛華軟膏「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1438	患者家族が来局し処方箋を持参。亜鉛華軟膏が処方されていたが、薬剤師が外観の似ていた別予製薬の軟膏容器を集薬してしまう。当日は薬剤師が当事者一人だったため、そのまま自分で監査後、容器の中身を見せて投薬を行うがご本人でない為、気付かずそのままお渡ししてしまう。その後、過誤防止の為、調剤薬にレシートを調剤録裏へ添付しており間違いが発覚。投薬から約２時間後、患者宅へ連絡し謝罪する。患者様のご家族より、前回処方分の残りも次回受診まである為、その時に交換へ寄ってくださると話していただき、1月28日受診時に交換させていただく。	薬剤師が一人の際は調製が必要な外用薬は薬剤師が自分で集薬・監査を行なっており、十分な監査ができていなかった。	薬剤師以外のスタッフに投薬前にレシートを確認してもらい、ダブルチェックを行うよう徹底する。	亜鉛華軟膏　シオエ	１０％サリチル酸ワセリン軟膏東豊		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1439	亜鉛華単軟膏処方。入力、監査、ピッキングすべて１人で対応。自分の頭では単軟膏は10%しか存在しないとの認識だった。処方内容は20%であった。その認識で入力してしまい、監査で気が付いた。	自分の頭の中で単軟膏＝10%という認識だったが、20%が存在した。	思い込まずにきちんと確認してから入力する。	亜鉛華軟膏「ニッコー」	サトウザルベ軟膏２０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1440	薬品名を誤って入力、監査時入力の誤りを見落とし患者様に交付。交付後誤りに気づき患者様に連絡し謝罪。医薬品は正しく交付できていた為、服用継続するようお伝えした。正しい薬情、明細書、手帳シールは患者様了承のもと、次回お渡しする対応となった。	事務員の知識不足と思い込み、監査者の思い込みによる監査の甘さが原因	監査時、思い込みを捨て処方箋と調剤録に齟齬がないか監査する	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
1441	在庫担当の事務スタッフが在庫が合っていないことに気づき、調剤者に確認して発覚。患者の保護者に連絡したところまだ使用前だった。正しい薬と交換した。	亜鉛華軟膏も亜鉛華単軟膏もあまり出ない薬なので、他店から小分けしてもらって購入しており、薬を入れている容器は同じ色とデザインで区別しづらかった。	亜鉛華軟膏「ヨシダ」の方をユニパックに入れ、大きく「薬剤名」と「単軟膏もあるため注意」と記載して注意喚起する。	亜鉛華軟膏「ヨシダ」	亜鉛華（１０％）単軟膏「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1442	患者宅で取り間違い薬剤の発見→交換	類似医薬品の配置が近かった	担当者２人以上の確認	亜鉛華軟膏「東豊」	亜鉛華（１０％）単軟膏「ホエイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1443	69歳女性。一硝酸イソソルビド錠２０ｍｇ「サワイ」が処方されている患者に対してイフェンプロジル酒石酸塩錠２０ｍｇ「あすか」を投薬。処方先とは違う病院に入院中、入院先の薬剤師より一硝酸イソソルビドの薬袋にイフェンプロジルが入っていることを指摘いただきミス発覚。すでに患者は複数錠服用していたが、もともとめまい症にて内服中であり、健康被害はなかった。すぐに患者の入院している病院へ伺い、事情を説明し薬剤を取り替えた。患者はPTP包装が類似しているため気付かずに服用していた。	一硝酸イソソルビド錠２０ｍｇ「サワイ」とイフェンプロジル酒石酸塩錠２０ｍｇ「あすか」はPTP包装が非常に似ており、以前から注意している薬剤であった。名前が近いこともあり、収納している棚も近くにあったため、ピッキングの際に間違えていることに気づかず調剤、監査してしまった。ダブル、もしくはトリプルチェックでのミスであった。	今後の対策として、収納棚に間違えないようアイキャッチを施した。また、メーカー変更で対応する予定ではあるが、時期的に薬剤の品薄で変更不可であるので、供給安定次第採用品目を変更するようにする。	一硝酸イソソルビド錠２０ｍｇ「サワイ」	イフェンプロジル酒石酸塩錠２０ｍｇ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1444	これまで院内処方で、久しぶりに院外処方になり、こちらで初めての薬だった。他剤も多く今回より粉砕などに変更になっていた。投薬時もK不足であることを話して投薬していたが、塩化ナトリウムを塩化カリウムと思い込んでいたため気付かなかった。服薬前に患者さん家族が分包した袋の印字が塩化ナトリウムであることに気付き、こちらに連絡していただき、発覚。服薬前であった。	塩化カリウムと塩化ナトリウム全く異なるが、思い込みがあると気付けない。処方入力も間違っていたので、鑑査システムもすり抜けてしまった。	新規薬は時間を多くとり確認する必要があること。塩化ナトリウムの箱に札をつけて要確認するよう喚起した。	塩化カリウム「日医工」	塩化ナトリウム「オーツカ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1445	散剤の塩化カリウムが処方されていたが、塩化ナトリウムを調剤し、最終監査で発見された。入力も塩化ナトリウムとなっており、調剤監査システムで引っかけることが出来なかった。	塩化カリウムは処方頻度が少なく、「塩化－」で塩化ナトリウムであるとの先入観が働いた可能性がある。調剤監査システムを導入しているが、処方入力自体が誤っていたために機能しなかった。	名称の似ている医薬品を入力、調剤、監査するにあたっては細心の注意を払う。「名称類似薬あり」などの札を調剤棚、装置瓶に付けるなどして、注意喚起をする。調剤監査システムを過信しない。	塩化カリウム「日医工」	塩化ナトリウム「オーツカ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1446	カリウムをナトリウムの間違い	名前の類似	歴をよくみて患者様からの聞き取りも	塩化ナトリウム「オーツカ」	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
1447	定期処方の泌尿器科の薬プロピベリン塩酸塩錠10ｍｇを、同じ並びに置いてあるベタヒスチンメシル酸塩錠6ｍｇと取り間違えた。患者さんは薬が変わったと思い、10日間服用を続けたが、いつもと尿の出が違い病院に再受診して薬の間違いを病院から指摘された。	処方薬が1種類だったため、過信してピッキングシステムを使わなかった。窓口に薬を取りに来た方が家族だったため、薬の数の確認などで済ましてしまい単純な受け渡しになってしまった。	処方箋を受け取って　薬を渡すまでの一連の業務は、処方内容の複雑さに関わらず　見直しのチェックを簡素化せずに行うようにする。	塩酸プロピベリン錠１０ｍｇ「ＳＷ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠６ｍｇ「ＣＥＯ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1448	モーラスパップXR 120mgを間違えてモーラステープ40mgでピッキング。	頭文字で判断。	テプラなどで薬の置き場所の近くに注意喚起をつけた。	久光製薬	久光製薬		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1449	在宅患者対応、一般名でヒドロコルチゾン酢酸エステル・フラジオマイシン軟膏を１日１回かゆいところに記載とあり。同一成分配合のプロクトセディル軟膏を調剤し患者宅に訪問、聞き取りを行い疑義、Drの処方薬を聞いたところ強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏であることが判明。	知識不足、一般名の類似	知識の共有	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏	プロクトセディル軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1450	処方箋にレスタミンコーワ軟膏（強力）と処方あり。当薬剤師はレスタミンコーワクリームと間違えて調剤。監査にて調剤ミスと発覚。	入社１年未満の薬剤師で、レスタミンだけで頻繁に出るレスタミンコーワクリームと勘違いし調剤。軟膏で、強力も見落としているため、知識不足と注意散漫と思われる。	再度処方監査を行うとともに、在庫の知識も勉強していく。	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
1451	病院の方から、強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏が処方されるところヘモレックス軟膏で調剤してませんかと連絡がありました。	処方箋には(般)ヒドロコルチゾン酢酸エステル・フラジオマイシン配合剤軟膏とあったが、レセコンにて(般）ヒドロコルチゾン・フラジオマイシン等配合軟膏を選んでしまいヘモレックスで調剤。薬局のレセコンで、強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏の一般名は（般）ヒドロコルチゾン酢酸エステル・フラジオマイシン硫酸塩・ジフェンヒドラミン配合軟膏でした。これを選ぶ必要があったため違うと思い込んでしまい間違ってしまった。患者に渡す前に、保険薬事典でも一般名を確認し患者にも使う場所を確認した結果問題ないと思いそのままお渡ししてしまった。	施設によってレセコンが違うため、指標となる一般名に違いが出てきてしまうことを念頭に置き入力、監査、投薬をしていく。今回の薬に関しては「硫酸エステル」が大きな違いとなっているので、そこを見落とさないようにする。今後、配合剤などで一般名に不安があるときは、保険薬事典の確認だけでなく病院にも連絡を取り薬品名の確認をして間違えなないようにしていく。	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏	ヘモレックス軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1452	患者が入居している施設より処方箋を複数名分応需した。処方箋には【般】酸化マグネシウム錠250mg　1日3錠　分3　毎食後　28日分　と記載されていた。薬剤師A(職種経験年数5年)は酸化マグネシウム錠250mg「ヨシダ」をレセコン入力するところ誤って酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」を入力した。そのまま薬剤師Aが調製し、鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Bが、処方箋の酸化マグネシウム錠250mgではなく、酸化マグネシウム錠330mgがレセコン入力、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は酸化マグネシウム錠250mgを正しくレセコン入力、調製し、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。	患者が入居している施設の処方箋のうち、直前に調製した患者に酸化マグネシウム錠330mgが1日3錠　分3　毎食後　28日分で処方されていたため、「酸化マグネシウム錠」だけで判断し間違えた。また、該当施設の調製を応需した全員分、当日中に終わらせなければならなかったため焦りがあった。	処方箋とレセコンの入力内容、調製した内容に誤りがないかを鑑査に回す前に確認し、鉛筆等で印をつけることを徹底した。	酸化マグネシウム錠２５０ｍｇ「ヨシダ」	酸化マグネシウム錠３３０ｍｇ「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1453	酸化マグネシウム330mgを120錠お渡しするべきところを酸化マグネシウム330mgを20錠とカルボシステイン500mgを100錠でお渡ししてしまった。調剤・監査・渡薬時に気付かずお渡しし、酸化マグネシウムを調節内服している患者さまが100錠シートを開けようとして違う薬剤であることが発覚。薬を薬局までお持ち頂いた。	きちんと確認せず100錠を取って調剤してしまった。酸化マグネシウム330mgの棚の中にカルボシステイン500mgが入っていたわけではなく、きちんと確認せずに近くの棚から無意識に取ってしまった。	忙しい時でもきちんとひとつひとつ確認して調剤する。未開封のアルミ袋もしっかり確認しお渡しするようにする。	酸化マグネシウム錠３３０ｍｇ「ケンエー」	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
1454	処方箋に基づいて硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg「St」で調剤するところ、薬品棚で隣同士であったジルチアゼム塩酸塩Rカプセル100mg「サワイ」を取り揃えてしまった。	当薬局の医薬品は、基本的に50音順で薬品棚に収納されており、該当する2品目は隣同士であったこと、白色のカプセル同士で見た目が似ていることもあり、誤った方を取り出してしまった。	・見た目が似ている医薬品など、間違えやすい医薬品同士は離して配置する。・医薬品を取り出す際は、処方箋記載薬品と相違が無いか声出し確認を行うことを徹底する。	硝酸イソソルビド徐放カプセル２０ｍｇ「Ｓｔ」	ジルチアゼム塩酸塩Ｒカプセル１００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1455	太虎堂の黄連解毒湯エキス顆粒処方のところを、太虎堂の黄連湯を調剤してしまい、鑑査時に気付いた。	十分に処方箋を確認せずに思い込みで調剤をした。	調剤する際は、調剤手順の遵守を徹底するよう再度確認した。薬名が類似しているものについて、定期的に周知徹底に努め、注意喚起のシールを棚に貼付することとした。	太虎堂の黄連解毒湯エキス顆粒	太虎堂の黄連湯エキス顆粒		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
1456	処方箋には「炭酸水素ナトリウム錠500mg」と記載されていたが、実際は「沈降炭酸カルシウム錠500mg」を調剤し、調剤者が監査し、患者へ投薬した。13日間服用した時点で、患者が薬剤が異なる事に気付き、薬局に連絡してきた。正しい薬剤に交換、誤調剤分を回収した。	薬剤名がニュアンス的に似ている事が誤調剤に繋がったか？	監査体制を再度見直す必要あり。調剤者と異なる薬剤師による監査が必要	炭酸水素ナトリウム錠５００ｍｇ「ファイザー」	沈降炭酸カルシウム錠５００ｍｇ「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1457	一般名処方で沈降炭酸カルシウム500ｍｇとの処方。入力時、一般名で検索後、在庫の多い炭カル錠500ｍｇ【旭化成】で入力。調剤時、適応を確認、判断できなかったため医師に処方目的確認。高リン血症の可能性ありとの返答。炭カル錠500ｍｇ【旭化成】から沈降炭酸カルシウム錠500ｍｇ【三和】に変更。	調剤する際に同成分表記の一般名処方薬に適応違いを確認せず誤って入力を行った。一般名処方が同一で適応が異なる薬剤など比較表などリストを作成する。	処方全体から適応が判断できなければ、医師に確認する。知識の向上に努める。また比較表などの作成を行う。	沈降炭酸カルシウム錠５００ｍｇ「三和」	炭カル錠５００ｍｇ「旭化成」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1458	沈降炭酸カルシウム錠５００ｍｇ「三和」が処方されていたところ、誤って酸化マグネシウム錠３３０ｍｇ「ケンエー」を調剤し投薬してしまった。	薬の外見が酷似していたことから、気がつかないまま調剤・鑑査・投薬をしてしまった。患者さんが服用前に気付いて連絡してくれたため気が付いた。薬の数が２剤と少なかったこと、定期処方であったことから注意散漫であったと考えられる。	規格違いの間違いに関しては注意書きを貼って注意を促したりしていたが、別薬効の外見酷似薬については今まで注意書き等はしてこなかった。今後は外見酷似の薬に関しても注意書きを作り、調剤者・鑑査者・投薬者すべての者がよく注意して確認し再発を防止するよう心掛ける。	沈降炭酸カルシウム錠５００ｍｇ「三和」	酸化マグネシウム錠３３０ｍｇ「ケンエー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1459	リンデロンA液の処方に対してリンデロン点眼・点鼻・点耳液0.1％を手に取ってしまった。リンデロンA液の計数調剤は初めてだったため、そばにいた薬剤師にこれで合っているか確認した所、間違いであることが判明した。	似た名前の点眼液があることや点眼液の在庫が棚、引き出し、冷蔵庫以外にもあることを把握していなかった。	似た名前や規格違いのものなど間違えやすい医薬品について各自情報収集を行い共有する。また、その在庫を間違えないように離れた場所に置く場合、その位置を勤務する薬剤師全員が把握する。	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
1460	点眼・点鼻リンデロンA液の処方のところリンデロン点眼・点耳・点鼻液でお渡ししてしまった。業務終了前の在庫管理時に気づき、患者宅にお電話したところ奥様がお出になり本人不在といわれたため点眼薬一種交換するので使用しないでくださいとお伝えし、点眼・点鼻リンデロンA液を発注。翌日入荷したリンデロンA液とリンデロン点眼・点耳・点鼻液をご自宅まで交換に伺った。	点眼・点鼻リンデロンA液の在庫がなく、リンデロン点眼・点耳・点鼻液は在庫があったため、区別がつかず調剤してしまった。	点眼・点鼻リンデロンA液とリンデロン点眼・点耳・点鼻液を近くに置き、両者の違いが分かるようにした。	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
1461	患者様が処方せんを持って来局された。処方せんには乳酸カルシウム水和物「ヨシダ」1回1.5g分1昼食後50日分と記載されていた。薬剤師Aが乳酸カルシウム水和物「ヨシダ」を調剤しようとし、乳酸カルシウムの散剤ビンから測り取っていたが、途中で散剤ビンの中身を使い切り空になった。	乳酸カルシウム水和物「ヨシダ」と乳糖水和物「ヨシダ」は屋号も同じ「ヨシダ」であり、名称も似ている。箱のデザインや色味も酷似(乳酸カルシウムが濃いオレンジ色、乳糖水和物が薄いオレンジ色のライン)している。また、バーコードの読み取りではなく目視で確認を行ったため誤りにすぐに気が付かなかった。	バーコードが記載されているものは必ずバーコードを読み取って照合を行う。目視で確認を行う場合も薬剤の名称を指差しながら1文字ずつ照らし合わせて確認を行う。	乳酸カルシウム水和物「ヨシダ」	乳糖水和物「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
	新たに乳酸カルシウムの散剤ビンに補充を行う際に誤って乳糖水和物「ヨシダ」を充填してしまった。充填の際に薬剤師B(鑑査者)と目視で確認を行ったがその時は気が付かなかった。誤って乳糖が補充された乳酸カルシウムのビンから調剤を継続、分包機でパックを行っていた。乳酸カルシウムを調剤に使用して在庫が少なくなったと思い、薬剤師Aが補充に使った薬の空箱を見ながら発注依頼表に記入を行っていた所、空箱が乳酸カルシウムではなく乳糖のものであったため充填の誤りに気が付いた。すでに分包機内でパックを行っていた分は、乳酸カルシウムと乳糖が混在した状態であったため廃棄。乳酸カルシウムの散剤ビンは一度空になってから補充を行ったため、中身は乳糖のみであったが、乳酸カルシウムが微量に混在している可能性があるためこちらも廃棄した。その後あらためて正しく乳酸カルシウムで調剤を行った。調剤中に誤りに気付いたため患者には正しい薬剤を交付した。						

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1462	乳酸カルシウムを乳糖で調剤。粉末の状態がいつもと異なる為、患者が薬持参にて発覚。	調剤時に思い込みがあり、薬を取り間違え。その後の自己監査も不十分だった。	調剤時は薬の確認を他薬剤師にも確認してもらう。	乳酸カルシウム水和物原末「マルイシ」	乳糖＊（日医工ファーマ）		ヒューマンエラー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	処方箋には正しい薬品名が記載されていたが、規格違いに気づかず誤った医薬品を調剤した。監査者も規格違いに気づかず、そのまま投薬者に渡った。投薬者が投薬時に誤りに気づいたため、患者には渡ることなく正しい医薬品を準備してお渡しできた。	当該薬局には規格の異なる医薬品しかなかったため、入力者・調剤者・監査者ともに思い込みにより誤りに気が付かなかったことが原因である。	類似規格が存在する可能性があることを前提に、薬品名のチェックを行うこととした。特に数値について強調して印を入れるようにした。	尿素クリーム１０％「ＳＵＮ」	尿素クリーム２０％「ＳＵＮ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1464	50代女性に尿素クリーム20%が処方されていたが、薬局ではほとんど調剤することのない規格であったため、入力、調剤、鑑査者すべてが気づかずに10%で調剤し、患者に交付してしまった。尿素クリームと混合する軟膏が不足しており、不足分を卸から手配し、他の薬剤師が調製する時点で誤りが発覚した。	要因は、患者様の待ち時間が増えており、焦りがでてきていたこと、および、尿素クリームは10%という思い込みが入力者、調整者、鑑査者にあったことが考えられる。	規格確認を徹底する。また、規格間違いが起こりやすい医薬品に関しては注意喚起の札をつける。	尿素クリーム２０％「ＳＵＮ」	尿素クリーム１０％「ＳＵＮ」		ヒューマンエラー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	複合アレビアチン配合錠をアレビアチン100錠と勘違いして調剤した。	知識不足。確認をおこたった	新し薬を調剤するときは確認を徹底する	複合アレビアチン配合錠	アレビアチン錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1466	本草葛根湯の処方に対して本草葛根湯加川芎辛夷をPC誤入力。他メーカーと違い包装が似ているためすぐに気付かなかった。薬袋に入れる際に誤入力に気づき訂正。	漢方の採用がツムラ、クラシエ、本草、コタロー等多数あるため、再度名称は最後までしっかり読んで確認するよう指導。	事務員にも名称が似ている薬が多数あることを再度確認してもらいました。	本草葛根湯エキス顆粒－Ｍ	本草葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒－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	
1467	ベネット17.5が4錠処方のところ2錠しかお渡ししていなかった。患者様ご本人より確認のお電話あり。在庫確認したところ2錠の余剰あったため渡し忘れをお詫びして後日お渡しした。	同じ様な週一回服用薬（アレンドロン）が1シート2錠包装のため勘違いをした。忙しかったため監査もできていなかった。	監査の励行を再度確認　局員に周知			ベネット錠１７．５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1468	処方せんにはテルミサルタン40ｍｇ・アムロジピン5ｍｇと一般名で記載。後発医薬品不可の患者さんにテラムロ配合錠AP（後発医薬品）での調剤を行ってしまった。帰宅後、患者さんよりいつもと少し違うよと連絡を頂き間違えに気付く。	思い込みによる調剤をしてしまった。患者さんへもお薬を見せて確認を行ったが話しながらの対応であった為、その場で気付く事が出来なかった。	調剤棚の名称の下に一般名と後発医薬品の印を入れるように改善した。レセコンへの処方入力時に知り得た情報を調剤者・監査者にも声掛けする様に徹底した。患者さんへも投薬時にお薬名と錠数をしっかり確認頂く。			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
1469	リマプロストアルファデクス錠5μｇ服用の患者に、他院にてリマプロストアルファデクス錠5μｇが今回初処方。	手帳にて確認。他院電話確認。確認不足とのこと。	きちんと併用薬確認する。			リマプロストアルファデクス錠５μｇ「日医工」リマプロストアルファデクス錠５μｇ「Ｆ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1470	8歳の小児に対し、ザイザル錠5mg2錠分2朝食後・就寝前で処方されていた。調剤受付時に用量超過に気づき、処方病院に疑義照会を行いザイザル錠2.5ｍｇ2錠分2朝食後・就寝前に変更となった。	前回は他院（小児科）でザイザル錠2.5ｍｇ2錠分2朝食後・就寝前で処方されていたが、かかりつけの病院が休診のため今回別の病院（内科）に初回で受診。Drも専門外のため用量超過を見逃したと考えられる。	処方受付時、処方箋に記載されている年齢と薬剤の確認を行うことで、過誤を防ぐことができた。			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
1471	消化器内科の検査にてピロリ菌陽性が判明。除菌療法のためボノサップパック400が処方に。他院（院内処方）にてベルソムラ錠が処方されていた。ボノサップパックの構成成分であるクラリスロマイシンとベルソムラが禁忌となるため疑義照会。ベルソムラがレンドルミンへ処方変更となった。	疑義照会をしたところ、医師がボノサップパックから成分名のクラリスロマイシンが連想されなかったことが分かった。クラリスロマイシンとベルソムラが禁忌であることは分かっていても、配合剤で名称が異なると禁忌薬が見落とされる可能性がある。	禁忌薬が多い成分をリストアップし、配合剤が存在するものがあれば鑑査者が気付きやすいように表を作成する。			ベルソムラ錠１５ｍｇボノサップパック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	
1472	アムロジピンで調剤のところ、その隣の包装に類似した、グリメピリドをピッキングしてしまった。	混雑時のため、正面に立ってピッキングできずに、斜め横から取ったため確認不足であった。	斜め取りをしない。慣れた調剤をせず慎重に行う。			グリメピリド錠１ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1473	朝夕食前の漢方薬と朝夕食後の薬が逆にホッチキスされていた。よって、朝食後の薬を夕に服用して、夕食後の薬を朝に服用してしまった。夕食後の薬には睡眠剤フルニトラゼパム錠が入っていた。	定期薬と漢方薬のホッチキス止めは用法ルールの表記を確認した上でホッチキス止めする	施設訪問前に確認してから行く			フルニトラゼパム錠１ｍｇ「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
1474	マイクロファインプロが処方されていたが、マイクロファインプラスで調剤してしまった。	マイクロファインプロの在庫が無かった。マイクロファインプロという商品が存在することを知らなかった。名称類似のため在庫のあるマイクロファインプラスだと勘違いし、調剤してしまった。	名称が似ているものは、ジップロックに入れてマジックで目立つように名称を書く。名称類似のヒアリハット事例を薬局内で情報共有していく。			BDマイクロファインプロ	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
1475	同じ軟膏壺で手と体のシールを逆に貼ってしまった。患者さまは体の薬を手に、手の薬を体に使われていた。	同じ軟膏壺であったにも関わらず流れ作業で部位シールを貼って、部位のみ処方とあってるか確認したため間違いに気づかなかった。	調剤者は上から順に調剤し、監査者は容器が同じ場合特にシールの貼り違えに注意する。中身の確認時に色や形状を確認する。			ネリゾナ軟膏 ヘパリン類似物質油性クリーム０．３％「ニプロ」 アンテベート軟膏０．０５％ アズノール軟膏０．０３３％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1476	フロリードゲル経口用2%、一日量40ｇと処方箋記載。最大量20ｇのため疑義照会にて20ｇ/日に変更となった。	処方箋の用量記載誤り。	面処方で見慣れない薬剤が出た場合は用法用量の確認を特に注意して行う。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1477	エルデカルシドールの箱を開封するつもりがエディロールの箱を間違って開けてしまい、取り出したところでエルデカルシドールを調剤することに気付き、棚から取った際に先ほどのエディロールとヒートデザインが酷似してるため一部を混ぜて交付してしまった。間違ったエディロールが抱き合わせで輪ゴムでくくった際に内側に入っておりエルデカルシドール交付の際に気づかなかった、	慣れで調剤をしていたこと、別のことを考えてややぼんやりしていたかもしれない。	棚に両方でているため一方は劇薬引き出しに入れるように改善します。投薬の際に患者さんの前で輪ゴムで止めるなどの工夫をします。			エディロールカプセル０．７５μｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1478	一包化薬作成時、タケキャブ錠10mgをピッキングするところアジルバ錠40mg を謝ってピッキング。メーカーが同一であるということと、黄色い錠剤で、楕円形であるという形から何がしかの勘違いによりピッキングを誤った。ミスゼロ子の使用により、一包化作成途中に気づいた。	ヒートの色はことなるが、錠剤の色、形が酷似している事よる思い込み、勘違いが発生したとおもわれる。	引き続き、ミスゼロ子の徹底した使用を継続するとともに、ピッキング時は、医薬品名称の確認も行う。			アジルバ錠４０ｍｇ タケキャブ錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1479	一般名処方でヒアルロン酸Na点眼液0.1%5ｍｌ　4本処方あり。ジェネリック希望。当薬局には4種類のジェネリック品の採用があるが、普段はヒアルロン酸Ｎａ点眼液0.1%「ニットー」を使用しているので、普段通りに投薬。数日後家族より連絡あり。症状（ごろごろ感）が良くならない。以前に他の薬局でもらったものと瓶の形状が違う。家族への聞き取りで他の薬局では、ＰＦ製剤が出ていたことが確認できました。残薬はあるが成分が同じならば使用するので、次回よりの変更でいいと家族より。	先発品のヒアレイン点眼液にはメーカー違いのジェネリック品が多数あり、メーカーによって瓶の形が違います。ＰＦ製剤も一般名は同じなので、注意が必要だと思いました。	患者さんの薬歴にＰＦ製剤を交付したことを記載し、処方入力の時点でもポップアップでわかるようにしました。			ヒアルロン酸ナトリウムPF点眼液0.1%「日点」 ヒアルロン酸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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1480	該当薬剤が５瓶であったが、１瓶で調剤。	先の薬剤が５ｍＬ記載でありそれに気を取られた可能性。	処方箋記載本数が薬剤により異なることを再度確認し、処方記載通り調剤する。			ヒアルロン酸Ｎａ点眼液０．１％「センジュ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1481	ロキソプロフェンＮａテープ50mg21枚、ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ２１枚の処方があったところ、ロキソプロフェンNaテープ１００ｍｇ２１枚のみお渡ししてしまい、ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇをお渡しし忘れた。	内服薬が前回と異なっており、そちらの説明に集中してしまい、湿布が２種類処方が出ていることに気づかなかった。投薬時の画面上では処方数が多く、下にスクロールしないとシップが２種類出ていることが確認できず、最後まで確認しておらず、気づけなかった。	投薬前には処方箋にて処方されている薬品数、薬品名、数量を確認することを徹底する。			ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「久光」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1482	（般）エリスロマイシン２００ｍｇ処方に対して、エリスロシン錠２００ｍｇを調剤してお渡しした。この患者さまは強い先発希望で、当薬局には先発のエリスロシン錠２００ｍｇの在庫があった。（般）エリスロマイシンはＧＥエリスロマイシン「サワイ」のみ。先発希望であったため、入力で（般）エリスロマイシンステアリン酸塩錠200ｍｇとし、エリスロシン錠２００ｍｇとしてしまった。調剤者、鑑査者、交付者は気付かなかった。服用してしまっていたが、健康被害はなしと確認済。またこの患者さまはびまん性汎細気管支炎であり、適応上もエリスロシン錠２００ｍｇではなくエリスロマイシン「サワイ」で出さなければいけなかたことがわかった。	レセコンで入力時、（般）処方の場合は薬剤名から入力できてしまう。先発希望だったので、在庫のあるエリスロシン錠２００ｍｇから入力していた。	入力の仕方の見直し。適応の確認。			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
1483	ヤーズフレックス３シートが処方されたが、ピッキング時に、すでに開封され、２シートしか入っていない箱を、未開封と勘違いしてピッキング。監査時に気が付いた。	外装付きのシートのため、空き箱でもしっかり中身が入っているような感じになるため未開封と勘違いした	未開封かどうかは中身や蓋をしっかり確認して判断すること。他の薬についても、ぱっと見で判断しないよう周知			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1484	病院処方通り投薬次の日、本人より朝食後で貰ったが服用法が違うのではと問合わせあり病院確認したところ朝食後→朝食前に変更であること朝食前水の量、服用後30分食事を摂らないように伝えた。	病院、事務にもミスがあり確認を。当事者薬剤師のこの医薬品に対する知識不足が明確。この薬の服用法は胃の内容物によりこの薬の吸収が低下するので、1日のうち最初の食事や飲水の前に、空腹の状態でコップ半分の水（約120ｍｌ以下）で、割ったり、粉砕したり、かみ砕かずに服用す様指導を。	最終的には薬剤師が患者さんにお渡しするので責任を持って確認伝え指導を怠りないよう心掛けを。			リベルサス錠３ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1485	普段当薬局では10錠ヒートの薬剤しかエルデカルシトールの採用が無かったが、薬が不足するため、卸より他の規格の薬が入ってきたいたため、14錠シートだった。６０錠出さないといけないのに、８４錠出してしまっていた	薬剤不足によるメーカーや規格の変更が多いので、都度確認していく	メーカーや規格の変更があった場合は、職員全員に通達していく			エルデカルシトールカプセル０．７５μｇ「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1486	アルボ錠100mgが6錠/1日３回毎食後ｘ14日の処方でしたが、患者様に体調を伺ったところ痛みはなく医師からは痰の切れをよくする薬を処方すると説明を受けたとのことでした。アルボ錠の通常の用法とも異なっていたため処方医に疑義照会したところ、カルボシステインを処方するつもりだったことが判明しました。正しくはカルボシステイン250mg　6錠/1日３回毎食後ｘ14日分　でした。	患者様の体調の確認と薬の通常の用法用量を承知していたことで、間違いに気づくことが出来ました。	患者様の病状を丁寧に聞き取ることで、処方内容と照らし合わせることが出来ました。今後も日々の業務を緊張感をもってやっていこうと思います。			アルボ錠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
1487	フエナゾール軟膏で調剤しなければいけない所　別剤形の　フエナゾールクリームで調剤	慣れによる慢心。　思いこみによる調剤が原因	剤形も必ず確認して調剤する。薬の頭だけで思い込みによる調剤を避ける。　剤形に○や印を付ける等で　同様の調剤ミスを防ぐ。			フエナゾール軟膏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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1488	ジルテックドライシロップ1.25%　1日２回朝食後・寝る前　１日0.4ｇ　14日分の処方せんを持参。薬局内にあるのが一包0.4ｇのものであり、一回0.2ｇになるため通常であれば巻きなおしをしないといけないところを、患者様が多く待たれていたため気づかなかった。投薬者が説明時に気づき、巻きなおしを実施しお渡し。	ジルテックが何ｇのものかということが確認不足であった。包装されているものは、そのまま利用するものという思い込みが今回の水につながった。	包装されている粉薬は一包が何ｇであるのかを十分に確認する。ものによれば１回２包の可能性もあるため要注意			ジルテックドライシロップ１．２５％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1489	薬は正しく渡せていたが、粉の薬の患者の名前を間違って渡してしまった。パソコンにデータが残っていて前回のデータの患者印字をしてしまいそのまま渡してしまった。	データをパソコンに連動しているので使わなかったデータを消さずに調剤してしまった。監査者投薬者も重量は計っていたが名前までは目が行き届かなかった。	パソコンに連動する際は使わなかったデータは調剤者が必ず削除する			カルボシステイン細粒５０％「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
1490	除法製剤分3の処方にきずかなかった	処方箋の確認をしっかりする	監査を強化する			ムコソルバンＬ錠４５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1491	マグミット錠は単独一包化、それ以外の薬剤は合包している。普段は薬袋は別に投薬しているが、誤ってそれぞれが混ざり投薬してしまった。結果的に医師の指示と異なる日数で投薬してしまった。投薬後に記載内容に気づき、患者宅へ。服用前のため医師の指示通り再調剤して対応した。	一包化した薬剤はそれぞれ誤り無く調剤していたが、薬袋にそれぞれバラバラの日数で投薬してしまった。輪ゴムで結ぶなど対策しているが、本件発生時にはそれを怠った。	一包化の調剤の際には、一つ一つ丁寧に観察する			マグミット錠３３０ｍｇ アマルエット配合錠３番「日医工」 バイアスピリン錠１００ｍｇ メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「ＤＳＰＢ」 フルイトラン錠２ｍｇ ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「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	
1492	ミヤBM錠を交付するところをメコバラミン錠をお渡ししてしまった。患者さん本人が違うことにきずいて服用前に持参された。メコバラミン錠と交換した。	交付時に再度の確認が不足していた。	交付前にも確認を怠らないようにする。			ミヤＢＭ錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1493	0.3%を処方されてるも、普段から多く処方されている0.1%との思い込み	思い込み、複数規格の認識不足	複数企画のものをピックアップ			ヒアルロン酸Ｎａ点眼液０．３％「センジュ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1494	旅行に来ていてインスリンが無くなり、近医で処方してもらった。通常、ルムジェブ注を自己注射しており、カーボカウンとにより微調整していた。近医より、一般名処方されて処方箋を持参した。他局に行ったが在庫なしで当薬局を紹介されて来た。患者と話しをして、ヒューマログかルムジェブかを話をして確認して（処方医は患者と確認を指示）在庫のルムジェブ注ミリオペンを調剤して投薬に移る。単位は朝8昼6夕10であった。患者さんより、インスリンの色が違うとの話で、もしかしてルムジャブ注ミリオペンHDの写真を見せた所、このインスリンとの事で薬を取り寄せてお渡しとなる。	一般名で処方された場合、ヒューマログ・ルムジェブの違いの他にデバイスがノーマルとHDの2種類の合計4種類存在する前記の確認は出来たが、デバイスの違いは見つけられなかった。処方に0.5単位の標記があれば確認は取れたと思うが毎回そうではないと思う。	一般名処方で、同じ成分で他規格があるインスリン3種の再確認を行う。			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
1495	フェブリクがはいるところ、フェノフィブラートが入っているものが2包あったのに気づかなかった不足薬があり、そろってから調剤するお薬を残しており、それが違っていたことから気づいた	投薬前に不足薬が届いてから今後1包化する残薬を確認したら防げた	虫眼鏡などで最後の1包まで良く確認する			フェノフィブラート錠５３．３ｍｇ「武田テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1496	体重３９ｋｇ小児に対してセフジニル細粒１０％１日量１．２ｇ分３毎食後で処方。添付文書と用量が合わないため、疑義紹介１日量が２．４ｇへ変更になった。	散剤処方時には受付で子供の体重を確認。添付文書を確認する。	散剤処方時には受付で子供の体重を確認。添付文書を確認する。			セフゾン細粒小児用１０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1497	アデホス腸溶錠６０ｍｇ処方をアデホス顆粒で入力、調剤、交付交付後、事務員の入力点検時に発覚、患者に連絡し、服用前に来局依頼、交換した。	顆粒処方が多く、入力間違え、処方監査時も見落とした。	処方箋と照らし合わせて交付の徹底。規格、入力後の調剤録、薬情でも確認する。			アデホスコーワ腸溶錠６０	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1498	ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇタイホウが処方されていたが在庫がなく、レセプトコンピュータで変更調剤を選んだところ、在庫のあるロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「科研」に変更可能だったため銘柄変更してお渡しした。本人は温かいタイプが出ると思ったと言っていたが渡薬中に調べきれずそのままお渡した。本人が帰った後にタイホウは温感タイプだと分かり本人に連絡し交換した。	温感タイプの湿布があることは知っていたが、名称名に入っているものと思い込んでいた。また、ＧＥからＧＥ変更する場合にレセプトコンピュータに入力して変更しているが、特にエラーが出ずに変更できたので信じてしまった。	薬局内の名称に「温感タイプ」と加えた			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
1499	患者が圧迫骨折で入院時、病院薬剤部で持参薬確認。ビソプロロール0.625ｍｇ１錠→0.5錠、イミダプリル2.5mg0.5錠→１錠となっていることに気づき当薬局へ連絡あり。	調剤時イミダプリル2.5mgを１錠で分包したのを監査時間違いと気づき0.5錠として分包しなおす時に、ビソプロロール0.625mgを0.5錠にして調剤してしまったため。錠剤刻印の確認抜かり。	分包しなおし時、今回のように錠剤刻印の確認必要な時は薬歴にも刻印を記録しておく。			ビソプロロールフマル酸塩錠０．６２５ｍｇ「日医工」イミダプリル塩酸塩錠２．５ｍｇ「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1500	テルミサルタン、ビソプロロール服用にて血圧コントロール不良の患者さまに、オルメサルタンが処方追加された。同効薬のテルミサルタンを服用されているため疑義照会、医師の入力ミスが発覚。テルミサルタンが削除、アムロジピンが追加となった。	医師の入力ミス	処方変更時、薬追加時には、必ず処方監査を実施する。システムの処方チェック機能も活用する。			テルミサルタン錠４０ｍｇ「トーワ」オルメサルタンＯＤ錠４０ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1501	ジェミーナ配合錠２８錠のところ２１錠シートの方を渡してしまった。	２１錠と２８錠シートがある事を失念しており、処方が２８日だったのを休薬期間も入れて２８日と勘違いしてしまった。	それぞれの箱に２１錠シートと２８錠シートがあると大きく記載した。			ジェミーナ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1502	クラリスロマイシン錠200が処方されていたが他医院でロキシスロマイシン錠150「サワイ」処方をお薬手帳で確認。疑義照会後に中止。	お薬手帳の印字が小さく読みにくかったのでロキソニン錠60と見間違えたのでは。	併用薬の確認。			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
1503	ミケルナ配合点眼液（2.5mL/本）が10mL処方されていたが、調剤者が1本5mLと勘違いし、2本をピッキングした。監査の際、監査した薬剤師が本数が足りない（本来4本）に気付き、調剤者へ伝えミスが発覚。正しい本数で調剤し直し、患者へ投薬した。	目薬は1本5mLの規格が多いため、調剤者が先入観で1本5mLと勘違いしたのが要因と思われる。	1本2.5mLの規格の目薬に関しては、薬袋表記を「mL」ではなく「本」に換算にて表記するように変更した。			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
1504	ピッキングの際、ハロペリドール 3mgを誤って、ブロムペリドール3mgをピッキング。錠数確認時、監査でも気づかなかった。その後、そのまま一包化してしまい、最終監査時に、薬品取り間違えが発覚した。	・慣れにより、ピッキングの際しっかり薬品名確認をしていなかった。・錠数確認時、処方箋に数を記載していなかった。・薬品の名称類似。	一包化時やピッキング時、ピッキング者及び監査者がしっかりとした薬品名確認・処方箋への錠数記載をするようにする。			ハロペリドール錠３ｍｇ「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
1505	病院よりFAX受付。一般名ニコランジル錠5mg3錠分3から、一般名ニセルゴリン錠5mg3錠分3に今回処方変更となっていた。名称類似、規格が同じため調剤者が患者家族に処方内容を確認するためTEL。患者家族が病院に問合せをして、処方間違いが発覚。その後、病院より一般名ニコランジル錠5mg3錠分3に処方変更の連絡があった。	電子カルテの場合は、名称類似薬品、規格が選択されてしまう場合があるため、特に処方箋入力ミスがある可能性があることを認識しておく。	電子カルテの場合は特に処方箋入力ミスがある可能性があることを認識しておく。特に、名称類似薬品、規格が同じ薬品への変更時は調剤前に確認する。			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	
1506	ツロブテロール0.5mg「久光」を7枚お渡しするところを5枚しかお渡ししてなかった。その後数の間違いに気づき、電話連絡し、患者様のお母様にお薬を確認して頂き、お薬が不足であることがわかり、謝罪し、お母様の希望にて、郵送でお薬を送った。	忙しい時間帯ではあったが、お薬をお渡し、する際に患者様と、お薬の名称、数の相互確認を怠ったため。	忙しときほどゆっくり、確実に、投薬の際に、お薬の相互確認をするよう対応してる。			ツロブテロールテープ０．５ｍｇ「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
1507	インシュリンの針　未開封と思い　70本あると思ったら　半端しか入っていなかった	開封シールがあまりにもきれいに開封されて戻されていたため、未開封と認識を誤った	開封後のルールが統一化していなかったため統一した			ナノパスニードル	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
1508	２名分のシロップの用法シールが置いてあり、間違えて違う患者様のシールを貼ってしまった。	患者様が立て込んでおり、1人薬剤師で調剤をしていた。シールを別の人が書き、患者様２人を分並べて置いていた。	シールは調剤した者が書き 、投薬ビンに確認して貼ること。			ニプロESファーマ	ヒューマンエラー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	軟膏容器にアンテベートと印字されたシールを貼るところを、類似しているデルモベートと印字されたシールを貼って投薬した	シールの類似。確認漏れ。	確認の徹底。			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
1510	エンレスト錠200ｍｇ新規処方の患者。レニベースからの変更であった。エンレストはアンギオテンシン変換酵素阻害薬から変更の際は36時間以上空ける必要があるため、変更の際には注意が必要。監査時に気づき、患者にその旨説明。レニベースを最後に服用したのが前日の夕食後であったため、36時間過ぎたのち服用開始するよう説明し交付。	変更に関して注意が必要な薬剤であった。交付の際には変更前の処方や併用薬の確認が特に重要である。	薬剤の添付文書、禁忌をしっかり確認する。お薬手帳の確認も毎回実施する。			エンレスト錠２００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1511	処方せんは、アスパラカリウム300mg2錠分2であったが、調剤者が間違えてアスパラギン酸Ca200mg2錠分2で調剤してしまい、監査でもチェックできず、窓口でもそのまま渡してしまった。患者様が家に帰られた後、くすりの間違いに気付かれTELしてこられた。	人員の少ない日で、かつ忙しい時間帯であったため、焦りがあったと思われます。	忙しい時ほどミスが起きやすいという認識をしっかり持ち、細心の注意を払って仕事を行うよう心掛ける。			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
1512	かかりつけを算定している患者、泌尿器科を受診した際に今まで服用したことがないフォシーガ錠10mg　1錠/1日1回朝食後で初回処方された。糖尿病治療として処方されたものだと思い込み、初回投与量の5mgを超えていたため処方医に確認を行った。2021年8月に適応追加になった慢性腎臓病の治療のため処方された事を確認をした。	適応症追加の認識不足	薬剤の新しい情報収集を随時行う			フォシーガ錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1513	ピオフェルミン錠1日2錠28日分の処方。合計56錠。薬剤師Aが、包装1シートで21錠入りを14錠と勘違いし、調剤。合計84錠に。薬剤師Bが錠数の誤りに気付き、事なきを得た。	薬剤師Aの思い込み、気の緩み。	錠数の確認を徹底、ダブルチェックを怠らない。			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
1514	一包化、本来アゾセミド錠30ｍｇ「JG」7日分であるところ、アムロジピン錠2.5ｍｇ「DSEP」が2日分混在していた。	分包機の取り扱いでの慢心、ダブルチェックの不足。	分包機に薬を戻す時は、必ずダブルチェックを怠らないようにすること。			アゾセミド錠３０ｍｇ「ＪＧ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1515	オメプラールを調剤して一包化しないといけなかったが、ジェネリックのオメプラゾールを調剤して一包化してしまった。監査者が気付き、オメプラールに調剤しなおした。	オメプラールとオメプラゾールで商品名が類似していること、使用されているのがオメプラゾールの方が多いため、慣れた方を手に取ってしまった。調剤者も確認を怠り、そのまま調剤してしまった。	ヒヤリハットがあったことを薬歴等目に付くところに記載し、オメプラールが正しい医薬品であることを周知させた。			オメプラゾール錠１０「ＳＷ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1516	以前からラタノプロスト点眼とアレジオン点眼を使用されていた方だったが、アレジオン点眼のジェネリックが発売され、本人がジェネリックを希望されたためエピナスチン点眼に変更してお渡しした。ラタノプロスト点眼とエピナスチン点眼が同じ日本点眼が発売している医薬品であり、点眼瓶の形が全く同じになっただけではなく、点眼の色もとても似通っていたため患者様が混同して点眼をしてしまった。	ジェネリックに変更された説明を重要視してしまい、点眼の外観が似ていることに気づかずお渡ししてしまった。	エピナスチン点眼の採用を別のメーカーに変更し、外観から識別がしやすいようにした。			ラタノプロスト点眼液０．００５％「ニッテン」 エピナスチン塩酸塩点眼液０．０５％「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
1517	アムロジピン2T2×の処方だったが、1T1×の数で渡してしまった。	アムロジピンは1T1×だと思い込み、調剤者、鑑査者もそのままスルーしてしまった。1T1×の処方が断然多いが、2T2×も出ることがあるので頭に置いておきたい。	調剤・鑑査する際には1T1×ではない事に注意して業務を行いたい。疑義も必要な処方のためその際にももう一度確認するようにしたい。			アムロジピン錠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
1518	9月の処方受付内容は、7月と同じ内容の処方だったが、【般】ファモチジン口腔内崩壊錠の規格が20ｍｇから10ｍｇに変更になっていたことに気が付かないまま処方入力、調剤、監査、投薬されてしまい、10月に患者様家族より8月入院時から10ｍｇになっていたことを聞き取り9月に間違ってお渡ししていたことが発覚	7月から9月受付まで少し期間が開いていたが、電子薬歴でいつも通りと判断して調剤、入力、監査、投薬が行われていた。処方箋の原本確認がしっかりと行なえていなかった為発生したと思われる。	【般】の薬品の規格についての入力チェックを2回以上確認することとした。			ファモチジンＤ錠１０ｍｇ「ＥＭＥＣ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1519	当該患者について過去にもお渡ししていたフェルビナクテープ70ｍｇ「EMEC」28枚の処方箋に対して、1パック14枚入りを2パックお渡しすべき所を1パックのみお渡しした。お渡しした直後に気付いた為、当該患者へ連絡を取り後日もう1パックをお渡しした。	当薬局では薬剤師一人で調剤、鑑査、交付を行う時間帯がある。又貼付剤14枚の処方箋が多く、フェルビナクテープ70ｍｇについても一般名処方で受け付けるため、患者の希望に応じて2種類取扱いがある。フェルビナクテープ70ｍｇ「EMEC」14枚入りとフェルビナクテープ70ｍｇ「久光」の7枚入りである。通常フェルビナクテープ70ｍｇ「久光」を2パックお渡しする事が多い為、14枚でお渡しするという勘違いを起こし、フェルビナクテープ70ｍｇ「EMEC」を1パックお渡ししたものと思われる。	処方箋に記載されている貼付剤の枚数については調剤時にも指差し確認等で確認し、交付前にも患者へ数をお見せしながら交付するという業務に心掛けるようにする。			フェルビナクテープ７０ｍｇ「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
1520	処方薬をすべて一包化している。夕食後に服用するオランザピン（2.5）のかわりにオランザピン（1.25）が入っていた。【正】オランザピン（2.5）1錠【誤】オランザピン（1.25）1錠	オランザピン（2.5）のカセットにオランザピン（1.25）が混入していた。ＰＤＡの履歴を確認したところＰＤＡを使用した形跡がなかったため、充填時の薬品管理が不十分であった。	充填時はかならずＰＤＡを使用。バラ錠をもどす際はかならず複数人で確認する。基本的な業務手順の徹底。カセットに充填されている薬だからといって、正しい薬がはいっているとは限らないので、思い込みをしないこと。			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
1521	施設の胃瘻患者で粉砕対応。ウルソデオキシコール酸錠５０ｍｇのところ１００ｍｇで粉砕分包。全量確認で前回重量より多いことが判明。錠剤違いに気づき再調剤。予製剤として準備予定のため投薬はなし。	予製剤準備段階で別の患者に１００ｍｇを準備していた流れから、思い込みで５０ｍｇではなく１００ｍｇを準備。慣れもあり処方ＦＡＸのコピーをよく確認せず分包。最後の重量監査で差異に気づく。	慣れた患者でも処方内容・分包機データーを確認しながら作業を進めるよう今後注意する。			ウルソデオキシコール酸錠１００ｍｇ「ＺＥ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1522	朝食後の薬袋にフロセミド20ｍｇ「武田テバ」、夕食後の薬袋にピタバスタチン1ｍｇ「サワイ」を入れるべきところ、朝食後の薬袋にピタバスタチン1ｍｇ「サワイ」、夕食後の薬袋にフロセミド20ｍｇ「武田テバ」を入れていた。 他店舗の薬剤師が発見し、交付前に訂正することができた。	faxできた処方箋で、当日来局予定ではなかったため、一人で調剤・監査をして置いていた。その間、自店舗の薬剤師は誰も確認することはなかった。交付日、他店舗の薬剤師が交付直前に確認したところ、入れ間違いが発覚した。 隔週で受ける処方箋なので、慣れがあった。 ピタバスタチンとフロセミドのＰＴＰの色調が似ていた。	交付日まで時間があったとしても、一人調剤・一人監査した時は必ず、別の薬剤師が確認する。			フロセミド錠２０ｍｇ「武田テバ」 ピタバスタチンＣａ錠１ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1523	処方　ピオチン散0.2%「ホエイ」　1mg（0.5ｇ）　　分２　朝・夕食後　49日分自店舗には0.5ｇ分包品の在庫しかないため、ばらして調剤する必要があったが、調剤者は1回服用量を0.5ｇと勘違いし、調剤をしてしまった。監査者が誤りに気づき、薬剤を交付することはなかった。	自店舗では、ピオチン散0.2%「ホエイ」を服用する方は1回の服用量が0.5ｇでの処方が多いため、思い込み、勘違いしてしまった。	分包品に関しては、1回量が必ずしも1包にならない事があることを念頭に入れておく。1回量が1包にならない医薬品の外箱に注意喚起の付箋を貼付しています。			ピオチン散０．２％「ホエイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1524	ミヤBM6T分3　4日分の処方。24錠お渡しするべきところを12錠しかお渡しできていなかった。	3T分3との思い込み。ミヤBMシートが12錠シート包装で10錠包装に変更のタイミングだったこと。などが考えられる。	ピッキング時、監査時も当然だが投薬時も患者とともに確認する。			ミヤＢＭ錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1525	エリスロマイシン服用中の患者に他院でデエビゴ錠５が処方。エリスロマイシン服用中の患者は、副作用が強く現れてしまう相互作用の懸念があるため、併用の場合はデエビゴ２．５に減量して服用することになっているが、処方の通りのデエビゴ５のまま交付をしてしまった。投薬後の添付文書の再確認で間違いが発覚し、疑義照会したところデエビゴ２．５へ処方変更。すぐに患者に連絡し、薬剤を交換をした。	交付前はデエビゴの添付文書を確認し、エリスロマイシンとは禁忌にはなっていないことを確認したが、併用時の注意事項が書いてある使用上の注意までしっかり読み込んでいなかったことが原因と考えられる。	薬剤の交付前は添付文書を確認する。禁忌や併用注意だけでなく、使用上の注意も確認して間違えはないか確認するようにする。監査時、交付時など不安なときは他スタッフと確認して、判断ミスがないようにする。			デエビゴ錠５ｍｇ 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
1526	ツムラ人参湯が処方されえていたが、間違って人参養栄湯を渡してしまった。患者がそれに気付き、発覚。	処方せんと薬の確認不足。	処方箋と薬のダブルチェックを徹底する。			ツムラ人参湯エキス顆粒（医療用） ツムラ人参養栄湯エキス顆粒（医療用）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1527	他院にて、メコバラミンが処方されており服用中であったが、今回メコバラミンが処方されており薬が重複していた。	患者様が、お薬手帳を持っていないことから、現在服用している薬を把握しておらず、また医師にも伝えていないことが原因ではないかと考えられる。	患者様にお薬手帳を病院、薬局に持参するように、指導を行うべきであると考えられる。また、薬歴やヒアリングから服用中の薬の確認を毎回行うようにする。			メコバラミン錠５００μｇ「ＳＷ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1528	会社の方針に従い、日医工の製品から他社ジェネリックへの切り替えを行っていた中でヘパリン類似物質ローション「日医工」からヘパリン類似物質泡スプレー「日本臓器」に切り替えたところ、メーカーの変更のみと説明を行っていたが、形状もローションから泡スプレーに変わってしまったため患者帰宅後にクレームを受け、薬を返却された。	同一一般名で検索をかけて同一のものととらえてしまったが、知識不足により泡状スプレーに切り替わることがきちんと説明できなかった為　外用剤の変更時は特に同じ形状のものなのか、本人の希望にそうものなのかより丁寧な確認が必要だと思われる。	外用剤のメーカーを変更する際は名称の末尾までよく確認する。予め紛らわしいものはリストアップしておく。			ヘパリン類似物質外用スプレー０．３％「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1529	一般名処方で、ケトプロフェンテープ４０日医工でお渡ししないといけないところ、先発品のモーラステープでお渡ししてしまった。	ジェネリックと先発品の両方を在庫している薬に関しては、患者さんが先発とジェネリックのどちらを希望しているかをしっかり確認する必要があります。	調剤の際も、先発品とジェネリックの薬に関しては、かならず調剤の際、何度も確認しあうこととする。			ケトプロフェンテープ４０ｍｇ「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1530	一般名処方で、先発品希望のかたに、本当はエパデール６００ジェネリックのイコサペント酸エチル６００サワイので調剤してしまった。	見た目の色が同じことから投薬の際も、患者さんと確認しあう際に、色で判断できない難点もありますが、しっかりと先発品希望を確認し、投薬する必要がある。	先発、ジェネリックの両方をおいている薬に関しては、調剤の際に、何度も確認しあう必要があることをスタッフで再確認しあった。			イコサペント酸エチル粒状カプセル６００ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラー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	クレメジン速崩錠の計数を間違って調剤した。	処方回数が少ない為見慣れておらず、薬剤包装が大きいため数を間違って調剤してしまった。	マスタに計数ミス注意と表示されるようにして注意喚起を行った。また調剤棚にも同様の記載を行った。			クレメジン速崩錠５００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1532	ツムラ滋陰至宝湯エキス５グラムを朝と夕に分けて調剤しなければいけないところ、製材品の１包３ぐらむの製剤を間違えてお渡ししてしまった。なので実質患者さんは６グラム朝と夕にわけて服用していたことになる。	漢方薬の細かな調整が必要な漢方薬外来の際は、特に製剤品の１包の量を把握する必要がある。	製剤品が一包２．５グラムの製材品なのか、３グラムの製材品なのかをしっかり把握するために、調剤棚にも３グラム製剤にはわかりやすく印をつけ、みんなが把握できるようにした。			ツムラ滋陰至宝湯エキス顆粒（医療用）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1533	ムコダインDS・アストミン散の混合薬の予製をしているが、ＭＡ９(ムコダインDS　0.9ｇ・アストミン散と0.15ｇ）と印字した予製がＭＡ６(ムコダインDS　0.6ｇ・アストミン散　0.1ｇ）のところに入っていた。ＭＡ６の処方がきてＭＡ６の棚から予製を取り調剤、交付者もそのまま交付してしまった。その後印字の違いに気付き、患者家族に確認。ＭＡ９を渡していたため交換をした。	棚への入れ間違いが原因だが、調剤時も監査時も印字の確認を怠っていた。	各ポイントでの確認を確実に行うようにする。			ムコダインＤＳ５０％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
1534	タリージェ錠5ｍｇ　0.5錠　28日分で、処方されていた患者様に、タリージェ錠2.5ｍｇ　1錠として交付した。後日患者様から薬の数が足りないとの申し出あり。28錠交付のはずが14錠しか交付でいていなかった。	混雑した状況でのピッキング、鑑査、交付と単独で行った為、ミスに気が付かなかった。	1人薬剤師の店舗ではないので、出来る限りピッキング者と鑑査者は異なる者にする。			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
1535	患者さんがすこし離れた医療機関の処方せんを持参。処方せんにはグリチロン配合錠の記載あり、それに基づき調剤。交付時薬の説明しておるときに、微妙に患者さんと話しに齟齬があるため医師に照会。グリチロンではなく、グルタチオンの処方であったことが判明。	グリチルリチンとグルタチオンの成分名の類似のうえ、薬効の類似もあった。	交付時の患者さんへの聞き取りを強化			グリチロン配合錠 グルタチオン錠１００ｍｇ「ツルハラ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1536	医療機関の処方箋入力時のミス。薬剤名がブ、フで始まるための入力ミス。併用して記載されている薬に不備と疑義は無かったので薬局としては処方鑑査、薬剤鑑査、投薬まで業務が進み投薬時に患者様より症状の聴取などでベテラン薬剤師が違和感に気付いてＤｒへの疑義照会に至る。	医師がＰＣ操作し処方箋発行した際の最終確認を怠ったことが要因。発熱外来対応時間であるので色々な面で医院も業務が煩雑になっている。	薬局においては急性疾患に対する処方についても必ず症状に合致しているか確認するために患者様から詳しく聴取することを行っております。			ブチルスコポラミン臭化物錠１０ｍｇ「ツルハラ」 フスコデ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1537	患者が処方箋を持って来局。アムロジピン2.5ｍｇ「日医工」1日1錠　朝食後30日分と記載。薬剤師Aが調製するところ誤って14錠シート3枚で調製した。調剤室内にいた事務員が錠数の間違いに気づき、薬剤師Aに伝えた。その後薬剤師Aは正しく調製し、患者には正しい錠数の薬を交付した。	アムロジピン2.5mg「日医工」は以前から採用の薬品で今まではヒートが10錠シートのもの500錠包装のものを納品していた。最近、卸業者の薬品の出荷調整で思うように納品ができず、納入できたものがヒートが14錠シートの700錠包装のものだった。当日は10錠シートから14錠シートの切り替えのため、いつものように10錠３シートと思い込み、実際のヒートを確認せずに３枚ピッキングしてしまった。	薬剤師および事務員に10錠シートから14錠シートに変更となったことを連絡徹底した。薬品のあるカセットに14錠シートに変更したことを記載して間違いを防止し、注意喚起した。			アムロジピン錠２．５ｍｇ「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1538	アスベリン錠（20）と小児用バクシダール（50）を同じ薬袋に入れてお渡ししていた。患者さん本人がこれらの薬の外観が似ていて飲み間違えていたらしい。症状が治らないため家族が後日その事実に気づいたらしく薬局に報告された。	結局患者さん自身が間違えていたということでご家族も本人の見間違いが悪いと言われていた。しかし外観が似ている薬は注意が必要で薬局側の働きかけも重要である。それぞれのヒートも赤やオレンジ色に黒字で色の組み合わせで文字が見えにくいため改善も検討課題かもしれない。	外観の違う薬は別の薬袋にするなどの工夫も必要かもしれない。			アスベリン錠２０	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1539	一般名称処方でアスピリン腸溶錠１００ｍｇの処方に対し、バイアスピリン腸溶錠１００を調剤すべきところ、バファリン８１ｍｇに間違えてしまった。	薬局内が繁忙だったため調剤者が一人でピッキングをして一包化してしまった。その後監査薬剤師が監査時に発見し患者様には渡らなかった。	忙しくても必ずピッキングの薬剤師と調剤薬剤師は別々にするようにし監査薬剤師も別の薬剤師にするよう徹底するよういした。			バイアスピリン錠１００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1540	一包化にて管理している患者様で、ジルムロ配合錠ＨＤ「トーワ」を14日分分包のところ、そのうちの2日分のみジルムロ配合錠ＨＤ「武田テバ」が分包されてしまっていた。鑑査者がミスに気が付き、投薬前に作り直すことが出来た。	ピッキング時に新しい箱を開けた際、別のメーカーのものを開けてしまったと考えられる。また、ピッキングした者、分包した者が同一であったためか、気付くことが出来なかった。	複数のメーカーの商品があることでミスにつながってしまったため、今後、出来るだけメーカーを統一していく。分包後の分包した者自身の鑑査も徹底する。			ジルムロ配合錠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
1541	定期薬でベタヒスチンが処方されていた。交付時、エペリゾンとの取り違えに気づかず交付。数日後、在庫チェック中に、在庫が合わないことに気づき、当患者が該当することが疑われた。患者宅へ訪問し医薬品を確認。取り違えが判明。3日ほど服薬していたが、健康被害等はなかった。正しい医薬品と交換することで対応。	当時、薬局内は混雑した状態で、ピッキング後の監査不備と思われる。交付時にも患者と確認したが、お互いに先入観でそのまま渡してしまった。	交付までの手順の再確認、手順の遵守。			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
1542	ヒートシール、錠剤の色、大きさが酷似している。	採用薬剤（特にジェネリック医薬品）の見直し	患者の服用間違いや、薬剤師の投薬ミスを防ぐように、薬剤採用の際は、ヒートの色や錠剤の色、形、大きさなども同じようなものがないか確認したうえで採用を図る。			ウルソデオキシコール酸錠１００ｍｇ「サワイ」 メキシレチン塩酸塩錠５０ｍｇ「ＫＣＣ」	ヒューマンエラー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	一包化したものに、アキネトン1ｍｇ１Ｔ　シンメトリる50ｍｇ１Ｔはいる所、14日分作った1包にシンメトリル50ｍｇ１Ｔしか入っておらず、アキネトン１ｍｇがなかった。患者様が毎日飲む薬なので気が付いて連絡くださった。	監査を通常外来業務の中でやっていたので、監査担当の薬剤師が見落としたとした考えられない。	一包化をする薬剤師、監査をする薬剤師、そして最後の施設セットをする薬剤師がトリプル☑することを徹底する。			アキネトン錠１ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1544	ロコイドクリームの期限が切れを気付かず交付した。後日患者からの指摘により判明。	定期的に期限チェックしてもまだしばらくいけるから大丈夫と思ってしまった。最近視力が落ちて老眼も相まってメガネを外さないと期限が見れない。そのひと手間を省いてしまうことが多々ある。	定期的に期限チェックをするだけではなくその際に目につくように記載を義務付けた。			ロコイドクリーム０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1545	ハイドレアカプセル５００ｍｇ１１２カプセル処方のところ、１箱＋１２カプセルの６２カプセルのみ調剤。監査時に発覚。	当該薬品は１箱５０カプセル包装であるが、他薬１００錠包装製剤が多いことから１箱１００カプセル入りと勘違いをした。	調剤棚付近に計数注意喚起のメモを貼付する。			ハイドレアカプセル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
1546	ミヤBMを調剤するときに1シート10錠だと思い込みピックしたが、12錠だと後で指摘され気付いた。	ミヤBMの包装が変更になったことを知らず、思い込みでピックしてしまった。	改善策としては12錠シートであることを大きく棚に記載し薬局内でも主知徹底した。			ミヤＢＭ錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1547	定期薬を後発品供給不足によりメーカーを変更してお渡し。変更してお渡ししたこと、レセコン入力が前のメーカーになっていたことに気が付かず交付後、薬歴入力時にレセコン入力の違いが判明。同成分同規格で錠剤の色は同じだがシートの文字の色が違い明らかに患者を不安にさせる要因と判断。ご自宅に伺いお詫び説明。正しいや薬情、お薬手帳、薬袋を交付してお渡し。	後発品の供給不足の為に頻繁に使用メーカーを変えながらの調剤を日常おこなっており使用者が多い薬の際は前回すでに変更している人、今回から変更している人とそれぞれの薬にあり現場が困難している。調剤者は頻繁に使用する薬についてはメーカーを確認しないまま調剤していることがある。レセコン入力者は変更薬は多すぎて把握できないことが頻繁なため薬剤師が声掛けするように心がけているができず。監査者も薬歴での確認がしっかりできていなかった。	事務員はあらかじめえた変更情報を整理し活用しやすくすること。調剤する薬剤師はお薬手帳や薬歴で変更点をしっかり確認してから調剤すること。監査者は落ち着いて薬剤だけでなく薬情、お薬手帳までしっかり監査すること。薬剤交付者は患者に説明しながら再度一緒に確認すること。これらを徹底できるスタッフ教育が必要。			ニフェジピンＣＲ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	
1548	脳腫瘍術後の症候性てんかんでイーケプラ錠500mgを服用中。門前の薬局から、家に近い当薬局へ移ってこられた。そのタイミングでイーケプラ錠のジェネリック医薬品が発売されたので、自己負担を軽減できるメリットもあるため後発医薬品を在庫し準備していた。添付文書では確認できなかったが、日本神経学会の「てんかん診療ガイドライン」によれば、抗てんかん薬のジェネリック変更は患者だけでなく処方医の同意を得て、慎重に変更することが望まれるとあった。他の医薬品と同様の手順で、患者の同意のみでジェネリック医薬品変更を予定していたが、慎重に対処する必要があったと考えられる。結果的に、患者さんの意向でそのまま先発医薬品を調剤することになった。	ジェネリック医薬品の新発売に伴い、メーカーからの情報提供ではガイドラインについてのアナウンスはなかった。法的にはジェネリックへの変更も問題ないであろうが、ガイドラインに沿った調剤を行う必要はあったと思われる。	限られた中での情報だけでなく、各疾患に対する幅広い知識は必要であると実感した。新発売の医薬品（先発、後発にかかわらず）については、周辺知識もしっかりリサーチして準備しておくようにする。			イーケプラ錠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
1549	7.5ｇ分2であることを分3と勘違いし、2.5ｇ包と3.75ｇ包を間違えてしまった。	クラシエは分2製剤と分3製剤があることを把握できていなかった。	クラシエで処方がされている際は特に慎重に飲み方、ｇ数に注意していく。			クラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1550	一包化処方でマグミット錠500mgの処方を分包し、監査中にマグミット錠330mgが混入していることに気づき、作り直した。マグミット錠500mgのカセットの中にマグミット錠330mgが1錠混入していたと思われる。	カセットに薬を戻す際のチェックがしっかりできていない。	当人以外とダブルチェックを徹底する。			マグミット錠３３０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1551	エルデカルシトールは後発品出荷調整がかかっていた影響で、エディロールに一時的に変更していた時期であったため、GE希望患者に対し先発品で入力されていた。エディロールは当薬局ではロボピックによる調剤であったため、ポリムスが通らない。当時GEの在庫はあったため、調剤はGEでされており、監査者は、調剤者がロボピックからでるものだということを忘れていて間違えて調剤された先発品だと思い込んだ。入力は先発のままGEを交付するところで、交付時に薬袋とものが異なっていることに気付いた。その後、事務員にお願いし、入力をＧＥに変更した。	エルデカルシトールは後発品出荷調整がかかっていた影響で、先発とGEの切り替えについて調剤者と入力者、監査者の間でコミュニケーションが足らずにおきた事例である。	入庫がおくれ、安定しない薬品がまだたくさんあるため、ロボピックやポリムスに100%頼るのではなく、間違いが起こる可能性が高いことを考慮して調剤や監査をしていく。また、調剤者、監査者、入力者の間のコミュニケーションもしっかりとおこなっていく。			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
1552	処方箋は後発変更不可。それを後発品を調剤した。	鑑査するときに薬品の名前をしっかりと確認しなかった。怠慢	この薬は先発と後発がとても良く似ている。そのことをしっかり認識する。			エディロールカプセル０．７５μｇ エルデカルシトールカプセル０．５μｇ「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
1553	セポラスパップ40ｍｇはいつもは7枚入れのものを使用しているが、仕入れの関係で6枚入れも在庫してしまった。薬をピッキングしたものが、6枚入れが存在していることを認識していなく、42枚用意するところを36枚で用意していた。患者と数を確認しているときに数が少ないのが発覚した。	調剤監査システムを使用しているが、区別できなかった。パッケージも非常に似ており、慣れで薬の用意をしてしまった。	なるべくいろいろな規格のものは置かない。新しい規格のものを使用するときは、スタッフ間で周知する。			ゼポラスパップ４０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1554	患者様　手に汗をかくので、エクロック処方希望とＤｒより依頼。患者様15歳の為　目に入らなければいいと思いご処方　受けました。取り扱いのある薬局に確認した所　脇以外には私用しないとの事。Ｄｒにお伝えしました。	エクロックの勉強会（先生の所）はしましたが、目に入らなければいいと思いご処方　受けました。新しい薬（外用薬も）はしっかり確認する事が大切です。	従来　取り扱いのない薬は添付文書その他出来る限り確認すること			エクロックゲル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	
1555	R3.11.29 フロセミド（10）１錠のところ、誤ってフロセミド（20）1錠で調剤、監査時、投薬時も気づくことができず、そのままお渡ししてしまった。後日10ｍｇ錠と20ｍｇ錠の在庫数が違うことに気づき、患者様に連絡し、謝罪の上、正しい薬へと取り換えた。すでに４錠服用しており、普段より尿の回数が多いなどの自覚症状はあったが、治療を要するような不調はなく、処方医にもその旨を報告した。	患者の来局が集中し、焦って調剤してしまったことや、監査が不十分であったこと、投薬時も患者としっかり確認してお渡しする作業を怠ってしまったことの複合的な要因が重なってしまった。	調剤時に規格違いには十分注意し、処方箋と照らし合わせて成分名、規格を都度確認する。監査時もしっかり規格違いまで正確に確認する。また服薬指導時に患者と薬剤を一つ一つしっかり見せながら確認することをっ徹底する。			フロセミド錠１０ｍｇ「ＮＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1556	処方内容通りに投薬したが、薬歴記入時処方内容の誤りではないかと気がつき、処方医に確認。処方誤りであったことが判明。患者家族に連絡がつき薬剤使用前に正しい薬剤に交換することができた。	眼圧コントロールがなかなかうまく行っておらず頻回に処方薬剤の変更や、残薬がある中での追加処方等があり、投薬前の監査、薬歴確認時に見逃してしまっていた。また、正午を回っての混雑時他患者の早く薬が欲しいという雰囲気のなか、処方内容通り(間違いがないよう)に調剤することに気がとられていた。投薬時、該当患者と一緒に確認もしたが、以前使用していた薬剤でもあり患者も疑問に感じていなかった。	受診間隔が短く、処方内容が一定していない方の調剤には過去数回分の薬歴を確認を徹底する。特に、過去に使用歴のあると薬剤と名称が似ている配合剤の処方時には監査時、レセコン入力時、投薬時で印をつけ確認をする。			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
1557	当該薬剤の規格が違うものを調剤した。監査時に規格が違う事に気が付き対応が出来た。	ピッキングシステムを利用しているが、手順に従わず先に調剤を初めてしまった。慣れ・傲りと思われる。	面倒でも必ず手順を守る癖、薬局の雰囲気を作っていかないといけない。手順を守らない人を気軽に注意でき、更にそれを怒ったりしないような関係性を作る必要がある。			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
1558	当該医薬品の包装単位が規格により異なる（28枚入りと35枚入り）ことを勘違いし、数量を誤り、多く交付した。	包装単位を統一しないメーカーも悪いが、慢心で確認を怠った薬局が一番悪い。	きちんと鑑査する。			ニュープロパッチ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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1559	歯科よりデキサメタゾン軟膏が処方されていた。用法コメントに口内炎に使用との記載あり。患者さんに服薬指導時、口内炎に使用することが確認できたため、デキサメタゾン口腔用軟膏の方が適切ではないかと判断。疑義照会を実施しデキサメタゾン口腔用軟膏に変更いただいた。	処方監査時に気づくべきであったが、服薬指導時に患者さんへの確認後、口内炎に使用することを確認してから疑義照会を実施した。	軟膏の場合、どの部位に塗るのか、その軟膏と部位が適切かまで処方監査時に確認する。			デキサメタゾン軟膏０．１％「イワキ」 デキサメタゾン軟膏口腔用０．１％「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
1560	患者さんが帰宅して薬を確認したところ、アトルバスタチン錠５ｍｇではなくアトルバスタチン錠１０ｍｇが入っていることに気付き、薬局に電話をくれて間違いが発覚した。	急いでいたとはいえ、処方箋と薬の確認をおろそかにしてしまった。	処方箋をしっかり確認し、多くの目で正しく薬が出されているか確認する。また、交付時に患者さんと共に薬の確認を行う。			アトルバスタチン錠５ｍｇ「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
1561	一包化機械のカセットに充填する際、他メーカー商品を入れてしまった。（成分・規格は同じ）	後発品の入荷困難が続きメーカー変更をしていたが、発注時に以前使用していたメーカーのものを発注。パッケージも似ており同一般名の為、メーカー名まで確認せずに充填してしまった。	今迄もカセット充填時は２名以上で確認しているが、メーカー名まで声に出して確認することを徹底する。			ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「ニプロ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1562	チザニジンの数が56錠渡しのところ58錠で用意されていた。投薬時の数確認時に気づき、すぐに訂正してお渡しした	繁忙期で慌ててしまった。裏面になると6錠と8錠の違いに気づきにくかった。	投薬時の患者との数確認を行うことを徹底する。			チザニジン錠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
1563	予製作成した後の保管の場所の間違い	確認不足	確認を怠らないこと。予製であっても監査時に秤量をすること。			カルボシステインＤＳ５０％「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1564	外来にて来局。一包化を行い、お渡しした。薬剤交付後、1週間後に患者本人より電話にて報告あり。「同じような白いお薬ですが、お薬の印字が違う」とのこと。印字から、正しくはビオフェルミン錠で一包化作成しないといけないところ、ビオスリー配合錠で誤って作成していることが発覚。その時点で４日間ほど服用されており、体調確認したが体調に変化はなし。取り換えで対応した。	一包化を作成する際、出来る限りピック者、一包化作成者、監査者は別の人物で行うようにしている。今回に関しても各作業を別の人物が行ったが、３人とも間違いをスルーしてしまった。また、ビオスリー配合錠、ビオフェルミン錠は名称が似通っており、薬剤棚があいうえお順になっているため、保管場所が隣り合わせとなっていたため、取り間違えが起きた。また、監査者は一包化時に出た空シート、薬の刻印を監査するルールとなっているが、見逃した。	ピック、一包化、監査を別の人物で行い、毎回その各人物がかならず薬の内容を確認する。また、特に最終監査の薬剤師は必ず、袋の中の刻印、また空シートと照らし合わせる。薬剤棚に関しても隣り合わせだったため、離して保管するようにする。			ビオフェルミン錠剤 ビオスリー配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1565	スクラルファート顆粒90%3ｇ1日2回朝夕食後の処方で1包1ｇの分包薬を再分包せずにお渡ししてしまった。患者は薬袋の朝1包、夕1包の指示に従い、2ｇ1日2回の用法用量で服用していた。次回来局時に残薬があるとお話しされ、過誤が発覚した。	前回まではアルサルミン細粒（バラ）を分包してお渡ししており、今回ジェネリックのスクラルファート顆粒１ｇ分包品に切り替えたタイミングだった。	医療事務の入力、ピッキング時では判断が難しく、薬剤師の処方確定、鑑査時に調剤方法を確実に判断する。			スクラルファート顆粒９０％「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
1566	アムロジンOD錠　処方にに対して　アムロジン錠を取り間違い監査機器により取り間違いの発覚	剤形違いによる取り間違い　通常はアムロジン処方が多い	監査機器の導入　ダブルチェックの徹底			アムロジンＯＤ錠２．５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1567	処方箋は一般名記載であり、今までアルファカルシドールのシオノ製薬を渡していたが、シオノ製薬のアルファカルシドールが手に入らなくなり沢井製薬に変更していたが、患者様に変更を伝える事を忘れていて、投薬後自宅に患者より薬が違うと連絡があり発覚した	薬を変更して月ほど経っていてすでに変更を伝えていると勘違いしていた。	本人にお薬を確認して、何度でもいいので変更を伝え薬歴のも記載しておく			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1568	アムロジピン5ｍｇ「サワイ」を希望されていたが、誤ってアムロジピン5ｍｇ「トーワ」を渡してしまった	調剤、監査、投薬を一人で行っており、繁忙であったため確認を怠ってしまった	忙しくて時間がかかっても、丁寧に監査、投薬する			アムロジピン錠５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1569	ロキソプロフェン56枚とアドフィードパップ14枚処方されていたが、計数調剤を逆の枚数でしてしまった。監査中に事務さんがそれに気づいて発覚。	ピッキング時の確認不足	ピッキング時の確認、監査の徹底。			アドフィードパップ４０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1570	一包化でタケキャブ20mgが必要なところアジルバ錠20mgで調剤	色、大きさ、形状が似ていることから間違えて棚に戻したと考えられる。	必ず、ダブルチェックで棚に戻す。一包化する際も容器際も容器に入っているお薬は、よく見てから使用する。			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
1571	照会中の処方せんが2件あり　次々と患者さんが薬局にはいってきたので　お薬の種類は1種なので慣れでジェネリック薬品をだしてしまいました。あとでピックをした薬剤師からいわれて発覚。すぐに患者さんにTELし謝罪しお薬の交換をしました。	当薬局はジェネリック薬品の頻度が高く先発薬品の方はごくまれであるため慣れでピック時もジェネリックをとってしまう。患者さんが混んでくると　順番が前後したり　問い合わせなどで　スタッフどうしも　目の前の仕事におわれていしまう。手順をおって仕事ができていなかった。	順番が前後する場合でも　ちゃんと手順をおってきちんと薬歴を確認し　スタッフ同士が声かけあって余裕をもってお薬をおだししていく。事務さんに　先発薬品の患者さんのかごに　先発のカードを入れてもらい　調剤者・監査者にわかりやすいようにしてもらう。			リバロ錠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
1572	ミカルディス錠20ｍｇを調剤しようとしたが該当薬剤が見つからず、同医薬品別規格の40ｍｇの棚番に収納されていた。	ジェネリック医薬品のテルミサルタン錠20ｍｇ「三和」で前回は交付しており棚番がはっきり決まっていたが、出荷調整の関係で入庫不可の為、先発品のミカルディス錠20ｍｇを今回初めて入庫することになった。箱の外観が40ｍｇと20ｍｇで似通っていたためいつも入庫している40ｍｇだと思い込み、よく確認しないままミカルディス錠40ｍｇの棚番に収納してしまったものと思われる。	思い込みをなくし薬品名・規格をしっかり確認したうえで入庫後の収納を行う。			ミカルディス錠２０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1573	バルプロ酸Na徐放顆粒40％（1日1回夕食後）での処方のところ、バルプロ酸Na細粒40％（1日1回夕食後）で処方せんを発行。	他薬局からセレニカR顆粒40％（1日1回夕食後）で調剤歴あり。お薬手帳で確認。2021年6月2日、他院から今回処方元の病院へ転院。同日、当薬局を初めて利用。今回の病院では、他院での処方薬を継続して処方。医師がパソコン入力時、規格を間違えたと思われる。	間違えやすい徐放性製剤の一覧を監査台近くに掲示している。			セレニカＲ顆粒４０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1574	眠前使用のオンブレス吸入用カプセルを日頃より使用でなんら今まで問題なかったがこの日はカプセルを誤飲し薬局に電話が来た。	高齢という点と眠前使用という点で寝ぼけたりうっかりしたり等が問題でないかと考察。	服用時間の変更や吸入指導を３か月間隔で吸入指導をする等を考慮しながら必要であれば剤型の違う吸入なども担当医に提案していく。			オンブレス吸入用カプセル１５０μｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1575	小児にニポラジンシロップが処方された。長期投与だったのでメスアップしようと思ったが、添付文書再度確認。ニポラジンシロップには防腐剤が入ってないので単体調剤が推奨。原液で調剤してスポイド付けることにしました。	ニポラジンシロップに防腐剤入ってないという知識なくメーカに確認したところ開栓後２６週間までが安定してるとのこと。単体投与推奨。	必ず添付文書確認すること。			ニポラジン小児用シロップ０．０３％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1576	ケトプロフェンテープの20ｍｇのところを40ｍｇで調剤投薬	処方せんの記載を確認不足	薬歴の表紙に規格注意と記載			ケトプロフェンテープ４０ｍｇ「テイコク」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1577	オルメサルタン10ｍｇの処方箋をオルメサルタン20ｍｇで調剤	オルメサルタンは常時20ｍｇが頻繁に処方されていて処方箋を確認不足	薬歴の上部に用量の注意の記載をしました。			オルメサルタン錠２０ｍｇ「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	
1578	処方医から普段使わないテオフィリンDSを使いたいと電話があった。患者の体重を教えてもらい体重換算をして0.8gと伝えるところを誤って3.0ｇと伝えてしまった。当時お盆休み前で混雑している中で、さらにコロナ対応発熱外来時間帯でもあった。その後私が伝えた数字のままの処方箋がFAXで流れてきて、その数字のとおり調剤、監査、投薬をすべて一人で行った。同日、帰り際に何かおかしいとふと思い、テオフィリンDSの患者の処方箋を見返したところ、間違えを発見した。すぐに電話して、服用していないことを確認し、正しいｇ数の薬と交換した。	繁忙期かつコロナ禍発熱外来に一人薬剤師はきつかった。盆休み前で忙しく、疲労もたまっていた。日頃使わない薬を医師に質問され慌てて添付文書を開き【用法・用量】の項目を見て答えたが、力価を読み間違えてしまった。焦りもあり、そのままの数字を伝えてしまい、そのまま処方箋が送られてきてしまった。	テオフィリンDSの体重換算表を作成した。また当薬局にはテオフィリン錠100mgが採用になっている。日頃テオフィリン錠100mgは処方されている。落ち着いて考えれば、テオフィリンDS1g中に200mgが含まれていることぐらいすぐにわかるはずだった。その数字から小児2歳の子に一日量として3ｇが処方されるわけがない。今思うと何故あのようなミスをしたのか不思議である。いかなる時も平常心を保ち、少しでもおかしいと思ったら自分を疑う勇気が必要と思った事例であった。			テオフィリンドライシロップ２０％「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
1579	前回は、ミコンビ配合錠AP、アムロジン錠2.5mg、パリエット錠10mgの3つが処方されていた。該当日に処方変更があり、アムロジン錠2.5mgから、アムロジン錠5mgとなったことを患者様から話を伺った。しかし、ミコンビ配合錠APについても、ミカムロ配合錠APに変更されていることに気付き疑義照会を行った。その結果、ミカムロ配合錠APからミコンビ配合錠APに変更となった。	患者様はお薬手帳の使用はなく、必要性を説明するも作成は拒否。薬情の持参もなく、受診時も口頭で服用中の薬品名を伝えたとのこと。後発品拒否の意志があり、一般名処方として成分名が記載された処方せんに対しても拒否反応があり、病院にて先発名処方を希望された。前回はすべて一般名処方であったが、今回は先発名で処方を入れ直したことで、今回の事例が起こったと考察する。	処方内容の変更時は患者様からの聞き取りを行うとともに、ヒートの実物や写真を見せ、視覚的にも相互確認を行うなどの配慮をするよう心掛ける。			ミカムロ配合錠ＡＰ ミコンビ配合錠ＡＰ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1580	患者からフェブリク４０ｍｇが８錠足りないと電話連絡があった。監査システムを確認したところ患者の言う通り本来は２８Ｔお渡しすべきところ２０Ｔしかお渡ししていなかった。	以前１４Ｔシートを扱っており表側を内側にして輪ゴムで束ねていたため１４Ｔシート２枚と思い込んで１０Ｔシートであることに気が付かなかった。	錠数をしっかり確認してお渡しする。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1581	一包化のカセットにマグミット330mg⇒酸化マグネシウム330mg「ヨシダ」を間違えて充填監査時に発覚。	充填時にダブルチェックを怠った	充填時のダブルチェック			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
1582	【正】全量１６８錠【誤】１４８錠でお渡し	ピッキングの計数ミス	複数の作業を同時に行う場合はどこまで作業したのか分かる目印をつける１つの業務に集中できるように、手の空いている職員が積極的に働く忙しい時間帯においても確認を同じ速度で確実に監査を行う			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
1583	薬がBOXにセットされていたが朝食後と夕食後の薬がケースとは逆にセットされており、２日間逆で服用されていた。	分包品は色を付けることになっていたが、今回は退院処方のため色付けをされていなかった。	他薬局の調剤分にも色を付けをする			アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「サンド」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1584	ニルバジピン4トーワのとこ調剤してしまった調剤してしまった、間違いに気付き取り替えた。その後ニバジールを戻すときにニルバジピンの棚に入れてしまった。在庫チェック時に判明。	戻すときの確認不足と棚が上下で近かった。	ニバジールを棚から引き出しに変えて場所を離した。			ニバジール錠４ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1585	ツロブテロールテープ「久光」がメーカー欠品で入手困難であり一時的に「サワイ」を代替で使用していた。当該患者ツロブテロールテープ「久光」を入力するところ、「サワイ」で入力。ピッキング時に気づいたが、調剤者が入力者、監査者に伝えないまま「久光」をPDA未使用で調剤し監査に回した。監査時・投薬時・入力照合・相互確認が疎かになり、メーカー違いに気づかずにそのまま交付。当日、事務員が調剤録確認時にいつもと違うメーカーで入力していることに気づき、調剤者に確認。「久光」でお渡ししたことが発覚。患者宅へ連絡し、メーカーは違うが効能に変わりないこと説明、謝罪。規格間違い、クレームなし。	・確定者の自店での在庫状況の把握、ロケの概念が不十分だった。・PDAを通さず調剤をおこなった・以前ツロブテロールテープ処方時、久光の出荷調整のためサワイで調剤していた・鑑査、投薬者の調剤録、投薬時の薬袋・薬品の相互確認漏れ	・指示書と違う薬はピッキングしない。修正してから拾う。・PDAを必ず通す・在庫の優先順位の高いものを把握しておく。・調剤録と薬袋と薬に相違ないことを監査で徹底する。			ツロブテロールテープ０．５ｍｇ「トーワ」 ツロブテロールテープ０．５ｍｇ「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
1586	腰に痛みがあってお薬手帳を持たずに受診。ロコアテープ処方。当薬局にはご家族の方が代理でお薬手帳を持って来局。手帳に人工透析の記載あり。血液検査の値などはわからない。ご家族の方も変わりに来ただけなので何も把握していない、とのこと。病院に疑義照会した結果、処方削除となる。	お薬手帳だけでなく他にも併用薬や治療中の疾患が分かる方法が必要。	数年ぶりに来られた患者さんで患者さんの状況も変わっていた。高齢で一人暮らしの患者さんの背景を知るのは難しい。			ロコアテープ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1587	神経内科処方の中にメスチノン60が処方されており、患者さんお急ぎ希望、調剤前に患者さんに確認したところ、話があわず医療機関に連絡、メリスロン6に変更	急ぎ希望でも、投薬始める前に患者さんに症状など確認、神経内科の処方でメスチノン処方で確認出来るように。	神経内科処方のなど特別扱いせず薬の勉強会開く。			メスチノン錠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：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1588	ツムラ大建中湯エキス顆粒のピッキング時に225包とるべきところ、228包ピッキングしてしまった。監査時に、再度確認したところ、3包多いことに気づいた。投薬前であった為、患者対しての影響なし。	当時、繁忙でピッキングと監査者を分けることができない状態であった。処方日数が長期で、計数を誤り3包多くとってしまった。監査時に気づけたが、注意すべき事例であった。	繁忙であっても調剤者と監査者は、別の薬剤師が行うべきである。今後は、リスク管理を最優先に業務に当たるよう薬局内で共有した。			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
1589	処方箋にはタケキャブ錠１０ｍｇと処方薬手帳を拝見したところ他でいつも２０ｍｇを処方されており同じ薬を希望された。（今回は耳鼻科で処方、いつもは内科で処方）患者に確認したところ２０ｍｇを希望のため耳鼻科に疑義照会したら２０ｍｇに変更になりました。	耳鼻科のほうで患者さまときちんと聞き取りが不十分だった。	くすり手帳を確認して患者さまときちんと話をすること。			タケキャブ錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1590	ムコサール錠実在庫と理論値が100錠ずれていた。100錠包装1箱がムコサール錠の棚やその周辺にも見当たらなかった。別の患者の調剤をしているときに、ストミン配合錠の薬棚に紛れてムコサール錠が入っていた。	ムコサール錠とストミン配合錠のパッケージ外観が類似しており、検品後にストミン配合錠と思い込んで薬棚に戻したと考えられる。	薬棚に戻すときに指差し声出し確認をする。			ムコサール錠１５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1591	医師より段階的に使用薬剤を変更すると説明があった患者様　ミケルナ配合点眼剤を見せながら医師から指導された説明を聞いていると、「段階的に合剤にする。」と言われたとの患者様の言葉が気になり、処方医に疑義照会をした結果、今回の処方薬はミケランLA点眼薬2%に変更となった。	患者様は、医薬品の名称までは医師から聞いておらず、次回から合剤になるとの情報のみ聞かされていた。名称が似ていることから、処方されたクリニックでの入力を間違えたまま処方されたと考えられる。	患者様から処方医からの説明を詳しくお聞きする事で未然に防ぐことが出来た。再度薬局スタッフ一同、患者様とのコミュニケーションの徹底と、疑わしい点があれば疑義照会の徹底を話し合った。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1592	クエチアピン錠12.5ｍｇはジェネリックしかないところ、最近入荷がとまっている状況なのでクエチアピン25ｍｇに変更するところ、クエチアピン12.5ｍｇ1日2錠でやってるところの25mgへの換算ミスにより1日2錠で調剤。監査時に発覚、修正しました。	薬の入荷状況が不安定で規格変更やメーカー変更の頻度が高いためミスが起きやすい状況になっている	剤形、規格、メーカーの確認をレセコン入力、調剤者、監査者とコミュニケーションを細かくとって連携していく。			クエチアピン錠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
1593	定期的に来局される一包化の調剤のある患者について、分包中、分包器のL-アスパラギン酸カルシウム錠２００ｍｇの自動カセットが空になった。L-アスパラギン酸カルシウム錠２００ｍｇのバラ錠を開封し、中身を移さなければいけないところを誤ってアルジオキサ錠１００ｍｇのバラ包装ををを入れてしまっていた。その後の監査時、監査役の薬剤師が途中から1種類薬剤が変わっていることに気付き正しく作り直して投薬した。	混雑しており、薬剤を移し替える時のダブルチェックを怠った。	忙しい時こそ間違いが起こる確率が上がるので、きちんと確認しながら調剤しなければならない。2人の目で確認してから行動するよう薬局全体に呼びかけた。			Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「トーワ」 アルジオキサ錠１００ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1594	朝のクロピドグレルが夕の薬袋に入っていた。逆に夕のシルニジピンが朝の薬袋に入っていた。患者よりTELあり発覚	見た目の類似により薬袋を逆に入れてしまった。	薬袋と薬を目できちんと確認してから入れる。見た目が類似している薬剤に注意する。			シルニジピン錠１０ｍｇ「サワイ」 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
1595	【正】クラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒（２．５ｇ／包）を４２包お渡し【誤】クラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒（３．７５ｇ／包）を４２包お渡し	ピッキングの際に１包装あたりの量が違うことに気づかずピッキングしてしまった。	ＰＤＡでよめなかった医薬品に関しては、まず医薬品が間違っていることを真っ先に疑う。漢方には規格違いがあることを意識し、調剤時、鑑査時には規格までしっかり確認する。			クラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1596	体重３７ｋｇの小児にナウゼリンドライシロップ１％を１日量３．７ｇで処方、上限超過。	６才以上の場合はドンペリドンとして１日最高用量は１．０ｍｇ／ｋｇに単純に体重を掛けてしまい、１日投与量はドンペリドンとして３０ｍｇを超えないことを見落とされた様子。	今回は散剤の監査システムでのチェックで、調剤前に発見することができました。ある程度の体重の小児に対しては成人用量を常に意識しながらの調剤を徹底する。			ナウゼリンドライシロップ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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1597	一般名処方にてジエノゲスト錠1mgが処方された患者に対し、ジェネリック医薬品で調剤を行った。服薬指導の内容から、子宮腺筋症であることが分かった。先発医薬品には子宮内膜症のほか子宮腺筋症の適応があるが、ジェネリック医薬品は子宮内膜症のみの適応でありこの患者に対してジェネリック医薬品を調剤することはできないと判断した。（その後の添付文書改訂により、ジェネリック医薬品にも子宮腺筋症の適応が追加されたが、この時点ではメーカーからの案内は無かった）	先発医薬品とジェネリック医薬品の適応の相違。それに対する認識不足。	新たに発売・採用となる医薬品について、事前に理解を深めておく。先発品と適応の相違があるジェネリック医薬品については一覧表の作成や薬品棚への表示などで、交付前に対処でできる環境を作る。			ジエノゲスト錠１ｍｇ「モチダ」 ディナゲスト錠１ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1598	ジスロマック小児用細粒３g分１の処方で、１ｇ分包品を３包服用と口頭で説明し、薬袋も１回３gの記載になっていたが、レセコンの初期設定の関係で、薬情の見やすい部分の記載が１となっており、単位はついてなかった（薬情には他に小さく１日３gと記載はされている）１包飲めばいいと勘違いされたようで、２日服用したが、薬がかなり余るのでおかしいと思われ、お電話があった	分包品を使う場合、レセコンマスターに１包のg数を登録し、何包になるかと設定し、薬袋・薬情にもｇ表示ではなく、包表示で分かりやすく設定を変えているが、ジスロマック細粒はほとんど処方が出ていないことと、分包品のままでお渡しすることがなかったため、薬情の記載まで確認ができず、患者様に勘違いをさせてしまった	ジスロマック細粒のレセコンの設定を変更した毎回、薬情の記載がきちんと出ているか確認し、お渡しすることを徹底する			ジスロマック細粒小児用１０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1599	アゾセミド錠30ｍｇ「JG」を分包しなければならないところ、チアプリド錠25ｍｇ「JG」が分包混ざっていた。	アゾセミド30ｍｇＪＧとチアプリド25ｍｇＪＧは分布頻度の高い薬剤の為、分包機のカセッターに入れて分包してるが、そのカセッターに補充する際に、刻印が非常に類似してる為間違って補充してしまった可能性がある。	必ず、補充する際は一人で判断せず、他の薬剤師に声掛けをして2重確認を行った上で、カセッター補充する。もしも人がいない場合は、分包機の機能を利用しバーコード確認にて補充する。			チアプリド錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1600	バルサルタン錠40ｍｇ1T朝食後30日分の処方、14錠包装2枚と2錠調整するところ2錠分が包装色合い類似のバップフォー10ｍｇをお渡ししてしまいましたすぐに気付き患者宅に取替えに行き事なきを得ました	類似薬品の収納に方法に配慮したいと思います	類似薬品の棚割りを変更			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
1601	保険診療のニコチネルTTSによる禁煙治療の中で、患者家族がOTCニコチネルパッチを購入し併用していた。	患者への説明不足	禁煙治療の一連の流れを含めた指導マニュアルを作成する。			ニコチネルＴＴＳ２０	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1602	インスリンアスパルトＢＳ注の薬袋に用法を毎食直前と記載するところを、毎食前と印刷。すぐに気付き訂正したものをお渡し。	食前と食直前の間違いが、インスリン等では低血糖などの危険な副作用につながることを、事務職を含めた全職員に徹底できていなかったため、発生したと考えられます。特に採用して日がたっていない、インスリンの製剤については尚更です。	日頃から、薬の服用方法についての、全職員への勉強会と実施等、情報のレベルアップと共有化が必要だと感じました。			インスリン　アスパルトＢＳ注ソロスターＮＲ「サノフィ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1603	ロルカムを継続服用中の患者様。ジェネリックを希望されて今回よりジェネリックに変更。目が不自由の為一包化を希望。寿製薬のロルノキシカム錠４ｍｇを採用し、一包化した。添付文書の記載確認をし、一包化不可の記載がない事の確認。粉砕ハンドブックを確認したが、ロルノキシカム錠４ｍｇの記載がなかったため、ロルカム４ｍｇの記載を参考にして、一包化。翌日監査をしたところ、ロルノキシカムは黄色く変色していることが確認された。	添付文書を確認して一包化した。黄色く変色しているため、メーカーに問い合わせたところ、吸湿性が高く分包不可であることが分かった。先発品で一包化をしていた時は黄色く変色していることは確認できなかった。ジェネリックと先発品では薬の特性が異なることが分かった。初めて分包するときは添付文書の確認は必ず必須であるが、先発とは異なることを頭に入れて調剤するべきであった。メーカーより、一包化不可の記載がなかったことを確認した。	寿製薬に対して、一包化不可の記載を添付文書に入れるように要請をした。メーカーも改善することを文書で回答があった。			ロルノキシカム錠４ｍｇ「ＫＯ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1604	タケキャブ、アジルバを含んだ一包化を調剤した際、分包機のタケキャブカセッターへアジルバを充填してしまい誤って調剤となってしまった。鑑査の際にも見落とされ患者へ交付してしまった。当日中の棚卸で発覚し交換を行った。	タケキャブとアジルバの色や形状が似ており、カセッターへ充填してもそのまま使用できてしまった。外観が類似しているため鑑査でも見落とされてしまった。	カセッターへ充填する際は細心の注意を払う。鑑査も数だけでなく刻印まで確認する。			アジルバ錠４０ｍｇ タケキャブ錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1605	朝食後薬７種７錠の一包化調剤。自動錠剤分包機を用いて分包実施。トラセミドと一硝酸イソソルビドはPTPを外してカセットに充填している。分包中、トラセミドが１錠不足と表示され、PTPから外す際に紛失した可能性があったためたため１錠追加し分包終了。分包された薬剤数を７錠と複数人で確認し患者へ渡す。調剤後のカセットが空になっていることを確認したところ、一硝酸イソソルビドがカセット中に１錠残っていることに気が付く。患者宅へ行き再度内容確認。トラセミドが２錠入り一硝酸イソソルビドが入っていない箇所があった。	一包化調剤時、充填時の照合、調剤記録による内容の照合などおこなっているが、すべての分包に対して刻印の照合を行うことはしていなかった。白色の錠剤で大きさも類似しており、複数人で確認したが誤りに気が付くことができなかった。カセットが空になっていることの確認までを調剤時に行えると良い	一包化調剤後のカセット確認まで行うこととした。			一硝酸イソソルビド錠２０ｍｇ「サワイ」 トラセミド錠４ｍｇ「ＫＯ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1606	アムロジピン2.5mg　30錠のところ60錠で調剤。鑑査時点で乗数間違いに気づき対応。	アムロジピン2.5mg　前回処方日数が60日分のため、そのままで入力となるが、鑑査システムで60錠そのまま数えてしまったために誤った。	処方箋を確認して対応。			アムロジピン錠２．５ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1607	ガスロンN OD4mgの処方がされており、薬剤はあっていたが入力が、ガスコン錠４０mgになっており、薬袋、薬情、手帳を間違った情報で渡していた。	名前が似ていたため、事務が間違えて選択して入力し、そのまま薬剤師が気づかず、印字間違えの薬袋を使い投薬した注意不足による間違え。	チェック体制を強化する。入力に関しての、もう１名の事務でダブルチェックできるときはするようにする。			ガスロン N錠 OD4mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1608	オルメサルタンを他局で服用中の患者。他薬局で待たされたと苦情を述べながら来局。スルピリド（50）とフロリードゲルの処方箋。患者曰くオルメサルタンとスルピリドが飲み合わせが悪いのか？とのことであったので、薬剤師がフロリードゲルの添付文書を確認し、オルメサルタン　メドキセル・アゼルジニピンとフロリードゲルが禁忌である記載を発見。これはアゼルニジピンとフロリードゲルが禁忌であることの記載であるが、患者からの情報による先入観によりオルメサルタンとフロリードゲルが禁忌と勘違いした。	添付文書に配合剤の禁忌が一般名で記載されており、2剤配合のうちの一方が禁忌であるにも関わらず、他方の禁忌でない方を禁忌と勘違いするに至った。	薬局内に事例共有し再発防止に努める。			オルメサルタンＯＤ錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」 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
1609	調剤時、自動分包機のDTAでヒルナミン錠25mg1錠を巻いた際、錠剤がピレチア錠25mgであることに気づかず、さらに監査者がピレチア錠25mgの誤調剤に気づかず、交付してしまった。その後当該患者の家族より、普段服用している薬と違うものが入っているようだと指摘があった。	ヒルナミン錠25mgとピレチア錠25mgは色合いが違うもののほぼ同じ大きさの糖衣錠のため、調剤・監査の際に見過ごされてしまった。また五十音順で隣接する棚に置かれていたことも誤調剤の原因となった可能性が高い。	ヒルナミン錠25mgとピレチア錠25mgは色合いが違うもののほぼ同じ大きさの糖衣錠のため、調剤・監査の際は慎重に行う。また当該医薬品の配置を見直し、誤って手に取らないようにする。			ヒルナミン錠（２５ｍｇ） ピレチア錠（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
1610	調剤されていた分包済みプランルカストＤＳを散剤調剤機から取りあげ交付。交付時に説明をしながら、分包紙の氏名の確認を行うと、他の患者に作られたプランルカストＤＳであった。交付前に気が付き、正しいものを渡し、事なきを得た。	かなり混雑しており、機械で分包されたものが、散剤調剤機の排出口に溜まっていた状態であったので、取り違えが起きた。	調剤したものは極力、専用のトレーに入れ、排出口に入れたままにしない。氏名の確認を調剤者と監査者でダブルチェックで行う。			プランルカストＤＳ１０％「サワイ」	ヒューマンエラー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	ピッキングの際ミカムロ配合錠BPのカセット内にミカムロAP配合錠が充填されていることにピッキング最中に気が付いた。双方の理論値と実在庫が一致しているかを確認したところ双方に差異はなかった。	シートの外観・名称共に酷似しており、ピッキング後返却の際誤って充填を行ってしまった。	ピッキングシステムを用いてカセットと実際に充填しようとする薬剤を必ず一致させる。			ミカムロ配合錠ＢＰ ミカムロ配合錠ＡＰ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1612	定期処方のメチコバール５００μｇは、以前より患者希望でジェネリックのメコバラミン５００μｇ「トーワ」へ変更して、自動分包器にて１包化しているが、錠剤カセットに充填する際、W鑑査せずにメコバラミン「トーワ」のカセットにメチコバールを充填。鑑査者も処方箋を使って鑑査した際には気づかず、ジャーナル鑑査時に気づいた。	メコバラミン５００μｇ「トーワ」とメチコバール５００μｇは、錠剤径が同じである為、カセットへの充填自動分包出来てしまった。充填時には、他のスタッフと共にW鑑査をするルールがあったが、忙しく調剤室に他のスタッフが居なかったことからミスを誘発した。	粉、錠剤の充填時に、共に他のスタッフとのW鑑査の徹底と、先発品からジェネリックへ変更する場合、又その逆の場合も入力時に付箋などでメモを書くルールを作っていたが、声掛けもするようにした。			メチコバール錠５００μｇ メコバラミン錠５００「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1613	ネシーナ（12.5）とセイブル（75）の薬袋を逆に入れ間違えて交付。次回来局された際に患者本人からの指摘により発覚。患者本人も外観が似ているため毎日の服用前に必ず薬品名を確かめる習慣があり実際の服用・健康被害はなかった。	外観が非常に似ており、ともにヒートの色が紫色で錠剤の形が楕円形。用法が異なるため注意が必要。当薬局では監査者が薬袋に入れる流れとなっているため薬袋入れ間違いに関してはWチェックをしていない。	今回のミスを踏まえ、この組み合わせで処方された場合には薬剤監査者とは別にもう1人誰かの目を通して間違いがないかを確認するよう薬局内のルールを変更した。その他、外観類似のものがあれば都度こちらのルールに追加する予定。			ネシーナ錠１２．５ｍｇ セイブル錠７５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1614	一包化する薬をリクシアナ60ｍｇとイーケプラ錠500ｍｇで間違えました。	薬剤師一人で一包化の薬を分けていたこと。	他の薬剤師にも確認してもらうことを徹底する。			イーケプラ錠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
1615	ドグマチール錠５０ｍｇが処方されている患者様で先発品を希望されていたが、後発品のスルピリド錠５０ｍｇ「サワイ」を調剤し交付してしまった。患者様から連絡があり発覚。お薬をお取替えした。服用前に発覚したため患者様への健康被害等はなし。	忙しい時間帯だったため監査が不十分になってしまった。	忙しくても監査をしっかりと行う。ダブルチェックを徹底する。			ドグマチール錠５０ｍｇ スルピリド錠５０ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1616	剤数の多い定期薬中で先発のアムロジンOD2.5mgと後発のアムロジピンOD2.5mg「ファイザー」を同じ薬袋に入れて患者に交付してしまった。最近先発から後発に変更して服用するようになったため、以前飲んでいた薬が入っていておかしいと思った患者が翌日薬局に電話してきて発覚。服用前に患者が気づき健康被害はなかった。	剤数が多いとはいえ、緩慢な監査と患者へ交付時の面前監査も怠ったことが原因と思われる。	調剤で動いた薬の数は業務終了後に計数しているが、今回はそれでは気づくことが出来なかった。常に調剤室での薬剤師による監査を徹底するのはもちろんのこと、交付時に患者の面前で必ず確認しながら薬袋に入れていくように徹底する。			アムロジンＯＤ錠２．５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1617	一包化調剤をする時にバラ錠を使っている色と大きさが同じくらいだったため、一人でカセットに薬剤を充填してしまった	鑑査体制が薄かった調剤後鑑査時に見つかり被害は出なかった	必ず二人体制を取る事としたまた、バーコードリーダーの使用を徹底した			タケキャブ錠２０ｍｇアジルバ錠２０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1618	一包化調剤に処方されたパルモディアが抜けていたが気づかず交付。後日患者が飲み始める前に連絡があり、正しい薬と交換した。	一人薬剤師の勤務で多忙な時間帯のため、鑑査がいつもよりも早めになっていた。	一包化調剤の調剤、鑑査が同じ人であっても交付前に再度、錠数、刻印を確認し、患者様にも確認してもらう。			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
1619	キサラタン点眼液（２．５ｍｌ）×１５ｍｌ（６瓶）処方のところ３瓶調剤した。調剤時他の薬剤師の監査時に気づき調剤し直した。	調剤時大変込み合っていて焦りがあり１瓶５ｍｌと勘違いして調剤してしまいました。	キサラタン点眼液の在庫トレーに１瓶２．５ｍｌとラベルを付け、薬袋に瓶数を印字するようにした。			キサラタン点眼液	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
1620	ルパフィン2錠のところ　1錠で投薬した	1錠がほとんどなので　なれでおこなった	よく　解読すること			ルパフィン錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1621	コントミン糖衣錠12.5ｍｇのところ25ｍｇで調剤。患者様の前で確認時に色が違うことに気付き交換、正しいものを調剤しなおしました。プレアボイド	くすりの箱の外見が似ていた。プレアボイド	保管場所をわけて注意喚起のPOPを設置いたしました。プレアボイド			コントミン糖衣錠１２．５ｍｇ コントミン糖衣錠２５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1622	後発医薬品の流通が悪く既存薬のメーカーが変更になった。普段は在庫しているメーカーが全てなくなってから薬剤を切り替えるが、端数が残っていたにも関わらず新しいメーカーの箱を開けてカセットの中に混在して保管してしまった。調剤時に他のメーカーと混在してしまっていることに気づき在庫を確認。他の患者さまにも渡ってしまった恐れはなかった。	流通が悪く入荷困難な医薬品が多い状況。メーカーの変換を行うことが多発している。薬剤の管理において、現在のメーカーが全てなくなってから新しいメーカーに切り替えるように周知していたが徹底できていなかった。	メーカー変更の場合は、端数が使い終わるまで新しいメーカーの箱を開けない。また次に切り替えるメーカーを付箋で貼る等、店舗全体に注意喚起を行う。端数がどうしても捌けない場合はユニパックに入れて混在しないように保管。			アムロジピン錠２．５ｍｇ「明治」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1623	デュピクセント皮下注のペン型の処方があり、気づかずシリンジ型で調剤した。シリンジ型を薬局で入手した為、更に薬剤が高額であった為、疑義後シリンジ型へ処方箋を変更してもらった。	注射剤のシリンジ型からペン型への変更についての情報を薬剤師が知らなかった。投薬時の患者からの話で気づいた。シリンジ型もペン型もどちらもメーカーが在庫しており、より紛らわしい。	メーカーからの情報提供が郵送されていたが、目を通していなかった。最新の情報をより早く入手する必要あり。			デュピクセント皮下注３００ｍｇシリンジ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1624	スペリア錠と間違えてストミンA錠を渡してしまう。	忙しい時間帯で棚から取り間違え。	必ず複数人で薬剤の確認をする。			スペリア錠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	
1625	継続して長期に渡って、ビソプロロール錠０．６２５ｍｇ　４Ｔ＝分２朝夕処方あり。流通不良から急に０．６５ｍｇ錠は納入されなかった。棚の上下に区分管理保管しており、取り出しの際に誤って２．５ｍｇを投薬した。監査時も気づかずに投薬完了。患者さん帰宅後において、いつもと形状の違いに気づかれ、当方へ電話指摘により調剤過誤が判明した。	流通不良による在庫管理の不徹底によることが原因と判断する。	事前に処方医への現状報告によって、他剤への切り替え提案もしくは剤形変更などの事前情報交換がより一層必要と反省する。			ビソプロロールフマル酸塩錠０．６２５ｍｇサワイ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1626	カセット式の全自動分包機を使用して一包化したものを、当事者１が監査。ニコランジル５「トーワ」が入っているべきところ、トリクロルメチアジド１ｍｇ「トーワ」が入っていることを発見。ニコランジル５はカセットに入っていて自動で落ちてくるものなので、カセット内にトリクロルメチアジドが混入していたと考えられた。カセット内の残りを確認したところ、ほかに混入はみられなかった	通常カセットに充填するときはバーコードで確認して行っている。一度一包化したものをばらしたものをカセットに入れたりしたときに混入したのかもしれない。またどちらもトーワの薬品でサイズもほぼ同じのため、間違いやすかったと思われる	ばらしたものをカセットに戻すときには、ひとりで行わずダブルチェックするなどの対応をしていきたい			トリクロルメチアジド錠１ｍｇ「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
1627	当該医薬品をピッキングした際に、１０錠シートのところ、９錠しかないことに気づかずに投薬を行った。当日、患者から電話にて、指摘があり、謝罪の上、患家を訪問し、交換。	薬局内の手順において、１０錠シートから必要錠数を切り離した際には、端数分のヒートは箱に戻さないことになっていた。しかし、多忙の中、前回ピッキングをした者が、誤って、上記手順に従わず、箱に入れてしまった。また、監査・投薬時点において、気づくべきタイミングがあったものの、過信により気づかずに投薬してしまった。	改めて、手順に基づき、端数になった医薬品は箱に戻さないこと等の周知を行い、また監査・投薬時においても、十分注意するよう、指導改善を行った。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1628	潰瘍性大腸炎のためサラゾピリン錠５００ｍｇが処方され、患者様がジェネリック希望であったためサラゾスルファピリジン腸溶錠５００ｍｇ「武田テバ」で調剤しお渡し。次回来局時に、サラゾスルファピリジン腸溶錠５００ｍｇ「武田テバ」の適応は関節リウマチのみであったため過誤が発覚。患者様に健康被害などはなかった。	サラゾピリン錠５００ｍｇ(適応：潰瘍性大腸炎など)の後発品はサラゾスルファピリジン錠５００ｍｇ、アザルフィジンＥＮ錠(一般名：サラゾスルファピリジン腸溶錠)(適応：関節リウマチ)の後発品はサラゾスルファピリジン腸溶錠であることの認識がなく、そのまま調剤してしまった。	初回で処方されるものをジェネリックに変更する場合は、必ず適応を確認するようにする。			サラゾスルファピリジン腸溶錠５００ｍｇ「武田テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1629	通常、メトグルコ250を服用中でしたが、数値の変動があり500に増加しておりその確認がなされずそのまま調剤してしまった。	繁忙のための見落としがあり、監査・投薬時にも気づかなかった。	監査の徹底が急務。			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
1630	アセトアミノフェンの名前の印字を患者AさんとBさんで逆に印字してしまった。	多忙により、鑑査不十分だった。	薬袋をしっかりと確認する。			アセトアミノフェンＤＳ小児用２０％「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
1631	処方：クロルマジノン錠２５ｍｇをクロルプロマジン錠２５ｍｇでピッキング。一包化調剤前にチェックして気づいた。	名称が酷似していることに加え、規格も同一。	一包化予製作成時に確認する処方箋コピーに赤く注意書き付箋を貼って注意喚起。錠剤の箱等にも名称類似薬取り違え注意など注意書き貼付また、クロルマジノン錠販売中止というタイミングで名称の似ていない先発品プロスタール錠に採用変更した。			クロルプロマジン塩酸塩錠２５ｍｇ「ツルハラ」 クロルマジノン酢酸エステル錠２５ｍｇ「ＹＤ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1632	処方箋にMS冷シップ35gと記載あり35枚に間違いではないかと思い疑義紹介したところ病院の記載間違いだった	処方監査を徹底する	処方薬の用量の単位までしっかり確認する			ＭＳ冷シップ「タイホウ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1633	処方箋の一般名処方の入力間違い 誤：【般】テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠正：【般】テルミサルタン40mg・ヒドロクロロチアジド配合錠	一般名処方だと「テルミサルタン40mg」まで同じため、入力間違いが起こりやすい。	配合錠の一般名処方はDO処方でも薬剤名と規格が合っているか確認する。			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
1634	オゼンピック注0.25ｍｇ→0.5ｍｇに変更だった　薬品は0.5ｍｇでお渡ししていたが薬品情報提供書が0.25ｍｇで患者にわたってしまった管理されている方に気づいていただいたので間違いなく0.5ｍｇを使用いただけた	家族にお渡し　薬情が0.25ｍｇでパソコンと連動しているため変更なしと間違って伝えたが管理されている方が異なりご存じなかったためスルーしてしまった	薬情・処方箋の見直しをその場とお渡し後の確認を徹底する			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
1635	ナルサス錠(2)の処方だったが誤ってナルラピド錠(2)を交付。薬局に患者様の自宅電話番号しか登録がなく、病院から患者様に連絡できないか問い合わせ。まだ病院内にいらっしゃったため連絡がついた。もう一度来局していただき正しい薬に交換。	名称類似による監査ミス。麻薬帳簿への押印と在庫錠数の確認を後回しにしてしまった。いつもお急ぎで内容確認を拒否される患者様のため投薬時にも気が付けなかった。	鑑査手順の遵守。			ナルサス錠２ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1636	クラシエ柴苓湯エキス細粒を調剤しなけらばいけないところ、クラシエ辛夷清肺湯エキス細粒を調剤してしまった。	鑑査システムを導入しているにもかかわらず、システムを使わないで調剤し類似包装の漢方薬を誤って調剤した。	折角導入している鑑査システムなので、いかなる場合も利用するように指導。			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
1637	施設入居患者の往診処方箋を受付。ミネブロ錠1.25mgが追加処方されたが、塩化カリウム徐放錠600mgを既に服用されており、併用禁忌（血清カリウム値が上昇するおそれ）に該当。処方監査時に確認し、疑義照会にてミネブロ錠1.25mg処方削除となる。	発売間もない新規薬剤における併用禁忌を含めたＤＩの認識不足（処方医）。	新規薬剤に関わらず、ＤＩの確認・知識向上。また、レセコンにおける併用禁忌などのチェック機能の活用。			ミネブロ錠１．２５ｍｇ	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	
1638	カンデサルタン錠８ｍｇ「ＹＤ」の箱が、クロピドグレル錠７５ｍｇ「ＹＤ」の棚に混在して納品されていた。開封前に気付いたため、患者に間違えて交付するということはなかった。	箱の外見が類似している為、確認不足で納品してしまったと思われる。	外見や名称類似品について改めて注意喚起し、納品時にはしっかりと名称・銘柄・規格を確認するよう周知。			カンデサルタン錠８ｍｇ「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
1639	過去に在宅診療で14日毎の処方でバファリン（81）を分包している患者様が、患者さま都合で今回で在宅終了となり、急遽90日分の長期処方となった。長期分包ではバファリン（81）の吸湿性が問題になるが、受付当初、気が付かず、発注し薬を用意した。翌日分包前に、バファリン（81）の吸湿性に気が付き、疑義の結果、バイアスピリンでの分包に変更となった。	14日分毎の処方のため、吸湿性のあるバファリン（81）も分包していた。	長期分包に変更の場合、吸湿性の錠剤に留意を忘れないようにする。			バファリン配合錠Ａ８１	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1640	アムロジピンOD 5mg を 2.5mg で誤って入力し、自動一包化で調剤。ODP鑑査時も発見できず、施設看護師より連絡を受け発覚。	継続Do処方の思い込みによる入力鑑査。剤形類似により鑑査スルー	ODP鑑査時の印字の確認徹底			アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1641	リルゾール錠は添付文書上、食前投与となっており前医では正しく入力されていたが、引き継いだ処方医が間違えて食後と入力して処方せんを作成。それを薬局でチェックできず患者様に渡ってしまったが、家族が前と違うことに気付き薬局にTELしてきたことで間違いが発覚。	当薬局での監査時、前医からの引継ぎ処方であったので、間違いないだろうとの慢心したことが原因と思われる。	初めて扱う薬であれば必ず添付文書の基本的事項はチェックすべきである。			リルゾール錠５０ｍｇ「ＡＡ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1642	エレトリプタン錠が頓用で久しぶりに処方がでた患者に再度用法用量を確認していただくために、患者指導箋を利用しようと準備をしたが、現在使用中のメーカーの物ではない「ファイザー」の指導箋を準備した患者への投薬直前に気がついた	GEメーカーの流通が不安定な状況が続いているため、メーカー変更がたびたび生じている状況がある現状、使用していない指導箋が残っている	現在使用していないメーカーの患者指導箋は廃棄処分として、取り間違えが起きないよう配置をかえた現状、ジェネリック薬品の流通改善は見込めないため、今後も事象が発生する可能性を考えて、薬剤師個々でも使用薬品の把握と定期的な指導箋配置の見直しをする事とした			エレトリプタン錠２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1643	ツムラ小青竜湯エキス顆粒をツムラ小建中湯エキス顆粒と誤って調剤された。それを監査者が監査時気付かず投薬している時に気付いた。	ツムラ小青竜湯エキス顆粒とツムラ小建中湯エキス顆粒は帯の色もピンク色で同じで最初の文字が小で同じであること、監査者もそれを認識せずに監査したことが原因だと思われる。	保管している引き出しを別にして取り違え注意の札を付け、スタッフ全員に帯の色がピンクで同じで最初の文字も小で同じであることから間違いやすいため注意喚起し認識してもらう			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
1644	一般名処方において、入力と異なるメーカーの薬品を交付してしまった。	用量の疑義をしたため、時間かかってしまって監査システムを使用しそびれたため。	きっちり、調剤録のチェックを行う。			ツロブテロールテープ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
1645	アローゼン顆粒　2g　2×朝夕食後　21日分処方0.5ｇ包を84包調剤しないといけないところ、42包で調剤。	2×21日分＝42包と勘違いしての調剤。処方せんの見落とし。繫忙によりｇから包数変換の怠り。	ｇから包数変換を忘れずに行い、電卓を用いて調剤数を忘れずに行う。			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
1646	エディロール８４Cap必要なところ５６錠ピッキング交付時の監査で発覚、８４Capに修正しお渡し	該当処方、前後の処方が５６日分であり思い込みにより５６日分で調剤	ピッキング時、監査時の錠剤監査の徹底常に電卓使用して監査			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
1647	ガスターＤ錠１０ｍｇ６０錠調剤。ウイークリーシートを１０錠シートと思い込んで調剤してしまった。多忙だったことも要因の一つではあり。シート切り替え中であることを知らずに調剤。	ウイークリーシートと１０錠シート切り替え中の場合は、残りの在庫状況から従事者全員に薬品残り在庫の状況により切り替えが発生する旨を周知させる。調剤者はシート混在の旨を鑑査者に一言添える。鑑査者は指差し、声出しをしながらシート確認を何度も行う。				ガスターＤ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	
1648	１５歳患者、外科を受診しており直腸炎との診断。処方箋の記載がサラゾピリン腸溶錠２５０ｍｇ３錠/３×であり、腸溶錠が分３であることに違和感を覚え、疑義照会し分２に変更してもらったが、適応がリウマチのみで腸炎にはサラゾピリン普通錠が正しい処方であることに気付かなかった。監査者の発見がなければそのまま腸溶錠でお渡しすることであった。	現在サラゾピリン腸溶錠の流通が不安定であり、不足分の対応や本処方で使用した際の次回分の在庫についてどうすべきか頭を悩ませてしまい適応に関しての判断が抜けてしまった。	商品名が類似しており、適応が異なる薬剤に関しては薬剤棚に記載して注意喚起するなど改善が必要であると感じた。			サラゾスルファピリジン腸溶錠２５０ｍｇ「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
1649	ベポタスチンOD（10）「サワイ」が処方されており、ベポタスチンOD（10）「タナベ」へ変更して調剤	タナベでの処方が多く、薬品名を最後まで確認できていなかった。	思い込みで入力せず、都度確認をする。			ベポタスチンベシル酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「タナベ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1650	ツムラ抑肝散陳皮半夏湯のところツムラ抑肝散と記載	パソコンの変更に伴い、手動で新たに打ち直したためと思われる。	そういった背景があることを念頭において、確認をよく行う。			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
1651	錠剤をピックアップしてら、他の医薬品が混ざっていた。	余分のシートを仕舞う際、またピックアップする際は必ず過信せずに各シートも確認するよう徹底。	シートを仕舞う際、ピックアップして調剤する際には、必ず1枚1枚裏表を確認して調剤する。			エチゾラム錠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
1652	2種類の診療科にて、プレドニン錠5mgの重複あり。疑義にて一方が削除となった。	ステロイド過量になっていた恐れがある	手帳や処方箋の確認			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：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1653	ランソプラゾールOD15の入荷がなく不足していた。そこに以前は30mgで出されていた方が15mg錠に変更になった処方があったため30mgを半錠にして処方するところを間違えて半錠にしなかった。気が付いて1包化しなおした。	ビンで30mg錠を用意しておいたため。１包化する薬剤師が気が付かず繁盛にしないで１包化してしまった。以前は30mg錠だったため。	毎回処方箋を確認しながら1包化することを改めて申し合わせた。			ランソプラゾールＯＤ錠３０ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1654	一包化ライン引き間違い	一包化調剤の薬局・施設の取り決めで、朝は赤色、夜は青色ラインと決まっているが、ラインの引き間違いがあり朝を青ライン、夕を赤ラインで引いてそのままホチキス止めをしてしまった。監査、セットともに気づかずに流れ、施設職員が気づき服用間違いは防げた。	ホチキス止め後も行った本人が再度目を通す。			アミティーザカプセル２４μｇ クロピドグレル錠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
1655	同一患者に一般名でベラパミル（ワソランで調剤）とベラプロストが処方されている。ベラパミルは1日1回朝食後、ベラプロストは1日3回毎食後で処方されている。一包化を作成するときに、処方せんを見ながら調剤をしたが、ベラパミルをベラプロストと見間違えたため、1日3回で分包してしまった。調剤者がすぐに気づき作成しなおした。	ベラパミルとベラプロストの一般名称が類似したいたため、またベラパミルは1日3回服用することがあるため間違えが生じた。	一般名称は類似しているものが多いため、今回のケースについても薬局内で情報を共有、注意喚起した。			ベラプロストＮａ錠２０μｇ「テバ」 ワソラン錠４０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1656	以前よりメトグルコ錠(250)4T/2×服用中の患者様より、該当月の10月にGE希望のお話があり、担当薬剤師が事務員へ、メトホルミン錠(250)「トーワ」を代替薬として選択するよう指示。そのまま調剤、監査を行い投薬した。12月に処方元の医療機関の事務員より、社保からの返戻の突合点検にて、メトホルミン錠(250)「トーワ」が該当していると連絡があった。調べた結果、メトホルミン錠(250)「トーワ」がグリコラン錠のGEであること、1日量の上限が750ｍｇであり適応外であること、調剤ミスをしてことが発覚した。	当薬局は複数の医療機関の処方せんを取り扱っており、それぞれ後発でメーカー指定で変更不可の指示があり、4種類のメトホルミン錠の在庫があった。トーワは施設の患者様に使用しており、他のメトホルミン錠と区別して保管していたが、処方がとまり、在庫が残っていたため、今回、担当薬剤師はメトグルコ錠からメトホルミン錠「トーワ」へ変更するよう事務員へ指示した。	使用患者がいないため、メトホルミン錠250ｍｇ「トーワ」の在庫を置かないこととした。今後、在庫する際はグリコランのＧＥである旨の付箋などを利用し、箱に添付する。他のメトホルミン錠と別の場所へ保管する。職員へのインシデントの報告、周知をする。			メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1657	毎日薬局在庫数を確認しており、発覚日セパゾン錠1の在庫数が合わないことで事態が発覚。患者交付前であったことから薬局内に残っている患者処方薬を確認した所、調剤した医薬品の数量が間違っていた。	薬局が混み合っているときに調剤したため計数の取り間違いがあった。錠剤を重ね合わせて輪ゴムで止めていたが間の1シート分ぬけがあった。監査者も慣れで監査したためしっかりと確認していなかった。	調剤時、監査時ともにしっかりと輪ゴムを外して数を確認する。			セパゾン錠１	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1658	高齢者の患者のため病院側から1包化の支持あり、朝・昼・夕と30日分の処方の薬が7種類ありました。朝の薬を分包機で作ろうと思ったときに最後のデザレックスの剤形を見たらおかしいと思いすぐにメーカーのコールセンターに電話し1包化不可とわかり別包で渡しました。	焦っていても常に冷静に対応したいと思います。	薬品の棚に1包化不可と赤字のマジックで明記			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：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1659	リンデロンA液が処方されていたが、投薬時に耳に使うとお話あり。投薬者は使用できると思いそのままお渡ししようとしたが、容器をみて患者が耳に使えないんだと気が付き、疑義照会に。その結果点耳として使用できるリンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1パーセントに変更になった。	処方箋には使用部位の記載がなかった。その場で耳に使用といわれて、投薬者は「確か使えるはず」とリンデロン点眼・点耳・点鼻薬と勘違いをしており、曖昧な知識のままできちんとその場での確認を怠ってしまった。	使用部位をあらかじめ確認することが大切。投薬時も不明な点がでたらその場ですぐに調べる必要がある。またリンデロンＡ液は使用不可ときちんと理解しておく必要がある。			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
1660	病院変更により新規患者で受付　処方せん手帳を確認してない様に違いがあることから疑義→処方の間違いが判明エクメット→メトアナ	急な病院変更だったため、Drとの間で薬品の確認が漏れていた　薬局でも手帳との付け合わせが遅れてしまった	新患や病院変更の時など薬剤名や企画など注意			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
1661	クラシエの一袋に入っている包数の数え間違いによる交付数量ミス	1包が21包14包とあるので数え間違いが原因と考えられる。	数の確認を怠らない。			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
1662	処方医院の変更により、本来であればラコールNF配合経腸用半固形剤のところ、ラコールNF配合経腸用液で処方された。慣れていないスタッフが、処方が変わったことについては、疑義せずにそのままで患者にわたした。不足していたため、後日別のスタッフが、処方変更に気づき、医師に確認したところ半固形剤で処方したかったと判明した。患者に連絡したところ、まだ服用していなかったため、経腸用液を全部改修し、半固形剤を届けた。	常勤薬剤師が休みのため、慣れていないスタッフが調剤、監査を行い、処方が変わったことについて気付かなかった。	薬歴の確認を徹底する。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1663	初回問診票にて脂質異常症の現病歴があり、クレストールを服用中であることが判明。プラノバールは脂質異常症患者へ禁忌の薬剤であるため、疑義照会を行い再受診となった。	初回処方であったプラノバールの用法用量、併用禁忌等を添付文書にて確認中に初回問診票と照らし合わせたことで判明した。	初回処方の薬剤は必ず添付文書で用法用量や併用禁忌等を確認する。初回問診票にて併用薬剤や現病歴が空欄になっていた場合は投薬時に改めて患者様に確認する。			プラノバール配合錠	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
1664	12月に当薬局の事務員が在庫医薬品の使用期限チェックを行っていたところ、開封済みのメサデルム軟膏10ｇチューブの期限が2021年6月で切れているものであることが判明した。調剤歴を遡って調べたところ、9月にメサデルム軟膏を入れた軟膏混合指示の処方があり、その調剤に使用した残りであることが分かった。該当患者は施設入居者だったので、施設看護師および処方医に報告しお詫びを伝える。当時の皮膚症状については、特に悪化とかなかったとのことだった。	普段あまり見ない軟膏同士の混合指示だったため、配合変化等混合可否を確認することに気を取られていた。また、メサデルム軟膏チューブの使用期限は、印字ではなく型押しだったので確認しづらかった。そして、使用期限が近いとか切れているとか確認するという手順が頭から抜けて、使用期限内であることが当たり前と思い込んでいた。	在庫医薬品の使用期限はこまめにチェックする。調剤時は使用期限を確認するよう意識づける。			メサデルム軟膏０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1665	トラマゾリン点鼻液の２倍希釈の処方箋を原液で入力した。	２科受診で同じ薬が処方されていた。その件で患者様のご家族に確認や症状の状態確認等に気を取られ入力が間違っていることにきがつかなかった。調剤時に２科の処方で確認事項が多くまた在庫のない薬もありそちらの方の処置にきがいってた。２科受診や申送りなどの確認に気をとられ入力を間違った。	落ち着いてしっかり処方箋を確認し監査・投薬する。バタバタしているときには自分だけでなく他のスタッフも集中できていないということを頭に入れて仕事をする。子供の場合はトラマゾリンの希釈にいつも以上に気を付ける。			トラマゾリン点鼻液０．１１８％「ＡＦＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1666	フルイトランのｍｇ数の見間違えによる一包化時のミスさらに鑑査者の確認不足でそのまま患者への交付調剤者が気づいたため確認の連絡をして患者の服用が行われる前に交換	繁忙時での来局で処方せんの見間違えおよび鑑査での焦りによるミス	すべてヒートから取り出して一包化するため、繫忙時であろうと脱ヒートをする前の確認を相互で鑑査するよう徹底した			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1667	デュロキセチンカプセルのＧＥメーカー名が渡したものと薬情の名前が異なる	在庫の関係で急遽変更した。	変更しても全ての印刷物を確認する。			デュロキセチンカプセル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
1668	ビオフェルミン配合散、ロートエキス散、タンニン酸アルブミンの混合粉薬の処方であったが、間違ってビオフェルミン配合散、タンニン酸アルブミンの混合薬剤を調剤、交付してしまった。	普段あまり調剤していない者が調剤し、鑑査者はしっかり確認せずに交付してしまった。（普段は薬品名が印字されているが機械の故障で印字されなかった分が少し前にありその残りだと思い込んでいた。）鑑査システムにロートエキス散のバーコードが通されないまま残っていたが急いでおり気づかなかった。	多忙な時こそしっかり確認する。			ロートエキス散「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
1669	アンブロキソールが通常用量超えて処方されており主治医に疑義紹介した	医師への情報提供不足	カンファレンスなどで医師に積極的に事例報告していく			アンブロキソール塩酸塩細粒１．５％「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
1670	メチコバールを追加するよていだったが、アルドメットが記載されていた	メチコバールとメチルドパで、名称が類似していたため間違えたと思われる	患者様としっかり会話をして、ミスに気付けるようにする			アルドメット錠２５０	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1671	GE希望患者で平素からベポタスチンOD１０ｍｇ「タナベ」２８錠で調剤棚にタリオンOD錠が８錠混ざっていることに気づかず１０錠シート２枚と８錠で輪ゴムをかけてお渡しする数十分後に投薬した薬剤師が気が付き患者に電話　事情を話し間違いの薬を正しいものと交換させていただく	普段のピッキングで調剤者が問題なく調剤したと思い込み、監査投薬をすりぬけてしまう表面だけの確認で１シートずつは確認していない	監査するものはシートごとに確認すること普段から時間のある時は棚に入っている薬が正しいか確認すること			ベポタスチンベシル酸塩錠１０ｍｇ「タナベ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1672	下痢が続くため、12/7にラックB　3T×分3→ミヤBM　6T×分3に変更された。整腸剤の種類が変わったこと、1回2Tずつと説明して渡した。12/23に下痢とガス腹のため、整腸剤がミヤBM6T→ビオスリーOD　3Tに変更になり、ガスコン（40）3T×分3が追加となった。いずれも初処方であったため、薬効を説明して投薬した。1/2に再びミヤBM　6T×分3が処方されたので話を聞いたところ、12/23のガスコンはミヤBMと同じ整腸剤で、ビオスリーがガス抜きと思い込んでいた。またミヤBMは1回1Tずつ、ビオスリーは1回3Tずつ服用していた。	患者はミヤBMとガスコンのシートの色や錠剤の大きさが似ているため、同じ薬と勘違いした。そのために、もう一方のビオスリーはガス抜きと思い込んだ。12/7のミヤBMはそれまでのラックBと同じ量と思い1回1Tで飲んでしまった。ビオスリーは錠剤が小さいから弱い薬と思い、多く飲まないと効かないと思った。薬剤師は説明したとき患者がうなずいていたため、理解していると思った。	ゆっくり丁寧に説明する。話が理解できていないことを想定し、薬袋に薬効をペンで書き、1回1T以外のときは赤ペンでその部分を囲むなど強調して、飲み間違いがないようにする。投薬後数日したら、飲み間違いがないか念のため確認する。			ガスコン錠４０ｍｇ 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
1673	アラセナA軟膏3%5gを調剤するはずが2gを取ってしまった。	薬局内にアラセナA軟膏3%が2gと5gを置いている事を知らなかった。確認不足。	薬の規格を把握する。			アラセナ－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
1674	処方せんには【般】メトホルミン塩酸塩錠500mgと書かれていたが、調剤者はその患者が先発志向の方と思い込み、メトグルコ錠500mgを調剤してしまった。また、監査者も薬情と現物の照合の際、うっかりスルーしてしまった。患者からの電話で、調剤ミスが分かり、直ちに謝罪し、メトホルミン塩酸塩錠500mgを届けた。	当時、薬局は混んでいて、当事者たちは焦っていたのも要因の一つと考えられた。	今回の件は忙しかったと言うのは言い訳に過ぎず 、もっと緊張感を持って、仕事に臨むよう心がけたいと思います。			メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「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
1675	ロスバスタチン2.5のトレイにロスバスタチンOD2.5が入っていた。ロスバスタチンODピッキング後残りを戻すときに間違って戻したと思われる。	目で確認した後なおすときに目を離した可能性あり。	なおすときはトレイを取り出してからなおすか、指で場所を確認してなおす。を職員で徹底する。			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	
1676	棚卸中に、エスゾピクロン錠2mg「トーワ」の箱にエスタゾラム錠2mg「アメル」が混在しているのを発見した。	類似名称品のため、エスタゾラム錠2mg「アメル」を誤ってエスゾピクロン錠2mg「トーワ」に戻したものと考えられる。	毎月月末に向精神薬の残数を確認しているが、月中に発生したため、遅れて発覚した。引き続き、月末の残数の確認を行うと共に、箱に戻す時に薬の名称、規格だけではなく、ヒートデザインも確認してから戻すようにする。			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
1677	点眼薬が3種類処方されている患者。ミケルナ配合点眼液　1日1回両目点眼　5ml　の処方のため2.5ml/本製剤のため2本調剤しなければならないところ、1本で調剤を行ってしまった。鑑査時に本数が足りないことに気が付き患者へは正しい用量で交付された。	他2つの点眼薬は　1日2回両目点眼　10ml　の処方だった。5ml/本の製剤のためそれぞれ2本で調剤を行っていた。ミケルナ配合点眼液も1本5mlと勘違いをしてしまったことが原因であり製品用量の違いに対する知識が不足していた。	点眼液には5ml製品と2.5ml製品が混在することを周知していく。			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
1678	以前より「ウルソ錠100ｍｇ」で投薬。当薬局に後発品「ウルソデオキシコール酸100ｍｇ」の在庫もあり、後発品の交付が圧倒的に多い。そのため後発品を調剤棚から一旦取り出したが、先発品だと気づいた。後発品と先発品を変更する際「ウルソ1錠00ｍｇ」の棚に後発品を戻してしまい、105Ｔのうち5Ｔのみ後発品を混在してお渡ししてしまった。次の日に別の薬剤師が先発品の棚に後発品が混じっているのに気が付き在庫を確認。ウルソ100ｍｇ5Ｔを「ウルソデオキシコール酸錠100ｍｇ」でお渡ししている可能性に気が付いた。すぐにご本人に電話し確認していただいたところ、5Ｔのみ後発品になっていた。服用はされていなかったため交換しお詫びした。	今回複数の薬剤師がいたが、先発品と後発品の混在に気が付かなかった。調剤棚に戻す際に薬品名を確認せず戻してしまったことが要因と思われる。また先発品と後発品はヒートのデザインも似ているため気づきにくかった事も要因の一つと考えられる。	処方箋を確認するときには、以前の薬歴と調剤録　薬情をよく確認する。また先発品と後発品の交付を間違えないように薬歴記載の先発品にはマーカーにて色付けをし注意をするように改善した。			ウルソ錠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	
1679	一包化にて処方あり。寝る前にミルナシプラン、エスタゾラムが処方されていたが、ミルナシプラン→ミルタザピンの取り間違いが発生。監査時に間違いが発覚し、交付前に修正してお渡し。	ミルタザピンも平素から使用している薬剤であり、そちらの薬であろうと先入観があった。どちらも15mg規格の薬剤であり、名称も似通っており、「ミ」から始まる劇薬棚に一緒に保管していたことで取り違いが発生した。	店舗内で共有。2剤は別棚に保管することとした。			ミルタザピン錠１５ｍｇ「ＥＥ」 ミルナシプラン塩酸塩錠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
1680	他院でモンテルカストチュアブル服用中だが、オノンＤＳ同効薬処方された為疑義確認	監査時、併用重複見逃さないよう徹底する	監査時、併用重複見逃さないよう徹底			オノンドライシロップ１０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1681	散薬は普段から最少包装単位を購入している。添付文書もあるため、散薬瓶単独ではなく、外箱の中に入れて保管・調剤している。散薬瓶を外箱にもどす際に、それぞれ反対の外箱にいれてしまった。次に調剤する薬剤師が散薬瓶の戻し間違いに気づいた。	普段は間違えることがない薬剤師である。たまたま繁忙していた時であったかもしれない。2種類だけだったのが原因かもしれない。	散薬便に直接、輪ゴム止めで添付文書を留め置くように改善した。			ゼスラン小児用細粒０．６％ カルボシステインドライシロップ５０％「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
1682	ロゼレム８ｍｇを眠前粉砕で服用していた患者。今回からリスミー１ｍｇが追加され用法が夕食後へ変更となった。左記薬剤を調剤したが、鑑査の段階で用法が夕食後ではなく眠前で印字されていることに気が付いた。その後正しい用法の印字で作製しなおしたため患者への被害はなかった。	ロゼレム、リスミーは通常眠前に服用する薬剤のため眠前と思い込んでしまった。分包機から患者データの選択を誤った。	用法用量、日付、日数など分包画面で処方箋と照らし合わせることを徹底する。			リスミー錠１ｍｇ 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
1683	「般」タムスロシン塩酸塩口腔内崩壊錠0.1ｍｇ処方のところ、0.2ｍｇ錠で交付。90日間そのまま気づかず服用し、今回投薬時に医師から増量するとの話しで食い違いに気づき、前回の処方せん確認し、投薬間違いが判明。健康被害はなかった。処方医師に即報告の電話。	昼時間の繁忙と、スタッフ人数が昼食で減っている中でのレセプト入力、調剤、交付により、チェックが不十分だった。	思い込みのレセプト入力、調剤、交付となったことから、人数少ない中での作業は特に声出し確認する。			タムスロシン塩酸塩ＯＤ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：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1684	今回トリメブチンのかわりにエフピーが処方された。すぐに医師に確認して処方の間違いと確認できたが、出すための準備をしていたのですべて取りやめにした。トリメブチンの先発品セレキノンとエフピーの一般名セレルギンを勘違いされていたようだ。	医師の多忙による処方箋の間違い。当然ながら2重の監査を行い医師のミスを未然にふさぐようにする。	必ず二重で監査を行い、間違いの無いようにする。			エフピーＯＤ錠２．５	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1685	一包化の患者様。自動分包機を使用して一包化をした。朝食後のパックはカルベジロール錠10mg「サワイ」を含む11剤、42日分の処方。朝食後のパックを鑑査中、一部にカルベジロール錠ではなくデュタステリド錠0.5mgAV「DSEP」が混入しているパックを発見した。当該患者様の処方にはデュタステリド錠は無かった。結果として、42包中5包にカルベジロール錠ではなくデュタステリド錠が混入していた。カルベジロール錠およびデュタステリド錠はどちらも自動分包機内に在庫のある薬だった。	当該患者様の一包化を行う直前に、自動分包機から取り出されていたデュタステリド錠28錠を自動分包機内に戻していた。自動分包機への充填時にはバーコードを読み込み照合、カセッターと薬が相違ないか確認を行う。またはバーコードの無い薬の場合は薬剤師2名で目視で確認を行うが、その時は確認を行っていなかった。そのため誤って外観の類似しているカルベジロール錠のカセッターへデュタステリド錠を充填してしまったと考えられる。	事例について薬局内で共有。自動分包機への充填時の手順の遵守を徹底することを改めて周知。自動分包機にチェックの手順を遵守するよう張り紙をして注意喚起した。			カルベジロール錠１０ｍｇ「サワイ」 デュタステリド錠０．５ｍｇＡＶ「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
	すぐに薬局在庫を確認した。結果として、他の患者様の一包化に使用したが印字間違い等で一包化をやり直すため一度取り出したデュタステリド錠を自動分包機内へ戻した際に、誤ってカルベジロール錠のカセッターへ充填していたことが判明した。誤って充填していたデュタステリド錠を戻し、その状態でカルベジロール、デュタステリドの在庫が薬局在庫と一致することを確認。当該患者様を含めカルベジロール錠を処方されている患者様へ誤ってデュタステリド錠が渡ることはなく、患者様への影響はなかった。						
1686	フェキソフェナジン錠60ｍｇ「ＳＡＮＩＫ」を調剤する為、調剤棚の中にある箱を出したらアレグラ錠60ｍｇが充填されていた。すぐに気が付き所定の棚に戻し、事なきを得た。	薬品が納入されたときに確認を怠り、充填してしまった。	棚に入れるときは、必ず薬品名、規格、期限を確認し、補充する。			フェキソフェナジン塩酸塩錠６０ｍｇ「ＳＡＮＩＫ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1687	入院のため転院予定で受診し、いつものお薬ではあったが、処方がいつもの病院でもらうものと異なり疑義照会の必要のある薬剤が処方されていたため、慌てていたこともあり交付した薬情が先発名のものであり、お渡ししたお薬と異なっていた。患者様にTELにてお話し、納得されていたため郵送にて薬情をお送りする。	処方箋の発行医院が異なると、書き方も変わるため慌てずに入力や薬剤確認を行う。薬情の確認を怠らない。	処方箋と入力されている薬歴の比較を並べて行う			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
1688	ビソプロロール（5）を分包するところ、ビソプロロール（0.625）を分包した。監査者が確認したことにより、規格違い発覚。ビソプロロール（5）をカッセターに充填する際、ビソプロロール（0.625）を間違えて充填したことにより起こった。	ビソプロロール（5）充填する際、カセッター内の薬と充填する薬の確認不足が生じ起こった。	カセッターに充填する際、薬の印字を再度確認し充填する。			ビソプロロールフマル酸塩錠５ｍｇ「サワイ」 ビソプロロールフマル酸塩錠０．６２５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1689	患者が他院で処方されているものをPCR検査の際に医師に処方依頼。普段使用しない薬剤なので検索する際、ミスタッチが発生した。正）ツムラ64　炙甘草湯　3.0ｇ　頓服　動悸時 誤）ツムラ68　芍薬甘草湯　2.5ｇ　動悸時	現在　医師の仕事が煩雑になっている。処方交付時にミスが発生したと考えられる。	基本の行動を守り、しっかりと処方監査を行う。			ツムラ炙甘草湯エキス顆粒（医療用） ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1690	頓服にてレキサルティ2mg1回1錠7回分追加処方あり添付文書より1mgから開始すること、頓服での服用はあまりないことから、投薬時に患者様に確認。付き添いの方よりレキソタンの情報聴取。医師に疑義照会し、誤った処方であったことが発覚した。患者様には正しい薬を配薬できた。	投薬時に患者様から情報得たことで、確信をもって疑義照会を行えた	投薬時にも疑問がある場合は必ず確認を行う病院への疑義照会を円滑に行えるように、スムーズに調剤を行う			レキサルティ錠２ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1691	暮にお渡ししたくすりを今日から服用しようと開封したところ、いつもはアムロジピンOD２．５なのに５mg錠が入っていた。患者様よりTELあり。処方せんを確認した上でお詫びをし、すぐにお取替えに伺った。	頻繁に処方される薬で確認不足があった。	１剤１剤規格を確認することを徹底する			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
1692	（般）クロルフェニラミンマレイン酸錠2mg　6錠　分3で処方されており、先発：ポララミンで調剤し鑑査をしていたところ、ポララミンの用量が通常1回1錠　１日１～４回のため用量に違和感を感じた。患者さんと直接コミュニケーションをとったところ、アレルギー症状はなく、胃腸症状を訴えていた。処方医に疑義照会をしたところ、ホスミシン錠とポララミン錠の入力ミスだったことが判明し処方変更を行った。	患者様の症状・訴えに対して処方内容が適切かを確認を怠った場合は、そのまま渡してしまう可能性がある。	患者様とのコミュニケーションを通じて、処方内容が適切かが判断できることも多い為、会話を大事に投薬を行う。			ポララミン錠２ｍｇ ホスミシン錠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
1693	一包化前のピッキング時にニフェジピンCR20ｍｇ処方のところ40ｍｇをピッキング。脱ヒート前に気づき処方通りの20ｍｇにて調剤した	ヒートの色は異なるが、脱ヒートした後の錠剤はかなり似ているため十分な注意、確認が必要	一包化前の複数人での薬剤監査の徹底			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1694	一般名アレンドロン酸錠５ｍｇ１２０日分の処方あり。入力はアレンドロン酸錠５ｍｇ「日医工」１２０日分だったが、アレンドロン酸錠５ｍｇ「日医工」１２０錠と思い込み、アレンドロン酸錠５ｍｇ「日医工」２０錠「テバ」１００錠でお渡しした。	調剤時にメーカー切り替えに気が付かず、アレンドロン酸錠５ｍｇ「日医工」１２０錠と思い調剤した。レセコン入力する事務員にもメーカーが切り替わったことは伝わっていなかった。投薬時、アレンドロン酸錠５ｍｇ１２０錠は確認したが、「テバ」１００錠のアルミ包装のメーカーの確認を怠った。数日後、在庫管理のコンピューター上でアレンドロン酸錠５ｍｇ「日医工」が１００錠マイナスになていたため発覚した。アレンドロン酸錠５ｍｇ「日医工」は入荷予定がないため、レセコン入力をアレンドロン酸錠５ｍｇ「日医工」２０日分、アレンドロン酸錠５ｍｇ「テバ」１００日分へ変更。患者様へ連絡、謝罪した。	入荷しない薬が多く、メーカー変更が多いです。調剤時、PTPやアルミ包装のメーカーを毎回確認しメーカー変更時は入力の事務員へ声を掛けます。投薬時も薬品名、規格だけでなくメーカーも確認します。			アレンドロン酸錠５ｍｇ「日医工」 アレンドロン酸錠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
1695	リバクレオンカプセル15mg　12cp　毎食直後　30日分　で処方あり。計360cpで調剤するべきところを、3箱＋6シート（計432cp）で調剤してしまい、監査時も気付かなかった。患者は一旦外出されていたため、投薬時は別の薬剤師が対応したが、患者からの申し出により数がいつもより多いことに気付いた。その場で再度数を確認し、正しい数量でお渡しすることが出来た。	該当薬は添付文書においても12cp/日で服用とされている薬剤であるため、1シートが12cp包装になっている。外観上、1シート10cpだと勘違いする可能性が高く、注意が必要である。今回は幸いにも、患者の理解力が良好であり、患者の方がすぐに間違いに気付き発見に至ったが、監査もすり抜けてしまっていたため誤薬の可能性が高かった事例であった。	1箱120cp、1シート12cpと特殊な包装の薬剤であるため、該当患者の電子カルテにも注意喚起の記録を行った。調剤、監査時の確認を再度徹底し、監査時はシートの枚数だけでなく、表裏すべてを確認することで間違い防止になるため確認を怠らないようにする。			リバクレオンカプセル１５０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1696	当事者は薬剤師か事務員か不明だが、ジフェニドール錠25ｍｇ「日医工」を保管している棚にジフェニドール錠25ｍｇ「タイヨー」が箱ごと入庫されていることが、ピッキング時に、発覚した。ジフェニドール錠25ｍｇ「タイヨー」は「日医工」の商品が在庫消尽次第、使用する為、別の棚に保管し、薬局スタッフに注意喚起を行った。	ジフェニドール錠25ｍｇの別メーカーの納品があることへの周知不足。棚へ入庫する時の確認不足。	GE医薬品の供給が不安定であるものが多くある為、別メーカー変更は頻発する。その為、棚や医薬品箱に付箋等つけて注意喚起を行う。また、入庫時の4点確認（名称、規格、剤型、会社名）は怠らないこと。もし、混合してお渡しした場合、健康被害は避けられるかもしれないが、患者が不信感を抱えてしまう可能性がある為、十分注意すること周知。			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「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	
1697	腹痛患者への処方で桂枝加朮附湯が処方されていた。同時処方でビオフェルミンとブチルスコポラミンがでており、類似薬品の桂枝加芍薬湯の処方間違いを疑い疑義照会をした結果、桂枝加芍薬湯へ変更となった	平素からツムラ60番の処方が多く出ており、ツムラ18番は在庫はあるものに、あまり出ないため不信に思った。	店舗内で、電子カルテの入力ミスがあった事例について情報共有した。			ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒（医療用） ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒（医療用）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1698	12/21よりテルミサルタン40ｍｇからテルチアAPに処方変更であったが、前回11/24ＤＯで入力・一包化。監査見逃しで服用終了。1/19新たな処方箋をお持ちの際に前回12/21のミスが発覚。	入力チェックの見逃し	入力チェックの徹底と一包化監査時、処方箋で1剤ずつ確認するよう徹底			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
1699	アンブロキソールOD４５ｍｇの処方を散剤へ変更する際、アンブロキソールＤＳへの用量変更のみで、用法変更をしていなかった	用法の変更まで意識がまわっていなかった	処方変更の提案をした人とそれを監査する人のダブルチェックを行う			アンブロキソール塩酸塩細粒１．５％「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
1700	下痢と発熱を訴えPCR検査受診された外待ち患者に、ミヤＢM6錠処方のところをマグミット錠500ｍｇ6錠に誤って交付し、患者の妻から過誤の連絡を受け発覚。今回は服用前だったが、服用していた場合下痢症状悪化に伴う脱水などが危惧された。	外見の似た薬の配置が斜めであった。外で交付の為、あらかじめ監査して薬袋をまとめて、薬情のみで説明し最終の目視を怠った。第6波の中PCR外待ち患者が当日21名いた。	ミヤＢMとマグミットの配置を隔離し注意喚起の札を張った。外で交付の場合も患者と確認できるように台を設置した。			ミヤＢM錠 マグミット錠５００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1701	一包化薬の調剤を行い薬剤や錠剤数を監査していたところ、ベタヒスチン錠１２ｍｇを調剤すべきところに６ｍｇ錠が混在していた。１２ｍｇのカセットへの薬品補充の際に誤って６ｍｇ錠を入れてしまったことに起因するものであるとわかり、すぐさま６ｍｇ錠から１２ｍｇ錠への入れ替えを行い正しいものを交付した。カセットの中身については分別して６ｍｇ錠をすべて抜き取った。また、遡ってベタヒスチン１２ｍｇの一包化調剤患者分について確認したところ当該患者以外には誤調剤はなかった。	同銘柄の規格違いで取り間違いの起こりやすいものであることに加え、当該薬品に関しては外観・大きさがほぼ同じで錠剤の印字も目立ちにくいものであった。大きさがほぼ同じことから充填後はカセットからエラーなく落ち、一包化されてしまった。	充填時は必ず複数人で薬品名や規格を確認する。			ベタヒスチンメシル酸塩錠６ｍｇ「トーワ」 ベタヒスチンメシル酸塩錠１２ｍｇ「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
1702	分包中に酸化マグネシウム500mg『ケンエー』が切れてしまったが、酸化マグネシウム500mg『ケンエー』を充てんする分包機カセットに誤って酸化マグネシウム330mg『ケンエー』を充てんしてしまった。気づかずそのまま分包。分包後鑑査時に誤りが判明し、直ちに訂正したため、患者様にわたる事はなかった。	分包時、薬局内には薬剤師が一人であったためダブルチェックができず。急いでいたため、カセットと充てん医薬品のチェックもおろそかになっていた。	充てん前にカセットのバーコードと酸化マグネシウムのバーコードを突合させてミスを防止。また、充てんする前に他スタッフとダブルチェックを心がける。			酸化マグネシウム錠３３０ｍｇ「ケンエー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1703	以前から服用しているアムバロ「テバ」が今回も処方されていた。１日１回、１回１錠、７０日分。ところが、「テバ」のアムバロが入手困難な状況があり、別メーカー（東和薬品）でお渡しすることになりました。お渡しする際、既存のメーカーのお薬が入手困難であること、代わりに違うメーカーで用意していること、普通錠からOD錠へ変更になっていること説明しました。ただ、今までのアムバロの包装がウイークリー包装で、今回お渡しした包装が10錠シートであることを見落としていました。患者さんから「１シート当たりの数が今までと異なっており、５枚しか入ってないので、お薬が足りない」と連絡があり、計数間違いが発覚しました。	テバとトーワのシートの大きさが、ほぼ同じであったため、どちらもウイークリー包装と思い込みをしてしまいました。輪ゴムで留めてありましたが、監査の際は、必ず、輪ゴムを外し、シートの確認をすることを徹底するようにしました。	監査の際は、必ず、輪ゴムを外し、シートの確認をすることを徹底するようにしました。			アムバロ配合ＯＤ錠「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
1704	プロペトとビーソフテンクリームが配合不適であることに気づかずに交付してしまった。患者より「肌がざらつく」と訴えあり。過去に使用したものよりも使い勝手が悪いと訴え確認したところ過去にはプロペトとヒルドイドクリームの混合がでており、こちらは配合可能でビーソフテンは不可であったのを見逃してしまった。一般名処方で先発医薬品が可能だった配合だったためビーソフテンクリームも可能と判断してしまった。謝罪、新しく作り直し交換させていただいた。	軟膏の混合の処方が少なく普段から混合時に配合変化などは確認していたが見慣れている薬同士の配合だったため確認を怠ってしまったのが原因と考える。配合変化表、冊子の確認は今事例もおこなっていたがヒルドイドクリームが可能だったため（一般名で検索）勘違いが起きてしまった。	必ず配合確認をするよう指導。冊子を充実させた。当該患者の薬歴にジェネリック希望があっても混合時は先発品を使用するよう記載。			ビーソフテンクリーム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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1705	別の患者(お二方とも男性)で同処方内容の処方せんを2枚連続で受付、取り揃えを行った。入力が終わり、取り揃えを終えたかごに処方せんを入れた。薬剤師が鑑査を行い、かごに入っている処方せんが逆であると気がついた。正しい患者の処方せんを確認し、薬を交付した。	処方内容がまったく同じであったため、患者氏名を確認せずに処方せんを入れてしまったと考えられる。	処方せんの名前を確認する。			セフジニルカプセル１００ｍｇ「トーワ」 ゲンタシン軟膏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
1706	A患者に薬剤を交付するところ、B患者が呼ばれたと思い交付口に来た。A患者とB患者の処方が似通っていたため、誤ってB患者と話しているにも関わらず、投薬者と話がかみ合ってしまった。次投薬がB患者の薬剤が残っていることに気付き、交付前に気付くことができ、誤交付を回避できた。	薬剤交付者は新人薬剤師で慣れが生じてくるころだった。また、混雑時ということもあり焦りがあったため、交付を急いだため誤った患者に交付をしていることに気付かず話を進めてしまったと思われる。	患者をお呼びするときは、まず薬袋で患者名を目で確認してもらうことで同様の事例を防ぐこととした。			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
1707	PL配合顆粒を14包ピッキングすべきところを12包でピッキング。監査を行った別の薬剤師が間違いに気づいた。	自店舗には3包つづりの薬が多い中、PL配合顆粒は4包つづりの為に間違いが起きたと考えられる。	思い込みによる取り間違いを防止するために、ピッキング時に目に入るような注意喚起の札をつけることを検討する。			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
1708	一包化したものを渡す際にDrからバルサルタン40mgから20mgに変更の電話があったため、作り直しをした。その際にバルサルタン40ｍｇとセチリジン10ｍｇを１錠取り間違えた。監査時、スルーしたが、バルサルタン40ｍｇを棚に戻す際にすべての錠剤を確認したところ１Ｔ違う刻印のものが混じっていたため取違にきづいた。	一包化の作り直しかつ、店舗が忙しかったため取り除く際のダブルチェックを怠った。監査時も形状が似ていたためスルーしてしまった。	作り直し時のダブルチェックをする。抜き取った錠剤の刻印の確認をする。			バルサルタン錠４０ｍｇ「サンド」 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	
1709	アムロジピン5ｍｇ2Ｔ　2×→アムロジピン2.5ｍｇ2Ｔ　2×　にて1包化　投薬	鑑査の不徹底	1包化する前に、調剤時鑑査、投薬時鑑査と入れるようにする。			アムロジピンＯＤ錠２．５ｍｇ「明治」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1710	70歳代の患者に既存のトリアゾラム錠0.25ｍｇ「CH」が入手困難だったので、トリアゾラム錠0.25ｍｇ「テバ」を調剤して交付した。患者はリセドロン酸Na錠2.5ｍｇ「サワイ」を服用中で、ヒートの外観や錠剤の大きさが酷似していたため、リセドロン酸Na錠2.5ｍｇ「サワイ」のかわりにトリアゾラム錠0.25ｍｇ「テバ」を誤服用しそうになった。	現在、ジェネリック医薬品の流通が不安定で、その時点で入手可能なメーカーの薬剤を調剤して交付している。日々の業務で入手困難な医薬品を手配するのは現場ではかなりの負担となっている。この患者のトリアゾラム錠のメーカーが変更になるのは、今回3回目で、本人も辟易としておられた。ご理解いただくことに意識が傾き、前回お渡しした薬剤との違いを説明しただけで、服薬中のリセドロン酸Na錠2.5ｍｇ「サワイ」とヒート外観や錠剤の形状が酷似していることを患者へ十分に説明していなかった。	・トリアゾラム錠0.25ｍｇの取り扱いメーカーを「日医工」に変更し、外観類似を回避した。・薬局で新たに導入されるジェネリック医薬品の外観等が既存の医薬品と類似していた場合、調剤過誤を起こすリスクが高まる。医薬品の供給が不安定でメーカー変更品が多発している現状下では、薬剤師間で情報共有するだけでなく、薬剤変更によるリスク発生を回避するために細心の注意を払って、投薬時の説明を行う。			トリアゾラム錠０．２５ｍｇ「テバ」 リセドロン酸Ｎａ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
1711	ヤーズ配合錠で処方されていたものを、誤ってヤーズフレックス配合錠を調剤、交付した。患者が帰宅後、処方箋を見直していた際に薬剤師が気づき、患者に電話、正しいものを郵送して誤って交付したものは次回持参頂けることとなった。	事務員がおらずすべての業務を薬剤師１人がこなしている状況で、他の患者も待っており多忙であった。	名称類似の注意喚起をもっとわかりやすく薬剤棚に表記する。患者に渡す前に、監査、カウンターでの投薬時に複数回、薬袋と現物を照合する。			ヤーズ配合錠 ヤーズフレックス配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1712	前回までヤーズが処方されていた。今回よりヤーズフレックスとなったが、調剤された薬はあっていたものの、入力ミスに気付かず、投薬でもDOと勘違いし「同じです」と説明をしてしまった。数日後、同じ薬が処方された際に在庫が合わないことに気づいた他の薬剤師が調査したところ、今回のミスに気付いた。すぐに患者さまに連絡を取り謝罪。患者様はヤーズフレックスに変更されることを医師から説明を受けており、以前にも服用したことがあるため、服用方法も理解していた。	調剤・監査もスルーしてしまったのが大きな要因の一つだが、投薬が若い男性薬剤師であり、当薬剤師はこの薬の分野がまだ不勉強で苦手であったことも要因の一つである。最低でも患者様とのコミュニケーションが取れていれば間違いに気づけた可能性が高い。	多規格のあるものは特に、声出し、薬情の写真と見比べる、患者様にしっかり目視してもらうことを徹底した。苦手分野の克服もしかりだが、どうしてもの時は他の薬剤師のアドバイスも必要であることをミーティングした。			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
1713	緑内障のためビマトプロスト点眼液とアイファガン点眼液を使用していたがジェネリック医薬品希望のためアイファガン点眼液をブリモニジン点眼液に変更することになった。調剤時に並んだビマトプロスト点眼液とブリモニジン点眼液点眼液を見て外見の類似に気づいた。このため新しく変更したブリモニジン点眼液に見分けラインをつけた。後日電話にて間違えない使用を確認した。	点眼液の外見的類似	複数の外用薬が処方されている場合調剤時に薬を並べると外見的類似に気づく。			ビマトプロスト点眼液０．０３％「ＳＥＣ」 ブリモニジン酒石酸塩点眼液０．１％「ＳＥＣ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1714	規格違いでお渡し。処方内容をきちんと確認できてなかった。	前回と同じ内容だったので規格の確認を怠った。	規格の確認の確認とマーカー等によるチェック。			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
1715	12/7同様に0.5μgのところ0.75μgでお渡し。処方内容をきちんと確認できてなかった。	前回と同じ内容だったので規格の確認を怠った。	規格の確認の確認とマーカー等によるチェック。			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	
1716	0.5μgのところ0.75μgでお渡し。処方内容をきちんと確認できてなかった。	前回と同じ内容だったので規格の確認を怠った。	規格の確認の確認とマーカー等によるチェック。			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
1717	自動分包機にて一包化したところカンデサルタン４ｍｇ「ケミファ」を充填するところをガランタミンOD４ｍｇ「アメル」を充填してしまい３日分を一包化してしまった。その後別の人の予製調剤時に充填ミスということに気が付き患者様が服用する前に薬剤を交換することができた。	時間帯から忙しく焦りもあり一包化した薬剤師、監査をした薬剤師が気が付かず渡してしまった	自動分包機への薬剤充填は目視のみの確認だったがバーコードでのチェックも今後は入れるようにした。			カンデサルタン錠４ｍｇ「ケミファ」 ガランタミンＯＤ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
1718	ロスバスタチン2.5ｍｇサワイは朝食後服用で、ゾルピデム酒石酸塩錠明治は寝る前服用の薬だったが、外観が酷似しており、薬袋を逆に入れて交付してしまった。以前からずっと服用している薬なので、患者様が服用する前に気が付いて入れ替えてくださった。翌月来局された際にそういうことがあったと報告を受けた。	薬袋に入れる際に薬品名を確認し、交付時にもう一度確認することを怠ったためと思われる。	薬袋に入れるときと交付時にも必ずダブルチェックするように徹底した。また、今回のケースを薬剤師全員に共有した。			ゾルピデム酒石酸塩錠５ｍｇ「明治」 ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1719	クラシエ当帰芍薬散7.5ｇ分3で処方されており、1包2.5ｇの当薬品を1日3包ずつ日数分ピッキングする所、誤って1包3.75ｇの方を1日2包ずつピッキングしてしまった。	クラシエ当帰芍薬散は分2のものしか在庫していなかったため分2だと思い込んでしまった。	処方箋の用法用量までしっかり指さし確認することの習慣づけを徹底する。			クラシエ当帰芍薬散料エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1720	血小板減少症でプレドニンを服用中の患者に、ひざの痛みでロキソニン錠の処方。ロキソニン添付文書禁忌の項目に重篤な血液異常のある患者(血小板機能障害を起こし、悪化する恐れがある)の項目を見落とし、疑義照会せずに投薬。投薬後、禁忌項目に気づき、医師に疑義照会しセレコックスへ処方変更となる。患者様にすぐに連絡し、ロキソニンは服用していないことを確認して、変更になった薬と交換した。	ロキソニンは頻繁に処方される薬で、慣れと慢心があったと思われる。	いかなる場合でも、患者状況をよく確認し、監査の段階で処方が適切かどうかの性格な判断が必要。そのためには、薬剤師の知識であったり、周りの環境の整備であったり整えることが必要。			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
1721	患者様は病院医師から名称変更になり、少し用量が変わるが同じ成分との説明を受けていた。以前はプロプレス錠4ｍｇを服用されており、一時期調子が良くなり服用中止。最近数値が上がってきたので再開となる。カンデサルタン錠12ｍｇとの記載があり疑義照会を行った。カンデサルタン錠「あすか」12ｍｇから「4ｍｇ」に変更となった。	病院の採用薬変更。システム変更があり、処方医のパソコンミスだと思われる。	調剤を行う前に疑わしい点があれば必ず疑義照会を行う。			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
1722	【般】オキシコドン錠5ｍｇ（乱用防止製剤）1錠40回分）を受け付けました。オキシコドン錠5mgNX「第一三共」 40錠を調剤すべきところ、調剤者がオキシコンチンTR錠5mgを40錠誤って調剤し、監査者も調剤過誤に気付かず投薬してしまいました。また、入力者も調剤者の指示のもと、レセコンにオキシコンチンTR錠5と誤って入力してしまいました。	調剤を担当した管理薬剤師が、後発品のオキシコドン錠5ｍｇNX「第一三共」の在庫がなかったことから、では先発品で調剤しようと考え、乱用防止製剤なので先発品はオキシコンチンTR錠であると思い込んでいたことと、TR錠は徐放性製剤であることの確認を怠って調剤したことが原因です。調剤者（管理薬剤師）と監査者（別の薬剤師）の二重監査を行いましたが、同じように勘違いしてしまったため調剤過誤が起きてしまいました。	本件について薬局内で周知し、下記の通り対策を徹底し、調剤過誤防止に努めます。全店スタッフに向けて２月末の症例検討会で本件を取り上げてオキシコドン製剤の種類や乱用防止製剤の特徴について復習する予定です。新入社員には毎年行っている新人研修の麻薬の分野に今回の件を取り上げ、再発防止に努めます。麻薬は月に１回在庫と帳簿及びデータを照らし合わせ、調剤過誤や事故がないか確認します。手順書に記載されている通り、調剤者と別の監査者が二重で監査を行います。調剤に不慣れな薬剤師がいる場合、経験豊富な薬剤師がサポートできるよう体制を整えます。			オキシコドン徐放錠５ｍｇ「第一三共」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1723	軟膏とクリームの混合調剤が２種処方。用法について１つは上肢・腰部に塗布、もう１つは肛囲に塗布の指示であったが誤って逆に記載。患者へ交付され数日間使用された。	調剤の時間帯が繁忙であり、監査が不十分であった。	軟膏やクリームの混合調剤の場合、監査者は混合したものの中身の色・性状まで確認を徹底する。			ニゾラールクリーム２％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1724	定期処方でベタメタゾン吉草酸エステルローション0.12%「イワキ」の処方がある患者様に間違ってクロベタゾン酪酸エステルローション0.05%「イワキ」をお渡ししてしまい。渡した後で気が付いて、患者様がお使いになる前に、取り替えていただいた。	薬剤名が似ているし会社も同じ会社なので、外箱　容器も似ており、監査の時に気が付かなかった。	ローションが入っている引き出しに注意喚起する言葉を書いた紙を貼付した。外箱に印をつける。			ベタメタゾン吉草酸エステルローション０．１２％「イワキ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1725	漢方薬処方せんを応需し、処方されたツムラ清肺湯（９０番）をピックアップしようとしたところ、当該薬の薬棚にツムラ真武湯（３０番）、ツムラ香蘇散（７０番）が１箱ずつ、誤って格納されていることに気付き、夫々の薬剤を所定の格納場所へ戻した。同時に、誤って処方された患者の有無を調剤レコーダー等で調査し、誤交付された患者はいないことを確認した。	ツムラの漢方エキス剤を収納する薬棚は、製品番号順に１番を上段の最左に充填し、以降の番号を順に右側へ製品格納している。製品は、ツムラが独自に付与した製品番号の１の位の数字で統一した色で印刷されており、３０番、７０番、９０番はいずれも濃青色の帯がデザインされている。薬剤の充填を担当した薬剤師または事務員が、製品を充填する際、製品番号、製品名の確認が不十分なまま充填されたものと考えられた。	ツムラ漢方製剤の薬棚への充填の際には、一次包装の箱の色に惑わされないよう、製品番号と製品名を声出し充填する。			ツムラ真武湯エキス顆粒（医療用） ツムラ香蘇散エキス顆粒（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
1726	エピデュオゲルを2本渡すべきところ、1本しか渡していなかった	入社したばかりで、ミスをしてしまった	薬局へ早く慣れてもらい、ミスをなくす。また管理体制の見直し			エピデュオゲル	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
1727	一般名処方で、先発品のヒルドイドを渡すべきところ、ジェネリックを渡した	忙しい時間帯で、患者さんも混んでてしっかりとした確認ができなかった	投薬時、患者と確認する			ヒルドイドソフト軟膏０．３％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1728	施設薬に　アイファガン　アイラミド両方処方が出ていた。処方医に相談したところ、アイミガンは中止となった。	点眼の処方薬は十分注意して調剤する事	監査時によく薬剤のチエックをすることを心掛ける			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
1729	アスベリン散10%＋カルボシステインDS50%のMIX散剤と、アモキシシリン細粒20%＋ミヤBM細粒のMIX散剤が、ともに毎食後5日分で処方あり。入力時は薬袋一枚であったため、間違い防止の為に各々のMIX散剤で薬袋を分けて印刷。アスベリン散MIXと、アモキシシリン細粒MIXの散剤を薬袋にあべこべに入れて投薬してしまった。 患者家族からカスタマーセンター宛てに、間違いがあった旨の連絡があり発覚。いつも飲んでいる薬なので家族が気づいて誤服用はなかったが、今後気を付けてほしいとの内容であった。	薬剤師2名＋事務2名待ち患者5名、コロナ無料検査待ち人数約6名。誤服用の無いように薬袋を分けたところまではきちんと判断できていたが、焦りから薬袋と薬剤の確認が行えておらず誤調剤してしまった。	今後はすべての分包調剤において、薬包記載の薬剤名と薬袋の一致を確認し、監査印を押印する。投薬時に患者と、薬袋ー薬剤の相互確認を徹底して行う			アスベリン散１０％ アモキシシリン細粒２０％「ＴＣＫ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1730	往診患者（胃瘻）でいつも家族が薬を取りに来ている。今回臨時処方のファックスあり、セレクトｰル１００粉砕とイソジンシュガーパスタ軟膏が処方。セレクトｰルが在庫なく近隣で取り寄せて調剤。足の壊死がひどいという情報だけはあった。 今回取りに来たのが、いつも取りに来る方と別の家族であり、以前より一方的に物事をおっしゃる方で血圧など詳しい聞き取りできない状況でお渡し。セレクトｰルについては、降圧剤なのでふらつき等注意するよう伝えた。軟膏はずっと処方されている薬の為説明せず。時間がたってから、今回の処方についてとても気になり、処方の間違えはないか？と不安をもった。次の日朝家族（いつもお薬渡している方）に連絡とり、血圧の状態や昨日の往診での説明を確認。処方内容について、再度病院に確認したところ、医師がセレコックス１００をだしたかったのに、セレクトｰル１００を処方していた事が判明。調剤しなおしご自宅に薬を交換しにいった。昨夜1回だけ服用させたが、その日の血圧と脈の状態はいつもと変わりないことをデイサービスに確認した、	医師の処方間違えではあったにしても、患者からの聞き取りが足りなかった事、またあまり処方されたことのない薬剤であり、もう少し疑いを持って、処方された時点で今回どのような状態で薬が追加になったのかを確認しなければいけなかった。	臨時処方については、家族からの聞き取りも含め、処方元にもよく確認をとってから調剤する。			セレクトール錠１００ｍｇ セレコックス錠１００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1731	医薬品流通の都合で、当該患者に一般名処方で指示がでているアムロジピン錠５ｍｇを「オーハラ」から「ファイザー」へ採用品切り替えを行う予定であった。薬の動きが予想より早かったため調剤は「ファイザー」でピッキング。入力は「オーハラ」のままで渡しそうになったが監査で発見して、入力を訂正した。	ジェネリックの流通が悪くなり、銘柄の変更が相次いでおり、スタッフ間で切り替わる銘柄の商品の確認はしていましたが、予想より早い段階で切り替わったために、誤った内容の入力で薬を渡してしまう所であった。	今回、事前に銘柄の切り替えがあることは話していましたが、そのタイミングが入力者にまで伝達できていなかったのが原因です。情報の交換が間に合わないケースも考慮して、掲示板などを使用して切り替えした事が分かるようにする、また多少残薬があったとしても、中途半端に切り替えにならないよう変更予定の医薬品を返品して撤去するなど早期に対応するようにします。			アムロジピン錠５ｍｇ「オーハラ」 アムロジピン錠５ｍｇ「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1732	リパクレオンの調剤で１シートが１２カプセル入りを１０カプセルと勘違いして調剤。鑑査時に計数間違いが判明。１６８カプセルのところを２００カプセルを調剤してしまった。	普段からあまりでない薬であることと、１シートが１２カプセルでめずらしい包装であることが原因。どんな薬であっても表示通り計数をきちんと数えることを基本としていきたい。	リパクレオンについては注意喚起の付箋を貼付。他の薬剤でも計数注意のものがあればスタッフで情報共有して付箋なども活用し事前に間違い防止に取り組みたい。			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
1733	一包化中、カセット薬品切れで充填を一人で行う。その際監査に使用した充填チェッカーでの「ＮＧ」表示を見過ごす。その後、別の薬剤師が調剤を行う。その分包薬を監査の際に剤型変更をしていたのと、2.5ｍｇと5ｍｇの印字の色が似ていたのと、印字が小さく老眼のため見落としてしまい、そのまま投薬を行う。他の患者の分包薬を監査した際に、5ｍｇのカセットに2.5ｍｇが入っていることを発見した。充填された日を特定して、スルーして投薬された患者がないかを探した。該当者が一名あったため、患者様宅を訪問して薬の交換を行った。	今回は2点問題があると考えられる。1.本来充填時は複数の人間でチェックする仕組みにしているが、患者が増えている時間で監査機を使用するので一人でよいと判断した。慌てていたためエラー表示が出ている事に気が付かずに充填してしまった。2.監査の際に、2.5ｍｇと5ｍｇの印字が類似していることに気が付かず、数字も似ている事と、分包機のカセットに入っている薬で処方に変更が無かったため、確認を怠ってしまった。	分包機のカセットへの充填は必ず複数の人間が確認して行うことを徹底する。剤型変更時、複数の規格のある薬は類似していないかなどの確認を行い、スタッフ全員で情報を共有するようにする。			アムロジピンＯＤ錠２．５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1734	処方はルリッド錠で、患者はジェネリック希望で、ロキシスロマイシン錠150ｍｇを渡すべきところを先発のルリッド錠を交付。交付直後に誤って先発を渡したことに気付き連絡。服用前に正しいロキシスロマイシン錠へ交換した。	ピッキングしたものの経験不足。監査者も店舗異動した直後で慣れていないこと、普段と異なる監査手順をとった慣れ・慢心が原因。	監査は手順に従いお渡しする。投薬時にも再度薬品情報提供書・処方箋と照らし合わせながらお渡しする。			ロキシスロマイシン錠１５０ｍｇ「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
1735	処方は半夏瀉心湯だったが、患者の主訴は疲れやすいというお話しで証に合わなかった。ツムラ半夏瀉心湯は１４番のため、倦怠感の証から４１番の補中益気湯ではないかと考え医師に処方について確認半夏瀉心湯ではなく、補中益気湯の誤りであると回答あった。	院内での処方内容の確認不足	投薬時に患者主訴と薬剤の選択があっているかをしっかりと判断する。			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
1736	当薬局はセチリジンＤＳの０．２ｇの分包品を採用していたため、処方が０．８ｇ分２の場合０．２ｇ分包品を１回２包ずつ服用してもらっていた。薬袋表示も分包品指定をして１回２包の表示になっていた。処方は０．８ｇ分２×３０日分の処方今回ＧＥの流通困難のためバラ包装を使ったため、分包機で０．４ｇ／包で分包していたものを交付。投薬時の薬剤師は０．２ｇの分包品を採用していることを知らなかったので、薬袋表示が１回２包になっていたことに気付かなかった事と今までと同じ薬と説明してしまったため、１回１包服用の説明がおろそかになってしまった。そのため患者母親は２包ずつ服用させてしまった。途中で薬が足りなくなったと来局されミスが発覚した。	ＧＥ流通困難のため、採用メーカーが変わったり、包装形態が変わる事があるため、患者様へ変更の説明をきちんと行うようにする。	最終監査では薬袋表示を必ず確認して薬袋に入れるようにする。			レボセチリジン塩酸塩ＤＳ０．５％「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1737	入力ミス、インドメタシン軟膏１％が正しいが、インテバン軟膏１％で入力、鑑査スルー。投薬者と鑑査者が別であった為気が付いた。	不慣れ、成分同じため良いと思っていた。	成分同じでも名前が違えば患者様には同じものとわからない。印刷されている写真と実物が異なれば違う薬と考えるのは当たり前なのでしっかり鑑査するように指導。また、同じように間違えやすい医薬品例を教え、再発防止に努める。			インテバン軟膏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
1738	リアルダ錠が新規に処方された。1シート8錠というデザインだったが、開封するまで気付かなかった。当薬局でも初めての取り扱いで、監査装置の登録が後回しになってしまった。	まさか　1シート8錠の包装とは思わず、頭でいったん認識してもつい勘違いして10の倍数で係数してしまった。14錠包装のものしかない製剤は採用しないようにしているが、それしかないときは10錠と4錠に事前に切り離している。8錠の時はなすすべが考え付かない。	納品時、付箋で1枚8錠と貼る			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
1739	テトラミド１０ｍｇは21錠包装（３０ｍｇは10錠包装）で120錠のところ、110錠を渡していた	21錠包装の場合には21T×5枚＋15錠のところ、５Ｔであり10錠包装との違いに中止不足	放送規格の統一や監査の徹底			テトラミド錠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
1740	服薬タイミングが指示で出ていた空腹時なのに就寝前で説明。	忙しくて医薬品情報を確認していなかった。	常に薬歴確認し監査を受ける。			ビラノア錠２０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1741	ミケルナ点眼の処方本数が増えていたのにきずかず前回のまま出してしまった。	内部監査の徹底不足。	患者様の前に出す前に内部でもう一度確認。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1742	在宅医師から　手書き処方で　「レスタミン軟膏」と記載されていたため、レスタミン軟膏はレスタミンコーチゾン軟膏「強力」でよいか疑義照会をしたところ　「それで良い」との返答であった。患者さまのヘルパー様が来局され症状を伺ったところ、皮膚症状はそれほど重くなく軽い痒みがあるとの事で以前使用されたことのあるレスタミンコーワクリームの間違いではないかと思われることより再度確認をとったところ、処方医が軟膏とクリームではステロイドが含有しているかしていないかの違いについて把握されていなかった様子で、本来はレスタミンコーワクリーム（非ステロイド）処方のつもりであったとの事で処方変更となった。	ドクターも在宅でその場で処方される場合に、正確な薬剤名でないまま、本来の処方意図に合わない薬剤名の記載となってしまったこと考えられる。	手書き処方である場合、全薬剤名が記載されてないことが多い。外用剤でも軟膏やクリームの違いで一部の薬剤名が同じであっても成分が異なってくるものがあり、薬剤名が一部の記載薬品に関しては必ず疑義照会をし、患者様の疾患に適正な医薬品となっているかどうか確認をする必要がある。			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
1743	点眼剤の使用期限が切れていた	棚卸し時、毎回確認するが期限か切れている製品が３本紛れていた。	棚卸し時、確認御破棄する製品の確実な分別。			ブロムフェナク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
1744	ノボらピットの単位が変更になっているのをきずかず従来の単位でお渡し。患者様が帰宅されてから気づいた。	忙しくてDO処方してしまった。今後、監査を徹底する。	注射の単位の確認。鉛筆でのチェック。			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
1745	フロジン液は1本30ｍｌにも関わらず、1本10ｍｌと思い込み調剤を行った	外用薬の用量ラベルの確認不足	外用剤については、ラベルなどで用量の確認を徹底する			フロジン外用液５％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1746	ピロリ菌の除菌のためボノサップ800(タケキャブ・アモリン・クラリス)が処方された35歳の患者。調製・監査時に併用薬確認。ラツーダ錠を服用中。ボノサップの添付文書上には禁忌の欄にラツーダ錠が記載されていなかった。ラツーダ錠の添付文書にはクラリスロマイシン錠が併用禁忌であるとの記載があった。処方医に報告しボノサップ800は中止となった。	薬価収載が2020年5月だったため、まだ添付文書に掲載されていなかったのではないかと考察。	ボノサップ錠のような数種類の薬がセットになっているものは、それぞれの薬から併用を確認していく必要がある。			ボノサップパック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
1747	令和４年２月２６日９時１５頃に来局。定時薬及び臨時薬の処方があり、定時薬のタムスロシン塩酸塩錠の継続の可否についてお話が多く臨時薬の確認が不十分であった。タムスロシン塩酸塩錠は医師に確認しないと処方から削除できない旨、医師に確認する場合、数分ほど時間がかかるとお伝えすると激怒されてしまった。その為、交付者および患者様本人とのお渡し前の数量確認の正確ではなかった。	ミヤＢＭ錠を薬情と照らし合わせて確認をしたが数量確認が不十分であった。	交付者と患者様本人とのコミュニケーションを上手くとり交付前の確認は十分に行う。			ミヤＢＭ錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1748	カルボシステイン錠250mg　6錠分3　7日分を調剤すべきところ、カルボシステイン錠250mg　3錠分3　7日分を調剤した。	処方箋にはカルボシステイン錠500mg　3錠分3　7日分とあり、注意喚起のための規格変更の札もついていたが、カルボシステイン錠250mgと思い込んで調剤した。	当薬局では服薬コンプライアンス向上のために、カルボシステイン錠500mgをカルボシステイン錠250mgに規格変更することが多い。処方箋や注意喚起の札の記載を今一度注意しながら調剤する。			カルボシステイン錠２５０ｍｇ「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
1749	ヘパリンNaロック用10単位、ポート差し替え時に1日1回で処方あり。今回のケースでは「ルアースリップ」型を交付するところ、「ルアーロック」型で調剤した。	取り扱う機会がなく、そもそも違いを把握できていなかった。過去に「ルアーロック」型が処方された際は、処方箋にもその旨記載があったが、今回は「ルアースリップ」型の指示がなかったことも要因の1つに挙げられる。	複数種類があることを把握し、新規に採用する薬剤はより慎重に扱うようにする。			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：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1750	酸化マグネシウムを服用している患者であるが、当薬局は０．５G包を採用している。1回１Ｇでの処方であり、1回に２包服用の指示をするようにしていた。レセコンでは1回1包と薬袋に印字されてしまうので、その都度2包と手書きで修正する必要があった。内規の徹底がされておらず、そのままの状態で監査して投薬へ。調剤者も少なくピッキングしており監査も通ってしまった。帰宅後にいつも薬袋に2包とマジックで訂正されているのに、今回は書かれていないのがおかしいと思って数を数えたら少なかったと患者より連絡あり。不足分をお渡しした。	1回２包服用の物でもレセコンが1包と表示してしまうものがある。監査時に修正して薬を確認する必要がある。監査者により手書き記載を怠ってしまうことがあった。	支援表に2包ずつなどと記載しておくなど点検する回数を増やす方向で対応をすることにした。			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
1751	一包化において、エクアとデキストロメトルファンが1錠ずつ分包されるところ、各2錠ずつ分包されている箇所があることに投薬の薬剤師が気づいた。全ての分包について再度監査、正しく調整しなおした薬を交付した。	分包内の12錠のうち、白い錠剤が11錠混在し、数も多く色や形状が似ていたこと、繁忙時で焦りがあった為、見誤ってしまった。	見分けの付きにくい薬剤は分包する際、1錠ごとにカセットに落とすようにする。監査者はロットや形状の違いに注意し監査する。焦りが生じるようなら他の薬剤師に声をかけ補助に入ってもらう、またそうしやすい環境にしていく。			エクア錠５０ｍｇ デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠１５ｍｇ「ＮＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1752	漢方取り間違え	似ているパッケージ。取り間違え	確認していたが、見逃してしまう。ダブルチェック慎重に			五苓散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1753	アレグラDS1回0.6を0.3ｇ包装と取り間違え	先発から後発薬品に変更時などは特にｇや包装を注意する。監査者を増やす	類似薬は2重監査を行う。ｇの明記をはっきりと			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1754	頭痛で受診していて、整形外科で処方されたものと同じものが処方された。	痛み止めは、重複しやすいので注意したい。	薬手帳や患者との情報をしっかりしたい。			ロキソプロフェン錠６０ｍｇ「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
1755	一包化でお渡しの患者様で、2種類のみ別包してる。そのさい薬品名を記載しているが一般名処方での処方箋で先発品希望の為、実際の薬品はムコソルバンであったが、ムコサールと印字してしまった。	患者様から、どのくらい時間かかる？と聞かれ急いで作らないととの焦りがあった。ムコソルバンとムコサールのパソコン印字が並んでおり選び間違えてしまった。	慌てず印字登録の前に確認する。その人の一包化の手順を書いた一包化ファイルを毎回確認する。			ムコソルバン錠１５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1756	２１錠での処方だったが、６３錠包装のものをパッケージを開けずにピッキング鑑査時にシートをよく確認せず投薬時に発覚	箱を開けずにピッキング　シートの現物を確認せずにGS-1コードの読み取りのみで終了してしまっていた	パッケージのあるものをピッキングする際は包装の記載を指さし声出し確認する			フリウェル配合錠ＵＬＤ「あすか」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1757	外来の患者に１包化の指示あり。予製をしていたが、今回処方変更あり。トリクロルメチアジド錠１ｍｇ「NP」半錠分１が指示中止。これを抜いて再度1包化する所を、一部を同患者へ処方指示あったビソプロロール錠５ｍｇ「テバ」の半錠分１を抜いて調剤してしまった。抜いたトリクロルメチアジド錠を確認した所別の薬剤混入があったため、すぐに監査。数日分の１包化をビソプロロール錠の半錠を抜いてしまったことに気づき再度１包化しなおした。	錠剤そのものであれば判別できたが、今回、間違えた薬剤が半錠にすると他の薬剤と類似した外観になり、注意したはずではあるが一部別の薬効のものを抜いてしまった。	通常、1包化にして調整した医薬品のヒートは残しておくようにルールとしている。今回も半錠になってはいるが刻印をしっかりチェックできたため判別できた。調剤時、類似薬剤注意など注意喚起するとともに、薬歴にも記載し、投薬時の監査でもさらにチェックできるよう改善します。			ビソプロロールフマル酸塩錠５ｍｇ「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1758	近隣の診療所より処方されていたシルニジピン錠１０ｍｇ「サワイ」を調剤する際、調剤棚にオルメサルタンＯＤ錠２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」が混入していたため５６錠調剤のうち４錠オルメサルタンＯＤ錠２０ｍｇが混入していた。投薬時に発見。	よく似たヒート包装なので棚に戻す際に戻し間違えた。	錠剤を医薬品棚へ戻す際には医薬品のＰＴＰと棚に記載されている医薬品名・規格・剤形を指差し確認する。他の薬剤師とダブルチェックするよう心掛ける。			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
1759	アムロジピン２．５ｍｇ　２錠２×朝・夕食後６０日分の処方に対し、通常１２０錠投薬のところ６０錠にて調剤・投薬。患者さまからの連絡により誤りが判明。	疑義照会により以前から血圧コントロールのため、１日２回服用していた。通常は１日１回服用の薬剤であるため思い込みから調剤と監査が行われてしまった。	処方箋をしっかり確認すること。薬歴の確認もしっかり行い、また患者様の投薬時にもしっかり錠数の確認することで防げた誤りである。一つ一つの確認をしっかり行うように徹底する。			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
1760	一包化でエブランチルカプセル30ｍｇをエボザックカプセル30ｍｇで入れてしまった。その後薬剤師の監査によって発見される。	薬名の頭文字とｍｇ数で判断してしまい勘違いで取り違えてしまった。	処方箋に書かれた薬名、ｍｇ数をしっかり読み上げて確認する。			エブランチルカプセル３０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1761	前回と同じデベルザ錠20mgを調剤するべきところ、テネリア錠20mgを調剤してしまった。患者様はいつもと異なるが後発品なのかなと思い、すべて飲んでしまった。１か月後来局時に、いつもと同じデベルザ錠とは異なる薬を飲んでいたと伺い、確認したところテネリア錠であったことが判明。服用による体調変化は、特になし。処方元である医療機関にもすぐに報告。体調変化、異常はないまま現在に至る。	類似した名称の薬剤が同じ引き出しに並んで配置されて、取り違えてしまった。監査薬剤師は、確認に怠り、取り間違えに気付くことなく交付してしまった。忙しい時間であったが、細心の注意が必要であった。	類似した名称の薬剤は、少し離れた場所に配置。配合剤含めすべての薬局内の糖尿病薬について、再確認。交付時は、薬剤名の指差し呼称を徹底し、患者様も納得のいくような説明を心掛ける。調剤手順を遵守。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1762	メトグルコ250ｍｇと　メトホルミン500ｍｇが処方。前回はメトグルコ250ｍｇが　2錠・メトホルミン500ｍｇが1錠で処方。今回はメトグルコ25ｍｇが1錠・メトホルミン500ｍｇが　2錠で処方。前回と　錠数　が変更になっていたが、計算が　前回の乗数で　されていた。また　監査機器でも　錠数の違いで　エラーが出ていた。	見間違い	薬袋や監査機器で　再確認が　必要			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
1763	レセコン入力でアムロジピン錠２．５ｍｇ「明治」を入力するところをアムロジピン錠５ｍｇ「明治」で入力してしまった。 調剤録確認で発覚して再度修正した	患者が立て続けに来てしまい、あせって入力してしまったことが原因。	レセコン入力時に薬剤名と規格を確認してから調剤を行う			アムロジピン錠２．５ｍｇ「明治」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1764	久しぶりに受診した患者さん　苓姜朮甘湯7.5ｇ3ｘ食前で処方されていたが普段使われることのない漢方薬でお薬手帳を確認するとめまいの薬を服用している。今回の症状を確認するとめまいが良くならないので受診したとのこと。冷えなどの症状はない。処方された漢方と今回の症状が合わない為医師に確認。苓桂朮甘湯7.5ｇ3ｘ食前に処方変更となる。	漢方薬の名称が似ている為選び間違えたと思われる。	漢方薬には効能が多いが明らかに症状に合わない薬が出ている場合は医師に確認する。			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
1765	先発医薬品希望の患者様にＧＥをお渡ししてしまった	監査の徹底を行う。	監査を事務員がピッキングしたのち薬剤師が処方内容を調剤録に記入し，交付時にもう一度監査を行う			オメプラゾール錠２０ｍｇ「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1766	オパルモン錠112錠用意すべきところを、84錠でピックアップしてあった。監査の時に発見して、事なきを得た。	オパルモン錠は、1シート21錠のシートで、計測が煩雑なため取り間違えてしまった。	面倒なようでもきちんと数を確認することを徹底する。			オパルモン錠５μｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1767	ヒアルロン酸ナトリウムPF点眼液「日点」が処方されていたが、当薬局に在庫なく同一成分の点眼液に変換して用意した。薬剤交付前にPFの記号が気にかかり調査、患者にコンタクトの有無を聞き取り、変更不可であることが判明。	レセコンで変換できる同一成分の薬剤であっても、適応の違い、使用上の違いを常に意識しておく必要がある。	銘柄変更時は十分慎重に。			ヒアルロン酸ナトリウムＰＦ点眼液０．１％「日点」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1768	14錠シートのうち12錠分が残っていたころ、１０錠シートと勘違いして調剤	包装規格の明示不備	極力シート形態を統一する。不可能であれば明示			レミニールＯＤ錠８ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1769	患者さんが来局し処方箋を受け付けたので調剤しようとしたら、ザイロリック錠100が42錠のところ19錠しか見つからず、PCで在庫を確認したら119錠あることになっていたが100錠が見つからず、事務員と一緒に探し回り最終的に吸入のみを保管している引き出しで発見した。患者さんを少々お待たせしてしまったので、謝罪をしお薬をお渡ししました。	ザイロリック錠100ｍｇの100錠包装の箱とサルタノールインヘラー1キット入れの包装が似ているため、ザイロリックをサルトノールト勘違いしてしまってしまった。薬局の人数が少ない時は薬剤師1人、事務員1人となり慌ててしまうと確認がおろそかになってしまったかもしれない。	薬を薬棚や引き出しにしまうときは、薬品名をしっかり確認することを意識する。			ザイロリック錠１００	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1770	一包化された医薬品の監査を行っていたところ処方箋には、フェブリク錠20mgと記載されていたが、１包だけフェブリク錠10mgが入っていた。	カセッターの充填ミス。	ダブルチェックを行う。			フェブリク錠２０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1771	患者様が処方箋を持って来局されました。処方箋にはノボラピッドフレックスペンと記載がありました。薬剤師Aはノボラピッドフレックスペンを調剤しました。処方内容と調剤内容を確認する為、監査システムに通した所、間違いであるアラームが鳴りました。薬剤師Aは再度、調剤された医薬品を確認した所、ノボラピッドフレックスタッチが調剤されていました。薬剤師Aは以前よりノボラピッドフレックスペンを調剤した患者様だった為、思い込みで手に取っていた。薬剤師Aが欠勤日にノボラピッドフレックスタッチが処方され、当薬局に入庫していた。事務連絡で報告は受けていたが思い込みで取り違えてしまった。	いつもより少し忙しい日であったこと。ノボラピッドフレックスペンだけがあると思い込んでいたことが要因と考えます。	再度、自店在庫医薬品の確認。新規採用品の周知を今一度確認をする。			ノボラピッド注３００フレックスペン	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1772	”コデインリン酸塩散１０％「ＤＳＰ」６ｇ／日分三毎食後”の処方応需。患者より鎮咳目的の処方と確認し、”１％”散処方の誤りの可能性があり、疑義照会。処方医の薬剤選択の誤りと確認し、”１％”散への処方変更となる。	同一剤形、複数規格の存在する散薬について、処方量からの適正用量判断が出来るよう、医薬品知識を身につけておく必要がある。店舗採用薬に関しては、複数規格の存在する薬剤を把握する。	本事例の共有及び複数規格薬品の注意喚起表示を行う。			コデインリン酸塩散１０％「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
1773	アトルバスタチン錠５ｍｇ　４２日分　イミダプリル錠５ｍｇ　４２日分のところアトルバスタチン錠５ｍｇ　４４日分　イミダプリル錠５ｍｇ　４０日分にて交付　１０錠シート４＋２錠で調剤したが端数の２錠がアトルバスタチンであった交付後に患者自身が気づいて来局、交換となった	２剤を同時に調剤していたことによって起こった事例	１剤ずつ調剤するよう徹底			アトルバスタチン錠５ｍｇ「日医工」 イミダプリル塩酸塩錠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	
1774	1歳の小児にオロパタジン顆粒が処方されていた。添付文書上は2歳からの服用とのことで、疑義照会後レボセチリジンシロップに変更。	処方医の年齢と薬品用量の確認漏れ	引き続き小児の年齢や体重、用法等必ず確認する。			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
1775	1包3ｇ包装だが、処方箋が2.5ｇ×3包（7.5ｇ）で入力されていた。調剤前に気が付き訂正。	Ｄｒがツムラの2.5ｇの漢方に慣れていた為。	3ｇ包装品やクラシエの2ｇ包装品がある事を共有。			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
1776	患者に薬を交付後に、別患者の薬を準備していたところ、本来その患者の一包化に含まれるはずのない薬が一包化内に入っている旨薬剤師が発見。 感冒薬の一包化内に本来含まれるはずのない酸化マグネシウムの混入あり。機械内の充填用カセットを確認したところ、カロナールが入るはずのカセット内に酸化マグネシウムとカロナールの2剤が混入していた。 患者に連絡して交付した薬の中身を改めて確認したところ、一部に酸化マグネシウムの混入が認められたため、分包し直したものを患者にお渡しした。	当薬局では充填する錠剤のコードと充填カセットのコードの照らし合わせて一致させてから充填する取り組みを行っているが、今回の事例については、この一連の動作が省略させた可能性が高い。 一包化監査時の見逃しに関しては、2人携わっていたが、同じような大きさでかつ、色が白と一致していた。また複数の白の錠剤が含まれていたため、見逃した可能性が高い。	従来の充填時の動作を徹底する。（錠剤コード、充填カセットの照らし合わせ。充填作業時に1種類ずつ充填作業を終了させる。） また、充填が必要なカセットを複数個取り出す必要がある場合に、照らし合わせたカセットと別のカセットに錠剤を混入させることを防止するため、カセットを数回に分けて取り出し充填する。充填が必要なカセット同士の間隔を空けながら配置する。 一包化監査時に錠剤コードを一包ずつ監査を行う。特に同じような大きさや色の錠剤が含まれる場合は特に注意を行う。			カロナール錠２００酸化マグネシウム錠３３０ｍｇ「ヨシダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1777	フルコート軟膏5ｇ+ヘパリン類似物質油性クリーム20ｇのミックスの処方がでた。MIXするにあたり、混合可能か確認。分離するため混合不可だった。医師へ疑義照会を行い、フルコートクリーム５ｇ+ヘパリン類似物質油性クリーム20ｇへ変更。	処方箋確認時にミックス可能かどうかを確認する。	軟膏MIX時は必ず本を使って確認し、医師へ処方提案を行えるよう準備しておく。			ヘパリン類似物質油性クリーム０．３％「日医工」 フルコート軟膏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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1778	サラゾスルファピリジン腸溶錠と処方箋が記載されていたのにも関わらず、サラゾスルファピリジン錠で調剤、交付した。適応が関節リウマチのアザルフィジンＥＮなのに適応違いの潰瘍性大腸炎の薬を調剤した。	入力者がサラゾピリンですと大きな声で叫んでおり、腸溶錠と記載されていることを見逃した。思い込み患者娘が理解されておらず他の事で疑義をしたりしていたことも集中力が欠けていたと思う。また入力鑑査もスルー・昼時間であり調剤鑑査者が同一人物だった	入力鑑査はきちんとする。			アザルフィジンＥＮ錠５００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1779	アレロック顆粒0.5%が入荷困難により、医療機関にレボセチリジン塩酸塩DS%で提案。2.5ｍｇ分２朝夕食後での回答を頂き、調剤するも、入力がもともとアレロック顆粒が1ｇ分2だったにで、入力から間違えており、入力を鵜呑みにした。よって、5ｍｇ/ｇで患者様にお渡ししてしまった。その後すぐに気づいて、交換をすることができ、患者様は服用しないですんだ。	アレロック顆粒0.5%・レボセチリジン塩酸塩DS0.5%という同%名称が混乱の一因と、１日使用量をそれぞれ把握しておきながら、処方せん入力を鵜呑みにして、そのまま勘違いのまま分包品の方が渡すのが楽だ、調剤しやすいという慢心な思いがあった。	きちんと１日量を間違いないか、再度、別の人間の目を借りて調剤を行うこと、６歳以下は特に慎重に調剤を行うことと、再度１日量の早見表などを作成し、スタッフ間で共有する。			レボセチリジン塩酸塩錠５ｍｇ「ＹＤ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1780	手帳から処方希望の薬剤を医師が間違えて処方。クラリチンDSのところクラリスDSで処方。	医師の知識不足	お薬手帳を隔日に確認する。患者から症状の聞き取りを確実に行う。			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
1781	リウマトレックスの服用方法が月曜に2カプセル分2、火曜に1カプセル分1だったが、月曜と火曜に入れる薬を逆にしてしまった。併用薬に変更があり、その説明に重点を置いていまったため、袋につめる際チェックがあまかった。	薬袋の月曜と火曜の違いが、ぱっと見で区別しづらかったため。	薬袋の曜日の記入欄を分かりやすくする。			リウマトレックスカプセル２ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1782	アルファカルシドール0.5μgを調剤のところ、規格違いの1.0μgを一包化して調剤	一度ご来局されたが時間指定で再度来局された時、その時間帯が繁忙しており監査が十分になされていなかった。比較的時間に余裕ができた時に再度、殻シート等の確認をしたところ規格違いでお渡ししたことにきずいた。	過去に一包化等の調剤において間違いやすい薬剤を薬局内で周知する。			アルファカルシドールカプセル０．５μｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1783	患者さんで同じ苗字のA子、B子が続き家族と思い込み準備をした。ニフェジピンCR10と20がそれぞれに処方され2人一緒にご案内し薬の説明を始めてしまった。名前も似ていることもあってさらに薬の入った袋も入れ替わってしまった。交付中に気が付いたものの患者さん二人、薬剤師が混乱してしまった	混雑が始まった時間帯、監査台が混んでいたので投薬台で監査、投薬を始めてしまった。いつも監査をして投薬台にもっていく工程が一つ省かれてしまい最後まで確認しなかったこと、家族と思い込みで交付を初めてしまったことが原因であると思う。	内規で決められた手順を省いてしまうと調剤ミスが起こる可能性が高くなる。いずれも環境でも崩さず行うことが大事と感じました。			ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1784	自動分包機にアムロジピンOD錠5mg「トーワ」を充填する際に、外観のよく似たソリフェナシンコハク酸塩錠OD5mg「サワイ」を充填してしまった外観は類似しているが、大きさは異なっており、自動分包機から分包されることはなく、エラーが出たため、カセットを確認、充填間違いに気が付いた	医薬品を充填した際に、外観が似ている医薬品を誤って充填してしまっていた該当薬2種類は、医薬品名はレーザー刻印されていたが、色などが類似していた医薬品であった	医薬品を充填した際に、外観が似ている医薬品を誤って充填してしまっていた充填時には、複数名での確認を行うルールの徹底をする			アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「トーワ」 ソリフェナシンコハク酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1785	薬の流通が悪くて、同じ薬でもメーカーが、処方されるたびに、変わってしまって、患者さんが、薬がわかりにくくなってしまって、飲み間違えてしまった。	高齢者なので、もっとわかりやすく、確認しつつ、投薬するべきだった。	家族があとから、薬の残薬の数が、ばらばらなのをきずいてくれて、飲み間違えもわったので、今後、高齢者に投薬するときは、数日後、服用できているか、確認の電話をする。			イルアミクス配合錠ＬＤ「ＤＳＰＢ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1786	調剤したものはモメタゾン点鼻液で、入力がナゾネックス点鼻液。	処方箋の薬だけを確認し、入力の確認ができていなかった。	薬を入れるときに薬袋も一緒に確認するように。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1787	アナフラニール（１０）３錠分３毎食後を、前回と同じ６錠分３毎食後で入力してしまった。	処方箋の薬だけを確認し、入力の監査ができていなかった。	入力が違っていると薬袋も違ってくるので薬を袋に入れるときにも再度確認するように。			アナフラニール錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1788	患者さんより、お薬のシートの色がいつもと異なるとのことで電話を受け患者さん宅へ確認の為、ご訪問定期薬のパルモディアのシートの色が手持ちの残薬分と今回調剤してお渡しした分でインクの色が若干異なっていた。⇒翌日、製造メーカー担当者に確認TEL。2021年11月製造分より製造の工場・レーンを変更した為シートのインクの色が変わったと説明あり。中身の錠剤は問題ないとの回答。	シートの変更は時々変わることがあるが問題点として変更したことが未周知だったこと⇒よく確認しないとわからないレベルだった為、メーカーは薬局・卸さん等に未周知であったとのことシート変更等の説明の紙なども同封されておらず、シート変更の案内文も発行されていない。担当営業者からの連絡がなかった。お薬を購入している卸さんからも連絡がなかった為何も注意することなく調剤を行った。今の時代、シートの変更がなされたら必ず案内文などが来ると思い込んでいたが何も連絡無しに中身のシートの色が変わることがあることがわかった。	薬局単独ではなかなか気付くことができないと思われる事例だったので同じようなことが起こらないようにメーカーさんにシートなどが変わったときは連絡をするようにお願いをした。患者さんへお薬をお渡しする際の説明だけの問題ではなく、卸さんからもヒート変更分は返品出来なくなるなど事情があるのでそのようなことをお伝えした。			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
1789	施設患者のツインラインNF配合経腸用液に、別の患者の氏名用法のシールを貼ってしまった。	慣れが招いた間違いである。繁忙であっても落ち着いて業務を行えていなかった。	薬の形状や名称が類似の場合は、処方箋と薬を照らし合わせ、声を出して行う。			ツインライン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
1790	ロスーゼットＨＤを調剤するところ誤ってＬＤとピッキングしてしまった。	ロスーゼットのみ確認し確認が愚かになっていた	薬の棚に複数規格の張り紙をする			ロスーゼット配合錠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
1791	モメタゾン点鼻液２本処方のところ１本しか渡していなかった	処方箋に２本と書いてあったが、今回から先発からからジェネリックに代わることを伝えることにのみ専心していたため、本数の確認を怠ってしまった	処方箋に記載された本数を改めて確認する			モメタゾン点鼻液５０μｇ「ＣＥＯ」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	
1792	〔般〕シアノコバラミン点眼液は、２回目の処方で、前回シアノコバラミン点眼液で渡す。今回、先発品のサンコバ点眼液で渡す。患者帰宅後、間違いに築き、電話連絡するが繋がらず、患者宅を訪問し、お詫びし交換する。	処方された３品目の内、２品目が先発品で、処方、履歴を確認しながらの過ちをする。	いつも通りの、読み上げ、指差し確認を今一度実行する。他スタッフと情報共有する。			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
1793	プロテカジン錠10mg1日1回夕食後で処方が出ていた。本患者様はもともとプロテカジンと抗アレルギー薬を服用していたが、1月来局の際は、3月から妊活を始める為、プロテカジンを中止し、抗アレルギー薬をロラタジンに変更していた。今回胃薬が出ていたが患者様は鼻炎の薬だと思っており、服薬指導の際に患者様と薬剤師で相違があり、また薬歴からも処方に違和感を感じたので、処方医へ疑義照会した結果、ロラタジンOD錠10mgに変更となった。1月に来局された際に薬剤変更の理由までしっかり聞けていた事、それを薬歴に記載していたことが未然に防げることにつながった。	プロテカジンの一般名、ラフチジンとロラタジンの名称が類似していたことが原因だった。	今回の場合、交付前に薬歴を確認し、患者様としっかりコミュニケーションをとることで未然に防ぐことができた。今後このような事を見落とさないように、スタッフ全員に今回の内容について共有した。また処方内容に疑わしい点があれば必ず疑義照会を行う。			プロテカジン錠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
1794	アトーゼット配合錠の成分がマヴィレット配合錠の禁忌事項に記載されていたが見逃した。	通常の処方箋の一包化に気を取られたのと、在庫確認などに気を取られて、禁忌事項を見逃した。	配合剤であっても、その成分の確認を怠らないよう気を付けるようにし、薬品棚に配合剤の成分を記載するようにした。			マヴィレット配合錠 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
1795	メチコバール500μｇを１シートで１週間分の21日錠であったが、１シートを１０錠と間違えたため過剰に取り揃えたこと。	経験値が少なく未熟だったため、PTPシートは全て１０錠入りと思っていたため。	製品によりPTPシートの計数は異なる事を理解しつつ、医薬品棚に注意喚起のシールを貼る。			メチコバール錠５００μｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1796	前回からジェネリックに変更したが今回も先発品で渡してしまった	普段はダブルチェック行うが1剤で安心してしまいピッキング後そのまま投薬してしまった	1剤でもピッキング者と投薬者分けるようにする			アトルバスタチン錠５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1797	モーラスパップXR240を120の違う規格で集薬。	繁忙時にて焦り・慌てたことが原因。	指差し呼称を行い再発防止に努めます。			モーラスパップＸＲ１２０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1798	通常はウィークリーシートを採用していたため、１０錠シートであることに気がつかず、調剤、監査して投薬時に気がついた。	普段どおりと思い、調剤、監査ともに思い込みであった。	１シートの数の違うものを採用（仕入れ）した場合は違うことを錠剤ケースにわかるようにしるす。			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
1799	新患で炭酸水素ナトリウム500mg「ファイザー」が出ていた。60錠調剤するところ12錠ヒート6枚で72錠調剤してしまったが、鑑査者が間違いに気づき再度調剤をし直し、患者に交付した。	炭酸水素ナトリウム500mg「ファイザー」は普段取り扱うことが少なく、12錠ヒートである認識が薄かった。	10錠ヒートや14錠ヒートは普段扱いに慣れているが、異なるヒートもあるので必ず調剤時にヒートの数の確認を行う。またヒートの数があまり扱わないものは外箱などにマーキング等して注意喚起をする。			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
1800	ドグマチール(50)他5剤を分包している患者に薬を交付後、薬局内にドグマチールが１T落ちていることに気付き、患者に連絡を取り分包薬を確認させて頂いたところ、フロセミド(20)が混入していた。ヒートから錠剤を出す機械のパラスターに、前分包患者のフロセミド(20)が残っていたと思われる。目視での鑑査で気づけなかった。	分包の際に、パラスターに錠剤が残っていないか確認をしていなかった。また、鑑査時に１錠ずつ確認しなかった。	分包前にパラスターに錠剤が残っていないか確認する。鑑査時に急いでいても１錠ずつ確実に確認する。			ドグマチール錠５０ｍｇ フロセミド錠２０ｍｇ「武田テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1801	初来局の患者。初回アンケートの副作用の項目にカルボシステインの記載有り。耳鼻科の処方箋だったがムコダインが処方されていたため、患者へ確認。どうやら病院でのアンケートにもカルボシステインと記載したが、病院で疎通がとれていなかったまたはムコダインとカルボシステインが同一と分からなかったなどの要因でそのまま処方が出てしまった模様。医師へ疑義照会行ったところカルボシステインは処方削除となった。	初回アンケートをしっかり確認し、副作用については患者へ口頭でも確認を行うべきである。	初回アンケートだけでなく口頭でも副作用の有無について確認を行う。			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
1802	100gの軟膏が処方されていた。1本１０ｇと思い違いをして1本５ｇの軟膏を10本調剤して薬袋に入れたが別の薬剤師が数が足りないことに気づき20本をお渡しした。	処方内容が多かったこともあり用量を良く見ずに調剤してしまった。時間帯も忙しかったのもあり焦ってしまった。忙しいほど慌てずしっかりと処方箋と医薬品を見て調剤することを心がける。	５ｇチューブのものと１０ｇチューブのものと隣合わせにして規格が2種類以上あることをわかりやすく管理するようにする。			プロトピック軟膏０．０３％小児用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1803	ヤーズ配合錠で処方されていたが、実際に患者が以前から服用していたものは、ヤーズフレックス配合錠を希望していた。	新患者であり、処方箋は一般名で表記されていた。処方せん通りにヤーズ配合錠を調剤したが、応対時にヤーズフレックスである事が発覚。	手帳や問診時のヒアリングを徹底し、調剤時点で気付けるようにして行く。			ヤーズ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1804	セレコキシブ錠「DSEP」を「ファイザー」で帳票類を出した。	直前の患者さんまで「ファイザー」を取り扱っていた。「DSEP」ｎ入手が困難で「ファイザー」に切り替わっていた。	最近、医薬品の入手が困難で頻繁にメーカーが変わるのでまめに情報を共有し合うようにする			セレコキシブ錠１００ｍｇ「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
1805	薬品供給不足の為他のメーカーを入れていた。前回はＴＣで調剤し今回はサワイで調剤したが、確認不足で前回のＴＣのままで入力をしてしまった。	メーカー違いを手配して調剤をしている。前回のままで入力をして実際調剤したメーカーを確認していなかった。	現在メーカーを変えたりして調剤している物があるので、入力と調剤したものを照らし合わせながら確認を行う。			トコフェロールニコチン酸エステルカプセル２００ｍｇ「サワイ」トコフェロール酢酸エステルカプセル１００ｍｇ「ＴＣ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1806	服用量の増量時における勘違い	思い込みによるセットミス。日付や印字内容を確認していなかった。変更内容を把握しきれていなかった。確認不足による要因が大きい。	セットの際に日付や記載内容の確認を複数人で行う疑問点をそのままにしない。作業終了後の再確認。			ドキサゾシン錠４ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1807	ビオフェルミンR錠　21錠処方。その為、ビオフェルミンR錠の10錠PTPシート1枚と縦5錠分に切断したPTPシートと横に6錠分に切断したPTPシートをピックしたつもりだったが、その際に縦5錠分に切断したピリドキサール錠を誤ってとってしまっていた。PTPシートのデザインや外観が類似しており、さらに錠剤が見えない裏側が見える形で輪ゴムで止めていたため、監査時に目視で見落とし、さらにGS-1鑑査機でも10錠PTPシートを読み込んだため検出できなかった。投薬時においても、見落としてしまい、そのまま患者に交付してしまった。幸い患者が服用前に気付き電話をくれたため、健康被害などは生じなかった。	ピリドキサール錠とビオフェルミンが近い場所に配置されていた。間違ってピックしたか、取りすぎたピリドキサール錠を戻す際に、誤ってビオフェルミンR錠の棚に戻した可能性が推測される。	ピリドキサール錠とビオフェルミンR錠の棚を離れた位置に配置した。鑑査時には輪ゴムをしっかり外し、錠剤外観やPTPシートのデザインや薬剤名も必ず確認する。投薬前にも再度現品を確認してから患者に渡すようにする。			ビオフェルミンＲ錠 ピリドキサール錠１０ｍｇ「イセイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1808	いつも通りの薬だった為、ミリ数変更に気づかず見落としてしまった。単純な確認不足でした。	処方箋品目が2種類だったのにも関わらず、ミリ数の変更を見落としました。少ない品目数でも細心の注意をはらい確認しなくてはいけないと思います。	レセコン入力時の他者確認の徹底、薬品監査時の確認、投薬時の再確認の徹底を再度不備がないように行う。			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
1809	漢方のピッキングの際数を間違えた。	繁忙期であった	ダブルチェックを行う			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	
1810	10歳の小児にデザレックス錠5ｍｇが処方されていました。デザレックスは通常12歳以上での使用となるので処方医に疑義照会を行ったところ、レボセチリジン2.5ｍｇ2錠に変更になった。そのまま服用していると副作用発現等の可能性が増大し、健康被害発生の可能性がりました。事前に防ぐことが出来たプレアボイドである。	抗アレルギー剤の小児への投与量は各薬剤によって成人用薬剤の投与可能年齢が異なるのできちんと把握する必要がある。処方医は普段使い慣れていない薬剤については思い込みで記載されることがあるので薬剤師は常に処方薬品のチェックを行うように心がけることが重要である。	薬局においては薬品棚などに投与可能年齢を記載しておき、患者年齢と常に照合する習慣をつける。			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
1811	処方せんにスピロノラクトン25ｍｇ0.5錠が2か所に記載されていた。ご家族や本人に聞いても増えると聞いているような返事。念のためドクターに疑義照会したら1つは間違いだったため削除	同じ医薬品名が書かれている処方せんが数度きたことがあるので中止しないといけない。	すぐに疑義照会する			スピロノラクトン錠２５ｍｇ「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1812	令和4年3月22日、施設職員から「前回もらった薬の一部に、余分に入っている薬と入っていない薬がある」と一包化された薬を持参し来局。一包化の中身を確認すると、『オランザピン錠５ｍｇ「ＹＤ」』が１包には入っておらず、もう１包に２錠入っていたことが判明。服用前に気付いたため、事故にはつながらなかった。	７種類の一包化で、同じ白色の薬も数種類あり、見落としてしまった。	刻印や印字を確認しながら、監査するよう徹底する。			オランザピン錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1813	一般名：ウルソデオキシコール酸錠50ｍｇ　として処方された薬を、ウルソ錠50ｍｇで調剤しなければならないのを100ｍｇで調剤し、交付。残薬がありしばらくは50ｍｇのものを服用し、残薬がなくなり今回処方分を飲もうとした所外観が違うことにより、患者本人が発見、薬局へ連絡が入り発覚いたしました。即日、回収と正しい医薬品に交換に伺いました。服用前でしたので患者様にへの健康被害はありません。	月曜日　この曜日は基本的に来局者の少ない曜日で、社員休日確保のためパート薬剤師で勤務する日です。在宅訪問があり在宅担当員が出払い、パート1人での対応でした。歴25年を超えるのベテランであることに加え、ここ最近当薬局では調剤・監査・交付後の印を残すルールに変更しましたが、ベテラン故、新しいルールになじめず、独自の手順で業務を行っていたことが判明。それに加えて当薬局では交付済みの処方箋の入力チェックを行うこととしているが、それもされていなかった。今回は入力に誤りがなかったため入力チェックは直接の原因ではないものの、日々の業務遂行に漫然としたものを発見した。本人に詳細を確認すると、慢心が招いたものであり、業務を怠ったと認識があり、管理者による再教育と、業務手順書の読み合わせが行われた。	本件の直接の要因の他に、さまざまな業務に対する慢心が、本件の分析により判明したため、全従業員に対する再教育を行った。また、社員薬剤師がすべての営業日に極力最低1人は配置されるようにシフトを組みなおし、基本的には社員の監査が入るように対策、それ以外でも事務員とのダブルチェックを導入するに至りました。			ウルソ錠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
1814	ツムラ大黄甘草湯エキス交付のところツムラ抑肝散エキスを投薬	包装外見がよく似ており監査を見過した	商品名・漢方の番号・品名の確認			ツムラ大黄甘草湯エキス顆粒（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
1815	混んでいる時間で持っていく数や薬が多く、確認したと思い、ノイロトロピン錠　280錠の中に名前の類似した同じような大きさのノイロビタン錠の100錠包装が混じってしまった	混んでいる時間で患者さんの薬の数、日数が多く、棚も近かった。	思い込まず、すべての薬品の確認をするようにする。間違いやすい薬品ははっきりわかるよう明記し、また近くないように配置する。			ノイロトロピン錠４単位	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1816	78歳男性在宅患者さんの処方に対して薬剤師Aが一包化調剤を行った。クロピドグレル錠75mg「サンド」1錠　朝食後の処方は、分包機のカセットから分包されていた。分包中、カセットの在庫がなくなった際に薬剤師Aが誤ってプレガバリンOD錠75mgを補充してしまった。薬剤師Bが監査したが気が付かず患者へ薬が誤ったまま渡ってしまった。翌日別の方でクロピドグレルの一包化調剤をした際、薬剤師Bがクロピドグレルの分包機カセットにプレガバリンが入っていることに気が付いた。そこで前日の患者さんの薬が誤っていることに気が付きすぐに回収、再調剤し正しい薬に差し替えた。ちなみに誤った薬は服用されていない。	薬剤師Aがカセットへ補充する際に医薬品名をしっかり確認していなかった。75mgの規格が同じだったため間違えやすかった。さらに見た目の大きさ、色、印字の雰囲気も似ていた。さらにカセットに違う薬品を入れるとエラーが起こることが多いが、普通に分包されてしまった。薬剤師Bも一包化の監査の際、一つ一つの薬品を確認できていなかった。	カセットで補充する際は薬剤師2名でダブルチェック。薬品名、規格など流さずしっかり確認する。監査者は一つ一つの医薬品が正しいか刻印、印字をすべて確認する。			クロピドグレル錠７５ｍｇ「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
1817	レザルタスLD錠が処方されている患者様から話をお伺いし、血圧が高いことが分かった。そこで、そのことについて疑義照会を行い、レザルタスHD錠に変更になった。	医師とのコミュニケーション不足と考えられる、患者様より聞き取りを行い未然に防ぐことができた。	薬交付前に患者様の状態をしっかりと確認する、薬剤師一人一人の知識も深めていく。			レザルタス配合錠ＬＤ レザルタス配合錠ＨＤ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1818	循環器内科と腎臓内科は日にちがいつもずれてしまうので、外来服薬支援を算定させて頂き、2科一包化をさせてもらっていた。今回は腎臓内科の受診日で、予め預かっていた循環器内科の薬を合わせて一包化しようとしたところ、ヒートから取り出してあったジルチアゼム塩酸塩徐放カプセル100mg「日医工」と硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg「St」が混ざった状態で小袋に入っていた。	ジルチアゼム塩酸塩徐放カプセル100mg「日医工」と硝酸イソソルビド徐放カプセル20mg「St」は外観が白のカプセルで印字だけが異なるよく似た薬であった。前回間違ってヒートから出してしまったのを小袋に戻したと思われるが、その際きちっとチェックせず小袋に直してしまったと思われる。	外来服薬支援を算定する患者様は薬剤師2重でチェックして保管するようにした。			ジルチアゼム塩酸塩徐放カプセル１００ｍｇ「日医工」 硝酸イソソルビド徐放カプセル２０ｍｇ「Ｓｔ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1819	内科クリニックで処方をされた小児患者の処方箋を持参された保護者が来局しました。処方箋にはセチリジン塩酸塩DSと記載されており用法用量に問題はなく書かれていました。また当該患者のお薬手帳には他院の小児科においてレボセチリジン塩酸塩DSと記載されておりました。投薬の際に保護者に前の病院とは別の薬が処方されていることを指摘すると、医師には前の病院と同じ薬の処方を希望したと言われ病院に確認をしました。病院の担当者はセチリジン塩酸塩とレボセチリジン塩酸塩の違いを理解していなく誤って処方をしたと回答を頂き処方が変更になりました。	処方医師と患者家族のコミニュケーション不足が原因かと思われる。	お薬手帳の確認と患者の保護者に対しての薬の理解について確認をすることが重要と思われる。			レボセチリジン塩酸塩ＤＳ０．５％「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1820	コロナ感染者で処方のFAXがきた。コデインリン酸塩錠２０ｍｇが処方されており、在庫もなく麻薬であるため卸にすぐに連絡。同時に処方監査中に処方箋に麻薬施用者番号や住所等がないことが発覚し、病院へ疑義照会。２０ｍｇの錠剤が麻薬になることを知らずに入力していたそうです。結果、コデインリン酸塩散１％になりました。	麻薬であることを患者が知っていたかも、処方不備、説明不備を見出すチャンスかも。処方監査をきちんと行っていたため、今回はたまたま発見できたが、在庫もあり、鎮咳を目的としていた場合、監査スルーしてしまいかねない。	特になし。以後も処方監査に注意をはらう			コデインリン酸塩錠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
1821	ミドリン点眼液が1日三回で処方されていることに気が付いた。薬剤師が用法について不振に感じ医師へ疑義照会を行った。結果、ミオピンに変更となった。	疲れ目での使用、ミドリンを日中で使用するとなると眩しさから運転など危険。薬効を十分に理解していなければ薬名も酷似しているので注意が必要。散瞳による眩しさからの生活面での危険性を回避できた。	各点眼剤の薬名の由来薬理作用を紐付けて理解することの重要性を再認識し継続して勉強する。			ミドリン	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	
1822	ミオピン　ミドリン取り間違え。	焦りゆえのミス　調剤　投薬時にも気が付かず患者帰宅途中薬歴記載時気が付いた。急いで帰宅中の患者を拿捕し訂正。	焦り化禁物。			ミドリン	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
1823	咳止めを処方すると言われてきたが、アロチノロール10mgが３T×１毎食後５日分で処方された。疑義照会の結果、アストミン錠10mgを処方しようとしての誤入力と判明。病院にアストミン錠のマスターが無かったため、メジコン散10%に処方変更となった。	患者に薬を渡す前に、症状と処方意図を調剤前に確認できたため判明。	用法用量、適応症、患者の主訴および背景などをすり合わせてからの調剤となる。未然に防ぐことができたので、今後も確認を継続していきたい。			アロチノロール塩酸塩錠１０ｍｇ「ＤＳＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1824	ドキサゾシン（２）「テバ」とドキサゾシン（２）「サワイ」が分包機カセット内に混在、そのまま投薬に至る	後発品供給不足により、複数メーカーの同薬品を備蓄、分包途中に欠品した際に他メーカーの薬品を補充してしまう。大きさ・見た目も類似しており、そのまま患者へ渡った。	薬品のメーカーが切り替わった時点で、カセットの名称変更、伝達を速やかに行う。また、備蓄場所を分ける（同じ引き出しにしない）。			ドキサゾシン錠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
1825	約2年　継続してトラゼンタ錠を服薬されている患者様　で　今回　トラディアンス配合錠APに処方変更となっているのに気づかず入力　調剤者も　気づかず　前回とDoで調剤した	処方変更が無いとの思い込み	チェック回数を増やす様に改善した			トラゼンタ錠５ｍｇ 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
1826	ロトリガ粒状カプセル２ｇ　2包×28日分（＝56包）のところを28包しかお渡ししていなかった。1/24（月）妻より電話連絡あり発覚。薬局在庫確認後、再度電話連絡し謝罪。配達する旨を伝えたが、配達は拒否され郵送希望あり。郵送対応した。	ロトリガ粒状カプセル２ｇはユニパックに入れ払い出ししているため、監査時に見落とした可能性あり。今回はご家族が代理来局されており、交付時に患者が気付くのは難しかったと思われる。ピッキング時は総量を取り間違えないように注意する。特に今回の患者は先発希望、PTPシート＋分包（フォリアミン錠5mg）がありミスしやすい状況だったと考えられる。	再度注意し監査を行うよう努める。薬VAN上の在庫にズレが生じた際は原因を追求するよう努める。ロトリガ粒状カプセル２ｇを服用している患者は少なく（6名程度）、在庫ズレに気付いた時点で、今回の過誤に気付けた可能性あり。			ロトリガ粒状カプセル２ｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1827	施設に持ち込まれた持参薬のセットを施設スタッフは行った際の配薬間違い。下剤と他の薬が別包になっていたが、間違って下剤のみを倍量セットしていた。訪問薬剤師が気づき適正に修正した。	別包された下剤と別の薬の印字が酷似していたために、鑑別が付かなかった。下剤にも下剤である旨の表示がなかった。	他者の調剤、作業であるためそちらに改善を提案。弊社としては持参薬を訪問薬剤師が必ずチェックする。			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
1828	ロサルタンカリウム錠５０ｍｇ「トーワ」を１回１錠、ビソプロロールフマル酸塩錠０．６２５ｍｇ「日医工」を１回２錠。用法は朝食後で服用していた。ロサルタンカリウム錠５０ｍｇ「トーワ」の流通が滞ってしまい、やむなくロサルタンカリウム錠５０ｍｇ「テバ」に採用薬を変更したことを説明し、前回来局されたときから「テバ」で交付した。　処方日数の途中でビソプロロールフマル酸塩錠０．６２５ｍｇ「日医工」の数が足りないと来局した。	今までは、ロサルタンＫ錠５０ｍｇ「トーワ」を採用していたため、特に問題は起こらなかったが、流通が滞ってしまい入手困難となったため、やむなくロサルタンカリウム錠５０ｍｇ「テバ」に採用薬を変更したことで、外観が類似の薬の組み合わせになってしまった。外観が類似だったため、仕分けを間違えてしまい、本人は正しく飲んでいたつもりだったが、結果的に間違った飲み方をしてしまっていた。	薬を変更した際には、変更した旨をきちんと伝えること。外観の類似薬は、極力採用を控えること			ロサルタンカリウム錠５０ｍｇ「テバ」 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
	薬局の最古を確認したが、交付間違いではなさそうだったので、残薬をご自宅から持ってきてもらった。残薬を確認すると、ロサルタンカリウム錠５０ｍｇ「テバ」とビソプロロールフマル酸塩錠０．６２５ｍｇ「日医工」が混在した状態で保管されていた。そのため、本人は正しく飲んでいたつもりだったが、ロサルタンカリウム錠５０ｍｇ「テバ」と思い込んで、ビソプロロールフマル酸塩錠０．６２５ｍｇ「日医工」を服用していたことで、薬が足りなくなってしまった。						
1829	１包化調剤でオルメッテクOD錠４０ｍｇが入っているところ、GE（AG）オルメサルタンOD錠４０ｍｇ「DSEP]が混入していたことに気がつきませんでした。入院時持参されたとき、入信先の薬剤師が気がつき判明しました。	自動分包機を使用していましたが、両薬剤ともにカセッターを使用していました。調剤時にオルメテックOD錠４０ｍｇを充填したいところ、誤ってオルメサルタンOD錠４０ｍｇ「ＤＳＥＰ」を充填していました。ＰＤＡでバーコード識別をしていましたが、エラーに気がつきませんでした。	ＰＤＡバーコードを使用したとき、３回読み取りしていたことが解析ログで判明していたので、エラーが出ていたと考えられます。しかし外装も酷似していることもあり他スタッフに確認を取っていないことが発見出来ない原因となっています。ＰＤＡでの認識でエラー出た場合は他スタッフにも確認をとり、充填ミス防止とします。			オルメテックOD錠４０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1830	前日処方された点眼薬と成分が重複。	配合点眼薬の内容について熟知すること。	新規処方時の併用薬確認を徹底する。			コソプト配合点眼液	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
1831	いつも来られる80代男性患者。（独居）今回は定期の目薬を取りに来られた。間隔がいつも早いので目薬がうまくさせていないのかと思い尋ねると「１日４回差すのが多くて大変だ。先生に回数を少なくしてほしいと頼んだが４回差すように言われた」との話であった。処方箋はパタノール点眼液４本　ベガモックス点眼液４本どちらも１日4回両目であった。よく話を聞くと各目薬が８本差さなくてはいけないと思いパタノール点眼液1滴さしたら５分空けてから２本目のパタノール点眼液１滴を繰り返していたので合計８回しなければいけないと思い込んでいたそうです。本人に分かるように目薬の袋に色付けし、同じ目薬、１本差し終わったら新しい目薬を使用するように何回も説明しました。	多忙の時間で患者が重なり投薬時にしっかり説明出来ていなかった可能性があった。しかし薬剤師は目薬2種類なのでわかるだろうと自己判断をして渡してしまった。	外用の使い方は一般的にわかっているとの思い込みで服薬指導をしてしまう傾向があるため高齢者には目薬袋から目薬をだし投薬時に説明するようにした。何種もあるときは色を塗るなど高齢者がわかりやすく理解できるように工夫するようにした。			パタノール点眼液０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1832	平素から薬局を利用されている患者さんにツムラ八味地黄丸（7.5ｇ28日分）とツムラ麻黄湯（7.5ｇ7日分)が処方された。調剤者が両方の漢方をピッキングしたが、投薬前に監査をした薬剤師からツムラ麻黄湯がピッキングされていないと指摘があった。その後、ツムラ八味地黄丸の箱の中からツムラ麻黄湯が見つかった。	ツムラ八味地黄丸とツムラ麻黄湯が同じ色の外観をしているため、調剤の際に混ぜてしまい誤った箱に戻してしまった。	漢方は１種類ピッキングしたあと、箱を片付けてから次のピッキングをするようにする。			ツムラ八味地黄丸エキス顆粒（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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1833	3/2　以前もらったスピリーバのカートリッジが入っていないと持参されましたメーカーに製品の調査を依頼した結果、「カートリッジを挿入した形跡がない」の報告でした	スピリーバのデバイスとカートリッジを確認し、セットしてから患者様にお渡ししていましたが、その時はスピリーバのデバイスだけ確認し、カートリッジが見当たらないため、すでにセット済みと思い込み、患者様に交付してしまいました。	防犯カメラに映って記録が残るようにスピリーバ本体へのカートリッジのセットを患者様の前で行う			スピリーバ２．５μｇレスピマット６０吸入	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1834	一包化された薬剤にフロセミド１０ｍｇテバとアトルバスタチン５ｍｇMeと錠剤の色、形、フォントが似ている薬剤があり、１つの包装にフロセミド2錠、異なる一包化の包装の中にアトルバスタチン2錠で分包されているものがあり、1回めの監査で見過ごした。2度めの監査で他のスタッフが発見し患者の手に渡ることなく、対処できた。	集中力を欠く状況での監査が、見落としの原因。	特に着色された状態には注意を払う。			アトルバスタチン錠５ｍｇ「Ｍｅ」 フロセミド錠１０ｍｇ「武田テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1835	ハーフジゴキシン１回0.5錠28日分のところ、後で取りに来られるため14錠取り揃え、半割は後でする予定で放置。別の薬剤師が調剤は完了したものと勘違いし薬袋に全量14錠と記載があるため、処方箋の記載を十分確認せず薬袋に入れる。持ち帰った患者の家族が気付き薬局に連絡。	薬局が非常に混雑しており、複数の処方箋を並行して処理していたため調剤も監査も中途半端な状態で放置されることが多かった。	できる限りひとつずつ確実に監査を完了するように、スタッフ間での連携を意識する			ハーフジゴキシンＫＹ錠０．１２５	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1836	(新規)イフェクサーSR37.5処方　朝食後※イフェクサーSR70を、お渡ししており今朝、服用後１Cap服用後に来局し下記、訴えあり・震え・フラツキ・下半身から込み上げてくる	一人調剤であり監査をしないため、誤りに気がつきにくい薬歴もいい加減に記載しているため、新規の薬であっても気がつきにくい	薬の棚に規格違いなどの大きくわかるようにラベルなどを貼付する監査の徹底			イフェクサーＳＲカプセル３７．５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1837	秤量計算のミス	秤量計算の仕方の勉強しておく	スキルアップ			フロセミド細粒４％「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	
1838	服薬指導時には、ボラザＧ軟膏新規処方にて使用説明書を見せながら、丸くなっている部分に薬剤軟膏があり、先端のキャップを外して肛門の差し込むように又は肛門部分に塗る事も出来ると説明。92歳高齢にて説明書が見えにくい可能性もあるので家に帰って再度説明書を見て下さいと話をした。　投薬当日、業務終了後に本人から電話があり、「軟膏容器すべて肛門に挿入してしまった。やっと取り出したが、軟膏容器本体は廃棄するものか」と確認の電話内容だった。	ボラザG軟膏は、本体を指で押して薬剤を肛門へ注入する薬剤であるが押し方を誤り、軟膏容器を含む本体全部が肛門内に挿入された。本人は、「坐剤」と勘違いし、本体を体内に残してしまった。幸い、おかしいと思いすぐに取り出して体に異常はなかったと確認した。　患者への薬剤交付時に家族が迎えに来て会話をしており服薬指導が中断されたため、理解が不十分だった可能性がある。	注入軟膏自体の使用も初めてだった。こちらが一方的に説明するのではなく、患者の理解度に応じて服薬指導を行い、理解したことを確認する。また高齢者については、付き添いの家族にも本人が分からなかった時の補足を行えるように同様に服薬指導を行う。			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
1839	喘息治療でパルミコートを長期で使用していた。２０２１年４月にジェネリックのブデホル吸入剤「ＪＧ」に変更してお渡し。以後１年ブデホル吸入剤を使用。１年後口腔内のガンジタ発生で耳鼻科受診。耳鼻科医より吸入剤によるものと言われた。本人より、以前使用していたパルミコートには吸入後うがいするように明記されていたがブデホル吸入剤にはうがいの記載なかったのでしていなかったとのこと。	同じような剤形でジェネリックに変更しただけという慢心で基本であるうがいについて説明が不十分だった。吸入剤にある説明書にはジェネリックのブデホル吸入剤でもパルミコートでも同じようにうがいの記載があったが、慣れていない説明書では目立たず、うがいが必要でないと判断したようです。	長期に渡り吸入剤を使用している患者さんでも、基本であるうがいについてこまめに確認するなどが必要であると反省し、投薬時の声掛けを徹底するようにした。			ブデホル吸入粉末剤６０吸入「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
1840	元々一包化にして渡している患者であり、8錠の薬剤が入っていた。次回来局時に患者から申し出があり、1箇所9錠入っていてみたことない薬だったとの申告があり回収させてもらった。そのお薬がシロスタゾールであり、本来患者に対して処方のされていないものだった。	8種類の薬にも白い錠剤が多く、見逃してしまった当時患者が多数来局しており、繁忙であった	一包化の監査の際は錠剤の数及び中身の確認を徹底することを再度周知			シロスタゾール錠１００ｍｇ「ケミファ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1841	コタロー抑肝散加陳皮半夏が、処方されていたが、ツムラを、調剤してしまった。	ツムラの漢方が、処方されることが大多数であったため、思い込みで、ピックアップした。	同じ薬品名の薬であっても、メーカーが、異なることがあることを、周知徹底する。			コタロー抑肝散加陳皮半夏エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1842	（般）ブリモニジン酒石酸塩点眼液0.1%とアイラミド配合懸濁性点眼液が同時に処方されていた。患者本人に確認したところ、現在はアイラミド配合懸濁性点眼液しか使用していないとの事であった。病院に問い合わせをし、薬の成分が重複している点と、他の目薬の処方の有無についても確認。問い合わせの結果は、（般）ブリモニジン酒石酸塩点眼液0.1%は処方中止となる。他の目薬の処方も無い点確認。	（般）ブリモニジン酒石酸塩点眼液0.1%（先発医薬品：アイファガン点眼液0.1%）と、アイラミド配合懸濁性点眼液で重複投薬があった事例で、誤って現在中止の（般）ブリモニジン酒石酸塩点眼液0.1%も一緒に処方してしまった様子。片方が一般名で、アイラミド配合懸濁性点眼液は商品名表記であるが、もしまだ後発医薬品の無いアイラミド配合懸濁性点眼液にも一般名が併記されていたら、病院での処方入力・処方箋交付の段階で、気付きやすくなるのではないだろうか。また、処方の監査を行う薬局においても、アイラミド配合懸濁性点眼液への一般名併記により、重複投薬に気が付きやすくなるのでは。	眼科の処方を扱う件数が少ないので、最近の緑内障の合剤の点眼液には今後より注意をしたいところで有る。レセコンのシステムを用いて重複投薬を確認すると共に、普段から緑内障点眼薬・配合剤の成分に関する知識を高める必要が有る。			アイファガン点眼液０．１％アイラミド配合懸濁性点眼液	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1843	降圧剤2種類と強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏280ｇ（部位未記載）の処方箋受け付けた。調剤前に強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏280ｇの用量が多いこと、また患者さんからの聞き取り内容「昔、手術した後、排便時に痛みがあり軟膏を出してもらったことがある。」長さを聞くと右手の指を拡げて「5ｃｍくらいかな」と。「お尻以外の場所にかゆみやただれなどはない。」ことから疑義照会をした結果、強力ポステリザン軟膏（2ｇ28本）の誤りと判明した。	電子カルテの為、最初の強力が同じであることから、入力間違いと思われる。	これまで通り、処方箋受付後、調剤前に患者さんに必要項目の聞き取りを徹底していく。			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	
1844	受付時に目薬はコンタクトレンズの上から点せるものがいいと相談があり、レボカバスチン点眼液からエピナスチン点眼液への変更の疑義照会を行った。その際、一緒にケトチフェン点鼻液を点眼液と思い込み、備考欄に削除と記載してしまった。鑑査者にもその旨を伝え、投薬時にも目薬の話しかせずにお渡し。翌日、患者より電話で点鼻が出ていないと問合せがあり、交付漏れが発覚した。	ケトチフェンは点眼液も点鼻もあり、尚且つ、剤分けしていない記載の処方箋だった。処方頻度の高い点眼だと思い込んでしまった。鑑査時にアレルギーに対する目薬が2種類出いることに違和感はあったが、疑義照会で削除された薬のため、見返さなかった。他の薬に不足があり、その対応に気を取られていた。	疑義照会で削除となった理由をしっかり確認する。たとえ削除となった薬でも見直す。他の対応があっても基本に忠実に行う。			ザジテン点鼻液	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1845	病院の変更に伴い処方された薬が重複もともとエディロール他多数服用されていたが、他院で今回同じ薬が処方。監査時に気が付いたが患者様は以前のものを服用してからこちらのものを服用しますとのことで了解。こちらではエルデカルシトールGEでの交付だったので名前が違うので間違えないように念を押した。	病院を変更したときにはお薬手帳の確認が詳細に必要。今回の多病院の処方薬はかなり多かった。又は持参されていないときは聞き取りが難しい。	お薬手帳は処方薬が多い時は必ずコピーする。			エルデカルシトールカプセル０．７５μｇ「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1846	棚卸時に、在庫合わないこと発覚し、患者へ10錠お渡ししていないこと発見。お電話し謝罪し不足分お渡ししようとするが、残あり、いらないとのこと。	オーディットの確認ミス。	オーディットを有効利用する。			トリプタノール錠１０	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1847	イトラコナゾールカプセルを６０カプセル交付するはずだったが、４８カプセル交付。その後交付履歴の確認をしていた別の薬剤師が渡し間違えに気づいてすぐに訂正。	当該薬剤は８カプセルずつのPTPシートとなっているが、監査した薬剤師は１０カプセルずつの薬剤だと誤認。ピッキングしたスタッフは８カプセルずつと認識していて正しい数を集薬していたが、監査の時点で薬剤師が訂正したつもりで８カプセルPTP×６枚に変更。 その後別の薬剤師が気づき、訂正に至る。	イレギュラーな包装の商品には箱に注意喚起の札をつける。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1848	ヒューマログ注ミリオペンと一緒に処方されたマイクロファインプラス32Ｇ4ｍｍを３箱ピッキングしたが１箱マイクロファインプロが混入していた	包装が類似保管場所が近いスタッフの知識不足	保管場所を分けたスタッフに類似の商品がある事再度指導			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
1849	エゼチミブとセンノシドが用法が異なって処方されていた。本来はそれぞれの薬剤に合った薬袋へ入れるはずっだったものの、それぞれ逆の薬袋へ入っていた。	エゼチミブ10mg[DSEP]とセンノシド12mg[サワイ]ののシートの外観が似ていたため、監査者が誤って、逆の薬袋へ入れてしまったと考えられる。	薬袋へ入れる際は、薬剤の名前と薬袋に記載されている名前が一致しているか、確認する。シートの外観が似ている場合は、とくに注意する。投薬時に患者と一緒に確認する。			エゼチミブ錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」 センノシド錠１２ｍｇ「サンド」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1850	フェルビナクテープ70mg「三笠」63枚の処方があり、調剤者は1袋14枚入りであることを知らなかったため9袋で調剤。薬剤交付前に薬局で気付き疑義照会にて湿布の枚数を56枚に変更してもらった。	湿布は1袋7枚入りのものが多いため、思い込みによるものと思われる。	薬局内にて事例を共有し周知徹底する。			フェルビナクテープ７０ｍｇ「三笠」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1851	2022年4月8日にアレロック顆粒を調剤した職員が、在庫マスタ上の理論在庫量と実在庫量に1袋(100包)の相違があることに気が付いた。実在庫量が不足していたことから誤って多く渡してしまったという調剤エラーが考えられ、その可能性がある患者3名全員に確認をとったところ、そのうち1名の患者に1袋(100包)多く渡していたことが判明した。その患者には、本来140包渡すところを240包渡していた。	調剤：箱には「100g」と記載があり、これを1箱100包と勘違いし、調剤をした可能性がある。監査：用法用量と1包あたりのg数に気を取られ、1袋あたりの包数の確認がおろそかになった。与薬：変更があった薬の説明を中心に行った。変更のなかったアレロック顆粒は中身を確認せずに渡したため、数量の間違いに気が付かなかった。	箱から出して補薬する。(実施済み)箱の記載を単位までしっかり確認することを徹底して調剤をする。1束、1袋の数をしっかり確認することを徹底して監査をする。			アレロック顆粒０．５％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1852	乳糖水和物を分包する必要があったが、調剤者が誤って「乳酸カルシウム水和物」の分包品をピッキングした。監査者も処方箋の確認が不十分だったため、薬剤の間違えに気付かず監査を終わらせてしまった。結果的には患者の服用前に他の薬剤師が気付き、薬剤の変更を行った。	特に繁忙時のミスではなく、調剤者・薬剤師の経験不足が原因。また、監査システムが導入されているが、そのシステムが使用されていなかった。	薬剤名・規格・剤形等の注意点の再確認、調剤時のシステム使用手順の再度の周知徹底をおこなった。また、個人ごとに作成している管理簿に以前は『乳糖水和物まく』と記載していたが『乳糖まく』に変更した。			乳酸カルシウム「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
1853	初めて当薬局で調剤する患者。処方箋はＩＣＴツールを用いた送信機能にて送信された。処方箋には一包化の指示があり処方内に一包化不適のアトーゼットＬＤ配合錠があった。患者は全薬剤の一包化を強く希望されていたので疑義照会にてアトルバスタチン１０ｍｇエゼチミブ１０ｍｇの単剤を一包化することでお渡しすることになった。	処方医がアトーゼット配合錠が一包化不適であることを認識していなかった可能性がある。診療科担当に次回からはそれぞれの成分で処方して頂けるように医師にも情報共有してもらった。	他にも一包化不適の薬剤があるため、配合剤と代替薬をすぐに確認できるように表にした。			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
1854	ロラゼパム錠が処方されていたが、同薬を他科より処方されており重複していることをお薬手帳で確認。疑義照会の後、処方削除となった。	患者は他科より90日分の処方を受けており、向精神薬であるロラゼパムは30日分だけ処方してもらっている。次回の他科受診までのロラゼパムの不足分を診療所より30日分ずつ処方されていたが、他科で処方してもらったばかりであることを診療所の医師に伝えておらず、重複処方となってしまった。	お薬手帳を毎回確認する。			ロラゼパム錠０．５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1855	アトルバスタチン錠とエゼチミブ錠が処方されている患者で、配合錠のアトーゼット配合錠へ変更となった際、一包化のため、アトーゼットもヒートから取り出そうとしていた。しかし、ベルソムラ錠のようなアルミ包装であったため、分包可能かどうか添付文書で確認したところ、『光による酸化のため、服用直前にPTPから取り出して服用すること』と記載があったため、ヒートから取り出すことをやめてヒートで調剤した。	各成分の錠剤の添付文書では上記分包不可の理由の記載はないため、当然配合錠も分包可能だと思い込みがあった。	各成分の錠剤で分包可能であるものを配合錠へ切り替える場合であっても、添付文書やインタビューフォームを確認し分包の可否を確認して調剤する。			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
1856	アスベリン錠20ｍｇ４．５錠　1日3回食後を１．５錠づつ分包する時に、取り違えて10ｍｇの錠剤を混ぜて分包してしまった。	薬剤配置換えをした際に近くに配置されて、ピッキング作業時まちがってとってしまった。以前は、ぜんぜん別の場所に、置いてあった。	アスベリン錠の、10ｍｇと20ｍｇの場所を、元の遠い場所にもどした。			アスベリン錠２０	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1857	ツロテロールの記載のところホクナリンを調剤してお渡しした	同成分製品が商品の流通が悪く先発品と後発品を調剤室に共存していたためすれ違いがありました	各薬品の配置場所を少し話して取り違いがないように承知しました			ツロブテロール塩酸塩ＤＳ小児用０．１％「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1858	発作時使用のためメプチンエアー1回1吸入で出ていた。交付時患者指導時、薬袋・薬情・お薬手帳印字には「発作時1回1吸入」で指導が行われていたが、メーカー資材であるメプチンエアー保管袋に成人1回2吸入、1日8回までの記載があり、患者が保管袋の記載に従って使用していた。2か月後に受診の際、メプチンエアーの残量が少ないことに主治医が気が付き、患者を再指導、薬局へも連絡が入った。	患者は携帯時、薬袋を破棄しメーカー資材の保管袋で携帯していた。	メーカー資材の使用を中止し、チャック袋に医師の指示量を記載し渡した。患者へメプチンエアー頻回使用により心臓への副作用の懸念があることを再指導。交付時はメーカー資材について、医師の指示と異なる文面がないか必ず確認するように再確認した。			メプチンエアー１０μｇ吸入１００回	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1859	リベルサス錠３ｍｇが初めて処方されたがグリベンクラミドも食前で処方されている為、併用した場合はリベルサス錠の効果が減弱する恐れがあったため直接処方医に処方提案を行いグリベンクラミドは食後に処方が変更になる。	午前中の一番忙しい時間帯なので添付文書を十分確認できなかった可能性。	今後も薬剤の特性を熟知して調剤を行う。特に初処方時は十分相互作用を考慮して調剤する。			リベルサス錠３ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1860	ジェネリク希望であったが、先発品のノルバスク錠2.5ｍｇを調剤してしまった。患者から連絡があり発覚した。	処方箋には先発品の記載があり、事務の人が成分名を鉛筆で記載していたが、見落としがあった。調剤録の確認も不足していた。	処方箋、調剤録をしっかり確認して、患者さんの前では薬を一緒に確認するようにしていく。			ノルバスク錠２．５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1861	監査中に施設の一包化の患者さまのオルメサルタンＯＤの規格が違っていた。	分包機の機械のカセットにオルメサルタンＯＤ20mg「DSEP」ところオルメサルタン10mg「DSEP」が混入していた。恐らく薬剤師が一人の時に誤ってカセットにオルメサルタン10mg「DSEP」を入れてしまったと考えられる。	一人薬剤師の為、カセットに薬剤を入れるときは事務員などに確認してもらうようにする。			オルメサルタンOD10mg「DSEP」 オルメサルタンOD20mg「DSEP」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1862	アスパラカリウムを保管している棚に、ＧＥのアスパラギン酸カリウムが混入していた。一度取り出した後に戻す際に戻す場所を間違えた。	この事案には、２人のスタッフが関係しており、薬を出した者となおした者が違い、なおした者の思い違いがあった。	薬を出した者がなおす作業も行う様にする。			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
1863	アデホスコーワ顆粒　１０％　　３ｇ「般」メコバラミン錠０．５ｍｇ ３錠アストミン錠１０ｍｇ ３錠分３　毎食後 ２８日	耳鳴りで通院している患者様で今回初めてアストミン錠１０ｍｇ処方アストミン錠１０ｍｇ　２８日処方に違和感を感じ患者様へ咳が出るか確認前回点鼻薬が出ていたが耳鳴り改善されないため、ドクターに耳の薬を出すと言われたとの事疑義照会を行いアストミン錠１０ｍｇとストミンＡ配合錠を間違えて処方箋に記載されていたことが判明ドクター指示によりアストミン錠１０ｍｇ→ストミンＡ配合錠へ変更	患者様の症状を日頃から知っておき疑問に思ったら必ず疑義照会を行う			アストミン錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1864	バファリンA330mgしか頭痛に効かないという思い込みの患者さんが、販売中止になったことでDrへ同じような薬を処方してほしいと頼んだ。Drも新人だったようで、PC上に同じ「バファリン」という薬が出てきたので、A330mgに該当する1回4錠で処方してきた。当事者の薬剤師は添付文書で1回4錠(324mg）までという記載だけ確認して問題ないと思っていたが、別の薬剤師が適応症が異なることを指摘して疑義照会し処方変更となった。	バファリン配合錠A330mg：解熱鎮痛消炎剤バファリン配合錠A81mg：血栓・塞栓形成の抑制、川崎病	繁忙時でも必ず別の薬剤師の監査を受けることを徹底する。薬剤師一人一人の知識量が異なるため、定期的に薬局内での勉強会を継続する。			バファリン配合錠Ａ８１	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1865	ジメモルファンとカルボシステイン混合のシロップとレボセチリジン単独のシロップのシールを反対に貼付し、逆に服用してしまっていた。2日目に気が付き、正しいものをお届け。健康被害はない。	シロップシールが１種類で中身の記載のみでの判断になり間違いやすい	シロップシールを１日１回の時はデザインの違うシールにする			ジメモルファンリン酸塩シロップ小児用０．２５％「ＴＣＫ」 カルボシステインシロップ５％「タカタ」 レボセチリジン塩酸塩シロップ０．０５％「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
1866	元々パルミコート２００　１１２吸入を１日２回１回２吸入使用していた患者さまが症状安定しパルミコート２００　５６吸入を１日２回１回１吸入に変更する経過であったが、変更に気付かずに継続にて調剤実施。後日変更に気付き患者様へ確認の連絡行い実際は医師の指示と通り１吸入で経過みるように説明	慣れが原因と推測。常より継続して出ている人でも毎回必ず処方箋確認して調剤・監査行うようにする。	常に処方箋の確認行うこと再度徹底する。調剤録の確認もしっかり行う。			パルミコート２００μｇタービュヘイラー５６吸入	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1867	アスベリン散10%とアスベリンDS２%の薬品間違い処方を薬剤調整時、調剤者が気づいて疑義紹介を行った。	以前より、処方ミスの頻度が高い薬剤。手書き処方箋の為、機械的な予防が出来ない。	当薬局では、散剤瓶の前に体重ごとの容量を記載してミスに築きやすいように工夫している。			アスベリン散１０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1868	薬歴に下ねリック希望との記載あり供給困難で先発に変更していたが間違えてジェネリックお渡し	変更に気がつかなかった	薬歴の記載を変更			エバスチン錠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
1869	アゼルニジピン長期投薬中の患者。フロリードゲルが歯科より口角炎の外用扱いで処方あり。禁忌項目の見落としによる確認不足	平常通りの交付であったが、一人薬剤師での対応にて確認不足。	事務員との協働にて未然に防ぐ事例。今後も周知徹底していく。			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
1870	処方はクラシエ八味地黄丸エキス細粒７ｇ分２であった。他科と合わせて１包化、漢方はホチキス止めの調剤であったので、実習生に調剤をさせたところ、漢方薬＝分３と思い込んでおり、処方箋を確認せず１包化に分３でホチキス止めをしていたのを指導薬剤師が発見	処方せんを確認せずに思い込みで調剤を行っていた 当薬局はツムラの漢方薬を主に取りつかっており、１種類の漢方薬に１規格しかなかった。処方はクラシエなので１種類の漢方薬に２規格存在することを事前に説明をしていなかった	実務実習性にはクラシエの漢方薬には１包当たりの重さが２規格存在することを説明。それぞれの規格で用法が変わることを説明。 また、主治医の意向で漢方薬を分１や分２で使用する場合もあるので処方せんを必ず確認して調剤を行うよう指導した			クラシエ八味地黄丸料エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1871	当薬局に初回の患者さまでリベルサス錠7ｍｇが処方されており鑑査者はそのまま憶測等で見過ごしてしまったが投薬時に患者様に確認を行い３mgからの増量であることを確認しお渡しすることがた。	頻繁期による焦りや３mgからの増量であるどろうと憶測での鑑査・調剤を行ってしまったため。	疑問点があれば他の薬剤師に確認を行う、監査・調剤時に疑問点があれば投薬者に投薬時に確認してほしいことなどを伝えるようコミュニケーションしっかり行う。			リベルサス錠７ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1872	ニキビの患者さんに『ビブラマイシン錠　2錠　朝夕食後』と『ロキシスロマイシン錠　２錠　朝夕食後』が処方されていた。薬剤師Aがそのまま調剤したが、鑑査した薬剤師Bが抗生剤が２種類出ていること、いつもはビブラマイシン錠が１日１回で処方されていることに気づき、疑義照会を行った。その結果、処方医はビブラマイシン錠ではなく、ビフロキシン錠を処方したかったことが発覚し、処方内容が変更となった。	ビブラマイシン錠とビフロキシン錠の名称が似ている。また、ビブラマイシン錠もロキシスロマイシン錠もニキビの患者さんに出てもおかしくない薬だが、抗生剤が２種類出ていることに気づかず調剤してしまった。	いつもと違う用法で薬が処方されているときは注意する。また、基本的に抗生剤が２種類以上出ていたら疑義照会を行う。			ビブラマイシン錠５０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1873	ミノマイシン顆粒（ジェネリック可）で処方されていたものをミノサイクリン顆粒で調剤。レセコン入力、分包紙印字などはミノマイシン顆粒のまま、患者様に交付してしまった。	ミノサイクリンとミノマイシンはイコールであるとの思い込みにより調剤、交付してしまった。調剤の際に薬品のボトル名を確認、監査の際に調剤録を確認、交付の際に分包紙の印字を確認することを徹底する。	処方箋監査、調剤監査の徹底			ミノマイシン顆粒２％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1874	初回来局。お薬手帳で確認し同一成分薬が処方されていることを確認の上一包化。前の薬局でもらった時と同じ内容で処方されていると説明し、ジェネリックのメーカーが変更になっていることを説明できていなかった。本人が帰宅後、手元の一包化薬と比較したところ少し大きさが違うとのことで薬局に連絡があり、説明できていなかったことが発覚。医師の処方は一般名処方のため同一内容であると説明してしまったが、メーカーは変更になっていることを説明できていなかったことを謝罪。同じ成分なので引き続き服用するように促し、ご本人の納得を得られた	一包化のためPTPシートの違いなどもなくどちらも同じ白い錠剤のため患者に不安を与えないよう同じ成分の薬が引き続き処方されていると説明してしまった。実際にはメーカーが違うためしっかり説明する必要があったが、錠数や薬効の説明を優先してしまった。	他の薬局からの切り替えの場合は特にジェネリックメーカーの変更が問題になることがあるのでメーカー変更について十分に理解を得てから調剤する			ベタヒスチンメシル酸塩錠６ｍｇ「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	
1875	ジルチアゼム徐放カプセル2cp分2処方のところを1cp分1の数量をお渡し。	数量の確認もしっかり行う	思い込みに注意するよう職員へ情報共有			ジルチアゼム塩酸塩徐放カプセル１００ｍｇ「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1876	一包化する際、一緒に処方されていたアルファカルシドール０．５μｇ「アメル」と錠剤の色とサイズが似ており、手巻きで４包ほどニコランジル錠５ｍｇ「トーワ」と間違えてセットしてしまった。５６日分分包のため２回目の薬剤セットする際に発見し、間違えていた部分を作り直した。	薬剤の確認不足サイズや色が似ており、刻印も薄かったため間違えてしまった	一包化の機械に薬剤をセットする前に薬が正しく入っているか確認する残っている薬剤の数を確認する			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
1877	エンレスト100　が1回2錠で処方され調剤者は適切な数を調剤していたが監査者の判断により1錠に変更し投薬した	用法をしっかりと確認せず処方箋を見るのもおろそかにしたため調剤されたものの数を減らし投薬した	ダブルチェックが基本ですが監査者は調剤されたものを変更するときはほかの薬剤師に確認し投薬するようにする			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
1878	処方せん記載と事務入力はレバグリニド0.25mgであったが、実物は0.5mgと間違った調剤がなされたｇ、監査でチェックできず患者様に渡ってしまった。のむ段になって患者様が間違いに気付き電話して来られた。まだ少し残薬があるとのことで、お詫びして正しい薬を郵送させていただいた。間違えた薬は次回来局時持参していただくことに。	DMの薬でありハイリスク薬であるので、慎重にも慎重を重ねて監査する必要があると思われる。	処方せん記載、事務入力結果、実物の三社一致を必ず確認する原則を意識して守る。			レバグリニド錠０．２５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1879	ロキソニン錠60mgの薬棚にロキソプロフェンNa錠60mg「トーワ」が混入していた。	実習生がピッキングシステムに不慣れであった、また、それぞれの薬剤の薬棚が近接した場所にあり、かつ包装、PTPの配色なども似ていたことから、薬剤を間違った薬棚に戻したままとなっていた。	ロキソニン錠60mgの保管場所を薬棚から引き出しへと変更し、ロキソプロフェンNa錠60mg「トーワ」と薬剤の配置場所を大きく異なる場所としたことで混同しにくくした。			ロキソニン錠６０ｍｇ ロキソプロフェンＮａ錠６０ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1880	外来に代理人が受け取り一旦帰られる。その後薬局に電話があり、受診した医療機関と違う医療機関名が記載されている。本当にこの患者の薬なのかという問い合わせで発覚。その際服用はされていない。分包機入替に伴い手順が煩雑になっていたこと、定期的に受診されている方のため慢心があったために生じたと考えている。電話で対応し代理人が医療機関名を塗りつぶすという対応をとってくださった。	調剤及び監査時に名前と調剤内容、薬は監査されていたが医療機関名の監査が抜け落ちていた。	スタッフ全員に今回の事例を周知し、医療機関名および日付も監査するよう周知した。			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
1881	モメタゾン点鼻液初回服薬指導時に製剤見本で手技説明した際誤って調剤した医薬品と一緒に製剤見本も誤って薬袋に一緒に入れてお渡ししてしまった。	通常製剤見本は説明後専用の置き場所に置くのがつい一緒に薬袋にいれてしまった。製剤見本と実際の医薬品の区別が薬袋から出すとわかりずらい。	製剤見本にテプラで目立つように「サンプル」と表記した			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
1882	当該患者にレミッチOD錠25ｍｇが処方されたが後発可の処方せんだったため患者希望によりナルフラフィン塩酸塩カプセル2.5ｍｇ「YD」を調剤。投薬時に慢性肝疾患患者であることが判明。投薬前に適応症を確認し調剤薬が適応外であったため先発薬での投薬となった	レミッチOD錠2.5ｍｇに慢性肝疾患に適応があると思わなかった知識不足による	先発薬と後発薬には適応が異なることを熟知し疑義が生じた場合は添付文書をチェックする			レミッチＯＤ錠２．５μｇ	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
1883	レバミピド錠100ｍｇ「オーツカ」の鑑査をするにあたり、ムコスタ錠が混ざっていた。念のため、レバミピド錠の棚を確認したところムコスタ錠が入っていた。	当時、薬局には薬剤師が一人のため、ピッキングは事務に任せていた。レバミピド錠の使用率が高いため、また、外見がAGによる類似している点から習慣づいてレバミピド錠の棚に戻してしまった。	10錠ヒートと21錠ヒートで差別化を図る			レバミピド錠１００ｍｇ「オーツカ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1884	アダラートＬ２０ｍｇ　2錠　分２朝夕食後で今まで処方されていたが、令和4年3月で薬価削除となった為、医師が処方入力出来ずに間違えてアダラートCR２０ｍｇ　2錠　分２朝夕食後で処方してしまった	アダラートＬ２０ｍｇは無くなったがジェネリック医薬品の方は処方可能だったが入力を間違えてしまった	事前に医師に情報提供していれば防げたミスかも知れない			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
1885	Faxの文字が小さく手書きで0.25ｍｇと0.5ｍｇの読み違い	原本と照合し多数で確認すること	多数で確認するようにする。			デパス錠０．５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1886	ビマトプロスト点眼液15ｍｌでの処方、1瓶が2.5ｍｌである薬剤だが、5ｍｌ/瓶と勘違い。投薬者、監査者ともに思い違いをした。よって半量しか投薬せず、患者家族より連絡があり発覚。	点眼薬は5ｍｌ/瓶であるとの思い違いがあった。瓶の大きさは同じであり、知識不足であった。2.5ｍｌ瓶の薬剤を一覧表として点眼調剤台に設置。	2.5ｍｌ瓶の薬剤を一覧表として点眼調剤台に設置。知識の共有をし、過誤防止に努める。			ビマトプロスト点眼液０．０３％「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
1887	ピタバスタチン錠2mgをお渡しするところをピタバスタチン錠1mgをお渡ししてしまった。患者さんが帰られてからそのことに気が付き直ぐにTELした。その結果患者さんがもう1度来局してくださる事になり謝罪した後、お薬をお渡しした。	忙しくしていた事と重なったとは言え徹底確認不足であり全くダメであった！	薬局内での徹底確認をする！			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1888	施設嘱託医より「ビオスリー配合ＯＤ錠　６錠　３×毎食後」を「ビオスリー配合散」への変更指示があり、その換算について薬剤師に問い合わせがあった。薬剤師は「今日の治療薬」を見て、有効成分が配合錠と配合散では５倍になっているため、「ビオスリーＯＤ配合錠　６錠　＝　ビオスリー配合散　１．２ｇ」と計算してしまい、嘱託医に回答し処方されてしまった。処方鑑査時に別の薬剤師が気づき、過誤が発覚した。	１．生菌製剤には「有効成分」以外に「生菌数」という確認ポイントがあり、生菌製剤の場合は「生菌数」の方が薬効に与える影響が大きいため、換算時には生菌数で計算する、という知識が無かった。２．ビオスリーの添付文書には「換算」と「生菌数」に関する注意書きが書かれているが、今日の治療薬には書かれていなかった。	１．生菌製剤の調剤棚に「錠⇔散の換算注意」の注意書きを貼った。２．換算などミスが起こりやすい場面では、より情報量の多い添付文書で確認する			ビオスリー配合ＯＤ錠 ビオスリー配合散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1889	ドネペジルをアルミパックに入れた状態のまま調整。14錠ヒート入りと28錠ヒート入りが混在していたものを気付かずに鑑査終了。交付前に空き箱から包装が異なるものが入荷されていたことに気づき、誤りに気付いた。	入荷しやすさの問題でそれまで14錠包装で発注していたものを28錠包装に切り替えていた。このため錠剤棚に2種類の包装が一緒に入っており、アルミピローで見たとき一見区別がしずらい状態だった。機械鑑査時もパック包装で登録していたため重量鑑査を行っておらず、気づけなかった。	入荷状態が変わった時は店舗内全員に声をかけ、錠剤棚に目印をいれる。包装が異なる物は同じ棚に入れない。パック登録での目視鑑査時に包数監査を怠らないようにする。			ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠３ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1890	87歳　女性の処方薬を一包化してお渡ししている。患者名・用法を印字してお渡ししているが、別の患者の氏名が印字されていた。監査時に発覚したため、その場で作成し直した。	焦り、確認不足	分包紙に印字している情報が正しいかどうかまでしっかり確認する。			クリアナール錠２００ｍｇ ラフチジン錠１０ｍｇ「サワイ」 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
1891	アゾセミド30ｍｇ各日投与のところ、別の患者用に作っていたアゾセミド30ｍｇ　0.5錠を間違えて薬袋に詰めてそのまま投薬した。	忙しかった。	監査を徹底する。			アゾセミド錠３０ｍｇ「ＪＧ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1892	バルプロ酸の徐放錠を処方のところ、普通錠でお渡し。病院を転院しており、転院後より徐放錠へ変更。	転院前はバルプロ酸の普通錠で渡していたが、転院して徐放錠へ変更となる。一般名で処方されており判別しにくい点。もともと使用していた薬剤の交付の為、本人も違いに気づかずお渡しした。交付後の入力確認時に判明し、ご自宅に取り換えに伺う。未服用であった。	確認の徹底。			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
1893	今回の処方にてザジテンドライシロップ　1日1.2gで処方されていたが、患者様の年齢2歳で体重１１ｋｇとのことから1日量が多い可能性がある為、医師に確認。医師からは年齢換算で1日0.8gに変更するよう指示をいただいたため、患者様に説明し、用量変更してお渡しした。	患者様のへの聞き取り不足や用量の計算間違いの可能性がある。	今後も患者様への聞き取りやお薬手帳への確認をしっかり行い、処方内容に誤りがないか確認を行う。			ザジテンドライシロップ０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1894	継続して使用している患者に対し、メプチンエアー10μ吸入100回の処方のところ、メプチンスイングヘラー10μ100回を取り違えて調剤。投薬後すぐに、いつもの吸入器と包装が違うと連絡あり。交換。	呼吸苦があるため車から降りるのがつらいとのことで、処方せんを車まで取りにゆき、調剤して車内の患者さんにお渡しした。決まった投薬の方法は、カウンターにて医薬品情報紙の上に医薬品を置いて患者さんにも確認してもらうことになっている。今回、つらい様子だったため、すべて薬局内で薬袋に入れて、患者さんに確認してもらわずに投薬をした。	イレギュラーな投薬の場合でも通常の決められた方法で投薬するよう心掛ける。			メプチンエアー１０μｇ吸入１００回 メプチンスイングヘラー１０μｇ吸入１００回	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1895	（一般名）メトホルミン塩酸塩錠５００mg　→　同５００mgＭＴ「ニプロ」とメモするところ、メトグルコ錠５００mgと転記ミス。（一般名）グリクラジド錠４０mg　→　グリミクロン錠４０mgとメモするところ、グリクラジド錠２０mg「サワイ」とメモ転記ミスし、調剤へ回してしまった。レセコン入力時に気づき、訂正した。	・朝の早い時間、また体調不良あり、集中力を欠いていた。・処方薬多数、一般名処方多数、メモ書き多数、一包化調剤など特に複雑な処方だった。	・体調を整える。・メモ書きの見間違い等を防ぐため、患者メモ欄を整頓・更新しておく。			メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「ニプロ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1896	アモバン錠7.5mgをお渡しする所をゾピクロン錠7.5mgを30日分お渡ししていた。患者さんが30日後に来局されお薬がいつもと違っていたと言われ事実が発覚した。薬局内のお薬の錠数を確認した所、ゾピクロン錠7.5mgをお渡しした事がわかりました。	処方されているお薬の徹底確認をする！	薬局内でフォローしあう。何回もチェックする。			アモバン錠７．５	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
1897	引っ越しの為他院より転院後薬がエクア50ｍｇ1錠、メトホルミン500ｍｇ1回2錠ずつからエクメットＨＤ1回1錠へ変更になった。再来局時に患者自身が今までメトホルミンを2錠ずつ飲んでいたので思い込みでエクメットを1回2錠ずつ飲んでしまっていた。具合が悪くなり薬情をよく確認したら1錠ずつだったことに気づいてその後は問題なく服用できた。	薬の変更、飲み方をしっかり理解しているか再確認したらよかった。	薬情、薬袋などに1錠ずつと蛍光ペンなど目立つように印をつけながら説明する。			エクメット配合錠ＨＤ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1898	一包化の機械（XANA）のカセットにて薬品不足（プレドニン錠５ｍｇ）が発生。調剤者がプレドニゾロン錠５ｍｇ旭化成を補充しようとし、鑑査者に補充薬品の確認後補充。両者ともに誤りに気付かなかったがその後XANAにてエラー音が発生し、他薬剤師が確認し発覚。	出勤してまだ経験の浅い薬剤師の調剤。また、薬局内も忙しく鑑査者も薬品名の類似にて見逃してしまった。	プレドニン錠５ｍｇとプレドニゾロン錠５ｍｇ旭化成のカセットに入れ間違い注意の記載し、朝礼にて薬局全体に注意した。			プレドニン錠５ｍｇ プレドニゾロン錠５ｍｇ（旭化成）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1899	テルミサルタン４０ｍｇ（定期薬）のところ、バルサルタン４０ｍｇを投薬説明投薬説明時に患者さまより間違いの指摘	多忙にて思い込み・・・（一人薬剤師施設です）	調剤と監査に、一息の時間を心がかける			テルミサルタン錠４０ｍｇ「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	
1900	ニコランジル錠70錠調剤するところを90錠渡した。	多忙で鑑査時に数量確認したつもりが間違っていた。	再度、確認を徹底する			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
1901	先発品のシムビコートタービュヘイラーから後発品のブデホル吸入粉末剤６０吸入「JG」に新規変更となった患者。開封したてに行う準備操作のグリップ左右に「カチン」と音をさせる説明の際に３回と話したが、先発品と異なって４回行う必要がある事を指摘。	先発品と後発品の使用手順が異なることを知らなかったことがあげられる。	操作手順の把握と新規に納品した医薬品の来品との違いを把握することを徹底する。			ブデホル吸入粉末剤６０吸入「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
1902	小児の兄妹の処方箋を同時に応需。調剤、中身の鑑査は問題なかったが2名同時に交付する際に薬袋を入れ間違い交付した。母親からの電話で取り違えが発覚した。改めて作り直し交付した。	年末の混雑期で気持ちも急いで焦っていたため確認したつもりだったが取り違えてしまった	兄弟でもきっちりカゴを分けるなど対策をとる			アスベリンドライシロップ２％ カルボシステインＤＳ５０％「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1903	ジルムロHDがこれまで継続されていた患者に　今回変更となりジルムロLDが処方されたがほかの疑義紹介に気をとられて入力、ピッキング、監査、投薬と　4通り　素通りしてしまった。患者の娘さんが医師からお薬の減量を聞いており翌日交換にみえた医療関係者であり理解があり未然に防げた	投薬日数が109日と処方発行元の入力ミスで疑義紹介に気を取られ　事務員は鉛筆で手書きで「LDへ変更」と記入していたにもかかわらず実際の入力はもとのHDのままで入力した日数の疑義紹介は薬剤師が行い訂正したが　そのことに気をとられてLDへの変更に気づかずにピッキングされたHDをそのまま薬袋にいれた。監査した薬剤師も薬袋やお薬手帳をみて通過してしまった。夕方家族がとりに来た際　渡した薬剤師は監査済だったので本人の体調を確認しただけでお薬の内容には触れなかった	規格違いのある薬剤には変更ないか充分に注意する　　ほかの疑義紹介にとらわれず規格は必ず　確認する手帳や薬袋ではなく必ず処方箋を確認する　当然そのあと手帳や薬袋の確認をする投薬の際には　お薬の変更はなかったか　今回の診察のポイントを確認する			ジルムロLD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1904	タケルダ配合錠1錠63日分、63錠(10錠ヒート）お渡しするところを87錠(14錠ヒート）お渡しした。患者さん本人より錠数が多いとのお電話有り発覚した。ご自宅まで行き、24錠引き取り、63錠を正しくお渡しした。	従来は10錠ヒート、100錠1箱単位で納品、昨今の入荷不安定にて、14錠ヒート140錠で納品しており、いつもの10錠ヒートと思い込み調剤、投薬を行った。	14錠ヒートの薬品の箱に「14錠ヒート」とメモをはり、注意を促すようにした。			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
1905	自動分包機のプラバスタチン１０ｍｇがきれた際にプラバスタチン５ｍｇを補充してしまいそのまま監査でも気が付かずに払い出しをしてしまう。介護施設の職員が患者に服用させる際、錠剤の色がいつもと違うことに気が付き、間違っていることが発覚した。	自動分包機のカセットに薬を補充する際、普段は薬剤師二人以上で目視し確認したのちに補充するしている。しかし、この時、業務が立て込んでおり、患者自身からも早くして！とせかされていたため、確認がおろそかになりプラバスタチン１０ｍｇのカセットにプラバスタチン５ｍｇを補充してしまった。錠剤のサイズも小さいため、問題なくカセットから落ち、監査時も錠剤の数しか確認しなかったため今回の間違いに至った。	自動分包機のカセットに錠剤を補充する際は、どんなに忙しくても二人以上での確認を怠らない。			プラバスタチンＮａ錠５ｍｇ「ケミファ」 プラバスタチンＮａ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
1906	ビラノアOD錠を主に処方されるクリニックの門前で、たまたま別医院からビラノア錠の処方がきた。二次元コードで読み取るため、入力内容は間違いなかったが、ビラノアOD錠をピッキングしてあり、そのまま投薬した	薬袋にビラノア錠と記載があるにも関わらずOD錠の説明をして投薬。思い込みがあった。	薬情、薬袋の記載も確認する			ビラノア錠２０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1907	以前よりトラゼンタ錠5ｍｇ出ていたが、処方追加でリベルサス錠3ｍｇが出た時に疑義照会しないで投薬してしまった。次々回の処方時、A1cの改善もあって医師がトラゼンタを処方削除した。	DPP-4阻害剤とGLP-1受容体作動薬の作用点が同じだが、リベルサス錠の能書には「併用注意」であって禁忌ではないので疑義照会をしなかった。	DPP-4阻害薬とGLP-1受容体作動薬の併用は安全性が確認されていないので必ず疑義照会をすることを確認した。			トラゼンタ錠5ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1908	オゼックスに対してビオフェルミンR散が処方されていたが、ビオフェルミンR散にはニューキノロンの適応がない。	抗生剤に対して耐性乳酸菌整腸剤が処方された時には適応がある抗生剤か添付文書を確認する。	投薬時にP-POSiから添付文書が見れるので確認したから投薬する。			ビオフェルミン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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1909	前回リマプロストが1日3回毎食後7日分（計21錠必要）。今回は14日分（計42錠必要）で処方鑑査機に読み込ませるバーコードが読み取り不良。42錠入りの袋のバーコードではなく、1シート21錠のバーコードを使用それをそのまま鑑査済の入れ物に入れてしまった投薬時に担当者が気がついた	機械の読み取り不良で、本来調剤した物ではないものを使用それをいつもの流れで、鑑査済の入れ物に入れてしまったこれらの行動を1人でやってしまったため、発見が遅れた	いつもと違う行動を取った場合などは、同僚にその報告や連絡を密に取るようにする鑑査済の物でも必ず疑ってから確認する			リマプロストアルファデクス錠５μｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1910	投薬時まで一般名処方薬のトラニラストカプセルが以前処方時のトラニラストカプセル「トーワ」のままの入力に気が付かずにお出ししてしまった。投薬時に気が付き他スタッフが昼休憩中だったので投薬者一人で再入力してお渡しその際に計数間違いをおこしたままお渡ししてしまった。	・現在、トラニラストカプセルは医薬品の供給不足によりリザベンカプセルのみの取り扱いのため監査時にトラニラストカプセル＝リザベンと不注意が続いたことが原因の１つ・患者の保護者がかなり高圧的なタイプで合ったため今までのように投薬時の計数確認もリザベンについてはしそびれてお渡ししてしまうなど心因的な問題も原因の1つ	入力間違い時など1つの間違いに起因したダブルミスを避けるため、ダブルミスがある可能性を前提とした調剤を実施する			リザベンカプセル１００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1911	ヨクイニン錠「コタロー」10錠　分2　朝夕食前　28日分の処方1回5錠で分包のところ1回6錠で分包したものを交付してしまった。後日患者より1回の錠数が多く入っていると入電があり確認したところミスが発覚した。健康被害は無し。	当局では待ち時間短縮のためヨクイニンは1包5錠、6錠と予め分包してあり、調剤者は錠数の間違えに気づかず交付してしまった。当時普段より混雑していたため調剤者、鑑査者、投薬者は同じものが行った。	調剤時は2名以上によるダブルチェックを徹底させる。			ヨクイニンエキス錠「コタロー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1912	ヨクイニンエキス錠「コタロー」2錠分2　朝夕食前　28日分の処方1包1錠のところ誤って1包2錠で分包した。後日患者より薬情に1回1錠と書かれているが1包に2錠入っていると入電があり確認したところミスが発覚。患者は1回だけ2錠で服用してしまったが健康被害はなかった。	当時の状況は門前のクリニックの閉業がいつもより遅く普段2名以上で鑑査するところ薬剤師1人で調剤せざるを得ない状況でありかつ終業間際の為混雑していた。調剤者は普段ヨクイニン錠が1回1錠の処方は普段は当該クリニックからは滅多にでない処方であったため思い込みで1回2錠で調剤をしてしまい同じ者が鑑査し、気づかずそのまま投薬を行った。	調剤者、鑑査者、投薬者の2名以上で配置をし、二重チェックを徹底する。			ヨクイニンエキス錠「コタロー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1913	初めての薬で、ウルソデオキシコール酸50ｍｇが処方になったが、当薬局にウルソデオキシコール酸100ｍｇしか取り扱いが無くて、よく確認しなくて、100ｍｇで投薬してしまった。他の薬局で以前からもらっていて、残薬があったみたいで、100ｍｇを３日分飲んでいました。体調変化、健康被害などないとの事で、100ｍｇを回収し50ｍｇをお渡しいたしました。	ウルソデオキシコール酸100ｍｇがいつも出るので、思い込みで間違ってしまうことが多いので、特に監査を気を付ける。	薬剤師２名監査で、調剤ミスの改善を徹底していく。			ウルソデオキシコール酸錠５０ｍｇ「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1914	以前より一包化してる患者様。医薬品の供給不安定により先発とジェネリック、在庫がある方をその都度使うような状況が続いており、前回はワンアルファ錠0.5μｇにて一包化したが、今回はアルファカルシドール錠0.5μｇに変更となっていた。しかし分包紙への印字がワンアルファのままで分包してしまったのを、監査者が発見した。	先発とジェネリックが混在しているので、都度確認をしっかりする	薬品変更時は色分けするなど、見た目でもわかりやすくする			アルファカルシドール錠０．５μｇ「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1915	今回よりネキシウムカプセル１０ｍｇから２０ｍｇに変更となっていたが、前回と同じ１０ｍｇで入力、入力監査もスルーしてしまった。物は正しいもので渡っていた。	調剤チェックできる機器も使用していたが、1度ネキシウム10ｍｇも読み込んでから２０ｍｇを調剤しまっておりエラーとならなかった。	医薬品実物だけでなく入力もしっかり見落とさず監査を行う。調剤機器を用いているので誤って読み込みを行った場合は特に注意する。			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
1916	リパクレオンカプセル（１５０）６カプセル/分３ ３０日分で全量１８０カプセル処方のところ、１ヒート１０カプセル包装と思い込み１８ヒートで計２１６カプセルをピッキング。薬監査時に他薬剤師が気づき、本来の１８０カプセルで投薬した。	当該薬剤師の知識・経験不足	薬剤師間の情報共有薬の外包装に「１ヒート １２カプセル」である旨注意喚起の張り紙をして再発防止に努める			リパクレオンカプセル１５０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1917	内科を定期受診する８５歳の男性患者にジャヌビア錠５０ｍｇが処方された。患者は以前からテネリア錠２０ｍｇを内服しており、ＤＰＰ－４阻害薬が重複していたため、疑義照会したところ、ジャヌビア錠５０ｍｇはジャディアンス錠１０ｍｇへ処方変更となった。	ジャヌビア錠５０ｍｇとジャディアンス錠１０ｍｇは名前が似ているため、医師が入力間違いしたものと考えらえる。	新規で薬が処方される際は、処方箋やお薬手帳の処方薬と成分の重複している薬がないか、患者の話と処方内容が合っているかを確認し、正しい処方がされていることを確認することを徹底していきたい。			ジャヌビア錠５０ｍｇ ジャディアンス錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1918	1月からアボルブ服用開始になり前立腺肥大症と考えられた。そこにセレスターナ配合錠が処方され、当局にあるヒスタブロック配合錠で調剤。監査者がアボルブ服用に気づき病院に連絡。頓用レスプレン２０ｍｇ　に変更になる。	本人ではなくご家族が来局。気管支の炎症が起きていてゼイゼイするので新しい薬が出たのはご存じだった。セレスターナ配合錠が処方されていたため、当局にあるジェネリックのヒスタブロック配合剤で調剤。監査者がアボルブ服用に気づき、病院に禁忌の旨連絡。処方箋事態が削除となり病院が新しい処方箋を持参。頓用のレスプレン２０ｍｇに処方変更になった。	調剤者が知識不足のためヒスタブロック配合錠が前立腺肥大症に禁忌と気づかなかった。薬剤師の知識の研鑽を積まねばならない。			セレスターナ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1919	エチゾラム0.25ｍｇ「JG」がエチゾラム0.5ｍｇ「JG」の棚に入っていた。箱ごと入っており、納品をしまうときのミスと思われる。臨時職員で合ったため、不慣れであった。	規格違いのポップアップ等で注意喚起を行う似ている薬品名の薬を隣に置かない。	納品をしまうときは薬品名をよく確認する			エチゾラム錠０．５ｍｇ「ＪＧ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1920	モビコール配合内用剤ＨＤのみの処方箋を受け取り、調剤準備に入り、一人の薬剤師がモビコール配合内用剤ＬＤをそろえようとしてしまった。別の薬剤師が気づき、備蓄していない事を患者に告げ、金曜日午後だったので、「翌週の月曜に入荷する」と話したが、「今日服用したい」との事で、別の薬局に行く事になった。	まだ発売されたばかりで、メーカーからの案内書も届いていない時だったので、新発売されていた事を知らない薬剤師だった。よく処方箋を見ると、成人量であり、名称も見かえすので、最初に間違えた薬剤師も、指摘される前に気づいていたと思える。	引き続き、処方箋、薬品名の詳細な見直しをしていき、ダブルチェック、トリプルチェックをしていく事を確認しあった。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1921	アロプリノール100ｍｇ「タナベ」１錠１×朝食後　90日分90錠調剤のところ中抜けしてしまい、80錠しか調剤されていなかった。	カセットに充填されている薬剤で、いつもは100錠単位で帯がつけられたまま充填していたが、今回は帯がはずれた状態で200錠ほどバラバラの状態で入っていて、90錠と思い込んで手に取ったものが中抜けの状態であった。混んでいたこともあり調剤者も急いでいて確認を怠ってしまったこともあり、今回の事例が発生してしまった。	調剤したあとは必ず横から見て、中抜けがないことを確認する。仮に調剤間違いに気づき、一度出したものをカセットに戻すことがあれば100錠ごとに輪ゴムでまとめてからカセットに戻し、カセット内でバラバラの状態がないようにする。			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
1922	【般】プレガバリン口腔内崩壊錠25mg3錠と記載された処方箋を応需した。プレガバリンOD錠75「サワイ」1錠で調製をして投薬をしたが、患者は、薬袋薬情の記載を確認することなく、プレガバリンOD錠75mg「サワイ」3錠で2日間服用していた。薬が足りないことに本人が気付いて発覚した。	患者への規格変更の説明と確認が不十分であった。患者はプレガバリンOD錠25mg「サワイ」3錠に増量すると病院から説明を受けていたため、薬袋薬情を確認することなく、医師の指示通りの錠数を服用したと考えられる。	規格の変更をする場合は必ず、患者本人に了解を得てから変更を行う。また、投薬時は医師の説明を受けていたとしても薬袋と薬情を見てもらい、意見の食い違いがないか再確認を行う。変更点について薬袋に記載を行い、患者に対して注意喚起をする。			プレガバリンＯＤ錠７５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1923	1日1回　1回1錠のフェノフィブラート錠80ｍｇ「武田テバ」と1日2回　1回1錠のシロスタゾールＯＤ錠100ｍｇ「サワイ」をそれぞれ逆の薬袋に入れて交付。包装が類似しており、今までそのようなミスがなかったので、患者様もよく確認せずに、薬袋に記載された通りに服用。フェノフィブラート錠が無くなったので、患者様より連絡があり、確認した所判明。	監査機での監査が無事に終わり、間違いなく調剤できたと油断して、最後の確認を怠る。患者様も、今までそんなミスがなく、包装が似ていたので、そのまま十分確認せずに、薬袋の記載通り服用。	機械監査が無事に終了しても、入浴と、集めた薬品に問題がないだけで、処方箋通りに入力されているのかどうかは不明。そのため、必ず最後に、処方箋をもとに、監査をしっかり行い、入力間違いがない事を確認しながら、薬袋に薬をしまっていく。確認した記録を、処方箋に記載（鉛筆、消えるボールペン等）。保管しておく。最終的に、投薬時に患者様と最終確認をして、投薬する。			フェノフィブラート錠８０ｍｇ「武田テバ」シロスタゾール錠１００ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1924	ヤーズフレックス配合錠をヤーズ錠としてレセコンへ打ち込み交付中にミスに気付く	ヤーズ錠とヤーズ配合錠がある事を知らず、在庫としてヤーズ錠があったため、知識不足もあり。	薬剤師が事務さんへ打ち込み時に声をかけるようにする			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1925	当薬局ではフェキソフェナジン塩酸塩60mg「SANIK」の140錠包装採用していたが、14錠包装が出荷調整の影響で入荷しなくなり100錠包装を採用せざるを得なくなってしまった。そこでピッキング時に14錠1シートと間違えて取ることがしばしば見られた。	10錠包装に変更したという情報の共有不足。個々による錠数の勘違い。ピッキング時に数の確認が適切に行われてない。	薬局のスタッフに包装変更の周知徹底。（連絡ノートなどを活用する。） 該当薬品については注意書きのポップを張るようにする。			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
1926	【カリメートDS92.59%　15g分3】で処方せん記載あり。添付文書上1日16.2～32.4g（ポリスチレンスルホン酸Caとして1日15～30g）となっている。疑義照会し、【16.2g分3】へ変更となる	Drの製剤量と成分量の認識誤り、もしくはカリメート散（ポリスチレンスルホン酸カルシウムCa1g）と勘違いした可能性あり。	製剤量と成分量の入力間違いに注意する。力価計算をしっかり行う。			カリメートドライシロップ９２．５９％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1927	ルミガン点眼液0.003%　5mの処方だったが、1本2.5mLのところ1本5mLと勘違いし1本しか調剤しなかった。	事務員がピッキングを行っていたため1本２．５mLの点眼液の種類を把握していなかったことが原因と考察。	点眼液が1本５mLでない物があるため、よく見てピックするように全員に注意する。			ルミガン点眼液０．０３％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1928	処方内容　イミダプリル2.5ｍｇできていたところＯＤＰ　5ｍｇ　で調剤入院タイミングで病院から規格が異なると連絡あり、修正してお届け	監査システムを使用する順位を間違え、作業途中で他の作業をしてしまった。しこによるヒューマンエラー	監査システムと調剤順位の徹底を再度確認			タナトリル錠２．５	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1929	チラーヂンＳ50をチラーヂンＳ25でわたした	確認不足	しっかり確認			チラーヂンＳ錠５０μｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1930	腹膜透析液の規格の変更があったが気づかずレセコン入力をしていたが、後日卸より納品書が届いた際に確認作業をして間違いに気づきました。処方元の医療機関と透析液販売メーカーとには変更の情報共有ができていたため、直送の薬品については間違いなく患者さんのもとにお届け出来ておりました。	来店はご本人ではなくご家族が来られるため、透析液の変更の話がお伺い出来なかった。短期入院での透析液の変更であったようですが、その情報が得られていなかった。処方箋の記載に不備があり、そちらに気をとられ規格変更に気づかなかった。	商品名が長く医療機関の記載上の問題で不備の改善が難しいとお伺いしております。今後は、記載内容の確認を複数名スタッフで行うように致します。患者さんのご家族にも変更がないかを確認するように致します。			レギュニール　ＬＣａ１．５腹膜透析液	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
1931	ミヤBM1.5ｇ3ｘの処方、分包品3ｇ３ｘでお渡ししました。投薬後に気が付き、交換のお伺いしました。服用はされていませんでした。	思い込みで、包数を追いかけて、1日量を確認していなかった。	処方箋をちゃんと読むこと。			ミヤＢＭ細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1932	先発希望の方に、後発品を出してしまい、そのことに気づいた患者さんが処方医に連絡し、処方医より、薬局に連絡がありました。	午後の時間帯（今回ミスがあった時間帯）は、薬剤師1人、事務１人態勢なので、チェックがおろそかになります。薬剤師の思い込みもあったよう。	トリプルチェックを強化します。			ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「ユートク」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1933	自動分包機のカセットに、アムロジピンＯＤ錠５ｍｇをいれるべきところを誤って２．５ｍｇを入れてしまっていた。カセットに錠剤が詰まったためか気づき、アムロジピンＯＤ錠５ｍｇを一包化して渡した患者様を探し自宅まで行き確認させていただいた。間違いなく５ｍｇを渡していたことを確認した。	カセットに補充するときは十分注意が必要である。忙しく確認が漏れたでは済まないことである。	カセットに補充するときは、必ず2人以上で確認すること。一包化した後の監査も重要である。監査は調剤した薬剤師以外の薬剤師がすること。			アムロジピン錠５ｍｇ「ＮＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1934	リスミー錠2ｍｇ処方の所をリズミック錠10ｍｇで処方箋に記載され薬局に来局。処方箋通り調剤し帰宅された。しかし、他院で降圧薬を飲んでいることを事を思い出し、病院にリスミー錠の間違いではないかと問い合わせ。問い合わせた結果、リスミー錠2ｍｇの間違いであることが発覚。	来客時に患者様がイライラしており急いで調剤。お薬手帳をゆっくりと見ることが出来なかった。	投薬前にお薬手帳をしっかりと確認する。			リズミック錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1935	ミグリステンとミグシスの取り間違い。	名称が、似てる。	鑑査者も処方箋と薬剤を2重にチェックする。			ミグリステン錠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
1936	ツムラ柴苓湯7.5ｇ分3　毎食前　14日分の処方。1Ｐ＝3ｇのため疑義照会し9ｇ分3に変更してもらってから投薬する際、患者よりツムラ柴朴湯と医師より説明受けたとのこと。再度疑義照会した結果、ツムラ柴朴湯7.5ｇ　分3　毎食前　14日分に変更となった。	類似名称、医師の処方入力時のミス。	柴苓湯と柴朴湯で類似名称ありと注意喚起。患者にも相互確認をし、それぞれの漢方で処方意図通りか確認しながら投薬するよう指示。			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
1937	病院にて医師が当患者にツムラ桂枝人参湯を処方。病院事務がパソコンで入力する際に、ツムラ桂枝茯苓丸を記載し処方箋を発行した。当薬局にて処方箋通りツムラ桂枝茯苓丸を調剤し患者に服薬指導を行った。その際に患者からは、『おなかが痛くて』とお話があったため投薬者が月経困難症による痛みだとご判断しそのままお渡しした。3日後再来局し、医師の診察の際に前回誤って処方箋にツムラ桂枝茯苓丸が記載されていたことが発覚。患者は桂枝茯苓丸を服用していたが中止となり、桂枝人参湯が処方された。	病院が処方箋を入力する際に、頭文字が似ているツムラ桂枝人参湯とツムラ桂枝茯苓丸を誤った。	患者に服薬指導する際に、患者の病状を詳しく聴取する必要がある。			ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用） ツムラ桂枝人参湯エキス顆粒（医療用）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1938	ヘパリン類似物質泡状スプレＰＰのところ、ヘパリン類似物質外用スプレ日医工でお渡しした	新しい外用薬への説明に時間をとられたため、定期処方薬の確認に時間がとれなかった	一般名処方箋での泡スプレは見落としやすいので注意喚起した			ヘパリン類似物質外用泡状スプレー０．３％「ＰＰ」 ヘパリン類似物質外用スプレー０．３％「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1939	３種類の散剤の一包化をしていて、セルベックス細粒10%の全量を測定中に誤って炭酸水素ナトリウムを混ぜてしまい、それぞれの薬剤の全量を測定できなかった。	セルベックス細粒10%だけの全量を測定するつもりが、途中で隣に置いていた包装のよく似た炭酸水素ナトリウムを誤って入れてしまった。混ぜる散剤３種類を狭いところに混ぜて置いていたのと、包装を開ける前に薬剤名をよく確認していなかったことが原因と考えられる。	調剤する場所や測定する場所の周囲には物がなるべくないように広くする。薬剤の包装を開ける前には必ず薬剤名を確認する。			セルベックス細粒１０％ 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
1940	一般名処方ニカルジピン塩酸塩徐放錠20ｍｇで処方され、読み違いしてニカルジピン塩酸錠20ｍｇ「ツルハラ」でレセンコン入力、発注をかけ、調剤と監査の段階でも注意が怠り、調剤録の監査でも気が付かず、投薬直前に別の投薬する薬剤師が確認したところ、一般名処方薬と調剤した薬のが違うことに気づき徐放錠で用意するところ普通錠で用意してしまったことの間違いに気が付きました。	新患で今日の夜から服用する薬がなく、処方せんを一目見て在庫のない薬ばかりということと、閉局まじかでの焦りで、事務員の処方せんの一般名処方の読み取り入力間違いと薬剤師の処方せんをみての調剤・監査がされておらず注意散漫・技量不足によることが原因と考えられる。	事務員には再度一般名処方をしっかり読みとり、一字一句入力間違いがないように入力するように指導するとともに、レセコンにも問題があり、再来患者の処方せんのQRコードの読み取り後の後発品への変更に不便があり、QRコードは使用してませんでしたが、新患に関してはQRコードで読み取ることをを再検討すると共に、調剤と監査した薬剤医師には、監査と調剤時には、調剤録の監査をした後でも調剤録を見るのではなく処方せんをみて調剤と監査をするように指導と、新患の時は、特にお薬手帳の履歴からミスを防止するヒントはあり、お薬手帳はしっかり確認するように徹底指導して今後誰が、調剤、監査、投薬しても間違いがないように、一度あったヒヤリハットを再度、再認識する勉強会を定期的に実施することにしました。			ペルジピンＬＡカプセル２０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1941	特別養護老人ホームに入居している患者様で、帯状疱疹のためバラシクロビル５００ｍｇが６Ｔ分３で処方されていたが、年齢に適さない投与量だった。1月の血液検査結果を確認したところ、eGFRが２６．４だったため疑義照会を実施。その結果、バラシクロビル５００ｍｇ２Ｔ分１に変更となった。	処方時に、バラシクロビル投与時は腎機能に合わせた用量調節が必要であることを見落としていた可能性がある。薬局からは看護職員からヒアリングしたため、事前に疑義照会して処方変更となった。	引き続き血液検査の結果は把握しておく。			バラシクロビル錠５００ｍｇ「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
1942	一包化の朝の中にプレドニン5ｍｇ１錠が、入っていなかった。家族が服用前に気づき、交換した	仕上がり時間が迫っていて、あわてていた調剤・監査者もベテランで、慣れからくる慢心が原因スタッフの移動もあった	分包機のカセットにGSコードをはりつけ、監査システムの目視をなくす初心にかえり、チェックを再度することを徹底			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
1943	患者より、1週間前に処方されたフェブリク錠４０ｍｇが８錠足りないと電話連絡があった。録画を確認したところ、実際にお渡ししたのは、３０錠処方のところ、２２錠だったことが判明した。	スタッフの店舗異動に伴いシート形状を把握しきれないことから起きてしまったミス。調剤者がフェブリク錠１４錠シートを使用している薬局にもいたことがあり、また今回一緒に処方があった、ネキシウムカプセル２０ｍｇも１４錠シートだったため、計数を誤り調剤した。薬剤師(交付者)は、それに気付かずに患者へ渡してしまった。	薬局が混雑している時間でも、慌てずに、処方を十分に確認して監査し、患者へ服薬指導をする。 調剤者は、何錠ヒートか思い込みで調剤せず、都度確認する。監査システムを通す際にもう一度必ず数える。			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
1944	漢方薬の数量間違い。普段より束から１シートでも抜いたら帯を外すよう徹底しているが、今回は帯が外れておらずそのまま１束とカウントして調剤。監査者が発見した。	漢方薬の束は再確認するのは当然だが、今回の事例のようなルールを決めている所も多いと思われる。再度ルールの確認、徹底が必要だと思われる。	再度のルール徹底と監査の重要性を確認			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
1945	プレガバリンが初回処方で１５０mgで処方されていた。疑義紹介のうえ、２５mgに変更してもらった。	医師の処方間違い	引き続き知識の共有につとめる。			プレガバリンＯＤ錠１５０ｍｇ「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1946	一包化調剤分包機の「エパレルスタット」のカセットに誤って「エベリゾン」を充填。薬剤の直径が小さいため、そのまま分包。監査の段階でミスが発覚。	充填時に機械的なシステムは導入していないため、薬局スタッフ2名でのダブルチェックを行っていたが、充填者は薬剤師、確認者は調剤補助者であった。	ダブルチェックの際の読み上げ確認。一度に複数のカセットを充填しない。			エベリゾン塩酸塩錠５０ｍｇ「トーワ」 エパルレスタット錠５０ｍｇ「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
1947	ハイトラシン錠１ｍｇが製造中止となったため、カルデナリン錠１ｍｇに処方変更となっていたが、投薬時患者様にどのような症状で服用されているのか確認してみたところ、排尿障害のためだと言われました。カルデナリン錠には高血圧症の適応しかないため、病院に確認をとりエブランチルカプセル１５ｍｇへ変更となりました。	薬局では病名がわからないため、どのような適応症で薬が処方されているかわかっていなかった。	薬が製造中止などのため変更となった時は、患者様に再度どのような症状により服用されているか確認をとるようにする。			カルデナリン錠１ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1948	個人病院の処方でフェルビナクテープ７０ｍｇ「三笠」を出していた。今まで扱っていた他の貼り薬の殆どが７枚一袋だったので枚数を見て袋を数え調剤していた。改めて袋を確認したところ１４枚一袋だった事に気づき、訂正した。	他の貼り薬の枚数と袋が薄くてそんなに入っていないだろうという思い込み、印字の確認が不十分であった。	初めて出す薬剤は印刷情報の視認を徹底する。			フェルビナクテープ７０ｍｇ「三笠」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1949	朝食後服用の一包化にて、ジフェニドール塩散塩錠25mg、ジルムロ配合錠ＨＤ、ベタヒスチンメシル酸塩錠6mgが各1錠ずつのところ、ジルムロ配合錠が1錠、ベタヒスチンメシル酸塩錠6mgが2錠となっている部分が4カ所あった。	・ジフェニドール塩散塩錠25mgとベタヒスチンメシル酸塩錠6mgが白色であったこと。・異なる薬を二人で同時に撒き、途中で交換したこと。	・各々一人ずつ違う薬を交換せずに撒くこと。・撒いた薬のＰＴＰシートを残して数を確認すること。・確認をより強化すること。			ジフェニドール塩酸塩錠２５ｍｇ「タイヨー」 ベタヒスチンメシル酸塩錠６ｍｇ「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
1950	クラバモックス服用時の腸内細菌叢の異常に対する諸症状の改善の為、ビオスリー配合散よりビオフェルミンR散が適切と考え医師に提案した。その結果ビオフェルミンR散への変更になった。	病院の方もお忙しい時間帯との事で、処方に関してクラバモックスにビオスリーの処方となってしまったようです。要因は医院の多忙による処方と思われる。	抗生物質に対して適応のある整腸剤を把握することで、腸内環境悪化を未然に防ぐように努める。			ビオスリー配合散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1951	アムロジピンOD2.5mgを服用中の患者様が今回から5mgに変更されたのをレセコン入力時見落とし、そのまま2.5mgで調剤しお渡し。2日後入院時、持参薬と処方薬が違うと病院の方から連絡。すぐに5mgをお渡し。患者様の血圧は大きく変わりなく健康状態も変わりなかった。	レセコン入力の間違いに気づかず、思い込みで調剤し鑑査不足。	処方せんとレセコン入力をしっかり確認し鑑査を徹底する。			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
1952	入力と調剤のジェネリック間違い。監査時に発覚	流通が悪いためジェネリックの入荷が困難のためメーカー変更が頻繁に起こっている	メーカーまでしっかり確認			フルボキサミンマレイン酸塩錠２５ｍｇ「ＥＭＥＣ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1953	往診患者の処方。病院から処方箋ファックスを受け取り、調剤終了後に家族に連絡し薬を取りに来ていただいている。今回セレキノン（一般名処方トリメプチンと記載）が追加になっていた。処方箋備考にも「セレキノン追加」の記載があった。一包化している患者の為、調剤前に家族に連絡し、一包化に入れるか確認した。家族から「痛み止めなので一包化には入れないで」と。追加薬に疑問あり病院に問い合わせした。セレコキシブ１００処方するところセレキノン１００で処方していた。疑義照会にて処方変更になった。	追加処方については、患者の状態変化や追加薬に問題ないかよく確認してから調剤行う。	引き続き今回の対応したように、不審に思う事は疑義照会する。			セレコキシブ錠１００ｍｇ「ファイザー」 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
1954	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇ「トーワ」　4錠分２朝夕食後６０日分の記載があった。メトホルミン錠：GLの１日上限が７５０ｍｇである為、疑義紹介。病院での処方箋記載ミスであることを確認し、メトホルミン：ＭＴに変更。	名称類似による処方箋記載時のミスによるもの。	メトホルミン製剤の用量を表にして薬棚近くに掲示してすぐに確認できるようにする			メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1955	レバミピド2T・分2　30日分で60錠のところ、90錠で集薬	90錠で処方出ることが多く、勘違いしてしまった	処方箋チェック　＋　調剤補助器具にも表示されるのでチェックすることを徹底する			レバミピド錠１００ｍｇ「オーツカ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1956	プロチゾラムＯＤ錠のところ普通錠で渡してしまった。患者様に連絡したところ普通錠でもかまわないとのことで一般名処方だったのでそのようにして頂いた	最近のジェネリック不足（出荷調整、納期未定、等）のため薬剤の入庫困難の状況。その為入荷可能なメーカーのジェネリックを手あたり次第購入している結果、１種類の薬剤に対し多くのジェネリックメーカーを在庫することになっているために起こってしまったと考えます。	より注意して剤形、メーカーに線を引いて２人以上で確認する対策をしました。			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
1957	アムロジピンOD5mgの処方、一包化指示あり。一包化調剤時にアムロジピンOD2.5mgで調剤されていた。	分包機のカセットにアムロジピンOD2.5mg、5mgの２つがセットされており、入力操作時の選択ミスと思われる。	カセットの配置を並列にせず、間隔を空けて配置することで、選択ミスのリスクを減少することが可能と思われる。			アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1958	一包化調剤が必要な患者で、処方が変更になり、不要になったウルソデオキシコール酸錠を分包から抜き取る際1包だけ誤ってファモチジン錠を抜いてしまって、そのまま気づかずに投薬してしまった。あとから別の薬剤師が取り出したウルソデオキシコール酸錠の中に1錠ファモチジン錠を発見し、間違いに気づいたため、帰宅していた患者宅を訪問し、正しく分包したものと交換した。	一包化したものに変更が生じた際、抜き取った錠剤の数を数える作業において一人が確認し、出来上がった分包も一人で確認していた。錠剤の色は両方とも白く目立たなかったため間違いが起きてしまった。	一包化調剤した場合は分包した薬剤師と別の薬剤師でダブルチェックを徹底する。変更があった場合は抜き取った薬を数えるときに、目視による薬剤の確認も二重に行う。			ウルソデオキシコール酸錠１００ｍｇ「ＺＥ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1959	Cov自宅療養者の電話診療後に処方箋FAX受付。新患患者だったが年齢や他の薬剤から体重は10ｋｇ程度と推測。しかし処方されたメプチンＤＳ0.7ｇ/日は14ｋｇに相当、保護者に電話連絡し体重確認し11ｋｇと判明。その後、処方元に疑義照会したところメプチンシロップ7ｍｌに変更。	午後の診察の中、Cov自宅療養者の電話診療となり多忙だったと思われる。小児量に関して患者の体重はしっかり把握した上で調剤する必要があると思われます。	小児調剤の前は年齢、体重の確認			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
1960	メトホルミン錠２５０ｍｇＭＴ「ＤＳＰＢ」の薬情に掲載される写真の印字が実際のものと違っていた。写真はなしにして識別コードの記載のみとした。	レセコン会社の不備	錠剤への印字が変更するケースがあるので、情報を見逃さない。			メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「ＤＳＥＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1961	[般]イルベサルタン・アムロジピン10ｍｇ配合錠→イルアミクス配合錠HDを調剤するところ、[般]イルベサルタン・アムロジピン5ｍｇ配合錠→イルアミクス配合錠LDを渡してしまった。	定期的に来局されている患者様の一般名処方の降圧剤の増量に気付かず、レセコンの入力、調剤、監査機、薬剤交付全て増量前の規格でおこなってしまった。	配合錠の一般名、商品名、規格、含量を一覧表にし、確認しながら一連の調剤業務を行う。規格には印をつけ、必ず確認する。			イルアミクス配合錠ＨＤ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1962	ロスーゼットLDを入れてる棚に、ロスーゼットHDが誤って混入して保管されていた。	薬剤棚に両規格を隣同士に配置していた。薬を戻すときは、あまり確認せずに戻していた。	調剤するときと同様に、戻すときも呼称確認。また、シートと棚に書いてある薬剤名をしっかり確認してから戻す。棚の位置を隣同士ではなく、１つ間隔を空けることにした。			ロスーゼット配合錠ＬＤ ロスーゼット配合錠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
1963	プラミペキソール塩酸塩錠が流通が悪くメーカー変更になることに気を取られてしまったことと、患者さんはムズムズ足症候群なのに新しいメーカーはヒートにパーキンソン病治療薬と記載があり、その２つの無いように集中し規格0.5ｍｇ錠であることにきちんと注意を払えなかった。	メーカーが混在する時の調剤の仕方、入力の仕方について	メーカーが混在する場合は、トータル新しいメーカーで入力していたが、在庫の通り１メーカー服用後、２メーケー服用と入力するようにした			プラミペキソール塩酸塩錠０．５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1964	ナゾネックスは、12歳以上は、2噴霧で，12歳以下は1噴霧ですが、患者様は12歳以下なのに2噴霧で処方が出されてました。	服薬指導する際に、患者様の年齢を見たときに吸入の回数がこれでいいのかと思いました。	外用薬は、細かいところ見ることを忘れがちですが、年齢などを考慮して、調剤監査服薬指導を行うべきだと思いました。			ナゾネックス点鼻液５０μｇ５６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
1965	アモキシシリン細粒10％　280原　1日3回毎食後　処方患者久しぶりの来局体重を確認すると35kgであった。用量過少ではないかと医師に疑義照会を行ったところ280ｍｇ原→750ｍｇ原へ変更となった。	来局されていない1年間に患者の体重が増加していた。体重確認をせずに1年前の体重を参考に処方されたと考えられる。	小児患者の投薬の際は体重確認を行い、用量用法が適切か判断し調剤を行う。			サワシリン細粒１０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1966	インデラル服用中の患者様にリザトリプタン錠が処方された。併用禁忌の為疑義照会によりゾルミトリプタンの変更になった	インデラル服用中の患者様にリザトリプタン錠が処方された。併用禁忌の為疑義照会によりゾルミトリプタンの変更になった	投薬時における薬歴管理システムの併用薬チェックリストの確認。			リザトリプタンＯＤ錠１０ｍｇ「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1967	類似名称による医薬品入力間違い処方内容はシナール配合錠3錠が毎食後で記載されていたが、患者様に聞き取りを行っていると足の痛みで医師より筋肉のこりをほぐす薬を出すと言われているためミオナール錠50mgの間違いではないかと思い疑義照会したところ、やはりシナール配合錠ではなくミオナール錠50mgの記載間違いであることが発覚	医師のカルテを処方入力する時点で間違ったと思われるので、医師より「筋肉のこりをほぐす薬を出す」という内容が聞き取れていたため交付前に疑義照会をして防ぐことができたので、やはり患者様からの聞き取りが重要であることを痛感した事例と思われる。	今後も、患者様からの聞き取り、始めて処方されている薬や規格などが変更になった場合などは特に慎重に確認することが必要と思われます。			シナール配合錠 ミオナール錠５０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1968	調剤マシンによる調剤時、何種類かの調剤台に広げてしまい外観が類似した錠剤（ロサルタンＫ（25）「科研」とアテノロール（25）「トーワ」）を同じ箱に戻してしまった。調剤後にマシンから出る監査シールを確認。アテノロールの残数があるにもかかわらずアテノロールの箱は空き箱として捨ててしまっていた。ロサルタンＫの箱を調べるとロサルタンＫとともにアテノロールが出てきた。すぐに気が付いて戻したため調剤過誤には繋がっていない。	マシンから出てくるところは機械だが、戻す作業は人が行うため人的ミスが起こる。今回は繁忙のため箱から出した薬と箱を調剤台に出したままにしてしまった。戻す際にはヒートのデザインが似ていることを知らず、判断のミスで同じものだと勘違いし、異なる薬剤を同じ箱に戻してしまった。	今回のヒヤリハットを共有し、一つの薬剤を取り終えたら次の薬剤を取る前に箱に戻すようにする。外観が似ている薬の情報を共有する。繁忙であれば一人が薬剤を取り、一人が薬剤を戻すなど分担も考える。			アテノロール錠２５ｍｇ「トーワ」 ロサルタンＫ錠２５ｍｇ「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
1969	処方せん記載はテルフュージョンポンプ用チューブセット（フィルター付）だが、異なるチューブセットを交付してしまった。	処方せん記載に型番号記載なし。当方在庫品に類似の商品名がある。中心静脈栄養法実施のPTにて、調剤頻度が少ない。	薬歴申し送り欄に名称・型番号・画像を残し、調剤・監査時に確認出来るようにする。処方せん記載に型番号も入力頂けるように依頼。不明なら疑義照会を行う。			テルフュージョンポンプ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1970	リンデロンＶローションが点耳の指示で処方されたため、疑義照会したところリンデロンＡ液に変更になった。リンデロンＡ液の用法が目と鼻のみである事に気付かず調剤し交付してしまった。翌日、交付者が薬歴入力時に気がつき患者に連絡したが、2回点耳してしまっていた。	リンデロンＡ液が目と鼻のみに使用する薬剤であることの知識不足。調剤、鑑査事の薬の目視、確認不足。交付時の添付文書の確認不足。疑義紹介の回答が正しいとの思い込み。	薬局スタッフへの今回の調剤事故の周知。薬袋への記載方法の変更（リンデロンＡ液に点眼、点鼻のみの表示をして鑑査者が用法を〇で囲むようにした。）鑑査時の添付文書などの確認の徹底。薬局の業務フローチャートの改訂。			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
1971	ハイゼット錠剤から細粒に変更されていて、用法が分1から分2朝夕食後に変わっていたのに気づかず、用法入力を分1のまま渡してしまった。調剤は正しく分2でされていたため、1日1回朝食後（半分の量）しか服薬できていなかった。	用法入力のチェックがおろそかになっていた。	あわただしい時間帯でも、入力のチェックは慎重に行うようにする。普段から患者とのコミュニケーションをとり、疑問に思ったことを患者から聞きやすい状態にしておくこと。			ハイゼット細粒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：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1972	定時処方のうち、ベタニスからベオーバへ処方変更があったにも関わらず、前回処方のベタニスのまま一包化調剤し投薬。患者入所中の施設Nsがミスに気づき、薬局へ連絡があり発覚。	前回Do処方と思い込みによる、処方内容のチェック漏れ、鑑査時にも処方内容の変更に気づかずそのまま投薬。	処方箋の内容をしっかり確認し、調剤する。鑑査時にも前回Doと思い込みを無くし鑑査する。			ベオーバ錠５０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1973	タプコム処方のはずだがタプロスと入力されていた。服薬指導時患者に聞いたが何も聞いていないとのことで、疑義照会、タプコムへ変更となった。	眼科入力者が新人で入力ミスが多く、類似名の薬剤を入力ミス、チェックがなされていない。	薬剤変更時は必ず患者さんに詳しく話を聞く。			タプコム配合点眼液	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
1974	ギャバロン錠の粉砕処方、前回10ｍｇに対して、今回28ｍｇに増量、本来増量幅は5～10ｍｇの増量のところ18ｍｇの増量となっていることを見逃して患者に薬をお渡しした。4日後処方医より患者に処方したギャバロンの用量が多かったと連絡があり、28ｍｇ処方でお渡しした分を中止し、→15ｍｇ→20ｍｇと段階的に増やしていく処方に切り替えとなった。	処方監査を行った当該薬剤師はギャバロンの服用用量の範囲内は理解していたが、増量幅について見落としていた。同様に調剤監査、服薬指導を実施した薬剤師も前回変更点からの増量幅について見落としていた。	ギャバロンの増量幅・前回処方からの変更点について、注意深く監査を行う。PMDA等添付文書の内容を常に確認する。			ギャバロン錠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
1975	ツムラ五苓散　１０ｇ　2×朝夕食前　５日分の処方なので1包２．５ｇのため１０ｇ＝4包が1日用量4包×5日＝２０包でピッキングするところ１０包しかピッキングしていない	５ｇ　1日2回であればピッキングはまちがえない。１０ｇ＝4包が適切かの監査も必要になるし、1日4包×5日＝２０包のピッキングにも注意しなければならい	用量は薬価単位のため処方箋を治すことはできないので薬局のなかでの調剤監査体制を十分おこなっていく			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	
1976	前回まで使用していたヒュミラ皮下注40mgペン0.4mLからアダリムマブBS皮下注40mgペン0.8mL「FKB」に処方変更となった事例について、誤ってアダリムマブBS皮下注40mgシリンジ0.8mL「FKB」を入力、発注、交付してしまった。処方箋受付時、アダリムマブの在庫がなかったため、アダリムマブ以外の薬は先に交付し、アダリムマブは発注・納品後に交付した。アダリムマブ交付後、添付文書を再確認した際に、ペンではなくシリンジで発注したことに気付き、今回の誤りが発覚した。直ちに患者宅を訪問しシリンジを回収し、改めてペンを発注した。翌日、ペンは納品され、患者に交付した。	アダリムマブは当薬局で扱う新規のバイオシミラーである。入力者、監査者、発注者は、薬液量がヒュミラ40mgは0.4mL、アダリムマブ40mgは0.8mLと異なることに注視してしまい、アダリムマブの剤型がペンとシリンジがあることを認識していなかったことが要因と考えられる。また、交付者は入力、監査、発注者と異なる薬剤師であり、交付の際に患者からヒュミラとの使用方法の違いについて質問を受け、その回答に注視してしまい、剤型の確認まで行っていなかったことが要因と考えられる。	入力、監査、発注、交付時は、薬剤名、剤型、規格、メーカーを一文字ずつよく読むことを怠らない。また、新規採用品を交付する際は、処方箋原本と添付文書を再確認する。			アダリムマブＢＳ皮下注４０ｍｇペン０．８ｍＬ「ＦＫＢ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1977	同病院から前日にロケルマ10の処方が２日分で処方、薬がいつもいっている薬局にないことから当薬局を利用。そして当日、違うDrからまたロケルマ10の処方が3日分で処方とその後服用するとの事でロケルマ5が1日1回での処方。添付文書から最初ロケルマ１０を服用する際は3日分服用との記載あり、昨日の処方を合わせると5日分になることから病院に疑義、当日のロケルマ１０は1日分になった	普段透析でよくロケルマを使っていましたが、連続服用でご来局される患者さんは初めてで添付文書をみてよかったと気づきました	症状により同じ薬でも違う服用方法があることを確認し、そのためにも患者さんとよく話す事			ロケルマ懸濁用散分包１０ｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1978	一包化の70日分処方錠数は朝食後薬は4錠であった。処方の、ウブレチド錠　1錠/1×　朝食後　70日分について、ウブレチドが2錠入っていたものが1包あったと患者様ご家族が持ってこられた。その場で分包し直してお渡ししました。	当時の一包化薬鑑査時に、ウブレチドが1錠入っていない事例が発生し、1錠ピッキングして分包した。その際の鑑査にてミスがあったと思われる。	特に一包化の鑑査においては、錠数はもちろん、色や印字の確認も徹底する。鑑査手技として目視だけではなく、指でカウントする事で鑑査を正確なものとする。			ウブレチド錠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	
1979	他の鎮痛薬に効果のなかった患者さん（非癌性疼痛）に、オキシコンチンTR錠５ｍｇとオキノーム散2.5mgの処方あり。オキシコンチンTR錠は「非オピオイド鎮痛薬又は他のオピオイド鎮痛薬で治療困難な中等度から高度の慢性疼痛における鎮痛」に適応があることは確認したが、オキノーム散2.5mgは癌性疼痛しか適応がないことに気づかなかった。施設配達時、施設看護師より適応の話になり調べなおした結果、オキノーム散2.5mgは非癌性疼痛に適応がないことが発覚。その場で、医師に電話疑義照会をおこない、オキノーム散2.5mgは削除となる。	それぞれの医療用麻薬の適応の知識不足非癌性疼痛に対して、レスキュー麻薬は適応なし	非癌性疼痛にレスキュー麻薬が適応ないこと店舗内で周知をおこなったまた麻薬が処方されている際は、がんに対しての処方か確認を行うように周知を行った			オキノーム散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
1980	ルナベル配合錠ULDの外装の専用パッケージだけお渡しして、医薬品そのものを渡さなかった。	よく出るルナベルのＧＥは専用のパッケージに薬を入れて保管しているが、あまり出ない先発品は入れずに保管している。そのため、入っていると思い込んでパッケージだけ渡してしまったと考えられる。	今後どちらかに統一するか、注意喚起の紙を貼るようにする。			ルナベル配合錠ＵＬＤ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1981	眼科の処方箋が来た。アレジオンLX点眼液が処方されていた。処方箋に1日4回両目に点眼となっていた。そのまま、投薬をしてしまい、薬歴入力時に1日2回と気付き眼科に疑義紹介をした。1日2回に変更となった。患者宅にも電話をして変更の旨を伝え謝罪した。	忙しい時間帯にアレジオン点眼液とアレジオンLX点眼液の点眼方法を誤ってしまった。	似た薬の点眼回数の確認を怠ったのが原因と思われる。			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
1982	トルリシティ８キットの処方であったが、１６キット交付してしまった。残薬が多いことから患者さんご家族から連絡あり。	１包装あたり２キットとなっているが、１包装あたり１キットと勘違いしている。発注者、監査者の確認不足。	発注者、監査者とも確認を怠らない			トルリシティ皮下注０．７５ｍｇアテオス	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1983	水剤の容器に貼るシールに本来5日分のところ7日分と記載してしまった。後日5日分の目盛りしか記載されていないのにシールには7日分と書いてあると家族よりTELあり。そこで発覚した。	多忙な時間帯で冷静さを欠いていた。また、普段7日分でよく処方されており、その勢いのまま7日分で書いてしまった。	シールに記載する日数を確認し、ダブルチェックする。			クラバモックス小児用配合ドライシロップ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1984	アジルバ20を分割すべきところをフェブリク20を分割し、監査後に発覚	規格に注目しすぎてしまった。	一文字監査して、分割調剤をする。			フェブリク錠２０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1985	クラリチンレディタブとシダキュアを薬袋に入れ時に反対に入れてしまいそうになった。（先発希望の患者様）	クラリチンレディタブとシダキュアの片側のヒートデザインが似ているため間違えそうになった。	薬品名が記載している面を上向きに置く。スタッフにも周知する。患者、患者家族にも似ているので注意するよう指導する。クラリチンレディタブ錠ではなくクラリチン錠への提案。			クラリチンレディタブ錠１０ｍｇ シダキュアスギ花粉舌下錠５，０００ＪＡＵ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1986	フェブリク40ｍｇカウント間違い	フェブリク40ｍｇ1シート10錠のところ、包装変更以前の14錠シートの思い込みからミスが起きた。	包装変更があった薬も含め14錠シートをピックアップし、スタッフ間で確認作業と注意喚起を怠らないよう努める。			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
1987	分包機の印字ミス、正しくはトラゼンタが、誤ってトラベルミンと入力してしまった。監査も、名称類似により発見できなかった交付１０日後、患者の家族から電話がありミスが発覚した。薬の内容はトラゼンタで間違いないことは在庫管理システム、監査システムにより確認済、印字だけのミスであった	長年の、同じ薬、同じ飲み方、同じ日数で処方され、いつも同じ内容で、思い込み、勘違い、慢心していた部分がある。	医薬品名称を入力する時、監査する時に読み上げるルールにした			トラゼンタ錠５ｍｇ トラベルミン配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1988	アンブロキソールOD45ｍｇ60錠お渡しするところを58錠でお渡しする	数量確認したつもりが1シートだけ8錠になっていたのに気づかなかった	再度確認を徹底する			アンブロキソール塩酸塩徐放ＯＤ錠４５ｍｇ「ＺＥ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1989	ピムロ顆粒　2ｇ　分２　３５日分で処方され、１４０包用意しなければいけないところ７０包で用意してしまいました。	１包０．５ｇでの計算間違い	しっかりと確認しながら調剤する。			ピムロ顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1990	当該患者１包化調剤にて【般】テオフィリン徐放錠２００ｍｇ（１２～２４時間持続）処方をテオフィリン徐放錠２００ｍｇ「日医工」で調剤すべきところを誤ってテオフィリン徐放Ｕ２００ｍｇ「トーワ」にて１包化。投薬前に別の薬剤師の監査にて発覚。	【般】テオフィリン徐放錠２００ｍｇには１２～２４時間持続と２４時間持続の製剤があり、テオフィリン徐放錠２００ｍｇ「日医工」は１２～２４時間持続、テオフィリン徐放Ｕ２００ｍｇ「トーワ」は２４時間持続製剤であり、調剤者はテオフィリンとｍｇのみ確認し製剤の特徴について確認せず１包化を行った。当該薬品は混同しやすい薬剤であるため、普段よりスタッフ間で注意喚起及び知識の共有を図っていたが、該当日はヘルプに来ていた薬剤師が１包化調剤を行い、普段扱う事例のない見慣れない製剤であったため、当該事例が生じたと考えられる。	テオフィリンの一般名調剤の際には特に注意するよう全スタッフに再度注意喚起するとともに、該当製剤調剤棚に製剤の特徴及び注意喚起の札を貼り、ヘルプ等で普段よりいないスタッフへも共通して注意喚起が分かるよう徹底する。			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
1991	在宅管理している患者様で入院の為内服を薬袋にいれてお渡しとなる。そこでツムラの84番をお渡しのはずがツムラの54番をお渡ししてしまった。入院先から連絡があり発覚した。内服される前で患者様に影響はなかった。	54番と84番は同じ黄緑の線で下1桁も同じ4だったため見落とした。	薬剤師による監査を徹底する			ツムラ大黄甘草湯エキス顆粒（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
1992	規格のとり間違え　25ｇ処方のところを25ｇ×2本で誤って調剤し、そのまま渡してしまった。すぐに調剤者が誤りに気づき使用する前に回収した。	忙しい時間帯で、ボルタレンゲルだけの流れの処方だったので、処方箋の確認・調剤後の監査があまかった。	ボルタレンゲルは50ｇと25ｇチューブがあり、在庫してあるのは25ｇチューブであることをスタッフに再確認。複数人での監査、声かけをする。			ボルタレンゲル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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1993	今回から不整脈の薬の処方変更あり。通常タンボコール50ｍｇ２錠/日１日２回から開始だが、今回の処方せんは100ｍｇ２錠/日１日２回の処方であった。とりあえず薬の変更から１４日分で再受診の処方。調剤は思い込みもあり50ｍｇで調剤。5/9　２週間後来局時再度100ｍｇ2錠/日の処方で６０日分処方となったため前回調剤の規格ミスに気づいた。病院に事情説明、今回処方通りのの100ｍｇに規格上げてよいか電話で問いわせ。前回50ｍｇで１４日分服用していたのであれば、今回の処方は50ｍｇへ規格変更となった。	タンボコール５０mg製剤での処方がほとんどであることなどから思い込みもあり、規格の確認漏れが起きてしまった。	必ず規格の確認の徹底とタンボコールのように初回量から増量時は副作用の確認など徹底する薬に関しては、ダブルチェックの徹底と思い込みなどに注意し、処方量に疑問が生じた場合は増量時もDrへ確認が必須であることを薬局内で共有。			タンボコール錠１００ｍｇ タンボコール錠５０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1994	5歳の小児（体重：24kg）にメジコン散10%1.6g1日2回朝夕とザジテンドライシロップ0.1%1g朝夕の（混合指示）が処方された。メジコン散の小児への処方、また高用量なことから、処方間違いではないかと推測。門前医院では、メイアクト小児用細粒とザジテンドライシロップの混合が出ることが多いため、処方薬の間違いを疑い疑義照会を行った。疑義照会後、メジコン散1.6gからメイアクト小児用細粒10%1.6gに処方変更となった。	薬剤の入力の際に、頭文字のメの身を確認して入力をしたと思われる。名称類似薬も多いため注意が必要。	体重用量の鑑査、主訴の聞き取りの重要性を再認識			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
1995	定期処方でカルボシステイン錠500処方あり。痰が絡むとのことで同病院でカルボシステイン錠250処方追加。同薬効の薬剤が重複していたため調剤者がA病院に問い合わせ。臨時のカルボシステイン錠250削除となり、定期のカルボシステイン錠500で様子見となった。	現場は忙しく、カルボシステイン錠の重複に他の薬剤師が気付かなかった。 臨時の薬に意識が飛んでしまい、他の併用薬の確認が漏れてしまった。	薬剤併用薬アラートの積極的活用。情報の共有・事例研修等を行い、再発防止に努める。			カルボシステイン錠２５０ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1996	ずっとバルプロ酸ナトリウム徐放性錠を服用していたが、入院の際にバルプロ酸ナトリウムシロップを服用。その後退院されてしばらくシロップを飲んでいたが、錠剤に変更してほしいとの希望でバルプロ酸ナトリウムが処方されたが、以前飲んでいた徐放性剤に変更になったと勘違いしてそのまま調剤。	以前服用していたため、そのまま徐放性剤が処方されたと勘違いしてしまった。	処方箋をきちんと読むこと。確認が必要。			バルプロ酸ナトリウム徐放錠Ａ１００ｍｇ「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
1997	一包化調剤の患者様で、一包が1錠×2個（ＡＢ）と半錠×2個（ＣＤ）で合計４個入っている一包化だった。数は全て４個入りとなっていたが、半錠が入れ替わっている箇所があった。正：ＡＢＣＤ誤：ＡＢＣＣとＡＢＤＤ調剤者は自己鑑査時、数は４個入りと全て確認していたが、一つ一つの中身の確認は怠っていた。鑑査者がその入れ替わりに気づき、交付には至らなかった。	調剤者の確認不足が原因と考える。調剤者は自己鑑査の際、数だけではなく、中身を一つ一つ確認するべきだった。周りの慌ただしい雰囲気に負けて数だけ監査したような状況だった。	一包化の監査はただ数を確認するだけではなく、中身を一つ一つ確認することの徹底。どんなに慌ただしくとも、その確認は怠らない。			リボトリール錠０．５ｍｇ レクサプロ錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる調査結果
	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1998	一般名処方でアンテベート軟膏と似通った名称で思い込みで薬剤を間違えました	患者様が多く立て込んでいる状況、一般名を最後まで見てなく、思い込みで他の薬剤と間違えてしまった	軟膏の一般名は長く、似通っている名前が多いので、最後の名称まできちんと一字一句確認すること。	グラクソスミスクライン	鳥居薬品		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。
1999	採用薬変更になっていたがDO入力。入力薬と調剤薬が違っていた。色が違うため患者が薬変わったと薬剤師へ確認。そこで入力ミスに気付く	現在、ジェネリック医薬品の供給が不安定なため採用薬が頻繫に変更	毎日、朝礼時に必ず変更薬をスタッフ全員で確認する	フロセミド20	フロセミド20		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。
2000	１ｇ分２の用法を一包0.25gで投薬してしまいました	一包0.25gを0.5gと思い込み間違えた	お薬の箱の一包量表示にマーカーで印を付ける			日本臓器	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。
2001	手術歴のない患者に術後のみ適応の薬処方　薬歴からは手術予定　など記録なく不信に思い患者に確認いつもの薬が処方されるはずだったとのことで　発覚	薬品名の類似	服薬指導で状況をきちんと聴取することを徹底			ジクロード点眼液０．１％	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。
2002	発注時に卸売業の間違いで、類似品届いた	発注時に卸売業の間違いで、類似品届いたが再度確認	発注時に卸売業の間違いで、類似品届いても、鵜吞みしないで医薬品をしっかりと監査			ベネシッド錠２５０ｍｇ	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。
2003	昼食後の薬を薬箱にセットし忘れた。	1包化していた朝食後と昼食後の薬が重なっていたため。	セットする際に、処方内容を再度確認する。			プレガバリンＯＤ錠２５ｍｇ「ケミファ」	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。
2004	施設の入居者様	一人薬剤師の時の監査が不十分な時がある。	スタッフ二人以上のダブルチェック			セフゾン細粒小児用	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	
2005	もともと院内処方の医院さんから、院内にない薬の為院外処方になった。 妊娠希望で妊娠しているかもしれないと伝えたところ、内服薬を変更した方がいいからと院外処方になったとの事だった。患者さんは、もともと橋本病の診断でチラーヂン50μg　2錠　分1　朝食後　30日分　を内服していた。 今回の処方内容は、チウラジール錠　50mg　4錠　分2　朝夕食後　30日分に変更となっていた。今日は、血液検査もしておらず妊娠希望のため処方変更になると言われたとの事だった。 橋本病で血液検査もせずに抗甲状腺薬に変更するのは、疑問に思い疑義照会を行ったところチラーヂン50μg　2錠　分1　朝食後　30日分　に変更となった。 医師は、次回血液検査して処方内容考えますとの事だった。	妊娠しているかもとのことでバセドウ病患者さんに使われるメルカゾールから妊婦に問題のないチウラジール錠に変更しなくてはと思い込んでしまったのかもしれない。また、チウラジール錠とチラーヂン錠の名称も似ているため勘違いが発生してしまったかもしれない。	チウラジール錠とチラーヂン錠は、名称が似ており、甲状腺の薬ということもあるので混同しないようにバセドウ、橋本と表記した。 院内処方の医院さんより来局する患者さんは、薬局へ行くだけでも億劫なので、早くしてほかったり、イライラしていることが多いが院外処方になった経緯などしっかり情報収集しなくては、間違えも起こりうるので、院外処方になった経緯など細かい情報収集を徹底する。	チウラジール錠５０ｍｇ	チラーヂンＳ錠５０μｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、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。
2006	遠方の病院で処方されていたチラーヂン錠50μｇを足が痛く受診が難しいため、今回は自宅近所のかかりつけ医院でお願いしたところ間違えてチウラジール錠50ｍｇで処方記載。	医院側の処方入力の際、薬品の選び間違いが起きてしまったよう。お薬手帳記載にはチラーヂン錠50μｇだったことと、薬歴にも他院併用薬でチラーヂン錠50μｇ服用していることを記載してあったため、気が付いた。	他院でもらっている薬は必ず薬歴に記載し確認すること、お薬手帳の内容も毎回確認している。処方内容におかしな点があれば病院に疑義照会をする。	チウラジール錠５０ｍｇ	チラーヂンＳ錠５０μｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、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。
2007	猫に手をかまれて腫れてきたという患者が来局したが、処方されている薬がうつ病に使われる”アモキサンカプセル”が処方されていた患者に状況を確認したが「化膿止めを処方する」とDrに言われたと話してくれたので疑義照会をした	処方もとの医療機関が病院内のシステムを全面的に刷新したのでそれに伴う入力ミスが予想される	処方もとの医療機関の薬剤部からもミスが予想されると連絡をうけていたので、処方箋監査は重点的にしていたので気がつけたと思う	アモキサンカプセル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	
2008	風邪症状で受診した患者にアモキサンカプセルが処方されていた為、アモキシシリンの間違いではないかと医師に疑義照会し、アモキシシリンカプセルに変更となった。	薬の名前が類似しているため、誤って処方されたと思われる。	調剤前に処方監査することで、疑義点がないか確認している。	アモキサンカプセル１０ｍｇ	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「ＴＣＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
2009	産後出血が続く方へ、パルタンとともにアモキサン処方。産後うつの可能性も考えられるが、処方日数が短いことから３文字入力ミスの可能性も考え患者へ確認。抗生剤の処方が出ると聞いていることで照会。アモキシシリンへと処方変更となる。	アモキサン・アモキシシリンの入力間違え。３文字検索での選択誤りと考えられる。	患者状態と処方内容が正しいか推測し疑いがあれば照会を行う	アモキサンカプセル１０ｍｇ	サワシリンカプセル２５０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
2010	オーグメンチン（250）　3錠分3とセットでアモキサン（10）3錠分3毎食後で処方がでた。アモキシシリン250の誤りだと推察されるため疑義照会をし変更となった。	病院での入力時に薬品名が似ていることによる打ち間違いと考えられる。	処方監査者は処方の内容をよく確認するとともに、薬品名が似ているものはそれぞれに注意喚起の札を付けたり、薬効順の棚位置とすることで、処方自体が誤っている時に気付くようにしている。	アモキサンカプセル１０ｍｇ	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「ＴＣＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2011	臨時処方で、向精神薬のアモキサンカプセル10mg３Ｃ分３毎食後3日分　ロキソプロフェンＮａ錠６０ｍｇ疼痛時1錠　3回分の処方。見たところケガをされたようで指に包帯を巻かれていた為、伺ったところケガをして処置してもらったとのことだったため、類似名の抗生物質アモキシシリンの処方を予想。疑義照会。アモキサンではなく、アモキシシリンの間違いであったことがわかり、アモキシシリンをお渡しした。	電子カルテでの処方箋発行のため、頭文字で薬剤名の候補が多数でてくるよう。そのため、選択ミスをされたようだった。	臨時処方は特に症状にあった処方であるかを聞き取り、確認する。	アモキサンカプセル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。
2012	患者より聴取したところ、医師が胃に膿が溜まっているので薬を出すと言われたとのこと。同処方内にオーグメンチンとアモキサンが記載されていることに違和感を感じ、抗菌剤のアモキシシリンではないかと医師に問い合わせを行ったら、アモキシシリンの間違いであることが分かり、訂正変更となった。	類似薬品名による入力間違い（アモキサン←アモキシシリン）	患者から聞き取った受診理由と処方内容が一致しているか、しっかり確認する	アモキサンカプセル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。
2013	外科より処方の薬剤に抗うつ剤であるアモキサンカプセル25mgが処方された。治療内容や他の処方薬との関係から、類似薬品名であるアモキシシリンの誤記ではないかと推測したため、同医療機関へ疑義照会を行い、アモキシシリン250mgへ処方変更が行われた。	類似薬品名であるため、電子カルテ等への入力ミスが推測される。	薬局においても同様のミスは起こり得るため、症状や患者から得られた情報も十分考慮しながら入力などの作業を行うことが必要である。	アモキサンカプセル２５ｍｇ	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2014	今回アモキサンカプセル２５ｍｇ　９Ｃ　分３毎食後で処方されていた、患者にアモキサンカプセルの服用歴はなく、うつ傾向もみられず、また初回にしては高用量であること、同時に処方されていたのがカルボシステイン錠５００ｍｇであることから、一般：アモキシシリンカプセル２５０ｍｇと誤って処方されたのではないかと推測し、疑義照会し、アモキシシリンの先発品であるサワシリンカプセル２５０ｍｇへ処方変更となった。	一般名で処方入力しようとした際に、類似した名称のアモキサンカプセル２５ｍｇを誤って選択してしまったと推測。	処方箋や患者情報からできる限り処方意図を推測して鑑査を行なうように心掛けます。	アモキサンカプセル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。
2015	皮膚科で傷の化膿で受診された。処方箋にはRp）アモキサンカプセル25ｍｇ　３CP　分3　7日分処方されていた。処方医がアモキシシリンと勘違いされていると思われたため疑義照会する。照会によりアモキサン25ｍｇ　３CP→サワシリン250ｍｇ　３CPに変更となる。（サワシリン＝アモキシシリン）	医薬品名、薬剤名の類似が要因。	なぜその薬が処方されたかという意図を読み取るように常に取り組む。	アモキサンカプセル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。
2016	アモキサンカプセル25mgが処方されていたため患者に服用目的を確認したところ、詳細が不明だったため、疑義を行う。対応看護師より、ニキビの悪化時に飲むよう指示が出ていると返答あり、一度電話を切り、患者にその旨を伝えて再度医師からの指示を思い返していただく。鬱剤を服用する理由が明確でないため再度疑義を行い直接処方医に繋いでいただき処方間違いであることが判明した。	薬品名の横に似た名称の薬がある表示が記載されているにもかかわらず間違っているので、処方後のチェックを怠ったものと考える。	処方に疑問が生じた場合は、患者から医師の指示を詳しく確認し、薬剤師に疑問が残る場合は、必ず疑義紹介を行う。	アモキサンカプセル２５ｍｇ	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2017	糖尿病内科から処方にもかかわらず、抗うつ薬であるアモキサンカプセルが処方されていることを不思議に思ったため、患者本人に診療内容を確認。医師から菌を殺す薬を出すと説明を受けている旨を確認し、疑義照会をFAXにて行ったところ、アモキサンカプセルではなく、アモキシシリンカプセルの間違いであったことが判明した。	薬剤名が類似していること、処方前に処方薬の確認が行われていなかった可能性があることがあげられます。	処方箋を確認する際、診療科ならびに患者から積極的に診療内容を聞き取るように努めています。今回のケースはこれらの取り組みが功を奏したものと考えます。	アモキサンカプセル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。
2018	婦人科にて妊婦にアモキサンカプセル新規処方、他カルボシステイン250ｍｇ・ゲンタシン軟膏処方。処方内容より処置をしたことが考えられ、アモキシシリンカプセルを処方したかったのではと推測された。患者様聞き取りにて処置をしたので抗生剤を処方する旨医師より説明があったと確認できたため、疑義照会を行った。	カルテ入力の際に「アモキ」で検索した後に確認せずに処方確定したためと示唆される。あまり使用頻度の高くない薬剤だったことと、処方内容より違和感があったため患者様に聞き取りを行った。	処方箋入力時の打ち間違いまで考慮して、患者様聞き取りより処方内容監査をしております。向精神薬など聞きづらい内容も言葉を選んで、患者様とのコミュニケーションを重視しております。	アモキサンカプセル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。
2019	ピロリの除菌でお薬が出たとのことだったが精神神経用剤の処方があり	薬品名の類似により処方記載ミスと推定	患者さんがどのような理由で受診されたかよくお話を伺い処方監査する	アモキサンカプセル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。

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2020	風邪で受診されたが、処方薬がアモキサンカプセル25ｍｇだった。抗うつ薬の処方は考えにくいため、アモキシシリンカプセル250ｍｇの間違いではないかと思い疑義照会行った。	薬品名の頭３文字が同じであり、カプセルと剤型も同じであり、規格も25ｍｇと250ｍｇで似ているため間違ったと思われる。	調剤前にしっかり監査行い、症状の確認も行う。	アモキサンカプセル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。
2021	歯科からの処方箋を応需し患者家族から歯痛で受診したことを確認した。抗うつ薬のアモキサンカプセル２５ｍｇが処方されていたため処方医に疑義照会しアモキシシリンカプセル２５０ｍｇに処方変更になった。	歯科からの処方箋であったことと患者家族からの聞き取りからアモキサンカプセル２５ｍｇではなく名称の似ているアモキシシリンカプセル２５０ｍｇの処方間違いではないかと考えられたこと。	他科からの処方箋だった場合や患者からの聞き取りが不十分であった場合にはインシデントになる可能性がある。処方鑑査および患者からの聞き取りを十分に行い不明な点は疑義照会して明らかにしてから調剤を行う。	アモキサンカプセル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。
2022	処方箋にはアモキサンカプセル25ｍｇ1日3回毎食後5日分と記載されていた。処方発行元が皮膚科のため薬剤師（職種経験年数15年）が処方内容に疑問を抱き患者に話を伺ったところ、切開したという話であり精神系の相談は何もしていないとのこと。疑義照会を行ったところ一般名のアモキシシリンカプセル250ｍｇへ変更となった。	アモキサンカプセル（一般名アモキサピンカプセル）と一般名のアモキシシリンカプセルは頭3文字が同じであり、入力時に処方医が薬品名の選択を間違えたと考えられる。	処方入力前に処方内容に問題がないか薬剤師が鑑査を行ってから入力、調剤を行う。	アモキサンカプセル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	
2023	風邪症状で受診された患者様に、抗うつ薬であるアモキサンカプセルが処方されていた。	医師が処方入力の際に、名称が類似しているため、選択をまちがえた。	処方受付時に、患者様と症状について、問診をしている。	アモキサンカプセル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。
2024	普段から来局されている患者様で、併用薬などの確認もしていたが、精神系の薬は一切服用されておらず、いきなり処方がでるかなと疑い、患者様に聞き取りを行うと、「今日は腫れてる部位があるから、抗生物質を処方します」と言っていたとのこと。アモキサンカプセル２５ｍｇとアモキシシリンカプセル２５０ｍｇとの選び間違いを疑い、すぐに疑義照会、処方医のミスということで、アモキシシリンカプセル２５０ｍｇへの変更となった	類似した名前・規格による選び間違いだと考えらえる。	類似した薬の名前の資料を作成し、薬剤師全員に配っています	アモキサンカプセル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。
2025	アモキサンCp２５ｍｇの処方、投薬の際に症状合致しないと判断、疑義照会にてアモキシシリンの間違いであったことが判明。	頭文字３文字が同じであるため処方医の選択ミスだったと考えられる。	外科からの処方だった。科からある程度処方意図を予測し、疑わしい場合は患者の話をよく聞き正しいか否かを判断する。	アモキサンカプセル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。

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2026	72歳　男性　整形外科受診（半年ぶりの受診）オーグメンチン，アモキサン３／３　毎食後　５日分処方 アモキサンには整形外科領域に適応なし。アモキサンではなく、アモキシシリンのまちがいではないか、と疑義照会。アモキシシリンのまちがいであった。	医薬品名が似ている。医師の処方内容確認不足。	特になし。	アモキサンカプセル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。
2027	アモキサンカプセル25ｍｇ処方が出ていたが、疾患よりアモキシシリンカプセルの可能性が高いと思われ疑義照会。アモキシシリンカプセル250ｍｇの間違いであった	処方する際に名称が似ていたことから間違えて選択したと思われる。	疾患、症状、処方された診療科より違和感があれば疑義照会をしっかり行う	アモキサンカプセル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。
2028	眼科よりアモキサンカプセル２５ｍｇが処方されていた。不信に感じた薬剤師が患者に確認をすると、抗生剤を処方すると言われていた。医師に疑義紹介をして、アモキシシリンカプセル２５０ｍｇに変更となった。	アモキサンカプセル２５ｍｇとアモキシシリンカプセル２５０ｍｇは、最初の３文字が同じため、オーダリングシステムで３文字入力をするときに間違えたことが考えられる。また規格も２５ｍｇと２５０ｍｇと似ていたことも選び間違えた原因と考えらえる。	処方鑑査をするときは、薬剤だけでなく、診療科や性別、年齢なども確認する。	アモキサンカプセル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。
2029	当薬局を初めて受診。皮膚科より皮膚軟部組織感染症の治療と問診にて確認したが、処方薬の中にアモキサピンカプセル25mgの記載を発見。類似名処方間違いと推測し疑義照会したところ、アモキシシリンカプセル250mgに変更となった。	電子カルテにおける薬剤検索は通常3文字を入力しておこなわれる。本件では「アモキ」まで一致しており、処方医の確認不足によって処方間違いが生じたと推測。	問診内容と処方内容を調製前に精査するという、基本に則った業務の徹底が本プレアボイドにつながったと推測	アモキサンカプセル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。

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2030	門前クリニック皮膚科の処方せん応需。アモキサンカプセル25ｍｇ３Ｃ、オーグメンチン配合錠250ＲＳ375ｍｇ３錠、ゲンタマイシン軟膏の３剤の処方。患者は抗菌剤が処方されると聞いていた。疑義照会を行ったところアモキサンカプセル25ｍｇ→アモキシシリンカプセル250ｍｇに変更となった。	薬剤名称、規格の類似によりDrがオーダーミスをしたと思われる。	今後も処方鑑査を適切にする。	アモキサンカプセル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。
2031	2020年4月某日(木) 16時頃、患者（32歳女性）が処方箋を持って来局。門前総合病院の産婦人科より「アモキサンカプセル 25mg 分3 毎食後 5日分」が処方されていた。 薬剤鑑査時、産婦人科から向精神薬の処方が稀である事に疑問を感じた薬剤師A(職種経験年数5年)が、投薬前に再度患者の受診経緯や状態について確認したところ、膀胱炎に対する処方である事が分かった。 症状に対して抗生物質が妥当である事を踏まえ、類似薬品名の「アモキシシリンカプセル250mg」の誤りでないかと判断。 処方医に電話で疑義照会した結果、「アモキシシリンカプセル250mg」の処方意図があった事を確認、薬剤変更に至った。	処方箋作成のパソコン入力時、類似薬品名の薬剤を誤って選択してしまったと考えられる。	処方鑑査の際に、処方元の科名まで確認を行う事で、より厳密な鑑査を行う。	アモキサンカプセル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。
2032	患者様より、今回は足の腫れで抗生物質が処方されているはずとのこと。今回追加されていた薬は精神系の薬であり、疑義照会を行ったところ、間違った薬が処方されていたことが判明した。	名前が類似している為、Drが入力する際に間違えたと思われる。	患者様から聞き取った情報が処方内容と齟齬がないか確認しながら、お薬をお渡ししている。	アモキサンカプセル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。

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2033	感染症（皮膚の化膿）を主訴とする患者に対し、アモキサンカプセルの処方。患者主訴と処方内容に齟齬を感じた当局薬剤師が医師に確認したところ、アモキシシリンカプセルに変更となった。	医薬品名の類似。（アモキシシリン・アモキサン）規格の類似。（250mg・25mg）	他処方との齟齬はないかの確認。患者主訴と処方内容の確認。	アモキサンカプセル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。
2034	歯科処方箋でアモキサンカプセルが記載されており、処方鑑査者が違和感を感じたため患者に聴取行ったところ、抜歯後の抗生剤処方の予定であると確認した。疑義照会の結果、アモキシシリンに変更となった。	先頭３文字が同じであるため、入力ミスが生じたと考えられる	類似薬品の注意喚起を定期的に行っている	アモキサンカプセル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。
2035	歯科で抜歯後の患者様に対しアモキサンカプセル25ｍｇが処方されていた。疑義照会後、アモキシシリンカプセル250ｍｇに変更となった。	薬品名を3文字入力していた点規格が“25ｍｇ”と“250ｍｇ”で酷似していた点	周知し注意喚起	アモキサンカプセル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。
2036	呼吸器疾患により、抗生剤が処方されていた。1種類目は抗生剤だが2種類目は明らかに精神薬となる為名称を間違えている可能性があり照会。アモキサン25からアモキシシリン250に変更となった。	パソコンにて名称を探す際に「アモキ」だけで検索するとどちらも該当し、また25と250で見えづらい状態だったと考えられる。	処方内容として妥当なのかどうかをまずは考える必要あり。科や患者の状態を踏まえて処方箋を確認していく。	アモキサンカプセル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。

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2037	腹痛で受診されたとヒアリング。手帳より常時別病院でアモキシシリンやオーグメンチンなどが処方されていることを確認。薬効が全く異なっている点と同じ処方を希望したという発現を踏まえて類似名による入力ミスを疑い疑義実施。アモキシシリンカプセルに変更となった。	電子カルテは最初の３文字を入力して検索する方法が多く、今回のアモキサンカプセルとアモキシシリンカプセルも酷似しており、同様にカプセルかつ２５ｍｇと２５０ｍｇと類似点が多いため入力ミスに気付きにくいと考えられる。	まずお薬手帳から過去処方類似薬があるかどうか、受診理由をヒアリングし処方内容に照らし合わせて不適切な薬などがないかを毎回確認を行う	アモキサンカプセル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。
2038	呼吸器科にてアモキサンカプセル２５ｍｇが処方	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇを処方されるはずがアモキサンカプセル２５ｍｇと類似薬品名、類似規格で処方	診療科と薬効を確認し、患者へ診察時の内容を確認する。	アモキサンカプセル２５ｍｇ	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「タツミ」		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。
2039	風邪のため受診された患者。アモキサン細粒10%4.5ｇ分3毎食後　5日分で処方あり抗うつ薬に該当するため、抗生剤のアモキシシリン細粒との誤処方と判断。疑義照会にてアモキシシリン細粒10%への変更を提案、変更となった。	病院事務員入力の際の入力ミス	症状に対する処方の有効性、安全性、妥当性は毎回確実に確認している。	アモキサン細粒１０％	アモキシシリン細粒１０％「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	
2040	アモキサン細粒10%　の処方からアモキシシリン錠250ｍｇへ変更となった	医師が薬剤選択する時に類似薬での入力ミスと推測出来る	アモキサン細粒10%　3ｇ3×、ムコダイン錠250ｍｇ　3錠3×5日分の処方であった。臨時薬であるが薬剤の組み合わせがおかしいと判断した。アモキサンではなくアモキシシリンの可能性を疑う。施設入居者であり担当看護師に事情聴取。医師より抗生剤とたん切りの薬を出すと言われたとのこと。医師へアモキサンではなくアモキシシリンではないかと確認を行いミスが発覚、処方変更となり事なきとなる。	アモキサン細粒１０％	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。
2041	アモキシシリンで処方されていたが、患者様とのやり取りで、いつも飲んでいるアモキサンCpを本来は出してもらう予定だったことを確認。	泌尿器科ということだったため、調剤、監査の段階で気づくことができなかった。科に縛られずに、薬を評価する必要がある	投薬時に薬の確認を再度行う。	アモキシシリンカプセル１２５ｍｇ「日医工」	アモキサンカプセル２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
2042	11月2日に歯科治療し、アモキシシリンカプセル250mg　3Cp　分３毎食後　3日分　処方あったことをお薬手帳で確認。11月5日、内服終了していたが、まだ患部が痛むためかかりつけの内科を受診。 処方箋にはアモキサンカプセル25mg　3Cp　分３毎食後　4日分と記載あり。服用歴をお薬手帳で確認したが、精神科受診の記録ないことから、患者ヒアリングしたところ、抗生剤を追加で処方すると医師から説明あったことを確認。アモキシシリンを服用していたことから、類似名称による処方間違いと考え疑義照会を行った。アモキシシリンカプセル250mgを処方するつもりだったと医師より説明があり、処方変更となった。	類似名称による処方オーダーミス。規格も250mgと25mgで、間違いに気づきにくいと考えられる。	お薬手帳から、合併症、服用歴、治療内容を確認したうえで、患者ヒアリングを行い、処方内容が妥当か判断。疑義照会を行った。	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「日医工」	アモキサンカプセル２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2043	精神科受診中の方で今回新しい薬処方としてアモキシシリン250(夕食後)２カプセル　42日分処方の処方箋持参されました。精神科処方・処方日数・服用時点から考えて疑問多くあり、今までの薬剤師経験からアモキサンカプセルではないか？と推測し処方医に電話で疑義照会した。その結果、アモキサン25(夕食後)２カプセルに変更となった。	処方医はアモキサンを処方するつもりだったが入力ミスだったようです。	処方箋の中に隠れている処方医の意図、患者の病名、処方薬の特性(処方日数・服薬時点など）などを常に考慮し、処方に疑問点がないか考えて納得してから投薬するように心がける	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「日医工」	アモキサンカプセル２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
2044	総合病院の特殊歯科・口腔外科よりアモキサンカプセル25mg1日3回1回1カプセル、オーグメンチン配合錠250RS1日3回1回1錠　7日分が処方された。 歯科からの処方であるため、アモキサンカプセルではなく、アモキシシリンカプセルではないかと思われた。また以前の聞き取り情報より、腹膜透析中であることが、薬歴より判明。透析患者ではアモキシシリンの血中濃度上昇の恐れがあるため、薬剤名だけではなく、用法用量の確認も疑義照会した。疑義照会の結果、アモキサンカプセル25mgではなく、正しくはアモキシシリンカプセルあり、用法用量もアモキシシリンカプセル250mg　1日1回1カプセル、オーグメンチン250RS　1日1回1錠に変更となった。	医師が処方する際、薬剤名が似ているため、選び間違えた可能性あり。また医師が腹膜透析中であることを失念していた可能性あり。	腎機能低下患者には、薬歴の目立つところにその旨を記載するようにしている。			アモキサンカプセル２５ｍｇ アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「トーワ」 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	
2045	他院より転院。今までと同じ薬を出してもらったとのことだが、レルベアは１００エリプタのところ２００で処方されていた。喘息症状はコントロールできている。疑義照会の結果、１００エリプタに変更となった。	同成分医薬品の含有量違いを処方したと思われる	転院した際、現在使用中の薬剤を手帳等で充分確認する。	レルベア２００エリプタ３０吸入用	レルベア１００エリプタ３０吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
2046	転院の患者様　普段はレルベア100エリプタを使用していたがレルベア200エリプタが処方されていた為、患者様から聞き取り後、疑義紹介をした。レルベア100エリプタに訂正になった。	医療機関のお薬手帳の確認不足	お薬手帳の確認と聞き取りなどをしっかり行う。			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。
2047	いつも当薬局を利用する患者が処方箋を持参した。前回レルベア１００μgの処方で合ったが、今回２００μgの記載となっていた。薬歴の確認により、以前２００μgに増量したとき、症状が増悪し、咳発作が発現。過量投与に伴う副作用とも考えられたため、処方医に問い合わせを行た。その結果、前回と同様１００μgへ減量となった。	２００μgに増量になった時、症状増悪となったことが、カルテに記載漏れがあった可能性がある	患者の症状、薬の増減に伴う体調変化を薬歴に反映させて、患者情報をもとに処方監査を行う			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	
2048	当日受診分、姉弟分の処方箋2枚を母親が持参し来局。処方入力時、（般）カルボシステインシロップ用50%1日量8.5ｇと用量が多く、レセコンの監査システム上でも、用量過剰とのエラーが出た。添付文書を確認すると、通常の10倍量になっていることが判明したため、疑義照会した。その結果、(般)カルボシステインシロップ5%1日量8.5ｍｌへ変更になった。	同成分の剤型・規格違いで処方記載されたと考えられる。	レセコン入力時にエラー画面が出たとき（入力者が薬剤師でない場合は特に）、エラー画面の確認を薬剤師が責任をもって行い、用量や用法、相互作用等の観点で判断してから、その先の入力へ進むよう、ルールをしっかり遵守する。	(般)カルボシステインシロップ用50%	(般)カルボシステインシロップ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
2049	（般）クラリスドライシロップ１０％小児用と記載されるべきところをロラタジンシロップ用１％と記載があった（先発品類似名）	先発品の薬品名が類似していたため処方箋発行の入力時にタイプミスが起こった	患者からの症状や診察時の内容を必ず聞き取る	(般)ロラタジンシロップ用1%	(般)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
2050	新患に【般】アトルバスタチン錠5ｍｇ処方。初回質問シートにはイライラ感等の精神症状の訴えが記載されており、脂質異常症を疑う記載なし。直接確認するも脂質異常症の指摘は今まで一度もないとのことで疑義照会したところリボトリール錠１ｍｇへ変更。	アトルバスタチンの先発名がリピトールのため、リボトリールとカルテを見間違えたか、処方箋入力時に誤って選択したものと思われる。	患者の容体をしっかりと確認し、訴えと異なる処方の場合には疑義照会を行っていく。	【般】アトルバスタチン錠5ｍｇ	リボトリール錠１ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2051	【般】カンデサルタン錠２ｍｇが処方されたが薬局に在庫がなく、用意に時間がかかる旨を伝えにいったところ、他病院で処方されている眠剤を今回出してもらったとの話で、降圧剤は服用したことがなく、高血圧と指摘もされたことがないとの話だったため、医師に疑義照会。処方間違いが発覚し、ブロチゾラムへ処方変更。	カンデサルタンの先発がブロプレスで、ブロチゾラムと若干名称が似ているため、病院側で処方箋入力時に選択を誤ったものと思われる。	処方箋記載の薬剤が必ず正しいと思わず、患者の訴えと処方内容が一致するか確認を怠らないようにしていきたい。	【般】カンデサルタン錠２ｍｇ	【般】ブロチゾラム口腔内崩壊錠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
2052	今回他病院から紹介状を受けて近隣病院へ転院されてきた患者様で薬局では新患の方。お薬手帳からサラゾスルファピリジン錠500ｍｇを服用していた旨を確認。特定疾患管理表や患者本人からも潰瘍性大腸炎であることを確認。腸溶錠では関節リウマチの適応しかないため処方医に連絡し普通錠へ変更となった。	処方医による紹介状の内容の転記ミスだと思われる。	用量や剤形による適応違いがある薬剤に注意し調剤する。	【般】サラゾスルファピリジン腸溶錠500ｍｇ	【般】サラゾスルファピリジン錠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
2053	30歳女性に、長期継続している定期薬に追加される形で【般】ドネペジル塩酸塩口腔内崩壊錠１０ｍｇ ２錠分３毎食前の処方が出ていた。年齢での違和感に加え、ドネペジルは本来新規３ｍｇから開始する必要があること、用法にも違和感があることから薬局スタッフ内で協議し、ドンペリドンの処方ミスではないのかという推論が出た。処方医に疑義照会を行ったところ、【般】ドンペリドン錠１０ｍｇ ３錠分３毎食前の処方に変更となった。	両剤とも字面が似通っているため、処方医が電子カルテに処方内容を入力される際に、誤って選択してしまったものと思われます。	今回は患者の年齢や初期投与量、用法等複数の点が誤っていたことから違和感に気づけたが、もう少し高齢の患者に出ていたら気づかず調剤していた可能性もあります。今後は処方が出ている診療科や併用中の他剤も含めて処方内容に違和感がないか確認するよう薬局内で徹底することにしました。	【般】ドネペジル塩酸塩口腔内崩壊錠10ｍｇ	【般】ドンペリドン錠10ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2054	発熱、のどの痛みで受診。トランサミンの入力の際、トランドラプリル錠を選択してしまった。	トランサミンの入力の際、薬剤選択画面で「トラン」で検索、前後するトランドラプリルを選択してしまった。	新規患者の場合、質問シートを用いて受診理由を記入いただく。症状や医師とのやり取りをヒアリングすることで薬剤に選択ミスが無いか確認する。	【般】トランドプリル錠1mg	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
2055	当患者には新規薬である【般】ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏の処方があり、処方箋に記載してある部位を確認すると陰部であった。通常陰部にはストロング以下のステロイドが使用される事が多いため、疑義照会した所、【般】ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏に変更となった。	成分名だとベタメタゾンまでが一緒のため、ベタメタゾン以下を確認せず医師が入力したと思われる。	ステロイドの強さ一覧について再度確認し薬局内で共有する。使用部位の確認を行う。	【般】ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル０．０５％軟膏	ベタメタゾン吉草酸エステル０．１２％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
2056	マニジピン塩酸塩錠１０ｍｇが初めて処方されたが、定期薬としてアムバロ配合錠も処方されていて、カルシウム拮抗薬が重複するため、疑義照会したところ、マイスリー錠５ｍｇに変更になった。	処方箋の入力時にマ行の異なる薬を誤入力したと思われる。	新規で処方される薬は、特に気を付けて、処方監査している。	【般】マニジピン塩酸塩錠１０ｍｇ	マイスリー錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2057	リルマザホン塩酸塩錠1mgに関して朝夕食後指示の処方を受けた。用法に疑問があったため処方医に疑義照会したところ薬剤指示の誤りであり、リルマザホン塩酸塩錠1mgの指示ではなくリスパダール錠1mgの指示であることがわかった。	両薬品とも頭文字「リ」から始まるものであり、薬剤の判断ミスもしくは入力の誤りではないかと推定される。	用法の誤りを含めて適正な監査と疑義照会を行う。	【般】リルマザホン塩酸塩錠1mg	リスパダール錠１ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2058	サリチル酸ワセリン軟膏が処方された患者様に、皮膚が固くなっているのかと聞いたところ去年出してもらった保湿剤をお願いしたとのことだったため薬歴を確認したところ、白色ワセリンの処方歴があったため、病院へ疑義照会した結果白色ワセリンへ処方変更になった。	電カルで「ワセリン」で検索して、サリチル酸ワセリン軟膏を選択し処方してしまったのではないかと思われる。	患者様への聞き取りや、過去の薬歴の参照を十分に行う。	１０％サリチル酸ワセリン軟膏東豊	白色ワセリン「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
2059	風邪で処方された患者様がご来局。EPLカプセル6カプセル分3毎食後が処方されていたため、患者様に症状が風邪と腹痛であること確認して疑義照会を行った。医師　の確認により、PL顆粒の錠剤を処方したかったとのことでピーエイ配合錠に変更になった。	病院にて処方箋入力時に名称が似ている薬名を打ち間違えたと思われる。	患者様から症状・既往歴・副作用歴などの聞き取りをしっかり確認し、処方内容に問題ないか監査をしっかり行っていく。	ＥＰＬカプセル２５０ｍｇ	ピーエイ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2060	【般】プロメタジン1.35％等配合非ピリン系感冒剤(ＰＬ配合顆粒) 1日6g 分3毎食後 4日分で処方。用量が多いと判断したため疑義照会をおこなった。【般】プロメタジン6.75mg等配合非ピリン系感冒剤(ピーエイ配合錠) 1日6錠 分3毎食後 4日分に変更になった。	ピーエイ配合錠で処方しようと思ったが、名称が似ているＰＬ配合顆粒で処方してしまったと思われる。成分量はピーエイ配合錠2錠＝ＰＬ配合顆粒1gのため注意が必要。	名称が似ていて間違いやすい薬について理解しておく。剤形変更による換算など他の薬についても勉強する必要がある。	ＰＬ配合顆粒	ピーエイ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2061	3歳のお子様にPL配合顆粒の処方あり用量的にも入力時に幼児用PL配合顆粒と選び間違えたと考えられる	PL配合顆粒と幼児用PL配合顆粒は気を付けて選ばないと間違えやすい。	幼児用や小児用など別の用量規格が存在する薬はあらかじめ薬局内で情報共有処方監査時点でお薬の用量に問題ないか必ず確認する在庫、非在庫にかかわらず	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2062	PL配合顆粒　１日３回　６ｇ　３日分　処方箋記載あり。通常より多い用量であったため、患者（代理者）に確認。「医師からは、幼児用ＰＬ配合顆粒を服用するよう言われた」とのこと。医師に電話にて疑義照会したところ「幼児用ＰＬ配合顆粒にて調剤するように」との回答を頂いた。	レセコン入力の際に、医薬品の名称を誤って入力してしまったと推定される。	常用量を逸脱した処方の場合、適宜増減の範囲内であったとしても、患者に確認するようにしている。今回は用量の間違いではなく医薬品名称の間違いであったが、問い合わせたことによい過量投与を防ぐことができた。	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
2063	定期処方に、SG配合顆粒が新規追加。投薬時に今回追加になったお薬について確認したところ、Dr.からは胃薬を出すと説明があったと聴取。処方の誤りが疑われたので、Dr.に電話にて疑義紹介し、S・M配合散へ変更となった。	どちらも「S」から始まる散薬のため、処方入力の誤りであると推測される。	処方の追加、変更等があった場合には、必ず投薬時に確認する。	ＳＧ配合顆粒	Ｓ・Ｍ配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2064	新患さんで在庫（SG配合顆粒）がなかったため、患者さんに症状詳しく確認。その際にピリン系禁忌であることがわかった。（問診にはその旨記載されていなかった）風邪症状の訴えに鼻炎症状もあったが、抗アレルギー薬、感冒剤がなく症状確認する上で間違いではないかと考えた	病院も新患であり、問診にピリン系禁忌である旨は記載。泌尿器科受診で膀胱炎の症状に加え、風邪症状の訴えもされたため、専門医でない医師がPLとSGを間違えて処方されたと思われる。	新患であれば症状の詳細を聞き取り、処方内容を考察するようにする。ピリン系のアレルギー歴を訴える方はいるため、該当薬の把握をする。	ＳＧ顆粒	ＰＬ顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2065	他院からの転院で受診。これまでと同じ内容で処方すると医師よりご家族に説明があったが、お薬手帳を確認すると「メインテート2.5mg錠 1.5錠」から「アーチスト2.5mg錠 1.5錠」に変更になっていた。これまでの薬局ではジェネリック医薬品で調剤されており、成分名が類似していることから先発医薬品を勘違いされている可能性も考えられ疑義照会を実施。結果、これまで同様「メインテート2.5mg錠 1.5錠」に変更となる。	ジェネリック医薬品と先発医薬品の勘違いがあったと考えられる。	初めて来局の患者様ではお薬手帳の確認を徹底する。お薬手帳を持っていない患者様には、有用性を説明し活用してもらう。医師との話（疑義照会等）の際は、先発医薬品の名称を用いて行うことでお互いの認識を合わせるように努める。	アーチスト錠２．５ｍｇ	メインテート錠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
2066	いつも眼科受診の患者様に今回アイベータ点眼液が追加処方されていた。この患者様はいつもドルモロール点眼液を使用していて、配合剤の成分チモロールが重複してしまう為疑義照会を行った。アイベータ点眼液ではなくアイファガン点眼液（当薬局はGE品のブリモニジン点眼で投薬）へ処方変更になる。	アイベータ点眼液とアイファガン点眼液で最初の２文字が同じ為、間違って処方してしまったと考えられる。	配合剤の場合、成分が重複してしまう可能性があるのできちんと監査をしていきたい。	アイベータ配合点眼液	ブリモニジン酒石酸塩点眼液０．１％「日新」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2067	ミケランLA点眼液、アイベータ配合点眼液、いずれも両眼への処方であった。いずれもβ遮断薬を含むため、疑義照会によりアイベータ配合点眼液→アイラミド配合点眼液へ変更になった。	名称の類似によるカルテへの入力ミスが考えられる。	患者様によく話を伺い、診察時の内容と変わりないか確認。併用薬との相互作用についても確実な確認をする。	アイベータ配合点眼液	アイラミド配合懸濁性点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2068	アイミクスHDのメーカー出荷調整により在庫確保できず、疑義照会にてイルアミクスLDプラスアムロジピン5に変更調剤した。ジェネリックのイルアミクスHDも出荷調整でLD錠のみ在庫がある状況でした。自宅にアイミクスHDの残薬もあり。	薬局で確保できる在庫の範囲での変換は以下の二通り。1　アイミクスHD→イルベサルタン100＋アムロジピン102　アイミクスHD→イルアミクスLD＋アムロジピン5	患者さんにとって最も混乱しない変更方法と考え、今回は2番の代替案で医師に疑義照会にて処方提案した。しかし後日患者さんに話を伺ったところ、飲み間違えそう、もしくは既に飲み間違えている可能性あるとの回答あり。	アイミクス配合錠ＨＤ	イルアミクス配合錠ＬＤ「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
2069	患者様が処方箋を持って来局。処方箋には「コソプト配合点眼液、２５ml/両目1日2回、アイラミド配合懸濁性点眼液、２５ml/両目1日2回」と記載。コソプト配合点眼液とアイラミド配合懸濁性点眼液は炭酸脱水酵素阻害薬が、どちらの目薬にも配合されており重複するため、処方医に疑義照会した。アイラミド配合懸濁性点眼液、２５ml/両目1日2回がアイファガン点眼液０．１％、２５ml/両目1日2回に薬剤変更となった。	薬剤の名前が類似するため、入力ミスと考えられる	薬剤名の確認を毎回行い。重複していないかい処方監査を確実に行う。	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
2070	アクトスが新規処方されており、糖尿の薬を服用することになったのかと確認したところ、他院でもらっていた週に１回の骨の薬をこちらでだしてもらうことになったというため疑義。アクトネルの間違いだったと判明。	アクトで検索し、間違えて入力してしまったものと思われる。	似たような名前の薬複数ある薬が出たときは医師からなんと聞いてるかしっかり患者様に確認をし疑わしい場合は疑義照会する	アクトス錠１５	アクトネル錠１７．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2071	処方内容にアクトネル75ｍｇ起床時4日分週1回服用の記載あり、新規処方のため患者は服用薬について診察時の説明について理解が不十分であった。月1回の4か月分または週1回1ヶ月分か不明のため処方元に確認。アクトネル17.5ｍｇ錠へ変更し4週分の処方に変更となった。	処方元の記載時に規格での使用間隔の確認に不備があったと考えられる。	用法、用量など疑義があれば、患者からも聞き取りを行い随時修正をしている。	アクトネル錠７５ｍｇ	アクトネル錠１７．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2072	リウマチで治療中の患者。普段はリウマトレックス服用中。今回、一般名でサラゾスルファピリジン腸溶錠の処方が追加。サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg3錠毎食後で処方されており、1日の常用量を超えていたため疑義照会をかけた。医師からは「いつも通り出して」と返答あり。サラゾスルファピリジン腸溶錠の処方歴がなかったため、処方箋発行の医療機関の事務員にもう一度カルテを確認してもらったところアザルフィジンと記載されてると確認。そこで前々回まで処方されてたアルジオキサ錠の記入間違いではないかと思い、再度、医師に確認をお願いしたところ、アルジオキサ錠に変更となった。	医師の記入間違い	薬品の常用量の確認。処方変更があった際の患者、医師とのやり取りの確認し、納得のいく形で投与するよう心掛けていく。	アザルフィジンＥＮ錠５００ｍｇ	アルジオキサ錠１００ｍｇ「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
2073	アジマイシン点眼液のでた患者さんに投薬時に確認。細菌感染は特になく、花粉症で来られたというお話だった。疑義照会すると、アレジオンLX点眼液に変更になった。	医療機関側の入力内容の確認不足	投薬時に、この薬で本当にあっているか、患者情報からの判断を徹底する。	アジマイシン点眼液１％	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
2074	アジレクト（1）2T2×で処方されていたので患者に話を伺ったところ、風邪症状で受診したとのこと。医師に疑義照会し、アスベリン（20）2T2×に変更となった。	薬品名類似による病院側の入力間違い。	ピッキング前に処方鑑査を行い、その時点でおかしい点があった場合は患者に内容について確認するようにしている。	アジレクト錠１ｍｇ	アスベリン錠２０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2075	25歳女性初受診。処方は内服でセフジニルカプセル3日分とアスタット軟膏の処方だった。監査時に念のため患者に確認したところ深爪で足が腫れて受診したことがわかり、水虫の検査もしてないとの事だったので疑義照会したところ、アクアチム軟膏のまちがいだったと回答があった。	投薬時などで患者にどのような事で受診したか確認することで防げると思われる。	監査時や投薬時に処方内容でおかしいと思った事は患者さんに受診時の内容を確認する。	アスタット軟膏１％	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
2076	6歳男児　アストミン散１０％が1日0.7ｇ分3毎食後で処方される。　年齢を考慮して用量が多いと判断（また8歳未満）。同年1月にアスベリン散１０％が1日0.6ｇで処方されていることを考慮して、今回の処方で間違いないかを電話で処方医に確認。アストミン散10%は誤入力であり、アスベリン散１０％が正しいとの返答あり	医師側の処方入力の際に類似薬を間違って選択したものと思われる	患者年齢・体重と用量・用法は正しいか毎回確認していく	アストミン散１０％	アスベリン散１０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2077	アストミン錠10ｍｇが10歳の子に処方されたが、添付文書上は成人(15歳以上)の適応だったので疑義照会したとことろ、アスベリン錠10ｍｇに変更になった。	薬剤の名称が似ている	薬剤の入力時に最低3文字以上で検索する	アストミン錠１０ｍｇ	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
2078	脳神経外科を受診した90歳女性。アストミン錠10ｍｇを１日３回（１回２錠）で処方されていた。初来局のため問診票の記入をお願いしたところ、主訴は「耳鳴り」であると判明。適応が異なるため処方間違いの可能性を考え疑義照会したところ、ストミンＡ配合錠を１日３回（１回２錠）に処方変更となった。	名称が類似しているため、処方する薬剤を誤ったと考えられる。	患者様の主訴を聞き取り、処方内容が妥当かどうか慎重に判断するよう努めている。	アストミン錠１０ｍｇ	ストミンＡ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2079	咽頭炎で受診し、アズノール軟膏のうがい指示の為、疑義照会。アズノールうがい薬への処方変更となった。	同じアズノールの処方であることから処方の選択ミスと思われる。	薬剤の用法が添付文書から逸脱していないか確認を徹底している。	アズノール軟膏０．０３３％	アズノールうがい液４％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2080	眼科からダイアモックスとアスパラＣａが処方されていたため、アスパラＫの間違いかと思い疑義し変更となった。	病院の登録名がアスパラＣａとアスパラカリウムで似ており間違えたものと思われる	処方の妥当性を確認し、疑わしいと感じたものに関してはすぐに疑義照会をする。	アスパラ－ＣＡ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
2081	眼科受診の患者様で眼圧を下げるために内服が出たと訴えあり。以前にも服用した薬剤を処方されると診察時に医師より説明があった旨を確認。お薬手帳には過去アスパラカリウム錠の処方歴あり。名称が酷似していることによる誤った入力がされた可能性があり疑義照会を行い確認した。結果アスパラカリウムが記載されるべきところアスパラーCAと誤って入力されたことが判明。疑義照会後の指示通りアスパラカリウムを調剤しお渡しした。	名称が酷似しており2剤とも「アスパラ」で名称が始まる為、3文字検索などの際に誤った薬剤を選択された可能性あり。	日常より取り組んでいる患者さまとの会話から情報を引き出せるようなコミュニケーション能力をみがいていき、お薬手帳など総合的に処方内容を判断していくことを継続していく。	アスパラ－ＣＡ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
2082	かかりつけ医から、中核医療機関への紹介患者において、前医より継続処方となるはずのアスパラK錠300ｍｇが、処方箋作成時にアスパラCa錠200ｍｇに代わっていたことを、お薬手帳より確認。疑義紹介により、アスパラK錠300ｍｇに変更となる。	似た薬品名のオーダーミスと考えられる。	似た名称のある医薬品についての医療安全講習等、薬品棚への注意喚起シール等による注意喚起を行う。	アスパラ－ＣＡ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
2083	アスパラカリウムを処方するところをアスパラCAが処方されていた。	薬品名類似による処方選び間違い	ダイアモックス錠と共に処方されており、薬効より処方間違いを疑い疑義照会した。	アスパラ－ＣＡ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	
2084	平素から本薬局を利用している患者が、当該日も処方箋を持って来局。普段と同じ処方の中に、1つ異なる処方がされているのを薬剤服用歴とお薬手帳から確認。普段アスパラカリウムが処方されているところ、アスパラーCA錠が処方されていた。患者に、医師から薬剤の変更を聞いているか確認したところ、何も聞いていないとのことで、医師に疑義照会を行い、誤りが判明した。アスパラーCa錠200からアスパラカリウム錠に処方変更となった。	名称が類似しているため、処方箋入力の際に誤って選択されたと考えられる。	患者の薬剤服用歴を管理するとともに、患者に対してお薬手帳の持参をお願いしている。持っていない患者には、お薬手帳の推奨を行っている。	アスパラ－ＣＡ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
2085	アゾセミドが連日服用から隔日服用に変更となり、アスパラCAが追加処方となった。アゾセミドの副作用として低K血症が考えられ、薬剤が類似名称であるためアスパラKでないか確認し、アスパラKに変更となった。	医師、事務スタッフが類似名称の薬剤を誤認し処方したことが要因の可能性。	病態推論により、処方変更と追加処方の関連を推察した。	アスパラ－ＣＡ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
2086	初めてアスパラＣＡ２００が処方されたため、患者の家族に検査値や状況を確認したところ、Ｃａ値は正常。Ｋ値が低値であることが分かった。アスパラカリウム３００の間違いではないかと考え、疑義照会にて確認。アスパラカリウム３００に変更となった。	頭文字が類似しており、処方入力時の確認不足が考えられる。	追加・変更になった薬品がある場合、検査値や状況を必ず確認する。また類似名の薬品に関して、入力・調剤誤りなどに注意して確認する。	アスパラ－ＣＡ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
2087	緑内障の患者さま。これまで点眼薬のみ処方されていたが眼圧上昇のため内服薬ダイアモックス錠が追加されていた。同時に処方記載されていた内服薬がカルシウム剤であったため入力ミスを疑い疑義照会、カリウム剤に変更となった。	処方入力ミス。処方内容確認不足。	新規処方薬については患者さまからできるだけ理由を聴取する。処方意図を考えながら処方鑑査する。	アスパラ－ＣＡ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	
2088	眼科よりダイアモックス錠250mg服用のためアスパラK錠300ｍｇ分3で服用中の患者様で、手術のため転院。その際に手術日まで服用継続出来るようにと転院先の病院より今まで通りの処方をしてもらうという案内であったが、アスパラＫではなくアスパラＣａでの処方であったため問い合わせ。処方内容変更となった。	三文字入力でアスパラKとアスパラCaの名称を間違えて入力されたものと考えられる。	転院や手術予定のある患者様については処方変更についてミスしているものも多いため薬局のもっている情報とお手帳を必ず確認してミスの見落としがないように投薬を行なうこと。	アスパラ－ＣＡ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
2089	原発性アルドステロン症の持病をお持ちの方に、アスパラCA錠200ｍｇが処方された。患者の話を聞いたところ、以前からカリウム値が低く、それが原因の心停止も起こしたことがあるとのこと。そのため今回は、カリウムを補う薬を処方する旨の話が医師からあったと聞き取りが出来た。それを受け疑義紹介したところ、アスパラカリウム錠300ｍｇとの処方間違いであることが判明し、処方変更となった。	名称類似の医薬品であるため、処方時に薬剤を選択間違いした可能性がある。	名称が類似している薬剤に関しては、検査値や患者の話を聞き、処方の間違いでないかを確認するよう情報共有した。	アスパラ－ＣＡ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
2090	病院内で打っている骨粗鬆症の注射薬がイベニティからプラリアに今回変更になり、それに伴い、副作用予防にカルシウムの薬を出すと患者様は聞いていた。今回の処方で新たにデノタスチュアブル配合錠とアスパラカリウム錠300ｍｇが処方されていた。患者様に確認したところ、カリウムの薬は出すとは聞いてないとの事で、投薬を中断して疑義照会したところ、アスパラカリウム錠300ｍｇは処方間違いであり、L-アスパラギン酸Ca錠200ｍｇに変更となった。	該当医薬品が一般名で記載されており、L-アスパラギン酸カリウム錠300ｍｇとL-アスパラギン酸Ca錠200ｍｇと類似名称であること、類似名称品が存在することを病院の医療事務が知らなかったことが要因と考えられる。	医師の意図通りに正しい内容で処方されているか判断できるように、処方内容の確認と投薬時の聞き取りを徹底し、少しでも疑問に感じたら病院に確認する。	アスパラカリウム錠３００ｍｇ	Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2091	今まで病院でもらってた薬を近隣のかかりつけ医で処方してもらうよう言われたとの事。アスパラカリウム（３００）を処方されておられたが、骨粗鬆症である事とビタミンD製剤処方されてる事からご本人様に内容再確認。病院でもらっておられた薬剤情報を提出頂き、L―アスパラギン酸Ca（２００）である事を確認。疑義照会にて薬剤変更となった。	医院側の処方入力の間違いと思われる	薬歴・患者様からの聞き取りにより、疾患、処方内容が適合するか確認する	アスパラカリウム錠３００ｍｇ	Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2092	他にアルファカルシドールが処方されている患者であり、骨粗しょう症治療のための処方であることがヒアリングから判明したため、疑義照会を実施した。なお、今回より追加で薬が処方されたということであった。	薬剤名が類似しており、病院側の３文字入力でも選択間違いに繋がったと思われる。	新規処方においては、患者ヒアリングを丁寧に実施し、意図した処方であるかを確認するようにしている。	アスパラカリウム錠３００ｍｇ	アスパラ－ＣＡ錠２００		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2093	アスパラカリウム初めての処方薬歴よりアルファカルシドールを以前処方されていたカルシウム剤への変更ではないかと推察し、患者に確認するも、詳細は分からず、検査などはなかったとの返答を得た	薬品名が類似しているので選択間違いと思われる	聞き取りと薬歴の照合を継続する	アスパラカリウム錠３００ｍｇ	アスパラ－ＣＡ錠２００		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2094	【般】Ｌ－アスパラギン酸K錠300mg 1T　1日2回　朝・夕食後【般】カルシトリオールカプセル0.25μｇ　1C 1日2回朝・夕食後→アスパラCa錠200 1錠　1日1回朝食後【般】カルシトリオールカプセル0.25μｇ　1C 1日1回朝食後に変更 入院していて久しぶりの処方だった。入院前の処方ではカルシウムとカルシトリオールの処方だったため記載誤記が疑われたため疑義照会を行った	処方入力時にアスパラと打って選択ミスしたと思われる	今回の事例を共有した	アスパラカリウム錠３００ｍｇ	アスパラ－ＣＡ錠２００		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2095	当薬局には初めて来局。他院退院時処方の引継ぎで門前総合病院紹介にて受診と聞き取り。アスパラカリウム錠300ｍｇ2T分2の処方あったが、処方箋に記載の検査数値はK:4.0で正常範囲内であった。おくすり手帳には退院時処方の記載はなかったが、患者に確認したところ退院時処方の薬情を持っていた。今回処方と内容はほぼ同じであったが、アスパラカリウムではなく、Lアスパラギン酸Ca錠200mg3T分3の処方であった。検査値を再確認したところ、Ca:8.1と基準値以下であったこともあり処方医に電話で疑義。退院時処方通りのLアスパラギン酸Ca錠200mg3T分3に変更となった。	今回、他院からの紹介でとりあえず内容引き継ぎの処方であり、アスパラ～と薬品名が類似していることもあり、処方医の確認不足と思われる。	当薬局では新患の場合は服用歴があるか、継続服用の場合は処方内容の変更はDrから聞いているかを処方受付時にまず確認するようにしている。手帳記載内容を確認し、記載ない場合でも薬情を別に持っている場合もあるため、薬剤数が多い場合は特にそれらをを預かって確認するようにしている。さらに、門前病院の処方箋には検査数値の記載があり、日頃からチェックする癖がついていたため、処方内容のミスの発見につながったと思われる。	アスパラカリウム錠３００ｍｇ	Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2096	普段処方されることのない、カリウム製剤が処方されていた。紹介を行うと、エディロール０．７５マイクログラムを１カプセル３０日分に変更となった。患者は高齢で、カリウム血症を起こす可能性もあった。	聞き取りを行ったところ、特に心疾患もなく、利尿剤の処方などもなかったため、アスパラカルシウムの間違いかと想像して医療機関に照会したところ、やはり骨粗鬆症のカルシウムを処方しようとしたが、変更してビタミンD製剤にしようと変更したもよう。	体調の変化などを聞き取り、処方された薬との整合性を確認する。	アスパラカリウム錠３００ｍｇ	エルデカルシトールカプセル０．７５μｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2097	アスパラカリウム錠３００ｍｇが今回処方されておりＫ値が6.7の為患者に確認し疑義照会したところアスパラギン酸カルシウム２００ｍｇに変更となる。	名称類似による入力間違い。	検査値を利用した処方監査の徹底。	アスパラカリウム錠３００ｍｇ	アスパラ－ＣＡ錠２００		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2098	通常、カルシウムの薬が追加になるケースがありますが、カリウムの薬が追加になるケースがないために、処方医に疑義照会をしました。確認の結果、カリウムの薬からカルシウムの薬に変更になりました。	医薬品の類似名称による入力ミス。	通常の業務では、起こりえない処方のケースがあります。気になることは、必ず確認をしてお薬を出しています。薬を間違えると、患者様の健康被害につながる恐れがあります。患者様の事を考えて、お薬を間違えないように確認をして出して行きたいと思います。	アスパラカリウム錠３００ｍｇ	Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2099	久しぶりの来局。他医療機関から情報提供書を受けて処方されたとの事。薬局で受け付けた処方箋には「アスピリン　１ｇ分１朝食後」と記載あり。処方目的と用量の確認のため電話にて疑義照会。他医療機関からの情報提供書には「アスピリン（100）１錠　分１朝食後」と記載されていたため、「アスピリン」と「１」を入力して処方箋発行したとの事。正しくは「バイアスピリン（アスピリン腸溶錠100ｍｇ）１錠　分１朝食後であった。	医療機関で処方箋を発行する際のカルテ記載の不備と事務員の知識不足が原因と思われる。	処方箋を受け付けた際に、疑義を感じたら躊躇なく照会するようにしている。	アスピリン「ケンエー」	バイアスピリン錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2100	新規で施設に入って今回初回で応需。新しい医師がアスピリン「ホエイ」0.1ｇ朝食後で処方されていたが、お薬手帳を確認するとアスピリン腸溶錠100ｍｇ１錠朝食後で服用していた履歴があった。医師が薬を選び間違えた可能性があるため疑義照会。アスピリン腸溶錠100ｍｇ「ＪＧ」１錠朝食後に訂正になった。	医師がアスピの３文字検索をして薬剤を選択間違いした可能性がある。	お薬手帳より処方入力ミスの可能性があったため疑義照会。今まで服用していた剤型に訂正してもらった。	アスピリン「ホエイ」	アスピリン腸溶錠１００ｍｇ「ＪＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2101	1歳の患者様にアスベリンシロップ調剤用2%が4ｍｌ/dayで処方されていた。過量投与疑い照会したところ、アスベリンシロップ0.5%へ変更となった。	処方内容の確認不足	規格、濃度がいくつかあるものに関しては特に注意をするようにしている。	アスベリンシロップ「調剤用」２％	アスベリンシロップ０．５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2102	アスベリンドライシロップが4ｇで処方されていたが、４歳には用量過多と思い疑義照会を行ったらアスベリンシロップに変更になった。	剤形まで確認をする。	処方監査をより注意して行う。	アスベリンドライシロップ２％	アスベリンシロップ０．５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2103	2歳の小児。体重、アレルギー、併用薬などを確認。アスベリンドライシロップの薬剤量が、体重換算からの服用量と相違があると思い、医療機関へ問い合わせた。カルテ記載のミスで、アスベリンシロップのところをアスベリンドライシロップと記載があった。	医療機関における思い違い。	小児においては、体重、アレルギー歴、併用薬について十分に確認する。換算表なども利用し、薬剤量を確認。更に、秤量時の記録は残すようにする。	アスベリンドライシロップ２％	アスベリンシロップ０．５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2104	アスベリン散10%　3ｇ/日と処方記載あり。用量過剰のため医師に問い合わせしたところ、アスベリンドライシロップ2%　3ｇ/日に変更となった。	処方記載間違い	薬剤の用量チェックを徹底し、必ず疑義照会する	アスベリン散１０％	アスベリンドライシロップ２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2105	体重が19kgのお子さんにアスベリン散10%が0.8g処方され服用量が多いのではないかと思い、疑義照会した。結果アスベリンドライシロップ2%が0.8gであった。	医師の処方入力時に薬品名の選択ミスと思われる。	薬歴記載の体重の確認とデータの随時更新をして、薬剤の量を確認することの徹底。	アスベリン散１０％	アスベリンドライシロップ２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2106	3歳の小児の患者様にアスベリン散１０％　1.6ｇ　朝就寝時　7日分の処方が出ました。過量の為、疑義照会をしたところ、アスベリンドライシロップ２％へ薬剤が変更になりました。	病院側が薬剤入力時にアスベリンドライシロップ２％を入力するところ、誤ってアスベリン散１０％と入力してしまったと考えられます。	薬剤の用量は添付文章で確認をしています。過量や過少があれば、疑義照会を行っています。	アスベリン散１０％	アスベリンドライシロップ２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2107	アスベリン散１０％　１．５ｇ　朝夕食後　５日分の処方あり。過量の為、疑義照会をしたところ、アスベリンドライシロップ２％の誤りであったことが判明。処方変更となった。	病院側が処方箋の入力時に別の規格のものを誤って選択してしまったと考えられる。	小児の粉の処方は体重や年齢を確認し、量に誤りがないか確認をしています。誤りがあれば疑義照会をし、確認をしています。	アスベリン散１０％	アスベリンドライシロップ２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2108	処方箋記載のアスベリン散10%　1日量1.2gと記載があったが、年齢体重を考えても多かったためDSの間違いではないかと確認するに至った。結果としてアスベリンDS2%　1日量0.5gへ変更となった。	Drの薬品名の入力間違いではないかと思われる。	同じ成分の薬で%違いの物が多くあるため、適正体重・年齢を考慮して薬を見るようにする。	アスベリン散１０％	アスベリンドライシロップ２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2109	小児科にてアスベリン錠２０ｍｇの24日分で処方あり。定期でアレジオン２０ｍｇを服用していたため、入力ミスではないかということで疑義紹介。アレジオンに変更となった。	名前が類似していることによる入力ミスだと考えられる。	患者さんとの会話から気づけることもあるのでコミュニケーションをしっかりと取っていくこととなっている。	アスベリン錠２０	アレジオン錠２０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2110	内科の処方で（般）アセトアミノフェン　１日３ｇ　分３　毎食後　の処方だったが８６歳の内科処方としては量が多いのでそのままの量で正しいのか確認した。カルテにはアセトアミノフェン細粒３ｇと記載されていたので医療クラークがそれに近い薬品を選び入力したらしいがDr.に確認したら１日成分量６００ｍｇだとのことでカロナール細粒２０％の１日３ｇに変更となった。	医師はカロナール細粒２０％のつもりでカルテに記載したが％記載がなかったため医療クラークへの伝達が不十分だったと思われる。	１日の服用範囲内の処方でも量が多めであるときは必ず処方医に確認してもらう。	アセトアミノフェン〈ハチ〉	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2111	定期で「アゾセミド錠30ｍｇ　1T1×朝食後」の処方あり。今回「アゾセミド錠30ｍｇ　0.5T　1×朝食後　14日分」が追加処方された。患者様に血圧上昇や浮腫等の症状悪化の確認をしたところ、「血圧・浮腫は現状安定しており、悪化はない。今回は背部痛があり、痛み止めをお願いした」とのこと。上記聞き取り内容を疑義照会したところ、「アセトアミノフェン錠500ｍｇ　3T3×毎食後　14日分」を処方したかったとのことで変更となった。	アゾセミドとアセトアミノフェンの名称類似による間違えの可能性あり。	患者様からの聞き取りと医師の処方意図を読み取り、処方内容の適正を図る。	アゾセミド錠３０ｍｇ「ＪＧ」	アセトアミノフェン錠５００ｍｇ「マルイシ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2112	緑内障でもともとタプコム点眼液が処方されている方に追加でアゾルガ配合懸濁性点眼が処方された。チモロールの重複があるため問い合わせ、アゾルガ配合懸濁性点眼中止、アイファガン点眼液へ変更となった	アゾルガ配合懸濁性点眼とアイファガン点眼液の両剤ともに「緑内障薬」で「ア」から始まる薬のため、単にカルテへの記載ミスと確認ミスと思われる。	薬の重複をわかりやすくするために、点眼薬合剤の一覧表を作る。レセコン入力では現状、エラーとして設定できないため、入力する事務方にも知識として共有を行う	アゾルガ配合懸濁性点眼液	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
2113	ミケルナ配合点眼液が処方されている患者にアゾルガ懸濁性配合点眼液が処方されていた。ベータブロッカーの成分が重複するため処方元に疑義照会を行ったところ、アゾルガ懸濁性配合点眼液ではなくアイラミド懸濁性配合点眼液を処方する意図であったとのこと。	薬剤の名称の類似が原因で処方に誤りがあったと考えられます。	当薬局では配合剤の成分を確実に把握できるよう指導を行っています。	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	
2114	従来よりニフェジピンＬ錠２０ｍｇ２錠／分２朝夕食後で服用中の患者様。前回９月度の受付時に度重なる出荷調整に伴って後発品での調剤が困難な状況であったため、疑義照会にて先発品への変更対応可能か疑義照会を行っており、アダラートＬ錠２０ｍｇへ変更となっていた。血圧も安定しており、そのままＤｏ処方と至ったようだが、前回の疑義照会対応時の処方修正でアダラートＣＲ錠２０ｍｇへ変更となっていたため、今回作用時間の異なる規格への変更となっていた。患者聴取とも齟齬があり疑義照会にて確認し、病院側との疑義照会時の連携不備によるオーダーミスであることが発覚。今まで通りニフェジピンＬ錠２０ｍｇで服用できるよう、一般名処方として変更いただくこととなった。	・アダラートＬ錠２０ｍｇが販売中止となるためオーダーできず、アダラートＣＲ錠２０ｍｇ採用のへ修正したと考えられる。・対応が受付経由であったため、他規格・他剤型の存在を知らず、アダラートの検索のみで修正を行われた可能性が高い。	・他剤型があり修正誤りのリスクが高い薬については変更後の情報を口頭のみではなく書面でも報告が必要・変更に至った経緯について、次回受付時の確認で何が起こっているか速やかに把握できるよう薬歴へ詳細を記載	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
2115	前回はアダラートCR処方。今回はアダラートＬ処方。患者に話を聞いたが、変更することは聞いていないとの返答。	接尾語にも注意する。ＬとCRの違いをスタッフで共有しておく。	接尾語にも注意する。ＬとCRの違いをスタッフで共有しておく。	アダラートＬ錠２０ｍｇ	アダラートＣＲ錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2116	新患。近くの皮膚科の処方箋を持ち来局。他の皮膚科からの転院。アタラックス錠25ｍｇ　3錠分3で処方。緑内障あり。用量的にも皮膚科領域超えていたので問い合わせ。フェキソフェナジン60ｍｇに変更となる。	処方薬の選択間違え。	患者に対しての聞き取り徹底。	アタラックス錠２５ｍｇ	フェキソフェナジン塩酸塩錠６０ｍｇ「ＳＡＮＩＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2117	アテノロール錠25mgが初回での処方。以前より他の降圧薬の服用もあったため、降圧薬の追加と予想し監査後、患者に投薬した。患者より振戦で処方すると言われたとの申告があったため、降圧目的ではなく振戦での使用と判明した。アテノロールは本態性振戦の適応はなかったため、医師に疑義照会を行い、アロチノロール10mgに処方変更となった。	アテノロールとアロチノロールの名称が似ていたため、医師の認識不足の可能性。	新規薬処方時に患者から使用目的の聞き取りを行う似た名称の違う適応の認識	アテノロール錠２５ｍｇ「日新」	アロチノロール塩酸塩錠１０ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2118	アトーゼットLD（アトルバスタチン＋エゼチミブ）をしばらく使用。そのころから足がすくむようになり、他院を受診した。処方された薬がアトルバスタチンとエゼチミブになっていたため、医療機関に確認。アトーゼットとロスーゼットを勘違いしていたことが判明した。副作用の原因はエゼチミブでした。	アトーゼットがロスバスタチンの合剤と勘違いしていたこと。	合剤については重複や副作用が分かりにくくなっているので注意が必要。	アトーゼット配合錠ＬＤ	ロスーゼット配合錠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
2119	もともと前立腺肥大症の治療中でタダラフィルを服用中であり、今回初めて受診する医療機関であったがいつも継続している薬を処方されるはずが、適応が異なるアドシルカが処方されていた。患者さんから泌尿器の治療中であることや服用している薬を確認したところ、規格・適応症が異なっていたため疑義照会し、タダラフィル5mgに変更となった。	タダラフィルには複数の規格があり、処方薬を選択する際に誤った規格を選んだと思われます。	継続薬であったとしても、どのような症状で受診されたのかなど患者さんからの聞き取りを怠らないようにする。	アドシルカ錠２０ｍｇ	タダラフィル錠５ｍｇＺＡ「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2120	アドナ散の処方だったが、患者様のご家族に症状をお伺いすると、出血はしていない、おなかの調子が悪くて病院へいったと確認。処方もとへ疑義照会するとアドソルビン原末の間違いであることを確認致しました。	処方せん入力の際に最初の２文字が同じであるため、間違って入力したと考えられる。	処方通りに出すのではなく、患者様（もしくはご家族に）に症状を確認し、処方鑑査をして、疑わしければ必ず疑義照会をする。	アドナ散１０％	アドソルビン原末		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
2121	アムロジピン５ｍｇを処方入力するつもりが、アトルバスタチン５ｍｇと入力間違い。前回の薬歴より処方内容の変更事項や既病歴を確認し、処方間違いでないかと推測して疑義照会をする。入力のミスであることが発覚。	医療機関側での処方入力画面で間違った処方入力に気付かずにそのまま発行。	処方変更内容を確認して疑問の残る処方変更がある場合はシッカリと疑義照会をする。	アトルバスタチン錠５ｍｇ「サワイ」	アムロジピン錠５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2122	ロキソプロフェンNa錠60mg、アプリンジン塩酸塩カプセル20mg、カルボシステイン錠500mg、アモキシシリンカプセル250mgそれぞれ3錠/日、3C/日分３毎食後5日分の処方。感冒かと推測されたが、アプリンジンが他の薬剤とあまりにも薬効が遠かったため疑義照会。アスベリン錠20mgに変更となった。	同じ「ア」から始まる薬剤、規格は同じ２０ｍｇ、候補が上がった時に選択を間違えたのか。確認がしっかりできなかったと思われる。	処方全体を確認し、疑義があるようなら必ず疑義照会する。	アプリンジン塩酸塩カプセル２０ｍｇ	アスベリン錠２０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2123	糖尿病の管理が不良で、薬の増量を検討。アマリール1ｍｇ錠が朝食後に1錠追加になったが、すでに3ｍｇ錠2錠を服用中であるため、投与量オーバーにより疑義照会したところ、アマリールではなくアクトス15ｍｇ1錠朝食後に変更になった。	アマリールの上限が6ｍｇであることに気づかず処方したか、始まりが同じ「あ」であったため入力間違いをした可能性あり。	新たに追加になった場合は併用可否や服用量を確認するよう徹底する。	アマリール１ｍｇ錠	アクトス錠１５		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2124	他院より転院の患者様が来局された。お薬手帳をお持ちであり、転院先処方せん持参されたため鑑査実施。概ね継続処方である旨を患者様より聴取したが、既往歴にないはずのアマリールが処方、さらに用量がかなり多い３ｍｇで処方箋記載のためＣＬへ疑義照会のためＴＥＬ。ＣＬ事務員の認識、入力ミスと発覚。アマリール３ｍｇ→アマルエット配合錠3番へ変更となった。	主に入力の際は薬品名頭文字２文字or3文字入力し行うがそのさい類似医薬品と間違えて入力してしまったのだと思われる。	薬局でも処方箋内容を入力の際同様のミスが起こる可能性あるため、２文字ではなく３文字入力の徹底。今回はお薬手帳をお持ちの患者さまのためある程度既往疾患推定できたが、手帳お持ちでない際は推定が難しいため必ずどのような既往があるか聴取。	アマリール３ｍｇ錠	アマルエット配合錠１番「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2125	アマリール錠3mg　で記載だったが、薬歴から糖尿病の治療薬の服用歴がなく、本人に確認して、他の医院からの移行の処方などではなかった。いきなり、高齢者にアマリール錠3mg　から開始に不安あり、他の薬剤師とも検討し、疑義照会したアリセプトD錠3mgの間違いだったと返答あり	カルテの記載から、レセコンへの入力時に、「ア」「3mg」で、アマリールと思い込んでしまったと思われる	特に、ハイリスクの薬については、薬歴、お薬手帳、患者から得た情報など、慎重に監査する	アマリール３ｍｇ錠	アリセプトＤ錠３ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2126	病院から診療所への引継ぎ時に一般名での入力が単剤から合剤での処方に変わってしまった。	一般名称での処方だったので、文字が長くPC画面上での確認が難しかったのかもしれない。	処方薬について、医師からの説明と異なる点がないか確認をする。	アマルエット配合錠１番「ＤＳＥＰ」	アムロジン錠２．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2127	前回アムロジピン錠２．５ｍｇ処方、今回アマルエット配合錠４番の処方だったため本人に確認したところ増量と聞いていた。	処方せん入力時の間違い。	処方薬の変更、初回の薬は、調剤歴参照したり本人に聞取りしている。	アマルエット配合錠４番「トーワ」	アムロジピン錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2128	血圧高値によりARBと合剤からのエンレストに変更があったが、変更後に合剤が残っていてバルサルタンの成分が重複していることが投薬時に発覚。	降圧剤としては効果が高く状態に合わせた処方変更であったため、見過ごしやすかったのではないかと思います。降圧剤の切り替え時や処方変更時などには見られやすい事由だと思います。	ARBや合剤からの切り替えなど処方変更前の薬の中に重複している可能性があるため注意が必要。	アムバロ配合錠「トーワ」	アゼルニジピン錠８ｍｇ「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
	継続薬などの場合などは処方薬などの多い患者の場合、いつもの薬だという安心感から監査をすり抜ける場合もあるためどの処方においても変更の有無にかかわらずしっかり監査する必要がある。また、今回の薬のエンレストは最近適応追加された薬でもあるため、MRからの情報提供や商品の説明会などを受けたことで、今回の発見につながったため、定期的に情報をアップデートするため、不定期開催でも勉強会の開催があれば積極的に参加する必要があると思いました。						
2129	ピタバスタチン１ｍｇで高脂血症を治療中の患者が来局。検査値に改善なく診察時治療薬を変更するとお話があったが降圧剤のアムロジピンが処方されていたため疑義照会。一般名アトルバスタチン５ｍｇに変更。	どちらも頻出される薬剤であったため混同されたと思われる。	薬剤変更時は患者に経緯を確認し、不明点があれば疑義照会を徹底して行う。	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「トーワ」	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
2130	前々回処方：アムロジピン錠（5）＋アトルバスタチン錠（5）前回処方：アムバロ配合錠+アトルバスタチン錠（5）今回処方：アムバロ配合錠+アムロジピン錠（5）となっていた為、患者にも確認しDr.に疑義。アムロジピン錠（5）からアトルバスタチン錠（5）に変更となった。	名称類似薬の為、薬を選び間違えたと考えられる。	患者様の情報と共に薬の内容に間違いが無いか常に注意深く確認していく。	アムロジピン錠５ｍｇ「科研」	アトルバスタチン錠５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2131	エックスフォージ配合錠・アムロジンＯＤ錠５ｍｇ服用中。血圧上昇の為、アムロジンＯＤ錠２．５ｍｇ追加処方開始。疑義照会実施。アムロジンＯＤ錠２．５ｍｇ中止。カルデナリン錠２ｍｇに変更の指示あり。	合剤の用量の確認ミス	合剤の用量確認。	アムロジンＯＤ錠２．５ｍｇ	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2132	認知症治療の為、14日前からアリセプトD錠3ｍｇ投与を開始したが今回同病院同Ｄｒよりアムロジン錠5ｍｇが処方された。患者家族に認知症治療は中止なのか＆血圧もしくは心臓の薬を処方すると診察時にＤｒより説明を受けたか聞いたが特に聞いていないと言われたため、処方内容確認の為疑義照会したところ処方箋に記載されたアムロジン錠5ｍｇは間違いであり正しくはアリセプトD錠5ｍｇであった。	アムロジン錠5ｍｇとアリセプト錠5ｍｇはやや名称が類似していること。また該当患者は奥様と一緒に病院へ受診されており奥様はアムロジピンを服用中＆アリセプトも服用開始されており2人の処方内容に混乱が応じたと思われる。	アリセプトは通常初回3ｍｇを14日間投与した後5ｍｇに増量するため、初回投与後14日経過した後は同薬5ｍｇに増量しているであろうと予測して鑑査している。今回の患者は代理の方が来局されたため聞き取ることができたが、疑問点があり詳細を聞き取ることができないときはその都度病院へ処方内容の確認を行うことを徹底する。	アムロジン錠５ｍｇ	アリセプトD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
2133	A病院からアモキサンカプセル25ｍｇ処方。投薬時に患者の症状を確認。患者より、医師から集中力を高める薬を処方すると話があったと情報収集。患者の情報からアモキサンではなくアトモキセチンの処方ではないかと思い疑義紹介を行った。疑義紹介後、病院側の入力間違いであることが発覚、アトモキセチンカプセル25ｍｇ「トーワ」に薬剤変更となった。	医療機関側の入力ミス、処方内容の確認不足	投薬時にはしっかり症状の確認を行い処方内容の可否を判断する。名称類似薬の情報を事前に把握するよう努める。	アモキサンカプセル２５ｍｇ	アトモキセチン錠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
2134	歯科の処方箋でアモキシシリンが『疼痛時』で処方されていた。疑義照会にて確認したところ、アセトアミノフェン細粒20％が正しく、医薬品名の記載間違いであった。	処方入力時に医薬品名を間違えて入力してしまった可能性。	今後も患者の症状、用法・用量から処方内容が疑わしい場合は疑義照会を行う。	アモキシシリン細粒２０％「ＴＣＫ」	アセトアミノフェン細粒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
2135	他病院でレボセチリジンシロップが処方されているところ、今回アリメジンシロップが処方されており、同効薬の為確認。アリメジンシロップ→アスベリンシロップに変更となった。	患者父との話で「他病院と重複しないように薬を処方する」と事前に聞いていたとの事で、このことから病院側がアスベリンシロップをアリメジンシロップと記載ミスした可能性がある。	お薬手帳の持参啓もう活動の継続と併用薬の聞き取りを毎回漏らさずに行う。	アリメジンシロップ０．０５％	アスベリンシロップ０．５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2136	1歳の小児に対してアリメジンシロップが4mL分2朝夕で処方のため、用量の確認をしたところ、アスベリンシロップ4mL分2朝夕の処方間違えであった。	同じア行であることと両方ともに風邪症状で使う医薬品のためと推定される。	症状の聴取、体重の確認。	アリメジンシロップ０．０５％	アスベリンシロップ０．５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2137	「アリメジンシロップ0.05%　分2朝夕食後　7日分」が2行にわたり記載された処方箋を受付けたため疑義照会を行ったところ１つはアリメジンシロップがアスベリンシロップの誤りであることが判明し、処方変更となった	薬剤名が似ているため処方時の薬品選択の誤り	同薬剤が処方されていたため削除されるものと推測しながら疑義照会を行ったところ、一剤は薬剤名の誤りであった思い込みの先入観をもたず、鑑査を行うよう注意したい	アリメジンシロップ０．０５％	アスベリンシロップ０．５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2138	アレジオン（２０）　２Ｔ２×で処方あり。通常、アレジオンの用法は１日１回のため、同効薬で名称が類似しているアレグラ（６０）２Ｔ２×ではないかと疑義照会。アレジオンは削除となり、アレグラが処方となった。	アレジオンとアレグラの名称が類似しているため病院の事務が入力ミスをしたが、カルテと照らし合わせることを怠ったためミスが訂正されないままになってしまったと考えられる。	引き続き添付文書を確認して用法用量の違いや名称類似の同種同効薬から適正処方を検討していく。	アレジオン錠２０	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
2139	手書きの処方箋でアロチノロール25ｍｇが処方されていたが過去の薬歴で定期処方はアテノロール25ｍｇだったため疑義照会後アテノロール25ｍｇに変更となった。	カルテからの処方箋への記載ミス、名称類似のため	過去の薬歴での確認、患者インタビューによる薬品変更の有無の徹底が必要と思われる。	アロチノロール塩酸塩錠５ｍｇ「テバ」	アテノロール錠２５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2140	今まで別病院受診。今回から病院変更。紹介状などからのレセコンへの転記の際に、アンブロキソールＯＤ45ｍｇ(お薬手帳記載)のところアロプリノール100ｍｇで処方。尿酸値・痛風の話をＤｒとしていないことも確認したうえで疑義照会。今まで服用していたアンブロキソールへの処方に変更になる。	アで始まる薬で検索した結果としての入力ミスと思われる。	新しい薬が処方された際にＤｒからの説明や検査結果などを確認しつつ交付するように努める。	アロプリノール錠１００ｍｇ「タナベ」	アンブロキソール塩酸塩徐放ＯＤ錠４５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2141	久しぶりの受診にて来局でした。処方内容はアンテベートクリームが処方されており、投薬時に部位、症状確認したところクリームでは刺激になるため軟膏ではないかと思い疑義照会をした。その結果クリームから軟膏へ変更となった。	処方医は皮膚科医であり、コンピューターの入力時の選択を軟膏とクリームを間違えたらしい。	久しぶりの受診であるためお薬手帳や患者さんからの情報により、処方内容を確認していく。また今回のケースのように症状、部位などを確認し適切な薬剤かどうか確認する。	アンテベートクリーム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
2142	アンテベート軟膏　１０ｇ　１日２回　化膿止め　手・傷　と記載	化膿止めとしてアンテベート軟膏が処方されるのは適切ではないと思い問い合わせ名前が類似しているため書き間違えたと思われる	このような記載間違いがあること、処方薬と用法が合っていないこと職員全員で共有	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
2143	アンテベート軟膏１歳児に処方。症状ひどいのか話うかがうも前回と変更ない薬と聞いているとして問い合わせ。デプロドンプロピオン酸軟膏へ変更になった。	デプロドンプロピオン酸軟膏を処方したかったが、以前の名称「アロミドン」のアにつられて入力してしまったため、処方せんにはアンテベート軟膏できてしまったと考えられる。	年齢や部位によってステロイド強さ処方変わってくるので見逃さないようにステロイドの強さの把握をしている。	アンテベート軟膏０．０５％	デプロドンプロピオン酸エステル軟膏０．３％「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2144	アンプリット錠処方であるが患者様は抗うつ剤処方は聞いてないとのことで病院に確認。アンブロキソール錠と確認。	類似名の入力間違いが原因と思われる。最初の2文字が一緒、3文字目もプとブの違いであり入力の際誤って選んでしまった可能性があると思われる。	患者様から何で病院かかられたのかなどしっかり聞き取る。	アンプリット錠１０ｍｇ	ムコサール錠１５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2145	患者よりアンブロキソールを処方される覚えはないと聞き取り。痛み止めを飲んでいるので胃薬を頼んだとの事だったので病院へ電話にて疑義照会。その結果、アンブロキソール錠（15）３錠３×毎食後１４日分からレバミピド錠（100）３錠３×毎食後１４日分へと処方変更になった。	処方入力時に先発名であるムコソルバンとムコスタで誤って入力してしまった可能性あり。	変更になった内容は患者に必ず変更理由も確認する。	アンブロキソール塩酸塩錠１５ｍｇ「タイヨー」	レバミピド錠１００ｍｇ「オーツカ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2146	在宅で医師、訪問看護師さんが訪問している患者さんにイソジﾞﾝ液10%が処方される。使用部位の記載が無く疑義照会すると褥瘡部位に使用であると分かる。イソジンシュガーパスタ軟膏が以前処方された事があった、イソジンシュガーパスタ軟膏と間違えた可能性があり医師に疑義照会する。最終的には訪問看護師さんからの希望で褥瘡に使用できるヨードﾞコート軟膏0.9%へ変更になる。	イソジンシュガーパスタ軟膏とイソジﾞﾝ液の名称が似ていた事から記載ミスが起こったと推測される。成分はどちらもポビドンヨードﾞ含有になる為、入力時には用途の違いまで気づかなかったのではないかと思われる。	医師が在宅をしている患者様なので、医師以外に訪問看護師さんからの情報も考慮する。処方箋に薬剤の使用回数、部位が抜けていた場合必ず確認する。その他お薬手帳、薬歴も確認しおかしいと思う部分は必ず疑義照会する。	イソジン液１０％	ヨードコート軟膏０．９％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2147	投薬時、使用部位を確認したところ、喉が痛くうがいに使用すると聞き、イソジン液ではなくイソジンガーグルが正しいと判断し疑義照会を行った。	外用剤の処方に対し、使用部位や使用回数の記載がないまま患者への薬剤の交付を行うのは避ける	外用剤の処方時には、使用部位などの記載がなければ疑義照会を行う	イソジン液１０％	イソジンガーグル液７％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2148	イソジン液10%　うがいの処方　通常うがいで使用されない為、疑義照会にて確認　イソジンガーグル7%に変更	入力時の選択ミス	処方意図を考え処方監査時に添付文書の確認をする。	イソジン液１０％	イソジンガーグル		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	
2149	今までは違う薬局でもらわれており、初めての来局にて調剤後の投薬にてお薬の確認、使用方法確認しておったところ、イソジン液の処方があり、どこを消毒されているか問うと、うがいしているとのことで、これは処方ミスではないかと疑った。	イソジンには、消毒用の液とうがい用の液の2種類あり、オーダリングシステムの際、選び間違いの可能性があり。	名称類似の商品もあったり、オーダリングシステムの採用に伴い、最初の文字から色々な薬品が選ばれることあるため、お薬に対して症状が合っているかの確認が忙しい時間帯でもあれば必要となる。	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
2150	退院後、在宅医療に変更になった際に、新規で一般名:イソソルビド内服ゼリー７０％分包20ｇで処方あり。入院時の経過や、退院時処方の薬学管理サマリーをＦＡＸで受けていたため、処方の変更があるか確認したところ、今まで服用していた一硝酸イソソルビド20ｍｇの処方がなく、ゼリー処方であったため適応も違うため疑義照会。今まで通りの一硝酸イソソルビド20ｍｇに変更になった。	一般名の一部にイソソルビドとあるため医師の処方時の選択ミスでないかと思われる。	退院時や転院による病院の変更があった場合に限らず、今までの処方との確認ができる場合は変更点についての確認の実施。現在の状態による適応症に合った薬であるかの確認を実施する。	イソソルビド内服ゼリー７０％分包２０ｇ「日医工」	一硝酸イソソルビド錠２０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2151	日頃の検査結果から、カリウム高値もみられず、薬歴からも「イソソルビドゼリー」への処方変更は考えにくい為、患者に、先生より処方変更聞いているかと？確認したところ、特にそのような説明はなかったとの返答だった為、医師に疑義照会を行った。	「イソソルビド」が類似の為起きたのかと思われる。薬局では、必ず薬歴と今回の処方との確認。検査値の把握に努める必要がある。	前回と処方変更があった時は、Ｄｒ．から変更の話や・変更理由の説明が有ったか？の確認は怠らないようにする。日頃の検査値の確認もできる限り行う事。	イソソルビド内服ゼリー７０％分包２０ｇ「日医工」	硝酸イソソルビド徐放錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2152	この患者様に「イフェクサーSRカプセル75mg　2cap　1日2回朝・夕食後」の処方は初めてだった為、添付文書を確認したところ初期用量は1日37.5mgからの開始となっていた。Dr.に問い合わせしたところ「インフリーS200mg　2cap　1日2回朝・夕食後」の間違いと分かった。	処方の際に誤って似た薬品名の選択をしてしまったと考えられる	その患者様に対して初めての薬をお出しする際には、当たり前の事だが添付文書で用法用量等をしっかり確認する	イフェクサーSRカプセル75mg	インフリーS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
2153	（般）イミダプリル塩酸塩錠５ｍｇが泌尿器科から処方されている処方箋を持参された。前回は（般）イミダフェナシン口腔内崩壊錠０．１mgであった為、本人に薬の変更がある事を聞いているか確認を行ったところ、飲む量は変わったが薬の変更は聞いていないとの事だった。確かに用量に関して前回は２錠であったが今回は１錠に減量になっていた。	用量を変更された際に前回処方薬を削除してしまった可能性があり、再度入力される時に初めの3文字が同じ薬で誤った薬が選ばれたのかと思われる。	日ごろから薬剤名を処方箋で確認する際は、文字を数文字ずつ区切って確認するようにしている。そうすることで同じような名前の薬を取り違えないようにしている。	イミダプリル塩酸塩錠５ｍｇ「サワイ」	イミダフェナシンＯＤ錠０．１ｍｇ「杏林」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2154	継続でランタスxrが処方されていた。インスリングラルギンへ変更になっていたが単位数が同じだった為切り替えの場合単位数を減量するか確認したところ、処方変更中止となった。	医師がランタスソロスターのバイオシミラーであるインスリングラルギンとランタスxrソロスターと同じものと認識していた。	薬の銘柄と単位数、前回の処方薬と間違えがないか確認をすること。バイオシミラーが多数販売されているので薬品一覧を掲示してすぐに確認できるようにした。	インスリン　グラルギンＢＳ注ミリオペン「リリー」	ランタスＸＲ注ソロスター		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2155	お薬手帳に手、Ａ病院　腎臓内科より退院時処方としてインスリンリスプロＢＳ注ソロスターＨＵ「サノフィ」　１日３回　朝４昼４夕４ランタスＸＲ注ソロスター　１日１回７単位　と記載があった。今回、Ｂ病院　糖尿病内科よりインスリングラルギンＢＳ注ミリオペン「リリー」　朝４昼４夕４の処方があり、お薬手帳の内容と異なるため、疑義照会をしたところ、誤処方であることが判明。処方変更となった。	Ｂ病院に疑義照会した際確認した内容によると、退院前にＡ病院からＢ病院宛に書かれた診療情報提供書と、退院時の処方内容も変わっていたとの事。薬の名前も似ていることから、誤処方につながったと考えられる。	退院時薬のご転記・誤処方はたまに遭遇するインシデントである。他院時は特に、お薬手帳や患者からの聞き取りを徹底する。	インスリン　グラルギンＢＳ注ミリオペン「リリー」	インスリン　リスプロＢＳ注ソロスター　ＨＵ「サノフィ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2156	貧血症状にて【一般名】クエン酸第一鉄（商品名：フェロミア錠）を追加処方するつもりが、【一般名】クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠を選択、処方箋を発行した。投薬時に、代理来局したご家族に症状を確認したところ、アシドーシス等は確認できなかった。貧血症状を指摘されたことを聴取、薬剤選択ミスを疑って疑義照会し、薬剤が変更された。	【要因】商品名は全く異なる薬だが、一般名を選択した際に最初の4文字が類似していたため、選択を誤ったと思われる。	商品名だけではなく一般名が類似している場合で処方内容と症状が一致しない時は、薬剤選択のミスを疑って疑義照会する。	ウラリット配合錠	クエン酸第一鉄Ｎａ錠５０ｍｇ「ＪＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2157	継続的にスピオルトレスピマットを使用しており、呼吸状態悪化のため吸入薬変更によりレルベア、ウルティブロ処方あり。LABA重複の為疑義照会を行い、ウルティブロからシーブリへ変更になった。	Drが吸入薬合剤を全て把握できていなかった可能性がある。	吸入薬一覧表を作成し、確認の上調剤している。	ウルティブロ吸入用カプセル	シーブリ吸入用カプセル５０μｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2158	前回、強膜炎疑いにて抗生物質の点眼液の処方有。治療経過観察のため再度受診し、緑内障初期の診断を受けエイベリス点眼液0.002%　両眼１日１回就寝前点眼で処方される。投薬時、眼内レンズ挿入眼であることを確認したため、眼科医に電話で疑義照会した。その結果、【般】ブリンゾラミド懸濁性点眼液１%　両眼１日２回　点眼へ変更になった。	患者様は眼科受診時に両眼とも白内障のオペを受けたことを伝えたと言っていた。今回、エイベリス点眼液を先発品の名前が似ているエイゾプト懸濁性点眼液（一般名ブリンゾラミド懸濁性点眼液）と間違えて処方したと推測される。	エイベリス点眼液が初めて処方される患者様については、薬局でも必ず白内障のオペ歴があるかを確認するようにしています。	エイベリス点眼液０．００２％	ブ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
2159	FAX処方箋を受け取った際に新規でエカードHDの処方があり。降圧剤服用歴がないにも関わらず、配合剤の処方があることに違和感を感じた。さらに１日２錠の処方になっており添付文書より不適なのは明らか。疑義照会をしたところ、医師による記載ミスが発覚。今回の変更をなった。	エカードHD、エクメットHDの「エ・・・HD」が合致していたため、Drの不備に気づけなかったと考えられる。	薬剤名を全部読むことの徹底は行っております。また服薬指導に至るまでの入力、調剤は事務が行い、薬剤師が関与できない場合が多い。事務にもヒアリハットに気づけるよう１日１回の薬は棚に印をつけたりなどしています。	エカード配合錠ＨＤ	エクメット配合錠ＨＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2160	投薬時に処方に変更はなかったが、患者から血圧高めだが処方変更なくていいのかと相談があり、病院に問い合わせしたところ降圧薬がアムロジンからエカードLDに変更になった。その際に患者は既にナトリックスを服用中だったことから、エカードに含まれるヒドロクロロチアジドと作用機序が被ることを説明したが、併用可となった。その後の監査に置いて、別の薬剤師が作用機序被りやアムロジンからの変更なのに配合剤にアムロジンが含まれていないことを不審に思い、エカードとユニシアを間違えているのではないかとの推測の元、再度問い合わせを行った結果、推測通りでユニシアLDに変更になった。	配合剤は商品名では何が配合されているかがわからないため、医師が思った配合剤と実際の薬が一致していなかったと考えられる。	問い合わせた後でも処方せんに不審な点がある場合はあらゆる可能性を考え、必要があれば再度問い合わせを行う。	エカード配合錠ＬＤ	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	
2161	新規施設入所者にエクア錠50ｍｇが処方された。施設看護師から「前施設からの引継ぎで薬を出してもらった。HbA1cが低値なので薬を減量したようだ。」と聞きとった。処方通りに調剤し一旦薬を交付したが、施設看護師より「どこが減量したのかわからない。薬が変更になっている。」と相談があった。前施設からの情報提供書を持参してもらい確認したところ、前回と今回の処方薬の違いは【前回：クエンメット配合錠】【今回：エクア錠50ｍｇ】だった。疑義照会を行い、エクア錠50ｍｇは取り消しとなり、クエンメット配合錠が処方された。交付した薬を回収し、正しく調剤し直し再交付した。	情報提供書の現在服用薬剤の一覧には「クエンメット配合錠」の記載があり、病歴に糖尿病の記載はなかった。『クエンメット配合錠』を『エクメット配合錠』と読み違えた可能性が考えられ、処方医は『エクメット配合錠からエクア錠単剤へ変更（糖の薬減量）』で処方したのではないかと考えられた。医師に確認したところ、読み違えたことが確認できた。また、処方医の医療機関では、クエンメット配合錠は採用品ではなかったため、クエンメット配合錠という薬剤名自体を知らなかったと思われる。	調剤の前に、施設入所者の情報（薬剤、検査値など）を入手し、患者背景を考えながら調剤を行うこと。交付前に処方薬を見直し、疑問に思ったら、解決するまでは交付しないこと。間違えやすい薬剤名を一覧にして注意喚起するなど、定期的に薬局内で情報を共有すること。	エクア錠５０ｍｇ	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
2162	体調が安定してるし、高齢で受診も大変なので、大きい病院から、以前かかってた近所のクリニックに転院してきた。薬剤の名称が似ていたため、入力が間違った処方箋が来たが、お薬手帳を持参されてたのと、患者さん本人のお話で今までと同じ薬が処方させるとのこと確認して疑義照会し、薬の変更をしてもらった。	医師も今までと同じ薬を処方するつもりでいたが、薬剤の名称が似ていたために、うっかり入力を間違えてしまったようです。	患者さんのお話をよく聞くこと、お薬手帳を確認すること、検査値もわかるときはよく確認するように徹底してます。	エクメット配合錠ＨＤ	エカード配合錠ＨＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2163	エクメットＬＤの服用歴がなく、エクメットＨＤの処方があったため規格の確認を疑義紹介にておこなった。すると、エクメットＨＤからエクメットＬＤに変更とのことで返答あり。	処方入力時にＬＤとＨＤでの入力間違いがあった可能性がある	規格で初回用量を逸脱することがあれば、医師に確認すること。	エクメット配合錠ＨＤ	エクメット配合錠ＬＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2164	処方せんには一般名でエスタゾラム錠１ｍｇの記載があった。投薬時に代理の方から「今回はデパスが追加になると聞いている。エスタゾラムというのがそれのことですか」と聞かれたことから、処方箋に誤りがある可能性が浮上した。疑義照会によりエチゾラム錠０．５ｍｇへ変更された。	類似薬品名の処方誤りだった。また、規格数も似ているため誤りが生じやすい薬剤であったと考えられる。	追加の薬剤については、患者様から処方追加の意図を聞きだすようにしている。	エスタゾラム錠１ｍｇ「アメル」	エチゾラム錠０．５ｍｇ「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
2165	エスゾピクロン錠2mgで継続服用中のPT。今回処方記載がエスタゾラム錠1mgとなっており、患者ご家族様聞き取りも変更になる経緯Drから説明なかった為疑義照会。減量評価に伴う処方入力打ち変えの際の医薬品選択ミスとのことで、規格のみ1mgに減量で薬自体はエスゾピクロン錠のままで継続と確認。	減量評価に伴い行われた処方箋カルテ打ち変えの際の薬剤選択ミス	処方内容で、医薬品名が変わった際、今回のケースのように頭文字2文字が同じ薬だと選択ミスの可能性もある為、しっかり、ご本人様ないし、ご家族様に聞き取りをしたうえで判断するように努めている	エスタゾラム錠１ｍｇ「アメル」	エスゾピクロン錠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
2166	整形外科にて、セレコキシブ錠１００mg　2錠レバミピド錠１００mg　2錠エチゾラム錠１mg　2錠分2　朝夕食後　１４日分が処方。 高齢者では上限１．５ｍｇ／日だが、2mg／日での処方の為、医師にTELにて照会。エチゾラムではなく、エペリゾンの誤りであったことが発覚。	エチゾラムとエペリゾンは名前が類似しているため、レセコン入力時に誤った可能性あり。	エチゾラムは筋弛緩作用があるため、整形外科でも処方されることのある薬剤。今回の事例は、エチゾラムの用量が適切でなかった為、気づけたミスだった。そもそもBZ系薬剤は安易に処方すべきでない。特に高齢者だと、筋弛緩作用による転倒、認知機能低下、依存性などが懸念される。以前より、BZ系薬剤の新規処方、増量、漫然投与されてた場合は、投薬時に患者様にお声掛けしていた。今後も、新規処方された場合は特に、その必要性についてしっかり検討し、場合によっては疑義照会をしていく必要がある。	エチゾラム錠１ｍｇ「アメル」	エペリゾン塩酸塩錠５０ｍｇ「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2167	エピナスチン錠20mgが2T×2朝夕食後で処方あり。用法用量に疑問を感じ疑義照会したところ、フェキソフェナジン錠60mg2T×2へ変更となった。	処方元の病院では、医師が紙カルテに薬品名等の処方内容を記入し事務員が入力をしているようである。印字された処方箋は一般名で記載されているが、入力時は先発名を入力し一般名に一括変換しているようなので、恐らくアレグラと入力するところをアレジオンと入力してしまったものと考えられる。	常用量、用法をきちんと把握し、わずかな違和感もスルーせずにしっかり処方鑑査をするよう心掛けている。	エピナスチン塩酸塩錠２０ｍｇ「テバ」	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
2168	いつもの薬と変更になっていた。しかし変更後の薬はエビリファイ内用液12mL　クエチアピン細粒50%　2g　ビペリデン細粒1%　2g　分2朝夕食後となっており、クエチアピンが用量を超えていたので疑義照会。Dr.がコンピュータ上で薬を選び間違えたことが分かり、アリピプラゾールOD錠6mg　2錠　クエチアピン錠50mg　2錠　ビペリデン錠1mg　2錠に変更になった。	病院のコンピュータが使いにくかったのだと思われる。	用量の上限をチェックすることを怠らずに調剤していく。	エビリファイ内用液０．１％ クエチアピン細粒５０％「アメル」 ビペリデン塩酸塩細粒１％「アメル」	アリピプラゾールＯＤ錠６ｍｇ「杏林」 クエチアピン錠５０ｍｇ「アメル」 ビペリデン塩酸塩錠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
2169	高血圧でニフェジピンCR40ｍｇ　２Ｔ分２　ナトリックス1ｍｇ　１Ｔ分１朝　ドキサゾシン2ｍｇ　１Ｔ分１夕　の3種類を服用中で血圧がさがりきらず150台のため薬を変更すると患者は医師より説明を受けていた。他にロスバスタチン2.5ｍｇ　フェブリク40ｍｇを服用中の方です。 ３種類の薬が中止となり、代わりに、処方箋にはエフィエント錠3.75ｍｇ２Ｔ分２で書かれていたので、患者さんに何かあったの聞くが特に血圧が高い以外に何もないとのことで変更の理由がおかしかったので医師に直接会って疑義紹介し。最初はエフィエントに変更でいいのだという返答であったが、再度疑義紹介に行き、本当にエフィエントでいいのか確認した。エフィエントであれば用法も分２でおかしいので確認したところ、医師の勘違いであったことが判明した	エンレストは新しく採用した薬であったことより、医師も売る覚えであったと思われるエフィエントとエンレストは名称の似通った薬剤で勘違いになったようです採用している薬剤のリストを提出し、医師には伝えるように取り組みをして努力しております。	投薬の際に、薬が変更になった際には何があったのか患者から聞き取りし、処方箋の内容と食い違いがないか常に聞き取りして薬歴に記載している	エフィエント錠３．７５ｍｇ	エンレスト錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2170	一般名にてセレギリン塩酸塩口腔内崩壊錠2.5ｍｇが分3毎食後で7日分が初めて処方された添付文書にて確認すると初回は2.5ｍｇ朝食後から開始のため疑義照会したところ、セレキノン100ｍｇを処方するつもりだったと判明した	名称類似のための打ち間違い	疑わしいものはすぐに疑義照会して確認する	エフピーＯＤ錠２．５	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
2171	内科よりエペリゾン(20)3錠分3と手書きで書かれた処方箋をお持ちいただいた。エペリゾンの規格は通常50ｍｇのため、疑義照会エプラジノン(レスプレン)へ変更となった。	名称が類似しておりDrの記載ミスが原因と考える。	監査時に名称、規格まできっちりと確認するようにしている。	エペリゾン塩酸塩錠５０ｍｇ「ＮＰ」	レスプレン錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2172	エベレンゾ錠100ｍｇ2錠1×朝食後の新規処方あり。週3回の服用ではなく毎日服用する内容であり、また、初回量が多いため患者になぜ薬が切り替わったかを聞いた。血圧が下がらず薬を変更するとのこと。処方医が処方したかったのはエンレスト錠100ｍｇではないかと思いTELにて疑義。予想通りエンレスト錠100ｍｇ2錠1×朝食後と変更になった。	医薬品名の類似。また、この患者は腎機能がやや低下気味と以前話あり。この2点からエベレンゾを間違えて処方したと考えられた。この2剤は用法が異なるので、薬を理解していれば監査時に発見できる。	投薬終了後に当店の薬剤師で情報共有した。	エベレンゾ錠１００ｍｇ	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
2173	以前から整形外科からエペリゾン塩酸塩錠５０ｍｇが処方されており、当薬局で調剤を行っていた。今回別の病院でお薬手帳を提示して、同じものを処方してもらうように伝えたにもかかわらず、エベレンゾ錠５０ｍｇが処方されていた。ご本人特に腎性貧血の持病もなく、医師から特に何も聞かれていないとのことで疑義照会を行ったところ、エペリゾン塩酸塩錠５０ｍｇへ変更となった。	お薬手帳の確認不足、カルテへの記載ミス、確認漏れが考えられる。	調剤前の患者様情報、過去の薬歴の確認	エベレンゾ錠５０ｍｇ	エペリゾン塩酸塩錠５０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2174	エレトリプタン錠20mg　１錠　１日１回就寝前　３０日分の処方が今回追加となっていた。片頭痛時の頓服薬のため、用法について疑義照会したところ、トリプタノール錠１０mg　１錠　１日１回就寝前　３０日分へ変更となった。	パソコンによる入力の誤りと推定される。	疑わしい点は必ず疑義照会する。	エレトリプタンＯＤ錠２０ｍｇ「アメル」	トリプタノール錠１０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2175	皮膚の痒みが強く炎症はしていない。ステロイドを処方する話はなかったとの患者からの聞き取りにより疑義。オイラゾンクリーム0.05%→オイラックスHクリームに変更	名称類似薬による処方記載ミスの可能性あり	患者からの聞き取りに対して少しでも疑問を感じたら疑義照会する。特に名称類似薬品が存在するものは全員が周知できるように一覧にする。	オイラゾンクリーム０．０５％	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
2176	患者にオイラックスHクリームを交付の際、ステロイド含有の旨を伝えると、「ステロイドで酒さ様皮膚炎ができたことがあるので使えない。Dr.にも伝えたし、Dr.もステロイドを含有しない塗り薬を処方すると言われた」とのことだったので疑義照会した。その結果、ステロイドを含有しないオイラックスクリーム10%へ変更となった。	名称の酷似、オイラックスHクリームとオイラックスクリームではどちらがステロイド含有しないのかの医師の確認不足	患者への聴取をしっかり行う	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
2177	オイラックスHクリームの処方が追加になっており、患者に確認したところ、前々回の薬がよく効いたのでまた出してもらったとのことだったため薬歴確認。前々回はオイラックスクリーム10%の処方であり、変更については聞いていないとのことだったため疑義照会。疑義照会の結果処方変更となった。	処方入力の際に「オイラックスクリーム10%」と「オイラックスHクリーム」の選択を誤ったと推定される。	薬歴確認と患者聞き取りを徹底する。	オイラックスＨクリーム	オイラックスクリーム１０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2178	処方前（患者様ご来局前）に、病院よりオイラックスクリームとオイラックスHクリームの違いについて問い合わせあり、ステロイド含有の有無や1本のグラム数を確認された。お話のご様子からステロイドの含有されていないオイラックスクリームをご処方されるご意向と推察していたが、実際にきた処方はオイラックスHクリーム１０ｇであった。疑義照会しオイラックスクリーム１０％１０ｇへ変更となった。	病院ではDr.の記載したカルテを事務の方が入力するときに薬品名の打ち間違いが発生しやすいので注意が必要。また病院様より相談を受けた際に意図をくみ取り処方箋受付時に間違いないか注意する必要がある。	病院様より事前に問い合わせがあり、処方箋受付時に推察されるご意向と一致せず違和感を覚えた際には、必ず疑義照会で確認する。	オイラックスＨクリーム	オイラックスクリーム１０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2179	オースギ八味地黄丸60錠で処方あり。疑義照会にてウチダの八味丸の間違いであったとのことだった。	同系統のものだったための単純なミス	用法用量の確認	オースギ八味地黄丸料エキスＴ錠	ウチダの八味丸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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2180	73歳　女性オキシコドン錠5mgNX「第一三共」２錠分2　アサユウ食後14日分と記載された処方せんを受け取った。 3日前のお薬手帳の内容医療センターからオキシコドン徐放錠10mgNX「第一三共」２錠分2　アサユウ食後　3日分が処方されていた。 →オキノーム散ではなく、徐放であるオキシコンチンTR錠5mgを処方したかったのではないかと推測。問い合わせして、徐放性製剤を処方する予定であったことを確認し、ナロキソンは添加されていないがオキシコンチンTR錠10mgに変更してもらった。	名前がややこしい オキノーム散のジェネリックオキシコドン錠2.5mg「第一三共」 錠 53.4 後発 第一三共オキシコドン錠5mg「第一三共」 錠 98.1 後発 第一三共オキシコドン錠10mg「第一三共」 錠 179.3 後発 第一三共オキシコドン錠20mg「第一三共」 錠 334.1 後発 第一三共オキシコドン錠2.5mgNX「第一三共」 錠 53.4 後発 第一三共オキシコドン錠5mgNX「第一三共」 錠 98.1 後発 第一三共オキシコドン錠10mgNX「第一三共」 錠 179.3 後発 第一三共オキシコドン錠20mgNX「第一三共」 錠 334.1 後発 第一三共ここまで---------- オキシコンチンTR錠のジェネリックオキシコドン徐放錠5mg「第一三共」 錠 97 後発 第一三共オキシコドン徐放錠10mg「第一三共」 錠 179.8 後発 第一三共オキシコドン徐放錠20mg「第一三共」 錠 327 後発 第一三共オキシコドン徐放錠40mg「第一三共」 錠 593.5 後発 第一三共オキシコドン徐放錠5mgNX「第一三共」 錠 97 後発 第一三共オキシコドン徐放錠10mgNX「第一三共」 錠 179.8 後発 第一三共オキシコドン徐放錠20mgNX「第一三共」 錠 327 後発 第一三共オキシコドン徐放錠40mgNX「第一三共」 錠 593.5 後発 第一三共ここまで	オキシコドンには普通錠、徐放錠、それぞれにナロキソンの添加ありなしが存在することと、局内で周知する。	オキシコドン錠５ｍｇＮＸ「第一三共」	オキシコンチンＴＲ錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2181	外来でオキナゾール600mgの処方有。通常は600mgは院内で挿入されている。疑義照会で確認し100mgの間違いであることを確認した	婦人科のオキナゾールの規格間違いは散見される。	通常600mgは外来処方されないので、処方されたときは必ず疑義照会をするようにしている。	オキナゾール膣錠６００ｍｇ	オキナゾール膣錠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
2182	オキナゾール膣錠600mg6個 1日1回1個の処方あり。通常オキナゾール膣錠は100mgを6日間投与もしくは600mg単回投与で使用するため、処方誤りの可能性があると判断し疑義照会を行った。その結果、オキナゾール膣錠の処方からクロトリマゾール膣錠100mg6個 1日1回1個の処方に変更となった。	オキナゾール膣錠は規格で使い方が異なるがそれを把握していなかった恐れがある。	規格で用法が異なる薬剤もあるため、添付文書の確認を怠らない。	オキナゾール膣錠６００ｍｇ	クロトリマゾール膣錠１００ｍｇ「Ｆ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2183	前回までオステン２００mgの処方だったが、今回から急にオステラック２００mgの処方に。疑義にて間違いではないか確認すると、Ｄｒがオステンの入力がレセコンでできなかったためオステラックでの処方にしたとのこと。疑義にてイプリフラボンに変更になった。	４月よりオステンが経過措置切れの為レセコン入力できなかったためだと考えられる。	お薬手帳や過去の処方歴から変更があれば疑う	オステラック錠２００	イプリフラボン錠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
2184	数年ぶりに来局された44歳男性。オルメサルタンＯＤ錠20ｍｇが処方されていた。体調について確認したところ、血圧以上なし、胸やけで受診したとのこと。疑義照会の結果、オメプラゾール錠20ｍｇへ訂正になった。	照会時の医療機関の事務員の対応から、Ｄｒの処方ミスではなく、事務員の入力ミスと推測された。	必ず、症状と処方薬が適正かどうか、確認する。	オルメサルタンＯＤ錠２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	オメプラゾール錠２０ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2185	アダラートCR20ｍｇを1錠、定時で服用していた方が、1週間ほど残薬がある状態で受診。他薬が35日分出ているところ、処方にオルメサルタン口腔内崩壊錠20ｍｇが2錠分2で7日分、追加になっていた。 処方鑑査時は、受診予定日よりも前に血圧が急に上昇してしまい、早めに受診したためオルメサルタンを追加して経過を見るのか、と推測したがオルメサルタンの初回量は5～10ｍｇであり、通常は分1で服用する薬なので疑義照会をしたところ、オルメサルタンの処方は誤りで、前回もかゆみがある時に服用するため処方されていたオロパタジン口腔内崩壊錠5ｍｇを処方するはずだったと判明し、処方が変更となった。	オルメサルタン、オロパタジンはいずれも一般名処方で処方されていた。最初の1文字目が同一であるため、医師が処方の際、選び間違えてしまったのだと思われる。	初回で追加になった薬の用法、用量が添付文書上と異なっていないかどうか確認し、異なる場合には疑義照会を実施している。	オルメサルタンＯＤ錠２０ｍｇ「アメル」	オロパタジン塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2186	今までランソプラゾール錠を服用していた患者。今回ランソプラゾール錠の処方がなく、代わりにオルメサルタン錠に処方変更になったいたため、患者に聞き取り実施。患者は血圧に関する処方の話はなく、胃の不調に関するものだったので医師に疑義照会を実施した結果、オルメサルタン錠からオメプラゾール錠に変更となった。	処方オーダリングシステムミスにより、オメプラール錠を選択しなければいけないところ、オルメサルタン錠を選択して処方したものと思われる。	新規処方、並びに処方変更が見られた場合、必ず処方患者にインタビューを行い、処方の妥当性を確認している。	オルメサルタン錠２０ｍｇ「日医工」	オメプラール錠２０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2187	６歳６か月の患者さんにオロパタジン塩酸塩シロップ用１％　1ｇ　分２で処方処方量過量のため医院に疑義照会したところ開院時間外のため連絡が取れず。患者さんに確認したところ、前回処方分がまだ残っているため、週末はそちらを継続することに。月曜日に再度医院に疑義照会し、オロパタジン塩酸塩顆粒0.5%　1g 分２に変更となり調剤	オロパタジンのシロップ用と顆粒で%が違うため処方量の勘違い、間違いが起こった	患者さんの年齢、処方薬の%、処方量をしっかり確認する	オロパタジン塩酸塩ドライシロップ１％「日本臓器」	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
2188	血圧上昇にて、医師より、薬の増量指示があったと患者から聞き取りあり。処方せんには、アレルギー薬が処方されていたため、疑義照会し、薬変更となった。	類似薬の確認不足	患者とのコミュニケーション、薬効の説明をきちんとする。	オロパタジン塩酸塩錠５ｍｇ「トーワ」	オルメサルタンＯＤ錠５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2189	カセルミン錠30mgと手書き処方の記載があったが、カセルミンに30mgの規格はないことと今まで定期処方としてはカルバゾクロムスルホン酸Na錠30mgの処方であったため、記載間違いの可能性があると思い、処方医に疑義照会を行った。その結果、類似医薬品名の記載ミスであると回答がありカルバゾクロムスルホン酸Na錠30mgの処方へ変更となった。	手書き処方箋であるため医薬品名に対して存在しない規格の処方がでてしまった。	今回は医薬品に対して存在しない規格であったため違和感を感じて疑義照会に至ったが、存在する医薬品である場合でも医薬品名の最初の文字が同じ場合などはチェックしながら鑑査を行うようにしていこうと思います。	カセルミン錠５０	カルバゾクロムスルホン酸Ｎａ錠３０ｍｇ「ＹＤ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2190	（般）カンデサルタン8・ヒドロクロロチアジド配合錠（カデチアＨＤ）の処方の患者様。以前よりずっとこの薬を服用していたが、先回血圧が高くなったとのことで、（般）カンデサルタン・アムロジピン5配合錠（ユニシアＨＤ）に変更となっていた。今回、お薬が以前のものに変わっていたので、元の薬に戻ったのか、もしくはユニシア継続か確認する必要があるとなった。結果、処方入力の誤りで、ユニシアを継続する処方となった。	薬の一般名の前半部分が同じカンデサルタンなのでただ間違えた可能性も考えることができるが、以前服用していた薬なので、元に戻る可能性も考え、確認のため疑義照会を行う。	まず患者からヒアリングし、薬に関して医師からどのような話があったかを確認し、疑義照会にて今回の処方について尋ねる。	カデチア配合錠ＨＤ「テバ」	ユニシア配合錠ＨＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2191	吐き気や胃の不快感あり受診。1週間分胃薬が処方されるがその中にカナグル錠100ｍｇ3錠分３の処方があった。通常、カナグル錠100ｍｇは糖尿病用薬であり1日1回の服用である。胃腸不快感で受診されているので別の薬と間違えて処方されていないか疑義照会を行ったところ、ガナトン錠50ｍｇ1日３錠の間違いであった。	医師が処方入力時に頭文字2文字で検索した、もしくは2文字入力時にＰＣが予測される候補を表示してその中から名前が類似する医薬品を誤って選択してしまった可能性がある。	今回は効能効果や用法が明らかに異なる薬の誤処方の為予測できたが、わからないケースもあるので患者の容体や話を聞きながら、少しでも違和感があれば念のため医院に確認を取るようにする。	カナグル錠１００ｍｇ	ガナトン錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2192	一般名でイトプリド塩酸塩錠50ｍｇが処方になったが、用法が食後で入力されていた。食前の用法が正しいと思い、問い合わせを実施した。問い合わせの結果、薬剤が変更になり、ガスモチン錠が処方になった。	ガスモチン錠を電子カルテで打ち込む所、選択ミスをして、ガナトン錠になってしまったと考えられる。	ガナトン錠の用法は食前が正しく、医師に確認する必要があったと考えた。患者さんからも新規薬剤が追加になる話だけを聞いていたので、疑義照会を実施した。	ガナトン錠５０ｍｇ	ガスモチン錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2193	カナリア服用中の患者にリベルサスを追加処方DPP4阻害薬とGLP1との併用になってしまうので、問い合わせにてカナグルに変更	配合剤の判断のしにくさ	糖尿病用薬の併用の可否を表にまとめて医師に提供	カナリア配合錠	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
2194	咳の症状あり、A病院でカフコデN配合錠　９錠　分３で処方あり。添付文書上、６錠　分３　が適正量であり、適宜増減の記載はあるが、処方間違いの可能性が高いと判断し、疑義照会。疑義照会の結果、カフコデN配合錠からフスコデ配合錠に処方変更になった。フスコデN配合錠は　９錠　分３が成人には適正量である。	カフコデN配合錠、フスコデ配合錠ともに、咳に使用するが、名称が似ているために、処方の選択を間違えた可能性がある。	患者の自覚症状をしっかり確認すること。薬剤の添付文書上の用法・用量をしっかり確認すること。	カフコデＮ配合錠	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
2195	前回処方との比較で、今回カリメート散が追加になった。検査値を確認したところ、K2.75と低値。本人に確認しても「Kが高いから薬が出た」と処方内容と齟齬が生じていた。処方医へ確認したところ、K低値のため、アスパラKを処方するところ、カリメート散を誤って処方していたことが発覚。カルテにもK低値と記載していたことを確認。カリメート散が処方中止、アスパラKが追加になった。	カルテにはK低値と記載されていたことから、レセコンの薬剤マスタの選択ミスと考えられた。	今回の事例を薬局内で職員に周知した。患者からの聞き取りだけでなく、検査値に基づいた薬学的な観点からの監査を続けていく。	カリメート散	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	
2196	普段より、当薬局を利用されている患者。今まで眼科より、カルテオロール塩酸塩PF点眼液２％「日点」を処方されていたが、今回は一般名で記載された処方箋を持参された。処方箋記載内容：【般】カルテオロール塩酸塩点眼液２％（持続性）、両眼・１日２回。処方箋入力時、前回の内容と同じもの（カルテオロール塩酸塩ＰＦ点眼液２％「日点」）選択。調剤者も入力された内容そのままをピッキングした。監査時、一般名の後ろに(持続性)とあるが指示が１日２回であったこと、カルテオロールには、持続性と非持続性があることを知っていたため、疑義照会実施。結果、非持続性で１日２回点眼の指示となった。	今回から一般名処方への変更。商品名：カルテオロール塩酸塩ＰＦ点眼液２％と、一般名処方：カルテオロール塩酸塩点眼液２％が類似していたため、前回と同じ処方と思い込んだ可能性がある。また、カルテオロールには、持続性と非持続性があるが、点眼の指示回数（１日２回）と持続性が合致していないことを見落としていた可能性がある。	先発医薬品から後発医薬品、一般名処方からの薬剤選択の際、間違えてしまいやすい商品についてリスト化し、啓蒙する。先発医薬品・後発医薬品・一般名処方の最後まで読み取る。アルファベットの意味を確認・理解する。	カルテオロール塩酸塩ＰＦ点眼液２％「日点」	カルテオロール塩酸塩ＰＦ点眼液２％「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
2197	前回の処方薬が、プロプレス（２）で処方があり、今回、薬の量を変更すると、患者さんの家族が聞き取っていた。処方箋を見ると、カルデナリン（４）となっていたので、違う種類に変更することに違和感を覚えたこと、ブロプレスの一般名が、カンデサルタンだったことから、入力間違いではないかと考え、問い合わせを行った。問い合わせをしたところ、プロプレス（４）の間違いであるとのことで、異なる薬剤を、調剤せずに済んだ。	電子カルテの状況はわからないが、カンデサルタンとカルデナリンを見間違えた可能性がある。	薬歴を確認し、患者さんからの情報収集、医師の処方意図を、しっかりと日ごろから把握することを大切にしている。	カルデナリン錠４ｍｇ	プロプレス錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2198	A病院へ定期的に通院しカンデサルタン錠（８）１錠１×朝食後に服用していたが脊柱管狭窄症悪化したため、B病院紹介となり転院した。B病院では定期で服用していたカンデサルタン錠も処方となった。カンデサルタン錠（８）の採用がなかったため、カンデサルタン錠（４）２錠１×朝食後で処方。手術検討のためさらにC病院に転院となり、C病院で処方が出た為来局。C病院の処方ではカンデサルタン錠の処方はなく、カルデナリン錠（４）２錠１×朝食後に変更となっていた。カルデナリンとしての初回用量が多い事、家族への聞き取りで処方変更について聞いていないと確認したため電話にて疑義照会。カルデナリンではなく、カンデサルタンの間違いであったと判明した。	２剤とも降圧薬で「カ」から始まる為、入力を間違ってしまったと推定される。	初回用量の確認、転院時はより注意深く処方内容について患者へ聞き取り徹底する。	カルデナリン錠４ｍｇ	カンデサルタン錠８ｍｇ「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
2199	1か月に1回来局の患者。「カルデナリン4ｍｇ」の処方があったが、当局に在庫がない薬品であり門前医師が処方しない薬たっだ為、お薬手帳と薬歴を確認したところ定期薬は「カンデサルタン４ｍｇ」であった。患者にも確認したところ薬変更の話がはなく疑義照会となり、定期薬の「カンデサルタン４ｍｇ」への処方変更となった。	薬品名が似ている為の入力ミスが考えられる。	薬歴、お薬手帳などあわせての確認をしっかりすることで今回のようなケースのミスは防げる。	カルデナリン錠４ｍｇ	カンデサルタン錠４ｍｇ「ＪＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2200	患者様が他院でもらっていた薬を門前医院で頼んで出してもらったという。出血があるという事だった。お薬手帳は持っていなかった。白い錠剤ではなく黄色の錠剤でDRには空のPTPを見せたとの事。それを見せてもらったらカルバマゼピンではなくカルバゾクロムスルホン酸Na錠30ｍｇだった。以前来局時の併用薬にもカルバゾクロムスルホン酸Na錠30ｍｇの記載があった。疑義にてカルバマゼピン削除でカルバゾクロムスルホン酸Ｎａ錠30ｍｇに変更してもらう	似ている名前の為薬を間違えて処方出された。	しっかりと患者様の状況を聞き、投薬する。	カルバマゼピン錠１００ｍｇ「アメル」	カルバゾクロムスルホン酸Ｎａ錠３０ｍｇ「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
2201	カルバン錠100ｍｇが新規追加処方あり。欠品であり、初回用量過量のため患者へ確認。新規薬追加の話は無く継続薬の増量の話があったと伺い疑義照会→カルバン錠ではなくカルバマゼピン100ｍｇが1T1×から2T2×へ増量であったと発覚。	類似名称薬により誤入力、また確認不足	処方内容変更時の患者さまへの聞き取りを十分に行う。	カルバン錠１００	カルバマゼピン錠１００ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2202	カルボシステインＤＳ50%　６ｇと処方あり。過量投与になるので疑義照会したところカルボシステインシロップ５%6ｍｌに変更に剤形変更になる。	一般名処方で記載になっていたので、カルボシステインDSがカルボシステインシロップ用50%と表記されるためシロップ用とシロップの違いを見落としたものと思われる。	小児の体重と適正量の確認と薬剤のざ剤型と規格に注意するように確認した	カルボシステインＤＳ５０%「タカタ」	カルボシステインシロップ５%「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2203	【般】アモキシシリン450mgのところ、【般】アセトアミノフェン450mgと記載されていたため疑義照会行った。	類似一般名のため、記載を間違えたと思われる。	処方内容、体重、用量、受診理由など確認を行い、疑わしいときは必ず疑義照会で確認行う。	カロナール細粒２０%	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2204	幼稚園で唇を切ったとの事で来局されたアンケートにより体重は13ｋｇと確認。処方薬の用量を確認し、カロナール細粒の規格違いではないかと疑義照会にて確認をとった。	入力時のミス	規格にチェックを付けて監査をしている	カロナール細粒２０％	カロナール細粒５０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2205	カロナール錠200の頓服が処方になっている方にカロナール錠500が3錠分3で処方になっていた。カロナールの上限には達していないが、医師より事前にPL顆粒とカロナール頓服との併用が可能かの確認の連絡があったため、この量は異常だと考え問い合わせたところ変更になった。	カロナール錠500とカルボシステイン錠500mgを間違えての処方。頭文字が同じであり、mg数も一緒のため病院での入力の際に間違えたのではないかと思われる。	医薬品の通常量や上限量を確認しておく。適応外使用の可能性も考え、なるべく情報を入手しておく。	カロナール錠５００	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
2206	６歳８カ月の患者にカロナール錠５００、１回１錠で処方されていたため、用量が多いと判断し疑義照会を行い、カロナール細粒２０％、１回１ｇに変更になった。	医療機関側での記載ミス。	年齢・体重と用量に比較を行い、正しいかどうかの監査を行っている。	カロナール錠５００	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
2207	退院後、かかりつけでの初めての受診。退院時処方と同じ処方との指示だったが、ドキサゾシン錠２ｍｇがカンデサルタン錠２ｍｇに変更されていた。クリニックの医療事務が処方入力の際に、ドキサゾシン錠の先発名カルデナリン錠をカンデサルタン錠で入力したとのこと。おそらくカルテにはカルデナリン錠と記載されていたと思われる。	先発名とジェネリック名がとても似ている薬剤の入力間違いの例。投薬前や投薬時の聴取で薬剤変更の有無をしっかり確認しなければならない。。	退院時処方の薬剤情報や申し送り書をしっかり確認する事。	カンデサルタン錠２ｍｇ「あすか」	ドキサゾシン錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2208	処方箋にてカンデサルタン2ｍｇ1/2錠で処方されていたが在庫なく疑義　Ｄｒ病院から1ｍｇを用意してほしいと要望があったが販売されていないと説明後、入力間違いにきずく	薬剤名の類似Ｄｒの入力の確認不足	薬用量、特別変わった処方は疑義にて確認していく	カンデサルタン錠２ｍｇ「日医工」	カルデナリン錠１ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2209	12歳であるが、キプレスOD10ｍｇ処方のため、チュアブル錠5ｍｇではないかと疑義照会し変更	年齢確認不十分であることと、オーダー入力の際に間違えることも要因	年齢確認を適正に実施することで防止できる	キプレスＯＤ錠１０ｍｇ	キプレスチュアブル錠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
2210	胃の不調で受診された新患の方。他院で胃カメラを受け異常なしと言われたが、症状が続いているため受診となった。胃の症状で受診しているはずだがキャブピリン（バイアスピリン+タケキャブ）が処方になり、患者からも胃薬が処方になるはずと申し出あり。疑義照会を行ったとこキャブピリンは削除となりタケキャブが処方となった。	名称類似のためPC入力時に誤ってキャブピリンが処方になったものと思われる。	引き続き丁寧な服薬指導を心がけていく。	キャブピリン配合錠	タケキャブ錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2211	患者が処方せんをもって来局した。プリンペラン5、ラックビー微粒N、キャブピリン配合錠が処方されていた。前2つの医薬品から推測し、キャブピリンが誤って処方されている可能性があったため、処方医に疑義照会を行った。その結果、キャブピリン配合錠→キョウベリン錠に変更になった。	・処方せん入力時の誤り	・患者の症状を聞き、適切な薬が処方されているか確認する・複数の薬が出ている場合、それらの情報も参考にする	キャブピリン配合錠	キョウベリン錠１００		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2212	グーフィス新規処方。薬剤交付時便秘はなく血糖値悪化のため薬追加になるとの話が診察時にあったと聞き取り。疑義照会で処方意図確認したところスーグラ錠へ変更。	処方医師が語感が似ている薬剤を誤って処方箋に記載　規格に5が含まれているため勘違いした	新規薬剤処方時は診察時の話と処方薬に相違がないか必ず確認	グーフィス錠５ｍｇ	スーグラ錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2213	前回の臨時処方と違うが名称が似た薬の処方だったため、本人に聞取り後照会した。	名称が似ていたため処方せん入力時に間違った。	処方変更や初めての処方の場合、調剤歴などを参照し本人に確認している。	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
2214	5/12クエンメット処方　　処方元で臨時で数日前にお薬手帳を見ると臨時処方で院内でクエン酸第一鉄が処方されていた　　お薬手帳からおかしいと思い処方元に確認した所間違いが発覚した	院内で名前が似ていたので間違えたのではないかと推測される	お薬手帳を持参してくれたおかげで誤って投薬する事を防げたお薬手帳の有用性を患者と薬局共に実感できたお薬手帳も飲み合わせだけでなく、時系列の流れから判断できるように取り組みを普段からしていたおかげであるこれは機械には真似できないと思いました	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
2215	クラシエ十味敗毒湯エキス細粒１２ｇ分２の処方。用量不適正なため疑義照会を行い、クラシエ十味敗毒湯エキス錠１２錠分２に変更。	処方元スタッフによる処方せん記載ミス。	剤型の違いや規格など、処方元や調剤薬局が入力を間違えやすい薬品を把握し、調剤および鑑査時に見落とさないよう注意する。	クラシエ十味敗毒湯エキス細粒	クラシエ十味敗毒湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2216	クラシエ当帰芍薬散が処方されているが、交付時に「足が攣るので新しく薬をもらった」と訴えがあった。名称の類似している芍薬甘草湯の処方間違いを疑い疑義照会を行った。処方間違いであることが発覚し、芍薬甘草湯に処方変更となった。	名称が類似している。	投薬時に症状の聞き取りを行うことで、処方間違いに気が付くことができた。普段から患者さんとのコミュニケーションを大事にし、話しやすい雰囲気作りを行うよう心掛けている。	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
2217	半夏厚朴湯が処方されていたが、患者からの聴取よりお腹の調子が悪いとのことで疑義したところ、半夏瀉心湯の誤りであった。	半夏までが同じであることから入力時に間違えて見直しされなかったことが要因と思われる。	名称に同一部分がある漢方薬は、その効能と使用歴、併用薬、聴取内容などをしっかりすり合わせるようにする。	クラシエ半夏厚朴湯エキス細粒	クラシエ半夏瀉心湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2218	処方箋にはグラジナ錠50mgと記載あり。患者の家族が来局されていて、「新しい薬が出ていますが」と聞いてみたところ、「糖尿が悪化しいていて薬を追加すると聞いています」との返事あり。グラジナ錠50mgは肝炎の薬なので、ご家族の話と合わず病院に確認したところ、グラクティブ錠50mgの入力ミスであったと判明。	患者の家族はいつも来局される息子さんで、他愛無い事こともお話しできるような関係になっていた。糖尿の悪化の状況をお話いただけたことが良かったと思う。	普段からの患者及びご家族様とのコミュニケーションを大切にしていく。	グラジナ錠５０ｍｇ	グラクティブ錠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
2219	レボフロキサシン錠（500ｍｇ）１日１回就寝前７日分の処方箋を受け付けた。患者への聞き取りで妊婦だとわかった。症状は鼻汁だった。症状と処方内容が一致しないため処方医に問い合わせした。レボセチリジン錠5ｍｇに変更された。	レボフロキサシンとレボセチリジンの入力ミスと思われる。	患者の症状の聞き取り妊娠可能年齢の女性への妊娠の有無の確認	クラビット錠５００ｍｇ	レボセチリジン塩酸塩錠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
2220	グラマリール錠５０ｍｇが新規で処方。患者からは結党上昇傾向にあることを聴取。また検査値で空腹時血糖及びＨｂＡ１ｃを確認。処方間違いの可能性が高いため疑義照会実施し、グラクティブ錠５０ｍｇへ変更。	処方箋の誤入力と思われる事例。薬剤交付時に検査値及び診察の内容を確認する。疑わしい事例は必ず疑義照会にて確認する	同上	グラマリール錠５０ｍｇ	グラクティブ錠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
2221	処方箋にアレルギーの目薬が出ている中、クラリスドライシロップ10%0.5g寝る前で処方されていため、クラリチンドライシロップではないかと思い、病院に確認を行った所、クラリチンドライシロップの間違いと連絡あり。	パソコンで入力時にクラリまで同じため、選択し間違えたものと思われる。	処方内容や用法から違和感のあるものは病院に確認を取る。	クラリスドライシロップ１０％小児用	クラリチンドライシロップ１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2222	手帳から患者希望の薬剤を医師が間違えて処方。クラリチンDSのところクラリスDSで処方。	お薬手帳の軽視	お薬手帳を確実に確認する。患者からの聞き取りを確実に行う。	クラリスドライシロップ１０％小児用	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
2223	5歳児にクラリスDS　0.5ｇ/日の処方。用量が少なく類似薬品の可能性を考えた。疑義照会でクラリチンDSの間違いが判明。	薬品名の類似。	体重や1日用量から入力間違いが考えられたため疑義照会。疑わしい時は念のため確認するようにしている。	クラリスドライシロップ１０％小児用	クラリチンドライシロップ１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2224	処方箋に抗生剤処方の記載があるため患者に症状を確認したところ、風邪症状での受診ではないことが判明した。医師との会話で抗生剤を処方する旨も聞いていないと患者聞き取りにより確認。疑義照会をしたところ、病院の入力間違いが発覚。当初処方予定であったクラリチンドライシロップに変更となった。	処方名類似のためカルテ記載ミス処方名類似のため処方箋入力ミス	患者への詳細な症状聞き取りを欠かさず実行。症状に適当ではない処方医薬品があった場合は速やかに医師に疑義照会を行っている。	クラリスドライシロップ１０％小児用	クラリチンドライシロップ１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2225	R4.3.15 花粉症にて患者受診。クラリスドライシロップ10%小児用が処方されていたが、花粉症シーズンのみの来局であること、昨年受診時の処方内容がクラリチンドライシロップであり、それ以外の処方内容に変更がないことを確認。該当薬剤師が不審に思い、病院へ疑義照会行ったところ、クラリチンドライシロップ1%を選択するはずが、誤ってクラリスドライシロップ10%が選ばれていたことが発覚。クラリチンドライシロップ1%への処方変更となった。	類似名称による選択ミス、処方確定時の確認不足	受診歴があれば電子薬歴やお薬手帳から処方されている薬剤を確認。患者ヒアリングを徹底し、処方内容と受診理由や医師からの説明に食い違いがないか必ず確認を行う。	クラリスドライシロップ１０％小児用	クラリチンドライシロップ１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2226	【般】クラリスロマイシンDS10%　0.5ｇ　分1　夕食後　30日分処方。患者の体重は約20ｋｇ。クラリスロマイシンＤＳ10%は添付文書上では分2となっており、また体重当たりの投与量は3ｇ/日のため用法と投与量に違和感があり、患者家族にお話しをうかがったところ「アレルギーの薬を出してもらいました。」と言われた。クラリチンＤＳ1%間違えの可能性を考え、疑義照会したところ【般】ロラタジンＤＳ1%へ処方変更となった。	クラリスロマイシンとクラリチンは類似しているため、今回処方間違えがあったと考えられる。	違和感を感じたらそのままにはせず、患者様への確認をし必要に応じて疑義照会を行う。	クラリスロマイシンＤＳ１０％小児用「サワイ」	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
2227	皮膚科でクラリスの用量が少なく処方あったため問合せたところ、クラリスではなくクラリチンの処方だったとの返答があり、薬剤変更をした。	クラリスとクラリチン「クラリ」まで一緒だったため間違えた可能性がある。	患者様と話はきちんと行い確認。抗生剤を出すのかかゆみ止めだす話があったのかは確認するようにする。	クラリス錠２００	クラリチン錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2228	花粉症でクラリチンが処方されるべきところクラリスで処方	薬剤名の類似	用法確認と患者からの処方理由の聴取の徹底	クラリス錠２００	クラリチン錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2229	クラリチンDS　200mg　朝夕食後　7日分で処方されていた。クラリチンDSの1日用量を大きく超えているため疑義照会を行った。 その結果、クラリスロマイシンDS　200mg　朝夕食後　7日分に変更となる。	薬品の名称類似による、処方入力間違い。	・入力者と調剤決定者によるダブルチェック	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	
2230	クラリチンDSの用量が年齢にしては過量だったため(200mg・分１)、類似したクラリスDSの少量長期療法ではないかと予測して疑疑義照会した。合わせてクラリスDSの通常の用法(分２)ではないかも確認した。	名称の類似	年齢に応じた用法用量の確認の徹底	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
2231	一般名ロラタジンシロップ用1%180mg力価分2朝夕食後7日分の処方が出ていたが、用量過多である事と一緒に耐性乳酸菌散0.6%が処方されていたが抗生剤の処方がなかったため疑義照会。医療機関の薬剤部に電話で照会し、医師から薬剤部へクラリスドライシロップ10%の間違いと連絡があり、病院からも患者に連絡していたがつながらなかったと確認。	処方箋は一般名処方だったが、医師の入力は先発品でクラリチンとクラリスの名称類似のため入力ミスが起こったと思われる。	用量の確認、耐性乳酸菌製剤が出ている場合は抗生剤の服用について確認をする。	クラリチンドライシロップ１％	クラリスロマイシンＤＳ小児用１０％「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2232	２歳の患者にクラリチンDSが２ｇ処方。疑義照会しクラリスＤＳ２ｇに変更	医療機関が頭文字３文字で入力し選択まちがい	用法用量をよく確認する	クラリチンドライシロップ１％	クラリスロマイシンＤＳ小児用１０％「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2233	クラリチン錠（１０）　ペリアクチン錠（４）　ピラノア錠（２０）処方ありアレルギー用剤重複のため、疑義照会した。	処方箋記入時の薬剤選択ミス	疑義照会により、クラリチン錠処方削除となり、クラリス錠（200）処方となった。	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
2234	クラリチン錠１０ｍｇが朝・夕食後で処方されていた。クラリチンが通常１日１回の服用であること、当患者がクラリチンに対してアレルギー反応の既往歴があったため処方医に確認し、処方間違いが発覚した。	レセコン入力時の３文字入力	処方入力は必ず５文字以上で入力を行う。漢方入力時はメーカー名で検索するのではなく、漢方名で入力を行う。	クラリチン錠１０ｍｇ	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2235	前回処方グリミクロンHA20ｍｇ　2錠 朝夕食後ミカルディス錠20ｍｇ　2錠 朝夕食後(分2疑義確認済み)その他2剤 今回処方グリミクロン錠40ｍｇ 2錠 朝夕食後グリミクロンHA20ｍｇ　2錠 朝夕食後その他2剤 患者聴取により、グリミクロン増量指示あり。血圧は依然高値で、薬剤変更予定はなし。 疑義内容高血圧治療のため、ミカルディス錠継続必要。グリミクロン維持量範囲内だが、用量確認。 以下変更内容グリミクロン錠40ｍｇ 2錠　朝夕食後グリミクロンHA20ｍｇ 2錠　朝夕食後↓ グリミクロン錠40ｍｇ　2錠　朝夕食後ミカルディス錠20ｍｇ　2錠　朝夕食後(分2疑義確認済み)	追加、削除薬剤の間違い	患者からの情報収集前回処方の確認適応評価用法用量の確認	グリミクロンＨＡ錠２０ｍｇ	ミカルディス錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2236	糖尿病でない患者さんにグリミクロン40ミリグラムが3錠分3毎食後で処方されていた。医師はグリチロン配合錠を処方するつもりでいた。	病院事務員の入力間違いで名前の類似品の処方ミスはよくあるので、患者さんに聞き取りを徹底する。	症状や処方内容の聞き取りを徹底する。	グリミクロン錠４０ｍｇ	グリチロン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2237	グルコバイの用法が誤っており、また患者からの聞き取りにおいても血糖の異常はなかったため医師に確認したところ、処方間違いであることがわかった。	前の3文字が同じであることから、パソコンでの選び間違いだと思われる。	新しい薬が出た時は患者様からもしっかりと聞き取りを行い、正しい処方がされているか確認する。	グルコバイ錠１００ｍｇ	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2238	平素より利用している患者の妻が来局。初めてグルコン酸カルシウム水和物が処方されており、カルシウムの薬が追加になっていますねと声掛けしたところ、「そうなんですよ、カルシウムが高くてカリウム低いのが続いてるんですよ」と返事があった。疑問に思い何度か妻に確認したところ高Ca低Kは間違いない様子だった。検査値は不明だったが念のため処方医に確認したところ、グルコンサンK細粒mEq/gに変更となった。	類似名称医薬品による入力ミス	処方せん受付時のヒアリングを怠らない。	グルコン酸カルシウム水和物	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
2239	カデュエット配合錠２番が定期薬として処方されている患者に、臨時の医師からクレストールＯＤ錠2.5ｍｇが新規処方。類似薬の重複であるが、併用の指示の可能性があるため患者から医師の指示について聞き取り。コレステロール値を改善する薬を服用していないため、今回から追加しますと医師から話があったと聞き取りしたため疑義照会を行った。疑義照会の結果類似成分のクレストールＯＤ錠から、カデュエット配合錠と同成分のアトルバスタチン錠5ｍｇに変更になった。	今回臨時の医師が担当したため患者の定期処方薬について把握不足であったと推定される。	新規の薬が処方された際は処方目的や禁忌に該当することが無いか聞き取りを徹底する。	クレストールＯＤ錠２．５ｍｇ	アトルバスタチン錠５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2240	クレストール3錠分3で処方あり。疑義照会を行ったところ「それでいい」と言われるが、分3はおかしいので再度「コレステロールの薬ですが」と確認したところ、クリアナールと思い違いしていたことが判明。	カナの響きが同じため、思い違いをした。	用法に不備がある場合は、必ず疑義照会が必要。	クレストール錠２．５ｍｇ	クリアナール錠２００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2241	ずっとコントール５ｍｇ錠を服用中の患者。今回処方変更があり、投薬時に確認したところ、いつもの薬を出してもらっているはずとの事で疑義照会。一般名クロチアゼパム５ｍｇから一般名クロルジアゼポキシド５ｍｇに処方変更となった。	一般名の始まりが似ていたこと。処方記載の間違い。	定時の薬であるかどうかの確認、一般名が似ている医薬品についての把握。	クロチアゼパム錠５ｍｇ「日医工」	５ｍｇコントール錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2242	耳鼻科で処方を受けていたｄ－クロルフェニラミンを、定期薬を処方している内科で処方を希望したら、クロピドグレルが処方されていた。患者問診により症状と異なる薬剤が交付されていることが発覚したため、疑義照会し処方変更となった。	診療所スタッフがカルテからレセコンに処方入力する際に、入力ミスが起こったと思われる。	新規薬剤が処方された際は患者問診により、症状や処方の経緯を確認している。	クロピドグレル錠７５ｍｇ「トーワ」	ｄ－クロルフェニラミンマレイン酸塩錠２ｍｇ「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2243	1歳の男児にクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏が処方された。全身の湿疹との診断だったが、疑問に感じた薬剤師が疑義照会。処方医の入力間違いであることが分かった。クロベタゾン酪酸エステル軟膏へ処方変更となった。	薬剤の名前が似ており、処方医が入力の際に間違えた。	ステロイドの強さのランクを意識して、処方に誤りがないか、確認する。	クロベタゾールプロピオン酸エステルクリーム０．０５％「ラクール」	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
2244	2歳の幼児にストロンゲストの軟膏の処方あり。受診理由はむしさされとのこと。患部をみたら　少し腫れているくらい。疑義照会にて強さを確認したところ　Drの外用剤の選択間違えであった。	外用剤の名称の煩雑さが起因していると思われます	年齢　症状など　窓口での問診を丁寧にする。	クロベタゾールプロピオン酸エステルクリーム０．０５％「久光」	ベタメタゾン吉草酸エステルクリーム０．１２％「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	
2245	慢性的な湿疹で定期的に受診の患者。前回リンデロンＶＧローションからクロベタゾールプロピオン酸エステルローションに変更になっていたが、改善傾向にあるとの患者の話と矛盾するため疑義紹介したところ、医師の処方間違いとのことでクロベタゾン酪酸エステルローションに変更となった。	薬剤の名称（一般名）が類似しているため、処方間違い	-	クロベタゾールプロピオン酸エステルローション０．０５％「ＭＹＫ」	クロベタゾン酪酸エステルローション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
2246	処方箋にクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏の用法が顔に塗布となっていたため、患者本人に確認。お薬手帳を見せて、皮膚科で処方されていた薬を内科の医師に処方をお願いしたようだが、内科の医師が似た成分名の薬と勘違いをして処方したよう。以前、患者は皮膚科の薬も用意があるかを薬局で質問していた。皮膚科ではジェネリックの軟膏、クロベタゾン酪酸エステル軟膏が処方されていた。通常顔に処方されないストロンゲストのステロイド軟膏の処方だったため、患者への聞き取りをして手帳にて医薬品名を確認し疑義を行った。	忙しい折に皮膚科の薬も一緒に頼まれたことで、医師もしっかり処方内容の確認をしなかった様子。慣れない外用薬の一般名で似たものと勘違いをしたと思われる。用法を記載して頂けていたので、疑問を持つことができた。	顔へのステロイド軟膏のストロンゲスト使用は通常ない事であり、内科医が専門外の薬を処方されたことから疑義が必要と考えた。普段から薬剤師は、転院などの折の処方箋について、薬の内容があっているか、変更があれば正しいかを確認するようにしている。	クロベタゾールプロピオン酸エステルローション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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2247	通常院内処方の皮膚科で与薬されている外用薬を皮膚科受診ができず、かかりつけ医の循環器内科定期受診時に患者様持参の薬剤情報提供用紙を提示し、処方依頼相談をした際、循環器内科医師が薬剤情報提供用紙記載の「クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05％」を「クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05％」と電子カルテ入力時に誤入力されていたことが患者様来局時の聞き取りと過去歴等から類推され疑義照会実施。今回、疑義照会をした理由として「使用部位が顔」であったことからも疑義対象となった。	電子カルテ上の薬剤入力の際、三文字検索が推察され、以前より一般名を含む類似名称による誤入力は問題視されていたが、今回も該当事例と思われる。	当薬局での調剤実施のない他院処方等を含め患者様から最大限聞き取りをし電子薬歴システムでの保存を実施し、併用禁忌、重複、今回事例の様な他院処方継続分の整合性確認等を実施している。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」	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
2248	皮膚科にかかっていた患者。時間が合わず、内科で一時的に皮膚科の薬を処方してもらいに受診。クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05％が処方。しかし、お薬手帳を確認すると、クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05％であることが判明。疑義照会にて、変更となった。	お薬手帳の字がとても小さかったので、Drも分かりづらかったのだろうと考えられる。名前も類似している。	クロベタゾンとクロベタゾールは名前が類似しているため、軟膏棚に「類似薬注意！」と注意喚起をし、スタッフ全員に伝達する。	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
2249	1歳の患者にストロンゲストのステロイド外用薬が処方されていた。お薬手帳より継続して使用しているステロイドはミディアムのクロベタゾンであったため、疑義照会し処方変更となった。	病院での薬剤入力の際に、名称類似の薬剤を入力してしまった。	名称類似している薬剤を把握し、年齢や使用部位にあった薬剤であるか鑑査する。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏０．０５％「テイコク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2250	【般】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%　20g　1日2回　陰部臀部 使用部位より作用が強いステロイドは適さないため照会→　【般】クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%　20g　1日2回　陰部臀部に訂正。施設臨時薬新規処方。処方発行元に疑義照会し、折り返しになった。その間に施設Ｎｓより電話あり、「クロベタゾン酪酸エステル軟膏を陰部と臀部に使用したくてお願いしたら、クリニックから強い薬だと言われた。他の入居者も使ってるけど、陰部には使えないんですか？」とのこと。処方箋記載の一般名が間違っており、クロベタゾン酪酸エステル軟膏なら問題ないことをお伝え。その後クリニックから折り返しの電話あり、上記のように変更となった。	施設看護師から依頼を受けた際に、医師が一般名を選択ミスした。	一般名は似たものが多いので注意する。施設処方は患者様に直接交付しないため聞き取りが出来ないが、使用部位等から処方薬剤が適正か確認を行う。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「イワキ」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏０．０５％「テイコク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2251	口の周りの部位に対して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。お薬手帳を確認したところ以前に他の病院でクロベタゾン酪酸エステル軟膏の使用歴があることを確認。患者へ聞き取ると以前と同じ薬を出してほしいと処方医へ伝えたとのことだったため、処方医へ疑義。処方医からクロベタゾン酪酸エステル軟膏へ変更する旨の回答があった。	患者が処方医へお薬手帳を見せて服用歴を提示し、名称が類似していることからカルテへの入力を間違えた可能性がある。	部位に適したステロイドの選択・判断を今後も行ってゆく。お薬手帳を確認することの重要性を再認識した。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「イワキ」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏０．０５％「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2252	ステロイドstrongestであるクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏を陰部に塗布と処方されていたため、疑義照会しステロイドmidiumであるクロベタゾン酪酸エステル軟膏へ処方変更となった。	名称が類似していることによる処方間違い又は、名称が類似していることによる認識誤りの可能性	処方箋監査時に、処方箋の薬と使用部位を検討し、適正であるか確認する。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「タイヨー」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏０．０５％「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2253	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05％（分類ベリーストロング）が内科から処方された。使用部位が顔と首だったことから疑問を持ちお薬手帳を確認した。皮膚科でクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05％（分類ミディアム）の使用歴があることを確認。患者様に確認すると前と同じものと聞いている、とのこと。疑義紹介でクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05％→クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05％へ変更となった。	専門医でなかったことと薬剤名の類似が要因とあげられる。	分類と使用部位の確認をする。お薬手帳から類似している名前の薬剤使用がないことを確認する。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「タイヨー」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏０．０５％「テイコク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2254	処方箋に「クロベタゾール～軟膏」とプロペトの混合とあったが、クロベタゾールはステロイドの強さが最強で、生後５か月のお子様に使うことがまずないため違和感を覚え、またお薬手帳をさかのぼると、別の薬局で以前クロベタゾン～軟膏とプロペトを混合したものが出されていたため、患者様のお母さまに確認。その時の薬を希望して出してもらったということで、医師に問い合わせて変更となった。	その医師は普段クロベタゾン～軟膏も先発品名でしか処方したことがないため、クロベタゾン～軟膏とクロベタゾール～軟膏が別物であることに気が付かなかった様子。	少しでも違和感を覚えたり納得のいかないことは医師に確認をするようにしている。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「タイヨー」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏０．０５％「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2255	一般名処方クエン酸クロミフェン錠５０ｍｇとレバミピド錠１００ｍｇが朝夕食後１錠ずつで処方があった。以前に聞き取りで妊娠中であることを確認していた。２か月前の来局時は、クエン酸第一鉄錠５０ｍｇとレバミピド錠１００ｍｇでお渡ししていたので、処方内容の誤りを疑い、疑義紹介して変更になった。	一般名名称が似ているので、処方箋の入力ミスと思われる。	電子薬歴を利用しているが、妊娠中や禁忌といった大事な情報は別枠で情報が出るようにして、見落としを減らす努力を行っています。	クロミッド錠５０ｍｇ	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
2256	48歳女性　クロミフェンクエン酸塩錠50ｍｇ　2錠　分2朝夕食後　30日分で処方されていた。監査者が患者に病態を確認したところ、クエン酸第１鉄Na錠50ｍｇの誤りであることが発覚。疑義照会後、処方変更となった。	病院の処方コンピュータの入力ミスと思われる。	監査時の用法用量の確認と患者背景の確認、服薬説明時の病態確認を怠らない。	クロミフェンクエン酸塩錠５０ｍｇ「Ｆ」	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
2257	他院にて糖尿病と診断されたため、ジプレキサからの処方変更。クロルマジノン酢酸エステルは精神薬ではないため、似ている名称であるクロルプロマジン塩酸塩の可能性を考え、処方医へ疑義照会をした。コントミン糖衣錠（成分：クロルプロマジン塩酸塩）の誤りと発覚した。	一般名称が似ているためのミスと考えられる。	似ている一般名称の比較表を掲示し、確認している。	クロルマジノン酢酸エステル錠２５ｍｇ「タイヨー」	コントミン糖衣錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2258	今回から転院の方。お薬手帳より転院前はケイキサレートDS７６％　9.81g／分3毎食後で処方。転院後はケイキサレート散15g／分3毎食後になっており、g換算が増えていたため疑義照会を行ったところ、元の転院前の処方へ変更となった。	病院での採用薬の違い、複数規格の認識がなかったこと等が考えられる。	転院前の情報は薬局では得られにくい。お薬手帳を活用することで、転院前・後で薬の変更が無いかを確認する。	ケイキサレートドライシロップ７６％	ケイキサレート散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2259	ケトプロフェンテープ２０ｍｇ「ラクール」で処方された。「ラクール」は温感シップだが、患者様は温感を希望されたわけではない。夏場の暑い時期なので、かぶれが出やすくなると思われる。	入力のときにメーカーを考えてしたわけではないので、たまたま「ラクール」になったと思われる。	シップには温感、冷感があるので、鑑査時に注意をする。	ケトプロフェンテープ２０ｍｇ「ラクール」	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
2260	いつも症状があるときに服用しているお薬のよう。今回、患者本人の都合によりいつもの医療機関を受診できなかったため、たまたまちがう医療機関を受診したときについでに処方してもらった。	お薬手帳を提示し、処方してもらったよう。同効薬でしかも含量も剤型も同じなので、患者からの聞き取りがなければ気づかなかったかもしれない。いつもの処方元とは違う関連のない他科からのものだったので、自分のところでは扱いのない薬だったのか、入力ミスがあったと思われる。	お薬手帳の提示のみで、ついでに処方してもらうケースが多いので、その場合は特に患者からの情報をしっかり確認することを心掛けている。	ケフラールカプセル２５０ｍｇ	ケフレックスカプセル２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2261	コタロー麻黄附子細辛湯カプセル　30日分処方。（薬歴より前回処方は、コタロー黄連解毒湯カプセル）投薬時患者様に症状をうかがったところ、前回の眼底出血の続きの症状で受診され、薬の変更は聞いていないとのこと。疑義照会により、コタロー麻黄附子細辛湯カプセル→コタロー黄連解毒湯カプセル　へ変更になった。	薬品名類似のため、処方入力ミス	投薬時、患者様から症状を聞き取り、処方が適切か確認する	コタロー麻黄附子細辛湯エキスカプセル	コタロー黄連解毒湯エキスカプセル		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2262	コデインリン酸塩散１０％「第一三共」１回２ｇで咳のひどい時用にと３０回分が頓服処方された。麻薬であり調剤前に台帳を記入し始めたところ、全量６０ｇは多いのではと感じた。処方をよくよく見なおすと、これは１％の間違いだと気付いた。疑義照会したところ、コデインリン酸塩散１％「メタル」に変更となった。	名称が「コデインリン酸塩散１」の部分まで同じであり、電子カルテ処方オーダーにおいて２種類表示される可能性がある。そこで選択ミスをした可能性がある。	本来であれば処方鑑査時におかしいと気付かなければいけない事例であったが、すり抜けてしまった。また本事例において、もし全量が１０ｇ程度の場合、そのまま台帳記入を終えて調剤に取り掛かっていた可能性もある。コデインリン酸塩散１０％の一般的な１回投与量は０．２ｇ、そして、１日投与量は０．６ｇ、という添付文書の情報をスタッフらと再確認するとともに、台帳の表紙に記載して必ず調剤前におかしいと気付ける体制にした。	コデインリン酸塩散１０％「第一三共」	コデインリン酸塩散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
2263	３歳の患者にコレクチム０．５％が処方されたが、小児には通常コレクチム０．２５％の用量のため、疑義よりコレクチム０．２５％に変更	処方内容の確認不足	症状の聞き取りから病気の推測を行い適応確認をしっかり行う。	コレクチム軟膏０．２５％	コレクチム軟膏０．５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2264	膿痂疹にコレクチム軟膏0.5%が処方されていたため病院に問い合わせを行った。問い合わせた結果、コレクチム軟膏からアクアチム軟膏に変更となった。	医薬品名が類似していたことによる誤りの可能性がある。	コレクチム軟膏はアトピー性皮膚炎に処方されることが多く、処方箋の塗布部位に膿痂疹と記載があり疑問に感じ問い合わせを行った。普段から疑問に感じることに対しては薬局のスタッフと情報を共有したのち問い合わせを行うようにしている。	コレクチム軟膏０．５％	アクアチム軟膏１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2265	5歳の患者に、ザイザル錠5mg　5錠分2朝食後・寝る前　の処方あり。医師に問い合わせにより、ザイザルシロップ0.05%　5ml分2朝食後・寝る前　に変更と回答あり。	ザイザル　5　という処方内容で、薬品名の選択で錠剤とシロップを間違えた。	ザイザルに錠剤とシロップが存在することを知っている。患者の年齢から錠剤とシロップの間違いではと推測できる知識を持つ。	ザイザル錠５ｍｇ	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	
2266	皮膚科よりザジテンシロップの処方があった。この患者さんはザジテンシロップでお腹がゆるくなったため、前回からザイザルシロップに変更になっていた。服用量もザジテンシロップの時は4ｍｌ、ザイザルシロップは5ｍｌになっていて、今回処方はザジテンシロップ　5ｍｌ　分2　朝夕食後　30日分　であったため、薬品名の入力違いを疑い疑義、薬剤変更となった。	ザジテンからザイザルの変更は名前も似ていて間違いやすかったのだと思われる。まして双子の兄弟はザジテンの処方であったため入力を間違えたのだと思われた。	監査者は前回の投薬時、母親からの聞き取りで下痢により薬剤変更を記憶していた。双子の兄弟や兄がいて、混乱しやすい状況もあってより慎重に監査していたため間違いに気づいた。副作用情報や体調変化の聞き取りは薬歴にしっかり記入し次につなげるようにしている。	ザジテンシロップ０．０２％	ザイザルシロップ０．０５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2267	直近は同病院からの退院時処方。お薬手帳より退院時処方でアンブロキソール(15)3T/3×で処方されていたが、今回の処方箋にそれが記載されておらず、代わりにサルポグレラート(100)3T/3×が処方されていた。サルポの先発品名「アンプラーグ」と「アンブロキソール」を誤った可能性を考え疑義照会、処方変更となった。	薬品名類似による検索時の選択ミス	病院の薬剤科に連絡しマスター上の防止策の検討を依頼した	サルポグレラート塩酸塩錠１００ｍｇ「日医工」	アンブロキソール塩酸塩錠１５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2268	患者様の主訴が目の疲れ。名称類似薬があり、初回薬であったことから疑義照会をし、処方内容の確認をした。その結果、サンコバ点眼薬に変更になった。	病院の方で入力時に誤ってしまった様子。	患者様の聞き取りなどから薬が合致しているかどうか確認している。	サンコバ点眼液０．０２％	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
2269	サンコバ点眼を処方される予定だったが、類似している名前のサンピロ点眼が処方箋に記載してあった。	サンコバもサンピロも似ているので、患者さんに必ず点眼剤の使用目的を確認する。	初処方の薬は必ず患者さんの使用目的を聞き取ることや、お薬手帳を持たれているときには、他医院の処方されている薬を確認するように努める。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2270	退院後に、かかりつけ医より退院後の処方が発行された。サンリズムカプセル25ｍｇ　2C　1×朝食後が新しく処方された。既往歴にも不整脈がないため、入院時の情報提供書を医療機関へ求めて確認した。入院時に処方された経緯の記載がないため、処方元のかかりつけ医へ確認を行ったところ、処方誤りが判明した。酸化マグネシウム錠250ｍｇ　2錠　1×朝食後に変更された。	処方発行後の確認不足。薬品名の類似による誤りの可能性が考えられる。	薬歴に記載された過去の情報を確認しつつ、不明な点については確認を行う	サンリズムカプセル２５ｍｇ	酸化マグネシウム錠２５０ｍｇ「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2271	久々に来局。他病院で白内障手術をし、術後の患者様。ドライアイの訴えは特になかったため、ジクアス点眼液の処方について確認。ジクアス点眼液の処方中止し、ジクロード点眼液に処方変更となった。	ジクアス点眼液とジクロード点眼液の頭2文字が同じため、病院が処方箋を入力する際、選び間違えたものと思われる。	処方内容に疑問があった際は必ず疑義照会する。	ジクアス点眼液３％	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
2272	訪問診療を受けている当該患者の家族が処方箋を持って来局、当該処方せんには手書きでジクトルテープの処方が記載されていた。鑑査者は患者が癌疼痛の治療を受けた記録がないことから家族へ経緯を確認したところ、癌の診断はされておらず膝の強い痛みの為処方されたと返答があった。適応が合わないため処方医へ電話にて疑義照会し、ジクトルテープではなくノルスパンテープを処方するつもりだったことが判明し処方変更となった。	処方医が疼痛治療で用いる外用薬を誤って判断し処方したと考えられる。処方箋は患者の自宅で手書きで作成されたものであり、カルテ等電子機器でのチェックも漏れていたと推測される。	薬局では患者の既往歴・現病歴を確認し電子薬歴へ記録している。また新規薬剤処方時には処方鑑査者が適応に沿ったものであるか患者へ確認することでミスを未然に防止できるよう取り組んでいる。	ジクトルテープ７５ｍｇ	ノルスパンテープ５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2273	平素から当薬局を利用されている患者。いつもはジクアス点眼液が処方されているところ、今回はジクロード点眼液が処方されており、患者へ確認したところ、いつもの目薬が処方されているはずと聞き取った。疑義照会したところ処方間違いであるとの回答があり、ジクアス点眼液へと変更となった。	薬品名の頭2文字が同じであり、選び間違えたと思われる。	処方内容がいつもと違う場合は患者へ確認することと、薬品名が似ているものに関しては特に処方間違いも念頭に置いて監査を行う。	ジクロード点眼液０．１％	ジクアス点眼液３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2274	ジクロフェナク３７．５ｍｇ徐放カプセルは添付文書上2ＣＰ分2までの服用だが、４ＣＰ　分4で処方。医師に電話にて疑義照会し、総投与量が100mgまで可能なジクロフェナクナトリウム錠２５ｍｇ　４錠　分４に変更となった。	規格、剤形の違いに伴う、用法の理解が足りなかった。	疑問に感じたら、添付文書を確認。処方入力時にでる過量の警告のPOPの確認。	ジクロフェナクＮａ錠２５ｍｇ「サワイ」	ジクロフェナクＮａ徐放カプセル３７．５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2275	ドライアイの患者に対して処方医がジクアス点眼を処方すべきところを誤ってジクロフェナク点眼を処方した。薬局で患者の症状を事前に確認し、適応症にあっていないと判断されたので、医師に問い合わせたところ、処方が間違いであることが判明した	処方薬の最初2文字が同じであったため誤って入力したと考えられる	調剤の前に患者の症状を確認し、処方が疑われる場合は速やかに問い合わせすることを徹底する	ジクロフェナクＮａ点眼液０．１％「ニットー」	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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2276	ハウスダストアレルギーを持ち、今回事象が起こる１週間前より「ハウスダスト減感作療法」を開始。開始用量としてミティキュアダニ3，300JAUを１週間服用していた。特に副作用も起こらず１週間経過した為今回より通常用量の10000JAUで処方されるはずが、シダキュア花粉舌下錠5000JAUの処方あり。患者に確認しても花粉のアレルギー歴は無く、処方内容について処方医に確認し、薬剤が変更となった。	アレルギーの減感作療法に使われる医薬品として分類されており、名称も医薬品の見た目も類似しているため混同した可能性がある。	薬局では、日頃からアレルギー歴に関して確認し、減感作療法の医薬品が投与される場合は初回に花粉かハウスダストか再度確認、病院から交付されている患者カードを持っているかしっかりと確認することを徹底している。	シダキュアスギ花粉舌下錠５，０００ＪＡＵ	ミティキュアダニ舌下錠１０，０００ＪＡＵ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2277	ジフェンヒドラミンクリーム処方。在庫がレスタミンコーワクリームしかないため変更の疑義照会。ジフルプレドナートクリームの処方変更	皮膚炎が改善されない可能性	疑わしい処方の疑義照会の徹底	ジフェンヒドラミンクリーム１％「タイヨー」	ジフルプレドナートクリーム０．０５％「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2278	新規で処方されていたため、患者様に症状を確認したところ、頻尿を相談されていることが判明。	一般名処方で処方されており、名称類似で入力を間違えたと思われる。	処方変更や処方追加の際は、必ず変更・追加の理由を確認している。	シベンゾリンコハク酸塩錠５０ｍｇ「トーワ」	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
2279	デベルザ、リベルサス他7剤を服用中の患者リベルサス服用時の消化器症状SE発現の疑いのため、処方変更。今回よりジャディアンス10ｍｇへデベルザとジャディアンスはいずれもSGLT‐2阻害剤で同効薬の重複となったため疑義照会。ジャディアンス10mgはジャヌビア100mgへ変更となった。	多剤併用のため、既にSGLT‐2阻害剤服用中であることを見逃したジャディアンス10mgとジャヌビア100mgは頭文字と規格が似ていた。	処方せんに疑わしい点があるときは必ず疑義照会をおこなう。名称が似ている薬について注意喚起をおこなっている。他の地域で発生したプレアボイドの記録やヒヤリハット事例を共有し、同様の事案を発見しやすくしている。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2280	初めて糖尿病の薬が処方になった患者。血糖値109ｍｇ/dL、HbA1c7.1。ジャディアンス錠25ｍｇの使用は10ｍｇでの効果不十分時との添付文書の記載があり特段検査結果も悪いわけでも無かったため疑義。結果ジャヌビア錠25ｍｇに変更になった。	カルテへの記載ミスが一番大きい可能性だと思われる。	添付文書をしっかり読む。	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
2281	ジャディアンス錠５０mgと処方箋に記載されていたため、電話にて疑義照会をしたところ（ジャディアンス５０mg規格は存在しないため）、ジャヌビア錠５０mgを意図した処方であることが判明した。	医師が薬剤名の記載を誤ってしまったことが要因である。ジャディアンスとジャヌビアは薬剤名が類似しているため留意する必要がある。	些細な事柄でも必要性があれば疑義照会をするべきである。思いもよらぬ処方ミスが発覚する場合もある。	ジャディアンス錠２５ｍｇ	ジャヌビア錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2282	グラクティブ錠50　0.5錠→ジャディアンス錠25　1錠　に処方変更になっていた。患者様に聞き取りしたところ、同じ内容の薬で1錠で飲めるものに変えてもらった、と仰った。80歳以上の高齢で特に体格が良いわけでもないのに、ジャディアンス錠がいきなり25での処方だった点にも違和感を感じた。検査値をお聞きしても、大きな変動もなかった。	薬剤の名称類似のため。処方薬を2文字で検索したのも要因と考えられる。	類似名称品をきちんと把握。違和感を感じた際、患者様からしっかりと聞き取りを行う。	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
2283	ジャディアンス25mg初回処方のため用量の確認の疑義照会を行ったところ、ジャヌビア25mgに変更となった。	薬品名の入力で、頭文字が類似しているための入力間違いと考えられる。	引き続き処方箋の用法用量の確認の徹底。	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
2284	ジャディアンス２５ｍｇを処方するべきところをジャヌビア２５ｍｇが処方されていた。	電子カルテ上での入力間違い	ネシーナ１２．５ｍｇが同時に処方されていたため処方の間違いの間違いに気が付いた	ジャヌビア錠２５ｍｇ	ジャディアンス錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2285	定期的にオングリザ錠5mg、ジャディアンス錠10mgが処方されている患者が来局。今回の処方でオングリザ錠5mg、ジャヌビア錠25mgが処方されていた。同系統の薬剤、ジャディアンス錠25mgの間違えではないかと思い医師へ問い合わせ。カルテはジャディアンス錠25mgとなっていたが、処方せん入力でジャヌビア錠25mgと間違われていたことが分かった。その後ジャディアンス錠25mgへ変更となった。	薬剤名類似、同規格により処方せん入力が間違われたかと思われる。今回はたまたまDPP-W阻害薬が２剤処方されていたので、必ず問い合わせる案件となったが、ケースが違った場合は単なる薬剤変更という認識だった可能性がある。患者とのコミュニケーションをしっかり行うことが大切と思われる。	薬歴等を確認して患者とのコミュニケーションをしっかり行うことを継続していく必要がある。	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
2286	お薬手帳にて前医療期間の処方内容を確認すると　トラディアンス配合錠ＢＰであった。転院後の医療機関ではトラゼンタ錠とジャヌビア錠25ｍｇの処方となっていた。同効薬であったため、疑義照会した。ジャヌビ錠25ｍｇがジャディアンス錠25ｍｇに変更となった。	医療機関のマスター整備不足、配合錠の内容確認不足が推測される。薬局での取組：ミスを共有する	情報を共有する。	ジャヌビア錠２５ｍｇ トラゼンタ錠５ｍｇ	ジャディアンス錠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
2287	風邪のため受診。ジャヌビアが処方だったので疑義照会。	処方入力時に間違えた。	頭文字3文字を入れて薬品を入力する。症状を聞き取りそれにあった薬かきちんと確かめる。	ジャヌビア錠５０ｍｇ	ジェニナック錠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	
2288	糖尿病で治療通院中の患者様。血糖値が高くなっていたため、新規薬剤が追加に。メトアナ配合錠LDを定期継続服用中だったが、ジャヌビア錠50ｍｇが追加処方された。メトアナ配合錠LDは、ＤＰＰ４阻害剤のアナグリプチン錠100ｍｇと、ＢＧ剤のメトホルミン塩酸塩250ｍｇの配合剤。ＤＰＰ４阻害剤のジャヌビア錠50ｍｇが追加処方されることは考えにくいため、医師に疑義照会。ジャディアンス錠10ｍｇに変更になった。	糖尿病薬の薬剤名の頭2文字が同じ「ジャ」で始まる為、医師が選択を誤ったと考えられる。配合剤が処方されている場合、何と何が配合されているか、確認が不十分だったと考えられる。	糖尿病薬の、ジャディアンス錠とジャヌビア錠の作用機序を念頭に置きながら、監査、調整する。ジャディアンス錠、ジャヌビア錠には、どちらにも２５ｍｇの規格があり、取り違えのヒアリハットの経験もあるので、確認を念入りに行う。配合剤が処方されている場合、何と何が配合されているか、確認をしっかり行う。	ジャヌビア錠５０ｍｇ	ジャディアンス錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2289	今までトラディアンス配合錠APを服用している患者に、リベルサス錠３ｍｇが追加になっており、トラディアンス配合錠APが削除になり、ジャヌビア錠50mgに変更になっていたリベルサス錠はGLP-1受容体作動薬、ジャヌビア錠はDPP４阻害薬であり、	今回はリベルサスが追加になった影響で、トラディアンスAP（商品名トラゼンタ、ジャディアンスの配合剤）でジャディアンスのみなるべきであったが、商品名が似ているジャヌビアで入力してしまった可能性が高い	合剤の追加、もしくは削除になる場合はより重複投与や成分の処方ミスがないかしっかりと確認している	ジャヌビア錠５０ｍｇ	ジャディアンス錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	どちらもGLP-1受容体を介した作用であり、かつGLP-1受容体作動薬とDPP４阻害薬との併用により、GLP-1作動薬の代謝が阻害され血中濃度上昇の恐れがある。またトラディアンスは配合錠であり、商品名だとトラゼンタ、ジャディアンスの合剤である。今回リベルサスを追加するならば、成分的にはDPP4阻害薬のリナグリプチン（トラゼンタ）を削除をし、エンパグリフロジン（ジャディアンス）を残すべきである。上記のことより、今回はジャヌビア錠50ｍｇの処方ではなく、ジャディアンス錠10ｍｇではないか疑義照会した結果、ジャヌビア錠50mg削除で、ジャディアンス錠10mg　１Tの処方に変更になった						
2290	前回までザクラス配合錠HDの処方。今回よりジェネリック医薬品での処方にするとのことでジルムロ配合錠LD記載の処方箋を持参。投薬時の聞き取りでは特に減量の話は聞いておらず、疑義照会したところオーダー選択ミスであることが判明。正しくはジルムロ配合錠HDを処方したかったとのこと。	処方箋入力時のオーダー選択ミス。	前回処方との変更点は必ず患者に確認している。確認取れなかった場合には処方医に疑義照会するようにしている。	ジルムロ配合ＯＤ錠ＬＤ「サワイ」	ジルムロ配合ＯＤ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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2291	アムロジピン錠5mg服用中の患者が今回、ジルムロLDへ変更になった。血圧が下がっていないため、残っているアムロジピン5mgは1回2錠で飲み切ってから、薬剤を切り替えるように言われたことが患者への聞き取りで分かった。ジルムロLDへ変更するとアムロジピンの量として減量になってしまうため、疑義照会を行い、ジルムロHDへ変更となった。	医師は配合錠（LD/HD）の中のアムロジピンの量を誤って認識していたか、入力の際に間違えた可能性が考えられる。	薬剤変更時にはどのような理由で薬剤を変更することになったのかを聞き取り、処方された薬剤と処方意図が矛盾していないかを確認する必要がある。	ジルムロ配合錠ＬＤ「トーワ」	ジルムロ配合錠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
2292	シロドシン２ｍｇが初めて処方された。患者に排尿障害の症状があるのか確認したところ、自覚症状ないとの返答。尿酸値が上がっていたとのことで、これまでユリス1ｍｇを服用していたが2ｍｇへ増量と聞いているとのことシロドシンの先発品名は「ユリーフ」なので、Drがカルテに「ユリス２ｍｇ」記載したものを事務入力時に「ユリーフ２ｍｇ」入力し一般名のシロドシンに変換されたものと考え、疑義照会したところ　「ユリス２ｍｇ」へと変更となった	手書きカルテの読み間違え、レセコン入力時に薬品選択を間違えた、薬効の知識がない為疑問を抱かなかった、過去のカルテを見ていなかった、などが考えられる	患者からの聞き取り、Drとの話、症状などを確認し、処方薬との疑問点を探し出す	シロドシン錠２ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ユリス錠２ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2293	６０歳女性。一般名：シロドシン錠４ｍｇ処方あり。適応が前立腺肥大による排尿障害の為、疑義。ユリス錠０．５ｍｇへ変更となる。	ユリーフ錠とユリス錠の入力選択を間違えたとのこと。間違えて選択後、処方箋の記載を一般名に変換したようです。	適応を確認する	シロドシン錠４ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ユリス錠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
2294	スイニー錠１００ｍｇが初回処方の患者に４錠朝夕食後で処方。用量に違和感を感じ電話にて確認。ツイミーグ錠５００ｍｇ　４錠朝夕食後に変更となった。	処方箋発行時、類似名称による思い込み入力	用法用量（初回服用量）のダブルチェックの徹底	スイニー錠１００ｍｇ	ツイミーグ錠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	
2295	もともとグラクティブ100mgを服用中の患者さんにスージャヌ配合錠が追加された処方箋がでていた。クリニックに電話したところ、カルテにもスージャヌ開始、と記載があったらしいが、シダグリプチンの量が多いので医師に確認をとってもらったところ、スーグラ錠50mgに変更となった。	医師がスーグラとスージャヌを勘違いしたと思われる。患者さんも薬が追加になるとは聞いていたが、変更の具体的な内容までは把握できていなかった。	名前の似ている薬は医師でも間違って記載する可能性があるので、内容におかしな点がないかを常に確認しながら調剤、監査する。	スージャヌ配合錠	スーグラ錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2296	スージャヌ配合錠服用患者に新規リベルサス錠３ｍｇが追加処方に。リベルサスはＤＰＰ４阻害剤と併用不可の為疑義照会。スージャヌ配合錠ではなくスーグラ錠５０ｍｇの記載間違いであったことが判明。	「スー〇〇」までが同じ文字の為、入力を間違ってしまった	同種同効薬で薬剤名が似ている物を一覧にして、周知徹底する。	スージャヌ配合錠	スーグラ錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2297	咳嗽症状が主訴の患者に対し、利尿剤であるスピロノラクトンが処方されていた。疑義照会にて誤処方が発覚し、スピロペント錠へ変更となった。	類似名称のため、電子カルテ上の選択ミスと思われる。	症状に適した処方内容であることを確認するため、処方薬の適性判断を行う。	スピロノラクトン錠２５ｍｇ「ＴＣＫ」	スピロペント錠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
2298	他医院で処方されている薬を今回かかりつけ医にて処方してもらうことになった。その際、スルピリドを処方しないといけないところ、スピロペント錠が処方されていたため、患者の症状、お薬手帳を確認し、医師に疑義照会に至った。	処方医による類似薬の名称入力間違いであったと考えられる。他病院処方薬で一般名、商品名が混在していることも要因と考えられる。	お薬手帳確認、患者のヒアリングを丁寧に行うことが必要。	スピロペント錠１０μｇ	スルピリド錠５０ｍｇ（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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2299	スピロペント錠が新規で追加処方された。患者家族から「カリウムが低いみたい」と聴取。処方箋に記載の検査結果はカリウム3.6とある。スピロノラクトン錠との処方間違いが考えらたため、疑義照会しスピロノラクトン錠へ処方変更となった。	病院にて電子カルテ入力時、頭文字の「スピロ」が同じため入力間違いをしたと思われる。	患者・家族から聞き取った内容で処方内容が合っているかの確認が必要。処方間違いの可能性があることも念頭に置き、疑義がある場合は照会を実施する。	スピロペント錠１０μｇ	スピロノラクトン錠２５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2300	A病院の退院処方と同じお薬がかかりつけのB病院で処方されることを患者様より聞いていた。お薬手帳に記載された退院処方と比較したら、名前が類似しているが、効果が全く異なるお薬が処方されていたので、疑義照会して変更になった。正しい薬品；スピロノラクトン錠２５ｍｇ　誤りの薬品；スピロペント１０μｇ	退院処方は入院中に体調が変わり、新しいお薬が処方されることが多く、かかりつけの主治医が処方したお薬ではない処方がある。スピロまでは同じだが、最後まで確認せず異なるお薬を入力してしまった。	退院処方では、前の定期薬と異なる新しいお薬が処方されることがあるので、お薬手帳や退院処方の記載した薬情を、かかりつけの病院の処方と比較して、しっかり確認していくことが必要です。案外退院処方からの引き続いてかかりつけ病院で処方されるときに間違えていることがある。	スピロペント錠１０μｇ	スピロノラクトン錠２５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2301	処方箋の記載で「【般】スルトプリド細粒５０％　０．３ｇ　分３　毎食前」の新規処方あり。患者様に症状を確認したところ「ワクチン接種してからおなかの調子が悪く吐き気、胃のムカムカ、不快感、下痢があるので今回その薬追加で処方してもらった」と聴取。スルトプリドの適応が躁病、幻覚、妄想であり患者の訴えた症状とは違う為再度疑義照会実施。病院医事より再度処方医に確認していただき、イトプリドとスルトプリドの勘違いし誤処方されたことが判明。最終的に「【般】イトプリド錠５０ｍｇ　３錠分３　毎食前」に変更になりました。	病院主治医が処方箋を作成する際に薬品選択のミス。薬剤名の「○○プリド」や規格数字「５０」が同じだったため見逃した可能性あり。	当日中の局内での事例周知。グループ会社のプレアボイド事例にも投稿し周知。	スルトプリド塩酸塩細粒５０％「アメル」	イトプリド塩酸塩錠５０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2302	前回までスピロノラクトン錠50ｍｇが処方されていたが、今回、スピロノラクトン錠50ｍｇからスルピリド錠50ｍｇに変更になっていたため患者様に確認したところ、そのような変更はないとのことだったので処方入力間違いを疑い疑義照会した。	名前が似ているので入力間違いしてしまったと思われる。処方内容が変更になっていることを患者様に確認する。処方間違いの疑いがあれば疑義照会する。	処方が変更されている際は、患者様に変更内容を確認している。医師から変更の説明がなければ疑義照会して確認している。	スルピリド錠５０ｍｇ「ＣＨ」	スピロノラクトン錠５０ｍｇ「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
2303	ゼスラン小児用細粒0.6%　1.5g　1日2回朝夕食後で処方。処方量が過量の為照会。セフゾン小児用細粒10%　1.5g　1日2回朝夕食後に処方変更となる。	薬剤名が類似しているため入力間違いと思われる。	小児の場合、体重と処方量を必ず確認し、疑義がある場合は照会を行うようにしています。	ゼスラン小児用細粒０．６％	セフゾン細粒小児用１０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2304	１１歳の女の子。花粉症で来局。処方箋にはセチリジンDS1.25%「タカタ」1ｇ分２朝夕食後で処方されていた。セチリジンは１１では１日0.8ｇが一般量であることから、不審に思い疑義紹介を行った。疑義紹介の結果、セチリジンから、レボセチリジンへ変更となった。	薬剤名の類似	小児用量は、必ず確認するよう努めている。	セチリジン塩酸塩ＤＳ１．２５％「タカタ」	レボセチリジン塩酸塩ＤＳ０．５％「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2305	ベタヒスチン、セファクロル250、アデホスコーワ顆粒が処方され、調剤時、セファクロルの処方に違和感があったため、患者様に症状を伺ったところ、めまい以外に症状がないとのこと。医師に疑義照会し、セファクロル250→セファドール錠25ｍｇに変更になった。	薬品名類似による処方ミスだった。	症状に合った薬か処方鑑査する	セファクロルカプセル２５０ｍｇ「サワイ」	セファドール錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2306	セファドール錠の処方があったが、今までそのような処方は一度もなく、患者に確認したがハッキリとした返事をいただけなかった。また患者本人はそのままでいいとおっしゃられたが、病院へ疑義紹介をかけた結果間違いであったことが判明した。変更し患者に説明してお渡し。	薬品名が酷似している	前歴との確認。薬変更時の聞き込みをしっかりとおこなう	セファドール錠２５ｍｇ	セロクラール錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2307	手書きでの処方箋にて、セルニルトンと記載されていたが、普段より処方されている薬歴ではセルトラリン25ミリグラムが処方されていた為処方医へ問い合わせした所、記載ミスである事がわかり変更した。	薬品名が類似している為のミス	普段より服用されている薬だったので間違いに直ぐ気づくことができました。また、セルニルトンは前立腺炎の薬なので女性へ処方されているのは適応外処方で疑義照会は必要となるが、今後も類似した薬品名には注意し取り組むべきだと思う。	セルニルトン錠	セルトラリン錠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
2308	平素よりセルベックス細粒10％とセレコックス100ｍｇが処方されている患者。受診時に医師に「セルベックス細粒が余っているので今回は処方いらない」と伝えたが、処方箋ではセルベックス細粒は記載にあり、セレコックス100ｍｇが中止になっていた。患者に残薬確認したところ、セレコックス100ｍｇは毎日服用しているため残がなく、セルベックス細粒が残があるとのことだったので医師に伝え、セルベックス細粒が削除となり、セレコックス100ｍｇを処方追加していただいた。	名前が似ているセルベックスとセレコックスを、医師が聞き間違えたもしくは入力間違いをしたと考えられる。	残薬確認、また処方追加や処方中止になっている薬剤に関しては、必ずほかの薬剤よりも深く聴取することにしている。	セルベックス細粒１０％	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	
2309	平素より薬局を利用いただいている患者様が、腹痛などの消化器症状で臨時受診。ポリフル、ミヤBMとともにセレギリンが3錠分3で処方されていた。患者様に症状を伺ったうえでセレキノンとセレギリンの選択ミスを疑い疑義照会を実施した。	セレキノンを選択しようとして先頭2文字一致しているセレギリンが選択されてしまったと思われる。	調剤前の事前確認を丁寧に行い、病態にあった処方内容かを確認の上で調剤を開始する。	セレギリン塩酸塩錠２．５ｍｇ「アメル」	トリメブチンマレイン酸塩錠１００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2310	処方箋記載：セレギリン塩酸塩２．５ｍｇ患者への聞き取り時に、胃腸の不具合での受診と分かり、パーキンソン病薬（セレギリン塩酸塩２．５ｍｇ）の処方が間違いだと気づいた。	医療機関で類似の薬剤と間違えたのだろう。	処方箋の読み込み強化。	セレギリン塩酸塩錠２．５ｍｇ「タイヨー」	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
2311	疼痛の治療をしている患者に降圧剤のセレクトールが処方されました。血圧が上昇しているのか患者に確認したが、そのようなことはないとのことでした。処方医に連絡したところ鎮痛剤のセレコキシブの間違いであることが分かった。	薬品名の頭文字が似ていたのでコンピューターに入力するときに間違えたと思われる。	処方薬を渡す際、初めての薬は、薬効、副作用を説明し患者の現状を特に確認することで防ぐことができる	セレクトール錠１００ｍｇ	セレコキシブ錠１００ｍｇ「オーハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2312	整形外科を受診した患者様が久しぶりに当薬局を利用し、内服薬として高血圧症・狭心症に処方されるセレクトール錠100mgが処方されていた。本人に確認したところそういった症状はなく、お薬手帳を確認してもそのような既往歴はなかった。処方医に疑義照会したところセレコックス錠100mgの誤りだったことが判明し、処方変更となった。	名称が類似しており同規格が存在するため、病院側で入力する際に誤ってしまったと考えられる。	久しぶりに来局された患者様だったため既往歴が増えている可能性も考えつつ、症状を詳しく聞き取り処方が適切かを必ず確認する。	セレクトール錠１００ｍｇ	セレコキシブ錠１００ｍｇ「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2313	セレクトールが処方されていたが、患者さんにはこの薬に該当する症状がなく、よく話を聞いてみると筋肉痛がひどいとのことだった。心疾患で痛みがでていることもあるかもしれないが、念のため主治医に問い合わせたところ、セレコックスの間違いだったことがわかった。	薬の名前が似ていて用量が一緒だった。	患者さんの症状を薬局でもきちんと聞き取りをしっかりして、症状と薬が一致しているのかに気を付ける。	セレクトール錠１００ｍｇ	セレコックス錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2314	老人ホーム入居者のＦＡＸ処方、施設看護師と電話で薬の変更内容を確認していた時に発覚。セレコックス錠200ｍｇが処方されるはずだったがセレクトール錠200ｍｇが記載されていた。処方元に電話で誤りを確認、訂正した処方箋を再度ＦＡＸしていただいた。	医薬品名が類似しておりｍｇ数も同じ。処方元では2文字で検索し別の医薬品を入力してしまったのでは？明らかに作用の違う薬であり、服用による健康被害も予測される事例。	施設の薬については変更があるなしにかかわらず、訪問前に担当者と必ず事前確認を行うこと。	セレクトール錠２００ｍｇ	セレコックス錠２００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2315	セレコキシブ（１００）３T分３処方されており、用量多いため疑義紹介。⇒セレコキシブからトリメブチン（１００）３T分３毎食後に処方訂正。カルテの入力ミスだったとのこと。	薬の名前が少し似ていることから、病院側の電子カルテ入力ミス。	今回は、投薬しなくても、用法・用量から疑義紹介できたが、用法・用量が正しくとも間違えがある可能性はある。投薬の中で処方箋薬にだし間違えはないか、常に確認するよう意識する。処方箋に記載されている薬をただ渡すのではない！	セレコキシブ錠１００ｍｇ「ファイザー」	トリメブチンマレイン酸塩錠１００ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2316	68歳女性。お腹が張る、胸が詰まった感じがあるなどの訴えで受診。セレコックス錠100mgが処方されていたが、1日3錠毎食後で処方されていたことと患者の訴えと処方内容が合致していないと思われたため、疑義照会を行った。セレキノン錠100mgで処方すべきところをセレコックス錠100mgで処方されていた。	処方入力の際の医薬品選択ミス。	今回の事例を共有し、薬局内でも同様のミスが起こらないように3文字検索の意識づけを行う。	セレコックス錠１００ｍｇ	セレキノン錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2317	処方内容：セレコックス2錠・ブチルスコポラミン2錠/分2薬歴よりセレコックスではなくセルベックス処方歴あり。患者問診の結果、間違えの可能性があると判断。	薬品名の類似・確認不足	処方箋内容・患者の体調・受診時での医師とのやりとり・薬歴・お薬手帳・アレルギー歴等を毎回報告。相違ないと事を確認し投薬する。	セレコックス錠１００ｍｇ	セルベックスカプセル５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2318	処方箋の先確認の段階において、ロキソニン、セレコックス各３錠毎食後の記載があった。同種同効薬かつ、用法用量がおかしいことからセレコックス⇒セルベックスの間違いの可能性を疑った。 病院に問い合わせをしたところ、事務局員の入力ミスだったことが判明、セルベックスへ変更となった	病院事務の入力ミス。医師カルテ自体は間違っていなかった。	ロキソニン、セルベックスのセットが頻回処方されることを把握していたためすぐに気づいた。医師の処方パターンを各自把握しておく必要がある。	セレコックス錠１００ｍｇ	セルベックスカプセル５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2319	サイトテック⇔セレコックス　明らかに音の並びが似通った医薬品名による入力誤り	似通った名前の医薬品名による入力誤りは多いものとの認識は重要	服薬指導時、「NSAIDｓを飲んでいて調子が悪いために処方された」と聞き取りをした結果、疑義照会に繋がった。常日頃からの類似薬名称の確認は大切。	セレコックス錠２００ｍｇ	サイトテック錠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
2320	内科の処方箋を持って来局。処方内容はセレスタミン3錠、ビオフェルミン6錠ともに1日3回毎食後でした。患者から症状を伺うと、腹痛だけとの事でした。腹痛でセレスタミンの処方は不自然に思い、疑義照会をした。その結果セレスタミンからセレキノンに処方変更となった。	薬剤の名称が類似していたことによる処方間違いと思われる。	患者又はその家族から病状などをきちんと伺うようにし、処方内容と合致しているかを確認する。	セレスタミン錠	セレキノン錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2321	前回セファランチン錠(３Ｔ３×)で処方されてた患者さんにセレスタミン錠(３Ｔ３×)で処方箋が来た。患者の年齢からステロイドの量が多いのではないかという事と前回処方がセファランチン錠だったので疑義照会をしたら、セファランチン錠の間違いだった。	薬名が似ている薬はいろいろあるが、セファランチンとセレスタミンも似ているため注意が必要。	前回処方やステロイドの量にも注意する。患者さんのお母さんともよく話して聞く事も大事。	セレスタミン配合錠	セファランチン錠１ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2322	患者様は他病院からの処方でｄ－クロルフェニラミン塩酸塩除放錠６ｍｇを希望。病院の看護師がこの薬を屯用で処方したいが在庫はあるかと尋ねてきたので、ｄ－クロルフェニラミン塩酸塩２ｍｇ（ポララミン錠２ｍｇ）はあることを伝えた。屯用で1回２錠での対応をお願いした所、ベタメタゾン・ｄ－クロルフェニラミン配合錠1回2錠が処方された。	処方箋が一般名処方のためｄ－クロルフェニラミンだけを見て選択したと思われます。	患者様が病院でどのような説明を受けたか、またお薬手帳からも情報収集を心がけている。	セレスタミン配合錠	ポララミン錠２ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2323	投薬時、症状は「腹痛」と確認。処方薬セレスタミンとの内容相違が生じた為疑義照会し、セレキノンに処方変更となる。	頭文字2つが同じの為入力間違いと思われる。	患者様からの情報収集を行い、症状あった薬が処方されているのか処方解析をしっかり行う。	セレスタミン配合錠	セレキノン錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2324	屯用　セレナール（10）鼻漏強いときと、あったが、調剤者　監査者が気が付かず、患者さんへの交付を待つ状態だった。監査者と別の薬剤師が交付しようとしたところ、薬剤名と指示が合わないことに気が付き、問い合わせたところ、処方入力ミスでセレスタミンの処方であった。	処方元に入力ミスに加え、監査した薬剤師の知識不足と思い込みで、しっかり監査をしなかったため交付直前での発見になってしまった。	薬局での流れを再確認し、採用薬ではない薬の処方があった場合の監査もしっかりするように全員で共有する	セレナール錠１０	セレスタミン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2325	皮膚科からセレナール錠10が初めて処方されていた。患者様に確認したところ、医師から色素沈着に使うビタミン剤を出すと聞いているとのことで、別の薬剤との間違いの可能性があり、疑義照会を行った。疑義照会の結果、シナール配合錠に変更となった。	薬剤の名称類似	診療科と薬剤が一致するか確認する	セレナール錠１０	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
2326	患者の母親が来局。当薬局の利用は初めての方。18歳となり他院小児科から転院してきた。セレニカR錠200mgが5錠分2朝夕食後で処方されていた。お薬手帳を確認すると前回他院からバルプロ酸Na徐放錠A200mg「トーワ」を5錠分2朝夕食後で処方されていた。セレニカR錠は1日1回製剤であることと、前回服用していたものはデパケンR錠のジェネリックであることを疑義照会にて伝えた。医師ははじめ同じ薬だからどちらでも良いと返答したが、製剤の違いにより血中濃度が乱れるため危険であることをお伝えし、バルプロ酸Na徐放錠A200mg「トーワ」に処方変更になった。	セレニカR錠とデパケンR錠は成分名が同じバルプロ酸Naのため医師が混同した。医師が処方入力時に薬剤の選択を誤った。転院元の情報提供書に不備があった。	薬剤の用法・用量について処方鑑査を丁寧に行う。お薬手帳の情報を必ず確認する。薬局内でも成分名や類似名称の薬剤についてスタッフに注意喚起を行う。	セレニカＲ錠２００ｍｇ	バルプロ酸ナトリウム徐放錠Ａ２００ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2327	一般名処方にてバルプロ酸ナトリウム40%徐放顆粒　１日３回服用の処方があり、疑義照会。バルプロ酸ナトリウム40%細粒の誤りであった。	処方せん発行の際の入力ミス	処方内容を確認する。薬品名、用法、用量の確認を徹底する。	セレニカＲ顆粒４０％	バルプロ酸ナトリウム細粒４０％「ＥＭＥＣ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2328	一般名にてセレニカR顆粒が記載(一般名：バルプロ酸Na顆粒４０％)されていたが、用法が朝夕食後の分２であった。こちらの用法だとデパケン細粒４０％の適応となるので、疑義紹介したところ変更となった。	同じ成分の一般名のため顆粒と細粒の違いに気づくことができなかったと思われる。	同成分で使用法の異なる薬剤に関して情報共有を行う。	セレニカＲ顆粒４０％	デパケン細粒４０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2329	痛みを訴える患者に【般】フェルビナクテープとともに【般】ハロペリドール錠0.75mg2T/2×が処方。患者の訴えからしてハロペリドールの処方に疑問を感じ、セレコックスを処方のところセレネースで入力し、一般名処方により【般】ハロペリドールで処方箋が発行されたと推測。疑義照会にて入力間違いであることが判明し、セレコキシブに訂正の回答あり。	処方医が薬剤名（先発医薬品）の頭２文字で薬剤を選択しようとし、異なる薬剤を入力したと考えられる。	患者の症状をよく聞き取り、必ず処方薬の妥当性を判断する。	セレネース錠０．７５ｍｇ	セレコキシブ錠１００ｍｇ「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2330	いつもゾルピデム錠１０ｍｇが処方されているところ、ゾピクロン錠１０ｍｇが処方されていたため、Ｄｒから処方変更という話を患者様が聞いていないことを確認のうえ疑義照会し、ゾピクロン錠１０ｍｇ→ゾルピデム錠１０ｍｇへ処方変更となった。	一般名類似による処方箋入力誤り	患者様からの聞き取り、今までの薬歴を毎回確認のうえ、少しでも疑わしいものは疑義照会する	ゾピクロン錠１０ｍｇ「サワイ」	ゾルピデム酒石酸塩錠１０ｍｇ「杏林」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2331	眼科の処方でゾビラックス軟膏なので、本人に目の周りなのか確認したところ、目の中と言われたので疑義照会しました。	医師の選択間違いと思われます。	引き続き、眼科などでの使用部位を確認する。	ゾビラックス軟膏５％	ゾビラックス眼軟膏３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2332	処方箋には眼科の記載があり、タリビット眼軟膏、クラビット点眼液、ジクアス点眼液、5%ゾビラックス軟膏の記載があった。患者本人は来局しておらず、代理の高齢のご主人が来局されていた。ゾビラックス軟膏の使用部位の記載がされておらず、代理の男性も理解されてないようだったがそのままもらっていくということでお渡しし、処方内容に疑問をもったため疑義照会を行ったところ、眼軟膏の誤りであることが分かった。急いで患者に連絡をし、交換に伺った。	ゾビラックス眼軟膏とゾビラックス軟膏は%も違うので、注意していれば分かるが見落としたと考えられる。患者本人が来局されていれば投薬時に気づき変更できていたと思うが、代理だったということもあり発見が遅れた。	必ず交付時には使用部位の記載を確認し、記載がなく本人が理解できてないようであれば必ずその場で疑義照会をしてから交付することを徹底する。	ゾビラックス軟膏５％	ゾビラックス眼軟膏３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2333	眼科より（般）アシクロビル軟膏の処方あり。患部が左眼のため問い合わせ。眼軟膏に変更。	同名称の軟膏と眼軟膏の入力間違いだと思われます。	処方箋記載の薬品と患部のチェック。	ゾビラックス軟膏５％	ゾビラックス眼軟膏３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2334	2歳の小児にダイアート錠60ｍｇ1錠1回2/3個発熱時10回分処方で	病院のオーダリングシステムでの入力ミス、3文字まで同一で数字の6が両剤ともに入っていたため。	類似名約の注意喚起	ダイアート錠６０ｍｇ	ダイアップ坐剤６		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2335	別部位でプロトピック軟膏0.03%の処方がある小児(8歳)に、それとは別部位でタクロリムス軟膏0.1%が処方された。添付文書上では2歳以上の小児には基本使用しないことと記載があり、かつ薬歴にて初処方である事を確認したため疑義照会。結果元々使用歴のある0.03%に変更となった。	一般名処方の際に0.1%と0.03%はどちらも「タクロリムス軟膏」の名称で処方されているため、入力ミスであると考えらる。	外用剤で濃度が異なる規格がある物は患者の年齢を確認し、禁忌などに該当がないか確認を行っている。	タクロリムス軟膏０．１％「ＰＰ」	プロトピック軟膏０．０３％小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2336	タケキャブ錠10mgを含む計4種類の処方箋をお持ちになった患者様が初回で来局、お薬手帳の持参なし。以前より服用していた薬品だが今日はアスピリンが減って、一つの薬に変更になったと聴き取り。タケキャブ錠は以前から使用しているとの話のためタケキャブ錠10mgとバイアスピリン錠100mgがキャブピリン配合錠に変更になるところバイアスピリンのみ削除となってしまったと推察、疑義によりキャブピリン配合錠へ変更となる。	タケキャブ錠10mgとバイアスピリン錠100mgがキャブピリン配合錠に変更になるところバイアスピリンのみ削除となってしまったと推察。	初回で受付の場合は処方鑑査と患者様からの聴き取りを十分に行ない、疑問点がある場合には疑義照会をかける。	タケキャブ錠１０ｍｇ	キャブピリン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2337	退院後初の外来。タケプロンとプラビックスが処方されていたが、手帳を確認したところＤＡＰＴでバイアスピリンとプラビックスが退院時に処方されていた。減薬の話があったか伺ったところ、配合剤になると聞いているとの事。疑義にてタケプロンからタケルダに変更となった。	名称類似による入力時のミス。	新規薬剤を調剤する際は必ず、医師から変更点について説明されているかを確認している。	タケプロンＯＤ錠１５	タケルダ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2338	タケルダ配合錠が処方されているが、患者は胃の症状で受診されたと聞き取る。診察時にも胃の薬を処方すると説明があったようなので疑義照会を行った結果、処方変更となる。	医薬品の名称類似による間違い。	患者様の病状と処方内容に間違いがないか聞き取りを徹底する。	タケルダ配合錠	タケプロンＯＤ錠１５		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2339	調剤時の内容確認中、初めての薬が処方されていた。年齢や内容的に明らかに違う薬と思った為疑義。カルテもタナトリルになっていた様でしたが再確認してもらったら薬の記入間違いで変更となった。	繁忙時間もあり、頭の一文字目が「タ」だったので思い込みで記入されてしまったと思われる。	患者さんの情報と共に、薬の内容に間違いが無いか常に注意深くチェックする。	タナトリル錠５	タリオンＯＤ錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2340	アゾルガ配合懸濁性点眼液とタプコム配合点眼剤の2剤処方あり。両薬剤ともにチモロール含有。疑義照会にてタプコム配合点眼液からタプロス点眼液に変更となる。	名称類似による間違いと思われる	配合剤の処方は必ず含有成分を確認する。	タプコム配合点眼液	タプロス点眼液０．００１５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2341	タプコム点眼液が処方された。患者からのヒアリングで以前からの処方薬からの変更はないとの事で疑義照会をしたところ、タプロスをタプコムとの入力ミスであることが発覚。	医薬品の類似、特に頭文字が同一の類似薬効のため、入力ミスが生じたと考えられる。	類似医薬品の存在を十分に理解し、患者ヒアリングのなかで処方箋の記載に間違いがある可能性があることを認識して、対応を行う。	タプコム配合点眼液	タプロス点眼液０．００１５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2342	タプロスで処方されてきたが、薬歴を確認すると前回以前はタプコムを点眼していた。この時点で医師の処方ミスではないかと思い、疑義照会を行った結果、タプロスではなくタプコムの処方ミスと判明しました。	名称が類似しているのが問題である。	処方箋と物と薬歴の確認、そして患者様からの聞き取りを普段からしっかりと行っているため、間違って交付することはなかった。	タプロス点眼液０．００１５％	タプコム配合点眼液		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
2343	いつもはＡ眼科受診Ａ薬局で調剤されていた方がＢ眼科に転院にともない当薬局利用。お薬手帳を確認したところＡ眼科ではタプコム点眼が処方されていた。今回B眼科からタプロス点眼が処方あり。患者様に薬の変更を聞いているか確認した所聞いていないということだったため疑義照会。タプコム点眼へ変更となった。	薬の名前が似ていたため病院側が入力の際に謝ったものを処方してしまったと考えられる。	今回は薬手帳があったために確認ができたが、手帳を持ってこられていなかったりした場合、あやまったものが渡っていた可能性も考えられる。手帳の確認が重要であることを薬局でみんなで確認。手帳が無かった場合は必ず本人とものを確認して同じであるかどうか等もしっかり確認する必要があると徹底した。また調剤時も間違いやすい薬剤であることを再確認した。	タプロス点眼液０．００１５％	タプコム配合点眼液		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	
2344	患者さんとの会話により　定期処方の薬に花粉症の薬が追加されているはずの処方箋に対し、花粉症の薬ではなく末梢性神経障害疼痛治療剤が処方されていた。	病院側の入力ミスと確認不足。	追加薬のについての症状確認を怠らない。	タリージェ錠５ｍｇ	タリオンＯＤ錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2345	タリムス点眼液0.1%は初処方。効能効果は抗アレルギー剤が不十分な場合の春季カタルのため、患者家族にTELにて確認した所、症状は目ヤニのみ。処方医に照会し、類似名称の入力間違いと判明。タリビッド点眼液0.3%に処方変更。	類似名称の入力間違い、2文字入力にしていた為と確認。	症状聞き取り、処方薬の効能効果の確認により回避。今後も注意致します。	タリムス点眼液０．１％	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
2346	患者父が当該処方箋持参。以前より腹痛あり受診したこと聴取。年齢とその他処方内容（整腸剤等）より処方間違いの疑いあり、疑義照会し薬剤名が誤っていたこと確認。チアプリド→チキジウム（チアトン）へ変更となる。	チキジウムの先発名がチアトンであり、チアプリドと先頭2文字が一致していること（疑義時処方医より同様のコメントあり）	薬剤の適応、処方内容を初回来局時は特に入念に確認する。代理来局の場合も収集し得る情報を全て確認する。	チアプリド錠２５ｍｇ「サワイ」	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
2347	患者は前院で処方されていた胃薬を希望と処方医に伝えたところチザニジンが処方された。投薬時、筋弛緩薬が処方されていることを説明したところ違うことが判明し、希望した薬剤名はファモチジンであったため疑義にて変更となった。	薬名類似による処方医のミス	初回の薬剤に関しては効能効果を説明し、医師の処方意図と相違がないか確認する。	チザニジン錠１ｍｇ「サワイ」	ファモチジンＯＤ錠２０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2348	他病院にて普段チモプトール点眼液０．２５％の処方あり。残薬がなくなったことから、該当病院にて足りない分の処方を、したつもりがチモプトール０．５％の処方誤りとなった。また院内採用薬の問題で、変更剤型はチモプトールＸＥ０．２５％への変更となり患者説明を行った。	複数の規格のある薬品の処方での入力誤り。また、普段処方しない薬の処方で判断誤りがあったのではないかと推定する。	複数規格があるものは調剤注意。また、患者様の聞き取りで変更点やお薬手帳の確認を徹底する。	チモプトール点眼液０．５％	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
2349	小児の患者にツムラ薏苡仁湯2.5ｇ　分３　毎食後14日の処方。母親に確認したところ皮膚の症状で受診との事。医師に処方内容について確認し、ヨクイニンのみを処方するつもりだったがパソコンでの入力で誤ったツムラ薏苡仁湯を選んでしまった。処方はコタローヨクイニン散に変更となった。	類似した医薬品名の入力ミス。ツムラ薏苡仁湯の成分についての知識不足。	類似した名前の漢方薬については注意喚起のラベルを棚に表示する	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
2350	該当薬剤が成人量かつ該当薬剤以外に貼付剤等の処方が無かったため調剤前に患者保護者から症状等を聴取したところ、水いぼの治療で受診したとのことから他薬剤と取り違えて処方されていると考え疑義照会を行った。	処方した医療機関において薬剤名を検索する際に「よくいにん」等メーカー名なしで検索できる状態だったと思われる。	年齢、処方全体での妥当性等を引き続き確認していく。	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒（医療用）	ヨクイニンエキス散「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2351	ツムラ黄連解毒湯　5g　分2朝夕食前で処方されていたが、年齢換算で過量投与と判断した為、疑義照会。ツムラ黄耆建中湯　6g　分2朝夕食前に変更となった。	薬剤名の類似。	年齢や体重換算で用量に疑義が生じた場合は必ず疑義照会を行う。	ツムラ黄連解毒湯エキス顆粒（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	
2352	患者は更年期障害の症状を医師に訴えツムラ加味逍遥散の処方を依頼、医師は類似名のツムラ加味帰脾湯を間違って処方。投薬時に患者本人が薬袋の色と番号がいつもと違う事に気付き、医師に疑義照会後、加味逍遥散に変更してもらった。	加味逍遥散と加味帰脾湯の名前類似につき処方間違いしたと考えられる。	投薬時に薬の内容を患者に確認してもらうと言う基本的な事を継続する事が大事と実感。	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
2353	レディースクリニックからの定期処方。処方鑑査時に前回調剤分と薬が異なっていたため患者様に確認。処方箋が手書きであるのと、患者様が漢方薬の番号をうる覚えで先生に処方をお願いする時に62番と26番と番号を間違えてしまったものと思われます。	医療機関側の処方システム、カルテの電子化への対応がされていない事で、このような事態が発生してしまったと思われます。	普段から当薬局をかかりつけにして来局している患者様であれば、過去の薬歴から発見できる事ですが、初めて来局した方でお薬手帳の持参もない場合は、発見が難しくなります。後者の場合でも患者様からの聞き取りや、薬をよく確認して頂くことで間違いに気が付くことが出来ると思われます。	ツムラ桂枝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
2354	腹痛が疑われる処方箋、ビオフェルミン、ブチルスコポラミンと一緒にツムラ桂枝加朮附湯が処方された。適応が異なるため、疑義照会を行った結果、類似薬品名の桂枝加芍薬湯へ変更となった	電子カルテの入力ミスが考えられる。	事例の共有を行い、漢方薬の処方誤りがないよう徹底を指示した	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2355	主治医より感染性腸炎との診断。処方では桂枝加芍薬湯であったが、急性期の治療ではないかと判断し疑義照会。そのため桂枝加芍薬大黄湯への変更となった。	入力のミス	患者の聞き取りより急性期・慢性期の判断を必要とする	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝加芍薬大黄湯エキス顆粒（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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2356	患者本人からの聴取により、ニキビ治療のため受診したと確認したが通常、婦人科系で処方されるツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒が処方されており適切な処方でないと疑い処方医に確認を行ったところ処方誤りであった。	医師のケアレスミス	窓口対応時に必ず症状の確認を行い、適切な処方は確認する。	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
2357	今までツムラ柴朴湯エキス顆粒を服用されていたが、病院の電子カルテが変更し、ツムラ柴苓湯エキス顆粒で処方された。 病院に問い合わせると今まで通りツムラ柴朴湯エキス顆粒との返答だった。	病院の電子カルテが変更し、類似の漢方を処方してしまったと思われる。	薬歴を確認し、疑問に思うことは必ず疑義照会をする。	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
2358	当日膀胱炎で受診。便秘の相談はしておらず、普段も便秘はしないとの聴取より誤処方を疑い疑義照会を行った。かかりつけ医以外だった。	潤腸湯と猪苓帳は勘違いによる処方かと思う。	投薬で現症状の聴取を行い、適切な薬か判断する。	ツムラ潤腸湯エキス顆粒（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
2359	小建中湯2.5ｇが小児へ処方され、処方された小児の母親にも聞き取りをしたところ、鼻水の漢方を出すと言われたとの事だった。小青竜湯の間違えと推測疑義を行った。処方医より、小青竜湯が正しかったと連絡を受け小青竜湯に変更、調剤した。	漢方薬の類似名称間違えは、見慣れていても間違えやすい。	当薬局では、類似名称漢方薬の箱に「26番との間違えに注意」などと蛍光シールを漢方薬の箱に貼っている。処方箋の漢方名と現物を比べながら声出しも行っている。	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
2360	風邪症状のためツムラ小柴胡湯エキス顆粒(医療用)が処方されたが肝機能障害がありウルソ服用中。肝機能悪化の方には禁忌のため医師へ疑義照会を行い、ツムラ小柴胡湯エキス顆粒(医療用)は処方削除、ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒(医療用)に変更と確認。	薬品名が類似しているためで医師が選択間違いをしたか、漢方薬に禁忌があることをあまり意識していなかった可能性あり。	どの薬が処方された場合でも禁忌の確認を怠らない。	ツムラ小柴胡湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2361	しびれと痛みを訴える患者さんに便秘の大黄甘草湯が処方された。疑義照会したところ芍薬甘草湯への変更となった。	甘草という名称でDRが勘違いしたと思われる	患者からの聞き取りを十分におこなう	ツムラ大黄甘草湯エキス顆粒（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
2362	下痢で継続的におかかりの患者様の処方が真武湯から大黄甘草湯に変更になっていた。大黄甘草湯は便秘症の摘要のある薬で真逆の作用の為健康被害が想定されたため、疑義照会。カルテには大建中湯と書かれていたが処方は大黄甘草湯となっており、クリニックの処方ミスであることが判明。ぶじ大建中湯に変更になりました。	類似名称のため間違えたものと考えられる	名称類似薬はそれぞれの薬効を表示して確認できるようにしている。	ツムラ大黄甘草湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ大建中湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2363	ツムラ大黄甘草湯が新規で処方になった患者様特に便秘症状なく、今回は足の攣れを医師に相談したとの事処方薬選択ミスの可能性あり問い合わせツムラ芍薬甘草湯に処方変更となった	大黄甘草湯と芍薬甘草湯　名称類似のため選び間違えた可能性が推定される	新規処方の場合は患者に症状確認し、訴えと処方内容に相違がないか必ず確認するようにしている	ツムラ大黄甘草湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2364	投薬時の聞き取りの際に大黄甘草湯の追加について確認。患者より足の攣りで芍薬甘草湯を希望したと聞き取り。医師へ疑義照会すると謝りであったと確認できた。	甘草と記載のある医薬品のうち間違え。	投薬時、聞き取りの徹底。	ツムラ大黄甘草湯エキス顆粒（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
2365	桃核承気湯が処方されると患者は医師から聞いており、投薬時に発覚	医薬品の名前が4文字目まで同じであった	投薬時、症状などの確認を怠らない	ツムラ当帰飲子エキス顆粒（医療用）	ツムラ桃核承気湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2366	貧血があり頭重、少し眩暈がある、以前他院から処方してもらった漢方薬がよく効いたのでお願いした。と患者から聞き取り。症状と処方薬に違いがあるので、患者にも現物を見せて確認。漢方薬の名称類似の間違いではないかと、処方医に疑義照会。処方変更となる。	漢方薬の名称類似、外観類似に注意する。	新規の薬が処方されたので、患者さんに症状を確認。薬効が違うくすりが処方されていたので、疑義照会。患者への問診、聞き取りが重要。	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
2367	ツムラ当帰芍薬散　屯用　足がつった時と処方箋に記載があった。普段より足がつることがあり、ツムラ芍薬甘草湯が処方されることがあった。患者家族からも薬が変わることは聞いていないと聴取したため疑義照会したところツムラ芍薬甘草湯の間違いだったと返答あり。	名前が類似していることによる間違いの可能性あり。	薬効を理解する。新しい薬が出たときは前回までの薬歴を参考にし、患者様からの聞き取りをし、その薬剤が適切か判断をする。	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
2368	処方箋入力の相違	医薬品名類似のパソコン入力の間違い	患者さんに症状の聞き取りを必ず行う。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（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
2369	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒を継続処方されている患者さんに対して、ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒が処方されていた。処方箋と薬歴、患者さんの聞き取りより誤りである可能性が高いと判断し、医師に疑義照会を実施。ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒に変更となった。	「当帰芍薬散」と「芍薬甘草湯」の名称間違い。どちらも「芍薬」がついている為混同したと思われる。	薬歴で継続的に処方内容を確認。いつもと違うお薬が出たら調剤前に患者さんから聞き取り。	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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2370	初めて当帰芍薬散が処方された患者様。症状をお伺いしたところ、最近睡眠中に時々足がつるとのことで先生から漢方薬を出すと聞いておられた。芍薬甘草湯の間違いではないかと思われたため、疑義照会を行なったところ処方変更となった。	名称の芍薬の部分が同じなので医師が勘違いをされたのではと思われる。	薬が追加された場合には常によく症状を聞き取って、処方されている薬が適切かどうかチェックを行なうようにする。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2371	処方箋に麻黄湯の記載あり、投薬時に風邪症状があるか確認したところ、「便秘気味なので薬だしてもらった」と返答あり。疑義にて麻黄湯→麻子仁丸に変更。	最初の一文字が同じ薬のため、処方箋作成時に選び間違えた可能性がある。	新しい薬が処方されたときは、処方目的の確認を行う。	ツムラ麻黄湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ麻子仁丸エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2372	定期薬の桂枝芍薬湯から麻黄附子細辛湯に処方が変更され28日分処方であった現病歴からも内容に疑義があったため、病院に聞いたところカルテには麻黄湯と書いてあると返答→麻黄湯でも内容に疑義があるため再度Drに確認してもらったところ麻子仁丸の間違いであった	Drが高齢で記載ミスが多いまたカルテが手書きのため事務スタッフ処方箋入力時にも打ち間違いを起こす可能性がある	内容に疑義がある場合は、それが解消するまで複数回でも疑義照会を実施している	ツムラ麻黄附子細辛湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ麻子仁丸エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2373	ツムラ麻子仁丸服用中の患者に、ツムラ麻黄附子細辛湯が処方されたため、患者本人に確認したところ、特に体調変更はないとのこと。疑義照会し、ツムラ麻子仁丸に処方変更になった。	薬剤名の冒頭部分が同じため、薬品名の確認不足。もしくはツムラの番号が126（麻子仁丸）と127（麻黄附子細辛湯）で番号違いの可能性もあり。	お薬手帳なども活用し、患者からの聞き取りをきちんと行う。	ツムラ麻黄附子細辛湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ麻子仁丸エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2374	苓桂朮甘湯が処方されていたが、頭痛、ふらつきなど無く、今回の受診理由が、咳、痰の絡みであったために、医師に疑義照会したところ苓桂朮甘湯ではなく苓甘姜味辛夏仁湯であった。	苓甘姜味辛夏仁湯と苓桂朮甘湯の名前が似ていたために起こったのだと推測される。	名称が類似している医薬品は注意する。患者からしっかりと症状の聞き取りをする。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒（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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2375	はじめて、苓姜朮甘湯が処方されたが、患者からの聞き取りで、めまいで処方されたとのことで、疑義照会したところ、苓桂朮甘湯の入力ミスだった	類似名称のものは間違えやすいので、きちんと聞き取る	類似名称のものは間違えやすいので、きちんと聞き取る	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
2376	平素より定期薬はなく不調が合った時のみの受診の患者。六味丸の処方であったが患者主訴は胃の不調であったため処方薬について疑義照会した。入力ミスであったため処方薬変更となった。	六味丸と六君子湯は初めの漢字が同じであるため入力ミスが生じたと思われる。	漢方薬処方は主訴をよく聞き取る必要がある。患者本人の主訴と生薬の効果を把握できていないと誤処方を見抜けない。漢方薬の主な適応疾患について他の薬剤師にも周知する。	ツムラ六味丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ六君子湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2377	ツムラ炙甘草湯エキス顆粒が処方あり。在庫なく後日お渡しとなるが、処方の経緯を患者様へ確認すると「痛みがある時に服用」とのことだった。炙甘草湯の処方を受け付けるのが初めてで、痛みに対しても処方することがあるのかメーカーへ確認すると、通常は動悸等の症状に対してだが、処方医の判断によるとのことだった。疑義紹介にて、痛みに対しても処方されるのか確認すると、「ツムラ芍薬甘草湯」の処方が正しく、「ツムラ炙甘草湯は」は処方入力誤りであることが判明した。後日来局時に、処方変更となったこと患者様へ説明し、芍薬甘草湯をお渡しした。	効能効果の違う薬剤のため、適切な治療が行われず、症状改善もなかった可能性あり。消化器系副作用も生じた可能性もある。	投薬時に患者様への症状の聞き取りを徹底して、処方内容との矛盾がないかを判断する。	ツムラ炙甘草湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2378	ツムラ炙甘草湯顆粒(医療用)エキスが記載された処方箋を持参された。症状を確認したところ、「運転中に足の筋肉が痙攣する」症状で処方が出た様子であったので、ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)の処方間違いを疑い、医院に確認した。ツムラ炙甘草湯顆粒(医療用)エキス削除となり、ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)に変更となった。	医師がカルテにツムラ６４番と記載していた。ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒(医療用)はツムラ６８番である。医師が薬剤の番号を間違えていたと思われる。	新しい薬が処方された時や、処方の変更があったときは、変更理由を患者さまにも確認をして、疑義があるときは疑義照会をすべきである。	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
2379	患者様は漢方の番号しか言われず、お薬手帳で患者様の希望の薬ではない事が判明。	直近だけの薬の確認だけではなく、追加処方の時はなるべく長期間の服用している薬をお薬手帳で確認する。	お薬手帳の積極的使用。	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
2380	ご本人に調剤前確認で薬の変更は言われていないこと、症状も安定していることを確認した。前回処方フェキソフェナジン錠60ｍｇ2錠朝夕食後が、今回フェキソフェナジン・プソイドエフェドリン配合錠2錠朝夕食後に変更になっていた。添付文書と比較しても用量過少、用法も異なる為、疑義照会を行ったところ、前回と同様、フェキソフェナジン錠60ｍｇに処方変更になった。	パソコンでの検索ミス。	用量、用法が問題なければ調剤してしまった可能性もある為、患者聞き取りを充分行った結果がつながったものと思われる。	ディレグラ配合錠	フェキソフェナジン塩酸塩錠６０ｍｇ「ＳＡＮＩＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2381	レスタミンコーワクリームと一般名処方のフェキソフェナジン・プソイドエフェドリン配合錠の処方であり、皮膚掻痒感に使用するものだと判断し、処方医に疑義を電話にて実施。その後、プソイドエフェドリン配合でない、フェキソフェナジン錠の処方がFAXにて変更分として送られてきたが、そこから再度電話にて、医療機関側からそれも誤りだということで、エピナスチン錠に最終変更となった。	一般名処方でフェキソフェナジンのみにひっぱられた恐れ。もしくは単純に知識不足の恐れあり。	処方薬から患者さまの訴えを想定して処方監査の実施を行う事	ディレグラ配合錠	アレジオン錠２０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2382	一般名）テオフィリン徐放錠100ｍｇ（24時間持続）2Ｔ／2×朝夕食後で処方あり。1日２回であれば（12～24時間持続）の薬剤が妥当なため、疑義照会をした。結果、テオフィリン徐放錠100ｍｇ（12～24時間持続）製剤に変更になった。	製品名処方であれば、Ｄｒは勘違いされなかったと思われます。	「一般名処方における取り違え事例一覧」を参考に、処方監査するようにしています	テオフィリン徐放Ｕ錠１００ｍｇ「トーワ」	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
2383	テオフィリンU錠と処方記載あり。お薬手帳で確認したところテオフィリン錠100の間違いである事に気がついた。	ドクターの勘違い	お薬手帳の確認	テオフィリン徐放Ｕ錠１００ｍｇ「トーワ」	テオフィリン錠１００ｍｇ「ＴＹＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2384	66歳女性に対する処方箋にて、テオフィリン徐放U錠400mg 3錠 分3の処方。患者に確認したところ、喘息や気管支炎の症状は無し。テオフィリンの1日投与量も超えているため、疑義照会を行ったところ、処方箋の記載ミスが判明。テプレノンカプセル50mgへ処方訂正となった。	病院における処方入力スタッフの確認不足が原因と推測される。	処方監査の徹底および、患者への症状の聴取や薬剤処方量の確認の徹底。	テオフィリン徐放Ｕ錠４００ｍｇ「トーワ」	テプレノンカプセル５０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2385	近隣医療機関から別の病院に転院することになり、そこから定期薬が処方された。いつもはテオフィリン徐放２４時間作用の一般名でユニフィルLA（200）を調剤していたが、今回受けた転院先からの処方箋は１２～２４時間作用型のテオフィリン徐放錠200ｍｇサワイが同じ分1の用法で処方されていたので、作用時間が違う製剤になっている旨を説明して疑義紹介。以前の２４時間作用に戻った。	病院が処方入力をする際に作用時間が違う製剤を選んでしまったためと思われる。	テオフィリン徐放は特に作用時間が異なるものがあり注意が必要なので引き続き確認を怠らないように注意していく。	テオフィリン徐放錠２００ｍｇ「サワイ」	ユニフィルＬＡ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
2386	久々来局、今まで通っていた病院で良くならなかったため病院変更して来局。前の病院ではテオフィリン徐放U錠200mg　1錠分１　寝る前で服用していた。今回持ってきた処方には【般】テオフィリン徐放錠200ｍｇ（１２～２４時間持続）　１錠　寝る前となっていた。24時間製剤から12～24時間製剤になっていたため疑義照会にて確認。24時間製剤へ変更となった。	類似医薬品名による違いによる間違い。また知識不足	類似医薬品は間違えやすいので違いが判るよう表記を変更し注意喚起している	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
2387	患者様が過去に処方薬としてテオフィリン徐放Ｕ錠２００ｍｇ「トーワ」（24時間持続）の服用歴があり、今回そのお薬を処方してもらったとお話があった。ところが処方箋にはテオフィリン徐放錠（12～24時間持続）の記載であった為、クリニックへ疑義照会を行ったところ、24時間持続の薬剤へ変更となった。	名称が似ているため、医師がカルテを記載する際に誤った可能性あり。	お薬手帳を確認して不備があれば疑義照会を行う。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2388	デキサメタゾゾンプロピオン酸エステルローションが処方されており、処方医からこの薬が処方される事が珍しいので患者様に事情を聞きに行った。患者様は口内炎のお薬をもらいましたとおっしゃっており、疑問を感じて疑義照会を行った結果処方変更になった。	頭文字３文字が同じだったため、処方ミスがあったと考えられる。	処方医が普段処方しない薬が処方されていた場合、患者様に事情を聞く。	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
2389	(般)デキサメタゾン眼軟膏0.1%が処方された。投薬時に使用部位を聞き取りしたところ、口内炎のため口の中に塗るとのことだった。同一成分の口腔用軟膏が存在するため、処方間違いを疑い、疑義照会したところ、(般)デキサメタゾン口腔用軟膏0.1%に変更となった。	名称が類似しているため、医療機関で処方箋を発行する際、剤形の選択ミスが起こったと考えられる。	投薬時、症状等について患者さん（またはそのご家族）に聞き取りを行い、処方された薬との整合性を確認する。	デキサメタゾン眼軟膏０．１％	デキサメタゾン口腔用軟膏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
2390	手書きでの処方せんでデキサメタゾン1本との記載。交付の段階で塗る部分の確認しながらお渡しを進めたところ口内炎での使用であることが発覚。医師に問い合わせを行いデキサメタゾン口腔用軟膏であることを確認して調剤をしなおして交付した	手書きの処方で正式名での記載でなかった事。口腔用軟膏以外の規格を知らなかった可能性	塗薬の使用部位や回数の聞き取り、医師からの指示を患者から確認をしっかりと行う	デキサメタゾン口腔用軟膏０．１％「ＮＫ」	デキサメタゾン軟膏０．１％「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2391	歯科からの処方で、デキサメタゾン軟膏が処方となっていたので疑問に思い患者に確認したところ、口腔内に使用すると聞いているとのことで口腔用軟膏が正しいのではないかと思って疑義照会したところ、やぱりデキサメタゾン口腔用軟膏が正しいとのことだったので、患者様には正しい薬でお渡しする事が出来た。	名称が途中まで同じなので、入力時の確認不足と思われる。	塗り薬は一般名で名前が似たものも多いので、名称が一致しているか、また患者の症状にあったものか十分に確認する。また、軟膏、クリーム、眼軟膏、口腔用軟膏といった違いにも注意する。	デキサメタゾン軟膏０．１％「イワキ」	デキサメタゾン口腔用軟膏０．１％「ＮＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2392	処方箋に「デキサンVG軟膏　口内炎に」と記載あり。患者に患部を確認させてもらうと、舌にできた口内炎であった。口腔内への塗布となることから、別の薬剤ではないかと疑問が生じた。過去に処方されたことがあるとの患者聞き取りから、お薬手帳で「デキサルチン口腔用軟膏」が確認できた。おそらく名称似ているため処方ミスの可能性あり。電話にて疑義照会し、デキサメタゾン口腔用軟膏へ変更された（当該薬品は名称変更あり）。	医薬品の名称類似。販売名変更。	中程度のステロイド外用剤を粘膜部へ塗布した場合、副作用を生じる可能性がある。患部とステロイド外用剤のランクが一致しない場合は、疑義照会の必要性がある。	デキサンＶＧ軟膏０．１２％	デキサルチン口腔用軟膏１ｍｇ／ｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2393	口内炎で受診。デキサンVG軟膏が処方されていたが、口腔内に使用することがないため患者に確認。以前デキサメタゾン口腔用軟膏を使用したことがあることを医師に伝えたとのこと。類似薬品名のため、医師に処方内容確認。結果、デキサメタゾン口腔用軟膏に変更。	類似薬品名による間違った処方。	患者との対話による使用部位の確認、使い方の確認を怠らない。	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
2394	糖尿病治療薬２種類服用中、ヘモグロビンA1cが7.7と上昇、体重も増加している。今回グリメピリド1mgが変更になったと患者さんから聞いた。新たに処方されたのはデザレックスだった。アレルギー症状はなし。疑義照会してデベルザ20mgに訂正された。	ちょうど花粉症の季節でもありデザレックスの処方も多かった。コンピューターの入力ミスで確認しないまま処方してしまったようである。	通常、頭文字２文字で検索しているようなのでよく似た名前の薬には注意が必要である。	デザレックス錠５ｍｇ	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	
2395	デジレルが朝食前服用の処方指示だったため疑義照会したが、朝食前で間違いないのでその通り飲んでいただくようにとの回答だった。投薬時に患者に聞き取りしたところ、不安感の症状ではなくアレルギー症状の薬と出すと聞いているとお話しされたため、再度疑義照会をしてデジレルの処方に間違いがないか確認したところ、ディレグラに訂正となった。	レセコンにてアレルギー薬のディレグラ入力するところを、誤って同じ「デ」の行に並んでいるデジレルを選択したと推察される。	患者からアレルギーというワードが出たために防げたミスだったので、今後も症状の聞き取りをしっかり継続して医師に確認していきます。	デジレル錠２５	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
2396	ネシーナ錠25mg服用中の患者さんにテネリア錠20mgが処方追加となり、どちらもDPP-4阻害薬のため疑義照会、テネリアが処方削除となりSGLT2阻害薬のデベルザ錠20mgに変更となった。	先生がデベルザ錠20mgを処方しようとしてテネリア錠20mgを処方したと思われる。どちらも糖尿病薬のため勘違いしたと思われる。	ハイリスク薬が追加となっており、他にも糖尿病の薬を服用していたので、作用機序も確認しながら処方鑑査を行った。	テネリア錠２０ｍｇ	デベルザ錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2397	カナリア配合錠からリベルサス3mgとテネリア20mgへの処方変更があったが、GLP1拮抗薬とDPP4の拮抗薬の併用処方となるため処方医に疑義照会を行った結果、テネリア20mgからデベルザ20mgに変更となった。	処方医にはGLP1拮抗薬とDPP4拮抗薬との併用に問題がある事への認識があった事から薬剤名の入力間違いであったと思われる。	配合剤については成分名だけでなく用量も確認した上で監査を行っている。	テネリア錠２０ｍｇ	デベルザ錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2398	他医療機関から転院し初めて受診し、現在の服用薬を担当医に伝えて同じ服用薬を処方されるはずだったが、薬局で交付時に現在の病状を確認した時に糖尿病ではなく高血圧である事を確認したため処方医に疑義照会を行った。結果として処方されていたテネリア錠20mgがテルミサルタン錠20mgに変更となった。	薬品名が類似していた為処方医の入力間違いが原因と思われる。	最近近隣の個人医院が閉院となり、他の医療機関への転院が増えているため処方箋内容に間違いが時々見受けられる。特に薬局での新規患者様で継続している服用薬を処方された場合は特に情報取集をしっかり行うようにスタッフ全員で意識している。	テネリア錠２０ｍｇ	テルミサルタン錠２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2399	テネリア(40)が同処方箋内に2回処方されており、定期薬であるテルミサルタン(40)の処方がなかったため、テネリア(40)以外にテルミサルタン(40)も処方が必要なのではないかと思われ疑義照会した。結果はテルミサルタン(40)が必要であった。	テルミサルタンとテネリアが同じ規格もあり、名前が似ているため、医師の電子カルテでは入力の際近い場所にあるのだと思われる。	患者の状態や情報をよく聞き取ることで降圧薬も定期的なものが必要であるばずと判断できた。	テネリア錠４０ｍｇ	テルミサルタン錠４０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2400	平素よりご利用されている患者様が病院変更となり、処方箋を付き添いの方が持ってこられました。処方内容を見るといつものデュタステリドカプセルがデノタスチュアブル錠に変更になっており、薬が変更になったことについて何かお話を伺っているか確認したところ何も聞いていないと返答があったため疑義照会を行いました。結果、前回と同じデュタステリドカプセルに変更となりました。	デュタステリドカプセルとデノタスチュアブル配合錠を見間違った可能性が考えられる。	病院が変更した際などは必ず患者様に薬の変更がなかったかなどしっかりと確認を行う。	デノタスチュアブル配合錠	デュタステリドカプセル０．５ｍｇＡＶ「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
2401	定期的にデパケン２００ｍｇを服用されている患者さんで現在症状安定されているが今回デパケンＲ２００ｍｇが処方されていたためレセコンデータと患者さん聞き取りにより入力ミスが発覚した。	クリニックでの類似名のため、カルテからの処方箋入力ミスと思われる。	てんかん患者はわずかな薬の血中濃度の変化で発作が起きることがあるので、レセコンデータとお薬手帳の確認、本人聞き取りをしっかり徹底することで健康被害が防げる事例があると思います。	デパケンＲ錠２００ｍｇ	デパケン錠２００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2402	他院からの紹介で転院のため当薬局に処方箋とお薬手帳を持参した。処方箋の内容とお薬手帳による過去の処方歴との相違に気が付き疑義照会を行った。実際には一般名処方にて【般】バルプロ酸Na錠100ｍｇと記載されていた。手帳にはバルプロ酸ナトリウム徐放錠A100ｍｇ「トーワ」と記載。	類似名称による医院でのオーダーミスもしくは入力ミスと推定される。	手順通り行えば間違えることはない。一般的に注意が必要な薬剤の典型例であり、薬局従業員間の情報共有と社員教育を実施。	デパケン錠	デパケンＲ錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2403	風邪症状で受診した患者に糖尿病薬デベルザが処方されていた。疑義照会し、抗ヒスタミン薬デザレックスへ変更となった。	名称が似ていることから処方入力時にミスがあったものと思われる。	患者の訴える症状と薬の種類に相違がないかの確認を徹底する。	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
2404	＜処方内容＞デベルザ錠20mgアレジオンLX点眼液0.1% 薬剤交付時、患者様から鼻炎・目の痒みで受診したことを確認。医師より血糖の話は受けていないことを確認した。	デザレックス錠との入力間違いと思われる。	患者様からの聞き取りをもとに、デザレックス錠の入力間違いでないか医師に疑義照会した。結果、デベルザ錠からルパフィン錠へ変更となった。	デベルザ錠２０ｍｇ	ルパフィン錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2405	定期的に来局する患者の処方箋にデベルザ錠20mgが追加されていた。用法が眠前となっていたので、処方監査に当たった薬剤師は、朝食前または朝食後への変更を求めて疑義照会を行った。回答は、薬品名の間違いでデエビゴ錠5mgに変更となった。	処方入力の際の薬品選択ミスであると考えられる。	処方監査、患者への聞き取り等で不審な点があれば必ず明らかにする。	デベルザ錠２０ｍｇ	デエビゴ錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2406	60歳男性の患者に対し、デュファストン5ｍｇが新規処方されていた。患者本人に確認をしたところ、新しい睡眠薬を処方すると医師が診察の際に言っていたと聴取。デュファストンは女性に対して使用される薬剤であるため疑義照会をした所、デエビゴ５ｍｇの処方間違いという事が発覚した。	薬剤の頭文字と、規格のミリ数が同じことから誤りが生じたので3文字入力を行えば、防げた事象かと思われる。	新規で処方された薬剤があれば、適応を確実に確認する。患者本人にも、どのような薬剤が処方されることになっているかを確認する。	デュファストン錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2407	処方箋にウブレチド錠、（般）デュロキセチンカプセルの記載あり。前回はウブレチド錠、デュタステリド錠で投薬。処方病院は泌尿器科ではなく整形外科。ただ近隣住民のかかりつけとなっており、他科の薬もちょくちょく出ている。基本は院内なのだが数名院外処方されている。薬が変更かと思われたが、あまりにも系統が違う薬であり、本人も高齢で聞き取りをしてもよくわかっていない。名称が酷似しているため、念のため疑義照会したところ、処方ミスが発覚。	製品名、一般名にかかわらず名称が酷似しているものがあり、注意が必要。今回は全く系統が違う薬であり、前回歴もあったことから疑いを持ったが初めての処方だったり、いつもと違う薬局ならそのまま出していた可能性もある。処方箋の中でも薬の組み合わせにも注意をして、疾患を推測しそれに見合う薬かどうかチェックしないといけない。	出来る限りかかりつけ薬局を患者に勧め、薬の一元化による処方ミスや重複などには特に注意をしていかないといけない。	デュロキセチン錠２０ｍｇ「ケミファ」	デュタステリド錠０．５ｍｇＡＶ「ＮＳ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2408	テラムロ配合錠でムカツキ、ふらつきも副作用が過去にあり。今回、追加でテラムロ配合錠が処方されたため。Drに報告し、テルチア配合錠に変更となった。	受診時の患者とのコミュニケーション不足。体調変化の聞き取り不足。	処方が追加された場合、次回来局時に体調変化等のの副作用の発現の確認を実施する。	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
2409	ヒヤリハット事例；今までテラムロ配合錠APでコントロールしていた患者に今回テラムロ配合錠BPが処方されていた。血圧変動があったのか確認すると収縮期血圧120程度で推移しており、悪化もなかった様子。　処方元に確認するとAP錠の誤りであった。	薬剤処方時はコンピューターより選ぶ形となっており、同名の規格違いを誤って選択したと思われる。	薬剤変更時、用量が変更となったときは患者から聞き取りを行い、疑問がある場合は必ず処方元に確認を行う。薬局内でも複数規格などは勉強会などで周知する。	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
2410	デルモゾールG軟膏が口腔の用法で処方されていたため、患者に確認したところ、希望した薬剤がデキサメタゾン口腔用軟膏であったので、疑義照会した。	患者と処方医とのコミュニケーションが取れていなかったと考えられる。	患者とのコミュニケーションを取ること。	デルモゾールＧ軟膏	デキサメタゾン口腔用軟膏０．１％「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2411	部位が顔の症状でクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏が処方されていたため、投薬時症状を確認したところニキビ症状だったため疑義した。疑義の結果、クリンダマイシンの間違いだった。	医療機関の事務員が一般名処方入力する際、クリンダマイシンを入力すべきところ類似名だったクロベタゾール軟膏を入力してしまい、ダブル監査もスルーされていた為。	投薬時に患者に対して薬効説明をするだけでなく、患者の病状確認を行い薬剤間違いがないか要確認を行う。	デルモベート軟膏０．０５％	ダラシンＴゲル１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2412	デルモゾール軟膏をデルモベート軟膏と勘違いしてだされている。股に塗ると指示があり強すぎるため問い合わせしてデルモゾール軟膏へ変更となる。	デルモベート軟膏を股へ使用する場合はステロイドが強すぎる可能性がある為疑義照会。	ステロイドの強さや可能な使用部位について確認をして適正な強さ、使用部位になっているかを確認する。	デルモベート軟膏０．０５％	デルモゾール軟膏０．１２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2413	ストロンゲストである、デルモベート軟膏が顔に処方されていたため、間違いないか確認。ミディアムである、キンダベート軟膏へ変更となった。	名称の類似による誤りと推測される。	ステロイドの強さの知識を持つ。強さと使用する部位に齟齬がないか確認する。	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
2414	患者に初めて【般】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏が処方された。部位が顔だったため、ストロンゲストは強すぎると判断し疑義紹介。【般】ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏に変更となった。医療機関から「患者が他の医療機関から使用中であり、実物を見せてもらった」とのことだったが、実際持ってこられていたのはデルモゾール軟膏であった。処方がデルモベート軟膏だったため、処方箋発行時の入力間違いがあったのかもしれないと推測される。	デルモゾール軟膏とデルモベート軟膏の入力間違い。その後一般名に変換して処方箋発行されたと考えられる。	ステロイドの強弱と使用部位の確認。	デルモベート軟膏０．０５％	デルモゾール軟膏０．１２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2415	デルモベート軟膏の処方がでたが、塗布部位が顔だったためステロイドの強さに疑問をもった。他の薬局で以前もらっていた薬の情報を確認すると、デルモゾール軟膏だったため処方ミスだと考え疑義照会を行った。医師に確認したところ、以前使用していた薬と同じものが処方したかったとのことで、デルモゾール軟膏と同成分のリンデロンV軟膏に変更となった。	クリニックもお薬手帳の情報を基にして処方を作成したようだが、薬品名が似ていたため間違えて処方を出してしまった。デルモゾールとデルモベートのように似た名前の薬があるとの認識がなかったため間違いに気づかなかったと考えられる。	他の医療機関でもらっていた薬をそのまま出すケースは少なくないため、今までたことがあるかどうかも含めてお薬手帳の内容は確認する。また、使用部位に対してステロイドの強さが強いと思った場合には処方ミスの可能性もあるため念のため疑義照会を行う。	デルモベート軟膏０．０５％	リンデロン－Ｖ軟膏０．１２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2416	トリアゾラム錠0.25mg分４毎食後就寝前処方。用法に疑問を持ち患者様に問診すると、股関節痛の症状があり、以前服用したトアラセット配合錠を処方してもらうつもりだったとの回答あり。主治医に疑義照会し、トアラセット配合錠に変更になった。	類似名称の為、処方入力の際に打ち間違えたの考えられる。	用法用量の確認問診内容と薬剤の相違がないかの確認	トアラセット配合錠「ケミファ」	トリアゾラム錠０．２５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2417	通常、院内処方のクリニックが院外処方。一般名処方で、ドロキシドパ口腔内崩壊錠１００ｍｇとスルピリド錠５０ｍｇの処方あり。基幹病院からの転院でクリニックを受診。パーキンソン病で服薬中で、今までスルピリドを服用した経験はないと患者様から聞き取り。そのため、先発品ドグマチールからパーキンソン病治療薬のドパコールを推察し、患者様に確認したところ、処方間違いが発覚。疑義照会を行ったところ、スルピリド錠５０ｍｇからドパコール配合錠Ⅼ５０に変更となった。	院外処方時の処方せん入力を誤り、そのまま一般名に変更したことで、間違いを見逃したと考えられる。	通常院内処方のクリニックからの処方せんについては、注意深く処方内容を確認し、調剤。投薬時にも患者様から入念に聞き取りし、未然にミスを防止する。	ドグマチール錠５０ｍｇ	ドパコール配合錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2418	今回定期薬に追加分として、ドネペジル塩酸塩OD錠10ｍｇ　2錠朝夕食後の処方。当薬局・他院からもドネペジルの処方歴なく、初回にしては過量のためご家族に対面にて確認。すると「吐き気止めを頼んだと」とのことで、疑義紹介を行った。結果、ドンペリドン錠10ｍｇ2錠　朝夕食後へと変更となった。	医師側が入力時に、ドンペリドンのところを誤ってドネペジルを選択してしまったと推測。	初めての薬の際は、念入りにご本人・ご家族より症状の聞き取りを行い、誤っていないか確認する。また、用量が誤っていないか確認を行う。	ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「ＦＦＰ」	ドンペリドン錠１０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2419	退院後の初受診。入院時処方の引継ぎ。入院前の定期処方から変更あり。初めての薬でドネペジル錠10ｍｇがあるが、今までの処方歴なし。お薬手帳にも記載なし。本人に確認するもはっきりした回答が得られず。初回投与でドネペジル10ｍｇ処方は考えにくい。退院時処方を確認すると、ドンペリドン錠の処方が確認できたため、類似名称による処方間違いの可能性も考えられたため疑義照会を行った。処方医よりドンペリドンとドネペジルを見間違えていたこと、ドネペジル錠が3錠分3で処方されていたから、1錠分１に変更したことが確認できた。入院時に服用されていたドンペリドン錠10ｍｇ3錠分3に変更となった。	類似名称	類似名称を意識する	ドネペジル塩酸塩錠１０ｍｇ「ＮＰ」	ドンペリドン錠１０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2420	ドンペリドン錠を以前から服用している方にドンペリドン錠が処方されていた	一般名処方であり、名称が類似していることによるものだと思われる	処方監査の徹底	ドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「明治」	ドンペリドン錠５ｍｇ「ＥＭＥＣ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2421	成分名記載でフルオシノニド軟膏（先発トプシム軟膏）だが、患者はフルコートを頼んだとモニタ、疑義照会によりフルコートに変更となった	フルコート：フルオシノロンアセトニド、成分名類似のためと医師談	ステロイド軟膏類の成分名類似が多い、注意喚起徹底している	トプシム軟膏０．０５％	フルコート軟膏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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2422	トフラニール２５ｍｇ３錠と処方されていて薬局に在庫がなくまたトフラニール（２５）は自主回収で入荷ができないため処方医にＴＥＬにてトフラニール（１０）で対応できないか確認したところトラマールOD（２５）３錠の入力ミスと判明する。患者情報から痛みがひどいため医師に相談したらしくトフラニール（２５）も使用薬剤のひとつなので処方自体問題ないと判断する。	類似薬品のため処方ミスが生じたと思われる。	類似薬品が処方された場合は患者情報をしっかり聞き取り処方内容が適切が否か絶えず判断していきたい。	トフラニール錠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
2423	当薬局を初めて利用する患者が処方箋をもって来局した。トフラニール錠２５ｍｇ４錠１日４回朝昼夕食後、就寝前と記載されていた。お薬手帳にもトフラニール錠２５ｍｇの服用歴はなかった。初診であり、薬剤師Aはトフラニール錠２５ｍｇ４錠分４の処方について疑義照会し確認したところ、処方医の指示はトラマールOD錠２５ｍｇだったことがわかった。その結果、トラマールOD錠２５ｍｇに変更になった。	トラマールＯＤ錠２５ｍｇと入力するところを、名称が似ているトフラニール錠２５ｍｇと入力したようだ。	類似した名称の薬に注意して、処方内容に間違いがないかどうか確認していく。	トフラニール錠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
2424	トラゼンタ錠　３錠　毎食後　で処方あり。用法用量がおかしいことと、患者様に確認すると糖尿病ではないとの話だったため、医師に疑義照会を実施。結果、トランサミン錠250ｍｇ３錠　毎食後　に変更となった。	トランサミンとトラゼンタで名称が類似しており、処方せん作成時の入力ミスと考えられる。	添付文書に記載の用量用法と異なる場合には必ず疑義照会を行う。また、患者様の病状をしっかりと聞き取り、処方薬に不審な点があれば必ず疑義照会を行うようにする。	トラゼンタ錠５ｍｇ	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2425	トラゼンタが初回で追加され患者側に糖尿の薬の追加は聞いているか確認したところ糖尿の薬の追加は聞いてないと聴取	トラセミドを処方するところをトラゼンタが処方されてしまった。薬品名が類似いていることが原因と思われる。	処方変更時は変更理由や何の薬が追加になると医師から聞いているか患者側に確認する。	トラゼンタ錠５ｍｇ	トラセミド錠４ｍｇ「ＫＯ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2426	循環器科処方で今までトラセミドOD４ｍｇ処方されていたが、削除され、トラゼンタが処方追加になっていた。患者に糖尿病の既往症はなく、浮腫は改善していないとのこと。疑義照会の上、トラゼンタは、トラセミドの入力間違いで、処方変更になった。	医師はコンピュータの入力で、トラセミド４ｍｇから８ｍｇ錠に変更しようとして、トラセミド４ｍｇを削除し、トラセミド８ｍｇを選択使用として、間違えてトラゼンタを選択してしまった。薬品名の類似による選択間違い。	患者の既往症を確認し、事前に処方内容の変更について聞き取りをし、処方の整合性を確認する。	トラゼンタ錠５ｍｇ	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
2427	以前よりトラセミドを服用していたが、効果不十分のため一時オルメサルタンに変更になった。しかし、脱毛の症状が出現したため、もとのトラセミドに変更になる予定だったが、処方薬の選択ミスでトラゼンタが処方されていた。患者さまとのお話でその事がわかり、疑義照会を行いトラセミドに処方変更になった。	薬剤名が似ていることで、処方薬選択時にミスしてしまった。	調剤ワークシートに、前回との変更点が分かるようになっている。そこで、薬剤交付時に変更点などを聴取しやすくなるため、処方ミス等に気付きやすくなる。	トラゼンタ錠５ｍｇ	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
2428	ジャデアンス錠１０ｍｇとエクメット配合錠HDを以前服用していたのですが今回の処方でエクメット配合錠HDとトラディアンス配合錠APを出す処方が来ました。	配合錠なので2種類のことが分かってなかったのでないでしょうか	もちろん疑義照会しました。結果は以前のままに戻りました。	トラディアンス配合錠ＡＰ	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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2429	リベルサス初処方の患者のお薬手帳を確認したところ、他院でトラディアンスAP服用あり。患者に聞き取りしたところ、医師には伝え済みで併用でよいと言われているとのことだった。しかし、GLP1とDPP4阻害剤の作用重複と考えるため疑義照会。医師はトラディアンスにDPP4阻害剤含まれること把握していなかったようで（ジャディアンスと思っていた？）、トラディアンスは中止指示。トラディアンスの代わりにジャディアンス１０ｍｇが追加となった。	医師が併用薬の把握を実施していたが、配合剤であったため、詳しい成分の把握まで実施できていなかった可能性がある。	併用薬との作用重複などがないか確認していく。医師から併用の指示あったとしても、明らかにおかしい場合は疑義照会する。	トラディアンス配合錠ＡＰ	ジャディアンス錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2430	トラディアンス配合錠ＡＰ服用中の方にオゼンピック皮下注0.25ｍｇが処方された。トラディアンスはＳＧＬＴ２阻害薬とＤＰＰ４阻害薬の配合錠であるため、オゼンピックとＤＰＰ４阻害の作用が重複する。どちらもＧＬＰ１受容体を介した血糖降下作用があり、併用について安全性有効性がないため、疑義紹介。トラディアンス→ジャディアンス10ｍｇ単剤へ処方変更。	配合剤の使用が増えており、オゼンピック追加時もそのまま処方が残ってしまったと考えられる。名称含め、配合剤の分かりにくさが要因と考えられる。	処方追加時、変更時はさらに細心の注意で、併用薬の妥当性を考える。	トラディアンス配合錠ＡＰ	ジャディアンス錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2431	今回、初めて糖の薬が処方された。トラディアンスは第一選択薬ではない為、確認	トラゼンタの処方が名称一部同じの為ではないか	過去の服薬履歴をきちんと確認し、処方チェックする	トラディアンス配合錠ＡＰ	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
2432	『トラマールOD25mg』が「嘔気時」で処方となっており、疼痛時の間違いではないかと思い疑義照会したところ『トラベルミン配合錠』の間違いだったことが発覚	処方入力時に「トラ」の2文字で検索をかけていたと考えられる薬効が異なるため、頓服の用法から誤りに気付くことができた	適応から大きく異なる処方が出た場合は直ちに疑義照会を行う	トラマールＯＤ錠２５ｍｇ	トラベルミン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2433	トラムセット配合剤が処方されていたが、患者への聞き取りでは風邪症状で受診したとのことだったので、疑義照会したところトランサミン錠250mgに変更となった。	電子カルテの検索条件が2文字検索になっていることが原因と思われる。	患者に状症状態を聞き取りし、処方内容と確認する	トラムセット配合錠	トランサミン錠２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2434	初めて来局された患者。肩の痛みで近院を受診していたが、中々改善がみられないため転院。前医のではツートラム錠100ｍｇとセレコックス錠100ｍｇが処方されていた可能性がある旨聴取。お薬手帳はお持ちでなかったので、口頭での確認だった。今回医師からは同様の薬を処方するとの話でセレコックス錠100ｍｇとトラムセット配合錠が処方された。セレコックス錠とアセトアミノフェンを重複して飲む形になるので医師に問い合わせをしたところ、医師からは「ツートラム錠とトラムセット配合錠は同じ成分の薬ではないのか」という回答。アセトアミノフェン配合の有無について説明したところ、トラムセット配合錠は削除になり、代わりにツートラム錠100ｍｇが処方となった。	ツートラム錠とトラムセット配合錠の違いを理解していなかった	前医からの紹介という形で処方されていても、疑義すべき内容があれば疑義照会を行う。	トラムセット配合錠	ツートラム錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2435	患者様が整形外科で処方されていた薬を通院困難な為、かかりつけ医での処方を希望した。処方医は患者様持参のお薬手帳を参考に定期薬に追加処方した。処方箋監査の際に、カロナール錠50ｍｇとトラムセット配合錠の処方がありアセトアミノフェンの重複処方の為疑義照会を行った。トラムセット配合錠からトラマールＯＤ錠25ｍｇに変更になった。整形外科ではカロナール錠500ｍｇとトラマールOD錠25ｍｇで処方されていた。	処方医はトラムセット配合錠にアセトアミノフェン配合されてるとの認識はあったようだ。お薬手帳を確認して処方していたが、トラマールOD錠とトラムセット配合錠を勘違いしていたと思われる。	薬局では配合錠が処方された際には成分を確認し、同一処方箋内またお薬手帳から他科で同効薬の処方がないか確認するように努めている。また、転院など他院処方薬がかかりつけ医で処方された場合には、お薬手帳から薬剤名、規格、用量用法を確認する。メーカー変更になる際などにも患者様に変更が分かるようにお薬手帳にメモを残すようにしている。	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
2436	血尿がでた患者にアドナとトランコロンが臨時処方。トランサミンの間違えではないかと考えた。また前立腺肥大で治療を受けていてトランコロンは禁忌でもあるため合わせて疑義照会。トランサミンカプセル250ｍｇに変更となった	薬剤名の頭3文字が同じであることから入力したときにミスしてしまったと思われる。	患者からの症状の聞き取りなどをきちんと行う。	トランコロン錠７．５ｍｇ	トランサミンカプセル２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2437	メリスロン錠6ｍｇとツムラ五苓散とトランサミン錠250ｍｇが追加された処方箋を応需。めまいの薬が出ているため、類似名でトラベルミン配合錠の処方誤りの可能性を感じ、疑義照会。トランサミン錠250ｍｇは処方誤りで中止。トラベルミン配合錠に変更になった。	恐らく医師がトラの2文字検索をし、誤って入力をしてしまった可能性。	同時に追加処方された薬からめまいの症状が考えられ、薬の薬効と合わないため念のため疑義照会。類似名誤りと確認した。	トランサミン錠２５０ｍｇ	トラベルミン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2438	12/15　新患の方。FAXで処方箋が流れてきた。その際に、一剤（トランデート錠）が在庫なかった為、患者さまのご家族の連絡先はわかっていたため、ご家族に連絡。降圧剤（トランデート錠）の在庫なく取り寄せに時間が掛かること伝えるが、患者さまは風邪で受診しており、血圧の薬が出ることを聞いていないと返答がありました。患者さまの話と処方内容が違うため、処方が間違っている可能性あり、病院に電話で疑義照会しました。病院からはトランサミン錠250ｍｇとトランデート錠50ｍｇを誤って入力していたと返答ありました。	カルテ入力の際に、「トラ」の２文字で薬剤を検索して入力した為、誤入力されたと推察されます。	お薬をお渡・、説明するは、新患の患者さまは特に内容の確認を徹底し患者さまの訴えと内容にずれがないかを確認している。	トランデート錠５０ｍｇ	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
2439	かかりつけ医変更時の初回処方で、眠前薬にトリアゾラムの処方記載があったが、前医処方でエチゾラムが処方されていたことをお薬手帳により確認し、疑義照会したところ入力ミスであるとのことで処方訂正を行った。	医師による単純な入力ミス	医療機関が変更になった際は必ずお薬手帳等の内容を確認したうえで調剤する	トリアゾラム錠０．２５ｍｇ「テバ」	エチゾラム錠０．５ｍｇ「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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2440	口内炎にてオルテクサー口腔用軟膏（０．１）の塗布が必要な患者に対して、【般】トリアムシノロン軟膏（０．１）が処方されていた。 患者への聞き取りにて、軟膏は口内炎に対して使用するものである確認が取れたため、疑義照会を実施し、口腔用軟膏への変更を行った。 併せて、病院のクラークに対して、オルテクサー口腔用軟膏（０．１）の処方希望の場合は【般】トリアムシノロンアセトニド口腔用軟膏（０．１）で処方するようお伝えした。	疑義照会時に、変更内容をお伝えしたがなかなか理解されなかったため、おそらく病院のクラークの知識不足ではないかと考える。	本、処方ミスがあった病院のクラークの知識不足・技量不足を念頭に置いて、患者への聞き取りをしっかりと行う。今後の入力ミスを極力減らしていただけるよう、疑義照会時に、正しい入力方法をお伝えする。	トリアムシノロンアセトニド０．１％軟膏	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
2441	71歳男性。平素よりデュタステリドカプセルを内服中。2021/11より入眠障害を訴えロゼレム錠を開始。2022/1に病院へ定期の受診、帰り際に薬局に来局。処方鑑査時に、トリクロルメチアジド錠2mg（就寝時内服）の追加、ロゼレム錠の削除を確認。トリクロルメチアジドは利尿剤であり、就寝時に服用することは少ないこと、ロゼレム錠の処方が削除され、他薬が就寝時で処方されていることから、疑義照会を実施。本来、ロゼレム錠を削除し、フルニトラセパム錠1mg（就寝時）を追加する予定であったところ、誤ってトリクロルメチアジド錠を処方してしまったと確認したため、処方変更し、薬剤調整した。	医師の処方時に薬剤名が類似したフルニトラゼパムとフルイトラン（トリクロルメチアジド）を入力誤りしたと推測される。	その日の処方のみならず、薬歴を参照し総合的に処方内容を鑑査している。	トリクロルメチアジド錠２ｍｇ「ＮＰ」	フルニトラゼパム錠１ｍｇ「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	
2442	トリメブチン錠１００ｍｇ　３Ｔ毎食後で服用している患者様の処方が、トリメブチン酸細粒２０％　３ｇ毎食後の処方に変更になっていた。患者様に確認すると、変更は聞いていないとの事。医院での処方入力の際に、医薬品が変更になったのではと考え疑義照会。用量も細粒は２０％のため、量的には倍量になってしまう。疑義照会で、今まで通り１００ｍｇ錠　３Ｔ毎食後に変更になった。	処方入力のオーダリングの際に、錠剤が細粒になってしまい、力価が倍になっていることを見逃して、錠剤と同じ３ｇでの処方になったと思われる。	薬歴を確認し、変更点があった際には患者様に確認をする。剤形により、力価が違うものもあるので処方内容をしっかり確認する。	トリメブチンマレイン酸塩２０％細粒	トリメブチンマレイン酸塩１００ｍｇ錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2443	小児に臨床データの無いトリンテリックス錠10ｍｇが処方。疑義照会にて内容に間違いないか確認したところ薬剤の選択ミスであることが判明。トリプタノール錠10ｍｇへ処方変更に。	前半の2文字で検索を行った結果選択ミスが生じたものと考えられる。	必ず小児で出る薬なのか調べたうえで、小児データなしなどの記載があった場合には必ず問い合わせし、処方内容に誤りがないか確認を取るようにする。また聞き取った症状と薬効が一致しない場合も疑いの目をもち、確証が持てない場合は必ず問い合わせを行うよう心掛ける。	トリンテリックス錠１０ｍｇ	トリプタノール錠１０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2444	新患。Ａ院で処方を継続していたが、Ｂ院へ移行。Ａ院ではノボラピッド注フレックスタッチ、トレシーバ注フレックスタッチが処方されていた。Ｂ院ではフィアスプ注フレックスタッチ、トレシーバ注ペンフィルが処方された。 投薬時、ペンフィルについてインスリンペン型注入器をもらっているか確認をしたら、もらっていないということであった。また、フレックスタッチからペンフィルに変更になる説明を受けていないということから、処方間違いの可能性があり疑義照会に至った。	医師が薬剤を選択するときに、誤って選択した可能性が高い。トレシーバはフレックスタッチとペンフィルがあるが、マスタから選ぶときに誤ったのだろうと考えられる。	今回は、ペンフィルについて説明をうけていない、ペン型注入器をもらっていないという、患者の話が鮮明であったため疑義照会をすることができた。患者より、もしかしたらペン型注入器をもらっていたかもしれない、など曖昧な返事であったら薬剤を交付していたかもしれない。薬局はお薬を渡すだけではなく、患者に合った処方薬となっているかを確認することができる最後の場所であるということを意識し業務を行うべきである。	トレシーバ注　ペンフィル	トレシーバ注　フレックスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2445	糖尿病の注射薬が初めて処方された患者で、通常１日１回使用するトレシーバ注が１週間に１回使用するとの指示となっていたため、処方医に確認したところ、トルリシティ皮下注の誤りであったと判明した。	同じ糖尿病に使用する注射薬で名称が似通っていたため。	初回投与時には用法等の誤りがないか確認する。	トレシーバ注フレックスタッチ	トルリシティ皮下注０．７５ｍｇアテオス		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2446	ニコランジル5ｍｇ　2錠　共通時10回分と処方あり　一回量としても多いのと胸痛時に使用するという使用方法に疑問があり疑義照会を行いました。確認したところニトロペン舌下錠　1錠　胸痛時　10回分に変更となりました。	病院の入力担当が新人だったため　手書きカルテの読み違いが原因で薬剤名一回量を間違えたのではないかと思われる。	頓服　使用方法の確認　用法用量のチェックを行い　疑問点或る時は調剤前に確認をとる。	ニコランジル錠５ｍｇ「トーワ」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2447	狭心症疑いの患者にニトロール５ｍｇが胸痛時服用で新規処方された。ニトロール５ｍｇは最高血中濃度に達するまで３０分ほどと時間を要するため、即効性のあるニトロペン舌下錠０．３ｍｇへ変更が必要ないか疑義照会行い、その結果ニトロペン舌下錠へと変更となった。	どちらも同じ硝酸剤で薬剤名も酷似しているため処方間違いの可能性があった。	病識を知り、それに見合った薬が処方されているか処方解析を行えるように自己研鑽に努める。	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
2448	血圧上昇でニフェジピンCR20が処方患者より、1日2回服薬と主治医より話があったとのこと。CR錠は1日1回の薬であることから主治医に疑義照会。L20の間違いである旨回答があり、処方変更となる。	名称類似で作用時間や服薬時点が違う薬なので処方ミスがあったものと推察される。患者へのヒアリングをしっかり行うことで防げる。	規格違い類似名商品は必ず患者投薬時に詳細なヒアリングを行うことを徹底。	ニフェジピンＣＲ錠２０ｍｇ「ＮＰ」	ニフェジピンＬ錠２０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2449	以前からアダラートＬ錠２０ｍｇが２錠分２で処方されている患者がいた。ＦＡＸ受付時の処方箋にはニフェジピンＣＲ錠２０ｍｇが２錠分２で処方されており、疑義照会を行うと薬剤の変更はなく、ニフェジピンⅬ錠に変更になった。	アダラートⅬ錠が販売中止の為、マスタ登録から消えていたと思われる。ジェネリック医薬品は販売継続の為、入力時に誤ってＣＲ錠を選択したのだと考えられる。	販売中止薬剤を予め確認しており、変更が妥当であるか確認するよう努めている。	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
2450	1日1回の服用で処方されるニフェジピン徐放錠は通常24時間持続型のものが多いが1日1回の処方で12時間持続型のお薬が出ていたため疑義照会。24時間持続型に変更。	医薬品を入力する際に、【般】ニフェジピン徐放錠10mg(12時間持続)の○時間持続の部分まで確認が必要で見間違いもしやすいため。	一般名で入力されているお薬で種類があるものは必ず最後まで名称確認し、本来の用法と違う場合は疑義する。	ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「トーワ」	ニフェジピンＣＲ錠１０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2451	病院の採用にニフェジピンCRの採用がないので、医師がニフェジピンLを処方した。調剤時用法を確認するが一日一回投与のため疑義照会した。ニフェジピンCRに変更となる。	認識不足と考えられる。	お薬の作用時間をしっかり認識して、調剤、監査を行っていきます。	ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「トーワ」	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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2452	前回、一般名ニフェジピン徐放錠20ｍｇ（２４時間）で処方あり。今回、血圧降下によりめまいあったため減量と患者から話聴取。処方はニフェジピン徐放錠10ｍｇ（１２時間）となっていた。前回から規格は減量となっているが、持続時間も短いものが処方されていたため念のため疑義照会し、ニフェジピン徐放錠20ｍｇ（２４時間）の誤りであったと判明。	コンピューターマスタで類似薬剤を選択してしまったと考えられる。	薬変更の有無にも関わらず、処方せん・薬歴・お薬手帳の確認を継続して行う。特に変更あった時は、患者本人への聞き取りを行うとともに疑問なく調剤を行うようにする。	ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「トーワ」	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
2453	夕方在宅訪問されている医師より処方変更の連絡がありニフェジピンＬ１０ｍｇ２錠　朝夕食後を１日１回に変更するのでニフェジピンＣＲ２０ｍｇ１錠　朝食後に変更指示有り。処方箋は翌日に発行され薬局が受け取り処方監査を行う。その際、一般名処方が（般）ニフェジピン徐放錠２０ｍｇ（１２時間持続）１錠　朝食後になっている為、前日に受けた指示と異なるため医師に確認。一般名間違いで（般）ニフェジピン徐放錠２０ｍｇ（２４時間持続）１錠　朝食後に変更指示。	一般名の確認、今回の持続時間も含めた一般名が一番後ろにあるため入力時に咄嗟に入力して持続時間の確認漏れがあったと思われる。	一般名処方の監査時に、一般名、用法、用量の監査に注意必要。	ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「杏林」	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
2454	（般）ニフェジピン徐放錠２０ｍｇ（12時間持続）2錠1ｘで処方されるも、入院前はニフェジピンＣＲ錠２０ｍｇで処方されており、お薬手帳からも退院時はＣＲ錠で処方されていたため疑義照会し、（般）ニフェジピン徐放錠２０ｍｇ（24時間持続）に変更となった。	退院時の処方内容をそのまま継続で処方する際に、入力ミスがあったと考えられる。	退院後の処方内容については間違うことが多く、退院時の処方内容や入院前の処方内容と照らし合わせて間違いがないか確認する	ニフェジピンＬ錠２０ｍｇ「サワイ」	ニフェジピンＣＲ錠２０ｍｇ「ＮＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2455	他院からの紹介状にて　当該医療機関を初回受診。血圧コントロール不良のため服用薬はニフェジピンCR２０ｍｇ（24時間持続タイプ）を分２朝夕で服用していた。今回、紹介状を受けた医療機関側で　一般名処方でニフェジピン徐放錠２０ｍｇ（12時間持続タイプ）　分２朝夕食後で処方。通常であれば、分２服用は12時間タイプのニフェジピンＬ２０ｍｇでの処方になるため間違えたようだ。お薬手帳からニフェジピンＣＲ２０ｍｇ（24時間持続タイプ）　を分２服用で血圧コントロールされていたことが判明問合せの上　ニフェジピンＣＲ２０ｍｇ（24時間持続タイプ）分２朝夕食後に処方変更となった。	ニフェジピン錠のL、CRの表記が紛らわしい。	徐放製剤のタイプなど誤りやすい薬品は常日頃から注意して確認する。特に初回受診時は患者聞き取りや手帳の確認なども入念に行う。	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
2456	初めて病院を受診された方で、前回までの薬剤と違っていた。ニフェジピンカプセル１０ｍｇが、常用で処方されたことがなかった。	成分名が類似している場合には、カルテの記載ミスやレセコンでの入力ミスが考えられる。	お薬手帳や患者からの情報収集を行い、処方に大きな変更がないか注意して監査している。通常と変わった処方がされた場合、用法、用量、薬剤の違いを疑って、疑義照会をするようにしている。	ニフェジピンカプセル１０ｍｇ「サワイ」	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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2457	２歳３か月の女児が風邪で咳症状がひどくて受診、ニポラジン小児用細粒0.6%0.3g（１日量）が処方されるべきところ、処方箋には一般名ニルバジピン錠2mg0.3錠（1日量）が処方されており、患者のお母様に症状確認し、血圧上昇の症状がみあたらないところで処方医に疑義照会した。その結果、処方医の入力間違いであることが判明し、処方変更となった。	月曜日で、診察を受ける患者様で混みあっており、処方医がレセコンで入力間違いしたと思われる。	他薬剤から推測される症状でも、必ず患者様から聞き取りを行い、その薬剤が処方されることが考えられないことを確認してから、処方医に必ず疑義照会する。	ニルバジピン錠２ｍｇ「ＪＧ」	ニポラジン小児用細粒０．６％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2458	ネイリン（10）1T/1×朝食後と処方箋記載あり。ネイリンには10ｍｇ規格がないため疑義照会したところネイリンではなくネキシウ20ｍｇの処方箋記載間違いであったことが発覚。	名称が類似していたため、処方箋には手書きで追加記載したため	新規薬剤が処方されたときには、患者から症状の聞き取りを実施また規格や用法が添付文書と異なる時にには必ず疑義照会を実施	ネイリンカプセル１００ｍｇ	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
2459	いつも定期で処方されている薬の他に塗り薬が処方されていた。かぶれたのかと思ったが、少し強めのステロイドだったので、婦人科系統で使用する部位ではないと思い、本人に体のどこかに痒みや湿疹がでたのか確認した。まったく症状はなかった。処方されている薬を読み上げて、他に処方される予定の薬があったのか本人に聞いた。少しぢのようなお尻のトラブルがあると話してくれたので、薬の間違えに気づいた。病院に電話確認して、薬品名の間違えがあったと判明した。	薬品名が似ていることで、処方箋入力時に薬品選択を誤ったと思われる。	処方されている薬が本日受診された症状に適しているのか確認していく。	ネリゾナ軟膏０．１％	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2460	整形外科、足の痛みで受診されたはずがノイロビタンのみの処方。アスピリン喘息あり、痛み止めを処方すると聞いている、と患者から聴取。薬学的判断で疑義照会。ノイロトロピン4錠分2朝夕食後へ変更と確認。	頭3文字が同じなため入力時の選択ミスと思われる。	新患には既往歴、アレルギー歴、併用薬など丁寧に聞き取るよう努めている。	ノイロトロピン錠４単位	ノイロビタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2461	患者聴取より、「最近食欲がなく、元気もないとDrに相談し、ビタミン剤を出してくれる。」という話だが、抗炎症薬のノイロトロピンが処方されていた。	パソコン入力で、ノイロで3文字検索したのち、ノイロビタンではなく、近くのノイロトロピンを選んでしまったと思われる。	患者聴取より、痛みや炎症の兆候はなく、ビタミン剤という話である。類似名のビタミン剤として、ノイロビタンがあるため処方確認し、変更となった。	ノイロトロピン錠４単位	ノイロビタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2462	新規でノイロトロピンが処方されていた患者で交付時に詳細を確認する「肩こりがあるのでビタミン剤を出すと先生が言っていた。」とおっしゃられた。採用薬にノイロビタンがあったため念のため処方機関に確認した。そこでノイロビタンの間違いであったことが発覚した。	おそらくノイロビタンの処方をする予定であったが処方入力時に前の3文字が同一の為ノイロトロピンを間違って入力してしまった可能性あり。	今回は患者様の証言で発覚したことなので、新規薬に関して聞き取りは必ずしていく。	ノイロトロピン錠４単位	ノイロビタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2463	継続服用されているノイロビタン配合錠が処方されるべきところがノイロトロピンが処方箋に書かれていた。疑義紹介後、ノイロトロピン配合錠に変更になった。	病院で電子カルテが導入されたばかりで、医師が端末操作に不慣れであったと思われる。	病院の新システム導入時は規格違い、類似名称違いなどの過誤が生じる可能性が高まるので、患者と十分にコミュニケーションをとり、少しでも疑義が生じれば必ず疑義紹介を行うようにする。	ノイロトロピン錠４単位	ノイロビタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2464	処方内容をお薬手帳で確認時に薬品名の違い確認。Ｄｒに確認後、薬の変更あり	他の医療機関より転院してきて、処方内容を転記する時に医薬品名の類似による転機ミス	今回のようにお薬手帳と処方内容の確認等が必須	ノイロトロピン錠４単位	ノイロビタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2465	ノイロビタン配合錠が処方されていたが、お薬手帳を確認したところ、これまではノイロトロピン錠が処方されていた。処方医に電話で疑義照会を行い、ノイロビタン配合錠は削除し、ノイロトロピン錠が追加になった。	転院した先の処方医が処方オーダリングシステムによる類似薬品名の間違いを起こし、誤って処方されてしまったと考えられる。	お薬手帳の普及とお薬手帳で処方歴を確認することの厳重化を行う。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠４単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2466	膝の痛みで受診。ノイロビタン配合錠が４錠分２で処方されていた。用法用量が合致せず、疑義照会。結果、ノイロトロピン錠の入力ミスと判明する。	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。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠４単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2467	症状に対して適応外のノバミン錠５ｍｇが処方されていた為、確認の疑義照会を行った。その結果、処方医の誤記と判明し、プリンペラン錠５ｍｇへ処方変更となった。	処方医の薬剤名の確認不足が原因と考えられる。	処方箋受付時、処方内容が適応から大きく外れていた場合は必ず疑義照会を行い、処方内容について確認する。	ノバミン錠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
2468	患者かかりつけ医引退のため病院変更。薬剤の手持ちがなくなるので近所の病院へ飛び込み受診した。処方された薬剤が平素と異なり薬局から病院へ疑義紹介したところ薬剤変更となった。	飛び込み受診した変更先病院が普段インスリン製剤を処方しない病院だったため、製剤の違いを考慮せず処方していた。	患者情報の記録、検査値の記録、患者からの聞き取りにより処方変更する状態ではないと判断できた。	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
2469	ヒューマログ注フレックスペンを使用していたがボタンが押しにくいためノボラピッド注フレックスタッチに変更することになっていた。処方箋はノボラピッド３０ミックス注フレックスペンが処方されていた。混合型で１日２回のため疑義照会したところ入力ミスだったとのことでした。	Dr.が医薬品を入力するときに誤って違う医薬品を入力したと考えられる	備考欄の確認や前回との比較、患者の聞き取りを気になることがあれば監査時に確認するようにしている	ノボラピッド３０ミックス注フレックスペン	ノボラピッド注フレックスタッチ		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	
2470	他院からの紹介である当該患者にインスリン注射の処方があった。患者が診療情報提供書を持参されていたため、確認したところ当該医療機関でインスリン注射の入力ミスが発覚。	担当の医師は当該医療機関に勤務して１年以内であり処方箋の入力・インスリンの処方になれていなかったことが原因と推察される。	他院からの変更の際はお薬手帳だけでなく、診療情報提供書の確認も実施している。	ノボラピッド３０ミックス注フレックスペン	ノボラピッド注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2471	ノボラピッド注３０ミックスフレックスペンが処方されていたが、以前処方されていたものが、ノボラピッド注フレックスタッチのため、念のため医師に確認した所、勘違いにてノボラピッド注３０ミックスフレックスペンの方が出ていたため、ノボラピッド注フレックスタッチに変更。	医師のインスリン製剤に対する知識不足。	前回薬歴との比較。	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
2472	いつも当薬局を利用する患者の家族が処方箋を持参した。処方せんにはノボラピッド30ミックス　1日3回毎食前（5-3-6）と記載があった。ノボラビット30ミックスは通常1日2回の用法で、この患者の過去の処方を薬歴で確認するとノボラビットフレックスタッチ（5-3-6）が称されていた。患者家族に処方の変更について確認すると、何も聞いていないということだったので、処方医に処方内容と用法、単位数について確認を行った。その結果ノボラピッドフレックスタッチ（5-3-6）へ変更となった。	医薬品名が類似しているため、入力時選択ミスがあったようです	処方薬と用法、用量に注意を行う。前回と変更があった時は、患者等への聞き取りを行い相違ないか確認を行う	ノボラピッド３０ミックス注ペンフィル	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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2473	初めての院外処方。インスリンの処方がなかったので疑義照会。ノボラビット注フレックスタッチ1本追加を電話にて確認。調剤を準備していた。処方箋が追加で発行された物を確認したらノボラピッド30ミックス注フレックスペンの記載だった。	疑義照会時の知識不足。確認不足	疑義照会時に復唱し確認すること	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
2474	他院より転院で、院外処方がなされ、お薬手帳と処方せんの監査で類似医薬品の処方ミスである可能性があり疑義紹介となる。	処方時に薬剤類似による処方ミスと考えられる。高齢者になると食事のタイミングや回数が3回とは限らないため、使用する時間のみで処方監査をするとミスに気付かないこともあると思われるため、２重、３重での確認は必要かと思われる。	お薬手帳の重要性を再認識できた事例であるため、薬局内のスタッフに再度、お薬手帳について周知した。	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
2475	初めてインスリンを処方された患者。用法が「食後」指示となっていたため疑義照会すると速効型のＲ注ではなく中間型のＮ注と誤って処方されていたことが判明。なお使用タイミングについては効果発現時間、患者特有の事象を考慮し食前３０分以内とはせず食後のままとなった。	名前の類似による医師側のカルテへの入力間違いと思われる。	製剤写真と持続時間が掲載されているインスリン製剤一覧をすぐに確認できるようにしている。	ノボリンＲ注　１００単位／ｍＬ	ノボリンＮ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
2476	バイアスピリンが頭痛時頓服処方のため疑義によりアセトアミノフェンに変更	患者がアスピリンを頭痛時に処方して欲しいと医師に訴えたため一般名でアスピリンと医師が処方	疑問に思い疑義照会	バイアスピリン錠１００ｍｇ	アセトアミノフェン原末「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
2477	患者は頭痛を訴えており、バイアスピリン100mg1回1錠が頭痛時で処方されていました。バイアスピリン100mgは頭痛に適応はない為、医師に電話にて疑義照会を行い、ポンタールカプセル250mg1カプセル頭痛時の処方に変更となりました。	バイアスピリン100mgの成分はアスピリンでありバファリンA330と同じ成分であるため、処方されたと思われます。	処方変更事例は全スタッフで共有しています。	バイアスピリン錠１００ｍｇ	ポンタールカプセル２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2478	定期受診の患者にハイペン錠100mg3錠分3毎食後で新規に処方が出ていた。ハイペン錠は分2のお薬の為、用法の間違いではないかと思い処方医に疑義照会した。その結果、ハイボン錠20mg3錠分3の間違いであったことが発覚した。	処方箋入力の予測変換で誤りがあった。	新規の薬は処方追加の経緯を患者がらよく聞き取るようにする。	ハイペン錠１００ｍｇ	ハイボン錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2479	パニマイシン点眼液が処方されているが、患者さんとの話をしている中で該当するような症状がみられず、疑義照会により誤った処方であることが判明。	類似医薬品名での誤り。	処方されている薬剤の使用例を考えながら患者と確認をすることで誤りに気が付くことができる。	パニマイシン点眼液０．３％	パタノール点眼液０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2480	歯科治療にて、ご家族が市販薬のバファリンを服用されていたことから処方医に相談されバファリン配合錠A81が処方となっていた。	市販薬と同様の名称であったため処方医が誤って処方したものと考える	患者への聞き取りを確実に行い、適当な薬剤が処方されているかを判断する	バファリン配合錠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
2481	鎮痛剤としてバファリン配合錠A81が頓服で処方。バファリン配合錠A330と間違えて処方が出たものと思われるが、販売中止のためバファリン配合錠A330への変更ができず、別の鎮痛剤への切り替えを依頼。ロキソニン錠に変更の回答あり。	バファリン配合錠A330が販売中止で既に流通していない、あるいは採用中止になったなどの理由で、院内では同処方が入力できないように設定されていたものと思われる。	疑義照会の際に、販売中止でバファリン配合錠A330 330mgは入手できない旨お伝えし、他剤への切り替えをお願いした。	バファリン配合錠Ａ８１	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
2482	2022年5月9日患者様が定時薬をもらいに来局。今回は頓服頭痛時でバファリンA配合錠81が処方。適応が違うため、問い合わせを行った。以前バファリン配合錠A330を処方しようとしたところ間違えたこと確認。バファリン配合錠A330は販売が終了しているため、カロナール200へ頓服頭痛時1回１錠へ変更となった。	処方入力間違い。	適応違いの疑いがある場合は、本人やご家族と確認した上で疑義照会を徹底している。	バファリン配合錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2483	皮膚科でバラクルード処方あり。不審に思い患者様に確認。痛みがあり、帯状疱疹の疑いとのこと。病院に確認し、バルトレックスへ変更となった。	先発名類似により入力の間違い。	薬局での入力やピッキングでも起こりうるため、診療科や多剤との関係性も考慮しながら、鑑査・服薬指導行っていく必要があるため、このようなことがあったという情報の共有。	バラクルード錠０．５ｍｇ	バルトレックス錠５００		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2484	バラクルード錠0.5ｍｇ新規処方。患者情報より単純疱疹のため受診しており、過去に処方された薬：バラシクロビルを処方するとの話が診察時にあったとのことから疑義紹介したところ、バラクルード錠削除、バラシクロビル錠５００ｍｇへと薬剤処方変更となった。	頭文字【バラ】が同じことから、処方せん作成時に入力ミスがあったと考えられる。	患者情報の聞き取りを行い、適宜疑義紹介を行う。	バラクルード錠０．５ｍｇ	バラシクロビル錠５００ｍｇ「アスペン」		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
2485	処方としてバルサルタン20ｍｇが処方されていたが、患者本人は血圧は変わりなく、痛みがあるという話をしたとのことで疑義照会したところ、バルサルタンではなく、薬品名の類似したサインバルタであることがわかり、変更となった。	患者とのコミュニケーションがうまくできていなければ、そのまま交付し健康被害に繋がっているものと思われる。	特に新規薬が処方された際は、どういう話を行っていて、どういう風に聞いているかを確認。処方と齟齬がないかチェックをすることが改めて必要であると考えている。	バルサルタン錠２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	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
2486	内科を受診した２７歳の女性にハルナールＤ錠０．２ｍｇが処方された。ハルナールＤ錠は前立腺肥大の薬のため、患者に確認したところ、不眠で受診したという話だった。病院に疑義照会したところ、処方薬はハルシオン錠０．２５ｍｇへ変更となった。	ハルナールＤ錠とハルシオン錠は名前が似ているため、医師が薬の名前を入力する際候補であがってきた薬を誤って選択してしまった可能性が考えられる。	名前が似ているために薬効が全く違う薬が処方されるケースがたまにあるため、患者の話の内容と薬の内容があっているかを常に確認して投薬することをこれからも徹底していきたい。	ハルナールＤ錠０．２ｍｇ	ハルシオン０．２５ｍｇ錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2487	日頃バルサルタン（80）+フロセミド（10）が処方の患者に対し、バルヒディオMDが処方。類似薬効成分の合剤への変更と思われたが、患者は医師から変更の話を聞いていなかった。病院が時間外で疑義照会ができなかった為、連絡先確認後一旦帰られた。後日念の為と疑義照会を行ったところ誤って処方されていたことがわかった。残薬があり、患者は服薬しておらず。後日来局され取替えた。	病院で残薬調整をした際に医師が薬品選択を誤った。	患者の話で不安に思うことがある際には疑義照会を行う。	バルヒディオ配合錠ＭＤ「サンド」	バルサルタン錠８０ｍｇ「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2488	往診にて診察を行っている患者。前回血圧の低下によりバルヒディオ配合錠MD「サンド」1錠朝食後からバルサルタン錠80mg「DSEP」へと変更となった（ヒドロクロロチアジド6.25mgの削除）今回バルヒディオ配合錠MDの処方であったが、前回の経緯から担当した薬剤師が疑問に感じ患者来局された患者家族に確認。血圧の状況も減量後のもので問題なく、低いくらいであったことから病院に疑義照会を行い、間違いであることが発覚した。	前回往診の結果を見て処方内容が手書きで変更となっていたが薬剤の変更が電子カルテにうまく反映できていなかった様子。	患者、家族とのやり取りをしっかりと行うことで疑義が生じた際にすぐに変更が行えるよう、またこちらの説明意図が伝わるように密な関係を築くようにコミュニケーションに努めている。	バルヒディオ配合錠ＭＤ「サンド」	バルサルタン錠８０ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2489	他院からの転院処方として処方応需。バルプロ酸徐放顆粒1日2回1g分2での処方内容として処方あり。転院前の医院から処方応需歴もあったが当時と用法・用量が異なっており疑問を感じ、また用法にも確認すべき点があったため疑義。バルプロ酸Na徐放顆粒ではなく細粒での処方の誤りであったことを確認。	転院後の医院からは細粒の処方歴が無く、規格も40%と同一のため誤って選択してしまったと考えられる。	同規格が複数ある薬剤かつ徐放性の違いなどがある場合には事前に必ず添付文書の再確認を行う。	バルプロ酸ナトリウム徐放Ｕ顆粒４０％「アメル」	バルプロ酸ナトリウム細粒４０％「ＥＭＥＣ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2490	転院で処方医変更の際、従来服用無さっていた剤型とは異なる剤型の医薬品名の処方になってしまっていた。	入力ミス。	医薬品に注記を付けた。	バルプロ酸ナトリウム錠１００ｍｇ「ＤＳＰ」	バルプロ酸Ｎａ徐放Ｂ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
2491	前回まで【般】バルプロ酸ナトリウム徐放錠200ｍｇ5錠/夕食後が処方されていた患者に対して今回【般】バルプロ酸Na錠100ｍｇ10錠/夕食後の処方。患者より200ｍｇ錠が飲みにくいため服用錠数増えても小さい規格希望したと確認。疑義照会し【般】バルプロ酸ナトリウム徐放錠100ｍｇ10錠/夕食後に変更となる。	名称が似た薬剤のため医師が入力の選択を間違えたことが要因と考えられる。	以前までの処方薬との比較と患者への診察時の話の聞き取り。用法用量のチェック。	バルプロ酸ナトリウム錠１００ｍｇ「ＤＳＰ」	バルプロ酸ナトリウム徐放錠Ａ１００ｍｇ「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
2492	他の病院でシムビコートタービュヘイラーを使用していた方。他の薬の処方の際、いつもの吸入をお願いしたとのこと。一般名処方であり、どちらにも入っている「ブデソニド」を選択した様子。本来「ブデソニド・ホルモテロールフマル酸吸入液」を入力しなければいけなかった。	入力時最初に表示される薬品名のみ確認し、そのまま処方箋が発行された。	お薬手帳、患者の今の状況を確認し、LABAが必要であるか判断をし、それを踏まえて疑義紹介で確認を行った。	パルミコート２００μｇタービュヘイラー５６吸入	ブデホル吸入粉末剤３０吸入「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
2493	花粉症でザイザルを服用していたが効果不十分のため薬が変更になると話があったが、処方されていたのはパルモディア錠だった。医師に疑義照会を行ったところ、ルパフィンと間違って処方したとのことであった。パルモディア錠は削除、ルパフィンに変更と確認した。	医師の勘違いと考えられる。	新規処方薬があった際は必ず症状の聞き取りを行い、適正な薬が処方されているか確認する。	パルモディア錠０．１ｍｇ	ルパフィン錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2494	初めて処方された点眼液なのにいきなり0.3%のものが処方されていた。	処方箋入力時の確認不足と考えられる。	監査時と投薬時に良く確認をして調剤するように心がけたい。	ヒアルロン酸Na点眼液0.3「センジュ」	ヒアルロン酸Na点眼液0.1%「センジュ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2495	ドクターが訪問診療され、処方箋をファックスで先に受け取った。前回処方がビオスリー配合錠６錠分３毎食後だったが、　今回、ビオスリー配合散６ｇ分３毎食後　となっていた。配合散は１ｇが配合錠２錠に相当するため、オーバードーズで疑義照会した。配合錠と配合散の入力ミスも考えられた。疑義照会の結果、前回通り配合錠６錠分３毎食後へ　処方変更された。	考えられる要因（医院側）・ドクターが訪問先から電話で指示し、それを院内で入力するときにまちがえた。・当該医院は移転したところだったため以前のデーターがコンピューターにはいっておらず比較できなかった。・配合散６ｇと入力された人に知識がなかった。	今回は後日に患者家族が薬局へ来られるとのことだったので、患者へ「散に変えるときかれていますか」と尋ねる前に疑義照会することとなった。　もちこみの処方箋だったとしても、疑わしければすぐに疑義照会する。整腸剤だから、とか　適宜増減の範囲だろうという勝手な判断はしないようにする。	ビオスリー配合散	ビオスリー配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2496	クラリシッド・ドライシロップ１０％小児用　１００ｍｇ　１ｇ　分２　朝夕食後の処方患者にビオフェルミン配合散1g 分３ 毎食後が処方されていた。クラリシッドはマクロライド系抗生物質であるため、ビオフェルミンＲ酸を併用するのが妥当と考え、疑義照会した。結果、ビオフェルミンＲ酸 １ｇ分３ 毎食後に変更となった。	ビオフェルミンR酸とビオフェルミン配合酸の名称類似による病院側の入力ミス、もしくはクラリシッドがマクロライド系抗生物質であることを把握されていなかったことが考えられる。	抗生剤の処方時に、整腸剤が併用されている場合には妥当であるかの確認を常に実施している。	ビオフェルミンＲ散	ビオフェルミン配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2497	９１歳　男性　家族のみ来局めまいで受診　胃腸が弱いため胃腸薬希望　レバミピド・ビオフェルミンＲ処方ありビオフェルミンＲは抗菌薬耐性乳酸菌なため医師に問い合わせ	医師のカルテにビオフェルミンと記載医院事務の方がいつものビオフェルミンＲと勘違いし処方箋作成	薬剤師だけでなく薬局事務スタッフも知識を深める	ビオフェルミンＲ錠	ビオフェルミン錠剤		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2498	クラリスロマイシン錠５０ｍｇが処方されているが、耐性菌製剤ではないビオフェルミン錠剤が処方されている。クラリスロマイシンの服用で下痢を起こしやすい体質のため、患者祖母の希望により整腸剤も処方してもらったとのこと。薬局より疑義照会を行いビオフェルミンＲ錠に変更となった。	両親から祖母に情報共有として整腸剤が必要という点は伝わっていたが、薬剤名は把握されていなかったためビオフェルミンR錠を処方してほしいという情報までは伝わらなかった可能性。同クリニックの受診は久しぶりで、十分に患者背景を把握されていなかった可能性。整腸剤処方希望に対し、抗生剤併用を失念してビオフェルミン錠剤を処方してしまった可能性	患者及び保護者には、クラリスロマイシンで下痢を起こしやすい体質であることを伝えるように指導済。整腸剤ではなく、お薬手帳などを利用して薬剤名まで伝えるように患者に指導。	ビオフェルミン錠剤	ビオフェルミンＲ錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2499	歯科でアモキシシリンカプセルが処方の患者様に初回でビオフェルミン錠剤が処方になった。アモキシシリンによる下痢の予防であるならばビオフェルミンR錠剤のほうが適当である旨を疑義照会。変更になった。	医師のカルテ記載ミス	薬学的に適当かも含めて鑑査を行う	ビオフェルミン錠剤	ビオフェルミンＲ錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2500	当初ビタルタミド錠初回処方あり。投薬時、患者様より5α還元酵素阻害剤処方をお願いしたと聴取。処方元へ疑義照会した所、アボルブを処方したかったとのことでデュタステリドへ変更になった。	処方医はアボルブのゾロがビカルタミドと思っていた様子。	一般名・ＧＥでの処方箋記載が増えている。今回のようにＧＥと先発品の思い込みや勘違いによる不一致の可能性を念頭に入れ服薬指導時慎重に患者様より話を聴取する。	ビカルタミド錠８０ｍｇ「日医工」	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
2501	ビソプロロール2.5　新規処方。高血圧や心不全、狭心症などの既往なく患者聞き取りより、今回便秘の薬がでると聞いてるとのことで疑義照会。ピコスルファートNa　2.5へ処方変更となった。	医療機関での処方入力の際名称が似ており、ｍｇの数字もたまたま一緒だったため入力ミスをしてしまったと考えられる。	処方薬が適切かどうか、患者の話をしっかり聞き、適応と合致するか確認しながら投薬を行う。	ビソプロロールフマル酸塩錠２．５ｍｇ「日医工」	ピコスルファートＮａ錠２．５ｍｇ「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2502	A病院にてビソプロロールフマル塩酸塩錠2.5mg　0.25錠（計0.625mg）を処方されており、B病院へ転院することとなったと聞き取り。B病院からの処方箋にはビソプロロールフマル塩酸塩錠5mg　0.5錠（計2.5mg）と記載されており、継続ではなく増量であるか処方医に問い合わせた。結果、ビソプロロールフマル塩酸塩錠0.625mgへ減量となった。	カルテ記載ミスが懸念される	お薬手帳を確認し、転院前と継続処方であるか意図的に増減されているか確認を行う	ビソプロロールフマル酸塩錠５ｍｇ「日医工」	ビソプロロールフマル酸塩錠０．６２５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2503	初めて来局の患者よりヒダントールF配合錠の処方箋を受け付け。紹介状を持って新たな病院を受診したとの事。ヒダントールFが処方されていたがお薬手帳の持参なくヒダントールは複数規格が存在するため念のため処方元に疑義照会。紹介状には規格まで書いていないと回答される紹介元のクリニックに電話で処方歴を聞いた所、今まではヒダントール錠100ｍｇを処方していたと確認がとれた。処方元に再度電話をし処方内容がヒダントール錠100ｍｇに変更になった。	紹介先の病院の薬品マスターにヒダントールＦ配合錠のみが登録されていたとのことで処方時に選択されてしまった可能性	ヒダントールに関しては他の薬よりも丁寧な聞き取りをするよう事例をスタッフと共有	ヒダントールＦ配合錠	ヒダントール錠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
2504	初めて当薬局へこられた方の処方箋で、ヒドロクロロチアジド錠25mg　1錠　就寝前　処方されていた。持参されたおくすり手帳を確認したところ、ヒドロキシジンパモ酸塩錠25mg　1錠就寝前となっていた患者さんにも確認したところヒドロキシジンパモ酸塩錠25mgであると思われたので、病院へ疑義照会をして、薬が変更になりました	名称が類似しており、ミリ数も同じだったため　Dr の入力ミスと思われる	これからも、おくすり手帳の確認と患者さんの聞き取りを徹底する。	ヒドロクロロチアジド錠２５ｍｇ「トーワ」	ヒドロキシジンパモ酸塩錠２５ｍｇ「日新」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2505	ヒドロクロロチアジドが、2種類処方されていた。（12.5と２５）増量かと、患者さんに聞いたところ、25の方は間違いで、ビソプロロール（2.5）をいつも処方されているとの事。疑義照会したところ、ビソプロロールに変更となった。	医師と患者さん（外国人）とのコミュニケーション不足。薬の名前と規格が類似。	過去の薬歴と常に照らし合わせて、処方が正しいかを、常にチェックし、いつもと違う処方の場合は、患者さんにも確認し、疑義があれが照会する。	ヒドロクロロチアジド錠２５ｍｇ「トーワ」	ビソプロロールフマル酸塩錠２．５ｍｇ「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
2506	定期でピレノキシン点眼を使用されていたが、今回ピマリシン点眼液に変更になっていた。患者さんに聞いたが変更は聞いていないと訴えあり。医師へ問い合わせを行った結果、ピレノキシン点眼の間違いだと発覚した。	カリーユニ名称変更に伴う薬剤選択ミス。前回まではカリーユニで処方されていた。	患者さんに変更の有無を確認する。薬剤名称変更になった際は、薬剤選択ミスがないか注意する。	ピマリシン点眼液５％「センジュ」	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
2507	高血糖状態の為、インスリン初回処方でヒューマログミックス５０注カート３００単位が処方されていた。朝４昼４　夕４単位の指示で、通常はミックス注だと1日2回なので疑義照会し、ヒューマログ注ミリオペンに変更となった。	医師がヒューマログ注ミリオペンを処方するつもりで、ヒューマログミックス５０注カートを選択したと思われる。	処方監査の際には処方意図や内容をきちんと確認する。	ヒューマログミックス５０注カート	ヒューマログ注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2508	処方箋を受けた際にヒューマログ50注の用法用量に疑問を感じ、診療情報提供書を確認したところ薬品名がヒューマログ注ミリオペンで用法用量も異なっていたため疑義照会を行った。その結果、ヒューマログ注ミリオペンの方で処方変更になった。	名前が類似しているため選ぶ薬剤を誤った。	診療情報提供書と持参薬の確認。	ヒューマログミックス５０注キット	ヒューマログ注キット		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2509	該当の方はトレシーバ注フレックスタッチとヒューマログ注ミリオペン【ＨＤ】の2種類の注射を使用していましたが、当日はトレシーバ注フレックスタッチとヒューマログ注ミリオペンに変更になっていたため交付時に確認を行ったところ今回の受診で注射の変更はなかったと聞き取りました。その後、医師に疑義照会を行い、元々使用していたヒューマログ注ミリオペン【ＨＤ】へ処方変更となりました。注射剤の意図しない変更による低血糖症状の発生を未然に防ぐことができたと思います。	前回処方時は手持ちの状況からトレシーバのみ処方であり、今回ヒューマログ追加時に入力後選択を誤ったと考えられます。	薬剤変更時は交付時に必ず受診時の内容と齟齬がないか、ある場合は念のため患者さんに許可を取って医師に疑義照会を行うようにしています。	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
2510	以前から当局ご利用の患者様であったが転院され、転院先の処方箋を持参された。処方変更になっていたため患者様のお尋ねしたところ、その旨は聞いていないとのことであった。直ちに主治医に確認、処方訂正となった。	よく似た名称の製剤が多数あるため、誤入力されたものと考える。	インスリン製剤であれば使用単位数、回数等を比較する。患者様から受診時の主治医との会話等を出来るだけ多数聞き取る。	ヒューマログ注ミリオペン	ヒューマログミックス５０注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2511	定期でヒルナミン25ｍｇを服用中の患者に突然ヒベルナ錠25ｍｇの処方あり。一包化調剤であり、錠剤名前入力時に気が付き、疑義照会となった。	医師の思う効果が得られず、治療に支障が出る。思わぬ副作用の発現をきたす。	必ず処方箋を見て調剤している。	ヒルナミン錠（２５ｍｇ）	ヒベルナ糖衣錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2512	久しぶりの来局でピレノキシン点眼液の処方あり。患者確認したところ白内障の診断はなく、ドライアイの薬ということでヒアルロン酸点眼液との入力ミスを疑い疑義照会をして変更になった。	ヒから始まるので選択ミス	患者訴えにあった薬が処方されているかどうかの確認	ピレノキシン懸濁性点眼液０．００５％「参天」	ヒアルロン酸Ｎａ点眼液０．１％「センジュ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2513	ピレノキシン点眼液が１日５回での処方だったので患者に確認したところ白内障とは言われていない。ドライアイで受診したとのことだったので疑義照会し、ヒアルロン酸点眼液に変更になった。	前回がティアバランス点眼液の処方だったので、ヒアルロン酸点眼液に入力変更時にピレノキシン点眼液に打ち間違えてしまったと考えられる。	患者訴えの聴き取り。	ピレノキシン懸濁性点眼液０．００５％「参天」	ヒアルロン酸Ｎａ点眼液０．１％「センジュ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2514	１年以上ぶりの来局でピレノキシン点眼液が１日５回の処方であった。患者に確認したところ白内障の診断はなかったとのこと。いっしょにジクアス点眼液が処方されていることから、ヒアルロン酸点眼液の間違いと思い疑義照会をしてヒアルロン酸に変更になった。	病院の入力誤り。	患者状態の聴き取り。症状に合わない薬だった場合には疑義照会を実施。	ピレノキシン懸濁性点眼液０．００５％「参天」	ヒアルロン酸Ｎａ点眼液０．１％「センジュ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2515	高血圧、高コレステロール血症、高尿酸血症にて薬を服用していた患者様に、血圧とコレステロールの薬の他、ファムビルが３０日分で処方された。前回処方と比較しフェブリクが削除、ファムビルが追加になっていたため電話にて疑義照会を行った。疑義照会の結果、ファムビルはフェブリクに変更になった。	類似名称の為、入力間違いであると考えられる。	鑑査時に前回歴を確認、新規処方薬の場合は症状を聞き取り、処方内容に間違いがないか確認を行う。	ファムビル錠２５０ｍｇ	フェブリク錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2516	医療機関から挫創治療薬の処方せんを応需。ファムビルと共にビオフェルミンRが処方されていた。ビオフェルミンRは限定された抗生物質、化学療法剤に使用される薬剤のため、添付文書・効能効果を再確認したうえで医療機関へ疑義照会したところ、ファムビルではなく「ファロム」の誤記であることがわかった。	ビジネス街に立地する医療機関においては、ワーカーの退社時刻から患者数が多くなるため、処方医の日内疲労の蓄積により処方せんの記載にミスができることが類推されることから、患者数が多くなる時間帯の処方鑑査は特に念入りにすべき。	・ビオフェルミンRの適用に注意すること。・類似した薬剤名称に注意すること。・処方せんに記載された処方薬の内容全体から処方解析し、処方内容に誤りがないかの監査すること。	ファムビル錠２５０ｍｇ	ファロム錠２００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2517	ファロムが処方されていたが、本人の話からは感染症などはなく、貧血があるとのことで疑義紹介して確認。	名称が類似しているために処方入力間違い	患者さんからの聞き取りはしっかり行い、処方と相違がないか確認する。	ファロム錠２００ｍｇ	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
2518	フェブリク(10)処方履歴あるが久々の来局、併用薬や他科受診の確認も行いフォシーガの処方履歴ならびに該当症状なし。疑義照会しフェブリク(10)のオーダリングミスと判明し処方変更となった。	医療機関側のオーダリングミスでシステム上の問題があると考えられる。	定期的な併用薬・他科受診の確認や疑わしき点は直ぐに照会し、調剤過誤防止に努める。	フェブリク錠１０ｍｇ	フォシーガ錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2519	前回ユリスへ処方変更になったが、今回はフェブリクへもどっていた。患者は医師から何も聞いていなかった	医師の入力ミス	先確認の徹底	フェブリク錠２０ｍｇ	ユリス錠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
2520	フェブリク錠20ｍｇが追加処方されていた。投薬時検査データを確認したところ、尿酸値は5.0ｍｇ/ｄｌと正常値を示し、血清鉄が12μｇ/ｄｌ　フェリチンが4.4ｎｇ/ｍｌと低かった。このことからフェブリク錠の追加ではなくフェロミア錠の追加ではないかと想定し、疑義照会したところフェロミア錠50ｍｇの間違いだった。	医院での入力の際、類似名称であったための誤入力と思われる。患者は高齢であり薬の追加はわかっていたが、何が追加になるかは明確に分かっていなかった。	処方変更の際は必ず検査データの確認をし妥当性を判断した上で投薬する事を周知徹底した。	フェブリク錠２０ｍｇ	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
2521	フェログラデュメット処方あり　別に鉄不足でもないし貧血でもない　下痢の症状のみとの事フェロベリンとの間違いの可能性があったため疑義照会。疑義照会後フェロベリンに変更になりました。	『フェロ』で検索して他の薬剤を選択してしまった	患者さんとのやり取りで疑問に思った点あれば疑義照会するようにしています	フェロ・グラデュメット錠１０５ｍｇ	フェロベリン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2522	0410処方せん。臨時受診の方にフェロジピン５ｍｇ1日６錠で処方されていた。投与量の多さと、患者さんも服用したことが無い薬との事で、問い合わせ。結果、フェロベリン配合錠に変更になった。	名称類似の為、類似の誤った薬剤を選択してしまった。	患者からの症状の聞き取りの徹底と、用量確認の鑑査も引き続きしっかりと継続していく。	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
2523	ヨーデルS糖衣錠-80が処方されている患者に新規処方のフェロベリン配合錠が処方されていた。疑問に感じ、交付時に患者様に確認したところ、貧血の為に薬を追加すると聞いていた。処方入力間違いでフェロミアかフェロ・グラデュメットではないかと思い、処方医に問い合わせを行った結果、フェロベリン配合錠からフェロミアに変更になった。	便秘を改善したい患者の症状が悪化する可能性があった。	交付時に、新規処方のお薬があれば何故薬が追加になったのか聞く。	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
2524	痔の注入軟膏と共に一般名記載で先発名フェロベリンの処方が記載されていた。処方日数が28日分だったやや為違和感を感じつつも共に下部消化器用剤の薬だったため取りあえず調剤した。交付の際に「本日は注入軟膏と下剤が出ております。」と伝えた所、「はい」との返答で特に不思議に思っている様子がなかったので服薬指導を進めてお会計に移ろうとしたところ、「鉄材も出していただけると聞いているのだが」との訴えがあり、そこでフェロベリンとフェロミアの記載間違いの可能性に気づき医師に確認した所間違いが発覚。	薬品名の類似他の消化器用剤が一緒に出ていたことが余計にうっかりにつながったと考える	何も訴えない患者であったら、そのまま投薬してしまい不都合な消化器症状を起こしていた可能性あり違和感を感じた時点で一度立ち止まって可能性の確認を行うようにしたい	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2525	元々カナリア配合錠内服していて、血糖改善せずフォシーガ錠の追加となった様子。調剤の時点でカナリア配合錠はSGLT2とDPP4の合剤であるため、SGLT2の重複となってしまう。先ずはPtに薬が追加されることはDrより指示されていることを確認し、疑義紹介を行った。フォシーガ錠からグリメピリド錠へ処方変更となる。	カナリア配合錠に配合されている成分の確認不足と思われる。普段よく使用するSGLT2がフォシーガのため無意識で選んでしまったと思われる。	配合錠の場合はどんな成分が配合されているのか確認してから調剤を行っている。配合一覧表を薬局内に掲示し注意を促している。	フォシーガ錠５ｍｇ	グリメピリド錠０．５ｍｇ「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
2526	8歳小児にフスコデ配合錠、他散剤2種類が処方。小児に禁忌であり、さらに普通錠の服用が難しい事、同伴の父親がフスタゾール小児用錠の特徴を医師から伝えられた事を聴取したため照会。	医療機関での入力ミス	類似名称薬に注意の札を付ける。	フスコデ配合錠	小児用フスタゾール錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2527	ブスコパン錠6錠毎食後の処方あり。処方内容とお薬手帳、患者からの聴取によりフスコデ配合錠の入力間違いではないかと推測し疑義照会したところフスコデ配合錠に変更になった。	処方箋入力時の薬剤選択間違いと思われる。	患者からの症状等の聴取とお薬手帳の確認を丁寧に行う。	ブスコパン錠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
2528	プラザキサカプセル75ｍｇとイコサペント酸エチル粒状カプセル600ｍｇとの間違い	外来が忙しく、カタカナが似ていたので打ち間違えたのではないかと推察される。	日頃から患者様とのコミュニケーション作りを心がける	プラザキサカプセル７５ｍｇ	エパデールＳ６００		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2529	該当患者は新患、処方元の皮膚科医院は日頃受付している医院。今まで該当医院にて処方されたことのないフラジール内服錠の処方あり、違和感を感じて患者へ確認した所、該当するような処方について説明がなかったこと確認。電話にて疑義照会実施。頭文字2文字が同一であるフラビタン錠10mgの処方だったことが判明。（フラビタン錠は現在、出荷停止の為、そこからさらにハイボン錠20mgへ処方変更となった）	名称類似によるカルテ、処方入力ミスと考えられる。皮膚科医院の薬剤マスタに、尋常性ざ瘡治療薬としてフラジール内服錠が登録されており、入力時に2文字検索から入力を行ってしまった可能性が高い	普段から受け付けている医院で見慣れない処方があった場合に、患者へどのような薬を処方する説明がなされていたか確認する習慣をつける。服薬指導時にも症状の聞き取りや医師の説明との齟齬がないかなど、処方内容が適切かどうかを必ずチェックする。	フラジール内服錠２５０ｍｇ	フラビタン錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2530	プラバスタチン10ミリ、アトルバスタチン10ミリ、エゼチミブ10ミリがそれぞれ1錠朝食後に出ていた。定期処方のプラビックスは削除されていた。医師はプラビックスの一般名をプラバスタチンだと勘違いし、服用しなければならないプラビックスを削除し、アトルバスタチン錠を追加していた。	医師が患者に渡したメモに　プラビックス（プラバスタチン）をアトルバスタチンに変更と自筆で書かれていたので、医師の勘違いだと考えられる。	患者さんには大変長時間お待たせしたが、疑義照会でプラビックスの復活とプラバスタチンの削除ができた。患者は、「時間がかかるのなら、処方箋に書いてあるとおりの薬でいい。」とまで言い出していた。医師も人間、薬剤師も人間、確認しあって患者さんの健康を手助けしていけたらと思いました。	プラバスタチンＮａ錠１０ｍｇ「サワイ」	プラビックス錠７５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2531	継続して使用されている患者様でいつもご利用されている医療機関の処方箋をお持ちになって来局された。処方の追加がありプラバスタチン錠10mgを3錠毎食後で処方。患者様は受付後に外出されてしまい、初回処方で最大量を超えており用法も逸脱していたため疑義照会を行ったところ一度2錠分2の朝夕食後に変更と返答あり。その後、再度医療機関から連絡がありプラバスタチンをメコバラミン錠0.5mg3錠毎食後に処方変更となった。	先発名であるメバロチンとメチコバールの入力間違いではないかと推定される。	添付文書から逸脱した用法用量である場合は疑義照会を行うことを徹底。また必要に応じて患者様に聞き取りし診察時のお話と処方内容に相違点がないかを確認する。	プラバスタチンＮａ錠１０ｍｇ「テバ」	メコバラミン錠５００「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2532	当該疾患では2回目の来局。前回処方はジソピラミドカプセル100mg15日分処方、心房細動がでているとのことだった。1ヶ月後プラビックス75mg4錠分２の処方箋を持って来局。患者より他医療機関でアブレーションを受けたことを聴取。プラビックスの適応、用法、用量とは異なること、お薬手帳よりアブレーション施術の医療機関よりプラザキサ75mg４Ｃの他院時処方がでていたことから疑義照会、プラザキサ75mgへの変更になった。	薬剤名類似による処方箋入力間違いが考えられる。	新規処方薬の適応、用法、用量は通常より念入りに確認。患者さんからの聞き取り、お薬手帳の確認を徹底する。	プラビックス錠７５ｍｇ	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
2533	過去服用歴のないプラビックスが初回で2日分のみ処方あり。投薬時患者聞き取り、胃カメラ検査してきたとの事。投薬者がおかしいと思い疑義照会。プラビックスからクラビットに変更になった。	名称類似による間違い。	初回の薬や投与日数等違和感を感じた場合はしっかりと患者聞き取りにて処方内容に間違いがないかを確認する。	プラビックス錠７５ｍｇ	クラビット錠２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2534	前回フリウェルULD初回。今回LDに変更になった。効果不十分等でLDになったのかと思い、渡薬時患者に確認したところ、投与日数は増やすとは聞いたが規格を変更するとは聞いていないとのこと。疑義照会を行いULDの間違いであることを確認した。	該当の病院はLDの処方がほとんどでULDは10代など限られた症例に用いられている。本患者も10代であり、ULD21日分から開始になった。名称がUがあるかないかのだけの違いなので、医師もいつものフリウェルと勘違いしてLDを選択したか	フリウェルULDの処方は限られているが間違いやすいので常に注意をするようにしている。今回もULD→LDの変更だったので患者に確認し処方間違いを発見することができた。	フリウェル配合錠ＬＤ「モチダ」	フリウェル配合錠ＵＬＤ「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
2535	プリビナ点眼液が処方されていたため患者様にお話を伺ったところ、点眼ではなく点鼻の薬を出してもらったとお話があり照会	病院のシステム上点眼は処方できても点鼻は処方できなかったようです。	患者への聞き取りの徹底	プリビナ点眼液０．５ｍｇ／ｍＬ	プリビナ液０．０５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2536	吐き気時　頓服で、プリモボラン錠が処方になった。通常、吐き気時には使用しないめ疑義→プリンペランに変更になる。	医師が処方入力する際に、2文字検索で、プリで検索して、間違ったと思わる。	症状の主訴と会わない処方がきたら、患者などに症状の聞き取りをして、あわないときは疑義照会すること。	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
2537	症状の聞き取りで妊娠初期のつわりとのこと。プリモボラン錠は、骨粗しょう症の薬であり、妊婦は禁忌のため、疑義照会した。医師が間違ってプリンペランと選び間違えたことが発覚。薬剤変更してもらった。	医師がコンピューターで薬剤を選ぶ際に、選び間違えたと考えられる	患者の症状、妊娠の有無を確認することが大切である。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2538	ラテックス、アルコール、花粉など多数のアレルギーの治療中。皮膚症状もあるので、普段からフルコート軟膏を使用している。今回の処方でフルコートF軟膏が処方。クラビットやセフェム系抗生物質など薬剤過敏症も多々あり。上記の事を踏まえ、新たに抗生物質が処方されることは難しいのではないかと推測。フルコート軟膏の処方ミスではないかと判断し疑義照会を実施した。	薬剤名の類似	処方ミスと思われる処方内容について必ず疑義照会を実施	フルコートＦ軟膏	フルコート軟膏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
2539	普段抗がん剤を処方しない内科クリニックからフルタミド錠が処方され、用法も不適であったことから患者に確認。気管支炎で罹ったとのことで処方医へ確認を行い、フルタイドの誤りであることが発覚した。	Drによる処方内容の確認漏れ。	薬局内での類似名称の注意喚起、事例共有。	フルタミド錠１２５ｍｇ「ファイザー」	フルタイド２００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
2540	前回2月12日の処方ではフルタイドが処方されており、今回3月11日の処方からフルティファームに変更されていたため、患者に症状の容態と医師から変更の旨を聞かされているか訪ねたところ、何も聞かされてないとの事であったため、医師に電話にて疑義照会を行ったところ、フルタイドをフルティファームと間違えたことが発覚。	パソコンで医薬品名を入力する際に、名称の類似から間違えて入力したものと推測される。	医薬品の処方を行う際に、前回の処方と見比べて、症状に医薬品が合わないと感じた場合には疑義を行う。	フルティフォーム１２５エアゾール１２０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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2541	プレドニゾロン錠１ｍｇ１錠が就寝前で処方。初めて処方される薬だった為本人に確認した所、下剤の処方をDrにお願いしたとの返答有り。薬歴を確認すると同病院から３ヶ月前にプルゼニド錠１２ｍｇ１錠が就寝前で処方された記録有り。疑義照会の結果、プルゼニド錠１２ｍｇの間違いであった事を確認。	病院で薬品名入力の際に「プル」を「プレ」と誤入力して薬品選択を行ったか、「プ」と入力して薬品名検索を行い薬品選択を誤った可能性有り。	処方変更時は変更内容が正しいかどうかの確認を行う。	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
2542	前回、CRP0.02　プレドニン（５）1錠今回プレドニン（５）4錠に用量UP。CRP　0.04少し前回より高いが、前回の4倍量疑問に思い、疑義行う。結果、プレドニゾロン（1）4錠朝食後であった。	検査数値がある場合は、検査値も参考しながら処方内容確認、調剤、監査行う。	処方内容に疑問が生じた場合は、Drに疑義する前に患者様に聞き取りを行い、Drからの説明を尋ね、その後Drに確認する。	プレドニン錠５ｍｇ	プレドニゾロン錠１ｍｇ（旭化成）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2543	毎月来局される一包化の患者、通常処方以外にプレドニン５ｍｇ2錠分1寝る前30日分で処方、患者本人に確認したところ便秘があり、便秘薬を処方してもらったとの返答あり疑義照会にてプルゼニド１２ｍｇへ処方変更	プレドニン、プルゼニドの名前が似ているため	一包化の患者様処方箋を置いていったん帰られることが多い。処方受け取りの際の監査をしっかりと行うこと	プレドニン錠５ｍｇ	プルゼニド錠１２ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2544	感冒の患者様に、臨時処方でプレミネントLDの処方があり、医院へ確認するとプレドニン5ｍｇへと変更になりました。	医薬品名が類似しているので、入力時にミスがあったと推定されます。	患者様の主訴、薬の処方内容をみて、誤った効能効果の薬をお渡しすることのないよう確認を徹底する。	プレミネント配合錠ＬＤ	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	
2545	小児科の処方箋。12歳の小児にプロカテロール塩酸塩シロップ用0.01%2ｇが分2で処方されていた。添文より6歳以上の用量1回ドライシロップとして0.25ｇよりメプチンミニへの入力ミスと考え疑義照会を行いメプチンミニに変更となった。	PC入力ミス	当然ではあるが小児用量については年齢体重よりきちんと鑑査行うよう努めている	プロカテロール塩酸塩ＤＳ０．０１％「タカタ」	メプチンミニ錠２５μｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2546	応需先の病院から、74歳女性に一般名処方で、クロルプロマジン酢酸エステル25ｍｇ　3錠　毎食後　10日分が処方された。処方内容から、前立腺肥大、前立腺癌の適応に性別が該当しないため、患者さん本人に症状を確認した。患者さんの主訴は“しゃっくりが止まらない”症状であった。処方医に疑義照会をしたところ、コントミン糖衣錠25ｍｇが処方したかった医薬品であることが判明し、一般名処方で、クロルプロマジン塩酸塩錠25ｍｇ　3錠毎食後に変更になった。	一般名が類似しているため、医師の処方意図と異なる薬剤が選択されてしまった。	処方内容と患者さんの性別、症状、薬の適応などを把握し、確認したことで、患者さんに薬物被害を与えずに未然に防げた事例であると考えられる。	プロスタール錠２５	コントミン糖衣錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2547	90歳女性に前立腺肥大や前立腺がんに使用されるプロスタール錠が処方されていたため、疑義照会。プロレナール錠の誤りであることを確認。	名称類似により、選択を間違えた可能性が考えられる。	名称類似のものには棚で注意喚起する。処方鑑査についても徹底する。	プロスタール錠２５	プロレナール錠５μｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2548	追加薬としてプロスタール錠25ｍｇあり。前立腺のお薬が女性に処方されているため疑義照会の結果プレタールに変更。	医院での入力ミスと考えられる。	新規のお薬が追加された場合は特に患者から病態や背景をしっかり聞き取る。	プロスタール錠２５	プレタールＯＤ錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2549	前額部に1日1-2回使用する薬剤としてプロスタンディン軟膏0.003%　5ｇ処方とあったが、当該患者は足の潰瘍に定期的にプロスタンディン軟膏使用している。当該患者は在宅訪問の患者であり、電話で一度本人にも往診時の内容について確認したところ、「プロトピック軟膏0.03%　5ｇX1」と入れたいところを誤って入力した可能性があると判断し、電話で疑義照会実施、変更となった。	成分の%、及び薬品名も類似していることから、処方箋記載する際に誤って入力したものと思われる。	部位や回数等用途と患者の特性をしっかり確認したことで誤薬を回避できた事例であると思われる。今後も丁寧な確認が必要である。	プロスタンディン軟膏０．００３％	プロトピック軟膏０．０３％小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2550	浮腫の状況も改善していると聞き取ったが、フロセミド錠20mg にトラセミド錠8mgが追加となった為疑義照会を行った。医師はフロセミドからトラセミドへ変更し、かゆみの訴えあった為エピナスチン錠20mgを追加するつもりだった。	フロセミド、エピナスチンとも20mgだった為間違えた。	患者から丁寧に情報を聞き取り、処方内容に問題がないか確認する。	フロセミド錠２０ｍｇ「武田テバ」	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
2551	フロセミド錠20mgが毎食後3錠5日分で処方されていたため、医師に確認。フロモックス錠100mgに変更となる。	医師の入力間違いと推定。	利尿剤の用法から確認する。選択的SGLT2阻害剤等の併用薬の有無を確認する。	フロセミド錠２０ｍｇ「武田テバ」	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
2552	本受診の一週間前に、他医療機関からブロチゾラムOD錠0.25mgの処方をお薬手帳にて確認。同薬を医師が処方しようとするが、名称類似品のプロチアデン錠25で処方される。	電子カルテ稼働3日目ということもあり、コンピューターを使い慣れていないことが原因と考えられる。	薬歴・お薬手帳にて服用歴があるかを確認。	プロチアデン錠２５	ブロチゾラムＯＤ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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2553	プロトピック小児用軟膏初処方。投薬時に症状確認。離乳食での口角の荒れ、アトピーなしと聞き取り。適応不適の為、疑義。プロペトを処方したかったとの事だがオーダーリングで類似医薬品選択間違えとの事でプロペトに処方変更。	オーダーリングでの類似名称の薬剤選択間違い。	患者（家族）よりきちんと病態確認し、適応とあっているかの聞き取りを行い、投薬する。	プロトピック軟膏０．０３％小児用	プロペト		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
2554	１４歳の女性の方にプロトピック軟膏0.1%の処方の記載であったが、誤って成人用の処方のため、疑義照会にて確認を行い、プロトピック軟膏0.03%小児用に変更になる。	見た目だけでは成人か小児か判断がつきにくい場合あり、患者年齢を処方箋にて確認を行っている。	年齢的に使用制限のあるものに関して、処方箋入力時に年齢制限が確認できるような表示に変更して、確認漏れがないように対応している。	プロトピック軟膏０．１％	プロトピック軟膏０．０３％小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2555	ブロプレス12ｍｇ100錠1日分の処方で、疑義照会したのち、プロペト100ｇへ変更になった。	類似名称で、2文字検索したと推測される	処方内容監査強化	ブロプレス錠１２	プロペト		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
2556	認知症でメマンチンを服用している患者さんに（般）カンデサルタン４ｍｇが分２で処方された。以前にも血圧の薬が処方された事があり、カンデサルタンの処方自体には問題はないと思ったが、用法が分２だったので疑義処方を行った。医師が処方したかったのは（般）ガランタミン４ｍｇ（先発はレミニール）だった。	カンデサルタンとガランタミンは単語自体は似てなくはない。同じ規格があることから処方せんの入力を単純に誤ったと考えられる。	分１の薬品が分２で処方された場合は原則疑義照会を実施している。特に今回のカンデサルタンは分２で処方されたのを見たことがないので前例がない場合は必ず疑義照会を実施している。	ブロプレス錠４	レミニール錠４ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2557	胃腸症状を訴える患者にフロモックス錠１００ｍｇ２８日分処方。処方医に連絡、セルベックスカプセル５０ｍｇへ変更となる。	医薬品の名称が似ていたため。処方時の確認不足。	患者様の症状聞き取り徹底。抗生剤の長期処方等、処方に疑問を感じる際は他薬剤師と相談。	フロモックス錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2558	ベタニス錠を以前から服用していた。症状の改善が見られない為に、薬の追加があると患者さんから話を伺った。処方はベオーバ錠が追加となっていた。	疑義照会にてベタニス錠とベオーバ錠は同じβ３アドレナリン受容体作動性過活動膀胱治療剤と問い合わせを行った。当初Drは違う作用だから大丈夫との返答があったが、添付文書の記載情報を見せる等をし、対応した。Ｄｒはムスカリン受容体拮抗作用の薬を出したかったとの話からベシケア錠へ処方変更となった。	日頃から作用機序について知識を深め、患者や医師からも相談されやすい関係づくりを作っていく。	ベオーバ錠５０ｍｇ	ベシケアＯＤ錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2559	ベタニス５０を服用中で、処方医はベタニス５０を抗コリン薬と勘違い。効果不十分にてベオーバ５０が追加処方される。院外処方箋を当局で受付け、ベタニス５０とベオーバ５０の薬理作用が重複しているため疑義照会、ベオーバ５０からベシケア５に処方変更された。	処方医は泌尿器科の専門医であり、カルテに「抗コリン薬の効果不十分のためベオーバ５０追加」との記述があったことから、薬理作用の勘違いと思われる。また「ベ」のつく類似した名称であることも勘違いの原因だった可能性がある。類似した名称によるオーダリング選択ミスの可能性は低い。	類似した名称の重複処方やオーダリング選択ミス対策としては、類似した商品名を覚えて、その処方があった場合は薬理作用で処方内容を考えて、処方監査や患者へのヒアリングを通じて処方の妥当性を判断しています。	ベオーバ錠５０ｍｇ	ベシケア錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2560	ベサコリン散5%　5mg　1日1回寝る前用量が少ないことで気付き、前回処方との比較によりベンザリン錠5mg　1日1回寝る前の処方の誤りの可能性に気付いた。疑義照会したところ、前回同様ベンザリンの処方へと変更になった。	頭文字「ベ」が同じであることと、規格の数字が「5」で同じであったため医療機関で入力を間違えてしまったと思われる。	前回処方との比較や患者様から変更の説明があったかの聞き取りを行い処方に矛盾がないか確認する。	ベサコリン散５％	ベンザリン錠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	
2561	患者は尿意切迫感で受診。医師から詳細な説明なくベタニス錠を処方されたと薬局にて説明あり。患者は生殖可能な年齢であり、医師からベタニス錠の警告内容について説明を受けていなかった。薬局にて警告内容の概要を説明したところ、治療には納得・同意できないと意思表示があった。処方通りの服用によって生殖器への影響が懸念された。	薬剤名が類似しているので医師の処方間違いの可能性。ベタニス錠の警告について医師が失念していた可能性。	薬歴PCにてベタニス錠の注意コメントに警告内容を入力	ベタニス錠２５ｍｇ	ベシケア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
2562	投薬時、処方内容と主訴が異なっていたため、疑義照会。ベタヒスチンを処方すべきところ、ベタニスを処方してしまった。	「ベタ」までは一緒なので、薬剤の選択誤りと推察される。	主訴と処方内容に相違がないかを必ず確認するようにしている。	ベタニス錠５０ｍｇ	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
2563	今までベタニスを服用していた患者様の処方箋にベタニスで血圧上昇、頻脈ありと書かれてあったが、処方内容は変わりなかった為疑義照会を行った結果、ベオーバへの変更だったことが判明した。	名前が似ている、病院のコンピューターにベオーバが採用品として登録されていなかった等	処方箋をよく見て、おかしな点はすぐに疑義照会を行う	ベタニス錠５０ｍｇ	ベオーバ錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2564	いつもご利用いただいている患者。いつもの病院を受診され、処方箋を持って来局された。いつもの循環器科に加え、泌尿器科からも処方があった。調剤時には気づかなかったが、レセコンのチェック機能で禁忌が出てきたので、添付文書を確認した。循環器科のプロパフェノン塩酸塩錠150mgと泌尿器科のベタニス50mgが併用禁忌であった。同効薬のベオーバ50mgが併用禁忌でないことを確認し、処方元に疑義照会した。ベタニス50mg→ベオーバ50mgに処方変更となった。	名称が「ベ」からどちらも始まるので、Dr.のうっかり選択ミスも考えられる。薬局側も併用禁忌を覚えていなかったのでそのまま渡してしまうところだった。	よく取り扱う薬であったが、改めて併用禁忌を確認しておかなければならないと痛感した。患者に害が起こらないよう、レセコンなどのチェック機能をしっかり活用していくことも大切である。	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
2565	フレカイニド酢酸塩錠５０ｍｇが以前から処方されていたが、今回頻尿の為に新たにベタニス錠５０ｍｇが処方されました。	ベタニスとフレカイニドが併用禁忌という事をご存知なかった可能性があります。	併用禁忌のお薬もあるので日々の情報アップデートを怠らないようにしていきます。	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
2566	他にかかりつけ医をお持ちの患者様ですが、仕事の都合でかかりつけ医を受診できず、手持ちの薬がなくなったため、臨時で受診した。お薬手帳をみせて同じものを処方してもらったはずだった。監査時、お薬手帳を確認したところ違う成分の軟膏が処方されていたため疑義照会に至った。	名称が類似し間違いやすいものである。	間違いやすいと認識し、必ず複数で確認し注意する。	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	
2567	顔に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処方されていた。通常、15歳の顔の痒みにベリーストロングのステロイド剤は滅多に使用しないため医療機関に問合せをしアルクロメタゾンプロピオン酸エステル軟膏へ変更となった。	カルテが読みにくく、処方箋の入力の際に間違えたと考えられる。	処方通り調剤するのではなく、使用部位と処方されている薬剤を薬歴の情報も確認しながら適正か判断する。このような問い合わせによる変更があったケースはスタッフ全員で周知していく。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」	アルクロメタゾンプロピオン酸エステル軟膏０．１％「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2568	久しぶりの患者に一般名で二カルジピン徐放錠20ｍｇ３錠/分３が処方されており、分２の間違えではないかと問い合わせたところ２錠でとの回答ありましたが、患者さんより３回服用していたときき、問い合わせたところペルジピン錠20ｍｇであった。	医療機関が入力時、徐放錠と普通錠を間違えたか違いが分からなかった可能性あり。	初めて、久しぶりの患者で手帳の無い人へのききとりを慎重に行う	ペルジピンＬＡカプセル２０ｍｇ	ペルジピン錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2569	【般】ジルチアゼム塩酸塩徐放カプセル200、1カプセル分1朝食後30日分の処方あり。3月までは当薬局にてお渡ししていたが、4月は来局なく、お薬手帳に処方記録もなかった。患者様からの聞き取りで、入院などもなく、なにかが倍になると聞いているが変更は聞いていないとのことだったため、病院に疑義照会。ベザフィブラート徐放錠200ｍｇに処方変更になった。処方変更の際の薬の選び間違いであるとのことだった。	一般名処方であったため、薬品名類似には思えなかったが、先発品であればヘルベッサーRカプセル200とベザトールSR200、名称類似になり、選び間違いになったと思われる。	処方内容、今までの処方歴、患者様からの聞き取りから選び間違いの可能性も考え、合っていると思い込まず、処方間違いを防ぐように念のため疑義照会するようにする。	ヘルベッサーＲカプセル２００ｍｇ	ベザフィブラートＳＲ錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2570	（般）メサラジン錠500mg　初処方。患者様に症状をお聞きしたところ「足の痛み・しびれ症状がある。お腹の症状はない。」とのことで疑義照会を行った。→（般）メコバラミン0.5mgの間違いであった。	処方元の入力間違い。	症状と合致しない薬の処方（特に初処方）については処方元に確認を行っている。	ペンタサ錠５００ｍｇ	メコバラミン錠５００「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2571	処方箋の記載がホーリン錠であったが、コメントに挿入と記載があったため、経口ではなく膣錠ではないかと疑い疑義照会した。疑義の結果、ホーリン錠（経口）ではなく、ホーリンV膣用錠へ変更になった。	剤形の違いだったため、最初の薬剤名だけで判断してしまった。	患者様からの聞き取り、使用方法などについて先生の話と相違ないか、きちんと確認することが大事。	ホーリン錠１ｍｇ	ホーリンＶ膣用錠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
2572	ピロリ菌除菌の処方で、ボノサップパック400を応需。薬歴を参照したところ、過去に1次除菌でボノサップパック400服用歴があった。処方箋にも「2次除菌」と記載があったため、処方医へ電話で疑義紹介を行った。その結果、ボノピオンパックへ処方変更となった。	カルテから処方箋への転記時、医薬品名を誤った可能性がある。	今回は処方箋に2次除菌と記載があったため判明が容易であったが、お薬手帳や投薬時の聞き取りから処方内容に相違がないか慎重に確認を行っていく。	ボノサップパック４００	ボノピオンパック		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
2573	以前より【般】アレンドロン酸３５ｍｇ週に1回5日分継続服用中であったが、口内炎のＳＥのため今回から処方変更処方内容が　【般】ミノドロン酸１ｍｇ週に1回5日分　となっていた。ミノドロン酸１ｍｇは1日1回毎日服用タイプの薬のため疑義照会　ミノドロン酸の規格は１ｍｇと50mgしかなく、1週間に1回タイプの規格がないため、【般】リセドロン酸17.5mgを提案したところ変更となった。	ビスホスホネート製剤の規格による1日1回、週に1回、月に1回と用法が異なり、薬剤によって服用方法の種類が異なるため、分かりにくくなっていること。	薬剤師がビスホスホネート製剤の規格の違いによる服用方法の違いについて知っておくことで防ぐことができる。薬剤の種類によっては他薬剤にある服用方法がない場合があるため、医師に情報提供を行う前に調べておく必要がある。	ボノテオ錠１ｍｇ	リセドロン酸Ｎａ錠１７．５ｍｇ「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2574	耳鼻咽喉科の処方内容は、トラネキサム酸錠250ｍｇ6錠分3毎食後7日分と、ポビドンヨード外用液10%30ｍｌ用法1日3～4回のみが記載されていました。30ｍｌは外用液ではなく、ガーグルの可能性を考えて疑義照会したところ、処方間違いであることが判明しました。	ポビドンヨード外用液もポビドンヨードガーグルも同じくらいの頻度で処方されるので、処方箋発行時の入力ミスだと思われます。医療機関の事務スタッフが頻繁に入れ替わるため、入力ミスが発生しやすい状況です。	外用液の処方量は5ｍｌで、ガーグルは30ｍｌなので、そこで気づくよう情報共有しています。	ポビドンヨード外用液１０％「明治」	ポビドンヨードガーグル液７％「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2575	処方箋に、アストミン錠10、カルボシステイン錠500と共に、ポラキス錠2が分3、7日分で記載あり。調剤前に本人の症状を伺ったところ咳と鼻水で、頻尿などポラキス錠に該当するような症状はなかった。もしかしたらポララミン錠2との間違えの可能性があると疑い、疑義照会。やはりポララミン錠2の間違えであった。	ポラキス錠2とポララミン錠2の最初の2文字が同じなため、レセコ人に打ち込む際に間違えてしまったと思われる。そしてその後の確認もできていなかったと推察する。	薬局では、必ず調剤前に処方箋の監査を行い、患者さまの症状と処方内容が合っているか確認する。	ポラキス錠２	ポララミン錠２ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2576	2年ぶりの来局。アレグラとポラキス処方。前回来局時は授乳中だったため、念のため確認したところまた出産したため現在授乳中だということがわかった。また尿に関する症状はみられないということを聴取。病院にポラキスは授乳中の方が服用すると乳汁移行が報告されているため禁忌であることと尿に関する症状は見られないという患者様の報告を疑義照会したところポラキスからポララミンに処方が変更になった。	ポラキス2ｍｇとポララミン2ｍｇの名称が類似しており、規格も同じため処方を間違えたと考えられる。	患者様の年齢によって出産や授乳中かを確認する。症状をきいて本当に服用していい薬剤か確認する。	ポラキス錠２	ポララミン錠２ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2577	新患として処方箋応需。ご家族が代理で来局される。投薬時症状を伺うと、アレルギーの薬を出してもらったはず、頻尿の症状はないとのことだったので、疑義照会を行う。ポラキス錠２ｍｇから、ポララミン２ｍｇ錠へ変更となった。	頭文字2文字が同じであり、規格もそれぞれ２ｍｇであったため、入力時薬剤の選択を誤ったと考えられる。	投薬時、処方された薬剤が受診時の症状に対して適切であるか、お話を聞きだし確認することが大切である。	ポラキス錠２	ポララミン錠２ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2578	新規で処方されたポラプレジンク顆粒。6歳にしては用量が多く、用法も分３での処方であったため、どういう経緯で出たお薬か患者家族に聞きとり。体の痒みがあり処方してもらったとの話を聞き、ポラプレジンク顆粒１５％「タイヨー」ドライシロップを出したかったのではと推測。疑義照会を行う。	処方入力の際の入力ミスが原因と思われる。	処方薬が患者さんの症状に沿ったものであるか、聞き取りをしっかり行う。処方内容に疑問があれば、すみやかに疑義照会する。	ポラプレジンク顆粒１５％「タイヨー」	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
2579	以前はポララミンDS0.2% 0.5gで処方されていたが、今回の処方ではポララミン散1%0.3gと記載。成分量では3mgとなり1歳には過量と判断し、疑義照会を行った。疑義照会の結果、以前と同じポララミンDS0.2%0.5gへ変更となった。	患者本人には4歳の姉がいて、姉の処方がポララミン散1%0.3gだったため本人の処方にも入力してしまったと考えられる	小児への散剤、水剤の処方は調剤前に必ず体重、用量の確認を行う	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2580	患者が処方箋を持って来局。メチコバール錠、アデホスコーワ顆粒と共にポリスチレンスルホン酸Ca経口ゼリーが処方されていたが、診療科が耳鼻科であることや、他の薬剤との組み合わせから、処方ミスが疑われた。また、患者に症状を聞き取ったところ、難聴で受診しており高カリウム血症とは何も言われていないとのことであった。疑義照会を行ったところ、イソソルビド内服ゼリーに変更となった。	同じゼリー状の経口剤ということで、病院が処方内容を入力するときに混同したものと思われる。	今回の事例を店舗スタッフに共有した。	ポリスチレンスルホン酸Ｃａ経口ゼリー２０％分包２５ｇ「三和」	イソソルビド内服ゼリー７０％分包３０ｇ「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
2581	在宅施設に入居中の患者様のお薬で、定期処方薬のアーガメイトゼリーが、ポリスチレンスルホン酸Naとして処方されていた。疑義照会の結果、「ポリスチレンスルホン酸Ca経口ゼリー20%分包２５g」に変更になった。	アーガメイトの販売名変更に伴い、似ている薬の名前が多数存在しているため間違えたと推測される。他の医療機関でも、カリメート経口液（ポリスチレンスルホン酸カルシウム経口液）とアーガメイト経口ゼリー（ポリスチレンスルホン酸カルシウム経口ゼリー）の間違いが見られた。	薬品名変更時には変更後の名前に類似するものがないか確認する。多発する場合は近隣病院にもし送りをする。	ポリスチレンスルホン酸Ｎａ「フソー」原末	ポリスチレンスルホン酸Ｃａ経口ゼリー２０％分包２５ｇ「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2582	患者さんは習慣性がなく安心して服用できると説明受け以前服用していたゾピクロンの処方を医師に依頼。医師はゾルピデムを処方。	一般名の医薬品名類似による誤りと推定される。	投薬時、一般名・成分名も合わせて患者さんに確認する。	マイスリー錠５ｍｇ	アモバン錠７．５		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	
2583	モビコール配合内容剤LD30日分と誤ってマグコロール散68%分包50g30日分が処方に記載調剤者が患者に医師との会話内容を確認後、電話にて処方元に確認するがマグコロール30日処方で問題ないとのこと。再度電話にてマグコロールの効能効果、用法用量を説明したところモビコール配合内用液と誤っていたことが発覚。	薬剤名の類似	医療機関への密な情報提供	マグコロール散６８％分包５０ｇ	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
2584	一般名：エペリゾン塩酸塩錠50mgの処方に対してミオナール錠を調剤。服薬指導で症状・処方経緯について確認するとそれに該当する症状がないことが判明。患者は医師より「ビタミンCを処方する」と説明を受けていたことから疑義照会。医院のカルテは「シナール」になっていたが「ミオナール」が一般名で処方されていたことが判明。	類似する名称の薬を取り違えたものと思われる。	服薬指導で症状や医師からの説明などの情報を収集し、処方内容に間違いがないかを確認する。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2585	以前より、不定期処方でミコンビＡＰを服用している患者がいた。薬局に取りに来ていたのは夫で、夫も自身の処方せんをもって来局していた。その日の処方はミカムロＡＰであったため、血圧の変動等あったかを含めて変更について来局した夫に尋ねたところ、普段は外国に住んでいるため、外国で処方されている英語の薬情を見せて医師に処方依頼をしたとのことであった。また、過去にアムロジピンでむくみの副作用歴があることも発覚した。医師に疑義照会し、ミカムロからミコンビに変更となった。	英語の薬情であったため、医師がテルミサルタン＋ヒドロクロロチアジドではなく、テルミサルタン＋アムロジピンの合剤と勘違いした可能性がある。また、手帳などを持っておらず、副作用歴の確認不足も原因と考えられる。もしくは、名称が似ているため誤って処方した可能性もある。本人と一緒に夫の処方も一緒に行っており、夫のアグレッシブな態度によって判断謝りが生じた可能性も否定できない。	処方変更がある際は、その理由と経緯について患者に話を聞くこと。また、新たな処方が出た際には副作用歴がないか、必ず確認すること。	ミカムロ配合錠ＡＰ	ミコンビ配合錠ＡＰ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2586	平素より当薬局ご利用の男性です。アイミクスHD服用中で、血圧上昇のため、今回ミカムロAPが追加されました。アムロジピンの成分量が合計15ｍｇとなり、上限を超えるため疑義照会を行ったところ、ミコンビＡＰに変更となりました。	配合剤の名称が酷似しているため、処方入力の誤り	配合剤に関しては配合成分の確認を行い、成分量超過、他薬剤と重複がないかを注意するよう心掛けています。	ミカムロ配合錠ＡＰ	ミコンビ配合錠ＡＰ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2587	アムロジピン2.5mg1錠と5mg1錠(合わせて7.5mg)を服用していた患者にミカムロ配合錠APが追加。アムロジピンの量が12.5mgとなり、1日最大量を超過するため疑義。ミカムロ配合錠APからミコンビ配合錠APへ変更になった。	処方元で処方箋発行時に入力間違いがあった様子。	配合剤が追加になった際は、構成成分を確認して成分が重複しないか確認する。	ミカムロ配合錠ＡＰ	ミコンビ配合錠ＡＰ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2588	整形外科受診の患者にミカルディス40mg1錠　朝食後と処方箋記載あり、薬局にて交付時に「血圧の薬です」と説明したところ、患者から「他医療機関で血圧の薬は飲んでいる」との返答あり。直ちに処方医に疑義紹介したところ、ミオナール50mg3錠毎食後　の処方箋記載ミスで合ったことが判明。患者に説明して正しくミオナールを交付した。	医療機関にてミカルディスとミオナールを間違えた。	処方箋内容をうのみにせず、患者からの聞き取りで不審な点はないか聞き取る。	ミカルディス錠４０ｍｇ	ミオナール錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2589	ミコンビ配合錠ＢＰが処方されていたが、患者の症状や医師との会話内容と異なるため疑義照会。トラディアンス配合錠ＢＰに変更。	医薬品の名称類似、処方内容の確認不足。	患者の症状と薬品の適応を確認。	ミコンビ配合錠ＢＰ	トラディアンス配合錠ＢＰ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2590	血圧コントロールの為、近隣循環器内科を受診されている患者。最近アムロジピン開始となり、前回受診時からミカムロ配合錠ＡＰへ変更となっていた。今回処方ではミカムロ配合錠ＡＰ削除され、新規にミコンビ配合錠ＢＰが処方されていた。患者聴き取りからも成分変更については伺えず、類似薬品名の誤りが疑われた為疑義照会を実施。ミコンビ配合錠ＢＰからミカムロ配合錠ＢＰへ変更となった。	処方医は近隣クリニックへは週1回程度の勤務であり、処方システムに不慣れだった可能性がある。また類似する薬品名のため、処方入力の際に選択を誤ったと思われる。	事例共有。変更時の患者聴き取りを丁寧に行う。	ミコンビ配合錠ＢＰ	ミカムロ配合錠ＢＰ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2591	ミコンビ配合錠BPに加えてミカムロ配合錠APの処方があり「血圧が低下している」と患者さんより訴えがあり電話にて疑義照会のうえミコンビ配合錠BPからミコンビ配合錠APに変更。	電子カルテの入力ミス。	患者さんへの聞き取りを積極的に行います。	ミコンビ配合錠ＢＰ	ミコンビ配合錠ＡＰ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2592	ミチグリニドOD錠10mg及びレパグリニド0.25mgが同時に処方されていた。同じ作用機序の薬であったために、不審に思い疑義照会をしたところ、ミチグリニド　→　ミグリトールOD錠50mgへ変更となった。	名称及び用法が類似していた	類似薬などが出ることもあるので、ピッキング時及び監査時には注意深く観察する。また、薬歴の自動チェックを活用する	ミチグリニドＣａ・ＯＤ錠１０ｍｇ「三和」	ミグリトールＯＤ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
2593	スギ花粉のアレルギーの治療で前回シダキュアスギ花粉舌下錠2，000JAUが処方された患者にミティキュアダニ舌下錠10，000JAUが処方されていた。ダニアレルギーもありその話を診察時にしたそうですが、前回1回目の花粉の治療薬が出ており2回目からダニアレルギーの治療薬に変わることはないと思い、FAXにて疑義紹介したところシダキュアスギ花粉舌下錠5，000JAUに変更になった。	同じ舌下免疫療法の治療薬で名前も似ていて、両方のアレルギーがある患者さんなので医師が間違えてしまったと考えられる。	名前が似ていて治療法も舌下免疫療法で同じなので間違えやすい薬剤であり、両方併用して治療していくこともあるので、投薬時に患者さんにどちらの治療を行っているかをきちんと確認して投薬していく。	ミティキュアダニ舌下錠１０，０００ＪＡＵ	シダキュアスギ花粉舌下錠５，０００ＪＡＵ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2594	以前より一般名処方でミドドリン錠2ｍｇ　4錠　分２　朝夕食後で処方があった患者様にミドドリン錠2ｍｇ　６錠　分３　毎食後が追加となっていた。増量の際に分２の処方を削除し忘れたのかと思い問い合わせしたらミグリステン錠20ｍｇ　３錠　分３　毎食後の間違いであることが判明した。	薬剤を入力する際に名称が似ていること・用量も2ｍｇと20ｍｇで似ているため間違えたと予想される。	重複があれば処方せんのみで判断できるが無い場合は服薬指導時にどのような症状で受診されたのか確認し処方が妥当であるか判断する。	ミドドリン塩酸塩錠２ｍｇ「オーハラ」	ミグリステン錠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
2595	残薬ミドドリンの休薬をする予定が、にた薬品名のミルタザピンが残薬調整で処方中止となってしまったため照会	処方削除間違いと思われます。	お薬を交付するときに今回の処方薬を見て頂く様にしています。	ミドドリン塩酸塩錠２ｍｇ「オーハラ」	ミルタザピン錠１５ｍｇ「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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2596	ミノドロン50ｍｇが分3毎食後5日分という処方だった。あり得ない処方だったので確認、ミノマイシンの間違いだった。レセコン入力時薬の選択が隣り合わせだったなどの理由で間違ったようです	薬のことを理解して処方監査を行うことが大切。今回のことは明らかに違うことがわかるので良いが、初めての患者、または判断が難しい患者などは、初期段階で患者などに確認することが大切です。	処方せん受け取りの時に、今の体調、医師とどんな話をしたかなど確認することが大切です	ミノドロン酸錠５０ｍｇ「ＹＤ」	ミノマイシンカプセル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
2597	処方箋受取時、当該患者さんより薬が変わったと報告あり。お薬手帳も確認すると前回までミルナシプラン錠15ｍｇであったが、今回はミルタザピン錠１５mgに確かに変わっていた。だがミルタザピン錠の用法が添付文書の用法とは異なる服用であったため、処方元に電話にて問い合わせ。だが対応していただいた事務さんからは今回ミルタザピン錠はだしておらず、カルテにはミルナシプラン錠１５ｍｇ　２錠分２朝夕食後　で今回から４錠から２錠に減量と書かれているとのこと。原因は不明だがカルテと処方箋記載事項が異なっていた。患者さんが言っていた薬が変わったというのは、薬の量が変わったということも判明。処方医に確認してもらい。ミルナシプラン錠１５ｍｇ　２錠　分２朝夕食後に変更し、お薬をお渡し。	ミルタザピン錠１５mgとミルナシプラン錠１５ｍｇ、名称が似ていてかつ規格も同じだったため入力を間違えてしまったと推定される	お薬が変わった、と患者さんから言われても、薬自体が変わったのか？薬の量が変わったのか？飲み方が変わったのか？主語を確認する 添付文書と異なる用法のときは必ず処方元に問い合わせる	ミルタザピン錠１５ｍｇ「杏林」	ミルナシプラン塩酸塩錠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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2598	ミルタザピン１５ｍｇ２T2×ＭＡ（前回１T1×A）で処方されており、患者本人は前回から服薬開始したコントミン25ｍｇ1Ｔ1×Ｖｄｓで眠気が残るため元の処方（ミルナシプラン１５ｍｇ１Ｔ1×M）に戻してほしいと希望したと確認し疑義照会。ミルナシプラン１５ｍｇ1T1×M追加、ミルタザピン15ｍｇ１Ｔ1×Ｖｄｓに変更となった。	ミルタザピンをミルナシプランを見誤り、ミルタザピン１５ｍｇ２Ｔ2×ＭＡに処方変更した可能性が高いと考えられる。	今回は過去薬歴の情報と用法の逸脱から処方ミスの要因を推測し疑義照会を行うことができたが、日ごろから前回だけでなく過去薬歴の情報を活用し、処方監査をしっかり行ない処方を読み取っていく必要がある。	ミルタザピン錠１５ｍｇ「明治」	ミルナシプラン塩酸塩錠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
2599	特養入居者様で、精神科往診の結果、ミルタザピン15mgが1錠分1寝る前追加になり、ミルナシプラン25mgが3錠分3毎食後から1錠分1夕食後へ減量の指示が出た。主治医へ情報提供がなされ、処方箋が発行されたが、ミルナシプラン15mg1錠分1寝る前が追加になっておりミルタザピン15mgの間違いではないかと疑義照会をかけた。その結果、ミルタザピン15mg1錠分1寝る前へ変更になった。	ミルナシプランとミルタザピンは一般名が酷似しており、さらにこの患者にはミルナシプラン25mgがもともと処方されていた。主治医が処方箋入力の際、「ミル」だけで検索をかけて入力してしまったとしたら、酷似している別薬剤を選択して処方発行してしまったものと考えらえる。	処方箋監査の際に、成分名が酷似しているものは特に注意し、鉛筆で一文字ずつ確認して調剤に回す。	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
2600	処方されたものはミルナシプラン塩酸塩錠15ｍｇだが、薬歴を確認すると定期で服用されている薬はミルタザピン錠15ｍｇだった。	名前が類似しており、規格も同じであるため処方の打ち間違いである可能性があった。	医師に疑義照会したところ、打ち間違えたとのことで、ミルタザピン錠15ｍｇに変更お願いしますとの返答。	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
2601	ムコスタ顆粒の処方があったが、他の薬を見ていつもの門前クリニックの処方内容だとムコダインＤＳではないかと思い、疑義照会し、変更になった。	処方箋内容の確認不足	処方監査はしっかりと行う。	ムコスタ顆粒２０％	ムコダインＤＳ５０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2602	新患でリウマチ膠原病内科よりロキソニン錠とムコソルバン錠の処方があった。組み合わせに疑問を覚え、患者に確認したが、鼻の症状はないとの事だった。類似名称のムコスタ錠の間違いではないかと疑い、疑義照会。ムコソルバン錠からムコスタ錠へと変更となる。	医薬品名称の類似。オーダー選択の間違い。	職員へ薬の組み合わせや処方科をよく見ることで違う医薬品である可能性を判断できるように周知。患者からの聞き取りも合わせて行ない情報の根拠とすることも必要と通達した。	ムコソルバン錠１５ｍｇ	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
2603	ムコソルバン（500）3錠分3毎食後と記載。疑義照会にてムコダイン（500）3錠分3の書き間違いと判明	主治医の薬の規格の記憶があいまいだった。	手書き処方せんの為、以前より書き間違いが多い。前後の処方内容などより、処方内容が妥当か検討している。	ムコソルバン錠１５ｍｇ	ムコダイン錠５００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2604	処方監査時、同一処方内でムコダインＤＳ５０％重複を発見。疑義照会でムコソルバンＤＳ１．５％に変更になった。	薬品名がムコダインとムコソルバンで最初の2文字が同じの為、処方箋入力ミス	入力時、薬品名は3文字または4文字入力	ムコダインＤＳ５０％	アンブロキソール塩酸塩ＤＳ小児用１．５％「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2605	ムコソルバンDSの力価処方として１歳の患者様に対して240ｍｇ／日が処方された。大幅な常用量超過と思われたため疑義紹介を行った結果、ムコダインＤＳ　力価２４０ｍｇ／日に変更となった。	ムコダイン、ムコソルバンの常用量についての判断ミス	小児における用量については特に重点的に問題無いかを確認する。	ムコダインＤＳ５０％	小児用ムコソルバンＤＳ１．５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2606	0歳２ヶ月　6.2ｋｇ　男の子 ムコダインＤＳ50%　3ｇムコソルバンＤＳ1.5%　1.5ｇ分３毎食後　７日分 で処方あり。 過量であるため疑義照会したところ、それぞれＤＳではなくシロップの誤りで、単位もｇではなくmlとのこと。 カルボシステインシロップ5%　3ｍｌ アンブロキソールシロップ0.3%　1.5ｍｌ分３毎食後　７日分 へと変更になった。	・処方せん発行元の不注意。・ドライシロップとシロップの名称類似	体重年齢を入力することで小児薬用量を算出するExcelファイルを作成し使用している。	ムコダインＤＳ５０％小児用ムコソルバンＤＳ１．５％	カルボシステインシロップ小児用５％「テバ」 小児用ムコソルバンシロップ０．３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2607	5歳の患者。カルボシステインシロップ10mL・ムコダインシロップ5mL混合指示の処方。成分重複の為疑義照会を行った。ムコダインシロップ5mLは、小児用ムコソルバンシロップ5mLの誤りであった。（⇒カルボシステインシロップ10mL・小児用ムコソルバンシロップ5mLが正しい処方。）	名称類似による薬剤選択ミスと思われる。	名称類似薬に注意し、こういった例をスタッフ間で共有する。	ムコダインシロップ５％	小児用ムコソルバンシロップ０．３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2608	メイアクト錠100ｍｇ　1Ｔ分1　21日分処方は通常の使い方ではないため問い合わせ。いったんはそのままと言われたが、交付時の患者聞き取りにて再度疑義照会し、処方間違いだったことが判明	名称累次による入力ミス	処方監査と患者への聞き取り	メイアクトＭＳ錠１００ｍｇ	メイラックス錠１ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2609	メキタジン3mg、6錠分3の処方があり、用法用量確認したところ、メジコン15mg6錠分3の処方に変更になった。	名称が類似しているので、入力中に間違えたとみられる。	用法用量が適応外には必ず確認している。	メキタジン錠３ｍｇ「サワイ」	メジコン錠１５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2610	一般名にて（般）デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏（先発品名：メサデルム軟膏　患部「口」で処方有。患者申告により、塗布部位は口腔内のできもの　口内炎に対しての処方と思われ、薬剤名の確認を行ったところ、（般）デキサメタゾン口腔用軟膏（先発品名：アフタゾロン口腔用軟膏）の処方誤りであったことが発覚。処方変更となる。	一般名の名称が類似しているため、薬品名の頭文字での呼び出しで誤りが生じたと思われる。	通常の処理同様であるが、処方された薬剤の適応と、処方内容及び患者情報から、処方監査を行う。類似薬剤の処方誤りも念頭に置き監査する。	メサデルム軟膏０．１％	アフタゾロン口腔用軟膏０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2611	めまいで受診。咳は出ていないと申し出あり。	病院が処方箋を発行するとき、入力を間違えた。	症状を確認して処方内容と一致しているか必ず確認する。	メジコン錠１５ｍｇ	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
2612	患者より、リウマチとの診断ありと聴取。メソトレキセート（2.5）3錠分1、週1日で処方あり。疑義照会したところ、メトトレキサート（2）3錠分1、週1日と訂正。	薬剤の名称の類似	患者とのコミュニケーションより、病名を確認すること。	メソトレキセート錠２．５ｍｇ	メトトレキサート錠２ｍｇ「タナベ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2613	関節リウマチでメトトレキサート錠２ｍｇ「タナベ」を服用していた患者が、メソトレキセート錠２．５ｍｇ（※毎週水曜日の朝食後に２錠服用）が記載された処方せんを持参した。患者から聞き取りしたところ、状態が安定しているので薬が減量になったとのこと。処方医に疑義照会を行った結果、メトトレキサート錠２ｍｇに変更となった。	処方変更の際、薬剤の選択を誤ったものと思われる。	既往歴や薬剤の用法・用量に注意し、鑑査を行う。	メソトレキセート錠２．５ｍｇ	メトトレキサート錠２ｍｇ「タナベ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2614	メソトレキセート錠2.5ｍｇ初処方整形処方　患者聞き取りから「リウマチ」と診断を受けていること確認疑義にてメトトレキサート錠2ｍｇに変更用法用量服用方法も改めて確認	名称の類似から処方時に打ち間違えたと推測	診断名など患者とよく確認して類似薬の間違えではないか疑う	メソトレキセート錠２．５ｍｇ	メトトレキサート錠２ｍｇ「タナベ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2615	メタクト配合錠ＨＤ　２錠／日　１日２回朝夕食後の処方あり。服用上限過量であると判断。なお、お薬手帳より、前回までスイニー錠100ｍｇとメトグルコ錠500ｍｇの処方であったため、メトアナ配合錠ＨＤへの切り替えの可能性があると考え疑義照会実施。	配合剤へ切り替えようと考えたときに名称類似であるため誤った可能性あり	処方監査時に、用法用量、上限量、前回までの服用情報、処方の妥当性をしっかり判断し、必要時疑義照会を徹底すること	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
2616	妊娠3か月、つわりによる吐き気症状があり受診された患者様。メチルエルゴメトリンマレイン酸塩錠は妊婦に禁忌のため疑義照会を実施し、メトクロプラミド錠5ｍｇ「テバ」へ変更となった。	薬品名の最初の一文字が同一文字のため、入力画面にて薬品を選択する際に誤った薬品を選択してしまったと考えられる。	添付文書の禁忌情報の確認を徹底する。服薬指導時に患者の病態、症状と処方薬が一致しているかの確認を徹底する。	メチルエルゴメトリンマレイン酸塩錠０．１２５ｍｇ「Ｆ」	メトクロプラミド錠５ｍｇ「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2617	今までメチルジゴキシン錠0.1ｍｇ「タイヨー」0.5錠朝食後で服用していた方がメチルエルゴメトリン錠０．１２５ｍｇ「あすか」１錠朝食後で処方されていた。名称間違いの可能性があるため疑義照会。メトルジゴキシン錠0.1ｍｇ「タイヨー」0.5錠朝食後に訂正になった。	院内で採用がメチルジゴキシン錠0.1ｍｇ「タイヨー」から「ＮＩＧ」変更になった。その関係で従来通り処方が上がって来ず、医師がメチルで検索し、薬を選び間違えたうえ、投与量も間違えた。	今までの処方歴と年齢から薬の選び間違いの可能性があるため、疑義照会。必要な薬に訂正してもらった。	メチルエルゴメトリン錠０．１２５ｍｇ「あすか」	メチルジゴキシン錠０．１ｍｇ「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
2618	（般）メトクロプラミドの処方だが、患者の話と食い違い問い合わせ。プレマリンに変更	プレマリンを処方のところ誤ってプリンペランと入力の可能性あり	症状と処方の確認	メトクロプラミド錠５ｍｇ「テバ」	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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2619	メトプロロール酒石酸塩20ｍｇ　１錠吐き気時　２０回分　の処方について処方鑑査時、メトプロロール酒石酸塩錠20ｍｇには嘔気に対する適応が無いため処方元に薬剤が適正か電話で確認し、メトクロプラミド錠5ｍｇ「あすか」　吐き気時　20回分　に処方変更となった。	処方時の薬剤検索で、はじめの２文字が同じため誤って選択されたと思われる。	薬剤選択ミスがあることも必ず念頭において処方鑑査をする。	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「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
2620	以前通院していた医院から転院され、処方内容がDoにて処方されていたが、【般】メトホルミン錠２５０ｍｇ：ＧＬ朝夕食後２錠の記載より薬歴・お薬手帳を確認した所、今まではメトホルミン錠２５０ｍｇ：ＭＴ朝夕食２錠で調剤の記録あり。１日最大容量の違いから疑義照会しＭＴ錠への変更を確認。	服用されていたメトホルミン錠２５０ｍｇ：ＭＴ(一日最大用量２２５０ｍｇ)に対して今回処方されていたメトホルミン錠２５０ｍｇ：ＧＬ（一日最大用量７５０ｍｇ）は服用量が多くなるため低血糖症状等の副作用の発現が考えられた。	処方医へのMT錠＆GL錠の違いについての情報提供。店舗スタッフへの情報共有による知識の向上に努めています。	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇ「トーワ」	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2621	令和3年7月10日に他院処方箋ではメトホルミン塩酸塩錠250ｍｇMT6錠3x毎食後だった。今回転院され持参された処方箋にはメトホルミン塩酸塩錠250ｍｇGL6錠3x毎食後になっていた。疑義照会後転院前と同じメトホルミン塩酸塩錠250ｍｇMTに変更になった。	後発品メトホルミン塩酸塩錠にはMTとGLがあるので注意して処方箋を読まないといけない。	自局にあるメトホルミン塩酸塩錠がMTだけであること、メトホルミン塩酸塩錠にはMTとGLがあることを確認した。処方箋のMT、GLの所には鉛筆で〇を付けるようにする。	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇ「トーワ」	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「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
2622	患者様にメトホルミン塩酸塩錠が処方され、新規処方の為、来局された家族に確認すると吐き気止めを希望された為、疑義照会を行った結果、メトクロプラミド錠に変更になった。他病院で処方のあった医薬品を希望された。	処方医がメトクロプラミド錠を処方するところ、メトホルミン塩酸塩錠を入力されたようである。他病院での処方の為、先生の認識不足だった。	患者様の話をよく聞き、処方内容に疑問を生じたら疑義照会を行う。	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「トーワ」	メトクロプラミド錠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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2623	メトクロプラミドのところメトホルミンが処方	低血糖で重大事故	コミュニケーション徹底	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「三和」	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
2624	メトリジン錠2mgが処方となった。患者さまからお話を伺うと、血圧は低くなく、普段血圧高めで降圧剤を服用しているとのこと。今回の受診は眩暈が主症状であり、診察時の血圧は収縮期120台であったため、医師からは眩暈と血圧は関係ないとお話があったとのこと。処方内容と患者さまからのお話があっておらず、メリスロン錠の間違いではないのかと思い、医師へ問い合わせた。メリスロン錠へ処方変更の指示を受けた。	メトリジン錠とメリスロン錠で、最初の1文字が同じであるため、処方の際の検索で違う薬剤を選んでしまったのではないか。	処方内容から症状や病名を推察し、その推察が患者さまからのお話と合っているかきちんと確認する。どういったことで受診をしたのかきちんと確認し、聴取した内容と処方内容に相違がある場合は、疑義照会を徹底する。	メトリジン錠２ｍｇ	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
2625	処方せんを応需し、薬歴により今回処方薬を確認したところ、前回薬のデュファストン（5）と比較して今回代替薬のメドロキシプロゲステロン（200）の成分量が過剰であることに気づいた。処方医に疑義照会をして前回薬に処方変更となった。	デュファストンが供給不安定状態であることや処方変更した際に代替薬として正しいか確認できていなかったことが挙げられる。	患者様の薬歴を確認することで代替薬が間違っている可能性が分かった。薬歴を調べることで疑義照会へつなぐことが出来た。	メドロキシプロゲステロン酢酸エステル錠２００ｍｇ「Ｆ」	デュファストン錠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
2626	メマンチンの漸増処方の中で15mgの処方でメマンチン10ｍｇとプラバスタチン5ｍｇとの一般名処方がありメマンチン5ｍｇの間違いではないかと処方医に問い合わせ	処方医の入力ミスだと思われます	処方内容を分析し疑問が生じたときは些細なことであっても問い合わせする	メバロチン錠５	メマリー錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2627	２歳の児にメプチンエアーが１回２吸入で処方された。本年齢で１回２吸入の場合、メプチンキッドエアーが正しい用法用量となる。吸入回数の変更か、処方薬剤名の変更について処方医に疑義照会を行い、メプチンキッドエアーを１回２吸入、へ変更となった。	メプチンエアーとメプチンキッドエアーを電子カルテに入力する場合、あいうえお順でメプチンエアーのほうが上位に表示される。そこでの選択間違いが今回の事例につながったと思われる。	処方監査時に、処方箋のコピーに丸付けを細かく行っている。本事例の場合、メプチン、キッド、エアーとそれぞれ分割して丸をしている。そうすることで、類似規格でも誤って調剤することを防ぐことが出来る。	メプチンエアー１０μｇ吸入１００回	メプチンキッドエアー５μｇ吸入１００回		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2628	喘息治療での来局2回目の患者、メプチン吸入液ユニット0.5ｍＬが処方されていたが成人用量となるため監査薬剤師が疑義照会。メプチン吸入液ユニット0.3ｍＬに変更となる。	以前は0.3ｍＬで処方されているため、処方せんへの記載間違いの可能性がある。	処方箋監査に置いて、小児用量の確実な確認を実施していく	メプチン吸入液ユニット０．５ｍＬ	メプチン吸入液ユニット０．３ｍＬ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2629	メプチン50μgが1日6錠毎食後で処方されており、14歳の患者様だが大人としても用量がかなり多いことから、疑義照会を行った。ところがそのままで良いとの事で返答があった。添付文書確認やメーカーへの問い合わせを行ったところ、やはり多いので再度疑義照会を行った。するとメプチン50μgではなく、メジコン錠15mgであることが判明した。原因を調査したところ、こちらからはメプチンが6錠は用量がかなり多いことを伝えたが、院内のスタッフは薬剤名を先生に伝えず、「6錠が多いと連絡がありましたが」としか話しておらず、先生も薬品名が違うとは思っていなかった。	双方の伝達不足と確認不足によるものと考えられる。	疑義照会時、必ず薬品名、用量、用法を相互で確認するようにする。	メプチン錠５０μｇ	メジコン錠１５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2630	メプチン顆粒0.01％が処方されましたが患者の体重を確認し、疑義照会した結果メプチンドライシロップ0.005％への変更になりました。	メプチン顆粒とメプチンDSの選択間違いの可能性があります。	同成分でも剤形違いが出た場合気づけるようにして、患者の体重から投与量に間違いないか監査する。	メプチン顆粒０．０１％	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2631	患者が受診の際、他クリニックで処方された薬情を持参し、同じ薬を処方してもらった。処方医は薬情を見間違え、ラベプラゾールを処方するところ、ラベプラゾールに上段に記載されていたメペンゾラート臭化物を処方してしまった。また、メペンゾラートを1錠分1で処方し、同じ処方箋で同じ成分のトランコロン錠6錠分3で処方していた。処方監査時に重複投与を発見し、患者からの聞き取りで薬情から、薬品名が類似している薬と記載ミスしていることを発見した。疑義照会によりメペンゾラート1錠分1はラベプラゾールに処方変更、トランコロン6錠分3はそのまま処方となった。	医師が薬情の薬品名を類似している薬と間違えてしまった。また、先発品名と成分名で同じ薬と気が付かなった。	処方監査時に疑問点がある場合は患者から聞き取りを行うことも、処方監査の材料になる。医師も間違えることがあること念頭において監査する。	メペンゾラート臭化物錠７．５ｍｇ「ツルハラ」	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
2632	25歳でアルツハイマー薬が処方(メマチン)なおかつ 頓服で眩暈時に と記載あり問い合わせの結果 メリスロンの間違えだった	医療機関の入力間違え	今回 年齢 頓服の記載だったので疑義照会にいたったが 年齢や普通に毎食後など記載だったら気がつかないと思います。過去の薬歴患者様の情報を常に把握する必要だと思いました。	メマリー錠１０ｍｇ	メリスロン錠１２ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2633	デプロメール錠25mgが初回の患者。併用禁忌であるメラトベル顆粒も処方されていた為疑義照会を行った。その結果メラトベル削除、メトリジンが追加となった。メラトベルとメトリジンを継続服用されており、今回デプロメールを処方するにあたってメトリジンのつもりが誤ってメラトベルを削除してしまったとのことであった。	名称類似	今回は併用禁忌薬が処方されたため処方監査時に誤りに気付くことができた。服薬指導時に処方変更にあたった理由や背景を聞き出して誤りはないかの確認を徹底したい。	メラトベル顆粒小児用０．２％	メトリジン錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2634	処方内容が、メレックス錠１ｍｇであり、患者様の聞き取りで、メレックスではなく、メイラックス錠１ｍｇであったことが判明。	名称がとても似ており、ともに、向精神薬であるため、医師の入力間違いがあったと考えられる	類似薬については、患者様の聞き取りを十分に行うこと	メレックス錠１ｍｇ	メイラックス錠１ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2635	貼付剤としてモーラステープL40mgが処方されていた、投薬前の薬歴確認時テープ剤でかぶれ歴あると確認。Drに疑義行いパップ剤であるモーラスパップXR120mgに処方変更依頼行い、副作用を未然に防止。	処方医1名入院・インフルエンザワクチン接種などの状況で処方病院混在状況。	日頃からDrに情報提供行い信頼関係を築いておき、疑義へのハードルの高さを軽減している。	モーラステープＬ４０ｍｇ	モーラスパップＸＲ１２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2636	便秘症状にて受診。モビコール配合内服剤の処方意図があったが、類似名称のモビプレップ配合内服剤を処方。薬局にて、患者からの情報収集時に疑義を感じ、紹介を行い判明。モビコール内服配合剤に変更となる。	類似名称のため、処方間違い	患者から得た情報と、処方内容の照合を徹底し、妥当性検討する。	モビプレップ配合内用剤	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
2637	モビプレップ　2袋　分１　21日分　大腸内視鏡検査や大腸手術ではなく便秘で受診。用法用量も違うので確認した。モビコール　2袋　分１　21日分の誤りだった。	入力でモビの2文字で処方　薬効も似ているので間違いに気付かなかった。	モビプレップの処方が初めてだったので、慣れていない薬は慎重に調べてから調剤するようにしています。	モビプレップ配合内用剤	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
2638	新患にモビプレップ配合内用剤が1日2袋で処方されたが、当薬局では取り扱いが無い薬の為、用法用量、適応症について確認した。それによると通常院外処方では用いない薬剤であり、用量も常用量を超過していた為、問い合わせを行った。その結果、モビコール配合内用剤ＬＤへ変更となった。	Ｄｒの認識不足とは考えにくいので、カルテの記載ミス、もしくは処方箋の打ち出しの際のミスと考えられる。	普段取り扱いのない薬剤が処方された際は、必ず用法用量、ならびに適応症について確認するように徹底する。	モビプレップ配合内用剤	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	
2639	便秘症の患者に対しモビプレップ配合内用剤 2袋 1日1回夕食後 14日分で処方された。モビプレップ配合内用剤は大腸内視鏡検査、大腸手術時の前処置における腸管内容物の排除にのみ適応があるため、疑問に思い処方医に疑義照会。モビコール配合内用剤LD 2包 1日1回夕食後 14日分の間違いである事が判明し事例が発覚した。	「モビプレップ配合内用剤」と「モビコール配合内用剤LD」は名称が類似しているため、入力時に変換ミスが起こった可能性が考えられる。	薬剤の特性や用法用量をきちんと確認し、処方鑑査を行う。	モビプレップ配合内用剤	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
2640	クモ膜下鎮痛法を行っている患者に、投与禁忌である４％モルヒネ注が処方された。クモ膜下・硬膜外に投与すべきでない添加物が含まれている為、適応のある１％モルヒネ注に変更を依頼した。	オピオイドの使用量が多い患者については、持続皮下注射の投与速度をコントロールするために、４％のモルヒネ注を使用することが多い。今回も普段通りに４％モルヒネ注を選択してしまったと考えられる。	投与量だけではなく、投与経路などを踏まえた処方監査を心がけている。	モルヒネ塩酸塩注射液２００ｍｇ「第一三共」	モルヒネ塩酸塩注射液５０ｍｇ「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
2641	施設入所患者様へモルヒネ硫酸塩水和物徐放細粒分包10mg「フジモト」の処方があったが、本剤はすでに定期処方にて服用されており偶然得られていた施設職員からの情報では屯服として服用していたモルヒネ塩酸塩錠10mg「ＤＳＰ」の追加をお願いしたかったとのことだった。双方に改めて確認を取ると、処方されるべき薬剤はモルヒネ塩酸塩錠10mg「ＤＳＰ」であった。	施設職員等では医薬品名称の細かい違いについて不慣れなところがあり、処方に至った経緯等にも注意する必要がある。	類似する事例の確認、施設側とのコミュニケーションの強化を検討中である	モルヒネ硫酸塩水和物徐放細粒分包１０ｍｇ「フジモト」	モルヒネ塩酸塩錠１０ｍｇ「ＤＳＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2642	9歳のお子様にモンテルカスト錠10mgが処方されていました。年齢に対して多い為添付文書を確認したところモンテルカスト10mgは小児には適応が無い為、疑義照会をしモンテルカストチュアブル5mgに変更になりました。	年齢による適正量の確認不足	処方量が年齢・体重に対して適正に出ているかの確認の徹底	モンテルカスト錠１０ｍｇ「トーワ」	モンテルカストチュアブル錠５ｍｇ「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
2643	10歳小児、モンテルカスト錠１０ｍｇ　１錠　１日１回夕食後６日分処方。	医師による医薬品名類似の為、選択誤り。年齢の確認不足。用量の確認不足または知識不足。	疑義照会を実施。モンテルカストチュアブル錠５ｍｇ　１錠　１日１回寝る前６日分処方。	モンテルカスト錠１０ｍｇ「トーワ」	モンテルカストチュアブル錠５ｍｇ「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
2644	一般名処方でエスタゾラム錠2ｍｇ朝食後と処方あり。しかし、前回ユリス錠1ｍｇ処方かつ今回も朝食後の処方であったため、ユーロジンとユリスの処方間違いであると考え疑義照会実施。疑義照会にてユリス錠2ｍｇに変更となった。	一般名処方であるが、処方時のレセコン捜査の際に類似名称のユーロジンとユリスの選択間違いと思われる。	疑わしい場合は患者から伺う医師との受診時の話も加味し疑義を行う。	ユーロジン２ｍｇ錠	ユリス錠２ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2645	当薬局門前クリニック（以下Aクリニック）より一般名処方、「テオフィリン徐放錠100mg（24時間持続型）朝1錠」、「テオフィリン徐放錠200mg（24時間型）夕1錠」と処方あり。元々、かかりつけ病院（以下B病院）が閉院に伴い、Aクリニックに久しぶりに受診。AクリニックではB病院と同じ内容の処方を出すと、患者様に伝えていた。しかしお薬手帳を拝見したところ、B病院の処方では、「テオロング錠100mg朝1T、夕2T」と処方があった。そのためDrに面会し、一般名処方「テオフィリン徐放錠（12-24時間型）100mg朝1T、夕2T」に変更して頂いた。	Drにその旨を伝えたところ、「紹介状にはテオフィリンとしか記載がなかった。」とのこと。似たような一般名処方・商品名のため、困惑しやすい。	お薬手帳を持っていたため、このような件は問題なく終わった。そのため、久しぶり・新患の方は特に、お薬手帳を持参し、確認できるように声掛けを行う。また取り間違えやすい医薬品（バルプロ酸ナトリウムなど）には、医薬品が収納されているカセッターに注意書きを記載する。	ユニフィルＬＡ錠１００ｍｇ ユニフィルＬＡ錠２００ｍｇ	テオロング錠１００ｍｇ 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
2646	ユリスを常時服用していた患者の定期受診。シロドシン２ｍｇの処方箋持参。患者に聴取したところ、変更は聞いていないとのこと。医療機関に疑義照会をしたところユリス２ｍｇを調剤してほしいと確認。	類似名による処方入力ミス。	変更点があった場合は患者様としっかり確認を行い、疑問があればつど処方医に連絡する。	ユリーフ錠２ｍｇ	ユリス錠２ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2647	1人の薬剤師が処方箋通りにユリーフ錠２ｍｇを調剤し、別の薬剤師が鑑査をしている時に、調剤に関わっていない薬剤師が、たまたまお薬手帳を見た際に、女性でユリーフは使わない事・前回がユリスの１ｍｇが処方されていることに気づく。すぐに疑義照会しユリス錠２ｍｇへ変更になる。	薬品名の類似が一番の原因だと考えられる	今回は患者さんが女性であった事・初回ではなくユリスの１ｍｇを服用していたため、増量の際にDrが選択ミスをしたと考えられた為、未然に防げたことだと思うが、調剤者や監査者の知識や確認不足もあった為、知識の向上や類似医薬品の表を作成し他の薬剤師に配ります	ユリーフ錠２ｍｇ	ユリス錠２ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2648	ヨウ化カリウム丸1錠の服用歴がある患者に対して、ヨウ化カリウム散１ｇが処方。	処方入力時に丸と粉を間違えて選択し、用量を1錠ではなく１ｇと入力していたのが原因ではないか。	カリウム散が近隣薬局にも卸問屋にもなかったので剤形変更か院内処方へ変更できないか疑義。用量としては20倍(50mg→1000mg)の違いとなるが、適応で近い物があったために剤形変更で疑義をした。返事を頂いた際に用量の確認も行った所、医薬品の入力ミスで用量も変更となった。	ヨウ化カリウム「ホエイ」	ヨウ化カリウム丸＊（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
2649	食事量が減り、栄養剤追加と患者様家族より話あり。薬歴や患者様家族より胃ろうなどなし、経口服用すると聞き取り。ラコール半固形は経管投与のみで経口適さない為、疑義。ラコールNF配合経腸用液に変更になった。	ラコールNF配合経腸用半固形剤が経管投与のみとの認識が足りなかった。	ラコールの経腸用液と半固形剤の投与方法の違いを正しく認識する。	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
2650	他院からの転院で、当薬局では新患。アゾルガ配合点眼液とラタチモ配合点眼液の処方あり。チモロールがどちらにも配合されていて重複するため、疑義照会。ラタノプロストとラタチモの入力ミスと分かり、ラタノプロストに変更となる。	事務の入力ミス。	配合剤では成分が重複することがあるので、確認をしっかりする。類似名称の製品は特に注意を払う。	ラタチモ配合点眼液「ニットー」	ラタノプロスト点眼液０．００５％「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
2651	これまでラタチ配合点眼液が処方されていたが今回ラタノプロスト点眼液が処方されていた。患者さんに確認すると、先生からはいつもの薬を出しておくと説明された。病院に確認を行うと、ラタチモ配合点眼液に変更になった。	今回一般名で処方されており、ラタノプロストまで入力が同じため、間違えてラタノプロスト点眼液を選択したものと思われる。	前回から目薬が変更になっていたら患者さんに先生から何か聞いているか確認を行い、何も聞いていないようなら病院に確認を行う。	ラタノプロスト点眼液０．００５％「ＮＳ」	ラタチモ配合点眼液「ＴＳ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2652	処方せんに一般名でラタノプロスト点眼液と記載。いつも通りの一般名での処方で継続薬だったのでいつも通りラタノプロストサワイ調剤し、投薬を行ったところ添加物アレルギーをおこしたので変更になっていないか、と患者様からヒアリング。疑義照会を行ったところ、ラタノプロストＰＦ点眼液日点に変更となった。	処方箋を受け付けたときに継続薬であると思い、患者様から変更などなかったか確認することなく受付、調剤を行ったためこのようなことが起こったと考えられる。	受付時にこの処方で間違いないか、変更などなかったかをあらかじめ確認するようにする。	ラタノプロスト点眼液０．００５％「サワイ」	ラタノプロストＰＦ点眼液０．００５％「日点」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2653	処方せんにいつもと違う薬剤が記載されていたので照会	レセコンの使いにくさが顕著	不信な時は逐一照会する。	ラモトリギン錠100mg「ＪＧ」	ラベプラゾールNa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
2654	休日当番での対応。新規受診の患者がランタス注ソロスターの処方箋を持参し来局。初期の聞き取りにおいて、旅行中であるがインスリンを忘れてしまったため当地の休日当番医を受診したとのこと。 いつも使っているランタスを処方してもらったということであった。お薬手帳も忘れており持参なし。処方箋通り調剤し、投薬時実物を見せていつもと変わりないか確認した所、いつもの注射と違うものだと言われる。ランタスXRかと思い確認したが、XRと書いていたかどうかわからないということであった。患者よりかかりつけ医院と連絡してもらい、処方内容を直接確認した所いつもはランタスXR中ソロスター450単位を処方していると回答が得られたため、本日の処方医へその旨連絡し処方変更となった	治療に必須であるインスリンを忘れていたことが最も重要な事であるが、お薬手帳や薬情などを常に持ち歩いて入れば防げた事例であった	お薬手帳は常に持ち歩くよう習慣にしてもらうよう声掛けする。	ランタス注ソロスター	ランタスＸＲ注ソロスター		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2655	ランタスXR注ソロスターを継続使用している患者さま、ランタス注ソロスターへ変更になったため患者さまへ確認するも詳細不明。疑義照会するも一度そのまま出すよう指示。再度疑義照会し、処方ミスであることを確認し処方変更。	電子カルテ上での薬剤の選択ミスと考えられる。	調剤の前に、処方内容が正しいかを確認する作業を行っている。処方に疑わしい点がある場合、その点が解消するまで確認を怠らない。	ランタス注ソロスター	ランタスＸＲ注ソロスター		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2656	トリプタノール１０ｍｇで処方のところ、リザトリプタン１０ｍｇが処方されていた。	トリプタノールとするところを誤ってリザトリプタンと入力したと推定される。	事務職員が処方箋受付の時点で誤り等に気づいた時は薬剤師にすぐに相談するようにしている。	リザトリプタンＯＤ錠１０ｍｇ「ファイザー」	トリプタノール錠１０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2657	事前に患者様からリボトリール１ｍｇは置いてますかと電話で連絡あり。その後話をお伺いしたところリボトリールを以前別の病院（A病院）で処方されたが今回こちらで出してほしいとのこと。A病院には最近かかっていないことを確認したのでそれであればこちらで出してもらえる可能性は高いことを説明。その後受診され処方が出たのがリスパダールOD錠１ｍｇだったため、患者様に再度聞き取りを行い、手帳も確認してリボトリールとの処方間違いの可能性高まり疑義紹介を行った結果リボトリール１ｍｇに変更になる。	名称が似てるうえにきちんと病院に手帳を見せていなかったようでリボトリールとリスパダールを勘違いした可能性が高い。	今回は事前に電話で連絡があったので比較的気付きやすい事例だったが普段からきちんと手帳の確認を行うことが当然のことだが重要と改めて感じてます。	リスパダールＯＤ錠１ｍｇ	リボトリール錠１ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2658	リスミー錠１ｍｇが１日１回起床時で処方されていた。用法確認のため電話にて問い合わせをした所、リズミック錠10mgの処方間違いであることが判明した。	名称類似によるコンピューターでの選択ミス	処方監査での違和感や患者様からの症状の聞き取り時に違和感を持ったときには、遠慮せず医師に確認する。	リスミー錠１ｍｇ	リズミック錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2659	リズミック錠１０ｍｇが処方されていたが、患者さんからの聞き取りにより、リスミー錠の処方間違いが推測されたので疑義紹介したところ、リスミー錠を処方するつもりであったとのことであった」。	入力時、リスミで検索することによる、薬剤の選択ミスが考えられる。	患者さんからの聞き取りをしっかり行宇	リズミック錠１０ｍｇ	リスミー錠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	
2660	耳鼻科よりリボスチン点鼻液の処方があったが用法の記載がなかったため疑義照会　リボスチン点鼻液ではなくリボスチン点眼液の記載間違いであったことが判明した	薬名の酷似　入力の間違い	患者さんの訴えを聞いて薬に間違いがないか注意して投薬する	リボスチン点鼻液０．０２５ｍｇ１１２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
2661	定期処方薬を取りに毎月来られている患者様に新規処方としてリルマザホン塩酸塩錠2mgが処方されており、患者様にお話しをしていると聞いていた話と違う名前の薬が出ていると訴えがあり疑義照会。処方変更となった。	頭文字が同じため入力の際に誤ったと考えられる。	処方薬の内容について患者に確認を徹底し祖語がないか確認徹底。	リルマザホン塩酸塩錠２ｍｇ「ＭＥＥＫ」	リスペリドン錠２ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2662	リンゼス錠0.25ｍｇ　4錠/分1　朝食後で処方あり、添付文書内容と相違あるため用法用量について疑義照会。リアルダ錠処方予定だったことが判明し、処方変更となった。	医師による薬剤選択ミス。	添付文書記載内容と相違がある場合は必ず処方医に確認。今回は潰瘍性大腸炎の患者に対して便秘薬が処方された点でも疑問をもつところではあったので、患者背景を把握ししっかり処方解析を行う。	リンゼス錠０．２５ｍｇ	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
2663	陰部の腫れ・痒みを訴える患者に対してリンデロン - DPが処方されていた。リンデロン - DPはランク2群であり、経皮吸収率の高い陰部への使用は適さないため疑義照会を行い、より低いランクの外用ステロイド剤への変更を提案した。正しくはリンデロン - VGの処方であり、入力間違いであったことが発覚した。	薬品名が類似していることが大きな要因と思われる	処方では塗布部位は明らかにされておらず、患者からの聴き取りの際に陰部へ使用することが分かった。処方箋以外から得られる情報も処方監査には欠かせない材料であり、今後とも患者情報の収集に努めたい。	リンデロン-ＶＧ軟膏０．１２％	リンデロン-ＤＰ軟膏	『リンデロンDP』（II群）：ベタメタゾンジプロピオン酸エステル 『リンデロンVG』（III群+抗生物質）：ベタメタゾン吉草酸エステル＋ゲンタマイシン	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2664	眼科よりクロモグリク酸Ｎａ点眼液、リンデロン－ＶＧ軟膏が処方に。患者様より、これまで院内から処方されていた眼軟膏からもう少し強い薬に変更する、という話しがあったとのこと。まぶたのところに塗るように言われているとのことだったが、リンデロン－ＶＧ軟膏では薬の可能性が考えられ、疑義照会。眼・耳科用リンデロンＡ軟膏に変更となった。	入力時にリンデロンで該当の薬品がでてこなかったとのこと。似た薬品名を選んでしまった可能性がある。	引き続ききちんと患者様から聞き取りを行なう。	リンデロン－ＶＧ軟膏０．１２％	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
2665	処方せんに「リンデロン点眼・点耳・点鼻液０．１％」の記載があり。「リンデロン点眼・点耳・点鼻液０．１％」は初処方のため、患者に話を聞いたところ、以前から継続している「点眼・点鼻用リンデロンA液」を医師にお願いしたとのことだった。TELにて医師に疑義照会した結果、「リンデロン点眼・点耳・点鼻液０．１％」から患者継続薬の「点眼・点鼻用リンデロンA液」に変更となった。	「リンデロン点眼・点耳・点鼻液０．１％」と「点眼・点鼻用リンデロンA液」の名前が似ているため、医師が薬を選択する際に間違えたか、医師記載とカルテを見て入力する際に事務が選択間違いしたと考えられる。	「リンデロン点眼・点耳・点鼻液０．１％」と「点眼・点鼻用リンデロンA液」は別の薬剤であると薬剤師、クラーク全員に周知する。薬の変更、新規処方の際は、患者の話をよく聞いて判断する。	リンデロン点眼・点耳・点鼻液０．１％	点眼・点鼻用リンデロンＡ液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2666	今まではリンデロンＡ液を使用していたが処方記載が異なったため患者へ処方薬変更の説明はあったか確認。「次回より他の医療機関を受診することになっているが予約日まで残薬が間に合わないため相談し、医師より同じ薬を処方すると説明があった」との回答。そのため疑義照会により処方薬が変更となった。	普段の医師とは異なる医師が処方したため、レセコンへの入力ミスだった可能性がある。	処方が変更になっている場合は、患者からの聞き取りを徹底する。不明な点があれば医療機関へ問い合わせる。	リンデロン点眼・点耳・点鼻液０．１％	点眼・点鼻用リンデロンＡ液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2667	81歳男性。平素より当薬局を受診している。先週白内障の手術を受けており、手術した病院の近くの薬局からリンデロン点眼・点鼻・点耳液0.1%が処方されている。リンデロン点眼・点鼻・点耳液0.1%の手持ちがなくなってきたので内科の先生に処方をお願いしたが、処方がリンデロン点眼液0.01%になっていた。薬手帳・患者の聞き取りにより処方されるべき薬剤がリンデロン点眼・点鼻・点耳液0.1%と判断し疑義照会。リンデロン点眼液0.01%からリンデロン点眼・点鼻・点耳液0.1%へ処方変更となった。	内科処方医がリンデロン点眼液0.01%とリンデロン点眼・点鼻・点耳液0.1%の違いに気づかなかったことが原因と思われる。	新規処方の際は手帳・患者の聞き取りから得られる情報をしっかり利用し、処方の妥当性を判断するよう心掛けている。	リンデロン点眼液０．０１％	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
2668	在宅診療患者の処方において、コデインリン酸塩散10%　2gの手書き処方箋が発行された。用量に不審点があったため、処方医に照会しコデインリン酸塩散1%　2gに変更された。	オーダリングシステム外での処方のため、チェック不足となったものと思われる。	手書き処方については、より慎重に確認を行う。	リン酸コデイン散１０％「タケダ」	リン酸コデイン散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
2669	咳の症状で来局。リン酸ジヒドロコデイン酸1% 2g 咳が酷い時　で処方。リン酸ジヒドロコデイン酸1% は1回量が1g のため処方内容の場合だと1回量が過量。コデインリン酸塩散1%は1回量が2gのため薬品名を誤って入力した可能性があり疑義照会。その結果、コデインリン酸塩散1% 2g に処方変更となる。	薬の成分名が類似しているため処方入力の際に誤って入力したか。	処方薬の投与量が適切であるか確認。名称が類似している薬品を把握し、調製時の取り違え、処方監査時に注意する。	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％「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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2670	同行したケアマネージャーより病院が変更になり前医の定期薬（ロナセン4）に変更なしでと聞いたと情報提供があり。ルーラン4に変更になっており病院へ疑義照会、医師の勘違いにより間違えていたとのことでロナセン4ｍｇに変更となった。	医師の勘違いによる処方	認知機能が低下している患者様には必ず診察に同行した方に話を伺うようにしている	ルーラン錠４ｍｇ	ロナセン錠４ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2671	内科より２０代女性へルプラック錠4mgが処方されていた。症状を確認すると花粉症の症状が気になり受診したとのことで医療機関に問い合わせしたところ、ルパフィン錠10mgに変更になった。	薬剤の頭文字が名称類似している為、医師は処方を誤ったと考えられる。	適切な薬剤が処方されているか患者情報の聴取を確実に行う。	ルプラック錠４ｍｇ	ルパフィン錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2672	ボグリボース0.2ｍｇの処方が中止、ルプラック４ｍｇが追加となっていたが投薬時に患者様から食後の糖尿病の薬に変更すると聞いているとのことから疑義照会、トラゼンタ錠5ｍｇへ変更となった。	処方せんの記載は一般名処方でトラセミド錠4ｍｇとなっておりトラゼンタ錠の頭2文字が同じであったため誤って入力されたと推測される。	患者様が聞かれた内容と処方内容に相違がないかを必ず確認する。	ルプラック錠４ｍｇ	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
2673	ミケルナ点眼液を以前から使用中。そこに同効のルミガン点眼液が追加になった。先生からは「１日２回の薬を追加する」と話があったと患者さんから聞き取り。同効の薬の処方という点と、ルミガンの用法入力は１日１回だったため、１日２回の指示を受けている点をあわせて疑義照会を行った。	DRが先にカルテに処方入力を行っていた薬剤がそのまま残っていた可能性がある。	PG系の緑内障治療薬を併用することがないということ。回数を多く使用することで効果減弱することなど踏まえたうえで、Drからの処方内容に疑問を持った。疑わしきは調剤せず、確認を細やかに行っている。	ルミガン点眼液０．０３％	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2674	他病院で処方、投薬されていたが、病院変更に伴い、同内容の処方継続で処方された。ルムジェブ注ミリオペン使用中であったが、処方にはルムジェブ注ミリオペンＨＤの処方であった。お薬手帳、患者へ聞き取りの後、薬剤に変更はないことを確認し処方医へ疑義紹介し変更となった。	ルムジェブ注ミリオペンは本製品とＨＤの製品があるが、処方医が認識していなかったと思われる。	インスリン製剤一覧をクリニックと共有した。	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
2675	当薬局を初めて利用される患者（女性・20歳代）が耳鼻咽喉科の処方せんを提出された。処方内容はRp.ルリッド錠150mg　1回1錠（1日2錠）1日2錠1日2回朝夕食後服用3日分、Rp.セレスタミン配合錠　1回1錠（1日1錠）1日1回夕食後服用3日分、Rp.ロキソニン錠60mg　1回1錠，ムコスタ錠100mg　1回1錠　屯用×8回分疼痛・発熱時服用であった。受診の経緯は、「耳の下のリンパ腺が腫れて痛むので診てもらった」とのことであった。初来局であったので、アレルギー歴、副作用歴、他科受診・併用薬などの情報について、問診票を活用して情報収集を行った。 現在治療中の疾患に皮膚科：ニキビがあり、併用薬にロキシスロマイシンがあることが分かった。今回処方せんに記載されているルリッド錠150mgと皮膚科で使用中の医薬品が重複しているため、電話にて疑義照会を行った（事務員を通して医師に伝達する形）。耳鼻咽喉科より折り返し返答があり、その内容は「ロキソニン錠60mg、ムコスタ錠100mgを中止する」というものであった。現在使用中のロキシスロマイシンとロキソニン錠60mgを聞き間違えている（若しくは伝え間違えている）可能性があると考え、再度「現在皮膚科で使用中の医薬品は、ルリッド錠150mgのジェネリック医薬品であるロキシスロマイシンであり、ロキソニン錠60mgが重複しているのではない」旨説明し、医師に再確認を依頼した。ルリッド錠150mgを中止し、Rp．ジスロマック錠250mg　1回2錠（1日2錠）1日1回夕食後服用3日分に変更し、皮膚科のロキシスロマイシンは本日より7日間服用を中止するよう回答があった。患者にもジスロマック錠250mgの服用期間は3日間だが、効果は1週間持続するので、同じ系統の抗生物質であるロキシスロマイシンは7日間休止するよう説明を行い、他の注意事項や日用生活の注意点などを指導の上、投薬を行った。	・医療機関での他科受診・併用薬の確認が不十分であったなどの要因が推定される。・患者が現在治療中の疾患や服用中の医薬品についての理解がしっかりとされていたので、同一成分の医薬品の重複投薬を未然に防ぐことが出来たと考える。・医療機関においては、医薬品の一般名は浸透されていない可能性があり、疑義照会を行う際には、商品名と一般名を一緒に分かり易く伝える等の配慮が欠けていたことも、今回の事例の発生要因の一つ（1回の問い合わせで解決できなかった）と考える。	・初回の問診時に他科受診・併用薬などがある場合には、お薬手帳などを活用して、正確な情報を収集するようにする（お薬手帳がない場合には、より慎重に対応を行なう）。・疑義照会を行う際には、一般名と商品名の名称が似ている場合などのケースでは、特に分かり易く伝えるように配慮する。	ルリッド錠１５０	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2676	レキサルティ錠4mg/日の処方あり。通常1mg/日開始の薬剤。手帳アプリ確認したところ、新規処方であることを確認。手帳処方歴を確認したところ「ブロマゼパム錠2mg（商品名：レキソタン）　頓服」処方あり。レキソタンとレキサルティの入力間違いが発生した。	処方せん作成時の名称の類似と入力後の確認不足。	手帳アプリの確認の徹底、服薬状況や医師からの指導などを患者から聞き取る。	レキサルティ錠2mg	レキソタン錠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
2677	レグテクト錠330ｍｇが不穏時・イライラ時の頓服で処方されていた。病院に処方意図確認のため疑義照会し、レグテクトではなレグナイト300ｍｇムズムズ時の誤りと発覚	レグナイトと打ち込むところを、先頭の二文字が同じなので、予測変換でレグテクトと打ち込んだと推定される。	類似名称の薬品が存在する事への注意喚起・周知を行う。医師の処方意図を推察しやすいように、患者背景の聞き取りをしっかり行う。商法意図に疑問を感じた時に、疑義照会をしやすいような関係を、病院と築く	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
2678	転居に伴い転院された患者様。お薬手帳の持参が無く、継続薬と投薬痔に確認。ジェネリックのメーカーが変わっていることがあるため、見た目が違う可能性あることお伝え。患者様帰宅後、本人がお薬手帳を確認したところレグテクトではなくレグナイトを今まで飲んでいたため、薬局に電話があり発覚。医師帰宅後の時間であった為、翌日クリニックに連絡し処方変更となり、薬差し替えてお渡し。	・クリニック側の入力時、名称類似であり、レグナイトが処方されたことのない薬だったため、普段処方されているレグテクトで入力された。・レグテクトの通常用量からはかなり少ない量での処方であったが、用量などに関して患者様から聞き取りできていなかった。	・情報の共有・当日薬歴記載することで当日中に処方内容の再確認を行う。	レグテクト錠３３３ｍｇ	レグナイト錠３００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2679	平素より当該医療機関、当薬局を利用の患者。以前より、オルメサルタン錠１０ｍｇ、トビエース錠４ｍを服用。今回処方では、トビエース削除され、レニベースが追加。オルメサルタンとレニベースが処方されていた。ＡＲＢとＡＣＥ阻害が同時に処方されていること、また患者聞き取りより血圧の薬の種類を変えるとのことだったので、疑義照会。オルメサルタン削除され、レニベースに変更となる。	レニベース、トビエースの名前が似ているため、混同があった可能性。	処方の妥当性を処方箋応需時に先確認しています。	レニベース錠２．５	トビエース錠４ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2680	レパグリニドが分２　朝夕食後で処方されていたため、用法について疑義照会。レパグリニドではなく、レバミピド錠100mg　２Ｔ/分２　朝夕食後の誤りとのことで処方変更となる。	一般名類似による薬剤の選び間違いと思われる。処方内容（用法用量がおかしくないかなど）、患者様への聞き取りをしっかり行う。	処方内容のチェック、患者様への聞き取りをしっかり行う	レパグリニド錠０．５ｍｇ「サワイ」	レバミピド錠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
2681	発熱し受診した患者。ロキソニンと一緒にレパグリニドが処方されており、疑義照会しレバミピドに変更となった	医療機関が処方箋作成の際、ＰＣへの入力を間違えた	処方鑑査を徹底しています	レパグリニド錠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
2682	【般】レバミピド錠100mgの処方があり投薬を始めるが患者さんと話が合わず、本人は痰きりの薬が処方されるはずとのこと。疑義照会をかけたところ、医師はムコダインを処方したつもりとのことで、ジェネリック医薬品であるカルボシステイン錠に変更してお渡し。	医師の使用するパソコンでは先発名で入力しても一般名処方になるようで、「ムコダイン」を処方するはずが「ムコスタ」で処方してしまった。一般名処方に自動変換されるので一見間違えることのなさそうな間違いであるが、先発医薬品名が類似しているため起きてしまった。	このような事例の共有が必要	レバミピド錠１００ｍｇ「オーツカ」	カルボシステイン錠５００ｍｇ「ＪＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2683	コロナワクチンの副反応で腕の痛みが続いている患者。ロキソプロフェン、メコバラミンと一緒にレボセチリジン塩酸塩シロップが処方。発熱、疼痛時に服用指示だったため、処方元に確認。レボセチリジン塩酸塩でなく、レバミピドであることがわかった。	眠気の出現により、転倒や怪我の可能性が考えられる。	処方内容確認。患者からの聞き取り、確認をする。	レボセチリジン塩酸塩ＤＳ０．５％「タカタ」	レバミピド錠１００ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2684	レボセチリジン「武田テバ」を服用したら眠気の副作用が強かった、と訴えた患者に対して、先発薬のザイザルの処方があった。今回のＧＥ薬はＡＧであったため、同様の副作用発現の恐れがあるため疑義照会し、ルパフィンに変更となった。	医師は先発薬への信頼が高いため、先発薬であれば副作用も少ないという意識での処方であった。ＡＧという位置づけの薬の存在をあまり認識していなかった。	患者の望む効果、副作用のなさ、を実現できるように患者への聞き取り、前回処方した薬の把握などを常に意識していく。また、医師への説明も丁寧に行っていく	レボセチリジン塩酸塩錠５ｍｇ「武田テバ」	ルパフィン錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2685	レボセチリジンが処方されたが、お薬手帳を確認すると、セチリジンを継続服用されている。患者に確認。いつもの医院でもらっている薬を、今回受診の医師に頼んだところ、間違って処方された。	患者はお薬手帳を見せたが、名称が似ているため、読み間違い。	お薬手帳をきちんと確認し、患者にも確認する。	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
2686	甲状腺の薬剤の処方は初めてで服用歴もなく疑問を感じたため疑義照会を行った。医師は（般）レボフロキサシン錠５００ｍｇを処方したつもりだったらしいが処方箋はレボチロキシンＮａ５０μｇ「サンド」となっていた。	終了間近の診察だった事、医師も高齢、薬剤名と一般名が類似している事が原因と考えられる	特別養護老人ホームの方で事務の方が処方箋を持ってきていた。日頃、特養の薬歴もしっかりと管理し記録していたことが防止につながったのだと思う。	レボチロキシンＮａ錠５０μｇ「サンド」	レボフロキサシン錠５００ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2687	平素、ロキソプロフェン錠とレバミピド錠の処方されている患者様に、ロキソプロフェン錠とレボトミン錠5mgが処方されていたので疑義照会し、レボトミン錠からレバミピド錠に変更になった。	薬剤名の類似による処方箋入力間違いと思われる。	疑わしい処方内容は疑義照会をすること。	レボトミン錠５ｍｇ	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
2688	当初、レボブノロール塩酸塩点眼液0.5%の処方あり。緑内障の既往歴もなく、お薬ノートから他の眼科よりレボフロキサシン1.5%の処方歴があるため確認。レボフロキサシン1.5%へ変更指示あり。	最初の2文字が同じなため、処方入力の際に間違えたと思われる。	既往歴についての確認・お薬ノートの確認・Drからどのような説明があったかの確認をしっかり行い、処方内容との齟齬がある場合は必ず疑義照会を行う。	レボブノロール塩酸塩点眼液０．５％「ニッテン」	レボフロキサシン点眼液１．５％「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
2689	術前点眼指示で【般】レボブノロール塩酸塩点眼液０．５％が処方されていた。用法も１日４回と従来の点眼方法と違っていた。薬剤名に誤りがある可能性があるため疑義照会を行った結果【般】レボフロキサシン点眼液０．５％に変更となった。	初めの２文字と規格で誤った薬剤を選択してしまった可能性があり。	疑わしい点があれば疑義照会を行う。	レボブノ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％「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
2690	アレルギー症状の為、受診した患者へレボフロキサシン500mgが60日分処方。薬歴ではレボセチリジン5mgを継続服用中であったため、類似名称誤りを疑い疑義照会。レボフロキサシン500mg→レボセチリジン5mgへ変更となった。	医療機関での処方箋発行時の類似名称間違い。	過去の薬歴、お薬手帳を用いて服用薬剤を一元的に管理するよう努めている。薬剤変更時は変更内容の確認を徹底している。	レボフロキサシン５００ｍｇ錠	レボセチリジン塩酸塩５ｍｇ錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2691	レボフロキサシン錠３錠/３×毎食後で処方箋が発行。同薬剤は通常１日１回で服用する薬剤なので疑義紹介。結果、レバミピド錠の誤りである事が判明。	類似名称の薬剤。医療機関の確認不足。	プレアボ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。	レボフロキサシン錠２５０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	レバミピド錠１００ｍｇ「オーツカ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2692	蕁麻疹患者に対し、１剤は抗アレルギー剤、もう1剤抗生剤が処方されていたため患者本人に化膿している部分等あるか確認したところ今回は蕁麻疹症状でしか来院してないとの事だったので疑義照会を行った。医療機関の事務員の入力ミスでレボセチリジンを入力したかったところ、レボフロキサシンで入力してしまっていたことが判明した。	一般名入力する際に、薬剤名が似ていたので入力ミスに繋がったと考えられる。	患者に病状の確認をしっかりし、処方内容と患者の症状が一致するか再度確認する。	レボフロキサシン錠５００ｍｇ「ＤＳＥＰ」	レボセチリジン塩酸塩錠５ｍｇ「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
2693	クラビットで薬疹の既往歴あり膀胱炎でレボフロキサシン処方されていた	レセコンの薬歴画面で、クラビット薬疹既往歴の情報を目立つように入力	レセコンでチェックリスト薬品に設定しておく	レボフロキサシン錠５００ｍｇ「ＤＳＥＰ」	セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2694	患者が耳鼻科の処方箋を持って来局。処方内容は、レボフロキサシン錠５００ｍｇ　１錠　分１朝食後　14日分であった。投与日数が長いため、疑義照会。レボセチリジン塩酸塩錠５ｍｇに変更となった。	名称類似による入力ミスと思われる。	引き続き、薬歴や患者への聞き取りなど、情報を収集する事により、処方内容に間違いがないか確認していく。	レボフロキサシン錠５００ｍｇ「ＤＳＥＰ」	レボセチリジン塩酸塩錠５ｍｇ「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2695	患者様聞き取りは鼻水症状が悪化し、相談の上追加処方。慢性副鼻腔炎による長期処方の際は、レボフロキサシン100ｍｇで処方が多い為、問い合わせ。	名称の類似	先生の処方パターン共有	レボフロキサシン錠５００ｍｇ「ＤＳＥＰ」	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
2696	レボフロキサシン錠500ｍｇ2錠・セレコキシブ錠100ｍｇ2錠分2朝夕食後7日分が処方されていたが、念のためレボフロキサシン錠500ｍｇの用法・用量の確認を処方医へ疑義照会したところ、レボフロキサシン錠500ｍｇではなくレバミピド錠100ｍｇの処方であったことが判明した。	電子カルテに処方入力時、類似する薬品名で選択を誤ったと推測される。	同時に処方されている薬品の組み合わせや適用外の用法・用量に少しでも疑問を生じたら、迷わず疑義照会を行う。	レボフロキサシン錠５００ｍｇ「ＤＳＥＰ」	レバミピド錠１００ｍｇ「オーツカ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2697	当該患者はレミニールOD8mg3錠が1日3回毎食後で処方されていた。用法用量が誤っており、患者家族から医師の説明が一切なく、認知症の症状も出ていない、服用歴もないと聞き取りで確認出来た他、供給が滞っており、入手困難なこともあった為、疑義照会を行った。すると、当初は、アリセプトへの変更を指示されたが、すぐに処方入力の誤りと訂正があり、ガラクターゼ0.75g1日3回毎食後に変更となった。	レセコンの薬剤検索システムがカタカナ3文字での検索の為、ガラクターゼの入力をガランタミンと誤ってて入力したのが要因。	患者から聞き取りをしっかり行い、患者の意思と全く違った処方がある場合は、当該医薬品をしっかりと精査して疑義照会を行っている。	レミニールＯＤ錠８ｍｇ	ガランターゼ散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
2698	過去に他院で処方されたセレコックス錠100ｍｇで薬疹の副作用で入院歴のある患者様、処方箋記載は一般名処方で患者様はセレコックス錠100ｍｇが処方されているとは思っていなかった。処方鑑査した薬剤師がレセコンの副作用歴を確認し患者様に聞き取りし上で疑義照会しロキソニン錠６０ｍｇへ処方変更となった。	1今回受診した医療機関に過去の副作用歴を伝えていれば事前に処方せずに他の薬剤を選択できた可能性もあったのではないかと思われる。2一般名処方で成分名が記載されていたので患者様も気付かず薬局応需の段階で発見される要因になったと思われる。	副作用歴等の申し送り事項を処方鑑査時に毎回必ず確認する事を徹底しています。	ロキソニン錠６０ｍｇ	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
2699	ロキソニンが１回２錠　頓服で処方されており、またロキソニンが1日3回で処方されていたため、重複を疑い確認した。	同じ文字から始まるため、選び間違えたと考える。	処方元では頓服はロルカム錠で処方されることが多いため、違う場合は確認する必要がある	ロキソニン錠６０ｍｇ	ロルカム錠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
2700	処方箋受付時に温感ででていたので、詳細な状況を確認したところ、階段でこけて腕を打撲しはれているのでもらったとのことだったので医師に温感で間違いないか確認したところ非温感での処方に変更になった。	温感と非温感のテープ剤の間違いは記載の違いが非しかないので、判別がしにくい。また、後ろの方にしか記載がないのでパソコンによっては見えてない可能性がある。	メンバー全員に情報を共有し、今後も注意するように指導。	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「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	
2701	服薬指導時、痛風発作にて消炎鎮痛の貼付剤を使用する旨確認した。処方されているロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「タイホウ」は温感の貼付剤であったが、急性期の炎症時に温感シップは逆効果である可能性があり、医師に照会しその旨、提起。非温感であるロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「久光」に処方変更となる。	名称の類似。個々の製剤の特性を認識していないことに起因すると思われる。	製剤名から特性を読み取れない同製剤が処方される際には、入念に使用用途の確認をする。	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「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
2702	ロコアテープ全量１４枚　１日３枚使用と指示があり、本剤は１日２枚までの上限があるため疑義照会。ロキソニンテープに変更になった。	処方箋の記載ミスと思われる。	処方箋の監査をしっかり行うこと。	ロコアテープ	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
2703	ロコイド軟膏１ｇ、分１夕食後の処方をいただく。外用剤のため問い合わせ、ロラタジン錠１０ｍｇ１錠分１夕食後へ変更。	ロが同じため、入力の際に選択ミスしたと考えられる。	内服と外用で今回はわかりやすかったが、用法が医師も間違うことがあるので受け取った段階で確認してから行うことにしている。	ロコイド軟膏０．１％	ロラタジン錠１０ｍｇ「ＮＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2704	かかりつけ医で　ロサルヒドHDをもらっていました　（手帳・薬情で確認）当該医院が　コロナ禍で休診のため　かかりつけ医以外を受診　一般名ロサルタン５０・ヒドロクロロチアジド配合錠　の処方せんをお持ちになった。　問い合わせ→ロサルタン100ｍｇ　ヒドロクロロチアジド配合錠に変更になりました。	医師が　ロサルヒド配合錠処方だった。ロサルタンの量が　HD　とLDでロサルタン１００ｍｇ　・５０ｍｇと違うのを見落としてしまったようだった。	処方内容だけでなく　お薬手帳お手持ちの薬情を見せてもらってから　処方鑑査・調剤を始めるように徹底する。	ロサルヒド配合錠ＬＤ「ニプロ」	ロサルヒド配合錠ＨＤ「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2705	ロゼレム(8)が1錠2×朝夕食後30日分で処方されていた。ロゼレムは眠剤のため用法がおかしいので病院へ疑義照会実施。ロナセン(4)2錠2×朝夕食後30日分へ変更になった。	医薬品の検索は頭文字3文字で検索するのが推奨されているが“ロ”の1文字で検索したと思われる	調剤者、監査者、投薬者がそれぞれ処方内容に問題がないかチェックしていく患者やご家族の聞き取りを行い、処方医が言ったことと処方内容に矛盾がないか確認していく	ロゼレム錠８ｍｇ	ロナセン錠４ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2706	13歳のお子様に（般）ブロナンセリン錠8ｍｇが処方されていた為、用量について疑義照会したところ、ブロナンセリン（ロナセン錠8ｍｇ）ではなく、ロゼレム錠8ｍｇの間違いであったと発覚。	薬品名が似ていた為。	ヒアリハット事例や他店の事例を共有。	ロナセン錠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
2707	一般名処方「ロラゼパム錠０．５ｍｇ」処方あり。お薬手帳より、定期でロラタジンが処方でており、前回から処方変更なしと患者本人より聞き取りし処方間違いと判断。疑義照会で処方変更となりました。	新設の医療機関で、前回処方データがなく処方新規入力が必要だったと思われます。新しい機械の操作に不慣れな状態で、入力ミスがあったと推測されます。	新患のため、前回処方内容をお薬手帳から確認。処方変更があれば患者本人からも詳しく聞き取りし処方間違いがないかなど十分確認する。	ロラゼパム錠０．５ｍｇ「サワイ」	ロラタジンＯＤ錠１０ｍｇ「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
2708	処方箋のロラタジンの投与量が通常より多く、用法も違ったため受付の方を介して処方医へ確認したところ、クラリスロマイシンへ処方変更となった。	ロラタジンの先発品がクラリチンであるので、クラリスと間違えた可能性があると推測される	投与量や用法についてしっかりと確認をしながら処方箋の確認をするようにする。	ロラタジンＤＳ１％「トーワ」	クラリスロマイシンＤＳ１０％小児用「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2709	一硝酸イソソルビド錠20mg　２錠　１日２回朝夕食後で服用していたが、一硝酸イソソルビド錠10mg、２錠　１日２回朝夕食後へ変更になっていた。患者からの聞き取りでは、変更があると聞いていなかったとのこと。そのため疑義照会し、一硝酸イソソルビド錠２０mg　２錠　１日２回朝夕食後への処方で継続となった。	医療機関での電子カルテ移行に伴う入力ミス。	処方箋を受け取った際の患者への聞き取り、調剤に移る前の処方内容監査の徹底を図る。	一硝酸イソソルビド錠１０ｍｇ「サワイ」	一硝酸イソソルビド錠２０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2710	退院後初めての処方箋で、塩化ナトリウムが処方されるべきところを、塩化カリウムが処方されていた	医療機関が処方入力時に、塩化ナトリウムを入力すべきところを、誤って塩化カリウムを入力してしまった	退院後に新たに処方箋が出される場合には、退院時処方の内容も、薬局でも必ず確認後に調剤するようにする	塩化カリウム	塩化ナトリウム「フソー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2711	在宅治療中の80歳女性の患者の処方箋。家族が代わりに処方箋を持って来局され、塩化カリウムが1日2gで臨時処方として処方されていた。交付時に現在の状況を家族より聴取していた際に「塩分不足を指摘された。梅干しなどを食べるよう言われている。」とお話されたため、投薬していた薬剤師が塩化ナトリウムの処方間違いの可能性があると判断し、医師に処方意図を確認したところ、処方間違いであることが発覚。塩化カリウムの処方は削除・塩化ナトリウム 1日1gへ処方変更となった。結果、過度なカリウム内服による低ナトリウム血症の悪化を回避することができた。	類似名称の医薬品名のため、処方入力を間違ったと思われる。	薬剤の処方意図について可能な限り患者家族などから聴取し、治療方針にあった処方薬であるかをしっかり確認していく。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2712	腎盂腎炎と誤嚥性肺炎で入院していた。家族が医師から今後の方針について施設に入所するか自宅で看取るか判断を委ねられた。自宅で往診希望。入院前に往診していた医師が夕方往診。時間がなく医師急いでいたと家族。	処方医、急な対応となり、急いでいた。レセコンで塩化ナトリウムと処方したはずが、塩化カリウムを選択してしまった	本事例について薬剤師、職員に周知	塩化カリウム	塩化ナトリウム「フソー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2713	塩化カリウムが処方されていたが、投薬時患者よりナトリウム不足を補う薬を出すと言われたとの話があり、医療機関へ電話にて確認したところ塩化ナトリウムの間違いとのことで変更となった。	医療機関にて塩化ナトリウムと入力する際、パソコンの予測変換にて塩化カリウムを選択してしまったのではないかと考えられる。	引き続き処方監査・患者聞き取りを慎重に行う。	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
2714	定期処方箋に塩化ナトリウムの処方追加がありました。追加となった塩化ナトリウムと定期薬との残数を合わせるために投与日数の変更をお願いする疑義照会を行いました。その問い合わせにおいて、処方内容に記載ミスがあり塩化カリウムへの変更となった。	患者情報の把握、伝達、連絡の不備によるものが原因の1つである。	患者情報を出来るだけ詳細に収集し、処方内容との突合を行う。	塩化ナトリウム「日医工」	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
2715	定期薬でリンデロンVG軟膏が毎回出ている方だったが、その日はリンデロンA軟膏のみが処方されていた。リンデロンA軟膏の処方歴は1度だけあったが、念のため本人に確認したところ、リンデロンA軟膏はお願いしておらず、VG軟膏を処方してもらうはずだったことが確認できた。病院に疑義照会、VG軟膏へ変更となった。	患者本人はリンデロンを出してもらうようにしか先生に伝えておらず、リンデロンA軟膏の処方歴もあったため、A軟膏で処方されたものと推測される。	リンデロンA軟膏とVG軟膏は見た目と使い方が大きくことなるので、投薬の際に実物を見せながら説明することで間違いを回避できる。このような間違いが一度あったことを記録し、監査者や投薬者に注意を促す。	眼・耳科用リンデロンA軟膏	リンデロン－ＶＧ軟膏０．１２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2716	当局がかかりつけ薬局の患者様で、下肢の痒みに対し強力レスタミンコーチゾン軟膏とハッカ油の混合が初めて処方された。前回処方に下肢の痒みに対する処方はなく、調剤者が初回投与にしては強いのではないかと気づいた。また以前同クリニックでレスタミンコーワクリーム処方のところ強力レスタミンコーチゾン軟膏と誤って処方されていた経緯もあり、電話にて問合せを行いレスタミンコーワクリームへ変更となった。	名称が似ているため、処方元が誤って入力してしまった。	前回処方との比較を行う。状態に対して適切な強さかどうか患者様からの情報収集を行う。名称が似ている薬剤が処方される可能性について認識する。	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
2717	ＣＬ変更先生にお薬手帳を見せて服用中の薬処方してもらうようにしたがカルバマゼピン（200）と酸化マグネシウム（200）を処方間違い	処方薬とお薬手帳を患者さんをと一緒に一つずつ確認することで現状服用している薬に間違いがないか相互確認する	鑑査時と投薬時にお薬手帳で服用中の薬をダブルチェックする	酸化マグネシウム錠２００ｍｇ「ヨシダ」	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
2718	久しぶりに来局された患者様の薬を調剤した際に用法が食直後の薬2剤が食後になっていたため疑義照会したところ両剤とも食直後に変更になった。患者家族が来局されたので2剤の内の1つ（沈降炭酸カルシウム）が新規薬であることを伝えてどのような話であったかを確認したが病態に合っていない様子で薬が新規に出る話もなかったとのことであった。逆にそれ以前に飲んでいたが酸化マグネシウムが無くなっていた。しばらく薬局に来ていない間に腸閉塞もあったとのことで薬の記述ミスの可能性が出てきたため病院に連絡したところ沈降炭酸カルシウムと酸化マグネシウムの記述ミスであることが判明した。正しい処方箋に基づき調剤し直し投薬した。	手帳をみると病院をあちらこちらに移動されており主治医が決まっておらず本日新規で処方箋を入力した様子が見られた。Drの指示による処方を清書する際に入力ミスが起きたものと考えられる。	久しぶりに来局されたこともあり以前と薬の変更が大きかったそのため一つ一つの薬について十分な聴取が必要と考えて行動した。	沈降炭酸カルシウム錠５００ｍｇ「三和」	重質酸化マグネシウム「ニッコー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2719	沈降炭酸カルシウム錠500ｍｇ3錠/日が処方、患者に確認したところ、高リン血症や腎疾患等もなく、ミノドロン錠50ｍｇやエルデカルシトールカプセル0.75μｇが一緒に処方されていたため、Ca剤の処方間違いではないかと判断し、疑義照会を行った。疑義照会後にL-アスパラギン酸Ca錠200ｍｇ3錠/日へ変更となった。	院内での処方入力の際に選択を間違ったと思われる。	患者からの聞き取りと一緒に処方されている薬等を含めて、処方内容が正しいのかを判断していく。	沈降炭酸カルシウム錠５００ｍｇ「三和」	Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2720	炭酸水素ナトリウム錠を以前より服用転院に伴い沈降炭酸カルシウム錠が処方されてしまった	薬品名類似	今回初回来局であり、お薬手帳がなければ防げなかった。今後も手帳の有用性をアピールし、持参を促していく	沈降炭酸カルシウム錠５００ｍｇ「三和」	炭酸水素ナトリウム「ニッコー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2721	７０代男性に、内科より点眼・点鼻用リンデロンA液が処方され、用法欄には、“点耳・症状ある時”と指示があった。当該薬剤は、用法・用量に関連する使用上の注意に、「点耳、耳浴により、非可逆性の難聴が発現するおそれがあるので、耳内へは投与しないこと」とある。患者に聞き取りをすると、普段耳鼻科でもらっている薬を、お薬手帳を見せて内科で処方してもらったとのことだった。お薬手帳には、リンデロン点眼・点耳・点鼻液の記録があった。疑義照会を実施し、結果リンデロン点眼・点耳・点鼻液へ変更となった。	医師が、点眼・点鼻用リンデロンA液の用途について把握していたかは不明。患者から言われるがままに処方した可能性があるが、知識不足と確認不足があったと思われる。	名称のよく似たもので、用途や注意等が異なるものは、薬品の在庫場所に注意喚起を記載する。今回の場合、点眼・点鼻用リンデロンA液の在庫場所へ、「点耳は×」と記載し貼付する。この事例は、ヒヤリ・ハット事例でよく目にする内容である。普段より情報収集し、当薬局でもミスにつながる可能性があると思うものは、職員への情報提供と注意喚起を行う。	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	
2722	リンデロンA液が両耳にかゆいときで処方。点耳禁忌の為照会。リンデロン点眼・点耳・点鼻液に処方変更となった。	名称が似ているため、間違えたものと思われる。	処方間違いがないように、患者様から受診理由をしっかり確認し、処方意図が不明や使用方法の間違いの薬の疑義照会を行い、患者様に不都合がないように気を付けています。	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
2723	点眼・点鼻用リンデロンA液　　５ｍＬ　1日1回　右耳という処方内容だったが、当該薬品の添付文書には「中耳炎、鼓膜穿孔がある場合は難聴をきたす場合がある」という記載があるため、念のためリンデロンA液で本当に良いか疑義照会を行った。	点眼点鼻用リンデロンA液に限らず、リンデロンを冠する医薬品は多いため処方する際にミスがあったと思われる。	類似名称の医薬品についてはスタッフ皆で注意することを共有している。	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
2724	不安時の頓服で乳酸カルシウムが処方された。用法から不安時のプラセボとして乳糖水和物の可能性があると思い確認を行った。疑義照会の結果、乳糖水和物へ変更となった。	カルテ記載不備処方箋入力ミス名称類似による判別ミス	用法で疑わしい点は必ず確認を行う検査値の聴取を行う	乳酸カルシウム	乳糖水和物「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
2725	4歳体重約１６ｋｇの小児に対して、アンブロキソール３％　１ｇ分３処方されていた。体重に対して倍量のためアンブロキソール１．５％の処方間違えの可能性の為疑義照会を行った。結果アンブロキソール１．５％　１ｇ分３処方に変更となった。	三文字入力後規格の選択を誤った可能性	体重年齢による用量確認散剤用量アラートの活用			アンブロキソール塩酸塩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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2726	糖尿病治療のためSU剤とスージャヌ配合錠が今までの処方。（他に高血圧，コレステロール，不整脈の薬を服用中）今回新たにジャヌビア錠50mgが追加になった。DPP-4阻害剤の成分を50から100mgに変更かとも思われたが患者に今の状況を確認したところ血糖値は下がってきているとのことでドクターに疑義照会。結果スージャヌ配合錠は中止に。	配合錠の種類も増えているので認識しにくくなっている。	その時の患者の状態の聞き取りと疑問があれば疑義照会の徹底を図る。			スージャヌ配合錠 ジャヌビア錠５０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2727	A病院退院後にB病院（外来）へ転院して初めての院外処方を受付け、その際にA病院入院中の薬剤服用歴についてA病院薬剤部から書面にて情報提供があった。カロナール錠について、処方箋記載は500ｍｇ錠6錠/日（分3）であったが退院時の用量が600ｍｇ/日であったことから疑義照会したところ200ｍｇ錠6錠/日（分3）へと処方変更になった。	規格の確認ミス	処方箋発行元以外の医療機関から紹介されて受診した患者については特に前後の処方内容をよく確認してから調剤を行う。			カロナール錠５００	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2728	喘息でAクリニックに通院していた患者様が、Bクリニックに自ら転院した。いままで服用していた薬（Aクリニックの門前薬局でもらっていた）の処方をBクリニックの医師にお願いし、処方箋を当薬局に持参した。一般名処方で「テオフィリン徐放錠１００ｍｇ（24時間持続）2錠1日2回朝夕食後」とあったが、24時間持続製剤の用法は1日1回である。患者様持参の薬情を確認したところAクリニックの処方は「テオフィリン徐放錠１００ｍｇ（サワイ）2錠1日2回朝夕食後」であったため、疑義照会し一般名「テオフィリン徐放錠１００ｍｇ（１２～24時間持続）」に変更となった。	テオフィリン徐放錠は作用時間・用法が異なる製剤があるため、処方監査に注意する。	一般名処方は、似通った名称が多いため、よく確認する。			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
2729	プレドニン5ｍｇ　2錠の10ｍｇからの9ｍｇへの減量処方　プレドニゾロン1ｍｇ9錠が正しい医師の意図であったが、プレドニン5ｍｇ9錠の45ｍｇ処方となっていた。患者様からのステロイド減量の確認と前回処方からの確認により疑義紹介にて正しいプレドニゾロン1ｍｇ9錠に変更となった。	前回処方との比較と患者様からの変更点の確認、体調変化などからステロイドの減量が妥当であると考えることができる。	処方変更時の患者様への内容確認の徹底・疑いがあった場合は必ず疑義紹介を行う。			プレドニン錠５ｍｇ プレドニゾロン錠１ｍｇ（旭化成）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2730	前回処方時シロスタゾール１００サワイで処方されていたが供給不安定の為在庫が手に入らなかった。疑義照会により先発品のプレタール１００ｍｇに変更した。次回来局時の処方箋にシロスタゾールとプレタールの両方とも処方あり、疑義照会によりプレタール削除して新しく手に入ったシロスタゾールマイランを処方した。	ジェネリック供給不足により医院さんの対応多忙により煩雑になっている可能性あり	前回から変わった薬については必ず確認して重複投薬を防ぐようにしていく			プレタール錠１００ｍｇ シロスタゾール錠１００ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2731	小児に対してクラリス錠200が1日8錠×朝夕食後で5日分処方された。過剰量であるため、病院へ疑義照会。患者の体重は31kgで、体重換算すると成人量で問題なかったので、1日8錠→2錠へ処方変更となった。	採用の薬として、クラリス錠200以外にクラリス錠50小児用がある。小児にはこちらの薬を処方されることがあるので、処方時に選択ミスがあったと考えられる。	小児に対して採用薬の体重換算表を作り、処方監査時に必ず患者の体重と投与量を照らし合わせるようにする。			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
2732	病院採用薬変更に伴う用量ミス。本事例はイグザレルト錠１５ｍｇを定期的に服用している患者様でした。令和３年１０月より病院採用薬がイグザレルト錠からイグザレルトＯＤ錠の変更になっております。 当事例に関して、イグザレルト錠１５ｍｇで服用している患者がイグザレルトＯＤ錠１０ｍｇで処方されていたため、病院に疑義したところイグザレルトＯＤ錠１５ｍｇの処方ミスであった事例。	病院側で処方を打ち込むときに起きたミス。	前回処方との比較を必ず鑑査時に行う。多規格ある薬剤が多い為、声出し、指差し確認の徹底。			イグザレルトＯＤ錠１０ｍｇ イグザレルトＯＤ錠１５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2733	アレジオンLX点眼液が、通常一日２回のところ、１日４回で処方されていたため、疑義照会を行い、1日２回に変更になった。	類似名称であるアレジオン点眼液の用法が１日４回であること。	用法用量に疑問点が生じた場合は添付文書を必ず確認し、必要があれば疑義照会を行うようにする。			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	
2734	【般】フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液５６μg５６噴霧用が６歳の処方に処方されていたので電話で確認したところ、２５μgの間違いだった。	病院側の処方箋入力間違い	小児用量をきちんと確認する。			【般】フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液５０μｇ５６噴霧用 【般】フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液２５μｇ５６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
2735	今回、ジルムロ配合錠ＬＤ「武田テバ」からジルムロ配合錠ＨＤ「武田テバ」に変更になっていた。患者さんに確認すると血圧も安定しているし変わるとは聞いていないとのこと。処方元に電話で確認したところＬＤに変更になった。	前回、ザクラス配合錠ＬＤをジルムロ配合錠ＬＤ「武田テバ」にＧＥ変更していた。処方箋をジルムロ配合錠で入力するときに間違ったみたいだ。	患者さんから聞き取りをきちんとして、処方箋に間違いがないかチェックしていく。			ジルムロ配合錠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
2736	患者さんは11歳7が月、体重43.8ｋｇ、胃腸炎で受診された。頓服薬を処方され、ナウゼリンＯＤ錠10ｍｇ 40ｍｇ　1回　3回分という内容。ナウゼリンは体重から1日最高容量は40ｍｇ/日、しかし3回分けて服用する必要。オーバードーズの可能性。医師に問い合わせ、1回10ｍｇ　3回分に処方変更	ナウゼリン坐剤の用量設定で考えている可能性	常に疑問があったとき、確認に怠らない。			ナウゼリンＯＤ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
2737	２歳の子供にホクナリン1ｍｇが処方。疑義照会後0.5ｍｇに変更。	ｍｇ数違いで入力の間違い	年齢のチェックをきちんとする。			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た事例
2738	セレニカR200ｍｇ6錠分2で処方。１日１回の薬剤のため疑義照会。用法は変更なし。薬剤がデパケンR200ｍｇに変更。	同成分のための病院レセコン上の混同の可能性。	デパケンRとセレニカRの用法の違いを認識して調剤・鑑査にあたる。			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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2739	コレステロール値は上がっていなかったが前回のリバロ１ｍｇ→2ｍｇに増量していた。血液検査の結果をお持ちだったので検査値確認したところ検査結果には上昇は見られずでした。病院にて確認したところ前回もリバロ２ｍｇで処方しているとの返答があり前回薬剤の処方確認したところ、前回も１ｍｇでの処方であったことお伝えしたところ2ｍｇから1ｍｇに変更となりました。	カルテの記載と実際に処方された薬が違っていたことにより食い違いが生じたと思われる。	患者様と対話することで情報の聞き出しと検査値が出た際には確認が必要だと感じました。			リバロ錠２ｍｇ リバロ錠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
2740	他のオピオイド使用患者はフェントステープ１ｍｇの使用スタート今回は非オピオイド患者様　フェントステープ０．５ｍｇ　過去に使用実績無くて医院の薬品テーブルにもなく１ｍｇになってしまう	フェントステープ０．５ｍｇは途中から追加された剤型であり　確認不足だった	添付文書　使用量の確認			フェントステープ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
2741	居宅療養管理指導を実施中の患者で今回初めて点滴が処方された。ソルデム３輸液５００ｍｌ１袋にカルバゾクロムスルホン酸ナトリウム静注液１００ｍｇ ２Ａ混注の指示であったが、カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム静注液の用量が通常成人１日２５～１００ｍｇであったため、疑義紹介を行ったところカルバゾクロムスルホン酸ナトリウム静注液５０ｍｇ ２Ａ混注に処方変更となった。	カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム静注液に５０ｍｇ以外の規格があることを認識してなかったと思われる。	最近クリーンベンチを導入し注射剤の処方箋を応需し始めたばかりであり、注射剤の添付文書(特に用法・用量)を確認するように心がけている。			カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム静注液１００ｍｇ「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2742	アレジオンＬＸ点眼液0.1%が１日４回で処方。添付文書上、１日２回のため疑義紹介。用法が１日２回(朝・夕)に変更となった。	アレジオン点眼液とアレジオンＬＸ点眼液の用法間違いと思われる。	徐放性製剤など名前が似たものは監査時に薬品名、剤形、規格、メーカー名を分けて監査する。			アレジオンＬＸ点眼液０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2743	定期的に当薬局を利用する患者様が来局された。処方箋の受付時にジゴキシンの量が前回と変わっていることに気が付いたため、患者様に確認したところ、先生から変更の話はなかったとお話あり。検査データもお持ちだったため確認したところジゴキシンの血中濃度も正常範囲内であったため、処方医に疑義照会した。疑義照会の結果、ハーフジゴキシンの処方は誤りで、ジゴキシン(0.0625)が正しいと回答があったため、変更して調剤した。	カルテの記載確認ミスでジゴキシンの規格を間違えた可能性がある。またレセコン等で薬剤を選択するときにジゴキシンの規格まで確認していないで処方薬を選んでしまった可能性がある。	前確認として処方箋の受付時に手帳や患者さんから薬の変更について確認するようにしている。検査データなどをお持ちの場合はデータの確認もさせてもらうようにしている。			ハーフジゴキシンＫＹ錠０．１２５ ジゴキシン錠０．０６２５「ＫＹＯ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2744	キプレス10ｍｇが処方されていたが、お薬手帳を確認したところ「モンテルカストOD錠10ｍｇ「タカタ」」が服用中であることがわかり、医院に疑義照会し、キプレスは削除となった。	事前に喘息の薬をのんでいるとの患者様からの聞き取りとお薬手帳の確認によりわかった。	引き続き聞き取りとお薬手帳の持参率をあげる			キプレス錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2745	他薬局で左白内障手術処方にてミドリンMを処方されていたが、右白内障手術処方の処方箋を当薬局持ち込み、処方せんにミドリンＰの記載にて記述。お薬手帳を確認し左眼はミドリンMだったため、疑義照会。今回は一旦処方削除になった。	病院側の入力ミス、カルテ確認漏れ	お薬手帳の確認、当薬局のみ利用の方は過去履歴の確認			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
2746	イノラスの味の記載間違い。	患者への聞き取り不足。	詳しい服薬指導。			イノラス配合経腸用液（経管栄養補給剤）	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
2747	フェキソフェナジン錠６０が通常１日１錠で処方されていたが２錠で交付。疑義照会で２錠→１錠へ変更	転記ミスが推測される	患者さんによく話を聞き、疑義があれば紹介する。			フェキソフェナジン塩酸塩錠６０ｍｇ「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	
2748	眼科から、ゾビラックス軟膏5%が1日5回　左目点入で処方がきました。点入するのであれば、ゾビラックス眼軟膏3%のほうではないかと判断し、電話にて疑義紹介をかけました。その結果、ゾビラックス軟膏5%→ゾビラックス眼軟膏3%に処方変更となりました。	医院側の、処方箋入力時の選び間違いと考えられます。	事務入力後に薬剤師の処方入力監査を入れているため、投薬までには少なくとも3人の目と監査システムを通しているため、見落としのミスが限りなく少なシステムになっています。また、酷似しているものや、規格間違いの可能性のあるものには、棚に印をつけるようにしています。			ゾビラックス軟膏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
2749	患者様本人とのカウンセリングと過去服薬状況歴から処方内容の確認が必要と判断し処方元に疑義。今回処方：エビリファイ錠5mg（1mg2錠、3mg1錠）分１夕食後　30日分の処方内容が、エビリファイ錠1mg2錠分1朝食後３０日分　エビリファイ錠3mg1錠分1夕食後　30日分と処方内容変更となった。	今回かかりつけ医ではなく、類似名称の医薬品に関する処方内容の確認不足。	心療内科の患者様に対して処方内容と体調の変化を経時的に鑑査を行うことで、患者様との処方内容の相互確認の向上に努めている。			エビリファイ錠１ｍｇ エビリファイ錠３ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2750	眼科医師よりアレジオンLX点眼液1日４回の処方が出されたが、薬剤師がアレジオンLXは１日２回が適用量であることを確認した。担当医師に疑義照会し、１日２回に用法変更になった。	既存のアレジオンは、1日4回の用法であるが、高用量であるLXは、1日2回が適用量となっている。同種同効薬での処方であったたため、同じ用法と判断された可能性が高い。	同種・同効薬であってtekiも、用法用量やその他の医薬品情報については、既存の薬剤との違いを適切に理解することで、思い込みによる間違いを防ぐようにしていく。医院とも情報共有していく。			アレジオンＬＸ点眼液０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2751	主応需病院よりリウマチ科新患でプレドニン５ｍｇ　１０錠　朝食後　３０日分の処方を受け付けた。通常ここまでの高用量で使われることはないため、１０ｍｇ/日の誤りではないかと考えて疑義照会を実施した。結果、プレドニゾロン錠１ｍｇ　１０錠　朝食後　３０日分へ処方変更となった。	医師の処方入力の際にプレドニン５ｍｇとプレドニゾロン１ｍｇを打ち間違えたと考えられる。	主応需病院から日常的に処方される用法用量の癖を理解しておくことでイレギュラー時に違和感を感じ取ることが出来る。			プレドニン錠５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2752	おくすり手帳の退院処方と、今回の処方箋をくらべたところ、プレドニンのｍｇ数が違っていた。患者家族に確認し、疑義照会したところ、プレドニン5ｍｇがプレドニゾロン1ｍｇに変更となった。	医師がプレドニゾロン1ｍｇと入力するところ、プレドニン5ｍｇと入力してしまった。	おくすり手帳や患者からの情報を収集することにより、処方内容に間違いがないか確認する			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
2753	患者は頚部や肩に以前使ったことのあるモーラステープの処方を医師に希望した様子、担当医はモーラステープL40mgを頻繁に処方していたため、患者にもモーラステープL40mgを処方した。患者は患部の範囲が小さいためモーラステープ20mgの投薬を希望していた。担当医に連絡しモーラステープ20mgに変更となった。	当薬局では初処方のため、患者に詳細を確認し、貼付部位や以前使用していた薬剤を確認することで、用量を確認できた。	初処方時には患者から症状や投薬履歴を十分に確認する。			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
2754	１０歳の子供にクラリスロマイシン２００ｍｇ４T分２朝夕食後との指示。用量が多すぎるので疑義照会したところ、クラリスロマイシン５０ｍｇ４T分２朝夕食後に変更となった。	別の規格の存在。	監査の徹底。			クラリスロマイシン錠２００ｍｇ「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	
2755	ODP調剤の患者さん。8月処方時に日数調整。朝33日、夕30日の処方のはずだったがテオドール錠100mg1種類のみ2錠2×。30日分のままだったので電話にて疑義照会。剤を分離して1錠1×朝食後33日分と1錠1×夕食後30日分へ変更。処方箋は病院へ郵送し変更を核に言いしてもらい修正印をもらっている。9月の受診時に夕はテオドール錠100ｍｇのままだったが、朝はテオドール錠200ｍｇで処方。処方箋を持ってきたご家族ともお話しして、前回疑義修正時に訂正ミスを起こしていると推定。疑義照会にて朝もテオドール錠100ｍｇへ戻った。	疑義照会時の訂正に間違いがないか確認ができ、未然に防ぐことができた事例。	事例を薬局内で紹介、注意を喚起。			テオドール錠１００ｍｇ 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
2756	大病院の小児科の処方箋のFAXを受け付け、１１歳女児にアドエア２５０ディスカス６０吸入用が処方されていることを確認。添付文書を確認すると小児に２５０の用法はなかったため、電話にて疑義照会し、アドエア１００ディスカス６０吸入用へ変更。来局した患者の母親へ確認すると、いつも１００の方を使用しているとの証言もあり。	パソコン上での薬剤の選択間違いかと思われる。	少しでもおかしいと思ったら、たとえ専門医の処方箋でも添付文書を確認し、疑義が生じた際は速やかに疑義照会を行う。			アドエア２５０ディスカス６０吸入用 アドエア１００ディスカス６０吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2757	２８日分の定期処方。ファサマック錠３５ｍｇ１Ｔ×２８日分での処方。週一製剤の為、疑義照会実施。ファサマック錠３５ｍｇ１Ｔ×４日分に変更の指示あり	添付文書の確認	添付文書の確認			フォサマック錠３５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2758	アレジオンLX点眼液　１日４回両目点眼と記載の処方箋を受付。アレジオンLXの添付文書上の用法は１日２回である為疑義照会を行った。その結果用法が１日２回へ変更となった。同成分でアレジオン点眼液というものがあり、こちらの添付文書上の用法は１日４回である為そちらと混同して誤って記載してしまったとのことだった。	類似名称の薬剤における用法の違い処方内容の確認不十分	処方箋に照らした用法の確認類似名称の薬剤・間違えやすい用法など注意する			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
2759	６歳児男子。額のケガで受診。体重２５Ｋｇ前後。ケフラールカプセル２５０ｍｇ　３Ｃ　毎食後の処方　→　用量的には服用可能な処方ではあったが、母親の情報より「カプセルは服用したことないし無理だと思う。散剤は服用できる」　とのことだったので、当薬局採用のケフラール細粒に変更可能かということと、日常に使用されている用量より量が多かったため、念のため用量も確認したところ　「ケフラール細粒100ｍｇ　4ｇ　毎食後」に変更になった。	最後の患者様であったということと、バタバタしていたことなどが影響しているのではないかと思われます。	今後も患者様のお話には細心の注意を払って耳を傾け、服薬不可能な処方を見逃さないようにする。			ケフラールカプセル２５０ｍｇ ケフラール細粒小児用１００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2760	タグリッソ40mg服用にて、治療を継続していた。令和3年4月22日の処方ではタグリッソ80mgが処方された。調剤者、監査者は、用量の増量にふれず、交付者へ渡した。交付者が患者へタグリッソ増量になったことを指導した際、患者本人から、医師からの増量の説明がなかったと聴取した。処方内容に誤りがあると判断し、疑義照会を行なった。結果処方の誤りであり、タグリッソ40mgへ変更となった。	医療機関にて、カルテの内容が処方内容に適切に反映されなかった。	今回は抗癌剤のオシメルチニブという、用量違いで重篤な副作用が起こり得る重大な例である。交付者が患者本人との会話で用量の誤りに気付いたため、医療事故を未然に防げたが、誤って交付した場合取り返しのつかないことになる。交付者だけでなく、調剤者、監査者も用量や薬剤の変更に気づき、薬剤交付前に患者へ聴取をし、疑義照会など適切な対応を行うように心がける。			タグリッソ錠８０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2761	アンブロキソール徐放錠45錠３錠３Ｘ毎食後での処方。用量超過のため疑義照会したが、回答はそのままであり、再度医師への確認を依頼した。2度目も変更なしの回答であり処方元の薬剤部を通して再度確認してもらい通常の用法の１錠１Ｘ夕食後への変更となった	以前はアンブロキソール錠15を採用しており規格の勘違いと思われる。（現在採用品は徐放錠のみ）	疑義照会の回答で納得できない場合は薬剤部などを通じて回答を得る			アンブロキソール塩酸塩Ｌカプセル４５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2762	引っ越しされてこられて、初めてのクリニックで以前から使用している薬を処方された。が配合錠が処方されていましたが、以前はユニシア配合錠ＬＤでしたが、今回処方された薬はユニシア配合錠HDでした。	お薬手帳や薬情を持参されていましたが、確認不足があったと考えられます。	初めての患者様には問診をきちんと行って、副作用などの情報の確認をさせていただきます。その中で、お薬手帳との齟齬があったのでクリニックへ確認させていただきました。これからも確認をきちんとしていきたいと考えています。			ユニシア配合錠ＨＤ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2763	11歳の小児にカロナール300mg　4T分2　5日分が処方されていた。小児の上限は500mgのため医師に問い合わせたところカロナール200ｍｇの入力間違いであったことが確認できた。	処方せんの入力の際にカロナールの用量を選び間違えたと思われる。	小児の患者様の時は必ず体重の聞き取りを行い、体重、年齢に対して用量が適切であるか確認する。			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
2764	眼科からフロモックス錠100　が処方されていたが、耳鼻科でセフジトレンピボキシル100を服用中であった。	患者からの併用薬の申告漏れと、医師からの併用薬確認の怠りと思われる。	お薬手帳等併用薬の確認と申告の必要性を患者に伝える			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
2765	他医院から応需先病院へ転院された患者様アレンドロンサン35ｍｇが処方されていたが応需先では採用がなくリセドロン酸17.5ｍｇに切り替えとなる。4W分処方が出ていたが処方箋には2T/分1で記載あり疑義照会にて2T→1Tに変更	ｍｇ数だけを考えて35ｍｇを17.5ｍｇを2Tで処方したものと考えられる	薬品名と規格は確実に指さし呼称をして確認をする			アレンドロン酸錠３５ｍｇ「ファイザー」 リセドロン酸Ｎａ錠１７．５ｍｇ「サンド」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2766	フロセミド20mg、0.5錠を枚にい毎日服用していたが今回の処方指示がフロセミド20mg1錠（月・水・金）、フロセミド40mg0.5錠（火・木・土・日）となっていた為、なぜ同量指示で服用日指示を分ける必要があるか疑念を抱いた。	処方薬を入力時に同薬の規格違いに気づかず発行してしまった。	処方内容を読み取り、疑念があれが他薬剤師に相談、患者様に受診時の主治医とのやり取りの聞き取りの徹底			フロセミド錠２０ｍｇ「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
2767	投薬時に急性胃腸炎と診断されたが処方はクラリチンで記載。処方医に疑義してクラリスロマイシン錠200へ変更になった。	処方医の記載ミスか選択ミス。	投薬時に処方内容・病状について患者様とコミュニケーションを取って聞き取りを行う事が大切だと考えます。			クラリスロマイシン錠２００ｍｇ「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
2768	５％ヒビテン液８ｍｌ処方、コメントにて１０倍希釈の指示あり。患児の母親に症状、部位を確認したところ転倒による擦り傷で顔に使用することがわかった。皮膚の創傷部位の消毒には0.05％水溶液（５％ヒビテン液の100倍希釈）を用いることから、疑義照会の必要があると考えた。当薬局で在庫しているものが同成分0.05％製剤の0.05ｗ/ｖ％マスキン水であったため、疑義照会時に薬品変更の提案をした結果0.05ｗ/ｖ％マスキン水８０ｍｌに処方変更となった。	同一成分で複数規格存在する消毒剤のため、製剤の選択と希釈の指示に注意が必要。使用目的・使用部位と濃度が正しいかについての確認が重要と考えられる。	事例の共有と、消毒剤の処方を受け付けた際には使用目的・使用部位を確認してからの調剤を徹底する。			５％ヒビテン液	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
2769	外来患者として来局。アンブロキソール徐放OD錠45mg「サワイ」３錠分３で処方されており、用法用量多いため疑義照会。アンブロキソール徐放OD錠45mg「サワイ」分１朝食後に変更	おそらく病院側でアンブロキソール錠15mgの選択ミスかと思われる	用法用量をしっかり添付文書上で確認できたことがミス防止につながったと思われる			アンブロキソール塩酸塩徐放ＯＤ錠４５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2770	４歳児にプロトピック軟膏が処方されていたため疑義照会→プロトピック小児用に変更確認	プロトピック軟膏とプロトピック軟膏小児用との処方箋記載ミスと思われる	プロトピック軟膏が処方されたときは必ず患者の年齢を確認する			プロトピック軟膏０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2771	患者より口腔内の消毒でうがい薬だと思うという指摘があり、イソジン液は経口投与が不可なので、FAXにより疑義照会にて、イソジンガーグルへ変更となったプレアボイド事例です	医師の指示通りとの記載であっても、どのように使用するのかを聞き取り、薬剤が正しく使用されているか確認する事	少しでも疑問があれば、すぐに疑義照会をかけるようにする			イソジン液１０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2772	整形外科を受診した患者本人が処方箋を持って来局。処方にはボルタレンＳＲカプセル37.5mgが3カプセル分3とあったが、この薬は徐放性の製剤であり通常は2カプセルを分2で使うものである為疑義照会を行った。その結果ボルタレン錠25mgを3錠分3に変更となった。	処方箋の入力の際に3文字で入力すると複数候補が上がり選択ミスをした。また徐放の文字が無く薬品名と用法の齟齬に気づきにくい。	同効薬には体内動態の異なるものがいくつもあることを踏まえその用法についてしっかりと確認することとしている。また、英語や記号で表記される情報についてもスタッフ全員が分かるように教育を行っている。			ボルタレンＳＲカプセル３７．５ｍｇ ボルタレン錠２５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2773	他院耳鼻科にてアスベリン散10% 0.15g 分２　朝・夕食後で処方されていた。風邪症状続いているため同じ薬を処方してほしいと近医受診し、アスベリン散10% 0.75g　分２　朝・夕食後で処方された。母親より体重８．５ｋｇと確認し、体重換算で過量であったため疑義照会を行い、アスベリンＤＳ２％の用量で処方していたと確認。アスベリン散10% 0.15g 分２　朝・夕食後　へと変更になった。	アスベリン散１０％とアスベリンＤＳ２％と別規格あるため誤オーダーの原因と考えられる。	小児への調剤は必ず体重を確認・鑑査を徹底する。			アスベリン散１０％ アスベリンドライシロップ２％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2774	以前より糖尿病治療にてフォシーガ錠10mg等の血糖降下薬を服用されている患者様。今回、夜間頻尿のためツムラ八味地黄丸が追加された。また、フォシーガ錠10mgが削除となっており、代わりに新しくアロプリノール錠100mgが処方されていた。患者様に尿酸値の経過を確認したところ、これまで尿酸値の指摘を受けたことはないとのこと。念のため先月の検査結果も確認すると、尿酸値は3.8mg/dLと基準内であったため、アロプリノール錠100mgへの変更は妥当ではない可能性が考えられた。	医師の勘違い。（フォシーガ錠をフェブリク錠と勘違いし、尿酸値の薬を変更したとの認識であった）	妥当性が不明である処方に対して適切に疑義照会を行う。			ザイロリック錠１００	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2775	テルミサルタン錠２０ｍｇ　1錠　分一就寝前など、定期で服用中の患者様。テラムロ配合錠ＢＰ「トーワ」1錠　分一就寝前、医師より、追加服用の指示あり。	医師による、処方歴の確認不十分、配合剤の情報不足により、成分の重複に気づかなかったと思われる。重複により、過度の血圧低下のほか、血管浮腫、高カリウム血症、腎機能障害、肝機能障害、低血糖発現の恐れ。	疑義照会にて、医師に定期で服用中のテルミサルタン錠２０ｍｇの中止、もしくはテラムロ配合錠ＡＰへの変更を提案。疑義照会の結果、テラムロ配合錠ＢＰ「トーワ」→テラムロ配合錠ＡＰ「トーワ」へ変更。			テラムロ配合錠ＢＰ「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	
2776	処方元の医療機関を初めて受診された患者が処方せんをもって来局。当薬局も初めて利用される患者だった。処方はアイミクス配合錠HD１日１回、１回１錠朝食後。お薬手帳を確認したところ、今まで他院で、アイミクス配合錠LD１日１回、１回１錠朝食後で継続していたことが分かった。ご本人と一緒に来られていたご家族に確認、増量については聞いておらず、血圧は安定しているため今までと同じ量で処方すると言われていたそう。処方医に電話で疑義照会。アイミクス配合錠HDからアイミクス配合錠LDに変更になった。	病院でもお薬手帳を見せて今まで服用していた薬について伝えていたようだが、処方元の医師は普段処方していない薬だったため規格確認ができていなかったか、処方入力の段階での間違いと考えられる。	処方内容の確認に加え、お薬手帳や患者本人からのお話をしっかり確認する。手帳を持たない方や持参忘れが多い方には手帳の有用性についてしっかり説明し活用してもらうようにする。			アイミクス配合錠ＨＤ アイミクス配合錠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
2777	アレジオンLX点眼液0.1%通常1日2回点眼のところ、1日4回点眼で処方された。鑑査時に薬剤師が気が付き、疑義照会を行った結果1日2回点眼へ処方変更された。	アレジオン点眼液0.05%は通常1日4回点眼の製剤であるため、LXの表記を見逃してしまったと思われる。	今回のようにLX等の見落としがちな処方がある場合はシャーペンで○をつけて調剤に関わる者に注意喚起をする。			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
2778	前回アテレック10ｍｇを1日2錠服用していた。今回より血圧が低下してきたので減量するとの事だったが、Rp1.アテレック10ｍｇ2錠、Rp2.アテレック5ｍｇ1錠となっていた。添付文書では1日20ｍｇまでなので疑義照会を行い、アテレック10ｍｇが1錠に処方変更となった。	Do処方に今回追加薬をそのまま記載したためだと思われる。	引き続き処方箋をしっかり見て鑑査、調剤を行う。			アテレック錠１０	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2779	鑑査中、同一処方箋内にスタチン系薬剤2種類の重複を発見。以前からアトルバスタチンが処方されており、今回ロスバスタチンが新規で追加されていた。医師に電話にて疑義照会、アトルバスタチンの削除を確認。原因は前薬剤アトルバスタチンから新規薬剤ロスバスタチンへの切り替えに伴う、前薬剤の削除し忘れであることが判明。患者様に切り替えの旨確認し、正しい薬剤ロスバスタチンを交付。	同系統の薬剤変更時に前薬剤の処方削除をし忘れたことによるもの。	レセコン入力時・調剤時・薬剤鑑査時・交付時、各段階において処方鑑査を必ず行う。薬剤服用歴を確認し、どの薬剤に不備があるかを予測して疑義照会をすることで医療機関とのやり取りも円滑に進み、患者様を長い時間お待たせすることなく薬剤交付することができる。			アトルバスタチンＯＤ錠１０ｍｇ「トーワ」（抗コレステロール薬） ロスバスタチンＯＤ錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」（抗コレステロール薬）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2780	カロナール細粒５０％、0.9g、頓服、の処方内容であったが、患者の年齢は7歳であり処方箋受付時に体重は18.7kgであるとご家族から聴取。体重あたりの薬用量が多いため疑義照会したところ、カロナール細粒50%ではなく、カロナール細粒20%、0.9g、頓服、へ変更となった。	カロナール細粒は５０％と２０％の規格があり、医師が処方時に規格を選択ミスしたと思われる。	小児については体重を毎回お伺いし薬用量が適正かを確認。カロナール細粒５０％のものに「規格注意」と記載し他規格があることについて注意喚起している。			カロナール細粒５０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2781	シルニジピン（５）２錠服用中の患者にアテレック（１０）２錠追加処方。用量超過の為疑義照会の結果シルニジピン（５）２錠は処方削除。	先発名と一般名の混同により用量超過の処方となった。全て一般名処方とすることで解消される可能性あり。	先発と一般名が混同している処方箋でも併用や用量の確認を徹底する。			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
2782	当該患者前回処方時、血圧改善傾向の為アイミクス配合錠ＨＤからＬＤへ変更になった。今回来局時に処方内容かくにんしたところイルアミクス配合錠ＨＤであったため血圧上昇したか確認。そのようなことはなく医師からも順調に下がってるから前回の少ない薬のまま継続といわれたことを確認	クリニックのレセコンが一般名処方に変更になったことによる3文字入力時の候補薬におけるアムロジピン成分量の確認ミス	処方内容変更時の患者への聞き取り確認。患者高齢にて理解困難の場合は疑義照会を実施する			アイミクス配合錠ＨＤ アイミクス配合錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2783	コデインリン酸塩10%4.5ｇ　3×10日分で処方されていたが、処方確認時に気づき、疑義照会。コデインリン酸塩1%4.5ｇに減量となった。	パソコンにて入力間違いだと思われる。	処方せんの確認			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
2784	新規で、フェノフィブラート錠８０ｍｇ　2錠　分2　朝夕食後　３０日分が処方された。 分１の薬であり、初期用量としても多めである事から、電話での疑義照会を行った。フェノフィブラート錠であれば１日１回の服用である事、また１日２回であれば、類似薬のベザフィブラート錠の間違いではないかも確認をした。 結果　薬品名はフェノフィブラート錠８０ｍｇで合っており、用法・容量は１錠、１日１回朝食後へと変更になった。	病院でのフェノフィブラート錠の処方が多い為、分１と勘違いした可能性がある。	新規で服用される際には、用法、用量の確認を行うようにする。 また類似名のある薬品と混同されていないかという点にも、注意をして監査を行う。			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
2785	ヒューマログ注ミリオペンHDが処方され、患者に交付する際現在使われているインスリンを確認した所、ヒューマログ注ミリオペンであった。処方医に問い合わせミリオペンが正しいことを確認。ミリオペンは残薬があるため今回の処方は削除となった。	クリニックが変わって初回の処方だったため、処方入力時に規格違いの薬剤を誤って入力したと考えられる	初来局の患者の場合特に、お薬手帳を注意深く確認し、今回の処方との相違点があった場合は変更なのか誤入力なのか確認する			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
2786	ムコソルバンＤＳ3%1.5ｇとの処方だったが、小児用ムコソルバンは1.5%であるため照会、1.5%1.5ｇと確認した。	医師が手書きで処方したため行き違いがあったよう	小児用ムコソルバンＤＳの力価について申し入れた			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
2787	他院でプソフェキ配合錠服用中同成分のフェキソフェナジン錠が処方にあったため疑義紹介後、削除となる	DRの併用薬確認不足	おくすり手帳の活用と口頭での併用薬の確認			フェキソフェナジン塩酸塩錠６０ｍｇ「ＳＡＮＩＫ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2788	50ｍｇアリナミンF糖衣錠が4錠1×N30日分　処方されたが、新規処方で用量が超えていた為問い合わせ。25ｍｇの間違いだと言われました。	選択ミス	確認をしっかりする			５０ｍｇアリナミンＦ糖衣錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2789	透析患者。マスーレッド錠のみ今までも院内で、もらわれていた。薬情なし。薬袋には1日1回1錠75ｍｇだった。しかし次回来られた際、マスーレッド錠25ｍｇをもらわれきて、日数も長期であった。医師から続けて飲むように言われたとの事。薬袋にはいつから内服かは記載なし。患者様本人は薬袋通り、75ｍｇがなくなったら25ｍｇを飲むのだと理解していた様子。不安に思い、病院へ疑義照会を実施し、増量75ｍｇから100ｍｇへ増量ではないのかと確認したところ、患者様と医師との意思疎通あやまりであり、増量するのが正解であった。結果的に正しい100ｍｇで内服を続けることができた。	院内処方の薬を調剤薬局で確認した際も、きちんと責任をもって、正しい飲み方を再度指導を行う。もちろん添付文書をもって疑義があれば確認すること。	改めて、かかりつけ薬局の薬剤師として薬の一元管理の重要さ思い、薬剤服用歴の要件でもある併用薬チェックに関しては、用量であったり内服期間を確認すること。			マスーレッド錠２５ｍｇ マスーレッド錠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
2790	患者が医療機関受診の際に別の医療機関で出してもらっていた薬を伝え処方してもらったが、類似している名称の薬剤が処方された。風邪、アレルギー症状もないことから医療機関に疑義照会し処方は中止となった。	伝聞のみでの処方となった為間違いが生じたと思われる	処方内容だけでなく、患者からの聴取を徹底する。			ｄ－クロルフェニラミンマレイン酸塩錠２ｍｇ「武田テバ」 クロルフェネシンカルバミン酸エステル錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2791	アセトアミノフェンDS20％ 0.6ｇ　とアンヒバ坐剤200mg 1回1本　の処方あり。状態により頓服と坐剤を使い分ける処方と思われるが、頓服120mgの成分量に対し、坐剤200mgと用量に差が大きかった。患者母に改めて体重を確認した所、12.5kgとのことで、坐剤の用量が多いと判断し、疑義照会を行った。	処方箋内の他のレシピとの比較で、用量に異常がないか判断できる場合がある。他の薬品の用量からどちらかがおかしいことに気付けるように注意している。	体重と用量の換算表を用意したり、医師と使用薬剤について打ち合わせを行うことで、お互いに用量などに注意できると考えています。			アンヒバ坐剤小児用１００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2792	プレドニゾロンの減量を行っている患者様です。前回プレドニゾロンが５ｍｇで処方されていたのですが、今回プレドニン５ｍｇが４錠で処方されていました。患者さまから、ステロイドの増量については先生から聞いていないということを聞き取り、疑義照会したところプレドニゾロン錠１ｍｇ４錠の誤りであったことがわかりました。	薬品名が似ていることによるミス。規格の確認ミス。	患者さまの過去の薬歴を確認する。患者さまからしっかりと聞き取りを行い、処方意図を考える。			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
2793	医療センターより紹介でご自宅近くの眼科に受診することになった。紹介状があり初診にて受診した。処方された薬は今までカルナクリン25単位だったところ、カルナクリン50単位であった。日頃より来局されていたため、疑問を持ち患者様とも話の上、疑義照会に至った。土曜日の午後でクリニックが休みのため、翌週月曜に疑義照会した。結果、処方薬剤の用量の間違えであることが確認され、患者様には今までと同じ服用量でお渡しすることができた。	医師の確認不足	日頃より来局される患者様に他受診の処方も継続してお持ちいただけるようかかりつけ薬局として進めていく			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2794	A病院から、今までアクテムラ皮下注１６２mオートインジェクターが処方されて当薬局で調剤し、２週に１回、患者自身で自己注射することが困難なため、担当の訪問看護師が注射していた。効果が不十分になってきたため、今回A病院を受診して、ケブサラ皮下注２００ｍｇシリンジに変更になったが、A病院では初回を投与されなかったので、「本剤の投与開始にあたっては、医療施設において、必ず医師によるか、医師の直接の監督のもとで投与を行うこと」とされているので、初回投与についてどのような形で行うのか照会を行った。また、在宅自己注射としてはケブサラ皮下注２００ｍｇシリンジではなくてケブサラ皮下注２００ｍｇオートインジェクターの方がよいのではないかと照会した。	ケブサラ皮下注２００ｍｇオートジェクターのように、在宅自己注射薬で、アナフィラキシーショック等の緊急対応ができるように、少なくても初回投与を医療機関で医師が直接または医師の監督下で投与して、医師の判断で在宅自己注射薬として処方されるものがあるが、アクテムラ皮下注１６２ｍオートインジェクターが継続処方されていたので、処方変更を行う際に、この重要な基本的注意を見逃したのかもしれない。また医療機関ではケブサラ皮下注は、シリンジでも投与しても問題ないので、これを選択したか、またはオートインジェクターを選択するところシリンジを選択したのかもしれない。	ケブサラ皮下注２００ｍｇオートジェクターのように、在宅自己注射薬で、アナフィラキシーショック等の緊急対応ができるように、少なくても初回投与を医療機関で医師が直接または医師の監督下で投与して、医師の判断で在宅自己注射薬として処方されるものがある。このような自己注射薬の場合は、初回投与を医療機関で実施したかどうか等確認して、適切な対応を医療機関に求めることが必要である。ケブサラ皮下注２００ｍｇはシリンジとオートジェクターがあり、在宅で使用していくときの操作性や安全性も考慮して必要に応じて照会していく必要がある。			ケブザラ皮下注２００ｍｇシリンジ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	その結果、この患者の訪問診療を担当しているB診療所に依頼する旨、またケブサラ２００ｍｇオートインジェクターに変更する旨、回答を得た。このため、B診療所にも予め情報提供をしておいて、A病院の担当医とB診療所の担当医の連携協議で、後者の担当医が初回について直接投与を行うことになった。						
2795	ハイペン錠２００mgとイルソグラジンマレイン酸塩錠２mgサワイが定期処方、及びロキソニンテープ１００mgを使用中。同効剤使用中のため疑義照会し、全処方が中止になった。	お薬手帳の確認が必要だが、医療機関で確認及び患者が提出していなかった。	お薬手帳の確認の徹底。			ロキソプロフェンナトリウム錠６０ｍｇ「日医工」 レバミピド錠１００ｍｇ「オーツカ」 ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「三笠」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2796	手書き処方箋で「【般】ロキソプロフェンテープ１００ｍｇ」の記載しかなった。担当した薬剤師はロキソプロフェンテープには温感タイプと非温感の２種類があることを知識として把握していた。そのため手書き処方箋を受け取った段階で疑義照会が必要と判断できた。今回患者は初回来局で、温感をもらうか非温感をもらうかということも把握していなかった（医師より説明されていなかった）。患者への聞き取りよりケガをしているとのことから、非温感だろうと推測することもできた。しかし、処方せんとして不備があるため、法律に則り疑義照会を行った。	発行された処方箋が手書き処方箋あったこと。医師は手書きで記載しても非温感で薬局が調剤すると考えていたこと。	非温感を使用しないといけない患者に対し誤って温感で調剤していた場合、トウガラシ成分によるかぶれや炎症促進による症状の悪化につながっていた可能性がある。そのため、薬局のレセコンの医薬品選択画面で、温感と非温感の医薬品をマスタから引っ張り登録しておくことで、新人薬剤師でも２タイプあることを把握できるようにしておく。現時点で、該当医薬品は当店にないが、温感タイプを採用することがあればタグをつけて対策する。			ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「ユートク」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2797	高度腎機能低下状態の患者に整形外科からタリージェが20ｍｇ/日で処方された。初期用量としては過量のため疑義照会実施し、2.5ｍｇ/日に減量となった。	腎機能の状態をしっかり確認せずに処方している可能性あり	処方箋に添付されている検査値は毎回確認、数値の記録も薬歴に残す。			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
2798	処方されたのは、ベネット１７．５ｍｇ　月　1回で処方されていた。鑑査の段階で違いに気付いた。用法の違いか、薬品規格違いかわからないので疑義照会。	処方入力時に　勘違いされた。	調剤時の手順書順守、見直しを徹底。			ベネット錠１７．５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2799	当薬局を利用する患者が来局した。内科受診で、カムシア配合錠ＬＤからカムシア配合錠ＨＤに処方が変更されていた。血圧は変わりなく、先生から変更の話しを聞いていない為、疑義照会をした。カムシア配合錠ＬＤに処方が変更となった。	処方の入力間違え。	患者への聞き取りやお薬手帳の確認をしていくこと。処方内容に間違えがないか確認していく。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2800	テリボン皮下注28.2オートインジェクターが日1回２５日分処方された。週2回使用であることが抜けている為、医師に疑義紹介。後に週2回使用、１２日分処方に変更となる。	テリパラチド同成分のフォルテオ皮下注は毎日皮下注するため、混同したのではないかと考える。	少しでも違和感を感じた場合、患者様本人にも確認したり、医師に疑義紹介することは必須であると感じる。			テリボン皮下注２８．２μｇオートインジェクター	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2801	血圧安定していない為、処方薬変更。ミカルディス40ｍｇのみ増量予定だったが配合剤の成分重複の為、アムロジン５ｍｇ分予定外の処方増量になってしまった。処方内容：ミカルディス40ｍｇ１Ｔ　アムロジン5ｍｇ　１Ｔ　夕食後→ミカムロ配合錠ＡＰ　１Ｔ　ミカルディス40ｍｇ１Ｔ　アムロジン5ｍｇ　１Ｔ処方に変更。疑義照会後アムロジン5ｍｇ取り消し。実質ミカルディス40ｍｇだけの増量。	最初にミカムロ配合錠ＢＰに変更していれば、この様な間違いは起こらなかったと考えますが、処方医は急な血圧低下を心配して、調節できるように処方を分けたようです。この事により、成分重複が発生したと考えられます。	処方変更時は、必ず、くわしい変更理由の聞き取りを行い、処方監査に努める事を徹底する。また処方医への、採用配合薬の成分表のフィードバックを行い成分重複の防止に努めたいと思います。			アムロジン錠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
2802	患者はランタスXR注ソロスターを使用していたが今回はいつもと違う病院からランタス注ソロスターの処方がでた。	薬剤名が似ているため誤って処方されたと推測される。	処方歴・お薬手帳を確認し、間違えやすい薬剤を想定しリスト化していく。			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
2803	一つの処方箋内でプレドニン錠５ｍｇが、1錠と３錠と重複して処方されていた。プレドニン５ｍｇ１錠とプレドニゾロン錠１ｍｇを服用継続中なので、増量と思われるが、増量の幅が大きいため確認のため疑義照会すると、プレドニン錠５ｍｇ３錠の処方はプレドニゾロン錠１ｍｇ３錠の間違えであると判明した。	５ｍｇと１ｍｇとで薬品名がプレドニンとプレドニゾロンと別のものが採用されているが、頭文字が２文字が同じなので、電子薬歴で薬品名を検索する時などに間違えたと思われる。	一つの処方箋内で同一薬剤を重複して処方されている場合は、追加・増量して服用する場合の他に、似たような別の薬剤を間違って処方されている可能性もあるので特に注意する。			プレドニン錠５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2804	10歳の患者にメプチンエアーの処方があったが、年齢、体重からメプチンキッドエアーが妥当であることを処方医に報告し、処方変更となった。処方通りであれば過量投与となるところを未然に防ぐことができ、副作用の発現、患者の服薬アドヒアランス向上に寄与することができた。	メプチンエアとメプチンキッドエアーは薬品名が似ており、カルテや処方入力において誤りが起こりやすい	小児患者の処方においては体重や年齢等考慮し、外用薬も含め用量の検討が必要であることを注意して処方監査を行っている。			メプチンエアー１０μｇ吸入１００回	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2805	以前から処方されていたアレジオン点眼液0.05%から今回アレジオンLX点眼液0.1%へ薬剤変更されていたが、用法が1日4回のままであった。処方医へ疑義照会し、1日2回へ変更となる。	薬剤名のみ変更されて用法はDo処方されてしまった可能性あり。	薬剤特性(用法用量)の把握を徹底する。処方時に薬剤名のみ変更されて用法がDo処方される可能性を考えて処方監査を行う。			アレジオンＬＸ点眼液０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2806	今までミカルディス40ｍｇ服用。今回配合剤切り替えになるのであればテラムロAPへの切り替えになると思うが、今回は高用量のテラムロBPの処方で間違いないかを医師に確認したところ、テラムロAPに変更となった。	配合錠の内容の知識不足か医薬品類似名による間違い。	今までの服用歴から適切な変更か、配合錠に関しては成分量までを必ず確認。			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
2807	この度小児用ムコソルバンシロップからアンブロキソールドライシロップに変更になりましたが、シロップの時とくらべて力価が三倍近くになってたため電話で確認体重分の適正な数値に減量されました	水剤と散剤で規格が異なるため計算ミスがあったのだと考えられます	ムコソルバンの場合はドライシロップも　規格が1，5%と3%とがあるため　思い込みのないように毎回正確に計算するよう徹底していきます			アンブロキソール塩酸塩ＤＳ小児用１．５％「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2808	リン酸コデイン２０ｍｇ２錠１００回分処方。症状に比べ処方が重く、常用量より多いため照会、コデインリン酸塩散１％２ｇの処方誤り発覚。	電子オーダーシステムによる影響。確認不足。	常用量確認。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2809	今までカデュエット配合錠3番を服用されていたが、今回カデュエット配合錠4番へ変更。持参された検査値ではコレステロール値全て正常範囲内で良好にコントロールされていたため、疑義照会を行った。	病院が処方入力の際に入力ミスがあった。もしくはDrが薬剤選択する際に3番と4番で選択ミスがあったと考えられる。	処方内容に変更があった場合には検査値などを参考にその変更が妥当かどうかを判断していく。			カデュエット配合錠４番	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2810	ケフラールカプセル250ｍｇ８Ｃ分4毎食後就寝前処方。通常最大1500ｍｇ/日まで投与可なので名称類似薬のケフレックスカプセルと間違っているではないかと疑い疑義照会。その後ケフラールカプセル250ｍｇ６Ｃ分4毎食後就寝前処方変更。	名称類似薬の為、入力ミスしたものと思われる。	名称類似薬の用法、用量、適応症の把握をするようにする。			ケフラールカプセル２５０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2811	プレドニゾロン(1）を継続的に服用している患者で、今回の処方でプレドニン(5）が処方されていた。症状の悪化などにより増量となったのか患者に確認したところ、経過は安定しており、処方量の変更は聞いていないとの事だったため、疑義照会を行ったところ、前回と同じプレドニゾロン(1）に変更となった。	プレドニンとプレドニゾロンは名称が類似しており、ｍｇ数が違う製剤もあるが、名称からの思い込みでｍｇ数までのカルテ上の確認を怠ってしまったのではないかと思われる。	前歴との照らし合わせによる処方薬の変更に気づき、窓口で患者本人にも変更の有無について確認が取れたことにより、今回の誤りを未然に防ぐことができたので、前歴との変更点の有無や窓口での患者への経過のインタビューを丁寧に行う必要がある。			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
2812	5歳児に対してプロトピック軟膏処方。小児に対して禁忌濃度であるため確認し、プロトピック小児用に変更。	知識不足	情報共有を定期的に行う。			プロトピック軟膏０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2813	小児に対してプロトピック軟膏0.1%が処方されていた。この患者はいつもプロトピック軟膏小児用が処方されており、疑義照会したところ0.1%から小児用0.03%に変更となった。	医院側の処方内容の確認不足。処方入力時の選択ミスがあったのではないかと思われる。	年齢や体重で用量が決まっているもの、特に小児への用量は毎回確認を行う。			プロトピック軟膏０．１％ プロトピック軟膏０．０３％小児用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2814	関節リウマチ患者にサラゾスルファピリジン腸溶錠500ｍｇ　4錠/日で処方。関節リウマチ患者には当該薬は通常2錠/日であり、腸溶錠と普通錠の誤りを疑い、疑義照会。	腸溶錠と普通錠を勘違いされたと思われる。	適応や用法用量の確認で疑義があれば疑義照会を行う。			サラゾスルファピリジン腸溶錠５００ｍｇ「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2815	血圧が160台と上昇しているので定期で服用していたアムロジピンOD2.5ｍｇを中止し、ザクラスLD配合錠を1日1回朝食後で処方されたが、患者がカンデサルタン錠8ｍｇも服用していたため、ザクラスLD配合錠のアジルサルタンと同種同効薬重複になるため、疑義照会し、ザクラスLD配合錠からアムロジピンOD2.5ｍｇを１錠追加(合計2.5ｍｇを２錠服用)することに変更した。	配合錠だと医師が成分を把握しにくいので、配合錠に切り替わった際は、同種同効薬がないか確認する。	薬が変更されたからとそちらに目を向ける前に、同種成分が入ってないか確認する。			ザクラス配合錠ＬＤ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2816	４歳に対してロペミン細粒１％が１ｇ処方された。少し多いと感じ疑義をかけたところ0.3ｇへ変更となった。	ロペミン小児用細粒の量と混同してしまったと考えられる。	小児用の薬の用量チェックを欠かさないようにする。			ロペミン細粒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
2817	今回コソプト点眼が処方されているにもかかわらずドルモロール点眼「ニットー」も同病院、同診療科の発行した処方箋に記載されていた。服用薬剤が数ページにも渡り処方される患者であった。	処方する薬剤数が多く医師の見落としが考えられる。また先発医薬品とジェネリック医薬品で別薬剤と誤認してしまったため処方箋発行に至ったと思われる。	緑内障の点眼のように最近では複数の成分を含んだ配合剤が多く処方される。注意深く認識しておかないと勘違いを起こしてしまいそうな薬は成分をしっかり確認して調剤を開始するようにしている。特に一般名処方では誤った薬を出さないようにその都度確認してたいおうしている。			コソプト配合点眼液 ドルモロール配合点眼液「ニットー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2818	ミカムロ配合錠ＡＰが1日1回1錠から1日1回3錠へ変更のため、疑義照会を行ったところ、ミカムロ配合錠ＢＰへ1日1回1錠に変更になった。	他規格の知識不足、入力後の確認不足が推定される	前回と処方違いの場合は、特に注意して処方監査に当たりたいと思います。			ミカムロ配合錠ＡＰ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2819	リザベン細粒10％　１日量1.2ｇ　１回量0.6ｇ　分２　１４日分の処方患者　２歳　体重１２ｋｇ 体重換算で、１日量0.6ｇが妥当のため、疑義照会。 リザベン細粒10％　１日量0.6ｇ　１回量0.3ｇ　分２　１４日分の処方に変更になった。	リザベンドライシロップ5％を処方するつもりだったが、リザベン細粒10％で処方したため、１日量が適当ではなくなった。	添付文書を確認する。			リザベン細粒１０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2820	74歳成人男性に、レボセチリジンが2.5ｍｇで処方。レボセチリジンは初回処方で、症状も軽いかどうか判断できない為、念のため、問い合わせを実施した。	レボセチリジン5ｍｇを処方しようと思った所、パソコンの入力ミスで、2.5ｍｇで処方指示が出てしまった様子。	小児などは眠気を考慮し、低用量で処方される事もあるが、成人男性だった為、疑義照会が必要と判断。問い合わせして、レボセチリジンの処方が2.5ｍｇから5ｍｇに変更となった。			レボセチリジン塩酸塩ＯＤ錠２．５ｍｇ「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
2821	カンデサルタン8mgを継続服用していたが効果不十分でアムロジピン2.5mg追加服用で落ち着いてきたため、合剤に切替。用量は従来と同じと聞いてきているが、処方箋記載はカンデサルタン・アムロジピン5mgだったため医師に疑義照会したところカンデサルタン・アムロジピン2.5mgに訂正となった。	一般名で名称が長く一部分のみ記載の異なる薬剤であったため、選択を誤ったと思われる。	一般名名称が長く一部分のみ記載の異なる薬剤は内服薬・外用薬・注射薬など多くにあり、薬剤名の確認は末尾まできちんと行う。			カムシア配合錠ＬＤ「サンド」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2822	1才の小児に対してメプチン吸入ユニット0.01％　0.5ml　1回1本で処方されていた。	処方入力時に薬剤の規格を誤って選択したと思われる。	小児で多く使われる、同医薬品の0.3ml製剤の誤りでないか疑義照会しました。			メプチン吸入液ユニット０．５ｍＬ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2823	●12/6【般】チキジウム臭化物10mg 3cp/回処方。 ・添付文書の用法用量欄より、　「通常成人1回5～10mgを1日3回経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。」と記載あり。　1回30mgの服用は過量投与の疑いあり。 ・また、前回処方の11/29に　【般】チメピジウム臭化物30mg　1cp/回の処方歴があったため　チメピジウム臭化物との薬品名誤りの可能性もあり。 ・チキジウム臭化物の過量投与、またはチメピジウム臭化物との薬品名誤りを疑い疑義照会。　→【般】チキジウム臭化物10mg　1cp/回　に変更。	・同効薬の一般名の類似。 【般】チキジウム臭化物　【般】チメピジウム臭化物	・用法用量を都度添付文書で確認する。・必ず薬歴を確認し、前回までの服用薬や変更点を確認する。			チキジウム臭化物カプセル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
2824	４歳男児　「酸化マグネシウム細粒7.5ｇ　分２朝夕食後６０日分」の記載。　今回当薬局で患児の酸化マグネシウムの処方は初めて。お薬手帳で確認したところ、３か月前に、「酸化マグネシウム細粒83%　0.6ｇ／日」で、他薬局で調剤されていました。 当該病院は酸化マグネシウム細粒としか記載されておらず、83%のものでよいのか？0.75ｇが正しいのか？と薬剤部に問い合わせたところ、処方医がおらず不明とのことでしたが、薬剤部判断で、力価６００ｍｇ／日でよいとのことでした。酸化マグネシウム細粒でなく、重カマ「ヨシダ」で0.6ｇ/日で調製してお渡しした。	酸化マグネシウム細粒83%と規格まで記載していないと、100%と勘違いしている医師も多いように思います。単なる計算ミスなども多くみられます。細粒に規格がはいってないのは、病院のマスターのせいだそうです。毎回細粒が出ると規格がはいってないので疑義しています。疑わしいときは小児の散剤などは力価で問い合わせが必要だと思いました。	小児の散剤などは、お薬手帳などで履歴の確認、体重や年齢からの力価での確認を行っています。			酸化マグネシウム細粒８３%「ケンエー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2825	NSAIDs潰瘍の再発抑制のため、ロキソプロフェンとタケキャブが処方。他の医療機関でタケプロンの処方があり、作用重複のため疑義照会。	お薬手帳の確認、併用薬の確認不足	毎回手帳の内容を確認する			タケキャブ錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2826	患者及び家族がかかりつけではない病院にてリウマチ治療のため以前より継続していたメトトレキサート２ｍｇ処方を依頼診察後処方せん発行されたが、メソトレキセート２．５ｍｇの記載となっていた。薬局にて詳細を確認し疑義照会しリウマトレックス２ｍｇに変更となる。	病院の薬剤入力時に誤ったと考えられる	類似名称の薬剤では特に疾患名なども確認する			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
2827	リン酸コデイン散10%　1日量4ｇで処方あり。リン酸コデインの1日量としては過量になり、10%ではなく1%の薬剤の選び間違いではないかと感じたため疑義照会を行った。	病院の電子カルテの誤操作とみられる	必ず1日量の上限を確認する			リン酸コデイン散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
2828	元々は当薬局、医院を利用していたが病状悪化により2021年７月から他病院へ入院。その後回復により退院した。退院時のおくすり手帳に記載されている処方内容ではエナラプリル２．５ｍｇとなっていたのに対し、転院後の処方ではエナラプリル５ｍｇへ変更になっていた。医院へ確認したところ、処方誤っており２．５ｍｇへ用量変更になった。	おくすり手帳の確認不足、患者からの聞き取り不足。	退院処方と変更点がないか確認している。あった場合には患者、処方医へ確認している。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2829	ミカムロAP→ミカムロBPへ処方変更と処方監査時に判断。どちらも一般名で処方があり、薬の重複による副作用の可能性あり照会。疑義照会後ミカムロAPは削除となりミカムロBPのみ処方となった。	処方内容の確認　処方内容変更時の確認	配合錠の投与用法の上限を把握する。配合錠の一覧を作成し調剤室の目の見える場所に掲示しておく			ミカムロ配合錠ＡＰ ミカムロ配合錠ＢＰ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2830	1週間前、病院を退院し退院処方を院内調剤でもらわれていた。紹介状を持っておられたかは奥様との会話からは不明だが、次の受診日までのお薬を処方してもらうため、近医を受診。 受診時のドクターからの説明では「血圧が高いので、薬を変更しました」と説明を聞かれる。こちらの薬局に来局され、薬のお渡し時に、一包化がされてなかったことと、いつもの薬が処方されてなかったことで、薬は一お渡し土、再度次の日に受診されることになった。次の日は、別の薬剤師が対応したが、昨日の処方箋が差し替えになり、退院処方にはなく、昨日に処方されてたカマグ250mg→退院時に処方されていたポリスチレン酸カルシウムに変更するになったこと、一包化になってることを説明する。他、お薬手帳から退院時処方では、頓服だったトラマールOD25mg 1回1錠　10回分→トラマールOD25mg 7錠/日　へ増量に変わっていることを説明する。奥様のみの来局だったが、お話で服用中のカロナール500mg 4錠/日で、痛みに十分対応できていて、頓服のトラマールの服用が全くなかったことを確認する。頓服のトラマールの服用をする必要が1週間ではなかったのに、今回増量があり、疑問を持ち、照会する。「頓服のトラマールが服用されなかったなら、今回は削除してください」、と返事をもらう。	不明	お薬手帳を持つこと、お持ちなら薬局に確認させてもらうよう声がけする。			酸化マグネシウム錠２５０ｍｇ「ヨシダ」 ポリスチレンスルホン酸Ｃａ顆粒８９．２９％分包５．６ｇ「三和」 トラマドール塩酸塩口腔内崩壊錠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
2831	通常の処方でモサプリドが処方されている患者さんが、吐き気などの胃腸症状で受診された。その際にモサプリドが処方された	定期薬に関する医療機関側の確認ミス	手帳、薬歴などの確認を必ず行う			モサプリドクエン酸塩錠５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2832	8歳の児にフルナーゼ50μｇ１回１噴霧が処方されていたため確認。小児用フルナーゼ25μｇ１回１噴霧へ変更となった。	規格の取り違い	複数規格のある薬剤は必ず用法用量を確認してから調剤・鑑査していく			フルナーゼ点鼻液５０μｇ５６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	
2833	退院し、紹介先のクリニックからメトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇ：ＧＬが処方されたが、おくすり手帳には入院中メトグルコ錠２５０ｍｇを服用していた記録があった。電話にて疑義照会したところ、メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇ：ＭＴのメトグルコに変更となった。	医療機関での連携不足。	今までのおくすり手帳や薬情などをしっかり確認し、患者様にもきちんと聞き取りをする。			メトグルコ錠２５０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2834	2歳の乳児にアスベリン散10%　1.2ｇ/日　処方あり、年齢、体重からすると多いため疑義照会して減量に1.2→0.12/日へ変更他院でアスベリンDS２％　1.2ｇ処方あり、同じ処方を家族は希望されたよう	アスベリンDS２％、アスベリン散１０％　の確認不足	小児用量は複数規格に注意し　体重を考慮して処方提案する。			アスベリン散１０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2835	患者が「手持ちの小児用バファリンを服用したら頭痛が止まったので、同じものを処方してほしい」と医師に依頼し、「小児用バファリンは処方できないが同じ成分のバイアスピリン錠なら処方できる」と話し、処方された。しかし、小児用バファリンの主成分はアセトアミノフェンであり、成分が異なっているため、医師に疑義照会し、処方削除となった。	『バファリン』という医薬品名から主成分がアスピリンだと医師が思い違いし、OTCで売られている医薬品の主成分を調べなかった可能性がある。	OTCでは似たような医薬品名で売れれていることが多く、併用薬を確認した際は、その都度主成分を確認する。			バイアスピリン錠１００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2836	1／21　歯の治療のため受診1／24　痔の治療のため受診受診する病院が違うため、両方から抗生剤処方	どちらも手術後の化膿止めのために抗生剤処方されたものと思われる	抗生剤複数服用することはあるが、今回は違う病院のため確認すること徹底			アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「トーワ」 セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2837	アレジオンＬＸ点眼液０．１％の用法が１日３～4回で処方されていた。用法逸脱のため電話にて疑義照会を行い、１日２回へ変更になった。	アレジオン点眼は０．０５％点眼が最初の発売されておりその点眼回数は１日４回だった。その後ＬＸ点眼液１％が発売開始。ＬＸ点眼液１％は従来のものより高濃度で効果が２倍長く持続するため１日２回の点眼回数で十分だが、医師は処方時に高濃度のＬＸ１％点眼発売を充分に理解していなかったか、規格確認不十分だった可能性がある。	新しく濃度が変わって用法が異なった薬剤が追加発売された場合、従来の用法のまま処方されることがある。特に濃度が高くなっているものは過量投与になってしまうため、調剤時・監査時・投薬時ともに規格・用法用量の確認を徹底する。			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
2838	他医に入院して戻ってきた患者イルベサルタン100ｍｇ　0.5Ｔにて服用してたが1Ｔにて処方されていた。お薬手帳より内容確認し本人に変更になっている旨説明、Ｄｒより特に聞いてないため疑義照会50ｍｇ　1Ｔになった	処方内容の確認漏れ	お薬手帳や薬歴を用いてお薬の変更等確認を徹底する			イルベサルタン錠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
2839	今まで他医院を受診しており、今回より医院変更し、初来局。エクメットHDとスージャヌ配合錠が処方されており、エクアとジャヌビアのDPP-4阻害薬の同効薬重複のため医師へ疑義紹介し、スーグラ配合錠からスーグラ錠50ｍｇへ変更となった。	お薬手帳等持参されていないため、前回までの処方内容は不明。転医前から、重複服用していたかは確認とれず。今回処方医師は、合剤が増えてきて、似ている薬名もあり、合剤とは思わずに処方したとのこと。	医院の方へも3文字検索をすすめるとともに、薬局でもまず入力前の処方監査を薬剤師が行うことを徹底し、特に配合剤等似たような名前の薬は注意して監査する。			スージャヌ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2840	平素から当薬局を利用している患者にフェキソフェナジン塩酸塩OD錠６０ｍｇ１日量６０錠で処方がでていた。1日量が多く、かつ患者は2歳児であるため問い合わせを行い、正しい用量とドライシロップ剤形を変更していただいた。	病院側の確認不足、入力のミスが考えられる。	ダブルチェック等行い、複数の目で確認する。			フェキソフェナジン塩酸塩ＯＤ錠６０ｍｇ「ＮＰ」 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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2841	錠剤やカプセルの飲み込みが苦手なため、今回、医師に申し出て、錠剤から散剤へ処方変更となった患者。前回処方は、リボトリール錠０．５ｍｇ１錠、1日1回夕食後であったが、今回処方は、リボトリール細粒０．５％1ｇ、1日1回夕食後で処方され、成分量として５ｍｇ/回となってしまった。疑義にてリボトリール細粒０．５％０．１ｇへ変更となり、前回と同じ成分量で調剤を行った。	０．５ｍｇと０．５％とが混同されてしまい、力価の換算を誤ってしまったと推測された。	剤形の変更時にも、これまでの薬歴と照らし合わせ、正しく換算されているかまできちんと確認していく。			リボトリール細粒０．５％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2842	カロナール細粒５０％０．５ｇが処方。体重８．８ｋｇで前日に他の医療機関でカロナール細粒２０％０．５ｇが処方されておりました。本日処方の医療機関に問い合わせを行った結果、カロナール２０％０．５ｇに処方変更となりました。	処方箋には体重も記載されてあったため、医療機関側での換算ミス・処方入力ミスが考えられます。	小児の場合は体重・年齢により投与量が変化するので、投与量の換算は慎重に行なう様にする。状態によっては稀であるが、常用量でないケースがあるので患者聞き取りを行い、必用であれば疑義紹介を行う。			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
2843	複数の医療機関受診して、処方してもらっている患者のようでした。前日に耳鼻科受診して、ムコダインDS処方歴あり。翌日小児科からカルボシステインシロップの処方を受けた。疑義照会して処方削除。耳鼻科と小児科では薬が異なると母親は認識されていた。	お薬が欲しい患者様ゆえ、併用薬の確認が必要	お薬手帳などを通して併用薬の確認を怠らない			カルボシステインシロップ５％「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2844	ニフェジピンL錠１０ｍｇ２錠２×朝夕食後を服用されていた患者さんの血圧コントロールが不良で、ニフェジピンＣＲ錠２０ｍｇ２錠２×朝夕食後に処方が変更されていた。疑問に思い、疑義照会をするとニフェジピンＬ２０ｍｇ２錠２×朝夕食後へ変更となった。	処方箋を入力する際に、LとCRの確認が抜けていた。	前回の処方との比較。薬剤の用法用量を添付文書で確認する。			ニフェジピンＣＲ錠２０ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2845	セフゾン100ｍｇとアモキシシリンが同処方せんに記載されていた為疑義照会を行った。セフゾンではなくレバミピド100ｍｇでの処方を意図していた	ともに100ｍｇである。処方箋内の内容鑑査にて発見。	丁寧に鑑査を行う。			セフゾンカプセル１００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2846	内科の定期薬でレバミピド錠100ｍｇ3錠分3で服用中ですが、整形でボルタレンＳＲカプセル2C、レバミピド錠100ｍｇ2錠分2の処方が出ていた。疑義照会を行い定期で服用中であることを説明し、整形処方のレバミピド錠100ｍｇが削除となった。	お薬手帳を含めて、併用薬の確認	お薬手帳を含めて、併用薬の確認			レバミピド錠１００ｍｇ「ＺＥ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2847	久しぶりに花粉症のお薬が処方。74歳男性に、レボセチリジン2.5ｍｇが処方になり、5ｍｇの規格間違いではないかと疑問に思った。（通常の用量より少ない）	レボセチリジン5ｍｇを処方しようと思った所、間違えて2.5ｍｇを選択して入力してしまったと思われる。	患者さんからの聞き取りで、以前と同じ花粉症の薬が出ると聞いた。特別症状が軽い訳ではなさそうなので、念のため、問い合わせを行った。問い合わせした所、5ｍｇの訂正の連絡入った。			レボセチリジン塩酸塩ＯＤ錠２．５ｍｇ「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
2848	処方せん受付時患者のお薬手帳を確認したところ他医院に手のオロパタジン5ｍｇ錠処方あり。服用しているのか患者に確認したところ服用中の返答あり。処方せんのオロパタジン5ｍｇ錠疑義照会し削除となる。	受診時にＤｒにお薬手帳を見せていなかった。	その都度お薬手帳の確認をする。持参忘れの時も口頭で併用薬を確認する			オロパタジン塩酸塩錠５ｍｇ「ＹＤ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2849	以前からエナラプリルを継続服用されていた患者様に対して、エンレストが処方されていた。併用禁忌であるため、疑義紹介を行ったところ、エナラプリルが処方削除となった。	・医師によるエナラプリル削除ミス（知識不足）	・電子薬歴にて禁忌・併用注意情報を常に確認、処方変更が生じた場合は必ず実施			エンレスト錠１００ｍｇ エナラプリルマレイン酸塩錠２．５ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2850	患者さんは9歳、ツロブテロールテープ1ｍｇ処方だったので疑義照会してツロブテロールテープ2ｍｇに処方変更になった	病院の処方入力ミスか年齢確認不足が考えられる	小児科の処方は常に年齢、体重を気にするよう心掛ける			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
2851	呼吸器科でデザレックス錠とカルボシステイン錠５００ｍｇの処方あったが、前回循環器でこの薬を退院して間もなかったために処方してもらったのを循環器の医師が見落としてそのまま処方してしまった。循環器の処方箋にはデザレックス錠が一般名記載、カルボシステイン錠５００ｍｇも一般名処方だった。	患者曰く、受付で呼吸器科の処方箋まで見せたのにこのような事が起こるとはと愕然としていた。前回たまたま、呼吸器科の薬を依頼されて処方したのを、そのまま引き継いでしまったために起こった事例だった。この方は、私のかかりつけ患者だった。	お薬手帳でしっかりと確認する。患者の話を聴取する。			デザレックス錠５ｍｇ 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
2852	プロトピック軟膏0.1％は小児に禁忌のため0.03％小児用ではないか問い合わせたところ、プロトピック軟膏0.03％小児用に変更になった事例。	薬品名が同じで、規格のみが違うため医師が処方箋作成時に選択間違えた。	鑑査時、添付文書を確認し禁忌や適応から小児に対して成人量は妥当ではないと判断し、疑義照会を行った。			プロトピック軟膏０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2853	当薬局を平素から利用されている患者が来局した。モンテルカスト錠10mg 1錠寝る前で処方されていた。3歳の小児である為、用量が過剰であると判断した。処方医に電話で疑義照会をした。その結果、モンテルカスト細粒4mg　1包寝る前に変更となった。	モンテルカスト細粒４ｍｇと入力するところ、モンテルカスト錠10mgと入力したようだ。	処方箋が正しいと思い込まず、処方内容に間違いがないかどうか確認していく。汎用される医薬品の年齢や体重などによる適正用量を把握しておく。			モンテルカスト錠１０ｍｇ「タカタ」 モンテルカスト細粒４ｍｇ「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	
2854	A医院にて１日量プレドニン錠７．５ｍｇ服用中。新規にB病院に受診。プレドニン錠５ｍｇ　０．５Ｔ開始。B病院にA医院より服用中である旨の疑義照会実施。B病院のプレドニン錠中止の指示あり。	薬歴の確認。	薬歴の確認			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
2855	コデインリン酸塩錠20mg　1回1錠　咳がひどい時　10回分処方されていたが、患者の病態的に麻薬を使用するような状態でもなく、患者本人も医師より麻薬が処方されることは聞いていなかった。処方箋の備考欄に麻薬施用者番号と患者住所は記載されていたが、上記考慮し疑義照会実施。疑義照会後医師は非麻薬のコデインリン酸塩散1%　1回2ｇで10回分処方したかったことが判明し変更に至る。	医師側がコデインリン酸塩錠20mgが麻薬だという認識がなく、コデインリン酸塩散1%も名称が類似しているため処方する際に誤って記載されたと考えられる。また、病院の入力の際にコデインリン酸塩錠20mgを選択すると自動的に麻薬施用者番号と患者住所が転記される仕様になっていたことも原因であると考えられる。	麻薬処方があった場合処方内容と患者薬歴を参照し、疑わしい点があれば今回のように疑義照会実施するようにしている。			コデインリン酸塩錠２０ｍｇ「第一三共」 コデインリン酸塩散１％「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
2856	8歳の小児にアスベリン散10%が2.7g処方されていた。添付文書より8歳（成人量）にはアスベリン散10%を1日0.6g～1.2g経口投与と確認。用量過剰による悪影響を懸念して処方医に問い合わせた。結果、アスベリン散10%からアスベリンドライシロップ2%2.7gへ用量変更（薬剤変更）となった。	名称酷似による誤りが懸念される	適切な用量で処方されているか添付文書等を元に鑑査を行う			アスベリン散１０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2857	ステロイドを漸減している患者様。処方箋の指示ではプレドニン錠５ｍｇ×２錠を１４日間服用したのちに、プレドニゾロン錠１ｍｇ×１錠に１４日服用という処方であったが、漸減スケジュールとしては急な減量であったため疑義照会を行った。結果として、プレドニン錠５ｍｇ×１錠を処方するところ、誤ってプレドニゾロン錠１ｍｇを処方していたとの事で、プレドニン錠５ｍｇへと薬剤が変更となった。	薬剤の選択ミス。名称が類似している事と処方後の確認が不足していたためと考えられる	漸減量についても正しい減量が行えているかを含め鑑査を実施するようにしている。			プレドニゾロン錠１ｍｇ（旭化成）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2858	5歳のお子さんにカロナール細粒20％0.3ｇが1回量で処方。処方量に疑義を感じた為、問い合わせを実施して、規格が変更となった。（正しくは、カロナール細粒50％1回0.3ｇ）	医療機関の入力間違いと推察。新しいスタッフが入られたようで、こうした変換ミスが続いていた。	体重から用量換算を行い、適正量ではないと判断。処方元医療機関に疑義照会を実施して、処方変更となった。			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
2859	定期在宅管理の患者　高齢者で継続して酸化マグネシウム内服している現行内服量の変更指示も追加も指示もないが　同成分が処方内で重複している訪問時　服薬管理者にその旨確認し　変更指示の確認　処方元に疑義照会して処方内容を確認変更時に現行内服量と変更量をダブルで記載してしまった。	内服変更時のPC操作確認と処方内容確認不足	常日頃から　指示内容患者の病状確認を継続して指示変更の再確認を継続する			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
2860	前回までの処方ニフェジピンＬ２０２Ｔ１×今回よりニフェジピン→ニフェジピンCR１０に変更処方箋記載用法１Ｔ３×CR製剤１日１回服用、徐放性剤の為１錠３回に分割不可疑義照会し１Ｔ１×に変更となった	用法選択ミス	徐放性剤の用法に注意			ニフェジピンＣＲ錠２０ｍｇ「ＮＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2861	久しぶりに、レスミットが屯用で処方されたが、2ｍｇ錠のところを5ｍｇ錠で処方されていた。患者は2ｍｇ錠にて調子を維持できており、増量の必要性も感じておらず、Ｄｒからの説明もなかったため、疑義を行う。処方記載間違いのため、2ｍｇに変更。	久しぶりの処方。クリニックの処方入力時に規格間違いが起きた様子。	久しぶりの処方の場合、処方歴を確認する。今までと異なる場合は患者に体調や経過を確認し、間違いがないかを確認する。乖離していた場合は、念のため疑義を行う。			レスミット錠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
2862	Ａ院にてガスターD錠２０mg服用中。Ｂ院に受診。ガスターＤ錠処方開始。Ｂ院に疑義照会実施。ガスターＤ錠１０ｍｇ中止の指示あり	薬歴の確認。	薬歴の確認。			ガスターＤ錠２０ｍｇ ガスターＤ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
2863	自律神経の乱れがあり受診。ハイゼット錠５０ｍｇ　1日2回　朝夕食後　14日分の処方あり。添付文書によると、心身症における身体症候並びに不安・緊張・抑うつにはガンマオリザノールとして、通常成人1日10～50mgを経口投与するとあり。疑義照会の結果、ハイゼット錠２５ｍｇへ変更されました。	処方せん発行時に規格の入力誤りがあった可能性があります。	処方鑑査の際、薬剤の規格や用法など正しいか添付文書で確認をしています。適切でない場合、疑義照会を行い、処方内容の確認を行います。			ハイゼット錠５０ｍｇ ハイゼット錠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
2864	11歳5か月の男性に対して新規でフルティフォーム125エアゾール120吸入が処方された。添付文書上通常小児はフルティフォーム50エアゾールを1回2吸入1日2回とあるので疑義照会したところ、フルティフォーム125エアゾール120吸入がフルティフォーム50エアゾール120吸入へ変更となった。	臨時で診察を行う医師で普段その医院からは処方されない薬のため、入力ミスが生じたものと思われる。	日頃扱わない薬の処方を受けた場合は特に注意して処方監査を行う。			フルティフォーム１２５エアゾール１２０吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2865	普段から当薬局を利用している患者が来局。HbA1cの数値改善目的のため今回よりアクトスOD錠３０ｍｇ　１錠朝食後が追加処方。アクトス錠は女性、高齢者には血管浮腫や心不全などの副作用回避のため初回は１５ｍｇから開始と記載があるため担当医にその旨を疑義照会した。その結果、アクトスＯＤ錠１５ｍｇ　１錠朝食後へ変更になった。	3文字入力による規格の確認不足や初回投与量の知識不足と思われる。	初回投与時の用量を改めて学習。特にハイリスク薬は副作用に直結しやすいため監査時に薬歴との整合性を合わせる。			アクトスＯＤ錠３０ アクトスＯＤ錠１５	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2866	フロセミド20ｍｇ77日と、40ｍｇ77日交互で、でましたが、他の処方が77日なので、フロセミド20ｍｇと40ｍｇの日数違いにきずく。疑義照会して、フロセミド20ｍｇ28日フロセミド40ｍｇ39日になった	処方医の入力ミス	鑑査をてっていする			フロセミド錠２０ｍｇ「武田テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2867	12歳9か月の小児にキプレス錠10ｍｇが処方。年齢より、キプレスチュアブル5ｍｇが適量であるため、疑義照会をし変更となった。	オノンが入荷困難なため、門前耳鼻科にオノン→キプレス（モンテルカスト）への変更を依頼していた。当該患者様は、今回よりキプレスに変更となり、その際選択間違いをしたと思われる。	在庫不足により処方変更や規格・剤形・メーカー変更が相次いでいるため、丁寧に着実に変更修正をすること。			キプレス錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2868	フスコデ9錠・カフコデ6錠処方	カフコデの削除し忘れ	成分の重複薬についても注意する			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
2869	エチゾラム0.5ｍｇが継続処方されているところ、処方箋にはエチゾラム1ｍｇと記載されてた。患者さんにＤｒから変更について伝えられていないことを確認の上で疑義紹介を行い、エチゾラム0.5ｍｇに変更になった。	病院は電子カルテの導入をしたばかりで、端末操作の不慣れや新システム導入初期の忙しさがあったものとおもわれる。	病院の新システム導入時期は、規格違い、類似名称の処方間違いが増える可能性が高いので、患者さんに医師からの指示をよく確認し、少しでも疑義が生じれば疑義紹介を行うようにする。			エチゾラム錠１ｍｇ「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	
2870	8歳の女児に皮膚科よりプロトピック軟膏0.1%が処方された。プロトピック軟膏0.1%の添付文書には『２歳以上の小児に対しては、より低濃度0.03%製剤を使用し、本剤は投与しないこと』と記載され、投与禁忌に該当するため疑義照会を実施。その結果、プロトピック軟膏0.03%小児用に変更となった。	薬剤名類似のため、処方時に選択を誤った可能性がある。	両剤を並べて在庫することで、調剤時に別規格の存在を認識できるようにしている。患者に初めて処方された薬剤については必ず添付文書に目を通し、調剤に問題がないか確認している。			プロトピック軟膏０．１％ プロトピック軟膏０．０３％小児用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2871	腎性貧血でエベレンゾ50mgが処方されたが、毎日服用となっていたので医師の方に疑義照会しました。	医師が週３回の薬と認識していなかった為	腎性貧血の治療薬として毎日服用であればマスーレット錠もあると提案したが、患者の服用状態を考えると毎日服用より週３回が望ましいいと判断されてエベレンゾ錠50mgで用法を変更してもらいました。			エベレンゾ錠５０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2872	総合病院の紹介状によって、ロスバスタチン錠２．５ｍｇが調剤されている方が、近隣の内科からロスバスタチン口腔内崩壊錠５ｍｇで処方されていたので、疑義照会を行い、ロスバスタチン口腔内崩壊錠２．５ｍｇに変更してもらった。	近隣内科の紹介状の確認不足によるものであると考えられる	紹介状と処方内容を照合して、違いがあれば確認することが大切である			ロスバスタチンＯＤ錠５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2873	処方箋の記載は一般名サラゾスルファピリジン錠５００ｍｇだったが、以前服用の薬の薬情を入手しており、確認したところアザルフィジンだったため、処方医に問い合わせ、アザルフィジンへ変更となった。	サラゾスルファピリジン錠とサラゾスルファピリジン腸溶錠と一般名表記が酷似している。成分が同じため、違う薬と処方医が認識していなかった。	一般名表記が酷似しているため、以前から適応を確認するようにしていた。リウマチの病名があった為、アザルフィジンと確定した。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2874	コデインリン酸塩散10%　頓服　咳がひどい時　1回2ｇ　7回分　処方あり。通常の用法用量を超えた量での処方。コデインリン酸塩散1%ではないかと思われた為、疑義照会を行った。結果、コデインリン酸塩散1%へ変更となった。	薬剤の選択ミス、または用量の計算ミス。	倍散の処方は、薬剤が違うと10倍量以上の用量となってしまうので、注意が必要。処方を受けた時は、必ず用量を確認する。			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
2875	クリニックから定期で来局している患者のFAXが流れてきた。「ビペリデン散1%、1日0.5ｇ、分1就寝前」が新規追加となっていた。初回量としては多く、患者へ粉薬の追加の有無・用量の話を伺うも、不明ということでクリニックへ電話を行った。散剤は誤りであり、ビペリデン塩酸塩錠1ｍｇ、1日0.5ｇ、分1就寝前へ変更となった。	クリニック側の入力ミスと考えられる。	念入りな処方監査。特に追加や変更がある場合は疑ってかかる。			ビペリデン塩酸塩散１％「ヨシトミ」 ビペリデン塩酸塩錠１ｍｇ「ヨシトミ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2876	皮膚科医よりヨクイニン錠の処方予定だったが、粉薬があると先生より提案がありヨクイニン湯が処方された。	ヨクイニン錠とヨクイニン湯では皮膚科と整形領域の適応症の違いがある事を処方医が知らなかったことが原因。	名称が似ているため、処方の科名の確認と患者からの聞き取りにより、適応症を推察し処方薬が適切か確認が必要。			ツムラよく苡仁湯エキス顆粒（医療用）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2877	前医院にてバルサルタン80mg　0.5錠（バルサルタン40mg）で処方されていた。転院後初めての処方となり、バルサルタン80mg　1錠で入力されてきた。患者聴取により血圧コントロールは良好とのだったので、疑義照会し、前回と同様バルサルタン40mgに変更になった。。	転院により新規登録となり、お薬手帳、診療情報提供書の内容の確認が十分にできていなかった。	患者の薬剤服用記録の確認と患者の症状の聴取をしっかり行う。			バルサルタン錠８０ｍｇ「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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2878	一包化している患者様で、処方薬からザクラスHDのみが削除されており、その理由を確認すると、処方医が「アレルギー薬は口喝のSEがあるから」と言っていたと仰いました。疑義紹介で削除のままで良いかと確認すると、ザクラスHDとザイザルを勘違いしていたという事がわかった。そのため、再度ザクラスHDが処方追加となった。	処方医の勘違いによる、処方薬の削除	ザクラスHDで、口喝のSEが出るかもしれないが、投薬中に「アレルギーの薬は・・」というワードを確認できたことが良かった。今後も、しっかりと処方削除の理由を確認し、その理由が妥当かどうかを見極めていきたい。			ザクラス配合錠ＨＤ 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
2879	ユーエフティ配合顆粒２００ｍｇが1日量４包（計８００ｍｇ）で処方。患者不在のため、１年前に伺った身長と体重、及び添付文章上の通常用量から逸脱していたため、疑義照会にて用量確認。結果、ユーエフティ配合顆粒１００ｍｇを１日量４包（計４００ｍｇ）の誤りであったことが判明した。	ユーエフティの用量が複数あるため、Ｄｒのオーダーリングシステムでの選択誤りが発生したと考えられる	該当患者の初回処方の場合は、添付文章を必ず確認する。また、体重と身長を伺い、体表面積の確認を行ったうえで抗がん剤の処方監査を行う事を徹底している。今回の事象に関しては、他の薬剤師にも事例として申し送りを行う。			ユーエフティＥ配合顆粒Ｔ２００	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2880	イグザレルト15からイグザレルトOD錠15mg変更患者さん用のパッケージをつけて1包化調剤したが、患者さんが残っていたイグザレルト15ｍｇ錠を3日間一緒に服用し鼻血が止まらなくなった。その後検査値を確認すると腎機能が悪化していたため10mg錠へ減量	1包化調剤をするようになって安心していたが、残薬まで気がまわらなかった	1包化調剤で続いている患者さんの場合も残薬の整理をきちんと行う			イグザレルト	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	
2881	他院から紹介状にて門前医院を受診し、こちらでは初めてエリキュース2.5ｍｇが処方された。投薬する際にご家族の方に実物を見せたところ、いつもは大きいサイズの5ｍｇを服用しており、量が違うと指摘があった。疑義照会したところ、エリキュースの2.5ｍｇではなく、5ｍｇの間違いであったと判明した。紹介状の読み間違えである。	自身で扱っているのではなく、他院の紹介状からの患者さんだったので、投与量の見間違えと思われる。しかし、門前医院のドクターは、ほぼ全ての薬剤において、量が半分以下の少量を使う傾向があり、承知の上だったのかもしれない。	少量で使いたい気持ちはわかるが、保険適応や治療に適する量が決まっているものもある。その点に関しては適応量をしっかりと見抜いていかねばならないと考える。			エリキュース錠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
2882	肺動脈性肺高血圧症の1歳男児、大学病院を受診していたが、今回は他院よりの処方だった。大学病院と他の2剤は同じ薬品名、用量でパソコン入力されていたが、「タダラフィル」のみ手書きで、「タダラフィル　5mg　1×朝食後　10日分の処方」と記載されていた。タダラフィルが製品名か一般名か判断できなかったので、疑義を掛けると一般名との返事を頂いた。粉砕指示も抜けていた為、確認した。次回より、【般】タダラフィル錠　20mg：AD　５ｍｇ１×朝食後　10日分　粉砕と記載して頂く様に病院へFaXした。調剤はアドシルカ錠20mg　0.25錠　1×　10日分　粉砕で行った。	他院よりの紹介かと思われるが、Dr多忙の為、慌ててタダラフィルを追加された。また、タダラフィルにはアドシルカとザルティアの先発の製品があり、適応が異なる事を理解されてなかったと考えられる。	一般名は同じでも適応が違う薬が存在する事を普段より勉強しておく。今回のタダラフィルに関しては、（般）タダラフィル錠20mg：ADと（般）タダラフィル錠20mg：ZAが存在する			タダラフィル錠２０ｍｇＡＤ「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
2883	人工透析の患者に歯科でセフカペンピボキシル１００ｍｇ　３錠　毎食後が処方。透析クリニックの主治医に確認し、指示を伺い歯科に照会。セフジトレンピボキシル１００ｍｇ　１錠　夕食後に変更。	透析患者の用量の確認不足	用量が適正であるか確認する。			セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2884	内科にてタリオン錠１０ｍｇ服用中。皮膚科にてタリオン錠１０ｍｇ処方開始。疑義照会実施。皮膚科のタリオン錠１０ｍｇ中止の指示あり	薬歴の確認。	薬歴の確認。			タリオン錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2885	１３歳女児にプランルカスト錠225mg３錠分２朝食後１錠夕食後２錠にて処方用量過量である可能性が考えられたため疑義照会したところ、225mgではなく、112.5mgの規格に変更となった。	先発医薬品では112.5mgの規格しかないが、プランルカストの後発品では112.5mgと225mgの規格があるため処方入力の際に間違いがあったと考えられる。	用量の確認を徹底し、複数規格がある薬については注意喚起をおこなう。			プランルカスト錠２２５ｍｇ「ＡＦＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2886	アレジオンLX点眼液の用法が1日4回になっていたので疑義照会をして1日2回に変更になった	アレジオン点眼液の用法が基本的には1日4回なのでそれと間違えたと推測される	アレジオン点眼液とアレジオンLXの2つがあることを周知徹底する			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
2887	他の病院でビラノア20mgが処方されていたが、眼科でも処方されていて重複していた。病院に連絡して削除となった。	お薬手帳を利用し、処方内容を確認する。	患者さまとのお話、お薬手帳、処方内容を確認する			ビラノア錠２０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2888	リボトリール細粒０．５％０．５ｇの処方せんをお持ちになった。前回リボトリール（０．５）２錠分２で服用し眠気が強すぎたため減量になったと患者がお話されていたが、今回の処方内容では前回よりも成分量で増量になっているため、規格が違う可能性を考え疑義照会し、リボトリール０．１％０．５ｇへ変更となった。	リボトリール細粒に規格が複数存在すること。	細粒も成分量を計算し、患者との話としっかり照らし合わせを行う。			リボトリール細粒０．５％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2889	新規患者様でエピナスチン塩酸塩が一日量４０ｍｇで処方されていたため、処方医に確認20ｍｇに減量	処方箋発行時の確認不足	新規患者、薬剤に対しての薬局側の情報収集と再確認			エピナスチン塩酸塩錠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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2890	（一般名処方）バルプロ酸Na徐放錠200ｍｇ　1日1回寝る前の処方。バルプロ酸Na徐放錠は1日1回処方であるとデパケンＲ錠、セレニカＲ錠での処方が選択でき医師の処方意図はどちらであるか処方箋のみでは判断できず問い合わせをした。	メンタルクリニックの医師であり通常処方されている薬と思われるが薬局から離れた地域のクリニックの処方であったため当店では初めての病院であったためクリニックの採用薬が判らなかった。	一般名処方処方の際は製剤の持続時間、剤型により異なる薬になることもあるため医師の処方意図を確認する。同じ成分でも適応症、用法が異なることもあるので代表的な医薬品は理解をしておく。			デパケン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
2891	今までシロップを処方されていたが、飲みにくさから粉に変更となった際に用量が変更されていなかったムコソルバンSy４mL→ムコソルバンDS４gホクナリンSy３mL→ホクナリンDS３g	見落とし注意	見落とし注意			小児用ムコソルバンＤＳ１．５％ ホクナリンドライシロップ０．１％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
2892	エストリール膣錠の併用としてエストリール錠1mgが初回投与であるが１回２錠となっていた。	医師のPC操作が不慣れのため倍量記載となった	各薬剤の用量用法を理解し間違いなのかあえて増量使用なのかをしっかりと確認する			エストリール錠１ｍｇ＊（持田）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2893	他医院で同成分のもの飲んでいて薬カットしてもらった	くすり手帳見せてなっかった	くすり手帳の確認する事			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2894	医療機関Aよりタモキシフェン錠20ｍｇ「MYL」1錠　1日1回朝食後　56日、エキセメスタン錠25ｍｇ「NK」1錠　1日1回朝食後　56日の処方内容の処方箋を応需。タモキシフェンは閉経前、エキセメスタンは閉経後と適応が異なるため同時に服用することはないと判断し、患者に確認。「タモキシフェンは今まで服用していて、今回は薬が追加になる。一緒に飲んでも大丈夫と聞いています」とのことだった。それでもこの2種類が同時に服用することはないと判断し、処方医に疑義照会を行ったところ、エキセメスタンは、エディーロールカプセル0.75μｇ1カプセル　1日1回　56日と間違っていることが判明した。	最初の1文字目が「エ」であったため処方医の薬剤選択ミスと考えられる。	テモキシフェンは閉経前、エキセメスタンは閉経後に使用する薬であり、使用する時期が異なることを周知した。また患者が追加になること、一緒に飲んでも大丈夫と聞いていても根本的に薬が間違っていることがあることもあり、薬剤師として薬学的な判断をしっかりとできるように周知した			タモキシフェン錠２０ｍｇ「ＭＹＬ」 エキセメスタン錠２５ｍｇ「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
2895	（般）ニフェジピン徐放錠（12時間持続）20mgの処方あり。前回まで10mg製剤であり血圧変動も著変ないことから疑義照会を行ったところ、前回通り10mgに変更となった。	ニフェジピン徐放製剤（12時間持続）の一部薬価削除によりシステムの変更があった模様。入力の際の確認不足と思われる。	薬歴や患者さんへの服薬指導時に体調確認し、処方の妥当性を判断し必要に応じて適切な服薬支援・管理支援を行う。			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
2896	かかりつけの内科でもらっていた薬を次回受診日までの分呼吸器内科の医師が処方した。処方箋にフロセミド錠20mg9錠分1朝となっており、明かに量が多すぎる。またロスーゼットHDで処方されていたが、もらわれていたのはLDであった。患者はお薬手帳と足りない薬を表に書いて持参し、医師に見せていた。	処方後の確認を怠ったと思われる。	本来の処方を違う医師が処方する場合には規格、用法が違っていないかきっちり確認する。			フロセミド錠２０「タイヨー」 ロスーゼット配合錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2897	トーワチーム、カロナール500mg処方アセトアミノフェン重複で確認２種は同時には服用しないように指示あり	アセトアミノフェン重複で肝障害SE発現などの可能性あり	成分重複があった際エラーが出るようにレセコン設定済			トーワチーム配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2898	処方せんでアルドメット250ｍｇが処方。妊娠高血圧症候群などで用いることあるが患者様では該当でなく　聞き取りより血糖が高いとの指摘受けている　問い合わせ行いメトグルコ錠へ変更	250ｍｇの規格の分での処方間違えか	投薬時患者様の疾病・症状など聞き取り行い処方薬が適切であるか考慮し必要であれば問い合わせ行う			アルドメット錠２５０	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2899	ノルバスクの出ている患者にアムロジンが他院で処方。	手帳の確認不足　医院の確認不足	引き続き内服薬の重複チェックを行い、患者に有害な事象が起きないように気を付ける。			ノルバスク錠５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2900	今まで通院していた病院ではメイラックス1ｍｇ３Ｔ分３処方であったが、今回受診した病院はメイラックス錠2ｍｇが採用薬ということもあり、規格違いに気づかず、メイラックス錠2ｍｇ３Ｔ分３の処方とした。Ｄｒは今までと同じ薬で処方すると患者へ伝えていたので疑義照会となった。	病院や医師によって、規格違いの薬があっても、よく使用する規格、イコールの薬品名となることがある。単純な勘違い、確認不足と思われる。	薬によっては重大な副作用や、効果の強弱で重い通りの治療成果がでないことも考えられる。転院時などは、規格が違うものを処方してしまう確率が高いことを念頭におき、確認しています。			メイラックス錠１ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2901	アンブロキソールOD45mgが1日3回で処方。疑義解釈の結果、アンブロキソール15ｍｇ1日3回に変更になった。	規格間違い。	規格が多い医薬品は注意して監査を務めるようにする。			アンブロキソール塩酸塩徐放ＯＤ錠４５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2902	花粉症のためアレジオンLX点眼液が処方された患者。1日4回で処方されていた。LX点眼液は1日2回製剤であるため、アレジオン点眼液の間違いではないのか処方医に疑義照会を行った。その結果、アレジオンLX点眼液　1日2回点眼に用法が変更となった。	前回処方のオロパタジン点眼液の薬剤のみ入力を変え、用法の変更を忘れたものと考えられる。	新規の薬剤が処方された際は必ず用法・用量を添付文書で確認する。			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
2903	今までの病院から変更となり、お薬手帳での確認しかなかった様子。カルボシステインDS50%2g２×の処方の所を4g2×の処方となっていた。	お薬手帳の記載が1日量記載の為、2gが1日2回と認識されたと思われ、1日4gとなったと推測される。	新患さんは特に、今までの履歴を時間がかかってもいいので、確認する。また、ご本人さんや家族とも一緒に確認行い、事前に間違いがないように確認していく。			カルボシステインＤＳ５０％「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2904	ピルシカイニド（25）2カプセル/日の処方を受け付けた。しかしお薬手帳より直近の処方は他の病院での退院時処方でピルシカイニド（50）2カプセル/日であった。患者本人は「退院時処方をそのまま継続だと思う」とのことで疑義照会を行い　結果ピルシカイニド（50）2カプセル/日へ増量変更となった。お薬手帳の確認できず処方通りお渡しした場合　薬の効果なく健康被害が生じたと思われる。	処方医の規格確認盛れと思われる	前回処方、特に退院時や他院処方からの継続の場合はお薬手帳、並びに患者からの情報をよく確認する			ピルシカイニド塩酸塩カプセル２５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2905	レキサルテ寝る前　記載　複数の処方のあと、レキサルティOD寝る前追加の処方になっていたが、用法も同一であるし、量からして超えないことと指定してある数字を超えてはいないのではあるが、片方が普通上で、片方がOD錠のため、どちらかが削除漏れであるのではないかと推察した。	忙しかったり、勘違いしたりと人であるかぎりエラーは起きうる。	処方監査は気になることがあれば、そのままにせずに、まず薬局内関係者で共有して確認することにしている			レキサルティ錠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
2906	お薬手帳確認中同成分を発見したので処方元Drに確認後中止となる	医療機関側の確認不足	お薬手帳を常時持ち歩くように説明対応			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
2907	新規でリクシアナ開始となった患者様。明らかに小柄であるがリクシアナ錠60ｍｇで処方されていたため、体重を確認。疑義にてリクシアナ錠30ｍｇに変更となった。	カルテ記載は30ｍｇであったよう。入力時の規格間違いの可能性が高い。	他にも患者様がいらっしゃったため体重は紙に記載していただいた。用量チェックが漏れてしまうと重大な健康被害につながる可能性があるため、今後とも注意していきたい。			リクシアナ錠６０ｍｇ リクシアナ錠３０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2908	クラリスロマイシン　200mg　3錠　3回分の処方あり。歯科治療を受けるとの事で、感染性心内膜炎の指導せんを持っていた事から、感染症予防のための抗生物質の処方と思われる。「ペニシリン系のアレルギーがあるため、他の薬に変更になった」と投薬時に伺った。 クラリスロマイシンは15mg/kg（成人量500mg）であったため、疑義照会を行い、クラリスロマイシン200mg　2錠　3回分へ変更になった。	他の薬に変更になったとの事から、当該病院では第一選択ではなかったと思われる。指導せんには「クリンダマイシン20mg/kg（成人量600mg）」との記載もあり、他の薬剤と投与量を勘違いした可能性がある。	薬局内での事例の共有抗生物質の投与量においては、医療機関ごとにバラツキがあるため、添付文書以外にもガイドライン等で投与量についての確認を行う			クラリスロマイシン錠２００ｍｇ「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	
2909	大病院でアムロジンOD2.5ｍｇ　１錠出ていた所、近隣の医療機関に転院後初処方がアムロジピンOD5ｍｇ　１錠になっていた為疑義照会	確認不足	手帳、患者の話、情報などからミスを防ぐ			アムロジンOD２．５ｍｇ	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
2910	陰部に使用する場合、0.02%水溶液を使用すると添付文書にて記載されていたが、0.05%が処方させていた。疑義紹介したところ、0.02%に変更になった。	皮膚の創傷部位では0.05%を使用することから、勘違いされたのではないかと考えられる。	今後も監査時の用法用量の確認の徹底を意識して調剤する。			０．０５Ｗ／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
2911	3歳の患者にアシクロビル顆粒が処方されていた。調剤前に母に確認をしたところ、ヘルペスや水疱瘡ではなく、Ｄｒからは咳と鼻水の薬を処方するということで、抗ウイルス剤を処方するという話は特になかったということだった。アスベリンなど異なる薬剤を間違って処方されている可能性や入力ミスの可能性もあるため、処方医に問い合わせを行ったところ、処方削除となった。	処方にアスベリンがあったため、システムでアスベリンを入力しようとして間違って入力してしまった可能性が考えられる。	いつもと違う薬剤の処方があったため、処方箋受け取り時に患者さんのご家族に確認し、処方が適切かどうかを判断。疑義があったため、処方医に問い合わせを行った。			アシクロビル顆粒４０％「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2912	監査時、お薬手帳を確認し前回まで処方されているガランタミン錠が出ていなかったため患者様にヒアリングを行った所、もともともらっていた病院が閉院のため、今後は今回処方の病院で薬を貰うことになった、とのこと。 残薬などは無いとのことだったのでDr.に疑義照会を行ったところ、乳糖分解酵素として処方が出ており、今回不要のため処方追加は無しと回答あり。 他の薬剤師がガランターゼという乳糖不耐症治療の薬剤と名前が似ているため、再度疑義照会を行うよう指示、ガランタミン錠が処方追加になった。	病院間の転院の際の申し送りが十分ではなかったのではないかと考えられる。また、Dr.の薬剤名の勘違い、疑義照会で薬剤名をしっかり伝えているが思い込みのため確認不足であったと考えられる。	処方変更なしをそのまま受け入れず、類似する薬剤をなどの可能性をしっかり考えて再度医療機関への情報提供・疑義照会を行った。			ガランタミンＯＤ錠８ｍｇ「ＤＳＥＰ」 ガランターゼ散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
2913	お薬手帳では前回アトルバスタチン５ｍｇ処方となっており、今回１０ｍｇに増量であった。増量の話があったか患者に確認したところ、検査は今日行ったが結果は次回出る・今回はじめての医師であり処方変更の話はなかったとのことだった。疑義照会を行ったところ、５ｍｇの処方間違いと判明した。	初回の医師であったことより、処方の選び間違いと確認不足があったと思われる。	前回と今回の処方内容を比較し、増量・減量があればその理由が明確であるかどうかの確認を必ず行う。			アトルバスタチン錠１０ｍｇ「ＮＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2914	般：アンブロキソール塩酸塩徐放口腔内崩壊錠４５ｍｇ　３Ｔ　１×朝食後で処方箋に記載があり、要領の確認を行った。	規格違いの確認。用法も変わってくるのでその確認も合わせて行う。	薬剤の特性をしっかりと理解しておく。			アンブロキソール塩酸塩徐放ＯＤ錠４５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2915	COV自宅患者の処方箋で、麻薬のコデインリン酸塩酸10%が処方されたが、用量が6ｇと通常用量の10倍になっており、かつ麻薬施用者番号が未記入であったため疑義紹介。コデインリン酸1%6ｇに変更となった。	処方入力時1%と10%を見間違えて入力した可能性。規格によって麻薬扱いになることを知らなかった、麻薬である表示がされなかったなど推測される。薬局においても10%が麻薬扱いになることを知らない者もおり、レセコン入力時に麻薬加算をとっていながらも施用者番号がぬけていることを確認できていなかった。COV自宅患者なので、患者住所の記載があり、普段と違う対応のため確認を忘れてしまっていたと推測できる。	コデインリン酸には複数の規格があり、非麻薬と麻薬がある。原末、10%、20ｍｇは麻薬扱いであること、麻薬処方箋の場合には施用者番号や患者住所について確認することを周知した。			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
2916	当日処方箋を受け取った（後日受け取り）　薬剤師の疑義紹介時　ラミクタール（２）8錠分２とラミクタール（５）4錠分２のまま投薬との事でしたが　後日、投薬を別の薬剤師が行い患者の母親と会話の中から　容量に疑問を感じたため再度疑義を行い　ラミクタール（２）8錠分２が全てカットなった　又ラミクタール（２）は自宅に残薬があり　それを1錠追加服用の指示あり。	容量の変更が度々ある方で　患者さんと先生のコミュニケーション不足と思われる。	患者は４歳児の為　母親との会話が重要となるため　時間をかけてドクターとの会話　症状に留意する。			ラミクタール錠小児用２ｍｇ ラミクタール錠小児用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
2917	前回、ベタヒスチンメシル酸塩錠６ｍｇとベポタスチンベシル酸塩ＯＤ錠１０ｍｇの処方があった。今回患者が、タリオンの効果不十分により処方変更を希望し、タリオン→ビラノアへの処方変更が行われるはずだったが、医師が削除する薬品名を間違えたと考えれらる。	抗アレルギー剤の重複があり確認。	同種薬効医薬品の併用について確認。および前回処方からの変更点について確認。			ベポタスチンベシル酸塩錠１０ｍｇ「トーワ」 ビラノア錠２０ｍｇ 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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2918	久しぶりの患者様の処方箋でジルテック錠10ｍｇ2錠分2で処方あったが、成人は10ｍｇ1錠分1で服用のため疑義紹介。おそらく小児は分2で服用することと、最近の処方箋では小児の患者が多かったため医師が勘違いしたかと思われる。	アレルギー剤はこのように小児と成人で用法用量が異なることが多いため、必ず確認して間違いのないように努める。	必ず、薬剤師二人以上で監査をして、間違いがあるのではないかと間違いを探す気持ちで臨む。			ジルテック錠１０	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2919	リベルサス７ｍｇ継続中の患者においてスージャヌ配合錠が継続となっていた疑義照会でＤＰＰ４阻害剤とＧＬＰ－１作動薬が併用になっている為スージャヌ→スーグラへ変更を提案スージャヌ→スーグラへ変更となった	配合錠が多数あるためチェック漏れがあったと推定される	配合剤については配合されている薬剤同士の相互作用についてもチェックする			リベルサス錠７ｍｇ スージャヌ配合錠 スーグラ錠５０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2920	耳鼻科で処方されたカルボシステイン錠５００mgが４錠分２朝夕食後で処方あり。１１歳の為、過量であるので医師に疑義照会した。照会後、２５０mg４錠分２に変更となった。	過量の為、本人への健康被害が考えられる。	子どもについては、年齢や体重を確認し、疑問があれば医師に疑義照会することを怠らないようにする。			カルボシステイン錠５００ｍｇ「ＪＧ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2921	当該患者にレバミピド錠１００ｍｇが処方されたが、定期通院している他院内科で同じ薬効群に属するプロマック錠を服用していた。疑義照会し処方削除となった。	併用薬の確認に努めること。	引き続きお薬手帳の持参を促すこと。			レバミピド錠１００ｍｇ「ケミファ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2922	足のむくみでフロセミド錠４０ｍｇが処方されたが、当該患者は定期通院している他院内科で慢性心不全治療で同成分のフロセミド錠を服用していた。重複するので疑義照会し、処方削除となった。	併用薬の確認に努めること。	引き続き、お薬手帳の持参の促しに務める。			フロセミド錠４０ｍｇ「ＮＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2923	開業医から紹介されて手術をしてかえってきた患者さんの処方箋はサンピロ１％だった。お薬手帳をみたら２％の記載があったので疑義照会後２％に変更となった。	情報提供書の写し間違いか見間違い	規格のあるものは必ず確認			サンピロ点眼液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
2924	10歳の小児へアドエア250ディスカス60吸入用が１日１回、１回１吸入で処方された為、念のため照会する。アドエア100ディスカス60吸入用に変更となる。吸入回数は変更なし。	患者様はいつも受診していたクリニックが休院の為、他のクリニックを受診して、お薬手帳を見せたようだが、手帳の確認不足、年齢の確認不足が原因と思われる。	過去の薬歴の履歴、年齢、お薬手帳等で薬の内容をよく確認して、疑義があれば、主治医へ確認すること。			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
2925	前回との相違。ワーファリン1日1.5ｍｇが2ｍｇに変更になっていた。	病院の確認ミス。患者様とのコミュニケーション不足。お薬手帳確認確認。患者様との薬確認。	普段から手帳・薬歴など確認しながら変更点があれば必ず患者様に確認している。			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
2926	７歳の小児への処方がPL配合顆粒６ｇ分3毎食後の処方となっていたため、薬品名・用量について問い合わせ。幼児用PL配合顆粒６ｇ分3毎食後へ変更となった。	処方入力時に誤って類似したPL配合顆粒で入力したものと考えられる。	年齢・体重・処方内容について確認をしっかり行う。			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
2927	数ヶ月ぶりに当薬局の近隣医療機関に受診の患者。普段別の皮膚科で処方されているオロパタジン塩酸塩顆粒0.5%　1日2gの処方を今回こちらから処方してもらう予定であった。実際の処方をみると【般】オロパタジン塩酸塩シロップ用1%　1日2gで処方されており、同薬剤の規格、剤形選択ミスが疑われたため疑義照会し、【般】オロパタジン塩酸塩顆粒0.5%　1日2gへ処方変更となった。	処方時、薬剤選択の際に選び間違えたものと思われる	同薬剤でも複数規格を持つ薬剤は多い。薬品名の末尾まで徹底した監査を行う。			アレロック顆粒０．５％ 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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2928	入院をはさみ、転院した先の処方内容が、今まで　プレドニン１ｍｇ３Ｔだったが、５ｍｇ３Ｔの処方だったため、確認したところ　プレドニン１ｍｇ　３Ｔの間違いだった。	前の病院からの薬剤情報の内容確認がしっかりなされてなかったかと考える、。	薬歴での今までの処方内容の確認を必ず　しっかり行う。			プレドニゾロン錠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
2929	イルアミクスLDを使用していた転院患者に対してイルアミクスHDが処方されていた。疑義照会を行ったところ、お薬手帳の確認ミスでHDが処方されてしまったとのこと。LDに変更となった。	お薬手帳の確認ミス	お薬手帳持参の啓発を継続して行う。			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
2930	普段よりエリキュース(2.5)2錠／朝夕食後で服用中の患者。今回エリキュース(5)2錠/朝夕食後へ増量となっていたが、86歳、体重60kg以下の患者であるため疑義照会を行ったところエリキュース(2.5)へ減量となった。	処方内容の入力間違い、確認不足主な原因と考えられる。	薬剤の適性使用のため、薬剤情報の収集、患者聞き取りを今後も継続して行う。			エリキュース錠５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2931	ラスビック75mgが2錠分1で処方されていた。通常は1錠分１のため医師に問い合わせ。結果1錠分１となった。	シタフロキサシンと混同していた可能性がある	用法用量にまで着目し注意を払っている			ラスビック錠７５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2932	お薬手帳にて前回他薬局にてセフジニル細粒10%が1日６ｇにて処方されていた。今回セフカペンピボキシル細粒10%が同量にて処方されていた。患者の体重は約２０ｋｇ	医薬品の名称類似及び同系統の薬のため判断を誤ったものと思われる。	粉薬の際は体重の確認を重点的に行っている。			セフカペンピボキシル塩酸塩小児用細粒１０％「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2933	前回20ｍｇから40ｍｇに増量するが血圧が130だったものが150にあがった。今回20ｍｇに戻っていた為疑義照会。	頓服の処方薬剤が疑われたが疑義照会して処方通りで間違いないと判明。以前の20ｍｇで効果あったためとのこと。	引き続き同効薬の頓服には気を付けていく。			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	
2934	処方内容：アセトアミノフェン「ファイザー」原末　１ｇ　５回分　痛い時 患者：８歳　男性　体重２０ｋｇ 疑義照会にて、アセトアミノフェンＤＳ小児用２０％「タカタ」　１ｇ　５回分　痛い時　に処方が変更となる。	電子カルテでの選択ミス又は、紙カルテから処方箋入力する際の選択ミスの可能性が推定される。スタッフの入れ替わりによる知識不足の可能性が推定される。電子カルテの薬剤選択画面の見にくさ・使いにくさによる影響の可能性が推定される。	体重換算を一つ一つの薬剤で毎回行うことを徹底する。普段見慣れない薬剤の処方がきた際は、他のスタッフと協力して複数名で不備がないかを確認する。			アセトアミノフェン「ファイザー」原末 アセトアミノフェンＤＳ小児用２０％「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
2935	アトルバスタチン5mg服用中の患者が今回よりアトーゼットHDへ変更になった。アトーゼットの添付文書に、原則としてアトルバスタチン20mgとエゼチミブ10gmを服用しているか、アトルバスタチン20mg単体、若しくはアトルバスタチン10mg/アトルバスタチン10mg配合錠を服用して効果が不十分な場合に適用を検討するとあるが、患者がいずれにも該当しなかったため照会した。医師より、急性心筋梗塞のため、しっかりとコレステロール値を下げたいため配合錠へ変更したいとの意見があり、今回はLD錠へ変更することとなった。	医師はアトーゼット配合錠の適用の原則を認知していなかった。	配合錠へ変更になる際は切り替え前の処方内容と合っている確認する。乖離している場合は疑義照会を行ってから調剤を行う。			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
2936	しばらくアイミクスHD1錠処方だったが、前回4/27アイミクスLD1錠に変更。血圧は下がっていてLDにしても安定しているとの患者情報。今回処方がアイミクスHDに戻っていたため問い合わせ。前回の医師とは違っていて連絡の不徹底か。アイミクスLDに変更となる。	前回処方変更の医師と違っていたため、いつもの薬と思い処方	患者とのコミュニケーションをはかり処方監査			アイミクス配合錠ＨＤ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2937	他科でセルベックスカプセル５０ｍｇ３カプセル　分３　毎食後で服用中の患者にレバミピド錠１００ｍｇ「オーツカ」　２錠　分２　朝夕食後　朝夕食後　で処方されていたため疑義照会。レバミピド錠「オーツカ」が処方削除となりました。	医師と患者のコミュニケーションエラー	服用中の薬剤について聞き取りをおこない医療機関への報告を徹底いたします。			セルベックスカプセル５０ｍｇ 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
2938	以前耳鼻科で処方を貰っていた。内科にて患者が再処方をしてもらったが、耳鼻科ではリンデロン液が出ていたのに対し、内科ではリンデロンA液が処方されていた。リンデロン液と違い冷所に保存するなどの注意をしたが、塗布部についての説明を怠った。A液は内耳中耳には使用してはならないものであり、塗布部位を確認して耳介部分のアレルギーに対して使用すると確認をし、中耳には入らない様に使用するよう患者に説明した。塗布部位記載が処方にはなかった。中耳に使用してはいけないものであることを再認識した事例である。	点眼点鼻用である薬剤が耳で処方されているのに、気が付かなかった点は問題である。医師もリンデロン液との区別が無かったのではないかと思われる。このまま継続を指示されたので調剤をしてしまっている。	薬剤の特性をきちんと理解して使用するように、知識の不十分な薬剤の調剤においては添付文書の確認を行い、疑義照会を怠らない様にすることを徹底する。			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
2939	Ａ医院にてラシックス錠１０ｍｇ×１Ｔ服用中。Ｂ医院に転院。ラシックス錠２０mg×1Ｔ処方開始。おくすり手帳よりラシックス錠１０ｍｇ服用中であることを確認。患者はＢ医院よりラシックス錠の減量指示は受けていないとのこと。疑義照会実施。ラシックス錠１０ｍｇ×１Ｔに変更の指示あり	おくすり手帳の確認。	おくすり手帳の確認。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2940	心肥大や不整脈、高血圧症で治療中の患者さんに、ヘルベッサーR徐放カプセル100ｍｇが処方されたが、用法が2カプセルを分2で朝夕食後であった。通常、ヘルベッサーの徐放カプセル100ｍｇは仮に200ｍｇだとしても1日1回投与である。疑義照会したところ、後発品のジルチアゼム30ｍｇを2錠で分2の朝夕食後の誤りであった。	ヘルベッサーのR徐放カプセル100や200、普通錠の30ｍｇは用法用量のミスが多い薬品である。実は以前にも同様のミスがあり、疑義照会にて訂正したことがある。	門前のドクターはヘルベッサーを処方する場合、普通錠だと30ｍｇを2錠で分2朝夕食後か、100カプセルだと1カプセルを1日1回投与のみの2択であり、それ以外は誤りである事がほぼ100％である。そのため、上記以外の用法用量が処方されたら疑義照会するつもりで挑めばよい。			ヘルベッサーＲカプセル１００ｍｇ 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
2941	歯茎の腫れのため、カロナール細粒50％3ｇ毎食後の処方。患者は5歳で体重18ｋｇのため、添付文書上の用量をオーバーしていた。疑義照会し、カロナール細粒20％3ｇ毎食後へ変更となる。	カロナールの規格の入力間違い。体重換算の用量の知識不足。	小児の処方の場合、調剤前に体重を聞き取り、用量のチェックを行う。			カロナール細粒５０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2942	ニフェジピンCR10、リクシアナOD30 0.5錠で服用していた。転院となり、他院から出た処方がニフェジピンCR40、リクシアナOD30　1錠に変更になっていたため疑義照会。今回の処方ではなく、これまで通りの用法に変更になった	パソコンで薬を選択する時に間違ってしまったのではないか。	薬歴だけでなくお薬手帳も確認をする			ニフェジピンＣＲ錠４０ｍｇ「トーワ」 リクシアナＯＤ錠３０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2943	医療機関Ａ内科タリオン錠１０ｍｇ２錠分２、３０日分が処方された。薬局で管理している薬剤服用歴を確認したところ、医療機関Ｂ皮膚科からザイザル錠5ｍｇ1錠1日1回朝食後30日分が処方されていたことが分かった。内科処方医に情報提供を行った結果、タリオン錠10ｍｇは削除となった。	内科の処方医はお薬手帳などを確認しなかった可能性がある。	患者の薬剤服用歴やお薬手帳を見て、同成分の薬剤の重複がないか確認する。			タリオン錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2944	年齢が10歳であり、キプレスOD錠10ｍｇ処方されたが、年齢より、チュアブル錠5ｍｇが通常用量のため、疑義照会し変更となった。	類似名、オーダーでの選択誤りと思われる	年齢確認を確実に実施することで疑義照会にてブロック出来る事案			キプレスチュアブル錠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
2945	４月１８日処方時、フロセミド４０ミリグラム２８日分で調剤。その後患者様の体調変化から、４月２３日より２０ミリグラムに減量して服用開始する。５月１６日処方時、前回処方同様の４０ミリグラムで処方があったため処方医に問い合わせしたところ、２０ミリグラムに処方変更になった。	病院に問い合わせたところ、病院でのカルテに40ミリグラムから２０ミリグラムに変更したとの記載がなかった。	薬局では４月２３日より減量になったと記録を残している。			フロセミド錠４０ｍｇ「ＮＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2946	プレドニゾロン錠１ｍｇ3錠で処方されるべきところ、プレドニン錠５ｍｇ3錠で処方。前回１ｍｇ5錠の処方。患者が「良くなっている」と申し出にも関わらず、増量となっていたため疑義照会して発覚。	プレドニン、プレドニゾロン電子カルテの入力間違いと思われる。	患者からの情報収集を大切にする。			プレドニゾロン錠１ｍｇ（旭化成） プレドニン錠５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2947	今回メトグルコ錠250mgが新しく処方されており、患者様に確認を行ったところ、追加について主治医より説明を受けていなかった。今回採血の実施もなく、血糖値の上昇について一度も指摘を受けたことがないとのことだったので、医療機関へ問い合わせを行った。問い合わせを行った結果、メチコバール錠500μgを処方するところ、メトグルコ錠250mgを誤って処方してしまったとのことだった。	処方入力する際にメチコバール錠500μgと近接していたメトグルコ錠250mgを選択してしまったと推測される。	処方された薬剤について詳細に処方された経緯を患者様より聞き取りを行い、患者様が処方変更について把握していない際には医療機関へ問い合わせを行い、処方の経緯について確認を行う。			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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2948	リボトリール細粒0.5%　2ｇ分２　の処方を受けたが、在庫がなく錠剤の粉砕で対応できないか処方医に確認した。また、適宜増減のある薬ではあるが、量が多いため分量の確認も実施した。結果として、細粒ではなく、リボトリール錠0.5ｍｇ　2錠分２　の間違いであったことが判明した。	0.5という表記が、錠剤でも細粒でもあるため、病院で選択ミスをしたものと考えられる。	通常量をかなり上回る適宜増減には要注意。特に今回のような間違いが起こりうる薬は必ず疑義照会する。			リボトリール細粒０．５％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2949	10歳の男児にアンブロキソールOD45ｍｇ２錠分２　で処方されていた。	アンブロキソール錠15ｍｇ2錠ではないかと思い、疑義紹介。45ｍｇ→15ｍｇに変更となりました。	類似医薬品があることを調剤棚にマークをつけている。			アンブロキソール塩酸塩徐放ＯＤ錠４５ｍｇ「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
2950	前回までエスワンタイホウODT25を4T/日で服用中の患者が、今回6T/回で処方された。125mgとしての処方は最大用量であり、かつ増量が1段階のものではなかったため疑問に思い疑義照会を実施した。医師の返答は、120mgで処方したいという旨の返答であったことから、エスワンタイホウODT20を6T/回と変更になった。	用量の調整の為、1日量の変更を行ったが規格変更を怠ったために起きた事例。一般名処方であり、疑義照会の返答が、120mgにして服用させたい。というものだったことから、T20とT25の規格があるということも理解がなかったかもしれないと推察される。	手帳を持参の際には必ず、減量、用量維持、増量などの変更がないか確認を徹底するとともに、患者様にも確認を徹底する。増量の際に段階がある薬については増量時に特に注意を払う必要がある。			エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２０	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2951	6歳7ヶ月、体重19kg、女子（般）アセトアミノフェン細粒50%　3g　1日3回毎食後　3日分 カロナール細粒：10mg～15mg/kgのため、50%の場合は0.38ｇ～0.57g/回、20%の場合は0.95ｇ～1.42ｇ/回 50%での計算間違い又は、20%→50%の入力間違いと思われ疑義照会 （般）アセトアミノフェン細粒50%→20%に変更との回答	50%での計算間違い又は、20%→50%の入力間違いと推測される	散剤棚に「小児繁用薬剤用量チェック表」を掲示しており、すぐに年齢、体重で用量の上限が分かる様にしている。			カロナール細粒５０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2952	前回処方時からフルボキサミン錠25mgが追加された当該患者さんが本日来局。処方箋により調剤を行い投薬時フルボキサミンが50mgなったためお話を伺ったところ経過良好で薬の変更の話はなかったとのこと。医師に疑義照会を行ったところ、入力の誤りが判明、元の25mgに変更し投薬した	処方入力時の入力ミス	特に処方変更時は処方箋だけでなくお薬手帳、過去薬歴、患者（家族）からの情報などを総合的に判断し気になったら確実に疑義照会を行うようにする			フルボキサミンマレイン酸塩錠５０ｍｇ「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2953	6歳の女児にフェキソセナジン塩酸塩錠60ｍｇが処方された。年齢と薬用量をチェックし、処方医に電話で疑義照会後、フェキソフェナジン塩酸塩錠30ｍｇに変更となった。調剤中に気付いて問い合わせできたので、大事には至らなかった。	詳細は不明だが、医療機関でのコンピューター入力時の選択間違いか何かと思われる。	処方箋の生年月日の項目から、年齢をよく確認し、薬用量をよくチェックする。			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
2954	９歳女児にメプチン錠５０μｇ２錠１日２回朝夕食後の処方が出された。メプチンは６歳以上の小児には２５μｇを１日２回服用となっているため病院へ疑義照会を行い、メプチンミニ錠２５μｇへ変更となった。	病院のレセコン入力の際、メプチンの規格を間違えて入力してしまったため	小児用量をしっかり把握し、監査する。			メプチン錠５０μｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2955	7歳の患者。普段は近医耳鼻咽喉科を受診し処方を受けているが、多忙のため受信できず別の小児科を受診した。定時で服用している薬剤の代理処方を依頼したとのことであったが、【般】レボセチリジン塩酸塩5mg　2錠分2朝食後就寝前で処方されていた。7歳の患者に対しする処方としては用量が多いため、処方元に疑義照会を行った。その結果、【般】レボセチリジン塩酸塩2.5mg　2錠分2朝食後就寝前に減量となった。	処方箋入力時に薬剤の選択を誤ったものと考えられる。	小児の処方箋受付時は、必ず調製前鑑査を行っている。			レボセチリジン塩酸塩錠５ｍｇ「ＫＭＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2956	4歳の子供で平素より小児用ペレックスを使用している医師よりペレックスの処方。用法用量は小児用ペレックスであったためペレックスを間違えて処方していると考え疑義を行った。	ペレックス配合顆粒と小児用ペレックスがあることを覚えておく必要がある。	上記の通り。			ペレックス配合顆粒	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
2957	抗生剤の処方が無くビオフェルミンRの処方と用量200ｍｇ/日の記載のため成分量なのかどうかの確認をした。	ビオフェルミンは抗生物質の処方により選択が事なる。手書きの処方箋のため、成分量なのか全量なのかをその都度見極める必要がある。	整腸剤の分類と把握			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
2958	バファリン配合錠A330（鎮痛剤）が以前処方されていた。頭痛時に服用したときにバファリンは良く効いたと患者が医師に伝えたところバファリン配合錠A81（抗血小板薬）が処方された。	・バファリン配合錠A330（鎮痛剤）は販売中止のため電子システム上バファリン配合錠A81（抗血小板薬）しか選択できなかったと考えられる。その際規格まで確認していなかったと思われる。・バファリンの規格に違いにより適応が変わることを医師が認識していなかったと考えられる。	特に新規で処方される薬に関しては添付文書を確認し用法用量に間違いがないか確認する。			バファリン配合錠Ａ８１	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2959	定期薬でフェブリク10ｍｇを服用していた患者。ジェネリック医薬品が発売されたため今回より成分名での処方記載あり。その際20ｍｇであった為、処方元の医師に服用量の確認。処方入力の際の誤りとの事。今まで通り10ｍｇで調剤するよう指示あり。	ジェネリックの販売に伴い、DOで入力が可能であった薬剤を新規で入力する作業が発生する。投与量の誤りが無いように注意。入力後も再度確認。	処方箋は薬剤名の前にｍｇを見る。成分量の縦読みをしっかり定着。			フェブリク錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2960	前回まではジルムロLDだったのに対し今回ジルムロHDの処方であったので服薬指導時に患者に増量になった旨お伝えすると、そのような話は診察で言われていないとのこと。そこで疑義照会しジルムロLDのままに変更となった。	規格がさまざまある薬剤や薬品名が似ている薬剤は入力時に間違えやすいのが要因であるかと推測される。	処方内容が変化したときには服薬指導時に患者にもそのような話が医師から説明されたか聞く			ジルムロ配合錠ＨＤ「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
2961	内科にてメチコバール錠５００μg×３Ｔ服用中。皮膚科の初の受診。メチコバール錠５００μg×３Ｔ処方開始。疑義照会実施。皮膚科のメチコバール錠中止の指示あり	薬歴の確認。	薬歴の確認。			メチコバール錠５００μｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2962	血圧が高く処方変更となった。以前から２種類服用。１種類の用量が多く処方された。	処方内容の打ち込みは事務さんなので用法容量が疑わし事あり。	新規の医薬品は特に用法容量に注意する。			アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2963	2022年6月某日（水）16:30頃、新規患者様が来局されました。処方箋にはフェロジピン2.5mg　2錠　1日2回　朝食後、寝る前　7日分　桂枝茯苓丸エキス顆粒7.5g　7.5g　1日3回　毎食前　7日分　が記載されていました。お薬手帳を見る限り降圧剤の処方はなかったので、今回初めての降圧剤の服用か否かを確認したところ、血圧は高くなく降圧剤の服用は聞いていないとのことでした。今回は貧血の薬が出ているはずとの事で、フェロミアとの入力間違いを疑い疑義照会したところ、フェロミア25ｍｇのつもりでフェロジピン2.5mgを記載していた。この患者様はフェロミアで以前副作用が出たため再度疑義照会してフェロミア自体も削除となった。	フェロミアとフェロジピンの名称の類似、フェロミアには25mg錠がない為25mgは50mg半錠となるが、25mgがあると思い2.5mgと見誤ってフェロジピン2.5mgとなったと推測される。	患者様からの聞き取りやお薬手帳の確認をしっかり行う。			フェロジピン錠２．５ｍｇ「武田テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2964	２０２２年４月某日１７時頃、患者さま（２０歳代）のご家族が処方箋を持参。プレドニン錠５ｍｇ　２錠１日２回の処方であった。 以前から当薬局をご利用になられている方で、今回医療機関を転院されたとのこと。薬歴を確認すると、今まではプレドニゾロン錠２．５ｍｇ「ＮＰ」２錠１日２回で服用されていた。薬剤師Ａ（職種経験年数１４年)が調剤前に患者様に話を聞いたところプレドニゾロン増量の話はなかったとのこと。そのため、電話にて処方医に疑義照会を行った。 結果、プレドニゾロンの増量はなく、病院のレセコン入替で稼働初日であったため、入力ミスであったとのことだった。	病院のレセプトシステムの入替で、該当医薬品が未登録であったため、似た名前の医薬品を選んでしまったよう。	お薬手帳・薬歴や患者様に直接話を伺うことで、用量変更が正しいのかどうか判断を行う。お薬手帳を持参しない人にも有用性を説明していく。			プレドニン錠５ｍｇ プレドニゾロン錠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
2965	整形外科でクロルフェネシンが処方された。内科でエペリゾンが処方され同効薬のため疑義照会を行ったところエペリゾンが中止になった	DRがおくすり手帳をみていない可能性あり	おくすり手帳、薬歴は常に確認			エペリゾン塩酸塩錠５０ｍｇ「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	
2966	他薬局に在庫がなかったとのことで、当薬局を患者様が久しぶりに利用。タベジール散1%　0.4ｇ朝夕食後で処方。成人用量で1日0.2gの薬剤のであり、0歳児に成人の2倍量が処方となっているため疑義照会の必要が発生。患者様にお話を聞いたところ前回他病院を受診した際に出ていたお薬と同じものを出すように先生からは聞いているとお話あり。お薬手帳を確認したところ他病院ではタベジール散0.1%　0.4ｇで処方があり規格の誤りと判断。処方医に電話で疑義照会実施したところタベジール散0.1%へ変更となった	処方薬の規格の確認を怠ったため、タベジール散0.1%処方のところタベジール散1%で処方していた（10倍の用量差）	処方監査はもちろんのこと、お薬手帳や患者様のお話の中から必要な患者情報を収集し、処方内容の妥当性について検討していく。他病院での処方も含め薬剤情報を管理することの重要性を説明し、お薬手帳の重要性・かかりつけ薬局のメリットについてアピールしていく			タベジール１％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
2967	３歳の患者へアスベリン散10%が0.6g／日で処方されていた。1日量0.6gは成人の下限量であり3歳 - 6歳までは0.15g - 0.4gが適正量のため疑義紹介。体重が15kgと3歳児の平均体重で逸脱は無いことも伝え、アスベリン10%　0.3g／日へ変更となった。	DrはアスベリンDS2%と間違えたと言っていたが、だとすると今度は3歳下限量よりも少なくなるので単純に計算ミスか調べず雰囲気で処方したと思われる。	年齢だけでなく体重でも用量が変わるので受付時に体重を必ず確認し、処方されている散剤の用量が適正量か計算し確認している。			アスベリン散１０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2968	初回来局の患者にリセドロン酸75mg 1錠　起床時　週1回服用の処方あり。通常、月1回で服用する薬剤であるため、疑義照会を行ったところ、リセドロン酸17.5mg 1錠 起床時 週1回服用へ変更となった。	医療機関での規格・用法の入力間違い	投薬前に、添付文書の確認を行っている。新規薬剤が処方になった際には、患者様への聞き取りを入念に行っている。			リセドロン酸Ｎａ錠７５ｍｇ「日医工」 リセドロン酸Ｎａ錠１７．５ｍｇ「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：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似、医薬品や包装の外観類似、医薬品包装表示・添付文書の要因）

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2969	血圧コントロールのためシルニジピン錠10mgが処方されていたが、食道がんで入院、手術、退院後血圧の低下が認められたため、前回の受診でシルニジピンを10mg→5mgに減量。患者も血圧、体調は安定しているとの事だったが、今回減量前のシルニジピン錠10mgが処方されたため、電話にて医師に疑義照会。医師の薬剤選択ミスと分かり、処方をシルニジピン錠5mgに訂正。	今回の医師は、減量した医師とは別の医師だったため、経緯の把握が不十分で薬剤の選択ミスをしてしまった可能性がある。	処方鑑査時に薬歴、お薬手帳を確認すると共に、患者に体調変化や処方変更について医師から聞いているかを必ず確認する。			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
2970	プルスマリンDSで発疹などの副作用歴のある患者に、同じ成分のアンブロキソールDSが処方された。	患者がプルスマリンの名称で認識しており、アンブロキソールの名称を知らなかったことから、副作用薬を処方医に正しく伝えられていなかった。	新患アンケートやお薬手帳に記載のある副作用薬を必ずチェックし薬歴に登録している。今回は新患だったが、アンケートにプルスマリンの記載があったため確認した。			アンブロキソール塩酸塩シロップ小児用０．３％「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2971	チラーヂン服用患者様に　フェルム同時処方　どちらも朝食後から　フェルムは夕食後に変更	単なる処方ミス	今後も相互作用確認する。			チラーヂンＳ錠５０μｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2972	定期薬でロスーゼット服用中の方にさらにロスバスタチン追加、成分重複で処方医へ疑義したところロスーゼットが削除となった	ロスーゼットからロスバスタチン単剤への減量処方のつもりが処方が削除されていなかった様子。配合錠の中身を確認し、間違いに気づくことができた	配合錠の中身の一覧などを作成し、すぐに確認し監査できるようにしておく			ロスーゼット配合錠ＨＤ ロスバスタチンＯＤ錠５ｍｇ「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2973	花粉症で眼科を受診ビラノア錠が処方される処方箋をネットで受信、処方監査時に1週間前に当薬局でロラタジンが処方されていることを確認し病院へその旨問い合わせビラノアの処方削除となった。	受診時の併用薬の確認を怠ったことが原因と推測される。	処方監査時に併用薬の確認を徹底する。			ビラノア錠２０ｍｇ ロラタジンＯＤ錠１０ｍｇ「ＮＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
2974	ムコソルバンL錠45ｍｇ×3錠　分3毎食後での処方を処方監査で発見し、疑義照会にて、ムコソルバンL錠45mg×1錠　分1朝食後に変更となる。	ムコソルバンには多剤型あり、徐放性製剤の処方のつもりが、錠剤の用法で入力してしまった。他にも毎食後の薬を処方されているため、誤って入力をした可能性。	同じ製剤で多剤型や多規格の採用がある場合は、店舗内で徹底周知行い、また棚など保管場所にも注意喚起を行うようにする。			ムコソルバンＬ錠４５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2975	(般)カンデサルタン・アムロジピン5ｍｇ配合錠と(般)アムロジピン口腔内崩壊錠10ｍｇが処方されており、アムロジピンの合計が15ｍｇrとなり添付文書上の用量を超えていた。疑義照会を行い、(般)アムロジピン口腔内崩壊錠10ｍｇ→(般)アムロジピン口腔内崩壊5ｍｇ、アムロジピンの合計が10ｍｇに変更となった。前回(般)カンデサルタン・アムロジピン5ｍｇ配合錠と(般)アムロジピン口腔内崩壊錠2.5ｍｇが処方されており、今回医師はアムロジピンを7.5→10ｍｇに増量するところを誤ったと推測される。	医師の処方確認不足	添付文書は鑑査時毎回確認し、用量用法に間違いがないか必ず確認を行っている。			アムロジピン錠１０ｍｇ「サワイ」 カムシア配合錠ＨＤ「あすか」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

No.	公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						PMDAによる調査結果
	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
2976	ケタス点眼液、フルオロメトロン点眼液、タリビット眼軟膏、レボセチリジン錠　眼の回りが痒く腫れていた。ラタノプロストを使っているときに眼は痛くなる。皮膚につくと赤くはれる。医師はそういう薬であるからという事で継続と説明された。薬物アレルギーの可能性考え疑義照会を行う。医師からは継続点眼せよと回答された。薬剤師としては危険であると判断したので一時中止し早急に基幹病院などでパッチテストを行うように指導。ラタノプロストで激しく薬物アレルギー反応が出たということでその証拠をもって医師へ相談。中止という運びとなった。	疑義照会の徹底	疑義照会	キサラタン点眼液	チモプトールＸＥ点眼液０．５％		ラタノプロスト、ケタス点眼液、フルオロメトロン点眼液、タリビット眼軟膏、レボセチリジン錠による副作用症状の可能性も考えられ、モノの観点からの検討は困難である。
2977	モビコールが服用ページにわたり重複	前ページの確認不足	カンファレンスなどで事例報告し、一最初防止に協力いただく			モビコール配合内用剤ＬＤ	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。