製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1	転院時処方で一般名がメトホルミン塩酸塩錠250ｍｇＧＬであったにも関わらず、メトグルコ錠２５０ｍｇ（一般名：メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇ：ＭＴ」で調剤した。	類似した一般名処方および用量も保険適用内だったため、気づきにくかったと思われる	類似する品名や一般名の再確認、周知在庫している薬剤以外にも類似薬品、規格等があることを再認識する	グリコラン錠２５０ｍｇ	メトグルコ錠２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	投薬前にお薬手帳を確認し、グリコランでの処方歴を確認したため、処方医へ疑義照会を行った。現在1日用量として７５０ｍｇかつ、血糖コントロール不良のため、今後メトホルミンの総量を増量する可能性もあったため今回処方からメトグルコとするように主治医から回答があったため、薬剤はそのまま交付した						
2	オルメサルタン10ｍｇ処方のところ、オルメサルタン20ｍｇにて調剤。機器を通した際にアラートがなり、調剤ミスと発覚。処方せん上で20ｍｇと見えてしまったことが原因	調剤時には処方箋上で、薬剤名+規格+剤形をピッキング時と鑑査者に渡すときに最低2回確認する	上記ルールの周知徹底を行う	オルメサルタン錠１０ｍｇ「ＪＧ」	オルメサルタン錠２０ｍｇ「ＪＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
3	備蓄はメプチンエアー10µ100回、メプチンキッドエアー5µ100回、そしてスイングヘラー10µ100回の三種類。頻回に処方、調剤されるのはメプチンエアー10µ100回、メプチンキッドエアー5µ100回がほとんどまれにスイングヘラーの処方はあるのみ。	ピッキングにおいて「メプチン」「10」「100」のながれで選択してしまった。監査においても十分でなかった非常に繁忙のさいに都度の監査がゆるんだ。投薬前に薬剤を薬袋にしまってしまった	常にはおこなっているが投薬時点まで薬剤を薬袋に入れず、説明しながら患者さんとの確認しながらの投薬をさらに意識する	メプチンスイングヘラー１０μｇ吸入１００回	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
	棚も全て同じ引き出しに入っている。そのまま、薬袋にしまったまま、吸入も使ったことがあるとのことでそのまま投薬非常に繁忙であり、投薬終了後に払出の確認をした際に目違い判明し、すぐにご自宅へ電話して謝罪、交換にいく						

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
4	ツムラ麦門冬湯が普段置いてある場所に、ツムラ小青竜湯が置かれ、開封され調剤された。監査機はエラーを示したが、思い込みから監査をスルーしてしまった。	間違いのない頻回使用薬置き場から取られた薬が間違いないと思い込んだことが要因である。	最近スタッフの入れ替えもあり、煩雑な作業の中で漢方やその他医薬品の入りくりが目立って起きているため、納品は時間を使っても丁寧にする事、調剤変更などで棚へ戻すときにはダブルチェックを行う漢方大箱が調剤しやすいように口を開けて置かれていたが、今後は使用直前に開封するようにする。	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
5	休日当番日での処方で、セフジトレンピボキシル細粒の処方をセフカペンピボキシル細粒と取り違えて調整してしまったが、監査システムの利用で投薬前に判明し、事なきを得た。	セフカペンピボキシルとセフジトレンピボキシルの容器が隣同士に置いてあった。	直ちに薬品の保管場所について検討改善対処した。	セフジトレンピボキシル細粒１０％小児用「日医工」	セフカペンピボキシル塩酸塩細粒１０％小児用「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
6	他医院で処方されていたツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒をツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒と思い込み調剤する。一人薬剤師、一人事務のため薬剤師→事務→薬剤師の確認で事務員が調剤誤りに気がついた。	忙しい時間帯であり、今回初めて処方の漢方を在庫がある苓桂甘湯エキス顆粒と思い込んでしまった。	一字一字確認を行い、効能効果も再確認、名前が似ている漢方のリストアップをする。	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
7	アラミスト点鼻液の120噴霧が処方されていたが、別規格である56噴霧を調剤した。監査者の発見によって発覚したため交付には至っていない。	患者が切れ目なく来局される時間帯であった。調剤者はアラミスト点鼻液に120噴霧と56噴霧の2種類の規格があることは理解していたが、処方頻度が多いのは圧倒的に56噴霧の規格であるために迷うことなく56噴霧の規格を調剤した。アラミスト点鼻液の容器は、56噴霧と120噴霧に大きな違いはなく、数字で規格の違いが表示されている。調剤者は処方せんにアラミスト点鼻液という薬剤が記載されていることだけを確認して56噴霧を調剤したということである。	調剤棚に大きく規格の違いを表示して注意喚起を行った。また、スタッフ全員でアラミストの容器を確認することで、間違いやすい薬剤同士であることを確認した。	アラミスト点鼻液２７．５μｇ１２０噴霧用	アラミスト点鼻液２７．５μｇ５６噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
8	オルベスコ100　112吸入1キット処方のところ、オルベスコ100 56吸入にてピッキング。監査時別の薬剤師が気付き112吸入の薬剤をお渡しした。	ほとんどの処方がオルベスコ100 56吸入であり、思い込みでピッキングしてしまった。忙しさもあったが思い込みによるところが大きいと思われる。	商品名だけでなく規格まで確認をする様薬局内で共有。朝礼時に全員で情報共有と対策を検討し、必ずダブルチェックしてから交付することを確認した。	オルベスコ１００μｇインヘラー１１２吸入用	オルベスコ１００μｇインヘラー５６吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
9	メチコバール２５０の所５００をお渡ししてしまった。本人が服用前に気が付き来局し、ご指摘いただいた。	鑑査時での確認不足。	鑑査の徹底を確認した。	メチコバール錠２５０μｇ	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
10	メトグルコ５００ｍｇの処方にメトホルミン５００ｍｇを投薬	元々ジェネリック希望の方で、メトグルコのみ先発品を希望されていた方だった。	当薬局では監査時に写真を撮っているが、薬袋にも写真をつけているので、新たな目でチェックしながら、写真と現物を照らし合わせて薬袋に入れる。また、ジェネリックか先発品かの希望を薬歴で毎回チェックする。	メトグルコ錠５００ｍｇ	メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
11	ロキソプロフェンナトリウムテープを「タイホウ」のところ「日医工」で出してしまった	日医工とタイホウの両方があり確認をしっかりしなかった。	規格だけでなくメーカも正しいか確認する	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
12	アムロジピンＯＤ５ｍｇに増量になっていたが、気づかずに前回通りアムロジピンＯＤ２．５ｍｇで調剤してお渡ししてしまった。事務員が調剤後に気づき、お取替えにうかがった。	処方元のクリニックより患者の血圧の数値を聞かないよう指導されていたこともあり、血圧について確認不足だった。投薬時も特に内容に変わりはないと患者ご家族より聞いており、気づかなかった。しかし、そもそも処方箋の見間違いが原因なので、処方せんをきちんと落ち着いて確認するように徹底したい。	処方せんをきちんと確認した上で調剤する。レセプト入力後の内容も間違いないか患者に交付前にチェックする。	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「ＴＣＫ」	アムロジピンＯＤ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
13	ナウゼリン錠１０ｍｇが９０錠処方された。監査時、ナウゼリンのヒートの間にテルミサルタン錠２０ｍｇ「DSEP」のヒートが混入していた。	引き出しが隣にあり、テルミサルタン錠を棚に戻す際に誤って、ナウゼリンの棚に戻したと思われる。どちらも青色のヒートであり、調剤時も気が付かずにピッキングしてしまった。	ナウゼリンとテルミサルタンの棚を離した。薬を棚に戻す際は、２人以上で行うこととした。	ナウゼリン錠１０	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
14	薬品名類似の3文字頭薬品間違い。完全なる思い込みによるミスポリムスによる鑑査機器を導入しており鑑査時点で、エラー音あり、間違いに気づく。	錠剤の棚順が、商品名アイウエオ順であり、ノイロトロピン、ノイロビタンと上下に並んでいた。処方意図を考えなかった。	まず処方箋の内容鑑査をすれば、名前類似でも間違えなかったと考える。棚の間隔をあけてかつ、名前類似ミス、要注意と従業員がわかるようにそれぞれの棚に大きく記載。誰がみても注意惹起できるような仕組みを作った。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
15	クラビット250ｍｇ処方のところ、クラビット500ｍｇ錠が、でていた。	クラビット錠250ｍｇがあることの知識不足。	処方箋の単位に気を配るよう指導する。	クラビット錠２５０ｍｇ	クラビット錠５００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
16	ヒルドイドクリーム０．３％の処方だが、ヒルドイドソフト軟膏０．３％で調剤してしまった。	門前のクリニックではヒルドイドソフト軟膏０．３％での処方が多いため、薬品名・剤形を最後までしっかりと確認せずに、思い込みで集めてしまった。	薬品名・剤形・規格など最後までしっかりと確認する。名称が似ている薬品は隣同士の棚にならないよう、少し間をあけて置く。	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
17	前回オルテクサー口腔用軟膏０．１％が処方されていた。今回はアフタゾロン口腔用軟膏０．１％に処方変更されていた。処方箋入力をした事務員が前回DOで入力して、調剤した薬剤師もそのままだと思い込みオルテクサーを投与。患者が使用する前に気づき、連絡して正しいお薬と交換した。	事務員の入力が正しいという思い込み口腔用軟膏０、１％という部分を見て同じという思い込み	必ず入力された医薬品と処方薬の確認を徹底する	アフタゾロン口腔用軟膏０、１％	オルテクサー口腔用軟膏０、１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
18	今までアゼルニジピン錠８ｍｇを服用していたが、今回より１６ｍｇに増量になっていた。入力は８ｍｇのままであったが調剤は１６ｍｇであった。鑑査も処方通りとスルーし入力ミスに気が付かなかった。血圧は特に高くもなく今まで通りであると思い込んで説明した時に、入力ミスに気が付き訂正した。	処方入力時は薬品名だけではなく、ミリ数まで確認して入力をする。	鑑査時は処方箋だけではなく、入力した薬情や薬袋もきちんと見て鑑査を徹底する。	アゼルニジピン錠１６ｍｇ「ケミファ」	アゼルニジピン錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
19	当該患者は、長年、再燃する逆流性食道炎にてネキシウム（10）を服用していたが、当日の診察にて食欲不振を訴えたため増量となった。そのことは薬局来局時にはすっかり忘れていたようで、来局時の聞き取りにも、特に変わりなしとのことだった。当該薬剤師が投薬時、処方箋を確認していて気付いた。	受診時と来局時の間に時間があった。（日付をまたぐ）当該患者にとっては、それほど深刻な状態ではなかった。担当医師から薬の増量は聞いていない（忘れている）。	今後は、このような患者が増えてくると考えられる。多規格の薬剤については、処方箋に付箋を貼付し、スタッフ間で注意喚起が共有できるよう改善した。	ネキシウムカプセル２０ｍｇ	ネキシウムカプセル１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
20	A医院から新規でリフラップシートが処方された。処方箋には枚単位で処方されていたが、袋単位で計数調剤し投薬した。複数回にわたって同様に薬を調剤していたが、在庫システム上の理論在庫と実在庫との不一致に疑問を思い調べたところ、間違いが判明。対象患者が一人しかいなかったため、追跡が出来、多くお渡ししていた分を回収し、謝罪した。	リフラップシートが当薬局で普段取り扱いのない薬だったため、保険請求上の枚数と実物の枚数が異なっていることを、薬局内スタッフの誰も知っていなかった。	新規の薬剤を購入、使用する場合は、メーカーからの資料を回覧するなど情報共有を行う。			リフラップシート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
21	調剤時に勘違いしてしまった。	同じ棚の隣にあえい、思い込みから誤調剤してしまったと考えられる。	集中して調剤する。	クラシエ当帰四逆加呉茱萸生姜湯エキス細粒	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
22	患者希望により先発薬にていつも調剤しているが、GE薬にて調剤してしまっていた。(投薬前に判明)	患者様の受け付け状況が繁雑だったため、処方箋コピーに先発薬と分かるように記載するところ、それを怠ってしまった。	先発希望などの患者様の希望については、調剤前にチェックし確実に赤字で大きく処方箋コピーに記載するようにする。	ブロプレス錠８	カンデサルタン錠８ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
23	一般名処方でニフェジピン徐放錠２０ｍｇ(２４時間持続)が１錠分１朝食後４０日分の処方と、ニフェジピン徐放錠２０ｍｇ(１２時間持続)が血圧上昇時頓服として１５回分処方されていたが、どちらもニフェジピンＣＲ錠で入力してしまい、調剤者、鑑査者ともに気づかずそのまま調剤してしまったが、投薬時に誤りに気づいた。	一般名処方の薬品名と規格の数字しか見れておらず、持続時間の確認を怠っていた。	持続時間で規格が異なる場合、かっこの中の持続時間の確認を徹底する。事例をほかの職員とも共有し、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「トーワ」		ヒューマンエラー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	ディオバン４０ｍｇのところ、８０ｍｇを誤って患者に渡す。患者が帰宅後いつもと違うと気がつき、過誤発覚	よく出る薬で、慣れと慢心が原因と	患者にも確認しながら投薬するように。また、改めて、ミスに注意するようにきをつける	ディオバン錠８０ｍｇ	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
25	3/11耳鼻科よりメチコバール他14日分処方あり投薬。3/19患者より薬情と薬が違うとの電話あり。メチコバール錠を渡すべきところメコバラミン錠「トーワ」をお渡ししていたことが判明。おわびし、すでに7日分服用済みのため残りの７日分（21錠）をお取替えした。健康被害なし。	普段該当の耳鼻科ではメコバラミン「トーワ」が処方されることが多く、調剤者も鑑査者も見誤った。	メコバラミンとメチコバールの棚ははっきり区別しているがさらに「メチコバール」ではないかピッキングの時意識するように注意喚起のシールを目立つように貼った。思い込みをやめ、調剤も鑑査も慎重に行う	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
26	投薬後服用前に、患者本人より、薬袋に記載されている薬品名及び写真と異なる薬が入っていると電話連絡あり。アトルバスタチン５ｍｇ処方のところ、ロスバスタチン５ｍｇで投薬していたことが判明。患者宅に正しい薬と交換に行った。	ピッキング作業と監査は異なる職員が行っているが、患者が集中した為、監査する薬剤師が見落としてしまった。	バーコードリーダーによる監査システムを導入した。	アトルバスタチン錠５ｍｇ「ＫＮ」	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
27	かかりつけ病院とは異なる認知症専門病院に初めて受診された時の処方。クラシエ抑肝散加陳皮半夏７．５ｇ、１日２回（Ｍ・Ａ）食前を、５ｇ、１日２回と調剤してしまった。２時間後、処方箋を見直して、ミスに気付き、３．７５ｇ／１包の物と交換した。	当薬局には２．５ｇ／包の物しか置いてなかったので、処方箋の数字の打ち間違えかなと勘違いしてしまった。	知識不足で勝手に判断せず、不思議に思ったことはきちんと疑義照会して確認する。	クラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒	クラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
28	実際は2mgのところを1mgで調剤してしまった。	他に規格があるということを知らず、これしかないだろうと思い込み調剤してしまった。	存在する規格の一覧を表示する。患者さんの年齢と照らし合わせた調剤をする。	ツロブテロールテープ２ｍｇ「ＨＭＴ」	ツロブテロールテープ１ｍｇ「ＨＭＴ」		ヒューマンエラー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	マグミット330mgを処方のところ、ランソプラゾールOD錠15mgをピッキング監査時に発見、すぐに取り替えて患者に交付	PTPの包装の類似によるものかと思われるが、手にとっている薬品の普段の用法など確認しながら調剤を行う	薬棚の配置を変更	マグミット錠３３０ｍｇ	ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
30	令和2年3月14日（土）定時処方：（般）メトホルミン塩酸塩錠250ｍｇＭＴ３Ｔ２ｘ（2-0-1)60日分をメトホルミン塩酸塩錠500ｍｇMT　3T2xでピッキング。投薬前監査を通過してそのまま投薬。令和2年3月16日（月）棚卸し在庫点検中にメトホルミン250mgとメトホルミン500mgの在庫数が入れ違っていることが判明。同日患者様自宅へ電話連絡。家族（子）に薬を確認してもらったところ、間違いが判明。自宅へ出向き、薬を交換しました。後日、本人に電話連絡を取り健康被害なしと確認、謝罪しました。	多忙時の監査不足	薬剤配置の変更。2剤のうち片方を引き出しに移動させました	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「日医工」	メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「日医工」		ヒューマンエラー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	平素利用してくださっている患者様が見えて、処方箋が来る前に籠の中に集められた。それを疑わず監査し、投薬時患者様から指摘があり気づいた。	慣れと慢心	患者様と最終監査は勿論のこと、監査でしっかり疑いの目で時間をかけて作業をする。	酸化マグネシウム錠２５０ｍｇ「モチダ」	マグミット錠２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
32	先発品のラキソベロン内用液を調剤すべきところ、後発品のピコスルファート内用液で調剤した。	思い込みを避ける。GSコードを読み取り作業を怠らない。	アシストシート・ピッキングリストを必ず確認する。	ラキソベロン内用液０．７５％	ピコスルファートナトリウム内用液０．７５％「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
33	テオフィリン徐放U錠の処方に対して徐放錠にて調剤、お渡し。翌月受診時に当薬局の他薬剤師が気づき発覚。	名称の類似。調剤者、監査者の知識不足。	テオフィリン製剤のリストを作成し、スタッフ全員に周知。「12～24時間持続」の部分を前に目立つように表示し、監査者・入力者の気づきを促す。	テオフィリン徐放Ｕ錠１００ｍｇ「トーワ」	テオフィリン徐放錠１００ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
34	処方箋には、【般】テルミサルタン４０ｍｇ・ヒドロクロロチアジド配合錠と一般名で記載されていた。その患者は、後発品調剤を希望していた。調剤を担当した事務員が、テルチア配合錠AP「DSEP」のところ取り間違えてテラムロ配合錠AP「DSEP」を調剤した。鑑査を担当した薬剤師が、その取り間違いに気付き、調剤した事務員に伝えて、テラムロ配合錠AP「DSEP」→テルチア配合錠AP「DSEP」へ訂正してもらった。今回のケースは、鑑査段階で薬の取り間違いに気付いたので、大事に至らずに済んだ。	●後発品調剤を希望している患者の一般名処方せんで調剤する場合、【般】テルミサルタン４０ｍｇ・ヒドロクロロチアジド配合錠→テルチア配合錠AP「DSEP」（正）薬を取り間違えたテラムロ配合錠AP「DSEP」の一般名処方の標準的な記載は、【般】テルミサルタン４０ｍｇ・アムロジピン配合錠なので、配合錠の１つの成分であるテルミサルタンは同じで、その含有量４０ｍｇも同じであること。 テルチア配合錠AP「DSEP」（正）と薬の取り間違えたテラムロ配合錠AP「DSEP」（誤）もテ○○○配合錠AP「DSEP」と医薬品名称が類似していること。薬を取り間違えた時間帯は、１時間あたり２３人の処方箋を応需していたので、調剤を担当した該当事務員に焦りがあったことなどが背景・要因に挙げられる。	類似した配合錠の先発品名称・後発品名称・一般名処方の標準的な記載をまとめた表を作成。レセコン入力、調剤、鑑査する箇所に設置し、薬局スタッフ全員に周知徹底した。	テルチア配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」	テラムロ配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
35	定期的に来られてる患者で前回と同処方であった。通常通り調剤、監査して投薬するが、翌日患者本人より違う薬剤が入ってるとのTELあり。昨夜1包服薬したとのこと。薬効について伝え、正しい薬剤を速達にて郵送することとなった。	薬剤の名称始め部分が同一による監査、投薬時の確認不足が1番の要因。また、投薬時に患者が体調不安定で涙ぐむなどあり、多少動揺と患者の意識も薬になく確認不足を増長したと思われる。	それぞれの薬剤は離れた所に置いてたが、隣同士に置くことで注意喚起することにした。	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
36	ネキシウムカプセル１０ｍｇでの処方のところ２０ｍｇが調剤されていたが、監査時にそのままお渡ししてしまった。患者様が気づく前に電話して確認したところ間違いが発覚。服用始める前に交換した。	ネキシウムカプセル１０ｍｇの棚に誤って２０ｍｇが混じっていた。その為調剤者が間違って調剤、監査者も監査ミスでそのままお渡し。途中で棚間違いに気づき、ミスが発覚した。服用する前に電話して交換することができた。	棚に補充する際に必ず規格確認する。監査時にもｍｇ数確認を怠らない。	ネキシウムカプセル１０ｍｇ	ネキシウムカプセル２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
37	該当薬品の不足が発生し、郵送した際に異なる漢方が混入していた。	不足薬の送付の際、監査システムを通っていないにも関わらず確認作業を怠っていた。	薬剤配置の変更。集薬時と配送時の薬の確認の徹底	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴苓湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
38	3月24日11時頃患者が来局。以前からサンコバ点眼液をもらっていたが、今回はサンピロ点眼液が処方されていた。以前サンコバ点眼液とサンピロ点眼液の処方間違いがあったため病院に確認したところ、サンコバ点眼液の間違いだった。処方内容を訂正してもらい、患者にはサンコバ点眼液をお渡しした。	サンピロ点眼液が当薬局ではあまり調剤しない薬であったため気付いた。また、事務員が以前も似たような事例があったことを覚えており早期に気付くことが出来た。	定期的に来局される患者の処方内容に変更があった場合の連絡をしっかり行う。処方間違いがあった医薬品は記録をとっておく。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
39	[般]カンデサルタン・アムロジピン5mg配合薬　１錠　分１朝食後３０日分と記載の処方箋を受け付けた。後発医薬品であるカムシア配合錠HD「あすか」を３０錠調剤するところを、カムシア配合錠LD「あすか」を３０錠を取り揃えたが、鑑査時に間違いに気づき、正しいカムシア配合錠LD「あすか」を３０錠を患者に交付しました。	該当薬品の棚が隣り合わせていて、薬剤師がピッキング時、アムロジピンのmg数を勘違いしました。両剤とも頻繁にピッキングするため、薬剤師の”慣れ”と”うっかり”が原因と考えられる。また、調剤時、患者が混雑していて、薬剤師のピッキングに焦りがあったものと思う。	薬品棚を隣り合わせから２棚程離しズラして収納棚を移動しました、それと繁忙時も集中力をもって、ピッキングするよう申し合わせました。	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
40	ゾルピデムのジェネリックを調剤すべきところを、マイスリーを調剤した。交付前に気が付いた。	どうしてもマイスリーが続いた後の調剤のため思い込みのため。	ジェネリック希望がわかりやすいようにした。	ゾルピデム酒石酸塩錠５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	マイスリー錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
41	外用剤のプロトピック軟膏小児用の処方でプロトピック軟膏を投薬した。継続の薬だったので間違いに気が付いた。	名称が酷似。薬の配置場所が近い。	規格の違いが分かるように張り紙をした。	プロトピック軟膏０．０３％小児用	プロトピック軟膏０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
42	プランルカストカプセル１１２．５ｍｇ「日医工」１１２カプセルのところプランルカスト錠１１２．５ｍｇ「日医工」で入力薬剤師の監査時に間違いが発覚。	週２回の応援であまり、在庫薬について把握していなかった為。	薬の在庫薬について、入力前に確認して貰うます。処方箋をしっかり確認して入力します。	プランルカストカプセル１１２．５ｍｇ「日医工」	プランルカスト錠２２５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
43	調剤、投薬の翌日朝に患者様からTELあり。薬情ともらっている薬が違う。前々回から処方されている薬だけど、もう薬がなかったので、２回分服用しました、と言われた。　処方は　ツムラ苓姜朮甘湯（118）　だったが、ツムラ苓桂朮甘湯（39）　をお渡ししていたことが発覚した。	ツムラ苓桂朮甘湯は取り扱いの経験が多いが、ツムラ苓姜朮甘湯はほとんど取り扱ったことがなく、思い込みがあった。　処方箋にツムラの番号の記載があるにもかかわらず、間違ってしまった。最後まで処方箋を見ていなかった。	漢方薬は薬剤名だけでなく、番号もしっかりと確認するようにする。	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
44	セレコックスのところセルベックスで入力されていたが　同効薬もあり　疑義照会にて間違いが判明	病院の入力者の不注意	やはり患者さんと話をして　確認する必要がある	セルベックスカプセル５０ｍｇ	セレコックス錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
45	ゾピクロン錠処方のところをゾルビデムで調剤。近隣の医院がゾルビデムの処方が多いので思い込みがあった。 本人が服用前に気付き連絡交換しました。	思い込み	必ず複数人で確認する。	ゾビクロン（10）	ゾルビデム（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
46	いつもモーラステープL４０を出していたので、モーラステープだけ見て規格をきちんと確認しなかった。	モーラステープだけ見て、いつもの湿布と思い込みモーラステープ２０ｍｇをモーラステプL４０ｍｇで調剤してしまった。	いつものお薬でもきちんと確認してWチェックを必ず行う。			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
47	モンテルカスト細粒　３０日分の処方で、モンテルカスト細粒７本×４袋　と、シングレア細粒２本でお渡しした	モンテルカスト細粒とシングレア細粒が同じ引き出しに在庫していた。モンテルカスト７本入り袋の袋をあけたバラは小箱に立てて在庫していましたモンテルカストのバラのところに、シングレア細粒のバラが混ざっていたため、間違えて拾いました	シングレア細粒の場所を移動させました	モンテルカスト細粒４ｍｇ「サワイ」	シングレア細粒４ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
48	施設の薬品庫に配置した一包化かつホッチキスにてまとめている医薬品において。寝る前に一包化されたセンノシド錠2錠を誤って朝食後にホッチキス。その後の監査をすり抜けそのまま施設に配置されてしまった。数日後、服薬を担当する施設職員が異常に気付き薬局に報告がなされた。	原因として考えられるのは以下です。 ・慢心、慣れによる緊張感と責任感の欠如・ホッチキス作業という工程でのすべきことが曖昧になっている・その後の監査で行うべき工程が曖昧、もしくはその重要性の欠如（ちぎるだけ、ぱっと見るだけになってしまっている可能性もあり）	・すべての作業に緊張感を持つよう意識する→「無意識的に緊張感を生む言葉」を紙に書き出し自然と目に入る場所に貼る。※この書き出す言葉は検討が必要。・工程を整理し、わかりやすく紙にまとめる。その手順を遵守する。・工程を整理し、紙にまとめる。その手順を遵守する。 以上の工程をすべて終えたという確認として個人の印もしくはスタンプなどを各工程で押印する。押印が一つでも欠けている場合は、施設への配達をできないものとする。			センノシド錠１２ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
49	多種類一包化で平素より来局している患者様。一包化の予製から分包しようとしたところ、ネキシウムカプセル１０ｍｇのところ２０ｍｇが予製されていた。	ネキシウムカプセルは２０ｍｇの処方が多いため、思い込みで２０ｍｇを準備してしまった。	ネキシウムカプセルは複数規格あることスタッフに周知させる。	ネキシウムカプセル１０ｍｇ	ネキシウムカプセル２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
50	オルメテック10mg処方で監査システムで棚のバーコードを読み込んだが、隣の棚の20mgがピッキングされ、監査時気が付かずそのままスルー。投薬時別の薬剤師が交付前に気が付いた。	規格違いの薬剤が隣通しに配置されていた。薬剤の形が酷似していた。多忙の時間帯であった。	棚の場所の工夫（規格違いのもので形が似ているものは離すようにする）監査システム利用時、棚のバーコードではなく、薬品本体のバーコードを読み取る。監査時の手順、環境を整える。	オルメテック錠１０ｍｇ	オルメテック錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
51	タムスロシン塩酸塩ＯＤ錠0.1ｍｇ「サワイ」をピッキングするべきところ、0.2ｍｇ錠をピッキングし、調剤室内鑑査者も、見過ごしてしまい、投薬前の監査で誤りが確認できた事例である。	当薬局で使用するタムスロシン塩酸塩ＯＤ錠は、ほとんどの患者が0.2ｍｇ製剤であり、ピッキング者の思い込みによるミスで、0.2ｍｇ製剤をピッキングしたものと思われる。また、忙しい時間であったことから、調剤室内鑑査者も、鑑査に専念できる状況ではなく、ピッキングミスを確認することができなかった	タムスロシン塩酸塩ＯＤ錠0.2ｍｇ「サワイ」の設置棚に、「○○さんは、0.1ｍｇ製剤（要注意）」の札をマジックで記載して、ピッキング者に注意喚起を実施している	タムスロシン塩酸塩ＯＤ錠０．１ｍｇ「サワイ」	タムスロシン塩酸塩ＯＤ錠０．２ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
52	患者１包化のため事務にピッキングを依頼、薬剤師が調剤の順序で分包調剤しようとしたところ、薬剤の取り違えに気づき、正しい薬剤で調剤。	一般名処方で酷似した薬剤名であったこと。	メーカー名などまで必ず確認することを指示、思い込みなどもあるので２名以上で薬剤の確認は執り行うようにする。	ベポタスチンベシル酸塩錠１０ｍｇ「タナベ」	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
53	Rp1.【般】ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12％（商品名リンデロンV）50g、Rp2.【般】ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏0.05％（商品名アンテベート）50g＋プロペト50gの処方で、リンデロンをチューブ、アンテベートをプロペトと混ぜてお渡しする所、リンデロンとプロペトを混ぜてしまった。	兄弟で軟膏のMIXが処方されており、調剤に時間がかかって焦っていた。1つのトレーに処方薬がすべて入ってる状態で、混合を行った。	混合する薬はトレーから出し、混合前に処方箋と再度照らし合わせる。軽量した際のジャーナルに薬品名が表示されているので、薬品名、剤形、規格の3点での自己監査を徹底する。	アンテベート軟膏０．０５％	リンデロン－Ｖ軟膏０．１２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
54	2歳男児へザイザルシロップが2週間分　1回2..5mL　1日2回　の水薬とアスベリンシロップ+カルボシステインシロップの配合シロップ1日2回1回6mLのラベルを逆に貼ったためにザイザルシロップ過量に服用してしまった（合計3回分）投薬時、普段は確認をしながら渡すが継続の薬であったために詳しい説明を省いてお渡ししてしまった。 3回目に服用させた後、身震いをするようなしぐさをしたため患者父親がお薬手帳などで確認をした所貼り間違えに気づいた。薬局に連絡があり、多めに水分を飲ませてもらうように指導しGSKに過量投与時の副作用について問い合わせ。興奮神経系に作用する可能性があるが代謝はやく遅くても大人で40時間で完全に代謝され、子供の場合もう少し早く代謝するだろうとの事。 当日の夜中は抗ヒスタミン剤過量投与による興奮状態が少し見られ、普段起きない子供が一度起きてしまったことはあったがその後の様子に変わりはなかったとの事で安堵した。	必ず最後に調剤した別の薬剤師が監査をして交付すべきところを怠った。また、患者へ交付する際にも丁寧に一つ一つ薬を指さし確認してお渡しすべきところを怠った。	必ず最後に調剤した別の薬剤師が監査をして交付する。また、患者へ交付する際にも丁寧に一つ一つ薬を指さし確認してお渡しする。			ザイザルシロップ０．０５％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
55	【般】ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ（１０ｃｍ×１４ｃｍ温感）７０枚の処方で、在庫のない温感タイプの「タイホウ」を選択すべきところ、在庫のある非温感の「ＥＥ」を入力。	勤務歴4か月の事務員で、温感と非温感の２種類ある事を知らなかった。また在庫もなかった為、見慣れたいつものメーカーを入力してしまった。	貼付剤には温感、非温感がある事を全スタッフに周知。温感が処方された場合は、入力者、調剤者がお互いに声をかける。	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「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
56	ネキシウムカプセル10mg処方の所、同20mgで調剤。監査者もスルーして投薬を行う。投薬最中に、調剤者がミスに気付き声をかけ、正しい薬剤に交換して患者さんに交付。	当店では20mgの処方が圧倒的に多く、10mgの処方はこの患者さんのみ。「ネキシウム＝20mgの処方」という思い込みがあった。	職員間での事例の共有と注意喚起	ネキシウムカプセル１０ｍｇ	ネキシウムカプセル２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
57	バルプロ酸の処方追加であった。当該薬剤には錠剤としての剤形が2種類あるが、それを見落としての処方。本来はバルプロ酸Na錠での処方をバルプロ酸Na徐放錠で処方。処方から三週間後の在庫確認時に在庫数の不一致から処方間違いが発覚。処方間違いについて処方医師に連絡して指示を頂く。そのまま徐放錠の継続でよいとのこと。	当該薬剤師は当該薬局に専従の職員ではなかった。また剤形に種類があることを知らずにいた。投薬時も薬袋の写真との見合わせをしておらず、手順の不備も重なった。	投薬時の二次監査の徹底と手順の改善、徹底。間違えやすい剤形などにおいては、調剤者も処方にチェックし監査者に声かけする。棚に他剤形ありの記載を行う。	バルプロ酸ナトリウム錠２００ｍｇ「アメル」	バルプロ酸ナトリウムＳＲ錠２００ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
58	門前薬局にて同一成分で複数製品採用している処方元医師が、処方箋（一般名処方）毎にどの製品をチョイスして欲しいのかを区別する為に、えんぴつメモ書きをしてくれる事になっている。それを見誤って医師の希望していない方の製品をピックアップした。投薬直前に気づき事なきを得た。	門前薬局にて同一成分で複数製品採用している処方元医師が、処方箋（一般名処方）毎にどの製品をチョイスして欲しいのかを区別する為に、より明確にする必要を感じた事例。	不明瞭な場合は疑義紹介するのは当たり前であるが、メモ書きをより判別しやすい様に、医院さんへ再度お願いをした。	ヒアルロン酸Na点眼液0.1%	ヒアレイン点眼液０．３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
59	レザルタス配合錠ＨＤからザクラス配合錠ＨＤに処方が変わっていたが、入力・調剤・監査・交付時まで気付かずレザルタス配合錠ＨＤで調剤していた。患者への聞き取りの中で、薬を変えると医師より言われたとの情報があり調剤過誤が発覚した。すぐに調剤し直したため、交付には至らなかった。	入力に関しては職員の経験不足による間違い。調剤・監査に関しては、しばらく処方変更が無かったため今回も変わっていないだろうとの思い込みや、慣れによる監査時の気の緩みが原因と思われる。	入力者については似た名前の薬について覚える。薬剤師は思い込みや惰性で仕事をしないよう十分に注意する。	ザクラス配合錠ＨＤ	レザルタス配合錠ＨＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
60	平素からロサルタンＫ２５ｍｇ分２で血圧安定していて何年も同薬にて良好だった。２０２０年２月中旬から血圧１８０ｍｍＨｇに上昇し薬がなくなる少し前に再受診し定期薬と降圧剤の頓服が処方された。帰宅後残薬と今回の薬を見比べて色が違うことに気づき来局。当薬局も在庫チェックし初めて投薬ミスに気付く。	当薬局はピッキング係と監査・投薬係の２人体制で調剤。ロサルタンＫは、２５ｍｇがよく処方されていた。２５ｍｇ・５０ｍｇ両方とも棚に配置していた。	よく出る２５ｍｇを棚に配置し５０ｍｇは引き出しに配置しなおしました。経営者に人力監査では限界があるため監査システムの導入をお願いしました。	ロサルタンＫ錠５０ｍｇ「明治」	ロサルタンＫ錠２５ｍｇ「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
61	メマリーOD20のところをOD10mgで調剤してしまった。家族がすぐに帰って気が付いたので、交換をさせてもらった。	慣れなど慢心から調剤から監査の行程が足りなかった。	情報を共有して、調剤、監査の徹底を図る	メマリーＯＤ錠２０ｍｇ	メマリー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
62	ツロブテロール（2）処方のところ、ツロブテロールテープ（1）をお渡し。その後患者様が入院し入院している病院薬剤部より報告あり。	忙しい時間帯で監査がおろそかになってしまったことが原因であると考えられる。	剤型や規格が複数ある薬剤に関しては、それぞれの規格や剤型を認識、理解して監査する。	ツロブテロールテープ２ｍｇ「サワイ」	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
63	ランタスXR注ソロスターの処方に対し、ランタス注ソロスターを調剤した。監査薬剤師が間違いに気づき、患者には正しい薬剤で交付した。	ランタスXR注とランタス注を２薬剤採用しているのは知っていたが、調剤時に確認を怠り、まず目に入ってきたランタス注を調剤してしまった。	名称が類似している薬剤がある場合、調剤時には必ず意識する。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
64	アモキサンカプセル25ｍｇ5カプセル２－１－２　分3毎食後で出されているところ、アトモキセチン２５ｍｇJGで出してしまった。	最近ストラテラのジェネリックが出てきて一般名記載されてくることが多く注意を事前に喚起してはいたのだが、アモキサンとアトモキセチンの名称の酷似、ミリ数も１０ｍｇ、２５ｍｇとあり朝礼などで申し送りはしていたがパートの社員に伝わっていなかったため起こってしまった。	アトモキセチンとアモキサンの名称の酷似、注意喚起を行い同時に処方されるケースも多々あるため以前から注意喚起をしていた。今回のケースはアトモキセチンだった場合最高用量が１２０ｍｇまでということもあり5カプセルで出された場合１２５ｍｇになるし、1日1回や1日2回で出るケースは多いが1日3回で出ることはないことからも判断できる材料が多かったため、多少知識不足ともとれるが、棚の表示をアモキサンとアトモキセチンをしっかり判別できるように区別し、申し送りにも重要マークを付けて注意喚起を行うとともに、改めて朝礼にて注意喚起をした。	アモキサンカプセル２５ｍｇ	アトモキセチン錠２５ｍｇ「ＪＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
65	一包化調剤時、集めた薬の中でメトグルコ錠250mg168錠の中に20錠メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「三和」が混ざっていた。分包時に気付いたため、正しいものに交換した。	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「三和」とメトグルコ錠250mgを保管している棚が近く、500mgとも混同しないよう棚の前に規格、ジェネリック品取り間違えの注意書きの紙を貼って対策していたが、間違えた薬を戻す際などに誤って戻してしまった可能性がある。	スタッフに再度周知し、今後間違って取ってしまった薬はすぐに戻さず一度箱などにまとめて落ち着いた時間に確認をしっかりして戻すようにする。	メトグルコ錠２５０ｍｇ	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「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
66	患者様が込み合った時間帯での取り間違え。患者様への交付前に気づいたため健康被害等はなし。	同類薬効であり、類似名称（～アンス）にて思い込み・判読不足による取り間違え。	薬品棚での配置が近かったため、配置場所の変更を行った。	ジャディアンス錠１０ｍｇ	トラディアンス配合錠ＡＰ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
67	久しぶりの患者様で服薬してる薬はなし。アレジオンとデパスが処方されていて、詳しく話を聞いてみると、血圧が高くて体調不良との事。鼻水やかゆみなどのアレルギー症状はないとの事で念のためHPに問い合わせ。事務の入力ミスでアレジオンではなく、正しくはアジルバが処方のため処方変更して患者様へ薬剤交付。	カルテ上にはアジルバ20mgの記載が有ったが、入力時にアレジオン20mgと入力したとの事。どちらも用量は同じ数字なので、事務は気づかずにそのまま交付。花粉のシーズンでアレジオンの処方が多かったために起きたものと思われる。	薬から症状を断定せずに、詳しく聞き取りしたうえで投薬を行ったため間違いに気が付けた。忙しくても患者様との会話はおろそかにしなければこういったミスは防げるかと考えられる。			アジルバ錠２０ｍｇ 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
68	クラシエ桂枝茯苓丸エキス錠が処方された患者の処方入力が、クラシエ十味敗毒湯エキス錠と誤入力されていた。鑑査も通過していたため交付前に入力内容と実際の薬の内容が異なることに気づいて訂正した。	同患者は以前より当薬局を利用しており、継続でクラシエ十味敗毒湯エキス錠を使用していた。今回初めてクラシエ桂枝茯苓丸エキス錠へ変更され、調剤は正しく行われたが処方入力上では十味敗毒湯のままだった。Do処方と勘違いし、コピーして入力したため間違えたと思われる。なお実際の外見も両医薬品で色が似ているため、医薬品情報提供書の写真との違いにも気づきにくかった。	漢方は頭にメーカー名がついてくることが多く、見出しだけ見ていると間違えに気づきにくいため必ず実際の製剤名を確認して入力、調剤、鑑査を行う。	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
69	トランコロンで処方されていたところトランコロンＰにて調剤。次の日に間違いに気付き、すぐに回収して交換する。	トランコロンに複数の種類があった事に気付かず調剤してしまった。	処方箋のチェックと複数規格があるものなど注意しておく。			トランコロン錠７．５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
70	一般名処方でベタヒスチンメシル酸塩錠6ｍｇの処方を、ベポタスチンベシル酸塩錠10ｍｇで入力した。調剤者も気が付かずにベポタスチンベシル酸塩錠で調剤をした。投薬時に患者の症状と合わないなので間違いが判明。入力、調剤をしなおしベタヒスチンメシル酸塩で投薬した。	他の患者でベポタスチベシル酸塩錠で服用中の方がおり、ベタヒスチンメシル酸塩錠は当薬局であまり処方機会のない薬です。思い込みにより間違いだった。また一緒に処方されている薬がタリビット耳下用液だったので、一層思い込みが強くなったと思われる。	思い込みを無くし業務に当たり、しっかり処方箋を最後まで読む事を徹底しました。	ベタヒスチンメシル酸塩錠６ｍｇ「日医工」	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
71	服用しようとした際、医師から聞いた薬剤名と異なっている薬が入っている、と電話で薬局に連絡があった。	薬歴とお薬手帳の記録を見て薬を取り揃えてしまったため、処方変更に気が付かなかった。事務員も薬情、薬袋に入力ミスがあった。	患者さんに薬を渡す際に、薬の変更について医師から説明を受けていないか必ず確認する。名称が似ていて間違えやすい漢方薬について十分注意するように話し合いを行った。	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
72	ノボラピッド注フレックスペンで処方が出ていたところを、ノボラピッド注フレックスタッチで調剤し、お渡ししていたことが発覚しました。 服薬指導時に、本人様がいつも使っているお薬である、と話されていたこともあり、処方医にTELにて報告、ノボラピッド注フレックスタッチに処方変更になりました。	門前病院からはノボラピッド注フレックスタッチの処方がメインのため、ノボラピッド注フレックスペンが薬局内に在庫として置いていない状況でした。他の病院からの処方せんでしたが思い込みもあり調剤・監査・服薬指導となってしまいました。	薬局での処方入力時にノボラピッド注フレックスペンを検索すると、先頭に「→ペン←」と注意喚起の表示が出るように設定しました。調剤した薬剤の総量が表示されるピッキングリストでのチェック強化・監査・服薬指導時にも再度確認を行うようにします。	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
73	一般名処方でセフジトレンピボキシル細粒とセフカペンピボキシル細粒を見間違えて調剤してしまった	普段はセフジトレンピボキシル細粒の処方が多いため、いつものように流れ作業で調剤してしまった	似た名称の医薬品をリスト化し、全職員で共有して、それらを調剤する時は特に注意するようにした	フロモックス小児用細粒１００ｍｇ	メイアクトＭＳ小児用細粒１０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
74	処方上はミニリンメルトOD１２０μｇで記載してあるものでしたが、同じ引き出し内に２４０μｇも存在してあり開封包装内に１２０μｇと２４０μｇの規格のものが混在当薬局一人薬剤師の為気づかずそのまま投薬、患者保護者もいつもの薬と思い確認せず帰宅後日連絡がありかごと判明した	慣れとまさか１２０μｇの包装内に２４０μｇが入っているとは思わず確認不足	・来局されなかった患者の薬を戻すときには事務員等に確認してもらう・同成分で規格の違うものは箱に印等を書く	ミニリンメルトOD錠１２０μｇ	ミニリンメルトOD錠２４０μｇ		ヒューマンエラー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	ツムラ小青竜湯　９ｇ３×毎食前→ＫＢ小青竜湯　９ｇ３×毎食前の処方入力で患者様にお渡ししてしまった。	処方箋にツムラ小青竜湯　９ｇ３×毎食前の下にコメントでクラシエに変更と記載。クラシエ小青竜湯　ＫＢ-１９は６ｇ２×が常用量であるが、薬剤名の変更指示のみに注意がいき用法用量の入力相違に気が付かなかった。	薬歴に目立つように小青竜湯　用法用量にも注意とコメントを入れておく。	クラシエ小青竜湯エキス細粒	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
76	アーリーダ錠６０mg１日２錠７日分１４錠の処方を１２錠しか渡さなかった。通常容量の７日分（２８錠）を二つ折りにしてケースに入れての特殊な包装で、減量（通常４錠/日のところ２錠/日）で７日分（１４錠）の処方が出たのでケースの中の半分に折り返しているところをハサミで切断し調剤、投薬。たまたま後日（２日後）ほかの薬剤師が在庫の確認をする際に紙のケースの中まで確認して発覚。患者に連絡して不足分２錠を渡した。	この薬剤は元々特殊な包装を強調しての発売（子供の誤飲を防ぐためとの事（それしか何故の質問には回答なし）だが、高齢の患者が飲む際にも困る様な包装）。発売前の製品説明に来た時から、この包装の不備等を強く指摘し改善を求めていた。減量時や日数調整、残薬の調整等はまったく考慮しないで発売しているとの事。しかし、元々副作用（皮疹）の発現率も高めで（当該患者も、その際は減量の指示もあるのに、それに適さない包装になっている。ヒートの錠剤同士の間隔も狭く、ハサミも入れずらい。	今回の事例で数量の確認をすることを再度確認した。今後もメーカーの訪問があれば改善を強調するが、発売後の訪問はない。			アーリーダ錠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
	２つ折りでケースに収納させる為、半分の１４錠づつではなく、１６錠と１２錠が見た目の半分になっており、２つ折りにしているところは広くなっている。残った１４錠もその後の処方からは使いずらく（切るとケースからはより一層出し辛くなる）、１４錠で処方される事もなく、薬価も高額な薬だが期限が切れてしまう事も考えられる。						
77	ペンタサ顆粒分包品の調剤の際、処方箋記載の薬品名の最後に(2.12g分包)と記載があったが、誤って1.06g分包品で調剤し、監査時に発見した	やや離れた医療機関からの処方箋で、当薬局に平時在庫していた規格が1.06gのみで、処方内容を入力した事務員も規格違いに気がつくことなく入力、調剤時も最後の規格まで目を通すことを怠り、規格違いのまま調剤されたものと思われる	分包品のなど、一つの製品で異なる規格、分量が存在する医薬品の調剤時は最後の規格まで確認する必要がある。また、製品知識や近隣医療機関での医薬品採用状況などをチェックする必要がある。	ペンタサ顆粒９４％	ペンタサ顆粒９４％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
78	ネキシウム10ｍｇを14C出さなければならないところ10ｍｇを12C、20ｍｇを2C混在してピッキングした	発生当日、薬局にて勤務するのがなれていない薬剤師であったため、前日に勤務した薬剤師が発生当日に来局予定の患者の薬をあらかじめ集めていた。	予製後に同じ規格でピッキングされているか必ず確認することとした	ネキシウムカプセル１０ｍｇ	ネキシウムカプセル２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
79	一般名処方レボブノロール塩酸塩点眼液0.5%の処方を、ピッキング者がレボフロキサシン点眼液0.5%を調剤した。監査をする時に気が付き投薬にはいたらなかった。	当薬局ではレボフロキサシン点眼がよく出て、ピッキング者が思い込みをして間違える事例が時々起きる薬剤である。	基本的な事ではあるが思い込みを無くし調剤をして、処方箋の薬剤名を最後まで確実に読んでから調剤する事を徹底しますた。	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％「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
80	ジスロマック細粒小児用10%　1回４包へと薬袋薬情の表示を修正せずに交付 間違った記載では1回1包と記載していました。	薬情、薬袋に印鑑を押す際に用法を確認できていなかった。三点チェックの再確認を怠りました。投薬時に説明しながら気付くことができませんでした。 時間がかかっており焦っていました。鑑査時に別の事を考えたり頼まれたりしてしっかりと集中できていなかった。鑑査終了後に再度確認しましたが、ただ確認したという行為だけになっていました。	対策1回２錠であったり１回２包など修正しなければならない時は処方箋にえんぴつで印をつけて注意書きをする。 ３点チェックを行う際指でなぞりながら確認を行う。 投薬時に薬情、薬袋の用法用量を指さし患者様と一緒に確認する。 鑑査の手順の中にある三点チェック（処方箋、調剤録、薬袋薬情）を行なう。 また店舗全体で変更しなければいけないお薬に対して注意喚起をする。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
81	3/24ご本人よりメール連絡あり。リボトリール１ｍｇ昼を飲んでいたがよく見ると０．５ｍｇのシートであった。途中から気付いて０．５ｍｇ2錠で服用したが30日分はないためどうしたらよいかと。（対応）昼と足りない分については１ｍｇでお渡し朝夕の分包も０．５ｍｇのため作り直してお渡しこの間（17日間）は処方と異なる量でお渡し医師への報告については管理者へ対応をお願いしている。（次回受診時までには報告する必要がある。次回は４／４予定） 【経過】３／７処方分よりリボトリール１ｍｇ3錠へ増量。FAX調剤で１４：３０取りに来るとコメントあり。	当日は外来調剤が込み合っており、なかなか調剤に回れない状況。また入力も中に回ってこないため、前回処方との比較ができず予製を用いて調剤を行った調剤補助が調剤、バレラ撮影もリボトリールに関してはなされていなかった。分包データも前回のものを用いて実施しておりリボトリールの規格変更について見落としている状況。監査は患者が来る３０分前から開始。もうすぐ取りに来る時間になるという焦りもあった。	変更点がある場合は、処方箋に変更点をえんぴつで記載分包の患者に対してはすべてのデータを分包機に飛ばして最新のデータで行うFAX処方も通常処方と同じに入力を回してもらう	リボトリール錠１ｍｇ	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
82	Ａ病院からＢクリニックへ転院する際に、アタラックスＰも継続で処方されていたが、規格が変更（25ｍｇ→50ｍｇ）に変更されていたが、入力では変更されていたものの調剤・鑑査者が思い込みで25ｍｇのままで調剤してしまっていた。もともと在庫されていない規格だったため、処方箋を見返してから気が付き、医師に確認し、規格変更があった旨を確認、服用前に回収し交換を行った（健康被害なし）。	転院に伴い、規格の変更などを考慮せず、そのままと思い込んでいたため、ミスが生じた。	在庫がない薬だから、転院なので同じ薬剤との思い込みをしないことが重要であると思われる。規格のチェックを鑑査時に再度照らし合わせを行い、チェックするようにしました。	アタラックス－Ｐカプセル５０ｍｇ	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
83	８０歳の女性患者様にグリセリン浣腸液３０小児用が処方されていたがグリセリン浣腸液６０で調剤してしまった。（監査者が気付き、処方通りに調剤し直し、交付時には間違いはなかった。）	思い込みがあり小児用ではないグリセリン浣腸６０を調剤してしまった。	グリセリン浣腸は３０、６０との数字の違いだけでなく丁寧に小児用と書かれているので、しっかりと処方箋を確認する。小児用は小児だけという思い込みをなくす事を再確認した。	グリセリン浣腸「オヲタ」小児用３０	グリセリン浣腸「オヲタ」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
84	鑑査機を通すときにレボフロキサシン錠（500）DSEPが調剤されるべきところ、クラビット錠が誤って調剤されていたことが発覚。調剤棚のレボフロキサシン（500）DSEPのカセットにクラビット錠が入っていたため調剤ミスが生じていた。	納品した品をしまう時に、外装が似ているため先発と後発を誤ってしまってしまった。調剤するときに棚のカセットのみで薬剤を認識しており、ピッキングした錠剤をしっかりと確認していなかった。	日常の作業の慣れによる慢心が原因のため、しっかりと名前を指さし確認してからしまうこととする。誤りが発生しやすい薬剤は棚に付箋を貼るなど店舗内で共有し、ダブルチェックでしまうようにする。ピッキングするときにカセットや箱のみでなく、ヒートをしっかりと確認するようにする。	レボフロキサシン錠５００ｍｇ「ＤＳＥＰ」	クラビット錠５００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
85	L-アスパラギン酸カリウム３００ｍｇ２錠分２、他の薬品と一包化。自動錠剤分包機のコンベアに薬品を入れる際に、L-アスパラギン酸カリウム３００ｍｇを入れるところ、勘違いと思い込みで、L-アスパラギン酸Ca２００ｍｇを入れてしまった。 L-アスパラギン酸Ca２００ｍｇはカセットが存在し、通常はコンベアに入れることはないため、入れながら違和感を感じたが、そのまま調剤を続けてしまった。朝は当事者がコンベアに入れ、夕は別の薬剤師がコンベアに入れたため朝のみ間違い。監査時に発覚し、朝のみ作り直して投薬に至った。	完全な思い込みで、よく確認せず調剤したことが原因。	分包調剤の場合も調剤支援機器を使用し、確認することで今回のミスは防げた	Ｌ－アスパラギン酸Ｋ錠３００ｍｇ「アメル」	Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
86	面処方でミケランＬＡ点眼液１％を受付。普段門前からはミケランＬＡ点眼液２％が処方される事もあり、事務員の思い込み・焦りでミケランＬＡ点眼液２％でレセコン入力。薬剤師監査時入力間違え発覚。修正して患者様へお渡し。	繁忙な時間であった。ミケランＬＡ点眼液の別規格の有無を事務員が把握していなかった。	処方内容は規格まで確認し入力する。事務員・薬剤師共に思い込み調剤をなくす。	ミケランＬＡ点眼液１％	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
87	某整形外科よりセレコックス100が分3で処方されていたが、当日担当事務員が、セレコックス200で入力してしまい処方。その後、すぐに気がつき回収したが一度は患者様の手元に渡ってしまった。	患者様が急いでおられ、入力業務に焦りがでて誤入力しまったと。	処方入力時には時間をかけ、慎重かつ要確認を怠らないよう徹底、調剤室に処方箋が来たら薬剤師も入力確認をすることを徹底する事とした。	セレコックス錠200	セレコックス錠100		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
88	強力レスタミンコーチゾン軟膏処方をレスタミンクリームで調剤。	レスタミンの文字だけで「レスタミンクリーム」と判断してしまった。レセコン入力も「レスタミンクリーム」の入力だった。	レスタミンクリームのボトルに「強力レスタミンコーチゾン軟膏」との取り違え注意書を取り付けました。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
89	投薬後、すぐに患者様のお母様から電話があり。抗生剤（メイアクト錠１００ｍｇ）が薬情に記載のものと違うとの連絡あり、薬局内で確認後、先発希望の患者様にジェネリック医薬品でのお渡しをしてしまっていた。まだ服用には至ってなかったが、患者様へ不安を与えてしまった。患者様へは謝罪後、お薬は同成分のもので、身体には影響がないことを説明。すぐに患者様宅へ、正しいお薬をお渡しへ、その際間違った医薬品（ジェネリック）を回収した。	薬局業務にも慣れ、頻繁に処方されるお薬でもあったため、鑑査でもしっかり注意せずに、投薬にいたってしまった。	ピッキング、中間鑑査、最終鑑査の流れでしっかり処方せんや医薬品の間違いがないかを確認する。服薬指導の際には、患者様と薬情の内容を一緒に確認してお薬に間違いないかを確認。	メイアクトＭＳ錠１００ｍｇ	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
90	薬局内が患者様で混んでいるときに、誤って規格違いの医薬品をピッキングしてしまった	複数の規格の薬を隣合わせに置いているので、間違いやすかった	複数の規格があるものは医薬品の規格を大きく表示するようにした	ニフェジピンＣＲ錠２０ｍｇ「トーワ」	ニフェジピンＣＲ錠４０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
91	5mLの処方のところ、1本しかピッキングせず監査もそのまま通してしまった。後日ご家族が取りに伺った際、本数まで確認せずお渡し。お渡し直後ご家族が再度来局し発覚。謝罪して不足分をお渡しした。	多くの点眼液が５mLで容器も５mL入りと似ているため、こちらも５mL入りと思い込んでしまった。また、複数規格ある薬のため、そちらの確認に気を取られてしまった。後日薬を取りに来られたため、早くお渡ししなければというプレッシャーを自分にかけてしまい数の確認を怠った。	該当患者のレセコン画面や薬歴画面にコメント入れ、ミケランLAは１本2.5mLであることを注意喚起。薬の箱にも注意喚起するよう付箋をつけた。			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
92	当帰芍薬散のところを芍薬甘草湯で調剤。監査時に発見	処方箋記載内容の確認不備。芍薬の記載のみに注目してしまった	再度、処方箋記載の薬品名称を確認を徹底する。名称類似注意の注意喚起を促すシールを棚に貼る。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
93	一般名処方で「チモロール点眼液0.5%（持続性）」の処方。持続性なので、チモプトールＸＥ点眼液の処方だが、誤ってチモプトール点眼液で調剤してしまった。	一般名処方の場合、持続性、24時間持続、12時間持続などの記載がされていることがあるが、成分名のみで判断してしまったことがミスの原因と思われる。	一般名処方の場合は特に、最後の1文字まで確認する。棚札に「複数規格あり」の表示をつけて、集薬時における注意喚起を行う。	チモプトール点眼液０．５％	チモプトールＸＥ点眼液０．５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
94	ツムラ苓姜朮甘湯3包毎食前28日分をお渡しするところツムラ苓桂朮甘湯でお渡ししてしまった。帰宅後患者が夕食分を服用したときにいつもの漢方薬と違うことに気づき、家族より連絡があり判明。1回分服用したが体調変化はないとのこと。翌日処方医へも報告済み。	いつも来局される患者で、薬局での待ち時間が嫌なため前日に処方が発行され、翌日朝に薬をとりに来られる。11剤の薬が出ており、そのうち7剤を起床時、朝、昼、夕、寝る前で一包化している。漢方薬2剤と外用剤2剤がある。薬も多く時間もかかるため、調剤後薬袋へ入れ、患者へすぐに渡せるように準備をし、当日患者に中身を確認してもらわずに投薬してしまった。	ピッキングから薬剤師の最終監査までの手順の見直しと徹底。投薬時の監査手順の見直しと患者への確認の徹底。漢方薬の名称類似品について、医師と相談しメーカー変更し採用自体を変更した。ツムラ苓姜朮甘湯(分3）、クラシエ苓桂朮甘湯(分2）とした。	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
	通常の手順では、ピッキング調剤後、ＧＳ1コードの読み込みと監査写真撮影を行っている。今回は一包化の作成後、他のピッキングしたくすりをＧＳ1コードの読み込みをする前に一包化薬と合わせて薬剤師監査へまわしたため、そのまま薬袋へ入れて患者へ投薬してしまった。ＧＳ1監査をしておらず、監査の写真も残っていない、いつもと違う手順となってしまいミスに気付くことなく、薬剤師監査もミスしてしまった。						
95	アムロジピンOD錠５ｍｇ「サワイ」を調剤するところ、アムロジピンOD錠2.5ｍｇ「日医工」で用意してしまった。	普段は錠剤監査システムを使用しているが、今回は使用していなかった為。	錠剤監査システムの使用を徹底する。	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「サワイ」	アムロジピンＯＤ錠２．５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
96	ノボラピッド注フレックスタッチを使ってる患者から電話があった。「いつもと違う注射を使った。大変押しにくいので、いつものに変えてほしい。」監査時はニューポリムスの監査機を使って、バーコード監査をしているはず。違う注射であれば機会が反応するが、監査時は問題なかったと監査した薬剤師は言う。 患者に確認したところ、お渡しした９本の注射の中にノボラピッド注フレックスペンが混じっていたことが分かった。成分は同じでも、ペンの太さが違うので、押しにくいと感じたらしい。調剤時、フレックスペンが１本混ざっていることに気づかず、ポリムスはフレックスタッチを当てて監査を潜り抜けたと思われる。成分が同じでよかったが、全く違う薬をお渡ししていたらと思うとヒヤッとした。	２種類存在すること自体が迷惑な話。いずれフレックスタッチのみになっていくのだろうが、今は病院によって採用が違うので、冷蔵庫の中には２種類存在する。太さが違うので間違いにくいと思うが、今回発生したことは事実で、しっかり確認するより仕方ない。	在庫位置を遠く離すなどの方法で、混在を避ける用工夫した。			ノボラピッドフレックスペン	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
97	定期薬処方せんを持参した患者における調剤にて。ジラゼプ塩酸塩をジルチアゼム塩酸塩と思い込み、調剤ミスが起こった。鑑査者が間違いを見つけ指摘したので、患者の手元にわたる前に未然に防ぐことはできたが名称の類似薬剤等に関しては、十分把握したうえでの業務遂行の必要性をスタッフ全員で再確認した	名称の類似	鑑査者は声に出して薬剤名・規格・数量を確認することを共有している	ジラゼプ塩酸塩錠50ｍｇ「サワイ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
98	お昼の繁忙時、風邪で来局された患者様。すべて一般名での処方箋でロキシスロマイシンが処方されていました。当薬局では、ロキシスロマイシンは久しぶりに処方されたため、頻繁にでているロキソプロフェンＮＡと間違え、調剤してしまいました。カロナールも処方されていたため、事前チェックの段階にて気づき、患者様に渡す前に修正できました。	背景　ほとんど処方されない薬品であったのと、繁忙時でありダブルチェックに見落としがあった。要因　チェックミス改善　名前の似た薬品の棚を離す。名前の似た薬品の棚には、他の名前の似た薬品と間違えないように、とのメッセージを入れる。	ヒヤリハットのノートを付け、薬局内研修時に情報を共有している。名前の似た薬品の棚を離す。名前の似た薬品の棚には、他の名前の似た薬品と間違えないように、とのメッセージを入れる。	ロキシスロマイシン錠１５０ｍｇ「日医工」	ロキソプロフェンＮａ錠６０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
99	エビリファイＯＤ6ｍｇを3ｍｇと取り違えた。	患者様と確認しながら交付したのにも関わらず、集中力が欠如していた。	集中力を高めるための工夫が必要である。	エビリファイＯＤ6ｍｇ	エビリファイＯＤ3ｍｇ		ヒューマンエラー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	14歳の患者にベタニス錠2.5ｍｇとの処方有り。規格もおかしいし薬剤自体が小児適応不可のため、処方医に確認したところベシケア錠2.5ｍｇの記載ミスと判明。	忙しい時間帯でも、きちんと薬剤の名称・規格・適応を確認することの大切さを改めて感じました。	最低2人で、薬剤の名称・規格・適応を確認するようにする。			ベタニス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
101	アミティーザカプセル１２µgの処方をアミティーザカプセル２４µgで入力	繁忙な時間で処方箋の入力ミス	確認が不十分のため確認を徹底するよう注意	アミティーザカプセル１２μｇ	アミティーザカプセル２４μｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
102	セチリジン（5）を調剤すべきところ、（10）で手交した。服用前に気づいて回収。取り寄せて正しいものを調剤手交した。	薬を取りに来た患者祖母に急かされ、監査手順を守らなかった。採用がない規格であり、セチリジン錠とザイザル錠も含めて規格容量を誤って認識して調剤した。	どのような患者に対しても説明して、監査手順をきちんと踏む。	セチリジン塩酸塩錠５ｍｇ「アメル」	セチリジン塩酸塩錠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
103	調剤者が規格違いの医薬品を取り間違えで一包化してしまった。監査者も思い込みそのまま患者本人に渡してしまった。翌日服用時に患者本人がいつもの薬と大きさが違い３０ｍｇでなく１５ｍｇが入っているのに気づき連絡してきた。患者本人が間違えた薬を持参して、正しい処方薬を一包化してお渡しした。服用前に間違えが発覚し大事には至らなかった。丁重にお詫びを申し上げた。	監査機が故障していて修理に出していた。1人で調剤し、監査者も思い込み間違えた。	一包化調剤の前に複数で医薬品確認し、服薬指導の時点で患者様と一緒に確認するようにした。また、監査機で監査した後も服薬指導時に患者と確認するように改善した。	ランソプラゾールＯＤ錠３０ｍｇ「トーワ」	ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
104	フロセミド４０ｍｇ　1T　処方のところ　フロセミド　２０ｍｇをお渡ししてしまった。2日後ご家族からお電話を頂き取り換えにうかが	終了まじかで少し慌てたのか？２０ｍｇと４０ｍｇは上下に置いているので取り間違った。	何時来局でも確認をしっかり行うことを確認	フロセミド錠４０ｍｇ「ＮＰ」	フロセミド錠２０ｍｇ「ＮＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
105	同メーカーのシロスタゾールの50ｍｇを渡すところ100mgを渡してしまった。	定番の場所が上下でならんでいたことと、PTPシートの色も似ていたため。	定番の位置の変更と必ず規格、容量をチェックする。	シロスタゾール錠５０ｍｇ「サワイ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
106	ムコダインDS３００ｍｇ　７日分と記載された処方箋を受け取り変更不可の記載がなかったため、患者の母親にジェネリック医薬品に変更を希望するか確認した。母親は先発医薬品を希望していたが同成分のカルボシステインDS「タカタ」で調剤してしまった。	薬剤師は調剤する際、患者がジェネリック医薬品を希望していると思い込んでしまった。	薬局内に同成分の薬剤が数種類存在する場合は注意が必要。調剤する前に患者がジェネリック医薬品を希望しているか、薬剤を交付する前にレセコンの入力内容と相違がないか必ず確認する。	ムコダインＤＳ５０％	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
107	カンデサルタン4ｍｇで処方されたところ、カンデサルタン8ｍｇで調剤監査してお渡ししてしまった。患者さんは、薬を開けてデザインが変わったのかと思って1回服用しているが、2回目の服用に際に4ｍｇでなく8ｍｇであったことが分かって、8ｍｇを半分にして服用していた。次回の受診の時に処方医に、この旨を話して、余っている8ｍｇを半分にして飲んでいることを処方医に話した。	カンデサルタンは4ｍｇ8ｍｇともに薬局において採用品で良く処方される為、規格の見落としをしてしまった。	処方箋と薬歴の付け合わせの際に、薬品名、剤型、規格、メーカー名をしっかり確認をおこなう	カンデサルタン錠４ｍｇ「アメル」	カンデサルタン錠８ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
108	メコバラミン錠０．５ｍｇ「トーワ」を含む一包化処方の調剤において薬剤師Ａはメチコバール錠０．５ｍｇをピックし調製した。薬剤師Ｂは監査を行ったが使われたＰＴＰシートの確認を怠り、薬剤が間違っていることに気づけなかった。その後、日数変更の為追加分を調整することになった際に薬剤師Ａが違和感を覚え、確認したところ発覚した。	・メチコバール錠とメコバラミン錠がどちらも赤いＰＴＰシートのため勘違いが発生した。・昼食後に監査を行ったため、集中力が落ちていた。・いつも来局されていた患者のため慢心があった。	監査の際は使用したＰＴＰシートの確認を徹底する。眠気がある時は無理に監査をせず、リフレッシュしてから監査を行う。	メコバラミン錠５００「トーワ」	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
109	ユリーフOD錠4ｍｇの処方だったのに、ユリーフ錠4ｍｇを調剤してしまった。	最初の名前だけで判断してしまった。	薬の名前を最後まで確認して処方する。	ユリーフＯＤ錠４ｍｇ	ユリーフ錠４ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
110	ベネトリン吸入液が10倍量で処方されていたのに気づかず調剤したが、監査で発覚、疑義照会しメプチン吸入液に変更された。	ベネトリン吸入液は滅多に処方されないため、用量等の知識不足に起因する。	薬局内の研修の強化と、クリニックにも薬品名、用量等のリストを提出。	ベネトリン吸入液	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
111	一般名トコフェロール酢酸エステル（ユベラ錠）で処方されていたが、事務員のレセコン入力、調剤者の判断ミス、監査者のチェックミスが重なり、トコフェロールニコチン酸エステル（ユベラN)で調剤した誤り。	関わったスタッフが、ユベラとユベラN、間違いの起こりやすい製剤があるという意識が低かったと思われる。	間違いの起こりやすい製剤についてのリストを作成し、周知を図った。	ユベラ錠５０ｍｇ	ユベラＮソフトカプセル２００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
112	定期薬の処方にて、前回までフォシーガ錠５ｍｇだったが、今回からフォシーガ錠１０ｍｇに変更になった。前回の内容のまま処方入力が行われ、調剤と監査もそのまま抜け、当該患者に交付してしまった。 その後、当該患者から診察時にお薬が変わるようなことを医師が言っていたと連絡があり、当事者（薬剤師）が処方せんを再度確認するも、変更なしと返答してしまった。その後、当事者（事務員）が調剤済処方せんのチェックを行ったところ、フォシーガ錠１０ｍｇに変更になっていることが発覚した。発覚後、すぐに当該患者に電話にて連絡し、服用もなく事なきを得た。	※フォシーガ錠は５ｍｇしか存在しないと思い込んでいた。※処方せんの記載の確認を怠った。※繁忙の為、焦りがあった。	複数規格存在する薬剤だけでなく、規格の確認は必ず行う。	フォシーガ錠１０ｍｇ	フォシーガ錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
113	ビオフェルミン配合散が処方されていたところ、錠剤で調剤してしまった。	当薬局ではビオフェルミン錠が処方されることが多い為、思い込みで調剤してしまったことが原因。	錠剤なのか散剤なのか最後の文字まで確認する。また違う剤形があるものを把握しておく。	ビオフェルミン配合散	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
114	小青竜湯が処方されていたが、小柴胡湯を調剤してしまった。	忙しい時間帯であったこと、名前が似ていたこと、パッケージも似ていたことから間違えてしまった。	最初の文字だけで判断するのではなく、最後の名前まで処方箋としっかり照らし合わせる。	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ小柴胡湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
115	リリカカプセル７５ｍｇで処方されていたが、OD錠で調剤。監査も見過ごしてしまった。患者も急いでいたため薬確認しないまま投薬終了。患者帰宅後薬袋から出して、いつものと違うと気が付く。	カプセル、OD錠両方とも在庫しており、OD錠の調剤機会が多く勘違いしてしまった。	剤形違いがあることを再度確認し、焦らず調剤、監査する。	リリカカプセル７５ｍｇ	リリカＯＤ錠７５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
116	一包化にて調剤し、薬剤師が監査にてトラゾドン25mgと50mgが混在しているのを発見。分包機のカセットの中に規格違いの薬剤が一緒になって入っていることが確認された。このため、一包化調剤し直した薬剤を患者へ交付した。	カセット補充時における確認不足	カセットと薬剤の名前、規格の徹底した確認。			トラゾドン塩酸塩錠２５ｍｇ「アメル」 トラゾドン塩酸塩錠５０ｍｇ「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
117	プリビナ液0.05%　50ｍＬ　点眼という用法用量で処方があったため、照会した結果、プリビナ点眼液　15ｍＬ　点眼　へ変更となった。	処方医が患者の希望のままに事前に調べることもなく処方したため、品目や用途、用量も適正でない処方になってしまったと思われる。入力者にあいまいな指示を出した結果、入力者が類似名の医薬品を誤って入力した可能性も考えられる。	併用薬、医薬品名、用量、用法などを処方鑑査でしっかりチェックする。	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
118	カルボシステイン錠２５０ｍｇで処方されていたところ、誤って同錠５００ｍｇで調剤。	当該事象発生時に来客が多く、スタッフも少なかったため負担が増大した。	当該医薬品の配置の転換。繁忙期におけるスタッフの充実。	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
119	違う薬剤が処方されていた	患者様はいぼ治療で受診されたとのことであるが、ツムラヨクイニン湯エキス細粒にいぼの治療等皮膚疾患に関する適応がないため疑義照会を実施。その結果、皮膚疾患に関する適応のあるヨクイニンエキス錠「コタロー」に変更となった。	投薬時に患者様の話をよく聞き、適応と違う薬剤が処方されていないか確認する。	ヨクイニンエキス錠「コタロー」	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
120	一包化の患者様で少し焦り薬を取り違えて処方。交付後だったがすぐに気づいて連絡して、正しい薬をもって謝罪しに自宅へ間違った薬を回収して正しいい薬を渡した。	焦りといつもの薬なので確認不足だった。」	今後は落ち着いて確認を十分に行い、似た名前の薬は注意の札をつける。	オメプラゾール２錠０ｍｇ	オルメサルタン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
121	リンデロンVクリームが処方されていたが、リンデロンV軟膏を間違えてお渡しをしていた。投薬翌日に患者本人から電話があり、少しだけいつものと色が違うような気がすると。電話口で詳細を伺うと剤形を間違えていたことが判明した。すぐに患者宅を訪問し、謝罪。正しい薬剤と交換した。	実務実習の学生が実習中であり、いつもよりも調剤ミスが起こりやすい環境であった。そのことを念頭に置いて、より注意して調剤・監査を行うべきであった。	規格・剤形が複数ある薬剤について再度周知し、監査の際に確認を怠らないようにする。	リンデロン－Ｖクリーム０．１２％	リンデロン－Ｖ軟膏０．１２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
122	ファモチジン錠20mg「トーワ」を間違えてファモチジン錠10mg「トーワ」を渡す	一人の時で初めての処方箋　1包化　パソコン入力時間違えとチェックミス	なるべく一人になる時間減らす	ファモチジン錠２０ｍｇ「トーワ」	ファモチジン錠１０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
123	ツムラ柴胡清肝湯エキス顆粒（80番）を処方のところツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒（10番）で誤調剤。患者様より服用前に気付き問い合わせの連絡が入り発覚。	ツムラの漢方番号のカラーが同一であり漢字の２文字目が良く調剤される１０番の漢方と同一であったため誤りに気付かず調剤、交付となってしまった。	漢方を保管している棚にそれぞれの番号誤りが起きている注意喚起の札を付けて調剤時に必ず目にするようにした。	ツムラ柴胡清肝湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
124	ロキソニンパップをロキソニンテープで渡した　気付いて取り替えに伺う	同成分で確認不十分だった	ダブルチェックを確実にする	ロキソニンパップ１００ｍｇ	ロキソニンテープ１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
125	ベオーバ錠50mgが処方されていたが、ベタニス錠50mgでピッキング。監査時に取り間違いに気づいた。	ベオーバ錠50mg、ベタニス錠50m両剤とも処方を受けることが多い。ピッキングの際、名称も類似していた薬剤だったが確認を怠り取り間違いが発生した。	名称類似の薬剤は取り間違える可能性があるため、在庫するようになった時から意識して注意するようにしていたが、確認を怠り取り間違いが発生した。再度、名称類似薬の確認、認識し、日々業務にあたるようにする。	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
126	一般名【ニフェジピン徐放錠10ｍｇ（12時間持続）】の処方が以前より出ていたが、前回までの薬局がニフェジピンCR（10）で渡していた。入力時、事務員が手帳を確認し、前回までと同様にニフェジピンCR（10）で入力してしまった。ピッキング時に薬剤師が入力ミスに気づき、処方医に規格剤型の疑義照会を行った。	当局が新規開局であったため、以前までの処方を確認する事に気をとられ、処方せんのチェックを怠った。	２次元バーコードでの処方入力（なるべく手打ちをしないようにした）	ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「サワイ」	ニフェジピンＣＲ錠１０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
127	処方箋記載がワンアルファ錠1.0μｇ（変更不可）であったがよく処方されるのが0.5μｇなので0.5μｇを調剤したが監査の時に1.0μｇの間違いと気づく	思い込みによる用量間違いであった	思い込みを無くし、用量用法を確認しながら調剤する。	ワンアルファ錠１．０μｇ	ワンアルファ錠０．５μｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
128	ダイアート錠３０mg０．５錠処方を誤って、ダイアート錠３０ｍｇ１Tで調剤してしまい、入院先の看護師より連絡があった。尚、以前はダイアート錠３０ｍｇ１Tを服用しており、今回からダイアート３０からダイアート１５ｍｇへ変更。処方箋はアゾセミド錠３０ｍｇ１Tと記載、レセコン入力はダイアート１５ｍｇ１Tとしていたが、監査時、処方箋記載ダイアート３０ｍｇのみを確認し、調剤してしまった。	頻回、用量変更が行われ、前の用量に戻ったと勘違いしていた。また、調剤者は、以前割錠して、残薬として残っていた薬を調剤時使用したため、誤りに気付くことがなかった。	PTPから出た薬剤は、ジップロック・もしくは分包し、必ず薬品目・分包日を記載し保管するように徹底。また、分包した際に、２名以上で薬剤の被包と薬剤を確認することを徹底した。	ダイアート錠３０ｍｇ	ダイアート錠３０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
129	カルボシステン錠２５０ｍｇ「ツルハラ」とエクア錠５０ｍｇの外観が似ており、前回調剤後に元の棚に戻す際にカルボシステインの棚にエクアが入っていた。	ＰＴＰシートの色が同じ金色で、照明の反射などで薬品名まで良く見ずに、ピッキング後に余った薬を棚に戻す際に戻す棚を間違えた。	棚が隣通しだったのを、斜め上に配置して、容易に混入しないようにした。	カルボシステイン錠２５０ｍｇ「ツルハラ」	エクア錠50mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
130	フェブリク20ｍｇ錠が処方されていた患者様に、誤って、フェブリク10ｍｇ錠を渡してしまった。患者様が別の疾患で入院の為、薬を持参した所、薬袋に書いてある薬と中に入っていた薬の規格が異なるため発覚。入院予定の為、このままの薬を服用し経過見る事になった。	いつもは翌日に薬を渡す方だが、この日は薬局内で待っていた為、少し慌ててしまったと考える。調剤監査を一人の薬剤師が行い、事務も合わせて確認不足だった。調剤棚は2つの規格が上下に並んでいたことも要因の一つと考える。	規格違いの薬品は棚の位置を離す。規格を目立つように表示する。調剤した薬は、必ず2人以上の目を通す。	フェブリク錠２０ｍｇ	フェブリク錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
131	ツムラ加味帰脾湯が処方されていたが、ツムラ加味逍遙散でお渡しした。	加味逍遙散がよく処方されている為、最後まで薬品名を確認していなかった。	薬品名だけでなく、漢方の番号でも確認する。	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
132	前回までゾピクロン錠10mgが処方されていた患者に、処方変更によりゾルピデム錠10mgが今回から処方された。一般名で処方されており、ゾピクロン錠10mgとゾルピデム錠10mを読み間違え、ゾピクロン錠10mgの先発品であるアモバン錠10mgを調剤し交付してしまった。薬情と実際の薬との差異に患者本人が気付き、服用前に薬を正しいものと交換できた。患者の体調に影響はなかった。	一般名が類似していたため読み間違いをしてしまった。患者本人の強い希望により、今まで処方されていたゾピクロン錠10mgは先発品のアモバン錠10mgで調剤し交付していた。「この患者にはアモバン錠10mgが処方されている」という思い込みも背景にあったと思われる。業務手順書に従い、先発品で調剤する場合は処方箋のコピーに赤ペンで実際に調剤した薬剤の名称を記載している。上記のような思い込みや、読み間違いがあったことでゾルピデム錠10mの記載の横にアモバン錠10mgと書き込みがされてしまっていた。これにより、鑑査での見落としにつながったと思われる。	類似している一般名の薬剤を再度、全スタッフで確認する。調剤時の声出し確認の徹底、鑑査時の一般名処方と調剤された薬の照らし合わせの徹底を強化する。	ゾルピデム酒石酸塩錠１０ｍｇ「日医工」	アモバン錠１０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
133	一般名でアセトアミノフェン処方。入力はアセトアミノフェンだがカロナールで調剤、監査、投薬を行なってしまった。	薬局の採用薬が変更になったばかりで、勤務日数の少ないパートに行き渡っていなかった。監査、投薬は外見が似ているので見逃した。	採用薬の変更はノートに書いて全員に徹底する。監査は薬の名前、薬情の写真も見比べ、しっかり確認する。投薬も処方箋、薬情しっかり確認する。	アセトアミノフェン錠５００ｍｇ「マルイシ」	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
134	一般名で記載されたクロナゼパム0.5mgをクロチアゼパム5mgと誤認し調剤した	繁忙時間帯で業務に追われていた。	現在、調剤→投薬時の目視による監査の間に、バーコードによるレセコン入力との照合をしているため、調剤ミスで患者への手渡しによる問題は発生していない。	リボトリール錠０．５ｍｇ	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
135	セレコックス200は薬剤師自身、リウマチと口腔外科のみの使用と思い込み、リウマチ科であって見逃してしまった。、	企画に丸をつける	規格に、丸をつける	セレコックス錠２００ｍｇ	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
136	先発品オルメテックとジェネリック品オルメサルタンとの間違え	一般名処方の為とり間違えジェネリック品の方が処方人数多いのでピッキングの際取り違え	薬剤師による二重チェックの徹底投薬時薬情と照らし合わせて投薬先発品はほとんど出ないので引き出しに保管	オルメテックＯＤ錠１０ｍｇ	オルメサルタンＯＤ錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
137	ミカムロ処方のところを、ジェネリック医薬品はテラムロであるが、テルチアをピッキング監査で発覚	ミカムロ⇒テラムロミコンビ⇒テルチアのジェネリック医薬品への変換がしっかりとできなった。	テラムロの棚に「先発はミカムロ」テルチアの棚に「先発はミコンビ」のシール添付	ミカムロ配合錠ＡＰ	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
138	フルタイド５０ディスカス６０ブリスターが処方されていたのだが調剤時にフルタイド100ディスカスで調剤してしまっていた。監査、交付時に気付かずお渡し。（この時、２人組の患者様でもう一人分のアドエアディスカスとアドエアエアゾールを誤って調剤されていた。そちらは交付時に気付き正しい物でお渡し）調剤後、患者様ご家族より電話にて問合せあり誤調剤が発覚。使用前に吸入剤の袋の色が違うことで分かり使用せずに済んでいた。	同時に誤調剤が２回起きており、一方に気をとられていたため監査、交付時には気づけなかったのだと思われる。調剤時にはなじみのない規格の物が出ていたので良く調剤するものと勘違いしてしまった。	該当の吸入器がしっかりと区分けされておらず見づらくなっていたので規格事、規格違いは離して保管をしていくことにした。	フルタイド５０ディスカス	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
139	ツムラ八味地黄丸180包を調剤するところ、ツムラ牛車腎気丸180包を調剤してしまった。	名称の確認を怠り、色で判断してしまった。	名称と番号をよく見る。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
140	クリームと軟膏の取り間違い	監査システムの活用	監査システムの活用	ベタメタゾンジプロピオン酸エステルクリーム０．０６４％「テイコク」	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」		ヒューマンエラー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	ユーエフティ配合カプセルを84錠取り揃えなければならないところ、104錠取り揃えてしまった。	ユーエフティ配合カプセルの1包装が12シート(120錠）入りであることを知らずに、1包装から2シートしか抜かずに取り揃えたこと。また、薬を取りそろえた後に再度数を確認しなかったこと。	ユーエフティ配合カプセルの棚に「1包装120錠入り」の注意書きをする。			ユーエフティ配合カプセルＴ１００	ヒューマンエラー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	漢方６２番のところ１２番が混じってしまう。	在庫配備する際に、色及び数字が似ているため、誤って配備	入庫する際に、注意する。同じ色及び番号は、距離を離す	ツムラ防風通聖散エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
143	広域病院からの処方せん。糖尿病と循環器疾患。糖尿病治療薬が多数処方されている患者さん。エクメット配合錠ＨＤ、ジャディアンス錠25mg、シュアポスト錠0.5mgが処方されていたが、ジャディアンス錠25mgではなくジャヌビア錠25mgを調剤。	忙しい時間帯に処方せんのファックスが送られてきた。来局予定が２時間後くらいだったので、患者さんが途切れたタイミングで調剤をしていた。当薬局では、ジャディアンス錠25mgが処方されている患者さんは今回の患者さんのみ。一方で、ジャヌビア錠25mgが処方されいてる患者さんはかなり多い。エクメット配合錠ＨＤにはジャヌビア錠25ｍｇと成分は違うがＤＰＰIV阻害薬であるビルダグリプチンが含有されている。集中して調剤できる状態ではなかった。配合剤の含有成分を意識して調剤できていなかった。	ファックス処方せんの調剤時は集中して取り組めるよう、いつ調剤するのか、だれが調剤するのかなどを明確にする。配合剤に関して、再度確認する。配合剤の一覧表を作成し周知徹底する。処方意図をしっかりとイメージして調剤する。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
144	一般名処方「トリアムシノロンアセトンド口腔貼付剤２５μg」40枚のところ、誤ってアフタッチ口腔貼付錠を交付した。	処方箋に記載された一般名に対してシール剤があることを知らず、貼付錠だと思い込んでしまった。数量の単位が「枚」になっているのを見落とした。日曜日の一人薬剤師勤務の日でOTCのお客様なども次々と来られて慌ててしまい、確認が雑になってしまった。	見慣れていない一般名の薬剤が来た時は面倒でも保険薬事典で薬剤名を確認するようにする。採用品目ではない薬剤の場合、入力時の選択肢にも挙がってこないことあると認識して行動する。	アフタシール２５μｇ	アフタッチ口腔用貼付剤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
145	ヘモポリゾン軟膏14ｇの処方があり、2ｇ/本を7本取り揃えるところ、14本で調剤されていた。監査時に発見。	1本1ｇと勘違いしていた。	今回の製剤以外にも点眼、眼軟膏などでは1本あたりの量が異なる製剤があるため調剤時によく確認する。また、単位も「本」と「ｇ」など見間違いによる計数間違いにも注意するように周知。棚にも1本の含有量を表示する。			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
146	下血で受診　痔の坐剤を整腸剤とともに処方投薬中に話をしていて軟膏との取り間違えに気付いた	軟膏のほうが頻度が高く思いこみで調剤監査システムを無造作に通してしまった監査も素通りしてしまった	監査システムでバーコードを読むことを周知　ない場合は指確認を行う	プロクトセディル坐薬	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
147	処方箋では、アレジオンＬＸ点眼液０．１％　調剤は、アレジオン点眼液０．０５％。取り間違えた。次回受診時に、患者自身が、間違っていると薬をご持参。正しい薬と取り換えた。	アレジオンＬＸ点眼液とアレジオン点眼液は同じ引き出しに入れていた。アレジオンＬＸ点眼液が発売されてから、ほとんどアレジオン点眼液が出なくなったが、出ない薬を調剤したのは、調剤した者も、交付した薬剤師も、正しい薬を出している思い込みがあった。	引き出しの場所を良く出ているアレジオンＬＸ点眼液を手前にして、薬の場所を変えて、周知徹底をはかった。	アレジオンＬＸ点眼液０．１％	アレジオン点眼液０．０５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
148	トラディアンス配合錠ＡＰが処方されているのに、間違えてジャディアンス１０ｍｇをお渡ししてしまった。患者は処方された６０日分服用し、その後、患者家族が来局し、前回もらった薬と今回もらった薬が違うと申し出あり。２か月間、ジャディアンス１０ｍｇを服用した結果、糖尿病の検査値が悪化してしまった。	薬剤師の投薬時の確認不足	投薬時には薬品名、規格、用法、用量などすべてを患者と一緒に確認を行うことを徹底する。	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
149	ロキソプロフェンパップ１００ｍｇが処方されているところ、ロキソプロフェンテープ１００ｍｇをお渡ししてしまった。投薬後に別件で患者が来局し、対応した際にわたっている薬が違うものであることを確認した。	普段からロキソプロフェンテープが多く処方されているため、調剤時に一般名をしっかりと確認を行わなかった。	監査、投薬時にしっかりと確認を行う。思い込みには注意する。	ロキソプロフェンナトリウムパップ１００ｍｇ「日医工」	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
150	経過措置品であるため、アルファカルシドールカプセル１で入力しなければならないところ、トヨファロールカプセル１で入力してしまった。投薬時にも薬品名、規格、用法等写真を見ながら確認しているが、気づかずに患者様にお渡ししてしまった。	投薬時の薬品名、規格、用法等の確認を必ず行うようにしているが、確認が不十分だったと思われる。	監査、投薬時にしっかりと確認を行うように指導した。	アルファカルシドールカプセル１μｇ「サワイ」	トヨファロールカプセル１．０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
151	ラシックス１０ｍｇをお渡ししなければならないところ、フロセミド１０ｍｇ「ＮＰ」を患者様にお渡ししてしまった。	薬局には先発品ラシックス１０ｍｇとジェネリック医薬品のフロセミド１０ｍｇ「ＮＰ」どちらも在庫があり、注意をしなければならい。	投薬時には薬品名、規格、用法、総量などを薬情、薬袋の薬の写真を見ながら確認することを徹底する。	ラシックス錠１０ｍｇ	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
152	フェキソフェナジンDSの０．３ｇ包装をお渡しすべきところを０．６ｇ包装でお渡し。患者より前回のものと色が異なるが、どちらが正しいか確認の電話あり。	２歳未満は１回量が０．３ｇ、２歳を超えると１回量が０．６ｇである。０．６ｇ包装がよく処方されるため、誤って０．６ｇ包装でお渡ししてしまった。	年齢によって投与量が異なることを事務含めスタッフ全員に周知させた。薬品棚に投与量を記載したシールを貼り、調剤時に毎回スタッフ全員が確認できるようにした。	フェキソフェナジン塩酸塩ＤＳ５％「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
153	2月来局時に不足のあった漢方薬。不足分に係数間違いおよび薬剤鳥居間違えが発生した。午前中に来局し、不足分は当日中に配達予定だった。昼に注文した薬が届き、不足分の取り揃えの際に、17日分揃えるところを10日分と計数間違いを起こし、更に10日分の内端数の3日分を異なる薬剤で調剤した。	ツムラの91番と61番を隣り合わせで保管しており、調剤の際に端数の3日分を取り違えたと思われる。係数間違いに関しては、本人の記憶がなく原因背景ともに不明。また、通常はバーコードリーダーで薬を読み取り鑑査に役立てているが、不足分の時は目視の確認のみであった。	同じ色の漢方は隣り合わせに置かない。局内に番号と色は連動していることを周知する。鑑査時にフィルムでまとまった束以外を特に注視する。不足分の数量を改めて確認して数える。	ツムラ竹じょ温胆湯エキス顆粒（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
	鑑査時は昼休憩後の気の緩みか見逃したと思われる。3月に患者本人が薬が足りないと来局、在庫を調べたところ単純な計数間違いでないことがわかり精査し発覚。患者の健康状態を確認し、処方元の医療機関に報告した。						
154	塩化カリウム「日医工」を採用しており、新規で塩化ナトリウム「オーツカ」が採用となった。陳列は５０音順である為、棚番設定する際に隣同士で設定し、隣同士で陳列してしまった。	両薬剤とも少数患者に用いるものであったため、塩化ナトリウムを陳列する際に、塩化カリウムの採用があることに失念していた可能性が考えられる。	当薬局は、散剤を陳列する際は原則として５０音順で並べ、棚番も設定しているが、薬品名称と包装が類似しているため、塩化ナトリウムの陳列と棚番を離して設定した。また、開封済であった為塩化ナトリウムの包装に印を記入した。更に、両薬剤が採用となっていることを職員に周知した。			塩化ナトリウム「オーツカ」 塩化カリウム「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
155	スピオルトレスピマット28吸入が2キット処方されたが1キット不足の対応となった。患者は帰宅を急いでおり、普段よりも短時間での確認での交付となった。不足薬の用意をしている際に交付したものが60吸入であり誤りだったと気づき、患者に連絡し正しい薬品を交付、誤った薬品を回収した。	在庫が無かったため対応に時間がかかり、さらに患者が急いでいたことにより確認が不十分になってしまった。	急いでいる場合でも交付時は処方箋と医薬品をきちんと確認する。	スピオルトレスピマット２８吸入	スピオルトレスピマット６０吸入		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
156	【般】ヘパリン類似物質クリームの処方に対して、ヘパリン類似物質油性クリームを調剤、交付した。投薬後に別の薬剤師が発見、患者の家族へ連絡、使用前に交換し謝罪した。	監査した薬剤師は主に勤務する店舗とは別の店舗のため、【般】ヘパリン類似物質クリームの処方に対応する機会が少なかった。クリームと油性クリームの２種類の剤型があることに気づかなかった。	改めて【般】ヘパリン類似物質クリーム　と　【般】ヘパリン類似物質油性クリーム　２種類の処方が存在することを認識してもらう。	ビーソフテンクリーム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
157	アモキサンカプセル25ｍｇで処方だったが、アトモキセチンカプセル25ｍｇ「サワイ」でピックング監査が通ってしまった。投薬時に確認してもらった際に患者さんより指摘で間違えが発覚。その場で変更し、アモキサンカプセルｍｇでお渡ししました。	忙しい時間帯で立て込んでいた。一包化など多く、繁忙だった。	注意喚起の案内をアモキサンカプセル　アトモキセチンカプセルの棚に貼った。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
158	内科を受診した患者（70歳女性）が処方せんをもって来局した。処方せんには「ロスバスタチン口腔内崩壊錠2.5　1錠/分1朝食後　56日分」と記載されていた。薬剤師Aは調剤する際に薬棚からロスバスタチンOD錠2.5「DSEP」を調剤するところ、隣の隣にあるロスバスタチン錠2.5「DSEP」を調剤したことに気付かず、そのまま鑑査に回した。	よくでるのがロスバスタチン錠2.5「DSEP」のほうであり、かつロスバスタチンOD錠2.5「DSEP」とロスバスタチン錠2.5「DSEP」が近くにあるため間違えてしまった。また来局時は店内が混んでいたため焦りがあった。	ロスバスタチン錠2.5「DSEP」とロスバスタチンOD錠2.5「DSEP」の棚の位置を離した。また業務手順を見直し、調剤者がピッキングした後に、鑑査に回す前に薬の再確認を徹底することとした。さらに規格違いありの表を貼り、取違え防止の注意喚起をした。	ロスバスタチンＯＤ錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	鑑査にあたった薬剤師Bが処方薬のロスバスタチンOD錠2.5「DSEP」ではなく、ロスバスタチン錠2.5「DSEP」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はロスバスタチン OD錠2.5「DSEP」を正しく調剤し、再度、薬剤師Bに鑑査してもらった。鑑査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。						
159	キプレスチュアブル錠を入力すべきところをキプレス錠５ｍｇと入力し、薬袋の印字間えしたものをお渡しした。	急遽、患者希望で薬が追加になったため、疑義照会でお待たせしてしまった。急いでお渡ししたため、薬袋の印字内容の確認をしなかった。	お待たせしていても、慌てず入力内容を確認し、投薬すること。キプレス錠５ｍｇは採用品ではないため、レセコン入力時、入力画面に上がってこないように登録した。			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
160	一包化の方で、前回テルミサルタン錠４０だったが、今回よりテルチア配合錠ＡＰに変更になっていたが、テラムロ配合錠ＡＰを調剤してしまった。	混雑していたため、一包化する前に、別の薬剤師に監査してもらうこともなく、焦って一包化してしまった。	忙しくても、一包化する前に第三者の薬剤師に監査してもらう。当薬局は、薬剤監査システムを導入しており、今回入力もテラムロ配合錠ＡＰになっており、監査システムが役立っていなかった。入力も丁寧に行い、監査システムも活用するようにする	テルチア配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」	テラムロ配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
161	半夏瀉心湯の処方があったが、患者の聞き取りで下痢の症状などなかった喉の辺りのつまりがあるとのことだったので、半夏厚朴湯の間違えではないかと問い合わせをした結果、薬が変更になった	名称が似ているため、Ｄｒが処方し間違えた	患者の症状を確認し、処方されているのが、他の薬である可能性も考慮する	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
162	（1）含嗽液剤であるイソジンガーグルを外用剤のイソジン液で調剤してしまっていた。（2）先発希望の患者にホスレノールチュアブルのところ、炭酸ランタンODを渡してしまった。	（1）直前に似た処方があり、イソジンはうがい薬との記載がなかったから。（2）調剤や監査の時にジェネリックが不可であることを確認していなかった。 チュアブル錠の存在について認識が薄かった。	薬の名称だけでなく用法、用量を確認する。薬歴に間違えた事例を目立つように書込み、注意を促す。	イソジンガーグル液７％ ホスレノールチュアブル錠２５０ｍｇ	イソジン液１０％ 炭酸ランタンＯＤ錠２５０ｍｇ「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
163	投薬後、ご本人より「セチリジンの薬袋にデキストロメトルファンが入ってる」と電話連絡あり。謝罪しご自宅に交換に伺った。	薬局が混雑していた。２人連れで来局。両名とも大量の薬剤（１０種類以上）が処方。外観が類似	混雑時でもしっかり確認外観類似薬の注意喚起	ジルテック錠１０	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
164	一包化作成時に調剤する薬剤師と一包化作成する薬剤師が別の者であった。調剤者がフルバスタチン10mgの処方をアトルバスタチン10mgで調剤していた。一包化作成時に調剤された薬剤が異なることに気づいた。	忙しい時間帯だったため普段処方量の多いアトルバスタチンを調剤してしまったことが考えられる。	処方箋を第一に思い込みなどで調剤しないよう心掛ける。また別の薬剤師の確認で患者様に渡す前にミスに気づくこともできるため一包化する際はピッキングする人とと一包化作成者が別であることも有効である。	フルバスタチン錠１０ｍｇ「三和」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
165	いつもロスバスタチン2.5ｍｇ「ＤＳＥＰ］30錠を渡してる患者にロスバスタチン2.5「ＤＳＥＰ］10錠とロスバスタチン2.5「ＭＥＥＫ］20錠を渡してしまった。	当薬局では、ＤＳＥＰとＭＥＥＫのロスバスタチンを在庫していたが、週1日勤務の薬剤師がＤＳＥＰの錠剤棚にＭＥＥＫを補充してしまい、患者様に渡してしまった。ＤＳＥＰの100錠は、アルミ包装でＭＥＥＫの100錠は透明なセロファン包装なので、開封するときに注意するようにした。	ＤＳＥＰを500錠包装で購入し、ＭＥＥＫを100錠包装で購入することにした。	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「ＭＥＥＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
166	イルベサルタン錠100mg「協創未来」を渡すべきところイルアミクス配合錠LD「オーハラ」を渡した。患者さんは1日目に1錠服用、2日目服用時に気づき薬局に持参され誤りが判明する。	・一般名処方のため、イルベサルタン錠をイルベサルタン・アムロジピン配合錠と間違えた。・確認時集中力を欠いていた。（別の業務のことを考えていた）・写真付き薬情の薬剤写真でチェックすることがあるが、ヒートの色調が同系色で間違いに気づけなかった。	・薬剤の頭の文字のみならず全部の文字を確認する。・目の前の処方のみに集中する。	イルベサルタン錠１００ｍｇ「共創未来」	イルアミクス配合錠ＬＤ「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
167	一般名処方で、後発品に変更しました。先発品と近くにおいていました。60錠必要でしたが、５０錠だしたが、１０錠たりないので、近くの先発品の箱を取ってしまった。AGなので、すごくよく似てる。	両方近くに置かなければ、良かったです。一人で、調剤して、鑑査も自分でしてしまった。	場所の変更、一人の時はより注意する。	ベポタスチンベシル酸塩錠１０ｍｇ「タナベ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
168	定期の薬に追加でビオスリー配合錠が処方されていたがビオスリーＯＤ配合錠で調剤。	在庫がビオスリーＯＤ錠しかなかったことと、処方箋を発行した医院が普段使っている薬がビオスリーＯＤ錠だったため、ＯＤ錠だと思い込んでしまった。交付後数日して気付き、患者さんと医院に連絡。そもそもがＯＤ錠を処方したつもりだったが間違えて普通錠を入力していたとの事で、ＯＤ錠に処方が変更になりました。	普段使っていないものが処方された場合は病院側のミスかもしれないことを頭に入れる。	ビオスリー配合錠	ビオスリー配合ＯＤ錠		ヒューマンエラー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	漢方薬の容量規格の違いによる。ツムラ小青龍湯エキス顆粒は1包3g医師は2.5gと思いこんで処方。薬局側は開封して分封し直すか？で迷い、疑義照会にて医師のミスが判明。医師への当該薬剤の規格を説明、処方量変更。	医療事務・薬剤師の練度。特に医療事務は「漢方薬は2.5g」と思い込んでいる場合があり、疑問を抱かずそのままレセプト入力してしまう。	レセプト入力・鑑査に関わる者への、薬剤の規格バリエーションに対しての注意喚起。	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（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
170	漢方薬は調剤棚に番号順に、２段で新しいロットのものを下段に配置している。調剤時に下段の半夏瀉心湯のみ確認し、上段の漢方薬と一緒に調剤した。しかし下段には半夏瀉心湯(14番)が、上段には柴苓湯(114番)が積まれており他薬と混合して調剤したことが自己監査時に発覚した。	番号がわかっていれば若い番号の場所から探せていたので、調剤した薬剤師の知識不足。薬を納入後、充填した薬剤師の充填間違い。	調剤した薬剤師の研修。充填間違いがあったことを周知し徹底させた。	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴苓湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
171	ユニシアＬＤが処方されており、処方箋はジェネリック変更希望だった。ジェネリックの名称の考え違いによりカムシアＬＤを調剤すべきところをカデチアＬＤをとってしまった。	処方薬のジェネリック名を確認せず経験からピッキングを開始してしまった。	処方薬のジェネリック名を確認してから調剤を行う。	カムシア配合錠ＬＤ「日新」	カデチア配合錠ＬＤ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
172	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「フェブリク錠４０ｍｇ、１錠／分１朝食後、６０日分」と記載されていた。薬剤師Ａは、フェブリク錠４０ｍｇは１シート１４錠入りと思い込んで調剤したが、包装変更でちょうど１０錠入りに変更になったことに気づかず、６０錠調剤するところ、１４錠シート２枚＋１０シート２枚＋４錠で５２錠調剤したが、誤りに気づかず、そのまま鑑査に回した。 鑑査に当たった薬剤師Ｂは、フェブリク錠４０ｍｇが６０錠で調剤されていないことに気づき、薬剤師Ａに誤りを伝えた。薬剤師Ａはフェブリク錠４０ｍｇ６０錠を正しく調剤し、再度、薬剤師Ｂに鑑査してもらった。○１０錠シート○ウィークリーシート	フェブリク錠はウィークリーシートの包装が販売中止になり、１０錠シートに切り替えとなっていたが、１４０錠包装と１００錠包装の箱、シートの大きさが類似しており、包装変更に気づかなかった。また、スタッフ間で包装変更の情報が周知されていなかった。 ○単純なミス○注意力散漫	包装変更があった際には新しい包装に「１００錠包装に変更」と目印をつけておく。スタッフ間での情報の共有を徹底する。			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
173	ラタノプロスト点眼液からラタチモ配合点眼液に変更になったのと、一般名処方での処方だった為、お薬の入力ミスでした。患者様より本日からお薬が変わると、交付の際にご申告があった為、処方箋通りに調剤してお渡しいたしました。	事務員の一般名処方での入力による知識不足と、繁忙が重なり前回のお薬の情報に惑わされた。	一般名の始まりが同じお薬が多々あるので、入力の際に処方箋との照らし合わせの徹底。	ラタチモ配合点眼液「ニッテン」	ラタノプロスト点眼液０．００５％「ＴＳ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
174	処方せんが人参養栄湯の所を間違って人参湯を出そうとした。	処方せんの見間違い、確認不足。	薬剤師間の連携と事務スタッフとの連携、ダブルチェックの実施。	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
175	監査でオパルモン錠５μｇが６３錠の所４２錠しかなく、監査をしたものが不足分の２１錠をピッキングしてジェネリックのリマプロストアルファデックス錠５μｇ「ＳＮ」を調剤してしまった。	監査をしたものがピッキングをしたものに間違いを指摘して改善してもらわずに自分でピッキングしてしまった。	調剤マニアルを順守する。	オパルモン錠５μｇ	リマプロストアルファデクス錠５μｇ「ＳＮ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
176	トリンテリックス２０ｍｇ　1錠14日分処方の所トリンテリックス１０ｍｇ　1錠　14日でお渡ししてしまった。患者は１０ｍｇ　2錠で飲んでくれていたので、たりなくなった7日目に来局して発覚。お詫びして２０ｍｇでお渡ししなおした	トリンテリックス１０ｍｇだけが在庫されており２０ｍｇに前回からかわっていたが、在庫がなかったために次回から取り寄せておきますと取り寄せて、その場では問い合わせで１０ｍｇ　2錠にしてお渡しした。スタッフに２０ｍｇの存在が周知されていたなかったことも要因の１つと考えられる	在庫が複数あるものは周知させる薬情の写真にて監査する内規を徹底する	トリンテリックス錠２０ｍｇ	トリンテリックス錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
177	ラニラピッド錠0.1mg1日1回1錠14日分粉砕指示に対し、メチルジゴキシン錠0.1mg10錠と持参薬ラニラピッド錠0.05mgの半錠16個使用して調剤するように用意したにも関わらず、調剤時メチルジゴキシン錠0.1mg6錠とラニラピッド錠0.05mgの半錠16個で調剤した。監査時に調剤時のメチルジゴキシンのPTPの殻数が一致しないことで発覚した。	0.05mg規格の半錠を0.1mg錠半錠と勘違いした。過量に用意されていると勘違いし事前用意した数量を変更。ダブルチェックしたものの誤調剤となった。経験年数の少ない調剤者と、変更を確認した者の複数規格の認識の欠如が要因。	複数規格、メーカー違いがあるという前提での確認の徹底。粉砕調剤する際に数量変更する場合ダブルチェックではなくトリプルチェックとする。			メチルジゴキシン錠０．１ｍｇ「タイヨー」 ラニラピッド錠０．０５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
178	メナテトレノン　3C　28日分の処方があった。　計数調剤の際に２１Cシートと１０Cシートを組み合わせて、用意したが計数のミスが起こった	卸からの欠品が続いていて、２１C→１０Cのシートに変更　変更した際に引き出しの中で最後は一緒に入れられていた。1列　２Cと３Cで違うが、シートの幅は同じだったため、気付かずに調剤してしまったと考えれれる。	店間やシートの規格、包装変更などで、違う見た目の薬、錠数の薬が入ってきた場合は、旧シートと新ヒートが混合しないようにカセットを同一にしない。　同一にする場合はユニパックなどを用いて、わかりやすくする			メナテトレノンカプセル１５ｍｇ「ＹＤ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
179	チェック体制が甘く、規格違いの錠剤に気づかず、そのまま患者様にお渡ししてしまった。	同じ薬の規格違いが、同じ引き出しに置かれていた。	薬の陳列方法の見直し。規格違いを離して保管する。	フルニトラゼパム錠１ｍｇ「アメル」	フルニトラゼパム錠２ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
180	リバスタッチパッチ（18）処方のところニュープロパッチ（18）で調剤してしまった。在庫管理担当の薬剤師がチェックろしていたところ残数に違いがあることから判明。患者にすぐに連絡を取り確認をしたところ使用前であった。正しい薬をお渡しした。	規格が同じということで違う貼付剤を調剤してしまった。	薬剤の棚に注意の旨を表示。スタッフと情報を共有することとした。	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
181	一般名）トラネキサム酸錠２５０で処方あり、先発希望でありトランサミン錠を調剤すべきところを、トラネキサム酸錠２５０で調剤し、監査でも気づかずにそのまま投薬。患者本人が家で気づき後日来局され発覚。交換となる。	日常、トラネキサム酸錠を頻繁に調剤する機会があり、先発希望ということをしっかり確認しないままに投薬してしまった。	薬歴表紙だけでなく、逆側にも目立つ方法で特別な場合はメモ書きを貼って注意喚起した。	トランサミン錠２５０ｍｇ	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
182	一包化の患者にテネリア錠20ｍｇが処方されていたが、誤ってトラゼンタ錠5ｍｇを分包した。調剤を行った薬剤師本人が分包された薬を確認した際、錠剤の色が違うことに気が付き、患者に交付する前に作り直した。	五十音順でテネリア錠20ｍｇとトラゼンタ錠5ｍｇの保管場所が隣り合っていた。	テネリア錠20ｍｇとトラゼンタ錠5ｍｇの保管場所の再検討。	テネリア錠２０ｍｇ	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
183	12/28（土）10時前、患者様より電話を受けた。12/23(月）にもらった薬を昨日から飲み始め、今朝2回目を飲もうとしたら薬が2.5ｍｇではなく5ｍｇであることに気付いたとのことだった。半分にして飲んでもよいとのことだったが、飲まないようお伝えした。在庫数から間違ってお渡ししていると考えられたため、すぐに５ｍｇ28錠を持ってお伺いし、お詫びをして残薬27錠と交換した。医師に詳細を報告しお詫びした。健康被害はなかった。	ピッキングした薬剤はミスゼロ子でチェックして処方箋の裏側に印鑑を押すようにしているが、この事例では確認印がなく、ミスゼロ子を通さずにお渡ししてしまったと判明。調剤、監査と2人の目を通していたが、複数の患者様を待たせている焦った状態で、湿布薬と2点だけだったため確認がずさんになってしまった。	監査の際、処方箋を裏返してミスゼロ子でのチェックが終わっていることを必ず確認するようにする。また目では丁寧に一つ一つのヒートや端数の部分まで確認するようにしたい。	ロスバスタチンＯＤ錠２．５ｍｇ「日医工」	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
184	ケトプロフェンパップ30mg（10×14cm非温感）の処方のところ、モーラステープL40mgと取り間違えた。	知識不足。また、急いでいた為。	一文字監査を徹底する。	モーラスパップ３０ｍｇ	モーラステープＬ４０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
185	スーグラ錠25ｍｇが処方されているところグラクティブ錠25ｍｇを投薬。患者様本人が気付き来局。服用はされておらずスーグラ錠25ｍｇをお渡し。	薬局に薬剤師がその時間に一人だったため監査思い込みで調剤してしまった。	薬品名、規格をしっかり確認し思い込み調剤をしないように複数が調剤、監査に関わるようにする。	スーグラ錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
186	交付翌日に本人から電話があり、「冷たくて眠れなかった」と。温かい湿布をお願いしたというので処方せんを確認したところ、（温感）の記載があったのを見落としていたことがわかった。	一般名処方のロキソプロフェンナトリウムテープの*「タイホウ」が温感であると知っていながらほとんどが非温感の処方だったので見落と*してしまった。	まず温感か非温感を確認、患者さんの症状もよくきいていれば防げたかもしれない。メーカーの工夫も必要では…	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「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
187	アデホス顆粒１０％１、２ｇ分３にたいして、１、８ｇ分３、０、６ｇ分包品でお渡ししてしまった。一旦お渡しし、不足分があり、再度監査したときに1.2ｇ分３であることに気づき回収。幸い服用することなく健康被害はありませんでした。	分包品の箱や保管場所などに１、２ｇ分２、１、８ｇ分３などと注意を促す工夫をする事で再発を防げると思われる。	電子薬歴のメモ欄に1DOSEと記載しました。	アデホスコーワ顆粒１０％	アデホスコーワ顆粒１０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
188	ベストロン点眼液は1種類であると勘違いしていた	処方箋などを声を出し復唱できていなかつた事と　1種類しかないものとの思い込みがあつた	声を出し復唱する事の徹定	ベストロン耳鼻科用１％　５ｍｌ	ベストロン点眼用０．５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
189	一般名処方でテルミサルタン錠40mg・アムロジピン錠5mgとなっていたところ、ジェネリックのテルミサルタン錠40mgでお渡し。薬歴入力時に前回テラムロAPでお渡ししていた履歴からミスを発見。患者に電話したところ、まだ服用前だったため交換に伺い、患者の健康被害は防げた。	長年テルミサルタン錠40mgで服用されていたが、血圧コントロール不良のためテラムロAPに変更になっておられた患者。担当薬剤師の以前のテルミサルタン錠40mgの記憶が強かったため、間違ってピッキング。患者も以前服用していた薬だったためシートに馴染みがあり、その時に気付かず受け取っていた。	繁忙時間帯のため、薬歴の履歴の確認も十分行わず思い込みでミスをしてしまっていた。薬歴をしっかり確認していれば防げたミスと思われるため、今後は投薬前に必ず薬歴で履歴まで確認して投薬するように徹底する。	テラムロ配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」	テルミサルタン錠４０ｍｇ「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
190	一般名処方でプラバスタチン5ｍｇが処方。当薬局では10ｍｇの処方が多く思い込みによるピッキングミス。繁忙期による監査ミス患者様との確認不足により10ｍｇをお渡し。患者様が翌日間違いに気づき来局。	繁忙期による焦り・確認不足によるミス。	どんなに忙しくても最後の患者様との確認をしっかり行う。	プラバスタチンナトリウム錠５ｍｇ「ＮｉｋＰ」	プラバスタチンナトリウム錠１０ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
191	フロセミド10ｍｇ処方を20ｍｇで入力し、1包化。調剤、監査もそのままで投薬に至る処方箋入力後のチェックで判明し患者に連絡。服薬前に回収。	稀にしかでない規格への注意の徹底	複数規格存在する医薬品の注意の徹底	フロセミド錠１０ｍｇ「武田テバ」	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
192	アイケア０．３％を調剤するところ、一旦０．１％を取り揃えていた。自分ですぐに気づき、０．３％を調剤した。	包装や容器が非常に酷似している。	ポップを作る、箱の規格部分に赤丸をつける。	アイケア点眼液０．３％	アイケア点眼液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
193	1月19日AM10：50頃、本人来局。いつもと違う薬剤が入っていたと訴え。現物を持参されていたので、その場で交換した。	ファモチジンを定期で服用されている患者様。この患者様はファモチジンの後発品のメーカー指定されており、当局は「日新」を採用しているが、この患者様にのみ、「JG」のファモチジンをお渡ししている。監査時、メーカー名まで確認することを怠ったため発生したと思われる。	当薬局には患者が指定されるため、2種類のメーカー違いで同じ薬剤を採用しているものが他にもある。スタッフ全員がどの薬剤がメーカー違いで採用しているものか把握する必要がある。また、電子薬歴の確認事項欄にも、書いておき、投薬時にも必ず確認出来るようにしておく必要がある。	ファモチジン錠２０ｍｇ「ＪＧ」	ファモチジン錠２０ｍｇ「日新」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
194	【般】酸化マグネシウム錠330ｍｇ　4錠分2　朝夕食後　28日分の指示酸化マグネシウム錠330ｍｇ「ヨシダ」で112錠調剤したところ、10錠のみマグミット錠330ｍｇが混ざっていた酸化マグネシウム錠330ｍｇ「ヨシダ」の棚も調べてみたところ、18錠のマグミット錠330ｍｇが見つかった	薬の戻し間違いによる連鎖ミスこの調剤の前段階でマグミット錠28錠の戻し間違いが発端外観も似ているため、調剤者も気づけなかった調べた結果、他に間違えて投薬している可能性はなし	薬品棚の表示を目立つようにした薬を戻す時は、複数人で確認して戻すよう徹底した	酸化マグネシウム錠３３０ｍｇ「ヨシダ」	マグミット錠３３０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
195	ケフレックスカプセル２５０ｍｇの処方であったが、患者様がジェネリック医薬品変更を希望される。集薬の時に、セファレキシンカプセル２５０ｍｇ「トーワ」でなく、似た名前のセファクロルカプセル２５０ｍｇ「トーワ」を取り違えてしまった。調剤録には鑑査のチェックはされていた。錠剤や入力鑑査、投薬の時も見落としてしまい、患者様に薬をお渡ししている。 ２０２０年３月の棚卸の時に発覚。	セファレキシンカプセル２５０ｍｇ「トーワ」とセファクロルカプセル２５０ｍｇ「トーワ」を同じ引き出し内で隣り合わせで置いていた。よく来局される患者様だが、いつもお急ぎの為、早くお渡ししなければいけないと慌ててしまった。	薬剤名が類似している医薬品は、保管場所を離すようにする。先発医薬品からジェネリック医薬品への変更の時には、レセコン入力内容に注意を払うようにする。	ケフレックスカプセル２５０ｍｇ	セファクロルカプセル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た事例
196	ザクラス配合錠ＬＤを調剤するところザクラス配合錠ＨＤを調剤。	特になし	個々の細かい単純なミスに対していちいち改善策を考えたりしません。対策を講ずる必要がある際は記入するので、記入を義務にはしないで頂きたい。	ザクラス配合錠ＬＤ	ザクラス配合錠ＨＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
197	フェブリク錠40mgが14錠シートが製造中止になり、10錠シートに変更になったが、14錠シートのままと勘違いしピッキングした	フェブリク錠は14錠シートしかないという思い込みと、シート変更の伝達不足	包装変更、メーカー変更などあれば申し送り市、箱にも記入する			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
198	カルベジロール２．５ｍｇが1錠に増量されているが、前回までは半分で処方されている。そのままの量で処方してしまった。	事務の入力が間違っていて薬袋を見て調剤	調剤の際には薬袋だけではなく、処方箋を点検してから調剤するべし	カルベジロール錠２．５ｍｇ「サワイ」	カルベジロール錠２．５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
199	ミルタザピン15ｍｇ半錠の処方内容のところ、リフレックス15ｍｇ半錠で調剤し、渡してしまった。	ミルタザピンの処方を見た時に、リフレックスだと思い込み調剤してしまった。	分包するときは、錠剤のシートを捨てずにWチェックをする。	ミルタザピン錠１５ｍｇ「アメル」	リフレックス錠１５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
200	シクレスト5ｍｇの処方内容のところ、ジプレキサザイディス5ｍｇを調剤し、患者さんに投薬する前に気が付き、変更した。	混雑しており、剤形のイメージだけで調剤してしまった。思い込みが原因である。	調剤中に一呼吸おいて、処方箋を確認し、調剤内容を照らし合わす。	シクレスト舌下錠５ｍｇ	ジプレキサザイディス錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
201	新規でランソプラゾールが処方されていたが、誤ってラベプラゾールと入力。入力チェック時に気付いた。	後発品の取り扱いが多くなり、薬品名が似ているものが増えている。事務員はなかなか慣れないため注意が必要。	入力チェックの強化と、監査システムを必ず利用する。	ラベプラゾールＮａ塩錠１０ｍｇ「オーハラ」	ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
202	ツロブテロール0.5ｍｇ「HMT」を今まで出していた。名称変更でツロブテロール0.5ｍｇ「久光」へ	包装もパッケージも同じ。名称が「HMT」→「久光」漢字表記へ	納品の際に確認すべきであった	ツロブテロールテープ１ｍｇ「ＨＭＴ」	ツロブテロールテープ１ｍｇ「ＨＭＴ」		ヒューマンエラー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	ビソプロロール2.５ｍｇ0.5錠1日1回朝食後31日分処方1包化のところ、3日分５ｍｇ0.5錠が混入。錠剤の大きさもほぼ同じで混入に気づかずそのまま監査して投薬する。	鑑査時に空シートを確認するが一部しか確認していないため混入に気づかなかった。	調剤時の確認、鑑査時の確認を徹底する	ビソプロロールフマル酸塩錠２．５ｍｇ「日医工」	ビソプロロールフマル酸塩錠５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
204	慰安名処方でアムロジピン徐放錠2.5mgだった際に、5mgを調剤していたが、監査システムにより間違いに気が付いた。	単純な規格の取り間違い。	薬剤師におけるダブルチェック、および監査システムによる監査の徹底をはかる。	アムロジピンＯＤ錠２．５ｍｇ「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
205	エチゾラム錠0.25mgが処方されていたが、ピッキング時に誤ってエチゾラム錠0.5mgを取ってしまった。監査時に薬剤師が気付き、正しいものと交換した。	規格の「2」の文字を見落とした。	ピッキング時に、処方箋の規格の部分に鉛筆でチェックを入れる。	エチゾラム錠０．２５ｍｇ「ＥＭＥＣ」	エチゾラム錠０．５ｍｇ「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
206	ロスバスタチン5ｍｇが処方されましたが、ロスバスタチン2.5ｍｇを投薬してしまいました。	確認不足でした。	しっかり処方箋をゆっくりとしっかりみて、薬品とｍｇ数をしっかり確認をします。	ロスバスタチン錠５ｍｇ「ＴＣＫ」	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「ＴＣＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
207	サイレース処方のところジェネリックで調剤した	包装の色が似ていたため間違えてしまった	薬歴をよく確認する	サイレース錠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
208	調剤入力時「クロベタ」と入力し、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入力。調剤の際もクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏を出してしまう。調剤監査の際も気付かずクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏を通してしまい患者様に投薬。３月３日に再度病院を受診時に謝りに気が付き、処方医より連絡あり。数日お薬は使用したが途中で中止したので特に薬による副作用はなかった。医師より連絡後、患者様に連絡し説明、お薬の交換を行った。	スレロイド剤の中でも強いお薬のため十分に注意が必要だった。小児のためstrongestは使用しない事に注意すべきだった。	類似した薬剤も多いため、再確認を他の薬剤師が行うことや入力時確認など、さらなる徹底が必要であると思われる。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
209	目薬の処方は0.3%でしたが、0.1%でお渡ししてしまいました。	普段0.1%が処方されることが多い為、今回も0.1%だと思ってしまいました。	0.1%と0.3%の棚をずらして置くようにしました。また、入力画面に大きく0.3%と伝言を入れ、声を掛け合って注意するようにします。	ヒアロンサン点眼液０．３％	ヒアロンサン点眼液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
210	医師と患者さんの間で、血圧の薬を増量してみる話が出ていたらしいが、処方箋入力時に前回と同じ状態で入力、薬情も全て同じく出ていたため、「前回と変わりません」と薬情と照合し、お渡しする際も「そうだな」と、特に問題なかったので、安心していたが、その後本人からお電話があり、「薬がいつもと同じだ」と。処方箋を確認して、調剤過誤発覚。	ご夫婦2人分で、いつもは来ない奥様分の薬に集中した分、ご主人（本人）の方がおろそかになったと考えられる。薬情なども前回Doだったことに慢心していたかも。	薬品は規格から見ること、照合時は処方箋で確認することを徹底	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「トーワ」	アムロジピンＯＤ錠２．５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
211	タリオンを後発品に変更するときに違う成分の後発品（ベタヒスチンメシル酸塩錠）を選んでしまった	ベ○○スチン○シル酸塩錠　商品名12文字の内9文字が同じのため間違えてしまった	両製品の棚位置の変更　付箋貼り取り違いの注意喚起	タリオン錠１０ｍｇ	ベタヒスチンメシル酸塩錠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
212	キプレス細粒１包分１夕食後６０日分処方。キプレス細粒が７包入りのところを１４包入りと勘違いしる。結果６０包お渡しのところを２８包不足の状態でお渡ししてしまう。母親より「いつもより数が少ない」と電話があり発覚。翌日母親の職場までお届けする。	別の患者投薬時当患者の母親が来局。薬剤師が母親と知り合いであったため本来監査して投薬するはずの薬剤師と投薬直前で交代し、内容を十分監査せずお渡ししてしまい、間違いに気が付けなかった。	投薬する薬剤師はどんな場合でも、自分が投薬する際は監査しなおしお渡しする。			キプレス細粒４ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
213	いつもの定期薬だが、残薬があるため、日数調整を行っていた。プランルカストはいつも112.5mgだが、焦っていて、225mgで調剤された状況を鵜呑みにしそのまま投薬した。その後、薬歴入力時にはんすうしていて、225mgをお渡ししたことを思い出し、患者さん宅にお電話をして、お渡しした薬をその場で見ていただき確認したところ、225mgで間違いなかったため、交換しに伺った。	コロナウイルス騒動で、皆急ぎがちな状況で、半錠作成の患者さんや一包化の患者さんと続き、慌てていたと思うが、規格違いがある場合は薬情の写真と照合する時間をおろそかにしてしまったためにおきたと考えられる。	112.5mgと225mgで在庫場所を離れた場所に移す。投薬時にもmgなど複数規格のものは再度確認を行う	プランルカスト錠１１２．５「ＥＫ」	プランルカスト錠２２５「ＥＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
214	カルナクリン５０の棚に、カルナクリン２５が混入。調剤者と監査者は、５０に２５が混ざっていることに気が付かずに調剤業務を行い、交付者が交付前の確認で発見する。	別の薬剤師が、他の患者に依頼されて、採用したカルナクリン２５が、外装が類似していたため、新規採用の棚に入らず、従来品のカルナクリン５０の棚に納品してしまった。カルナクリン２５の採用が、周知されてなく、調剤者と監査者は思い込みで調剤業務をしてしまった。	新しい採用品目は、薬局従業員全員がわかるように、周知を徹底する。発注者は納品まで責任を持つこと。	カルナクリン錠５０	カルナクリン錠２５		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
215	患者様本人が処方箋を持って来局した。処方箋には「【般】ミルナシプラン塩酸塩錠25mg、3錠/分3朝昼夕食後、28日分」と記載されていた。当薬局ではミルナシプラン25mgは塩酸塩錠25ｍｇ「ＪＧ」からミルナシプラン塩酸塩錠25mg「アメル」に切り替えており、入力の際メーカー名入力変更の際、ミルナシプラン７塩酸塩錠15mg「アメル」と入力した。調剤は処方箋を見て行うので正しいミルナシプラン塩酸塩錠25mg「アメル」を84錠ピッキングした。 鑑査の際に処方箋と調剤禄を照合したところミルナシプラン塩酸塩錠25mg「アメル」がミルナシプラン塩酸塩錠15mg「アメル」に間違えて入力されたことが発覚した。鑑査にて正しいミルナシプラン塩酸塩錠25mg「アメル」に入力訂正したため、患者様には正しい薬を交付した。 錠で	メーカー名変更に気を取られて容量を入力間違えた。	入力の際薬品名、容量、メーカー名など見落とさないように入力する。	ミルナシプラン塩酸塩錠２５ｍｇ「アメル」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
216	フリウェルＵＬＤ「モチダ」を「アスカ」で誤調剤	フリウェルＵＬＤ「モチダ」で処方。フリウェルＬＤ「モチダ」で誤入力。監査で気が付き、「ＬＤをＵＬＤで入力するように」と指示。再入力した際に、「モチダ」ではなく「アスカ」を誤入力していたが、気が付かずに投薬を終えた。外観も似ており投薬時にもチェックが十分にできなかった。	始めて調剤する薬は規格の入力ミスが起こりやすい。起こりうるミスとして監査を行う。	フリウェル配合錠ＵＬＤ「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
217	ミカムロAP処方にて後発品への変更希望でテラムロAPのところをテルチアAPを交付しそうになった。薬剤情報との違いで気づくことが出来た。	名称、薬効が似てるところがあり思い込みや注意不足があった。	一人薬剤師が多いため、簡易監査システム　ユヤマのGS1チェッカーを導入した。			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
218	ルパフィン錠10ｍｇ　1錠　1×寝る前　30日　・　アラミスト点鼻液27.5μｇ56噴霧　2キット　・　アレジオンLX点0.1%　10ｍｌが処方される。 採用しはじめたばかりのアレジオン点眼LX液0.1%をアレジオン点眼液0.05%と間違えて調剤した。	新たに採用薬などがある時には、その都度、皆に報告・連絡しているが、慣れや思い込み。	すべての者にも言えるが、特に非常勤など常時いない者へは出勤時に再度伝える。	アレジオンＬＸ点眼液０．１％	アレジオン点眼液０．０５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
219	間違えた漢方をとってしまった（混ざっていた）	2週間分ずつセットの中で気が付かなかった	箱だしをする	クラシエ八味地黄丸料エキス細粒	クラシエ五苓散料エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
220	処方薬がミルナシプラン塩酸塩錠15ｍｇだったが、当薬局でより多く調剤されているミルタザピン錠15ｍｇを調剤者がピッキングし、監査者が見逃し、投薬者が患者様に見せたところ、患者様より形が変わったのねといわれて薬剤の取り違いに気付き、訂正して正しい薬を投薬した。	ピッキングしたのが、国家試験には合格したがまだ薬剤師資格のない職員で、薬品名が似ているため、良く処方されている薬と間違えた。監査者及び投薬者が、しっかりと処方箋の薬品名を確認しないまま、ヒートの色も青でミルタザピンが処方されていると勘違いした。	薬品名を指さし確認するだけでなく、用法も確認する。	ミルナシプラン塩酸塩錠１５ｍｇ「トーワ」	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
221	一般名処方シロドシン口腔内崩壊錠４ｍｇと処方箋に記載。本来シロドシンＯＤ錠を投薬しないといけないところ、普通錠を投薬しかけた。患者からの指摘で発覚	大変繁忙時に来局。　ＯＤ錠と普通錠がとなり合わせにおいてあり、その確認不足から当該事例が発生した。	調剤前、調剤後、投薬時と指差し確認で、監査するよう、今一度確認をした。	シロドシン錠４ｍｇ「ＤＳＥＰ」	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
222	ランソプラゾールOD錠15ｍｇ武田テバが処方されていたが30ｍｇを間違えて交付してしまった。交付後	新しい業務がはいり、それについての焦り、不安があり集中力にかけていた。30ｍｇが調剤されていたものをそのまま交付してしまった。	処方せんと薬を必ず照らし合わせて監査する。規格をかならず確認する。	ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「武田テバ」	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
223	監査時に、プレドニン錠5mgでピッキングされていることに気付き、91日分の方は、プレドニゾロン錠5mgに差し替えたが、同じ薬で同じ服用時点の日数の異なるもう一つの薬袋の7日分の方の差し替えをもらしてしまった。	同じ薬で同じ服用時点の日数の異なるもう一つのものがあるという認識がかけてしまっていた。	監査時にピッキングミスが発覚した場合に、その時点で見終えているものも、再度すべて確認するようにする。	プレドニゾロン錠「タケダ」５ｍｇ	プレドニン錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
224	クレストール錠2.5mg112錠交付するべきところ、うち100錠をクレストールOD錠2.5mgで交付してしまった。	納品されたクレストールOD錠2.5mgを調剤棚にしまう際に、誤ってクレストール錠2.5mgの引き出しにしまってしまった。	外観が類似していたので、クレストールOD錠2.5mgは塩野義、クレストール錠2.5mgはアストラゼネカの物とし、外観を変えた	クレストール錠２．５ｍｇ	クレストールＯＤ錠２．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
225	一包化調剤において、ノイロビタンを分包するところ、ノイロトロピンを分包し、鑑査時に誤調剤に気づかず、交付されてしまった。	患者の来局が集中し、焦りから確認を怠り、名称の違いに気づかず調剤。調剤補助者による類似名称品の取り違いは容易に想像がつくものであるが、鑑査者の手順不徹底により、そのまま交付に至ってしまった。	非薬剤師による調剤により、起こりうるミスの内容を薬剤師間で共有し、調剤補助の業務にあたる職員に対しても、随時起こりやすいミスについては指導していく必要がある。非薬剤師による調剤業務に関しては施行されてから、日が浅いこともあり、今後も随時業務手順の見直しと教育を思案していく必要がある。	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
226	一般名：メキシレチン塩酸塩錠100mgの処方に対し、メキシレチン塩酸塩錠50mg「杏林」を調剤。監査時に気がついた。	『メキシレチン塩酸塩錠50mg「杏林」』と『メキシレチン塩酸塩錠100mg「杏林」』を在庫。双方の薬剤のパッケージ外装が極めて酷似している。薬品収納棚に立てて収納した場合、ぱっと見では同じものに見えてしまう。	双方の薬品外装に「現在処方されている患者名」を記載。違う患者に調剤しないように注意喚起。	メキシレチン塩酸塩錠１００ｍｇ「杏林」	メキシレチン塩酸塩錠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
227	ビオスリー錠が処方になっていたが、ビオフェルミン錠を調剤してしまった。	普段ビオフェルミン錠が多く処方されているので、思い込みでビオフェルミン錠を調剤してしまった。	間違いを皆に周知させ鑑査を徹底する。	ビオスリー錠	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
228	処方内容にパンデル軟膏の記載があったが、1歳患者様にパンデル軟膏は強すぎるのではないかとの疑いがあり、患者様に症状とお薬手帳を確認したところパルデス軟膏の間違いであることが発覚した。	患者様の様態やステロイドの強さの種類を把握しておく必要がある。	患者様の様態やステロイドの強さの種類を把握しておく必要がある。	パルデス軟膏０．０５％	パンデル軟膏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
229	アドエア多規格採用があり、また隣同士で在庫管理しており、思い込みで調剤間違いが起きたと思われる。	規格に注意があるもの、やはり在庫の場所を工夫したり、目立たせる注意書きなどが必要。	仕切りもうまく用いて、まずは並び順を工夫する。	アドエア２５０ディスカス２８吸入用	アドエア５００ディスカス２８吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
230	先発希望の患者様で、一般名処方で【般】アテノロール錠25mgが処方されており、調剤者が先発医薬品と誤認してアルセノールを調剤していた。入力者は先発在庫があったため、先発希望に従い、テノーミン錠25 25mgを入力し、監査者が気付いたため、調剤者に指摘、修正した。	アルセノール錠は後発医薬品ではあるが、一般名に未だ切り替わっていない名称の薬である。調剤者の知識不足、調剤録の確認不足が招いたヒヤリ・ハット事例でした。	調剤録確認（調剤録に後発品であるかどうか、そもそも薬品名が記載されている。）の徹底。先発後発の知識教育指導。	【般】アテノロール錠25mg	アルセノール錠25		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
231	処方せんにカムシア配合錠「ニプロ」と記載がありピッキングを行っていたが途中で「あすか」のものが混ざっているのに気が付き全て「ニプロ」のものでピッキングし直した。	「ニプロ」の棚に「あすか」が間違えて入っていた事が原因で、箱の色が似ているため納品時に棚に補充を行うとき間違えて補充してしまったと考えられる。	GEについては成分名は同じでメーカだけが異なるのでメーカーもしっかり確認した後棚に補充するように、薬剤師、事務等にしっかり伝達を行った。	カムシア配合錠LD「ニプロ」	カムシア配合錠LD「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
232	派遣薬剤師の監査投薬。投薬時の眼前監査で気が付き渡ることなくすみました。デザインが似ているため監査でスルーしてしまった様子。カロナール500ｍｇ頓服の処方	忙しかったのもあり、処方箋の最後の薬の監査をしっかり行えてなかった、派遣薬剤師のスキルにも問題があった	似た薬には注意喚起の付箋を貼りました。場所も同じ縦列にあったのでずらしました	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
233	コロナウイルスの影響で発熱症状がある方は車まで配達し投薬・服薬指導を行っていたが、外来が忙しくなり、焦りがあった為か監査を怠って患者の前まで間違った処方を調剤し、説明してしまった。	調剤業務が忙しく、処方監査を怠った事。車まで配達する際には、十分に過去の薬歴も含めて監査する時間を割かなかったのが要因と思われる。	配達する際には1度1分以上過去の薬歴と照らし合わせて十分に妥当と判断したうえで配達を行う事にした。またカルボシステインのメーカーが同じであったため識別しやすいように異なるメーカー採用とした。	カルボシステイン錠５００ｍｇ「ＪＧ」	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
234	アローゼン0.5g/包をピッキングする予定が1g/包のものをピックしてしまい、用量が倍量となってしまった。監査でブロック。	アローゼンの0.5g/包、1.0g/包は見た目も似た雰囲気なのでミスが起きた。	ピッキング監査システムをフルに使えるようにし、それに伴う入力ミスが無くなるよう徹底する。	アローゼン顆粒	アローゼン顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
235	ベリチーム配合顆粒0.5ｇ3包30日分のところ１ｇ包30日分で調剤、服薬指導を実施した。投薬後に調剤ミスに気が付き該当患者様に連絡、交換対応を行った。	店舗にベリチーム配合顆粒の0.5ｇ包製品の在庫はなく、1.5ｇ/日と3.0ｇ/日を錯誤したまま調剤配薬を行った。	1ｇ包製剤と0.5ｇ製剤を在庫を確保しておくこと、調剤時の確認不備を減らすこと実施していく。	ベリチーム配合顆粒	ベリチーム配合顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
236	錠剤が処方されていたところ、同薬剤の顆粒(分包品)にて調剤してしまった。	繁雑な状況だったため、思い込みにより上記のピッキングミスが生じてしまった。	調剤時にどれだけ忙しい状況であっても、必ず処方箋コピーの規格に赤丸をつけ調剤数量を赤字で記載した後に調剤する。	アデホスコーワ腸溶錠６０	アデホスコーワ顆粒１０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
237	定期の処方においてノボラピッド注のフレックスペンが出されていたが調剤間違いによりフレックスタッチをお渡し。お渡し後に患者本人から電話をいただき過誤が発覚、その日のうちに正しいものとお取替えをした。	冷所にフレックスペンとフレックスタッチが隣り合って置かれていたため起きたと考えられる。	2剤の距離を離して札を貼り注意喚起を促した。タッチ、ペンの違いについてあらためてスタッフ内で情報を共有した	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
238	バラ錠のマグミット錠２５０ｍｇをマグミット錠３３０ｍｇで一包化した。	実務実習生の受け入れでバラ錠の整理をしてもらっていたところ規格違いが混入したと思われる。	バラ錠の整理には十分気を抜かず再度確認が必要。	マグミット錠２５０ｍｇ	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
239	Ｒ１年11月までの処方箋では、アダラートＣＲ20ｍｇと記載されていた。 Ｒ2年1月7日・3月3日の処方箋には【般】ニフェジピン徐放錠20ｍｇ(12時間持続)と記載されていたが、 気がつかずに、ニフェジピン徐放錠Ｌ20ｍｇのところ、前回同様ニフェジピン徐放錠ＣＲ20ｍｇをお渡ししてしまった。 Ｒ2年4月28日の処方箋を受け取った時点で、【般】ニフェジピン徐放錠20ｍｇ(12時間持続)と記載されており、 アダラートＣＲであれば、(24時間持続)であるはずと気がつき、患者さんも薬の変更は聞いていないことから、 疑義照会を行ったところ、【般】ニフェジピン徐放錠20ｍｇ(12時間持続)→(24時間持続)に変更と、医師に確認した。 患者さんには、健康被害がなかったこと確認済み	以前から長年飲んでいる薬のため、変わらないだろうという慢心により、記載の変更に気がつかなかった。	一般名処方の規格の部分まで、注意深くチェックするよう心がける。 一つの薬剤の一般名において、規格違いの表記の種類を事前に確認しておく。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
240	【正】レニベース錠５　５ｍｇ　１日１回朝食後　９８日分【誤】レニベース錠５　５ｍｇ　５８日分　　レニベース錠２．５　２．５ｍｇ　４０日分	５ｍｇ錠の間に２．５ｍｇ錠が４０錠挟まっていたため充填時に規格ミスが起きたものと思われる	鑑査するときはきちんと全てのヒートの薬品名、規格、デザイン等確認する。充填時は必ずＰＤＡを通すように再度局員と確認しあう。投薬の際にも必ずヒートの色やデザイン等確認を行う。忙しい時間帯でも、焦らず落ち着いて鑑査を行う。	レニベース錠５	レニベース錠２．５		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
241	フェブリク10ｍｇを40ｍｇと取り間違え。監査時に気づいた。	時間帯不明だが納品時、フェブリク10mgの場所に40mgが入っており、そこで取り間違えてしまった。	規格違いの薬品の納品場所が近かったので離した。指さし確認、声出し確認徹底する。	フェブリク10ｍｇ	フェブリク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
242	定期薬で一包化の予製からトコフェロールニコチン酸200mgであるべきものが、100mgで予製していた。来局後の一包化する際に不確認のまま100mgで調剤し、しかも一包化後の確認作業も2人でするが2人ともスルーしてしまった。翌日、患者様が来局されいつもと違うのが入っていると申し入れがあり規格違いの薬剤と判明した。	関わった薬剤師のDo処方であると緩慢になった事、一包化の確認も数だけ確認であった事などが原因で、作業手順書通りにしなかった。	2人の薬剤師に対しては、きちんと処方箋を見ながら薬剤の規格確認する様、また一包化の確認も薬情など見ながら規格確認する様に徹底する。	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル２００ｍｇ「ＴＣ」	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル１００ｍｇ「ＮＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
243	Ｒ１年11月までの処方箋では、アダラートＣＲ20ｍｇと記載されていた。Ｒ2年1月7日・3月3日の処方箋には【般】ニフェジピン徐放錠20ｍｇ(12時間持続)と記載されていたが、気がつかずに、ニフェジピン徐放錠Ｌ20ｍｇのところ、前回同様ニフェジピン徐放錠ＣＲ20ｍｇをお渡ししてしまった。 Ｒ2年4月28日の処方箋を受け取った時点で、【般】ニフェジピン徐放錠20ｍｇ(12時間持続)と記載されており、アダラートＣＲであれば、(24時間持続)であるはずと気がつき、患者さんも薬の変更は聞いていないことから、疑義照会を行ったところ、【般】ニフェジピン徐放錠20ｍｇ(12時間持続)→(24時間持続)に変更と、医師に確認した。患者さんには、健康被害がなかったこと確認済み	以前から長年飲んでいる薬のため、変わらないだろうという慢心により変更に気がつかなかった。	一般名処方の規格の部分まで、注意深くチェックするよう心がける。一つの薬剤の一般名において、規格違いの表記の種類を事前に確認しておく。	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
244	リンデロンＶ軟膏をリンデロンＶＧ軟膏で入力してしまった	処方箋の薬品名で似たようなものを読み間違ちがっている	処方箋の薬を確認する時は、薬品名、規格、用量をひとつひとつ確認すること	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
245	3歳女の子、体重18キロ、カロナール細粒20%が8g処方されていた。	確認不足	色んな人の目を通して監査する。	アセトアミノフェン「ＪＧ」原末	アセトアミノフェン「ＪＧ」原末		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
246	患者より、サラゾピリン錠に対して、後発医薬品での調剤依頼があり。成分名から検索して、監査者はサラゾスルファピリジン腸溶錠（アザルフィジンEN錠のGE）にて調剤。薬剤交付前に薬歴の再確認を実施したところ、適応症と原疾患があっていないことに気がつき、発覚。患者には正しい薬剤で交付。	監査者の思い込み、および知識不足に起因。	類似名称の後発医薬品について社内掲示板で事例紹介と注意喚起。また、レセコン入力の際に特殊な拡張機能を使用しないと入力できないように制御されているにもかかわらず、その機能を使用していたため、拡張機能は使用しないように手順を変更。	サラゾピリン錠５００ｍｇ	サラゾスルファピリジン腸溶錠５００ｍｇ「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
247	分包紙にアレジオンドライシロップで印字するところ、アレグラドライシロップで印字	同じ系統の薬で名前が似ているための選び間違い	マニュアル遵守、自己監査の徹底			アレジオンドライシロップ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
248	リンデロンVローションをピッキングするところを誤ってマイコスポール外用液をピッキングしてしまった	容器の外観がにているために間違えてしまったと思われる	保管場所を離して保存する事にした	リンデロン－Ｖローション	マイコスポール外用液１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
249	ラックビー錠で調剤すべきところ、ラックビー『微粒』で調剤してしまいました。	剤形の確認不足でした。	調剤時、投薬時において、処方箋原本の記載薬剤の確認を徹底する。	ラックビー錠	ラックビー微粒Ｎ		ヒューマンエラー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	頻尿と高尿酸血症で通院中の86歳男性が、タムスロシン塩酸塩OD錠0.25ｍｇ「KN」とアロプリノール錠100ｍｇ「日医工」を朝食後1錠づつ継続服用している。残薬を確認したところ、タムスロシンが余り、アロプリノールが不足していた。	両剤とも銀色ヒートに青字印刷の酷似した外観なので、おそらく服用時に取り違えたと推察される。	しっかりした方なので、両剤を提示し似ていることを伝え、本人も了解されていたが、やはり酷似による取り違えのリスクはあると判断し、次回分からアロプリノールを「日医工」(銀色ヒート青字)から「タナベ」(金色ヒート赤字)に変更するように手配した。			タムスロシン塩酸塩ＯＤ錠０．２ｍｇ「ＫＮ」 アロプリノール錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
251	ニセルゴリンで処方され調剤すべきところ、ニコランジルで調剤し交付した。交付後帰宅した患者から薬局へ電話で確認があり、取り違えに気がついた。薬局で確認後、当日速やかに患家にニセルゴリンを持参し、間違った薬を服用することなく、ニコランジルは回収した。	当日対応した薬剤師は普段は別の店舗で勤務しており、当店での勤務には不慣れであった。また、当日は調剤と監査を同一薬剤師が行なった。ニコランジルとニセルゴリンは隣同士の棚に陳列しており（段は別で、ある程度離れている）、シートデザインも似ていた。	やむを得ず調剤者と監査者が同一薬剤師となる場合は、事務員とも相互確認するようにした。また薬剤交付時、患者自身とも目視確認を実施するよう改善した。ニコランジルとニセルゴリンの棚の位置を以前より離し、取り違えが起こりにくいよう配慮した。棚に掲示する薬品名もわかりやすいものに変更した。	ニセルゴリン錠５ｍｇ「日新」	ニコランジル錠５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
252	インスリン　グラルギンBS注ミリオペンを調剤しなければならないところ、インスリン　グラルギンBS注カートを調剤し、鑑査に回した。鑑査者が鑑査システムの機械を使用し、誤りに気付いたため、調剤者に調剤し直してもらい、再度鑑査してもらった。鑑査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	インスリン　グラルギンBS注ミリオペンとインスリン　グラルギンBS注カートは名称が似ており、配置が近かったため間違えた。	二つを区別するため、位置を離した。	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　グラルギンＢＳ注カート「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
253	一般名処方でフェキソフェナジン錠60ｍｇの処方があり、後発品希望の方へ先発品のアレグラ錠で調剤、鑑査まで完了する。交付時に患者と薬剤を確認している際にアレグラ錠であることに気付く。	フェキソフェナジン錠「トーワ」のヒートの色はアレグラ錠と同じ紫色だった為、鑑査では気付かなかった。但し、錠剤の形はアレグラと異なり丸型であり、鑑査時に外観で気付くことは可能だった。	ヒートの裏面だけでなく、錠剤の外観での確認の重要性を確認。ヒート面での薬剤名の確認を徹底する。	フェキソフェナジン塩酸塩錠６０ｍｇ「トーワ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
254	定期でメトホルミンが処方されている患者に、ＨｂA1cの数値が上がっているということで、エクアとスイニーが追加されていた。どちらもDPP阻害薬であるため、確認のため問い合わせしたところエクアが処方削除された。	医師の入力ミスの可能性	糖尿病薬で同時に２種類が追加、さらに同じDPP阻害薬が処方されていることに疑問をもてば疑義照会につながる。			エクア錠５０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
255	タケキャブ10ｍｇとタケキャブ２０ｍｇの取り違え。調剤監査者へ薬を手渡す前に、調剤者自身が自己監査をしている過程でタケキャブ20ｍｇを取り揃えしていることに気付き、正しい薬剤に交換できた。	両薬剤の調剤棚の位置が隣接している。	調剤棚の位置を変更。具体的には、タケキャブ10ｍｇを調剤棚Aの最後尾へ置き、タケキャブ20ｍｇは次の調剤棚Bの最前列に置いた。	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
256	エクメットHDとLDの取り違え。薬剤交付時、患者がカウンターに並べられたエクメットLDを目にして誤りに気付く。	時間帯が昼前で繁忙であり、調剤監査が不十分であった。両薬剤の調剤棚の位置が隣接している。	調剤棚の位置に変更を加えた。具体的には、カムシアHD、ザクラスHDなども含めた劇薬の配合錠HDをまとめて劇薬棚の最後尾に集めた。	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
257	レルベアとアドエアの取り間違いに気付かず、そのまま出してしまった。患者様に現物を見せながら投薬したが何も言われなかった。後日、使おうとした患者様より違うものが入っていると連絡あり。ご自宅へ届けた。	形状が似ているので思い込み。薬剤師1人なので監査も思い込みでそのまま出してしまった。	処方箋にチェックを入れるなど、監査を徹底する。	レルベア１００エリプタ３０吸入用	アニュイティ１００μｇエリプタ３０吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
258	マグミット３３０のところ、マグミット２５０で調剤してしまった。患者様の施設の医療従事者が気づいて連絡をいただき、その後交換。	慣れ、慢心による用量の確認不足、また監査者もきちんと確認せず見落としてしまった。	薬品の成分、用量、外観も併せて、きちんと確認する。	マグミット錠３３０ｍｇ	マグミット錠２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
259	ツムラ桂枝伏苓丸が処方されていたがツムラ桂枝湯を投薬した。患者さん本人が気付き薬局に電話をしてきて発覚。	ツムラの包装の色、番号、名前が似ており薬剤師の確認もれ。また患者さんが多い時間帯だった為しっかり監査をできないままお渡ししていた。	患者さんの多い時間帯には薬剤師の人数を増やす。急がず患者さんを待たせても監査は一種類ずつしっかり確認する。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
260	普段、メンタルクリニック利用、多種の薬服用	ツムラ加味・・・だけで判断しない	薬局にある薬でよく使う薬を最初に浮かんでしまった	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
261	ロキソプロフェンナトリウムテープを「タイホウ」で調剤するところを「日医工」で調剤してしまった。	混んでいて処方箋に温シップと書いてあるのを見落としてしまった。	処方箋の内容を確認する。	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
262	ティーエスワンカプセルT20をお渡しするはずがジェネリックであるエスワンタイホウをお渡ししてしまい、患者様がそれを服用してしまい血尿・発熱・腰痛が出た。	調剤するほとんどの薬がジェネリックになっているためジェネリックを何も考えず調剤してしまったため	先発医薬品希望の方についてはマークをつけて注意を促した	ティーエスワン配合カプセルＴ２０	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
263	ベザトールSR錠200mgの棚にベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」が混入し判別がつきづらい状態になっていた。	よく処方が出るベザフィブラートを戻す際にベザトールの棚に戻してしまったものだと思われる。外観がほぼ同じの為とても判別がしづらいのが要因と思われる。	あまり処方が出ないベザトールを別棚にしまい改善した。	ベザトールＳＲ錠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
264	ポリシロ錠を調剤する際にポリシロ錠は１束120錠となっているが１束100錠であると思い込み患者様に多く薬を渡してしまった。	錠剤の１束＝100錠であるとの思い込み	ポリシロ錠の束を全て解体し、100錠ごとに輪ゴムで束を作成する			ポリシロ錠４０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
265	処方箋の記載はミコンビ配合錠ＢＰで、ジェネリック変更にする際に、誤ってテラムロ配合錠ＢＰを調剤する。監査でも見逃してしまい、患者に交付する。	テルチア配合錠ＢＰ「ＤＳＥＰ」とテラムロ配合錠ＢＰ「ＤＳＥＰ」が名称類似品である事と規格がどちらもＡＰとＢＰである事	テルチア配合錠とテラムロ配合錠が名称類似品である為、監査時は特に注意して監査する対象とする。	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
266	メイアクトMS錠100mgの後発品であるセフジトレンピボキシル錠100mgをセフカペンピボキシル錠100mgと取り違いを起こし、監査時に発覚した。	処方箋に記載されている薬剤名が後発品に変更され、その名称が別の薬剤と類似していたために薬剤を取り違え、監査時まで気づかなかった。	薬局にある名称が類似した薬剤の在庫を理解して、処方内容をよく読み声に出し薬剤名を正確に把握する。	メイアクトＭＳ錠１００ｍｇ	セフカペンピボキシル塩酸塩錠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
267	患者が処方箋をもって来局した。処方箋には「セフカペンピボキシル塩酸塩錠100ｍｇサワイ」と記載されていた。事務員が処方入力を「セフジトレンピボキシル錠100ｍｇトーワ」と入力した。監査時も「セフジトレンピボキシル錠100ｍｇ」と思い込み、投薬直前、薬剤師が気付き、調剤し直した。	経験年数が浅いため、よく取り扱う薬剤名を入力、監査してしまった。	自局で採用している名称類似や外観類似の医薬品について把握し、ミーティングなどの機会を通じて注意喚起・情報共有を行う。医薬品名を指差し、名称を読み上げて調剤する。	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「トーワ」		ヒューマンエラー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	一般名でヘパリン類似物質スプレー0.3%が処方された。患者様本人に確認することなくヘパリン類似物質外用スプレーを投薬した。	「外来で先生から泡スプレーを出しますと言われたけど違う」との電話でご指摘があり発覚。ヘパリン類似物質泡スプレーが希望だったことが分かった。	一般名で処方が出たときは必ず使う部位を聞く。外用スプレーか泡スプレーがいいのか患者さんの意見も聞いて判断してから投薬する。			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
269	一包化の中に、朝食後服用の薬が夕食後に一個ずれて入っていた	一包化希望の方が多く、監査も迅速にしないと業務がまわらないため、慌てて監査したと思われる	ゆっくり丁寧に監査をする			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
270	ツロブテロールテープ2ｍｇ処方の患者にビソノテープ4ｍｇを調剤投薬してしまった。薬の受け取りの訪問看護師から連絡が入り間違いに気が付いた。すぐに医薬品を取りかえた。	同じ引き出しに在庫されており、外観、色調が似ており間違いに気が付かなかった。	配置場所の変更、薬品名がよりはっきりわかるように大きく薬品名を記載変更した。	ツロブテロールテープ２ｍｇ「久光」	ビソノテープ４ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
271	採用薬として、68番の芍薬甘草湯の次が、138番の桔梗湯であったため、1の位が8番は赤い箱で3箱並んでいた。以前、間違いそうと思い138番を移動させたので、すべて68番と思い込み調剤した。監査機器アッテルノが、漢方の登録がないため、事務スタッフに確認してもらった。空き箱を片付ける際に、68番と138番の箱が空いていたため間違ったと思ったが、在庫を確認したところ合っていた。	その時に限り3名の来局があり、「まだ？」という声も聞かれ焦っていた。ピッキングが68番28包であったため、端数を戻す際に隣にあった138番の箱に戻そうとしたものと思われる。	同じ色の番号違いは、棚の段を2段下に離して保管した。	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
272	フェブリク40ｍｇを70錠調剤の際、1シート10錠シート包装にもかかわらず5シートで調剤していた。ダブルチェックの際に判明した。	フェブリク40ｍｇは発注包装単位の変更により、当薬局では14錠シートから10錠シートへ採用を変更した。フェブリク40ｍｇの10錠シートはほかのものより長く、14錠シートとの違いがわかりにくいため、注意喚起の張り紙を行っていたが、「70錠」という処方の際に今までの慣れで14×5と計算してしまったと思われる。	計数調剤鑑査の際は、シートの枚数だけでなく1シートの錠数も確認することを徹底する。特にフェブリク40ｍｇについては、患者も勘違いしやすいため変更後最初の投薬時には一緒に数を確認する。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
273	ザルティア2.5mgとザルティア5mgの入力誤り	忙しく確認不足が原因。入力後と印刷後の二重チェックを怠ったのが原因。	環境に関係なく入力後と印刷後の二重チェックを徹底する	ザルティア錠２．５ｍｇ	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
274	リパクレオンカプセルを180カプセルを調剤する際に、1シート12カプセル包装にも関わらず18シート調剤されていた。ダブルチェックの際に発覚した。	リパクレオンカプセルは1シート12カプセルの包装であり、数え間違いを起こしやすい包装である。以前にも同様の間違いがあったため注意喚起していたが、あまり処方の機会がないため、再度発生したと思われる。	リパクレオンカプセルの包装箱と処方される患者の薬歴に、「1シート12カプセルのため数え間違い注意」と記載した。			リパクレオンカプセル１５０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
275	患者が「クラシエ桂枝加芍エキス細粒　２ｇ　７日分」と書かれた処方箋を持参した。薬剤師Ａが、クラシエ芍薬甘草湯エキス細粒　２ｇ　７包調剤し、投薬者の薬剤師Ｂに渡した。薬剤師Ｂは監査し、クラシエ芍薬甘草湯エキス細粒のままで、薬袋に入れ、口を折り曲げた。コロナ対応だったため、患者の目の前で確認せず、お渡しした。	薬品名が類似している。	漢字名、確認。	クラシエ桂枝加芍薬湯エキス細粒	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
276	プラザキサ75ｍｇでお渡しするべきところプラザキサ110ｍｇで調剤し、監査もそのまま110ｍｇのままでとおってしまいそのまま施設へお届けしてしまいました。	繁忙な背景は否めないが規格に関する注意力の欠如が一番の要因と考える。	ピッキング時、調剤時、監査時のトリプルチェックの徹底。	プラザキサカプセル７５ｍｇ	プラザキサカプセル１１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
277	カムシア錠HD錠とフェブリク錠40mgを３０錠づつ調剤。患者帰宅後にピルケースにセットした際フェブリク錠だけが８錠足らない事に気付き来局された。	以前までフェブリク錠は１４錠シートだったのが、１０錠シートに変更していた。変更の情報は薬局内で共有していたが思い込みで１０錠シート２枚と２錠で調剤してしまい、監査時も１４錠シートだと思い込み気付く事が出来なかった。	思い込みで判断せず、徹底した監査を心掛ける。投薬時にも出来るだけ患者様と一緒に見てもらい防いで行く。			フェブリク錠４０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
278	コロナ対応での　FAXでの処方　受付だったため　原本との照らし合わせが不十分により　規格間違いで　交付。投薬時も　接触したくないとの事より　そのまま交付したため　取り間違いに　気がつかなかった・後日、患者家族により　異なるものが　入っているとの　再来局あり。まだ　手持ちがあった為　服用前での　薬剤交換を行った	新型コロナウィルス対応でのFAX受付処方。また、調剤は　慣れによる規格間違い。接触を避けたい。	通常と　異なる受付体制でも　薬歴等　規格などの　変更確認の徹底を行う。患者側からの症状の確認も最低限でも行う。	アムロジピンＯＤ錠２．５ｍｇ「サワイ」	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
279	在宅をメインにしているところからの処方。セロクエル錠12.5mgと処方箋に記載があるが実際には存在しない薬。疑義照会後、一般名　クエチアピン錠12.5mgに変更となる。	先生が患者宅にて手書きで記載の為、セロクエル錠12.5mgと直接処方箋に記載してしまったのではないか。	処方箋入力時にきちんと最後まで記載名を入力することでその医薬品が存在するかしないかが分かる。			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
280	セレスタミン配合錠を出すところを誤ってセレキノン錠100ｍｇを出してしまった。患者様が１錠服薬しいつもの薬との違いに気づいたので来局され間違いに気づいた。	多忙による注意不足で監査がおろそかになってしまった。	ダブルチェックの徹底。類似名商品のチェック強化及びリスクの共有。	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
281	一般名処方でゾルピデム普通錠が処方されていたが、本人はOD錠を希望されており、以前からOD錠で調剤していたが、その日に限り処方箋の一般名である普通錠をピッキングしてしまった。	処方箋の一般名を、普通錠から口腔内崩壊錠に変更してもらった。	薬情と薬歴画面をピッキングした薬と画像とともに照らし合わせる。	ゾルピデム酒石酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「サワイ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
282	交付時に患者希望でマグミット錠の調剤日数の変更があった際、追加分を酸化マグネシウム錠でとってしまった。	医療機関問い合わせの返答に時間がかかり、患者様本人の気も急いていたようで、「まだ？早くして」の問いかけに焦り、取り違えてしまった。	調剤鑑査機を用いているため、処方変更があった際はどんな声掛けがあったとしても、再度鑑査機を通すことをルール化した。	マグミット錠３３０ｍｇ	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
283	処方は徐放錠であったが、普通錠で交付してしまった。	徐放錠と普通錠の両方があることを知らず、一般名処方の徐放の部分を見落としてしまった。	同じ成分でも徐放錠と普通錠のどちらの処方なのかをしっかり確認し、鑑査するように注意喚起。	バルプロ酸ナトリウムＳＲ錠２００ｍｇ「アメル」	バルプロ酸ナトリウム錠２００ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
284	処方箋はセフジトレンピボキシルだったが、セフカペンピボキシルを交付してしまった。	名称が類似しており、当薬局にはセフジトレンピボキシルの在庫なかったため、思い込みでセフカペンピボキシルを交付してしまった。	一般名処方の名称は類似することが多いので、最初の2文字だけで判断せず、すべて名前を確認するように周知する。	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
285	AG希望の方にGEで交付してしまった。	患者背景の伝言として「AG希望」とあったが見落としで入力。薬袋の名称がGEだったため、調剤者は疑いなく準備。交付の際、前回歴との比較不十分で監査者が見落として交付してしまった。	店舗在庫のメーカーが複数あるものは、処方せんにどちらを選択するのか記載して、当該処方箋に係る全員が視覚で分かるようにすることをルールとした。	フェマーラ錠２．５ｍｇ	レトロゾール錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
286	新規の疾患で来局。新規処方。調剤者が事務員の入力ミスに気が付かず、お薬情報提供書を参考に調剤。監査・投薬者が薬の入力ミスに気が付かず、お薬をお渡し。翌日事務員の処方箋の入力再確認にて、間違いに気がついた。患者様に事の詳細をお伝えし、薬を送ることで納得していただいた。	コロナウイルスの影響により、患者様の来局度が低下。業務に対しての気の緩みが発生していた中での失敗だった。基本手順の徹底が疎かになってしまったことが原因なので、基本手順の再度見直しを行う	今回、調剤者はレセコン入力画面を見て、ピッキングを行った。正確性を高めるために、処方箋をみての調剤作業の徹底を行う。	ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「三笠」	ロキソプロフェンＮａパップ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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
287	ロキソニンのところロキシスロマイシンで調剤	薬が隣り合っていたため、取り間違えた	類似薬品名は少し離すことにした	ロキソニン錠	ロキシスロマイシン錠１５０ｍｇ「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
288	重度の便秘に対し、酸化マグネシウム錠300mg「ヨシダ」が初めて処方された患者。処方入力時、規格を誤って、酸化マグネシウム錠330mg「ケンエー」で入力。調剤者も気が付かず、330mgの錠剤を調剤し、同じ薬剤師が監査・投薬を行った。 20年1月に再度同じ処方医からの処方を受け付けた際、酸化マグネシウム錠の規格が前回と異なることに気が付き、疑義照会した結果、処方医より12月と同一規格を処方していると指摘され、調剤過誤が発覚。	・酸化マグネシウム錠に300mgの規格があるという認識がなかった。・「3」という数字を見た時点で330mg錠だと思い込んでしまった。・レセコンに入力された薬剤情報と調剤した薬剤をバーコードで照合する監査システムでも、入力自体が誤っていたため照合できてしまった。照合がなされたことで監査時の処方箋の確認が適当になってしまっていた。	調剤は、処方箋の規格までよく見て行い、監査を続けて行う場合は、監査システムで照合済みであることで慢心せず、初めて処方箋を見る気持ちで監査するようにする。	酸化マグネシウム錠３００ｍｇ「ヨシダ」	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
	患者様に規格を誤ってお渡ししたこと説明、謝罪し、過量投与による健康被害がなかったこと確認。処方医に調剤過誤について報告し、今回より330mg錠に変更して良いが、下痢になったら、休薬するように患者様に説明するよう指示を受けた。患者様にその旨伝え、再度謝罪した。						
289	パンデル軟膏とヒルドイド軟膏の混合の処方だったが、パルデス軟膏とヒルドイド軟膏の混合だと思い込んでしまった。	パンデル軟膏はこれまで処方されたことがなかった薬なので、名前の似ているパルデス軟膏だと思い込んでしまった。	慢心にならずしっかり確認を行う	パンデル軟膏０．１％	パルデス軟膏０．０５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
290	トラネキサム酸錠２５０ｍｇ「ＹＤ」を調剤時にドンペリドン錠１０ｍｇが棚に入っていた。すぐに気付いたため誤って交付することはなかった。	外観が類似していることや棚が隣り合っていた事によるミスと思われる。	棚を離し、事例を周知し共有した。	トラネキサム酸錠２５０ｍｇ「ＹＤ」	ドンペリドン錠１０ｍｇ「タイヨー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
291	アラミスト１２０噴霧を５６噴霧で調剤、投薬	前回処方が５６噴霧であり、今回から１２０噴霧だった。１２０噴霧が初めてだったこともあり、思い込みで調剤、監査、投薬してしまった。	薬局で、初回やあまり処方がない薬剤・規格が処方された場合は、レセコン入力の受付事務からも口頭で注意喚起してもらうとともに、朝礼で新規薬剤や、規格があった場合は情報共有することにした。	アラミスト点鼻液２７．５μｇ１２０噴霧用	アラミスト点鼻液２７．５μｇ５６噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
292	3/25在宅患者の処方で以前より使用しているヒューマログミックス25注ミリオペンが処方されたが誤ってヒューマログ注ミリオペンで調剤してしまった。鑑査時も気づかずにそのまま配達、交付。当患者がショートステイ入所時、ショートステイ先の看護師が新しい注射を出したところ違うものが入っていることに気付き薬局に連絡あり。直ちに正しいものへと差し替え対応。	インスリン自己注射の処方が少なく、在庫している規格の把握が徹底されていなかった為、調剤者・鑑査者ともに気付かずに交付してしまった。	薬品名表記に注意喚起を加える。鑑査時規格、剤形にもチェックをいれる。	ヒューマログミックス２５注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
293	ジスロマックＳＲ成人用ドライシロップが朝食後で処方されていた。通常、錠剤は１日１回食後の服用でも問題ないが、ドライシロップは空腹時の服用となっている。疑義照会にて用法変更となった。	錠剤服用困難のため、ドライシロップで処方されたようだ。	引き続き、適応、用法用量の確認を徹底する			ジスロマックＳＲ成人用ドライシロップ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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
294	処方箋には、マグミット錠３３０ｍｇと記載されていて、入力も３３０ｍｇで入力されていたが、５００ｍｇをセットし、監査し、患者様にわたしてしまいました。	薬剤師１人で調剤、監査、投薬をおこなった。ずっと来ていただいている患者様で、マグミットが３３０ｍｇで処方されたり５００ｍｇで処方されたりしていて、５００ｍｇの記憶が、強く思い込みがあった。また、新型コロナ流行りはじめていて、患者様との時間を短くしたいと言う気持ちもあったかも。	薬を、お渡しするときに、患者様とよく確認する。	マグミット錠３３０ｍｇ	マグミット錠５００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
295	ツムラ苓桂朮甘湯の処方をツムラ苓姜朮甘湯と間違えて調剤。２８日分処方だったが当初７日分しか在庫がなく、７日分は処方箋通りに調剤したが、不足分の２１日分届けた際に間違えて届けた。７日服用後次に服用しようとした際、ヘルパーが違うことに気付き、当方へ連絡あり。訪問して交換するとともに服用状況、健康被害確認したが、間違えた漢方薬は服用されていなかった。処方元の医師にも電話連絡し、状況説明し、健康被害の報告はなかったこと伝えた。	漢方薬の名称をきちんと確認しなかったことが原因。桂と姜の１字の違いを見分けられなかったこと、普段調剤する機会がなかったことの知識と経験の不足があったと思われる。	今回の件について職員全員で共有し、漢方薬に関しては似たような名前が多いことを再度確認し、より慎重に処方箋を見て確認することを徹底した。特に調剤経験のない初めての漢方薬については注意すること確認した。今後は薬剤、処方箋、薬情での擦り合わせで間違いがないか確認することとした。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
296	ニフェジピンＣＲ錠２０ｍｇの全自動分包機のカセットに、ニフェジピンＣＲ錠１０ｍｇが混入していることが判明。経緯と直近に処方された患者を検索したところ、前日に不要になったニフェジピンＣＲ錠１０ｍｇをカセットへ戻す際に、誤って２０ｍｇのカセットに戻したことが原因で、前日に１人だけニフェジピンＣＲ錠２０ｍｇを一包化したことを確認。	ＣＲ２０ｍｇ錠の色は淡赤色で識別コードは「ｎ７８」。ＣＲ１０ｍｇ錠の色は帯赤灰色で識別コードは「ｎ７７」。直径の違いは０．６mmである。鑑査の際に一つ一つ念入りに調べないと正直発見が困難である。	１．ニフェジピンＣＲ錠のカセットを２０ｍｇのみにして１０ｍｇは手撒きにする。２．カセットに薬を戻す作業は、必ず薬剤師２人以上で行う３．どちらかの銘柄を別の銘柄に変える（未実施）	ニフェジピンＣＲ錠２０ｍｇ「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
	混入していることが濃厚のため、患者宅に直接伺って再度鑑査し、混入しているＣＲ錠１０ｍｇと正しいＣＲ錠２０ｍｇを入れ替えることとした。（結果、１錠だけＣＲ錠１０ｍｇが混入していた）						
297	在宅施設への処方。臨時の薬剤師１人が勤務。本来五苓散であるところを、五淋散を処方。後日、当該管理薬剤師が間違いに気づき、在宅施設へ連絡。服用前であったため、五淋散を回収し、正しい五苓散をお渡しした。	手慣れのない臨時の薬剤師の勤務状況であった	薬剤師・事務員でのダブルチェックを徹底する	ツムラ五苓散エキス顆粒（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
298	ツムラ麦門冬湯の調剤時新しい箱を開けなければならなかったが、見た目で間違え小青竜湯の箱を開けてしまい、混在のままお渡し。	漫然と外箱の形状のみを見ていたのが要因と思われる。	新規の箱から取り出した薬剤は再度手元のものと比較、確認を徹底する。	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
299	処方がエクメットＨＤ１２０錠であったが、ピッキング者がエクメットＨＤを２０Ｔ、ＬＤを１００Ｔピッキングし、監査者も見つけることができなかった。	土曜日の１２時半という、診療終了近くの多忙な時間ではあったが両者が確認不足であった	１・エクメットＬＤとＨＤを離して配置する２・可能な時はピッキング時のチェックをダブルで実施する	エクメット配合錠ＨＤ	エクメット配合錠ＬＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
300	一般名イフェンプロジル酒石酸塩錠２０ｍｇの記載があり、先発希望。先発名はセロクラール（２０）であるが、誤ってセレクトール（２００）をピッキング。監査者が過誤に気付き事なきを得た	ピッキング時の先発名称の確認不足、規格確認不足。	名称及び、規格の指差し確認を徹底する	セロクラール錠２０ｍｇ	セレクトール錠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
301	事務員がレセコン入力時、デルモベートが処方されているにも係わらず、デルモゾールと入力。患者様に交付した薬剤はデルモベートであったが、薬剤交付時の説明書や薬袋などはデルモゾールと表示されており、担当薬剤師は気付かずお渡ししてしまった。	入力時、慌てていた。薬剤師による薬袋、薬情の監査が不十分であった。	事務、薬剤師ともにチェック体制の強化を指導	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
302	ソラナックスが１錠朝夕食後２８日分で処方がでていたが、誤って０．５錠２８包（本来は５６包）で調剤。監査時に別の薬剤師が気づき、正しい量に直して調剤を行った	ソラナックスの半錠は予製を作っているが、２８日分に気を取られて、２８包だけ調剤をしてしまった。	１日１錠２×などは処方箋からは読み取りずらく、勘違いしてしまうことがあるので十分注意する。調剤者は集めるだけでなく、最後に錠数を確認するようにする			ソラナックス０．４ｍｇ錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
303	アムロジピン2.5ｍｇ継続していた患者に、【般】アムロジピン5ｍｇと処方される。患者に確認すると、血圧変動なく、薬は継続予定と確認	処方元は一般名処方切り替え中	一般名への変更ミスが推測されるので、前回までの継続薬の確認、患者からの情報聴取を徹底する。	アムロジピン錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
304	【般】モンテルカスト口腔内崩壊錠10ｍｇの処方で、以前から他院でAGである普通錠の「KM」が投薬されていたため、「KM」で調剤すべきところを、OD錠「KN」を調剤した。投薬時に間違いに気づき、正しいものを調剤しなおし、お渡しした。	思い込みで、通常の採用薬としているメーカーを調剤した。薬歴にメーカーが他の患者と異なることを記載しておらず、調剤録の確認もメーカーまで確認できていなかった。	他患者と異なるメーカーを調剤してる場合は、監査時に間違いがないように薬歴に記載する。調剤録は薬品名のメーカー名までしっかりと確認する。	モンテルカスト錠１０ｍｇ「ＫＭ」	モンテルカストＯＤ錠１０ｍｇ「ＫＮ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
305	ミケランＬＡ点眼液２％　点眼両目　３瓶の処方において、患者に確認したところ、ジェネリックの変更でもよいとのことで後発品へ変更する際にカルテオロール塩酸塩点眼液２％「わかもと」５ｍｌを発注して調剤した。	薬剤名の確認が不十分であり、カルテオロール塩酸塩ＬＡ点眼液２％「わかもと」２．５ｍｌとカルテオロール塩酸塩点眼液２％「わかもと」５ｍｌがあるにもかかわらず、思い込みでカルテオロール塩酸塩点眼液２％「わかもと」５ｍｌをミケランＬＡ点眼液２％の後発品としていた。	ミケラン点眼液には２種類の薬剤があることを認識し薬局内で注意喚起し共有した。	ミケランＬＡ点眼液２％	カルテオロール塩酸塩点眼液２％「わかもと」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
306	門前病院でこれまで一度も処方されたことがない抑肝散加陳皮半夏が初めて処方され、疑義照会せず調剤を進め、本人へ投薬しようとしたが、念のためと思い疑義照会したところ抑肝散でしたと回答あり、処方変更となった。	病院職員の入力間違いのため、今後はどうするか難しいところだが、一度も処方されたことのない薬品であれば、病院側に嫌がられると思われるが疑義照会をしていくしか防げない。	似たような使い方をする薬剤のため薬局側ではなかなか判断しにくく、疑義照会をする事例かどうかも難しいが、今後もこのような場合は疑義照会をしていくしかない。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
307	アムロジピンOD（5）の処方のところ、OD（2.5）を調剤してしまった。患者本人より電話で問い合わせあり、朝の薬がなかったのでとりあえず１錠服用処方は（5）なので（2.5）をあと１錠服用するよう伝えた。当日謝罪して正しい薬を自宅にお持ちして交換した。	ピッキングの際に取り間違えて、投薬する時の監査が充分ではなかったと思われる。	スタッフ間の連携を強化して確認の徹底をするよう努めていく。	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「トーワ」	アムロジピンＯＤ錠２．５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
308	炭酸水素ナトリウム1g/包で渡すべきところを、0.5g/包でお渡ししてしまった。業務終了後、在庫を確認した際に、渡し間違いが発覚。その後すぐに患者様に連絡し、謝罪。今回処方分の薬はまだ服薬していないことを確認し、患者様のご自宅を訪問して正しいものと交換した。	薬局内が混雑していたので、焦りのため処方監査に漏れが出てしまった。	・処方監査の際、処方内容と薬剤とその規格が合っているか確認を徹底する。・炭酸水素ナトリウムは1g/包と0.5g/包を予製してあるのだが、その違いを調剤事務員含めて薬局内で周知する。	炭酸水素ナトリウム「ケンエー」	炭酸水素ナトリウム「ケンエー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
309	当帰芍薬散の処方を誤って芍薬甘草湯と入力。そのまま調剤、鑑査、交付をしてしまった。４月の来局にて処方せんを受け付け、入力時に発覚。健康被害はなかった。	新規処方薬の当帰芍薬散を芍薬甘草湯と思い込み入力。字面が似ていることもあり、鑑査時も気がつかずそのまま交付に至ってしまった。交付時も、「更年期のような症状がある。」と言われたものの「足も最近よくつるの。」という患者の主訴とも合っており、ミスに気がつかなかった。４月に再度処方せんを持って来局された際、前回分の入力が誤っていた事が発覚した。	入力内容と処方せんはしっかり照らし合わせる。名称類似薬には特に注意する。新規の処方薬がある時は患者の主訴も伺い、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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
310	セレスタミン配合錠を調剤しようとピッキングしていたらセレスタミン配合錠の調剤棚にセレキノン錠100ｍｇが入っており、当初間違えて調剤	セレスタミン配合錠とセレキノン錠100ｍｇのシートデザインが似ており、棚順も前後の為、セレキノン配合錠100ｍｇ調剤時に箱を開封等した際、残りの錠剤を間違えてセレスタミン配合錠の調剤棚に戻したことが要因と思われる。	セレスタミン配合錠とセレキノン錠100ｍｇの調剤棚を離して置くこととした。	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
311	クラリスロマイシン錠を他社の薬剤を交付してしまった	処方箋をよく見て調剤しなかった	監査はダブルチエックで必ず行う			クラリスロマイシン錠５０ｍｇ小児用「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
312	レルベア200エリプタ30吸入用のところ、誤ってレルベア100エリプタ30吸入用をお渡ししていた。2018/12から継続使用だったが、本人は減量と思っていたため確認することもなかった。その後の処方時に規格が元に戻っていると患者が問い合わせ間違いが発覚した。	「使用開始直前にアルミ包装を開封するよう指導すること」アルミの外装から取り出さず、交付しているため規格のイメージが似ている。規格の色が　水色と青なので判別しにくい。監査の際、規格チェック時に実施しているマークが当該外用剤へ実施されていなかった。	運用手順を踏んだ調剤・監査を徹底する。	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た事例
313	患者様より平素と違う処方元からの処方箋のお薬を用意できるか、どの程度の時間がかかるかとのお問い合わせの電話あり。自宅にFAXがないとのことで口頭にて処方内容を確認した。	患者様は処方箋を持参する前に調剤が可能かどうかを電話にて確認したかった。FAXがなくお薬を準備するにあたりまず口頭で確認した。	処方箋の写真をメールで送信してもらう。またはお近くであれば処方箋を持参して頂いたあとに準備をはじめる。	ビタメジン配合カプセルＢ２５	ベンフォチアミン錠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
	一般名処方の配合剤で、患者様が途中で省略して処方薬の名前を伝えた。近くにお住いのため処方箋をすぐにもって来るとのこと。在庫のない薬品であったため発注の手配をして処方内容を入力した。持参された処方箋を確認したところ違う薬剤であることが判明した。ベンフォチアミン25　B1・B6・B12配合カプセル→患者様より口頭ではベンフォチアミン25　B1発注の手配を準備している段階であったため問題はなく、入力を訂正した。						

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

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	
314	ティアバランス0.3%調剤すべきところをティアバランス0.1%で調剤、投薬してしまった	ティアバランス0.3%　と0.1%は取り間違えることがあるため、普段から注意していたが、忙しい状況であり、注意力散漫になってしまった。また今回はお薬を取りに来た人が、本人ではなかったため、投薬時もそのまま行ってしまった。	ティアバランス0.3%　と0.1%は取り間違えることがあるため、調剤側、監査側もより落ち着いて、業務にあたるようにする。薬剤もきちんと患者側に目で見て確認していただき、渡すようにする。またこの事例を薬局内で共有し、二度と起こらないように徹底する。	ティアバランス点眼液０．３％	ティアバランス０．１％点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
315	辛夷清肺湯が処方されていたが、集薬した薬剤師が誤って半夏瀉心湯を用意した。調剤する薬剤師が間違えに気づき、感謝に交付する前に交換した。	包装はどちらも黄色で、辛夷清肺湯104番、半夏瀉心湯14番であり、集薬した際に見間違えた。	今後間違えを防止するため、棚の位置を大きく離して「間違え注意！」とラベルを貼った。	ツムラ辛夷清肺湯エキス顆粒（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
316	一般名処方での処方で、名称がクロベタゾン酪酸エステルとクロベタゾールプロピオン酸エステルとよく似ており、両方先発薬品しか在庫ありませんでした。当局のレセコンの入力方法が調剤する薬品名をそのまま入力するタイプのため、処方箋と薬袋からはチェックもれしてしまいました。薬歴簿と処方箋との照らし合わせで気づきました。	一般名処方が主流の昨今、薬品名が長く思い込みせずしっかり最後まで確認する。	レセコン入力の際、一般名処方の場合、調剤する薬剤と一般名が間違えないか入力する人にもチェックしてもらうように徹底する。	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％「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
317	チメピジウム３０ｍｇ処方の方にチキジウム１０ｍｇで調剤監査で気づいて交換。交付無し	どちらも規格は１種類しか置いてないため名前だけで調剤できてしまう。チキジウムのほうが使われる回数が多いので今回もチキジウムだと思い込んだ。	ｍｇ数もしっかり確認する	チメピジウム臭化物錠３０ｍｇ「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
318	往診の患者で今回よりアミティーザが24μgから12μgに減量された。調剤した薬剤師、監査した薬剤師、入力した事務員ともそれに気づかず調剤し、患者宅で薬をセットした。報告書作成時点で単位が違うことに気づき、患者に連絡したところ、まだ服用はしていなかった。再度調剤しなおした薬をセットしなおした。	当店での採用品にアミティーザは1規格しかなく、調剤者・入力者・監査者も一つの単位しかないと思い込んでいた。	処方箋に記載された単位を必ず確認し、処方せんにチェックを入れることにした。	アミティーザカプセル１２μｇ	アミティーザカプセル２４μｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
319	オメプラールを調剤するところ、誤って後発品であるオメプラゾールを調剤していた	後発品を調剤するケースがほとんどであるため、オメプラゾールを出す機会が圧倒的に多い。（先発品は引き出し、後発品は棚にいれてある）ただ当該患者は先発品を希望しているため、オメプラールを出すべきところであったが、誤って後発品を調剤してしまった。名前がかなり似ているために、確認不足が原因と考えられる	先発品と後発品の名前がかなり似ているケース（他にはアムロジンとアムロジピンなど）については、調剤する際に十分注意して行う。	オメプラール錠２０	オメプラゾール錠「トーワ」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
320	今まで同じ処方を調剤していたが、なぜか今回初めて類似名の薬を誤って調剤をしてしまった。投薬時もいつもと同じようにヒートを確認していただき投薬した。患者さんが帰宅後にいつもと違う薬が入っているとお気づきになりご連絡下さり、交換のためご自宅へ出向いた。	１．『テ』ではじまる名称と『20mg』と類似しているため。２．投薬カウンターに新型コロナウイルス対策でアクリルボードを設置した初日だったため、それに気が行ってしまい、患者さんとのヒートの確認がおろそかになったがのではないかと思います。	１．薬歴の頭書きに『テネリア錠20mgとテルミサルタン20mgの調剤ミス注意！』と記載し、常に目に入るようにした。２．インシデント事例報告書を記載し、年2回の研修で毎度確認する。	テネリア錠20mg	テルミサルタン錠20mg『サワイ』		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
321	カリメート経口液20%　処方のところ誤ってカリメートＤＳで調剤、監査時にも見落とし交付。調剤録確認時、調剤者がカリメートＤＳを誤って調剤したことに気が付き報告。監査者もカリメートＤＳを交付した記憶があり、患者へ連絡し交換。	処方頻度の高さからカリメートＤＳと思い込んでいた。監査時処方名を最後までしっかり確認せず、薬剤名と数量のみ確認し、剤形についてはあまり意識していなかった。	薬剤名が類似し、剤形が異なるものについては処方頻度の低い薬剤使用患者において入力・監査画面で注意喚起がでるよう設定した。	カリメート経口液２０％	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
322	ロラゼパムの処方を早合点してロラタジンをとってしまった。	五十音順で並べており、薬のピックアップ時の確認不足で取り違えた。	五十音順で並べるにしても、似た名称の薬は位置を放すこととした。	ロラゼパム１ｍｇ「サワイ」	ロラタジン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
323	タプロス点眼液1日1回　両目　タプコム点眼液1日2回　両目で2種類点眼が処方されていた	タプコムは合剤であり　中にタプロスの成分が含有されており　両目とも両剤使用は不可なうえにタプコムは1日１回製剤であるため疑義照会したところ　コソプトに変更となる	合剤の含有成分や　用法を理解し調剤行う	タプロス点眼液０．００１５％	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
324	ケトプロフェンテープ20mg「パテル」の処方患者さんにケトプロフェンテープ「東光」を投薬しそうになった。	その日は患者さんが多く過去の投薬情報など見ずに取ってしまった。	今後はお薬手帳などで過去の投薬を確認し「パテル」と「東光」の間違いをしない様に務める。	ケトプロフェンテープ２０ｍｇ「パテル」	ケトプロフェンテープ２０ｍｇ「東光」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
325	薬剤師Aは　ヒューマログミックス５０注カート２筒　の指示に対して、誤ってヒューマログ注カート２筒を調剤したが、薬剤師Ｂによる監査でも誤りに気付かず、患者に交付された。患者は自宅にていつもの薬と違うことに気付き、次回受診のタイミングで処方元の医院に現物を見せて報告した。患者はヒューマログミックス５０注ミリオペンの残薬があったため、誤ってお渡ししたヒューマログ注ミリオペンは未使用であった。	普段は営業していない日曜日の、混雑した時間の出来事であった。（処方元医院が臨時で日曜日に開業するため営業していた。）混雑していたため、薬剤師A、Ｂともに焦りがあった。調剤棚は離れた場所同士だが、取り違えがあった。ヒューマログミックス５０注カートとヒューマログ注カートの外観が良く似ており、監査者がしっかりした確認を怠った。	調剤棚の薬品名表示をさらに見やすく変更した。今回のミスを薬局内に周知した。	ヒューマログミックス５０注カート	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
	医院より当薬局に調剤間違いの電話があり、発覚した。 患者に対して　正しい薬との交換を行った。患者と医院に対して今回のミスの原因、改善策を説明し、謝罪した。						
326	投薬後にオイグルコン（2.5）とオングリザ（2.5）の在庫数が合わないことが判明した。投薬当日に、オイグルコンを投薬した患者に電話で確認したところ、オングリザと取り違えられていたことが判明した。患者自宅を訪問し、オングリザの全数を回収し、オイグルコンと取り換えた。患者にオングリザを服用していないことを確認した。	繫忙期であったことが影響し、薬剤名が類似する薬品を取り違えてピッキングされたと考える。それを監査者が見逃してしまったことが要因である。	監査者は処方箋と薬剤の照合にあたり指示・呼称を徹底する。	オングリザ錠２．５ｍｇ	オイグルコン錠２．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
327	メインテート２．５ｍｇ半錠の予製を１／４錠の予製と取り違え。	予製の表記が類似している。	予製の表記など分かりやすく変える。			メインテート錠２．５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
328	ピッキング時の明らかな取り違いミス	ＰＣ入力のミスを最初に発見し、そちらに気をとられピッキングされた薬を慌てて投薬した為、容量の間違いをしてしまった。	スタッフを集め再度ＰＣ入力時、ピッキング時、投薬時の二重三重の確認を徹底するよう共有した。気を付けるべきことを列記し掲示した。	プレドニゾロン錠１ｍｇ（旭化成）	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
329	養護老人ホーム利用者へケトチフェン点鼻液0.05%が処方されていたが、ケトチフェン点眼液0.05%として監査し払い出しを行った。その後、使用前に養護老人ホーム看護師から剤形違いの指摘を受けた。	剤形名の類似、調剤録も点眼液として入力、普段はケトチフェン点眼液が多く処方され点鼻液に触れる機会が少なかったことから剤形に対する思い込みがあった。	薬局在庫の類似名を把握し、監査時の思い込みのリスクを低減するよう努める。	ケトチフェン点鼻液０．０５％「ＴＯＡ」	ケトチフェン点眼液０．０５％「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
330	先発医薬品希望の患者様に対して後発医薬品を交付しました	監査時の怠慢による過誤処方箋だけでなく全ての内容をしっかり監査する事で防げたミス	監査事項の徹底	ヒアレイン点眼液０．１％	ヒアルロン酸ナトリウム点眼液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
331	ビオスリー配合錠とビオフェルミン錠剤の交付間違い	ダブルチェックが必要監査時慣れによる省略化が原因と考えるので、監査事項の徹底	ダブルチェック監査項目の再度確認	ビオスリー配合錠	ビオフェルミン錠剤		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
332	ムコスタとムコダインが処方になっていたが、ムコダインだけを気にしてて、ムコスタを見落としていた。服薬指導前に他の薬（イソソルビド）の残薬・服用方法について相談され、疑義照会をかける際に処方箋を見直しているときに発覚。すぐに調剤し直した。	少し繁忙期を過ぎ、間延びした時間で集中力が途切れたため。	監査の徹底。			ムコスタ錠１００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
333	新人研修中に調剤を行ったが、新人が調剤した薬をしっかり確認せず、少し指導の方に重点をおいてしまっていた。その結果見落としが発生した。 患者もいつもの同じ処方なので、いつもどおりと思い込んで、服薬指導中にしっかり確認しなかった。患者が帰宅後に中身を確認したところいつもの薬と違うシートの薬が入っていたので、驚いて電話をした。すぐに謝罪し、交換を行った。	その都度その都度注意しながら指導していたことで、自身の注意がおろそかになってしまったのが要因。	今後は服薬指導までの一連の流れがすべて終わったあとに指導を行うスタンスにしていく。	ベポタスチンベシル酸塩錠１０ｍｇ「タナベ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠１２ｍｇ「ＪＤ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
334	メトホルミン500mgで調剤しなければならないところを250mgで調剤してしまった。	疑義照会しなければならない内容がありそのことに気を取られてしまい内服薬の確認を怠ってしまった。	同じ薬剤で規格違いのものはカセッターを離して管理、付箋などをはり視覚からも意識付けを行う。	メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「ＴＥ」	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「ＴＥ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
335	処方薬「セフジニルカプセル100mgサワイ」3cap分3毎食後のところ、誤って「セフジトレンピボキシル錠100mgサワイ」を3錠分3毎食後で交付。入力時点でセフジトレンピボキシルになっており、調剤者鑑査者ともに気付かなかった。後日調録チェックしている際に事務従業員が発見。	レセコンの入力時3文字検索で出てきたため思いこみで誤入力してしまった。調剤鑑査システムを利用する前に、調剤者も入力チェックを行っていたが誤りに気付かないだけでなく、誤った情報に引っ張られてしまった結果、システムのエラーも出ることなく気付けなかった。交付者もシステムのエラーが出なかった事に安心ししてしまい計数チェックのみしか行わなかった。	類似名称の医薬品が多数あることを周知させて、レセコンの薬品名称の類似部分を強調させることで類似名称品があることに気付きやすくした。	セフジニル錠１００ｍｇ「サワイ」	セフジトレンピボキシル錠１００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
336	オルメサルタンOD錠10ｍｇ　28錠に　　オルメサルタンOD錠20ｍｇ　混入	端数に2錠のみ混入　　棚が上下なので端数をとるときに間違えたか　棚に混入していたか	規格違い　シートデザインも似ているので近くの棚にしないようにする	オルメサルタンＯＤ錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	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
337	薬剤師がアムロジピンOD錠5ｍｇのところをアムロジピンOD錠2.5ｍｇで誤って調剤。他の薬剤師による調剤監査中に誤りが発覚、患者への交付前に正しい薬剤に交換できた。	休み明けの午前中の業務。患者来局数が多く繁忙であり、集中力・注意力の散漫もあったと思われる。	休み明けには患者も多く調剤ミスが起こりやすいため入念な監査を心掛ける旨を薬局内で周知。	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「あすか」	アムロジピンＯＤ錠２．５ｍｇ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
338	１日１回適応のフェルムカプセル（１００）が１日２回で処方されていた。患者様に確認すると増量とのことだったため１日２回服用のフェログラデュメット（１０５）を２錠１日２回と医師に提案し変更となった。	前回１日１回投与　増量の為医師が単純に１日２回で処方した。（フェルム）	徐放製剤が１日２回の記載の時は適応を確認し疑義照会する。初回の時は特に注意する。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
339	歯科より一般名処方で、セフカペンピボキシル処方されたが、入力ミスによりセフジトレンピボキシルと入力。そのまま調剤、監査投薬してしまった。	セフカペンピボキシルとセフジトレンピボキシルで名称が似ていることは、薬品棚にも注意の表記はしていたが、入力情報をもとに調剤監査したため思い込みにより調剤監査してしまった。	薬品棚にも注意喚起の表記はしていたが、レセコン入力、監査台にも注意喚起の表記をする。	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
340	事務員が処方箋をレセコンに入力する際に、一般名処方の所に実際の製剤名を鉛筆で記入しているが、前回まではウルソデオキシコール酸錠100mg「トーワ」で調剤していたが今回誤ってウルソと記入し、そのままウルソ錠100mgを調剤した。	製剤名を鉛筆で記入している内容が誤っている可能性があるとの認識が足りなかった。一般名処方で7種類処方されており、情報が多く見逃した。	・調剤録の確認の際、後発医薬品メーカー名に印を付ける。・薬を薬袋に入れる際、薬袋の薬剤名と実物の薬品名を再度確認する。	ウルソデオキシコール酸錠１００ｍｇ「トーワ」	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
	レセコンではウルソデオキシコール酸錠100mg「トーワ」で入力していた。薬交付前に、レセコンで入力した調剤録をチェックするが間違いに気づかず、そのまま交付した。翌日薬歴を記入している際に気づき、患者様に連絡した。今回の分はまだ服用されていなかったので、全量交換した。						
341	リンデロンＶＧローションが処方箋に記載されていたが、レセコン入力の際にリンデロンＶローションと入力し、そのまま後発変換してしまった。入力情報をもとに調剤、監査、投薬してしまい。２回目の来局時の処方監査の時にミスが判明。	リンデロンのＶＧ、Ｖなどゲンタシンは配合の有無による名称と後発品での配合の有無による名称（Ｇなど）に違いがあり、思い込みや確認不足になりやすく、普段扱っていない品目だと間違いも起こしやすい。	リンデロンの名称、規格が複数あり、後発品との名称もわかりにくいことを周知徹底し、薬品棚や監査台にも注意喚起するような表記をする。	リンデロン－ＶＧローション	デルモゾールローション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
342	一般名処方において、ビーソフテンクリームで調剤すべきところをヘパリン類似物質油性クリームで調剤	経験の浅い薬剤師で、一般名処方時に剤形の読み取り、判断が十分にできておらず、監査者も気づかず投薬に至る。	薬剤師のよるダブルチェックに加え、レセコン入力をする事務員とも確認を取るようにした。	ビーソフテンクリーム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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
343	ポリシロ錠　168錠処方。1箱と68錠をピッキング。しかし、1箱は120錠であった。	調剤者が1箱100錠と思い込んでおり、計数ミスが発生。	ウイークリー包装など、それぞれで包装が違ってる可能性があることは把握していたはずだが、このようなミスが起きた。包装が違うものは、調剤時に気づきやすいように、印をつけるなどしておく。			ポリシロ錠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
344	亜鉛華単軟膏とプロペト　２０ｇずつの処方の為、軟膏壺のふたに亜鉛華単軟膏と記載するところ、プロペトの容器に記載してお渡ししてしまう。患者様のお母さまが問い合わせに来られ、亜鉛華単軟膏を改めてお渡し。プロペトをおしりに使用していたが、亜鉛華単軟膏は顔には使用前であった。	軟膏壺の種類が一種類である。お昼時間で調剤監査一人で行っていた。軟膏壺に記載するマニュアルが統一されてない。	軟膏壺の容器を以前の青色のものと、新たに黄色のふたのものを採用し、よく処方されるプロペトを黄色の容器に入れるように統一し、その他の軟膏は青色の容器に入れ名前をふたに記載するようにマニュアルを取り決めた。			亜鉛華（１０％）単軟膏シオエ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
345	［般］ヘパリン類似物質クリーム０．３％の処方でGE希望の方に誤って軟膏のGEの「ヘパリン類似物質油性クリーム０．３％「日医工」」を調剤。監査時に監査者が気づく。	これまで医療機関が一般名処方ではなく商品名の処方だったのに対しここ１か月前ぐらいから一般名処方になり処方箋の記載に対して注意力が不足していた。一般名処方とGEの商品名の名前が似ているのも要因と考えられる。	今回のような新たな一般名処方に対するヒヤリハットの事例を店舗内、社内で共有し成分名と剤形を分けて調剤時に考えるようにする。	ビーソフテンクリーム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
346	デルモゾール軟膏をお渡しするところ、デルモベート軟膏をお渡ししてしまった。	確認ミス（名称類似）	類似名称の薬品に注意喚起・後発医薬品の棚に先発名の表記を追加	デルモゾール軟膏０．１２％	デルモベート軟膏０．０５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
347	ブロチゾラムのOD錠と普通錠の入力誤り	来局者がたてこみ多忙であった。	一文字区切りで確認チェックの記載をする。	ブロチゾラムＯＤ錠０．２５ｍｇ「テバ」	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
348	他院継続でインスリンの針がマイクロファインプラス32Gの患者の処方、処方箋の記載で、マイクロファインプラスのみでゲージの記載なかったが、通常、採用の31Ｇだと思込み、疑義照会せず、31Ｇで調剤し、そのまま監査を通り、患者に渡してしまった。 最初、退院処方継続で、薬のことは薬歴にあったが、針が32Ｇと薬歴に記載シナカッたため、次の監査時にわからず、31Ｇで渡してしまった。後日、事務が処方点検で発覚、本人に電話し、今回は31Ｇのままでよいと了解してくれた。	薬歴に、針のゲージが採用薬でない場合、わかるように薬歴にコメントに記載する必要があった。さらに、ゲージの記載ない場合は、疑義照会する必要があった。	この患者コメントにマイクロファインプラス32Ｇとポップアップして、わかるようにした。	マイクロファインプラス32G	マイクロファインプラス31Ｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
349	モンテルカストチュアブルが処方されたが、モンテルカスト錠を患者様に渡してしまった。	焦りと名称が似通っていたので間違えてしまった。色の類似。	棚の変更、棚表記の変更を行った。また、今回の事例を月１回の定例勉強会においても開示した。	モンテルカストチュアブル錠５ｍｇ「明治」	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
350	ニトログリセリンテープが処方されていたが間違えてニトロダームテープを渡していた。患者の家族の訴えで間違いが発覚。家族から電話で薬情と中身が違うけどいいかと問い合わせあり調剤ミスが発覚。使用前でニトログリセリンテープに交換できた。	名前が似ている薬品は、名前をよく確認の上投薬する。似た名前の薬品があることを意識して業務をおこなう。	似た名前のものがある分については、注意喚起を促す印をつけるようにする。	ニトログリセリンテープ２７ｍｇ「トーワ」	ニトロダームＴＴＳ２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
351	1ヶ月前の処方とＤｏ処方で、そのままコピーして処方入力印字したが、実は、前回の入力が誤入力だった。ベトネベートＮ軟膏の処方をベトネベート軟膏で入力されていた。入力者は処方箋と前回入力内容とをきちんと確認しないまま、前回処方内容をコピーして入力、必要資料を印字してしまった。 ピッキングした薬剤師と投薬した薬剤師がその入力した資料の内容を確認しないまま業務を行い、ミスに気付かなかった。たまたま誤入力のベトネベート軟膏は在庫しておらず、投薬ミスにはならなかった。その後在庫を調べていて、在庫が合わないことに気付き、発覚、請求を修正、患者には経緯の説明の連絡をした。	元々はベトネベートＮ軟膏とベトネベート軟膏の名称が類似名である事より発生した入力ミスであるが、入力者の書類の確認ミス及び、監査や投薬者の出力資料の確認不足が招いた事例である。	入力者へは、入力の元となる資料を注意深く確認し、作業する様に徹底指導。監査・投薬者へは出力された資料の印字内容を徹底チェックする様に指導しました。	ベトネベートＮ軟膏	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
352	エリキュース錠が処方されていたにも関わらず、エビスタ処方時に確認せずお渡ししてしまう。	落ち着いて考えれば深部静脈血栓症には注意と知っていたが、基礎疾患不明のため確認をおこたる。	DOACについては、SERMとの併用禁忌の旨、大きく記載する。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
353	メルカゾール錠を65錠お渡しするべきところでモサプリドクエン酸塩錠５ｍｇ「ＥＥ」を10錠誤って混ぜた状態でピッキングを行い輪ゴムで止めて交付した。患者が服用前に錠剤が違うことに気付き薬局に持参したため、メルカゾール錠10錠とモサプリドクエン酸塩錠５ｍｇ「ＥＥ」10錠を好感した。	当薬局ではメルカゾール錠５ｍｇとモサプリドクエン酸塩錠５ｍｇ「ＥＥ」は棚が上下に設置されており、モサプリドクエン酸塩錠５ｍｇ「ＥＥ」を棚に戻す際に誤ってメルカゾール錠の棚に戻してしまったものと思われる。またこの2剤の10錠シートはほぼ大きさが同じで重なった状態では異なるシートが混入していることに気付きにくかった。輪ゴムで止めた状態で鑑査に回ってくるとシートの大きさが同じである場合、全て同じ錠剤であると判断してしまい1枚ずつの確認を怠ってしまった。	薬剤を棚に戻す際には細心の注意を払い、可能であれば複数人で確認を行うことが望ましい。その場で薬剤を棚から取り出しそのまま戻す場合は、引き出しを引き出した状態で行い現在取り扱っている薬剤の棚を明確にすることも有効であると思われる。また監査を行う際は1錠ずつ錠剤が誤っていないかを確認する必要がある。	メルカゾール錠５ｍｇ	モサプリドクエン酸塩錠５ｍｇ「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
354	アイミクスＨＤ錠で処方あり。忙しい時間帯で慌ててしまい、イルアミクスＨＤ錠を調剤。監査機械で指摘あり、取り違い発覚。	薬品棚のカセットが同じ縦列に配置されていた。	カセットの位置を変更した。	アイミクス配合錠ＨＤ	イルアミクス配合錠ＨＤ「ＤＳＰＢ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
355	ザイザル錠5ｍｇ　寝る前　28日分　のところ　ザイロリック錠１００ｍｇ　28日分　でピッキング監査時に間違いに気づきました。	他店舗からの応援者であまりピッキングに慣れていなかった為、名称も似た名前であった為	棚の配置を離しました。ピッキング者にしっかり確認して貰います。名前の似た薬は注意します。	ザイザル錠５ｍｇ	ザイロリック錠１００		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
356	皮膚科から外用剤ベトネベートＮ軟膏が処方されていて、処方入力画面での薬剤選択時に、名称類似品のベトネベート軟膏と間違えて入力。薬局にはベトネベートＮ軟膏しか在庫していないため、ピッキング及び投薬には影響はしていないが、ピッキングした薬剤師及び投薬した薬剤師が、印字された調剤録のチェックを怠った。後日薬剤の在庫確認時に気付き、入力を修正、患者にも説明書きが違っていた事を連絡お詫びした。薬価類似の為請求と患者の負担には影響なかった。	入力者は非薬剤師に事務員で、薬剤の知識には乏しく、また、ベトネベートＮ軟膏とベトネベート軟膏と名称が類似していた為、入力の薬剤選択画面で上に表記されて薬剤を無意識に選択してしまった。	処方入力画面での薬剤選択リストで、同時に現在の薬剤在庫が表示されており、それをきちんと確認しながら選択していれば、今回のようなミスは発生しなかった。（ベトネベート軟膏は在庫０なので）今後は在庫部分も確認しながら入力する癖をつける様に指導。また医薬品の在庫には、「ベトネベート軟膏と入力を間違えるな！」と記載したメモを残した	ベトネベートＮ軟膏	ベトネベート軟膏		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
357	フルメタが処方されていたがアルメタを調剤	繁忙期、慣れによるもの	場所を離す、ダブルチェック	フルメタ軟膏	アルメタ軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
358	オロパタジン錠5mg分1夕食後の処方が出たところ、ロラタジンOD錠10mgで調剤した。集薬後に自己監査をおこなったさい、すぐ気付き正しい薬に拾い直した。	一般名処方であり、忙しい時間であった所、分1夕食後処方だった事から、分1の医薬品であると思い込み、誤ってロラタジン錠を集薬してしまった。	特に、一般名処方は見間違えしやすいので、拾い上げる前にもう一度確認を行う。	オロパタジン塩酸塩錠５ｍｇ「サワイ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
359	ｄ－クロルフェニラミン酸塩徐放錠６ｍｇの処方を、ｄ－クロルフェニラミン酸塩徐放錠２ｍｇと誤って入力、調剤した。調剤監査システムの端末を使用していたが、エラーとならずにそのまま監査、投薬した。薬歴記載の際に誤りが発覚し、患者に連絡、その後訪問し正しい６ｍｇ錠に交換した。服用前であり健康被害はなかった。	ｄ－クロルフェニラミン酸塩徐放錠２ｍｇを取り扱う処方例が多く、６ｍｇ錠を取り扱う頻度が低かったことから、思い込みで処方箋を見誤り入力、調剤してしまった。当該患者には過去に６ｍｇ錠の処方・調剤例があったが、直近に調剤歴がなく、患者の過去処方への理解も十分ではなかったため、薬歴確認時、投薬時に誤りに気付くことができず、新規処方薬として投薬してしまった。	思い込みで処方箋を読むことのないように、入力、調剤、監査時に規格の確認を徹底する。在庫のありなしに関わらず、多数規格のあるものを把握する。投薬前に薬歴・手帳で過去処方を十分に確認し、過去処方とのつながりを患者とも確認しながら投薬することを心がける。	ｄ－クロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠６ｍｇ「武田テバ」	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
360	ドネペジル10ｍｇに増量されていたが、前回ＤＯの5ｍｇで調剤した。それを投薬で気づいた。	重たい処方の後に軽い処方なので間違えた	規格はきちんと確認する。思いこみはしない	ドネペジル塩酸塩錠１０ｍｇ「ＪＧ」	ドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「ＪＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
361	アムロジピン錠５ｍｇ「明治」を一包化すべきところ、ドネペジルＯＤ錠５ｍｇ「トーワ」を一包化。ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「日医工」を２錠一包化すべきところ、１錠で一包化してしまった。	アムロジピン錠５ｍｇ「明治」とドネペジルＯＤ錠５ｍｇ「トーワ」の錠剤シートの外観が似ていたこと。ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「日医工」については１錠の思い込みがあったこと	ピッキング時の錠剤名称、シート、数量をきちんと確認すること監査時に調剤数量と、錠剤の刻印をきちんと確認すること調剤に従事する薬剤師全員が、今回の事象を把握し、今後の調剤業務に活かすこと	アムロジピン錠５ｍｇ「明治」 ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「日医工」	ドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「トーワ」 ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
362	以前患者はアラミスト点鼻５６噴霧用を使用していたが、今回他病院で同薬剤が処方された。今回の処方は１２０噴霧用で、点鼻器本体が５６噴霧用とラベルの記載以外は色や形がほとんど同じであった。	今回取り間違えたわけではないが、忙しい時間帯などは入力間違えやピッキング間違えをする可能性あり。	２種類の点鼻の置き場を変えたり、置き場に規格違いがあるというラベルをはっきり記載する必要あり。またメーカーにも、今後包装に差異を付けるよう報告する予定。	アラミスト点鼻液２７．５μｇ１２０噴霧用	アラミスト点鼻液２７．５μｇ５６噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
363	事例発生日の次の来局の際、薬を管理しているご家族の方がいつものように薬を取りに来て、前回の薬はいつもと色が違うし、カプセルの出し方が違ったけど、変わったのか？と尋ねてきた。包装変更した様子はないので、在庫の確認をしたら、ウルティブロではなく、オンブレスを渡している可能性が高い事が分かった。患者様は35日処方のところ28日分使用済みだったため、自宅に戻って残薬を確認してもらったところ、間違えてオンブレスを渡してしまったことが発覚した。 オンブレスはウルティブロに配合されている薬のうち1種しか入っていない旨を説明し、間違えて交付したことをお詫びした。特に体調に変化はなかったとのことだった。	オンブレスとウルティブロは、包装が大きく、また箱の大きさがほぼ同じため、吸入棚の近くにその2種のみ並べて配置してあった。薬の名前も色等も全く違うが、ヒートの形や類似薬効から、薬品名の確認を怠り、思い込みで調剤をした可能性が高い。患者様にもお薬を見せて投薬しているが、お互いにその時点でも気づけなかった。	調剤、監査時にはざっくりイメージで監査するのではなく、薬品名も確認するよう徹底する。投薬時には、薬袋の写真と薬を見て配置する。どちらの薬も使っている人が限られているため、薬の箱に患者様の氏名を付箋で貼って確認できるようにした。	ウルティブロ吸入用カプセル	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
364	ピドキサール錠２０ｍｇ処方のところ、事務員が誤ってピドキサール１０mgを準備、薬剤師が誤りに気付かず監査、投薬してしまった。後日、服用開始しようとしたところいつもと異なる薬剤が薬袋に入っていると患者の母親から連絡があり、自宅へ伺い薬剤を回収し正しいピドキサール２０ｍｇをお渡しした。	薬剤師人員不足により、事務員が調剤する場合がある。その場合は特に注意を払う必要がある。	棚位置はもともと離してあったが、処方頻度の高いピドキサール１０ｍｇの棚に規格違いの２０ｍｇがある旨わかるように記載した。			ピドキサール錠１０ｍｇ ピドキサール錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
365	交付した薬剤師の確認不足によるもの。調剤した薬剤師は全く気付いてなく、そのままトレイに入れて持ってきたものを投薬カウンターで監査をした。交付した薬剤師は何か違和感はあったが、同じ不整脈の薬と思いこみ、そのまま投薬する。しばらくして患者本人から帰ってみて薬袋を開いたらカプセルの色味が違うと言う電話。ＰＴＰ包装にも不整脈の薬と書いてあったので良いかと思ったが、確認で電話したとの事。それを聞いてすぐに謝罪し、取り換えに来ると言うと、患者本人がついでがあるので来局すると言うことになった。	不整脈で劇薬同じ棚番においてあるので、習慣的に手がいったのだと思う。金曜日の午前中後半で、処方枚数が多かったために、監査を少し省略カして、監査台ではなく、患者と向き合いながらカウンターで監査した。その為に、確認しながら違和感は覚えたが、そのまま薬袋に入れてしまった。患者さんとお互い確認すればよかった。	・読み上げて、監査をする。・他の薬剤師の処方を信用しすぎないで、確認作業をする。・患者の目の前で確認して渡すようにする。	メキシレチン塩酸塩カプセル５０ｍｇ「ＪＧ」	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
366	ネキシウム（10ｍｇ）１ｃ１×10日分処方のところ、（20ｍｇ）10ｃ調剤、投薬	近隣の病院からのネキシウム処方は（20ｍｇ）であったため、（10ｍｇ）規格に気づかず調剤してしまった。	規格違いのあるものは、処方箋受付時にチェック二人で確認	ネキシウムカプセル１０ｍｇ	ネキシウムカプセル２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
367	L-ケフレックス顆粒が薬局内で不足となり、薬の取り寄せ後、不足薬の準備中に誤ってＬ－ケフレックス小児用細粒のピッキングの実施	不足薬発生時、休みだった薬剤師が不足薬の準備を実施。薬品名・医薬品の包装（L-ケフレックス顆粒・Ｌ－ケフレックス小児用細粒）が類似しており、ヒヤリハットが起こりやすいと考えられます。	不足薬発生時も機械を使用したピッキングシステムの使用の徹底を行います包装が似ている医薬品関しては、外装に注意書きを記載し注意喚起の実施	Ｌ－ケフレックス顆粒	Ｌ－ケフレックス小児用顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
368	一般名処方でメトホルミンＭＴからメトホルミンＧＬに変更になっていたのだがそれに気づかずＭＴのままで調剤交付次の来局時に処方変更になっていることに気付き、前回分が間違っていたことが発覚	メトホルミンの一般名にＭＴとＧＬの2種類があることを知らず、それまでＭＴしか処方されることがなかった為気付けず	一般名の時には一文字監査を徹底する	グリコラン錠２５０ｍｇ	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
369	【般】ランソプラゾール口腔内崩壊錠15mgを含む全７種類の薬剤が記載された処方せんを受け付けた。この患者さんからは以前から同医療機関の処方箋を受け付けておりランソプラゾールは継続処方であった。調剤者は前回と同じランソプラゾールＯＤ１５ｍｇ「日医工」で調剤をするところ同じ規格の「トーワ」で調剤をした。鑑査者がピッキングサポートシステムを利用して薬剤を照合したところエラーが出たため確認をし、異なるメーカーで調剤されていることに気が付いた。薬は交付前であったため患者さんへの健康被害などはなかった。	・当薬局では原則として後発品の採用は１社にしているがランソプラゾールＯＤ15mgは日医工とトーワの２社の製品の在庫があった。・調剤者は調製前に患者さんからの聞き取りや薬歴を利用して先発品で調剤するか後発品で調剤するかを確認している。薬歴の”ランソプラゾールＯＤ15”までは確認したがそのあとに続くメーカー名の確認を怠った。・同じ処方せん内に当薬局には在庫がない薬が含まれており、調製時にその対応に意識がいってしまい、他の薬の調製の確認作業が疎かになった。	・後発品のメーカー違いのミスを防ぐため、原則として後発品の採用は1社にする。・患者さんの希望や流通の問題から複数のメーカーの後発品を採用する際は薬剤保管の棚や薬品の箱に「他メーカーあり」などと注意喚起のメッセージを表示する。	ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「日医工」	ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
370	処方薬剤のこれまでの残薬の持ち込みがたくさんあり、それぞれ個々の薬剤の日数調節をした。普段ハーフジゴキシン処方がほとんどでジゴキシン処方はほとんどなく個々の日数に気をとられ投薬時に確認がおろそかになってしまった。 その後患者様本人よりいつもと薬が違うと電話があり間違に気づき交換することができた。服用されず事なきを得ることができたが、ご家族から高齢のため薬の間違いがあると大変なことになる。今度あれば訴えるとその後お電話があり深く謝罪し２度とこのよのようなことが起きないように確認の回数を増やすことにした。	普段　処方されない薬剤をよく処方される薬剤との思いこみを自分の中で再認識し慣れることなく処方せんどうりの調剤、監査をとり行う基本に徹する。	調剤、監査さらに再度確認作業をする。	ジゴキシンＫＹ錠０．２５	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
371	リマチル５０ｍｇで処方されていた医薬品を、リマチル１００ｍｇで投薬。	当薬局では殆どリマチルは１００ｍｇが処方されており、５０ｍｇは当患者だけであった。その上繁盛期で忙しく、調剤も慌てておりわかりやすい場所にある１００ｍｇを調剤。監査者もリマチル１００ｍｇを５０ｍｇと勘違いし、投薬した。後日、事務が在庫が合わないことに気が付き、患者に問い合わせたところ、アクシデント発覚。患者の体調変化はなし。	まず、監査者が規格をきちんと処方箋とヒートの記載を必ず照らし合わせてチェックする。慣れていると慢心が起こり、思いこみで監査することを避けなければならない。処方箋、薬袋、薬をチェックすることを、どんなに忙しくても必ず行うようにする。また、調剤者は処方箋かそのコピーを見ながらきちんと調剤を行うことを徹底したい。また、監査システムの導入を検討したい。	リマチル錠５０ｍｇ	リマチル錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
372	一般名処方　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。間違って　クロベタゾン酪酸エステル軟膏を選択し、その結果、キンダベート軟膏がレセコンで選択されたため入力をまちがった。監査者は、入力が正しいものと思い込み、キンダベート軟膏をピッキング。（ミス監査システムも入力がまちがっていたため見過ごし）投薬者はそのまま投薬した。	皮膚科からの処方の受付がすくないため、軟膏の一般名処方に弱い。一般名処方が似通っていたためレセコンで選択をまちがった。監査者は入力間違いに気が付かず、入力が正しいと思い込み調剤してそのまま患者さんにわたってしまった。	軟膏一般名処方の一覧表を作成。間違えやすいところ、見落としやすいところを入力時〇印つけるなどして注意する。	デルモベート軟膏０．０５％	キンダベート軟膏０．０５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
373	5mLのところ1mLと処方	ミス	処方箋せんを良く確認する	アズレンうがい液４％「ケンエー」	アズレンうがい液４％「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
374	オルメサルタンOD４０ｍｇDSEP処方　棚に残ってたオルメサルタンODと新しく開けた箱がオルメテックOD４０ｍｇのもので混合してお渡ししてしまった。在庫の数が合わず確認したところ発覚。	オルメサルタンODDSEPはAGで、名称だけでなく、箱や外観も酷似しているため気づかなかった	新しく箱を開けるときは誰かに確認してもらう	オルメサルタンＯＤ錠４０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	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
375	アトルバスタチン５ｍｇのところ、誤って10mgをお渡し。患者様が気づき取り換えにいく。服用がしていない。	業務繁忙、人員不足企画違い、メーカー違いも多いため	繁忙時間も慎重に調剤監査する。	アトルバスタチン錠５ｍｇ「ＥＥ」	アトルバスタチン錠１０ｍｇ「ＥＥ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
376	ザファテック１００ｍｇ合計８錠のところ、倍の１６錠を投薬した。服用方法は患者が熟知しており薬が多く入っていたよと返却のため来局して頂いた。	直前の他の週１回製剤（１シート１錠）を調剤していた。ザファテックは１シート２錠だが１シート１錠と思いこんだ。	調剤時には裏側からだけでなく、表側からもしっかり薬を目視する。			ザファテック錠１００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
377	患者は以前よりジェネリックを希望ですが、調剤者が先発品をピックして、投薬者も気付きませんでした。	調剤者が非常勤でした。	調剤者・投薬者の確認、薬歴のチェックを徹底します。	アンブロキソール塩酸塩Ｌカプセル４５ｍｇ「サワイ」	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
378	(般）テオフィリン徐放錠200ｍｇ24時間持続の処方に対し、12～24時間持続を選択入力し、テオフィリン徐放錠200ｍｇ「サワイ」で調剤してしまった。早めの受診だったため、服用に至らなかったが、薬剤師は24時間持続と12～24時間持続の製剤があることを周知していなかった。	一般名処方の注意が必要な薬剤について周知ができていなかった。	一般名処方における取り違え事例一覧（ＰＭＤＡ）を掲示した	（般）テオフィリン徐放錠200ｍｇ（24時間持続）	テオフィリン徐放錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
379	一般名処方のヘパリン類似物質外用液が処方されていたが、事務が入力時にヘパリン類似物質軟膏と勘違いして入力、鑑査時に薬剤師が発見して事なきを得た。	ヘパリン類似物質の場合外用液と軟膏で違いがあるがつい見逃してしまうことが要因。	ヘパリン類似物質は間違えやすいと再度認識をして注意喚起した。	ヘパリン類似物質ローション０．３％「ニプロ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
380	ヒューマログミックス５０ミリオペンをお渡しすべきところヒューマログミリオペンをお渡ししてしまった。	前日に処方され注射薬以外はピッキングされており監査もされていた。注射薬は在庫が不足していたため発注後に冷蔵庫に保管されていたが、ピッキングはまだされていない状況であった。 当日に本人が来局した時、注射薬をピッキングし他者に監査を依頼すべきであったが、内服薬は監査終了されていたので注射薬も監査を受けたと思いそのまま投薬した。また患者様も急がれていたので焦り他者に確認を怠り、誤投薬となった。	投薬前にはピッキング、投薬時のダブルで確認をする	ヒューマログミックス５０注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
381	一般名で記載されたニフェジピン徐放錠（24時間）調剤の際、いつもと違うGE薬剤での調剤を行った。	患者様個人指定のGEの製薬会社の取り揃えにて、通常の際用品であるGEを調剤してしまった。申し送りのチェックを必ずするよう薬局内に喚起	確認の上の薬局業務の流れを必ず行う、申し送りの記載等漏れのないようすること。	ニフェジピンＣＲ錠４０ｍｇ「サワイ」	ニフェジピンＣＲ錠４０ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
382	レザルタスＨＤが91錠処方されていたがレザルタスＬＤを誤ってピッキングした投薬前の監査で気づきＨＤに調剤し直した	午前中の繫忙時間帯で焦りが生じた。処方箋の確認を怠った。	忙しい時間でも処方箋の着目ポイントを見逃さずに調剤する。指で規格の記載部をチェックするなど間違えやすい部分を意識。忙しくても処方せん原本と薬品を必ずチェック	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
383	タプロス点眼をタプコム点眼と取り間違えた	劇薬で、同じ棚の上下に置いていたため、取り間違えた	対策としては、１段空けて、薬を置いておく	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
384	医師の間違え　処方履歴を確認すればわかるものを確認していない	こちらでは間違えはなかった	医師に間違えないでほしいが　ここでも履歴をきちんと確認している	アゼルニジピン錠８ｍｇ「日医工」	アゼルニジピン錠１６ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
385	アーチスト10ｍｇの処方を、間違えて20ｍｇを調剤した。	アーチスト１０ｍｇと２０ｍｇを同じ棚の上下に隣接して収納していました。容量が複数存在している薬品であることの知識が不十分だったことと、出勤直後で集中が不十分であったことが要因と考えられる。	別規格がある薬品は棚の品名の容量に着色するようにしました。出勤直後であっても、調剤にかかわる時間は常に緊張を保つよう、意識確認をしました。	アーチスト錠１０ｍｇ	アーチスト錠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
386	（般）アロチノロール錠10mgの処方であったところ、誤ってアロチノロール錠5mgを調剤した。調剤した薬剤師と投薬した薬剤師は別のものであったが、投薬時も確認ができておらず持ち帰った患者が薬袋に印刷された製剤の写真と異なっていることに気づき薬局へ電話にて確認し過誤が発覚し、交換した。服薬はしていない。	患者が多い時間帯であり、基本である指差し呼称を怠ったことにより発生した。また、最終確認としている薬袋へ入れる際の確認も怠ったことによる。	安全管理のための業務指針を見直し、手順の徹底を図った。	アロチノロール塩酸塩錠１０ｍｇ「サワイ」	アロチノロール塩酸塩錠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
387	タプロス点眼液0.0015％２本でピッキングされなければならないところ、１本のみタプコム配合点眼液が混入していた。監査システムのバーコードは正しいほうで通したためエラーは出ず、監査者が最後の目視で発見。	薬剤の保管場所が隣り合っており、外観も似ていたため取り違えた。	薬剤の保管場所を離す。	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
388	人参養栄湯と人参湯の入力誤り→手帳、薬情の誤り	人参養栄湯が処方されていたが、人参湯で入力されており、監査時に気付かず見落とし、投薬でそのままお渡し	監査時に薬品名の名前の最後まで確実に確認し、調剤録に記録する。薬品マスタを分かりやすく工夫する			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
389	チラージン12.5μｇが処方されているところ、75μｇでピッキングされ、そのまま気づかずに一包化。鑑査時に発見	ピッキング、一包化時の確認不足	ピッキング時は必ず規格も確認。一包化時も、一度ピッキングされているものを鑑査してから調剤する。	チラーヂンＳ錠１２．５μｇ	チラーヂンＳ錠７５μｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
390	一般名でモンテルカストチュアブル錠５ｍｇ　１錠/分１　３０日分処方されており、モンテルカストチュアブル５ｍｇ「明治」を準備するところ、誤ってモンテルカスト錠１０ｍｇ「トーワ」で調剤、監査、投薬してしまった。後日いつも服用している薬剤と異なると母親が来局、２日分は服用してしまったとのことであるが体調に著変ないこと確認し、モンテルカストチュアブル５ｍｇと交換した。	外観類似していたこと。年齢と用量が適切であるかの確認が不十分であった。	処方内容を確認し、薬剤名だけではなく、規格が間違いないかの確認を徹底する。	モンテルカストチュアブル錠５ｍｇ「トーワ」	モンテルカスト錠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	エンシュアH処方で味を色々な味で服用をしたいと要望があり味をいくつか入れ替えている際にエンシュアリキッド(コーヒー味)を入れてしまった。服用前で取り換えることができた。	エンシュアHとリキッドの保管場所を近くに置かないこと	エンシュアHとエンシュアリキッドの配置を隣に置くのではなく別の場所に置くことにした	エンシュア・Ｈ	エンシュア・リキッド		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
392	次回診察日まで処方箋の処方日数では足らないということで疑義照会。42日分から91日分へ変更となった。処方は「プラビックス25」だったが「クロピドグレル25ＳＡＮＩＫ」を追加してしまい、混合してしまった。他の薬剤師に確認してもらった時に発覚。	勘違いによる先発後発混合調剤、他の薬剤師に確認を求めたので投薬まではいかずに済んだ。	いつも心掛けていることだが、どんなに簡単な処方であっても必ず複数の目で確認し自己監査は行わないことを徹底。			プラビックス錠２５ｍｇ 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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
393	後発品に変更可の患者様でクラリチンＤＳと入力してしまい、ロラタジンＤＳ「ＮＰ」をお渡ししてしまった。	継続処方で以前からロラタジンＤＳ「ＮＰ」でお渡ししていたので入力ミスを見落としてしまった。	処方箋だけでなく薬袋や薬情とも照らし合わせて監査する	ロラタジンドライシロップ１％「ＮＰ」	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
394	クラシエの柴苓湯を服用中の患者様。今回、8.1ｇ分２で処方あったが、1包2.7ｇの規格でお渡ししてしまった。交付後、規格違いに気づき、電話で謝罪した。	当薬局は、柴苓湯は1包2.7ｇのものしか採用なく、しっかり用量まで確認できていなかったものと思われる。	漢方薬はメーカーや同じ薬剤であっても規格が違うものがあるのを再度全員で確認する必要があると思われる。	クラシエ柴苓湯エキス細粒	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
395	ニフェジピンL錠「サワイ」20mgていたが、誤ってニフェジピンCR錠「サワイ」20mgてしまった。このことを監査の段階で指摘され、患者へ出すまでには至らなかった。	一般名処方のため、CRやLといった言葉が入っていなかったこと。処方箋の記載内容が2列に分かれていて剤形・規格が見づらかったこと。	処方箋だけでなく、薬情や薬袋も見比べつつ計数調剤を行うことを心がける。	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
396	オロパタジン塩酸塩錠ODでの処方のところ、普通錠で交付、翌日交付者家族よりTELで交付間違いを確認。郵送にて薬を交換した。普段から飲まれており、OD錠であったため普段は噛んでいたが、普通錠が固かったと訴えがあったため発覚。患者本人に健康被害は無かった。	普段は監査システムを用い監査を行っているが、一時的な監査システムの不具合により一人監査となってしまった。	不測の事態であっても二重監査を徹底する。	オロパタジン塩酸塩OD錠5mg「サワイ」	オロパタジン塩酸塩錠5mg「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
397	抑肝散と柴苓湯が混じっていた	確認不足	確認をしっかりする	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
398	処方医は、一般名処方「バルプロ酸Ma錠200ｍｇ」と処方されていたところを「バルプロ酸Na徐放錠200ｍｇ」と思い込み、レセコン入力・調剤・投薬をしてしまった。3度目の処方時に間違いに気付き、直ちに処方医に連絡をし、徐放錠200ｍｇでよいとの返答をいただき、患者様には謝罪をしたうえで、ことの成り行きを説明し、納得していただいた。	当薬局ではバルプロ酸は徐放錠しか取り扱いがなく、思い込みで用意をしてしまった。また、一人薬剤師勤務だったため、ダブルチェックができず、そのままアクシデントにつながってしまった。監査時に処方箋ときっちり見比べれば気付けた内容だが、確認がおろそかになってしまっていた。	普段処方をいただいているクリニック以外の処方箋受付時にはバルプロ酸は普通錠も処方される可能性があることをスタッフに周知し、また、棚に「徐放錠」であることを目立つように工夫をした。	バルプロ酸ナトリウム錠１００ｍｇ「アメル」	バルプロ酸Ｎａ徐放Ｂ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
399	ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ　７０枚　１日１回　１回２枚　両ひざへ　で処方されていたが、誤ってロキソプロフェンナトリウムテープ５０ｍｇ　７０枚を誤調剤、監査投薬してしまった。投薬後患者本人からいつもと異なる大きさのシップが入っていると連絡あり、ご自宅までロキソプロフェンナトリウムテープ５０ｍｇをお届けする。	投薬、監査時、投薬時の薬剤規格の確認不足。また、貼付部位が両ひざであることから、５０ｍｇであると思い込んでしまった。	規格の確認の徹底。投薬時に患者とも規格を確認し、さらに薬袋も再確認する。	ロキソプロフェンナトリウムパップ１００ｍｇ「日医工」	ロキソプロフェンナトリウムテープ５０ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
400	一般名処方でバルプロ酸Na200ｍｇが頓用で処方された、定期服用にバルプロ酸Na徐放200ｍｇがあったため、レセコン入力でともに徐放錠を選んでしまい交付していた。次回来局時にレセコン入力で間違いに気づいた。患者さんの体調は特に問題はなかった。医師へ経過の報告をした。	普段の処方でバルプロ酸Naの普通錠が処方されることはほとんどなく、徐放錠の処方が圧倒的に多いため、普通錠であることを見逃してしまった、一般名処方であることが、さらにミスを増加させていると思われる。レセコン入力の際、バーコードリーダーで入力しているが、同じ成分は候補としてあがってきてしまうため、選択を間違えていた。	バルプロ酸Naは徐放錠、普通錠、シロップ、顆粒と剤形が4種あるため、特に注意を要する。バルプロ酸が処方された場合、剤形選び間違いの入力ミスが特に発生しやすいので、剤形に特に注意するよう徹底した。血中濃度推移の違いについて添付文書を改めて確認し、起こりうる体調の変化について意見を交換した、また医師の処方意図についても薬剤師全員で考察した。	バレリン錠２００ｍｇ	バルプロ酸ナトリウム徐放錠Ａ２００ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
401	抑肝散を間違えて大黄甘草湯を渡してしまい　患者様が７回服用し下痢が続いた。薬を交換させてもらい、大黄甘草湯やめれば　下痢はおさまったとのこと	抑肝散　大黄甘草湯　ツムラ　黄色の帯一つ飛ばしで並んでいた。ラインの色　数字だけで判断してしっかり確認していなかった。	棚において、この２つを離しては配置しなおしました。処方せんに数字を書き込むようにし、番号だけでなく名称を照らし合わして確認するように手順を改めた。	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
402	チウラジール錠５０が処方されているのに、チラーヂンＳ錠５０を調剤をしてしまいました。	連休投薬もあって、バタバタしていましたが、調剤をする時は、調剤と監査は必ず違う人がすることにしていた為、患者さんに投薬する前に防ぐ事ができました。	バタバタしていても、必ず調剤と監査は、別の人がする。	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た事例
403	レルベア吸入100エリプタ吸入14吸入の処方だったが30吸入を調剤してしまった。監査時にミスゼロ子を使用していて警告音がなり、ミスに気付いた。	調剤者が新規に採用の方で調剤に慣れていなかった。パッケージがよく似ているので認識不足もあった	レルベア吸入は100と200があり、それぞれ14吸入と30吸入があることを認識させた。14吸入と30吸入を引き出しの上と下に分けて入れることにした	レルベア１００エリプタ１４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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
404	メコバラミン錠５００トーワのところをメチコバール錠５００をお渡ししてしまった。患者様が気づき、後日来局し、交換。	外観が似ていて成分も同じのため、ピッキングの際思い込んでしまった。また、処方された品目が多く、混雑時だったため、焦りもあり、入念な確認を怠った。	薬品の外観だけでなく、名前をしっかり読んで確認する。間違いやすい組み合わせであるため、それを念頭に置いて確認する。	メコバラミン錠５００「トーワ」	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
405	ノバラピットフレックスペンが処方されたところノボラピットフレックスタッチを投薬後日在庫が合わず原因を追及し発覚	ピッキング者のフレックスペンとフレックスタッチの2種類あることの知識不足、繁忙時間帯で監査、投薬時の確認がおろそかとなった	あせらずしっかり確認を徹底する	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
406	葛根湯の処方が30日分あり、4束と2枚のピッキング。その中の2束が補中益気湯だった。機械監査では、手に取ったもののみバーコードで取り違えの確認をし、残りは、束の数を入力するシステムだったため、機械監査もすり抜けた。別の職員がチェックした際に、2種類が混同されていることに気づき、投薬前に修正することができた	2種類の漢方の割り当て番号が１番と41番であり、帯の色が同じ。入荷チェック後、薬品棚に入れる際の確認が不足し、1番の葛根湯の中に４１番の補中益気湯が混ざりこんでしまった。2種類はよく処方される漢方薬の為、出入りが激しい漢方であり、入荷も頻繁にある。	漢方の在庫は増えてきているため、カラーでの判断は間違いにつながる。補充も片手間で行わず、しっかり確認を行い、調剤者も、薬品棚に入っているものは間違いがないと思い込まず、すべてを確認するように周知徹底を行う	ツムラ葛根湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ補中益気湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
407	事務の規格入力間違いから監査⇒投薬まで薬剤師のスルー	思い込み、処方せん入力チェックを怠る、また処方せん原本と医薬品の監査漏れ	オペレーションの見直しスタッフ面談　聞き取り　入力ダブルチェックまたはQRコードを必ず読み込む監査は処方せん原本と必ず確認	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
408	先発品希望の患者にリバロ錠1ｍｇをお出しするところ、後発品のピタバスタチン錠1ｍｇ「トーワ」をお出ししてしまった。服用前に患者様からいつもと薬が違うと連絡があり発覚し、リバロ錠と交換することで対応した。	一般名処方で書かれている処方で、その名前通りのものをピッキングしてしまったと考えられる。監査時も繁忙の時間帯だったこともあって気付かずにお出ししてしまった。	その患者様が先発希望かどうかを事前に確認し、注意のメモをするなど間違えの無いように注意する。	リバロ錠１ｍｇ	ピタバスタチンＣａ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
409	ノイロビタン配合錠を調剤すべきところ、ノイロトロピンで調剤	勤務終了間際に複雑な調剤が重なり焦り、慌てが生じ、本来処方箋記載の薬品名と調剤する薬品名を最後まで照合する手順をおろそかにし、思い込みで調剤したこと	業務手順履行の周知徹底	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
410	スージャヌが処方されたが、間違ってジャヌビアを投薬した。翌日在庫数が合わないことに気が付き、当該患者に電話にて確認したところ間違って渡していた。幸い服薬前であり取り換えることができた。	慣れにより、確認が不十分であった。	事例を共有し、確認をしっかり行う。	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
411	レボフロキサシン点眼液が眼脂で処方され、花粉症の繁忙期でレボカバスチン点眼の処方量が多いため、間違いになった。	鑑査機でエラーが出て気が付いた	レボフロキサシン点眼液の方が時期により処方は少ないので、花粉症の時期は入力で消えるマーカーでラインかチェックを入れる	レボフロキサシン点眼液０．５％「キッセイ」	レボカバスチン点眼液０．０２５％「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
412	ツムラ十味敗毒湯で処方されたところ、クラシエ十味敗毒湯を調剤した。	新しく配属になった職員だったため、複数の製薬会社のものを置いてあるとこに気づけなかった。	複数の製薬会社のものがあることを周知する。	ツムラ十味敗毒湯エキス顆粒（医療用）	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
413	その時間帯が患者さまが立て込んでいて、あせってしまい、本当はベリチーム0.5ｇ包の規格の分包品を168包お渡しのところを1.0ｇ包の規格違いのものを168包渡してしまった。次の日に棚卸で在庫量がちがうことがわかり、連絡して間違いがはんめいした。4回分服用していたが、健康被害なく、医師にも報告したが、そのまま様子みることで、了承得ました。	調剤者と鑑査者は別になっているが、患者さまが立て込んでいるときはみんながあせってしまって、ふたりでもぬけてしまうことがある。	規格が2茶以上ある場合は0.5ｇ包とか鉛筆でまるでかこむなどして、より注意できるようにするよう改善しました。	ベリチーム配合顆粒	ベリチーム配合顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
414	オルメサルタンOD（20）でお渡しするところをテルミサルタン（20）でお渡し。	お薬をもっていかれる量がデカ袋３袋分と多い患者様でその日に限りお急ぎであったことも重なり調剤ミスにきずかず投薬。回収してオルメサルタンでお渡し終了。	時間の確保を優先するよう努めます。	オルメテックＯＤ錠１０ｍｇ	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
415	受診時に診察医が発見、来局時に調剤薬が違う事実・お詫びを伝え、体調・残薬確認等の聞き取り。	ピッキングされていたニュープロパッチ１８ｍｇをイクセロンパッチ１８ｍｇと思い込みしてしまった。（各医薬品の包装は、医薬品名印刷・形状は明らかに違いあり、各製剤の規格による色分けについては両剤の１８ｍｇ規格は共に紫色を使用という部分のみ類似）	自己の監査手順を見直し、手順の確認項目を追加する。心理的・精神的状況の回避パッチ製剤の棚番変更を検討し実行するパッチ製剤に関する研修会を実施（種類・効能/効果/副作用・処方例など）	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た事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
416	調剤の際、本来ならばセレスタミン配合錠を調剤しなければならないところをセフカペンピボキシル錠で調剤・投薬を行った。後ほど患者本人より薬情と実際の薬剤が違うのでは？と電話連絡があり、投薬した薬剤の画像を確認したところ、調剤ミスをしていることが発覚した。 その後正しい薬剤を患者宅まで持参し、誤った薬剤と交換を行った。なお、薬剤は服用する前の事故発覚となる。	薬局の構造、職員の知識不足、投薬時忙しい状況であったなどの背景・要因が考えられる	患者およびスタッフ間のコミュニケーションを更に円滑にすることでミスを防ぐ必要があるため、報告・連絡・相談を徹底することとした。また患者の容態等を掘り下げて聞くことで投薬直前のミスを減らすことを目標とすることとした	セレスタミン配合錠	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
417	レボフロキサシン錠250mgの処方に対し、同500mgを調剤別の薬剤師がすぐに気づく	一般的な用法用量が500mgだったので、品名だけ見て判断してしまった	規格も確認する	レボフロキサシン錠２５０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	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
418	ロスーゼットHDの処方に対しロースーゼットLDを調剤。監査時に発見した。	ロスーゼットHDとロスーゼットLDは外箱も異なり、ヒートの裏面にも違いはあるが、ヒートの表面は錠剤の大きさに少し違いはあるものの似ている。急いでいると間違えやすい。	同じ引き出しの近くの位置に保管していたので、仕切りをして保管場所を離した。	ロスーゼット配合錠ＨＤ	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
419	ロキソニンパップが処方のところ、間違ってロキソニンテープを調剤してしまった。患者さんが帰ってから気づき、薬局にＴＥＬあり。	いつもはテープの処方のほうが多く、間違ってしまったと思われる。	調剤者には薬袋をセットする際に、ダブルチェックをすること。監査者には入力内容とダブルチェックをすること。	ロキソニンパップ１００ｍｇ	ロキソニンテープ１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
420	服用しようとしたところ、違う薬が入っていた。	桂枝茯苓丸加ヨクイニンの処方が多いための慣れと注意不足による過誤。調剤録にも薬剤名に丸印、製剤とわかるT-125と記載をしていたが見落とした。	処方入力の際に過誤防止のための調剤すべき薬剤名をコメント欄に追記。	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
421	フルメトロン点眼液0.02％を処方されていたが、フルメトロン点眼液0.1％を誤って投薬してしまった。調剤録を確認時に気づき（1週間後）お母様に連絡し謝罪し交換した。3本中1本を使い始めたとの事で処分して、新しく渡した0.02％のものを開始するよう説明した。	患者が待っている様子だったので早めに投薬しようと確認をおろそかにしてしまった。前回0.1％の処方だったので思い込みで渡してしまった。	思い込みせず確認を怠らない。	フルメトロン点眼液０．０２％	フルメトロン点眼液０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
422	先発希望の患者様にアムロジピンOD10ｍｇをお渡しした。	ノルバスクOD10ｍｇとの包装酷似。	調剤者の数量違いを治すときも複数の薬剤師で確認する。	ノルバスクＯＤ錠１０ｍｇ	アムロジピンＯＤ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
423	オパルモンの処方があったがモサプリドで投薬してしまった	ヒートが似ていた為思い込んで処方、投薬してしまった	調剤の時慌てない監査をしっかり行う	オパルモン錠５μｇ	モサプリドクエン酸塩錠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
424	アムロジピンOD 5mgで交付すべきところ、ピッキングした薬剤師が、アムロジピン5mgを、ピッキングしてしまい、次の監査も見誤り、最終の交付する際に、患者本人との会話中に、何時も交付のOD錠と違う事に、まず患者本人が気付かれ、謝罪して交換した。	患者の混み合う時間帯で、ピッキングする薬剤師も、監査する薬剤師も、交付する薬剤師も、繁雑さに紛れて、間違えを見落とし、患者本人の前まで間違えた剤型の薬を交付しようとした。	混み合って、繁雑な時ほど、ピッキング、監査、交付者の見直しを更に強化徹底する様に、薬剤師全員に伝え、気持ちを引き締めて仕事を行うようにした。	アムロジピンＯＤ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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
425	規格誤りによるピッキング。	日頃あまり使用されない薬剤で、他規格の認識が薄かった。	「薬品名＋剤形＋規格＋屋号」の原則確認を行う。	ボルタレンサポ５０ｍｇ	ボルタレンサポ２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
426	別規格でのピッキング。	繁用規格の方を思い込み。	「薬品名＋剤形＋規格＋屋号」の原則確認を行う。	ウルソデオキシコール酸錠５０ｍｇ「トーワ」	ウルソデオキシコール酸錠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
427	他規格でのピッキング。	門前病院採用の規格を思い込みでピッキングした。	「薬品名＋剤形＋規格＋屋号」の原則確認を行う。	ウルソデオキシコール酸錠５０ｍｇ「トーワ」	ウルソデオキシコール酸錠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
428	規格誤り。	門前の繁用規格を思い込みでピッキング。	「薬品名＋剤形＋規格＋屋号」の原則確認を行う。	クロピドグレル錠７５ｍｇ「ＳＡＮＩＫ」	クロピドグレル錠５０ｍｇ「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
429	テープ・２０ｍｇのところパップ・１２０ｍｇをピッキング。	剤形、規格の確認不足。	「薬品名＋剤形＋規格＋屋号」の原則確認を行う。	ケトプロフェンテープ２０ｍｇ「テイコク」	ケトプロフェンパップＸＲ１２０ｍｇ「テイコク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
430	ジェネリック記載（院内採用メーカー）で、医師コメントで先発調剤可の指示あり。指示コメント確認不足のままジェネリックをピッキング。	院内採用の関係で処方箋記載対応ができていないための医師コメント対応。あまりないケースの為思い込みがあった。	患者特記欄の確認怠りに注意する。	アムロジンＯＤ錠５ｍｇ	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
431	手書きの処方箋にてアリチア配合錠とありましたが、アリチア配合錠を知らないで、テルチア配合錠ではないかと誤認しました	テルチアにはAP　BPがあり規格の問い合わせで気が付きました	手書き処方箋では思い込みをなくし、不明な点はすぐに疑義紹介するようにする	アリチア配合錠	テルチア配合錠ＡＰ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
432	一般名から医薬品名への変換を誤ってしまい、調剤、鑑査でも漏れて誤った薬を患者に交付してしまった。	一般名処方のベタメタゾン吉草酸エステル軟膏とベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏をベタメタゾンだけで判断してしまい、結果リンデロンVではなくアンテベートを交付してしまった。	パソコンの薬品の一般名紐づけを設定し直した。	リンデロン－Ｖ軟膏０．１２％	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
433	一般名処方で、先発品希望で先発品を今まで処方になっていたが、一般名処方でジェネリックを調剤してしまった。監査でもヒート類似の為、間違えに気が付かず、患者に渡してしまう。患者が家に戻り、今までの薬と名前が違うため、連絡あり。	先発品と、ジェネリックが酷似しているため、一瞬みては見逃してしまう。	患者ごとに、先発かジェネリックか、もう１度確認して出すように。	オルメテックＯＤ錠２０ｍｇ	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
434	ヘルベッサーＲ１００ｍｇのところ、ジルチアゼムＲ徐放性１００ｍｇサワイ　ジェネリックが３５カプセル中１０カプセルの１シートだけ、間違えて渡してしまった	薬を戻すところを間違えてしまい、１シートのみ混入　ジェネリックのためヒートの類似のためパッと見、区別がつかなく、誤って調剤してしまった。	薬を戻すときに、注意を　今１度、名称等の確認をするように。監査・調剤する時は、１枚１枚確認をする	ヘルベッサーＲカプセル１００ｍｇ	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
435	レスキューとしてオキシコドン錠５ｍｇ　２０錠処方される。当薬局にオキシコドン徐放錠５ｍｇがあったため深く考えずオキシコドン徐放錠５ｍｇ　２０錠を渡す。たまたま患者が手術の為病院に入院し、病院の薬剤師さんの監査にて見つかり連絡が入り処方箋を見直して間違いにきずいた。患者さんが２０錠飲んでなかったので交換に行く。薬務課のほうにも報告し戻ったオキシコドン徐放錠５ｍｇ　２０錠処分する手続きを取り後日薬務課の方はが来られ粉砕破棄される。	処方箋監査時レスキューででいると把握していたのに在庫の事を考えてしまった	在庫等など余計な事を考えず調剤する	オキシコドン錠５ｍｇ「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
436	レバミピド錠100mgを21錠調剤するところ、ムコスタ錠100mgで調剤してしまった。	2剤の包装が類似していたため、気づかなかった。調剤棚から取り、戻し間違いがあった可能性。	薬局内で注意喚起し、レバミピド・ムコスタを調剤するときはヒヤリハットの可能性を意識する。ヒヤリハット予防の具体策としては、2剤の薬品棚の位置を離す、薬品棚のラベルに注意喚起の印（「混入注意」など）をつけるなどが挙げられる。	レバミピド錠１００ｍｇ「オーツカ」	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
437	ネリプロクト坐剤で処方されていたが、GE希望の患者であったためGEで調剤しようと思い誤って剤型違いのネリザ軟膏で調剤。監査者が監査中ピッキングサポートシステムPORIMSを通したところ調剤ミスのエラーが鳴ったため、気が付いた。	処方された薬は普段あまり出ない薬であったのに対しネリザ軟膏は頻繁に出されるため、思い違いをしてしまった可能性がある。また繁忙時間であったため、時間をかけれず見落としたことも要因に挙げられる。	・忙しい時でも必ず監査システムは忘れず使用する。・投薬時も最終チェックとして、必ず薬と薬袋を照らし合わせながら患者様にお渡しする。	ネリプロクト坐剤	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
438	常勤薬剤師の有給休暇の対応で、ヘルプの薬剤師が一人調剤・投薬のケース。在庫がアモキシシリン細粒10%はあったが、20%はワイドシリンであり、処方はアモキシシリン細粒20%だった為規格を確認せずに10%細粒で調剤・投薬してしまった。翌週月曜日に常勤薬剤師が発見。担当医に状況をお話しして指示を仰いだ。副鼻腔炎の姉弟の患者2名。新たに正しい用量で作りお届けして処方日数（5日）を服用するように伝えた。	普段から一人薬剤師の体制の時間が多い薬局であり、患者さんが集中して来局すると非常に大変になり焦りを感じることが多い。日頃から処方箋を良く読み、思い込み調剤をしないようにしているが、ヘルプの薬剤師だった為薬局の在庫までなかなか把握が出来ていなかった事、鑑査の時に規格の違いに気が付けなかった事等が要因と考えられる。	在庫表は常時引き出しの前や、棚の横に貼ってあるが規格の違う同じ成分のある薬剤の箱に‘別の規格あり’等の表示をつけて間違いの起きないように周知徹底をするようにした。	アモキシシリン細粒20%	アモキシシリン細粒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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
439	ジャヌビア25ｍｇ処方の所誤ってグラクティブ25ｍｇでお渡し。交付後すぐ患者様が気づかれ発覚。	他の調剤など気を取られたり確認したつもりだが思い込みだった。	再度お渡し前や監査後もう一度確認をする	ジャヌビア錠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
440	レボカバスチン塩酸塩点眼液0.025%処方のところ、レボフロキサシン0.5%を投薬してしまった。	パートで働いている人の処方箋を応需したが、よく確認せず薬袋に入れてしまった。	どんな人の処方でも同じように二重、三重のチェックを怠らないようにする。	レボカバスチン塩酸塩点眼液０．０２５％「わかもと」	レボフロキサシン点眼液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
441	ヒューマログミックス25注ミリオペンの処方でしたが、誤ってヒューマログ注ミリオペンを交付してしまい、ご本人が気付きましたが、施設の看護師さんが同じものと判断し、2回注射してしまいました。 患者様が薬剤師に確認して欲しいとの事で、連絡を受けて気が付き正しい注射と交換し体調の確認をしてその旨を主治医に報告しました。報告した患者様の状況から主治医は特に問題はないと判断してくださり本日の夕食後からヒューマログミックス25ミリオペンの投与を開始し、無事解決できました。	確認不足の為に起きた調剤ミスでした。	今後は、複数の人で監査を厳しく行い調剤ミスをなくすように致します。	ヒューマログミックス２５注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
442	予製を作成時にツムラ六君子湯を10包のところを4包のみ六君子湯で6包が大黄牡丹皮湯になっていた。	ツムラの漢方は下一桁同じだと色も同じで非常に似ている為監査時も注意が必要である。PDAで薬品間違いのチェックを書けているが上の4包でバーコードを通してしまうと合っていることになってしまうため混ざってないかどうかの確認も必要である。	PDAでチェックしても他の薬が混ざってないか確認が必要。調剤時に混ざらないように戻す時もしっかり2人チェックで戻すことを徹底。	ツムラ六君子湯エキス顆粒（医療用）	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
443	カリメート経口液が増量されているにもかかわらず、利尿薬はループ利尿薬からカリウム保持性のスピロノラクトン増量となっていた。カリウムに対し保持なのか、吸着除去したいのか作用が反するため看護師とうして医師確認。カリメート経口液はカリウム値が６．０から２．０に下がったため、中止し、処方削除となった。	腎機能低下者のカリウム値を考慮し調剤に行う	腎機能検査値をその都度確認していく			カリメート経口液２０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
444	酸化マグネシウム錠330mg「モチダ」でお渡しすべきところ、帳票類含め「ヨシダ」でお渡し。患者様は数日分服用。	処方内の他薬剤を後発品へ入力修正する際、鑑査者と別の者が担当した。その結果、酸化マグネシウム錠には修正が適応されていないと思い込み、鑑査での最終確認を怠った。	修正が必要な処方薬について口頭で入力者へ伝えたため、正しく修正されたと思い込んだ。修正後、処方全体の確認を再度行うべきだったので、修正を行った際には再度入力確認を含め、監査を1から行う。	酸化マグネシウム錠２５０ｍｇ「モチダ」	酸化マグネシウム錠２５０ｍｇ「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
445	セフカペンピボキシル錠の処方で、セフジトレンピボキシル錠を用意し、患者さんとの服薬指導前に間違いに気づく。	セフジトレンピボキシル錠を使用することが多く、確認不十分で用意した。	指さし確認を行う。処方箋と薬の確認を多くとる。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「日医工」	セフジトレンピボキシル錠１００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラー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	リンデロンVGクリームの箱の中にリンデロンVクリームが1本入っていた。キャップの色の違いにより気づき正しい箱に戻したため、患者には渡らなかった。	今回の処方以前に間違って取り出した薬を戻す際に、戻し間違えたと思われる。	間違えた薬を戻す際、箱と薬の薬名が正しいことを指さし確認する。よく似た薬名の薬に関して特に注意をする。	リンデロン－ＶＧクリーム０．１２％	リンデロン－Ｖクリーム０．１２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
447	ファモチジン(20)の調剤棚にドキサゾシン(1)が混入していた。PTPシート・錠剤の外観が類似しているため、調剤者・監査者・投薬者気が付かず調剤。調剤したファモチジン(20)の中にドキサゾシン(1)が数錠混ざった形で調剤を行ってしまい、患者に渡ってしまった。	ドキサゾシン(1)を棚に戻す際、PTPシートが似ていたため戻し間違えた恐れがある。	本件を調剤に関わるスタッフに周知徹底。薬剤を棚に戻す際は、薬と棚の名札を必ず確認して戻すよう指導	ファモチジン錠２０「サワイ」	ドキサゾシン錠１ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
448	婦人科よりクロラムフェニコール腟錠処方、当薬局在庫にクロトリマゾール腟錠があり、在庫があると安心、勘違いして思い込んでしまった。その為事務による入力、調剤、監査、投薬までの間に間違いを気付く事なく投薬してしまった。投薬後、間違いに気づき患者様に電話連絡、つながらなかったので何回も自宅訪問したが、結局お会いできなかった。そのため、手紙にて間違いの説明、お詫びとともに正しい薬を添えてポストに投函しました。その後も毎日訪問したが会えなかったが、数日後電話連絡あり手紙を読んだのでその通り正しい薬に変更しているとの返答をいただいた。間違いのクロラムフェニコール腟錠を5回ほど服薬したが健康被害はないとの事、今後何か気になる事があったら連絡いただけるようお願いしました	当該事象発生時は、混雑しており、頻繁にでる薬ではなかったので、誤ってあると勘違いしたが、安心、慢心、思い込みがエラーの主要な原因である	今後は、煩雑しているときも、入力、調剤、監査、投薬時にそれぞれより注意深く確認することを薬局内にて共通認識としました	クロマイ腟錠	クロトリマゾール腟錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
449	定期来局されている患者様の一包化指示処方において、常勤薬剤師がリトリア３にて調剤、ヘルプ薬剤師が監査・投薬。当日薬局内は開局時から患者様で混雑し、内容の濃い処方ばかりが立て続けに来ていた。 その1時間後、ようやく薬局内が落ち着いた時間帯になり、ヘルプ薬剤師よりリトリアにて監査時にとっておいた回収包(処方錠数にきっちり合わせて充填しているリトリアカセットから余って回収されたもの。 通常はこの中に錠剤が入っていることはない)にノウリアストが1錠入っているがどうすればよいかと質問があり、一包化に他剤混入の疑いをもつ。直ぐに患者宅に連絡、当事者以外の常勤薬剤師が患者宅を訪問し、お渡しした一包化を再度監査。 朝食後分包品のうち1包にのみ、ノウリアスト20ｍｇが1錠入っていなければいけない所、ラベプラゾール10ｍｇファイザー1錠が代わりに混入していたことが判明。そのまま患者宅にて修正をし謝罪してお渡し。	当日は、人手が足りず他店舗からのヘルプ薬剤師が出勤していた。その薬剤師は当該店舗へは初出勤であり、一包化機械も自店舗の機械とはメーカーも異なるものであった。回収包に錠剤が何かしら入っていれば、当該薬局のメンバーであれば必ず疑いをもつところだが、当該日は開局時間より忙しく指導時間をゆっくりもてなかったこと、経験年数が長いヘルプ薬剤師のため説明等が疎かになっていたこと、通常であれば調剤者も回収包を確認してから監査者に回しているが、薬局が混みあっており調剤者が他患者投薬中にヘルプ薬剤師が一包化を先に回収してしまったことなどが大きな要因と思われる。また、リトリアへの他剤混入についてはメーカーより人為的か機械的かはっきり定められないとのこと。	他の店舗より多くのヘルプ薬剤師が頻繁に訪れるため、その都度薬局内の最低限の伝達事項をまとめ、注意・指導するように改善。リトリア３での回収包は監査者だけでなく調剤者も確認することを徹底する。調剤者も、カセットへの錠剤充填時にはより注意して作業を行う。			ラベプラゾールＮａ錠１０ｍｇ「ファイザー」 ノウリアスト錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
450	フェブリク錠は、ウィークリーから10錠包装にすべてのmgが順次変わったが、あまり出てない40mgの14包装のみ最後まで残っていた。調剤当日の朝から10錠包装に変わったようだがまだ出勤してなくてその事実を知らず、処方が56日分だったためいつも通り14錠×4枚と思って出したところが10錠×4枚だったという事例です。	薬局が10錠包装を選んで変えた訳じゃなく14錠包装がなくなり次第順次という変え方に問題があると思う、事実、調剤者、監査者おまけに患者本人まで14錠包装のままと思っていて患者様は飲んでいて他はあるのにフェブリクだけ16錠足りなくなって来局した。フェブリク錠の10錠包装の箱の大きさは14錠包装に比べてあまり変わらず包装、錠剤のヒートすべて見た目が同じ。強制的に10錠包装に変えるのであれば、なんらかの工夫があって然るべきと思う。	通達事項は席を外している者も含めて全員に行き渡るようにすべきと考えます。			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
451	カナリア錠28錠お渡しするところ20錠のみお渡してしまった様子。	当薬局の勤務されてまだ時期が浅く、カナリア錠(当薬局10錠ヒート採用)と同時に14錠ヒートのロスバスタチンも28錠ずつ処方。忙しかったのもあり一人で調剤、一人で鑑査して投薬。	どんなに忙しくても錠数まで調剤したものとは別のものが鑑査して投薬する。			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
452	ロキソプロフェンテープ大鵬処方のところロキソプロフェンテープ祐徳に医師に照会変更したが、他のクリニックでもらっていた薬のメーカー違いならよいと許可を受け調剤した。薬局閉店後患者さんより電話があり温感が希望とのことで調べてみると大鵬は温感であったので新規に取り寄せして数時間患家に配達した。	ロキソプロフェンテープ大鵬が温感タイプであったことへの知識不足	すべてのシップ剤について再度比較し直した。	ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「タイホウ」	ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「ユートク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
453	エリスロシン錠200mgで来ていた処方箋をエリスロマイシン錠200mg『サワイ』でお渡し。先発からGEのパターンだと思い、当時携わった事務も直打ちでエリスロマイシン錠200mg『サワイ』で入力し、２か月経った頃に両薬剤が成分の違う薬剤であることに気づく。	当時携わった事務も薬剤師も経験年数が浅く、両薬剤が違う薬剤であることの知識がなかった。ピッキングを行った者も先発からGEのパターンだと思い、薬剤をピッキング。その後、監査等には携わらずに気づくことができなかった。以前、他院ではエリスロマイシン錠200mg『サワイ』で服用していた経緯があるため、転院後もDo処方だと勘違いし、気づくことが出来なかったことも要因です。	処方箋のダブルチェックを徹底していく。今回の事例が今後起きないよう社内全体で周知していく。	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
454	ピタバスタチンCa錠が2mgで処方されていたが、1mgで調剤。監査時も気付かずに患者様へお渡し。	混雑の時間帯であった事、また、近い場所に両薬剤が置いてあった為に調剤者が誤ってしまった。	棚における薬剤の配置の工夫や、複数規格在庫している薬剤の周知徹底をする。	ピタバスタチンカルシウム錠２ｍｇ「ＫＯＧ」	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
455	ペルジピンLAカプセル20が処方されている患者様にペルジピンLAカプセル40でお渡ししてしまった。すぐに気づき交換したため特に問題はなかった。	患者様が多く来局している時間帯であり、焦りガあり規格の見落としがあったと考えられる。	患者様が多く焦りがあっても、気持ちを落ち着かせきちんと確認するよう務める。監査時　薬剤・規格・錠数まで読み上げ、指さし確認することを徹底する。	ペルジピンLAカプセル20	ペルジピンLAカプセル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
456	ツムラ葛根湯（1）とツムラ補中益気湯（41）の調剤ミスに監査者気づかず、そのままお渡し。	番号が1番と41番で青色だったので気づけなかった。GS-1チェッカーを使わず監査し投薬。	すべての医薬品をGS-1チェッカーを通して投薬するよう徹底。	ツムラ葛根湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ補中益気湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
457	他のピッキングの間違えから、間違えたままになっていた	忙しさの中、薬剤師が慣れていない	慣れるまで、確認をする	ビーソフテンクリーム０．３％	ビーソフテンローション０．３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
458	サロベールでお渡しするべきところを、アロプリノールで調剤。交付時に患者様から指摘があり。	今まで商品名で記載されていた処方箋が、一般名処方に変更となる。先発、後発品の取り間違え防止に関しては、印をつけて普段から注意喚起をしていたが、当薬局の後発品の採用薬品が２品目あり調剤間違えが起こった。	調剤時に、処方箋記載内容だけでなく、入力内容やお薬手帳の内容と照らし合わせて調剤を行うよう徹底。	サロベール錠１００ｍｇ	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
459	ノルパンテープ10が処方されていたにも関わらず5を調剤・交付してしまった	今まではノルスパンテープ5が処方されており今回も同じものと思い込んでしまい規格の確認がおろそかになってしまった。	処方せんのコピーに薬品名、規格にチェックを入れ全量も記入するよう徹底し監査時にミスの発覚ができるように努める。	ノルスパンテープ１０ｍｇ	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
460	処方箋は先発明カルデナリンだった。後発希望なのでドキサゾシンで調剤すべきところカンデサルタンと覚え間違っていた。監査者が見逃した	一般名処方のときは後発品の名称が分かりやすいが先発名処方の時は成分名をきちんと覚えているひつようがある。確認を怠って似た名前の薬を調剤したため間違いとなった	監査の徹底。棚で一般名の併記	カルデナリン錠４ｍｇ	カンデサルタン錠４ｍｇ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
461	ミノドロン錠50mgの処方のところ、ミノサイクリン錠50mgでレセコン入力。	薬剤名の類似あり、同規格。事務員の知識、経験不足。	ミノドロン錠は起床時の用法であるので、すぐに薬剤名の入力ミスに気付いた。薬剤名は最後までしっかり確認すること、今回のような薬剤名の類似があるので注意することをスタッフ間で共有した。	ミノドロン酸錠５０ｍｇ「トーワ」	ミノサイクリン塩酸塩錠５０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
462	アミティーザカプセル24μg処方指示の所、アミティーザカプセル12μgを調剤。前回Do入力されていて処方変更に気付いていなかった。次回来局時経験年数19年目の薬剤師が入力した時点で用量変更かと思い前回処方箋を確認しその前回が過誤であった事を発見した。入力鑑査、処方箋と実物との鑑査を経ているはずだが、素通りしてしまっている。	過誤を起こした本人思い込みが強く、インシデントを薬局内でとめることができない状態。	社内ルール・一般的な調剤のルールを再度確認。社内ルールの遵守に努めた。	アミティーザカプセル２４μｇ	アミティーザカプセル１２μｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
463	患者様のお母さまよりお薬を服用した後におしっこがブドウジュースのような色になってしまったと電話で相談あり。処方箋を確認したところアスベリンの用量が通常量の3～5倍量で処方されており、気が付かないまま調剤・鑑査・投薬がされていた。 アスベリン散で処方されていたが、アスベリンドライシロップと思い込み調剤・鑑査をしてしまった。過量のお薬を服薬。尿の色が赤くなり、眠気・食欲不振の症状あり。病院へ連絡し報告。患者様へは過量で投薬してしまったことを報告・謝罪し可能であれば再度受診をするよう説明。先生へ連絡するようお話をした。アスベリン散抜きの処方で、患者さんにお渡しするように処方医師から電話あり。薬を交換しました。	思い込みによる調剤過誤。	薬の名前だけでなく、常用量を考えながら、調剤、鑑査することを徹底するように社員全員に通達しました。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
464	忙しい時間帯ではなかった。一般名処方で、ケトコナゾールクリーム2%10ｇ記載あり。ニゾラールクリーム2%10ｇ1本調剤するところ、ニゾラールローション2%10ｇで調剤してしまっていた。監査時に剤形が違うことがわかり、すぐに調剤し直したため、大事には至らなかった。	一般名処方で記載されており、剤形まできちんと読めていなかった。また用量がクリームもローションも単位がグラムなので、しっかり薬剤を理解していないまま、思い込みで調剤してしまった。	外用薬は、剤形が異なるものが多く、一般名処方で記載されている場合は、剤形までしっかり読み、確認しながら調剤する。	ニゾラールクリーム２％	ニゾラールローション２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
465	忙しい時間帯ではなかった。1包化の指示のある処方箋で、その中にツムラ八味地黄丸エキス顆粒7.5ｇ1日3回毎食前14日分記載あり。調剤時、外観のよく似たツムラ牛車腎気丸エキス顆粒を調剤してしまった。監査時に薬剤が違うことがわかり、すぐに調剤し直したため、大事に至らなかった。	ツムラ漢方製剤は、一桁の番号で包装の色が統一されている。八味地黄丸は製剤番号が「7」、牛車腎気丸は「107」でともに同じ包装の色分けになっており、「7」の番号と、包装の色で勘違いをして思い込みで調剤をしたと思われる。薬品名をしっかり見て調剤していなかったと思われる。	漢方製剤に関しては、包装が同じで番号が違うので、見間違えやすい。きちんと薬剤名まで確認して調剤する。	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
466	新薬ドウベイト配合錠とトリーメク配合錠の取り間違い 箱の高さは異なるが、ともにヴィーブヘルスケアであり、箱のデザインが類似していたため取り間違えた。ドウベイトをトリーメクの隣に配置したことは朝礼で周知をしていたが、本人はドウベイトを調剤したことがなく、実感として薄かったため、トリーメクを調剤したと思い込み、調剤後の自己監査でラベルを確認することも怠った。バラ錠であり、ボトルから必要量取り出して調剤をしたが、当事者はトリーメクと信じて疑わなかったため、錠剤の形や色が異なっていても気付けなかった。	新薬ドウベイトを採用したばかりだった。ドウベイトはトリーメクから1種類の成分が除外された製剤であり、薬学的にそれを周知させるために隣り合わせに配置していた。	ドウベイトを別の棚に配置換えをした。バラ錠は監査システムに通さない運用をしていたが、今後は監査システムに通して照合するように運用を変更する。	トリーメク配合錠	ドウベイト配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
467	アダラートCR２０ｍｇで処方された医薬品のところ、アダラートCR１０ｍｇで調剤し、投薬してしまった。	かなり処方箋が重い患者さんであり、当時薬局も混みあっていた。またほかの薬剤で欠品もあり、ピッキング担当者がそれも担当していた。また今回からアダラートCR１０ｍｇから２０ｍｇへ増量していた為、前回の処方が記憶に残り１０ｍｇで調剤、監査してしまった恐れがある。	監査の際、薬袋に入れる際に医薬品名と薬袋が合っているか確認し袋に入れた後、投薬台でも患者に説明する際薬を取り出して薬品のチェックを行う。特に今回より変更点があった薬剤に関しては特に気を付けてダブルチェックする。また、混みあっているとき、ほかの作業もあるときは特にミスが起こりやすい為、その分普段より更に気を付ける。	アダラートＣＲ錠２０ｍｇ	アダラートＣＲ錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
468	半年毎の棚卸しでリリカOD錠２５ｍｇ、７５ｍｇの在庫が合わず、調べたところコンピューターへの入力ミスに気付かず薬袋、お薬手帳、薬情を誤った情報のまま、お渡ししたと判明。判明した日に電話で連絡し、おわびした。	事務員が交代で休んでいる曜日で普段と異なる業務状況だった。リリカOD錠以外の２種類の薬剤を今回からジェネリック医薬品に変更するなどに気をとられ、前回のリリカOD錠７５ｍｇが今回２５ｍｇに変更となっている事を見落としたものと思われる。	コンピューター入力中、入力後の鑑査を徹底する。	リリカOD錠２５ｍｇ	リリカOD錠７５ｍｈｇ		ヒューマンエラー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	患者が医師へ五淋散を頼んだが、処方されていたのが五苓散だった。投薬の際も気づかず、次の日患者からの薬局への電話で発覚した。	類似薬品名のため、医師の聞き間違えが原因と思われる	患者の訴える症状にあった漢方であるか、確認をしてから投薬する			ツムラ五苓散エキス顆粒（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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
470	一般名：サルメテロールキシナホ酸塩・フルチカゾンプロピオン酸吸入剤（250μｇ）12.0ｇにおいて、本来アドエア250エアゾール120吸入を調剤すべきところ、アドエア250ディスカス28吸入にて調剤し、実際に患者が使用した。	デバイスの確認を患者のみに実施し、処方元への確認を怠った。	一般名処方において、特に煩雑となる配合剤の規格・剤形については、細心の注意が必要となる。また、投薬時での患者確認のみとせず、疑義が生じた時点で処方元への問い合わせをためらわない。	アドエア２５０エアゾール１２０吸入用	アドエア２５０ディスカス２８吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
471	ツムラ7番処方のとこ17番でピッキング。お渡し直後に発覚し防げた。	類似番号の注意喚起なしの配置	注意喚起・類似パッケージ商品の配置距離	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
472	当該患者は居住地の病院のA内科と遠方のB皮膚科に通院されていたが、A内科からB皮膚科と同内容の薬が数種類処方された。その中で、B皮膚科ではツムラ十味敗毒湯を処方されていたが、A内科の処方ではツムラ十全大補湯が記載されており、レセコン入力の事務員と処方せん監査の薬剤師と「医師の入力ミスではないか？」と疑問を持ち、患者にヒアリングすると「B皮膚科の所在地でコロナウイルスが発生ししばらく通院しないため、A内科でB皮膚科の通院症状を診て同じ薬を処方してくれるよう希望した」とのことだった為医師に疑義照会、十味敗毒湯に処方変更となった。	医師が常勤医師ではないため電子カルテの入力に不慣れだったこと、「ツムラ十」まで薬剤名が同じ為、入力時の薬剤選択時に操作を誤ったためではないかと思われる。	患者がふだんから当薬局を利用しているため併用薬にもすぐ気づけた。処方せん監査時に薬剤師が併用薬をチェックし、事務員が処方入力時に併用薬をチェックしたことで同時に処方薬剤に疑問を持った為、調剤前に患者本人に確認が出来た。これがもし患者が別の薬局に行ったり、お薬手帳を持参していなければ気づかなかった可能性もあり、併用薬や他科受診は常にチェックやヒアリングをするべきである。	ツムラ十全大補湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ十味敗毒湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
473	ヒルドイドクリームとの混合の処方であった。同じ色の容器で、量的なことで二つに分けて入れているものであった。予製者が間違って置いていたために、デルモベートとの混合とアンテベートとの混合が混ざっておかれていた。調剤者は同じものと思い込みピックアップ、交付時も片方を確認して合っていると判断してしまった。	容器の色が同じ。置き場所が近い。	容器の色は変えられなかったので、置き場所を離した。アンテベートのコナー、デルモベートのコーナーをはっきり分けた。	アンテベート軟膏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
474	棚卸時に見間違えをした。	名称の類似	名称注意表記を行う	セフジトレンピボキシル錠１００ｍｇ「日医工」	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
475	薬局在庫に腸溶錠がなく一般名処方の記載の見落としによる調剤であったと考えられる	当該患者様の薬歴メモに「腸溶錠」と大きく記載して取り違いを防止	当該患者様の薬歴メモに「腸溶錠」と大きく記載して取り違いを防止	サラゾスルファピリジン腸溶錠５００ｍｇ「日医工」	サラゾスルファピリジン錠５００ｍｇ「タイヨー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
476	先発処方でレキソタン５mg３錠、分３、２８日分で処方箋に記載があり、後発品のセニラン錠５mgを調剤するところ、セニラン錠２mgを調剤してしまった。	繁忙につき処方箋を見間違えて、規格間違えをしてしまった。	規格が複数あることを周知し、注意の張り紙をするなどする。	セニラン錠５ｍｇ	セニラン錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
477	今回ベオーバ錠５０ｍｇに処方変更だったが前回までのベタニス錠５０ｍｇで入力、鑑査、投薬をした。６日後、処方箋チェック時入力間違い、医薬品間違いに気付き、患者宅に電話をした。	鑑査時、他に処方されている薬の用法に気を取られてしまった。投薬時はベタニス５０ｍｇとベオーバ５０ｍｇ、「ベ」と「５０ｍｇ」で間違えやすい認識はあったが気付けなかった。	薬袋に入れるときに、再度処方箋・支援票との照らし合わせを徹底する。間違えやすい薬品という認識をもって気を付けるようにする。	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
	ご家族が出られ、「本人は他院整形外科に入院し今朝手術をした。薬も全て入院先に持って行っている」とのことだった。処方医に指示を仰いだところ今回はベタニス錠５０ｍｇのままでいいということだった。再度ご家族に電話し、今回の経緯を説明し間違いがあったことを謝罪した。お渡ししているベタニス錠５０ｍｇの服用継続でいいことをお伝えしした。						
478	処方では、クロモグリク酸吸入液の一般名で処方されていた。インタールを出すことになっていたが、レセコンの入力を間違えて、クロモグリク酸吸入液「サワイ」を入力してしまっていた。監査者は、薬剤の保管の話などしているうちに薬情を確認しないまま、薬は間違えていなかったためそのまま渡してしまった。	いつもインタールを使っているので、こんな間違いはしないと思っていた。	ちょっとした打ち間違いで、全然違う物が選択されてしまうので、入力後のチェックと監査時の確認を慌てずに行うようにする。			インタール吸入液１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
479	処方箋には薬剤２種書かれていた初めて薬局に来られた患者さんであったデザレックスとツムラ小柴胡湯の処方だったため　今までも服用されていた薬だろうと判断し　調剤を行った	お薬をお渡しするときに　初めて服用する薬との事で　お薬手帳もお持ちではなかった。症状をお聞きしたところ　鼻水症状と聞いたため　今回の処方医の傾向では小青竜湯の事が多いため　問い合わせをした。処方医は　小青竜湯と　指示を書いていたが　事務の方で処方箋発行時に　入力を間違えた事が判明小青竜湯に変更になった	今回は間違えてお渡しする事がなかったが患者への聞き取りの大切さを実感した今後も忙しいさに流されることなく　患者の症状に耳を傾ける必要が大切である			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
480	該当処方は一般名処方であり、口腔内崩壊錠であった。調剤時に普通錠を調剤し、鑑査時に見落としてしまった。ご家族が服用前に口腔内崩壊錠ではないことに気づき、交換するに至った。	該当処方は一般名での処方であった。口腔内崩壊所であることを調剤者、鑑査者が見落としてしまった。	調剤の際、監査の際、口腔内崩壊錠の在庫がある薬品は注意して調剤、鑑査を行う。	アリセプトＤ錠５ｍｇ	アリセプト錠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
481	今回からパロキセチンが１０ｍｇから２０ｍｇに増量になっていたが気がつかず入力、調剤、監査が通ってしまった。	処方内にもDrのコメントで増量と記載があったにも関わらず、ミスをしてしまった。背景に事務さんが新しい人で、薬剤師も臨時でヘルプに入った方でこなした要因も一理あると考える。薬袋に薬の写真がありそれと薬があっていればよし的なながれであったと思われる。肝心な処方箋の確認を怠った結果と考える。	監査は絶対に処方箋とにらめっこして行っていくことを心して行うことにつきると思います。	パロキセチン錠２０ｍｇ「ＮＰ」	パロキセチン錠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
482	アニュイティ２００µｇ３０吸入の所をアニュイティ１００µｇでお渡ししてしまった。	新規購入のため規格の確認が不十分だったため名称のみで確認してしまった。	調剤者、鑑査者ともに再度確認を行い、規格等も再確認する。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
483	本来トラムセット配合錠のジェネリックであるトアラセット配合錠「ケミファ」１１２錠をピッキングするはずだが、トアラセット配合錠「ケミファ」２０錠＋トラムセット配合錠９２錠でピッキング	薬棚が上下に位置しており、ＰＴＰシートデザインが似ていること、サイズも同じであることから監査時見落とし	薬棚の位置の変更薬棚の札に注意喚起メモを張り付け全てのＰＴＰシートについて薬剤名、刻印チェックの徹底	トラムセット配合錠	トアラセット配合錠「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
484	ジャヌビア錠２５ｍｇが処方されており、ジャディアンス錠２５ｍｇを見誤って調剤した。薬剤監査の時発覚し、投薬までは至らなかった。	ジャヌビア錠とジャディアンス錠は名前も薬効も類似しており、特に２５ｍｇ錠は規格も同じとあって、処方箋を十分に注意して調剤すべきものだと考えられる。特に繁忙な時ほどよく確認する必要がある。	両方の薬品庫に注意すべき物ということで、要注意シール（警戒色）を貼付することとした。	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
485	現薬剤（配合剤・成分名：ラタノプロスト・チモロール）継続薬ではあるが、症状悪化前では単剤成分（ラタノプロスト）薬であった。 今回、処方箋（一般名処方）で記載発行されていたが、最後まで処方内容を読み切れず、以前点眼していた単一成分（ラタノプロスト）だと慣れ認識し、ピッキング調剤した上、他薬剤師から未鑑査のまま、一人薬剤師ピッキング・投薬を実施したため、誤りに気付けなかった。投薬時は、患者の前で誤って調剤した薬剤（ラタノプロスト）についても、目の前で確認してもらっていたものの、そのままスルーされてしまう結果となった。	投薬薬剤師が患者服用薬（点眼剤）が以前使っている薬剤から新しく点眼剤が変更になっていることの認識がなく、慣れ調剤による誤投薬となっている。	投薬前二重鑑査を励行すること。	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％「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
486	セフカペンピボキシル100ｍｇ錠の処方であったが、セフジニルカプセル100mgカプセルで調剤した	当該患者に9か月前に処方された薬がセフジニルであったこと、処方元の先生がほとんどいつもセフジニルを処方されるので、パッと見てセフジニルだと思い込んでしまった。	思い込みをしないで薬の名前をすべて読むことを徹底する	セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「サワイ」	セフジニルカプセル１００ｍｇ「ＹＤ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
487	般）クロルマジノン酢酸エステル徐放錠５０ｍｇと処方あり、般）クロルプロマジン塩酸塩錠５０ｍｇと間違い、先発品のコントミン糖衣錠５０ｍｇで調剤してしまった。	今回初めての追加薬であり、一般名が似ていることから勘違い。コントミン錠が薬局在庫がないため患者様に取り寄せになること説明、その後誤ったコントミン錠を手配してしまった。コントミン錠入荷時後の調剤、監査ともにするーしてしまい、投薬。後日２回目の入力チェックで過誤が発覚、患者様に連絡しお詫び、薬の交換を行った。	一般名処方にて薬品が分からなかった場合、入力を参考にせず本やネット等を用いて調べる。	クロルマジノン酢酸エステル徐放錠５０ｍｇ「ＫＮ」	コントミン糖衣錠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
488	ツムラ大柴胡湯のところツムラ大建中湯をいれてしまった	ツムラ大　まで同じで処方せんをよく確認しなかった	処方せんに番号を書く	ツムラ大柴胡湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ大建中湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
489	イグザレルト錠15ｍｇ処方のところイグザレルト錠10mgでお渡し。当事者の薬剤師は気づいておらず、患者様より報告あり発覚。患者様は残薬あったため内服はしていなかった。	規格違いの薬品の取り違え。調剤時は忙しい時間帯だったこともあり用量の確認があいまいになっていたと考えられる。	薬品名、剤型、規格、用法、日数の5点の確認を遵守することで今回のような過誤は起きないと考えられます。	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
490	一般名処方でニフェジピン徐放錠１０ｍｇ（１２時間持続）であったが２０ｍｇをピッキングしそのまま投薬してしまった。バーコードリーダーでの監査システム使用したがスルーしてしまった。	流れ作業になり監査スルーしてしまった。知識不足。名称類似、外観類似等の把握不足。	バーコードリーダーによる監査を徹底する。緊張感をもって監査・投薬を行う。事務による確認も場合によっては必要。	ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
491	ベサコリン散５％３０ｇ１日３回毎食後の処方箋が持ち込まれた。１日用量が多いため添付文書を確認したところ１日３０～５０ｍｇが１日用量であることを確認した。疑義照会のため、カルテの確認したところ１日３００ｍｇ分３が確認できた。レセ入力の事務員がｇ単位でしか入力できないため３０と入力した。ベサコリン散は５％であることから１日用量は０．６ｇに相当することを伝えて変更した。	散剤、液剤の成分量は入力ミスが起きやすい。カルテ記載用量をそのままレセコンに入力する際にはミスが生じやすい。まず成分量か製剤としての量かを事前に確認する必要がある。	散剤、液剤の処方を受けた際には用法容量と製剤の含有量などを把握したうえで調剤する必要がある。本件のように５％製剤であればミスにも気づきやすいが、２０％や５０％散などではミスが起こりやすい。慎重に判断して疑義照会を行ったうえで調剤する必要がある。@	ベサコリン散５％	ベサコリン散５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
492	FAXで頂いた処方箋、オキシコンチンTR錠10mgで処方のところオキシコンチンTR錠5mgで入力、在庫準備されていた。鑑査でに気付いていれば、注文し在庫間に合ったが、閉局間際の来局で交付前に誤りに気付いた。在庫の準備が間に合わずに、処方元病院に薬剤を準備してもらうことになった。処方元病院・患者にも迷惑が掛かった。	社内ルール・一般的ルールの処方入力の鑑査・実物と処方箋の鑑査が不徹底だった。	社内ルールの徹底。入力鑑査・実物の処方箋との照合の徹底。	オキシコンチンＴＲ錠１０ｍｇ	オキシコンチンＴＲ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
493	ニセルゴリンとニコランジルの取り間違え。	採用するジェネリックメーカーも同一。類似する品目はメーカーを異なるものにすることもリスク管理として必要。	ジェネリックメーカーの変更	ニコランジル錠５ｍｇ「サワイ」	ニセルゴリン錠５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
494	レボカバスチン点眼薬で処方されていたにもレボフロキサシン点眼薬を投薬してしまった。翌日、調剤録を確認していたところ、誤りに気づき交換を行った。	前回、レボフロキサシン他1種類が処方されており、今回も前回DOにして入力。調剤も処方箋ではなく調剤録をみながら調剤してしまった。入力と調剤が一致してしまっていたため、鑑査の機械でも間違いに気づくことができず、投薬してしまった。またもう一種類の薬の在庫を調べるほうに意識が集中してしまったため、確認がおろそかになってしまった。	調剤は必ず処方箋を見て調剤すること。入力も、入力した言葉と処方箋の薬品名が一致しているかちゃんと確認すること。	レボカバスチン塩酸塩点眼液０．０２５％「ＴＯＡ」	レボフロキサシン点眼液０．５％「ＴＯＡ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
495	調剤後、本人からの電話があり、いつもの薬が入っていないので、間違いないか？の問い合わせ有り。本人の薬を聞いた所、いつも処方していた、ベタヒスチンメシル酸塩錠（6ｍｇ）「ＪＤ」が入ってなく、別のベポタスチンメシル酸塩ＯＤ錠（10ｍｇ）「タナベ」が入っていたのを確認。 謝罪し、処方薬のベタヒスチンメシル酸塩錠（6ｍｇ）「ＪＤ」を郵送し、次回診察の時に、ベポタスチンメシル酸塩ＯＤ錠（10ｍｇ）「タナベ」を持参してもらう事を了解して頂いた。幸いなことに、間違えた薬は服用していませんでした。	この時期はアレルギーの患者様も多く、ベポタスチンメシル酸塩ＯＤ錠（10ｍｇ）「タナベ」と似ているので、ベタヒスチンメシル酸塩錠（6ｍｇ）「ＪＤ」を処方するのを間違えてしまいました。	これからは、私自身・スタッフも含め間違いのない様に、患者様に少し待たせても、再々確認の徹底を実行したいと考えている所存です。	ベタヒスチンメシル酸塩錠6ｍｇ「JD」	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
496	患者様にツムラ麻杏甘石湯が処方された。ツムラ漢方棚から55番の麻杏甘石湯を調剤しようとしたところ、95番のツムラ五虎湯が片付けられていることに気が付いた。	包装デザインが似ていること、共に小包装であったこと、棚の位置が似ていたことが考えられる。	納品、調剤において必ずピッキングシステムを用いる。また調剤ミスをした薬においてはダブルチェックを行いかたずけること。	ツムラ麻杏甘石湯エキス顆粒（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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
497	フルオロメトロン点眼液0.02％で処方が来ていた方に、オドメール点眼液0.1％が入力されており、調剤、監査、投薬の段階にも入力、ピックの間違いに気付かず、オドメール点眼液0.1％を渡してしまった。4/7調剤録チェックの際に誤って入力していることに気付き、患者様に確認したところ、誤ってお渡ししていることが判明。処方元の医師にも連絡をとり副作用が出ていないことを確認したうえで差し替えた。	入力の間違いに気付かず、調剤、監査、投薬と進んでしまった。	先生より、過去にもフルメトロンの規格間違いがあったと聞きました。フルメトロンの処方箋が来たら規格に下線を引き、より注意するようにします。事務さんには、手打ちの入力ではなくQRコードでの入力をしてもらうようにします。	フルメトロン点眼液０．０２％	オドメール点眼液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
498	5剤の一包化。5剤のうち2剤がムコサールとベタヒスチンメシル酸塩錠で1日3回毎食後。一包化前の集約時ベタヒスチンメシル酸塩錠を10錠少なく集約してしまった。慌てていた為思い込みでベタヒスチンメシル酸塩錠ではなくムコサールを集約して一包化してしまった。監査時に発見し作り直して投薬。	錠剤の形が類似しており思い込みで不足分の薬剤を集約してしまった。	類似した薬は手巻きの際、1剤ずつ落としてから分包するように申し合わせしました。			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
499	先発希望である患者に、オルメサルタン錠を調剤した。	入力内容と薬が合っているかの確認を怠った。注意力散漫。	電子薬歴の申し送り事項に「オルメテック錠　先発注意!!」と大きく記入した。	オルメテックＯＤ錠２０ｍｇ	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
500	ファモチジンのところオルメテックで調剤してお渡ししてしまった	外観を見て調剤してしまった	投薬時に再確認する	ファモチジンＯＤ錠１０ｍｇ「ケミファ」	オルメテックＯＤ錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
501	定期でツムラ半夏白朮天麻湯が処方されている患者、調剤者がまちがって、半夏厚朴湯を調剤、監査して交付した薬剤師もよく確認せず、そのまま渡してしまった。後日、患者が気付き、薬局に来局、よくお詫びして、正しい薬と交換した。間違った薬は服用前に気付いた。	名前がよく似た漢方薬、取り間違いないように、よく確認する。交付時もよく確認して渡す。	処方内容を調剤時、よく確認する。調剤後も再度よく確認する。交付時も処方内容と薬をよく確認する。患者にも一緒に確認してもらう。	ツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
502	片頭痛患者に一般名バルプロ酸ナトリウムで処方箋記載されており、AやBの記載がなし分１の処方であったためセレニカRで処方箋入力したが念のため疑義紹介先発品のデパケンRに相当するもので調剤必要であること確認し患者にも説明	一般名バルプロ酸ナトリウムがAはデパケンR、BはセレニカRとの認識がDrの中でないことがあるため迷ったら確認必要	要電話確認	セレニカＲ錠２００ｍｇ	デパケンＲ錠２００		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
503	オルメサルタンOD錠10ｍｇを投薬しなくてはいけないところ、オメプラゾール錠10ｍｇを投薬した。	普段に比べ繁忙時間帯が長い時に、薬品名を最初と最後しか見ていない状態等で取り違えている。	普段に比べ繁忙時間帯が長い時は、注意力が散漫になりやすいので、忙しくてもきちんと薬品名を最初から最後まで読み切る事。	オルメサルタンＯＤ錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	オメプラゾール錠１０ｍｇ「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
504	一般名処方でセフジトレンピポキシル細粒が処方された。薬剤師は当該薬局に在庫のあるメイアクトMS小児用細粒で調剤したが、入力はセフジニル細粒になっていた。監査時に薬剤師が発見し、メイアクトMS細粒に訂正した。	セフジニルとセフジトレンは名前が似ているので入力を間違えてしまったと考えられる。	初めての薬の時は特に、入力が間違っていないかよく確認する。	メイアクトＭＳ小児用細粒１０％	セフジニル細粒小児用１０％「ＹＤ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
505	ワントラム錠のところ、トラムセット配合錠で一包化。他の薬剤師の監査で発覚。	錠剤監査システム「ミスゼロ子」を導入しているにも関わらず、そのシステムをしようせず、手順を省略してしまった事が原因です。	必ず、薬局内で決められたルールに従って調剤をする事を徹底する	ワントラム錠１００ｍｇ	トラムセット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
506	アロプリノール錠１００ｍｇサワイを処方され、調剤時にウルソデオキシコール酸錠１００ｍｇサワイとヒートが類似しており、取り間違え。その後監査時に見つかり正しい薬に取り換え。	ヒートが類似していたのと棚が上下に設置されていたため取り間違え。	棚を離し、棚に大きく赤文字で薬剤名を記載。ジェネリックメーカー変更を検討。	アロプリノール錠１００ｍｇ「サワイ」	ウルソデオキシコール酸錠１００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
507	メコバラミン錠お渡しするところ、メチコバール錠でお渡ししていた	処方箋表記はメチコバール錠であり、他薬品は一般名表記であったため、間違えやすくなっていた	調剤過誤防止システムを正しく運用する事	メコバラミン錠５００μｇ「ＳＷ」	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
508	アレジオンＬＸで処方がきており、アレジオン点眼で調剤、監査をし、投薬のときに患者から言われ気がついた。	忙しい時間帯だったので、監査をいそいでしまった。	忙しい時もしっかり監査します。	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
509	泌尿器科の処方で、エルサメット配合錠が処方されていましたが、エクメット配合錠を、ピッキングしてしまいました。	薬剤名が似ている薬剤は、自分の知識として当然気を付けないといけないが、知識不足と注意不足とおもわれます。	似ている薬剤名のある薬剤の前に注意喚起の印をつける。	エルサメットＳ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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
510	処方薬ルネスタ錠２ｍｇをルネスタ錠１ｍｇに語調剤した。入院先の薬剤師により発見。服用前であったので交換して対応した。	当薬局ではルネスタ錠１ｍｇが主流であることが、語調剤の一因であると考えられる。	例外的規格薬剤を処方されている患者名の周知徹底	ルネスタ錠２ｍｇ	ルネスタ錠１ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
511	アバプロ100mgで処方のところをアムバロ配合錠「ニプロ」をお渡ししてしまい翌日患者から連絡が来て発覚した。	昼休憩等にて人が手薄でかつそのタイミングで混んでいた。類似名称に気付かなかった。	慌てずに監査を行う	アバプロ錠１００ｍｇ	アムバロ配合錠「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
512	普段応需していない医療機関からの処方箋を応需。【般】テオフィリン徐放錠200mg（１２～２４時間持続）２×朝夕食後を、テオフィリンU徐放錠200mg「トーワ」を２×朝夕食後で投薬。	普段応需してない医療機関からの見慣れない処方箋様式にて、気持ちの焦りと在庫不足の心配と思い込みがあったようです。投薬後、気持ちが落ち着いてよく考えなおして誤りに気付き、患者に電話して誤薬の服用前に取り換えれました。	【般】テオフィリン徐放錠200mg（１２～２４時間持続）２×朝夕食後　と【般】テオフィリン徐放錠200mg（２４時間持続）の記載１×の違いを説明しました。一覧表（全ての類似販売商品と写真）と違いを色分けし、スタッフ全員に配布しました。その一覧表を薬棚にも貼り付けしました。当局で採用されている薬剤の周知と有効血中濃度が狭いことをスタッフにも周知しました。	テオフィリン徐放錠２００ｍｇ「サワイ」	テオフィリン徐放Ｕ錠２００ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
513	入院時に交付された一包化薬を施設の看護師さんから粉砕依頼があり、粉砕分と一包化分を分ける作業をするために分包紙から薬剤を取り出したところ、チアプリド錠25ｍｇ２錠あるはずのところチアプリド錠25mg１錠とアゾセミド錠30mg１錠が入っていた。	入院時に院内薬局で分包された薬剤が間違っていた。分包紙が半透明で中身が確認しにくい状態であった。院内薬局から情報では一包化を一度バラバラにして再度一包化する際に薬をわけるのを見間違えたと思われる。	他薬局で調剤された薬品を再度調剤し直しする場合でも必ず中身を１個ずつ確認する。	チアプリド錠２５ｍｇ「テバ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
514	処方されたのは（般）デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏0.1%であった。元々の後発品の在庫はメインベート軟膏0.1%であったが、名称変更でデキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏0.1%「MYK」に変わった。薬局には当初からデキサメタゾン軟膏0.1%「イワキ」が存在しており、名称変更により薬品名が類似してしまった。劇薬と普通薬との違いはあり棚配置は離れていたものの、変更後の名称の覚えが曖昧で「デキサメタゾン」という名前から誤ってピッキングを実施した。	ステロイド外用薬の後発品に関して、成分名＋屋号への名称変更の頻度が増加している。ステロイド外用薬は成分名が類似しており、濃度も類似するものが多い。後発医薬品の成分名化により、最初の３～４文字＋濃度だけでは調剤すべき薬の判断できない薬品が増えた。	棚ラベルに「類似医薬品あり注意」の表示、配置と棚と引出に分けることで今回は対応した。	デキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏０．１％「ＭＹＫ」	デキサメタゾン軟膏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
515	本来は、エンシュア・リキッドが処方されましたが、間違えてエンシュア・Hを準備してしまった。	在庫を同じ場所に置いていたため。	在庫保管場所を離す	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
516	閉店時間に間に合わないと電話連絡があり、処方内容を読み上げて貰った。電話口での復唱を元に薬品を調剤した。処方箋原本は手書きでレセプト入力に手間取い、監査薬剤師が調剤ミスを見逃がした。翌日、患者本人が眼軟膏と説明を受けたが普通の軟膏を渡されたようだと連絡してきた。使用してしまっていた為メーカーに対処を確認、水溶性なのでよく洗い流すようにとの指示だった。薬局からは謝罪と薬剤の交換を行った。	電話問い合わせに慌てて薬剤を探し、あるものと勘違いしてしまった。平素から2種の薬剤の外観の特徴などの区別を認識していなかった。交付時もレセプト入力に気を取られてしまった。閉店後で気持ちも落ち着かなくなっていた。監査薬剤師が調剤者のスキルを過信してしまっていた。	各、確認作業の徹底を心掛ける。	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
517	内服薬７種類処方中の１種類アジルバ錠40mg交付するところアジルバ錠20mg調剤し交付してしまった。後日患者さんから20mgであることを指摘され交換。服用はしていなかった。	いつも30日分処方のところＧＷ分60日分処方され慌ててしまった為と考えられる。	複数による確認を怠らない。	アジルバ錠４０ｍｇ	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
518	６剤を一包化する患者さんで、ピックアップ時と一包化前監査を行った薬剤師が取り違えに気付かず一包化を行っていた。投薬前の監査にて、別の薬剤師が一包化の中に処方にないオルメサルタンＯＤ錠１０ｍｇが混入していることが分かり、オメプラゾールとオルメサルタンの取り違えに気付いた。	複数人による監査により、思い込みや取り違えによる誤調剤を発見できました。一包化された薬剤の監査においては、数量のみではなく、錠剤の鑑別も確実に行うようにすることで、一包化時の取り違えに気付くことが出来ました。また、オルメサルタンＯＤ錠「ＤＳＥＰ」には錠剤に薬品名の刻印があるため、気付きやすかったと思います。	一包化前監査もしっかりと行う。一包化後監査においては、錠剤の鑑別も確実に実施する。錠剤の鑑別をしやすいよう、医薬品採用にあたって、錠剤の刻印が見やすいことも選択肢の一つとする。	オメプラゾール錠「トーワ」１０ｍｇ	オルメサルタンＯＤ錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
519	自動分包機にトコフェロールニコチン酸エステルカプセル１００ｍｇのところ２００ｍｇを入れてしまった。	思い込みと、分包機に不慣れだったため。	事務・薬剤師ともに、確認の遂行と多岐にわたり業務に携わることで盲点の内容に努める。	ユベラＮカプセル１００ｍｇ	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル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
520	調剤時　規格先読みで１ｍｌエビリファイ内用液と発生したときに１ｍｌリスペリドン内用液と思い違いが発生し、誤って調剤する。	エビリファイ内用液１ｍｌは、他のエビリファイ内用液の３ｍｌ、６ｍｌの規格と比べて処方頻度がかなり少ない事、リスペリドン内用液１ｍｌの処方頻度はかなり多い事、調剤手順の規格先読み、煩雑な状況も併せて思い込みと慣れからくる取り違えが発生したと思われます。	処方量が少ない為、該当患者の薬歴には取り違え防止の確認事項を記載し、ポップアップ等をするようにして入力調剤監査投薬それぞれで注意喚起を行えるようにしていく。	エビリファイ内用液０．１％	リスペリドン内用液１ｍｇ／ｍＬ「ＭＥＥＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
521	通常フルティフォーム125エアゾール56吸入使用の患者。今回フルティフォーム50エアゾール120吸入が処方。患者に確認したところ、変更は特に聞いていないとのこと。処方元に問い合わせたところ、新入事務の処方箋発行の際に間違いがあったとのこと。疑義にて確認の上、投薬を行った	新入事務の処方箋発行の際に間違いがあったとのこと	疑義にて確認の上、投薬を行うことが必要			フルティフォーム５０エアゾール１２０吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
522	バルプロ酸Ｎａ徐放錠２００ｍｇのところ１００ｍｇで交付。交付翌日に患者本人が気づき電話あり過誤発覚し、正しいものをお届けした。誤薬の服用はしていない。	3科3枚の処方せんを同時受付し、他科の説明で確認が甘くなってしまった。	交付の際には、全て必ず製剤写真との確認を徹底すること。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
523	バルサルタン錠40を調剤しなければいけないところ80の規格を交付してしまった。	多忙なため監査の手順が守られていなかった。	多忙で焦りもあるが、規格チェック等の手順書を遵守するよう徹底する。	バルサルタン錠４０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	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
524	先発品であるサイレース錠１ｍｇで渡さなければいいけないところ、後発品であるフルニトラゼパム錠１ｍｇで患者に渡してしまった。翌日の在庫確認の際に気づき、本人に電話したところ服用前であり来局にて取り換えた。	処方箋の鑑査ミス、投薬の際の薬歴確認のミスが考えられる。また先発・後発共に錠剤のＰＴＰシートの色が同色であり、注意力不足も感じられた。	処方箋と薬剤をしっかり確認し、集中して業務を行う。	サイレース錠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
525	テオフィリンの24時間製剤の処方あり。12~24時間製剤のものだと思い込んで調剤しようとしたが、入力時に気付き、誤調剤・投薬を回避できた。	門前の処方であったため、普段でない薬であったこと、在庫のない薬であったことが原因で、いつも処方されている12~24時間製剤であるものと思い込んでしまった。また、一般名での違いが薬品名の後の部分のみのため、見逃してしまった。	医薬品名だけ見て判断するのではなく、最後までしっかりと規格や用法等確認すること。同じ成分でも一般名が異なるものは特に注意すること。	ユニフィルＬＡ錠２００ｍｇ	テオフィリン徐放錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
526	ムコサールドライシロップ1.5%の分包紙への表記を誤ってムコソルバンドライシロップ1.5%と印字してしまい。そのままお薬をお渡ししてしまった。患者様のご家族からの連絡で発覚しました。	印字入力のPCにムコソルバンとムコサール両方の登録があり、最初の2文字で薬品名を検索決定してしまった。監査時にも表記の確認がきちんと出来てなかった。	印字入力PCのムコソルバンの登録を消し、監査時の確認も確実に行うように徹底しました。			ムコサールドライシロップ１．５％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
527	人的体制の少ない、昼休み時間に来局　ポケットカレンダーセットの方で　調剤監査をせずに　ポケットごとに交付した。粉薬のセロテープどめもしておらず　焦って交付。 フルニトラゼパム（1）をフルニトラゼパム（2）で調剤していたことが当日終了時の抗精神薬の帳簿記入時に計数が合わないことで発覚した。当日　調剤をし直し、ご自宅に交換に伺った。また　分包の監査包にPTPの端が添付されていなかった。	急いでいる状況であったため　通常の監査業務　ミスゼロ子を使用せずに　調剤　交付をおこなったことが原因	人員体制の少ない昼休み時間であっても、最終的にはミスゼロ子を使用し　復数の人数で監査を実施すること。	フルニトラゼパム錠１ｍｇ「アメル」	フルニトラゼパム錠２ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
528	エクメットHD錠のところ、イルアミクスHD錠を誤って調剤した。	「HD」の名称類似部分による思い込みがあった。	調剤棚での注意喚起、配合錠リストを作成し、採用薬剤の把握を行う。	エクメット配合錠ＨＤ	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
529	スージャヌ配合錠処方のところ、誤ってスーグラ錠を調剤、交付し、2日服用した。	名前の類似があり、繁忙のため1人での調剤、監査を行ったため。	調剤棚での注意喚起の張り紙をする、名前の類似している薬剤をリストアップし、全員で共有し、発生を予防する。	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
530	17:45　処方箋受付　処方内容：一般名処方「ナジフロキサシンクリーム1%」と一般名処方「アダパレンクリーム1%」の混合。17:50　調剤開始　アダパレンクリーム「ニプロ」で調剤するところをアダパレンゲル「ニプロ」で調剤。17:55　監査　調剤時に使用した空のチューブの確認により、調剤間違いが発覚。18:00　調剤しなおし、正しい薬で交付。	アダパレンの先発品の剤形がゲルしか存在しなく、後発品にクリームがあることを認知しておらず、アダパレンゲルだと思い込んで調剤してしまった。発生時、普段より混雑しており、処方内容を最後まで確認せず、剤形の確認を見落とした。	今回のような先発品と後発品で存在する剤形が異なる場合は注意喚起を促す。混雑時でも焦らず処方内容を最後まで確認するよう徹底する。	アダパレンクリーム０．１％「ニプロ」	アダパレンゲル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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
531	一包化時の入力ミスにより、印字を「ユウ」のところ「アサ」と印字した。	一包化後の監査での印字の確認を怠ったため。	一包化後、監査時の印字、処方せん記載事項の再確認を徹底する。			センノシド錠１２ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
532	一般名アムロジピン口腔内崩壊錠5mg処方。処方当日はアムロジピン錠（普通錠）の処方が多く、その流れで普通錠を調剤。調剤終了後、薬袋と比較して監査をする際、口腔内崩壊錠と普通錠の取り違えに気づく。	処方当日の傾向で普通錠が多かったため、処方箋の確認を怠り思い込みで普通錠を調剤してしまった。	思い込みで調剤せず、処方箋の確認を徹底する。また、処方薬剤が多いときなどは「口腔内崩壊錠」の部分に印をつけるなどわかりやすくする。	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「サンド」	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
533	名称が類似しているセフジトレンピボキシルとセフカペンピボキシルを取り違えてしまう。ピックアップ時に気づき訂正する	繁忙時間のため、取り違える	保管棚の名称を大きくし注意を促すよう改善した。	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
534	11:40、患者が処方せんを持って来局。処方せんには『ツムラ排膿散及湯エキス顆粒』と記載してあったが、誤って『ツムラ防風通聖散』をピッキング。監査や投薬時の確認でもスルーしてしまい、そのままお渡し。当日中に患者の母親から連絡があり、「薬袋に書いてある名前と薬の名前が異なる。今から持っていくから確認してほしい」と連絡があり、持参してくださった。防風通聖散をお渡ししていたため、排膿散及湯を再度ピッキングし、監査、患者の母親とも一緒に確認し謝罪した上でお渡しした。	外観がいずれも緑色と似ており、誤って調剤してしまった。	・チェックシートを用いてピッキングと監査を行うため、チェックシートに漢方の番号も記載し、名前と番号のダブルでの監査を行う。・監査時に指差し確認を行う。・投薬時に患者と一緒に確認することも怠らないようにする。	ツムラ排膿散及湯エキス顆粒（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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
535	アラミスト点鼻液の120噴霧と56噴霧の規格を間違えて交付。交換した。	120噴霧がそのクリニックからも薬局としても初めての処方であった。前回とdo処方であり、規格だけが変わっていたため、事務、薬剤師とも見落とした。患者さんには同じ薬であることを確認してお渡ししたが申し出はなかった。	処方箋は規格までしっかり見て、声出し確認をする。do処方と思い込まず、確認する。			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
536	ヒアロンサン点眼液0.1%のところ、ヒアレイン点眼液0.1%で交付してしまった。その後、患者の来局で発覚。先発を渡していこたとの説明と、正しいＧＥとを交換し、謝罪。	外来がたてこんだ時間であり、早く調剤をしようと焦り、ＧＥを調剤したと思い込んでいた。	調剤する際に、しっかり処方箋と薬品とを照らし合わせ確認するのはもちろんだが、調剤したあとも再度、処方箋と調剤された薬品を確認する。	ヒアロンサン点眼液０．１％	ヒアレイン点眼液０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
537	ランソプラゾールOD錠30mg「武田テバ」のところランソプラゾールOD錠15mg「武田テバ」を交付した。後日、患者が発見し来局。	サポート薬剤師だったので、思い込みで30ｍｇのところ15ｍｇをピッキングで鑑査スルーしそのまま交付された。	処方箋、調剤録、医薬品の照らし合わせの徹底	ランソプラゾールＯＤ錠３０ｍｇ「武田テバ」	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
538	一般名処方、いつもOD錠を服用している患者様であったが勘違いにより普通錠を調剤鑑査時に発覚正しく調剤しお渡し	忙しい時間帯であり、一包化も特殊だったため慌てていた	ポリムス使用にて患者様へ渡る前に発覚となった、今後も監査機器を使用していく	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
539	新患で来局した患者さんに、ヒアロン酸ナトリウムＰＦの処方があった。患者さんへの聞き取りの中で、当日緑内障で受診をして以前使用していた薬剤を持参し緑内障の点眼が処方されるとＤｒから聞いていた。確認の為、疑義照会を行いラタノプロスト点眼液ＰＦに変更となった。	２種の点眼剤は外観が似ている為、混同した可能性がある。また、フィルター入りのものは、ヒアロン酸ナトリウムＰＦのみが採用になっている為、ラタノプロスト点眼液ＰＦの外観が似ていることを認識していなかった可能性がある。	引き続き患者さんへの聞き取りを丁寧に行い、処方薬が妥当か確認をする。			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
540	リスペリドン内用液0.5ｍｇをお渡しするところ、リスペリドン内用液1ｍｇをお渡ししてしまった。お薬カレンダーに設置する際も気付かず付けてしまい、施設の方が内服する前に発見される。	リスペリドン内用液は、処方せんにリスペリドン内用液1ｍｇ/ｍｌ　０．１％　　０．５ｍｌ/包　と記載されている為、ぱっと見て判断すると、1ｍｇ/ｍｌだけに目がいき、０．５ｍｇを出す際、間違いやすい為、気を付けるようにする。０．５ｍｇと１ｍｇでは包装の色も違うので、しっかり覚え、薬袋にも０．５ｍｇと書いてある為、確認するようにする。	全員でミーテイングを設け、今回のヒヤリハットの事例を話し合い、リスペリドン内用液は特に％やｍｇ等、間違いやすいとの事を意識付け、気をつけるように指導。監査や確認を徹底するようにする。	リスペリドン内用液分包０．５ｍｇ「アメル」	リスペリドン内用液１ｍｇ／ｍＬ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
541	処方において桂枝加竜骨牡蛎湯が出ていたが誤って柴胡加竜骨牡蛎湯を調剤、そのままお渡しをしてしまった。その後すぐに処方と調剤録のチェック中に過誤が発覚、電話をして来局していただき正しいものと取り換えさせていただいた。	名称の類似。加竜骨牡蛎湯の部分が同一の名前のため取り違えが起きてしまったと考える。	それぞれの棚に注意喚起の張り紙を貼り付け、該当する2種の漢方が出た際には必ずスタッフ2名でピッキング時にダブルチェックを行う。	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
542	オルメサルタンＯＤ20ｍｇのところ5ｍｇでお渡し。4日のんで気づいた。血圧も問題なく経過。1週間患者様に電話で病状を連絡。問題なく経過している。	複数規格ある薬剤に関しては自分の中で2重チェックをし、監査者も他規格あることを念頭において監査する必要がある	各工程を確実に行っていく。	オルメサルタンＯＤ錠２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	オルメサルタンＯＤ錠５ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
543	酸化マグネシウム錠３３０ｍｇ「ヨシダ」の一包化作成時にカセットから錠剤が落ちてこないことから発覚。酸化マグネシウム錠３３０ｍｇ「ヨシダ」のカセットに誤って酸化マグネシウム錠５００ｍｇ「ヨシダ」が混入していた。幸い、錠剤が落ちてこなかったため患者様に渡ることはなかった。	ダブルチェックを行っていたが、日々の慣れや慢心から確認不足と思われる。	多数の規格がある薬剤は良く確認する。この事例を職員全員で共有する。			酸化マグネシウム錠５００ｍｇ「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
544	タプコム点眼を使用している患者様にタプロス点眼が処方されていた。通常は処方内容に間違いないか疑義照会をいれるが、パソコン入力する薬局事務員はＤｏ処方でタプコムで入力し、薬剤師は調剤者は処方箋をみて、監査者も処方箋を見て投薬してため、処方箋通りタプロスを渡した。自宅にて患者様より、薬袋や薬情はいつものタプコムだけど、違う点眼が入っていると問い合わせがあり、医院の処方ミス、および薬局の確認不足が発覚した。	今回ヒヤリハットを起こした患者様は、通常の眼科処方箋と合わせ耳鼻科処方箋も持参しており、眼科薬の確認・説明がおろそかになっていた。眼科医院の処方箋は手書きのため、日々転記ミスが頻発している。	手書き処方箋の特性を理解して、処方内容に間違いないか確認してから調剤する。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
545	普段はアムロジピンＯＤ錠５ｍｇ日医工で調剤しているところ，ＥＭＥＣで調剤して渡してしまった。一包化薬だったので患者さんは気が付かず，薬局の事務が在庫数のチェックをしているときに気が付いた。	一包化だったため，すぐに調剤，監査を初めてしまい，過去処方についてはチェックしていなかった。また，チェックしたとしても，チェックの仕方が甘かった。一包化の気を取られたことが原因と考えられる。	複数メーカーを採用している場合は，メーカー名まで気をつける。今回の場合は一包化だったため，調剤，監査時に，過去処方の確認を怠った。すぐに調剤，監査に入るのではなく，薬歴をしっかりと確認し，メーカーまで確認したあとに調剤・監査を行う。	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「日医工」	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「ＥＭＥＣ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
546	エビリファイ３ｍｇ変更不可の指示を見おとしてエビリファイOD３ｍｇを出しそうになりましたが、鑑査したときに気づいて交換	変更不可を見おとしてしまった。	処方箋を受けた時点で変更不可がないか確認し、出した後に鑑査する別の薬剤師ががもう一度確認する。	エビリファイ錠３ｍｇ	エビリファイＯＤ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
547	一般名処方において、プラバスタチン5ｍｇ錠のところアトルバスタチン5ｍｇ錠で調剤	同分類の薬剤であり、一般名も類似しているので、確認不足と思い込みがあったのかと思われる。	再度基本的な確認事項のチェックの徹底。類似薬剤名の薬に関しては当該薬剤も含めリストチェックし、過去の事例であがった類似薬剤確認する。	プラバスタチンＮａ錠５ｍｇ「トーワ」	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
548	定期薬としてチウラジール錠50ｍｇが1日1回朝食後60日分が患者に処方された。指導薬剤師が投薬中で実務実習生がピッキングを行った。指導薬剤師が薬剤の鑑査を行った際に、チラーヂンS錠50μgがピッキングされていることに気付き、患者に交付する前に薬剤を交換した。	チウラジール錠50ｍｇのチの文字と50を見てチラーヂンS錠50μgと思い込んでピッキングしてしまった。普段、チラーヂンS錠が処方されることが多く、実習が始まってから一カ月が経っており、ピッキングに慣れてきていた。	ピッキングした後にもう一度処方箋の名前と薬剤の名前を確認する。	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た事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
549	一般名処方にてロサルタンカリウム錠５０ｍｇが処方されていたが、ロサルヒド配合錠ＨＤを調剤し、投薬時に患者の指摘にて気がついた	当日、ロサルヒドの処方が多く、頭に残っていたせいか勘違いがあった	調剤者、監査者による認識向上が求められる	ロサルタンカリウム錠５０ｍｇ「サワイ」	ロサルヒド配合錠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
550	イミダプリル錠5ｍｇを３０錠投薬すべきを、イミダプリル5ｍｇの10錠シート2枚と、規格違いのイミダプリル錠2.5ｍｇの10錠シートを1枚を合わせて30錠として交付。	５ｍｇと2.5ｍｇは同じ引出しに並べて入れてある。5ｍｇの場所に2.5ｍｇが紛れ込んでいたが調剤者はそれに気づかずピッキング。2.5ｍｇ錠は5ｍｇ錠のシートとシートの間に挟まれており、シートの幅や長さが同じであったのも気づけなかった原因。混雑時で鑑査に集中出来ていなかった事も要因。	引出を別にし、調剤者、鑑査者に注意喚起を促した。	イミダプリル塩酸塩錠５ｍｇ「日医工」	イミダプリル塩酸塩錠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
551	処方１）（般）プレドニゾロン錠５ｍｇ　２錠　１２日分　１回２錠（１日２錠）分１　朝食後　定期でプレドニン錠５ｍｇが出ている方にプレドニゾロン錠５ｍｇタケダで渡してしまった。	一般名処方のためプレドニゾロン５ｍｇタケダが調剤されていることに疑問を感じなかった。調剤録と薬の確認がしっかりできていなかった。	調剤録の確認を徹底する。薬袋に薬を入れる前に毎回確認する。	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
552	規格誤り	慣れによる調剤	薬品棚への注意表記	ネキシウムカプセル２０ｍｇ	ネキシウムカプセル１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
553	一般名処方であったシアノコバラミンに対し、ほとんどの方がメコバラミンで調剤していたが、この方だけはいつもメチコバールで出していました。投薬時に本人に確認もせずに薬袋に入れたままお渡ししてしまい、自宅で薬を飲もうとして錠剤の色が違っていたので連絡をいただき、すぐに交換に伺いました。	処方箋の一般名だけで、しかもほぼメコバラミンで出しているので過信してしまった。	必ず薬袋から取り出して本人と確認する。	メチコバール錠５００μｇ	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
554	皮膚科を受診した患者様（90歳女性）が処方せんをもって来局した。 処方せんには「デルモベート軟膏0.05%　5ｇ　10本」と記載されていた。 薬剤師Aは調剤し、そのまま鑑査に回した。	薬剤名の酷似が今回の事案を招いたと考えられる。薬局事務の薬剤名への知識不足も影響していると考えられる。	薬剤師の間だけでなく、薬局事務を含めた類似名医薬品の注意喚起を定期的に行っていくこととした。手入力をする際は慎重に冷静に入力していく必要がある。	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
	薬局事務Cは処方箋を見ながら入力した際に誤って「デルモゾール軟膏0.12%　50ｇ」と誤った薬剤名で入力していた。 鑑査にあたった薬剤師Bが調剤録に記載されている「デルモゾール軟膏0.12%」と調剤されている「デルモベート軟膏0.05%」が間違えていることに気付き、薬局事務Cに調剤録等の修正を依頼した。 再度、薬剤師Bは鑑査を行い、調剤録と処方薬が正しいことを確認し患者様に交付した。 鑑査の段階で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。						
555	一般名処方で先発品と後発品の入力間違い	確認不足	処方受け取りから入力、調剤、監査、投薬、確認徹底	ゾルピデム酒石酸塩錠５ｍｇ「トーワ」	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
556	処方ではバファリン配合錠A81だったが入力、調剤共にバファリン配合錠A330で交付してしまった。	監査者はバファリン配合錠A81の存在を知らなかった、今までバファリン配合錠の処方がバファリン配合錠A330しか来たことがなかった。	処方入力時にシャーペンで規格部分に印を付ける、入力チェック時も同様に規格に印を付けチェック漏れがないようにする。	バファリン８１ｍｇ錠	バファリン３３０ｍｇ錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
557	トコフェロールカプセル１００の処方のところ、トコフェロール錠５０ｍｇで調剤してしまい、患者交付まで気が付かず、患者より色がおかしいとの指摘で誤投与判明。１回分だけ飲んでしまっていた。処方医にも報告しました。健康被害は出ていないこと確認。	一般名処方を勝手に判断し、思い込み調剤を行ってしまった。	成分名、規格、用法用量と調剤、監査、投薬時も確認して間違いがないよう行う事それぞれに指導、改善することとしました。	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル１００ｍｇ「トーワ」	トコフェロール酢酸エステル錠５０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
558	クラシエ小青竜湯エキス錠を18錠35日分の処方あり。18錠×7ヒートを5束のところクラシエ小青竜湯エキス錠を3束、クラシエ小柴胡湯エキス錠を2束でお渡ししていた。棚から新しい箱を取るときに、1箱が違うものを調剤していた。夕方の入庫でクラシエ小柴胡湯エキス錠が2箱入ったため、間違いに気付く。	色が同じで、番号もよく似ていることから、入庫時に置く場所を間違えていた。	入庫時に、番号の書いた紙を貼り、棚に番号を再確認して片付ける。あまり出ないほうを袋に入れる。	クラシエ小青竜湯エキス錠	クラシエ小柴胡湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
559	テオフィリン徐放Ｕ錠のところ徐放錠で調剤。	持続時間の確認のミス。	持続時間の確認の徹底。	テオフィリン徐放Ｕ錠２００ｍｇ「トーワ」	テオフィリン徐放錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
560	正しくはクロチアゼパム5mgと記載すべきところ、誤ってクロピドグレル25mgと記載した薬袋にクロチアゼパムを入れ、交付してしまっていた。帰宅した患者家族よりクロチアゼパムが入っていないと電話あり、確認を繰り返したところクロチアゼパムはクロピドグレルと記載された薬袋に入っていたことがわかり、誤りが発覚した。	クロチアゼパム、クロピドグレル他2剤が1日3回の用法で処方あり。疑義照会をし、クロチアゼパムのみ1日3回、ほか3剤は1日1回へ処方変更となった。薬袋作成の際に1日3回の用法のものが誤ったクロピドグレルの薬剤名記載であることに気づかず、薬を入れ交付した。他にも疑義照会する事項があり、注意散漫となっていた。	入力に訂正の必要が生じた場合、先に発行された調剤録に訂正内容を明記し、入力者へ伝達する。訂正前後の書面が混在しないよう、訂正前のものを破棄する。訂正後、気持ちを切り替え監査をする。			クロチアゼパム錠５ｍｇ「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
561	ヒアレイン０.３を処方のところ、ヒアレイン０.１でお渡し。知識不足で０.３があることをわかっていなかった。また、患者本人も色の違いにも気付かず、そのまま使用。特に問題なく使用継続していた。在庫がどうも合わないようだと事務員よりあり。在庫チェックで発覚。発覚した時には２ヶ月経っていた。本人と家族、病院に詳細と経過を説明。	ヒアレイン０.１が圧倒的多い量で処方あり。ヒアレイン０.３はまれに処方ある程度。思い込みによりピッキングと確認投薬でスルーされてしまった。投薬の際は、本人にも視覚で確認してもらうのだが、いつもの薬とこれもまた確認を不足された様子。色の違いもはっきりした物ではないし、形も同じため、見た目以外に確認が必要と考える。	ありきたりではあるが、多規格ある場合、処方箋の規格の数字に丸チェックをすることに。また、多規格存在する薬の保管場所に、多規格ありのチェックを再度作り直し。当事者や経験の浅いものが作ることにより、覚えることを意識する。また、新人などが入ってきた時には、その本人に作らせるように行うことを共通認識として行うようにした。	ヒアレインミニ点眼液０．３％	ヒアレイン点眼液０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
562	先発品プレミネント配合錠LDをジェネリック薬品のロサルヒド配合錠LDでお渡ししてしまい後日、患者様から電話でお薬の名前が違うと連絡があり、直ちにロサルヒドLDを回収、正しい薬を交付した。	2種が類似したシートであり、監査時に気が付かなかった。	処方箋と調剤録、薬剤情報提供書の写真をきちんと確認して監査する。	プレミネント配合錠ＬＤ	ロサルヒド配合錠ＬＤ「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
563	2018年9月18日AM8：45　ラジレス１５０ｍｇ　1T、ノルバスク５ｍｇ　2T、メチコバール500μｇ　3T　各28日分の前回DO処方を調剤。メチコバールの棚の中にレチコランが混入していたが気づかずメチコバール82錠＋レチコラン2錠でお渡しした。	開局時間前の対応でスタッフが少なく、ピックアップ＞監査（機械）＞交付まで同じ薬剤師の作業。メチコバールの棚にレチコランを戻してしまうミス。	薬剤を戻すときの注意（指さし点呼）の履行。監査器械だけに頼らず、できるだけ複数人での監査。交付前に1錠、１シートごとの確認作業。	メチコバール錠５００μｇ	レチコラン錠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
	同年8月26日　メチコバールの棚の中にレチコランが混入しているのに気づき、理論在庫との差異、調剤済の患者さんを調べ使用者は1名、間違いは2錠であったので、患者さんに連絡し交換をお願いし訪問したが、レチコランは服用した後だった。同じ成分の薬であるがメーカー・販売名が違う薬を誤って調剤したことを説明した。						
564	先発品のフリバスＯＤ錠25ｍｇで調剤しなければいけないところ、ジェネリック薬品のナフトピジルＯＤ錠25ｍｇでお渡しした。すぐに気が付き連絡し交付、お渡しした薬はご本人持参で回収した。	包装の外観類似のため監査時、気が付かず、調剤してしまった。	処方箋、調剤録をきちんと確認しながら、監査するよう気を付ける	フリバスＯＤ錠２５ｍｇ	ナフトピジルＯＤ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
565	２０２０年４月１日（水）１０時頃、患者（５０歳男性）が処方せんを持参した。【一般名】テルミサルタン４０ｍｇ・ヒドロクロロチアジド配合錠　1錠分1　朝食後で処方されていた。	薬品名が類似しているのと、高血圧薬と薬効も同じことから間違ってしまったと考えられる。監査者が、薬情と薬品を照らし合わせて監査していたため、写真と錠剤が異なることから発見できた。	調剤者も薬情写真と調剤品目を確認して、監査者に回すと良い。	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
	これまでも当薬局を利用する患者であった。調剤者はテルチア配合錠ＡＰ「トーワ」を調剤するところ、テラムロ配合錠ＡＰ「トーワ」を誤って調剤し、監査者へまわした。監査者が、取り間違えを指摘。調剤者にテルチア配合錠ＡＰ「トーワ」を正しく調剤し直してもらった。監査時に気づいたので患者様への交付は無かった。						

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

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	
566	リパクレオン１日６カプセル　３５日分のところ、２５２カプセルで調剤。他薬剤師の監査によりミスが発覚し、調剤しなおした。	１シート１２カプセルのところ、１０カプセルだと思い込み、調剤。	ヒヤリハットのこの事例を周知し、気を付ける。			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
567	ツムラ68芍薬甘草湯とツムラ24当帰芍薬散を出し間違えていたのを投薬前に気付いた。	水曜日は整形の受診者が多くツムラ68芍薬甘草湯が立て続けに出ていた所にツムラ24当帰芍薬散が処方されていたが、慌ててしまいツムラ68を準備してしまった	処方せん上には〇〇番と表示してない病院があるので、薬歴上に〇〇番と記入し色・名前を事務・調剤・監査・服薬指導で４回の確認をとる事にしました。患者さまには、〇〇番の〇〇〇です。と色・名前を確認する事にしました。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
568	イルベサルタン錠100ｍｇ「ＫＮ」の処方だったが、今までの処方がイルアミクス配合錠ＬＤだったので、そのまま調剤。投薬時に血圧を確認したら少し低めなので、弱い薬に変えると主治医から聞いたと言われ処方を再度確認したら、変更になっていた事に気が付いた。	前２文字だけで判断してしまった。規格まで確認しないといけない。	鑑査時に２度、チェックするようにしようと思う。	イルベサルタン錠１００ｍｇ「ＫＮ」	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
569	翼状片で長年アレニスト点眼液が処方されていた。　今回、5か月ぶりのアレニスト点眼液処方で一般名で処方記載。　なお、その間、他の種類の目薬処方で３度ほど本人が来局。	長年通院されている患者さんには先発品希望の方が非常に多い傾向にある。薬歴の頭書きにもその旨を記載し、啓発することで注意喚起する。	過去の薬歴を見直して以前出ていたメーカーの薬であるか確認しながら調剤するように徹底する。	アレニスト点眼液０．５％	トラメラス点眼液０．５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	代理人の息子さん来局。薬局では本人の希望がない限り後発品で調剤している背景があり、その慣習で後発品のトラメラス点眼液で用意。お渡ししたのちすぐに本人は先発品希望であったと気づき、息子さんを追いかけてアレニスト点眼液と交換し、お渡しした。						

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

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	
570	本来、イルアミクスHDを出すところをアイミクスHDを出してしまった。	外景が類似しており、調剤棚の配置も隣同士であった。	調剤棚の配置を隣ではなく距離をあけた。薬剤を取りそろえる人と鑑査者のダブルチェックを強化した。	イルアミクス配合錠ＨＤ「ＤＳＰＢ」	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
571	ボノテオ50ｍｇを調剤するべきところ、ボンビバ100ｍｇを調剤してしまった。	棚や処方せんの見間違いと思い込みで同効薬の取り違えをしてしまった。監査者も同効薬で注意不足によりそのままスルーしてしまった。	棚が隣同士だったため、離しておくようにした。	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
572	ニゾラールクリーム１０ｇをニゾラールローション１０ｇでお渡しした。	事務員が薬を取りそろえた。他にリンデロンVローションが処方されていたのでニゾラールもローションを取りそろえてしまった可能性がある。	事務員が薬を取りそろえた時は特に間違いがないか確認する。薬は落ち着いてひとつひとつ確認する。声出し確認が可能な時は声出し確認する。	ニゾラールクリーム２％	ニゾラールローション２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	当薬局ではニゾラールクリームもニゾラールローションも在庫はあるがめったに処方されない薬であまり目にすることのない薬だった。ニゾラールクリームとニゾラールローションの色合いが似ているので薬剤師は気づかずにそのまま投薬していまったと考えられる。患者も以前にもニゾラールクリームをもらったことがあったが気づかなかった。投薬後、薬を取りそろえた事務員がニゾラールクリームの在庫数が合わないことに気づき間違いが発覚した。						
573	クラシエ柴朴湯2.5g56包（21包/袋）2袋と12包のところを、間違えて4袋（84包）で調剤、監査もスルーしお渡ししてしまう。	クラシエの漢方で1袋21包入を勘違いして14包入と思い、調剤してしまった。	調剤する際、箱の表示にて21包入か14包入か確認する。監査の際にも確認する。			クラシエ柴朴湯エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
574	自動分包機で調剤中、エチゾラムのカセットにガスコンが1T混入	バラスターをもちいてPTPから脱包時、バラスターの中にガスコンが1T残っているのに気づかなかった。	バラスターの前後にk数理が残っていないか確認する。			エチゾラム錠０．５ｍｇ「トーワ」 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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
575	アダラートＬ錠１０ｍｇ処方のところ、ニフェジピンＬ錠２０ｍｇ「トーワ」で事務員がピッキング、薬剤師（パート）が監査時に気付かずに投薬してしまった。別の薬剤師（管理薬剤師）が後日勤務時に調剤過誤を発見。患者様へご連絡し、まだ服用していないと確認。発覚した日に患者様にご来局いただき、正しいものと交換。謝罪。	監査において機械を使用していない。すべて目視。混雑時であり、注意不足。	監査システムを導入予定。混雑時であっても必ず2重に確認。医薬品の名称、規格を声に出して読み上げ確認する。調剤後の残数確認も徹底する。	アダラートＬ錠１０ｍｇ	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
576	エリスロシンが処方されたが、エリスロマイシンをピッキングして患者に渡した。その2日後に患者自身が間違いに気づいた。	薬品の名称が類似しているためと思われる。	エリスロシンとエリスロマイシンの配置場所を離した。語尾を強調した名札を付けた。	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
577	一般名でモメタゾン点鼻５０μｇ１８ｇと処方箋に記載があった。本来は１１２噴霧になるが５６噴霧用で調剤してしまった。	一般名がｇで記載されていて１１２噴霧・５６噴霧などの噴霧回数の記載がなくて間違いやすい。	複数規格があることをスタッフ間で共有する	モメタゾン点鼻液５０μｇ「杏林」１１２噴霧用	モメタゾン点鼻液５０μｇ「杏林」５６噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
578	２種類同じ規格の薬剤があり、間違えて調剤した。	同じ規格の薬剤が並んで棚の場所にあった。	同じ規格の薬剤がある時は、棚の場所を離す。	カンデサルタン錠２ｍｇ「あすか」	カンデサルタン錠２ｍｇ「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
579	アデホスコーワ顆粒10%　3ｇ分3　7日分の処方内容であったが、21包のところ30包で調製。鑑査時に気づき、再度調製し、鑑査で確認し患者様にお渡し。	アデホスはメーカー包装で21包が1束のものと、30包が1束になっているものがある。1束が21包のものと思い調製してしまった。繁忙、年度末の忙しさ、一人ですべてやっているので疲労もたまっていた。	1束30包のものと注意書きを貼って注意喚起した。			アデホスコーワ顆粒１０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
580	咳かぜの患者がフスコデ配合錠が処方されている処方箋を持参。入力時にフスコデと誤って、カフコデと入力。入力監査を行った調剤者もスルーしたが、最終監査者が誤りに気づき、カフコデからフスコデに戻したため、患者に間違った薬が渡ることはなかった。	混み合う時間の入力とピッキングであり、名前や適応が似ている薬を勘違いしたものと思われる。	入力者とピッキング者を別々の人間が行い、ピッキング者は処方箋を見ながら薬を拾うことを徹底する。			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
581	ニフェジピンＣＲ20ｍｇ　２錠朝夕の１包化の調剤の際、途中でカセットがなくなり補填　その際に　40ｍｇを入れて調剤し、そのまま患者に交付　その後　業務終了時　カセットにいれたＰＴＰのカラを確認したところ、40ｍｇにカラが入っていたため、患者から回収し再確認したところ、３０日分の途中、　１２回分が40ｍｇで入っていた。	1包化　カセット補充の際には、２名で確認して行うことにしている。開始時は20ｍｇの補填を２名で行ったが、途中で足りなくなったことで、監査した薬剤師１名で補填　その際に規格を間違えて補填し、監査の際には20ｍｇを補填したと思い込んでいるため、途中からコードの確認も正確に行わなかった。	最後に、補填したカラを確認する作業の効果はあったが、事前に気が付くことができるよう、監査の際にはコードとＰＴＰのカラも付け合せて確認する			ニフェジピンＣＲ錠４０ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
582	１日2回　１回１錠　４９日分のところ　１日３回　１回１錠の計算で調剤し患者さんに渡した	前からきている患者さんだったが、常用量３錠/日で、その日は数回別な患者さんに調剤していたことと、忙しい時間帯にかさなり、１回１錠　１日３回の計算で調剤した	患者さんの名前を確認　特別な使い方をしているかたは　リストを作成し　薬の保管場所にはり　注意を促す			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
583	アリピプラゾール錠24ｍｇが処方された患者様に間違えてアリピプラゾール錠12ｍｇを交付し翌日患者様が気付き交換する。	来局されたのが夜の8時前だった為にスタッフも少なく焦りもあり監査がおろそかになる。	時間外でも手順書を順守し、また似通った包装の薬は調剤棚の間隔をあけて収納する工夫が必要と思いました。	アリピプラゾール錠24ｍｇ「サワイ」	アリピプラゾール錠12ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
584	５６日分の一包化。ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」のところにニフェジピンCR錠10mg「サワイ」が混入していたが、調剤薬剤師も監査薬剤師も気が付かなかった。業務終了時の在庫チェック時に発覚。翌日取りに来る予定の患者さんだったので薬剤交付の前に気づくことができた。	この事例の数日前、ニフェジピンCR錠10mg「日医工」（変更不可指示）の一包化の処方に対して、ニフェジピンCR錠10mg「サワイ」を調剤してしまっていて、監査で気が付き調剤をやり直していた。回収したニフェジピンCR錠10mg「サワイ」を防湿遮光保管のチャック袋に入れてニフェジピンCR錠10mg「サワイ」の箱に戻すところをニフェジピンCR錠20mg「サワイ」の箱に戻してしまっていた。	調剤の手順書に記載のとおり、開封してしまったものを一定期間保管するときは、薬品名、ロット期限、開封日を必ずチャック袋に書き込む。もしそれを調剤するときは、チャック袋の中身とチャック袋に記載された薬剤名を再度確認する。	ニフェジピンＣＲ錠２０ｍｇ「サワイ」	ニフェジピンＣＲ錠１０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	さらに問題点として、薬品名、ロット期限、開封日をチャック袋に書きこむルールだったが、そのルールが徹底されず薬品名が書かれていなかった。錠剤サイズ、錠剤印字が似ていたとはいえ、思い込まず調剤時、監査時にしっかり確認して気が付かねばならなかった。						
585	ダイアップ坐剤６ｍｇを交付するべきところを、誤って、４ｍｇを交付してしまった。向精神薬（第三種）の為、月末に在庫チェックしたところ、４ｍｇが、５個少なく、６ｍｇが、５個多かった。当月６ｍｇが、処方された患者様をリストアップ。９名の方に連絡とって確認。電話確認の結果、４ｍｇを渡していた患者様が判明。熱性けいれん予防で、使用するので、まだ未使用で、連絡とれた。すぐ回収交換した。	以前にも処方歴のある薬剤だった。確認不足で、ｍｇ数を間違えて、交付。	処方箋の右欄外に確認の✔を入れていたが、次回よりｍｇ数も記載して、チェックする事にした。。	ダイアップ坐剤４	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
586	一般名デキサメタゾンリン酸エステルナトリウム液0.1％点眼点耳点鼻液で処方あり。商品名はオルガドロン点眼点耳点鼻液だが、普段調剤している一般名ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム液0.1％点眼点耳点鼻と見間違えてしまいリンデロン点眼点耳点鼻液で調剤。処方箋入力時の事務員が頭文字で医薬品入力ができないことに気付き、薬品取り間違いに気付く。	一般名の類似商品があることの知識不足。普段調剤しているもので処方されているだろうという思い込み。	頭文字3文字は必ず確認。類似商品があるかもしれないと考えて調剤する。	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
587	スピリーバ1.25μg60吸入２キット処方の所、2.5μg60吸入２キットにて調剤。監査時別の薬剤師が気付き正しいものに変えてお渡しした。	ほとんどの処方が2.5μg60吸入であり、思い込みの調剤であった。忙しさもあるが、思い込みによるところが大きい。	商品名・規格に確認しことを薬局内で徹底し相互確認を怠らないように朝礼にて再度確認した。ダブルチェックが済んでいないものは投薬しないよう確認した。	スピリーバ１．２５μｇレスピマット６０吸入	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
588	カトレップパップが処方され、ジェネリック希望でジェネリックのインドメタシンパップを交付しなければならないところを先発のイドメシンコーワパップを交付してしまった。	前回までインドメタシンパップを交付していたが、インドメタシンパップの在庫がなく、イドメシンコーワパップを名前が類似しているため、交付してしまった。イドメシンコーワパップはジェネリックではなく、先発扱いのため医師照会が必要になるが、照会せず、レセコンの入力もインドメタシンパップのまま、また患者へ前回とは異なることの説明もしなかった。	思い込みで薬を調製、鑑査せずに薬の名前を一文字ずつ確認して調製、鑑査を行うように周知する。	カトレップパップ７０ｍｇ	イドメシンコーワパップ７０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
589	一般名バルプロ酸Na錠200ｍｇのところ、レセコンでバルプロ酸ナトリウム徐放A錠200ｍｇを選んで入力してしまった。処方入力をチェックする際、間違いに気づき入力訂正した。	名称類似薬であった。	再度間違えないように、処方入力時に注意喚起するレセコン内メモを利用することにした。	バルプロ酸ナトリウム錠２００ｍｇ「アメル」	バルプロ酸ナトリウム徐放錠Ａ２００ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラー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	プラザキサカプセル75mgを調剤すべきところを、誤ってプラザキサカプセル110mgで調剤し交付してしまった。交付の数時間後に家族から電話があり発覚。服用前に気付いたので、患者への影響は無かった。すぐに自宅に伺い、75mgのものと交換した。	鑑査者（薬剤師）の経験年数が１年だったこともあり、焦りや慌てがあったのではないかと思われる。	調剤時及び鑑査時は成分名だけでなく規格までしっかりと確認するよう、薬局スタッフ間で申し合わせた。	プラザキサカプセル７５ｍｇ	プラザキサカプセル１１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
591	いつも処方されている後発の薬だったが、一般名で記入してあったこともあり慣れで先発を出して監査もスルーしていた。在庫調べで数が合わず該当する方に連絡を取り発見に至る　　幸い服用前で自宅まで交換しに行く。	頻繁に出ている薬なので慣れが良くなかった。監査もすり抜けていた。	慣れている薬でも監査もしっかり気を引き締めて行う	ゾルピデム酒石酸塩錠５ｍｇ「テバ」	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
592	従来よりOD錠で処方されていた患者様の普通錠とOD錠の調剤時の取り違え。	ヘルプで他店舗から応援に入ってくださる方が増えて当店舗に不慣れなスタッフが増えたことによるピッキング誤り。当該医薬品は処方患者巣が少なく引き出しに入れていた。普通錠はカセットに入れてあったので視認誤りも考えられる。	他院処方患者さんの薬歴をピッキング前に必ず見ててどの剤形で調剤するのかを確認する。取り違えやすい普通錠とOD錠のカセットに注意喚起を記載する。（実施済み）	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
593	モーラステープ７０枚調剤したところ、３５枚はケトプロフェンテープ三和が混ざっていた。鑑査者が発見した。	外観が似ていることで、ケトプロフェンテープがモーラステープの棚に戻されていたことが原因。調剤者も気付かず調剤してしまった。	棚に戻すときは慌てず落ち着いて必ず商品名を確認して、戻すこと。	モーラステープＬ４０ｍｇ	ケトプロフェンテープ４０ｍｇ「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
594	オメプラゾール10ｍｇが粉砕指示で処方。腸溶性の医薬品で胃酸で分解・失活してしまうため、粉砕に適さない。医師に疑義照会し、同系のPPIでネキシウム懸濁用顆粒分包10ｍｇに変更になった。	PPIは胃酸で失活する薬が多く、ネキシウムカプセルは腸溶性にコーティングされているため、脱カプセルも不可。	今回の事例を薬局内で共有し、粉砕調剤の際は粉砕に適しているか必ず確認してから行うように徹底する。			オメプラゾール錠１０ｍｇ「ＭＥＤ」 ネキシウム懸濁用顆粒分包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
595	ミドリンP点眼液5mLのところ、10mLの規格で1本そのままお渡ししてしまった。後に在庫管理をしていたところ在庫がずれていたために発覚し、患者様に電話して確認したところ健康被害はなかった。	薬局内に10mLの規格しか存在しなかったため、そのまま規格を確認せず渡してしまった。	目薬の規格は1本5mLのものが多く、また10mLのものは少ない。慢心の為確認が漏れていた。日頃から間違っているのではないかという気持ちを忘れずに監査をしていくよう心掛ける。	ミドリンＰ点眼液	ミドリンＰ点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
596	継続で薬局利用の患者だったが、病院変更に伴い新規データ入力をする際に、アジルバ20ｍｇの上に記載のあったタケキャブ10ｍｇの規格に引っ張られて、アジルバを10ｍｇで登録。監査時にデータ上で入力が違うので発覚。調剤は正しい物でした	処方箋入力時に、密接して記載してあると規格を見間違えてしまうリスクがあるので、ダブルチェックは必要	入力時のダブルチェック	アジルバ錠２０ｍｇ	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
597	ラタチモ点眼液が処方されたところトラチモ点眼液を交付してしまった。トラチモ点眼液のパッケージ変更があり、そちらの確認に気を取られて交付した。交付後発見し、患者宅に伺い正しいお薬をお渡しした。	ラタチモ点眼液とトラチモ点眼液を同じものと勘違いした事、それぞれのアルミ箔のパッケージ類似を把握していなかったこと。	ラタチモ点眼液とトラチモ点眼液の成分の違い、薬効の差を学びなおした。			ラタチモ配合点眼液	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
598	１時間前に投薬した患者さんが「違う薬が入っていた」と再来局された。確かめたところ、本来タプコム２本をお渡しするところ、１本は誤ってタプロスが混じっていた。	薬棚からタプコムを２本ピッキングした時に、以前の戻し間違えのタプロスが１本混ざったと考えられる。また、慣れによりそれをきちんと監査せずにお渡ししてしまった。	タプコムとタプロスの棚の位置を離すようにした。また、ピッキングミスを戻す時は、２人体制で確認しながら戻すようにした。監査者は必ず１本ずつ手に取って監査することを徹底する。	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
599	いつも服用しているフェブリク錠２０ｍｇを28日の処方であったが１４錠ヒートから１０錠ヒートに変更したことを忘れ、錠数が少ないと患者から連絡あり。早急に不足分を郵送する。	ヒート変更の注意を怠る。	フェブリク錠はすべての規格で錠数が１０錠に変更されたため、今一度錠数の確認をするとともに収納している棚にヒートに注意の記載をする。	フェブリク錠２０ｍｇ	フェブリク錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
600	パキシル１０ｍｇでの処方。患者様ジェネリックの希望があり。パロキセチン１０ｍｇ「アスペン」で調剤するところ、パロキセチン５ｍｇ「アスペン」を調剤しており監査で発覚した。外箱の外見が類似おり、１０ｍｇ用のカセッターに５ｍｇの箱が混在していた。	外箱の外見の類似。１０ｍｇは濃い黄色、５ｍｇは薄い黄色でありデザインも同一である。PTPシートに違いはあるものの、繁忙時等で外箱を見ての調剤だと間違えやすいと思われる。また今回はカセッターへのセット時点で間違えていることが発覚。当店ではカセッターへの充填時にも監査システムを導入しているため、使用せずにカセッターへ薬を戻したと思われる。他の患者様へのお渡しミスはなかったものの、今後特に注意する必要がある。	カセッターは１０ｍｇのみにし、５ｍｇ規格は引き出しへ移行。また外箱類似の注意喚起札の作成。カセッターへの充填時には監査システムの使用の徹底。また外箱類似医薬品の知識として薬局スタッフへの情報共有を行った。	パロキセチン錠１０ｍｇ「アスペン」	パロキセチン錠５ｍｇ「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
601	プリモボラン錠のピッキング時、デカドロン錠4mg1箱が混入しているのを発見。	棚位置は離れていたものの、外箱の色が似ていたため誤って格納したと推測される。	外観で判断せず薬剤名・規格を確認するように周知。	プリモボラン錠５ｍｇ	デカドロン錠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
602	患者が皮膚科の処方箋をもって来局した。処方箋には一般名でクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%と記載されていたが、クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%で入力し調剤・交付した。その後、医療事務が調剤録と処方箋を確認した際に間違いに気づき患者に連絡、正しい薬と交換した。	両薬剤は一般名が似ていた。患者が来局した時間帯は薬局が混雑しており焦りが生じていた。	薬の置いてある棚に、それぞれ間違えやすい薬剤があることの印を付け注意喚起を行った。一般名処方の際は一字ずつ入力を確認するよう指導を徹底した。	デルモベート軟膏０．０５％	キンダベート軟膏０．０５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
603	5mcgチロナミン錠と25mcgチロナミン錠の取り違え。	常勤薬剤師が不在の日に応援者が調剤・鑑査・交付。5mcgチロナミン錠は非採用品で、25mcgは採用薬。5mcgチロナミンが1日5錠朝2錠、昼1錠、夕2錠で処方され、応援者は隣の薬局より借りて調剤。後日患者からお電話があり、夕食後に1錠しか入っていない薬が見つかる。不足分を郵送することに。常勤薬剤師が不足薬を配送する際に採用薬の25mcgと勘違いし配送。棚卸時に発覚し、直接お届けし取り替えた。	新規で採用した薬については情報共有。また、不足薬の調剤・鑑査・交付も複数人で行い、できれば当日担当した薬剤師が調剤・鑑査・交付のどこかを行うようにする。			５ｍｃｇチロナミン錠	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
604	施設のかたの処方であるため、通常は当薬局の薬剤師が調剤するが、今回はじめて調剤してもらった。オランザピンOD2.5ｍｇ　14錠　必要であったが、７錠ヒートという認識がなく、１シートと4錠で調剤した。	当薬局　固定の薬剤師ではなく、店舗間をローテーションしている薬剤師であったため、この薬剤について認識不足であり、10錠ヒートという思い込みがあった。	薬剤の棚に　7錠ヒート　とラベルを貼り　注意喚起した。			オランザピンＯＤ錠２．５ｍｇ「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
605	アルファロールの処方だったが、後発品のアルファカルシドールを調剤。鑑査にあたった薬剤師が気付き、正しい薬剤を交付した。	店内が混んでいた為、焦って処方箋を見誤った。	鑑査にまわす前に確認を徹底する。	アルファロールカプセル０．５μｇ	アルファカルシドールカプセル０．５μｇ「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
606	処方記載はガスターD20mg1錠であったが、ファモチジンOD錠10ｍｇ1錠にて入力されていた。	集中率の一番高い病院からの処方が基本的にガスターD10mgであった。	今回は入力・監査ともにスルーしかけたので今後は再度起こらないよう注意喚起した。	ガスターＤ錠２０ｍｇ	ファモチジンＯＤ錠１０ｍｇ「ＹＤ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
607	処方箋　モンテルカストチュアブル5ｍｇ　1錠　寝る前　5日　であったが、モンテルカストチュアブル5ｍｇ　2錠　と　モンテルカスト10ｍｇ　3錠が、ゴムでくくられて投薬された。	隣同士のたなにある為に、モンテルカストチュアブル5ｍｇ　の棚に、モンテルカスト10ｍｇの錠剤の端数が、返却されたと思われる。	棚に、注意喚起のシートをはる。また、ゴムで端数を付ける場合は注意する。	モンテルカストチュアブル錠５ｍｇ「ＫＮ」	モンテルカスト錠１０ｍｇ「ＫＭ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
608	患者さんが処方箋を持参されたので調剤したところ、フォリアミン錠５ｍｇのところ、アリナミンF錠２５ｍｇで調剤され、鑑査した薬剤師が間違っていることに気が付き、投薬する前に訂正した。患者には正しい薬を交付した。	調剤した者が今回の薬局とは別の店舗の調剤棚の配置を覚えており、そのイメージがあったので間違った、	病態と薬について、知識を深めることが大切と考え、間違った薬剤の添付文書を読み、何が異なるかを確認してもらった。	フォリアミン錠	２５ｍｇ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
609	皮膚の湿疹で受診された患者様にデルモベート軟膏20gが処方。5gチューブしか在庫がないのでいつも通り5gチューブ×4本で調剤。しかしそのうち1本がデルモベートクリームだったことが患者様への投薬時に発覚。患者様から1本だけキャップの色が違うのはなぜと聞かれ判明。	薬局では薬の重さで監査をする調剤鑑査機を導入しており、1本のJANコードを読み取りそのまま量りにおいたところ重さがほとんど同じなので鑑査を通過してしまった。さらに保管している棚も狭く軟膏とクリームの場所が隣り合っていたため間違えやすい状況だった。	同成分他剤型の薬同士はなうべく遠ざけて保管する。鑑査機を導入していても鑑査者の目による鑑査は徹底する。	デルモベート軟膏０．０５％	デルモベートクリーム０．０５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
610	ツムラ五苓散が30包処方。開封してある箱から21包の束を一束ともうひと箱開封してあるものがあったためそこから9包とってアテルノにかけて重量監査も済ませて投薬準備を行っていた。その時に21包の束は五苓散であるが、9包が釣藤散であることに気が付きすぐに正しいものと交換して投薬をおこなった。	漢方薬の引き出しは5か所あり、五苓散と釣藤散が同じ引き出しで隣り合って保管されていた。番号も47番と17番で帯の色も同じであるため確認不十分でピッキングしてしまった。アテルノの監査も五苓散のほうを読ませたためエラーにならず、重量も問題なかったため間違いに気づくことができなかった。	間違い易いものは引き出しを別にして間違えないように気を付ける。ツムラの漢方薬は末尾の数字が同じであれば帯が同じ色なので、薬剤名もきちんと確認することが大切である。	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）	ツムラ釣藤散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
611	ミケランLA点眼液を投薬すべきところ、誤ってミケルナ配合点眼液を投薬してしまった。 投薬後に、処方箋を再確認したところ、ミスに気づきすぐに患者さんへ電話連絡した。まだ、使用前であったため間違いの薬剤を交換した。患者さんへは、低調に謝罪をして、今後はこのようなことが起きないよう、注意する旨をお伝えした。	一般名処方であったため、成分名を早とちりしてしまい、勘違いのまま投薬してしまった。	類似薬剤が存在する場合には、薬剤の確認を徹底しておこない、思い込みの概念をなくして調剤および監査を実施する。また、患者さんとの投薬時にも、薬剤の話を取り入れるようにする。	ミケランＬＡ点眼液２％	ミケルナ配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
612	【正】ツムラ桂枝茯苓丸加よくい仁エキス顆粒　２７０包【誤】ツムラ桂枝茯苓丸加よくい仁エキス顆粒　２５２包ツムラ通導散エキス顆粒　１８包	２０２０．０１．３１の医薬品取り揃え時に、すべての箱にＰＤＡを使用せずに調剤したと考えられる。	ＰＤＡの運用方法については以前の過誤発覚後、ミーティングや朝礼でも伝達し、資料も配布していた。この対策では全員がＰＤＡの運用を正しく行うことが出来なかったということなので、個別に使用方法を確認する。漢方薬の監査時に番号がすべて同一であることを確認するよう、局内ミーティングにて伝達した。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ通導散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
613	ナパゲルンクリームの処方を軟膏で投薬。後日、在庫チェック時にマイナス在庫があり、投薬ミスに気付く。医師に依頼し、今回は軟膏に変更して貰い、クリームも在庫することにする。	ナパゲルンクリームの在庫がなく、医師はいつも軟膏で処方しているため、疑いもなく投薬。監査ミスが要因となる。	監査の徹底。在庫の把握。	ナパゲルンクリーム３％	ナパゲルン軟膏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
614	ジヒドロリン酸コデイン散のところ薬局に在庫があるリン酸コデインで投薬。不足分作成時、発覚。照会し、リン酸コデイン散に変更してもらい、用量も変更して貰った。まだ飲む前だったので回収し、適切な量でお渡しした。	在庫がリン酸コデイン散しかなかったため、しっかり確認せず作成してしまった。監査も1年目の薬剤師だったため、間違いに気づけなかった。	薬局に在庫に無い物も勉強する。ピッキング時に指差し監査をする。	リン酸ジヒドロコデイン散１％「ホエイ」	リン酸コデイン散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
615	一般名処方のベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟0.05％で入力するところ、ベタメタゾンジプロピオン酸エステルクリームで入力・商品名変更されてしまったにも関わらず監査でも気付かなかった。	前月の処方からステロイドの成分が変更となり、Do入力できず。新規入力の再に誤入力のまま商品名変更。	ステロイドの一般名処方は、成分名が似ていることから処方箋記載の規格の最後まで読み取る。	サレックス軟膏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
616	デルモベート軟膏をデルモゾールG軟膏を交付。	入力間違いから始まり、レセコン入力を元にピックした事務、監査・投薬者の注意不足による見落とし、どの段階でも気づけなかったこと店舗常勤ではなく他店勤務の応援者だったため処方薬に慣れていないこと	監査者は処方箋を元に、確実に監査することの徹底	デルモベート軟膏０．０５％	デルモゾールＧ軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
617	在宅患者であり緊急訪問になり焦って調剤しソルデム３AG処方にも関わらず３Aを調剤してしまった。	ソルデムの３Aと似てる３AGの存在を知らず思い込みで調剤してしまった。	指さし確認。点滴は種類が多いので新しいものが処方された場合添付文書などで規格の確認を随時確認することを徹底する。	ソルデム３ＡＧ輸液	ソルデム３Ａ輸液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
618	処方箋記載名が先発品名称。GE希望のところ、先発品入力後、会計をしてしまった。薬局初採用品（先発、GE共になし）であり、薬剤師が入力ミスに気付くまでに時間がかかった。幸いにも、投薬前に気が付き、患者様に経緯を説明し、返金した。投薬時点では問題なし。	来客多数時の対応。新規の患者さん。GE希望。在庫なく取り寄せ後の当日午後お渡し予定で、先発入力のまま気づかず会計してしまった。	処方箋記載名が先発品、一般名、両方の場合があり、患者の希望を正確に把握し、正確な医薬品の知識を持って調剤、監査にあたるよう心がけること。	イルアミクス配合錠ＨＤ「ＤＳＰＢ」	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
619	（般）アプリジン塩酸塩カプセル２０ｍｇで処方されており、アスペノンカプセル２０ｍｇで調剤するところ、アスペノンカプセル（１０）で調剤。一包化して、気付かずにそのまま投薬する。	繁忙なこととちょうどスタッフが少ない時間帯で、分包機に不慣れなスタッフが調剤し、鑑査も自分で行い、投薬したことによる。 該当患者を長く待たせてしまっていて、他の薬剤師が他の患者の対応中であったことから、普段なら調剤者が自ら鑑査することはないが、調剤者が自ら鑑査してしまった。焦りで間違いをみつけることができなかった。ピッキングの間違いは、アスペノン10ｍｇと20ｍｇの箱が近くに保管してあることによる。普段アスペノンは２０ｍｇしか動いていないため、１０ｍｇがあることをわかっていなかった。	別規格の薬はちかくに保管しないこと。どんなに患者を待たせていても、調剤と監査は別のものが行う。	アスペノンカプセル２０	アスペノンカプセル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
620	処方箋はロキソプロフェン「サワイ」であったが変更するのを忘れそのまま入力してしまった	確認不足	入力後に再度見直す	ロキソプロフェンＮａ錠６０ｍｇ「サワイ」	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
621	ツムラの26番を誤って12番を調剤しようとした。	26番と12番の名称の「〇〇加竜骨牡蛎湯」が似ていたため。	薬剤の名称を声を出して要確認する。	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
622	タリージェ10mgをお渡しすべきところ、タリージェ5mgを渡してしまった。事務の入力も５mgでされており、事務がチェックしているときに気づいた。患者服用の前に患者宅に取り換えに行きました。	タリージェ2.5mg、5mgの処方箋が圧倒的に多く、ケアレスミス、確認ミスであった。事務側の入力も間違っていたため、事務１人、薬剤師調剤者と監査者の2人がスルーしていた。	事務側の入力間違いもあるため、必ず処方箋の表を見て調剤するよう徹底する。タリージェは段階的に増量されていく薬であるため、常に前回との比較を意識する。患者側は増量することを聞いていたとのこと。処方箋の確認の徹底とともに、患者側の会話の内容との整合性も毎回必要であることを薬局内で徹底した。	タリージェ錠１０ｍｇ	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
623	ヘパリン類似物質スプレー0.3%100ｇと処方記載があった為、ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%と思い込み調剤した。	用法の後ろに泡状スプレーの記載があったが見落としてしまった。薬を交付する時に泡状スプレーの記載に気付いて正しいものと交換した。	薬品名のみではなく、用法まで全て確認して調剤する。また、鑑査を徹底する。	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー０．３％「日本臓器」	ヘパリン類似物質外用スプレー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
624	マグミット250ｍｇ処方のところ、330ｍｇの規格のものをお渡ししてしまった。	確認不足	確認の徹底			マグミット錠２５０ｍｇ 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
625	バクタ配合錠が処方された後発品使用希望の患者に対し、前回まではダイフェン配合錠へ変更調剤していたが、処方箋記載通りバクタ配合錠を調剤し患者に交付した。	当該患者は後発品使用希望があり、バクタ配合錠をダイフェン配合錠に変更調剤を行っていた。当該処方箋は一般名処方と商品名処方が混在しており、バクタ配合錠は商品名で記載されていた。	代替品が存在する医薬品を調剤する場合は、処方箋の表記のみだけでなく、医薬品と薬袋・薬情箋・調剤録の照合を行う。	ダイフェン配合錠	バクタ配合錠		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
	調製者はダイフェン配合錠が基礎的医薬品となりバクタ配合錠の後発品扱いとならなくなったため、代替する薬品はないと認識し、処方箋表記のみで判断し、バクタ配合を取り揃えた。鑑査者は、取り揃えられたバクタ配合錠と処方箋の表記が一致している事を確認したが、薬袋・薬情箋との確認を怠った。						

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

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	
626	ガスロンＮ・ＯＤ錠２ｍｇ処方のＧＥがイルソグラジンマレイン酸錠２ｍｇ日医工でだすところを、イトプリド錠５０ｍｇサワイで投薬した。	名前が似ていたのと、処方が３種のみだったので、監査浅くながしてしまった。他の薬剤師が粉砕、分包作業続いていて、自己監査だった可能性あり。引き出しが縦同じ列で感覚的に取り出し間違えた可能性もあり。薬情などで入力との照合しなかった。	２種とも使用量同じくらいで、多くでているので、特に注意。入力、薬情との照合怠らない。	イルソグラジンマレイン酸塩錠２ｍｇ「日医工」	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
627	一般名処方にて「ヘパリン類似物質クリーム０．３％」で処方されており、「ヒルドイドクリーム０．３％」で調剤するところ、「ヒルドイドソフト軟膏０．３％」で誤入力・誤調剤。	一般名処方にて「ヘパリン類似物質クリーム０．３％」で処方されていたため、「ヒルドイドクリーム０．３％」で調剤しなければならなかったが、当薬局で処方頻度の高い「ヒルドイドソフト軟膏０．３％」で事務員は誤入力し薬剤師も同様の思い込みにて誤調剤。入力も間違っていたため、調剤監査システムでは防ぐことが出来なかった。	一般名処方時における確認の徹底。	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
628	モーラスパップXR120の処方にモーラスパップ30mgを投薬しそうになった。	いつもの処方であると勘違いしたのと大きさが似ていたのでいつもの感覚で出してしまった。	患者さんに渡す前で気付いたので今後はダブルチェックやスタッフとも連携して投薬に心がける。	モーラスパップＸＲ１２０ｍｇ	モーラスパップ３０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
629	半夏瀉心湯のところ半夏厚朴湯を調剤してしまった。監査した薬剤師が前回で、胃腸障害と聞き取りし、半夏瀉心湯を投薬していた。すぐに来局されよく覚えてので、間違いにすぐに気づいた。	新型コロナウイルス感染を心配してくる患者さんが多く、咳止めの処方が最近多く、処方名が似ていたため思い込みをしてしまったと思われる。	世間一般の状況に流されないように、スタッフ全員で落ち着いて業務を行い、薬剤師も慌てずダブルチェックをしっかり行うようミーティングにて確認した。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
630	ジャヌビア25mgが処方されていたが、ジャディアンス25mgを取り揃えてしまった。調剤監査システムを使用していたため、すぐに気が付き、訂正した。	忙しい時間帯であったため、急いで取り揃えようと思い、初めの文字と用量だけで勘違いをして取ってしまった。	必ず調剤監査システムを使用して取り揃える。	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
631	【正】ユニフィルＬＡ錠２００ｍｇ【誤】テオフィリン徐放錠２００ｍｇ「日医工」	入力で誤った薬剤を選択し、そのまま交付までの過程で気付かれなかった	徐放錠など、ＧＥの商品名と一般名を即座に判断できない薬剤については店舗にある分は把握し、少しでも引っかかる所があれば鑑査時に添付文書で確認する。一般名	ユニフィルＬＡ錠２００ｍｇ	テオフィリン徐放錠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
632	コデインリン酸塩散10%　毎食後服用　6g/day(製剤量)で処方されていたが、コデインリン酸塩散1%で調剤。投薬直前に偶然処方箋を見ていた他の薬剤師が気づき報告。処方内容だと常用量の10倍投与となるため疑義照会。その後コデインリン酸塩散1%　毎食後服用　6g/dayへ処方変更となった。	当薬局にはコデインリン酸塩散1%規格しか在庫していないため、薬品名をみて1%規格だと思い込み、調剤を行ったことが考えられる。	処方内容の規格・用法用量確認を徹底する。散剤・シロップ剤調製を行った際には他の薬剤師による2重チェックを確実に行う。1度調剤ミスがあった薬品は分かりやすく一定期間しるしをつけ、他の職員にも注意喚起を促す。	コデインリン酸塩散１０％	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
633	前回処方時はビオフェルミンR錠であったが、今回の処方はビオフェルミン錠であった。Rを見落とし、前回と同一の処方として判断し、患者様に誤ってビオフェルミンR錠をお渡しした。その後、薬歴記載中に処方箋と調剤した医薬品の違いに気づき、正しい薬(ビオフェルミン錠)を患者宅へお持ちし交換し、お詫びした。	ビオフェルミン錠、ビオフェルミンR錠はそれぞれ薬品棚と引き出しに格納していたが、取り違え防止の目印等、調剤中誤りに気付くことができる施策がなされていなかった。	薬品棚に格納されているビオフェルミン錠に、R錠か否か処方箋を改めてチェックするよう注意喚起文を設置した。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
634	点眼、点鼻用リンデロンA液をリンデロン点眼、点耳、点鼻液と見間違えてサンベタゾン眼耳鼻科用液で調剤してしまった。	処方入力もサンベタゾン眼耳鼻科用液で入力されていた為、監査システムでチェックした際も調剤ミスに気づけず、後の再チェックで気づいた。	サンベタゾン眼耳鼻科用液の箱にリンデロン点眼、点耳、点鼻液のGEであることを記載して注意喚起した。	点眼・点鼻用リンデロンＡ液	サンベタゾン眼耳鼻科用液０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
635	キョーリンAP2　3.0g（0.5g/包を6包）/分3と処方箋に記載され、常用量を超えているため病院薬剤部へ疑義照会したところ、そのままでいいと回答を頂いたが、どうしても納得がいかず、患者様へ確認したところ3包/分3で飲むように言われたとのこと。病院内科外来へ疑義照会し、3包/分3でと回答あり、1.5g/分3でしょうかと再度確認し、1.5g/分3でと回答を頂き処方変更となった。	病院内採用薬は1.5g/包とのことで、医師の処方は1.5g/包を3包/分3でという指示だったようだが、処方箋には3.0g/分3と反映され、そのまま院外処方箋となってしまった。	散剤、水剤の分包品が処方された場合にはより注意深く、用法用量を確認するしかない。			キョーリンＡＰ２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
636	施設のかたの処方であるため、通常は他の薬剤師がピッキングしているが、今回はじめて調剤してもらった。オランザピンOD錠2.5ｍｇ　14錠　必要であったが　1ヒート７錠という認識がなく、1シートと4錠で調剤した。	当薬局の固定ではなく　店舗間をローテーションしている薬剤師であったため、この薬剤について認識不足であった。	棚に　７錠ヒート　と注意を促すよう掲示。			オランザピン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
637	同成分医薬品の規格の取違い。	慣れ・慢心	処方箋をしっかり見て調剤する。	ファモチジンＤ錠１０ｍｇ「日医工」	ファモチジンＤ錠２０ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
638	いつも門前でニッコーでくるが面対応した際に別のメーカーのものだった	忙しくメーカーの確認を怠った。	確認してもらう。処方監査の徹底など考えられる。	重質酸化マグネシウム「ニッコー」	重質酸化マグネシウム「ケンエー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
639	ヒルドイドクリームが処方されたいたため、GEはビーソフテンクリームになるが、ヘパリン類似物質油性クリームで調剤してしまった。	先発品の名前が似ているため、GEを間違えてしまった。	思い違いによるミスであるので、どの先発品に対してのGEであるかしっかりと把握する。	ビーソフテンクリーム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
640	バルサルタン40ｍｇ処方のところ80ｍｇで調剤してしまった。	80ｍｇの方がよく処方される規格であるため、思い込みで調剤してしまった。	頭書きに間違えやすい規格は明記したり、複数規格があるものはピッキングの際に規格を再度確認する。	バルサルタン錠４０ｍｇ「サワイ」	バルサルタン錠８０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
641	クレストールOD錠が処方されていたところ、クレストール錠で調剤してしまった。	クレストールは普通錠で処方されることが多い為、思い込みで調剤してしまったことが原因。	OD錠の場合は、頭書きに赤字で記載する。	クレストールＯＤ錠２．５ｍｇ	クレストール錠２．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
642	新入社員による普通錠とＯＤ錠の調剤ミスを鑑査時に気づけず、投薬してしまい、投薬後に気が付き交換となった。	鑑査システムの使用が漏れてしまい目視での確認も漏れてしまった。	鑑査システムの使用を徹底し、事例を共有して再発防止に努める。特に経験値の浅い職員がいるときにはより一層注意を払うよう周知していく。	ブロチゾラムＯＤ錠０．２５ｍｇ「サワイ」	ブロチゾラム錠０．２５ｍｇ「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
643	当事者が　グリベンクラミド錠処方を間違えて、グリメピリド錠をセットしてしまった。	ほかにも多くの糖尿病治療剤が出ており、同じSU剤でうっかりミスしてしまった。	ダブルチェック時に処方せんと薬情と薬剤の3点を照らし合わせて確認する。	グリベンクラミド錠２．５ｍｇ「サワイ」	グリメピリド錠１ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
644	オルメサルタンOD２０MG「DSEP」が一般名処方で出ていた。オルメサルタンOD２０MG「DSEP」を収容する場所にオルメテックOD２０MGが一箱入っていたよう。オルメサルタンとオルメテックが混ざって調剤してしまった。	オルメサルタンとオルメテック（AGを採用）は箱の外観・シートの外観もとても酷似している。メーカーには対応を依頼。	ミスゼロ子を採用しているので、服薬指導前に確認ができたので良かったが、その後は収容する場所両方にオルメテックとオルメサルタン間違えないことの表示をし毎回確認しています。	オルメサルタンＯＤ錠２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	オルメテックＯＤ錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
645	患者は令和1年9月よりベタニス錠50mgその他2種の薬剤が泌尿器科より処方されていた。今回ベタニス錠50mgからベオーバ錠50mgに変更になっていたが、頭文字の「ベ」が同じだったため、レセコンを前回doで間違って入力し、薬剤師も本来なら処方箋を確認して調剤するところを薬袋を見て調剤した。投薬時に患者の方から「変更になっている薬があるはずだ」と指摘されて間違いに気づいた。	いつも来ている患者さんで慣れもあり、手順を怠った。	必ず処方箋を見て調剤することを徹底するとともに、レセコン入力の確認も行う。投薬時の薬剤確認も処方箋と照らし合わせて行うようにする。			ベタニス錠５０ｍｇ ベオーバ錠５０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
646	メリスロン錠希望の患者様に後発のベタヒスチンをお渡しして後日違う薬がはいっていると電話がありました	一般名処方のため後発医薬品と思い込み、患者様に説明せずにお渡ししました。	先発品希望の患者様には薬歴に色分けして再発防止につなげます。後発医薬品への変更について懇切丁寧に説明して理解して頂ける様努めます。	メリスロン	ベタヒスチン錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
647	ホスミシンDSとビオフェルミン散の混合の処方にて医薬品名を印字する時に発生。調剤者がビオフェルミンと印字すべきところを「ビオフェルミンR」と印字。鑑査者はそれに気づかず、そのまま交付した。	他の抗生物質と混合するときにビオフェルミンＲを使うことが多く、ついいつもの習慣としてＲの方で入力したとのこと。薬剤は鑑査ジャーナルで処方どおりの正しいものを調剤していると確認できたため、患者家族へは電話で謝罪し、そのまま使うよう連絡した。	印字については漫然とした鑑査にならないよう、必ず処方箋と照らし合わせてチェックすることを徹底することとした。また調剤者についても一度入力したものについて再度確認することを習慣化するようにした。			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
648	カロナール200ｍｇが頻繁に処方あるため、300ｍｇの処方なのに思い込みで調剤してしまった。交付後に本人さんより問い合わせがあり発覚した。	ピッキングの支援機器を使用して調剤する所、使用せずに調剤した。	ピッキング支援機器を必ず使用して調剤することを徹底する。	カロナール錠３００	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
649	オルメサルタンＯＤ１０ｍｇＤＳＥＰ　１日１回朝食直後　３０日分　処方のところ、オルメサルタンＯＤ２０ｍｇＤＳＥＰ　１日１回朝食直後　３０日分　で処方した	ｍｇ数の監査が不十分だった	監査を慎重にするよう、心掛ける	オルメサルタンＯＤ20ｍｇＤＳＥＰ	オルメサルタンＯＤ１０ｍｇＤＳＥＰ		ヒューマンエラー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	イコサペント酸エチル粒状カプセル「MJT」の処方の所「日医工」で調剤。交付後に発覚。服用はあったが健康被害なし。	メーカー2種類採用あり、特定の患者にしか使わないメーカーの方を誤って調剤。	使用する患者の周知を徹底。調剤時に患者情報の記載を見逃さないよう再確認。	イコサペント酸エチル顆粒状カプセル９００ｍｇ「ＭＪＴ」	イコサペント酸エチル粒状カプセル６００ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
651	リシノプリル錠10ｍｇが処方されていたが、誤ってリシノプリル錠5ｍｇにて調剤してしまった。	繁雑な状況だったため薬剤の規格を誤って調剤してしまった。	調剤を始める際にまず処方箋のコピーをとり、調剤する薬剤の規格に赤丸をして調剤する。	リシノプリル錠１０ｍｇ「サワイ」	リシノプリル錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
652	監査時にオルメテックＯＤ２０ｍｇの数量が足りなかった為、訂正したが、その際に誤ってオルメサルタンＯＤ２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」を調剤。投薬前に薬情を確認していたところオルメテックの記載だったため、再度確認し判明。６０錠のうち、１０錠のみオルメサルタンが混ざっていた。	現在オルメサルタンの使用頻度がオルメテックの約10倍であり、誤ってオルメサルタンを調剤したと考えられる。見た目も類似しているため、再監査で見落とした。逆にオルメテックを使っている人が少ないため、投薬前に再確認をするに至ったことはよかった。	よく出る薬を調剤してしまうことがあるため、しっかり確認し調剤、監査を行う。	オルメテックＯＤ錠２０ｍｇ	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
653	一包化の調剤において患者の名前を間違えて調剤した。鑑査時に気づかずに通してしまったが患者との説明の時に気づいて作り直した。	分包機で名前を入れるときは新患ではない場合は登録してあるものを使用する。今回も調剤者はその登録名を使用したが別の人の登録で調剤してしまった。調剤時は処方箋の名前と分包機の名前ときっちりと照らし合わせて間違えのないようにする。鑑査時もあっているだろうと思わずに間違っているかもしれないとの意識で確認する。	調剤者は登録名と処方箋名をきっちりと確認する。鑑査者はいつも間違っているかもしれないという気持ちで確認するようにする。			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
654	この患者さんは先発品希望されていたのに、処方箋に記載されていて先発品のブロナック点眼液を間違って後発品のブロムフェナックNa点眼液を交付してしまった。幸いにも患者さんが気付いて開封する前に持参されたので未使用でした。	最近、後発品使用者が増えていて、後発品へに意識が強くつい注意力不足で起きたと思われます。	1人薬剤師なので事務員に確認してもらう事を徹底する。	ブロナック点眼液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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
655	塩酸リルマザホン２ｍｇと１ｍｇを取り違えた。	慎重いなりすぎた可能性がある。	患者様に見せながら交付する。	塩酸リルマザホン２	塩酸リルマザホン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
656	ワンアルファ錠の規格を0.5μgを0.25μgと思い込み調剤してしまった。患者さんが帰られて気づかれて電話された、お薬を取り換えに行き、謝罪した。まだ服用はされていなかった。	思い込みによる調剤。	薬品の規格まできちんと読む。	ワンアルファ錠０．２５μｇ	ワンアルファ錠０．５μｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
657	セルタッチパップ70（当薬局の在庫は1袋6枚入り）42枚が処方されていたのに、ゼポラスパップ40（当薬局の在庫は1袋7枚入り）42枚が誤って用意されており、薬剤師が監査した時もそれに気付かなかった。	セルタッチパップとゼポラスパップは、当薬局でよく出るパップ薬の２つである。同じような質感で大きさも大体同じで、おいてある場所も隣同士だ。だから、あえて７枚入りと６枚入りで１袋中の枚数が違うものを用意している。そのため、まちがえて調剤しても枚数を数えた時に気付くことが多かったが、今回はたまたま７と６の最小公倍数が処方されていたので、数があっていることで安心してしまった。また、その日の夕方にすぐ欲しい薬として施設側から頼まれていた薬だったので鑑査を急いでいたことや、このパップ１剤だけの処方だったので軽く考えてしまったことなどが原因と思われる。	この患者さんには、また４２枚で処方が出るかもしれないので、薬歴の表紙に出るのは『セルタッチパップ』であり『ゼポラスパップ』ではないことを強調する付箋を貼った。また、例えシップだけの処方だったとしても、時間がかかるとしても鑑査をするときに「入力の確認」→「薬情の写真の確認」→「処方箋と薬剤の照合」という手順を徹底する。	セルタッチパップ７０	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
658	ランタスXR注ソロスター　2キット　1日1回　就寝前　22単位と記載事務員が、誤ってランタス注を取り揃えて準備。当薬局では、バーコード監査を利用しているが、バーコードが読み込めず目視確認された状態で準備していた。 監査にあたった薬剤師は、監査システムを通過していることと、注意力不足からXRでないことに気づかず投与してしまった。約1ヶ月後の5/26日、別の患者にランタス注が処方された際に、在庫数がシステム上の数字と相違があることから、調査を開始したところ4/30処方分で誤ってお渡ししていることが発覚した。患者様に電話にて取り急ぎ電話確認したところ、低血糖などの有害事象は発生していないことを確認。お薬を取り換える措置を取った。	ランタスＸＲとランタスの2つがあることを認識し、確実に鑑査する意識が不足監査システムを通過しているという慢心（バーコード監査でない場合は一層の注意が必要であることを怠った）	インスリン製剤は、製品の違いにより低血糖を引き起こし患者様の生命に関わることを認識し十分に注意する。監査システムにおいては、できる限りバーコードによる監査を行う。（目視確認する場合は、画像を拡大しなければならないようにシステムを改修した）	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
659	ノボラピッド注フレックスペン2本処方交付　ラスト業務中のインスリン帳簿記載時数量違いで発覚交付患者様に連絡して確認したところ、フレックスタッチが1本混在していた　1本おわびして　交換した。	ミスゼロ子を通して調剤ミスを防ぐ仕組みを導入しているが　今回間違いに気づかなかったことより、インスリン返却時に間違ったと思われる。ノボラピッド注を返却するときは　似ているフレックスペンとフレックスタッチがあるので、注意する必要がある	インスリン返却時もバーコードでミスゼロ子を利用して　返却箱への入れ間違いを　防ぐ。	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
660	トランサミンカプセル250ｍｇ3カプセル5日分の処方を受け付けた際に患者が後発医薬品を希望したため、トラネキサム酸錠250ｍｇに変更した。薬剤の調製は正しく行ったが、入力者が3錠と入力するところを6錠で入力していたため、薬袋に1回2錠と記載された。患者にお薬を渡す時に気がついた。	取り違えた薬剤は名称も似ており、薬剤棚の位置も上下で隣接していた。取り揃えた際に確認を怠った事が原因と考えられる。	薬剤棚に注意する様に赤字で目印の工夫をする。薬剤棚の位置を隣ではなく多少離して置く。先発医薬品と後発医薬品の棚を分けるように気をつける。	トラネキサム酸錠250ｍｇ	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
661	エンブレムから久しぶりにヒュミラ再開。以前はシリンジ処方だったためペンへの処方変更に気付かずシリンジでお渡ししてしまった。	以前シリンジの使用歴があったため思い込みで調剤、交付	思い込みの排除。処方箋をしっかりと読む。注射剤の規格や剤形違いの知識を得る。	ヒュミラ皮下注４０ｍｇペン０．４ｍＬ	ヒュミラ皮下注４０ｍｇシリンジ０．４ｍＬ		ヒューマンエラー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	3/30　患者母親から薬情の写真と実物が違うと電話あり　当日朝プランルカスト225ｍｇ1錠服用したが体調に問題はなし。謝罪するとともにご自宅に伺い薬の交換を行った。	一般名処方で剤形と規格は違ったものの思い込みで調剤、鑑査者も気付かず患者に交付	薬の棚の位置を離し、規格違いがあることが分かるように棚の薬名に「他規格あり」と表示した。処方箋は薬名だけではなく規格まで読むように心がける。	プランルカストカプセル１１２．５ｍｇ「日医工」	プランルカスト錠２２５ｍｇ「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
663	（般）ロサルタン100ｍｇ・ヒドロクロロチアジド配合錠の処方に対しロサルタン50ｍｇ・ヒドロクロロチアジド配合錠（ロサルヒド配合錠ＬＤ）で調剤。	処方が一般名の配合錠であり、慎重に規格を確認すべきところ、不十分であった。	今まで以上に監査を慎重に行う。特に一般名の配合錠に関しては、より慎重に対応する。	ロサルヒド配合錠ＨＤ「三和」	ロサルヒド配合錠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
664	チラーヂン12.5µgを調剤すべきところ、誤ってチラーヂン25µgで調剤した。	チラーヂン50µgと25µgの組み合わせて処方となる方が多く、この方もその組み合わせだと思い込んだ。処方箋の12.5と25を見間違えた。	処方箋にチェックマークを記入しながら確認することを徹底する。	チラーヂンＳ錠１２．５μｇ	チラーヂンＳ錠２５μｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
665	整形外科受診、定時薬でノイロトロピン錠処方あり。５月に処方入力時に、前回がノイロビタン配合錠の入力であることに気づく。薬局在庫数を調べると、ノイロトロピン錠で交付していることに間違いはない。レセコン入力のミスによる薬の表記の違い、お代の変更により患者様に謝罪。	繁忙時、レセコン入力時に「ノイロ」の３文字検索でノイロビタンを選んでしまった様子。	ノイロトロピン錠とノイロビタン錠の違いに気を付ける。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
666	一包化の中にイミダプリル塩酸塩錠２．５ｍｇ「ＴＣＫ」が入っているべきところにビソプロロールフマル酸塩2.5ｍｇ「テバ」が混在していた。自動分包機のイミダプリル塩酸塩錠２．５ｍｇ「ＴＣＫ」のカセットに、本錠とビソプロロールフマル酸塩2.5ｍｇ「テバ」が入っていた。他の患者に同様のミスがなかったこと確認済み。	自動分包機のカセット充填時に複数人での確認は行っていたが不備があった。	自動分包機のカセット充填時には複数人での確認は継続するとともに、カセットに充填時に錠剤の目視確認を行う			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
667	今回、処方が変わりプレドニゾロン錠「タケダ」5ｍｇ、1錠/日、から、プレドニゾロン錠1ｍｇ（旭化成）4錠/日になっていました。監査時に薬の減量に気づいたのですが、レセコンの印刷をしっかり確認ができていませんでした。調剤は合ってましたが、入力がプレドニゾロン錠「タケダ」5ｍｇ、1錠/日になっていることに気付かず、投薬時に患者さんが気付かれて教えてもらいました。	忙しい時間帯に、監査はしっかりできていましたが、レセコンの入力の確認が出来ていなかった。	忙しい時間帯においてもボールペンでレセコン入力のチェックを怠らないようにすること。	プレドニゾロン錠１ｍｇ（旭化成）	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
668	メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「ＴＥ」１１２錠のところメトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「ＴＥ」１００錠とメトグルコ５００ｍｇ12錠で、調剤され、監査時に気づかず、交付してしまった。業務終了時の計数確認で発覚。患者に電話連絡し、状況を説明、謝罪。患者宅へお薬の交換に伺った。	メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「ＴＥ」と、メトグルコ５００ｍｇか調剤棚の上下に位置しており、ピッキング時にとり間違いが起こった。監査時の確認不足があった。	監査の徹底と、調剤棚の配置の変更を行った。	メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「ＴＥ」	メトグルコ錠５００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
669	一般名処方にて「クロベタゾン酪酸エステル軟膏０．０５％」と「ケトコナゾールクリーム２％」混合指示（顔に塗布）の処方あり。当薬局で良く処方される「クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％」と「ケトコナゾールクリーム２％」を混合してお渡ししてしまった。当薬局の内規通り、混合前には他の薬剤師に薬剤チェックをしてもらうが気づかず。投薬者も気づかず患者にお渡し。事務員が入力チェックを行っている際に発覚。医師と連絡し対処方法をお伝えしてもらい、患者宅へ。幸い状態は悪くなっていなかった。	「クロベタ＋０．０５％」と共通点が多い為、思い込みによる調剤ミス。繁忙時間であったので、他の薬剤師もチェックが十分でなかったと思われる。投薬者は普段ならとても強いステロイドを顔に塗ることはないと分かっているが、忙しかったため抜けてしまったと考えられる。	2つの薬の箱に注意喚起をするためのカード「類似薬あり！注意！」等を付けて注意するようにしました。調剤過誤を皆でミーティングにて共有しました。	パルデス軟膏０．０５％	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「タイヨー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
670	処方箋は[般]アムロジピン錠１０mgと記載、ずっとアムロジピン錠１０mgで渡していた患者様で、ここの薬局がほとんどアムロジピンOD錠１０ｍｇが出ているので、思い込みで調剤	思い込みによる調剤	後発薬の場合、一般名で記載されている場合、口腔内崩壊錠と記載されている場合でも、どちらでも出せるので、そのような場合は調剤前に前回処方や患者様希望等今までの薬歴をよく見てから調剤するようにする。	アムロジピン錠１０ｍｇ「日医工」	アムロジピンＯＤ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
671	棚卸しでツムラ麻杏甘石湯が２３包少なく、ツムラ桂枝茯苓丸の数が２３包多かった。そのためツムラ桂枝茯苓丸の処方が出ている患者様を調べお電話をした。確認してもらったところやはり間違っていた。幸い服用されておらず。	今回３０日分の処方で半端なお薬をゴムで束ねており、その中の２３日分の間違いが起こってしまった。ツムラの帯の色は同じ、番号も55と25と類似している。	３０日分の中の一部しか監査していなかったと考えられる。ツムラの束も１日分ずつ全て確認すること。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ麻杏甘石湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
672	麦門冬湯を分2で調剤すべきところを分1で調剤したが監査時に気が付き修正した	週末夜遅くひとり薬剤師であったため疲れて注意力が低下していた	疲れていることを自覚して通常より丁寧に監査をする			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
673	一般名処方でクロナゼパム0.5ｍｇと処方が来ていたが、調剤者はクロチアゼパム5ｍｇ「日医工」をピッキングしてしまった。誤りは監査の時点で気づくことが出来た。	クロナゼパムとクロチアゼパムは、一般名が類似しており、調剤者は見間違ってしまった。またクロナゼパムはジェネリック品がなく、一般名でクロナゼパムと処方が来た場合は、リボトリール錠として調剤をする。	単純な見間違いが原因。処方箋の規格までしっかりと確認することで、今後このようなミスは防ぐ事ができる。	リボトリール錠０．５ｍｇ	クロチアゼパム錠５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
674	57歳の患者へ「プロトピック軟膏0.03%小児用」の処方があったが、レセコン入力で誤って「プロトピック軟膏0.1%」を選択してしまった。	当薬局でのプロトピック軟膏の使用頻度が低いこと、大人への処方であること、小児用の備蓄がなかった事などが重なり、薬剤選択時の確認が十分ではなかった。	薬剤の規格%を確認するだけでも充分に違いに気づくことができる。外用薬であっても、薬品名、剤形、規格の3点の確認を怠らないように、薬局内での確認を行った。	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
675	先発品のロキソニンテープを交付するところ、誤ってロキソプロフェンNaテープを交付してしまった。在庫数確認中に発見。5月15日㈮に患者本人に電話連絡し、間違いがあった旨を説明する。ご本人気づいておられたが違いを試す為に使用をしたとのこと。	同成分で異なった薬品名の貼薬の種類を把握していない。監査システムの手順を間違えている。	貼薬の棚卸しをする。	ロキソニンテープ１００ｍｇ	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
676	ゾビラックス眼軟膏が処方されていたが、ゾビラックス軟膏を交付してしまった	老眼で細かい字を読み間違えた	眼鏡等の改善	ゾビラックス眼軟膏	ゾビラックス軟膏		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
677	調剤者、監査者ともに間違った薬と認識せずに、調剤監査した。患者のご家族が薬を受け取った。2日後に他の薬剤師が、在庫が合わないことに気づき、患者に確認したところ、間違って渡していることが判明した。患者はいつも使っている薬と思って何回か使用していた。体調は問題なく、医療機関へ報告したところ、医師より経過観察との返答をいただいた。	赴任して日の浅い不慣れな調剤補助が調剤をし、配属したばかりの派遣薬剤師が監査をした。薬品名が似ているが、監査者は間違った薬を調剤しているとの認識がなかった。投薬は薬情を見せながら説明したつもりも、写真とは異なるものを渡していた。	似た薬品名のものがあることが分かるように、注意書きを棚につけた。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
678	ツムラ当帰芍薬散の処方と、その他複数種類の錠剤の処方があった。調剤時に、ツムラ当帰芍薬散とツムラ芍薬甘草湯を取り間違えてしまい、そのまま鑑査者に渡してしまった。	当薬局では圧倒的に芍薬甘草湯の処方が多く、当帰芍薬散の処方は数少ない。その際に処方箋の芍薬の文字に気を取られ、芍薬甘草湯をピックしてしまった。	基本に忠実に指さし呼称の徹底が必要である。また、処方箋と薬歴監査支援票との照し合せの徹底を怠らないようにする。	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
679	先発医薬品希望の患者様にムコダイン250ｍｇをお渡しするところ、カルボシステイン錠250ｍｇ「トーワ」が混在して調剤。そのまま当該患者に交付してしまった。	医薬品充填時にムコダインの医薬品棚にカルボシステインを誤って充填してしまっていた。また、鑑査時、医薬品交付時も外観が類似していたため、気づかずにそのまま交付。調剤鑑査機器のポリムスは使用していたが、混在していたため、警告音はならなかった。充填時はダブルチェック、調剤機器等の使用はしていなかった。	医薬品充填時は必ずダブルチェックを行うことで充填ミスを防ぐことをルール化。医薬品鑑査時、交付に１シートずつ確認することをルール化。	ムコダイン錠２５０ｍｇ	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
680	セパミットＲカプセルが処方されたが、当薬局に在庫していなかった。医薬品集を確認したが、セパミットＲカプセルが後発品、またアダラートＣＲ錠に該当すると思いこみ、ニフェジピンＣＲ錠で調剤、交付してしまった。その後、上司に後発医薬品への変更について確認した際、セパミットＲカプセルが先発品、またアダラートＬに該当することが判明した。すぐに患者に電話したが出なかったため、患者宅に伺いセパミットＲカプセルと交換した。その時点でまだ服用していなかった。	確認した医薬品集が、セパミットとセパミットＲが違う行に記載されており、２種類あるということに気付けなかった。また、当時繁忙であったため1度しか確認を行わなかった。経験不足、知識不足により、セパミットＲカプセルが先発品であること、またアダラートＬ錠に相当することを知らなかった。	・繁忙であっても必ず2回以上（2人以上）で確認を行う。・知識不足、経験不足の人でも間違いがないように、先発品・後発品の対応が煩雑な医薬品等に関してリストを作る。・徐放錠の対応等について勉強し直す。	セパミット－Ｒカプセル２０	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
681	タムスロシンOD錠0.1mg「あすか」の処方のところ、タムスロシンOD錠0.2mg「あすか」と規格違いで入力していまい、そのまま患者様へ投薬してしまった。	門前の病院がタムスロシンOD錠0.2mgで処方されることが多く、今回0.1mgで処方されていたはずが思い込みで0.2gmで入力してしまった。	処方入力をする際は、門前の病院であれ薬品名、規格、錠数、用法、用量を確認して入力すること。	タムスロシン塩酸塩ＯＤ錠０．１ｍｇ「あすか」	タムスロシン塩酸塩ＯＤ錠０．２ｍｇ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
682	レバミピド100mgを手に取ったと思ったが、ムコスタ100mgを取って処方した。外見包装そっくりの為。	先発品とジェネリックを同じ所に置いていたため。	よく確認すること。	レバミピド錠１００ｍｇ「オーツカ」	ムコスタ錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
683	70歳　女性　整形外科より骨粗鬆症の薬と鎮痛消炎剤の湿布、塗り薬が処方されている方です。 2014年頃から定期的に内服中でした。　リセドロン酸Na錠17.5ｍｇ１Ｔ　分1起床時　4日分　ケトプロフェンテープ20mg 42枚　ジクロフェナクNaゲル１％　25ｇ リセドロン酸Naを調剤しようと思ったら在庫が2枚しかなく、2枚が不足となりました。不足分を後日取りに来てくださることになりお渡ししました。 翌日、患者様がお見えになり、服用しようと思って、お薬のシートはいつもの色は違うし、能書きをよく読んで見ると1ヶ月に1回と書かれていて、1ヶ月タイプに変わったのか？投薬時にそんな話もされなかったし…。と来局されました。よく調べてみると、処方箋は今まで通り1週間に1回タイプ、お渡ししていたのは1ヶ月に1回タイプのリセドロン酸Na75mgでした。はじめに渡していたもの、不足があって取りに来てくださったもの共に間違えていることに気が付きました。患者様が自ら気がついてくださったおかげで大事に至らず済みました。	調剤時に17.5mgと75mgの規格を見間違えてピッキングしてし、監査時にも気が付けず、投薬時にも気が付けなかった。処方入力はあっていたのでよく薬の薬袋をみれば間違えに気が付けたはず。今までずっと1週間1回タイプであったので、薬歴よく確認し服薬指導を丁寧にしていれば気が付けたはずである。	いろいろなスタッフが関与し、気がつけるタイミングがあったにも関わらず患者さまにお渡ししてしまいました。薬歴を十分に確認して調剤をするとともに、投薬時に1か月タイプなのか、1週間タイプなのかをかよく注意して服薬指導するようにしました。	リセドロン酸Ｎａ錠１７．５ｍｇ「明治」	リセドロン酸Ｎａ錠７５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
684	当該薬局で【般】バルサルタン・アムロジピン配合錠が新規処方された。入力の際に【般】バルサルタン・シルニジピン配合錠を誤って選択した。その結果エックスフォージ配合錠ではなく、アテディオ配合錠が入力され、誤りに気付かず調剤してしまった。鑑査時に気付くべきところを、患者が以前より服用してるものと思い込みがあり、そのまま投薬してしまった。	同時に処方されていたグリクラジド錠40mgに不足があり、注意がそちらに向いていた。配合錠の成分名を、把握できていなかった。鑑査時に配合錠の成分名をチェックしていなかった。投薬時に患者に薬を見せながら誤りがないか確認していたが、患者がきちんと確認できていなかった。	入力の際に、成分名を最後まで確認する。一般名処方から配合錠の製品名を変換できるように、薬についての情報を確認する。調剤する際に、薬の外箱などから成分名もチェックする。鑑査時に、不明の医薬品がでたら、添付文書をチェックする。	エックスフォージ配合錠	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
685	ペンタイプの処方が出ていたにも関わらず、シリンジタイプのものを調剤してしまった。	薬局にはもともとシリンジタイプのものしか在庫しておらず、また調剤者はシリンジタイプとペンタイプの2種類があることを知識として抑えていなかったために、薬品名の一部のみを読み誤った調剤をしてしまった。	処方薬は最後の一字までしっかり読んだ上で調剤することを再度徹底。似た名称の薬剤がある場合にはその旨を分かり易く、保管場所にも明記するものとする。	ヒュミラ皮下注４０ｍｇペン０．４ｍＬ	ヒュミラ皮下注４０ｍｇシリンジ０．４ｍＬ		ヒューマンエラー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	眼科の処方箋でナシビン点鼻・点眼液0.05%が処方された。	点鼻、点眼液で使う器具が異なる。当時普段常駐しない薬剤師が点眼に使う器具を間違えて、点鼻に使う器具を使用して調剤を行った。そのまま鑑査を通してしまい、交付者が患者投薬時に誤りに気づき、再度調剤を行った。	調剤を行う前、間違いの内容コミュニケーションをとり、情報を共有する			ナシビン点鼻・点眼液０．０５％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
687	ジェネリック医薬品を希望している患者様に先発品を誤って調剤してしまった。	AGが先発品と似ているため、誤って調剤してしまった。	調剤や監査をきちんと行い、注意していく。	イルアミクス配合錠ＨＤ「ＤＳＰＢ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
688	ワントラム錠100ｍｇを調剤しようとしたところ、トラムセットを誤って調剤。	忙しい時間帯が原因の一つ。また「トラム」という単語で誤って調剤。思い込みが要因と考えられる。	類似名称の医薬品には注意喚起の札を作成。スタッフには周知徹底を行う。	ワントラム錠１００ｍｇ	トラムセット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
689	0.02％を0.1％で調剤	慌てた	本人への注意喚起．処方箋と調剤した薬品の自己監査.	フルオロメトロン点眼液０．０２％「ニットー」	フルオロメトロン点眼液０．１％「ニットー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
690	パロキセチン錠5ｍｇの処方をパロキセチン錠10ｍｇでお渡し。患者様がご帰宅後にいつもの薬と包装の色が異なることから、薬局に確認の電話があり判明。	患者様が重なり、また従業員がいつもより少ない状況といつもの薬という思い込みもあり、監査を怠った。またいつも来て頂いているため、話しをして患者様との相互の薬剤確認を怠った。	いつも通りの処方であっても、従来の手順をきちんと守る。	パロキセチン錠５ｍｇ「アスペン」	パロキセチン錠１０ｍｇ「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
691	当薬局で一包化を行っている患者様。アルファカルシード1.0μｇの所、0.5μｇで調剤をされていたが、監査時に気が付かず交付。後日再度該当患者の処方があった際、監査レンジで前回の一包化の写真を確認した所、間違いに気がつき発覚。残薬を確認させてもらおうとしたが服用済みで残薬無し。体調変化なし。	当該患者は施設往診の方で、当日はその他数名の処方もあった。監査の際、処方箋をもとに、空のPTPシート、一包化の中身、一包化の錠剤の一覧(画像付き)で確認する手順であるにも関わらず、確認不足であった。	薬の識別コードも載った確認シートもあるので、そちらと空のPTPシートを照らしわせる際に、規格やメーカーなどにもチェックを入れ、確認漏れが無いようにする。	アルファカルシドールカプセル１．０μｇ「あすか」	アルファカルシドールカプセル０．５μｇ「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
692	アルファロールとアルファカルシドールの間違い、薬剤数が多かった事もあり、監査も間違えてしまった	目のみで確認していた	声を出して確認	アルファロールカプセル０．２５μｇ	アルファカルシドールカプセル０．２５μｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
693	一般名処方から商品名を特定して入力する際に誤って入力した	一般名マスタの整備を進める	当面は、公開されている一般名マスタを独自に補足整備して、活用しやすい形にしてしのいでいく。	プロクトセディル軟膏	ハイセチンＰ軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
694	メチコバール錠５００μｇ　をピックすべきところを　メコバラミン錠５００μgを　ピックした	こちらの薬局は一般名処方の時はメコバラミン錠５００μｇ　を調剤するのですが、患者以前よりメチコバール錠５００μｇ　を希望していた。	電子薬歴　および　薬袋と薬剤情報紙　の薬品名および写真をよく確認するように徹底する。	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
695	プレミネントＨＤが処方されていたがＬＤで調剤して投薬した。患者様からの電話で発覚した。	普段は他店舗にいる薬剤師が調剤したため、プレミネントＬＤを見つけすぐにそれを取り揃えてしまった。投薬時、患者様と一緒に薬の確認しているが、いつも急いでいる患者様で処方変更もなかったため、監査もきちんと出来ずに投薬してしまった。	外来患者様のうちＨＤが処方されているのはこの患者様のみの為、調剤時の注意として申し送りに入れた。	プレミネントＨＤ	プレミネント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
696	一包化で患者様にお薬を渡す前に一般名処方ニフェジピン徐放製剤（１２時間）：ニフェジピンＬと処方になっていたが、誤ってニフェジピン徐放製剤（２４時間）：ニフェジピンＣＲでピッキングをして一包化作成してしまった。	薬局にニフェジピン徐放製剤（１２時間）とニフェジピン徐放製剤（２４時間）のどちらも採用しており、一包化で２４時間の方が多く処方されるので慣れもあり誤ってピッキングしてしまったと思われる。	今回の事例をスタッフ全員で共有。その方の薬歴・レセコンに今回のことを記録して注意喚起。一包化のピッキング時にピッキングした人以外が鑑査をしてから作製する。錠剤のバーコード鑑査システムがあるので一包化したときに錠剤の殻を取っておいて調剤鑑査時に必ずバーコードチェックをする。			ニフェジピンＬ錠２０ｍｇ「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
697	一般名クロベタゾール軟膏で処方されていたものを一般名クロベタゾン軟膏であるパルデス軟膏で調剤してしまった。処方入力が間違っており、それを調剤者、投薬者（監査者）が気付かずにお渡ししてしまった。	一般名が非常に似ていた。別の薬との混合だったため、監査者は見た目では判断がつかなかった。正しい処方は前回と同じものだったが、患者さんは軟膏ツボが同じ色のものだから中身も一緒だろうと思い込み違うものが入っているとは気付かなかった。バーコードを読み込むピッキングシステムを使用して調剤していたが、処方入力自体が間違っていたため間違いが素通りされた。調剤者が1年目の新人だった。	軟膏の混合では以前は使用したからチューブだけ監査に回していたが、大容量の壺タイプの軟膏も監査者に見てもらうように変更し徹底した。一般名のクロベタゾンとクロベタゾールの「ゾン」と「ゾール」の部分に下線を引くようにした。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」	パルデス軟膏０．０５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
698	一般名ロキソプロフェンNaテープ100mgと記載された処方箋において、ロキソニンテープ100mgで調剤すべきところを誤って後発品のロキソプロフェンＮａテープ100mg「久光」を調剤して交付してしまった。交付した直後に間違いに気づいたため、患者と連絡を取りロキソニンテープに交換させてもらった。	レセコンで入力した内容と実際に調剤した薬剤の監査を怠ってしまった。	調剤した薬剤のダブルチェックを徹底する。	ロキソニンテープ１００ｍｇ	ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
699	ベタヒスチン錠12ｍｇとカロナール錠300ｍｇが同時に処方された。普段より処方されている薬であるが、どちらも体調に合わせて患者が調節しながら服用していた。前回も処方されており体調を聞き取ったところ、両薬剤のＰＴＰシートのデザインが似ているため、めまいの薬だと思って何度かカロナールを服用してしまったとのこと。体調に問題はなかった。	いつも処方されている薬だったため、交付時には用法のみ確認してお渡ししていた。患者が高齢であり白内障を患うなど視力もよくないため勘違いしたものと思われる。薬袋から出した状態で保管していたことも間違いの原因と思われる。	患者には薬袋に入れて保管するよう指導。薬袋にベタヒスチン「めまい」、カロナール「痛み」と記載し、ヒート裏にもマジックでそれぞれ「めまい」「痛み」と記入してから交付した。			ベタヒスチンメシル酸塩錠１２ｍｇ「テバ」 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
700	患者は先発希望の為　ムコスタ錠を42錠ピッキングムコスタ保管場所に　後発品のレバミピドが混入していたため　患者に投薬し　患者さんより今回連絡ありで判明	ムコスタと後発品の設置場所は違う場所に変更していたが　後発品先発品変更があり薬剤を戻したときに保管場所を間違えた可能性が高い。	後発品　先発品　調剤ミスや変更するときに　保管場所にもどす作業は調剤者ではない薬剤師で行い戻し間違いをなくす手順で対策	ムコスタ錠１００ｍｇ	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
701	パキシル錠10ｍｇで調剤すべきところパキシルＣＲ錠12.5ｍｇで分包。監査時にも気づかずそのまま投薬。数回服用後に患者本人から「いつもと色が違うようだ」と指摘があり発覚。体調変化はなし。	パキシル錠10ｍｇ、パロキセチン10ｍｇ、パキシルＣＲ錠12.5ｍｇを在庫しており、間違えないよう離した場所に保管しているが、調剤時に確認を怠り一番取りやすい場所にあったパキシルＣＲ錠12.5ｍｇで調剤してしまったと思われる。	調剤時に規格部分を丸で囲むなど間違えないよう意識する。薬歴に「ＣＲ錠ではない！！」と記載し注意を促す。	パキシル錠１０ｍｇ	パキシルＣＲ錠１２．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
702	エクア処方のところエクメットＨＤで調剤	コロナの影響で、患者と蜜にならないよう、会話をなるべく控えることに重点を置きすぎてしまった。処方内容が前回と同じだったため、そのまま袋詰めしてしまい、患者さまご本人が数分後にいつもと薬が違うことに気づき戻ってきてくれた。監査者（事務員）も違う薬だと気づかずに、すり抜けてしまった。	調剤の基本に戻る。	エクア錠５０ｍｇ	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
703	グリメピリドに関して、日医工の回収騒動があり、ニプロに変更したにもかかわらず、調剤棚の名前が「日医工」であったため、日医工で発注し、「NP」が不足になり全てお渡しできなかった。	一人薬剤師であり、忙しさに波があり、調剤棚のケースの名称を変えるのを忘れており、NPに変更したことも忘れて日医工を発注してしまった。	事務さんと連携して、確認を徹底する。	グリメピリド錠０．５ｍｇ「ＮＰ」	グリメピリド錠０．５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
704	会計が同時になり、同じサイズの袋に薬袋を収納し、二つ並べて患者様にお渡しするときに思い込みにより中の薬袋に記載された患者様の名前を確認せずに取り違えてお渡した。 患者様が帰宅後に薬が違うことに気づき再び来局されしました。薬袋の名前と患者様の名前を再度確認し、正しい薬をその場でお渡しした。もう一方の渡し間違えた患者様に電話にて連絡謝罪後、患者様が間違えた薬を持参返却し、正しいお薬をお渡しした。	患者様お二人の会計をほぼ同時に行ったために、患者様ご本人の名前と薬袋の中身を確認せずにお渡ししたため。	薬袋、領収書の名前の確認、ご本人様には名前を声に出して確認する。			レボフロキサシン点眼液０．５％「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
705	インタール吸入液とブデソニド吸入液が同時処方されている患者様に対し、端数分のブデソニドの薬袋入れ間違いが起きた。	ブデソニドは最近採用したため、見た目が類似しているという認識がなかった。	ブデソニド調剤時の端数は、保管用袋にいれて鑑査にまわすこととした。	インタール吸入液１％	ブデソニド吸入液０．２５ｍｇ「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
706	ケトプロフェンテープ(40)28枚の処方のところ、14枚しかお渡しせず。お母さまからの指摘により判明。	一人薬剤師での対応だった。採用品は1袋7枚入れと14枚入れが存在し、当該処方では14枚入れと勘違いし2袋のみお渡しした。	事務(調剤補助者)の協力も得て、確認していただく。			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
707	当患者に処方された【般】ジフルプレドナートクリーム0.05%がレセコンへの入力の際、マイザー軟膏0.05%で入力されていたが、処方監査時に気づかず、マイザー軟膏にて調剤を行い、そのままマイザー軟膏を患者に交付した。その後、異なる医薬品が交付されていることに気づき、患者に交換する旨を伝えたが、患者の意向により、患者自身が誤って交付されたマイザー軟膏の破棄を行った。	・処方監査時に、複数剤型を持つものとして把握できていなかった。・調剤監査時に調剤録上にて医薬品のチェックを行っていた為、処方箋と異なることに気づきにくかった。	・調剤薬監査時には調剤録は補助的に使用し、調剤録かつ処方箋と最終監査を行う・薬局に在庫している複数規格・複数剤型を持つものはあらかじめ把握し、処方監査時にチェックをしておく。	マイザークリーム０．０５％	マイザー軟膏０．０５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
708	ケイキサレートドライシロップと間違えてケイキサレート散をお渡しした。翌日服用時にご本人が気づき薬局にお電話。その日の朝のみもう散を服用されており、残りは謝罪の上交換となった。効果は変わらないものの、やはり飲みにくかったとのことだった。	監査者：監査時に３連包シートであることに違和感を覚えたものの、そのまま調剤してしまった。（ケイキサレートは散：３連包、ドライシロップ：２連包）。また、処方箋上のドライシロップの個所に鉛筆書きのチェックが入っていなかった。調剤者：応援要員であり、薬局の在庫に散とドライシロップがあるという知識がなかった。調剤棚の表記：ドライシロップ側には散がある旨の注意書きがあったが、散の方にはなかった。	保管場所に散とドライシロップがある旨の注意書きを付けた。監査者は処方箋上の散・ドライシロップの部分に鉛筆書きでチェックを入れる。また、違和感を感じた場合にはそのままにせず、必ず違和感の原因を確認する。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
709	パンテチン散であるところをパンビタン末で調査してしまった。	調剤者が名前が似ていてよく出るとのことでパンビタン末で調剤した。当然確認をきっちりとしていれば問題ないことである。	調剤時に2段階で確認する。鑑査時も2度確認して間違っているかもしれないとのことで調剤を行います。	パンテチン散２０％「テバ」	調剤用パンビタン末		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
710	今までは他院で処方されていた薬を今回は処方医に依頼。リンデロンＶＧクリーム、パスタロンソフト軟膏20%のミックスで処方箋は記載あり。おくすり手帳にリンデロンＶクリーム、パスタロン軟膏20%の記録あり。医師に疑義照会し、リンデロンＶクリームへ変更となった。パスタロンソフト軟膏の在庫がなくお手持ちもあり翌日お渡しすることになった。当日の午後、別の薬剤師が再度ミックスの安定性を確認。2Wしか安定性がないことがわかり、他薬への変更を検討。	軟膏ミックスが2種類あった処方箋で両方とも当薬局では初めての組み合わせ。軟膏の在庫がないものもありその手配と、ミックスの安定性の確認、おくすり手帳との照合医師への疑義照会など作業が多く、今まで他薬局で調剤していた組み合わせだったため確認が疎かになってしまった。患者様の多い時間でもあった。医師も患者様の求めに応じて処方されており、安定性までは意識がなかったものと考えられる。リンデロンＶＧは薬品名類似により間違えたものと思われる。	新しい配合の軟膏ミックスは、他薬局での調剤歴があっても必ず再度確認する。			リンデロン－Ｖクリーム０．１２％ パスタロンソフト軟膏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
	患者様に電話し、今までの軟膏の様子をうかがい、安定性について説明。４Ｗまで安定の配合へ疑義照会すること提案。使用頻度多くなく、４Ｗでも使いきれない可能性があるとのお話でさらに量も半分に減らすことも提案して同意いただく。医師に疑義照会しパスタロンソフト軟膏20%をアセチロールクリーム20%へ変更し、処方量も半分にした。						
711	アレジオンLX点眼液0.1%が処方されていたが、似た名称のアレジオン点眼液を間違えてピッキング。監査の時点で間違いが発覚。	アレジオン点眼液とアレジオンLX点眼液の区別がはっきりなされていなかった。	視覚的に明らかに違うと分かるように、付箋などを貼ることで区別する	アレジオンＬＸ点眼液０．１％	アレジオン点眼液０．０５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
712	ラベプラゾールで処方されていたがランソプラゾールで調剤してしまった。	名前が似ていて今回もランソプラゾールＯＤ錠だと思い込んでしまった。	処方箋を確認して名前が似ていても間違えないようにする。	ラベプラゾールナトリウム錠１０ｍｇ「ＮＰＩ」	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
713	ニコランジルのミリ数をまちがえてわたしたのに気が付きTelしてとりかえた	ミリ数までしっかり監査。患者さんに渡すときミリ数まで」読み合わせする	処方箋をよく見る。患者さんに渡すとき３回目監査のつもりで真剣に確認する。慣れてきたことに慢心しない。	ニコランジル錠５ｍｇ「トーワ」	ニコランジル錠２．５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
714	いつもの薬がdo処方されており、調剤し投薬後に、今回の薬を開始したら体調変化が現れた。施設の職員が変化に気が付き、相談を受け、散薬監査システムによる記録紙を確認したところ間違いなかった。薬を切替えると体調は改善され、もとの薬を再開したら、再び体調不良となった。原因は服用薬と考え、現物の薬を回収し、製薬会社に調査の依頼をした。フジナガ製薬に定性してもらったところ、計量しているはずのカルバマゼピンは検出されなかった。計量した重さは問題がない為、別の散薬を計量したと考えられる。	当薬局では、散薬監査システムを使用して、散薬の医薬品および薬用量を複数の人間で確認しています。通常は、監査システムを利用する為の「バーコード」が医薬品の包装に記載されており、左手で医薬品を持ち、「バーコード」を読み込ませた後に、その医薬品を左手で持ったまま、医薬品を計量します。 しかし、カルバマゼピンの包装に限って「バーコード」が記載されていません。その為、当薬局では、カルバマゼピン用に作成した「バーコード」カードを読み取らせた後、薬品包装を持ち、カルバマゼピンの計量を行います。今回、バーコードを読み込ませ、計量した記録紙を確認したところ、医薬品・計量数共に間違いはありませんでした。	１．カルバマゼピン細粒の包装に、自作のバーコードカードを添付して同一化する事で、持ち変えずに計量できる様、再発の防止に努める。２．フジナガ製薬へ、薬品包装にバーコードを表示する様に改善要求を行い、同様の事例が発生しない様にする。	カルバマゼピン細粒５０％「フジナガ」	ヒルナミン細粒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
	それが何の医薬品は特定できなかったが包装酷似からヒルナミン細粒ではないかと考えられる。その原因・背景及び対策・改善策を施設、主治医に報告した。ところが、フジナガ製薬に製剤を提出し定性検査していただいた結果、カルバマゼピンが検出されなかった事から、カルバマゼピン用の「バーコード」を読み込ませた後に、他の医薬品を持ち、計量した可能性が考えられます。						

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
715	事前に医療機関よりＦＡＸ処方箋を受付。本来カムシア配合錠ＬＤにて入力すべきところをカムシア配合錠ＨＤにて入力。調剤者と鑑査者が同一であり、過ちに気づかずに交付してしまった。その後処方箋の確認作業をしている時に、別の医療事務が過ちを見つけ患者本人に確認。4日誤った薬を服用されていた。血圧若干低下傾向にあったがフラツキなど顕著な副作用は見られず。医師に報告の上、患者宅に本来処方されるはずだった薬剤をお届けした	入力者・調剤者（鑑査者）ともに知識不足である。一般名がカンデサルタン・アムロジピン２．５ｍｇ（ＬＤ）、同カンデサルタン・アムロジピン5ｍｇ（ＨＤ）であることの違いに気づけなかった。	入力時点で誤りを防ぐ為に、配合錠で複数規格があるものに関して一覧を作成し、常に確認できる状態にする事とした。	カムシア配合錠ＬＤ「ニプロ」	カムシア配合錠ＨＤ「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
716	内科を受診した患者（７３歳女性）が処方せんを持って来局した。 処方せんには「ツムラ大建中湯７．５ｇ／分３毎食前、９０日分」と記載されていた。 薬剤師Aは調剤する際、薬棚からツムラ（100）大建中湯を調剤するところ、その上の薬棚にあった ツムラ（40）猪苓湯を調剤したことに気付かず、そのまま鑑査に回した。	銀色に青ラインと外見が類似の漢方薬であった。外見で監査してしまい、調剤者、監査者共に薬品名を正しく確認しなかったことが原因と思われる。	薬品名を声に出して最後まで読んでから、薬剤を調剤するくらいの確認をする。 交付時にも漢方薬名を読み上げて患者と確認して交付する。	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
	鑑査にあたった薬剤師Bも処方薬の大建中湯ではなく、猪苓湯が調剤されている ことに気付かず交付してしまった。 薬剤師Aが大建中湯の発注を行おうとしたところ、大建中湯の在庫理論値のデータと実在庫の数量がずれており、また猪苓湯の数量も同じ数量がずれていることから調剤間違えしたことに気づいた。患者様宅へ連絡し、事情を説明。交付後すぐに気づいたため、服用なし。健康被害なし。大建中湯を正しく調剤し患者宅へ。謝罪とともに猪苓湯を回収。患者には正しい薬を交付し直した。						

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

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	
717	テルミサルタン錠40ｍｇからテルミサルタン40ｍｇ・アムロジピン配合錠に処方変更されているのに、テルミサルタン錠で入力・調剤して投薬。翌月の処方箋受付時に過誤を発見。本人に謝罪し、医師にも報告した。	繁忙時で、do処方と思い込み、処方箋と入力のチェックが十分にできていなかったと思われる。	薬剤師・事務員とも、薬剤の入力内容の確認を確実におこなう。また、患者にも処方内容の変更がなかったか聞き取りを確実におこなう。	テラムロ配合錠ＡＰ「ニプロ」	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
718	テルビナフィン１錠分１×３０日分を取り違えてエピナスチン（２０）１錠分１×３０日分を払い出してしまった。患者は気付かず１錠服用してしまったが健康被害は発生していない。処方３日後に患者の兄が薬情と実物が違うので持参し間違いが発覚。	原因不明だが確認不足としか見当たらない。	今一度確認作業の徹底を薬局全員が心がける。	テルビナフィン錠１２５ｍｇ「サワイ」	エピナスチン塩酸塩錠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
719	【正】ビーソフテンクリーム０．３％【誤】ゼスタッククリーム	薬剤を集める段階で、ゼスタッククリームで集めており、そのまま鑑査段階でも気づかずにそのまま投薬。鑑査では実際の薬剤と処方されている薬の名前を照らし合わせてチェックしているが、今回はチェックの痕跡が残されていなかったため、チェックができていなかったものと考えられる。	最終鑑査において、処方内容と薬品の照らし合わせを徹底する。薬剤交付時に交付する薬剤をチェックする。	ビーソフテンクリーム０．３％	ゼスタッククリーム		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
720	一般名で処方されていたプラバスタチンを打ち込む際に以前採用していたメーカーのご入力監査システムを通すときに入力間違いが判明。	現在使用している医薬品には印をつけるようにしているので、事務員のケアレスミス。	教育、研修の徹底。	プラバスタチンＮａ錠１０ｍｇ「ＮＳ」	プラバスタチンＮａ錠１０ｍｇ「ＮＳ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
721	小青竜湯の処方があったところ麦門冬湯を監査・投薬した	19番、29番と色の類似のため監査間違い	19番と２９番の場所を話す。注意喚起のタグを箱に貼付。	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
722	ツムラ猪苓湯が56包処方されていたが、ツムラ猪苓湯42包とツムラ防已黄耆湯14包を混ぜてお渡ししてしまった。 患者様が薬を服用した際にいつもと味が違うことに気づき、残薬を確認したところ、ツムラ防已黄耆湯が服用した分と合わせて14包混ざっていた。患者様が薬をもって来局され、薬が違うと訴えられたことから、在庫量等を確認し、間違えて薬をお渡ししていることがわかった。	ツムラ猪苓湯とツムラ防已黄耆湯は包装の色が同じ青色であり、また、棚の2段目にツムラ防已黄耆湯がその真下の段にツムラ猪苓湯が配置されている。調剤時、ツムラ猪苓湯を一箱(42包）とり、残りをバラで14包取るときに棚を間違えてツムラ防已黄耆湯の箱から調剤したと思われる。また、監査時もツムラ猪苓湯を確認し、全部同じと思い込んだと思われる。	監査時に薬の一部だけでなく、全部のシートを間違いないか確認する。ツムラの包装の色が同じものについては、場所を離して在庫する等、取り間違えがおこらないようにする。	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
723	ガスモチン錠５ｍｇの処方で先発品希望の患者にモサプリド錠が渡ってしまってた。	全処方を先発品希望の患者に、ガスモチンのみ後発品が渡ってしまっていた。急性膵炎でガスモチンが思い入れがあるにもかかわらずジェネリックでお渡ししてかなり気分を害されていた。	処方箋の調剤、監査をしっかりとし、薬歴等に先発希望と明確に分かるよう明記する。	ガスモチン錠５ｍｇ	モサプリドクエン酸塩錠２．５ｍｇ「ＥＥ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
724	バラシクロビル錠500mg、1日量6錠、7日分、合計42錠が処方されていたが、26錠のみのお渡しとなり16錠不足してしまった。2日後、患者様からのお電話にて不足していることが発覚。患者様のご自宅へ、不足分16錠をお届けした。	バラシクロビル錠500mgが6錠シートであったにも関わらず、10錠シートと勘違いして監査してしまい投薬をした。1年目の薬剤師であり、少し慣れてきたところで、慢心から生じたミスである。	幣局は、10錠シートを多く取り扱う薬局であるため、10錠シート以外に関しては特に注意して調剤・監査をする。具体的には、口に出して数を数えることを徹底することや、先輩薬剤師に数の確認を依頼する等、再発防止に努めたい。			バラシクロビル錠５００ｍｇ「オーハラ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
725	3月の処方箋ではメトホルミン錠250ｍｇ（GL）で処方されていたため、メトホルミン錠250ｍｇ「トーワ」を処方されていたが、5月の処方箋ではメトホルミン錠MT250ｍｇに変更になっていたが、処方箋の入力時に3月と同じと判断してしまいメトホルミン錠250ｍｇ「トーワ」を入力、ピッキングしたが、監査時にメトホルミン錠MT250ｍｇと記載されていることが分かり、入力を直した。	処方箋の発行元では入院中は後発品の率を上げるためにメトホルミン錠250ｍｇ（GL）を使用していたが、外来ではメトホルミン錠MT250ｍｇで処方されることになっていた。3月時は退院時の処方をそのまま使用したが、5月は入力をし直して処方を発行した。	メトホルミン錠は2つの規格があるため、薬局内の事務、薬剤師にその旨を報告し、入力時、ピッキング時、監査時にそれぞれ注意することにしました。	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「ＤＳＥＰ」	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
726	粉薬が苦手なため、チュアブル錠を希望。クラリチンはチュアブル錠ない為、レディタブを処方。4歳の為、疑義照会でクラリチンドライシロップ０．５ｇに変更になった。	年齢と小児用量を確認する。	年齢と小児用量を確認する。	クラリチンレディタブ錠１０ｍｇ	クラリチンドライシロップ１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
727	継続してアザルフィジンENを服用されていた患者様。ご本人のご希望でGE医薬品へ変更することになり、GEへ変更。サラゾスルファピリジン錠で調剤して薬1年間継続してお渡し。今回処方箋入力時、アザルフィジンENのGEはサラゾスルファピリジン腸溶錠であることに気が付き、サラゾピリン錠のGEをお渡しし続けてしまった。	アザルフィジンENのGEを手配する際、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の違いに気が付くことが出来ず、サラゾスルファピリジン錠のほうを手配してしまった。その後も気が付かずにお渡し続けてしまった。当薬局にはアザルフィジンENの在庫はあったものの、サラゾピリン錠の在庫はなく、成分は同じものの錠と腸溶錠で適応が違うという認識もなかった。	一般名処方になることが増えより間違いやすい薬剤が増えてきたので、改めて取り間違え事例を拾い、薬局全員で共有。新しいGEを手配する際は本当にそのGEであるのか一人でなく複数で確認。入力時も複数で確認し間違いのないようにする。取り間違えそうになったものなどあったら薬局全員で共有し間違えのないようにしていく。	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
728	ツムラ葛根湯の箱にツムラ補中益気湯が一包まぎれており、監査時に確認を怠った。	パッケージが水色で似ていて、バラだった為、確認した時に見落としてしまった。	バラになっている漢方薬は、番号とラインの数をしっかり確認する。	ツムラ葛根湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ補中益気湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
729	ホクナリンテープ１ｍｇが７枚処方されていた。当薬局では７枚一束の包装規格を採用していた。調整者は一束の数量を確認せず調整を終え、鑑査者が一束の中に６枚しか入っていないことに気づいた。	普段の慣れにより、包装規格の束の中身の確認を怠った。	包装規格に左右されず、中の数量まできっちり確認することを薬局内で申し送りし情報共有を行った。			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
730	ニセルゴリンを調剤しないといけないのに、ニコランジルを調剤し一包化していた。	名前が【に】から始まり、錠剤の形状も似ていたのでそのまま一包化したと思われる。ヒートではなく一包化のため、一包化することに気をとられピッキングの間違いに気づかなかった。	ニセルゴリンは日医工、ニコランジルはサワイで購入し、メーカーを別にして、ヒートが違うようにし、棚にニセルゴリンは出ている人が少ないので明記しました。	ニセルゴリン錠５ｍｇ「日医工」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
731	オルベスコ２００μｇインヘラー５６吸入が処方され、吸入指導をデモ機を用いて丁寧に説明したところ誤ってデモ機を患者に渡してしまい、その後すぐに気が付き取り替えて事なきをえました。	患者に対して説明を熱中するあまり、完全に気が薬剤に向いてなかった、不注意である。	声出し確認、指さし確認を徹底。デモ機は説明が終わったら先にかたづけるように徹底しました。			オルベスコ２００μｇインヘラー５６吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
732	【般】フェルビナク軟膏3%　40gが処方され、通常 スミルスチック3%　40g　で調剤するところ、スチックゼノール　40g　をお渡しした。	外観、名称が類似する薬剤であること、内服薬の調剤にかなり気を取られていたこと等が影響したと思われる。また、常にダブルチェック、監査写真チェックは行っているが、監査写真チェック作業は処方箋を見ながら行っており、在宅の場合、処方箋原本は後から来ること、FAXの写しは事務員が別に保管しており、チェック作業から漏れたことも発見が遅れた理由の一つと考えられる。	チェック作業の流れを見直していくことと、職員全員で情報を共有し、再発防止に努める。	スミルスチック３％	スチックゼノールＡ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
733	バルサルタン錠８０ｍｇが６０日分処方されていた。ウィークリーの１４錠包装で採用していたところ薬剤師が誤って１０錠包装のつもりで１４×８＝１１２錠で投薬してしまい、患者さんに気づいていただきすぐにその場で取り替えました。	ほとんどの薬剤について１０錠包装で採用しており、その影響か思い込みで調剤、監査をおこなってしまった。さらに繁忙期で焦りが出てしまいました。	思い込みをなくすように指差し、声出し確認を徹底。調剤、調剤棚に１４錠包装と注意喚起を実施。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
734	ケトチフェンシロップ「日医工」2ｍｌ　7本の処方あり。在庫は1本3ｍｌと1本2ｍｌがあり上下の引き出しにいれている。2ｍｌ6本、3ｍｌ1本で調剤、監査時に1本違うと気づく。引き出しをみると2ｍｌのところにもう1本3ｍｌが入っていた。前日の終わりくらいに3ｍｌが別の患者様に処方され3連のため切り離した残りの薬を違うところになおしたようである。	前日の終わりくらいの時間は一人薬剤師の時間帯になり慌てて調剤して残りを違う場所になおしたようだ。当日も調剤者が慣れでしっかり全部みないで調剤したようだ。	調剤中に残った薬はしっかりもとの場所になおす。外見が同じ薬（2ｍｌと3ｍｌ）はラベルをしっかりみる。毎日その日に出た薬は在庫を数えているが前日はいつもより1時間遅く終わったため数えなかった。翌朝すぐにでも数えるようにする。	ケトチフェンシロップ０．０２％「日医工」	ケトチフェンシロップ０．０２％「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
735	（一般名）ロキソプロフェンＮａテープ１００mg（非温感）「ＹＤ」の選択するところ、「タイホウ」とレセコン入力し、監査時に発見された。	・「ＹＤ」の方が調剤数量が極端に多い。・（一般名）ロキソプロフェン～で始まる品目が１０種類以上と特に多く、レセコン入力の際に選択ミスした。	・（一般名）処方入力する際、選択肢が特に多い場合は、さらにキー数を増やし絞り込んで選択しやすくする。・入力後の再確認を徹底する。	ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「ＹＤ」	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
736	一般名処方の処方箋にて、「ロスバスタチン口腔内崩壊錠2.5mg」と記載されており、「クレストールOD錠2.5mg」をピッキングするところを、「ロスバスタチン錠2.5mg」と勘違いし、「ロスバスタチン錠2.5mg」をピッキングした。	「ロスバスタチン錠2.5mg」の処方が出ることが多く、「クレストールOD錠2.5mg」の採用があることが頭に入っていなかったことによる、慣れと注意力の欠陥のために起きたと考えられる。	ロスバスタチンには、普通錠とOD錠が存在することを認知する。	クレストールＯＤ錠２．５ｍｇ	ロスバスタチン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
737	ケフレックス250ｍｇ調剤するところ、間違えてケフラール250ｍｇを交付するところだった。投薬中に気付き、すぐに入力の訂正と、調剤をしなおした。	前回の処方が、ケフラール250ｍｇだった。名前の類似と思い込みによるもの。	監査機を頼るだけではなく、入力、薬品を自分の目でよく確認する。	ケフレックスカプセル２５０ｍｇ	ケフラールカプセル２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
738	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mgの処方に対し、誤ってロキソニンテープ100mgをピッキングした。	後発のロキソプロフェンナトリウムテープ100mgをピッキングするところまで意識が向いていたが、実際に取る時に注意を怠った。	実際に医薬品を取る時に正しいものか、ピッキング後に処方箋の名称と照らし合わせる。又、ピッキングの際に医薬品名を呟きながら確認を行う。	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「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
739	病院の処方箋には「カルデナリン4mg」の先発記載であったが、今回からジェネリックを調剤することになり、調剤者は誤って「カンデサルタン4mg」を調剤し一包化した。鑑査した際に、ドキサゾシンでないことに気付き、作り直した。	先発と後発の名前のリンクができていない。	調剤前に機械にて薬の整合性をとる。	カルデナリン4mg	カンデサルタン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
740	バルプロ酸細粒20%で処方されていたが誤って40%で調剤してしまった。	処方箋の確認不足は勿論のこと、散剤の配置にも問題があったと考えられる。4月まではバルプロ酸細粒40%「EMEC」のみ採用していたが、5月から新規患者用に20%も採用することになった。そのことを把握していなかったこと、さらには外装が酷似している両薬剤を隣同士に並べて配置してしまったことも大きな要因となった。	調剤する際の指差し口頭確認を行うこと、20%と40%を並べて置かずに間隔をあけて、さらには規格への印や外装にラベルを付けて注意喚起を行う。	バルプロ酸ナトリウム細粒２０％「ＥＭＥＣ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
741	患者ＡとＢが連続して一包化対応だった。患者Ａに投薬する予定であり、一包化が終わった。錠数を確認したのち誤って一包化したお薬を患者Ｂのトレーに入れた。ミスに気付かず患者Ｂに患者Ａの一包化のお薬を渡した。すぐ気付き患者Ｂを追いかけたが見つからず、自宅に電話したが不在であった。昼に直接自宅にお伺いしたところ帰宅されていたため、その場で正しい薬をお渡しし、患者Ａのお薬を回収した。患者Ａには発生時に事情をお話しし一度帰宅してもらった。午後1時に電話しお薬の用意が終わった旨を連絡しその後投薬を無事終了した。	一包化が続いている状況で患者を混同しないよう十分注意すべき状況であった。一包化したお薬とトレー内の患者情報が一致しているかを確認せずに入れ間違いはないとの思い込みがあった。	一包化時に印字される患者名と処方箋、薬袋の患者名を確認し正しい組み合わせであることを確認してからトレーに薬を入れる			アロチノロール塩酸塩錠５ｍｇ「ＤＳＰ」 プラバスタチンＮａ錠５ｍｇ「ケミファ」 エクメット配合錠ＬＤ ベニジピン塩酸塩錠４ｍｇ「ＮＰＩ」 フォシーガ錠５ｍｇ イグザレルト錠１５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
742	フェブリクが14錠ヒートから10錠ヒートに変わるという通知があり、1ｍｇと20ｍｇは14錠ヒートを使用中で40ｍｇのみ10錠ヒートに切り替わっていた。処方は1錠×28日分であったため２シートをピックアップ。20錠しか入っていないという患者からの電話で間違いに気づいた。	ヒートの大きさが14錠と10錠であまり変わりがなく間違いが起こりそうなときは一定期間薬棚に注意喚起のPOPを貼付するなどの工夫が必要	上記の通り			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
743	在庫が合わないので関係薬剤を全て確認し、該当しそうな患者に電話確認した結果調剤過誤が判明した。	一人で調剤監査交付をしたため。また、監査機を使用していなかった。	複数で業務を行うこと。必ず監査機で監査してから交付すること。薬剤取り間違えのほとんどが監査機を利用していない。	テオフィリン徐放錠２００ｍｇ「サワイ」	テオフィリン徐放Ｕ錠４００ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
744	あらかじめ薬をピックアップしておいている、施設の一包化調剤。ジルチアゼム塩酸塩Ｒカプセルの一部が先発品のヘルベッサーＲカプセルでピックアップしてあった。それに気が付かず、一部をヘルベッサーＲで分包。監査時に気が付き、正しい処方に直した。	確認不足、思い込み	分包する際には全てのシートをしっかり確認して調剤する。	ジルチアゼム塩酸塩Ｒカプセル１００ｍｇ「サワイ」	ヘルベッサーＲカプセル１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
745	酸化マグネシウム細粒83%「ケンエー」0.48ｇ包を0.4ｇ包でピッキングしていた。	当薬局では5規格(0.4ｇ包、0.48ｇ包、0.6ｇ包、0.8ｇ包、1.2ｇ包)在庫している状況。「4」の数字に気を取られ最後まで処方箋を見ることを怠り発生した。	複数規格がある事を念頭に置き、指差し確認を徹底する。	酸化マグネシウム細粒８３％「ケンエー」	酸化マグネシウム細粒８３％「ケンエー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
746	処方箋の読み違えにより、ロスバスタチン２．５ｍｇの処方のところ、５ｍｇで取り出してしまった。また監査時も気付かず投薬してしまった。後日在庫確認の際、理論在庫と実在庫の相違によって判明。患者様が服用前であって、そのまま交換できた。	慣れていない人が加わって、落ち着かない状況であった。	落ち着いてしっかり確認する	ロスバスタチン錠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
747	開局前に来局された普段先発で交付している患者に、包装外見が類似している後発品を交付。	ヘルプ勤務のスタッフ、当局勤務1年未満のスタッフで対応の為、見落としてしまったと考えられる。２剤とも先発品を交付しないといけないが、１剤のみしか先発調剤できていなかった。	薬歴を投薬前に一通り閲覧する。薬袋と照らし合わせるとミスに気付く仕様になっているので、今後さらに注意が必要。	ニフェジピンＣＲ錠２０ｍｇ「サワイ」	アダラートＣＲ錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
748	リーマス2種類と外用1種類の処方箋。リーマスは先発希望であるが外用はジェネリック希望。ジェネリックである炭酸リチウムでお渡し。後日電話連絡にていつもと外見が違うと連絡あり。その後来局し先発品のリーマスをお渡し。	一般名処方である事、内服と外用で先発、ジェネリック希望の違いがある事が原因と考えられる。	内容によって先発ジェネリック希望の違いがある方については交付時に患者と一緒に確認することにしました。	リーマス錠１００ リーマス錠２００	炭酸リチウム錠１００「ヨシトミ」 炭酸リチウム錠２００「ヨシトミ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
749	イルベサルタン・アムロジピン配合錠5ｍｇの処方を、イルアミクス配合錠HDに変換入力してしまい、調剤、監査、投薬時にも本来はLDであり、入力が間違っていることに気づけなかった。その後複数回、同様の間違いを繰り返してしまった。患者が転居し、他の医療機関を受診した際、お薬手帳の記載から間違いが発見され、当薬局に確認のため連絡があり、間違いに気づいた。	配合錠について、事務も薬剤師も熟知していなかった。入力時に変換できるのは間違いではないという思い込みがあり、一般名の入力が正しいことは確認したが、商品名に変換時に間違いが起こっていることを見抜けなかった。調剤録で入力監査を行っているが、配合錠の各々の規格は印字されず、変換の誤りを見つけるのが困難だったのと合わせて、調剤監査システムを採用しているが、そもそも入力時に過誤が発生していたため、発見できなかった。また２回目以降も、前回と同じであることの確認にとどまり、変換ミスがあることの発見ができなかった。	今回の事例を全スタッフで共有し、入力時の変換も、調剤、監査時にも、配合錠には特段の注意が必要であることを確認した。レセコンメーカーにも連絡し、配合錠の異なる規格への変換時に確認メッセージなどの表示ができないものか相談したが、現時点ではできないといわれた。今後、配合錠が増えていくことも予想される中、名称へ、各々の薬品も配合量等の記載がなされ、同様の過誤が起こりにくくなるような改善を期待している。	イルアミクス配合錠ＬＤ「日医工」	イルアミクス配合錠ＨＤ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	２回目以後の来局時に経口血糖降下剤が追加になったり、変更になったりしたため、新たな薬の変更などに注意、指導が偏り、初回のミスに気づきにくい状況があった。						

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

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	
750	ベポタスチン、処方は普通錠だったが、間違えてＯＤ錠を調剤してしまった。事務さんが気付いて普通錠を調剤し直した。	処方箋に書かれた薬剤の読み間違え。	集中力をもって調剤する。調剤した薬と薬情を照らし合わせて確認する。	ベポタスチンベシル酸塩錠１０ｍｇ「ＫＮ」	ベポタスチンベシル酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「ＫＮ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
751	患者様が以前より『ゾルピデム酒石酸塩OD錠』を希望されており、レセコンのメモにも入れ、入力も『OD錠』で行っていましたが、普通錠で調剤、与薬を行ってしまった。交付後、患者様より電話があり間違いに気づき『OD錠』と交換させていただいた。	OD錠を使用されているのがこの患者様だけであり、他の方は普通錠でお渡ししているため、『ゾルピデム』＝『普通錠』という思い込みがあったと思われる。また、鑑査時および投薬前にレセコンの注意書きを見ずに投薬を行った可能性も高いと考えられる。	・患者様と相談の上、可能であれば在庫にある剤型をまとめる。・複数剤型があり間違えやすいものをリストアップし、在庫を再認識する。・入力時や監査時にレセコンのメモを見たら薬局内で情報共有を行う。	マイスリー錠１０ｍｇ	ゾルピデム酒石酸塩錠１０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
752	令和２年５月１５日アスベリンＤＳ２％とアスベリン散１０％を取り違えて調剤し、患者へ交付をしてしまった。同年５月１８日にミスが発覚し、患者へ事情説明と謝罪の連絡を入れ、交換対応へ伺った。処方から３日経過していたが、咳が治まっており服用はしていなかったため、全ての日数分交換対応を行った。	調剤者はアスベリンにＤＳと散が存在することを知らず知識不足であった。かつ散薬の秤量時にハンディ型の調剤監査システムを使わずに調剤を行ってしまった。監査者は散薬監査システムの記録紙の内容を十分監査時に確認できていなかった。	本来、弊社で定めている業務の手順を守れておらず、当事者を含む店舗スタッフに業務手順書・調剤内規の内容を確認させる。散薬調剤システム上の薬品名表記を訂正し、剤形違いについての注意喚起をできるようにする「アスベリン散１０％」⇒「アスベリン散１０％　×剤形注意」　「アスベリンＤＳ２％」⇒「アスベリンＤＳ２％　×剤形注意」	アスベリンドライシロップ２％	アスベリン散１０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
753	以前まで別薬局でもらっていた薬を今回から当薬局でもらうことになった患者。処方箋の記載はプログラフカプセル1mgだったがジェネリック希望のためジェネリックのタクロリムス錠1mgで調剤。後発品変更不可の欄には記載なし。投薬中に間質性肺炎で服用していたと聞き取り。病院にも疑義照会し間質性肺炎での処方なので先発品で処方するようお話あり。 間質性肺炎の適応は先発のプログラフカプセルしかないため先発品に差し替えてお渡しできた。	お薬手帳より以前からジェネリックで調剤されており本人もジェネリック希望。後発品の変更不可欄にも記載ないため病名の確認ができなければ適応のないジェネリックでお渡しするところだった。	先発とジェネリックでの適応が違う薬品をリストアップ。新規処方は疾患を確認するよう徹底。			タクロリムス錠１ｍｇ「トーワ」 プログラフカプセル１ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
754	先発希望患者にジェネリックで調剤	先発希望患者にアレロック顆粒でお渡しするところ、オロパタジン顆粒で調剤・監査し投薬してしまった。患者母親より指摘TELあり発覚。健康被害はなく、アレロックで調剤し直しお渡しした。ジェネリックで調剤する患者の方が多かったため、詳細注意せず慣例でジェネリックで調剤してしまった。また外形が似ているため監査時もそのまま通してしまった。	先発かジェネリックかは調剤でも監査時でも始めに必ず確認する。名称・規格の確認を処方箋はもちろんのこと、薬袋や薬情とも照らし合わせて確認する。	アレロック顆粒０．５％	オロパタジン塩酸塩顆粒０．５％「ＭＥＥＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
755	サムスカ錠半錠一包化の処方せんが来ており、ピッキングの際に誤ってサムスカ錠の箱に入っていたサムスカOD錠の半錠を集めていた。PTP状態のものは普通錠で間違っていなかったが、半錠だけサムスカOD錠である事が見つかった。ピッキングをしていない、他の薬剤師が一包化を行おうとした際に発覚した。	前回調剤時に誤って戻してしまったと考えられる。戻す前に確認を怠った。普通錠の箱には普通錠が入っているという思い込みによる確認不足。	OD錠と普通錠が目で見て分かりやすいように注意喚起する。半錠のものは中身が見やすいように工夫する。	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
756	ユニシアＨＤ錠の処方を以前より後発品希望のためカムシアＨＤ錠で調剤すべきところを、カデチアＨＤ錠で調剤をしてしまった。服薬指導時、薬を確認してもらった際に、患者より「薬が変わったね」と言われて、薬剤の取り違えに気がつき交付前に対応ができた。	ユニシアＨＤ・ＬＤ、カムシアＨＤ・ＬＤ，エカードＨＤ・カデチアＨＤの備蓄があり、後発品の名前が似ていることと、棚の配置が近かったことにより取り違いが発生したと思われる。また、当該患者の調剤の少し前にカデチア錠で調剤をした患者がいたために、再び同じ薬剤をピッキングしてしまった。	配合剤で名前が似ているので、棚を変更し、近くに配置しないようにした。当該薬剤が処方されている患者の薬歴の調剤上の注意事項には、赤ペンで目立つように処方薬剤名を記載するようにした。	ユニシア配合錠ＨＤ	カデチア配合錠ＨＤ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
757	ピタバスタチン錠1ｍｇの規格が処方されていたが、誤って2ｍｇを調剤した。監査時に規格間違いに気づいて1ｍｇに調剤しなおした。	繁忙時のため慌ててしまい、ピタバスタチン錠1ｍｇの隣にあった2ｍｇを手に取ってしまった。	ピタバスタチン錠2ｍｇは使用量が少ない為、引出しに保管することに変更した。	ピタバスタチンＣａ錠１ｍｇ「サワイ」	ピタバスタチンＣａ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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
758	点鼻薬の112噴霧を1本処方されていたが、前回疑義照会して56噴霧2本で調剤。今回、56噴霧　1本として入力・調剤。翌営業日の入力チェック時に過誤確認して患者へ連絡・謝罪し、不足分1本をお届け。	繁忙時間帯で、入力者も調剤・投薬した薬剤師も注意力が落ちていたと思われる。	処方箋入力から投薬までの各段階で確認を徹底する。	モメタゾン点鼻液５０μｇ「ＣＥＯ」１１２噴霧用	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
759	普段よりツムラ抑肝散加陳皮半夏湯が処方されている患者さんだがツムラ抑肝散が調剤監査交付された。帰宅後、家族の方が薬を整理するときに気が付き薬局に連絡があり抑肝散加陳皮半夏湯と交換した。服用前に家族の方が気付いてくれたので健康被害等はなかった。	昼休みの時間帯でスタッフの人員もすくなかった。当薬局では抑肝散加陳皮半夏湯はメーカーがクラシエで2回／日、抑肝散はツムラで3回／日の処方が多く、今回の調剤過誤はメーカーがツムラ・服用回数が３回／日であったことから抑肝散の思い込み調剤監査したと思われる。また、交付時に患者さんに確認しなかったことも過誤の原因となった。	よく似た名称の薬剤は薬剤名を指さし確認し思い込み調剤・監査しないようにする。スタッフが少ない時間帯では普段より時間をかけて何回も確認し交付時には薬剤を患者さんに提示し一緒に確認する。	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
760	定期的に受診している患者に対する処方。一般名処方で『ファモチジン口腔内崩壊錠10ｍｇ』の処方、一包化指示あり。『ファモチジンD錠10mg「テバ」』での交付予定が、一部『ファモチジンOD錠「サワイ」』でピッキングされていた。ピッキング時、「テバ」の棚に「サワイ」が混入していたとのこと。一包化作成時に誤りに気付き、正しい薬剤へと取り替えた。	同成分・同規格の薬剤を複数メーカーで取り揃えているため誤りやすい。棚が上下で接していたため、異なる薬剤が棚へ混入してしまった。	強い患者希望がない限り、GE採用品をひとつのメーカーにする。間違えやすい薬剤同士はすぐ近くに保管せず、離す。	ファモチジンＯＤ錠１０ｍｇ「テバ」	ファモチジンＤ錠１０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
761	他医院で　セレコックス錠１００mgを服用中に　ロキソプロフェンを処方され　重複になるところだった　娘さんに投薬だが我関せずな感じだった　待たされるのが嫌だった様子	一度疑義はしておくべき　特に新患の場合は特に	今まで通り			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
762	カンデサルタン２ｍｇを調剤しないといけないところをカルデナリン２ｍｇを調剤していた。	名前もＰＴＰの包装も似ていた為、思い込みで調剤してしまっていた。	名前、ヒートデザインの類似品には注意書きを付けるなど注意喚起を行う。	カンデサルタン錠２ｍｇ「トーワ」	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
763	ゼポラスパップ４０ｍｇ４９枚処方の患者様に、誤って７枚入り４袋と６枚入り３袋（計４６枚）がピッキングされてるのに気が付かずに投薬してしまった。次のゼポラスパップ処方のピッキング時に７枚入りの在庫してる場所に６枚入りが置かれてるのに気が付いた。３袋なくなっていたので、直前に処方された患者様に連絡をしたところ、７枚入りと６枚入りが混ざってることが発覚した。	ゼポラスパップ４０ｍｇは７枚入りと６枚入りを両方在庫しており、置き場所は離して在庫してるが、納品時に７枚入りの所に６枚入りを間違って置いてしまったことと、６枚入りの処方は少なかったため、ピッキングされてるものが全て７枚入りであると思い、袋の数だけ確認しただけで投薬してしまった。	湿布薬の調剤時には、１袋に何枚入ってるのか確認をしっかりする。納品時も含めて、１袋が何枚入りかしっかり見る。	ゼポラスパップ４０ｍｇ	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
764	レセコンに入力する際にボンアルファハイローションとボンアルファローションの入力ミスを起こした。在庫が無かったため、取り寄せて処方箋通りのボンアルファハイローションを渡した。しかしながら、入力のミスに気付かずに誤った薬袋、薬情、手帳シールを渡してしまった。	新規採用薬剤でボンアルファハイローションとボンアルファローションがあることを知らなかった。	入力時および監査時に薬剤名を声に出して読み、新規採用薬剤については特に慎重に確認する。	ボンアルファハイローション２０μｇ／ｇ	ボンアルファローション２μｇ／ｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
765	ポピヨドンガーグル処方の所、ポピドンガーグルで調剤してしまった。	午前中の時間帯でとても忙しく名称類似の医薬品の確認を怠ったと考えられる。	忙しい時間帯でも類似薬等はしっかり確認する。薬局の在庫でも類似薬をできるだけなくように努力する。	ポピヨドンガーグル７％	ポピドンガーグル		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
766	一般名処方のメトホルミン塩酸塩250ｍｇＧＬの処方ＧＬがグリコランであることは調べて確認ジェネリック希望だったためメトホルミン塩酸塩ＭＴで調剤するところだった気が付いてグリコランを取り寄せて調剤できた	当薬局にグリコランの在庫がなかったグリコランのジェネリックがメトホルミン塩酸塩ＭＴではないことを確認するのに時間がかかった服用本人もなんの薬かわかって飲んでいなかった。	メトホルミン塩酸塩はグリコランで調剤する。ジェネリックにはしない。	グリコラン錠２５０ｍｇ	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
767	一般名の引用間違い。本来、バルプロ酸Na徐放顆粒40%⇒セレニカR顆粒40%でお渡ししなければならないところ、バルプロ酸Na細粒40%⇒デパケン細粒40%で入力・調剤しお渡ししてしまっていた。	セレニカR顆粒40%とデパケン細粒40%の一般名が大変紛らわしいこと。転院前の処方はデパケン細粒40%だったため、転院後も同じ薬だという思い込みも関与していた。	一般名として紛らわしいものを予め周知させる。	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
768	処方はノルバスク錠５ｍｇで後発希望の患者様であったのでアムロジピン錠５ｍｇで入力され調剤・監査しなければならなかった。しかし代替前の入力は前回のノルバスク錠２．５ｍｇのままで代替後もアムロジピン２．５ｍｇであった。また、それに気づかずそのまま調剤・監査を行ってしまった	・多忙であった・他の薬剤も多数処方されていた・規格までの確認がしっかりできていなかった・当薬局採用品目に２．５ｍｇ、５ｍｇ両方ともある	どんなけ多忙であっても規格まで確認するという当たり前のことをしっかり行い確認を徹底する。入力監査、最終監査という２回監査を行うタイミングがあるのでそれぞれのタイミングでの監査を大事にする。また、入力時も前回のものをそのまま引っ張って終わりではなくその後に処方箋と照らし合わせ変更がないかしっかりと確認するようにする。	ノルバスク錠５ｍｇ	アムロジピン錠２．５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
769	二朮湯と二陳湯の処方間違え	患者に症状を確認した所、痛みはなく吐き気で受診したことから二陳湯の処方間違えの可能性が出た為、問い合わせ。二朮湯ではなく二陳湯の間違えであったことが分かった。	患者に症状を確認し処方薬の薬効とあっているか確認する。			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
770	普段受けている門前クリニックからの処方。毎回、定期薬として服用されている薬剤である。調剤者がニフェジピンL錠２０ｍｇをピッキングしなければならない所を誤ってニフェジピンCR錠２０ｍｇ(ヒート)をピッキングにて調剤。監査、投薬する薬剤師が監査で薬剤規格違いに気付き、速やかに正しい薬剤をピッキングする。	門前薬局からの処方せんということもあり、調剤者もどこか気持ちの緩みもでたのかもしれない。処方記載が一般名による記載なのでしっかり薬剤記載を確認する。	CR錠L錠では薬剤の性質が異なるのでしっかり確認を行う。ダブルチェックの重要性を薬局内で改めて共有する。	ニフェジピンＬ錠２０ｍｇ「トーワ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
771	FAXで処方箋を受付。通常通り入力し、投薬。すぐに患者様から「いつも使っている薬と違っている。ジェネリックかと思ったのでそのまま使ったが、やはり不安があるので、インターネットで調べたら別の薬剤が出てきた。間違いではないかと思って連絡した」とお電話あり。すぐに調べた結果、別の薬剤をお渡ししている事が判明した。	通常は処方箋のバーコードからの読み取りをしているが、FAでの受付だった為、バーコードでの読み取りが困難だった。そのため手動での入力を行った。また処方箋記載医薬品が全て一般名処方であり、ヒドロコルチゾン酢酸エステル・フラジオマイシン配合軟膏（強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏）と書かれており、ヒドロコルチゾン・フラジオマイシン軟膏（ペレックス軟膏）と勘違いをして入力してしまった。薬剤師側もヘモレックスでの処方と思い込み、そのまま投薬。	投薬時に使用部位をしっかりと確認する。ヒドロコルチゾンの「酢酸エステル」の部分を読み飛ばして思い込んでしまった事も原因なので、全て同じ薬品名かを確認する。また、患者様来局時には再度バーコードの読み取りを行い、別の薬剤で無いかの確認も合わせて行う。	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
	投薬時に使用部位の確認を怠った為、このような事が起きたと思われる。また、処方箋記載の部位には体とかかれており、通常、痔などに使う場合は肛門部等と記載があるので、その辺りからも気づけた内容であると思われる。						

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

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	
772	マグミット錠330mgの処方で、薬剤師Aが当該医薬品の錠剤棚から処方量分のPTPシートを調剤。薬剤師Bが監査の際、何かおかしいと感じて組み合わせてあるPTPシートを広げて確認したところ、28錠のうち14錠分が酸化マグネシウム錠330ｍｇ「ヨシダ」であった。	前日の最後に酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」を疑義照会後に処方が変わって保管場所へ戻す作業が発生していた。その際に、本来なら引き出しに戻すところを、棚のマグミット錠330mgのところに戻してしまったと思われる。（戻した数量とも一致）両薬剤はいずれもPTPシートが青く、錠剤の形状も似通っていたため、あえて保管場所を棚と引き出しに離していたが、調剤時には混入に気が付かなかった。	まずは、ピッキングした錠剤を元の位置に戻す際に、棚や引き出しに入っている薬剤と同一で間違いないかPTPシートを見比べて声出し・指さし確認することを徹底する。その他、リスク回避の為に人員体制や状況で可能な限り、複数人での確認も行う。また、薬局で取り扱っている似た外観の薬は頭にいれておき、調剤時には常に混入のリスクを考えて100錠のアルミ包装をばらした端数については調剤した全シートに目を通すよう習慣づける。	マグミット錠３３０ｍｇ	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
773	アムロジピン2.5ｍｇ「あすか」1錠　朝食後　28日分のところ　アムロジピン2.5ｍｇ「EMEC」で入力鑑査時に間違いに発覚しました。	初めて処方された薬で、入力者は薬剤名が不慣れでした。	処方の内容確認と名称を知識として理解して頂きました。	アムロジピン錠２．５ｍｇ「あすか」	アムロジピン錠２．５ｍｇ「ＥＭＥＣ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
774	リンデロンA液点眼・点鼻用が点耳指示で処方されていたが、そのまま疑義照会することなく、交付してしまった。今回はジェネリックに変更して交付したため、変更に気をとられてしまった。	リンデロンには様々な製剤があり、使用部位を理解しておく必要があると思われる。	薬の箱に点耳不可と記載			ベルベゾロンＦ点眼・点鼻液	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
775	一般名処方。GEメーカー違いをお渡し。	GE採用薬が変更になった。ほとんどの患者様にて切り替えが終わっていたため、GEメーカーの入力に特別な注意力をそそげなかった。	採用薬以外を選択しないよう、採用薬の変更を周知徹底する。	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「トーワ」	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
776	近隣医療機関の前回Do処方　予め集薬していた（ここで間違いはなし）	いつも60日処方今回90日と増　一部半錠作成あり　焦り　クレストール錠2.5+OD錠混在で　交付	薬品棚に　注意！！喚起　OD同規格など貼り付け	クレストール錠２．５ｍｇ	クレストールＯＤ錠２．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
777	処方上グルベス配合錠となっていたがグルベス配合OD錠で調剤、監査で確認できず投薬してしまう。	知識不足、OD錠の存在が認識できていなかった。	処方箋の確認をしっかりすべくマーカーなどで剤形、規格を必ずチェックする。	グルベス配合錠	グルベス配合ＯＤ錠		ヒューマンエラー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	潰瘍性大腸炎の患者様へサラゾスルファピリジン腸溶錠が処方。疑義照会にてサラゾスルファピリジン場へ変更。	腸溶錠と普通錠とで適応が異なることを認識していなかったと思われる。	交付前に患者様へ適応症を確認し、必要に応じて疑義照会を行う。			サラゾスルファピリジン腸溶錠５００ｍｇ「日医工」 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
779	ツムラ五積散が処方。「入院時にツムラ牛車腎気丸を服用していた」旨、患者より聞き取りありＤｒに確認したところ、ツムラ牛車腎気丸の間違いであることが発覚	漢方薬で両方とも「ゴシャ」が付くため、Ｄｒが選択を間違ったと思われる	以前と違う薬であるときは患者の聞き取りをしっかりする			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
780	【正】ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）９０包正しく交付。【誤】ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）８４包とツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）６包で誤って交付。	抑肝散の箱に加味逍遥散が８包混入していたと思われる。混入の原因はピッキング時の端数の戻し間違えかピッキングエラー後の戻し間違えと思われる。どちらにしてもＰＤＡの運用に問題あり。ピッキングの際に箱のバーコードを読み、混入された加味逍遥散に気付かず最終鑑査でも発見できず交付に至ってしまった。	不足薬を受け取った時、同じであるという思い込みを持たず慎重に確認する。ピッキングで薬の過不足があった場合修正後は再度最終鑑査を行う。薬品を戻す際には必ずＰＤＡを使用することを徹底する。似た外観の薬に関しては鑑査時も一層注意する。	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
781	ヘパリン類似物質油性クリームとの混合。リンデロンV軟膏とVG軟膏の見間違え	リンデロンは種類がたくさんあるので、注意をしているはずですが、結果的に確認不足になっていまいました。	種類、規格や入力等も含め、再度確認を徹底します。処方箋と調剤した薬品の確認を処方箋に鉛筆で必ず記入する。	リンデロン－Ｖ軟膏０．１２％	リンデロン－ＶＧ軟膏０．１２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
782	アリナミン25mgを調剤しようとした際に、コントミン12.5mgが調剤台に置いてあったのを見つけた。同じ黄色の糖衣錠であるアリナミン25mgと外観が類似していたため、コントミン12.5mgをアリナミン25mgと勘違いして調剤した。監査時に他の薬剤師が過誤に気付き、交付前に正しい薬剤で調剤した。	調剤台に置いてあったコントミン12.5mgは他患者の調剤時に余分に取り出したものであったが、多忙の為、整理整頓がなされておらず調剤台にそのままになっていた。そこに調剤していた薬剤師の思い込みが重なった結果、こういった事態が発生した。	整理整頓の徹底、二名以上での調剤、監査を行う体制やバーコードやカメラによる監査システムの導入が改善策と考えられる。	２５ｍｇアリナミンＦ糖衣錠	コントミン糖衣錠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
783	【正】桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒　２７０包　交付【誤】桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒　２６１包桂枝茯苓丸エキス顆粒　９包　を交付	桂枝茯苓丸加よく苡仁の薬品棚に桂枝茯苓丸が誤充填されており、今回、ピッキング担当者が桂枝茯苓丸加よく苡仁の中に桂枝茯苓丸があることに気付かずにピッキングし、最終監査もそのまま抜けてしまったために発生。	ツムラに対しては外観類似の物が多いので物を照らし合わせる際に番号についても一つ一つ見ていく。ツムラは下一桁が同じ番号のものの場合、外側の横線の数が違うのでその線も確認していく。薬品の鑑査時に、ツムラなど外観が似ているものに対しての鑑査は手技の薬品に照らし合わせる際に名前を近づけて確認するという手技に加えて文字の照らし合わせも行う。	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	ピッキングする際には錠数・数量のみ確認するのではなく薬品が果たしてＰＤＡの画面と合っているのか確認をすることも忘れず行う。散薬などバラが出た際にまとまっていないものに対してはゴムでくくられているものを１回広げて中身まで確認する。薬品の充填をする際に同じ薬品で何箱かあった場合は全てＰＤＡを使用し充填するように徹底する。						

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

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	
784	タプロス点眼液が処方されていた。ジェネリック医薬品希望のためジェネリックで調剤しようと思ったが、名称が類似しているラタノプロスト点眼液を調剤し、一人で監査し交付した。	施設患者の外用薬は主に一人で調剤、監査していた。タプロス点眼液のジェネリックは現在存在しないこと、カリーユニ点眼液のジェネリックがラタノプロスト点眼液であることのの知識がなかった。	在庫を置いてある棚に注意喚起のシールを貼付した。施設の外用薬もダブルチェックするように改善した。	タプロス点眼液０．００１５％	ラタノプロスト点眼液０．００５％「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
785	ロキソプロフェンＮａ錠６０ｍｇとトロキシピド錠１００ｍｇが併用して処方されることが多く、パターン化した調剤をしていた。調整者、監査者別人で行ったが、二人とも見逃していた。	患者は日頃から、薬局に対して要求が多く、当日も印刷していない白薬袋を別に5.6枚出すように要求していた。薬袋の意味等を説明し、余分には提供できない旨を話したが、老人性難聴もあり、なかなか理解が得られないまま、監査をしっかりせずに投薬してしまった。	薬剤情報提供文書と照らし合わせて、必ず患者とも確認して渡す。パターン化した処方を確実に投薬する。	レバミピド錠１００ｍｇ「ＥＭＥＣ」	トロキシピド錠１００ｍｇ「オーハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
786	ピッキングの際、名称が似ている薬をピッキングしてしまった。	クエンメット配合錠は今まで引き出しにしまっていたが、収納場所が薬棚に移動になった際、名称の類似したクエン酸第一鉄錠５０ｍｇの隣になっていたため、誤ってとなりの薬をピッキングしてしまった。	薬棚の位置を変更し、２剤が隣り合わないようにした。クエンメット配合錠は使用頻度が低いので、棚に注意喚起の表示をした。	クエン酸第一鉄Ｎａ錠５０ｍｇ「武田テバ」	クエンメット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
787	当薬局では普段、皮膚科の処方箋を受けている患者から、臨時で膠原病内科の処方箋をお預かりした。在庫のない薬剤であり、発注をかける際に、サラゾスルファピリジン腸溶錠の「腸溶」を見落とし伝えてしまった。薬局長に指摘され、事なきを得た。	今までアザルフィジンEN錠（先発品）を取り扱うことはあったが、今処方はジェネリックで一般名記載されており、確認が不十分であった。サラゾスルファピリジン腸溶錠の適応は関節リウマチであり、非腸溶錠は炎症性腸疾患と異なる。今回は膠原病内科の処方箋で他薬からも関節リウマチの患者であることが想定できたので、腸溶錠であることを認識すべきだった。	処方箋の記載内容を最尾まできちんと読み取ること。複数の剤形があるものは適応も確認すること。	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
788	調剤時、処方箋のザイザル５ｍｇとザルティア５ｍｇを間違った。監査時にもれて、交付時にデザインの違いで気が付いた。	背景：前に投薬した患者が薬の量が多く話が長かったため、混雑していた。原因：名前の雰囲気が似ている・規格が同じ５ｍｇで・銀色のヒートシールに入っており色調が似ている。	改善策：ザイザルとザルティアの保管場所の変更。引き出しの場所を別なところにわける。 薬歴にザルティア出ている場合、見分けられるようにフラグを立てる。　　投薬後の監査前に一息入れる。	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
789	【正】ツムラ４８十全大補湯エキス顆粒　　１７８包【誤】ツムラ４８十全大補湯エキス顆粒　　１３６包ツムラ１０８人参養栄湯エキス顆粒　　４２包	他薬を混ぜて調剤（ピッキング）した。すべての包装にＰＤＡを通さなかったこと、最終監査時に全ての包装を照合できていなかった。	業務を中断した際は次の工程から再開するのではなく、中断する前工程から再開する。今回は処方箋と薬剤の照合の際に中断したので、照合前からやり直すべきであった。多忙な場合や調剤数が多い場合で、例え時間がかかったとしても包装すべてにＰＤＡを通す。多数量の薬剤の内容確認は、患者様を呼ぶ前に済ませておく。	ツムラ十全大補湯エキス顆粒（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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
790	【正】テネリア錠２０ｍｇ　４９錠【誤】テネリア錠２０ｍｇ　４６錠テルミサルタン錠２０ｍｇ３錠混入	テネリアのカセッタに、誤って隣カセッタのテルミサルタンが３錠混在して入ってしまっており、ピッキング時に気付かず輪ゴム留めをしてしまった。	バラになったものは注意深く鑑査する。束ねられているのはきちんと名称が確認できるようにずらして鑑査する。	テネリア錠２０ｍｇ	テルミサルタン錠２０ｍｇ「タナベ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
791	【正】フィコンパ錠４ｍｇ【誤】フィコンパ錠２ｍｇ	入力から前回Ｄｏで２ｍｇのままになっていた。	レセコンやＰＤＡを通していると過信せずに４分割確認であったり、処方箋の隣まで薬品を持ってきて指差し確認を行う初期監査手技の再確認を行う。	フィコンパ錠４ｍｇ	フィコンパ錠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
792	処方箋ではd-クロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠6mg「武田テバ」が記載されていたが、間違って、d-クロルフェニラミンマレイン酸塩錠2mg「武田テバ」を投薬してしまった。 後日、患者さんが前回もらった錠剤とヒートシールの色が異なるが、問題ないか相談に来られた。良く見ると６mgと２mgを取り違えている事に気がついた。早速、患者さんに謝罪し、６mg錠と取り替えた。幸い症状が悪化されていなかったので、患者さんも温厚な方で、特に苦情を言われることなく帰られ、事なきを得た。	当時、薬局が混雑しており、錠剤を監査したが、うっかり２mg錠を６mg錠と見間違った。	薬局が混雑していても慎重に監査することにした。	d-クロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠6mg「武田テバ」	d-クロルフェニラミンマレイン酸塩錠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
793	エルネオパNF2号2000mLの処方のところエルネオパNF2号1000mLで渡してしまった	いつもエルネオパNF2号1000mLであった為、いつも通りと勘違いした。	輸液の1000、2000に関して処方箋にチェックを入れながら調剤する	エルネオパＮＦ２号輸液	エルネオパＮＦ２号輸液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
794	処方変更に気付かずツムラ当帰芍薬散のところ、前回処方あったオースギ当帰四逆加呉茱萸生姜湯で入力。鑑査・投薬後、午後の照会を書く際に他の薬剤師が気づき患者様宅へ伺い、交換した。	薬品数が多い処方の為、気付かずに入力。鑑査でも重たい内容で投薬のポジションでもあり周りが気になり、鑑査に集中できなかった。ツムラ→オースギに変更していたのは気付いたが、自動照会だと思い、漢方名の頭しか見ておらず間違った。	入力の際は、処方箋にチェックを入れる。鑑査の際は、自動照会と思い込まないように、照会をしっかり見る。漢方は一字一句確認する。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）	オースギ当帰四逆加呉茱萸生姜湯エキス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
795	処方箋にはオルメテックOD２０ｍｇと記載有り。後発希望の患者さんでオルメサルタンOD２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」を渡さなければいけませんが誤って先発で渡しそうになる。投薬中にすぐに気づき患者さんに説明し正しい後発で再度お渡しする。	いつもは薬剤師一人の時は鑑査機器に通し二重鑑査を行ないますが、忙しくて目視での調剤、鑑査を行う。	一人で調剤、鑑査を行う時は状況に係わらず必ず鑑査機を掛けるように心がける。投薬中に間違いに気付いたのでまだ良かったが、後発でヒートのデザインの似ているものは特に注意する。必ず、薬歴とお薬手帳の確認行う。	オルメテックＯＤ錠２０ｍｇ	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
796	処方箋はアモキサンカプセル25mgだったが、アトモキセチンカプセル25mgを交付してしまった。	名称類似で規格が同じだったため、取り違えてしまった。	名称類似しているものは特に注意して、名前を確認するように注意喚起。	アモキサンカプセル２５ｍｇ	アトモキセチンカプセル２５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
797	患者さんの都合で　途中で　調剤の順序を変更したために　前の方のために取り出してあった　20ｍｇを　調剤してしまった。　ヒートの色が違うので　患者が服用前に気が付き　連絡を貰い　すぐ　取り換えに　赴いた。　服用前であったので　　実害はなかったが、　いろんな事情で狭い調剤台の上での作業手順の変更があった場合は　手順書も一考を要する。	暇な薬局であっても　一過性に多忙になることは　多々ある。コロナ関係で　処方日数も長くなり。問屋さんお配送回数が減り　注文の時間にも追われ　平常心を保つのが　たいへんである。	とにかく　思い込みを避け　焦りをさけ　　一呼吸をおいて　監査作業にかかることが大切である。	ニフェジピンCR錠40ｍｇ「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
798	ニフェジピン徐放錠20mg(12時間持続)2錠分2の処方だったがニフェジピンCR錠20mg2錠分2で投薬していた。次の処方時に気づき、処方医に報告、謝罪。患者にも説明。	前回までニフェジピンCR(24時間持続)40mg1錠分1朝食後だったため、12時間持続にかわったのを見落とした。	慎重に鑑査する。	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
799	CLよりクラリスロマイシンDSが一般名にて処方。Pt希望で先発品のクラリスDS(ピンク色)にて交付予定であったが、誤ってGEのクラリスロマイシンDS(薄黄色)にて交付してしまった。投薬時にPt保護者より色が違うとの指摘有り間違いに気づいた。すぐに先発品に変更し交付しなおしたため、患者の体調は問題なかった。	慣れや監査漏れによる調剤ミス。ポリムスを用いなかったことも原因の一つと考えられる。	レセコンによる入力と薬剤が合っているかの確認を徹底する。Pt希望の確認も併せて行うようにスタッフに周知した。また、内規で錠剤がない患者にはポリムスを使用していなかったが、今後全員にポリムスを用いての薬剤監査を行うよう周知した。	クラリスドライシロップ１０％小児用	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
800	医院より一般名処方。テオフィリン製剤（24時間）の処方だったが、テオフィリン製剤（12時間）で調剤してしまった。テオフィリン徐放U錠をテオフィリン徐放錠にて調剤。	普段出ている薬剤がテオフィリン徐放錠（12時間型）のため思い込み調剤。レセコン入力時も候補薬剤として同一成分でありテオフィリン（12時間型）の見慣れた方を選択してしまった。	スタッフ通達にて注意喚起。周知にて対応。アダラートの事例を挙げて入力時にも気づくようにレセコンの横にメモ書きを置く。	テオフィリン徐放Ｕ錠２００ｍｇ「トーワ」	テオフィリン徐放錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
801	一般名メトホルミン塩酸塩錠２５０mg：GLの処方を、当局事務員がレセコン入力時に誤って一般名メトホルミン塩酸塩錠２５０mg：MTで入力した。当局薬剤師A(調剤者)は処方箋を基に調剤を行ったが、こちらも誤ってメトホルミン塩酸塩錠２５０mgMT「TE」を調剤した。当局薬剤師B(鑑査者)が鑑査時に処方箋と調剤録・調剤薬との誤りを発見したが、当局に一般名メトホルミン塩酸塩錠２５０mg：GLに該当する薬剤が非在庫であったため処方元へ疑義照会した。その結果、一般名メトホルミン塩酸塩錠２５０mg：MTへ処方変更となった。	当該患者の処方は前回まで一般名メトホルミン塩酸塩錠５００mg：MTであり今回より減量となっていた。当局ではメトホルミン塩酸塩錠５００mgMT「TE」・２５０mgMT「TE」の両薬剤を在庫しており、単純に減量になっていると思い込みレセコン入力および調剤を行っていた。	一般名メトホルミン塩酸塩錠にはGL製剤とMT製剤の２種類があるため、処方箋を扱う際にはどちらが処方されているかよく注意する。	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇ「トーワ」(GL製剤)	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「ＴＥ」(MT製剤)		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
802	内科の処方箋。一包化している患者でアダラートCR錠40mgが出ていたが、アダラートCR錠10mgをピッキングして、分包した。分包の途中でアダラートCR錠10mgであることに気付いて、分包しなおした。	ピッキングしてばらす薬が7種類あり、その前の患者も薬が多い方で慌てていた。分包する際に錠剤を確認していなかった。	アダラートCR錠は3規格在庫していて、規格を注意するようにはしていたが、それでもミスが起こったので分包前の規格確認を丁寧にする。	アダラートＣＲ錠４０ｍｇ	アダラートＣＲ錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
803	胃の具合が悪く受診しファモチジン、レバミピドと共にストロメクトールが処方されていたが、患者が症状を話したがらなかったため処方内容がストロメクトールではなくストロカインであることに気付くのが遅れた。	オーダリングシステムによる処方箋では最初の三文字程度で検索をするため上記のような処方内容の誤りが生じると考えられる。	処方箋受付時にある程度の聞き取りを行い処方内容を確認することが重要と思われる。			ストロカイン錠５ｍｇ ストロメクトール錠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
804	アカルボース100ミリのところ、通常よく処方される50ミリを調剤し、監査でもそのままスルーして投薬されてしまった。	繁忙時に加え、残薬調整などで、調剤者が慌てていた。　監査者も、急いで投薬しようと焦りミリ数の確認を怠った	繁忙時も、ルーチン通りにミリ数、錠数の確認を怠らないこと	アカルボース錠１００ｍｇ「サワイ」	アカルボース錠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
805	ニコランジル錠5mg「トーワ」270錠計数調剤するところ、200錠（100錠×2箱）はニセルゴリン錠5ｍｇ「トーワ」で調剤していた。	ニコランジル錠5mg「トーワ」とニセルゴリン錠5ｍｇ「トーワ」は、100錠包装で保管しており、その場所も近く、箱の大きさも類似していた為、取り違えた模様。	あいうえお順に保管しているが、包装箱が類似するものが他にないか、再度確認して、類似しているものについては、隣接させるのではなく、離して保管するように変更した。	ニコランジル錠５ｍｇ「トーワ」	ニセルゴリン錠５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
806	ツムラ「31」呉茱萸湯が3包×65日分処方されていたが、在庫が29包足りなかったため、調剤者が近隣の保険薬局へ購入に行った。その際購入依頼書に『「41」呉茱萸湯』と記載。近隣保険薬局は『「41」補中益気湯』を販売。その補中益気湯を鑑査者もしっかり確認せずに正しい「31」呉茱萸湯に混ぜて投薬した。後日、購入代金を事務職員が支払いに行った際に金額の相違から今回の過誤が発覚した。当該患者へはすぐに連絡をし、誤服用の無いことを確認。健康被害はなかった。	ツムラ漢方製剤は処方ごとに番号があるが、一の位が同じものは包装に記載の番号の箇所の色が同じである。今回は「31」と「41」だったため、一の位は同じ「1」。よって同じ空色であった。薬剤師2人が関わったが、調剤した（購入に行った）薬剤師も、鑑査・投薬した薬剤師も、包装が同じ空色であることから、過誤に気が付くことなくそのまま患者様へ誤った薬が渡ってしまった。	ツムラ漢方薬は、この事例のように一の位が同じ場合、同じ色の包装となり、調剤過誤が十分考えられる。今後は色での判断ではなく、しっかり製剤名を読むことを実践する。また近隣保険薬局への小分け依頼書に記載の際、しっかりダブルチェックすること、小分けする場合には薬局間でお互いに、薬剤名や規格・剤型・数量の再度の確認を行うこととした。	ツムラ呉茱萸湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ補中益気湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
807	先発希望でデパス錠希望だが、入力をエチゾラムでしてしまった。交付薬はデパスで間違いはない。	先発薬と後発薬が混在しての調剤のためミスが生じた。	どの薬は先発薬で調剤なのかきっちり記載しておく。	デパス錠０．５ｍｇ	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
808	一般名トロピカミド・フェニレフリン塩酸塩点眼液で処方されており、ミドリンP点眼液で入力・調剤しなければいけないところ、ミドリンM点眼液のジェネリックであるトロピカミド点眼液０．４％「日点」で入力、調剤されていた。監査時に気付き、ミドリンP点眼液に入力修正・調剤し直して交付した。	普段はミドリンP点眼液と記載されている処方箋が多く、今回は見慣れない一般名での処方であった。見慣れない記載だったため、「トロピカミド・フェニレフリン塩酸塩点眼液」の後半のフェニレフリンの記載を見落としてしまったため、今回の間違いが起こった。	一般名処方になると見慣れない成分名の記載も多いため、入力・調剤・入力監査時に特に注意してみるようにする。	ミドリンＰ点眼液	トロピカミド点眼液０．４％「日点」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
809	溶連菌感染症の治療で先に５日分の抗生剤を服用していて残り２日分の薬を処方されたが、飲んでいる薬と粉の色が違うことにお母さんが気付き電話があった。分包紙の名称と色が違ったので間違いだと気づきすぐに再調剤してお届けする	一般処方名で書かれた処方箋のコピーを取り、それを見ながら分包機に名称を入力、計量した。ボトルを取り間違え分包、薬の色まで確認していなかった	計量するときはまずボトルのラベルを処方箋と照らし合わせて確認してから計量し、監査するときは印字、色、量、異物Checkをするようにした	セフジトレンピボキシル小児用細粒１０％「ＯＫ」	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
810	【般】ブロチゾラム口腔内崩壊錠0.25mg　1T分1　就寝前　30日分の処方。レンドルミンD錠で調剤するところを、間違ってレンドルミン錠で調剤。見直した際に間違いに気づき、正しいものを調剤し直した。	当薬局では患者のほとんどが後発品のブロチゾラム錠を使用しており、先発品の患者は僅かである。定期的に当薬局を利用する患者のため、調剤の際、先発品で調剤することに気を取られ、剤型の違いに意識がいかなかった。また、先発品、後発品、共に、普通錠を使用する患者がほとんどだったので、普通錠と思い込んだ。	処方箋を最後まで見てから調剤する。	レンドルミン錠０．２５ｍｇ	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
811	11/8から当薬局から薬が調剤するようになった。高齢と薬の多さから、処方箋内容の見落としになった。一般名処方で12時間～24時間、24時間の記載違いの見落とし	一般名の作用時間の違いは間違えやすいので注意が必要ニフェジピンＣＲ、Ｌの違い	処方箋の確認、調剤された薬の確認を時間をかける	テオフィリン徐放錠２００ｍｇ「日医工」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
812	ツムラ桂枝茯苓丸が7.5ｇ分３で４２日分で処方されていたが、ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁を調剤した。繁忙時で思い込みもあり監査でも間違いに気づけずそのまま投薬に至った。いつも処方されている薬だったため、患者が二日ほど服用した時点でいつもの薬と違うことに気づかれ、持参したため判明した。	似たような薬剤の場合、普段から多く処方される方を手に取ってしまいがちだが、何度でも処方の確認を怠らないことを職員全員に周知する。	過誤があったことを職員全員に周知し、似たような薬の場合は特に注意するように話し合った。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
813	来局歴のある患者が処方せんを持って来局した。ツムラ葛根湯が処方されていた。以前よりツムラ葛根湯加川きゅう辛夷が処方されていた為、確認したところ、処方薬が間違いであった。葛根湯→葛根湯加川きゅう辛夷へ変更となった。	医療機関にて処方薬入力の際に、薬剤名を間違えたようだ。	処方歴や患者への聞き取りなどで、処方内容に間違いがないかどうか十分に確認をしていく。特に類似する薬品名製剤がある場合は気を付ける。	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
814	0410対応で郵送をする患者であり、焦ったため思い込みで薬剤を取り違えた。患者さんが間違いに気づかれ電話連絡をしてくださったため発覚した。	0410対応で郵送をする患者でも焦らずに再度確認をする。	郵送するときも再度の確認をする。	トフラニール錠１０ｍｇ	アナフラニール錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
815	口唇ヘルペスにて受診。バラシクロビル顆粒50％が1日2，8g1日2回で処方あり。バラシクロビルの小児の単純疱疹の1回の最高用量は500mgだったため、病院に疑義。疑義後1日2g1日2回に変更。	体重10キログラムあたりバラシクロビルとして1回25mgだが、上限があることの認識不足と考えられる。医療機関側の要因。	薬局の粉薬の調剤棚の上に体重当たりの1日投与量の表を貼っておく。			バラシクロビル顆粒50％「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
816	イコサペント９００ｍｇで処方されていたところイコサペント６００ｍｇで調剤してしまい、監査時に間違いが発覚。変更し、正しい９００ｍｇで調剤しなおし渡した。	６００ｍｇで処方されることが多く、思い込みが要因の一つであると思われる。	６００ｍｇと９００ｍｇを並列で引出しに入れることとし、視覚の面からも調剤時注意するようにした。	イコサペント酸エチル粒状カプセル９００ｍｇ「日医工」	イコサペント酸エチル粒状カプセル６００ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラー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	レボレード錠12.5ｍｇ調剤すべきところ、25ｍｇで調剤した。気づいたのが１４日後の次回調剤している時であった。レボレード使用者は薬局で1名のため、残数が合わないことから前回の調剤過誤発見となった。７日分の予備があるため実際の間違えた服用は７日分であった。すぐに在宅訪問し正しい薬と交換し、処方医への報告を行った。すぐ血液検査を開始し、3か月経過観察し医師により問題なしと判断された。	医薬品の規格が複数あり、薬局で複数採用していることを認識しなかった。1名しか使用していない薬剤には患者名がシールされているが、その確認を怠った。監査時に別のイベントが起きていて規格確認を怠った	薬の採用および保管場所・注意事項等は日誌に記載し、仕事開始前に確認する。薬剤師が採用薬以外の規格を必ず認識するよう、添付文書の熟読をする。個別採用薬の患者名確認の徹底。監査時イベント発生で対応を余儀なくされたときは、はじめから監査をやり直す。	レボレード錠１２．５ｍｇ	レボレード錠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
818	タリオンOD錠の処方だが、タリオン錠で投薬。その後、タリオンOD錠の在庫数を数えて発覚。	監査を十分行っていなかった。	監査時に、薬情の錠剤写真と見合わせて監査を行う。	タリオンＯＤ錠１０ｍｇ	タリオン錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
819	一般名で配合薬名　カンデサルタン・アムロジン５mgと記載の処方箋を受け取ったときに、いつもは間違えないように、いつも出ているカムシアHDと記載するところを、慌てて、そのままピッキングに回したため、カンデサルタン８ＭＧ「あすか」がピッキングされていた。一包化する前に薬剤師が気づき正しくやり直した。	いつもの処方で、集中力が欠けて、配合薬の一部名のみを、読み取ってピッキングしてしまった。	配合薬の一般名処方には特に、気を付けて調剤する必要があることを再認識する。人を変えての2度監査の励行の継続	カムシア配合錠ＨＤ「あすか」	カンデサルタン錠８ｍｇ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
820	平素からご利用頂いている患者。門前医院で糖尿病治療中。特に処方の変更など変わったことはなかったが、スーグラ錠を交付すべきところスージャヌ錠を交付患者帰宅後薬を整理しているときに気づかれ薬局にTELあり。　詳細を確認後すぐに交換、お詫びに伺った。	最終監査者とも言える交付者がしっかりと薬歴などで確認しながら交付していなかった。　一緒にジャヌビア錠も処方されており確認しながら交付すればすぐにでも間違いだと分かる	当該薬剤師を含め監査者に対して処方箋と薬剤の監査の徹底、また交付した薬剤師にはどこをみて交付しているのか手順を再度確認した勤務薬剤師にこのことを周知し作業手順の遵守徹底を再確認した	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
821	軟膏混合の処方。薬剤師がステロイドとヘパリン類似物質クリームのところ、当薬局でよく出るヘパリン類似物質油性クリームと間違えて発注し用意をした。事務の入力も間違えていた。発注されて届いたものを調剤しようとしたが、揃えたものが間違えていることが発覚した。	新人薬剤師の経験不足、事務は勘違い。油性クリーム（軟膏）とクリームがあることを指導して、レセコン横に貼付。	どんなに忙しいときも、ダブルチェックは欠かさない。新人は確認をしてもらうように指導。	ヘパリン類似物質油性クリーム０．３％「ニプロ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
822	入院患者の持参薬の確認をした病院勤務の薬剤師から、当薬局に問い合わせの電話があった。医師の紹介状には、アロチノロール錠5ｍｇ（DSP)となっているのに、一包化にはアゾセミド錠30ｍｇ（JG)が入っているとのことだった。当薬局では、アロチノロール錠5ｍｇ（JG)へ変更調剤を行っている。錠剤の刻印が、アロチノロール錠５ｍｇ（JG)は、「JG30」と刻印されている。一方アゾセミド錠30ｍｇ（JG)はカタカタで「アゾセミド30JG」と刻印してある。病院薬剤師に刻印を確認してもらったところ、「JG30」の方だったので、間違いなく調剤してあることをお伝えした。	おそらく、病院薬剤師が持参薬鑑査をする際に、「JG30」の刻印よりアゾセミド錠30ｍｇ（JG)と勘違いしたものと思われる。紹介状にはアロチノロール錠５ｍｇ（DSP)と記載されていたので、DSPの錠剤をイメージして確認されたのではないかと思われる。	一包化は錠剤自動分包機でしているが、アロチノロール錠5ｍｇ（JG)は手入れ込みしていた。問い合わせがあった際に、間違いなく調剤していることが薬局の記録だけでは確認できなかったため、手入れ込みした分についてはPTPの殻を手入れ込みの指示書とともに次回処方が来るまで保管しておくことにした。	アロチノロール塩酸塩錠５ｍｇ「ＪＧ」	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
823	80歳女性。普段から当薬局を利用している。いつもイミダプリル錠5ｍｇ「日医工」が処方されているが、エナラプリル錠5ｍｇ「サワイ」で調剤されていた。監査者が間違いに気づき、イミダプリル錠5ｍｇ「日医工」を調剤してもらった。	一般名が似ており、在庫している薬剤の規格も2.5ｍｇ・5ｍｇと同じであることから調剤を間違えた。	イミダプリル・エナラプリルの薬剤棚の場所を移動し、それぞれの薬剤棚に調剤ミスが起きたことがある旨表示した。また、調剤者と監査者は必ず別の薬剤師が行うようにした。	イミダプリル塩酸塩錠５ｍｇ「日医工」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
824	54歳女性。いつももらっている薬だが他の薬局で薬がないと調剤を断られ当薬局へ来局。薬手帳を見ると同じ病院からトコフェロール酢酸エステルカプセル100ｍｇとトコフェロールニコチン酸エステルカプセル100ｍｇが処方されている。患者も丸いカプセルと楕円形のカプセルをもらったことがあるとのことなので、処方医へ疑義照会する。病院はトコフェロール酢酸エステルしか処方していないとのことだったので、処方箋通りにトコフェロール酢酸エステルカプセル100ｍｇを調剤する。	トコフェロール酢酸エステル・トコフェロールニコチン酸エステルどちらも100ｍｇのカプセルであり、以前調剤してもらった薬局で間違えられていた。エステルの違いを見落としたことが原因である思われる。	処方箋にはＱＲコードが印刷されていた為、ＱＲコードを使うことで処方箋の入力ミスを防ぐ一つの対策になると思われる。また、患者がどのような薬剤を服用しているか確認することもこのようなミスを防ぐ対策になると思われる。	トコフェロール酢酸エステル錠５０ｍｇ「ファイザー」	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル１００ｍｇ「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
825	クエンメット配合錠とベンズブロマロン錠２５ｍｇがそれぞれ1錠ずつ朝食後で処方されていたが、ベンズブロマロン錠２５ｍｇとベンズブロマロン錠５０ｍｇをお渡ししてしまった。患者様本人が再来局いただいてご指摘くださり、正しく薬をお渡しし直した。	薬学部の実務実習中で実習生が調剤していた。いつもよりより注意深く確認しなくてはならないところ、業務がたてこみ焦ってしまったり、注意が散漫してしまった。患者様に交付する際にも、一緒に確認ができていなかった。	基本的動作を徹底する。１剤ずつ薬剤名と規格を確認する。患者様にお渡しする時に、１剤ずつ指差ししながら一緒に見てもらう。			ベンズブロマロン錠５０ｍｇ「日医工」 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
826	ネキシウム１０ｍｇの処方をネキシウム２０ｍｇで調剤。患者に渡す前に発覚。	忙しい時間帯と、ネキシウム２０ｍｇが多くの患者に処方されているため、慣れが要因。	剤形が似ていて規格違いの医薬品は特にｍｇ数まで確認する。	ネキシウムカプセル１０ｍｇ	ネキシウムカプセル２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
827	先発希望の患者であり、薬剤師がミカムロAPを調剤すべきところをテラムロAPで調剤した。交付前にミスに監査の薬剤師が気付き正しい薬剤を交付できた。	当薬局ではミカムロAPに比べ後発のテラムロAPが調剤されることが圧倒的に多い。調剤する薬剤師が本患者が先発希望であることを気付いていなかった。	テラムロAPの棚に先発希望者を記載したメモを貼付した。	ミカムロ配合錠ＡＰ	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
828	昨年の9月のときは、0.5ｍｇ錠で処方されていたが、調節するために、1月に0.25ｍｇ錠2錠で調剤。3月にこられたとき、薬剤師の勘違いで0.25mg錠でなく、０．５mg錠でお渡し、患者さんのほうで、錠剤の色が違うと持ってこられる。	普段、エチゾラムは0.5ｍｇ錠で処方されることが、主で、0.25ｍｇ錠は、あまり動いていないので、薬剤師の思い込みで、薬の成分量を間違えて調剤してしまった。	薬を用意する人と、別の人が監査をしているが、思い込みで、間違いを見逃してしまった。時間がなく、急いでいるときは、更に、注意をして調剤にのぞまなければいけない。			エチゾラム錠０．２５ｍｇ「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
829	繁忙期で規格の間違い	注意の認識低下	ゆびさし確認の徹底監査の徹底	ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「トーワ」	ランソプラゾールカプセル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
830	ロキソプロフェンＮａテープ「温感」処方に対して、「非温感」で調剤。近隣の整形外科医院や総合病院整形はからもロキソプロフェン成分のシップについては「温感」していされた事がなく、慣れが生じてしまった。ジェネリック調剤報告書を処方医へ送信したところ、「温感」で処方しているとの指摘。患者・処方医へ経緯報告お詫び、すぐに仕入れて交換訪問とした。すでに「非温感」テープを使い始めていたが体調の悪化はなかった。	圧倒的に多い「非温感」テープで調剤慣れ、思い込みが発生した。レセコンの入力では「温感」タイプを検索するには違う手順であった事も要因。繁忙時間帯の焦りあり。	スタッフ全員へ、「温感」テープの採用と、「非温感」「温感」という文字を最後まで確認すること、患者様の電子薬歴メッセージ部分に協調した事を情報共有。	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Ｎａテープ５０ｍｇ「科研」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
831	先発品名での点眼処方、先発希望の患者さんへ、レセコン入力は先発のチモプトール点眼で正しい入力だったが、調剤時にジェネリックメーカーのチモロール点眼をお渡ししてしまった。投薬後、患者様がお帰りになってから間違いに気づく、患者様が使用前に連絡し間違いの経緯お詫び交換訪問とした。薬情と薬品をカウンターに並べた際には患者様も気づかず指摘はなかった。容器や保管袋のデザイン、色も全く違う外観であった。	調剤時の慣れ・思い込みあり、配置も隣り合っていた事が原因。薬品名の最初の2文字が「チモ」という事で思い込み。	薬品の配置を変更。各々にメッセージを添付「先発ですか」「ジェネリックですか」「チモプですか」「チモロ」ですかとピッキング時に確認を意識する事を強調した。	チモプトール点眼液０．５％	チモロール点眼液０．５％「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
832	処方はボノサップパックだったが、ボノピオンパックを交付してしまった。	薬品名が類似しているにもかかわらず、保管場所が隣同士であったことが取り違えの要因と思われる。	保管場所を離し、薬品名を細部まで確認することを注意喚起。	ボノサップパック８００	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
833	処方名　当帰四逆加呉茱萸生姜湯であったが、レセコン入力時に確認怠り、当帰芍薬散を選択してしまったが、監査時に薬の間違いに気づき差し替え投薬した。	パソコン入力が簡潔で、候補リストが出てくる。	処方入力時に思い込みではなく成分名を最後までしっかりと読み込む努力をする	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
834	メトホルミン錠５００ｍｇ処方のところ、規格の異なる２５０ｍｇで取り揃えを行った。監査者による目視と、機器による処方入力内容との照合エラーにより発見。	５００ｍｇの処方は当該患者のみであり、普段は２５０ｍｇを取りそろえることが多いこと。	監査機器使用の徹底。監査は調剤者以外の者がダブルチェックすること。	メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「三和」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
835	クエン酸第一鉄ナトリウム錠５０ｍｇ２錠分２の新規処方。嚥下困難のためフェロミア顆粒８．３％への変更を提案。疑義紹介にて許可を得たが、１日量１．２ｇで調剤すべきところ１日量２．４ｇで調剤した。薬剤交付後に医療機関へＦＡＸ報告、翌日薬剤部より問い合わせがあり事例が発覚した。患者に連絡したところ未服用であったため回収して再度調整し再交付した。	剤型変更に伴う換算ミス。１包１．２ｇのヒート製剤があり１回１包（１．２ｇ）服用と勘違いしてヒート製剤のまま交付した。実際には再分包（まき直し）が必要であった。	調整した薬剤師以外も換算が正しく行われているか一人一人が再確認する。疑義紹介時に用法用量を繰り返し確認する。			フェロミア顆粒８．３％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
836	本来オメプラール20ｍｇで処方されていた薬をピッキング時に10ｍｇを間違えて取る　ミスゼロ子でチェックが入り無事正しいお薬をお渡しする	仕事が一段落ついた夕方で気持ちが油断したときに違う薬をピッキングしてしまう。	ミスゼロ子を絶対に通すように	オメプラール錠１０	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
837	一般名処方でベタメタゾン・ゲンタマイシン軟膏と記載があり、ベタメタゾンだけみて、リンデロンVG軟膏ではなく、リンデロンV軟膏をピッキングした。	店舗ヘルプに来てくれた方がピッキングしたので、不慣れだった。	薬品棚に商品名と一般名を同時に記載する。あらかじめ間違いやすい薬を伝えておく。	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
838	一般名処方によるヒルドイドクリームと軟膏によるとり間違え	注意不足	確認を重点的に行う	ヒルドイドクリーム０．３％	ヒルドイドソフト軟膏０．３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
839	いつも、処方されている、クレストールOD2.5mgを、調剤時、よく出るクレストール2.5mgを出してしまい、監査時も、処方箋の規格をあまり確認しないで、スルーしてしまい、患者も代理の家族だったため、あまり確認せず、投薬してしまった。少したってから、別の薬剤師が珍しくOD錠がでたとの話になり、クレストール2.5mgを渡してしまったことに、気が付いた。直ちに、患者とご家族に連絡をいれ、無事、交換することができた。	調剤、監査の時に、処方箋の薬剤の規格を、十分に確認することを怠ったためにおきたことである。当然のことであるが、慣れに流されず、規格、用量、等、確認し、また、投薬時も、患者と確認しながら説明するようにしなければならない。	調剤、監査時、処方箋の個々の薬剤の規格、用量、等、確認することは、当然のことながら、投薬時も、薬情と照らし合わせながら、患者に確認してもらいながら、説明することを、励行することとする。	クレストールOD２．５ｍｇ	クレストール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
840	複数まとめて記憶調剤をして、一品目異なる規格の同成分の薬を調剤。監査時に発見し直ちに正しい医薬品と交換しお薬を交付。	複数規格があることが認識できるように、医薬品を並べて置いているが、記憶調剤の記憶違いで調剤間違いあり。	一つ一つ確認して調剤することで防止していく。	ツロブテロールテープ０．５ｍｇ「サワイ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
841	5/9に患者が来局。いつもの薬と色が違うけどとのこと。すぐに確認したところ、アムロジピンＯＤ錠2.5ｍｇを投薬すべきところ、5ｍｇ錠を投薬していた。その場でミスを認めて謝り、正しい薬に差し替えた。	当薬局ではピッキングする際に、処方箋のコピーに規格・剤型等のチェック、一般名と異なる名称の薬の場合はその名称を記載、ピッキング数を記録して1種類ずつをピッキングするルールとしているが、間違えたケースでは正しく記録されているにも関わらず、間違って投薬されていた。Wチェックすることになっているがそれも行われていなかった。当人に確認したところ、1個送りのルールが守られずにすべてを記載してからピッキングしたとのこと。	ルールではピッキングは1個送りすることとなっており、1つずつピッキングして記録するようにしているが、それが守られていなかった。先日の調剤事故で薬剤師1人でも事務員を交えてWチェックするルールになっていたが、それも守られていなかった。当人に、手順が煩雑でもそこには意味があることを説明し、ルールの遵守を求めた。	アムロジピンＯＤ錠２．５ｍｇ「あすか」	アムロジピンＯＤ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
842	ミカムロ配合錠APを間違ってミコンビ配合錠APを調剤し、十分な監査せず代理の方に渡してしまった。帰宅後患者本人から連絡があり判明	朝いちばんで患者が混雑していた。代理の方へのお渡しの為気が緩んだ。	2重監査の徹底	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
843	前回来局時ツムラ葛根湯エキス顆粒が処方されていたが、渡していたのはツムラ補中益気湯エキス顆粒だったことに患者様本人が気づき、持参された。	外観が似ていたため、とり間違えたものと思われる。	名前や外観もしっかり確認し、お渡しすることを徹底する。	ツムラ葛根湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ補中益気湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
844	ベポタスチンを誤ってベタヒスチンをピックアップ。患者が気付き投薬には至らず。	名前の類似。	確認を徹底する。	ベポタスチンベシル酸塩錠５ｍｇ「サワイ」	ベタヒスチンメシル酸塩錠６ｍｇ「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
845	一般名処方で出されたファモチジン口腔内崩壊錠10mgに対し、先発希望の患者にジェネリックで交付してしまい、数日後患者本人が来局し、これはジェネリックじゃないかとの指摘があり発覚した。入力、計算はガスターDでしていた。	以前にも間違えてジェネリックで交付した患者様であり、常に気をつけなければと思っているにも関わらずまた同じミスをしてしまった。気をつけなければと思えば思うほどミスにつながるのかもしれない。	薬局にいる全員の目で確認することを徹底する。また患者様本人とも一緒に確認していただくことを患者様に了承頂いた。	ガスターＤ錠１０ｍｇ	ファモチジンＤ錠１０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
846	ゼポラスパップ80ｍｇのところをゼポラスパップ40ｍｇで渡していて、本人はいつも40ｍｇで使っていたのでいつも通り使い切ってしまった。次回の処方でまた80ｍｇで処方が来たので気が付いた。結果的には40ｍｇの方が良かった様子	本人のいつも通りという言葉をうのみにしてしまった。	よく確認して投薬する。	ゼポラスパップ８０ｍｇ	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
847	一般名　テルミサルタン40ｍｇが、処方されたが、一般名　テルミサルタン40ｍｇアムロジピン40ｍｇ　と間違えて、テラムロＡＰＤＳＥＰが予製でピッキングされていて、監査投薬時に見逃してしまった。翌日朝患者より連絡があり、謝罪して至急速達で郵送して、間に合いました。誤薬の服薬は、ありませんでした。	処方が複雑で、不足薬がないように予製していたが、定期薬にも関わらずテラムロＡＰが監査もれしました。ＧＷ前の夜間混雑時で、家族二人分同時に急ぎだすように言われ、注意散漫で一人事務員一人薬剤師で、慌ててました。	薬情と見比べて、監査の徹底。代理の方がお薬取りに来られた時は、特に内容確認、数確認を徹底する。	テルミサルタン錠４０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	テラムロ配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
848	リマプロストアルファデスク錠５ｕｇサワイと　ベラプロストナトリウム錠２０ｕｇサワイのピッキングミス	よく似た薬品名の思い違いによる単純ミス	昨年にも同じ間違いがあり　情報の共有を行っていたが再度ミス間違えやすいお薬に対する　再度自覚を持つように周知する	リマプロストアルファデクス錠５μｇ「サワイ」	ベラプロストＮａ錠２０μｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
849	処方薬が多量であり　かつ薬袋も複数枚あるという複雑な処方であったためによく似た名前の医薬品を用法の違う薬袋に入れ間違う	医薬品の種類　薬袋の枚数が大量であったための単純ミス	薬袋に医薬品も記載されるので印字の医薬品名　用法をよく確認して薬袋に医薬品を入れるようにする	ベタヒスチンメシル酸塩錠６ｍｇ「ＪＤ」	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
850	上気道炎、喘息様症状のため、デカドロンエリキシルの5ml２XMAとトランサミンシロップの4ml３XNが同時に処方された。シロップは２本に分けて調剤して、それぞれのラベルに薬品名を記入していたが、服用時に患者さん家族が誤って、デカドロンを３XNで服用してしまったとのこと。日数の違いにより、２日後に患者さん家族が服用間違いを発見し、薬局に連絡してくれた。すでに服用した服用量は、デカドロンの１日量上限を超えていなかったため、処方どおりの内容に変更して服用するように指示し、経過観察した。数日後、来院されたときには、特に目立った異常はなかった。	2種類のシロップの外観、色調が類似しているため、患者さん家族がラベルに書いた薬品名を見落としていたのが原因でした。シロップにラベルを貼るが、文字が小さいので判別できない場合があり、特に類似した薬品の場合には、今以上の方法で区別が必要で、指導の際にも注意が必要だったと考える。	特に注意の必要なシロップに関しては、ラベル以外に大きく薬品名をマジックで書くように改善した。（例）デカドロン・・・ステロイド薬です。カロナール・・・熱さましです。以降、ラベルの大きさも考慮して、今以上に大きくするように対策する予定です。			デキサメサゾンエリキシル０．０１％「ニッシン」	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
851	家族3人分の処方せんを受け付け、ピッキングを急いでしまった。	月末の在庫管理で取り違えたことに気づき、患者様にTel連絡。残薬があり取り違えた薬品は服用されておらずすぐに取り換えにうかがった。	一人薬剤師の為、事務ともう一度ダブルチェックを行う。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
852	一包化指示、アムロジピンOD錠5ｍｇのところ、アムロジピンOD錠2.5ｍｇを分包してしまった。患者交付前に間違いに気づきやり直した	多忙時間帯、ピッキング、分包を同一人物（薬剤師）が行い、監査時に別の薬剤師が間違いに気が付き、分包をやり直した。	ピッキング、分包、監査を別の薬剤師が行うことを基本とし、分包する前にも、一度ピッキングの内容を確認する。	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「サワイ」	アムロジピンＯＤ錠２．５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
853	一般名処方で後発薬希望でしたがアレロックで患者様にお渡しする。	調剤、鑑査をひとりでおこなった。	調剤、鑑査は別々の薬剤師が対応する			オロパタジン塩酸塩ＯＤ錠２．５ｍｇ「日医工」 アレロックＯＤ錠２．５	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
854	ビソプロロールフマル酸塩錠２．５ｍｇサワイ　を１４錠処方されているところ４錠分だけ　ビソプロロールフマル酸塩錠０．６２５ｍｇサワイが一緒にゴムでまとめられ患者様に交付する患者さまより　申し出がありミスが判明し交換　謝罪する。	調剤棚が上下に配置されており何かの要因で　混在されていた。その後　ピッキングするときにも気がつかずに　監査機も通過してしまい患者様にそのまま交付してしまいました。	ヒートに違いにいっそう注意しながら調剤し　監査も徹底する。	ビソプロロールフマル酸塩錠２．５ｍｇ「サワイ」	ビソプロロールフマル酸塩錠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
855	自分で調剤、投薬を行った。	ＧＥについての説明をしていた。それで間違った薬が出ていたのだが変更になったと思い、飲んでしまった。前回の服薬指導時、コミュニケーションがうまく取れず、もやもやしながら投薬してしまった。	二重チェック。気持ちをフラットにしての投薬を心掛ける。	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「共創未来」	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
856	バルプロ酸ナトリウム徐放Ａ錠２００ｍｇトーワの処方のところをバルプロ酸徐放Ｂ錠２００ｍｇトーワから変更するにあたり、錠数がこれまで１日４錠だったところを２錠で一包化した。監査でそこに気づかず、次回の調整時に判明	調剤・監査の段階で錠数確認が漏れていたことが一番の原因となる。	業務手順、監査項目の再徹底			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
857	アローゼン⇒GEピムロ顆粒に変更調剤のところ、先発品アローゼンでピッキング。	処方箋確認不足。	あせらず処方箋を確認して調剤にあたる。	ピムロ顆粒	アローゼン顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
858	カルフィーナ錠0．5μｇを調剤すべきところ、カルフィーナ錠1．0μｇを調剤、そのまま交付してしまった。その後、薬歴記載中に、調剤過誤に気づき、患者さん宅に行き、薬を変更。患者さんは未服用。	規格により、カルフィーナ錠とアルシオドール錠「アメル」が混在しており、誤ってピッキング、調剤。	規格違いの医薬品のピッキング、調剤について、全薬剤師に注意喚起のアナウンス。処方入力データを使った、調剤鑑査システムを導入。	カルフィーナ錠０．５μｇ	カルフィーナ錠１．０μｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
859	イルアミクス錠、一般名処方に関してアムロジピン錠5mg：LDアムロジピン錠10mg：HD	整形外科門前である為、規格違いの知識不足による。	規格違いありのシールにて表示。	イルアミクス配合錠ＬＤ「ＤＳＰＢ」	イルアミクス配合錠ＨＤ「ＤＳＰＢ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
860	処方箋にはカルシトリオールカプセル0.5μｇと記載されていたが、監査の時に一包化の中に0.25μｇが入っていることに気づく。忙しい時間帯であった為、よく確認せずに全自動分包機に補充してしまった事が原因と考えられる。	忙しい時間帯であった事。一人でピッキング・分包・監査を行っていたこと。ｍｇ数の確認不足。	全自動分包機への補充を行う時に、補充薬品のバーコードを必ず読み込ませること。もしものことを想定し10錠単位で補充すること。ピッキング・補充の際に事務さんに確認を行ってもらう。可能な限りバラ錠包装を購入し補充の機会を減らすこと。以上の事を徹底するように改善した。			カルシトリオールカプセル０．２５μｇ「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
861	フェノバルビタール散、イーケプラドライシロップを服用中のてんかんのある８歳女児。てんかん既往歴のある患者に対し禁忌であるケトチフェンＤＳが処方されていた。電話で処方医に疑義照会した。てんかん患者に問題のないオロパタジン塩酸塩錠2錠　２錠２×朝夕食後に変更になった。	入力者は事務員であったためそのまま入力し、薬剤師が調剤した。別の薬剤師が投薬前に薬歴を確認したところてんかんの既往がある患者であることを確認した。	調剤する前にも薬歴で既往歴やバックヤードを確認する。			ケトチフェンＤＳ小児用０．１％「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
862	アムロジピンOD錠10ｍｇが1日1回　30日分で処方されていたが、誤ってアムロジピンOD錠10錠×２とテオフィリン徐放錠２００ｍｇ×１で交付した。後日患者様より電話にてテオフィリンが混ざっていると連絡があり、薬局内の在庫を確認したところ間違いが発覚した。アムロジピンOD錠とテオフィリン徐放錠を交換してお詫びした。	アムロジピンとテオフィリンを10錠のシートで3枚束ねて、テオフィリンが混ざっていることに監査時に気づかなかった。アムロジピンの棚にテオフィリンが混ざっていた可能性がある。薬を拾う際、確認不足であった。	同じ薬を束ねてお渡しする時違うものが混ざってないか確認する。薬の棚に別の薬を入れないよう、棚に薬を入れるとき複数人で確認するなど十分注意する。薬が合っているか確認をしっかり行う。	アムロジピンＯＤ錠１０ｍｇ「トーワ」	テオフィリン徐放錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
863	ツムラ大建中湯エキス顆粒117包にツムラ防己黄耆湯エキス顆粒が21包混ざってお渡し。後日、この事実に当事者が気づきその日ツムラ大建中湯エキス顆粒をお渡しした患者１人１人に連絡した所、渡していた人が見つかる。まだ飲んでいなかった為すぐに取り換えに行き謝罪。	薬剤を薬剤棚へ戻す際に、1箱（189包入り）ツムラ大建中湯エキス顆粒が多いという話になり発注をしすぎに注意という話でその場は終わる。だが、発注しすぎたのではなくツムラ大建中湯エキス顆粒（100）とツムラ防己黄耆湯エキス顆粒（20）を間違え同じ棚に入れてしまった為、21包混ざってしまった。	薬を納入する際、薬剤棚へ戻す際は漢方は番号と名前を必ず確認する。	ツムラ大建中湯エキス顆粒（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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
864	セファクロルカプセル２５０ｍｇ「トーワ」で処方されていた。医療事務がセファレキシンカプセル２５０ｍｇ「トーワ」で入力していて、入力エラーのまま調剤されており、セファレキシン２５０ｍｇ「トーワ」で交付していた。投薬後、処方箋チェックで別の薬剤師が入力ミスに気づき、患者宅へ連絡いれ、調剤過誤について謝罪した。服薬前で患者様のご厚意で薬局にご来局いただき、セファレキシン２５０ｍｇ「トーワ」を回収して、ケフラールカプセル２５０ｍｇを交換で処理した。	セファクロルとセファレキシンは名称類似	成分名や商品名が類似の薬剤については、電子薬歴で添付文書は確認できるので、成分名と商品名を重ねて確認するよう徹底する。	ケフラールカプセル２５０ｍｇ	セファレキシンカプセル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た事例
865	バラシクロビル粒状錠を全30包のところを誤って26包で調剤し、そのまま投薬をしてしまいました。後日、患者様のご指摘により発覚、謝罪して不足分の4包をお渡しいたしました。	バラシクロビル粒状錠「モチダ」は６包ずつパックしたものが１箱に７個入った包装となっています。それを６包×５パックお渡しするところを、誤って１パック７包との思い込みで計算して４パック＋２包にて調剤してしまったものと考えられます。	間違えやすい変わった数の包装をしてある薬剤の箱に目立つタグのようなものをつけ、注意喚起の強化を行いました。			バラシクロビル粒状錠５００ｍｇ「モチダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
866	ロキソニンテープ５０ｍｇ２８枚、ロキソニンテープ１００ｍｇ１４枚の処方のところ、ロキソニンテープ５０ｍｇ１４枚、ロキソニンテープ１００ｍｇ２８枚で渡した。交付後すぐにきがつき、正しい枚数に交換した。	繁忙時間帯でもあり、枚数の確認を思い込みで鑑査、交付してしまった。	処方内容を数回見直すことで思い込みをなくすことに努める			ロキソニンテープ５０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
867	テルミサルタンOD20ｍｇ処方の所、誤って40ｍｇでお渡しし、帰宅後患者が気付き連絡してきたため交換した	ご家族の処方と一緒に出されたため、混同した	規格確認を念入りに行う	テルミサルタンOD40ｍｇサワイ	テルミサルタンOD20ｍｇサワイ		ヒューマンエラー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	メチコバール処方のところ、間違えてワーファリン1mgを調剤してしまった。鑑査時に発見。	・シートが似ていたため。・薬品棚の整理のため薬の配置を変えたばかりだった。今までメチコバールは一番下の位置にあったため、今回一番下の位置にあったワーファリンを無意識に調剤してしまったと考えられる。	配置の考え直し	メチコバール錠５００μｇ	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
869	ユベラNカプセル100mg3C分3毎食後の処方でジェネリック変更が可能であったためジェネリック名で調剤を行ったが、トコフェロールニコチン酸カプセル100mg「トーワ」ではなく、トコフェロール酢酸エステル錠50mg「トーワ」を誤って調剤した。	規格の確認や剤形などの確認不足	処方箋に記載されている医薬品名の規格や剤形を声に出し、指差し確認を行いながら調剤をする。	トコフェロールニコチン酸エステル	トコフェロール酢酸エステル錠		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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
870	アセトアミノフェン細粒20%120ｍｇの処方だったが、220ｍｇで渡薬してしまった。当薬局では120ｍｇ、220ｍｇは予製を準備しているが、120ｍｇ製剤の補充の際に、誤って220ｍｇ製剤を補充してしまった（調剤者が補充した）。ダブルチェックをして補充したが、間違いに気付かなかった。次の日別の患者さんの調剤中に、120ｍｇの棚に220ｍｇが入っていることを発見。前日の間違いに気付き、患者さんへ連絡し謝罪。120ｍｇ製剤をお届けした。	夜間帯で薬剤師の数が少なく、混みあっていた。補充時にダブルチェックをしたが、急いでいた為きちんと見ていなかった。鑑査時にも気付くことが出来ず、そのまま渡薬してしまった。	棚の補充時のダブルチェックは、しっかり見て確認する。急いでいても、落ち着いて調剤・鑑査をする。	アセトアミノフェン細粒２０％「トーワ」	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
871	ピタバスタチンCa2ｍｇのところ1ｍｇで調剤監査、投薬も見逃してしまった	棚が隣同士の配置であり取り間違いをした監査、投薬時は確認不足であった	隣同士の配置から、棚を離して配置	ピタバスタチンＣａ錠２ｍｇ「科研」	ピタバスタチンＣａ錠１ｍｇ「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
872	メトグルコ錠250mgを継続で服用されている患者様が今回からメトグルコ錠500mgに変更されて処方されていたことに気づかずメトグルコ錠250mgのまま投薬を行ってしまった。	メトグルコ錠250mgは続けて飲んでおられた薬であり該当薬剤を含めて８剤処方箋に記載されていた。思い込みで入力者・ピッキングしたスタッフ、投薬者の３人で薬剤の変更を見落としてしまった。	全体で今回の事例を共有し再発防止をはかる。	メトグルコ錠５００ｍｇ	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
873	先発希望の患者さんに後発医薬品を調剤	午前の診療の終わり間際に患者さんが少し混んでいる状態で新規の薬が処方。その薬の事ばかりに気がいってしまい。備考の先発希望の件や薬袋との突合せが疎かになってしまい誤調剤してしまった。	先発、後希望については備考欄に必ず記載されているので、処方鑑査時や投薬時には備考欄の確認を徹底する	トラムセット配合錠	トアラセット配合錠「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
874	ジェネリック希望の一包化の患者でオルメサルタンＯＤ錠１０ｍｇをオルメテックＯＤ錠１０ｍｇで調剤。監査時に印字が違うことに気づき、正しいもので交付	先発品とジェネリックで棚もストックの引き出しも分けているが、調剤者入局後間もなくＧＥ、先発どちらもあることに気づかず調剤。取り間違い注意の札をつけているが、ＰＴＰヒート、外箱デザインが酷似しているためとり間違えたと思われる。	注意の札を棚につけてはいたが取り間違えが発生したため、外箱とＰＴＰのデザインを並べた資料を棚の近くの目につく場所につけ注意喚起をするよう改善した。	オルメサルタンＯＤ錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	オルメテックＯＤ錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
875	ランタスXR注ソロスターをランタス注ソロスターでお渡ししてしまった。患者様が使用する前に薬局にて気が付き交換対応した。患者様が使用前だったため患者様自身も気が付かなかったが、こちらからご連絡をして薬袋から取り出していつもと物が違っている事に気が付かれた。	冷蔵庫保管の薬剤を一か所に保管してしまっている為ランタス注とランタスXR注の認識不足	保管方法の改善、保管の際の注意記載等を表示	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
876	規格の間違い	前回　ＤＯだと思い込んで　投薬処方箋の確認が　足りなかった	投薬時　鑑査時の徹底	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
877	ノイロビタン1日4錠が処方されていたが、関節痛とのことで、用量もおかしいので、問い合わせ、ノイロトロピン錠1日4錠の間違い確認した。	ノイロまでが同じで、患者さんからの聞き取りで、処方間違いを確認した。	名称が似ているが、患者さん本人からの聞き取りで、処方薬剤の間違いを確認した。			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
878	規格誤りによる調剤	確認不足による調剤	処方箋記載の規格を確実に読み取る	ブロムペリドール錠１ｍｇ「アメル」	ブロムペリドール錠３ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
879	規格誤りによる	処方箋の読み違い	正確な薬品名把握をした後の調剤	ジアゼパム錠５ｍｇ「アメル」	ジアゼパム錠２「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
880	プラノプロフェン０．１％が処方されていたにも関わらず、フルオロメトロン０．１％が調剤され、入力も同じように間違えていたため、鑑査システムもスルーしてしまった。投薬時に監査・投薬者が気付き、ヒヤリハットが発覚した。	いつも出ている目薬と同じ規格であったことから、入力時に前回のものを引っ張ってきたために、そのまま間違った入力になったこと、及びＧＥか確認してもらう際に、言われた薬のまま調剤を行い、確認が不足した点が見受けられた。	入力時・調剤時、共に規格に注意が言ってしまっていたため、一般名の部分の確認が疎かになってしまったことから、今後一般名部分に鉛筆でしっかり記載して確認を徹底するようにする。	プラノプロフェン点眼液０．１％「わかもと」	フルオロメトロン点眼液０．１％「わかもと」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
881	一般名処方でケトチフェン点鼻液が処方されていたが、ケトチフェン点眼液と勘違いし、点眼液を調剤する。説明をしているときに、患者様より「点鼻薬」と言われ、再度確認した結果、点鼻薬と気づき、点鼻薬を渡す。	同じ名前で剤型の違うものがある場合、再確認をする必要がある。	同じ名前で剤型の違うものがある場合、再確認をする必要がある。	ザジテン点鼻液	ケトチフェン点眼液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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
882	規格違いをピッキングした	繁用規格を思い込み	他規格ある旨の警告表示	ツロブテロールテープ１「ＥＭＥＣ」	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
883	規格違いをピッキング	繁用規格を思い込み	他規格ある旨の警告表示	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「明治」	アムロジピンＯＤ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
884	規格間違いをピッキング	繁用規格（３３０）を思い込み	他規格ある旨の警告表示	マグミット錠２５０ｍｇ	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
885	一般名処方で、セフテラムピポキシル細粒10%（テラミロン細粒）の処方に対し、セフカペンピポキシル細粒10%（フロモックス細粒）を調剤した。交付前に再度確認して、間違いに気が付いた。	小児科の処方箋があまり来ないため、名前に似てる薬品の知識があまりなかった。抗生物質は、一般名が似ているため、一覧表を作るとかして確認するようにした。	抗生物質の一般名が似ているのがあるため、一覧表にして確認するようにした。	テラミロン細粒小児用１０％	フロモックス小児用細粒１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
886	処方箋はヘパリン類似物質外用スプレーとなっていたが、ヘパリン類似物質外用泡状スプレーを交付してしまった。	名称の類似で、思い込みで調剤、鑑査を行った。	医薬品の名称類似に注意し、一言一句を確認するように注意喚起。	ヘパリン類似物質外用スプレー０．３％「日医工」	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー０．３％「日本臓器」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
887	患者様は痛みがあるのに対し、タリオン錠5mgが処方されており、痛い時に服用となっていたので、薬の名称違いがあるのではないかと思い処方医に問い合わせ確認したところ処方取り消しとなった。	タリオン錠とタリージェ錠で名称類似しているため入力間違いがあったと思われる。	当薬局では初めに患者様とお話をして処方内容の確認を行っている。	タリオン錠５ｍｇ	タリージェ錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
888	ノボラピッド注フレックスタッチで処方せれていたが、ノボラピッド注フレックスペンを交付してしまった。	名称・剤形が似ていることと、当薬局でよく出る物がフレックスペンだったため、思い込みでフレックスペンを交付してしまった。	処方箋の医薬品の名称を最後まで確認し、思い込みで調剤、鑑査を行わないように周知する。	ノボラピッド注フレックスタッチ	ノボラピッド注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
889	テオフィリン徐放錠(24時間持続)が2錠分2で処方されていたが、テオフィリン徐放U錠200でお渡ししてしまった。薬歴を記載する際に間違えに気づき、担当医に確認し、12時間持続の方で調剤するよう指示があったため、患者さんへ正しい薬を届けた。	忙しい時間であったため、監査を急いでしまった。落ち着いて丁寧にするよう心がける。	複数人で確認するようにする。	テオフィリン徐放錠200	テオフィリン徐放U錠		ヒューマンエラー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	セルタッチ140のところを70でお渡し。翌日在庫マイナス表示で発覚。すぐに連絡し、交換に伺った。	普段あまり動かないものであり、140、70の規格があることの認識不足。前回140のほうは小分けで調剤していた。	規格に入力の段階から鉛筆で〇。調剤、監査の時も指差し確認するようにした。在庫の箱の70，140の数字に大きく赤く印。	セルタッチパップ１４０	セルタッチテープ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
891	一般名処方アムロジピン口腔内崩壊錠5ｍｇ、普段からはアムロジピン錠5ｍｇ「トーワ」を調剤することが多いこの患者様に限っては「サンド」のメーカーを常用していたトーワを調剤しポリムス、監査時にミス発覚対応となった	サンドを使用するのはこの患者のみであり、普段からトーワの使用が多いため間違えたと考えられるかつ、新人が調剤していたこともあり、トーワ以外のメーカーがあることを共有できていなかった可能性あり	新人に任せるときはこちらからGeの注意を促すもしくは歴を確認してから調剤するようにする	アムロジピン錠５ｍｇ「サンド」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
892	フェブリクの14錠シートをずっと使用していたが、販売中止になってしまった為、10錠シートの使用開始。28日分処方だったので、うっかり2シートピッキング。投薬時にシートのサイズに違和感を感じ、20錠しかないことに気付いた。	28日処方と14錠シートへの慣れ、確認不足。	余程14錠シートと10錠シートと取り扱いが変わることはないと思うが、変更のあった際はスタッフ間で在庫のなくなったタイミングで注意喚起する。			フェブリク錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
893	オルメテックOD錠（10）処方の患者にオルメテックOD（5）が1シート混じった状態でお渡しした。患者本人が服用する前にヒートの色の違いに気付き、電話連絡を頂いた。薬局在庫数と照らし合わせ、ミスが判明。	オルメテックOD錠の10ｍｇと5ｍｇはとなりの棚にある為、薬を戻す際に間違えてしまったものと考えられる。	監査時の注意はもちろん、薬を戻す際も複数人数で確認する事を徹底する。	オルメテックＯＤ錠１０ｍｇ	オルメテックＯＤ錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
894	GEで調剤していた定時薬を次回から先発品にしてほしいと患者より要望あり。要望にきづかずそのまま調剤、投薬しようとしたところ、投薬時に患者から指摘される。	前回の投薬時に繁忙期であり薬歴にその旨を記載出来ていなかった。声かけもする事で周知徹底を心がける。	薬歴にキチンと記載し、入力者にもその旨を記載しておいて貰う。	アムロジン錠２．５ｍｇ	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
895	リンデロンV軟膏、ヒルドイドソフト軟膏混合が処方されていたが、リンデロンＶＧ軟膏と入力されてた為、ＶＧで調剤。鑑査時ミス発見して再調剤。	普段リンデロンＶＧ処方される事が多い為、事務入力及び調剤者もスルーしてしまっていたと思われる	調剤者は、入力を再確認してから調剤。	リンデロン－Ｖ軟膏０．１２％	リンデロン－ＶＧ軟膏０．１２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
896	【般】セフジニル細粒10%の処方を新人薬剤師であった調剤者がセフジトレンと勘違いし、先発医薬品のメイアクト小児用細粒10%で調剤した。事務員による処方入力も【般】セフジトレンピボキシル細粒10%からメイアクト小児用細粒10%を選択していた。監査者は入力、調剤の間違いに気付かなかった。投薬前の最終確認で間違いに気づいた。	入力者は「セフジ」の３文字検索を行ったところ、最初に表示されるセフジトレンを選択してしまった。新人薬剤師は入力者の指示を受けたと思われる。監査者は２人の選択があっていると思い込み監査を怠った。	セフジニルとセフジトレンは小児領域でよく処方される薬剤であり、適応、用量も似ているため特に注意が必要である。入力時の３文字検索には注意喚起の目印をつける。調剤時には製品名と成分名の両方を確認する。	セフジニル細粒１０％小児用「ファイザー」	メイアクトＭＳ小児用細粒１０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
897	リピトール10mgをリピトール5mgでピッキング。	混み合って急いでいた。	薬局に導入されている調剤防止システムを使わずにピッキングした。	リピトール錠１０ｍｇ	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
898	処方箋（一般名)と処方内容を確認中、ジェネリックで調剤するところ、ミオナール(先発)と判別し調剤。鑑査が足りず投薬してしまった。	薬局内規通りの処方箋鑑査の手順の確認	処方箋鑑査、調剤力、薬歴記載内容、調剤内容の確認を怠らないことを再度徹底。処方箋をコピーし、調剤する薬品名を明記してから調剤する。	エペリゾン塩酸塩錠５０ｍｇ「日医工」	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
899	医院の入力ミス（一般名ケトプロフェンテープ40mgと入力しなければいけないのを20mgと入力）から始まり、薬剤師が患者にテープが小さくなりましたと確認したが、患者は医者任せであるのと、適当に返事をされた事で、後日まで発見が遅れた。	確認の難しさ	医院の入力ミスで、患者に確認しても、患者から「わかった」と言われると、薬局は入力ミスを見抜くのは難しい。	モーラステープ２０ｍｇ	モーラステープＬ４０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
900	ベネット錠17.5mgと75mgの取り間違い	ベネット75mgと17.5mgの棚が近くにあり、17.5mgと分かりながら75mgを取ってしまった。	棚の配置を離し、規格注意のシールを取り付けました。	ベネット錠１７．５ｍｇ	ベネット錠７５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
901	ザクラス配合錠LDが処方されていたが、間違えてザクラス配合錠HDを患者様に渡してしまっていた。患者様が帰宅後に患者様本人がいつもと違う薬が入っていることに気が付かれ、薬局に電話連絡をしてくださり発覚した。その後、患者様のご自宅へお伺いし正しいものと交換して謝罪した。	ピッキング時も鑑査時もHDとLDの違いに気づかず、思い込みで調剤し、患者様に渡してしまっていた。	ザクラス配合錠HDとLDの間違いが起こりやすいため、HDは棚に、LDは引き出しに保管していたが、ピッキング時にも鑑査時にも気づけなかった。この事例を全員に知らせ、再度この間違いが起こらないように、HDの棚にLDが引き出しにあるとわかるよう注意喚起の札をつけた。	ザクラス配合錠ＬＤ	ザクラス配合錠ＨＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
902	テルビナフィンクリーム「サワイ」をブテナフィンクリーム「トーワ」で間違えた。	一人薬剤師体制であった。十分な監査ができておらず間違えた。	監査を十分に行う。薬剤の外観写真と現物を良く見比べる。	テルビナフィン塩酸塩クリーム１％「サワイ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
903	他院から紹介され転院してきた患者の処方せんを応需。いつもの病院からの処方であったため，実際は１％の規格であったが、薬品名から常時処方されている規格の２％の薬品を調剤、投薬を行った。患者は新患で、今までの病院ではジェネリックを使用していたため外観の違いもメーカー違いの為と認識し受け取って帰宅。同日在庫確認中、規格違いに気付き家族に連絡、薬品を回収し正しい規格の薬品を交付した。患者は薬品をまだ開封しておらず、未使用。	通常処方箋を応需している病院からの処方であったため、規格が複数あるにも関わらずいつもの規格の薬品であるとの思い込みと、患者とのコミュニケーション、確認が不十分であったことがあげられる。	薬品棚に規格違いありと表示が明記されるように表示するとともに、該当患者の薬歴に規格を明示し、処方箋入力、調剤、監査、投薬いずれもチェックできるようにした。	ミケランＬＡ点眼液１％	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
904	漢方薬の確認時端数の２包のみのみ間違えてしまった。	津村の漢方薬は一の位が同じだと同じ色の包装に入っている。	色だけで判断せず名前の確認を怠らないようにする。	ツムラ防風通聖散エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
905	ロキソプロフェンNa錠60mgの分包漏れ。（２錠２×朝夕食後　２１日分処方）交付後、６日目に家族が発見し、薬局に連絡あり。直ちに再調剤を行って対応した。患者様は６日間ロキソプロフェンを服用していない状態となった。	本年４月からロキソプロフェン錠60mgの採用品を「サワイ」⇒「KN」に変更していた。これに伴い、分包機カセット非対応となり、新規採用品は手巻き調剤となっていたが、カセットから落ちてくると思い込み、調剤漏れとなった。さらに、監査時にもチェックできず交付に至った。	採用薬の変更に伴う分包機のカセット選択が変更になる場合は、採用変更時に分包機のDo入力を全て変更しておく。（薬品使用患者検索により対象患者は抽出可能）分包機に変更後１ヵ月間、メーカー変更品のリストを掲示しておく。			ロキソプロフェンＮａ錠６０ｍｇ「ＴＣＫ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
906	ネキシウム20mgを30カプセルお渡しするところ、ネキシウム20mg１０カプセルと、ネキシウム10mg　20カプセルが混合していた。	規格違いのネキシウムが縦に棚に並んでおり、返し間違えたか、ピッキング作業時に残薬がなくなり、箱から補充した際に間違えた可能性あり。	鑑査の時に、シートの表側だけでなく、内側になっている面も確認していく。	ネキシウムカプセル２０ｍｇ	ネキシウムカプセル１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
907	ラスビック錠７５ｍｇの処方に対してプラビックス錠７５ｍｇをピッキングした。	調剤補助者はラスビック錠７５ｍｇが新規採用となったことを知らず、名称類似のプラビックス錠７５ｍｇと思いこんでしまった。	薬局内で新規採用した薬はスタッフ全員で情報共有する。	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
908	ツムラ当帰芍薬散が処方されていたが患者さんからの聴き取りからこむら返りの訴えがあったため疑義照会したところ、ツムラ芍薬甘草湯に変更になった。	両方の薬品名に芍薬が入っているため、入力ミスによるものと思われる。	患者さんからの聴き取りをしっかり行い、処方内容が適切か判断する。			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
909	メチコバール、ノイロビタン、カロナールが処方。帯状疱疹後疼痛で来局、今回よりノイロビタンが追加、ビタミンが重複しているため疑義照会にて確認。ノイロトロピンの誤りだったと発覚。	名称が類似しているため、入力のミスと思われる。	調剤、監査、投薬もしっかりチェックする。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
910	病院から35kgの小児の単純疱疹でアストリックドライシロップ80%の1日用量を3.5ｇでいいかとの確認の連絡があり、体重換算では問題ないと判断し回答し、患者来局しそのまま調剤し、交付した。交付後、再度病院から単純疱疹と帯状疱疹の用量、日数の違いを確認され、単純疱疹の1回上限を見落としていたことが発覚。処方内容が変更になり、患者に連絡し、1日１ｇの量で調剤しなおした。服用前に回収することができた。	体重換算と1回上限量の確認を怠ったため起こってしまったので、今後、調剤前に体重、1回用量、1日用量を確認し、投薬時に再度確認する。	疾患に対する容量等の再度　確認を行う	アストリックドライシロップ８０％	アストリックドライシロップ８０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
911	頓服薬については、14回分と処方されていたが、間違えて10回分感違いをして、各10錠ずつを取り揃えてしまった。	頓服薬の処方は過去において、10回分処方が多く、その思い込みで、10回分と間違えて判読してしてしまった。また手書き処方で、判読しづらかった。	先入観による思い込みしやすい事例で、しかも手書き処方で、判読がしづらい事例でもある。鑑査および投薬前に処方を読み直すことが大切である。			メレックス錠０．５ｍｇ メトプロロール酒石酸塩錠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
912	ツムラ麦門冬湯が処方されたが、間違えてツムラ小青竜湯を揃えて出してしまった。投薬直前に気付き、やり直した。	しばらくツムラ小青竜が長期間処方されていたため、その思い込みで、今回、ツムラ麦門冬湯に変更されていたことに気付かず、従来のツムラ小青竜湯ををだして出してしまった。	鑑査および投薬直前に、薬歴で前回処方と照会して、薬の変更などの処方チェックを必ず行う。	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
913	ロキソプロフェンテープ50mgのところ、100mgでお渡し。患者様本人が気づき、直接来局され取り換えました。謝罪して、正しいテープをお渡し。	慣れによる確認不足。	指さしし、規格違いがある事を再確認し、調剤・鑑査をする。	ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「ＮＰ」	ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇ「ＮＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
914	処方箋には（般）ロキソプロフェンＮａパップ（１００）と記載されていたが、レセプト入力をロキソプロフェンＮａテープ（１００）で行い、薬剤交付もロキソプロフェンＮａテープをお渡しした。再度処方チェックを行った際に間違えに気づき、患者様本人に連絡し、回収交換した。	外用のロキソプロフェンの１００ｍｇが普段パップ剤よりもテープ剤の方がよくでていることからロキソプロフェンと１００ｍｇと言う処方箋をみて確認をおこたりテープ剤をだしてしまった	処方箋の記載をきっちり最後まで確認し、規格もすべて確認する	ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇ「三笠」	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
915	患者様より「前々回のインスリンのキャップの色がオレンジでいつもの青いキャップと違ったんだけど同じ薬よね？」という申し出により発覚。渡してしまったノボラピッド注ペンフィルは4本中3本使用済。血糖上昇と低血糖の副作用は見られず、謝罪してお許しして頂きました。	ノボラピッド注ペンフィルとノボラピッド30ミックス注ペンフィルが別の薬剤という認識がない2年目薬剤師が鑑査。1字1句確実に鑑査するように指導。	注意喚起の貼り紙を作成。	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
916	カンデサルタン・アムロジピン５ｍｇ(カムシアHD)処方のところ、カデチアHDで調剤行う。1包化だったこともあり、監査時に気付かず交付する。当日午後のチェック時に調剤者が気付き、交換に伺う。服用はされていなかった。	合剤は投薬前監査時に商品名を記入することにしているが、その時点で間違っていた。	合剤は投薬前チェック時に商品名を記載することにしている。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
917	マグミット330mg→250mgに変更処方だったが、前回DOと思い込み330mgで誤り。	前回DOとして330mgのまま入力、調剤。監査時に誤りに気付かず、そのままお渡し。施設の方の監査を何人分も続けてやっており、監査時にDOと思い込み、規格確認を怠ってしまったと思われる	施設の方の調剤、監査は急いでこなそうとしてしまうので、急いでいても監査時に正確に行えるように手順を守る	マグミット錠２５０ｍｇ	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
918	メイアクトMS錠100mgが処方されていた処方箋で患者の希望により後発医薬品へ変更調剤を行った。後発医薬品であるセフジトレンピボキシル錠100mg「OK」を調剤するところ、名称が類似しているセフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」を調剤してしまった。	名称が類似しているため取り間違えが発生した。	当局ではピッキングシステムを導入しているため、調剤時には必ず医薬品のバーコードを読み取ることを徹底する。	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
919	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒が処方されていたのに対し、ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒で入力し、投薬してしまった。後日、患者本人から処方された薬と説明書が違うと問い合わせがあり、ミスが発覚した。	前回（R1年11月）にはツムラ加味帰脾湯エキス顆粒が処方されていたので、前回の処方をＤｏしてしまったと思われる。	類似品名は他にもたくさんあるので薬局内で注意喚起するとともに、色分けをして入力時に違いがわかるようにする。	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）	ツムラ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
920	前回リンデロン-Ｖ軟膏を投与の患者で、今回アンテベート軟膏に変更となったが、入力・調剤・鑑査でミスしリンデロン-Ｖ軟膏をお渡しした。使用前に処方箋チェックでミスに気づき回収した。	一般名処方で両剤ともベタメタゾンから始まる薬品名のため、変更に気付かなかった可能性がある。	ステロイド外用剤の名称類似を改めて注意喚起。鑑査時も薬品名の詳細な確認を徹底する。	アンテベート軟膏０．０５％	リンデロン－Ｖ軟膏０．１２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
921	シロスタゾール錠１００ｍｇ、アトルバスタチン錠１０ｍｇ、セロケン錠２０mg　各１錠を一包化の際、調剤時に入れ間違え、シロスタゾール錠１００ｍｇ1錠とアトルバスタチン錠2錠、シロスタゾール錠１００ｍｇ1錠とセロケン錠2錠で一包化したものがあった。	分包機で一包化時、入れ間違いに気が付かなかった。	錠剤の形状が似ているものは、特に慎重に確認しながらセットし、再度、確認してから一包化するようにする。			セロケン錠２０ｍｇ 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
922	メマリーＯＤ錠２０ｍｇを９０錠用意すべきところ、メマリーＯＤ錠２０ｍｇ３４錠、メマリー錠２０ｍｇ５６錠でピッキング。交付前に気づき、正しい薬剤にて調剤した。	普通錠とＯＤ錠の箱の外観が類似しているほか、５６錠のピロー包装で用意していた為、違いに気づきにくかったと思われる。	ピロー包装を利用する際も名称確認・規格のチェックを行う。監査機器を使用の際は投入できない等の例外を除き、ＯＫがでるまで投薬しない。また、✖印がついたものはダブルチェックを実施し確認を行う。	メマリーＯＤ錠２０ｍｇ	メマリー錠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
923	ユーエフティ配合カプセルＴ１００が1日2回朝・夕食後、1日２ＣＰ，９８日分で処方。1箱と９６ＣＰ投薬した。グループホーム職員より連絡あり、２０ＣＰ多く来ていると。ユーエフティの１箱の包装が１２０ＣＰであったことに気づく。	１箱１００ＣＰという認識をしていた。１０ＣＰシートたったのも要因だと考える。鑑査システムでの重量はＮＧになっていた。	鑑査システムの活用。ユーエフティ配合カプセルＴ１００は１２０ＣＰであることの周知。			ユーエフティ配合カプセルＴ１００	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
924	一包化調剤、分包機カセットに充填の際、ビソプロロールフマル酸塩錠２．５ｍｇ「日医工」を充填しなければならないところ、ビソプロロールフマル酸塩錠０．６２５ｍｇ「サワイ」を充填してしまっていた。そのまま分包終了、鑑査の段階で間違いが発覚した。	ビソプロロールフマル酸塩錠０．６２５ｍｇ「サワイ」の方が処方数が多く、充填頻度も高い為、思い込みで充填してしまっていた。充填時、他職員への確認を怠った。錠剤のサイズがほぼ同じであったので、分包機でのエラーも出なかった。	薬剤充填の際は必ず2人の職員で確認してから行うことを徹底する。	ビソプロロールフマル酸塩錠２．５ｍｇ「日医工」	ビソプロロールフマル酸塩錠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
925	プレドニゾロン1ｍｇ　５錠（朝３錠、夕２錠）/日の処方でしたが、誤ってプレドニン5ｍｇ　で調剤、鑑査でもミスが見過ごされ投薬となった。後日、患者の家族からの指摘で水が発覚し、差し替えとなった。	薬剤の名称、規格のついてのミス。	調剤者・監査者ともに声掛け確認や注意喚起がが必要。	プレドニゾロン錠１ｍｇ「ファイザー」	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
926	処方箋にはハルシオン錠0.25mgが記載されていたが、ピック調剤したものがハルシオン錠0.125mgであった。投薬時に気付き、正しいハルシオン錠0.25mgをお渡しした。	調剤者、鑑査者の技術不足。	ピッキングサポートシステムを必ず使用する。調剤前に薬歴やお薬手帳など患者様情報を確認する。	ハルシオン０．２５ｍｇ錠	ハルシオン０．１２５ｍｇ錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
927	一般名でバルプロ酸ナトリウム（１００)が処方されている所、バルプロ酸ナトリウムSR（１００）で調剤、投薬。３回目の来局時に他の薬剤師が間違いに気づき発覚。バルプロ酸ナトリウム(１００)は在庫しておらず、当薬局ではバレリンで通常は調剤している。体調に問題はなく、医師にも報告した。	入力者、監査者共に、徐放製剤についての知識不足。注意力不足。名称が似ていても、SR等がついている場合は疑問に思わなければいけない。	一般名処方からジェネリックを選択する際に、類似薬に注意する、徐放製剤がある医薬品に注意する様職員に伝達した。	バレリン錠１００ｍｇ	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
928	有料老人ホームにお住まいで居宅療養管理指導を実施している方。入院していた病院から退院処方あり。入居時に退院処方の一包化された薬を持参され、数日後に薬局で回収した。薬剤情報提供書に記載されている刻印とは異なる薬が13包あった。 調べたところビソプロロール（0.625）「サワイ」が分包されていなければいけないところ、ビソプロロール（2.5）「サワイ」が分包されていた。上記の内容と患者の状態について施設へ確認したところ大きな変化はないけれど収縮期血圧が100以下になっていた日があったとのこと。病院へ確認し間違って分包されていたことが判明した。	病院へ確認したところ自動錠剤分包機に薬を充填する際に誤った規格を充填してしまったことが原因。	一包化された持参薬は薬局でも再度鑑査する必要があると思われる。			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
929	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には「ヒルドイドクリーム0.3%　25ｇ　1日２回　朝夕　体に塗布」と記載さてれいた。 薬剤師Ａは調剤する際、ヒルドイドクリーム0.3%を調剤するところ、ヒルドイドローション0.3%を調剤し、そのまま鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Ｂが間違いに気付き、調剤した薬剤師Ａに間違いを伝えた。薬剤師Ａはヒルドイドクリーム0.3%を正しく調剤し、鑑査に回した。調剤の段階で誤りに気付いたため、患者のは正しい薬を交付した。	忙しかったため、最後まで名称、剤形を確認しなかった。	類似名、剤形の違いなど薬局内の薬剤について再度周知を行った。	ヒルドイドクリーム０．３％	ヒルドイドローション０．３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
930	もともとチラーヂン錠50μｇ1錠服用、今回より増量チラーヂン錠25μｇと12.5μｇの取り違えで119日間服用　（Ｄｒに報告、その後は87.5μｇで119日間継続服用で様子確認していく）	チラーヂン錠の増量があり、25μｇと12.5μｇと同じところにあり、取り間違えた。年末でいそがしかったのもあるが処方の再確認を怠って調剤過誤にいたった。	二重鑑査、服薬時もう一度、見直し、患者と一緒に確認するように改善。			チラーヂンＳ錠２５μｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
931	該当薬品は1シート12カプセルであったにも関わらず、1シート10カプセルという思い込みにより誤った数量で調剤してしまった。その後、鑑査時に数量誤りに気付いた。	薬をピッキングした後、その薬品の数が正しい数量なのか等も含め自己鑑査を行ってから鑑査者へ渡す。	調剤者、鑑査者は別人となるよう業務を進めていく。			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
932	カルフィーナ錠不足分８２錠を、後から届いた１００錠の箱から出して投薬する際に、他の調剤に使用したロルカム錠の残りが、たまたま4錠だけ調剤棚に戻さずに手元に置いてあった。勘違いして包装が類似しているので、不足分の８２錠の中に合計していっしょに入れてしまった。	忙しくて、調剤に使用し取った残りの部分を、元の棚戻してなかった。クスリ端数を、調剤棚のテーブルの上に単体で置いた。	くすりのシートの端数を使用するときは、必ず薬のなまえを確認してから、薬袋に入れる。調剤時、薬を調剤棚に戻すときは必ず確実にもとの位置に戻す。薬を裸のままテーブルの上に置かない。	カルフィーナ錠０．５μｇ	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
933	4/4患者が処方箋をもって来局した。処方箋のとおり、オロパタジン塩酸塩錠5ｍｇ「杏林」とモンテルカストチュアブル錠5ｍｇ「明治」を調剤しそのまま投薬した。その後在庫管理システムよりモンテルカストチュアブル錠5ｍｇの在庫が多いことが判明。（60錠）すぐに電話にて確認するも、今回お渡し分は問題なし。しかしよく確認すると、以前の処方されていた薬と違うとのこと。そのため再度確認したところ、以前処方の2/8と2/28の分がおそらくモンテルカスト錠10ｍｇ「オーハラ」がわたっていた可能性があると判明。すぐに体調を確認し、今のところ異常はなし。そのため謝罪し、今後症状が変われば連絡していただくよう指示しました。	モンテルカスト錠とモンテルカストチュアブル錠は名称がよく似ているが、用量が違い、また適応年齢も違い、バイオアベイラビリティも違う。そのため思い込みでの調剤ミスが起こりやすい薬剤である。また今回投薬した薬剤師がまだ当局にきて1年未満であり、モンテルカスト錠10ｍｇ「オーハラ」が当局でよく調剤されるため、確認を怠ったと推測される。	今回2回も同じ患者で調剤過誤があり、十分に注意が行き届いてなかったと思われる。そのためまず、ピッキングの際に年齢、用量など注意して行い、投薬者も同様に処方せんにて確認をするよう徹底する。またモンテルカスト錠10ｍｇ「オーハラ」の調剤棚に『チュアブル錠注意』と注意喚起の付箋を貼付した。	モンテルカストチュアブル錠５ｍｇ「明治」	モンテルカスト錠１０ｍｇ「オーハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
934	当日処方は【般】ビオヂアスターゼ2000等消化酵素配合錠（オーネスST配合錠）であった。前回処方が【般】ビオヂアスターゼ1000等消化酵素配合錠（アリーゼS配合錠）で規格が変更になっていたが、入力者は気付かずそのままDoで入力。また、調剤者も前回処方をアシストシートで確認した際に処方変更に気付かず、アリーゼS配合錠を調剤した。監査時も気付かずスルーし投薬した。	投薬時に患者様より「アリーゼはもうすぐ販売中止になるんだってね。だからそのうち処方変更になるらしいよ。」とお話があり、投薬後に販売中止の情報を調べていたところ、アリーゼS配合錠の一般名は【般】ビオヂアスターゼ1000等消化酵素配合錠であり、今回処方の【般】ビオヂアスターゼ2000等消化酵素配合錠ではない事に気付いた。	・棚札に「【般】ビオヂアスターゼ1000と2000、規格注意」の注意喚起をする。・今回のように入力者と調剤者が同じミスをしてしまうと監査機器で過誤を防ぐことができないことを踏まえ、入力チェックの際に声だしを徹底する。・今回の事例に限らず、注射薬や整腸剤、消化酵素剤等の一般名は類似する薬品名が多いことを調剤室内で情報共有する。	オーネスＳＴ配合錠	アリーゼＳ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
935	施設の入居者にカロナール錠300ｍｇが処方されていたが、間違ってカロナール錠200ｍｇで調剤。他の薬と一緒に一包化してお渡しした。後日、服用前の段階で施設の看護師から指摘、発覚。	調剤者、監査者は別だったが見落とし。錠剤は300ｍｇと200ｍｇは大きさも色も酷似しているが刻印をきちんと判別していたら防げていた。	スタッフ全員でピックアップ、調剤、監査の段階で注意して業務すること、声掛けなどすること周知した。調剤過誤防止のための実践マニュアルで学習した。	カロナール錠３００	カロナール錠２００		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
936	バルプロ酸徐放出顆粒で調剤すえるところバルプロ酸細粒で調剤し、監査で見つけることができなかった。	夕方１７時頃の多忙時期に調剤と監査、かつ至急対応で焦りがあった。いつもとは違う調剤者が調剤にあたり「バルプロ酸」だけ見て棚から取り出して徐放出顆粒であることを確認せずに調剤した。直前にバルプロ酸細粒を調剤していたこともミスの原因である。一方監査者も調剤時のジャーナルのバルプロ酸だけ見ていたため見逃した(今回の監査者はいつも調剤している者で間違っていないとの思い込みもあった)。	薬品のビンと処方箋と照合してから調剤する。監査時にも調剤時のジャーナルと処方箋と照合する。両剤の棚の中の位置を変更した。	バルプロ酸Ｎａ徐放顆粒４０％「フジナガ」	バルプロ酸ナトリウム細粒４０％「ＥＭＥＣ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
937	デパケンＲ錠200mgを後発変更し、バルプロ酸ナトリウムSR錠200mgへ変更入力すべき内容を、手入力でデパケン錠200mgからバルプロ酸ナトリウム錠200mgへ変更入力した。薬剤自体は正しい薬剤を渡した事、服薬前にすぐに気付いた事で患者への影響はなかった。	コロナ対応により普段応需していない処方箋を応需、*普段はQRコード入力だが手入力*であった。デパケン製剤は普段取り扱いがなく、徐放錠がある事の認識がなかった。また薬剤師も徐放錠のタイプが2種類ある事を把握していなかった。（デパケンR、セレニカR）	今回は先発からの手入力の間違いであったが、一般名処方では処方箋標記とレセコン標記が異なり徐放錠タイプの間違いに繋がる恐れがある。バルプロ酸製剤、テオフィリン製剤など、徐放錠が複数ある薬剤毎に一覧表を作成し、同様の事例をおこさないよう研修を実施した。			バルプロ酸ナトリウムＳＲ錠２００ｍｇ「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
938	内科クリニックの処方。一包化している患者。 ベザフィブラートSR錠200mg「日医工」が出ていたが、分包機のカセットに入れて空になった瓶がベザトールSR錠200ｍｇだった。 当日ベザトールSR錠で分包している患者がいなかった為、カセットへの補充を間違えた可能性があり、自宅に伺って薬を交換した。 1包のみベザフィブラートSR錠200mg「日医工」で、残りがすべてベザトールSR錠200ｍｇが分包されていた。	先発品と後発品は補充ミスを防ぐために、瓶を置く棚を別にしたり、カセットの位置もずらしているが、当日ヘルプの薬剤師だったので補充ミスをしてしまったよう。錠剤の大きさも同じでエラーにならなかった。 一包化の監査は1包のみ中身の記号を確認して、残りを数でチェックしているので、監査したものだけ正しかったのでミスに気付かず投薬してしまった。	カセット本体にも薬品名を貼り、分包の中身の監査も1包のみではなくランダムに行うようにした。			ベザフィブラートＳＲ錠２００ｍｇ「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
939	リンデロン点眼0.01％のところを0.1％で調剤、監査、投薬。患者さんが日頃使用しているものと容器色が違うと気がついて発覚、変更した	混雑時であり、一人調剤、監査によるヒヤリハット。ルール徹底の必要あり。日頃0.1％処方がメインであり、0.01％は当患者さんのみ。経験不足、知識不足もあり	一人調剤、監査禁止。どんなに簡単な処方であってもダブルチェックの徹底指導。リンデロン点眼液の箱に患者氏名を記入した	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
940	スピリーバ吸入カプセル５６カプセルを２８カプセルで交付した	スピリーバの規格を２８カプセルと思い込み、２箱で調剤・監査した。実際には１箱１４個入りであった。 交付時には薬袋に吸入器とともに入れて用意されており、そのまま交付したあと、間違いに気が付いた	スピリーバは1箱１４カプセル入りが採用と薬局内で周知させた。			スピリーバ吸入用カプセル１８μｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
941	ガナトンが在庫不足により不足なっていた。後日、交付の際にガスコンでお渡しをしてしまった。	アマリールとアルマールと同じ類似薬品名	不足時においてもダブルチェックを欠かさずに行う	ガナトン錠５０ｍｇ	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
942	いつもフェキソフェナジン３０ｍｇを飲まれている患者だった。今回も今までと同じように６０日分出ていたが、直近で１２歳になる為、用量について問い合わせ。１２歳になるまでは３０ｍｇ、それ以降は６０ｍｇで漸減処方となった。	抗アレルギー剤は年齢によって用量が変わる。継続で服用中の患者は変更になる年齢には注意が必要である。	抗アレルギー剤の早見表を作っている。	フェキソフェナジン塩酸塩錠６０ｍｇ「ＳＡＮＩＫ」	フェキソフェナジン塩酸塩錠３０ｍｇ「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
943	一般名メトホルミンMT250mgが処方されていたが　間違えてメトホルミンMT250mg「トーワ」ではなく　メトホルミン250mg「トーワ」で患者さんに交付しかけた。	メトホルミンとメトホルミンMTが違うものであるということを知らなかった。	一般名メトホルミンとメトホルミンMTは違うものであるということを職員に周知する。	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「トーワ」	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
944	カンデサルタン２ｍｇで交付すべきだったところ誤ってカンデサルタン８ｍｇで交付。処方元の病院へ連絡し健康上変化がなく経過観察となる。当該患者へも過誤の内容の説明と謝罪ののち正しい薬剤へと取り換え。	ピッキングシステムが最終段階まで終了していなかった。	ピッキングシステムの仕様と完了徹底。	カンデサルタン錠２ｍｇ「あすか」	カンデサルタン錠８ｍｇ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
945	目ヤニが出るということで、タリビット点眼液0.3%が5㎖処方された。待合室に患者さんが多く、忙しい時間帯であった。監査をするときに「タリビット」の文字を確認したので、点眼液と思い込んでしまった。翌日に気になったので再度確認して間違いに気が付いた。すぐに電話で連絡し、交換させていただいた。まだ未使用だったので問題はなかった。	繁忙期でもあり、早く投薬しないととの思いもあり、確認不足だった。点眼液と耳科用液では形も違うし、キャップの色も違うので、冷静に確認すれば気が付くはずなのに間違ってしまった。	同一名称の点眼液と耳科用液の監査をするときの、チェックポイントをまとめを作成し、確認漏れがないようにしたい。もちろん、どんな時でも冷静に監査を心掛けることが大切である。	タリビッド点眼液０．３％	タリビッド耳科用液０．３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
946	テルミサルタン20ｍｇをお渡しすべきところ、テルミサルタン40ｍｇを誤って渡してしまった。調剤者、投薬者ともに気づかなかった。投薬した翌日に、患者さんが来局して、いつものくすりと違うし、薬袋には20ｍｇとあるのに、入っていたのは40ｍｇなので、おかしいのではないかと指摘してくれた。ちなみに、レセコン入力は正しく20ｍｇで入力されていた。当薬局は監査システムは未導入である。薬は、患者さんによって服薬されていなかった。	要因1　テルミサルタンは20ｍｇと40mgが同じスペースに入っている。要因2　監査システムが未導入要因3　患者さんが続けて来局して忙しかった。薬剤師３人いたが、１人は一包化作成中であった。	薬情と照合しながら、又は患者さんに確認してもらいながら投薬すれば、未然防止できた調剤過誤と考える。	テルミサルタン錠２０ｍｇ「ＴＣＫ」	テルミサルタン錠４０ｍｇ「ＴＣＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
947	調剤した翌日、父親からの電話で規格間違いが判明。投薬時は母親と本人が来局されたが、以前服用していた規格だったためか、投薬時には気づけずお渡ししてしまった。普段薬の管理をしているのは父親であり、間違いに気づいてもらえた。服用前に回収・交換できたため、患者本人は服用していない。	当薬局ではアリピプラゾール錠3mgの処方を受けることが多く、慣れから思い込み、確認を怠ってしまった。	規格までしっかりと確認を行い、思い違いしないように注意する。棚を変更して注意喚起を行う。	アリピプラゾール錠６ｍｇ「ニプロ」	アリピプラゾールＯＤ錠３ｍｇ「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
948	医療機関より一般名でアトモキセチンカプセル(10)が処方されたが、アモキサンカプセル(10)をお渡しした。すぐに患者さまに連絡し、お詫びと服用の有無を確認した。アトモキセチンはすぐに郵送した。	事務が不在の時間であった。前回より薬も増えており、慣れない入力もせねばならず、ピッキングに集中できていなかった。また今までの病状や服用薬からうつ薬のアモキサンという思い込みもあった。	処方箋をしっかり確認する。	アトモキセチンカプセル１０ｍｇ「日医工」	アモキサンカプセル１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
949	ヒアレイン0.3%のところを0.1%で投薬。薬歴入力時に気づいた。すぐに電話連絡し、交換に伺い使用前に変更した。	混雑時であり、簡単な処方と思い、一人調剤、監査、投薬を行ってしまった。	どんなに混雑していても、簡単な処方であってもルールは守ること。	ヒアレイン点眼液０．３％	ヒアレイン点眼液０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
950	イグザレルト錠15で処方記載があったが、入力調剤ともに間違えてイグザレルト10で渡した。患者家族が間違いに気づき服用前に発覚した。	入力者と調剤者が同じだった。監査も注意散漫だった。	監査を徹底させる。	イグザレルト錠１５ｍｇ	イグザレルト細粒分包１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
951	ビソプロロール2.5ｍｇ日医工とイミダプリル錠2.5ｍｇTCKの半錠を一緒に分包の調剤。ビソプロロールの半錠が棚に余っていたため再利用しようとピッキング。ビソプロロールは14.5錠ピッキングし古い半錠を先に使用した。新しく半分にしたビソプロロールが0.5Ｔ余る予定だった。分包して投薬を行った後、薬局薬剤師が残ったビソプロロールの半錠をみたところイミダプリル錠であったことが判明。分包した２８包のうち１包がビソプロロールを２つ入れている事わかった。すぐに患者へ連絡を行い誤って調剤を行った1包を正しく調剤し直した。	長期連休前、棚卸し業務もあり大変混みあっている状況だったため焦りが生じていたため分包する薬をまき間違えた。また、イミダプリル錠2.5ｍｇＴＣＫとビソプロロール錠2.5ｍｇ日医工の外観が似ている、割っているため刻印が良く見えないため監査時に気がつけなかった。	同時に2種類以上の薬品の半錠を分包する場合はまき間違えが起きるため棚に残っている半錠は使用しない。監査時に錠剤の外観だけでなく質感も確かめる。	イミダプリル塩酸塩錠２．５ｍｇ「ＴＹＫ」	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
952	4/27　午後0時ごろ、ツムラ苓桂朮甘湯2.5g／包　7.5g　毎食後分３　３０日分で処方されていたが、誤ってツムラ苓姜朮甘湯2.5g／包　7.5g　毎食後分３　３０日分で調剤を行った。その後、鑑査した薬剤師が気が付き、誤った苓姜朮甘湯から苓桂朮甘湯に変更し、患者にお渡しした。お渡しする前に気が付いた為、クレームなどはなく正規の物をお渡し。	苓桂朮甘湯と苓姜朮甘湯の薬品名が類似しており、勘違いをしたまま調剤を行った。	薬品類事物があることを周知徹底する。また鑑査時には処方箋だけでなく、薬品情報提供書の写真とも見比べて間違いがないかを確認する。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
953	フラボキサートで処方。患者様へ説明したところビタミン剤を処方するとのことＤｒへ確認。入力を間違ったとのこと。	一般名だけでなく先発品名まで考える。	患者様と症状などについて話す。			ブラダロン錠２００ｍｇ 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
954	処方箋ではプレドニゾロン1ｍｇ入力にてプレドニン5ｍｇ調剤前に発覚し、修正。	入力に慣れていて、確認を怠った。コロナ状況下で、電話での対応等々いつもと違う状況下にあった。	事務における入力の見直しの徹底。手順の順守	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
955	カロナール錠500をメトホルミン塩酸塩錠500ｍｇMT「ニプロ」と間違えてお渡し。	カロナール錠500の充填の時に間違ってメトホルミン塩酸塩錠500ｍｇMT「ニプロ」を調剤中に充填してしまい、そのままメトホルミンで調剤し投薬してしまった。患者様より薬が違うと服用前に連絡して頂き、すぐに交換対応をした。	カロナール錠500とメトホルミン塩酸塩錠500ｍｇMT「ニプロ」は外観が似ているので、薬棚に充填する際には、別の職員にも確認してもらって行うようにする。	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
956	シンバスタチン５ｍｇが処方されていたところ誤ってシルニジピン５ｍｇで調剤。監査時に発覚。	シンバスタチンが処方されることは少なく、規格が同じで薬品名も若干似ており、最初の文字で判別したと思われる。	思い込みで調剤しないよう、調剤完了後に再確認の徹底。	シンバスタチン錠５ｍｇ「ＳＷ」	シルニジピン錠５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
957	イルアミクスHDの一般名処方でレセコン入力時、薬剤変換の際にイルアミクスLDを選択してしまった。	事務員の知識不足があり、HDとLDの違いや存在を把握していなかった。入力時、規格違いでの変更を行った際にLDを選択してしまった。前回LD→HDに変更となっていたため、薬剤師監査の際に気づいた。	薬局内のすべての配合剤の違いを示す表を作成し、全員に徹底した。新規配合剤処方時は注意を払い、投薬後、作成した表に追加するようにした。	イルアミクス配合錠ＨＤ「ＤＳＰＢ」	イルアミクス配合錠ＬＤ「ＹＤ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
958	一般名処方において、メイアクト小児用細粒のところをセフゾン細粒小児用で調剤。	一般名が類似しており、確認不足が原因と思われる。また小児の1日量/体重も同程度量であるため秤量時の鑑査においても気づかなかったと思われる。	新たな対策は設けず基本的な確認事項の徹底と、一般名や商品名が類似している薬剤については、調剤カウンターへ注意を促すメモを貼付。また名称類似により間違いやすい薬剤についてはリスト等で確認し注意喚起を行う。	メイアクトＭＳ小児用細粒１０％	セフゾン細粒小児用１０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
959	定期薬処方であったが、配合剤の一般名の読み間違いにて、誤った調剤投薬となった。60日処方にて1か月後に患者本人より前回処方薬と違う薬剤ではと思い相談され、誤調剤投薬が分かった。	配合剤の読み間違い	特に配合剤においては、再再度見直しをしての注意が必要	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
960	一般名処方でテラムロＢＰを調剤すべきだったが、テルチアＢＰを調剤した。調剤者は一般名処方のテルミサルタン80ｍｇの部分で思い込みでテラムロＢＰを選択した。	テルチアとテラムロはどちらも同じくらいの頻度で処方されている。また、普通薬と劇薬の違いもあるので、棚は離れている。確認不足、確認するポイントが意識出来ていない事が原因と考える。	調剤する前に入力者がＦＡＸ処方箋にどの薬剤を選択するか、明らかに１つに決まる場合以外はきちんと書くようにする。薬品棚にも成分の表示してあるので、何を確認する必要があるか目立たせる。	テラムロ配合錠ＢＰ「サワイ」	テルチア配合錠ＢＰ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
961	ヒューマログミックス50注ミリオペンのところ、ノボラピッド50ミックス注フレックスペンと間違えた。	繁忙期であり、50だけ確認し思い込んでピッキングした。	ピッキング後、数量を確認し鑑査者に渡すようにしているが、確認せず鑑査に回してしまった。自分でピッキングしたあと、数量を確認し鑑査にまわす。	ヒューマログミックス５０注ミリオペン	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
962	ダラシン７５ｍｇ6カプセルを１５０ｍｇ６Ｃで渡した。患者さんは1回2カプセル服用することに気づかず1カプセルしか服用していなかった。	ダラシンに７５ｍｇと１５０ｍｇがあるのに気づかなかった。	他規格ありの表示を行う			ダラシンカプセル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
963	先発希望の患者に対して、２薬品ジェネリックでの調剤・鑑査・投薬を行ってしまった。帰宅後、ご本人より連絡があり発覚。	昼休憩時間帯で薬局在局人数が普段より少なく、調剤から投薬に至るまで複数人数での確認ができなかった。先発とジェネリックが同じ引き出しに保管されており、ミスを招きやすい状態であった。	先発とジェネリックの保管場所をわかりやすく変える。少ない人数での調剤・鑑査時はより間違えのないよう確認を怠らないようにする。	プラビックス錠７５ｍｇ ベザトールＳＲ錠２００ｍｇ	クロピドグレル錠７５ｍｇ「ＳＡＮＩＫ」 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
964	【般】ヘパリン類似物質外用スプレーでの処方。門前医院では上記処方に加えコメントで「泡スプレーでお願いします。」との記載があることがほとんど。今回はコメントの記載は無かったが泡スプレーで入力。鑑査時に気が付いて修正。患者さんに確認したところ外用スプレーでの処方とのことだった。	門前医院から一般名処方で処方されるが、当薬局での調剤数は外用スプレー：泡スプレーが1：30くらいの割合である。普段から泡スプレーを入力、調剤しているためコメントが無いことを勘違いしてしまったと思われる。	処方箋のコメント欄までしっかりと読み入力を行う。薬剤師はもちろん入力者にも周知させた。	ヘパリン類似物質外用スプレー０．３％「日医工」	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー０．３％「ＰＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
965	ランタス注ソロスターが記載されていたが、ランタスＸＲ注ソロスターで調剤し交付。後日患者よりいつもと注射のデザインが違うと連絡があり調剤ミスが発覚した。	繁忙であり一人で調剤を進めてしまった。ランタス注とランタスＸＲ注の違いなどを理解しておらず、ピッキング時に注意が向かなかった。	ピッキング者と監査者を必ず分ける。薬局内に薬剤師が一人の際は投薬後に再度処方箋と照らし合わせ確認する。インスリンなど人体への影響の大きいものの調剤ミスの重大性を薬局内で共有する。	ランタス注ソロスター	ランタスＸＲ注ソロスター		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
966	一般名：テルミサルタン40ｍｇ/アムロジピン5ｍｇの記載がある処方箋を調剤テラムロ配合錠ＢＰ「トーワ」（テルミサルタン80ｍｇ/アムロジピン5ｍｇ）がピッキング、入力されていた。監査では気がつかず、患者への投薬中に「血圧が上がり薬が変わった」との話があり再確認したところ間違いに気がついた。	繁忙な時間帯で調剤を急いでいた。ピッキング前の処方監査を行えていなかった。ＤＯ処方が続いていた患者であったため監査自体が雑になっていた。	処方箋コピーの規格部分にチェックをいれる。	テラムロ配合錠ＡＰ「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
967	ドンペリドン5ｍｇ処方を汎用している10ｍｇで調剤・投薬	監査の徹底、投薬時再確認	ダブルチェックの徹底	ドンペリドン錠５ｍｇ「サワイ」	ドンペリドン錠１０ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
968	グラクティブ錠５０ｍｇとジャヌビア錠５０ｍｇの取り違い	一包化を行っている事例で、集薬の際にグラクティブ錠とジャヌビア錠を間違えて集薬し、自動分包機にて分包の彩も手巻きの薬だった為、気付かず作製。監査時に空のPTPシートと錠剤刻印監査にて間違えが発覚。	監査時の対策として、空のPTPシートと刻印の監査を励行していたので、間違えに気付くことができた。集薬の際も処方箋の内容をしっかり確認して、集薬するように務めるように指導を行う。	グラクティブ錠５０ｍｇ	ジャヌビア錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
969	ツムラ桂枝茯苓丸加薏苡仁エキス顆粒が処方されていたが、不足だったのである分だけ先にお渡しし、残り不足分は後日また来ていただいたときにお渡しにすることになった。不足分は翌日納品するように当日発注した。翌日、納品された薬にツムラ桂枝茯苓丸加薏苡仁エキス顆粒とツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒の納品があった。誤ってツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒を調剤してしまい、お渡しした際に患者様が気づいてミスの発覚につながった。	納品された薬に、薬の類似品であるツムラ桂枝茯苓丸加薏苡仁エキス顆粒とツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒の納品があった。この2つの薬は見た目も同じで、名称も類似しており、番号も125番と25番なので間違いやすい。調剤鑑査は機器の使用をしていなかったことから、今回のミスにつながったと考えられる。納品された日は、直接患者対応した薬剤師は休日で、応援の薬剤師が対応したので環境の不慣れもあったと考えられる。	今回の場合は、機器の使用があれば必ず防げたミスになるので、不足の薬であってもしっかりと機器を使用するように徹底する。もし機器が使えなくても、一文字鑑査を徹底し、ミス防止につなげる。	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
970	人工涙液マイティア点眼液（数回/日）とフルメトロン点眼液0.1%（4回/日）を点眼されていた患者。フルメトロンをGEのオドメール点眼液に変更した際、オドメールの容器がマイティアの容器と同じになった説明を怠ったため、オドメールをフルメトロンと思って点眼していた。調子がおかしいと本人が気づき、間違って点眼していたことが分かった。	点眼薬のGEに変更時、容器の変更に意識がなかった。フルメトロンとマイティアは全く容器が違っていたため、患者は区別しやすかった。マイティアとオドメールは同じ容器のため、薬剤交付時、家人には変更を伝えたが、容器が同じだから注意してと一言付け加えるべきだった。	GE変更時は、必ず今までのものと変更するものを確認してもらい交付するようにする。			オドメール点眼液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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
971	一般名処方テルミサルタン４０ｍｇ・アムロジピン配合錠（製品名テラムロ配合錠AP「DSEP」）のところ、一般名処方テルミサルタン４０ｍｇ・ヒドロクロロチアジド配合錠（製品名テルチア配合錠AP「DSEP」）で調剤してお渡し。 棚卸時、薬の差異が±となっていたため調査を行ったところ、今回の過誤が判明した。 判明次第、薬を作り直してお届けしたが、２日間服用。体調には変化はないと確認し、処方医にも報告。患者様ご本人は、いつもと薬の色が違うと家族には話をしていたが、そのままになっていた。	配合剤のため、一般名および製品名の名称が似ていた。日頃より注意喚起を行っていたが、今回の間違えが起きてしまった。PTPシートは監査システムを通しているが、一包化薬については行っていなかった。	忙しい場合でも、監査システムは必ず通すことを徹底する。また、一包化薬については、他者によるシートの確認を必ず行うことを徹底する。	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
972	同じフィブラート系の薬であり、名称も類似しているため思い込みがあったのだと思います。	間違えやすい事例であることを意識していなかったように思われます。	薬局全体に事例を伝言したいと思います。	フェノフィブラート錠８０ｍｇ「武田テバ」	ベザフィブラートＳＲ錠２００ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラー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	メチコバールを調剤のところ、近くの棚のワーファリンを取ってしまった。どちらも赤のPTPである。	普段は2人体制だが、一人が入院ししまった。そのため薬剤師が一人の状況だった。患者がかたまって来たために慌ててしまったので起こった事例である。	調剤補助などを使い、調剤から投薬までを全て一人で行うことはないようにする。	メチコバール錠５００μｇ	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
974	プロプラノロール10mg168錠処方のところ、68錠はプロプラノールで、100錠を箱でインデラルが調剤されていた。箱の確認が不十分だったため、そのままインデラルで投薬してしまった。	繁忙時ということもあり、バラ錠の方が正しく調剤されていたこともあり、箱の方が先発品だということに気付かなかった。	箱を開け、アルミシートも開封して、中身を確認して鑑査すること。	プロプラノロール塩酸塩錠１０ｍｇ「日医工」	インデラル錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
975	オルメサルタンＯＤ２０ｍｇ処方のところ１０ｍｇで投薬してしまいました。４日間服用されいつもと薬が違うことに患者さまご本人が気づかれ来局され、規格違いの間違いに気づきました。	採用薬と近隣のクリニックの採用薬が違うため、普段よく処方される薬剤の思い込みもあり規格違いでお渡ししていましました。規格違いの棚をはなす。規格違いの薬剤が処方されたときには、声がけする。	近隣のクリニックの採用薬には常に規格違いを念頭におき　規格違いの薬剤の棚をはなす　規格違いの薬が処方されたときにはお互いに声がけをする。	オルメサルタンＯＤ錠２０ｍｇ「ニプロ」	オルメサルタンＯＤ錠１０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
976	ロキソニンテープ１００ｍｇ　70枚　ところ　ロキソニンパップ１００ｍｇ　70枚　でピッキング鑑査時に間違いに発覚しました。	名称が似ているので、間違いに気づきませんでした。慣れもありました。	処方箋の薬品名をしっかり確認します。　薬の配置を離しました。	ロキソニンテープ１００ｍｇ	ロキソニンパップ１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
977	セルシン２ｍｇ２１０錠のうち５ｍｇが１０錠(１シート)混入していた。患者様より連絡あり判明	２規格は同じ引き出しに配置されており、１０錠のみ別の箱より出してしまったと考えられる。	確認の徹底。５ｍｇと大きく記載し、区画を分けて配置した。	２ｍｇセルシン錠	５ｍｇセルシン錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
978	先発品希望の患者にもかかわらず、処方箋はオロパタジン塩酸塩錠5mgの一般名で処方されていたため、後発品を交付してしまった。	後発品の名称は成分名が多くなっており、一般名で処方され、名称が同じ薬剤を選択してしまった。	患者が先発品希望かどうかを先ず確認し、薬剤の選択を行うように周知徹底する。	アレロックＯＤ錠５	オロパタジン塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
979	塩酸リルマザホン１mgのところ２mgでお渡ししてしまった	業務の終了間際のに1包化の処方で焦ってしまった	普段リルマザホンは２ｍｇが主で１ｍｇはこの患者さんしかいなかったので思い込みで調剤してしまった申し送りに１ｍｇを間違わないように書いておく	塩酸リルマザホン錠１「ＭＥＥＫ」	塩酸リルマザホン錠２「ＭＥＥＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
980	ビタメジン配合カプセル50のところビタノイリンカプセル50で誤って調剤した。調剤者、監査者共に間違えに気が付かず患者様にお渡し。患者さまからご連絡があり、間違い発覚。	類似名称であり同じ引き出しにしまっていたことからミスにつながったと考えられる。	保管場所を変更することで対応。	ビタメジン配合カプセルＢ５０	ビタノイリンカプセル５０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
981	クラシエの芍薬甘草湯エキス細粒が処方されたが、間違えてクラシエの当帰芍薬散料エキス細粒をお渡ししてしまった。	市販の当帰芍薬散を服用したらむくみや便秘が改善したと病院で話したら、同じ効果のある薬を出しておくと言われたとの患者さんのお話から、処方箋をしっかり確認せずにクラシエの当帰芍薬散料エキス細粒をお渡ししししまった。	処方箋の内容を確認する。入力内容は間違っていなかったので、入力内容と処方箋のお薬、調剤したお薬に間違いがないかを確認すること。調剤する者と監査する者を分ける、ダブルチェックを徹底する。			クラシエ芍薬甘草湯エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
982	処方せん指示は、カルボシステイン錠２５０ｍｇ。　カウンターにて服薬指導中に５００ｍｇが出てることを患者様が指摘	一人薬剤師のため、調剤から監査・投薬まで一人にて実施	ダブル監査の必要性を感じる			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
983	ロキソプロフェンＮａテープ「ＮＰ」を調剤すべきところ、先発のロキソニンテープを調剤してしまった。	その他の併用薬については先発品を希望される患者で、このテープ剤も処方箋上は先発品処方であったため、先発品でのお渡しと思いこんでしまった。	薬歴や調剤録と照らし合わせ、指差し呼称や複数人による確認を行なう。さらには、ピッキング行為前に何をピッキングするのかを明確にし、注記する。	ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「ＮＰ」 ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「ＮＰ」	ロキソニンテープ５０ｍｇ ロキソニンテープ１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
984	一般名処方において患者は先発品を希望していた。調剤録は正しく先発品を入力していたが、後発品で調剤し交付した。当日、調剤録再確認時に間違いに気づき、直ちに電話連絡した上で患者宅を訪問し、本来交付すべきであった先発品に交換した。	医薬品名は類似していたが、作業手順の履行が不十分で確認を怠り単純なミスをした。	作業手順遵守の徹底が第一ではあるが、本件の当事者には患者に交付する際に実物と患者向け医薬品情報文書の製剤写真とを対比して説明させる手順をプラスさせる。	アムロジン錠５ｍｇ	アムロジピン錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
985	継続服用しているランソプラゾールOD１５ｍｇが処方されていたが、誤ってラベプラゾール１０ｍｇを調剤し、監査者もその誤りに気付かずそのまま投薬。後日、患者が服用前に誤りに気付き、薬を持参し、過誤が発覚。	ランソプラゾールとラベプラゾールが隣り合わせで調剤棚で並んでいることも過誤を誘発した一因。また混雑している時間帯であったため、調剤者、監査者が慌てて業務に取り組んだことも一因	ランソプラゾールとラベプラゾールの取り間違えを防ぐために、棚に印をつけて注意喚起する。	ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「武田テバ」	ラベプラゾールＮａ錠１０ｍｇ「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
986	新規患者、整形外科メロペネム１０ｍｇの記載、注射のため疑義紹介→メロキシカム１０ｍｇの間違えであることが確認	整形外科領域では両方使われ、さらに名称が似ているため間違えたと考えられる	処方箋監査	メロキシカム錠１０ｍｇ「サワイ」	メロペネム点滴静注用バッグ１ｇ「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
987	新規で導入したクロピドグレル錠７５ｍｇKNのミスピッキングした分を、包装の類似したアムロジピン錠５ｍｇ明治の棚に入れてしまっていた。アムロジピン錠５ｍｇ明治が処方された患者様に、混在したクロピドグレル錠７５ｍｇKNをピッキングしてしまった。監査時に薬剤師が発見し、ミスが発覚した。	新規で導入した薬剤に慣れていなかったこと。長年見慣れていた類似包装薬と勘違いしてしまったこと。ミスピッキング薬を戻す際の手順を遵守できていなかったこと。 【改善策】新規導入薬は全スタッフへ周知させる。ミスピッキング薬を戻す際には棚と薬を指差し呼称し、戻す。	ピッキング自動監査機をスルーしていたので、ヒート薬剤は全てのバーコードが通るように読み込ませるようにする。	アムロジピン錠５ｍｇ「明治」	クロピドグレル錠７５ｍｇ「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
988	ミヤBM錠が処方になっていたところミヤBM細粒で調剤監査し投薬時に気付いた	入力時に細粒で入力、調剤過誤防止システムを使用していたが入力が細粒であったため、細粒で調剤してもエラーが出ることはなかった投薬時に気付くことができ、交付には至らなかった	防止システムをしているから間違えはないだろう、という先入観が働いたと思われる。先入観を捨てて監査をするように徹底する	ミヤＢＭ錠	ミヤＢＭ細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
989	外観類似の薬同士が同じ劇薬の引き出しに入っていて取り違えた。	外観が類似していることで、容量の５００ｍｇが目に入って、合っていると思い込んでしまった。	外観が類似している薬剤をピックアップし、周知。２剤は、別の引き出しに収納。	アセトアミノフェン錠５００ｍｇ「マルイシ」	メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
990	ロキソニンテープ５０ＭＧを調剤しなければならないところ、ロキソニンテープ100ＭＧで調剤してしまった。	１００ＭＧのほうが処方されることが多いため。	ダブルチェックの徹底	ロキソニンテープ５０ｍｇ	ロキソニンテープ１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
991	有効成分が同じベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏とローションの取り違え。	同一患者の処方薬の中にローションがあり、つられてローションを出してしまった。	ダブルチェックの徹底を呼び掛ける。複数剤型があるものは棚に軟膏、ローションの区別がわかりやすくなるよう掲示する。	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」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルローション０．０５％「ＭＹＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
992	一般名称：ニフェジピン（10）（12時間徐放錠）の処方内容を、L(10)ではなくCR(10)を調剤した。	剤形等が複数存在する。	調剤時、L剤なのかCR剤なのかチェックをいれる。	ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「サワイ」	ニフェジピンＣＲ錠１０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
993	プロクトセディル軟膏のところ、強力ポステリザン軟膏でお渡ししていた。代理の方への投薬になった為、薬の間違えに気付かれることもなく受け取られた。忙しい日であったため、調剤者も監査者も確認不足であった。６月１０日の寝る前の使用する前に、患者様が気付かれ、電話してくださり、調剤過誤が発覚した。６月１１日９時４０分頃、自宅にプロクトセディル軟膏をお持ちし、代理の方にお詫びをし、強力ポステリザン軟膏を回収した。	代理の方への投薬になった為、薬の間違えに気付かれることもなく受け取られた。忙しい日であったため、調剤者も監査者も確認不足であった。６月１０日の寝る前の使用する前に、患者様が気付かれ、電話してくださり、調剤過誤が発覚した。	調剤者・監査者とも、忙しい時でも、声だししながらチェック項目を確認し調剤・監査する。	プロクトセディル軟膏	強力ポステリザン（軟膏）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
994	今回は強い薬になってた。特に症状が悪化したわけでもないし、念の為疑義したら　本当はキンダベートが処方されるはずだった。処方箋の入力の際に　キンダベートの一般名クロベタゾン酪酸エステルを選ぶところ、クロベタゾールプロピオン酸エステルを選んでしまった。	カルテに商品名がかいてあった。事務員が一般名を選ぶのに、名前が似てたので　間違えて選んだ。	聞き取りをしっかりおこなう事によって防げると思う。強いステロイドになっていたので　症状が悪化したのかどうか。確認したのがよかった。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「タイヨー」	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
995	イソバイドシロップ24包処方のところ10包のみのお渡しになってしまった。→１袋(２１包入)バラ３包でお渡しするところ→１袋(７包入)バラ３包でお渡ししてまった。	当薬剤師がピッキング、鑑査したことと　イソバイドシロップの規格が１袋７包入だが　２１包入と勘違いした	別人薬剤師のピッキングと薬棚への【包数注意】の表示と　薬歴サマリーへの記載、職員への周知徹底を行った			イソソルビド内用液７０％「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
996	R2.6.11　患者様本人から電話があり、「いつもと違う薬が4シート入っている」とのことだったので話を聞いていくと、イトプリド塩酸塩錠50mg「日医工」の代わりにイルソグラジンマレイン酸塩錠2mg「日医工」が混入していることが分かった。すぐに患者様宅にお伺いし、168錠の処方中にイルソグラジンマレイン酸塩錠2mg「日医工」40錠の混入を確認。間違いを謝罪し薬を交換した。幸いにも服用には至らず、健康被害はなかった。	薬が混在してしまった原因としては、イトプリド塩酸塩錠50mgの補充の際に誤ってイルソグラジンマレイン酸塩錠2mgを補充してしまった可能性がある。また事前に他の患者様へのピッキングを行った際、イトプリドとイルソグラジンマレイン酸塩錠を取り間違え、それを棚へ直す際に誤って交差してしまった可能性もある。168錠お渡しする際、1シートずつ鑑査すれば混在にも気づけたかもしれないが、当薬局では薬の混在事例がほぼ無かったことから意識せずに錠数のみ数えてお渡ししてしまった。包装も色的に類似していたことから気付きにくかったものと思われる。	名称や包装が類似している医薬品に関しては、補充の際に一人で行わず、第三者の確認の元行うことを心掛けるようにする。また1シートずつ丁寧に鑑査をし、間違いの無いよう徹底したい。	イトプリド塩酸塩錠５０ｍｇ「日医工」	イルソグラジンマレイン酸塩錠２ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
997	混雑時に来られ、半錠作成の薬品もありかなり焦っていた。鑑査や交付時にも気が付かず、患者様が服用する前に薬が異なっていることに気が付き電話で連絡してくださった。	混雑しており慌てていたので、ミスに気がつかなかった。	調剤者と鑑査者が同じであるので、今後は同じ人が行わないようにルールを変更した	オメプラゾール錠２０ｍｇ「日医工」	オルメサルタン錠２０ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
998	一般名処方でテープとパップの間違いで調剤	一般名で来ているとついいつも出ているものを調剤してしまうのできちんと最後まで読むようにする	最後まで読むようにする	フェルビナクテープ７０ｍｇ「ＥＭＥＣ」	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
999	基本は後発品希望の方だが、(般)フェキソフェナジンに関しては先発のアレグラを希望している。この方は後発品希望という思い込みと他処方薬剤は後発品だったため、合わせて後発品をピックしてしまった。	後発品だとの思い込み。	薬歴・調剤録の再確認。	アレグラ錠６０ｍｇ	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
1000	デカドロン0.5ｍｇの処方４T分１朝食後をデカドロン4ｍｇ４T分１で渡してしまった。食欲不振や倦怠感のある時頓服で飲むことになっていたため10月4日の処方であったが12月に入って服用しようとして発見して連絡があった。大変神経質で心配性の方であったため大変にショックを受けてしまった。これをもしも飲んでしまった場合はどのような事が考えられるか？今後の改善策を考えて教えてほしいとの要望があった。	当日は繁忙の時間帯であったために投薬者がかなり急いで投薬を行ったために、確認が手薄になったのと、デカドロンは通常４ｍｇで出ることが多く、いつもの薬だとの思い込みがあったと思われる。	デカドロン４ｍｇと０．５ｍｇは同じ場所の引き出しに入れており紛らわしいこともあるが離して置いた場合も混乱を招く可能性もあり、スタッフに注意を呼び掛けることと、４ｍｇと０．５ｍｇそれぞれの開封してる箱に「規格違いあり注意」と書いた札を輪ゴムで付けることにした。	デカドロン錠０．５ｍｇ	デカドロン錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1001	常連の患者さんでジェネリック希望の方で、規格変更で渡している。処方名アムロジン錠2.5ｍｇ⇒アムロジピンOD錠2.5ｍｇ「トーワ」で渡すべき所をアムロジピン錠2.5ｍｇ「ケミファ」、処方名タケプロンカプセル15ｍｇ⇒ランソプラゾールOD15ｍｇ「サワイ」で渡すべき所をランソプラゾールカプセル15ｍｇ「日医工」で渡しそうになった。交付時（投薬時）に患者さんとの確認で薬を袋から出した際に前記2種の間違いを発覚した。	当薬局において、先発⇒後発品へ代替えする際には規格変更をされる方はほとんどおらず、この方は例外で規格変更されている方であった。よって鑑査者は同じ剤形でとの思い込みがあったものと思われる。	薬歴の表表紙にネームランド（黄色で黒文字18ｍｍ）で「ランソプラゾールOD15ｍｇ、アムロジピンOD2.5ｍｇで処方！！」で貼り付けた。またレセコン入力の際にもコメントで同様の内容を入れることで2重に防げる策を設けた。	アムロジン錠２．５ｍｇ タケプロンカプセル１５	アムロジピン錠２．５ｍｇ「ケミファ」 ランソプラゾールカプセル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
1002	２０種類の内服薬を一包化する患者さんに出ている注射薬の取り間違えが起こった。その時間は急に込みだしたことがあり一包化の監査に意識が集中してしまった。ノボラピッド７０ミックスで調剤するところ、誤ってノボラピッド中で投与。当日の午後に、いつもよりノボラピッド７０ミックスの在庫が多いことで間違えに気づいた。	薬局が混雑していたので注射薬の監査が不十分になった。薬品名が似ていることと、７０ミックスの患者が少ないことから思い込みが生じた。薬を取りに来たのが息子であったので、注射薬の外観の違いで気づかれることがなかった。	普段は監査機のAuditを使用しているが注射薬は監査ができない。注射薬を投与する際は必ず先入観なくダブルチェックを行う。	ノボラピッド７０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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1003	プレミネント配合錠HDの棚に、ロサルヒド配合錠HD「EE」が混入していた。調剤する際に気づかず、２種類で取ってしまった。監査後の袋詰めの時に気づいた。	薬剤を棚に戻す際に、間違えて戻してしまった。見た目が似ていた。	薬を棚に戻すとき、充填するときなどには、薬品名、規格、メーカー等を必ず確認する。薬を戻すときは慌ててすぐには戻さず、薬戻しBOXに入れ、ミスノン(調剤機器)の充填モードを使用し、間違いのないようにする。	プレミネント配合錠ＨＤ	ロサルヒド配合錠ＨＤ「ＥＥ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1004	普段からノボラピッド注フレックスペンを使用されている。今回もノボラピッド注フレックスペンが３キット処方されていたが、保冷庫内から調剤者が誤ってノボラピッド注フレックスタッチを出して鑑査者に渡した。 鑑査者も間違えに気づかずそのまま患者様へ交付してしまった。後日、患者様が注射の太さ、形がいつものものと違うとの電話連絡があり。該当品を持参していただき、間違いであったことが判明。この時点で薬剤の使用はなく、健康被害もなし。処方箋通りのノボラピッド注フレックスペンと交換した。	ノボラピッド注フレックスペンとノボラピッド注フレックスタッチが、保冷庫内で近い場所で保管されていた。	ノボラピッド注のペン型製剤には、フレックスペンとフレックスタッチの２規格があることをスタッフ全員に再認識させた。保冷庫内で、該当の２剤の保管場所を離して、取り違え防止策を講じた。	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
1005	他整形外科から内科で受診している門前の病院に整形外科が新設されたと知り、転院してこられ、継続処方が出ました。エディロールカプセル０．５μｇとモーラスパップXR２４０mgの処方に対し、当局不在庫のパップ剤に気を取られエディロールカプセルの規格間違い品が出ていることに気付かず交付してしまい、患者様本人が帰宅後気付いて連絡を受けて判明しました。	不足パップ剤に気を取られ、以前から服用されている内服薬と確認したものの、規格違いが準備されている事に交付時気が付きませんでした。	交付前に鑑査を必ず通すことを徹底し、規格違いの薬があることを念頭に交付時の注意を今以上に高める。	エディロールカプセル０．５μｇ	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1006	スチックゼノールA処方のところスミルスチックを投薬してしまった。その日のうちに患者本人より連絡があり発覚。使用前だったためすぐに交換に伺った。	調剤者の漏れがあり、監査時に慌ててピッキングして自己完結してしまった。包装の類似、思い込みも要因である。	監査時に間違いや不足があった場合は調剤者へ伝えるか、不在の場合は自分でピッキングした薬剤を他の人に確認してもらう。監査時は指差し確認を徹底する。	スチックゼノールＡ	スミルスチック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
1007	全自動分包機による一包化調剤で、トリクロルメチアジド2ｍｇとトリクロルメチアジド1ｍｇのカセットの中身が逆になっていた。	カセット充填時に２人での読み上げ目視確認を行っているが、予めシートからバラ錠にするときに一人で用意しているため、その時点で入れ違いをしたと思われる。	シートからバラ錠にするときも、入れ違いのないよう、ダブルチェックが必要			トリクロルメチアジド錠２ｍｇ「日医工」トリクロルメチアジド錠１ｍｇ「ＮＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1008	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には[般]ピドキサール錠10ｍｇ1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）はピリドキサール錠10ｍｇ「ツルハラ」84錠で調剤すべきところをピリドキサール錠20ｍｇ「ツルハラ」84錠で調剤し、監査に回した。 監査にあたった薬剤師Ｂが規格の間違いに気づき、調剤した薬剤師に伝えた。薬剤師Ａはピリドキサール錠10ｍｇ「ツルハラ」を正しく調剤し、再度、薬剤師Ｂが監査した。監査で誤りに気が付いたため、患者には正しい薬を交付した。	ピリドキサール錠10ｍｇ「ツルハラ」とピリドキサール錠20ｍｇ「ツルハラ」の包装、デザインが類似していたため間違えた。	調剤する際に再度確認し、注意するよう心掛ける。	ピドキサール錠１０ｍｇ	ピリドキサール錠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
1009	カルデナリン４ｍｇをカンデサルタン４ｍｇ「あすか」で一包化調剤してしまい、監査でも見落とした	思い込み、慣れ	ピッキング後の監査を行い一包化し、その後の監査も強化する			カルデナリン錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1010	ロキソニンテープ50mgのところ、入力間違いに気が付かず、ろ、ロキソニンテープ100mgで調剤。患者にお渡し後、ミス発覚し、使用前に交換出来た。	入力、監査、投薬時、にはミスに気が付けず、処方箋チェック時に気が付いた。処方箋をしっかりと確認する。	入力、監査、投薬時、処方箋チェック。全てにおいて、確認を怠らない。	ロキソニンテープ１００ｍｇ	ロキソニンテープ５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1011	エナラプリル2.5ｍｇ処方も規格違いの５ｍｇで一包化調剤、監査時に発見	当薬局ではエナラプリルは5ｍｇの調剤が圧倒的に多く2.5ｍｇは該当患者さんのみで最近変更になった為、思い込みで5ｍｇを調剤した可能性がある	処方箋コピーに規格に目立つような印薬歴伝達事項に記載	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
1012	後発品希望の患者で、処方はセイブル50mg　と記載されており、当薬局の在庫医薬品はミグリトールOD50mgサワイであったが、処方入力時にミグリトール50mg　トーワで入力されていた。後日調剤録の確認時に間違いに気づき、薬袋、薬情が実際のものと違っているが、成分は同じであることを患者に伝えた。	一包化の処方箋で薬剤数も多く、一人薬剤師だったため焦りもあり、処方入力の間違いに気づけなかった。また、薬剤監査支援システムがあるが使用していなかった。	一人薬剤師の時は特に、薬剤監査システムを使って調剤をする。調剤録の確認も必ず行う。	ミグリトールＯＤ錠５０ｍｇ「サワイ」	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
1013	一包化で交付している患者様で、カンデサルタン4ｍｇ「あすか」とアイトロール錠20ｍｇの入れ間違え。アイトロール錠20ｍｇ　2錠　1日2回朝・夕食後、カンデサルタン錠4ｍｇ「あすか」1錠　1日1回朝食後の処方で、朝食後にアイトロール錠20ｍｇが2錠入っており、夕食後にカンデサルタン4ｍｇが入っていた。	一包化の際に、アイトロール錠20ｍｇとカンデサルタン錠4ｍｇ「あすか」の裸錠の大きさなどが類似していたため、間違えて分包してしまった。	監査時に錠剤の確認を励行していたので、間違った分包に気付くことができた。自動分包機も旧式のため、医薬品を分包する際に不具合が出た可能性と分包した当事者の確認不足が考えられるので、作業ひとつを確実に行うようにルールを遵守する。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1014	一般名　デキサメタゾン眼軟膏0.05%で処方がきた。薬品名　デキサメタゾン眼軟膏0.1%と思い込み、規格を間違えた。本来はサンテゾーン眼軟膏0.05%で出すべきだった。	前日に0.1%の処方がきた。	名前だけで思い込まず、規格もしっかり確認する			サンテゾーン０．０５％眼軟膏	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1015	ツムラ芍薬甘草湯の箱にツムラ十全大補湯が混ざっていた。調剤時、それに気づかずピッキングを行ってしまった。そのまま鑑査にまわし、鑑査者の指摘により調剤ミスが発覚した。	ツムラ芍薬甘草湯の箱にツムラ十全大補湯が混ざっていた。（十全大補湯を何かのタイミングで戻したときに誤って芍薬甘草湯の箱に戻してしまったと考えられる）同じ赤色の帯、48と68という番号の類似もあり、1シートずつ確認せずに全体の包数を確認して鑑査にまわしてしまった。他の薬が混ざっていることはないだろうという思い込みから、今回のミスにつながった。	薬を戻すときには薬の名前、番号、箱の名前、番号を照らし合わせて確認する。ピッキング時は一つ一つシートを確認する。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ十全大補湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1016	2/20、患者の母親が処方せんを持って来局。これまで他の薬局でもらっていた薬だとのことで、当薬局では初めての内容であった。酸化マグネシウム（細粒状）0.33ｇ/包　１包　との処方であったが、酸化マグネシウム細粒83%での処方量と勘違いをし、83%に換算（細粒では0.396ｇに換算）せずに調剤し、監査時にも気付かずにお渡ししてしまった。5/20に、次回の処方箋を持ってこられ、その際に成分量が0.33ｇであることを、病院への疑義照会にて判明し、2/20にお渡しした物が違っていたことに気づき、患者家族、処方元の病院、医師へ連絡した。	酸化マグネシウム（細粒状）0.33ｇ/包　１包　との処方であったが、当薬局では酸化マグネシウム細粒83%　で処方されるものを扱うことが多かったため、83%での処方量と勘違いをしてしまった。	酸化マグネシウム（細粒）と酸化マグネシウム細粒83%は別のものであるという認識を持ち、処方内容をしっかり読むようにする。	重質酸化マグネシウム「ケンエー」？	酸化マグネシウム細粒８３％「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
1017	ウルソデオキシコール酸１００ｍｇ　８１９錠処方するところ、ウルソデオキシコール酸　800錠と、アロプリノロール１００ｍｇを１９錠渡した。	１００錠包装は箱で取ったため間違えなかった。半端の１９錠は薬の外観（薬・シート）が良く似ており、成分量・メーカーが同じであったため間違えたと思われる。また、同患者はアロプリノールも同時に服用しており、一見して見分けがつかず誤ったものと思われる	似たような外観の薬について把握しておく	ウルソデオキシコール酸錠１００ｍｇ「ＴＣＫ」	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
1018	エンシュアH　14本処方の患者様。コーヒーとストロベリー味各7本ずつ希望。最終鑑査でストロベリー味がエンシュアリキッドでピッキングされていることに気付きエンシュアHに変更してもらった	エンシュアHとリキッドの棚が同じであるため味だけ確認しピッキングしたと考えられる。PDAもエンシュアH　3500ml(14本)としか表示されないため、先にコーヒー味をピッキングしてPDAを通すと残りは目視になるのが原因と考えられる。	エンシュアにはHとリキッドがあることの理解徹底すること。それぞれ何味を取り揃えているか覚えることも大切。また棚を整理整頓し間違えないように努める	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1019	薬品名の最初の数文字をみて計数調剤開始してしまった	薬品名の最後まで読み込むこと	処方箋の読み込み手順再検討	アイトロール錠２０ｍｇ	アロシトール錠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
1020	エナラプリル5mgのところ2.5mgを渡してしまったが、患者が服用前に気づいて来局。正しいものと交換して謝罪し、事なきを得た。	いつもと同じ薬が処方されていたので鑑査時、規格まで読み上げず流してしまった。慢心、慣れが招いたと考える。患者が服用する前にいつもと違う薬だと気づき来局され謝罪し正しいものと交換した。	鑑査と投薬台で患者に現物を確認してもらうことを徹底する。	エナラプリルマレイン酸塩錠５ｍｇ「サワイ」	エナラプリルマレイン酸塩錠２．５ｍｇ「ＭＥＥＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1021	ピッキングの際にビソプロロール5mgを取ったつもりが2.5mgだった。監査時に気付き取り替えようとしたところ、5mgの棚に未開封の2.5mgが入っていた。	複数規格はピッキング時に目に入るように隣同士にしてあるが、5mgの棚に2.5mgがしまってあったので、2.5mgの棚から出してしまったと思われる。	入庫の際も、ピッキング時同様、薬品名、規格、剤形に注意を払って、しまう。	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
1022	処方箋はベタメタゾン吉草酸エステル軟膏であったが、ベタメタゾン酪酸プロピオンエステル軟膏を調製した。他の薬剤との混合指示だったため、混合する際に間違いに気づき、交付には至らなかった。	非常に名前が類似しており、吉草酸と酪酸をきちんと確認しなかった。	吉草酸と酪酸は非常に間違いやすいので、間違いやすいということを念頭において、一字一句名前を確認するように注意喚起。	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏０．１２％「トーワ」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＪＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1023	患者本人が夕食後の薬を服用しようとしたら、マグミット錠250ｍｇが1錠不足していた。施設看護師が不足分を補い服用は処方通りとなった。機械的に次の分包にマグミット錠250ｍｇが多く入っていた。他の日付の正しく調剤Sれ多ものを服用続けていただき、間違った薬と再調剤したものを交換となった。また患者本人よりお薬に対する不安、不信感があり2回話し合いの場を設けてもらった。	薬剤師の監査漏れであることは間違いない。ただし1法家用分包機において、カセットから供給されるマグミット錠の分包違いの頻度は多剤と比べて圧倒的に多く、剤数が少ないほど監査時の間違いの発見も多い傾向がある。以上より監査方法の手技の変更と、酸化マグネシウム錠のメーカー変更(添加物による吸着が疑われたため）を行った。	調剤方法により見落としの頻度が違うことを共通認識とし、監査手技を変更した。			マグミット錠２５０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1024	カロナール300mgのところ200mgで調剤。患者さんにお渡し。患者さんが気づかれ来局し、薬を取り替え謝罪。	カロナール錠300mgと200mgの規格ミスは採用薬の認識不足もあり、鑑査者は300mgと思い込み調剤薬渡してしまう。	300mgと200mgの棚に規格注意のラベルを貼付。事例共有。	カロナール錠３００	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
1025	オルメテックOD錠20mgの後発医薬品のオルメサルタンOD錠20mg「DSEP」を調剤する際に、薬品のカセットに先発品の在庫が混ざっていたため、調剤ピッキング時に先発品と後発品を混在させて調剤してしまった。	通常、カセットに薬品をしまう際はピッキングシステムのコードを照合させてからしまうが、手順がもれてしまっていたと思われる。また先発品と後発品のヒートのデザインが酷似していたため、思い違いにより戻し間違いが発生したと思われる。	薬をカセットに戻す際は必ず、ピッキングシステムのコードを通すことを徹底する。	オルメサルタンＯＤ錠２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	オルメテックＯＤ錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1026	一般名処方された「テラムロＡＰ」を、一部「ミカムロＡＰ」と混ぜて渡してしまった。1シートＧＳチェッカーを通して、「テラムロＡＰ」だったので、合っているものとして、投薬してしまいました。患者家族が、飲むためにセットしようとして、一部「ミカムロＡＰ」が6錠が「テラムロＡＰ」43錠と混じって、計４９錠入っていたので、「先発だとは知っているが気持ち悪いので交換してほしい」と、飲む前に来局して下さり、交換しました。	色調など似てはいますが、シートのサイズなどが違うので、今一度監査の時に気を付ける。	チェッカーを通っていても、今一度注意して目を通すようにします。	テラムロ配合錠ＡＰ「ニプロ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1027	一般名でサルポグレラートが処方され、薬歴の確認不足により、ジェネリックで調剤したが、先発品を希望される患者で、正しくはサンプラーグであった。薬剤監査システムにより間違いに気付き、交付には至らなかった。	薬歴の確認不足。先発、後発の希望の確認を怠った。	調剤の前に、必ず先発品、後発品の希望を確認し、また前回までの処方内容と照合する。	アンプラーグ錠５０ｍｇ	サルポグレラート塩酸塩錠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
1028	ツムラ加味逍遥散が処方されていたが、抑肝散を交付してしまった。	加味逍遥散をピッキングしないといけないのに、下1桁の４だけ確認してピッキング。監査、交付者は色と下一桁の４で、間違いに気づかなかったよう。交付の際も、患者さんに薬を見せずにお渡しした。患者さんも、間違ってないと思っていたため、番号を確認せずに服用。別件で相談に来た際に、飲んでる薬が「２４」と言われ、帰宅してから見てみると番号が違ったことで発覚。	今回間違えた「２４」と「５４」の保管場所は離れている。業務の流れからも、保管場所のこれ以上の引き離しは困難のため、交付の際に、必ず患者さんに確認してもらうようにした。			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
1029	処方されたのは普通錠2.5mgであったが、通常採用はOD錠2.5mgであり、調剤したのは普通錠5mgであった。	慣れによる慢心。	規格違いや剤形違いがある品目については棚にラベルやシールを貼る。	ロスバスタチン錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1030	先発医薬品希望の患者様に一般名処方でアイミクス配合錠LDが処方されたが、誤って後発医薬品であるイルアミクス配合錠LD「DSPB」を調剤しお渡しした。数日後、患者様が間違いに気づき薬局に連絡があったため、謝罪して交換した。残薬があったため、イルアミクスは手つかずだった。なお、レセコン入力は正しかったが、調剤録などでの確認も不十分だった。	先発品のアイミクスと、イルアミクスは外観も似ているうえ、薬品棚の引き出しの場所も近いため、誤りに気づかなかったと考えられる。発生日当日は常勤の薬剤師が不在で、調剤や監査もすべて一人で行わざるを得なかったことも原因と思われる。	一人薬剤師業務の時は、ピッキングしたヒートの名称が薬情と一致しているか事務スタッフにも確認してもらう。アイミクスとイルアミクスの引き出しに「先発」「後発」といった注意書きを貼る。	アイミクス配合錠ＬＤ	イルアミクス配合錠ＬＤ「ＤＳＰＢ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1031	ノルバスク錠5ｍｇ　91Ｔお渡ししなくてはいけないところ、ノルバスク錠5ｍｇ5Ｔとアムロジピン錠5ｍｇ８６Ｔでお渡ししてしまった。交付後に患者本人より電話があり、ミスに気づいた。	ノルバスクのカセッターにアムロジピンが混入していたのに気づかず調剤、監査してしまった。	補充や薬剤を戻すときは2人で確認する事を徹底いたします。	ノルバスク錠５ｍｇ	アムロジピン錠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
1032	軟膏の混合の処方で、一般名処方から商品名を確認するときに誤って調剤。ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏⇒ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏（デルモゾールＤＰ軟膏）と読み誤った。事務さんの入力で、一般名からデルモゾールＤＰ軟膏に変換できないことから発覚	軟膏の一般名処方の時は複数人で確認する。	軟膏を混ぜる前に複数人で確認するようにする。ステロイド一覧表に間違えないようにチェックを入れました。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＪＧ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1033	行きつけの薬局が閉局したことで、４月に初めての来局。処方せんはエビプロスタットDB６錠/3ｘで処方。前の薬局ではジェネリック品のエルサメット配合錠で調剤されていた様子。患者は、いままで、黄色いシートだったが、弊社調剤のエルサメットは緑色のシートのため、服用せずに手持ちにあった分の薬を服用していた。処方元の先生もエビプロスタットDBと、発売停止のSGの違いの認識が乏しく、また、弊社薬剤師の知識不足もあり、６錠/3ｘで調剤交付してしまった。	エビプロスタットSGは発売停止になっていて、エビプロスタットDBはSGの倍量含有する。エビプロスタットDBは通常3錠/3ｘで服用するが、処方箋は6錠/3ｘになっていた。ジェネリック品は未だ、半分含有量の規格が存在し、エルサメット配合錠だと、6錠/3ｘ、エルサメットS配合錠は3錠/3ｘで調剤しなければならず、まずは処方箋疑義が必要だった。シートの色味を確認できればよかったのだが、全量不足となり、後日郵送の対応をしたため、患者の手元にも残薬があったため、発覚が１か月以上遅れた。	初めて扱う薬については、添付文書を確認し、用法用量の把握の徹底、患者からの聞き取り、服用方法の確認を怠らない。	エビプロスタット配合錠ＤＢ	エビプロスタット配合錠ＤＢ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1034	エディロールカプセル0.5μgが処方され、誤ってエディロールカプセル0.75μgで調剤する。その後気づいて訂正する。	エディロールカプセルは0.75μgの処方が多く、不注意で拾い間違える。	調剤時に処方箋のコピーの含有量を確認し、チェックを入れながら調剤するようにした。	エディロールカプセル０．５μｇ	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
1035	テルチア配合錠APで調剤するところテラムロ配合錠APで調剤し、監査もそのままスルーしてしまい患者様にお渡ししてしまう。患者様が帰宅後薬の確認をしたところいつもと異なる薬が入っていたためご連絡をいただけた。薬を服用はしておらず、健康被害はなかった。	ピッキングも監査もひとりで行ってしまい、思い込みもあり、監査が機能していなかった	調剤者と監査者は異なる人が必ず行うようにする	テルチア配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」	テラムロ配合錠ＡＰ「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1036	処方箋の読み間違いよるセルシンの規格取り間違い	処方箋の読み間違い	処方箋をよく読む	５ｍｇセルシン錠	１０ｍｇセルシン錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1037	処方箋の読み間違いによる先発品と後発品の取り違い	名称が似ている	処方箋をよく読む	アムロジンＯＤ錠５ｍｇ	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1038	イグザレルトの規格取り間違い	処方箋の読み間違い	処方箋をよく読む	イグザレルト錠１０ｍｇ	イグザレルト錠１５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1039	知識不足による薬の取り間違い。	処方箋の読み間違い	処方箋をよく読む	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
1040	知識不足による薬の取り間違い	処方箋の読み間違い	処方箋をよく読む	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た事例
1041	名称が似た薬剤の取り間違い	処方箋の読み間違い	処方箋をよく読む	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
1042	後発品変更時のジピリダモールの規格取り間違い	処方箋の読み間違い	処方箋をよく読む	ジピリダモール錠２５ｍｇ「ＪＧ」	ジピリダモール錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1043	カルボシステインの規格取り間違い	処方箋の読み間違い	処方箋をよく読む	カルボシステイン錠２５０ｍｇ「ＪＧ」	カルボシステイン錠５００ｍｇ「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1044	カルバマゼピンの規格取り間違い	処方箋の読み間違い	処方箋をよく読む	カルバマゼピン錠１００ｍｇ「アメル」	カルバマゼピン錠２００ｍｇ「フジナガ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1045	アトルバスタチンの規格取り間違い	処方箋の読み間違い	処方箋をよく読む	アトルバスタチン錠１０ｍｇ「Ｍｅ」	アトルバスタチン錠５ｍｇ「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
1046	ベシケアの剤形取り間違い	処方箋の読み間違い	処方箋をよく読む	ベシケア錠２．５ｍｇ	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
1047	使用頻度が低い薬(モーラスパップ30mg)の取り間違い	処方箋の読み間違い	処方箋をよく読む	モーラスパップ３０ｍｇ	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
1048	GE変更時の他剤取り間違い	アシストシートの読み間違い	アシストシートをよく読む	クロベタゾールプロピオン酸エステルクリーム０．０５％「ＭＹＫ」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏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
1049	容量規格と剤形の間違い	処方箋の読み間違い	処方箋をよく読む	イリボー錠２．５μｇ	イリボーＯＤ錠５μｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1050	容量規格の取り間違い	処方箋の読み間違い	処方箋をよく読む	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「日医工」		ヒューマンエラー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	ヒルドイドローションの剤形取り間違い	処方箋の読み間違い	処方箋をよく読む	ヒルドイドローション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	0.6gと1.2gの包装規格の取り間違い	処方頻度による思い込み	処方箋をよく読む	ポリカルボフィルＣａ細粒８３．３％「日医工」	ポリカルボフィルＣａ細粒８３．３％「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1053	規格・剤形間違い	思い込みによる見間違い	処方箋をよく読む	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
1054	患者から服用前に電話あり「セロケンと記載されている薬袋にセロクラールが入っている、同じ成分の薬なのか？服用して良いのか？」成分の違う薬なので絶対に服用しないよう指示。次回来局時に持参くださり、正しい薬と交換	調剤者：薬名の最初の2文字が同じ、成分量も同じであり、思い込みで調剤してしまった　交付者：名称で判断してしまい、薬本体の確認が徹底されていなかった	処方箋と薬品と薬袋との照らし合わせを徹底する　調剤時/監査時はその業務に集中できるよう、他業務と同時に実施しない　交付時は患者本人と共に薬品の確認を徹底する	セロケン錠２０ｍｇ	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1055	処方薬　トリノシン腸溶錠20　3錠　毎食後、処方薬発売中止による対応で処方医に確認、疑義紹介にてアデホスコーワ顆粒10% 0.6ｇ分3毎食後に変更従来、アデホスコーワの分包品が0・6ｇであることから1日量を1・8ｇと勘違いして調剤。交付後用量の間違いに気づき服用前に薬剤の交換となる。	疑義紹介した結果を、他の薬剤師にも共有すべきであった	今後は疑義紹介内容を、共有して確認する			アデホスコーワ顆粒１０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1056	セフカペンピボキシルの処方が出て、薬剤師がピッキングしようとしたが、在庫が棚になく、在庫がないことを示す札もなかった。他の薬剤師が探した結果、セフジトレンピボキシルの引き出しに入っていた。	名前が似ているので、入れ間違えた。経験が浅く、似た名前の薬があることを知らなかった。	薬の名前は原則として最初の3文字以上を確認する。			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
1057	フェブリク錠40mg　1T 1×朝食後 60日分の処方で 60錠ピッキングするところ、10錠シートを14錠シートと思い込み、44錠でピッキング、交付した。患者本人から数が足りないと連絡あり発覚した。	フェブリク錠40mgは以前に14錠シートを採用していて10錠シートに採用変更となっていたが、調剤者も鑑査者も14錠シートと思い込んでしまった。	1シートの錠数は必ず確認することを徹底する。現在採用しているウィークリーシートの品目と過去に間違いがあった10錠以外のシートの薬剤に関してリストを作り注意喚起をする。電子薬歴に10錠シートではないことの注意喚起としてチェックが入るように登録する。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1058	ニフェジピンＬ錠10ｍｇが処方されている患者に誤ってニフェジピンＣＲ錠10ｍｇで調剤、１包化してお渡ししてしまった。2日後に在庫数を確認したところ間違えて調剤、投薬していたことが発覚。患者に連絡、謝罪し正しいものと交換した。	普段当薬局では調剤した医薬品を調剤監査機（レセコンと連動、バーコード・重量から正しい医薬品が取り揃えられたか確認可能）を用いて監査を行っている。今回１包化し、監査機を通さずシートの殻のみを確認してしまった。	・１包化を行う前の処方箋と取り揃えた医薬品の照らし合わせ。・１包化時のシートの殻も監査機に通す。・医薬品情報紙に医薬品の写真が載っているので、１包化時の中身と確認する。	ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「サワイ」	ニフェジピンＣＲ錠１０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1059	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」を処方しなければならないところをデキサメタゾンプロピオン酸エステル軟膏０．１％「ＭＹＫ」を調剤してしまった。監査段階にて発覚し投薬までとは至らなかった。処方自体は一般名処方である。	時間が多忙な時間帯に入社間もない薬剤師経験4年目の薬剤師が調剤を行った。患者は後発品希望であったため一般名処方からＭＹＫの医薬品を取るべきところを名前の類似性から別のステロイド薬を取ってしまう結果となった。ステロイドは一般名が類似し先発も覚えきれていなかったため、誤調剤となる。	ステロイド薬の一般名の類似性が非常に高く判断を誤りやすいため、後発品には（　）にて先発医薬品の名称を記載しておく。ステロイドの強弱だけではなく名称の類似性も鑑みて医薬品の配置を再検討する。横並びに先発・後発にしたりなど 一般名処方が主流になってきている為今まで以上に頭文字で判断することのないように処方箋は最初から最後まで確認を徹底する。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」	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
1060	ロスバスタチンOD５ｍｇ「DSEP」21錠調剤。調剤後、監査機器に通して、バーコードと重量監査も実施。その後、一包化する際に21錠のうちの半端の1錠がロスバスタチンOD５ｍｇ「DSEP」でなく、ロスバスタチン５ｍｇ「DSEP」である事を発見。	ロスバスタチンOD５ｍｇ「DSEP」の箱の中に、ロスバスタチン５ｍｇ「DSEP」が1錠混在していた事が先ずの原因。監査機器に頼って、目視での監査が疎かになっていた。	片付け際に間違いない様に、要注意。監査は危機にも頼りながら、目視等の普段の監査手順を疎かにしない様に意識する事。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1061	レザルタスHDを調剤するところ、レザルタスLDで調剤。鑑査レンジで引っかかり、間違いに気づいた。	処方箋の読み間違いが原因。	処方箋を最後まできちんと読み込み、思い込みで調剤しないよう周知した。	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
1062	スマイラフ１００ｍｇを14錠お渡ししなければいけないところ、7錠しかお渡ししていなかった。	1袋に14錠入っているものを、開封済にも関わらず、それに気づかずに患者様にお渡ししてしまった。	調剤時の数量確認・鑑査の徹底			スマイラフ錠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
1063	ランタスＸＲ注の処方だったが、ランタス注で調剤した。	焦りと思い込みにより、調剤ミスが起こった。	調剤を行う前には、必ず処方入力の確認をし、調剤を行うことの徹底。	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
1064	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒が処方されていたが、誤ってツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒を交付してしまった。交付直後に誤りに気が付き、患者と連絡を取り薬剤を取り替えさせてもらった。	ダブルチェックで監査をするようにしているが、薬剤名が類似していたため、監査ミスが発生してしまった。	漢方薬の監査では薬剤名の監査に加えて、薬剤に記載されている数字（番号）の監査もおこなうよう徹底する。	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1065	ロキソプロフェンNaテープ１００ｍｇ処方のところロキソプロフェンNaテープ１００ｍｇ久光で調剤、交付した。ロキソニンテープ１００ｍｇ希望の患者さんだった。薬歴記載時に気づき、患者さんに連絡薬剤を取り換えた。	薬歴を確認せずに処方箋のみで判断してしまった。内服薬はジェネリック希望だったため思い違いをした。	処方箋のみでなく薬歴、薬袋で確認をおこなう。	ロキソニンテープ１００ｍｇ	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
1066	3歳児にツロブテロール0.5ｍｇが処方されていた、疑義照会にてツロブテロール1ｍｇに変更になった	以前出ていたものをそのまま処方してしまったと考えられる	2歳から3歳になるときなどにすぐに築けるようシステムを構築し、個々の知識も増やすよう努力する	ツロブテロールテープ１ｍｇ「サワイ」	ツロブテロールテープ０．５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1067	一般名処方でジラゼプ錠（１００）が処方されていたが見間違えと思い込みが重なりジベトス錠（５０）で調剤。監査者も気づかず患者様にお渡ししてしまった。その後すぐに投薬者が薬歴記載中に誤った薬をお渡ししたことに気づき患者様に連絡をとり正しい薬剤ジラゼプ錠（１００）と交換した。	忙しいときでも処方箋をしっかり確認。	忙しいときでも処方箋をしっかり確認。自分の思い込みだけで判断しないこと。類似名医薬品についての情報共有を行う。			ジラゼプ塩酸塩錠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
1068	エンシュアリキッドの処方箋指示であったが、入力がエンシュアHになっていた。	施設入居者の処方箋。普段は施設内診療所にてエンシュアHを処方されていたが、今回より訪問診療の医療機関へ変更となった。思い込みでエンシュアHにて入力されており、払い出す前に気付き、訂正を行った。	施設入居の方の処方箋であったため、時間的な余裕があり、入力後の確認作業が、後回しになっていた。今後は確認作業を、もう少し早めに行い、薬に準備を終えるまでには、入力確認も行うように、業務の流れを変更した。	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
1069	近隣のクリニックの処方箋が商品名表記から一般名表記に変更された。応需した処方せんに一般名称で記載されていた。イルベサルタン・アムロジピン10mg1錠となっていたが、イルベサルタンだけ読み取り　イルベサルタン100ｍｇEEで調剤。監査者が発見した。	処方箋の新しい書式、一般名称表記になれず読み落としたことが原因となった。	調剤をしたのが調剤補助の事務であった。調剤補助者の指導も徹底するとともに薬剤師の最終監査を徹底する。	アイミクスHD	イルベサルタン錠１００ｍｇ「ＥＥ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1070	一般名ブデソニド・ホルモテロール配合吸入粉末剤30吸入で処方をブテホル吸入粉末60吸入でお渡し	当薬局ではシムビコートの後発はブテホル吸入粉末60吸入の採用のみで、入力の時に後発で検索するとブテホル吸入粉末60吸入が候補に上がってくる。薬品名が長く、画面上選択するとき吸入回数の表示されずに選択してしまった。調剤者は、60吸入の処方が多くおもいこんで調剤してしまった。鑑査者は入力から出てくる指示書をもとに鑑査してしまっていた。	ブテホル吸入粉末30吸入の採用をして、入力時に選択することに気が付くようにした。調剤者はしっかり確認。鑑査者は処方箋をみて必ず1度鑑査	シムビコートタービュヘイラー３０吸入	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
1071	エタセルセプトBS皮下注２５ｍｇシリンジMA　7筒のところを誤ってエンブレル皮下注２５ｍｇシリンジが2筒混ざった状態でお渡しした。 投薬時、包装の箱に入れた状態で薬剤の交付を希望。その際、投薬者が冷蔵庫にある包装を利用しようと考え、その際、類似包装のエンブレル皮下注２５ｍｇシリンジの箱を誤って利用。更にエタセルセプトBS皮下注MAより期限の短いエンブレルを調剤し直したと考えられる。調剤者への数量確認などは行わず。 投薬直後に在庫のエンブレル２５ｍｇシリンジの数が合わないことが発覚。　エタネルセプトBS皮下注２５ｍｇシリンジMAを渡した患者に電話連絡。交付した薬剤が誤っていることが分かったため、再来局してもらい、使用前に正しい処方内容と交換した。	エタネルセプトBS皮下注２５ｍｇシリンジMA　とエンブレル皮下注２５ｍｇシリンジの薬剤デザイン、包装デザインの類似しているものが冷蔵庫内で順番に並んでいたため、当事例に繋がったと考えられる。 繁忙状況だったため、調剤者に再確認せず、投薬者のみが処方内容を調剤し直したことがミスにつながった。	類似した包装、薬品は順番に並べない。繁忙状況であっても調剤し直す際は調剤者に再確認を行う。	エタネルセプトＢＳ皮下注２５ｍｇシリンジ０．５ｍＬ「ＭＡ」	エンブレル皮下注２５ｍｇシリンジ０．５ｍＬ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1072	煎じ薬の別包でクコシが処方されていたが、薬袋がクコシ専用のものであったが、チョウトウコウが調剤されていた。別のものが鑑査・投薬を行ったが、誤りに気付けなかった。	同じように別包でお渡しするものとしてチョウトウコウがあり、分包紙のサイズや重量が類似しているため調剤ミスへとつながったと思われる。	鑑査時に、処方箋に数量のチェックをするだけではなく、分包紙から透ける色を記載することで、鑑査もれを防ぐ対策を取ることとした。	トチモトのクコシ	トチモトのチョウトウコウ		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
1073	アムロジンＯＤ錠２．５ｍｇで調剤すべきところ、アムロジピンＯＤ錠２．５ｍｇ「トーワ」で調剤した	アムロジピンＯＤ錠２．５ｍｇ「トーワ」の頻出品であるので、文字面からの思込み入力チェック及び調剤後の自己監査の精度が低い	声だし確認を行う薬情の写真と実薬の照合	アムロジンＯＤ錠２．５ｍｇ	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
1074	アトルバスタチン10ｍｇの処方のところ、プラバスタチン10ｍｇでお渡ししてしまった。名称が類似していたため、間違えてお渡ししてしまった。	どちらも同じスタチン系の薬剤のため混同してしまった。	類似する薬品がある場合は念入りに監査を行い、投薬時も患者さんに見せながら確認する。	アトルバスタチン錠１０ｍｇ「トーワ」	プラバスタチンＮａ錠１０「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
1075	当薬局に新規患者（代理ご家族）が亜鉛華10％単軟膏　他内服薬5種、エンシュアHの処方箋を持って来局された。亜鉛華単軟膏の在庫がなかったため系列店から分譲を依頼、薬は後ほど取りにきていただくことになった。系列店から受け取った薬剤を確認すると誤って亜鉛華軟膏「ニッコー」が準備されていたため、再度発注をかけた。	薬品名類似による間違い	電話での依頼時、亜鉛華　単　軟膏と単を強調する。伝票に単の文字を印をつける等注意喚起をおこなう。	亜鉛華（１０％）単軟膏「ニッコー」	亜鉛華軟膏「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1076	処方箋の記載が一般名処方であり、入力時に文字の冒頭しか読んでおらず、前回DOだと思い込んでピッキングを行った。ピッキング時に棚番が記載してあるアシストシートを見て行っているため誤りに気付かなかった。薬剤師が監査を行い、薬が違うことに気付いた。	入力時に薬品名を最後まで読まずに入力を行ったこと、処方箋を見ずにピッキングを行ったことが要因だと思われる。	入力時に必ず再度誤りがないかの確認、ピッキング時は処方箋を見ながら確認を行うことが改善策として挙げられる。	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
1077	ルコナック外用液を継続使用されている患者様からご連絡があり、旧式の商品のものから新式の商品になっているが、薬の出具合が悪くて使えない。旧式のものに交換して欲しいと申し出があった。新式のものをお渡ししていたということが判明。旧式のものをお渡ししていると思っていたので、十分な説明が出来ていなかった。	新旧包装が間もなくかわることをアナウンスするため、棚に付箋などを貼り、おおよその時期も記載していたが、入れ替わりの際には誰も気づくことが出来なかった。メーカーの外箱のデザインや薬の包装も新旧の違いがわかりづらいものであった。	在庫の新旧入れ替わりの際には担当者が目配せをし、スタッフ全員に情報を共有出来るようにし、注意喚起を促すこととした。			ルコナック爪外用液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
	患者様は薬と一緒にお渡しした新式の指導箋を元に使用されていたが、しばらくしてから液が出なくなったとのこと。メーカーの説明によると、途中で出なくなったら初回時の操作を行うとまた液が出るようになるとのことでした。患者様へは希望もあったため旧式のものに交換をさせて頂きました。						
1078	前回まで、エリスロシンとビオフェルミンＲ散継続処方。今回エリスロシン終了したがビオフェルミンＲ散は継続処方されていた。	ビオフェルミンを処方するつもりがそのままビオフェルミンＲ散を処方していた。	電話確認のうえＲ散から配合散に変更	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1079	ニセルゴリン錠５ｍｇ「サワイ」を含む10種の薬の一包化処方。薬剤師Ａ（勤務年数８年）がピッキングし、薬剤師Ｂ（勤務年数１年）が一包化を作成しようとしたところ、ニセルゴリン錠５ｍｇ「サワイ」ではなくニコランジル錠５ｍｇ「サワイ」がピッキングされていることに気付いた。	名称が類似しているためピッキングの際に誤った。	名称類似の薬があることを調剤棚に記載する。	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
1080	ミコンビ配合ＢＰで処方されていたがジェネリック希望により変更した。テルチア配合錠ＢＰに変更すべきところを誤ってテラムロ配合錠ＢＰに変更した	ジェネリックと先発品の成分名まできちんと確認しなかったため。思い込みによる。	普通の薬剤でも注意しなければならないが特に配合剤を変更する場合は十分注意して成分名まできちんと確認すること。	ミコンビ配合錠ＢＰ	テラムロ配合錠ＢＰ「日医工」		ヒューマンエラー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	頓服の水剤で、前回と同じお薬が処方されていたが、一回量と回数が倍になっていた。患者さんに聞き取りをしたところ、医師から増量の指示はなかったが、症状が悪化しているとのことでそのまま処方した。	添付文章の一日量と一回量を見間違え、適正量と誤認したことと、症状が悪化していると聞いていたので、増量は適正と自己判断してしまったこと。	調剤前に薬歴を確認し、添付文書で適正量か確認する。投与量が大きく変動した際に経験のある薬剤師に相談し、疑義紹介の必要性を検討する。			オピセゾールコデイン液＊（日医工）	ヒューマンエラー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	一般名処方で、【ヘパリン類似物質油性クリーム】とアンテベート軟膏のミックスがきたが、調剤者がヒルドイドクリームとアンテベート軟膏で調剤してしまった。監査時に空容器で判明。すぐに作り直した。	混雑していて焦っていた。入力と並行して調剤してしまった。一般名で、クリームと聞いて勘違いしてしまった。	混雑していても、必ず処方箋と照らし合わせながら調剤する。類似している薬剤には注意喚起の張り紙をつけておく。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1083	処方箋入力時にDo入力に頼り切ってしまい、変更に気付かなかった。（ツムラ葛根湯がツムラ牛車腎気丸に変更されていた）	他薬剤がDo処方であったため、Doで入力してしまった。薬剤名称の最初の文字「ツムラ」しか確認していなかった。	Doに見えても確認・鑑査は徹底する	ツムラ葛根湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1084	処方箋を元にレセコンへ入力する際に、エンブレルのシリンジとペンの入力を誤った。	当薬局で以前からエンブレルのシリンジタイプが別患者に継続処方されており、入力時にいつも通りの入力をしたところシリンジタイプを選択してしまった。	特に新規来局の場合は薬剤の規格などを細かくチェックする	エンブレル皮下注５０ｍｇペン１．０ｍＬ	エンブレル皮下注５０ｍｇシリンジ１．０ｍＬ		ヒューマンエラー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	ロスバスタチンOD錠5mg「DSEP」を渡すところ間違えてロスバスタチンOD2.5mg「DSEP」を渡し、患者宅にて服用前に患者本人が気づき連絡をもらい、お取替えした。	一人調剤、監査で、忙しい時間帯に発生	一人薬剤師の時間帯の鑑査の徹底	ロスバスタチンＯＤ錠５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ロスバスタチンＯＤ錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1086	分包機のカセット内薬剤の入れ違い分包機の炭酸リチウム２００ｍｇのカセットにマグミット３３０ｍｇが複数混入	分包されたマグミットと炭酸リチウムを分解した際、両方の薬剤を炭酸リチウムのカセットに入れてしまう。	両薬剤のカセットに注意書きのシールを貼る	炭酸リチウム錠２００ｍｇ「フジナガ」	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
1087	入力ミスに気づかず、処方箋をよく見ないで入力を優先し監査してしまった。	監査システムで錠剤を監査しているため、入力が違っていると処方通りの薬がはじかれてしまいそちらを信用してしまう。その辺を徹底する。	処方箋、入力監査を徹底する	ディオバン錠４０ｍｇ	ディオバン錠８０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1088	ツムラの外装が似ており、色も同じ赤色の為、名前を見ずに色で判断してしまった。	桔梗湯と人参養栄湯は同じ赤色のラベルがしており、色だけで判断してしまった。	処方せんに記載されている名前と漢方薬の番号を確認し、交付するようにする。	ツムラ桔梗湯エキス顆粒（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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1089	同一成分の薬剤で、錠剤とカプセル剤の取り違えがあった。	同一成分で置いているとも変えているが、処方せんの名前のみで判断をし、前の人と同じ薬と思い込んでしまい、取違があった。	名前のみで判断してしまうので、規格の違う薬剤がある場合は最後まで見るようにする。	アンブロキソール塩酸塩徐放ＯＤ錠４５ｍｇ「サワイ」	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
1090	一般名処方できており、家族より包装が変わったのかと連絡あり。本来であれば普通錠を渡していなければいけないが、ＯＤ錠を渡していた。	名前だけを確認し、普通錠なのかＯＤ錠なのかを確認していなかった。	前回と変わっている薬が無いかを確認し、交付の際も気を付けるようにする。	リクシアナ錠３０ｍｇ	リクシアナＯＤ錠３０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1091	ビペリデン塩酸塩錠1ｍｇ「ヨシトミ」の錠剤分包機カセットにビペリデン塩酸塩錠錠1ｍｇ「アメル」が補充されていた。アメルが処方されて空になっているのがおかしいと思い、ヨシトミのカセットを確認しアメルが入っていることが判明した。	あらかじめカセットに補充するさいにメーカーの確認を怠り補充してしまった。	ダブルチェックで補充の際は他者に確認してもらい補充する	ビペリデン塩酸塩錠１ｍｇ「アメル」	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
1092	服用点の間違い。薬品の外見が似ていて、思い込みによるミス。分包の発行を夕食後からにしていたのに、手まきで朝食後から調剤。監査時にも気が付かずそのままお渡し。数日後に色の個数が違うことに患者さんが気が付かれ持参。健康被害なし	思い込みが働き、監査が不十分だった。調剤時も他のことに気を取られていた可能性あり。	再度監査の徹底。規格別で一目でわかりやすいような薬剤の採用に変更。			ニフェジピンＣＲ錠２０ｍｇ「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
1093	デパケン錠200ｍｇに変更になっていたところ、今までのR錠で交付した。	Rがないことの、みのがし。	頓服処方であったことからも気づくチャンスはあったことを確認した。また、そうではなくてもR錠であると思い込まないようDO処方においての確認を注意喚起した。	デパケン錠２００	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1094	アイファガン点眼液0.1％５ｍｌ処方。１本５ｍｌなので１本でよいところ２本調剤。窓口で患者様に指摘され本数の間違えに気が付き１本に訂正した。	アイファガン点眼0.1％が１本５ｍｌであるのに対し２本調剤してしまった。点眼液は１本2.5ｍｌであるものと5ｍｌであるものがあり、処方箋の記載も本数記載とｍｌ記載のものがあるため、他の１本2.5ｍｌのものと混同してしまった感じがある。	点眼液の本数は処方箋入力・調剤共に本数を間違いやすいため、その意識をしっかりと持った上で入力・調剤等をしなければならないと再認識した。			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
1095	本草芍薬甘草湯を計数したとき、多くとってしまったので箱へ戻そうとした。その時、誤って本草葛根湯の箱に戻してしまった。棚卸の時に混入が見つかったので、患者へ誤って交付することはなかった。	本草芍薬甘草湯と本草葛根湯の外箱や分包の外観が似ているため、隣通しに置いてあるところに間違って戻してしまった。普段は、ツムラの漢方薬を調剤することが多いが、たまに本草の処方を受け付ける時があった。滅多に出ないものなので余計、注意が散漫になっていた。	外観が類似していることを職員スタッフでもう一度確認。取り間違いが起きないよう注意を促した。			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
1096	エディロールカプセル0.5μgをピッキングすべきところ、エディロールカプセル0.75μgをピッキングした。	注意力の欠如。	処方箋をしっかりと確認すること。ピッキング後、処方箋と薬剤を照らし合わせて確認する。	エディロールカプセル０．５μｇ	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
1097	ガスローム顆粒　1日２回　3ｇ３５日分の処方にて、１０５g必要なところを１１５．５gピッキングした。（ビニールで纏められ用量の記載があった８４g＋取り間違えの３１．５g）	包装に記載されている、「エカベトナトリウム水和物　1g含有」をみて内容量が１包あたり１．５gのところ、１gで計算した。	包装をしっかりみること。			ガストローム顆粒６６．７％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1098	一般名処方で、ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸ローションを調剤しないといけないが、間違ってデキサメタゾンプロピオン酸ローションを調剤し、監査もスルーし投薬してしまった。	外用薬一般名処方の名前がかなり酷似しているものが多いので注意が必要と思っていたが見落としてしまった。今回はベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸とデキサメタゾンプロピオン酸で良く似ていた。	一般名処方のリストを作成し棚に貼るなどし注意をするようにする。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルローション０．０５％「ＭＹＫ」	デキサメタゾンプロピオン酸エステルローション０．１％「ＭＹＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1099	一般名処方で先発品希望の方にアレロック錠を渡さないといけないところ、後発品のオロパタジン錠を渡してしまった。	後発品の割合も85％を超え、ほとんどの方が後発品を選択されている状況である。後発品を選択するだろうと思い込んでしまい、調剤し、監査もおろそかになりそのまま調剤してしまった。	処方せんと薬歴の照らし合わせ、薬袋などとも照らし合わせなどもきちんとおこないミスを予防したい。	アレロック錠５	オロパタジン塩酸塩錠５ｍｇ「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1100	ピレチア錠５ｍｇ　１錠　夕食後（２８）　他　一包化　の処方に対し、ピレチア錠２５ｍｇ　で一包化調剤。判明後すぐｔｅｌにて連絡。当日服用分だった為、服用時刻までに自宅へ正しいものを配達。	ピレチア錠５ｍｇはバラ錠で散剤棚に、ピレチア錠２５ｍｇはヒートで調剤棚にあった。集薬した事務員はピレチア錠に規格違いが存在することを意識していなかった。一包化作業を行った薬剤師は、ピレチア錠に規格違いが存在することは知っていたが、その瞬間は気付かず作業を行い、投薬。業務終了後、監査写真チェック作業中に判明した。同じ患者様の処方が、その4週間前にもあり、事務員は同じく２５ｍｇ錠を集薬していたが、その時は薬剤師が気付いて５ｍｇ錠を用いて調剤した。	ピレチア錠に規格違いが存在することを職員全員に周知。薬剤名だけでなく、常に規格まで、最後の一文字まで気を配ることを徹底する。監査写真チェック作業は今後も続けていく。	ピレチア錠（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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1101	一包化をする際、カセットに錠剤数量を多く入れたため、施設にて投薬の後、別の患者の一包化を行っていた時に残量があり発覚。支給施設に連絡をいれ、現場にで一包化の中身を確認したところ漏れはなく、薬局にて錠剤の空シートを確認して多く充填したことがわかった。	ピッキングミスのバーコードチェックをしながら行ったが、数量の確認もれがあった。集中力を欠いたためと思う。	一包化もしくは、ピッキングするさいは、薬品名とともに数量も合わせて確認するようにする。			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
1102	処方箋でロスーゼット配合錠ＨＤが出ていたがロスーゼット配合錠ＬＤを出してしまった。ヒートのデザインがよく似ていたため監査でも発見できなかった。4月に出してしまって6月の来局時に発見された。40日分飲んでしまった。	よく似たデザインなのでメーカーに変えてくれるように要望した。	ロスーゼット配合錠ＬＤは棚。ＨＤは引き出しにした。	ロスーゼット配合錠ＨＤ	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
1103	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「サワイ」を調剤し監査する。交付時に患者様にも薬を見て頂いたところ、高血圧の薬がいつもと見た感じが違うとのご指摘を受ける。確認したところ、いつもお渡ししているのはアムロジンＯＤ錠５ｍｇであることが判明。	当薬局では、アムロジンＯＤ錠５ｍｇを調剤しているのはこの患者様のみである。日頃、アムロジンＯＤ錠５ｍｇはあまり触れることが少ない薬であると共に、繁忙であったことが要因と推測。	患者情報シートの常時申し送りの項目に、アムロジンＯＤ錠５ｍｇで調剤することを明記する。交付の際に、患者様にも薬を見てもらい、いつもの薬と違いはないか等を確認して頂く。	アムロジンＯＤ錠５ｍｇ	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1104	ゼフィックス錠168錠調剤の際、ピッキングシートには12シートと記載されていた。1ケースは5シート入りで70錠入っているが、1ケース10シート入りと勘違いしたため誤って7シート、98錠調剤されていた。鑑査の際薬剤師が発見し、投薬は正しい錠数でなされた。	通常ヒート包装の薬品の箱は10シート入りであることが多いが、今回のゼフィックス錠のように異なる包装も存在しており、思い込みによる計数ミスと考えられる。	ミスが多発する薬品の貯蔵庫には注意喚起の掲示を設置する、といった対策が考えられる。（5シート入り、14シート入りなど）			ゼフィックス錠１００	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1105	ヒルドイドフォーム0.3%の内容量の入力および鑑査ミス。92ｇのところを100ｇで、交付・精算してしまった。	処方箋は、一般名記載。【般】ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%　100ｇ患者様は、先発品希望でヒルドイドフォーム0.3%でお渡しした。本品の内容量が92ｇにもかかわらず、100ｇのままで交付・精算してしまった。　先発品、後発品とも同じ内容量と思い込んでいた。在庫チェック時、誤差が生じたため、ミスが発覚した。	内容量が異なる薬品もあるので、鑑査時には実物をみて内容量もしっかりと確認するようにし、再発防止に努める。			ヒルドイドフォーム０．３％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1106	d-クロルフェニラミンマレイン酸塩錠2mg「武田テバ」を調剤しなければならないところをd-クロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠6mgで誤調剤。2週間ほどたった時、薬局事務員が在庫が合わないことに気付いた。患者に電話連絡して確認したところ間違ってお渡ししていた。前回分の残薬があったのでまだ飲んでないとのことで全部交換させて頂いた。	土曜日の忙しい時間帯で、鑑査がおろそかになったと考えられる。規格をきちんと確認できていれば防げた誤調剤と思われる。	忙しい時間帯で患者がたくさん待っていても、鑑査はゆっくり正確に行う。	ｄ－クロルフェニラミンマレイン酸塩錠２ｍｇ「武田テバ」	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
1107	アドエア100ディスカス60吸入のところ、フルタイド100ディスカス60吸入で出してしまった。発注時に空き箱で気づき、すぐ患者さんに電話し取り換えた。	在庫の確認を急がされ、慌ててしまい、汎用のフルタイド100ディスカス60吸入を出してしまった。思い込みで確認が甘かった。	棚の配列に工夫、すぐに汎用の薬と思い込まず、きちんと細やかに確認する	アドエア１００ディスカス６０吸入用	フルタイド１００ディスカス		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1108	タプコム点眼の処方のところタプロス点眼を調剤していたとった棚を確認するとタプコムの棚にタプロスが入っていた	在庫を棚にしまう時点で間違えていたピッキング時に棚は見ているがとった薬品の名称を確認していなかった	棚にしまうときもピッキングする時も棚と医薬品と両方の確認をするようにする	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
1109	ニュープロパッチ9ｍｇ処方のところをイクセロンパッチ9ｍｇで調剤していた。監査時に判明。	保管場所が近いため、取り間違えてしまった。	保管場所を離し、注意。	ニュープロパッチ９ｍｇ	イクセロンパッチ９ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1110	ランソプラゾールOD錠15ｍｇ「トーワ」の処方だったが、「武田テバ」で調剤されていた。他薬剤師の検薬で気づき訂正。患者さんには正しいメーカーのものをお渡しした。	慣れからくる思い込み	必ず規格や剤形、屋号まで間違っていないことを確認するよう周知徹底する	ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「武田テバ」	ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1111	一般名処方でヘパリン類似物質クリームだったが、ヘパリン類似物質油性クリームを調剤してしまった。別の薬剤師による検薬で気づき訂正。患者のもとへは正しいものが渡されている	一般名処方でのクリームと軟膏の違いを勘違いした。	同じ成分のものにも基剤の違うものがあり、一般名がどれに当たるかを周知徹底する。	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
1112	リンデロン点眼液0.01%のところ、思い込みでよく出る0.1%をお渡し。患者さんからの電話で判明	繁忙時でお待たせしていたため、１人で調剤、監査、交付していた。	0.01%点眼液は１人のため、薬歴に付箋で注意（0.01%使用）を分かるように表示。汎用の薬と思い込まず、毎回きちんと確認を心掛けることを徹底する。	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
1113	デパケン錠200mgが処方されたが、間違ってデパケンR錠200mgを調剤。投薬後、処方箋を確認中に、気づいて患者さんに連絡。薬局に戻ってきてもらい、事情を説明し、デパケン錠200mgと交換する。	いつもと違う店舗で、それも一人薬剤師だった。また、同時に半錠分包もあり、患者さんも複数待っていたので焦ったことが原因。	一人で調剤・投薬する時は患者にも監査してもらい、確認してもらう	デパケン錠200mg	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
1114	転院してきた患者が、お薬手帳にて薬剤を引き継ぎ処理していた際、病院クラークによる打ち間違いによりカルテオロールPF点眼２％「日点」のところ、ミケルナ配合点眼液が処方されていた。患者聞き取り、お薬手帳確認により間違いを発見。紹介し、修正ののちお渡しした	紹介状による薬剤の打ち換えミス。電子カルテの打ち間違いと思われる。	引き続きお薬手帳、患者からの聞き取りにより誤りがないか確認する			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1115	処方は５６日分だった。その後、３５日後くらいに電話があり「いつもと名前が違う薬だった」と言われ残薬を持って来店された。２１錠持参されたので先発品と交換した。	以前より、棚の位置を離していた。処方は単剤ではなく、他にも先発品の薬が処方されているのでピッキングの時に間違いにくいと思っていた。	先発品とジェネリックが類似している薬剤はヒートの錠数を区別するなどの工夫が必要だと思う。	オルメテックＯＤ錠２０ｍｇ	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
1116	処方薬の監査を行った際、ジェネリック医薬品で処方されていたところを先発で調剤され、それを見落として投薬。	お昼時で忙しくなく、監査を行った際に気のゆるみがあったと思われる。先発医薬品で調剤されていたことに気が付かずそのまま医薬品をお渡ししてしまった。	普段は先発のミノマイシンが処方されることが多く、ジェネリック医薬品で処方された場合は印や、声掛けなどで分かるように区別するといったことが必要と思われる	ミノサイクリン塩酸塩錠５０ｍｇ「サワイ」	ミノマイシン錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1117	ケトチフェン点鼻液を処方箋の精査なしでケトチフェン点眼液で調剤、投薬した。	煩雑時になり注意散漫であった。	調剤、監査を別の人がすることです。	ケトチフェン点鼻液０．０５％「トーワ」	ケトチフェン点眼液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
1118	グルコンサンK 5g分2 10日分の処方に対して、1g分包品50包を調剤してお渡しし、薬袋の記載が「1回1包服用」となっていたため、患者様は1回1g（1日2g）しか服用せず、次回来局時に残薬となり患者様ご家族が調剤ミスにお気づきになる。	グルコンサンKの製剤として、バラの細粒と分包品細粒とともに採用していることが一番の原因。調剤監査機器に頼りすぎており、監査機器を通り抜ける事例に対応しきれていなかった。	監査機器は優秀ではあるが、監査機器をすり抜ける場合もあることを認識し、最終的には薬剤師の目で確実に監査をすることを意識づける。			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
1119	ピッキングされたネキシウム20ｍｇ　３５カプセルの中に、10ｍｇのものが縦1列に７カプセル混ざって輪ゴムで留められていた。監査機器もOKで通ってしまっていたが、監査者が気が付いて過誤は回避された。	規格違いの棚番が上下の位置にあったこと。また、カプセルおよびヒート全体が同じような紫色であるため、混ざってしまうと一見見過ごしてしまうくらい似たデザインになっていること。	棚番の位置を離した。ネキシウムについては、規格が混ざっていないか確認する意識をもつ薬として周知した。	ネキシウムカプセル20ｍｇ	ネキシウムカプセル10ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1120	当該患者様来局時は繁忙状態にあり、その中で当該先発医薬品で調剤しなければいけなかったところを、一般名処方のまま読み取りアムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「サワイ」で投薬をしてしまった。投薬時にも気づかず、数分後患者様本人が薬局に飛び込んできて、過誤の事実に気づいた。	繁忙状態であったため、きちんとした確認のないままに投薬へ至ってしまったことが、過ちにつながったと考えられる。	調剤・鑑査・投薬時の確認の徹底。Wチェックの再徹底。	アムロジンＯＤ錠５ｍｇ	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
1121	後発医薬品希望の患者様。ムコダイン錠５００ｍｇの処方に対して薬剤師Ａがカルボシステイン２５０ｍｇ「トーワ」で調剤を行い、薬剤師Ｂも鑑査を誤った。投薬者である薬剤師Ｃにより規格の誤りを指摘され、正しい規格となるカルボシステイン５００ｍｇ「トーワ」で調剤を行い交付した。	近隣の内科はカルボシステイン２５０ｍｇの処方が多く、習慣的に調剤されていた規格で間違いないとの思い込みが原因で発生したと考えられる。	過誤の起きやすい薬は規格に○を囲ってから調剤、鑑査をするルールで徹底するよう、改めて通知を行った。	カルボシステイン錠５００ｍｇ「トーワ」	カルボシステイン錠２５０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1122	患者様にカモスタットメシル酸塩錠100ｍｇ「オーハラ」８４錠お渡しする時に数確認を行うと、エペリゾン塩酸塩錠50ｍｇ「トーワ」が端数４錠混ざっていることに投薬者が気が付いた。直ちに交換して投薬を行った。	カモスタットメシル酸塩錠100ｍｇ「オーハラ」とエペリゾン塩酸塩錠50ｍｇ「トーワ」同じ引出しの隣に在庫しており、カモスタットメシル酸塩錠100ｍｇ「オーハラ」の場所にエペリゾン塩酸塩錠50ｍｇ「トーワ」が混ざって在庫されており端数を誤ってピッキングしたと思われる。サイズは違うが色調が似ており、監査者は端数だったので気が付かなかったと思われる。	直ちに在庫の場所を、変更した。また、納品時や、ピッキングの時に間違いがないかしっかり確認をする。	カモスタットメシル酸塩錠１００ｍｇ「オーハラ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1123	ディフェリンゲル30ｇの処方ディフェリンゲルは1本15ｇだが1本10ｇと勘違いし3本渡してしまった	1本10ｇの製剤が多いのでついつい思い込みで3本投薬してしまった	ディフェリンゲルは1本15ｇと引出にも大きく目立つように記載し今後同じ間違いをしないように皆で今回の事を共有			ディフェリンゲル０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1124	2科処方箋持参、1科目3種類、2科目3種類の調剤でフェブリク20mgをお渡しするところ40mgで調剤をして監査ももれてしまい患者に渡ってしまった。患者本人より電話問い合わせで19日後に発覚、まだ服用していなかった。交換させていただいた。	調剤ミス、監査ミス、調剤者と監査が別のものだったが調剤ミス、監査不足でそのまま手渡してしまった。	規格のチェックの印を調剤者、監査それぞれつけるように改善した。	フェブリク錠２０ｍｇ	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
1125	一般名ケトコナゾールクリーム処方の患者に、ケトコナゾールクリームで調剤するところ、先発品のニゾラールクリームで調剤。翌日在庫のずれから発覚し、該当患者に連絡。使用前に連絡できた。	ニゾラールクリームの包装が、分かりにくかったことが一因。上部にニゾラールクリームと同じ大きさでケトコナゾールの印字あり。	薬袋の写真と見比べを怠らないように指導。	ケトコナゾールクリーム２％「ＪＧ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1126	グリミクロンＨＡ錠20ｍｇが合計で180錠処方のところ、グリミクロンＨＡ錠20ｍｇを80錠とアムロジンＯＤ錠2.5ｍｇを100錠で調剤してしまい、鑑査も気づかずに、投薬まで進んでしまい、患者様に交付しようとしたところ、患者様が先に気づいて発覚。	普段よりグリミクロンＨＡ錠20ｍｇは劇薬の上の棚に収められていて、アムロジンＯＤ錠2.5ｍは劇薬の下の棚に収められている。納品時にどちらも１００錠包装で同メーカーということもあり、箱も類似していたので、棚に収める際に、グリミクロンＨＡ錠20ｍｇの棚に、アムロジンＯＤ錠2.5ｍｇも一緒に収めてしまったと思われる。その後、グリミクロンＨＡ錠20ｍｇ調剤時に、アムロジンＯＤ錠2.5ｍｇが入っているとは気づかずに、箱を開けて中身を取り出し、端数のグリミクロンＨＡ錠20ｍｇ８０錠と一緒に括って鑑査に流した。	調剤者・鑑査者の思い込みで、そもそも確認が疎かになり重大なミスに繋がったが、そもそも、納品時に棚を間違えて納めているところから問題がある。そこで納品時も一人では作業せずに、二人組で納品、もしくは、伝票と照らし合わせて、収めた場所を別のものが確認するシステムに変更。調剤者は箱を開けて丸ごと調剤した際は、箱も一緒に鑑査台に回すことにした。また、今回のように100錠+80錠の場合、一緒には輪ゴムで括らずに、100錠と80錠は別にして、鑑査に回すことに変更。鑑査者は端数のみならず、100錠の束の包装もキチンと確認するよう、再度確認。	グリミクロンＨＡ錠２０ｍｇ	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
	鑑査では80錠のグリミクロンＨＡ錠20ｍｇをしっかり確認し、100錠の束は当然同じ薬であると思い込んで、大して確認もせずにそのまま、薬袋に入れてしまって、投薬台に出してしまったと思われる。						
1127	数年間リンデロンV軟膏が処方されていて、前回からリンデロンVGに処方がなっていたがV軟膏を交付してしまった。	調剤者も鑑査者も思い込みによる調剤過誤	徹底した確認を実施する。	リンデロン－ＶＧ軟膏０．１２％	リンデロン－Ｖ軟膏０．１２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1128	一般名処方にて以前からイルアミスをお渡ししていたが誤って先発のアイミクスを調剤し、交付してしまった。	AGということもあり、シートはほとんど同じで思い込みの要素がかなり強い。	調剤・鑑査ともに細心の注意を払って業務を遂行する。	イルアミクス配合錠ＬＤ「ＤＳＰＢ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1129	プラミペキソール、メーカー変更をメーカー変更せずに調剤監査お渡し	メーカー変更になって、新しいものを開けた時、報告せず	新しい箱を開けるときは報告する			プラミペキソール塩酸塩錠０．５ｍｇ「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1130	医療事務が休憩中で、薬剤師が入力。薬剤名を数文字入力したところで、候補薬剤が数点上がってくるが、間違えて他の規格の薬剤を選んでしまった。鑑査者も入力ミスを見逃してしまい、入力通りのお薬を準備してしまった。	患者様を少しでも早く帰してあげようと、入力操作・調剤・鑑査に焦りがあった。このときは施設調剤・鑑査も同時に行っていたため、調剤室では忙しくしていた。	休憩時間帯は人員が減るため、一人薬剤師・薬剤師が入力など、いつもと違う業務が発生する。人員不足の時は、いつもより集中して慎重に業務にあたるよう、全員が再認識するように今回当事者でなかった職員にも周知する。	アテレック錠１０	アテレック錠５		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1131	患者さんから電話あり。オイラックスクリームを処方してもらったはずなのにオイラックスHクリームが入っていた。まだ使っていないとの事。調剤後2週間経っている。薬剤師もレセコン入力した事務も気づかなかった。処方箋を確認し、調剤ミスに気付く。まだ患者さんが間違えた方の薬剤を使われていなかったので、正しい薬剤と交換。	普段は門前の病院からオイラックスHクリームがよく処方される。オイラックスクリームは過去に1度も処方された事がない。今回も門前病院の処方のため、思い込みでオイラックスHクリームを調剤してしまった。	オイラックスHクリームとオイラックスクリーム、リンデロンVG軟膏とリンデロンV軟膏のような類似薬品がある事をしっかりと認識するように気を付ける。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1132	トラマールOD錠２５ｍｇ処方のところ５０ｍｇで調剤。患者家族からの電話にて発覚。めまいがすると本人が訴えたことで、家族が薬袋の記載薬と規格が違うことが分かった。薬は6日間服用していた。痛みは抑えられており、めまいはあるものの、仕事には行っており、事故等は無かった様子。残っていた薬の交換に伺い、患者の状態と薬局対応について処方医に報告した。	規格違いの薬の配置に問題があった。鑑査が散漫になってしまった。	保管場所に注意し規格の取違いないよう注意する。トラマールは初回は２５ｍｇ開始が望ましいとされている点を考慮して調剤を行う。	トラマールＯＤ錠２５ｍｇ	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
1133	カロナール錠500ｍｇの処方に対してメトホルミン錠MT500ｍｇ「ニプロ」をピッキング、監査でも見逃し、交付時に患者様への服薬指導中に間違いに気がついた。	劇薬同士で棚の近い位置に配置されており、錠剤の大きさや形状だけでなくPTPヒートが類似していることで取り違いが起きた。当薬局では以前にも同じ取り間違いを経験している。	PTP包装の異なるジェネリック品を検討したが、どのメーカーも同じような包装のため薬の位置を変更、カロナール錠500ｍｇを別調剤棚におくことで取り違いが起きにくいようにする	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
1134	処方箋記載は一般名サラゾスルファピリジン腸溶錠であった為に、ジェネリックの普通錠で調剤。（患者の疾患はリューマチ）	普通錠と腸溶錠で効能効果の違いを認識していなかった。（普通錠：潰瘍性大腸炎　腸溶錠：関節リウマチ）	新採用品目に関して、導入時に効能効果の違いをチェック。情報共有の徹底。	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
1135	シンバスタチン5ｍｇマイラン90錠のうち2錠分シンバスタチン武田テバが混入。調剤時に気が付かず監査者が発見。交付前に交換し正しいお薬でお渡しした。	シンバスタチンマイランと武田テバの棚位置が近く（上下）またヒートの外観も近かったため混入してしまった可能性あり。	調剤時によく確認する。外観の似たお薬は棚位置を離す。また棚にお薬を戻す際などの間違いにも気を付ける。薬局内の在庫メーカーをしっかり把握する。	シンバスタチン錠５ｍｇ「マイラン」	シンバスタチン錠５ｍｇ「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1136	ポラプレジンクOD錠2錠/２ｘＮ６３日分　１２６錠だすところ１２０錠しかだしていなかった。次回来局時３日分足りなかったと言われ、在庫確認したところ、６錠足りなかったこと判明。	患者様の多い時間帯のため、監査が煩雑になった。いつもは、調剤し、投薬直前に薬の錠数がわかるようにIpadに写真残しているが、この時だけ、たまたま残していなかったため、患者様に言われるまでわからなかった。	Ipad の写真を残していれば、投薬当日に６錠不足はこちらで、見つけられたかもしれない。投薬当日すべての写真を見直すことはできないが、半端数間違えないよう気を付ける。			ポラプレジンク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
1137	デルモゾールG軟膏で処方があり、患者様が先発品（リンデロンVG軟膏）を希望されたのでDrに確認したところ、デルモベート軟膏を出したかったとのこと。	類似薬によるDrの処方ミス	患者様からのヒアリングをしっかり行うこと。			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
1138	Ｒｐ.スタレボ配合錠Ｌ５０　のところ、ドパコール配合錠Ｌ５０をとり監査時に発見された。	・混雑していた。・朝、風呂掃除をしてから出勤し、疲れていて集中力を欠いていた。・極端に処方薬多数。・スタレボとドパコールは同じ引出しの前後に入っている。スタレボを見ながら、ドパコールをとった。	・混雑時においても、とった後の再確認を怠らない。・体調を整え集中する。	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
1139	チアトンカプセル10mgのところチガソンカプセル10mgにてお渡ししてしまった。患者様より、異なる薬が入っていると電話いただいた。服用はされてなく、謝罪の上、正しい薬剤を郵送する旨了承していただく。まちがってお渡ししたチガソンは次回来局時お持ちいただくよう依頼した。	薬剤名の類似と同じ規格だったために注意力の不足により誤って調剤してしまった。	チアトンとチガソンのパッケージの両方に「類似名称薬注意（類似薬剤名）」の張り紙を添付。薬歴の確認事項に「チアトン」要確認と入力。	チアトンカプセル１０ｍｇ	チガソンカプセル１０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1140	Ｒｐ．タプコム配合点眼液　のところ、タプロス点眼液をとり監査時に発見された。	・「タプ～」のみ見て思い込み、より処方数量の多いタプロス点眼をとり、その後の確認を怠った。	・薬品名の類似があることを前提に、薬品名・規格など最後まで確認することを徹底する。	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
1141	患者様に処方されたお薬とは、違う成分のお薬をお出ししてしまい、入院する際に持参した際に病院の薬剤部で薬袋の記載の名前と違う薬が入っていることが判明し、TELで薬局に連絡あり、在庫を確認し、やはり、在庫が合わないことを確認し、至急、病院の薬剤部にお薬をお持ちして交換いたしました。幸い、ペースメーカーの交換の入院で、まだ、服用しておらず、そのままの交換になりました。	お昼の時間で、ほかの薬剤師や事務も休憩に入っており、薬剤師一人、事務一人で対応しており、また、該当薬剤と間違えてお出しした薬剤のパッケージが同じメーカーで似ており、名前を確認せずに、思い込みで薬剤師がそのまま、お出ししたと思われます。日頃から、患者さんにお出しする際に、処方箋ときちんと合わせて出さない薬剤師だったことも原因とおもいます。	すぐに同じパッケージの薬品は、離して、置くようにし、患者様にお出しする際は、処方箋とお薬のヒートとをきちんと照合してから、薬袋に入れるように、当薬局の薬剤師に確認し、再発しないように努めて参りたいと思います。	エペリゾン塩酸塩錠５０ｍｇ「ツルハラ」	イフェンプロジル酒石酸塩錠１０ｍｇ「ツルハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1142	新患の患者さま　ロキソニンの処方だがジェネリック希望のためロキソプロフェンGEでの調剤。投薬の調剤録チェックの際に入力ミスがあったことが判明。ご本人にはロキソプロフェンGEがお渡ししてあることは確認すみ。	処方箋にはロキソニンと記載されてあったためそのままレセコン入力された。薬剤師の監査の際、調剤録のチェックが怠っていた。	ジェネリック変更になるかはレセコン入力時に薬剤師と事務双方でで確認すること。薬剤師は投薬時入力監査を必ず実施の事。	ロキソプロフェンＮａ錠６０ｍｇ「ＹＤ」	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
1143	メトホルミン500mgを112錠のところ、10錠1シートがカロナール500mg錠で調剤された。監査者が気づき、調剤者と確認して訂正、投薬前に気づくことができた事例。	メトホルミンの調剤棚にカロナールが謝って混入した。	棚に注意喚起の文言などを張る。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1144	【般】炭酸ランタン口腔内崩壊錠２５０ｍｇ　３錠　３５日分において、ＯＤ錠ではなく、顆粒で調剤を行った	一般名での規格をしっかりと確認を行わず、思い込みで顆粒でのピッキングを行った単純なミスが原因	３文字確認でピッキングを行うことの指導を行った	炭酸ランタンＯＤ錠２５０ｍｇ「イセイ」	炭酸ランタン顆粒分包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
1145	クロベタゾン酪酸エステル軟膏が処方さていたがクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏で入力されており、鑑査時に発覚。投薬前に気がついたため正しいものでお出しした。	薬の名前が類似しており、薬の名前が長いと後半が切れてみえなくなっていることがある。また、クロベタゾールプロピオン酸エステルの方が処方される頻度がおおい。	入力、調剤、鑑査と複数人で内容があっているか確認する。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏０．０５％「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
1146	グリセリン浣腸液５０％　６０ｍｌ　１本の処方にて、銘柄変更でケンエーＧ浣腸５０％　６０ｍｌ１本を調剤を行うところを、１２０ｍｌで調剤を行った。	箱も隣接し、外観も類似、しかも、１２０ｍｌが手前にあったことで間違った単純な確認ミスが原因	処方せんの規格と調剤後の規格を指さし確認を行うことの教育を行った	ケンエーＧ浣腸液５０％　６０ｍｌ	ケンエーＧ浣腸液５０％　１２０ｍｌ		ヒューマンエラー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	先発品の希望であったにもかかわらず、アムロジピンＯＤでの取り揃えに気が付かずそのままお渡ししてしまった。	製品自体のデザイン、名称が酷似している。	該当の要因を踏まえて、そのような酷似した薬品に関しては鑑査の際に２度の確認を行う。	アムロジンＯＤ錠５ｍｇ	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
1148	ヒアレイン0.1%のところ0.3%でピッキング。	ヒアレインに2種規格あることを知らず、ピッキング。	商品棚に0.1%、0.3%あることを大きく記載。	ヒアレイン点眼液０．１％	ヒアレインミニ点眼液０．３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1149	ツムラ人参養栄湯の用量誤りの疑義照会漏れ	ツムラ人参養栄湯が7.5g/日で処方されていたのにもかかわらず、監査にてスルーしてしまい分包品3g/Pを使用して9.0g/日でお渡し。再来局時、別の監査者が誤りについて発見した。当該医療機関に疑義照会を改めてしたところ、前回処方のときから9.0ｇ/日で問題なかったと回答を得た。ツムラの漢方薬は2.5g/Pが多いため、慣れにより調剤・監査・交付時に気付くことができなかったと思われる。	3g/P、3.5g/Pの漢方薬に関しては薬歴システムの機能を利用して、入力時にポップアップ、監査時にも1回分量を強調して表示させるように設定を行った。	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒（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
1150	（般）ロキソプロフェンテープ（１００）処方で、先発品のロキソニンテープを希望している方、普段からロキソニンテープをお渡ししている方に、ロキソプロフェンテープ（１００）「三笠」をお渡ししてしまった。	先発品希望であることを見落としてしまった。先発品希望であることを処方せんにメモしてスタッフ間で伝達しているが、そのメモ書きを見落としてしまった。ほとんどの場合後発品を用いているので、後発品希望であると思い込んでしまった。	入力チェックをする際、名称、剤形、規格（メーカー）の確認をおこたらない。一般名処方なので、後発品希望と思い込まない。	ロキソニンテープ１００ｍｇ	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
1151	エクメット配合錠LDが処方のところエクメット配合錠HDで調剤してしまった。監査者が規格の違いに気が付き発覚。交付にはいたらなかった	レザルタスHDが処方になっていて、上下での記載だった為過誤が起きた。また調剤者の確認不足もあった	処方箋記載医薬品調剤時の規格の確認の徹底	エクメット配合錠ＬＤ	エクメット配合錠ＨＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1152	前回「大腸菌死菌・ヒドロコルチゾン配合軟膏」で処方されてヘモポリゾン軟膏を渡してた患者さん。用法用量そのままで「ヒドロコルチゾン・フラジオマイシン等配合軟膏」に変わって処方されてたことに気づかず、「大腸菌死菌・ヒドロコルチゾン配合軟膏」で入力してヘモポリゾンへ変更。調剤で気づいて入力しなおしたので交付無し。	一般名がどっちも長く、ヒドロコルチゾンの文字が入ってるため、うっかりすると見落としてしまう。一般名から変更後の製品名も似てるのでそっちでも間違いやすい	気を付ける	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
1153	ディオバン錠80の処方。患者様がGE希望だが、GEでもバルサルタンに関してはAGを強く希望。添加物などで合わない可能性があるのでAGを希望している。バルサルタン錠80ｍｇ「サンド」を調製しなければいけないところ、他メーカーの「トーワ」で調製。鑑査前に気付き、正しい薬剤で調製し、鑑査を行い、間違いのない事を確認し、患者さまに交付した。	週明けで患者数が多く、立て込んでいた。バルサルタン錠80ｍｇ「トーワ」の方が普段たくさん出るので思い込みがあった。	患者情報の確認を徹底する。調剤棚に注意喚起のシールを貼付して、メーカー違いを調製しないよう対策した。	バルサルタン錠８０ｍｇ「サンド」	バルサルタン錠８０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1154	カンデサルタン８ｍｇ「あすか」が処方になっていたが間違えて「ファイザー」の物をお渡ししてしまっていたことが棚卸時に発覚した。	カンデサルタンは複数のメーカーの製品在庫があるにも関わらず注意を怠り間違えてしまいました。	薬剤名、ミリ数だけでなくメーカー名も確認するように気を付けます。	カンデサルタン錠８ｍｇ「あすか」	カンデサルタン錠８ｍｇ「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
1155	一般名処方だったため、2文字で調剤、監査してしまった。	セフジトレンピボキシル錠が頻繁に処方されているため、思い込みによる調剤、監査をしてしまった。	２～３文字程度で判断しないよう徹底する	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1156	【般】ロキソプロフェンNaテープ100mg（10×14cm温感）と記載された処方箋のところ、非温感のロキソプロフェンNaテープ100mg「トーワ」を調剤した。実際はロキソプロフェンNaテープ100mg「タイホウ」で調剤しなければならなかった。投薬時に患者の主訴より調剤ミスしていることに気付いた。	処方箋見間違え。前回処方されたのがロキソプロフェンテープ温感であったため、Do処方と勘違いをし調剤した。また、入力もDo処方で入力されており監査者も気づかなかった。投薬時に患者の「温かいのに変えてもらった」ということを聞き調剤ミスに気付いた。	思い込みをなくす。処方箋の記載事項最後まで読み、非温感・温感に印をつけて気を付けるようにする。投薬時も患者本人へ確認を怠らない。	ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「トーワ」	ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「タイホウ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1157	処方がスージャヌ配合錠のところスーグラ錠50を渡していた。患者本人から、いつもと違う薬が入ってるとの電話があり発覚	薬剤名類似による調剤処方箋の確認、調剤鑑査の怠り	スージャヌ配合錠とスーグラ錠50の棚が隣だったため、離した。他のスタッフへ経緯説明	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
1158	5/30ノボラビットフレックスペン他の注射薬の発注を確認している際に発覚しました。4/27にノボラビットフレックスペンを4本処方になっているところ、フレックスタッチを4本渡していました。1ヶ月以上経っていましたが患者さんに連絡し全て交換しました。（引き取ったフレックスタッチは廃棄処理）本人は押し心地が違うので違うことは分かっているようでした。薬の成分が同じことも理解されていました。	ノボラビットはフレックスタッチとペンの２種類を在庫しています。注射薬の在庫が増え、2箇所で保管している状況です。注射薬の出納帳をつけていたので、発見が出来た。	調剤時に複数あるものもあるので特に注射薬は慎重に行う。応援の薬剤師への剤形が複数あることの周知ができていませんでした。注射薬を1箇所で在庫できる体制ができる。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1159	アムロジピンOD錠５ｍｇを調剤すべきところ、剤型違いのアムロジピン錠５ｍｇで調剤した。	忙しかったので、処方箋の剤型部分を見落とした。思い込みがあった。	入力後にプリントされるピッキングリストと照らし合わせ調剤する。思い込みをしない。	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「ＥＭＥＣ」	アムロジピン錠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
1160	プロペトと亜鉛華軟膏２０％の混指示をプロペトとサトウザルベ10%（亜鉛華**単**軟膏10%）で調剤してしまった。他にも混合するものが多く、ピッキングと調整（混合）する者が別々で行った。	処方箋の記載内容を確認していたにも関わらず、見落としてしまった。同じ処方に「亜鉛華軟膏」と「般　亜鉛華単軟膏１０％」と両方あり、どちらも１０％だと思い込んでしまった。	亜鉛華軟膏、亜鉛華単軟膏の処方箋調剤時は濃度の記載がないので規格を十分注意する。患者メモにも調剤時の注意のコメントを追加した。	亜鉛華軟膏「ホエイ」	サトウザルベ軟膏１０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1161	セレキノン(100)56錠お渡しするところを、50錠はセレキノンでお渡ししていたが、6錠だけセレスターナが紛れていた。間違いに気づいた段階で患者に電話確認したところ、まだお渡しした薬を服用していなかったため大事には至らなかった。	セレキノンとセレスターナの見た目・色調が似ていたにも関わらずとなりどうしに配置されており、調剤者も監査者も6錠セレスターナが紛れていることに気が付かなかった。	見た目の似た医薬品を隣に配置しないよう、全医薬品の配置を確認し、取り間違いの可能性のある医薬品の配置を変更した。	セレキノン錠１００ｍｇ	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
1162	クラシエ人参養栄湯１包2.5ｇのところ、3.75ｇで調剤・監査	クラシエ人参養栄湯の規格が２種類あることの認識不足。用法用量の確認不足。	複数の規格があることがわかるように包装箱への記載・お知らせ	クラシエ人参養栄湯エキス細粒	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
1163	一般名ロスバスタチン錠5mg処方のところ、アトルバスタチン錠5mgトーワを調剤。監査時に発見。	同じスタチン系であることから勘違いをしてしまった。	処方箋の確認を怠らない。	ロスバスタチン錠５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1164	レンドルミン錠0.25mg30錠の処方のうち10錠をレンドルミンD錠0.25mgでお渡しした。	レンドルミン錠0.25mg30錠の処方のところレンドルミン錠0.25mg20錠とレンドルミンD錠0.25mg10錠でピッキングをしていたので、そもそもレンドルミン錠0.25mgの棚に誤ってレンドルミンD錠0.25mgが混入していた可能性が高いと思われる。	薬品の棚が隣り合わせの配置だったため、意図的に間に他の薬品を挟む配置に変更した。また、一旦ピッキングした薬品を薬品棚に戻す際には、ピッキング時と同様の注意を払うよう再度スタッフに周知した。	レンドルミン錠０．２５ｍｇ	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
1165	エクメット配合錠LDで調剤するところをエクメット配合錠HDで調剤していた	医薬品の名称のみをみて調剤を行っていた	処方箋に基づいて調剤する。名称・剤形・規格を確認し、調剤することで再発を防止する。	エクメット配合錠ＬＤ	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
1166	トランサミン酸が処方されていたが、トラネキサム酸を交付してしまった。	薬局の繁忙と確認不足。	鑑査、投薬時に十分な確認をする。	トランサミン錠２５０ｍｇ	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
1167	プラザキサ75ｍｇ4C2×の処方があったが、誤って110ｍｇで調剤してしまった。	プラザキサカプセル75ｍｇとプラザキサカプセル110ｍｇは、どちらも引き出しに保管している薬剤である。普段から、取り間違え防止のため、上下で別々の引き出しに保管しているが、引き出しの中の配置が75ｍｇも110ｍｇも引き出しの取手側に保管されており、上から見ると大体同じ場所になっていた。	引き出し自体を分けるだけでなく、引き出しの中の配置も変更する必要があった。例えば、75ｍｇは引き出しの奥で、110ｍｇは引き出しの手前など。	プラザキサカプセル７５ｍｇ	プラザキサカプセル１１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1168	EK-18　処方が多くKBと取り間違えてピッキング	KBが劇薬であり、棚が別にあったのも要因	ピッキングする際に機械で注意喚起するメッセージ	クラシエ桂枝加苓朮附湯エキス細粒	クラシエ桂枝加苓朮附湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1169	ラベプラゾール10 mg「トーワ」の処方で一包化でお渡ししているがパリエットをジェネリックに変更するのを「明治」の処方で出しているため調剤者も意識せずにそれで出してしまったのを見過ごしそのままで出してしまった。棚卸し時数量が合わないため気づいたため連絡して謝罪しました	ラベプラゾール「トーワ 」を出す時は意識して注意はしていたが一包化に時間がかかりせいていた事もありメーカー違いに気がつかなかった	同一薬品でメーカー違いがあるのは意識して印をつけるようにします	ラベプラゾールＮａ錠１０ｍｇ「トーワ」	ラベプラゾールＮａ塩錠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
1170	ロキソプロフェンナトリウムテープの温感と非温感の取り違いが発生した。	普段よく処方されるのが非温感のロキソプロフェンナトリウムテープ「ユートク」であるため、取り違いが発生したと考えられる。	「タイホウ」「三友」と２銘柄のみ温感であることを知っておく事で、入力・調剤どちらからのミスも減らす事が出来る。	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「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
1171	エディロール0.5μgが処方され、レセコン入力も間違いなく行われたが、調剤者がエディロール0.75μgを準備し、監査した薬剤師、投薬した別の薬剤師も気が付かず投薬。その後、調剤したものが調剤後の処方箋をみて間違いに気が付き患者さんへ連絡。服用前だったので交換して謝罪。	当薬局ではエディロール0.75μｇが主に処方され、0.5μｇはほとんどでなかったので思い込みが強かったと思われる。	調剤者もピッキング後、再度確認することと、監査する薬剤師だけでなく、投薬する薬剤師も入念に再監査することとする。	エディロールカプセル０．５μｇ	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1172	一般名メコバラミン500で処方されており、メコバラミン500「ＳＷ」で調剤している患者だが、メチコバール500で一包化してしまった。患者からの電話でいつも黄色と白い錠剤が1錠ずつ入っているとの電話で発覚。本人は服用していないため、被害はなし	アデホスコーワ腸溶錠とメコバラミンのみの一包化の患者だが、アデホスコーワ腸溶錠が現在不足している状態であることも背景の一つ。急いで一包化して投与してしまい、メチコバール500とメコバラミン500「ＳＷ」を取り違えて調剤していたことに気づかなかった。	薬歴のチェック・監査時は冷静に行う	メコバラミン錠５００μｇ「ＳＷ」	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
1173	ニフェジピンＣＲ錠での、規格の取り間違え。良く処方が出る方の２０ｍｇを調剤してしまった。	規格違いの薬剤の配置が近かった。良く出る２０ｍｇに意識が行きやすかった。	規格違いの薬剤は離れて配置する。調剤する際、規格に鉛筆でチェックを入れる。	ニフェジピンＣＲ錠４０ｍｇ「トーワ」	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
1174	ロコイド軟膏を誤ってクリームを交付した。	忙しかった	確認の徹底	ロコイド軟膏０．１％	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1175	かかりつけ医と小児神経科の専門病院をそれぞれ受診されている患者様で、今回小児神経科のほうに患者様より「酸化マグネシウム」をお願いされました。普段はかかりつけの小児科で便秘の治療のため「酸化マグネシウム83%」を処方されていたが、薬が少なくなったため小児神経科の医師にお願いされた背景がありました。ファックスでの受付の為前述のような背景の確認が取れませんでした。薬局には小児神経科よりファックスで処方せんが送られ、それをもとに薬剤師が調剤。その中で　酸化マグネシウムという記載があり、パーセント表示もなかったため原末で調剤。投与量なども体重より確認し、問題ないことも確認済み。	今回、酸化マグネシウムという記載で小児の体重換算からも投与量が問題なかったため、投薬の際に詳しく聞き取らなければ患者様の希望されていたお薬とは違う規格のお薬ということと、原末と「ケンエー」では味も違うため、体調の変化やコンプライアンス等も低下する可能性がありました。小児神経科での酸化マグネシウムの処方が初めてだったこともあり、そういった場合はかかりつけ小児科での服用歴なども合わせて医師に情報提供と規格の確認をしっかりしていく必要があると思いました。またこの患者様は薬局をほぼ統一されていたこともあり、薬歴等での確認が取れたため問題なく対処できたと思います。	他科受診や病院を複数かかられている方などは、処方内容を確認し気になる点があればその都度医師に確認を取るようにすることが調剤過誤防止につながると思いました。			酸化マグネシウム＊（丸石） 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
	患者様が来られた際、便秘薬が不足しそうな旨の話を確認。投薬の際いつもの小児科で出ている薬とは％が違うことを伝えた。患者様は少し躊躇されたため、詳しくお話を聞いたところ、医師からはかかりつけの小児科と同じ薬を出しますと伝えられていたということが聞き取れた。処方医に疑義照会し、かかりつけの小児科では酸化マグネシウム83%「ケンエー」が処方されていることを伝え、医師の薬品規格記載もれであることがわかった。						

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

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	
1176	患者家族がいつも処方箋をおいて帰られ、数時間後に取りに来られます。事務の入力後、他の事務が入力確認をしますがそこでも気ずかず、薬剤師は薬が自局に無かったので手配をしており入力を確認しなかった。薬がそろった後も薬剤師は処方箋と薬の鑑査のみをして、薬袋や薬情の確認をしなかった。さらに、時間がたってとりに来られたときには、違う薬剤師が鑑査がすんでいたのでそのまま薬の説明のみして渡してしまった。	薬剤師は鑑査時に薬袋などの間違いも必ずチェックする事。投薬する薬剤師も再度チェックして渡すように。	事務員の入力時に入力鑑査の徹底。薬剤師の投薬前の再鑑査の徹底	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
1177	今までジャヌビア１００ｍｇ継続、今回ジャディアンス１０ｍｇに変更。	会話の多い薬局なので作業中の職員は集中出来ていない環境だと思う。	大きい声で話すのを控える、仕事外の話をするのを控える。	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
1178	ツムラ防風通聖散とツムラヨクイニン湯をパッケージ色同一の為間違えた	週末夜遅く一人薬剤師のため疲労が蓄積していた	ツムラ防風通聖散とツムラヨクイニン湯をパッケージ色同一の為離れた場所に保管変更する	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
1179	クレストールOD錠（2.5）30錠のところ、8錠のみロスバスタチンOD錠（2.5）で調剤してしまった。	同じケース内の前後に配置している。包装が類似している。	後発品と先発品のケースを分けて配置する。後発品注意の注意書きをつける。	クレストールＯＤ錠２．５ｍｇ	ロスバスタチン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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1180	般）メサラジン500mgの処方をメサラジン腸溶錠400mgで調剤しお渡ししていた。過誤当日（2020年2月10日）は判明せず、その約4ヵ月後（2020年6月16日）に再来局し同じ処方が出て、入力時前回の過誤が判明した。	レセコン入力時に、一般名処方から代替品に変更する際に規格を確認せず名称のみで変更し、そのまま監査システム→投薬するため、投薬時に処方箋を十分に確認しないまま（正しいと思い込んで）お渡しした。患者が新患だったということと、誤入力のまま監査システムを通すため間違いを知らせるアラームも鳴らない、その医薬品の在庫がなく別規格のものが良く出る医薬品だったことが主な原因と考えられる。	レセコン入力時に一般名処方からの代替時は剤形・規格等を十分に確認して入力する。監査時と投薬前にもう一度、処方箋を十分に確認するよう徹底する。	ペンタサ錠５００ｍｇ	メサラジン腸溶錠４００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1181	ニューキノロン系薬剤のラスビック錠の処方に対して、耐性乳酸菌製剤のビオフェルミンR錠が追加されていたが、ピッキング者は適応外に気が付かず、鑑査の段階で気づき疑義照会の上、ビオフェルミン錠剤に変更になった。	抗菌剤ラスビック錠の継続服用により軟便症状が現れ、ビオフェルミンR錠が処方されたが、ラスビック錠には適応外だった。	薬剤の性質を考慮し、適切な薬物療法が行われるよう、繁忙時でも疑義があれば、きちんと確認をして行く。			ビオフェルミンＲ錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1182	内服薬の種類が多く一包化を希望される患者であるため、受診後に一旦処方箋を薬局に預け、時間を置いてから調剤された薬剤を息子様が取りに来局されるという形で交付を行っていた。インシデントが発生した当日も同様の流れで調剤、交付が行われたが、リセドロン酸Ｎａ錠について誤った規格が調剤されていることに、監査・交付の時に気が付く事ができなかった。入居施設の職員が配薬を行う際にいつもとパッケージが異なること、いつもは「週に１回」と記載されている包装に今回は「月に１回」と記載されていることに疑問を抱き、今回の事例が発覚した。施設職員が服薬前に連絡をしたため、患者本人が誤った薬剤を服用することはなかった。	リセドロン酸Ｎａ錠７５ｍｇは数か月前に採用したばかりの規格であり薬剤師の間で十分な認識が行われていなかった。また、交付に関わった薬剤師は当該店舗に週に３回しか勤務がない非常勤薬剤師であり、新しい後発医薬品の規格が採用されたことについて十分に把握ができていなかった可能性があった。さらに、同薬剤には１７．５ｍｇと一見同じような数字が並んだ規格が存在していること、一般名処方でありエラーが起こりやすい文字列であったことが要因であると考えられる。	ビスホスホネート製剤を陳列している薬剤棚について、連日服用するもの、週に１回服用するもの、月に１回服用するものに箱を細分化し、さらに注意喚起の表題をつけることで取り間違いの防止に努める対策を行った。	リセドロン酸Ｎａ錠１７．５ｍｇ「ファイザー」	リセドロン酸Ｎａ錠７５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1183	【正】ノバミン錠５ｍｇ　３錠　分三毎食後　５日分【誤】ノベルジン錠５０ｍｇ　３錠　分三毎食後　５日分	混雑時にＤＯ入力を行った際に前回と変更が無いと思い込んで入力を行ってしまった。	投薬時はこちらの説明したいことだけの説明にならないよう、まず一通りの症状、訴えを確認してから詳細の説明に入る。 混雑、中断などで集中できていないと感じたときは一旦深呼吸し、落ち着いてから監査に入る新規薬が出ている場合も他薬が同じであると思い込まず、しっかりと１つ１つ監査する初期監査時は混雑していても必ず処方箋からの４分割、指差し確認を行う混雑時でも冷静さを保ち、余裕がなければ、誰かに声をかける。	ノバミン錠５ｍｇ	ノベルジン錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1184	【正】テラムロ配合錠ＢＰ「トーワ」　１錠　１４日分１日１回　夕食後【誤】テラムロ配合錠ＡＰ「トーワ」　１錠　１４日分１日１回　夕食後	入力時のＤＯ処方からの処方変更見逃し	薬品名に続いて規格が文字の場合特に注意する必要があり、３分割するときに文字の場合はマルをして意識を特に行うようにした。	テラムロ配合錠ＢＰ「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
1185	【般】スクラルファート顆粒90% 3g　分3毎食後　35日分　の処方にて　→　アルサルミン細粒90%　3g　分3毎食後　35日分で入力し、調剤投薬。（以前の医療機関では、同処方で顆粒を服用していた。）投薬後、Drへ報告。【般】スクラルファート細粒90% 3g　分3毎食後　35日分　の処方に変更指示あり。	細粒と思い込み薬を手配しそのまま投薬した。	一般名処方の入力の際は剤形、規格変更が容易に行えてしまうので、入力後の入力監査時に剤形規格は、慎重に確認し。患者の要望、薬局の在庫薬を確認の上、剤形規格の変更説明を行う。	スクラルファート顆粒９０％「トーワ」	アルサルミン細粒９０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1186	アレビアチン錠100mg1錠分2で他薬と一包化指示の処方について誤って複合アレビアチン配合錠を取り集め、一包化して調剤してしまった。鑑査をした薬剤師が間違いに気づき、調剤しなおして患者へ交付した。	名称が類似している薬剤が在庫してあることを調剤者が把握していなかった。繁忙時間帯であり、焦ってきちんと確認できていなかったことも原因と思われる。	一包化する前に1回処方箋を確認し薬剤が合っているかどうか見直し、調剤する。一包化したあとの薬の空も鑑査者が確認しダブルチェックする。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1187	主治医変更に伴い、処方の整理が複数あり。入力情報が煩雑であった。先発名処方だが、GE変更希望あり。複数変更のうち、抗パーキンソン薬の変更（アキネトン→アーテン）を入力時に気づけず、前回Doを訂が正忘れで入力する。調剤用の処方箋コピーにおいてアーテンの横にアキネトンの一般名を記載間違いをしてしまう。入力と処方箋の確認時も気づけず、分包機で一包化する。分包確認時も気づけなかったが、投薬前の監査で入力間違えに気づき、一包化の分包ミスも発覚する。	主治医変更による処方整理が多数あった事と患者聞き取りでも抗パーキンソン薬の変更は聞き取れず、変更が聞き取れた事のみと思い込みが発生した可能性がある。一包化する患者で調剤に時間が掛る為、入力に焦りがあったと思われる。	ミスの周知（処方変更が多数あると患者が覚えきれてない事と抗パーキンソン薬の変更はアキネトン⇔アーテンはDrが伝えてない事がある事）、一般名と先発名をきちんと把握し、入力監査時、調剤時に間違えないかの確認をする。	アーテン錠（２ｍｇ）	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
1188	一包化を行なう際、両薬剤が処方されており、監査時に一部薬剤が入れ違った状態で調剤されていた。二重監査でミスに気付き訂正。	分包する際、両剤とも手撒きでの設定になっていたため、調剤者（老眼であった）が誤って撒いてしまった。形状（色・形）が似ているため、確認をしていたものの気付かなかった。	手撒きでの一包化については薬剤のピッキング時に似た薬剤については声掛けをし、注意する薬剤と認識を強く持ってもらうようにした。	アジルバ錠４０ｍｇ	ネシーナ錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1189	グリメピリドＯＤ錠１ｍｇ「日医工」を、一包化するために取り揃えられた薬剤にグリメピリド錠１ｍｇ「タナベ」が混在(63錠中29錠)しており、そのことに気づかないまま一包化した。また鑑査時にも両薬剤がランダムに混在していることに気づかないまま、患者に交付した。同日に別の薬剤師から在庫数が合わないと指摘があり、調査したところミスが発覚した。患者に電話にて謝罪し、交付した分はまだ服用されていないことを確認。翌朝に患者宅に伺い、薬剤を交換し、改めて謝罪した。	本事例は、一包化薬剤のとり間違いとそのチェック不足による要因と、取り揃えた薬剤に間違いないだろうとの思い込みにより、グリメピリド錠の色のみで鑑査を行ってしまい、薬剤コードや形状にまで注意できていなかったという2つの要因によって過誤が起きた。	同成分、同規格でも剤形の異なる薬剤については形状や薬剤コードまで十分に確認して鑑査を行う。またこれらのことを、店舗内スタッフに報告し共有する。	グリメピリドＯＤ錠１ｍｇ「日医工」	グリメピリド錠１ｍｇ「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
1190	ジゴキシン錠0.125の処方に対しハーフジゴキシン錠を渡さなければいけないところジゴキシン錠を交付する。後日家族よりPTPヒートの色が違うと問い合わせがあり間違いに気付く。	ジゴキシンの文字だけしか見ていなかったと思われる。内容量まで声出し指差し確認が必要である。メーカーの都合で頭にハーフがつく薬品はややこしいので他のメーカー品の薬品名＋内容量の製品に採用薬品を変えたほうが良い。	他の薬は薬品名＋内容量で統一されている。今回のようなメーカーの独りよがりな命名薬品は採用を取り消す事とする。	ハーフジゴキシンＫＹ錠０．１２５	ジゴキシンＫＹ錠０．２５		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1191	[般]ピタバスタチンＣａ口腔内崩壊錠1ｍｇ　1錠　夕食後　50日分で処方出ていました。	定期処方の患者様で、ピタバスタチンＣａ・ＯＤ錠トーワのところをピタバスタチンＣａ錠1ｍｇ科研で調剤していました。監査システムを導入していたので、ピッキング後、薬剤師による監査前に、処方入力データと調剤した薬品バーコード照合時に発覚しました。	薬剤師による監査と共に、監査システムも活用して、今後も再発防止に取り組みたいと思います。	ピタバスタチンＣａ・ＯＤ錠１ｍｇ「トーワ」	ピタバスタチンＣａ錠１ｍｇ「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
1192	一般名処方でフルバスタチン１０mgが処方あったが、調剤者がプラバスタチン１０mgを調剤。監査者も見逃してしまったが、調剤者と同じものが投薬をした際に、処方箋との名前が違うことに気づき、その場で調剤し直して交付した。	一般名処方が似ており、薬局で良く出る方の薬が処方されている物との勝手な思い込みから起こしてしまった事例であり、別物を交付してしまいかねない危険な事例であった。	処方箋をパッと見ただけで、薬剤を自分の中で決めてしまわず、当然のことながら一文字ずつ名前を確認する必要がある。	フルバスタチン錠１０ｍｇ「サワイ」	プラバスタチンＮａ錠１０ｍｇ「ＮＳ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1193	エリスロシン錠が処方されていたが患者は後発品希望だったのでエリスロシン錠の後発はエリスロマイシン錠「サワイ」と思いこみ、投薬した。次回患者が来局時に再度エリスロマイシン錠「サワイ」を投薬したが、投薬後すぐにエリスロシン錠には後発品が無い事に気づき患者に連絡しお詫びした。処方医にも報告したが、医師はどちらでもよいという返事だった。	知識不足からくる思いこみ。	後発品に変更する際はしっかりと確認する。	エリスロシン錠２００ｍｇ	エリスロマイシン錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1194	一般名ロスバスタチン錠２．５ｍｇ処方、患者は普段からＧＥである同錠２．５ｍｇ「DSEP」を継続服用だったが調剤担当者が調剤時に誤ってクレストールを調剤。監査者も気付かずに交付。後日患者より電話連絡があり発覚。	処方箋記載4品目のうち一般名３、先発のみ品目１　一つは先発銘柄希望であったため、調剤者がつられて先発でピッキング、監査者はシートの類似性などから見逃してしまったものと思われる	監査時の手順の見直し、レセコン入力内容と処方箋、現物と処方箋、入力内容（薬情、薬袋印刷物等含む）と現物の照合をそれぞれ省略しないこと。	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	クレストール錠２．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1195	パルミコート吸入液0.5ｍｇを本来調剤するところを0.25mgで調剤したが、投薬時に確認を怠り投薬した。家族（母親）も気付かず吸入を継続しており、薬剤がなくなり他の薬剤師が投薬するときに薬歴を確認した際に判明した発作などなくすごせていたとのことであった。	慣れがあり、患者家族（母親）とも内容をよく確認せず投薬を行い症状確認だけを行ったため気付かなかった。投薬時にお薬の内容を双方で確認することを怠ったため起こったと考える。また、普段は処方箋内容と規格を確認しているがその記載が鳴った。また、パルミコートの0.25mgと0.5mgの包装箱は外観が類似しており慣れの為取り間違いが起こったと考える	複数規格の識別をてっていし、監査の強化　調剤前の薬歴確認の徹底を再度行う	パルミコート吸入液０．５ｍｇ	パルミコート吸入液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
1196	施設の方ですが、処方が出ました。朝一の処方依頼のため、至急と思い、急いで処方どおりのお薬をお届けしました。その後別件での用事もあり、電話にて先ほどの至急のお薬について、症状などを確認したところ、薬疹でお薬を依頼したとのこと。 薬が違うのではないかとその場で気づき、施設へは服用をまだストップしてもらい、病院に電話で確認。実際はセレスタミン錠のカルテでしたが、事務員さんの入力間違えでセレキノン錠の処方でお渡ししてしまいました。その後は、お薬を交換し、大事には至りませんでした。	緊急とはいえ、まずは施設の方になぜ処方が出てるのか、状態について聞くのが先でした。それを怠ってしまった為、処方の間違えに気づかずお渡ししてしまうことに。	処方が出た時点でその方の症状についての情報をまずは聞いてお薬を施設にお持ちするように改善。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1197	ツムラ109番の小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒とツムラ119番の苓甘姜味辛夏仁湯エキス顆粒を取り間違えて調剤した。	箱の色がどちらも似ている事、109と119で番号も似ていたからか、納品の段階で棚に混在して置かれていた。確認不足はもちろんのこと だが、配置がミスを招いたと思われる。	当薬局では基本的に漢方を番号順に納品しているが名称や箱の外観が似ているものが連番となる場合は、間に違う漢方を挟ませるなどして混在しないようにする。また、注意喚起のラベル等対策を行う。	ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒（医療用）	ツムラ苓甘姜味辛夏仁湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1198	患者様が帰宅後、服用前に規格違いに気づき来局され指摘されました。その場で交換・謝罪しました。	ヒートの外観も似ているため確認を怠った	数・規格ともに監査時に細心注意し、患者様の前でも一緒に確認することを徹底します。	ピタバスタチンＣａ錠２ｍｇ「ファイザー」	ピタバスタチンＣａ錠１ｍｇ「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1199	ノボラピッドフレックスタッチ5本処方。ノボラピッド注フレックスタッチ4本は箱から出し、監査システムで識別したが、端数の1本を調剤時にとり間違えた。外観と箱が類似していたので気が付かなかった	類似品目は、注意喚起の札や袋に入れ、別であるためを一目でわかるようにする	冷所内置き場を変更し、袋に入れ注意喚起の札を貼った	ノボラピッド注フレックスタッチ	ノボラピッド注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1200	一般名処方が増え、油性クリームとクリームの判断ミス　一般名の判断は最初の三文字を重要視していたので最後に違いが来ると間違いやすい傾向にある。ピッキングと帳票確認、機械による判断があり未然に防ぐことができた。	一般名による処方が増えて　最初の数文字が同じであるとレセコン入力時に選び間違いが起きることが容易に想像できる。一般名処方の改善を学会なども要望しているが、変更されるまでは複数人での確認が必要になる。ピッキングと入力者が違っていたので、間違いにも気付きやすいが一人薬剤師の時は十分注意するしか改善策がない。	複数での入力確認と鑑査システムの導入で改善されている	ヘパリン類似物質油性クリーム０．３％「日医工」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1201	皮膚科の定期処方であるヘパリン類似物質外用スプレー0.3%が今回からヘパリン類似物質外用泡状スプレー0.3%に変更になっていたがいつもの外用スプレーで処方してしまい、患者からの申し出により発覚した。交付前だったためすぐに差し替え泡状スプレーの方で処方できた。	勤務状況が繁忙だったのと、確認を怠ったため。	いつもの定期処方と思い込まず、処方箋をきちんと確認する。	ヘパリン類似物質外用スプレー０．３％「日医工」	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー０．３％「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
1202	ロコアテープが７枚１袋１日１枚７日分で処方されていたが、３日後に追加処方あり。患者に使用状況を確認したところ、１日２枚貼っていた。	用法用量の説明はしてあったが、ロコアテープの包装に「１日最大２枚まで」と記載されているので、患者が１日２枚貼ると勘違いをして使用。	包装に記載されている「１日最大２枚まで」は患部が複数ある場合であることを丁寧に説明する。			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
1203	ドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「ＪＧ」の中にドネペジル塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「ＪＧ」が混入しており、監査補助システム「Peech」はドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「ＪＧ」を認識し、調整ＯＫとなっており、１包化し更に分かりにくくなっていたが鑑査者がシートの殻で気がついた。	調剤棚の中にドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「ＪＧ」の中にドネペジル塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「ＪＧ」が混入しており、１包化を作成するにあたり、細かいシートを使用した為、調剤者は気が付かず。	１包化の薬剤調整後シートの殻をお薬毎に入れておくことで誤って違う薬が混入していても、鑑査の段階で過誤を止めることができる。前回調整者が誤って異なる棚にお薬を戻しても、薬剤調整者が端切れのシートを全て確認していればミスはなくなるので、薬剤調整の確認を徹底させる。	ドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「ＪＧ」	ドネペジル塩酸塩ＯＤ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
1204	アラミスト点鼻液27.5μg120噴霧用が処方されたにもかかわらず、アラミスト点鼻液27.5μg56噴霧用を調剤し、交付してしまった。薬歴記載時に薬剤師が気づき、患者さんに電話し、120噴霧用と交換した。	新患であったため、初回から120噴霧用が出るとは思わなかった。処方せんのダブルチェックを怠っていた。	薬袋に入れる際に、薬袋記載の製品と現品の名前をチェックし、声に出して読むことで、取り違えを行わないようにする。	アラミスト点鼻液２７．５μｇ１２０噴霧用	アラミスト点鼻液２７．５μｇ５６噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1205	ソフティア点眼液、ガチフロ点眼液がともに3本ずつ処方されていた。ソフティアを紙薬袋に入れ、次にガチフロを紙薬袋に入れようとしたところ、ガチフロが2本しかなく、ソフティアが机の上に1本余っていた。先に入れたソフティアの薬袋の中にガチフロが1本紛れていたことが分かった。	ガチフロ、ソフティアともに同じ目薬のボトルで、色も似ていたことから入れ間違いが起こってしまった。	薬袋に入れる際は目薬の名前が印字されている方を向けて、1本1本確実に入れていく。			ガチフロ点眼液０．３％ ソフティア点眼液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
1206	アズレン・グルタミン配合細粒「EMEC」1日3g 1日3回毎食後84日分の処方に対して、1包0.5gの現品を計数違いにより、504包お渡しするところを、492包お渡しした。在庫数を確認した際に、12包多い事に気づき、患者さんに連絡。その後、お渡しした。	アズレン・グルタミン配合細粒が120包で販売されていたために、5箱購入し、4箱と残り24包必要であった。30包毎にまとめられていたため、30-6の計算を頭で行った際に、1束3包である事を忘れ、6包でなく、6束を除き、数えてしまった。	計数したあと、再度、確認をする事を怠ってしまったため、計数違いが発生したと考えられる。ダブルチェックを行うことで再発を防ぐ。			アズレン・グルタミン配合細粒「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
1207	オルメサルタンOD20の処方の所、オルメテックOD20を出していた.	思い込み	慎重に	オルメサルタンOD錠20ｍｇ「DSEP」	オルメテックOD錠20ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1208	ノボラピッド注フレックスタッチ3本の処方があったが、事務員がノボラピッド注フレックスペン3本をピッキングし、薬剤師が監査時に気付かなかった。そのまま事務員が施設に届けた。12日後、施設より薬が違っている旨連絡があった。1本は使いかけで、施設でも違いに気付かなかったとのこと。デバイスが異なるが薬剤は同じことを説明したところ、使いかけのものはそのまま使用するとのことで、残りの2本をフレックスタッチに交換した。	フレックスタッチとフレックスペンは名称、外箱、注射の外見がよく似ているため間違えやすい。ピッキングした事務員が不慣れであった。フレックスタッチとフレックスペンは以前も間違えたので冷蔵庫内で隣同士に置くことにしたが、それでも取り間違えた。普段の就業時間より遅い時間に行っており、疲労や焦りがあった。	ノボラピッド注はフレックスタッチとフレックスペンがあることを全員が覚えておく。冷蔵庫内の表示を変え、フレックスタッチの「タッチ」の部分を赤色で強調し、違いが分かりやすいようにした。	ノボラピッド注フレックスタッチ	ノボラピッド注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1209	処方は、一般名のヘパリン類似物質外用スプレーでしたが、ピックアップの時点でヘパリン類似物質外用液＝ビーソフテンローションがトレーに出ている。当事者は誤りに気付いて？ヘパリン泡状スプレーに変更する。最終監査者薬剤師が誤りに気付く。泡状スプレーではなく、外用スプレーにとりかえる。	この薬品の一般名については、外用液が頻繁に処方され、ピックアップする回数は多い。今回はまれな「外用スプレー」の処方にダブルで誤りが続いた。	この製品については、３種の剤形を、薬局みんなで共有し、かつ定期的に意識できるよう努める、期日をきって、繰り返し呼びかけ、意識にいれることが大切だと思う。	ヘパリン類似物質外用スプレー０．３％「日医工」	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー０．３％「日本臓器」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1210	患者様からいつもと違う薬が入っているとTELあって間違いに気付いた。	監査時のチェック漏れ	二重監査の徹底	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「あすか」	アムロジピンＯＤ錠２．５ｍｇ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1211	受け取った処方箋にラノコナゾール軟膏1%が処方されていた。当薬局にラノコナゾールクリームのみ在庫があったためラノコナゾールクリームに変更可能か疑義照会したらアズノール軟膏を処方したかったことが発覚。たぶん、アズノール軟膏を処方するつもりがアスタット軟膏を間違えて入力し、一般名処方への変換時にラノコナゾール軟膏となってしまったのではないか。	病院側で処方箋の入力の文字数を2文字しかしなかった可能性	患者へのヒアリングをきちんとすること			アスタット軟膏１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1212	2ヶ月ぶりに来局された70代女性患者事例。間隔が空いていたため確認すると、来局されていない間は入院していたとのことだった。 退院後は初めての外来処方で内容を確認するとグラクティブ25ｍｇが追加されていた。入院中と同じ薬がでるはずとの話で、血糖降下剤を入院中に服用していたか一包化されて看護師が管理していたから分からないようだった。グラクティブは1日」1回服用の薬だが1日3回で処方されていたこともあり、疑義照会を行ったところグラマリール２５ｍｇの処方違いだったことが判明しました。	薬剤最初3文字と規格が同じだった。	新規に追加の薬剤に関しては投薬時に疾病と薬剤が合致しているか確認する。	チアプリド錠２５ｍｇ「日医工」	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
1213	正しくはプロトピック、軟膏0.1%のところ、プロトピック軟膏0.03%で投薬指導してお渡ししてしまった。	プロトピック軟膏　0.1%　5g/本3本の処方軟膏を調剤鑑査したときに、2種類の規格があるのを見落としてしまったため、0.03%のものを渡してしまった。	処方箋通りの薬剤と合致してるか確認することを徹底します。1つずつチェック			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
1214	スピラゾン軟膏が頭に処方されており、患者へ確認したところ、目ぐすりのような容器に入った薬で説明受けたと確認	開院初日で電カル入力が不慣れだったため選択ミスをした	ステロイドなどの外用剤は規格が多数あり混同しやすい、処方部位を患者へ確認し医師からの説明と違っていないか確認する	スピラゾン軟膏０．３％	スピラゾンローション０．３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1215	ジェネリック医薬品希望患者だったが、処方箋に記載された医薬品のシングレア錠１０ｍｇで調剤され、監査者がジェネリック医薬品へ変更されていないことに気づき、交付前にモンテルカスト錠１０ｍｇ「サンド」へ調剤し直した。	ジェネリック医薬品変更が多剤ある患者で、シングレア錠１０ｍｇのジェネリック医薬品変更チェックが、調剤時に漏れていた。	調剤時にコピーへジェネリック希望薬剤について赤ペンでジェネリック変更・ジェネリック薬品名を記載する。	シングレア錠１０ｍｇ	モンテルカスト錠１０ｍｇ「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1216	就寝前の一包化薬のうちのゾルピデム塩酸塩錠5mgトーワのところ、誤ってゾルピデム塩酸塩錠10mgトーワで調剤しており、監査者が気付きバラして分包しなおした。作り直した分包でドネペジル 塩酸塩錠OD錠5mgトーワ1錠のところ、2錠入っているところが一包あり、調剤者が外した。 薬剤交付後、ゾルピデム塩酸塩錠10mgトーワが1錠足りないことに気付き混入している可能性があったため、患者宅を訪問して確認した。一包のみドネペジル塩酸塩錠5mgトーワ のところゾルピデム塩酸塩錠10mgトーワで分包されていた。その場で正しい内容に訂正した。	まず規格間違いの調剤ミスがあり、作り直したが、監査者がきちんと監査できていなかったこと、調剤者が作り直した後すぐに回収した薬剤の数量を数えなかったことが原因。	作り直す際には間違えた薬剤が全て回収されているかすぐに確認する。また、分包機内に薬剤が残っていることや隣りの包にとぶこともあるので十分に気をつけて監査にあたる。			ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1217	他医院での術後の服用継続分だった。ピルシカイニドカプセルは25ｍｇと50ｍｇともに余り処方されない薬品で薬品名を見て50ｍｇと思い込み調剤した。　監査は近々で１０年経験ありのパートで入社したばかりの薬剤師だった。薬袋と違った薬だったが患者との会話などで気付かず投薬。　調剤録を事務がチェック時にメーカーが違う事を指摘。　そこでｍｇ数が違う事が発覚。　患者の家族の方に連絡して、本人宅へ交換しに伺い謝罪した。　服用はしてなかった。	調剤では余り処方されない薬品で日ごろの確認ができてなかった。思い込みでのミスになった。鑑査では慣れてないことからのミスになった。	調剤では余り処方されない薬品は再三確認が必要。（メーカー、ｍｇ数）　鑑査では処方せん、薬袋、薬歴、薬品との基本的な確認を注意する。　投薬と薬歴記載などを考えがちなので。　メーカーが違うｍｇ数の分を扱うのはヒヤリハットのチェックにはよいのかも。	ピルシカイニド塩酸塩カプセル２５ｍｇ「トーワ」	ピルシカイニド塩酸塩カプセル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
1218	患者が処方箋を持って来局。ロスーゼット配合錠ＬＤ１錠　分１朝食後２８日処方されていた。薬剤師Ａがロスーゼット配合錠ＬＤを調製するところを誤ってアトーゼット配合錠ＬＤを調製し監査に回した。監査にあたった薬剤師Ｂが処方箋のロスーゼット配合錠ＬＤではなくアトーゼット配合錠ＬＤが調製されている事に気づき調製した薬剤師Ａに間違いを伝えた。薬剤師Ａはロスーゼット配合錠ＬＤ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は正しい薬を交付した。	ロスーゼット配合錠ＬＤとアトーゼット配合錠ＬＤは名称が似ていたので間違えた。また患者が来局した時間は他の患者も多く店内が混雑していたので焦りがあった。	業務手順の見直しを行った。監査に回す前に調剤者の再確認を徹底するよう注意喚起を行った。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1219	【正】ビマトプロスト点眼液０．０３％【誤】ラタノプロストてＰＦ点眼液０．００５％	入力	現在店舗で実施している手技確認により手技で出来ていない部分を再確認する初期監査中は流れ作業にならずに、しっかりと比較する初期監査手技をみにつける	ビマトプロスト点眼液０．０３％「ＳＥＣ」	ラタノプロスト点眼液０．００５％「トーワ」		ヒューマンエラー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	受け入れをしている実務実習生がバルサルタン錠40ｍｇ「サワイ」を集薬した。14錠シート2枚と2錠調剤したところ、2錠分がオルメサルタンOD錠20ｍｇ「サワイ」で集薬していた。監査者が間違いに気づき、患者の手には渡らなかった。	・実務実習が始まったばかりで調剤者が慌てていた。・調剤棚に一つ飛ばして配置されていた。また包装の色や名称が似ていてシートを２枚調剤後、端数２錠取りそろえる際に誤ったカセットからとってしまった。・そもそもバルサルタン錠40ｍｇの棚にオルメサルタンOD錠20ｍｇが2錠のみ混入している可能性。	調剤者：薬をとるときは名称をよく見る。実務実習生受け入れをしているスタッフは実習生は間違うものとして、業務引継ぎを受けた際はより厳しく監査業務を行う。	バルサルタン錠４０ｍｇ「サワイ」	オルメサルタン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
1221	ツムラ六君子湯の３０日分処方の所、当帰芍薬散が１６包混ざっていた。	当帰芍薬散を棚に戻すときに、誤って六君子湯の棚に戻したと思われ、それに気が付かず、六君子湯の調剤の際に集薬したと思われる。	薬剤を棚に戻す際は、複数人で確認をする。調剤時の監査の徹底。	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
1222	一般名処方でベタメタゾンジプロピオン酸エステルクリームが処方されていたが、事務員が入力する際に当薬局でよく出るベタメタゾンエステルプロピオン酸エステルクリームで入力されていた。調剤中に間違えに気付き、交付前に正しいもので調剤出来た。	事務員が処方入力していたので、思い込みで普段よく処方されているもので入力してしまった模様。	ステロイドは特に名称似ているものや、軟膏とＣｒがあったりと間違えやすいので、注意しながら入力・調剤・監査するようにした。	リンデロン－ＤＰ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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1223	バルプロ酸ナトリウム徐放錠200ｍｇの所、100ｍｇで入力された上、100ｍｇ錠で調剤、クロルフェニラミン2ｍｇの所、6ｍｇでさらにか調剤か、さらに監査でもすり抜けたが投薬時に発見	規格違いはそれぞれ離しておいてあるが、処方箋の規格を見落とした	入力内容をレ点などでチェック 投薬時も別の者がしてダブルチェックをする	ｄ－クロルフェニラミンマレイン酸塩錠２ｍｇ「武田テバ」 バルプロ酸ナトリウム徐放錠Ａ２００ｍｇ「トーワ」	ｄ－クロルフェニラミンマレイン酸塩徐放錠６ｍｇ「武田テバ」 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
1224	バルプロ酸ナトリウム細粒２０％「ＥＭＥＣ」処方のところバルプロ酸ナトリウム細粒４０％「ＥＭＥＣ」で調剤した。	施設入所の方の処方で、施設内でバルプロ酸ナトリウム細粒２０％と４０％それぞれ出ている患者が複数名いた。処方の傾向として２０％は１日量２～３ｇ、４０％は１日量１．５ｇ程度が多かった。今回の事例では２０％の処方だが１日量が０．５ｇと少量のため４０％の規格であると思い込み調剤した。	見慣れた処方であっても初見のつもりで処方名の規格を確認して調剤する、調剤後の自己鑑査を徹底する。	バルプロ酸ナトリウム細粒２０％「ＥＭＥＣ」	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
1225	リザベンカプセル100mgが一包化にて処方。取り揃えを行い、バラしたのちに一包化を実施。その際、外観が酷似しているヘルベッサーRカプセル100mgを誤って取り揃えた。一包化を分包機にて実施中に、照合システムにて照合を行ったところ一致せず、誤りに気付いた。	薬剤の外観が酷似していたために、取り揃えの際にもバラした際にも気付かなかった可能性があると考えられる。	照合システムを有効に使用し、照合を行ってからばらしを行う。また、バラす前に、再度指差し呼称にて薬剤名、数量の確認を行う。	リザベンカプセル１００ｍｇ	ヘルベッサーＲカプセル１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1226	他科の処方箋を応需。処方内容はエディロールカプセル0.5μｇなど含めて5種類。調剤した薬剤師がエディロールカプセル0.5μｇのところをエディロールカプセル0.75μｇで調剤。監査した薬剤師が規格が違うことを指摘。	門前の整形外科ではエディロールカプセルは0.75μｇしか使用しない先生なので、思い込みで調剤してしまったのが原因だと考えられる。	今後、他科の処方箋を応需した際も門前の整形外科から処方箋を応需した際も規格にも注意を一層行い調剤業務を行う。またエディロールカプセルの棚に他規格ありの札を付けて注意喚起を行っていく。	エディロールカプセル０．５μｇ	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
1227	トランサミンと一緒にカロナールが処方されていた。当薬局ではトランサミンと一緒にカルボシステインが処方されることが多く、よく確認せずにピッキング、お渡ししてしまった。	暇な時間であり集中力に欠けていた。	トランサミン、カルボシステインの３Ｔ分３　５日分処方が多い為１５Ｔずつゴムでくくっていたが習慣的にピッキングしてしまったのでこれを中止することとした。	カロナール錠５００	カルボシステイン錠５００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1228	一般名処方から、先発品名に変更したが調剤時に思い込みにてジェエッリクで調剤してしまう	ジェネリックの割合が増えており、思い込みで調剤した可能性あり	調剤する薬品名をしっかり確認してから、調剤にあたる	デパス錠０．５ｍｇ	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
1229	モンテルカスト細粒をお渡しするところ誤ってモンテルカストチュアブルをお渡ししてしまった。後日、患者様から薬が違うと来店。すぐに謝罪し、正しいお薬をお渡ししました。誤った薬は、服用していませんでした。	一人で調剤し、しっかりと監査せずに投薬してしまった。	投薬台に行く前に一旦落ち着いて監査をする。調剤録と薬を照らし合わせてレ点をする。	モンテルカスト細粒４ｍｇ「サワイ」	モンテルカストチュアブル錠５ｍｇ「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
1230	兄弟で来局。二人ともにパルデスローション0.05%が処方され、パンデルローション0.1%を調剤しようとして％が違うことに気付いた。	当薬局にはパンデルローションしか採用がなく、パルデスローションが発売されていることを知らなかった。	未採用の薬剤や名称が似ている薬剤が処方された場合は、成分や用量などが患者の年齢や状態に合っているかも確認してから調剤をする。また、採用している薬剤で類似した名称のものについて、薬局内で周知徹底した。	パルデスローション０．０５％	パンデルローション０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1231	プランルカストDS10%「トーワ」に乳糖が混入してしまい、乳糖の分秤量が少なくなってしまった。 秤量鑑査で理論値より重かったため、改めて調剤したが乳糖が混合していたためプランルカストの秤量が少ないという事態になってしまった。患者様にお渡し後、一包化調剤を行う際に分包機内に粉が残っていることに気づく。掃除用の分包紙内が空だったことから、分包機内の粉が乳糖であることが発覚。すぐに患者様にご連絡し服用前に正しいものと交換したため、健康被害はなし。	朝分包機立ち上げの際、掃除用の乳糖をまき手動で落とした。機械をスタートした際誤って錠剤で分包してしまったが、それに気づかずプランルカストを調剤。	立ち上げの際乳糖をまく時は手動での操作を行わないこと、必ず分包後に中身を確認することを職員に改めて注意いたしました。			プランルカストＤＳ１０％「トーワ」	ヒューマンエラー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	プロプラノロール塩酸塩徐放錠カプセル60ｍｇで処方されているところ、プロプラノロール錠10ｍｇで交付。患者帰宅後連絡があり、間違いが発覚。	普段1人薬剤師で対応しているが、当日は繁忙と思われたため他の店舗からヘルプに来てもらっていた。流れがいつもと変わってしまい、チェックが甘くなってしまったものと思われる。	誰が薬局に入っても同じパフォーマンスができるように店舗マニュアルを作成し、スタッフに周知していく。	プロプラノロール塩酸塩徐放カプセル６０ｍｇ「サワイ」	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
1233	［般］エリスロマイシン錠２００ｍｇ　1日1回夕食後１４日分　と処方箋に記載されていた。エリスロマイシン２００「サワイ」がないため、近隣薬局に分譲依頼し、エリスロシン２００ｍｇならあるとの返答。分譲前に再度、保険薬辞典にて調べ、エリスロマイシン２００「サワイ」とエリスロシン２００ｍｇは違う薬であること判明し、エリスロマイシン２００「サワイ」を取り寄せ、患者には正しい薬を交付した。	エリスロマイシン２００「サワイ」とエリスロシン２００ｍｇが一般名違う認識がなったため、エリスロシン２００ｍｇを分譲しそうになった。	［般］エリスロマイシンは、エリスロシン２００「サワイ」しかない。エリスロシンとは一般名違い、適応症も異なることを局内に周知した。	エリスロマイシン錠２００ｍｇ「サワイ」	エリスロシン錠２００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1234	【般】テオフィリン徐放錠１００ミリグラム１２～２４時間において、患者様の先発希望があったが、後発品を交付してしまった。	他の薬剤がすべて後発品であったため、思い込みにより先発品を調剤してしまったと思われる。	薬歴の特記事項欄に目立つように、テオドールを調剤との旨、記入する。	テオドール錠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
1235	業務終了後の発注時に規格違いで在庫の違いに気付く。欠品はしていないので間違って投薬した疑いがあり。患者様に連絡をしたところ、ナゾネックス点鼻液112噴霧用が正しいが誤って同56噴霧用にて投薬したことが判明した。連絡後患者様が56噴霧用を持参し来局され、112噴霧用と交換して解決した。	今回は面の処方で、門前のクリニックではほとんど56噴霧用しか処方されていないため、思い込みがあったと思う。思い込みがあったため投薬前の監査も通り抜けてしまった。	面の処方は入念に規格・剤形に注意し、投薬時に患者様に薬現物を見せて一緒に確認を行う。	ナゾネックス点鼻液５０μｇ１１２噴霧用	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
1236	薬剤の棚があいうえお順になっています。患者様がバスの時間になり、急いで調剤した。テから始まる薬を調剤してしまった。	調剤経験が浅く、一般名をみても何の薬か理解できていない。テから始まる目の前にあった薬を調剤した。	よく確認して、調剤を行う。効能を覚える	テルミサルタン錠２０ｍｇ「ニプロ」	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
1237	処方はタリビッド点眼できていたが、コメント欄に「耳垂れ時使用」と記載されていた。病院へ疑義したところ正しくはタリビッド耳科用液であった。	タリビッド耳科用液は以前にも処方されており、コメントにも耳だれと記載されていたため交付前に気付くことができた。	コメントに対する処方薬が正しいかちゃんと確認する。	タリビッド耳科用液０．３％	タリビッド点眼液０．３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1238	分包機を用いた一包化調剤においてアトモキセチン25ｍｇを調剤するところ誤ってアモキサン25ｍｇを調剤、投薬する薬剤師もこれに気付かず患者さんに渡してしまった。	調剤時、監査時の思い込み、患者さんを待たせてはいけないという焦りがあった。使用している分包機はバーコードによる監査システムで調剤できるようになっていたが、アトモキセチン25ｍｇはまだバーコード登録をしていなかった為ミスに気づかなかった。	分包機の監査システムが使えるようにアトモキセチン25ｍｇも登録した。投薬時の監査の前に別の薬剤師による一次監査の徹底を行うようにした。	アトモキセチンカプセル２５ｍｇ「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た事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1239	一般名処方により【般】サラゾスルファピリジン錠５００ｍｇ 2錠　　1日2回朝夕食後　7日分がはじめて処方されていた。患者さんからは関節リウマチで受診した旨を伺っていた。サラゾスルファピリジン腸溶錠は「関節リウマチ」、普通錠は「潰瘍性大腸炎、限局性腸炎、非特異性大腸炎」と適応が異なることを薬剤師が知らなかった状態で、薬局に在庫があった普通錠であるサラゾスルファピリジン錠５００ｍｇ「日医工」で調剤した。 翌日、患者さんより、薬剤情報提供書には「潰瘍性大腸炎のくすり」と記載があったことから疑問に思い電話によりお問合せを頂いて、適用が異なる薬をお渡ししてしまったことが発覚した。すぐに腸溶錠を発注しその日のうちに正しい薬をお渡しした。	サラゾスルファピリジン腸溶錠は「関節リウマチ」、普通錠は「潰瘍性大腸炎、限局性腸炎、非特異性大腸炎」と適応が異なることを薬剤師が知らなかった。また処方箋の記載も【般】サラゾスルファピリジン錠５００ｍｇと、腸溶錠とは記載されておらず、普通錠で調剤してしまいそうな状況であった。	薬局内で周知・徹底するとともに、薬品ケースに「類似名称あり」「適用注意」等の注意喚起ラベルを貼った。あわせて処方医にも当該事例を報告し、可能であれば一般名処方の際に【般】サラゾスルファピリジン腸溶錠５００ｍｇと腸溶錠の処方であることがわかる記載にしていただくようお願いした。可能であれば「【般】メトホルミン塩酸塩錠500mg：MT」や「デュタステリドカプセルAV」のような記載方法になるように厚生労働省に働きかける。	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「日医工」		ヒューマンエラー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	新患処方。ガストローム顆粒６６．７％３ｇ、ガスモチン散１％０．５ｇ、ラックビー微粒Ｎ１％３ｇの計量混合であった。処方内容に疑問を持たず、そのまま計量し、他の薬剤師の監査交付も終了していた。 後日再来局で同じ処方であったが、他の薬剤師がガスモチン散の１日量が少ないことに気づき疑義かけた所、ガスモチン散ではなく、ガスロンＮ細粒０．５％であったことが判明。患者には体調不良がなかったこと確認し、その旨お伝えお詫びしている。	計量が続いて混雑していたこともあるが、まずは単純に確認不足であったこと、比較的安全な消化器系の薬剤の混入でもあり、安易だった。	１日量の知識をしっかり身につけておくことも重要だが、計量時の薬瓶への1日量の目安添付し、より確実に確認できる手順に変更する。			ガスモチン散１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1241	（般）フェルビナクパップ７０ｍｇ（１０×１４cm温感）３５枚という処方を調剤。温感という記載を見落として、そのままフェルビナクパップ７０ｍｇで入力、調剤してしまった。次に同じ処方箋が来た際、温感という記載に気が付き変更。家族に間違えを謝罪してお渡し。	フェルビナクパップ７０という処方に温感という記載があったが、成分名が同じ薬剤の在庫があったため、見落としてしまった。	一般名のシップは、最後まで処方を確認しなければ温感という記載に気付くことが出来ないため、注意して確認するということや、他にもロキソプロフェンNaテープに温感製剤が存在することを朝礼で周知した。	フェルナビオンパップ７０	フェルビナクパップ７０ｍｇ「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
1242	八味丸料エキス顆粒の処方のところ、真武湯エキス顆粒を調剤してしまった。患者本人が気が付き、来局された。まだ服用前であった。	備蓄のある漢方薬で[劇]扱いのものは八味丸料エキス顆粒と、真武湯エキス顆粒のみであり、パッケージが他のものよりかなり目立つようになっている。取り揃え時、頭の中は八味丸料だったが、となりの真武湯を手に取ってしまった。八味丸料エキス顆粒と、真武湯エキス顆粒は1包のｇ数が異なるため、監査時にｇ違いで気が付くはずだが、監査者も手順を怠り見逃してしまった。	処方せんとの照らし合わせチェックをルール通りに３回ずつ声に出して行う。スタッフ間で間違いの指摘を気兼ねなく行うように再確認する。	コタロー八味丸料エキス細粒	コタロー真武湯エキス細粒		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
1243	ラスビック７５ｍｇが処方されていたが処方箋を見間違え、プラビックス７５ｍｇと解釈してしまった。当患者様は後発品希望だったためクロピドグレル７５ｍｇをピックしてしまった。	ラスビックは比較的最近発売されあまり処方もなかったため、一見名前の似たプラビックスに一瞬で頭の中で変換されてしまった。また規格も同じだったため、迷わずプラビックスだと思い込んでしまった。	新薬が出たら、名前が似ていて間違えやすい薬も一緒に頭に入れておこうと思った。また、処方箋をきちんと一言一句読むことで間違いも減ると感じた。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1244	プロトピック小児用の処方をプロトピック軟膏で入力、薬剤も間違えていた。	名前が似ており、確認が不十分だった。	監査機器を通しても安心しない。処方箋と入力の照らし合わせを気を付ける。	プロトピック軟膏０．０３％小児用	プロトピック軟膏０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1245	毎月同じ処方で来られる。ジルテック錠１０を調剤するのを誤ってシルニジピン錠１０ｍｇ「サワイ」で渡してしまった。10日して残薬を使いきり新しい薬袋を開けた患者が気が付き薬局に持参された。	薬剤を50音順に棚に入れており該当の両薬剤は隣同士だった。さらにシートの色が同じ青色で、「いつもと同じ薬」という慢心からカウンターでの最後の確認を怠っていた。	シートの名称の確認を必ず行う。	ジルテック錠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
1246	ポララミン散0.1%に関して、本来成人用量で2mgのところ7mg分で処方されており、気付かず調剤を行い、監査時に発見した	調剤前に用量が正しいかを確認せず、そのまま調剤を行ったことが原因であると考えられる	今後は調剤前に処方量が正しいかをしっかりチェックする。			ポララミン散１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1247	【正】ツムラ葛根湯エキス顆粒（医療用）２１包お渡し【誤】ツムラ補中益気湯エキス顆粒（医療用）２１包お渡し	充填ログを検証したところ、誤充填の可能性が高い。最終鑑査で気づくことが出来なかった。	最終鑑査の手技に問題がないか、店舗薬剤師スタッフの手技を再度確認した。支店からの連絡で月２回の手技チェックを行っているが、今後も手技チェックを継続して行っていく。漢方薬について思い込みがあったとのことなので、最終鑑査の際にはきちんと薬品を処方箋に近づけ、薬品名を必ず確認するよう指導した。ＰＤＡの適正使用（充填時、調剤時）について改めて店舗スタッフ全員に説明。	ツムラ葛根湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ補中益気湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1248	一般名処方で、トコフェロール酢酸エステルの記載のところ、トコフェロールニコチン酸エステルをお渡しした。お渡し後、間違いに気が付き、薬の交換を行った。	トコフェロール酢酸エステルでの処方の経験がなく、トコフェロールニコチン酸エステルの在庫のみあったため、思い込みで、調剤をしてしまった。	処方内容は、最後までしっかり確認する、知識不足がないように、類似商品名の確認や、勉強会の回数を増やすなどの改善をした。	トコフェロール酢酸エステルカプセル１００ｍｇ「ファイザー」	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル１００ｍｇ「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
1249	シロドシン錠２ｍｇを服用している患者であった。今回から４ｍｇになっていたことに気がつかず、シロドシン錠２ｍｇを誤投薬した。患者が続いて来局し、忙しいときであった。後日、患者が来局し、誤った医薬品をお渡ししたことが発覚した。薬袋、請求も２ｍｇだった。患者に謝罪をし、正しい医薬品と差額分をお支払いいただいた。	いつもよりも患者が集中して来局された時であった。処方内容も簡単であり、いつもの薬だと思い込んで入力したと思われる。調剤者も同じである。投薬時、処方箋を見て監査することになっていたが、忙しさと思い込みがミスを生じさせたと思われる。	忙しくても一つ一つの作業の確認を怠らないようにする。	シロドシン錠４ｍｇ「ＤＳＥＰ」	シロドシン錠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
1250	イフェクサーカプセル３７．５ミリ　６カプセル増量後　７５ミリ３カプセルの維持量をFAX処方箋見間違え、思い込み、知識不足等で３７．５ミリ　３カプセルで交付。	FAX処方箋の見間違い、思い込みで３７．５ミリも規格しかないと思っていた。	確認の徹底。患者からの聞き取りの徹底。	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
1251	先発品アイミクス配合錠LDを調剤すべきところ、誤って後発品のイルアミクス配合錠LDで調剤した。	患者が後発品希望という思い込みがあった。	調剤時使用するピッキングリストを必ず確認し調剤すること。	アイミクス配合錠ＬＤ	イルアミクス配合錠ＨＤ「ＤＳＰＢ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1252	ベポタスチンＯＤ錠10mg「タナベ」39錠を、調剤棚にタリオンＯＤ錠10mgが紛れ込んでいたことに気づかずピッキング。ベポタスチンＯＤ錠10mg「タナベ」5錠とタリオンＯＤ錠10mg　34錠をピッキングしていた。鑑査時に混入を発見したため患者様にはベポタスチンＯＤ錠10mg「タナベ」39錠を交付した	ピッキングミスしたものか、他店舗との貸し借りを行ったものの返却誤りが原因と思われる。ベポタスチンＯＤ錠10mg「タナベ」とタリオンＯＤ錠10mgの外観が特に酷似していたため、ピッキング時に気づかなかった。	ピッキングミスしたものや貸し借り返却薬などの一時保管場所を設置し、2名以上で確認したうえで戻すようにする。	ベポタスチンベシル酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「タナベ」	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
1253	モンテルカストチュアブル（5）が処方されており、１人目の薬剤師が調剤、別の薬剤師が監査し投薬しました。患者が薬局から出た後、モンテルカスト（10）を調剤したことに気付き、正しいものと取り換えさせていただきました。	調剤棚の位置替えを数日前にしていたこと。モンテルカストチュアブル（5）「明治」が、モンテルカスト（10）「ＹＤ」と同じ10Ｔ/シートのものを使用していたこと。思い込みだけで、よく確認せずに調剤・監査してしまったこと。以上が原因としてあげられる。	モンテルカストチュアブル（5）「明治」とモンテルカスト（10）「ＹＤ」を、棚と引き出しで別々の場所に保管するにしました。また、この件について薬局内で周知するようにしました。	モンテルカストチュアブル錠５ｍｇ「明治」	モンテルカスト錠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
1254	アスタット軟膏とマイザー軟膏を混合するところ、アスタットクリームとマイザー軟膏を混ぜてしまった。薬剤をお渡し後すぐに間違いに気付き、患者さんに連絡、使用する前に交換に伺った。	軟膏を混ぜる時に軟膏と間違えてクリームを出してしまいそのまま混ぜてしまった。	軟膏を混ぜる前に再度複数人で確認することを徹底する。	アスタット軟膏１％	アスタットクリーム１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1255	ニューレプチル5mgを一方化する際、自動分包機の錠剤カセットに誤ってニューレプチル10mgを入れてしまっていた。監査時に色合いの違いで気づいた。	剤形、色合い、包装ともに類似していたためうっかり間違えてしまった。	錠剤カセットに充填する際は再度確認してから充填するよう気を付けることにする。	ニューレプチル錠５ｍｇ	ニューレプチル錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1256	処方はセレスタミン錠だったが、セレキノン錠を誤って調剤。患者交付時に気が付き被害は出なかった。	薬剤の配置を薬効別から名称順に変更したことにより、セレキノン錠とセレスタミン錠の配置が接近し外観の類似もあり取り違えた。	薬剤の配置を少しずらした。	セレスタミン錠	セレキノン錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1257	ニセルゴリン錠が処方されていたところニコランジル錠を調剤し患者さんに交付してしまった。患者さんより連絡がありニセルゴリン錠と交換した。	調剤だなが上下であり、シート形状がよく似ていたため間違えたものと考える。	調剤時のルールの徹底	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
1258	メトホルミン塩酸塩錠250ｍｇMT「三和」で記載された処方をメトグルコ錠250ｍｇで調剤。監査時に疑義照会しなければメトグルコ錠に変更が出来ない事に気付いた。	調剤時はメトグルコで調剤していたが、監査時にメトホルミン類の先発と後発の区分が曖昧だったので確認したところ疑義照会が必要と発覚。メトグルコ錠の25ｍｇｒに関しては他の後発薬品と薬価は同等であるが先発医薬品扱いであるので医師への疑義照会が必要。	疑念があれば必ず調べることを徹底する。そのために普段からの情報収集や内容変更のアップデートを怠らない。今回は完全な知識不足であったが、頭の片隅でメトホルミン類はややこしというのはあったので結果的にリスクヘッジになった。	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「三和」	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
1259	普段ヒューマログ注ミリオペンを使用している患者にヒューマログ注カートが処方された。患者にペン型注入器を所持しているか、使用手技の説明を受けているか確認したところ、そのような話はなかったとのこと。病院側に確認をしたところ処方間違いであることが発覚。	名前が似ていた。	患者への密な確認を忘れないこと	ヒューマログ注カート	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1260	ハイドレアカプセル１６０カプセル調剤しなければいけないところ、１１０カプセルで調剤し、投薬。帰宅後患者本人が数が少ないことに気が付き薬局に連絡があった。患者宅に行き、足りない５０カプセルを渡してお詫びした。	ハイドレアは１パック５０カプセルだが、他多数の薬と同じように１００カプセルと思い込み１パック＋６０カプセルで調剤した。昼休みで薬剤師１人の時間だったため、投薬もそのまま行い過誤の発見に至らなかった。	パックの包装のままで調剤する際は必ず包装単位を確認すること。１人となってしまう時間帯は特に、しっかり監査をしてから投薬する。			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
1261	カルテオロール塩酸塩点眼液2%（持続性）5mLの処方に対し、カルテオロール塩酸塩LA点眼液2%「わかもと」を1瓶のみ調剤し交付した。	他院からの転院された患者で、本人は今まで使用していた点眼薬を把握されていなく現在使用中の薬剤の確認に気をとられたため確認が疎かになった。	5mL製剤と2.5mL製剤の区別を明確化			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
1262	一般名処方で温感指定の処方であったが、非温感の日医工で交付が続いていた。	日医工のメーカーが非温感、タイホウが温感指定であることを認識していなかったことが考えられる。	該当当事者に事例について報告し、湿布が処方された際には、必ず非温感か温感の記載を確認することを必ず行うようにする。	ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「タイホウ」	ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1263	セレコックス錠２００ｍｇで処方されていたが　セレコックス錠１００ｍｇを渡してしまった。患者様に連絡し　自宅に行き服用前に薬を交換した。	前回セレコックス錠１００ｍｇで処方されていたため　セレコックス錠２００ｍｇをセレコックス錠１００ｍｇと思い込み渡してしまった。	思い込みで調剤せず　処方箋と薬の確認を確実にする。	セレコックス錠２００ｍｇ	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
1264	ジェネリック医薬品のメーカー間違い	忙しい、焦り	レセコン、薬歴に薬品名・メーカー名を確認できるようにした	アムロジピン錠５ｍｇ「ＥＭＥＣ」	アムロジピン錠５ｍｇ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1265	ベザフィブラート２００ｍｇのところフィノフィブラート８０ｍｇで投薬。投薬時、患者様より錠剤の色違いの指摘を受け発覚。	慣れによる業務怠慢。	思い込みで監査せず、一語一句確認の徹底。	フェノフィブラート錠８０ｍｇ「武田テバ」	ベザフィブラート徐放錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1266	パスタロンソフト軟膏２０％は油性クリームW／O型だが、ＧＥ品として水性クリームO／W型のベギンクリームで調剤してしまった。過去５回にわたり調剤してしまっていたことが発覚して処方医に連絡。患者からは特に不都合は聞かれなかったとして、次回分から正しいもので調剤するよう指示された。	ベギンクリームの添付文書にはO／W型の記載はなく、インタビューフォームを確認して分かった。パソコンの処方入力画面では、パスタロンソフト、ベギンクリームどちらにも油性、水性の記載が出ず、剤型変更として間違えてＧＥ品への変更としてしまった。	当薬局に在庫してある外用薬の油性クリームと水性クリームの分類を、全員で確認した。	パスタロンソフト軟膏２０％	ベギンクリーム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
1267	いつもの飲み薬の他にモーラステープ４０ｍｇ１４枚処方されているところ、モーラステープ２０ｍｇ１４枚とレセコンで入力されており、処方箋をしっかり確認せず、モーラステープ２０ｍｇ１４枚でお渡ししてしまった。翌朝、調剤録を確認していた際に、処方内容と異なる旨が判明した。すぐに患者に連絡し、謝罪し、モーラステープ４０ｍｇ１４枚とモーラステープ２０ｍｇ１４枚を交換した。湿布は未使用であった。	レセコンのみを信用しすぎて、処方箋とのレセコン内容の確認が不十分であったため。	投薬時は今までレセコンを主に確認してお渡ししてしまっていたので、レセコンは薬歴などの参考程度にし、薬を渡すときには処方箋に沿ってお渡しする。	モーラステープＬ４０ｍｇ	モーラステープ２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1268	レルベア２００　３０吸入が処方。レルベアすべて同じかごに保管されていてレルベア１００の３０吸入を調剤、交付。翌日在庫の数が合わないことに別の薬剤師が気づき、交付された患者様のデータを画像などで確認。連絡して、交換した。	レルベアの箱の色は３０吸入が青、１４吸入が白。２００と１００は同じ色。かごには２００の３０吸入(青）と１００の３０吸入(青）、２００の１４吸入(白）が保管.100の３０吸入はあまり使用されておらず在庫も１箱しかなかった。吸入数の規格に気をとられて、青い箱はすべて２００の３０吸入と思い、確認を怠り、青い箱の１００の３０吸入を調剤、交付した。夕方の遅い時間で、一人薬剤師での調剤だった。	必ず含量、規格を確認するよう警告文をかごに貼付。調剤録に確認のチェックを入れることとした。	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た事例
1269	アムロジピン錠５ｍｇ「サワイ」を調剤しなければならないところをアムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「明治」を調剤し、交付してしまった。患者が帰宅して薬剤を確認しているときに気づき、問い合わせがあった。すぐに患者宅に訪問し、薬剤の交換をおこなった。	患者が多い時間帯であったため、忙しく、普段は２重チェックを行うところを怠った。	調剤を行う際には必ず２重チェックをおこなう。同じ規格の普通錠、ＯＤ錠があるものはリスト化し、職員に周知させる。	アムロジピン錠５ｍｇ「サワイ」	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1270	前回ツムラ半夏瀉心湯が処方。仮入力後今回もツムラ半夏瀉心湯と判断し調剤した。今回からツムラ半夏厚朴湯に変更になっていたのを監査者が発見。	漢方薬の変更は少ないので、今回も同じ薬と思い込みがあった。前回の処方も記憶していたので、処方箋をよく確認せずに調剤してしまった。	調剤前の処方監査の徹底。監査してもらう前の自己監査を必ず行う。	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
1271	規格の取り違え	忙しかった	ダブルチェック	ピオグリタゾン錠１５ｍｇ「ＭＥＥＫ」	ピオグリタゾン錠３０ｍｇ「ＭＥＥＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1272	処方箋には、レンドルミン錠0.25mg 1錠 26日分処方で記載されていた。26錠で調剤するところ、28錠で調剤。監査では気付かず、患者様に28錠で交付してしまった。	店内が混んでおり、焦りもあったため間違って調剤してしまった。	調剤後に再度処方箋と照らし合わせ、数が合っているか確認を徹底していきたい。			レンドルミン錠０．２５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1273	一般名酸化マグネシウム錠５００ｍｇで処方されているものを、マグミット５００ｍｇでお渡しのところ、マグミット５００ｍｇ「ケンエー」で入力されていたことに、薬剤交付後に気づいた。	処方入力後に、入力内容が合っているか確認を怠ってしまったため。	処方監査時に、入力内容についても間違いがないか確認することを監査の一連の流れとして徹底する。	マグミット錠５００ｍｇ	酸化マグネシウム錠５００ｍｇ「ケンエー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1274	久しぶりのネキシウムカプセルが処方されており、他院では１０ｍｇ・処方箋では２０ｍｇと記載本人に確認したら、１０ｍを継続服用。ＤＲ確認して疑義してください。10ｍｇに変更となった。	おくすり手帳の持参は大きいです。手帳を忘れたら、確認もできずに投薬してしまったかもしれません。治療服用と再燃治療服用では違うので。	投薬前におくすり手帳の確認はとること・手帳の必要性は十分に説明する事にしています。	ネキシウムカプセル１０ｍｇ	ネキシウムカプセル２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1275	「ヒルドイドクリーム」が処方。レセコンへの入力と調製を、それぞれ別の事務一人ずつが対応。入力者は、レセコンで「別剤型」より「ヘパリン類似物質油性クリーム」を代替選択。調製者も同様に「ヘパリン類似物質油性クリーム」をピッキング。入力・調製ともに誤ったため、鑑査システムも通過してしまう。鑑査時に剤型違いを発見し、修正した。	処方頻度は「ヒルドイドソフト軟膏」が圧倒的に多く、「ヒルドイドクリーム」との違いや、それぞれに対応する後発品の知識が不足していた。また、レセコンで変更調剤ができてしまう点も過誤の一因であった。	外用は剤型違いで別の性質になるため、原則剤型変更はしないことを周知。レセコンにおいても基本的に「別剤型」から選択しないこととした。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1276	医師はキンダベート軟膏0.05％を処方しており、処方せんには一般名のクロベタゾン酪酸エステル軟膏が記載されていたが、入力した事務員は一般名をきちんと確認出来ておらず、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「MYK」を選択し薬情などを出力していたため、調剤、鑑査した薬剤師はクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「MYK」が処方されていると思いこみ誤りを見逃していた。最終的に服薬指導を行う薬剤師が患者に交付する前に、なぜ当該患者にストロンゲストのステロイド外用薬が処方されるのか気になり、処方せんを確認したところ一般名が誤って入力されていることに気づいた。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏とクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏は頭文字から5文字目までは同じであり、入力した事務員が、当薬局ではクロベタゾン酪酸エステル軟膏よりも頻繁に処方されているクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏の方を選択してしまった。さらに入力した事務員が処方せんのコピーの一般名に横に誤った商品名を記載していたため、調剤監査した薬剤師は処方せんの一般名をきちんと確認しておらず、横に記載された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ると思い込んだ。	ステロイド外用剤の一般名は名称が類似したものや、一般名と商品名が一致しにくいものが多いことから、一般名処方を受け付けた際にはより注意し、きちんと一般名を確認する。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1277	当薬局にて取り扱いのなかった薬であったため、初めて発注。納品後監査機を通す際、バーコード登録を手動で行い、監査機を通し、適合とした。別の薬剤師が投薬する際、患者と薬情の写真とは色が異なるという話になるも、そのまま投薬完了。後日事務員が在庫システムエラーを確認中、別の薬を投薬したことに気づく。患者に連絡し、まだ服用していないことを確認。すぐに引き取りに伺い、事情説明。翌日正しいものを自宅にお届けし、今後の解決策を説明。	発注の際製品名称の確認をせずに、似た名称のまちがったものを発注していた。監査機に新規登録する際、製品名称を確認せずにまちがったものを手動登録した。監査機を通し、適合しているという安心感の下投薬を行ってしまった。患者に「包装が変わったのか」と指摘されたが、製品の箱に包装・名称変更の案内が入っていたため、変更になっていると思い込み、投薬完了。	発注の際、名称は最後の文字まで、規格も含めてよく確認する。監査機に新規登録する際一人で行わず、必ず2名以上で確認しながら行う。監査機を通し適合になったものでも、監査・投薬の際再度確認をしっかり行う。服薬指導中、患者からの疑問・違和感があれば、別の薬剤師にも相談することも必要。	ポリスチレンスルホン酸Ｃａ「フソー」原末	ポリスチレンスルホン酸Ｎａ「フソー」原末		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1278	クエチアピン錠１２．５ｍｇ　２錠　不眠時（１４）他、の処方に対し、クエチアピン錠２５ｍｇ　２８錠　をお渡しした。判明後すぐｔｅｌ連絡。まだ服用されておらず、正しいものを郵送することで、ご納得頂いた。	同じ処方内に、クエチアピン２５ｍｇ　１錠　眠前（２８）　もあり、違和感を感じなかったことも考えられる。薬歴ソフトを変更して間がなく、データ移行が終了していない為、２つの薬歴を確認する必要があったり、新しい薬歴をまだ見慣れないこと、事務職員の交代により、事務が新人ばかりであることも影響していると考えられる。	業務終了後、監査写真チェック作業時に判明した。このチェック作業は今後も続けていく。また、職員全員で情報を共有し、再発防止に努める。	クエチアピン錠１２．５ｍｇ「明治」	クエチアピン錠２５ｍｇ「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1279	一般名処方メコバラミンとメチコバールの入力を間違えて交付。薬局に２種とも在庫あり。以前にメチコバール服用にて患者認識有。	薬局在庫が２種類ある。値段の違いでGE希望の方は値段の安いメコバラミンで調剤。今回の患者は先発希望。	メコバラミンへの一本化。調剤、投薬時に分かる様にレセコンへの薬品名の記載の夜注意喚起。	メコバラミン錠５００「トーワ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1280	監査を終え、患者様と相互確認して薬をお渡しした。後日、ご本人が来局、いつもと違う薬が入っているとの申し出あり。処方内容、店内在庫、ご本人が持参した薬剤を確認し過誤発覚。謝罪し、処方されている規格の薬剤をお渡しした。	患者様と相互確認をしっかり行えているとの慢心があった。監査の時に、薬袋と薬剤の照合がしっかりできていなかった。	見た目が酷似しているため、鑑査時、投薬時とダブルチェックを行う。患者さまとの相互確認の際にも、患者さまがしっかり理解なさっているか確認する。	ピタバスタチンＣａ錠１ｍｇ「サワイ」	ピタバスタチンＣａ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
1281	スーグラ錠50ｍｇ　1錠　分一朝食後　14日分　(-) 一包化予製が変更になりスーグラ錠50ｍｇが削除になった。鑑査時に1包だけ混入していることに気が付かずそのまま交付。取り除いたスーグラ錠50ｍｇを数えたら13錠しかなく1錠足りないため発覚。	スーグラ錠50ｍｇに似た色のイグザレルト錠10ｍｇ、テラムロ配合AP「サワイ」、イニシンク配合錠が一緒に一包化されていたため混入していることを見過ごしてしまった。また、乳酸カルシウムNikipが一緒に分包されていたため白い錠剤が見にくく錠数を数えるときに白い錠剤を１つ見落としスーグラ錠50ｍｇを数に入れてしまったため見過ごしてしまった。	錠散一包化の鑑査を行うときは散剤をよけて錠剤が見える状態にして数える。また、予製の変更があって作り直しがあった場合は変更点を理解して減った薬剤、加えた薬剤の確認を一包ずつ行う。似た外観の薬剤が一緒に分包されている場合は似ていることを念頭に置いて慎重に監査を行う。			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
1282	シルニジピン錠10ｍｇ（沢井）の処方をシロスタゾール錠（沢井）でお渡ししてしまった。監査の際入力ミスがあり　そちらに気を取られて監査がおろそかになったように思います。患者様に　お渡しして　帰られて服用の際に　発覚。薬局に電話あり　すぐに差し替えさせていただきました。	繁忙期　広域処方と入り混じって思い込みによるとり間違いをしました。	似た名前のお薬は　離して在庫し監査時　一人では思い込みがあるため　もう一人入れていただきます。　監査時　丁寧　冷静を心がけます。	シルニジピン錠１０ｍｇ「サワイ」	シロスタゾールＯＤ錠１００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1283	定期的に受けている高血圧の治療中の患者の処方箋を応需した。1包化の指示あり。1包化処方薬4種類中に「ニフェジピン徐放錠10ｍｇ」が含まれていた。調剤し投薬した後、日々の薬品の在庫を確認中に減っているはずのニフェジピン徐放錠10ｍｇの残薬数が多く残って、ニフェジピン徐放錠20ｍｇの残薬が減っている事に気が付いた。 ゴミ箱中のＰＴＰシートを確認した所、ニフェジピン徐放錠20ｍｇの空ＰＴＰシートがあった。この時点で1包化した薬剤師に確認した所、10ｍｇと20ｍｇを間違えた事が判明。ただちに患者に連絡。まだ服用していないとの事で、患者自宅へ回収、調剤しなおして届けた。	1包化した薬剤師が監査したが、10ｍｇと20ｍｇの間違えには気が付かず、投薬した薬剤師も監査したが10ｍｇ製剤と20ｍｇ製剤の錠剤の色が似ている為、ｍｇ数間違えに気が付かずそまま投薬してしまった。	1包化の監査の場合、1包中の数を確認する事に集中しがちで、今回の様なｍｇ数の違う錠剤がよく似た色調である場合、薬品のｍｇ数のチェックがもれていた。日々扱っている薬品で、錠剤やＰＴＰシート、薬品の外箱の色調等類似していて取り間違えし易い薬品をあらい出して、お互い注意しあっていく様薬剤師全員で確認した。			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
1284	6月17日当該患者様がいつも使っている外用鎮痛貼付薬の処方であったが、50mgの規格をお渡しするところ100mg規格をお渡ししてしまった。後日6月22日　患者様より電話連絡があり間違った規格受け取ったとの指摘あり。同日内　わざわざ患者様にお越し頂き交換の運びとなった	調剤者及び交付者2人の監査の問題　2人とも間違いを見落としており、監査確認不足、Do処方での気の緩みが原因と思われる	繁忙であっても　常に監査での気の緩みを払拭するよう心がける必要性あり	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「ユートク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1285	2020年6月某日（水）11時頃に、平素より当薬局を利用している患者（40歳男性）が処方箋を持って来局した。処方箋にはネキシウムカプセル２０ｍｇ 1日1カプセル分１ 寝る前 30日分と記載されていた。薬剤師A（職種経験年数3年）はネキシウムカプセル２０ｍｇを 14カプセルシート2枚と2カプセルで30カプセル調製したが、誤って2カプセル分をネキシウムカプセル10mgで調剤してしまった。 鑑査にあたった薬剤師Bが、2カプセル分だけ処方薬のネキシウムカプセル２０ｍｇではなく、ネキシウムカプセル10mg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はネキシウムカプセル２０ｍｇ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	ネキシウムカプセル20mgの薬品棚の中にネキシウムカプセル10mgが混入していたことにより間違えたと思われる。	薬品棚への重点や薬剤の出し入れ時は、複数人で確認し、一人で処理しないようにする。複数人で確認できないときは、薬品棚には戻さず、確認できる状況になるまで一時、薬品棚ではない特定の場所に保管し保留する。	ネキシウムカプセル２０ｍｇ	ネキシウムカプセル１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1286	ムコスタ１００ｍｇ１日２錠朝夕食後の処方に対し調剤を開始した。ピッキングをしようとしたところ、ムコスタ１００ｍｇの棚にレバミピド錠１００ｍｇ「オーツカ」２１０錠の束が２束混入していることを発見。ヒヤリハット事例となった。	レバミピド錠１００ｍｇ「オーツカ」はデザインがムコスタ錠１００ｍｇと類似している。外箱のデザインは異なっているが、１０５０錠包装を採用しており箱を開封してから補充するため、棚へ補充の際間違えた可能性あり。	ムコスタ錠もレバミピド錠もどちらも２１錠シートを採用しているため、一方を１０錠シートの採用へ変更を検討。棚への補充は指差し呼称を徹底する。	ムコスタ錠１００ｍｇ	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1287	当該薬剤師がツムラ大建中湯を56日分処方されている患者の投薬時に、残薬調整により日数が28日分に減ったため、56日分の内28日分を薬剤棚に戻した。その後、他の薬剤師が薬剤棚の整理を行っていた際、ツムラ防已黄耆湯の箱の中にツムラ大建中湯のシートが入っているのを発見した。	ツムラ大建中湯(100番)とツムラ防已黄耆湯(20番)は製品番号が似ており包装の色が同じであるため、薬剤を戻す際に間違えたと考えられる。	薬剤を棚に戻す際は必ず薬品名の最初から最後まで確認することを徹底する。包装が類似している薬剤は棚の位置を離すようにする。			ツムラ大建中湯エキス顆粒（医療用）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1288	にきび治療のためにイオウ・カンフルローションが処方された当該医薬品も在庫はあったのだが、この時期よく処方されるあせもの為のカラミンローションを投薬瓶につめてしまった鑑査システムを通常は使用するのだが、投薬瓶にはバーコードがないため使用しなかったそのため鑑査で発見できず異なる医薬品をお渡ししてしまったその日のうちに誤りが発覚し、正しい医薬品と交換した未使用であったため副作用はなかった	調剤者は性状が似ているイオウ・カンフルローションをカラミンローションと思いこんでしまったさらに混雑とその患者様に対する処方数が多かったため焦りもあり投薬瓶に薬品名も記載し忘れていた鑑査者は平素は利用する監査システムを一部使用しなかった	投薬瓶に移し替えた場合は元の瓶も監査者に確認してもらうことで鑑査システムを有効に利用するまた、投薬瓶に薬品名を元の瓶をみながら記載することとする	イオウ・カンフルローション「東豊」	カラミンローション＊（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
1289	バルサルタン錠80mg　1T　63日分処方において２５錠ピッキングした。	１０錠シートを１４錠シートと勘違いしたこと。ディオバンと色が似ており１４錠シートと思い込んでしまったこと。	実際に取ったものの錠数を視認すること。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1290	ザイザル錠5ｍｇ1錠１４日分が処方されていたが、そのうち２錠シダキュアが混入しておりそのまま患者に交付。患者本人が薬が違うことに気づき来局。１錠服用してしまっていたが影響はない様子であった。	繁忙であったこと。また外観が類似しており、薬剤が隣同士にあったため取り違えが起きた。１０錠＋４錠で計１４錠としたわけではなかったため混同されたと考えられる。	薬剤の起き場所の変更。ザイザルは外観の違う後発品への切り替え。薬局内での事例共有	ザイザル錠５ｍｇ	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
1291	ロスバスタチン5mgが処方されているところで、ロスバスタチン2.5mgをピッキングした。	繁忙だったこと。ロスバスタチン2.5mgの方がよく処方されること。直前まで5mgを取るという意識があったものの、焦りにより確認作業が抜けたこと。	忙しくても、間違えないことを大切に確認をすること。	ロスバスタチン錠５ｍｇ「ケミファ」	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1292	アムロジピン２．５ｍｇをアムロジピン５ｍｇでピッキングしてしまう（今回初めて減量された）	頻繁に来局される患者の為処方箋を確認せずにピッキングしてしまった。	処方内容はは患者の状態によって随時変更の可能性があることを認識し処方箋の確認を徹底する。	アムロジピン錠２．５ｍｇ「サンド」	アムロジピン錠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
1293	先発で調剤すべきところ、後発で調剤してしまいました。	当薬局の、鑑査システム、バレラをその医薬品のみ、システムにて監査を怠ったため。	処方薬すべて、鑑査システム、バレラにて行うことを徹底します。	タケプロンＯＤ錠１５	ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1294	アムロジピン５ｍｇの一般名処方で間違えてアトルバスタチン5mgをピッキングしてしまった	名称が似ていて規格が同じ5ｍｇだった為と思われる	注意してピッキングするように心掛ける	アムロジピン錠５ｍｇ「あすか」	アトルバスタチン錠５ｍｇ「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1295	母親が処方箋持って来局。処方箋には（一般名）オロパタジン塩酸塩口腔内崩壊錠５ｍｇ　２錠分２朝食後、寝る前　７日分と記載されていた。薬剤師A（経験年数８年）はオロパタジン塩酸塩OD５ｍｇを調整するところを誤ってオロパタジン塩酸塩OD２．５ｍｇを調製し、鑑査に回した。	規格取り違え。店内が混んで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、鑑査に回す前に薬剤の再確認を徹底する。調剤室に取り違え防止のための注意喚起をした。	オロパタジン塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「ＭＥＥＫ」	オロパタジン塩酸塩ＯＤ錠２．５ｍｇ「ＭＥＥＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	鑑査にあたった薬剤師Bが気づき、調製した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはオロパタジン塩酸塩OD５ｍｇを正しく調製し、再度、薬剤師Bが鑑査した。鑑査で誤りに気づいたため、患者には正しい薬を交付した。						
1296	１包化の分包機のカセット内の錠剤が少ないものは、朝、充填をしている。担当がカセットと充填するバラ錠を一緒に置いておき、別の者が確認して充填する。その際に、アムロジピンＯＤ錠5ｍｇ「サワイ」のところ2.5ｍｇ「サワイ」」が置いてあり、充填する時に気付かず入れてしまった。	確認充填する際は、カセットに記載してある名称、充填するバラ錠の名称を読み上げて行うようになっているが、読み上げは行われていなかったかもしれない。また月一回のミーティングの時間が迫っていて、焦っていたと思われる。	朝の充填業務は続けるが、できるだけ、分包機についているバーコードで照合できる機能を使う。それが時間的に無理なときは、担当1が少ないカセットと、バラ錠をだし、別の者が声を出して監査をし、担当1が充填することにする。	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「サワイ」	アムロジピンＯＤ錠２．５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	業務終了間際の１包化の監査をしている際、アムロジピンＯＤ錠５ｍｇと２．５ｍｇが混在していることが分かった。その後調べて、その日もう一人該当の薬を１包化した患者さんがいたので、調剤し直し、取り換えに伺ったが、中はすべて5ｍｇで大丈夫だった。						

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

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	
1297	カルボシステイン５００ｍｇの処方で、入力者はカルボシステイン２５０ｍｇと入力し、調剤者はカルボシステイン５００ｍｇを調剤したが、薬剤を鑑査支援システムに入れたところエラー音が鳴ったため、カルボシステイン２５０に変更しようとしたが、監査者が処方箋を確認し、入力間違いに気づいた。監査後薬歴を確認したところ、前回は入力間違いのままお渡ししたことがわかった。	事務員が入力する際に間違えた。鑑査支援システムのエラー音が鳴った際、調剤された薬剤が間違っていると思い込んだ。監査者は処方箋を確認して入力間違いに気づいた。監査者は薬歴を確認し、前回から入力が間違っていたことに気づいた。	鑑査支援システムのエラー音が鳴った場合は、入力に間違いがあるか、調剤に間違いがあるか処方せんでを確認する。監査の場合、前回の薬歴もしっかり確認する。	カルボシステイン錠５００ｍｇ「ＴＣＫ」	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
1298	納入時、アリナミンF糖衣錠25mgの棚に規格違いのアリナミンF50mgを間違えて入れてしまい、その後調剤の際アリナミンF糖衣錠25mgの処方の患者様方に50mgを混入したものをお渡ししてしまった。	納入後直す際の確認不足、また繁忙時スタッフの数が少ないこともあって余裕がなく、配属されて間もない薬剤師が不慣れさもあって監査機を用いることができず、しっかり監査することができなかった。	納入時薬品をしっかり確認して直す。また監査機をしっかり利用し、調剤の際は類似薬や規格違いの薬品は区別化し注意喚起を行う。	２５ｍｇアリナミンＦ糖衣錠	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
1299	レルベアの在庫数が、データ上と実際とで異なっていため原因究明。レルベア200 30吸入で処方が出ていた方の入力が、レルベア100 30吸入となっていた。レルベア200 14吸入→30吸入への変更であり、投薬時はそのように説明。お渡ししたものは、処方箋通りだった。患者様に連絡し、返金。	レルベアは多数規格があるため、選択する際に間違えてしまった。監査時も変更になった“30吸入”という部分と“レルベア”は確認したが、“100”“200”という部分を見落としてしまっていた。投薬時も前回の薬歴と処方箋しか注視していなかったため、交付前に気づくことができなかった。	複数規格があるものは、注意するようにする。一人薬剤師のため、監査したとしても投薬時に再度内容に間違いがないか注意しながら投薬するようにする。	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た事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1300	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％のところ、レセコン入力にてベタメタゾンエステル・ゲンタマイシン軟膏と誤りがあった。調剤者も誤りに気付かずデキサンVG軟膏を調剤、鑑査者もそのまま通してしまった。投薬後、患者が入居している施設にて調剤ミスが判明。使用前だったため、差し替えさせて頂いた。	当日数十件の処方が溜まっており、当事者含め心理的焦りがあった。時間帯も18時頃で疲労が溜まっていたことが考えられる。調剤者、鑑査者が1年目と転職直後ということもあり不慣れな点があった。	外用薬の一般名処方の場合、名称が類似していることが多いため、レセコン入力者含め調剤者・鑑査者は注意して業務を行う事。また、調剤者や鑑査者にが不慣れな点がある場合は声掛けを行い注意を払うよう促す。	サレックス軟膏０．０５％	デキサンＶＧ軟膏０．１２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1301	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％のところ、レセコン入力にてベタメタゾンエステル・ゲンタマイシン硫酸塩軟膏と入力。調剤者はそのままデキサンVG軟膏0.12％を調剤、鑑査者もそのまま気付かず投薬した。患者様が入居している施設にて職員が薬剤が異なっていることにより過誤が判明。使用前だったため差し替えを行った。	当日処方箋を数十件抱えており当事者に焦りがあった。時刻も18時頃と閉店前であり、疲労と気の緩みがあったと思われる。調剤者は1年目、鑑査者は転職直後ということもあり、調剤に不慣れな点があったことも考えられる。	外用薬の一般名処方は名称が類似しているものが多々あるため、レセコン入力者含め当事者は細心の注意を払う事。調剤者や鑑査者に不慣れな点がある場合は、他の薬剤師が声掛けを行う事を心掛ける。	サレックス軟膏０．０５％	デキサンＶＧ軟膏０．１２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1302	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%（リンデロンＶ軟膏）と記載のある処方箋において、誤ってベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏（先発名アンテベート）を交付してしまった。 処方は処方箋のQRコードを読み取り、レセコンに入力されたが、ベタメタゾン関係の一般名の登録がされておらず、ベタメタゾン吉草酸のところを、ベタメタゾン酪酸プロピオン酸が入力されてしまった。調剤、監査者、投薬者は入力に気付かず交付をしてしまった。交付後に事務員が処方の入力内容の確認をしていた時に、一般名入力の間違いに気づいた。ステロイドのランクにおいて、１ランク上のものを交付してしまっていたが、患者本人に健康被害はなく、症状は改善されていた。	混同しやすいステロイド外用薬の一般名を注意深く確認できていなかった。	主薬以外の成分にも深く注意をする必要がある。特にステロイド外用薬においては、プロピオン酸や吉草酸といった修飾基の違いで、ステロイド薬のランクが変わってくる。調剤、監査時はもちろん、レセコンの入力時にも、処方せん記載の成分と入力された成分に相違がないか注意していく。	リンデロン－Ｖ軟膏０．１２％	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1303	病院の処方箋、注射がいつもと違う銘柄のものを処方箋発行されていたので、患者様に確認したところ、変更の予定はないと。病院に疑義して、銘柄選択ミスと確認。	病院のDO処方箋は全て、そのままデータ複写、とは限らない。手打ちしている可能性もあるので、チェック必要。	処方変更点は必ず全て確認をする。	インスリン　グラルギンＢＳ注キット「ＦＦＰ」	インスリン　グラルギンＢＳ注カート「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
1304	ロサルヒドLD配合錠「ケミファ」の調剤棚に外観の類似した一硝酸イソソルビド錠２０ｍｇ「日新」が１シートだけ紛れ込んでおり、一包化調剤の際に気が付かずそのまま調剤をしてしまい、監査の過程で１０錠だけ違う薬が入っていることに気づいた。	・シートのデザインが類似しており、何かの拍子に棚からこぼれた薬品を誤って違う棚にしまった。・忙しい時間帯で１シートだけ紛れて調剤棚に入っていたことに気づかずにピッキングしてしまった。・一包化調剤をする際に、ピッキングした薬剤をよく確認しなかった。以上の要因が考えられる。	シートデザインの類似する薬剤の配置を離す。一包化する際にピッキングした薬剤を再確認する。	ロサルヒド配合錠ＬＤ「ケミファ」	一硝酸イソソルビド錠２０ｍｇ「日新」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1305	4/10の処方せんにはビカルタミドOD錠80mg「KN」と記載されていたが、レセコン入力時にビカルタミド錠80mg「KN」で処理されていた。6/12来局時、同様に記載された処方せんを持参されたが、在庫が足りなかったため、アクシデントが発覚した。ビカルタミドOD錠80mg「KN」で継続服用されており、4/10も処方せん記載通りで交付しているため、健康被害はなかった。	小林化工「KN」と日本化薬「NK」から、それぞれビカルタミド錠およびOD錠が販売されており、普通錠とOD錠の違いだけでなく、屋号が非常に紛らわしいことが原因である。	患者さんの承諾を得たうえで、小林化工か日本化薬のどちらか一方に統一する。また、入力時（薬品選択時）に違いを分かりやすくし、注意喚起を行う。	ビカルタミドＯＤ錠８０ｍｇ「ＫＮ」	ビカルタミド錠８０ｍｇ「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
1306	クラビット点眼液１．５％をお渡しするところ、リボスチン点眼液で入力、調剤を行い交付に至った。	一般名処方で、クラビット（レボフロキサシン）とリボスチン（レボカバスチン）で頭２文字を見て、最近リボスチン点眼液が処方されていたこともあり、同じ薬という思い込みで入力、調剤を行った。文字を最後まで見ること、また、規格もしっかり見ていればクラビットとリボスチンの違いも気付けたであろう。	思い込みを外し、新患のつもりで処方箋を見る。最後まで文字をしっかり見る。	クラビット点眼液１．５％	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1307	病院から処方箋のFAXが送信されてきた。処方箋にはモンテルカスト錠10mg「KM」と記載があった。事務員A（職種経験年数1年）はモンテルカスト錠10mg「KM」で調整するところを誤ってモンテルカストチュアブル錠5mg「サワイ」と調整してしまい、そのあとダブルチェックをする役割の事務員B（職種経験年数1年）もそのミスに気付かず、監査に回してしまった。監査者も気付かず患者へ交付してしまった。	処方箋と調整する薬品を一致させるため、処方箋と薬品に記載されている薬品名・規格・メーカー名・服用方法・日数を復唱するという薬局内のルールを怠ったため間違えた。また、薬袋に薬品を収納する際にも同じルールを行っており、ミスを防げる機会であったにも関わらず、それもおろそかにしたため気付くことができなかった。	処方箋と薬品に記載されている薬品名・規格・メーカー名・服用方法・日数を復唱するという薬局内のルールを徹底する。	モンテルカスト錠１０ｍｇ「ＫＭ」	モンテルカストチュアブル錠５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1308	一般名処方で　カルテオロール塩酸塩点眼液2%(持続性）の処方のところ　カルテオロール塩酸塩点眼液2%で　入力し　投薬してしまった　　処方箋の見直し時に持続性であることを　確認　薬剤を変更して　届けさせてもらった	薬剤師の思い込み	一般名処方時には　今までより最善の注意を払って　入力すること	カルテオロール塩酸塩ＬＡ点眼液１％「わかもと」	カルテオロール塩酸塩ＬＡ点眼液２％「わかもと」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1309	オメプラール10を取るところオメプラール20を取ってしまっていて、監査の時に取り間違えていることがわかりました。	オメプラールに10と20があることを知りませんでした。早く集めないといけないという気持ちから確認が不足していました。	薬を取る前に必ずどの規格の薬を取るのかを声にだして確認する、処方箋のコピーなどの規格には印をつけるなどをして注意をしていきたいと思います。	オメプラール錠１０	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
1310	ピタバスタチン2mg2錠のところ1mg2錠取ってしまった。	4mg1錠のところ2mg２錠で服用する患者さんだったがなぜそうなったのか考えていなかった規格をしっかり見れていなかった	規格が多い医薬品は規格にチェックをつけること規格を用量としてみること	ピタバスタチンＣａ錠２ｍｇ「ファイザー」	ピタバスタチンＣａ錠１ｍｇ「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1311	処方箋では、ビソプロロールフマル酸塩錠5.0mgで投薬しなければならないところ、2.5mgで投薬してしまった。本人が服用しようと見たところ、異なっている事に気がつき、電話を掛けてくれた。	係った薬剤師が、規格違い、監査ミスにて、患者へ投薬してしまった。	投薬時、本人とできるだけ、一緒に医薬品名、規格を確認する。	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
1312	処方箋の内容はツムラ半夏厚朴湯７．５ｇ分３毎食前となっていたが、入力者が間違えてツムラ半夏白朮天麻湯７．５ｇ分３毎食前で入力した。調剤は処方箋をみながら正しい半夏厚朴湯を渡したが、薬袋薬情の記載は半夏白朮天麻湯でお渡ししてしまった。投薬後、入力違いに気づき患者に連絡した。患者はいつもの薬である事を投薬時に確認していたので、薬袋等の記載違いに気づいていなかった。お詫びし訂正した薬袋薬情をお渡しした。	薬名入力時に名前が似ているので選択して入力してしまった。継続して服用している薬で処方変更がなかったため、投薬時に薬は半夏厚朴湯で間違いのない事を確認したものの、薬袋や薬情の確認を怠ってしまった。	漢方は名前の似ているものがあるため、入力時の間違いに注意する。監査時は薬と共に入力情報にも注意して確認し、薬袋薬情を確認しながら、患者さんにも説明しながらお渡しする様に再認識する。	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1313	オドメール0.02%の処方に0.1監査機ＡＵＤｙ誤判定確認を怠り交付	繁忙時間帯に監査機誤判定の見逃し	監査機メンテナンス交付時再確認の徹底	オドメール０．０２％点眼液	オドメール点眼液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
1314	ロスバスタチンOD　2.5mgをあやまってロサルタン25mgで調剤を行ってしまい、交付前に気が付き、間違いなく調剤した事例です。	一般名処方で記載も同じような感じであり、誤って誤調剤したものと思われます。	頭3文字、規格の確認を徹底し、注意喚起を行った。再確認の精度をあげること。	ロスバスタチンＯＤ錠２．５ｍｇ「日医工」	ロサルタンＫ錠２５ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1315	「アマルエット3番」を調剤すべきところ、「アマルエット1番」を調剤・投薬した。	本人ではなく家族が代理で来たため、確認が充分ではなかったかもしれない。	該当薬剤は１～４まであるため、番号の確認を調剤者・監査者とも呼称にて行うこと。	アマルエット配合錠３番「ケミファ」	アマルエット配合錠１番「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1316	近医を定期受診された73歳女性の患者さんが息子さんと一緒に来局。処方箋受付時確認で「特に変わりはない」と言われ、いつもの薬が処方されていた。調剤し監査、投薬している最中に「実は昨日腹痛で総合病院受診して胃薬もらってきた」と息子さんから話があった。こちらからもファモチジン処方されているため薬の確認をしようとしたが、お薬手帳にも記載なく不明。自宅に帰ってから電話してもらうことになった。調剤済み薬剤をお渡しして帰られた直後、ロキソニンを出すべきところジェネリック薬を出してしまったことに気付き電話連絡しすぐに取り換えにご自宅まで伺った。服用なし。	調剤した薬剤師は、一般名処方のため調剤頻度の高いロキソプロフェンを調剤したがこの患者さんはロキソニン希望ということを忘れてた。投薬した薬剤師は、途中で患者から想定外の話が出たためそちらに気を取られ薬歴の確認がおろそかになった。電子薬歴に変えて間がないため誰が見ても気づくような工夫ができていないのも要因と考えられる	電子薬歴に患者さんの特徴や注意点などを見えやすく表示する工夫を考える。投薬中のハプニングはいったん落ち着いてやり直す。一般名処方で先発薬を希望する患者さんについては、処方入力した事務員からも声掛けをすることにしていたが今回は実施されてなかったので再度注意した。 moreteita .	ロキソニン錠６０ｍｇ	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
1317	リンデロンVGローションが処方されたがリンデロンVローションで交付した、在庫確認で合わず処方確認、処方された患者さんに電話して使用されていなかったのを確認後交換とした	VGとVの確認を怠った	類似薬剤の確認をしっかりすること			リンデロン－ＶＧローション リンデロン－Ｖローション	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1318	ビソプロロール錠０，６２５ｍｇトーワとセルトラリン(25)明治の表のデザインが非常によく似ていて、棚にビソプロロール錠を棚に戻すときセルトラリン(25)の棚に入れてしまった。セルトラリン２５ｍｇをピックするときに気づいた。	気持ちのゆるみもあったと思いますが、薬剤の効能もよく考えてもどせば防げたと思います。	棚に戻すときは、薬剤の効能、薬品名、棚の薬のヒートのデザインもよく確認して戻すこと。	セルトラリン錠２５ｍｇ「明治」	ビソプロロールフマル酸塩錠０．６２５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラー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	一般名処方でミカムロBPが処方された。患者様は今までミカムロAPを継続服用中。入力者もDo処方と思い込み、Doで前の処方を引っ張ってきた。調剤者はまだ研修中でAPとBPの違いを分かっていなかった。調剤録には成分含有量が記載されず、調剤録監査者も見落とし。投薬時も「前回と同じ薬ですね」と患者様に話したところ、患者様も違和感もなくお持ち帰りになった。帰宅されてから「前回と薬を変えると言っていた」ことを思い出し、問い合わせがあり発覚となった。患者様宅に正しい薬をお届けしお取替え。服用には至らなかった。	・患者様がミカムロAPを継続服用していた。・調剤録に合剤の場合、成分量が表示されない・調剤者が研修中で知識不足だった・患者様も「薬を変える」と言われていたことを失念していたようで、「同じ薬」と話した際に違和感なく受け取った。	処方入力と薬剤の照合システムを用いているため、合剤の入力時はDoで引っ張らず成分名から入力する。ミカムロの箱に「規格注意」の札を取り付けた。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1320	サンピロ点眼１％と２％は箱の外観が似ており、新規の箱を開封する際に取り間違えた。調剤者は勤務年数１年未満であり、企画が複数存在することを把握していなかった。	サンピロ点眼１％と２％は箱の外観が似ており、新規の箱を開封する際に取り間違えた。新しい箱を取るときにピッキングマシーンにバーコードを通さなかった。	新しい箱を取るときは必ずピッキングマシーンを活用する。	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
1321	テルミサルタン40／トチクロロルメチアジド12.5配合剤の処方。事務スタッフが、テルチアＡＰ配合錠をピッキング。監査時に気付き、テルチアＡＰ配合錠で投薬。	事務スタッフは、単に両剤の見間違えた薬剤師は、一般名を最後まで読み切らずに、投薬しそうになった。	事務スタッフ；調剤録をちゃんと見る薬剤師；配合剤は、一般名の最後まで読み切る。	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
1322	処方せんマーズレンＳ配合顆粒、先発医薬品ご希望の方にルフレン配合顆粒を調剤。	薬歴が反映されていなかった。	調剤前に薬歴を確認する。	マーズレンＳ配合顆粒	ルフレン配合顆粒		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
1323	[般]クロベタゾン酪酸エステル外用液０．０５％　３０ｇ　の処方に対して、正しくはパルデスローション０．０５％ １０ｇ ３本を調剤すべきところ、誤って３本中１本をリドメックスコーワローション０．３％ １０ｇ で調剤してしまった。監査者も気付かず、患者に投薬された。数日後、患者家族より電話があり、誤りが発覚した。誤った薬は未使用であり、正しい薬と交換を行った。	外観（キャップの色）が似ていたため、間違えたと考えられる。薬品棚は隣接はしていないが、近いところにある。返品する際に、薬品棚を間違えたことも考えられる。	薬品棚を離す。今回のミスを薬局内に周知させ、同じ間違いをしないよう注意を促した。	パルデスクリーム０．０５％	リドメックスコーワローション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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1324	処方箋にはゲンタシン軟膏と書かれていたが自店にあるものはゲンタマイシン軟膏「イワキ」しか持っておらず、口頭にてジェネリック変更してくださいと伝えたが変更されず投薬中に薬袋と照らし合わせながらお渡ししている最中に間違いに気づく。	自店在庫を把握しているかどうか、また薬剤師の投薬前のチェックの甘さ。	口頭で伝えるのだけでなく在庫の状況も共有する。また投薬前に再度薬と処方箋、薬情と照らし合わせ間違っていないか確認する。	ゲンタマイシン硫酸塩軟膏０．１％「イワキ」	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
1325	ビオフェルミンR錠を処方されたいたところをビオフェルミン錠で交付。交付後に誤りに気付いて交換した。	確認を怠った。	処方内容の確認の徹底。			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
1326	ツロブテロールテープ1ｍｇのところをツロブテロールテープ0.5ｍｇを誤って調剤。ポリムス使用時に取り違えていることが発覚した。その後１ｍｇを取り直し、ポリムスを通して監査に回した。	処方箋の記載を規格まで読んでいなかった。年齢を確認していなかったことが要因。	薬剤を規格部分まで指さし声出しで確認をする。生年月日を確認して規格が間違っていないかを確認する。	ツロブテロールテープ０．５ｍｇ「タカタ」	ツロブテロールテープ１ｍｇ「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
1327	久々来局の患者様より、テオフィリン徐放U錠200ｍｇ「トーワ」の処方箋を応需し、薬が揃うか質問を受けた。テオフィリン徐放錠200ｍｇ「サワイ」の在庫ある為、「他メーカーであれば対応可能」と返答して処方入力開始。代替処方入力選択が出来ない事や添付文書検索から、作用持続時間が２種類ある事を思い出し、入力・調剤過誤を起こす前に誤りに気付いて対応。	テオフィリン製剤は数種類備蓄しているものの、頻繁に調剤しておらず、思い込みが先行してしまった。他調剤を行いながらの対応で、細やかな確認を怠ってしまった。	テオフィリン製剤の先発品・後発品の包装箱に「24時間持続型」「〇〇〇〇とは異なるので注意」「先発品△△△のGE」等の付箋を付けた。朝礼にて全職員で事例を共有し、注意喚起を促した。	テオフィリン徐放Ｕ錠２００ｍｇ「トーワ」	テオフィリン徐放錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1328	ダラシンカプセル3カプセル　1日3回毎食後処方であるところを、事務員が誤って3カプセル1日1回夕食後と入力、投薬薬剤師が気づき、訂正して患者に投薬した。	同じ処方箋に　リファジンカプセル3カプセル　1日1回夕食後　処方があり、ダラシンカプセルの用法とは違うことを見落とした。	入力時に各薬剤の用法をよく確認して入力する。入力後も再確認を行う。	ダラシンカプセル１５０ｍｇ	ダラシンカプセル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
1329	忙しい時間帯で、包装が似ているため、うっかり薬剤間違いで調剤。	包装が似ているため、うっかり薬剤間違いで調剤。	しっかり処方箋を確認して調剤する。	チザニジン錠１ｍｇ「サワイ」	セチリジン塩酸塩錠１０ｍｇ「ＭＮＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1330	6/11に本人に投薬したが規格間違えの為本人翌日来局されて発覚。	奥様の血圧の薬も2.5ｍｇだったので勘違いでとうやくしてしまった。	規格を投薬時再確認すること。	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「ＮＰ」	アムロジピン錠２．５ｍｇ「タナベ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1331	患者様の希望により処方されたセレコックス錠100ｍｇを、GE薬であるセレコキシブ錠100ｍｇ「ファイザー」にて調剤するところを、先発薬であるセレコックス錠100ｍｇにてピッキングしてしまった。	繁雑な状況であったことと、セレコキシブ錠100ｍｇ「ファイザー」はまだ当薬局に備蓄し数日だったことから、今までピッキングしていたセレコックズ錠100ｍｇを誤ってピッキングしてしまった。	ピッキングする際、処方箋コピーに「GE薬希望」であることを赤字で大きく記載した後ピッキングする。セレコックス錠100ｍｇの棚のプレートに、（GE薬；セレコキシブ錠100ｍｇ「ファイザー」）の表記をする。	セレコックス錠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
1332	ロキソプロフェンテープを使用中の患者にロキソニンテープを誤って調剤した	一般名処方で処方されたものを入力ミスと確認の不十分、患者の確認でもわからなかった	申し送りの徹底と確認をしっかりと行う	ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「トーワ」	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
1333	ルネスタ2ミリを間違えてルネスタ1ミリで調剤。	滅多にルネスタ2ミリが処方されないのでルネスタ1ミリと思い込んで調剤。	ミリ数確認の徹底。刻印の確認を再度徹底。思い込み注意。	ルネスタ錠２ｍｇ	ルネスタ錠１ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1334	長期でレキソタン5ｍｇを3錠分3毎食後で飲まれていたが5/20の処方でレキソタン5ｍｇがレキソタン2ｍｇに変更になっていたが入力調剤監査で気づかずにレキソタン5ｍｇのままお渡し。6/17に来局された際も入力調剤監査で気づかずにレキソタン2ｍｇをレキソタン5ｍｇのままお渡しした。6/18の11時頃に患者様本人からレキソタンの規格が変わっていると思うと連絡があり再度処方箋を見直してみるとミスが発覚した。連絡を受けてすぐにお薬を取り換えにご自宅まで伺い謝罪した。	患者様は普段から当局を利用して頂いている患者様で処方内容も長期間変わっていなかったため、あらかじめピッキング予製剤を作製していた。過誤の原因として入力した事務員も調剤監査に携わった薬剤師も処方内容が変わらないとの思い込みが強く、監査体制が甘くなっており処方監査の基本である規格を最後まで確認することを怠ったことが原因だと思われる。	予製剤と本処方の照らし合わせの徹底、具体的には薬剤の名称、用法用量、規格、処方日数の確認を目視だけでなく鉛筆でチェックする。処方入力も目視だけで確認するのではなくパソコンの入力画面と照らし合わせながら鉛筆等で確認していく。監査においても規格には目立つよう〇で囲む等にする。	レキソタン錠２	レキソタン錠５		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	6/19の朝9時頃に担当医師に調剤事故の経緯を説明した。医師からはレキソタン5ｍｇを続けていたが本人より日中眠気が出ているとの申し出があったため5/20からレキソタン2ｍｇに減量していたとのことであった。5/20から6/18までの間、レキソタン5ｍｇを服用されていたが眠気が出ていると思われるが長期で服用されていた薬のため大きな健康被害には繋がらないだろうと説明あり。6/18の時点では患者様の体調に目立った変化はなし。						
1335	クエン酸第一鉄Ｎａ錠50ｍｇ「サワイ」を含む一包化63日分の処方をもって来局。63日分のうち、3日分にクラリスロマイシン錠200ｍｇ「日医工」が混入されてることが、監査時に発見された。	上段にあるクラリスロマイシン錠200ｍｇ「日医工」3錠が下段のクエン酸第一鉄Ｎａ錠50ｍｇ「サワイ」に落ちてしまった可能性、もしくはピッキング時に誤って、上段からとった可能性が考えれる。監査システムを通し、分包機で調剤する際もバーコードを通すが、1枚のヒートのみ読み込んでいるため、発生してしまった	監査システムを通しても、ピッキング時、分包機のコンベアへばらす時、その都度、指差し、声出し確認をする	クエン酸第一鉄Ｎａ錠５０ｍｇ「サワイ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1336	エビプロスタット配合錠DB　2錠分2朝夕食後28日分処方、56錠調剤したうちの6錠がガスターD錠20mgであった。 該当日にガスターD錠20mgの処方はなかった。エビプロスタット配合錠DBの箱の中にガスターD錠20mgが混入していたと思われる。調剤監査システムは使用していたが6錠の混入に気がつくことが出来なかった。いずれも似た色のシート、大きさの錠剤であり、混入につながったと思われる。	薬の箱、棚に薬を戻すときは調剤監査システムを活用するなどして戻し間違いのないようにする。	調剤監査システムを用いて箱に戻すようにする。忙しいときはあとで確認しながら仕舞うようにする。	エビプロスタット配合錠ＤＢ	ガスターＤ錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1337	アミティーザカプセル２４µｇの棚にアミティーザカプセル１２µｇのアルミ包装が入っており、包装を確認せず調剤した。	納品の際間違えてしまった。アルミの包装が似ている為調剤で気づかなかった。	棚詰めの際、似ている包装があるものは特に注意する。識別が難しい場合は箱のまま納品する。	アミティーザカプセル２４μｇ	アミティーザカプセル１２μｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1338	同一成分薬の規格違いをピッキングしてしまった。	よく処方される規格をピッキングしてしまった。	処方箋に記載された薬品名・規格をよく見て、ピッキングを行う。ピッキングした薬を再度確認する。	カルボシステイン錠５００ｍｇ「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
1339	メトグルコの調剤をしたつもりで、カセットより調製。薬局の監査システムを使用して監査者へと薬を渡す。監査で確認したところ、メトグルコとメトホルミンが混在していた。カセット内に500錠違う錠剤が入っていたことから充てんの際に間違えて充てんしたと思われる。	調剤の途中で500錠の包装の箱より充てんヒートの大きさなどが変わらず、確認の際にも気づきずらかった	使用頻度の低い、メトグルコについて引き出しにて管理して保管場所を分ける。充てんの際には注意喚起を行った。	メトグルコ錠２５０ｍｇ	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1340	患者が処方箋をもって来局した。処方箋はミニトロテープ42枚1日1回貼付と記載されていた。薬剤師Ａ（職種経験年数25年）はミニトロテープを調剤するところ、誤って前回と同じミリステープを調剤し、鑑査に回した。鑑査者・交付者ともに間違いに気が付かなかったが、次の来局時の調剤中に処方箋の入力間違いに気が付き調査した結果、前回から変更になっていた。幸いにも同成分であったため、患者に健康被害はなかった。	繁忙時間帯で、処方箋の記載も多かったため薬の変更はないものと思い込み調剤していた。事前の聞き取りでも貼付剤の変更については確認できなかった。	定期処方の調剤時でも、入力された内容でなく処方箋をよく確認して調剤する。人がいるときは、鑑査者と交付者の薬剤師を別にして二重にチェックするようにする。	ミニトロテープ２７ｍｇ	ミリステープ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
1341	処方されたのはネリプロクト軟膏で調剤(ピッキング)した薬剤もネリプロクト軟膏だったが、数年前ネリザ軟膏で調剤した履歴があったことからネリザ軟膏にて処方入力してしまった。(ネリザ軟膏はすでに備蓄から外した薬剤であった)	繁雑な状況であり、また基本的にＧＥ薬に変更できる処方はＧＥ薬に変更している患者様だったことから、在庫の有無を確認せずにネリプロクト軟膏をネリザ軟膏に変更し処方入力してしまった。	普段使用していない薬剤を処方入力する際、調剤室内の備蓄を薬剤師に確認した後処方入力をする。	ネリプロクト軟膏	ネリザ軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1342	オランザピン錠２．５ｍｇ　１錠１×　朝食後　２８日分　で処方があった。１シート１０錠だが、調剤者が１シート１４錠と勘違いして２シートのみ調剤された。監査時に別の薬剤師が気づき、正しい錠数に取りそろえた。	オランザピン錠２．５ｍｇ「トーワ」のシートは幅が広く、裏からみると１４錠シートと勘違いしてしまうため、よく確認する必要がある。	箱、棚に１シート１０錠と明確にわかるように表示する			オランザピン錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1343	患者さんの希望でＧＥ不可。セレコックス200が処方されていた。今月よりセレコックスのＧＥが採用となり、ピックの際にセレコキシブ100「トーワ」で調剤。監査の際に先発とＧＥ、100ｍｇと200ｍｇの違いを見落として投薬した。薬局が混んでおり、患者には薬情で処方内容を指さしながら渡した。帰宅後、「いつもと違う薬だ。なにも変更は聞いてない」とＴＥＬあり。代理の薬剤師が自宅まで訪問し交換処理した。	ＧＥが採用になったばかりで薬情の欄に薬の写真が印刷されない状態である（現行）。また、シフトの急な変更による勤務で判断力が落ちていた。	監査・投薬時に薬情と薬現物を比較して十分に確認を行う。	セレコックス錠２００ｍｇ	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
1344	クロピドグレル錠25ｍｇは通常14錠のウィクリーシートを採用している。60錠調剤するときは14錠4シート+4錠でピッキングしている。端数は箱に入れないようにしているので、14錠を数えてはいない。他店から10錠 シートのものを引き取っていて、その大きさがほとんど同じだったので、10錠を14錠と思い込んでピッキングしてしまい、合計60錠調剤すべきところ44錠しか患者さんに渡していなかった。監査した薬剤師が1回2錠と書くためにヒートを見ていたにも拘わらず気付かなかった。	他店から引き取ったものが採用品と違う包装だったのに、同じ棚に置いてしまった。ピッキングするときに、10錠シートであることを忘れてしまっていた。患者の薬の数が多く、監査した薬剤師も思い込みからか1シートの錠数が少ないことに気付かなかった。	1シートの錠数が違えばその大きさが違うという固定観念を持たないで、現物を確認する。間違いそうなら、場所を分けておくか一包化に使う。			クロピドグレル錠２５ｍｇ「サンド」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1345	ヒューマログ注ミリオペンが処方されていたが、当薬局にヒューマログミックス25ミリオペンしか在庫がなく、入力の時点で誤った入力をしてしまった。調剤者も誤った薬をピッキングし、調剤後監査でも入力誤りに気付かずに、薬袋と薬を付け合わせるだけの確認になってしまったことから発生してしまった。	・レセコン入力時に誤りに気付けなかった。・入力のチェックが不十分でしたので確認するべき事項の再確認を行いました。・監査者が未熟でありましたので、監査を始める前には必ず、この調剤をしてあるものには誤りがあると自分に言い聞かせてから作業を開始するように指導した。	・薬袋と薬の付け合わせは行いません。・入力チェックは規格までしっかりと確認します。・薬の最終確認は処方箋と注射薬を１文字づつ確認します。・注射の最終確認は複数の薬剤師で確認します。	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
1346	【正】フルメトロン点眼液０．０２％（５ｍｌ／本）　３本【誤】フルメトロン点眼液０．１％（５ｍｌ／本）　３本	入力時前回、アレジオンＬＸ点眼、フルメトロン点眼液０．１％、ニフラン点眼液の処方で今回、アレジオンＬＸ点眼、フルメトロン点眼液０．０２％の処方。Ｄｏで引っ張ってきてミスに至った。	入力時に、統一手技に則り、薬品名／剤型／規格／メーカー／数量／用法／日数／コメント等、確認を一つ一つ漏れの無いように行う。指差し確認は今後も（特に注意しながら）行っていく。人員不足から開店時は薬剤師が１人、その後３０分ごとに１人ずつ薬剤師が出勤してくるシフトを組まざるを得ない状況。調剤にあたり、処方箋を確認したうえで、ＰＤＡを用い調剤をする。最終監査の手技の確認をもう一度行う。初期監査手技の確認をもう一度行う。	フルメトロン点眼液０．０２％	フルメトロン点眼液０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1347	レボフロキサシン250ｍｇが処方。レボフロキサシン500ｍｇで入力、調剤。調剤後に気づき修正。	事務が新人。コロナの影響で研修がなかった。混雑していた。	薬局内での教育の徹底。入力内容の確認の徹底を行う。処方せんでの調剤の徹底。	レボフロキサシン錠２５０ｍｇ「ＣＨ」	レボフロキサシン錠５００ｍｇ「ＣＨ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1348	かゆみがある成人の患者さまにアレジオン錠１０ｍｇが処方されていました。	アレジオン錠１０ｍｇは小児用で、体重も小児を超えている成人の患者さまだったので、DRの記入間違えか事務員さんの入力間違えが原因だと考えました。	薬の用法・用量を確認して疑義があればDRに確認することを必ず行うことにしている。	アレジオン錠１０	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
1349	処方箋をしっかり確認せずに、交付前に気付いた。	思い込みで調剤をしてしまい、確認を怠った。	思い込みをなくし、作業手順を確認して再発防止に努めたい。	オドメール点眼液０．１％	オドメール点眼液０．０２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1350	クラリスを処方で、患者様も先発希望のところ、ジェネリックで調剤して監査の時に気づいた。	名称も似ていて、棚も隣同士なので取り間違えた。	棚の間隔をあける、ジェネリックとわかるようにしるしをつける。	クラリス錠２００	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
1351	新規患者でフリウェルULDが処方された。以前より継続しているとのことだった。薬剤師Aが一人の時間帯で、誤ってフリウェルLDをピッキングし、監査時にも気付かなかった。	薬剤師Aが処方箋の記載を見誤った。フリウェルの処方は少なく慣れていなかった。フリウェルLDとULDがあることに気付かなかった。薬剤師が一人の時間帯で焦りがあった。	処方箋は薬剤名、規格、錠数等を丁寧に確認する。特に薬剤師が一人の時と新規患者の時は十分注意する。	フリウェル配合錠ＵＬＤ「あすか」	フリウェル配合錠ＬＤ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	投薬時、患者に薬を見せて今までと同じか確認し交付したが、その時も間違いに気付かなかった。3日後、薬剤師Bが在庫チェックをしたとき誤りに気付き、薬剤師Aに伝えた。薬剤師Aは患者に連絡したところ、残薬がありまだ服用していなかった。お詫びして、翌日薬を正しいものに交換した。						
1352	ファモチジンが記載されている処方箋であったが、誤ってフェキソフェナジンを調剤していた。	名前が似ていており、さらに薬品棚の場所も近いために、誤って調剤したと思われる	調剤する際には、薬品名称をしっかりと呼んで行うことを徹底する	ファモチジンＤ錠２０ｍｇ「ＥＭＥＣ」	フェキソフェナジン塩酸塩錠６０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1353	エビリファイ内用液０．１％１ｍｇを3ｍｇと取り違えた。	少し業務が多忙であった。１ｍｇが青色包装だと思い込んでいた。	患者様と確認しお渡しする。	エビリファイ内用液０．１％　１ｍｇ	エビリファイ内用液０．１％　３ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1354	レルベア２００エリプタ３０吸入用 の処方のところをレルベア１００エリプタ３０吸入用 をお渡ししてしまった。交付後にレルベアの200と100の在庫が合わないことがわかり、その間に処方された患者様を検索。お薬を交付時に画像を撮影しているため、すぐに患者様に連絡できた。	2科の処方があり、薬が多かったという点で焦りもあった。鑑査としてポリムスを使用しているはずだったのだが、バーコードを通し忘れた可能性が高い。	処方が多いときは必ず2人の薬剤師で鑑査するように徹底したい。なぜポリムスが活用されていなかったのか不明だが、必ず使用すように心がける。今回の件で交付時の画像撮影が大切だとわかった。	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た事例
1355	テノーミン２５　35日分をピッキングで3シートと５錠取る時　５錠は隣の棚にあったドグマチールをいっしょに束ねた。監査時気が付かずに　そのまま投薬した。翌日別の薬剤師がテノーミン監査時ドグマチールが紛れていることに気が付き　在庫を確認したところ前日のミスに気が付いた。患者様に電話にて事情を説明し、ご自宅に伺い交換。幸い、服薬前だった。	テノーミン２５とドグマチールの棚が隣同士だった。ヒートが似ていた為　起こってしまった。	テノーミンの場所を変更し、棚下の引出に入れることにした。監査時、ヒートが同じか確認する。	テノーミン錠２５	ドグマチール錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1356	タチオン錠PTP１シート15錠であるところ、鑑査者が1シート10錠と勘違いしたため調整者と監査者の間で計数が合わなかった。話し合ったところ鑑査者が1シート15錠であることに気づき、間違った錠数が渡ることはなかった。	PTPシートを錠剤が見えない状態で抱き合わせてまとめていたため、監査者は縦5列であることは確認したが横3列であることに気づかなかった。また1シート10錠の薬が多く存在しているため縦5列を確認したことで1シート10錠であると勘違いした。	鑑査する際は薬の錠剤が確認できるように錠剤の面を表にしてまとめる。			タチオン錠１００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1357	ツムラ小青竜湯の棚にツムラ小柴胡湯加桔梗石膏が入れられていた。外観類似のため２つの薬剤を同じ薬剤と思い込み患者に交付。次の処方箋調剤時に気付き服用前に連絡、交換を行った。	漢方の外観の色が同じだったために監査を通過して患者にわたってしまった。	７日分単位の漢方は可能な限り帯付きを優先して調剤する	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（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
1358	成分は同じ（テオフィリン）だが、作用時間の短い医薬品を交付してしまった。	あまりなじみのない医薬品であり、知識が不足していたために起こった事象。同成分でも一般名処方の場合は、作用時間の違いにより薬剤が異なる。よく起こりやすい事象であると考えられるために、調剤棚の引きだしに注意喚起の記載をしておくとよい。	スタッフへの指導と、調剤棚への注意喚起の記載	テオフィリン徐放Ｕ錠２００ｍｇ「トーワ」	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
1359	アムロジピンOD5ｍｇを2.5ｍｇの規格間違いでピッキング。鑑査の段階で気が付き、患者様への健康被害、ご迷惑などはなかった。	調剤時の慣れと慢心。	規格違いを再度認識する様、在庫を全スタッフで再度確認しました。	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「ケミファ」	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
1360	（般）チモロール点眼液0.25％（持続性）と処方があり、思い込みでチモプトールXE点眼液0.5％でお渡しをしました。持続性の方に眼が行ってしまって、力価の確認を怠りました。	一人薬剤師で、調剤から監査までしました。待合も混んでいてお渡しする時間も迫っていて、思い込みで調剤をし監査でも判断を誤りました。また、一般名での（持続性）の表示をGEの表示ではXEとなるので、揃えていただきたい。	集薬後に処方箋と医薬品があっているのか？名称の最後までみて確認をする。	チモプトールＸＥ点眼液０．２５％	チモプトールＸＥ点眼液０．５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1361	ゾルピデムOD錠10ｍｇをピックアップするとこを、ゾルピデムOD錠5ｍｇと間違う	繁忙期で慌てていた	手順通りに薬品名、剤形、力価、メーカーの順に必ず確認する	ゾルピデム酒石酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「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
1362	前回　ベポタスチンベシル酸塩錠10ｍｇ処方だったので、今回も同じように処方してしまった。	1人で入力・調剤・投薬をしたため忙しかった。	再度、監査をしっかりとする。	ベポタスチンベシル酸塩錠５ｍｇ「タナベ」	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
1363	エリスロシン錠２００ｍｇの処方にエリスロマイシン錠２００ｍｇ「サワイ」を調剤して投薬した。	エリスロシン錠のジェネリック医薬品がエリスロマイシン錠だと思っていた。	先発品とジェネリック医薬品の対応を調べる。	エリスロシン錠２００ｍｇ	エリスロマイシン錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1364	４週間に１回の製剤のリセドロン酸Na錠75ｍｇが１日１回で処方されていたが、間違えて1週間に１回の製剤のリセドロン酸Na錠17.5ｍｇを間違えて調剤、監査者も気づかずそのまま投薬してしまった。患者様が帰宅後、薬が違うことに気づき、翌日薬局に連絡があったため、患者宅に伺い正しい薬をお渡し、間違えた薬を回収して謝罪を行った。	同じ製剤の規格違いのため間違えやすかったまた処方薬が多く、患者様がお待ちのため焦ってしまった	複数規格があるものは薬局内で周知し、保管場所にその旨を掲示し注意喚起を行う	リセドロン酸Ｎａ錠１７．５ｍｇ「トーワ」	リセドロン酸Ｎａ錠７５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1365	マイクロファインプロ32G4ｍｍが処方されていたにも関わらず、前回と同じナノパスニードルでレセコンに入力してしまい、間違いに気づき、（マイクロファインプロ32G4ｍｍ）が当薬局で扱っていないことに気づいた。そこで、調剤を確認したところ、マイクロファインプラス32G4ｍｍが患者さんのところに渡っており、幸いにも未開封のまま返却された。	マイクロファインプロ32G4ｍｍの貯蓄がなかった。	注射針の名称に関しては、類似しているものが多いため、特に注意を払う。			マイクロファインプロ32G4ｍｍ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1366	ＰＬ顆粒とピーエイ錠の一般名処方を読み間違えた。ピーエイ錠3Ｔ処方の為疑義したところ、前回とＤｏ処方との事、処方箋を確認すると前回ＰＬ顆粒3ｇでレセコン入力、投薬していたことが発覚した。Ｄｒに詳細を説明したところ今回もＰＬ顆粒3ｇでよいと返答があった。	一般名処方の再確認ＰＬ顆粒：プロメタジン1.35％等配合非ピリン系感冒剤ピーエイ錠：プロメタジン6.75ｍｇ等配合非ピリン系感冒剤	レセコンの一般名処方から薬品名へ変換を再度確認、修正した。	ピーエイ配合錠	セラピナ配合顆粒		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
1367	アレグラ60ｍｇのところ30ｍｇでお渡しした	思い込みと監査不足	ピック時にゴムでくくらず監査人がゴムでくくることにした	アレグラ錠６０ｍｇ	アレグラ錠３０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1368	フェブリク錠２０ｍｇを３０錠計数調剤しようとしたが鑑査時点で２２錠しかないことに気付き、再度調剤を行い正しい数をお渡しした。	先月よりフェブリク錠２０ｍｇのシート違いを採用しており、ウィークリーシート品から１０錠シート品に在庫が変更となった。１０錠シート品をウィークリーシート品であると思い込み、１４錠×２シート＋２錠の３０錠と誤った解釈でピッキングしたため、実際の数量が１０錠×２シート＋２錠の２２錠となった。	思い込みをなくし、錠剤の数を確実に数えることで過不足をなくすようにする。シート違いを採用して間もない間は、薬品棚等に注意喚起ができるような付箋をつける。			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
1369	メトホルミン錠（250）2T2X7日分処方がいつも処方されている病院外で処方され、メトグルコ（250）2T2Xで調剤。いつもはメトホルミンMT錠（250）2T2Xを処方されており、ご家族に交付する際、いつもの糖尿科に受診するのが1週間先になったため臨時に処方してもらったとのお話しを聞き、いつものＭＴ錠で調剤し直ししたが、最初に調剤したメトグルコも一緒に渡してしまった。	窓口で処方確認しながら、袋に入れているが、お話ししながらの作業になってしまい、確認と注意がそれてしまった。	変更になった薬をかごに入れる等で別にしておき、当事者が交付後に必ず確認し廃棄する（戻す）。			メトグルコ錠２５０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1370	女性は内科の処方箋を持参された。一般名でアスピリン末の記載がありました。調剤し監査したところ、アセトアミノフェン末を分包調剤してることが判明しました。この段階でミスが判明したため女性の手には渡ってはいません。お待たせしましたが正しい薬剤をお渡しすることができました。	薬剤師が処方箋を確認を怠り、調剤分包を開始したことが一番の要因であります。監査紙により別の薬剤師が誤りに気付き女性に渡ることはありませんでした。	複数人でチェックし、再度複数で確認を徹底する。調剤者・監査者ともに一目でわかるように調剤内規を改善します。	アスピリン「ヨシダ」	アセトアミノフェン「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1371	プロトピック軟膏0.1%処方患者へタクロリムス軟膏0.1%「タカタ」を調剤し監査で発覚。今回はプロトピック軟膏の箱の中にタクロリムス軟膏が混入していた。タクロリムス軟膏の以前の調剤後、箱に戻す際に誤ってプロトピック軟膏の箱に戻したためと思われる。	今回は以前の調剤で箱に戻す際に誤ったことが最も大きな原因と思われる。製剤の外観の類似、色や質感が似ているため繁忙時にまとめて調剤しようすると見落としやすいということも原因として考えられる。	先発品と後発品の見た目類似のため注意喚起札を作成。また戻す際には必ず過誤防止システムを使うか他薬剤師と2名以上で確認してから箱へ戻すことを徹底。	プロトピック軟膏０．１％	タクロリムス軟膏０．１％「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1372	ミネブロ錠1.25ｍｇを新規処方の方が、定期薬でスピロノラクトン錠25ｍｇを服用していたが、そのまま調剤し交付した。	知識不足	ミネブロ錠の薬品棚に「K剤と併用禁忌」と注意書きを設置			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1373	一般名処方で「ヘパリン類似物質外用スプレー」の記載あり、「ヘパリン類似物質泡状外用スプレー」の処方が兄弟に出ており同じものと勘違いしレセコン入力および調剤を泡状外用スプレーのもので行った。服薬指導時、母親に指摘され処方内容を確認、外用スプレーが正しいと確認し、レセコン入力の変更および調剤し直し外用スプレーをお渡しした。	兄弟で同じものが出ていると勘違いし、泡状外用スプレーを調剤した。当薬局で出ている薬が泡状外用スプレーの方が多く、今回もそれであると勘違いした。	ヘパリン類似物質の外用スプレーには泡状だけでなくほかにも種類があることを理解する、覚えておく。処方内容を注意深く読む。	ヘパリン類似物質外用スプレー０．３％「日医工」	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー０．３％「ＰＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1374	ゲンタマイシン軟膏の一般名処方に対し、ゲンタマイシン軟膏「イワキ」で入力されいたが、ゲンタシン軟膏を用意し交付した。	調剤録と調剤薬の確認不足。一般名処方で調剤薬名類似	ゲンタシン軟膏は在庫しないこととなった。	ゲンタマイシン硫酸塩軟膏０．１％「イワキ」	ゲンタシン軟膏		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
1375	アラミストの56噴霧と120噴霧の渡し間違え	監査する際の注意不足	処方箋監査の手順の遵守			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
1376	テラムロ配合錠BPを63錠のうち、端数の３錠だけ先発のミカムロでお渡し。	調剤棚が隣り合わせであり、薬品を棚に戻す際に間違え、そのまま調剤の時に先発と気が付かずに取りそろえたと思われる。テラムロとミカムロの外見がよく似ていたため、鑑査時に気が付けなかった。	調剤棚を1つ離して配置するように変更。棚に戻す際にダブルチェックを徹底し、鑑査時は端数の薬剤名の確認を徹底。	テラムロ配合錠ＢＰ「日医工」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1377	処方でクラシエ葛根湯エキス細粒が105包処方。当事者１が42包2箱と21包包装1袋で調剤し、監査を当事者2が行う。21包包装が開封されているのに気付き、開封されていないものと交換しようと葛根湯エキス細粒の箱を開けて確認したところ、中に補中益気湯の開封済のものが入っていたことが発覚。在庫数は合っていたため、戻し間違えたと思われる。	葛根湯と補中益気湯は、違う引き出しにそれぞれ入っているので、取り間違えはないと思われるが、外観がほぼ同じなため、戻す時に間違えてしまったと思われる。	外観が類似する薬剤の返却間違いは経験の浅いスタッフが行いがちである。実務実習生の受け入れをしていることやまた新入社員が入社後時間が経過することで慣れが生じて間違いにつながるケースがある。漢方薬は末尾の番号が同じものは、外観がほとんど同じなため、そのことをスタッフ（実習生含む）にも注意喚起する。薬を戻す際は、他のスタッフに確認してもらうなど、ダブルチェックを行うように徹底する。			クラシエ葛根湯エキス細粒 クラシエ補中益気湯エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1378	トリアゾラム「ＥＭＥＣ」のところ「ＦＹ」で調剤、交付してしまった	変更点があり～ニフェジピンのメーカー変更～それを来局していた家族に説明していた。またトリアゾラムは主に「ＦＹ」が処方されており、「ＥＭＥＣ」は該当患者のみであったにもかかわらず、頻回調剤されているメーカーをピッキングしてしまった。それに気が付かずそのまま交付してしまった。患者様には実物を実際に確かめていただきながら薬袋に入れているがこの日は本人ではなく家族が薬を取りに来ていたので、間違いに気が付かなかった。	レセコンの患者様頭書に、トリアゾラムは「ＥＭＥＣ」であることを記入し、調剤者に伝える。監査レンジを使用しているが機能しなかったので、監査レンジのデータ更新をこまめに行い、確実に活用できるようにする。服用している本人以外の来局者、また患者本人であっても認知機能に問題がある場合などは、特に注意する。患者様による確認が正確でない可能性が高くなるため。	トリアゾラム錠０．１２５ｍｇ「ＥＭＥＣ」	トリアゾラム錠０．１２５ｍｇ「ＦＹ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1379	スピオルト２８吸入１キット処方されたが、スピオルト６０吸入でピッキング。監査時別の薬剤師が気付き正しいものを患者さんにお渡しした。忙しい時間帯ではあったが、日頃ほとんどが６０吸入のものが処方されるため思い込みが要因と思われる。	思い込みによる調剤・忙しい時間帯であったことも要因と考えられる。	事例を薬局内朝礼時に共有化して、各薬剤の注意点を共有するようにしている。ダブルチェックを徹底し、ミスを発見できる体制を構築する。	スピオルトレスピマット２８吸入	スピオルトレスピマット６０吸入		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1380	エチゾラム錠０．２５ｍｇ「ＮＰ」　２錠　不安時頓服（１４）他、の処方に対し、本人希望により、通常、エチゾラム錠０．２５ｍｇ「ＥＭＥＣ」に変更していたところ、エチゾラム錠０．２５ｍｇ「ＮＰ」２８錠をお渡しした。	エチゾラム錠０．２５ｍｇ「ＥＭＥＣ」に比べ、エチゾラム錠０．２５ｍｇ「ＮＰ」の方が処方回数が多く、置き場所も、目に付き易い調剤棚にエチゾラム錠０．２５ｍｇ「ＮＰ」、引き出しにエチゾラム錠０．２５ｍｇ「ＥＭＥＣ」、となっていた。また、薬剤師以外の事務員２名は経験の浅い者に入れ替わったばかりだった為、頻繁に手に取る、エチゾラム錠０．２５ｍｇ「ＮＰ」を集薬し、薬剤師がそれに気付かず、投薬してしまった。	日々の監査写真チェック作業時には発見出来なかった。他の患者のお薬手帳の内容を電子薬歴に入力していたところ、偶然エチゾラム錠０．５ｍｇ「ＥＭＥＣ」があり、そこから連想で判明した。レセコン、電子薬歴に、ポップアップ表示させて注意喚起し、職員全員で情報を共有し、再発防止に努める。	エチゾラム錠０．２５ｍｇ「ＮＰ」	エチゾラム錠０．２５ｍｇ「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1381	レンドルミン錠０．２５ｍｇ　１錠　分１就寝前（３０）　他、の処方に対し、レンドルミンＤ錠０．２５ｍｇ　３０錠　をお渡しした。	レンドルミン錠に比べ、レンドルミンＤ錠の方が非常に処方回数が多く、置き場所も、目に付き易い調剤棚にレンドルミンＤ錠、引き出しにレンドルミン錠、となっていた。また、薬剤師以外の事務員２名は経験の浅い者に入れ替わったばかりだった為、頻繁に手に取る、レンドルミンＤ錠を集薬し、薬剤師がそれに気付かず、投薬してしまった。	日々の監査写真チェック作業時に判明した。この作業は継続して行う。レセコン、電子薬歴に、ポップアップ表示させて注意喚起し、職員全員で情報を共有し、再発防止に努める。	レンドルミン錠０．２５ｍｇ	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
1382	（般）ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステルが処方されていたが、（般）ベタメタゾンジプロピオン酸エステルで入力。在庫がなかったため、在庫担当の薬剤師が卸に発注。納品後調剤した薬剤師も入力間違いに気づかず、混合調剤。鑑査時に別の薬剤師が気づいた。	一般名処方での入力ミス。調剤前に入力鑑査したが薬剤師もしっかりと確認しておらず、調剤者も発注したものが正しいと思いこんで処方箋の確認を怠った。	一般名処方の時は、一字一句丁寧に確認する。	アンテベートクリーム０．０５％	リンデロン－ＤＰクリーム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1383	ネキシウム２０ｍｇｆで処方されていたが、思い込みもありネキシウム１０ｍｇでピッキング。監査時別の薬剤師が気付き、正しい薬を調剤しお渡しした。	忙しい時間帯という背景もありましたが、本人の思い込みによるピッキングの間違えと考えられる。	朝礼にて事例を共有し、再発予防の為の対策を全員で話あった。声だし(無音でも可）にて確認。薬局内でのダブルチェックの必須化。あっと感じた事例の共有化による自分たちへの注意喚起。	ネキシウムカプセル２０ｍｇ	ネキシウムカプセル１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1384	いつも(般)バルプロ酸徐放錠２００ｍｇで処方のところ、普通錠で処方あり。疑問に思った薬剤師が疑義照会した。	用量が増えたタイミングで、医師の薬品名称の選択ミスの可能性。	病院に問い合わせし、疑義照会の記録を残し、薬局内で共有した。	バルプロ酸ナトリウム徐放錠Ａ２００ｍｇ「トーワ」	バルプロ酸ナトリウム錠２００ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1385	初来局の潰瘍性大腸炎の患者に、一般名処方：サラゾスルファピリジン錠500mgが処方されており、当薬局ではリウマチ科が多く、サラゾスルファピリジン腸溶錠500mgが汎用されているため、腸溶錠で入力、一包化をしていた。腸溶錠は関節リウマチにしか適応がなく、また前回他薬局処方にて普通錠処方であったため、添付文書を再確認し発覚。お渡しの前に確認できたため、調整しなおしてお渡しした。	初来局で、見慣れない処方であった。適応症の違いの知識が不足していた。	必ず初回は特に、添付文書で用量・用法、適応症をよく確認する。また一般名処方の場合も剤型をよく確認して入力、調剤を行う。	サラゾスルファピリジン錠５００ｍｇ「タイヨー」	サラゾスルファピリジン腸溶錠５００ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1386	ビムパット錠５０ｍｇが処方されていたがビムパット錠１００ｍｇしか在庫していなかったため、別規格があることに気が付かず１００ｍｇでピッキングしてしまったが、鑑査時に規格が違っていたことに交付前に気が付きました。	薬局内でビムパット錠１００ｍｇしか取り扱いをしたことがなかったため入力時に５０ｍｇの規格があることに気が付かなかったため起きたとかbが得られます。	別規格が存在するものは印をつける	ビムパット錠５０ｍｇ	ビムパット錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1387	Ⓐ病院でプランルカスト錠２２５を常時服用している患者に、Ⓑ病院からモンテルカストチュアブル５が処方されたので、Ⓑ病院に疑義照会すると、結局はメトリジンⅮ2ｍｇとの間違いであることが分かった。投薬前であったし、患者もよく分かってる母なので未然に防ぐことが出来た。	最初の処方がモンテルカストチュアブル５＋アドエア100と、すごくよくある処方だったが、当薬局唯一のプランルカストを服用している患者だったため、薬剤師が２人とも覚えてた事が良かったとも言える。薬歴をしっかり確認しないといけないと改めて気づかされました。	多人数での確認。慣れ・慢心の注意。			モンテルカストチュアブル錠5ｍｇトーワ メトリジンD錠2ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1388	処方せん内容が複数枚に渡るものだった。基幹病院からFAXにて処方箋受付。退院後の初処方だったため、見慣れない処方内容だった。ＱＲコードのついていない処方せんのため、手入力で薬剤師が実施。規格違いについて、十分な把握が出来ず、当局採用の２４μｇにて入力を実施。調剤時も、１２μｇの規格に気付かず調剤。入力、調製ともに間違えたため、監査機器が通ってしまい、正しいと判断され投薬してしまった。事務員が入力を見直している際に、規格違いに気付き、発覚。健康被害はなし。	アミティーザカプセルについて発売当初２４μｇのみだった。途中より１２μｇが発売になった。薬局内にて、規格違いの存在に気付かず、採用品の２４μｇでお渡ししてしまった。	処方入力時の規格違いについて、基本に沿って　入力を実施。処方せんを見るときに、規格に丸を付けるなど　調整、監査を実施する。	アミティーザカプセル１２μｇ	アミティーザカプセル２４μｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1389	成人男性の処方で抗生剤他ビオフェルミンRの記載があり、ビオフェルミンR錠で調剤し監査時に発見し散剤に再調剤。	処方箋の他の薬剤は全て錠剤で、ビオフェルミオンRのみ散剤の処方であった。処方箋はビオフェルミンRのみの記載で散剤か錠剤か記載はなかったため1日用量の3ｇで判断することが必要であった。また、病院採用薬の関係で錠剤の処方が出せず、散剤での処方から疑義照会でも錠剤には変更許可されないとのこと。	病院採用薬の情報共有を行い、事例も共有。	ビオフェルミンＲ散	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
1390	処方は「【般】ベタメタゾン・d-クロルフェニラミン配合錠」で記載あり。「【般】d-クロルフェニラミン錠6mg」と調剤者が誤認し、クロルフェニラミン錠を調剤。事務員による処方入力はサクコルチンとなっていたが、監査交付者も見落とし、そのまま投薬された。患者は調剤の翌月来局、「袋の名前、写真と中の薬が違う。怖いので飲まなかった」との発言により発覚した。	普段からクロルフェニラミン錠の処方が多く、慣れにより確認が疎かになったと思われる。	薬品棚に一般名を目立つように記載。取違い情報をスタッフ全員と共有した。	サクコルチン配合錠	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
1391	処方箋にはフロモックスと記載されていたが、セフジトレンピボキシル錠を調剤した。鑑査者が気づいたためセフカペンピボキシル錠をピッキングしなおした。	調剤者はフロモックスのジェネリックがセフカペンピボキシルだと理解していたが、調剤の際にセフジトレンピボキシルをピックアップしてしまった両剤の保管場所は間隔があいていたが、とるときに間違えてしまったと思われる。	調剤の際は薬品名を読み上げるようにする。	フロモックス錠１００ｍｇ	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1392	処方箋を持って来局。処方箋にはヘモポリゾン軟膏と記載されていた。誤ってヘモレックス軟膏で調整し監査に回した。監査時に誤っていることに気づいた。調整者に伝え正しくヘモポリゾン軟膏で調整した。患者には正しく交付された	薬の名称が似ていたため、外箱も似ていたため間違えたと思われる。	監査者に回す前に再確認することを徹底することにした。	ヘモポリゾン軟膏	ヘモレックス軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1393	一般名でのヘパリン油性クリーム、ヘパリンクリームの調剤で誤ってしまった。「クリーム」の記載で「ヒルドイドクリーム」を調剤してしまった。	混雑時、処方せんのチェックを慣れでさらっと見てしまったため、調剤を誤ってしまった。	一般名の記載において処方箋コピーに印をつけるようにする。	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
1394	クロチアゼパム錠5ｍｇ処方のところ、クアゼパム錠15ｍｇを誤ってお渡ししてしまいました。	調剤に集中せず、私語をしながらのピッキングが原因と思われる。	調剤中、監査中の私語は慎み調剤に集中するように徹底する。	クロチアゼパム錠５ｍｇ「トーワ」	クアゼパム錠１５ｍｇ「ＹＤ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1395	【正】バルプロ酸Ｎａ錠２００ｍｇ「フジナガ」もしくは普通錠のＧＥで調剤【誤】バルプロ酸Ｎａ徐放Ｂ錠２００ｍｇ「トーワ」で調剤	入力時に別剤形で入力し、初期監査から交付まで誤りを見逃したことでミスが発覚	初期監査時に思い込みをなくすため、　一呼吸置くる最終鑑査　処方箋の意図を読み取り　最終鑑査を行う店舗にある似たような名前医薬品を覚える初期監査時には処方箋をしっかりとみる最終鑑査別剤形で出る事をよみとる	バルプロ酸Ｎａ錠２００ｍｇ「フジナガ」	バルプロ酸Ｎａ徐放Ｂ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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1396	【正】エチゾラム錠１ｍｇ「日医工」を３０錠お渡しする。【誤】エスタゾラム錠２ｍｇ「アメル」３０錠お渡し。	エチゾラム錠１ｍｇ「日医工」とエスタゾラム錠２ｍｇ「アメル」の棚が隣に並んでいる為、ＰＤＡはエチゾラム錠１ｍｇをとおしたが隣のエスタゾラム錠１ｍｇ「アメル」をピッキングした可能性がある。最終鑑査での確認不足にて誤った薬をお渡ししてしまった。	ピッキング時の読み取り後棚から出し、薬剤を確認したうえでのピッキングの徹底。類似名の薬剤が並んでいるため棚の場所の入れかえ	エチゾラム錠１ｍｇ「日医工」	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
1397	【正】ヘモポリゾン軟膏　１１２ｇ【誤】ヘモレックス軟膏　１１２ｇ	薬は１種類しかなく、Ｄｏとの思い込みから、大腸菌死菌・ヒドロコルチゾン配合軟膏のところ、前回Ｄｏのヒドロコルチゾン・フラジオマイシン等配合軟膏で間違って入力。	初期監査、最終鑑査時には入力が間違っている可能性が十分にあることを意識しながら実施する。薬剤師全スタッフの初期監査、最終鑑査手技を再度確認し、今後も定期的に薬局長が確認する。医事スタッフの入力手技の再確認を全スタッフ実施する。	ヘモポリゾン軟膏	ヘモレックス軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1398	アセトアミノフェン坐剤100ｍｇが処方されているところ、アセトアミノフェン坐剤200ｍｇをピッキングしてしまった。	繁忙であったため、思い込みでピッキングミスをしてしまった。	ピッキングする際に、処方箋(コピー)に記載されている薬剤の規格に、必ず赤丸チェックをしてからピッキングする。	アセトアミノフェン坐剤小児用１００ｍｇ「ＴＹＫ」	アセトアミノフェン坐剤小児用２００ｍｇ「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
1399	平素より当薬局を利用してくださっている患者様。処方内容はアスベリン散10％を0.6ｇ分2朝・夕食後だったが、調剤者が誤ってアスベリンドライシロップをピッキング。監査者がミスゼロ子®（バーコードピッキングシステム）で照合したところ不一致となったため調剤者に確認し、作成前にミスに気付いた。	薬をミスゼロ子®で集薬しただけで目視でのダブルチェックをしていなかった。また、まだ入力が入っていない状態でゼロ子での照合も通らなかったため、違う薬をピッキングしていることに気付かなかった。更に当薬局ではアスベリンドライシロップの方が処方頻度が多いため、思い込みもあったと思われる。	散剤の調整時は、計算の確認だけでなく薬そのものの確認までダブルチェックを行うことを徹底する。また、急いでいてもミスゼロ子®での照合が通ったことを確認してから取り掛かる。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1400	アドフィードパップ40mgは7枚入りと6枚入りのものがあるため数をとり間違えていた。薬局内にある湿布は主に7枚入りのものが多いためとり間違えいる。かつそのままでは在庫がないため問い合わせ必要となった。	湿布薬に対しては、調剤した者が6枚入りと7枚入りのものがあることを知らなかったため起きた事例	調剤を行う前に包装の確認をしっかりと行う、今回は監査の段階で気づけたが、調剤の段階で処方箋のチェックをしっかりと行えていれば監査に行くまでに気づけてことだと思う。			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
1401	トラムセット配合剤の処方で、ジェネリック希望の方に先発品をお渡ししました。	同じ引き出しに並べて入れてあった。	薬品棚にあえて横に並べて、先発・後発とプレートを付ける。	トラムセット配合錠	トラムセット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1402	ノボラピッド注フレックスタッチが平素より処方されていたおり、今回、ノボラピッド30ミックス注フレックスペンで調剤してしまっていた。本人が薬袋から出していつもと違う色のインスリンデザインだったため、発覚。薬局に電話して、交換となった。	ゼチーアが今回よりＧＥに変更になり、説明をすることで時間がとられ、本人ともインスリン単位変更はないこと、キット数は確認していたが、インスリン本体の確認を患者・薬剤師とも怠ってしまったと思われる	薬歴にインスリンの名前とペンの色を注意喚起事項として記入	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1403	【正】Ｓ・Ｍ配合散　４２包お渡し【誤】つくしＡ・Ｍ散　４２包でお渡し	当日Ｓ・Ｍ散の在庫当店になし。近隣の系列店に借りに行った際つくしＡ・Ｍ散を借りてしまった。ＰＤＡを通さずに最終鑑査者に回してしまった。	近隣店舗から借りた医薬品は必ずＰＤＡを使用する。使用したが読み込めない、コードが無いなどの理由でＰＤＡ操作が適切に完了しなかった場合は、必ず指示書に押印をし鑑査者に口頭で伝える。近隣店舗との医薬品の貸し借りの際は、必ず要請者と貸出担当者で医薬品名をダブルチェックする。 ピッキング担当者は、ＰＤＡを使用しないピッキングがあってはならないと再度認識する。鑑査者、投薬者は、医薬品名の４分割確認を徹底する。	Ｓ・Ｍ配合散	つくしＡ・Ｍ配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1404	カタリンK点眼液0.005％　15ｍｌ　が処方されていたが、誤ってカタリン点眼液0.005％　15ｍｌを調剤・鑑査し、患者様が入居している施設スタッフにお渡ししてしまった。	処方箋原本と、医薬品の照らし合わせが不十分で、医薬品名のみで調剤・鑑査を行ってしまった。調剤者はカタリン点眼液とカタリンK点眼液が別の剤型であるという認識が薄く、鑑査者は剤型違いが存在することを知らなかった。	調剤時、鑑査時ともに、指さし呼称で処方箋原本との照らし合わせを行う。名称、規格などで間違いやすい薬品はピックアップし、調剤・鑑査時に特に注意を払う。 ポップ、暖簾を用い、調剤者に注意を促す。	カタリンＫ点眼用０．００５％	カタリン点眼用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
1405	レンドルミン錠0.25ｍｇを後発医薬品に変更する時にブロチゾラム錠0.25ｍｇ「テバ」に変更するところをトリアゾラム錠0.25ｍｇ「テバ」に変更する。手渡す直前に気がついた。	一般名が似ていたため勘違いした。外観も似ていたため勘違いした。	向精神薬の位置を整理する。先発医薬品と後発医薬品の区分を色分けるように気をつける。薬を交付する時に二重チェックをする様に気をつける。	ブロチゾラム錠「テバ」0.25	トリアゾラム錠0.25「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1406	【正】アゼルニジピン錠８ｍｇ「ケミファ」【誤】アゼルニジピン錠８ｍｇ「ＮＰ」	充填時にＰＤＡを通さずに錠剤分包機に充填。最終鑑査時も最初と最後の分包は刻印確認しているが、最初と最後以外の分包は錠数と形、色のみ確認しており刻印を確認していなかった。	バラ戻しの際は必ず薬剤師がチェックして充填する。必ず充填時にはＰＤＡを使用する。	アゼルニジピン錠８ｍｇ「ケミファ」	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
1407	アスベリンＤＳが処方されているところ、アスベリン散で入力してしまった。思い込みで入力をしていた。	繁忙時に急いで入力したため、思い込みで入力が行われていた。	自店に在庫がある、ないに関わらず規格をしっかりと確認して入力するように指導。	アスベリンドライシロップ２％	アスベリン散１０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1408	ノボラピッド30ミックス注フレックスペンが処方されていたが、誤ってノボラピッド注フレックスペンを取ってしまった。	名称が似ていたのと、ノボラピッド30ミックス注フレックスペンの場所が少し分かりにくかったため間違えてしまったが、処方する前に気づいた。	インスリン製剤は規格がたくさんあるので、名称をきっちり確認する。規格が複数ある製剤は１つにまとめて置いておく。また、冷蔵庫に規格間違い防止の注意書きをしておく。	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
1409	アスベリンシロップ2%のところ、アスベリンシロップ0.5%で誤って調剤。監査に回す前の自己確認の際に気が付いた。	主に0.5%規格のものを使用しているため思い込みで調剤を行ってしまった。	薬品名から規格までの声出し確認の徹底、該当医薬品に注意喚起POPをつけスタッフ全員と共有。	アスベリンシロップ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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1410	この患者さまにはいつもリリカＯＤ２５が処方されているのに、他の患者さまにはリリカ７５ｍｇが処方されることが多いため、うっかり75ｍｇの方を渡してしまった。ちょうど、他の処方薬剤がジェネリックに変わったので、その説明に気を取られていた。患者さまが帰ってから、気づきＴＥＬしてこられた。以前、７５ｍｇで副作用があったため、２５ｍｇに変わったので、取り違えに怒っておられた。	他の薬剤が変わったときに、そっちの説明に気を取られることがあるので、全体をしっかり確認する。繁忙でも気を抜かない。	1人しかいない時は、ピッキングしてから、鑑査する時に、一呼吸おいて、間違い探しする気持ちで鑑査する。	リリカＯＤ錠２５ｍｇ	リリカカプセル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
1411	一般名処方　テルミサルタン/アムロジピン合剤をテルミサルタン単剤で入力	入力者、処方監査者の確認不足	処方監査徹底	ミカムロ配合錠ＢＰ	テルミサルタン錠４０ｍｇ「ＪＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1412	ビオフェルミン　3.0/分３の表記にビオフェルミン錠剤を３錠で入力。	夜間休日の当番の事務員と薬剤師の時間帯。常勤薬局とレセコンが違い、入力間違いに気付かなかった。患者が成人だったので錠剤と思い込んでしまった。	夜間休日の当番の人でもわかりやすい環境を整える。入力から投薬まで、複数人で確認し合うようにする。	ビオフェルミン配合散	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
1413	処方が前回と比較し、ザクラスHDからLDに変更していたがそこに気づかずHDのまま入力、ピッキング。	名称のザクラスだけを読み取り、前回と同じ処方であると思い込み、HDからLDに変更していた事に気づかなかった為。	規格までしっかり入力時に確認を二度行う事を周知させた。	ザクラス配合錠ＬＤ	ザクラス配合錠ＨＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1414	ボナロン35mgが月１回で処方されていたが、週１回の薬	他の薬が１月分出てるから、月１の薬の薬を出したかったのだろうと推測	疑義でボノテオ５０ｍｇに	ボナロン錠３５ｍｇ	ボノテオ錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1415	イルアミクスLDを一般名処方されているところイルアミクスHDを渡してしまった	一般名処方の場合、処方入力等や規格ｍｇ数の再度確認を行うなど確認作業の徹底に努める	薬品棚に規格確認などのわかる目印をつける	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
1416	ピタバスタチンCa1ｍｇが処方だったが、ピタバスタチンＣａ２ｍｇで交付してしまった。施設に入所されている患者で、施設スタッフさんが間違いに気付き、薬局に連絡をくださった。施設に赴き、正しい薬剤と差し替えた。	当薬局で処方頻度の高いピタバスタチンＣａ２ｍｇが処方であろうという思い込みで調剤してしまった。	処方せんで確認するのは当然として、薬袋の薬名印刷部分も利用し規格が合っているかしっかり確認する。	ピタバスタチンＣａ錠１ｍｇ「サンド」	ピタバスタチンＣａ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
1417	【正】アテノロール錠２５ｍｇ「トーワ」６３錠を交付【誤】アテノロール錠２５ｍｇ「トーワ」６３錠中アテノロール錠５０ｍｇ「トーワ」３錠混入して交付。	ＰＤＡ運用法不備によるものと考えられる。アテノロール錠25ｍｇとアテノロール50ｍｇは引き出しに隣り合って配置されています。調剤時に以下の手順により混入されたと考えられます。アテノロール錠25ｍｇをＰＤＡでスキャン↓端数の３錠を先に取って棚に置いておいた。↓ 60錠を100Ｔ/箱から取り出し40錠を隣のアテノロール錠50ｍｇの場所に戻した。↓	引き出しに戻す際は特に注意し、ＰＤＡ使用・目視確認する。最終鑑査時において、端数における処方箋との照合を行う。規格違いの薬剤の棚メンテナンスの見直し。ＰＤＡ運用方法を調剤者に再教育行う。端数がある時は一番最後に取る。	アテノロール錠２５ｍｇ「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
	３錠取っていたことを忘れてアテノロール錠50ｍｇが配置されているところから３錠を取った。↓ 棚に先に取っておいたアテノロール錠25ｍｇ3錠の存在に気づき、アテノロール50ｍｇ錠のところに戻した。 上記内容によりアテノロール錠の混入が生じたと考えられます。 引き出しに配置されている薬剤には蓋を付けていましたが誤った調剤方法により混入が発生したと考えられます。						

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1418	デパス錠０．２５の処方であったがデパス錠０．５ｍｇで交付してしまった。	当薬局ではデパス0.5の方が圧倒的に処方頻度が高く、思い込みで調剤してしまった。	薬歴の表書きに『デパス0.25』と目立つように注意書きをする。	デパス錠０．２５ｍｇ	デパス錠０．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1419	一般名処方でカンデサルタン/アムロジピン2.5ｍｇの処方でカムシアLDで調剤するところをカムシアHDで調剤し一包化しお渡しした。	一般名処方の最後のｍｇ数が見にくかった	処方鑑査の人数を事務入力者＋薬剤師２名で行うこととした。	カムシア配合錠ＬＤ「あすか」	カムシア配合錠ＨＤ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1420	6月16日(火)　モメタゾン点鼻液処方有。モメタゾン点鼻液50μｇ「杏林」　56噴霧用　5ｍｇ10ｇが不足していた為、他薬局にモメタゾン点鼻液50μｇ「ニットー」56噴霧用　5ｍｇ10ｇ　2瓶　を買い取り。入力時に、お借りしたメーカーを確認せずにモメタゾン点鼻液50μｇ「杏林」　56噴霧用5ｍｇ10ｇ　2瓶　のまま入力・出力し、患者様にお薬をお渡し。	自薬局で取り扱っているメーカーとの相違があった。確認を怠った。医薬品小分けの連絡の際に使用メーカーの確認をよく行わなかった。	他薬局に薬を借りる場合・購入する場合は、メーカー・規格等を確認してから入力を確定する。不足が無いよう前日確認を徹底する。自薬局で取り扱っているメーカーを把握する。多職種の方との連携を取り、入力間違いが無いように、日頃からコミュニケーションを行う。			モメタゾン点鼻液５０μｇ「ニットー」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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1421	ジェネリック医薬品への変更を希望の患者。ピッキング者は、はじめはその指示に気付かずアローゼン顆粒で用意したが、監査者より指摘を受けジェネリックへ変更。アローゼン顆粒は7包綴り、ジェネリック医薬品のピムロ顆粒は4包綴りのためその包数を間違えてピッキングしてしまった。	ジェネリック医薬品への変更指示を見落とし、焦ってしまった。	当局に在庫している医薬品の規格、包数を再度確認する。 また患者の基本情報(ジェネリック医薬品希望等)についての指示の見落としをしないよう、確認をしたうえで調剤を始めるようにする。先発医薬品の棚にはジェネリック医薬品がある旨の注意書きをしているので、今後もその漏れがないように調剤室内を整理していく。			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
1422	規格違いの薬剤を調剤してしまった。薬剤交付時に薬剤師が気が付いた。	当時は繁忙であり、薬剤も棚の隣同士に配置されていた。	調剤棚の配置変更。2規格ある薬剤は間に他剤を配置するようにした。	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
1423	バルプロ酸Ｎａ徐放顆粒40%「フジナガ」で調剤すべきところバルプロ酸ナトリウム細粒40%「ＥＭＥＣ」で調剤。監査者も気づかず、スルーした。交付前に、調剤した薬剤師が間違えていることに気づき発覚。正しい薬剤で調剤を行い、交付した。	監査者の慢心もあるが、監査機器（散剤の調剤記録）への登録名が簡易的だったことが大きな原因。バルプロ酸Ｎａ徐放顆粒40%「フジナガ」は正式名称で登録されていたが、バルプロ酸ナトリウム細粒40%「ＥＭＥＣ」は『バルプロ酸ナトリウム40%』の名称で登録されており、剤形やメーカーが調剤記録に印字されておらず、誤認を招くものだった。	事例として共有。今後、機器への薬剤登録は必ず剤形やメーカーが分かる形で登録し、過去の登録データの修正を行う。	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
	バルプロ酸Ｎａ徐放顆粒40%「フジナガ」は近年採用したものだが、バルプロ酸ナトリウム細粒40%「ＥＭＥＣ」はかなり昔から採用していた薬剤。当時、登録するときに正式名称で登録をしなかったものと思われる。監査機器を調査したところ、過去の登録薬剤は簡易名称で登録されていることが多かった。						

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

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	
1424	ワイドシリン細粒20%2g毎食後4日分の所、サワシリン錠250mg3錠毎食後４日分で調剤してしまった。	繁忙時期だったため、処方箋を見間違えてしまった。	薬品の規格、種類を周知し、棚に間違い注意のシールなどを貼る。	ワイドシリン細粒２０％	サワシリン錠２５０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1425	当該薬と精製水の混合指示があった。５％指示のところ、0.05％で調剤。監査時に、間違いに気づいた。	当該薬の採用が、1規格採用であったため、規格確認を怠り調剤してしまった。	処方箋の規格を、突き合せて確認をする。	マスキン液（５Ｗ／Ｖ％）	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
1426	当該薬14錠ところ、１０錠で調剤。	当該薬14錠ところ、１０錠で調剤してしまった。ジェネリック14錠シートで採用していることもあり、思い込みによる調剤。	薬品棚に、10錠シートである表示を設置し、注意喚起した。			ジプレキサ錠２．５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1427	投薬者が投薬前に後で取りに来る方が来られたので、監査済みの薬を患者さんにお渡しする前に確認したところ、イルベサルタンとイルアミクスが薬袋に逆に入っていた。	監査者が見間違って、薬袋に入れた。不注意	監査時に薬袋に薬を入れる場合は名前と薬と薬袋を声出し確認。投薬時に再度患者さんに薬を見せながら薬袋に入れる。			イルアミクス配合錠ＬＤ「三和」 イルベサルタン錠１００ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1428	2020年7月某日（木)10時頃に、平素より当薬局を利用している患者の処方箋が医療機関よりFAXで届いた。処方箋には一般名クエチアピン徐放錠50mgと記載されていた。 薬歴を確認したところ、前回来局時にクエチアピン錠50mg「アメル」で調剤しており、間違えて調剤していないかと思い、前回の処方箋を確認したところ、ビプレッソ徐放錠50mgを調剤するところ誤ってクエチアピン錠50mgを投薬していた。すぐに患者本人に電話し、健康被害がないことを確認。医師にも経緯を説明し、今回からビプレッソを服用する形で問題ないと指示を頂いた。	一般名クエチアピン徐放錠と、一般名クエチアピン錠の見間違いと、監査不足が原因と考えられる。	・処方入力確認・監査の際に落ち着いて必ず一般名も確認する。・クエチアピンに限らず、徐放錠が存在するものを認識しておく。	ビプレッソ徐放錠５０ｍｇ	クエチアピン錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1429	一般名メトホルミン塩酸塩錠250ｍｇＭＴを　メトホルミン塩酸塩錠250ｍｇ「トーワ」を調剤した。監査の時に気がついた。	同じ名前の薬の「ＭＴ」がつくものとつかないものの違いを認識していなかった。	同じような名前の薬にラベルを貼って注意をする。薬の違いをはっきり認識する。	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「三和」	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
1430	「般」ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇの処方のところ、ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「科研」でレセコン入力し、調剤。薬剤師Ａは監査時に気が付かずそのまま患者様にお渡しした。２週間後に再来局され、同じロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇの処方があり、当薬局採用品ではなかったことから薬剤師Ｂが前回の間違えに気が付いた。	薬剤師Aは普段とは違う薬局での仕事であったため、当薬局の採用品について詳しく知らなかった。また、レセコン入力時に薬剤の先頭の方とmg数は見ていたが、剤形は見逃していて、頻繁に使うテープ剤で入力した。	シップ剤を入力する時は、必ず剤形まで確認する。また、処方箋、入力薬剤、調剤した薬剤、全てが一致しているか確認を行う。	ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇ「ＮＰ」	ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「科研」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1431	患者に定期処方でいつも出ている複合アレビアチン錠（バラ）と取り違え、アレビアチン錠100mg（バラ）を１錠ずつ分包機で分包して交付してしまった。翌日、卸から複合アレビアチン錠（バラ）ではなくアレビアチン錠100mg（バラ）が補充されたことに対して、当薬局の事務員が違和感をおぼえたことで、調剤ミスの疑いがうまれた。患者宅にうかがい、新しく分包した複合アレビアチン錠と交換して確認したところ、やはり疑ったとおりアレビアチン錠100mgを誤って調剤していたことが発覚した。患者は誤った薬を既に１錠服用してしまっていたが、体調に変化はなかったため、病院側からは経過観察のみで特に治療は施されなかった。	・普段は薬剤師２人体制で調剤者と監査・交付者が同一にならないようにしているが、事例発生時は昼休み交代で薬剤師一人と事務員一人のみが調剤室にいる状況だった。そのため、調剤・監査・交付を一人の薬剤師が行なってしまった。・普通薬と劇薬という違いはあるものの、当薬局の調剤棚では複合アレビアチン（バラ）の真下にアレビアチン錠100mg（バラ）が配置されていた。また、箱やボトル、錠剤の見た目も酷似していた。・複合アレビアチン錠の刻印（P645）とアレビアチン錠100mgの刻印（P172）の違いを把握していなかったため、監査時に気付くことができなかった。	・１錠ずつの分包だとしても、分包時はかならず他のスタッフにダブルチェックを依頼する。・調剤棚では見た目や名称が酷似したもの同士を、できるだけ真下、真上、真横以外に配置する。・薬局でよく処方されるバラ錠の刻印を憶える。	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
1432	【正】ロスバスタチン錠５ｍｇで調剤【誤】ロスバスタチン錠２．５ｍｇで調剤	入力ミスからの全スルー	少人数で回すことが多い店舗でどうしても担当者が同じだと流れ作業になりがちなので、薬剤師が入力することも多々あるので、業種問わず入力後の自己鑑査を徹底する。初期監査での処方箋指さし確認徹底。最終鑑査は処方箋にて鑑査する。	ロスバスタチン錠５ｍｇ「ＥＥ」	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「ＥＥ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1433	ヘパリン類似物質泡状スプレーの処方をヘパリン類似物質スプレーで入力、調剤し、患者に交付。交付後、間違いに気づき患者に電話連絡したところ、交換に来局してくれた。	泡状を見落としてしまった	交付前に処方箋と薬剤の確認を怠らないよう注意	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％「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
1434	【正】オルメサルタンＯＤ錠２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」　１錠１日１回朝食後その他　一包化【誤】オルメサルタンＯＤ錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」混入	４／８のオルメサルタンＯＤ錠２０ｍｇ充填（残置薬戻し）の際に１０ｍｇ錠を充填してしまった。	オルメサルタンの２０ｍｇと１０ｍｇ錠はたいへんよく似ており、一見同じ薬に見えるが、大きさに差があるためば並べておくと同じ薬ではない事に気づきやすい。 よって、カセットに薬を戻す際はカセットの中から１錠充填されている薬を抜き、戻す薬と並べてみて、同じ薬か確認する事とした。 充填の手技の確認・充填のマニュアルの確認を実施しました。	オルメサルタンＯＤ錠２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	オルメサルタンＯＤ錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1435	患者様の電話にて過誤発覚。処方はツムラ25であったがツムラ125が混ざっていたとのこと。6/17の処方にてツムラ25　1包　60日処方。束になっている42日分はツムラ25で渡してあったが残りの18日分の中に125が混ざっていたよう。患者様の手元には5包のツムラ125があるとのこと。	ツムラ25と125の包装が類似していたため束が25であることを確認して、残りの18日分も25であると思い込んでしまった。ツムラの他にも処方薬がいくらかあり、日数も60日分であったため焦りもでたのではと推測する。	ツムラ25と125は管理の引き出しも別にしてありました。1つ1つの薬の確認の徹底をすること。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1436	他の病院からの転医で門前病院からの処方2回目。薬が2種類変更になっていたが、残っている薬剤23日分持ってこられていた。20日はジャヌビア５０が入っておらず、3日分はジャヌビア50が入っているものだった。日数調節するために、病院に確認取ったが、テルミサルタンが40ｍｇ→20ｍｇへ減量だったため、残っているテルミサルタン40ｍｇを半分に割り使用する事になった。 その際、ロスバスタチンも5ｍｇが2.5ｍｇに減量になっていたが、上記2点に気を取られ、ロスバスタチンを見落とした。	薬局では、変更点をしっかり洗い出さず、お待たせしていることと、他の変更点や1日1回と1日2回の薬の薬剤を合わせる事に気を取られ日数変更と、テルミサルタンについてしか確認できなかった。その後薬歴を記載する際に気が付き、病院や本人に連絡をとり、薬をその日のうちに取り換える事が出来た。ただ、最初に、何が変わったか確認するだけで防げた問題であった。	ルーティンを守って、変更点が無いかなど、いつも通りの業務を行えば防げた問題です。イレギュラーだと思って対応したことから生じたミスだと思っています。何があっても、処方鑑査をまず行ってから処方鑑査をすれば良かったです。残っているものを使えばいいやという甘えからきたミスでした。薬は毎回変化するものだということを肝に銘じて、初心忘れずで鑑査を行っていく必要があると思いました。			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
1437	ヘパリン類似物質油性軟膏での一般名処方だったが、外用薬で入力しそのまま調剤監査してしまい、投薬時に気が付いた。	以前処方でヒルドイドローションが処方されていたこと、また一般名処方のため類似薬の確認を怠ったため起きた。	ヘパリン類似物質の一般名で考えられるものはソフト軟膏、ローション、泡状スプレーなど他剤型に及ぶことをスタッフ内に周知し、入力時には剤型の部分を鉛筆で囲むようにした。監査時にも入力の確認時に同様に剤型の部分にチェックをし確認するようにした	ヒルドイドソフト軟膏０．３％	ヒルドイドローション０．３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1438	ミチグリニド147錠調剤するところをヒート棚から47錠取り出し100錠は在庫棚からとろうとしたが、誤って100錠分ミグリトールをとってしまった。	ヒート棚から調剤する際は正確に調剤したが残りを思い込みで類似名であるミグリトールをとってしまった。	在庫棚から調剤する際も他の薬剤師に確認してもらってから調剤をする。	ミチグリニドＣａ・ＯＤ錠１０ｍｇ「ＴＣＫ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1439	アレロック顆粒で処方されており、当該患者は先発品希望のためアレロック顆粒え調剤するところ、ジェネリック医薬品のオロパタジン塩酸塩顆粒で調剤した。	当該患者の兄弟はジェネリック医薬品を希望だったため、当該患者もジェネリック医薬品希望と思い込んで調剤してしまった。入力した事務も先発希望と言ってくれたが思い込んでいたためジェネリックで調剤してしまった。	調剤の基本である処方箋をきちんと見て調剤し、先発かジェネリック希望かをきちんと確認し、取りそろえたあとには調剤録等で処方されたものと集めたものが正しいか確認する。	アレロック顆粒０．５％	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
1440	ノボラピッド注フレックスタッチが処方されたが、誤ってノボラピッド注フレックスペンを調剤した。監査者もそれに気づかず、患者に交付した。調剤した薬剤師が投薬後に気になり、患者に電話で確認をして過誤を発見、謝罪。ノボラピッド注フレックスタッチを患者に届けた。薬剤バーコードピッキングシステムを導入していたが、使用を忘れていた。	繁忙時のため、知識不足のため	調剤時、監査システム使用の徹底	ノボラピッド注フレックスタッチ	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
1441	【正】トラネキサム酸錠２５０ｍｇ「ＹＤ」：１５錠【誤】トラネキサム酸錠２５０ｍｇ「ＹＤ」：１０錠トランサミン錠２５０ｍｇ：５錠	調剤時（ＰＤＡ使用）に端数の５錠を取るときに誤って１つ隣りのトランサミン錠の棚から取ってしまった。自己鑑査、最終鑑査、投薬時も端数の鑑査が不十分のため誤りに気が付かなかった。	調剤：どのような状況でも落ち着いて、棚を引き出してから棚から目を離さずにピッキングを行う。ピッキング終了後、自己鑑査を必ず行い、端数に対しても一文字鑑査を行う。最終鑑査・投薬者：ＰＤＡを使用しているので他薬混在はないと思い込まず、端数まで薬名の一文字鑑査を行う。	トラネキサム酸錠２５０ｍｇ「ＹＤ」	トランサミン錠２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1442	クリニック手書き処方箋での薬剤名書き間違い　普段からプルゼニド錠服用中の患者にプレドニン錠が処方され不審に思い疑義紹介し、書き間違いが発覚した	同時に交付された他患者の処方箋に、　プレドニン眼軟膏が出ており混同した模様	薬歴と照らし合わせ処方の妥当性を検討			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
1443	一包化調剤する患者の薬。処方はニフェジピンＣＲ１０ｍｇであったが、２０ｍｇがピッキングされており、監査と一包化調剤の段階で見逃す。一包化調剤の錠剤監査時にミス判明。作り直したため、患者をかなり待たせてしまった。	残薬持参し日数調整も行っており、日数調整と監査を同時に処理するという慌ただしい状況だった。調剤者もヒートから錠剤が出されていたため、規格違いを見逃したと思われる。	入力をしっかり確認してから、一包化調剤にまわす。調剤者も入力と用意された薬を確認してから調剤する。	ニフェジピンＣＲ錠１０ｍｇ「日医工」	ニフェジピンＣＲ錠２０ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1444	クラシエ八味地黄丸錠が処方された患者様に、間違えてクラシエ五苓散錠を集薬。鑑査で気付き正しいものを調剤してお渡ししました。	八味地黄丸錠の箱の中に五苓散錠が入っていた。外観がよく似ている薬なので、以前、戻し間違えていたものと思われます。	集薬間違いの薬を戻すときにダブルチェックをしていなかったので、ダブルチェックを徹底する。	クラシエ八味地黄丸料エキス錠	クラシエ五苓散料エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1445	一般名処方でサラゾスルファピリジン錠500mgを調剤するべきところをサラゾスルファピリジン腸溶錠500mgで調剤していた。監査前に指導薬剤師が気付いた。	サラゾスルファピリジン腸溶錠が普段よく調剤するため思い込み	指さし確認処方箋とＰＴＰ包装の照らし合わせ	サラゾスルファピリジン錠５００ｍｇ「ＪＧ」	サラゾスルファピリジン腸溶錠５００ｍｇ「ＣＨ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1446	フェノフィブラート錠が６０錠処方だったが、そのうち１０錠がビソプロになっていた	重量・画像を鑑査機器にてチェックしているが　１シート重なっていたため　画像でははじかれず重量も酷似しているためはじかれずに　投薬直前までスルーしてしまった	棚を離して　印をつけ　ピッキング時にミスしないようにすることにした	フェノフィブラート錠５３．３ｍｇ「武田テバ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1447	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはツムラ抑肝散と記載されていた。調剤時、抑肝散を調剤するところ誤って、麻子仁丸を調剤し、監査に回した。監査にあたった別の薬剤師が、患者に投薬時、処方薬の抑肝散ではなく、ツムラ麻子仁丸が調剤されていることに気付き、調剤した薬剤師に間違いを伝え、患者には正しい薬を交付した。	漢方処方の多くが麻子仁丸であり、思い込みにより麻子仁丸を調剤してしまった。	思い込みをなくし、処方箋の薬名をしっかり最後までよく読み、監査に回す前に再確認することを徹底する。	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	ツムラ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
1448	一般名処方でテルミサルタン・アムロジピン5mg配合（テラムロ配合AP)の所テルミサルタン・ヒドロクロロチアチド配合（テルチア配合AP）で患者さんに渡してしまった。患者さんが気がついて違うものが入っていたとの事でお取替えしました。服用はまだしていなかった。	一般名が似ているため、何との配合剤なのか間違えやすい。	一般名が配合剤の時は長いため気をつけて 一般名が配合剤の場合長いので気を付けて何と合剤なのかアムロジピンとの場合は劇薬のため薬の箱の包装が赤字赤枠であり、ヒドロクロロチアチドの場合は普通薬のため黒字黒枠であるためここで取り間違えないよう気を付けることが第一で、監査の時は一般名の時に何との合剤かをしっかりと確認する事です。	テラムロ配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」	テルチア配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1449	【正】テラムロ配合錠ＢＰ【誤】テルチア配合錠ＢＰ	入力時点での一般名選択ミスにより他薬を入力するに至ってしまった。	配合剤が一般名処方された場合、必ず配合されているすべての成分を確認して入力するよう注意する。お薬手帳等、入手し得る患者情報を正しく活用する。初期監査、最終鑑査の手技を見直す。	テラムロ配合錠ＢＰ「日医工」	テルチア配合錠ＢＰ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1450	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはラベプラゾールNa錠10mg　1日1錠分朝食後30日分と記載されていた。薬剤師Aは、ラベプラゾールNa錠10mgを調整するところ誤って、ランソプラゾールOD錠15mgを調整し、監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが、処方薬のラベプラゾールNa錠10mgではなく、ランソプラゾールOD錠15mgが調整されていることに気付き、調整した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aは、ラベプラゾールNa錠10mg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、患者には正しい薬を交付した。	薬剤名も似ており、同薬効分類の薬剤になるため思い込みもあったと考えられる。調剤者の確認不足であった。	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。薬品棚への注意喚起を促すシールを貼付することとする。	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
1451	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはプラバスタチンNa錠5mg　1日1錠分夕食後28日分と記載されていた。薬剤師Aは、プラバスタチンNa錠5mgを調整するところ誤って、シンバスタチン錠5mgを調整し、監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが、処方薬のプラバスタチンNa錠5mgではなく、シンバスタチン錠5mgが調整されていることに気付き、調整した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aは、プラバスタチンNa錠5mg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、患者には正しい薬を交付した。	薬剤名も似ており、同薬効分類の薬剤になるため思い込みもあったと考えられる。調剤者の確認不足であった。	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。また、薬品棚への注意喚起を促すシールを貼付することとする。	プラバスタチンＮａ錠５ｍｇ「サワイ」	シンバスタチン錠５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1452	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはケトプロフェンテープ20mg　35枚と記載されていた。薬剤師Aは、ケトプロフェンテープ20mgを調整するところ誤って、ロキソニンテープ50mgを調整し、監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが、処方薬のケトプロフェンテープ20mgではなく、ロキソニンテープ50mgが調整されていることに気付き、調整した薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aは、ケトプロフェンテープ20mg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、患者には正しい薬を交付した。	同薬効分類の薬剤になるため思い込みもあったと考えられる。調剤者の確認不足であった。	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。また、当該貼付剤を薬品棚の横に並べていたが、間違いのリスクを考慮して上下に並べ替えた。	ケトプロフェンテープ２０ｍｇ「テイコク」	ロキソニンテープ５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1453	ニフェジピン徐放錠（12時間持続）を誤って（24時間持続）で交付してしまった。	処方頻度の違いから、思い込みで調剤してしまった。レセコン入力も誤っていたため、バーコード監査も通してしまった。	レセコン入力時、調剤時、規格（持続時間）の確認を徹底する。	ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「アメル」	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
1454	【正】シロスタゾールＯＤ錠１００ｍｇ「ケミファ」　１２０錠【誤】シロスタゾールＯＤ錠１００ｍｇ「ケミファ」　２０錠シロスタゾール錠５０ｍｇ「ケミファ」　１００錠	調剤棚への充填ミスが発生原因と考えられる。その後ピッキング、最終監査ともにスルー。投薬時は患者急ぎのため一緒に確認できず。	使用量の多い薬品のため大きい包装で購入し、ＧＳ１コードのついていないアルミピローの状態で錠剤ケースに充填されています。ピッキングおよび最終鑑査の際に目視で規格をしっかり確認します。アルミピローの状態では包装にＧＳ１コードがついていないため充填ミスを無くすことが重要。ＰＤＡによる充填作業を正しい手順で行うよう徹底する。	シロスタゾール錠１００ｍｇ「ケミファ」	シロスタゾール錠５０ｍｇ「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
1455	【正】トアラセット配合錠「Ｍｅ」９０錠【誤】トアラセット配合錠「Ｍｅ」５０錠　トアラセット配合錠「杏林」４０錠	ピッキング時に箱ごとにＰＤＡを読ませていなかった、または「Ｍｅ」の箱に「杏林」を戻していた可能性がある。	今後はめジェネリック医薬品のメーカー変更時は同じ棚に収納しないようにする。ＰＤＡ使用時は箱ではなくヒートのバーコードを読み取るようにする。			トアラセット配合錠「Ｍｅ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1456	デルモゾールGローションの処方が出ていた。デルモゾールが一般名に変わったばかりだったため、Gに気づくことなく思い込みでベタメタゾン吉草酸エステルと入力、調剤してしまった。投薬した薬剤師が間違いに気づき患者様に連絡し交換した。	普段処方される薬ではなかったため事務員薬剤師ともに思い込みで入力を間違い、調剤してしまった。間違えた薬が名称変更になったばかりだったため、そのことに気をとられて処方箋を見間違えてしまった。	入力時の見直し、調剤時の確認、投薬時の確認等しっかり確認するよう皆で心がけたいです。	デルモゾールＧローション	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1457	ミチグリニドOD錠5ｍｇ「JG」の所　ミチグリニドOD錠10ｍｇ「JG」でピッキング　投薬者が与薬する前に気づきました。	慣れによるミスです。	指差し鑑査によるミス再発防止を徹底	ミチグリニドＣａ・ＯＤ錠５ｍｇ「ＪＧ」	ミチグリニドＣａ・ＯＤ錠１０ｍｇ「ＪＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1458	調剤時にミスを行い、監査時にも気づかず投薬者に渡した。投薬時に間違いを発見。	混み合う時間帯。	調剤・監査マニュアルを再確認。監査者以外がフォローアップし調剤が合っているかダブルチェックを行う。	プロテカジン錠１０	プロテカジン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
1459	マグミット錠500mgが処方されていたが、500mgはあまり調剤する回数がなく250mgとの思い込みで調整してしまったが患者への服薬指導の際処方箋内容と照合しながら数量確認の際、規格間違いに気づいた。	通常、250mg製剤の調剤がほとんどなので思い込みで調製してしまった	処方箋内容の薬剤に複数規格がないかどうか必ず確認するようにする	マグミット錠５００ｍｇ	マグミット錠２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1460	前回が一般名処方でゼリーの指示だったため、今回の経口液の指示を見誤り、調剤。入力も前回Doで処理していた。取りに来たのもご家族だったため、今回の剤型変更を把握しておらず、前回と同処方ということで持ち帰った。	処方箋記載の1個当たりのｇ数もゼリーと経口液では同一ではあるが、1日量の単位が異なるため、注視していれば防げたと思われる。前回薬で湿疹が出たとの報告もあり、患者家族からの聞き取りが不十分だったこともある。	二次元コードでの処方せん入力を推奨とし、入力の際事務は処方薬の単位にも注視することとした。薬剤師は投薬時の聞き取りに集中し、情報が得られない場合は必ず患者本人もしくは情報を把握している家族等と連絡が取れるように、代理人に声をかけることとする	カリメート経口液２０％	アーガメイト２０％ゼリー２５ｇ		ヒューマンエラー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	マグミット250ｍｇ錠を調剤するところ誤って330ｍｇ錠を調剤し、鑑査薬剤師に指摘され、再度調剤を行った。	煩雑な時間帯であり、処方せんの記載を見誤った。	規格まできちんと確認するように、事例を用いて職員全員に周知徹底した。	マグミット錠２５０ｍｇ	マグミット錠３３０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1462	ニセルゴリン錠５ｍｇ「サワイ」を調剤するところ、ニコランジル錠（5）「サワイ」でお渡ししてしまった。 1週間後に患者様から薬が違うと連絡があり発覚。患者様宅に正しいものと取り換えに行き謝罪した。1週間ニコランジルで服用してしまっていたため、病院に間違ってお渡ししてしまって患者様が1週間服用してしまったことを報告する。患者様は頭痛の症状があったが、それは別な病院に受診して頸椎の関係で出ているといわれていたため、因果関係は不明だがニコランジルを服用したことやニセルゴリンを服用できていなかったことが影響している可能性もあると考えられる。	医薬品名が類似していたこともあるが、思い込みがあった可能性が高いと考えられる	調剤、監査の際、しっかりと確認を行う	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
1463	バルサルタン錠（40）が2錠2×60日分と他の2種類の薬が処方されていた。120錠渡すところを92錠しか渡していなかった。患者様からの報告で判明した。幸い服薬前であったため健康被害は出ていない。	午後から職員が少ない時間帯での業務であった。普段はできるだけダブルチェックができるように調製者と監査者を分けるようにしている。今回監査者が集薬を中途半端に手伝ってしまい結果的にダブルチェックになっていなかった。また当薬局ではヒート製剤が14ヒートになっており10ヒートであればこのミスは起こりにくかったと思われる。	少ない人数でもダブルチェックを心がける。大変そうであるからとの思いで中途半端に手伝わない。ルールを徹底する。バルサルタン錠（40）は当薬局グループでは14ヒートになっている。10ヒートであればリスクはもっと低減し今回のミスは激減すると思われる。ミスが起こる時は1つの原因ではなく色々な要因が重なって起こるため日頃から原因になりうるリスクを1つでも多く遠ざけておく必要があると考える。			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
1464	処方箋記載がエリスロシン（200）のところ、「ジェネリック希望」と言われたため、類似名のエリスロマイシン「サワイ」が当該商品のジェネリックと思い込んで調剤。事務の入力も、勝手に一般名入力としてしまったため、該当ジェネリックとして選択されてしまった。	類似名ではあったが適応症や溶解の形態など合致しないところもあるため、監査の知識不足があった。	頻用商品ではなかったため、正確な一般名を把握していなかった。必ず商品パッケージに書かれている一般名を確認し、ジェネリックとして該当しているか、確認をとることとした	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1465	閉局間際に来局。継続的にリクシアナOD錠30mg処方されている患者様であったので、処方箋受付時に薬の成分が変わっていなかったため、処方内容に変更はないと誤認識。入力内容の確認と処方監査中に患者様とお話しをした際、薬が変わったとの説明を受けて、発覚。	閉局間際もあって、心理的に忙しくなっていた可能性あり。体重・腎機能値の変わりなかった患者様だったため、減量になると考えていなかった。知識不足。ハイリスク薬における慎重さに欠けていた。	継続の患者様の場合は処方箋受付時に薬の内容に変化がないか確認。ハイリスク薬だけでなく、他の薬もそうだが、成分・剤形・規格の3つの確認は怠らないように認識を徹底。	リクシアナＯＤ錠１５ｍｇ	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
1466	処方はアスベリン散10%であるところ、アスベリンドライシロップ2%を調剤した他の薬の納入待ちの間に見直し、アスベリン散の在庫が無いことから間違いに気付き、取り寄せて調剤し直した	薬局内にアスベリン散の在庫がなく、在庫のあるアスベリンドライシロップを処方薬と間違えて調剤に使った分包前にダブルチェックしたが、気付けなかった薬の名称確認が不十分だった	薬を取る際の確認を徹底する剤型違い、規格違いのある事を知っておく	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
1467	プラザキサカプセル110mgが処方されているところ、プラザキサカプセル75mgをお渡ししてしまった。	繁忙時間であること、前回と同処方であり慢心などがあったと思われる。	繁忙期にも気付けるよう企画注意のポップアップを上げるよう設定し、一つ一つ確認を怠らないようにする。	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
1468	【正】ネオドパストン配合錠Ｌ１００　１錠コムタン錠１００ｍｇ１錠１７時服用【誤】ネオドパストン配合錠Ｌ１００　０錠コムタン錠１００ｍｇ　２錠１７時服用	コムタン錠１００ｍｇは自動分包機のカセッタが用意されているので、一包化調剤時にカセッタから混入が発生した。カセッタの混入があったものを鑑査時に気がついたが、セロハンテープで着け直す分包紙を間違えて、そのまま交付した。	自動分包機で作成した一包化薬は、錠剤混入があっても日付印字外れないため、「錠剤混入」後は分包紙を切らないで確認する手技を確認した。錠剤混入があった場合、分包される錠状態はどのような順番なのか、手まきありかなしか、空包の在り方など確認した。			ネオドパストン配合錠Ｌ１００ コムタン錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1469	ゼポラスパップ70枚の処方。レセコン入力において以前ゼポラステープの処方があり、そのままDOでペースト。その後薬剤師が処方確定、薬剤監査を行うもテープ剤への変更を見抜けず投薬直前に投薬台のレセコンを開いた時に前と見比べて発覚。	レセコン入力、初期監査共に慣れ、慢心があった。	使用感からパップからテープ剤への変更が多いので、変更されているかも？という認識の元に入力、監査を行う。また投薬直前や投薬の最中が最後に過誤を食い止める場でもあるので、場所と時間を変えて監査を行うのも過誤発見に繋がる。	ゼポラスパップ４０ｍｇ	ゼポラステープ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
1470	定期的に処方箋を持参される患者さんが、定期薬の処方箋をもって来局された。薬剤師Aはレザルタス LDを調剤するところ、薬品棚上部にあるザクラスLDを調剤し、調剤印を押した。監査、投薬した薬剤師Bも見落としそのまま投薬した。数日後、患者本人が、くすりがかわったのかと薬を持参来局された。持参薬をレザルタスLDと交換し、お詫びした。患者はもらったくすりをセットする際に気付き、まだ服用は服用はされていなかった。	繁用品目のザクラスLDは薬品棚上部に、使用頻度の少ないレザルタスLDは、薬品棚下部の引き出し中に保管している。LDの文字を読み込み、繁用品目のザクラスLDを調剤したものと思われる。監査・投薬者も同様の見落としだったと思われる。	特定個人にしか処方されていない薬剤には、薬の箱に個人名カードを添付し保管。また、薬歴は付箋を付け注意喚起している。監査時、お薬カードの薬品写真と突合するようにする。	レザルタス配合錠ＬＤ	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1471	本来は温感タイプのロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「タイホウ」が処方されていたが、一般名処方での「温感」の記載に気付かずに、日常的に取り扱いのある非温感タイプのロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「ケミファ」で調剤実施。投薬時に患者様とのやり取りから発覚し、交付前に薬剤を交換して対応済み。	事例が発生した要因として、一般名処方での「温感」の記載を見落としており、無意識のうちに普段から処方頻度の多い非温感タイプを調剤してしまったと思われる。加えて、時期的にも温感タイプを希望される方は少ないはずといった思い込みが発生してしまった可能性が考えられる。	処方監査及び患者様との情報交換を徹底していくとともに、処方入力時には薬局スタッフ間で注意事項として声掛けなどで確認・伝達しておく事が有効であると考えられる。	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「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
1472	薬剤師Ａがフェブリク20MG 1錠1×朝食後 30日分を調剤する際、10錠シートを14錠と勘違いし10錠シート2つと2錠で調剤した。薬剤師Ｂが患者に交付する際、誤りに気付き8錠追加して交付した。	少し前にシートの変更により、14錠シートから10錠シートに切り替わったばかりであった。薬剤師Ａが午前中だけのパート勤務であり、フェブリクのシート変更を知らなかった。	何かしらの薬剤の変更がある際は、周知徹底を図る。変更後暫くは、調剤棚に張紙をすることで注意を促す。			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
1473	イルアミクスのLDとHDのピッキング間違い。患者に渡ったあと、いつもの薬と違うとの連絡をいただき発覚。	繁忙時間帯であり、調剤監査システム（ポリムス）が使用されていなかった。また、配合剤の一般名からLDかHDを判断するのは難しく、ポリムスがスルーされたとしても入力鑑査や薬剤鑑査時に間違いを発見しやすいような工夫もなされていなかった。	調剤指示書上の一般名処方合剤の各成分の規格に蛍光ペンマーカーを引き、入力鑑査・薬剤鑑査時にも気づきやすいように対策した。	イルアミクス配合錠ＬＤ「ＤＳＰＢ」	イルアミクス配合錠ＨＤ「ＤＳＰＢ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1474	レボフロキサシン５００ｍｇ　１錠　分１朝食後で４日分処方されていたが、調剤薬剤師が年齢確認せず調剤し、投薬した薬剤師も知識不足、薬歴確認が不十分で、投薬した後で添付文書、薬歴を改めて確認した時に、年齢、薬歴に記録のある腎機能の検査値が気になり、先輩薬剤師に相談、直近採血結果からGFR確認し、クレアチニンクリアランスを算出、推定で20mL/min以下であることが判明し、処方医へ疑義照会を行い、アモキシシリンへ変更となった。	当該事象に関わった薬剤師の知識、経験不足。薬歴には検査値や、高度腎機能低下の記載があったが、確認を怠った。	年齢を考慮した調剤、監査薬歴の確認の徹底、自己研鑽の積み重ね、薬歴に腎機能の高度低下がある患者が分かりやすくなるようにポップアップできるようにレセコン会社への依頼を行った。			レボフロキサシン錠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
1475	定期処方でツムラ五積散が毎回処方されている方。調剤者が五積散と五苓散を間違って調剤、監査薬剤師も気付かず、そのまま、患者に渡してしまった。その日のうちの患者が気付き、薬局に電話あり、よくお詫びし、翌日、交換に見えてくれると確認、翌日に交換した。	五積散と五苓散、おなじ五から始まる漢方で間違ってしまった。直前に、五苓散の処方の方が居て、思い込み調剤してしまったようだ。	調剤後も、処方箋と調剤した医薬品をよく確認する。渡すときも患者と一緒に確認しながわ、薬歴、処方箋と確認して渡す。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1476	フルタイド100μｇエアゾール60吸入用が処方された。いつもフルタイド100ディスカスが処方されるため、間違えてフルタイド100ディスカスを渡してしまった。調剤・監査と２人でのダブルチェックだったが、気が付かなかった。患者が帰られたあとすぐに気が付き電話で連絡した。まだ未使用であった。フルタイド100μｇエアゾール60吸入用と交換に伺うと言ったが、患者はフルタイド100ディスカスも使ったことがあり、このままでよいと言われた。医師にその旨を伝え処方の変更をしてもらった。	フルタイド100ディスカスがよく処方されていたため、思い込みによるものだった。	処方箋をきちんと読み取ること。調剤・監査・薬袋のダブルチェックを再度強化する。過誤事例の情報を共有し、再発防止に努める	フルタイド１００μｇエアゾール６０吸入用	フルタイド１００ディスカス		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1477	5日前に続いての来局　ヘパリン類似物質油性クリームとメサデルムクリーム各２５ｇの混合が今回メサデルムからアンテベート軟膏になっているにも関わらず入力、ピッキング、調整のタイミングで気が付くことができずメサデルムで調剤し交付してしまった。投薬時患者はかゆみが改善しなくて再度受診したと話しており、交付後にその会話のやりときに疑問を感じ処方箋見直したところ間違いに気が付いた。	外用ステロイド薬の一般名は類似しているものが多い。メサデルム：デキサメタゾンプロピオン酸エステルクリーム、アンテベート：ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏。当該事象の際薬剤師２人で勤務しており　薬剤師Aが入力、調剤、投薬と全て担当。薬剤師Bは軟膏混合調剤と分担していた。薬剤師Bは処方箋を自分で確認せず、薬剤師Aがピッキングしたメサデルムで調剤してしまった。	軟膏混合する際はからなずダブルチェックを行う。薬剤師が1人だった場合も医事などまわりのスタッフを活用しダブルチェックする	メサデルムクリーム０．１％	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
1478	ツムラ補中益気湯をお渡しのところツムラ葛根湯をお渡し	ピッキングと鑑査ミス	当薬局ではピッキングと鑑査は別々の薬剤師が担当　にも関わらず今回の事例が発生　今後より細心の注意をはらい業務を執り行う事を心がける	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1479	モビコール配合内容剤を長期服用されている患者さまでR2.7.11㈯11：00処方分のモビコール配合内容剤が60日分、分1、2包の所、60日分、分1、1包でお渡してしまいました。お母さまが気付かれ、同日13：15頃電話を頂きました。同日13：30頃にお母さまが来局され、不足分のお薬を渡して謝罪と再発防止をお約束させていただきました。	注意力の不足、自己判断や思い込みによって薬剤を投薬してしまった事が要因だと考えられます。再発防止のために、調剤時・交付時に再確認するようにしていきます。	職員全員で調剤ミスの内容を共有し、今後、同様のインシデントの再発防止に努めていきます。			モビコール配合内用剤	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1480	一連業務を1人で行った類似していたため思い込みがあった	知識不足	間違えやすい漢方薬についてはラインをひいて注意する	ツムラ麻杏よく甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ麻杏甘石湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1481	(般)イルベサルタン錠→(般)イルベサルタン・アムロジピン配合錠への変更であった。レセコン入力を前回のままイルベサルタン錠で入力。システム上、入力値で調剤なのでそのまま調剤される。監査時にも気が付かずそのままイルベサルタン錠でお渡しする。血圧が高い状態での変更だったが、次回処方時に間違いに気がつく、血圧はこの間も高いままであった。	冒頭のイルベサルタンのみで判断し、変更なしともい込みそのままお渡ししてしまう。投薬時の話でも血圧が高い話はあったが、薬変更するとの話が出ずにそのまま変わらずでお渡しする	入力時、監査時、後監査時の対応をしっかりする！	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1482	ピオグリタゾン錠15mg「トーワ」が1錠×35日分処方されていた。事務員Aがピッキング、薬剤師Bが鑑査および交付を行った。後日当該患者さんが来局された際に薬を持参され、「ピオグリタゾンの袋に、1シートだけファモチジンOD錠20mgが紛れ込んでいた」と申告されたことにより調剤過誤が判明した。	当薬局において、ピオグリタゾン錠15mg「トーワ」とファモチジンOD錠20mg「トーワ」は調剤棚の同じ列に配置されていた。2種はメーカーが同じであり包装外観や大きさが非常に似ているため、当該事例の発生以前にファモチジンが調剤台へ落下した際、謝ってピオグリタゾンのトレーに戻してしまったと考えられる。ピッキング者はそのことに気が付かず、ファモチジンとピオグリタゾンのシートを重ねて輪ゴムでまとめた。鑑査者はシートを1枚ずつ確認することなく、全てピオグリタゾンであると思い込み調剤してしまった。	外観が似ている薬剤は近くや同じ列に配置することを避ける。棚から落下した薬剤を元に戻す際には、薬剤名とトレーに書かれた名称が一致していることを確認してから戻すことを徹底する。鑑査時は必ずシートを1枚ずつ確認することを心がける。	ファモチジンＯＤ錠２０ｍｇ「トーワ」	ピオグリタゾン錠１５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1483	他院からの転院だった。一般名処方でニフェジピン12時間と記載されており、入力時に12～24時間のCR20ｍｇを選択し入力してしまった。調剤は、L10ｍｇの在庫がなかったので、CR10ｍｇでいいと思い込んで、調剤してしまった。監査も12時間・12～24時間で薬が違うことに気づかずに交付してしまった。お薬手帳に前の薬の記載がなかったので、前回と今回処方を比べられなかった。	12時間、12～24時間と一般名で書かれている時に入力、調剤を注意することを怠っていた。	12時間・12～24時間と書かれている場合は必ず入力、調剤、監査を注意する。	ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「トーワ」	アダラートＣＲ錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1484	プレタールOD50ｍｇの棚にOD100ｍｇが充填されていたので、ピッキングの際に気づかず調剤してしまい、そして外観が似ているので、監査もそのまま通ってしまった。	入庫した時の充填ミス	棚のｍｇ数をきちんと見て充填する。	プレタールＯＤ錠５０ｍｇ	プレタール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
1485	当該患者が先発希望か後発品希望かを確認しないまま調剤してしまった	患者がジェネリック希望か否かを確認してから調剤を行えば防げたと思われる。	入力時の声がけ、調剤する前に薬歴を参照する	ミカルディス錠４０ｍｇ	テルミサルタン錠４０ｍｇ「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事
1486	一般名処方で「ロキソプロフェンテープ（温感）」と処方箋に記載当薬局に在庫があるロキソプロフェンテープNPを調剤投薬時に患者本人から「このシップは温タイプなのか？」と聞かれて冷感と温感を間違えたことに気づいた	・一般名処方では成分名、規格の後に「温感・非温感」の区別が記載されており、気づきにくい・なじみのない医院からの初めての処方箋であり、温感タイプがあることに思いいたらなかった・前薬局が貼ったお薬手帳にはシップの銘柄名が印字されていなかった（用紙に入りきらず文字列が途中で切れていた）	処方箋の印字を最後まで正確に読み取るジェネリックを含め外用薬の特性を理解し、表にまとめる処方せん入力時にいつもと違う画面が表示されたら、よく処方箋を見直す	ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「タイホウ」	ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「ＮＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1487	一般名処方でFADが処方されていたが、患者さんが先発希望であることを見落としてしまいGEでお渡し。 患者さんから「いつもの薬と違う」と入電あり、渡し間違いが発覚。	営業時間の19時を過ぎていたが、患者数が減らず焦っていたため調剤ミスをしてしまった。	必ずWチェックを行う。紙薬袋からユニパックへ変更。投薬時に患者さんへも数量と薬剤を必ず確認してもらう。	フラビタン錠１０ｍｇ	ＦＡＤ腸溶錠１０ｍｇ「わかもと」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1488	オルメテックとAG品のオルメサルタン「DSEP」を取り違えて調剤してしまった。	オルメテックとAG品のオルメサルタン「DSEP」は10mg、20mg、40mg共に外観が非常に似ているため、これまでも注意して調剤、鑑査を行っていた。	薬棚の配置変更を検討した。最上段横並びにオルメテック10mg、20mg、40mgを配置し、最下段の横並びにオルメサルタン「DSEP」10mg、20mg、40mgを配置し先発とAG品の取り間違いがなくなるよう工夫した。	オルメテックＯＤ錠１０ｍｇ	オルメサルタンＯＤ錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1489	7/17患者様より7/2処方の薬を飲もうとしたらいつもと違うものが入ってると電話あり。確認したところバイアスピリンを出すところ、バファリンをお渡ししたことが判明。	調剤監査機により写真を撮っているがバファリン配合錠にＪＡＮコードがなく目視していることからそのまま目視で通してしまった。監査・投薬者もそのままスルーしてしまった。	調剤、監査投薬時における処方箋原本との確認の徹底。	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
1490	一般名でラタノプロスト点眼液処方されていたところ、タプロス点眼液で調剤を行っていた。処方箋と薬歴の内容を確認し変更ないこと、処方量も確認し、患者の名前を呼んで薬を並べているときに薬剤が違うことに気がついた。	一度に数名来局があり調剤時の確認、監査不十分であった。また緑内障治療薬であること、１瓶の容量規格も同じであったため思い込みもあった。	事務員も含め、複数人の目で確認すること。投薬台に薬を準備し最終確認をしてから患者の名前を呼ぶこと徹底する。	ラタノプロスト点眼液０．００５％「ニッテン」	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
1491	ツムラ加味帰脾湯を調剤しないといけないところを、ツムラ加味逍遙散で調剤	薬剤の確認不足	指さし呼称の徹底	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1492	ニフェジピンCR錠40mgを用意すべきところベニジピン塩酸塩錠4mをピッキングしていた。	名前と薬効が混乱したものと思われる。	一瞬の取り違えはやむを得ないものと考える。ダブルチェック前に一人目の薬剤師が気付いた例ではあるがここで通過した場合でもチェックの目にかかるよう忙しい時でもダブルチェックを怠らない調剤業務の流れを今一度再確認したい。	ニフェジピンＣＲ錠４０ｍｇ「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1493	ツムラ半夏瀉心湯が処方されていたが、誤って半夏厚朴湯を調剤し、監査時にも気づかずそのまま施設へ配達していた。後日、在庫の確認をした所、間違えた可能性があったため、施設へ問い合わせした。施設では1回の服用分ずつ患者ごとに棚にセットされており、漢方薬はちゃんと入ってると返答をいただいた。 この時点ではまだ服用していなかったが、返答に安心し、それ以上は確認しなかった。さらに後日、次の定期処方が出たため同様に施設へ配達。配達時に事務員が棚の中を確認した所、半夏瀉心湯ではなく、半夏厚朴湯がセットされて入っていた。薬は約2週間分服用してしまっていた。すぐに処方医にも連絡した。その日処方医の往診では患者の体調変化はなく、これまでと同様に安定しているとのことだった。。患者本人は、意思の疎通が困難であったため、施設を通じてご家族へも連絡。いきさつを説明し謝罪。	他の施設患者で、半夏厚朴湯が何例か処方されており、完全に思い込んでしまっていたと思われる。半夏瀉心湯が処方されているのはこの患者のみであった。施設への電話確認で安心してしまったが、再度自分の目で確認するべきだった。	薬歴へのメモや、薬剤外箱へ患者名を記載した付箋の貼付で、調剤時、監査時以外でも確認できるようにした。	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1494	ツムラ加味逍遥散が処方されていたが、ツムラ抑肝散を調剤。監査時も気づかずそのまま交付。薬局外にいた患者へ配達したため、患者の前で一緒に確認しなかった。自宅に帰った患者より連絡があり、間違いが発覚した。	昼休憩の時間帯で薬剤師はニ人いた。当事者以外のもう一人は、他の業務に手を取られ、調剤・監査・交付を当事者がすべて一人で行ってしまった。高齢の患者では、日頃は抑肝散を調剤する機会が多かったため、完全に思い込んでいたと思われる。	必ず他の薬剤師の目を入れるようにする。漢方薬では帯の色で判断せず、番号、名前まで声に出すなどして確認する。患者とともに確認を必ず行う。	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1495	アンブロキソールDSが処方医の意図だったが、錠剤で処方。それに気づかず錠剤のまま入力、交付者が見抜けず錠剤のまま交付(薬はDSで作製)	交付者は、入力されたものが正しいかどう確認すべき	監査を徹底を周知	アンブロキソール塩酸塩ＤＳ３％「タカタ」	アンブロキソール塩酸塩錠１５ｍｇ「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1496	【正】【般】セチリジン塩酸塩錠１０　１錠分一寝る前　９日分 【誤】【般】セチリジン塩酸塩錠１０　１錠分一寝る前　９日分のうちラスト２包にセチリジン５が入っていた。	３／４処方は７日分であった。３／５に処方通り７日分で入力を行い一包化作業に移った。その後、他の患者様と同じ日付で終了するように３／６に疑義照会で９日分に処方を変更し、追加の２日分を作成した。引き出しの中にはセチリジン１０と５が真ん中の仕切りを挟んで隣同士にあった為おそらくＰＤＡを使用した際に、１０の箱で照合し、誤って５を２錠取り揃えたと考えられる。	鑑査を途中で他のスタッフに引き継がないようにする。そのため勤務時間シフトを考慮して作業を行う。ＰＤＡ使用状況チェックシートを用いて全局員で再度自己点検を行った。施設調剤の籠を台の上に置いていたため。			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
1497	クロマイ膣錠100mgが処方され、ジェネリック医薬品であるクロラムフェニコール膣錠100ｍｇで払い出す予定であった。調剤者が類似名薬品である、クロトリマゾール膣錠100ｍｇで調剤を行っていた。鑑査時に鑑査者が間違いに気づき、正しい薬剤に調剤し直した。	薬剤の名称が先頭2文字目まで同じであり、規格も同規格であったため、取り間違えが起きてしまったと考えられる。	後発医薬品の名称が類似しているものに関しては、それぞれの箱に先発品の名称を記載した札を付けて注意喚起を行う（「○○○の後発品です」等）。また、薬剤名称の2文字目まで同じ医薬品については薬局内でリスト等を作成し、別途注意喚起を行う。	クロラムフェニコール膣錠１００ｍｇ「Ｆ」	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
1498	【般】ケトプロフェンパップ６０ｍｇ(20×14cm非温感)の処方のところ、モーラステープＬ４０ｍｇ(10×14cm)で入力・調剤し、監査や投薬時にも気付かなかった。　終業前の入力チェックで、事務員が気付き、発覚。	対象患者が薬局に入る前に敷地内で転倒し、救急車到着までに薬をお渡ししようと、焦りがあったのが要因と思われる。	ケトプロフェン貼付剤の採用品・発売されている規格・剤形について、職員全員で再確認した。	モーラスパップ６０ｍｇ	モーラステープＬ４０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1499	アルミヒートの中に入っている在庫数の勘違いで、計数間違い	アルミヒート内に入っている薬の個数はモノによって違うので、調剤時には注意する	個数の判断を声だしする			イクスタンジ錠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
1500	処方箋にはゾビラックス眼軟膏が記載されていたが、薬剤師Aがゾビラックス軟膏を調剤し、薬剤師Bは監査時にその間違いを見落としそのまま交付した。翌月曜日に薬剤師Cが在庫を確認し取違の可能性に気付き患者に連絡、取違が判明したが、残薬があったため該当薬品は未使用であったため薬品を回収し正しい薬品を交付した。	ゾビラックス軟膏と眼軟膏を近くに配置していたこと、混みあっていたため確認・監査が不十分であったことがあげられる。	眼軟膏の棚に目立つように『目』の表示を付け、調剤時に意識するようにし、類似品があることを改めてスタッフ全員で確認した。	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
1501	オドメール点眼液0.02％で処方されている患者にオドメール点眼液0.1％で交付。投薬後すぐに気づいたため、ご自宅に伺って正しい薬と差し替えた。	規格のチェック不足、包装の類似	処方箋の指差し確認で、規格までしっかりと確認。三重監査の徹底。	オドメール０．０２％点眼液	オドメール点眼液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
1502	ロキソプロフェンNaパップ100mgを取らなければならないところをロキソプロフェンNaテープ100mgを取ってしまった。	処方せんを遠目で見た時パップがテープに見えた。	処方箋に基づいて薬を用意する時は、薬の名称を初めから終わりまで注意深く見る。	ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇ「トーワ」	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
1503	ブロチゾラム錠「サワイ」にレンドルミン錠が６錠、紛れ込んでいた。	ブロチゾラムの棚に、レンドルミンが６錠入っていた。外観がよく似ている為、棚から出した薬：レンドルミンを戻すときに、間違ってブロチゾラムの棚に戻した可能があると思われる。	１、同成分薬は、外観が似ているものが多いので、棚に設置する場合は、薬品名をよく確認するようにする。２、監査時は、薬のシートごとに薬品名を確認する。	ブロチゾラム錠０．２５ｍｇ「サワイ」	レンドルミン錠０．２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1504	処方された薬剤はフルバスタチン10ｍｇ「サワイ」であったが、一包化する際に、類似名称のプラバスタチン10ｍｇ「サワイ」をピッキングし、バーコードを読んだところはじかれ調剤者が過誤に気づいた。正しい薬剤をピッキングし調剤した。	調剤内規では調剤録に記載の棚番を確認してピッキングすることになっているが、繁忙であり、ルールが形骸化してしまっていた。	調剤内規を再確認し徹底した。	フルバスタチン錠１０ｍｇ「サワイ」	プラバスタチンＮａ錠１０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1505	分譲にてザイザルシロップをTELで依頼。調剤時に伝票にザイザルシロップにて記載に気づく。購入薬局に確認すると、医薬品（液剤）の取り違いだと判明。無色透明の液体にて自店のみで確認するのは困難であった。	分譲処理をされた先生はベテランにて、TEL後他の作業をはさみ分譲処理を行ったところ、ザジテン、ザイザルの同効薬の思い込みにより取り違えが起こった	液剤の分譲時は、購入時にビン（容器）を確認して購入する	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
1506	一般名処方でロサルヒドＨＤのところ、ロスーゼットＨＤを調剤、交付した。患者本人が帰宅後気づき連絡、自宅へ訪問し交換・謝罪となる。	一人の薬剤師が投薬中で残りの薬剤師が調剤・監査・投薬となってしまった。	投薬中でも一旦手を止めて監査に入る。	ロサルヒド配合錠ＨＤ「ＴＣＫ」	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
1507	オルメテックOD錠10mgのところ20mgを監査しお渡し。患者様が気付き後日取り換えにみえた。	品名、錠数のみの確認で規格を見落としてしまった。	複数規格ある薬剤は特に注意する。声出し、指差し確認の徹底	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1508	ロスバスタチン錠2.5mgを交付するところを先発品のクレストール錠2.5mgで交付しており、帰宅後の患者の指摘により誤りが判明した。調剤者に確認したところ、ロスバスタチン錠2.5mgの棚から確かに集約したとのこと。しかし名称は確認していない。交付者も規格、錠数は確認したものの名称までは確認していなかった。	１．ロスバスタチン錠の棚にクレストールが入っていたことになり、それ以前に誰かが戻し等により入れたということになる。２．ロスバスタチン錠2.5mg「ＤＳＥＰ」はクレストール錠のオーソライズドジェネリックであり、外観について非常に酷似していた。３．外観チェックは行えていたが、名称チェックがまったくできていなかった。	オーソライズドジェネリックが先発医薬品と酷似しているのは周知の事実である。ヒートにかかれている文字は小さいが、きちんと確認するよう教育を徹底した。	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	クレストール錠２．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1509	ネキシウムカプセル１０ｍｇを日頃から処方している患者にネキシウムカプセル２０ｍｇを間違えて処方した。翌日の服用時に患者本人が気づき電話にて連絡。本人は以前自分から医師に相談して２０ｍｇから１０ｍｇに変えてもらっていて、さらに用法の朝食後服用にこだわり１回分だけそのまま飲むと言い張る。昼前に交換しに来るというので昼食後の服用でも薬効に変わりはないのでそれまで待つようにお願いした。家族が来られて交換したが、２０ｍｇは１カプセルを既に飲まれていた。	薬歴を見て「いつもと同じ薬」だからと数量確認のみで監査が不十分であった。	規格が複数ある薬剤は監査を確実に行う。	ネキシウムカプセル１０ｍｇ	ネキシウムカプセル２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1510	クロピドグレル(25)2錠⇒クロピドグレル(75)2錠の3倍量を交付	規格の上限量等の注意喚起	当該患者の画面を開くと毎回調剤過誤情報が出るようにし注意喚起の実施	クロピドグレル錠２５ｍｇ「ＳＡＮＩＫ」	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
1511	ジプレキサ錠2.5mgが10錠ヒートのところ14錠ヒートと勘違いして調剤。監査、投薬もスルーして患者さんにお渡し。投薬後、患者さんご家族から薬が足りない旨を電話で連絡頂いた。	ジプレキサ錠2.5mgのヒートサイズが大きい為14錠ヒートと勘違いしてしまった。	ジプレキサ2.5のカセッターに10錠ヒートとわかりやすく表示して注意喚起する。			ジプレキサ錠２．５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1512	プラザキサ75ｍｇ2カプセル朝夕服用の患者、今回より腎機能低下のため110ｍｇ1カプセルに変更されていた半月程たって来店され薬が足らないとの事、服用カプセル数が変更になっていたが2カプセルで服用していないか確認患者は今までどおり2カプセルを服用していたが重篤な出血や副作用は無かった。	服用カプセルの数の変更は患者に伝え薬歴にも指導してあったが本人は若い事もあり忙しく話を十分に聞かずに帰ってしまい。服用数の変更を理解していなかった。	出血のリスクがあり死亡する可能性もあるハイリスクの医薬品であるので急いでいても十分に説明する薬機法の改正もありハイリスクの医薬品の容量変更内容変更については電話フォローが有効と思われる。			プラザキサカプセル１１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1513	ツムラ抑肝散加陳皮半夏の処方で当該医薬品の棚からピッキングを行ったが、一部ツムラ当帰芍薬散が混じってしまった。	納品後薬品棚への陳列の際、誤って同じ場所に保管してしまった。ツムラ漢方製剤の場合、番号の下一桁が同じものは同じカラーが使用されており、確認不足のまま作業をしてしまったのが原因と考えられる。	薬品棚への陳列の際は、一つ一つ薬品名を確認（指さし確認・声出し確認）し作業を行う。	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒（医療用）	ツムラ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
1514	別の患者様の調剤中に在庫数が合わないことに気が付き、直近での処方患者歴を確認したところ規格が誤っていたことが発覚した。監査機では不一致が出ていたがスルーしてしまった。すぐに患者様へ連絡し謝罪後、服用してしまった分以降は２錠で服用していただくことになった。不足分は郵送にて対応させてもらった。体調には変化はなかった。	細部まで確認したつもりになっていた。監査機の不一致を急いでいた為スルーしてしまった。	1つずつ念入りに、細部まで監査する。何度も見直す。	ルセフィ錠５ｍｇ	ルセフィ錠２．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1515	ツムラ柴苓湯９g分３　９日分を、ツムラ柴朴湯で患者さんに交付してしまった。	名前が類似していたため、間違えてしまった違いに気づかず、知識不足だった入力も柴朴湯だったので、気づかず、そのまま患者さんに交付してしまった	よく似た名前の薬を把握しておく手入力した場合は特に、処方箋をよくみて確認する	ツムラ柴苓湯	ツムラ柴朴湯		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
1516	ジャヌビア50ｍｇ朝２錠とアレグラ60ｍｇ朝夕１錠ずつ処方箋の患者さんが来局。外観、色が良く似ていたので分包時に間違えて、朝夕にジャヌビアをケースに入れたが、もう一人の監査とチェックし気付くことで事なきおえた。	焦ってしまい、あちらこちらと気が向い慎重さに欠けていた。	分包機で錠剤をＶマスから落とすとき必ずもう一人の薬剤師に監査をしてもらいヒュウーマンエラーを回避する。分包してからも、もちろん異物混入ないか今まで以上に厳重にする。			アレグラ錠６０ｍｇ 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
1517	「ヒアレインミニ点眼液０．１％」処方のところ、薬局在庫の「ヒアレインミニ点眼液０．３％」で処方入力。 薬剤師が監査時に間違いに気づき、投薬間違いは免れた。	薬局在庫の規格が「０．３％」しか無かったため、疑いなく入力をした。他の規格があることに気づかなかった。	事務の入力後の「規格」の自己確認の徹底。薬剤師の入力監査時の「規格」確認の徹底。調剤監査システム（薬のバーコードリーダーをスキャン）の使用徹底。	ヒアレインミニ点眼液０．１％	ヒアレインミニ点眼液０．３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1518	冷所保管が必要な薬を投薬する際は患者にその旨を説明するとともに薬袋に「要冷蔵」の表記を行うことになっていた。投薬時に冷所保管が必要なことは伝えたが薬袋に要冷蔵の表記を行わなかったため、患者家族が常温にて保管したため薬が劣化した。患者家族に対して謝罪するとともに薬の交換を行った。	何度も確認をする	要冷蔵の外用薬をリストアップする。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1519	アルファカルシドールカプセル0.5「サワイ」が処方されているところ、アルファカルシドール錠0.5「アメル」をお渡ししてしまった。投薬後、お渡しした家族からいつもと違う薬だと連絡あり、発覚。謝罪し、正しい薬と交換した。	忙しくて、慌てていたのと、お渡しの時に家族の分として全部で３人分の薬のお渡しだった。投薬相手は、そのうちの一人の本人の娘さんであったが、沢山の薬もあり、確認が不十分であったと思われる。	今までアルファカルシドールはカルフィーナで、間違えにくかったが、一般名に名称変更になり、間違えやすいということを認識しながらアルファカルシドールの処方は錠剤なのか、カプセルなのかをしっかり確認していく。最近は一般名処方も増えてきていることもあり、より一層注意していく。調剤時、薬袋に入れるとき、投薬時の3回のそれぞれでよく確認する。	アルファカルシドールカプセル０．５μｇ「サワイ」	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
1520	処方箋をしっかり確認せずに、交付中に気付いた。	年齢や思い込みで調剤してしまい、確認を怠った。	薬品名を声に出して呼んで調剤を行い、思い込みをなくし、作業手順書を確認して再発防止に努めたい。	オドメール点眼液０．０２％	オドメール点眼液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
1521	オイラックスクリームが処方されていたが、前回処方されていたオイラックスHクリームを入力してしまっていた。	急いで入力しようと、レセコンの前回doを使用してしまった。	do入力を使用しないよう、その都度入力する。	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
1522	ベタメタゾンリン酸エステルＮａ・ＰＦ眼耳鼻科用液０．１％「日点」の用法が薬袋には3回/日と書いてあるが、目薬の小袋には1回/日と記載されていると問い合わせあり、確認したところ、ラタノプロストPFをお渡ししているとが判明した。	監査時に疑義照会を行ったこともあり、通常よりも注意力が散漫していた。またラタノプロストPFの包装変更があり、ベタメタゾンリン酸エステルＮａ・ＰＦ眼耳鼻科用液０．１％「日点」の包装が変わったと誤認して薬品名の確認が疎かになった。	再度薬袋と薬品、そして処方箋と薬品の照合をどのような状況でも徹底することとした。	ベタメタゾンリン酸エステルＮａ・ＰＦ眼耳鼻科用液０．１％「日点」	ラタノプロスト点眼液０．００５％「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1523	事務員がケトプロフェンテープ20mgを、前回DOで40mgと入力してしまいました。それに気づかず、別の薬剤師が間違って集薬した40mgを、監査時、裏計算の記載だけで監査してしまい、そのまま患者様に渡してしまいました。翌日別の事務員が、処方せんの見直しをして、間違いに気づきました。すぐに患者様に連絡したら、40mgが欲しかったので変更したくないとのことで、病院に疑義照会して、40mgに変更となり、交換、返金などなくそのまま終わりました。	まず初めの間違いが、いつもの病院だと、QRコード入力できますが、この度は他医院に変わったため直接手入力でした。前回までは40mgで、今回から別の病院に変わった為、20mgに変更になっていたのを勘違いして、前回DOで40mgと入力してしまいました。次に、集約の薬剤師が、間違ってモーラステープ40mgを集めました。最後に、監査の薬剤師が、他に多数薬があり、どれも前回DOだったため、間違いに気付かず、そのまま40mgをお渡ししてしまいました。薬歴記載時、裏計算で監査したため、その時点でも間違いに気づきませんでした。忙しい時間帯で、慌てていたのと、DOだとの思い込みで、3回のミスが重なった結果です。	必ず処方箋で監査するよう徹底します。また、思い込みなどないよう気を付けます。	モーラステープ２０ｍｇ	モーラステープＬ４０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1524	イルベタン200mgが処方されていたが、誤ってイルベタン100mgをお渡ししてしまった。交付後、当事者からの連絡で気がついた。	イルベタンの規格を注意して見ずに、交付してしまった。	薬剤名だけでなく、規格も注意して見るようにする。	イルベタン錠２００ｍｇ	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
1525	セレコックス100mgの継続処方あり。後発品変更不可のPtだったので入力はセレコックスで行っていたが、セレコキシブで調剤しお渡ししてしまった。後日、在庫数が合わないことで調剤ミスが発覚。Ptへ電話連絡し謝罪。AGの説明を行ったところ、このまま服用続け次回差額清算することになる。Ptも外観似ているためAGになっていることに気づいていなかった。	外観が似ているのが要因。セレコックスのAGが採用になったばかりであり、先発とAGがあることを当初は認識していたもののこれまでの慣れで外観のみで判断してしまった。	セレコックスとセレコキシブの調剤棚の位置を離して配置。後発品採用時には周知徹底。	セレコックス錠１００ｍｇ	セレコキシブ錠１００ｍｇ「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1526	令和2年7月17日患者様から電話があった「いつもヒュミラ皮下注ペンをつかっているが、お薬が違う」。処方箋等確認したところ患者様に「ヒュミラ皮下注ペン」をお渡しするところをまちがえて「ヒュミラ皮下注シリンジ」をお渡ししてしまってることが判明した。	卸に電話発注した時には「ヒュミラ皮下注ペン」だったが、入荷した際「ヒュミラ皮下注シリンジ」が入荷しており気付かずそのまま受け取ってしまったこと。そのまま鑑査システムを通してもらったのにエラーが出たにもかかわらずとおってしまったところ。そして、担当する薬剤師がヒュミラ皮下注について「シリンジ」しか知らず、監査時に注意が漏れてしまったところ。薬情の写真が整備されてなかったところから確認が出来なかったところが原因と思われる。	ヒュミラ皮下注についてシリンジ及びペンについての薬情の写真をきちんと添付すること。監査システムのエラーが出てしまった時にきちんと原因を追究すること。改めて処方箋の内容と患者様にお渡しするお薬を確認すること。	ヒュミラ皮下注４０ｍｇペン０．４ｍＬ	ヒュミラ皮下注２０ｍｇシリンジ０．４ｍＬ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1527	【正】昼食後の一包化に４錠ずつ分包。【誤】昼食後のうち一包に３錠しか分包されていなかった。	最終鑑査での一包化とび見逃しのため。	閉店間際など心身ともに疲弊していて業務に追われている時間でも、調剤者と鑑査者で声を掛けあい、コンベア確認時など注意点を伝え合う。閉店業務間際での業務の兼任を避け、外来対応に集中できるよう徹底する。ＧＥメーカーを選択する際に似た外観のものを回避することを心掛ける。			ニセルゴリン錠５ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1528	レグナイト錠300で調剤しなければいけないところレグテクト錠333で調剤	名前が似ているお薬であるため、思い込みで調剤してしまった。	お薬の配置場所の変更し、名称類似品ありと表記し注意喚起した。	レグナイト錠３００ｍｇ	レグテクト錠３３３ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1529	納品後薬品を棚に戻す際に、ネキシウム10ｍｇをネキシウム20ｍｇの棚に戻してしまった。	注意力散漫であった。	薬品を戻す際は薬品・規格の確認を徹底する	ネキシウムカプセル１０ｍｇ	ネキシウムカプセル２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1530	調剤者がメマリーＯＤ１０ｍｇ（正）→５ｍｇ（誤）としてしまった。	外来が混雑していた。	規格をしっかりと確認する。	メマリーＯＤ１０ｍｇ	メマリーＯＤ5ｍｇ		ヒューマンエラー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	オメプラゾール錠20mg処方されているところ、オルメサルタンOD錠20mgをピッキングした。	薬品棚の並びが50音順で、対象の医薬品は棚の上下に置いてあり、名前が似ていたために間違えた。	薬品名や容量の表記を箱から切り取り、分かりやすいように区別する。	オメプラゾール腸溶錠２０ｍｇ「マイラン」	オルメサルタンＯＤ錠２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1532	ベザトールSR錠200mgが後発品変更不可で処方されていたが、後発医薬品のベザフィブラートSR錠200mgで調剤を実施。監査者も気づかずそのまま患者に交付した。	調剤頻度の低い医薬品であるため、調剤棚ではなくBOX内に保管していた。五十音順で配置しており、同医薬品とも同じBOX内に保管していたため、思い込みや知識不足により調剤者が取り違えたものと思われる。	スタッフ全員に再度複数規格や後発医薬品が存在する医薬品に関して周知徹底。棚配置や注意喚起表示の再検討。	ベザトールＳＲ錠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
1533	処方箋にはクレストールと記載があるが、患者希望で2年前からロスバスタチンに変更している。AGの包装類似を見抜けず交付した。業務終了後に在庫確認している際に理論在庫と合わないことに気づいた。近隣医療機関の職員だったので、後日確認して、正しいものへ交換した。	交付した薬剤師が、AGの包装類似を見抜けず交付してしまった。	GEに変更している事を分かるように薬歴、調剤録や処方箋に、記載や印を付けるようにする。	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	クレストール錠２．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1534	一般名：ニフェジピン徐放錠10mg（24時間持続）の処方に対し、事務員がニフェジピンL錠10mgを選択して入力してしまった。	ニフェジピン徐放錠に（12時間持続）と（24時間持続）の2種類あることを理解していなかった。	一般名処方から医薬品を選択する際、細部までよく確認すること、不明点があればすぐに薬剤師に確認するよう周知する。	アダラートＣＲ錠１０ｍｇ	ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1535	【般】オルメサルタン口腔内崩壊錠１０ｍｇで処方。オルメサルタンＯＤ錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」で調剤しないといけないのに間違えてオルメサルタン7ＯＤ錠２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」で調剤してしまった。患者さんが気づいて持参される。	一般名での処方で文字が長いので最初のオルメサルタンを見て２０ｍｇと勘違いしてしまった。	他にも規格が違う薬があるのでまずは他の規格の薬が何種類あるかを確認する。調剤時には処方箋、薬歴も確認する。薬を渡す時には患者さんにも確認して渡す。	オルメサルタンＯＤ錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	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
1536	フロセミド錠10ｍｇが14錠処方されていたが、そのうちの4錠はフロセミド錠20ｍｇだった。ヒート部分が非常に似ており、10ｍｇの棚に20ｍｇの4錠シートが紛れていた可能性あり。そのまま、気づかずに調剤してしまったと思われる	フロセミド錠の規格違いが上下に並んでいるため、錠剤を戻す際に間違えて戻しやすい状況	フロセミド錠10ｍｇと20ｍｇを一番下と一番上に話して配列した	フロセミド錠１０ｍｇ「ＮＰ」	フロセミド錠２０ｍｇ「ＮＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1537	患者が処方箋をもって来局し。処方箋にはバルプロ酸Na細粒40%1日1回夕食後30日分　と記載があった。薬剤師A（職種経験年数３年）は、バルプロ酸Na細粒40%「EMEC」を調整するところ誤って、バルプロ酸Na徐放顆粒「アメル」を調整し監査に回した。 監査した薬剤師B（職種経験年数22年）は、細粒と徐放顆粒の取り間違えに気が付かずに監査を終了。投薬前に薬歴をチェックしていた際に、薬剤師Bが規格の取り違えに気が付き、患者には正しい薬剤を交付した。	バルプロ酸の規格が複数存在しているにも関わらず、確認を怠った。業務終了時間まじかの時間帯であり、患者を待たせていたため、心理的な焦りがあった。	規格が複数存在する薬剤に関しては、そのことを把握したうえで規格に印をつけるなどの防止策を行うことを徹底、周知した。	バルプロ酸ナトリウム細粒４０％「ＥＭＥＣ」	バルプロ酸ナトリウム徐放Ｕ顆粒４０％「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
1538	プレタールＯＤ錠50mgが処方されていた患者にプレタールＯＤ錠100mgを投薬した。	プレタールＯＤが処方され調剤する頻度が高いmgを調剤し、mgの確認を怠ったため発生した。	思い込みで調剤している可能性があることを常に意識し、薬品目と規格を正確に処方せんと突合させる。	プレタールＯＤ錠５０ｍｇ	プレタール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
1539	【正】バルプロ酸ナトリウムＳＲ錠２００ｍｇ「アメル」【誤】バルプロ酸Ｎａ錠２００ｍｇ「フジナガ」	ピッキング時に該当の薬が自主回収になったため欠品していることが判明。自主回収の対策としてメーカー違いの薬を用意していたためその薬に修正したが規格が誤っており、それに鑑査で気付くことができずに交付してしまった。	素錠とは別に徐放錠があるような薬をピックアップし、他規格が存在することを周知し再発防止に努める。前回と同内容の処方であっても、メーカーを切り替えた際の監査時は代替薬比較を行う。監査時の４分割チェックの手技を見直し、規格誤りにいち早く気付けるようにする。複数規格がある薬品に関しては特に注意して投薬前の確認を行う。薬の変更がある際は必ず処方箋を元に問題がないか確認する。	バルプロ酸ナトリウムＳＲ錠２００ｍｇ「アメル」	バルプロ酸Ｎａ錠１００ｍｇ「フジナガ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1540	不眠で受診された82歳の患者が処方箋を持参し、来局。受け付けた薬剤師がルネスタ2ｍｇが処方されている事を確認。高齢者の場合は通常1ｍｇ、症例により2ｍｇを限度とし、観察を行うこととある。患者に処方が始めてである事を確認したため、2ｍｇ処方の疑義照会を行った。その結果、高齢者通常量の1ｍｇに変更された。	成人の1日量2ｍｇで処方されたと考えられた。	小児、高齢者では成人量とは異なることがあるため、常に注意し鑑査することが重要である。また基本を大事にし、限度量以内であっても、違和感を感じたときは疑義を行う必要がある。			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
1541	処方箋には、ロキソプロフェンナトリウムテープ100ｍｇが処方されていましたが、規格違いのロキソプロフェンナトリウムテープ５０ｍｇを調剤した。投薬の際に間違いに気づき、ロキソプロフェンナトリウムテープ100ｍｇに交換して患者さんにお渡しした。	小さい子供のお薬だからと、小さい規格だと確実に処方薬を確認せず、50ｍｇと思い込みで調剤監査をしてしまった。	必ず規格まで確認して調剤する。規格違いのある薬には、目印を付ける。ダブルチェックの徹底。規格違いのある薬の配置を工夫する。	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
1542	プレドニン錠タケダ5mgの処方箋に対して局包品のプレドニゾロン錠で入力しプレドニン錠５ｍｇを代替選択し入力してしまい同様に調剤してしまった。投薬者も気がつかずにそのままお渡ししてしまった。	プレドニン錠タケダ5mgの処方箋に対して局包品のプレドニゾロン錠で入力しプレドニン錠５ｍｇで代替入力をし、同様に調剤してしまった。投薬者も気がつかずにそのままお渡ししてしまった。	代替変更できる医薬品と出来ない医薬品の認識を高める。	プレドニゾロン錠「タケダ」５ｍｇ	プレドニン錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1543	アジレクト0.5ｍｇがずっと処方されていたが、今回1ｍｇに増量になっていた。処方箋入力の時点で、1ｍｇに増量になっていたことに気がつかず、前回同様に入力してしまった。１包化で調剤していたが、調剤監査でも、前回同様と思い込み、1ｍｇ増量になっていたことに気が付かず、そのまま投薬。投薬中も患者から増量の話もなくそのまま渡してしまった。投薬後、処方チェックにより間違いが判明し、すぐに患者へ連絡。服用していたが、特に健康障害もなかった。処方薬回収のうえすぐに１包化つくり直し、お詫びした。	１包化監査、処方入力監査などの手順もあるが、忙しかったため、集中力低下もあったようで、入力ミス、調剤ミスを発見できなかった。	処方入力、調剤、１包化監査などの手順を決めているので、決められた方法の順守。入力、監査者の疲れや焦りなどが感じられた場合は、速やかに他者に代わってもらうか、時間がかかっても急がず落ち着いて業務にあたるようにする。	アジレクト錠０．５ｍｇ	アジレクト錠１ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1544	リセドロン酸Na錠(17.5)「日新」で調剤するべきところをアレンドロン酸錠(35)「F」で調剤。業務終了後に払出日報で消費した医薬品の数量を数えた時にミスが発覚。患者様のご自宅にTEL。起床時の薬であるため、まだ薬は服用していなかったことを確認。自宅に行き、正しい薬をお渡ししてアレンドロン酸錠(35)「F」を回収しました。今回の件について謝罪しました。	ビスホスホネート製剤なので、調剤する数量は週1回、月1回のタイプがある。調剤する錠数は少ない。監査がしっかりとされていなかった。ピッキングの時、思い込みが今回の事態となった。患者様にも薬を見てもらい交付したが、PTPシートが変わったと思っていて、薬自体を薬剤師が間違えるとは想像もしていなかったと回答をされた。	しっかりと処方箋を見て調剤。監査は複数の人でみてもらう。患者様本人にも薬を見てもらい確認する。			リセドロン酸Ｎａ錠１７．５ｍｇ「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1545	エペリゾン錠50mg「トーワ」とエパルレスタット錠50mg「トーワ」の取り違い。調剤者による取り違いを監査者が発見。薬棚を確認したところ、一部入れ違いがあることが判明。ピック、戻し時に入れ違いがあったことが推察される	エペリゾン錠50mg「トーワ」とエパルレスタット錠50mg「トーワ」の外観、用法が類似しており、取り違いが生じたと考えられる。箱パッケージは判別が容易になるため、薬棚で箱から出しているPTPがある場合は注意が必要。	取り違いが発生したことを周知し、薬棚に取り違い注意の注意喚起文を貼付した。	エペリゾン塩酸塩錠５０ｍｇ「トーワ」	エパルレスタット錠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
1546	ガスロン口腔内崩壊錠２ｍｇを１２０お渡しするべきところ、２０錠をOD錠、１００錠をN錠でお渡しした。ピッキングサポートシステムを導入しており、剤型の混在が起きないよう同引出し内でも分けて管理してあった。	複数箱にまたがる調剤を行う際には、すべての箱をピッキングサポートシステムに照合する業務手順となっていた。しかし、その手順を行わず、また同剤型で縦に並べてあったにも関わらず、焦りから違う列に陳列してあったガスロンN錠２ｍｇ１００錠を交付。単独調剤であり、交付時にもPTPシートの酷似があったため、取り間違えに気づかなかった。	複数の箱にまたがる調剤を行う際には、全ての箱に照合をかけることを改めて指導。複数規格・剤型がある薬剤では鑑査時に取り間違いがないか、チェックをつけることを徹底。引出し内の視認性を確保するため、引出し内のしまう薬品数の見直しを行った。	ガスロンＮ・ＯＤ錠２ｍｇ	ガスロンＮ錠２ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1547	患者が処方箋を持参し来局。処方箋にはダルメートカプセル15mg1カプセル1日1回寝る前30日分と記載されていた。ダルメートカプセル15mgを調整するするところ誤ってインヴェガ3mgを調製された。鑑査で気付かずそのまま交付してしまった。10日間服用後、患者が薬を自持参し来局。確認されてもらい取り違えに気付いた。倦怠感や違和感の訴えあり処方医に連絡。残りの20日間はダルメートカプセル15mgを服用とし経過観察とするとのことであった。	鑑査時にシートの柄や色、剤形など類似しているため思い込みにより取り違えに気付かずそのまま交付してしまった。また、患者が来局された時間帯は多忙で焦りもあった。	ダルメートカプセル15mgとインヴェガ錠3mgの薬品棚の配置が、偶然にも斜め上と斜め下に配置されていたため配置を変更しスタッフにも注意喚起した。調製時、鑑査時にも薬剤の再確認を徹底することとした。	ダルメートカプセル１５	インヴェガ錠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
1548	前回メプチン５０処方されていたが今回メプチンミニ２５処方より疑義	コンピュータ入力時に間違いた様子	前回の薬歴を確認して患者様の処方から疑問があれば必ず疑義を行う	メプチンミニ錠２５μｇ	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
1549	薬剤交付後に、「いつもと違う薬が入っていた。」とエチゾラムを持参された。ジェネリック医薬品で投薬していたことが発覚。包装も似ているため、監査投薬の時点でも確認もれ、あるいは気付かなかったと思われる。患者さんにお詫びしデパス錠と交換した。患者様は投薬後すぐに服薬前に気付いて持参来局してくださった。	先発医薬品を希望の方だった。そこは認識はあったのだが、包装が似ていたため見落としがあったのだと思う。似ている包装の医薬品については局内で注意喚起していくべきと思った。	監査時の目視の徹底。	デパス錠０．５ｍｇ	エチゾラム錠０．５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1550	レンドルミンD錠0.25ｍｇが処方される。誤って　レンドルミン錠0.25ｍｇを調剤してしまう。調剤監査システムのエラーが起こり、ミスが発覚した。	いつも出る薬は　レンドルミンの普通錠が多いレンドルミンは隣にDと普通錠が置いてある。	調剤する際、処方箋の薬剤名を読みながら、指差し確認を行う。その後薬の現物を声を出しながら読むようにし手順を一定に行い、ミスがおこらないように取り組む	レンドルミンＤ錠０．２５ｍｇ	レンドルミン錠０．２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1551	ＯＤ錠で調剤するところ、普通錠を混ぜて出してしまった。一度取り出した錠剤を棚に戻すときに間違えていたため、混在していた。	ヒートデザインがよく似ている。	調剤者が輪ゴムでまとめないで交付者に渡すようにした。薬棚の引き出しに「ＯＤ錠で合ってますか」と書いたフタをした。	ロスバスタチンＯＤ錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1552	ボルタレンテープ（先発）希望の患者様にGEであるジクロフェナクNaテープ30mg「ラクール」を交付してしまった。投薬時に患者様への説明を現物を見せながら行ったものの薬剤師・患者本人どちらも気づかず後になって患者様本人から連絡をいただき過誤が発覚。正しい医薬品と交換して謝罪した。	ボルタレンテープとジクロフェナクNaテープ30mg「ラクール」のピクトグラムの絵柄が少し似ていることも過誤発生の要因と考えられるが、一番は確認不足である。	交付の際、患者様にも医薬品名が聞こえるようしっかり読み上げながら双方での確認を行う。	ボルタレンテープ３０ｍｇ	ジクロフェナクＮａテープ３０ｍｇ「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
1553	トフラニール錠10ｍｇの処方が出ていたが、トリプタノール錠10ｍｇで調剤していた。投薬時に患者より、「いつもと変わりましたか？」との指摘で発覚。	普段から名称類似の薬の為、調剤監査時に注意が必要な薬であること周知していた薬だが、その時薬局が込み合っていて慌てていたことが原因の一つである。調剤者と監査する者と２人ともが見過ごしてしまっていた。	薬剤棚を隣接しないように配置することで取り違えないようにする。繁忙時でも監査をしっかりとすることを徹底。定期的な意識づけと注意喚起を実施していく。	トフラニール錠１０ｍｇ	トリプタノール錠１０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1554	アムロジピンの一包化の際に自動分包機の入力を2.5ｍｇと5ｍｇを間違えて入力。監査時にも規格の確認は行っているが、処方の2.5ｍｇを5ｍｇと見間違えて監査。投薬は施設の看護師に説明するが、刻印までは確認せずにお渡し。	調剤時と監査時の２回チェックをスルーしてしまっている。繁忙状態だとしても監査をしっかりと行う。	忙しい状態でも落ち着いて調剤・監査をするようにしていく。	アムロジピン錠５ｍｇ「サワイ」	アムロジピン錠２．５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1555	一般名にて【般】サラゾスルファピリジン錠５００ｍｇの処方を受付。サラゾスルファピリジン腸溶錠５００ｍｇで調剤し投薬。後日他薬局より間違っていないか確認の連絡あり処方箋を改めて確認したところ誤りに気付き患者、処方医へ連絡し正しい薬をお渡し。	サラゾピリン錠は先発も後発も採用無く在庫しているのは腸溶錠だけであった。門前の医療機関ではない処方箋であったことも要因であり入力時に気付くことは出来なかった。投薬時に潰瘍性大腸炎という聞き取りはあったものの腸溶錠でお渡ししてしまった	薬局内へ一般名で注意する薬品リストを掲示。レセコン上においても注意喚起が出るよう設定	サラゾスルファピリジン錠５００ｍｇ「タイヨー」	サラゾスルファピリジン腸溶錠５００ｍｇ「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
1556	【正】ツムラ茯苓飲合半夏厚朴湯エキス顆粒　１２０包【誤】ツムラ茯苓飲合半夏厚朴湯エキス顆粒２４包ツムラ麻子仁丸エキス顆粒９６包	調剤時に２４包はバーコードを読み込んでツムラ茯苓飲合半夏厚朴湯を調剤したが、その横にあったツムラ麻子仁丸をバーコードを読み取らず手に取ってしまい混入が発生しました。その後、最終鑑査・薬剤交付でも気が付かず誤ったものを交付しました。	同じ段あったものを別の段に変更し、隣合わない状態に変更しました。また、同様の状態が１件見受けられたため、仕切りを作り混入の対策としました。最終監査手技のセルフチェックシートを作成し、毎月自己点検を行い、手技の省略や抜けをなくし、正しい手技を定着させる。５月１２日にＰＤＡ運用方法の読み合わせを実施していたが、再度店舗全体で読み合わせを実施しました。			ツムラ茯苓飲合半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1557	バルサルタン40が出ていたところ、テルミサルタン40を調剤した。	テルミサルタンを前の患者さんで調剤した後であったためそのまま取ってしまった。確認不足であった。	薬を入れているケースへ注意の文字を入れる。	バルサルタン錠４０ｍｇ「ファイザー」	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
1558	アルファカルシドールカプセル１マイクログラムの一般名処方で、以前よりアルファカルシドールカプセル１マイクログラム「あすか」を投薬しているが、今回アルファカルシドール錠１マイクログラム「アメル」を渡した。	「あすか」は月間２名に対して「アメル」は月間７０名以上投薬していることから、銘柄の思い込みがあった。「アメル」は同月にカルフィーナ錠から名称変更があり、さらに煩雑となっていた。後発薬の名称の長さから、名称の最後のメーカー名が印刷されないことがある。また、当日代理の方が受け取りに来られたので、現物を確認しながらのお渡しが出来なかった。	薬剤を取りそろえる前に、薬歴確認しピッキングする、印刷物に名称が途切れている場合はピッキングするものが記入する、印刷物の整備をする。	アルファカルシドールカプセル１．０μｇ「あすか」	アルファカルシドール錠１．０μｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1559	キプレスチュアブル錠をお渡しする所、キプレス錠でお渡し。	デザイン類似で近くに並べていた。離れた場所に配置を変える。	配置をかえて、キプレス錠は調剤棚　チュアブル錠は引き出しに配置を変更。	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
1560	一般名処方である「トラマドール・アセトアミノフェン配合錠」に対しトラマドール製剤である「トラマールOD錠25mg」を思い込みで調剤してしまった。薬歴記入時に間違えに気づき、直ちに患者に連絡。服薬しないように電話連絡し、謝罪の上、交換することになった。	薬剤師に有りがちな思い込み調剤の事例かと思う。	その後薬剤師間で再確認を行った。	トアラセット配合錠「杏林」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1561	リパクレオンカプセル１５０ｍｇを監査した際に数量を間違えた。普段は監査した薬剤師が投薬するが、別の薬剤師が投薬することになり、再度薬剤を確認した際に数量の間違いが発覚した。患者さんへ投薬する前だったので影響はなかった。	監査した薬剤師は１ヒート１２錠包装ということを認識不足で、１０錠包装と思い込み監査してしまった。忙しかった時間帯と焦りがあったと思います。	リパクレオンカプセル１５０ｍｇの在庫棚に「１ヒート１２錠包装」と張り紙をした。ピッキングした者は監査者に「１ヒート１２錠」と声掛けをすることにし、再び同じことが起こらない様にスタッフ全員で確認しました。			リパクレオンカプセル１５０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1562	病院から近くにクリニックに転院し、今回が初めての処方。サラゾスルファピリジン「腸溶錠」で調剤。投薬後、次の日患者さんから「薬情に効果がリウマチとなっている、名前は同じだが今まで潰瘍性大腸炎で飲んでいた」と電話があり発覚。	サラゾスルファピリジンには「錠」と「腸溶錠」があることを知らなかった、知識不足。	先発にサラゾピリンとアザルフィジンＥＮがあることを再確認。もし分からなくても、一般名処方を一字一句確認する。患者さんに聞き取りを行い、薬情も間違っていないから確認をする。	サラゾスルファピリジン錠５００ｍｇ「ＪＧ」	サラゾスルファピリジン腸溶錠５００ｍｇ「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
1563	従来よりトラゼンタ服用中の患者今回新たにジャヌビアが追加となった。同じ作用機序のため疑義したところジャディアンスの間違いであった。	混雑時、７種以上の調剤。新たに追加となっていたのは二枚目の処方箋でシタグリプチンリン酸塩水和物と一般名での記載、処方箋を受け取った時点では気づかず、ジャヌビアをピックした時点で同じ作用機序であることにきづいた。	商品名　成分名　作用機序を理解することに努める。商品の棚に商品名とともに成分名も記載しすることとした。	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
	シタグリプチンがジャヌビア、又はグラクティブであることに瞬時に気付かず、またトラゼンタがリナグリプチンであることにも気付かなかった。特に糖尿病薬は同じ作用機序の薬を重複させることはないため成分名（一般名）の理解も必要。						

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1564	定期的に受診されている患者で、一包化の￥を行いやくざいを交付しており今回も普段通りに一包化をしていたところ、自動分包機のワルファリンカリウム１ｍｇのカセットが切れてしまったためアラームが鳴った。バタバタしている時間帯で、ぱっと見でワルファリンの２ｍｇをヒートでとってカセットに充填。そのまま継続して分包を行いそのまま投薬をしてしまった。あとで１ｍｇ錠のカセットに２ｍｇ錠が混入していることがわかりその日のうちに患者に連絡してまだ服用はしてなかったので取り換えにいって何事もなかった。	ワルファリン１ｍｇと２ｍｇのカセットが並んでおり、中身も外からは見えづらいので入れてしまって錠剤のサイズが同じであればわからない。ワルファリンはｍｇ数で大きさは変わらず色で判断するようになっているので、監査時に気づくはずだが、忙しい中でのことだったため監査もそぞろだったのだと思う。	ワルファリンのカセット位置を離して配置するようにしようと考えてます。また忙しい中での監査は可能な限りダブルチェックを行う。カセットへの補充も複数人で行う様に徹底する。ワルファリンの用量違いは大きな事故に繋がりかねないので今後二度とないように十分注意したいところです。	ワルファリンカリウム錠１ｍｇ「ＨＤ」	ワルファリンカリウム錠２ｍｇ「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
1565	ルネスタ3mｇでの処方を間違って2mｇで調剤したことに気付かずにお渡し。ご本人は当該薬をあまり服用されておらず、飲んでいなかった分の薬がいつもの包装や規格と異なっていることに気付いて薬局に来局。お薬が薬袋に入った状態での持参だったため、ミスに気付いた。	混雑時には調剤者、監査者ともに焦りやすく、薬剤の確認が双方おろそかになったと思われる。投薬時の確認も精神的な焦りや思い込みで不十分だった可能性があり、今回のミスにつながった。	ルネスタ錠については、それぞれ包装シートの色味もことなるので、監査を徹底するとともに調剤棚のなかのスペースについても場所を離すなどの工夫をする。	ルネスタ錠３ｍｇ	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1566	アレジオン錠20ｍｇを140錠お渡ししなければならないところ、誤ってアレジオン錠20mgを40錠とアレジオン錠10ｍｇを100錠(アルミピローのまま)でお渡ししてまった。患者さまより「アレジオンがいつもより小さい錠剤に変わっている。問題ないか確認して欲しい」と電話があった。実在庫と理論在庫を確認したところ10ｍｇと20ｍｇで100錠の差異があり、判明した。	・アレジオン錠20ｍｇは処方量が多いため、棚のカセットに入れていた。10ｍｇは引き出しに在庫していた。　調剤時は20ｍｇのカセットに10ｍｇが混ざっていた。外装が類似していた為、調剤時・鑑査時ともに気が付かなかった。・一緒に処方されていた医薬品の欠品対応もあった為、確認が疎かになった。	・アレジオン錠20ｍｇのカセットに注意喚起札を施す。・１つの医薬品を100錠以上調剤する場合はポリムスで端数のバーコードだけでなく、箱やアルミピローのバーコードも読み込む。・医薬品を調剤棚に充填する際は、規格・剤型・メーカーの確認を徹底するように周知する。	アレジオン錠２０	アレジオン錠１０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1567	7.13に処方箋がバルプロ酸ナトリウム錠200mg「アメル」が処方されていた時に前回と変わったか聞くと変わらないとの返事で前回が間違えてSRで渡していたことに気づく。先生と患者さんにいきさつを説明し謝る	今まで片頭痛予防で徐放錠が多く処方されていたため思い込みで調剤してしまった規格確認は徹底してやらないといけないと反省した	薬に注意喚起の札を作り貼り付けた	バルプロ酸ナトリウム錠２００ｍｇ「アメル」	バルプロ酸ナトリウム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
1568	バルサルタンとテルミサルタンの名称類似による、単純なミスをしてしまった。	一人薬剤師の為、自分でピッキングして、自分で鑑査していたため。	患者様に渡す前に、必ず事務員の方にも鑑査してもらうようにする。	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
1569	ドボベット軟膏が処方されていたが、ドボネックス軟膏で調剤・監査して施設患者さんに渡してしまった。施設に薬をお届けしたその日に施設の看護師より間違った薬が入っていると連絡が入った。その日に正しい薬と交換した。	今までドボベット軟膏は薬局に在庫していなかった事と、薬局でよく処方されているドボネックス軟膏だという思い込みにより調剤と監査がスルーされたと考えられる。ドボベット軟膏を知らなかったので、薬剤師の知識も足らなかった。	今回のインシデントは薬歴のコメントに記載することにした。また、薬局内でドボネット軟膏とドボネックス軟膏の調剤・監査間違いがあったこと事を情報共有した。	ドボベット軟膏	ドボネックス軟膏５０μｇ／ｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1570	ミルタザピン15ｍｇ「杏林」と処方箋できているため、ミルタザピン15ｍｇ「明治」で出さないといけないところをミルナシプラン15ｍｇ「アメル」で投薬してしまった。	そんなにいそがしいわけでもく、そのために他の雑務（棚卸し的な薬の伝票チェック）を行っていながらの調剤だった。ミルナシプランは今まで使っていなかったがＤｒが新しくなり動き出したばかりだった。以前採用品目にあったときから嫌だと思っていたが、最初の2文字が一緒だし、15ｍｇも一緒で間違えた。ついこの間仕入れて2回目を出して、あぁ、あってよかったと思っていたのが余計に間違える元となってしまった。	名前のところに丸をつけて確認する。基本的にはミルタザピン15ｍｇが多いので、ミルナシプラン15ｍｇを持つときに細心のの注意を払うように気をつける。	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
1571	テオフィリン徐放錠の用法用量の間違い	テオフィリン徐放錠と徐放U錠の違いを知らず、2錠　分2　朝食後就寝前でお渡ししていた。患者本人に影響はなかったため今後も徐放U錠で調剤するよう門前Drから指示があった。	思い込みで調剤せず用法用量をきちんと見直す。			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
1572	カロナール112錠処方のところ12錠はアルミ包装から取り出し調剤。残り100錠はアルミのまま調剤するところ近くにあったマグミット330ｍｇの100錠アルミ包装をカロナール12錠+マグミット330ｍｇ　アルミ包装100錠で調剤してしまう。	アルミ包装やビニール包装は類似品も多く、確認はいつもより重要である。薬局内の薬品のうちいくつかはアルミ包装のまま調剤するべきものもあるが、必ず中身を確認して調剤する。	湿気の心配ないものはアルミ包装から取り出して調剤することを徹底。	カロナール錠２００	マグミット錠３３０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1573	ミグリトール75ｍｇ「トーワ」の薬品棚にシートデザインが酷似しているアムロジピン５ｍｇ「トーワ」が間違えて直されており、ピッキング時に発覚。患者様に交付されることはなかった	シートが酷似しているため、包装のみを見て薬品名を確認せずに棚に戻した様子	ピッキングし間違えた薬を薬品棚にもどすときは必ず2人以上でダブルチェックを行い棚に戻すよう徹底する。	ミグリトール錠７５ｍｇ「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
1574	6/18アルファロール0.25μｇが処方になっていたところ誤ってアルファロールカプセル1.0μｇを渡してしまいました。7/14　他の患者さんの調剤中にアルファロールカプセルの在庫数が合わないことからこの患者さんへの渡し間違いが発覚。 すぐ患者さんに電話をしご自宅まで薬を取り換えに伺う手配をすると同時に主治医の先生にも連絡し、ミスの報告と今後の対応について相談をした。 主治医からは腎機能を考慮して常用量より減らした量を処方しているので数日間間違えた量を飲んだことは特に問題ないので、薬を差し替えれた時点から処方通りの量に戻して飲んでくれたらいいとの返事だった為、その事を患者さんに説明後、渡し間違えた事を謝罪しお薬を差し替えさせてもらった。患者さんは飲む際に薬の色が違う事は気付かれたようだが、間違えてジェネリックが入っているのだと思い最初の数日だけ服用しその後は服用されていなかったようで４２カプセルお渡ししていたうち３８カプセル回収できた。（他にもアレンドロン酸、ビビアント錠など骨の薬を服用中）	患者さんの希望により薬袋を小分けせずまとめて入れる方なので薬品名を確認しながら入れるという作業がなかった分余計間違った薬剤が調剤されていることに気づけなかった。又、この日は他の薬剤で在庫不足の物があり、他店舗に取りに行ったり手配するのにバタバタしていた事で余計注意力が散漫になってしまった。	複数の規格がある薬剤に関しては在庫の場所を離す等調剤ミスをしない工夫をしていますが、今後は従業員同士声を掛け合う等して同じミスを繰り返さないよう努力していきたいと思います。 先発品と後発品の取り違えには注意していたつもりですが今回は先発品同士の規格間違いというミスを犯してしまいました。今後このような事がないよう規格まできちんとチェックするように気を付けていきたいと思います。	アルファロールカプセル０．２５μｇ	アルファロールカプセル１μｇ		ヒューマンエラー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	イソバイドシロップ30ｍｌのところ20ｍｌでお渡しした	思い込みで7監査してしまった	確認を怠らない	イソバイドシロップ７０％分包３０ｍＬ	イソバイドシロップ７０％分包２０ｍＬ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1576	7/13に患者さまよりＴＥＬあり。昨日飲もうとしたらいつもと色が違うと気づかれ服用せずに連絡を頂いた。幸い1錠も服用せずに交換させていただく事ができた。ランソプラゾールＯＤ30ｍｇのところをＯＤ15ｍｇをお渡ししていた。	ピック、監査、投薬の全ての過程で判断を誤っており、注意力が散漫していたと思われる。	30ｍｇの方は処方が稀なのでその患者さまの薬歴にだれが見ても分かるよう引継ぎ事項として記入し注意をうながす。	ランソプラゾールＯＤ錠３０ｍｇ「トーワ」	ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1577	一般名処方酸化マグネシウム２５０をマグミット錠330mgで取り間違え交付。処方せんを見直したところ、２５０ｍｇだったことに気付き、マグミット錠250mgの在庫を確認したところ、在庫数に変わりがなかったため、直ちに患者に連絡の上変更し渡した。	マグミット錠330mgの処方頻度が多く、慣れもあり処方を見落とした結果の誤投薬。	処方ピックアップ後の見直し、交付時の再確認の徹底。	マグミット錠250mg	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
1578	トアラセット配合錠のカセットに先発のトラムセット配合錠が２錠入っていたため、調剤時に２種類が混ざっていた。ダブルチェックで先発医薬品が入っていることに気づいたため、患者さんに渡らずに済んだ。	名称や外観が類似している為、間違って戻したと考えられる。	薬局内で注意を呼び掛ける。カセットの見えるところに類似注意の札を貼る。カセットや在庫数をこまめにチェックする。	トアラセット配合錠「サワイ」	トラムセット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1579	ベタニス錠25ｍｇが処方されていたが50ｍｇで調剤した。気が付いて患者が服用前に回収し、正規の薬を調剤した。	当薬局で25ｍｇがあまり処方されていないためいつも処方されている50ｍｇでお渡ししてしまった。	処方せんに印をつけ、よく見てから調剤するように心がける。	ベタニス錠２５ｍｇ	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
1580	エチゾラム「ＳＷ」が処方されている患者様に「武田テバ」のものをお渡ししてしまった。	「ＳＷ」があまり使用していなかったため、普段よく出る「武田テバ」で調剤してしまった。	類似医薬品がある時は処方せんに印をつける。	エチゾラム錠０．５ｍｇ「ＳＷ」	エチゾラム錠０．５ｍｇ「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1581	入院先の病棟薬剤師より連絡あり。８０歳４９．４Ｋｇ、腎機能問題なしで、持参薬でエリキュース５ｍｇが処方されている。処方医に疑義照会しているか？退院薬を処方するにあたり、確認お願いしたい。→かかりつけ医に確認。エリキュース５ｍｇのままでとの事で、病棟薬剤師に連絡した。	８０歳になった後、患者の体重確認を怠っていた。最近患者は体調悪く、代理に方が薬をもらいに来ていた。１年前に５５Ｋｇと確認しており、その時投薬した薬剤師が、「あと１年」と気付いていた可能性あり。	電薬システム上のチェックは不可能。頭書き画面利用して、他薬剤師と気を付けるべき点を共有する。			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
1582	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはスピロノラクトン「日医工」と記載されていた。事務員のピッキングしたものは「トーワ」の製品で入力は「日医工」だったことに投薬者が気が付かずそのまま投薬した。	ジェネリックのメーカーの確認を怠ったこと。	処方箋入力の際に薬の在庫を確認すること。投薬時の監査を怠らないこと。	スピロノラクトン錠２５ｍｇ「日医工」	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
1583	患者が他院で処方されていたジヒドロコデインを当該診療所が処方箋を交付。薬局に処方箋が持ち込まれた際に発覚。麻薬番号の記載もあったが、通常用量と異なるため疑義紹介にて薬剤変更となる。	当該診療所が普段使用しない薬剤であったこと、一般名処方におけるマスタで頭文字が類似であったため間違えて選択された。	類似マスタ・規格がある医薬品は印をつける。特に散剤は複数規格あることが多いので注意が必要。	ジヒドロコデインリン酸塩「タケダ」原末	ジヒドロコデインリン酸塩散１％「タケダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1584	アローゼン顆粒　１ｇ　９０包に対して、０．５ｇ　１８０包での投薬	入力の際に、０．５ｇ包を選んでしまい、そのまま、ピッキング、投薬と進んでしまった	同じ商品でも、規格、ｇ包が異なるので、他規格のある場合は確認を怠らないようにすること	アローゼン	アローゼン		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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1585	エバスチンが処方されていたのだが、エピナスチンを出してしまった。	普段、エピナスチンが多く処方されることに加え、慌ただしかったため取り違えてしまった。	薬物の名称、規格、用法用量は、患者さんが多く慌ただしい状況下でも丁寧に確認する事を心がける。	エピナスチン塩酸塩錠２０ｍｇ「ファイザー」	エバスチン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
1586	ジャディアンス１０ｍｇのところ間違って２５ｍｇをお渡し患者様より服用前に気づきTELにて連絡とりかえに行きました	規格違いの薬剤が隣りに在庫している	繁忙時でも落ち着いて調剤監査、規格違いの物がある薬品は特に慎重に確認する。	ジャディアンス錠１０ｍｇ	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
1587	エディロール0.5の所0.75でお渡し。翌朝の在庫チェックでミスが判明し、謝罪の上交換した。	0.75の方がよく処方される事。0.5と0.75が注意深く見ないと似ている事。	思い込まず規格もきちんと確認する。薬情の写真と照らし合わせる。	エディロールカプセル０．５μｇ	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
1588	バルプロ酸ナトリウム細粒40%のところバルプロ酸ナトリウム徐放顆粒40%で調剤を行った。鑑査にて過誤が発覚。投与前に気付き調剤をやり直した。	当事者がバルプロ酸ナトリウムの散剤に細粒と顆粒の2種類在庫があることを認識していなかった。	散剤の調剤では規格を二度確認する。当薬局の散剤の在庫の把握を徹底する。			バルプロ酸ナトリウム細粒４０％「ＥＭＥＣ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1589	フェルビナクパップ（70）処方のところをケトプロフェンパップ（30）で調剤してしまう。監査時発覚。	パップ剤同士で汎用品と取り間違える	処方内容をきっちり見るように注意喚起	フェルビナクパップ７０ｍｇ「ユートク」	ケトプロフェンパップ３０ｍｇ「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
1590	１包化調剤でアムロジピンOD(2.5)のところアムロジピンOD(5)で調剤し交付する。１２後、１包化の機械を立ち上げて、再度確認したところ間違いに気付き連絡する。幸いにも、退院時の残があったので、それから服薬していて、まだ交付した薬は服薬していなかったとのこと。	その日は、薬剤師の人数が足りずに、１人調剤・投薬であったことが原因。	１人薬剤師は、色々な状況で起こってしまうことだが、もし、その時は、流れの中で仕事せず、間をおいてから次の作業をするよう心掛ける。	アムロジピンＯＤ錠２．５ｍｇ「ＹＤ」	アムロジピンＯＤ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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1591	施設往診後の処方箋で　今回はテルビナフィン外用液の処方だったが、通常よく出るクリームを誤って調剤	一般名記載のため　読み間違った。通常よく使用されるクリームと勘違いする。監査時、発覚。	剤型変更を注意喚起する	テルビナフィン塩酸塩外用液１％「イワキ」	テルビナフィン塩酸塩クリーム１％「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1592	ノボラピッド注フレックスタッチ３００単位が処方されていたが、ノボラピッド注フレックスペンを患者に渡してしまった。	忙しい時間帯ということもあり、確認をおろそかにしてしまった。発注時に気づいた為すぐに交換することができ、患者様には迷惑を最小限に留めることができた。	冷蔵庫の中に間違って取らないようにそれぞれ離して置くようにする。又処方せんに鉛筆で丸印などつけることにより監査時、服薬時にチェック体制を万全にする必要がある。	ノボラピッド注フレックスタッチ	ノボラピッド注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1593	調剤者（薬剤師）がリピトール１０ｍｇを間違って５ｍｇでピッキングした監査者（薬剤師）が正しいものにピッキングしなおした上で投薬した	ピッキングをする際によく規格を確認してからピッキングするよう促した	ピッキングをする際によく規格を確認してからピッキングするよう促した	リピトール錠１０ｍｇ	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
1594	調剤者（薬剤師）がエリキュース錠５ｍｇが処方されていたが間違えて２．５ｍｇ錠をピッキングした監査者（薬剤師）が間違いを発見し正しいものにピッキングしなおした上で投薬した	本人に確認したところ思い込みでピッキングしていたとの事　調剤前に規格を確認してからピッキングするよう促した	調剤前に規格を確認してからピッキングするよう促した	エリキュース錠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
1595	アムロジピン2.5ｍｇ処方のところアムロジピン５ｍｇをお渡し。その後患者様より電話あり。交換となった。	調剤、監査の慣れにより発現した事案である。	基本的な業務なのでしっかりと調剤、監査を行う。監査時には眼だけではなく小さな声でもいいので読み上げることによりミスを減らすことができると考えられる。	アムロジピン錠２．５ｍｇ「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1596	思い込みでクラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒をツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒でピッキングし、思い込んだまま患者様に処方してしまった。次の日に気づき患者様に連絡。まだ服用されていなかったため、正しいクラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒をお渡しした。	当事者の注意不足。ダブルチェック不足。	用法をしっかり確認しピッキングに臨む。ダブルチェックをしっかり行う。	クラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒	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
1597	患者Aに(般)クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05％が処方された。薬剤師が監査をおこなったところ、(般)クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05％が調剤されていることに気が付かず、そのまま投薬した。その後、入力間違いと薬剤の渡し間違いに気付き、患者Aに連絡を取り薬剤を交換した。	繁忙な時間であり、普段受けることの少ない医療機関からの処方だった。外用ステロイド剤の一般名処方に慣れていない薬剤師が、一般名の最初の数文字と％のみで薬を確認し、レセコンへの処方入力の際に薬剤を間違えて選択したため、間違いに気が付かずそのまま渡してしまった。	一般名と先発品名のリストを作り、調剤室に掲示して、誰もがすぐ確認できるようにしました。また、監査時、投薬時には薬剤本体に書いてある成分名をきちんと確認することを徹底しました。	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
1598	一般名処方で来ており、セフジトレンピボキシル<メイアクト>をセフポドキシム<バナン>と読みまち違う。分包印字で気づいて調剤しなおす	セフェム系抗生物質は、一般名になるとよく似ているので、頻繁に出る薬剤と勘違いしやすい。	薬品棚に　一般名→薬品を記載して　注意喚起。調剤時、お互い声掛けしあう。	メイアクトＭＳ小児用細粒１０％	バナンドライシロップ５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1599	【正】ビソプロロール０．６２５ｍｇ【誤】４２錠のうち２錠を２．５ｍｇを交付	錠剤の箱に違う規格の薬が混ざった可能性があります。	端数分についても手技通り処方箋・指導箋と照らし合わせて確認をきちんと行います。規格がたくさんある薬品は仕切り版で仕切りを作り、混同しづらい環境を整備します。調剤時・充填時のＰＤＡの使用を徹底します。	ビソプロロールフマル酸塩錠０．６２５ｍｇ「日医工」	ビソプロロールフマル酸塩錠２．５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1600	高齢者でいつも粉砕指示のある処方に、デパケンＲ１００ｍｇが追加されたため粉砕不可と判断し、バルプロ散徐放顆粒４０％への変更提案を行った。	手書き処方箋の時は普通錠と徐放錠の判断がつきにくいことがあるので注意しなければならない。	粉砕指示の処方箋の時には普段以上に処方箋の監査が大切になるので、粉砕可か不可を判断できるようにする。また、処方変更の際には代替品の提案をする。			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
1601	カセッター内に先発のネオドパストンではなく、後発のドパコールが１シート混入。調剤時、気づかず、ピッキング後、患者さんにお渡ししてしまった。	薬のカセッター内への戻しは、Ｗチェックを行っておらず、商品名を確認せず、先入観で戻してしまったことが要因と思われる。	カセッター内に戻す薬は、一時保管箱を設置し、外来が落ち着いた際に薬剤師2人でダブルチェックを行った後、戻すようルールを変更。			ネオドパストン配合錠Ｌ１００	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1602	トラマールOD25ｍｇ１回１錠から50ｍｇ1回1錠へ増量。患者の理解不足により50mg1回2錠の服用となってしまった。	患者、薬剤師との相互確認不足。	患者が理解しているか、確認すること。わかりやすい言葉を使って説明する。			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
1603	ランデル40で処方されていたがランデル20を渡してしまった1回飲んだ時点で患者さんが気が付かれて来局	煩雑な時間帯ではあったが確認不足です	指さし確認　声出し確認を徹底する	ランデル錠４０	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
1604	一般名処方で処方されており後発希望であったが、先発品であるザイザルシロップを取り違えて調剤していた。調剤中に横を通った他の薬剤師が確認したところ取り違えであることが発覚し正しく調剤し直した。	ザイザルシロップの後発品が発売されており、当薬局採用品である沢井製薬の後発品包装の容器がザイザルシロップと類似していたため起こった事情であると考えられる。容器で思い込み薬品名確認不足もあったと考えられる。	新規採用薬は全体に周知を徹底するとともに、薬品名を必ず指差し声出しすることで確認するように呼び掛けた。また、今回事例に関しては置き場所を離した上で一方をビニール袋に入れて管理することにより目視で区別しやすいようにした。	レボセチリジン塩酸塩シロップ０．０５％「サワイ」	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
1605	クラシエ抑肝散加陳皮半夏を60包調剤すべきところ、32包で調剤。	ツムラと１包あたりの量が異なる事、１袋あたりの包数を勘違いしていたこと。	表示など。また、クラシエとツムラの用法用量が異なることを、スタッフ全員で定期的に確認すること。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1606	ツムラ桔梗湯が処方されていたが、間違えてツムラ芍薬甘草湯を出してしまった。	注意力散漫と思い込みで、処方箋をよく見ず、ツムラ芍薬甘草湯を出ししてしまった。	注意力散漫と思い込みに左右されず、処方箋はよく見て、よく読むことを常に心掛ける	ツムラ桔梗湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1607	薬品名を見てシートを思い浮かべ、違う薬をピックアップしてしまった。投薬者もシートが同じ色で見逃してしまった。他に患者さんと話すことがあったため注意が逸れたこともかさなったと考えられる。	薬剤師の人数が少ない時だったのでピックアップと監査がおなじ人だった。	あってはならない間違いなので、再発防止を徹底する。	ニューロタン錠２５	ユリノーム錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1608	オキシコドン徐放錠(乱用防止製剤)を通常のオキシコドン徐放錠「第一三共」でお渡ししてしまった。	一般名処方でのオキシコドン徐放錠(乱用防止製剤)の記載に対する薬剤選択の注意喚起が足りなかった。	オキシコドン徐放錠、オキシコドン徐放錠NX、TRの違い、NX、TRの特性を店舗で周知し再認識。また一般名処方での医薬品の記載のされ方の周知、それに対する適切な医薬品選択の徹底。	オキシコドン徐放錠NX5ｍｇ オキシコドン徐放錠NX10ｍｇ オキシコドン徐放錠NX40ｍｇ	オキシコドン徐放錠5ｍｇ オキシコドン徐放錠10ｍｇ オキシコドン徐放錠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
1609	【般】オキシコドン徐放錠５mg(乱用防止製剤)を乱用防止製剤でない(オキシコドン徐放錠NX等でない）通常のオキシコドン徐放錠５ｍｇ「第一三共」でお渡ししてしまった	一般名処方でのオキシコドン徐放錠(乱用防止製剤)の記載のされ方の注意喚起が出来ていなかった。	オキシコドン徐放錠、オキシコドン徐放錠NX、TRの違い、NX、TRの特性を店舗で周知し再認識。また一般名処方での医薬品の記載のされ方の周知、それに対する適切な医薬品選択の徹底。	オキシコドン徐放錠NX5ｍｇ	オキシコドン徐放錠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
1610	調剤者が、デパス（0.25）3錠分3のところをデパス（0.5）3錠分3で調剤した。最終監査者が間違いに気づく訂正した。	通常、デパス（0.5）が多く処方される薬局なので、思い込みで調剤をしてしまった。必ず数規格があることを確認してから調剤に取り組む。	薬歴やレセコンで処方入力中に規格違いにマーカーで線を書き注意するように心がける。	デパス錠０．２５ｍｇ	デパス錠０．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1611	病院から入院患者が持参した薬についての問い合わせがあった、ジャディアンスをジャヌビアで間違えて投与していないか。在庫の確認を行ったところジャディアンス２５が過剰在庫になっていてジャヌビア２５を間違えて投与していることが判明。すでに３か月経っていてほとんど服用してしまっていた	長くDO処方であったため薬袋は不要という患者であった。今回も薬が変わっていることには気が付いていたがジェネリックになったと思って飲んでいたそうです。信頼していたし似たような名前だったからと言っていた	患者さんにはよく説明して薬情を付けてお渡しする。監査の時のヒヤリハットの予防にも写真付きの薬情は役立つはずまた、入力のミスにも気付けると思うまた監査時は一層集中して行うこと徹底する	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
1612	【般】ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏が処方されていたが、【般】ベタメタゾンジプロピオン酸エステル軟膏を誤って選んでしまった。調剤者が調剤前確認をし、入力内容を確認する段階で誤って入力されたことに気がつき、訂正を行った。	一般名が類似しており、ベタメタゾンが同じだったため、ジプロピオン酸のほうを選んでしまったとのことだった。	ステロイド外用剤の一般名は長く、かつ同じような名前であることが多い。しかし、%が異なる場合も多いので、選んだ薬品名だけではなく、%の数字も確認をするようにした。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」	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
1613	患者さんが処方箋を持参した。処方箋にはニカルジピン（20）と記載してあったがニフェジピンCR(20)「トーワ」をピックしてしまった。そのまま監査にした時にも患者さんとの会話に集中してしまい気付かなかった。 １週間後、患者さんよりTelがあった。明日からのお薬をセットしようと思い薬袋を開けて違うことに気が付いた。すぐにニカルジピン（20）「トーワ」を持参して交換しました。	ニカルジピン（20）「トーワ」とニフェジピンCR（20）「トーワ」と名称が似ていて　更にmg数　メーカー名が同じだったため見逃してしまった。	調剤する者は監査前にしっかり再確認を徹底するようにした。監査時はしっかり監査のみに集中をするようにした。	ニカルジピン塩酸塩錠２０ｍｇ「トーワ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1614	ムコゾーム点眼液が処方されていたが、ムコファジン点眼液を渡してしまった。薬歴入力時に気づいて、電話をして取替に行った。使用前だった。	「ムコ」で始まる薬剤が2剤あるという認識不足。一般名の知識不足。同じ薬剤師がピッキング、鑑査、跳躍をしてしまった。投薬時、患者との確認を怠った。	商品名、一般名、保管場所の確認。商品名と一般名の一致を再確認し、常に統一した行動を行う。2人以上で再確認、意識的に声をかける。患者と再確認する。	ムコゾーム点眼液０．５％	ムコファジン点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1615	施設の定期処方分、粉砕をしてお渡しをする薬であり粉砕を行う際に別薬剤であることに気付き、粉砕前に対応できた	ハンディ端末で調剤を行っているがたまたま今回ハンディをせずに通り過ぎてしまった。粉砕してしまえば判別が困難になるため、危険な事例であった。	時間が無い時でも必ずハンディ端末を活用し、照合作業を終えたもののみを粉砕実施するなど、徹底する	クアゼパム錠１５ｍｇ「ＹＤ」	クロチアゼパム錠５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1616	男性　78歳　抗凝固薬、抗血小板薬、β2遮断薬、インスリン製剤使用中今回採血の結果HbA1Cが9.6%→10．0%に上昇したため、インスリン製剤の単位数の増量とピオグリタゾン錠30ｍｇを新規で追加となった。	患者背景として、高齢、心血管イベントの既往あり、インスリン製剤の使用がある。ピオグリタゾンの添付文書上の用法・用量は問題ないが、患者背景、既往歴からピオグリタゾンの開始量を再度確認する必要があった。	注意が必要な薬剤、過誤が起こりやすい事例を薬局内で共有する。処方変更、新規で薬剤が追加になった場合は服薬指導前に再度処方内容を確認する。			ピオグリタゾン錠３０ｍｇ「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
	添付文書の用法用量は問題ないが慎重、注意の記載で・心不全発症の恐れのある心筋梗塞（循環血漿量増加による心不全発症の恐れ）・インスリン製剤併用時は1日1回15ｍｇから投与開始が望ましい（浮腫が多く報告）・高齢者は1日1回15ｍｇから投与開始が望ましい以上のことから処方医に疑義照会を行い、ピオグリタゾン30ｍｇ→15ｍｇに処方変更となった。						
1617	漢方調剤時、別の漢方が混ざっていた。	調剤時、棚に同色だが別種の漢方が混在して置かれていた。	医薬品棚入時のダブルチェックの徹底	ツムラ三黄瀉心湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ酸棗仁湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1618	エリスロシン錠１００ｍｇ４錠分２をエリスロマイシン錠２００ｍｇ「サワイ」２錠分２へ後発品変更調剤したが、成分が異なるため変更調剤はできないものであった。 エリスロシン錠の成分はエリスロマイシンステアリン酸塩であるのに対し、エリスロマイシン錠「サワイ」の成分はエリスロマイシンの腸溶錠であり、成分と製剤工夫もことなるものであった。	製品名から後発品だと思い込んで変更調剤してしまったことが要因である。	後発品変更の際は、基本的なことであるが、成分および製剤工夫の違いなども含めてチェックする必要がある。	エリスロシン錠１００ｍｇ	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
1619	患者が処方せんをもって来局した。処方せんにはセフジトレンピボキシル100MG錠「OK」1日3錠分3朝昼夕食後28日分と記載されていた薬剤師A（職種経験年齢12年）はセフジトレンピボキシル100MG錠「OK}を調製するところ誤ってセフカペンピボキシル100Mg錠「ファイザー」を調製し監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが　処方薬セフジトレンピボキシル100MG錠「OK」ではなくセフカペンピボキシル100MG錠「ファイザー」が調製されていることに気づき　調製した薬剤師Aに間違いを伝えた。 薬剤師Aはセフジトレンピボキシル100MG錠「OK}を正しく調製し再度薬剤師Bが監査した。監査で誤りに気付いたため　患者には正しい薬を交付した。	セフジトレンピボキシル100MG錠「OK」とセフカペンピボキシル錠100MG錠「ファイザー」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。	薬局手順を見直し　調剤者がピッキングした後　監査に回す前に薬剤の再確認を徹底することにした。調剤棚に名称類似注意の紙を貼り　取違い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「ＯＫ」	セフカペンピボキシル塩酸塩錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1620	午後の3時に患者様来局。ツムラ18(桂枝加朮附湯)の処方、調剤者がバーコード付きの計りで秤量し伝票を発行(本店は漢方を分包してお渡ししている)、薬剤師が伝票を確認し監査、患者様にお薬を交付した。	桂枝加朮附湯と桂枝加苓薬湯で最初の名前が似ており、その時間薬局も非常に忙しかったこともあり間違いが生じた。	手順を見直し、調剤、監査の際も指差し声出し確認の徹底を行う。処方箋がたまり監査台にものが散乱し集中を欠く時もあるので周りの整頓の徹底を行う。	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝加苓薬湯エキス顆粒（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
	その後別の薬剤師が処方箋の再監査を行い伝票を確認した際、ツムラ18をツムラ60(桂枝加苓薬湯)で誤って秤量していたことがわかり調剤過誤が発覚した。幸いにも患者様は誤った処方を服用しておらず、すぐに本剤を交換させていただいた。						
1621	某病院の処方箋にて「ノボラピッド注フレックスタッチ（300単位3mL）2本」とい記載の下段に「ノボラピッドバイアル」と入力されており、てっきり「ノボラピッド注ペンフィル（300単位）」の事だと思い入力・調剤した。しかし患者本人の申し出により「ノボラピッド注（100単位/mL）」が正しい事が判明。	コロナの影響もあって初来局の患者。「ノボラピッド注（100単位/mL）」も「ノボラピッド注ペンフィル（300単位）」も薬局に在庫がなく事前に実物での確認ができなかったせいもあるが、そもそも（300単位3mL）という部分から「ノボラピッド注ペンフィル（300単位）」で間違いないという思い込みが招いた結果。	最初の時点で疑義照会の対象と判断できなくてはいけなかった。処方元に対して処方箋には正式名称で記載していただくように依頼。	ノボラピッド注１００単位／ｍＬ	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
	別件（一包化希望や削除薬あり）もあったので処方元に問い合わせ「ノボラピッド注（100単位/mL）」が正しいと確認した。採用薬に「ノボラピッド注（100単位/mL）」がないので冒頭のような記載方法になったとのこと。						
1622	一般名プラノプロフェン点眼液0.1%でプロラノン点眼液0.1%で調剤するところをブロナック点眼液0.1%で調剤を行った。監査や投薬の時にもすり抜けてしまいそのまま患者さんに。数時間後患者さんからの連絡によりミスが判明した。	薬効が同じNSaidsであり、類似医薬品名。	調剤・監査時の指さし声出し確認の徹底。患者さんにお薬を渡すときにも薬袋からお薬を出して確認するようにする。	プロラノン点眼液０．１％	ブロナック点眼液０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1623	当薬局を普段より利用されている患者。一般名処方で、アムロジピン口腔内崩壊錠2.5mg 1錠　1日1回朝食後　28日分　の処方であった。アムロジピンOD錠5mg「日医工」をお渡しした。	当薬局では、投薬者と調剤者が同一人物の場合、その他の人物に監査することをルールとしていたが、そのルールを軽視。当薬局での経験は3か月であった。	規格まできちんと監査する。	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「日医工」	アムロジピンＯＤ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
1624	７月１０日　［般］エトドラク100mgの処方で調剤しようとしたところ、在庫が無かった。前回７月３日のDo処方を確認したところ、　エトドラク200mg「SW」で調剤してしまった事に気づいた。　患者様本人に説明し、体調に変わりが無いことを確認した。病院に連絡し、謝罪した。	在庫していない規格だったため、別規格があることに注意がいかず、思い込んでしまった。調剤した時間帯は混雑しており焦りがあった。	調剤、監査時は処方箋と照らし合わせしっかり確認をする。規格違いの薬品があるときは、「他規格あり」と棚に表示する。同じ間違いをしないよう、電子薬歴に「エトドラク１００ｍｇの人です。規格に注意！」とポップアップされるように登録した。	エトドラク錠１００ｍｇ「ＳＷ」	エトドラク錠２００ｍｇ「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
1625	施設の患者様のお薬で本来ジゴシン錠0.125mg0.5錠のところ、誤ってハーフジゴキシン錠0.125mg0.5錠で調剤してしまった。監査時に間違いに気づき正しいものに直しお渡しした。	当薬局にはジゴキシン0.125mgを含む医薬品としてハーフジゴキシン錠0.125mgとジゴシン錠0.125mgがあるが、ほとんどの患者様でハーフジゴキシン錠0.125mgを使用しているため、誤ってハーフジゴキシン錠0.125mgで調剤してしまった。	同一成分・同一規格の医薬品があることをハーフジゴキシン錠0.125mg及びジゴキシン0.125mgの保管場所に記載する。	ジゴシン錠０．１２５ｍｇ	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
1626	業務終了時に棚卸を毎日行っているが、その時にアカルボースとウルソデオキシコール酸の取り間違えに気付いた。	ヒートのデザインが似ているが、名前も棚の場所も全く違うので、確認不足でしかないと思う。	きちんと確認を行う。	アカルボース錠５０ｍｇ「日医工」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1627	FAXにて、ヘパリンNaロック用100単位/mLの処方を受け取った。調剤者はその処方箋から、誤ってヘパリンNaロック用10単位/mLを調剤・交付した。後日患者が通うデイサービスの看護師から、ヘパリンの単位が違うとの連絡を受け、処方箋（原本）を再確認したところ100単位が処方されていることを発見した。患者はすでに3本使用していたが、体調には変化がないとのことだった。	・FAXの印字が粗く、処方が見にくかったこと・ヘパリンNaロック用の単位に関する知識が無かったこと・処方箋の原本が後日届くこと・薬剤交付に処方箋の原本を確認しなかったこと以上が考えられる。	・ヘパリンロックに関する勉強をすること・FAXと原本の確認（照らし合わせ）をすること以上を薬局勤務の薬剤師全員が行うようにする。	ヘパリンＮａロック用１００単位／ｍＬシリンジ「ＳＮ」５ｍＬ	ヘパリンＮａロック用１０単位／ｍＬシリンジ「ＳＮ」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
1628	定期受診で来局された。血圧が低めになる日がみられてきたので、今回はテルチアＢＰ→テルチアＡＰに処方変更となっていた。処方箋は一般名処方（テルミサルタン４０ｍｇ・ヒドロクロロチアジド）であった。該当薬剤はテルチアＡＰであるが、前回同様のテルチアＢＰと思い込み、処方箋に鉛筆でテルチアＢＰと記載して入力・調製を行なった（入力・調製ともにテルチアＢＰだった）。処方鑑査・最終鑑査時にも処方変更に気付かず、投薬を行なった。投薬時に患者さまから、今回から処方変更になっていると聞き取り、処方内容を確認したところ、テルチアＢＰが間違っていることに気が付いた。	鉛筆で記載したテルチアＢＰを見ながら、入力・調製・鑑査を行ない、テルチアＢＰ自体が間違っていることに気付かなかった。	入力時は入力画面に表示される一般名（商品名）と処方箋記載の一般名（商品名）が一致しているかの確認を徹底する。調製時はＰＴＰ・調剤棚・箱に記載されている成分と処方箋記載の一般名が一致しているかの確認を徹底する。鑑査時は薬歴画面の一般名（商品名）と処方箋記載の一般名（商品名）が一致しているかの確認を徹底する。	テルチア配合錠ＡＰ「日医工」	テルチア配合錠ＢＰ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1629	テルチア配合錠APに間違ってテラムロ配合錠APを出してしまった。ついAPのみを確認して思い込みで投薬	一般名処方で配合錠の場合、処方箋に製品名を書くようになっているが、今回はAPのみの記載であり、忙しい中でついAPのみを確認し投薬してしまった。	配合錠の場合、決められた事（製品名を処方に書く）を再度徹底する	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
1630	ツムラ当帰飲子８６の処方で、間違えてツムラ十味敗毒湯６を投薬	15種類の処方があり、監査が十分に行われず患者の手に渡ってしまった。準備者、監査者の両方のチェックをすり抜けてしまった。	手順を十分に守ること	ツムラ当帰飲子エキス顆粒（医療用）	ツムラ十味敗毒湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1631	麻黄附子細辛湯が処方されたが、読み間違えて麻黄湯を間違えて出してしまった。	注意力散漫と思い込みで、麻黄湯と思い込んでしまい、麻黄湯と処方を読んでしまった。麻黄湯の処方頻度が高いため、麻黄湯と思い込んでしまった。	注意力散漫と思い込みに左右されず、処方箋はよく見て、よく読むことを常に心がける。投薬前に必ずもう一度鑑査を行う。	ツムラ麻黄附子細辛湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ麻黄湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1632	ネキシウム20mgを調剤するところ10mgを取り揃えてしまった。鑑査の薬剤師が気づき、交付には至らなかった。	知識不足。20mgのほかに10mgがあることを知らなかった。	複数規格がある薬には十分注意する。	ネキシウムカプセル２０ｍｇ	ネキシウムカプセル１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1633	名前類似で取り間違えたが、すぐに気づいた	横に並べて置いていたため	なるべく離して置き　色分けしたり箱に大きく書くなどして工夫した	アプリンジン塩酸塩カプセル10ｍｇ	アメジニウム硫酸塩錠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
1634	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒(医療用)とＴ-118ツムラ人参養栄湯エキス顆粒(医療用)苓姜朮甘湯エキス顆粒（医療用）を投薬ミス。	慌てていたわけではないが、ケアレスミス。	監査システムを、うまく利用する。今回は、量が多かったせいか監査システムに名称が見えなかったが、監査を通してしまった。	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒（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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1635	ニフェジピンＬ20の処方のところ、ニフェジピンＣＲ20で投薬し、翌月本人が来局時、前回シートの色が違っていたがそのまま服薬したと話され、誤投薬に気づいた。体調変化なし。処方医に相談。本日の受診でも体調に変化はないので、ニフェジピンＬ20に戻してよい旨確認。患者さんに説明し謝罪しました。	一般名処方がニフェジピン徐放錠20（12時間持続）のニフェジピンＬ20で調剤するべきところを、一般名がニフェジピン徐放錠20（24時間持続）のニフェジピンＣＲ20で調剤されていたことに気づかず、そのまま投薬してしまった。	一般名をもう一度よく確認する。	ニフェジピンＬ錠２０ｍｇ「サワイ」	ニフェジピンＣＲ錠２０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラー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	リザベン細粒１０％の処方だったが、５％のＤＳで用量を再計算することなく調剤、投薬してしまった。事務員が在庫数が合わないことに気づき、発覚。母親に連絡して、やり直した方をお届けしてお詫び。処方医にも報告。	リザベンＤＳ５％は当薬局に在庫があるため、規格を確認せず、調剤してしまった。リザベンに細粒とＤＳがあり、規格の違いもあることを十分把握していなかった。コロナ感染の影響で患者が減り、一人薬剤師の対応となっていた。	調剤時に規格の確認。薬剤師間での情報共有	リザベン細粒１０％	リザベンドライシロップ５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1637	血圧薬が減量になっていたのに気付かず、前のままの薬でお渡ししてしまった。	一般名の変更(アムロジピン10mg→5mg）に気付かなかった。規格の確認不足。	入力、調剤、監査に関わる全ての者が規格などを確認する。患者様の聞き取りから、薬変更について推察する。	イルアミクス配合錠ＬＤ「トーワ」	イルアミクス配合錠ＨＤ「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1638	一包化分包機用に錠剤をヒートより取り出し、カセットに充填する際、アムロジピンＯＤ錠5mgサンドのカセットに充填すべきところ、アムロジピン錠5mgサワイのカセットに充填。一包化作成時に充填したはずのアムロジピンＯＤ錠5mgサンドが不足したため充填間違いに気づく。	アムロジピン錠5mgサワイのカセットがほぼ空になっており、錠剤の充填間違いに気づかず。通常はカセットを取り出し、薬剤名称を確認後、錠剤をヒートより取り出し充填するのだが、忙しい時間帯だったため手順を怠ってしまった。	決められた充填の手順を再確認し守ること。また、可能な限り複数人でダブルチェック（薬剤師が一人体制の際は一人でダブルチェック）を行うこと。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1639	一般名の処方せんを受け取って、先発医薬品又はジェネリックを調剤する最初の指示が間違っており、監査でも気付かずに患者様にジェネリックを交付した。患者より連絡があり以前より服用していた先発医薬品に変更する。	最初に指示した者が新人で不慣れだったため、先発とジェネリックの指示を間違えてしまった事　一般名でも先発がある事を理解していなかった。交付時に薬袋を1種類ずつ別にして欲しいという患者の希望があったため落ち着いて監査ができなかった状態であった。	先発、ジェネリックをきちんと覚える。落ち着いて監査してから投薬する。	アムロジンＯＤ錠２．５ｍｇ メチコバール錠５００μｇ	アムロジピンＯＤ錠２．５ｍｇ「ＫＮ」 メコバラミン錠５００μｇ「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
1640	【正】先発希望で、一般名からアイミクス配合錠ＬＤを処方入力、調剤、投薬。【誤】先発希望で、一般名からアイミクス配合錠ＨＤを処方入力。初期監査で規格違いに気づかず、そのままＰＤＡ表示通りに調剤。最終監査でも規格違いに気づかず、投薬してしまった。	処方入力時に、一般名から薬剤名を選択する際に、”先発品後発品”からではなく、”別剤型”から表示された薬品を選択してしまった。	店舗にある配合錠の、レセコンの医薬マスタの名称（表示用）に、規格の記載を行う思い込みを捨て、あいまいな部分がある場合は添付文書などで確認を行う自己研鑽。配合錠の規格の再確認を行う	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
1641	７／２の処方でヒューマログ注ミリオペンをお渡しするところヒューマログ注ミリオペンＨＤでお渡し。退院時の残りを使用しており７／９に初めて開封。朝1回投与した後見た目、名前が違うことに患者様本人が気づき薬局に連絡。ヒューマログ注ミリオペンＨＤをお渡ししていたこと確認しヒューマログ注ミリオペンと交換を行った。使用時は処方通りの単位で投与していた。患者様に体調変化なし。	監査、投薬前の確認が不十分だった。ヒューマログ注ミリオペンとヒューマログ注ミリオペンＨＤがあること、2剤の違いについて知識不足だった。当薬局でヒューマログ注ミリオペンＨＤの使用者は一人しかおらず、そのことを把握できていなかった。	監査、投薬者は処方箋と医薬品を見比べて規格まで確認を怠らない。類似した名前の注射、使用者が少ない注射について把握する	ヒューマログ注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペンＨＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1642	処方箋内容同じもの2回目。1回目は電話注文。次回の注文の為オーダーマスター登録。登録の際マイクロファインプロをマイクロファインプラスで登録。同じゲージ数長さの為気づかず2回目そのまま発注。事務員の伝票確認の際発覚。患者様に連絡、交換。	マイクロファインにプロとプラスがあり違いを知らなかった。2回目の為同じものが発注されていて入荷しているとの思い込みで調剤、投薬。調剤時とくに名称確認。	一人で発注、調剤、投薬時は特に一度用意して、他のことをして一呼吸して再確認。	BDマイクロファインプロ	BDマイクロファインプラス		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1643	名称が類似する漢方製剤の取り間違え。	名称が漢字一字だけ異なる製剤で、調剤者・監査者の注意欠落により生じた。他の薬剤師がその取り間違いを起こしやすい漢方製剤の処方を目にし、念のため確認を行ったことで発覚できた。	間違いを起こしやすい製剤を列記し、薬局スタッフに周知することに努めた。	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
1644	いつも服用しているオメプラゾール錠20ｍｇ「アメル」を間違って、オルメサルタンＯＤ錠20ｍｇ「トーワ」でお渡ししてしまった。患者が自宅で薬箱に移し変える時にヒートデザインの違い、名前の違いに気が付き、薬局に連絡。直ぐに薬を取り替えに自宅に向かい、薬を正しいものに取り替え、謝罪した。	薬の名称が非常に類似しており、目で認識して、一文字監査が出来ていなかった。慣れや慢心があったと思う。	一文字監査を徹底し、薬情の写真も使って監査をしっかり行う。薬剤の類似名称のものは特に気を付ける意識を持つ。	オメプラゾール錠２０ｍｇ「アメル」	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
1645	アムロジン錠2.5ｍｇが処方されていたが、間違えて規格違いの5ｍｇを出してしまった。	注意力散漫と思い込みで、処方箋よく見ずに、思い込みで、5ｍｇを出してしまった。	一人薬剤師であるため、投薬前に必ずもう一度鑑査を行う。	アムロジピン錠２．５ｍｇ「明治」	アムロジピン錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1646	ファモチジンD錠D10ｍｇが処方されていたが、間違えてフェキソフェナジン錠60ｍｇを出してしまった。投薬直前に気付き、ファモチジンＤ錠10ｍｇに揃え直した。	注意力散漫と思い込みで、処方箋をよく見ずに、頭文字が同じフのフェキソフェナジン錠60ｍｇを出してしまった。	一人薬剤師であるため、投薬前に必ずもう一度鑑査を行う。	ファモチジンＤ錠１０ｍｇ「サワイ」	フェキソフェナジン塩酸塩錠６０ｍｇ「ＳＡＮＩＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1647	メトホルミン塩酸塩錠500mg：MTで処方されていたが、メトホルミン塩酸塩錠250mg「ニプロ」でピッキングし、監査前に修正した。	当薬局ではメトホルミン塩酸塩錠は250mgの方が500mgより調剤料が多いため、確認不足により調剤ミスが発生したと考えられる。	処方箋のコピーを取り、チェックしながらピッキングする。	メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「ニプロ」	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
1648	【正】ピタバスタチン錠１ｍｇ「トーワ」を４２錠分包ピタバスタチン錠１ｍｇ「トーワ」を５６錠分包ピタバスタチン錠１ｍｇ「トーワ」を７０錠分包【誤】４２日分中３日分にイミダプリル塩酸塩錠５ｍｇ「トーワ」が入れ違いで混入５６日分中９日分にイミダプリル塩酸塩錠５ｍｇ「トーワ」が入れ違いで混入７０日分中２２日分にイミダプリル塩酸塩錠５ｍｇ「トーワ」が入れ違いで混入	錠剤分包機カセッタ充填時、充填用にヒートを剥いたイミダプリル錠５ｍｇ「トーワ」をピタバスタチン錠１ｍｇ「トーワ」のカセッタに誤って充填したことで発生。	投薬などで作業が中断するおそれのあるスタッフについては作業に従事させず、中断が発生しない環境で充てん作業を行います。錠剤分包機の充填手技についてスタッフに質問し、差のあるスタッフに統一手技を伝達・共有します。錠剤分包機カセッタ充填作業は１人１個までとし、同じ棚で実施しないこととといたします。最終鑑査において分包の際、光沢の有無でも区別を行うように致します。	ピタバスタチンＣａ錠１ｍｇ「ＮＰ」	イミダプリル塩酸塩錠５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1649	6月16日処方のカモスタットメシル100「日医工」の総処方量４２錠の内、オメプラゾール「日医工」を１０錠取り間違いお渡ししてしまう。７月５日にご本人様がオメプラゾール20「日医工」を持参されて判明。１０錠にの内２日分の２錠を服用してしまていた。	カモスタットメシル「日医工」とオメプラゾール「日医工」がデザインが似ており、またシートの大きさがほぼ同じだった。また調剤棚の保管場所が「オ」と「カ」で近くカモスタットメシルの中にオメプラゾール１０錠がが紛れ込んでいた。４２錠の内３２錠は正しいカモスタットメシルであったため、監査システムをすり抜けてしまう。夕方１８時以降の来局によりスタッフが帰宅して減った状態での一人薬剤師で調剤・監査・投薬をする必要があった。慢心による監査不足。	調剤棚の保管場所を変更し、１シートずつ監査・投薬時も患者様と再確認の徹底	カモスタットメシル酸塩錠１００ｍｇ「日医工」	オメプラゾール錠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
1650	【正】ビオフェルミンＲ錠【誤】ビオフェルミン錠	入力時にＤｏ処方と思い込みミスに至りました。	入力時の３分割し１字ずづ指さし確認の徹底をします。	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
1651	患者が症状を訴えて初薬が追加になった。１包の容量がしっかり把握できていなかった	特別患者様に減量を必要とする要因がなければ常用量でなければ確認が必要考えられない量であっても念のために確認が必要	薬品の成人における常用量や包装単位をしっかり把握しておく			ベリチーム配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1652	普段あまり使っていない薬品。在庫の有無の確認にもあせりがあった。クリーム、軟膏ともにキャップの色なども同じなので、薬情の写真との違いも気が付かなかった。	あせりがあった。また、見た目が類似しているので見落とした。製造元によっては、箱やキャップの色が違い、クリームと軟膏の区別が一目でつくように作られているが、この製品については、ほぼ変わりない。ジェネリックにおいては、そのようなものが多い。	見た目が類似するものに関しては注意促すように注意書きを書いておく。箱での在庫のため、箱に先発名と処方される患者名を記載した。	プロメタゾン軟膏０．１％	プロメタゾンクリーム０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1653	２０２０年７月７日　１２時頃病院よりＦＡＸが送られてくる。定期薬として　ニフェジピンＣＲ２０mg　３錠（朝食後２錠、夕食後１錠）が継続していたが、今回は　ニフェジピンＣＲ４０mg　２錠　朝夕食後　に変更されていた。 規格の変更に気づかず、朝食後の減量と思い込み２０mg　２錠でお渡ししてしまった。 投薬時に服用個数が減ったことを説明し、患者も変更点について納得されていた。 投薬後ＦＡＸでなく原本を再度確認して薬歴記載する際、規格違いに気づき患者本人と連絡を取り交換することとなった。	時間までにお渡しする患者の為、焦りが生じ入力・調剤・鑑査とすべてで規格変更に気づくことなくスルーしてしまった。 定期薬と思い込み錠数の違いにしか気づくことができなかった。投薬時も患者の体調変化の聞き取りを怠ったため本来増量となるべきことに気が付くことができなかった。 幸い投薬後すぐだったため、服用に至らずに済んだ。	思い込みをなくし、流れ作業にならずひとつひとつ丁寧に確認していく。 投薬時は患者が急いでいても、変更点にまつわる体調変化については矛盾がないかきちんと確認していく。	ニフェジピンＣＲ錠２０ｍｇ「日医工」	ニフェジピンＣＲ錠４０ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1654	酸化マグネシウム錠250mg「モチダ」の処方だったが、330ｍｇ「モチダ」を誤って調剤。鑑査者より指摘を受けて発覚した。	調剤時の確認不足	調剤終了後、再度処方箋と調剤した薬剤を見比べる。	酸化マグネシウム錠３３０ｍｇ「モチダ」	酸化マグネシウム錠２５０ｍｇ「モチダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1655	一般名処方の処方記載。先発医薬品の調剤希望患者での【般】アムロジピン錠2.5ｍｇの調剤を、後発医薬品であるアムロジピン錠2.5m「サンド」にて調剤・交付してしまう。投薬４日後に在庫確認の際に在庫が合わないため、ご本人に連絡・確認し、誤調剤が確定。その日の内に交換と謝罪をする。処方医への報告も併せて行う（処方医からもご本人へ「問題ない」とご連絡あり）。	処方内全てが一般名処方で（２剤処方）、先発希望との認識はあり、入力も先発医薬品で行われていたのだが、１剤のみ後発医薬品を調剤・交付。頭では｛アムロジン」と認識しているつもりだったが、一般名を見て「アムロジピン」の頭となっていた。思い込みが起きた。	思い込みの防止・可能性を少なくするためにも、患者希望形態を確認の上、処方箋・入力・薬品のトリプル確認を再度徹底する。	アムロジン錠２．５ｍｇ	アムロジピン錠２．５ｍｇ「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1656	一般名処方でイルアミクスＬＤを調剤するところ、誤ってイルアミクスＨＤでお渡ししてしまった。患者家族が薬を準備しているときに発覚。前回処方分が残っていたため服用はしていなかった。正しいお薬と取り換えて対応し謝罪した。	通常勤務のスタッフ2名が同日に本人や家族の体調不良で休みとなり、急遽応援2名に入ってもらっていて通常と違う体制だった。ミスが起こった時間帯は混雑していて焦りがあった。	通常と違う状態の時ほど焦らずに冷静に調剤業務を行う	イルアミクス配合錠ＬＤ「サンド」	イルアミクス配合錠ＨＤ「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1657	一般名処方でカデチアＨＤをお渡しするところ、カムシアＨＤを誤ってお渡ししてしまった。患者様から連絡があり発覚。まだ前回処方分が残っていたため服用はしていなかったので、正しいものと取り換えてお渡しし謝罪した。	通常勤務のスタッフ2名が同日に本人や家族の体調不良で休みとなり、急遽応援2名に入ってもらっていて通常と違う体制だった。ミスが起こった時間帯は混雑していて焦りがあった。	通常と違う体制の時ほど焦らずに慎重に調剤業務をするように心がける	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1658	処方箋には「般）メトホルミン250mg：GL」と記載があったが、入力者がメトグルコ250mgと判断し入力してしまった。調剤者がGL：グリコランである事を知っていた為、過誤は回避できた。	「般）メトホルミン250mg：GL」　と「般）メトホルミン250mg：MT」は名称が似ている為、間違えた。また、入力者の知識も不足していた。	注意喚起を実施。また、ミーティングを行い、情報共有を行った。	グリコラン錠２５０ｍｇ	メトグルコ錠２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1659	本来はフルティフォーム125エアゾール56吸入用の処方であったが実際に患者様にお渡ししてしまったものは120吸入用のものをお渡ししてしまった。	営業時間外の体調が万全ではない時に調剤と監査を行い、注意力が散漫になっていた恐れがある。日頃から見慣れている物が120吸入用の物であったので見間違えてしまった。	吸入薬の規格と包装をひとつずつ確認しながら流れ作業にならないように注意して調剤や監査を行うようにする。	フルティフォーム１２５エアゾール５６吸入用	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
1660	これまではバルブロ酸徐放錠200ｍｇで調剤していたが、嚥下困難あり照会し今回から40%顆粒で調剤することとなった。元々40%顆粒は在庫あったが徐放顆粒ではないものであった。40%徐放顆粒を発注中、納品待ちを知らず、調剤者は在庫する徐放でない顆粒を用いて調剤した。調剤終了直後に調剤者自身が気付いた。	バルブロ酸顆粒には20%、40%、顆粒、徐放顆粒とあり注意が必要な薬剤であったが、その他の薬剤も粉砕する患者であり、注意力が散漫であった。	40%顆粒、40%徐放顆粒は各一人ずつしか使用がなく、在庫薬の箱に氏名を記入した付箋紙を貼り付けた。メーカーも徐放顆粒はフジナガ、普通顆粒はＥＭＥＣとし、外箱の外観も異なる。	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
1661	お薬が間違っている可能性があると、薬局にお薬を持参してくれました。。内容を確認したところ、ロスバスタチン錠5mgをお渡しするところ、ロスバスタチン2.5mgでお渡ししていたことが分かりました。	その日は多忙だったため、一人監査で調剤をしてしまったことが原因の一つだと考えています。	監査はダブルチェックで必ず行う。	ロスバスタチン錠2.5mg	ロスバスタチン錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1662	A病院神経内科からベルソムラB病院耳鼻科よりクラリシッド処方。A病院神経内科でパーキンソン症状の為睡眠障害ありベルソムラはやめられない。B病院耳鼻科副鼻腔炎のためクラリシッド処方あり。B病院クラリシッドが疑義照会後削除となる。	他科受診で併用禁忌薬が処方される。	今回A病院、B病院共に当薬局での処方薬であり薬歴からたまたま気が付いたがお薬手帳や患者様への状態把握の為のしっかりした問診で確認作業をしっかり行う事。			クラリシッド錠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
1663	ガスモチン２．５ミリグラム錠が処方されていたが、５ミリグラム錠で交付してしまった。	薬剤師１名が別患者宅への不足薬のお届けを行っており、１人薬剤師体制であった。ガスモチン錠は５ミリグラム錠の処方が圧倒的に多いため、思い込みによる取り違いをしてしまったと思われる。	１人薬剤師の時の自己監査を注意する。	ガスモチン錠２．５ｍｇ	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
1664	【正】アドエア５００ディスカス６０吸入用【誤】アドエア２５０ディスカス６０吸入用	入力業務	薬剤名をチェックするときは、必ず物を処方せん記載の薬剤名のすぐ隣に置いて照らし合わせる。症状の悪化がないかをチェックする時に具体的な返答がかえってくるような質問を行う。忙しい時間帯でも焦らずに落ち着いて目の前の手技に集中する。手技を行うときは規格までしっかりと確認を行う。	アドエア５００ディスカス６０吸入用	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1665	【正】ポリスチレンスルホン酸カルシウム【誤】ポリスチレンスルホン酸ナトリウム（ケイキサレート散）	一般名処方を薬品名に変換するときに間違えてしまった	追加薬や初めて出る薬は処方箋と入力内容が異なる可能性が高く、医薬品の適応や用法用量など誤っている事もあるので、処方箋と入力内容が間違っていないか、適正な処方であるか特に注意して確認することでミスを防ぐ確率が高くなる。	ポリスチレンスルホン酸Ｃａ「フソー」原末	ポリスチレンスルホン酸Ｎａ「フソー」原末		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1666	リピトール10mgをアトルバスタチン10mg「Me」の棚に収容。	棚に収容する際に薬剤名の確認不足。	棚に収容する際に薬剤名と規格を今一度確認することが重要。	リピトール錠１０ｍｇ	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
1667	調剤して間違えたり多かった薬を戻す際に違う棚に戻してしまい、他の患者で調剤した。（ガスモチンをモサプリドの棚へ）モサプリドの調剤時、錠剤監査システムでエラーになり気が付いた。	GEも先発もシートの大きさが同じで見分けがつきにくい。細かいのも混ざっていた為、監査システムに通さなかったら気が付かず投薬してしまったかもしれない。	調剤して間違えた薬はすぐに棚に戻さず、後で戻せるよう箱に入れてまとめている。今後、戻す時には余裕のある時や、一人で戻さず誰かと確認しながら戻すよう心がける	モサプリドクエン酸塩錠５ｍｇ「ＮＰ」	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
1668	ジェネリック希望の方。メイアクトが処方されていて、先発が入力されていた。調剤者、監査投薬者はジェネリック希望という認識で監査を行ったため、入力ミスに気付かずスルーしてしまった	患者様は病状がよくなく、苛立ち、急かすような状況だった。	患者様の体調いかんに関わらず、ミスは更に体調を悪化させる恐れもあるため、急かされたり威圧されても正しく作業を行えるように訓練する			メイアクトＭＳ錠１００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1669	ツロブテロールテープ10枚交付のことろ5枚交付していた	疲労・慢心	疲労・慢心			ツロブテロールテープ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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1670	ホクナリンテープ1ｍｇのところを2ｍｇで交付	繁忙・慢心	繁忙・慢心			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
1671	一包化する薬としてアダラートL錠10mg が処方されていたが、一包化にはイグザレルト錠10mg が含まれていた。患者に薬が渡る前の一包化監査の段階で発見された。	イグザレルト錠10mg はバラ錠として分包されており、アダラートL錠10mg のカセッターに入っていた。イグザレルト錠10mgとアダラートL錠10mgの外見は刻印含めて類似していることから、今回のようなヒヤリ・ハット事例が発生したと考えられる。	医薬品の分包やカセッターに戻すときのダブルチェックを徹底して行う。			アダラートＬ錠１０ｍｇ 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
1672	ボノピオンの処方であったが、ボノサップをピッキング。監査時に気付き取り替えて投薬。	久々の勤務であったことや、勤務が週1回しかないことで、薬品を探すのに必死になってしまい、類似薬品に付いて失念していた。出産、育児のため数年のブランクがあり、該当薬品についての知識があまりなかった。	取り扱いのある医薬品は全て、把握しておけるように、比較的新しい薬などは、知識の共有を行っていく。	ボノピオンパック	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
1673	メトグルコ２５０ｍｇ６錠分２朝夕２１日処方を誤って４錠分２朝夕２１日分と勘違いして本来１２６錠お渡ししなければならないところを８４錠しかお渡ししていなかった。	メトグルコ２５０ｍｇは非常によく出る処方薬で当患者さん以外は全て１回２錠で処方されていたため、思わず１日６錠だと気づかず１日４錠で調剤してしまった。	実際に取り揃えた数量と処方箋のコピー用紙に必要な数量をかき出し再度確認するように改善した。またメトグルコの１日最大用量が２２５０ｍｇであることも確認した。今後もメトグルコ２５０ｍｇの処方が１回３錠毎食後までは可能であることを確認した。			メトグルコ錠２５０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1674	マーズレンS配合顆粒0.5gを投薬するところ、マーズレンS配合顆粒0.67gを投薬してしまった。	監査時、バーコードチェッカーを併用し写真も取っていたが、目視を怠ってしまった。マーズレンS配合顆粒は１包０．５ｇと０．６７ｇはバーコードが同一である事を知らなかった。	目視の重要性を再確認した。他の薬品バーコードの確認。	マーズレンS配合顆粒0.5g１包	マーズレンS配合顆粒0.67g１包		ヒューマンエラー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	ウイルスによる感染性胃腸炎患者のおくすり手帳確認時、マクロライド系抗生物質禁忌の患者にクラリスロマイシンが前回他の薬局にて投薬されていることを確認。腸炎の薬をお渡し後確認すると前の薬局では確認無く、2日目にのどに違和感を感じ自己判断により中止	医師にもおくすり手帳は見せたとのことだが確認できないが前の薬局でもなにも言われなかったので確認ミスと考えられる。	お薬手帳のアレルギーの欄と投薬が行われた処方のところに〇をつけ今後は必ず医師にその部分は見せるよう指導			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
1676	セレコックス錠100が出ていた人が、後発が出たのでセレコキシブ錠100ケミファに変更になっていたが、説明する際にセレコックス錠を用いて説明、その時に薬袋に間違って入れそうになった	セレコックス錠とセレコキシブ錠ケミファが後発品のために似ている、	説明をするときに使用するセレコックス錠には輪ゴムで巻いてしるしをつけておいて、持った感じと視覚による間違いがわかるようにしておいた、またセレコックス錠とセレコキシブ錠の棚の場所も同じ列の最上部と最下部にしてわかりやすくした			セレコキシブ錠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
1677	ディオバンの10錠シートと14錠シートでの数の間違い	思込みで出してしまった	指さし確認　声出し確認を行うようにします			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
1678	ミコンビＡＰが処方されていたのにミカムロＡＰを出してしまった	思い込みで出してしまい監査も怠った	指さし確認　声出し確認を必ず行う	ミコンビ配合錠ＡＰ	ミカムロ配合錠ＡＰ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1679	当薬局ではレボセチリジンDSの分包品2規格（0.25g／包と0.5g／包）を採用しており、採用後初めての処方で調剤をしたが0.5g　分2　7日分の処方だったので0.25g包を14包調剤するところを誤って0.5g包を14包調剤してお渡ししてしまった。	新規採用後初の処方で新人薬剤師が鑑査を行っており用法用量がしっかり頭に入っていなかったこと、分包品の外観が0.25g包と0.5g包で似ている為区別がつきにくかったことが考えられる。	新しく採用した薬剤についてはしっかり情報を共有し、規格違いなど間違う恐れがあるものに関してはしっかり区別がつくようにカセッターの目立つところに注意喚起を促すような表示を行う。また、メーカーにも外観の改善をお願いした。	レボセチリジン塩酸塩ＤＳ０．５％「タカタ」	レボセチリジン塩酸塩ＤＳ０．５％「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1680	シュアポスト0.5ｍｇを0.25ｍｇで入力されたのを見落とし患者に交付。交付の薬は間違いなし。	多忙による焦りが主な要因なので落ち着いて鑑査する。	鑑査システムを必ず使う。	シュアポスト錠０．５ｍｇ	シュアポスト錠０．２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1681	薬局に在庫がなく、全量郵送対応。しかし、その後、入庫処理を行ったときにミスマッチが発覚。ご本人にお電話したところ、症状が出たときのみ服用しようと思っており、まだ服用はされていなかったとのこと。	名前が非常に似ていたため、普段よりも注意深く確認すべきでした。	・漢方は名前が似ているものが多いので、初処方など普段あまり出していないものは調剤後に薬剤師が声出しして、横で事務が処方箋と現物を照らし合わせする。・初処方の漢方は、投薬前に事務職員とダブルチェックをする	ツムラ麻杏よく甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ麻杏甘石湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1682	ヒュミラ皮下注40mgペンが処方されたが、ヒュミラ皮下注40mgシリンジで調剤しようとした。入力者の事務員から指摘があり気が付いた。	ずっとヒュミラ皮下注40mgシリンジで処方されており、今回からヒュミラ皮下注40mgペンでの処方であった。また薬局には常にヒュミラ皮下注40mgシリンジしか在庫がなかったため、思い込みにより誤った調剤をしそうになった。	新しい剤形が発売になった場合、近隣の医院で採用になった場合は、しっかり薬局内で周知するようにする。またスタッフ自身もそれぞれ最新の情報を得るように努める。そのうえで毎回しっかり処方箋を確認し、思い込みによる調剤を防ぐようにする。	ヒュミラ皮下注４０ｍｇペン０．４ｍＬ	ヒュミラ皮下注４０ｍｇシリンジ０．４ｍＬ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1683	ノボラピッド注フレックスペンが処方。注意不足によりノボラピッド注フレックスタッチを調剤してしまったが、投薬前に間違いに気付いた。	当薬局ではノボラピッド注フレックスタッチの処方量の方が圧倒的に多く、調剤・鑑査時にペンであることを見落としてしまった。製品の外観も同じオレンジで似ているため、間違いに気付けなかったのだと思う。	ノボラピッド注フレックスペンの入力の際に、注意喚起のため処方せんに付箋を付けるようにした。	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
1684	1人薬剤師の対応。1包化の薬をピックし、医療事務に確認後分包し、自分で監査投薬をした。入院先の病院の薬剤部から連絡があり発覚。患者様は何回か服用してしまっていた。	1人薬剤師の対応のため焦り、慢心があった。	空ヒートでの再確認と。1人薬剤師の時の監査対応を薬局内でよく話し合う。監査システム導入検討。	ダイフェン配合錠	ダイアート錠３０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1685	アズノールうがい液の１０ｍｌ包装２本の処方を５ｍｌ包装２本でお渡しした。	未知の包装単位があるので、気をつけて監査をする	いつも処方箋をうけている近所の病院以外からの処方箋は、丁寧に見直して監査をする。			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
1686	門前の薬局に普段から来るものでなく、他院所の処方箋（ＦＡＸ処方）を入力時に、（般）アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ　５日分の記載があった。入力時にダイレクトにアモキサンカプセル２５ｍｇを入力し、ｔａｂ出しもアモキサンで調剤。監査者も処方箋の違いに気付けずに薬ができた。後から患者が処方箋の原本を持ってきた際に保険番号などを照合したところで間違えに気付き変更し、患者にはアモキサンが渡らなかった。	アモキシシシンとアモキサンの名称が非常に似ている。入力時に一般名処方にて入力をしなかった結果かと思われるが、こういった事例をよく心に思っていくことが大切である。	調剤にて処方の内容をよく考え監査を行う必要もある。短期間の処方であることも考慮する。	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「トーワ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1687	新規外来の患者様。処方箋にはロキソニンテープ(50)が処方されていた。ジェネリック希望の患者様なので薬剤師Aがロキソプロフェンテープ(50)「久光」を調剤するべきところを、ロキソプロフェンNaテープ(100)「久光」が調剤していた。監査時に薬剤師Bが間違いに気付き、訂正し患者様にお渡し。患者様投薬前に未然に防げた事例でした。	薬剤師Aが当該薬局経験が浅く、慣れていなかった事が原因の一つ。また調剤時に混んでいた事も原因。	調剤者と監査者は必ず別の薬剤師が担当する事。監査後も、患者様の前でもう一度薬剤を確認する事。	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
1688	エディロールカプセル0.5μｇのところエディロールカプセル0.75μｇで調剤してしまった。	エディロールカプセルは規格が2種類あるがほとんどが0.75μｇが主流で0.5μｇの患者さんは少ないため思い込みによる確認漏れ。	調剤者、監査者ともに処方せん規格に鉛筆で〇印をつけダブルチェックすること	エディロールカプセル０．５μｇ	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
1689	シダキュア花粉舌下錠５０００単位１Ｔ　６日分の処方。当薬局にて２０００単位処方実績なく　保護者に確認したところ今日から免疫療法開始と、医院にて初日分を服用してきたと確認。医師に問い合わせたところ、初回量２０００単位の入力ミスであった。	医師の入力ミスであった。患者様は当薬局以外利用されていないので、間違いに気づき日曜であったが即医師とも確認がとれ　回避できた。	シダキュアに限らず初回投与量が決まっている薬剤について。面で処方を受け付ける薬局は患者様に初回であるか継続であるかの確認を十分に行なわねばならない。また患者様にもお薬手帳の携帯　かかりつけ薬局を決めるよう指導する	シダキュアスギ花粉舌下錠５，０００ＪＡＵ	シダキュアスギ花粉舌下錠５，０００ＪＡＵ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1690	ノボラピッド注フレックスペンを5本調剤しようと思い開封済みの箱に残っていた2本を取り出したところ、ノボラピッド注フレックスペンが1本とノボラピッドクス注フレックスタッチが1本入っていた。前回調剤した薬剤師が箱に戻すときに間違えたと考えられる。幸い、今回の調剤者が気づき間違ってお渡しするのは未然に防げた。	ノボラピッド注フレックスペンとノボラピッドクス注フレックスタッチは色も形状も類似しているため間違ってしまってしまったと考えられる。	本数が変更になり交付しないことになった場合、箱から出した者が出した箱によく確認しながらすぐに戻す、似ている製品の時は複数の薬剤師出確認使ながらしまう等改善する。			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
1691	プレドニン５ｍｇ４錠分２朝夕食後２日分服用後、プレドニゾロン錠１ｍｇ（旭化成）３錠分３毎食後２日分服用となっていた。 成分量プレドニゾロンとして１日２０ｍｇから１日３ｍｇへの大幅なステロイド減量に違和感を覚え、疑義照会を実施した。結果として、プレドニゾロン錠１ｍｇ（旭化成）３錠分３毎食後２日分から、プレドニン錠５ｍｇ３錠分３毎食後２日分へ変更となり、実際にはプレドニゾロンとして１日２０ｍｇから１日１５ｍｇへの減量であった。	病院側の入力誤り、確認不足が原因と考えられる。	投与スケジュール、用量の確認を怠らない。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1692	定期処方にて、プレドニゾロン錠5mg「タケダ」０．５錠、アルファカルシドール錠０．２５μg「アメル」　１錠へ変更になっていた。一包化の患者様で、予製の一包化でプレドニゾロン錠５ｍｇ「タケダ」　1錠、アルファカルシドール錠０．２５μg「アメル」　1錠で準備をしていたため、作り替えを行った。このとき、調剤者が一包化中の該当薬剤を取り違えて、プレドニゾロン錠５ｍｇ「タケダ」を1錠で、アルファカルシドール錠０．２５μg「アメル」を0.5錠で調剤してしまった。 監査の薬剤師も、あらかじめ予製で監査を行っていたため、色で判断してしまい、刻印をしっかりと見ていなかった。結果、そのまま、逆の状態で交付してしまった。 患者様は、予定入院をされて持参薬を病院に渡し、病院薬剤科の監査にて間違いが発覚した。すでに、7日間服用していた。	まず、調剤者Ａが、一包化されていた薬剤をばらした際、同じ白色で類似の大きさだったため、間違って逆の薬剤を半錠にしてしまった。これを調剤者Ｂが手巻きで分包し直した。ここで、二名ともに刻印を見ずに、思い込みで調剤してしまった。最後に監査の薬剤師が、すでに予製で一包化し、監査を行っていたため、白色が半錠になっていることだけをみて、刻印まで監査を行わなかったために生じた初歩的な間違いが原因。	予製の一包化の変更があった際、必ず二名体制で、色、形を確認をし、声掛けを行って作り直しを行う。監査の薬剤師は、繁忙時であっても、焦らず、刻印は必ず見ることを徹底する。			プレドニゾロン錠「タケダ」５ｍｇ 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
1693	エパデールＳ900が処方されていたが調剤者の思い込みでイコサペント酸エチル900粒状カプセル「サワイ」が調剤され監査で気づかず交付された。患者さんから連絡があり間違いに気づいた。	調剤者の思い込みでジェネリックが調剤されて監査、交付される際にも発見されず患者さんに渡ってしまいました。多忙であるための不注意と患者さんとの確認も不十分でした。	患者さんとの確認を徹底することと不注意をなくすよう落ち着いて監査するようにとミーティングで共有しました。	エパデールＳ９００	イコサペント酸エチル粒状カプセル９００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1694	デパケン錠200ｍｇが処方されていたが薬剤師が調剤を間違いデパケンR錠200ｍｇが調剤され監査者も間違いに気づかず交付されてしまった。調剤者が交付後間違いに気づき患者さんに確認したところやはりデパケンR錠200ｍｇが調剤されていた。患者服用はなかった。すぐにデパケン錠200ｍｇへの取り換えを行った。	デパケン200ｍｇとデパケンR錠200ｍｇが近いところに在庫していた。薬局内が多忙でミスを発見できなかった。	デパケン錠200とデパケンR錠200ｍｇを離し各外箱に注意するようにメモを添付した。監査を徹底するようにミーティングで共有をした。	デパケン錠２００ｍｇ	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
1695	ジャヌビア錠50ｍｇのところ、ジャディアンス錠10ｍｇで調剤・交付してしまった。	名称類似と薬効類似で見落とした	名称類似と薬効類似であるという認識を新たにし、注意喚起した。また薬袋に記載されている薬剤の写真も参照することを再度確認した。	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
1696	患者さんは以前から来局している。処方箋のお薬内容はずっと変わらず。夕食後服用数種類中の１００ｍｇ錠を、誤って２５ｍｇ錠を調剤→そのまま監査をスルーし投薬する。	薬局内繁忙時に、ほとんど、ＤＯ処方時に思わず安心感と緊張感のゆるみから、監査力にもゆるみが出てしまった。	監査時に、薬袋の裏にある薬剤写真でかなず調剤薬を照合するルーチーンを定着させる。	ラモトリギン錠１００ｍｇ「サワイ」	ラモトリギン錠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
1697	今回追加処方でピルジカイニド塩酸塩カプセル５０ｍｇが一般名処方で出たが、普段は２５ｍｇの処方が多いことから５０ｍｇではなく２５ｍｇを間違って調剤した。	用量、規格の確認不足。２規格以上ある製剤は特にｍｇ数等の確認を徹底する必要がある。	在庫している棚に「規格・ｍｇ注意！！」と注意を促すシールを貼った。	ピルシカイニド塩酸塩カプセル５０ｍｇ「サワイ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1698	レンドルミンをお渡ししなければないが、レンドルミンD錠をお渡ししてしまった。	事務社員がピッキングを行い、ヒート・形状ともに酷似しているため、ピッキングミス。監査者も気が付かず、交付。耳の聞こえない患者様の為、筆談等で服薬指導しており、そちらに気を取られてしまった様子。	レンドルミン錠とD錠は、酷似している為、レンドルミンD錠の箱、Dを赤丸で囲み注意を促す。監査者は調剤録・薬袋の印字をよく確認する。	レンドルミン錠０．２５ｍｇ	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
1699	一般名処方にてレバミピド錠100mg　3錠　3×毎食後　28日分　新規処方ありジェネリック希望患者のためレバミピド錠100mg「ファイザー」84錠をピッキング。 患者より胃の症状はなく痰の症状があることを聴取。診療所のレセコンは先発品で登録されるため、ムコサールを間違えてムコスタで処方したのではと考え疑義紹介しムコサールに変更となった。	診療所のレセコンが先発品名で登録される。ムコサールとムコスタの選択間違い。	新規処方薬に関しては必ず症状の確認を行う	ムコサール錠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
1700	オドメール0.02　のところ　オドメール0.1で　ピッキングされていた	いつも　0.1%　がよく出るので取り違えてしまった	規格までよくみるよう徹底　世の中にある規格を全て　周知する	オドメール点眼液０．１％	オドメール０．０２％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
1701	カデチアLDをカムシアLDで調剤してしまった。	薬品名が類似しており、また、どちらも降圧剤であるため、確認が不十分になってしまった。	薬品名が類似しているので、調剤・監査時に間違えない様に従業員に周知する。また、薬歴にも目立つように記載をしておく。	カデチア配合錠ＬＤ「あすか」	カムシア配合錠ＬＤ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1702	錠剤を粉砕調剤指示印字「ヒドロクロロチアジド」のところ「トリクロロチアジド」で誤って印字し気づかず投薬後日、患者の母親より連絡あり判明した	朝5mg　夕15mgの用量印字のみ監査し薬剤名はきちんと見ていなかった	慣れ、慢心にならないように声を出して用法用量、薬剤名を監査する			ヒドロクロロチアジド錠１２．５ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1703	フェノフィブラート80錠処方のところフェノフィブラート53.5錠を調剤。監査も見落とし患者に渡したが後から気づき連絡して正しくフェノフィブラート80錠と交換した。	処方せんが立て込んで注意不足となった。	処方箋、薬袋、薬歴、手帳を注意して確認することを徹底する。	フェノフィブラート錠８０ｍｇ「武田テバ」	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
1704	プレドニン0.5錠分包（当局予製）を服用の患者。６/９火曜日処方のくすりを６/２６金曜日夕食後から服用しようと準備されていたところ、いつもと色が違うことに気づかれ当局に電話された。メドロール錠４ｍｇの分包の予製剤を誤って渡していたことが発覚。	半錠の予製剤が数種あり、調剤棚に並べている予製は２種。プレドニン５ｍｇ、メドロール錠４ｍｇの分包。ほかの半錠予製は、「箱に保管か遮光袋に入れて保管」又は「薬剤名を分包紙に印字」している。該当２種の違いは、「棚の位置」と「錠剤の色と形状」のみであった。	分包紙に薬剤名を印字するようにした。	プレドニン錠５ｍｇ	メドロール錠４ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1705	アムロジピン錠５ｍｇ「サンド」希望の患者にアムロジピン錠５ｍｇ「タカタ」を調剤しお渡ししてしまう。患者が後日気が付き使用せずに来局され発覚アムロジピン錠５ｍｇ「タカタ」とアムロジピン錠５ｍｇ「サンド」を交換し謝罪する。	メーカー違いの見落とし	投薬時のお薬の確認の徹底。必ずダブルチェック	アムロジピン錠５ｍｇ「サンド」	アムロジピン錠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
1706	ニフェジピンL20mgの所、調剤者が誤って10mgを調剤した。監査者も見逃して、投薬してしまった。当日の在庫合わせで発覚し、すぐに交換した。	午前のピーク時、ヒート酷似していたため、監査者が見落としてしまった。思い込みもあったと思うので、慌てず処方箋としっかり照らし合わせる事が必要。	規格が複数ある薬は、注意するタグを新しく作成した。	ニフェジピンＬ錠２０ｍｇ「日医工」	ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1707	テープ50mgの処方のところ100mgで調剤	交付者がまだ不慣れであった50mgの規格をほとんど使う患者がいなかった	規格間違いはどの薬にもあるので規格も慎重にチェックすること	ロキソプロフェンナトリウムテープ５０ｍｇ「日医工」	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
1708	メトホルミン５００ｍｇのところ、前回処方の２５０ｍｇで入力した。	手入力の時は、必ず確認する。	手入力の処方箋は、調剤室のレセコンを使う。	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「トーワ」	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
1709	テオフィリン徐放U錠200「トーワ」を在庫準備しようと確認したところ、200ｍｇの箱の中に400ｍｇの規格のものが3錠混ざり込んでいた。	200ｍｇと400ｍｇは隣同士に配置はしてあるが、これ以上に今回間違えて端数を戻してしまった要因として挙げられるのがヒートシートの酷似が挙げられる。両者を改めて並べてみたところ、ちがいが400ｍｇに黒いマークが一部にあるだけで、その他色や錠剤の大きさ、デザインでパッと見て違う規格とは分からないくらいであった。	パッと見で判断するのでは無く、端数一錠に至るまでしっかりと薬剤名、規格まで見ることとした。一旦準備した薬剤を棚に戻す際には薬剤名、規格をきちんと確認することとした。	テオフィリン徐放Ｕ錠２００ｍｇ「トーワ」	テオフィリン徐放Ｕ錠４００ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラー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	フェノフィブラート錠(５３．３ｍｇ)　１Ｔ分１夕食後で処方今までずっとジェネリックで処方されている患者　入力はＧＥで薬袋もＧＥで出されていたが薬自体が先発で調剤され鑑査しそのまま患者に交付される。患者が後日いつもと違う薬が入っていたため発覚。謝罪しＧＥに変更しお渡しする。	投薬時の鑑査不足	処方箋のダブルチェック　投薬時に再度確認しお渡しする	フェノフィブラート錠５３．３ｍｇ「武田テバ」	リピディル錠５３．３ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1711	一般名処方のニフェジピン徐放錠10ｍｇ（12時間持続）をニフェジピン徐放錠10ｍｇ（24時間持続）と見間違えて薬を取り出し、調剤時に間違いに気付いた。	同時に受け付けた他の患者の対応もあり、急いで調剤をしたので処方を見間違えた。	処方箋の確認を再度徹底する。	ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「サワイ」	ニフェジピンＣＲ錠１０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1712	【正】リンデロン－Ｖ軟膏０．１２％　５ｇ【誤】リンデロン－ＶＧ軟膏０．１２％　５ｇ	１２／６リンデロンＶ軟膏をリンデロンＶＧ軟膏で入力ミスした。初期監査、最終監査で気付けなかった。	入力後に処方箋とレセコン画面の突合を必ず行う。確認する行にカーソルを合わせて青色にして確認する。処方内容の確認は、薬品名の４分割、用法の３分割、用量の単位分割を処方箋記載の順番に行う。外用薬の照合は、薬品名、剤形、規格を１文字ずつ確実に確認する手技を徹底する。指さし、声出し確認を実施する。	リンデロン－Ｖ軟膏０．１２％	リンデロン－ＶＧ軟膏０．１２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1713	白色ワセリンの処方で、プロペトで調剤していたのに、入力がワセリンのままになっていた。	事務入力の裏打ちをよく確認せずに薬をお渡ししてしまった。	処方内容と調剤されたものがあっているか監査時に確認を徹底する。	プロペト	親水ワセリン		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
1714	前回まではテオドール錠２００ｍｇが処方されてたが今回一般名処方に変わり、【般】テオフィリン徐放錠２００ｍｇ（24時間持続）で記載あったため、調剤者はテオフィリン徐放Ｕ錠２００ｍｇをピッキングした。 監査の段階でテオドール錠２００ｍｇに対する一般名は【般】テオフィリン徐放錠２００ｍｇ（12～24時間持続）であることに気がつき、疑義照会にて一般名処方の記載を変更してもらった。	テオフィリン製剤の一般名には類似のものがあることを認識しておく必要があるとスタッフで情報共有した。	【般】テオフィリン徐放錠２００ｍｇ（12－24時間持続）と【般】テオフィリン徐放錠２００ｍｇ（24時間持続）の二つの名称がよく似ており、入力間違えを起こしやすいものであることを認識しておく。	テオドール錠２００ｍｇ	テオフィリン徐放Ｕ錠２００ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1715	同じ骨粗しょう症治療剤でもあるボンビバとボノテオの取り間違い	適応症も同じで名称類似による思い込み	カセットをならべない	ボンビバ錠１００ｍｇ	ボノテオ錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1716	７月２日１５時ごろ、他の患者さんの一包化調剤した際に、アムロジピンＯＤ５ｍｇ「ケミファ」のカセットにアムロジピンＯＤ２．５ｍｇ「ケミファ」が混入していることが発覚した。混入した経緯は、６月２５日にバラしたアムロジピンＯＤ２．５ｍｇ ３６錠を間違えて５ｍｇのカセットに混入したと推測された。 混入された数は３６錠だが、カセット等に残った数は３４錠だった。残りの２錠はこの間に分包した薬に混入したと考えられ、アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「ケミファ」を分包した患者は、当該患者のみであった。患者宅へ訪問し、薬を確認させていただき、３０日処方で２９日分残があり、１日分に２．５ｍｇ錠が混入していた（交換した）。本日服用分は２．５ｍｇだった可能性が高いが、確定できないため体調をみていただくこととなった。現在体調変化なし。医師に報告し、翌日から指示通りの５ｍｇを飲んでいただき、経過みるとの返答であった。	他店舗でバラした薬の誤混入が過去にあり、普段から充填する際は気を配り、２人での確認、声出し、指さしを徹底してた。今回もその手順は守っていたが、バラした２人で確認作業を続けて行ったため、思い込みで間違えたと考えられる。	今後はバラした人と別の人が確認することとした。	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「ケミファ」	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
1717	薬剤師Aが、コタロー四物湯　21包×5束のうち、2束はコタロー芍薬甘草湯を調剤し、そのまま自分で袋に詰め、監査終了となった。 その後、他の作業をしていた薬剤師Bが念のため確認したところ、間違いに気づき、正した。	調剤をしたものが監査も行ったため。包装が同じで、隣に置いてあったため、十分に確認しないと見つけられないため。	あまり処方の無い芍薬甘草湯の箱に輪ゴムをまいておく。	コタロー四物湯エキス細粒	コタロー芍薬甘草湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1718	ベルソムラ錠を常時服用中の患者に、感冒症状にてクラリス錠が処方された禁忌薬に分類されるので疑義照会にてクラリス錠を削除	睡眠薬と風邪薬で内科処方的に出しやすい組合せである	レセコンによるチェック機能にて、自動的に併用されたら警告を出すように促す			クラリス錠２００ 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
1719	ケイキサレートドライシロップが7.5g 2xで処方されていた。一包あたりが3.27gであったがそれに気が付かずお渡しし、投薬後に疑義照会をして１日あたり6.54gで処方と確認をとった。	処方箋の用量について、思い込みで7.5gで間違いないと思い込んだ。ケイキサレートの包装gもはっきり確認していなかった。	繁雑時であっても思い込みで事を進めず、処方箋、薬、確実に確認する。事例を共有し、再発防止に努める。	ケイキサレートドライシロップ７６％	ケイキサレートドライシロップ７６％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1720	先発薬希望の患者様だが後発薬で投薬した。処方入力は間違いがなく、患者様から薬価の差額を薬局が不正に受領しているとの指摘があった。	通常入力時に先発薬処方の際、声がけ等注意し調剤していたが、今回慣例のごとく後発薬でピッキングし監査し投薬してしまった。	声がけ等は今まで通り行い、監査はもちろんピッキング時にも支援表の伝言やサマリーを確認する。また長期に処方内容が変わりない患者様でも投薬時に薬の内容の確認を徹底する。	ザイロリック錠１００	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
1721	近隣の内科クリニックから普段取り扱いのない医薬品の処方箋を受け付けた。ユニフィルＬＡ錠200ｍｇの処方でしたが、当局にテオフィリン徐放錠200ｍｇ「サワイ」が在庫しておりましたので後発品変更にて患者様にお渡しいたしました。 患者さんがお帰りになられた後、同一成分だが異なる薬であることに気づき、すぐに連絡をとったところ患者様はまだ服用していなかったのでユニフィルＬＡ錠200ｍｇへ変更し服用して頂きました。	同一成分だが薬物動態の異なる薬剤への知識不足があったと考えます。	同一成分だが異なる薬剤への注意喚起、知識の習得。	ユニフィルＬＡ錠２００ｍｇ	テオフィリン徐放錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1722	ノボラピッド注フレックスタッチを処方されたが、ノボラピッド注フレックスペンを調剤し鑑査者もそれを見逃しお渡ししてしまった。すぐ後にノボラピッド注フレックスペンが欠品したことを不審に思い、鑑査レンジの写真で確認し間違いに気が付いた。すぐに交換に伺った。	薬品名　外観（同成分なのでインスリンカラーはどちらもオレンジ）の類似していたため鑑査者も同じインスリンを長く使用している患者本人もいつものインスリンと思い込んでしまった。鑑査レンジで判別不能だったため処方薬をピッキングしたと思い込んでいた調剤者が目視確認で通過させた。鑑査者は鑑査レンジを通過していることに過信があったかもしれない。夕方の混雑した時間帯だった。	横並びだったノボラピッド注フレックスタッチとペンの配置を段違いに変更した。鑑査レンジにすべての注射薬の判別写真を登録しなおし鑑査精度を向上させた。インスリン使用者リストの活用が早期発見につながったので今後も定期的にリストの更新を行い活用する。薬局内　法人内医療安全委員会にて再発予防のための事例共有を行った。	ノボラピッド注フレックスタッチ	ノボラピッド注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1723	スルピリド錠１００ｍｇ「アメル」のところ類似名称品のスルトプリド塩酸塩錠１００ｍｇ「アメル」をピッキングしてしまった。監査者が間違いに気付いたため交付前に正しいものに直しました。	当事者が類似名称品の存在を知らなかったことで起こった。	類似名称品のあるものには付箋などの注意書きをつける。	スルピリド錠１００ｍｇ「アメル」	スルトプリド塩酸塩錠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
1724	７／２患者から２０T見たことのない薬が入っていると電話あり。５／１４に来局あり、その際渡した薬とのこと。自宅に伺い、確認した所メトホルミン２５０ｍｇMT１９６Tお渡しすべきところ、そのうち２０Tアムロジピン５ｍｇ「DSEP」が混入していた。お詫びして回収交換した。	シートがブルーで似た色彩であり、引き出しが近くにあった。引き出しにももどす際に、煩雑にしてしまった。	・似た色のシートのため、保管場所を別にした。・引き出しに薬剤を戻す際は煩雑に行わないように徹底する。・薬品棚は整頓する。			メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「三和」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1725	ザジテン点鼻液0.05％をザジテン点眼液0.05％と間違えて調剤しそのまま監査もザジテン点眼液と思い違いをして投薬。患者は1年前にも使用しており投薬した際にザジテンの外観が以前と異なると指摘を頂いた。それにより処方箋を見返しザジテン点鼻であることを確認。点鼻を調剤し患者とともに確認したうえで投薬を終了した。	ザジテン点鼻液0.05％とザジテン点眼液0.05％はどちらも処方せんの単位は「瓶」である。	入力時のマスターで鼻、眼と判断しやすいようにする。監査、調剤時は剤型を見落とさない。	ザジテン点鼻液０．０５％	ザジテン点眼液０．０５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1726	メトホルミン塩酸塩錠250ｍｇＭＴ「三和」　９錠分３毎食後　３０日分の処方。メトホルミンを270錠をお渡ししなければならないところ、先発品のメトグルコ200錠とＧＥのメトホルミン70錠を合わせてお渡ししてしまった。患者様から「違う名前の薬が混ざっている」と電話があり、判明した。	メトホルミンとメトグルコのカセッターが隣り合っていた。調剤者は、メトホルミンを70錠カセッターから調剤し、200錠を在庫棚から調剤した。この時、箱の外観が似ていたことから200錠はメトグルコを取ってしまった。ポリムスでの先調剤ではメトホルミンを読み取った。鑑査者は、70錠に細かい端数が含まれていた為、確認に気を取られた。ポリムスでの照合もエラーが上がらなかったことで安心し、確認が疎かになった。	・似ている薬剤は注意喚起の為、調剤棚を隣同士に在庫していた。それによって間違いが起きてしまったことから、メトグルコを引き出しに移動した。・ポリムスはあくまで補佐であることを再認識し、処方せんとの突合をしっかりと行う。・基本確認である処方せんとの突合を徹底する。	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「三和」	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
1727	リピトール１０ｍｇの定期処方に対してジェネリックののアトルバスタチン１０ｍｇを調剤するところアトルバスタチン５ｍｇを調剤して渡してしまった。その後患者から規格が違うと電話があり発覚。ご自宅へ交換に伺った。	規格の確認を怠った。	調剤時、監査時、投薬時の確認を慎重に行う。投薬時には患者にもしっかり見せて確認する。	リピトール錠１０ｍｇ	アトルバスタチン錠５ｍｇ「ＥＥ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

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	
1728	ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」がロスバスタチン錠5mg「DSEP」の棚に間違えて入っていた。	いつ間違われたか不明であるが、同一製剤・同一メーカー・異なる剤型による棚への戻しミスが起こってしまった。患者様へは渡らなかったが、注意が必要なミスである。	すぐに見直しを行い、同一製剤・同一メーカー・異なる剤型がある物は棚の間に別の製剤を入れることにより入れ間違いを防ぐことにした。また調剤時により一層注意する必要がある。	ロスバスタチン錠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
1729	一般名処方で、バルサルタン錠８０ｍｇと処方されていた。患者様はジェネリック希望で、以前よりバルサルタン錠８０ｍｇ「サンド」を調剤してお渡ししていたが、今回間違えて先発品であるディオバン錠８０ｍｇで調剤し、交付してしまった。	バルサルタン錠８０ｍｇ「サンド」はディオバン錠のオーソライズドジェネリックであり、ヒートデザインが酷似している。	いつもなら、声出し・指差し確認をしているが、その動作が抜けてしまった。再度、声出し・指差し確認を徹底する。	バルサルタン錠８０ｍｇ「サンド」	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
1730	5/7に患者様来局。体調不良で抗がん剤治療を休薬中でしたが投薬再開となりました。体調など確認中に内服薬減量の話を聞きました。 変更前はエスワンタイホウ配合OD錠T20を6T3Xでふくようでしたので減量と聞きエスワンタイホウ配合OD錠T25を4T2Xの処方をエスワンタイホウ配合OD錠T20を4T2Xで調剤し、投薬してしまいました。レセコン入力もT20を4Tで見逃してしまいました。間違いに築いたのは次の来局時処方を受け取った時でした。本人に特に体調変化はみられませんでした。ご本人、病院薬局に報告しお詫びもうしあげました。	知識不足、思い込みが大きな原因と思います。減量をきめ細かくT20　6T→T25　4Tを疑わなかったことが間違いのもとでした。	抗がん剤治療における薬剤の講習をしっかりと確立していく事が必要。	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
1731	メトアナ配合錠HD５６錠の内エクメット配合錠HDが５０錠混入。投薬後エクメット配合錠HDの箱が空いているのに気付き患者様に電話で確認。服用前に正しい薬と取り換える。	メトアナ配合錠HDのカセットにエクメット配合錠HDが補充されていた。シートの大きさも同じだったため表面のメトアナ配合錠HDのみを確認し投薬してしまった。	カセットに補充する時に注意するのはもちろんだが、監査もゴムで留められている錠剤全てを確認するようにする。	メトアナ配合錠ＨＤ	エクメット配合錠ＨＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1732	錠剤分包機へセニラン２ｍｇを充填する所、セニラン５ｍｇを充填し監査時に間違いを確認し、再分包し、患者には渡らずに済んだ。	錠剤の充填は２名以上で確認の上、充填するルールがあったが守られず、この事態になった。	分包機のソフトをアップデートし、バーコードによる装填監査システムを採用した。	セニラン錠２ｍｇ	セニラン錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1733	フロリードゲル2%10gの処方でフロリードゲル2%５ｇを5本調剤。監査時に気が付きフロリードゲル2%2本に調剤しなおした	フロリードゲル2%を２ｇと思い込み調剤してしまった	薬品名規格量をよく確かめる			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
1734	五令散エキス顆粒を五積散顆粒と勘違いして処方して、患者さんのご家族にお渡しした。その後、ご家族はそれを入所中の施設に持って行った。施設の看護師さんは患者さんが血腫で入院して退院したのに、どうして五積散顆粒を服用するのか疑問であると、薬局に連絡があった。処方箋を急ぎ確認したところ、明らかに処方箋には五令散エキス顆粒であることを確認し入力ミスであることが判明した。	五令散と五積散に「五」に注意が行ってしまい、入力時に在庫のある五積散を入れてしまった。その後、薬剤師の監査時にも気が付かずスルーしてしまった。	似ている薬剤には入力画面で、注などの要注意薬であることを強調する。他病院のものであってもキューアールコードで入力する。入力後処方箋と入力画面を比較して同一であることを確認する。薬剤師は処方箋とピッキングした薬剤名が同一であることをシート名を使用して確認する。	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
1735	患者が処方せんを持って来局した。処方せんには「ツムラ疎経活血湯エキス顆粒(医療用)　1日2包分2朝夕食前14日分」と記載されていた。	ツムラ疎経活血湯エキス顆粒の包装の中にツムラ当帰芍薬散エキス顆粒が誤って入っており、また外観が似ていた為、気付かずに取り間違えた。	業務手順を見直し、薬剤師が1名しかいない状況でも調剤後の薬剤の再確認等鑑査を徹底することとした。調剤室に外観類似医薬品の注意喚起の張り紙をした。	ツムラ疎経活血湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	薬剤師A（職種経験年数4年）はツムラ疎経活血湯エキス顆粒（医療用）を調整するところ、誤ってツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）も混入した状態で調整した。当時薬剤師1名しか勤務していなかった為そのまま薬剤師Aが鑑査。交付前に間違いに気付かずそのまま患者に薬を交付した。当日患者より連絡があり、間違いが発覚、薬剤師Aはツムラ疎経活血湯エキス顆粒を正しく調剤し患者に正しい薬を交付した。						

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

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	
1736	一般名アトルバスタチン10ｍｇをレセコン入力時にアトルバスタチン5ｍｇと入力してしまい、レセコンテータの送信先の調剤監査システムの使用時においてアトルバスタチン5ｍｇを正しい調剤医薬品と認識してしまい調剤し、投薬時の確認時に気が付いた。	繁忙時にレセコン入力時に処方薬の規格確認、処方箋監査時の処方箋確認が不十分であった。処方監査システムに対する安心感から調剤時の間違いに気づかなかった。	繁忙時においても落ち着いてレセコン入力、調剤監査を行えるよう環境整備を整える、調剤監査時は調剤監査システムの使用においても処方箋との齟齬がないかきちんと確認する体制を整える	アトルバスタチン錠１０ｍｇ「ＥＥ」	アトルバスタチン錠５ｍｇ「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
1737	患者が処方箋持って来局した。一包化希望、明日取りに来ると言って帰宅した。常勤薬剤師２名中１名不在。当日、薬剤師Ａ（職種経験年数41年)がピッキング・調剤した。コントール錠１０ｍｇ調剤するところ誤ってコートリル錠１０ｍｇ調剤・分包した。 次の日、監査にあたった薬剤師Ｂが処方薬のコントール錠１０ｍｇではなく、コートリル錠１０ｍｇ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Ｂがコントール錠１０ｍｇをピッキングして薬剤師Ａが分包し直した。再度薬剤師Ｂが監査した。監査で誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付した。	コントール錠１０ｍｇとコートリル錠１０ｍｇは、名称が似ていたため間違えた。通常一包化の場合、ピッキング者と調剤者を別にしていた。１名不在のため１人でピッキングと調剤をしてしまった。	どんな時でも、ピッキング者と調剤者を別にするよう徹底した。調剤時に薬剤を再確認するよう徹底した。	１０ｍｇコントール錠	コートリル錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1738	アレロックOD錠2.5ｍｇを調剤するところ、アレロック錠2.5ｍｇを調剤してしまった。	繁忙で、処方箋を読み間違え、OD錠の所、普通錠を調剤してしまった。	薬品棚に規格注意のシールを貼るなど注意を促がす。	アレロックＯＤ錠２．５	アレロック錠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
1739	28錠を１０＋１０＋５＋２＋１錠でお渡しした所1錠がないと連絡	半端な数でお渡ししたため、紛失したものと考える	1錠を使用するときは患者にも十分な説明を行う			イグザレルト錠１５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：調剤　発生要因：医薬品の名称類似、医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	
1740	テオフィリン徐放錠１００ｍｇ「サワイ」の処方だったが、テオフィリン徐放錠２００ｍｇ「サワイ」との取り間違いがあった。監査時に気付き、正しいものと交換し投薬した。	当薬局では、テオフィリン徐放錠２００ｍｇ「サワイ」が出ることが多いため、規格の確認をする前に思い込みで２００ｍを調剤してしまったと思われる。	他規格あるのもについては、どの規格を採用しているのかを把握するとともに、調剤時は慣れや思い込みで判断しないように最後まで処方箋を確認して調剤すること。	テオフィリン徐放錠１００ｍｇ「サワイ」	テオフィリン徐放錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1741	初回処方時、処方薬　【般】レボドパ50・カルビドパ配合錠（ドパコール配合錠L50）を、交付薬【般】レボドパ50・カルビドパ・エンタカポン配合錠（スタレボ配合錠L50）で入力・調剤し、監査時に気づかず交付した。２回目の処方受付時に発見した。	１．初処方であった。薬局に在庫がなく、スタッフにもなじみのない薬であり、知識不足であった。２．一般名処方であった。初めに医療事務がレセコン入力時に入力を誤った。名称が長く、最後まで確認することを怠った。３．「レセコンによる代替変換なので正確」と頭から思い込み、２重にチェックすることを怠った（発注時・調剤時）４．監査手順を逸脱し、入力内容の監査が十分注意して行われなかった。	調剤手順の再確認（入力後のチェックの履行、調剤時の処方箋チェック、監査手順の確認と手順遵守）調剤ミス事例について再研修（特に一般名処方に関するもの）	ドパコール配合錠Ｌ５０	スタレボ配合錠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
1742	一包化の患者さんで入力も調剤もDoだと思い込み最終監査も規格変更に気がつかずお渡ししてしまった。服薬指導時もご家族来局のため詳しい症状を聞く事が出来なかった	一包化の患者さんで入力も調剤もDoだと思い込み最終監査も規格変更に気がつかずお渡ししてしまった。服薬指導時もご家族来局のため詳しい症状を聞く事が出来なかった。	一包化のジャーナルと処方箋の確認徹底。特に手入力時は入力監査も徹底する。	オルメサルタンＯＤ錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	オルメサルタンＯＤ錠２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1743	降圧剤のアプレゾリン錠が初めて処方され、他院でも降圧剤処方服用されているため、追加処方と思い調剤投薬したが、当該薬剤師が他の処方が全て慢性疼痛の薬剤であることと、当該医師が鎮痛剤服用時にアプレース錠を処方されることを疑問に思い、疑義照会したところアプレース錠の間違いだったことが判明した。すぐに患者に連絡し、未服用だったため交換した。	当該医師が電子カルテに処方薬を打ち込む際、最初の三文字が同じなので、選択を誤ったと思われる。	初めて処方される薬剤は薬効を確認し、投薬時にも患者に確認する。	アプレゾリン錠１０ｍｇ	アプレース錠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
1744	タリビット錠100mg1T朝食後の処方を処方されたがクラビット錠500mgの間違いではないかと思われ疑義照会クラビット錠500mgへ変更された	Drの処方時の勘違いと思われる名前が似ている為間違われたと思われる	処方の用量に誤りがないかを確認する状用量が分からない場合は必ず調べる	タリビッド錠１００ｍｇ	クラビット錠５００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1745	耳鼻科よりルネスタ1ｍｇ寝る前1錠の処方に対して、疑問を抱きながら交付。アレルギー薬を交付される予定であることを確認後、問い合わせ。ルパフィン錠10ｍｇ寝る前1錠に変更となった。	処方を入力する際にル～で薬品検索したか。	監査時の内容確認と投薬時の聞き取りを徹底する。	ルネスタ錠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
1746	アレジオンLXの用法が通常の2回ではなく4回で処方されていたため問い合わせ。アレジオンLXではなくアレジオン点眼に処方変更された。	発売されたばかりの薬を処方入力をする際に病院事務の方が入力を間違えてしまった考えられる。	既成の成分あるのもので新薬が処方された際は処方入力間違いのリスクが高まるので用法をしっかりと頭に入れておく。	アレジオンＬＸ点眼液０．１％	アレジオン点眼液０．０５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1747	定期薬でミカムロ配合錠APを服用中の患者様がミコンビ配合錠APへ処方変更となっていた。聞き取りで変更についてご存じなかったため疑義照会すると、処方ミスのためミカムロ配合錠APへと変更となった。	手書きカルテのため、薬剤名の類似による処方医の書き間違いと考えられる。	投薬時に患者様とのコミュニケーションを取ることで変更点や処方内容が適切か判断をする。	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
1748	セレスタミン配合錠の臨時処方。投薬時の主訴確認の際、疼痛の訴えのため疑義照会。セレコックス（１００）の間違いのため処方変更となる。	類似薬剤	主訴・薬効の照らし合わせの徹底	セレスタミン配合錠	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
1749	ノイロビタン配合錠が新たに処方されていた患者に聞き取りを行ったところ、「他の病院でもらっていた腰痛の薬が足りなくなったから出してもらった」と話された。	ノイロトロピン錠とノイロビタン配合錠は名称が似ており、処方する際に誤って入力してしまったのだと考えられる。	新規医薬品が追加となった時には、症状の聞き取りを行い、処方内容に不備がないか確認を行っている。	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
	ノイロビタン配合錠が4錠分2で処方されていたことからも、ノイロトロピン錠の間違いである可能性を考え、ノイロトロピン錠を見せたところ、処方してほしかったのはノイロトロピン錠であったと判明したため、疑義照会を行いノイロトロピン錠に変更になった						
1750	眼圧の高い患者で、ダイアモックスが処方された。今回、ダイアモックス処方の2回目の処方だったが、アスパラＣＡが併用で処方された。ダイアモックスの低カリウムの副作用予防と考えられると思い疑義した。	商品名の類似間違い	類似の商品名のものは併用薬と一緒に処方全体を監査する。取り違えを前提として確認する。	アスパラ-CA-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
1751	チキジウム臭化物カプセルのところチクロピジン塩酸塩錠になっていた。	クリニックの新人事務さんが入力間違い、確認不足。	処方内容の確認と患者さんとの症状の確認を継続する。	チクロピジン塩酸塩錠１００ｍｇ「サワイ」	チキジウム臭化物カプセル１０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1752	患者様は左耳の調子が悪いと医療機関（耳鼻咽喉科）を受診され、処方せんが発行され、当局にお越しになった。処方を確認したところ、リンデロンA液（目・鼻用）が一日2回　左耳に点耳と記載されていた。	おそらく、医院でのカルテの読み取りの不備や入力ミスによる間違いであると思われる。	点耳・点鼻など一文字だけ違い、見逃してしまう可能性も高い事例でしたので、外用・内服にかかわらず、薬剤規格・用法・用量・使用部位などを処方箋のコピーなどで一字一句チェックをつけ確認し調剤するよう心掛けている。	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
	リンデロンA液を耳に使用した場合、非可逆性の難聴をきたす可能性があり、リンデロン点眼・点耳・点鼻液と間違って記載されているのではないかと疑義照会を行う。疑義照会を行ったところ、リンデロン点眼・点耳・点鼻液に変更となる。						
1753	患者様の処方箋をＦＡＸにて受信した。処方箋には「【般】テオフィリン徐放錠２００ｍｇ（２４時間持続）　２錠　１日２回朝夕食後」と記載されていた。テオフィリン徐放錠２００ｍｇ（２４時間持続）〔先発名・ユニフィルＬＡ錠２００ｍｇ〕の通常の用法は、１日１回夕食後であり、処方箋に記載された１日２回の用法指示であれば、テオフィリン徐放錠２００ｍｇ（１２～２４時間）〔先発名・テオドール錠２００ｍｇ〕の処方である可能性が考えられた。	通常１日１回の用法であるユニフィルＬＡ錠と、通常１日２回の用法であるテオドール錠の成分名がテオフィリン徐放錠であり、一般名処方の場合、両剤の区別は、カッコ内の「２４時間持続」あるいは「１２～２４時間持続」の記載にて判断する必要があることが原因として推定される。	今後も薬学的な知識を常に更新し続ける。一般名処方では、同成分の薬剤でも複数の剤型が存在するため、特に注意を払う。また、処方医や患者様とのコミュニケーションを密にとり、疑問点が解消されるまで確認する。	ユニフィルＬＡ錠２００ｍｇ	テオドール錠２００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	処方医に疑義照会を行ったところ、「【般】テオフィリン徐放錠２００ｍｇ（１２～２４時間持続）２錠　１日２回朝夕食後」へ処方変更となった（添付文書上の通常用法は朝食後・就寝前であるが、この点については用法変更なしと医師確認済み）。この疑義照会の際、処方医より、テオフィリン徐放錠（２４時間持続）であっても、症状によっては１日２回で処方する場合があるので、その都度確認してほしいとの依頼があった。						

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1754	アレジオン錠２０ｍｇ　２錠　１日１回朝食後処方。通常量は２０ｍｇ１錠。用量に疑問が生じたため問い合わせ、アレグラ錠６０ｍｇ処方予定も誤って入力したとのこと、アレグラ錠６０ｍｇ　２錠１日２回朝夕食後へ変更となった	頭２文字は同じ薬剤のためそこで選択ミスを起こされたと思われる。	この処方医はこれまでも頭２文字同じの選択ミスをされたことがあったが使い慣れたもので起こすとは考えておらず用量ミスと思い問い合わせしたが入力ミスとのことだった、思い込まず種々の側面から処方せんを見るようにすることとした	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
1755	オメプラゾール錠１０ｍｇとラベプラゾールＮａ錠１０ｍｇ、ＰＰＩが重複して処方されており、疑義照会を行ったところ、処方箋作成時にオルメサルタン錠を選択するつもりがオメプラゾール錠を選択してしまったと返答があり、オメプラゾール錠１０ｍｇを削除、オルメサルタン口腔内崩壊錠１０ｍｇに変更となった。	処方箋作成時に同じ「オ」で始まる薬品で選択を誤ったと考えられる。	処方内容をよく確認する。	オメプラゾール腸溶錠１０ｍｇ「武田テバ」	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
1756	整形外科からノイロビタン配合錠の処方。これまでこの整形外科からノイロビタン配合錠の処方がなかったこと、同時に処方されているものがロキソニンであることから、ノイロトロピン錠4単位の間違いを推測し、疑義照会。ノイロトロピン錠4単位に処方変更。	薬剤名称の類似。３文字目までも同じであることが問題。	近隣のクリニックに関しては処方のクセを把握しておく。いつもと違うものが処方された場合は必ず確認。	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
1757	五積散と五苓散を読み間違い処方内容を誤ったもの	類似した名前の漢方薬と取違い	類似した商品は漢方のパッケージ色での確認と番号及び名前の確認を徹底し誤投薬を防止する	テイコク五積散エキス顆粒	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1758	リボスチン点眼液が処方されていたが、聴取により点鼻薬が出させる予定だったと申し出あり。疑義照会にてリボスチン点鼻薬に変更となる。	薬品名の類似が原因。	患者への聞き取りを確実なものとし、類似薬との取り間違えなどを防止するよう周知。	リボスチン点眼液０．０２５％	リボスチン点鼻液０．０２５ｍｇ１１２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
1759	アレンドロン酸35ミリが、処方されていました。週１回投与の薬ですが、一日一回　35日分と記載されてました。週一回投与の薬ですが、その用法の記載もないため、疑義照会しました。、	処方元の間違いでした。	複数の規格がある薬剤や、毎日投与でない薬剤や、休薬のある薬剤は、覚えておく			アレンドロン酸錠３５ｍｇ「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
1760	退院後状態安定のため、近隣病院へ紹介となり、紹介先の医師による処方間違い一般名処方であり、【般】バルプロ酸Na徐放錠200mgのところ、【般】バルプロ酸Na錠200mgと処方あり。退院時の処方がバルプロ酸SR錠200mgであったため疑義照会	一般名処方であるため、剤形による区別はないものと医師は考えていたと思われる	紹介先で同一処方される場合、お薬手帳などによる紹介元と同一処方かの確認を行った	バルプロ酸ナトリウム錠２００ｍｇ「アメル」	バルプロ酸ナトリウム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
1761	門前病院閉院により、前医師の転勤先へ受診となった。前回との処方内容変更あり、疑義にて右記へ変更となる。テラムロAP→BP、MS温シップ100g→1000g。HPでの入力間違いだった。	前回処方との比較がちゃんとなされてない	前回処方との比較、患者からの情報摂取			テラムロ配合錠ＡＰ「ＥＥ」 ＭＳ温シップ「タイホウ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1762	皮膚科にてフェキソフェナジン錠６０ｍｇの処方あり。内科で類薬セチリジン錠１０ｍｇを継続服用中のため疑義紹介を実施。フェキソフェナジン錠削除となった。	受診時に併用薬の確認がされていなかったことが要因と思われる。	類似薬品が処方されている場合は、処方日数等より手持ちがあるか否かを確認の上で疑義紹介を実施している。			フェキソフェナジン塩酸塩錠６０ｍｇ「杏林」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1763	R2/2/12受診の処方のザクラス配合錠HD　1錠　分1朝食後　３５日処方であったのにも関わらず、ザクラス配合錠LDで調剤、交付してしまったことが、3/16に発覚した。3/16　PM１６時ごろ3/16の処方内容に従い、調剤した時、投薬者が前回の処方が違うことを発見。患者本人と確認しあった結果、調剤過誤が判明。当日、疑義照会をし、3/16の処方は現行通りに調剤、交付患者様にお詫びし、医療機関には報告をしておくこと、今後、解決策を提案していくことをお約束した。	・処方箋入力者が、前回の内容を鵜呑みにし、DOで入力した。・調剤者が、入力を信頼して処方箋を見ずに、帳票をみて調剤を行った。・鑑査者が、帳票と処方箋の確認を鑑査見誤った。・投薬者が、入力と内容を鵜呑みにして、処方せんを確認せず、投薬、患者さんとの話を対応せずに思い込み違いをしてお渡しした。	・処方箋入力後、すぐに調剤禄の照合をする。・HD/LDなど多数規格が存在するものには、パソコンでも多数あるよう誰もが気付けるよう、表記を工夫。例えば→ザクラス配合錠HD→ザクラス配合錠（HD）など・鑑査者は、多数規格が存在するものに対して、鉛筆書き、もしくは消せるインクなどで、印、〇など、投薬者が、気づけるように表記を付ける。・投薬者は、自己判断しないように、しっかりと患者と向き合い、コミュニケーションを行う。			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
1764	アモキサンカプセルが処方されていたが、患者からの聞き取りにおいて診断名（憩室炎）と処方薬内容に合わない点があるため問い合わせを行ったところ、サワシリン錠に変更となった。	レセコンでアモキシシリンを選ぶところをアモキサンを選択してしまったのではないかと推察。	患者からの症状、診断の聞き取りを丁寧に行い、処方薬との齟齬がないことを確認することに努める。	アモキサンカプセル１０ｍｇ	サワシリン錠２５０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1765	アレジオン点眼液LX処方で、1日4回点眼の指示があった。　LXは1日2回点眼なので疑義して用法変更に至った。	眼科Drの勘違い。　アレジオン点眼液とLX点眼液を間違えたと思われる。	新規医薬品の用法を把握しておくことが必要。			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
1766	フロセミド錠20mg1T/1×で定期で服用中。臨時受診でフロセミド錠20mg1T/1×が今回から追加となったがKが3.9から3.1と低下していた。低カリウム血症の場合禁忌となるため増量について確認。その結果、20mg1T/1×から20mg0.5T/1×へと減量になった。	検査値を見落としていた	処方箋検査値以外にも、患者様が検査表などを持っていたらスキャンし記録するようにしている。			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
1767	更年期障害にて通院中の47歳女性。今回、ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒およびツムラよく苡仁湯エキス顆粒が処方されていた。薬効・用法・用量を説明していたところ、本日の通院目的は更年期障害治療の他、イボの治療と本人より聴取したため、主治医に疑義照会。よく苡人仁湯エキス顆粒処方削除、ヨクイニンエキス錠「コタロー」18Ｔ分3毎食前に処方変更となった。	ヨクイニンエキス錠「コタロー」とよく苡仁湯エキス顆粒のどちらも「ヨクイニン」で名称が類似しているため間違ったと推定される。	ヨクイニンエキス錠「コタロー」はヨクイニンエキスを含有し、疣贅治療に用いる、一方ツムラよく苡仁湯エキス顆粒は麻黄、当帰、蒼朮、よく苡仁、経皮、芍薬、甘草を含み関節痛、筋肉通、神経痛に用いられる。処方元には薬品名類似品の注意喚起をしていく。	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
1768	眼底出血のため、止血剤処方予定の患者へアデホス腸溶錠の処方。頭文字が同一のアドナ錠と間違えての処方だった。	-	-	アデホスコーワ腸溶錠６０	アドナ錠３０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1769	耳鼻科の処方せんにジスロマック２５０ｍｇ２Ｔ分1夕食後5日の記載があり、処方日数を３と５の入力ミスと思い疑義紹介した。電話での疑義紹介の際も「5日分ではなく3日分でいいでしょうか？」という聞き方をした。電話を受けた耳鼻科事務の方は最初、ジスロマックなら3日ですねと日数変更の予想をして、一応確認しますと電話を切った。その後医師に再確認して薬剤名の間違いと判明した。医師はジェニナック錠２００ｍｇを処方しようとして名前の似た薬剤を入力していたことがわかった。結局処方日数や服用方法は変わらなかった。	監査時に日数の間違いと思いこみ、薬剤の間違いという選択肢を持てなかった。	監査の時点で薬剤師の思い込みによる質問の仕方をするとミスの原因になりうると思われる。	ジスロマック錠２５０ｍｇ	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
1770	処方箋にアモキサンカプセル２５ｍｇ　３カプセル　１日３回毎食後と記載されており、服薬指導の際に患者様が医師から抗菌薬を出すと聞いているということだったため疑義紹介を行ったところ、アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「トーワ」　3カプセル　１日３回毎食後へと変更になった。	医薬品の頭文字３文字が同じであり、医師が処方入力の際に選択を誤ったと考えられる。	服薬指導の際に必ず症状の確認を行うようにしている。	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」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1771	81歳女性にシロドシンが脳神経外科で処方された。患者に確認したところ、頻尿の話はしたが市販の漢方薬でコントロールできており、トイレの薬が出るとは思わなかったとのこと。さらに、処方医からは脳梗塞予防の薬を処方されるとの話だった。シロドシンの適応は前立腺肥大症に伴う排尿障害であり、当該患者が女性であること。また、脳梗塞予防薬を処方される予定だったことから疑義照会を行う。処方医に確認した結果、シロスタゾールに処方変更になった。	シロドシンとシロスタゾールは名称が類似しており、電子カルテへの入力ミスにより当該処方になったと思われる。	名称類似の薬品の疑義照会例を薬局スタッフで共有するとともに、今回のように女性にシロドシンが処方されるような不自然なケースでは必ず疑義照会をするよう注意喚起した。	シロドシンＯＤ錠２ｍｇ「サワイ」	シロスタゾールＯＤ錠５０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1772	プレドニゾロン散が3日分処方されていたが、症状を聞き取りすると現在喘息やアレルギー症状は出ていない。処方目的が不明だったため疑義照会をすると処方はプレドニン眼軟膏の入力間違えだった事がわかった。	先々月喘息でプレドニゾロン散が処方されていた、また薬剤名称が頭3文字同じだったため、入力時の選択ミスが推測される。	処方にはケトチフェンDSや他ステロイド軟膏も出ていた為、プレドニゾロン散も出ていて内容的にはそのまま素通りしてしまう可能性もあった。症状の聞き取りは必須で少しでも疑問に感じたら確認をしていく。	プレドニゾロン散「タケダ」１％	プレドニン眼軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1773	元々、７日前に膀胱炎で受信しレボフロキサシンが処方されたが改善がなかった方、あまりに辛かったのでかなり以前に同じ症状で他院にかかった時にもらって1錠だけ残っていたセフジトレンピボキシル100を服用したところてき面に効いた。 そのため今回、錠剤の空ヒートをもって同じのをお願いしたが、処方箋はセフカペンピボキシル100となっていた。薬局でも経緯を確認し、念のため実物をみせていただいたらセフジトレン100であったためすぐに疑義照会→セフジトレン100へ変更となる	薬品名称が似ているため。Drが非常に忙しかったため	処方箋の内容の確認とその妥当性、また患者様からの情報確認は薬剤師の仕事なので、医療機関と連携し今後も患者様の不利益が起きないよう薬局全体で心がけていく	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
1774	ツムラ半夏瀉心湯の処方箋、投薬時に患者様がツムラ半夏厚朴湯だと思うと指摘をしてきた為、疑義を行い処方薬が変更になった。	薬の名称が似ている。	患者様の話を聞く。	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1775	処方箋に、ビビアント錠の処方が朝食後　６０日分と就寝前　３０日分と２つ書かれており重複していた。調剤開始時に気づいたため患者本人に確認したところ、「寝る前のアレルギーの薬を出すといわれた」と確認。医師に疑義照会したところ、就寝前３０日分のビビアント錠はビラノア錠の間違えであったと発覚し、ビラノア錠へ変更となった。	いずれも１日１回の薬であり、５０音順だと近い並びになり、規格も同じ２０ｍｇのため処方箋記載時に誤入力したと思われる。	薬局の調剤棚もビラノアとビビアントが並んでいたため間をあけて配置した。また今回はもともとビビアントの処方があった患者だったため気づきやすかったが、ビビアント服用歴がない患者の場合同様のミスが起こった場合に気づけるよう、新規にいずれかの薬が出た患者には必ず確認を行う。	ビビアント錠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
1776	7歳小児に対してアレロックＯＤ錠２.５ｍｇが処方されていた。初回使用の薬剤であったため、あえての減量か否かの疑義照会を実施。処方の誤りであり、５ｍｇ錠２錠分２への変更となった。	年齢の確認を怠った、あるいは誤ったものと考えられる。	年齢区分で用量の変更となる薬剤は必ず確認を行う。			アレロック錠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
1777	処方せんに「レスタミン　軟　１本」と記載があり、強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏なのか、レスタミンコーワクリーム1%であるのか確認を行った。 電話にて疑義照会の際、最初は強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏と言われたがこの2剤は同一成分のものではなくそれぞれ成分が異なるので、使用部位を確認。背中が痒くそこに使用したいということが判明。そこでレスタミンコーワクリームの方であることがわかり、変更になったが、包装単位が1本ではないので用量も再度確認。1本→50ｇへ変更になった。	手書き処方せんのため、簡略化されており、処方医は思い込みで記載された可能性がある。	推測ができない手書き処方せんや解読ができない処方せんに関して毎回疑義照会を行っている。疑問に思ったことは必ず聞いてから調剤を行う。	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏	レスタミンコーワクリーム１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1778	新患で腹痛の患者様。おなかの薬の中で1つムコダインの処方がまじっていた。違和感をおぼえて疑義照会。ムコスタの間違いと判明。	事務員さんが処方の入力時の選び間違いと推測。	常に薬の選び間違いの可能性も考えて処方薬に気を付ける。	ムコダイン錠５００ｍｇ	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
1779	当帰芍薬散が処方されていたが、調剤前の聞き取りで足の攣りを医師に相談していたことが判明。疑義照会で芍薬甘草湯に変更となった。	類似名薬剤を処方箋入力してしまった。	調剤前の聞き取り徹底。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1780	黄連湯 2.5g 1×頓服（いらいら時）で処方あり。薬効的に疑義が生じた為、患者の家族へ問診を実施。他院にて処方された漢方薬を処方医へ依頼したとのこと。当院の薬歴およびお薬手帳にて、黄連解毒湯の服用歴を確認した為、疑義照会。黄連解毒湯へ変更となった。	名称類似による処方間違い	他院処方を積極的に情報収集していく。	ツムラ黄連湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ黄連解毒湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1781	プレドニン錠5ｍｇ6錠1日3回毎食後、（般）エンテカビル錠0.5ｍｇ2錠1日2回朝夕食後、タケキャブ錠10ｍｇ1日1回朝食後/計5日分の処方があった。 エンテカビルの用量、用法が違う点、患者さんからの聞き取りで、ウイルスが原因の顔面マヒとの事からエンテカビルは他の抗ウイルス剤と間違えて処方されたと推測されたので疑義照会した所、（般）エンテカビル錠0.5ｍｇから（般）バラシクロビル錠500ｍｇへ変更となった。	処方箋入力時に、バルトレックスをハラクルードと間違えて入力したと思われる。	用法、用量のチェック、患者さんからの聞き取りの徹底。	エンテカビル錠０．５ｍｇ「ファイザー」	バラシクロビル錠５００ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1782	前回まで（般）ニフェジピンL錠10mgで記載されていたが、ニフェジピンCR錠10mgで処方あり。薬剤変更指示を受けていないとのことだったので、疑義照会したところ、前回と同じL錠処方と確認。	一般名処方から商品名処方に変更した際に、規格の選択を誤ったと思われる。	処方内容を確認する。	ニフェジピンＣＲ錠１０ｍｇ「トーワ」	ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラー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	5歳の男児にセチリジン錠10mg1錠分1就寝前の処方が出ていた。年齢から考えて処方量がおかしいと判断し医師に疑義照会したところ、セチリジンDS1.25％0.4g分2朝食後・就寝前に処方が変更になりました。	医療機関側のレセプトコンピューターで薬剤を選択する際に、選択ミスが起こったと考えられる。	小児にも成人にも使用される薬剤は多種多様にあるので、処方せん監査の際には、患者の年齢体重の確認を怠らないように話し合いました。	セチリジン塩酸塩錠１０ｍｇ「ファイザー」	セチリジン塩酸塩ＤＳ１．２５％「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1784	以前より継続してノルバスクＯＤ錠２．５ｍｇ１錠１日１回夕食後を服用していた患者様に対して当日ノルバスクＯＤ錠５ｍｇ１錠１日１回夕食後が処方された。患者様に血圧の変動、医師からの説明の有無をそれぞれ確認したが大きな血圧の変動も無く、医師からの処方変更の説明も無いとのお話であった。疑義照会にてノルバスクＯＤ錠２．５ｍｇ１錠１日１回夕食後で調剤するようにとの指示がありノルバスクＯＤ錠２．５ｍｇ１錠１日１回夕食後で調剤してお渡しした。	推定される要因：病院での入力誤りの可能性高い。薬局での取り組み：患者の体調変化の確認、処方変更の際の医師説明の有無、前回薬歴との相違点を都度確認している。	引き続き患者の体調変化の確認、処方変更の際の医師説明の有無、前回薬歴との相違点を確認していきたい。			ノルバスクＯＤ錠５ｍｇ ノルバスクＯＤ錠２．５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1785	元々は毎月来局されていた患者であるが、２年ぶりに来局。服用中の薬を本人に確認した際、ジャヌビアとの申し出に対して、ジャディアンス25ｍｇが処方されていた。疑義照会をして、ジャヌビア25ｍｇに変更となった。	ジャディアンス、ジャヌビアともに糖尿病薬であり、また25ｍｇの規格がどちらにも存在するため、処方ミスが起きた。	上記の理由により薬局でもレセコン入力間違いや、ピッキング間違いが起こりやすいと考えられる。処方されている患者の名前を書いた付箋を、箱に貼り付けて保管している。	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
1786	頭皮処置痕の消毒液に逆性石ケン液0.05が処方されていた。疑義照会の結果逆性石ケン液0.025％に変更された。	繁忙の為、処方入力ミス。	今後とも監査を徹底します。			逆性石ケン液０．０５「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
1787	〔般〕アンブロキソールＬ　ＯＤ錠45mg　2錠/日　朝夕食後7日分での処方。用法用量について過量と考えられ疑義照会したところアンブロキソール錠15mg　2錠/日　朝夕食後7日分へ変更。規格記載ミスとの回答。	処方内容の確認不足。	規格違い、作用時間の異なる別製剤がある場合に薬品棚に注意するよう印やコメントを掲示する。			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
1788	Ａ内科に定期的に受診の患者さんが、体調悪化で２月３日からＢ病院に入院された。内科ではファモチジンD錠１０ｍｇ処方されていたが入院中に２０ｍｇに変更あり、２月７日退院時の処方もブロスター錠２０ｍｇで１４日分処方されていた。２月２２日にＡ内科受診され続きの薬が処方されたが入院前の処方量のファモチジンＤ錠１０ｍｇになっていた。 医師に疑義照会しファモチジンＤ錠１０ｍｇ１錠１日１回朝食後２８日分→ファモチジンＤ錠２０ｍｇ１日１回朝食後２８日分に変更となった。	転院時に処方量変更あったが、同じ処方内容と思いこみ、紹介状にあった処方薬の量の確認漏れと思われる。	お薬手帳などの情報をもとに、正しい薬が患者さんに渡せるように今後もしっかり確認していく。			ファモチジンＤ錠１０ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1789	新発売されたアレジオンＬＸ点眼液が処方。用法は本来1日2回点眼であるが、処方箋には1日4回の記載。従来販売されているアレジオン点眼液は1日4回なので、アレジオン点眼液を処方なのか、ＬＸ点眼液を処方なのか、不明のため疑義照会。	新規販売された薬のため医師も用法不明の可能性もある。新規処方された薬は添付文書確認して調剤・監査・指導が必要。	用法不明の薬は必ず添付文書で確認すること。			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
1790	患者自身がかかりつけ内科受診時、他院処方のカタリンK点眼用0.005％を臨時で出してもらう相談をし、今回臨時で追加となった。処方箋はカタリン点眼用0.005％の記載。錠剤ではなく粉を溶かして使っているという聞き取りと、患者がカタリンK点眼用0.005％の外箱を持参していたため誤りを発見。疑義照会し変更となった。	かかりつけ内科で普段出されない点眼液ということ、類似名称の薬剤が存在しているため生じた事例である。	患者希望で処方された薬剤については、臨時のものか、今まで継続していたものかをお薬手帳や聞き取りで確認。	カタリン点眼用０．００５％	カタリンＫ点眼用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
1791	処方箋受付時の監査。（般）沈降炭酸カルシウム錠500mg（高リン血症用）が処方されている事を確認。沈降炭酸カルシウム錠500mg「三和」の添付文書にて保存期及び透析中の慢性腎不全患者における高リン血症の改善である事を確認。腎不全の患者ではなかった為、処方医へ疑義照会。	本来処方するはずだった医薬品を入力ミスにて処方されなかった。一般名を記載しようとした事も入力ミスした要因の一つと処方医から言われた。	処方されている薬剤が患者に適しているものか確認することが、薬剤師の存在意義の一つに挙げられると思う。適応症と患者の状態が合致しているか等を、患者への問診、他薬剤との検討で判断する事も薬剤師の能力であると思われる。	沈降炭酸カルシウム錠５００ｍｇ「三和」	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
	処方医より、その様な薬剤は処方したつもりがない。酸化マグネシウム錠500mgを処方したつもりとの回答を得た。入力ミスであった事が判明した。処方内容を変更し、マグミット錠500mgを患者へお渡しした。						

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1792	当帰芍薬散が処方されていたが、患者とのやり取りで症状が足がつるとのことだったので名称が似ている芍薬甘草湯を処方したかったのではないかと疑い疑義照会をした結果、芍薬甘草湯に処方変更になった。	薬剤の名称が似ているため、処方オーダー時に入力ミスをしたものと思われる。	患者とのやり取りでしっかり症状を確認してその症状に適した薬剤であるか確認を行う。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1793	臀部に皮膚爛れがある患者に対し、アズノールうがい液4% 10mL うがい 1日1～数回が処方された。	患者が「アズノールが必要」と訴えたことと処方時の内容の確認が不足していたため類似名の他医薬品が処方されたと考えられる。	疑義照会によりアズノール軟膏 0.033% 40g 1日数回 臀部に塗布へ変更となった。	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
1794	眼科受診65歳男性。当薬局は初めての来局。引っ越しで今回受診の眼科も初めてとのこと。預かった処方箋には当初「トラボプロスト・チモロール配合点眼液５ｍｌ」が処方されていた。 デュオトラバ配合点眼液を調剤、投薬時に患者様が使用中の点眼薬ご持参されていたので確認するとラタチモ配合点眼液「ニットー」だった。処方医にも同じものを処方してもらうために点眼薬持参されたとのこと。土曜日で診察終了後だったので電話連絡取れず、急いで処方医の元へ直接伺い確認、「ラタノプロスト・チモロール配合点眼液５ｍｌ」に処方箋が差し替えられた。患者様にはお時間を頂戴したが、ラタチモ配合点眼液を投薬することができた。	一般名が、似ているので処方入力ミスが生じたと考えられる。	特に初めての患者様には受診、来局の背景を可能な限り聴取、またお薬手帳もしっかりと活用していきたい。今回デュオトラバ配合点眼液とラタチモ配合点眼液の薬価も大きく違っているのでより慎重に処方箋、また患者様と向き合っていきたい。何より迅速な判断も養っていきたい。	デュオトラバ配合点眼液	ラタチモ配合点眼液「ニットー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1795	婦人科よりレルミナ錠40mgが処方。受診科から処方薬は妥当かと思われたが、用法が「頓服・不眠時」での処方だったため薬剤若しくは用法間違いの疑いが発生。「薬剤・用法に間違いは無いか」と問い合わせた結果「問題ない」と返答あり。照会中に患者聞き取りから薬剤間違いの可能性が高いことが判明。FAX疑義の為、医師に疑義内容の詳細が伝わっていない可能性を考え2度目の疑義照会を行うことに。「眠剤ではないが、処方薬に間違いないか」と問い合わせた結果「ルネスタ錠2mgに変更」と返答あり。薬剤が変更になった。	処方入力時に打ち込み間違いがあったと思われる。1度目の疑義照会ではFAX疑義を経由する事務員もしくは薬剤師が疑義内容を正確に医師に伝えなかった為1度目の返答内容になったと思われる。	薬剤間違いの可能性がある以上、疑義照会で処方が合っている、と返答が来ても再確認することを怠らない。	レルミナ錠４０ｍｇ	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
1796	下痢とむかつきで受診したが、整腸剤やＰＰＩのほかフェロ・グラデュメットが処方させた。貧血の症状はないと患者様から聞き取り、疑義紹介の後、フェロベリンに処方が訂正された。	処方入力時に名称の数文字を入力し候補から選択する際に誤選択したもとと思われる。	投薬時に患者様より症状をよく聞き取り、疑問があれば都度疑義照会する。	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
1797	火曜日の処方だったが、ご家族が木曜日に当薬局に持参した。服用方法と体重換算で疑義が生じ、病院に連絡した。処方医は担当の曜日ではなかったが、連絡を取ってもらい正しい薬剤名を確認した。	類似している薬剤名でパソコン入力を間違ったようだ。	服用方法と体重から疑義が生じて、発見した。処方箋から間違いを見つけることは大変だが、患者からの情報は重要と改めて感じた。	アレジオンドライシロップ１％	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1798	29歳男性にアスベリン散１０％3g1日3回毎食後で処方されていた。常用量をオーバーしていること、当該処方医は通常成人にはアスベリン錠20mg　3T　1日3回毎食後で処方されるため疑義照会を行い、アスベリン錠20mg　3T　1日3回毎食後へ変更となった	医師が処方を入力する際に「アスベ」と頭文字3文字で呼び出し誤って選択してしまったのが原因。処方後に見直す時間がないのかもしれない	常用量を常に意識して鑑査する			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
1799	Ａ病院からＢ病院に転院後初来局の患者様。 Ａ病院の処方…ジャヌビア錠25ｍｇ、カンデサルタン錠2ｍｇ「あすか」と同じ処方でお薬を出しますと言われたが、Ｂ医院の処方はジャヌビア錠25ｍｇ、（般）ドキサゾシンメシル錠２ｍｇであった。 Ｂ医院の医師に疑義照会したところカンデサルタン錠2ｍｇの間違いであった。	（般）ドキサゾシンメシル錠2ｍｇはレセコン入力時カルデナリン錠と入力したことが判明。カンデサルタン錠とカルデナリン錠の読み違えまたは入力間違えが原因と思われる。	患者様には転院の際、お薬手帳や現在服用している薬を持参するようにお願いしてあった。患者様はどちらも持参していたがレセコンの入力違いと思わぬところで、間違いがあった。 患者様との会話で気付くことができたので、転院があってもお薬が変更した場合はしっかりと聞き取りをしたい。	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
1800	一般名処方でリゾチーム点眼液0.5%の処方があったが、薬歴よりずっと使用しておられる点眼がムコファジン点眼液だったため、問い合わせ。いつもの点眼液を出すはずだったとの事で、変更となった。	カルテは薬品名でムコファジンをと書かれていたと推測されるが、処方箋入力時に違えてムコゾームになってしまったと思われる。一般名処方の処方箋の為、一度薬品選択した後はと、一致しているのかを確認できる知識はないのではないかと思われる。	処方箋には一般名で書かれていたため、いつもの点眼ではない事はすぐわかった。ただ、販売名がムコファジンと酷似している為、もしかしてと思い確認の疑義照会を行った。	ムコゾーム点眼液０．５％	ムコティア点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1801	定期でピーゼットシー糖衣錠を処方されていた患者に一般名処方で「ペルフェナジン錠」が処方された。ピーゼットシーは一般名では「ペルフェナジンマレイン酸塩錠」であるため、Drへ疑義照会を行い変更になった。	一般名処方の推進でDrも似たような名称の薬剤と勘違いすることが増えている。	製品名だけでなく一般名処方の名称類似にも注意。Drにもその都度丁寧な説明を行い情報共有を行う。	トリラホン錠４ｍｇ	ピーゼットシー糖衣錠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
1802	風邪との事で来局。プラビックス錠７５ｍｇ、トランサミン錠２５０ｍｇ、カロナール錠２００ｍｇ処方。来局症状と合わない事、プラビックス錠７５ｍｇ服用に係る既往歴がない事から疑義照会。ラスビック錠７５ｍｇに処方変更。	カルテ上はラスビック錠７５ｍｇ。新規採用薬で医院事務員が思い込み入力で間違いが起こった。内科で良くプラビックス錠７５ｍｇは処方されるのも原因と考える。	添付文書の用法用量と間違いないから調剤するのではだめ。患者から聞き取りによる症状と薬効の整合性を取り処方が適当か確認してから調剤に移る。	プラビックス錠７５ｍｇ	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
1803	レキップＣＲ8ｍｇ　1C分１朝食後からの減量にレキップ錠2ｍｇ2錠分１朝食後に変更。	レキップの規格、剤形を把握してなかった。	変更時には薬の規格、剤形を確認するようにする。	レキップ錠２ｍｇ	レキップＣＲ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
1804	ジャディアンス１０ｍｇ→トラディアンスＡＰに処方変更あり監査時すでにエクメットが処方されている事に気づくＤＤＰ-４阻害薬の重複トラディアンスＡＰ→ジャディアンス１０ｍｇに戻し、他剤を増量	合剤に対する知識不十分	合剤処方時は、成分の確認を徹底	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1805	ザイザル錠５ｍｇ２錠分2で処方あり。お薬手帳、薬歴で確認したところ前回はサンリズムカプセル２５ｍｇで処方。疑義照会で、サンリズムカプセル２５ｍｇへ変更	サ　のみで入力されたものと考えられる。	受け取った処方箋とお薬手帳、薬歴を確認。変更あれば、患者様に医師から薬の変更を聞いているか確認。	ザイザル錠５ｍｇ	サンリズムカプセル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
1806	ムコソルバン錠１５ｍｇ　朝食後１錠で処方。量が少ないため、疑義照会。ムコソルバンＬ錠45ｍｇへ変更	入力時のミス	用法用量の監査を調整時に行っています。			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
1807	リンデロンV軟膏とヒルドイドゲル0.3%の混合指示のある処方箋を応需した。処方鑑査でゲル剤と軟膏剤の配合変化に違和感を感じ、Drに疑義照会を行ったところ、ヒルドイドソフト軟膏0.3%へ同成分で剤形の異なる変更になった。	Drが医薬品を選択する際に、名称と規格のみを見て選択したことが要因と考えられる	処方鑑査の際は薬品名・剤形・規格が正しいか確認する			ヒルドイドゲル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
1808	A病院からB病院への転院。A病院からはワーファリン1ｍｇ2錠、ワーファリン0.5ｍｇ1Tの計2.5ｍｇで処方されていたが、B病院からはワーファリン1mg1錠、ワーファリン5ｍｇ1錠の計6ｍｇで処方された。疑義照会したところ、元々服用していた量に変更となった。	病院間の連携不足、紹介状の記載ミス、処方箋を発行する際の入力ミスが考えられる。	引継ぎ処方は規格違いのミスが多々あるので、複数の薬剤師で確認する。			ワーファリン錠１ｍｇ ワーファリン錠５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1809	０才１１か月　カルボシステインシロップ１日２．５ｍｌ処方体重確認すると8.5ｋｇであったため、容量過少疑い疑義照会アンブロキソールシロップ１日２．５ｍｌに変更となった。	処方箋入力の際、ムコダインとムコソルバンの選択ミスであったのではないかと推量	小児においては、年齢体重で投与量が異なるため毎回必ず確認の上、監査調剤交付。薬歴にも記載。	カルボシステインシロップ小児用５％「テバ」	アンブロキソール塩酸塩シロップ小児用０．３％「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
1810	血圧が高いということで、オルメサルタンOD錠10mgからレザルタス配合錠HDに変更となったが、レザルタス配合錠HDへの切り替えの場合、オルメサルタンを10mgから20mgへ増量の上、アゼルニジピンを16mgの追加処方となることから、レザルタス配合錠LDとの処方間違いが疑われたため、処方医に疑義照会を行った。疑義照会の結果、レザルタス配合錠HDではなく、レザルタス配合錠LDでの処方へと変更となった。	レザルタス配合錠LDとレザルタス配合錠HDではLとHの違いしかなく、薬剤名が類似しているため、処方入力を間違えたと推察する。	処方変更がなされた場合、その変更内容に問題はないかを、患者からの聞き取りや薬歴などを通して確認するようにしている。			レザルタス配合錠ＨＤ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1811	服用しているメプチン顆粒が患者の都合によりいつもの病院に受診できず、近くの病院を受診したところ、メプチンDSが処方された。医師は同量処方したため、メプチンDSとして適切な量ではなかった。	メプチンは同じ散薬でも剤型が異なるものがあるため、誤って処方してしまった。	小児患者に処方される散薬で体重換算であるものは必ず適正量か確認する。また、重複などを防ぐため、お薬手帳の確認を怠らないようにする。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1812	レグテクトが処方されていた患者様に症状等の情報収集を行ったところ、足のムズムズで服用すると言われたので、レグナイトではないかと疑義照会して、変更になった。	電子カルテで薬剤を選択するのをミスしたことによるものと推定される。	初めて処方された薬剤については、処方医からどのような説明を聞いているか確認して、症状などからも推測して監査するようにしている	レグテクト錠３３３ｍｇ	レグナイト錠３００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1813	不眠を訴える患者さんに、用法は不眠時・寝る前とあって、医薬品がツムラ桔梗湯が頓用で処方されていた。桔梗湯は喉の痛みや咽頭炎の漢方薬であり、不審に思って疑義照会したところ、ツムラ加味帰脾湯が正しかった。病院側の処方箋を打ち込む際、「か」で変換して該当医薬品が記載されてしまったものと考えられる。	上記に書いたが、病院側の医療事務の処方箋記載時の変換ミスが原因らしい。用法容量などの吟味はなかったようだ。	漢方薬は似た名称のものが多く、しかし用法が異なっている。逆に用法が同じでも複数の該当する漢方薬があったりと、注意が必要である。今回はたまたま咽頭炎の桔梗湯と、不眠時の加味帰脾湯だったので容易に発見できたが、ぱっと見ではわかりにくい漢方薬も多々あることから、門前医院の採用薬やドクターの傾向から注意していきたい。	ツムラ桔梗湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1814	別の大学病院でメトグルコ錠２５０ｍｇが処方されていた。通うのが大変になったため、紹介状を書いてもらい近くのクリニックを受診した。近隣のクリニックＤｒがグリコラン錠とメトグルコ錠の違いを知らなかったために同じものと思い、メトホルミン錠２５０ｍｇ「ＳＮ」を処方したとのことだった。	疑義照会の時点でＤｒがご存じなかったとおっしゃっていたので、それが一番の要因かと思われます。	同じ成分でも発売の経緯が異なる薬があることを研修し他にもこういった事例が出てくる可能性を考え同成分の薬を再度調べ、検討した。年数が短い薬剤師でも起こりうることだと思い、薬局内全体で知識を共有した。入力の時点でも気づける可能性があると思い、調剤事務にも説明・指導した。	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇ「ＳＮ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1815	アスベリンＤＳ２％　３ｇ　分３　毎食前の処方あり。９か月の子には量が多く、前回はアスベリンシロップ　4ml　分３　毎食前だった為、疑義照会。結果、アスベリンドライシロップは削除となり、アスベリンシロップ　3mlへ変更となった。	類似名称の医薬品がある為。	小児用散剤の換算表（目安として）の設置。	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
1816	整形外科よりメソトレキセート錠2.5ｍｇ２錠週１回、フォリアミン錠5mg１錠週１回が処方されたため、関節リウマチ患者と推察された。お薬手帳からメトトレキサートカプセル服用していたことを確認。メソトレキセート錠は関節リウマチに適応がないため医師に照会し、リウマトレックス2ｍｇに変更となった。	医師は他医の処方を引き継ぐ形で処方したため、同成分であるメトトレキサートカプセル2ｍｇとメソトレキセート錠２.５mgを間違えたものと思われる。	患者からの聞き取りや、お薬手帳の確認を徹底する。			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
1817	他院からの紹介で受診　そこからの継続処方でイグザレルト15ｍｇが処方されなければならないはずが10ｍｇで処方されていた。お薬手帳で確認　15ｍｇで処方されていたので疑義照会15ｍｇへ変更へ	Drの専門外、使用経験が少ないことが要因	他院からの紹介では必ず手帳　もしくは情報提供書等で確認			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
1818	同じ成分の規格違いの医薬品採用のため、オーダリングに誤りがあったと思われる	薬品入力は常に規格を確認して調剤、鑑査を行っている	処方入力は常に規格、薬品名の順で入力しており、規格間違いを予防している。	アンブロキソール塩酸塩徐放ＯＤ錠４５ｍｇ「サワイ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1819	セフカペンピボキシル錠１００ｍｇ分３毎食後と記載あったが体重確認したところ20kg未満で用量オーバーと思われ疑義照会。Dr入力ミスと判明セフゾンに変更されました。	年齢、体重から推測される投与量をしっかり確認する必要あり。	小児に対しての用量確認の徹底。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「ファイザー」	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
1820	もともと喘息に罹患していた患者。成人にもかかわらずメプチンのキッドエアが処方されていた。成人用量でないため疑義照会。	処方オーダリングシステムの原因か？入力方法かも。	年齢に合った用量を処方せんで必ず確認する。疑わしき処方は必ず疑義照会してから調剤を行う			メプチンキッドエアー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
1821	クレストール2.5mg、ゼチーア10mgを使用していたが、クレストール2.5mg、ロスーゼットHDへと変更になった。クレストールを5mg増量し、一日7.5mgとなった。用量としては問題ないが、クレストール2.5mgも継続処方でよいか、念のため問い合わせをした。問合せの結果、クレストール2.5mgは中止、ロスーゼットも中止。アトーゼットLDの処方へと変わった。	ロスーゼット、アトーゼットは、名称が類似しており、忙しい中で、処方入力にミスがあったのではと推測される。	本来は、使用されうる用量ではあったが、違和感を感じた場合には念のため、医療機関への確認を怠らないようにしなければならない。	ロスーゼット配合錠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
1822	患者に服薬指導時、患者から聞き取る症状の内容と薬があってないと判断し、医師に照会した。その結果、処方変更となる。	医師の処方入力時の確認不足。	服薬指導時、しっかり患者とコミュニケーションをとり、症状その他よく聞き取り、処方に間違いがないか、よく確認する。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1823	デベルザ錠20mg1錠１日１回夕食後28日分の処方。他医療機関からの転院。手帳で今まで糖尿病薬を服用していなかった・アンケートで糖尿病の既往なし・利尿作用がある薬が夕食後に処方されていた・喘息で受診した為、疑義照会した。デザレックス錠５ｍｇへ処方変更になった。	デではじまる名前の勘違いが原因。	はじめて処方される薬は、どの様な症状で受診したのかを必ず確認しています。	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
1824	患者様が処方箋を持参して来局。今回は別の医療機関でもらっていたお薬をお願いして出してもらったとのことで、処方箋には一般名で「フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液27.5μg56噴霧用　1キット」の記載があった。お薬交付時に聞き取りを行ったところ患者が使用しているのはスカイロン点鼻液50μg56噴霧用と推察された為、医療機関に疑義照会にて確認。結果、一般名で「フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液50μg56噴霧用　1キット」へと変更となった。	お薬手帳には記載は無かったが使用中の現物を医師に見せたとのことなので、処方入力時に選択を誤ったものと思われる。	一般名での処方が増えてきており、ステロイド製剤は似ている名称が多い為調剤時には気を付ける。	アラミスト点鼻液２７．５μｇ５６噴霧用	スカイロン点鼻液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
1825	処方箋受付時に9歳、26kgと患者家族から聞き取りしていた。調剤時にクラリスドライシロップ１０％小児用が１ｇ/日で処方されており、用量が少ないので疑義照会したところ、クラリチンドライシロップ１％の間違いだったことが発覚。	名称の類似。	小児用量の確認。症状の確認を怠らない。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1826	ムコダインシロップ5%　1.1mlが7歳、体重１９ｋｇの子供に処方されており、明らかに用量不足と思われるため問合せ、ムコダインDS50%　1.1ｇに処方変更となった。	医療機関側での薬剤の剤形及び用量の記載ミスの可能性があると思われる。	調剤前の処方監査を薬歴、お薬手帳、年齢、体重を含めて行うことを再度スタッフ間で徹底した。	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
1827	糖尿病にてジャヌビアを１００ｍｇ/day他使用中の患者さん。スイニー錠１００ｍｇと処方箋に記載あり。同効薬で併用に効果ない旨疑義照会し、スーグラ錠５０ｍｇへ変更となった。	処方記載ミス。	同効薬の知識習得。それぞれの患者について、薬剤内容など経過をきっちり把握しておくことで、違和感のある処方に気が付けるようにする。	スイニー錠１００ｍｇ	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
1828	定期でバルヒディオ配合錠ＭＤを服用していたが、ＥＸが新規処方であったが、投薬日数が残薬調整していると推測されたため、患者に増量したかの確認を行った後、疑義照会し、入力ミスと発覚	医療機関で残薬調整入力の際打ち間違いしたと思われる。	電子カルテ錠での新規処方の表示をし、変更点がわかりやすい環境にしている。			バルヒディオ配合錠ＥＸ「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
1829	5歳の幼児にグラナテック点眼　1日3回で処方されていた。薬効から当薬局では幼児に使われることが少なく、また用法も添付文書上の点眼回数より多かったため患者の母親に症状を確認した。ものもらいで受診との回答を得たので病状と薬剤の選択が不一致だと判断し処方医に疑義照会を行った。	処方医がパソコン上で薬剤を選択する際、クラビットとグラナテックは上下で並んでいたためミスをしたものと思われる。	薬効を理解し、少しでも疑念のある場合は積極的に疑義照会を行うようにする。	グラナテック点眼液０．４％	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1830	ハイアミン液が処方されていたが、患者から「水虫の薬をもらった」と聞き取る。ハイアラージン液との間違いを推測し、疑義照会を行う。その結果ハイアラージン液に処方が変更となる。	薬品名が３文字目まで一緒だったため。	患者からの情報をきっちり聞き取るように心がける。	ハイアミン液１０％	ハイアラージン外用液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
1831	当該患者は令和元年5月25日から令和元年12月28日まで降圧剤アムロジピン錠2.5ｍｇ「日医工」1日1錠朝食後を服用していた。令和2年1月25日に来局、一般名処方記載様式の『アムロジピン5ｍｇ・アトルバスタチン５ｍｇ配合錠：３　1錠　朝食後　28日分』にて処方せん受理。	医師の処方せんのコンピューター入力時においての入力ミス並びに処方箋内容確認ミス。	円滑に病状を伺うことが出来るように平素より患者と密にコミュニケーションをとり、薬剤服用歴を管理することが肝要であるため引き続き行えるよう努める。	カデュエット配合錠３番	アムロジピン錠５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	調剤後、患者本人へ薬剤投薬時に血圧とコレステロール値に関して質問したところ、血圧は高いと言われたがコレステロールに関しては正常値と言われたとの旨を伺う。降圧剤と高コレステロール血症の治療薬の合剤が処方されており、病状と処方内容がそぐわないため医師に電話にて疑義照会を行った。医師より処方内容は処方箋記載の『アムロジピン５ｍｇ・アトルバスタチン５ｍｇ配合錠：３　１錠　朝食後』ではなく『アムロジピン錠５ｍｇ　1錠　朝食後』が正しい、処方ミスであるので内容変更の指示を受ける。						
1832	ベオーバ５０ｍｇが処方されていたのに、ベタニス５０ｍｇをお渡ししてしまった。１月にベオーバが処方されており、３月に再度来局した際、患者家族より、前回と薬が違うと申し出があり判明した。	薬品名が類似しており、用量が５０ｍｇというところも同じだった。	投薬時には薬品名、規格、用法、用量、薬品の写真全てを患者様と一緒に確認する。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1833	８歳の患者にホクナリンテープ1ｍｇ４/５枚貼付で処方されていたため確認したところホクナリンテープ２ｍｇ４/５枚貼付に変更になる	医療機関での規格入力のミス	ホクナリンテープは規格が複数あり年齢によって使用するｍｇ数が違うため患者の年齢や体重の確認を怠らないようにする			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
1834	風邪で受診の方にクラビット500ｍｇ2T分2朝夕食後で処方あり。疑義照会したところクラリス200ｍｇ2T分2朝夕食後に変更となった。	名称が似ていることから処方箋入の際に誤った医薬品を選択してしまったものと思われる。	用法が普段と違う場合は他薬剤の間違いではないか確認をしっかり行う。	クラビット錠５００ｍｇ	クラリス錠２００		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1835	錠剤服用困難な患者様への風邪薬散剤４種類の中の1剤にクラリチンDS1%　400ｍｇ(原薬量)と記載あり入力者はそのまま入力。処方鑑査時に記載誤記を疑い照会。クラリチンではなくクラリスDS10%の間違いと確認。体重40Kgの患者様な為、用量問題なしと確認。	処方オーダリングシステムによる類似薬剤の処方間違い、確認漏れが原因と思われる。	医療事務も入力の段階で明らかな用量オーバーには気付けるようにする。薬局側も同じようなミスを起こさないよう頭３文字のみの鑑査ではなく１文字鑑査の徹底を行う。	クラリチンドライシロップ１％	クラリスドライシロップ１０％小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1836	当薬局から初めて投薬する薬のため患者から話をきいた。ビソプロロール（5）2T1X先週まで他の病院に入院していたとのことでお薬手帳の退院処方を確認したところビソプロロール（2.5）2Tと記載があり短期間の増量を不審に思い疑義照会した。	医師による紹介状の読み間違えと考えられる。	退院後の患者さんは薬の変更が多いため必ず退院処方を確認し、また患者の状態を観察して慎重に投薬する			ビソプロロールフマル酸塩錠２．５ｍｇ「トーワ」 ビソプロロールフマル酸塩錠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
1837	リウマチの患者で、サラゾスルファピリジン腸溶錠が処方されるべき所、サラゾスルファピリジン錠が処方された。	薬名類似	お薬手帳による確認。効能効果の確認。	サラゾスルファピリジン錠５００ｍｇ「日医工」	サラゾスルファピリジン腸溶錠５００ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1838	成人に対してフスタゾール小児用2.5mg６T/日が処方となった。疑義照会にて１０ｍｇ６T/日に訂正となった	入力間違い	用法用量の確認の徹底			フスタゾール錠小児用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
1839	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」が28枚で処方されていた患者。調剤時にお薬手帳を確認したところ、他院、他薬局にて非温感タイプの処方あり。 温感タイプで間違いないか患者本人に確認したところ、非温感タイプで処方されるはずであったとのこと。処方誤りの可能性が高いため疑義にて確認。ロキソニンテープ100mgに変更と回答あり。	名称の類似	特になし	ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「タイホウ」	ロキソニンテープ１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1840	65歳女性の患者にアトーゼットHD（アトルバスタチン10mg＋ゼチーア10mg）とクレストール5mgの処方がされる。スタチン系の併用のため疑義したところロスーゼットHD（ロスバスタチン10mg＋ゼチーア）に変更になった。	該当患者は定時薬としてクレストール5mg１Tとゼチーア10mg１Tが処方されていた。3月の受診にて上記処方箋が処方されるが、処方医はクレストールを10mgに増量したつもりで誤ってアトーゼットを処方し、更にクレストール5mgを削除し忘れてしまっていた。正しくロスーゼットHDを処方したとしてもクレストール5mgで1日量が15mgとなってしまっていたところであった。今回、発覚した時間が土曜日であったため在庫の関係でクレストール5mg２T、ゼチーア10mg１Tで交付する事になった	医師の配合剤の選択ミスによる成分重複もしくは過量投与に成りかねない事案であった。主治医であれば薬を把握しているという思い込みは捨て、定時薬からの配合剤へ変更時、新規薬追加時にはしっかりと監査する事を徹底し過誤防止に努める。	アトーゼット配合錠ＨＤ クレストール錠５ｍｇ	クレストール錠５ｍｇ ゼチーア錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1841	患者は更年期障害で婦人科通院中。前回、桂枝茯苓丸が処方され1か月服用するも効果が実感できず薬変更となる。今回、婦人科領域ではあまり処方されない当帰湯が処方されたことより疑義照会をおこない当帰芍薬散へ変更となる。	当帰芍薬散を処方するはずが、名称が似ている当帰湯が誤って処方されたと推測される。	処方元の科名、患者の治療経過、病状などを総合的に判断し処方内容が適当が確認を行う。	ツムラ当帰湯エキス顆粒（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
1842	一般名処方で処方され、医師はエビプロスタットＤＢのつもりがＳＧでの入力になっていた。	一般名処方になっていて医師の意図する配合量とは異なる薬剤が入力された。	処方した医師が普段よく使う薬剤を経験上分かっていたため配合量の違いに気づくことが出来た。			エビプロスタット配合錠ＤＢ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1843	抗生剤のアモキシシリン処方のところをアモキサン処方。	医師の入力時の検索間違い。	患者様の話をしっかりと聞いて確認している為、病状と薬が全く異なることに気づけた。	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た事例
1844	皮膚疾患と思われる患者に消化管運動調律剤のセレキノンが処方。投薬時に状態を伺った所、医師の話とは違うとの事。搔痒感が強いので抗ヒスタミン剤を処方されると言われていたとの患者より指摘も有りその旨処方医に疑義照会。セレスタミン配合錠に変更となった。	ユーザーコードで検索するレセプトコンピュータで以前から指摘されている誤りである。	今後も起こりえる誤りであり、薬理作用が相反するものであれば調剤事故が起こりえる。似通った名称には注意喚起の印をつける事や近くに配置しないなどの工夫をしていく。また処方元の誤りの可能性もある為患者の症状等に注意してお話を聞かなければならない	セレキノン錠（１００）	セレスタミン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1845	当薬局をいつもご利用下さる患者様。今回の処方箋の内容は、メインテート錠0.625mg1錠/分1朝食後、エースコール錠2mg1錠/分1朝食後であった。 前回の処方箋の内容が、メインテート錠5mg1錠/分1朝食後、エースコール錠2mg1錠/分1朝食後であった。今回から、メインテートの用量が一気に減量されていたので、患者様に間違いないか確認。疑義照会を行い、メインテート錠5mg1錠/分1朝食後に変更となった。	処方医の打ち間違い。	薬歴等を用い患者様と対話を行った。矛盾点があったため、処方医に疑義照会を行った。			メインテート錠０．６２５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1846	ドボネックス軟膏　15ｇで処方されていたが、１０ｇ/本の販売規格、使用部位が頭皮のため、医師に照会した。照会後、ドボベットゲル　１５ｇ　に変更になった。	名称類似品のため、記載を誤ったと思われる。	外用薬の場合、使用部位と剤型、処方量と販売規格があっているかが監査でも重要になると再度認識した。疑義があれば、照会を怠らないようにスタッフで共有した。	ドボネックス軟膏５０μｇ／ｇ	ドボベットゲル		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
1847	アスベリン散10%が1日3gで処方。用量オーバーの為、疑義照会にてアスベリンドライシロップ2%へ変更となる。	アスベリンドライシロップ２％を処方したかった所、規格・剤形違いのアスベリン散10%を選択してしまったと考えられる。	・粉薬や小児に使用する薬の用法・用量を一覧にし、処方監査時に使用する。・入力時、用量オーバーの表示が出る為、監査者へ伝達する。・薬品に注意喚起の用紙をつけ、調剤時にも気付けるようにする。			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
1848	眼科からアレジオンLX点眼の処方があったが、２０１５年３月１７日にアレジオン点眼で眼痛でアレジオン点眼中止歴あり。疑義紹介にてパタノール点眼液へ変更となった。	病院で５年前の副作用歴を把握していなかったと思われる。	薬局で管理している副作用歴は毎回確認し、定期的に更新も行うことを申し合わせた。	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
1849	アレロック顆粒０．６ｇで処方あり、容量過少のため疑義紹介、アレグラドライシロップの誤りだっだと判明。	用量のチェックから、処方薬剤の入力ミスが見つかった。	小児薬用量一覧表の活用。	アレロック顆粒０．５％	アレグラドライシロップ５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1850	施設で末梢の血行不良で痛みのある患者様。末しょう循環改善のためにユベラN細粒、オパルモンが処方。患者様は嚥下力は低下なし。用量は3ｇ/3×と通常量より多かった為疑義照会。ユベラNカプセル（100）3cap/3×に変更となった。	処方入力の段階でユベラNが細粒、カプセル（100）、ソフトカプセル（200）あることをCL側が気づかなかった可能性。	日ごろから嚥下力、ADLなど確認して違和感ある処方に対して気づけるようにしていく。	ユベラＮ細粒４０％	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
1851	一般名セレコキシブ100mg、一般名デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠15mg、一般名レボフロキサシン錠500mgの処方。患者は感冒症状(咳、鼻汁、くしゃみなど)の症状があり、内科受診。本人持参の医師からの処方薬メモにはセレスタミンと記載あり、また、セレコキシブの効能・効果を考慮して、疑義照会。セレコキシブ→セレスタミン配合錠に変更となる。	処方箋を発行した医療機関側の入力ミスと考えられる。商品名入力後の一般名に変換する処方箋入力システムを使っているのであれば、薬剤選択ミスと思われる。	一般名処方となっていると分かりにくいが、患者との会話で受診した理由、経緯などを聴取することで防いでいく。また、お薬手帳、薬歴より、直近に一般名ジクロフェナクNa錠25mgが処方されており、鎮痛目的とも取れ、わかりにくい症例と考える。処方医からのお薬情報メモがあれば、更に未然に防げる効果があり、投薬時の会話が重要であると考える。	セレコックス錠１００ｍｇ	セレスタミン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1852	アンテベート(2群)/ヒルドイドが処方されていましたが効きが悪いために強いステロイドに変更すると医師より説明があると患者様がおっしゃてました。処方薬はデルモゾール(3群)/ヒルドイドのため、疑義照会にて、デルモベート(1群)/ヒルドイドに変更。	病院の処方薬選択画面が50音順になっていたと思われ誤処方が生じたと思われます。	普段処方する薬剤を把握する、薬品名が類似してましたら要注意。	デルモゾール軟膏０．１２％	デルモベート軟膏０．０５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1853	眼科の処方リンデロン点眼・点耳・点鼻液０．１％を継続処方されている患者に、今回から点眼・点鼻リンデロンA液処方されていた。他に抗菌剤（点眼）も処方されている患者であったため、本人に処方変更について確認したところ、医師から変更するとは聞いていないとのこと。そのため疑義照会を行った。疑義照会の結果、前回と同じリンデロン点眼・点耳・点鼻液０．１％に処方変更となった。	カルテ入力の際に誤った薬品名を選択した可能性あり。	処方変更があった場合には、必ず処方変更について説明し、医師からどのような説明があったかを確認する。今回のように併用薬からも処方間違いが推測される場合には、必ず疑義にて処方内容を確認する。	点眼・点鼻用リンデロンＡ液	リンデロン点眼・点耳・点鼻液０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1854	他院で処方されていた、ノイロトロピン錠をノイロビタン配合錠で処方。ノイロトロピンを処方していた病院は薬情、手帳を発行していない病院である。投薬時の患者との話の中でノイロビタン錠の処方は間違いで有る可能性あり。クリニックに疑義照会で確認したところ、ノイロビタンからノイロトロピン錠へと変更となった。	疑義照会したところ、カルテではノイロトロピンと記載があることから、事務員の入力間違いが判明。名称が酷似しているので、注意が必要。	服薬指導では患者の状態や他院受診のことを毎回確認しなければならない。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1855	５歳男児に、カロナール細粒５０％1回1.2g発熱・疼痛時４回分の処方。体重を患児母親に確認したところ24kgとのことで、20%細粒と処方を間違えた可能性があると推測。電話にて照会し、カロナール細粒20%細粒1回1.2gの処方となった。	医院でオーダーシステム入力するときに間違えたと思われる。	複数規格がある薬剤については注意喚起を行う。小児は必ず体重を確認し処方量があっているか調べる。			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
1856	バルプロ酸２００ｍｇの定時薬が１００ｍｇになっていた。	単純なミスの疑い	常にチェックする			バルプロ酸ナトリウム徐放錠Ａ１００ｍｇ「トーワ」 バルプロ酸Ｎａ徐放Ｂ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
1857	小児の患者にプロトピック軟膏が処方されており、添付文書上ではプロトピック小児用軟膏でも十分な効果が得られるとのことなので疑義照会をした。	類似している名前である為、処方箋入力時に間違えて入力してしまったものと考えられる。	今後も患者の情報と見比べて処方を鑑査し、類似した名前の医薬品に注意していく。	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
1858	当日より転院。以前もらっていたものをそのまま処方してもらったはずだが、今回からレザルタスがＬＤからＨＤに変わっていた。（お薬手帳、薬局の記録と異なる）診察時に増量についても聞いていないそうなので、規格について医師に確認。ＨＤ→ＬＤに処方変更。	診断による増量ではなく、規格選択ミスと思われる。	併用薬確認時は規格もきちんと確認。すでに服用中のものについてはヒートを見せてこの包装で間違いがないかも患者様に確認してもらう。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1859	ドネペジル塩酸塩錠10mgが3錠分3食前で処方されていたため疑義照会を行ったところ、ドンペリドン10mg3錠分3食前の処方だった。	継続して服用しているドネペジル塩酸塩錠10mgのまま用量・用法のみ変更され処方箋が発行されてしまったと推測される。	用法・用量の確認。			ドネペジル塩酸塩錠１０ｍｇ「ＪＧ」 ドンペリドン錠１０ｍｇ「ＪＧ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1860	2019年11月１４日よりフェログラデュメットの処方あり。お薬服用により貧血は改善にむかっており、葉酸値が低いと言われたとのこと。すでに鉄剤が処方されていることと葉酸の薬のフォリアミンと薬品名が近いため処方違いを疑い医師へ電話にて問い合わせ。フェロミアでなくフォリアミンへ変更となった。患者さんも安心して帰宅。	前回フェログラデュメット服用でアレルギーや副作用無ければ薬変更も考えにくい為、患者さんからの聞き取りを詳しくおこなったことで回避できた。	前回の症状について確認し、医師とのやりとりについて詳しく確認することにより今回処方入力違いに気が付くことができた。今後も処方内容と症状についてよく確認しながら服薬指導していきたい	フェロミア錠５０ｍｇ	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
1861	患者様が処方箋を持参して来局。受付時に「血圧が高いので血圧が高い時に飲む薬が出た」と患者様よりお話があり、処方箋にて一般名処方で【般】ニフェジピン徐放錠20mg（24時間持続）の薬剤の記載を確認。しかし、該当の薬剤は頓用で服用することはあまり無いと判断した為、疑義照会にて医療機関に確認したことろ、【般】ニフェジピン徐放錠20mg（12時間持続）へ変更となった。	医療機関で処方箋の入力をする際に薬剤の選択を間違えてしまったと考えられる。	処方監査時にどういった目的の処方であるかなども考慮して鑑査を行う。	ニフェジピンＣＲ錠２０ｍｇ「サワイ」	ニフェジピンＬ錠２０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1862	当帰芍薬散が足がつった時の屯用で処方された。電話で確認したところ、ツムラの芍薬甘草湯とのこと。	漢方薬は、漢字の羅列が長いと、似たものとで間違えやすい。	疑義紹介で処方ミスを改善できた。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1863	新規で小柴胡湯が30日分追加された。定期の漢方薬があるためその飲み合わせの確認を患者様に症状を聞いたところ花粉症の薬をだしてもらったとのことで小青竜湯の間違いではないか医師に疑義照会し、訂正された。	薬剤名がにているため入力ミスと思われる	患者様への聞き取りを念入りにして処方ミスを見逃さない。	クラシエ小柴胡湯エキス錠	クラシエ小青竜湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1864	初回来局の患者。今回より高度医療機関病院よりかかりつけ医に転院。お薬手帳の持参があった為履歴を見た所、降圧薬が変更になっている事を確認。処方箋はイルトラ配合錠ＨＤと記載されていたが、お薬手帳はイルアミクス配合錠ＨＤで継続服用されていた。 患者に問診した所、薬が変更になるとは聞いていないとの事。薬効が異なる事とまた、薬剤名が類似の「イル」から始まる記載の為、処方医に疑義紹介した所、処方間違えが発覚。アイミクス配合錠ＨＤ(調剤はジェネリックのイルアミクス)に変更となった。	配合剤であり、薬剤名も類似しており、医師が同じ薬剤であると思い込んでいた。	引き続き、患者への問診などから情報収集を行なう。類似の薬剤名の医薬品が変更となっている時は注意を怠らない。病態との照らし合わせや医師からの説明と相違がないか注意する。	イルトラ配合錠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
1865	当薬局を久しぶりの患者が来局した。処方内容はクラリシッド錠200mg1錠夕食後であったが、同時にメイアクトMS錠100mgが3錠毎食後に処方されていた。 投薬時に患者から処方内容や症状を聞いたところ抗生剤が2種類処方される話は特になく、今回は中耳炎と花粉症の薬を処方してもらったことがわかった。処方内容と患者の話が矛盾しているため疑義照会をしたところ、クラリシッド錠200mgではなく、クラリチン錠10mgの間違いだったことがわかり、変更となった。	頭の3文字が類似していることからレセコンの仕様もあって間違って選択してしまったようだ。	引き続き患者への情報の聞き取り等で情報を収集することで処方内容に間違いがないか確認をしていく。	クラリシッド錠２００ｍｇ	クラリチン錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1866	前回来局時(11/20)から感冒症状があり、今回ムコダイン(500)3錠分3×5日分、SPトローチ「明治」24個とともにメトリジン錠2ｍｇ6錠分3×5日分処方。メトリジン錠2ｍｇの適応は低血圧症のみであり、患者は高血圧症であること、また用法用量も適応外であることから明らかに感冒症状に対する薬品と誤って処方したと考えられたため疑義照会。メジコン錠15ｍｇ6錠分3×5日分に処方変更となる。	カルテにはメジコン錠と記載されていたため、処方箋発行入力時のミス。	処方箋鑑査の徹底	メトリジン錠２ｍｇ	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
1867	4歳の患者（体重18kg）にアスベリンドライシロップ2%が1日0.37g処方された。年齢・体重から適正量は1日1.85gと判断、過少投与が疑われたため医療機関に疑義照会を実施した。その結果アスベリン散10%の間違いである事が判明し、アスベリン散10%1日0.37gへ変更となった。	医療機関側の処方箋入力ミス。	乳幼児の場合は年齢・体重を必ず確認し、処方量が適切であるか確認してから調剤するよう今後も徹底していきたい。	アスベリンドライシロップ２％	アスベリン散１０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1868	前回、バルプロ酸Na徐放錠200ｍｇで処方されていた。今回、バルプロ酸Na100ｍｇで処方されている。患者と話してみると、眠気が強く半分の量にすると言われた。徐放錠ではないかと思い、電話で確認。徐放錠に変更になった	徐放性のものと普通錠など二つの規格があるものは、どうしてもチェックが漏れやすい。	注意を要する医薬品に関して、周知徹底。新規で規格が増えるような物については、日常の会話の中でも話題にする。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1869	ロキソニン錠とともにカルボシステイン錠２５０ｍｇが処方になっていた。通常はロキソニン錠とムコスタ錠がセットで処方されることが多いため処方監査時に疑問に思う。患者に確認したところ、鎮痛薬と胃薬を出すと診察時に話があったとのことから処方医に連絡。ムコスタ錠を処方するところを、ムコダイン錠のジェネリックであるカルボシステイン錠を処方してしまったことが発覚。処方変更となった。	病院の電子カルテの入力様式が分からないが、先発品同士が名称似ているため処方を間違ってしまい、それが何かの操作でジェネリック医薬品での処方になってしまったと思われる。	併用してもおかしくはない処方であるため、患者への聞き取りをしっかり行い、少しでも疑問に思ったら医師に疑義照会を行うようにしている。	カルボシステイン錠２５０ｍｇ「サワイ」	ムコスタ錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1870	タケプロンＯＤ錠３０ｍｇ　１錠分１朝食後とムコダイン錠５００ｍｇ　３錠分３毎食後が処方されていた。患者からは胃カメラにて胃粘膜の傷があることを確認。のどや痰に関する訴えはないことからも、ムコダインの処方について疑問が生じ疑義照会を行った。医師からムコスタ錠１００　３錠分３毎食後の誤りであったことを確認した。	ムコスタとムコダインの名称が似ており、新患であったことから選択間違いを起こしやすい可能性が考えられた。	名称が似ている薬剤を整理し、患者からの聞き取り内容から処方の妥当性を検討し、処方監査につなげる。	ムコダイン錠５００ｍｇ	ムコスタ錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1871	帯状疱疹治療のためバルトレックス錠500　６錠　分３毎食後７日分、ロキシスロマイシン錠150　1錠　疼痛時　5回分　以上記載の処方箋受付。患者さんに確認したところ帯状疱疹で痛みもひどいとのこと。頓服の薬剤記載間違いではないかと考え、医療機関に疑義照会。医師に確認のうえ本来ロキソニン錠処方することであったことが判明し、薬剤変更の指示がありロキソニン錠を変更調剤する。	処方箋記載の類似薬剤名の選択ミス。	処方箋の入力ミスは起こることを自覚し、患者さんに治療目的、現在の容態を十分、丁寧に聞き取ることを徹底している。	ロキシスロマイシン錠１５０ｍｇ「サンド」	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
1872	アレジオンLX点眼液0.1%の用法が1日4回で処方されていた。当該医薬品の用法・用量は通常1日2回（朝、夕）であり、疑義照会して1日2回の用法に変更となる	従来のアレジオン点眼液0.05%の用法・用量は1日4回（朝、昼、夕及び就寝前）のため、新規格のアレジオンLX点眼液の用法・用量と混同したためと考えられます。	新しく処方（採用）された医薬品については、効能・効果、用法・用量等を特に気をつけて監査するよう徹底する。また一文字監査の徹底により、類似医薬品名、規格の間違いを防ぐ。			アレジオンＬＸ点眼液０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1873	ロスバスタチン２・５ｍｇ服用中の患者。今回アムロジピン5ｍｇ・ロスバスタチン5ｍｇの処方となった。服薬指導の際に「血圧が高くなったので今まで服用の薬に加えて飲むように医師からの指導があった。なので今まで服用のロスバスタチン2.5ｍｇに加えてこの2種類飲むんじゃないの？ロスバスタチンの量が増えるなどの話は聞いていない」と伺い、ロスバスタチン2.5ｍｇはやめて今回処方のロスバスタチン5ｍｇに切り替えるように指導し交付後、やはり腑に落ちず疑問に感じた当該薬剤師が念のために、処方医に疑義照会。 ロスバスタチン5ｍｇの処方は誤りで、　　般）ロサルタンカリウム５０ｍｇが正しいことが判明した。交付後すぐだったので、服用することなく正しい薬と取り替えられた。	患者の聞き取りをきちんとしなければロスバスタチン2.5ｍｇ→5ｍｇへの切り替えとして疑問も持たずにお渡ししたかもしれない事例。しかし、少しでも疑問があったら交付前に疑義照会すべきだった。	薬歴の確認、患者からの聞き取りをきちんとして、少しでも疑問があったら疑義照会する。	ロスバスタチン錠５ｍｇ「杏林」	ニューロタン錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1874	交付時に症状について患者本人に伺ったところ、胃の不快感があると話された。胃腸薬に加えてアストミンが処方されていたため、咳症状があるかと尋ねたところ、咳は全くなく、腸の働きを良くする薬を出すと医師から説明を受けた、と話された。そのためアストミン処方で問題ないか疑義照会を行ったところ、アシノンの間違いであったことが判明し、修正を行った。	新型コロナウイルスの影響等で医療機関側が多忙だったと想定される。	患者から症状など聞き取りを行い、処方内容が適正か確認する取り組みを続けていく。	アストミン錠１０ｍｇ	アシノン錠７５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1875	２週間に１回定期的に受診中の患者様で、今回は処方内容が一部変更（３種類）になっており、診察時のDrとのやり取りについて聞き取りしたところ、うち２種類の変更については問題なかったが、アロチノロール塩酸塩錠5ｍｇについては変更するとの説明が無かったため、医療機関に確認に行ったところ、カルテの記載が読み取りにくかったこともあり、レセコン入力時に間違ってアテノロール錠25ｍｇと入力してしまったようです。カルテを見せていただいたところアロチノロール塩酸塩錠5ｍｇと記載されている事が確認できました。	医療機関の処方箋発行時の手書きカルテの読み違い（記載されていた文字が読み取りにくかったことと、アテノロールとアロチノールで名称が似ていること。）が原因と思われる。	よく似た名前で、間違いやすい薬剤について代表的なものについては常にアンテナを張り、薬局内で注意喚起して全員で情報共有している。	アテノロール錠２５ｍｇ「サワイ」	アロチノロール塩酸塩錠５ｍｇ「ＤＳＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1876	御主人の処方箋奥さん持参。調剤薬剤師、前回「般」ニフェジピン徐放錠20ｍｇ（12時間持続）２錠２xであったが今回は「般」ニフェジピン徐放錠20ｍｇ（24時間持続）2錠2xと処方箋に記載あり。手帳で再度確認。電話問い合わせをして前回通り「般」ニフェジピン徐放錠20ｍｇ（12時間持続）であることを確認。ニフェジピンL20ｍｇで調剤し患者さんに交付。	先生の電子カルテの処方の入力間違い。	同じ成分で規格が何種類もある時はおくすり手帳又は薬歴で確認して調剤をする。			ニフェジピンＣＲ錠２０ｍｇ「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1877	初回でミノサイクリン顆粒２％が2g/日の用量で処方されており、処方量が成人量に比べてかなり少なかったため疑義にて確認したところミノサイクリン錠100mg２Ｔ分2朝夕食後に変更となった。	病院での処方カルテ確認不足、有効成分が同じのため入力の際に誤った可能性が高いと思われる。	受付時の処方監査、併用薬チェック、患者様からの情報収集をしっかり行う。	ミノサイクリン塩酸塩顆粒２％「サワイ」	ミノサイクリン塩酸塩錠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
1878	処方された薬剤の成分量が成人量ではなかったために問合せ。処方変更となった。	規格違いの薬剤があるために、処方箋を起こすときなどにエラー発生したようである。	規格選択の薬剤の存在の把握を徹底する。			エピナスチン塩酸塩錠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
1879	プリンペラン錠、食後投与処方開始。疑義照会実施。食前投与に変更の指示あり	添付文書の確認。	添付文書の確認。			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
1880	「一般名」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が、小児の為、念の為疑義照会をした。その結果、「一般名」クロベタゾン酪酸エステル軟膏に変更になった。	事務作業ミス。	年齢に合った医薬品が処方されているか確認する。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」	パルデス軟膏０．０５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1881	皮膚科処方薬は通常はツムラ治頭撲一方が処方される場合が多い。処方は打撲に適応のあるツムラ治打撲一方であったため疑義照会→カルテを確認して頂き、打撲での処方であったため、処方変更は特になかった。	皮膚科領域で治打撲一方の処方はあまり見られなあったこと。ツムラ漢方の番号が59番と89番でありヒートの色合いも同じ「ピンク色」であったため普段から間違いのないよう注意はしている。	鑑査機器の使用と、入力時の注意喚起の目的で薬品マスタを修正。			ツムラ治打撲一方エキス顆粒（医療用）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1882	アンブロキソールＤＳ３％　０．６ｇ　カルボシステインＤＳ５０％　０，６ｇ朝夕　7日分処方だったが　体重１０，５ｋｇからアンブロキソールＤＳの％を疑義し１，５％であることが確認された。	体重からの小児用量確認必要。製剤量だけでなく成分量での確認も重要である。ほかの薬剤量からの推定体重量と本薬剤の推定体重量を比較し確認が必要。	小児体重の聞き取り更新・記録を続ける。多種類の薬剤の体重量を比較して用量監査を行う。			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
1883	抗生剤が処方されていないのにビオフェルミンＲ錠が処方されていた	診療所の不注意	処方内容に疑問を感じたら疑義をかける	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
1884	【般】フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液50μｇ28噴霧用　１日２回　１回１噴霧　両鼻腔が処方され、フルナーゼ点鼻液50μｇ28噴霧用を投薬。１日の合計投与量は、小児の１日最大投与量２５μｇ８噴霧を超えていないが、4歳児に対して成人量が処方されていることが不安になり、念のため疑義照会。【般】フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液25μｇ56噴霧用１日２回　１回１噴霧　両鼻腔に変更。フルナーゼ点鼻液50μｇ28噴霧用は廃棄していただき、小児用フルナーゼ点鼻液25μｇ56噴霧用を郵送。	・添付文書を確認し、成人の用量であることに疑問を感じていながら、投薬してしまった。・薬剤師1人事務員１人の人員体制であり、薬剤師１人で調剤、監査、投薬全て行わざるを得なかった。・不足薬の調達やクリームの混合もあり、患者様を長時間待たせており、焦って、気持ちに余裕がなく冷静な判断ができなかった。	・処方内容に疑問を感じたら、些細な事でも必ず疑義照会を行う。・薬剤師1人の時は、時間がかかる旨をあらかじめ説明しておく。・薬剤師１人の時は、時間がかかる旨の説明と謝罪が書かれた張り紙をする。			フルナーゼ点鼻液５０μｇ２８噴霧用 小児用フルナーゼ点鼻液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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1885	以前「ヒアロンサン点眼液０．３％」が処方され使用していた患者。診察時前回と同じ薬剤を継続するよう医師から指示があったが、今回処方されたのは「ヒアロンサン０．１％」であった為疑義照会。患者から聞いた情報通り「ヒアロンサン０．３％」に変更となった。	医師または医事スタッフが処方入力をする際に薬剤選択を誤ったことが原因と考えられる。	診察時の状況を十分確認したうえで薬剤を交付する。			ヒアロンサン点眼液０．１％ ヒアロンサン点眼液０．３％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1886	12/26に帝王切開で出産の患者。出産後傷口が化膿したために薬が処方となったが、初めに処方されていた薬剤は子宮収縮止血剤のメチルエルゴメトリンマレイン酸塩錠0.125mg「F」であった。患者が聞いた診察時の医師からの説明とつじつまが合わないため疑義照会し、メイアクトMS錠を処方するはずであったことが判明した。（一般名で処方され、実際には後発品を調剤）	・「メチルエルゴメトリンマレイン酸塩錠0.125mg」と「メイアクトＭＳ錠１００ｍｇ」は共に「メ」から始まる薬品であるため処方オーダー時選択をミスした可能性あり。・処方箋発行医療機関では処方箋内容の入力は医事のスタッフが行っているため、処方意図が伝わっていなかったこともあり誤りに気付かなかった可能性あり。　・「メチルエルゴメトリンマレイン酸塩錠0.125mg」は出産後に処方されることのある薬剤であるため、思い込みで処方入力をした可能性あり。	充分患者背景を確認したうえで交付する。			メチルエルゴメトリンマレイン酸塩錠０．１２５ｍｇ「Ｆ」 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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1887	当初、「【般】アムロジピン２．５ｍｇ・アトルバスタチン５ｍｇ配合錠：１　１錠　分１朝食後　３０日分」の処方がされたが、今までにアムロジピン錠２．５ｍｇ及びアトルバスタチン錠５ｍｇの服用歴もがなく、患者から「今回、血圧は高く血圧を下げる薬をのみましょうと医師からお話しがあった。 また（血中）コレステロールが高いともいわれていない。」ことを確認し、【般】アムロジピン２．５ｍｇ・アトルバスタチン５ｍｇ配合錠：１は第一次選択薬ではないので、疑義照会し、処方入力の誤りで、「【般】アムロジピン錠２．５ｍｇ　１錠　分１朝食後　３０日分」に変更となった。	医師が処方入力時に【般】アムロジピン錠２．５ｍｇを選択する際に、、一部類似名称がある【般】アムロジピン２．５ｍｇ・アトルバスタチン５ｍｇ配合錠：１を誤って選択した。	第一次選択薬にならない医薬品がはじめて処方された際は、患者等からのききとりや薬歴等から、妥当かどうか確認する。	アマルエット配合錠１番「サワイ」	アムロジピン錠２．５ｍｇ「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
1888	アジルバ錠20mgを新しく処方追加されており、その内容について説明をしたところ本日はむくみの症状でお薬が追加になると処方医より説明があったとの話があり、アジルバ錠で誤りはないか確認を行ったところ、アゾセミド錠30mgへ処方が変更となりました。	処方時におけるお薬の選択に誤りがあったかと推測されます。	新しく処方が追加になった際にきちんと薬効の説明を行い、処方が追加になった理由を情報収集できた事により、適切な薬物治療へとつながりました。	アジルバ錠２０ｍｇ	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
1889	１１歳の患者に対して成人量のンテルカスト錠１０ｍｇの処方であったため疑義照会し、モンテルカストチュアブル錠５ｍｇに変更となった.	処方元の確認不足又はオーダーミスが考えられる	患者年齢と処方用量の確認を怠らない	モンテルカスト錠１０ｍｇ「サンド」	モンテルカストチュアブル錠５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1890	当薬局を普段から利用する患者が来局。処方箋の内容を確認すると臨時処方としてツムラ炙甘草湯が処方されていた。患者本人より、夜中に足がつって痛くて仕方ないから今日は薬出してもらったとの申告あり。処方箋内容と症状に相違あると判断し、医療機関に疑義照会。ツムラ芍薬甘草湯に処方変更となった。	病院側の処方オーダーの際に炙甘草湯と、芍薬甘草湯を誤入力してしまったと思われる。	臨時処方だけでなく、定期処方の調剤の際も体調、症状、診察時の話などきちんと聴取し、処方薬が患者の体調、症状にあっているか毎回確認するようにしている。	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
1891	4月16日処方時に残薬ありで処方調整を行われた（般）クエン酸第一鉄ナトリウムを今回復活させる際の処方選択時に（般）クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠を選択して処方されており、疑義照会を行ったところ（般）クエン酸第一鉄ナトリウムに変更になった。	処方医薬品選択時に「クエン」の3文字で検索を行い、検索候補にクエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠とクエン酸第一鉄ナトリウムが上がり、誤ってクエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠を選択してしまったと考えられる。	前回処方内容でなく前々回処方内容まで確認し、変更点がある場合は服薬指導時に患者との相互確認を行っている	ウリンメット配合錠	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
1892	しばらく入院しており、久しぶりの来局。入院中の薬と同じ薬を出してもらった。お薬手帳に入院中の処方内容記載あり。今回の処方箋と照らし合わせたところ、入院中にはノイロトロピンを服薬、今回処方にはノイロビタンが記載されていた。処方医へ問い合わせたところノイロトロピンの間違いであった。	名称類似薬。	初回来局などでも以前の服用歴と照らし合わせるようにしています。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1893	患者は、こむら返りの相談にて受診、医師に芍薬甘草湯の処方をお願いしたところ、処方は何故か当帰芍薬散にち処方疑義紹介してとりあえず当帰芍薬散は処方削除となり再度受診となる	薬剤名（芍薬）が重複したため間違って処方が考えられる。	症状と薬剤名が合致しているか、聞き取りを励行することが大切である。			ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用） ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1894	従来より来局いただいている患者に対し【ツムラ半夏厚朴湯エキス細粒】が処方。半年以上前に同院より【クラシエ半夏白朮天馬湯】の処方があり、名称が類似していることから処方間違いの可能性も含め患者に確認。患者より「以前飲んでた漢方が出る」との旨であったので疑義照会を行ったところ【ツムラ半夏白朮天馬湯】へ変更となった。	半夏「ハンゲ」までの3文字入力で意図する製品と異なる製品が入力されてしまった可能性。	漢方薬は様々な種類、処方意図があり確認漏れが起きることもあるかもしれないが服用歴にない新規の処方薬については入念な処方チェックが必要	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1895	患者へ処方薬の効能効果を説明時に患者の訴えと効能効果が合っておらず、処方内容に間違いは無いか処方医師に問い合わせ。	似たような名前の薬剤が多く処方医が選択を誤るケースがある	患者の症状を聞いて、処方された薬剤の説明を行う。患者の訴えと異なる薬が出たら医師に処方意図や処方内容に間違いは無いか疑義照会を行う	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（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
1896	症状が安定しており、前回ファモチジン20ｍｇから10ｍｇに減量していたが、今回20ｍｇに戻っていたため疑義照会をした。	お薬手帳、薬歴をきちんと確認することで防げた事故でした。	患者様と治療の内容を確認し、過去の内容やお薬手帳の内容をきちんと比較する。			ファモチジンＤ錠２０ｍｇ「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1897	いつもロキソニン錠、レバミピド錠、タリージェ錠10ｍｇを分2で処方されている。症状改善のため今後通院不要とのことで、内服から頓服へ変更されていたが、処方せんの記載はタリオン錠10mg、ロキソニン錠、レバミビド錠なったため疑義照会し、タリージェ錠10mg、ロキソニン錠、レバミピド錠を頓服で14回分へ変更。	タリージェ錠とタリオン錠の名称が似ていたため、医師が処方内容入力時に間違ってしまったのではないか	投薬前に薬歴の記録、処方内容、併用薬を常に確認し、患者様の状態と処方内容に不一致がないか、常に確認している	タリオン錠１０ｍｇ	タリージェ錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1898	イグザレルト処方されているが、現在すでにワーファリン服用中のため疑義	診療科ごとの連携不足	引き続き、同様の内容は気を付けていく。			ワーファリン錠１ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1899	アンブロキソール塩酸塩錠１５ｍｇ１錠分１朝食後の処方に関し、徐放錠の処方であることが考えられたため疑義照会を行った。結果、アンブロキソール塩酸塩徐放錠４５ｍｇ１錠分１朝食後に処方変更となった。	処方時に規格の記載入力の間違いが考えれる。	処方された医薬品の名称を規格まで読む。			アンブロキソール塩酸塩錠１５ｍｇ「ＹＤ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1900	88歳女性。クリニックより当帰芍薬散の処方あり（初処方であった）。以前に芍薬甘草湯の処方歴あること、年齢、既往歴より芍薬甘草湯の誤りである可能性を考えクリニックへ疑義照会。医師より芍薬甘草湯の誤りであったと回答得られ、処方変更となった。患者様家族も、足がつる症状があり処方してもらったと話されていた。	芍薬という単語で検索されたため、処方薬剤に誤りが出た可能性が考えられる。	処方歴や患者様の訴え、年齢・症状を考慮し、薬剤選択が最適であるか確認しながら調剤・監査を行うよう心掛けたい。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1901	当薬局新患の患者。処方箋にはメトホルミン塩酸塩錠250ｍｇ「トーワ」の処方。お薬手帳より、メトホルミン塩酸塩ＭＴ錠250ｍｇ「三和」で服用中と確認。塩酸塩錠とＭＴ錠は相互に変更できない薬の為、問合せした。その結果、処方をメトグルコ錠へ変更して頂き、ＭＴ錠［三和］へ変更して、患者へお渡しした。	コロナウイルス感染症によりいつも受診していた企業の診療所が休診になってしまい、近くのクリニックで処方してもらった。その為、処方医も不慣れな薬の為、同じだと思って処方した模様。	ＭＴ錠についてはややこしい取り決めがあるので、必ず、保険薬事典で変更できるか確認する必要あり。	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「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1902	処方受付時、ツムラのよく苡仁湯が処方されていたが在庫なしのためその旨患者さんにお伝えする。その際に痛みのことは一切おっしゃらずに皮膚症状が、お肌が、といったことを話されたため、同じ「よくいにん」でもコタローのヨクイニンではないかと疑義照会。誤りであったことがわかった。	ツムラよく苡仁湯とコタローヨクイニンは名前が同じでも成分が異なる	含有成分が異なることを理解、患者さんとの会話で症状を突きつめていく。	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
1903	患者さまは普段骨の薬は月１回服用しているとのことだったが、週１回服用のベネット（17.5）が処方されていたので、(75)のではないかと思い疑義紹介を行った。	処方時に規格まで見ていなかったこと。患者さまとどのくらいの頻度で服用しているかなどの話が足りなかったこと。	薬歴をみてなにか変更時には患者さまと薬の変更点について確認する。	ベネット錠１７．５ｍｇ	ベネット錠７５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1904	【般】ポビドンヨード外用液１０％(エタノール非含有）３０ｍｌ　１日数回うがいの処方、１０％液は消毒用でうがい用ではない為疑義照会、７％液に変更指示あり	一般名処方を入力する時１０％液と７％液と使用目的が分らず入力したと思われる、単純なミスが疑える	一般名処方の時、処方目的の確認、変換ミスや、濃度により薬効、使用目的がが異なることを知識として理解してることが必要と思われる	ポピヨード液１０％	ポビドンヨードゲル１０％「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
1905	クラリチンDSと処方されていたが、投与量や用法、症状を伺う限りクラリスを処方したかったのではないかと思われた為疑義照会。医師の入力ミスでありクラリスDSの処方であることを確認。	医薬品の３文字目まで同じであり、薬品名を選択する際に選び間違えたと思われます。	今回は明らかに投与量等がおかしかった為気付くことができました。今後も投与量や用法、又患者様からの聞き取りをきちんと行っていきたいです。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1906	初めて来局した患者がセレクトール100ｍｇ、ムコスタ100ｍｇがそれぞれ一般名で記載された処方箋を持参。問診を記入していただいたところ、腰痛で受診し処方されたとのことだった。セレクトールではなく別の薬剤と記載間違えがあったのではと思い疑義紹介した。その結果セレコックス100ｍｇに処方が変更になった。	レセコンで薬剤を選択する際にセレコックス100ｍｇと名前が似ているセレクトール100ｍｇを選択してしまったと思われる。	問診の内容と薬剤が間違いないか監査の際に注意深く確認している。	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
1907	一般名の処方箋にて今まではトラボプロスト・チモロール点眼液が出ていたが、今回ラタノプロスト・チモロール点眼液との記載になっていた。投薬の際にDr.から薬剤変更になるという説明があったかどうか聞いたところ、よく聞いていなかったと言われたので一般名も類似していることから病院へTELをして確認したところ、今まで通りラタノプロスト・チモロール点眼液の誤りであったとの回答があった。	合剤で一般名での処方では2つの成分のうち１つは同じものが複数あったり、名前も似ていたりで病院も間違えてしまうことがあるため今までの薬歴から似た名前の薬に変更になった時には特に注意するようにしています。	薬歴と処方箋を見比べて似た名前の別の薬に変更になった時には特に気をつけて確認してあいまいな場合は病院へも問い合わせをするようにしています。	ラタチモ配合点眼液「ニットー」	トラチモ配合点眼液「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1908	一般名でファモチジン、アンブロキソールの処方追加に。投薬時に確認すると胃の不調で胃薬の追加の話があったが追加になった薬剤が去痰薬のアンブロキソールで合った為確認の問い合わせ。アンブロキソールではなくレバミピドの処方であった。（過去にも胃の不調でファモチジンとレバミピドの処方あり）	おそらくはレバミピド（先発：ムコスタ）とアンブロキソール（先発：ムコソルバン）の先発品の名称が似ていたことが原因かと思われる。門前の医療機関の処方箋はパソコンによる印字であるが、紙カルテである。医師が書いたカルテを元に事務が入力を行うがその際に一般名処方できるものは一般名処方となる。その際に読み違えて入力した可能性が高いと思われる。	過去の処方歴の確認もあるが、薬剤が追加等変更になっている時にはしっかりと確認を行い、患者様の主訴と変更の薬剤の整合性が取れているかの確認を怠らないようにする。	アンブロキソール塩酸塩錠１５ｍｇ「トーワ」	レバミピド錠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
1909	4月21日受診時に三和葛根加朮附湯→三和芍薬甘草附子湯へ処方が変更となった。4月28日上記2剤が処方となった。上記薬剤は附子と甘草が重複しているため、併用されることはまず無い処方の為、疑義照会した。結果、三和葛根加朮附湯は削除となった。	医療機関内でカルテからレセコンに入力する際に以前の処方が残ってしまっていたのではないか？医療事務員による入力時の間違いではないかと推察される。	漢方薬に対する知識が無ければ見過ごされてしまう処方かもしれない。薬剤に関する知識を高め、患者に健康被害が出ることが無いようにしたい。			三和葛根加朮附湯エキス細粒 三和芍薬甘草附子湯エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1910	ヨクイニン湯エキス錠が美容クリニックから処方。他にもビタミン剤の処方があり、患者からの聞き取りからも、症状はイボで受診したと確認できたため、ヨクイニンエキス錠の処方誤りが考えられた。疑義の結果、ヨクイニンエキス錠への処方変更となった。	名称がそっくりだけど、製剤が全く別物であり、効能効果が違っている。しかし、ヨクイニンという名前があまりに有名なため、医師でさえこのことを知らないのではないか、と推察。	全員での共有と、患者への聞き取りと処方薬が合致しているかの徹底を再確認。	クラシエよく苡仁湯エキス錠	ヨクイニンエキス錠「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1911	うがい薬のポピヨドンガーグル液7%を処方すべきところが、誤ってポピヨドン液10%を処方してしまったようです。	薬品名が似ている為、使用目的をしっかり確認したうえで、適切な剤形を選択する必要がある。	服薬指導において、使用目的・使用方法を、聞取りをしっかりしたうえで、双方理解の上で、投薬する。	ポピヨドン液１０％	ポピヨドンガーグル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
1912	ディレグラ配合錠を分２、２錠で処方⇒疑義照会し４錠に変更。	処方医がアレグラ錠６０ｍｇと用量が同じと思っていたようだ	薬品棚に類似名称の用法用量違いを分かるようにしている			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
1913	他院から引き継いだ患者の処方でアスパラカリウムをアスパラカルシウムと取り違えていた	処方入力時の選択間違いや処方確認不足	患者様からの聞き取りを徹底する、薬歴監査を十分にする	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
1914	鼻炎症状、喘息症状の悪化で受診した体重１６ｋｇの患児。シングレア細粒４ｍｇ（こちらは体格に合わせてチュアブル錠５ｍｇは使用しない）他の処方とともにクラリシッドＤＳ、０．８ｇ分１夕食後の処方がされていた。症状に対しクラリシッドの処方が不適切に感じた点、用量も体重当たりの１回量としては妥当であるが過少である点から、クラリチンＤＳの処方誤りの可能性も考え紹介を行った。	処方入力の際に「クラリ」で検索したうえで誤った薬剤を選択されたと考える。	誤りの可能性のある類似薬剤名の薬剤として薬品棚に注意喚起を行った。	クラリシッド・ドライシロップ１０％小児用	クラリチンドライシロップ１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1915	他院皮膚科から処方されていた外用薬の手持ちがなくなってしまったため、今回小児科を受診し同薬剤の処方を患者が依頼。医師の判断にて同薬剤を処方したと思われたようだが、名称が似ている異なる薬剤であったため疑義を行った。	「クロベタゾール」と「クロベタゾン」の名称の類似性から見落としがあったと思われる。	再度スタッフ同士でのステロイドランクの見直しと適応について情報共有を行った。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏０．０５％「テイコク」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1916	水イボとトビヒで皮膚科を受診。ヒルドイドソフト軟膏0.3%、アクアチム軟膏1%、フロモックス小児用細粒100mg、ツムラよく苡仁湯エキス顆粒が処方された。ツムラよく苡仁湯エキス顆粒は通常、整形外科領域で筋肉痛などで使用される。皮膚科であり主訴がイボとのことなのでヨクイニンエキス散との処方間違えではないかと考え疑義照会を実施。疑義照会の結果、ツムラよく苡仁湯エキス顆粒→ヨクイニンエキス散コタローに変更となった。	名称が似ていたため間違えて入力されていた。	名称似ている薬剤の注意喚起を徹底。処方内容と主訴があっているか確認徹底。	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
1917	ディレグラ１錠分１眠前で処方されており、過少のため医師に疑義照会→デザレックスに訂正。	類似薬品名のため入力に誤りがあった可能性が考えられる	処方監査を確実に行う	ディレグラ配合錠	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
1918	初め処方薬がツムラ麻黄附子細辛湯が処方されていたが、交付時便秘の症状で漢方処方するとの医師の説明があったとのことで、医師の処方内容について問い合わせ。	電子カルテで薬剤の選択をした際、選択間違いをしてしまい、その後確認を怠ったためと思われる。	患者からの聞き取りを丁寧に行い、患者の主訴と薬効の違いがないかの確認の徹底。	ツムラ麻子仁丸エキス顆粒（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
1919	手書きの処方せんにおいて、『パキシルCR10mg』との記載。CR錠に10mgは存在しないため、商品名違いか規格違いか問い合わせ。	手書きならではの間違いと思われる。	入力時、当該医薬品が選択肢の中になかったための気づき。入力事務作業においても、特に手書きの場合はダブルチェックを行うこととした。			パキシルＣＲ錠１２．５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1920	コタロー腸よう湯が1日量6gのところ、1日量7.5gで処方された。1包2gであり、あえて再分包の必要性があるか確認の為疑義照会を行った。	あまり処方頻度の高い漢方ではなく、処方時によく出るツムラと1日量を勘違いしたと思われる。	1日量が頭に入っていないものは、調剤時に必ず確認して、必要に応じて疑義照会を行う。			コタロー腸癰湯エキス細粒	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
1921	前回処方と同じヒューマログミックス50ミリオペンにトレシーバ注が追加になっていたため、単にインシュリンが追加になったと考え、患者様のご家族に薬剤を交付。 交付した翌日に患者様本人より、3月に入院しており退院時にヒューマログ注ミリオペンとトレシーバ注を処方され使用していたが、今回は入院前に使用していた5ミックス50になっているが、間違えていないかとの問い合わせがあった。処方せんを確認したところ、ミックス50と記載されていることと、病院に確認させていただくことを伝え了解を頂く。病院に確認したところ、ヒューマログ注ミリオペンを処方するところをヒューマログミックス50注ミリオペンで処方していたとが判明。患者さまに病院側が入力を間違えていた旨を説明し、正しいヒューマログ注ミリオペンをお渡し頂く旨を伝える	前回処方から入力をしたようで、変更を忘れたことが原因の様子	患者様の聞き取り強化を行う	ヒューマログミックス５０注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1922	(般)耐性乳酸菌錠6mg　3錠　毎食後　56日分の処方。抗生剤の服用はない事を確認し問い合わせを行ったところ、処変となった.	類似薬のため処方時のコンピューター操作時に誤って選択してしまった可能性あり.	投与にあたり定められた他剤と併用が条件のものもあることを念頭に置き、処方鑑査を行う.	ビオフェルミンＲ錠	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1923	アスベリンドライシロップ２％0.4ｇの処方であったが、患者の年齢・体重から用量を検討すると用量が少ない為、また処方医は普段アスベリン散の処方を出すことが多いため疑義紹介したところ、アスベリンドライシロップ２％からアスベリン散10％への剤型（それに伴う濃度変更）変更となり、用量は0.4ｇのままとなり、処方医の剤型選択ミスにより発生した事例である。	処方オーダー時に処方医の剤型選択ミス	小児の散剤処方については特に処方内容と用法・用量の確認を行い、処方量が妥当であるかよく確認する。	アスベリンドライシロップ２％	アスベリン散１０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1924	手書き処方箋ヘルベッサーSR錠200mgと記載されていた。患者既往歴からヘルベッサーの適応は妥当ではなく、剤型も該当する製剤がなかったため疑義照会実施。ベザトールSR錠200mgとの処方誤りであった。	薬剤名が類似していた。剤型は異なるが規格用量は同一であった。	患者聞き取りや既往歴から妥当ではない薬剤の交付を発見した際や、処方内容に疑問が生じた場合はかならず一時お預かりし疑義照会を実施するよう対応を統一化。	ヘルベッサーＲカプセル２００ｍｇ	ベザトールＳＲ錠２００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1925	ジスロマック細粒が処方。通常３日分だが１４日分で処方されていたので確認。ジルテックＤＳの間違いとのこと。	病院事務員が最初の文字「ジ」で検索をかけ、確認せずジスロマックになってしまったことによるものと推測される。	特殊な日数で処方されるものはすぐ分かるが、普通に処方されるものは患者様がどのような症状で受診されたかよく確認するようにしていく。	ジスロマック細粒小児用１０％	ジルテックドライシロップ１．２５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1926	喘息症状の悪化により、Ａ病院からレルベア１００エリプタ３０吸入用が開始となる。今回途中で薬がなくなるため、定期的に受診しているＢクリニックにて処方を希望したが、レルベア２００エリプタ３０吸入用が処方されいてた。患者は増量の話を聞いていないとのことだったので疑義照会を行ったところ、処方間違いということがわかり、Ａ病院で処方されていたレルベア１００エリプタ３０吸入用に変更となった。	医療機関側の確認間違え、処方入力ミス	薬歴やお薬手帳等を確認の上、継続分は内容をしっかり確認してお渡しする。			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
1927	ご本人の家族の方のお話では血圧が高くなったが、BPは140ぐらいとのこと。今までノルバスク錠2.5ｍｇを服用していたため、念のため疑義照会を行った。その結果、ノルバスク錠5ｍｇに変更となった。	医師側のコンピューターの入力ミス	薬剤交付の際、患者とコミュニケーションをはかり、血圧等の数値も聞き出すように周知する。			ノルバスクＯＤ錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1928	一般名 ジメモルファンリン酸塩散10% 2g の処方があった。薬用量が過量である為、疑義照会を行ったところ、一般名 ジメモルファンリン酸塩シロップ0.25% 2mL へ変更となった。	医療機関での処方箋入力の際、同じ名称でも数種類の規格や剤形の異なる薬剤がある点への配慮が漏れたケースと推定される。	引き続き、処方内容のチェックは怠らないよう心掛けて行く。	アストミン散１０％	アストミンシロップ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
1929	アレジオン点眼液0.05％からアレジオンLX点眼液0.1%への変更するつもりで、用法のみ　1日2回変更され、薬剤名はアレジオン点眼液のままだった。	アレジオン点眼液0.05%→アレジオンLX点眼液0.1%　処方変更わすれ	患者との会話で新しい薬に変更すると聞いているなど、聞き取る	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1930	患者は普段から、当薬局を利用していた。急性期A病院の整形外科より、地域のB病院整形外科へ転院となり、初めてB病院整形外科の処方箋を持参された。 転院前A病院からは、桂枝加朮附湯の処方があったが、B病院からの処方箋には桂枝加芍薬湯の処方あり。薬剤名の類似に伴う、処方箋データの入力間違いと推測され、疑義照会を実施。転院前より継続中の桂枝加朮附湯の継続に変更となった。	薬剤名の類似による、処方箋データの入力間違い。	転院時には、これまでの服用歴等を確認し、患者からの情報も得て、変更点の確認をより慎重に行う。	クラシエ桂枝加芍薬湯エキス細粒	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
1931	クエチアピン25mg 3T3×毎食後で服用の患者。施設スタッフより服用開始後より傾眠が強く、薬剤を減量する可能性ありとの連絡あり。処方を確認すると、クエチアピン細粒50% 0.15g3×で処方あり。主治医に投与量が同量である旨を疑義照会、0.075g 3×毎食後の間違いであったとの連絡あり。	剤形変更に伴う投与量の計算ミスだと考えられる。	剤形変更時は投与量のご入力に注意する。			クエチアピン錠２５ｍｇ「明治」 クエチアピン細粒５０％「ＥＥ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1932	センノシド錠１２ｍｇ「サワイ」1錠頓服で過去に処方されていた。今回センノサイド顆粒８％1g頓服20回分処方あり。添付文書をみて常用量オーバーと確認し、疑義照会。センノシド錠１２ｍｇ「サワイ」1錠　20回分へ変更となった	医師の処方選択ミス。」名称類似のため	下剤だからと軽視せず、常用量を確認するようにする			センノサイド顆粒８％「ＥＭＥＣ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1933	オーグメンチン250RSが6T/分3で処方されていたため連絡、オーグメンチン125SS6T/分3に変更となる。	オーグメンチン125ｍｇの流通がとまってることよりマスターが250ｍｇに変更になったが、以前と同じ125ｍｇのつもりでで処方を入力したと思われる。	添付文章による容量を超える処方があったときは確認をとる。			オーグメンチン配合錠２５０ＲＳ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1934	患者本人より、他の薬局でタリオン錠をもらっているので、同じ薬を出してほしいと医師にお願いした。ところが、処方時に薬剤名が続いて並んでいたため、選択を間違えて処方した。	処方オーダリングの場合、３文字入力した際に類似薬剤名が上下並んでいると、薬剤を選択する際にクリックミスをすることがある。タリオン錠10のところタナトリル錠10を選択した。一般名処方であったので、タナトリルの一般名（イミダプリル塩酸塩錠10）で処方箋は印字された。	交付時には、お薬手帳と患者の病状を確認しながら交付する。	タナトリル錠１０	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
1935	イルアミクスLDが処方されていたが、薬歴・手帳で確認したところ以前まではイルアミクスHDを服用。処方医より薬が変更したとの話は聞いておらず、確認のため疑義照会を行ったところイルアミクスHDに変更となった。	ドクターの以前服用歴の聞き取り間違えによる処方ミス	病院変更の場合は特に薬歴・手帳での確認、聞き取りを強化			イルアミクス配合錠ＬＤ「ＤＳＰＢ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1936	初めて来店の患者さんだった。処方せんはアイミクスＨＤ配合錠1錠　朝食後処方であったが、お薬手帳の前回内容は他院でアイミクスＬＤ配合錠　1錠　朝食後であった。本人は増量するといわれていないといわれるため疑義照会をおこなった。アイミクスＬＤ配合錠　1錠　朝食後に変更となる。	処方入力間違い。	初めて来店や追加の新しい処方に関しては処方せんだけではなくお薬手帳や本人さんよりしっかり情報をとり調剤をおこなう。			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
1937	患者様から花粉症の薬を出すと聴取したが、ビブラマイシンが処方されており、疑問に思い疑義照会を行った。	名称が類似していたことが原因と考えられる。	聴取時に患者様の主訴と処方内容が一致しているか確認している。	ビブラマイシン錠５０ｍｇ	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
1938	(般）ビダラビン軟膏と（般）パンテチン細粒20%の処方であり疑義照会したところ、医師はバルトレックス顆粒50%を処方したとのこと。（般）パンテチン細粒20%は削除、バルトレックス顆粒50%3ｇ朝夕食後に変更となった。	バルトレックス顆粒とパンテチン細粒の商品名パルトックス細粒を間違えたのではないかと思われる。	処方内容が疑われる場合は疑義照会する。	パントシン散２０％	バルトレックス顆粒５０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1939	ノボラピッド３０ミックスフレックスペン　6-6-4　１日２回朝夕食前処方であった。クリニック変更もあり、患者確認にて単位の変更はあるが薬は変更されないとのことで疑義照会にてノボラピッド注フレックスタッチ、１日３回毎食直前に変更となる。	名称類似もあり、選択違いに至ったと思われます。その他、クリニック変更に伴いマイクロファインプラス→マイクロファインプロ、テルミサルタン８０ｍｇ１錠→４０ｍｇ２錠、血糖自己測定の変更、インスリンの単位数変更など切り替わりが多かったことも要因かと思われる。	同一薬剤でもフレックスペン、フレックスタッチあり、３０ミックスでは用法も異なるためお薬手帳のチェック、患者確認が漏らさないこと。	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
1940	患者に症状を確認したところ、回転性のめまいとのこと。疑義したところ医師の勘違いだったと判明。	メマリーという名称からめまい薬と勘違いしたと思われる。	患者からのヒアリングの強化。	メマリー錠５ｍｇ	メリスロン錠６ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1941	前回処方内容ではカムシア配合錠ＨＤ、ノルモナール錠１５ｍｇ処方で、処方変更でカデチア配合錠ＨＤ、ニフェジピンＬ錠２０ｍｇに変更。患者本人に変更について確認したところ、医師からの話はなかったとのことだったので、疑義照会。	過去処方を基に処方されたとのことですが、2019年11月28日の処方内容と同一のものを処方。	処方変更時に必ず医師から話を聞いているかを確認してから調剤を行うようにしている。また、今回は以前に交付したことのある処方内容と気付けたので、疑義照会も的確に確認できました。	カデチア配合錠ＨＤ「あすか」 ニフェジピンＬ錠２０ｍｇ「日医工」	カムシア配合錠ＨＤ「あすか」 ノルモナール錠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
1942	一般名でブロムフェナクNa点眼と処方されていたが用法が通常と異なっていたため疑義。プロラノン点眼の間違いだった	似ている名前のため間違えたのだと思われる	通常の用法であるか注意する	ブロムフェナクＮａ点眼液０．１％「ニットー」	プロラノン点眼液０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1943	イルベサルタン50を血圧に合わせて服用中。8日前に30日分処方があったが今回アジルバ20mg処方。切り替えなども話もなかったとのことなので医師に問い合わせ。アムロジピン5追加処方となった。	薬品名の類似による処方選択ミスがあったと思われる。	薬手帳、薬歴の確認の徹底。処方鑑査の時点で患者様に確認できれば確認する。	アジルバ錠２０ｍｇ	アムロジピン錠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
1944	処方箋に【般】クラリスロマイシン錠200ｍｇ 2錠 分1：朝食後 7日分と記載あり。1回1錠、1日2回服用するお薬であることから医師に疑義照会をしたところクラリスロマイシン錠ではなく、クラビット錠(【般】レボフロキサシン錠500ｍｇ)1錠 分1 朝食後であることを確認。	薬剤名称が類似していることから、処方の際の選択間違いが生じたと考える	新規処方の場合、患者からの病態の聞き取りだけでなく、添付文書において適応症、用法用量もふまえ、処方鑑査をおこなう。同効薬であったため、単純に用法の違いだけではなく、処方そのものが違っている可能性があることも認識し、疑義照会を行うようにする	クラリスロマイシン錠２００「ＭＥＥＫ」	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
1945	ディレグラ配合錠 4錠分1就寝前と処方箋に記載あり。4錠分2で服用するお薬であることから疑義照会をしたところ、ディレグラ配合錠ではなくデザレックス錠5ｍｇ1錠分1就寝前に変更となる。	同効薬であること、薬剤名称が類似していることから処方時の薬剤選択においてミスが生じたと考えられる。	新規処方の場合、処方鑑査する際には添付文書を確認し、適応症、用法用量と処方の内容を照らし合わせ適正であるかを判断する。	ディレグラ配合錠	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
1946	カロナール坐剤１００ｍｇ・1回3/4個の処方あり。処方箋に体重が１４．４ｋｇと記載されており投与量が少ないため照会、カロナール坐剤２００ｍｇ・１回3/4個に変更となった。	コンピューター入力時の確認不足	引き続き処方箋内容、薬歴等と照らし合わせを行う。			カロナール坐剤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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1947	プラビックス錠75ｍｇのところ、プラザキサカプセル75ｍｇで処方箋が入力されていた。	患者様が今までと違う病院にかかったため医師が新規で入力したら、同効薬で規格も同じ薬が入力されてしまったと考えられる。	プラビックスとプラザキサは用法容量が異なるため気づくことができた。添付文書を確認することを忘れない。	プラザキサカプセル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
1948	整形外科を受診し、当薬局を初めて利用する患者。処方内容は、セレコックス錠１００ｍｇ、レバミピド錠１００ｍｇ　各２錠／分２、７日分であった。お薬手帳を確認したところ、かかりつけ医（内科）より血圧降下剤などと一緒にレバミピド錠１００ｍｇ「日医工」が処方され服薬中であることが判明したため、疑義照会し処方削除となった。	「お薬手帳」記載内容の確認漏れ	引き続き、お薬手帳や患者への聞き取りなどの処方せん以外の情報の収集に努め、処方せんの内容に不備などが無いか、適正であるか確認する。また、患者に対して、お薬手帳の有用性や活用方法について説明する。			レバミピド錠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
1949	クラシエ小柴胡湯エキス錠 12錠分2，14日分調剤し、窓口で薬の説明の際に、この薬とは違う、今回もこの前と同じ薬をもらうはずだった。問い合せ後、薬が変更、前回と同じクラシエ小青竜湯エキス錠に変更、さらに、前回とは用法用量が変更、9錠分3ではなく、12錠分2となった。	おそらく1～3文字の入力での呼び出しの際に、選択間違い。入力の際には、最低3文字、できればそれ以上の文字入力後に呼び出すようにしたいと思われた。	患者側の前回と同じであることへの注意、効果の確認および服用タイミングの都合なども考慮したい。今回のように、用法用量が変更してある場合があるので、問い合わせの際に聞き取りに注意する。用法用量の返答のところも受け流さずに確実に聞き取るようにする。	クラシエ小柴胡湯エキス錠	クラシエ小青竜湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1950	肺がんＯｐｅ．後の抗がん剤投与となった。ＵＦＴＥ顆粒１００ｍｇ，1.5包の処方。ＵＦＴＥ顆粒は、合剤であるため、分割はしない方がいい為、1回用量１５０ｍｇ　の製剤への変更を提案。疑義にて変更となる。	顆粒でも、製剤状況で、分割できないものもある。製剤の種類に注意が必要か	処方通りに調剤するのではなく、製剤の特徴を理解し、対応しないと、思い通りの効果は期待できない	ユーエフティＥ配合顆粒Ｔ１００	ユーエフティＥ配合顆粒Ｔ１５０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1951	ロスバスタチンが分2で処方。他ステロイド外用剤の処方あり。ロスバスタチンが分2だったため、前回処方を確認。タリオンの処方をベポタスチンでジェネリック調剤。患者に確認したところ、皮膚の症状で再受診とのこと。 ベポタスチンのところロスバスタチンで入力ミスを考えて疑義照会。前回調剤報告をしたジェネリックに入力を変更する際に、誤ってロスバスタチンと入力したとの回答。前回と同じくベポタスチンに変更となった。	薬剤名が類似していることから、処方入力時にミスをした。	処方監査をすること。薬歴の確認をすること。通常業務をミスなく行うことによって、患者の健康被害を防ぐ。	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「ニプロ」	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
1952	ノイロビタン配合錠が処方されていたが、家族の情報によると他医療機関で処方された痛み止めを今回出してもらうよう医師に依頼したとのことであった。お薬手帳を確認すると、他薬局でノイロトロピン錠4単位をもらっていた。医師にTELにて疑義照会する。ノイロビタンからノイロトロピンに処方が訂正になった。	医師による単なる処方入力ミスとおもわれる。	本人が高齢の場合は家族に詳しく状況等について情報を得て、疑問点があるときは医師に疑義照会する。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1953	月経困難症において、はじめての処方でヤーズ配合錠　生理5日目より服用開始と処方箋に記載あり。ヤーズ配合錠は生理1日目から服用する薬剤。 患者の母親にヤーズフレックス配合錠はプラセボがありヤーズ配合錠はプラセボがないので服用方法に違いがあるとお伝えし、医師からどのように服用方法を聞いているか確認したところ、生理をみないで服用するとのこと。その旨を医師に疑義した結果、ヤーズフレックス配合錠に変更になる。	処方入力の際に病院の医療事務の方が勘違いされ、用法等の間違いがあった。	ヤーズフレックス配合錠は子宮内膜症と月経困難症、ヤーズ配合錠は月経困難症の適応。投薬時に患者に確認すること。			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
1954	他医療機関からの転院で、当薬局初めて来られた方。処方薬鑑査時にお薬手帳を確認したところ、現在服用中の薬と違う薬の処方であったため、疑義照会実施インチュニブ処方の所、処方箋へインヴェガで入力されていた	他医療機関から紹介等で来られた患者さん。カルテから処方せんへの転記の際、類似名のため入力ミスが起きた可能性	処方箋応需の際、お薬手帳等で処方の妥当性を判断	インヴェガ錠３ｍｇ	インチュニブ錠３ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1955	プラビックス２５ｍｇを継続服用今回バイアスピリンが中止、プラビックス２５ｍｇからプラザキサ７５ｍｇ分１で処方されていた。 薬局にて過去の薬歴を参照して患者に聞き取りを行ったところ、プラビックスの増量の処方ではないかと考えられたため疑義照会。プラザキサ７５ｍｇからプラビックス７５ｍｇに変更になった。	処方変更時の見落とし	処方監査・薬歴　マニュアルの順守	プラザキサカプセル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
1956	Ｄｒはカルテにアレンドロンと記載。病院の処方箋の入力事務がアレグラと見間違えたと推測。 薬局での処方箋入力の際、当薬局入力事務がアレグラと当該処方せんに記載されたデザレックスとの薬効重複に気付く。薬剤師が薬歴とアレグラの処方日数が4日分だったことからアレグラではなく、アレンドロンをＤｒが処方していると推測。電話での疑義照会ののち、アレンドロンが正しいと判明。	病院でのＤｒとスタッフの連携ミスと考えられる。	病院への報告、改善策の提案。	アレグラ錠６０ｍｇ	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1957	フラビタン錠のｍｇ数が処方記載漏れ	処方箋が手書きのため書き漏れ	疑義照会にてｍｇ数確認			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
1958	新規患者。薬手帳持参されたが、数年前の情報が記載されたものであり、完全に新規処方と思い鑑査、投薬へ。施設入所患者であり、職員の付き添いがあった。当病院からの継続薬で、薬内容の変更は聞いていないと。念のため薬情の持参ないか確認したところ薬手帳がもう一冊あり、今までの服用薬が記載されていた。これまでは徐放薬で処方されていた為疑義照会を行った。	do処方であったが、入力ミスが起きてしまっていた。以前と主治医が異なっていたのかもしれない。（確認はできていない）	継続薬の場合でも、薬手帳や薬情を確認し、変更ないかどうかを再確認する。	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
1959	オキサトミド錠30ｍｇが頻尿時で処方。前回まで、オキシブチニン錠2ｍｇが処方されていたため、疑義照会を行い、オキシブチニンと入力すべきところを誤っていたと確認。	2文字（オキ）で入力し、検索をかけた可能性。	今後も、適正に使用できるように薬効と用法に疑問点がないかを薬歴、聞き取りで正確に把握し、必要に応じて疑義照会を徹底する。	オキサトミド錠３０ｍｇ「ＣＨ」	オキシブチニン塩酸塩錠２ｍｇ「テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1960	嚥下困難の患者様に対し、クエン酸第一鉄ナトリウム錠をクエン酸第一鉄ナトリウム顆粒に変更できないか疑義を行い。許可を得た。次回処方箋発行時に錠剤記載ではなく散剤記載に直してもらうようにお願いしていた。クエンメット配合散と記載された処方箋が発行されたので、疑義照会した。	薬品名が似ているものは成分が違うものでもジェネリックの名称違いと勘違いしているケースがある。	初めて処方される薬は赤本などを参考に慎重に行う。	クエンメット配合散	クエン酸第一鉄ナトリウム顆粒８．３％「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1961	定期薬でテラムロ配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」を服用していたが、血圧上昇のため途中でテルミサルタン錠４０ｍｇが追加になっていた。今回、【般】テルミサルタン８０ｍｇ・ヒドロクロロチアジド配合錠が処方され、服用中の成分と違うため処方医に処方内容を確認。【般】テルミサルタン８０ｍｇ・アムロジピン配合錠の間違いであると返答あり。	一般名処方にあたり、薬剤選択時に薬品名が似ていたための選択間違いであると考えられる。	一般名での処方の場合、薬品名の類似による処方薬の間違いの可能性を常に意識しておき、患者の過去の処方歴と照らし合わせて処方監査をしていかなければいけないと痛感した。	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
1962	主訴：腹部のしくしくとした痛み。肛門部の痛み。痔の診断でツムラ紫雲膏とヘモナーゼ配合錠処方。腹部の痛みについては漢方薬で様子みるようにと医師から説明を受けていた。 ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒は関節痛や神経痛への適応のため、類似名薬剤で処方間違いの可能性が考えられたため、疑義照会を行った。疑義照会の結果、薬剤名間違いであったとのことで、該当薬剤はしぶり腹、腹痛に対する適応のあるツムラ桂枝加芍薬湯に変更となった。	医師処方入力時に類似名薬剤による処方検索間違いの可能性が考えられる。	漢方薬は桂枝や葛根、抑肝散など配合成分により類似名薬が多い。類似名薬と適応症状をリスト化し、監査時注意していく。	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
1963	扁桃炎の訴えで来局。処方箋内容はトランサミン錠２５０ｍｇ、メスチノン錠６０ｍｇ、カロナール錠３００であった。自力歩行ができているため、重症筋無力症ではないと判断し、メスチノンに関して疑義照会を行ったところ、メジコン錠１５ｍｇに変更となった。	医師による処方入力時の、薬剤候補の選択ミス。	患者の治療内容と処方箋情報の照らし合わせ確認。	メスチノン錠６０ｍｇ	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1964	今回初めて処方されるボナロン錠35ｍｇの服用方法が月1回とのコメントがあり、他の薬が70日分にもかかわらずボナロン錠35ｍｇが2日分で処方されていた。 ボナロン錠35ｍｇだったら、服用方法は週１回、１０日分で処方されていないといけない。また、月１回、２日分の用法で間違いないなら薬が間違っている可能性があり、疑義照会を行った。結果、ボノテオ錠50ｍｇに変更となった。	病院内での処方入力時に、ボナロン錠35ｍｇとボノテオ錠50ｍｇを選択間違えをして疑い。	処方時の他剤の日数と相違がないかチェック。相違があれば、患者に確認した上で、病院に疑義照会する。	ボナロン錠３５ｍｇ	ボノテオ錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1965	フェロベリン処方の為下痢症状について交付時確認したところ症状無しと患者さんより申し出あり照会。フェロベリンではなくフェロミアの誤りだったと返事あり。	-	-	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
1966	ルパフィン錠10mgとビラノア錠20mgが同時処方、同効薬の為疑義照会、ルパフィン錠削除になりルリッド錠追加。	名称が似ているため入力ミスか	同効薬の確認	ルパフィン錠１０ｍｇ	ルリッド錠１５０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1967	普段デパケンR錠200ｍｇで服用されていたがデパケン錠200ｍｇが処方され患者さんに確認したところ医師からの変更の指示はなかったので疑義照会を行いデパケンR錠200ｍｇへ変更となる。	処方の入力ミス	患者さんに変更時の確認をしっかり行う。	デパケン錠２００ｍｇ	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1968	処方箋を持って来局。話を聞くと咳の訴えであったが、アスピリン６ｇとトラネキサム酸２５０ｍｇ６錠　３×毎食後　５日分の処方であった。そのため、疑義照会実施。アスピリンではなく、アスベリン錠２０ｍｇ　６錠の間違いであった。	電子カルテではなく、処方入力時に選び間違った。	患者さんから情報収集をしっかり行い、処方の妥当性について検討をしている。	アスピリン	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
1969	投薬時に漢方を確認したところ、処方箋にはツムラ二朮湯であったが、実際はツムラ二陳湯だった。	カルテに二陳湯と記載されていたが、電子カルテではなかったために処方入力時に間違ってしまっていた。	患者さんと医薬品について相互に確認をする。	ツムラ二朮湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ二陳湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラー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	めまいや頭痛を訴え、受診した患者にツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒が処方されていた。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒と一文字違いだったため、薬剤入力時に間違って選択したと考えられる。	漢方は様々な疾患に使用されることがあるが、患者への十分な聞き取りを行い、明らかに適応と違うと感じた場合は疑義照会を行う。	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1971	背景： 当薬局には2019/8依頼の来局。 2018/8～2019/8まで当薬局の近隣の皮膚科（医院A）を受診。 それ以降は他県の皮膚科（医院B）を受診し、投薬を受けていた様子。（お薬手帳からの情報） 2020/4に久しぶりに当薬局に来局され、医院Aの処方せんを持参された。 今回処方は【般】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05％　50ｇ　白色ワセリン　50ｇ　混合指示　であった。 調剤し、監査時にお薬手帳確認したところ、医院Bでデルモゾール軟膏（一般名：ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%）と白色ワセリンの混合の処方歴を確認できた。 患者に薬の種類やステロイドの強さが変わることを処方医から聞いているか確認したところ、何も聞いていないとの事だった。医院Aの処方医に疑義照会したところ、処方間違いが判明し、【般】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05％からデルモゾール軟膏に変更になった。	【般】クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05％の先発薬品名はデルモベート軟膏であり、デルモゾール軟膏と頭の3文字が同じである。薬品検索の際に3文字で検索しても区別ができず、薬品の選択間違いが起こったと考えられる。	一般名とそれに対応する商品名をしっかり理解しておくことで調剤ミスを回避できる。	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
1972	めまいの薬を変更すると医師から聞いていた。（今まではアデホス顆粒・ベタヒスチンメシル酸塩錠６ｍｇを服用中）処方された薬がトランサミン錠２５０ｍｇ・カルナクリン錠５０であったため、薬品名の間違いではないかと推測し、疑義照会した結果、トランサミン錠→トラベルミン配合錠の間違いであったことが発覚した。	外観や名称の類似した薬剤について、注意喚起の掲示を行う等、配置に気を付けたり、薬効など薬剤に関する情報をきちんと理解して調剤・監査にあたることが必要と考える。	引き続き、薬歴・お薬手帳の確認や、患者からの聞き取りをしっかり行うことで、情報を収集し、安全に薬を服用してもらえるよう努める。	トランサミン錠２５０ｍｇ	トラベルミン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1973	リウマチの患者にサラゾスルファピリジン錠が処方されていた。疑義照会し、サラゾスルファピリジン腸溶錠に変更となった。	薬品名が類似しているため、誤って普通錠のサラゾスルファピリジン錠が処方されてしまったと考えられる。	処方されている科と、医薬品の適応が一致しているか確認する。	サラゾスルファピリジン錠５００ｍｇ「ＪＧ」	サラゾスルファピリジン腸溶錠５００ｍｇ「ＣＨ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1974	MS冷シップを使用している患者の処方箋がMS温湿布に変更されていたため、患者への聞き取りをし、今まで通りのMS冷シップをお願いしたと確認がとれたため、処方医に疑義照会をしたところ、処方入力のミスと判明、MS冷シップへ変更になりました。	医療事務員のカルテからの、類似名による処方入力ミスと思われる。	処方薬の変更があった場合は、患者への聞き取りを徹底、処方医への確認を徹底する。	ＭＳ温シップ「タイホウ」	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
1975	バルプロ酸ナトリウム錠100ｍｇが処方されたが、普段は徐放錠を使用する病院だったため、疑義照会して確認した所、バルプロ酸ナトリウム徐放錠１００ｍｇに変更になりました。	一般名の表記が長いため、徐放の文字を空見してしまったものと思われます。	バルプロ酸は特に普通錠と徐放錠の記入ミスが多いので、普通錠の場合は疑義をすることにしています。			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
1976	アモキサンカプセル25ｍｇ、トランサミン錠250ｍｇ、カロナール錠200ｍｇが処方。処方内容からアモキサンではなくアモキシシリンが適当と判断し、疑義照会。アモキシシリンカプセル250ｍｇへと変更になった。	頭3文字まで同じ名称類似が原因と思われる。	採用薬のうち名称類似薬の一覧を作り定期的に講習を行い注意喚起を行う。	アモキサンカプセル２５ｍｇ	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1977	１歳児にstrongestのデルモベート軟膏0.05%が処方されており、間違いないか確認したところ類似した名称のデルモゾール軟膏0.12%へ変更となった。	薬品名の類似による処方間違い。	患者の症状を聴取し、年齢等の背景とあわせて適した処方がなされているかどうか交付前に確認する。類似した名称の薬剤がある場合は特に注意して確認する。	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
1978	トリクロルメチアジド錠が処方されるべきところに、誤ってトリクロリールシロップが処方された。	前回処方と今回処方の間に、処方元病院でシステムの変更があり、そこに起因する何らかのミスがあったと考えられる。	継続的に処方されていた患者であったため、薬歴を確認することで、誤りに気づくことができた。	トリクロリールシロップ１０％	トリクロルメチアジド錠２ｍｇ「タイヨー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1979	整形外科と内科を受診の患者。内科処方分のみ当薬局で調剤をおこなっていたが、今回整形処方内容を内科処方医に処方依頼をおこなった。いつもの定期処方内容に追加で処方あり。アスパラカリウム（300）　1錠/朝食後　処方であるが、お薬手帳記載がアスパラＣＡ（200）であるため確認の問い合わせをおこない、アスパラＣＡ（200）に処方変更となる。	処方医の処方内容確認不足	処方追加の際は患者への聞き取りを強化およびお薬手帳確認を強化し相違ないことを確認してから調剤をおこなう。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1980	眼科からゾビラックス軟膏５％１日２回点入左目が処方される。眼軟膏と思い込み調剤に入ってしまった。処方箋をバーコードで読み取りＮＥＷ　ＰＯＲＩＭＵＳでゾビラックス眼軟膏３％のバーコードでスキャンした際にエラーになったのでゾビラックス軟膏５％で処方されていたことに気づいた。主治医にＴＥＬ確認しゾビラックス眼軟膏３％の処方に変更して欲しいと確認する。	指示部位、用法は確認して調剤に入ったが眼科の処方箋だったので眼軟膏と思い込んでしまった。ゾビラックス軟膏５％の薬があることに気を配れなかった。	点入、塗布で使用する薬剤も変わってくるのでしっかり指示部位、用法を確認して適切な薬を監査、投薬していく。	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
1981	リンデロン点眼液0.01%が処方されていたが、投薬にて同じ成分のジェネリックを使用していたとのこと。聴取の結果ベタメタゾンリン酸エステルNa・PF眼耳鼻科用液0.1%「日点」であった。リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%の処方打ち間違いと考えられ、疑義紹介。リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%に切り替わった。	パソコン打ち間違い。患者からの聞き取り誤り。	リンデロン点眼は多数の剤型が存在するため、規格も含めて確認する。	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
1982	新規の処方バルプロ酸NAと手書きで記載あり一般名の記載漏れも懸念し、疑義	手書きでの一般名記載時には、用法用量が合っていても記載漏れを考える必要があり、忙しさなどゆとりがない場合にヒューマンエラーが起こりやすいと考えます	皆で声を掛け合い、リスク予防のために疑義をしっかり行う環境を作ること疑義の仕方などの対応も皆で話し合う事が必要と考える	バルプロ酸ナトリウム錠１００ｍｇ「アメル」	バルプロ酸ナトリウム徐放錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1983	継続服用中の内用薬の処方時に、吸入や外用薬などが不足時に追加されることがある患者さん。皮膚科も受診しているが、喘息の持病があるため受診機会を減らしたいと継続中の外用薬を内科の継続薬に追加して処方されていたが、ステロイド同士の混合指示だったことと、前回の皮膚科処方ではヘパリン類似物質油性クリームとの混合だったため、疑義照会したところ、前回使用されていた通りの処方だったとのことでヘパリン類似物質油性クリームに変更となった。	一般名になると成分名が同じ「へ」から始まり分かりにくい。特に外用薬の一般名は似通っている。	同じ薬局を利用いただくことで、他科からの処方であっても処方違いを防ぐことができたと思います。今後も常に注意していききたいと思います。	リンデロン－Ｖクリーム０．１２％	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
1984	久しぶりに（一般名）エチゾラム錠０．５ｍｇが処方された。薬は後発品で用意。患者様より先生にお願いし処方して貰ったと聞取り。患者様帰宅後、エスタゾラム錠をお願いしたのに、エチゾラム錠が処方されているから先生に確認して欲しいと電話連絡あり病院確認疑義。（一般名）エスタゾラム錠１ｍｇ　２錠分１就寝前服用30日分へ変更。 投薬時には何度も医薬品名を読み上げ、薬剤ヒートも患者様に見せながらお渡ししたが、薬局では気付いて頂く事が出来なかった。	エチゾラム錠０．５ｍｇもエスタゾラム錠１ｍｇも以前に処方されたことのある薬。患者様は必要な医薬品をメモに書いて見せたようだが、処方医が入力時に誤って入力してしまったと思われる。	後発医薬品では名称が類似してしまうものが多いので注意が必要。処方医にお願いした時のメモなどがあれば、そちらも一緒に確認させて頂く。	エチゾラム錠０．５ｍｇ「トーワ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1985	ビオフェルミンＲ（耐性乳酸菌6ｍｇ）が処方されていたが、薬手帳や患者へのインタビューからも抗生剤らしきものは処方されておらず、電話で疑義照会したところ、ビオフェルミン錠剤に変更になった。	Ｄｒとしては恐らくレベニンとレベニンＳ、ビオフェルミンとビオフェルミンＲとを勘違いしている可能性があると考えます。	薬剤師、事務員にレベニン、レベニンＳ、ビオフェルミン、ビオフェルミンＲの処方の際は必ず参考資料を確認してから調剤業務を実施する様、周知徹底致しました。	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
1986	Ｃａ製剤が追加されており、投薬時に患者さんに質問をした際に「他病院でカリウム値が低いのでお薬を出してもらってくださいと言われてとおっしるので疑義照会をした結果薬剤変更となる	カリウムとカルシウムと聞き違えたのか、処方間違いか？	新しいお薬が出たら、なぜこの薬が処方されたかの情報を聞き出していくようにする	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
1987	普段は広域病院、A病院で処方してもらっている。薬は飲み切ったが、新型コロナウイルスに感染しないか心配でA病院へ行きたくなかった。電話で相談したところ、事情を説明のして、薬情や手帳を見せて近隣のＢ医院で処方してもらうように言われた。先生から「糖尿病の薬は内容を変えておく」といわれた。血圧の薬に関する話はなかった。入力時に手帳と見比べたところ、手帳は「テラムロＡＰ」だが、処方箋は【一般名】テルミサルタン８０mg・アムロジピン配合錠（テラムロＢＰ）になっていた。	薬情からカルテ、カルテから処方箋を作成する際に、映し間違いがあったと思われる。	患者から「糖尿病の薬は変える」「血圧の薬に関しては聞いていない」など経緯を聞き取れたので疑義照会できた。「薬がかわりました」としか伺っていなければ、「血圧の薬も変わった」と思ってそのまま調剤していたかもしれない。薬局が当該患者にとって話しやすい環境だったことが幸いしたと思う。			テラムロ配合錠ＢＰ「ＤＳＥＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1988	セレコックス錠１００ｍｇが処方されていた。痛みの部位を患者様にお伺いしたところ本日は湿疹の症状にて受診したとのことだった。疑義を行ったところセレスタミン配合錠に変更となった。	処方薬の類似による処方箋発行ミス	監査の徹底、投薬時患者様に症状をお伺いする。	セレコックス錠１００ｍｇ	セレスタミン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1989	ビオフェルミン錠6錠、ラックビー錠３錠、分３毎食後服用処方箋記載があったが、どちらも成分はビフィズス菌であり過量処方と考えられた。電話での疑義照会の結果、ビオフェルミン錠から配合散（ラクトミン・糖化菌）に変更になった。	散剤から錠剤に変更したかったものと考える。	ビオフェルミンは錠剤と散剤で別物であるという認識が必要	ビオフェルミン錠剤	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
1990	カフコデ、トラベルミンが分３、７日分で臨時処方された。患者への聞き取りでは風邪気味で受診し、吐き気やめまいはないとのこと。処方医に疑義照会。誤入力であることが判明。トラネキサム酸に変更された。	コンピュター入力では類似名称の別の薬を選択する可能性がある。	来局時、投薬時の患者との会話も、処方監査に生かすよう意識する。	トラベルミン配合錠	トラネキサム酸錠２５０ｍｇ「ＹＤ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1991	チモプトール点眼液0.5%常時使用中。追加にてミケラン点眼右目用法1日3回処方あり。用法も通常とは異なり、指導時に話を伺うと、右目に流涙があると訴えたよう。眼圧の話などはなく、類似薬であるため電話にて医院事務に別の薬剤ではないか確認したところ、ニフラン点眼液の間違いですと返答あり。	薬剤名の語感が似ているため入力の際に不備が起こったと思われる。	新規薬がでた際は追加になった要因を指導時に確認する。要因が新規薬と一致しているか確認する。	ミケラン点眼液２％	ニフラン点眼液０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1992	前立腺肥大症の患者に対して禁忌となるムコブロチン配合シロップが処方された。禁忌のため、処方医に電話にて疑義照会を行った。ムコブロチン配合シロップ中止、メジコン錠処方と処方変更有。	患者備考欄、既往歴欄を記入漏れなく、記入しておく。	患者備考欄、既往歴欄を記入漏れなく、記入しておく。	ムコブロチン配合シロップ	メジコン錠１５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1993	ロラゼパム０．５ｍｇのところ、ロラゼパム１ｍｇが処方されていた。	前回がロラゼパム１ｍｇだったので、クリニック事務が前回Ｄｏ．で処方箋を作成してしまった。	投薬する際、患者との話から薬の種類・用量に間違いないか確認する。	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
1994	今回の処方箋にエスタゾラムの記載があった。以前より当薬局でお薬の準備をしている患者様で、いつもエチゾラムでお渡ししていた。処方されている診療所に問い合わせした結果、記載ミスを分かった。	薬剤の名前が類似していた。	処方箋の調剤・監査をきっちり行い、以前の患者様の情報もきっちり把握している。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1995	整形から痛み止め等と共にノイロビタン配合錠が処方されていたが、確認したところ以前に服用歴のあるノイロトロピン錠4単位の間違いでした。	ノイロトロピン錠4単位とノイロビタン配合錠の名称が似ている為と思われる。カルテはノイロトロピンになっていたが、処方箋に入力する際に事務員が間違えてしまったとのこと。	名称が類似していると、薬効の全く異なる薬剤が処方されてしまう可能性があることを心にとめて、しっかり鑑査、疑義照会を徹底していきたいと思います。	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
1996	セレギリン塩酸塩錠2.5mg３Ｔ分３が初処方、用法用量が通常と違い、内科の処方箋だったので、患者に聞き取り。ガスコンの代わりに処方すると聞いているとの事だったので、類似名称で胃腸薬であるセレキノンとの処方ミスと推定し疑義照会した結果、セレキノン錠100ｍｇ３Ｔ分３へ処方変更。	名称類似	用法用量薬効の確認、症状・薬剤変更理由等患者からの聞き取り	セレギリン塩酸塩錠２．５ｍｇ「アメル」	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
1997	アレグラ錠とディレグラ錠、同じ薬と勘違い。	他医療機関の薬を処方。お薬手帳で確認したが同効薬と勘違い。	お薬手帳拝見。話の中でアレグラ錠、効果なかったこと確認。疑義照会となる。	アレグラ錠６０ｍｇ	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
1998	乾燥が全体的に強く、頭皮もカサカサがひどい。以前もらったリドメックスローションをつかっていたようだが、その時点では炎症は強くなく、医師より保湿をするよう指示あり。ビーソフテンクリームの処方歴はあり、患者は手持ちがあると返答。しかし、頭皮にはローションが勧められる。連絡し変更。	患者は保湿剤にローションがあるとは知らず、双方の認識が一致していなかった。	同じ成分でも複数の剤形があり、部位や乾燥状況に応じた使い分けがあること、それを患者はあまり知らないこと、を踏まえ対応。			ビーソフテンローション０．３％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
1999	2週間ほど前に急性細菌性腎炎で入院中、酸化Mg5錠/日で服用。退院後、もともと便秘がちだったため継続服用のためにかかりつけで追加処方相談。徐々に減量の方向で今回は４錠/日で処方。しかし、薬局で薬の現物をみてお母様と話す中、入院中は250mgであったことが判明。今回は330mgでの処方であり、主治医の意図である減量になっていない。むしろ増量になっており、その旨を連絡。減量になるよう変更。	酸化マグネシウムは規格が多く、十分把握されていなかった。とともに、普段お薬手帳を利用されてはいるが、入院中、退院時処方の記載はなかった。	主治医の処方意図、患者への説明内容と処方内容の照合に疑わしきことは確認。特に、規格違いについては入退院後、転院後にありがちのため注意。			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
2000	耳鼻咽喉科より一般名処方にてセレギリン塩酸塩口腔内崩壊錠2.5mgの処方があった。患者より逆流性食道炎や腹痛の主訴を聴取したことから、処方目的を処方医に疑義照会したところセレキノン錠100mgの間違いであったと返答を得た。	上記薬剤はともに「セレキ」で始まることから一般名処方の入力段階で混同した可能性がある。	薬効分類や適応症から違和感に気づくことができ、疑義照会につなげることができた。	エフピーＯＤ錠２．５	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
2001	昼食後飲み忘れると、家族からの訴えにより、ジルチアゼム３０ｍｇ　３Ｔ　毎食後→ジルチアゼムＲ１００　２Ｃａｐ　朝夕食後に処方変更になっていた。ジルチアゼムＲ１００は徐放性であり、１日１回投与である。疑義照会後ジルチアゼムＲ１００　１Ｃａｐ朝食後へ変更となった。	ジルチアゼムを家族の訴えにより、毎食後を朝夕食後に用法変更して服用回数を減らすつもりだったと思われる。しかしジルチアゼムＲ１００に規格変更し１日１回を１日２回に入力間違いをされたと推定される。	ジソピラミド徐放剤やテオフィリン徐放剤は１日２回服用となっている、用法は徐放性でも薬剤によって異なる。添付文書でしっかりと確認していくこと。同様に徐放性製剤の粉砕も添付文書で確認しながら行っていく。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2002	他病院で出ている薬をコロナの影響のため近隣の病院から出してもらったが、一般名ニフェジピン徐放錠10ｍｇ（24時間持続）と処方箋記載あり。お薬手帳を見ると一般名ニフェジピン徐放錠10ｍｇ（12時間持続）だったため疑義照会して変更となった。	病院側のミス	-	ニフェジピンＣＲ錠１０ｍｇ「トーワ」	ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2003	6歳体重19ｋｇの小児にクラリシッドDS10％が0.5ｇ分1で処方されていた。用量が少ないと判断して疑義照会をおこなったところ、クラリチンDS1％の処方ミスであった。	薬剤名が似ていた為の記載ミスであったと思われる。電子カルテの入力で、薬剤選択を誤った可能性あり。	薬剤の適正用量の確認を徹底する。	クラリシッド・ドライシロップ１０％小児用	クラリチンドライシロップ１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2004	０歳の小児に対してリンデロンＤＰ軟膏（１日１回亀頭）が処方されていた。調剤者、鑑査者はそのまま処方箋を準備。年齢、使用部位に対して薬剤の強さを不振に思った交付者が患者様本人に確認。特別な説明はなかったため医師に問い合わせたところ、処方ミスであったことが発覚。リンデロンVG軟膏に変更になった。	医薬品名類似の為、医師の処方入力ミス。薬剤師の患者情報使用部位、用法確認の怠り。	ステロイドの強さについて確認を怠らないように注意喚起。一覧を出力し棚に掲示。	リンデロン－ＤＰ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
2005	メプチンシロップの処方とツロブテロールテープ（0.5）の併用処方（同種同効薬）	処方内容チェック注意。	名称異なっても同種同効薬の読み取り・			メプチンシロップ５μｇ／ｍＬ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2006	夕方になると、おちつかなく不隠症状でることがあると前からお聞きしてた患者様。不隠時でアジレクト錠の処方あり。 施設に入所されてる方なので、看護師さんに症状確認したところ、最近はまた夕方おちつきがない症状が強くなることがあるので、症状おちつかせる舌下錠処方と聞いてるとのこと。パーキンソン病薬のアジレクト錠が処方されていたので疑義照会にて確認したところ、正しくはシクレスト舌下錠処方だった。	名前が少し似通ってるため間違って処方された可能性あり。	患者様情報の把握、新しい薬、薬変更時には症状の確認をする。	アジレクト錠０．５ｍｇ	シクレスト舌下錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2007	「物忘れの症状があり医師から認知症の疑いがあると言われた。」と患者から言われたが、一般名：アリピプラゾール口腔内崩壊錠3ｍｇが処方されていた。疑義照会したところアリセプトＤ錠3ｍｇの処方に変更になった。	『一般名：アリピプラゾール口腔内崩壊錠3ｍｇ』と『アリセプトＤ錠3ｍｇ』の間違い。	医師からの説明内容と患者の症状を確認してから投薬。	アリピプラゾールＯＤ錠３ｍｇ「日医工」	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
2008	鼻の症状で受診、処方された薬が患者さんのおっしゃる症状と合わず、医師に疑義照会する。品名を打ち込むときのミスだったと思われる。ムコダイン錠が処方されていました。	医薬品の入力のときに、品名の類似による間違いが起こりやすい。	患者さまからの症状、併用も含め聞き取りをきっちり行う。	ムコスタ錠１００ｍｇ	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
2009	ノボラピッド注で処方すべきところをノボラピッド注３０MIXフレックスペンで処方が来ていた。	頭文字だけを入力して選択間違いをしたと思われる。また病院がレセコンメーカーを変えた直後だったのも要因と思われる。	薬歴を確認し、以前処方されているものと違う事を確認。用法が1日3回になっている点も注意すべきところだと思われる	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
2010	ビオスリーOD配合錠処方の方、すでに他の科でビオスリー配合錠服用中のため確認。本剤の中止指示を確認。	他の科を受診する時に、医師に薬を伝えていなかった。	手帳を活用する様に説明。			ビオスリー配合ＯＤ錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2011	硫酸マグネシウム0.4g/日の処方。普段処方されない薬剤であり用量も少ないことから疑義照会を行い酸化マグネシウム0.4g/日へ変更。	カルテには酸化マグネシウムと記載されており、処方医は赴任したばかりだったためシステムに慣れていなかったことが原因だと思われる。	処方監査において、患者様からの情報も踏まえ処方の整合性を判断するよう徹底する。	硫酸マグネシウム「ＮｉｋＰ」	酸化マグネシウム原末「マルイシ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2012	前回まで、他院にてラックビー微粒が処方されていたが、採用薬でないため、ラックビーR散が処方箋に記載された。抗生剤が処方されていないため問合せしたところ、採用薬である他の整腸剤（ミヤBM錠）へ変更となった。	採用薬の認識不足。処方の確認不足	患者からの情報収集の徹底。添付文書に記載された適応症の確認	ラックビーＲ散	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
2013	歯科受診患者。口内炎にて受診。処方監査時、デキサルチン軟膏とともにアズノール軟膏が１日数回で処方されていた。患者に確認した所、うがいにて使用する指示を受けていたことがわかり、薬剤選択の誤りである可能性が高いため、疑義紹介を実施。アズレンうがい液の間違いであったことを確認。その後正しい処方にて調剤し、投薬した。	電子薬歴による薬剤選択ミスと印刷後の確認不足により発生したと考えられる。当該薬品は薬品名の２文字が同じであることから、予測変換にて誤った薬剤を選択したことも可能性として考えられる。	薬剤名に関して、処方監査時、調剤監査時、レセコン入力時など、に入念に確認するとともに、一人にて調剤を行う際は必ず一文字監査を行っている。また、ピッキング時においてはピッキングシステムを利用し、間違った薬剤を選ばないような取り組みがなされている。	アズノール軟膏０．０３３％	アズレンうがい液４％「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
2014	塩酸リルマザホンが落ち着かないときという用法で処方された。患者様に確認した所、睡眠薬が処方されるとは聞いていない。昼間服用するようにといわれたとのことで、処方医に疑義照会。クロチアゼパムに変更となった。	病院では医師はオーダリングシステムにて処方薬入力の際、先発品名で入力することが可能であり、リスミーとリーゼを勘違いして入力していたとのこと。	不自然な用法での処方や新規処方薬の内容について十分聞き取りをしたのち調剤監査投薬を行う。	塩酸リルマザホン錠２「ＭＥＥＫ」	クロチアゼパム錠５ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2015	アスベリンDSの処方で、薬用量が少なかったためDrに問い合わせ。アスベリンDSではなく、アスベリン散の間違いであることが分かった。	アスベリンDS、アスベリン散、名称が類似しているため処方箋作成時に間違ったと考えられる。	監査の時に体重換算表を確認する。	アスベリンドライシロップ２％	アスベリン散１０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2016	3/30発行アスパラカリウム錠が記載された処方せんを患者が持参。処方監査時、薬歴とお薬手帳により3/23にアスパラCAが処方されていることを確認。患者にカリウム値の検査結果に問題があるか口頭で確認したところ、「問題ない」との回答があったため、医師に疑義照会を行った。結果、医師の記載誤りで、実際はアスパラCAが正しいことが発覚した。	医師の思い込みによる記載誤りが考えられる。	平素より患者とのコミュニケーションを密にとることに努めている。そのため、かかりつけ薬剤師の契約を結ばなくても必ず処方箋を当薬局へ持参する方が多い。来局時に必ずお薬手帳の持参を促している。	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
2017	一般名パンテチン錠（100）4Ｔ4×4日分の処方があったが、他一般名アセトアミノフェン（200）6Ｔ3×4日分、アラミスト点鼻56噴霧用２１本の処方もあった。患者さんからの聞き取りによりのどが腫れており医師より4日間薬を飲み切るよう指示あった旨、医師がもしかしてパセトシンを処方したのではないかと考え疑義紹介をした。 結果パンテチンではなくパセトシン（250）であったことが判明。しかし当薬局には在庫がなく同成分のサワシリン錠（250）3Ｔに変更となった。	今回は名称が類似している薬剤の医師の選択誤り・入力誤りであった可能性がある。	日頃より処方の意図を考えながら取り出し及び処方監査をしなければならない。疑問があれば処方医への疑義紹介や患者さん本人からの聞き取り等で確認をし、必ず解決する。	パントシン錠１００	サワシリン錠２５０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2018	フルメタ軟膏　顔で処方以前　アルメタ軟膏を顔に使用歴あり顔に塗るにはフルメタ軟膏は強すぎることや、服薬指導時に確認したところ前も使ってたお薬を出すと言ってたとの情報を確認できたため、疑義照会にてアルメタ軟膏に変更となった。	クリニックの医療事務の入力間違いである可能性が高い。もしくは医師のカルテ記載ミス。	違和感があれば疑義照会を必ずする。交付時に変更があったかなどしっかり聞き取る。	フルメタ軟膏	アルメタ軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2019	患者のアレルギー（副作用）の履歴にカロナールがあり。今回一般名（アセトアミノフェン）で処方されていたため患者も気付いていなかった。	一般名は患者には浸透しておらず、製品名のみで記憶している。	一般名処方が主流なので、薬品名・成分名どちらとも気を付けるようにしている。患者には一般名で覚えておくよう注意喚起している。	アセトアミノフェン錠２００ｍｇ「武田テバ」	ブルフェン錠１００		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2020	高齢者８０歳の男性患者に対して、頓服不眠時一般名処方ゾルピデム錠酒石酸塩錠１０ｍｇ１回２錠５回分と記載された処方箋を応需した。過量投与の疑いがあった為疑義照会を行ったところゾルピデム錠酒石酸塩錠５ｍｇ１回２錠へと変更となった	医師側の確認不足や、薬剤選択間違いなどが考えられる	過量投与の疑いなどがあれば医師へ疑義照会と行う			ゾルピデム酒石酸塩錠１０ｍｇ「ＪＧ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2021	処方監査時に薬歴を確認したところ、薬品名が前回と違ったために患者にヒアリング。医師からは前回と同じ処方と説明されたとのこと。処方医に疑義照会の結果、処方薬品が変更された。医師によるコンピューターへの入力時に違う薬品を選択してしまったとのこと。	処方医の病院は当月より一般名処方に変更された。医師はフルスルチアミン25ｍｇ（25ｍｇアリナミンF糖衣錠）を選択すべきところを、フルスルチアミン50ｍｇ・B2・B6・B12配合カプセル（ビタノイリンカプセル50ｍｇ）を選択してしまったものと思われる。フルスルチアミンの量も50ｍｇではなく、25ｍｇが正しかった。	処方の間違えに気付けるタイミングを増やすためにも、調剤・服薬指導の前の処方箋監査時にしっかりとした監査に今後も取り組んでいきたい。	ビタノイリンカプセル５０	２５ｍｇ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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2022	ロスバスタチン口腔内崩壊錠2.5ｍｇが処方されていたが、前回処方ではロスバスタチン口腔内崩壊錠5ｍｇが処方されていた。患者から聴取した情報では、特に用量変更の話は医師から無かったとのこと。 また血液検査結果でも、LDLコレステロール値は前回より悪化していた。このため、ロスバスタチン口腔内崩壊錠の規格間違いを疑い疑義照会したところ、ロスバスタチン口腔内崩壊錠5ｍｇに変更になった。	複数規格があるため、処方時に規格の選択を誤ったものと思われる。	血液検査の結果を持参されている場合は必ず確認させて頂き、医師からどのような話があったかを確認する。			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
2023	Ａ病院よりプレドニン錠５ｍｇが１４日分で処方された。普段はプルゼニド錠が処方されており、薬剤師が不審に思い、疑義照会を実施。プレドニンではなく、プルゼニド錠の間違いであったため、変更してお渡し。	名前が類似しており、カルテでの記載、選択を間違えたものと思われる。	服薬指導時電子カルテをさかのぼり、処方新規のものについては患者に詳しく聞き取りしている。	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
2024	通常　ザクラスHDを服用していて同じ処方が出ていたが投薬時に患者家族から薬を変更する事を医師がおっしゃていたと聞き血圧が下がりすぎてるので薬を変更すると聞いた。問い合わせをしたところ　ザクラスHDからザクラスLDにカルテは変更になっていた。	カルテは変更になっていたが処方入力時に変更が反映されてなかったと思われます。	投薬時の患者さんの家族等の話の中でわかった事だったので普段よりコミュニケーションを取り続ける事で情報を引き出せる事があるので常に意識して取り組むようにしていきます。	ザクラス配合錠ＨＤ	ザクラス配合錠ＬＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2025	処方箋はビオフェルミンＲ散であったが、抗生剤の服用はない為、病院に確認し、ビオフェルミン配合散の変更となった	単純ミス	きちんとおくすり手帳から併用薬の確認をする	ビオフェルミンＲ散	ビオフェルミン配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2026	エピナスチン塩酸塩20ｍｇ　2錠分2朝夕食後で処方があり、１日１回の薬なのでおかしいと思い、薬剤師が疑義することになった。患者様と話をしてみると、１日２回、前も飲んでいたとお話があり、薬歴を確認。前回、フェキソフェナジン塩酸塩60ｍｇが処方されていたので患者様に実際に薬のシートを見せて確認。先生にお願いする際に、「アレグラ」、「アレジオン」を言い間違えてお願いしたことが判明。疑義照会後、フェキソフェナジン塩酸塩60ｍｇ　2錠　分２朝夕食後へ変更になった	薬品名が似ており、また生保だったため、ＧＥでお渡しをしていたので、ご自身が先発名の名前をはっきり把握していなかった。	疑義照会をする際にも薬歴を確認し、患者様としっかり話をつめてから疑義照会をするようにしている薬品を確認する際には、名前だけではなく実際にシートを見せて実物を確認するようにする	エピナスチン塩酸塩錠２０ｍｇ「トーワ」	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
2027	アスベリン散10％２ｇ分２　7日分との処方されていたが、0歳児の投与量でないため、疑義照会。結果、アスベリンシロップ2㎖となった。	処方医の入力ミス	様々な薬の1日量又は1回量の周知			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
2028	患者から以前に一般用医薬品のコンタックを服用した時にアナフィラキシーのような症状が現れたことがあることを聞き取った。原因となる成分は特定しておらず、コンタックというブランド名は覚えていたものの、具体的な製品名は分からないとのことだった。医師にもコンタックの件は伝えてきたとのことだったが、疼痛時の鎮痛剤としてカロナール錠500mgが処方されていた。コンタックは製品によってはアセトアミノフェンやイブプロフェンを含む製品が発売されているため、アセトアミノフェンも製品の種類によっては含まれていることを伝え、現在のコンタック製品として含有されていないロキソプロフェン製剤への変更を提案し、提案通り、ロキソニン錠60mgに変更となった。	ブランド名が同じでも一般用医薬品は製品により含有成分が異なることの認識が不足していた可能性が考えられる。	一般用医薬品で有害事象が現れた場合は、具体貴的な製品名をお薬手帳などへきちんと記載するように推奨する。	カロナール錠５００	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2029	膝の痛み、発熱で他医療機関受診。2/2に当該医療機関より、一般名レボフロキサシン錠500mg 1錠1×5日分の処方有。2/8来局時に気管支炎になっているとのことで、一般名レボフロキサシン錠500mg　2錠2×7日分の処方有、用法・用量について疑義照会。一般名クラリスロマイシン錠200mg 2錠2×に変更となる。	医療機関側の処方入力時に商品名選択時の誤りと推測される。商品名入力後に一般名変換されるシステムと思われる。	処方量、用法に疑義あり、疑義照会にて変更となった事例の為、日頃から投与量にも注意して処方監査を行っていく。また、患者の訴える症状からも薬剤変更となった主旨をうかがえる為、投薬時の会話も重点的に行っていく。	レボフロキサシン錠５００ｍｇ「ＤＳＥＰ」	クラリスロマイシン錠２００「ＭＥＥＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2030	初処方でアスパラ-CAの処方が出たが、以前から受けている内科処方の内容とも関連付けられず処方意図確認のために医療機関へ電話をしたところ、カリウム値が低いための処方であるとの回答あり。アスパラカリウム錠の薬剤間違いではないかと再度確認したところ、薬剤が変更となった。	名称類似であるため処方入力時のミスが考えられる。	検査値に関わる処方薬が処方された場合には検査値の確認を行う。	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
2031	調剤の前に患者様と処方内容の確認を行っていたところ、症状と処方薬に相違があった。（食後のむかつきがあると訴えあるのに対して処方されていたのはSG配合顆粒であった。）SG配合顆粒とSM配合散と名称も類似していたため、疑義照会を行った。	名称が類似していたため、処方箋の薬名入力の際に誤ったものを選択した疑いがある。	当薬局では調剤の前に必ず患者様と処方内容の確認と問診を行って、処方薬の用法用量などが適切であるか確認を行っている。	ＳＧ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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2032	リンデロンVGクリームが処方されており、効果があまり、よくなかった。疑義照会の結果、以前使用していたリンデロンDPクリームに変更。	名前が似ているので、どちらで効果があったが忘れていた様子。	以前の薬歴から、効果の違いを判断できた。	リンデロン－ＶＧクリーム０．１２％	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
2033	かかりつけの医院が閉院したため、近医を受信された患者。糖尿病薬の処方を一部変更するといわれ、従来と異なる処方となっていた（お薬手帳で確認）。当日の処方で、ジャヌビア錠50ｍｇとテネリア錠20ｍｇが併用処方となっていたため、処方間違いか削除忘れを疑い疑義紹介。ジャヌビア錠50ｍｇがジャディアンス錠10ｍｇの処方間違いと判明した。	薬品名の頭２文字が同一であり、どちらも糖尿病薬ということで電子カルテで選択ミスをされたものと推定される。	同一薬効の薬が重なっている時は、患者への聞き取りを行い、疑義紹介を徹底する。	ジャヌビア錠５０ｍｇ	ジャディアンス錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2034	患者様が他の医療機関でもらっていた漢方薬の処方をお願いしたところ、DR.の勘違いで当帰芍薬散を68番と勘違いして68番を処方した。	手帳には漢方薬の名前しか記載がないため似通った名称の漢方を処方してしまった。	他にツムラ２８番を服用されていたので、甘草が1日８ｇとなることに気づいた。漢方は生薬が重複することが多く、特に下１桁の番号が同じときに多いため、注意している。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2035	患者がかかりつけの病院を変更した。その病院は紹介状で病名しか分からす、症状も安定しているため、患者のお薬手帳をみて処方箋を発行した。しかしユベラカプセル100ｍｇの一般名はトコフェノール酢酸エステルと病院側は勘違いしていた。正しくはトコフェノールニコチン酸エステルである。	今回の処方した医師は処方箋は商品名での記載が多いため、医薬品の一般名の知識はあまりないと思われる。	一般名は必ず最後の一文字まで確認して調剤すること。また薬局で取扱いのある薬品は間違いやすい薬品は必ず薬局全てのスタッフで周知している。	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
2036	ボルタレンSR(37.5)３Cap.×分３毎食後処方あり、ボルタレンSRは1日2回であるため、ボルタレン錠(25)３錠×分３に変更。	処方箋入力時による確認不足	複数剤形・規格がある場合、投与量・用法の再確認	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
2037	フロモックスと同時に処方されている整腸剤がビオフェルミン配合散であり、これでは期待される効果が出ないと判断されたため照会。ビオフェルミンR散へ変更となった	薬剤名が似ている為に入力時に間違えたと思われる	抗生物質処方時に同時に処方される整腸剤が耐性の物かどうかをチェックしてから調剤するようにしている	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
2038	閉院につき、医療機関からの紹介状を持って受診したところ、今まで服用していた薬剤と異なるため医師に疑義紹介したところ、今まで服用していた薬剤になる。	イコサペント酸エチルには色々な規格があるため、紹介状では、わかり難かったようで、規格や剤型違いが処方されたようだ。	患者さんの体調不良にはならないと思うが、今まで服用していた薬剤と同じ方が安心のようなので、新患さんの時は、特にお手帳確認をしっかりとするようにしている。	イコサペント酸エチルカプセル３００ｍｇ	イコサペント酸エチル粒状カプセル９００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2039	鼻炎で咳の症状がある10歳の男児に、当初モンテルカストOD10ｍｇが処方されていた。年齢的に5ｍｇが適量と考え、疑義照会したところ、シングレアチュアブル5ｍｇへ変更になった。この男児は喘息があり、咳は鼻炎の影響もあるが喘息における咳であった。モンテルカスト10ｍｇには鼻炎の適応があるが、シングレアチュアブル5ｍｇには喘息しか適応がない。採用薬品の関係でドクターも判断に悩んだことと考えられる。	当薬局ではモンテルカストOD10ｍｇとシングレアチュアブル5ｍｇという成分は同じだが適応が異なる医薬品が採用されている。また、ジェネリック品と先発品のチュアブル錠で適応が異なる医薬品であることも要因になったと考えられる。	大人には10ｍｇ、小児は5ｍｇという判断だと保険適応が異なる。この点を踏まえて、先発品とジェネリック品、そして薬剤の規格を考えていかなければならない。			モンテルカストＯＤ錠１０ｍｇ「トーワ」 シングレアチュアブル錠５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2040	前回までプレドニン５ｍｇ　１錠分1朝食後だったが、今回はプレドニン５ｍｇ ４錠 分２朝夕食後となっていた。投薬時、家族の方の話では担当医師から1回２錠ずつだが１日の服用量としては少なくなると聞いているとのことだった。疑義照会したところ、プレドニゾロン錠１ｍｇ　４錠　分２朝夕食後に訂正との回答を得た。	Do処方入力からの変更で用法用量だけ変更し、医薬品名は変更しなかった入力ミス。	前回までプレドニン５ｍｇ1錠分１だったのが４錠　分２に増量となっていた。状態が悪化し増量したとも考えられたが、投薬時の家族とのやり取りで処方入力ミスを疑い、疑義照会をしたところ入力ミスということで訂正となった。処方変更時は投薬時の聞き取りをしっかりと行い、状態を把握し、得た情報と処方変更が妥当であるかどうかをきちんと精査し投薬する。得られた情報については薬歴にしっかり残し、次回以降の投薬につなげる。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2041	アレジオンＬＸ点眼0.1％が１日４回の用法で処方あり。電話にて処方医に疑義照会し、用法１日２回へ変更。	以前アレジオン点眼0.05％が処方されていた方だったため、アレジオン点眼の用法そのままで処方が出たと思われる。	入力時にも気が付くよう身につく場所に付箋を貼り注意喚起。スタッフ間で用法の理解を徹底した。			アレジオンＬＸ点眼液０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2042	初来局の患者。今回より転院で初受診。リスペリドンとインヴェガ併用の処方箋持参。同効薬での併用であること、持参されたお薬手帳よりリスペリドンとインチュニブを服用中の記載を確認したため疑義照会。インヴェガとインチュニブの入力間違いであることが判明。	初受診という事で名称類似のため処方箋入力時に入力ミスが生じたと考えられる。	お薬手帳を確認し、他薬局での処方状況を毎回確認。	インヴェガ錠３ｍｇ	インチュニブ錠３ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2043	他の病院からもらっていたタケキャブ10ｍｇを処方することになった際に、患者が提示した手帳内容を見落とし、または転記ミスをしたようで、処方箋にはタケキャブ20ｍｇと記載されていた。監査時に手帳の記載内容より用量がアップしていたため、患者本人に確認をしたところ薬の変更等はないと思うとのことだったため、医師に疑義照会を行ったところ、今まで服用していたタケキャブ10ｍｇでとの返答だった。	処方医が手帳を提示された際に、内容を医薬品の規格までしっかり確認されていなかったか、あるいは転記する際に規格を誤って記載していたと思われる。	手帳の記載内容の確認を徹底。収集した情報によって疑問に思ったことは患者本人などに確認することの徹底。			タケキャブ錠２０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2044	メプチン吸入液0.01％ 2700mL/1日3回が指示されたが、過量であるため疑義照会を行なった。メプチン吸入液ユニット0.3mL　90個/1日3回1回1個に処方変更指示となった。	処方箋の入力に医師が不慣れであったことが要因と考えられる	用量など疑義がある場合は必ず疑義照会を行なう。	メプチン吸入液０．０１％	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
2045	テルミサルタン錠40mgを含む4種類の定期薬を服用中の患者様。いつも通っている病院が急に臨時休みになってしまった為、当薬局の門前の病院にかかる。お薬手帳を医師に見せて、同じ薬を臨時で処方してもらったと伺った。しかし、処方せんには「バルサルタン錠40mg」が処方されていた。 当薬局でその定期薬を調剤するのは初めてだったが、お薬手帳を確認したところ、処方の誤りに気付いた。疑義照会をしたところ、バルサルタンは削除になり、テルミサルタン40mgに変更になった。	病院の医師はお薬手帳を見て、同じものを処方したはずだったが、バルサルタンとテルミサルタンの名前が似ており、読み誤ったと思われる。	引き続き、お薬手帳の内容をよく確認することを徹底する。	バルサルタン錠４０ｍｇ「日医工」	テルミサルタン錠４０ｍｇ「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2046	インチュニブ錠3ｍｇ2Tの処方であったが、前回はインヴェガ6ｍｇ1Tの処方でインチュニブは2ｍｇからの服用であるし、家族の方もインヴェガを調節すると聞かれていたため疑義紹介をしインチュニブ錠3mgがインヴェガ3ｍｇに変更になった	医師がパソコンの入力を間違えたため	薬歴の確認、医薬品の用法容量の確認を怠らないようにする	インチュニブ錠３ｍｇ	インヴェガ錠３ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2047	一般名ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%、5ｇ処方あり。患者家族より聞いた症状に対する薬剤と齟齬があったため疑義照会。リンデロンVG軟膏0.12%の処方であると回答あった。	医療機関では医師が商品名でカルテに記載、医療事務が見間違ったため。リンデロンという頭名称の薬剤は多種あり、それぞれ効能が異なる為注意が必要。	患者への症状の聞き取りが大切。	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
2048	投薬時に1次除菌がすんで、効果がなく２回目にトライすることが判明した。処方はボノサップであったが、疑義紹介してボノピオンに変更になった。	担当の先生が専門外であったため、記載ミスの可能性あり。	日頃から薬品情報を交換できるようにした。	ボノサップパック８００	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
2049	オーグメンチン配合錠125ＳＳが1日3錠で処方されており、成人量の半量であった為疑義照会を行ったところ、オーグメンチン配合錠250ＲＳ1日3錠に薬剤変更になった。	処方の際、薬剤選択を誤った可能性	近隣の医療機関が普段出さない薬を処方している場合、特に適応症、用法用量を確認する。			オーグメンチン配合錠１２５ＳＳ	ヒューマンエラー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	膝の痛みを訴えて処方薬が追加。追加になった薬がセレキノンであったため疑義照会をかけた。セレコックスを処方するはずであったがセレキノンを間違えて処方したと判明	初めの二文字が同じであることと規格が同一であったため処方医が間違えて入力したと思われる	新規処方の場合、しっかりと症状を聞き出して正しく処方されているか確認する。	セレキノン錠１００ｍｇ	セレコックス錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2051	患者にコディオ配合錠MD3錠、1日3回朝昼夕食後、7日分、その他3剤の処方を受けた。当該患者に初めて交付する薬剤で用法用量が合わず、降圧剤の処方履歴もなかった。また他の薬剤が上気道炎が予想される薬剤であったため、処方鑑査をした結果、薬剤名称違いではと考え、疑義照会を行ったところ、コデインリン酸塩錠20mgに変更となった。	医師が薬剤をオーダーする際にはじめの3文字が類似するために薬剤の選択ミスがあったと思われる。	受付時に処方内容をよく確認し、過去の履歴とも照らし合わせる。	コディオ配合錠ＭＤ	コデインリン酸塩錠２０ｍｇ「第一三共」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2052	関節リウマチで受診されている患者さん。今までメトレート錠を服用しており、本日よりサラゾピリン錠が処方される。普通錠の適応は潰瘍性大腸炎のみであり、腸溶錠の間違いではないかと考えられ、医師へ疑義照会を行う。サラゾスルファピリジン腸溶錠へと変更になる。	普通錠と腸溶錠による適応の違いから、ミスが発生したと考えられる。	普段より店舗内にて医薬品の適正使用について勉強会を実施。また、在庫医薬品のうち特に注意すべき医薬品については全スタッフにて共有している。	サラゾピリン錠	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
2053	デザレックス錠５ｍｇが４錠分２で処方されていたが、通常１日１回１錠服用なので疑義照会を行ったところ、ディレグラ配合錠の誤りであった。	薬剤名が類似しており、どちらもアレルギー性疾患に用いられるので、誤ったと考えられる。	ダブルチェックの徹底。	デザレックス錠５ｍｇ	ディレグラ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2054	成人にモンテルカストチュアブル錠５ｍｇが処方されていたため、問い合わせ。モンテルカスト錠１０ｍｇに変更。	Drの薬剤の知識不足、または名称の確認不足が考えられる。	薬局の取り組みとしては、薬剤の年齢区分の徹底を各従業員にする。	モンテルカストチュアブル錠５ｍｇ「タカタ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2055	初めて処方箋を受ける医療機関より、一般名処方で『ポピドンヨード外用液10%　30mL』が、うがい目的で処方された。同成分の含嗽用液がある為、疑義照会を行ったところ、『ポピドンヨードガーグル液7%』に処方変更された。	一般名処方入力だと、類似薬の混同が起こりやすくなる為の間違いだと考えらえる。	今回、疑義を発見したタイミングは医療事務の入力時であった。普段見慣れない処方に対しては、より慎重に処方監査を行うようにしている事が発見に繋がったと考えられる	イソジン液１０％	ポピヨドンガーグル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
2056	咳症状を訴える3歳1か月の男児にホクナリンテープ0.5mg　14枚　1日1回貼付の処方。患者様の年齢から用量が少ないと判断し、処方医へ疑義照会。結果、ホクナリンテープ1mg　14枚　1日1回貼付に変更であること確認。	規格違いのため3文字検索等で選択を誤ったと考えられる。	-			ホクナリンテープ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
2057	8歳女児にコカール小児用ドライシロップ20%　0.5g　発熱時　3回分の処方。薬局で聴取していた体重21kgより用量が少ないと判断し、処方医へ問い合わせ。結果、コカールドライシロップ40%　0.5g　発熱時　3回分に処方が変更となった。	門前の処方では、普段はコカールドライシロップ40%で処方されている薬。名称類似のためミスが起きてしまったのではないかと考えられる。	-			コカール小児用ドライシロップ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
2058	1歳児に、ロペミン細粒0.3ｇ/日で処方⇒疑義照会にてロペミン小児用細粒0.3ｇ/日に規格変更ちなみに1歳児に原則禁忌だが、問い合わせはにて、そのまま処方継続となる	事務の入力ミス	薬局に医薬品・年齢別のリスト作成			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2059	喘息患者11才男児へのシングレア錠5mgが処方されていたため、処方医へ問い合わせ。処方医の間違いであり、シングレアチュアブル錠5mgへ処方変更となった。	シングレアにおいて、普通錠とチュアブル錠での適応症の把握が出来ていなかった。	適応症はきちんと把握する。いつでも確認が出来るように添付文書は必ず薬品と共に保管。			シングレア錠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
2060	患者から風邪の症状を聞き取り、EPLカプセルが処方されていたため、疑義照会を行い、ピーエイ配合錠に変更となった。	販売名が類似していたため起きたと推測される。	引き続き処方内容の確認、患者からの聞き取りをしっかり行い、薬局内でも今回の事例や薬剤情報を共有していく。	EPLカプセル	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	処方は1種のみ。パルタンM（0.125）の処方だけ。患者様のバックには妊娠が分かるキーホルダーを付けていた。念のため今日はどういった症状で受診したか聴取。冷たいものを飲んだせいかお腹が張るので受診。胎児には問題ないとのこと。 パルタンMは妊婦に禁忌のため、疑義照会してリトドリン（5）に薬剤変更した。	医師の確認ミス	患者様の様子、話した情報を逃さずに調剤を行う。	パルタンM錠０．１２５ｍｇ	リトドリン塩酸塩錠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
2062	血痰を訴える患者にアドナとトランコロンが処方されていたが、薬剤交付時に腹部異常などはないことを確認。こちらの薬局の近隣の病院では出血を止める際には通常アドナ、トラネキサム酸がよく処方されていた。 その為、「トランコロン」とトラネキサム酸Ｃａｐの先発品である「トランサミン」Ｃａｐとの名称類似からの処方間違いを確認するため、念のため疑義照会を行った。その結果、トラネキサム酸Ｃａｐへ変更となった。	「トランコロン」と「トランサミン」の頭文字３文字が同一。	本事例について、従業員内での情報共有を行った。	トランコロン錠７．５ｍｇ	トラネキサム酸カプセル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た事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2063	今回から、受診している内科医から、近隣の内科へ変わって受診。前回までの処方薬を継続して処方うける。お薬手帳での監査をおこなっている際に、処方内容に誤りがみとめられた。今回は調剤前に気づき、疑義紹介し処方変更となった。	ノボラピッドのフレックスペンとフレックスタッチと非常に名称が類似している。医師も、検索画面で選択がおこりやすい	通常監査を行う者がお薬手帳でのチェックを行うが、調剤者も事前にお薬手帳を確認し、処方内容・併用薬・重複薬の監査をダブルで行っていく必要がある。特に新患の方のチェックは時間をかけてしっかり行う必要があること薬局で再度確認。	ノボラピッド注フレックスタッチ	ノボラピッド注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2064	いつも1包化されている、ランソプラゾールがなしになっており、患者に確認したところ、PTPで処方されているアンブロキソールが余っているのとこと。病院に確認したところ、残薬があるとの事でランソプラゾールをなしにしたとのこと。患者が病院へ残薬を伝える時にアンブロキソールとランソプラゾールが間違っていたことが分かった。	アンブロキソールとランソプラゾールが名前が似ている為、患者か家族が言い間違えた可能性がある。	残薬などの確認をするときに、薬品名が紛らわしい場合は「痰の薬」や、「胃の薬」など患者にわかりやすい言葉で確認する	アンブロキソール塩酸塩錠１５ｍｇ「日医工」	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
2065	患者は医師にデルモゾールＧと書かれた紙をみせ、その薬品が欲しいとお願いしたようです。処方箋に書かれてきた薬品はデルモベート軟膏であり、患者の希望していたデルモゾールＧローションではなかった。	デルモゾールＧは別メーカーでのリンデロンＶＧと同成分の薬品であり、処方入力する際病院ではデルモゾールＧではなくリンデロンＶＧでの採用のため選択肢に出てこず、間違えてしまったのではないかと考える。	薬局では服薬指導時に物を見せ、症状を聞き正しい薬品か確認をしている。今回は欲しかった薬が何か手帳や患者家族の話をもとに現物もしくは写真をみせて割り出した。	デルモベート軟膏０．０５％	リンデロン－ＶＧローション		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2066	酸化マグネシウム細粒８３％　１g分２朝夕食後の処方があったが、以前他院でもらった酸化マグネシウムを本日受診した医院で処方してもらったと患者から話があった。お薬手帳を確認したところ前回他院で酸化マグネシウム原末が１g分２で朝夕食後で処方がされていた。 医師からは用量の変更の話はなかったため原末と８３％であることを見落としている可能性があったため疑義照会をした。その結果、酸化マグネシウム細粒８３％が1.2g分2朝夕食後に変更となった。	医師が酸化マグネシウムに原末と83%の細粒があることを認識していない可能性がある。	酸化マグネシウムに原末と８３％があることを認識し、当薬局初調剤時には必ずいままで他でもらっていたか確認するようにしている。			酸化マグネシウム細粒８３％「ヨシダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2067	「般」ロキソプロフェンＮａ錠６０ｍｇ　１Ｔ「般」アンブロキソール塩酸塩錠１５ｍｇ　１Ｔ頭痛時　１０回分　（以上、処方内容）薬効と指示が合わないため、疑義照会。最初は間違いなとの返事があったが、やはり疑問に思い時間をあけて再度疑義照会。処方変更となる。	先発品の薬品名が類似しているため、処方ミスに繋がったと思われる。	疑わしい内容に関しては、一度照会したからＯＫではなく、照会を重ねる必要がある。	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
2068	過活動膀胱の診断にてネオキシテープ処方の予定だったが、誤ってアレサガテープが処方になっていた。	販売が久光製薬のテープ剤という事で誤って処方された可能性あり。	投薬時に、患者の話をしっかり聞き処方内容が正しいか確認する。	アレサガテープ４ｍｇ	ネオキシテープ７３．５ｍｇ		ヒューマンエラー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	体重20ｋｇに対してアセトアミノフェン一日量2ｇの処方疑義照会し、アモキシシリン1日2ｇの誤りであることを確認	処方オーダー入力の際に、同じア行で選択ミスか？	体重計算をして払い出し	アセトアミノフェン細粒２０％「トーワ」	アモキシシリン細粒２０％「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た事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2070	デザレックス錠粉砕の指示あり。疑義照会実施。アレジオンドライシロップに変更の指示あり	メーカーのおくすり相談の活用。	メーカーのおくすり相談の活用。	デザレックス錠５ｍｇ	アレジオンドライシロップ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
2071	嘔吐・下痢・発熱で受診。ホスミシン錠とビオフェルミンＲ錠が処方されていたが、ビオフェルミンＲ錠は適応外のため疑義照会にとりビオフェルミン錠に変更となった。	医師の確認不足、もしくは薬剤に関する知識不足が原因と考えられる。	疑義照会により医師へ注意喚起	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
2072	患者さんが前の病院の院内処方の情報にはアダラートL錠１０ｍｇと記載されていたが、処方箋ではアダラートカプセル１０ｍｇと記載されていることに気付いた。アダラートＬ錠とアダラートカプセルでは薬物動態が異なるので電話で医師に疑義照会した。疑義照会の結果処方箋のアダラートカプセル１０ｍｇはアダラートＬ錠１０ｍｇに変更となった。	医薬品の名称が似ていること。前の病院からの情報の転記ミスと確認を怠ったこと。	平素から退院や転院後の処方ミスが比較的多いので、そういう患者さんへの聞き取りや持参するお薬手帳を確認するなどの情報収集は念入りに行っている。	アダラートカプセル１０ｍｇ	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
2073	ザイザルが処方された患者に、聞き取りで前立腺肥大で受診したことを確認し、症状と処方内容が一致しないため医師に疑義照会した。疑義照会後、ザルティアの間違いであったことが判明。処方変更となった。	類似名称で同じ用量の５ｍｇであったため、間違いが起こったと思われる。投薬時には必ず、症状などの聞き取りを行うこと。初回であったため、問診票への記入をお願いしていたが、症状に関する記載は泌尿器科としか記載されていなかった。	患者とのコミュニケーションを取り、きちんと症状を把握する。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2074	心療内科より定期薬は14日分で、追加でPL配合顆粒、ムコダイン錠500ｍｇ、【般】レボメプロマジンマレイン酸塩錠25ｍｇ（レボトミン）が5日分処方されていた。定期薬には、抗精神病薬、抗うつ剤、睡眠薬を含むのでレボトミン追加と考えられないわけではないが、風邪薬が５日分処方されていることより、【般】レボフロキサシン錠の誤りの可能性もあるのではないかと思い、疑義照会。結果、レボメプロマジンからレボフロキサシンに変更となった。	医師が電子カルテで頭文字を入力したときに２文字しか入力せず、医薬品の選択を誤ったと推定される。	臨時処方や追加処方の日数や医薬品の妥当性を考え処方監査をする。	レボトミン錠２５ｍｇ	レボフロキサシン錠５００ｍｇ「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
2075	ツムラ６８番芍薬甘草湯が本来処方されるべき患者に対し、ツムラ２８番越婢加朮湯が処方された。患者は足のつりを訴えていたが、過去服用されていたツムラの番号を間違えて伝えていた。医師はそれに気づかずそのまま処方された。	医師と患者とのコミュニケーションエラー。症状ではなく飲んでいた薬と思われるものから処方を選択してしまった。	患者から前回足のつりがあるためツムラ６８芍薬甘草湯を出してもらいたいとの話を聞いていたため処方監査の時点ですぐに気づけた。今後も患者とのコミュニケーションをしっかりと大事にしていきたい。患者は監査者がかかりつけ薬剤師であった。	ツムラ越婢加朮湯エキス顆粒（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
2076	かぜの患者に小青竜湯が処方するところを、小柴胡湯が処方されていた。病院に疑義照会すると、記載ミスが判明。	名称の類似。確認不足。	名称が類似する薬品がある場合は、確認を徹底する。薬品棚などに類似薬品ありなどの注意書きをする。	クラシエ小柴胡湯エキス細粒	クラシエ小青竜湯エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2077	嗅覚が落ちている為耳鼻科受診の患者。抗菌薬として【サワシリンカプセル250mg】が処方となるが、服薬指導にて当該患者はアモキシシリン製剤に対しアレルギー歴（発疹・発熱）があることを確認。疑義照会したところ病院の電子カルテには【アモキサンアレルギー】と記載されていたことが発覚。改めて処方変更の提案を行い【サワシリンカプセル250mg】から【ジェニナック錠200mg】へ変更となった。	当該患者は病院でも薬局でも「アモキシシリンに対してアレルギーがある」と発言されており、それが病院での聞き取り時、或いは入力時に「アモキサンアレルギー」と誤って記録されてしまっていた模様。	前回聴取時から患者自身が思い出すことで禁忌医薬品が追加されることもある。やはり調剤薬局においてアレルギー歴の都度の聞き取りは必須である。	サワシリンカプセル２５０	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
2078	36歳の大人(男性）で体格はしっかりしている患者様。胃腸炎とのことだがホスミシン250mg　6T分3毎食後での処方記載。体重80kgと確認ののち、容量が過少と判断。疑義紹介の後、500mg 6T　分3毎食後へ変更となった。	頻繁に処方される薬品ではないため、規格を勘違いしたか見逃してしまったと考えられる。	体重により用法用量が変化する薬品はリストを作り、調剤、監査、投薬時にそれぞれ確認しながら調剤している。			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
2079	患者と一緒にお薬手帳を確認したところ、別な病院でフェブリクに関しては今まで10mgをもらっていて、先生がフェブリクはいつも通り出すと言っていたことが分かった。医師に確認したところ、正しくは10mgであったことが判明し、フェブリク10mgに処方変更になった	お薬手帳の利用により過量投与を未然に防ぐことができた	患者とのコミュニケーションを密にする			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2080	初診の患者様で、以前より服用していた漢方と同じものをお願いして処方してもらったが、医師による　薬品名の確認不足・薬品名類似などで別の薬品名が処方箋に記載されていた。初回アンケートの症状と薬品の適応が合わず、患者様に確認したところ別の薬であったことが分かった。	モバイルのお薬手帳だったため、画面が小さく見づらかったこと。薬品名が類似していたことなどがあげられる。	適応外処方の場合もあるが、症状と合わない薬品が処方されていた場合は必ず処方医に問い合わせる。	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2081	トレドミンからノリトレンからの変更でノリトレン用量が多かったため、疑義したところ、実際はノリトレンへの変更ではなく、トレドミンの減量だったことが発覚。	雰囲気の似た名前？同じ規格だったため、処方医の入力ミスと思われるが、今回別件で疑義したことで発覚したが、内容的にはあり得る変更でだったので予測が難しい。	処方内容には常時疑問を持って確認するようにする。前回までの処方内容からの推測だけでなく、当日の患者からの聞き取りも重要と思われる。	ノリトレン錠２５ｍｇ	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
2082	年齢が１２歳以下のため、アレグラ６０mg→アレグラ３０ｍｇ　２錠／日　一日２回　一回一錠　朝・夕食後　７日分　全１４錠に変更で処方医に確認。	忙しい時間帯もあり規格違いで名称は一緒のため選択を打ち間違えた可能性あり。	病院側との情報共有お薬手帳確認。添付文書等確認			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
2083	アスパラＫがアスパラＣａで処方されていたので疑義照会→アスパラＫに変更となる。	頭文字の3文字が似ているため確認が漏れたのだと推測。	処方内容の再確認。本人への確認の徹底	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2084	患者と母親が処方箋を持って来局した。薬剤師Aが調剤し、監査交付しようとした。喘息の診断を初めて受けたと言われ、吸入の説明をしようとしたら、先生に聞いていた剤型と違うことがわかり、疑義照会した。吸入するタイミングを合わせなければいけないエアゾール型から、ディスカス型に変更になった。	薬剤の名前が似ているので、カルテ入力のミスだと推測される。	患者さんが「初めて喘息と診断された。、簡単に吸入できる丸い形の容器であると先生に説明を受けた」と言われたので、吸入速度のタイミングをとらないでいい形の剤型を処方されたと推測し疑義照会した。いつも患者さんの話を丁寧に聞き取るようにしている。	アドエア２５０エアゾール１２０吸入用	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
2085	オテズラ錠20ｍｇ　2錠（40ｍｇ）オテズラ錠30ｍｇ　3錠（60ｍｇ）1日2回　朝・夕食直後　５６日分上記処方あり、用法・用量について疑義照会したところアプレゾリン錠10ｍｇ　10錠（100ｍｇ）１日2回　朝・夕食直後　５６日分の処方へ変更となりました。 処方入力時に「アプレ」と入力し、アプレゾリンではく、アプレミラスト（オテズラ錠の一般名）を選択してしまったとのことです。	-	薬が患者様の症状にあったものか、疑義があった時点での確認していく。	オテズラ錠２０ｍｇ オテズラ錠３０ｍｇ	アプレゾリン錠１０ｍｇ アプレゾリン錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2086	セレスタミン配合シロップ2ｍｌと記載された処方箋を患者が持参された。セレスタミン配合シロップは薬局に在庫がなかったため患者にその旨を伝えるとシロップではなく錠剤を処方されると聞いていたとのこと。問い合わせによりセレスタミン配合シロップ2ｍｌではなくセレスタミン配合錠2錠の記載誤りであったことが判明。	剤形違いの医薬品があるということの知識不足。また医薬品剤形の確認不足。頭文字3文字で入力した際の医薬品選択誤り。	病院で錠剤でもらうと聞いているのかシロップでもらうと聞いているのか剤形についても患者から聞き取りを行う。	セレスタミン配合シロップ	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
2088	転居に伴い別の病院に転院した患者である。いままでフリウェルＵＬＤ（一般名：ノルエチステロン・エチニルエストラジオール0.02mg）を服用しており、継続服用するため追加処方してもらった。 ところが処方せんの記載は「一般名：ノルエチステロン・エチニルエストラジオール　0.035mg」（フリウェルＬＤに相当）であった。患者から服用薬の確認を受けて、担当薬剤師が一般名処方の記載違いに気づき、病院に問い合わせた。これをうけて処方内容は前者の一般名処方に訂正された。	医師が患者受診時、転院後の処方を初めて入力する際に、病院のオーダーシステムで一般名処方の選択を誤ったものと思われる。	転院後、初めての処方箋を受けるときには、既存の服用薬の内容と、転院に伴う変更の有無を十分確認する。	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
2089	クラシエ半夏白朮天麻湯が処方された患者様。めまいの症状はなく、のどが痛くつっかえているとのこと。患者様の症状とお薬の適応症が異なっているように思えたため医師に疑義照会となった。半夏白朮天麻湯から半夏厚朴湯に変更となった。	どちらのお薬も半夏から始まることから、処方した医療機関が薬の選択を間違ったと考えらえる。	今回の事例について、スタッフ全員に伝え注意喚起しました。	クラシエ半夏白朮天麻湯エキス細粒	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2090	通院していた整形が閉院したので、内科で同内容の処方をお願いしたが、処方を整理して少し少なく処方したと言われたと患者。ノイロビタンとノイロトロピンは名前を間違いやすい薬で有名なため疑義照会ですぐ変更になると思いきや、それでよいとの回答が来たため、再度それぞれの薬効を伝えたところ処方変更となった。	整形領域でノイロトロピンはよく処方されるが、内科Dr、看護師にとってはあまり馴染みがなく、薬効も把握していなかったと思われる。	他病院での薬を別医院で処方してもらった時は、間違いがないようによくよく鑑査する必要がある。お薬手帳の持参があれば処方誤りに気付きやすいので、なるべく前処方の判るものを見せてもらうようにする。お薬手帳の持参・携帯を促す。	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
2091	ものもらいで受診した9歳の女児(体重30kg)にセフジニル細粒が750mg　分3で処方されていた。セフジニルの小児薬用量は9～18mg/kg　分3　適宜増減であるので、過量である可能性が高い。疑義照会の結果、300mg　分3に変更となった。	医師は、アモキシシリン、セファクロルなどの量と勘違いしたと思われる。	小児の薬用量については、必ず年齢、体重をチェックする。どんなに慣れている医薬品でも、必ず確認する。			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
2092	患者様の要望で、リンデロンＶＧローションをお願いしたはずが、処方箋にはリンデロンＶＧ軟膏と記載されてきた。患者様が、以前使用していたローションの空き瓶を持参しており、同じものをお願いしたとお話されたことから、処方ミスが分かり、医師に疑義照会し、ローション剤に変更となった。	リンデロンは規格、剤形ともに多種あり、オーダー時に選択を誤ったと思われる。	薬歴より、以前もローション剤を使用していたことから、変更について重点的に聞き取ることが出来、早期に発見するに至った。過去に処方されたことがあるか、変更になっていたら患部の変更か、使用感による変更かなど聴取し、正しい薬剤が処方されているかを確認する必要がある。	リンデロン－ＶＧ軟膏０．１２％	リンデロン－ＶＧローション		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2093	アレジオン点眼液が１日２回の用法で処方されていた。添付文書上では１日４回であり回数が少なかったため、アレジオンLX点眼液の誤りの可能性も考え疑義照会したところ、アレジオンLX点眼液に変更となった。	処方箋を入力する際に、誤って薬剤を選択した可能性が考えられる	引き続き、用法を含めてしっかりと監査する。他規格・他剤形の有無や違いなどの情報も得るようにする。	アレジオン点眼液０．０５％	アレジオンＬＸ点眼液０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2094	手書き処方箋でザジテンシロップ処方頂いたが当該薬局に在庫なし、症状より本日からの服用を患者様がご希望のため、近隣薬局および応需医療機関門前薬局へ在庫あるか電話にて確認。７、８つほどの薬局に問い合わせたがどこも在庫なし。夕方のため本日中及び翌日土曜日の入荷は難しい。 以上のことから、同効薬への処方変更を検討頂けないか電話にて処方医療機関へお問合せ。問い合わせしたところ、処方記載の間違いで、本当はザイザルシロップを処方していたとのお話を頂いた。用法用量処方日数の変更なし、処方薬をザジテンシロップからザイザルシロップへの変更を確認し調剤した。	記載間違いの原因として、頭文字が同じ「ザ」から始まること、薬品名が同じ４文字であること、同効薬であることが要因として挙げられる。	すぐにお薬お渡しできるよう、近隣薬局ほか行動範囲内のいくつかの薬局へ在庫確認を行った。今後も処方内容の確認を徹底し、再発防止に努める。	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
2095	前回までミケランLA点眼液２％だったが、ミケラン点眼液２％（１日１回）で処方されていた。ミケラン点眼であれば用法は１日２回、本人は薬変更するとは聞いていないことから、処方医に疑義照会。誤入力であることを確認。ミケランLA点眼液に訂正された。	処方の際に類似薬品名を誤選択することがある。	定期処方が変更になった場合は、前回までの薬歴や本人への確認で、変更理由、妥当性をチェックする。	ミケラン点眼液２％	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2096	処方・調剤してお渡しした翌日に、患者様から「薬の数がおかしい。ワンアルファ1.0μｇが５錠多く、チラーヂン25μｇが５錠少ない。」との電話あり。当該薬品は、患者様と一緒に計数してお渡ししたものであり、薬局内在庫も確認するが差異がなかった。患者様とお話をしている際に、薬は受け取った後にご自身で１つずつ切り離し、服用時１回分ずつになるようにホチキスでとめているということがわかった。 いったんとめたホチキスは外すのが大変だということなので、薬を預かり、患者様と同じように止めなおしてお渡し。その際ご自身でのホチキスどめが大変というお話があったため、次回より１包化をお勧め。了承される。(今回分に関しての作り直しも提案するが、もう作ったので良いとの事でした。)病院へも情報をフィードバックして、次回より１包化指示をつけてくださるよう依頼しました。	ワンアルファ1.0μｇとチラーヂン25μｇは、裸錠としては白・ピンクと色が異なるものの、PTPの状態ではシートの色がどちらもピンクで色調が酷似している。そのため患者様がホチキスどめの際に間違えた可能性あり。	患者様のご自宅へ伺い、ホチキスどめされた薬を確認させていただいた。ワンアルファ1.0μｇとチラーヂン25μｇが１つずつとまっていないといけないところが、チラーヂン25μｇが２つでとまっているものが合計５個あり。これがきちんとできていた場合は患者様の訴えである「ワンアルファ1.0μｇが５錠多く、チラーヂン25μｇが５錠少ない」がちょうど解消されるためその旨説明。患者様も納得される。			チラーヂンＳ錠２５μｇ ワンアルファ錠１．０μｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2097	味覚異常で受診。フロモックス75ｍｇ処方についてプロマック75ｍｇとの誤りではないかと考え病院に問い合わせ。	名称が類似している上にミリ数も同じだったため	類似名称に注意。投薬時にも患者さんに確認しながら投薬	フロモックス錠７５ｍｇ	プロマックＤ錠７５		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2098	サトウザルベ２０％で処方疑義して10%に変更	医師の入力ミス	規格の確認Wチェック			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2099	大塚蒸留水　840mL（1回30mL吸入で使用）の処方。大塚蒸留水は吸入で使用するものではなく、患者は生食を使用しているとのこと。疑義照会を行い、大塚生食注に変更になった。	同じ大塚から始まる薬剤のため、入力間違いが推測される。	使用状況に合った薬剤であるか十分確認する。	大塚蒸留水	大塚生食注		ヒューマンエラー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	途中でおきてしまう事が多いと医師には言えなく悩んでいた。	ハルシオンの効果が短い事が考えられる	医師に伝えて少し作用時間が長いレンドルミンに変更	ハルシオン０．２５ｍｇ錠	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
2101	皮膚科よりクラリスドライシロップが分1就寝前で処方された。患者の母親の話では痒み止めが出されると思っていたとのことで、処方間違いの可能性を考え疑義照会ををを行った。結果としてクラリチンドライシロップの処方間違いだったことが判明した。	3文字目まで同じなので、入力時の選択ミスと思われる。	通常の用法と違う点や、患者・家族の話をよく聞くことで処方間違いに気づくことができた。	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
2102	本人はモーラスパップ60ｍｇを希望していたが、モーラステープLの処方指示	類似薬の間違い。本人と医師との意思疎通なし。	毎回、処方内容を相互確認。	モーラステープＬ４０ｍｇ	モーラスパップ６０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2103	定期処方に【般】ベザフィブラート徐放錠２００ｍｇが追加されていたが、患者より「夜中にトイレで起きるため、新しい薬を出してくれた」と聞き、ベザフィブラートの効能と明らかに異なるため問い合わせたところ、ベオーバ錠５０ｍｇに変更となった。	頭文字が同じベザフィブラート徐放錠を誤って入力されたようだ。	聞き取りをしっかり行っていく。	ベザフィブラートＳＲ錠２００ｍｇ「サワイ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2104	初回来局の患者にRp1）アモキサンカプセル10ｍｇ３C、オーグメンチン配合錠250RS　375ｍｇ３錠　分３毎食後　７日分が処方されていた。他にロキソプロフェン、ゲンタシン軟膏が処方されており、外傷のための処方と予想されたため疑義照会を行ったところ、アモキサンカプセルがサワシリン錠250ｍｇに変更となった。	処方入力時にサワシリンの成分名のアモキシシリンで検索し、名称が類似しているアモキサンカプセル（抗うつ薬）を誤って選択したものと考えられる。	類似名による入力間違いの可能性を予測し、今後も処方監査・調剤を行う。	アモキサンカプセル１０ｍｇ	サワシリン錠２５０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2105	フリウェルＬＤが処方されていたが、前回処方がフリウェルＵＬＤだったため医師に確認。処方医がいつもと違っていたため、医師処方誤りとのことで、前回と同様にフリウェルＵＬＤが処方されることとなった	医師処方誤り	お薬手帳や前回処方を確認し調剤する			フリウェル配合錠ＬＤ「あすか」 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
2106	タムスロシンOD0.2mgの処方だったが、投薬時、患者様より診察時服用しているとめまいがあることを伝えたらDRより用量を減らすと言われていたとのことで疑義照会したところ、カルテは0.1mgに減量されていたが処方箋発行時に入力ミスで前回と同じ0.2mgで発行してしまったとのことで0.1mgに変更になった	同じ薬剤の用量変更で他の処方が前回と同じであったため入力ミスしてしまったと考えられる	投薬時、患者様より症状、体調、DRとの診察時の内容などの聞き取りを細かく行い処方内容に間違いがないか確認し患者様に健康被害が及ばないように留意する。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2107	セフジトレンとビオフェルミンが処方されていたためビオフェルミンRに変更してもらった。	Rの記入ミス	ちょくちょくあるので抗生剤が出たときは意識して気を付ける	ビオフェルミン	ビオフェルミンＲ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2108	以前よりメマリーOD錠（5）を夕食後に服用している再来患者。今回処方箋には印字で「メマリーOD（5）夕食後」と手書きで「メマリー（5）就寝前」と記載あり。メマリーの剤型および用法が異なるため疑義照会。照会結果は手書きの処方指示はメマリーではなく、「マイスリー（5）就寝前」であることが判明した。	手書き処方箋の読みづらく、名称を読み間違えてしまった。薬剤の類似名称。	意図が明確でない処方指示は必ず問い合わせる。	メマリー錠５ｍｇ	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
2109	セファクロルカプセルめまいがない時内服不要と書かれた処方箋を持参された患者様との話しが食い違い、Ｄｒに照会、セファドールとの間違いだと判明した。	薬剤名類似による入力間違いだと思われる。	コメント欄記載事項の間違いがしばしばあるので、確認を必ずするように心がけている。	セファドール錠２５ｍｇ	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
2110	メトグルコ錠250ｍｇ４錠分２が継続処方されていたが、今回一般名処方メトホルミン塩酸塩錠250ｍｇ：GL4錠分２に処方変更となった。メトホルミン：GLは１日最高量750ｍｇのグリコラン後発品であり用量を超えていたため処方医に照会したところ、メトグルコの一般名処方メトホルミン塩酸塩錠250ｍｇ：MTに変更となった。	メトホルミン製剤にはグリコラン錠（１日最高量750ｍｇ）とメトグルコ錠（１日最高量2250ｍｇ）の１日最高量が異なる２種類があり、後発品もそれぞれの先発品と同様の用量である。処方医によると、異なる用量であることの認識がなかったようである。	同一成分の複数の先発品、または先発品と後発品で、適応や用量が異なる医薬品がある。変更する場合はその点に十分留意し、必要に応じて処方医に情報提供や疑義照会をしている。	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇ「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2111	バファリンA330が処方されている患者。投薬時、心臓の薬を出すと医師から言われたと聞き取り、照会。バファリンA81へ変更となった。	規格選択ミス	患者への聞き取り。病名の確認。			バファリン配合錠Ａ３３０	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2112	いつも行っているクリニックが休診のためほかのクリニックへ受診。処方箋を持参されたがテラムロAP錠が処方されていた。BP錠が長く処方されている患者だったためクリニックへ問い合わせたところBP錠へ訂正になった。	医師の入力ミスと思われる。または、手帳で薬内容の確認を誤ったと思われる。	処方内容が変更になり患者からのヒアリングで変更するような話を医師としていないようだったら疑義照会し内容の確認を行う。引き継ぎ処方で特におこりやすいので注意する。	テラムロ配合錠ＡＰ「サワイ」	テラムロ配合錠ＢＰ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2113	フラビタン錠10ｍｇが処方されていたが口内炎などはなく頻尿の症状があると患者様が言われていた為疑義照会フラビタン錠10ｍｇ⇒フラボキサート塩酸塩錠200ｍｇに薬剤変更	薬剤名が似ている為病院の入力ミス	患者様からの症状聞き取りして疑問点があれば必ず疑義照会するヒヤリハット事例を薬局内で共有する	フラビタン錠１０ｍｇ	フラボキサート塩酸塩錠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
2114	上気道症状のみを訴えている患者様に当薬局で通常されるムコダイン錠250mgの処方ではなく、ムコスタ錠100mgの処方あり。確認の為、電話確認した。ムコスタ錠100mgからムコダイン錠250mgへ変更となった。	医薬品名が似ている為、処方入力のミスを行った可能性あり。	患者様の症状の聞き取りを徹底して、適応評価する。	ムコスタ錠１００ｍｇ	ムコダイン錠２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2115	セフジニル細粒が処方されていたがビオフェルミン配合散の処方であったため、ビオフェルミンR散ではないかと疑義照会し、ビオフェルミンR散へ変更となった。	名称が似ているため処方入力ミスか、確認不足によるものと考えられる。	調剤前に処方内容の監査を行う。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2116	発熱症状のある3歳9か月の男児にカロナール錠200　1錠　発熱時頓服用　3回分の処方。患者様の年齢から服薬能力が困難であると判断。保護者にも確認して、剤形変更の旨を病院へ疑義照会。結果、アセトアミノフェン坐剤小児用200mg「JG」　3個　発熱時頓服用に変更となった。	医薬品の名称類似による選択ミスだと考えられる。	乳幼児に対しては、保護者の希望する剤形を聴取している。	カロナール錠２００	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
2117	現在服用中の薬剤で味覚障害の可能性あり。患者がご友人との雑談の中で亜鉛が入っているものを飲むといいという情報を得て、医師へ相談。「亜鉛の入った胃薬を出します」と診察の中で話があった。交付中に亜鉛含有の胃薬が入っておらずプロテカジンが処方。薬剤師がプロマックを出したかったのかもしれないと思い処方医へ疑義照会。プロマックへ変更となった。	患者様の話を聞き取ることができたからこそ防げたと思う。	初めて出る薬についてはしっかり症状確認したうえで交付すること	プロテカジンＯＤ錠１０	プロマックＤ錠７５		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2118	定期的にエイゾプト懸濁性点眼液を使用中の患者。今回エイベリス点眼液に処方変更。患者に聞き取りしたが、医師から変更の話は聞いていないとのこと。疑義照会、医師に確認した所、名称類似の為、エイゾプトとエイベリスを間違えてしまった様子。	疑義照会した際、事務は処方内容を全く理解しておらず、医師が間違いに気付き慌てていた。おそらく医師が処方入力し、その後の他者による二重確認をしていないようであった。また、入力の際に「エイ」などと最初の文字のみで入力した可能性もある。	処方箋だけでなく、お薬手帳や履歴、患者からの情報収集を怠らないようにする。鑑査だけでなく、投薬の際も医師とどのような話をしたかを出来るだけ聞き取るようにする。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2119	他病院からの紹介で当病院へ初めて受診。メトトレキサート錠2ｍｇを今まで服用中、Dr.は同処方にしようと検索した結果、当病院ではメトトレキサート2ｍｇはカプセルが採用だったため、メソトレキセート2.5ｍｇを選び処方。成分が同じでも効能が違うことを疑義照会でお話しし、メトトレキサート2ｍｇカプセルに変更していただきました。	初回受診だったこと、病院の採用薬で錠剤がなくカプセルだったこと、同成分、効能違いの錠剤が採用せれていたこと（ｍｇ数は違うが）この患者さんがいつも当薬局を利用されていたので服用歴、病名の把握があったため疑義照会ができた。	処方監査は服用歴を見てきちんとする。かかりつけのおすすめ。			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
2120	２つ医療機関でリリカが処方されていた	薬歴　お薬手帳の確認	電子薬歴によるすばやい検索ができるようになっている			リリカカプセル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
2121	当薬局新患で来局の患者様。処方内容はエピナスチンDS1%1g分2朝食後・就寝前とロコイド軟膏＋プロペトの混合軟膏。患者インタビューにてアレジオンDS服用中で薬の変更ありと診察時にDr.よりお話あり。用法とインタビューの話の食い違いに気づかず投薬者がそのまま交付。 その後鑑査者がエピナスチンの用法とアレジオンと同じ成分であることに気づき、病院に電話で疑義紹介。病院側のミスで本来オロパタジン顆粒0.5%を処方するところ誤ってエピナスチンDS1%を処方してしまったとのこと。患者様宅に訪問し、服用前に正しい薬剤と交換することができた。	処方箋は一般名処方であったが、病院のカルテは先発名での記入であったため、「アレジオン」と「アレロック」を間違って記載し、処方箋にもその一般名が印字されてしまった。	用法が添付文書と異なる場合は必ず事前に疑義紹介で処方内容を確認する。	エピナスチン塩酸塩ＤＳ小児用１％「サワイ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2122	感染症疑いのある1歳8か月の男児にレベニンS配合散　1.2g　分3毎食前　7日分の処方。同時にオゼックス細粒小児用15%も処方されており、同時服用では整腸作用効果を期待できないと判断し疑義照会。結果、耐性乳酸菌製剤のレベニン散　1.2g　分3毎食前　7日分の変更となった。	医薬品の名称類似による選択ミスだと考えられる。	耐性乳酸菌製剤、乳酸菌製剤に注意している。	レベニンＳ配合散	レベニン散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2123	鼻炎症状を訴える3歳7か月の男児にフルナーゼ点鼻液50μg28噴霧用　1日2回点鼻　1瓶の処方。年齢から同成分の過量投与であると判断し、疑義照会。結果、小児用フルナーゼ点鼻液25μ56噴霧用1日2回点鼻　1瓶に変更であること確認。	同成分であったため、選択ミスだと考えられる。	-			フルナーゼ点鼻液５０μｇ２８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
2124	プレドニゾロン錠（5）4Ｔ→プレドニゾロン（1）3Ｔ→（1）2Ｔの処方でした。1日量で20ｍｇから3ｍｇに急な減量であり、処方日の前日は5ｍｇであった為疑義照会してプレドニゾロン錠（5）→プレドニゾロン（1）に変更になった。	病院の手書きのカルテの写し間違いの可能性あり。	お薬手帳、薬歴は鑑査者と投薬者の2名で確認する			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2125	これまでは、【般】ニフェジピン徐放錠10mg(12時間持続)2錠　朝食後、寝る前で処方されていた。処方せん受付時に、今回は血圧が高かったため、薬を少し増やすと言われたとの情報を聴取していた。	ニフェジピンのCR錠とL錠の一般名での違いは(12時間持続)と（24時間持続）だけであるため、薬剤選択の際に誤ってしまったものと思われる。	病院に対しても注意喚起を行うとともに、患者からの症状の聴取もしっかり行うことで、処方のミスを発見できるよう心がけていきたい。	ニフェジピンＣＲ錠２０ｍｇ「トーワ」	ニフェジピンＬ錠２０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	処方せんを確認したところ、これまで処方されていた【般】ニフェジピン徐放錠10mg(12時間持続)から【般】ニフェジピン徐放錠20mg(24時間持続)2錠、朝食後、寝る前に変わっていた。血圧の状況を確認したところ、【般】ニフェジピン徐放錠20mg(24時間持続)では過量となる可能性があり、そもそもが1日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、【般】ニフェジピン徐放錠20mg(12時間持続)の誤りであることが判明した。						
2126	新型コロナウィルスの感染拡大のため、0410対応で電話診療し、FAXでの処方箋受付対応。当該医療機関の薬剤は、これまでは他薬局で調剤されていた。処方箋には一般名処方でエトドラク200ｍｇ錠の記載であったが、当薬局の薬歴には、併用薬としてオステン錠200ｍｇの記録あり。	オーダリングシステムの入力時、ジェネリック名からの一般名選択をする際に、初めの3文字で検索を行い、名称が類似した別薬剤を選択してしまったと推測された。	他局利用の処方内容についての確認を行い、自局での調剤でなくても変更があった場合には、体調について確認を怠らない。	エトドラク錠２００ｍｇ「ＪＧ」	オステン錠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
	エトドラク錠のジェネリックにはオステン錠と名称の似たオステラック錠があり、患者に痛みと処方内容の変更があるかについて確認したとこころ、痛みはなく、患者はこれまで通りのオステン錠が処方されると理解していた。疑義照会により、エトドラク錠200ｍｇは、オステン錠200ｍｇへ処方変更となった。						

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2127	大学病院からかかりつけ医に医療機関が変更になり、前医では「プラバスタチンナトリウム錠10ｍｇ」が処方されていたが、今回は「フラビタン錠10ｍｇ」が処方されていたため、患者様に確認したところ、「処方変更はない」と聞いているとのことだった。主治医へ確認し、プラバスタチンナトリウム錠10ｍｇへ変更となる。	薬品名の最初の2文字が同じであることから、処方入力時の予測変換で誤りがあったと考えられる	医療機関が変更になった際は、薬局の薬歴、お薬手帳を必ず処方監査時に処方内容を確認している	フラビタン錠１０ｍｇ	プラバスタチンナトリウム錠１０ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2128	患者が耳鼻科の処方箋を持って来局。処方内容は、エンペラシン配合錠　1日6錠　分3毎食後14日分であった。投与量投与日数ともにやや多く、患者と話したところめまいで受診したことがわかった為、他の薬と間違えたのではないかと思い疑義照会。ベタヒスチンメシル酸塩錠6ｍｇ　1日3錠　分3毎食後14日分へ変更となった。	医療機関のレセコンで薬品を選択時、成分名のベタヒスチンとベタメタゾン・d-4クロルフェニラミンが似ていた為、間違えられたのではないかと思われる。	引き続き、薬歴や患者への聞き取りなど、処方箋以外の情報を収集する事により、処方内容に間違いがないか確認していく。	エンペラシン配合錠	ベタヒスチンメシル酸塩錠６ｍｇ「ＪＤ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2129	在宅依頼により処方受ける。リパクレオンカプセル150　２Ｃ　２×で処方あり　投与量確認で　医療機関からの情報と照らし合わせ処方元に確認TELをする。以前の処方内容はリパクレオン顆粒300　６包３×　で服用していたが　昼の薬が飲めていないことが判明　２×に減量目的であったことが判明。リパクレオンカプセル２ｃ２×　⇒　リパクレオン顆粒300　４包　２×　へ処方変更となる	在宅依頼を受ける際などには、以前からの処方内容などの情報も必ず提供してもらい　照らし合わせしたうえで処方元に”念のための確認”を行うことが必要だと思われる。	在宅依頼受ける際には情報提供をなるべく早めに頂き患者の情報を共有しておくことにしています			リパクレオンカプセル１５０ｍｇ リパクレオン顆粒３００ｍｇ分包	ヒューマンエラー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	施設入所の患者様。新患。施設担当の処方医に引継がれた処方。総合病院からプライマリー医へ。応需し処方鑑査、入力の流れの中で、レセコンで警告表示あり。ビソプロロール錠5ｍｇが１回２錠で処方されており、上限量を超えていることを確認。お薬手帳などの比較資料なし。 FAXの処方箋情報のみ。総合病院で処方されてきたという特別事項も考慮したが、高齢者でもあり、処方ミスの方を疑い疑義照会。紹介状からの処方転記ミスが判明。0.625ｍｇ　２錠/日が正しい紹介内容であった。処方変更となり、事なきを得た。	単純な薬剤選択ミス。複数ある規格を正しく入力せず、薬品名と錠数のみの突合で終えてしまったことが原因。	ハイリスク薬でもあり、慎重に鑑査を行うべき薬であることを再確認。新患とくに紹介などで引継ぎが行われた処方は、ミスが生じやすいため、確認を徹底する。	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０．６２５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラー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	アトーゼットLDと入力すべきところHDで入力、それで処方箋ッ発行した。	患者とのコミュニケーション	ききとり			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2132	アムロジピン錠10ｍｇを飲んでおられ、ミカムロＡＰ錠が追加処方されていた。アムロジピンの1日量が超えている為、疑義照会したところ、ミカムロＡＰ→ミコンビＡＰへ変更になった。	－	－	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
2133	今回処方箋では「リンデロンVクリーム」が処方。該当患者は以前に「リンデロンVGクリーム」が処方されており、また診療所も「VGクリーム」の方を処方する事が多い。また今回使用部位が「肛門周囲」となっていた。疑義照会により「リンデロンVGクリーム」と入力すべきところを誤ったとのこと。処方変更し「リンデロンVGクリーム」をお渡しする。	カルテから処方入力する際の読み間違い、入力する際の間違いなどが考えられる。	以前の処方内容などから、少しでも疑問点があれば疑義照会するようにする。	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
2134	処方せん記載は、テオフィリン徐放錠（12～24時間持続）分２処方だが、以前までもらっていた薬局でテオフィリン徐放錠（24時間持続）分２に代替調剤されており、半年間ほど24時間持続の徐放U錠を分２で服用していることが発覚した。 薬の見た目、名前が変わることを拒否したため、疑義にて医師に連絡し、相談した。 初回はテオフィリンの血中濃度も安定していることから、（24時間持続）分２に変更し服用継続、２週間後（24時間持続）分１に変更を経て、３度目で患者がようやく納得したため、（12～24時間）分２での調剤となった。	前薬局での、テオフィリン徐放錠（12～24時間持続）と（24時間持続）が別薬品であることの認識不足によるもの	記載と異なる薬であることを薬局で説明し、病院側と連携を取り、１ヶ月かけて納得した上で、正しいテオフィリン徐放錠の服用方法へと導いた。	テオフィリン徐放錠２００ｍｇ「サワイ」	テオフィリン徐放Ｕ錠２００ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2135	内科の処方で新規の患者。スルピリド細粒50%「アメル」1日1.5g 1日2回　朝夕食後が処方された。処方箋を受け取り、散剤調製を終え、最終鑑査を行っている際に初回アンケートで患者に統合失調症の既往もなく、手帳にスルピリド細粒10%の記載もあったことからスルピリド細粒の過量投与を疑い、医師に疑義照会を行った。結果、医師はスルピリド細粒10%を処方する意図があったこと（150mg力価/日）が判明した。そこで薬局にスルピリド錠50mg「アメル」の在庫もあり、患者や医師と相談結果、錠剤の方が飲みやすいとのことで最終的にスルピリド錠50mg「アメル」　1回1錠 1日3回　毎食後の処方に変更となった。	薬局ではスルピリドに複数規格、剤形の在庫があり、処方内容を見落としやすいことが問題点の1つに挙げられる。調製時に気付かなかった要因としてスルピリドの細粒自体が滅多に処方されず、さらに散剤監査システムには登録されていたが、スルピリド細粒は疾患によって幅広い用量が処方されるため、今回のような用量でも過量投与に引っかからなかったことが考えられる。医院側では処方する際の入力ミスやスルピリド細粒に複数規格があることを知らなかったためにこのような事例が起こったことが考えられる。 最終鑑査時に気付けた要因として、手帳や初回アンケート、患者からのヒアリングをしっかり行えた事である。また錠剤の提案で服用しやすくすることもできた。	薬局での取り組みとしては、処方鑑査の時点で薬歴やアンケートなどを活用し、患者の疾患を把握する。その後、調製者に情報共有する。薬局内で複数規格や剤形がある場合は薬局内ではもちろん、医院側にも情報共有する。			スルピリド細粒１０％「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2136	デパケンＲ錠１００ｍ４Ｔ／２ｘで長期服用中であったが、今回よりデパケン細粒４０％　３００ｍｇ／２ｘに変更。数年間発作が起きていないため今回より減量になると患者保護者に確認。こでまで服用していたのがバルプロ酸Ｎａの徐放製剤であったため、用量調節に伴い散剤においても徐放製剤を使用するべきではないかと考え、処方医に疑義を行ったところ、デパケン細粒４０％→セレニカＲ顆粒４０％に変更となった。	バルプロ酸Ｎａ製剤として、デパケン錠、デパケンＲ錠、デパケン細粒、セレニカＲ顆粒と複数の製剤があったため、医師が薬剤選択の際に商品名として同じデパケン細粒を選択したものと考えられる。	一般名処方が増えたことで、成分名だけにとらわれてしまうと、徐放・持続型かどうかの見落としが起こりやすくなるため、用法を含めて適切か考え、注意が必要な薬剤をリストアップし共有するようにしている。			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
2137	12歳の子供にシングレア錠10ｍｇが処方されていた。体重は35ｋｇ。アトピーで受診。年齢・体重・症状を考慮しシングレアチュアブル錠で十分と考え医師に疑義照会した。	シングレアは細粒・チュアブル・錠剤と種類が多く体重・年齢にそぐわない場合が多い。	シングレアは細粒・チュアブル・錠剤と規格が多く体重・年齢に合わない場合が多いので当薬局では年齢・体重・症状を確認の上必要があると思われる場合は問い合わせをしている。特に初めてのお薬の場合は徹底して確認を行っている。			シングレアチュアブル錠５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2138	４日前に同医療機関よりボノサップパック４００が処方され、すでに服用開始していたが、下痢・軟便を訴え再受診した。	ボノサップパック４００が処方される以前より、下痢・軟便を訴えてビオフェルミン錠を処方してもらっていたこともあり、クラリス路マイシン錠、アモキシシリンカプセル服用中だがDo処方となってしまった、と考えられる。	患者様にボノサップパック４００を既に服用開始し、服用４日目であることを確認した上で、疑義照会にて、ビオフェルミンR錠への変更を依頼した。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2139	かかりつけ医にてテオフィリン徐放錠１００ｍｇ「サワイ」を服用していた方。処方としての記載は一般名処方でテオフィリン徐放錠１００ｍｇ(１２～２４時間)。服用のストレス軽減目的で薬局から２００ｍｇ1錠で処方できないか医師へ情報提供。その後の処方で２００ｍｇ１錠での処方となったが、処方せんには一般名でテオフィリン徐放錠２００ｍｇ(２４時間)と記載されていることが判明。類似薬でのオーダーミスが疑われたため疑義照会を行い、１２～２４時間タイプのものへ処方が変更された。	規格が複数あること、ならびに薬局からの提案もオーダーミスの誘因の一つとなった可能性あり。	在庫の品目としては１２～２４時間タイプ：サワイ　２４時間タイプ：トーワを扱っている。規格変更を提案するにあたり患者側には規格変更後も同じ製薬メーカーのもので交付すると説明した記憶があり、それが監査時に役に立った。一般名処方の際は、持続時間の異なる薬剤の取違えには十分な注意が必要。	テオフィリン徐放U錠200ｍｇ「トーワ」	テオフィリン徐放錠20ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2140	整形外科に受診も患者様がお持ちになった処方箋が、商品名のセレキノンと、一般名のレバミピド錠で処方されていた。そのためセレコックスの処方かもしれないと思いＤｒに問い合わせ。　入力ミスとのことで、セレキノン⇒セレコックス錠１００ｍｇに変更になる。	カルテから処方箋に入力時、2文字で検索したため、先にセレキノンが出てきてそれを選んでしまったと思われる。	受診科目と、処方箋から病名を推察する必要あり。	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
2141	一般名ロキソプロフェンNaテープ100ｍｇ　温感の処方が出た。温感と非温感のだし間違いが多いので疑義照会した。Drは、非温感を出したかったようで非温感に変更になった。	一般名処方を選ぶ時　非温感が先に候補があがるようで間違えて選択してしまうようだ。	一般名処方のロキソプロフェンNaテープの処方が出た時は、温感か非温感か確かめることを徹底する。	ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「タイホウ」	ロキソプロフェン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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2142	チクロピジンが初めて処方。日数が5日と短く、病態の検討が出来ないまま投薬へ。患者：「風邪で来ました」「抗生剤が出ると聞きました」と訴え薬剤師：薬剤の誤りがあると思い医師へ疑義照会。バナンを処方したと医師より返答があり、処方箋発行時の入力ミスがあったことが判明	病院の受付入力時に、レセコンにパナルジン、バナンの順で表示。頭文字のみで、先に見えたパナルジンを選択。選択ミスをしたまま処方箋を発行。	初回処方の場合は、処方箋と薬歴をみて、おおよその病態を予測して投薬を行う。このような場合は特に、どのような症状で受診したのか、医師からどのような説明を受けたのか聞き取り、症状と薬が合っているか確認をする。患者からの聞き取りを行うことで、今回の様なミスに気づくことができた。	チクロピジン塩酸塩錠１００ｍｇ「サワイ」	セフポドキシムプロキセチル錠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
2143	漸減中のプレドニゾロンが2週間ごとに10mg→7mg→6mg/日ときて、その次に3.5mg/日になったため、疑義したところ5mgの間違いであった。	漸減幅は判断に迷うところであるが、生理的レベルに近づくにつれて自然にフェードアウトするほうが安全かと思われたので、念のため医師に確認したほうが良いと考える。処方箋は2.5mg錠と1mg錠の組み合わせで記載されるので、医師の単純な計算ミス・記載ミスが起こる可能性ある。	ステロイドの漸減が始まった際は、初回投与からの薬歴をよく眺め、漸減幅が大きすぎないか、日数が短かすぎないかも監査に加味する必要があると思われ、疑義を感じた際は医師に確認を徹底する。			プレドニゾロン錠２．５ｍｇ「ＮＰ」 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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2144	内科よりクラシエのヨクイニン湯の処方あり。以前に薬局をご利用された際は皮膚科からヨクイニンエキス錠が良く処方されている患者様だった。名前が似ているが適応が異なるため、また患者様に確認したところ関節痛や筋肉痛はなく、皮膚の関係で飲むいつもの薬を口頭でお願いしたとおっしゃっていたため疑義紹介を行った。ヨクイニンエキス錠へ変更になった。	医師側がヨクイニン湯とヨクイニンエキス錠は同じものと誤解していた。	これからも患者様から聞き取りをしっかり行い、疑わしい処方は疑義紹介する。	クラシエよく苡仁湯エキス錠	ヨクイニンエキス錠「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2145	新規でプロセキソール錠０．５ｍｇ処方されていたので交付時に指導した時利尿剤を追加と聞いていたと申し出があり処方医へ疑義照会。	処方入力ミス	処方追加変更の際は患者から情報を十分収集したうえで服薬指導を行う。	プロセキソール錠０．５ｍｇ	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
2146	前回から、口内炎と胃の荒れを訴えていた患者様だった。加味帰脾湯は普段、耳鳴りや精神不安で処方される薬だったので、疑義照会が必要と判断し、加味逍遥散に変更になる。	普段、加味帰脾湯の処方量が多いため、処方元での入力ミスが要因と思われる。	今回の事例報告書を作成し薬局内で注意喚起を行った。また、漢方薬は添付文書にない病名で使用されることがあるので、処方元の医療機関と連携を取り合う。	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
2147	他病院からタケキャブ錠10ｍｇ処方され服用中の所、5/25（本日）ガスターＤ錠10ｍｇの処方。手帳、薬歴の併用欄にて同効薬の重複を確認し処方医へ疑義照会を行った。結果ガスターＤ錠10ｍｇが削除となった。	患者様と医師の聞き取りが漏れてしまっている点があるかもしれない事、患者様の服用中の薬の認識不足など挙げられる。	初回の問診、お薬手帳の情報、患者様の聞き取りは欠かさない様にしている。近隣に整形外科がある為胃薬を処方されるケースが多い為薬歴や、お薬手帳、聞き取りの内容から同効薬の重複を発見するケースが多いと考察する。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2148	皮膚科より、アレルギー症状でｄ－クロルフェニルマレイン酸塩２ｍｇが処方。投薬時、聞き取りの際に、以前服用していたネオマレルミン錠を処方されると話しており、名称変更した、ｄ－クロルフェニルマレイン酸塩徐放錠６ｍｇの間違いとわかり、医師へ疑義紹介、変更となった。	医師が、名称変更したことがわからなかったとのこと、レセコン入力の際に、アルファベットからの入力ができなかったことが要因と考えられる。	一般名に名称変更した薬剤の用量に注意する。			ｄ－クロルフェニラミンマレイン酸塩錠２ｍｇ「武田テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2149	加味逍遙散の服用歴あり。加味帰脾湯の処方であったため、患者様に確認した。診察時の話と違うため疑義照会し、加味帰脾湯→加味逍遙散に変更となる。	服用歴に加味逍遙散があったため、そこから推定した。	漢方は名称類似品、番号指定間違いの可能性があるため、特に新規の薬は患者様と話しながら処方意図を読み取っています。	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2150	介護施設入居となり、現在まで受診していた病院から往診対応のクリニックへと主治医が変更になった際の事例です。該当患者が服用していた薬剤は「サラゾスルファピリジン錠500mg」だったが、今回主治医変更による処方引継ぎの際に「サラゾスルファピリジン腸溶錠500mg」での処方だった。適応が潰瘍性大腸炎と関節リウマチで異なるため、病院の方に現病歴を確認したところ、「潰瘍性大腸炎であり、関節リウマチはない」と回答があり腸溶錠では適応外となるためクリニックへ疑義照会したところ、普通錠に処方変更となった。	剤形によって適応が異なる薬剤を把握していなかったために起こった事例だと推察される。同一成分なら適応が同じという先入観によるものと考えられる。	新規患者の処方を応需した際には、現在服用中の薬剤を剤形も含めて確認して処方監査を行う。現病歴などの聞き取りが可能であれば確認するが、難しければ病院へ問い合わせ等も行う。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2151	35歳男性。咳症状で門前耳鼻科受診。コデインリン酸塩散10％6ｇで処方され、添付文書用量の10倍量であったため、疑義紹介しコデインリン酸塩散1％6ｇへ変更となり適正な用量で交付できた。	新規開業クリニックでまだ慣れておらず、規格選択間違いが起きたと考えられる。	新規開業クリニックのためこのような間違いも想定して処方監査に臨む。			ジヒドロコデインリン酸塩散１０％「タケダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2152	門前病院泌尿器科を初めて受診、エルサメットS配合錠が1日量6錠で処方されていたため患者に確認。以前から他院泌尿器科を受診していたが、閉院に伴って処方を引き継ぎしてもらったとの話だった。手帳を持参していたので患者と処方内容を確認したところ、エルサメット配合錠を1日量6錠で服用していたことが判明。用量が2倍になっていたので疑義照会を行い、エルサメットS配合錠1日量3錠の処方に変更になった。	病院での採用薬がエルサメットＳ配合錠のみで複数規格存在することに対する注意が低かったことが考えられる。	複数規格の薬剤に関しては処方鑑査時に印をつけておくなど注意喚起する。他院処方引き継ぎ時は薬剤、用法用量について手帳で確認する。			エルサメット配合錠 エルサメットＳ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2153	ダイアモックス、アイファガン点眼液、フルナーゼ点鼻液の処方。普段からアイファガン点眼液を使用しているが用法が一日４回になっており、さらにフルナーゼ点鼻液が処方されているので処方間違いと思い疑義照会。アイファガン点が液ではなくアレジオン点眼液０．０５％の間違いと判明。	今回は目のかゆみでアレジオン点眼液を処方したが、普段からアイファガン点眼薬を使用しているので間違えてしまったよう。薬局側としては用法が一日２回ではなく４回になっていたので間違いに気付くことができた。	用法や、併用薬から処方を予測することも大事なので注意している。	アイファガン点眼液０．１％	アレジオン点眼液０．０５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2154	キサラタン点眼薬とエイベリス点眼薬が処方されていて調剤したが、監査した別の薬剤師がこの組み合わせはおかしいと気づき処方歴を確認したところ、いつもはエイベリス点眼薬ではなくエイゾプト点眼薬が処方されていた。名称が似ている薬剤なので病院側が入力間違いをしたとのこと。	薬剤の薬効や作用部位の確認。	薬剤の薬効や作用部位などの勉強をしっかりしておく。	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
2155	これまで継続してタプロス点眼液服用中の患者に対して、タプコム配合点眼液が処方されていた。患者に変更の説明があったか確認したところ、聞いていないとの返答だったため、処方医に電話で確認を取ったところ、タプロス点眼液との間違いだったことが判明。処方変更となった。	名称類似のため、オーダリングシステム検索・選択間違いと推測される。	薬剤変更時は患者に病院でも先生から話があったかなど聞き取りし、必要に応じて病院への確認を行う。	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
2156	カンデサルタン錠（８）服用中の患者様が、腎機能低下の為、アムロジピンＯＤ（１０）に変更された。ご本人に血圧を確認したところ120ｍｍHgで状態も安定していた。疑義照会をしたところ、医師よりコンピュータの入力ミスであり、シルニジピン錠（１０）に変更するとの指示があった。	薬品を変更する時、コンピュータの入力ミス等が生じ、医師が判断した医薬品ではない薬品が処方される場合がある。	何らかの事情で医薬品が変更される場合には、患者様の状態、医薬品の適正な用量・用法には特に気を配り、医師へのフィードバックに努め、人為的なミスを防止する。	アムロジピンＯＤ錠１０ｍｇ「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2157	ケフラールカプセル250mg 8C 分4 毎食後・寝る前で処方されていたが、過量投与を疑い疑義照会を行ったところケフレックスカプセル250mg 8C 分4 毎食後・寝る前に変更になった。	薬剤名が類似しているため間違って処方してしまったものと思われる。	薬剤の投与量を把握しておく。	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
2158	大黄甘草湯がひきつる時で処方。疑義にて確認し芍薬甘草湯へ変更。	名称類似によるオーダリングミス	用法からの処方推測	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
2159	患者交付時に症状を確認したところ、【般】フェキソフェナジン塩酸塩錠６０ｍｇの適応症に該当しそうなものがなく、処方医からの症状説明でも適応症に該当しそうな説明がなかったということが確認できたため念のため処方元に疑義照会。その結果、アルジオキサと入力するところをアレグラと入力してしまい、それが一般名処方となって処方されてしまったとのことを確認。【般】フェキソフェナジン塩酸塩錠６０ｍｇから【般】アルジオキサ錠１００ｍｇに処方変更となった。	門前の医療機関からの処方で、普段あまり無い珍しい組み合わせの処方だったこと、当該患者へは初めての交付だったこと、当該患者が久しぶりの来局だった患者であったため、症状などを改めて再確認していった結果、処方元での処方入力間違いの発見に繋がった。	初めて交付する薬剤の時は患者への症状の確認をしっかり行なうようにする。	アレグラ錠６０ｍｇ	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2160	クラシエ防風通聖散エキス錠　一日量7.5錠で処方記載有。（患者錠剤希望）過少投与量が疑われた為、電話にて疑義照会。当初顆粒処方であったが、患者希望により錠剤に変更。この際、用量変更を漏れによる処方ミスであったと発覚。一日量27錠に変更となった。	患者希望による処方変更はミスを誘いやすい。	定期処方の変更点、患者との会話の中で希望してお願いしたなどは特に注意を払って監査するようにしている。			クラシエ防風通聖散料エキス細粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2161	アイファガンが使用感よくないということで診察により薬変更。ミケルナ、シアノコバラミンOP処方あり、アイファガンからエイベリスへ変更の処方箋がだされる。PGとの併用注意、そして2/ｄの用法によりエイベリスではない予想の元クリニックへ確認。2/ｄの炭酸脱水酵素阻害剤であるエイゾプトに薬剤変更。	名称の類似によりレセコン入力のときの薬の検索でドクターが考えていた薬剤と違う薬剤が登録されたと推測される。	用法、相互作用、そして薬の系統など共有する。処方箋を一人がチェックするのではなく携わる従事者がすべて研鑽し、チェックをつねに意識して調剤していく。	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
2162	成人にDSの処方あり。普段から錠剤の処方は出ているため疑義照会。エピナスチン塩酸塩DS小児用1%　2g　から　エピナスチン塩酸塩錠20ｍｇ　2錠に変更。DSのままだと治療効果が期待できなかった可能性がある。	嚥下困難者ではない限り成人でDSなどはまず疑問に思い疑義照会をする	嚥下困難者などは薬歴などに記載をしている。	エピナスチン塩酸塩ＤＳ小児用１％「サワイ」	エピナスチン塩酸塩錠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
2163	70代男性にフェキソフェナジン30ｍｇが処方されていた。疑義照会したところ60ｍｇの誤りであった。	医師による用量の確認漏れ。	用量はしっかりと添付文章を用いてチェックする。			フェキソフェナジン塩酸塩錠３０ｍｇ「ＪＧ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2164	複数病院、複数診療科受診中の患者。近隣かかりつけ医院としてA病院、呼吸器科と循環器科をB病院、その他医療機関に受診していたため、A病院に集約する予定であった。既に呼吸器科についてはA病院に集約されていた。当該処方せん発行日は、B病院循環器科を受診予定であったが、何故かB病院呼吸器科を受診（理由不明）。吸入薬や貼付薬が処方されていたが、患者が内服薬の処方を希望したことにより、ユニフィルが追加された。しかしながら、A病院でもテオフィリン製剤が既に処方されていたため、重複と判断。B病院に疑義照会を行った。	患者が予約していた診療科と違う診療科を受診したのか不明もともとアドヒアランスが不良な患者であり、自己判断でセカンドオピニオンを行う患者であることが原因であると推定される。	服薬しない→薬が効かない（実際は服用していなだけ）と思い自己判断でセカンドオピニオンを行うため、利用医療機関、利用薬局、服用薬が増えていく傾向にある患者である。セカンドオピニオンの際に、受診中の医療機関、服用薬等を申告しないため、ケアマネ訪問看護師等と連携してかかりつけとして、複数診療のチェックを行っていた。			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
2165	９歳男児に対しシングレア錠５ｍｇが処方された。シングレア錠は小児に適応はなく成人用のため、疑義照会を行い、シングレアチュアブル錠に変更となった。	シングレア普通錠とシングレアチュアブル錠は生物学的に同等ではなく適応も異なるため注意が必要である。	医薬品それぞれの適応や特性をただしく理解し、共有するようにしている。			シングレア錠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
2166	0歳8ヶ月の幼児の頭の痒みにパンデルローションが処方された。患者母親に症状を確認したところ重症とは考えられなかった。パルデスローションの入力ミスを疑い、疑義照会した。結果、パルデスローションに変更になった。	パルデスローションとパンデルローションは名称が類似しており、処方入力時に選択を間違えたものと考えられる。	名称類似薬品の一覧表を作成している。患者からの情報の聞き取りをしっかり行い、疑わしいときは積極的に疑義照会を行う。	パンデルローション０．１％	パルデスローション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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2167	当薬局で近隣診療所の内服薬を継続して調剤している患者。眼科のみ他院に受診し、処方を受けていた。眼科処方分も当該診療所に紹介となり処方となる。以前よりトルソプト点眼液１％が処方され、使用されていたが、引継ぎ先の診療所にてトルソプト点眼液0.5%が処方された為、疑義照会。トルソプト点眼液１％に変更となる。	普段診療所で処方しない薬であり、入力の際に複数規格があることに気づかなかったものと推察される。	複数規格があるものに関してはそのものの外箱もしくは調剤棚に注意喚起の札をつけています。			トルソプト点眼液１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2168	帯状疱疹の患者に対してファムシクロビルが一日3000ミリグラム処方されており過量と考え疑義照会を行い一日1500ミリグラムに変更となった	同じく帯状疱疹で使われるバラシクロビルと混同した可能性あり	疑義照会時に当該薬品の情報以外に類似名称の薬に関する情報提供も行っている			ファムシクロビル錠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
2169	様々な病院で継続して貰っていた薬を今回主治医を一人にまとめ、いままで服用されていた薬を処方して貰った。 そのさい、今まで、トラマールwOD錠を1日50mgの用量で1日2回or1日1回で処方されていたものが50mg×2回の1日量100mgになって処方になった為、家族情報より確認し、変更があったのかの疑義を行った。結果、トラマール処方の量が減量され、トラマールOD錠25ｍｇ　2T分2　麻夕食後（1日量50mg）に変更となった。	転院にともなう情報共有の不足による齟齬	患者情報とお薬手帳を確認し、服薬に関しての問題が無いかをしっかり検討する			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
2170	ツムラ当帰飲子エキス顆粒が処方された患者。当該クリニックで採用されたことのない薬で、聞き取った症状とも適合せず疑義照会。当帰芍薬散の間違いであったことが発覚した。	医師は電子カルテに慣れておらず、当帰飲子エキスと当帰芍薬散の名称が類似しているため選択間違いをしたと考えられる。	患者へ症状の聞き取りを行い、処方薬とのずれがあった場合必ず疑義照会する	ツムラ当帰飲子エキス顆粒（医療用）	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2171	処方箋はヒアレインミニ点眼液0.3%0.4mLであったが、数量が2個だったことと、前回処方はヒアレイン点眼0.1%であったことから、ヒアレインミニで点眼液はなく、ヒアレイン点眼液の誤りではないかと疑い疑義照会。ヒアレイン点眼0.3%の誤りであったこと処方医確認。	ヒアレイン点眼液0.1%からヒアレイン点眼液0.3%に変更する際に、ヒアレインミニ点眼液0.3%を選択した可能性が考えられる。	数量などから他の剤形、規格であると疑った場合は、疑義照会にて必ず確認するようにしている。	ヒアレインミニ点眼液０．３％	ヒアレイン点眼液０．３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2172	他院より転院今までニフェジピンＬ２０×２分２服用とお薬手帳より確認今回処方がニフェジピンＣＲ２０×２分２であったため、疑義照会にて変更いただいた	服用薬剤が転院先での採用薬ではなくＣＲが主流であったことが原因と思われる	一般名処方では必ず徐放錠の時間を確認する	ニフェジピンＣＲ錠２０ｍｇ「三和」	ニフェジピンＬ錠２０ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2173	【般】アスパラギン酸K錠300mgで処方あり、前回より【般】アスパラCa錠200mgで処方あり。患者様に薬変更するか医師から言われているか尋ねたところ、何も言われていないとのこと。カルシウムの補給を続けるよう説明あったとのことで、疑義照会し【般】アスパラCa錠200mgの間違いであり変更となる。	一般名処方の頭文字3文字が同一であることからの入力間違い	検査値の把握など患者様からの情報収集をきちんと行っておく	Ｌ－アスパラギン酸Ｋ錠３００ｍｇ「アメル」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2174	17：00　処方箋を持参して来局。アレジオン20のGEである、エピナスチン塩酸塩錠20mgを調剤して交付したところ、患者本人は、アレルギー症状（鼻水や痒み、湿疹）は何一つなく、抗がん剤であるインライタの副作用である、血圧上昇のため、降圧剤を増やす、との事で、処方箋発行医院に疑義照会をかけたところ、アムロジピン口中内崩壊錠5mgの誤りと分かり、正しいものを調剤し直して、交付した。	病院の処方箋発行ミスによるものだが、少々多忙で、患者様の背景をアシストシートなどで、アレルギー症状の有無などのチェックがおろそかになり、疑義することなく、処方どおりに出そうとしてしまった。	アシストシートなどで、患者情報を的確に確認し、調剤する前に、「○○というお薬が出ているのですが、よろしいですか？」といった声掛けを行い、疑問に思ったときは、受付（入力）、調剤する前に、疑義照会をかけて、正しい調剤を滴下うにに行うように心掛ける。	アレジオン錠２０	アムロジピン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
2175	プレドニン５ｍ１日１回朝食後に2錠をずっと服用されている患者様が、今回プレドニゾロン１ｍｇ１日１回朝食後1.5錠の処方箋を持ってこられたので、前回よりあまりに薬の量が少なくなっているのを疑問に思い、疑義照会した	プレドニン５ｍｇとプレドニゾロン１ｍｇの入力間違い	薬歴をよく確認する			プレドニゾロン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
2176	平素より弊局をご利用の男児の患者様。モンテルカストの処方があったが処方用量と過去の履歴より薬剤誤りと思われ疑義照会したところプランルカストに変更となった。	類似名称、類似薬効の薬剤取り違えと思われた。	患者様の履歴、薬剤の標準量の確認などをしっかり行うようにする。	モンテルカスト細粒４ｍｇ「ＤＳＥＰ」	プランルカストドライシロップ１０％「ＪＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2177	プレアボイド報告1歳の男の子にアスベリンDS２ｇが処方となっており、オーバードーズのため疑義照会を行なったところアスベリンシロップ２ｍｌへ変更となった	病院側での入力ミス	小児のときは適正量になっているか都度確認を行う	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
2178	定期薬に加えてネイリンカプセル100mgが処方された処方箋を持って患者様が来局。患者様に話を伺ったところ、胃の調子が悪いため以前もらった薬を処方してもらったと確認。爪白癬の診断は受けておらず、処方薬と訴えている症状が異なっていたため疑義照会した結果、ネキシウム20mgへ変更となった。	「ネイリン」と「ネキシウム」で最初の文字とカプセルの剤形が同じであったため、病院での処方入力時にミスが起きた可能性あり。	処方薬と症状が合っているかの確認をしっかり行ったため、調剤前に発見することができた。	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
2179	関節痛のため整形外科受診患者に対してサラゾスルファピリジンを処方した事例関節痛患者に対してサラゾピリン錠500mg　１回１錠/１日１回朝食後で初回処方。整形外科受診患者であり、投与量過少であることから同成分含有のアザルフィジンEN錠500mgと取間違いが疑われたため疑義照会。一度は薬剤部に問題ないと判断されるも、適応症が異なるため再度疑義照会。結果、サラゾピリン錠500mgからアアルフィジンEN錠500mgへと変更になった。	同成分含有製剤であったこと	一度問題ないと判断されても、納得できなければ再確認を行うことが必要	サラゾピリン錠５００ｍｇ	アザルフィジンＥＮ錠５００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2180	入院していた病院から開業医へ転院。その際に服用中のエリキュース錠の服用量が減量になった。病院　　エリキュース錠を10mg/日開業医　エリキュース錠を5mg/日	処方せん記載時に入力ミスが起きたと考えられます。	お薬手帳を用いて前回までの薬の内容の確認の徹底をこれからも継続。加えてお薬手帳の重要性を患者さんに伝えていくことも重要。薬の服用量の妥当性を日々繰り返し行っていることが発見につながった事例。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2181	初めてセロクラールが処方された患者。患者からの聴き取りで痛みの訴えがあり。セロクラールには適応外使用で痛み止めの作用があるのでいったん配布するも、その後疑義照会を実施したところ、セレコックスの間違いであることが発覚した。その後薬剤の交換を実施した。	医師の処方の思い込みと、通常、ファーストで適応外使用をすることはないので、薬剤師の判断ミスが原因と考えられる	薬剤師が疑わしいと思ったこと、あるいは適応外使用であると思われる場合であっても初回は疑義照会を徹底するように話し合いをおこなった。	セロクラール錠２０ｍｇ	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
2182	患者の症状「肌荒れ」に対しクラシエよく苡仁湯細粒が処方されたが、満量処方だったため添付文書を確認したところ、そもそも適応が全く異なることが判明。疑義照会にてヨクイニン単品が良いことを伝え、処方変更となった。	患者が５歳のため細粒で処方しようとしたところ、ヨクイニン細粒ではなく、よく苡仁湯を選択してしまったと考えられる。	漢方は名前が似ていても適応が異なるので、必ず確認する	クラシエよく苡仁湯エキス細粒	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
2183	以前よりツムラ加味帰脾湯を服薬している患者様で、今回の処方せん記載薬品名がツムラ帰脾湯であったため、処方元医療機関に照会をしたところ、処方箋出力時の入力誤りであることが判明した。	医療従事者における、近似薬品名による入力ミス。	前回処方との突合をしっかりと行い、特に処方変更後には注意する。	ツムラ帰脾湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2184	別の病院で貰っていたものを処方された。普段は処方されない剤形であり、ジェネリック品だった。一般名処方で、【般】ヘパリン類似物質外用スプレーとしていた。当薬局で在庫がなかったものであったので、その案内をした所、他院でお薬手帳を見せて処方してもらったとの聞き取り。 手帳を確認したら、泡状スプレーであった為、処方医へ一般名からは２種類の剤形がある事、患者様の希望が泡状スプレーである事を踏まえて、希望通りでのお渡しで良いか問合せにて確認した。希望通りで良いと了承頂いた。	特殊な例であるが、入力する際にマスターが一般名が１種類のみであったと思われる。（頻繁に処方される医院では、泡状スプレーかスプレーか判断できるように一般名が泡状スプレーか外用スプレーとなっている所もある）	患者様の聞き取りももちろんだが、一般名の中に剤形が２種類ある場合もあると認識しておくことが必要である。そういうものは、別途表にして監査台などに貼っておく。			ヘパリン類似物質外用泡状スプレー０．３％「日本臓器」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2185	メジコンを処方されていたが受診理由はめまいであった。疑義照会でメリスロンへ変更となった。	定時薬でメジコンは処方済み。処方頻度の高い採用薬で「メ」のつくものがメジコンかメリスロンだったため、入力ミスだと思われる。	前回の来局歴から、かなり早めの受診になっていたためメジコンの処方が正しいか疑った。投薬時の症状の聞き取りにより症状に合っていない処方だということが分かったので、今後も薬歴および患者聞き取りでミスを防いでいく。	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
2186	他院処方のフォサマック35mgの引継ぎ処方だったが処方はフォサマック5mgでの処方であった。用法は35mgでの用法であった。	処方医薬品選択画面でのミリ数末尾が5で一致しているための確認漏れだと思われる。	同医薬品の用量の違いで用法が変わる医薬品には棚と引き出し等保管場所を分けておく。また、同封されている患者向け説明文を一緒に見えるよう保管しておくことでも間違いに気づきやすくなると思われる。			フォサマック錠５	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2187	病院の事務より施設入居中の方に急遽薬追加する旨の電話あり、詳細について何も聞かずに処方箋のFAXをお願いした。処方箋に【般】グルコンサンカルシウムと記載されていたが、施設スタッフに電話で確認し、グルコンサンカリウムの間違いと判明したため、疑義照会にて薬変更。	医師と事務の情報伝達がうまくいってなかった処方箋発行時の入力ミス	病院・患者・家族・施設スタッフ等できるだけ情報を収集して事故のないように努める	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
2188	セララ（５０ｍｇ）が処方されていましたが、患者さんへの聞き取りから該当疾患が見当たらず、以前にセニラン（２）が処方されていたため、処方箋入力ミスの可能性ありと判断して疑義照会したところ、セニランの入力ミスであることがわかり、処方変更になりました。	医薬品の名称が類似していたことと、病院での入力後の再確認が出来ておらず、入力ミスが起きたと考えられます。	処方箋受付時に患者への体調変化等に対する聞き取りを徹底することで、疑義を発見する。	セララ錠５０ｍｇ	セニラン錠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
2189	患者の病名がうつ病であるのに、統合失調症の適応のクエチアピン錠が処方されていたため、問い合わせをした。医師は、カルテに、『クエチアピン錠５０ｍｇ』と記載していたため、事務はそのまま入力。医師は、ビプレッソ徐放錠５０ｍｇを処方したかったと言われたため、徐放錠と記載しなければ、クエチアピン錠５０ｍｇが処方せんに載ると説明した。	医師が、成分名でカルテに記載し、徐放錠が抜けていたために起こってしまった。	クエチアピン錠５０ｍｇが出るときには、病名のチェックを毎回するようにしました。	クエチアピン錠５０ｍｇ「サワイ」	ビプレッソ徐放錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2190	今回他院でもらっていた安定剤を近くの医院で処方してもらったと患者から申し出があった。エチゾラム錠0.5mgが1回1錠で処方されていたが、お薬手帳を確認したところエチゾラム錠0.25mgを1回に1錠服用となっていた。医師に確認をしたところエチゾラム錠0.25mg1回1錠に変更となった。	お薬手帳を確認したところ以前の処方の一般名表記と実際の薬品名とが同時に記載されていた。（エチゾラム錠0.5mg0.5錠とエチゾラム錠0.25mg「日医工」1錠が同時に記載されている状態）その為見間違いが発生した可能性が考えられる。	他院で出ている薬に関しては特に同名称の規格違いでの処方が出やすい為特に注意を行う			エチゾラム錠０．５ｍｇ「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2191	普段他院で処方されているフルティフォーム125エアゾール120吸入用を今回処方される予定だったが、フルティフォーム50エアゾール120吸入が処方されていた。患者に確認したところ薬を変える話はなかった為、医師に確認したところフルティフォーム125エアゾール120吸入用に変更となった。	普段扱いのない薬品の為、規格違いを見落としたか、処方システムに登録されてない可能性等が考えられる	他院で出ている薬に関しては特に同名称の規格違いでの処方が出やすい為特に注意を行う	フルティフォーム５０エアゾール１２０吸入用	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
2192	点眼・点鼻用リンデロンA液処方あり。投薬時、患者への聞き取りで、耳の痒みに使うことを確認。医師へ疑義照会にて確認、リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%へ変更となった。	医師の処方内容確認不足	患者への聴取の徹底	点眼・点鼻用リンデロンＡ液	リンデロン点眼・点耳・点鼻液０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2193	抗生剤なしの処方箋に、ビオフェルミンＲ錠処方。患者に、他の医薬品の服用なしを確認。耐性乳酸菌製剤ではない、ビオフェルミン錠に変更。	病院側の入力システムで、1行選択がずれたものと思われます。	乳酸菌製剤処方時は、抗生剤の服用の有無や、セフェム系抗生物質、ニューキノロン系抗菌剤かを、確認しています。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2194	処方箋をもって男性が来局した。整形外科からの処方箋で処方内容はオーグメンチン配合錠250RS 3錠とアモキサンカプセル25ｍｇ3カプセル　毎食後服用で7日分だった。 処方内容に一貫性がなく、本人は医師から特別薬についての指導はなかった。今回は猫に噛まれて受診とのことだったので薬剤師が疑義紹介をした。一般名のアモキシシリンカプセル250ｍｇをアモキサンカプセル25ｍｇと間違えて処方したとのことだった。	よく似た薬剤名だったので間違えて処方されたと思われる。	患者からのヒアリングの強化や処方内容から推察される症状と受診理由につじつまが合うか、今後もきちんと確認を行って参りたいと思います。	アモキサンカプセル２５ｍｇ	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラー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	アレジオン点眼0.05％が一日2回で処方病院に確認したところアレジオンLX点眼0.1％と間違って処方入力されていたことが分かった。	アレジオンLX点眼が比較的新しいお薬だったため知識がなかった	同じ成分の薬剤でも用法が違うことがあるので名称をしっかり確認	アレジオン点眼液０．０５％	アレジオン点眼液０．０５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2196	施設の処方箋　一包化の患者。新規でガスロンN2ｍｇが3錠毎食後で処方となったが、服用量が適正ではないので、疑義紹介をしたところ、ガスコン40ｍｇの処方間違えとのことだった。	医師がガスロンN2ｍｇを定期的に処方していて、ガスコン40ｍｇは処方したことがなかったので、ガスコン40と書くところガスロンN2と書いてしまったと思われる。	処方に違和感があれば必ず疑義紹介することに。	ガスロンＮ錠２ｍｇ	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
2197	プロナック点眼液と共にジクロード点眼液が処方。同効能の薬で使用部位も同じだったため疑義照会を行い、ジクロード点眼液がジクアス点眼液に変更になった。	医薬品名の頭2文字が「ジク」だったため、入力時の選択間違いと思われる。	効能が同じ薬であることに気付けるように店舗内での学習をしっかり行っていくようにする。また、名称が似ている医薬品に関しては特に注意するように情報共有を徹底する。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2198	前回プラビックス錠２５ｍｇ2錠の処方だったが、今回病院を変更した際プラビックス錠７５ｍｇ1錠になっていた。患者さんは聞いていないので確認してほしいとのことで病院に疑義照会したが、カルテの記載が７５ｍｇ1錠になっているとの答えだった。患者さんに変更を伝えずに用量をかえるような薬ではないため医師に確認してほしいと再度疑義をしたところ医師の記載間違いと判明した。	処方医は同じだが、病院を変更していた。	前回と処方が違う場合は、必ず患者さんに変更を聞いているか確認するようにしている。今回はかかりつけの薬局であり、お薬手帳もきちんと記載されているため判明した。			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
2199	前回クレストール5ｍｇの処方のところ、一般名処方に変更になり、その際に処方箋の規格単位が2.5ｍｇになっていた。また患者に確認を怠ってしまったため、そのまま交付。後日患者側から連絡がありミスが発覚。疑義照会により処方変更となる。	慢心による監査、投薬による処方エラーの発見見逃しミス	規格単位の変更などにも細かく気を配り、キチンと患者にも中身を確認して投薬を行うよう指導			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
2200	デザレックス4錠分2食前と処方箋に記載あり、ディレグラとの誤りかもしくは用法用量の誤りかを確認した。	院内でのコミュニケーションミスもしくはカルテの記載ミスが考えられる。	用法用量からディレグラと間違っているのではと推測し疑義照会を行った。	デザレックス錠５ｍｇ	ディレグラ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2201	投薬時患者様より、足がつるので薬出して貰ったとの情報あり、処方せん大黄甘草湯であったが症状と一致しない薬だったので、確認の為、疑義照会する。	Drのパソコン入力時の間違いと思われる。	初めて出る薬については、患者様の症状と合っているか必ず確認している	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2202	患者様の奥様にお渡し痛風発作で、現在足が腫れて痛みがひどいとのことで来局、痛み止めと一緒にめまいの薬が処方されていた（ベタヒスチンメシル塩酸塩錠）為に確認した。そんな症状はないとおっしゃるので、処方元の医院に問い合わせしたところ、ベタメタゾンで入力しないといけないところをベタヒスチンメシルと入力ミスしたことが発覚。再度確認してもらい処方変更となった	よく入力ミスのある医院であるので、常に間違いがないか注意している。患者様の症状もよくききながら薬をお渡ししていかないといけないと痛感	処方箋の内容と患者様の症状を照らし合わせながら、処方内容を確認していく	ベタヒスチンメシル酸塩錠６ｍｇ「ＪＤ」	ベタメタゾン錠０．５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2203	帯状疱疹にて受診の患者、当初処方はゾビラックス200　3錠　毎食後1錠服用とされていたが、患者聞き取りにて疾患名が帯状疱疹と分かり、処方時の医薬品では単純疱疹にしか効かない用量であるため処方医に疑義紹介し、バルトレックス500　6錠　毎食後2錠服用に変更になる	単純疱疹の用量と、帯状疱疹の至適用量の間違い	常に、疾患と用量のチェックに心がける	ゾビラックス錠２００	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
2204	子宮収縮の目的に対してメチコバールが処方されていたため疑義照会し、メチルエルゴメトリン（０．１２５）に処方変更となった。	処方箋入力時、薬品名を３文字で検索していなかった	患者様からのＳ情報の聴取の聞き取り方法を工夫する	メチコバール錠５００μｇ	メチルエルゴメトリン錠０．１２５ｍｇ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2205	トリアムシノロンアセトニド軟膏0.1％５ｇが処方患者に塗布場所を確認すると口内炎ができているから、そこに塗るという話を聴取した医師が名前がわからないと言っていたという話も聴取トリアムシノロンアセトニド口腔用軟膏0.1％へ変更依頼	成分名で記載し、口腔用かを確認していなかったと思われる。名前がわからなかったため、口腔用ではない軟膏を処方した	必ず、症状など詳細を確認している。	トリアムシノロンアセトニド軟膏「トーコー」	オルテクサー口腔用軟膏０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2206	3歳4か月体重16.5ｋｇの女の子にジキリオンシロップが1回2ｍｌとやや少な目でした。体のかゆみが出ていてこの量だとかゆみのコントロールが不十分となる可能性がある。	ジキリオンシロップは比較的安全なお薬であり見逃されるケースが多い。定期的に体重・年齢を十分考慮していない可能性もある。子供の成長は早いので十分注意が必要である。	ジキリオンシロップは1本2ｍｌ、3ｍｌ、４ｍｌと3種類あり体重、年齢に合わない場合が多いので当薬局は年齢・体重を確認の上必要があると思われる場合は問い合わせをしている。			ジキリオンシロップ０．０２％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2207	定期薬に加えて、ツムラ当帰芍薬散が処方されていた患者さんに話を聞くと、足のつりがあると医師に相談したと言う。年齢からも当帰芍薬散ではないなと思い、医師に疑義照会したところ、ツムラ芍薬甘草湯の間違いであったことが分かった。	医院の入力ミスではなく、名前が似ているために医師がついミスをしてしまったと思われる。患者様の様子が聞けたり、コミュニケーションが取れていたからこそ分かったことであり、あまり話をしてくれない人や、家族や代理人が来局したらわからなかったと思う。	医師の処方について疑義照会をするのはためらうこともあるが、あれ？と思ったら聞いてみることだ。単純なミスも意外とある。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2208	アレジオン点眼液が１日２回で処方内容の記載があったが、添付文書上ではアレジオン点眼液の点眼回数は１日４回であり、処方内容に不備があると予想されたため照会をした。	－	今後も類似薬に関して添付文書の情報を薬局内で周知していく。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2209	整形外科より８５歳に対してトラマールＯＤ錠５０ｍｇ３錠分３で処方あり。初回で高齢者に対しての高用量での処方であったため、副作用発現リスクが高いと判断し疑義紹介実施。５０ｍｇ錠→２５ｍｇ錠３錠分３への変更となった。	他の鎮痛剤（リリカＯＤ錠２５ｍｇ・ロキソプロフェン錠６０ｍｇ）を使用していたところからの切り替えであったため、初回より高用量での処方としてしまったものと思われる。	特に高齢者は副作用発現時のリスクが高い。初回使用時は用量を確認し、必要に応じ疑義紹介を実施している。			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
2210	クラシエ薏苡仁湯エキス錠が処方されている患者様で、お母様に話を伺ったところ疣贅で受診されたとのこと。疑義照会により、適応が「関節痛・筋肉痛」の薬であり、ヨクイニン以外にも複数生薬が含まれていることを医師に説明。結果、ヨクイニンエキス錠「コタロー」へ変更となった。	名称が類似しているための間違いと考えられる。	患者様へのヒアリングの徹底。ツムラやクラシエの薏苡仁湯には疣贅の適応がないことを注意喚起するラベルを付ける。	クラシエよく苡仁湯エキス錠	ヨクイニンエキス錠「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2211	78才男性の処方であったが、フスタゾール錠小児用錠2.5mgの処方であったたため、疑義照会を行い、用量確認をおこなった。疑義照会後、フスタゾール糖衣錠10mgへ変更となった。	複数規格がある薬剤の認識がなかったと思われる。また、規格違いの注意喚起が不十分であったと思われる。	規格違いのある薬剤に関しては注意喚起を表記する			フスタゾール錠小児用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
2212	前回までゴミシが処方されていたが、今回ゴシツが処方されていたため、連絡。ゴミシに変更となる	漢字では、牛膝と五味子と全く異なるのだが、ゴミシとゴシツはカタカナではよく似ているための間違い。	薬局での調剤ミスを防ぐためには、漢方薬の場合、漢字を主とすると良いと思われる	ウチダのゴシツＭ	ウチダのゴミシ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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2213	9歳、体重31kgの患者にオゼックス錠150mg　1日６錠処方あり。オゼックス錠小児用60mgの間違いではないかと思い疑義照会。オゼックス錠小児用60mg　1日6錠へ変更となる。	電子カルテに入力する際、成人用と小児用の入力選択ミスと思われる。	小児患者においては、処方用量を常に体重換算で監査する。			オゼックス錠１５０	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2214	帯状疱疹で投薬の患者。痛み止めとしてロキソニン処方されたが、同時にムコダイン５００ｍｇの処方があり、患者に確認したところ上気道症状・咽頭周囲症状はないとのことでムコスタとの入力間違いを疑い疑義照会。ムコスタ１００ｍｇに変更となった。	コンピューターに薬剤を入寮する際の頭2文字が同じため選択時に誤ってしまったと考えられる	患者様への聞き取り、処方意図を考え調剤行うなどの取り組みを引き続き行う	ムコダイン錠５００ｍｇ	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
2215	パリエット錠10mgとスルピリド錠50mgが処方された患者様がいらっしゃった。投薬の際に「胃の調子が悪くて、以前服用したことがあるパリエットとムコスタを出すねといった感じでした。」と聞き取りが出来た、スルピリドも胃薬として用いるが念の為処方医に電話にて疑義をし確認を取ったところ、スルピリド錠50mgではなくレバミピド錠100mgの処方間違いであったことがわかり、変更となった。	どちらも一般名が”スルピリド”と”レバミピド”と似ている為処方医が誤って処方したのではないかと考えられる。	投薬の際に必ず患者、またはその家族から今の症状を確認し、医師からどんな説明をうけているか、聞き取りを行う。それにあった薬剤ではないと少しでも思った際は疑義照会を行い確認を取るようにする。	スルピリド錠１００ｍｇ「アメル」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2216	不眠を訴えゾルピデム塩酸塩錠10が処方されたが８１歳、初回投与のため５に減量提案したところベルソムラ錠１０を処方するつもりだったことが判明した	薬効とソ、ル、ムと音の組み合わせが似ているため医師が勘違いした	高齢者の投与量に規定がある場合疑義照会する	ゾルピデム酒石酸塩錠１０ｍｇ「ＥＥ」	ベルソムラ錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2217	総合病院にてカルシトリオールを処方されていたが、診療所に転院した際にエディロールに変更となった。おくすり手帳を参照に変更理由について患者に確認したところ、「同じものを出す」と言われたとのことで、診療所に疑義照会を行った。その結果、これまで通りカルシトリオールを処方するよう、指示を受けた。	診療所の担当医がエディロールとカルシトリオールを混同していたため、処方誤りがあったと考えられる。	・患者に処方変更について確認した・疑義照会にて両医薬品は成分が異なること、カルシトリオールのほうが経常から患者の飲みやすさが向上することを説明	エディロールカプセル０．５μｇ	カルシトリオールカプセル０．２５μｇ「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
2218	投薬者が右目は眼圧が高いわけではなく、白内障の術後で薬が出ているはずとの聴取あり。ドクターに問い合わせをしたところ、グラナテック点眼液→ブロナック点眼液に処方変更になった。	右目でも別の眼圧を下げる目薬が出ており、要員の一つと考えられる。また、名称も類似しているため、それも原因の一つであると思う。	処方箋の薬がすべて正しいものだと認識せず、患者さまから聴取できることにもしっかりと耳を傾け、疑問点があるなら、疑義照会を行う。	グラナテック点眼液０．４％	ブロナック点眼液０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2219	他院より紹介で該当内科初受診。以前よりテラムロＢＰ服用していたが、医師の処方はテラムロＡＰ。お薬手帳確認、患者様に確認し増量の話は聞いていないとのことだったので、疑義照会ごテラムロＢＰに変更。	医師による薬剤情報提供書の見間違いか単純に入力ミスの可能性	お薬手帳確認、手帳がない場合でも対応できるよう、服薬指導時薬剤の確認、薬剤量の増減確認など行っている。	テラムロ配合錠ＡＰ「ＪＧ」	テラムロ配合錠ＢＰ「ＪＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2220	処方せんは家族が持参。2年ぶりの利用。 お薬手帳には2019年1月まで記載されていた。 一般名処方のため、処方内容との突合せを行っていたところ、過去にはバイアスピリンが継続処方されており、痛み止めの定期処方はされていなかったこと、ＰＰＩが一緒に処方されていた点などから、バファリンA330mgとバファリンＡ81ｍｇの入力間違いを疑いＴＥＬにて確認。バファリンＡ８１ｍｇの誤りということで変更となった。	処方箋入力時に規格をきちんと確認していなかった。バファリン配合錠Ａが複数規格あることを把握していなかった。	お薬手帳の確認により、処方箋の誤りに気付くケースは少なからずあるため、手帳の確認とともに、お薬手帳に毎回きちんと記載をしてもらうようにアナウンスをする。	バファリン配合錠Ａ３３０	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
2221	眼科の処方を持って患者が来局。ミオピン点眼液が処方されていたが、薬歴とお薬手帳の記載から、前回はミドリンM点眼液が、同医から処方されていた。患者に確認したところ、薬剤変更については聞いていなかったため、Drに疑義照会。類似名称・類似薬効のための誤りとのことで、ミドリンM点眼液へ処方が変更された。	名称類似。薬効類似。	お薬手帳などの利用強化	ミオピン点眼液	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
2222	ツムラ苓桂朮甘湯を他院で処方して貰っており、かかりつけの医院で同薬の処方をお願いしたとの事だが、処方箋にはツムラ苓姜朮甘湯が記載されていた。疑義紹介にて記載違いが判明し、苓桂朮甘湯の調剤となった。	類似名薬品の確認漏れ。	類似薬情報の共有。お薬手帳確認の徹底。	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
2223	投薬後にフラッシュバック用に処方してもらったと伺い、いつもと組み合わせが違うので問い合わせたところ変更になる。	先生の入力ミスと思われる。	フラッシュバック時の漢方は適応外で使われるため周りに組み合わせを周知しておく。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2224	アンブロキソールOD４５ｍｇ錠１錠３０日分が処方されている患者に同処方箋内でムコソルバン１５ｍｇ　３錠　７日分の処方もされていた。	アンブロキソールOD４５錠　を３０日分処方しているのを忘れてしまっていたか、他の痰切り（ムコダイン）などを処方しようとして間違ってしまったのではないかと考えられた。	処方医に電話にて照会を行う。ムコソルバン１５とムコダイン５００を間違えて処方してしまっていたこと確認。ムコダイン５００３錠分３毎食後７日分に変更になる。	ムコソルバン錠	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
2225	緑内障に対してサンピロを処方するはずが、サンコバを処方	カルテ上での名称類似	疑義紹介にてサンコバではなくサンピロであることを確認	サンコバ点眼液０．０２％	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
2226	デベルザが初めて処方されたが糖尿の既往はなく、医師へ疑義照会しデザレックスの誤りであったことが発覚。	花粉症があり受診したがデベルザが処方された。糖尿の既往はなく、また当日は採血もなく、糖尿の薬を処方する旨の説明は医師からなかったとのこと。医師へ疑義照会をしたところ、デザレックスの誤りであったことが発覚。	投薬時に聞き取りをしっかり行う。	デベルザ錠２０ｍｇ	デザレックス錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2227	「一般名」テプレノンカプセル50ｍｇとレバミピド100ｍｇ「オーツカ」の同効薬が処方されていた為疑義照会を行った所セレコックス100mgに変更になった。	医師はセレコックス100mgを処方したつもりであったがセルベックス50mgを誤って処方。処方箋は一般名のテプレノンカプセルで出力された。	一般名、後発薬品名、同効薬の処方には注意し不明点は必ず疑義照会を行う	テプレノンカプセル50ｍｇ	セレコックス錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2228	「Rp.メプチン錠50μg1T 1日1回就寝前」だった。7歳体重22kgの為、疑義後医師の指示は「メプチンミニ錠25μg1T 1日1回就寝前」指示だった事が判明した。	医師が手書きカルテ記載後医療機関の事務員がレセコン転記している。医師の薬の書き方指示が不十分であること。医療機関事務員の知識不足による候補表示の選択ミスが考えられる。	レセコンで薬品コードを入れた時に注記喚起を入れる。薬棚に同一薬剤・規格違いなどのを分かりやすく表記する。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2229	デキサンVG軟膏（口内炎に塗布）　→デキサルチン口腔用軟膏0.1%　へ疑義照会により処方変更となった	3文字目まで同じなので、薬品名の類似	処方薬に対し、用法に疑問をもって疑義照会した	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
2230	アスベリン酸10%が年齢・体重から考えると1日0.15ｇ程度が妥当のところ、0.5ｇ処方されていた。病院に問い合わせたところ他院からの転院で、そちらではアスベリンDS2%使用でその用量そのままで、採用薬による%の違いを見落としていたことが判明した	剤形で規格の異なる薬品に対する周知の不足。（本来メーカー側がそういうミス要因のある品目の流通をなくすべきだと思うが…）	用量は毎回必ず計算すること。規格違いのある薬品を周知し特に注意を払うこと			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
2231	当該処方箋受付後、通常通り業務マニュアルに沿って調剤を行い投薬に回された。患者本人ではなく、代理の男性への投薬であったが患者の主訴は関節痛であることを投薬薬剤師が聴取した。処方箋に記載のあった桂枝加芍薬湯の適応は腹部膨満感を伴う腹痛であり主訴と異なること、桂枝から始まるツムラの漢方製剤にはいくつも種類があることから違和感を覚え、その場で疑義照会を行った。その結果、関節痛、神経痛に適応のある桂枝加朮附湯へと変更となった。	ツムラの漢方製剤は類似した製剤が数多く存在することからオーダリングシステムでもミスが出やすいと思われる。	漢方製剤の鑑査においては、漢字、適応症を必ず確認している。	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2232	ヒューマログミックス50注ミリオペンが初めて処方されたのだが、使用単位数の記載がなく疑義照会した。返事は朝4-昼3-夕3単位との事であった。通常は1日2回で使用する薬剤である事と、家族来局時に確認した所、今回他病院からの紹介で処方して貰ったのだが、使用してる物と違うような気がするとの話であった為、再度疑義照会した所、ヒューマログ注ミリオペンに変更となった。	紹介状から処方箋に入力する際にオーダリングミスがあったと思われる。	インスリンの取り違えは重大な健康被害を起こす可能性があるので、使用回数等は適切か？処方の複数回チェック等の確認の徹底。	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
2233	今回から病院が変更になり、患者様は薬剤情報を持ち受診した。今までは酸化マグネシウム細粒83%だったが、通常の酸化マグネシウムが処方された。	病院が変わった時は処方内容に注意。類似名、容量、濃度は特に。	確実な薬歴とのチェック。	重質酸化マグネシウム「ニッコー」	酸化マグネシウム細粒８３％「ケンエー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2234	タプコム点眼を前回より使用していたが、タプロス点眼に処方内容が変更になっていた。患者様より聞き取りを行った結果、医師の処方ミスであることがわかり疑義照会をおこなった。タプロス点眼からタプコム点眼に変更になった。	薬剤の類似名により、処方医の入力ミスであると考えられる。	処方箋受付時に手帳と処方内容の確認をしっかりと行う。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2235	前回までプレドニゾロン２．５mg錠　2錠分２朝夕食後の処方であったが、今回から1錠分２朝夕食後へと減量になっていた。半量にして減量としては問題ないと思われたが、患者様本人に投与量について確認取ったところ1回1錠に減らして体調に応じて夜も服用と聞いていたとの事。量的には問題ないと思われたが念の為疑義にて確認。結果1錠分2ではなく1錠分１であった事が判明した。	用法の設定が前回までのままであった事に気づけなかった	1日用量として問題無いように思えても必ず患者様と指示された用量と間違いないか確認を取る			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
2236	いつもの定期処方に加え、今回ベタヒスチンメシル酸塩錠６ｍｇ、ツムラ小半夏加茯苓湯エキス顆粒の処方あり。患者さんから聞き取りをしたところ、めまいはあるが、吐き気や嘔吐はないとのこと。処方医にツムラ小半夏加茯苓湯エキス顆粒の処方について疑義照会したところ、ツムラ小半夏加茯苓湯エキス顆粒ではなく、ツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒の間違いとのこと。ツムラ小半夏加茯苓湯エキス顆粒は削除、ツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒へ変更となった。	両剤に「半夏」という名称が入っていたため、処方を書き間違えたと思われる。	普段から、漢方薬をよく処方する医師のため、当初はめまいによる吐き気の処方だろうと思っていた。患者さんへの聞き取りが大切だと改めて感じた。今後も、患者さんへの症状の聞き取りを続ける。	ツムラ小半夏加茯苓湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2237	ニザチジンの用法が本来分２のところ分３になっていて疑義照会中に手帳確認したところ他施設でチザニジン処方あり本人に確認したところチザニジン希望していたこと確認。チザニジン１ｍｇに変更。	一般名酷似していたための記載ミス。用法もしっかり把握する必要あり。	各薬剤の用法と規格を把握しておく必要あり、また患者とのコミュニケーションも重要。	ニザチジンカプセル１５０ｍｇ「ＯＨＡＲＡ」	チザニジン錠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
2238	平素より当薬局を利用されている患者様。５月１２日より病院を変わられた。Ｄｒからは前の病院と同じ薬を出すとの説明があった。	クラリスドライシロップとクラリチンドライシロップの名称類似薬品であったため、病院での処方入力時間違いが起こった。	薬剤服用歴の確認。病歴からの適正な薬剤がでているかの確認。	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
	クラリスドライシロップが処方されていたが、以前はクラリチンドライシロップを服用されていた。Ｄｒに疑義照会し、クラリチンドライシロップの間違いであったことがわかり、処方変更となった。						
2239	鼻汁、嗅覚異常症状で耳鼻科受診。急性副鼻腔炎と診断された。現在の症状では今回が初回。一般名「クラリスロマイシン錠200mg」1錠、一般名「モンテルカスト錠10mg」1錠、分1、夕食後14日分が処方された。前回3月に花粉症で受診した際の処方内容は一般名「ロラタジン10mg」1錠、一般名「モンテルカスト錠10mg」1錠、分1夕食後、14日分であった。	ロラタジンの先発品はクラリチン、クラリスロマイシンの先発品はクラリスである。当該耳鼻科では、先発品名が記載された手書きのカルテから処方箋に入力を行うのは事務員であるとのこと。「クラ」と入れると、一般名「クラリスロマイシン」や一般名「ロラタジン」などの候補が表示されるように設定されており、その画面で選択ミスがあったと推測される。	当該耳鼻科の処方箋は日頃から応需しており、患者さんも平素からの利用があったため、今回の処方入力ミスに気付くことができた。引き続き、処方監査、服薬管理を徹底する。	クラリスロマイシン錠２００ｍｇ「トーワ」	ロラタジン錠１０ｍｇ「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	当該耳鼻科からクラリスロマイシンを初回から用量（1日200mg2錠、分2）の半量である1錠、分1の処方を扱ったことがないため、処方内容の確認の疑義照会を行った。電話応答は事務の方。結果、処方入力ミスで、クラリスロマイシンではなくロラタジンであったことが判明。変更となった。						

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2240	成人であるのに、小児に出されるような薬が記載されていた。	一般名で処方されるため、先生のカルテに記載された薬品と成分量の選び間違いが起きることがある。	この薬については、規格をしっかりと確認することにしている。	メプチンミニ錠２５μｇ	プロカテロール塩酸塩錠５０μｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2241	定期薬として処方されているアトルバスタチン錠の規格が５ｍｇから１０ｍｇへ増量となっていた。採血の有無など患者様に確認をしたところ、Ⅾrからは処方変更の説明はなかったとの事で、疑義照会。医療機関側の入力ミスとわかり、定期処方の５ｍｇへ処方変更となった。	医療機関側の入力ミス。	処方変更時には、必ず患者様に採血の有無など変更理由を確認するようにしている。			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
2242	処方箋にはガスコン錠４０ｍｇｒと記載されていたが、お渡し時に患者様の話・病状よりガスターＤ錠２０ｍｇではないかとの疑問により疑義照会し、変更になった。	マスクをして会話をされてることにより、聞き取りが充分にできなかったのかもしれない。	患者様からの聞き取りを充分することで、処方内容との適合性を判断している。	ガスコン錠４０ｍｇ	ガスターＤ錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2243	3年前にアレジオン点眼液０.０５％を１日３回点眼していたが、今回、アレジオン点眼液０.０５％　１日２回点眼の指示があった。アレジオンLX点眼液０.１％との剤形間違いの可能性が考えられたため、処方元に確認。アレジオンLX点眼液０.１％　１日２回点眼の誤りだった。	医療機関側の要因のため原因は不明だが、処方内容の確認不足ではないかと考えられる。	医療機関側の改善策についてはコメントできないが、薬局として今回のように処方内容についてしっかり確認していく。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2244	もともとルネスタ3ｍｇを服用されていた。症状に合わせて3回ほどエスタゾラムに変更してみたが、翌日持ち越しのSEため、ルネスタに戻すことになったとのことだったが、処方箋は「ルネスタ1ｍｇ」になっていたため、処方医に確認。→ルネスタ1ｍｇ→3ｍｇ錠に変更になった。	一度、同効薬の他薬品からの薬品変更ということで、少量処方を選択されたか、単純に1ｍｇと3ｍｇの入力ミスが考えられる。	患者様の仰られる内容と過去の薬歴をよく照らし合わせて監査をするよう心がける。			ルネスタ錠１ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2245	かかりつけの皮膚科が閉院となり皮膚科標榜の病院へ受診。これまでの継続の薬が良いと医師へ患者が口頭及びお薬手帳にて伝達。電子カルテへの入力ミスが考えられる。患者提示お薬手帳記載「デルモゾールＧ軟膏」病院処方「デルモベート軟膏」投薬時に手帳及び本人への投薬箇所確認により記載ミスが発覚	病院電子カルテの機能不全	備蓄ステロイド外用剤は強度スケールにのっとって配置する。デルモゾ－ルシリーズは特に配合も含めると多種にわたるので分ける。類似医薬品名は注意マークシールを貼る	デルモベート軟膏０．０５％	デルモゾールＧ軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2246	今回処方薬：チアプリド錠５０ｍｇ、コスパノン錠８０ｍｇ他処方鑑査時、処方内容からチアプリド錠→チアトンカプセルの誤入力が疑われた。患者に話を伺い、腹部エコーで胆石の指摘を受けたことから、上記内容で医療機関へ疑義照会を行った。チアプリド錠→チアトンカプセル１０ｍｇに変更となった。	名称類似薬のため処方入力時に誤入力をした。	処方内容からの処方鑑査を正確に行う。処方入力時に、頭文字３文字以上で入力して頂くよう提案した。	チアプリド錠２５ｍｇ「サワイ」	チアトンカプセル１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2247	2020年5月12日（火）19時半頃、皮膚科の処方箋を持参し来局された。前回とほぼ同じ内容の処方で、変更点はケラチナミンコーワクリーム追加、パンデルローション削除であった。 患者にパンデルローションの使用状況・残薬を確認したところ、ほとんど無く、欲しいとのことだったので疑義照会した。医院に問い合わせたところ、パンデルローションは追加になり、元々処方されていたパスタロンローションを削除するよう指示があった。	パスタロンローションからケラチナミンに変更するところを、パンデルローションを削除したと思われる。	変更になったり中止になった薬剤については、残薬や使用状況をしっかり確認する。	パスタロンローション１０％	パンデルローション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
2248	以前他病院皮膚科にて背中のかゆみでパンデルクリーム処方。今回その時と同じ薬を処方してもらったと家族の方。処方箋にはパンデル軟膏と書かれていたため家族から本人にＴＥＬ確認。クリームが良いことの。疑義照会し変更となる。	本人によると軟膏だとベトベトして嫌らしく不快な思いをして使い続けた。	家族だったが以前渡したクリームの写真を持っていたので確認した。	パンデル軟膏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
2249	アレンドロン酸35ｍｇ錠の処方に4週に1回　起床時服用指示があり、疑義照会。他の薬と間違えか、用法指示が間違っている可能性あり。	アレンドロンには4週の製剤がないことと用法指示の間違えによる問い合わせ。	特殊な処方の可能性もあり、患者にDrより通常通りではない処方を出す等説明があったか確認後に問い合わせ。リセドロンとアレンドロンの間違えか用法指示の間違えかの判断が必要なため念のためカルテチェックをお願いしました。	アレンドロン酸錠３５ｍｇ「ＤＫ」	ベネット錠７５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2250	「般」ランソプラゾール口腔内崩壊錠　１５ｍｇ　１錠　「般」ロスバスタチン2.5　１錠　「般」ロサルタンＫ５０　１錠　「般」ニフェジピン徐放錠２０ｍｇ（１２時間持続）１錠　「般」ニフェジピン徐放錠１０ｍｇ（２４時間持続）　１錠　カルベジロール2.5　1錠　朝食後　９９日分プレタールOD錠１００ｍｇ　2錠　朝夕食後　99日分　一包化の処方だった　ニフェジピン徐放錠12時間持続　24時間持続が混ざっていたので問い合わせ→ 「般」ニフェジピン徐放錠２０ｍｇ（１２時間持続）ニフェジピン徐放錠２０ｍｇ　２４時間持続に変更になった	前回は　「般」ニフェジピン徐放錠４０ｍｇ（２４時間持続）１錠からの処方変更だった処方医師が「般」ニフェジピン徐放錠　のあとの１２時間持続か２４時間持続かの確認が不十分だったためと思われる	処方変更があった場合は　特に念入りに単位　一般名の場合は記載されたお薬の最後まで規格をきちんと見てから調剤する			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
2251	風邪症状（＋）クラビット錠250ｍｇ　2錠　分2　５日分の処方。用法が添付文書と異なるため疑義照会→ クラリシッド錠200ｍｇ　２錠　分２　５日分に処方変更。	名称が類似しているため、入力時に誤って選択したと思われる	用法用量確認の徹底一般名処方の推奨	クラビット錠２５０ｍｇ	クラリシッド錠２００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2252	患者は、常用薬に加えセレクトール錠１00mgとボルタレンゲル１％２５ｇを追加処方された。しかし、この患者はすでにプレミノント配合錠ＨＤとカルブロック錠１６ｍｇを処方されており、血圧は安定していて追加で降圧薬のセレクトール錠１００ｍｇが必要とは思えなかったこと、患者によると足の痛みで痛み止めを希望したとのことだったため、疑義紹介をかけたところセレクトール錠100mgはセレコックス錠１００ｍｇの間違いであり、セレコックス錠１００ｍｇに変更となった。 変更前）プラビックス錠７５ｍｇ　1錠、【般】ファモチジン口内崩壊錠２０ｍｇ　1錠、プレミネント配合錠ＨＤ　1錠　1日1回　朝食後　２１日分、フェブリク錠４０ｍｇ　1錠、カルブロック錠１６ｍｇ　1錠　1日1回　夕食後　21日分、エクメット配合錠ＨＤ　2錠　1日2回　朝・夕食後　21日分、カナグル錠１００ｍｇ　1錠　1日1回　朝食後　21日分（以上、常用薬）、アレグラ６０ｍｇ　2錠　1日2回　朝・夕食後　21日分、ナゾネックス点鼻薬５０μｇ５６噴霧用５ｍｇ１０ｇ　1瓶　1日1回　点鼻、パタノール点眼液０．１％　５ｍｌ　1日2回　両目に点眼、セレクトール錠１００ｍｇ　2錠　1日2回　朝・夕食後　21日分、ボルタレンゲル１％　２５ｇ　1日2回　体に塗布　→　変更後）プラビックス錠７５ｍｇ　1錠、【般】ファモチジン口内崩壊錠２０ｍｇ　1錠、プレミネント配合錠ＨＤ　1錠　1日1回　朝食後　２１日分、フェブリク錠４０ｍｇ　1錠、カルブロック錠１６ｍｇ　1錠　1日1回　夕食後　21日分、エクメット配合錠ＨＤ　2錠　1日2回　朝・夕食後　21日分、カナグル錠１００ｍｇ　1錠　1日1回　朝食後　21日分、アレグラ６０ｍｇ　2錠　1日2回　朝・夕食後　21日分、ナゾネックス点鼻薬５０μｇ５６噴霧用５ｍｇ１０ｇ　1瓶　1日1回　点鼻、パタノール点眼液０．１％　５ｍｌ　1日2回　両目に点眼、セレコックス錠１００ｍｇ　2錠　1日2回　朝・夕食後　21日分、ボルタレンゲル１％　２５ｇ　1日2回　体に塗布	セレコックス錠１００ｍｇとセレクトール錠１００ｍｇは名称が良く似通っているため、電子カルテの入力方法は不明だが、数文字入れて出てきた候補薬リストから選択ミスをした可能性がある。	普段はセレクトールを使わずメインテートを処方する医師なので特に違和感を強く感じたが、処方薬に違和感を感じたらそれが間違いであったとしても必ず疑義紹介で確かめる。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2253	従来受診していた病院から紹介受診されたケース。お薬手帳を確認したところ以前の病院では（般）アロチノロール10mg1錠分1で処方されていたが、今回（般）アテノロール50mg2錠分1で処方されていた。アテノロールは最大容量であり、腎排泄薬でもある。Laboなどはなかったが、基本情報として高齢者の女性であることを踏まえ、過量投与になる危険性を指摘。減量またはカルベジロールなどへの変更について提案したが、（般）アロチノロール10mg1錠へ変更となった。	手帳に記載されていたアロチノロールの薬剤名や規格用量の文字が小さかったため、使い慣れていたアテノロールと見間違え、アテノロール100mgと認識した恐れがある。	いきなり最高用量を使用するケースは稀であり、特に高齢者の場合は注意を有する。今回のケースではアテノロールは腎排泄薬であり急激に心負荷をかける恐れがあるという認識があったため、疑義照会に至った。薬剤特性を理解しておくことは大切である。	アテノロール錠５０ｍｇ「サワイ」	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
2254	ビタメジン配合散１日3回3ｇが処方にて過量投与ではないかと疑義照会しを行いビタメジン配合カプセル25ｍｇ１日3回3カプセルに処方内容を変更した。	ビタメジン配合散は通常0.75-1ｇ/日が通常量にて一回量と一日量を間違えないよう注意する。	いろいろな規格のある薬剤はそれぞれの成分量に注意して調剤する。			ビタメジン配合散	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
2255	ホーリン錠1mg1錠寝る前の処方が開始になった。患者に服薬指導したところ内服ではなく、膣錠が処方されるはずだとの事。疑義照会してホーリンV膣錠に変更となる。	同じ名称なので入力時選択ミスをしたか。	服薬指導で処方間違いが発覚できた事例。	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
2256	ペンニードル処方が処方箋1枚枚目と２枚目に記載あった。ペンニードルではなく、前回はペンニードルプラス３２G処方であった。	１枚目、２枚目に同じ処方があったが、見落としそうになった。ペンニードルとペンニードルプラス３２Gも似ている。	不明なことがあれば、ためらわずに疑義するようにする			ランタスＸＲ注ソロスター	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2257	体重４０キロ・１２歳の患者にクラリスロマイシン錠200ｍｇ　８錠　分２　朝夕食後　で処方されていた。５０ｍｇの間違いだった。	処方の入力ミス。	小児については、特に体重の確認もする。	クラリスロマイシン錠２００「ＭＥＥＫ」	クラリスロマイシン錠小児用５０ｍｇ「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2258	本日整形外科を痛みで受診した患者が来局。バイアスピリン100ｍｇ疼痛時１錠服用で処方された。痛み止めの適応が無いため疑義照会で確認。バファリンＡ配合錠330に変更になった。	医師が医薬品を検索するときに一般名で探したため、アスピリン100ｍｇとアスピリン330mg，ダイアルミネート150mgの選択を誤ったと判明。	適応が異なるため、違和感を持ち、疑義紹介につなげることによって処方誤りを防ぐことが出来た。	バイアスピリン錠１００ｍｇ	バファリン配合錠Ａ３３０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2259	当該患者には以前よりクエチアピン錠25mg「アメル」が処方されていたが、今回はクアゼパム錠15mg「MNP」が処方されていた。患者に聞き取りを行った結果、医師から薬の内容が変更になる旨の説明はなかったとのことであった。そのため医師に疑義照会を行った結果、誤記載であることが発覚し、クアゼパム錠15mg「MNP」はクエチアピン錠25mg「アメル」に訂正となった。	処方医の処方箋記載ミスが考えられる。	事前に薬歴を精査した上で、患者への聞き取りを徹底する。	クアゼパム錠１５ｍｇ「ＭＮＰ」	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
2260	処方薬の変更があったが、名前が類似している薬への変更であった為疑義照会した。処方薬の間違いであったことが判明し、前回の処方と同じ薬に変更となった。スルピリド１００ｍｇからスルトプリド塩酸塩１００ｍｇに変更された。	薬の名前が似ている事と同日受診の姉妹にも同じ薬が処方されていた為思い込みによる入力間違いもあったと思われる。	名前効能が類似する薬を複数調剤するときは、処方患者の情報も確認し調剤監査を行う。間違いやすい薬については、処方患者名等の情報も併せて薬品棚に掲示し注意を促す。	スルピリド錠１００ｍｇ「サワイ」	スルトプリド塩酸塩錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2261	２歳児にメプチンエアー１０µ１日８吸入が処方されていた。疑義照会にて５µのキッドエアーに変更となった。	小児にも１０µが処方されるが、回数の指示で発覚した。１０µ→４吸入５µ→８吸入まで。おそらく病院のレセコン入力ミスと考えられる。	吸入回数の周知と疑義照会の事例共有を行った。			メプチンエアー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
2262	ディレグラ配合錠が2錠　2×起床時・寝る前で処方。用量が通常より少なかったため疑義照会。ディレグラではなく、アレグラの間違いだったとのこと。高齢で低体重のため、減量して処方されている可能性もあったが、確認のため疑義照会したことにより、薬剤の間違いを発見することが出来た。	名前、効能が似ているため処方せんを入力するときに間違えたと思われる。	用法・用量が添付文書と異なり処方箋に理由の記載がない場合は、必ず疑義照会をする。	ディレグラ配合錠	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
2263	いつもフェキソフェナジンの一般名処方だが、今回エピナスチンの一般名処方になっていた。用法容量がフェキソフェナジンと同じだったので、疑義照会したらフェキソフェナジンが正しかったので変更した。	先発医薬品を印刷時に一般名処方箋に変換するレセコンを使っていて、アレグラと入力するところを、誤ってアレジオンと入力したため発生したと推測される。	前回処方、用法用量の随時確認。	アレジオンドライシロップ１％	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
2264	ラコールＮＦ配合経腸用液のところラコールＮＦ配合経腸用半固形剤で処方	薬品名称の類似による入力間違え	服薬指導時に処方薬でいいか確認する。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2265	ランタス注ソロスター　１キット１８単位　の処方。これまでランタス注XR注を使用されていることを薬歴で確認、他薬剤は２９日分の投与日数であり患者さんに残薬も多くは持っていないこと、変更について説明されていないことを確認したことから薬剤名の入力ミスを疑い疑義照会した。結果、今まで通りランタス注XRに変更された。	医師の処方入力時、類似薬品の名称を選択ミスされた可能性がある。	これまでの薬歴から薬剤の使用量と残薬確認、患者とのコミュニケーションにより適正薬剤の判断を心がけている。	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
2266	インスリングラルギンBS注カートの処方であったが薬歴より通常これまで使用していたのはインスリングラルギンBSミリオペンであり患者様へ今回から変更の説明を受けていないことを確認したことから疑義照会した。結果、ミリオペンに変更された。	処方時、類似薬の名称を選択ミスした可能性がある。	類似薬の名称がある薬剤について注意し薬歴を確認し適正薬剤であるか判断している。	インスリン　グラルギンＢＳ注カート「リリー」	インスリン　グラルギンＢＳ注ミリオペン「リリー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2267	アレジオンＬＸ点眼が、1日4回点眼となっていたが、アレジオン点眼は1日4回点眼だが、アレジオンＬＸ点眼は1日2回点眼のため、疑義照会した結果、1日2回点眼となる。	当初は、アレジオン点眼が採用していたが、持続性のあるアレジオンＬＸ点眼を採用したが、用法をアレジオン点眼のまま、インプットしたためと思われる。	同じ名前で、複数出ている医薬品は、用法をよく確認して調剤するようにしている。			アレジオンＬＸ点眼液０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2268	アンブロキソール塩酸塩徐放ＯＤ錠４５ｍｇ「サワイ」3錠/14日分。の処方箋がきた。アンブロキソール塩酸塩徐放ＯＤ錠４５ｍｇ「サワイ」は一日一回1錠の薬です。	アンブロキソール塩酸塩15ｍｇ「サワイ」3錠。と見間違わない。	パット見て思い込まず、処方箋をしっかり読み取ることが大切である。と考えます。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2269	一般名　ベスタチンカプセル３０ｍｇ、分３の処方で、抗がん剤は初処方だったため疑問に思い、他に多数処方がある中で、アデホスコーワ顆粒やトラベルミン配合錠の処方があったことから、ベタヒスチンの間違いではと疑い、薬歴を参照したり患者さん来局の際に聴衆した結果から疑義照会をした。結果、ベタヒスチンメシル酸塩錠６ｍｇ、分３の処方に変更になった。	医療機関側と患者さんとのコミュニケーションが不足していたことや医薬品の名称類似によること、処方内容の確認不足等が考えられる。	名称類似の医薬品は多数あり、疑わしい処方内容はその都度、薬歴やお薬手帳、患者さんとのコミュニケーションを判断材料とし、疑義照会を徹底する。	ベスタチンカプセル３０ｍｇ	ベタヒスチンメシル酸塩錠６ｍｇ「ＪＤ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2270	眼科の患者様にゾビラックス軟膏5%が処方。目の中に塗るため、眼軟膏の疑いあり。疑義照会の結果、ゾビラックス眼軟膏3%に変更となった。	医師が薬剤検索の際に、ゾビラックスで検索し、そのまま眼軟膏ではなく、軟膏であることを見落として入力してしまった可能性あり。	今後も同様の処方ミスの恐れがあるため、職員には周知徹底および、薬の棚に注意喚起のラベルを貼っている。	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
2271	ベタナミン錠25ｍｇ処方されたが、患者さんに症状を確認したら、泌尿器薬だと推測され、疑義照会→ベタニス錠25ｍｇとなる。	似た薬品名に注意	症状より、薬効群を考えて調剤する	ベタナミン錠２５ｍｇ	ベタニス錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2272	今回追加薬でバファリン配合錠A３３０ｍｇが処方された。この方は痛みもあって以前に処方されていたが今は痛みは改善しているとの事。今日の先生の話は、頭部CTの結果で脳梗塞の状態の説明だったとの事で、バファリンは330mgではなくて81ｍｇではないかと推測しｍｇた。疑義紹介してやはりバファリン配合錠A81ｍｇに変更になった。	患者様との話しで、今回は痛みではなく頭部CT結果の説明で脳梗塞の事だったとの事でバファリンのミリ数の誤りの可能性と推測しました。	患者様との話しを良く聞いて、処方薬が適正な薬かの確認をしています。	バファリン配合錠Ａ３３０	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
2273	スポットで来店され　オイラックスクリームを継続したいとお願いしたが　オイラックスHクリームを処方されていた。手帳で確認したところオイラックスクリームであったので　疑義照会し変更をお願いしました。	該当患者の前後で疥癬患者が多く薬品名を勘違いされたと思われます。	患者さんとの問診を十分に行う。また　患者さんにお薬手帳の大切さを啓蒙する。	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
2274	６歳男性にモンテルカスト細粒４ｍｇ「ＤＳＥＰ」が処方されており、用量が少ないと気付いたためチュアブル錠ではないかと処方医に提案。モンテルカストチュアブル錠５ｍｇへと変更になった。	年齢が上がってから久しぶりの来局だったためと考えられる。	小児における久しぶりの来局患者では年齢及び処方薬の用法をよく確認するようにしている。			モンテルカスト細粒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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2275	1歳9ヵ月の小児にファモチジン散10%が0.5gで処方されていた。体重も11.5Kgで1日量50mgは多すぎると判断し、処方医へ疑義紹介した。結果、2%を10%と間違って処方されたことが判明。2% 0.5gへ変更となった。	以前、別な病院からファモチジン散を処方されていたということで、この小児科では、ファモチジン散は採用されていない薬剤であった。薬剤選択時に間違われたと思われる。	常に、年齢、体重から、処方量が適正かチェックしている。今回もチェックの結果、健康被害を防ぐことができた。			ファモチジン散１０％「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2276	患者が脳神経外科の処方箋を持って来局した。ロキソプロフェン（60）、レバミピド（100）、エチゾラム（0.5）　頓用（頭痛時）の処方であった。今回の処方医から処方箋を頻繁に受け付けるが、珍しい処方であったため疑問に思い、問い合わせを行なった。それにより、エペリゾン（50）の処方間違いであることがわかり変更となった。	類似名であったため、処方医が処方薬の選択を誤ったと考えられる。	普段見かけない処方であり疑問を抱いた場合、患者へ聞き取りを行った後、医療機関に処方意図の確認も含め、疑義照会を行う。	エチゾラム錠０．５ｍｇ「トーワ」	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
2277	処方箋にはツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯、小太郎漢方の炮附子末、ブシ末（調剤用）ツムラ、以上3種混合の指示があった。炮附子末、ブシ末と薬効は違うものの構成生薬が同じであるため疑義照会をしたところブシ末「調剤用）ツムラが処方削除となった。	ブシ末から炮附子末に変更にする際、ブシ末の処方を削除しそこねたものと思われる。	今まで通り、少しでも疑問に感じたときは疑義照会をする。			ブシ末（調剤用」ツムラ	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
2278	めまいの症状の有無を確認。ないことから入力ミスを想定し疑義照会。トラベルミンではなくトランサミンの間違いとわかった。	多忙な時は入力後に確認されないことがある。	患者さんからの聞き取りをしっかりして、処方内容に疑義があれば問い合わせをする。	トラベルミン配合錠	トランサミン錠２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2279	めまいを訴える患者の処方半夏瀉心湯が処方されていた。めまいに対する効果はなく処方ミスを疑い疑義照会した。	処方オーダーシステムで薬品の頭文字を入れた時に出てきた違う薬品を決定してしまったと考えられる	患者からの話をよく聞き処方が適正かどうかの判断をしっかり行う。	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2280	皮膚科よりファロム(200)6錠 分3 毎食後 7日分処方あり患者の年齢(74歳)と常用量の倍量であることから用量について疑義照会医師はファムビル(250)を処方したつもりであったことが判明した(疑義照会時は患者不在、投薬時に帯状疱疹で受診したことがわかった)	薬品名が類似していることから医師が入力の際に選び間違えたものと思われる	用法用量に疑問を感じた場合は患者の症状を聞き取り、疑義照会を行っている	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
2281	17時過ぎ患者が処方箋をもって来局。少し遠めの病院から定時でもらっている薬をコロナの関係で近くの病院で出してもらった。以前からノイロトロピン錠を服用しているが処方箋にはノイロビタン配合錠と記載。患者に確認するも薬が変わるなどの話はなかった。病院が閉院しているため患者には一度帰っていただき翌日疑義照会。ノイロトロピン錠に変更となったため調剤、患者に連絡して来局後投薬を行った。	医療現場では頭文字3文字以上を入力して薬剤を選ぶように設定されていたり言われているが、今回の内容はそれでは防げない可能性のあるインシデントであった。また今回の病院が整形外科だったため普段使用しているノイロビタンとノイロトロピンを見間違えた可能性あり。	処方箋預かり時に変更内容などの確認を行いその場でチェックできるようにしている。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2282	パスタロンソフト軟膏10%25ｇで処方であったが、20ｇ/本の製品であるため処方に間違いがなかったか確認したところ、パスタロンクリーム20%25ｇの処方の間違いであったことが発覚し変更となった。	処方入力時の変換間違いのためと考えられる。	引き続き適正処方になるように、疑わしい点があった際には疑義照会を行う。	パスタロンソフト軟膏２０％	パスタロンクリーム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
2283	処方箋に　般）サラゾスルファピリジン腸溶錠500ｍｇ　8錠　4X毎食後　就寝前　28日分と記載あり。患者様消化器内科で潰瘍性大腸炎にて、リアルダからの変更であった。般）サラゾスルファピリジン腸溶錠500ｍｇは関節リウマチの適応であり、用量も異なる。	一般名処方の類似により、Drのパソコン画面での処方選び間違いが原因と考える。	薬の処方内容、疾患名、適応、用量などよく見ること。	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
	般）　サラゾスルファピリジン錠500ｍｇの選び間違いではないかと疑義照会し般）サラゾスルファピリジン錠　500ｍｇ　に訂正となった。						
2284	アモキシシリンカプセルとビオフェルミン処方アモキシシリンにはビオフェルミンＲが適応となるため疑義照会を行った結果、ビオフェルミンＲへ変更となった。	以前は、抗生剤の併用はなく単独でビオフェルミンが処方されていたため、そのまま今回もビオフェルミンで処方が記載されていたと思われる。	抗生剤とビオフェルミンが処方されているときは疑義照会を行う	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2285	前回処方時に効果不十分のためナフトピジル75mg錠で開始の方、今回は状態安定で経過良好のため継続処方との事。が、今回処方せんでは50mg錠へ減量となっていたため、効果の改善診られたための減量か推察された。だが、患者様本人へ訪ねると調子が良いので日数だけ伸ばしてもらったとの訴えであったため疑義にて確認取った。結果入力誤りのため前回の用量と同じ75mg錠へ戻った。	経過が良好の方のため、医院側でも減量を検討していたと推察されるが、安定した状態維持を優先で維持量のまま保ちたかったか。若しくは日数変更する際に誤って用量の設定もを変えてしまい修正し間違えてしまったか	処方せんの内容と患者様の訴えとの整合性が取れない場合、もしかして患者様の勘違いでは捉えてしまいがちな内容であっても入念に確認を怠らない			ナフトピジルＯＤ錠７５ｍｇ「ＥＥ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2286	他院にて、ボンビバ静注の記載あり、ボンビバ錠の処方あり、PTが、Drには、報告していないと回答あったため、疑義照会実施Drより、ボンビバ錠の、中止の回答あり	DRへは、患者が、言わないことが多いお薬手帳のチェックが、重要	持参のお薬手帳を、必ずチェックする様に心がけている			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
2287	HbA1c高値の為、ジャディアンス錠10mg追加。カナグル錠100mgとジャディアンス錠、SGLT2阻害剤が2種重複の為、疑義照会。処方はSGLT2阻害剤ジャディアンス錠10mgではなく、DPP4阻害剤ジャヌビア錠だったことが判明。ジャヌビア錠50mgに変更し投薬。	どちらも糖尿病薬でジャからはじまる為、誤って処方。	薬効が重なっていなければ気づくことができなかった可能性あり。糖尿病薬における分類の把握。	ジャディアンス錠１０ｍｇ	ジャヌビア錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2288	耳鼻科でタリオン錠10ｍｇ使用の患者様が、どうしてもコロナで耳鼻科にいけず、婦人科で鼻炎も受診処方箋では一般名でベポタスチンベシル酸塩口腔内崩壊錠5ｍｇが処方されていたが、お薬手帳と薬歴の併用薬欄にはタリオン10が記入してあったので、病院へ疑義照会　10ｍｇへ変更へ	病院で、一般名でベポタスチンベシル酸塩口腔内崩壊錠10ｍｇを入力時5ｍｇを選んでしまった。	薬剤師が、入力監査を行い、必ず併用薬も確認することとした。			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
2289	リウマチと思われる処方に、リウマチに適用のないサラゾスルファピリジン「普通錠」が処方されていた。医師に照会したところサラゾスルファピリジン「腸溶錠」に処方変更された。	製品名に「腸溶」と入るか入らないだけの違いなので、違いを見落としやすい	普通錠と腸溶錠で適用が全く異なる事を薬局内に周知徹底した	サラゾスルファピリジン錠５００ｍｇ「日医工」	サラゾスルファピリジン腸溶錠５００ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2290	フラビタン錠10mgの処方であったが患者への聞き取りでビタミン剤の処方の話はなく咳止めが処方予定であったとの訴えがあったため医療機関へ疑義照会を行った。その結果フラベリック錠へ処方変更された。	医薬品名称の類似からの誤りであると考えられる。	患者に対して症状の詳しい聞き取りを行い処方された薬剤が患者の症状の訴えと一致するかの確認を行う。	フラビタン錠１０ｍｇ	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
2291	アレジオンＬＸ点眼液０．１％の点眼回数の記載に関して、添付文書上の用法とは異なるので疑義照会を行った。「１日４回両目点眼」の記載から「１日２回両目点眼」へ変更になった。	処方医の確認ミスの可能性。	点眼剤でも規格によって用法が変わる場合もあるので、ＤＩ収集を欠かさないようにする。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2292	ポララミン散１％　1.5ｇ　処方。　用量疑義にて問い合わせを実施。ポララミンDS0.2%で医師は計算したが処方箋記載は1%だった為高用量での処方となった。	同成分の他規格薬を処方時、医師の方での入力違いにより高用量での処方となってしまう事がある。	小児科散薬の調剤は必ず体重換算から用量を確認。小児薬用量の本も常備し、参照できるようにしている。			ポララミン散１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2293	処方箋に一般名でカルテオロール塩酸塩点眼液2%（非持属性）5ml 1本　右目1日1回の記載があったが、患者様が継続してお使いの目薬がミケランLA2%であった。電話にて疑義照会を行ったところ、ミケラン点眼液2%ではなく持続性のミケランLA点眼液2%2.5ml 1本に変更になった。	薬剤の複数規格による確認不足。	患者様からの聞き取り、薬歴やお薬手帳などの患者様情報の確認徹底。	ミケラン点眼液２％	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
2294	４歳、体重１４ｋｇの小児にホクナリンテープ０．５ｍｇが処方された。他院にて既に１ｍｇの処方あり、使用歴あり。電話問い合わせの結果１ｍｇへ変更となった。	医師の勘違い。	年齢と体重を常に確認。			ホクナリンテープ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
2295	イーケプラ錠２５０ｍｇを通常服用の患者に５００ｍｇ錠が処方された。患者は変更の説明を聞いていなかった。病院薬剤部を通しての問い合わせとなり、今まで処方の２５０ｍｇへ変更となった。	医師と患者の意思疎通の不足	処方内容と患者の理解度の確認			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2296	お嬢様と定期的に来局。処方内容を確認。一般名：アプリジン塩酸塩カプセル２０ｍｇ；お手帳、アンケートでの既往歴にも不整脈等の履歴無し。風邪等で受診したのではと推測　。お嬢様にお父様のご体調や病歴等を再度確認。→不整脈なし、風邪で受診とのこと。処方医にその旨を伝え、アスベリン錠２０ｍｇではないか疑義照会　→　アスベリン錠２０ｍｇへ変更	今回も代診の先生（初めて）で、パソコンの入力ミス。アスベリン錠２０ｍｇをPC上で選択したつもりだったとのこと。	受ける回数の少ない病院・医師の処方は、お薬手帳、アンケート、患者様のご症状を参考にし、処方監査につとめる。	アプリンジン塩酸塩カプセル２０ｍｇ「ＮＰ」	アスベリン錠２０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2297	小学校低学年の兄弟が母親とともに来局。代診の先生（初めての先生）による処方だったため、処方の薬・組み合わせ等　普段の処方とは異なっていたが、処方内容からアモキサン細粒ではなく抗生物質のアモキサン細粒ではないか考えた。初めて先生だったためまずは母親に症状を確認したうえで、処方医に電話で疑義照会。薬品名の間違い　アモキサン細粒１０％⇒　サワシリン細粒１０％へ変更。	薬品名アモキシシリン（サワシリン）とアモキサンとで薬品名類似の為の誤処方。	【薬局が考えた改善策】処方を受ける回数が少ない病院や医師からの処方箋は、患者様の手帳やアンケートによる情報（既往歴・現病歴）を活用、また患者様からの聞き取りをしっかりした上で処方監査し、疑義照会を行っていく。	アモキサン細粒１０％	サワシリン細粒１０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2298	喉の違和感はなしだが小柴胡湯加桔梗石膏処方あり腹痛の症状有だが該当の薬処方なし柴胡が含まれる漢方を出すと患者さんはDrより聞き取りあり小柴胡湯の間違いではないかと推測し疑義照会し小柴胡湯に変更になりました。	患者さんの話によるとDrはとても忙しそうにしていた様子との事、それによるミスと推測されます	投薬時に患者さんから必要な情報を聞き出し、疑義照会が必要な時疑義実施しています	ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒（医療用）	ツムラ小柴胡湯エキス顆粒（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
2299	前回処方に感冒剤「マリキナ顆粒」が処方されているのに、まだ残薬はあるはずではあるが、患者様の鼻水が止まらないと話され、医師が同じ後発品の剤型が違う錠剤を処方されていたので、薬が重複することになるので、問い合わせして抗アレルギー剤に変更になりました。	医師が同じ成分の後発品であることの認識不足でした。一般名になると先発がなにで、後発品で商品名の薬剤は、理解しにくい、覚えにくい。　PL顆粒の後発品名を統一名で早くきめてほしいところです。	医師に定期的に同じ薬であること説明し続けます	ピーエイ配合錠	フェキソフェナジン錠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
2300	２１才成人男性で体格も標準であり、アレルギー歴なし　特記事項既往歴もない患者にベポタスチン５ｍｇ２錠分２朝食前寝る前７日分で処方あり。通常量の半分であるため問い合わせ。結果１０ｍｇ２錠分２へ変更となった。	処方せんは印字タイプであり、入力時に選択ミスをした可能性もある。	初回は重点的に用量確認をおこなう。			ベポタスチンベシル酸塩錠５ｍｇ「タナベ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2301	ツムラ苓桂朮甘湯が処方されるところ苓姜朮甘湯が処方された　患者との聞き取りで　前にもらっためまいのくすり希望したとの情報1年前ツムラ苓桂朮甘湯が処方されていて今回と同じようにめまい症状を歌えていたこと確認　今回葛根湯も処方されていたため　患者は処方が変わったと認識　めまいのほかに多尿などの症状はない類似薬品を入力ミスと考え医師に連絡　ツムラ苓桂朮甘湯に変更	定時の処方ではないので　入力の際　類似医薬品と間違えて入力	患者は医薬品の名前をて覚えいない場合もあるので　変更等あったときはわかるようしるしつけ渡す名前の似ている医薬品においては処方変更時は特に丁寧に症状の聞き取り適正か判断する。	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2302	【般】バルプロ酸Na徐放錠200ｍｇ1錠を処方されていた患者　粉に剤形変更する際、処方医が【般】バルプロ酸Na細粒20％1gで指示元々徐放性製剤を服用中の患者であったため、【般】バルプロ酸Na徐放顆粒40％0.5gへの処方変更を提案処方が変更となる	医師側が、医薬品の特性、規格等をすべて把握しているわけではないので、薬局でチェックできるよう日頃から態勢を整えておく必要がある	多数規格や剤形がある医薬品については、疑義が生じた際に処方医に処方確認ができるよう、日頃から従業員に周知し、新規格が発売された際も、同様に周知するようにする	バルプロ酸ナトリウム細粒２０％「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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2303	新規で在宅患者の処方を受け付けた。診療情報提供書にある現在の内服薬の情報ではチラーヂンS錠50μg1錠、チラーヂンS錠25μg1錠を服用中であったが、今回受け付けた処方せんではチラーヂンS錠25μg1錠は処方されておらず、チアプリド錠25mg が処方されていた。頭文字と規格が同じであることから処方せん入力時のミスではないかと疑いながら、チアプリドが追加でよいのか医師に疑義照会を行ったところ、入力のミスであるとが判明した。	A医療機関で処方されていた薬をB医療機関が引き継ぎ、新たに処方される場合に今回のような事例が起きやすい。	新規の患者を受け付けた場合に、現在服用中の内服薬の情報（薬手帳、診療情報提供書等）を必ず確認している。	チアプリド錠２５ｍｇ「サワイ」	チラーヂンＳ錠２５		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2304	類似名称による薬剤間違い	薬剤に類似名称がるため	類似名称が存在する薬剤は注意することと、患者への問診を実施する	セファドール錠２５ｍｇ	セフジニル錠１００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2305	処方箋における医薬品名の間違い	類似の名称薬品があることによる	類似名称等を注意し、患者にも症状等を聞き取り確認する	ベタナミン錠５０ｍｇ	ベタニス錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2306	抗生剤処方にビオフェルミン配合錠が一緒に処方されたため疑義。抗生剤耐性生菌製剤を提案した結果ビオフェルミンR錠へ変更となった。	名称が似ているため誤って入力したのではないか	見落とさないよう注意する	ビオフェルミン錠剤	ビオフェルミンＲ錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2307	一般名でクエン酸第一鉄ナトリウム錠とするところをクエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠と入力されていた。クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠が一般名で処方されたことがないので確認したところクエン酸第一鉄ナトリウム錠の間違いだった。	入力ミス	処方内容の確認を継続し、いつもと違う表記の時は確認する。	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
2308	整形外科の医師が、患者に頼まれて口内炎の軟膏を処方してあげた。処方箋には　トリアムシノロンアセトニド軟膏０．１％　５ｇ　医師の指示通り　とあり、口腔用が抜けている為、このままだとレダコート軟膏になってしまう。 ＣＬ側では、ケナログ口腔用軟膏が製造中止のため、【般】トリアムシノロンアセトニド口腔用軟膏０．１％　という医薬品を電子カルテに登録したつもりのようであった。	電子カルテへの薬品の誤登録	ＣＬの院長に電話し、レダコート軟膏は処方しないということだったので紛らわしい　トリアムシノロンアセトニド軟膏０．１％　の医薬品登録は表示しないように設定し口内炎の軟膏は一般名で処方せずに、商品名で処方したらどうかと提案させていただいた。	レダコート軟膏０．１％	オルテクサー口腔用軟膏０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2309	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）７．５ｇ３×毎食前が処方されていたが調剤服用歴やお薬手帳を参照しても調剤実績はなく患者確認。処方追加や処方変更は聞いていないとの話から疑義照会。前回処方と同様、ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）７．５ｇ３×毎食前に処方内容が訂正された。	医療機関側のツムラ番号選択ミスと思われる。	処方監査の徹底。変更点に関して患者コミュニケーションを図り誤投薬防止に努める。	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2310	新しく施設入所の方で、今まで継続していた定期薬を新しい主治医のDrに依頼、紹介状（依頼書）通りに処方箋作成したようだが、酸化マグネシウム細粒83%3ｇ分３・リンゼス1Tで処方あり。高齢者であることと、以前施設から情報提供いただいた内容と違うため確認疑義照会。入力を間違えていたことが発覚、実際はカマは1ｇリンゼスは2T（通常量）での依頼であったことが分かった。薬局では在庫のあった重質酸化マグネシウム0.8ｇで対応することで了承を得た。	紹介状や依頼書の読み取りが甘かった。疑問な点は介護人へ問い合わせているようだが、疑問点も個人で差があるので、確認を全員が行ってわけではない現状。	一方向の情報だけでなく多方面からの情報を照らし合わせて、今のこの患者にあった処方であるか、処方意図も含めて検討するようにしている。そこから調剤を始める。			重質酸化マグネシウム「ホエイ」リンゼス錠０．２５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2311	従来より、アムロジピン錠５ｍｇとアジルバ錠２０ｍｇを服用していた。他県より引っ越してきて、初めての受診。処方医より合剤にすると聞いていた様子。検査値を確認したところ、収縮期血圧１４０超え。普段も低いといったこともない。ザクラスLDが処方されているも、患者の話と血圧の状況からザクラスHDが適切ではないかと疑念を抱く。患者に説明し、疑義照会を行ったところザクラスHDへ処方変更となった。	処方医の勘違い。医療機関事務職員との連携不足。	血圧等の検査値は可能な限り確認し、処方内容を確認している。今回、血圧の低下がみられないにもかかわらず、減量されていることに疑問を持つことができた。今後も検査値等を可能な限り確認し、適切な処方構成となっているか確認していきたい。			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
2312	前回からビオスリー配合錠が継続処方で出ていた。患者様の話によると、下痢症状も改善したのでビオスリーは服用していないということだった。今回はビオスリーではなく、マイスリー錠を希望されたとのことで病院に問い合わせ。ビオスリー配合錠は削除になり、マイスリー錠が追加となった。	診察時に聞き間違えた可能性	投薬時の聞き取りを徹底する	ビオスリー配合錠	マイスリー錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2313	同一レシピ内にアムロジピン口腔崩壊錠５ｍｇとアムロジピン錠５ｍｇが一般名記載されていた。	アムロジピンOD錠５ｍｇにノルバスク錠５ｍｇを追加しようと処方箋を記載。アムロジピンとノルバスクが同じ薬と知らなかった。	一般名処方に関して注意するように周知			ノルバスク錠５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2314	方内容【般】バルプロ酸Na徐放顆粒４０％　１．１ｇ分2　朝夕食後　３０日分 当薬局において、セレニカＲ顆粒４０％で調剤し、お渡ししている。３月処方分は、患者都合により他薬局を利用。おくすり手帳を確認したところ、デパケン細粒４０％で調剤されていたことが発覚。 患者家族によると、デパケン細粒は苦くて飲みにくかった。とのこと。体調や症状に変動がないことを確認し、今回お渡し分で服用を継続するように指導。 ３月に利用した薬局へ今回事例について報告。利用薬局から処方元医療機関へ報告したところ、服用による健康被害や症状の変化はみられないため、改めての受診はせずに経過観察することとなった。	一般名の選択誤り。【般】バルプロ酸Ｎａ徐放顆粒４０％の処方であるが、おくすり手帳確認したところ【般】バルプロ酸ナトリウム細粒　と入力されている。このため、一般名入力に誤りがあったと思われる。	以前から徐放性製剤を普通製剤で調剤するケースがあることを周知していた。具体的にセレニカR錠にはGEが存在しないこと、セレニカR顆粒のGEは1社のみから発売されており、当薬局では取り扱っていないことを伝えている。特にＧＥ医薬品への変更する際に誤った選択を行う場合が多く、処方元医療機関の入力誤りのケースもあり、引き続き十分な注意喚起が必要。			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
2315	リンデロン点眼液0.01% 1日1回右耳　で処方応需。リンデロン点眼液0.01%は通例、点眼目的での適応であるため疑義照会実施。Dr意図が無い限り、点耳用途のある、0.1%規格を提案	記載ミスもしくは医療機関側の連携不足	特になし	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
2316	処方箋はプレドニンで来ていたが、患者が便秘の薬を出してもらったという話だったので、疑義照会を行ったところ、プルゼニドと間違っていた事が発覚。	似ている商品名なので、医師のPC入力の誤りか、知識の上でしっかり覚えていなかった可能性あり	患者さんとの投薬時の聞き取りをしっかり行い、疑義がある事例の場合は必ず疑義照会するように心がける	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2317	5歳児頭皮にパンデルローション0.1%の処方。母親からは頭皮の炎症は体の炎症よりも軽度との説明があったと聴取。体にはメサデルム軟膏の処方であった。ステロイドが強すぎると感じてパルデスローション0.05%との間違いはないか確認の疑義にて間違いであったことが発覚した。	パンデルローション0.1%とパルデスローション0.05%の名称が酷似していたために起こった間違いである。	患者年齢や症状、状態。診察室での説明内容などを確認し、総合的に判断出来るように取り組んでいる。	パンデルローション０．１％	パルデスローション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
2318	３歳８か月の女児の処方せんを受け付けた。プロトピック軟膏0.1%1日1回全身　湿疹塗布　の記載が成人用量であること。お薬手帳にて別病院でプロトピック軟膏0.03%小児用1日1回全身　湿疹塗布で処方されていた事を確認した。処方交付の病院に疑義照会し軟膏の規格を小児用に変更提案し、医師に了承を得た。	病院で処方交付の際に３文字検索で選択を誤ったとみられる。処方交付の際に再度確認はされずにそのまま交付された模様。	処方調剤・監査交付の際に問診表などで患者の年齢・体重を考慮した用量になっているかを確認している。お薬手帳のない方には活用のメリットを伝え、積極的に交付している。	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
2319	クラリチンドライシロップ１％とセチリジン塩酸塩ドライシロップ１．２５％が同時に処方。違和感を感じ疑義照会を行ったところクラリチンドライシロップはクラリスドライシロップの誤りであると確認。	頭文字が3文字同一であるため、3文字入力でも間違えたものと推察される。	事例を共有し、再発した時も疑義照会にて解決するよう努める	クラリチンドライシロップ１％	クラリスドライシロップ１０％小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2320	マイザー軟膏とリンデロンVG軟膏が同使用部位のため同効薬の重複	リンデロン点眼点鼻点耳とリンデロンVG軟膏の名前が同じだった	同効薬で同じ使用部位の場合は処方医に確認する	リンデロン－ＶＧ軟膏０．１２％	リンデロン点眼・点耳・点鼻液０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2321	ツムラ大防風湯エキス顆粒が処方されていたが他の薬剤との薬効の整合性が合わなくまた１日量も違っていたことから疑義照会を行った。結果、薬剤が違っていて防風通聖散に変更された。	他の薬剤との整合性がなく効能効果がひとつだけ合わない薬剤があったので、疑いなく調剤するのでなく確認が必要。	薬剤の適用、薬用量について処方せん監査を必ず行う	ツムラ大防風湯エキス顆粒（医療用）	クラシエ防風通聖散エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2322	・ゾピクロン10ｍｇ、2錠、ミルタザピン15ｍｇ、1錠、分１、就寝前の処方であったが、ゾピクロンの投与量上限を超えているので疑義、ゾピクロン1錠、ミルタザピン2錠に変更になった。	・一般名で入力されていたので、薬品名の勘違い、思い込みがあったのではと思われる。	・医師の判断で、睡眠剤の上限を超えて処方されることもあるが、しっかり疑義をおこなっていく。			ゾピクロン錠１０ｍｇ「サワイ」 ミルタザピン錠１５ｍｇ「ＪＧ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2323	新規でノイロトロピン錠の追加あり。薬歴よりノイロビタン配合錠の処方歴あったので処方医に確認処方当日は夜遅くで処方医に連絡がつかず、本人に電話して処方内容を確認。翌日に処方元に確認	薬品名の頭３文字がノイロで同じ	当該患者は薬剤・治療への介入が大きく、医師もその都度処方を変更するため処方発行時のミスが起きやすい薬局では処方変更が本人の意向か医師のミスか気が付きにくいので、交付時を含め、可能な限り本人に確認し、疑いある時は医療機関に疑義照会をしていく	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2324	病院でもらっていた処方を近くのクリニックでもらう事となった。病院から書類を預かっており、クリニックに渡したとの事。薬は全く同じものを引継ぎで出してもらうとのお話だった。処方箋を確認した所、今までエルサメットS配合錠をもらっていたが今回エルサメット配合錠で処方されていた。お薬手帳を確認後、医師に疑義照会。エルサメットS配合錠に変更になりました。	エルサメットを３文字入力して選び間違えたのではないかと考えられる。先生はエルサメット配合錠が２種類あるという事を把握していなかったと考えられるため色々な規格がある薬などは注意が必要です。	病院からの紹介で近くのクリニックに引継ぎになった場合、薬品名の打ち間違えや用法用量の打ち間違えなど起こることがあります。お薬手帳は今までどのように患者様が服用していたかわかる情報であるため、特に引継ぎの際は薬品名でだけではなく用法用量なども注意して確認する必要があると考えられます。	エルサメット配合錠	エルサメットＳ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2325	お薬手帳では前回、他の薬局でバルサルタン錠８０ｍｇを調剤されていることが確認。今回は一般名処方で「バルサルタン80ｍｇ・アムロジピン５ｍｇ配合口腔内崩壊錠」と記載あり。患者さんは降圧剤変更の話はなかったと。疑義照会したところ一般名処方「バルサルタン口腔崩壊錠８０ｍｇ」に変更と指示あり。	処方医が一般名で入力の際、「バルサルタン」で一般名の選択を間違えたと思われる。	前回の調剤歴との比較確認を怠らない。	アムバロ配合錠「サンド」	バルサルタンＯＤ錠８０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2326	センノサイド顆粒8%が2g分1で処方されたため疑義照会。医療機関側でセンノシド錠12mg2Tの誤りであると判明し、剤形変更に。	カルテにはセンノサイド　2Tと記載あり。現在センノサイド錠という販売名はないため、顆粒に誤変換された模様。	センノサイド顆粒の容量が非常に多いことに気づき、疑義照会を実施。	センノサイド顆粒８％「ＥＭＥＣ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2327	患者より膀胱炎があり、泌尿器科にて抗菌薬を処方されると聞いて来局された。痛みの訴えや発熱はないが、ブルフェン錠が処方されており、医師より話があった抗菌薬の処方は確認できなかったため、疑義照会にて医師に詳細を確認した。 その結果、名称の類似により本来処方すべきダイフェン配合錠ではなく、謝ってブルフェン錠を処方してしまったことが発覚、ブルフェン上は削除となり、ダイフェン配合錠に変更となった。	薬剤の名称類似による処方ミス	患者への聞き取り、処方薬の確認によりミスを防止することができた。	ブルフェン錠２００	ダイフェン配合錠		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
2328	前回、来局時にミティキュアダニ舌下錠10，000JAUが処方されたが今回の処方はシダキュア舌下錠5，000JAUとなっていた為に患者家族に内容確認したが原因不明。処方類似の可能性があり疑義照会を行ったところミティキュアダニ舌下錠10，000JAUに変更となった。	ミティキュアダニ舌下錠とシダキュア舌下錠は同じ舌下免疫療法を行う為の薬剤であり名称もやや類似しており入力間違えが起こったと思われます。	ミティキュアダニ舌下錠とシダキュア舌下錠の舌下免疫療法を行う際は初期用量からスタートするので服用時確認が必要であるので、おくすり手帳や患者、患者家族からの聞き取りなど処方箋以外の情報収集により確認する。	シダキュアスギ花粉舌下錠５，０００ＪＡＵ	ミティキュアダニ舌下錠１０，０００ＪＡＵ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2329	クレスト－ル5mg服用中に検査の結果踏まえて、ゼチ－ア10mg追加になった。処方医ロス－ゼットを知らないみたいである。患者様の服薬のコンプライアンスと負担の軽減を考えると、１錠で済むロス－ゼットを提案した。	自分の薬局で採用されている医薬品の内容・種類をしっかり把握すること。	効能効果別に薬局内で来たんと整理すること。	ゼチーア錠10mg	ロス－ゼットHD		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2330	新患の方で、A病院からB病院へ転院され初回の受診。処方せんには「ツムラ茵ちん五苓散エキス顆粒」の記載。お薬手帳よりA病院で「ツムラ茵ちん蒿湯エキス顆粒」が処方されていたことを確認し、患者様に薬剤変更の話はあったか確認するとそういった話はなかったとのこと。疑義照会により処方ミスであることが発覚。	他病院からの転院で、院内採用薬品ではなかった為に最初の３文字で薬品を選択してしまったと思われる。	今回はお薬手帳があった為すぐに気付けたが、お薬手帳を持参されない場合は薬剤を服用している理由や症状を確認し、実際に服用中の薬剤か確認をしてもらうようにする。	ツムラ茵ちん五苓散エキス顆粒（医療用）	ツムラ茵ちん蒿湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラー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	一般名「エリスロマイシン錠200mg」の処方せんを受けた。この患者さんは1週間程前に同じ医療機関で「エリスロシン錠200mg」を処方されていた。 一般名「エリスロマイシン錠200mg」の商品は「エリスロマイシン錠200mg(サワイ)」で成分は「エリスロマイシン腸溶錠」、一方「エリスロシン錠200mg」の成分は「エリスロマイシンステアリン酸塩錠」と厳密には同じ成分ではなく、適応症も異なるため疑義照会した。結果はどちらの成分でも適応症は問題ないが、前回処方と同じ「エリスロシン錠200mg」に変更となった。	「エリスロシン錠200mg」の後発品は「エリスロマイシン錠200mg(サワイ)」と思い込んでした。成分及び適応症が異なることも知らなかった。	適応症の異なる先発品と後発品のリストアッププレセコンによる確認	エリスロマイシン錠２００ｍｇ「サワイ」	エリスロシン錠２００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2332	アイベータ配合点眼液とコソプト配合点眼液の処方のため、同じ有効成分（チモロールマレイン酸塩）が重複しているため処方医に疑義照会を行った。その結果アイベータ配合点眼液よりアイファガン点眼液へ変更となった。	アイファガンとアイベータの名前が類似しているためと考えられる	似た名前のため注意して調剤を行う	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2333	プレアボイド。いつも当薬局をご利用の患者が来局。いつもの降圧剤2種、下剤のほかに、「ツムラよく苡仁湯エキス顆粒（医療用）」が処方されていた。投薬時のお話で、首のイボや手のイボが気になるのでヨクイニンを飲んでみたいと言ったとのこと。 適応は「関節痛・筋肉痛」であるため、イボの適応があるのは「ヨクイニンエキス錠「コタロー」」であることを伝え、疑義照会した。ヨクイニンエキス錠「コタロー」に変更となった。	ヨクイニン配合の漢方だが、メーカーにより適応が違っていたことの、認識がなかったためと思われる。	投薬時に患者としっかり話をし、疑問があれば、疑義照会する。	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
2334	降圧剤が処方されており、アムロジピン５ｍｇ、カンデサルタン錠８ｍｇ、イルベサルタン錠１００ｍｇが処方されており、カンデサルタン８ｍｇとイルベサルタン１００ｍｇが同効薬であり、服用方法も同じでありクリニックに確認したところ、カンデサルタンは１２ｍｇに増量し、イルベサルタン錠の処方は削除となった。	処方内容の確認不足	ダブルチェック			イルベサルタン錠１００ｍｇ「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
2335	デキサメサゾン軟膏医師の指示通りの処方、使用部位、回数不備の為処方医に照会したところデキサメタゾン口腔用軟膏に変更となった。	類似した名前の薬がある事を念頭に入れ、処方の内容を精査すること。	類似薬の把握	デキサメサゾン軟膏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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2336	デキサメタゾン軟膏0.1% 5g 1日数回塗布　と処方箋に記載されており患部の記載はなかった。投薬時、体の皮膚炎に対する処方ではなく、口内炎の薬を処方される予定だったと確認。疑義照会後、デキサメタゾン口腔用軟膏0.1%に変更となる。	「口腔用」以外、%も同じなので患部の記載がないと間違って交付してしまうリスクあり。	類似名の薬は調剤する際気を付けるよう注意喚起の札をつける。	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
2337	消化器科でめずらしく強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏が多く処方されていたことに監査者が違和感を感じた。念のため、患者様に使用部位や用途を伺ったところ、イボ痔とのことだったため、強力ポステリザン軟膏の間違いではないかと監査者が推測、疑義照会することになった。 疑義照会の結果、監査者の推測通りで、強力ポステリザン軟膏2g10本に変更となった。お待たせしてしまったが、患者様は「さすが、薬剤師さんね！気づいてくれてありがとう！」と喜ばれて帰っていった。	病院内のレセコンで薬品名を入力する際、似ているため、医師が入力を間違えたと思われる。プライバシーに配慮する症状だったため、同性で小声でほかの患者様に聞こえないよう配慮したため、患者様も症状を正確に伝えてくれた。	今後も違和感を感じたときは、調剤前に確認を徹底する。	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏	強力ポステリザン（軟膏）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2338	ボナロン、アルファカルシドールと一緒にアスパラカリウムが処方されていた。骨粗鬆症との訴えもあったためカリウムではなくカルシウムではないかとのことで疑義照会した。	薬剤名が似ていたため薬剤選択時に間違えてしまったと考えられる	処方内容と患者訴えに相違がないか、少しでも疑問があれば疑義照会する。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2339	新患にセレクトール錠100ｍｇが処方されていた。患者さんに症状を伺うと、腰痛で受診したとの事。患者さんの訴えと処方内容が異なっていたので疑義照会を行う。結果、セレクトール錠100ｍｇ→セレコックス錠100ｍｇに変更となった。	服薬指導の際は、患者さんから聞き取った情報と処方内容が一致しているかを確認する。	普段から、ささいなことでも医療機関へ積極的に疑義照会を行うようにしている。	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
2340	処方入力がプレソニゾロンクリーム0.3%でされていた。プレドニゾロンクリームは0.5%の為確認。リドメックスコーワクリーム0.3%であることが判明。処方箋の印字名称の不備が考えられる。	病院のレセコンでの処方箋印字で、薬品名称の簡略化に問題がある。	薬品名称と薬の含有量のチェックが必要			リドメックスコーワクリーム	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
2341	【般】クラリスロマイシンドライシロップ10%　0.5ｇ　1日1回寝る前服用　の処方を受け取った。5歳男児体重23Kgであったため、処方量、服用方法に疑義照会が必要と考えた。患者の保護者の話、お薬手帳の記録からクラリチンドライシロップの処方の可能性が高いと考え、処方医に電話で確認する。	小児の場合、年齢や体重で処方量が決定されることが多いので、処方監査時に年齢と体重は必ず確認する。薬剤に規定された服用方法と処方の用法が一致しているかを確認する。異なる場合には、医師の処方意図を確認する。処方箋の作成がコンピュータによるものが多くなっているので、類似する薬剤、一般名処方も含め確認する。	小児の場合には体重が月単位でも変更するので、処方監査時には現在の体重を確認し、薬歴とお薬手帳に記載する。処方量、服用方法に疑義がある場合には、医師の処方意図も含め、必ず疑義照会する。	【般】クラリスロマイシンドライシロップ１０％	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2342	アセノアミノフェンとセレッコックスが同時に処方されていた。以前ロキソプロフェンを服用していたが、胃の痛みがあって薬が変わることになった。とのこと。疑義照会したところアセトアミノフェンとセルベックスの誤りだったと発覚。	名称が似ていたため先生が処方を誤って登録してしまったと思われる。また常勤の先生ではなかった。	薬歴の確認や患者さんの症状の聞き取りしっかり行う。副作用のチェックも漏らさないようにする。	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
2343	手足かゆみに塗布の混合軟膏がジフルプレドナート軟膏とクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏のステロイド２剤であったため同効薬の混合でよいのか医師に確認。	処方元医療機関でオーダーの際に一般名医薬品の選択を誤ったものと思われる。	外用薬・内用薬問わず薬効から鑑みて不明のある処方箋については積極的に疑義照会を行うように取り組んでいる。	スチブロン軟膏０．０５％	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
2344	従来はアルファタカシルクリーム２μｇ/gとベギンクリーム20%の混合を使用している患者様にボンアルファハイ軟膏20μｇ/gとベギンクリーム20%混合が処方された。 アルファタカシルクリームとボンアルファハイ軟膏の適応が異なることから疑義照会。アルファタカシルクリームは2020年9月30日に経過措置切れとなるため変更したようだがその際に誤ってボンアルファハイ軟膏に変更してしまったことが発覚。結果、ボンアルファハイ軟膏はアルファタカシルクリームの名称変更品目であるタカルシトールクリームへ変更となった。	類似名称の選び間違いと推定される。	処方変更があった場合、適応を確認し患者様とのコミュニケーションに活用する	ボンアルファハイ軟膏２０μｇ／ｇ	タカルシトールクリーム２μｇ／ｇ「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2345	クラシエ桂枝加芍薬湯エキス細粒の処方。交付時の聞き取りにより、こむら返りがあること判明。処方ミスを疑い疑義照会。芍薬甘草湯へ変更となった。	漢方の名前が似ていたため処方間違えがあったと考えられる。	漢方の処方の場合は、患者から症状を聞き取り、処方内容と合っているかを確認している。	クラシエ桂枝加芍薬湯エキス細粒	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2346	Ａ医院に皮膚のかゆみで受診。ファモチジンOD錠10mg「ケミファ」　２Ｔ　2×朝夕食後　10日分　リンデロンVG軟膏0.12%　10ｇ処方あり。投薬時に胃が悪いか聞いたところ、かゆみ止めを出すとのことであった。問い合わせの上で、フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「SANIK」　２Ｔ　2×朝夕食後10日分へ変更	医院での処方箋入力の間違い。	新規来局の患者、薬が追加になった患者には、必ず症状などを確認する。	ファモチジンＯＤ錠１０ｍｇ「ケミファ」	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
2347	ツムラよく苡仁湯の処方があったが、患者の母親に聞き取りをした結果、関節痛や筋肉痛の症状はなく、イボの治療であることが分かった。よく苡仁湯は関節痛、筋肉痛の適応のみであり、医師に疑義照会をした結果、ヨクイニンエキス散「コタロー」に変更になった。	ヨクイニンがの名前が入っているがツムラのよく苡仁湯にはイボ治療の適応はなし。名前が類似しているため入力ミスなどがあったと考えられる。	薬の効能・効果を正しく把握し、患者や患者家族への聞き取りををしっかり行うことで処方内容に誤りがないかを確認する。	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒（医療用）	ヨクイニンエキス散「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
2348	オキサロール軟膏の記載された処方せんの部位が口腔内だった為、患者に受信理由確認したら口内炎だった為、医療機関に疑義照会。正しくはオルテクサー口腔用軟膏であることがわかった。	名称が類似しているため診療所のレセコンのオーダリングで選択ミスしたと考えられる。	医薬品名と用法、部位が整合性取れているか判断できるようにする	オキサロール軟膏２５μｇ／ｇ	オルテクサー口腔用軟膏０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2349	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏処方されたが、患者様から収集した情報から抗菌剤配合のほうが適していると判断。医師に疑義紹介した結果、ベタメタゾン吉草酸エステル・ゲンタマイシン硫酸塩配合軟膏に変更になった。	医師のカルテへの記載ミス医師と事務との連携ミス	患者様への聞き取りで得た状態と、処方薬が合っていないようなら、必ずその都度疑義紹介をして確認する。	デルモゾール軟膏０．１２％	デルモゾールＧ軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2350	3月に受診した際処方変更があり。イニシンク→メトグルコ500mg，トラセミド4mg追加される。患者とのやりとりは血圧が少し高かったとの記録が薬歴にあり。血糖値について言及なし。4月24日に再診し3月とdo処方の処方せんを持参する。患者との会話の中で血糖コントロールが悪く食事に注意をしているが思うように下がらないとのことだった。また患者は前回薬を変えたから血糖値が改善されることを期待していたのに、と話していた。処方内容を振り返り前回のトラセミド錠はトラゼンタ錠の処方間違いではないかと推測し医師へ疑義照会、トラゼンタ錠を前回から処方したつもりだったが間違えてトラセミド錠を処方してしまっていたことを確認した。	・医療機関での処方入力の際類似名を選んでしまった。・3月時点での薬局とのやりとりで血糖値の確認や浮腫の有無確認を行わなかった。元々血糖コントロール不良の患者でありしっかり確認をすれば処方内容がおかしいことに気づけていたと推測される。・合剤が多いため医師が処方変更をする際に間違える危険性が上がり注意が必要である。今回も医師としては3月にトラゼンタ錠に変更し、その後トラディアンス錠に変更していく心づもりであった。	合剤の処方には重複薬剤がないか、特に処方変更の場合成分に誤りがないか慎重に鑑査を行う。患者から積極的に体調変化や検査値情報を聞き取る。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2351	普段からデルモゾール軟膏を使用していら方に、デルモベート軟膏が処方された。	名称類似による処方間違い。	名称類似品に関しては採用品目でなくても普段からチェックを行う。	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
2352	以前よりレキソタン錠２mgを不安時　頓服で服用していた患者に、今回からレキサルティ２mgが不安時　頓服で処方された。処方に違和感を感じた為、患者に聞き取りをしてから疑義照会を行った。薬剤名が類似していたことから処方を誤っていた事が発覚し、レキサルティ２mgからレキソタン錠２mgに処方変更となった。	レキサルティ錠　不安時　の処方に違和感を感じた。	日頃から医師の処方意図を推察しながら監査を行うように職員に再度周知した。	レキサルティ錠２ｍｇ	レキソタン錠２		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2353	当薬局を初めて利用する患者家族が処方箋をもって来局した。ボアラ軟膏と混合すると配合変化が起きるヘパリン類似物質クリームが、ボアラ軟膏との混合で処方されていた。処方医に疑義照会すると、患者から他病院の処方薬と同じものを処方してほしいと申し出があり処方したため、患者の意向に沿うなら剤形変更をしてよいとの回答だった。 外出していた患者に電話で確認すると、お薬手帳にはボアラ軟膏とヘパリン類似物質油性クリームの混合調剤の記録があったことがわかった。手帳と同様にボアラ軟膏とヘパリン類似物質油性クリームの混合で調剤し、医師にもその旨連絡した。	他病院の処方薬と同じものを処方しようとした際、「ヘパリン類似物質油性クリーム」と入力するところを「ヘパリン類似物質クリーム」と入力してしまったと考えられる。	混合指示があった場合、参考書等で配合変化有無を調べるようにする。患者がお薬手帳を持っていた場合、コピーを取るなどして薬局に記録を残すようにする。お薬手帳や患者からの聞き取りなど、処方箋以外の情報を収集することにより処方に間違いがないか確認していく。	ヘパリン類似物質クリーム	ヘパリン類似物質油性クリーム０．３％「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2354	同一Rpの中にユナシン錠とアモキサンカプセルが処方されていたため、疑義照会を行ったところユナシン錠とアモキシシリンカプセルの間違いであった。	薬品名の検索時に3文字検索を行ったところ、一覧より選択を間違えた。	Rp内での組み合わせに疑問があれば疑義照会を行う	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た事例
2355	入院していた患者が退院後、紹介状を持って元々かかっていたクリニックを受診した。入院前の薬と大きく変わっていたが、医師はそのまま入院中の薬を継続した。その際ビペリデン塩酸塩錠１ｍｇ2錠をビペリデン塩酸塩錠細粒1%２ｇと間違えて入力した。1日20ｍｇとなり、1日3～6ｍｇの常用量を超えるため疑義照会をし、錠剤(1日2ｍｇ）に変更となった。	紹介状に書かれた薬を処方する際の入力の間違い。	入院などで薬が変更となっている場合は、残薬の管理も含めて特に注意が必要であるという認識を持つ。			ビペリデン塩酸塩散１%「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
2356	脳梗塞の予防で以前からクロピドグレル５０mgを分１で服用されている方が来局。処方箋を確認し、今回よりクロピドグレルが７５mgに増量していたため調剤前にご本人様より情報収拾を行ったところ、定期的検査でMRIを受けた、部分的狭窄はなく良好だった内容から、増量に対して疑義照会を実施。その結果、７５→５０mgに減量を確認。	クロピドグレルは多規格存在しており、職員が入れ替わったり、選択ミス等ヒューマンエラーも想像される。処方変更に気付いた時は必ず患者からの事前情報収集が大事と思われる。	調剤前の事前情報収集を踏まえの処方監査			クロピドグレル錠７５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2357	処方箋アスベリン散10%1.6ｇの処方で患者体重より用量超過のため処方医いに問い合わせしアスベリンDS2%へ変更になった	類似名称のため入力間違え　確認不足	処方監査をしっかり行い、小児量体重の聞き取りをもれずに行う	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2358	ステロイドと非ステロイドの使いわけとして　いつもドクターはステロイドを強め　非ステロイドを弱めと処方箋に記載があったが今回は　同じステロイドの処方にも関わらず　一方を強め　もう一方を弱めと処方箋に記載されてた為　疑義紹介してみたところ弱めとして処方したかったのは　メサデルム軟膏ではなく　スタデルム軟膏だったとのことでした	医師の処方確認の怠り	医師のうっかりミスをみのがさないのも　薬剤師の務めしっかり処方内容を確認する	メサデルム軟膏０．１％	スタデルム軟膏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
2359	5歳児の小児に　エバステルOD１０ｍｇが処方されてた担当医に疑義紹介したところ　エバステルOD５ｍｇの記載間違いだったということで　処方変更になった	医師も入力ミスすることがあるので　薬剤師が必ず　用法用量をしっかり確認する	小児の年齢や体重別の一覧表などを作り　監査をする			エバステルＯＤ錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2360	ラクツロース・シロップ６０％コーワ　8ml　３×7日分　処方されていたが、患児の母親に症状を確認したところ、便秘気味との聞き取りを得られたので(ラクツロースシロップのGEには６０％のほかに、６５％のものがあり、前者には小児の便秘改善の適用はないことから、ラクツロースシロップ６５％の間違いではないかと考えた)疑義照会。モニラックシロップ６５％への変更となった。	ラクツロースシロップ(先発・後発含め)に、６０％と６５％の２種類あることを病院側が知らなかったのではないか。また、カルテに『ラクツロースシロップ　８ｍｌ　３×７日分』と記載されていたので、ラクツロースシロップが商品名だと勘違いし入力してしまったのではないか。	ラクツロース＝モニラック　という思い込みがあると、濃度に違いがあることに気付きにくい。あまり見たことのない処方内容の場合は、当たり前の事ではあるが、疑いの目で見ながら調剤・監査することが必要と考える。	ラクツロース・シロップ６０％「コーワ」	モニラック・シロップ６５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2361	9歳の小児にクラシエ桂枝加苓朮附湯が処方されていた。もう1剤ミヤBM錠が処方されていた。桂枝加苓朮附湯は関節痛・神経痛の適応であり、9歳の小児には考えにくかった。またもう1剤整腸剤が処方されていることから、腹痛ではないかと想定できた。よって疑義照会によりクラシエ桂枝加芍薬湯に変更となった	「桂枝加」で検索して最初の方の名前のみの確認で処方箋を発行しなのではないかと考えられる	処方監査時の処方解析（病名の推察）が重要であるので、処方解析能力を高める	クラシエ桂枝加苓朮附湯エキス錠	クラシエ桂枝加芍薬湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2362	平素から利用されている患者の家族が、該当患者の処方箋を持ち来局した。監査時に患者の年齢を確認し、高齢で腎機能低下が疑われたため、処方医に電話にて確認（薬局では腎機能の数値が分からなかった）。問い合わせにてレボフロキサシン錠500mg→レボフロキサシン錠250mgに変更となった。	レボフロキサシン錠の規格入力ミス。	薬物の代謝経路（腎・肝）に関する情報はチェックするようにしている。患者の家族が薬を取りに来るケースも多いため、患者本人の様子などを伺うようにしている。			レボフロキサシン錠５００ｍｇ「ＤＳＥＰ」 レボフロキサシン錠２５０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2363	肩の痛みでモーラスパップ30ｍｇが処方される。副作用歴聴取したところ、白い貼り薬はかぶれるので茶色がいいとのこと。現物を見てもらいモーラスパップでかぶれたことがあることを確認。疑義照会によりモーラステープ20ｍｇに変更になる。後発医薬品希望あり、パップでなければメーカーはかまわないとのことでケトプロフェンテープ20ｍｇ「パテル」で交付。	疑義照会時にそのことは知らなかったと回答があったので、患者の副作用歴が伝わっていなかったと推定される。	副作用歴の聞き取りは必ず行う。	モーラスパップ３０ｍｇ	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
2364	今回ツムラ(25)桂枝茯苓丸処方されていたが、前回ツムラ(125)桂枝茯苓丸加よくいにん処方だった。投薬時確認した所、変更はないはずとのことで疑義照会。前回通りツムラ(125)へ変更となる。	-	-	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
2365	本日よりアジルバ錠２０ｍｇが処方追加となっていたが、薬手帳に他病院からエカード配合錠ＨＤを服薬中との記録があった為、降圧薬同士の重複のままで間違いないか疑義照会をかけた所、医師による処方ミスが発覚し、全く効能が違うアジレクト錠１ｍｇへ処方変更となった。	アジルバとアジレクトで共通する「アジ～」である事から、単なるカルテへの記載ミスと考えられる。	今後も引き続きお薬手帳の情報は十分にチェック徹底していくように努める。	アジルバ錠２０ｍｇ	アジレクト錠１ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2366	蕁麻疹の患者にディレグラ配合錠の処方あり。疑義照会した結果、デザレックス錠5mgへ変更となった。	類似した名称のため入力ミスと考えられる。	今回のミスの内容を店内共有して、今後も防げるようにする。	ディレグラ配合錠	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
2367	他院でロスバスタチン錠が処方されている患者に、カデュエット配合錠が一般名で処方された。	カデュエット配合錠の一般名が「アムロジピン・アトルバスタチン配合錠」のため、アムロジピンを選ぼうとして、間違えた可能性がある。	薬が変更されたときは、患者様に変更かどうかを確認し、聞いてない場合、医師にも疑義照会をする。			カデュエット配合錠１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
2368	患者様の主症状が足の筋肉のけいれんであることが判明。処方せんに記載されていたのが当帰芍薬散だったため、症状に合わないと判断し疑義を行い、芍薬甘草湯に変更になった。	病院側の入力ミスと思われる。	薬を交付する時は、患者様から可能な限り症状を聞き取るようにしている。	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
2369	70歳女性患者に発行された処方箋中のボナロン35mgの処方コメント欄に、1か月に1回内服と記載あったことから疑義照会を行った。ボノテオ50mgに処方薬が変更となった。	処方医が多忙な業務の中で頭文字が同じ薬のボナロンとボノテオを勘違いしたのではないか？と推測している。	処方箋を隅まで読み込んでから調剤する。	ボナロン錠３５ｍｇ	ボノテオ錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2370	ザグラスＨＤを処方するところレザルタスＨＤで入力　前回ザグラスＨＤのんでいたために患者に尋ねるとＤＲよりお薬変更は聞いていないということでＤＲに疑義照会することで入力のミス発見	何かおかしなことと思われるときは　患者に聞き　ＤＲにも疑義照会するようにしている	処方箋はいそがしくても丁寧に見るようにしている	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2371	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはＬ-アスパラギン酸Ｋ錠と記載されていたが患者問診より圧迫骨折で受診と確認。名称類似のＬ-アスパラギン酸Ｃａの書き間違いを疑義照会した。	Ｌ-アスパラギン酸Ｋ錠とＬ-アスパラギン酸Ｃａが薬名が類似していることから処方箋入力の際の間違いが要因と考えられる。	他の処方薬から考えて不自然である処方　薬名の似ている薬が存在する場合、情報を共有し注意する。	【般】Ｌ-アスパラギン酸カリウム錠３００ｍｇ	【般】Ｌ-アスパラギン酸Ｃａ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
2372	ツムラ60番が新規で処方、調剤前に患者に今回の症状を伺うと足の痛みがあると判明。名称類似のツムラ68番の可能性を考え問い合わせ。処方間違いであることが発覚した。	薬剤名類似の為の誤入力	患者より情報を聴取し薬が適正であるか判断する。	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2373	ノイロビタン錠が処方されるべきところ、ノイロトロピン錠が処方されていた。交付者はビタミン剤と思い込み疑義照会を行うことなくノイロトロピン錠のまま患者に交付。交付後処方元の看護師が誤処方に気付き薬局へ連絡。患者宅へ連絡すると服用前だった。来局してくださったため薬局で薬を交換	・ノイロビタン錠（使用頻度多）とノイロトロピン錠（使用頻度　少）で名前が類似。・ビタミン剤と思い込み、患者へ薬の服用目的の確認を怠った。	ノイロトロピン錠が処方されたときは服用目的を確認するように注意喚起を行った			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
2374	患者は足のしびれ、痙攣で来局。当初は桂枝加芍薬湯が処方されていたが、適応に痙攣抑制はない。芍薬甘草湯の間違えではないかと考え、問い合わせした。	病院でのミス、医師の処方ミス。	お薬手帳での他院での処方確認。患者主張をしっかり聞く。	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2375	・患者は骨粗鬆症の治療でボノテオ錠50mgを継続して処方されていた。・今回、ボノテオ錠が削除され、「アスパラカリウム錠300mg　１錠　分１　朝食後と、エディロールカプセル0.75μｇ １カプセル　分１　朝食後」が新規に処方されていた。・患者は、薬の変更について医師から何も聞いていないとのことであった。・骨粗鬆症の治療であれば、アスパラカリウムではなくアスパラカルシウムではないかと考え、疑義照会した。・その結果、「アスパラカリウム錠」は削除され、「アスパラCA錠200 １錠　分１　朝食後」に変更となった。	・「アスパラカリスム」と「アスパラカルシウム」が名称類似のため、処方入力時に選択ミスがあったと思われる。	・処方変更があった場合は処方監査をしっかり行う。・名称類似品に注意する。特に、カリウム製剤はハイリスク薬であることに留意する。	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
2376	患者さんがセレコックス錠100mg 2錠・アプレピタントカプセル125mg 2錠分２朝夕食後10日分と記載された処方箋を持参された。持参された患者さんに話を伺うと痛み止めを出すと聞かれていて、アプレピタントの適応及び用法として不適であった。そのためアプレピタントカプセルとアプレース錠との処方間違いを疑い疑義照会したところ、アプレース錠の一般名トロキシピド錠100mgへの処方変更となった。	トロキシピド錠の先発品であるアプレース錠と一般名アプレピタントの先頭3文字が一致し類似しているため、選択を誤ったと考えられる。	処方監査の段階から、しっかり適切な処方内容であるか確認を行うようにしている。	アプレピタントカプセル１２５ｍｇ「ＮＫ」	トロキシピド錠１００ｍｇ「オーハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2377	リンデロンＤＰ軟膏が処方されていたが、患者より使用していた塗り薬（リンデロンＶＧ軟膏）を持参し処方医に処方してほしいと伝えたと訴えあり疑義照会し変更になった。	薬品名が似ているため医師の入力時のミスと思われる。	リンデロンＶＧを間違えてリンデロンＤＰで処方するケースがしばしばあるが処方ミスと気づくには患者からの情報が重要になる。医療機関側で間違えやすい処方、事例は共有していく。	リンデロン－ＤＰ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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2378	新規処方。モービックとエトドラクが同時に処方されていたので疑義。エトドラク中止、エペリゾン追加。	レセコン処方入力時の選択ミス。	単純なミスの発見。いつもの仕事行う。	エトドラク錠１００ｍｇ「トーワ」	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
2379	ヒルドイドクリーム希望の患者にヒルドイドソフト軟膏が処方された。前回からヒルドイドソフト軟膏に変更になったが、ヒルドイドソフト軟膏だと朝かさつきが出ると聞き取り疑義。希望通りヒルドイドクリームが処方された。	前回の処方変更の薬歴をを受け、体調を確認し前々回の薬に戻った事例。前回と同じ薬だから問題無いと考えず、処方変更による体調変化を聞き取ったために疑義照会できた。	前回と同じである事に安心しない。ヒルドイドソフト軟膏とヒルドイドクリームのような基剤変更でも患者の体調に影響が出る可能性は十分にある。処方変更の次の回ではより丁寧に体調を確認する。診察時にはヒルドイドしか確認せず、軟膏かクリームなのか話をしていないことがあり得る。薬品名を詳細まで聞き取ると同時に実物で確認する。	ヒルドイドソフト	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
2380	ワーファリン錠0.5mgが初めて処方されていたので症状を確認したところ「整形外科に行けないから骨の薬をお願いした」という話だった為疑義照会．ワンアルファ錠0.5μｇの誤りだったことが発覚した．	オーダリングシステムでワーファリン錠とワンアルファ錠が並んでおり、規格の数字も同じ0.5だった為間違ったと思われる．	このような間違いがあったことを周知し、改めて、新規に処方された薬については患者の話をよく聞き疑問点があればすぐに疑義照会をするよう徹底した．	ワーファリン錠０．５ｍｇ	ワンアルファ錠０．５μｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2381	足腰や腕等の痛みのため通院している患者で、今回処方追加されたが、βブロッカーであるセリプロロール塩酸塩100ｍｇが追加処方されていたが、追加薬を疑わしかったため患者に症状の確認してから、クリニックの疑義照会した。追加薬はセレコキシブ錠100ｍｇに変更になった。	足腰、肩首の痛みで通院している患者で、急にβブロッカー薬が処方されたために患者の症状確認後、すぐに疑義照会を実施した。クリニックの処方薬入力ミスによるものだろうか。	処方箋監査段階で、疑問視されたら患者からすぐ状況確認する。	セリプロロール塩酸塩錠１００ｍｇ「トーワ」	セレコックス錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2382	12時ごろに患者Aが処方箋をもって来局した。持参した処方箋を確認したところ、ロキソニン錠60mg、トランサミン錠500mg、【般】ビソプロロールフマル酸塩錠5mgが1日3回5日分で処方されており、処方意図および用法用量に疑問を感じた薬剤師Bが患者に聞き取りを行ったところ風邪の症状で受診し、抗生物質が処方されると聞いていることが分かった。	医薬品の販売名の類似によりパソコンでの入力の際に選択を間違えたと思われる。	処方意図に疑問がある際には患者および処方医に確認を行い疑問が解消されるまでは薬剤を交付しない	メインテート錠５ｍｇ	メイアクトＭＳ錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	そのため、処方医に電話にて問い合わせたところ、メイアクトMS錠を処方するつもりでメインテートを処方してしまったことが判明し、処方変更になった。						
2383	久しぶりの来局。当該医薬品以外に、ムコダインとレルベアが処方されていた。このクリニックでは、咳の症状に、麻杏甘石湯をよく処方する。ただ、今回は麻杏よく甘湯が記載されていたため、処方医に確認。いつもの麻杏甘石湯に変更になった。	名前が非常に似ているため、処方医が薬の選択を間違えたと思われる。	非常に名前が似ている漢方があることを再認識し、気になるときには、すぐに疑義照会を行う。	ツムラ麻杏よく甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ麻杏甘石湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2384	処方箋に「セチリジン2T分1夕食後3日分」の記載あり。ほかにアンブロキソール、フスコデ、トラネキサム酸錠の記載があったことから風邪と推測。	処方元医療機関内では薬の名前は一般名ではなく、先発品名で呼んでいることから起きたミスだと思われます。	患者様に確認することを怠らず業務するしかありません。	セチリジン塩酸塩錠５ｍｇ「ＹＤ」	アジスロマイシン錠２５０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	飲み方に疑問が生じたので患者様に「鼻水症状ひどいのですか？」「何が処方されると聞いていますか？」と質問。「抗生剤も出るといわれました。」との言葉からおそらくカルテに「ジスロマック」と記入されたのものを病院事務員が転記時に「ジルテック」と入力したのではないかと推測。TEL問い合わせしたところその通りでした。結果セチリジンをアジスロマイシンに変更して調剤。						

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2385	以前よりイミダプリルを服用されていたが、今回エナラプリルが処方されていた。患者様に確認したところ、変更を聞いておられなかったため疑義照会を行った。	名称が似ているため処方時の入力の誤り	処方変更があった際には変更を聞かれているか、変更となった要因があるか常に確認する	エナラプリルマレイン酸塩錠５ｍｇ「ＭＥＥＫ」	イミダプリル塩酸塩錠５ｍｇ「ＰＨ」		ヒューマンエラー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	いつもエイベリスが処方されている患者さまにエイゾプト点眼薬の処方があった薬の変更は聞いていないということで疑義照会したところいつものエイベリス点眼に変更になった	名称が類似しているため医師が間違ったと思われる	患者への聞き取りで間違えを防げている　今後も確認を怠らない	エイゾプト懸濁性点眼液１％	エイベリス点眼液０．００２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2387	頭痛が改善しないため、バルプロ酸徐放錠200ｍｇが処方されていたが、他院でデパケン錠１００ｍｇがすでに処方されており重複するため確認したところ、トリプタノール錠１０ｍｇに変更になりました。	併用薬の確認不足	ダブルチェック	バルプロ酸ナトリウム徐放錠Ａ２００ｍｇ「トーワ」	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
2388	血圧が安定していないので薬を追加するとの医師から説明あり。他院でCa拮抗薬を処方されていたがその薬と併用も医師から指示があった。追加されたアムロジピンもCa拮抗薬なので、念のため疑義照会した結果アジルバ２０ｍｇ錠へ変更された。	単純な処方ミスである。同じア行の薬を思い込みで間違えたと考えられる。	基本的な治療ガイドラインを覚えておく。同効果の薬が処方されることがある病気とない病気も覚えておく。トラブルが起きないように患者から聞き取りをしてから疑義照会する	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「杏林」	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
2389	エビプロスタット配合錠DBが6錠分3毎食後で処方されていたため、医師に問い合わせし、3錠分3毎食後に変更となった。	発売が中止になったエビプロスタット配合錠SGと現在もあるDBの成分量の違いを医師は知らなかったため、SGの用法用量のままDBを処方し続けていた。	成分量と用法用量の違いを再度確認。医師と情報の共有を行った。			エビプロスタット配合錠ＤＢ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2390	整形外科よりロキソプロフェン錠６０ｍｇ処方あり。記録より、過去にロキソプロフェン服用後に発疹の副作用歴あること確認。疑義紹介結果、ロルノキシカム錠４ｍｇ３錠分３への変更対応となった。	診察時に患者の副作用歴を確認していなかったことが原因と思われる。	副作用歴がある薬剤の記録を目立つように記載している。	ロキソプロフェンＮａ錠６０ｍｇ「ＹＤ」	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
2391	久しぶりの来局で、退院後の処方だった。大腿骨骨折のため、痛み止めとしてカロナール錠２００を服用していたと患者様からお聞きした。処方されているアセタノールカプセル200も高用量だったため、医師に疑義照会したところ、アセタノールカプセル200ではなくカロナール錠２００の間違いとわかり、カロナール錠２００に変更となった。	退院後の処方は今までの定時薬ではないことが多いので、注意して見るようにしている。今回のアセタノールカプセル200ｍｇも初処方の薬で、高用量だった事。患者様より痛み止めでカロナール錠２００を服用していたとお聞きした事より、医師に問い合わせたところ、間違いとわかり変更となった。直近でアセタノールカプセル200を出された処方せんがあり、一般名処方だとアセトアミノフェン錠２００となり、名前が似ていて選択間違いと推察される。	初処方の薬については添付文書などから相互作用がないか、用法容量はあっているかを確認するようにしている。患者様からの情報も大事なので、患者様のお話もよく伺うようにしている。	アセタノールカプセル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
2392	前回処方は、レンドミン錠0.25ｍｇの処方であったが、今回、プロチアデン錠25ｍｇの処方に変更となっていた。患者へ確認したところ、医師より処方変更の説明は受けておらず、疑義紹介したところ、入力間違いであることが発覚した。	前回来局時は、レンドルミン錠0.25ｍｇの処方を患者の後発希望の意向により、ブロチゾラム錠0.25ｍｇ「サワイ」に変更し調剤、病院へその変更内容をFAXにて情報提供を行っていた。病院はその情報提供内容をもとに、今回の処方変更を行ったようだが、薬剤名・規格が似ていたたため、処方入力の際に誤ったと思われる。	処方内容等を、患者が先生よりどのように説明を受けているか確認を徹底する。酷似する薬名が複数存在存在する場合は、特に注意する。	プロチアデン錠２５	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2393	ヒアレイン点眼0.1%からヒアレイン点眼0..3%への変更は聞いておられないが、薬剤変更となっていたため疑義照会を行った。	処方医の入力ミスと考えられる。	引き続き、前回薬歴情報も含め活用し、調剤業務を行う。			ヒアレイン点眼液０．３％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2394	小児(6歳、18キログラム)にカロナール50%細粒2.4g分3毎食後で処方あり。添付文書上MAX量は超えていなかったが、推奨されている量はオーバーしていた。カロナール細粒は20%規格も存在しており、20%で2.4gだと推奨量範囲内であったことから念のため疑義照会したところ50%→20%へと変更になった。	処方入力時に20%と50%を間違えて入力した可能性が考えられる。	引き続き年齢、体重あたりの使用量が適正であるかの確認を徹底し、必要に応じて医師に疑義照会を行っていく。			カロナール細粒２０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2395	臨時処方にタケキャブ錠、アモキシシリンカプセル、フラベリック錠の７日分処方あり。タケキャブ錠が朝夕だったため疑問。薬歴を確認すると、以前ピロリの1次除菌歴あり。フラベリックが処方間違いではないかと判断し処方元に疑義照会。フラジール内服錠の間違いであることが判明。	おそらくカルテ入力の際に「ふら」と2文字入力で誤った薬剤を選択してしまったものと思われる。	他の処方内容、薬歴からしっかりと判断を行う。	フラベリック錠２０ｍｇ	フラジール内服錠２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2396	元々ルセフィ錠2.5mgとジャヌビア錠50mgが処方されていたが、今回、ルセフィ錠5mg、デベルザ錠20mgに変更になっていた。ルセフィとデベルザは両方ともSGLT2阻害薬なので、医師に疑義照会をしたところデベルザ20mgがテネリア20mgに変更になった。	20mgの規格、「テ」で始まる4文字の薬剤という類似性やDPP-4阻害薬とSGLT2阻害薬の分類の理解不足が影響していると思われる。	薬の成分名、作用機序を理解できるように相互に確認をしあうなど、勉強をする環境を作る。	デベルザ錠２０ｍｇ	テネリア錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2397	当患者は門前病院に元々受診をしていたが、体調変化があり一時的に他病院にて定時薬を処方してもらっていた。今回、体調が安定してきたため、定時薬を門前病院にて継続することとなった。 お薬手帳より、他病院での前回の処方内容と、今回の処方内容で一部異なる医薬品が処方されていた。患者に確認したところ、医師から薬を変更するとは聞いていないとのことだった。そのため疑義照会したところ、エチゾラム錠0.25ｍｇではなく、ブロチゾラム0.25ｍｇの間違いであったことがわかった。	処方時の入力ミスの可能性。	患者の服用履歴等の情報収集を徹底し、薬局内で共有する。	エチゾラム錠０．２５ｍｇ「ＳＷ」	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
2398	ペン型注入器をお持ちでない患者様へアピドラ注カートが処方され、現在インスリングラルギンBS注ミリオペンを使用していることからも、おそらくアピドラ注ソロスターの誤りと考えられるため疑義照会を行い変更となった。	処方薬の類似により処方誤りがあったと考えられる	患者背景を考えて調剤を行う	アピドラ注カート	アピドラ注ソロスター		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2399	今回新しくレバミピドが処方されており、調剤。投薬時にお薬手帳を確認したところ、他の医療機関から同薬剤が処方されていることを確認。疑義照会をして今回処方されていたレバミピドを削除すると確認。	今回処方した病院で患者のお薬手帳を確認していなかったため。	必ずお薬手帳を確認、重複防止に努める。			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
2400	尿が出ないと言って受診されたご高齢の女性に対し、前立腺肥大治療薬のエビプロスタット配合錠DBが処方されており、疑義照会したところエブランチルカプセル15ｍｇの間違いであったことが分かった。	どちらも「エ」で始まる薬剤で、エビプロスタットは当該クリニックでの使用頻度も高かったことから、PC入力の際選び間違ってしまったのかもしれない。	今回の患者様のお名前はたまたま男性でも使われるお名前であったため、性別に注意していなければ気づかなかった可能性もある。そのため処方箋及び新患であれば問診票にご自身で記載された性別の確認も怠らないようにする。また、ご本人ではなく配偶者がお薬を代理で取りに来られるケースもあるので来局されている方がご本人なのか代理の方なのかにも注意を払うよう徹底する。	エビプロスタット配合錠ＤＢ	エブランチルカプセル１５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2401	Ｃａ不足の授乳婦にＫ製剤が63日分も投薬されたので疑義したところ、Ｃａ製剤に変更となった。	初薬の場合は、患者様に理由を確認する	薬歴の患者情報は毎回確認し、お薬手帳は入力を忘れない事	Ｌ－アスパラギン酸Ｋ錠３００ｍｇ「アメル」	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
2402	ザジテンドライシロップが１０グラムと１０倍量の処方であり疑義照会。ザイザルシロップ１０ミリリットルの間違いであった。	類似の医薬品であることと、パソコン入力での誤りと考えられる。	小児科においては、医薬品に対する適量を把握しておくべきである。	ザジテンドライシロップ０．１％	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2403	排尿回数増多と知覚から排尿までの時間が短く、尿漏れを起こしたため来院。ベシケア（５０）と手書きされた処方箋受け取る。当薬局にはベシケア（5）とベタニス（５０）が在庫されており、ベシケア（5）の処方量が圧倒的に多いため、問い合わせの結果、ベシケア（5）と確定する。 投薬時、患者とのやり取りに特段の問題を認めなかったが、該当患者の年齢が８０歳を超えており初回投与量としては多いこと、当日担当医のベタニス（５０）処方が続いたため、万一のオーダー間違いを念頭に再度問い合わせを行う。 結果、カルテにもベシケア（５０）と手書き記載されており、再確認の結果、ベタニス（５０）の間違いと判明した。服用前に気づき、対応できたため、健康被害の報告はない。	手書きカルテであること担当医が非常勤であること採用医薬品が決まっていない（医師の裁量で自由に医薬品が処方できる）こと担当医や担当看護師でなく、事務職員を介した問い合わせ体制であること類似医薬品名かつ同薬効医薬品であること規格単位が（桁数は異なるものの）類似していたこと	類似名称・類似薬効医薬品調剤時は患者聞き取りとともに医療機関への問い合わせを確実に行う。	ベシケア錠５ｍｇ	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
2404	定期薬が処方されている内科で、普段飲んでいる整形の薬を依頼していた。処方箋に、筋萎縮性側索硬化症（ALS）の治療薬であるリルゾールが記載されており、特殊な疾患であるため不思議に思い、患者に伺ってみたところ、普段服用している痛み止めを依頼したとのこと。 医師に伝えるために薬情を持参されていたため、リリカOD錠25mgの間違いではないかと判明。（整形も当薬局で調剤している。）問い合わせたところ、間違いだったと判明した。	頭文字が同じであること、コンピュータが入れ替わったことから上記が発生してしまったと思われる。	新しい薬が処方された際には、患者の症状や診察時の話の内容を確認、処方された意図を推測する。定期薬を依頼していたら、同じ名称、規格、用量であるか手帳や薬情で確認する。	リルゾール錠５０ｍｇ「ＡＡ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2405	デュオトラバ配合点眼薬とアゾルガ配合点眼薬が併用されて処方されていた。チモロールマレイン酸塩、重複のため疑義照会し、デュオトラバが、トラバタンズ点眼液へ変更になった。	デュオトラバとトラバタンズの名称が似ているため、処方する際に打ち間違えた可能性がある。配合剤の点眼薬が多く発売されているため知識不足の可能性もある。	配合剤が出ている際は、成分をよく確認してから調剤する。	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
2406	定期でお薬を飲まれている患者様で、下痢症状のため今回ビオフェルミンR錠が処方追加されていた。 ビオフェルミンR錠の添付文書には「通常、ペニシリン系、セファロスポリン系、アミノグリコシド系、マクロライド系、テトラサイクリン系の抗生物質やナリジクス酸投与時の腸内菌叢の異常による諸症状の改善に用いられます。」との記載があり、処方せんには該当する抗生剤が処方されていなかった。念のため病院に疑義照会を行ったところ、ビオフェルミンR錠→ビオフェルミン錠へ変更となった。	ビオフェルミンR錠の適応菌種の抗生剤についての知識が不足していた。	・適応外処方の医薬品があれば患者様本人と処方医に確認する。・適応外の処方の可能性も考慮して常に勉強しておく。	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
2407	他府県からの引っ越しにより新規医療機関受診。使用中皮膚科薬の継続使用希望により、処方変更となったもの・新規処方の物多数処方有。その中でプロトピック軟膏0.1%処方有。お薬手帳確認によりプロトピック軟膏は0.03%小児用のもののみ使用歴あり。患者本人も処方変更によるものか、切り替えなのかが不明。疑義照会により従来使用中の0.03%へと変更となった。	18歳であり0.1%使用の可能性も高かったが、患者との会話、お薬手帳より0.03%の可能性を払拭できず、疑義照会に至った。	患者との会話からの疑問点・不安感の解消に向き合う。お薬手帳など患者情報の確認も怠らない。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2408	いつもミケルナが処方されている患者にミケランLAが処方されていたため疑義照会したいつも使っているミケルナに変更になった	医師がカルテを読み誤ったと思われる	今後も患者への聞き取りをし気づけるようにする	ミケランＬＡ点眼液２％	ミケルナ配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2409	処方箋に「（般）テオフィリン徐放錠100ｍｇ（24時間持続）」と記載あり。患者は数年に渡ってテオフィリン徐放錠100ｍｇ「サワイ」を服用中。患者家族は今まで通り変更なしの薬と聞いているとのことで、疑義照会を行ったところ一般名の選び間違いだと判明した。	一般名のマスタ管理一般名処方について医師が理解していない。	テオフィリンだけでなく、バルプロ酸Naなど同様の注意が必要がなものが多数ある。一覧表を作成する。			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
2410	0410対応にて電話診療を行った際、「最近めまいがするので以前服用していたトラベルミンを処方してほしい」と相談したところ、処方箋はメコバラミンが記載されていた。メコバラミンは整形外科で処方、服用中であるため重複処方であると判断、先に電話で患者様に確認を取ったところトラベルミンを処方希望していた為疑義照会にてトラベルミンに変更になった。	電話による聞き間違え	0410対応による処方がFAXで届いた際、電話連絡を行い処方確認、服薬指導を行った上、疑わしい内容があれば疑義照会を行う。	メコバラミン錠５００「トーワ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2411	オイラックスＨクリームが処方。投薬時に頼んだのと包装が違う言われ確認。病院で実物を見せて同じのを処方してほしいと頼んだとのとこ。実物を確認するとオイラックスクリームだったので疑義。変更となる。	医薬品類似間違い	慎重鑑査	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
2412	お薬手帳より、ムコスタ禁忌となっている患者さまで、セレコックス錠100ｍｇと共に【般】レバミピド錠100ｍｇが処方されていた。患者様にその旨確認し、医師へ疑義紹介を行った。疑義紹介の結果、【般】レバミピド錠100ｍｇ処方削除となった。	処方医のアレルギー歴、副作用歴の未確認。	アレルギー歴、副作用歴の確認を行い、患者様に不利益の起きないように注意する。日頃から情報収集に努める。			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
2413	他医療機関からの紹介受診で、転院された患者。「今までの病院と同じ薬を処方するが粉は服用大変でしょう。今回から錠剤にしますと聞きました。」と新しい主治医から話があったと申告があった。お薬手帳確認したところ「アスパラカリウム細粒」⇒「アスパラＣＡ錠200ｍｇ」となっていることが判明。疑義紹介にて確認したところ。「アスパラＫ300ｍｇ」の間違えと回答があった。	似通った名称なので、処方オーダリングの際、過誤があったと考えられる。	●お薬手帳は必ず確認する。●新規の患者様からはしっかりと話を伺い、お薬一つずつを確認しながら投薬。●お薬手帳の重要性を患者へ伝えていく。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2414	セファドール錠が処方され、服薬指導時に「めまいの薬」と説明したが、円形脱毛症での皮膚科の受診で処方理由が思い当たえう理由がなく医師へ疑義照会したところ、類似名称であるセファランチン錠の処方誤りであることが発覚した。	処方オーダリンの略称コードが頭文字３文字「セファ」で同じであることから選択誤りと思われる。	患者の服薬指導時に原疾患を確認する。	セファドール錠２５ｍｇ	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
2415	ピロリ菌除菌初回。ボノピオンの処方箋を応需。ボノピオンに変更	確認不足	患者情報の確認。	ボノピオンパック	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
2416	オーグメンチン配合錠250RSが1日3回6錠で処方された。添付文書上は通常1回1錠の薬であるため疑義照会したところ、1日3回3錠に変更となった。	オーグメンチン配合錠の1日量を把握していなかった、もしくは125RSの方と間違えてしまったと考えられる。	処方量が通常と異なる場合は必ず疑義照会して確認している。			オーグメンチン配合錠２５０ＲＳ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2417	ツムラ炙甘草湯を不整脈の患者に処方するつもりだったかが、医師の入力ミスで実際はツムラ芍薬甘草湯が処方された。薬局では、芍薬甘草湯の不整脈に対する効能に疑義を感じたが、医師が試しで使っているという情報から、疑義照会することなく投薬してしまった。投薬後、処方医に疑義照会をしてみると炙甘草湯の間違いであるとこが分かり、再調剤して正しい薬剤をお渡しした。	医師がお試しで使っているという情報に惑わされ、薬剤師側の知識不足もあった。	疑義を感じた内容に関して迷わず疑義照会するように心がける。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ炙甘草湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2418	患者は別の病院から転院。以前の病院でアバプロ錠50mgを処方され服用中。本人受診の際にDrから「アバプロは2種類の薬が入っている薬だね」と話があったとのこと。その日はアムバロ錠が処方されていたが血圧手帳より血圧が安定していることを確認。Drの勘違いによる処方間違いの可能性があったため疑義照会。バルサルタン・アムロジピン配合錠→イルベサルタン錠50mgに変更となった。	医師による医薬品の確認ミス・勘違いによるものと考えられる。	新規患者様からはいつも飲んでいる薬と新しく処方された薬の違いをお互いに確認し、患者様がお聞きした新たにかかった医師からの話を詳しく聞く。	アムバロ配合錠「ニプロ」	イルベサルタン錠５０ｍｇ「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
2419	カルシウム補給目的で今まで乳酸カルシウム1.5gを服用していたが、Drが今回から錠剤に変更するとのお話だったそうで炭カル錠が処方されていた。炭カル錠は吸着・制酸作用のため、適応がカルシウム補給目的ではないので、カルシウム補給を目的とする錠剤なら、乳石錠「ファイザー」500ｍｇかアスパラＣＡ錠200ｍｇであることをDrに伝え、乳石錠500ｍｇに処方変更となった。	Drの勘違い。似たような薬剤名への変更時には患者さんへの聞き取りも行いチェックする。	似たような薬剤名への変更時には患者さんへの聞き取りも行いチェックする	炭カル錠５００ｍｇ「旭化成」	乳石錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2420	歯科処方にて、ポピヨンヨード液(イソジン10%)５０ｍｌの処方記載。薬品名不備、規格記載不備、加えて患部口内のため、うがい液の処方の可能性あり、疑義照会を実施。確認の結果、イソジンガーグル液７％３０ｍｌに処方変更となる。	歯科のため、処方記載慣れていなかった。ガーグル以外の剤形の把握をしていなかった。印刷された処方箋であったが、薬品名の誤字もあり、ＰＣシステムを導入されていない可能性がある。	メーカーにイソジン液自体の口内患部への適応について安全性や臨床上使用状況の有無を確認（添付文書上は経口投与は不可との記載）その結果として安全性は高いので処方される可能性は０ではないこと、しかしガーグルのように矯味がされていないため使用時の違和感、および希釈使用されない場合は患部刺激感につながるリスクがあることをご回答いただきました。 複数規格あること、適応患部情報を周知徹底する。	イソジン液１０％	イソジンガーグル液７％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2421	患者様に骨粗鬆症治療薬、リカルボン錠50mgが処方されるが、週1回服用で4週間4日分と処方箋に記載、リカルボン錠50mgは4週1回服用であり、患者様も後発品希望で今まで服用されているお薬がミノドロン酸錠50mgで、後発品変更と服薬日数の変更の疑義照会を行いミノドロン酸錠50mg1錠ｘ1日分へ変更しました。	骨粗鬆症治療薬は、服用日数は用量により異なるので、注意が必要医師との確認を怠らないこと	思い込みに気をつける			ミノドロン酸錠５０ｍｇ「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
2422	ジメチコン錠で処方箋が来ていたが、患者のお腹は問題なしとの事だった為、疑義紹介をしアストミンに変更になった。	アストミンの一般名処方でジメルモルファリンとジメチコンの類似名称の処方箋記載ミス	処方箋記載の薬を取るだけではなく、薬効・相互作用を確認しながらピッキング・投薬を行っていくこと。	ジメチコン錠４０ｍｇ「ＹＤ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2423	ロキソプロフェンNa錠３錠分３、セレコックス錠１００ｍｇ３錠分３毎食後２１日分の処方。通常セレコックス錠１回１００ｍｇあるいは２００ｍｇを１錠２回が添付文書上の用法であること、またロキソプロフェン錠との併用処方もあまり見られない処方であり疑義照会。外来ナースを通して電話にて医師より、処方箋入力時のミスであり、セレコックス錠１００ｍｇ→セルベックス５０ｍｇ３Ｃ分３毎食後へ処方変更と回答あり。	病院でのオーダリングシステムでどのような薬品検索になっているかは不明であるが、カルテ入力時の検索ミス、処方箋発行時の確認ミスが原因と推定される。	処方監査の際に、添付文書上の用法と異なる場合は要注意。また今回の場合、症状や病態によってはNsadsの併用もあり得ることではあるが、この事例に限らず何かそこに疑問を感じた場合は躊躇せず、必ず疑義照会のアクションを起こすことが必要と考えられる。	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
2424	前回処方までレキソタン2mgを服用していた患者。今回レキサルティ2mgが処方されていた。患者様は薬の変更は聞いているとのこと。添付文書上は1mgより開始することとなっているが、2mgのままでよいか疑義照会。レキサルティ1mgを1錠分1ねる前服用に変更となった	医療機関側の処方内容確認不足	初処方時、薬剤変更時は添付文書の内容を必ず確認する			レキサルティ錠１ｍｇ 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
2425	フロセミド40mgが3錠分3毎食後3日分が新規処方された。フロセミドの開始量、用法ともにおかしいと思い医師に疑義照会。フロモックス100mgの処方間違いであった。	医師がフロモックス錠を処方しようと頭2文字のみ入力したため、誤った薬剤を選択してしまったと思われる。	新規開始になった薬剤に関しては、必ず患者の症状を聞き取り処方内容と合っているか確認を行う。	フロセミド錠４０ｍｇ「ＮＰ」	フロモックス錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2426	ジメチコン錠40mgのところシメチジン錠200mgと処方箋に記載されていた。シメチジン錠と同じ作用のあるネキシウムカプセルも処方されており、薬歴を見て前回処方と異なっていたことから気づけた。シメチジン錠のままだと副作用が現れる危険があったと考えられる。	薬名が類似しており、処方箋作成時に打ち間違えたためだと考えられる。	調剤時に処方箋を見て処方薬の確認と薬歴を見て前回処方と比べて疑問となる点はないかを確認する。	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
2427	もともとフェブリク10mgを1錠1×で服用していたが、今回から病院が変更になり、初めてのDrが処方入力を行ったがフェブリク40mg1錠1×で入力を行ったため疑義を行った。その後、フェブリク10mgに変更になった。	医師が薬剤のみ確認し規格を確認しなかったことで入力ミスが生じたと思われる。	処方監査の徹底。お薬手帳、検査値などを確認してから調剤を行うことで過誤の防止に努めている。			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
2428	クラシエ辛夷清肺湯エキス細粒が処方せれていたが、投薬の際体調を確認したら薬効とは違う症状を話されたので、病院へ疑義照会を行いクラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒に変更になる。	両方ともよく処方される漢方であるため、カルテへの書き間違いがあったと考えます。	しっかり患者様とコミュニケーションをとり、疑問をもったら必ず疑義照会を行うようにする	クラシエ辛夷清肺湯エキス細粒	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
2429	ヒアルロン酸Na点眼液0.3％が処方された.が患者さんは.ヒアレイン点眼液0.1％を.長年にわたり.使って.いて.これを．希望されていた.	成分は同じでも.差し心地.が.違うようだ.	医師に.確認して.変更となる	アイケア0.3％	ヒアレイン0.1％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2430	眼科よりゾビラックス軟膏5%左目1日3回点入の処方。処方鑑査時に気付き患者様に使用方法を確認。目の中へ入れるようにと指示を受けていた。ゾビラックス軟膏は目には使用できないのでゾビラックス眼軟膏との処方間違いではないかと医療機関にFAXで疑義照会。疑義照会の結果ゾビラックス眼軟膏3%に処方変更となった。	薬品名類似	疑問が生じた場合は患者様に確認し疑問が解決してから調剤を行う	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
2431	眼科処方：アシクロビル軟膏5%の記載ヘルペスで眼に使用すると確認。問い合わせして眼軟膏3%に変更	パソコンの類似名薬剤選択のミス	眼科から眼軟膏以外が出ているときは使用意図、部位を要確認	アシクロビル軟膏５％「テバ」	アシクロビル眼軟膏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
2432	定期薬の「タリージェ錠2.5ｍｇ」以外に、一般名で「ベポタスチンベシル酸塩錠5mg」が新たに追加されていた。患者さんからお話をうかがったところ、ドクターからの説明は「いつもの薬を増量する」だけであり、いつもの症状以外に診察してもらった症状はなかったので、疑義照会をおこなった。結果、「タリージェ錠５ｍｇ」へ増量になった。	おそらく入力時にタリージェを増量しようとして、誤って名称の似ているタリオンを入力。それを一般名に変換したため、今回の事例がおこったと思われる。	平素から、患者様への聞き取りをしっかりとおこない、投薬する。	ベポタスチンベシル酸塩錠５ｍｇ「トーワ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2433	5/21にAクリニックにてSG配合顆粒を3ｇ毎食後×14日分当局で調剤。5/28に支店にてセデスハイ(OTC)購入5/29にBクリニックにてSG配合顆粒1ｇ頭痛時×30回分を別の薬局で調剤。調剤後情報交換にて発覚し対処。	いずれも全てのコンピューターの電源を落として帰宅しようとしている時に現れ、医院への照会もできない状態ですべてが事後確認となった	問題のある患者がピックアップされた際は近隣クリニック、薬局と情報の交換を積極的に行っている			ＳＧ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
2434	他院にてニフェジピンＣＲ10ｍｇで服用しており、内容の変更なく、継続処方となる予定だったが、今回の処方でニフェジピンＬ10ｍｇだった。作用持続時間が異なり、血圧コントロールが乱れる可能性あり、疑義照会を行った。	薬品名が類似していることと作用持続時間が異なることの認識不足。	お薬手帳や患者様との診察時のやりとりを聴取する。			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
2435	HPからTELがあり「転院してきたPtに継続中の薬である”エビプロスタット錠25mg”を処方する予定だが、処方入力ができない」とのことだった。エビプロスタットの規格はBDのため薬品名の間違いないか確認したところ、間違いないとの回答だった。 その後「エビプロスタットBD」が載った処方箋をお持ちのPtがご来局し、お手帳を拝見したところ転院前に服用していた薬は「プロスタット25mg」であった。HPにTELにて確認したところプロスタット25mgが正しいとのことで変更になった。加えて今までは2錠/2で服用していたが処方せんは1錠/1であり減量の話もDrからなかったとのことでHPに確認。2錠/2に変更となった。	思い込みによる入力ミス・確認不足。	前回薬と比較し薬が変更になっている場合は鑑査時もしくは投薬時に、Ptに変更の旨をDrから診察時に伺っているか確認し、もし特に話がないのに薬が変更になっている場合は入力ミスも考えられるためHPに確認の電話をするようにしている。	エビプロスタット配合錠ＤＢ	プロスタット錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2436	入院患者の退院での院外処方。入院中はバルプロ酸Ｎａ徐放Ａ錠２００ｍｇを処方。今回、一般名でバルプロ酸Ｎａ錠２００ｍｇで処方。	最近、バルプロ酸Ｎａ徐放Ｂ錠２００ｍｇ（トーワ）から徐放錠Ａ（トーワ）へ名称変更があり、処方医はバルプロ酸Ｎａ錠がこれまでと同じ薬剤であると勘違いされていた。残薬調整もあり、処方入力が複雑になっていた。	お薬手帳を活用し、これまでの処方薬の内容について確認を行う。用法用量から処方内容の監査を行う。	バルプロ酸Ｎａ錠２００ｍｇ「ＴＣＫ」	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
2437	痔の症状を訴えているのに強力レスタミンコーワ軟膏が処方されていた	投薬時の患者様から聴取した体調を考慮した結果、症状に合わないと疑義照会の必要があると判断。	投薬時の患者様の訴えなどを細かく確認することにしている	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏	強力ポステリザン（軟膏）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2438	１０歳のためキプレス細粒４ｍｇからキプレスチュアブル錠に変更、【般】プロカテロール塩酸塩錠0.05mgと0.025ｍｇが同時に処方されており【般】プロカテロール塩酸塩錠0.05mgをカット、痰が絡むため【般】カルボシステイン錠５００mgを一日三回　一回一錠　毎食後　７日分　全２１錠追加。	忙しい時間帯もあり処方を２回押してしまった可能性あり。年齢の確認が漏れてしまった可能性あり。	お薬手帳確認。添付文書等確認。病院との情報共有。			キプレス細粒４ｍｇ メプチン錠５０μｇ 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
2439	病院の薬品マスタ変更で　前回までカプセル→今回からＯＤ錠に変更になっていたが、気付かず入力。調剤、監査時にも見落としそのままＤＯとしてお渡し。次回入力時に誤りに気付き、問合せし、今までのカプセルに変更になった。	ＤＯであると思い込み。病院の薬品マスタ変更の件は　Drも患者様もご存じなかった。	薬品マスタの変更があり得る事事前に分かるものは把握しておく混みあっている時の監査は冷静に正確に　より注意する			リリカカプセル７５ｍｇ リリカＯＤ錠７５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2440	新規で五苓散が処方になった患者様に、症状を伺ったところ、帯状疱疹後の疼痛とのことだった。特に浮腫なども無いとのことで、五積散など他の漢方薬の処方間違いの可能性を考えて疑義照会、五積散の間違いであったと確認した。	漢方薬の名前の類似による薬剤の選択ミス。	帯状疱疹後神経痛で長く悩まれている患者様で、医師の意図した処方ではない可能性を考えて疑義照会を行った。	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
2441	カルボシステインシロップが４ｍＬ/2× ５日分処方、すでに１０ｍＬ/2×で他病院で処方、他薬局で調剤し服用中であり、合計１４ｍＬ/日となる。患者家族には医師より追加で服用するようにと説明があったが、体重から過量ではあるため疑義照会。処方したかった薬剤がカルボシステインシロップではなく、アンブロキソールシロップであった、薬用量はそのままで問題ないため、薬品名のみ変更となった。	服用目的が同様であるため、カルテの記載間違いか、事務的な入力間違いと思われる。	そのままカルボシステインで調剤し、服用していても大きな健康被害はなかったと思われるが、疑義照会を行ったことにより、医師の意図した適性な薬用量、薬品での対応となり、望ましかったと思われる。	カルボシステインシロップ小児用５％「トーワ」	アンブロキソール塩酸塩シロップ小児用０．３％「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2442	（般）セチリジン塩酸塩錠１０ｍｇ　２錠　１×夕食後で処方されていた。最高用量は２０ｍｇとなっているが、２錠処方されるケースが少ないため念の為用量の確認を行った。回答はジェニナック２００が２錠の間違いだった。	類似名称かカルテの読み間違いによる打ち間違いだと思う。	疑わしい時は問い合わせをすべきである。	ジルテック錠１０	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2443	別の病院からの転院で受診。調剤時おくすり手帳を確認して以前服用されていた規格と異なるため確認→問い合わせ後0.25ｇから0.5ｇへ規格変更	カルテの記載ミス	おくすり手帳を活用して併用薬の把握。患者さんとのやり取りより変更点確認			シュアポスト錠０．２５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2444	１歳の患者へカルボシステインシロップ小児用「テバ」250ｍｌ分３毎食後７日分が処方された。あきらかな過剰投与にて疑義照会を行ったところ　カルボシステインドライシロップ50％「タカタ」250ｍｇ（成分量）へ変更となった。	処方入力時薬品の選択を誤り、またその確認も不十分だったと考えられる	体重当たりの用量の確認の徹底	カルボシステインシロップ小児用５％「テバ」	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
2445	リボトリール1mgが処方されていたが、リボトリールの処方は普段はなく、前回リピトールの服用が開始となっていた。病院に電話で確認したところ、処方間違えが発覚しリピトールに変更	名称も用法も間違っていたので、処方データを引っ張ってきたように思うが、以前にリボトリールの処方があったのは1年前なので考えにくいか。	処方歴やお薬手帳の確認など、当たり前の行為を確実に行う。	リボトリール錠１ｍｇ	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
2446	これまでテルチア（ミコンビのGE）で処方のあった方が、ミカムロに処方変更になっていた。患者さんに聞き取りしたところ、体調変化もなく、薬の変更についての話しもなかったとのことで、疑義照会。結果、テルチアに処方変更	名称類似のため、処方ミスの可能性が高い	処方箋を信じ込むのではなく、患者さんに体調変化、Drとの話した内容を聞き取ることで処方ミスを防ぐ	ミカムロ配合錠ＡＰ	テルチア配合錠ＡＰ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2447	リン酸コデインとともにカロナール錠(500)が処方されていたが、発熱などの症状はなく患者本人は痰切りの薬を希望したとの事で疑義照会した。処方間違いとの事でカルボシステイン(500)に変更となった。	薬品名、規格が類似していた為と考えられる。	服薬指導時、不審な点があれば疑義照会している。	カロナール錠５００	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
2448	フェルビナクテープ　１８枚で処方されたが、１袋７枚入りのため疑義照会。その結果、フェルビナクテープではなくフェルビナクパップを出すはずだったことが判明。	パップとテープの入力間違い。	複数の剤型があるものに関しては、患者にしっかりと確認をする。	フェルビナクテープ７０ｍｇ「久光」	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
2449	救急科に受診した患者がアモキサンカプセル（２５）４カプセル分４毎食後寝る前５日分の処方箋を持参。アモキサンは初服用となるため、薬剤相違の可能性が考えられたため、用法用量なども含め疑義照会実施。病院より外科処置後の処方と確認し、結果、アモキシシリンカプセル（２５０）に変更となった。	病院側のシステムが最近変更したため、入力者が慣れておらず、誤った薬品名を入力してしまった可能性が考えられた。	患者からの聞き取りとの相違がないか、また服用歴などを確認しつつ、適切な薬剤が処方されているか確認を行う。	アモキサンカプセル２５ｍｇ	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラー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	今までレトロゾールが処方されていた方だったのですが、本日レスプレンに変更になっていたため、問い合わせ。レトロゾールの間違いだったとのことで処方を変更することになった。	レトロゾールとレスプレンが頭文字だけだが同じであり、かつレスプレンがレトロゾールと同じで1日1回一回1錠で出ていたことから、入力のミスの可能性があったため問い合わせを行いました。	前回の処方と比べておかしな部分がないか継続の患者様の場合には確認を注意して行うことになっています。	レスプレン錠２０ｍｇ	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2451	ヒアレイン点眼液0.3%5mLが336瓶で処方あり、本数多すぎる為、お薬手帳で確認するといつもはヒアレインミニ点眼液0.1%0.4mL336瓶であったため、処方医に電話にて確認。処方はいつも通りのヒアレインミニ点眼液0.1%0.4mL336瓶でよいとの事を確認得られたため、調剤。	点眼の名称が似ているため1本量確認せず処方せんに記載してしまったと考えられる。	規格と本数、特に薬剤名が酷似していて1本あたりの量が異なる薬剤に関しては要確認していく。	ヒアレイン点眼液０．３％	ヒアレインミニ点眼液０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2452	ナルラピド錠2mgの処方にコメントで「追加分合計8mg」となっていた。過去薬歴などよりナルサス錠服薬中だったため、処方ミスの疑いより疑義照会。ナルサス錠2mgに変更になった。	名称が似ているため院内のシステムでの入力ミス、または前回ナルラピド錠1mgの処方があり確認漏れによるミスの疑い	処方内容以外にもコメントと薬歴などの相違などについても確認	ナルラピド錠２ｍｇ	ナルサス錠２ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2453	成人の患者に対してクラリスロマイシン錠50ｍｇ１錠朝食後で処方があった。50ｍｇは基本的に小児に対して使用されることが多く、処方箋作成時にクラリスロマイシン２００ｍｇと間違えたのではないかと思い疑義照会し、クラリスロマイシン２００ｍｇ１錠朝食後に変更となった。	日曜は病院が患者数が多く新患も多いため処方箋の記載間違いが増える傾向にある。	常に処方監査の際は常用量と患者の年齢を意識して行う。			クラリスロマイシン錠小児用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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2454	整形外科通院中の患者。今までは外用貼付剤のみであったが、今回は内服薬のみ。セレコックス錠１００ｍｇとレバミピド錠１００ｍｇが７日分処方された。お薬手帳を確認したところ、かかりつけの病院（内科）より血圧降下剤などと一緒にレバミピド錠１００ｍｇ「日医工」が処方され、現在服用継続中であることが判明したため、疑義照会し処方削除となった。	「お薬手帳」記載内容の確認漏れ	引き続き、お薬手帳や患者への聞き取りなどの処方せん以外の情報収集に努め、処方せんの内容に不備などが無いか、適正であるか確認する。また、患者への「お薬手帳」の有用性や活用法について、啓蒙を続ける。			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
2455	アレジオン点眼液が新規処方された。患者に確認したところ以前処方されたことのあるパタノール点眼が処方されるはずだとのこと。疑義照会にてパタノール点眼液に変更となる。	同じアレルギー薬なので選択ミスをしたか	特に初回の薬品に関しては患者との処方意図の確認が必要	アレジオン点眼液０．０５％	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
2456	平素より血圧の薬を当薬局から交付している患者に一般名ロキソプロフェンＮａテープ100ｍｇ　28枚、１日１回腰に貼付、1日２枚14日分が追加になっていた。患者より内服で処方されると聞いていると言われたので疑義照会した。一般名一般名ロキソプロフェンＮａテープ100ｍｇ　28枚、１日１回腰に貼付、1日２枚14日分は処方削除となり、一般名ロキソプロフェンＮａ錠60ｍｇ　3錠分3毎食後　10日分へ変更となった。	成分は同一なので剤形の選択を誤ったと思われます。	聞き取りや説明を詳しくする。	ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「トーワ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2457	他院の皮膚科にてシーナル配合錠とトランサミン500ｍｇ錠を継続服用されている人に、風邪薬としてトランサミンカプセル250ｍｇとロキロニンが処方される。お薬手帳及び患者への確認にてトランサミンを服用中であることが判明。疑義照会にてトランサミンカプセルを中止することに。	風邪の方へルーティン処方であるため、併用薬等の確認がおろそかになったと考えられる。	久しぶりの方や新患の方へは毎回アンケートだけでなく口頭にて併用薬の確認を行っている。これにより発見できたと考えられる。			トランサミン錠５００ｍｇ 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
2458	消化器内科から患者希望で皮膚炎の外用剤が処方された。キンダベート軟膏とヒルドイドクリームを混合する処方指示だったが、両者を混合した場合に分離してしまい、適切に使用できない可能性があった。調剤時に調剤者が疑問に思い疑義紹介したところ、ヒルドイドはソフト軟膏に変更された。	皮膚専門外の医師だったため外用剤の処方を出す機会が少なく、ヒルドイドの「クリーム」と「ソフト軟膏」の違いに見落としがあったと予想される。	外用剤の混合処方について、混合に適した薬剤かどうか調べ方を整備しておく（書籍やメーカー資料など）	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
2459	・患者は高血圧、頻尿、膝の痛みのため複数の薬を服用しており、薬は今まで別の薬局で受け取っていた。頻尿には牛車腎気丸が処方されていた。・経緯は不明だが、頻尿治療のために、今回別の医療機関の泌尿器科を受診し、「ベタニス錠50mg １錠分１朝食後」が処方された。	・「ベタニス錠50mg」と「ベオーバ錠50mg」は同種同効薬であり名称類似のため、処方入力時に選択ミスがあったと思われる。	・初処方の薬は患者への聞き取りを特に丁寧に行う。・新薬情報を把握しておく。・過活動膀胱治療薬の名称類似薬には、ベタニス錠とベオーバ錠（いずれもβ3アドレナリン受容体作動薬）の他にも、ベシケア錠（抗コリン薬）があるため、取り違えに注意する。	ベタニス錠５０ｍｇ	ベオーバ錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
	・投薬時、患者は「今日の薬は新薬だから１４日分しか出せないと言われた。」と話した。・ベタニス錠は新薬ではなく、頻尿であればベオーバ錠(新薬）の記載間違いではないかと考え、電話で処方医に確認した。・その結果、「ベタニス錠50mg」は削除され、「ベオーバ錠50mg １錠 朝食後」に変更となった。						

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2460	当薬局に初めて来局の患者。処方せんに【般】チモロール点眼液0.5%（非持続性）1日1回、朝、両目の記載。お薬手帳ではチモロールXE点眼液0.5%を使用しており、患者より同じものを処方された話あり。持続性から非持続性への変更、用法も持続性のものであることから疑義照会。非持続性から持続性に変更、用法変更なしとなった。	処方入力画面で持続性と非持続性を見間違えたと考えられる。	成分名だけでなく持続性・非持続性、用法の確認を徹底する。			チモロールＸＥ点眼液０．５％「ニットー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2461	今までヒューマログ注ミリオペン（3-3-3-0）にて糖尿病治療を行っていたが、当日ヒューマリンR注（6-4-3-0）で処方。患者に「インスリンの単位と種類が変更になっていますが先生からお話はありましたか」と確認。患者から「単位は変わると言っていたが、種類を変えるとは聞いていない」と返答があったため、処方医に疑義照会。薬剤は今まで通りヒューマログ注ミリオペンで継続するとの返答あり。	薬剤の名称が似ているため、電子カルテの入力時に選択間違いを起こしたか。	今までに取り扱いの無かったインスリンのため、患者に確認して防げた事例。患者や病院とのコミュニケーションを大切にしたいと思う。	ヒューマリンＲ注１００単位／ｍＬ	ヒューマログ注１００単位／ｍＬ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2462	「アレロック顆粒　1ｇ/分1朝食後」で処方記載。年齢から通常のアレロックの処方と食い違いその段階でお薬手帳を確認したところ、前医では「アレジオンドライシロップ　1ｇ/分1朝食後」の処方がなされていたため電話にて疑義照会。カルテ上は「アレジオンドライシロップ　1ｇ/分1朝食後」だったが処方箋の記載は「アレロック顆粒　1ｇ/分1朝食後」になっていたことが発覚。	薬品名称の類似（手書きカルテ、手書き処方箋）	各薬品の用法・用量の確認およびお薬手帳確認の徹底。お薬手帳を有効活用するための啓蒙。	アレロック顆粒０．５％	アレジオンドライシロップ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
2463	病院で半年後の予約だが３か月分しか処方なく残りを近医でもらうよう指示あり。かかりつけ医に頼んで追加処方してもらったがアスパラCAをアスパラカリウムで入力して処方箋に記載した。処方箋を受け付けた当薬局がお薬手帳の記載と聴取していた併用薬を確認し病院と同じものを頼んだというのに違う薬品だったので気づいた。	アスパラまでが同じでカリウムとCAの違いになるので頭の文字だけ入力して選択を誤って入力したと考えられる。類似した名前に注意が必要だが処方箋を確認せずに渡したと考えられる。	お薬手帳の記載や併用薬の確認と患者さんの話しから気づくことが出来たので併用薬の確認と患者さんの話しをよく聞くことは大切類似の名前がある薬が初回に処方されたときは特に注意が必要。	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
2464	半夏瀉心湯を継続していたが、本日から半夏厚朴湯に変更となっていたため、患者に確認。drからこれまでの薬から変更とは聞いていないとのことから、処方医に疑義照会し、これまで通りのお薬に修正してお渡しできた。	drが、半夏瀉心湯と半夏厚朴湯、しっかり識別していなかったためか？	交付前のプレチェック、患者さんからのモニタリング、これまで通りしっかり行うことでチェックできるはず。	半夏厚朴湯	半夏瀉心湯		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2465	以前から「ビーソフテン外用スプレー」を使用していた。このたび本県に越して来たため、転院となった。使用していた「ビーソフテン外用スプレー」を今回医師へ処方依頼した、	「ビーソフテン外用スプレー」は名称変更となり、一般名記載となっていたが、患者要望の「ビーソフテン」というワードのみで、処方記載したため、「ビーソフテンローション」の記載ミスとなったと考えられる。	かかりつけ患者であるため、患者の要望なども常に把握していた。処方も初めてだったため、使用薬剤・基剤に誤りがないか確認している。	ビーソフテンローション０．３％	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
2466	オーグメンチン錠250RS３錠、サワシリン錠250ｍｇ３錠、１日３回毎食後、ビオフェルミン錠剤３錠毎食後（下痢時服用）服用と処方されていた。疑義照会して、ビオフェルミン錠剤がビオフェルミンＲ錠に変更された。	抗生物質、化学療法剤投与時は耐性乳酸菌整腸剤を処方すべきところ、普通錠を処方した。あるいは医師の入力確認不足。	抗生物質、化学療法剤投与時は耐性乳酸菌整腸剤を処方すべきである。普通錠であった場合は処方医に疑義照会する。	ビオフェルミン錠剤	ビオフェルミンＲ錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2467	ロペミンカプセル1ｍｇ１ＣＡＰ（下痢時）１０回分、ビオフェルミンＲ錠３錠、１日３回毎食後、７日間服用となっていた。患者さんに確認すると下痢が続いているので処方してもらったとのこと。疑義照会して、ビオフェルミンＲ錠→ビオフェルミン錠に変更となった。	処方医師の入力確認不足と思われる。	ビオフェルミンＲ錠は抗生物質、化学療法剤投与時に投与されるので、患者さんからの情報確認、おかしいとと思ったら処方医師に疑義照会して確認する。	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
2468	クラリスが分1で処方。前回クラリチンが分1で処方のため患者に確認しようとしたところ外出中で不在。直接病院に確認したところ誤りであることが発覚。クラリチンの継続となった。	カルテの確認不足かPCシステムにおける確認に不足	とくになし	クラリス錠２００	クラリチン錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2469	新規の患者さんで、一般名処方でバルプロ酸ナトリウム細粒４０％と記載があったため、バルプロ酸ナトリウム細粒４０％「EMEC」で調剤し、監査、投薬する前にお薬手帳を確認したところ、今までの病院でバルプロ酸ナトリウム徐放Ｕ顆粒４０％「アメル」が処方されていた事が判明。ドクターに疑義照会したところ、転記ミスとの事で処方変更。	ドクターの転記ミス薬局側は処方箋受付時に処方箋と手帳内容のすり合わせ確認が出来ていなかった。	処方箋受付時に処方箋と手帳の処方内容の確認	バルプロ酸ナトリウム細粒４０％「ＥＭＥＣ」	バルプロ酸ナトリウム徐放Ｕ顆粒４０％「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
2470	以前よりアジルバ20ｍｇを服用中の患者様。血圧が170を超えており４０ｍｇに増量された。増量から次の受診時、アジルバが20ｍｇで処方されていた。不審に思った薬剤師が患者様に確認。血圧の値はあまり変わっていない（160程度）とのことだった為、減量は間違えであると判断し疑義照会。医師の処方ミスであったことが発覚し４０ｍｇに変更になった。	カルテの記載不備。以前のものからコピーして処方した為起こった可能性がある。	薬の変更や、増減量について、処方箋だけでなく患者様からも積極的に情報を収集し、不審な点があればすぐに疑義照会を行う。			アジルバ錠２０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2471	ムコソルバンL錠４５ｍｇ　３錠分３（毎食後）で処方。徐放性製剤のため１錠分１で服用する薬である。調剤者、鑑査者はそのまま調剤。後で取りに来る方で交付者は別薬剤師が投薬。投薬時に処方誤りに気付き、疑義照会にて１錠分１（夕食後）に変更となる。	医師は、ムコソルバン錠１５ｍｇ３錠（毎食後）でカルテ記載したが、医療事務入力時に誤ってムコソルバンL錠４５ｍｇ　３錠（毎食後）で入力してしまったと思われる。	レセコンの局内用名称を、ムコソルバンL錠４５ｍｇ→ムコソルバンL錠４５ｍｇ【１日１回】に変更した。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2472	糖尿病の治療で普段より血糖降下薬を処方されている患者様。グリメピリド錠０．５mgを1日2回朝夕食後で服用されていた。薬剤交付時、血糖値について確認。HbA1c=8.6とのことだった。以前の薬歴等から過少投与の可能性があると判断し、疑義照会。医師も増量予定だったが変更をし忘れていたことが発覚し、グリメピリド錠１ｍｇ１日２回朝夕食後に変更になった。	医師がカルテの変更を忘れていたこと。検査値等の確認ができていなかったこと。処方薬の確認ができていなかったこと。	当日の処方箋けではなく、過去歴や、プロフィール、交付時の情報等により、処方箋に不備がないか常に確認をするようにしている。			グリメピリド錠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
2473	以前より降圧剤を服用している患者。前回処方はアムロジン錠2.5mgであったが、今回はアムロジン錠5mgが処方されていた。以前に血圧コントロール良好にて5mgから2.5mg減量となった経緯があり、処方鑑査者（＝最終鑑査者・交付者）は血圧上昇により再度5mg錠へ戻すものと判断し、処方鑑査段階では患者に問い合わせることなく調剤者に引き継いだ。交付時に再度5mgへ戻ったことをお伝えすると、患者本人より診察時に医師より「今回も2.5mgのままで行きます」と伺った旨の申し出があり、処方ミスを疑い疑義照会を実施。医院事務職員を介して医師に確認を行い、処方内容を2.5mg錠へ変更との回答を得たため調剤・鑑査をやり直して交付を行った。	医療機関側で処方オーダー入力時に規格を誤ったものと推定される。	処方鑑査時に薬剤の増量・減量等があれば、可能な限り調剤に着手する前に、医師から薬剤変更する旨の説明があったかを患者又は代理人に確認する。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2474	処方箋に塩化カリウム600mg徐放錠の処方があったが、お薬手帳を見せてもらうと前回は塩化ナトリウムの処方だった。患者さんに確認しても特に薬が変わるとは聞いておられないので病院に確認したところ薬剤の処方間違いが発覚した。	病院で処方箋を打つときに似た名前だったので打ち間違えた	今回は患者さんがお薬手帳を持参していたために薬剤の間違いがわかった。お薬手帳の重要性をもっと各患者に認識してもらうことが重要だと思う。	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
2475	般）沈降炭酸カルシウム　3ｇ/日毎食直後の処方が新患の患者に処方された。患者の検査値ではsCr7.15　K値5.9であった。本剤は制酸剤の適応であり、高リン血症改善薬の、般）沈降炭酸カルシウム口腔内崩壊錠　500ｍｇの処方違いではないかと疑義照会し、般）沈降炭酸カルシウム口腔内崩壊錠　500ｍｇ　6T　毎食直後に変更となった。	Drの一般名の選び間違いによる	処方箋に患者の主な血液検査結果がのっているので、処方内容と照らし合わせて考える。	沈降炭酸カルシウム「ケンエー」	カルタンＯＤ錠５００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2476	患者の処方せんに「アスピリン0.5ｇ　1日3回毎食前　5日分」と記載があった。コメント欄に「下痢や軟便がなくなったら服薬を中止」と記載があり、ミヤＢＭ細粒と混合するようになっていたため、下痢止めの間違いだと気付き疑義照会を行った。その結果、「アドソルビン原末　0.5ｇ　1日3回毎食前　5日分」に処方変更となった。	名称が類似しているため、処方の際に間違えた。	処方監査の際に薬剤の名称についてきちんと確認する。小児の処方に関しては特に年齢や体重をみて用量が適切かどうか確認する。	アスピリン「ホエイ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2477	同一成分を含む配合剤が一緒に処方されていた。	本来処方したかった薬剤と誤って処方された薬剤名の２文字目までが同じ。また発売されて日が浅く、薬剤名(配合成分)の認識が浸透していなかったと思われます。	配合剤の棚には成分名を記載したものを貼付し注意を促している。	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
2478	処方せんに抗生剤の記載なし、お薬手帳でも抗生剤の服用確認できないが、ビオフェルミンRでの処方→疑義の上、ビオフェルミンに変更	入力の際に医師が間違って選択しやすい薬剤の可能性もあり	耐性乳酸菌は抗生剤とセットでお渡しするという認識を全員で共有している	ビオフェルミンＲ	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
2479	ジエノゲスト錠0.5mg　2錠/2×朝夕食後　処方当該薬剤は存在せず、月経困難症への保険適応薬剤処方の意図か？ディナゲスト錠0.5mgへ変更となった	適応症により使用が異なる薬剤の選択	先発品、後発品　調剤の際には適応症不一致有無も確認	ジエノゲスト錠１ｍｇ「Ｆ」	ディナゲスト錠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
2480	２０２０年６月某日、７１歳男性患者様が来局。もともとヒューマログ注カートを朝５、昼４単位で投与、ヒューマログミックス５０注カートを夕６単位で投与していた。 今回処方箋ではヒューマログミックス５０注カートが朝５、昼４単位で処方されており、投薬時に変更になったか確認を取っていると、インスリンに変更はなく、ヒューマログ注カートを希望されていて、ヒューマログミックス５０注カートは残薬がありいらなかったことが分かった。	医薬品の名称が似ているため、オーダリングでの入力を間違えてしまった。	単位数が前回と変更になっている形だったので、処方されているないように間違いがないか確認を取って渡している。	ヒューマログミックス５０注カート	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2481	以前から他医院よりエクメットＬＤ錠２錠２×朝夕食後を処方されていた。今回年に一度の検査に来た際、継続中の薬を処方されたとのことだったが、当該処方箋にはエクメットＨＤ錠２錠２×朝夕食後で記載されていた。	医師の普段の処方の確認不足エクメットＬＤ病院の採用薬品ではなく、採用薬品以外は電子カルテで記載できないシステムになっているとのことで、エクメットＬＤは記載できなかった。	しっかりお薬手帳を確認し患者へのヒアリングも怠らない			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
2482	ミカムロ配合錠APを服用中の患者が最近血圧の上昇続いており、ミコンビ配合錠BPへ変更になっていた。患者より利尿剤の追加の話が無かったため疑義照会をしミカムロ配合錠BPへ変更になった。	配合剤への変更や、単独成分になることが多くなっているため、配合成分の整理をしておく必要がある。	薬局内にある、配合錠成分の見直し。	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
2483	ルパフィン錠が１日２Ｔ、１日２回朝夕食後にて処方あり。添付文書上の用法は１日１回の為、疑義紹介を実施。処方薬がルパフィン→パルモディアに変更となる(用法用量は変更なし)。	「パルモディア」と「ルパフィン」は名称に似た点があるため処方ミスにつながったと考えられる。また、診療時間終了間近ということもあり、処方内容の確認不足があった可能性がある。	追加薬があれば患者に理由を確認し、不明な点があれば疑義紹介にて確認する。	ルパフィン錠１０ｍｇ	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
2484	投薬時に抗生剤が出ていないにもかかわらずビオフェルミンR散が出ていることを発見。病院で抗生剤の注射も他院で抗生剤を使ってないことも確認。	処方医が処方入力の際に間違えて配合散でなくR散をクリックしたことが推測できる。	抗生剤が出ていないのにビオフェルミンR散、R錠が出ていた場合は必ず確認の疑義をする。	ビオフェルミンＲ散	ビオフェルミン配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2485	バイアスピリン錠100ｍｇの処方。2年ぶりの来局で基本情報収集。血栓歴等なく応対時に頭痛の訴えを確認。TELにて疑義照会。カルテにバイアスピリン100ｍｇ記載だったので医師への確認を実施。頭痛適応のバファリンA330へ変更提案。	バイアスピリンが頻繁に処方されるため、アスピリンといったらバイアスピリン、という思い込みがあったのではないか。	久しぶりの患者からの情報収集。特に入退院をしっかり確認している。			バイアスピリン錠１００ｍｇ バファリン配合錠Ａ３３０	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2486	鼻水が出るので市販の漢方薬を服用していて、同じ薬を出してもらえるか先生に相談し、出してもらうこととなったと薬局で話されていた患者。小柴胡湯が処方となり、鼻水に小柴胡湯？と思い薬局でも確認のため市販の漢方薬を見せてもらったら、小青竜湯だった。疑義紹介後小青竜湯に変更となった。	小柴胡湯と小青竜湯名前が似てたので医師の思い込みかと。	先生に伝えたので大丈夫と言われるが、薬のことなので再度薬局でも確認をとることが大事だと思った。	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
2487	臀部のイボがあるとの事で来局。処方箋はツムラよく苡仁湯エキス顆粒5ℊ分2の記載。ツムラよく苡仁湯エキス顆粒の適応は関節痛、筋肉痛の為、疑義紹介を実施、結果ヨクイニンエキス散コタロー3ℊ分2へ処方変更となった。	カルテへの薬剤入力の誤りか、適応症の認識不足だと推測される。	毎回適応症の確認を添付文書で行うことを徹底するよう申し合わせた。	ツムラよく苡仁湯エキス顆粒（医療用）	ヨクイニンエキス散「コタロー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2488	2020年4月27日、患者本人が処方箋を持参した。デキサメタゾン眼軟膏が処方されていたが、使用方法が１日数回口内に塗布となっていたため、口腔用軟膏の間違いではないかと思い、医師に電話で疑義照会をした。その結果、一般名デキサメタゾン口腔用軟膏に薬剤変更となった。	類似名称品の処方箋記載間違いのようだ。	お薬手帳の確認及び、どのような症状で受診したのか、患者本人に確認するようにする。	デキサメタゾン眼軟膏０．１％「ニットー」	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
2489	急性炎症に対し、温感タイプが出ていた。疑義照会したところ、冷感タイプの間違えであったことが判明。冷感タイプへ処方変更になった。	処方医の確認ミス	温感タイプか冷感タイプか、妥当性の検討、患者への聞き取り、医師への疑義照会を確実に行う	ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「三和」	ロキソプロフェンＮａテープ５０ｍｇ「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2490	今まで【般】メトホルミン塩酸塩錠500mg:MT 4錠(2×1朝夕食後)で処方されていたが、今回は服用量が減量となり、処方が【般】メトホルミン塩酸塩錠250mg:GL 4錠(2×1朝夕食後)で処方されていた。メトホルミン塩酸塩錠250mg:GL の先発医薬品名はグリコラン錠250mgであり、1日最高投与量は750mgである為、疑義照会を行った結果、【般】メトホルミン塩酸塩錠500mg:MT 2錠(2×1朝夕食後)へ処方変更となった。	メトホルミンの減量オーダーをする際、薬品名の選択を誤った可能性が高い。MTとGLの違いを意識していなかった可能性も考えられる。	MTやGLが何を示しているのか確認しておく必要がある。同じ成分だが先発・後発の関係ではない医薬品も存在することを念頭に置く。			メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「ＤＳＥＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2491	腰の圧迫骨折後、初めて骨粗しょう症の薬剤が処方された患者さん。リセドロン酸75mgで処方されているが、週1回の用法の指示を調剤前の監査で薬剤師が発見。週1回の薬剤を処方する意図の可能性も含めて、疑義照会を行なった。結果、用法の誤りで、月1回に用法の変更になる。	処方元の医療機関では、実際週1回の薬剤も採用しており、患者さんの背景に合わせて、処方を変えている様子。よって今回は、類似薬の処方内容の確認不足による用法指示の間違いと推察される。	患者さんの背景を常に念頭に置いて、処方監査をする事が重要である。			リセドロン酸Ｎａ錠７５ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2492	７日前にアグリリンカプセル0.5mg　1ｃ/日　分1　朝食後で処方があり、服用している患者様で、今回からアグリリンカプセル0.5mg　4ｃ/日　分2　朝、夕食後に変更していた。通常増量は1週間以上開けて0.5mgずつとされているため、処方医に疑義照会したところアグリリンカプセル0.5mg　2ｃ/日　分2　朝、夕食後に変更になった。	門前病院のレセコンが4月から変わり、今まで1日量で入力されていたものが、１回量で入力されるようになったため、1日量と1回量の処方間違えと考えられる。	薬剤の増量減量などの変更点については注意深く確認するようにしている。今回も倍量処方になってしまうケースのため店舗職員でも事例の共有を行い見逃さないようにしている。			アグリリンカプセル０．５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2493	腸管出血があり入院中の患者が退院後の処方でバイアスピリン錠100ｍｇ→プレタールOD錠50ｍｇに変更となっていたが、お薬手帳の記録より二日前の6/16にクロピドグレル50ｍｇ「ＥＥ」が2錠分2朝・夕食後で35日分処方となっていた。患者に詳細を確認すると退院後　「シロ～」という薬で脈拍が90台で持続し動悸の症状があったため、入院先の病院に受診して処方変更となったとの事だった。	退院後の紹介状は出ており、プレタールOD錠50ｍｇが処方となったものと思われるが、退院後から定期受診までの間に入院先の病院への再受診がイレギュラーで入ってしまったため、起こってしまったものと推測される。	手帳による、併用薬の確認は引き続き行い、類似薬処方の際は　医師からの説明について患者に詳細に確認していく。	プレタールＯＤ錠５０ｍｇ	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
	シロスタゾールでの頻脈が示唆されたため、定期を処方の医師へ問い合わせを行った。　またクロピドグレル50ｍｇ　100ｍｇ/日は常用量範囲外であり、シロスタゾール50　2Ｔからの変更であるためオーダリングミスも懸念されたため、合わせて確認を行い、プラビックス錠75ｍｇ　1錠分1に変更となった。						
2494	眼科クリニックからゾビラックス軟膏５％とバルトレックス錠が処方されていた。患者へ患部の確認をし、ゾビラックス眼軟膏３％を処方しようとした誤処方を疑い疑義照会を実施した。その結果、ゾビラックス眼軟膏３％へ薬剤変更となった。	薬品名前半部分が同一のため電子カルテでの処方箋作成時に誤った選択をされた可能性がある。	診療科と処方内容から、軟膏ではなく眼軟膏の誤処方を疑ったために医師への疑義照会がスムーズに行えた。	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
2495	クラリスドライシロップの処方がクラリチンドライシロップになっていた。クラリチンドライシロップ　4ｇ　分2朝夕食後14日分の処方があり、クラリチンの用法・用量が多すぎるので疑義照会をしました。	薬品名の類似には気をつける。	薬品名の類似品目には注意喚起の札を付けてあり、その薬の常用量がすぐにわかるようにしてある。	クラリチンドライシロップ１％	クラリスドライシロップ１０％小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2496	処方箋でツムラ炙甘草湯エキス顆粒が1回2.5gで有痛性筋痙攣時に屯服の指示があった。炙甘草湯エキス顆粒は1包が3.0gであり、適応も動悸や息切れなどで処方に疑義があるため処方医に問い合わせ。処方医からツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒1回2.5gに変更の指示があった。	ツムラ炙甘草湯（しゃかんぞうとう）エキス顆粒とツムラ芍薬甘草湯（しゃくやくかんぞうとう）エキス顆粒を間違えた可能性がある。頭の読み2文字が同じで後ろに同じ「甘草湯」がついているため間違えた可能性がある。	漢方薬は名称が似ていたりするケースが多いため改めて注意喚起をした。	ツムラ炙甘草湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2497	整形外科からの処方手や足のこわばりとの訴えだったが、処方内容はツムラ23　当帰芍薬散　3g毎食後であった。患者の訴えと科目と処方量などに疑問を抱いた為、処方医に疑義照会を実施。処方間違いとのことで、ツムラ68　芍薬甘草湯　7.5g　毎食前　と処方変更された。	当帰芍薬散、芍薬甘草湯とも芍薬が名称に含まれている為、処方を間違えたと思われる。処方量も普段3錠分３毎食後という処方が多いので、用法、用量ともに間違えたと思われる。	患者様に内容と症状を聴取。処方医に疑義照会し、処方内容を正しいものに変更。	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
2498	初めベタナミン錠50ｍｇが出ていたが、患者さんから頻尿の薬が出ると聞いた。疑義照会したらベタニス錠50ｍｇの間違えだった。変更の上調剤した。	医師のコンピューターにおいて薬剤の選び間違え。名前が似ている為。	患者さんの訴えを聞いて処方とずれていないか考える。	ベタナミン錠５０ｍｇ	ベタニス錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2499	今までムコダイン錠500mg(3T3X毎食後)とムコサールLカプセル45mg(1C1X夕食後)を定期服用していたが、今回来局時にムコダイン錠500mgがムコソルバン錠15mgに変更している。患者本人に確認したところ、ムコダイン錠500mgが大きくて飲み込みにくいので変更してもらったとの事。しかし、ムコサールLカプセル45mgとムコソルバン錠15mgはどちらも成分はアンブロキソール塩酸塩であり成分が重複しているため疑義照会した。その結果、ムコソルバン錠15mgが処方削除となった。	ムコサールLとムコソルバンは名称は違うが両方とも同成分であるため、気づけなかった可能性が高い。	今回に限らないが、薬剤の変更があった際、新規処方が出た際は特に相互作用、重複投与により注意するように意識している。名称類似は十分注意する必要があるため、本症例を薬局スタッフで共有することで注意喚起した。			ムコソルバン錠１５ｍｇ ムコサール－Ｌカプセル４５ｍｇ 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
2500	メイアクト、セフジトレンピボキシルで以前に発疹が出た方に処方されました。	本人もDrには話してあると言っていましたが、忘れてしまったかもしれません。	薬局で管理していかないといけないので　随時薬歴で禁忌薬の確認をしていきます。	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
2501	定時でアレジオン点眼液を使用。今回はアレジオン点眼液の処方がなくアイファガン点眼液が処方⇒緑内障で眼圧を下げる点眼液を他にも使っているが、特に薬の追加の説明はなし。定時のアレジオン点眼液の処方もないため問い合わせをしたところ、アイファガン点眼液の処方が削除になり、アレジオン点眼液の処方が追加になった。	コンピューター入力時の選択ミス	薬の追加や変更などある場合は、投薬時に患者に確認	アイファガン点眼液０．１％	アレジオン点眼液０．０５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2502	注射筒をお持ちでない患者にペンフィルが処方されており、注射筒の別指示もなかったため、針をセットするものとの取り違え処方と考え疑義照会を行った。	レセコンの3文字処方のミス。	カート・ペンフィルが処方されている患者には、使用器具の聞き取りを実施。	ノボラピッド注ペンフィル	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
2503	ツムラ118苓姜朮湯の処方あり。患者様から更年期様の症状にて以前婦人科でもらった漢方を処方してもらったと聴取。手帳内容も確認したところツムラ39苓桂朮湯の処方希望だったと推測される。処方医に電話にて問い合わせたところツムラ39苓桂朮湯へ変更となった。	薬剤名が類似しており見誤ったと考えられる。	手帳内容の確認をする際に過去の歴を確認することも必要である。また、患者様からの聴取内容は処方内容の確認する上で重要な情報となるため交付の際は聞き取りを怠らない。	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
2504	特別養護老人施設入居者である。薬の投薬時に看護師から患者情報を聞き取り処方内容に疑義が生じた。	施設入居者に対しては、本人から情報は聞き取れない場合が多く看護師又は介護者から患者情報を詳細に聞き取ることが重要である。	施設入居者の投薬は患者と直接話すことが出来ない場合が多く、看護師や介護者からの聞き取りが重要となる。治療内容や副作用が現われていないか患者の状態を詳細に聞き取る必要がある。投薬前に聞き取り内容や説明事項をまとめてから、その内容を持ち施設にて投薬する。	メソトレキセート錠２．５ｍｇ	メトトレキサートカプセル２ｍｇ「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2505	エンシュアリキッドを処方されるとお聞きしていたが大病されていたのでエンシュアリキッドで間違いないか情報提供が病院からあったときにSWに確認したが、処方せんはエンシュアリキッドのままであった。訪問した時に残薬はエンシュアHだった。病院に疑義をかけたところエンシュアHに変更になった。	基幹病院から退院し、引き継いだ病院とのコミュニケーションが取れていないのとSWには確認の電話を前もってしていたが医療職ではないので理解できなかった。	もっと踏み込んで患者に訪問前に確認するべきだった	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
2506	降圧剤にて高血圧を治療されている女性、外国人でカタコトの日本語は話せる。一般名でセファクロル　毎食後１０日分の処方があったが、患者さんとの会話で抗生剤の使用を疑う症状がなかった。話をよく聞くとふわっとするようなめまいがあるとのことで、セファドールではないかと思われた。疑義照会にて　セファクロル２５０mg→セファドール２５mg錠へ変更。	３文字目までが一致しており、規格も２５０mgと２５mgと類似しているため、処方入力間違いしたと思われる。	日本語があまり上手ではない患者さんもジェスチャーをまじえ、しっかりコニュニケーションをとったことで、処方入力間違いではないかと疑えた。	ケフラールカプセル２５０ｍｇ	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
2507	通常アレロック錠はＯＤでの処方が大半のため、念のため普通錠でよいか確認した。前回は昨年受診でその際はまだアレロック顆粒。今回から初めて錠剤に切り替え。	オーダリングシステム入力時に誤って選択した。	病院の採用品について日々連携していればこのような事案は気づきやすい。	アレロック錠２．５	アレロックＯＤ錠２．５		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2508	アレジオンDS1％が6ｇ　分２朝夕食後で処方。　３歳は通常量１日0.5～1ｇ　分１のため過量投与。TELにて病院に疑義照会したところアレグラDS5％　1.2g　分２朝夕食後に処方変更。	以前にアレジオンDS1％　0.6ｇでの処方あり。　0.6ｇと6ｇの処方入力間違いではないかと考える。又、アレジオン、アレグラと医薬品名が似ている為用法も間違えたのではないかと考える。	小児用量は調剤前、監査時に必ず確認する。	アレジオンドライシロップ１％	アレグラドライシロップ５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2509	整形外科受診の患者。ロキソニン錠60ｍｇとセレコックス錠100ｍｇが一緒に処方となっていた。また、セレコックス錠が１日３回での処方でもあったため、入力上のミスと推察。電話にて確認し、セルベックス錠50ｍｇへ変更となる。	医薬品名称類似による、入力ミスと思われる。	重複のコメントなども指示箋へ記載されるため、確認を怠らないように努めている。	セレコックス錠１００ｍｇ	セルベックスカプセル５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2510	他院でランソプラゾール15mgとバイアスピリンを服用していた。今回からかかりつけ医に戻ったため、その時にタケルダとバイアスピリンに変更。疑義紹介の結果、タケルダを削除しランソプラゾール１５mgに変更。	錠数を減らすために、配合剤に切り替えたが、成分が重複した。	転院をするときは規格、配合剤など、処方内容が、かわることがあるので、処方監査をしっかりするようにする。			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
2511	整形でも痛み止めの処方があり今回　内科でもロルカムの処方があったので削除した	他科受診が多いと、DRもおくすり手帳などでの併用薬チェックに見逃しがある	患者さんの問診やおくすり手帳などで併用薬はチェックするようにする			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2512	過去にずっと処方されていたのはデルモゾールＧ軟膏。今回、ご家族が必要な薬をメモでお持ちになって、先生にお見せして処方をお願いされた。メモには、デルモゾールＧと書かれていたが、処方医は、デルモベート軟膏を入力して、一般名処方として、「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。	処方医のメモの見間違いか処方入力の際に、コード入力による名称の似ている薬品のご入力かが考えられる。	ご家族が、「薬だけだから。」と、仰せになり、「初めての薬が出ているので確認してください。」と、お伝えしたところ、「どうして。」と、なり発覚した。	デルモベート軟膏０．０５％	デルモゾールＧ軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2513	定期処方に追加された薬はクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏だった。来局した息子さんに、湿疹か痒い所があるのですか？と尋ねると、「うーん、股がね、白癬菌のあととか言ってたかな。」とおっしゃる。強いステロイド剤ではおかしい、もしかしたら名前が似ているクロトリマゾールかもしれないと思い、門前の医院であるため直接医院に行き医師に疑義照会したところ、クロトリマゾールの間違いであった。	全く違う薬だが、一般名だと名前が似ている。	来局者が本人ではない場合、よくわからないと言われて薬を渡してしまうことも多々ある。今回は高齢のお母様の介護をしている息子さんだったため、症状から間違いがわかったからよかった。いつもと違う薬が出ている場合は、やはり症状を確認することが大切である。	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」	クロトリマゾールクリーム１％「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2514	他院からはカムシアHDで処方されていた。また、他院からの処方を引き継ぐ旨を患者から聴取した。今回、カムシアLDで処方されており他院処方と異なるため、医師へ問い合わせを行った。その結果、カムシアLDからカムシアHDへ変更になった。	電子カルテの選択間違いであったと推察される。配合錠は名前が同じであり、HDやLDといった規格についてもかなり類似した表記となっている薬が多いため。	初めての来局患者には特にお薬手帳や処方鑑査時に可能な限り前施設での処方と近い内容であるか、規格変更があった場合は医師から説明を受けているかを確認している。その結果今回のプレアボイドに繋がったと考えている。このままの手順を続けていきたい。	カムシア配合錠ＬＤ「サンド」	カムシア配合錠ＨＤ「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2515	腰痛で受診。処方薬ノイロトピン。患者より、ビタミンBが含まれている薬が追加されると話があったと聞き取り。ノイロビタンと処方を間違えたのではと推測し、照会。ノイロトロピン→ノイロビタンに処方変更となる。	医薬品名類似による入力ミス。	患者への聞き取りをしっかり行っていく。	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
2516	患者が胃痛の症状を訴え臨時薬が処方された。処方薬の効能効果より類似薬品名が誤って記載されたと推測し疑義照会を行った。疑義照会により、処方薬が変更となった。	類似薬品名による処方箋記載誤り	患者は普段より薬局に来局しており、降圧薬が定期薬として処方されており脂質代謝異常などの合併症はないと日頃から薬歴、お薬手帳などで管理しており医薬品記載誤りを早期に発見する事ができた。また、患者との良好なコミュニケーションにより主訴を確認する事が当日きちんとできていたので、処方内容の疑義をその場で確認する事ができた。	エラスチーム錠１８００	エクセラーゼ配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2517	アドエア50エアゾールが今回初めて処方された。成人の患者に小児用が処方されていたのでおかしいと思い、患者から詳しい話を聞いたところ、今回新しく点鼻薬が処方される予定であることがわかったので、Drに疑義照会した。アドエア50エアゾールからアラミスト点鼻液56噴霧用に変更になった。	頭文字が同じアなので、確認せずにアドエアを処方してしまったと考えられる。	患者にしっかり問診をして調剤する。類似名の薬剤には注意する。	アドエア５０エアゾール１２０吸入用	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
2518	パーキンソン病で治療中の患者定期薬（定期薬：メネシット配合錠、ニュープロパッチ9mg）へアジルバ錠20mg0.5錠が追加となった処方を受け付けた。本人は来局せず患者家族が来局（患者家族は本人の配偶者で診察時も同席している）調剤前にインタビューを行いアジルバ錠の追加について確認した。 診察時にめまいふらつきがあるとは話をしたが、血圧については全く話をしていなかったとのことであった。その際、パーキンソン病関係の薬が追加となると聞いているとのことだった。どんな効果の薬が出るのかや薬の名称について説明はなかった。この情報をもとに疑義照会を行った結果、アジルバ錠20mg0.5錠は間違いでアジレクト錠0.5mg1錠が処方されるはずであったことが分かった。	アジルバ錠とアジレクト錠が名称類似しているため医師が入力時に間違ってしまっていたとのことであった。	患者へのインタビューは入念に行う。今回のように患者家族も診察時同席していればよいが、そうでない場合は処方内容の変更について確認できない可能性がある。その際も患者本人へ連絡を取り内容について確認を行う。はっきりと確認できなければ処方意図を医師へ確認する。	アジルバ錠２０ｍｇ	アジレクト錠０．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2519	ラスビック錠75mgは1日1回・1回1錠が原則であるが、1回2錠で処方されていた。過量投与が推測された為、疑義照会を行ったところ、1回1錠に変更となった。	ラスビック錠75mgと同じニューキノロン系薬剤としてはジェニナック錠200mgも存在する。ジェニナック錠200mgは1回2錠であるため、薬剤の混同によってDr処方ミスが起きたと考えられる。また、ラスビック錠75mgは2020.1から薬価収載された新薬であり、用法・容量に関して、Drの認識が甘かったことも要因の1つであると推測される。	ラスビック75mgのような新薬を調剤・監査する際、薬剤師も薬剤に関する知識が不十分である場合が多い。添付文章等で情報収集を徹底して、用意周到にした上で投薬を行うことが重要になる。			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
2520	ディレグラ配合錠が1日2錠で処方されていて成人には一日4錠なので処方せんを見た瞬間に疑義紹介をしなければいけないと思ったが、腎機能などの考慮により通常成人より少ない量で処方されているかもしれないので、まず患者から聞き取りをした所、皮膚の疾患で受診をしたとの事。 ディレグラ配合錠はアレルギー性鼻炎しか適応がないので、ディレグラでなくアレグラを1日2錠で処方したかったのではないかと思い処方医に連絡したところアレグラに処方が変更になった。ジェネリックで良いとの事でフェキソフェナジンに変更して渡す。	特に薬局側はなし。	ディレグラ配合錠はアレルギー性鼻炎しか適応がないほかにも抗アレルギー剤で適応が違ったりするものもあるので添付文書などをよく確認するように	ディレグラ配合錠	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2521	アスパラCA錠・カルボシステイン錠・フェキソフェナジン錠・ツムラ小青竜湯の処方。処方箋の検査値から、K値が低値（2.8）であり、小青竜湯が低カリウム血症に禁忌であることから疑義照会を行った。結果、アスパラCA錠がアスパラK錠へ変更（訂正）となった。	類似名称のためコンピューター上での選択誤り等があったと思われる。	検査値について正確な知識を把握し、自信をもって疑義照会ができるよう備えておく	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
2522	サワシリンカプセル２５０ｍｇとビオフェルミン配合錠が処方されていたので、疑義照会にてビオフェルミンR錠に変更となった。	名称類似による処方間違い。	サワシリン以外にも耐性乳酸菌に適応のある抗生物質とすぐに判断できるように、薬品棚にメモをつけた。	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
2523	今回皮膚科よりレバミピド錠１００ｍｇ　３錠　１日３回毎食後４日分処方ありお薬手帳にて　他のかかりつけ整形外科にて　テプレノンカプセル　３Ｃ　１日３回毎食後　定期処方確認 胃薬の同効類似薬のため疑義照会した	皮膚科のクリニックにてお薬手帳にて併用薬を確認できてなかったか、患者様が皮膚科にてお薬手帳を提示してないために重複が起こったと考えられる。	お薬手帳にて併用薬を必ず確認すること			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
2524	内服薬はすべて28日分の処方に対し、アドエア250ディスカスは28吸入（14日分）のものだったため、疑義照会をして、アドエア250ディスカス60吸入へ変更となった。	アドエアの規格が他にもあることの確認不足。	吸入できる日数と内服薬の日数との合致を常に確認する。			アドエア２５０ディスカス２８吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2525	症状に変化がないのに以前使用していた薬に変更になっている。	以前使用していた薬を記載ミス。	投薬時に確認を怠らない。	ミケランＬＡ点眼液２％	ミケルナ配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2526	リンデロンＶ軟膏の処方だったが、患部の腫れだけでなく明らかに傷や化膿も伴っていた為、リンデロンＶＧ軟膏の誤りの可能性があり疑義。ＶＧに訂正となった。	患者様が患部を見せたので気がついた。処方せん発行時、間違いやすい薬剤の１つ。ステロイド単剤だと悪化の可能性もあったと思う。	引き続き、患者様のお話や症状とお薬が一致しない場合、きちんと処方元問い合わせる。	リンデロン－Ｖ軟膏０．１２％	リンデロン－ＶＧ軟膏０．１２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2527	抗生剤が処方されているので、ビオフェルミンR錠が処方されるべきところがビオフェルミン錠剤で処方されていた。	名称が似ているため、Dr.のカルテ記載を病院事務が入力を間違えたと考えられる。	処方鑑査を徹底する。	ビオフェルミン錠剤	ビオフェルミンＲ錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2528	以前よりアルファロール　アスパラCA服用中の患者様に　今回プラリア開始のためデノタスが処方された	デノタスはVD製剤カルシウムの合剤であるため重複になり過剰摂取のため疑義照会　デノタスの処方削除となる	合剤の成分を理解する			デノタスチュアブル配合錠	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
2529	今回初めてアスピリン腸溶錠100mgが処方された患者。患者に処方理由を確認したところ、頭痛の為とのことだった。当該薬には頭痛の適応がなく他薬との間違いが疑われたため、疑義照会を行った。結果、バファリン配合錠A330に処方変更となった。	病院での処方入力の過程でミスがあったと考えられる	処方変更があった際はその背景を確認し、変更が適正かを判断する	バイアスピリン錠１００ｍｇ	バファリン配合錠Ａ３３０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2530	当該医院、および薬局を初めて利用された患者様であったが、お薬手帳を確認したところ他医療機関よりムコスタが３錠分３で処方されており、本日一般名レバミピドが２錠分２で処方されていた。重複に気づき疑義をかけ処方中止してもらった。	併用薬に関しての確認不足と、薬剤名に関しての認識が薄かった	お薬手帳の確認は必ずするようにしており、お持ちでない患者様には有用性の説明と、積極的に持っていただくように勧めています。			レバミピド錠１００ｍｇ「オーツカ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2531	足の痛みで受診。ロキソニンテープと桂枝加芍薬大黄湯処方あり。足の痛みの他におなかの調子について確認すると全く無いことが判明漢方の処方違いの可能性があり処方医に問合せ。芍薬甘草湯との処方間違いと判明	類似医薬品の検索後の選択ミス処方聞き取りが不十分なことにより誤薬の交付	投薬の基本ではあるが患者様からの聞き取りにより処方内容との相違が無いかの確認が大切疑問を残したまま交付はしない基本的なことを忠実に行うこと。特に漢方薬は間違いが多い為、特に注意が必要です。さらに入力の間違いも起こりやすい為１文字ずつ確認しています。	ツムラ桂枝加芍薬大黄湯エキス顆粒（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
2532	今回、新規患者にA病院からサラゾスルファピリジン錠500mgが処方された。過去に服用していた薬を手帳で確認したところ、X整形外科では、サラゾスルファピリジン腸溶錠500mgが処方されていたが、その後、転院したB病院ではサラゾピリン錠500mgの処方になり、今回またA病院に転院になったことを確認した。 処方医に今回処方したサラゾスルファピリジン錠の適応について、リウマチの適応であれば、サラゾスルファピリジン腸溶錠、潰瘍性大腸炎等の適応であれば、サラゾスルファピリジン錠だと情報提供し、どちらの適応で処方したかを疑義照会した結果、リウマチの適応でサラゾスルファピリジン腸溶錠の処方に変更されました。薬局在庫がないため、アザルフィジンEN500ｍｇでの許可をとり、与薬。	医薬品の名称類似、医療機関の患者情報の共有不足、剤型により適応症が異なる点の理解不足など	先発品・後発品及び剤型によって、取得している適応症が異なることがあるので、変更する際は細心の注意をするように指導。	サラゾスルファピリジン錠５００ｍｇ「タイヨー」	アザルフィジンＥＮ錠５００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2533	現在服用中の薬がない患者にビオフェルミンＲ散が単独で処方。抗生剤の服用がないため疑義照会し、ビオスリーに変更となった。	薬品名の類似。ビオで検索をかけるので選択を誤ったと推測。	よくある間違いなので、ビオフェルミンＲが単独で処方された際は、患者聞き取り、お薬手帳、薬歴などから、抗生剤の投与がないか確認するようにしている。処方入力する事務にも注意するよう指導している。	ビオフェルミンＲ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
2534	内科クリニックの処方箋。 デキサルチン口腔用軟膏　2ｇ　1日3回塗布、白色ワセリン　10ｇ　口唇乾いたときに塗布、アズノール軟膏　20ｇ　1日3回塗布が処方されていた。 2つは口に使用だが、アズノール軟膏は部位が書いてないので患者に確認すると、うがい薬を出すと聞いているとのこと。 アズノールうがい液の間違いではないかと思い問い合わせた。 事務員が対応してくれてカルテを確認するとアズノールうがい液の間違いだったと返答があり、アズノールうがい液に変更となった。	医師のカルテの指示を事務員がレセコンに入力して処方箋を発行している。アズノールの部分が同じなので事務員が入力を間違ったよう。 アズノールうがい液は5ｍｌでアズノール軟膏は20ｇなので医師の指示が間違っていたのかと思ったが、カルテに1本としか書かれてなかったそうで、量は事務員の判断で入力されていた。	患者の話と違和感があれば確認する。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2535	当患者はロスバスタチン錠が処方されていたが、薬剤交付時症状の聞き取りを行ったところ目的外の薬剤が処方されている可能性が高いと判断し、医師に疑義照会を行った。ロスバスタチン錠からロキソプロフェン錠に変更となった。患者には変更となった旨を説明し、正しい薬剤を交付した。	病院側の処方箋入力の際、頭文字が同じ薬品名を間違えて選択してしまったことが原因と考えられる。	患者には必ず受診理由などの聞き取りを行い、症状と薬剤とに齟齬がないかを確認する必要がある。	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「日医工」	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
2536	アレジオンLX点眼液０．１％が「右眼：１日４回」で処方されていた。添付文書では「１回１滴１日２回」となっているため、ＦＡＸにより疑義照会したところ「１日２回」に変更になった。	以前に同じ病院の別の科でアレジオン点眼液０．０５％が「かゆい時　両眼」で出ていたため、処方医が混同したものと思われる。	調剤・監査の段階で、用法用量等をよく確認する。			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
2537	転院患者が持参した紹介状を医師が確認した際、ヒューマログ注ミリオペンであるところをヒューマログミックス２５注ミリオペンと見間違い処方箋発行。処方せん受付時、お薬手帳に記載されていた転院前の内容と異なっていたため患者に確認した所、変更する話はなかったと確認。疑義照会し、薬剤変更となった。	初回確認時の見間違い。	調剤設計の徹底。	ヒューマログミックス２５注ミリオペン	ヒューマログ注ミリオペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2538	当薬局２回目利用の患者、前回の聞き取りでリウマチの治療中と確認、今回病院から一般名処方でサラゾスルファピリジン錠500が２錠分２朝夕食後28日分で処方、用法や適応症よりサラゾスルファピリジン腸溶錠500の可能性が高いと判断し疑義紹介した結果サラゾスルファピリジン腸溶錠500に処方変更となった。	一般名処方を使用する際類似のものを選んでしまった	投薬前の薬歴確認の徹底	サラゾスルファピリジン錠５００ｍｇ「日医工」	サラゾスルファピリジン腸溶錠５００ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2539	眼科の処方箋、緑内障の患者にサンピロ点眼液３％が初めて処方されたが、用法が「両眼　疲れた時」との記載だった。サンピロ点眼液の通常用法が1日３～５回であること、患者からの聞き取りの記録に右目のみ眼圧が高いとの情報があったことから疑義照会を行った。結果サンコバ点眼液を処方するつもりであったことが判明。一般名シアノコバラミン点眼液0.02％へと処方が変更となった。	医師が処方内容を入力する際に、サンコバと名称が類似しているサンピロを誤って選択してしまったと思われる。	このほかに、ラタノプロスト点眼液0.005％1日1回右眼、ベガモックス点眼液0.5％1日4回左目注射後三日間点眼の処方がされており、総合病院の専門医療機関からの処方であったことから、サンピロ点眼液が両目疲れた時に使用する場合もあるかもしれないと判断されていた可能性もある。処方内容に少しでも疑問な点があれば疑義照会を必ずすることを徹底する。	サンピロ点眼液３％	シアノコバラミン点眼液０．０２％「ニットー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2540	フルナーゼ点鼻薬が処方されるべきところが、吸入薬のフルタイドディスカスが処方された。1週間前にも、フルタイドディスカスが処方されていたため、今回もお入り用ですかと確認したところ、吸入ではなく、点鼻のほうですと患者様が言われたので、疑義照会を行い、薬剤変更となった。	患者様が、医療機関側で成分名のフルチカゾンと言われたそうで、いつもの吸入薬だと思われたようだ。	薬歴を注意深く見る。外用薬の使用量も注意する。	フルタイド５０ディスカス	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
2541	患者が定期薬をかかりつけ病院とは別病院で臨時処方されたところ、医薬品名に誤りがあった。血圧が変動していないのに降圧剤の用量を上げて処方されており、薬剤師が不審に思い疑義照会し訂正した。（カムシアHD→カムシアLDに変更）	臨時で定期受診とは別病院で処方されたため、その病院の採用にない薬であり多数の規格があることを病院側が把握していなかった。	定期薬を別病院で処方される場合は間違いがあることを前提に鑑査する。			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
2542	デパケン錠１００ｍｇが３T分２朝夕食後（朝１T、夕２T）で新規処方された。分２で服用するならば、デパケンＲ錠が適切ではないかと推察した。疑義照会の結果、デパケンＲ錠に処方変更となった。	医院のレセコンの入力間違い。	薬剤の用法が適切か確認した。			デパケン錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2543	ムコソルバン錠15ｍｇ　1Ｔ　分1朝食後で処方されていた。通常ムコソルバン錠15ｍｇは１日３回服用であることと、透析や副作用歴も特にない患者である為、医師に疑義照会をおこなったところ、ムコソルバンＬ錠45ｍｇの間違えであった。	パソコン操作による、規格選択間違えであると推察する	薬剤の通常量の把握はもちろん、日ごろから患者背景等しっかり聞き取りをして薬歴に書きとどめておく。			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
2544	ピロリ除菌１回目だったが、１回目の除菌失敗後に処方されるボノピオンパックが処方されていた。	名前が類似しているため。	ピロリ除菌を行う場合は、１回目かどうか患者に確認する。	ボノピオンパック	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
2545	当薬局に初来局の男性患者が処方箋、お薬手帳を持参。処方箋には一般名でボグリボース0.2mg口腔内崩壊錠と記載されていた。処方監査時、お薬手帳を確認。そこで別病院からの転院と分かり、継続の処方であった。処方内容を確認し、前回処方されている別病院からボグリボース0.3mgが処方されていることに気付く。患者様に一度お話しを伺い、変更する話は聞いていないとのこと。処方医に疑義照会を行い、その旨を伝えボグリボース0.3mgに処方変更となった。	病院内での連携不足、お薬手帳の確認不足、見落とし。	お薬手帳の重要性について再認識、患者様にお薬手帳の重要性をお話しし、持参率をあげる。又処方監査時、必ずお薬手帳の確認をし重複などに気付けるように取り組む。			ボグリボース錠０．２ｍｇ「日医工」 ボグリボース錠０．３ｍｇ「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2546	白色ワセリン、ヘパリン類似物質軟膏、ベナパスタ軟膏、アクトシン軟膏の４種練り合わせ処方。通常ではありえない混合であるし、乾燥性湿疹に塗布との指示があったので、患者にも症状確認したところ潰瘍のような状態ではないと。アクトシン軟膏について疑義をしたところ、アルメタ軟膏を処方したつもりだったとのこと。	病院ではパソコンでの処方入力であるため、名称が似ていたがための選択ミスと思われる。	軟膏混合はいろいろな組み合わせでの処方があるが、それぞれの薬の適応症状と患者からの聞きとり症状が合っているかの確認はその都度行うべきであると考える。	アクトシン軟膏３％	アルメタ軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2547	トランコロン錠を処方されるところをトランコロンP配合錠が処方された。	医師の確認漏れが疑われた。	処方内容の確認の徹底。	トランコロン錠７．５ｍｇ	トランコロンＰ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
2548	従来よりコディオ配合錠EXが処方されていたが、今回より一般名処方に変更医師が誤ってコディオ配合錠MDの一般名を選択し、そのまま処方された	コディオ配合錠EX１錠中バルサルタン８０ｍｇ　ヒドロクロロチアジド12.5ｍｇ　含有コディオ配合錠MD１錠中バルサルタン８０ｍｇ　ヒドロクロロチアジド6.25ｍｇ　含有	GEも含め、配合錠が増えつつある。複数の規格、組み合わせがあるものもあるので、配合錠が一般名処方できた場合は、入力時、調剤時、監査時、どの時点においても、成分、含有量をひとつずつ確認する。			コディオ配合錠MD	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2549	胃の調子が悪いため、以前処方されたムコスタ錠を患者は希望したが、ムコダイン錠が処方されていた。	名称の頭文字が同じため、医師が入力ミスしたと思われる。	患者に処方の内容や医師の意図をしっかり聴取する。	ムコダイン錠５００ｍｇ	ムコスタ錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2550	○５月に門前病院消化器科受診９０日処方された。その時、それまで服用していた血圧の薬アムロジピンOD錠５ｍｇが保険屋から服用しないほうがよいと聞いたので医師に伝えて血圧の薬をニフェジピンCR２０ｍｇ変更してもらいCYP3A阻害の可能性もありPPIがタケキャブ１０ｍｇからラベプラゾールNa１０ｍｇ「トーワ」に変更なった。ニフェジピンCR２０ｍｇ服用して１か月後眩暈等発症で再受診してアムロジピンOD錠５ｍｇに戻りPPIもタケキャブ１０ｍｇに戻った。PPI変更に関しては本人理解力低下のため医師に再度疑義確認して前回の薬中止になったことを伝えました。	理解力低下により重複服用の可能性あり。	本人の理解力確認。	ラベプラゾールNa錠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
2551	一般名ヘパリン類似物質クリームでの処方。前回までヒルドイドソフト軟膏の処方であった為、投薬時に剤形変更について確認した所、医師より変更の話はなく疑義照会。ヒルドイドソフト軟膏へ変更。	ヒルドイドソフト軟膏の一般名はヘパリン類似物質軟膏ですが病院の処方オーダーになく、ヒルドイドクリームの一般名であるヘパリン類似物質クリームで処方していた。	ヘパリン類似物質は一般名で軟膏とクリームが混同しやすいため引き続き注意しながら調剤を行います。	ヘパリン類似物質クリーム０．３％「ラクール」	ヒルドイドソフト軟膏０．３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2552	タプロス点眼液0.0015％2.5ｍｌ1日1回点眼両目の処方が出たが、以前聴取した併用薬、お薬手帳、患者から聴取した情報ではタプコム配合点眼液を使用中だったため疑義照会し、タプコム配合点眼液へ変更。	今回処方元の医療機関には初診で、紹介状の情報を医師が誤り処方。薬剤の名称が似ていた事も原因。	処方箋以外から得られる情報をしっかり確認。	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
2553	ある在宅患者について、ヘパリン類似物質クリームよりヘパリン類似物質油性クリームのほうがよく効いていて、次回以降油性クリームの処方を医師にも依頼してあると訪問看護師より報告をうけていた。しかし、処方はクリームのままだったので疑義照会して、油性クリームへ変更してもらい、調剤、患者宅で投薬、管理指導した。	訪問看護師とクリニック、医師との連携（情報伝達、情報共有）不足が原因である。また、薬品名が長く紛らわしいので、処方を入力する際に間違えてしまう可能性もある。	薬局でも訪問看護師とも連絡を密にし、処方監査に反映させるよう努める。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2554	普段ロスバスタチン錠２．５ｍｇ１Ｔ１☓を服用していたが、リマプロストアルファデクス錠５μｇ２Ｔ２☓へ変更となっていた。患者の採血データを確認すると、ＴＧ＝６６８ｍｇ／ｄＬと高値で、痺れ・疼痛・冷感訴えなく、リマプロストアルファデクス錠５μｇの用法用量も通常と異なるため処方医に問い合わせ実施。リマプロストアルファデクス錠５μｇではなく、パルモディア錠０．１ｍｇの誤りだったことが判明。パルモディア錠０．１ｍｇ２Ｔ２☓へ処方変更となった。	パルモディアが投与制限をはずれ、処方医が使い始めていた時期で、リマプロストアルファデクスの先発名称のオパルモンと似ていることもあり、誤って処方されたと考えられる。	患者の状態・訴えに注意を払いながら、処方変更が行われた際には、その妥当性を評価するための知識を積み重ねていく。	リマプロストアルファデクス錠５μｇ「サワイ」	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
2555	不定期に受診・来局されている患者今年初めての来局、お薬手帳は持参されていない。インスリン2種類処方されているが昨年7月にお渡ししたインスリンと1種類異なっていた。変更になっていたノボラピッド30ミックス注は通常1日2回投与の薬だが1日3回投与指示されていたので疑義紹介する。ノボラピド30ミックス注フレックスタッチでなく以前処方されていたノボラピッド注フレックスタッチに変更となる。	特定疾患をお持ちの患者だが、インスリンも本人の都合か病気の為か幾つかの病院を受診されている。今回の処方された病院も久々に受診された様子で処方医も初めてだった様子コンプライアンス(受診間隔)も良くない。患者本人の聞き取りも経過や様子聞き取りが難しい方である。	インスリン処方患者にはデバイスの変更や単位変更なかったかよく聞き取るまた用法に疑問点がないかよく確認する。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2556	【般】セフカペンピボキシル錠100mgが2錠分2朝夕食後で30日分処方されていた。抗菌薬を1か月服用することは通常ないため、疑義照会を行った。その結果、【般】ポラプレジンクOD錠75mgの入力間違いであったことがわかった。	処方箋入力時に製品名でフロモックス錠とプロマック錠の選択間違いと考えられる。	添付文書上の用量や処方日数と異なる場合は必ず疑義照会を行う。抗菌薬の処方日数については特に注意を払う。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「日医工」	ポラプレジンク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
2557	在宅訪問患者で、FAX処方。発行された処方箋は、月末に一ヶ月分まとめて受け取っている。オキシブチニン・マグミットの処方（印字処方箋）だったが、前回の処方がオキシコンチンTR・マグミット（手書き処方箋）で、前回処方日からして残薬がなくなる頃合いだった為、オキシブチニン・マグミットの処方でいいのかを電話にて照会したところ、当初は「前回も今日と同じ処方をしている」との返答だった。 薬局で受け取っている前回のFAX処方箋をクリニックへFAXし、確認してもらった。毎回密に電話連絡を下さり、前回は麻薬の調剤が出来るか問い合わせを受けているが、今回はどなたからも電話連絡なく処方変更となった点にも違和感を感じていた。しばらくしてからの電話で、「前回と同一の処方とする」との回答となった。	オキシブチニン・オキシコンチンの頭３文字が同一なので、訪問診察時の記録を電子カルテ等に登録する際に誤ったようであり、確認を怠ったと推測する。	疑義紹介を、積極的に行う。	オキシブチニン塩酸塩錠２ｍｇ「トーワ」	オキシコンチンＴＲ錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2558	半年に1回の眼科受診の際に、レボフロキサシン点眼液0.5%と、他２種類の点眼液が処方されている患者様から、レボブノロール塩酸塩点眼液0.5%　と他２種類の点眼液の処方箋を受け付けた。患者本人に話を聞いたが、「眼圧は測ってもらったが、何の話もなかった。変更があることも聞いていない」と言われた。最初の３文字が同じであることから処方間違いの可能性があると考え疑義照会を行い、レボフロキサシン点眼液の間違いであることが分かった。	薬剤入力の際に、「レボブ」の３文字を入力し、上がってきた薬剤から間違えて選択したと考えられる。	薬局でもレセコン入力の際は３文字程度入力し、選択している為、職員に事例を伝え、同様の間違いが無いように、薬剤選択の際には最後まで確認することを周知徹底した。	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
2559	【般】メトホルミン塩酸塩錠250mg：GLの処方が出ていた。おくすり手帳より、他院にてメトホルミン塩酸塩錠MT250mgを内服していたことを確認。MTだと2250mgまで使えるのに対し、GLだと750mgまでしか使えないため別の薬として扱う。医師へ上記内容を確認した上、MTの処方へと変更になった。	一般名処方で記載があった場合、GL・MTの表記を確認する。	一般名処方で記載があった場合、GL・MTの表記を確認する。			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
2560	ロスバスタチン2.5ｍｇを定期で服用中。今回アトーゼット配合錠ＬＤに処方が変わっていた。エゼチミブも服用歴無しのため処方不適と判断し照会。ロスーゼット配合錠ＬＤに変更となった。	医師の知識不足及び名称類似の可能性も考えられる。	配合剤の成分は随時確認するようにした。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2561	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。クラリス錠200ｍｇ4錠分2で処方されていたが、7歳2か月、聞き取りから体重20ｋｇであることを確認できたため、規格、用量に関して処方医に電話で疑義照会した。その結果、クラリス錠200ｍｇ4錠分1からクラリス50小児用4錠分2に変更となった。	クラリス錠とクラリス50小児用の選択を誤った可能性あり。	小児は年齢だけでなく体重からも投与量の確認を行っており、今回の事例においても過剰投与を防げた。今後も体重の聴取を行い、適量か確認を行っていく。			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
2562	６歳の小児にザジテンドライシロップ４ｇ／日で処方されていた。通常量の３倍の量だったので医師に疑義照会。照会後、ザジテンシロップ４ｍｌ／日に変更。	薬剤の剤形確認不足のため	小児の用法用量に関しては処方監査の段階で、体重換算をして量が正しいかを確認する。調剤時にも体重換算をして用量が正しいかを確認する。計量したものは薬剤名と測定量を記録して鑑査で確認するようにしている。	ザジテンドライシロップ０．１％	ザジテンシロップ０．０２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2563	１０歳の小児にホクナリンテープが１ミリで処方。効果不十分が予想されるため疑義照会で情報提供２ミリに変更となる	確認不足	マスタ確認			ホクナリンテープ２ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2564	以前よりテオフィリン徐放U200ｍｇを１日１回で服用継続されていた。今回転院により本医院を受診。今まで通りの薬を処方されたつもりだったが、（般）テオフィリン徐放錠200ｍｇ（１２～２４時間持続）の記載であった。作用時間が違うため問い合わせを行った所、医師は同じ内容の薬であると認識していた。	同成分で作用時間が違う物であり名称も類似していることから混乱しやすいと考えられます	テオフィリンは１２～２４時間のものと、２４時間のものがあることを再認識し手帳の利用により相違がないか確認を怠らない様にする。	テオフィリン錠２００ｍｇ「アメル」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2565	心療内科に通院されている患者様で、継続服用している睡眠薬とともに”小柴胡湯エキス錠”の処方があった。薬剤交付中に聞き取りすると、花粉症の薬もお願いしたと回答があったため、小青竜湯エキス錠の間違いではないかと思い、病院に電話にて疑義照会をした。病院より、”小柴胡湯エキス錠”ではなく”小青竜湯エキス錠”へ変更してくださいとの回答。	病院での処方入力時の入力ミスと考えられる。	患者様からの聞き取りにより、少しでも疑問な点があった場合はすぐに疑義照会をする。特に、専門外の医薬品が処方された場合は注意する。	クラシエ小柴胡湯エキス錠	クラシエ小青竜湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2566	テオフィリン徐放錠２００ｍｇ（２４時間持続）２錠、分２での処方あり用法疑義、患者持参の薬情にテオフィリン徐放錠２錠、分２で薬が出ていたと言われたため、１２時間～２４時間持続の薬もあることを伝えてそちらに変更した。	一般名でテオフィリン徐放錠と入れると最初に２４時間持続が出るらしく、そちらで処方箋を出してしまった。	一般名とジェネリックでも名前がわかりにくいものあり、日ごろから違いについて勉強していく必要あり。	テオフィリン徐放Ｕ錠２００ｍｇ「トーワ」	テオフィリン徐放錠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
2567	ベタニス錠５０ｍｇ分３毎食後3錠で処方されていた。通常1日1回の服用なので病院に問い合わせる。ベタヒスチンメシル酸塩錠6ｍｇが分3毎食後3錠の入力ミスだった。	はじめて処方される薬だったのではじめの2文字が「ベタ」と類似していたため入力を間違えた様子。	医薬品の通常の1日量を把握し、少しでも疑問に感じれば病院に疑義照会するよう努める。	ベタニス錠５０ｍｇ	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2568	ツムラ抑肝散が処方されていたが、抑肝散では効果不十分でありイライラが収まらない。抑肝散陳皮半夏であればイライラなどの精神症状が改善されるとの患者訴えがあったため疑義照会を行う。	抑肝散と抑肝散陳皮半夏の違いであるため、医師が処方入力の際間違って選択した可能性がある。	ともにイライラなどの精神症状を軽減する薬であるため、症状だけでは判断しづらい。患者に番号と名称を伝えることで、症状にあった処方であるかどうかを確認するようにしている。	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
2569	ヘパリン類似物質３０ｍｇ、プロペト３０ｇ混合と記載あり。クリーム・油性クリームなどの剤型記載不備と０．３％規格（１ｇに３ｍｇ配合）のため１０ｇ混合でよいのか確認の疑義。結果、剤型は油性クリーム、使用量は記載ミスで３０ｇと確認。	手書き処方箋のため、剤型、単位などの記載ミスが重なった。	見慣れない単位での記載については念のため疑義を徹底する。			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
2570	いつもＡ病院をしようしている患者様が、Ｂ耳鼻科でもらっているモンテルカスト錠１０ｍｇもほしいとＤｒへ相談した。Ｄｒもその薬なら処方できると出してくれたが、処方せんにはモンテルカストチュアブル錠５ｍｇが載っていた。チュアブル錠は小児の適応のため疑義照会したところモンテルカスト錠１０ｍｇに変更になった。	医師の医薬品選択ミスと思われる。	医師の判断で減量している場合もあるため、添付文書と用法用量が異なるときは必ず疑義照会するようにしている。			モンテルカストチュアブル錠５ｍｇ「ニプロ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2571	クラリス200mgが分2で処方されていたが、年齢と用量が合わないことから疑義。薬品の入力が間違っていた	診療所が煩雑なため、入力間違いが起こった	少しでも疑問に思ったことは疑義をかけるようにしている	クラリス錠２００	クリノリル錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2572	モサプリドクエン酸塩5mgを2T2x朝食後・就寝前で服用している患者様に、モサプリドクエン酸塩5mgが3T3x毎食後と1T1x就寝前の2つのRpに分かれて処方されたため、4T4xに増量になったのかをまず患者様に確認したが、「お昼も薬を飲むように言われた」としか回答がなく、医師に疑義照会をしたところ、3T3xのモサプリドクエン酸塩5mgはイトプリド50mgの処方間違いであることに気が付いた。	患者様の症状悪化の訴えに対し、医師は処方内容の変更・調整を行おうとしたが、忙しさもあり、異なる似た名称の薬剤を選択、処方してしまった。	Rpが分かれて処方された場合、単純に増量の場合もあるが、異なる薬剤を処方した可能性があり、内容を精査して必要と判断したら疑義照会を行う。	モサプリドクエン酸塩錠５ｍｇ「サンド」	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
2573	【般】ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%がかかりつけ医にて処方。過去の薬歴を確認したところ、数か月に１回の頻度でリンデロンＶＧ軟膏が処方されていた。一般名処方になったことでのオーダーミスが疑われたため疑義照会を行った。処方はリンデロンVG軟膏へ変更となった。	電子カルテシステムへ移行したとの情報があり、それに伴うミスが考えられる。	処方監査時には薬歴で過去の処方内容も十分に確認する。処方される頻度が少ない薬剤に関しては過去の処方の有無を確認することも重要。	リンデロン－Ｖ軟膏０．１２％	リンデロン－ＶＧ軟膏０．１２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2574	エレトリプタンが、1日１回就寝前　２８日分で処方されていた。エレトリプタンは、毎日服用する薬ではなく、頓服で服用する薬のため、処方がおかしいと思った。患者に頭痛の症状があるか確認したところ、そのような症状はないと言う回答だったので、疑義照会した。疑義照会をした結果、ルパフィンの処方間違えと言うことが判明した。	エレトリプタンは、頓服で服用する薬のため、用法がおかしいと疑問を持った。また、患者さんからの聞き取りで、処方内容と症状が一致していなかったので、薬を選び間違えたと推定された。	おかしいと感じた場合、まず患者さんからドクターとどのような話をしたが聞き、それでも解決しないときは、疑義照会をする。	エレトリプタン錠２０ｍｇ「日新」	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
2575	初回高齢の患者に対しジゴキシンＫＹ０．２５　０．５錠　分２に処方に対し用法用量の確認１）用量の確認→０．１２５ｍｇ　１錠へ変更になったため用量の変更は無し２）用法の確認→０．１２５ｍｇ　１錠　分１へ変更になった	医師がハーフジゴキシンを入力出来なかったと仰っていたので入力方法が間違っていたと考えられる。	初回で高齢者に出ているため普段から用法用量に確認を行うようにしている。			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
2576	整形外科からの処方箋に、「ノイロトロピン注射液　3.6単位3ml　4管　朝夕食後」の記載があった。他、メコバラミン錠やエペリゾン錠と同様の用法で記載されていたため、錠剤との間違いではないかと思い疑義照会を行った。ノイロトロピン錠剤　4単位　4錠分2　朝夕食後へ変更となった。	病院側の、処方箋記載におけるシステムの誤操作であると思われる。ノイロトロピン錠は他の経口錠剤と異なり規格が「4単位」であるため、画面上での選択の際に間違えたと思われる。	ノイロトロピンには注射剤もあることを周知し、次回同様の間違いを見つけた場合はすぐに疑義照会を行う。	ノイロトロピン注射液３．６単位	ノイロトロピン錠４単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2577	今までキサラタン点眼液が処方されていた患者様がタプコム点眼液に処方が変更になっていた。患者様は気管支喘息の現病歴があり、タプコム点眼液は気管支喘息に禁忌の為医師へ疑義照会を行った。タプコム点眼液からタプロス点眼液に処方が変更になった。	タプコムとタプロスの名称の類似による医師の処方間違い。医師が患者様の気管支喘息の病歴を把握していなった。	タプコムとタプロスは取り間違い注意の札を貼り、注意喚起を行っている。レセコンによる気管支喘息の病歴登録により、タプコム点眼液が処方された際にも注意POPが出るように設定している。	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
2578	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒を処方のはずが、ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒を処方されていた。患者への聞き取り内容から、処方されたに内容と主訴が異なっていたため、問い合わせたところ処方変更になった。	医療機関側の要因。医薬品名の類似による処方の確認不足	引き続きお薬手帳の確認や患者への聞き取りを行い、情報を収集して副作用の防止に努める。	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
2579	血液検査の結果より貧血症状と診断されたとのことだがフェブリク錠２０ｍｇが処方あり、後日患者より問い合わせがあった為医師に電話にて確認。フォリアミン錠との間違いであったことが発覚。	薬剤名称が似ており処方の際に入力ミスがあった。	患者様へ医師からどのような診断をされたか確認し、処方内容と疾患と一致しているか確認する。	フェブリク錠２０ｍｇ	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
2580	処方医は、腹痛を改善する目的で、桂枝加芍薬湯をよく処方している。今回、似た名称である桂枝加芍薬大黄湯が処方されていた。普段、使わない薬であったため、処方医に確認したところ、桂枝加芍薬湯に変更になった	非常に似た名前であるために、処方を入れる際に、誤って選択したと思われる。	処方箋をよく見て、普段出ていない薬であれば、疑義照会を行う	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2581	整形外科の医師から【般】アスピリン腸溶錠100ｍｇ　3錠分3毎食後7日分の処方が出ていた。患者に受診理由を確認した所、「足に水が溜まって痛みが出ている。」と、言われた。 痛み止めを処方されたと思われたので、疑義照会で薬品名と用量の確認をお願いした。疑義照会の結果、アスピリン原末「マルイシ」3ｇ分3毎食後7日分に変更となった。	薬品名が似ているため、選択を誤ったと思われる。	薬品名が似ている薬が多くあるので、診療科や受診目的等で判断できるようにしていきたい。	バイアスピリン錠１００ｍｇ	アスピリン原末「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
2582	久しぶりに来局した患者に処方されたセララ錠が朝夕の２回服用となっていたので、１回服用の誤りだろうと思い疑義照会を行った。処方医が実際に処方したかったのはコララン錠２．５ｍｇであったと発覚。	名称の類似。２５ｍｇと２．５ｍｇ規格も類似。	前回はコラランを服用している。２８日分処方なのにその剤だけ１４日分（新薬であるため）。など不明な点は多かった。循環器医のためセララもよく処方するためそのまま投与してしまう可能性もあったが、用法の誤りから大きな誤りを防止することができた。	セララ錠２５ｍｇ	コララン錠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
2583	今回薬局に初めて来局した新患さんであり、投薬の際に今回処方されていた、タリージェ(5mg)、マイスリー(5mg)、デパス(0.5mg)の使用歴を聞いたところ、タリージェが初めてとのことだった。元々の持病である腰痛はあるが、先生から新しく薬が追加されるとは聞いていない様子であった。 先生との病院でのやり取りを詳しく聞いてみると、他の病院で処方されているリーゼ(5mg)が頂きたく、先生に話をしたとのことだった。私はタリージェはリーゼの聞き間違いではないかと思い、疑義照会をしたところ、先生の聞き間違えであった事が判明した。今回、タリージェは削除となった。	医師が整形外科医であった点。患者さんと医師とのコミュニケーション不足。	新患さんの場合は特にアンケートの内容や処方内容の確認をいつも以上に重点的に行う必要がある。投薬時も慢性的に他の病院で処方されている薬だったとしても、症状等の聞き取りや指導をしっかり行う必要がある。	タリージェ錠５ｍｇ	リーゼ錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2584	以前までは定時薬としてバイアスピリン錠１００ｍｇを含んだ処方を応需している患者様が来局された。病院は最近、一般名処方での処方記載を積極的に行うようにしており、今回処方薬も一般名処方に変更しているものがあった。その中で「アスピリン　１ｇ」と記載されたものがあった。 バイアスピリン錠１００ｍｇは１錠中にアスピリンを１００ｍｇ含む腸溶錠であり抗血小板薬として用いるが、アスピリンは１ｇ中にアスピリンを１ｇ含む原末であり解熱鎮痛剤として用いる。 処方入力を確認したとき、薬価単位が「錠」ではなく「ｇ」となっていることから処方ミスを疑い疑義照会となり、前回と同じバイアスピリン錠１００ｍｇに変更となった。	処方せんを発行するときに商品名ではなく一般名で薬品を選択する際に、選び間違えが発生したものと思われる。	処方監査を行う際は数量だけではなく、薬価単位まで確認することにより規格ミス・数量ミスを確認しやすくする。剤形を含めて変更となった場合は、その旨を医師から低減されているか、またはご本人が希望したか確認した上で調剤を行う。			アスピリン 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
2585	患者への投薬中新たに処方されたノイロトロピン錠の説明を実施。患者よりビタミン欠乏による症状に対する薬を処方していただけるとの説明があり、薬剤名が間違っている可能性を判断。処方医への疑義紹介を行う。確認後ノイロビタン配合錠であったとの回答あり。	薬剤名の類似によるカルテからの処方箋への転記誤りの可能性が考えられる。	患者からの情報提供を正確に理解し、投薬につなげていきたい。	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
2586	投薬時の聞き取りにて患者より、痛みがあり服用する旨を聴取した。処方医薬品がトリメブチンで消化管機能調節薬のため疑義をかけたところ、処方薬が変更になった。	薬品名の類似によるオーダリングシステムでの入力違いが起きたものと思われる。	整形外科医からの処方で、消化器症状の薬剤のみ処方されていたので、患者からの聞き取りを徹底してから交付する。	トリメブチンマレイン酸塩錠１００ｍｇ「トーワ」	セレコキシブ錠１００ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2587	かかりつけ医にて(般)クロルプロマジン２５ｍｇが新規に処方された。過去に服用していたクロルマジノン錠２５ｍｇの処方がなく、名称類似によるオーダーミスではないかと入力対応の事務員から相談を受け疑義照会を行い、オーダーミスが発覚。クロルマジノン錠２５ｍｇが処方された。	名称類似が要因の一つと考える。	薬剤師以外の職種の視点も処方監査に活かすことは有用。患者及び家族からの情報のみで判断できない場面もあり、かかりつけ医とはいえ処方ミスは起こり得ることを念頭に業務に当たる。	コントミン糖衣錠２５ｍｇ	クロルマジノン酢酸エステル錠２５ｍｇ「タイヨー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2588	いつも服用しているネシーナの処方がなくシナールが処方されていた疑義照会したところネシーナに変更になった	薬剤の名称が類似しているため誤った処方となったと思われる	服用歴の確認も怠らない	シナール配合錠	ネシーナ錠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
2589	ムコソルバンLカプセル４５ｍｇ２Ｃ/２ｘ朝夕食後の処方　添付文章は１日１回だが、本人から１日２回で飲んで良いと言われたと確認したが、通常１回のため、問い合わせ→１Ｃ／１x夕食後に変更で確認済	処方医がムコソルバン錠１５ｍｇと勘違いしたか、症状が良くならないので２回で出したか？だが、１回で確認へ	添付文章の用法は確実に理解し、処方医の指示と患者から確認したとしても、今回同様確認していく			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2590	耳鳴りの症状で複数医療機関にご相談中の患者様。処方内容はストミンA配合錠6錠とアデホスコーワ腸溶錠60mg3錠であった。耳鳴りの適応となるのがアデホスコーワ顆粒10%となり腸溶錠60mgは適応がないため、顆粒が正しい処方内容ではないかと考え、疑義照会をした。アデホスコーワ腸溶錠60mg3錠からアデホスコーワ顆粒10%3gへ変更となった。	処方薬選択ミス。	成分量による適応違いのものをスタッフ間で共有。			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
2591	他クリニック紹介で本日受診。リスミー錠2mg　2錠分2（朝夕食後）の処方。前医ではセレナール錠の薬歴あり。（おくすり手帳より）もともとリスミーは眠前投与の薬の為、本当にリスミーでいいか疑義照会したところリーゼ錠5mg　2錠分2（朝夕食後）に変更指示有。	その薬の用法用途など把握したうえで逸脱した用法なら忖度せず疑義照会するべし。もし、その通りの内容でいいことを確認したなら必ず記録（薬歴）を残すべし。	添付文書以外の用法に気づいたら疑義照会を行うどんなときでも必ず、記録（薬歴）に残すようにしている	リスミー錠２ｍｇ	リーゼ錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2592	ラタノプロスト・チモロール配合点眼液を継続中の方にアイベータ配合点眼液が処方された。両剤ともにチモロールマレイン酸塩が含まれるため、呼吸器系、心機能の副作用を懸念して照会。アイラミド配合点眼液（ブリモニジン、ブリンゾラミド配合点眼液）に変更された。	名称が似ているため勘違いしやすい。配合剤の成分を把握するのは単剤に比べてむつかしく、併用時に見逃される可能性が大きい。	名称が似ている薬を確認し、置き場所を離す、目印を付けるなど工夫する。配合剤が商品名で処方されたときはその都度成分をチェックし、処方箋に簡単にメモする。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2593	のどに違和感のある患者がカルボシスイテイン、トラネキサム酸、半夏白朮天麻湯の処方箋を持参した。患者との会話で頭痛やめまいなどの症状はなかったため、疑義照会を行い半夏厚朴湯へ処方変更となった。	薬品名の最初の文字が同じため処方登録の際に間違ったものを選択したと考えられる。	必ず薬を渡す際に症状を確認し、処方内容と一致しているか確認する。	ツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2594	当薬局を初めて利用する患者家族が来局した。処方内容はエンブレル皮下注50ｍｇシリンジ1.0ｍｌ4筒であった。 当薬局に在庫してあるのはエンブレル皮下注50ｍｇペン1.0ｍｌであったため、シリンジは在庫がないと判断し問屋に発注手配を開始。それと同時に、お薬手帳を持参していたため確認すると、前回まで県外の別の医療機関で薬をもらっており、今回の処方病院は初受診であった。前回までの定期処方はエンブレル皮下注50ｍｇペン1.0ｍｌであったため、医師の処方転記ミスの可能性ありと判断、ご家族も同じ注射でないと本人が困ると訴えあり、疑義照会をした。エンブレル皮下注50ｍｇペン1.0ｍｌ４キットに変更になり、問屋の発注もキャンセルした。	お薬手帳から使用薬剤をカルテに転記する際、薬剤選択を誤ったと推測される。	初めての患者で、特に医療機関が変更になった患者については、以前の処方を転記ミスする例が非常に多いと認識している。お薬手帳を必ず確認し、変更になっている場合は、医師からの変更説明の有無を確認し、説明がない場合は必ず疑義照会をするようにしています。お薬手帳を持参しなかった場合には、転記ミスが多いことを説明し、投薬時によく確認していただき、誤りがないか気を付けて対応しています。	エンブレル皮下注５０ｍｇシリンジ１．０ｍＬ	エンブレル皮下注５０ｍｇペン１．０ｍＬ		ヒューマンエラー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	前回はロスーゼットLD　１錠分１が処方されていたが、今回はロスーゼットHD　１錠　分１に変更されていた。投薬時に患者様に確認したところ、処方医からは薬の変更は何も聞いておらず、検査値の変動が少ないことから処方ミスを疑い、疑義照会を実施したところ、ロスーゼットLD　１錠分１に変更となった。	・該当する病院にロスーゼットLDの採用がない・処方箋発行後の確認が不十分	・投薬前の前回薬歴の確認の徹底・薬が前回から変更していた場合は必ず患者様に確認・患者様から聞き出せる情報は可能な限り確認			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2596	レルベア100エリプタを処方すべきところ、誤って200を処方。当局にて、手帳の記録を基に患者に確認したところ、レルベア100エリプタでとのことだったため、疑義照会の上処方変更となった。	患者が薬剤名を誤って医師に伝えてしまい、手帳を持参していたにも関わらず病院側で確認が出来ていなかった。	手帳の確認や患者本人への聞き取り、外用剤の場合は実際に実物を見せることでも色などで判別しやすいので、徹底していく			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た事例
2597	今回広域の病院にかかり、色々な検査をして薬が処方されていた（初処方）。患者のご家族が来られたが、「肝機能が悪いと言われた」とのお話があり、『（般）グルタチオン錠100ｍｇ（タチオン錠）』の適応である『金属中毒』等の訴えは聞いてないとのことだった。患者訴えと処方の相違に違和感があったので、疑義照会したところ「（般）グルタチオン錠100ｍｇ」→「グリチロン配合錠」へと変更になった。	名前が類似していた為、処方入力のパソコン操作時に選択ミスがあったと考えられる	患者の話をしっかり聞いて、訴えと処方薬の適応に相違ないか必ず確認する。	タチオン錠１００ｍｇ	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
2598	当薬局を久しぶりに利用する患者が処方箋をもって来局した。フェキソフェナジン塩酸塩６０ｍｇと処方されていた。服薬指導時に現疾患を確認したところ胃のむかつきで受診したことを聞き取った。そのため医師に電話で確認したところファモチジンOD錠２０ｍｇに変更になった。	ファモチジンOD錠２０ｍｇのところフェキソフェナジン塩酸塩６０ｍｇと入力したようだ。	投薬時に現疾患の確認していく。	フェキソフェナジン塩酸塩錠６０ｍｇ「ＳＡＮＩＫ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2599	患者へ新らしく処方された薬剤の名称と薬効を説明したところ、医師より処方すると説明された薬剤と名称が違うと当該患者より聞き取り。電話にて処方医へ問い合わせたところ類似した名称の薬剤との記載ミスと判明、処方が変更となった。	名称の2文字までが同じ文字だったのでカルテへの打ち込みの際に変換された薬剤名が異なったものと思われる。	窓口では、処方内容と患者からの聞き取りをより丁寧に行う。	ガスコン錠４０ｍｇ	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
2600	通院していた病院の先生が辞めることになり他の病院にうつった今まではフルバスタチン20ｍｇを服用していた新しい病院のDrは今までと同じ薬を処方したつもりで、プラバスタチン10ｍｇ2錠処方されたフルバスタチン20ｍｇは初期量だがプラバスタチン20ｍｇは最高用量になるため疑義照会したところ、プラバスタチン10ｍｇ1錠に変更となった	医師の確認不足	薬の変更について間違いないか確認する			プラバスタチンＮａ錠１０ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2601	施設入所に伴い、Ａ医院からＢ病院へ転院。お薬手帳をみて類似薬を処方するも、エクセラーゼ配合錠をエクセグラン錠と打ち間違えたのではないかと考えたが、患者がせかしたため、その確認を医師にできず渡薬。渡薬後に名前は似ているが全く違う薬であることが気になったため、疑義照会をしたら間違えであったことが発覚。エクセラーゼではなく、ラベプラゾールへの変更となった。	医師が３文字検索で入力したときの間違い＆処方内容の確認忘れ。	初回来局時はお薬手帳の確認を細かく行った。患者が急がせたため渡薬前に疑義照会できなかったが、患者が服用する前に疑義照会を行って薬を変更できたことで、患者の安全を守ることができた。	エクセグラン錠１００ｍｇ	ラベプラゾールナトリウム錠１０ｍｇ「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
2602	新規の発熱患者に桂枝湯が処方された。薬局に在庫がなかったことと、患者の病態、そのほかの処方薬とも整合性がとれなかった（カロナール錠５００ｍｇが処方されていること、発熱しているという状況から桂枝湯の適応にあうか疑義が生じた）ため疑義照会した。桂枝湯ではなく桔梗湯の間違いであることが発覚した。	処方箋発行元の診療所では医師がカルテに記載した処方を事務職員が入力し処方箋を発行している。医師のカルテへの書き間違い、事務職員の入力ミスの可能性が考えられるが、どちらかは不明だった。	患者に症状の聞き取りをし、症状と合致しない場合は疑義照会の対象とする。在庫していない薬剤が処方された際には在庫していない旨を伝える名目で処方ミスではないかを密かに確認する。	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
2603	7月28日処方箋応需。タプコム配合点眼液とアゾルガ配合懸濁性点眼液が処方されていた。双方チモロール配合のため成分が重複しており、疑義照会を行った結果、タプコム配合点眼液からタプロス点眼液0.0015%に変更になった。	医師の思い込みでタプロスを処方するつもりが、タプコムを処方したものと思われる。	配合剤は必ず成分を確認する。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2604	一般名処方でアロプリノール錠100mg　1錠　分1寝る前　40日分の処方あり。投薬時の患者インタビューの際に、尿酸値が高いかどうかについて質問したところ、尿酸値は高くないとの患者からの返答であった。また、患者からザイザルというアレルギーの薬が出ると聞いているとの回答だったので、処方医師に疑義紹介したところ、ザイロリックとザイザルを処方間違いしたとの返答であった。	処方オーダリングの際に、頭文字2文字で医薬品検索をかけた場合、ザイロリックとザイザルは頭文字2文字があっているので、そのために処方ミスをしたものと思われる。	処方薬と、患者の訴える症状が一致しているかどうかを必ず確認するように徹底する。	ザイロリック錠１００	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
2605	今までベルベゾロン眼耳鼻科用液0.1%（処方箋記載はリンデロン点眼・点耳・点鼻液）を使用した患者であったが今回は処方されておらず、リンデロンVG軟膏が処方されていた。鑑査時に患者が不在だったためその場で確認できず、投薬者に申し送りした。投薬者が患者に確認したところ、軟膏ではなくいつもの点鼻の薬を処方されたということだった。疑義照会をしたところ同じリンデロンから始まる薬であったため間違えたとのことで薬剤変更となった。	パソコンの入力ミスによる間違いと推測される	前回処方薬との相違点を確認する。鑑査時、患者に確認したいとき患者不在の場合は電話で確認するか投薬者に申し送りをし、投薬時確認する。	リンデロン－ＶＧ軟膏０．１２％	ベルベゾロン眼耳鼻科用液０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2606	久々に来局した患者様にノイロトロピン錠4単位処方疼痛の訴えはなく、皮膚症状に対する処方薬も出ていたため疑義照会。結果ノイロトロピン錠4単位→ノイロビタン配合錠へ変更となった。	コンピューターの頭3文字で入力ミスが起きたと思われる。医療機関側も混雑にて焦りもあったのかもしれない	・患者像を推察しながら処方薬を調剤する・ノイロトロピンは下の引き出し、ノイロビタンは上の棚に置き調剤距離を離している	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
2607	ラグノスゼリーが処方された便秘で悩んでおり、新レシカルボンやモサプリドの処方があり、便秘歴も薬歴で経過を追っていたため慢性便秘への治療薬と想定し、医師に疑義照会を行った疑義照会によりラグノスＮＦ経口ゼリーへ変更された	名前の類似、適応違いの理解、処方時の選択ミスなどが想定される	薬歴管理により患者様の症状と処方薬があっているかを処方監査時に行うこと、また服薬指導時に症状と適応を確認することでこのような事例を阻止している患者様との服薬指導や電話相談でのコミュニケーションを強化することで患者背景を確認し薬歴に記録している	ラグノスゼリー分包１６．０５ｇ	ラグノスＮＦ経口ゼリー分包１２ｇ		ヒューマンエラー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	10歳の小児にクラリス錠（200）6錠　分２朝夕食後で処方されていたため、患者家族に体重を確認し問い合わせをしてクラリス（50）6錠　分２朝夕食後に変更した。	病院での薬品名選択ミス	小児の薬の場合は、必ず体重の確認を行い、小児量が適正かどうかを判断する。受け取り時に体重の確認をする			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
2609	エイベリス点眼液1日2回で処方されていたので、疑義照会したところエイゾプト点眼液であることが判明	薬剤名類似による処方入力ミス	用法用量を確認し、疑問点があれば疑義照会を行う	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
2610	ザイザルが処方されているのにアリメジンシロップも処方されていてアスベリンシロップとの入力ミスではないかと推測して疑義照会をしたら　変更となった。	入力ミスによるものではないかと推測される	処方おかしい内容が少しでもおかしいと感じたら疑義照会をすること	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2611	眼科から「リボスチン点鼻液0.025mg112噴霧用　２瓶　1日4回（両眼）」が処方された。用法のミスか処方薬のミスかを判断するため患者に確認すると、主訴は目のかゆみで鼻に問題はないとの回答を得た。 処方薬に関して電話にて疑義照会を行ったところ「リボスチン点眼液0.025%」の記載ミスということが判明した。患者はジェネリックを希望したため、レボカバスチン塩酸塩点眼薬0.025%を調剤・交付した。	「リボスチン点鼻液0.025mg112噴霧用」と「リボスチン点眼液0.025%」の類似名称が要因であると考えられる。マスタ検索で表示された薬剤名（候補）を最後の方まで確認しなかったことが推測される。	・処方箋の薬剤名と用法用量をよく確認すること・患者のヒアリングをしっかり行うこと（眼科からも点鼻薬が処方されることもあるため）これらにより、疑義照会もスムーズで、、正しいお薬を患者に交付できた。			リボスチン点鼻液０．０２５ｍｇ１１２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
2612	「リンデロンVGローション　1日2回塗布（四肢）」について、処方元の医療機関では、リンデロンVGローションは（頭）以外での処方は珍しく患者の母親に確認した所、医師からチューブのお薬を出すと聞いていて、薬が違うような気がすると申し出があった。疑義照会の結果、リンデロンVGローションからリンデロンVGクリームに剤形変更となった。	処方元の医療機関において、レセコン入力時の薬剤選択ミスがあったと推定。	外用薬において、使用部位に対して薬剤の剤形が適切かどうか監査をしっかり行うこと、患者にもしっかりと聞き取りをすることが大事。	リンデロン－ＶＧローション	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
2613	カルボシステインシロップ５％　０．８ｍｌ　３歳（男）用量確認のため照会→カルボシステインシロップ用５０％０．８ｇに変更の回答を得るとともに処方箋差し替えとなる。	剤型記入ミスに注意	数種の剤型と％　ｇ数　ｍｌ数等用量確認に注意			カルボシステインＤＳ５０％「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2614	ビタメジン配合カプセルB50が処方されている患者様に　メチコバール500μｇが処方されたため疑義照会　メチコバールの処方が削除となる	ビタメジンは配合錠であり　ビタメジンのなかに　メチコバールの成分がはいっているが　医師にはその認識がなく一緒に処方されていた	配合剤の内容を把握する			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
2615	ロキソプロフェンNaテープ50mg「タイホウ」にて処方があった患者について、薬剤交付の際、以前同じ貼付剤にてかぶれが出ていたことを聴取したため疑義照会を行った。結果、ロキソプロフェンNaテープ50mg「タイホウ」→ロキソプロフェンNaテープ50mg「久光」へ変更となった。	・ロキソプロフェンNaテープ50mg「タイホウ」には、温感成分であるノニル酸ワニリルアミドが添加物として含まれているが、製品名からは温感タイプであることが推察できないことによるものの可能性が高いと考えられます。・診察時に以前使用した際の副作用状況を確認しきれていないことも原因としてあげられるかと思います。	温感成分含有であることの指導を行う。使用経験の有無の確認、皮膚の症状の有無の確認を重点的に行う。	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
2616	これまでインスリングラルギンBS注ミリオペンを使用していた患者に対し、初めて超速効型のインスリンリスプロBS注ソロスターにて処方があった。前回交付日から考え、インスリングラルギンの手持ちが丁度無くなる日程での処方であったため、誤入力の可能性もあるため疑義照会を行った。誤入力であったため、インスリンリスプロBS注ソロスターからインスリングラルギンBS注ミリオペンへ変更となった。	処方入力の際に、どちらも「インスリン」から始まることでの入力間違いの可能性が推測されます。	新規に超速効型インスリンが追加になった際の使用経験を重点的に確認し、本当に速効型で問題がないかチェックを行う。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2617	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には今まで処方に加え、新規でアスパラＣＡ錠1日2錠分2朝夕食後7日分と記載されていた。薬剤師が患者へ服薬指導時、カリウムの数値が低かったと聞き取りをした。アスパラカリウム錠の間違えではないかと考え、疑義照会をしたところ、処方箋の入力間違えであったとのこと。アスパラカリウム錠1日2錠分2朝夕食後7日分に変更になった。	アスパラＣＡ錠とアスパラカリウム錠は、名称が似ているため、病院で入力を間違えたと考えられる。	服薬指導時に、聞き取りをしっかりとすること。アスパラＣＡ錠とアスパラカリウム錠の棚を離なすことで、取り違え防止の対策を行っている。	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
2618	患者家族が医師に他の医療機関でもらった薬を見せて処方された薬がクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏であったが、医師に見せた薬を確認したところ「デルモゾール軟膏」であった。クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏の先発品名が「デルモベート軟膏」であるため処方誤りを疑い照会したところデルモゾール軟膏に処方変更となった。	医薬品名が酷似しているための誤りである。	最近の後発品は一般名を使ったものが多いが、そうでない場合もあるため患者からの聞き取りと相違がある場合は確認をする。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」	デルモゾール軟膏０．１２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2619	トラディアンズ配合錠AP、トラディアンズ配合錠BPの記載誤り。検査血も改善していたが、BP錠へ増量となっていた。今回より、担当医師が変更となり、処方も変更されていた。検査値からは、さらなる積極的な治療介入が必要な事例とは考えにくく、医師に照会し、従来通りのAP錠へと戻った事例。 担当医の変更があった初回処方であり、また、処方内容の整理も行われた部分もあり、判断に迷った事例。	今回、担当医師変更があった初回処方。新規担当の医師への引き継ぎ、情報伝達不十分だったのではと考えられる。	医療機関変更、担当医師変更があった場合、患者の病状、検査値情報などを確認し、処方内容を精査する必要がある。医師からの患者への説明と、処方内容の不一致も考えられ、薬局での患者とのコミュニケーションが重要。			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
2620	血糖値が上昇したため、薬が追加になった患者が来局。処方追加になっている薬剤はトラセミドOD錠であった。それ以外に追加薬はなし。名称類似のトラゼンタが処方されるべきではないかと考えた。医師にはトラセミドOD錠は利尿剤であり、糖尿病の薬剤ではないことを説明、トラゼンタの間違いではないかと疑義照会を行った。疑義照会の結果、クリニック側のレセコンへの入力ミスであり、トラセミドODからトラゼンタ錠へと変更となった。	レセコンの３文字入力ではこのような類似品が候補薬品挙がってくるので、患者からの情報を詳しく引き出すようにしていく。	レセコンの３文字入力ではこのような類似品が候補薬品として挙がってくるので、細心の注意を図るようにする。普段から患者との良好な関係を築いていく。	トラセミドＯＤ錠４ｍｇ「ＴＥ」	トラゼンタ錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2621	ミケランLA点眼処方の患者様に調剤時確認。普段はミケルナ使用していたが、ミケランLAに処方変更。本人はいつもと同じ薬を処方するとの事で発覚。処方医に確認後、再度ミケルナに変更になる。	同じような名称の為、カルテへの書き込みをミケルナと記載したと思われる。	今後も、先調剤・投薬時の確認等も含めて患者様との確認の徹底	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
2622	1歳8か月の小児、咳症状、下痢症状にて受診。アスベリン散　1日0.6gでの処方あり。体重聞き取り10kgのため過量ではないかと判断し疑義照会。アスベリン散10%1日0.2gへ変更となった。	常勤医師休診につき、非常勤医師勤務だった。複数規格ある医薬品の為、他規格と間違えた可能性。	特になし。			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
2623	６３日分処方の中で、ボナロン経口ゼリー３５ｍｇが２日分処方とされていた。疑義紹介の結果日数が変更となり９日分となった。	１か月ごとに服用するベネット錠７５ｍｇと間違えた。	処方監査だけでなく、調剤者でも気づくようにスタッフ全員が知識を高めている。			ボナロン経口ゼリー３５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2624	ステリクロンW液0.5%で処方箋に記載があった。添付文書を確認すると傷には0.05%を使うことになっており、疑義により0.05%の入力間違いであることが判明した。	濃度に種類があることが分からずに事務員により入力された可能性があると思います。	添付文書による確認、使い方の確認を行う			ステリクロンW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
2625	重カマ「ヨシダ」で継続している患者。カルテ記載不備で、処方が酸加マグネシウム83%となっていたため、疑義にて重カマ「ヨシダ」に変更。	類似薬品のため、カルテ記載の入力ミス。	類似薬品の注意。病院への報告。	酸化マグネシウム細粒８３％〈ハチ〉	重カマ「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2626	乾燥性皮膚のため他の医療機関（皮膚科）で処方してもらって使用して効果があり、かかりつけ医（内科）に通院する機会があり相談したところ同じ薬を処方してくれるとのことでお薬手帳を持参していなかったため、薬の名称をヒルドイドクリームと医師に伝えたため、それが処方された。	お薬手帳をいつも持参している患者でしたが、たまたま持参せず通院した。薬の名前も使用感からクリームと思い込んでいたようだ。そのため類似する異なる医薬品名を医師に伝えてしまった。 異なる医薬品がいずれも白色のクリームであり名称が患者に分かりにくいと思われるが、現物のチューブを確認してもらいその違いから医薬品の特定ができてよかった。	薬歴からヒルドイドソフト軟膏が以前皮膚科から処方されていたが今回は異なる薬剤でよいのか現物をお見せしたら、処方が違うことに気が付いた。その段階で患者が医師に間違った医薬品を告げたことが確認でき、疑義照会して正しい医薬品を調剤することができた。	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
2627	2型糖尿病の患者さんが血糖改善が無い為、オーラルにソクリア配合錠が追加された。オーラルの内容はエクメットHD2T2*、メトグルコ250mg2T2*、アマリール0.5mg1.5T1*。オーラルは残薬があるため処方は無し。ソリクア配合注ソロスターとペンニードルプラスのみの処方だった。 調剤監査者がDPP-4阻害薬にGLP-1の併用になるのでエクメットは中止で良いか確認したところ、エクメットHDは中止、メトグルコは一日量を1500mgを2*で維持するよう残薬の服薬指導の依頼を受け、アマリールは現状維持であることを確認する。 服薬指導時（調剤監査者とは別の薬剤師）に上記の説明をすると患者さんから『そんな話は聞いていない』と返答。患者さんはアマリールが服用を中止し、エクメットとメトホルミンは今まで通りの服用量で継続と指示を受けたの主張。再度服薬指導者からクリニックに問合せをし、調剤監査者による問い合わせと間違いがないことを確認した。患者さんの勘違い聞き違いかと思われる。	残薬調整をする上で処方日数を1日でも残っていればよかったが、それがない処方でかつ効果不十分で薬が追加されたケースでした。その為、同効薬の重複の可能性があり疑義照会を行いました。 また一方で服薬指導時にDrからの指導内容と患者さんの理解を確認することで患者さんの誤解を確認することができ、残薬を処方医の意図と違う用法用量で服用することを防ぐことが出来ました。	処方日数が残らない残薬調整の処方は特に残薬調整対象薬の用法用量の確認を怠らない様注意する。			エクメット配合錠ＨＤ　メトグルコ錠２５０ｍｇ　ソリクア配合注ソロスター　アマリール０．５ｍｇ錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2628	外来処方。アルロイドG顆粒溶解用67%が初めて処方されていたが、用法・用量が20g(力価) 分1 眠前14日分となっており、添付文書上の常用量を大幅に上回っていた。念のため製造販売業者に問い合わせたが、このような量での服用は通常行われず処方ミスの可能性が高いとの回答を得た。処方医に対し、その旨を添えて疑義照会したところ、アルロイドG内用液5%を処方すべきところオーダリングシステムの入力ミスが起きていたとの回答があり、アルロイドG内用液 20mL(製剤量) 分1眠前14日分に変更となった。	オーダリングシステムにて、剤形違いの薬剤を誤って指定したものと思われる。医療機関側において、常用量を大きく上回る場合のアラート機能が無いか、正しく機能していなかったことも考えられる。	初処方となる薬剤について、処方鑑査時に添付文書を用いた用法・用量のチェックを徹底する。	アルロイドＧ顆粒溶解用６７％	アルロイドＧ内用液５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2629	患者が処方箋をもって来局。定期処方（高血圧薬・高コレステロール薬）に追加で【般】トリメプチンマレイン酸塩錠100ｍｇ2錠分2朝夕食後の処方があった。患者様に確認したところ首が痛くて処方が追加になったと主張。医師に疑義照会したところセレコックス錠100ｍｇを処方しようとしたところセレキノン錠100ｍｇを誤って選択してしまったとのこと。その後セレコックス錠100ｍｇに処方変更となり、正しい薬をお渡しした。	セレキノン錠100ｍｇとセレコックス錠100ｍｇ類薬名の選択ミス。処方箋は一般名処方であるが、病院のレセコンでは商品名で選択していたと考えられる。	患者への症状の聞き取りをしっかり行い、処方と疾患に相違がいないか確認を徹底する。			セレキノン錠１００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2630	アトピーで通院していた３歳児に、はじめてプロトピック軟膏が処方になった。レセコンでの選択ミスだったようだが、プロトピック軟膏小児用0.03%が処方されるところ、プロトピック軟膏0.1%が処方されていた。疑義紹介して小児用への変更となった。	レセコンでの選択ミスと思われる。プロトピック軟膏までは同じため、紛らわしかったと思われる。	薬剤名称は最後まで注意して確認する。			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
2631	セレコックス錠とその他外用薬の処方があった。セレコックス錠は門前病院からの処方時はレバミピド錠の処方もともあるが、今回は無かったため、患者に確認したところ、痛みはなく痒みがあるとの事だった。その情報より医師に確認したところ、セレコックス錠とセレスタミン配合錠の処方間違いであった。	入力時に確認不足だと考えれられる。	処方鑑査時にその都度確認し、薬剤の適性使用を続ける。	セレスタミン配合錠	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
2632	処方内容：エイベリス点眼液0.002%1日両眼2回以前より緑内障治療薬使用、今回から変更になっていたため患者様に確認。今回はお盆休み期間にお薬がなくならないようにもらいに行ったとのこと。添付文書上の用法の相違あり、前回はエイゾプト懸濁性点眼液0.1%1日両眼2回の処方であったこともあり疑義照会を行った。	名称が酷似しているため、違う薬剤の記載となってしまった可能性あり。	薬剤変更があった際は必ず患者様に確認を行う。添付文書上の用法との相違があった場合も疑義照会を行う。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2633	アムロジン（2.5）で2錠朝夕、アバプロ（100）で1錠朝、服用中の患者さん。それでも血圧コントロール不良にて、今回、アムロジン（2.5）を夕1錠に減量して、アイミクスHDで1錠朝、に処方変更になった。調整前の処方監査で、患者さんから、処方変更の診断あった事は確認したが、アイミクスHDの配合剤の成分量で、アムロジピンは、10mgのため、１日量で、合計12.5mgになり、１日10mgの極量をオーバーとなる事に気がつき疑義照会をした。結果、アムロジン5mg配合のアイミクスLDに変更になった。	配合剤の違う用量をどちらも採用している為、処方箋作成時に配合用量を勘違いして入力したと思われる。	配合剤は、商品名で処方箋に入力されると、一目で成分名、成分量がわからないため、調剤時には、必ず添付文書や自作の表などで成分名成分量を確認する。配合剤での処方の際には商品名の時も成分名成分量併用表記が望ましく思う。	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
2634	大学病院からの転院患者。処方箋には、（般）アロプリノール錠１００ｍｇの記載だったが、お薬手帳には、退院時アンブロキソール塩酸塩徐放ＯＤ錠４５ｍｇ「サワイ」の記載有。疑義紹介の結果、アンブロキソール塩酸塩徐放ＯＤ錠４５ｍｇに変更となった。	カルテへの記載ミス。処方箋入力時の入力ミスが、考えられる。	お薬手帳など、有力な情報は、逃さずチェックする。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2635	便秘でグーフィズで改善せず、主治医と相談で桂枝加芍薬大黄湯としたが、処方箋に桂枝加芍薬湯で記載され、投与確認時に、患者さんから違う旨云われ、処方医に確認し桂枝加芍薬大黄湯に変更になりました。	漢方処方は処方名最後に薬が付く、付かないで違うものがいくつかあり、確認が必要。	今回の場合は処方の番号と包装の色が違っていたのでその中でもすぐに判りやすかったが、投与時の確認は大切と考えられる。	ツムラ桂枝加芍薬湯	ツムラ桂枝加芍薬大黄湯		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
2636	鼻炎や喘息の処方を定期定期に受けている患者にルプラック4mgが追加処方されていた。聞き取りしたところ、高血圧や浮腫は認められず、医師から利尿剤追加の説明も受けていなかった。患者はアレルギー薬を新しくすると聞いていた。	ルプラックとルパフィンが誤って処方された事例。	医師へ疑義照会しルプラックは削除。患者との相談の上で、ルパフィンへの変更とはならなず処方削除のみの対応となった。			ルプラック錠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
2637	皮膚炎・湿疹に対し、以前も使用したことがあるデルモゾールＧ軟膏5g1本希望のところ、デルモベート軟膏0.05％30g処方あり。聞き取り・過去薬歴を参照にし、処方間違いが発覚。疑義紹介を行い、処方変更あり。	薬剤名の類似	類似薬の把握・過去薬歴の参照・監査の徹底・投薬での聞き取り充実	デルモベート軟膏０．０５％	デルモゾールＧ軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2638	７月２０日１７時半頃、左手を蜂に刺された患者様が来局された。定期薬とともに、デルモベート軟膏、アレグラ錠６０ｍｇ（５日分）、セレニカＲ錠２００ｍｇ（１日分）が処方されていた。患者様はステロイドを含む薬が出ていると医師から説明されていたことから、セレニカＲ錠の処方は適切ではないと判断した。処方医に疑義照会を行ったところ、セレスタミン配合錠へ処方変更となった。	処方箋の記載ミス。	投薬時症状等よく聞き取りを行い、処方が妥当か判断している。	セレニカＲ錠２００ｍｇ	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
2639	半夏瀉心湯の処方にて胃の不調等の有無を患者に確認したところ、今回は喉の違和感を医師へ相談したとのことであった。誤処方が疑われ疑義照会したところ、カルテには半夏厚朴湯の記載であったとのことで、クリニック側の処方入力ミスと判明。半夏厚朴湯へ処方変更となった。	採用薬に名称類似のものがある場合、処方せんの発行元に今回のようなミスが発生する可能性は高いと想定される。	通常でも行っている患者からの状態聴取であるが、今回のような名称類似薬、薬効近似薬等の処方時は、特に患者からの情報聴取が大切になるため、それを怠らぬように実施を徹底する。	オースギ半夏瀉心湯エキスＧ	オースギ半夏厚朴湯エキスＴ錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2640	ムコソルバンL錠45ｍｇが3錠分3毎食後で処方されていた。電話にて疑義照会を行い、ムコソルバン錠15ｍｇ3錠分3毎食後に変更になった。	ムコソルバン錠15ｍｇで入力しようと思ったが、誤って45ｍｇで入力したよう。	新規で出た薬剤は知っていると思っているものでも添付文書を見る癖をつける。注意喚起の表示を類似薬につける。	ムコソルバンL錠45mg	ムコソルバン錠15mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2641	アレジオンLX　１日３回と処方あり。疑義の結果２回に変更	新規採用薬剤への切り替え	新規薬剤採用の場合には用法により一層注意			アレジオンＬＸ点眼液０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2642	デパケン細粒４０％を分３で継続中であったが一般名に入力を変更した際に病院側で誤って徐放顆粒４０％を選んでしまう間違い。	一般名の濃度に気をとられて入力を誤ってしまったと思われる。	添付文書の用法と異なる場合は必ず疑義照会する。	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
2643	・フェブリク錠１０ｍｇを処方された患者。聴取した内容から脂質異常症の可能性があると考え疑義照会。・名称類似の、リピディル錠が本来処方すべき薬剤であることが分かった。	・フェブリク、フェノフィブラートの名称類似	・処方薬をそのまま交付するのではなく、病状を聴取し妥当性を評価する。	フェブリク錠１０ｍｇ	リピディル錠５３．３ｍｇ		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
2644	ベオーバ錠５０ｍｇ　1錠　・ベタニス錠５０ｍｇ　１錠　朝食後服用の処方持参→同じ作用のためTELにてDr.に確認→ベタニス錠５０ｍｇ　から　ベシケアOD５ｍｇに変更	今までに服用されたことのある薬剤が２種類処方されていたため薬剤師の確認ミス処方時パソコンで薬品名を選び間違えた可能性もあり	作用の重複には十分注意するよう心掛ける	ベタニス錠５０ｍｇ	ベシケアＯＤ錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2645	ご兄弟の処方箋3人分をもって来局された。それぞれの処方箋に散剤と水剤が処方されており、4歳（体重15ｇ）の処方箋に「ニポラジン小児用シロップ0.03%　0.5ml　分2　5日分」が処方されていた。体重から、ニポラジン小児用シロップであれば6～12mlを分2、またはニポラジン小児用細粒0.6%　0.3～0.6gを分2であるため、用量またはシロップ剤と散剤の入力間違いではないかと疑義照会した。結果、ニポラジン小児用シロップ0.03%からニポラジン小児細粒0.6%へ変更となった。	3人分の処方があり、散剤とシロップ剤が多数出ていたため、ご兄弟の処方と勘違いされた可能性があり。クリニックからニポラジン小児用シロップが出ることはまれであり、鑑査の際に違和感を感じた。	散剤、シロップ剤の小児用量の一覧表を作成し、鑑査の際の手助けとしている。	ニポラジン小児用シロップ０．０３％	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2646	カムシアLD（カンデサルタン８ｍｇ＋アムロジピン2.5）を服用していたが血圧が下降してきたため減量すると医師から診察時に話があったと患者より聴取。 しかし他種の降圧薬カルデナリン錠2ｍｇが処方されていたため医師へ処方内容確認。カルデナリンでなくカンデサルタンの処方入力ミスが発覚し処方変更となった。薬歴確認により不必要な薬剤変更を未然に防げたと思われる。	カルデナリンとカンデサルタンの薬品名称が類似しているため処方入力を誤ったと思われる	処方変更時は薬歴、患者から情報収集にて変更意図を確認する必要がある。	カルデナリン錠２ｍｇ	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
2647	長期的に腹痛症状を症状を訴える13歳の男児に、フロモックス小児用細粒100mg　2g　分2朝夕食後2日分の処方。患者様の年齢・体重から用量が少ないと判断し処方医へ問い合わせ。結果、フロモックス錠100mg　2錠　分2朝夕食後2日分に変更となった。	同成分による選択ミスだと考えられる。	-	フロモックス小児用細粒１００ｍｇ	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
2648	アジスロマイシン錠250mg 2錠 夕食後 2日分の処方箋を持って来局お薬手帳持参なく久々の来局。1日前にアジスロマイシンを1日分だけ服用されたと思い話を聞くと、昨日日曜日発熱にて救急病院を受診をされジスロマックを1回服用されたとのこと。 しかしその服用時に1回服用で1週間持続すると指導を受けていたようで、その薬について詳しく聞くとジスロマックSR成人用ドライシロップ2gを服用されたと判明。今回処方は不要と判断し疑義照会を行い、アジスロマイシン錠は処方削除となった。	診察時患者本人は医師へ「ジスロマックを飲んだ」と伝えたようだが、医師がジスロマックの錠剤を服用したと思い込んでしまった。	剤形違いによる用法用量が異なる薬剤が存在することを意識して処方監査、服薬指導を行う。			アジスロマイシン錠２５０ｍｇ「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2649	患者様より以前使っていた薬を処方してほしいとお願いして、手帳を医師に見せプロトピック0.03%小児用だったが、医師が誤ってプロトピック0.1%を選択してしまった。	規格違いによる選択のミス。	処方箋を見て小児に成人量が処方されているため、まず患者様に話を聞き、お薬手帳を見せながらどれを処方してもらう予定だったか確認した。			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
2650	前回までスイニー錠１００ｍｇとメトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇ「ＪＧ」がそれぞれ１日２回朝夕食後１回１錠で処方されており、次回は合剤に変更すると患者より話があった。しかし今回はメタクト配合錠ＨＤ（ピオグリタゾン・メトホルミン塩酸塩として３０ｍｇ・５００ｍｇ）１日２回朝夕食後1回1錠で処方されていたため疑義照会したところ、メトアナ配合錠ＨＤの間違いであったことが判明した。結果としてメトアナ配合錠ＨＤを１日２回朝夕食後１回１錠へ変更となった。	メタクト配合錠ＨＤとメトアナ配合錠ＨＤはどちらも糖尿病の合剤でメトホルミン塩酸塩錠が配合されており、尚且つ名前が似ているために間違えられたものと考えられる。	商品名だけでなく、配合されている成分と診察内容、処方内容に矛盾が無いかどうかきちんと確認する。	メタクト配合錠ＨＤ	メトアナ配合錠ＨＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2651	患者が処方箋をもって来局した。処方箋には【般】クラリスロマイシン錠200mg　1錠分1夕食後　4日分と記載されていた。薬剤師Aは調剤前の処方監査にて、クラリス以外にもメイアクトが処方されており、抗生剤の重複処方であった為、処方医に疑義照会を行った。その結果、クラリスではなくクラリチンが本来の処方であり、医療機関側の入力間違いであったことが判明した。その後正しい薬剤を調剤して、患者には正しい薬剤が交付された。	クラリスとクラリチンは頭文字3つ目まで同じである為、入力時に選択を間違えた可能性が考えられる。	調剤前に処方監査の徹底を行う。一般名処方であるとすぐにはミスに気付きにくい為、先発名も考えながら調剤する。	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
2652	処方にて塗り薬として亜鉛華デンプン　塗布　指示あり患者聞き取りにより、塗り薬であると説明受けていること発覚➡粉状のため疑問に思い詳細お聞きし、疑義照会する➡亜鉛華軟膏に変更になった	亜鉛華での変換みすによるもの推測	患者様との密な情報共有、新規追加薬などについてはより詳細を聞き取れるように徹底して服薬指導を行う	亜鉛華デンプン「コザカイ・M」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2653	施設に入居されている患者で、臨時にてノイロビタン配合錠が処方されていた。数日前に訪問薬剤師より食事は問題なく取れているとの報告を受けていたので、確認の為施設に連絡。「手足の末端にしびれが出ている」とのお話を受け、ノイロトロピン錠の可能性が浮上した。そのため処方元の医療機関に電話で確認したところ、医薬品名を間違えて処方されていたことが判明した。	ノイロビタン配合錠とノイロトロピン錠の名前が類似しているため、誤ってしまったと考えられる。	今回の件では普段の患者の様子を確認していた為、早期に発見することができた。今後もお薬だけでなく、患者の生活状況や体調なども合わせて確認を行っていきたい。	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
2654	【般】イフェンプロジル20ｍｇ1T(1日1回夕食後)と処方箋に記載あり （この薬の服用歴は今まで無く、脳梗塞の既往歴無し） 添付文書には、通常成人には、1回20ｍｇを1日3回毎食後経口投与とされている。 念のため、本人へ脳梗塞後遺症、脳出血後遺症に伴うめまい症状があるか確認するも、めまい症状はないと返答あり、用法容量の間違えではなく、他薬剤を処方したかった可能性もあることを踏まえて、医師へ疑義照会を行った。	医院の電子カルテでは先発名称が使われている。セレストール200ｍｇを処方すべきところを、セロクラール20ｍｇを誤って選択したと考えられる。	新しく追加された薬剤に関しては特に、添付文書より用法用量、適応疾患の確認をするとともに、患者からも情報を収集し、処方内容に誤りがないかを確認を行う。	イフェンプロジル酒石酸塩錠２０ｍｇ「サワイ」	セリプロロール塩酸塩錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2655	初めて受付の患者様。ご家族（夫）がご自分の処方箋と一緒に持ち込まれ、一旦外出。お薬手帳の持参なし。カルデナリン錠１mg２錠分２の処方があり、通常分１の薬剤のため疑問に思い疑義照会したところ、カルナクリン錠５０単位１錠分２に変更となった。また、カルナクリン錠は腸溶性製剤にて半錠・粉砕不可のため、後発医薬品カリジノゲナーゼ錠２５単位２錠分２で調剤を行った。その経緯については、処方医に文書にて報告を行った。	薬剤名が類似しているため、処方医が誤ったものと思われる。高齢のためか、ご家族との会話の中から情報を得ることは難しかったが、再来局された際には手帳を持参されていたため、他院から転院されて今回が初めての処方であったこと、前院ではカルナクリン錠２５単位２錠分２で処方されていたことを確認することが出来た。	初めての処方については、特にしっかりと添付文書等により、用法用量を確認する。また、お薬手帳をご持参いただき、活用していただけるよう患者様にアプローチをしていく。	カルデナリン錠１ｍｇ	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
2656	ラツーダ錠　寝る前で処方　空腹時では効果減弱するため疑義照会したところ夕食後に飲み方変更された	新薬で発売されたばかりであった為、効果減弱は浸透していない内容であった可能性有り	新薬の出た場合はメーカーに説明会をしてもらうようにしているこんかいもその時の内容で気づいた			ラツーダ錠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
2657	怪我なのに、抗生剤の入っていない軟膏だったため疑義照会を行った。その結果、薬剤変更となった。（リンデロンＶ軟膏→リンデロンＶＧ軟膏）	医療機関側で、処方箋の入力ミスがあったと思われる。	患者本人からの聞き取りを詳しく行う。疑問に思った際は、処方医に疑義照会を行う。	リンデロン－Ｖ軟膏０．１２％	リンデロン－ＶＧ軟膏０．１２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2658	ニキビの治療とのことで抗菌剤処方に疑問。照会したところ、名称類似品のゼビアックスローションに変更となる。	「ゼ」から始まる液剤であったため、処方箋作成の段階で間違えたものと思われる。	処方ミスであることも頭の片隅におき、適応の有無を鑑査でチェックしていく。	ゼフナート外用液２％	ゼビアックスローション２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2659	４１歳患者に　一般名：ドロスピレノン・エチニルエストラジオール配合錠　が処方されていた。当薬局のレセコンでは「ヤーズフレックス配合錠（実薬２８錠）」が該当する。しかし、患者情報によると２４錠が実薬、４錠が偽薬と医師から告げられたとのこと。したがって、調剤するのは「ヤーズ配合錠」であることがわかった。念のため、医師に電話で問い合わせたところ、ヤーズ配合錠で間違いないことを確定できた。	一般名処方では、ヤーズ配合錠なのかヤーズフレックス配合錠なのかが不明であることがある。効能効果は違っていても疑わしい場合は、必ず、疑義紹介する必要性がある。	当薬局の薬剤師、調剤事務員にはこの事例を明示し、必ず、疑義紹介するように徹底した。願わくば、医師へは、一般名処方でなく、販売名処方に切り替えていただくようお願いすることも必要。			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
2660	定期処方にてインスリングラルギンＢＳ注とヒューマログ注の二剤のインスリン製剤を使用中。このたび新発売されたインスリンリスプロＢＳ注を処方するにあたり、本来ならヒューマログ注からの変更となるところをインスリングラルギンＢＳ注からの変更となるような処方箋の記載となっていた。仮に記載通りとなると、本来と比較して使用回数は減り、一回量は増えることになる。疑義照会により、インスリングラルギンＢＳ注は前回同様の処方に変更となり、新たにインスリンリスプロＢＳ注を用法用量、処方数を確認して処方追加されることとなった。	バイオシミラーはすべてインスリン○○という名前で類似している。また、先発医薬品とはまったく関連性のない名称であり、医師の認識が不足していたことが原因と思われる。	インスリンリスプロＢＳ注の発売にあたり事前にメーカー研修会を行い、スタッフの教育はなされていたが、この誤りに気づけた人はひとりだけだった。各インスリン製剤の製剤特徴、先発医薬品とバイオシミラーとの関係性、用法用量について再度研修をおこなった。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2661	新患　10歳　男児　体重３３ｋｇのかぜ症候群の患者に下記処方箋を母親が持参。Rp１　アスベリン散１０％　２５０ｍｇ力価　カルボシステインシロップ用５０％　７５０ｍｇ力価　トラネキサム酸散５０％　７５０ｍｇ力価　分３　朝・昼・夕食後　4日分 秤量する前に添付文章にて定説な用量を監査したが、アスベリン散１０％の力価が２５０ｍｇと１０倍量であることが判明。	医師が忙しさのあまり一桁多く力価のインプットしてしまったと思われる。	散剤の秤量前には添付文章にて体重・年齢を照らし合わせて、調剤するよう薬局内で徹底。また、２名以上で処方内容を監査するように心がける。			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
2662	投薬時の確認にて、職場の定期健診後の診察にて、薬の新規処方。ptから「骨密度の低下」「カルシウムの薬」との文言があったが、処方内容がアスパラカリウム錠であった。カリウムの低下とは言われておらず、処方間違いの可能性を考え、疑義照会を行う。疑義照会にて、アスパラＣＡ錠であったことを確認し、投薬を行う。	Ｄｒが記載した内容を事務員が処方入力する際に、誤入力された様子	Ptも初めての薬であった為、薬の違いに気付きにくい。問診での違和感があった場合は、念のため疑義照会を行う。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2663	往診をしている患者の求めに応じ医師が点眼薬を追加、いつも眼科でもらっていたもの。トラバタンズとニプラジロールが追加処方となったが、まず用法が分からなかったようでともに１日数回できました。また、一本の規格も分かっていないのでｘ１の用法の一本が２．５ミリも薬を倍の量で処方されていたさらにともに緑内障の薬であったため併用可として訪問時持参して確認したところ、ニプラジロールは処方間違えで実際は二フランであった	医師も専門分野でないにもかかわらず患者の求めに応じ安易に処方したこと	薬剤師も訪問なのでもっと併用薬等(ケアマネからの情報にはなく始めて併用知った)も気を付けなければいけなかった。追加処方が出た時点で本人に確認を行うことが大事であるこの患者は生活のリズムが通常とは違うため電話などにも制限があるのですぐに確認もできないが、今後は事前確認が必要である			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
2664	お薬手帳より他院でラタチモ配合点眼液が処方されてた。今回、患者の申し出により同じ薬の処方を頼まれたが成分が一部しか含まれていないラタノプロスト点眼液が処方されていた。お薬手帳の薬と異なっていたため疑義照会を行いその結果、ラタチモ配合点眼液に処方変更された。	他科の薬を頼まれたため入力を間違えてしまった可能性がある。	引き続きお薬手帳からの情報も確認し、疑問があれば積極的に問い合わせをする。	ラタノプロスト点眼液０．００５％「ニッテン」	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
2665	アレジオンドライシロップの処方のある患者に同時にアリメジンシロップが処方されていた。抗アレルギー剤の併用の為問い合わせした所、アスベリンシロップに変更処方となった。	類似名称である為入力間違いがあったものと思われます。	類似薬効の薬剤が複数出ている場合注意していく。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2666	前回までノボリン３０Ｒフレックスペン３００単位で処方されていたが今回からノボリンＲ注フレックスペン３００単位に処方が変更されていた。患者様に確認したところ特に変更等は医師から聞いていないとのことだったので病院に問い合わせて確認。その結果ノボリンＲ注フレックスペン３００単位に処方変更となった。	薬の名前が非常に類似しているため、病院内での入力に誤りがあったのではないかと考えられる。	処方内容に変更点があれば患者様に対し医師から話を聞いているかを必ず確認する。	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
2667	シダキュアスギ５０００JAUを処方された患者様への服薬指導中ダニアレルギーとの診断を受けたとのことで、疑問に思い疑義照会。ミティキュアダニ３３００JAUに処方変更された。	処方元の入力ミス	指導箋等を用いて聞き取り、服薬指導に努める	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３，３００ＪＡＵ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2668	アスパラK錠を処方すべきところにアスパラCA錠が処方された。投薬時に血清カリウム値が2.6mEq/Lであることを患者家族から聴取し、処方間違いが発覚した。疑義照会後、アスパラKを調剤した。	アスパラKとアスパラCAは、非常に類似名称のため、処方箋への入力間違いが起こりやすいと推定される。	カリウム製剤やカルシウム製剤の監査の際には、検査値を確認することができるように常に検査値の把握を積極的に行なっていく。	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
2669	ツムラ当帰芍薬散処方されていて調剤して患者への投薬をした際足がつるから漢方出してもらったとの情報を得て処方医へ問い合わせしたところ芍薬甘草湯と間違えていたとのことで処方が変更になりました	当帰芍薬と芍薬甘草と漢方名が酷似していたため間違えて処方されたと思われる	処方箋をよく読むようにする。患者への聞き取り。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2670	Ａクリニックで患者は以前（複数年前）からクラシエ猪苓湯を3ℊ分１朝食前で服用していた。Ａクリニックで新たにツムラ猪苓湯7.5ℊ分3毎食前の処方がくる。猪苓湯がかぶっており1日量でも猪苓湯の量が多かったため、医師に疑義照会を行った。疑義照会後猪苓湯ではなく五苓散に変更になった。	五苓散と猪苓湯の打ち間違えにより誤って処方箋を発行してしまったため。	薬の用法用量で明らかに量が多い場合や薬がかぶって出ている場合は医師に疑義照会を行うようにする。	ツムラ猪苓湯エキス顆粒（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
2671	Rp1　グラクティブ50ｍｇ　1錠朝食後　84日分と Rp2　グラクティブ50ｍｇ　1錠朝食後　84日分と重複して処方があったため疑義照会した。結果、Rp2のグラクティブがグルベス配合錠　2錠朝夕食直前に変更となった。	処方時にグルベスと入力するところをグラクティブと誤入力したか、何らかの操作ミスでグラクティブが重複して入力されたと推定される。	誤入力を防ぐ為、入力後間違いがないか再度確認を行う。	グラクティブ錠５０ｍｇ	グルベス配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2672	定期的に来局している患者。入院していた病院から、かかりつけの医院へ転院。アダラートＣＲ１０ｍｇ2錠朝夕食後の処方であったがお薬手帳より入院時はアダラートＬ１０ｍｇ朝夕食後と確認。聞き取りにて血圧上昇もなく、医師から変更の話がなかったとの回答から疑義照会を行う。アダラートＬ１０ｍｇ2錠朝夕食後へ変更となる。	紹介状にはアダラートＬ錠だったが、医院にて頻回使用されているＣＲ錠と医師の思い込みによる薬剤選択ミスと推測される	お薬手帳の確認。患者からの聞き取り徹底。			アダラートＣＲ錠１０ｍｇ 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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2673	ムコスタ点眼液UD2%が1本処方されていた。処方量が少ないこと、またコメントで「2週間使い切り」と記載があったたことから薬剤の処方ミスではないかと考え疑義照会を行った。その結果、ムコファジン点眼液1本へ変更となった。	薬剤名が似ていた。	処方病院では普段から医師が患者に、目薬を開封後は2週間で使いきるようにと指導していた。あらかじめ医師の指示を知っておくことで今回はコメントからユニットドーズ製剤ではないと想定が出来た。また手帳などで使用歴を確認することで本来医師が処方したかった薬剤が予測できたと思われるので、今後もしっかり手帳を活用する。	ムコスタ点眼液ＵＤ２％	ムコファジン点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2674	他院でもらっていたベニジピン塩酸塩錠２ｍｇを希望されたが薬剤名を口頭で伝えたためペルジピン錠20mgが処方された。投薬前におくすり手帳を確認したらベニジピン塩酸塩錠２ｍｇをのまれていたため確認したら、受診時おくすり手帳をドクターに見せていなかった。疑義照会して経緯を説明してベニジピン塩酸塩錠２ｍｇに変更になる	患者が一度も処方されたことのない薬剤名を口頭で伝えたため、処方箋が間違っていた。本人も間違ていたことを薬局で説明するまで気が付かなかった。	特に新しいお薬が処方された時は必ずお薬手帳確認する。患者にも必ずお薬手帳をドクターに見せるよう説明しました。	ペルジピン錠２０ｍｇ	ベニジピン塩酸塩錠２ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2675	手書き処方箋で「ベタニス錠25ｍｇ」が処方された。同一処方箋内に「ベオーバ錠50ｍｇ」があり、同効薬重複にて、疑義照会をした。「ベシケアOD錠2.5ｍｇ」の書き間違いであったことが判明した。	頭文字が同じ、4文字の同効薬という点から転記ミスがあったと思われる。	従来より患者は当薬局を利用しており過去ベタニスの処方はなく、ベシケアを内服していたことを把握していた。かかりつけ患者の服薬状況を把握していたところがよかった。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2676	2歳児に対しセフゾン小児用細粒0.4g分2にて処方。体重から低用量と判断。また、6/30来局時にセチリジンDS1.25%0.4ｇ分２処方が出ており、入力ミスも考えられたため疑義照会を実施。セチリジンに変更となった。	病院での入力ミス、伝達ミス等が要因として推察される。	小児患者は体重確認を徹底。	セフゾン細粒小児用１０％	セチリジン塩酸塩ＤＳ１．２５％「タカタ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2677	プレドニゾロン５ｍｇ　２錠　＋　プレドニゾロン錠５ｍｇ　４錠で処方。疑義照会を行い、プレドニゾロン５ｍｇ　２錠　＋　プレドニゾロン錠１ｍｇ　４錠に変更となる。	オーダリングシステムで医薬品を検索した際に規格違いのため、入力の間違えが発生したと推測。	処方監査時に用法用量について、チェックを励行した。疑義照会する際も、プレドニゾロン５ｍｇとプレドニゾロン１ｍｇの間違えでないかと推測して確認したため、疑義照会が円滑に行えた。			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
2678	普段からアタラックスＰカプセル２５ｍｇを服用中の患者様。今回そちらの薬が削除になり代わりに【般】ヒドロクロロチアジド２５ｍｇが処方されていた。薬の内容が変更になっていたため患者様に確認すると薬を変えるとは聞いていないとのこと。疑義紹介すると処方間違いとのことで、アタラックスＰカプセルへ変更となった。	一般名処方で処方している病院。アタラックスＰカプセルの一般名はヒドロキシジンパモ酸塩カプセル２５ｍｇであり、今回間違えて処方されていた薬と成分の名前が似ていること、規格が同じ２５ｍｇであったことから間違えて入力してしまったと考えられる。	処方箋に薬の変更があった場合には患者様に必ず確認してから調剤する。気になる点があった場合には疑義照会を怠らないようにする。	ヒドロクロロチアジド錠２５ｍｇ「トーワ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2679	タリオンＯＤ錠１０ｍｇ　通常分２で処方されるが今回分１で処方、 かつ、先生の処方傾向から、ロキソニン処方時はムコスタ、タケキャブが併用されるためタリオンではなく、タケキャブの間違いではないかと考え、疑義。処方変更となった。	ドクターの薬剤選択ミス。タで始まり、規格も１０ｍｇと同規格	処方箋１枚１枚に真剣に取り組み、今回のようなケース、処方せんをみて違和感を覚えるよう意識していく。	タリオンＯＤ錠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
2680	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル１００ｍｇを１日３回１回１カプセルで服用していたことをお薬手帳より確認。今回、紹介により転院となった際にユベラ錠５０ｍｇを１日３回１回２錠へ処方変更となっていた。疑義照会によりユベラＮカプセル１００ｍｇ１日３回１回１カプセルへ変更していただく。	薬品名類似により医師が処方入力時に誤ったものと考えられる。	お薬手帳の確認による変更薬、継続薬の確認を徹底する。	ユベラ錠５０ｍｇ	ユベラＮカプセル１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2681	先月はテルチアＢＰ、フェブリク１０、アムロジピン５、ゾルピデム５が処方されていた患者に、今月はテラムロＢＰ、フェブリク２０、アムロジピン５、ゾルピデム１０が処方された。今回の処方で成分としてのアムロジピンが重複し１０ｍｇになるため疑義紹介したところ、これまで通りのテルチアＢＰに訂正となった。	二つのお薬で増量されていることに加えて、一般名で処方されているため、診療所の医療事務が処方入力の際に薬剤の選択ミスをした可能性が高い	処方変更の内容を患者自身が聞いているか？投薬時に確認をするようにしている	テラムロ配合錠ＢＰ「ＤＳＥＰ」	テルチア配合錠ＢＰ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2682	患者が処方箋を持って来局された。体の痛み（肩や胸）に対して貼薬のみで治療していたが、あまり効果が無いため、今回から痛み止めの内服薬が新しく２種類（セレコックス、ノイロトロピン）追加になっていた。 投薬時、患者との会話で痛み止めの内服薬は１種類しか処方すると言われていない事、ビタミン剤の処方を追加する事についてDrと話をしたと伺った。投薬を行った薬剤師はノイロトロピン錠ではなく、ノイロビタン配合錠の処方が正しいのではないかと推測し、疑義照会を行った。処方はノイロビタン配合錠に変更となり、患者へ薬を交付した。	病院での処方入力の際、ノイロの３文字で入力し、候補が複数ある中で選択を誤ったものだと考えられる。	患者と医師との間でどのようなやり取りがあったのかしっかりと聞き取る。	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
2683	ペリンドプリル2mg2T1*を今まで服用。今回からペリンドプリル4mg1T1*に変更する所、処方はベニジピン4mg1T1*で処方されていました。	4mg数や名称などから処方間違いが起きたと思われます。	薬歴と患者さんとのコミュニケーションと大事に確認作業を行うよう気をつける。	ベニジピン塩酸塩錠４ｍｇ「サワイ」	ペリンドプリル錠４ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラー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	一般名バルプロ酸ナトリウム錠200mg1錠分1就寝前で処方されていたが、患者に確認したところ3か月前に処方されていたバルプロ酸ナトリウム徐放錠と同じものが出るはずと聞き取りあり。疑義照会にて普通錠→徐放錠に変更になった。	病院での処方ミス	剤型に関しても過去薬歴をチェックし、投薬時に変更の有無について患者に確認する。剤型の違いによる用法の違いを把握しておく。	バルプロ酸ナトリウム錠２００ｍｇ「アメル」	バルプロ酸ナトリウムＳＲ錠２００ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2685	抗がん剤治療の方で食欲もなく倦怠感がある患者様に人参湯処方。人参湯も急性・慢性胃腸カタル、胃アトニー症、胃拡張に使用されるため判断しかねたが念のため疑義照会。	患者様代理の方が来られていて詳細の症状が不明でしたが、初回投与のこともあり患者様の理解も乏しかったので念のため疑義照会。	適応症でないものについては疑義照会する	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2686	定期でエイゾプト懸濁性点眼液を使用している患者様に、アイラミド配合懸濁性点眼が処方追加。監査者がエイゾプトが同種同効薬となる為、疑義照会実施。アイラミドではなく、アイファガン点眼液の病院側の間違いであったことが発覚。修正し患者様へ交付。	発売開始から間もないこともあり、医療機関側の知識不足か。名称類似品の影響もあったかと思われる。	新薬の知識・勉強会は常に行い、アップデートを欠かさない。	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
2687	ロキソプロフェンＮａ錠60ｍｇ、レバミピド錠100ｍｇと同じ用法でアモキサンカプセル10ｍｇ処方された。患者に確認したところ抗生剤が出るはずと聴取、疑義照会にてアモキシシリンカプセル250ｍｇに変更となった。	頭３文字が一致していることから、オーダリングミスと思われる。パート医師のため医療機関のパソコンの操作が慣れていなかったことも一因と思われる。	処方に違和感を感じたら調剤前の処方監査として患者に確認することの重要性が再認識された。	アモキサンカプセル１０ｍｇ	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た事例
2688	頓用アセトアミノフェンDS20%0.7ｇの処方と　アンヒバ坐剤小児用100mg1回2/3個の処方あり。（成分量で頓用140mg　坐剤67mg）患児の体重は14.5kg	処方入力時の薬剤選択時に100mg製剤と200mg製剤の選択の誤りが発生したものと思われます。	体重からの用量確認と、薬剤同士の用量比較を行うことで、適正量から逸脱した品目を見つけることができた。			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
2689	患者が処方箋をもって来局。いつも飲んでる薬だが今回から処方Drを変更。一般名処方でメトホルミン錠250ｍｇ：GL　4錠分２で処方あり。薬剤師Aがメトグルコ錠250ｍｇで調剤。薬剤師Bが監	一般名メトホルミン錠にはMTとGLがあるがその違いについて詳しく理解できておらず調剤していた。また医師側も一般名入力の際間違っていた。	メトホルミンMTとGLの違いについて薬剤師全員で共有。事務にも処方入力から気を付けるように共有した。	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇ「トーワ」	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
	メトホルミンGLの場合グリコラン錠になるがメトホルミン錠250ｍｇ：GLは一日量750ｍｇまでのため一般名メトホルミン250ｍｇMTの間違いではないかと疑義照会。患者がいままでメトホルミン500ｍｇで飲んでいたためメトホルミン錠500ｍｇ：MT2錠分２へ変更。後発品のメトホルミン錠500ｍｇMT「ニプロ」で調剤しなおした。						

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2690	処方薬よりリウマチと診断された患者と推察し、受け取りがご家族であったが、関節に痛みや腫れがあるのか尋ねたところ、潰瘍性大腸炎と聞いていると返答された。医師に病名を確認する為、疑義照会をしたところ、潰瘍性大腸炎でありサラゾピリンを処方したつもりだったと回答があり、処方変更となった。	医師はサラゾピリンを処方するつもりで後発医薬品のサラゾスルファピリジンを選択したが、腸溶錠を誤って選択してしまった。	処方内容と患者の病態、病状との適合性を判断することが大切。話をしてくれない患者もいるが、できるだけ聞き取るようにしていく。	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
2691	ツムラ半夏厚朴湯を2ヶ月間処方されていた方で今回よりツムラ半夏瀉心湯に変更。医療事務が前回とDoでツムラ半夏厚朴湯のままで仮入力されており、薬剤師が間違いを発覚。名称類似で念のため疑義照会行なう。ツムラ半夏瀉心湯と処方せんどおりで問題ない事をDrよりFAにて確認し調剤した。	名称類似。	漢方薬は特に類似名称多いため、一文字ずつ処方せんと入力画面を見比べる鑑査の徹底。漢方薬の番号による同じ色同士や名称類似は隣に配置しない。名称類似薬品が存在する場合は店舗アラートにて該当薬品を入力すると注意喚起の表示がでるように設定。			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
2692	小児に ツムラよく苡仁湯エキス顆粒（医療用）　7.5ｇで処方されていた。神経痛　筋肉痛の漢方用量も成人量のため疑問に思い患者母親に確認　水いぼがあるとのこと。名称が似ているヨクイニンの間違いと思い処方医に確認した。	名称の類似	年齢、他の処方薬から考えて不自然である処方に関して、処方監査を徹底する。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2693	他の病院にて処方された薬をかかりつけのクリニックにて出してもらうこととなったとのこと。そちらの処方も以前当局にてお渡していた。その時の薬はカンデサルタン錠４ｍｇだった。今回処方された薬は一般名でドキサゾシンメシル酸塩錠４ｍｇであった。投薬時の聞き取りで変更は特に聞いていないとのことだったので、問い合わせし確認した。処方はカンデサルタン錠４ｍｇに変更となった。	紹介状の記載が一般名のカンデサルタン４ｍｇだったが、処方医が見間違えてカルデナリンの４ｍｇだと思ってしまったようです。クリニックのコンピュータの入力はカルデナリン選択で自動的に一般名に変換されるシステムだったようで、備考欄に入力したカルデナリン追加の記載があって、処方は一般名のドキサゾシンメシル酸塩錠４ｍｇになっていた。頭の文字が同じ「カ」ではじまることとｍｇ数が同じ規格があったことが間違いに繋がったと推定されます。	引き続き聞き取りと確認をしっかりしていく。	ドキサゾシン錠４ｍｇ「テバ」	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
2694	5歳児に対して、アドエア250ディスカス28BLが処方されていたため疑義。その他はモンテルカスト細粒、ザイザルシロップが処方されていたため、アドエアだけ成人量だったためミスだと判断。アドエア100ディスカスに変更となる。	アドエアの規格違いだったため、候補に上がっていた医薬品の前後のクリックミスだと思われる。	処方間違いに気付けるよう、気を付ける。	アドエア２５０ディスカス２８吸入用	アドエア１００ディスカス２８吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2695	桂枝湯を希望されている患者に対して、桂枝加芍薬等の処方あり。効能や番号を確認しながら交付したところ、患者が希望されたものではないことが発覚。処方元へ疑義照会し、正しいものへと処方変更となった。	名前類似による処方間違いが考えられる。	新規開始の薬剤については特になぜ処方されているか、受診時にどのように話をしたかなどしっかり聞き取り、処方が間違っていないかを確認する。	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒（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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2696	病院からの処方箋にミカムロが記載されているが、処方箋の内容や用法用量から推測するにミヤBMではないかと疑問を感じ問い合わせた。	病院の職員の入力ミス。頭文字が一緒だったために間違えたのだと思われる。	同時に処方されている薬や用法用量から、薬があっているのか考える。	ミカムロ配合錠ＡＰ	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
2697	リーゼ錠（５ｍｇ）１Ｔ（分１、朝食前）14日分の処方が出ていた。新しい便秘の薬を出すという話を聞いたという看護職員の話から問い合わせをしたところ、実はリンゼス錠（0.25ｍｇ）２Ｔ（分１、朝食前）14日分が正しい処方だった。	リンゼスとリーゼの薬品名が類似しており、処方入力時に薬剤の選択を誤ったものだと思われる。	処方変更時に変更理由をきちんと確認し、疑いがあれば照会することの大切さを再認識した事例だった。	リーゼ錠５ｍｇ	リンゼス錠０．２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2698	前月に処方された内容から変更があり、処方鑑査を行っていたところ、フロセミド錠20mgとL-アスパラギン酸K錠300mgが新たに処方されていた。前回まで処方されていたL-アスパラギン酸Ca錠200mgが削除されていたことと、カリウム値について以前に聞き取りしていた記録がなかったことから患者に確認を行ったところ、処方変更の話はなかったとのことだったので病院へ疑義照会を行った。処方箋作成の際にCaとKを誤って入力していたことが判明した。	処方箋を作成する際に医師からの手書きのカルテを用いてパソコンで処方箋を作ることと、処方入力画面において語尾が違うだけだったために選択時に見落とした可能性がある。	処方変更時と思われる場合でも処方の誤りである可能性を考えて患者に確認した後、病院薬剤部へ問い合わせを行い、変更理由も併せて確認する。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2699	ザクラスLD内服中の患者であった。ザクラスLDでは血圧が有意に下がらずザクラスHDに増量になるはずであった。血圧値の経過を聴取していたところ、患者から「薬を増量する」と医師から説明があったとの発言があった。しかし、処方箋には以前から内服していたザクラスLDが記載されていた。そのため、疑義紹介を行った。その結果、ザクラスHDを処方するはずたったが記載ミスをしたと回答があった。	処方医療機関側の記載ミス。	患者とのコミュニケーションをしっかりと行う。客観的な判断の根拠となる検査値や医師からの説明の内容など、できるだけ多くの情報を収集する。			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
2700	投薬時、血液検査や尿検査の実施有無など詳細を聞き取りしていたところ、血液検査は簡易的なもので尿酸値は検査されておらず、尿検査実施も認められなかった。また、患者様のお話によると、処方意図として「貧血を改善するため服用してください」と話があったようだ。 そのことより、処方箋発行時に「クエン酸第一鉄」と入力したいところ、「クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠」と誤って入力したと推測される。疑義照会の結果、クエン酸第一鉄Na錠50ｍｇ「サワイ」へと処方変更となった。	処方箋発行時の入力に誤りがあったこと考えられる。	投薬時に、しっかり患者様の話に耳を傾け、処方されている薬剤と疾患がきちんとあっているか確認を行う。誤った処方内容で交付すると予期せぬ症状が現れる可能性があるので、今後も確認は怠らないよう気を付ける。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2701	内服薬30日分処方に対してアドエア100ディスカス28吸入用28ブリスターが２キット処方されていたが28ブリスター2キットだと28日分しかもたないのでアドエア100ディスカス60吸入用1キットを提案した。	吸入の回数と日数を考えていなかった。60吸入があることを知らなかった。	常に処方の妥当性を判断する。			アドエア１００ディスカス２８吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2702	定期薬でアンブロキソールODZE45服用中の患者に、臨時薬としてムコソルバン錠15が処方された	一般名と商品名の混在している処方のため、同成分薬の定期処方に気が付かず処方箋発行された	監査時、同成分薬剤の併用薬にある事を確認し、疑義紹介にて臨時薬削除となった			ムコソルバン錠１５ｍｇ 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
2703	（一般名）イソロイシン・ロイシン・バリン配合顆粒4.74g　1包1日1回朝食後と書かれた処方箋を、0410対応によりFAXで受付した。当該患者は3月、5月と過去2回いずれも0410対応処方を受けており、3月まではアミノレバンEN配合散1日2回で処方がなされていたが、5月分は残薬調整の為処方が外されていた。 薬剤の変更の話があったかを患者家族に確認したところ、今までと同じ薬が出されるという話であったと訴え、事実確認の為医療機関に問い合わせを実施した。結果、今までと同じアミノレバンEN配合散100g分2朝夕食後での処方となった。	用法まで変更となっているため単純な入力ミスではなく、患者医師間か、あるいは医療スタッフ間での伝達ミスの可能性が考えられる。処方箋に書かれていた一般名に該当する医薬品の中でアミノバクト配合顆粒が存在するため、これといずれかの段階で取違いが発生した可能性がある。	薬の内容、変更点については特に注意を払って患者様からの話を伺い、事実と相違がないかを確認する。	アミノバクト配合顆粒	アミノレバンＥＮ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
2704	通常ウルソデオキシコールが処方されている患者さまにウロカルンが処方されており薬剤変更の話が無かったため疑義照会を行った所ウルソデオキシコールに処方が変更になった	病院での処方箋発行時の確認ミス	薬歴を確実に確認し処方箋の間違い発見を徹底する			ウロカルン錠２２５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2705	いつも当薬局を利用する患者が処方箋を持参した。今回初めて漢方薬が処方されていた。処方箋には当帰芍薬散と記載があったため薬剤を準備して患者の症状を確認すると、足がつるため処方していただいたということだった。効能効果に、適応がなかったため、処方医に確認を行った。その結果芍薬甘草湯へ変更となった。	医薬品の名称が類似していたため、記載ミスが生じたようだ	今まで通り、初めて処方の薬剤は、症状などと聞き取り、処方内容に間違いがないか確認を行う	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2706	いつも当薬局を利用する患者が来店した。今回は、いつもの処方薬に追加で　一般名ラクツロースシロップ65％が記載されていた。初回の処方となるため、症状を確認すると便秘ということだった。ラクツロースシロップ65％には便秘の適応症がないため、問い合わせを行い、便秘の適応症のある薬剤一般名　ラクツロース経口ゼリーを紹介し、処方薬を変更していただいた。	それぞれ採用薬の製品名は、モニラックシロップ65％とラグノスＮＦ経口ゼリーだが、成分が同じ薬剤で一般名が類似しているため記載ミスが起きたようだ。	今まで通り、初めての処方の薬剤は症状を確認し間違いがないか確認を行う	モニラック・シロップ６５％	ラグノスＮＦ経口ゼリー分包１２ｇ		ヒューマンエラー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	久しぶりに外用が処方されたが、処方箋上軟膏で処方され、患者さんに確認したところ軟膏で無くクリーム剤で以前もらっていて、軟膏ではないとのことで、処方医に電話で確認しクリーム剤に変更になった。薬剤の包装が以前とかなり変わっていたが、説明で納得された。	外用剤は以前とかなり包装が変更されている者が多く、確認に注意が必要。	内容確認と包装変更の説明の重要性。	ダイアコート軟膏	ダイアコートクリーム		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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2708	セレクトール(200)が新規に処方されたが備蓄なく分譲または郵送になることおつたえしたところ時間がないからと同効薬への変更希望あり医師に疑義紹介したところセレコックスの間違いであることが判明　またセレコックス(200)へ変更との回答だったが規格により適応症が異なることを伝えたところセレコックス(100)に変更となった	薬剤名の最初の2文字が同じで規格も同じ100mgと200mgであるための入力ミスと思われる	新規薬剤が処方された時は患者様の症状と薬効が一致しているか確認していく	セレクトール錠２００ｍｇ	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
2709	皮膚科からツムラ温清飲を処方されていたが、以前は温経湯を服用していたので入力確認をお願いしたところ、今回から変更になっていた。（もともと更年期障害もあったため、温清飲でも適応はあり）	名前が似ているが、適応症の違いがあり。診療科からの適応症を推測した。	今後も適応症がわからない場合は問い合わせをしていく。			ツムラ温清飲エキス顆粒（医療用） ツムラ温経湯エキス顆粒（医療用）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2710	タンドスピロンからダントリウムへ処方が変更になっていた為、患者さんに聞き取りを行った結果、変更の説明は無かったとのことで疑義紹介した。結果、ダントリウムからタンドスピロンへ処方変更となった。	品名の出だしが類似している為、オーダーミスしたと思われる。	処方変更時は、その旨Ｄｒから説明があったかの聞き取りを行う。	ダントリウムカプセル２５ｍｇ	タンドスピロンクエン酸塩錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2711	診察時に本人は症状(しびれ）を医師に訴え、その結果メコバラミン処方が追加となっていた。メコバラミン錠500「トーワ」がほかの病院ですでに継続投与されていることに、処方箋入力時に事務員がきづき、重複薬であることを医師へ照会した。	併用薬については診察時に医師に伝えなかったため、重複の処方が出てしまった	併用薬を聞き取りとお薬手帳にて確認して薬歴にも残し、スタッフで参照できるようにしている			メコバラミン錠２５０μｇ「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
2712	ベオーバ錠50ｍｇ2錠分2処方に対し、分1の薬剤であるため用法確認の疑義照会を行ったところ、バナン錠100ｍｇ2錠分2の誤りであった。	薬剤名の類似	用法の知識を正しくもち、不適当な用法用量で処方があった際は積極的に疑義照会を行う	ベオーバ錠５０ｍｇ	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
2713	これまでセレニカR顆粒40%で処方されていた方が、一般名処方でバルプロ酸細粒40%に変更になっていた。徐放性が無くなることを医師に伝えると、セレニカR顆粒40%に変更になった。	病院でのシステム変換エラーと思われる。	過去の処方と照らし合わせて、誤りがないか確認をする。	バルプロ酸ナトリウム細粒４０％「ＥＭＥＣ」	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2714	メトトレキサート錠２ｍｇ　４日分　金曜日　ブシラミン錠　４日分　日曜日と処方があった。ブシラミンも間接リウマチに処方される薬剤であるが、本来メトトレキサートと同時処方されるはずのフォリアミンの処方がなかったこと、患者への聞き取りで現在鎮痛剤を使用しておらず痛みもないことから、ブシラミンはフォリアミンと間違えて処方されたのではないかと考え疑義照会し処方変更となった。	病院紹介により患者が初受診であったため、患者に従来処方されていた薬の入力を行おうとし、間違えて入力して処方されたのだと推測される。初受診の患者の処方せんは継続薬であっても特に注意をすることが重要である。	処方せんのみではなく患者からの聞き取りを重要視し、疑問点があった場合は医師に直接疑義するだけではなく、直ちに患者へ確認してから疑義を行っている。	ブシラミン錠１００ｍｇ「日医工」	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
2715	アスベリンシロップ調剤用２％　６ｍｌ処方箋受付。成人量の最大用量処方。患者は４歳１５ｋｇのため規格の誤りと判断し処方元へ疑義照会を行い、アスベリンシロップ０．５％　６ｍｌに変更し調剤。	処方入力を誤った可能性。	アスベリンシロップが２規格あることを情報共有処方監査を行ってから調剤を行う			アスベリンシロップ「調剤用」２％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2716	タケプロンOD錠15が以前から定期的に処方されており、今回もDo処方だったが、胸やけがすると診察時に話したが、処方の内容は変わりなしかと患者から質問があり、医師に問い合わせたところ、タケキャブ錠10ｍｇへ変更となった。	処方オーダー時に薬品を選び間違えた様子	患者から症状や状態を確認し、処方が状態に合っているかどうか判断する	タケプロンＯＤ錠１５	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2717	シロドシンを継続服用中の患者に対してタムスロシンが追加処方となった。	追加された薬剤にのみ着目してしまい、ごく日常的な重複成分などの検討する時間を割愛してしまった。	新規成分が処方された際に、必ず既存薬との飲み合わせを確認する間を設ける。			シロドシンＯＤ錠４ｍｇ「ＫＮ」 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
2718	前回血圧が低かったためテルミサルタン錠40ｍｇ「ニプロ」→テルミサルタン錠20ｍｇ「ニプロ」に減量になった。今回も血圧は正常であったがテルミサルタン錠40ｍｇ「ニプロ」に増量になっていた。疑義照会で問い合わせたところ処方ミスとわかりテルミサルタン錠20ｍｇ「ニプロ」に減量になった	血圧が正常値であるのみも関わらず増量投与していたため疑義照会した	患者との会話、検査結果の値等により疑いある処方であれば、積極的に疑義照会する			テルミサルタン錠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
2719	処方箋記載薬品が(般）サラゾスルファピリジン錠５００ｍｇになっており、リウマチに適応が無いため疑義照会後、（般）サラゾスルファピリジン腸溶錠５００ｍｇへ変更となる。	剤形規格により適応症が異なるため。	同成分薬の剤形、規格、先発とジェネリック等の適応症の違いをしっかり確認する。	サラゾスルファピリジン錠５００ｍｇ「日医工」	サラゾスルファピリジン腸溶錠５００ｍｇ「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
2720	一般名処方でバルプロ酸ナトリウム徐放錠200ｍｇで処方。薬物動態の異なるセレニカRとデパケンRどちらのつもりか判別できずに疑義照会	一般名で薬物動態の異なる薬剤のどちらか特定できないため	疑義照会の徹底			デパケンＲ錠２００ｍｇ セレニカＲ錠２００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2721	一般名：ヘパリン類似物質外用スプレー0.3で処方も　外用スプレーと外用泡状スプレーがあるためどちらの剤形を意図処方されているが不明の為疑義照会外用スプレー（泡出ない）と確認	同じ一般名で使用感の異なる２種の剤形の薬剤が存在する。	先発品等代表的な薬剤の商品名を併記してもらう疑義照会の徹底			ヘパリン類似物質外用スプレー０．３％「ＰＰ」 ヘパリン類似物質外用泡状スプレー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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2722	抗生剤が処方されいていないのに、耐性菌が処方されているため疑義照会。変更された。	処方医のうっかりミス？	抗生剤の処方がないのに耐性菌が処方された場合は疑義照会を行う	ラックビーＲ散	ラックビー微粒Ｎ		ヒューマンエラー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	初回来局の患者様でバレリン錠（200）４錠分３で継続服用していたようだが（手帳と患者本人より確認）、デパケンR（200）が４錠分３で処方されていた。デパケンR（200）は分１～分２の適応のため電話で問い合わせたところバレリン錠（200）４錠分３へ変更となった。	用法の知識不足と手帳確認不足。徐放錠か普通錠かの違いがあるが成分名が同じのため似ていたからだと思われる。	手帳をしっかり確認する。患者本人からもお話を聞いて確認する。	デパケンＲ錠２００ｍｇ	バレリン錠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
2724	ヘパリンCa注射液2万単位の処方せんを受理。患者本人が自己注すると伺い、病院に疑義紹介を行った結果、ヘパリンCa皮下注1万単位に変更となった。	自己注射で皮下注に使用する薬剤の選択ミス	処方箋内容の監査の徹底　患者様からの聞き取りをしっかり行う	ヘパリンＣａ注射液２万単位／２０ｍＬ「サワイ」	ヘパリンＣａ皮下注２万単位／０．８ｍＬ「サワイ」		ヒューマンエラー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	フロモックス（抗生剤）が処方されているのに、整腸剤が堆積んでなかったため疑義照会。耐性菌に変更になった	処方箋の入力ミス？	セフェム系抗生物質処方時の整腸剤が耐性菌でなければ疑義照会を行う	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
2726	ヘパリン類似物質泡状スプレーが処方されいたが、患者は外用スプレーが処方されているはずとの訴え、疑義照会の結果、外用スプレーを処方したつもりだったと。	ヘパリン類似物質外用泡状スプレーと、ヘパリン類似物質外用スプレー　名称が類似しているため。	患者が医師から受けた説明と相違があれば疑義照会を行う	ヘパリン類似物質外用泡状スプレー０．３％「日本臓器」	ヘパリン類似物質外用スプレー０．３％「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2727	眼圧上昇により、点眼剤を追加する際に発生。点眼薬の剤数が多いので、患者負担を減らすために、合剤を組み合わせることで剤数を減らそうとした。ラタチモとアイラミドのところを、ラタチモとアイベータで処方した。間違えた。チモロールの成分の重複あり。心臓への負担増などの危険が考えられた。疑義照会し、アイベータからアイラミドへ処方変更になった。	合剤が増えてきており、成分の理解が不確実になっていた。名称が似ているので、間違いやすかった。	合剤の成分が分かるように一覧表にするなど、成分を確実に確かめるようにする。	ラタチモ配合点眼液「ニッテン」 アイベータ配合点眼液	ラタチモ配合点眼液「ニッテン」 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
2728	抗生剤の処方、服用がないのに耐性乳酸菌が処方されいていため照会。類似名称のビオフェルミン配合散に変更になった。	ビオフェルミン配合散とビオフェルミンＲの名称類似しているため	抗生剤の処方がない時の耐性菌の処方時は疑義照会を徹底する	ビオフェルミンＲ散	ビオフェルミン配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2729	一般名処方　ヘパリン類似物質外用スプレー0.3%で記載。同じ一般名でスプレータイプと泡状スプレーがあり使用感がかなり異なる為、医師に処方意図を確認。	同一一般名で剤形が同じとはいいがたい医薬品が該当するため、処方意図の確認が必須	先発品名か、代表的な後発医品名を併記していただくようにお願いする。はっきりしないときは疑義照会で確認する。			ヘパリン類似物質外用スプレー０．３％「ＰＰ」 ヘパリン類似物質外用泡状スプレー０．３％「ＰＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2730	カルボシステインシロップ５％８mL・ムコダインシロップ５％４mL混合で処方同一成分であることから疑義照会。ムコダイン→小児用ムコソルバンシロップの誤りであった。	名称類似。常勤医師ではなかったため不慣れだった、どちらも採用薬となっていたので選択ミスしたと思われる。	間違えやすい薬品の把握	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2731	処方内容マグミット500ｍｇで入力されていたが、以前まではマグミット330ｍｇ服用で排便効果あり。聞き取りにより特に増量の意思なしと確認したので医師に確認したところマグミット330ｍｇの間違いであった	入力間違い	お薬手帳の確認と、患者への聞き取りをしっかりおこなう			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
2732	「アモキシシリン細粒20%」で処方せんを入力するところを、「アモキサン細粒10%」で誤って入力	「アモキ」までは同一のため、予測変換ミスの可能性	新規薬処方時に処方内容を正しいかよく確認する。	アモキサン細粒１０％	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
2733	当薬局と患者薬手帳に、アセトアミノフェン薬疹歴ありと記載あり。薬局側のレセコンで、調剤不可薬をすり抜け投薬薬剤師が気付いた。今回処方がＰＬ配合顆粒とトランサミン錠。ＰＬ配合顆粒内に、アセトアミノフェンが混在していることを再確認し、本人に再確認。やはり、飲めないとのことで、Ｄｒに疑義照会にて、ＰＬ配合顆粒の削除となった。	クリニック側の把握と薬局側の把握システムに頼り切っている現状	レセコンに、調剤不可薬を登録できるが、配合剤をすべて認識しておらず、最終的に薬剤師の判断で抜けることがないように判断せざる負えない。代表的な同成分を含む薬剤を、その患者の調剤不可薬として追加登録し、リスクを最大限に下げる方法をとった。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2734	内科の処方箋、喘息の患者に　一般名）テオフィリン徐放錠200mg（24時間持続）2錠分２朝夕食後が処方された。通常用法が1日1回夕食後の薬剤であること、久しぶりに来局されたがお薬手帳を持参せず前回の処方内容が不明だったことから疑義照会を行った。結果一般名）テオフィリン徐放錠200mg（12～24時間持続）を処方するつもりであったことが判明。処方変更となった。	医師が処方内容入力の際に名称の似通った一般名を間違えて選択してしまったと推測する。	間違いやすい一般名処方がこの他にもいくつか挙げられるので、局内で周知徹底していく。	テオフィリン徐放Ｕ錠２００ｍｇ「トーワ」	テオフィリン徐放錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2735	アスベリン散10%の処方が出ていたが、患者体重より用量超過のため処方医に疑義しその後アスベリンドライシロップ2%へ変更になった	類似名称　確認不足	処方監査をしっかりとする	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
2736	ツムラ半夏厚朴湯が処方されていたので用意してお渡しするとき症状が患者の愁訴と薬効が合わないので、薬歴を見直したら、一年前の同時期に同じ訴えでツムラ半夏白朮天麻湯が処方されていた。昨年の薬がよく効いたと患者が言うので、疑義照会。医師の処方ミスだと分かった。	医師が処方入力する際に、似た名前の漢方を選択してしまったと考えられる。	患者の訴えをきちんと確認して薬を渡す習慣があったので、ミスが発見できた。薬歴にも症状が書いてあったので自信をもって疑義照会ができた。これからも継続する。	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ半夏白朮天麻湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2737	処方せんに、「フェキソフェナジン錠(60)1錠痛いとき」と記載があったため照会。フェキソフェナジン錠(60)→ロキソプロフェンNa錠(60)に変更となった。	名称類似のため、処方せん作成時に誤ったものと推察される。	処方せん受付時に記載内容をチェックしているため迅速に対応できた。	フェキソフェナジン塩酸塩錠６０ｍｇ「トーワ」	ロキソプロフェンＮａ錠６０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2738	一般名処方でニフェジピン徐放錠10ｍｇ(24時間持続)が2錠分2が処方された　患者の聞き取り血圧が下がってふらつくので変わった。以前ニフェジピンL20ｍｇ錠が出されていた。24時間製剤　分2というところにも問題があり　ニフェジピン徐放錠10ｍｇ(12時間持続)の記載違いではないか問い合わせ　12時間持続製剤に変更となった。	処方入力者はCR10ｍｇ分2　調剤者は依然の処方内容　患者の話から　L10ｍｇ分2で調剤　監査者が処方箋の記載に疑問を感じ　問い合わせ　記載ミスがわかった	一般名処方だと類似薬　作用時間の違い等　チェックが必要　間違いやすいところ　見落としやすいところ　チェックリストアンダーラインで共有	ニフェジピンＣＲ錠１０ｍｇ「サワイ」	ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2739	他院より転院してきた方が、前医ではトリクロルメチアジド錠「２ｍｇ」を０．５錠／日で処方されていた用量が、今回の処方医療機関では「１ｍｇ」で０．５錠／日の規格と用量で処方されていたため、患者様へ減量指示の説明がなかった旨を聞き取って疑義照会を行い、「１ｍｇ」規格で「１錠／日」用量での処方へ訂正指示返答を確認した。	紹介状内容の確認不足や、処方内容の確認不足や、処方医療機関の採用薬品の規格確認不足の可能性が考えられる。	転院直後は処方過誤が起こる可能性が高くなるため、手帳等を活用して処方内容変更の確認を患者様と一緒に行っている。			トリクロルメチアジド錠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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2740	大学病院を受診されていた患者様。コロナの影響により、自宅近くの呼吸器クリニックを受診。大学病院では「テオフィリン徐放錠（12～24時間）200mg　2錠分２朝・夕食後」で処方されていたが、今回は「テオフィリン徐放錠（24時間）200mg　2錠分２朝・夕食後」での処方であった。患者に確認した所、薬剤での変更に関しては話がなかったと確認できた為、疑義照会を行う事とした。	テオフィリン製剤には12～24時間製剤、24時間製剤があり、名称が似ていた為間違えた。	一般名類似医薬品一覧を作成。入力パソコンの横、調剤室、投薬台などに配置し、誰でも見れるようにしている。	ユニフィルＬＡ錠２００ｍｇ	テオフィリン徐放錠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
2741	アスベリン散１０％を処方するところ、アスベリンドライシロップ２％が処方された。患者の年齢及び体重から推定される投与量に対し、明らかに少なかったため、医師へ確認したところ、アスベリン散１０％と入力すべきところをアスベリンドライシロップ２％と入力したことがわかり、変更になった。	薬品名を最後の文字まで確認せず、冒頭の文字で薬品名を判断したためと考えられる。	薬局では、処方箋を受け取った際に、年齢や体重における投与量を確認してから、調剤を開始することで、適切な用法用量で使用することができるのではないかと考える。	アスベリンドライシロップ2%	アスベリン散10%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2742	処方箋を持って来局。処方内容はツムラ釣藤散エキス顆粒、セフゾンカプセル１００ｍｇ、カロナール錠５００であった。患者に受診の経緯を尋ねると、膀胱炎、排尿痛との訴え。ツムラ釣藤散エキス顆粒の効能効果が患者の訴えと合致しなかったため疑義照会を行った。ツムラ釣藤散エキス顆粒は削除となり、ツムラ猪苓湯エキス顆粒が処方追加となった。	医師が薬品入力をする際、「チョ」ウトウサンと「チョ」レイトウで入力を誤ったと推察。	患者からしっかり話を聞き取り、処方の妥当性を判断する。	ツムラ釣藤散エキス顆粒（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
2743	平素からライゾデグ配合注フレックスタッチが処方されている患者。糖の数値が高くなってきているということからもう一種注射薬が追加されるという話が診察時にあった。処方箋には、ノボラピッド30ミックス注フレックスペンが追加処方されていた。上記の2種は効能がほぼ同等であることと、今までの経験上併用する例を見たことがなかったことから病院へ疑義照会。結果、ノボラピッド30ミックスからノボラピッド注フレックスタッチへ処方変更となった。	注射の名称が酷似していることから医師が入力ミスをしたことが考えられる。	注射の名称を確認することは当然ながら、更に持続型・即効型・混合型などの確認も怠らないよう日々取り組む。	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2744	ボノピオンパック単独の処方を持って来局。他院での一次除菌経験をPtに確認したところ、今回が初めての除菌と確認。ボノピオンは適応上二次除菌のみの適応のため疑義照会を行った。	ボノサップとボノピオンは薬剤名称が類似している為、処方間違いが起こりやすいと考えられる。	初回でボノピオン処方時で一次除菌の実施が薬歴、手帳等で確認できないときは一次除菌を実施しているか、Ptか処方元医療機関に確認する必要がある。	ボノピオンパック	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
2745	お腹の調子が悪い。胃の痛み、下痢、めまい、気持ち悪いなどの症状があるため受診される。3剤、薬が処方され、その中にストミンＡ配合錠が処方されていた。耳鳴りの症状があるか確認するも、そのような症状はないとの事。ス行での処方薬の入力ミスを疑い病院に確認の連絡をする。ストミンＡ配合錠が中止となり、ストロカイン錠５ｍｇが分3で処方となる。	パソコンで処方薬を入力する際に、間違った薬剤をクリックしてしまったと思われる。初診の方や、日ごろから来ていただいてる方にも、新しい薬が増えた場合などは、患者さんからの症状を確認し、お薬をお渡しするようにする。	症状を確認し、何か疑問に思うことがあったら、疑義の確認をする。	ストミンＡ配合錠	ストロカイン錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2746	パルデスローション処方の患者に使用方法確認。「背中のざらつきに」とお話しも掻痒感なし。院内で説明あったものと違うのでは？と質問があり疑義。パスタロンローションに変更。	3文字入力の際の入力違いの可能性？	患者さんからの症状等ヒアリングと使用方法の確認に努める	パルデスローション０．０５％	パスタロンローション１０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2747	他院でバレリン200ｍｇ　３錠毎食後で服用している分を、処方してもらったが、バルプロ酸Na徐放錠100ｍｇ　３錠毎食後で処方がでた。本人はバレリン錠200ｍｇを薬局に持参した。処方内容の疑義照会を行い、バルプロ酸Na錠200ｍｇ　３錠毎食後に変更となった。	紹介状、お薬手帳など情報がなく、医師には口頭のみで処方依頼をしたため、正確な処方がでなかったと思われる。	普通錠、徐放錠の確認を怠らないようにし、患者からの情報も確認する。			バルプロ酸ナトリウム錠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
2748	5歳の男児にクラリスロマイシンDS10％が1日量５ｇ1日2回朝夕食後で7日分処方あり。年齢に対して1日量が多かったので、電話確認した。クラリスロマイシンDS10％ではなく、クラリチンDS1％であった事が発覚した。また、1日量が、5gから0.5gへ訂正。用法も1日2回朝夕食後から1日1回夕食後へ訂正された。	処方入力が先発名で入力を行っている事と医薬品名の類似。	名前の似た先発名を意識して、調剤を行う必要がある。	クラリスロマイシンＤＳ小児用１０％「タカタ」	クラリチンドライシロップ１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2749	サリチル酸ワセリン軟膏が処方されていたが患者より使用部位が肛門であることを聞き取り、白色ワセリンを希望していたと判明。疑義紹介により薬剤変更となった。	医師が薬剤名を入力するときに類似したものを選択し確認を怠った。	患者から使用目的などを入念に聞き取り処方薬に間違いがないか監査する。	５％サリチル酸ワセリン軟膏東豊	白色ワセリン		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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2750	今回定期の薬に追加でムコスタが処方になった。投薬時に、患者さんに症状を確認すると、胃の痛みはないとのこと。痰の症状があるとのことでした。以前処方があったムコダインとまちがっている可能性があると考え疑義照会をしたところ、ムコスタ→ムコダインへ変更となりました。	推測される要因としては、頭文字2つが同じであるので、それで判断をして、入力をしてしまったと思われます。	新規で薬が処方された場合は、患者さんから症状を伺い、その薬があっているか確認することが必要であると感じました。患者さんとコミュニケーションをとり、かかりつけ薬局としての職能を全うすることが大切だと思います。過去の薬歴からも推測は可能なので、以前処方された薬を確認してから、投薬を行う大切さも学べました。	ムコスタ錠１００ｍｇ	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
2751	今回から‘バルプロ酸Na錠(200)2T/寝る前’が新たに追加となった。用法が分1であったことや、この処方医が徐放錠ではなく普通錠を処方することがめったになかったため念の為問い合わせを行った。すると徐放錠へ変更となった。	バルプロ酸Na錠の用法は1日2～3回、バルプロ酸Na徐放錠は1日1～2回であることから照会を行った。	記憶に頼らず添付文書をしっかり確認する。疑問に感じた事は照会する。	バルプロ酸Ｎａ錠２００ｍｇ「フジナガ」	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
2752	下痢症状で受診の患者にビオフェルミン錠剤とクエン酸第一鉄錠が各３錠毎食後で処方となっていたため、クエン酸第一鉄の用法用量の確認をしたところ、フェロベリン錠の間違いであったとの事だった。	処方入力時の薬品選択のミスと、確認不足があった。	患者の訴えと処方内容を確認し、疑義照会を行っている。	クエン酸第一鉄Ｎａ錠５０ｍｇ「サワイ」	フェロベリン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2753	新規患者ツムラ桔梗湯エキス顆粒、カロナール錠、トラネキサム酸錠、カルボシステイン錠、メジコン錠、ポビドンヨードゲル１０％処方ポビドンヨードゲルの処方に疑問を持ち、問い合わせを行った。その結果、ポビドンヨードゲルからポビドンヨード含嗽用液へ処方変更となった。	入力ミス	処方内容から予測できる範囲の妥当性についてはしっかり判断する。ゲル剤が必ずしも不適切な処方ではないため、患者様への聞き取りも併せて行う。今回は用法が「１日数回使用」であったため判断材料にならなかったが、用量が３０ｇであったため含嗽用液の可能性を示唆を与える結果となった。	イソジンゲル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
2754	6/25の処方でノボラピッド30ミックス注フレックスペンが記載されているが、今まではノボリン３０Ｒ注フレックスペンであった。今回からの変更なのか、本人は聞いていないとのこと。今までノボリン専用の補助具などもお渡ししており、変更かを確認。単位は同じ単位であった。疑義照会後、ノボリンの間違いであったことがわかり、変更し、調剤した。	処方先のクリニックでは、今までのオーダリングシステムから電子カルテに切り替えて、初めての処方であり、他にも間違いがあったことから、今回のミスも単純な入力ミスであったことがわかる。薬剤名称はノボリンとノボラピッドは類似しているが、ノボラピッドはインスリンアナログ製剤であり、成分が異なる。	前回と処方内容が急に変更になった場合は、本人や家族、医師に相談して、都度確認している。	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
2755	薬剤名が似ているため処方箋の書き間違えか事務による入力間違え	薬剤名が似ているので間違えやすい。他にもあるので聞き取りをしかりとする。薬の棚は薬別にする。	処方箋はしつこいくらい確認、患者さんから病状を必ず聞き取る	ベタニス錠５０ｍｇ	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
2756	チラーヂンS錠25μｇが通常2錠のところが、1錠のため疑義。チラーヂンS錠50μｇも1錠から2錠に変更となった。	医師のカルテの入力ミスの可能性が大です。	前回の処方歴を常に照合しながら監査してます。			チラーヂンＳ錠２５μｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2757	クラビット500ｍｇ2錠朝夕食後の処方だったが用量確認のため疑義照会するとカルテではクラリシッド200ｍｇ2錠朝夕食後の処方であった。	クラで検索し選択間違いしたと思われる。	常用量を把握し疑わしいことがあれば疑義照会する。	クラビット錠５００ｍｇ	クラリシッド錠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
2758	芍薬甘草湯が９ｇ３×で処方されていた。１包は２．５ｇなので処方量の間違いかと思ったが、他の処方がカンデサルタンとリーゼということと、芍薬甘草湯の場合頓服の処方が多いため炙甘草湯との間違いと推測し問い合わせたところ炙甘草湯でした。	ツムラの漢方薬の場合１包２．５ｇが多いので今回のような１包３ｇの処方できた場合は間違いに気付きやすいと思います。	漢方薬の場合、似た名称が多いが他の薬との組み合わせも考えて処方が正しいかどうか気にするようにしています。	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ炙甘草湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2759	デパケンＲ２００ｍｇを服用中の患者様が今まで病院Ａに通院していたが、大学進学のため病院Ｂへ転院。病院Ｂで処方されたのがデパケン２００ｍｇ錠であることに気づき、投薬時母親から処方変更の詳細を聞いたところ、薬は変更と聞いていないとお話しされた。病院Ｂに疑義をし、デパケン錠２００ではなく、デパケンＲ２００ｍｇであることを確認。	・病院同士の伝達不足・お薬手帳の確認もれ・類似医薬品の誤り	投薬時に患者との聞き取りを行う。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2760	新規で一般名処方アメジニウムメチル硫酸塩錠10mgが処方されたが、現病歴が高血圧のため禁忌であり、本人さんから聞き取りすると途中起きることが多いため寝る前の薬をだしてもらったという話であったので疑義照会。その結果塩酸リルマザホン2mgへと処方変更になった。	アメジニウムメチル硫酸塩錠の先発品名リズミックと塩酸リルマザホンの先発品名リスミーの名称が類似しているためと考えられる。	日頃から患者さんの情報確認及び聞き取りを行うよう心掛ける。	リズミック錠１０ｍｇ	塩酸リルマザホン錠２「ＭＥＥＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2761	メトホルミン塩酸塩錠MT500mg2錠分2とメトホルミン塩酸塩錠GL250mg2錠分2での処方。グリコランとしてのメトホルミン量の1日量の上限750mgを同一処方せん内で超えていたため疑義照会。結果、メトホルミン塩酸塩錠GL250mgからメトホルミン塩酸塩錠MT250mg2錠分に処方変更となった。	メトホルミン塩酸塩錠増量の際に、GLとMTでは1日量の上限が異なっていることを確認しきれず、採用のあったGLの規格で追加処方してしまったためと考えられる。	一般名処方の際、MTとGLの違いを確認。用量の上限についても監査時に確認していく。	グリコラン錠２５０ｍｇ	メトグルコ錠２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2762	前回までグラクティブ50ｍｇを服用患者が今回は一般名処方でチアプリド25ｍｇの処方となっていた。患者に今日はどのような薬になったか聞くと前回の半分の量になったと聴取できた。先発品の名称類似でグラマリール25ｍｇとグラクティブ25ｍｇの入力ミスが疑われた。	先発品の名称類似でグラマリール25ｍｇとグラクティブ25ｍｇの入力ミスでと推察される。	服用歴の確認	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2763	他院からの転院で初処方、寝る前の処方でフルニトラゼパム錠１ｍｇのところトリクロルメチアジド１ｍｇの記載になっていた。お薬手帳の内容と、患者さんから同じ薬で出るはずというお話、またトリクロルメチアジドの就寝前の服用に違和感をおぼえ疑義照会したところ、医師の記載ミスであったことが判明した。	医師の処方をそのまま鵜呑みにせず、お薬手帳と、患者さんの話をよく聞くことで間違いが見つかることがある。	焦らず、きちんと納得いくまで確認をするように努める。	トリクロルメチアジド錠１ｍｇ「トーワ」	サイレース錠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
2764	朝だが手のしびれと視覚異常が見られてかかりつけのH診療所を受診。脳梗塞の再発疑いで近医の脳神経外科に紹介しそのまま受診となった。その際、定期処方のカンデサルタン4ｍｇ、ニフェジピン徐放錠20ｍｇ、タケルダ配合錠に加えてバイアスピリン錠が追加となり処方箋が発行される。 その後、脳神経外科に受診し、脳梗塞と診断されるが入院対象ではなくクロピトグレル75ｍｇが処方され自宅安静となった。当薬局へはH診療所からのバイアスピリン追加となった処方と他院脳神経外科のクロピトグレルの処方箋を同時に持参され、患者より「バイアスピリンは併用しないので飲まないように」と指示を受けていた。それを受け、H診療所へ疑義照会を行い、バイアスピリンは処方削除してもらい、クロピトグレルを服用するように指導した。	タケルダ配合錠はランソプラゾールとアスピリンの合剤である。それを知ってのバイアスピリン追加だったのか知らないで追加してのかは不明。	かかりつけ薬局機能が機能し、日ごろから他の病院の処方箋も持参してくれていたため同時に処方箋を受付することができ早期にまたスムーズに抗凝固薬が重複投与されていることに気づくことができた。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2765	今回今まで他院で処方されていた薬を門前で処方してもらったという話があったので調剤を行った。交付中に注射剤を見せて内容確認をしていたところ、いつもと違うという話があり、お薬手帳を探してもらい確認した。今まで使用していたものはヒューマログ注ミリオペンであったが今回ヒューマリンＲ注ミリオペンで処方されていた。処方医に確認を行ったところヒューマリンＲ注ミリオペンからヒューマログ注ミリオペンに変更された。	他院からの薬だった為、処方入力時に誤って入力したものと思われる。	他院からの処方については特に内容確認の漏れが無いように行っていく。注射剤は規格も特に多い為、複数の目での確認を行う。	ヒューマリンＲ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
2766	ノボラピッドフレックスタッチが以前から処方されていたが転医によりノボラピッドフレックスペンが処方されていたので確認。ノボラピッドフレックスタッチに変更。	タッチとペンの入力間違いの可能性。	薬歴にて前回処方薬との変更を確認する。			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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2767	入院されていた患者さんが退院後に久しぶりに来局。入院前と退院後で処方内容に変化があったので、入院中の処方をお薬手帳で確認したところ、全7種類の処方薬のうち、入院前も入院中もアトルバスタチン錠10ｍｇを服用されていたのに今回はメバロチン錠10ｍｇが処方されていた。処方医に疑義照会した結果、処方がメバロチン錠10ｍｇからリピトール錠10ｍｇに変更された。	退院時の紹介状に記載されていた処方内容がジェネリック薬の商品名で記載されていたようで、今回の処方医が処方時に先発品の商品名に変えて記載しようとして、アトルバスタチンとプラバスタチンを間違えたようだ。	処方箋監査の時には必ずお薬手帳も確認するように徹底する。併用薬の確認の為だけでなく、以前服用されていた処方との違いなども注意する。	メバロチン錠１０	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
2768	一般名処方にてロキソプロフェン錠及びアンブロキソール錠15mgの処方あり。しかし、患者に話を聞いたところ痛風発作での受診との事。アンブロキソール錠について疑義照会実施。ムコスタ錠100mgに変更となった。	病院のシステムとして先発名での処方となっており、ムコスタと入力するところムコソルバンを選択してしまった可能性あり。	処方内容と患者の訴えの整合性が取れているかどうか確認を行い、必要であれば疑義照会を行う。	アンブロキソール塩酸塩錠１５ｍｇ「トーワ」	ムコスタ錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2769	院内でリュープロレリンの投与を行っている患者が外来処方せんを持ち来局。ヨクイニンエキス錠、当帰芍薬散が処方されていた。患者へ現在の症状についてヒアリングしたところ、リュープロレリンによる副作用でほてりと関節の違和感があるとわかった。関節痛に適応を持つよく苡仁湯とヨクイニンエキス錠を取り違えて処方したものとを疑い、疑義照会を行った。その結果、ヨクイニンエキス錠は処方削除された。	処方医による処方オーダリングシステムへの入力時に、名称類似薬の確認を怠ったものと思われる。	患者へ症状の聞き取りを欠かさず行い、疑わしい点があれば疑義照会をする。			ヨクイニンエキス錠「コタロー」 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
2770	こむら返りに当帰芍薬散が新規処方、その他の疾患との話が食い違うため疑義照会、名称の誤りとの事で芍薬甘草湯に変更	類似薬の見誤り	患者の話と処方の突合せ確認を徹底	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2771	患者様平素アレジオン点眼を使用。今回から病院新規採用のアレジオンLX点眼に変更。用法が1日4回で処方のため疑義照会を実施。1日2回に変更になる	前回と同じ処方で用法を見ていなかった可能性が高いと考える。	薬局にて勉強会を実施。LXを過量に服用した際に充血のリスクがあることを店舗スタッフに周知している。			アレジオンＬＸ点眼液０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2772	今回、以前使ったことのあった目薬を希望されたようでフルオロメトロン０．１％点眼液が処方されていた。薬歴を確認したところいつも処方されていたのはフルオロメトロン０．０２％点眼液であったため、念の為疑義照会を行ったところ、０．０２％の間違いであったことが発覚した。フルオロメトロン０．１％「日点」⇒フルオロメトロン０．０２％「日点」へ変更となった。	入力の際に他規格の存在を知らなかったか、選び間違えたものと思われる。	過去の薬歴を確認し、処方に問題ないかどうか監査を行う。			フルオロメトロン点眼液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
2773	ムコスタ錠100ｍｇが重複投与されていた。疑義照会したところ、ムコダイン錠500ｍｇに処方変更を確認。	処方箋の入力の際に、ムコスタとムコダインを選択し間違えたと考えられる	特になし	ムコダイン錠５００ｍｇ	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
2774	処方箋はメサデルム軟膏　5g　1日１回、部位の記載はなかった。来局時の聞き取りで、口内炎に塗布とわかり、処方医に疑義紹介をかけた。コンピューター入力ミスとわかり、デキサルチン軟膏　5gに変更された。	コンピューター入力の際、デキサメタゾンのデキサを入力したつもりが、成分名デキサメタゾンプロピオン酸エステルのメサデルム軟膏になってしまったと思われる。	初めて処方される医薬品については、必ず、症状等の聞き取りをして、妥当がどうか検討する。	メサデルム軟膏０．１％	デキサメタゾン口腔用軟膏０．１％「ＮＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2775	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏の処方。交付時部位を確認すると口の中、前回も同じ症状でデルゾン口腔用軟膏の処方があり、薬の変更についての説明はなかったため問合せ前回と同じデルゾン口腔用軟膏と確認	一般名での処方であるが、デルモベートとデルゾンの名前の間違いであると思われる。病院でのシステムは不明であるが、先発品名を入れると一般名に変更されるシステムではないかと思われる。	処方されている薬剤適正な用法・用量であるかどうかの確認や患者様の訴えと処方内容は矛盾はないかの確認を行い。適正な薬剤の交付に努める。	デルモベート軟膏０．０５％	デルゾン口腔用軟膏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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2776	前々回からミケルナ配合点眼液を使用中の患者。それ以前はミケランLA点眼液を使用。今回、変更の説明などはなかったと聴取したため疑義照会。ミケルナ配合点眼液に変更となり、処方箋差し替えとなる。	クリニックでの入力ミス。	患者様に確認をする	ミケランＬＡ点眼液１％	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
2777	6/25内科の処方せんを受付、アムロジン10mgとアムロジン5mgが同じ服用時点で処方されていた。処方鑑査時に、前回はアムロジン10mgとアジルバ20mgの処方であった。病院に疑義照会を行ったところ、アムロジン5mgは処方削除、アジルバ20mgが処方追加となった。	前回も同様の疑義照会を行なっていた。病院の従事者がコンピュータに処方を入力する際に確認を怠り、誤って類似医薬品を選択してしまったものと考えられる。	処方鑑査において、前回の疑義照会の内容も確認する。	アムロジン錠５ｍｇ	アジルバ錠４０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2778	6/20内科の処方せん受付、カルデナリン4mgが処方されていた。調剤者が処方鑑査中に薬歴を確認したところ、前回5/18よりカンデサルタン4mgが処方開始されていた。病院に電話にて疑義照会したところ、前回と同じカンデサルタン4mgの処方に変更になった。	前回5/18のカンデサルタンの処方は医師の手書きによるものであった。今回はコンピュータにより印字された処方であったため、手書きの処方を病院の従事者がパソコンに入力する際に、確認を怠り誤って類似薬品を選択してしまったことが原因と思われる。	前回より処方が開始になっている薬剤については処方鑑査にて特に注意している。	カルデナリン錠４ｍｇ	カンデサルタン錠４ｍｇ「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2779	以前より'アスパラCA'が処方されているが、今回のみ'アスパラカリウム'が処方されていた。疑義照会し、処方削除になった。	添付文書情報の不十分な理解。	レセコン、薬歴による機械的なチェック体制の整備と、薬剤師の知識レベルの上昇。			アスパラカリウム錠３００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2780	整形外科の処方でバファリン配合錠A330mg1錠の処方があった。鎮痛剤としては容量が少ないため患者様に聞き取りを行ったところ、患者様は痛みではなく足が腫れてしまい血流をよくする薬を処方すると聞いていた。疑義照会にて当初、バファリン配合錠A81mg1錠に変更と回答をもらったが、バファリンA81mgは整形領域での適応はなく再び疑義照会を行った。結果、下肢整形外科手術施行における静脈血栓塞栓症の発症予防でリクシアナ30mgに変更となった。	薬品名の類似から処方元でのカルテ記載ミスがあったと思われる。	一度疑義照会の返答をもらった後も薬剤の保険適応を調べたことで、より適切な薬剤への変更を提案することができた。	バファリン配合錠Ａ３３０	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
2781	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には定期薬に追加で【般】シメチジン錠200mgと【般】モサプリドクエン酸塩錠5mgが記載されていた。当薬局にシメチジン錠200mgの在庫が無く、その旨を患者に説明に行った。その際に、以前に他院より処方されていたタケキャブ錠とモサプリドクエン酸塩錠を処方してもらったと聴取した。お薬手帳を確認したところ服用歴があったため、処方医に電話で確認したところ、【般】シメチジン錠200mgからタケキャブ錠20mgに変更となった。	シメチジン錠の先発医薬品であるタガメット錠とタケキャブ錠の名称が類似しており、処方医がコンピュータで薬品選択の際に誤って選択したと推測できる。	新しい処方が追加になった際は、処方箋の内容と患者から得られる情報に相違が無いかも確認するようにした。	タガメット錠２００ｍｇ	タケキャブ錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2782	定期薬処方のため来局。定期薬の規格違いが処方されており、患者に症状の改善が見られたかなどの聴取の結果、特に変わりない・先生もいつもの出すと説明を受けたため疑義照会	医療機関側での入力の際に、名称が似通っているために起きたミス	規格違いがある薬剤をしっかりと理解したうえで調剤業務に取り掛かるように徹底。	ティアバランス点眼液０．１％	ヒアルロン酸ナトリウム点眼液０．３％「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
2783	内科より　PL配合顆粒　3g、メジコン錠15mg　3錠、ムコスタ錠100mg　3錠　分3　毎食後　7日分　が処方された。患者ヒアリングにより、咳と痰の症状で受診したことを確認。去痰薬の処方がなく、患者が医師から聞いた話と処方内容に相違があったため、ムコスタ錠の必要性について疑義照会を行った。その結果、ムコスタ錠100mg→ムコダイン錠250mgへ変更になった。	処方医がムコダイン錠を処方するべきところを誤ってムコスタ錠を処方した。名称が類似しているため、記載ミスの可能性が考えられる。	処方内容だけでなく、患者からの情報収集を継続してしっかり行っていく。	ムコスタ錠１００ｍｇ	ムコダイン錠２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2784	ヒューマリンＮ注カートが1日3回使用の指示で処方されており、医師からの指示もそうだったのか？と患者様に伺ったところ、もらいたいのはヒューマログ注カートだとのことで処方記載ミスが発覚。	医師が電子カルテを使用しており、「ヒューマ・・・」で検索したときに選び間違えたと思われる。	糖尿病専門医の多い医院からの処方箋が多いため、イレギュラの使用もありうるが、基礎分泌を補うものと追加分泌を補うものの種類をきちんと把握し患者様と話をして処方確認をしていく。	ヒューマリンＮ注カート	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

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2785	産婦人科より新患の処方箋応需。患者は妊娠２ヶ月で悪阻のため半夏瀉心湯が２週間分処方あり。半夏瀉心湯は悪心・嘔吐に効果はあるが、悪阻の効能効果はなく妊婦へは有益性投与。類似名称で悪阻の効能効果のある半夏厚朴湯・小半夏加茯苓湯との誤りの可能性があり問い合わせを実施。結果、小半夏加茯苓湯の処方誤りだった。	薬品名類似のためのエラーと考えられる。	類似名称の漢方薬は、薬局でも医療機関でも取違いの可能性がある。処方と調剤薬の突合はもちろんだが、症候と処方が合致しているか、鑑査時に注意・検討を徹底する必要がある。	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ小半夏加茯苓湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2786	内科よりアンブロキソール塩酸塩ＯＤ錠４５ｍｇ服用中。耳鼻科受診。アンブロキソール塩酸塩錠１５ｍｇ処方開始。耳鼻科に疑義照会実施。アンブロキソール塩酸塩錠１５ｍｇ中止の指示あり。	おくすり手帳の確認。	おくすり手帳の確認。			アンブロキソール塩酸塩錠１５ｍｇ「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
2787	今回よりランソプラゾール15ｍｇ新規追加あり。３錠毎食後の指示の為、ランソプラゾールで間違いないか電話にて疑義。ムコスタ錠の入力間違いであることが分かり処方変更になる。	ランソプラゾールは普段から繁用される薬であり、医師の勘違いであったと思われる。	薬の用法用量を今後もよく確認する。	タケプロンＯＤ錠１５	ムコスタ錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

製造販売業者等によるモノの対策は困難と考えられた事例（ヒューマンエラー、ヒューマンファクター）
（事例の区分：疑義照会　発生要因：医薬品の名称類似）

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	間違えた医薬品	関連医薬品	
2788	患者は閉塞隅角かは不明なものの緑内障であった。クリニックでの問診表は緑内障の記載欄はなかったため、報告していなかった。ムコブロチン配合シロップとPL配合顆粒が処方されていた。閉塞隅角緑内障禁忌の薬剤のため、処方医に電話にて疑義照会を行った。ムコブロチン配合シロップ、PL配合顆粒中止、メジコン錠15mg、アレグラ錠60mgが追加となった。	既往歴、現病歴に項目がないため、患者が報告しなくても問題ないと考えてしまったこと。	問診表に既往歴、現病歴欄を作り、具体的な疾患名を明記している。	ムコブロチン配合シロップ ＰＬ配合顆粒	メジコン錠１５ｍｇ 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