

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(医療事故)

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果	
No.	事故 の程 度	販売 名	製造 販売 業者 名	事故 の 内 容	事故の内容	事故の背景要因の概要		改善策
1	障害 なし	ヒュー マリン R注100 単位 /mL	日本 イー リリー 株式 会社	処方 量間 違い	糖尿病性ケトアシドーシスの治療のため医師はインスリン持続注射をオーダ。看護師3名が量が多い（生理食塩液90mL+ヒューマリンR注100単位/mL 1バイアル、total 100mLを5mL/hで投与）と疑問に思い、医師に確認するも指示通りの投与量で投与可能との回答。看護師2名で計算（規定濃度の0.1単位/kg/hのため体重50kgで計算すると5単位/50kg/h）を行ったが、単位をmLに換算しなかったため過量投与に気づけなかった。体重が43kgであったため指示が4mL/hへ変更されたが、規定濃度の10倍の濃度で投与を開始した。血糖値が70台となり、グルコース追加するも血糖値は上がらず、流量3mL/hへ減量。その後も血糖値60～70台が続くが過量投与に気付かず投与継続。15～20時間投与継続の後、診療看護師が規定濃度の10倍の濃度であることに気づいた。	・年に1、2例あるか無いかの慣れない治療であり、十分に経験があるとは言えず、知識不足もあり、濃度の計算の際に単位/hからmL/hへの計算ができなかった。・3名の看護師で量が多いのではと医師に疑義照会するも医師自身の経験も少なかったが、医師が大丈夫との判断だったため大丈夫と思いこんだ。・低血糖が続いた時に過量投与を疑うべきであったが、看護師は過量投与に思考が至らなかった。	・ヒューマリンの適切な投与量を知り、投与時は細かな流速変更、急速投与の防止のためシリンジポンプを使用する。・インスリン専用のシリンジを使用する意味を理解し、単位とmLの混同を防止する。・ヒューマリンの希釈の規定を統一する（院内ルールへ統一することを医師、看護師カンファレンスで決定）。ヒューマリンR0.5mL+生理食塩液50mL（1単位/mL）。・ハイスクリ薬を使用する際はマニュアルを確認する。・疑問や不安がある時は薬剤部または急性期治療の経験豊富なPICU医師へ確認する。・軽度のDKAであっても頻回採血が必要なためPICU管理とする（PICU医師と相談の上、決定）。	インスリンバイアル製剤については、汎用注射器を用いて調製することで、誤った量を調製し、投与する事例が繰り返し報告されていること、また、平成30年12月28日付事務連絡「医薬品の安全使用のための業務手順書作成マニュアルの改訂について（別添）」により、「インスリンについては、単位とmLの誤認により重大な有害事象に繋がる危険性が高いため、専用シリンジの管理、使用についても併せて周知されたい。」ことが求められており、再発防止の観点から、インスリンバイアル製剤を調製する際には、汎用注射器では無く、インスリン専用注射器を用いる注意喚起が必要であることから、令和2年5月19日付薬生安発0519第1号「「使用上の注意」の改訂について」により添付文書改訂を指示したところ。また、PMDA医療安全情報No.23（令和2年11月改訂）「インスリンバイアル製剤の取扱い時の注意について（インスリン注射器の使用徹底）」により、医療機関等に注意喚起等しているところである。
2	障害 なし	ノボ リンR 注100 単位 /mL	ノボ ルディ スク ファ ーマ 株式 会社	単位 間違 い	インスリン持続投与は、生食100mLにノボリンR50単位を混注して持続投与を行う指示であった。担当看護師は薬剤を準備する際、インスリン専用シリンジではなく、通常のシリンジを用いてノボリンRのバイアルから5mL吸って混注して準備した。昼頃、準備したインスリンをシリンジポンプに追加した。午後になり患者の低血糖が持続しており医師に報告した。インスリン持続投与の流量を下げ、20%ブドウ糖を静脈注射し、輸液をブドウ糖入りのものに交換した。その後も患者の低血糖状態は持続していた。インスリンの投与量と患者の低血糖状態に疑問に感じた病棟薬剤師が、別の看護師に報告し、担当看護師に混注の手順を確認したところ、ノボリンRが10倍混注されていることが判明した。	・病棟の特徴としてインスリンを使用する機会がなく、2年の看護師経験はあるが初めて取り扱う薬剤であった。インスリンが危険薬であること、インスリン専用シリンジを使用することを知らなかった。・インスリンバイアルを見て100単位が10mLであると思い込み、通常のシリンジで5mL吸って準備した。・病棟ではインスリン使用時は2名でダブルチェックをするルールであったが、ダブルチェックを依頼した別の看護師も、インスリンの使用が初めてであり、50単位5mLと言われたが、誤りに気付くことができなかった。・さらに、インスリンを保管している冷蔵庫の扉には、インスリン専用シリンジを使用する注意喚起のポスターが掲示されているが、全く認識せず、通常のシリンジを使用していた。	・教育について更なる強化を図った。新人看護職員研修では4回のインスリン研修と各部署のインスリンに関する技術チェックを行ってきたが、1年目終了時の復習の機会とする教育を追加した。・各部署で実施する年2回の病棟薬剤師による危険薬の勉強会にて、基本となる教育内容でインスリンなどの重要な危険薬の教育を統一して実施することとした。・環境については、冷蔵庫に掲示したポスターを廃止し、インスリンバイアルはインスリン専用シリンジを使用することがわかるように容器にインスリンシリンジの写真を貼り、その容器に入れて院内全体で運用することとした。	インスリンバイアル製剤については、汎用注射器を用いて調製することで、誤った量を調製し、投与する事例が繰り返し報告されていること、また、平成30年12月28日付事務連絡「医薬品の安全使用のための業務手順書作成マニュアルの改訂について（別添）」により、「インスリンについては、単位とmLの誤認により重大な有害事象に繋がる危険性が高いため、専用シリンジの管理、使用についても併せて周知されたい。」ことが求められており、再発防止の観点から、インスリンバイアル製剤を調製する際には、汎用注射器では無く、インスリン専用注射器を用いる注意喚起が必要であることから、令和2年5月19日付薬生安発0519第1号「「使用上の注意」の改訂について」により添付文書改訂を指示したところ。また、PMDA医療安全情報No.23（令和2年11月改訂）「インスリンバイアル製剤の取扱い時の注意について（インスリン注射器の使用徹底）」により、医療機関等に注意喚起等しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(医療事故)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容				PMDAによる 調査結果
No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策	調査結果
3	インスリンの使用量を誤認したため、専用注射器の存在は知っていたが使用しなかった			インスリンバイアル製剤については、汎用注射器を用いて調製することで、誤った量を調製し、投与する事例が繰り返し報告されていること、また、平成30年12月28日付事務連絡「医薬品の安全使用のための業務手順書作成マニュアルの改訂について（別添）」により、「インスリンについては、単位とmLの誤認により重大な有害事象に繋がる危険性が高いため、専用シリンジの管理、使用についても併せて周知されたい。」ことが求められており、再発防止の観点から、インスリンバイアル製剤を調製する際には、汎用注射器では無く、インスリン専用注射器を用いる注意喚起が必要であることから、令和2年5月19日付薬生安発0519第1号「「使用上の注意」の改訂について」により添付文書改訂を指示したところ。また、PMDA医療安全情報No.23（令和2年11月改訂）「インスリンバイアル製剤の取扱い時の注意について（インスリン注射器の使用徹底）」により、医療機関等に注意喚起等しているところである。
	患者は腰椎圧迫骨折で救急搬送され、採血データで低ナトリウム血症、高カリウム血症を認めた。上級医は研修医に、高カリウム血症に対してGI療法を行うため、40%ブドウ糖液40mLにヒューマリンR注5単位を混ぜ、ゆっくり静脈注射するよう指示した。研修医は、上級医より直接指示を受けたため、看護師に指示を確認せず、40%ブドウ糖液20mL2A、ヒューマリンR注5mLを混ぜ、ゆっくり静脈注射を開始した。研修医が5mLの注射器を持っていたことを不審に思った看護師は、ヒューマリンR注の量を研修医に確認したところ、5単位ではなく500単位で調製していたことに気付いた。約5mLを投与したところで中止し、40%ブドウ糖液2Aの投与、15分毎の血糖測定を行った。中心静脈カテーテルを挿入して10%ブドウ糖液を持続投与し、血糖値に応じて40%ブドウ糖液を投与した。	・インスリン専用注射器を使用せず、5mLの注射器でヒューマリンR注を吸い上げた。 ・研修医はインスリン専用注射器があることは知っていたが、1mLが1単位と誤解しており、5mLを吸い上げて40%ブドウ糖液と混ぜた。 ・40%ブドウ糖液40mLにヒューマリンR注を混ぜる時、上級医または看護師に確認しなかった。	・ヒューマリンR注のバイアルに、インスリン専用注射器を使用することの注意喚起タグをつける。 ・臨床研修医に対するインスリン療法の講義にGI療法の内容を追加する。 ・医療安全セミナーのインスリン投与に関する講義にGI療法の内容を追加して開催を予定する。	
	専門分析班の議論			
○ 改善策に、研修医へのGI療法の講義が挙げられているが、ただ講義を聴くだけでは身に付かないので、内容を工夫するとよいだろう。例えば、症例を提示して、あなたならどうするか？など、自分で考えさせるような講義を行うとよいのではないか。 ○ 本事例では1単位を1mLと誤って理解していたことから、インスリンのバイアルや専用注射器を実際に扱い、投与する量を体感するような研修も有効と思われる。				

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(医療事故)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果	
No.	事故 の程 度	販売 名	製造 販売 業者 名	事故 の 内 容	事故の内容	事故の背景要因の概要		改善策
4	障害 残存 の可 能性 なし	不明	不明	その他の 与薬 に関 する 内容	不明熱で緊急入院し抗生剤治療し入院後1週間で退院予定であった。入院5日目の夕方より左下腹部痛あり、6日目にCT施行したところ、消化管穿孔疑われ緊急開腹手術となった。その結果、小腸穿孔を認め、閉鎖、洗浄を行った。原因は内服薬をPTPシートのまま内服したことによる消化管穿孔との見解。入院後2日間は緊急処方でPTPシートの内服薬が処方されていたが、その後は一包化されたものを使用していた。入院後2日間は1回配り（服薬毎に看護師が配薬）で内服介助しており、看護師がPTPシートから薬剤を取り出したうえで内服させていたため、院内でPTPシートのまま内服させた事実はない。	・患者が入院前にPTPシートごと内服した可能性が高い。・当該患者を担当した看護師全員が、PTPシートから薬剤を取り出したうえで内服させたと話した。	・患者・家族への教育が必要である。・看護師には、1回配りの内服時は必ず目の前で確実に内服したことを確認するよう再周知した。	平成22年9月15日付医政総発0915第2号・薬食総発0915第5号・薬食安発0915第1号連名通知「PTP包装シート誤飲防止対策について（医療機関及び薬局への注意喚起及び周知徹底依頼）」により、医療機関等に注意喚起等しているところである。また、平成22年9月15日付薬食安発0915第3号「PTP包装シート誤飲防止対策について」により、製造販売業者に対しても、PTP包装シートの改良、改善の研究開発の継続を依頼している。加えて、令和元年9月11日付事務連絡「内服薬等の包装の誤飲の発生について（情報提供）」が発出されており、継続的な注意喚起がなされているところである。
5	障害 なし	チ ラ ー チ ン	不明	その他の 与薬 に関 する 内容	患者は喉の痛みを訴え、薬をPTPシートのまま飲んだと申告あり。内服後のPTPシートを確認すると、チラーヂンのものがなかった。緊急内視鏡を実施し、PTPシートを取り出した。	患者本人が他のことに気を取られたとのこと。せっかちな性格であった。	内服管理方法を検討し、落ち着いて内服できるように注意喚起した。	平成22年9月15日付医政総発0915第2号・薬食総発0915第5号・薬食安発0915第1号連名通知「PTP包装シート誤飲防止対策について（医療機関及び薬局への注意喚起及び周知徹底依頼）」により、医療機関等に注意喚起等しているところである。また、平成22年9月15日付薬食安発0915第3号「PTP包装シート誤飲防止対策について」により、製造販売業者に対しても、PTP包装シートの改良、改善の研究開発の継続を依頼している。加えて、令和元年9月12日付事務連絡「内服薬等の包装の誤飲の発生について（情報提供）」が発出されており、継続的な注意喚起がなされているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(医療事故)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果	
No.	事故 の程 度	販売 名	製造 販売 業者 名	事故 の 内 容	事故の内容	事故の背景要因の概要		改善策
6	障害 残存 の可 能性 がある (高 い)	アミ ティ ーザ カプ セル 12μg	ヴィ アト リス 製薬	その 他の 与薬 に関 する 内容	患者は年齢相応の認知機能低下があり、同居の家族も高齢であった。16日前、当院の頭頸科を初診。舌癌の診断で高齢だが術前検査には問題なく手術の方針となる。14日前、癌性疼痛に対してオキシコドンとスインプロイクを処方。8日前に薬剤師外来受診、癌性疼痛や便秘のコントロール不良のためオキシコドン増量と下剤にアミティーザを追加することが推奨された。5日前、頭頸科再診しオキシコドンとアミティーザなど8種類の内服薬が処方された。当日頭頸科再診、患者家族から「昨日、本人が内服薬をPTPシートごと内服しそうになったが、すんでのことで掻きだすことができました。喉に傷がついているかもしれないので診てもらいたい」との申し出があった。医師Aは左記を聴取し咽頭部を精査したが明らかな異常はなく、PTPシートは誤飲していないとの情報からそれ以上の精査は行わなかった。9日後入院し、13日後に舌癌に対して再建術を施行。術後経過には問題なく2か月後を退院予定としていた。54日後、深夜に39℃台の発熱と右下腹部痛の訴えがあった。55日後には解熱し経口摂取にも問題はなかったが、56日後に行ったCT検査で回盲部穿通疑いと診断。消化器外科が併診し、保存的な治療が開始された改善に乏しく、57日後に緊急手術施行。腸管内には下剤のPTPシートが異物として回盲部粘膜に引っ掛かり大網側に潰瘍が形成され穿孔したことが判明した。	・自宅では、患者の家族が薬剤を1錠ごとPTPシートから切り離し、服薬時間ごと患者に内服をさせていた。・患者は入院後にアミティーザを服薬しておらず、同室者にも同剤を内服している患者はいなかった。・当日の外来受診時に医師Aが自宅でPTPシートを誤飲した可能性があることを聴取した時点で内視鏡検査を行っていれば腸管穿孔を回避できた可能性がある。	・PTPシートの誤飲による腸管穿孔事例として医療安全の委員会で報告した。・患者と家族にはPTPシートから薬剤を切り離して服薬することは避けるように指導し、医師にはPTPシートを誤飲した可能性があることを聴取した場合には速やかに内視鏡検査を行うことを検討するように周知した。	平成22年9月15日付医政総発0915第2号・薬食総発0915第5号・薬食安発0915第1号連名通知「PTP包装シート誤飲防止対策について（医療機関及び薬局への注意喚起及び周知徹底依頼）」により、医療機関等に注意喚起等しているところである。また、平成22年9月15日付薬食安発0915第3号「PTP包装シート誤飲防止対策について」により、製造販売業者に対しても、PTP包装シートの改良、改善の研究開発の継続を依頼している。加えて、令和元年9月12日付事務連絡「内服薬等の包装の誤飲の発生について（情報提供）」が発出されており、継続的な注意喚起がなされているところである。
7	障害 なし	メコ バラ ミン 錠500 「ト ー ワ」 (0.5 mg)	東和 薬品	その 他の 与薬 に関 する 内容	術後10日目18時15分、患者よりナースコールがあり、「薬の殻を飲んだ」と洗面台で吐き出そうと鳴咽していた。夕食後の薬を確認するとリバクレオンカプセル150mg4CP、アスバラカリウム錠300mg2錠、メコバラミン500mg1錠のところ、メコバラミンのPTPシートのみ不明だった。患者より「喉のつかえは取れた」と発言があった。PTPシート誤飲の可能性がある、主治医へ報告をした。レントゲン・CT施行。CTにて、胸部下部食道遠位端にPTPシートを確認した。消化器内科へコンサルトを行い、胃カメラで回収された。粘膜損傷はみられなかった。内視鏡終了1時間後より飲水開始し、食事も通常通りとした。食事再開後も著変なかった。	患者は独居であり、入院前より薬の管理は自己で行っていた。また、薬は一化ではなくPTPシートで管理されていた。リハビリも進み、独居への生活へ戻る予定であり、認知機能の低下は認めない。看護師は患者がPTPシートを誤飲すると想定していなかったため、薬を配薬しその場を離れた。患者自身も殻ごと飲んでしまうとは思っていなかった。PTPシートははさみで切らないことが推奨されるが、看護師が配薬をする上では1錠ずつに分ける必要性があり、切らざるを得ない。	誤飲後、薬剤師より自宅で薬を管理するにあたりPTPシートをはさみで切らないよう指導した。	平成22年9月15日付医政総発0915第2号・薬食総発0915第5号・薬食安発0915第1号連名通知「PTP包装シート誤飲防止対策について（医療機関及び薬局への注意喚起及び周知徹底依頼）」により、医療機関等に注意喚起等しているところである。また、平成22年9月15日付薬食安発0915第3号「PTP包装シート誤飲防止対策について」により、製造販売業者に対しても、PTP包装シートの改良、改善の研究開発の継続を依頼している。加えて、令和元年9月12日付事務連絡「内服薬等の包装の誤飲の発生について（情報提供）」が発出されており、継続的な注意喚起がなされているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(医療事故)

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる 調査結果	
No.	事故 の程 度	販売 名	製造 販売 業者 名	事故 の内 容	事故の内容	事故の背景要因の概要		改善策
8	障害 残存 の可 能性 がある （低い）	ブラ ザキサ	日本 ベー リン ガー イン ゲル ハイム	その他 の与薬 に関する 内容	患者はアブレーション実施後、覚醒良好で受け答えも問題なく安静解除となる。夕食後のプラザキサ1錠を1錠分のシートごと渡し、病室を退室した。下膳のため訪室するが、食事中であったため、内服薬について声かけて「大丈夫です」と返答あり退室。その後、PTPシートごと内服してしまったとナースコールあり。	1.高齢のため、入院という環境の変化や術後の影響により通常できていたことを忘れてしまうリスクがあった。2.アセスメント不足。3.内服するまで看護師の見守りが必要であった。4.シートから出して内服するよう声かけが不足していた。	1.切り離したPTPシートは誤嚥の危険性があることを院内に周知する。2.看護師管理の内服薬は薬剤をPTPシートから取り出して患者に渡す。	平成22年9月15日付医政総発0915第2号・薬食総発0915第5号・薬食安発0915第1号連名通知「PTP包装シート誤飲防止対策について（医療機関及び薬局への注意喚起及び周知徹底依頼）」により、医療機関等に注意喚起等しているところである。また、平成22年9月15日付薬食安発0915第3号「PTP包装シート誤飲防止対策について」により、製造販売業者に対しても、PTP包装シートの改良、改善の研究開発の継続を依頼している。加えて、令和元年9月12日付事務連絡「内服薬等の包装の誤飲の発生について（情報提供）」が発出されており、継続的な注意喚起がなされているところである。
9	障害 なし	リト ドリン 塩 酸塩	富士 製薬 工業	処方 薬剤 間違 い	リトドリンとメチルエルゴメトリンを間違っで渡してしまった。追加処方だったため患者から前と薬が違うと連絡がきた。飲まないように説明しリトドリンを届けた。メチルエルゴメトリンを回収した。	・準備したスタッフが薬剤を間違っで準備して、処置室に置いた。確認したスタッフも数のみ確認して渡した。・思い込み。薬品名を見落としている。・メチルとリトドリンとリトドリンが薬品棚で並んで置かれている。	・メチルエルゴメトリンとリトドリンの場所を変更した。・薬品棚の引き出しの位置やラベルを見るのではなく薬剤の名前を見て確認する。・指さし確認。	平成22年10月8日付薬食安発1008第1号通知「産婦人科領域における医薬品の誤投与に係る医療安全対策について（メチルエルゴメトリンマレイン酸塩製剤及びリトドリン塩酸塩製剤）」により、製造販売業者はPTPシートのデザインを変更しているところである。
10	障害 なし	ニ フェ ジビ ンCR 錠	不明	投与 方法 間違 い	当日8時に患者のバイタルサイン測定を実施。患者の状態悪化にて経口与薬できないことから、朝8時30分に看護師は中止になったニフェジピンCR錠を他薬剤とともに粉碎し経鼻胃管より注入した。経管からの投与という医師の指示はなく、看護記録上「経口中止との指示あり」とあった。当時9時頃、日勤帯医師が血圧低下を受けニフェジピンの投与の有無の確認があり経鼻胃管より投与したことが発覚した。血圧84/53mmHgでありノルアドレナリン5mL/hで投与開始しカルチコール2A投与を行った。	・当事者はニフェジピンCR錠は粉碎禁であることを認識していたが、多重課題により注視ができていなかった。経管からの薬剤投与時にはつながっていなかった。・患者の状態変化にて経口から経鼻胃管での薬剤の投与経路変更の際、医師に確認ができていなかった。・もともと処方箋に、徐放剤には「粉碎禁」と表記していたが、7か月前の電子カルテシステム変更で処方箋が発行されなくなった。・漢方等で経管から細かくしないと閉塞する薬剤は病棟で粉碎することがあった。簡易懸濁法は前年に試用し、3か月前から開始した。	・医師は徐放剤オーダー時、投与経路を確認しオーダーをする。経管からの投与になった場合は、オーダーで粉碎指示を出す。・看護師は投与時、処方箋で薬剤と投与経路の確認をする。・投与経路変更時は薬剤師・医師へ確認をする。・粉碎禁止の薬剤・カルテの確認を再度周知。・簡易懸濁法の徹底。	ニフェジピンCR錠（徐放性製剤）については、分割、粉碎による投与事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。

類型IIの事例(製造販売業者等により、既に対策がとられている事例、または既に対策が検討されている事例)
(医療事故)

公財) 日本医療機能評価機構へ報告された内容				PMDAによる 調査結果
No.	事故の内容	事故の背景要因	改善策	
11	救急外来の循環器内科の医師は、患者にテオドール錠100mg 2錠1日2回8日分とダイアート錠を処方した。その後、薬剤師は誤ってテグレトール錠200mgを調剤し、患者に交付した。患者は4日間内服した。内服開始2日後にめまいとふらつきがあり、4日目には少量嘔吐後に倒れ込み、救急搬送された。徐脈が認められたため一時ペースングを留置し、入院加療となった。入院後、持参薬を確認した薬剤師は、誤ってテグレトール錠が渡されていることに気付かなかった。看護師は、ワークシートにテオドール錠100mg朝1錠と記載があるが持参薬がなく、テオドール錠の薬袋の中にテグレトール錠200mgが入っていることに気付いた。その後、調剤が誤っていたことが分かった。	・ テオドール錠100mgとテグレトール錠200mgは隣同士で配置されており、名称、位置ともに間違えやすい状況であった。 ・ テオドール錠は100mgと200mgの2規格が採用されていた。 ・ 通常、複数の規格が採用されている薬剤は、規格違いに気付きやすくするため、並べて配置するルールとなっているが、テオドール錠は100mgが普通薬、200mgが劇薬のため、薬剤棚を離して配置していた。 ・ 調剤時、薬剤師は規格に丸をつけ意識付けするルールがあったが、ルールを守っていなかった。 ・ 調剤者は新人であり、テオドール錠の規格が2種類採用されていることを知らなかった。 ・ 鑑査者は、数や用法・用量の確認に注意がいき、見た目も似ているため実物の薬剤名の確認がおろそかになった。 ・ 鑑査者は、普段から薬剤名と現物を確認することより、用法・用量に注目して確認していた。 ・ 調剤や鑑査のマニュアルを作成していたが運用されておらず、鑑査手順は口頭で指導を行っていた。 ・ 救急外来からの処方であったため焦りがあった。 ・ 持参薬を登録した薬剤師は、お薬手帳、オーダービューアーを参考に入力していたが、他の薬剤の入力に注意がそれてしまい、持参薬の現物が間違っていないと思い込み、薬袋の中身がテオドール錠であるかの確認が不十分となった。	・ 調剤者は、自身の認識上、間違いやすい薬剤が処方された場合、個別にチェックを入れる。 ・ 院内採用薬を把握することに努め、調剤後、鑑査にまわす前に再度処方箋と現物が一致しているかを確認する。 ・ 鑑査者は、PTPシートの場合は処方箋の薬剤名に線を引き、まず処方箋とPTPシートが合っているか確認してから、錠数や用法用量を確認する。 ・ 新人の薬剤師が調剤している場合は、間違っている可能性があると思って特に注意をして鑑査する。 ・ 持参薬の登録時は処方内容だけでなく、現物の確認も徹底する。 ・ 薬剤部の対策として、テオドール錠100mgの配置場所に「薬剤名注意」の札を設置した。「規格注意」の表示は既にあったが見えない状態になっていたため、新しいものに変更した。 ・ 棚の表示や札などは定期的に確認する。 ・ 後発医薬品に変更する案は、出荷調整がかかる可能性があるため見合わせる。 ・ テオドール錠100mgとテグレトール錠の配置は隣同士のままとし、配置場所の変更は考えていない。	テオドールとテグレトールの販売名類似については、薬剤取違え事例等が複数報告されていることから、製造販売業者は医療機関へ注意喚起を実施しているところである。