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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1	レルベア100をレルベア200でお渡し	ヘルプで入った薬剤師が誤って調剤したため	薬局の在庫している規格をしっかりと覚えてもらう	レルベア２００エリプタ３０吸入用	レルベア１００エリプタ３０吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
2	リベルサス服用中の患者様で、今までは院内処方だったが、今回、7ｍｇから14ｍｇに増量を機に院外処方に変更。急いで発注し、患者様が来局する直前に商品が届き、慌てて調剤し交付。うっかり、縦にハサミを入れないという注意を忘れ、35日処方だったが、そのまま35錠（1シートは縦に切って）交付。以前からずっと35日処方と患者様もおっしゃっていたので、何の疑問も抱かず交付。その時不在だった他の薬剤師が、箱を片付けようとして縦に切っていることに気が付いた。患者様に連絡したところ、以前から1回分ずつセットしているとピルケースを持参され見せていただいたところ、1錠ずつに切り離し、35日分すべてピルケースに入れて保管していた。ミシン目以外では切らない、できるだけ湿気や光を避けるよう注意が必要であることを説明した。	リベルサスの販売当時、縦に切らないことと知っていたはずなのに、しばらくリベルサスを扱うことがなかったため慣れておらず、慌てていたためか、うっかりハサミを縦にいれてしまった。他の薬剤師に指摘され、すぐに思い出したが、その時には全く頭に浮かばなかった。ＰＴＰの裏に縦に切らないという記載はあるものの、患者様も全く見ておらず、院内処方時のクリニックのスタッフや医師も気が付かなかったとのこと。外箱やＰＴＰの表には記載はなく（裏面の記載も目立たないと感じる）、注意事項の説明も入っていないため、わかりにくいと思われる。	ネットの書き込みに水分量は3カ月変化ないというデータが出たので縦に切っても大丈夫との記載があり、担当ＭＲに確認したところ、水分量以外の項目については確認できていないため、メーカーとしては、できるだけ縦に切らない、偶数処方をお願いしております、あとは先生方の判断でお願いしますとの返答。医師と相談し、今後は偶数日処方に変更。薬局内のスタッフにも周知済。			リベルサス錠１４ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
3	ニュープロパッチ13.5mgの処方の患者様に、ピッキングの際間違ってイクセロンパッチ13.5mgを調剤してしまった。監査者が気付き正しい物に調剤し直した。	見た目、規格共に類似している貼付剤であるため取り違えてしまった。	置く場所を離す、類似した物の場合はピッキングの際から目視、声出し確認を徹底する。	ニュープロパッチ１３．５ｍｇ	イクセロンパッチ１３．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
4	処方箋にツロブテロール２ｍｇと記載があったがビソノテープ２ｍｇを調剤し交付してしまった。特別養護老人ホームの入所者だった為、施設の配薬者からに「いつもの薬と違う」と指摘があり発覚した。使用前だった為、ツロブテロール２ｍｇと交換し患者の健康被害等無くて済んだ。そのまま使用されていた場合はβ遮断作用によって気管支喘息を悪化させる可能性があった。	処方箋20人分程度をまとめて調剤しており、その間に持ち込まれる処方箋の対応も行いながら調剤を進めていた。ツロブテロールテープ２ｍｇとビソノテープ２ｍｇの引き出しが隣通しになっており注意喚起の目印等も無かった為間違って調剤し、業務が立て込んでいた事もあり１つ１つの確認が疎かになりそのまま監査者も気づかずに交付してしまった。	1.規格と形状が似ている薬剤にも取り出す際に気付くよう注意を促すよう表示をしておく。2.処方と調剤薬を１つ１つ声に出して確認する。	ツロブテロールテープ２ｍｇ「久光」	ビソノテープ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るものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
5	【般】ノルエステロン・エチニルエストラジオール0.02配合錠が処方されたが、フリウェル配合錠ULD「モチダ」の在庫が無かったため、在庫のあるフリウェル配合錠LD「モチダ」を同効薬として投薬してしまった翌日管理薬剤師が、前日の処方状況を確認したところ、フリウェル配合錠LD「モチダ」は0.035配合薬であり処方と合致していないことに気づいた。幸い患者は休薬期間中であったため服薬しておらず、健康被害は発生していない。	入力担当者及び投薬した薬剤師が、薬剤含量の違いでULD（0.02）とLD（0.035）とに区分けされていることに考えが及ばなかった。また、最近の医薬品不足の為、同効薬で対応することがあり、その選択作業が慣れにより疎かになってしまっていた。	含量の表示されない配合錠（HD，LD，ULD）などでは、同効薬を選択肢として用いる場合は、入力の時点で薬剤師を含めた2人体制で詳細に確認する。また、一般名で処方された配合錠を新規投薬する場合については、添付文書などで含量が合致していることを確認する。	【般】ノルエチステロン・エチニルエストラジオール0.02配合錠	フリウェル配合錠ＬＤ「モチダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
6	【般】ロキソプロフェンナトリウムテープ50（温感）と処方箋に記載されていたが「非温感」のものでお渡しをしてしまった。入力後の確認作業でその間違いに気づきすぐに連絡を取り状況の説明と謝罪をし正しいものをお渡ししました。	門前の病院では基本的に温感タイプを使うことがほとんどなかったため、思い込みによる調剤と入力を行ってしまったことが要因と考えられる。	監査や調剤の時に注意するのはもちろん、患者様とのコミュニケーションがしっかりと取れていれば気づくこともできたかもしれないため、服薬指導時にきちんと会話をするように心がける。	【般】ロキソプロフェンNaテープ５０　温感	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
7	スタッフ１人。処方箋にＢＤマイクロファインプラス３１Ｇ×５ｍｍと記載されていたが、在庫がなかったため候補に出てこず、在庫のあるものと思い込みでＢＤマイクロファインプラス３２Ｇ×５ｍｍ入力。調剤録をみながら調剤し、そのまま監査し、投薬時に気付いた。	１人であった為全ての工程を自らで行っていた。マイクロファインプラスにも規格が２種類あることを知らなかった。箱に監査システムが通せるＪＡＮがなかった。規格、ｍｍ数を見ていない。調剤録で調剤している。監査時にも規格の確認が不十分。	マイクロファインやその他インスリン注射針の一覧表を印刷して引き出しに貼り付け、在庫のないものに関しても把握できるようにした。３１Ｇ×５ｍｍ、３２Ｇ×４ｍｍを色、太文字で引き出しに見出しを付け、片方は箱に入れて区画分けをした。またマイクロファインプラスとプロも同様に区画分けをした。監査システムを使用できるよう、ＪＡＮを別途印刷し引き出し枠に貼り付けた。各工程で薬品名、規格、剤型一つ一つ監査するよう指導、必ず処方箋をもとに調剤、監査するよう指導した。	ＢＤマイクロファインプラス31Ｇ×５ｍｍ	ＢＤマイクロファインプラス32Ｇ×４ｍｍ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
8	長年、(一般名)ベタメタゾン・ｄ－クロルフェニラミン配合錠⇒エンペラシン配合錠を服用されていたが、今回、(一般名)ｄ－クロルフェニラミンマレイン酸塩錠２ｍｇに処方変更になっていたのに、継続処方の思い込みでレセコン入力も調剤も監査も気づかずにお渡ししてしまった。後日、処方箋の再チェックの際に間違いに気づいたのですぐに交換したが、すでに２錠飲まれていた。体調変化はなく、医師にも報告した。	長年Ｄｏ処方で継続されている患者様だったので、処方量も多いことから、思い込みでチェックを怠った。一般名に同成分が含まれていることから、入力でも気づきにくかった。入力と調剤と両方で間違えてしまったので、監査システムでエラーがかからなかった。	一般名処方での配合剤は、成分表記がわかりにくいことがあるので、一部成分名だけで判断せずにしっかり確認すること。監査システムでエラーがなくても、入力が間違っていることもあるので、配合剤ではとくに思い込みをせずにしっかり確認すること。スタッフ間でも間違いがないか声をかけあうようにした。	ｄ－クロルフェニラミンマレイン酸塩錠２ｍｇ「武田テバ」	エンペラシン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
9	一般名の類似によるヒヤリハット。一般名処方でｄ－クロルフェニラミンマレイン酸塩錠２ｍｇを入力の際、セレスタミンの一般名にもｄ－クロルフェニラミンとあるため、製剤名を選択する際、誤って選択し入力した。	ｄ－クロルフェニラミンマレイン酸塩錠の調剤の機会が少なく、セレスタミンの調剤の機会が当薬局では多い。入力者の思い込みも一因。	入力者は入力後、一文字監査を行う。	ｄ－クロルフェニラミンマレイン酸塩錠２ｍｇ「武田テバ」	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
10	Ｌアスパラギン酸Ｋ錠３００mg2錠／日処方されていたがＬアスパラギン酸カルシウム錠２００ｍｇの間違いだった。	似ている名称のため選択を誤ったものと考えられる。	今回は紹介の患者様だったため処方箋の入力間違いであることがすぐにわかった。	Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「サワイ」	アスパラカリウム錠３００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
11	Lアスパラギン酸Ca調剤の所、アスパラカリウムを調剤してしまっていた。監査者が気づき訂正	名称が似ている。思い込み。	処方箋の薬剤名と実際の薬剤名の目視での再確認、ハンディ端末を使用し正しく調剤されているか機械的にも確認。	Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「サワイ」	アスパラカリウム錠３００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
12	L-アスパラギン酸Ca錠処方のところ、誤ってロキソプロフェンNa錠を調剤してしまった。患者様にお渡し後に、いつもと違う薬が入っているとご本人から電話連絡あり。服用前であり、すぐに薬の交換対応をして事なきを得た。	パッケージが酷似しているため、Lアスパラギン酸を棚に補充する際に、誤ってロキソプロフェン錠が補充されていた。混みあっていたこともあり、薬剤名を確認せず気づかずピッキングしてしまった。	２剤の棚の位置を離し、類似パッケージあり、と注意を促す付箋をつけた。	Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「サワイ」	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
13	入力の間違い	思い込み	監査をきっちりする	Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「トーワ」	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
14	始業開始直後の業務。処方箋4枚の方で時間がかかると思い少し焦ってのピッキングをしてしまった。	セラピナは出荷調整のため通常の箱ではなく、缶に入った状態のためよく見ずに調剤してしまった。	箱を移している際には大きく薬名を書く。	ＳＧ配合顆粒	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
15	いつもアイピーディDSが出ている患者様で、調剤時に同じ引き出しにイーケプラドライシロップが入っている。包装が似ているため、薬品名をよく確認しないで、手に取ってしまったのが原因。　監査時に気が付き、調剤しなおした	調剤するときに、薬品名を確認せず、注意を怠った	薬品名をよく確認する。分包機も回す際に、名称をかくんする	アイピーディドライシロップ５％	イーケプラドライシロップ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
16	一般名処方で【般】ブリモニジン酒石酸塩点眼液0.1%　が処方された。患者様の希望で先発品のアイファガン点眼液を調剤しなければならないところを、アイラミド点眼液を調剤。鑑査でも気が付かずそのままお渡ししてしまった。後日、過誤防止の棚卸時に数が合わなかったことで発覚した。	混雑時で確認がおろそかになった。	一般名処方時や類似薬がある薬品が処方された際は、写真付きの薬情などと照らし合わせてしっかり確認する。	アイファガン点眼液０．１％	アイラミド配合懸濁性点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
17	一般名でビペリデン塩酸塩錠1mgが処方されていたが、誤ってアーテン錠を調剤してしまった。薬剤交付時に患者の配偶者から「いつもと違う薬だ」と指摘があり、間違いに気付いた。	以前はビペリデン塩酸塩錠「ヨシトミ」を使用していたが、出荷停止となったため先発薬のアキネトン錠に切り替えた。ビペリデン＝抗パーキンソン病薬という漠然としたイメージで調剤していたため、同効薬のアーテン錠を取り違えたと思われる。また両者の薬が調剤棚の近い位置にあったのも原因の一つと考えられる。	一般名で処方されている薬は交付前に薬情やお薬手帳の薬剤名と照らし合わせて確認する。調剤棚のアーテン錠とアキネトン錠の位置を離した。	アキネトン錠１ｍｇ	アーテン錠（２ｍｇ）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
18	普段から処方箋を受け付けていた患者さんが処方箋をもって来局した。今まで先発医薬品で調剤していたが、ジェネリックに変更してほしいとのことで、アザルフィジンＥＮ５００ｍｇをジェネリックに変更することになり、薬剤師Ａがサラゾスルファピリジン500ｍｇを発注した。その後、自分でよくよく確認したところ、アザルフィジンＥＮのジェネリックはサラゾスルファピリジン腸溶錠であることが発覚し、発注を変更し、サラゾスルファピリジン腸溶錠に変更することができた。	ジェネリックに変更するときに名称が似ているものがあるので、確認を怠らないようにすることが大切。薬剤師はヒヤリハットなどの情報収集を怠らないこと、他の薬剤師と情報を共有することが重要である。	薬局内の情報を頻繁に共有し、全員がヒヤリハットやDIなどから得た知識を交換すること。自己研鑽も大切である。	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
19	アザルフィジンEN500のS処方に対し、サラゾスルファピリジン腸溶錠500ｍｇで調剤しないといけないところ、普通錠で入力、調剤、監査、投薬してしまった。後日、他の薬剤師が発見し、患者に連絡した。服用していなかったため、交換に伺った。	普通錠と腸溶錠の適応症の違いを理解しておらず、このような状況が発生したと考えられる。	ジェネリックに変更する時は適応症も確認するように徹底する。	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
20	クリニックからの処方。アジルサルタン１０ｍｇが処方されたがフェブキソスタット１０ｍｇがピッキングされる。監査時に気づき患者様に薬が投与される前に事なき終える。	当該薬局の採用品であるアジルサルタン１０ｍｇとフェブキソスタット１０ｍｇはメーカーが同じであるため、包装が似ている。当事者は以前もこの間違いをしていたが、単なる勘違いと思いその場は薬剤師も何も言わないでいたが、同じ失敗を繰り返すことになる。薬の配置は近くにあるわけでもなく、間違えることがないように対策はしているつもりだが、当事者の思い込み、注意散漫な業務内容が原因ではないかと考える。	薬の配置は全く別のところに配置しているため、ピッキングの際に間違えることは稀と考える。当事者の業務態度や性格などの問題であるため、再度責任を持った業務態度を持つための教育が必要だと考える。	アジルサルタン錠１０ｍｇ「トーワ」	フェブキソスタット錠１０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
21	メジコン錠１５ｍｇの処方があったが出荷規制で在庫がないため、疑義照会によりアスベリン錠１０ｍｇに変更となった。疑義照会内容を処方入力を行っている事務員に口頭で共有したが、誤ってアストミン錠１０ｍｇで入力をしていた。監査の際に入力の誤りに気づき交付前に訂正を行った。	出荷規制等で在庫が変動しており、在庫状況の共有が不十分だった。混雑時で意識が散漫していた。	疑義照会で処方変更になる際は処方箋のコピーなどを使用しメモを残す。在庫状況に変動がある薬はスタッフ内で情報共有する。	アストミン錠１０ｍｇ	アスベリン錠１０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
22	アストミン錠10mgで処方されていたところ、アスベリン錠10でピッキングされていた。事務員がピッキングし、監査者である薬剤師が発見。交付前に訂正を行った。	鎮咳薬供給不安定の影響で、在庫状況によりアストミンとアスベリンが頻繁に入れ替わって処方されている状態。予見されていたヒヤリハットであるため薬局内でも注意喚起を行っていたが、混雑時には冷静に判断できないことも出てくる。	PTPデザインはかなり異なるので、処方箋だけでなく薬情も用いた監査を行うよう周知。	アストミン錠１０ｍｇ	アスベリン錠１０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
23	アスパラCA錠200が処方されていたが、繁忙の時間帯でありよく処方のでるアスパラカリウムにて調剤してしまった。	忙しい時間帯でアスパラCAとアスパラカリウムの見間違いによる調剤ミス。思い込みによりよく処方のでる方を調剤してしまった。	忙しい時間帯でも思い込みによる調剤は行わず、一文字監査の徹底。調剤棚にもカリウムとカルシウムの見分けがわかりやすくなるように工夫をする。	アスパラ－ＣＡ錠２００	アスパラカリウム錠３００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
24	事前に一包化して、施設へのお届け、カセッターにセットピッキング監査、一包化監査、一次監査、二次監査を経たにもかかわらず、スルーしてしまった。	明らかに、慣れによる見落とし	アスパラカリウムもアスパラカルシウムも引き出しに保存していたが、アスパラカルシウムを分包器カセッターにセットしてはっきり区別できるようにした。	アスパラ－ＣＡ錠２００	アスパラカリウム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
25	一包化前のピッキングから一包化監査、一包化、一次監査、二次監査まで、気付かなかった	引き出しにアスパラカルシウム、アスパラカリウム300を収納していたが、アスパラカルシウムを分包器のカセッターにセットするようにはっきり区別できるようにした	同じひきだしに収納することの危険性を実感し、区別できるように他剤も含めて再度区分けの徹底を実行した	アスパラ－ＣＡ錠２００	アスパラカリウム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
26	病院処方の入力間違えを気づかずに、事務員が入力しかけた。ダイアモックス錠250mgとセットで【般】L-アスパラギン酸Ca錠200mg（アスパラ-CA錠200mg）と処方に記載があり、事務員がそのまま入力しはじめたが、調剤している薬剤師が気づき、処方もとに疑義照会をかけて、アスパラカリウム錠300mgに処方変更がなされた。患者様にはお待たせしたが、ご迷惑をおかけすることはなかった。	義務的に入力してしまうと初めの数文字が同じであれば間違って入力してしまうので注意が必要。薬についてあまり知識がない事務員だと、処方せんをそのまま入力しがちなので、調剤している薬剤師も注意が必要で、気が付いたら入力を待ってもらうなど対応が必要。日ごろから、似た名前の薬がどれほどあるかを知っておく必要もある。	日ごろから何のために飲み薬を飲むか考えたり、この入力は間違ってないかと思いながら入力や調剤を行っておれば避けられる事案だと思われる。ただ、経験が浅いと、処方箋は正しいものだと思いこむ傾向があるので、こまめに周知徹底を行っていく。	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
27	アスパラカリウム散を調剤すべきところアスパラCa錠を調剤していた	アスパラカリウム錠剤300を採用していたが市場の流通の滞りの為アスパラカリウム散に変更し対応していた。患者より「粉は飲みづらいので錠剤がよい」との訴えを受け別薬剤を探していたが問屋に尋ねたところアスパラCa錠を勧められその場で成分を確認すべきだったが問屋の言葉を鵜呑みにしアスパラCa錠を交付する結果となった。患者の要求に応えるために急いでいたこと知識不足、慢心、成分の監査を怠った事が原因と考える。	新規の薬は添付文書の確認を行う。処方医にこのような薬を使いますと情報提供を行いチェックをしてもらう。薬剤師同士の薬の確認。一人薬剤師の為他店舗の薬剤師に変更の際はチェックをすることで間違いを見つける体制を整える	アスパラカリウム散５０％	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
28	L-アスパラギン酸カリウムが処方されていたところ誤ってL-アスパラギン酸カルシウムを取ってしまった。	処方では一般名のL-アスパラギン酸カリウムで記載されていたが、当薬局ではL-アスパラギン酸カリウムは先発のアスパラカリウムのみ置いているため、L-アスパラギン酸が目に入った時にL-アスパラギン酸カルシウムだと思い込み取り違えてしまった。	類似名がある薬は棚に「類似名あり」の記載をして分かりやすくし、ピッキング時に再確認できるようする。	アスパラカリウム錠３００ｍｇ	Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
29	アスパラカリウム継続中の患者。当日はアスパラカリウムをお渡ししたが、不足していたため後日不足分をご自宅までお届けした。1か月後に次の処方箋を受けた際に、患者よりお届けした薬のシートの色がいつもと違ったと聴取。不足分としてアスパラＣａをお届けしたことが発覚した。患者は残薬もあったため、アスパラＣａ服用は2日程度であり、体調も変化なかった。処方医にはインシデントレポートを提出した。	不足分を調剤する際に、ダブルチェックを行っているが、不足時に記入した記録のみで鑑査をしており、処方箋は見ずに鑑査していた。また、監査者の記録を残していなかった。	不足鑑査の際に、監査者の記録を残す。薬歴を確認する。	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
30	アスパラカリウム錠300の処方でアスパラCa錠200をお渡ししてしまった。後日患者様ご本人より電話連絡があり発覚した。	待たせてしまったこともありご本人と確認しながら投薬することを怠ってしまった。重ねてスタッフ人数が少ない時間でダブルチェックが疎かになっていた。	スタッフ間でのダブルチェックが行えないときは必ず患者様に確認をしながら投薬する。	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
31	交付済みの薬剤について家族から電話で問い合わせがあった。薬情では、300ｍｇと書いてあるが200ｍｇの薬剤が入っているが間違えないか？アスパラカリウム錠300ｍｇの代わりにアスパラギン酸カルシウム200ｍｇ「サワイ」を交付していた。	アスパラカリウム錠300ｍｇ　処方箋上では一般名処方で　般）アスパラギン酸Ｋ300ｍｇという一般名のため、アスパラギン酸Ｃａ200ｍｇ「サワイ」を間違えて交付した。	類似した一般名や薬品名など間違えやすいので特に意識して確認する。	アスパラカリウム錠３００ｍｇ	Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
32	手書きの処方箋で　アスパラ配合錠と記載あり　配合錠までしっかり確認しなかった	カリウム製剤が入手困難でアスパラ配合錠・カリウム製剤の在庫が無かった事最後までしっかり処方箋の確認を怠った事	処方箋をしっかり確認　特に手書きのものは気を付けえて処方箋を確認すること各自が責任をもって　調剤にあたること	アスパラカリウム錠３００ｍｇ	アスパラ－ＣＡ錠２００		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
33	一般名処方で「L-アスパラギン酸K錠300ｍｇ」と記載があったが、当薬局採用のアスパラＫ錠300ｍｇではなく、Ｌ－アスパラＣａ錠200ｍｇ「サワイ」にて調剤、監査者が処方箋と異なることに気づき、発覚。正しいＣａ錠にて投薬。	一般名処方で混同したと考えられる。	調剤棚にＫ錠とＣａ錠とそれぞれに注意喚起する掲示を作成した	アスパラカリウム錠３００ｍｇ	Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
34	処方　アスパラカリウム錠300ｍｇ　だが間違えて塩化カリウム徐放錠600ｍｇを取り揃えた。	アスパラカリウム　在庫品薄に伴い薬剤の取り揃えの最中におきた間違い。	再度　規格　保管場所の区別　一般名似ているからと判断しないこと。	アスパラカリウム錠３００ｍｇ	塩化カリウム徐放錠６００ｍｇ「Ｓｔ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
35	アスベリンシロップとアリメジンシロップを勘違いした。	他にベリアクチンも出ていたので抗ヒスタミン薬が重なることはないことから、アリメジンは有り得ないと理解しておくべきだった。	思い込みを無くすよう常々心掛ける	アスベリンシロップ０．５％	アリメジンシロップ０．０５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
36	アストミンシロップが処方されていたが、出荷規制のため疑義照会にてアスベリン散10%へ変更を行った。疑義を行った薬剤師が事務へ疑義内容に関して共有を行ったが、処方元がアストミンシロップであったことや名称類似のためアストミン散10%と入力を誤り、投薬者が入力の誤りに気付いて交付前に訂正を行った。	薬局の在庫に関して不足薬の共有が十分に行われていなかった。情報共有の際、メモを取らず口頭のみでの確認としていた。	よく処方される薬剤の変更に関して、ミーティングを行いスタッフへ随時周知していく。処方箋のコピーへの記入訂正は薬剤師が行い、口頭での確認のみとならないよう注意を呼び掛ける。	アスベリン散１０％	アストミン散１０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
37	アスベリン錠１０ｍｇ調剤しなければならないところをアストミン錠１０ｍｇで調剤してしまった。調剤後すぐに気づき再調剤した。	薬品名が似ていた。咳止めが入りにくい状況で普段採用になかったアスベリン錠を在庫していた。	アスベリン錠とアストミン錠の棚の配置を変更し注意喚起した、スタッフ間で情報共有した。	アスベリン錠１０	アストミン錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
38	一般名でアズレンスルホン酸Na含嗽用散0.4％で処方されたが、アズレンスルホン酸Na炭酸水素ナトリウム0.1％（八アズレ）を調剤した	パソコン入力で一般名処方になる前は、手書き処方でハチアズレが処方されていたため、八アズレと思い込んでいた。	レセコン入力し、変換された商品名で調剤する。もしくは処方間違いを疑い、疑義照会する。	アズレンスルホン酸Na含嗽用散0.4％	ハチアズレ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
39	アゼラスチン錠1mg「トーワ」100錠の調剤だったが、アルミ包装のまま重量鑑査システムに通してしまい、名前の類似しているアゼルニジピン錠8mg「トーワ」で最終鑑査を通していた。投薬説明時に別の薬剤師が気づき、お渡し前に調剤しなおした。	薬の名前に精通していない事務ピッキングの上、監査薬剤師がアルミ包装のまま重量鑑査を通して、処方薬と調剤薬との相違を確認できていないかった。	アルミ包装は開封しても性質に問題の無い薬については、必ず開封し、相違の無い事を確認するようにするアルミ包装に関わらず、新しい箱を開けて調剤する場合には、見た目のよく似た医薬品（先発とジェネリックなど）が混在して調剤されている可能性を疑い、重症鑑査機器での相違確認に頼らず、鑑査者はPTPシートが全て同じ医薬品であるか否か詳細まで確認する	アゼラスチン塩酸塩錠１ｍｇ「トーワ」	アゼルニジピン錠８ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
40	事務が入力後　薬剤師が一文字監査しているときに発覚（患者に在庫がないこと今回から薬剤変更したことを医師から言われたのか確認）　医師には在庫がないため異なる薬剤で対応するようにTEL済み	事務が入力に慣れてきたことと知識不足で今回の事例が発生した。	入力の際に　処方箋原本と入力画面で一文字チェックさせることでより間違える回数を減らす。スタッフ全員に　今回起きたことを周知済み。（配合剤であると　同じような名前があることも伝えずみ）薬剤棚の薬品名のラベル下に　赤文字で成分名を記載した	アゾルガ配合懸濁性点眼液	アイベータ配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
41	ピッキングおよび一包化で、本来アダラートCR錠40ｍｇのところ、オルメサルタンＯＤ錠40ｍｇが誤って入っていた。	繁忙のため、調剤者が「40ｍｇ」の規格のみで誤って思い込んでしまった。	人による誤りを防ぐために、機械式のピッキングシステムを用いることで調剤ミスを防止している。	アダラートＣＲ錠４０ｍｇ	オルメサルタンＯＤ錠４０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
42	アダリムマブBS皮下注40ｍｇペン0.4ｍｇ「ＭＡ」で処方されていたが、薬局に在庫があるアダリムマブＢＳ皮下注40ｍｇペン0.8ｍｇ「ＦＫＢ」で入力してしまいました。	他に規格があることを知らなかったので、思い込みで薬局に在庫してある薬で入力してしまいました。	注射の過誤はかなり危険ですので、注射の入力に関しては思い込みを捨て、必ず数回見直すよう徹底しました。	アダリムマブＢＳ皮下注４０ｍｇペン０．４ｍＬ「ＭＡ」	アダリムマブＢＳ皮下注４０ｍｇペン０．８ｍＬ「ＦＫＢ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
43	お久しぶりの来局。今回アテキュラ中用量初処方、処方箋記載薬と違うことを投薬時に発見。混雑はしていなかった。入力者、鑑査者、投薬者はすべて別の人間だった。	知識不足思いこみ	投薬時に処方薬と変わりないか確認の徹底。患者様からの聞き取りにて変更点ないか、違ってないかの確認	アテキュラ吸入用カプセル中用量	アテキュラ吸入用カプセル高用量		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
44	日頃よりアテレック１０ｍｇ内服の方が、血圧高くアテディオに変更も気づかすにそのままアテレックにて調剤実施。投薬後のレセプト確認により間違えに気付く。	レセプト間違えからの、調剤間違え監査漏れと認識、確認不十分からのミスであり、繁忙からの監査不足が感じられる。	今まで以上に各場所での確認の徹底を実施する	アテディオ配合錠	アテレック錠１０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
45	一般名処方で、繁忙時に似た名称の薬剤を取り違えてしまった。	繁忙時間であった。また、あいうえお順で並べていた為、取り違えてしまう要因となった。	このような事例が、あった為、カセットの位置を物理的に離すことで、対策をしました。	アテノロール錠２５ｍｇ「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
46	アテノロール５０ｍｇが処方されていたが、アロチノロール５ｍｇを投薬してしまい、患者が自宅に勝って気づき連絡があった。	アテノロール５０ｍｇの棚にアロチノロール５ｍｇが間違って入れられており、そのままピックアップしてしまった。	名称の似ている薬を投薬棚にしまう際には細心の注意を払うようにし、また過去にとり間違いのあった薬剤には監査時にも注意をするように周知する。	アテノロール錠５０ｍｇ「日新」	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
47	アドエアが一般名処方で初めて処方された患者様に対して、レセコン入力がセレベントとなっており、薬剤師が薬情をチェックした際にセレベント処方と勘違いしそうになった。結局アドエアが正しいと気づき、正しいお薬、薬情等を患者様にお渡しすることができた。	初めて吸入が処方された患者様だったため、ご本人からの薬剤に対する情報はなかった。一般名の最初の文字をレセコン入力した際にセレベントが抽出され、そのまま選択した入力となっていた。また、薬剤師が一般名表記をみてアドエアであると確信できていなかったため、入力後の薬情等を見て処方がセレベントであると勘違いしそうになったが、ディスカス等の表記の違和感からセレベントではないと気づいた。	一般名処方の場合は一部が類似した薬剤がある可能性を念頭におき、特に注意深く該当薬剤製品名について確認する似た名前の薬剤の存在を把握する機会があった場合、今後のために職員全員で共有する薬剤師は一般名記載で該当製品は確信できないものを減らす努力を日ごろからする	アドエア２５０ディスカス６０吸入用	セレベント５０ディスカス		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
48	処方医は前回Doの処方で出すつもりだったが、コンピュータを入れ替えた後で入力を誤り、アトーゼット配合錠LDを処方する所、アトーゼット配合錠HDを処方してしまった。処方箋の記載は一般名であった。入力、調剤も前回通りのLDで行ったが、別の問い合わせで電話した際に、処方医からアトーゼット配合錠の入力ミスについて訂正があり、調剤エラーに気づいた。	配合錠の含量違いを一般名処方の場合は特に注意して確認する。	薬品棚に配合錠の成分量を詳細に表示しておく	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
49	処方薬アトーゼット配合錠HDを規格確認ミスにより、前回処方内容LDのままお渡し。	一般名処方だったことにより規格の間違いに気づかず。	規格確認の徹底と監査の際に複数薬剤師によるダブルチェックを行う。	アトーゼット配合錠ＨＤ	アトーゼット配合錠ＬＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
50	繁忙時で薬品名の似ている薬を取り違えた鑑査レンジにて発覚	ロスーゼットの方が処方例数が多い名称が類似している繁忙時で処方せんを見間違えた	鑑査レンジに入れる前に処方箋を再確認する	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
51	いつものお薬と違うと患者家族から連絡あり。６日間服用していたが、体調変化などなかった。	一部の名称類似もあって思い込みでロスーゼットの方を調剤し、監査・投薬もＬＤのみしか確認してなかったと思われる。	薬品名の再確認を調剤・監査・投薬時に徹底する。	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
52	処方箋にアドナ錠（30）3錠分3毎食後14日分の記載本来であればジェネリックのカルバゾクロムスルホン酸Na錠(30)「トーワ」を調剤しなければならないが、アゾセミド錠(30)「JG」を誤って調剤してしまった。一包化の患者様だった為、一包化分包の薬剤師が分包前に気づいた。	ピッキング後確認をせずトレーに入れてしまった。自身が投薬をしない時でも確認を怠っていた。	自身が投薬をしない時でも必ず確認をする癖をつけるように再教育した	アドナ錠３０ｍｇ	アゾセミド錠３０ｍｇ「ＪＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
53	一般名アトモキセチンカプセル２５ｍｇの処方に対し、販売名サワシリンカプセル２５０ｍｇ（一般名アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ）を調剤。監査時に気付く。	一般名処方に不慣れなこと。アトモキセチンカプセルの処方自体が圧倒的に少ない事。思い込み。	全く異なる薬剤である。引き続き、監査を注意して行います。	アトモキセチンカプセル２５ｍｇ「サワイ」	サワシリンカプセル２５０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
54	一包化した14包の内、1包の中にアトルバスタチン10mg錠にかわりフロセミド20mgが混入していたことを鑑査時に発見した。	1.一包化した予製に対し変更が生じたためフロセミド20mgを抜く際に誤って1包からアトルバスタチン10mgを抜いてしまった。2.その後、変更した予製に対し更に変更が加わり、監査時に上記1包にアトルバスタチン10mgの代わりにフロセミド20mgが入っていることが判明。上記経緯をたどって、上記1.で抜いたフロセミド20mgを確認し、アトルバスタチン10mg1錠が混入していることが判明した。	鑑査機を使用しているので、画像確認時には指さし確認などを加えてより注意するようにした。	アトルバスタチン錠５ｍｇ「Ｍｅ」	フロセミド錠２０ｍｇ「ＮＩＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
55	一般名処方にて、成分の類似と成分のすべてが印字されていない一般名処方であったことが重なり、調剤の取違いが発生。久しぶりに処方されたこともあり、投薬直前の薬歴チェックで発覚。	一般名処方時、医院・病院のレセコンにより違いはあるが、一般名がすべて表示されないことがある。配合剤や規格が多く存在する吸入薬は、特に確認が必要。	一般名処方の吸入薬処方時は、処方医（もしくは医院の受付）に医薬品名（商品名）を確認する。薬局での保管・陳列も、違いが分かるよう、付箋の貼付など注意喚起する。	アニュイティ１００μｇエリプタ３０吸入用	テリルジー１００エリプタ３０吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
56	アポハイドが発売され薬価がグラム単位であることまでは確認済みでしたが、クリニックからの処方箋が4.5ｇ/本で記載されていたためそのまま調剤して請求してしまった。	4.5ｇ/本で処方箋の記載を製品に記載の4.5mlとイコールだと思い込み確認を怠ってしまった。製品の表示に4.32ｇと記載してほしい。薬価単位での表示に統一してほしい。	薬価単位での表示確認。	アポハイドローション２０％	アポハイドローション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
57	アムロジピン５ｍｇ・アトルバスタチン５ｍｇ配合錠と記載された処方内容に対して、アムロジピン５ｍｇ・イルベサルタン５ｍｇ配合錠であるイルアミクスＬＤと取り違えた。	アトルバスタチンをイルベサルタンと見間違えたことによる注意欠陥と、アムロジピンとアトルバスタチンの配合錠があることを知らなかったことによる知識不足が重なり生じたヒヤリハットであると考えられる。	処方薬の復唱による確認を怠らないと同時に、薬局で取り扱っている薬を把握する。	アマルエット配合錠３番「サワイ」	イルアミクス配合錠ＬＤ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
58	定期薬であるアムロジピンOD錠5mgのピッキング時におけるアトルバスタチン5mgとの取り間違い。	多忙時、昼休憩後の集中力低下、慣れ等が考えられる。	薬棚の位置が近いのでもう少し距離を空ける、休憩後の声掛け等協力体制をとる。	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「ファイザー」	アトルバスタチン錠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
59	一包化調剤において、自動分包機を使用しており、カセットや手撒きはすべてバーコードを通して行っているが、分包機システムの関係上、透析患者の透析日と非透析日に服用する薬が違う場合で日付をいれる時に限ってバーコードを通さず手動作業になる部分がある。その場合は、分包前の集薬と分包時点のダブルチェックを行い、使用した薬品のPTPシートを一緒に付けて監査にまわすことになっているが、今回は付けられていなかった。アムロジピン５ｍｇのところをアトルバスタチン５ｍｇで分包してしまった。幸い、監査した薬剤師が交付前に気づくことができた。そのまま交付されていたら、血圧上昇が起きる可能性があったと考えられる。	調剤機器は年々自動化しており、事務員が調剤補助することも増えている。どうしても自動機能が使えない例外などが出ており、その場合の対応をしっかりと決める必要がある。	自動機能が使えず調剤した場合は、PTPシートを付けて監査にまわすこととする。薬剤師は、カセットがある薬でも例外があることに注意しながら監査を行う。	アムロジピン錠５ｍｇ「杏林」	アトルバスタチン錠５ｍｇ「ＮＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
60	一包化している患者様の薬をピッキングして準備してもらったが、アルダクトンAを、アルドメット250で準備されていて、一包化する前に薬剤師が間違いに気づいた。	忙しい中で名前が似ている薬を取り間違い、慌てて準備してしまった。	引き出しは、あいうえお順になっているが、似ている名前を注意喚起する。忙しくとも再度確認しながら準備すること、ダブルチェックを徹底すること。	アルダクトンＡ錠２５ｍｇ	アルドメット錠２５０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
61	アルファカルシドール0.5μｇを同系統の薬剤であるエルデカルシドールと取り間違え、間違いに気づかずにそのまま投薬した。	繁忙によるチェックの省略。慣れ・慢心。	繁忙にかかわらないチェック作業の徹底。	アルファカルシドールカプセル０．５μｇ「トーワ」	エルデカルシトールカプセル０．５μｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
62	医薬品包装の箱が酷似している医薬品である。錠剤棚の左右横に並び100錠包装の箱のまま置かれていた。箱を見て調剤した。箱に印字された赤文字の商品名を見ているが、箱のイメージから決めつけてしまった。アルファカルシドール0.25μｇ「アメル」の箱であると思ってしまった。最近になり、クエチアピン錠25ｍｇのメーカーを変更し「アメル」とした。以前は、メーカーが違っていたため、包装箱は違っていた。錠剤の色は全く違うが、中身を確認する余裕がなかった。	ジェネリック医薬品が増え、納品状況からメーカーが頻繁に変更している状況である。メーカーによっては医薬品包装の箱が酷似している場合がある。メーカーを変更した場合は薬局員全員が認識し、実際の医薬品包装の箱・医薬品は確認する。	医薬品包装の箱が酷似している場合は、100錠包装の箱のまま錠剤棚に入れることは避ける。近い場所左右・上下並べて置かない。	アルファカルシドール錠０．２５μｇ「アメル」	クエチアピン錠２５ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
63	一般名処方でアルプラゾラム０．４ｍｇが処方されていたが、クロチアゼパム５ｍｇで処方入力した。	ＦＡＸで送られたきた処方箋だったため見にくかったこともありミスに繋がったと思う。ただｍｇ数が違うのでそこで気付くべきだった。	ＦＡＸで送られてくる処方箋は特に注意し、薬品名・規格まで丁寧に確認して入力すること。	アルプラゾラム錠０．４ｍｇ「トーワ」	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
64	アレンドロン酸35ｍｇで入力するところ5ｍｇで入力されていた。	処方鑑査時に誤りに気付き35ｍｇへ変更した。	入力時、規格のチェックを必ず行う。薬剤師は35ｍｇが週1製剤、5ｍｇが連日服用製剤であることを知識として持っておくこと。	アレンドロン酸錠３５ｍｇ「ＪＧ」	アレンドロン酸錠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
65	アロチノロールをお渡しするところをアテノロールでお渡ししかけてしまった。投薬時患者さんと薬の確認をしている時に、間違いあったと発覚。	名前が似ているので、処方箋の薬を見た時からアロチノロールではなく、アテノロールを頭に浮かべて調剤をしてしまった。規格が違うのや薬情のヒートの写真と違うものだが、しっかりとした監査が抜けてしまった。	薬情を使って薬情のシートの写真を見ながら投薬したために、過誤には繋がらなかったが、今後は調剤監査時より1文字監査、規格の確認を徹底するようにする。	アロチノロール塩酸塩錠５ｍｇ「トーワ」	アテノロール錠２５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
66	混雑時にピッキングにおいてアロチノロールを誤ってタルチレリンをピッキング。ハンディターミナルのエラーにて誤ピックに気づいた	混雑時のため処方せん上の薬剤の確認がおろそかになったと考えられる	薬剤名の確認、ハンディターミナル使用の徹底	アロチノロール塩酸塩錠５ｍｇ「トーワ」	タルチレリン錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
67	処方箋受付。薬剤師Aがピッキング行ったが、アロプリノール100mg「ファイザー」をピックするところ、誤ってアタラックス錠10mgをピックした。繁忙時間のため、Take-SSによる監査システムを行わずに監査者に回した。薬剤師Bが監査時に異なる薬がピックされていることに気付き、正しいお薬を投薬出来た。	アロプリノール100mg「ファイザー」とアタラックスPの外箱が類似しているため、誤ってピッキング。	Taker-SSによる監査システム使用を遵守するよう各スタッフに通達。	アロプリノール錠１００ｍｇ「ファイザー」	アタラックス錠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
68	処方箋にはイコサペント酸エチル粒状カプセル600ｍｇ3包3ｘと処方あり、準備段階でオメガ-3脂肪酸エチル粒状カプセル2ｇを出してしまった。調剤時に間違っていることを発見しイコサペント酸エチル粒状カプセル600ｍｇを出して調剤した。	薬の剤型とパッケージの形状が似ていて混同してしまった。	処方箋上の名称と、薬自体の名称を再度確認して調剤する。	イコサペント酸エチル粒状カプセル６００ｍｇ「サワイ」	オメガ－３脂肪酸エチル粒状カプセル２ｇ「ＭＪＴ」		ヒューマンエラー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	イコサペント酸エチル粒状カプセル９００ｍｇ「サワイ」を調剤するところピートル顆粒分包２５０ｍｇを誤って投薬してしまっていた。患者が帰宅後に気づき連絡してきたため誤りが判明した。	イコサペント酸エチル粒状カプセル９００ｍｇ「サワイ」とピートル顆粒分包２５０ｍｇの被包の形状と色が類似している点と当薬局での棚の配置が近かったため取り間違えた。また監査も正確に行われなかった。当該患者が透析患者だったため薬剤師の思い込みもあったと思われる。	取り間違えの防止として棚の配置を変更し、注意書きを貼付した。	イコサペント酸エチル粒状カプセル９００ｍｇ「サワイ」	ピートル顆粒分包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
70	処方→イコサペント酸エチル粒状カプセル900ｍｇ「日医工」のところ、間違えてオメガ-3脂肪酸エチル粒状カプセル2g「ＹＤ」で調剤してしまった。監査者の簡易監査後、監査レンジにて撮影したところ薬剤の誤りを検知して発覚。エラー音発出。正しい薬剤に差し替えて監査レンジと別薬剤師にて再監査で正せた。	同効薬であること、粒状カプセルの剤型の処方箋記載を思い込み、また昼休憩中のスタッフ少数の時間帯で繁雑となり、考え無しに手を伸ばしてしまったオメガ-3脂肪酸エチル粒状カプセルを取り揃えてしまった。	監査レンジの活用を徹底。	イコサペント酸エチル粒状カプセル９００ｍｇ「日医工」	オメガ－３脂肪酸エチル粒状カプセル２ｇ「ＹＤ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
71	処方箋の入力ミス誤：ポビドンヨードゲル10% 50g正：ポビドンヨード含嗽液	処方薬を患者に交付時、薬識や病院からの説明事項と突き合わせる。	特になし。患者との対話を引き続き密にする。	イソジンガーグル液７％	ポビドンヨードゲル１０％「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
72	一般名のイトラコナゾール錠50ｍｇをイトプリド50ｍｇと取り違え一包化調剤を行った。錠剤の様相が酷似していることで調剤の時点では気付かなかった。鑑査にて間違いが発覚した。	一般名処方の薬品であり類似名薬品を取り扱っていたことと、偶発的にイトラコナゾールの薬局在庫が0だったこと、誤薬であるイトプリドの在庫が適当数あったこと、2種とも規格が50ｍｇであったことで勘違いが生まれた。	薬剤のピッキングが終わった時点で一度、ダブルチェックを行う。	イトラコナゾール錠５０ｍｇ「科研」	イトプリド塩酸塩錠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
73	イノラス187.5mlが初めて処方になった患者がおり、味はいろいろな味を混ぜてほしいと患者家族より要望があった。当局内にあったイノラスを混ぜて投薬したところ、患者家族よりカロリー計算が合わないと電話が来た。確認すると187.5mlと125mlが混在していた。今回は服用前に患者家族が気付いたため、服用前に交換　患者への影響はなかった。	もともとイノラスは187.5mlのヨーグルトとアップルが在庫を置いており、最近新しく味指定で紅茶フレーバーを注文し在庫となっていたがその際125mlであることに気付かず　薬局内では単純な味の違う製品として認識されていた。	新しい製品が入った際、入力の際、監査の際　規格を確認する。	イノラス配合経腸用液	イノラス配合経腸用液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
74	老人ホーム入居中の方へ、イノラス配合経腸用液が処方の所、イノラス配合経腸用液とラコールNF配合経腸用液を交付してしまう。	袋のサイズと外観が似ている為、段ボール内に薬を準備をした後では外観からは判断がつきにくくなってしまう。	イノラス配合経腸用液とイノラス配合経腸用液の在庫がある事を理解し、文字や味まで確認して準備をするように注意する。	イノラス配合経腸用液	ラコールＮＦ配合経腸用液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
75	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはイミダプリル塩酸塩錠5ｍｇ1日1錠分夕食後56日分と記載されていた。薬剤師A（職種経験年数３４年）はイミダプリル塩酸塩錠5ｍｇを調剤するところ誤ってイミダフェナシンOD錠0.1ｍｇを調剤し、再確認するとき気付いた。薬剤師Aはイミダプリル塩酸塩錠5ｍｇを正しく調剤し、監査に回した。患者には正しい薬を交付した。	イミダプリル塩酸塩錠5ｍｇとイミダフェナシンOD錠0.1ｍｇは、名称が似ていたため間違えた。また、イミダフェナシンの処方頻度が高かったため間違えた。	棚の位置を変えた。調剤室に名称類似医薬品の表を作り、取り間違え防止の注意喚起をした。ミスがあった薬剤にプレートを貼った。	イミダプリル塩酸塩錠５ｍｇ「トーワ」	イミダフェナシンＯＤ錠０．１ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
76	月に一度必ず来局委される方。血圧の薬が変更になっており、気付かずに調剤を始めていた。	今回の背景として、何年も内容の変わらない処方だったので薬局内で予製としていた部分があった。当該薬剤がそれにあたり、今回の患者さま用として取っていた。どちらも処方箋記載は一般名であり、どちらも合剤であった為そのままだろうと思い込んでおり一包化を始めてしまった。	本来は監査の機械に全ての薬剤を通してから一包化するのだが、忙しかった為その手順を省いた。機械に通せない、通さない場合でも別の薬剤にし監査してもらうようにはしていたが、監査できるものがおらず（薬剤師がみな投薬中だったため）できなかった。マニュアル通り全てを監査機械に通してから一包化するべきだった。それができない場合は、別の薬剤師に監査してもらうべきだった。	イルアミクス配合錠ＨＤ「ＪＧ」	テラムロ配合錠ＡＰ「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
77	一般処方でアジルサルタン・アムロジピン5mg配合錠と入力されており、あまり処方されないため、イルベサルタン・アムロジピン5mgと勘違いし、イルアミクスLDをピッキングした。監査時に気が付き、ジルムロHDをピッキングしました。	ジルムロがめったに調剤されないため、勘違い。慢心であった。	しっかり処方箋に書かれた名前を確認してからピッキングする。見逃しても、バレラや監査で投薬前に気が付けるようにする。	イルアミクス配合錠ＬＤ「サワイ」	ジルムロ配合錠ＨＤ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
78	インスリングラルギンＢＳミリオペン「リリー」のところインスリンアスパルトＢＳ注ソロスターをお渡ししてしまう。施設に入居されている方で交付後に再度確認させて頂く機会があり、確認したところ間違えて交付していたことに気付く。前回分がまだ残っていて使用していなかった。回収し謝罪しました。	粉砕でお渡ししている方で粉砕以外の薬を先にお渡しした際に間違えた。この時にバタついていて薬袋や薬情とすり合わせをしなかった。名前が似ているために最初のインスリンで判断してしまった。	保管する場所を近づけないようにし、色などが全然違うので薬情などでものをすり合わせをする。名称を最後まできちんと確認するようにする。	インスリン　グラルギンＢＳ注ミリオペン「リリー」	インスリン　アスパルトＢＳ注ソロスター　ＮＲ「サノフィ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
79	インスリングラルギンを取り揃えるところインスリンリスプロを取り揃えてしまった。製品名が酷似していたため取り間違えてしまった。	インスリン製剤のインスリンリスプロを最近採用したためリスプロの存在に気づいておらずグラルギんだと思い込み取り揃えてしまった。	バイオシミラー医薬品については入力時の基本的ルールについての指導。製品名が酷似しているため、ラベルを貼るなどして注意喚起をすることで対応する。	インスリン　リスプロＢＳ注１００単位／ｍＬ　ＨＵ「サノフィ」	インスリン　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
80	代理の人が薬を取りに来られたが、入っている薬が違うと言って薬を持って来られた。確認すると、違う薬を渡していた。一般名処方記載でクエン酸カリウムをクエン酸第一鉄と見間違えて入力してしまっていた。	忙しい中での入力であり、Ｄｒの処方箋であったため、入力者も監査した薬剤師も確認がおろそかになってしまったと思われる。	どんなに忙しくても、処方箋との間違いがないかしっかりと確認することを心がける。	ウラリット錠	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
81	一般名処方のため、ウラリットがクエン酸カリウムクエン酸ナトリウム配合錠となるため、医療事務が入力間違いをした。	ウラリット配合錠も、クエン酸第一鉄もあまり処方がない薬剤のため、入力時に見間違えたと思われる。	事務も薬剤師も、似た一般名の薬剤を改めて確認するようにする。	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
82	前回と同じ医薬品で入力してしまった。	混雑による慢心で確認を怠った。	よく確認する	ウルソ錠１００ｍｇ	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
83	ウルソ錠50ｍｇ3錠（3ｘ毎食後）のところを100ｍｇ3錠（3ｘ毎食後）で患者に渡してしまった。	前回の処方でウルソ錠100mg1.5錠（３×毎食後）で渡した履歴をもとに、処方箋の記載３錠が念頭にあったため100mg3錠（３×毎食後）で渡してしまった。	錠剤の数を重視するのではなく、薬１日量をチェックして監査することをこころがける。	ウルソ錠５０ｍｇ	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
84	ウロカルン錠が処方された患者に、ウラリット配合錠を調剤。鑑査時、他の薬剤師が気づいた。	薬局勤務歴が浅い。処方せんの確認不足。注意不足。	処方せんをしっかり読む事を徹底する。	ウロカルン錠２２５ｍｇ	ウラリット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
85	エクメット配合錠ＨＤで処方されていたが、類似した商品名のメトアナ配合錠HDと間違えて調剤。後ほど患者さんがいつもと違う薬が調剤されているが、と言われ気が付いた	同じ糖尿病の薬でかなり似通った商品名はつけないでほしいと思いますが、気を付けるしかないでしょう	エクメット配合錠ＨＤやメトアナ配合錠HDが処方された時にはいつも以上に気を付けるしかない	エクメット配合錠ＨＤ	メトアナ配合錠ＨＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
86	8月23日にエスシタロプラムが処方されている患者様について8月28日からの分の薬を払い出した。8月25日より当該患者様が入院されたが、8月29日入院先の病院の薬剤部から電話があり、エスシタロプラムが処方されていたところ、エスタゾラムで誤って払い出していた事が発覚。ただし患者様内服薬中止中であったため服用する事はなかった。	ピッキング者が名前が類似しているため間違えた事が考えられるが、監査者が薬名の刻印と名称の確認ができていなかったことによるものと思われる。	スタッフ全体に名称類似の薬剤は特に注意してピッキング及び監査を実施するよう共有を行った。	エスシタロプラム錠１０ｍｇ「ＪＧ」	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
87	エスシタロプラム10ｍｇ2錠寝る前を、エスタゾラム2ｍｇ2錠寝る前として交付してしまった。	向精神薬はエスの一般名で始まるものが多いので、注意が必要。	再度先発名と一般名のリンクの強化、確認意識の向上を注意喚起した。	エスシタロプラム錠１０ｍｇ「明治」	エスタゾラム錠２ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
88	エスシタロプラム半錠の際に前の半錠の余りを使用出来るようにピッキングされていたが、分包されていたのはリフレックスで鑑査の際に混在を確認。	棚が隣合わせで、ピッキングの際に度々分包されているくすりが飛び出してしまったり、管理の甘さがあった。	半錠余りなど分包されたものは目立つように印字を行う。	エスシタロプラム錠１０ｍｇ「明治」	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
89	複数処方薬のある患者にて、【般】エスゾピクロン錠2mgの処方を、エスタゾラムと読み違えて調剤し、監査者が気づき訂正。	頭の文字「エス」で判断したこと、睡眠導入剤であるため、向精神薬の引き出しを探してしまったこと（エスゾピクロンは普通薬）、規格が同じ「2mg」であること、どちらも共和薬品「アメル」の製品であることから、勘違いが重なった。	基本的なことではあるが、必ず処方薬品名を最後まで確認する。	エスゾピクロン錠２ｍｇ「アメル」	エスタゾラム錠２ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
90	エスゾピクロン2ｍｇ処方の所取り間違いでエスタゾラム2ｍｇを調剤した、投薬時の監査で間違いに気づいて事なきを得た。	名称類似しており、同じミリ数があったため思い込みでの取り違え、薬品棚が隣で繁忙時間で間違えやすい環境だった。	薬品棚に注意喚起のシールを貼る、調剤、監査のダブルチェックの徹底、写真付き薬袋と薬での確認をするようにした。	エスゾピクロン錠２ｍｇ「ケミファ」	エスタゾラム錠２ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
91	エスゾピクロン錠２ｍｇ「ケミファ」を調剤するところエスタゾラム錠２ｍｇ「アメル」で調剤。	個人的によくある間違い。	間違いが多い組み合わせであることを頭に入れ、処方を声に出して読みながら調剤する。	エスゾピクロン錠２ｍｇ「ケミファ」	エスタゾラム錠２ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
92	事務がピッキング似ている薬剤名の為取り違い、監査投薬時もスルーしてしまった。	新しく採用したジェネリックであり、事務も薬剤師も見慣れていなかった。	薬剤名、規格、メーカーまでしっかり見るように再度教育。	エスゾピクロン錠２ｍｇ「トーワ」	エソメプラゾールカプセル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
93	薬を持ち帰った患者が、今までのと違うヒートの色だったため　不審に思い薬局へ連絡されて発覚しました。	新患であったため、患者との相互確認がうまくできなかった。	監査の徹底と自己研鑽	エスタゾラム錠１ｍｇ「アメル」	エスシタロプラム錠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
94	薬剤名（一般名）の類似によるもの。入力は間違えていなかった。監査システム使用時にエラーとなり気が付いた	前回までエスゾピクロンを服用。薬歴確認時、DO処方であると誤認。いずれも一般名処方	「類似名に注意」の注意書きを箱に記入した	エスタゾラム錠１ｍｇ「アメル」	エスゾピクロン錠１ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
95	薬効・規格が同じで、名称が類似していたので、ピッキングし間違えた。	繁忙時間に発生した事案で、注意力が散漫になっていたためだと思われます。	薬局内における名称類似医薬品として周知を徹底し、再発の防止に努めます。	エスタゾラム錠１ｍｇ「アメル」	エスゾピクロン錠１ｍｇ「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
96	エスタゾラムを調剤するはずが、エスシタロプラムを調剤していた。	当薬局ではエスシタロプラムの処方が多く、調剤慣れをしていた。似た薬があるという事を調剤補助の事務は把握できておらずピッキングミスをしてしまった。	当事者には、エスタゾラムとエスシタロプラムがあることを伝え、注意喚起を行った。他スタッフにもこの件を周知し、エスシタロプラムの棚へ注意喚起の印をつけた。	エスタゾラム錠１ｍｇ「アメル」	エスシタロプラム錠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
97	処方内容が一般名でエスゾピクロン錠３ｍｇ、エスタゾラム錠１ｍｇ、エスタゾラム錠２ｍｇが含まれており、エスタゾラム錠１ｍｇを誤ってエスゾピクロン錠１ｍｇを調剤し他薬剤師の監査にてミスがわかった。患者に投薬する前だった。	類似一般名、類似規格が３種類並んで記載されていたため、うっかりピッキングしてしまった。	類似品目については１文字ずつチェックする必要があるので処方されたときは徹底していく。	エスタゾラム錠１ｍｇ「アメル」	エスゾピクロン錠１ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
98	【般】エスタゾラム錠2mgが処方されていたが誤ってエスゾピクロン錠2mgで調剤および交付してしまった。発注中にエスゾピクロンの空き箱を確認したが当日中にエスゾピクロンの処方はなかったため不審に思い可能性のある処方箋を洗い出し監視カメラにて調剤の様子を確認。エスタゾラムではなくエスゾピクロンを調剤しており鑑査もスルーしてしまった。発覚時に当該患者様へ連絡し交換および謝罪に伺う。まだ服用する前だったため健康被害も特になかった。	エスタゾラムもエスゾピクロンも「エス」から名称が始まり規格も同じ2mgだったため勘違いから調剤を誤ってしまったと思われる。また鑑査時に薬剤情報提供書と薬剤を照合するがそれを怠ってしまったのも原因の一つである。	鑑査時には薬剤情報提供書と必ず照合するよう徹底させる。薬剤交付時に薬剤を患者様に見せつつ見た目と名称を確認するよう徹底させる。	エスタゾラム錠２ｍｇ「アメル」	エスゾピクロン錠２ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
99	一般名処方でエスタゾラム錠２ｍｇ処方をエスゾピクロン錠２ｍｇでピッキング、一包化分包調剤し、監査で気づかず交付し、服用３日目に施設看護師より間違いの連絡を受ける。	ピッキング、分包、監査はそれぞれ違う者が担当したが、複数施設を同時進行していたこともあり、間違いに気が付かず交付し、患者様は、２日分服用してしまった。幸い体調には影響はなかった。	類似医薬品にかかわらず、それぞれ要所のチェックを的確にし、スタッフ間の声がけで複数で確認するよに致します。	エスタゾラム錠２ｍｇ「アメル」	エスゾピクロン錠２ｍｇ「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
100	一般名でエスタゾラム２ｍｇの処方が出ていたが、エスゾピクロン２ｍｇの調剤を行ってしまった。調剤監査時に間違いに気づき患者への交付には至らなかったが気を付けないといけない事例	以前より、エスタゾラムとエズゾピクロンの1ｍｇ、２ｍｇの一般名処方はパッと見ると間違えそうだとは感じていた。また、心療内科の処方が多いためどちらの処方も多く、繁忙時間ということもあり取り間違えてしまった。また、棚も睡眠薬で固めていることも要因であったと考えました。	棚と引き出しで配置場所を変更。また、それぞれの配置箇所に注意喚起の張り紙を貼付することによって間違えやすいことの認識と再度処方箋内容確認を行う意識づけをおこなった。	エスタゾラム錠２ｍｇ「アメル」	エスゾピクロン錠２ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
101	忙しい時間帯で日ごろ使わないエゼアトHDの処方をLDで投薬患者さんの声かけで気づく	日ごろLDしか使ってなかったので慢心があった処方箋の確認がおろそかになっていた声かけなど改善する必要を感じた	処方箋の確認人数を増やした	エゼアト配合錠ＬＤ「ＪＧ」	エゼアト配合錠ＨＤ「ＪＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
102	エゼチミブOD錠「トーワ」をお渡ししたが入力は「DSEP」でメーカー違い	入力間違いに気づかず監査・投薬	実際の採用薬以外は入力できないように「DSEP」の採用を外した	エゼチミブＯＤ錠１０ｍｇ「トーワ」	エゼチミブ錠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
103	エゼチミブ錠を調剤しなければならなかったところ、エペリゾン錠を調剤して患者様にお渡ししてしまった。患者様が服用時にいつもの薬と違うことに気が付き、連絡してきたことでミスが発覚。	調剤棚の並びが上下で連なっていたことで、取り間違いが起こりやすい状況だった。また店内込み合っていたことで、気持ちが焦り調剤監査が甘くなってしまった。	棚の位置を移動し、間違えやすい名前の薬剤は離して配置する。	エゼチミブ錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	エペリゾン塩酸塩錠５０ｍｇ「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
104	エゼチミブ10ｍｇ「ニプロ」とエンペラシン配合錠の取り違えが発生した。ＰＴＰシートの外観が類似しており、なおかつ錠剤棚が上下に配置してあった。	双方のＰＴＰシートが外観類似（文字や配色含め）しており、繁忙な時間帯で調剤時に見落しがあった。	錠剤棚の位置を変更した。	エゼチミブ錠１０ｍｇ「ニプロ」	エンペラシン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
105	事務員が前回の処方と同じと思い込み、同じ薬品でパソコン入力してしまったが実際は規格が半分になっていた。薬剤師は処方箋を見て調剤していたため、正しい規格を患者さんにお渡ししていたが、前回と同じものですと説明していた。交付後にチェックしていて気が付いた。その後電話で説明しなおし、入力、金額の変更を伝えた。	休み明けであわただしい時であった。投薬時に処方箋確認、調剤監査はしっかり行っていたが、入力確認を怠った。	投薬前に入力確認する。	エソメプラゾールカプセル１０ｍｇ「ニプロ」	エソメプラゾールカプセル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
106	エチゾラム錠1ｍｇ３錠３×毎食後処方で、エチゾラム錠1ｍｇではなくエスタゾラム錠1ｍｇを調剤、監査、投薬した。投薬から１か月後、薬局で在庫数確認時に実在庫数が合わず患者に連絡。エスタゾラム錠を間違えてお渡し、患者も当初服用時異なる薬であることに気づかず３日間服用した。日中のふらつき等なく大事には至らず。	一般名処方でエチゾラム錠1ｍｇ、エスタゾラム錠1ｍｇと規格が同ｍｇ数で薬剤名が似ていることから調剤時に取り違い、そのまま監査。	一般名処方での調剤で薬品名　先頭３文字まで照合して調剤・監査を行う。	エチゾラム錠１ｍｇ「ＪＧ」	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
107	本来ならエックスフォージ配合錠28錠をお渡しするべきところ、誤ってコディオEX配合錠28錠をお渡しした。たまたま残薬がある状態で早めの時期に患者さまが来局してくださりヒートの色がいつもとちがっていたと言って頂けたので事故が発覚した。すでにコディオEX配合錠15錠飲んだ状態だった。病院で血圧を測ったが異常はなかった。	営業時間少し前に来局された。急いで開局作業を行い自己ピッキングし、自分で投薬したため違う薬剤をピッキングしたことに気が付けなかった。もう一人、薬剤師がいる体制になっていたが遅刻して不在だった	早朝に緊急で開局作業を行う時もチェック回数は減らさないようにする。	エックスフォージ配合錠	コディオ配合錠ＥＸ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
108	エナジア吸入用カプセル高用量を30Cp調剤するべきところに、1シート7カプセルが４枚（２８ＣＰ）とウルティブロ吸入用カプセルが２カプセル（端数）混ざった形でお渡ししてしまっている。	エナジア吸入用カプセル高用量とウルティブロ吸入用カプセルのデザインが酷似している。	過誤発生後、処方医に連絡し、ご本人のその後の状態を確認。薬剤自体は類似しているため、特に身体的異常はなかった。 当該薬剤の保管場所の改善と注意書きを棚に設置。監査時に端数分のチェックを行う。	エナジア吸入用カプセル高用量	ウルティブロ吸入用カプセル		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
109	当薬局内の在庫が高用量のものしか置いておらず、薬品名だけで判断してしまった。	高用量以外の規格があることを知らなかった為だと考えられる。	異なる規格がある場合は、他の規格もあることを周知する。	エナジア吸入用カプセル中用量	エナジア吸入用カプセル高用量		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
110	エナジア吸入中用量が処方されていたが、アテキュラ吸入中用量で調剤して交付してしまった.	エナジアは中用量・高用量、アテキュラは低用量・中用量・高用量と採用品目も多く、日常的に処方量も多い．外装も類似している.	今一度、調剤者・監査者・投薬者が注意をする.	エナジア吸入用カプセル中用量	アテキュラ吸入用カプセル中用量		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
111	エナラプリルマレイン酸塩錠2.5ｍｇで処方されていたが、誤ってエプレレノン錠25ｍｇを調剤してしまった。	処方箋の内容をよく確認していなかった。	処方箋とピッキングした薬を照らし合わせ、正しい薬か再度確認する。	エナラプリルマレイン酸塩錠２．５ｍｇ「サワイ」	エプレレノン錠２５ｍｇ「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
112	エナラプリル５ｍｇ「ＶＴＲＳ」のピッキング時、誤ってエピナスチン２０ｍｇ｛ＶＴＲＳ」をピッキング。監査時に気づく。同薬は隣り合わせで配置かつ、同じＶＴＲＳのため、包装が酷似していた。	1つの箱が空き、次の箱を空けるときに、慢心により薬剤名を確認せず、包装のみで確認。包装が酷似している薬が隣り合わせであったことも問題。	包装が酷似している薬品は別棚に移動。必ず薬品名を冷静に確認する。	エナラプリルマレイン酸塩錠５ｍｇ「ＶＴＲＳ」	エピナスチン塩酸塩錠２０ｍｇ「ＶＴＲＳ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
113	一般名処方で、エベリゾン塩酸塩錠５０ｍｇが処方されていたが、ピッキングされていた医薬品は、エパルレスタット錠５０ｍｇ「ＮＩＧ」であった。	多くの患者さんが多くお待ちになっていたため、慌てて処方箋を確認してしまい、間違っている医薬品をピッキングしてしまっていた。	どんなに忙しくても、しっかりと処方箋を確認するようにする。印をつけ、間違いないように確認する。薬品棚に名称類似品があることが分かるように目印をつける。	エベリゾン塩酸塩錠５０ｍｇ「ＮＩＧ」	エパルレスタット錠５０ｍｇ「ＮＩＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
114	商品名が似ており規格が同じであるため間違えてしまった。	循環器の薬で不注意	ピッキング、監査のさらなる充実を図る	エリキュース錠2.5ｍｇ	ベリキューボ錠2.5mg		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
115	一般名処方（エリスロマイシン）でエリスロマイシン錠を選択する間違いが発生。実際は一般名（エリスロマイシン）→エルスロマイシン錠「サワイ」が正しい選択（腸溶錠としてフィルムコーティングしてある）。一般名（エリスロマイシンステアリン酸塩）→エリスロシン錠が正解。	一般名処方（エリスロマイシン）はエリスロマイシン、エリスロマイシン錠「サワイ」のどちらでも選択できると勘違いした。	一般名処方においての入力チェックの再確認を行う。疑わしい入力の場合は、疑義紹介で確認する。	エリスロマイシン錠２００ｍｇ「サワイ」	エリスロシン錠２００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
116	認知症の患者様であったため、一包化していた。その時から開始となったエルデカルシトールカプセル0.5μｇだったが、近隣病院でよくでる規格の.75μｇではなく0.5μｇであったため調剤時に間違ったまま一包化された。入力も間違っており調剤監査用の機械も使っていたがエラーだでず、鑑査時も規格間違いに気が付かないままお渡しとなった。患者様も初回の薬であったこと、認知症であるため理解に乏しいこともありお渡しした薬をそのまま服用し次回来局時に間違いに気が付いた。	繁忙時であったこと。経験ある事務員が入力であったため間違っていないと思い込みで調剤、鑑査を経験が浅い事務員、薬剤師が必要な確認を怠ってしまったことで患者様にお渡し後も気がつかないままとなったと思われる。鑑査システムでエラーがでなかったことも安心感があったと思われる。	初回追加薬は特に注意して薬、規格に間違いがないか確認すること。一包化作成時に入力内容を再度見直すこと、鑑査時にも処方箋と一包化薬の確認をしっかりすることを再度見直した。	エルデカルシトールカプセル０．５μｇ「サワイ」	エルデカルシトールカプセル０．７５μｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
117	当日お昼前、患者数が増えてきており、最終確認がおろそかになったと考えられる。患者ご本人ではなくその日はご家族が薬の受け取りに来局されており、いつも飲まれている薬かどうか確認せず、患者へ渡ったと考えられる。薬袋の写真、薬剤のシートは酷似しておらず、単純に監査ができていなかったと言わざるを得ない。	投薬者は調剤者とは別のものが担当することを徹底しているが、２名が監査にかかわっているのにもかかわらず、調剤ミスが起きてしまった。	投薬時に、薬袋の写真、薬剤の確認を一層徹底すると同時に、十分な監査が必要と考えられる。	エルデカルシトールカプセル０．５μｇ「トーワ」	アルファカルシドールカプセル０．５μｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
118	エンペラシンの処方せんをエペリゾンでピックアップした。本人見直してすぐに発見	後発品の供給不足もありまた、棚が上下に並んでいたため	まず、棚を離したダブルチェックの徹底流通が滞っているため原則後発品での調剤になると、患者さんへの周知文を店内に掲示	エンペラシン配合錠	エペリゾン塩酸塩錠５０ｍｇ「ＮＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
119	処方薬はエンレスト100ｍｇ　処方箋を2次元バーコードで読み取るとエンレスト50ｍｇとなってしまい、今回は入力の変換間違い。	普段からエンレスト100ｍｇを服用中ではあるが、今回は新型コロナウィルス治療薬も一緒に処方されており、それに気を取られてしまった為入力ミスに気づかず、処方箋を見ながらの調剤ではなく、薬袋や薬剤情報提供文書の確認のみで調剤してしまった。	薬剤の規格が2つあるものには、処方箋にエンピツでチェックをかけて確認をする。	エンレスト錠１００ｍｇ	エンレスト錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
120	オイラゾンクリーム0.1%が処方されたが、オイラックスクリーム10%を渡した。患者様が気づいて交換しに来局してくれた。	薬剤の名称が類似しており、薬剤取り違え、鑑査ミス	取り違え事例を薬局内で周知。取り違え事例のあった患者様の薬歴メモに記録。調剤棚の配置を工夫。	オイラゾンクリーム0.1%	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
121	オイラックスHクリームをオイラックスクリームで調剤してしまいました。	ずっと、オイラックスクリームで処方されていたので、思い込みで調剤してしまった。	オイラックスHクリームの箱にHの部分に注意の印をつける。オイラックスクリームの箱にも同様に注意の印をつける。	オイラックスHクリーム	オイラックスクリーム		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
122	インフルエンザの処方調剤が連続的に行われていた。ほとんどがゾフルーザ２０ｍｇ２Ｔ1日1回1日分であったため、オセルタミビルの処方が入っても機械的にゾフルーザの調剤を行っていたため監査にて再調剤してもらう	同じ薬品の処方が続くと先入観も入り誤った調剤をしがちになってしまう	1枚1枚がオーダーメイド処方であることを各人再認識してもらう。	オセルタミビルカプセル７５ｍｇ「サワイ」	ゾフルーザ錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
123	オルメサルタンOD錠5ｍｇが正しいところアムロジピン5ｍｇを誤ってピック。立て込んでいたことで監査者の確認が疎かになり誤ったまま投与。患者さんが帰宅後に気付かれ直ちに薬局へ再訪。謝罪の上交換。	両剤とも降圧剤の中では局内で1～2を争う頻度で使用している薬であり、バタバタしていたことで処方箋原本を手元に置かず、直前に見た記憶で調剤者がピックしてしまい、監査者の方は急ぐ余り確認を怠ってしまった。	調剤する際は手元に必ず処方箋を置いた状況でピックする様にし、監査者は急ぐことよりも正確さを第一に考えて対応する様にする。	オルメサルタンＯＤ錠５ｍｇ「トーワ」	アムロジピン錠５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
124	薬局に在庫しているメーカーと違うメーカーの物を入力	在庫不足で色々なメーカーを入庫していたためその時にある在庫が事務ではわからなくなっていた	情報共有する	オルメサルタン錠１０ｍｇ「ＹＤ」	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
125	患者の母親から電話があり、娘が服用する時に錠剤が違うことに気が付き、母に話したところPTPシートに記載の名前と薬袋の薬の名前が違うことを発見し薬局に電話。薬局内で情報を調べたところ、ピッキングgoがされていなかった。	多忙の為、ピッキングシステムを使うことを忘れてしまった。監査済み札を作っているが、入っていなくても薬がそろっているものは監査済みだと勘違いしてしまった為、監査済み札が入っていないものは未監査との認識を持つ。ピッキングシステムは必ず行うこと、調剤者と監査者を分け、処方箋内容と照らし合わせながら監査を行う。	ピッキングシステム通したうえで処方箋と照らし合わせて監査。患者に渡す際にも数量確認とともに名前・規格を確認してから投薬する。	オロパタジン塩酸塩ＯＤ錠２．５ｍｇ「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
126	一般名処方での選択間違い【般】ピレノキシン点眼用０．００５％（カタリンK点眼用）　で処方のところ【般】ピレノキシン点眼液０．００５％5mL（ピレノキシン点眼液）　で入力再確認時に、間違いに気づいた。	カタリンK点眼用の一般名処方を初めて薬局で受け付けた。知識不足。	一文字、一文字確認を行う。	カタリンＫ点眼用０．００５％	ピレノキシン懸濁性点眼液０．００５％「参天」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
127	一般名処方でジプロフィリン・ジヒドロコデイン配合錠剤（カフコデN配合錠）6錠毎食後と記載。ジプロフィリン・ジフェンヒドラミン配合錠(トラベルミン配合錠)と間違え入力、調剤時に気づいて訂正。	一般名処方の「ジプロフィリン」まで入力し、配合剤のトラベルミンが該当薬剤と思い込み入力してしまった。カフコデN配合の処方が少なく、類似名称医薬品でカフコデN配合があるとの把握をしていなかった。	配合剤については一般名が途中まで同じものがあるため、薬局採用品について改めて類似一般名の医薬品について一覧にし、注意喚起を行った	カフコデＮ配合錠	トラベルミン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
128	【般】カンデサルタン・アムロジピン５ｍｇ配合錠と記載された処方箋を応需した。患者の希望によりジュネリック医薬品調剤。長らくアジルサルタン・アムロジピン錠５ｍｇ配合錠が処方されていたのだが、急にカンデサルタン・アムロジピン５ｍｇ配合錠に切り替わっていた。カムシア配合錠ＨＤを調剤すべきところを、ジルムロ配合錠ＨＤを投薬。	処方箋を応需すると、入力を担当するものと調剤を担当するものが個別で確認作業を行う。配合剤の一般名処方は誤認が生じやすいという認識があり配合剤一覧表も用意していたが確認作業を怠った。レセプトコンピューター入力者は処方内容に変更点がないと誤認し複写にて処方箋入力、ピッキングを行った職員も一般名の確認を行わず履歴に基づき誤った薬剤を計数調剤した。監査や投薬に従事した薬剤師も知識不足で過誤に気づくことができず、投薬に至った。患者は医師から薬剤を変更する旨を説明されていたが、薬局で今通りの薬を渡された時点で、自らの聞き違いだと自己解釈し確認することなく薬を持ち帰り服薬した。	配合剤の一般名処方は複写入力を行わないこととし、必ず確実に確認することした。この件に関して処方元の医師に連絡したところ、再発防止のため、配合剤の増減や変更があった際には処方箋上にコメントを入れていただけることとなった。	カムシア配合錠ＨＤ「あすか」	ジルムロ配合錠ＨＤ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
129	事務員がガランタミンの処方をカンデサルタンでピッキングし、監査薬剤師が気づいた。	早く用意することに気を取られた。	全員での事案と意識の共有	ガランタミンＯＤ錠８ｍｇ「サワイ」	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
130	11/25の処方箋持参の際の調剤前監査の際に、入力ミスが発覚。過去の処方箋を調べたところ8/5，9/30の処方内容から間違って調剤、投薬していたことが発覚しました。処方医に連絡し、事実を説明し謝罪。医師からは同効薬なので問題ないので患者さんに説明するよう指示され対応しました。患者さんも説明に納得していただき、トラブルにはなりませんでした。	薬局のレセコンが一般名入力の際、「カルシ」で入力すると「カルシトリオール」、「アルファカルシドール」が選択肢で上がってくることが事務側のミスの原因。薬識のある薬剤師が十分な確認をせず、調剤監査し2回とも見逃したことが要因である	・処方入力する際に名称の似た薬を間違えないように医薬品選択名称前に【一般名注意】などを記し、注意喚起を行う。・一般名が似ている医薬品に関しては取り間違いを生じないように【一般名注意】を調剤棚もしくは医薬品の箱に貼付して注意喚起を行う。	カルシトリオールカプセル０．２５μｇ「ＢＭＤ」	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
131	カルデナリン４が処方されていたが、カンデサルタン４を誤って交付	いつもお渡ししている定期薬だったが、混雑による焦りと日曜日での当番勤務のスタッフがいたので取り違えが発生しそのまま公布	名称、規格の類似の為、棚に注意喚起の札を設置し監査システムの導入。	カルデナリン錠４ｍｇ	カンデサルタン錠４ｍｇ「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
132	小児科を主に応需しているため水剤の調剤は機械で自動に行っているのだが、その日は機器不調で使用できなかったため手作業での調剤を行っていた。水剤が4種類処方されている患児が来局した。調剤した薬剤師はそれぞれに薬品名の札をつけ間違わないようにし、監査者に渡した。カロナールシロップとメプチンシロップはどちらも無色透明で、1回服用量は異なるが全量が同じだった。 監査者は調剤者の薬品名の札を確認したが、同じ量同じ無色透明なので外観からの判別ができなかったので正しいかどうか迷ってしまった。メプチンシロップは柑橘系の風味であると覚えていたので、メプチンシロップの1回用量を記した計量カップがついているほうの匂いを確認し間違いないと判断して交付した。時間が経過して判断に迷った調剤を振り返ったとき、カロナールシロップの味を調べると同じく柑橘系だったので自分の判断に自信がなくなってしまった。カロナールシロップをメプチンシロップを取り違えてお渡ししていたとすれば、メプチンシロップを体重換算よりも多い用量で服用させてしまうことに不安を感じたため、患者家族に電話連絡し経緯説明、自宅に訪問して再調剤したメプチンシロップとカロナールシロップをお渡しし、先にお渡ししたものを回収した。回収後現物を確認したところ、正しくお渡ししていたことが判明した。	・土曜日で比較的患者が込み合っていた・調剤機器が不調で使えなかったため、いつもとは違う手順になっていた・無色透明のカロナールシロップとメプチンシロップがたまたま全量が同じ処方だった・メプチンシロップの風味は把握していたがカロナールシロップの風味は把握していなかった・他の薬剤師もそれぞれ調剤や監査に入っており、自分で判断しなければならないと思って相談しなかった。	・不安に感じる場合は込み合っていても調剤をやり直す・調剤者もしくは他の薬剤師に確認する・交付する薬剤の性質はすべて把握しておく・今回のように取り違えたかもしれないとおもう調剤については、片方の特徴のみで判断せず双方の特徴で判断する・機器の不調など通常とは違う手順で行う場合の手順はスタッフ間で共有する	カロナールシロップ２％	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
133	カロナール細粒20％処方をアセトアミノフェン原末に変更して調剤。その際アスピリン原末を間違えて計量してしまった。調剤をしている途中で量の多さを不審に思い、薬の取り間違えに気付いた。	似たような調剤が重なり、名称も似ていたことから薬を取り前違えた。	処方箋、薬品を調剤前、調剤後に指差し確認をする。はかりとった量をきちんと記録する。	カロナール細粒２０％	アスピリン＊（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
134	カロナールが処方されていたが、外観が似ていたトラネキサム酸を調剤。投薬時に別薬剤師が気づき調剤しなおした。	風邪でよく処方される薬というくくりで同じ引き出しにあったため、また外観が似ていたため、注意不足で調剤した。	置き場所を変えようという案も出たが、他薬剤師は同じ間違いをしていないため、私本人が今後いっそう注意するということで今のところ対策はしていません。	カロナール錠２００	トラネキサム酸錠２５０ｍｇ「ＹＤ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
135	カロナール（200）12錠処方されていたが、10錠をカロナール（200）、2錠をトラネキサム酸（250）「YD」で事務員がピッキングして輪ゴムでとめた状態で薬剤師に手渡した。鑑査の段階で気づいて、カロナール（200）に取りかえた。	繁忙状態で、患者さんもかなり待っていたため焦りもあった。	今後も鑑査を徹底する。	カロナール錠２００	トラネキサム酸錠２５０ｍｇ「ＹＤ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
136	正しくはカンデサルタンOD4mg「サワイ」であったが、誤ってガランタミンOD4mg「ニプロ」をピッキングし、監査でも気づくことができなかった。服薬指導の際に、患者に指摘され誤りが発覚した。	- 文字列が似ている（カで始まりン終わり・OD（４））- シートの色が似てる- 2，3回目監査で、処方箋と薬情の写真との照合をしっかりしていない- 個人的な業務が立て込んでいた後だった、頭の切り替えがうまくできていなかった	#NAME?	カンデサルタンＯＤ錠４ｍｇ「サワイ」	ガランタミンＯＤ錠４ｍｇ「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
137	患者さん本人から、連絡有。カンデサルタン２ｍｇのところ、カルデナリン２ｍｇをお渡ししていた。	前もって、２名の薬剤師が関わっていたが、見過ごしていた。慣れがあり、まったくの見過ごしだった。	交付時に、薬剤情報の写真を見比べて、鑑査・交付する。鑑査マシーン導入も検討	カンデサルタン錠２ｍｇ「ケミファ」	カルデナリン錠２ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
138	キサラタンが処方されていたところ、フルオロメトロンを調剤した。	次の処方の薬剤が取り揃えてあったので、取り間違い。	処方箋とそれぞれの薬剤をトレイに入れ順序で並べる	キサラタン	フルオロメトロン点眼液０．１％「センジュ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
139	クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム水和物配合製剤（薬剤名：クエンメット配合錠）の一般名処方から、クエン酸第一鉄を調剤してしまった。	一般名処方から、一般名と類似した薬剤を調剤してしまった。	一般名から類似した薬剤を調剤しないように、名称が類似した薬剤に関する注意事項を、薬局内で周知、掲示して、同じ間違えが起こらないように徹底する。	クエンメット配合錠	クエン酸第一鉄Ｎａ錠５０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
140	クエンメット配合錠が７０Ｔ処方されていたが、調剤者が誤ってクエン酸第一鉄５０ｍｇ「サワイ」１０Ｔとクエンメット配合錠を６０Ｔを調剤し、監査者による監査が不十分であったため、そのまま患者様に交付。その後、別の薬剤師がクエン酸第一鉄５０ｍｇ「サワイ」を調剤しようとしたところ、クエン酸第一鉄５０ｍｇ「サワイ」の棚にクエンメット配合錠が入っていたため、発覚。在庫、処方された患者様を調べて、患者様を特定。患者様に連絡したが、既に１回分を服用されていた。処方医に連絡し、患者様に謝罪した。	両剤の棚が隣り合わせになっていたことや両剤の錠剤の形、PTPの大きさが似ていることが挙げられる。調剤時にクエンメット配合錠の棚でなく、クエン酸第一鉄の棚を見て在庫が１２Tであり、７０Tに足らないため、新たにクエンメット配合錠の１００Tの箱を取り出し、クエン酸第一鉄１０Tとクエンメット配合錠６０Tを合わせて７０Ｔとして調剤した。その後、残りのクエンメット配合錠４０Tをクエン酸第一鉄５０ｍｇ「サワイ」の棚に入れたと考えられる。調剤されたものが１０Tのみ違う薬と認識できず、監査不十分で患者様に交付してしまった。	クエンメット配合錠とクエン酸第一鉄５０ｍｇ「サワイ」を話して保管する。調剤するときは、調剤棚の名称を確認してから取り出す。残りの薬をしまうときも調剤棚の名称を確認してから保管する。監査時には薬の束の中まで確認する。	クエンメット配合錠	クエン酸第一鉄Ｎａ錠５０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
141	在庫有無に注意がいき、他の薬品と組み合わせて　調整してしまった	既存箱に調剤数量がない際　その場で即破棄してしまう	新規箱を開封する際　必ず既存箱を並べて　再度確認	クエン酸第一鉄Ｎａ錠５０ｍｇ「サワイ」	クエンメット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
142	一般名処方にてクエン酸第一鉄ナトリウムが30日分処方されたところクエンメット配合錠を調剤。監査者は「クエン」だけを見てしまい、間違いをスルーしてしまった。3週間後に別の方でクエンメットが処方された際に、在庫のズレに気づき過去の記録を遡っていったところ、当該患者へ渡し間違えたことが発覚。すぐご連絡をしたところ、「いつも便が黒くなるのに、今回は黒くならなかたので何かおかしいなとは思っていた。」と言われていた。すぐお取替えに伺い、処方医に連絡をし「有害事象は発生していないので、大丈夫。今後注意されてください。」との返答をいただく。	クエン酸第一鉄ナトリウムとクエンメット配合錠は隣り合う棚に配置されており、取り違いが発生。監査者は当日寝不足であり、注意力・集中力が散漫だった。	クエンメット配合錠が処方されている患者さんは一人だけだったので、今後の取り違い防止のため別の棚に移動。	クエン酸第一鉄Ｎａ錠５０ｍｇ「サワイ」	クエンメット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
143	12／4に調剤投薬した薬が薬袋に書いてある名称と異なることに気付き19日に持参された。時々クエン酸第一鉄Ｎａ錠は服用されており、投薬を間違えたクエンメット錠と外観が似ていたため、服用していたが、1日2回を間違えて3回飲んでしまって、気分が悪くなり、下痢と嘔吐の症状が出たため、間違えた薬のせいかと思ってもう一度薬袋を確認し、薬が異なることに気付いた。服用したのは32錠、24錠を持参して来局された。	誤って投薬したクエンメット錠とクエン酸第一鉄の保管場所がすぐそばだったこと、外観が似ていたこと、が今回のミスにつながったと思われる。	調剤時と投薬時に複数回確認をする事を徹底する。	クエン酸第一鉄Ｎａ錠５０ｍｇ「サワイ」	クエンメット配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
144	妊娠中でクエン酸第一鉄処方必要なところクエンメットの処方あり。投薬時の聴取内容から処方内容誤りと考え疑義照会し変更となる	処方時の薬剤選択誤りと考えられる。	投薬にて患者様から今後もしっかり聴取する。	クエン酸第一鉄ナトリウム錠５０ｍｇ「ツルハラ」	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
145	クラシエ葛根湯加川きゅう辛夷錠の処方を、入力が葛根湯になっていた入力した事務かピッキングをしたので思い込みで葛根湯を調剤鑑査の時に薬剤師が気が付き、エラーにはならなかった	思い込みはよくない　処方箋を見て調剤する	処方せん確認	クラシエ葛根湯エキス錠Ｔ	クラシエ葛根湯加川きゅう辛夷エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
146	調剤時の見間違い。監査時に間違いに気づく。	処方名を最後まで確認しなかった。慣れ。	監査機の導入と調剤→監査→監査と監査する機会を増やす。	クラシエ桂枝茯苓丸料エキス錠	クラシエ桂枝加苓朮附湯エキス錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
147	クラシエ五苓散料エキス細粒(ＫＢ－１７)が処方された。ピッキングするときに新しい箱を開封するときに間違えてクラシエ半夏白朮天麻湯エキス細粒(ＫＢ－３７)を選んでしまい、ＫＢ－１７とＫＢ－３７が混ざった状態でそろえてしまった。投薬カウンターで監査した薬剤師が発見しＫＢ－１７のみを患者に渡すことができた。	クラシエ五苓散料エキス細粒(ＫＢ－１７)が処方された。事務員がピッキングした。クラシエ五苓散料エキス細粒(ＫＢ－１７)が開封されてある箱では不足したため、不足分を新しい箱からとるときに間違えてクラシエ半夏白朮天麻湯エキス細粒(ＫＢ－３７)を開封してしまい、ＫＢ－１７とＫＢ－３７が混ざった状態でそろえてしまった。二つの漢方薬の間にはピンク色の箱のクラシエ小青竜湯エキス細粒(ＫＢ－１９)を置き取り違うことがないようにしていた。不慣れな事務員で箱が同じ茶色であるため二つが別の漢方薬であることに気づかず取り違えた。	漢方薬をピッキングするときは、箱の色だけではなく番号、1包のグラム数(クラシエの場合はＥＫかＫＢかの違い)、薬剤名を必ず確認するように徹底することを再度確認した。	クラシエ五苓散料エキス細粒	クラシエ半夏白朮天麻湯エキス細粒		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
148	クラシエ桃核承気湯エキス錠が336錠処方され調剤を行った。調剤時点で桃核承気湯の隣に葛根湯エキス錠があったのを気付かずピッキング、監査時点でも気付かず桃核承気湯と葛根湯が混ざった状態で交付してしまった。発注の時点で発覚して患者へ連絡。内服開始していなかったため取り換えて事なきを得た	葛根湯と桃核承気湯は同じ外観であり、ぱっと見では判別ができず、隣同士でおかれていたことがミスの原因。監査者もさらっと見た目で確認してしまった。	置き場所をはなし、一緒にピッキングされないように変更した。監査者は色で判別せず、名前をしっかり見るように薬剤師全員に注意喚起を行った。	クラシエ桃核承気湯エキス錠	クラシエ葛根湯エキス錠Ｔ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
149	クラシエ当帰芍薬散料エキス細粒５６日分の内、クラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒が１４日分混入。	クラシエ当帰芍薬散料エキス細粒とクラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒の番号に付いている色が同じなので取り間違いをしてしまったか、または棚に戻す再に番号の色で判断しクラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒をクラシエ当帰芍薬散料エキス細粒の中に戻してしまったと考えられます。	戻し作業は必ず二人組で作業を行うようにする。調剤者、投薬者共にクラシエは薬品名を一つずつ確認する。	クラシエ当帰芍薬散料エキス細粒	クラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
150	クラシエ補中益気湯エキス細粒５６日分の内、クラシエ小半夏加茯苓湯エキス細粒が１４日分混入する。	クラシエ補中益気湯エキス細粒とクラシエ小半夏加茯苓湯エキス細粒は番号に付いている色が同じなので取り間違いをしてしまったか又は棚に戻す際、番号の色で判断しクラシエ補中益気湯エキス細粒の中にクラシエ小半夏加茯苓湯エキス細粒を間違って入れてしまったと考えられます。	薬を戻す際は必ず二人組で作業を行う。調剤者、投薬者共にクラシエは薬品名を一つずつ確認をする。	クラシエ補中益気湯エキス細粒	クラシエ小半夏加茯苓湯エキス細粒		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
151	クラシエ防風通聖散錠90包が処方されている患者に、クラシエ桂枝加芍薬湯錠が12包混ざって状態で調剤、鑑査をされていた。患者がまだ来局していなかったときに、誤った薬の空き箱が発注BOXに入っていたため、ミスが発覚した	どちらの薬も同じ外観であった。調剤者、鑑査者ともに、誤った薬が入っていたことに気が付かなかった	全ての薬が同じであることを確認する。外観が似た薬は、隣り合わせに置かないように変更した。	クラシエ防已黄耆湯エキス錠	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
152	インフルエンザの患者にツムラ麻黄湯が処方された。ツムラの製品がなかったため疑義照会してクラシエに変更になった。その際に、棚から取り出したときに箱の色が同じ八味地黄丸をとってしまった。たまたま包装単位の違うクラシエ麻黄湯の上に八味地黄丸の箱が置かれていたための取り違いだった。監査の際に発見され、クラシエ麻黄湯を調剤することが出来た。	漢方薬の配置には同じ色のものを話しておくように気を付けていたが、同じ色の麻黄湯と八味地黄丸が一緒に置かれていたための取り違いだった。	漢方薬の名前と番号を声を出してダブルチェックするように改めた。	クラシエ麻黄湯エキス細粒	クラシエ八味地黄丸料エキス細粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
153	漢方薬の名称類似の為、調剤薬剤師が取り間違えた。監査の薬剤師が気づき交付にいたらず。	多忙時でも調剤監査しっかり行う。必ず二重監査する。	薬品・用法・用量しっかり再確認を徹底する。	クラシエ抑肝散加陳皮半夏エキス細粒	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
154	グラセプターカプセル1mg 1回1錠 1日1回朝食後のところ、グラケーカプセル15mg 1回1錠 1日1回朝食後で患者様にお渡しした。ミコフェノール酸モフェチルカプセル250mg 1回4カプセル1日2回朝夕食後のところ、1回2カプセル1日2回朝夕食後でお渡しした。	背景店舗勤務者の人時が少なく、処方箋が込み合い繁忙な状況であった。 原因入力時において、患者様よりスマートフォンアプリで送付頂いた処方箋画像を印刷し処方箋リーダー（処方箋読み取りシステム）に通しレセコン入力を実施。グラセプターカプセルがグラケーカプセルと表示されていること、ミコフェノール酸の用法用量が異なることを確認しなかった。鑑査時において、機械を通して入力を行っているため入力が正しいと思い込み、処方箋の内容と調剤録の内容確認時に入力間違いに気づかなかった。投薬時において、今回お渡しする薬を継続服用している薬であると思い込み、服用歴や患者様背景などのヒアリングが不十分となり誤った薬のまま服薬指導をした。	入力時は薬剤名、剤形、規格、メーカー名、用法、一日服用量、処方日数など誤りがないか自己確認を行う。入力鑑査時は薬剤名、剤形、規格、メーカー名、用法、一日服用量、処方日数など入力が間違えている前提で鑑査を行う。項目は声出し確認し、確認した項目の上部に✔を鉛筆で記載する。薬剤鑑査時はピッキングサポートシステムにより印字されたジャーナルと処方せんコピーを照合し、問題がなければ処方せんコピー薬剤名左側にレ点をつけ、正しい薬が正しくピッキングされていることを確認する。服薬指導前に薬歴、おくすり手帳を確認し、処方内容の妥当性を確認する。投薬時は患者背景などを踏まえたヒアリングを十分に行い、お薬の内容の妥当性、調剤した薬剤や用法用量の誤りの有無を確認し、患者様が正しい薬を正しく使用できるよう服薬指導を行う。	グラセプターカプセル１ｍｇ ミコフェノール酸モフェチルカプセル２５０ｍｇ「ＶＴＲＳ」	グラケーカプセル１５ｍｇ ミコフェノール酸モフェチルカプセル２５０ｍｇ「ＶＴＲＳ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
155	クラビット錠500mgの処方。入力の際、前回処方と同様のクラリス錠200mgで入力。処方箋を確認せずに入力内容で調剤したためGEのクラリスロマイシン錠200mgをピック。鑑査の際に入力、調剤ミスを発見した。	入力者が入職してわずかであり入力に時間がかかってしまうため、調剤も同時並行しておこなっていた。入力に処方箋を使用していたため、調剤は処方箋なしでおこなってしまった。調剤過誤防止システムは使用していたが入力が間違っていたため、調剤ミスとなった。	入力時は継続処方と思い込むのではなく３文字入力を徹底する。調剤時は処方箋と照らし合わせて薬品名、規格、錠数の確認を行う。処方箋なしでは調剤は行わない。	クラビット錠５００ｍｇ	クラリスロマイシン錠２００ｍｇ「大正」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
156	風邪薬が処方されている患者に「レボセチリジン」の処方あり。投薬時、患者から症状を聞いたところ膀胱炎の診断だったクリニックに問い合わせたところ薬品名の記載間違いで「レボフロキサシン」に変更となった。	投薬時は患者さんの症状をしっかりヒアリングすることが重要である。	日頃からコミニュケーションを大切に話しやすい環境作りを心がけたい。	クラビット錠５００ｍｇ	レボセチリジン塩酸塩錠５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
157	グラマリール細粒が処方されていた患者に対して、誤ってアルダクトン細粒で調剤を行った。電子天秤での監査ジャーナルがあったことにより、調剤薬の過誤を発見、患者に交付される前に気づくことができた。	平素より、散剤の調整においては電子天秤を活用して、計量した薬剤、計量量をジャーナル(レシート)に印字し、監査に活用していた。通常の天秤では何をどのくらい計量したかの確認ができず、今回のケースでは監査を通過してしまった可能性がある。電子天秤での監査はより精度を高めるために必要な設備投資と考えられる。	今後は、レセコンと電子天秤をSHIPS連動することで、患者情報と調剤散薬を確認するようにする。そうすることで、今回のように入力と異なる薬剤が調整されようとした場合にはエラーが出るように設定することで、調剤する前に薬剤の取り間違いを防ぐことができると考えられる。	グラマリール細粒１０％	アルダクトンＡ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
158	アンブロキソール、カルボシステイン、クラリスドライシロップが処方されてた。クラリスドライシロップの処方量が少ないので医師に疑義照会したところクラリチンドライシロップの処方であることが判明	繁忙期で入力ミスが原因	医師の処方パターンなどをよく把握しておく。普段からあまり処方されない薬が処方された場合は疑義照会して確認する。	クラリスドライシロップ１０％小児用	クラリチンドライシロップ１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
159	クラリスロマシン錠200mg「NPI」の供給不安により、同「CH」に採用変更となったが、事務との情報共有ができておらず、実際の提供薬と薬剤情報記載薬がメーカー違いとなっていた。ヒートデザインが異なることから患者は服用を見合わせてしまい、服用開始が遅れてしまった。	昨今のジェネリック医薬品の出荷制限により、メーカー変更が増え、それによる負担増大によりこのような事故が生じた。	薬局内スタッフ間でのコミュニケーションを十分に行う。	クラリスロマイシン錠２００ｍｇ「ＮＰＩ」	クラリスロマイシン錠２００ｍｇ「ＣＨ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
160	グルファスト錠１０ｍｇの処方であったが、前回まで処方されたいたグルベス配合錠で入力をしてしまった。	レセコン入力時、担当者が席を離れた為別の事務員が入力を行った。このことから焦りが生じ、名前の頭２文字が似ていることもあり間違いに繋がったと思われる。	入力したら確定前に自身で見直しを必ず行う。	グルファスト錠１０ｍｇ	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
161	クレメジン細粒　分2　朝夕食後　28日分→クレメジン細粒　分2　朝夕食間　28日分	クレメジンは薬効上食後投与だと他剤を吸着するため、食間に疑義した。	薬効などを考慮しながら調剤する。	クレメジン細粒分包２ｇ	クレメジン細粒分包２ｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
162	クロチアゼパム錠5ｍｇを投薬すべきところ　ロラゼパム錠0.5ｍｇを投薬。頓服であったため間違いが発覚したときには3錠のみ服用。差し替えの薬剤をご持参しDR.にも報告。特にSEなく、健康被害はなかった。	同時処方されているトリプタノールが入手困難であるため、同一成分のアミトリプチリンに変更するか検討するなど他のことに気をとられた当該処方箋発行の医療機関での頓服は薬品が限られているため気がそぞろになった	薬品名　ミリ数　チェックを入れることにした	クロチアゼパム錠５ｍｇ「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
163	クロピドグレル錠75mg84錠処方の患者。監査時にクロピドグレル80錠に酸化マグネシウム4錠が混在していることに気付き、正しく調剤しなおした。	薬の包装の外観が青くどちらも10錠シートであった。名称順で棚に陳列しているが、陳列場所が近かった。指差し声出し確認の不足。端数の薬についてはピッキングチェックシステムを使用していなかった。	棚の位置を離して配置端数を棚に戻すときに指差し声出しダブルチェックにて確認をしながら戻すピッキングチェックシステム使用の徹底	クロピドグレル錠７５ｍｇ「トーワ」	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
164	一般名処方にてクロベタゾン軟膏が処方されている患者様にのレセコンに、誤ってクロベタゾール軟膏と入力がなされていた。	類似薬品名であること	該当医薬品にポップを付けて注意喚起を促した	クロベタゾン酪酸エステル軟膏０．０５％「イワキ」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「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
165	クロベタゾン軟膏5ｇ　1本のみの処方だった。外用棚の2段下にあったビダラビン軟膏5ｇを調剤し、患者さんへお渡ししてしまった。母親が娘に塗布する時にチューブに「抗ウイルス薬」と記載されてるのを見て不信に思い、薬局に電話があった。	薬剤師1人体制で、軟膏1本で慣れた処方だったので、確認を怠った。1人体制が主なので、調剤時、監査時、投薬時に3回は確認をする。	調剤時、監査時、投薬時に3回は確認する事を各自しっかりと行う。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏０．０５％「イワキ」	ビダラビン軟膏３％「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
166	クロベタゾン酪酸エルテル軟膏が一般名で処方されていたが事務員入力時にクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏と入力し、ピッキングしたものもクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏をピッキングしていたが、管理薬剤師が監査したときに気が付き正しいクロベタゾン酪酸エステル軟膏で患者様にお渡しした	お局事務員が気に入らない薬剤師をいじめる手段としてわざと入力ミスすることアがあり。いつもは他の事務員が入力していたが入力事務員が休みのためその事務員が入力であった。以前もそのような調剤過誤があったため，管理薬剤師が同様処方際には特に気を付けるようにしていたため気が付いて交付前に正しい薬をご用意できた。薬局内の風土にも問題あり。	同種の医薬品について過誤が起こりやすいことを職員一同に周知。開設者に報告。該当事務員には注意する。間違いやすい軟膏（一般名）一覧を薬局の監査コーナーに設置する（以前あったものが古くなっていたので）	クロベタゾン酪酸エステル軟膏０．０５％「テイコク」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＭＹＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
167	処方薬剤名が「クロマイ膣錠」で処方された。ピッキング時、頭の中で後発品で調剤しようとクロトリマゾール膣錠100mgで取り揃え。監査時、医薬品のピッキング誤り及び知識不足が露呈された。尚、交付前に気づいた為、実害はなし。	・知識不足・両剤とも規格が「100mg」であった為、疑いなくピッキング作業に拍車がかかった	現在、調剤棚に「クロトリマゾール膣錠100mg「F」」と「クロラムフェニコール膣錠100mg「F」」が存在する。その棚に名札に両薬剤の先発名も併記することで改善策とした。	クロマイ膣錠１００ｍｇ	クロトリマゾール膣錠１００ｍｇ「Ｆ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
168	ケトコナゾールスプレー8本を処方された患者に対し、ケトコナゾールスプレーを6本+アポハイドローションを2本調剤してしまった。監査時点で他薬剤師が気付き、訂正した。	・両薬剤共に容器が白色、円柱状であり、外観は類似している。・ケトコナゾールスプレーの不足が2本あり、アポハイドローションの在庫数と一致していた。・同一の引き出しで保管していた。	事例を周知し、在庫ごとにビニールで覆って保管した。監査をする際、薬剤をきれいに並べて行うよう指導した。	ケトコナゾール外用ポンプスプレー２％「日本臓器」	アポハイドローション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
169	間違いやすい商品を近くには置かない。	シップの場合は声を出してお互い確認する。	処方箋の見直しを必ずする。	ケトプロフェンパップ３０ｍｇ「日医工」	ロキソプロフェン		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
170	セファクロルCPサワイ→SWになり、在庫がない事に慌てて、ケフラールで出す所をケフレックスでピッキング。	施設の方の処方で調剤監査システムを使用してなかった。	薬の変更があるとき、新しく処方された時は使用するようにした。	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
171	『【般】セファクロルカプセル２５０ｍｇ』の処方箋を持って来局され、先発品を希望されたためケフレックスカプセル２５０ｍｇをピッキングしたが、ケフレックスカプセル２５０ｍｇの一般名は『セファレキシンカプセル２５０ｍｇ』のため薬剤が入力できず、ケフラールカプセル２５０ｍｇの誤りだと気がついた。	同じセフェム系抗生物質で成分量も同じであったため、成分名の確認を怠ったと考えられる。	ピッキングの際に外装に記載されている成分名を確認を徹底する。間違いやすい薬剤を薬局内で周知するようにする。	ケフラールカプセル２５０ｍｇ	ケフレックスカプセル２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
172	いつもコニール２ｍｇの処方に対してジェネリックのベニジピン２ｍｇ「サワイ」で調剤を行っていたが、誤ってニルバジピン２ｍｇ「サワイ」で調剤を行ってしまった。その後別の疾患で入院となった際に、持参薬を病院の薬剤部が監査を行ったところ薬剤の誤りに気がつき当薬局に連絡が来たことで発覚。およそ12日間誤った薬剤を服用してしまっていたが、その間の体調は問題なかった。	当薬局での使用量がニルバジピンの方が多いことや、名称の類似、規格のラインナップが似ていることなどで思い込みで安易にピッキングを行ってしまったことが原因と思われる。一人薬剤師で、監査でも思い込みにより正しい監査が行えていなかった。	当該患者や同薬剤を使用中の患者薬歴に対して注意喚起のポップアップが表示されるようにすることや、他患者に対しても取り違いが起こらないように薬品棚に注意喚起のラベルを貼ることとした。	コニール錠２	ニルバジピン錠２ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
173	コレクチム軟膏０．５％をコレクチム軟膏０．２５％で入力	土曜日のお昼の時間帯の為、混雑していた	よく確認する	コレクチム軟膏０．５％	コレクチム軟膏０．２５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
174	コレミナールの棚にカルベジロールを充填してしまい、気づかずに調整してしまう。監査システムも通ってしまい（重さもほぼ同じ）最終監査時に１２０錠中の２０錠がカルベジロール１０mgだったことに気づく。	棚へ充填するときにはひとりでやっていたので複数人の確認ができなかった。また調剤時にも色覚だけで調整していたと思われる。	薬の充填時もダブルチェックをする。監査システムの手順通りの利用。ヒート、錠剤の色が類似しているため、棚に「類似薬有り」の注意喚起の掲示をする。	コレミナール錠４ｍｇ	カルベジロール錠１０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
175	コロネル錠５００ｍｇ１８０錠調剤すべきところ、別薬剤のコレバイン錠５００ｍｇが８０錠混入していたが気が付かず監査を終了してしまった。投薬時に患者様からPTPの色が変わったか？と指摘あり、過誤が発覚。その場で正しい薬剤に交換し謝罪した。薬剤名酷似、調剤棚が隣合っている薬剤のため、調剤棚の配置を変更した。180錠と錠剤が二束に分かれていたにも関わらず誤った薬剤が混入していることに気が付かず監査を完了してしまった。調剤数量が多い場合は注意を払って調剤、監査するように周知した。	コロネル錠５００ｍｇ１００錠＋コレバイン錠５００ｍｇ８０錠で調剤されていたがポリムスは正しい薬剤（コロネル錠の箱のバーコード）で通されていた。 誤って調剤されていたコレバイン錠はコロネル錠とPTPの色が異なるがPTPのサイズ、見た目が酷似しているため、監査時に誤った薬剤が混入していることに気が付かず数量確認後、薬袋に入れて監査を終了してしまった。	ピックも監査も間違いは無いだろうという思い込みが原因です。アルミ開封して保存上問題無い製剤は開封を推奨、そのままの場合は外装しっかり注意して見て監査する。	コロネル錠５００ｍｇ	コレバイン錠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
176	ザクラス配合錠LD処方の患者に対し、リオベル配合錠LDを調剤。交付後にすぐ気が付き取替え	外観類似のため誤ピッキング	交付時再確認の徹底	ザクラス配合錠ＬＤ	リオベル配合錠ＬＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
177	患者は普段整形外科の処方せんで当薬局を利用する患者で、くわもと消化器科の薬は他薬局でもらっていた。今回、整形で処方されていた湿布薬をくわもとDrで出してもらったが、普段行く薬局には湿布薬の在庫がなく、当薬局へ来局した。くわもとDrの処方はミヤBM、サラゾスルファピリジン腸溶錠、ロキソプロフェンNa、エソメプラゾール、MS冷シップ。 入力の際に、サラゾスルファピリジン腸溶錠の在庫がなく、サラゾピリン錠の在庫があったため、受付入力で一般名からの変更でサラゾピリンを入力した。 投薬時に他薬局での薬とメーカーが変わることを説明しているときに、患者からリウマチの薬との話があり、腸溶錠と普通錠の入力ミスが発覚した。	サラゾスルファピリジンは普通錠はIBDの治療薬として、腸溶錠はリウマチの薬として用いられるが、成分は同じサラゾスルファピリジンで、用量規格もどちらにも500mgが存在する。今回、消化器科の処方ということもありIBDの処方だろうと思い込んで調剤してしまった。	受付入力側で普通錠と腸溶錠の薬効違いの認識を持ってもらうのは難しいので、薬剤師側の監査段階での確認をきちんと行う必要がある。ゼロ子の監査時に「薬効確認」と注意喚起が出るように登録することで対応する。 今回、一般名処方だったため、サラゾスルファピリジン腸溶錠の代替候補薬としてサラゾピリンが選択できてしまい、今回のようなミスが起こってしまったが、レセコン入力時の選択として腸溶錠と普通錠で別の薬として扱うような措置をとれないだろうか。同成分でも用量規格の異なるアサコール、ペンタサではこういった取り違え事例はないように思える。	サラゾスルファピリジン錠５００ｍｇ「ＪＧ」	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
178	リウマチ系の治療でサラゾスルファピリジン腸溶錠500が処方されていたが、潰瘍性大腸炎治療のサラゾスルファピリジン錠500が、調剤監査されていた。	近隣病院の処方でなくまた、入力の事務、調剤監査した薬剤師が、知識不足で適応を分かっていなかった。	類似薬剤については、管理薬剤師から教育し、会社内他店舗からの情報も仕入、指導していく。	サラゾスルファピリジン腸溶錠５００ｍｇ「ＣＨ」	サラゾスルファピリジン錠５００ｍｇ「ＪＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
179	・サラゾスルファピリジン腸溶錠500ｍｇ「日医工」を継続服用の方。今回、当該医薬品の入手が困難だったためメーカー変更を行う予定でした、サラゾスルファピリジン腸溶錠500ｍｇ「ＮＩＧ」へ。しかし、レセコン入力の際、新規登録の設定を行う際に誤ってサラゾスルファピリジン錠「ＪＧ」を登録してしまい、普通錠と腸溶錠で適応等異なるが、そのまま入力作業を行ってしまった。	・サラゾスルファピリジンにおいて、腸溶錠、普通錠で適応が異なるが名称類似している事が１つ。流通が不安定な医薬品での、前回の医薬品から変更して調剤行う際の注意不足が１つ。	・新規にレセコン登録する薬剤の際は、薬剤師が設定を行う。又は2人以上で確認してからの設定作業。	サラゾスルファピリジン腸溶錠５００ｍｇ「ＮＩＧ」	サラゾスルファピリジン錠５００ｍｇ「ＪＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
180	サラゾスルファピリジン腸溶錠で処方がきていたが調剤者が誤ってサラゾスルファピリジン錠で調剤監査時にて間違いに気づき事なき終えた	錠と腸溶錠どちらも上棚にあり、隣通しとなっていたため	腸溶錠を下棚に移し、錠と腸溶錠にチェックをいれ全薬剤師へ今回事例を共有し注意喚起を促しました	サラゾスルファピリジン腸溶錠５００ｍｇ「日医工」	サラゾスルファピリジン錠５００ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
181	一般名処方でサラゾスルファピリジン腸溶錠500が追加で出されていた。事務は薬局在庫があることを確認してサラゾピリンをレセコン入力した。監査時間違いに気づき訂正した。	同じ成分名でも腸溶錠とそれ以外では適応症が異なるという知識が不足していた。	適応症についてスタッフに周知した。間違いを防ぐため一般名処方については成分名以外のところもしっかりと注意を払うように指導した。	サラゾスルファピリジン腸溶錠５００ｍｇ「日医工」	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
182	いつもベタメタゾン吉草酸エステル軟膏処方だったが、今回はサレックス軟膏処方。調剤はベタメタゾン吉草酸エステル軟膏でしてしまう。	いつもでている薬で調剤してしまったことと、変更後の薬剤も名称類似品だったため調剤ミスしてしまった。	ステロイドの一般名類似品についてあらためて周知	サレックス軟膏０．０５％	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏０．１２％「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
183	サンリズムカプセル25mg処方のところ、サリグレンカプセルを調整した。鑑査で誤りに気付いたため、訂正し患者には正しい薬を交付した。	調剤補助員が調整する場合、薬効の知識不足あるため、処方患者の病名、背景を考慮することが難しい。名称の類似で調整してしまい、混雑時だと、焦りもあり間違えてしまう傾向がある。	調整時、処方せんの内容と取り揃えた薬品をひとつづつ再確認するように再度確認することを徹底した。	サンリズムカプセル２５ｍｇ	サリグレンカプセル３０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
184	ジアゼパム錠2mg「サワイ」とアルダクトンＡ錠25mgのシートデザインが類似していたため、ピッキング間違い。調剤前の監査時点で発見。	前回、薬棚に戻し間違いをしたためにピッキング時に薬剤が混在していた。	薬剤を収納場所に戻す際は、薬剤棚や箱の薬剤名薬剤と照合することを徹底する。	ジアゼパム錠２「サワイ」	アルダクトンＡ錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
185	ジクアスLX点眼であるのにジクアス点眼にて入力	薬に対して知識があるゆえの思い込みか	発見を早くする為の早めの見直しを指導思い込みをしないように心がけるように	ジクアスＬＸ点眼液３％	ジクアス点眼液３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
186	ジクアスLX点眼液とジクアス点眼液をとり間違えた	新製品を知らなかった	監査を怠らず気を付ける	ジクアスＬＸ点眼液３％	ジクアス点眼液３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
187	日曜日普段と異なるスタッフが働いていたため不慣れのために入力ミスをしてそのまま監査も見落とした。後日店舗スタッフが投薬時に入力の取り間違えに気づき交付前に正しい薬に取り換えた。	日曜日不慣れなスタッフにより入力ミスした。また監査者も不慣れのため入力ミスに気付かなかった。	監査システムを必ず使用することで入力とピッキングのミスを防ぐ	ジクアスＬＸ点眼液３％	ジクアス点眼液３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
188	2種類の点眼の処方があり、きちんと確認せずピッキングを行った。	ジクアス点眼液は２種類の規格があるため、きちんと確認を行いチェックを行ってから、ピッキングを行うようにする。	ジクアス点眼液の２規格の調剤棚の配置を離して配置し、LXであることを強調しお薬の名札を作成する。	ジクアスＬＸ点眼液３％	ジクアス点眼液３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
189	ジクアス点眼液が処方されていたところ、誤って前回と同じジクアスＬＸ点眼液で入力してしまった。	前回のDo処方をしてしまい、点眼液を変更してることに気付けなかった。	点眼薬に複数種類があることを把握している。Do処方をしても最後の確認を怠らないようにしている。	ジクアス点眼液３％	ジクアスＬＸ点眼液３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
190	シグマビタンの箱にジクロフェナクが入っていたが、気付かず箱から取り出して調剤、監査、投薬行った。投薬後に患者本人から連絡があり発覚。服用前だったため、薬の交換をした。	・薬の戻し間違い。これより以前の調剤で、ジクロフェナクを箱に戻す時に間違えて横にあるシグマビタンの箱に戻していた。・箱のサイズ、カプセルの外観が類似しているため、戻す時も調剤する時も気付かなかった。	薬を棚や引き出しへ戻す際は直接戻すのでなく、一旦他の場所へ保管し、落ち着いた時間帯に作業する	シグマビタン配合カプセルＢ２５	ジクロフェナクＮａ徐放カプセル３７．５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
191	2023年3月某日(月)にシダキュアスギ花粉舌下錠5，000JAUの調剤棚にクラリチンレディタブ錠10mgが混在していることを発見した。混在していることに気づかずに患者へ交付してしまった可能性があるが、交付した可能性のある患者は特定できなかった。その後、特に副作用を訴える患者はいなかった。	両薬剤のブリスターシートの形状および色が酷似しており、調剤棚へ戻す場所を間違えたことが発生要因と思われる。	元々、両薬剤とも調剤棚の近い場所に配置されていたが、シダキュアスギ花粉舌下錠は調剤棚、クラリチンレディタブ錠は引き出しへ移動した。	シダキュアスギ花粉舌下錠５，０００ＪＡＵ	クラリチンレディタブ錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
192	シートが類似しているため誤って異なる薬剤の棚に収納してしまっていた	シートが類似しているため誤って異なる棚に収納してしまっていたためピッキング時に誤った薬剤をとってしまった。	シートの両面を確認すること	シダキュアスギ花粉舌下錠５，０００ＪＡＵ	クラリチンレディタブ錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
193	12時ごろ、当該患者にシタフロキサシン50mgを投薬すべきところ、シタグリプチン50mgを間違って交付した。同日16時ごろ、患者家族が来局し、患者本人にシタグリプチン50mgを飲ませたとの報告があり、投薬過誤が発覚した。	シタフロキサシン錠50mgではなく、シタグリプチン50mgが調剤され、監査システムにて読み取ることができず、シタグリプチンの箱のバーコードを読み取った。システムの監査記録と処方箋内容の合致を確認したが、薬剤については錠数の確認のみで、（薬剤の形状等の）知識不足もあり最終的な監査ができてなかった。	・投薬薬剤師に対しては知識不足による投薬であったことを鑑み、たの経験年数のある薬剤師が監査シタ分について投薬する。・類似薬（誤認しやすい薬剤）に関する知識及び薬剤の形状に関する知識の習得。・監査システムによる監査の際の手順の見直し	シタフロキサシン錠５０ｍｇ「サワイ」	ジャヌビア錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
194	定期処方で、シナール配合錠とビフロキシン配合錠の取り間違いが起きた。	セット処方とは言え、処方箋をしっかり見て、調剤、監査すること。	調剤、監査時、セット処方とはいえ、よく見ること。	シナール配合錠	ビフロキシン配合錠		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
195	名前が類似しており隣にある薬剤をピックしてしまった。投薬者も確認を怠った。	後で取りに来るといわれ、調剤者が薬袋に入れてしまった。とりに見えた際別の薬剤師が投薬したが確認しなかった。	調剤者は鑑査を必ずほかの人にしてもらう。投薬の際は必ず薬情を見て確認して渡す。	ジフロラゾン酢酸エステルクリーム０．０５％「ＹＤ」	ジフルプレドナートクリーム０．０５％「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
196	ジメチコン４０ｍｇＹＤを取り出すところ、誤ってトリメブチン１００ｍｇトーワをピッキング。監査時に間違えに気づいた。	ジメチコンＹＤとトリメプチントーワのＰＴＰや色が酷似しており、取り間違えた可能性があります。薬剤棚のカセッターの近い場所にあったのも要因の一つと考えられる。	薬剤の配置場所の変更。ＰＴＰの色、デザインが似ているものに関しては、なるべくそれぞれの薬剤を離して取り間違えの予防を行う。ピッキンの際は処方箋の照らし合わせ指さし確認。監査の薬剤師は今まで以上に注意して監査を行うことを全薬剤師で共有。	ジメチコン錠４０ｍｇ「ＹＤ」	トリメブチンマレイン酸塩錠１００ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
197	ジメチコン錠の処方に対し、シメチジン錠を調剤した。	朝の煩雑時に、いつもはシメチジンを服用している患者さんがこの日はジメチコン処方だったのに、シメチジンを調剤してしまった。通常バーコードリーダーを用いてチェックを行うが煩雑であったためといつも服用している薬剤の思い込みをしてしまった。又、バーコードリーダーもバッテリー残量不足で、使用できずであったが監査した薬剤師が間違いを見つけ事なきを得た	まず固定観念に左右されないこと、普段より機器の状態に注意すること	ジメチコン錠４０ｍｇ「ＹＤ」	シメチジン錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
198	シメチジン錠200ｍｇ「サワイ」が処方されていたが、ラフチジン錠「ＶＴＲＳ」を調剤し、監査でも気づかなかった。投薬時、患者より薬が違うことを指摘され、間違えに気づく。	夕方、患者が多い中、ラフチジン処方が続いたため、思い込みがあったためと思われる。	声出しによる確認をすること。二重監査の徹底。	シメチジン錠２００ｍｇ「サワイ」	ラフチジン錠５ｍｇ「ＶＴＲＳ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
199	7/11に来局、薬歴データより、前回6/13ジャヌビア錠50mgから今回ジャディアンス錠10mgに切り替わっていることを投薬時説明した所、前回（6/13）からジャディアンス錠10mgに切り替わっており、それをもらっていたとのこと。6/13の処方を確認した所、処方はジャディアンス錠10mgだが入力がジャヌビア錠50mgだった。在庫のデータを確認した所、前回は間違いなくジャディアンス錠10mg渡しており、患者本人もジャディアンス錠10mgで間違いないこと確認した。間違いについては陳謝し、改めて説明を行った。	「ジャ」だけで前回と同じと思い込んでしまったと考えられる。薬のフルネームと企画まで確認するように徹底する。鑑査時も同様。	鑑査の機械を必ず使う	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
200	処方箋に記載の薬はジャディアンス10mgだったが、調剤者が勘違いしてジャヌビア10mgをピックした。鑑査者が鑑査時に異なることに気付いて、正しく調剤し、患者に交付した。	当該薬剤師は薬剤師の経験年数は長いが、当薬局に配属になって日が浅くまだ慣れていなかった。糖尿病治療薬で名称が似ていたことによる勘違いと手順書の「調剤後、処方箋と調剤された薬を確認する」という手順が抜けていた。	注意喚起のため、似ている名称の薬に「類似名称ありの札」を付けた。また、手順書を遵守するため手順書の読み合わせをした。	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
201	薬局にジャディアンス25ｍｇの在庫がなかったため、調製者が不足と思いつつピッキングをしているうちに失念。ジャヌビア錠25ｍｇを出してしまった。監査の薬剤師がまちがいに気づいて投薬前に発見し、患者の手に渡ることはなかった。	調製者は退社直前だったため、集中力に欠けていた。複数を薬品を早く集めようとしたため、薬品名がうろ覚えになっていた。	ピッキングする時は、処方箋を見て確実に薬品名を覚えておく。緊張感を持って作業すること。	ジャディアンス錠２５ｍｇ	ジャヌビア錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
202	名称の前方一致と規格一致による調剤過誤です。繁忙時で、処方箋の一般名を商品名に変換し記載しているにも関わらず、薬品の間違いをスルーしてしまいました。患者様は複数薬剤(7種類)服用なさっていて気づかず内服なさっていました。在庫管理で、ズレを確認し発覚した事例です。	「慣れ・慢心」があったと反省します。処方受付に偏りが強く。緊張が途切れがちになります。	重点管理品目設定を行い棚卸しの実施を行う。または監査装置の採用も一つの方法かと考えています。	ジャディアンス錠２５ｍｇ	ジャヌビア錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
203	ジャディアンス25ｍｇを調剤するところ、ジャヌビア25ｍｇを調剤した。監査時に発覚し患者様には誤りなく投薬した。	同じ引き出しにあることと、名前が似ている。25ｍｇという規格も同じ。	端末を利用し、確実に過誤の内容にする。	ジャディアンス錠２５ｍｇ	ジャヌビア錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
204	ジャディアンス錠25mgをピッキングする際に、薬剤師１人がジャディアンス錠25mgの隣あったジャヌビア錠25mgをピッキング。混雑した状況であり名称の確認を怠ったために誤ったものをピッキングした。投薬者である薬剤師が最終監査を行い、ピッキング違いが発覚し、正しい処方薬であるジャヌビアへ変更し患者へお渡しした。	・薬の頭文字が似ている、同効薬、同一規格（25mg）・似たような名称の薬剤が薬棚で隣あって保管していること・処方薬剤の名称の確認不足	・薬棚にピッキング時に注意喚起するためのPOPを作成した・薬局内スタッフに今回のヒヤリハット事例を共有し、再度間違いのないように徹底周知を行った。・監査システム（audit）導入の検討	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
205	グラクティブ25mgからメーカー替えのジャヌビア25mgにする処方ジャヌビア25mgをジャディアンス25mg投薬	名称；似ている。ピッキング棚が近い。薬効作用機序が違うが血糖値降下薬	ピッキング棚の配置換え作用機序を頭に置きだされている全体の処方をよく見るピッキング後処方に照らし合わせ監査する投薬時もう一度確認し薬を渡す	ジャヌビア25mg	ジャディアンス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
206	ジャヌビア２５ｍｇ処方のところ、ピクマ使用時のエラーにて誤ってジャディアンス２５ｍをピッキングしていたことが発覚。ジャヌビア２５ｍｇで調剤しなおしてピクマ使用、監査、投薬。	名称の類似とｍｇ数が同じであったため	ピッキング後に再度処方箋の医薬品との突合せ確認を行う。	ジャヌビア錠２５ｍｇ	ジャディアンス錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
207	ジャヌビア（５０）28日分処方のところジャディアンス錠（10）30日分で交付していた	AM10:46　ゾコーバ処方AM10:51　他のコロナ陽性患者対応AM10:58　当患者来局 鑑査者、投薬者が同じだった。インスリン初回指導のため資料の準備、鑑査時に入力間違いを発見し訂正鑑査者は鑑査時に投薬でのインスリン指導について考えていた	インスリン初回患者のために指導戦をあらかじめ準備しておく。入力ミスがあった時の対応⇒入力者に戻すこととする。調剤・鑑査時に薬剤の作用機序を確認しながら行うことを徹底する。	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
208	【正】ジルチアゼム塩酸塩徐放カプセル１００ｍｇ「日医工」【誤】硝酸イソソルビド徐放カプセル２０ｍｇ「Ｓｔ］	”一包化をばらして、カセットに充填する際に同じ薬であると思い、間違えて充填してしまった。ジルチアゼム塩酸塩徐放カプセル１００ｍｇ「日医工」を１５０錠充填したが、硝酸イソソルビド徐放カプセル２０ｍｇ「Ｓｔ］が４２錠混ざっていた。”	一包化をばらさなければいけない発生した場合はその日中に必ず終わらせる。白いカプセルでも似たような薬は多数あるため、必ず識別コードを確認する。自分で一包化をばらした場合は他の薬剤師が確認して充填する。薬が多数ある場合でも、必ず一つ一つ識別コードを確認する。	ジルチアゼム塩酸塩徐放カプセル１００ｍｇ「日医工」	硝酸イソソルビド徐放カプセル２０ｍｇ「Ｓｔ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
209	患者の代理人が処方箋を持って来局した。処方箋にはジルテック錠１０　１日１錠就寝前３０日分と記載されていた。薬剤師A（職種経験年数8年）はジルテック錠１０を調製するところ誤ってアテレック錠１０を調製し鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師B（職種経験年数35年）は間違いに気づかずそのまま投薬、患者の代理人に渡した。後日、患者本人より薬局に連絡、薬が異なるとの指摘があり、間違いが発覚した。本人は服用前に気づいたため、未服用であった。謝罪し、正しい薬と交換した。	アテレック錠１０とジルテック錠１０は名称が似ていたため、間違えた。また、来局時は昼休憩の時間帯でスタッフが少ないところに、問い合わせ電話の対応などの業務が重なり、焦りがあった。	調剤者がピッキングをした後、鑑査に回す前に薬剤の再確認を徹底することとした。また、当該薬品の在庫棚と、患者の薬歴に注意喚起の札をつけ、再確認を促すようにした。	ジルテック錠１０	アテレック錠１０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
210	医療機関の変更に伴って処方も同じものや近い成分のものを選択してお出しすることになった。カデチア配合錠ＬＤを元々内服していたが、同一成分がなく、ジルムロ配合錠ＬＤに変更となった。レセコン画面入力時にジルムロを選択する際、当薬局採用のジルムロ配合錠（口腔内崩壊錠）を選び間違えてＨＤを選択、間違いのまま薬袋などを払い出しした。薬剤師側も非常に多忙な時間帯で一人で調剤、鑑査、窓口を行っていたため、間違いに気が付かずそのまま払い出してしまった。また処方箋を確認すべきところ、薬袋や薬情などで確認をしたため間違いに気が付かなかった。本人が再度来局した際、払い出されているお薬が処方内容と異なっていることに他の薬剤師が気が付き間違いが発覚した。	必ず処方箋に戻る事。内容が間違えていないかどうか処方箋と薬情や薬袋など処方箋をもとに出されたものにも間違いがないかしっかり確認する。疑問点があれば必ず処方箋の内容を確認する。	処方箋と調剤をした医薬品とその数量、医薬品を入れる袋や薬情など、処方箋と内容が異なっていないか、調剤時や監査時にはしっかり確認して窓口へ払いだす。忙しい時ほどしっかり確認する	ジルムロ配合ＯＤ錠ＨＤ「サワイ」	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
211	前回までの処方が一般名アジルサルタン・アムロジピン2.5mg配合錠で商品名ジルムロ配合錠LDだったのが今回よりアジルサルタン・アムロジピン5mg配合錠でジルムロ配合錠HDに変更になっていた。気づかずにそのままLD配合錠を出してしまった。	一般名が長いことと前回Do処方がすっと続いていたので変更に気づかなかった。	配合錠は一般名の中の成分の用量部分に鉛筆で丸をつけてLDなのかHDなのか毎回判断するようにする。	ジルムロ配合錠ＨＤ「サワイ」	ジルムロ配合錠ＬＤ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
212	定期的に応需している医院の処方箋を受付。前回と同じ内容のカムシア配合錠HDで入力、調剤、監査となり、投薬となったが、患者様との会話の中で、今回は薬を変えるとのことで調剤と相違あり、実際はジルムロHDであったことが発覚した。	一般名処方であり、実際はアジルサルタン・アムロジピンであったが、前回までしばらく同じ内容であったカムシアHDの一般名であるカンデサルタン・アムロジピンのまま入力調剤監査してしまった。配合錠のARBの薬品名類似と、アムロジピンが同じ成分であることから誤ってしまったと思われる。	配合錠の調剤に関しては、一般名と成分の照合を入力、調剤、監査のトリプルチェックを行うこととする。また、ジルムロ、カムシアのそれぞれの箱に、「配合錠、成分要確認！！」の注意喚起の札を添付することとした。	ジルムロ配合錠ＨＤ「トーワ」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
213	総合病院に通院していたが状態が安定してきたので近隣のクリニックに転院した。医師が処方内容を同じにしたつもりがカルテ上スピロノラクトン錠２５mgをスピロペント錠と記載してしまった。医療事務がその記載をみて処方箋に一般名のクレンブテロール錠１０μｇと転記してしまった。患者の家族の話より薬剤は変更しないでそのまま継続とのことだったので疑義照会しスピロノラクトン錠に変更してもらった。	処方せんの記載が一般名であったため名称類似薬との記載ミスとすぐには気づかなかったが、カルテには先発品名で名称類似薬としての記載がされていた。処方箋には一般名で記載されることが多く、薬剤変更のミスと気づきにくいケースであったが変更内容が疾患に合っていないことからもミスに気づけるケースであった。	名称類似薬との取違いは記載されていない先発品名でも起こりうることを認識する必要がある。	スピロノラクトン錠２５ｍｇ「トーワ」	クレンブテロール錠１０μｇ「ハラサワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
214	一包化処方箋を持参された。ピオグリタゾン15ｍｇの処方あり。調剤棚の配置でセチリジン10ｍｇと隣にあった。同じ東和薬品の商品で、包装（箱のデザイン）が酷似しており、ＰＴＰシートの色もデザインも告示していた為、箱から取り出した際も別の医薬品とは気付かず、一包化してしまった。その後、一包化した医薬品の確認のため、ＰＴＰの耳部分を切り離して保管しているため、耳を集めているときに別薬品で調剤してしまったことに気付いた。	酷似した包装（箱やＰＴＰデザイン）の物を近くに配置してしまっていた。	同じメーカーの物や外観（外箱やＰＴＰデザイン）の似たものは近くに配置しない。ピッキング鑑査システムを一包化前に使用する。	セチリジン塩酸塩錠１０ｍｇ「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
215	一般名処方でセチリジン5ｍｇ　朝、就寝前で記載され、バーコード入力したがジェネリックではなく先発をご希望のため手打ちで入力しなした際に、レボセチリジン5ｍｇから変換していまいザイザル5ｍｇと入力された。調剤もそのままザイザル5ｍｇで取られ監査も見過ごされてしまい患者にお渡し。数か月後、病院との突合で発覚した。医師、患者には説明。健康被害もなかったこと確認。	入力、監査で確認不足。調剤も入植確認書で行われていると思われる。	入力、監査は改めて危機感をもち集中し行うこと。調剤は薬剤師であれば必ず処方箋を見て行うこと。	セチリジン塩酸塩錠５ｍｇ「ツルハラ」	ザイザル錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
216	セファレキシン２５０ｍｇカプセルをセファクロル２５０ｍｇカプセルでの調剤	薬品名の類似もあり上の3文字と規格に目が行き調剤ミス	類似薬品注意の印をつけるなどして、一歩とどまれるような対策行う	セファクロルカプセル２５０ｍｇ「トーワ」	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
217	セファレキシンカプセル２５０ｍｇ「トーワ」のところセファクロルカプセル２５０ｍｇ「トーワ」で入力した。	「セファ」と「２５０」と「トーワ」だけで判断して入力した。	処方箋内容よく見て入力します。	セファレキシンカプセル２５０ｍｇ「トーワ」	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
218	一般名記載セフカペンポキシルをセフジニルと勘違い	外来患者でバタバタしていた為	相互確認	セフカペンピボキシル塩酸塩小児用細粒１０％「ＳＷ」	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
219	ゼペリン点眼液を調剤するところザジテン点眼液を調剤してしまった。患者帰宅後に中身がいつものものと違うことに気づき連絡をいただいたため、大事には至らなかった。	点眼液は点眼袋に入れてお渡しするためあらかじめ袋に入った状態のものを調剤。一つの引き出しの中を2分し、前後に保管されていた。そのため、中の確認をせずにピッキングをしてしまった。どちらも乳白色の点眼袋でキャップも緑色のため似ていた。	取り間違えないために別の引き出しで保管することにしました。	ゼペリン点眼液０．１％	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
220	3種類の散剤を混合する調剤で、3種類とも自動散薬分包機にセットされている薬剤であった。処方日数が多かったので補充が必要なことが予測されていた。補充が支持されたためカセットのコードと補充する薬剤のJS1コードをスキャンしたが一致しなかった。	メーカーの統合によりコードが変更になることが何回かあったため、今回も包装変更によるものだと思い込み補充をしようとした。	薬品マスターの管理を徹底する。コードが一致しない場合は充てん作業は行わない。	セルシン散１％	バルプロ酸ナトリウム細粒４０％「ＥＭＥＣ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
221	セルトラリンの中にセレコキシブが混入してピッキングされていた	セルトラリンの箱にセレコキシブが混入していたと思われる。外箱の類似、100mgで似ている物が同じ引き出しにあった	外箱の類似、100mgと似ている為、引き出しを移動した	セルトラリン錠１００ｍｇ「トーワ」	セレコキシブ錠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
222	d-クロルフェニラミンマレイン酸塩ベタメタゾン配合錠をお出しするべきところをd-クロルフェニラミンマレイン酸塩錠で調剤をしてしまい、処方入力と調剤ともに、そのまま監査でスルーしてしまった。	混んでいた為慌ててしまった事と、処方がd-クロルフェニラミンマレイン(1枚目)酸塩ベタメタゾン配合錠(2枚目)と2枚にわたり記載されていた為、2枚目のチェックを怠ってしまった。	入力ミス時点でも分かるようにＱＲコードの処方読み込みシステムを充実させる	セレスタミン配合錠	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
223	一時期に比べコロナ治療薬が減少していた事と、インフルエンザ患者の増加により薬品名の類似もあり調剤時に取り間違えました。監査時に間違いをみつけることができました。	一時期に比べコロナ治療薬が減少していた事。 インフルエンザ患者の増加によりインフルエンザ治療薬の事しか頭になかった。 薬品名の類似	確認の徹底	ゾコーバ錠１２５ｍｇ	ゾフルーザ錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
224	インフルエンザに罹患し、ゾフルーザ20mg2錠の処方箋を持参した男性患者に対し、（ゾコーバが処方されていると思い込み、）COVID-19罹患患者と勘違いした。薬局でCOVID-19罹患患者の待合室はそれ以外の患者と動線を分けているため、COVID-19罹患患者待合室へと誘導・案内した。	COVID-19罹患患者は薬局内待合室ほか動線を分けているため、薬局内に入店した患者に対し感染症治療薬が処方されていることでCOVID-19罹患患者と勘違いをした。入店したことで冷静に処方せんを確認できなかった。	感染対策を実施するのはもちろん、冷静に判断をする。	ゾフルーザ錠２０ｍｇ	ゾコーバ錠１２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
225	インフルエンザ陽性の患者に対してゾコーバ錠１２５ｍｇ２錠分１速やかに内服との処方であったため、ゾフルーザ錠２０ｍｇの誤りだと考え疑義照会したところ、ゾフルーザ錠２０ｍｇ２錠分１速やかに内服と処方が変更になった。	発熱外来からの処方で、最近はインフルエンザとコロナの両方の患者がいるため、何の検査をして、どのような判定だったのかを確認する必要がある。	当該患者が何の検査をしたか、どのような判定だったかを十分に確認する。	ゾフルーザ錠２０ｍｇ	ゾコーバ錠１２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
226	定期処方で継続されている薬剤が初めて規格変更となり見落とす。	処方変更が長らくなかったため完全たる思い込みで調剤	思い込み調剤に関しては個々の意識レベルを上げる以外に方法はない	ソリター－Ｔ配合顆粒２号	ソリター－Ｔ配合顆粒３号		ヒューマンエラー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	ソリフェナシンＯＤ５ｍｇ日医工製品をお渡しすべきが、ナフトピジルＯＤ５０ｍｇサワイ製品をお渡ししていた様子。患者が入院した先の病院の薬剤師より「持参薬の確認した所、別の薬が入ってた」と情報提供あり、発覚。薬局内の監査手順で処方箋原本に薬剤名を記入して監査をする手順をとっおり、監査薬剤名も問題なかったが、実際現物を確認した所、手渡しした分は誤薬のナフトピジルになっていた。	当時繁忙期で、調剤した状況は曖昧だが、当局では処方箋入力後薬袋が先にでる仕組みになっている。該当薬品のソリフェナシンとナフトピジルはＰＴＰシートの見た目が赤系統で、どちらもＯＤ錠、５ｍｇと５０ｍｇで規格名も似通っており、錠剤もやや肌色がかった色なので、調剤者が薬袋の色味だけで薬名をよく確認せずに判断し出した可能性がある。また監査者も取り違えに気が付かず、処方箋通りのものが出されてると思い込み間違った薬剤にも関わらず、監査で正しい薬剤名を書いてしまった可能性あり。さらに交付者も通常、交付前に入力内容と薬剤があっているか再確認する手順をとっているが、当時該当患者のＯＴＣ商品の購買が多くあり、金額計算に気を取られて薬袋に入れる前の再確認がおろそかになってしまった様子。また当事者の患者もいつも飲んでいる薬と認識してあまり気にされてなかった様子。	繁忙期の焦りと、いつも調剤している薬剤であることの思いこみや手順の慣れが確認の漏れにつながり生じた様子。処方箋薬以外の商品の計算もあると注意散漫になることもあるので、薬局内でも処方箋に記載されてる薬剤と相違ないか、再三の確認の上、患者への交付するように注意する必要性あり。	ソリフェナシンコハク酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「日医工」	ナフトピジルＯＤ錠５０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
228	薬剤師１事務１の時間帯において、薬剤師が調剤・監査・配達を実施。すべて記録の印鑑はなし。ソルデム３AGを７袋調剤しなければならないところ、蓋が赤いフィジオ３５輸液が混入。ソルデム２・フィジオ５でお届け。	事務のいる時間帯にも関わらず、薬剤師が全て一人で準備してダブルチェックせずに配達。門前クリニックの使用する３号輸液以外の商品が備蓄されていることを知らず、赤い蓋はすべて同じものという思い込みがあった。	保管場所を異なる場所にする。ダブルチェックできる環境にあるときには積極的に行う。	ソルデム３ＡＧ輸液	フィジオ３５輸液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
229	調剤、監査（2度）、交付の上で一包化した薬を交付。分包時もダブルチェックで入れていたが、該当薬剤に誤りがあり。基幹病院にシャント入れ替えのために入院。薬剤部の監査にて判明。問い合わせの電話を受けた。入院持参薬の8包が誤っているため、入院中のものは全て差し替え。退院後は患者とやり取りを行い、薬剤の交換をした。1包服薬ずみ。血圧の変動や消化器症状がなかったことは薬剤部より情報提供をいただいた。	原則シート管理を行なっていたが、何らかの原因でバラ錠が発生。分包したものに誤った名称を記載したことが原因となったのではないかと推察。また刻印を用いての監査が十分でなかったため、見落としにつながったと考える。	バラ錠は分包後複数名の薬剤師で確認してもらう。刻印を用いての監査も改めて監査体制を見直す。	タケキャブ錠１０ｍｇ	カムシア配合錠ＬＤ「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
230	タケキャブ継続のにキャブピリンをピッキングしてしまう	夕方疲労がピークになる時間帯に取り間違え、鑑査時に気が付かず投薬時に判明し薬を変更する	疲れがたまっている時こそ慎重に鑑査し投薬するピッキング時も処方箋と薬のチェックを必ず行う	タケキャブ錠１０ｍｇ	キャブピリン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
231	タプロスと思い込み、タプコムが正しいがタプロスで投薬。在庫数をデータ管理しており、理論在庫と実在庫が合わないことで発覚。患者は１～２回使用してしまっており、病院の医師にも経緯を説明、タプコムに差し替え、謝罪をした。	タプロス、タプコムの名称が似ていることから、類似名称が多数在庫していることを強調する必要がある。	タプロス、タプコムの在庫位置を離し、名前を強調し、類似名称注意と箱に記載する。	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
232	タプコム配合点眼薬を処方の所、タプロス点眼薬を調剤を3度の渡り調剤。幸いにも眼圧上昇・視野欠損など健康被害は見られなかった。	薬局採用薬、外灯患者処方歴のある薬であるタプロス点眼薬と思い込み調剤をしてしまった。また一度ならず前回ＤＯ処方として継続して調剤をおこなった。	入力時のＱＲコード利用促進及び、ＱＲコード無い処方せんついては、入力時の確認及び調剤録との照らし合わせの徹底。	タプコム配合点眼液	タプロス点眼液０．００１５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
233	本来タプコム処方。一般名処方変更にあたり、処方元がタフルプロストと誤った処方。事務員が入力の際気づかず、そのまま入力。監査の際、タフルプロスト・チモロールの間違いではないかと気づき処方元に疑義。	知識不足	発売される新規医薬品採用の際、勉強会を開き、徹底的に把握できるようにする。	タフチモ配合点眼液「ＮＩＴ」	タフルプロスト点眼液０．００１５％「ＮＩＴ」		ヒューマンエラー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	タフチモとタフルプロストが、同時に新規採用になったばかりだった。一般名処方だったので、成分名のタフルプロストだけが目に入り、タフルプロストと思い込んで調剤した。投薬時に、監査の薬剤師が、タフチモであることに気が付く。	同時に新規採用で、しかも成分名に不慣れなところがあり、間違った。	新規採用時、間違いやすい名前の時は、商品棚に印をつけるなどの注意喚起をするようにする。ピッキングチェックの機械を導入する。	タフチモ配合点眼液「ＮＩＴ」	タフルプロスト点眼液０．００１５％「ＮＩＴ」		ヒューマンエラー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	病院より処方されていた薬をかかりつけ医にまとめることになり、処方追加となる。フェンラーゼ配合はかかりつけ医採用薬の為思い込みにより調剤してお渡し、家族がセットしようとして、違うことに気が付き当薬局に連絡あり、交換する。	同じ健胃消化剤の部類であり、採用はフェンラーゼ配合の思い込みが強く監査をしてもそのままお渡ししてしまった。	電子薬歴にも調剤過誤があったことを明記。タフマックEはその方のみなので、氏名を貼って注意喚起。	タフマックＥ配合カプセル	フェンラーゼ配合カプセル		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
236	タフルプロストとラタノプロストの取り間違い	タプロス点眼液が最近、一般名処方に変わったため。	繁忙時でも複数人による確認、薬情との照らし合わせを怠らない。	タフルプロスト点眼液０．００１５％「ＮＩＴ」	ラタノプロスト点眼液０．００５％「ＳＥＣ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
237	タプロス点眼液0.0015％処方のところタプコム配合点眼液をピッキングしてしまった事例	多忙な時間帯に無意識にピッキングミスをしてしまいました。 対策といたしましては、、しっかり、薬品名を声を出してピッキングする事。	改善策といたしましては、薬品箱に「類似名」ありのステッカーを貼りました。	タプロス点眼液０．００１５％	タプコム配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
238	タムスロシン塩酸塩0.2ｍｇをテルミサルタン20ｍｇでお渡し11/1朝に、患者様よりTELあり。4日間服用すぐに処方医に連絡、トレーシングレポート提出患者様に受診して頂いた健康被害なし。との診断を頂いた。	薬品棚の位置が上下で、更にどちらも14T包装で、ぱっと見た感じ間違いに気づかなかった。	薬品棚の位置を変更。監査の重要性を改めて伝えた。	タムスロシン塩酸塩ＯＤ錠０．２ｍｇ「サワイ」	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
239	初めての処方箋をこちらにお持ちになった。一包化してほしいとの依頼だったため、ご本人はしばらく外出された。処方箋通りに調剤し、患者様に症状を聞きお渡し用としたところ、タリオンで治療するようなアレルギー等に該当するような症状はなく、先生からもそのような薬が出るお話はなかったとおっしゃった。病院に疑義照会したところ、先生のお書きになった紙カルテにはタリージェ錠５ｍｇと記載があったが、病院に事務の方の入力の際にタリオン錠５ｍｇになってしまっていたとのこと。患者様にお伝えし、正しい薬で一包化しお渡しした。	処方箋入力の際の頭の方の文字だけで入力したことが要因と思われる。	一包化投薬の際には必ず分包内に含まれている薬の全ての症状を確認すること。患者様とのお話がつじつまが合わないなど疑わしい場合には、確認の意味も含めて疑義照会を必ずするようにする。	タリージェ錠５ｍｇ	タリオン錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
240	患者が処方せんを持って来局しいつもと同じ薬が５０日分処方。調剤助手がチザニジン1ｍｇサワイ　２錠　朝夕食後５０日分　１００錠をチアプリド25ｍｇサワイ100錠と間違って調剤。当該薬剤師が気づかずに交付してしまった。当該薬剤師が全部で１２種類の薬の処方があるため、数を数えることに注意がいってしまったこと、チアプリドが１００錠で抱き合わせになっており、ヒートが裏になってたのも気づかなかった要因となり、そのまま患者に渡してしまいました。患者は気づかずに数日分服用。当該薬局の別の薬剤師がチアプリド25ｍｇの在庫が合わないことに気づき発見に至りました。数日分服用されたが患者に体調変化はなく経過観察にいたったが、その後来局の時も異常は見られなかった。	チザニジン1ｍｇとチアプリド25ｍｇが棚が近いための取り間違い。１００錠調剤だったためヒートの表が隠れてしまってたこと(ビニール包装されていたこと)	棚の位置を変えた。声だし確認を徹底。100錠包装はビニールを外す。表を外側にするなどで今後を対応っすることとした。	チザニジン錠１ｍｇ「サワイ」	チアプリド錠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
241	患者が処方箋を持って来局した。処方箋には(般)チザニジン錠1ｍｇ　1日3錠　1日3回毎食後　28日分と記載されていた。とても混雑していたため、薬剤師A(職種経験年数6年)が調製、監査を行った。その際、チザニジン1ｍｇを調整するところ、トリクロルメチアジド1ｍｇを調製してしまった。鑑査時に薬剤鑑査システム（テイカーSS）を通した際に、薬剤の取り違いをしていることが判明した。すぐに調製し直して、再度鑑査を行った。鑑査で誤りを訂正したので、患者様には正しい薬剤を交付した。	チザニジンとトリクロルメチアジドは共にカセット棚に入っており、外装も類似していることから、取り違えが発生した。また、当時薬局が混雑していたため、焦ってしまった。	チザニジンとトリクロルメチアジドの配置場所を変え、取り違えを起こさないよう注意喚起した	チザニジン錠１ｍｇ「日医工」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
242	チラーヂンS12.5ｍｇ錠３０錠のところ、ニフェジピンＣＲ１０ｍｇＮＰが１シート混入していた。患者より違う薬が入っていると持参された。	ピッキングが調剤補助の事務員、輪ゴムで３シートがくくられていたものを薬剤師が鑑査したが真ん中に入っていたため見落とした。チラーヂンの棚の中にニフェジピンが混入していたか、隣のニフェジピンをピッキングしたかは不明	同じ棚から出したとしても１シートずつ確認すること。先発後発の違いや、間違えてピッキングしたものはすぐに棚に戻さずにいったん回収箱に保管して、落ち着いてから棚に戻すことを徹底する。鑑査時は輪ゴムを外すか、ずらすかして１シートずつ確実に鑑査することを徹底する。今回の間違いの後　チラージン12.5とニフェジピンCR10の棚をずらす配置に変更した。	チラーヂンＳ錠１２．５μｇ	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
243	医療事務が処方入力時に前回と同じ内容と勘違いし、実際は規格の変更がされていたが前回と同じ規格で入力。入力監査時に薬剤師が誤りを発見。	前回と同じ処方だと思い込み、確認を怠った。	入力時に薬の規格まできちんと目を通す。二重確認の徹底。	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
244	Ｒ５．9/2　チラーヂン25μｇが84Ｔの処方だった。Ｒ５．11/21にボグリボース0.2が10Ｔ入っていたと患者様が来局された。謝罪しチラーヂン25をお渡しした	ボグリボース0.2を戻す所を間違えチラーヂン25の所へ戻したと思われる。それに気づかずピッキングを行い同じ薬だと思い込み投薬した。	監査時には1シートずつ確認するとともに薬を戻す際は2人組で確認しながら戻すことにした	チラーヂンＳ錠２５μｇ	ボグリボース錠０．２ｍｇ「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
245	経過措置切れのSM配合散が処方されていたのを、SG配合顆粒と間違えてピッキング	休憩で人員が不足。経過措置切れでSM配合散があったことを知らない、忘れている。Sという名前でいつも見慣れているSG配合顆粒と勘違い。近くにいた薬剤師が間違えを発見。 注意力の欠如。監査システムでチェック前に間違え発見。 結局はSM配合散は経過措置切れなのでつくしAM配合散に処方変更 薬剤情報の収集と忙しい時でも間違えないよう注意力の継続を依頼	監査システムがあるので、簡単な処方でもしっかり監査システム通すことを徹底。 複数人による確認の徹底。 薬剤情報のアップデートする意識を持つ	つくしＡ・Ｍ配合散	ＳＧ配合顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
246	処方日数が増えており　不足になったため、薬を郵送することになりました。ツムラ越碑加朮湯を84包お送りしないといけないのに、越碑加朮湯を42包とツムラ苓姜朮甘湯を42包　でお送りしてしまいました。ご本人からの連絡で発覚し、正しい薬を郵送させていただきました。	どちらも朝に入荷した薬で、同じ色だったため、間違えてしまった。不足分もゼロ子を通し　間違いないかを確認していたが　今回はあっているほうにだけゼロ子を通してしまい、間違いに気づかず、監査した薬剤師も気づかず　郵送してしまった。	全てにゼロ子を通すようにする。監査をしっかり行う。	ツムラ越婢加朮湯エキス顆粒（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
247	他薬剤を調剤	よく似た薬品名に注意する。	薬剤監査システムを導入	ツムラ温桂湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ温清飲エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
248	処方は「ツムラ温清飲」であったが実際にお渡しした薬品は「ツムラ温経湯」に間違えてお渡し。	継続にて漢方薬の処方にて体調を維持していた。同クリニックは、漢方薬でも「ツムラ温経湯」の処方がとても多く、同クリニックの処方と判断した際に「ツムラ温●●」までみて温経湯と思いこみをしてしまった。調剤者も監査者も同様の思いこみ。	漢方薬の名称類似のもの（柴胡加竜骨牡蛎－桂枝加竜骨牡蛎、桂枝茯苓丸加ヨクイニン－桂枝茯苓丸など）一覧にてこの品名を見た時にはこれまで以上の確認ができるよう指示。薬品部分に類似薬品名の記載をおこなう。	ツムラ温経湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ温清飲エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
249	皮膚科処方において温清飲エキス顆粒が処方されていたが、温経湯と読み間違え調剤。投薬前に鑑査者が気づき修正した。	2か月に1度来局される患者であること、当薬局に就業して半年以内の薬剤師であることから、当薬局の在庫の把握も十分でなく思い込みがあり読み間違えた。	皮膚科処方であったため、薬効からも温清飲であることをそれぞれの薬効を見比べ確認漢方薬の名称が類似しているものは一覧に印をつける	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
250	ツムラ温清飲が処方されていたがツムラ温経湯で調剤	システムエラーで普段使っているポリムス（ピッキング監査システム）が作動していなく、手動でのピッキング監査になってしまった	システムトラブル時でも焦らず一文字監査で対応	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
251	8/22ツムラ加味帰脾湯を定期服用してる患者の処方が、ツムラ帰脾湯に変更になっていることに気づかずレセコンに入力、調剤　鑑査の薬剤師もそのことに気づかず薬をお渡し。患者は薬が変更になるといわれていたが、今までと同じ薬が出ていることを気にせずそのまま服用していた。11/14再度処方箋を持参されたときに間違いに気づいた。	普段は2次元コードで処方箋を読み取るが、この処方箋は対応していなかったため手入力だった。不定期に受診されるが、何度か同じ薬が処方されていたため、変更ないと思い込み入力、調剤してお渡しした。監査を薬情でしてしまった為気づくことができなかった。薬の名前も似ているため気づくのが遅れた。患者もあまり気にしないタイプだったため、薬が変わるといわれていたが同じ薬と気づきながらそのまま服用していたことも気づくのが遅れた原因でもある。	手で入力する際は、漢方薬は名称類似が多いことを認識し注意するよう確認した。手入力の処方箋は、薬情・処方箋両方を確認することとした。	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ帰脾湯エキス顆粒（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
252	ツムラ加味逍遙散エキス細粒が処方されていたところ、ツムラ抑肝散エキス細粒をお渡ししてしまった。	混雑する時間帯だったが薬剤師2人、事務員1人。患者様が理解力の低い方だった。漢方の外観が類似していた。処方理由がイライラ感などの精神神経障害で処方されているため両漢方とも適応があった。	混雑していても焦らず、処方箋と薬を十分に確認してから投薬する。患者様とのコミュニケーションをより密に行う。	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
253	調剤したお薬をお渡しした日の午後、お電話があり、先生に言って加味逍遥散を処方してもらったのですが、いつもの抑肝散でした。処方箋は、抑肝散だったのでしょうか？という問い合わせがありました。処方を確認した所、加味逍遥散に変更されていたのに、処方の裏打ちは抑肝散で調剤でお渡ししたお薬も抑肝散だったようです。正しいお薬を自宅まで持っていき、間違ったお薬と取り換えました。	ずっと処方が抑肝散だったのと包装がどちらも黄色だったことから、思い込みで処方の打ち込みの事務員も鑑査した薬剤師も見落としをしてしまった。	裏と表の薬品名のチェックを鉛筆で必ずする。ピッキングする薬剤師も裏と表の薬品名をチェックしてからピッキングする。	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
254	ツムラ加味逍遙散が３０包処方されており、ピッキングの際に加味逍遙散の１８９包入の箱からピッキングその中にツムラ抑肝散が紛れており、そのまま計数ピッキングし監査の際に５包抑肝散が入っていることを気づき患者さんへ渡る前に気づけ修正し、正しく調剤できた。	ツムラは下番号が一緒の場合は帯の色が一緒であり、おそらく焦っていた時や慢心の時に正しい場所に薬を戻せてなかったことが原因となっている。	ピッキングの際は必ず透明な帯が外れている２１包ではない漢方に関しては一つずつ必ず確認してピッキングするように周知した。薬剤を戻す時には必ず声掛けをし、一人で直さないように徹底するように周知した。	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
255	葛根湯（ツムラ1番）7.5g分3処方49日分、集薬時に誤って補中益気湯（ツムラ41番）を調剤。鑑査装置に通した際にエラーがでて気づき、正しいものを調剤しなおした。	ストックの大箱が同じ棚に置いてあった。忙しかったのもあって、薬品名の確認が漏れ、色で判別。	ストック、色が同じものはできるだけ離して保管する。薬品名確認を徹底する。	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
256	ツムラ葛根湯の処方に対して、ツムラ潤腸湯を調剤し交付してしまった。	同じ水色の包装のため色のみで判断してしまった。葛根湯の箱に潤腸湯を誤って戻していた可能性もあるが、それは不明。	色だけでの確認ではなく、番号や薬品名での確認を意識する。	ツムラ葛根湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ潤腸湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
257	門前の医療機関からの処方箋調剤において、頻回に処方されているツムラ桂枝茯苓丸と三和葛根加朮附湯のセットだと思い込み調剤した。薬剤師一人体制の時間帯だったため、事務にダブルチェックしてもらった際に間違いが発覚した。	思い込み	ダブルチェックの必要性を再認識し、徹底する	ツムラ葛根湯エキス顆粒（医療用）	三和葛根加朮附湯エキス細粒		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
258	時々風邪症状の時に服用しているという、ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒が処方されていた患者様に、誤って、ツムラ葛根湯エキス顆粒を渡してしまった。患者様が服用しようと思ったところ、いつもと分包品の色が違うことに気付き薬局に連絡してくれた。服用前だった。本件では、レセコン入力も葛根湯にしてしまっていた。	通常良く処方されるのは葛根湯だった為、注意不足による誤調剤となった。調剤棚で、ツムラ1番と2番の為隣に置いてあるが、取り違えというよりは処方箋の見間違えが原因と考えられる。また、混雑した時間帯だったことも要因の一つと考えられる。	処方箋の入力者、調剤者、投薬者がそれぞれ処方箋と薬をしっかり確認すること。必ず2人以上が確認するようにする。更に、投薬時患者様との確認を徹底するように改善します。	ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒（医療用）	ツムラ葛根湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
259	ツムラ甘大爽湯間違えてツムラ柴陥湯を処方	経験不足	監査システムを利用する	ツムラ甘麦大棗湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴陥湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラー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	漢方外来時、複数患者が続いていて直前に他者に処方された漢方の残りの箱を調剤台に出したままにしていて、次の患者も漢方の色が同じだったため、きちんと確認しないまま投薬してしまった。	1人でばたばたしたときに、調剤台に漢方箱を並べてしまっていたため、色しか確認できてなかったと思われる。次回からは、調剤台に箱を置くことなく、漢方棚から必ずピッキングするようにしている。	漢方外来時は込み合っても、箱は漢方棚にすぐしまうようにしている。	ツムラ帰脾湯エキス顆粒（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
261	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調剤してしまったが、監査時に間違えに気付き変更した	ツムラ桔梗湯とツムラ芍薬甘草湯が包装・外箱の色調が類似していて慣れ・慢心により調剤してしまった	きちんと本来の調剤の手順にしてがって行うように改めて周知徹底	ツムラ桔梗湯エキス顆粒（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
262	ツムラ牛車腎気丸が処方されたところ、ツムラ五苓散で調剤。すぐに調剤者が間違いに気が付き正しい薬剤に変更した。	混みあう時間帯であったこと、思い込みが発生し間違いが発生。	ミスゼロ子というピッキングミスシステムを必ず使用して調剤する。	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
263	ツムラ啓脾湯（１２８）と、ツムラ桔梗湯（１３８）を取り間違いしてしまった	番号・番号の色が類似しており、置き場も隣同士にあったため間違いにつながってしまった	棚に、確認する旨を記載した	ツムラ啓脾湯エキス顆粒（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
264	ツムラ啓脾湯128番を渡さないといけないところツムラ越婢加朮湯28番を渡してしまった。後日患者からの指摘により発覚。まだ服用前であったため訪問して正しいものと交換した。	完全なる思い込み。赤い包装と番号の類似から取り間違えてしまった。	必ず番号と名前の確認を徹底する。	ツムラ啓脾湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ越婢加朮湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
265	桂枝加竜骨牡蠣湯（26）の処方だったが、柴胡加竜骨牡蛎湯（12）をピッキングしようとした。	普段、（12）の処方が出ることが多く、（26）はほとんど手にすることがなかった。処方箋には漢方薬の番号は書いていないので、思い込みで漢方名を読み間違えてしまった。	処方箋のコピーをとるので、しっかりとチェックしながらピッキングをすることを徹底する。	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
266	以前は柴胡加竜骨牡蛎湯が処方されていたが今回は処方が変更となり桂枝加竜骨牡蛎湯が処方された。変更に気が付かず柴胡加竜骨牡蛎湯をまたお渡ししそうになったが、監査で間違いに気が付き、患者には桂枝加竜骨牡蛎湯をお渡しすることが出来た。	名称が似ていたためと、思い込みが原因と思われます。	監査機を導入しているため、これを必ず使用する。	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
267	ツムラ五虎湯の処方のところ、ツムラ神秘湯でピッキングを行った。投薬する際に、再度確認したところ、その誤りに気づき、患者に交付する前であったため、適正な薬品に修正した上で、調剤・投薬を完了した。	また、当該時間が、店舗オープン直後で、通常２名体制のところ、１人しかおらず、調剤→監査を一人で行い、通常の一般的な手順と異なった監査手順となったため、気づくのが遅れた。単純に、製品外観の酷似、薬効の類似から、薬剤師の思い込みによる誤りであった。投薬する際に再度確認する手順のため、その場で気づき、最終的には患者に交付することなく、修正することができた。	基本的に一人で調剤→監査を行うことがないものの、時間帯・状況によっては、一人で行う場合があるため、その際には、基本に戻り、調剤・監査は別視点で行う重要性を、再度従業員間で共有を行った。	ツムラ五虎湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ神秘湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラー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	処方せんにツムラ五積散エキス顆粒と記載があったにも関わらず、医療事務がツムラ五苓散エキス顆粒とレセコンで入力した。その後、誤ってツムラ五苓散をピッキング、処方せんと薬剤との名称の照らし合わせでも気づくことができなかった。患者様と投薬時に薬の確認を行った際に、間違いが発覚した。	まず、レセコンに入力された時点で、異なる薬剤が入力されてしまった。名称が似ているため、薬剤師による調剤録のチェックでも気づかれることはなかった。レセコンのデータがピッキングサポート機器に送られ、それをもとにピッキングするため、異なる薬剤がピッキングされてしまった。薬剤の監査時にも、名称が似ているため、間違いに気づくことができなかった。	まずは、名称が似ている漢方薬がいくつかあることを薬局スタッフ全員に周知する必要がある。例えば、ツムラ五苓散、ツムラ五淋散、ツムラ五積散、ツムラ五虎湯はどれも名称が似ている。次に調剤録の確認、薬剤の監査の際は、処方せんに記載されている薬剤と実際の薬剤を一文字ずつ照らし合わせて監査をする。これにより名称類似品でも入力間違いに気づくことができる。患者様との薬剤の確認は最後の砦となることが多いので、これからも徹底して行う。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
269	ツムラ五積散エキス顆粒が９０包処方されていたが、ツムラ五積散エキス顆粒４８包（２１包２束と６包）とツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒４２包（２１包２束）でピッキングしてしまった。監査時に処方にない漢方薬が混ざっていることに気が付いた。	当局ではツムラの漢方薬を番号順に並べて配置していた。五積散が６３番で、抑肝散加陳皮半夏が８３番。２剤とも４２包包装で在庫。ツムラの漢方薬は１桁目の番号によって色分けされているが、両剤とも１桁目が「3」なので同じ色をしており、箱も薬の包装も一見似ている。当局では６４番から８２番までの漢方薬を在庫していなかったので、五積散と抑肝散加陳皮半夏が並んで配置されていた。そのため、五積散と並んで配置されていた抑肝散加陳皮半夏も五積散と思ってピッキングしてしまった。	ツムラの漢方薬を番号順で配置した場合に、１桁目が同じ番号で似た箱が並んでしまう場合は、番号が近い別の色のものを間に配置して、同じ色の別番号が並列しないように改善しました。またツムラの漢方薬をピッキング、監査する際は、色が同じでも別の番号が混ざっていることがあるということをスタッフ全員で共通認識し、特に監査ではピッキングされたすべての番号をよく確認するように再確認した。	ツムラ五積散エキス顆粒（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
270	２０２３．６月、初来局の患者様が処方箋を持ってこられた。 処方箋にはツムラ五苓散　1日　3包　毎食前１４日分の記載あり。入力者（薬局事務経験なし、入社１週間）は漢方の読み方がわからず頭文字のみ入力し、ツムラ五淋散を選択し入力を終わらせ調整へ回した。調整者は処方箋をもとにピックし、機械による照らし合わせを行った際にエラーが出たため入力誤りに気が付き入力を変更し監査へ処方を回した。	漢方の読み方がわからず起きてしまった事例。慣れない環境での入力でもあったため十分な確認を行わずに処方入力を完了してしまったことが原因と考えられる。	読み方がわからない漢方であれば薬剤師に確認し、必ず頭文字のみの入力を避けるように指導	ツムラ五淋散エキス顆粒（医療用）	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
271	ツムラ五林散の処方に対して、薬情、薬袋お薬手帳の情報をツムラ五苓散で入力してお渡ししてしまった。事務員が調剤済みの内容を確認時間違いに気が付く。実際渡した薬は正しかったが入力が異なった為、返金し、薬情、お薬手帳等の情報の差し替えを行った。	背景：比較的忙しい時間帯であった。処方医がツムラ五苓散をよく処方する中で、あまり処方されることのなかったツムラ五林散が処方された。要因：商品名の類似。外観の類似。	ツムラ五苓散とツムラ五林散が存在することをスタッフに再度周知した。薬品監査システムを導入した。	ツムラ五淋散エキス顆粒（医療用）	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
272	ツムラ五苓散が処方されていて調剤済みの薬を鑑査しているときに、端数でのチェックをしていると、八味地黄丸が混ざっていた。	漢方の色分け、番号も多少似ているため、取り間違えボックスから戻すときに入れ間違えたか。	取り間違えボックスから戻すときには、忙しいときでもダブルチェックを行って戻す。	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
273	処方ではツムラ五苓散顆粒であったが、調剤者が取り揃え時、誤ってツムラ八味地黄丸をそろえる。監査者が薬剤をカレンダーセット時に、間違えて調剤されていることに気が付かず、セットを行う。後日（9／21）に該当患者が施設から総合病院に入院することとなる。持参薬として鑑別作業中、総合病院の薬剤師により調剤時に薬剤が取り違えられていることに気が付き、発覚する。	ツムラ五苓散とツムラ八味地黄丸の外装が似ている（茶色のラベル）調剤時と監査時、薬剤の確認が徹底できていなかった。	外装酷似している薬剤の注意喚起を行った。調剤・監査時の確認徹底。	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
274	事前に「残尿感があり頻尿である」と情報を得ており、新規に処方を受けた際【五苓散】の処方であるにもかかわらず思い込みにより【五淋散】を調剤。説明のうえ交付。当該患者が以前、別の病院・薬局で【五苓散】を処方してもらっていたことから、「五苓散と五淋散は何が違うのか？」という問い合わせを受け、処方箋を再確認したところ誤調剤が発覚。服用前であったが、謝罪のうえ、正しいものと交換。	事前情報から、しっかり処方せんを確認せず思い込みにより調剤。また、監査時も、処方せん入力が間違っていたのにもかかわらず、打ち出された帳票類と薬を照らし合わせ、間違ったまま交付してしまった。	処方箋入力時、調剤時、監査時における処方箋原本の確認を徹底する。待合に患者様がたくさんいても、安全第一で慌てずに処方調剤に取り掛かる。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
275	26日分一包化の処方において、ツムラ17　五苓散　と　ツムラ107　牛車腎気丸が各　一日3回毎食前に処方されていたがツムラ17　五苓散　の中に、ツムラ7　八味地黄丸　が　一包（2.5gシート）が　混入していると　患者様のご自宅から患者様の娘様より　電話連絡がありました。	両者ともパッケージが茶色で、また17と7の番号で類似していることから、あっていると思い込みが生じ、一つ一つ確認をしていなかった。また、17の箱に7の八味地黄丸が一包だけ初めから混入していた可能性が高いと推測された。	色や、番号に対し、イメージによる思い込みを排し、一つ一つ確認をしていくようにする。	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
276	患者家族より、デイサービスで持参している漢方薬が変わったんですねと職員さんから声かけがあったと連絡あり。すぐに訪問し漢方薬が間違っていることを確認。当日デイサービスを利用され持参されているとのこと。デイサービス持参分も正しい五苓散をお届けし。ご自宅分もセットしなおす	ツムラ7八味地黄丸とツムラ17五苓散の色が同じため調剤時に間違えていた。通常の手順では監査システムを通すことになっているが、監査システムを通すのを忘れ、交付時にも確認を怠り、そのまま交付された。	調剤時、必ず監査システムを通すことを徹底する。交付前にも監査システムを通したことを確認し、調剤する薬剤師と監査・交付する薬剤師を分け、ダブルチェックしてから交付する	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
277	ツムラ五苓散で処方されていたところツムラ五積散にて入力調剤されていた。投薬時に患者様からご指摘があり発覚。類似医薬品の判読違いによるもの。	鑑査者の判読違いによる鑑査、自分で調剤してしまっていることも原因となる。	調剤者と鑑査者を極力分けるようにていくようにする	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
278	ツムラ五苓散を調剤するところ　誤ってツムラ釣藤散を調剤	漢方の帯の側面のラインを合わせての監査束ごとに番号を確認	上記確認の徹底	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
279	ツムラの漢方製剤において、70番の香蘇散が処方されていたにもかかわらず、40番の猪苓湯をピッキングしていた。投薬時にカウンターで発見した。	集薬者の慣れ／慢心、繁忙期による業務の忙しさが重なったことが要因と考えられる。	ツムラ漢方薬について、製品上、同じ色となっているものが多いため、名前まで確実に確認してからピッキングする。	ツムラ香蘇散エキス顆粒（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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
280	ツムラ113三黄瀉心湯エキス細粒が処方されていたがツムラ121三物黄ごん湯エキス顆粒を調剤しようとしていた。ツムラ121が当薬局に在庫しておらず、発注・納品後に他の薬剤師が薬が異なることに気付き発覚。	名称の類似：両者とも「三」「黄」といった同じ漢字が使われているので取り違えた。薬局の繁忙：人手が不足しており処方監査を怠っておりで気付くことができなかった。	薬情の写真も確認し調剤すること。（番号の末尾が違うため調剤した漢方の色が違うことで気付けるのではないか）薬剤師が一人の場合、調剤をしていない事務員等にも確認してもらい交付する。	ツムラ三黄瀉心湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ三物黄ごん湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラー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	ツムラ滋陰降火湯が処方された患者さまに対し、ツムラ酸棗仁湯を調剤、投薬実施。後日患者さまから、処方薬と違うとの連絡いただき発覚した。	ツムラ滋陰降火湯と酸棗仁湯は共に緑のラベルであり、外装類似から間違えが起きてしまったと推測。また確認漏れもあった様子にて調剤監査が不十分であった。	思い込み調剤行われており十分な確認もせずに投薬もしてしまったためと推測。確実な調剤と監査の徹底を再度改めて行う	ツムラ滋陰降火湯エキス顆粒（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
282	治打撲一方と治頭瘡一方は名前やパッケージの色が似ているお薬であり、新しい箱を開ける時に、間違った箱を開けてしまい、そのまま補充してしまった。ピッキングの際に、間違って補充していることに気付いた。	治打撲一方と治頭瘡一方は間違いやすい漢方薬なので、特に注意して取り扱う。	注意して補充を行うようにした。	ツムラ治打撲一方エキス顆粒（医療用）	ツムラ治頭瘡一方エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
283	ツムラ柴陥湯が処方されていたが後日、ツムラ六君子湯が６包入っていると来局された。正しい六君子湯をお渡しする。間違った六君子湯は服用されていなかった。	六君子湯は４３番で柴陥湯の７３番と見た目が近いため、前回処方した時六君子湯を柴陥湯に間違えて入れたと考えられる。	見た目が似ている医薬品を扱う時は再三の注意を払って確認を徹底する。	ツムラ柴陥湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ六君子湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
284	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（12）が処方されていたが、一部ツムラ葛根湯加川芎辛夷エキス顆粒（2）が混入した形で誤調剤し、監査で見つけられず交付してしまった。患者様本人からの訴えで発覚した。	監査機を通した安心感があり、外観の色が同じで番号が似ている為、恐らく外観で判断してしまった。処方内容が変更になっており、内容の監査に気を取られてしまった。	漢方薬は外観が似ているものが多く、色や番号だけでなく名称まで確認するよう徹底する。	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
285	ツムラ柴朴湯（96番）を60包調剤すべきところ、ツムラ温経湯（106番）を34包混合して調剤。患者本人が服用前に気付き、来局したことで発覚。	柴朴湯と温経湯が隣同士で置かれており、同じ外観の色、文字数だったため違う薬剤であるとこに気付かなかった。（調剤）同じ色の包装のため、同じものと思い込んで数の確認のみで交付してしまった。繁忙で早く出さないと焦っていた。（鑑査）	包装の外観が似ているツムラの10番飛ばしの薬剤は隣に置かないようにする。同色の包装品の場合、境界に注意喚起の札を挟むか別の棚にする。薬品名をしっかり確認する。	ツムラ柴朴湯エキス顆粒（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
286	柴苓湯の指示のところを半夏瀉心湯で調剤してしまった 監査交付時に他の薬剤師が気付き、患者には影響はなかった	薬の包装および外装が似ていることまた番号が１４と１１４と似ていること	多忙時でも慌てて調剤鑑査しない ダブルチェックは必ず行う	ツムラ柴苓湯エキス顆粒（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
287	ツムラ114柴苓湯7.5g分3毎食後28日分処方（食後服用については疑義済）柴苓湯4束(84包)必要なところ、柴苓湯2束とツムラ64炙甘草湯2束とを混在してピッキングしていることが鑑査で発覚。柴苓湯のところに炙甘草湯が置いてあったが、色が同じであったため、違う薬だとは気づかなかったよう。（柴苓湯のところに炙甘草湯がいつから置かれていたのかわからないが、色が同じため間違えて棚入したと思われる）ピッキング鑑査システムを利用しているが、すべての束のバーコードを読み取りしているわけではなく、違う医薬品を取り揃えていることを見落としてしまった。	ピッキングしたものはツムラは末尾の数字ごとに色が異なることは知っていたが、同じところに置いていたため違う薬が混在しているとは思わなかったよう。	ツムラやクラシエは末尾の数字ごとに色分けされていることを周知。色だけでなく、数字や薬品名も確認して棚入やピッキングすることを徹底する。当薬局では以前にもツムラ75四君子湯とツムラ115胃苓湯を混在してピッキングしていたり、クラシエ17五苓散とクラシエ７八味地黄丸とを間違えてお渡しするというインシデントが起こっており、同じことがないよう今回の事例を共有し、注意喚起する。	ツムラ柴苓湯エキス顆粒（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
288	ツムラ柴苓湯1日3回毎食前20日分で処方されていた。投薬前の鑑査時に柴苓湯の中にツムラ辛夷清肺湯が4包混ざっていることに気が付いた。	辛夷清肺湯と柴苓湯が104番と114番と数字が近い事、外観も黄色と類似していたため柴苓湯の場所に辛夷清肺湯を置いてしまったことによる取り間違えだと考えられる。	監査時だけでなく、投薬時もしっかり監査を行いダブルチェックの体制を整える。	ツムラ柴苓湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ辛夷清肺湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
289	ツムラ十全大補湯が処方されていたが、ツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯を患者に渡してしまった。	ツムラ十全大補湯は38番、ツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯は48番で共に赤ラインの漢方薬であった。患者が多数待っていた為、番号をしっかり確認せず赤ラインだけを確認して患者に渡してしまった。	漢方薬の番号をしっかり確認し間違えそうな漢方薬には「注意」と棚に記載した。	ツムラ十全大補湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
290	【正】ツムラ小建中湯エキス顆粒　２．５ｇ　分１　夕食前　９０日分【誤】ツムラ大建中湯エキス顆粒　２．５ｇ　分１　夕食前　９０日分	処方入力	漢方薬の処方入力チェック時に処方箋に漢方薬の番号がある場合、処方箋記載の漢方薬の番号と調剤指示書の漢方薬の番号のチェックを行う。前工程が自分が行ったものであろうと気持ちをリセットして確認を行う。	ツムラ小建中湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ大建中湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
291	調剤中小青竜湯の棚に小建中湯が入っていることに気付いた。調剤該当者を検索し電話で確認したところ３包間違えてお渡ししていたことが分かった。謝罪し交換に伺った	調剤後戻す場所を間違え混入したものと思われる	調剤後棚に戻す薬は複数名で確認する。すぐには戻さずに戻す薬品を置いておく場所を作りそこに一度保管してから棚に戻すことにした	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ小建中湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
292	22番しかその時点で投薬していないのにもかかわらず、122番の空箱があり、誤投薬に気づく。患者様に確認してもらい、服薬はまだであった。その後薬を交換した。	箱の色が同じなため、誤って122番を22番の棚に置いてしまっていた。	上と下の棚で漢方の色が揃わないように配置する。	ツムラ消風散エキス顆粒（医療用）	ツムラ排膿散及湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
293	退院後に紹介状を持って自宅近くの病院を受診し処方箋を出してもらった。当薬局は、初めてで、お薬手帳を持参していた。ここで入院時に服用していた漢方が、ツムラ人参養栄湯（108）であったが、今回処方されたのはツムラ人参湯（32）だった。疑義の結果、今回受診した病院の入力間違いであることが判明した。	漢方薬は、似た名前が多いことによるミス。	Ｄｏ処方から変更点がある時は、本人と病院に確認をする。お薬手帳を持参するように患者様にその有用性をアピールする。	ツムラ人参湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
294	正しくは人参養栄湯の所、誤って人参湯にて調剤してしまう。翌日事務員が発見し連絡したところ、まだ服用はしておらず全て回収し、正しい薬剤と交換対応した。当事者による健康被害はない。	薬剤名の「人参」のみで反応し調剤してしまった。通常複数人で行っている監査が抜け、投薬までひとりで作業してしまった。	投薬までに必ず監査が入るよう、判子等のサインを徹底する。	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ人参湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
295	ツムラ清上防風湯の処方に対しツムラ当帰芍薬散が入っていたと患者母から連絡が入った。後日交換でいいとの事で来局してもらい交換し、謝罪した。	ツムラ当帰芍薬散とツムラ清上防風湯は包装が似ている。在庫置き場は離れているが当時ツムラ清上防風湯の置き場にツムラ清上防風湯が保管されていた。ざっと包装しか確認しなかったので同じと思いこんでしまった。	在庫時確認して保管する。よく似た包装なので思い込みをなくし数字と薬品名を確認する。	ツムラ清上防風湯エキス顆粒（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
296	大黄牡丹皮湯２８日分（８４包）の中に疎経活血湯を７包入れて渡してしまった。後日患者本人から違う漢方薬が混ざっていると電話連絡があり交換した。	ツムラの漢方薬（小包装）は棚３段に番号順に箱ごと並べて保管しているが、ツムラ３３大黄牡丹皮湯とツムラ５３疎経活血湯は隣合わせに並んでいた上にともに末尾３で同じ黄緑色の箱であったため、取り違えてしまい混ぜて渡してしまった。薬剤師の不注意であった。	箱の色が同じ漢方薬は並べて置かないように保管場所を離すように改善した。間違えた内容は保管場所近くに表示して注意喚起し薬剤師およびピッキングする事務にも周知徹底した。	ツムラ大黄牡丹皮湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ疎経活血湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
297	ツムラ大黄甘草湯が処方されていたが、間違ってツムラ抑肝散を調剤し、監査も通ってしまい、患者さんに投薬してしまった。後日、服用した患者さんから、いつもと味が違うのでよく見たら、番号が違うとのこと。確認したところ、間違ってツムラ抑肝散が投薬されていた。	外観が黄色で似ており、番号も84番と54番で似ていたため、場所を変更し、間違えにくくした。	事例を共有して、同じことが起こらないように話し合った。	ツムラ大黄甘草湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
298	ツムラ84の大黄甘草湯とツムラ54の抑肝散は、どちらも黄色のラインの入ったパッケージであり、当局での備蓄場所が、同じ引き出しの中にあり、誤って調剤してしまった。	ツムラの漢方薬は、下一桁の番号が同じならば、同じ色のパッケージになっているため、備蓄場所が近いところにあると間違って調剤しがちである。	同じ色のパッケージは、できるだけ離して、備蓄場所の工夫をした。	ツムラ大黄甘草湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
299	ツムラのエキス顆粒のうち、端数は間違えなく１００番を調剤したが、大箱で調剤したため、近接する同じ色の６０番をピッキングしてしまった患者も一緒に見ていたが気づかずに投薬した	同じ色の番号の漢方薬を上下に近くに置いていた。番号順にもなっていなかった	同じ色の番号の漢方薬は隣接させない。番号順に並べる工夫をする。	ツムラ大建中湯エキス顆粒（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
300	ツムラ大建中湯を調剤するところをツムラ猪苓湯を調剤してしまった。監査をスルーしてしまったが、交付時に気づいて正しい物に変更してお渡しした。	大建中湯と猪苓湯はラベルの色が青色で同じであり、在庫場所も隣り合っていたため、調剤ミスが発生。繁忙時であったこともあり、監査時に気づくことができなかった。	ラベルの色が同じ漢方薬の在庫場所が隣り合わないように在庫場所を変更した。	ツムラ大建中湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ猪苓湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
301	大建中湯が処方されており、大建中湯の大箱の中から薬剤を調剤したところ中に清肺湯が一部入っており、鑑査時に薬剤師が誤りについて発見した。	外装が似ており、番号や横線の数などで判別は可能なものの一見しただけでは判別が難しかった。清肺湯をしまう際に誤って大建中湯の箱の中に入れてしまった可能性が考えられる。	見た目の似ている薬は調剤時だけではなく、収納時にも気を付ける。漢方薬は見た目だけでなく番号、漢字をしっかりと確認して調剤、鑑査を行う。	ツムラ大建中湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ清肺湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
302	大建中湯エキス顆粒が処方されましたが、削除、やはり処方と二転三転したため、その都度お薬の出し直しをしましたが、最終猪苓湯を取り出しそのまま薬袋に入れ投薬してしまいました	ツムラの大建中湯エキス顆粒１００番、ツムラ猪苓湯エキス顆粒４０番が上下の棚に収納されており、同じ紺色であったため目の錯覚で取り出し、何度か取り出し、戻しをおこなったため鑑査も十分に行わなかったことが要因と思われます	思い込みの事例であったことが要因ですが、外来、施設の処方が重なり忙しかったことも一因であります。ただ忙しいからは言い訳にしかならず、複数の薬剤師がいるため、集める人と鑑査者は異なる人で行うことを徹底させることで改善すると考えます。	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
303	ツムラ猪苓湯㊵を出すところを、ツムラ荊芥連翹湯㊿を調剤してしまい、患者さまが２包ほど服用してしまった。患者様が味が違うことに気づき二日後に持参し過誤が発覚した。患者様に健康被害なし。	バーコード式の監査システムがあったが、夫婦で同じツムラ猪苓湯㊵が出ていたため、同じと思いこみ、バーコードを㊵で読み込んでしまった。	一人一人の調剤後に監査システムを使用すべき、またお見込み調剤も気を付ける。	ツムラ猪苓湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ荊芥連翹湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
304	患者は定期処方で何年もツムラ猪苓湯を服用していた。当日は年末の連休にかかるので４０日処方となった。ツムラの漢方薬１８９包入りを４０番と８０番を重ねて配置していたため包装箱の色が同じ青紫で番号が40と80で似通っていたため、５日分は猪苓湯をピッキングし７日分まとめてセロハンでまとめている８０番の箱を開けて５パック取り出し、同じ猪苓湯と思い込んで患者に投与した。患者の帰宅後４０番と８０番の在庫を確認した時調剤ミスに気ついた。	背景として、終業時間間際の来局で忙しく調剤室内は騒然としていた。数字の末尾で色分けしているものをたまたま重ねて置いていたので、別の薬と気が付かなかった。患者が帰宅後すぐに電話で、番号の違う、漢方薬が35日分入っていたと連絡してくれた。翌日正しい薬と交換できた。	表示の色の同じ箱は重ねて置かないようにする。必ず処方箋記載の漢方薬の名称をピッキングした時声に出して確認し、目視でも各シートの表示をしっかり、確認する。	ツムラ猪苓湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴胡清肝湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラー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	ツムラ猪苓湯が処方されていたが、ツムラ柴苓湯を取りそろえた。監査者が発見し修正した。	漢方薬の名称を見間違え、取り揃えた後も間違えに気づかず調剤を終了していた。	漢方薬の名称には似ている名称が多くあることを確認する。取り揃え前と後で処方箋記載の薬品名と手に取った薬品名の名称を確認する。	ツムラ猪苓湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴苓湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
306	釣藤散調剤時、釣藤散の棚に麻黄湯が置いてあるのを発見。	ツムラは番号で色分けされており、釣藤散47番茶色、麻黄湯27番茶色で納品時に間違えたものと考えられる。	一件3文字で同じで茶色のため同時納品された際は、間違いやすいことを理解し定期的に棚の確認と納品時の仕分けを徹底する。	ツムラ釣藤散エキス顆粒（医療用）	ツムラ麻黄湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
307	ツムラ釣藤散が処方されていたところ、ツムラ麻黄湯が混ざって投薬された。	前の患者さんに、ツムラ麻黄湯が処方され調剤後、元の棚にツムラ麻黄湯を戻すことをせず当該患者の調剤に取り掛かってしまい調剤台にツムラ釣藤散（47）、ツムラ麻黄湯（27）が一緒に置かれた状態になり、シートの配色が同じことから取り違えてしまった。	調剤台は常に整頓された状態にする。監査の徹底	ツムラ釣藤散エキス顆粒（医療用）	ツムラ麻黄湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
308	ツムラ当 帰四逆加呉茱萸生姜湯（T88）を１２６包ご処方のところ、ツムラ二朮湯（T38）を３包混ぜてお渡ししてしまった。	薬品名は異なるが、番号がT88、T38と似ており帯も同じ赤色で、同じものと見誤って１ヒート（３包）混ぜてピッキング、鑑査の時もスルーしてお渡ししてしまった。	同じ引き出しの中にパッケージの箱ごといれて、見分けがつくように区別していたが、ピッキング時に何らかの原因で間違えて拾ってしまった。今後は引き出しを別にし、拾い間違いのないようにする。ピッキング時、鑑査時は必ず薬品名をダブルチェックして確認する。	ツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ二朮湯エキス顆粒（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
309	7/7ツムラ当帰芍薬散が処方されされましたが誤ってツムラ芍薬甘草湯を渡してしまました。	芍薬の文字を見て芍薬甘草湯を入力してしまいミスにつながり、その後の監査も芍薬甘草湯と思い込んでしまいました。	声を出して最初の文字から最後の文字まで薬剤を読み上げ間違えのないようにします。調剤室に思い込みをしない等の掲示して注意を払うようにします。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
310	ツムラ29麦門冬湯を処方されていたところ、ツムラ19小青竜湯を交付してしまった。	ツムラの漢方薬は1番の葛根湯から順に薬品棚の上に横一直線に並べてある。最近ツムラ3乙字湯を採用するなどして、漢方の位置がややずれたため、いつもの感覚で手を伸ばしたところにあったのが小青竜湯だった。外観類似のため、まだ薬剤師歴1年未満の監査者はあっているものとしてミスに気が付かなかった。なお、当薬局ではピッキングシステムや監査レンジは導入されていない。	ツムラの漢方薬については番号が併記されていない処方箋だった場合に、処方入力をする事務員が番号を記載することとした。監査時にも番号の一致、商品名の一致を必ず確認するようにした。	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
311	ツムラ八味地黄丸処方されていたが、誤ってツムラ五苓散をお渡ししようとしていた。	ツムラ八味地黄丸とツムラ五苓散は７番と１７番で包装の色が同じなので、色だけで判断してしまっていた。	同じ引き出しでも、なるべく遠くに離して間違わないようにラベルを貼った	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
312	当薬局は施設在宅を行っており、施設看護師が配薬の際に正しくはツムラ八味地黄丸　５ｇ　1日2回朝・夕食後のところ誤って五苓散５ｇ　1日2回朝・夕食後で調剤されていることに気づかれた。	調剤棚に置かれてる漢方薬はツムラの番号順になっており、7番の八味地黄丸と17番の五苓散は仕切りなどなく隣同士に配置されていた。加えて、包装の色が類似しているため、間違える原因になったと思われる。	八味地黄丸と五苓散の棚の配置を変更した。	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
313	八味地黄丸の箱を納める棚（スペース）に、五苓散の箱が納められていた。八味地黄丸の処方があり、八味地黄丸の棚から189包の箱を取り出そうとしたら、五苓散の箱が納められていた。調剤者は、納められている箱の違いに気づき、五苓散を五苓散の棚に納めなおした。	ツムラ　7番と17番で　かつ　箱が茶色の印刷表示なので、箱が似ていた。	7番と17番の納める棚を　離して、間違って取らないように、かつ、間違って納めないように注意ポスターを設置した	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
314	漢方薬の処方の変更に気が付かず、前回Doで入力。入力内容で調剤されたものを監査し、そのまま患者様にお渡しした。処方内容は、漢方が２種、錠剤が２種の全４種であった。受付時には、錠剤の１種に変更があったため、その内容についての疑義照会や患者聞き取りを行い、投薬した。後日、入力確認作業で漢方の１種に変更があったことに気が付き調剤過誤が判明した。変更内容はツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒から、ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒への変更であった。患者様の健康状態については、服用中継続という形であったため問題はなかった。	日頃から利用されている患者であり、処方内容の変更も頻繁であった。４種の処方内容のうち２種に変更があったが、１種に注目してしまい片方の変更について注意が向かなかった。また、調剤時は処方箋ではなく、入力内容をもとに調剤を行ってしまい誤調剤になった。監査は、入力と調剤の間違いに気が付かずに監査、投薬した。	漢方の変更に気が付かなかったことから、調剤者は漢方のツムラの番号を確認し処方箋にメモする。監査者は、名称と番号の両方を確認する。また今までは調剤の場所にのみ漢方名称確認表を設置していたが、今後は入力と調剤、監査のそれぞれに箇所に設置する。	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
315	【経緯と状況】(2023/10/11/水14:21)地域の中核病院の薬剤部から電話があり調剤過誤に気が付いた。入院患者の薬品鑑別依頼を受けたが、ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒　2包　分2　30日分　の薬袋に、ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(No．16)、18包。ツムラ麻子仁丸エキス顆粒(No．126)、42包。が入っていたので問い合わせをさせて頂いた。 当薬局の事務員が、漢方薬の在庫を確認して過誤内容を確かめた。丁度過不足が過誤内容と一致した。ツムラ麻子仁丸エキス顆粒(医療用)、42包は調剤過誤であった。 病院薬剤部の指示もあり、直ぐに病院を訪問して正しい薬である、ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(医療用)42包と、交換させて頂いた。幸いな事に誤飲は無かった。（誤飲による健康被害は無かった。）	【背景・要因】漢方薬の番号と薬品名は異なるが、箱のラインも包装紙のラインも、カーキ色で同一だった為、同じ備蓄棚の同じ場所に、過誤に成った漢方薬(No．126/42包)一箱が紛れ込んでいた。監査者の薬剤師もこれを見落とした。	【薬局における改善策】納品、調剤、監査、投薬と、四回も過誤を見抜けなかった。同じケースの漢方薬取り違えは、過去にも例があり、改善策は必須。 漢方薬の備蓄棚を拡張して、特に間違えやすい薬品は名前を見やすくした。監査者は一人薬剤師なので、漢方薬の監査漏れの無い様に更に気を付ける。病院薬剤部に報告書を提出すると共に、公益財団法人日本医療機能評価機構に、本事例(薬局ヒヤリハット)を報告した。	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ麻子仁丸エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
316	ツムラ14番（半夏瀉心湯）90日処方で、箱から薬袋へ詰めている際、誤ってひと箱だけツムラ54番（抑肝散）を詰めてしまった。監査する薬剤師も、重なって入っている漢方の束をしっかり見れておらず、見逃してしまった。患者の前で薬袋から出して見せる際に、患者が番号が違う漢方が紛れていることに気付き、その場ですぐに対応できた。	ツムラ漢方は包装が番号によって似ており、見間違えたものと思われる。監査者もきちんと確認できていなかった。	改善策として、漢方の番号で似ている製品については調剤棚の場所を離しておくようにした。	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（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
317	漢方4週間分処方であったが、一番上の漢方の包装のみ確認。包装色が同じ漢方を2週間分交付してしまった。交付後すぐ家族から連絡があり、すぐ取り換えました。	2週間分の漢方は合っていたため、他も同じ漢方を用意されていたと思いこんでしまった。全ての包装を確認していなかった。	外見が同じ漢方を離して置いておくこと。必ず全ての包装を確認すること。	ツムラ補中益気湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ潤腸湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
318	調剤薬、ツムラ41 補中益気湯エキス顆粒を ツムラ51 潤腸湯エキス顆粒を取り間違えた。	ツムラ41とツムラ51は漢方番号末尾が同じ１であり、包装色も水色で酷似しており今回取り間違いが発生する要因となった。	取り出す際に再度商品の名前の再確認の徹底をすることで取り間違いを防止したいと思います。	ツムラ補中益気湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ潤腸湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
319	以前から、ツムラ補中益気湯が処方されていた患者さまであるが、ツムラ葛根湯を調剤、投薬実施。自宅にて服用した際に、薬の番号が違う事に気付く。	一人調剤、監査が行われ、また思い込み調剤がされてしまったための事故であると推測	思い込み調剤には十分に注意し、監査の際にも薬剤名までしっかり確認して行うように徹底する	ツムラ補中益気湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ葛根湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
320	処方箋：ツムラ防風通聖散エキス顆粒　60日分調剤ミス：ツムラ62防風通聖散エキス顆粒　53日分　＋　ツムラ82桂枝人参湯エキス顆粒　7日分 新採用の調剤助手がピッキングをした際に、1束だけ82番を混ぜて入れてしまった。（在庫を置いている引き出しが隣接していた）鑑査者・交付者である薬剤師がそれに気づかず薬袋に入れて調剤を完了してしまった。 その日の午後、別の薬剤師が在庫チェックをしている際に、在庫の矛盾に気が付いたため発覚発覚後すぐに患者に電話をかけ、事情説明、交換に至ったため、患者被害はありません。	漢方の在庫棚を番号順で管理していたため、62番と82番が同じ引き出しに入ってしまっていた。62番も82番も緑色のパッケージであったため、鑑査者も気が付かなかったようです。	番号順での収納について再検討し、類似名称、類似色の漢方については隣接しないように配置換えしました。薬局内で事例を周知し、漢方の鑑査時は名称まで確認するよう共有しました。	ツムラ防風通聖散エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝人参湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
321	ツムラ麻杏甘石湯の処方のところ間違いなくお渡ししたつもりが、後日、患者様から、ツムラ桂枝湯が混在しているとご指摘があり、在庫を確認したところ、間違って混在していたことが確認されました。	たまたま、ツムラ麻杏甘石湯とツムラ桂枝湯が棚の上下同じ位置にあり、包装の色もオレンジで同じ色だったため、いつの時点かに戻し間違えたようで、混在していたことに気付かず、お渡ししてしまいました。	包装の色だけでなく、番号、薬品名を確認して、薬棚に棚入れするのは必然ですが、同じ色の包装の漢方は上下の棚にならないよう配置を変更しました。	ツムラ麻杏甘石湯エキス顆粒（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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
322	類似品で出し間違い　妊婦に付子製剤慎重投与　麻黄湯が適切	麻黄の頭文字のみで容易に判断して取り間違い	妊婦　授乳婦への付子の製剤のリスクを再研修して再発防止に努める	ツムラ麻黄湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ麻黄附子細辛湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
323	麻黄附子細辛湯処方のところ麻黄湯取り違え	繁忙期で処方内容見落とし	監査の徹底	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
324	交付後、患者ご家族より“他の薬が入っているので、交換して欲しい”と連絡があった。中身を確認した所、お渡ししたツムラ54抑肝散の薬袋の中に、ツムラ24加味逍遙散21包が混合していた。幸い服用はしておらず、健康被害はなかった。正しいものと差し替え、謝罪した。	ツムラ54と24は同じ色で包装が類似している・番号が似ていることから見落としてしまった。要因として、鑑査・交付者が包数だけを見ていたこと、薬を棚に戻す際に誤った棚に戻してしまったことが考えられる。	特に漢方薬などの個包装品は、包数が多くなることが度々あるので、企画や薬品名も見落とさないよう意識する。薬品棚に戻す際は、必ずポリムス等の機械を利用し、人の目だけで終わらせないようにする。	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
325	処方当日、薬の管理に患者宅へ出入りの訪問看護師さんより電話連絡あり。今までツムラ抑肝散の処方だったが、今回頂いた薬からツムラ加味逍遙散に変更になったのか？との質問。処方内容、薬歴、在庫状況など見合わせて渡し間違いが判明。	調剤された医薬品の確認不足。繁忙の時間帯であり、同日はヘルプ薬剤師の勤務であったため集中度が落ちていた。	心理的要因はのぞき、基本的確認作業の徹底を図る。心理的要因発生が起きない様、人員配置検討。	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
326	処方薬はツムラ抑肝散であったが、間違えてツムラ柴苓湯を渡していた。患者様のご家族より指摘があり発覚。	今回の２種類の漢方薬は包装が類似して、しかも備蓄してある場所が近かったため起こったと考えられる。かさねて監査時が忙しく他院にて頻繁に柴苓湯が処方されていたことも原因の一つと考えられる。	今回の２種の漢方の備蓄場所をはなして保管すると共に、他に起こる可能性のある薬剤を選定して備蓄場所を検討するようにした、	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
327	ツムラ抑肝散とツムラ加味逍遥散を間違えてお渡し。本人からの連絡で気づき事故が発覚。	特段繁忙時間という訳ではなかったが、よそ事を考えていて、似たパッケージに気づかず投薬してしまった。	監査時に、指差し確認を徹底する	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）	ツムラ加味逍遥散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
328	ツムラ抑肝散が処方された患者に、誤って同色パッケージのツムラ大黄甘草湯を調剤。監査、投薬は別の薬剤師だったが、そこもスルーしてしまった。	当時はこれらの２剤を隣ではなかったものの、すぐ近くに並べて置いてしまっていた。	これら２剤を漢方棚の両端に離して置き、それぞれの薬の前に太赤字で名称を書いたシールを貼った。当然、薬剤師同士でも今後取り違えの無いよう話し合いをした。	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
329	ツムラ抑肝散２８日分処方のところ２９日分に変更になり時間差で１日分調剤の際色の類似したツムラ柴苓湯と間違って調剤し鑑査時確認が漏れてしまったと思われる。施設より連絡があって発覚し正しいものと交換した。	処方日数が変更になった際色で判断してしまったため取り違えてしまったと思われる。	外観類似のものは場所をはなして保管するようにした。	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
330	ツムラ抑肝散の処方のところ、ツムラ大黄甘草湯を出してしまった。	棚に補充する段階で外観が似ている２剤を入れ間違っていた。抑肝散を大黄甘草湯と思い込み、出した。	色が同じものを注意し、補充の段階でよく確認し、取り出すときもよく確認し、監査でもよく確認することを徹底した。	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
331	ツムラ抑肝散を調剤するちころツムラ加味逍遙散を調剤．事務員の監査を受けた時に取り間違えが分かった．	ツムラ５４番抑肝散と２４番加味逍遙散はすぐ近くに配置してあっ箱の色も同じ黄色であったため、加味逍遙散を取ってしまった．	ツムラの漢方は番号順に並べているが、同色の箱が隣にある時は番号順を崩して離れて配置する．	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
332	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒をツムラ抑肝散エキス顆粒と間違えた。入力者は名前が類似していたため、誤入力した。調剤者は処方箋を漢方薬と照合しないまま監査を終わっていた。交付者は渡す時に間違いに気がついた。	調剤は慣れるにつれ名称を全て読まずに名称の文字数、名称の最初の2～3文字で薬を用意する傾向がある。	医薬品の名前を読み上げて調剤する。名前が類似医薬品は医薬品棚の配置場所を離して置く。特に間違いやすい薬は赤字のマジックで印をつける事とする。	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒	ツムラ抑肝散エキス顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
333	患者来局時に、前回もらった漢方薬に違う漢方薬が混ざっていたとの話があり調剤過誤が発覚。抑肝散加陳皮半夏２８日分で調剤するところ、抑肝散加陳皮半夏１４日分と酸棗仁湯１４日分で渡してしまったことが分かった。後日来局時に持参してもらえたが、酸棗仁湯は１３日分しかなく１日分服用した可能性があった。患者の体調に影響は見られなかったが、後日医師へ情報提供を行った。	ツムラの抑肝散加陳皮半夏は８３番、酸棗仁湯は１０３番であり包装が黄緑色であることが共通している。薬局では、これらの薬剤は別の棚に保管されており混ざることはあり得ないが、誤ってピッキングしたものを戻す際に戻し間違いが発生し、混ざってしまったと考えられる。	ピッキングしたものを戻す際にはバーコードでの照合を徹底する。漢方薬の監査時は色だけではなく横線の本数などでも確認し、他の漢方薬が混ざっていないことを十分確認する。	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
334	調剤者がツムラ抑肝散加陳皮半夏を調剤しないといけないところ、名称の類似しているツムラ抑肝散を調剤した。監査者が処方箋と照らし合わせて発見し、訂正をした。	調剤者が名称の類似しているツムラ抑肝散とツムラ抑肝散加陳皮半夏があることを認識していなかった。	名称の類似している薬品のリストを作成し、周知した。	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒（医療用）	ツムラ抑肝散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
335	ツムラ39苓桂朮甘湯120包が処方されたが、その中にツムラ19小青竜湯を42包を混ぜて調剤、交付してしまった。 患者帰宅後、内服時に味が違うことに気づき発覚。薬はすぐに吐き出したとのこと	GS-1リーダーを導入しているが、読み取ったのは正しいツムラ39であったため、スルーしてしまった。	・ツムラ下1桁が同じ薬剤は近くに配置しないようにする。・GS-1で照合した薬剤でも、すべて同一商品か確実に確認する。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒（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
336	ツムラ苓桂朮甘湯ををお渡しするところ、誤ってツムラ桂枝茯苓丸をお渡ししてしまった。	薬品名に同じ漢字が２文字入っており、調剤者、監査者共見誤ったと思われる。	調剤者、監査者共、薬品名と番号の両方から確認する。類似の薬品名には印を付け注意を喚起する。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
337	調剤者が苓姜朮甘湯が処方されている患者に対し苓桂朮甘湯をピッキングしてしまい、監査者が誤りに気付いた。	来局者が集中している時間帯に実習生が計数調剤を行った。処方箋を見た際に医薬品名を視覚的に全体で捉えて調剤したため、苓姜朮甘湯ではなくよく見慣れている苓桂朮甘湯を選択してしまった。	来局が集中している時間帯においても、注意して処方箋を確認する。特に漢方薬では漢字の羅列による医薬品名であることから間違えやすいため、気を付ける必要がある。また、医薬品の種類や規格、作用機序など知識を深めることでミスを防ぐことやミスに対して違和感を覚えることにつなげることができる。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
338	入荷医薬品の棚間違い補充してあり、調剤中に発見した。ツムラ(43)六君子湯エキス顆粒の調剤中、ツムラ(43)の棚の一番手前にツムラ(103)酸棗仁湯エキス顆粒がおいてあり、ピッキング時、字面の違和感により発見した。おそらく入庫時に包装の色・形が同じ上記薬を確認不足のまま棚に入れたことが原因と思われる。	背景：ツムラ(43)の出庫量は他の漢方に比べ著しく多く、入庫作業に慣れや確認不足がある。要因：ツムラ(43)とツムラ(103)は包装の色や形が類似しているため、間違えやすい。	入庫時・ピッキング時・監査時・交付時の確認の徹底入庫作業後、六君子湯エキス顆粒の棚の医薬品名の指差し確認	ツムラ六君子湯エキス顆粒（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
339	ツムラ芍薬甘草湯２．５ｇ１×起床時１４日分が処方されたが、誤ってツムラ当帰芍薬散２．５ｇ１４包を調剤した。監査者が間違いに気づき訂正した。	処方箋にツムラの製品番号は表記されず薬品名のみ表記されていた。事務職員は薬品名の一部のみを見て、芍薬甘草湯のところ当帰芍薬散と入力した。調剤者は処方通りに芍薬甘草湯を調剤していたが、ポリムス（ピッキングサポートシステム）でエラー表示が出たため、調剤支援シートの入力データを見て当帰芍薬に調剤しなおし、ポリムスを通過したため監査に回した。	レセコン入力時、薬品名を全て確認して入力する。調剤者は、入力内容のチェックも調剤の一部であることを認識し調剤手順の見直しを行う。ポリムスはレセコンに入力されたデータ（調剤支援シートに印字）と調剤された薬を照合するものであり、エラー表示が出た場合は入力ミスの可能性も考え、必ず処方箋を確認する。	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
340	ツムラ茯苓飲と平胃散の取り間違い。薬剤交付前の監査時に発覚し、正しく交付できた。	調剤棚（引き出し）を確認したところ、ツムラ茯苓飲の場所にツムラ平胃散が誤って保管されていたことが発覚。外装の類似により、入庫ミスがあったと考えられる。	薬局内で今回の事例を周知し、全スタッフが薬局在庫（類似した外装の薬剤があること等）を正確に認識する。そのうえで、入庫ミスがないよう最新の注意を図る。	ツムラ茯苓飲エキス顆粒（医療用）	ツムラ平胃散エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
341	ツムラ茯苓飲半夏厚朴湯エキス顆粒を分3で30日分処方されてたが、7日分(1束)ツムラ清暑益気湯と誤ったもので渡してしまっていた。患者が後日来局した際に誤ったお薬を持って来られ発覚。	忙しい時期であり、注意不足であった。116と136で帯の色も同じで横並びで在庫していた。	薬局在庫の管理の上で横並びをやめ間に別の漢方を置きとり間違いを防ぐ対策を取ることにした。ピッキングミス等薬を戻す際は一旦別箱に入れるようにする。	ツムラ茯苓飲合半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ清暑益気湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
342	処方箋QRコードを読むと0.5ｍｇが読み込まれてしまう。手打ちで1ｍｇに変更して入力を変更した。	QRコードの内容と処方箋の記載事項が変わる場合がある。	QRコードで読み込んだ時も内容を確認する。	ディナゲスト錠１ｍｇ	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
343	患者様が後日来局。テオロング80ｍｇを30錠必要なところ10錠のみトライコアが含まれていることに気づいた。	調剤の配置が近いことやヒートのデザインが似ていることから調剤時に気づかずピッキングを行い、そのまま監査者にわたったが見逃して患者様にわたってしまった。	デザインの似ているもの配置を考え直した。	テオロング錠１００ｍｇ	トライコア錠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
344	デキサメタゾン軟膏とデキサンVG軟膏の取違い。	確認不足。思い込みもあったかと思われる。	ダブルチェックや声出しによる確認。	デキサメタゾン軟膏口腔用０．１％「ＣＨ」	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
345	外観の裏表が非常に酷似しており、取り違えが起きた	医薬品供給不足により、メーカー変更が日常茶飯事であり、注意喚起が不足した。	情報伝達をより細かくチェックする体制を強化する必要がある。	デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠１５ｍｇ「ＮＰ」	アンブロキソール塩酸塩錠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
346	処方内容「デキストロメトルファン」であり、風邪ひき患者によく出る「トラネキサム酸錠」を外観が似ているため、ピッキング時間違え、デキストロメトルファンのつもりで投薬してしまった。患者帰宅後、服用時に患者が気づき、電話ある。自宅までお届けして謝罪した。	置き場所が近く、外観もにている。デキストロメトルファンとトラネキサム酸が同時に処方されることが多く、慌ててピッキングしたことが原因。	保管位置を離して設置し、保管トレーに色付けして間違えずらいように変更・工夫した。	デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠１５ｍｇ「トーワ」	トラネキサム酸錠２５０ｍｇ「ＹＤ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
347	デザレックスと間違えてエンペラシンをピッキングした。誤りに気付かずそのまま監査者に渡す。監査者が気付き、判明。	シートのデザインが似ており、配置も近くにあった為取り違えが起きた。	ピッキング時のシートの確認。配置をずらす。	デザレックス錠５ｍｇ	エンペラシン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
348	（般）バルプロ酸ナトリウム200mg錠のところ、バルプロ酸ナトリウム徐放錠で入力されていたが、監査時に気が付かず、そのまま交付してしまった。後日、別日交付の処方箋を監査時に店舗スタッフが気が付いた。患者様と主治医に連絡し、お詫びした。	一般名処方の際、規格や徐放、普通錠、冷感や温感など様々あるのでそれに合ったものを入力でチョイスすこと。監査時に一般名の名称と調剤された薬品が合っているか確認を怠らない。	一般名処方の際の入力や監査時の注意点を再学習した。	デパケン錠２００ｍｇ	バルプロ酸ナトリウム徐放錠Ａ２００ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
349	デパスでお渡しするところ、リーゼでお渡しし、飲む前に患者本人から指摘あり	確認不足	調剤者、監査者とも確認をしっかり行う	デパス錠０．５ｍｇ	リーゼ錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
350	処方にはデベルザ錠２０ｍｇが記載されていたが、誤ってテネリア錠２０ｍｇをピッキング。監査薬剤師が気付き交付には至らず。	糖尿病治療薬という事と、薬品名の頭文字、規格だけで判断してしまい、当薬局にて使用量の多いテネリア錠をピッキングしてしまった。また、同じ引き出しに並んで保管してあった為、間違えを引き起こしやすかった。	保管場所を変更し、社内での情報共有をを行った	デベルザ錠２０ｍｇ	テネリア錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
351	デベルザ錠２０ｍｇをピッキングするところをテネリア錠２０ｍｇをつい手に取ってしまった。	どちらも糖尿病薬でしかも「テ」から始まる２０ｍｇ錠という事で、つい無意識に手を伸ばしていました。	それぞれの薬品棚に「ピッキング注意！」と書き意識するようにした。	デベルザ錠２０ｍｇ	テネリア錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
352	デベルザのケースにテネリアが1シート混入していたためデベルザ30錠お渡しのところ1シートテネリアを混ぜて調剤。監査システムもスルーしてしまいお渡しした。その後歴記入時にビデオ確認して気づく。→患者様宅に電話して訪問して謝罪後正しいものに交換した。	テネリアとデベルザが上下のケースのため事前の調剤の時に戻し間違えた。	デベルザ、テネリアのケースを話して設置。	デベルザ錠20ｍｇ	テネリアOD錠20ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
353	調剤者がデベルザ錠20を調剤するべきところ　テネリアOD20を調剤してしまい投薬者も間違いに気づかずそのまま投薬。後日患者様本人が間違いに気づき来局。	来局者で混み忙しい時間帯。どちらも糖尿病薬で名称が類似　且つミリグラム数も同じで取り間違え　投薬者の鑑査も行き届かなかった。	調剤棚の配置の改善。類似医薬品名のリストアップ。投薬時の鑑査徹底（声だしなど）	デベルザ錠２０ｍｇ	テネリアＯＤ錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
354	泌尿器科の処方が連続して続いていたので、繁栄にデュタステリドをピッキングしていた。その中でデュロキセチンの処方箋がきたが　デュタステリドと思い込みピッキングした。監査する薬剤師が気づき、指摘をうけ　処方通りのデュロキセチンに入れ替えた。	薬品名がデュから始まるので、デュロキセチンをピッキングすべきところ、繁栄にピッキングしていたデュタステリドと思いこんでいた。繁忙時でもあり、よく薬品名を最後まで確認することなくピッキングをしてしまった。	繁忙時でも、落ち着いて処方内容を確認してからピッキングするように周知した。また、劇薬であるデュロキセチンとデュタステリドの棚の薬品名に「薬品名注意」のシールにて注意喚起をするようにした。	デュロキセチンカプセル２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	デュタステリドカプセル０．５ｍｇＡＶ「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
355	定期的に処方を受ける患者様です。ピック者がテラムロAPの処方のところをテルチアAPでピックをし、そのまま監査を通してしまいました。患者様のところへ届き、施設に入っていらっしゃる方のため看護師さんがいつもと違うお薬だと気が付き、連絡をくれました。その連絡を受け交換をしに行きました。患者様の手に渡ることなく済みました	1か月ごとの定期薬で監査者がほぼ同じとなるため、慣れからの間違いだったと思われます。改善策は、流れで監査をせず、1つ1つの確認を省かないように心がけます。	監査者は確実に処方監査をし、パソコンにて薬歴監査をし確認、入力された薬袋と薬が間違っていないか、慣れた処方であるので一通りの流れで確認を省くところの無いように心がける。	テラムロAPサワイ	テルチア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
356	前回まで継続してテルチア配合錠APが処方されていたが、今回一般名でテラムロ配合錠APに変更になっていた。変更に気づかず前回と同じと思い調剤した。処方箋入力も前回と同じ内容のまま入力していた為ピッキングシステムでエラーにならなかった。監査者が処方変更になっていることに気づき、間違えが発覚した。	一般名で処方されており、商品名の確認の為にお薬手帳を見ながら調剤していた為、変更になっていることをスルーして調剤してしまった。一般名と商品名がともに類似しており違いに気づかなかった。	前回と同じだろうという先入観を持たずに、一般名と商品名を確認しながら入力、調剤すること。	テラムロ配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」	テルチア配合錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
357	テラムロ配合錠が処方されていたが、前回までテルミサルタン４０ｍｇでしょほうされていたため、一般名処方ということもあり、前回と変わりなしと判断し、そのまま入力、調剤まで行ってしまった。監査時、レセプト入力のチェックを行うときに発覚。	一般名処方の場合、名称が長くなり、画面上にすべて表示されないこともある。特に合剤であり、前回の薬と同じ一般名が入っており、処方変更なしと判断してしまった。	調剤時、監査時、の２回レセプト入力をチェックすることで、複数人の目で複数回確認する。間違えに気付くチャンスを増やす。	テラムロ配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」	テルミサルタン錠４０ｍｇ「ＦＦＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
358	一般名でテラムロAP錠が処方された患者に、前回と同じテルミサルタン40ｍｇと入力されていた。	前回の同処方で入力し、再確認不足が原因。	入力後の再確認を徹底し、一般名での処方時には1文字ずつ確認する。	テラムロ配合錠ＡＰ「サワイ」	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
359	いつもの薬ですと中身を見せず薬袋に入れたままお渡し。服用前に気づいていただきインシデントにならなかった	手順を省いたことでのミス。	忙しくても手順書通りに。監査は声出しながらすることに。	テラムロ配合錠ＡＰ「サワイ」	テルチア配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
360	テラムロＡＰのところ、テルチアＡＰが準備されており、それに気づかず、監査・投薬を行ってしまう。服用前に患者さんが間違いに気づかれ、薬剤の変更となる。	特になし	特になし	テラムロ配合錠ＡＰ「サワイ」	テルチア配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
361	成分名処方でテルミサルタン40・アムロジピン配合剤であってテラムロと分かっていたが、薬品名も変換した際にテルチアと書いてしまって、調剤ミスをしそうになって、ピッキング前に気づいた	名前が似ていることによる一瞬の勘違い。	成分名から薬品名への変換、ピッキング。鑑査を一人で行わずに必ず2人以上ですることを続けること	テラムロ配合錠ＡＰ「トーワ」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
362	新患の患者さんでテラムロが処方になっていたが、誤ってテルチアを調剤してしまった。患者さん本人が異なる医薬品と気が付いた。	新患の患者さんでテラムロが処方になっていたが、［般］テルミサルタン・アムロジピンのテルミサルタンまでしか見れておらず誤ってテルチアを調剤してしまった。当薬局で常に処方になるのがテラムロであるため気が緩んだのが原因だと考えられる。	［般］テルミサルタン・アムロジピンなど合剤で長いものはレセコン入力の際に途切れてしまうこともあるので薬剤名をしっかり添付文書で確認すること類似名があることを薬局内で周知すること	テラムロ配合錠ＡＰ「ニプロ」	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
363	テリルジー100(30)を調剤するべきところ、レルベア100(30)を調剤し投薬してしまった。最初患者も2回程吸入したのち、いつもと効果が弱いような感じがして、医薬品を確認したところ、色調が違うことに気づかれ当薬局に連絡があった。	慣れ・慢心及びよく来局される患者さんであるという安心感があったと推定される。	投薬時、可能な限り患者にも医薬品を見せて、色調などを確認していただくことも有用と考える。	テリルジー１００エリプタ３０吸入用	レルベア１００エリプタ３０吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
364	定期処方であるが処方になく手持ちもないため追加処方になり調剤したがその時に間違えてしまった。在庫確認をしたときに誤調剤が発覚した。	お待たせしているなか、処方追加で交付者、患者ともに確認が不十分であった。	追加処方にも1つ1つ丁寧に確認調剤をし、患者と確認を取る。	テリルジー２００エリプタ３０吸入用	レルベア２００エリプタ３０吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
365	テリルジー２００エリプタ３０吸入用のところ、レルベア２００エリプタ３０吸入用で調剤していました。監査に回す前に調剤したものを再度確認したところ、取り間違えに気が付きました。	閉店間際にいつもいらっしゃる患者さまで処方数も多く、気持ちに焦りがありました。同じエリプタというデバイスで思い込みにより取り違えてしまったと考えられます。	テリルジーとレルベアは在庫する場所を別々にし、再発防止に備えました。	テリルジー２００エリプタ３０吸入用	レルベア２００エリプタ３０吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
366	2023年8月某日（水）13時頃に、平素より当薬局を利用している患者（81歳女性）が処方箋を持って来局した。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　朝食後３０日分と記載されていた。当患者は以前より【般】テルミサルタン４０ｍｇを継続しており、事務員が誤ってDO処方として入力し、当事者となる薬剤師（職種経験年数10年）が調剤時に誤ってテルミサルタン錠４０ｍｇを調剤して、鑑査システム（バーコードによるピッキングシステム）にてエラーとなり入力ミスが判明した。調剤完了前に指摘し、入力を処方箋通りの内容にて訂正を指示して交付することなく、正確な内容にて交付することができた。	【般】テルミサルタン４０ｍｇと【般】テルミサルタン４０ｍｇ・ヒドロクロロチアジド配合錠の表記が非常に類似しており、慣れていない薬剤師・事務員であると入力や調剤を間違えやすいと考えられる。薬局には当配合錠の取り扱いが一度もなかった。	念の為、同患者の過去の処方箋を再確認して過去に間違えがなかったかを確認。今回の事例より、テルチア配合錠の名称に（テルミ40＋ヒドロ）と表記を追加して注意喚起できるようにした。	テルチア配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」	テルミサルタン錠４０ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
367	テルチアAP「DSEP」を一包化でいれるところ、テルミサルタン40mg「DSEP」が一包化に入っていた。鑑査時にテルチアAPでなくテルミサルタン40mgが入っていたことに気が付いた。	一般名処方でテルミサルタン40mg・アムロジピン5mgの記載を見て、アムロジピン5mgを見落としテルミサルタン40mgを取ったことから処方箋の医薬品の記載の頭部分しか見れていなかったことが考えられる。	誤ってお薬を取り違えないように必ず処方箋の医薬品名の末尾を見るように最後の部分に記入を行う。誤ったものをピッキングしてしまった時も必ず鑑査で見つけれるように鑑査機を必ず使うようにし、鑑査機を使った後は誰が鑑査機を通したか分かるように鑑査表に判子などものが残る状態にする。	テルチア配合錠ＡＰ「ＤＳＥＰ」	テルミサルタン錠４０ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
368	処方箋は一般名処方でした。ピッキングは事務員がしました。[般]テルミサルタン４０ｍｇ・ヒドロクロロチアジド配合錠の記載でテルチア配合錠APを調整するところテラムロ配合錠APを調整し、鑑査に回しました。鑑査の薬剤師が誤りに気付いたため、患者には正しい薬を交付しました。	テラムロとテルチアの両方にテルミサルタン40mgが入っていて箱の表記のテルミサルタン40mgと末尾のAPに気をとられピッキングしてしまった。配合錠の一般名は長いので、最後まできちんと確認することができてなかった。	ピッキングするときは薬品名と含有成分の両方をしっかり照らし合わせ確認することを再度指導。入力された薬品名・規格が自身が調整したものと合致していることを、鑑査に回す前に複数回確認することを薬局内全員で共有した。	テルチア配合錠ＡＰ「サワイ」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
369	一般名処方でテルチアが処方されたところテラムロのコードを選択してレセコンの入力を間違えるが、監査もすり抜ける。投薬時に間違いに気が付いて訂正する。	テラムロも処方されたことがある患者だったため、油断して監査した。	類似薬がある場合は用心して確認する。	テルチア配合錠ＢＰ「ＤＳＥＰ」	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
370	テルミサルタン処方のところ、デキストロメトルファンの10錠シート1枚を混合して輪ゴムでくくっていた。	テルミサルタンの棚の上にデキストロメトルファンの棚があり、テルミサルタンの棚にデキストロメトルファンのヒート1枚が混在していたよう。	棚が上下の関係であり、落下によるものか棚への返却時に間違えたのかは不明。外観やや似ていることもあり、取り扱いに注意する。棚位置の変更も検討する。	テルミサルタン錠２０ｍｇ「トーワ」	デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠１５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
371	R5.8.30　患者が処方箋持参にて来局・受付。入力時に当薬局薬剤師が、前回処方変更した降圧剤の2種類が以前の処方内容に戻っていることを疑問に思い患者へ確認したところ「変更するとは聞いていない」との返答あり。処方医へ疑義照会したところ「間違えて前々回の処方内容で処方してしまった」と聞き取りし前回の処方へ変更することを確認した。	当該患者は前回定期受診時にBP上昇のため降圧剤の2種類が処方変更となったが、その後も上昇が続き再度臨時受診していた。その際にも降圧剤が1種類追加となっており、その後の定期処方時に前々回の処方を選んでしまったようだ。	今回は処方箋入力時に気付けたが、事務が入力した場合は気付けたかは難しい。仮に監査の段階まで気付かずに調剤していても監査時には薬剤師が前回との処方内容の変更に気付けただろう。その後の対応としては今回と同じく患者もしくは疑義照会等での処方元への確認が必須となる事例であった。	テルミサルタン錠４０ｍｇ「日医工」 ビソプロロールフマル酸塩錠５ｍｇ「トーワ」	テルミサルタン錠４０ｍｇ「日医工」 ビソプロロールフマル酸塩錠２．５ｍｇ「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
372	処方せん記載：デルモゾールG軟膏のところ、デルモベート軟膏で入力・調剤・監査・投薬をしてしまった。	入力者：注意力不足だった。調剤者：軟膏の分のみ、パートナーさんに依頼した。処方せんに記載されている薬品名の確認を怠った。鑑査者：入力確認が疎かになってしまった。最初の文字の確認のみで照合を終わらせてしまった。投薬者：処方せんの照合不足。処方箋が大元になっている事の意識不足。	○入力者は、ＱＲコードを読み込めない場合、ＱＲコードに×をするなどわかりやすい工夫をする。→調剤・鑑査者はその場合、より注意して入力チェックを行うという事を認識する。 ○入力時、デルモベート軟膏は「テルモナ」、デルモゾールG軟膏は「テルモソ」と入力する。	デルモゾールＧ軟膏	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
373	トラマドール錠で処方されているのに、トアラセット配合錠で調剤してしまう。	一般名処方で、トアラセット配合錠は「トラマドール塩酸塩・アセトアミノフェン配合錠」トラマドール錠は「トラマドール塩酸塩口腔内崩壊錠25ｍｇ」と記載されており、初めの文字が一緒の為、取り間違えてしまった。	トラマドール塩酸塩錠の一般名には、最後に用量が記載されているので処方箋の25ｍｇのところに印をつけることで取り間違えを防ぐようにした。	トアラセット配合錠「ＤＳＥＰ」	トラマドール塩酸塩ＯＤ錠２５ｍｇ「ＫＯ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
374	[般]トラマドール・アセトアミノフェン配合錠の処方だった。前回と同じトラマドールで調剤し投薬。調剤監査では用法の変更は気づき、訂正したが、薬品名の変更に気がつかなかった。投薬後に発覚し、自宅に正しいものを届けた。	前回と同じ処方と思い込んでいた。	処方箋原本を再確認する。	トアラセット配合錠「ＹＤ」	トラマドール塩酸塩ＯＤ錠２５ｍｇ「ＫＯ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
375	処方は一般名で「トラマドール・アセトアミノフェン配合錠」であり当薬局ではトアラセット配合錠がピッキングされなければならないところ、「トラマールOD錠」がピッキングされた事例です。	内服薬が5剤出ており、処方箋の記載順は上から二番目でした。混雑時で急いでピッキングしており、記載してある薬品名の最初の方の文字だけ見て判断した結果、取り間違ったと思われます。	急いでいても医薬品名の確認は一字一句最後まで確認するよう徹底	トアラセット配合錠「オーハラ」	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
376	10/25　17時頃来局。処方数多く、調剤に時間がかかるため、患者は外出、後日受け取りのため預かりとなった。ドキサゾシン1ｍｇ　1日１T　30日分が処方されていて、ドキサゾシン1ｍｇ「YD」30Tを調剤すべき所、ドンペリドン10ｍｇ「YD」30Tを調剤。調剤者は気づかず、監査者が監査システム「ミスゼロ子」使用した際に、入力と違うことによる注意音がなったため、間違いに気づいた。調剤者に再調剤するように伝え、正しい薬を調剤した。	・アイウエオ順の棚割りのため、ドキサゾシンとドンペリドンが近い場所にある・どちらもメーカーが同じ「YD」で、箱の外観、色味が酷似している	・カセットに「類似品あり」と札をつけ、注意喚起した・鑑査システムの徹底	ドキサゾシン錠１ｍｇ「ＹＤ」	ドンペリドン錠１０ｍｇ「ＹＤ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
377	ドキサゾシン錠4ｍｇ「ファイザー」とトラセミドＯＤ錠「ＴＥ」4ｍｇを取り違え。棚の上下にあり、間違えた。	慢心。単純ミス	ピッキング前によく薬剤を確認する。	ドキサゾシン錠４ｍｇ「ファイザー」	トラセミドＯＤ錠４ｍｇ「ＴＥ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
378	メマリーOD20ｍｇとアリセプトD10ｍｇの処方アリセプトD10ｍｇの在庫なく、当日中に追ってお届けすることに。後発品希望の為、ドネペジルOD10ｍｇをお渡ししないといけないところ、メマンチンOD10ｍｇをお渡し。ご家族が気付いて下さり、正しいドネペジルOD10ｍｇをお渡しすることに。	認知症の異なる2剤の処方と理解していたものの、不足分をお渡しの際に誤ってドネペジルOD10ｍｇのところ、メマンチンOD10ｍｇをお渡し。	薬情、薬袋など印刷物は正しいドネペジルOD10ｍｇを表示。印刷物等も確認しながら、鑑査業務を行うようにいたします。	ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「ＺＥ」	メマンチン塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「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
379	トピロリック錠20mgからトピロリック錠40ｍｇへ増量の処方で、処方箋の記載がメトピロンカプセル250mgで来ていた。鑑査時に気が付き処方元に連絡。トピロリック錠40mgへの変更の入力ミスだと確認できた。	同じトピロの文字が入っているため入力ミスで処方箋交付がなされてようだ。	前回の履歴を確認して齟齬がないか確認する。メトピロンカプセルはクッシング症などに用いられる薬で、通常整形外科ではでないため確認が必要。	トピロリック錠４０ｍｇ	メトピロンカプセル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
380	医薬品流通不良のため採用品目が変更になることが多かった時期に、デジレル錠25をトラゾドン錠25に、トレドミン錠25をミルナシプラン錠25に変更した。いずれも処方数が少なくなれない中で、トラセミドが採用となった。当該患者は一包化指示で他の薬剤とあわせて4種類を朝食後に服用している。トラセミドとトラゾドンを間違えて一包化。別の薬剤師が監査をする際に間違いに気付き訂正。	50音で薬剤を管理していたため、採用が変更になった際にこれまでの採用品とのつながりがスムーズに認知されない状況だった。医薬品名が似ておりピッキング、一包化、一包化後の確認も不十分だった。抗精神薬の棚をまとめ、普通薬と別に管理し過誤を防ぐようにした。採用品の変更はスタッフ間で周知徹底した。	抗精神薬をまとめて管理し、普通薬と別にし過誤を防ぐようにした。採用品の変更は口頭ではなく、スタッフ間で周知徹底できるよう記録を残すようにした。	トラセミド錠４ｍｇ「ＫＯ」	トラゾドン塩酸塩錠２５ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
381	退院後かかりつけ医による初回往診に立ち会い。医師がアゾセミド30ｍｇの処方箋を持参し渡された。医師とともに患者の退院薬を確認しているとトラセミド8ｍｇであることが発覚しその場で修正し正しい薬剤を交付することが出来た。	退院時薬を実際に確認することで今回の処方との違いに気付き医師に伝えることが出来た	病院の変更が伴う時は服用薬と処方薬の違いを確認する	トラセミド錠８ｍｇ「ＫＯ」	アゾセミド錠３０ｍｇ「ＪＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
382	トラゾドン塩酸塩錠25ＭＧが処方されていたが、トラゾドン錠の棚の中に包装がとても良く似ているアルファカルシドール錠0.5μgの箱が入っており、アルファカルシドール錠をピッキングして調剤し、鑑査の際に発見した。	納品の際に、包装が類似していることから、間違えて違う棚の中に入れてしまったと考えられる。また、調剤の際もあまり気にせずそのまま箱から出してしまい、調剤してしまった。	包装が似ていても、きちんと薬品名を確かめてから納品や調剤をする。	トラゾドン塩酸塩錠２５ｍｇ「アメル」	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
383	トラゾドン25ｍｇ「アメル」のところトラゾドン50ｍｇ「アメル」で入力し監査で発覚した事例。今回からヒートから一包化へ変更となり、内容的にはDo処方であったが、薬品名をヒートからバラへ全て入力変更する必要があった。また、通常バーコード入力するが、FAXでの処方だったためバーコードが使用できず、手入力となったため発生してしまった。	処方箋原本であればバーコード入力ができたが、FAX処方箋であったためQRコードが不鮮明であり、不慣れな手入力を行ったため起こってしまったと考えられる。	今後の対応策としては手入力した場合は、「手入力」の札を入れるなど注意喚起して同じような誤りが起きないようにしていきたい。	トラゾドン錠25ｍｇ「アメル」	トラゾドン錠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
384	トラチモのつもりでトラボプロストを調剤し投薬時、患者様に指摘されて発覚。	包装が似ていたので間違ってしまった。	トラチモは点眼薬保存袋に入れて区別しました。	トラチモ配合点眼液「ニットー」	トラボプロスト点眼液０．００４％「ニットー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
385	トラネキサム酸錠250mg「YD」とアスパラカリウム錠300のパッケージが類似色であること、またPTP包装も類似色であることから混合して陳列されていた。調剤監査システムで誤りが判明したが、人判断では見逃していた	当薬局の陳列では2剤は近くに保管されており、色合いだけで陳列整理されていた	必ず、薬品名で陳列を行うこと	トラネキサム酸錠２５０ｍｇ「日医工」	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
386	トラマールOD錠５０ｍの指示のところをトラゾドン錠で調剤してしまった別の薬剤師が監査時に気付いた為、患者には影響はなかった	・名前が似ている・繁忙であった為、自己監査がおろそかになっていた	・名前が類似している薬品の棚に注意マークをつける・薬局内で間違いを情報共有する	トラマールＯＤ錠２５ｍｇ	トラゾドン塩酸塩錠２５ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
387	普段トラメラス点眼液が処方されている患者様について、誤ってトルゾプトを調剤した。投薬時に薬剤師が中身を取り出し患者様と確認していたところ誤りが発覚し即座に取り替えを行なった。	繁忙時間帯に薬剤師が１名しかいなかったため、調剤、監査、投薬が薬剤師一名により行われていることや繁忙による心理的焦りからミスが発生してしまった。	薬剤師が一名の場合、事務員とダブルチェックを行い取り違えを防止する。これを再発の防止策とした。	トラメラス点眼液０．５％	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
388	調整者がトリクロルメチアジド錠を調剤した際、棚にテルミサルタンが混在しているのを発見。テルミサルタン、トリクロルメチアジドともに在庫確認し、差異無し。薬剤を正確な棚に戻し（2人で確認）、調剤再開した。	テルミサルタン、トリクロルメチアジドともに棚の場所は近かった。28日処方が主なため、前に調剤した者が30錠取り、2錠切り取り棚に戻した。その際に戻し間違いがあったと考える。	繁忙時間帯は前もって28日分で調剤できるよう28錠単位で輪ゴム止めしておく。類似外観薬品の棚はなるべく遠ざける。その場で薬剤を戻す時の2回確認の徹底。ポリムスの活用。	トリクロルメチアジド錠１ｍｇ「トーワ」	テルミサルタン錠４０ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
389	トリクロルメチアジド錠をピッキングしたつもりだったが、１シートだけナフトピジルOD錠が混ざっていた。監査システムで、シートの重量が違うため、エラーが出て発覚した。	シートの形状が非常に似ており、棚の場所も近くにあったため、トリクロルメチアジド錠の棚に、ナフトピジルODを間違って入れていたと思われる。	薬局内で話し合い、棚の位置を見直した。また、取り間違い注意のシールを貼った。	トリクロルメチアジド錠２ｍｇ「ＮＰ」	ナフトピジルＯＤ錠５０ｍｇ「ＪＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
390	薬品名類似をピッキングミス。鑑査で発覚。	確認不足	名称類似の注意喚起のラベルを貼った。	トリクロルメチアジド錠２ｍｇ「タイヨー」	トリヘキシフェニジル塩酸塩錠２ｍｇ「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
391	トリルロルメチアジド２ｍｇを１錠分包するところ、間違えてドキサゾシン錠２ｍｇをピッキングし、分包してしまった。刻印監査をした際に気がつき、訂正した。	名称・外観が似ていた。ピッキングを行った者と、分包を行った者が同じだった。	名称・外観が似ていることを従業員全員に周知し、棚の位置をずらし気がつきやすいようにした。極力、ピッキング者と分包者を別の人物にするようにした。	トリクロルメチアジド錠２ｍｇ「タイヨー」	ドキサゾシン錠２ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
392	トリクロルメチアジド錠2ｍｇ処方のところ、トリメブチンマレイン酸塩100ｍｇで一包化調剤されていた。手撒きの薬剤であったが、ミスゼロ子の読み込みを怠っていた。調剤時は気づかず、監査時にミスを発見。	老人施設の定期薬で、一度に20人ほどの調剤を行なうため作業が煩雑になっていた可能性がある。	必ず、ミスゼロ子の読み込みをする。焦らず丁寧な仕事を心掛ける。	トリクロルメチアジド錠２ｍｇ「トーワ」	トリメブチンマレイン酸塩錠１００ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
393	一般名のトリメブチンを間違えてトリクロルメチアジドを調剤、その後先発品希望で間違えに気付く	はじめの２文字しか見ていなかった。	3文字目まで確認、次は規格も確認する	トリメブチンマレイン酸塩錠１００ｍｇ「ツルハラ」	トリクロルメチアジド錠２ｍｇ「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
394	トルバプタン7.5→15ｍｇに増量だったのに対し、Ｄｏ処方で用意。投薬時に発見した。	慣れによる慢心、1つのＲｐに多数の薬剤の記載があり、わかりずらい。従業員が少ない時間帯で、1人で複数の業務を行っていた。	改めてできるだけ業務を分けて行うことを確認。印刷物等ではなく、それぞれが処方箋を見て調剤する手順について確認。	トルバプタンＯＤ錠１５ｍｇ「オーツカ」	トルバプタンＯＤ錠７．５ｍｇ「オーツカ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
395	循環器科の処方箋の入力ミス。トルバプタン7.5ｍｇで入力を間違えてトルバプタン15ｍｇで入力した。	お昼過ぎの処方箋受付で疲れていた。次の患者が来て焦っていた。	薬剤の規格の二重確認をする。時間のかかるものは患者に時間がかかる旨伝える。	トルバプタンＯＤ錠７．５ｍｇ「サワイ」	トルバプタンＯＤ錠１５ｍｇ「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
396	処方箋には一般名でドルゾラミド・チモロール配合点眼液と記載されていたが、「ドル」を「トラ」と記載されていると認識間違いしたままトラチモ配合点眼液を調剤し、そのまま患者さんに渡してしまった。患者さんが帰宅後、いつもの目薬と違う容器のものが入っていることに気づき、使用しないまま息子さんに相談した。投薬2日後に息子さんが薬剤を薬袋と薬情とともに持参されて来局して、薬の間違いではないかと苦情を訴えてきて初めて薬剤間違いであることが発覚した。現物を確認し、処方箋と異なる薬剤をお渡ししてしまったことを丁重にお詫びして、処方箋通りのドルモロール配合点眼液「ニットー」に取替させていただいた。「	チモロールと配合された配合点眼液はトラチモ配合点眼液しかないと、その時点では思い込んでしまったことが要因である。投薬していた時間帯は、患者さんで混雑し始めていたところなので早く投薬を済ませてしまいたい気持ちがあり、落ち着いて確認することを怠ってしまった。	同じ成分が入った薬は1つではないということを認識し、一字一句をしっかり確認して調剤・監査を行っていく。	ドルモロール配合点眼液「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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
397	トルリシティ皮下注８キットの処方に対し、うち２キットをマンジャロ皮下注５mgで誤調剤。投薬後（当日）に気づき連絡、使用前であることを確認しトルリシティ皮下注２キットと交換した。	外箱・薬品の形状の類似により、調剤者がよく確認せず思い込みにより調剤した。	冷所内保管場所の移動、投薬前の再確認の徹底。	トルリシティ皮下注０．７５ｍｇアテオス	マンジャロ皮下注５ｍｇアテオス		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
398	トレドミン錠２５ｍｇを処方されていたがトラゾドン錠２５ｍｇ「アメル」で調剤し監査・窓口でも気づかずに渡してしまった。	似た名称の薬を思い込みで調剤・監査をしたため。	調剤・監査時に別の薬剤師や事務の目での確認を徹底する。	トレドミン錠２５ｍｇ	トラゾドン塩酸塩錠２５ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
399	前回初めていつもとは違うクリニックよりトロキシピドが処方され、そのときも別の事務員がドプスだと思い込む間違えをしそうになり、本薬剤師が違うことを入力前に指摘していた。今回トロキシピドが前回同様処方されていた。入力した事務員が前回とは異なっているが、同じ認識でドプスを入力していた。本薬剤師は前回と同じ処方ため入力は間違えていないと思い患者に渡すまで入力について確認をしなかったが、監査時に気づき、正しい薬を渡すことができた。	もともと、ドプスが当薬局でしばしば処方されている薬であり、初めて処方された薬(一般名）と名前が似ていることから同じ物と思い込んでしまった様子。ドロキシと濁点の無いトロキシが似ていることへの注意。今回、患者は胃痛での来院。ドプスが通常胃痛では使わないことを事務員は知らなかったために、同じ物と思い込んでしまった。	初めて処方される薬に関してはしっかり薬効まで確認して入力すること、薬剤師にわからなければ相談することが必要	トロキシピド錠１００ｍｇ「オーハラ」	ドプスＯＤ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
400	一包化の患者さんでこの度薬が追加になっていた。予製の段階で名前の類似している薬が混じっていたが気が付かず、お待たせするので1週間のみ追加薬を追加して一包化としてお渡しした。残りの薬を作成しなおした時に違う薬が混入していることに気が付きただちにお渡しした薬を返していただくことになり連絡した。	通常一包化の作成にはハンディチェックで薬剤のチェックをしてから作成するのだがこの度何かのミスで類似薬混入していた。システムがうまく利用できていなかった。	一包化作成には必ずハンディで薬が間違っていないかチェックしてから作成することを周知徹底。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
401	ニセルゴリン5ｍｇ錠とニコランジル錠5ｍｇをかんちがいして調剤してしまった。	思い込み。今回2回目で一度保管場所も変更しているが再度ミス。	メーカーを変更してみる	ニコランジル錠５ｍｇ「サワイ」	ニセルゴリン錠５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
402	ニコランジル５ｍｇを含めた一包化の処方。ニコランジル５ｍｇと誤って一包化調剤してお渡し。その後他の件で病院へ入院し、病院薬剤師が手持ちの薬を回収し監査したことで発見。	保管棚が近かった。外装箱の類似。薬局スタッフの不注意	保管場所を離した。監査する際は必ず調剤者とは別のスタッフが監査する。	ニコランジル錠５ｍｇ「サワイ」	ニセルゴリン錠５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
403	一般名処方でニコランジル錠5mg2錠が処方されていたが、誤ってニセルゴリン錠5mg2錠で取り揃えてしまった。患者来院数が多く忙期であり一包化であった。監査後に一包化し投薬しようとした際に、錠剤の大きさが異なることを発見し、再確認したところ取り間違いが判明し、交付前に間違いを正した。	患者さんも多数まっており、一包化ということもあり、さらに帰りのバスの時間が迫っていると言われ、時間が切迫しており、非常に多忙であった。作業が散漫になってしまったためと思われます。	今後は緩慢にならないように、何らかの作業前には必ず深呼吸し冷静になるように努めるように徹底していく	ニコランジル錠５ｍｇ「サワイ」	ニセルゴリン錠５ｍｇ「日新」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
404	いつもは別の薬局を利用されている新患の方が処方箋を持ち込まれた。[般]ニコランジル錠5mgが処方されていたが、入力を[般]ニセルゴリン錠5mgにしており、鑑査時に入力間違いに気づき、お薬を渡す前に正しい入力に直し投薬した。	お盆の時期で他の薬局は閉まっており、当薬局しか空いておらず持ち込まれた。当日も新患がほとんどだったため、レセコンも基本情報から入力しなければならず、事務の方でも焦りがあった。	通常と異なる日は、鑑査に渡す前に事務方の方で入力間違いが無いか慌てず、焦らずしてもらうよう声掛けする。	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
405	外箱の景観類似による保管場所の間違い	外観類似品の把握と注意喚起納品時の納品場所の再確認の徹底	外観類似品の採用変更を検討中	ニコランジル錠５ｍｇ「トーワ」	ウルソデオキシコール酸錠５０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
406	一包化の薬でニセルゴリンを入れるところニコランジルを入れて作ってしまった。	一包化の薬を作ったときに薬を出した人は必ず他の人に確認している。今回薬を確認する人が間違いに気づかずそのまま調剤した。その後別な薬剤師が監査をするがそこでも見落としてしまった。	一包化の薬を作ったときはその刻印を必ず確認する。しかし今回のように思い込みで調剤してしまことを防ぐために殻を必ず一緒につけて確認する	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
407	2023年1月某日(土)に、平素より当薬局を利用している施設入居者患者(56歳女性)に対する処方箋でニセルゴリン錠5mgが処方されていたが、ニコランジル錠5mgで調剤してしまった。監査者が気づき、正しい薬剤へ訂正して交付した。	薬品名が類似していたことや薬の配置場所が近かったことが取り違えの発生要因と思われる。	配置場所を離すことで取り違えを防ぐようにした。	ニセルゴリン錠５ｍｇ「ＮＰ」	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
408	定期的に処方されるニセルゴリン錠を誤ってニコランジル錠でお渡ししてしまった。薬をお渡しした患者さんの家族の方が気づいてくれてすぐに薬局に持ってきてくれたのでご本人が服用せずに済んだ	煩雑した時間帯で薬剤の種類も多く慌てていた	時間がかかっても必ずPORIMSを使って確認してからお渡しする	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
409	ニセルゴリン錠5ｍｇが必要なところ、ニコランジル錠をピッキングしてしまいました。	慣れがあり、当事者の思い込みがありました。	処方箋は必ず最後まで確認し、ピッキングした後もう一度処方箋を確認する。	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
410	ニセルゴリン処方時にニコランジルを取っていた。	慣れ。	再確認。	ニセルゴリン錠５ｍｇ「サワイ」	ニコランジル錠５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
411	ショートステイ施設に通所患者様の定期処方で、12/7に前回処方と同じ薬品をピッキング準備（事務）。本来は薬剤師1が医薬品の間違いがないか監査するが、薬剤師が一人退職し多忙となり、監査せずに12/8に薬剤師1がチェックしながら一包化。その後最終監査を他店からのヘルプ薬剤師2が行った。12/9在庫チェック時にニセルゴリン錠5ｍｇ「サワイ」をニコランジル錠5ｍｇ「サワイ」で調剤してしまったことが発覚。お届けする直前で発覚したので調剤し直して正しい薬剤でお渡しできた。	ピッキング、一包化するときの薬剤師の確認、最終的な薬剤師の監査。すべてでミスをした。非常に多忙な時間であった。	類似した名称の薬剤はピッキング時、一包化時、共にダブルチェックして行う薬品棚のニセルゴリン錠、ニコランジル錠の場所に「類似薬注意」と色のついた付箋で貼っておいた。	ニセルゴリン錠５ｍｇ「サワイ」	ニコランジル錠５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
412	一包化の薬でニセルゴリンを入れるところニコランジルを入れてしまった。業務終了時に当日処方された薬の在庫を確認していた時に取り違えが発見された。すぐに薬を交換に行ったが、すでに服用を開始していた。	一包化の薬を作った時に薬を出した人は必ず他の人に確認してもらっている。今回確認した薬剤師が間違いに気づかず調剤した。その後別の薬剤師が監査したが、そこでも間違いを見落としてしまった。	一包化の薬は刻印を必ず確認する。しかし思い込みで調剤してしまうこともあるので使用した薬のPTPの殻も必ず確認する	ニセルゴリン錠５ｍｇ「トーワ」	ニコランジル錠５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
413	ニトラゼパム錠5ｍｇ「ツルハラ」で調剤しなければいけないところ、ジアゼパム錠5ｍｇ「ツルハラ」で調剤してしまった。鑑査時に発見できたため、患者に交付することなく済んだ。	来局患者が多く、調剤時に焦りがあり、また箱が類似してたため、今回のミスにつながった。	忙しいときも、確認作業を徹底する。	ニトラゼパム錠５ｍｇ「ツルハラ」	ジアゼパム錠５ｍｇ「ツルハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
414	ニトレンジピン錠１０ｍｇでお渡しするところ、シルニジピン錠１０ｍｇでお渡ししていた。翌日の在庫確認時、在庫が合わないことで判明。ニトレンジピンは１人しか服用しておらず、患者名が判明。ご本人に連絡し、服薬していないことを確認。薬を取り換えた。	名称が似ており、規格も同じ。業務繁忙時に思い込みで調剤、鑑査、投薬をしてしまった。投薬時に患者との確認も十分でなかった。	薬情の写真と確認する習慣をつける。	ニトレンジピン錠１０ｍｇ「サワイ」	シルニジピン錠１０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
415	ニフェジピン徐放錠２０ｍｇ１２時間継続→２４時間継続と、何度も疑義照会で処方をかえているのに、本来CR錠のところをL錠で入力してしまった。	混雑時の焦燥感	忙しいから余裕がないということで済ませるのではなく、声の掛け合いが必要。	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
416	以前から通院している患者様が通院先を変更した際、新しい病院で一般名の処方入力誤りがあった。[般]ニフェジピン12時間持続と24時間持続の間違い。調剤時に薬剤師が発見し疑義照会により訂正した。	QRコード読込み非対応の処方箋であった為、レセコンは目視での手入力であった。	レセコン手入力の処方箋は、より気を付けて処方入力と監査を行う。	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
417	類似薬品名だったための取り違え。	いそがしかったための取り間違え。	処方内容をきちんと確認する。	ニルバジピン錠２ｍｇ「トーワ」	ベニジピン塩酸塩錠２ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
418	ノイロトロピンのところノイロビタンで入力、調剤	名称類似	一人体制における注意	ノイロトロピン錠４単位	ノイロビタン錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
419	ノイロビタン配合錠を集めるところを、類似名称のノイロトロピンを集薬した。監査システムを通すときに違う事務が気付いて指摘した。	異動してまもなく、両医薬品の存在について認識が浅かった。	類似名称の薬品について、棚、薬品に印をつけて目立つようにして注意喚起した。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠４単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
420	ノイロビタン配合錠を調剤するところ、ノイロトロピン錠4単位を調剤。	調剤者：最初の薬品名3文字の類似により、調剤経験1年未満の薬剤師がピッキング。知識、経験の少なさにより間違えた調剤を行った。ノイロビタン配合錠がこの患者にしか出ていなかったこともあり、存在を知らなかったことも原因になる。監査者：入力チェックを行い、いつも服用している薬のため、チェックに油断があった。間違った薬剤が拾われていることに気が付かず。	・名称類似医薬品の教育をしっかり行っていきたいと思う。薬局の在庫優先。在庫にない医薬品に関してもにヒヤリハット報告事例集などを用いて教育する。・慣れや思い込みで調剤しない。処方箋の記載事項をよく読み、流し読みを行わない。商品名の最後までしっかり見て調剤する。	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
421	ノイロビタン配合錠の処方箋を受け取り、調剤事務がピッキング時誤ってノイロトロピン錠４単位を調剤。監査にあたった薬剤師が調剤の間違いに気付き、調剤事務へ間違いを伝えピッキングし直した。監査で誤りに気付き、患者には正しい薬を交付した。	ノイロビタン配合錠とノイロトロピン錠４単位は頭文字３文字が同じであり、名称が似ているため間違えが起きた。似た名称の薬があるという知識がなかった。	ピッキング後、監査前に処方箋とピックした薬の確認を再度徹底する。名称類似医薬品ありの注意喚起の紙を薬品棚や薬品の外箱に貼付し、取り違え防止の注意喚起を薬局スタッフ全体で周知した。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠４単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
422	ノイロビタン配合錠を誤って、ノイロトロピン錠で一包化調剤してしまった。その後の監査も問題ないと判断され患者に交付したが、同日患者から電話があり、「いつもと違う薬が入っている」との連絡で、患者が服用前に気づき、事故に至る前に、ノイロトロピン錠で調剤した正しい一包化の薬と交換した。	本来は一包化の予製があるが、ヒヤリ・ハット当時は予製を作っておらず、薬局がやや混みあっていた中での調剤となった。今回のヒヤリ・ハットが、薬剤師1年目によるものであり、ノイロビタン配合錠とノイロトロピン錠の用法用量が異なることを十分に把握しておらず、一包化の時も何も疑問を持たないまま、調剤してしまった。薬局がバタついていたこともあり、薬をピッキングした人が、間に鑑査を入れずに、すぐに一包化調剤に移ってしまった。	ピッキングした人と一包化調剤を行う場合は別のスタッフが行うか、あるいは同じ人が行う場合には、間に別のスタッフによる鑑査を入れることを再度薬局内で周知する。間違えやすい薬の名前で用法用量の違いを再認識し、今後新人の薬剤師が入ってくる場合にも同じミスを引き起こさないために注意喚起する。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠４単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
423	患者さまのご家族に投薬をして、そのあとすぐにTELがあり「いつもと違う薬が入っていると本人が言っている」と仰られた。薬歴を確認し、違う薬でお渡ししてしまったことに気が付いた。	薬剤師１人・事務１人体制だった。その患者様は予定来局だったので先にトレーに薬の箱を出して用意しておいた。その時点でノイロビタン配合錠ではなく、ノイロトロピン錠が用意されていた。監査では、ダブルチェックで事務にも見てもらったが、多忙だったのと、薬局の薬に慣れてなかった事もあり、二人とも薬品名の違いに気が付かず、そのままお渡ししてしまった。	調剤・監査を確実に行う。薬品名を最後まで確認すること。	ノイロビタン配合錠	ノイロトロピン錠４単位		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
424	調剤薬剤師が処方箋はノイロビタン配合錠だったが、ノイロトロピン錠を調剤した。ダブル監査で監査薬剤師がミスに気付いた。薬品名が類似していたために起こったミスと思われる。今回は患者さんへの交付前にダブル監査によって防げた。	自薬局に在庫していない薬品で在庫品と薬品名類似薬がある薬品をリスト化して、普段から注意する。	自薬局の在庫品で、間違いやすい類似薬品名をリスト化して目につく場所に貼っておく。	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
425	ノボラピッド30Mixが処方されていたところ、ノボリン30Rでお渡し。監査カメラを導入していたが、通せていなかった。投薬後すぐに発注作業をしたところ、間違いに気づき、すぐ自宅へ伺い交換した。使用される前で被害は無し。	他の内服薬は一包化であり、複数人で調剤業務を行っていたため、誰かどこまで済ませているのかがコミュニケーションが不足していた。インスリンは監査カメラを通しているものと思い込んでしまった。冷蔵庫が小さく下のほうにあり、じっくり探すのに適さない状態。	監査カメラを必ず通すようにする。インスリンは類似名称や形状違いが多いため、特にミスに気を付ける。	ノボラピッド３０ミックス注	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
426	ノボラピッド３０ミックス注フレックスペンのところ、ノボラピッド注フレックスタッチが集薬されていたバーコード読み取りタイプの鑑査システムを採用していたため、投薬前に気がつくことができた	忙しい時間帯であったということと名称類似品だったため、ミスが発生したと考えられる	名称類似品を離して配置することで、ピッキングミスを防ぐ	ノボラピッド３０ミックス注フレックスペン３００単位	ノボラピッド注フレックスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
427	在宅訪問継続中、訪問診療の病院と医師が変更になり、その初回訪問しました。前医師はノボラピッド注フレックスペン8-8-8単位処方、これからの医師はノボラピッド30ミックスフレックスペン8-8-8単位で処方になっていた。訪問時本人、家族から薬剤が変更になる旨を聞いていなくて、また血液検査もしていない。処方元の医師へ電話で疑義照会行い、その結果前医師とおなじノボラピッドフレックスペン8-8-8単位に変更されました。	医師の薬剤名の入力間違い。	訪問時にも家族や本人から薬剤変更有無のため話をしっかり聞くこと。	ノボラピッド注　フレックスペン	ノボラピッド３０ミックス注　フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
428	平素より来局している患者様いつもは処方箋にアスピリン腸溶錠と記載されているところアスベリン錠10ｍｇと記載されていた。患者様にも咳症状ないこと、処方の変更聞いていないと言っていたことから処方箋の記載ミスだとわかり疑義照会いつも通りアスピリン腸溶錠と確認しました。	手書き処方箋のため病院側の書き間違いだと考えられる。時期的にも風邪の症状を疑ったが、患者様への聞き取りから風邪の症状もないため書き間違いと判断	類似した医薬品名は記載間違いが多く見受けられるため注意する。患者様への聞き取りも行いいつもと処方が変わらないか、先生と処方変更の話がなかったかを確認する。	バイアスピリン錠１００ｍｇ	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
429	一包化作成の際にバイアスピリン錠使用の予定が一部オルメサルタンOD10ｍｇニプロが混入していた	一包化作成のためにほかの患者の一包化をばらしたバラ錠を使用したところオルメサルタンOD10が混入していた。ばらした際に名称の記載を間違えていたようだった。	一包化をばらした際のバラ錠管理の際にダブルチェックを行い名称、数の確認を徹底する。	バイアスピリン錠１００ｍｇ	オルメサルタン錠１０ｍｇ「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
430	一般名処方の指示があり、セフポドキシムブロキセチル錠１００ｍｇの指示であった。当薬局採用薬はバナン錠１００ｍｇであったが、セフジトレンピボキシル錠１００ｍｇ「ＯＫ」をピッキング。処方入力ですぐ気づき、訂正した。	セフェム系抗生物質の一般名はまぎわらしいため、注意喚起をしていました。あまり処方自体でる事が少なく、かつ当日は１人体制であったため、名称確認が不完全であった。	処方ピッキングの際、一般名指示の場合処方箋をみてピッキングを行うように徹底します。	バナン錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
431	一般名処方の処方箋で初めてバリエット１０ｍｇ処方された（一般名ラベプラゾール１０ｍｇ）患者さんでジェネリック希望の為ラベプラゾール１０ｍｇＹＤで調剤しなくていけない所、ピッキングの際に誤ってランソプラゾールOD１５ｍｇトーワを準備してしまった。内の薬局は交付する前に必ず監査補助機（高園産業のアテルノ）を通してから交付しています、今回もアテルノでバーコード監査した際にエラーメッセージが表示されミスに気付く。正しいラベプラゾール１０ｍｇＹＤをピッキングして交付いたしました。	午前中の一番繁忙期で患者さんが多く待っており早く調剤しなくてはとの焦りで一般名処方の薬剤を取り違えてしまった事例です。やはり監査補助機もあるとの安心もありしっかり処方箋を見れなかったのが原因です。	やはり最低でも２人ピッキングを確認を確認しなくてはいけない事例だと思われます。	バリエット錠１０ｍｇ	タケプロンＯＤ錠１５		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
432	バルサルタン40mg処方のところ誤ってファモチジン20mg投薬、入院した病院の薬剤部が気づいた、数日間服用していたが、間違った服用による体調変化はなかった。	シートが類似している、投薬者の確認不足、慢心、また複数人による確認もできていなかった	ダブルチェックの徹底	バルサルタン錠４０ｍｇ「ケミファ」	ファモチジンＯＤ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
433	ハルシオン錠0.25をピッキングしようとしたところ、ソラナックス0.4がその棚に混ざっていた。箱を手に取り調剤補助システムで読み込んだ際にエラーが出たため気づいた。	外装が似ており、卸から入庫した際に誤って別の棚に入庫したと考えられる。	ファイザー品は特に外装が似ていることをスタッフ間に周知した。また、外箱を外して棚に入庫するようにした。	ハルシオン０．２５ｍｇ錠	ソラナックス０．４ｍｇ錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
434	当薬局はこの日が初めての来局。（新患）一般名で下記処方あり。【般】バルプロ酸Na徐放錠200mg　4錠分2　朝夕食後　99日分【般】カルバマゼピン錠100mg　4錠分2　朝夕食後　99日分 入力時にバルプロ酸が普通錠で入力されていたが、調剤時に入力が間違っていることに気が付いた。患者の手帳を確認した所、先発品のデパケンR錠200mgを服用していたことから、患者へ調剤への希望を聞き取りし２剤とも先発品の入力に訂正し交付しを行った。	受付時に店舗は混雑していており、当該患者の前に５人以上待っている患者がいた。そのため早く入力しないといけないという焦りがあったかもしれない。また、入力者が一般名のバルプロ酸について、普通錠と徐放錠が存在することを知らなかったことも原因として考えられる。	今回の事例のように、名前が似ているが効果が異なる薬はたくさんある。血圧の薬などで汎用されている薬はCRやLなど知っていることが多いが、てんかんの薬など店舗によってはほとんど触れない薬剤もあるだろう。ミスをした際にスタッフ間の共有していくことが必要だ。	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
435	【般】バルプロ酸ナトリウム錠　で処方あり。バルプロ酸ナトリウム徐放錠で入力、調剤しており最終チェックで間違い発覚。	久しぶりの来局。以前はバルプロ酸ナトリウム徐放錠で服用しており、前回と同じであると思い込み入力、調剤してしまった。	間違えやすい薬（例：バルプロ酸ナトリウム錠やバルプロ酸ナトリウム徐放錠、ニフェジピンL錠やニフェジピンCR錠）一覧をみんなが見えるところに貼り常に確認できる環境をつくる。	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
436	パルモディア錠0.1ｍｇ　2錠　分２　朝夕食後で継続服用していた患者にパルモディアＸＲ錠0.2ｍｇ　1錠　分１　朝食後の処方がでた。入力した薬剤師は今までと同じと思い込んで入力。１錠　分１になっていることを疑問に思い見直したところＸＲの0.2ｍｇだった。	パルモディアの長時間作用型が発売されることを事前に把握していたが、繁忙期で失念していた。	新発売になる規格や医院での採用情報は連絡ノートを使用して共有するようにする。	パルモディアＸＲ錠０．２ｍｇ	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
437	一包化調剤において、途中からハロペリドール錠3mgがブロムペリドール錠3mgで分包したことに他薬剤師が交付後に気づいた。未服用であったため、交換に伺った。	分包途中で充填の際に、名称類似であること、棚が近いブロムペリドール錠3mgを入れてしまった。監査では最初の内容と以降は錠数確認となり見逃してしまった。	充填の際の複数確認か指差し確認の実施。	ハロペリドール錠３ｍｇ「ヨシトミ」	ブロムペリドール錠３ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
438	PFの点眼が当薬局にはベタメタゾンのみで、処方箋を見た時に自分の中でヒアルロン酸ではなくベタメタゾンに変換してしまった。鑑査者も気づかず、投薬時には家族が来局されておりそのタイミングでも気づくことができなかった。	PFの点眼薬が他に存在すると言う前提の知識不足と、調剤時・鑑査時の処方箋の確認不足が主な原因。当薬局においてはレセコン上、新規のマスターであるため入力者も在庫のない薬ではないかと疑うことも可能だったと思われる。	一般名や銘柄名の一部ではなくすべてを確認しながら調剤・鑑査を行う。入力者は新規のマスター登録であれば薬剤と声掛けなど連携を行うことで防げた可能性もある為、事前にそういった場合のオペレーションも決めておく。	ヒアルロン酸ナトリウムＰＦ点眼液０．１％「日点」	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」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
439	類似名称でレセコン入力での最初の３文字が一緒のため間違ってしまう	ビオスリーを入力する際に「ヒオス」で検索するとビオスミンもヒットして、候補に最初に出てしまうため	現在処方が来る可能性がほとんどないビオスミンを検索で挙がってこないよう設定	ビオスリー配合散	ビオスミン配合散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
440	ビオフェルミン散処方のところ、ビオフェルミン配合散で入力。監査者が気づき発覚。	ビオフェルミン散が発売されたことを知らなかった。思い込みで入力。	剤型、規格違い等に注意する。新たに発売されたものは店舗内で周知する。	ビオフェルミン散剤	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
441	ビオフェルミン錠剤を間違えてビオスリーでピッキングした、	とくに忙しい時間でもなかったが、疲労気味だったのか類似した名前を思い込みで取ってしまった。	処方箋、薬袋を２回以上注意して確認する。思い込みで取らず、最後まで文字をしっかり見る。	ビオフェルミン錠剤	ビオスリー配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
442	当薬局から離れたところにある発熱外来の処方。一般名処方にて「ラクトミン散」と記載があったため「ラクトミン散（ラクトミン原末）」と認識違い。当薬局にて小児にラクトミン散を使用することがないため再度用量・一般名の確認したところビオフェルミン配合散（一般名：ラクトミン散）であると発覚。	一般名に「ラクトミン」と記載があるためそのままラクトミン散であると誤認識してしまった。	一般名処方の際は、同じ成分名が含まれている医薬品についてはすべて確認する。	ビオフェルミン配合散	ラクトミン散「イセイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
443	手書きの処方せんでビオフェルミン　3ｇと記載があったのに対しビオフェルミン配合散ではなくビオフェルミンＲ散で入力してしまった。（抗生物質の処方なし）	手書き処方せんに慣れていないこともあり、名称が類似した医薬品を入力してしまった。	名称が類似している医薬品はそれぞれどのような違いがあるかを簡単に把握してもらう。	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
444	一包化していてビソプロロールが処方されている患者にトラセミドが混入している可能性があった。交付後に別の患者さんで、ビソプロロールが処方されている一包化薬の監査時に別の薬剤師がトラセミド混入を確認した。分包機カセットを確認したところビソプロロールのカセットにトラセミドが混入していることが確認できたため、患者さんに連絡し、薬を飲まないように伝えました。その後患者さん宅へ訪問し、薬を確認したところその患者さんにはトラセミドは混入していなかった。	分包機カセットへ薬を戻す際にダブルチェックが抜かっていた。	薬を分包機へ戻す際は必ずダブルチェックする	ビソプロロールフマル酸塩錠２．５ｍｇ「サワイ」	トラセミド錠４ｍｇ「ＫＯ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
445	半錠の予製を作っており、同じ場所からとるため、見た目似ているため、取り間違えて投薬した。	予製の場所が隣で取り間違えやすい。	予製の取り間違えがないように場所を変える。	ビソプロロールフマル酸塩錠２．５ｍｇ「テバ」	ヒドロクロロチアジド錠１２．５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
446	68歳男性、定期的に当薬局を利用されている患者に対し定期処方に加えて「ビタノイリンカプセル25」の新規処方があった。処方せんには一般名（フルスルチアミンB2・B6・B12配合剤）処方されており、「ビタノイリンカプセル25」で調剤するべきところを「シグマビタン配合カプセルB25」：一般名（ベンフォチアミン・ピリドキシン・シアノコバラミン配合剤）と取り違え調剤してしまった。投薬もすり抜けてしまい、患者に交付してしまったものの服用までは至らず、投薬後すぐの間違い発覚で至急の電話連絡により服薬を食い止めることができた。当薬局では錠剤監査システム導入しておりますが、それ以前のデータ入力ミスの場合、システムの意味がなくすり抜けてしまい、今回のヒアリハット事例につながってしまいました。	当事例の場合、下記３点両剤の特徴がとても似ていることが事例を引き起こしたと考えます。１同じビタミンB製剤の配合剤である２用量も25と同じである３両剤ともにカプセル製剤であるまた錠剤監査システムに頼りすぎず、データ入力の時点での間違いはすり抜けてしまうことを常に認識しておく。一般名処方の際の調剤はとくに複数の薬剤師の目を通してその薬剤を確認、同定、データ入力をすること。	一般名処方、新規処方の場合の調剤は特に注意を払い、複数の薬剤師の目を通して薬剤を確認して入力作業につなげる。	ビタノイリンカプセル２５	シグマビタン配合カプセルＢ２５		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
447	普段からビタノイリンカプセル50を処方されている患者様。今回も処方があったが、名称類似で同系統の医薬品ビタメジンで調剤。そのまま投薬を行ったが、患者様がいつもと違う薬剤だと指摘。確認すると医薬品の取違が判明。	名称類似についての確認が不十分だったように思われる。また、薬剤師歴も短く、知識不足も原因の1つだと考える。	名称類似であることを医薬品トレイや箱に付箋で目立つように貼付することで取違を防ぐ。	ビタノイリンカプセル５０	ビタメジン配合カプセルＢ５０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
448	後発での処方であったが、一般名処方と同じように扱い先発へ変更して入力してしまった。	あまり来ない病院からの処方であり見慣れておらず、門前の病院からは後発での処方がほとんどないため、慣れから一般名と同じようにしてしまった。また同成分の先発は在庫あるため先発で調剤するものと判断してしまった。	後発での処方、一般名での処方について変更できるか否か、特にあまり来ない病院からの処方では慎重に判断する。	ビタバスタチンＣａ・ＯＤ錠２ｍｇ「トーワ」	ピタバスタチンカルシウム錠２ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
449	調製者がビフロキシン配合錠１２０錠をパンテチン錠１００「シオエ」１２０錠と間違えて調剤。取った後に間違いに気づき直したが、薬品棚を見るとビフロキシン配合錠の棚にパンテチンが誤って入っていた。	錠剤の色が似ているため、薬を戻す際に誤って戻してしまったと考えられる。	・該当２剤の位置を離したところに置く。・戻すときは必ずポリムスを使用するか複数人で行うなど、1人の判断で行わないようにする。	ビフロキシン配合錠	パンテチン錠１００ｍｇ「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
450	ビベスピエアロスフィア１２０吸入が処方されていたところ、名称類似の吸入薬ビレーズトリエアロスフィア１２０吸入を患者様にお渡しした。ピッキングをした事務員が次回の注文をしようとして、違う薬を渡したことに気づいた。すぐに患者様に電話を入れ、使用する前に交換した。	非常に多忙な日であったこと、多剤併用の処方箋のため薬剤師が内服薬の監査に注意を取られてしまったことが要因と考えられる。	薬剤保管時の薬剤ごとの札に「いつも処方される患者様の名前」を表示するようにした。薬剤保管時の薬剤ごとの札に「名称類似品あり。注意！」と表示するようにした。	ビベスピエアロスフィア１２０吸入	ビレーズトリエアロスフィア１２０吸入		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
451	ピラノア錠でお出しするところをOD錠で準備	ピラノアODとピラノア錠のパッケージ（箱）が酷似している	保管棚を分ける。教育する。	ピラノア錠２０ｍｇ	ピラノアＯＤ錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
452	ピルシカイニド塩酸塩カプセル25ｍｇが処方されたが、調剤者が誤ってビカルタミドＯＤ錠80ｍｇを調剤した。監査者が誤りに気付き、調剤者が正しい薬品を調剤しなおした。	薬品名が似ていた事と、どちらも劇薬であり、同じ引き出しの隣同士に入っていたことも要因と考えられる。	調剤後に監査者に渡す前に、再度調剤者が処方箋と医薬品を確認しているが、その工程をもれのないように徹底する。また間違えやすい薬は、引き出しや棚の位置を変える・注意喚起のシール等を貼るなどの対策を行う。	ピルシカイニド塩酸塩カプセル２５ｍｇ「トーワ」	ビカルタミド錠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
453	ファロム錠とファムシクロビル錠の名称が類似していることから、調剤時に取り違いがあった。鑑査機器を用いて確認することで、素早く気付くことができた。	毎度用量まで慎重に確認してから調剤をするという意識づけが十分ではなかった。実務経験が浅く、薬剤の知識を生かすことができなかった。	間違えやすい事例を共有して業務ノートに残す。調剤が終わったら必ず薬剤を鑑査機器に通す。	ファムシクロビル錠２５０ｍｇ「サワイ」	ファロム錠１５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
454	ファモチジンを調剤すべきところフェブキソスタットを間違って調剤し、そのまま交付した。	他の薬剤師が業務に忙殺されており、一時的に１人薬剤師の状態になった。調剤したものも他に業務を抱えており、いつもの精神状態ではなかった。	繁盛記でもチェックはダブルでする。	ファモチジンＤ錠１０ｍｇ「サワイ」	フェブキソスタットＯＤ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
455	ファモチジンＯＤ錠２０ｍｇ「ケミファ」２錠２×朝食後・寝る前 ４２日分が処方されていた。調剤補助員が誤ってファモチジンＯＤ錠２０ｍｇ「ケミファ」８０錠とランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「トーワ」４錠を集薬した。確認を行った薬剤師もランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇが混じっている事に気付かず監査に回した。	端数のみ別薬剤が調剤されていた。２剤の棚は同じ列であり、他の薬剤を２つ挟んだ場所に配置されていた。ファモチジンＯＤ錠の棚にランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇの端数が混入していたた可能性、あるいは、１０錠シートはファモチジンＯＤ錠２０ｍｇの棚から集薬し、端数を取る時にランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇの棚から集薬した可能性が考えられる。ポリムスはファモチジンＯＤ錠２０ｍｇのＧＳ－１コードで照合していたためエラー表示は出なかった。また、両薬剤のＰＴＰシートの色調や錠剤の大きさが類似していた。	調剤時、特に端数を調剤する時にはＰＴＰの薬品名を確認してから調剤する。他者（他の薬剤師、調剤補助員、実習生）が集薬した薬剤を確認する場合も、端数の薬品名まで確認する。	ファモチジンＯＤ錠２０ｍｇ「ケミファ」	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
456	ファモチジン錠10mg「サワイ」を56錠の中に、トロキシピド錠100mg「オーハラ」が混在していた。監査時に薬剤師が発見し、交付前に正しい薬剤を調剤し患者様にお渡しした。	医薬品の外観類似、在庫管理手順の不徹底	薬品納品後、GS1コードによるチェックもしくは薬剤師によるダブルチェックを行った後、棚に戻す様ルールを設けた。	ファモチジン錠１０「サワイ」	トロキシピド錠１００ｍｇ「オーハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
457	8月の処方の際、他薬と一緒にヒベルナ錠25mgとフィコンパ錠2mgを一包化した。その際、フィコンパ2mgを28錠バラしすぎたため、次回使用するため7錠ずつ一包化し、包に「フィコンパ2mg 7錠」と印字してわかりやすくして保管しておいた(保管の際には２名が中の薬が正しいかを確認していた） 9月の処方の際、そのバラシすぎたフィコンパを利用して一包化したが、監査者から「フィコンパではなくヒベルナが入っている」と指摘あり、調べてみたら「フィコンパ2mg 7錠」と書かれた包に入っていた錠剤はヒベルナ錠25mgだった。レセコンと実在庫を比較したが、本来84錠在庫があるはずなのに、実在庫は56錠しかなく、28錠ずれている。8月の調剤の際にバラしすぎていたのはフィコンパだったが、それをヒベルナの代わりに一包化してしまい、ヒベルナを保管していたものと考えられる。	一包化のためシートから錠剤をバラす作業において間違いが頻発していた時期があった。シートがないため、バラ錠に印字された情報（薬品名・規格）が間違うリスクが高い。バラシ間違い（薬品の取り違え、必要数より多くばらしてしまうこと）を起こしてしまう調剤時のチェックに問題があると考えられる。	バラシすぎた薬の保管の際のダブルチェックが形骸化していたものと考えられる。色、形状だけでなく刻印まで正確に確認しなければならない。バラシ間違いを起こさないためにも、一包化前のチェック（一包化する薬品と錠数）を入念に行う必要がある。	フィコンパ錠２ｍｇ	ヒベルナ糖衣錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
458	フェキソフェナジン(30)「YD」が処方された→必要錠数ピッキング→監査でオロパタジン(2.5)「YD」がピッキングされている事が判明→投薬前に監査で発覚したので患者様への実害はなし。	フェキソフェナジン30のカセットへ補充時、ダブルチェック機能が働かなかった事、および、PTPデザインが酷似していた為、補充時にミスが発生。	カセットへの補充時には、必ず、ダブルチェック（2人）するよう体制再構築	フェキソフェナジン塩酸塩錠３０ｍｇ「ＹＤ」	オロパタジン塩酸塩錠２．５ｍｇ「ＹＤ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
459	フェキソフェナジン錠60mgを調剤するところ、フェブキソスタット錠20mgを調剤した。	2023年11月某日（水）8時頃に、平素より当薬局を利用している患者（48歳女性）が処方箋を持って来局した。処方箋にはフェキソフェナジン錠60mg1日2錠分2朝夕食後30日分と記載されていた。事務員（職種経験年数5年）はフェキソフェナジン錠60mgを調製するところ誤ってフェブキソスタット錠20mgを調製し、鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師が、処方薬のフェキソフェナジン錠60mgではなく、フェブキソスタット錠20mgが調製されていることに気付き、調製した事務員に間違いを伝えた。事務員はフェキソフェナジン錠60mgを正しく調製し、再度、薬剤師が鑑査した。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。	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。	フェキソフェナジン塩酸塩錠６０ｍｇ「ＳＡＮＩＫ」	フェブキソスタット錠２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
460	フェノフィブラートの処方、名称が似てることもあり、フェブキソスタットを交付時、患者さんと確認している時に気づく。	繁忙時間でもあり、薬品の文字の長さ、最初の文字の類似で、きちんと全体を見ずに監査も通してしまった。	もう一度、全体的にしっかりと処方箋と向き合うこと。慣れによる気の抜きを正すこと。	フェノフィブラート錠８０ｍｇ「武田テバ」	フェブキソスタット錠１０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
461	新規でフェブキソスタット錠10ｍｇが処方された。入力は処方箋通りDSEPだったが調剤したものはトーワのものだった。監査で気づかずそのまま投薬。投薬中に間違えている事に気づき入力を直した	薬剤師1人での勤務体制で全てを一人で行ったためいつもしている二重チェックが出来ていなかった	基本的には二十チェックで出来ない状況であれば一度落ち着いて再度自己点検する	フェブキソスタット錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	フェブキソスタット錠１０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
462	一般名処方。いつもジェネリックで服用している患者。いつも通りジェネリックで入力されていたが、先発品フェブリクで調剤され、鑑査で見逃した。投薬者が投薬前の確認時に間違いに判明した。	フェブキソスタットとフェブリクの薬棚に位置が上下であり、ピッキングで間違えやすい状態であった。見た目もとても似ており、鑑査でも気づけなかった。	現在先発フェブリクを服用されている患者はかなり少なく、9割程度がジェネリックで調剤されている。薬棚の探しやすい場所にジェネリックを置き、フェブリクの薬棚を棚の上部に移動した。監査時、ヒートの輪ゴムをはずし薬名を確認するように促した。	フェブキソスタット錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	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
463	以前の処方ではフェブキソスタットが処方されていた、また同一病院の耳鼻科でフェキソフェナジンの処方はされていたため疑義紹介を行いフェブキソスタットの処方間違いとのことで変更となる。	医療機関のミス	処方歴の確認。	フェブキソスタット錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	フェキソフェナジン塩酸塩錠６０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
464	花粉症の季節フェブキソスタットとフェキソフェナジン60ｍｇが処方されていたが、6月はフェキソフェナジンが中止になりフェブキソスタットも一時休薬になっていたが、フェブキソスタットが再開処方されました。その際フェブキソスタットの処方をフェキソフェナジンと間違い交付してしまった。患者から当日質問の電話があり間違いに気がつき職場帰りに来局していただき薬を交換しました	似ている名前で過去に使用歴も有り、休薬と再処方などのタイミングが重なり間違って薬を渡してしまった	薬の監査時、要確認することと、交付時患者様と一緒に薬を確認することが大切です。その際何の薬かをしっかり伝えると患者様もその時点で間違いに気がつくかもしれません	フェブキソスタット錠１０ｍｇ「ＹＤ」	フェキソフェナジン塩酸塩錠６０ｍｇ「ＹＤ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
465	一般名処方のフェブキソスタット錠10mgに対し、フェキソフェナジン錠60mgをピッキングし他剤と一緒に一包化しお渡ししてしまった。後で患者様のご家族よりいつもの薬とは違う色の薬が入っていると連絡があり、翌日に１包化しお取替えした。	忙しい時間帯であった事もあり、しっかりと正確に処方箋を見ずに思い込みピッキング。１包化する時点での再確認を怠ってしまった。１包化した薬の数のみの鑑査で終わらせてしまった。	１包化する前に、再度処方箋と薬を照らし合わせ確認する。1包化した後も、薬の空のヒート確認する。必ずピッキング・１包化した別のスタッフで鑑査し、二重・三重チェックを徹底する。	フェブキソスタット錠１０ｍｇ「サワイ」	フェキソフェナジン塩酸塩錠６０ｍｇ「ＳＡＮＩＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
466	フェブキソスタット10mgがいつもの定期処方薬。(ほかにも4剤ほどあり)今回もDo処方だった。 フェブキソスタット10mg　56日分の処方で、新しい箱を開けたとき、錠剤の形が違うことで、アジルサルタン10mgがフェブキソスタット10mgの場所に入っていたことに気づいた。	フェブキソスタット10mgrとアジルサルタン10mgの外箱が似ており、納品後に薬を棚に戻す際に間違えていた。同一メーカーであり、同一卸から購入。同時に納品があった際に、一緒の薬剤だと思いこみ、フェブキソスタット10の棚へもどしたと思われる	外観が似ている外箱を薬局内で共有しておき、納品後にしまうときに注意する	フェブキソスタット錠１０ｍｇ「トーワ」	アジルサルタン錠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
467	フェブキソスタット錠を調剤するところ慌ててロサルタン錠を取り出した	両剤ともシートデザインが及び色が似ており棚の保管位置も近い	保管位置を極端に離すことで改善策とした	フェブキソスタット錠２０ｍｇ「サワイ」	ロサルタンカリウム錠５０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
468	含量の選択を誤ったため	繁忙時間帯だったため、入力内容の見直しを怠った。	入力完了前に、処方箋と入力内容の見直しを行う。	フェブキソスタット錠２０ｍｇ「トーワ」	フェブキソスタット錠１０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
469	フェブリク錠20ｍｇが処方されており、フェブキソスタット錠20ｍｇ「杏林」に変更して入力されていたがフェブリク錠20ｍｇを調剤し交付した。 翌日間違いに気付いたため薬袋、手帳シール、薬情の差し替えを患者宅に届けることにした。	先発品、後発品の類似他処方薬が先発品であったため思い込みによる見落とし	思い込みをなくし毎回すべての処方薬の先発品、後発品のいずれが入力されているかを確認する。	フェブリク錠２０ｍｇ	フェブキソスタット錠２０ｍｇ「杏林」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
470	一般名処方でフェブキソスタット錠20mgが処方されており、名称類似品であるフェキソフェナジン錠60mgを調剤してしまった。	処方薬を最後までしっかり確認しなかった。カセットに類似名称あり等警告をしていなかった。	両カセットに類似名称品ありと注意喚起掲示をした。	フェブリク錠２０ｍｇ	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
471	調剤者が隣り合った調剤棚から、間違ってピッキングをしてしまった。色が黄色であったため、監査者がそのまま患者に交付してしまった。	監査者は、メトトレキサート錠の服用日記載に注意がいってしまい、間違った薬が調剤されるとは思わずに交付してしまった。	フォリアミン錠とフォシーガ錠5ｍｇがどちらも黄色い錠剤であるため、間違ってピッキングしないように棚を離した。	フォリアミン錠	フォシーガ錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
472	当薬局では自動錠剤分包機を採用している。特定の薬剤のみを払い出すカセットと、複数の薬剤を払い出すことができ、その都度払い出しの薬剤を設定するカセットが搭載されている。カルボシステイン錠250mg「NIG」1錠を誤ってフラボキサート錠200mg「サワイ」の入ったマルチカセッターに入れてしまった。誤りに気付かずそのまま一包化してしまったが、監査の段階で他の薬剤師によって発見された。	背景自動錠剤分包機にて一包化しようとしたところ、使用中だったため薬をシートから出しながら待つことにした。（カルボシステインやフラボキサートのように個別カセッターのない薬は都度シートから出しマルチカセッターに入れて一包化調剤している。）その後、一包化を開始し、シートから錠剤を出す際に監査台の上に1錠落としてしまっていた。気づいた際は既に他の作業に移っており、慌てていたためダブルチェックをせずにカルボシステインをフラボキサートと誤って判断して充填してしまった。監査の段階で他の薬剤師がミスに気づいたため、患者さんに渡ることはなかった。 要因刻印をしっかり確認せずに充填したこと充填前にダブルチェックを求めなかったこと	自動錠剤分包機使用中の待ち時間で薬をシートから出すことは時間短縮のため必要である。特に経験が不足しているうちは、忙しい時でもバーコードを介さない充填の際は必ずダブルチェックを徹底することが改善につながるのではないかと考える。	フラボキサート塩酸塩錠２００ｍｇ「サワイ」	カルボシステイン錠２５０ｍｇ「ＮＩＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
473	プランルカストDS10%「サワイ」が処方されていたが、外見が類似しているクラリスロマイシンDS10%小児用「サワイ」を誤って調剤しており、鑑査者が監査システムから発行されたレシートを確認した際に間違いに気が付いた。	事例発生時は繁忙であり、焦りや心理的状態の不安定さから確認を怠ってしまったものと考えられる。	情報の共有を行い、外見類似の注意を促すシールで対策を行った。	プランルカストＤＳ１０％「サワイ」	クラリスロマイシンＤＳ１０％小児用「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
474	「【般】ノルエチステロン・エチニルエストラジオール0.035配合錠」と記載された処方箋を応需した。事務員不在のため、薬剤師Aがレセコンで入力した。当薬局では一度も交付したことがないため、「【般】ノルエチ」では選択肢が出てこず、「【般】エチニル」で検索したら、処方歴がある「【般】エチニルエストラジオール0.05ｍｇ・ノルゲストレル錠」が表示され、入力のミスに気付かずプラノバール錠を選択した。薬を取り揃えて、薬剤師Bが薬剤を交付するときに、患者がいつも飲んでいる薬とは違うとお話されたため、間違えであることに気付いた。	処方入力、調剤、監査をする際に処方箋の一般名が正しいかどうかを調剤録等で確認する手順が抜けてしまい、ミスにつながった。	一般名で処方された際にどの薬剤に該当するかわからない場合は、必ず保険薬辞典等で確認をしてからレセコン入力を行う。特にホルモン剤は配合成分や用量の違いによって薬剤が変わってくるため、名称のみではなくｍｇまで完全一致するところまで確認を行う。	フリウェル配合錠ＬＤ「モチダ」	プラノバール配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
475	今回からブリンゾラミド懸濁性点眼液からブリモニジン酒石酸塩点眼液に処方変更されていたが、前回通り入力し調剤。窓口で投薬時に発覚し訂正した。	名称類似と前回Ｄｏのまま入力	入力・監査の徹底	ブリモニジン酒石酸塩点眼液０．１％「ＳＥＣ」	ブリンゾラミド懸濁性点眼液１％「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
476	点眼薬の取り違え。監査の時点で確認。	点眼瓶の色形が似ており、棚の場所も近くで、取り違えてしまった。	薬品棚に取り違え注意を提示。用法異なるので、処方せんをしっかり確認してピッキングする。	ブリモニジン酒石酸塩点眼液０．１％「ＳＥＣ」	ビマトプロスト点眼液０．０３％「ＳＥＣ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
477	フルニトラゼパム錠が追加されており、疑義照会したところフルイトラン錠の処方が正しい処方であることが判明した。	フルニトラゼパムとフルイトランの名称が類似していたため処方箋の入力の際誤って選択してしまった。	類似名の医薬品があることを確認し、より注意して入力を行う。	フルイトラン錠２ｍｇ	フルニトラゼパム錠２ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
478	外来患者の処方でフルイトラン錠２mgをピッキングすべきところ、フルニトラゼパム錠２mgアメルをピッキングしていた。	経験が浅い医療事務が普段は薬剤師に確認しながらピッキングするところ、繁忙な時間帯で自身のみで実施しており、一般名や先発の区別などができていなかったため、フルニトラゼパム錠をフルイトラン錠の同成分のジェネリックと思い込んでしまっていたため、取り間違いが発生した。	ピッキング後の確認は処方箋薬品と錠剤の名前を一文字ずつ照らし合わせること。また、名前が似て非なるものをジェネリックと簡単に捉えず、しっかりと知識認識がない限りは薬剤師に確認することとした。	フルイトラン錠２ｍｇ	フルニトラゼパム錠２ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
479	患者が多数来局されている中、患者本人から急いでほしいと申し出があり、ピッキングされていた点眼薬が正しいと見間違い、調剤管理システムを利用せずお渡ししてしまった。数時間後、入力チェックで間違って渡してしまったことが判明。電話連絡を取り開封前に正しい点眼薬と交換し謝罪。	調剤管理システムを利用できていなかった、正しい薬剤と思ってしまった。	多忙時でも調剤管理システムの利用は欠かさず行う。	フルオロメトロン点眼液０．１％「日点」	フルオロメトロン点眼液０．０２％「日点」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
480	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液27.5μg『トーワ』56噴霧用と医薬品名が長いためレセコンで入力する際にメーカー名が隠れて見えなかった。薬局ではトーワと武田テバを採用していた。トーワで入力したいところ武田テバを選択してしまった。	医薬品名が長いとレセコン入力の際にメーカー名が隠れてしまう。	ベンダーに確認して対応を確認。事前に確認すべきであった。	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液２７．５μｇ「トーワ」５６噴霧用	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液２７．５μｇ「武田テバ」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
481	当該患者様が「【般】フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液27.5μg」が記載された処方箋を持参しご来局。調剤者が薬剤を取り揃え、鑑査システムに通したところエラーが出た。確認したところ、間違えて「フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液50μg」が調剤されていた。改めて「フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液27.5μg」を調剤し直し、患者様に交付した。	どちらも成分名が類似している薬剤であるため、処方箋を読み違えてしまった。また、フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液は2023年6月に新たにジェネリック医薬品が発売された薬剤であり、それまでは一般名ではなく先発名のアラミスト点鼻液で処方箋に記載されていた。そのため、当薬剤の一般名処方を見慣れておらず、フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液の方だと思い込んでしまった。	今回の薬剤や、それ以外にも「ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル」と「ベタメタゾンジプロピオン酸エステル」など、ステロイドの一般名には類似したものがある。薬剤名の最初の部分だけで判断するのではなく、最後までしっかり読んで判断する必要がある。また、それまで先発品しかなかった薬剤に新たにジェネリック医薬品が発売されると処方箋の記載名が変わることもある。新発売のジェネリック医薬品の情報は常に把握しておく必要がある。	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液２７．５μｇ「杏林」５６噴霧用	フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液５０μｇ「ＣＥＯ」５６噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
482	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液27.5μg120噴霧(アラミスト後発品)のところ、フルチカゾン点鼻液50μg56噴霧(フルナーゼ後発品)を調剤。調剤時に処方鑑査システムを通し交付前に気付いた。	名称が類似しているため取り間違えたと考えられる。	処方鑑査システムを必ず使う。当該薬品の箱に、類似名称有と注意喚起の付箋を付けた。	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液２７．５μｇ「武田テバ」１２０噴霧用	フルチカゾン点鼻液５０μｇ「イセイ」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
483	当該処方箋をFAXにより受付。内容入力後にピッキングするもすぐに監査を行わずに放置していた。患者来局してから監査を行い、不注意により投薬時に名称が似ている全く違う薬品であることに気が付き訂正を行った。	通常の受付と異なり、患者来局がいつになるかわからないものだったため後回しにしてしまった。患者来局により慌てて監査を行ったため十分な注意が払われていなかった。	受け付けた処方内容は放置せずに即時入力、調剤、監査を行う必要がある。時間的余裕を自身の為でなく患者のために使うよう改善が必要	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液２７．５μｇ「武田テバ」１２０噴霧用	フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液５０μｇ「ＣＥＯ」２８噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
484	棚卸でフルチカゾン点鼻液５６噴霧の数量が合わなかったため監査レンジを確認。当該患者の入力が１２０噴霧にないっていることが発覚。当該患者には電話で謝罪し、薬は間違っていなかったためそのまま継続するように説明した。	今年６月から発売になったアラミスト点鼻液のジェネリックでレセコンの薬品登録コードが未登録で監査レンジバーコードチェックできず、薬品名も長いため１２０噴霧と記載された画面から切れて確認できなかった。調剤録も細かい文字で読みにくくなっていたため確認が漏れてしまった。	その後、レセコン会社から薬品コード登録されたため監査レンジでチェックできるようになった。監査者は投薬時に薬袋も確認を徹底する。	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液２７．５μｇ「武田テバ」５６噴霧用	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液２７．５μｇ「武田テバ」１２０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
485	一般名処方により名称が類似していた。繁忙であった為、監査前に、ピックをした薬剤師が投薬をしてしまった。	発注の際、在庫数から間違いに気が付いた。	患者様へ電話にて連絡をし、ご自宅まで正しい薬を届けて間違って投薬したものを回収した。今後も処方箋、薬袋と薬品、用法の確認しながら間違いなく投薬を行う事、監査が終わっているかも含め徹底して確認するようにする。	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液２７．５μｇ「武田テバ」５６噴霧用	フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液５０μｇ「ＣＥＯ」５６噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
486	処方箋アラミスト点鼻液を後発品に変更したが　フルチカゾンフランカルボン酸エステルを　フルチカゾン点鼻液（フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液）を調剤してしまった。そして監査システムを確実に使用出来ていなかったため過誤になった。	担当薬剤師の知識不足	監査システムを確実にするために　必ず写真に残すようにする。	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液２７．５μｇ「武田テバ」５６噴霧用	フルチカゾン点鼻液５０μｇ「サワイ」５６噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
487	処方戦に記載されていた１日の回数が異なり病院に確認。　薬が異なることが判明。	処方記載時の入力ミス。	薬品とその用法用量の異なる場合の確認の徹底。	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液２７．５μｇ「武田テバ」５６噴霧用	フルチカゾン点鼻液５０μｇ「三和」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
488	フルチカゾン点鼻が一般名処方で出されているにも関わらず、モメタゾン点鼻で調剤し交付してしまった。	ともに56噴霧製剤があることと、近隣のメインの医療機関ではモメタゾン点鼻がよく処方されることで、他の医療機関から来た処方せんだったにも関わらず、思い込みにてモメタゾン点鼻で調剤してしまった。　別の薬剤師が違和感を抱いていたものの、投薬までしてしまい、後日患者に来局してもらい交換することになった。	一般名処方が増加する中、このような思い違い事例が当薬局では増加傾向にあります。まず、思い込みや慢心を無くすように、処方せんに記載されている一般名や商品名を声に出して読むようにするなどで改善できると考えました。	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液２７．５μｇ「武田テバ」５６噴霧用	モメタゾン点鼻液５０μｇ「杏林」５６噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
489	当薬局では新規で【般】フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液５０μｇ５６噴霧用が処方されており、調剤はフルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液２７．５μｇ「武田テバ」５６噴霧用が用意されていた。違う薬剤が用意されている事には気付かず監査がされていた。投薬までは気づく事なく投薬台で最終監査時に違う薬剤が調剤されている事に気づいた。投薬者は併用薬をお薬手帳で確認する際に規格が違う事に気づき、また、一般名も異なる事に気づいた。	調剤者は新人のため類似名称の薬剤に気付く事なく調剤したものと思われる。監査者は普段使用しない薬剤から他の類似名称の存在に気付かず思い込みがあったものと思われる。	特にステロイド剤などの類似名称薬剤について把握し規格・用量・製造メーカーまで確認する。	フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液５０μｇ「ＣＥＯ」５６噴霧用	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液２７．５μｇ「武田テバ」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
490	一般名処方かつQRなし。商品（成分）名が酷似している上に投与指示漏れ。違うものを交付してしまった。	成分名酷似。QRなしの一般名処方。56噴霧も同じだったため違う成分のものをお渡ししてしまった。	QRなしの処方せんは今一度しっかり確認して入力。レセコンだけでなく保険薬事典等紙媒体のものも利用して入力されたものが正しい商品名か確認する。	フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液５０μｇ「ＣＥＯ」５６噴霧用	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液２７．５μｇ「武田テバ」５６噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
491	【般】フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液56噴霧用が処方されていたが、フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液56噴霧用をピッキングしていた。投薬時に患者と現物を確認して薬袋に入れているが、患者も気づかなかった。投薬後、在庫が合わないと事務員が気付き、誤調剤が判明した。患者に連絡を取ったところ、まだ未使用だったため、誤調剤を説明し、薬を差し替えた。	薬局の手順では、薬剤をピッキングする際に、少なくとも頭4文字を確認し、語尾を確認するようにしていたが、その確認方法では二者を区別できていなかった。ピッキング者が投薬したため、間の監査もされていなかった。患者と共に確認する手順になっているが、患者も容器が変わったくらいに考えていたらしい。	この間違いはアラミスとのGE薬が出るとわかったときに起きると考えており、薬局内で注意喚起はしていた。薬局でも注意が必要だが、より調剤ミスを減らすためには、フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液は「フルプロ点鼻液」、フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液は「フルフラ点鼻液」くらいにしてもらわないと、ミスが減らないと考える。同様にステロイド軟膏剤も同じような誤調剤が起きる可能性があると考える。	フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液５０μｇ「ＣＥＯ」５６噴霧用	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液２７．５μｇ「武田テバ」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
492	フルチカゾン点鼻液50μg56噴霧用の処方。誤ってフルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液27.5μg56噴霧用を取り出したが、監査者が気が付き判明。	あまり取扱いのない薬剤であったが、「フルチカゾン点鼻液」のワードだけに着目してしまい、当薬局に在庫してあった別薬剤を取り出してしまう。知識不足と注意力不足が原因。	知識がなくても焦らずにしっかりと名称を確認すれば防げる。チェック体制強化のため他のスタッフと複数人で確認する。今回はその前段階で気が付いたが、薬剤監査システムもしっかりと活用したい。	フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液５０μｇ「ＤＳＰ」５６噴霧用	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液２７．５μｇ「武田テバ」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
493	一般名処方で入力した際、名称が長く規格の112噴霧まで検索できなかった為、点鼻薬の商品名で入力をしたが、思い込みで間違った薬剤を入力してしまった。	アラミストとナゾネックスを混同してしまった上、アラミストの一般名フルチカゾンフランルカルボンとフルチカゾンプロピオン酸エステルを誤ってしまった。	一般名入力時の検索で短縮ではなく、全ての名称で確認する。又は医薬品の情報のアップデートを行う。	フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液５０μｇ「日本臓器」１１２噴霧用	ナゾネックス点鼻液５０μｇ１１２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
494	名称の類似している医薬品を、勘違いからとり間違えてしまったが、薬袋の写真と薬が異なることで気づいた。	最近新たに入荷されたジェネリックの名称の類似した薬ということもあり、認識不足で取り間違えてしまった。	棚を分けることと、名称が似ているため間違わないように再度確認するように努める。	フルチカゾン点鼻液２５μｇ小児用「サワイ」５６噴霧用	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液２７．５μｇ「武田テバ」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
495	一般名の入力ミスにより類似医薬品名の点鼻薬を入力　さらに調剤者、監査者も気づかず　投薬時もそのままお渡ししてしまった。投薬後の薬歴記入時に気づき患者家族に電話し交換となる。点鼻使用なし。	入力時一般名からの場合まずは一般名から選択するが、思い込みから直接商品名を入力してしまった。また調剤者も監査者も気づけず、投薬時もご家族は何も疑問に思わず持ち帰られた（後から以前に使用したものと色が違うとは思われたそう）	入力時のルールの徹底化、調剤者、監査者も一般名の名称での確認を怠らない事。さらに投薬時には過去歴を詳しくさかのぼるなど患者様との会話でもいち早く気づけるようコミュニケーションを取ること	フルチカゾン点鼻液２５μｇ小児用「サワイ」５６噴霧用	アラミスト点鼻液２７．５μｇ５６噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
496	一般名処方でフルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液25μg56噴霧用が処方されていたが、レセコン入力と調剤はフルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液27.5μg「武田テバ」56噴霧用でされていた。投薬時に手帳を確認しながら患者様にお薬をお渡しをしていたところ、以前は先発品の小児用フルナーゼ点鼻を使っていたことが分かり、その時点で調剤、レセコン入力の間違いに気づいた。患者様にはお詫びをしレセコン入力の修正、フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液25μg56噴霧用をお取り寄せすることを説明した。	当該薬局では現在フルナーゼ点鼻液は小児用の在庫がなく、またジェネリックの取り扱いもなかったため後発品の成分の認識が薄濃かったこと、レセコンの入力も間違っていたため調剤時に使用するピッキングシートの薬品も間違っていたことが原因と思われます。	外用薬の一般名は名前が長く似ているケースが多いため、しっかり文字を追って最後まで確認する必要があると思います。今後はレセコン入力の確認、調剤時の確認の際もしっかり最後まで名前、規格を確認する。今回このような事例が起こったことを他の店舗にも報告をし周知することで同様の間違いが起きないように徹底していきます。	フルチカゾン点鼻液２５μｇ小児用「サワイ」５６噴霧用	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液２７．５μｇ「武田テバ」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
497	フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液２５μｇ56噴霧の一般名処方でフルチカゾン点鼻液25μｇ小児用「サワイ」56噴霧調剤するべきところフルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液27.5μｇ「武田テバ」56噴霧を投薬してしまった。保護者の方も薬が変更になったと思われて投薬時にも気が付かなかった。	1歳、4歳、7歳の3名兄弟の処方で、シロップ、粉薬の内容で注意が散漫になった。ミスが起きたのは7歳の処方で、4歳の処方はフルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液27.5μｇ「武田テバ」56噴霧であったことと、金曜日夜の処方で薬の在庫が少なく、翌日土曜日が納品が入らない恐れがあり、在庫のことが気になってしまった。	複数枚処方箋うけても一つ一つ時間かけて薬品名、規格、メーカー名確認する。	フルチカゾン点鼻液２５μｇ小児用「サワイ」５６噴霧用	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液２７．５μｇ「武田テバ」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
498	一般名処方　フルチガゾンプロピオン酸エステル点鼻液50μg56噴霧用　1日2回点鼻　処方に対して間違えて　AG フルチガゾンフランカルボン酸エステル点鼻液27.5μｇ56噴霧用　武田テバ　を投薬した。	一般名処方のフルチガゾンの部分と最近出たアラミストAGのフルチガゾンの部分が同じだった為、最後まで処方箋をしっかり読まず同じ薬剤と思い込み調剤した。	処方箋を最後まで読み切ることと、用法が今回は合わないのに　スルーして調剤したが1日2回の薬剤なのに1日1回の薬剤を出す事は勉強不足。おかしいと思ったら立ち止まって考える事。	フルチカゾン点鼻液５０μｇ「サワイ」５６噴霧用	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液２７．５μｇ「武田テバ」５６噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
499	【般】フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液50μｇ56噴霧が処方一般名処方の3文字入力と噴霧回数を基にフルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液27.5μｇ56噴霧を入力監査にて成分の違いが発覚。	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液27.5μｇ56噴霧が薬価収載されたばかりの時期である。ステロイド製剤は点鼻に限らず、一般名処方となると成分名の文字数が多い。先発品フルナーゼ点鼻の後発品の商品名は「フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻」と「フルチカゾン点鼻」が後発品メーカーにより異なる。	一般名処方の標準的な記載である「一般的名称＋剤形＋含量」改めて確認する。一般名処方におけるステロイド製剤は成分名を最後まで確認し、調剤薬を決定する。	フルチカゾン点鼻液５０μｇ「サワイ」５６噴霧用	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液２７．５μｇ「武田テバ」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
500	一般名処方でフルチカゾンプロオン酸エステル点鼻液50μg56噴霧で処方され、入力者がフルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液で誤って入力。調整者も思いこみでフルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液で調整してしまい、鑑査システムも通過。監査時に入力と調整誤りに気が付く。	レセコンの入力画面で頭文字3-4文字を打ち、医薬品選択画面で選ぶ際に選択を誤った。調整者も鑑査システムで警告音が出ないから大丈夫ではなく、処方箋の文字をしっかり読んでいなかった。	レセコンの入力画面で頭文字3-4文字を打ち、医薬品選択画面で選ぶ際に再度処方箋と突合させる事。調整者、監査者は入力された文字を区切って読む（フルチカゾン/プロピオン酸/エステル/点鼻液/50μg/56噴霧　というように）のを再度徹底。	フルチカゾン点鼻液５０μｇ「サワイ」５６噴霧用	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液２７．５μｇ「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
501	病院で患者希望からフルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液27.5μg56噴霧用の保存袋を出して医師にお願いしていたが、処方箋には【般】フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液50μg56噴霧用が処方されていた。異なる成分と気づかずにフルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液50μg56噴霧用で調剤、1日1回・1回1噴霧→1日1回・1回2噴霧に疑義した後に、鑑査者から指摘され発覚した。	フルチカゾンと見たときに成分名を最後まで確認せずに先入観で調剤し、アミラスト点鼻液と勘違いして調剤、疑義をしてしまった。また、アミラスト点鼻液とフルナーゼ点鼻液が一般名では同じフルチカゾンから始まっていることを認識していなかった。	よく処方される薬品と先入観で勘違いせずに処方名をしっかり最後まで確認する。また、一般名で類似する薬剤の再確認する。	フルチカゾン点鼻液５０μｇ「サワイ」５６噴霧用	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液２７．５μｇ「タカタ」５６噴霧用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
502	以前患者が他院にて処方されていた「フルチカゾン点鼻液(先発名：フルナーゼ)＋トラマゾリン点鼻液」(混合)を薬局隣接の病院Ｄｒに処方依頼。その際に患者からＤｒに「フルチカゾン」とお伝えしたことで［フルチカゾンフランカルボン酸点鼻(先発名：アラミスト)］での処方あり。混合できないことを確認後、患者に確認したが患者もいつもとデバイスが違うが、Ｄｒ処方あるならば間違いないとのこと。患者了承のうえ、以前調剤された薬局へTel.にて処方内容確認した際に間違いが発覚。病院へ疑義した後、処方変更となった。	「フルチカゾン」にはフルチカゾン「プロピオン」酸点鼻とフルチカゾン「フランカルボン」酸点鼻があり、異なるデバイスを使用していることを念頭に置く必要がある。	薬局取り扱いのない品目に関しては類似薬がないかなどを検索し、デバイスの種類などを把握したうえで調剤をすること。	フルチカゾン点鼻液５０μｇ「杏林」５６噴霧用	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液２７．５μｇ「武田テバ」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
503	喘息症状が安定している小児にフルティフォーム50エアゾールが処方された。キプレスチュアブルと併用。医師が普段からあまり使用されない吸入であることもあり疑義照会したところ、やはり薬違いでフルタイド50μｇエアゾールに変更となった。	電話で疑義照会した時に医師に確認していたので、入力ミスなのか医師の判断ミスなのかはわからない。	怪しいと思ったものは確実な根拠がなくとも疑義照会の必要がある	フルティフォーム５０エアゾール５６吸入用	フルタイド５０μｇ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
504	外装が類似し、他の向精神薬ではあまり使っていない共通のジェネリックメーカーであった上、同規格同用量の2mgだったこともあり、取り違えが生じた。	FAXで受け付けた当該調剤に関しては、一包化処方であった。その一包化作業に取り掛かっていたところ、外来の処方箋が重なり、一旦、一包化作業を中断。さらに別の外来で、薬局で一包化調剤の出来上がりを待つ患者様が来局。分包機を稼働させる業務が入ってきたので、先に始めていた当該一包化を急いで仕上げようとした。そのため、類似外装の薬剤を取り違えている事実に気付かず、分包してしまった。	FAXで受け付ける当該処方のような、定期的に決まった複数の薬剤が処方されるケースでは、前もって患者様ごとに、医薬品をまとめておく。さらにFAXで受け付けた際には、処方内容に変更がないかを複数人で確認する業務フローを構築する。	フルニトラゼパム錠２ｍｇ「アメル」	ジアゼパム錠２ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
505	処方せんの「フルバスタチン１０ｍｇ」（走り書きの手書き）を「アトルバスタチン１０ｍｇ」と思い込み調剤。調剤過誤防止システムにより事前に気付き訂正した。	一人薬剤師の店舗、数名の処方箋が重なり焦りがあった。	混雑状況を患者側に理解していただき、ある程度時間がかかる旨お伝えし焦らず落ち着いて調剤業務に当たる。	フルバスタチン錠１０ｍｇ「ＪＧ」	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
506	【般】フルバスタチン錠10ｍｇの処方箋記載であったが、当事者が実際に取り出した医薬品は、プラバスタチンＮａ錠10ｍｇ「ケミファ」であった。調剤監査の際に別の薬剤師が間違いに気が付いた。	医薬品の名称類似と、規格も10ｍｇと同じであったたため、間違いが発生した。間違いが発生しやすい事例と見通して、あらかじめ位置を離して配置していたが、処方箋の読み間違いが発生してしまった。	処方せんの内容はしっかり読み取る。調剤棚の該当薬品の場所に「類似名称注意」の注意書きシールを貼って再発防止措置とした。	フルバスタチン錠１０ｍｇ「三和」	プラバスタチンＮａ錠１０ｍｇ「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
507	フルバスタチン錠20ｍｇ「サワイ」を28錠取るところ、誤ってプラバスタチンNa錠10ｍｇ「トーワ」を28錠取ってしまった。	同じスタチン系薬であると同時に、「フ」から始まる薬品のため近くの棚に収納されていた。ピッキング後、監査を行う機械に通して監査を行っている際、間違いに気付き、正しい薬品に取り換えた。	棚の引き出しに薬品名が書いてある札があるが、それをもう少し大きく表示する。近くに似た名前があるとややこしいので、少し離れたところに収納する。	フルバスタチン錠２０ｍｇ「サワイ」	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
508	処方箋はプレガバリンOD錠25が出てたのですが、フロセミド錠20　を出してしまいました	忙しい日で慌てて調剤して、同じ棚の上下にあり　取り違えてしまいました。投薬者が投薬台において発見、患者様にわたる前に修正しました。	慌てることなく調剤するよう心がけます	プレガバリンＯＤ錠25「ＤＳＥＰ」	フロセミド錠20「ＮＩＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
509	プレガバリンOD錠25「YD」が56錠処方されていました。調剤時にプレガバリンPTP10錠シート5枚と残り4錠と2錠のを輪ゴムでとめてピッキングしました。監査をして患者に投薬しました。後日患者が4錠のプラバスタチンNa錠5「ケミファ」を持参されました。この時点でこちらのミスが発覚しました。	多忙な時間帯で調剤・監査で間違いに気が付かなかった。錠剤のPTPシートが似ていることで間違いを見落としてしまった。	似た形状、色調のシートや錠剤があるので、注意を徹底する。具体例を挙げて注意喚起を行う	プレガバリンＯＤ錠２５ｍｇ「ＹＤ」	プラバスタチンＮａ錠５ｍｇ「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
510	プレガバリンOD錠25ｍｇ「フェルゼン」6錠　分3毎食後　70日分（合計420錠）お渡しするところをプレガバリンOD錠25ｍｇ「フェルゼン」400錠、フェブキソスタットＯＤ錠25ｍｇ「ＮＰＩ」20錠（合計420錠）でお渡ししてしまい、数時間後に患者さん本人から間違いを指摘され交換しました。	プレガバリンOD錠25ｍｇ「フェルゼン」100錠PTP400錠をピッキングした後、目線が変わってフェブキソスタットＯＤ錠25ｍｇ「ＮＰＩ」20錠をピッキングしてしまった。患者さんにお渡しする際に最終的に患者さんに見せて確認していますが、混ざっているところを見落としてしまった。	監査時に他剤が混ざっていることも意識して監査する。（ピッキングにも注意する）	プレガバリンＯＤ錠２５ｍｇ「フェルゼン」	フェブキソスタットＯＤ錠２０ｍｇ「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
511	プレガバリン錠処方採用薬であるプレガバリンOD25ｍｇ「フェルゼン」で入力されていた。ピッキングされたものはフェブキソスタットＯＤ20ｍｇ「ＮＰＩ」であった。	頭に文字が同じため見誤ったものと考えられる。ヒートの包装や箱に関しても類似しており鳥間違ったものと考えられる	在庫保管棚を段違いで貯蔵する	プレガバリンＯＤ錠２５ｍｇ「フェルゼン」	フェブキソスタットＯＤ錠２０ｍｇ「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
512	プレドニンが5ミリから2.5ミリに今回から減量になるのを見落とし入力した。その後監査で間違いに気付き訂正した。	他の薬剤が変わらず、ずっとプレドニンも5ミリで処方されていたため、薬剤名だけで判断しDo処方で入力した。	入力時、処方箋と入力画面の横に置き指さし確認するようにした。	プレドニン錠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
513	フェブキソスタット２０ｍｇrで処方されていたが事務の方がフロセミド２０ｍｇでピックしていた。監査し患者様に渡す直前に気づき正しいフェブキソスタット２０ｍｇを患者様に渡した。渡す前であったため患者様は不快に思うこともなく終えた。	棚が上下にあるため処方箋を見て十分確認せずに取り揃えてしまった可能性がある。また通常であれば機械に監査する方法をとっていたが忙しくできておらず渡す直前に気づく形となってしまった。	忙しくても取り揃えから監査までのやり方は飛ばさずに機械に通して間違えでないことをしっかりと確認するようスタッフに周知徹底する。	フロセミド錠２０ｍｇ「ＮＩＧ」	フェブキソスタット錠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
514	フロセミド錠20ｍｇを調剤するところを誤ってフェブキソスタット錠20ｍｇで調剤。投薬前に監査した薬剤師が間違いを発見し、調剤をし直した。	頭文字と規格の一致、そして調剤棚において近接して配置されていることが原因と思われた。2剤とも当薬局では処方頻度の多い薬剤である。	薬剤棚の配置を変更。薬剤名称確認を徹底するよう周知。	フロセミド錠２０ｍｇ「ＮＰ」	フェブキソスタット錠２０ｍｇ「杏林」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
515	一般名処方でタクロリムス軟膏０．０３％が処方。ジェネリックがある０．１％と勘違いし、規格違いのタクロリムス０．１％で調剤してしまった。	処方元の病院が一般名処方に変更したため、成分名に慣れず、間違えてしまったと思われる。	2規格ある薬だが、０．０３％はジェネリックが発売されていない旨を周知。他にも剤形によってジェネリックがない薬に関しては留意する。	プロトピック軟膏０．０３％小児用	タクロリムス軟膏０．１％「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
516	プロナセリン４ｍｇ「ＤＳＰＢ」と「ＤＳＥＰ」と採用を間違える。	処方では一般名プロナセリン４ｍｇで記載。当該薬局はＤＥＰＢを採用。薬局のマスター登録でＤＳＥＰを登録。錠剤鑑査システム（ポリムス）でエラーでわかる。登録時点で間違いが判明。	似たような品名を注意し、登録時点で薬剤師・事務のと連携が必要。予め事前登録をすれば混雑時の間違いが防げると思われる。次回から注意をする。	プロナンセリン錠４ｍｇ「ＤＳＰＢ」	プロナンセリン錠４ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
517	処方名　一般名処方　プロピベリン塩酸塩錠20ｍｇ　０.５錠　１日１回　夕食後　１４日分プロピベリンをラフチジンの先発プロテカジン錠と読み間違え、２０ｍｇの半錠だったため１０ｍｇの後発ラフチジン錠１０ｍｇ１錠でピッキング。監査にて発覚。	事前に別の患者に処方名プロテカジン錠１０ｍｇの処方があり、ラフチジン錠１０ｍｇトーワにて調剤していた。その後当該患者に一般名処方にてプロピベリン塩酸塩錠20ｍｇ　０.５錠が処方され、プロテカジンと思い込んでしまったこと、２０ｍｇの半錠なので１０ｍｇに変更して対応できると気づいた事で先程のラフチジン１０ｍｇを思い出し、よく読まずに調剤してしまった。	処方名を最後までしっかりとみることの徹底。	プロピベリン塩酸塩錠２０ｍｇ「ＮＳ」	ラフチジン錠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
518	ブロプレス12ｍｇが処方されていた患者の処方入力において、入力者がプロブコール錠を入力した。処方鑑査を行った薬剤師が、入力間違いに気づき、修正した。	入力者が新人で経験不足であったこと、医薬品名の頭が類似していたことが原因と考えられる。	入力後に内容が処方箋と一致しているかの確認を徹底する。	ブロプレス錠１２	プロブコール錠２５０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
519	ブロマゼパム２ｍｇ錠の処方にブロナンセリン２ｍｇ錠をピッキング。監査時に気付いて訂正。	名称の頭二文字が同じで、規格も同じ２ｍｇであることから思い込みで誤ったと考えられる。	普段から薬剤の名称は省略しないように徹底	ブロマゼパム錠２ｍｇ「サンド」	プロナンセリン錠２ｍｇ「ＤＳＰＢ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
520	【正】ブロムフェナクＮａ点眼液０．１％「ニットー」１０mL【般】ブロムフェナクＮａ点眼液０．１％　１日２回　点眼　両目【誤】ジクロード点眼液０．１％　　１０ｍｌ　【般】ジクロフェナクＮａ点眼液０．１％　１日２回　点眼　両目”	”令和5年6月7日にＢ病院からジクロフェナクの処方があった。その後紹介となり、令和5年6月23日、門前のＡ病院からブロムフェナクに処方変更となっていたが、Ｄｏ処方と思い込み、ジクロフェナクで調剤をおこなった。投薬時、薬剤が変わっていることに気づかず、Ｂ病院処方時から本数と使用回数が変わっている事を患者様に確認したが、回数を減らす事は聞いていると聴取し、そのまま投薬をしてしまった。入力の際の指差し確認と、監査時の薬剤名分割チェックが疎かになった。また、現在の運用上、5剤以下は初期監査と最終監査をひとりで行うため、ダブルチェックが出来ていなかった。”	初期監査、最終監査時に薬品名の分割チェックをしっかり行う。最初の３文字は特に注意深くチェックを行い、類似薬剤、名前が似ている薬剤は注意する。ＮＳＡＩＤｓ点眼液の使用回数の一覧を作り、調剤室に掲示し、知識を定着させる。	ブロムフェナクＮａ点眼液０．１％「ニットー」	ジクロード点眼液０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
521	処方箋にはベオーバが記載されていたが、勘違いでいつもよく出るベタニスを調剤してしまった。	ベオーバは限られた患者様にしか処方されず、調剤の回数も少ないため、処方箋の見間違いでよく出るベタニスを調剤してしまった。	調剤時の医薬品の名称の再確認。調剤後も処方箋と医薬品の突合せを行っていきたいと思います。	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
522	ベオーバ５０処方の患者様に対し、ベタニス５０を調剤。監査の際に間違いに気づく。	名称類似からの、確認もれもあり生じた間違い。慣れと思い込みもあり起きてしまった。	慣れ調剤行わず、必ず毎回確認しながら調剤、監査行うように常に心掛ける	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
523	ピッキング者がベオーバ錠（５０）とベタニス（５０）を間違ってピッキング、その後薬剤師が間違いに気づかず一包化をした。別の薬剤師が監査時に違う薬剤が一包化されていることに気づき見つかる。	同効薬で同じミリ数のため間違われた。	ベオーバ錠と、ベタニス錠の棚に類似名称注意のシールで注意喚起を行った。	ベオーバ錠５０ｍｇ	ベタニス錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
524	当該患者さんは以前より「ベタニス錠５０ｍｇ」を服用されていたが、効果不十分ということで今回から「ベオーバ錠５０ｍｇ」へ変更になっていたが、事務員が入力の際「前回と同じ」と思い込み、前回処方からデータを引っ張って入力してしまった。鑑査担当の薬剤師が入力が間違っていることの気づき、患者さんの手元に渡る前に訂正することができた。	当薬局のレセコンには二次元バーコードで処方内容を読み込むことができる機能が付いているが、当該処方箋には二次元バーコードが付与されておらず手入力であったことと、当日は朝からかなり混みあっていたため、早く入力しないとという焦りから入力後のチェックがおろそかになっていたことが要因と思われる。	二次元バーコードの付与されていない処方箋を受け付けた場合、少々時間がかかっても前回処方からデーターを引っ張って入力することを禁止し、確実に手入力して再度見直すことを義務付けし、手順書の改訂を行った。	ベオーバ錠５０ｍｇ	ベタニス錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
525	いつも来局している患者様で、泌尿器科の処方箋を持って来局。内容はいつもと同じで、ハルナールD錠0.2ｍｇとベサコリン散5%が処方されていた。事務さんから処方箋のコピーを受け取り、ベサコリン散5%の秤量を開始するところで、誤ってベンザリン細粒1%を持ち、処方箋通りの量で秤量して分包。分包終了後、鑑査に回すところで調剤時の違和感を感じ秤量記録を見たところベサコリン散5%ではなくベンザリン細粒1%を調剤していたことに気が付く。ベサコリン散5%で調剤をし直した。薬剤は鑑査も行う前だったので、患者さんには交付せずに済んだ。	来局時、調剤者は前日に急な頼まれごとがあったことにより注意散漫になっていた。睡眠時間も少なかったため疲労もあった。薬局のシステム上、散剤の鑑査システムが独立しており、入力後のデータを使っての調剤ではないことから、類似名称のものを読み込んでしまっても、機械上はエラーとならなかった。	調剤前に処方箋の薬剤と秤量する薬剤が同じものかどうか指さし確認する。可能であればダブルチェックの確認を行う。秤量後のデータと処方箋の薬剤名や用量をもう一度確認してから分包を行う。	ベサコリン散５％	ベンザリン細粒１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
526	ベザフィブラート28錠処方したところ、エクアが２錠混じっていた	棚から落下したエクア2錠のシートが類似していた為、よく観察せずにベザフィブラートの棚に戻してしまった	調剤棚の正確な整理整頓を心掛ける。また棚に収めるときは確実に確認を行う	ベザフィブラート徐放錠２００ｍｇ「ＺＥ」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
527	10種継続処方の患者でスタッフとのコミュニケーションも良く取れている。ベタヒスチンをピックアップしたつもりが外観の似ているアロチノロールだったようで、患者が帰宅後に見て気が付いた。長く飲んでいるため個々の薬も特徴も覚えており、少しでも違うと気が付くという。飲まずに持参し全量交換。	外観の似ている両薬剤の保管場所が上下で近く、今までも間違った場所に入っていることがあり適宜戻していたという経緯がある。通常は交付時に気が付くが、話し好きで薬の確認が疎かになってしまったのも一因である。	両薬剤の保管場所を離し、通常より大きく薬品名を表示することでピックアップ間違いを防ぐようにした。話し好きの患者でも一旦話を遮ってお互いに薬の確認をするようにした。	ベタヒスチンメシル酸塩錠６ｍｇ「ＴＳＵ」	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
528	【般】ベタメタゾン吉草酸エステル外用液0.12%が処方されたが、処方入力時にベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルローションで入力してしまった。入力、調剤、監査で見逃してしまい、調剤済処方せんチェックをしている際に誤りを発見しすぐに正しいものに交換した。患者はまだ使用していなかった。	・一般名が類似していた・当薬局に普段在庫していない薬品だったため、思い込みで入力・調剤・監査をしてしまった	・薬歴やサマリーに注意喚起を記入した。・ステロイドの外用薬は一般名が類似したものが多いため、特に気をつけるよう店舗で注意喚起を行った。	ベタメタゾン吉草酸エステルローション０．１２％「イワキ」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルローション０．０５％「ＭＹＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
529	プロペトとベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%の混合処方を誤ってプレドニゾロン吉草酸エステル酢酸エステル0.3%と勘違いしてしまいプロペト・スピラゾン軟膏0.3%の混合で作製してしまった。プロペト・スピラゾン軟膏は普段多く処方される内容であり、予製剤を作製しているため鑑査機を通す際、バーコードではなく目視で確認。誤りに気付かなかった。その後、投薬前に薬袋と混合剤に貼付したシールの名称が異なることに気が付き、交付前に発見に至った。	普段からプロペト・スピラゾン軟膏の混合処方が多く、予製剤を交付しているため一般名の類似しているベタメタゾン吉草酸エステルの処方であると気づかずにそのままスピラゾン軟膏と勘違いしてしまった。また鑑査機も目視で行った為間違いに気が付かずそのまま通してしまった。	処方内容確認の徹底、鑑査時に予製剤に関してもバーコードの読み取りを行い、少しでも間違いに気が付きやすい環境を整える。	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏０．１２％「トーワ」	スピラゾン軟膏０．３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
530	毎回1包化を実施している患者。監査時にベニジピン2mgがニルバジピン2mgで調剤されているのを発見。	ピッキング実施者と分包実施者は別の者。ピッキング実施者が同じ引き出しにある当該薬品を誤って調剤。分包実施者がそれに気づかず分包してしまっていた。当該薬品はともに劇薬で同じ引き出しに保管されており、名称や外観がよく似ていたため気づきにくかった。	職員に対する注意喚起と保管場所の見直し。	ベニジピン塩酸塩錠２ｍｇ「サワイ」	ニルバジピン錠２ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
531	一般名処方で記載されていたベニジピン塩酸塩錠4ｍｇに対して、ペリンドプリルエルブミン錠4ｍｇを調剤した。	頭文字と規格から間違った薬を調剤してしまった。	一般名処方では類似した名前の医薬品が多くあるため、特に注意して調剤を行うようにする。	ベニジピン塩酸塩錠４ｍｇ「サワイ」	ペリンドプリルエルブミン錠４ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
532	処方記載が「ヘパリン類似物質外用液0.3%５０ｇ」のところ、「ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%25g×２本」で入力し、その間違ったもので交付してしまった。施設に配達後、看護師が気づき電話で連絡。間違いに気づき、入力訂正とローション剤を調剤し交換した。使用前のため患者には影響なかった。	１６：３０までに薬を届けるという精神的なプレッシャーがあり、監査が疎かになってしまった。また、一般名処方の場合薬剤名が長くなり、肝心な剤形がわかりにくい医薬品でもあった。	入力間違いがおきやすい医薬品をピックアップし、処方箋に鉛筆で☑を入れる。例えば剤形のところ、LDかHDか、V軟膏かVG軟膏かなど。監査者は監査システムでOKの音がなっても、入力自体が間違っていることもあり、頼りすぎてはいけないことを認識する。やはり監査時には処方箋と薬袋と物の３点突き合わせを徹底する。	ヘパリン類似物質ローション０．３％「日医工」	ヘパリン類似物質油性クリーム０．３％「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
533	ベポタスチン２錠分２の処方のところミノサイクリンをピッキングしてしまった。投薬前に発覚	繁忙状態と２種ともよく処方される内容のため思い違いが発生	処方箋をしっかりと確認し、慢心しないように意識すること。4	ベポタスチンベシル酸塩錠１０ｍｇ「タナベ」	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
534	処方箋に一般名で処方されており、一般名が類似した薬を間違えて入力されており、間違えてピッキング、鑑査時に気が付いた。	医薬品の一般名の名称類似、当事者の慣れ・慢心	複数人で確認を徹底する。	ヘモレックス軟膏	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
535	ベリチーム配合顆粒を調剤しなければならないところをガストローム顆粒で調剤してしまった。調剤後に再度処方箋を確認した際に間違いに気づいた。	処方箋の「顆粒」の部分のみを見てしまい、ガストローム顆粒と思い込んでしまった。	調剤する前に処方箋を良く確認する。分包する前に監査システムを通す。	ベリチーム配合顆粒	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
536	ベリンドプリルエルブミン錠（2）が処方されたが、誤ってベプリコール錠（50）を調剤	名称が似通っており、思い込みで調剤してしまった。監査の際に発見し、訂正。患者に影響はなかった。	薬を箱から出す際の名称確認。処方箋と調剤した薬の内容確認。複数回の確認を徹底する。監査も、継続して行う	ベリンドプリルエルブミン錠２ｍｇ「サワイ」	ベプリコール錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
537	処方箋ではベタメタゾンリン酸エステルナトリウム・フラジオマイシン硫酸塩点眼・点鼻炎が出ており、ベルベゾロンFを調剤するところをベタメタゾンリン酸エステルナトリウム点眼と間違えて調剤してしまった。交付時に気が付き変更した。	最初に事務が一般名を間違え入力したため監査者が間違えて薬を監査してしまった。入力が間違っていたため監査システムも通ってしまった。監査者が不十分な監査を行ったため間違えに気づかなければいけないのに見逃してしまった。	事務の入力が間違っているはずがないという思い込みをなくして、間違っているかもしれないと思って監査をおこなうことを徹底した。	ベルベゾロンＦ点眼・点鼻液	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」		ヒューマンエラー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	ボノピオンパックの処方をボノサップパックでピッキング。	ボノサップパックの処方数が多い事から、確認不備・注意不足でボノピオンパックの処方を慣れでボノサップパックで調剤。	ボノピオンパックの棚に取り間違い注意の印を目立つように貼付。	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
539	処方せんを見ながら、ポララミンSの瓶をとるところ、隣に置いてあった、セネガシロップの瓶をとってしまった。どちらの瓶もラベルが後ろに向いて色もよく似ているので間違ったっと思う。	昼の時間で気持ちが緩んでいた。計量後の薬瓶を棚に置くときは全面にラベルが見えるようにするという基本的なことが怠っていた。	色がよく似た薬銀は、瓶の後ろからみても分かるように、成分｛ヒスタミン、ステロイド、去痰剤｝のようにシールを貼って、すぐに区別できて確認出来るようにする。同じような色の薬瓶は出来るだけ放して置くようにする。	ポララミンシロップ０．０４％	セネガシロップ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
540	ポリカルボフィル処方のところ、ポリスチレンで調剤してしまった。監査者が気がついてブロックできた。	名前が似ていた。	棚の配置の改善。	ポリスチレンスルホン酸Ｃａ顆粒８９．２９％分包５．６ｇ「三和」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
541	マイコスポールクリームが1日2∼3回、虫刺されで処方されていた。患者さんは単なる虫刺されで受診されていたので医師に問い合わせ。マイザークリームの入力間違いだと判明。	クリニックの事務さんの入力間違いで似たような外用剤が処方されることがまれにある。	普段処方が出ないような薬が出ている場合や添付文書の患部や用法にそぐわない場合は問い合わせするように意識している。他のスタッフとも情報共有して、処方間違いのまま患者の手に薬が渡らないように注意。	マイコスポールクリーム１％	マイザークリーム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
542	今までは、（般）ゾピクロン錠10mgで処方されていたが、（般）ゾルピデム錠10mgに変更になっていた。レセコン入力者・調整者は気が付かず、今まで通りにアモバン調整。監査システムを導入していたが、レセコンの入力内容とは合っていたため、監査者も見落とした。交付者は、そのまま患者に渡し、今までと同じと説明したが、何も言われずそのまま帰宅された。翌日になり、薬を変えられたはずなのに変わっていないと患者より病院に問い合わせあり、病院より連絡あり。服用前に交換した。	入力者は、一般名が類似しており、変更になっていることに気が付かず、繁忙だったため薬の取り揃えもした。監査者も、監査システムも問題なかったので、やはり類似名で気が付かなかった。交付者は、同じと説明しても何も言われなかったので、やはり気が付かずそのまま交付してしまった。	類似名称（一般名も含め）品があるものは、特に確認する。なるべく入力者と取り揃える人は別の人がする。監査者は、まず処方箋上で、医薬品名を確認してから、薬と照らし合わせるようにする。交付者は、患者の状態などきちんと聞き取りをする。	マイスリー錠１０ｍｇ	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
543	マリゼブが12.5ｍｇから25ｍｇに変わったのに、いつもの処方と思い込み調剤してしまった	いつもとは違う可能性があると思い調剤、監査をすること	処方箋に書かれたｍｇと現物の医薬品のｍｇを再度確認すること。	マリゼブ錠２５ｍｇ	マリゼブ錠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
544	マンジャロ2.5mgが４週を超えて処方されているため規格を確認したところマンジャロ5mgであることを確認した。	QRコード付き処方せんは基本的には転記できるようになっているがQRコードによってはうまく互換できないメーカーもあり、今回もうまく転記できないものでエラーが置きしまった。	当薬局のレセコンメーカー以外で作成されたQRコードについて互角できなくエラーが起きる可能性あることを周知。入力時の自己監査の実施の徹底。	マンジャロ皮下注５ｍｇアテオス	マンジャロ皮下注２．５ｍｇアテオス		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
545	一包化調剤時、以前バラした錠剤を使用。バラ錠包装に「ミオナール」の印字があり、計数者は中を確認せず揃え、分包者も包装のみ確認して分包。検薬時に発覚。以前バラを分包した者がメチコバールと思い込み印字。外観が類似していたための間違え。	錠剤の外観も確認すべきところを怠った。	バラ錠を分包した際にダブルチェックが必要。調剤時には中身も確認する。	ミオナール錠５０ｍｇ	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
546	処方名「ミオナール」が手書き文字で「ミ」が「シ」に見え、なおかつ「オ」が半分つぶれた文字で小さく書かれていたため、「シナール」と読み誤ってしまい、シナールをピッキングしてしまったが、調剤者本人が途中で気が付き正しくピッキングし直した。	今回は調剤者本人が気づき、レセコン入力者も気づき、両者の作業を確認していた、別の薬剤師も気づいたので、患者に薬剤が渡ることはなかったが、時間帯により調剤人員が少ない時はスルーしてしまう可能性も排除できないことから、手書き処方箋についてはより監査を充実することにしました。	手書き処方箋を特に処方箋確認時点で、多重チェックするようにしました。	ミオナール錠５０ｍｇ	シナール配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
547	処方せん調剤時ミグリトールOD錠50mg「サワイ」を集めるべきところ誤ってミチグリニドCa・OD錠10mg「フソー」を集めてしまった。監査者により発見。当該患者には渡らずに済んだ。	ミスの考えられる要因といては両薬剤とも「ミ」で始まる薬剤であること、ミグリトールOD錠50mg「サワイ」とミチグリニドCa・OD錠10mg「フソー」のデザインの類似(イメージ色が両薬剤とも当該規格において黄緑色)、両薬剤とも糖尿病治療薬であることまた、食直前服用である為誤認しやすかったことが推察される。	ミスがあったことの周知の徹底。保管場所の変更	ミグリトールＯＤ錠５０ｍｇ「サワイ」	ミチグリニドＣａ・ＯＤ錠１０ｍｇ「フソー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
548	バタバタさしていたこともあり、ミグリトールを出さないといけないのに、ミチグリニドを患者さんにお渡し	食前とヒート酷似、またハイリスクで保管場所も一緒の為による取り間違い	ミチグリニドとミグリトールの置き場所を変え、薬局で共通認識をもち、監査を徹底した	ミグリトールＯＤ錠５０ｍｇ「サワイ」	ミチグリニドＣａ・ＯＤ錠１０ｍｇ「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
549	ミグリトール５０ｍｇが処方された。監査の際、ミチグリニド５ｍｇが一包化されていることに気が付いた。交付前に気付いたため、作り直して正しい薬をお渡しした。	ピッキングの時点で間違いがあり、一包化した薬剤師も気づかなかった。	処方箋とピッキングした薬をよく比較して確認する。一包化する際ももう一度使用する薬剤名と処方箋をよく比較する。	ミグリトール錠５０ｍｇ「トーワ」	ミチグリニドＣａ・ＯＤ錠５ｍｇ「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
550	院内処方で眼科のクリニックに長年通院していた患者さんです。4月から主治医の先生がクリニックを辞め、総合病院へ勤務することに。それにともない本人も総合病院へ通院を始めた。初めての院外処方をもらい、当局へ持参。お薬手帳もなく、初交付。処方された2種の目薬と2種類の内服を渡した。残薬は1か月分あったが、初めて行く病院だったため早めに受診したとのこと。調剤後1か月したら、袋に入っている薬を使おうとしたら目薬が今までと違うと連絡がきた。病院へ問い合わせしたら、レセコンの入力を医師が毎違い、ミケルナ配合点眼を入力するところ、誤ってミケラン点眼と入力してしまったのがわかった。	医師や病院、クリニック変更時のミス。情報を移し替えるときのミス。	患者さんの情報からお薬手帳がない場合、確実に前回までの薬を薬局で確認とること	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
551	患者に「ミケルナ配合点眼液　２．５ｍｌ　両眼　1日１回点眼」が処方された。調剤者は誤って、ミケランＬＡ点眼液２％　２．５ｍｌを調剤。鑑査者も誤りに気づかず交付。当日帰宅後、患者が誤りに気づき、使用前に薬局に連絡した。	調剤者及び鑑査者は、処方せんの記載名と薬剤名を照らし合わせが十分に行われていなかった。製品名が類似。また薬剤棚が五十音順で並んでいるため、当該薬が近い場所に置かれていた。製品本体の色が黄色であり、類似していたことも間違いの要因の一つである。	調剤者及び鑑査者の処方せん内容と処方薬の照らし合わせの徹底。薬剤棚の場所を離れた場所に移動。当該薬の棚に「類似名称あり要注意」との注意書き貼付。	ミケルナ配合点眼液	ミケランＬＡ点眼液２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
552	前回処方のテラムロAPからミコンビAPへの処方変更に気付かず、テラムロAPをレセコンに入力、調剤時にも気付かずに1包化を実施して、そのまま交付。後日調剤録の2回目のチェックを事務員が行った際に変更に気付ぎ発覚。家族に連絡して、回収・調剤をし直した。その間、前回の処方の服用が10日間あり、変更が遅れた。	今回処方は(般)テルミサルタン４０ｍｇ・ヒドロクロロチアジド配合錠で、前回まで(般)テルミサルタン４０ｍｇ・アムロジピン５ｍｇ配合錠で、変更に気付かずにレセコン入力。調剤者もよく確認せずに入力結果を参考に前回処方薬をピッキング・1包化。ピッキング支援システムを導入しており、入力通りのピッキングがされていることを確認しており、その結果を受けて監査・交付者も1包化の錠数の確認をメインに実施してしまい、処方変更に気付かずに交付してしまった。	今回の過誤について、局内で共有し、配合剤の一般名処方について、確認を徹底するとともに、2次元バーコードがある処方箋については入力時又はチェック時の少なくともどちらかで読み取りを行い、機械的なシステムを用いたチェック機能を活用することとした。	ミコンビ配合錠ＡＰ	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
553	一般名処方でミチグリニドカルシウム水和物口腔内崩壊錠10mgをミグリトールOD錠５０mgでお渡し、翌日患者さんより薬がいつもと違うきがするとご来局。投薬ミスが発覚した。	普段はあまり投薬しない薬剤師が、普段そこまで頻繁に処方されない薬を自己調剤、投薬をした。糖尿病薬で『ミ』『グ』『ト（ド）』が入っていて、ヒートなどパッケージの色調も緑で雰囲気が酷似している。	どちらの外箱にも、双方の薬品名を記載して取り間違い注意の付箋をつけた。そして、投薬時にもしっかりと一般名と調剤された薬品名を確かめることを再度徹底させた。	ミチグリニドＣａ・ＯＤ錠１０ｍｇ「ＳＮ」	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
554	ミチグリニドCa・OD錠10ｍｇTCKを服薬中だが、途中から薬の見た目が変わったが薬の形が変わるのか問い合わせの電話をもらった。すぐに自宅訪問し、状況確認を行ったところ。ミグリトールOD錠50ｍｇサワイとの取り違えが判明。270錠のうちの端数分は正しかったが、アルミ包装に包まれた200錠は他剤と取り違えていた事が判明し、すぐに謝罪・交換した。	200錠を調剤する際、在庫棚から取り出す際に類似包装で隣り合っていた薬剤と取り違えてしまった。監査・投薬時にも気づかず、患者が開封して初めて事態が発覚した。幸いにも飲まずに問合せいただいたおかげで服薬はせずに済んだ。	類似包装の為に採用メーカーの変更および在庫棚の隔離も行った。監査・投薬時の確認の徹底もスタッフで再確認し、注意喚起。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
555	普段から当薬局をご利用されている患者さんで、月に一度処方箋を持って来られる方なのですが、一旦薬を交付して、1週間くらい経ってから違う薬が入っていると現物を持って来局。確認したところ、ミチグリニドを交付しないといけないところ、ミグリステンをお渡ししていた。早めの受診をされており、残薬があったため、ミグリステンは服用していなかったため、健康被害等はなかった。	ミチグリニド、ミグリステンともに糖尿病の薬で、パッケージの色も緑色、商品名も似ており、同じ引き出しに入っていたため取り間違いがおきたと考えられる。	引き出しの場所を変える、注意喚起の付箋を貼るなどして取り間違えのないようにする。	ミチグリニドＣａ・ＯＤ錠５ｍｇ「ＪＧ」	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
556	知り合いの処方受付のため、緊張感がなかったことと、DOのため薬情不要な方だったこともあり、監査がおろそかになった。そのためミティキュアを調剤するところをシダキュアを調剤してしまった。その後、患者様家族より電話連絡があり、後日交換することになった。	知り合いの方の処方箋受付という事で、緊張感の欠如、局内監査ルールの手順をおろそかにしてしまった。	薬局内ルールのもと、知り合いの患者様にも緊張感をもって、監査・投薬を行っていく。特に投薬時に最終的に患者様としっかり照らし合わせながらお薬をお渡しするようルールの徹底に努める。	ミティキュアダニ舌下錠１０，０００ＪＡＵ	シダキュアスギ花粉舌下錠5，０００ＪＡＵ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
557	ミドドリンを調剤するところ、すぐ近くに在庫してあったミノサイクリンを取ってしまった。一包化する際に気付いた。	５０音順で在庫してあるため、取り違えてしまった。	似ている名称の薬剤を把握しておく。	ミドドリン塩酸塩錠２ｍｇ「サワイ」	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
558	ボノテオ錠50ｍｇが処方され、G変更希望のためミノドロン酸錠50ｍｇ「トーワ」で投薬するところをリセドロン酸Ｎａ錠75ｍｇ「トーワ」を間違えて投薬	繁盛時間でもあり、調剤時、監査時、投薬時の確認がきちんとできていなかった	調剤時、監査時、投薬時の確認チェックの徹底	ミノドロン酸錠５０ｍｇ「トーワ」	リセドロン酸Ｎａ錠７５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
559	今回、初めてミノドロン錠５０ｍｇが処方されていた。しかし、用法の欄に「１週間に１度　起床時に服用」と記載されていた。ミノドロン錠５０ｍｇは1ヶ月に１度の服用のため主治医に問い合わせた。その後「１ヶ月に１度　月末の日曜日に服用」と記載が変更になった。	おそらく、処方元の医院が忙しかったのではないか。またカルテ記載が医師でも、処方箋に起こすのは事務員の仕事のため、用法の記載を間違えた可能性が高い。	しっかりと医薬品名と用法を確認する。	ミノドロン酸錠５０ｍｇ「日医工」	ミノドロン酸錠５０ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
560	ミルタザピン錠１５ｍｇ「トーワ」処方のところ、誤ってミルナシプラン塩酸塩錠１５ｍｇ「サワイ」を調剤。監査にて気が付き、訂正された。	名称の読み違い。ミルタザピン錠１５ｍｇを誤ってミルナシプラン塩酸塩錠１５ｍｇ。	情報をスタッフ間で共有するとともに、取り違え注意の表示を棚に記載した。	ミルタザピン錠１５ｍｇ「トーワ」	ミルナシプラン塩酸塩錠１５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
561	処方入力の際、医師は先発医薬品名で処方を記載する。それを見て、事務員が一般名処方へ変更する流れで処方せんを発行していた。今回の事例は、先頭の二文字が同じことから入力間違えが起きたと思われる。処方医は、ムコスタ錠を処方する予定だったが、入力する事務員がムコダイン錠と思い込み、一般名カルボシステイン錠へ変更して処方記載した。薬剤交付時に、患者と症状・薬効の説明していく時に処方間違えを疑った。病院の事務員から、処方間違えの連絡があり、ムコスタ錠へ変更された。	医師からの指示で、処方箋を発行する時に、先発名から一般名へ変更して記載していた。頭３文字が似ている商品名や成分名だと判断を誤る可能性があった。	薬剤交付時には、患者とコミュニケーションを取り、処方の妥当性について確認することを薬局内で共有した。	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
562	処方箋記載ムコダイン250ｍｇのところレバミピド100ｍｇ「オーツカ」を調剤。監査時に発覚しピッキングのし直しで対応。	処方箋記載が先発医薬品ムコダイン250ｍｇをムコスタと読み違え、ムコスタのジェネリック医薬品をピッキングしたものと考えられる。	先発医薬品名からジェネリック医薬品を調剤するときはまずその名称・規格まで確認してから調剤を開始するようにして予防していく。	ムコダイン錠２５０ｍｇ	レバミピド錠１００ｍｇ「オーツカ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
563	メイラックスを処方されているのにメレックスを調剤名称の類似で勘違いして調剤監査時に別の薬剤師により発見。	慣れによるしっかりとした処方箋原本の確認不足。	類似している薬品のリストを作成し、全体周知を行った	メイラックス錠１ｍｇ	メレックス錠１ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
564	メコバラミン500ｍｇを処方されたが間違ってプロチアデン25ｍｇを薬剤師Aがピッキング。薬剤師Bは監査を思い込みでスルーし投薬時に間違いを気づいた。	薬品棚がメコバラミンとプロチアデンがすぐ近くにあり、シートの色、大きさが似ていた。監査した薬剤師も投薬から戻ってすぐにこの患者の投薬に向かい、監査が思い込みで実施された。	メコバラミンを薬品棚から引出しに移動して、他の似ている薬剤も移動して、ピッキングで間違いにくいように変更した。	メコバラミン錠５００μｇ「ＳＷ」	プロチアデン錠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
565	今までサラゾスルファピリジン錠５００ｍｇ６錠分３で処方されていたが、本日よりメサラジン２５０ｍｇ６錠分３に変更となったが、サラゾスルファピリジン錠２５０ｍｇと思い込み、さらに腸溶錠を取り違えて調剤してしまった。自動監査機も、事務サイドの入力ミスがあったため、そのまま通ってしまった。	薬剤の名称が似ているものがあり、薬品によって適応が違うため極力注意を要することはわかっていたが、当初薬剤不足や混雑などの要因がからみ、注意が散漫になってしまった可能性考えられる。	どんな状況でも、自分が取り組んだ処方箋に関しては集中して取り組み、他に惑わされないことが重要と思った。	メサラジン錠２５０ｍｇ「ケミファ」	サラゾスルファピリジン腸溶錠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
566	メチコバール錠500μgの処方だったが、間違えてユビデカレノン錠を調剤しており、監査もそのまま通ってしまった。患者さんが家に帰ってよくよく薬を見たら、いつもの薬と違うものが入っているとのことで、連絡があった。	どちらも、遮光の赤いシートの薬剤で、配置場所も近いため、間違ってしまった。繁忙ではなく、ゆったしとした時間帯に起こった。ゆったりとしていても、処方が来た時には、切り替えてしっかりと調剤・監査するように話あった。	事例を共有し、過誤が起こらないよう、みんなで気を付けるようにする。シートが似ている薬剤を他にも確認し、気を付けるように認識する。	メチコバール錠５００μｇ	ユビデカレノン錠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
567	薬剤を取り違えてピッキングし、監査も同一薬剤師が行ったため間違いに気が付かないまま患者に交付されてしまった。患者様から指摘があり発覚した。	名称の最初2文字が似ている薬剤を調剤時に取り違え、監査も同一薬剤師によるチェックしかなされなかった。さらに投薬時にも、前回と同処方ということで患者への確認も怠ってしまい、取り違えたまま交付してしまった。	調剤と監査は別の人間が関わりダブルチェック体制を徹底する。投薬時には患者様の前で一剤ずつ薬剤を目視と読み上げにて確認しながら説明する。以上のことを局内全員で再確認し遵守することで再発防止に努める。	メトクロプラミド錠５ｍｇ「ＮＩＧ」	メドロキシプロゲステロン酢酸エステル錠５ｍｇ「Ｆ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
568	メトクロプラミド5ｍｇだと思い込み、メトプロロール20ｍｇを出した。分包でないことに気づき　メトプロロール20ｍｇのバラしたものを間違えてメトクロプロミド5ｍｇの箱に戻した。	同じ引き出しに　名前も箱も似た錠剤が入っていて　慌てていたため　出し間違えたうえに　入れ間違えた。	間違えやすい錠剤の箱に注意喚起。バラの錠剤を箱に戻す時は他の薬剤師に確認してもらう。	メトクロプラミド錠５ｍｇ「タカタ」	メトプロロール酒石酸塩錠２０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
569	メトホルミンが今回より５００ｍｇに増量になっていたがいつも通り２５０ｍｇで準備していた。投薬前に再度処方箋振り返りを行っていた際に入力間違えに気づき間違えのない状態でお渡しできた。	一人で入力から投薬まで行っており自分自身の入力間違いはないと過信していた。	入力後に一度処方箋と照らし合わせて町替えがないか確認する、問題なければ処方箋の患者様名前のところにまるをつける。	メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「明治」	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
570	メトリジンが血液透析患者に処方。当初は分包指示であったが、途中からヒート指示に変更。その際、同薬効かつ見かけが似ており、同じタイミングで処方されることが多いアメジニウムと思い込み調剤。監査機械を通すべきタイミングだったが、機械を他者が使用しており、多忙なため別の監査者に確認をとりそのまま薬袋に入れる。投薬で患者に説明する際、取り出したことで発覚。未然に防ぐことは出来た。	急な欠員が重なり、多忙なところ他の薬局からのヘルプ者と業務を行っていた。欠員の為疲労がたまっていたことと、業務自体が煩雑、量も多いことから注意は怠らなかったが、その分疲労もたまり、つい手順を省略してしまった。特に分包➞ヒートという簡単な変更だったことから慢心があった。確認の際もお互いにどこか遠慮があり、コミュニケーションが取れていたとは言い難い。そのような要因が重なり、結果としてミスにつながったが、最終確認をきちんとしていたため、結果として患者さまに被害が出なかったのは幸いと言える。	監査機械にきちんと通していれば、絶対にありえなかった事態である。どんな簡単な変更でも、特に多忙である時こそ人の目だけに頼らず、機械監査という手順を踏むことでミスを防止できる。機械監査さえしていれば、仮に不慣れな従事者がいた場合でも、確実にミスを防ぐことが出来る。ただやはり、応援者に対する心配りと遠慮をはき違えず、厳正に業務を行うこともまた重要である。	メトリジン2ｍｇ	アメジニウムメチル硫酸塩錠１０ｍｇ「フソー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
571	繁忙であり、メマンチンOD錠10の入力が以前の通り5で入力されていた。監査時きづかなかった	メマンチンOD錠の規格を間違えて入力。監査がきちんと行われなかった	処方箋をコピーして規格にしるしを付け確認する	メマンチン塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	メマンチン塩酸塩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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
572	メマンチン塩酸塩OD錠10ｍｇのところ間違えて20ｍｇで調剤してしまった。施設看護師が患者へ服用させるめに薬情と照らし合わせて確認をした際に発覚。	薬剤師１年目の新人で、規格違いには特に注意が必要であることを理解しながらも不慣れな調剤であったため間違いが生じた。	薬の箱にタグをつけて規格違いがあることを誰が調剤しても分かる状況をつくった。	メマンチン塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「明治」	メマンチン塩酸塩ＯＤ錠２０ｍｇ「明治」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
573	今までドネペジル塩酸塩OD錠5mg「DSEP」（処方箋記載【般】ドネペジル塩酸塩口腔内崩壊錠5mg）がずっと処方されていたのだが、今回から薬が変更となりメマンチン塩酸塩OD錠5mg「DSEP」（処方箋記載【般】メマンチン塩酸塩口腔内崩壊錠5mg）に変更されていた。　だが入力時に変更に気づかずドネペジル塩酸塩OD錠5mg「DSEP」のまま入力されてしまい、監査用の機械にもドネペジル塩酸塩OD錠mgで登録されてしまったため、機械の通りに薬を揃え、監査に引っかかることもなく、そのままお渡ししてしまった。	・新しく監査のためのハンディ機器を導入して慣れてきたところだった。ハンディ通りにバーコードを読み取り揃えてあれば間違いはないと思い込んでいた。入力時に間違いがあるとその後全部間違う可能性があるが、そのようなことはまずないと思っていた。・薬の名称が前半カタカナ5文字が違うだけで、後半の文字列が全く同じになっている。5mgという規格も同じなため、全体をサッと見ただけでは変更されていることに気づけなかったのだと思われる。	・ハンディでの監査後も、改めて処方箋と薬の照らし合わせをする必要がある。	メマンチン塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ドネペジル塩酸塩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
	お渡しの際に患者と話をしたが、認知症が進みつつある方だったため、薬が変更になることもよく分かっていなかったようで、交付時に気づくこともできなかった。　1か月後の受診・来局の際、「【般】メマンチン塩酸塩口腔内崩壊錠10mg」が処方されていたため、急に5mgを経ずに10mg錠が投与されているように思われた為処方医療機関に問い合わせた際、間違えてお渡ししていたことが発覚した。						
574	メルカゾールが5ｍｇから2.5ｍｇに変更になているのを気付かず、5ｍｇで入力。調剤も監査もするーしてしまった。患者様から「薬が減ると聞いているのに減っていない」と受診医療機関に連絡あり。そこから薬局に連絡があり規格間違いが発覚。	在庫が5ｍｇの規格しかなかった。	患者様にご連絡し、正しものと交換することになった。ご自宅にお届けするとお伝えしたが薬局まで交換に来てくださった。	メルカゾール錠２．５ｍｇ	メルカゾール錠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
575	メルカゾールが５ｍｇから２．５ｍｇへ減量になっていたが、入力時にそれ気づかず前回と同じと判断し、前回と同じ内容で入力してしまった。	処方せん記載内容の確認不足また、長期で５ｍｇを継続されていたことより、今回も同じだろうという思い込みがあった。	規格が変わっていないかよく確認する。とくに2.5mg、5mgなどは間違えやすい数字であり何度も入力後も再度確認をするようにする。	メルカゾール錠２．５ｍｇ	メルカゾール錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
576	当薬局においてモイゼルト軟膏が初めて処方された。当薬剤師はモイゼルト軟膏0.3%を登録して処方箋内容を入力したが、処方箋のモイゼルト軟膏は1%であった。調剤監査時、薬袋に記入されたモイゼルト軟膏の色が違うことに気付き入力内容が間違っていたことに気付いた	新しい薬の登録時に間違いがあった	新しい薬の規格に注意して登録する	モイゼルト軟膏１％	モイゼルト軟膏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
577	一包化でモサプリドと間違ってアゾセミドをお渡しした。	その前段階でバラのモサプリドとアゾセミドができた際に、一緒に保管してしまった。その際一人で作業を行った。そのバラ錠を使って一包化を作り、今回の患者さんにお渡ししてしまった。今回間違ってお渡しした方は錠散一緒に一包化をする方で、鑑査のしにくさも発見の遅れにつながった。 その後他の患者さんの一包化を鑑査している際に、アゾセミドとモサプリドが混在していることに気付き、発見に至った。 服用前であった。	薬の充填やバラ錠を所定の場所に保管する場合は2人以上での確認を徹底することに。	モサプリドクエン酸塩錠５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	アゾセミド錠３０ｍｇ「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
578	モサプリドクエン酸塩錠5ｍｇ「サワイ」1日3回毎食後で処方されている患者の一包化の中の1包にモサプリドではなくアテレック錠10ｍｇが分包されていた。一包化した薬剤師本人が確認の際に気が付き、モサプリドとアテレックを入れ替えた。	別の一包化の患者でアテレック錠10ｍｇが急遽中止になった事例があり、一包化から取り出したアテレックが分包機内のモサプリドのカートリッジに誤って戻されてしまった。	一包化から取り出した際、薬剤表面に刻印された文字や識別記号のダブルチェック。	モサプリドクエン酸塩錠５ｍｇ「サワイ」	アテレック錠１０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
579	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはグーフィス錠5mg 2錠 朝食前 30日分、モビコール配合内用剤HD 1包 朝食前 30日分と記載されていた。事務員（職種経験年数6年）はモビコール配合内用剤HDと入力するところ誤ってモビコール配合内用剤LDと入力し、調剤に回した。薬剤師A（職種経験年数3年）もモビコール配合内用剤LDを調製し、監査に回した。監査にあたった薬剤師Bが、処方箋のモビコール配合内用剤HDではなく、モビコール配合内用剤LDが調製されていることに気付き、調製した薬剤師A、入力した事務員に間違いを伝えた。モビコール配合内用剤HDは当薬局に在庫がなかったためその旨患者に伝えると、初処方でありすぐに欲しいので他の薬局をあたるとのことで対応は終了した。	当薬局にはモビコール配合内用剤LDしか在庫がなく、思い込みで入力・調製を行った。また主医療機関以外からの処方箋であり、グーフィスも不足が発生し、そちらに気を取られていた。	調製・監査の時点ではもちろんのこと、入力前の在庫確認の時点でも規格を声出しにて確認をするよう注意喚起を行った。	モビコール配合内用剤ＨＤ	モビコール配合内用剤ＬＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
580	一般名処方モンテルカスト錠10ｍｇの処方をユビデカレノン錠10ｍｇサワイで調剤した。	棚順が上下しており、PTPが同じオレンジ色で共に10ｍｇであったため取り間違えた。	調剤手順を徹底した。2剤の棚順を変更した。	モンテルカスト錠１０ｍｇ「ＫＭ」	ユビデカレノン錠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
581	（般）エスタゾラ錠1ｍｇと書かれた処方を持ってきた。先発医薬品であるユーロジン1ｍｇ錠を調剤するところを（般）エチゾラム1ｍｇの先発医薬品であるデパス錠1ｍｇを調剤した。	エスタゾラム錠1ｍｇをエチゾラ錠1ｍｇと読み間違えた。取り違えた薬剤は名称が似ており、薬剤棚の配置場所も上下で隣接していた。取り揃えた際に確認の徹底を怠った事が原因と考えられる。	薬剤棚の配置場所に注意するように赤字の印を付けるように工夫する。薬剤棚の配置場所を離して置く。	ユーロジン1ｍｇ	デパス錠1ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
582	ユーロジン錠1mgのところ、ルネスタ錠1mgでお渡ししてしまった。	「【般】エスタゾラム錠1mg 頓服 1回1錠 不眠時 15回分」で処方されていたが、事務の入力が「【般】エスゾピクロン錠1mg→変更調剤：ルネスタ錠1mg 頓服 1回1錠 不眠時 15回分」になっており、調剤補助が薬品をピックしやすいように、事務が処方箋に鉛筆で一般名処方の隣に「ルネスタ」とメモしていた。その結果、ピックもルネスタ錠1mg 15錠となっていた。監査時の注意不足で、処方の「エス」「1mg」、メモの「ルネスタ」、ピックされていたルネスタ錠1mgを見て、処方がルネスタ錠1mgと勘違いして監査してしまった。一時外出され、後から再来局されたため、他の薬剤師が投薬した。その薬剤師が投薬後間違いに気付いた。患者様へ連絡後、ユーロジン錠1mg 15錠と交換した。	一般名の一文字一文字を注意深く監査する。先入観を持って監査しない。	ユーロジン１ｍｇ錠	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
583	前回フルニトラゼパム錠2mg1錠寝る前が処方されており、今回エスタゾラム錠2mg2錠に変更になっていた。処方箋入力時処方変更に気付かず、Do処方として入力してしまった。その時、鉛筆でエスタゾラムの横にフルニトラゼパムと書き込んだ。監査時、処方量が1錠→2錠に変更になったことに気付いたが、フルニトラゼパムからエスタゾラムに変更になったことを見落とした。処方箋点検時に発覚し、患者様に謝罪。交換に伺った。フルニトラゼパム4mg服用での体調変化は特にないと伺い、医療機関にも報告した。	スタッフが少ない時間帯でばたばたしていた。他院所の処方箋で、ユーロジンの一般名を見慣れておらず、名前も似ていたことから変更を見落とした。	処方箋入力時、商品名や成分名をメモ書きしない。先発やジェネリックの銘柄、規格のみ記載するようにする。	ユーロジン２ｍｇ錠	フルニトラゼパム錠２ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
584	一般名処方でトコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mgの処方を、ユベラ錠50mg×2で患者の家族にお渡し。のちに調剤者がユベラ錠50mgがトコフェロール酢酸エステル錠であることに気づき、患者様の家族にお電話し、ユベラ錠50mgを回収し、（服用前）後日ユベラNカプセル100mgをお渡し。	薬局の在庫がユベラNソフトカプセルとそのジェネリック、ユベラ錠50mgの3種類しかなく、100mgの処方が来た時に一般名処方だった為、50mg×2でお渡し可能であると思い、同じトコフェロールでも成分が異なることに気付かなかった。	ユベラNカプセルとユベラ錠は効能も似ているが、成分が異なるので注意するよう周知した。似たような薬があると知っているだけでも防げた可能性がある為、日頃から間違える可能性のある薬について少しでも知識を増やしておくように声かけを行った。	ユベラＮカプセル１００ｍｇ	ユベラ錠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
585	処方箋にはユリーフ2mgと記載されていた。患者とのお話で尿酸値が高かったとの情報を得て、ユリーフはおかしいと感じ、疑義照会したところ、ユリス2mgの間違いであることが判明。疑義照会後、ユリス2mgを処方し、投薬した。	病院の入力間違い、ユリまでが同じなので間違って入力したと思われます。	患者がどんな症状で病院にかかったか、検査結果からどういう薬が予想されるか、患者との対話が重要であると思います。	ユリーフ錠２ｍｇ	ユリス錠２ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
586	リスモダンR錠の調剤時に、ユリノーム50が混入されたたまま交付された。患者本人が服用前に気付いて持参した。	カセッターが隣あっており、誤って配置されていたことに気付かず、鑑査もすりぬけてしまった。	輪ゴムを外して監査を行うことを徹底する。	ユリノーム錠５０ｍｇ	リスモダンＲ錠１５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
587	ライゾデグ注フレックスタッチの処方を誤ってランタスXRソロスターで交付してしまう。翌日、誤ってお渡ししたライゾデグ注フレックスタッチの該当患者様が来局されその際にミスが発覚する。その後すぐに取り換え、使用はしていなかった。	冷蔵庫の隣に配置されていて取り違った。	冷蔵庫内のインスリン配置を大きく名称を別途貼り付けた。インスリンを定期的に在庫管理するようにした。	ライゾデグ配合注　フレックスタッチ	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
588	ラクツロースシロップが処方されている患者にラグノスゼリーを調剤後日患者に渡す際、別薬剤師がいつもと違うと気づき渡す前に訂正。	薬剤師が1人の時間に来店され、患者が重なっていたこともあり急ぎ調剤をしたため、似ている名前で取り違え。処方箋を全部読んでいなかった事が原因	渡す際別薬剤師が薬を確認して発見。急ぐと慌てるは違うので、必ず口に出して調剤をする。1人で調剤した時は別薬剤師ができるだけダブルチェックに入る。	ラクツロース・シロップ６０％分包１０ｍＬ「コーワ」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
589	ラクリミン点眼液が処方されたが、誤ってジクアス点眼液を交付した。交付後に、患者より「違う目薬が入っている」と連絡があり発覚した。使用前に患者本人が気づいたため健康被害は無し。正しいものを交付した。	ラクリミン点眼液の薬品棚に誤ってジクアス点眼液が補充されていた。同じメーカーのため形や色が類似しており、確認を怠って補充されたものと考えられる。その類似が、交付時にも気付かなかったと考えられる。	外観類似の再確認と、薬品棚に補充する際にはダブルチェックなどの徹底をするよう確認。	ラクリミン点眼液０．０５％	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
590	18歳女性　内科風邪処方正：ラスビック錠75ｍｇ　誤：プラビックス錠75ｍｇ受付、入力から調剤、鑑査まで3人間違えに気づかずに準備。投薬時　薬剤師が間違えに気づいた。	名称の類似。7ｍｇと2種とも規格が同じであった。	18歳の女性　内科の風邪処方セットでプラビックス錠75ｍｇが臨時で処方されることはありえない。薬剤師は薬の内容を確認しながら、調剤、鑑査する必要がある。	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
591	新規患者さまの処方受付、処方箋に基づき調剤（集薬のみ）を調剤補助として医療事務が担当。後発品変更希望も伺い調剤を進めていたところ、「ラスビック（７５）」の調剤にて、７５ｍｇと規格が同じ「プラビックス（７５）」と読み違えて、後発品へ変更「クロピドグレル（７５）」を集薬した。集薬監査システムでエラー。薬剤師と確認し、名称の読み違えに気付き再調剤を実施した。	薬剤師１名医療事務２名の勤務体制の時間帯、近隣複数医療機関の対応中に、遠方の見慣れない風邪処方を受付。混雑もあり、見慣れない処方・見慣れない薬であったことから、在庫の確認をしながら調剤だった。レセコン入力は正しかったことから、集薬監査システムによりエラーを確認することが出来た。	これまで通り、監査システムの利用徹底、可能な限り入力においては、QRコードによる入力を優先することで、読み違い見間違いといった人的エラーを予防。ラスビック・プラビックスの似た名前リストに加え、社内での共有資料に加えた。棚への注意喚起札を追加した	ラスビック錠７５ｍｇ	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
592	ラノコナゾール軟膏処方をルリコナゾール軟膏で投薬。ルリコナゾールクリームでピッキングされていたため、軟膏に交換して投薬したが、ルリコナゾールとの取り違えに気が付かず。ルリコナゾールと思いこんでいた。	ルリコナゾールクリームの処方例が多いため、思いこみ。調剤時に軟膏は意識したが、ラノコナゾールの見落とし。	類似名称多いため、最終鑑査では特に思い込みを避ける	ラノコナゾール軟膏１％「イワキ」	ルリコナゾール軟膏１％「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
593	ラフチジン錠が処方されており、調剤前の充填の際に、ラフチジンの棚にラベプラゾールを入れられていた。調剤者はそれに気づかず、投薬者もそのまま、患者に交付してしまった。	同じメーカーで包装も似ていたため、ラフチジンの棚にラベプラゾールが入っているとは思っていなく、漫然と調剤、監査が通ってしまった。	ラフチジンとラベプラゾールの棚が並んでいたので、棚の変更をして、注意喚起の付箋を棚に貼った。	ラフチジン錠１０mg トーワ	ラベプラゾールNa錠１０mgトーワ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
594	背景：ラベプラゾール10mgとマグミット250mgは調剤棚の隣同士に配置されており、同じ緑色のPTPシート調剤時、ラベプラゾール10mg70錠を集めるところ、マグミット250mgが10錠混在して集めており、調剤者はそれに気づかずそのまま監査者へ渡している。その後、別の薬剤師による監査で発見に至る。	ピッキングの前から棚内で別の薬剤が混在していた可能性(棚へ戻し間違い)もあるが、当該調剤時に誤って別の棚から薬剤をピッキングした可能性もある。薬剤名などは全く異なるが、シートの見た目が似ているものは、間違いやすい。	類似色のPTPシートを上下左右に配置しない工夫を行う。また、薬剤名などをわかりやすく表記して戻し間違いを防ぐ。監査者へ渡す前にも自己監査を行う。	ラベプラゾールＮａ塩錠１０ｍｇ「明治」	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
595	当日は繁忙で、薬歴を見る時間が短く、名称の類似しているラメルテオンとラロキシフェンを間違えてしまいました。	繁忙で、一人薬剤師。事務スタッフは処方せんの入力ミスがあり、処方元に問い合わせをしていて、チェックをできなかった。	繁忙でも、一人薬剤師であるという自覚を持ち、焦らず、できれば事務スタッフの助けも借りるよう心がける。患者を待たせてもいいという気持ちも時には必要であることを心にとめる。	ラメルテオン錠８ｍｇ「武田テバ」	ラロキシフェン塩酸塩錠６０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
596	１包化されている薬剤の中のランソプラゾールＯＤ１５ｍｇレセコン入力は「サワイ」になっていたが、中身は「武田テバ」になっていた。最終鑑査にて発見。患者には入力訂正した正しい物をお渡し。	今回1包化を他店にて作成された物だった為、自店で採用しているメーカーと違うもので作成されていた。本来目視で調剤者も確認するのだが、外観の違いがパッと見て分からず、鑑査システムもバーコード鑑査が出来なく手入力のチェックの為、鑑査システムをパスしてしまった。	他店の作成物の場合分包内の名前一覧と鑑査システムの手入力の際、必ず2名で名前錠数メーカー名を確認しながらチェックを入れる	ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「サワイ」	ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
597	ランソプラゾールが処方されているのにピッキングで薬品名が類似しているラベプラゾールを調剤してしまった。	処方箋をしっかり確認せず、薬品名の頭文字「ラ」で勝手にラベプラゾールと判断し、処方箋と照合もせず調剤をした。	薬品名だけではなく、剤形、規格、メーカーまで薬品と処方箋をしっかり照らし合わせて調剤・監査を行う。	ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「トーワ」	ラベプラゾールＮａ錠１０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
598	インスリンの取り間違え	先入観　確認不足	指さし確認	ランタスＸＲ注ソロスター	インスリン　グラルギンＢＳ注ミリオペン「リリー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
599	一包化でリーマス100ｍｇ処方のところリマチル100ｍｇで調剤。監査時に監査者が発見し調剤しなおした。患者にはわたっていない	薬剤名類似による取違調剤。調剤業務が忙しく伸張性を書いてしまった。	類似名品があることを調剤棚に記入した	リーマス錠１００	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
600	リザベ点眼液0.1%1瓶が処方されていたが、誤ってリボスチン点眼液をお渡し。投薬後処方箋監査時にミスが発覚。患者様にご連絡しご自宅へ正しいお薬をお届けいたしました	当薬局で、花粉症の点眼液でリザベン点眼液よりもリボスチン点眼液の方が良く出ていた為、思い込みと勘違いで調剤、監査をしてしまった。	類似作用の点眼液の場所をあいうえお順に、近くに置いていた為、場所を離しておきました。指差し、名前を声に出して確実に処方箋との確認を何回もして、色やキャップの色等をきちんと確認して調剤、監査する。事務員含め、スタッフ全員に周知する。	リザベン点眼液０．５％	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
601	処方箋には普段処方されたことのなかったリーバクト配合顆粒が記載。患者に確認したところ、肝機能が良くないともお話されていたため処方に誤りがないと思い交付しようとした。しかし、途中で他院からの処方の引継ぎだという話が患者からあり、名称の似ている2種類で処方入力が誤っていることに気が付いた。	リーバクトとリバクレオンで名称が似ているため、処方内容が誤っていた。患者自身も肝機能が悪いとの事で、処方内容が誤っていると気が付くことに時間がかかってしまった。	引継ぎでの処方の際には、全く同じ内容で引き継いでいるのか？等を念入りに確認する。	リバクレオン顆粒３００ｍｇ分包	リーバクト配合顆粒		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
602	土曜日、タケルダ配合錠、リバゼブ配合錠HDの記載された処方箋を持って患者様家族の方がお見えになり安い薬にして欲しいとのご希望でタケルダ配合錠（バイアスピリン１００ｍｇ錠・ランソプラゾール15ｍｇ錠）、リバゼブ配合錠ＨＤ（エゼチミブ10ｍｇ錠ＤＳＥＰ・ピタバスタチン4ｍｇ錠）に変更のところをリバゼブ配合錠ＬＤ（エゼチミブ錠10ｍｇ・ピタバスタチン2ｍｇ錠）と間違えて投薬一包化でお渡してしまいました。その翌週、患者様が入院され、入院先の病院でピタバスタチンが4ｍｇ錠ではなく2ｍｇ錠が投薬されていたとの連絡を受け発見される。すぐに病院で用量変更していただき対応していただいた旨の連絡を薬剤部より受けました。	当局ではエゼチミブ10ｍｇ錠・ピタバスタチン2ｍｇ錠が標準薬だったことから処方薬リバゼブ配合錠HD（エゼチミブ10ｍｇ錠・ピタバスタチン4ｍｇ錠）だとは思わず、分離した時のミリ数レセトン入力間違え、監査時チェックが、分包機で一歩化されて薬剤のｍｇ数間違い投薬に繋がりました。	次回より、不明薬剤はチェックをおこたらない様全員に安全確認を行ってから入力するよう改善します。	リバゼブ配合錠ＨＤ	リバゼブ配合錠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
603	先発医薬品希望患者に誤って後発医薬品を投薬。投薬後、すぐに誤りに気が付き、患者本人に連絡し差し替えを行った。	外観も先発を類似していて、慢心もあり、先発品希望の確認を怠った。	患者情報をしっかり確認し、毎回都度希望通り調剤できるようにする。鑑査システムは導入している。職員間で入力者、調整者、鑑査者など声掛けなどをさらに十分にする必要あり。	リバロ錠１ｍｇ	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
604	リベルサス7ｍｇをお渡しするところ14ｍｇをお渡し。色が全く違うのに注意不足。目の前で確認したが患者様も見落としされた。	忙しかったため、流れ作業的に調剤。確認不足は絶対に良くないのでダブルチェックする。必ず処方箋や、薬袋と照らし合わせること。	忙しくても、薬袋・処方箋のｍｇ数やメーカーはきっちり確認していく。	リベルサス錠７ｍｇ	リベルサス錠１４ｍｇ		ヒューマンエラー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	一般名クロナゼパム0.5ｍｇの処方で、クロチアゼパムと見間違えてリーゼ錠5ｍｇを調剤してしまった。	当該患者において普段は門前病院から「リボトリール錠0.5ｍｇ」の処方で出ているが、今回は違う病院から「クロナゼパム0.5ｍｇ」と一般名処方が出た。普段とは違い、見慣れないリボトリールの一般名をクロチアゼパムと見間違えてしまったのが要因。	見慣れない一般名処方が来た場合は名称確認と規格もしっかり見て調剤する。	リボトリール錠０．５ｍｇ	リーゼ錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
606	【事例の詳細】（年齢65歳，性別男性，）発生日：令和5年10月05日(木)　午後13:10正しい：リリカＯＤ錠１５０ｍｇ２錠　９０日分間違い：プレガバリンＯＤ錠　２錠　９０日分 【経緯と状況】(2023/10/10/火10:30)当薬局の事務員が、処方箋の裏に調剤録を印刷する前に、入力間違いを再確認している際に過誤に気が付いた。医薬品は、正しいリリカＯＤ錠１５０ｍｇ２錠　９０日分が渡っており、お薬の処方変更があった件も説明はしていた。入力間違いで、プレガバリンＯＤ錠　２錠９０日分で計算していた。 当該事務員が患者に電話で差額分を請求した所、当薬局の間違いなので、支払い請求に応じられない。と言われた。 薬局開設者に連絡して、クレーム対応の指示を仰ぐ。差額分は請求しなくて良い。という指示を受けた。 今後は後発品対応することで、本人様の同意を得て、クレーム対応、過誤対応となった。	【背景・要因】調剤過誤の件：処方箋入力の時点で事務員が処方増量に気が付かなかった事。監査者が入力間違いに気が付かなかった事。 患者への報告とクレーム対応の件：先に患者の同意を得ずに先発品を投薬した訳では無いが、後発品から先発品に成って、用量が倍量に成った事で、請求金額も倍近くに成っていた為、後発品の提案も先にするべきだった。患者のクレームは、説明も無しに先発品の請求をされた事にあった。	【薬局における改善策】処方箋入力と、入力監査を丁寧に怠らないことはもちろん、処方内容が変わった際は、説明・服薬指導・服薬同意・支払い同意と、患者の意思を尊重する姿勢が大事。これを皆に浸透させて行く。	リリカＯＤ錠１５０ｍｇ	プレガバリンＯＤ錠７５ｍｇ「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
607	リンデロンA液がリンデロンに抗生剤が混ざってるものと知らなかった	点眼点鼻は「リンデロンA」と思い込んでた	一般名処方の入力時の最後の文字までの入力確認と、あいまいな時は曖昧なままで終わらせないことの徹底。機械で出てこない時はいったん確認する	リンデロン点眼・点耳・点鼻液０．１％	点眼・点鼻用リンデロンＡ液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
608	コデインリン酸１％の処方が6ｇ分３毎食後７日分でており、その通り調剤したつもりだったが、実際に調剤したのはリン酸ジヒドロコデイン１％であった。効果成分としての量が倍になってしまった。交付してから３日後に判明。患者様には連絡して正しい薬をお渡しして間違ったものを回収。７回ほど飲んでしまっていたが副作用によるものでの体調に問題はない様子だった。処方医には発覚時が休診日だったため翌日連絡。	コデインリン酸１％はながらく入荷未定で、事案発生の数日前にリン酸ジヒドロコデイン１％が入荷していた。リン酸ジヒドロコデイン１％は今まで採用もなく、発注もしてない商品であったが、卸の担当者が手入力で手配したとのことだった。以前から採用していたコデインリン酸１％と勘違いして調剤してしまった。その後在庫のずれから薬の取違いに気づいた。	コデインリン酸１％と間違えないように、計りでバーコードを読み込んだ時にわかるように薬品名を強調して設定した。箱にも通常１回１ｇと書き、「ジヒドロ」の部分に赤線で波線を引き強調した。従業員全員にこの間違いを知らせ、再発防止に努めるよう注意喚起をした。	リン酸コデイン散１％「ホエイ」	リン酸ジヒドロコデイン散１％「ホエイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
609	ルミガン点眼液0.03%　5瓶の処方　GE希望ビマトプロスト点眼液0.03%日点で交付したが、ビマトプロスト点眼0.03%TSで入力されており、返金が発生した登録された電話番号が、現在使用されていなかったため、次回来局時に返金する予定	GEのメーカーが最近変わったことに気が付かなかった薬情の写真も同色で似ていたので、メーカーの名まで確認せずに監査したのが要因	監査時にメーカー名まできちんと確認する	ルミガン点眼液０．０３％	ビマトプロスト点眼液０．０３％「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
610	処方箋がファクスされてから来局する患者さん。内服薬とルムジェブ注ミリオペンがあり、早めに来局されたためルムジェブ注ミリオペンを準備していなかった。交付者が急いで冷蔵庫のいつもルムジェブが置かれている場所から取り出し、他の薬剤師にも見せたが、箱の色だけを見て薬品名の確認が不十分だった。それがノボラピッド３０ミックス注フレックスペンで、翌月の来局時に前回は違うインスリンだったと患者から指摘され、間違っていたことに気付いた。患者さんはノボラピッド３０ミックス注フレックスペンをルムジェブ注ミリオペンと同様１日３回打っていたので、朝の血糖値が低くなり、単位が７から５に減っていた。軽い低血糖症状が出たかもしれない。	ルムジェブ注ミリオペンとノボラピッド３０ミックス注フレックスペンは箱の色が類似している。同時に納品され、置き場所を間違ったと考えられるが、調剤時に薬品名を確認していなかったことが原因である。また、患者もいつもと違うと気付いていたが、後発品か何かで同じものだろうと気にしていなかった。	インスリンは患者一人ずつに決まっていて、払い出し後などは在庫していないことがあり、納品されたら冷蔵庫の空いた所に置いていたが、商品ごとにトレーを作り、配置場所を決めた。	ルムジェブ注ミリオペン	ノボラピッド３０ミックス注　フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
611	ルリコナゾールクリームを処方された患者にケトコナゾールクリームを交付してしまう。	繁忙時の焦り	監査システムの使用徹底	ルリコナゾールクリーム１％「イワキ」	ケトコナゾールクリーム２％「ＪＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
612	レキサルティOD錠0.5mg処方の際、取り違えてリスペリドンOD錠0.5mgをお渡ししてしまった。	・レキサルティOD錠の取り扱い規格が「0.5mg」「1mg」「2mg」、リスペリドンOD錠の取り扱い規格も「0.5mg」「1mg」「2mg」・0.5mg錠と2mg錠に関してヒートの色が類似・劇薬で五十音順に配置させており、調剤棚内での位置関係も近かった	・レキサルティOD錠0.5mgを調剤棚ではなく劇薬引き出しへ移動させることによるピッキング時の意識付け・スタッフ全員へ事例の周知	レキサルティＯＤ錠０．５ｍｇ	リスペリドンＯＤ錠０．５ｍｇ「アメル」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
613	レキサルティOD1ｍｇ錠のPTP外観である黄色が先行して、棚上部のあるリスペリドンＯＤ錠0.5ｍｇを誤って取り揃え、監査照合機器にてミスに気付く。	繁忙で黄色PTPの認識が先行し、比較的よく調剤するリスペリドンを取り揃えてしまった。プロフェッショナルエラー	過信せず調剤薬に間違いないか再確認を行う。	レキサルティＯＤ錠１ｍｇ	リスペリドンＯＤ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
614	レグナイトが処方されていたが、調剤者がレグテクトをピッキングし、監査者も気づかず患者様に渡ってしまった。自宅にて患者様が気付き、服用はされず、誤ってお渡ししたレグテクトは全量回収し、処方通りレグナイトをお渡しした。	レグナイトとレグテクトが名称類似しており、そのため誤ってしまった。	当該患者様の特記事項にレグナイトを調剤する旨記載して、過誤防止に努める。	レグナイト錠３００ｍｇ	レグテクト錠３３３ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
615	(正)レグナイト錠300ｍｇのところ(誤)レグテクト錠330ｍｇで調剤。監査時に薬剤師が別薬剤であるところ発見し正しい薬剤を再調剤した。	類似名称の薬剤で規格も似ていることからピッキングミスが起こったと考えられる。	店舗全職員に類似薬であるレグナイト錠300ｍｇとレグテクト錠330ｍｇの周知と調剤時に処方箋の確認を徹底するよう情報共有した。	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
616	レバグリニドの処方のところ、レバミピドで調剤した。監査時に発見し、交付には至らなかった。	思い込みで調剤し、名称類似品の注意喚起の策を講じなかった	注意喚起のポップを作成した。用法まで必ず確認するようにした。	レバグリニド錠０．５ｍｇ「サワイ」	レバミピド錠１００ｍｇ「ＥＭＥＣ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
617	胃痛、体調不良で受診胃薬の処方の中に糖尿病薬を発見医師に確認するとレバミピドと入力すところをレバグリニドと入力した	レセコンの入力の際にレバとレバの入力間違い薬効を考えながら処方監査	患者への十分な問診と適応症の確認	レバミピド錠１００ｍｇ「Ｍｅ」	レバグリニド錠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
618	処方箋内容が手書きであり「イーケプラ250mg　2×　朝夕　30日分」の情報のみ。入力者が錠剤と判断し錠剤で入力。処方箋記載内容では剤型が不明のため疑義照会。DSでの処方であった。	手書きの処方箋では「規格・剤型・容量」が不透明な場合があるため疑義照会を行う。	手書きの処方箋では「規格・剤型・容量」が不透明な場合があるため疑義照会を行う	レベチラセタムＤＳ５０％「トーワ」	レベチラセタム錠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
619	一般名処方にてレボセチリジンDSが処方されていたところ、レボセチリジンではなくセチリジンの先発品であるジルテックDSを誤って調剤してしまい、交付前に監査者が気付き再調剤を行った。	レボセチリジンとセチリジンの一般名が類似していることと、確認不足のまま調剤を行ったこと。	一般名処方から先発品調剤する場合にはスタッフ間での声かけを徹底する。	レボセチリジン塩酸塩ＤＳ０．５％「タカタ」	ジルテックドライシロップ１．２５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
620	レボセチリジン塩酸塩ドライシロップ「タカタ」0.25ｇ分包品とオロパタジン塩酸塩ドライシロップ「日本臓器」分包品0.25ｇの取り違え、交付	両社とも白いパッケージ包装のため、日頃から取り違えには注意していたが、忙しさの中、注意散漫となり取り違え交付した。また、レボセチリジン塩酸塩DSは供給問題から、最近は薬局にて計量一包化したものを出しているため、用意に区別がついていたが、久しぶりに分包品が入荷したことも要因としてはある。	交付前にパッケージの文字をチェック	レボセチリジン塩酸塩ＤＳ０．５％「タカタ」	オロパタジン塩酸塩ドライシロップ１％「日本臓器」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
621	以前(般)セチリジン塩酸塩ドライシロップ１．２５％　０・４ｇで処方だったので、８月に(般)レボセチリジン塩酸塩ドライシロップ０・５％　０・５ｇで処方されたのを気が付かず、セチリジンドライシロップ１．２５％　０・５ｇで入力し、調剤も気が付かずそのまま計量、分包した。鑑査時、入力間違い、調剤間違いに気が付き処方どおり正しく入力修正し調剤しなおした。	一般名が同じと思い込み、ｇ数増量だけで良いと思い込んで入力、調剤してしまった。％も違うので最後まで確認する必要がある。	一般名で間違いやすい薬が多いので注意・喚起をマスターと薬品にもわかりやすいよう記載した。	レボセチリジン塩酸塩ドライシロップ０．５％「ＹＤ」	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
622	化膿性湿疹で受診された患者様にレボフロキサシン錠500mgが処方されたが、処方を読み違えてロボセチリジン錠５mgを調剤してしまった。	当時、患者様が集中しており、薬品名が類似してるため取り違えし、監査システムのマスターが不備であったため、そのまま調剤してしまった。	監査システムのマスター登録を確実に行うようにする。	レボセチリジン塩酸塩錠５ｍｇ「サワイ」	レボフロキサシン錠５００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
623	レセコン入力の事務員が初心者で不慣れであったため、他の事務員がレセコンの入力をする事務員の指導につきっきりであった。ピッキングした薬剤師がレボセチリジン５ｍｇをセチリジン５ｍｇと見誤ってピッキング。投薬した薬剤師は前回処方の確認と監査を怠って投薬。	事務員二人がレセコンについている状態であったため、本来事務員がピッキングし薬剤師が監査をするという流れが損なわれた。また、投薬した薬剤師はピッキングした薬剤師を信頼しきっていたため投薬の際の確認を怠った。		レボセチリジン塩酸塩錠５ｍｇ「トーワ」	セチリジン塩酸塩錠５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
624	一般名処方)レボセチリジン5mg　1錠分1　眠前　３５日分　処方であったが、レボフロキサシン250mg「DSEP」1錠　分1　眠前　35日分とレセコン入力誤り。	レセコン入力時、薬品名検索を、3文字入力するところ、2文字検索を行ってしまった為、薬品選択誤りが生じた。	レセコン入力時は、3文字入力・検索を徹底する	レボセチリジン塩酸塩錠５ｍｇ「トーワ」	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
625	前回来局時の処方がレボフロキサシン５００ｍｇであった。今回来局時に事務員が入力の際に前回の薬と同じと思い込み、そのまま入力。薬剤師が調剤、鑑査の際に間違っていることに気づき訂正した。	忙しい時間帯で前回と同じような内容の処方の場合、心理的に変更なしと思い込む可能性が高いので注意が必要。	入力に関しては頭文字３文字以上で入力する。頭文字２文字では思い込みで間違えの原因になる。	レボセチリジン塩酸塩錠５ｍｇ「杏林」	レボフロキサシン錠５００ｍｇ「ＤＳＥＰ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
626	施設の処方、レボフロキサシン錠250ｍｇをレベチラセタム錠250ｍｇで調剤し投薬した。	用量の250ｍｇに気が散り、薬品名を見落としてしまった。また、夕方の慌ただしい時間帯だったため、確認を怠ったのが原因であった。	ハイリスク薬であるてんかん薬は、別の棚へ配置する事とし、調剤時は薬品名、用法・用量の確認を怠らないようにする。	レボフロキサシン錠２５０ｍｇ「サワイ」	レベチラセタム錠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
627	レルベア100エリプタ14吸入用処方のところ、テリルジー100エリプタ30吸入用処方、監査システム、目視で違うお薬であること発覚監査時に処方せん確認の上薬を正しい薬剤に変更してお渡ししています	レルベア、テリルジーともに100.200エリプタを14吸入、30吸入採用、調剤者の慣れ、慢心でミスが怒ったと思われる	監査システムの使用、徹底薬剤師歴30年の慢心、慣れも要因と思われるので再度注意徹底してもらうように指導、処方せんコピーにペンでチェック入れるなど行う、また多人数での再度監査行う	レルベア１００エリプタ１４吸入用	テリルジー１００エリプタ３０吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
628	レルベア100エリプタ30吸入用が処方されていたが、テリルジー吸入をお渡ししており、後日、患者様から間違っているとの連絡を受けた。	レルベアとテリルジーの吸入容器が類似しているため、表書きの名称を正確に確認する。	調剤と監査は別でダブルチェックしているが、ピッキング時も監査時も正確に確認するよう心掛ける。	レルベア１００エリプタ３０吸入用	テリルジー１００エリプタ３０吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
629	レルベア100・30吸入を取るところをテリルジー100・30吸入を取った。	ADHD特性あって、文字を読んで本来取るところを画像として認識しており、色は違うが箱が同じ・医薬品名の最後が同一のを取った。	ADHDのスタッフがピッキング作業を行う際は監査を充分に行う。	レルベア１００エリプタ３０吸入用	テリルジー１００エリプタ３０吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
630	特養施設の患者様の一人で、一日で30人程度、一包化や錠剤粉砕も含めた調剤日の繁忙期であった。その中の一人で外用剤（吸入剤）を誤って調剤し、監査者もその外観の類似性から見過ごしてしまった。	油断と慣れ、そして大量に一度に調剤するという繁忙が重なり、普段では考えにくいミスが起きてしまった。	特養施設の調剤のような特殊な場合、調剤する時間帯と鑑査する時間帯を同時でなく分けることにした。そうすることで時間にもゆとりがうまれ、頭もリセットされた状態で鑑査に臨める。	レルベア２００エリプタ１４吸入用	テリルジー２００エリプタ１４吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
631	レルベアの処方だったが、間違えてテリルジーを交付するところだった	外観類似	チェックの徹底	レルベア２００エリプタ１４吸入用	テリルジー２００エリプタ１４吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
632	近隣の医院よりプランルカスト（112.5）4錠朝夕食後14日分、レルベア200エリプタ14吸入1キットが処方。調剤した薬剤師とは別の薬剤師が監査・投薬を行い、患者は帰宅した。翌日在庫の確認をしていたところ、レルベア200が在庫が多く、テリルジーの在庫が少ないことが発覚。患者に確認したところ渡した薬はテリルジー200エリプタ14吸入1キットであることが確認とれた。患者はまだ未使用であった。	出荷調製品であるプランルカストの採用剤形が錠剤とカプセルとがあり、患者によって剤形を変えて調剤しているため、その確認に気を取られてしまったことと、レルベアとテリルジー吸入剤は同じ適応症であり、どちらも同じ規格が採用されいることと、吸入剤の容器も同形状であるため確認の見落としをした可能性が考えられる。	今回は内服薬の剤形確認にとらわれて、調剤する際に吸入剤の確認が怠ったために起きた事象である。薬剤名が異なっても同メーカの吸入器の形状は同じ場合があるため、基本的な薬剤名、規格、吸入回数を確認して調剤する必要がある。外用剤は引き出しに保管してるため、内服剤のように薬剤名が引き出し内に記載もないため、名称が分かるよう保管する。	レルベア２００エリプタ１４吸入用	テリルジー２００エリプタ１４吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
633	レルベア200のところをテリルジー200でお渡ししてしまった。すぐに気づきお電話して交換を行った。	他の業務で本業務に集中できずに今回のミスをおかしてしまった。	今後、患者様にお渡しする際に再度名称や規格を確認しつつ薬を手交することを意識します。	レルベア２００エリプタ３０吸入用	テリルジー２００エリプタ３０吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
634	形成外科の術後処方ロキシスロマイシンが処方されていたところ、ロキソプロフェンを調剤、交付後日、患者から問い合わせがあり発覚、薬剤の交換を行った。2回分服用したが、体調変化等は見られないとのこと	医薬品の類似名称、監査不足術後処方でどちらの薬剤も処方されるケースがあり、先入観で判断を誤ったと思われる。	患者の状態と処方薬に整合性がとれているかを確認するように当事者を指導	ロキシスロマイシン錠１５０ｍｇ「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
635	ロコアテープ９袋処方されていたが、ロコアテープ３袋とロキソプロフェンテープ１００ｍｇ「タイホウ」を６袋調剤した。両薬剤は同じ棚にあり、色が似ているため同じものとして取り揃えられた。投薬時に重なっていた袋の最初のものをみてロコアテープに間違いないと判断した。ロキソプロフェンテープ１００ｍｇ「タイホウ」の空箱があったことにより気づいて、すぐに患者に連絡を取った。取り換えることになった。	異なる薬剤だがデザインが似ているものが並んでいたので間違えて調剤した。	両薬剤の保管場所を離すようにした。	ロコアテープ	ロキソプロフェンナトリウムテープ１００ｍｇ「タイホウ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
636	10月17日9時半ぐらいに患者さんからフラフラすると電話連絡あり薬が違ってないかの問い合わせでロサルヒド配合錠HDのところをロスーゼット配合錠HDを投与したことが発覚。7日間服用していたと言うことで血圧が上がっていたと思われる。	ロサルヒドとロスーゼットが近くに配置しており間違って取ったと考えられる。ちょうど忙しかった時でもあり監査が不十分であった。昔からの慣れた患者さんと言うこともあり薬局も世間話が主で薬の説明が不十分であった。	紛らわしい名前の薬は配置を工夫してやはり監査は十分に行いいつもの患者いつもの薬でもしっかり説明することを心がけないといけない。	ロサルヒド配合錠ＨＤ「ＶＴＲＳ」	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
637	アトーゼットLD　で調剤すべきところロスーゼットLD　で　調剤、交付していた。患者本人からの指摘で発覚。	一般名処方で　監査が徹底できていなかった。	合剤、一般名　は　確認を特に徹底する。	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
638	ロスバスタチン（５）35錠処方。ロスバスタチン（5）30錠シートとレボセチリジン3錠、その上からロスバスタチン2錠を輪ゴムで重ねて交付。3錠がロスバスタチンではなくレボセチリジンであると本人さんからの連絡で発覚。	レボセチリジン3錠の上にロスバスタチン2錠が重なっていたのでロスバスタチンであると思い込んでしまった。規格違いがないか規格は確認していたが、規格も5mgで同じ。違う薬剤ではないかの確認を怠ってしまったので、これからは重なっている薬剤も一度輪ゴムから外して確認する事が必要である。	薬を棚に戻す時に間違いがないかきちんと確認する事が必要。	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「ＴＣＫ」	レボセチリジン塩酸塩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
639	ロスバスタチン錠２．５ｍｇが処方されているところ、フルバスタチン錠２０ｍｇをお渡しし、１か月間それを服用されたところで患者さん側よりご指摘があった。	元々フルバスタチン錠を服用されてた患者様で、その記憶のまま集約しそのまま投薬をした。またその日は本人様ではなくたまたま家族代理だったため、こちらが薬を確認いただきながら薬袋へしまう作業も抜かしてしまった。	薬剤師１人状態の時間ではあったが、事務員さんに参加いただいてでもダブル・トリプルのチェックをすることを徹底した。	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「共創未来」	フルバスタチン錠２０ｍｇ「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
640	ロフラゼプをゾルピデムに取り間違い	包装類似による戻し間違い	戻すときに薬剤名を確認類似包装は離して配置	ロフラゼプ酸エチル錠１ｍｇ「トーワ」	ゾルピデム酒石酸塩錠５ｍｇ「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
641	ロプレソール20mgが処方されていたが、ロヒプノール2mgを入力してしまった。	ロプレソールは、採用のない薬品で聞き覚えがないため、ロヒプノールと思い込んで入力してしまった。	採用のない薬品である場合は、処方箋を受け取った薬剤師が入力者に採用なしを伝える。薬剤師からの採用なしを受けて、入力者は薬品マスターを作るように流れを改善。	ロプレソール錠２０ｍｇ	ロヒプノール錠２		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
642	1年ほど前からロゼレム錠8ｍｇ処方されてコンプライアンス良好で良く眠れていた。ところが2023年8月に眠りが浅くなってきたとのことで、デエビゴ錠5ｍｇに処方変更された。1か月後の来局時にデエビゴ錠5ｍｇが寝起きの際に調子悪いからドクターに変更してもらうことにお願いしたと言われた。その時の処方せんには新規処方のロラゼパム錠0.5ｍｇ（一般名処方）と記載があったので、ロラゼパム錠0.5ｍｇ「サワイ」を患者に説明しながら投薬した。7日後に患者本人から電話があり、ロゼレムをお願いしたはずだが、どうなっているのか？と聞かれたため、確認して処方箋通りである旨伝えた。その後すぐに来院され、ロゼレム錠8ｍｇに変更になり無事服用せず、アクシデントは起こらずに済んだ。	投薬時の薬剤師は患者が長期間にわたりロゼレム錠8ｍｇ服用した後、その効果が乏しくなりデエビゴ錠5ｍｇに変更になったため、再度ロゼレム錠8ｍｇに戻すことを想定していなかったこともあり、疑問もなくロラゼパム錠0.5ｍｇを患者に説明した。投薬の際に患者はロゼレム錠8ｍｇが投薬されているものと思い込んでおり、変更した薬の説明を聞いていてなかった。医院の処方入力の際のミスではあるが、慣れた患者とのコミュニケーションにおいて薬剤師の注意力が低下していた。	前回に処方変更があった薬剤に関しては次回効果や副作用等の確認を怠らず、慣れた患者であっても注意をはらって服薬指導に当たるように再度心がけることでミスを見つけ出し、事故を未然に防ぐことが重要である。	ロラゼパム錠０．５ｍｇ「サワイ」	ロゼレム錠８ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
643	本来ロラタジンOD錠トーワで小児にお薬をお渡しするところを、外観類似のタムスロシンOD0.2トーワにて調剤、監査を実施した。外観も非常に類似していたケースであったため、そのまま患者も内服した。後日、薬剤師が監査記録より過誤に気づき、患者へ連絡して謝罪に伺った。	外観類似の薬品がなぜか異なる棚に収納されていた。	調剤済の医薬品を棚に再度戻す際は、必ずダブルチェックを行う。	ロラタジンＯＤ錠１０ｍｇ「トーワ」	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
644	一般名でロラタジン錠１０ｍｇが処方されたがロラゼパム錠０．５ｍｇ「サワイ」を調剤してしまった。監査時に気が付きロラタジン錠１０ｍｇ「サワイ」を調剤した。	名称が似ているのでロラゼパムが処方されていると思い込んでしまった。	ロラタジン錠とロラゼパム錠の調剤棚に注意を促すシールを貼った。	ロラタジン錠１０ｍｇ「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
645	亜鉛華単軟膏が処方されていたのに　入力を亜鉛華軟膏と入力してしまった薬剤は処通り、亜鉛華単軟膏で投薬	処方入力者の知識不足と処方箋入力のチェックが甘かった	入力した人と監査投薬した人の再度相互監査で再発防止に努める	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
646	入力の屋号を間違えた	監査機のレシートと、調剤録の照らし合わせを怠った。	採用が切り替わる時は注意する。実物と入力を照らし合わせる。	亜鉛華（１０％）単軟膏「ホエイ」	亜鉛華（１０％）単軟膏「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
647	亜鉛華軟膏で処方されたが、亜鉛華単軟膏で調剤薬歴記入時に間違いに気づき、患者が使用する前に交換した	門前医は亜鉛華単軟膏での処方が主今回は他医院からの処方で、亜鉛華単軟膏と思い込み調剤、監査混雑時でもあったため、監査不足となった	類似医薬品があるものは、日ごろから薬局全体で情報共有を行い、事前に注意喚起しておく	亜鉛華軟膏「ニッコー」	亜鉛華（１０％）単軟膏「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
648	亜鉛華軟膏が処方されたが、レセコン入力を亜鉛華単軟膏にしていた。調剤は処方箋を見ていたのでものは正しいもので集めていたが、入力間違いに気付けなかった。	処方せんをみて亜鉛華軟膏と亜鉛華単軟膏の2種類がある事を気を付けないといけない意識はあったが、実物をきちんと確認する事に重視して、レセコン入力が間違っている事を見逃してしまったと思われる。	処方箋を見ての調剤、監査も大事だが、入力内容に間違いがないかも改めてきちんと見る事を徹底する。	亜鉛華軟膏「ホエイ」	亜鉛華（１０％）単軟膏「ホエイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
649	デルモベート軟膏と亜鉛華軟膏「ホエイ」の混合の処方。入力したものが亜鉛華(10%）単軟膏「ニッコー」にしてしまったのに気付かず交付してしまった。交付した薬剤は亜鉛華軟膏「ニッコー」にしていたため、入力のみの誤りで済んだ。	混合する外用薬の基材は鑑査機で鑑査せずに混合して、写真のみ残している。（調剤）鑑査時、薬情と処方箋を突き合わせているが、名称類似のため見誤ってしまった。（鑑査）前回の処方箋の内容と同じだと思い込んでしまい「単」という字を見落としてしまった。処方箋入力後、再確認ができていなかった。（入力）	亜鉛華軟膏、亜鉛華単軟膏と類似した名称の医薬品には鑑査時に〇をつける（鑑査）亜鉛華軟膏なのか単軟膏なのか、その他の類似医薬品についても再度、処方箋の確認をし誤りがないよう気を付ける（入力）	亜鉛華軟膏「ホエイ」	亜鉛華（１０％）単軟膏「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
650	該当処方箋は、亜鉛華軟膏「ヨシダ」の処方であった。亜鉛華（１０％）単軟膏「ヨシダ」で計量調剤を行った。監査時に中身を確認したところ、軟膏の硬さに違和感を感じて発覚した。	該当患者様より前に来局された他の患者様が、亜鉛華（１０％）単軟膏「ヨシダ」の処方が続いていてため、思い込みにて亜鉛華（１０％）単軟膏「ヨシダ」の調剤を行ったと思われる。	調剤時、JANコード利用での確認を徹底。取り間違えを防止するため、注意喚起のラベル作成する。	亜鉛華軟膏「ヨシダ」	亜鉛華（１０％）単軟膏「ヨシダ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
651	塩化カリウムが処方されている患者に対して、誤って塩化ナトリウムを調剤。調剤後に取り違えに気付き、すぐに調剤をやり直した。	思い込みや慣れが原因で起こったミスである。	このような事例が二度と起こらないよう薬の容器や包装に注意喚起のメモやラベルを貼り、職員に周知を行う。	塩化カリウム	塩化ナトリウム「オーツカ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
652	新規処方で塩化カリウム3g分３で処方あり。もともと低Na血症でフロリネフ服用されているため処方内容について病院に確認したところ塩化ナトリウム3g分3に処方変更となった	パソコンで処方入力の際に選択ミスをしたと思われる	少しでも処方薬剤や用量等疑問を感じたら確認する	塩化ナトリウム「オーツカ」	塩化カリウム		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
653	医薬品の外装の類似	2種類が混ざりバーコードは24番で問題なかったがグラムが違うので監査機にエラーがでて気が付いた	類似薬の保管場所の変更検討	加味逍遥散	白虎加人参湯		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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
654	一般名処方箋でした。ヒドロコルチゾン酢酸エステル・フラジオマイシン配合剤軟膏と記載があったところ　薬局の入力をヒドロコルチゾン・フラジオマイシン配合剤軟膏　として選び入力してしまった。	薬局における処方箋入力の際に最初の三文字などで　リストが表示され選ぶ作業がありますが、酢酸エステルを見逃してしまったことが原因と思われます。	今後はこのような類似表記の一般名に注意するようスタッフ一同がこの事例を共有します。	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
655	薬局の薬の備蓄が変わったのに、以前の採用薬であるマグミットで入力してしまい、それに気がつかず現採用薬である酸化マグネシウム錠330ｍｇ「ケンエー」でお渡ししてしまった。当日患者様のご家族から連絡があり気がついた。ご家族にはマグミットは入力ミスであり、お渡ししている薬でお渡しの薬は正しい旨おつたえ。ご理解いただいた。返金などは発生しなかった。	薬の採用切り替えのタイミングであり、事務さんと薬剤師の連絡不足が原因だった	薬剤の切り替えのさい、必ずつたえるように徹底する。切り替えのタイミングのレセコン入力の内容を、電子薬歴できちんと薬剤師が確認する。お渡しの時は患者様とともに薬を出して確認。渡す薬剤師が、最終監査者になることを徹底する	酸化マグネシウム錠３３０ｍｇ「ケンエー」	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
656	酸化マグネシウムが4錠分2朝夕食後30日分で処方されていた患者様に120錠お渡しするところをそのうちの100錠はアルミ包装のままお渡しした。しかしそのアルミ包装がクロピドグレル錠であり、投薬時に間違いが発覚し取り替えることとなった。	酸化マグネシウムとクロピドグレル錠の引き出しが隣同士であった。アルミ包装が似ているため監査時に見落としてしまった。また、100錠のアルミ包装とPTPシート20錠を輪ゴムで止めており、監査時に撮影もしているが判別ができない状態であった。	似ている包装に関しては棚を離すようにする。アルミ包装に関して患者様より要望がなければ剥がしてお渡しする。	酸化マグネシウム錠３３０ｍｇ「ケンエー」	クロピドグレル錠７５ｍｇ「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
657	酸化マグネシウム錠330「ケンエー」とカロナール錠200のパッケージが似ているため薬袋に入れる際に誤って逆に入れてしまった。患者交付前の説明時に気が付いたので患者への影響はなかった	パッケージが似ているものは隣接しないように配置する	酸化マグネシウム錠330「ケンエー」とカロナール錠200を離して配置した	酸化マグネシウム錠３３０ｍｇ「ケンエー」カロナール錠２００	カロナール錠２００ 酸化マグネシウム錠３３０ｍｇ「ケンエー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
658	酸化マグネシウムの銀紙包装と沈降炭酸カルシウムの包装が類似していて調剤棚に紛れ込んでいたのを気づかずに調剤してしまい、患者に交付、患者より包装表示が異なるとTELあり、交付時の写真を確認して過誤に気付き服用前に交換した。	混雑時で包装形態が酷似していた為	銀紙包装は、監査時に開封して内容を確認して交付するようにルール変更した。	酸化マグネシウム錠３３０ｍｇ「ヨシダ」	沈降炭酸カルシウム錠５００ｍｇ「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
659	初来局の患者に一般名処方で、フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液25μg56噴霧用（調剤した医薬品：小児用フルナーゼ点鼻液25μg56噴霧用）が処方されていたが、誤ってフルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液27.5μg「武田テバ」56噴霧用を調剤した。調剤だけでなく、レセコン入力もフルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液27.5μg「武田テバ」と誤っていたが、監査で気付けなかった。交付時に調剤と入力どちらも誤っていることに気付き、患者には正しい薬・入力内容で投薬を行った。	耳鼻科処方を普段から応需しており、一般名で記載されているが、そこからの処方はフルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液27.5μg56噴霧用がかなり多いため、思い込みがあったと思われる。また、一般名が類似している（「フルチカゾン」、「56噴霧用」）ことから、見誤ったとも思われる。	一般名には類似名称があることを常に意識し、頭文字だけでなく最後まで名称を確認するよう徹底する。	小児用フルナーゼ点鼻液２５μｇ５６噴霧用	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液２７．５μｇ「武田テバ」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
660	親水ワセリンを調剤すべきところ親水クリームで調剤。親水ワセリンの在庫がなく他店から小分けでもらったが、伝票はワセリンだったがもらった物自体が親水クリームだった。容器には親水クリームと記載があったがジャーナルは親水ワセリンとなっており監査ではそのジャーナルしか確認していなかった。幸い使用前に発見し患者さんに説明し正しいお薬と交換できた。	他店からもらったお薬自体が他の店舗からもらったものだったため商品のバーコードがなかった。思い込み。混雑による焦り。	小分け時、商品本体がない場合はスマホで写真をとりそれを監査者に確認してもらう。ダブルチェックを怠らない。	親水ワセリン＊（日興製薬）	親水クリーム「ホエイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
661	日頃沈降炭酸カルシウムと処方されるのですが、珍しく炭カルと処方されていた。勘違いで炭酸水素ナトリウムを調剤、監査してしまった。	透析の患者さんの処方なのですが、調剤者、第一監査、第二監査と監査を二回やっているものの、調剤者が第二監査をしてしまった。	ナトリウムは透析の患者さんに出ることは普通ないのですが、そこまで頭が回らなかったと考える。	炭カル錠「ヨシダ」５００ｍｇ	炭酸水素ナトリウム錠５００ｍｇ「ＶＴＲＳ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
662	FAXにて処方箋を受付。受け付けたスタッフが処方箋を入力時に誤って、名称が少し類似している医薬品を誤って入力してしまう。（該当の医薬品は一般名処方で、患者の希望は先発希望だった。）この医薬品を集薬したスタッフも入力した医薬品の先発品が分からず、誤って入力されたデータを見て集薬してしまう。そのまま鑑査者も入力されたデータを確認して、鑑査を完了させてしまう。 その後、患者が来局した際に投薬者が患者と医薬品を照合すると、「今までと薬が異なるし、先生から新しい薬が出るなんて聞いていない」と言われ、今回の入力ミスを起因とした過誤が発覚した。	普段あまり当薬局で処方されることの少ない医薬品の対応となった。入力者：医薬品の名称が少し類似している医薬品の入力となり、不注意で誤って入力してしまっている。調剤者・鑑査者：薬剤師としての勤務歴が1年・2年ののスタッフ2人が担当しており、処方箋記載の一般名から先発医薬品を把握しておらず、入力者が入力したデータを確認した上で、調剤・鑑査をしてしまっている。	入力者：漢字が成分名に入っているときには、鉛筆等でチェックしながら入力をする。調剤者・鑑査者：入力したデータは処方箋原本のデータではなく、他の人の手が入った人工物であることを意識させる。　　また、先発品が分からないのであれば、「今日の治療薬」「SAFE-DI」等のデータにて検索をさせる。 ハンコを押すということの意味を意識させる。	沈降炭酸カルシウム錠２５０ｍｇ「三和」	炭酸水素ナトリウム錠５００ｍｇ「ＶＴＲＳ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
663	（般）沈降炭酸カルシウム錠500ｍｇに対し、炭酸ランタン500ｍｇ錠を交付してしまった。患者様が自宅に戻り気付きただすことができた。	3回のチェックをすり抜けてしまった。継続服用の	4回目のチェックを入れることとなった。交付時患者様への説明時の確認をしっかり行うこととした。	沈降炭酸カルシウム錠５００ｍｇ「三和」	炭酸ランタンＯＤ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
664	点眼・点鼻用リンデロンA液の処方であったが、リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1%で入力および調剤した。入力と調剤者は同一薬剤師であり、入力した薬剤と調剤した薬剤は同一であるため監査システム（テイカーサポートシステム）で止められなかった。監査時に処方箋と薬剤を照らし合わせた際に気が付き過誤には至らなかった。	事務が居ない時間帯に入力に不慣れな薬剤師が入力を行った。入力者・調剤者は同一薬剤師。処方箋の文字が非常に小さく「A」が半角で見にくかったこと、店舗には誤って選んだリンデロン点眼・点耳・点鼻液の在庫はあったが点眼・点鼻用リンデロンA液の在庫がなかったために思い込みも重なり誤った薬剤を入力してしまった。	入力時に処方された内容と入力した内容を指さし呼称にて確認。調剤時も声に出して確認を行う。また、同様に名称類似による過誤のリスクがある薬剤の外箱に「名称類似品あり」の文言を書く。監査時は縦読み監査・指さし呼称を行う。	点眼・点鼻用リンデロンＡ液	リンデロン点眼・点耳・点鼻液０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
665	ビソノテープ2mgを使用していた患者がビソプロロール2.5mgに変更された処方箋を受けた。変更理由はテープによるかぶれであった。テープと錠剤は薬物動態が異なるのでメーカーに確認し、テープ2mgは錠剤1.25mgが同等である旨を確認し、医師に連絡して変更して頂いた。切り替え時にはテープ剤の半減期を考慮して剥がした翌日から錠剤を開始するのが望ましい旨の情報を得た。	剤形変更時の対応はメーカーの情報サイトにおいても少ないので、疑問に思ったらメーカーに直接聞いた方がよい。メーカーの問い合わせ先を辞書の様に使用しましょう。その方がメーカーの対応レベルのアップにも貢献できる。	疑問に思ったらメーカーに確認を習慣化する。			ビソノテープ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
666	診療所看護師より「ターミナル患者にオプソ内服液2.5ミリを出したいが、在庫しているか？」と電話で問い合わせあり。オプソ内服液は5mgか10mgの規格しかなく、また現在在庫は5mgしかないことを説明したところ「では5ミリで処方します」と言って電話を切った。あとから届いた処方箋を確認したところ「オプソ内服液10mg」が処方されており、そこでようやく看護師が言っていたのがmgではなくmLだったことが判明。改めて疑義照会してオプソ内服液5mgが処方となった。	オプソ内服液は「5mg/2.5mL」「10mg/5mL」であり、薬局内では通常「mg」を指して用量を伝えるため「2.5ミリ＝2.5mg」と解釈をして「5mgなら在庫している」と返答した。お互い単位に齟齬があるとは思っていない為、「mg」「ml」については意識していなかった。また看護師がオプソ内服液のmg・mlの違いについて認識していたかは不明。	電話でのやり取りでは特に意思疎通に齟齬が生じやすい。必ず語尾まで確認し、可能であれば文書（処方箋原本）で相互確認することが望ましい。またオプソ内服液の「mg/ml」は特に間違いを生じやすいことを全職員できちんと認識しておく必要がある。			オプソ内服液５ｍｇ	ヒューマンエラー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	アローゼン顆粒、０．５ｇ包を１日１回２包(１．０ｇ)服用、２８日分の処方に対して、５６包調剤すべきところ、２８包でピッキングされており、そのまま鑑査し払い出してしまった。受け取ったご家族が確認し、「アローゼンの数が足りないと思う」と、電話をいただきミスが発覚。すぐに不足分をお届けに伺った。	アローゼン１ｇという処方箋を見て、１包と思い込み、２８包ピッキングされているものに対して違和感を感じずに監査をスルーしてしまった。また、患者様家族より、翌日お届けの予定を、急に、『本日中に持ってきてほしい』と言われ焦ってしまっていた可能性がある。	１ｇ＝１包と思い込んでしまった。ピッキング者も１包が何ｇのものかをよく確認する。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
668	アセトアミノフェン錠の薬袋にデキストロメトルファン錠を、デキストロメトルファン錠の薬袋にアセトアミノフェン錠を相互に取り違えて入れてしまった。最初、患者は薬袋と中の薬が違うことに気づかず、症状と違う薬を飲んでしまった。	混み合っている状況であった。バイクで来局のコロナ陽性患者で、駐車場で投薬を待っていた。通常に比べ、慌てて調剤し投薬した。通常やっている確認が抜けてしまった。	薬袋記載の薬剤名と薬剤が合っているかの確認を徹底する。			アセトアミノフェン錠２００ｍｇ「三和」 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
669	粉・シロップ剤が苦手なため、苦肉の策でタリオンＯＤ錠を処方。しかし、5歳以下に適応が無かった。	母親がシロップが飲めなくて医師に相談。医師からつぶつぶとシロップどっちがいい？と言われ、粒粒が粉と勘違い。医師もおそらく、錠剤と粉と表現したかったのを言い間違えたのだろう。	アレルギー薬など、年齢によって服用制限のある物には注意が必要。			タリオンＯＤ錠５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
670	14カプセルシートを10カプセルシートと思い込み交付	ウェークリーシートに慣れていなかった	調剤薬剤師と監査薬剤師を分ける			オノンカプセル１１２．５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
671	ムコスタの棚にレバミピドが8錠入っていた	ムコスタとレバミピドの包装が似ていた為、ムコスタの棚にレバミピドを戻してしまった	棚に戻す時は、薬剤の名前を必ず確認する事を徹底する			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
672	デエビゴ服用中の患者に対して今回、新たに処方されたクラリスを調剤、投薬しようとしたが鑑査のタイミングで併用禁忌に気が付き、病院に疑義照会をしたところクラリス→ロキシスロマイシンに変更になった。	処方時に医師の併用薬確認が漏れていた。	鑑査時に併用薬の確認を徹底して行う。			デエビゴ錠５ｍｇ クラリス錠２００	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
673	にきびで2回目の受診で、一通りにきびの治療薬が処方されていた。その中にノイロトロピンが処方されていたので、監査時に不信に思い患者に痛みがあるか確認したがないとの事。事情を聴くと他の病院でノイロトロピンをもらっていて、うろ覚えで先生に処方をお願いした	調剤した薬剤師は処方箋内容が症状に合わないことに気が付かず、処方通りに調剤を行っていた。処方内容が正しいかいつも疑うといった基本的なことを怠っていたた	普段処方されていない薬が処方されている場合は必ず患者に症状を確認し、疑いがある場合は処方誤りを念頭に置き基本的な薬剤師の職務を怠らない			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
674	調剤室で対象患者の処方薬としてオルメサルタンOD錠10ｍｇ「DSEP」を取り揃えていた。上の引き出しの在庫が少なくなったため、補充用の引き出しを開けたが、在庫量に違和感を感じたため、上にある対象薬剤のふたつ隣の引き出し（別規格）を開けたところ、40mgの引き出しに10mgの在庫100錠包装1箱を確認した。調剤中の出来事であり、患者被害はなく、入れ間違えの薬剤を正しい場所へ戻した。	発注した薬剤を保管棚へ入れる際に、「慣れ・慢心」が原因で10mgと40mgの引き出しを入れ間違えたと思われる。間には20mgの引き出しもあったため、両薬剤の距離は多少離れていたが、規格を十分に確認しないまま引き出しへ入れ間違えたことが想定される。	事例が発覚した直後に、従業員へただちに連絡、薬の入れ間違えについて注意するよう指導をした。また、日頃より複数規格がある薬は隣同士の棚に保管しないよう別な薬を間に挟んでいるが、取り揃えだけでなく、棚に戻す時も細心の注意を払い、必要に応じて張り紙やマーキングなどの注意喚起を行う。			オルメサルタンＯＤ錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」 オルメサルタンＯＤ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
675	フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液２７．５μｇ１２０噴霧の処方で、入力されたメーカーと実際に患者に渡した薬のメーカーを間違えてしまった。入力の時点で薬局の在庫が「武田テバ」しかないにもかかわらず、「タカタ」の入力がされていたのを鑑査で見逃した。	エリシアの薬品マスタの登録も「タカタ」の情報に「武田テバ」の情報が登録されていた。アテルノも同様に登録されておりアテルノも通ってしまった。	マスタの入力の時点で間違っていたので、その入力をしっかりダブルチェックしなければならない。しっかり鑑査をするときにメーカーまで手でなぞって確認する			フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液２７．５μｇ「武田テバ」１２０噴霧用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
676	いつもは呼吸器内科で喘息の薬をお渡ししている患者様です。外科（初診）で「レトロビルカプセル100mg　1カプセル　1日1回朝食後　14日分」の処方せんFAXを受付けました。在庫薬ではないということもあり、抗HIV薬レトロビルの添付文書を確認したところ用法用量も合わないので疑問に感じました。外科で50代女性なので乳がん手術後のレトロゾール処方との間違いを疑いました。患者に電話で確認すると、乳がんの手術を受けたとのことでしたので疑義照会し、レトロゾールの処方間違いであったと回答がありました。	処方時に「レトロ」で検索したのか、処方したい薬剤とは違う類似名称薬剤が入力されてしまった事例です。今処方のような事例では十分な確認がないまま発注・調剤・交付してしまった場合、患者の健康被害・不利益や薬局の（高額）不動在庫につながる可能性があります。投薬時に間違いの判明に至る可能性は高いと思いますが、患者本人に受診理由や処方薬について十分説明しながら投薬するのはもちろん、受診科や添付文書と合わない処方は交付前に積極的に確認する必要があります。	受診科や受診理由（症状）、添付文書と合わない処方については交付前に積極的に確認する必要があります。			レトロビルカプセル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
677	以前から使用している薬でこれまで何度も処方してもらっている薬を再び処方してもらったから、いつも通りよろしくと言って処方箋を渡される患者様。１３種類ある薬がそのまま同じように処方されていたため、疑うことなく調剤して説明してお渡し。 渡した後に見直していて間違いに気が付く。これまで１３種類目の薬剤は（般）クロベタゾールプロピオン酸エステルクリーム　１０ｇだったはずが、よく見ると今回は（般）クロベタゾン酪酸エステルクリームになっていた。慌てて患者様へ連絡し、いつもと違うクリームを希望したのか確認したところ、そんな話はＤＲと一切しておらずいつもと同じクリームを処方してもらうことになっていたので、今日もらったこのクリームで大丈夫ですとのこと。つまり病院の打ち込んだ処方箋の薬剤名が間違っていたということが分かり、ＤＲへ疑義照会し訂正していただいた。	いつもの薬をお願いしたという患者の言葉から、処方箋内容は同じものが出ているはずという思い込みがあったと思われる。明らかに全く異なる名称であればまだしも、一般名称が似ていたことも災いした。	いつもの薬という先入観・思い込みは持たないように気を付ける。一般名称が似ているもの（今回はステロイドでしたが）は、きちんと落ち着いて名称の末尾まで確認すること。			クロベタゾン酪酸エステルクリーム０．０５％「イワキ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
678	６月にアジルサルタン・アムロジピン５ｍｇ配合錠の処方がされていたが、以前よりテルミサルタン４０ｍｇ・アムロジピン配合錠を服用していたことから今回も同じだと思いこみ、テルミサルタン４０ｍｇ・アムロジピン配合錠を調剤して交付した。７月になって再来局した際にアジルサルタン・アムロジピン配合錠の処方であったので前回処方せんを確認したところ調剤過誤を発見した。患者に血圧上昇、副作用のような体調不良、健康被害は無かった。	配合剤の一般名処方の確認が不十分であったことと、以前からテルミサルタン４０ｍｇ・アムロジピン配合錠を服用していたことから今回も同じであろうという思い込みが重なり今回の過誤発生につながった。	配合剤の一般名処方については処方せん鑑査と薬歴簿の確認を徹底して再発防止に努めたい。			ジルムロ配合錠ＨＤ「武田テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
679	在庫管理をしていたら、カロナール錠200とカロナール錠300の在庫数が理論在庫数と合わない。カロナール200が276錠少なく、カロナール錠300が276錠多くなっている。そのため、1か月でカロナール錠300を調剤した患者リストを調べ、当該患者にカロナール錠300が276錠処方されていることが判明した。その際に、カロナール200錠を誤って渡していると考えられ、すぐに来局している患者の息子さんに電話連絡し、経緯を説明した。確認してもらうと、確かにカロナール錠200を渡しており、調剤過誤が判明した。しかし、残薬がまだあったため、今回渡した分は袋も明けておらず、服用していなかった。すぐに取り換えに行きお詫びした。	調剤薬剤師、交付薬剤師（監査と同じ）はどちらも経験年数が長いベテラン薬剤師である。通常、近隣クリニックからの処方はカロナール錠200もしくはカロナール錠500が多く、今回は遠方のクリニック処方、92日処方で、慌てて在庫数の確認のほうに気持ちが集中してしまい、いつも調剤しているカロナール200を調剤したと思われる。	幸い、患者さんの服用には至らなかったが、とにかく、監査の徹底、交付時に患者さんと一緒に処方箋を見せながら再確認することを徹底することとした。			カロナール錠３００	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
680	ジヒドロコデインリン酸塩散　1%　3ｇ　分3　毎食後の処方せんを受け、コデインリン酸塩散1%「メタル」　3ｇ分3　毎食後にて投薬しそうになった。	通常、ジヒドロコデインリン酸塩散1%の取り扱いがなく、処方箋を見てコデインリン酸塩散１%「メタル」だと思い込んだ。当該薬剤師以外の薬剤師が違いに気づき、用量換算をし直して疑義照会後、コデインリン酸塩散1%「メタル」　6ｇ分3毎食後に変更してお渡しした。	薬局内にて、用量換算・似たような名前の薬剤について再確認し学ぶようにした。			ジヒドロ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
681	ゾルピデム酒石酸塩錠5ｍｇ「明治」を交付するところにゾルピデム酒石酸塩ＯＤ錠10ｍｇ「サワイ」を交付してしまった。その日の業務最後の向精神薬の在庫チェックの際に在庫数が合わないことに気づき発覚した。	経験年数が１年に満たない新人というところもあるが、他の薬の変更などの説明が重なり、そちらを重視してしまったため、他の薬のチェックがおろそかになったことが予想される。	基本に忠実に薬剤と処方箋　薬歴などチェックし、複数規格があるものは特に注意し、交付時には再度確認をする。ダブルチェックをしっかり行い、特に注意が必要なものは声掛けをしていく。			ゾルピデム酒石酸塩錠５ｍｇ「明治」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
682	ジクトルテープには、１袋１枚入りと１袋７枚入りがある。３５枚処方されていたので、７枚入りを５袋調剤すべきところを、１枚入り５袋で調剤してしまった。後日、患者本人から薬がなくなったとの連絡があり、速やかに不足分の３０枚をお渡しした。	当薬局には、ジクトルテープの処方元が２医療機関あり、７日分単位で処方する医院と、そうではない医院がある。そのため１枚×７０袋入りと７枚×１０袋入りの２包装品を在庫してた。誤りが判明した後で手にすると明らかに厚さが違い、区別ができそうのものだが、外装の色やデザインはほとんど同じこともあり、実際に間違えてしまった。	１枚入りの包装品については、開封後、７袋一組で輪ゴムでくくることにした。これにより、どちらの包装で調剤しても数量を誤りにくくなるように対策を講じた。２種類の包装があることを職員全員に周知した。			ジクトルテープ７５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
683	新規採用品であるベピオローションが30ｇで処方されたおり、容器の形状が今までの採用品であるゼビアックスローションと類似していたため、内容量もゼビアックスローションと同じ10ｇ包装と勘違いして3本調剤してしまった。	ゼビアックスローションとベピオローションの容器が似ているため、内容量も同じと考えた。	ベピオローションはベピオゲルと同じ15ｇ包装であることを周知する。			ベピオローション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
684	エパレルスタットで調剤の所間違ってジアゼパムを投薬。3日間服用してしまったが身体への影響はなし。	似たようなヒートを近くに配列したため本人が入ってない薬をダブルチェックなく取って調剤してしまった。	なるべく似たようなヒートは離すようにして必ずダブルチェックするように			エパルレスタット錠５０ｍｇ「ＶＴＲＳ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
685	当処方はテラムロAP（一般）。前回処方はテルチア（一般）。　薬剤師は患者に血圧の悪化がないことを確認したのにも関わらず、変更したということだけを伝え投薬してしまった。翌日やはりおかしいのではと来局時に別の薬剤師が対応。医師より変更の話題がなかったと確認したうえ病院へ疑義照会。結果病院での似ている名称なので打ち間違えていたことが判明。患者は残薬を服用していたので健康被害はなかった。	忙しさや、慢心によりきちんと患者の話と処方内容の整合性を確認しなかったことによる事例。	今後かならず、処方内容の変動の話題の有無・ききとった体調などと処方薬剤に疑義がないかを精査し、少しでも気になる点があった場合は医師に確認するようにする。			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
686	汗疹の水剤処方で、容量が2本分のところを気付かず1本で調剤、監査システムの本数確認を怠ったためと考えられる。	混合薬剤の1本分の容量把握ができていなかった、監査システムが数量まで照合できないことが発生要因と思われる。	本分の容量が分かり、処方数が明確になるよう表示方法を検討した。			エタノール「ケンエー」 ハッカ油「ニッコー」 グリセリン「ケンエー」 タルク「ケンエー」 酸化亜鉛「ケンエー」 精製水「ケンエー」 サリチル酸「ケンエー」 硫酸アルミニウムカリウム「カナダ」	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
687	定期でリウマチの治療をされている方にメトトレキサートが処方されていた。火曜日と水曜日の２日かけて服用する患者様で、火曜日に16Ｃ、水曜日4Ｃを服用していた。交付時に4C/シートを4枚と、1枚＋1Ｃを輪ゴムでとめてお渡ししてしまった。調剤した事務が1Ｃ在庫が足りないことに気が付き、4Cで割り切れるはずなのに輪ゴムで端数を止めたと記憶していた患者様にＴＥＬして発覚した。	忙しい時間帯で、慌ただしく作業していた。普段から数を間違えやすいので注意していたが、無意識に調剤してしまい、監査もそのまま行ってしまった。輪ゴムで止めた部分が見えない位置にあり、交付時に確認が出来なかった。	忙しい時ほど、落ちついて調剤する。端数がある場合は患者様としっかり数を確認してからお渡しする。			メトトレキサートカプセル２ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
688	ロスバスタチン5mgを交付すべき所、2.5mgで交付してしまった。	朝一番の時間帯で、薬剤師が1名のみで、監査体制が整っておらず、体調不良での調剤業務で、ピッキングミスを発見出来ずに交付してしまった。	薬剤師1人の時には、更に、交付前に、しっかりと監査を行う様に、徹底する事。			ロスバスタチン錠５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
689	一包化しているビソプロロール０．６２５ｍｇが途中から２．５ｍｇに変わっていることに気づかずに患者に交付。分包機に補充する際に別規格を補充していた。	事前に分包機の補充用にヒートからバラしていたが、その際に別規格を用意して気づかずに分包機に入れた。一包化の監査の際に一包目の内容を確認して、それ以降は数のみ確認していたため、大きさは違うものの同じ白色の規格違いに気づかずに患者に渡した。翌日別薬剤師が、他の方の監査時に薬が違うことに気づき、前日の患者の間違いに気づいた。幸い別規格分は服用しておらず、正しく分包しなおした。	事前にバラを作る際には十分に注意する。ダブルチェックが機能していなかったため、分包の監査の際には最後も確認する			ビソプロロールフマル酸塩錠０．６２５ｍｇ「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
690	処方箋にはジクロフェナク(25)とムコダイン(250)　疼痛時　10回分で処方されていた。医師はジクロフェナク(25)とムコスタ(100)を処方したつもりであった。「ムコ」が一緒のため、間違えて薬剤を選択してしまったと確認。	鑑査・投薬者は喉の疼痛かと思い、投薬を開始した。患者は「生理痛で使用する」と服用目的を確認したが、繁忙のためそのままお渡ししてしまった。お渡し直後にムコスタの処方間違いだと考え、処方医師に確認。薬剤の変更になった。	・薬剤師内でのコミュニケーションをとる。・薬局内で相談しやすい環境を作る。・人手不足のため、会社は従業員の確保に努める。			ムコダイン錠２５０ｍｇ 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
691	6/23　プレガバリン25ｍｇ「ファイザー」からプレガバリン75ｍｇ「ファイザー」増量処方であり　変更不可欄にチェックあり変更不可　気付かず薬局採用薬である、「サワイ」でお渡し7/28定期来局　処方箋で変更不可チェックに気づき、ファイザー取り寄せし、お渡し健康被害なし前回処方箋確認し、変更不可ついている事確認し、病院、患者様に説明、謝罪。	処方箋は2次元なし。手入力だった入力者、薬剤師共にスルーしてしまった。前回まではプレガバリン25ｍｇ「ファイザー」処方で、薬局採用薬も「ファイザー」だった。	特に2次元がないものに関しては念入りに確認する。変更不可を使う先生の確認			プレガバリンＯＤ錠７５ｍｇ「サワイ」 プレガバリンＯＤ錠７５ｍｇ「ファイザー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
692	再発性の単純疱疹に対するファムビルのPITによる短期間投与 次回の再発分の処方までに留めることとなっているため、今回処方分と次回分を合わせても２日分しか処方できないところを７日分処方があり、そのまま患者さんに交付。交付後に気づき、その後病院へ疑義。１日分の処方へ変更となる。患者様より医薬品を回収、返金対応と共に謝罪。健康被害はなし。	再発性の単純疱疹に対するファムビルのPITによる短期間投与に対する知識不足。また、添付文章も目立つようには記載がなく、確認漏れ。	今回の事例を皆で共有、周知。			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
693	調剤した者は患者の希望通り先発を用意したが数が間違えていたため、監査した者が不足分を取りにジェネリックの引き出しを開けて交換。用意されていた錠数は２８錠、必要数は３０錠。８錠のシートだけ取ってジェネリック引き出しに戻し、代わりに１０錠シート１枚と交換。シートデザイン、色が似ていたため投薬時も気が付かずそのまま投薬。１０錠はジェネリック、２０錠は先発の組み合わせで渡してしまった。	調剤者に指摘し、錠数変更してもらうべきところを監査人自ら訂正し、その後の確認を怠ってしまったことが要因。	監査時に錠数違いが発覚した時は必ず調剤者に言って交換し、監査人はその後の監査に徹することとする			フェブキソスタット錠４０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
694	処方箋には、カロナール300の指示であったが、汎用されている200を調剤し別な人の鑑査を受けずに患者に提供した。その後、すぐ後に事務員が処方箋を確認し過ちに気が付いた。頓服であったこともあり、患者が服用する前に適切に交換できた。	いつも多くが処方されているものがカロナール200であったことから、とっさに200を調剤した。	手順通りに、全ての調剤を鑑査するように徹底した。			カロナール錠３００	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
695	令和３年８月５日よりテリボン皮下注を開始し、令和５年１月２６日に、吐き気や頭痛の副作用で中止となった。その後、骨密度などを測定したところ、令和５年３月にフォルテオ皮下注が開始となった。５月に来局した際、医師からしばらくの間継続との話があったとのこと。患者は、他の整形外科も以前から受診しており、エルデカルシトールも服用を始めたところで、さらに市販のカルシウム剤も服用していた。高カルシウム血症のリスクが高く、同じテリパラチド皮下注を、中断期間を含め、２年になろうとしているため、メーカーに確認したところ、２４か月をめどに中断しなければならないとのこと。医師にトレーシングレポートで伝えたところ、７月の受診の際、今回でフォルテオ皮下注は中止すると言われた。	骨密度がかなり低く、腰の手術も受けている患者。日頃から市販のカルシウム剤も服用しているため、普段から高カルシウム血症のリスクが高い患者であった。そのため、継続もやむを得ないことかと思ったが、２４か月以上使用した場合のリスクもあるのではないかと不安になり、メーカーに確認。絶対止めるように言われたため、すぐに医師へ連絡。テリボン、フォルテオ皮下注の使用期間の合計で、２４か月にすることができた。テリボン皮下注とフォルテオ皮下注を処方した医師が違っていたことも要因と考えられる。	フォルテオ皮下注やテリボン皮下注など、開始時期を薬歴に記入していても、一旦中止すると、使用期間が曖昧になってしまうことがある。投与日数制限のある薬は、薬歴の頭書きなどに、注意喚起しておくことが重要だと感じた。			フォルテオ皮下注キット６００μｇ	ヒューマンエラー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	エスシタロプラム10mgの半錠予製の分包に「エスタゾラム10」と印字されているものがあることが定時チェック業務で発覚した。エスシタロプラムの半錠を処方された患者2名に連絡を取った結果、1名に誤った印字がされたものをお渡ししていた。	調剤者の入力ミス、監査者の確認漏れ。エスシタロプラムは薬品名が分包作成時の呼出し薬品に登録されておらず、調剤者が直打ちで入力していた。	分包作成時の呼出し薬品としてエスシタロプラムを登録した。事例を周知し、監査時には中身の薬品だけでなく分包の印字も確認するよう改めて指示した。			エスシタロプラム錠１０ｍｇ「ニプロ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
697	メトグルコ錠５００ｍｇ２Ｔ２×Ｎ　３０ＴＤ　６０錠お渡ししなければいけないところ、３０錠でお渡ししてしまった	先発品と後発品を間違えないようにと気を取られた為、計量数を間違えてしまった	調剤者と監査者の連携をしっかりと行う			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
698	足の裏の湿疹で通院中の患者（１回／月）　約１カ月前よりエクラープラスター処方　再処方されたがドレニゾンテープをお渡し　再診時にクリニックにて発覚	調剤時にエクラプラスターと処方せんで確認したがステロイド剤の外用貼付剤の認識でドレニゾンテープを調剤した　再処方であったが使用感（貼り心地）や貼付方法の確認をおこたった	薬剤情報提供書の画像を用いて監査する　投薬時に効果・副反応の確認だけでなく使用感や使用方法の確認を行う			エクラープラスター２０μｇ／ｃｍ２	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
699	50ｍｇアリナミン錠3錠の処方。過量。疑義し25ｍｇへ減量となる	普段25ｍｇの処方が多いので50ｍｇの処方で違和感	新規処方の際注意する			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
700	一般名でアモキシシリン細粒２０％と記載、半量で分包し投薬	前回まで、アモキシシリン10%で成分名で記載してあり、調剤でワイドシリン２０％で調剤しているため、レセコン入力は２分の1で入力。今回より２０％と記載してあったため、慣れからの判断ミス	きちんと最後まで見る			ワイドシリン細粒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
701	施設の人の薬で、リバスチグミンテープ（９）を違う患者さんの袋に入れてしまいました。	外来患者さんも多くて忙しくしてました。	忙しい時間帯は、なるべく避けて確認するように、今後は気を付けていきたいです。			リバスチグミンテープ９ｍｇ「ＫＭＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
702	いつも当薬局を利用している患者さんから今日病院を受診すると連絡あった。いつも1包化で管理している患者さんのため事前に定期薬を作成しておくことにした。来局時に処方せんを確認したところプレドニゾロン錠1ｍｇが3錠→2錠へ減量となっていた。作成していた1包化を作り直すことになり薬剤師が1包化の鑑査を行った。特に問題無いと確認したが取り除いたプレドニゾロン錠1ｍｇを確認してみたところプロテカジン錠が2錠入っていた。改めて1包化を鑑査したところ2包プレドニゾロン錠1ｍｇではなくプロテカジン錠が抜かれていたものがあったため、正しく作り直してから患者にお渡しした。	プレドニゾロン錠1ｍｇとプロテカジン錠10はどちらも白い錠剤のため間違えて取り除いてしまった。患者さんを待たせているため慌てて作り直したこともあり間違えてしまった。	1包化を鑑査する際は錠数だけでなく類似してる錠剤が紛れ込んでいる可能性も考慮して鑑査する。			プレドニゾロン錠１ｍｇ（旭化成）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
703	テルミサルタン20は14錠シートの包装だが、12錠を14錠と判断してしまった。	きちんと確実に錠数を確認しなかった。	パッと視界だけで判断しないで、手に取って錠数を数える様にする。			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
704	ビラノアOD錠の処方があり、在庫の都合でビラノア錠を調剤することとなった。事務スタッフから口頭で伝えられたが、他の薬剤の調剤などをしていたので気づかなかった。その結果ビラノアOD錠を調剤した。監査機では警告音が鳴らなかった為、そのまま監査して患者様にお渡ししてしまった。	この患者様は軟膏の混合があり、忙しい時間帯だった。スタッフ間でコミュニケーションがとれていなかったのが原因と考えられる。	口頭指示だけでなく、処方箋にメモ書きをして周知を徹底する。監査機が普段と違うようなことがあれば、確認を徹底する。			ビラノア錠２０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
705	新患でメソトレキセート錠2.5ｍｇ　２錠　分１朝食後　２日分　日曜日服用　フォリアミン錠　１錠　分１朝食後　月曜日服用上記処方。メトトレキサート服用は初めての患者。店内在庫はメトトレキサートカプセル２ｍｇサワイしかなく、土曜日の為入庫が月曜日になることを説明し、服薬方法などを事前に説明の上、いったん患者はお帰りに。月曜日に当該薬局の別の薬剤師へ取り寄せの経緯について情報伝達の際に、適応と用法。病名が異なることに気づき発覚。疑義紹介の末、リウマチへの処方でメトトレキサートカプセル２ｍｇ　２Ｃへの変更と確認。交付前だったため変更経緯を患者に説明し、事なきを得た。	メトトレキサートが主成分で異なる規格で適応が異なる薬剤があることの知識不足と、処方背景の確認不足。	新規で取り扱う薬剤が処方された際の処方背景の確認の徹底と、7同成分で適応が異なる薬剤の例についての研修を行う。			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
706	一般名記載の処方箋を受付け、先発・後発の希望を聞いた際、事務は先発と認識し、薬剤師は後発と認識。印字情報は先発、調剤は後発の為患者様に確認したところ、後発希望とのことで、後日返金の流れになった。	スタッフ間の確認ミス	一般名で処方されたものを、スタッフ間で確認をする。			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
707	2022年12月某日(月)に、平素より当薬局を利用している患者(66歳男性)が処方箋を持って来局した。処方箋には【般】カンデサルタン・アムロジピン5mg配合錠　１日１回１錠朝食後　と記載されており、一包化指示のある処方箋の為、一包化調剤を行った。カムシア配合錠HD「あすか」で調剤を行うべきところ、一包化調剤を行った薬剤師はカデチア配合錠HD「あすか」と思い込んで調剤してしまった。監査者が気づき、調剤し直したものを患者へ交付した。	薬品名の類似(メーカーも同一)が発生要因と思われる。	一般名処方の配合錠や名称類似品は取り違いが起こりやすい為、一包化調剤を行う前にダブルチェックを行うようにする。			カムシア配合錠ＨＤ「あすか」 カデチア配合錠ＨＤ「あすか」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
708	今までは先発品のアジルバ錠40ｍｇで交付していた患者様がいました。最近になって、当局の都合でアジルバ錠40ｍｇの採用中止して、ジェネリックのアジルサルタン錠40ｍｇ武田テバを在庫する様になりました。アジルバ錠40ｍｇで処方されても、在庫のあるアジルサルタン錠40ｍｇ武田テバに入力内容を変更すべきところを、前回通りアジルバ錠40ｍｇで入力してしまいました。監査者もそのことに気が付かず、入力内容がアジルバ錠40ｍｇとなっているにも関わらず、アジルサルタン錠40ｍｇ武田テバを交付してしまいました。	受付スタッフに、採用薬がアジルバ錠40ｍｇからアジルサルタン錠40ｍｇ武田テバに変更されたことが伝わっていなかったという事と、監査者が入力された内容と調剤されている薬が異なるという事に気が付かなかった事が原因です。	採用が変わった薬については、店内でしっかりと情報共有します。監査する者は、調剤された医薬品を処方内容や入力内容と照らし合わせて、間違いがないかをしっかりとチェックする様に気をつけるようにします。			アジルサルタン錠４０ｍｇ「武田テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
709	以前にルリコン軟膏の処方歴が有り、Ｄｏで入力してしまった。現在はルリコン軟膏の在庫は無くし、代わりにＧＥのルリコナゾール軟膏「イワキ」を在庫していたが、気が付いていなかった。その為、名称が同様のルリコン液を調剤・監査・投薬してしまった。	お盆期間の変則シフトのため不慣れなものが入力し、少ない人数で薬局業務を回していたのもあり注意力が散漫になった。	普段より患者数が少ないと予想されても近隣で開院しているクリニックがある場合の人数設定を熟考する。在庫管理をしっかりと行う。			ルリコナゾール軟膏１％「イワキ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
710	フォシーガ10ｍｇをお渡しするところ、フォシーガ5ｍｇ錠でお渡し。後日患者様より電話があり「今、薬を飲もうと思ったらいつもとミリ数が違う」在庫数確認したところ間違えが判明。お電話でお詫び後、すぐにお取替えに伺った。	土曜日で人が少なく、患者様が混んでいた時間帯でか鑑査を焦ってしまった。	お待たせする時間が少し長くなったとしてもしっかり落ち着いて鑑査をする。			フォシーガ錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
711	分包時、アムロジピンOD錠５ｍｇサワイを使用するべきところ、アムロジピン錠５ｍｇにて調剤してしまった。OD錠はほとんど使用することがなく、錠剤は自動分包機にてバラ錠で設置。使用頻度も錠剤のほうが圧倒的に多かった。	勤務薬剤師であれば発生しないミスが実習生によって発生。想定外だったため指導も怠ってしまった。	指導薬剤師により、より細かく指導。実習生の視点も頭に入れて対応すること。			アムロジピン錠５ｍｇ「杏林」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
712	トラネキサム酸250mg 6錠 3×で交付した患者様(以後「前者」)のご家族(以後「後者」)にトラネキサム酸500mg 3錠 3×で交付した(医薬品供給が不安定のため規格違いで交付した)際、前者と内服する錠数が異なることを伝えていなかった。帰宅後に内服させた際、錠数を間違えて飲ませてしまったと連絡があり発覚。	COVID感染患者だったため、必要最低限の説明だったこと。前者と後者に投薬した薬剤師が異なるため、どの規格で出ているか確認していなかったこと。	家族かどうかわかるように注意書きを残し、投薬前に確認してから投薬する。			トラネキサム酸錠５００ｍｇ「ＹＤ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
713	規格間違い　0.5mgのものを調剤するところ1mgを調剤してお渡ししてしまった。患者様帰宅後間違いに気づいて電話がありお取替えに行った	処方箋の確認が不十分で思いこみ、集中力が低下していた	2段階で監査を行っているがさらにもう一段階の監査を取り込む、もしくは患者様と一緒に確認する。			ジエノゲスト錠１ｍｇ「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
714	平素から当薬局使用している患者様。家族が来店。シグマビタン配合２５ｍｇ３Ｔ３×　がカットされており、ニコランジル錠５ｍｇ３Ｔ３×　追加になっていた。変更について聞いているか確認したが本人じゃないので分からないとのことだった。家族が本人に聞くとのことでそのまま投薬してしまった。その後ＨＰよりＴＥＬあり「シグマビタン」と「シグマート」を間違えた、とのことだった。Ｐｔが来店され、薬交換となった。	繁忙の時間だったが、変更について本人、または家族が聞いていないならば処方もとに疑義紹介するべきだった。	変更について本人、または家族が聞いていないならば処方もとに疑義紹介する。			シグマビタン配合カプセルＢ２５	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
715	皮膚科よりトランサミン錠を処方服用中の患者が風邪で来局。内科医よりトランサミン錠が処方されたので、疑義照会にて削除を確認し、重複を防止した。	お薬手帳の確認不足による処方	併用薬の確認の徹底			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
716	併用薬でトアラセット配合錠4T/日服用中にたいし、アセトアミノフェン200ｍｇ　3T　分3　5日で処方あり。トアラセットですでにアセトアミノフェンとして1300ｍｇ/日のため追加されたアセトアミノフェン200ｍｇの処方確認。	90歳の高齢者のためCcr60以下の場合1回500から600ｍｇの記載から判断しアセトアミノフェン200ｍｇ3Tで追加となると1900ｍｇ/日になるため。問題ないとも思われますが疑義照会必要と判断。	併用薬、患者様の病態、体調状態を把握した上で預かった処方が問題ないか確認。			アセトアミノフェン錠２００ｍｇ「ＮＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
717	翌日朝、患者様から10錠足りないと電話あり。	42錠確認したつもりだが、100パーセントの自信なし。	2重、3重に確認する。			ロスバスタチン錠５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
718	処方箋の処方薬とそこに記載されていた持込薬の成分が、名称は類似しているが別のものであったため処方間違いではないかと考え介入に至った。ユベラNCap100mgの成分はトコフェロールニコチン酸エステルであり、ユベラ錠の成分はトコフェロール酢酸エステルであり異なるものであるが、ユベラという名称までは同じであるため錠とNカプセルで処方入力間違いの可能性があると考えた。処方元医療機関に対して、ユベラNカプセルとユベラ錠で成分が異なっており、記載のあった持込薬に記載のあるトコフェロール酢酸エステルに関しては、ユベラ錠(50)の成分名であるため処方に間違いがないか確認を行った。医師及び処方元医療機関から、薬剤名の入力間違いであった為、処方をユベラ錠(50)　3錠　1日3回　毎食後　に変更するとの返答を得られた。	病院内ではユベラ錠の採用品がなかったため、ユベラNソフトだと思い込み処方を出してしまった可能性がある。	一般名と製品名が類似しているものに関しては棚に注意喚起のしるしをつけた。			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
719	今回からカムシアHDからテラムロBPに変更になっている患者であり、一般名処方で記載されていた。以前より該当患者は1包化をしており、1包化の機械に処方せんの情報を入力するのは薬剤師が行っている。その際に一般名処方のアムロジピンの部分に目が行ってしまったせいか薬剤の変更に気付かず、前回同様カムシアHDで入力を行った結果、誤った薬が入った1包化薬が出来上がり、監査の時点でそれが発覚した。	合剤の一般名処方の際に、合剤の中身をしっかり確認しなかったことが原因と推察される。	合剤の薬が処方され際にはその中身がなんであるかをしっかりと考えてから調剤を行うことを徹底することが重要と考えられる。			カムシア配合錠ＨＤ「サンド」 テラムロ配合錠ＢＰ「ＤＳＥＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
720	自薬局にてパーキンソン病に対して定期的にセレギリン錠を交付。パーキンソン病院主治医の紹介で排便専門の消化器科を受診、そこでセレギリンと併用禁忌のエスシタロプラム錠が処方されていた。お薬手帳にて発覚。消化器科医師に連絡、服用中止の指示をもらい、患者へ連絡。パーキンソン病院主治医にも経緯を報告。	消化器科でのお薬手帳の確認がなされていなかった。	お薬手帳や患者聞き取りによる併用薬の確認の徹底。セレギリンなど特に併用禁忌の多い薬剤はさらなる注意喚起のためにリストシートを調剤室に掲示。			セレギリン塩酸塩錠２．５ｍｇ「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
721	当該薬局の薬剤師が調剤棚を確認した際、ヒアレイン点眼液0.1%の調剤棚へヒアルロン酸ナトリウム点眼液0.1%「ニッテン」が５本誤って入っているのを見つけた。発見前に誤った薬剤が調製されたかは不明。	外観が類似した薬剤であった。薬剤を補充した際、もしくは一度調製した薬剤を戻した際に誤った調剤棚へ戻したと考えらえる。	薬剤の補充や戻す際は、指差し確認を徹底する。			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％「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
722	居宅管理指導をしている患者で、他病院から緊急入院した旨、お薬手帳の情報と分包された薬が違うと電話連絡あり、在庫、処方箋確認したところ分包された薬は正しいも、今回からHDからLDになっており、情報がそのままわたってしまった事判明、その旨伝えた。	分包した薬と処方箋の照らし合わせはしたが、居宅のため急いでいて薬袋等との照らし合わせを怠った。	決められた手順にのっとって行なう。			イルアミクス配合錠ＬＤ「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
723	薬袋を入れ間違えてしまい、ベポタスチンを1日３回服用してしまっていた。	新患で初回アンケートを記載してもらったが、同一処方せん内の薬で副作用歴があり、薬変更の疑義照会をしていたため数十分薬局内でお待たせしていた。コロナの隔離期間が終わった直後の患者であり、咳症状がひどく、薬局内でも立て続けに咳をしていた。周りに他の患者も複数名いる状況で、感染リスクもあり、かつ本人の体調悪化も考慮しなるべく早く帰してあげようと焦ってしまった。	焦らず、落ち着いて、投薬を行う。薬袋に薬の画像を印刷する。			ベポタスチンベシル酸塩錠１０ｍｇ「タナベ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
724	新規の患者様であり、お薬手帳を持参されていた。２つの医療機関からエフピーOD錠2.5mgを含む13種類を服用していた。今回A医療機関からトアラセット配合錠が処方された。電子薬歴の添付文書機能を用いてトアラセットの禁忌・警告の欄を見て相互作用を確認したが、エフピーとの併用禁忌を見落としてしまった。 4日後、薬剤訪問を行っている別の保険薬局からトアラセットとエフピーの併用禁忌について情報提供を受けた。その後トアラセットの処方医に連絡し、服用中止、処方削除となり、該当薬剤の回収を行った。患者様は4日間でトアラセットを6錠服用された。処方翌日の午後、デイサービスから帰った所をヘルパーが普段より具合が悪そう(息切れ、チアノーゼ)と救急へ連絡し、搬送された。搬送先の医師からは「異常はない、原因不明」とその日の内に自宅へ帰られた。その後体調に変化はなかった。	忙しい時間帯であり、また併用薬が13種類と多く焦ってしまった。相互作用の確認を添付文書の禁忌・警告の欄で行ったが、エフピー(商品名)とセレギリン(成分名)がはっきりと結びついていなかったため、トアラセット配合錠との併用禁忌を見落とした。	相互作用の確認を行う際は添付文書の相互作用の欄を確認する(医薬品名の記載があるため見落としにくくなる)。併用薬が多くても注意が必要な薬剤がどれか意識して監査を行う。併用禁忌の多い薬剤の商品名と成分名が結びつけられるようにする。			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
725	オロパタジンDS分包品が流通が不安定の為、通常1日0.5g分２の処方が多いため、バラ製品を0.25gに分包し予製をしていた。当該患者は1日1g分２処方であった。通常であれば製品バーコードを監査システムにて読込むため0.5g、0.25g分包品で調剤ミスに気付くが予製品のためバーコードがなく取り間違いに気づかず交付	0.25g品と大きく掲示し注意喚起した	0.25g品と大きく掲示し注意喚起した			オロパタジン塩酸塩ドライシロップ１％「日本臓器」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
726	タリージェ2.5ｍｇ処方を5ｍｇでお渡し。	忙しい時間帯での発生。	ダブルチェックの徹底。投薬時、きちんと本人、もしくはご家族にきちんと見せて確認していただく。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
727	腰痛のため、患者は（般）フェルビナクパップ70ｍｇ（10×14ｃｍ温感）35枚を初処方された。在庫が無かったため、薬剤師はどのメーカーの製品を取り寄せるか考慮。後発品は11品もあり、今後在庫を抱えないためにもなるべく少ない包装単位のものを選びたかったため、7枚×20袋単位のフェルビナクパップ70ｍｇ「ユートク」を選び、発注した。その後、ふと処方箋を見返した際、「温感」の文字に気づき、フェルビナクパップ70ｍｇ「ユートク」が温感なのか非温感なのか調べたところ、非温感タイプであることが判明。改めて、温感タイプのフェルビナクパップ70ｍｇ「タイホウ」を注文することになってしまった。が、患者に誤ったタイプのパップを渡すことは回避できた。	温感・非温感かは、よく見落とされる。今回は包装単位の少ないものを選ぶことに気が行って、その点に注意が行かなかった。入力者は、薬剤師が選んだ製品を指定して入力したため、入力者も気が付かなかった。	入力者、調剤者、鑑査者いずれも、処方箋を読む時は、薬剤名・規格・その他の情報を一句一句分けて、確認する。			フェルビナクパップ７０ｍｇ「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
728	アムロジピン錠2.5mg42錠のところ21錠を調剤監査で戻された。	疲れ、焦りによる	注意喚起のみ			アムロジピン錠２．５ｍｇ「クニヒロ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
729	患者様、クロベタゾンを希望されたがクロベタゾールで処方されていた。投薬時に、クロベタゾールを見せながら確認を行ったところ異なる医薬品の処方であると判明。疑義照会を実施。もともと希望されていたクロベタゾンに変更確認し、交付。	患者様自ら処方を希望された。ステロイド剤は名称が似ており一般名処方であるため、患者様も実物をみるまで異なる処方だと気付かなかった。	監査で処方箋どおりの医薬品を用意しても、患者様と確認するまで確実ではない。意識を高くもって、慎重に投薬を行うべきであると再確認しました。			クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「ＮＩＧ」クロベタゾン酪酸エステル軟膏０．０５％「テイコク」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
730	8月24日にリパクレオンの継続処方を受け付けた際、実在庫数と理論在庫数にずれが生じていたことで、同月5日の計数ミスが発覚した。来局していた患者の孫に伝えたところ自宅に取りに帰ってくださり、他の残薬数との差から8C余分に渡していたことを確認できたので、8Cを回収してから当日分の調剤を再開した。	リパクレオンカプセルの包装は12C/シートだが、10C/シートとの思い込みから4シート+2錠(計50錠)を渡してしまった。計数のダブルチェックはしていたが、2人ともが見逃した。	リパクレオンカプセルの収納場所に注意喚起のメモを貼付した。			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
731	７０代女性　イソソルビド内服ゼリー７０％１日２個１４日分が処方された。２８個調剤するところ、３個多く調剤した。監査者が数量の間違いに気付き正しく調剤した。	イソソルビド内服ゼリー３０％「日医工」は１箱４２個入りであり、９個入りの段と１２個入りの段が各２段入っている。しかし、調剤者はこの包装方法を把握していなかった。９個入りの段を見て全ての段が９個入りであると認識し、３段＋１個を調剤したが、調剤した３段のうち１段は１２個入りであった。	当該薬品の棚に「１段９個入りと１２個入りの２種類あり」と注意喚起のラベルを貼る。			イソソルビド内服ゼリー７０％分包３０ｇ「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
732	整形外科でメチコバール錠５００μｇを継続処方。医師が不在で内科の医師が代理で処方。医療機関のメチコバール錠５００μｇ処方のところを医療機関の事務方がメトグルコ５００ｍｇで入力。投薬時、患者様に確認したところいつものお薬を頼んだと言うことで発覚	整形外科は常に診察をしているのではなく週1回の診察で、内科の医師の代理処方は頻繁にあり。今回の患者様を含め、前回同処方・多剤服用の患者様が8割以上を占める。慢性的な慣れと思い込みがあったように思われる。今回は単品の処方であったためすぐに違いが確認できたが、繁忙期や患者集中時間には監査が疎かになる傾向があるので今後の課題になった	繁忙時簡になると患者様とのコミュニケーションなど疎かになる傾向になるので再度、時間をしっかり掛けるようスタッフ内で確認した。またレセコン入力時、変更・追加薬等があったらチェックを入れるよう指導を行った			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
733	ロキソプロフェンNaテープ１００ｍｇ「ユートク」を監査したが、入力が５０ｍｇであることに気付けなかった。	お薬手帳や調剤録の確認がおろそかになっていた。	繁忙時でも調剤録をしっかりと確認する。			ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「ユートク」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
734	処方箋には一般名でクロルマジノン酢酸エステル錠（25）1錠１日１回朝食後84日分の処方あり。入力の際に一般名で入力したところ、先発品：コントミン（25）の一般名：クロルプロマジン塩酸塩錠で入力してしまった事例	当薬局システムはレセコン入力の際に【規格・薬品名（商品名、一般名含む）３文字程度】を行っているが、【25　クロル】と検索をかけたら一般名でクロルマジノン酢酸エステル錠25ｍｇとクロルプロマジン塩酸塩錠25ｍｇが縦列しており、勘違いをしてクロルプロマジン塩酸塩錠25ｍｇを選択し、先発品のコントミン錠の入力となった	一般名の類似薬品の周知徹底を行った。規格も同じことで間違えやすい症例として再周知した。検索文字数を４文字推奨とした。			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
735	カムシア配合錠HDを45錠のところ35錠しかお渡ししていなかった。当時発熱外来を行っているため、いつもより患者さんが多く来局された。門前の医療機関以外にも処方箋が流れてきたため忙しかった。確認不足で10錠不足のまま投薬を行った。	当時発熱外来を行っているため、いつもより患者さんが多く来局された。門前の医療機関以外にも処方箋が流れてきたため忙しかった。	どんなに忙しくても確認を怠らない。時間がかかりそうっだらあらかじめ患者さんに伝える。伝えることで心に余裕が生まれると思うので落ち着いている行うように心がける。			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
736	一包化調剤している患者であり、監査時に本来バルサルタン錠40mgが入っているところにテルミサルタン錠40mgが入っていた。分包機のカセットがある薬品である。カセットを確認すると30錠程度テルミサルタンが混入していた。当該患者は作り直しで対応。他の患者は在庫数確認し混入していない事確認できた。	分包ミス等でばらしてカセットへ戻す際に間違ったものと思われる。	手順にもある様に二人の目で確認して戻す。			テルミサルタン錠４０ｍｇ「サワイ」 バルサルタン錠４０ｍｇ「サンド」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
737	施設職員から患者の口腔内と唾液が黒くなっているとの連絡があった。改めて処方内容を確認したところ昼・夕食後にドパコールとマグミットがあった。この2つの薬の同時服用により、マグミットで口腔内がアルカリ性になり、ドパコールが分解・酸化され、メラニンが生成することが原因で口腔内と唾液が黒色に色素沈着したと推測。処方医に連絡を取り、１日２回　昼・夕食後　１回１錠で服用していたマグミットを１日１回　就寝前１回2錠に変更した。また今回の事例から薬の飲み込みが悪くなっていることが判明し、併せて粉砕調剤に切り替えた。	レボドパ製剤がアルカリ性条件下で配合変化することを失念していた。施設職員との連携が上手く出来ていなく、嚥下機能が低下していて薬を嚙み砕いて、長時間口腔内に保持していたことを知らなかった。	他の施設でレボドパ製剤での配合変化が起きていないかやレボドパ製剤+マグミットを服用している人がいないかを話し合い情報共有を行った。配合変化が起きていなくても、同時服用によりレボドパ製剤の薬効が落ちているため解決方法を検討した。			マグミット錠３３０ｍｇ ドパコール配合錠Ｌ１００	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
738	前回の処方はリンデロンVG軟膏・フルメタローションが処方されており今回はリンデロンVGローションであった。レセコン入力においてローションを軟膏で誤って入力し薬袋に入れる段階で気が付き訂正した。	お盆休みが明けて繁忙期であったためレセコン入力にみすが起きた。	レセコン入力時薬品名を再度確認してから入力すること			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
739	サムスカOD15ｍｇ42錠でお渡しするところをＧＥ品を16錠分混ぜてお渡ししてしまった。本人すべて服用後に発覚した。	先発品とGE品の在庫場所が近く調剤時に混ざってしまった。監査システムを導入しているがバーコード読み取りされず、監査もスルーしてしまった。	在庫場所の見直しシート類似GEについては監査時に薬品名の確認			サムスカＯＤ錠１５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
740	イトリゾールカプセルの10カプセル包装の中に8カプセル包装があり、調剤総量をミスしていた。監査時にきがつき、正しい総量でお渡しした。	チェーン店舗内での転入で包装変更品が入ってきた際にきちんと仕分けられていなかった。	仕分け時確認徹底。監査時確認徹底も継続とする。			イトリゾールカプセル５０	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
741	ツムラ麦門冬湯3包分3毎食前30日分の記載の処方せん。入力者7.5ｇ分3毎食前で入力。鑑査者が1包＝3ｇの為全量9ｇで入力すべきと気づき訂正	ツムラの漢方薬の1包単位が2.5ｇのものが多く思い込みがあり入力　1包＝3ｇの漢方薬もある	知識不足を補うため意識高め入力。調剤者・鑑査者は注意深く確認し監査行う			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
742	ミティキュアダニ舌下錠10000JAUが処方になっていたが、前回シダキュアスギ花粉舌下錠2000JAUが処方になっていたことに投薬前の前回の薬歴確認の際に気づく。シダキュア5000JAUの間違えではないか問い合わせしたところ、シダキュアスギ花粉舌下錠5000JAUに処方変更へ。	類似薬のため、病院で処方の際に間違えてしまったと思われる。	入力時に、前回処方の確認をすること、入力者にもミティキュアとシダキュアがあり、飲み方、JAUについても知識を持ってもらうようにする。また、投薬前に薬歴確認の際にも、再度薬名とJAUの単位を確認することを徹底する。			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
743	ナラトリプタン２．５ｍｇ　頭痛時に１回１錠　２０回分処方のところ、１０回分で調剤。監査者が気づき、交付前に発見した。	調剤時に頓服回数を確認せずに、よく出る１０回分で調剤。	処方箋に記載の頓服回数のチェックをしていなかったため、調剤時には回数のチェックをする。			ナラトリプタン錠２．５ｍｇ「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
744	クラバモックス小児用配合DS 636.5mg 2.05g 2X 5TDのところ 2.02g 2X 5TDで交付してしまった。	0.505g分包品のみを在庫していたため、0.505*4と勘違いしやすかった。近隣のクリニックからは0.505gの倍数での処方が続いていた。	クラバモックスはバラ品もあることを職員に周知した。			クラバモックス小児用配合ドライシロップ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
745	シダキュア2000から開始し、シダキュア5000に増量する初回処方であった。シダキュア2000は初回病院内で服用することになっているため、薬袋が間違えている事に病院スタッフが気づき、薬局が指摘された。	かなり繁忙の中で確認不足だったことが要因として考えられる。規格まで確認していなかった。	午前中がかなり繁忙の中での出来事だった。薬袋の入れ間違いは監査時に確認することはもちろんだが、投薬時も中身と薬袋があっているかどうかも確認しながら投薬を行う。			シダキュアスギ花粉舌下錠２，０００ＪＡＵ シダキュアスギ花粉舌下錠５，０００ＪＡＵ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
746	ミルタザピン30mgを計数調剤しようとしたところ、トリンテリックス20mgが棚に混入しており、間違えそうになった。	錠剤の形状は違うが、ヒートの色や模様が似ている。別の調剤中に混入したものと思われる。	調剤中での棚への戻しは、調剤補助システムを利用するなどして、混入を防ぐように心がける。			ミルタザピン錠３０ｍｇ「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
747	（般）L-アスパラギン酸K錠の処方をLアスパラギン酸Ca「サワイ」で調剤した。	一般名の処方でGE希望の患者さんのためGEで調剤する思いが強く、思い込みでL-アスパラギン酸Ca「サワイ」を調剤してしまった。当局ではL-アスパラギン酸KのGEは採用しておらず、アスパラギン酸CaのみGEを採用している。	アスパラギン酸の一般名はKかCaか最後までしっかりみて調剤する。			アスパラカリウム錠３００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
748	メイアクト錠剤が処方されました。過去薬歴を確認したところ２０２０年にセフジトレンピボキシル錠で副作用の薬疹あり、と記載あり。処方医に確認したところオゼックス錠に変更になりました。	必ず過去薬歴を確認する。	PC薬歴の一番見やすい画面に副作用情報も入れる			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
749	酸化マグネシウムのピック数違い	繁忙時間帯での思い込み	ピック数の記載、電卓の利用、ダブルチェックの徹底で過誤を防ぐ			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
750	ランソプラゾール武田で調剤すべきところケミファで調剤してしまった	ヘルプ職員のため、ランソプラゾールの武田の存在を知らなかった。	周知した。			ランソプラゾールＯＤ錠１５ｍｇ「ケミファ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
751	アテディオ配合錠２８錠渡すところ２０錠しか渡してなかった。	最近いろいろな医薬品が１０錠包装しか入手できない状況にある。今回のアテディオ配合錠もその一つで、今までウィークリーシート２シートで調剤し２８日分あったのだが、今回は１０錠ヒートで２シート調剤し２０日分で渡してしまった。	今やほぼ１０錠シートしか入手できないので確認を徹底する。			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
752	8/10AMに患者様来局され、お薬交付。数時間後、ご本人からエリキュース(2.5)が入っていないと連絡があった為在庫確認してお渡ししていないことがわかった。自宅へお薬お届けしました。	薬袋が朝・夕の分２の薬で一つとなっていて、他にニフェジピンが分２で処方となっていた為、ニフェジピンのみ薬袋に入れてエリキュースを薬袋に入れるのを忘れてしまったのが原因。薬袋に入れる際に気づけばよかったものの、薬品もピッキングされていなかった為気付かずそのまま交付してしまった。	薬袋に薬品を入れる際は何種類かをしっかり確認しながら監査する。ピッキングする際は個々で集め忘れがないか確認しながらピッキングする。			エリキュース錠２．５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
753	前回からケレンディア錠10ｍｇを服用されている方で、今回、風邪気味で受診されクラリスロマイシン錠２００ｍｇの処方が出された。ケレンディアとクラリスロマイシンは禁忌であるため問い合わせを行い、クラリスロマイシン錠はsy訪中し、フロモックス１００ｍｇに変更となった	処方医はクラリスロマイシン錠とケレンディアの併用でケレンディアの血中濃度受賞を狙っていたと確認したが、そもそも禁忌薬であることは知らなかった。	クラリスロマイシン錠は結構な頻度で処方があるため、禁忌薬・併用注意薬などリストアップすることに。			クラリスロマイシン錠２００ｍｇ「大正」 ケレンディア錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
754	一般名処方でヒドロキシジンパモ酸のパモ酸を見落としてヒドロキシジンで入力。正しくはアタラックスＰでお渡しのところ、アタラックスで交付。交付後に事務員が発見。医師に説明し、今回は疑義照会でアタラックスでよいと回答を得た。	一般名処方を最後まで読了せずに判断してしまった。最後の一文字まできちんと読み込み過誤を起こさない姿勢で業務にあたる	一般名処方は類似する品名が多いため、最後の一文字まできちんと読み切ることが大切。あせらずに業務に取り組む。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
755	トラムセットとトアラセットを同時に調剤してしまった。	名前が似ているため、薬をカセッターに戻した際に誤ってトラムセットの棚にトアラセットを戻してしまったと考える。	薬をカセッターに戻す際には調剤補助機器を用いる。			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
756	本日、立て込んでいる最中３科の一包化処方箋の持ち込みあり。他の疑義すべき項目に気を取られ、今回よりジクアス点眼液３％がジクアスLX点眼液３％へ変更になっていた事を見落とし、レセコンの入力も前回処方と同じ薬剤で入力されていた為監査システムも通過してしまった。	処方箋を見て、前回の目薬と同じだと思い込んだ事が要因。	処方箋をよく確認する。漫然と調剤しない様に心がける。			ジクアスＬＸ点眼液３％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
757	ケトコナゾール外用液を交付するところケトコナゾールクリームを交付した	入力の間違いに気づかず　交付してしまった	一般名処方の内容をしっかり読み取る事			ケトコナゾールクリーム２％「ＮＲ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
758	ADHDの診断がついたとのことで、アトモキセチンからの変更でビバンセが処方された。投薬後開始年齢が18歳未満のことを思い出し、処方元に年齢と適応について疑義照会し処方変更となった。患者に連絡し回収変更対応をとった。	ビバンセの開始年齢の知識の共有化ができていなかった。	ビバンセの処方記録に開始年齢18歳以下の表示をした。			ビバンセカプセル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
759	レバミピド懸濁性点眼液が発売され、ムコスタ点眼液UDから変更になった。勉強会があり、メーカーから初回は５分位振るよう教えられ、よく振って使用するようには交付時指導を行ったが、5分も振るとは思っていなかったため、電話で再度お伝えした。まだ使用前だったため、影響はなかった。	新しい剤形だったが、ＧＥ的な位置づけと思っていた。ちゃんと振らないと濃度が変わるおそれがでると思い、勉強会時に質問したところ、初回は使用前に５分位ふるよう返答があった。	初回で処方があるような薬の場合は疑問点があれば、納入時点でメーカーに確認し、解決しておく。			レバミピド懸濁性点眼液２％「参天」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
760	カロナール200をカロナール300でお渡してしまった。	印字が青と紫で似ていたため。調剤者を信用しきってミリ数をきちんと確認しなかった。	調剤者が300のところに○を注意を促す。この薬に限らずミリ数が何種類かある場合は必ず。			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
761	アリセブトD錠５とアリセブト錠５の入力ミスが起こったが、監査者が気が付き、事なきを得た。	繁忙期で忙しかったことがあげられる。	監査者の確認がしっかりできており患者様や病院様に迷惑をかけることはなかった。今まで通りしっかり監査をしていきたい。			アリセブトＤ錠５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
762	イグザレルト錠15ｍｇを朝食後、センノシド錠15ｍｇ「YD」を夕食後に服用する患者だが、夕食後に誤ってイグザレルト錠を服用したことに翌朝気づく　という事が3回繰り返された。シートでの交付だが、本人は錠剤の色が似ているので間違えると分析している。1日2錠で服用したことでの有害事象は見られなかった。	錠剤の色があまり似ているとは思えないが、視力が落ちてきたりすると似た色と認識するのかもしれない。また、シートの色自体は全く異なるので、そこで気づけるのではないかと思うが、急いで服用されるのか間違えに気づかれないようだ。（慌てやすい性格の方）色のとらえ方は個人差があるものとして、違う色の錠剤・シートと思っても注意喚起をする必要がある。	用法を大きく印字しての一包化を提案した。			イグザレルト錠１５ｍｇ センノシド錠１２ｍｇ「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
763	アイミクスLDとメトグルコ250ｍｇが同時に納品され、同じメーカーで外観がよく似ている為一緒の棚にしまわれていた。	同じ劇薬で、100錠の箱の大きさも同じような大きさで、同じタイミングで納品されており、まとめて置かれていた。	今回たまたまアイミクスの納品が滞っていて意識していた薬なのすぐに気が付いたが、対策はなかなか難しいと思われる。メーカーが同じだとパッケージも似ており、劇薬という分類も相まってしまった。一箱ずつ確認するよう意識するしかない。			アイミクス配合錠ＬＤ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
764	発熱外来の処方。カロナール錠200（6錠3×5日分）とトラネキサム酸250（3錠×5日分）が処方。ピッキング者が用意。監査確認し、投薬者が発熱外来ブースにお届けに行き患者に説明時、輪ゴムでくくったカロナール200に10錠ヒートの1枚がトラネキサム酸になっていた。トラネキサム酸の錠数に間違えはなかった。	ピッキングされ、揃え重なって置かれていたカロナール錠を1枚ずつ確認することなく輪ゴムでくくってしまった。発熱外来の良く処方される薬の棚を近くしており、薬棚へ間違って混入していた可能性もあり。カロナールとトラネキサム酸の見た目が類似しており気付かなかった。	監査時は必ず錠剤の表裏のチェックする。カロナールのトラネキサム酸の薬棚の位置を変更した。			カロナール錠２００トラネキサム酸錠２５０ｍｇ「ＹＤ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
765	当時コンピューターシステム上一般名の区別なしだったため事務入力も今まで通りでジクアス点眼で入力あり。薬剤師も処方箋の使用回数からLX点眼選択すべきだったところの不注意。患者さんは変更はあまり望んでいる様子ではなかった。	GEが存在しない薬剤でも一般名処方が増えているので入力ミスと使用中薬剤で、更に変更に気づかなかった注意不足。	レセコンにおけるジクアス点眼の一般名記載時使用回数も記載あるように変更あり。入力の間違えの防止に改善された。			ジクアス点眼液３％ ジクアスLX点眼液3%	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
766	倍数の計算間違いにて調剤（薬剤師Ａ）薬局が混んでいたこともあり、重量鑑査のみ薬剤師Ｂが行い、ここで間違いに気付かず、投薬は薬剤師Ｃがこの患者を含む家族３名分を担当。患者親との確認不足により、いつもと違う量で調剤されていることに気付かなかった。数時間後、薬歴記載時に、調剤時の秤量メモと製剤量が異なることに気付き患者親へ連絡。まだ服用していないことを確認し、薬を交換した。	いつもより多忙であり、普段あまり扱わない薬だったため、計算間違いとなってしまった。	秤量の重量鑑査の徹底、患者家族との薬の量の確認を一緒にすること。今回気付けた要因は秤量メモだったので、特殊な薬についてはメモを残しておいた方が良い。			メラトベル顆粒小児用０．２％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
767	384錠渡すべきところ、４０錠　箱に入れたまま交付し忘れた	繁忙時間帯であった事、患者を真長い時間待たせていたことで投薬者に焦りが生じた	箱から出したことを確認してから箱を廃棄したり別途よけておいたりする			ジアゾキシドカプセル２５ｍｇ「ＯＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
768	スピリーバ吸入用カプセル18μgの在庫が見つからず外用薬の引き出しより常温保存状態で見つかる。メーカへ問い合わせ40℃湿度75％３カ月間品質安定。確認後交付した。	薬剤搬入後、棚へ直すときに冷所保存であれば冷蔵庫へ入れるところを間違って引き出しへ入れてしまったと推定される。繫忙時でもあり急ぐ気持ちもありミスに繋がったと考えられる。	薬剤搬入後の整理は繫忙時には特に注意を払って行うように。また冷所保存などは必ず受取後速やかに冷蔵庫保管するよう徹底したい。			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
769	12錠シートの包装を14錠シートと誤認した。	主に取り扱っていた包装が10錠シート及び14錠シートであり勘違いしてしまった。	計数確認を複数人で行うことを徹底。（今回も監査で発覚）			炭酸水素ナトリウム錠５００ｍｇ「ＶＴＲＳ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
770	８／１８に患者様へお薬をお渡しした後、８／３０に当該薬剤の薬品棚に別薬剤であるジクロフェナクＮａ錠２５ｍｇ「トーワ」が３Ｔ入っていることを店舗薬剤師が発見。パソコン在庫数にもずれが見られたため直近の交付状況を確認し、当該患者様への混入でのお渡しの可能性を考えました。患者様へＴＥＬするも繋がらず、直接ご自宅ご訪問にて現品を確認。シベンゾリン～錠１００ｍｇ「トーワ」:５６Ｔお渡しすべきところに、ジクロフェナクＮａ錠２５ｍｇ「トーワ」が４０Ｔが混じっており、お詫びのうえ交換させていただきました。なお、患者様は前回のお渡しした分をまだ服用中、８／１８のお渡し分は未服用の状態で健康被害はありませんでした。	ヒート包装を改めて比較した所、シベンゾリンコハク酸塩錠「トーワ」とジクロフェナクＮａ錠２５ｍｇ「トーワ」のヒートサイズはほぼ同じ、ヒートデザインもかなり似ており、混在でのピッキング（別薬剤師）を監査時に気が付くことが出来なかったことが原因と考えます。	シベンゾリンコハク酸塩錠「トーワ」の採用を別メーカー品に変更し、識別し易くすることにしました。また監査においても、ピッキングされた薬剤の一番上部以外の、間に挟まれた薬剤についても今まで以上に注意を払い監査するように致します。			シベンゾリンコハク酸塩錠１００ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
771	患者が一包化された残薬を持参。その中にウルソデオキシコール酸とブロチゾラムがあり。一包化を一度ばらしてそれぞれの薬剤に分けて、今回の処方に使用できるものを使用して調剤した。残薬を使用して一包化したものの中にウルソデオキシコール酸とブロチゾラムが逆に入っているものがあった。監査者が気付き、患者にわたる前に修正した。	一包化をばらしたときは通常２人以上でチェックをするという手順で行っていたが、それが守られていなかった。忙しい時間帯で、一包化をばらした人がほかの薬剤師に確認をしてもらうことを忘れていたことが原因だと考えられる。	薬局内で手順書を再度確認し、徹底するよう指導。			ウルソデオキシコール酸錠１００ｍｇ「ＺＥ」 ブロチゾラムＯＤ錠０．２５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
772	血圧と入眠剤の薬袋をお互い別に入れて交付した。	患者さんと話している間に袋に入れた際間違えた。確認不足によるもの。	会話した場合も監査はしっかりとやり直してやる。			アムロジピンＯＤ錠２．５ｍｇ「トーワ」 ゾルピデム酒石酸塩錠５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
773	ジエノゲスト0.5ｍｇ180錠お渡しするところ、28錠少なくお渡ししていた。	ひーとが、14錠ヒートで、間違えやすい。メーカーにも改善要求した。10錠のヒートも作成して欲しい。	投薬時に、数を一緒に数えて確認しましょう。			ジエノゲスト錠０．５ｍｇ「モチダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
774	ニュベクオ錠196錠を調剤すべきところ、200錠で監査。患者に交付する際、当該薬局薬剤師が気づいて196錠に再調剤、交付した。	監査者はニュベクオに携わるのは初めてで、7錠シートではなく8錠シートであることに気づいていなかった。ニュベクオ3箱分(56錠帯付き）を開封し、そこにシート4枚分を足して196錠と監査した。実際、56錠は8錠×7枚で帯がかかっていたが、抱き合わせてあったものを8枚と見誤り、7錠×8シート×3束＋7錠×4シート＝196錠と思い込んだ。実際は8錠×7シート×3束＋8錠×4シート＝200錠で監査していた。繁忙時間帯で、シートごとに不具合がないかの確認を怠っていたので、8錠シートであることに気づけず、帯も外さず数監査を行っていたので、1帯が7枚でくくられていたことにも気づけなかった。	ニュベクオの棚に8錠シートであることを表示。監査においては帯を外して、1枚ずつ目視確認を行う。			ニュベクオ錠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
775	キャブピリン配合錠を服用中の患者にボノサップ400が処方となった。	キャブピリン配合錠の内容の認識不足	患者からの聞き取りでキャブピリン配合錠が他院から処方となっていることを聞き取り。処方医に確認し、ボノサップの朝分のタケキャブが削除となった。			キャブピリン配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
776	Ａ病院からＢ病院への転移。伴ってＡ病院から紹介状が発行されたが、その内容に過誤あり。実際にはフォシーガ錠５ｍが処方されるべきところをタケキャブ錠１０ｍｇと記載されていた。患者は転院直前に別件で入院しており、その際に使われた薬剤が定期処方薬と置き換わってしまった可能性がある。	転院直前に入院されたことで一過性に複数の薬剤が使われたようである。さらに複数の医師が絡み、転院の準備を行ったのは担当医師とは別の医師だったとのこと。定期処方薬はフォシーガ錠５ｍｇなのだが、タケキャブ錠１０ｍｇに置き換わって紹介状が発行された。Ｂ病院の担当医師は、初回来局なので元々の処方内容をコピーして処方箋発行されている。患者本人になぜ急に胃薬が処方されることとなったのか確かめたが、自覚する症状もないし理由については皆目見当がつかないとのことで疑義照会するに至った。	今回の患者は転院後も当店を利用していただけたため、過去の履歴を探りやすく過誤に気が付けた。そうでない患者に対しても、薬手帳を徹底的に確認するとともに、処方内容に誤りがないか患者本人に確かめることとしている。今後も確認を徹底することとした。			タケキャブ錠１０ｍｇ フォシーガ錠５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
777	アスベリン散の1日量がアスベリンドライシロップの1日量にて処方箋に記載されており、疑義照会にて変更となり、問題なかった。	アスベリンDSと散は取り違えの多い処方薬の1つである。今回も同様の事例である。	小児処方の体重計算は必ず行う。			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
778	アスベリンDS 2%処方のところ、すぐに入手できなかったため、在庫薬アスベリン散10%へ剤型変更となる。濃度5倍となるため、薬用量は1/5へ変更すべきところ、濃度の違いに気付かず、アスベリンDS 2%での記載用量のまま、アスベリン散10%を秤量調剤し交付。交付3時間後、処方入力鑑査時に過誤発覚。患者家族へ電話連絡。該当薬剤をまだ服用していなかったことを確認。薬剤交換。	薬剤師1人体制の時間帯で、調剤・鑑査・交付とも同一人物であったためチェック機能が働かなかった。常勤でないヘルプ薬剤師であったため、採用薬に関する知識が乏しかった。常勤者からヘルプ者に対して業務引継ぎが不十分であった。	小児薬用量確認の徹底。散剤濃度の再確認。薬用量の再計算。調剤・鑑査・交付時、トリプルチェック実施。			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
779	先発品希望の患者さんだったが、後発品のモンテルカストチュアブルで調剤してしまった。	置く場所は、棚・引出しと異なるところに置いてあるが、入手困難な時期だったため在庫状況による採用品の変動があった。	同じ成分で健康被害はないが、患者さんの意向を聞いて調剤しているためしっかりと処方箋を見て調剤を行う。			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
780	2023.9.9に不足薬の鑑査および梱包を３名分していた。患者Aにはクロチアゼパム錠5mg「トーワ」１４錠、患者Bにはトリンテリックス錠10mg３４錠を郵送予定だった。不足薬と数量が正しいことを確認した後、梱包の際に誤って患者Aの郵送用封筒へトリンテリックス錠、患者Bへクロチアゼパム錠5mgを入れてそのまま郵送した。患者Aから異なる薬が届いたと連絡があり、すぐ患者Bへ連絡し、確認したところ中身が入れ替わっていることが判明したため、2名の自宅に正しいものをお届けし、謝罪した。	不足薬の鑑査を２名分近い場所で行ったため、混ざってしまったことと、鑑査した者が郵送用封筒に入れる前にWチェックを行わなかったことが原因と思われる。	不足薬の鑑査が複数ある場合は、患者ごとにかごを作り、他者のものと混ざらないようにする。郵送用封筒に入れる前に内容が正しいかWチェックを行うようにする。			クロチアゼパム錠５ｍｇ「トーワ」 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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
781	薬剤の表示ヒートシールがピンク色で類似した薬剤を確認不足で薬袋に間違えて入れてしまい、患者が服用する時期を間違えて服用してしまった。	来局患者数が多いときに2名の薬剤師と少なめで活動したため、ミスにつながったと考える。	薬剤に薬剤を入れるときには、常に患者にも確認してもらい入れて再確認することを習慣化する必要がある。			プロチゾラムＯＤ錠０．２５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
782	期限切れのホクナリンテープが混ざっているとの報告が患者家族がらあり。期限内の物から使用したため使用はせず翌日期限切れの薬剤の回収、交換を実施	仕入れの関係で、異なる期限の薬剤が開封状態にありその箱をまとめてしまった模様。交付時も1枚目の期限のみの確認で済ませてしまう	ロットごとの薬剤の管理を徹底する。期限の確認は記載があるものはすべて確認			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
783	前々日に処方箋を受け付けたが、当該薬剤の備蓄在庫なく、週明けて月曜日に入庫して初めて調剤する薬剤であった。1日12カプセルで14日分のため168C調剤した。１シート10カプセルと判断して集めて監査も通ってしまった。服薬指導する別の薬剤師が交付前に１シート12カプセルに気がつき、修正して調剤をおこなった。	初めてだった。１シート10カプセルが当然と判断してしまった。在庫なく患者さんを数日待たせていたため、焦りの心情があった。	今回は、1箱の数も120カプセル入りを100と判断して発注もしてしまっていた。初めてとる薬剤のパッケージを添付文書で十分確認した上で発注段階から注意をする。			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
784	90歳代の居宅患者に、医療機関から定期処方にスピロノラクトン錠が追加処方された。調剤者以外の薬剤師が、セララとの併用禁忌があることに気付き、処方医へ疑義紹介を行った。	調剤者が併用薬の確認を行っていなかったが、監査者が気付き処方医へ確認した。	患者の薬剤服用歴やお薬手帳を見て、併用禁忌等がないか2重チェックを行う。			セララ錠２５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
785	1シート10錠であるにもかかわらず、14錠だと思い込み、56錠の処方に対して40錠で調剤。	１シートが１４錠であるという思い込み。	１シートが何錠なのか、よく見る。			フェブキソスタット錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
786	一般名で処方されたケトコナゾールクリームが、ジェネリック商品名で入力されていた。その時はジェネリック製品入荷しておらず在庫無かったが、ニゾラールクリームの包装にケトコナゾールクリームと大きく書いてあったため薬剤師が判断ミスしてそのまま交付してしまった。	先発品と後発品を在庫しているかいないか、事務と薬剤師全員に周知していなかった。監査・交付した薬剤師が、ニゾラールクリームの商品名に大きくケトコナゾールクリームと書いてあったのを見て、ケトコナゾールクリームと思い込んでしまった。	先発品とジェネリックの在庫の知識の共有。また一般名が大きく書いてある先発品はリストアップし注意する。			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
787	処方薬にカルボシステイン錠500mg、スピロノラクトン錠25mg、コルドリン錠12.5mgの記載があり、来局された患者様から「咳の症状で病院を受診し薬を出してもらった」とお伺いしました。スピロノラクトンには咳の症状に対する適応がない為、疑義照会を行ったところスピロペントの間違いであり変更するように指示を受けたので、スピロノラクトンからスピロペントへ変更し投薬しました。	医薬品の名称が類似している為に起こったことだと考えられました。その為、調剤・監査時においては処方箋から病態を推測しながら処方が正しいのかを確認し、投薬時においては患者様からお話を伺い、処方内容と整合性があるのかを確認します。	調剤・監査時においては処方箋から病態を推測し添付文書などを見て処方が正しいのかを確認し、投薬時においては患者様からお話を伺い、処方内容と整合性があるのかを確認します。			スピロペント錠１０μｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
788	トラネキサム酸２５０MG錠医薬品流通の問題があり同成分同規格で多メーカー品の取り揃えていたため処方薬とPC入力メーカーが間違ってしまいました。	薬品棚でのメーカー色分け等を行いました、PC入力者に対してピッキングを行った時点でメーカー確認を最終確認前に行ってもらいました。	・多メーカーがある製品に関してはメーカー名を棚札色分け管理・PC入力担当者にピッキング時のメーカーを確認後入力・最終確認は薬剤師、医療事務双方で確認、写真をとって保存する			トラネキサム酸錠２５０ｍｇ「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
789	フェブキスタット錠40ｍｇ1Ｔ分１30日分処方されて、ピッキング時1シート10錠のところ14錠と勘違いして２シートと２錠で調剤し、交付者も１シート１４錠と勘違いして交付してしまった、患者本人がお店を出てから再度薬袋から出し、２２錠しか入ってないことを確認し、お店に戻ってこられました、店頭にて３０錠と交換しました。	フェブキスタット錠40ｍｇになると形状も大きいことから1シート14錠と勘違いしやすかった。	1シート何錠包装かを丁寧に確認すること、交付者も思い込みを捨て、落ち着いて鑑査、交付に努める。			フェブキソスタット錠４０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
790	ビバンセカプセル20mg 1日2c 30日分で処方されたのに対し70cお渡ししそうになった。	30cごとの束になっているのを2束重ねたところ、カプセルが上を向いていてもう1シート足してしまった。	在庫のノートを確認しながらピッキングを行うこと、ビバンセに限らず3シートで束になっているものは束を外して普通のPTP7シートと同じように調剤することを徹底する。			ビバンセカプセル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
791	患者は忙しい時間帯に来局、調剤者はアラミスト点鼻２７．５μg５６噴霧をGE薬のフルチカゾン点鼻駅５０μg「サワイ」５６噴霧に変更できると思い込み調剤。事務員に変更を依頼し、事務員は入力し直した。交付者は監査時に薬が別物であることに気づかずに投薬、患者はそのまま受け取って帰られた。薬歴記入時に交付者が交付薬が異なる薬であることに気づき、患者宅に電話をして正しい薬剤を送ることを伝え、渡した薬剤を使わないことを確認した。	当日、終了間際の忙しい状況ではあったが、調剤者、交付者とも知識不足と確認不足出あったことが誤りの原因であった。	先発からGE薬へ変更する際には薬剤の再確認を調剤者、交付者とも徹底すること、わかりにくいGE薬には先発薬名も付すことにした。			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
792	初めてヘパリン類似物質外用泡状スプレー100gが処方されていた。その際に200gボトルがピッキングされていたが、監査・投薬時に見逃して投薬した。患者が帰宅後に処方箋を確認した際に投薬した量が違う事に気づき、患者に連絡した。もう一度薬局に来局して頂き、謝罪と交換を行った。	ピッキング時、監査時、投薬時に量が違う事に気が付かずに患者にお渡し。各担当薬剤師が見逃した。ピッキング時、鑑査時は200gと思い込んでいた。投薬時は患者に初めてお渡しする薬だったため、用法用量などの説明に頭がいっぱいだった。	ピッキング、監査、投薬時に処方箋を見ながら薬の名前だけでなく量にも注意する。患者に渡す際に用法用量だけでなく、出ている量もお見せする様にする。			ヘパリン類似物質外用スプレー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
793	ラゲブリオカプセル8Cp/日X５日分処方になった患者様の年齢を確認し忘れ調剤。監査時に添付文書と患者様年齢確認し18歳未満だった為、疑義照会後処方削除に至る。	隔離対応のコロナ罹患患者様が薬局の外でお待ちの状況。当該患者様は16歳で、お母様が外で一緒に待たれていた。発熱があり、６月の気候の中外で待たせてる状況に焦りがあった。	年齢制限や日数制限のある薬剤の洗い出し確認。新薬、新規取り扱い薬は事前にしっかり適用等確認、習熟を高める。			ラゲブリオカプセル２００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
794	他の患者のために取り寄せていた50ｍｇアリナミンF糖衣錠がないため調査したところ25ｍｇアリナミンF糖衣錠を処方された患者にお渡ししていることが分かった。	今まで２５ｍｇアリナミン糖衣錠の取り扱いしかなく、５０ｍｇ錠が入庫されていることを知らなかった。錠剤ケース棚管理ではなく引き出し管理の薬剤で、外箱の外観デザインが酷似しており引き出しに並んで置かれたので気づかなかった。箱を2箱開ける時の監査手順を守れてなかった。	別規格の薬を引き出しで管理するときは並べておかない。箱を2箱開ける時に監査の手順を遵守する。			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
795	定期処方の患者。同日に、他にも定期処方の患者がいて、同じタイミングで処方があり、調剤。どちらもラシックスの処方あり。当患者の服用錠数は分１　朝食後に１錠　１４日分、もう一人の患者は、分２　朝夕食後に１錠ずつ　１４日分。当患者の調剤錠数を２８錠で調剤し、交付。翌週、患者から電話があり、発覚。	ほぼ、同時のタイミングで同じ薬が処方された際のピッキング時の計数ミスを、監査でもすり抜けたのは、注意・確認不足。薬品監査システムで、薬自体は間違っていないが、数の確認不足という初歩的なミス。処方箋との照らし合わせての確認不足。	ピッキング時、全ての薬を取り揃え時、薬袋に入れる時、さらに鑑査時、最終的には患者に薬をお渡して服薬指導の際に品目・数の確認を徹底する。			ラシックス錠２０ｍｇ ラシックス錠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
796	リスペリドンOD錠でお渡ししなくてはいけないところリスパダールOD錠でお渡ししてしまっていた。	先発品と後発品の混同で間違えてしまった。	あらかじめ予製を作成し、余裕をもって調剤しておく。			リスペリドンＯＤ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
797	ワーファリンと朝の薬を別包にしている患者。印字について普段は、朝の薬は氏名用法、ワーファリンは薬品名を印字していた。しかし、分包方法を変えた際に誤ってどちらも氏名用法での印字になっていた。患者は、いつも帰宅してから朝の薬とワーファリンを1日分ずつホチキスで止めていたそうだが、印字が変わっていたためどちらがどちらの薬なのか分からず困ったため連絡があった。	印字方法について別包にすることまでは共有できていたが、詳しい印字の方法が共有できていなかった。監査の際に、中身はあっていたためそのままお渡ししてしまった。患者が帰宅してからホチキス止めをしていることが確認できていなかった。	一包化する際は、詳しい印字方法もしっかり共有しておく。誰が見てもすぐわかるように、表書きや予製袋に記載しておく。特に別包にしている際は、印字方法が同じだと患者が混乱しやすいため、印字方法を変えるなどの工夫をする。			ワーファリン錠１ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
798	ペポタスチンの計数ミス	１０錠シートと１４錠シートの思い込み	１４錠シートのものは意識共有と声掛けをする			ペ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
799	リバロとクレストールの併用に関して、クレストールが追加になっていたが、きがつかずに調剤していた。監査時にかくにんして、同種同効薬だと判断して問い合わせにて、クレストール中止	知識不足	同種同行薬の確認			クレストール錠２．５ｍｇ リバロ錠２ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
800	10/4にシダキュア2000スタート10/10再来の際、ミティキュア10000が処方されていたが、気づかず調剤。交付後に医師が気づき、シダキュア5000に処方訂正後、取り換える。服薬前だった。	薬歴で前回処方内容の確認ができていなかった。	調剤前に前回薬歴を参照し、処方の妥当性を確認後調剤するよう徹底する			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
801	薬学実習生が服薬指導を行う際にファモチジン10mgを手に持ってフェブキソスタット10mgの説明を行った。指導薬剤師が気付き、その場で訂正。患者もいつも服用している薬の為、問題にはなりませんでした。	薬品名、外観が似ている事と規格が10mgで同じなので、間違って手に持ってしまった。服薬指導もまだ数回目で不慣れの上、緊張もあった為間違った	しっかり最後まで薬品名を確認してから服薬指導をする			フェブキソスタット錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」 ファモチジン錠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
802	施設在宅患者に定期薬をお薬カレンダー（1週間分／枚）に設置してから配薬。2週間分を定位置に配薬する際に、カレンダーを前後して配薬。一包化された薬剤の内訳は同じだが、日付を間違えての服用となったことを施設看護師から報告を受けた。	配薬時の注意力不足。	一包化後の薬剤監査に加え、お薬カレンダーに設置後の監査、配薬時の監査とチェック項目を作り、都度確認の印鑑でダブルチェックを行っている。			ネオドパストン配合錠Ｌ１００ リクシアナＯＤ錠１５ｍｇ ジゴキシン錠０．１２５ｍｇ「ＡＦＰ」 フロセミド錠２０ｍｇ「ＮＩＧ」 塩化ナトリウム「オーツカ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
803	シクロスポリンCap５０ｍｇと、オフェプCap１００ｍｇの服用時点が　同時でした。P－糖蛋白阻害剤なので、オフェブの暴露が上昇する可能性があります。	併用して服用しなければいけない事を確認して、服用時点をずらして貰いました。	新しい薬が出た時は、添付文書にて、禁忌、併用注意を確認んする。			オフェブカプセル１００ｍｇ シクロスポリンカプセル１０ｍｇ「ＢＭＤ」	ヒューマンエラー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	カルボシステインDSのｍｇ数(本来はカルボシステインDS0.9がだったが0.8ｇに読み違える)を読み違える。患者様年齢からのｍｇ数換算後にも気が付かなかったが投薬者が散剤ジャーナルと処方せんを見比べて発見した。	処方せんのコピーで調剤業務を行っているが患者様の年齢確認したが体重の確認をしていなかった、またコピーのｍｇ数字が見にくいかったが処方せん原本と見比べずに0.8ｇと思い込み調剤してしまった。	コピー後にｍｇ数など不明瞭な時は必ず処方せん原本と確認する。			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
805	分包機の充填ミスで　ウルソデオキシコール酸のカセットにアロプリノール100mgが混入しており、ウルソデオキシコール酸で調剤すべきところにアロプリノールが混入していた。外観が類似しており　監査時には錠数のみの確認で刻印まで確認していなかった。入院された際の持参薬監査でアロプリノール混入が発覚。当薬局に連絡があったため、正しく作成して交付した。誤って交付した薬は回収した。	バラ錠重点ミス　バラ錠刻印確認不足	バラ錠充填時は2人以上で確認する　一包化刻印はすべて確認する			ウルソデオキシコール酸錠１００ｍｇ「ＺＥ」 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
806	普段より定期的に処方先を持参される患者さんで、いつもの薬が処方されていた。受付けた交付担当の薬剤師は、薬歴を確認し先発品希望であることを調剤担当の薬剤師に口頭で伝えた。その後問題なく調剤、投薬し帰宅されたが、30分後家族から電話があり、いつもの薬と違うのでとり変えてほしいとのことだった。詳細を伺うとGE薬でを調剤して気付けないまま交付していたことが判明した。	交付した薬剤師は口頭で注意を伝えたし、ずっと本剤が使用されている患者なので間違うわけはないと慢心していた。非常に込み合ってい時間帯だったため、しっかり確認せず錠数を数えただけだった。薬の色や大きさなど外観も類似しているため違和感を感じなかった。調剤した薬剤師は分包機がの音が大きく、注意された声が聞こえにくかったが忙しくて聞き返さなかった。レセコン入力した事務員も本来は先発希望の注意を記載するはずが、いつものことで分かっているだろうと思い省いた。	どんなに忙しい時でも決められたルールは守る必要があることをスタッフ一同で徹底した。			イーケプラ錠５００ｍｇ レベチラセタム錠５００ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
807	フォシーガ(１０)のところを(5)で入力してしまった。	多忙による焦燥感	声をかけあうことが大事。			フォシーガ錠５ｍｇ フォシーガ錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
808	クラシエ白虎加人参錠８錠のところを１２錠で入力してしまった。	特コメをよく見ていなかった。	特コメを有効活用することを心掛けるべくべき。			クラシエ白虎加人参湯エキス錠	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
809	処方箋の一般名記載にて、エスシタロプラム10ｍｇ「一包化」とあり、事務員Ａが思い込みでエソメプラゾールカプセル10ｍｇを分包してしまった。分包機に入れる際は事前に２人以上で確認することになっており、事務員Ｂと確認したが、事務員Ｂも見逃してしまった。薬剤師Ｃが分包監査をしたが見逃してしまい、最終監査で薬剤師Ｄがミスを発見し、患者に渡す前に修正した。	一般名の名前が似ていた。ヒートの殻がかごに入っていなかった。時間に追われていた。疲れていた。処方箋と薬剤の確認を怠った。	処方箋と薬剤は必ず一文字監査を行うこと。一包化ではヒートの殻が入っていることを確認すること。			エスシタロプラム錠１０ｍｇ「ニプロ」 エソメプラゾールカプセル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
810	今まで、ピオグリダゾン15ｍｇで飲んでいた。また、来局のときは、本人耳が遠く、家族同伴でくるが、その時は本人一人で来局し、薬が15ｍｇから30ｍｇに増量になっていかたｇ、受付時に変わりないこと本人にから聞き取り、一般名で初めて30ｍｇを登録した際に、15ｍｇで登録してしまった。交付時、薬剤師も前回服用歴から薬の変更ないことと説明しそのまま交付した。	いつも同じ薬が出ていたため、そのまま確認を怠った。医薬品名　規格　用法用量と手順通りの確認をしなかった。	新規登録時は登録したことがわかるよう、処方せんにフラグをつけ最終確認の薬剤師は、処方箋での監査を行うこと（PC画面だけ行わない）			ピオグリタゾン錠１５ｍｇ「ＤＳＥＰ」 ピオグリタゾン錠３０ｍｇ「武田テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
811	朝夕に入っていたフェキソフェナジンと外観が似ているため一包化の際一包だけVDSにルネスタをいれずフェキソフェナジンを入れてしまった	外観に惑わせられずきちんと鑑査する	ダブルチェックをてっていする			ルネスタ錠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
812	アムロジピン錠２．５ｍｇ「明治」　１日１回寝る前アムロジピン錠５ｍｇ「明治」　１日１回朝食後のところアムロジピン錠２．５ｍｇ「明治」　１日１回朝食後アムロジピン錠５ｍｇ「明治」　１日１回寝る前の薬袋に入れて交付。	交付者の注意力の不足。	薬剤の規格と薬袋記載の確認を必ず行う。患者さんに確認してもらいながら交付する。			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
813	コルヒチン処方があり本人は不思議なく聞き入れていたが、痛風等の症状がなく違和感があったため念のため処方元へ確認したところコルドリンの入力間違いであったことが判明した。	処方時入力間違い	投薬時コミュニケーションをよくとる			コルヒチン錠０．５ｍｇ「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
814	喘息の患者に大会規定でドーピングに該当する薬が処方されていた。医師にはドーピングにならないように処方を患者が依頼したが処方されている薬はドーピングに該当する薬品だった。サルブタモールの内服薬はドーピングに該当するが、サルブタモールの吸入は例外で使用できることになっているため、吸入薬に疑義紹介し変更。	ドーピングに該当する薬剤は多く、特に喘息患者は使える薬はかなり限定されている。同じ成分の薬剤でも錠剤、吸入等の剤形で使える使えない薬があるため注意する。	ドーピングに関する勉強会を定期的におこなう			サルブタモール錠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
815	ビソプロロールフマル酸０．６２５ｍｇの０．５錠の処方を一包化するためにピッキングした際、ビソプロロールフマル酸２．５ｍｇ０．５錠の残りが０．６２５ｍｇの棚に入っていた。０．６２５ｍｇは丸い錠剤なのに対し、２．５ｍｇは楕円形の錠剤の為気が付いた。	処方日数が奇数の場合、０．５錠が残ることがある。今回は残ったビソプロロールフマル酸２．５ｍｇの０．５錠が０．６２５ｍｇの棚に誤って戻したことが原因と考えられる。	半錠残った場合、規格をしっかり確認して棚に戻すこと、何の規格の半錠なのかを分かるようにユニパックに記載する。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
816	一般名処方にてテラムロBP処方のところをテラムロAPで調剤一包化	当該薬剤師の確認不足。知識不足。	別規格の為離しておいていたが、隣通しに置き注意書きの記載。			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
817	処方箋の記載は分包品の包数だったが、薬剤のピッキングに使用する調剤録がグラム標記だったため1回2包の所を1包で調剤してしまった。	薬剤の期限違いの在庫に気を取られ、1包が何グラムかを確認しなかった。用法が分１だったため、1回1包だと思い込んでしまった。	1包が１ｇではない薬剤の包装については、包数とグラム数の両方で確認する。			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
818	オロパタジン「センジュ」の引き出しに、「ニットー」が入っていた。	入庫した医薬品を片付ける際に、入れ間違えたと思われる。	整理する際には、医薬品名だけでなく、屋号も確認して実施する。			オロパタジン点眼液０．１％「センジュ」 オロパタジン点眼液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
819	施設に入居されており、長期的に継続処方が出されている患者の一包化を行った。アムロジピン5mgからアムロジピン2.5mgに今回減量になっていたことを見落として入力、調剤、監査し交付した。後日、当薬局事務員が入力の間違いに気づき、正しい量のアムロジピン2.5mgを再調剤して交付した。アムロジピン5mgを4日間服用をしていたが、副作用はなかった。	施設調剤で長期間に渡って継続処方が出ていたため、確認が疎かになっていたと考えらえる。	処方箋に記載されている処方薬の規格に、目立つように印をつけながら処方内容を確認し、監査時に特に注意することを徹底する。			アムロジピンＯＤ錠２．５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
820	服用時期の異なるブロチゾラム（就寝前）とバルサルタン８０（朝食後）の薬袋の入れ間違いをしてしまい、その後、患者さんが服用時期を間違えて服用してしまいました。その後、患者さんは、薬袋への入れ間違いであることに気づき、薬局としましては、１週間後に患者さんが来局され薬袋への入れ間違いを起こしたことに気づきました。直ぐに謝罪して、患者さんお気持ちを落ち着かせました。幸い体調変化を起こして事故を起こした様子はありませんでした。	入れ間違えた両剤は、ヒートシールが同じピンク色で類似していたこととその確認を慎重に行わなかった事が要因であると検証しています。	今後の対策としましては、薬袋に入れるときには必ず読み上げて患者さんにも確認してもらい薬袋に入れることを習慣化させていきたいです。			ブロチゾラム バルサルタン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
821	在庫チェックによりランドセン０．５ｍｇ錠の在庫が合わず、薬局内を探していたところ、自動分包機のムコサールのカセット内にランドセンが発見された。ランドセンの数量が8錠少なかったため、ムコサールの一包化患者を調べたところ、当該患者（患者A）が該当し、電話による確認及び来局いただき交付した一包化薬を確認したところ、8包、ムコサールの代わりに一部ランドセンが入っていた。正しく一包化を作り直し、謝罪をしてお渡しした。確認時点ではまだ残薬があったため、この日の処方薬についてはまだ服用開始されておらず、健康被害はなかった。	数日前に別患者（患者B）にてFAXによりご用意していたランドセン0.5mg錠とムコサール錠を含む一包化があった。しかし、患者Bが別薬局にて調剤を受けていることを確認し、一包化された薬を解体した。その際に誤ってランドセンとムコサールを混同したまま、ムコサールのカセットに戻してしまったものと考えられる。患者Bの一包化薬の解体時は仕分けをした薬剤師とカセットに戻す薬剤師は別のものが行い、ダブルチェックにはなっていた。しかし、患者A、Bともに薬剤数が多い一包化であり、白色であり、少し形状の似ているランドセンとムコサールを仕分け時の確認や鑑査を通り抜けてしまったものと思われる。	・一包化を解体するという非定型作業であったため、確認はいつも以上に丁寧にやる・一包化解体時には、薬袋の薬品名記載・数量の表記などを使い、すべての薬が必要な数、揃っていることをチェックする。・バラ品の戻し作業はリスクが多いので、刻印の確認を第三者が確実に行う。			ムコサール錠１５ｍｇ ランドセン錠０．５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
822	初めての患者さま　処方箋が一般名のゾニサニドで記載、当店在庫はトレリーフだったがパーキンソンの様子がなかったため、問診票を確認御本人の記載にてんかんとあったため、再確認、エクセグランを調剤することができた	在庫あったではなく、適応をも確認	一般名処方、新患さまは特に病名確認			エクセグラン錠１００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
823	疑義照会後、メジコン散削除のところ、誤ってメチエフ散を削除してしまった。調剤は疑義照会後のもので集めたため、鑑査時に監査者が間違いに気づいた。	疑義照会が続き、また粉の混合が続き、いろいろと確認が不足していたため、間違いが起こってしまった。疑義した後は内容だけ記載して後でデータを修正していたため、間違いが起こってしまった。	調剤する前に３回確認をきちんと行うことで間違い防止につながると予測します。			メジコン散１０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
824	タプロス点眼液が処方されており、先発で調剤していた。８月にタプコム配合点眼液に処方が変更になったタイミングで、ジェネリック切り替えを相談したところ、快諾してくれたため、タプコム配合点眼液のジェネリックであるタフチモを調剤しようとしたところ、ピッキングで間違え、監査者（当該薬剤師）がそれに気づかず以て本件過誤が生じた。	処方箋コピーに先発が記載されている場合、間違えないようにジェネリック名を記載するようにしている。そこに記載されていたものが間違えていたため、調剤者・監査者ともに間違えた。また、レセコン入力者はdoで入力したためデータ上、ミスが浮き上がることなく調剤されてしまったもの	調剤者・監査者いずれにおいてもジェネリック一先発名について都度調べるようにする			タフチモ配合点眼液「ＮＩＴ」	ヒューマンエラー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	事務員２人で不要になった一包化済みの薬剤をばらし、一包化の自動分包機のカセットに戻す際、目と声出し確認で行った。薬剤の大きさ、色、見た目がかなり類似しているためアトルバスタチンＯＤ錠「トーワ」のカセットにアムロジピンＯＤ錠「トーワ」を戻した。一包化の監査の際に薬剤師がアトルバスタチンＯＤ錠「トーワ」が入っていたはずだがアムロジピンOD錠「トーワ」が入っていることを確認し発覚。	色など視覚で判断せず、刻印までしっかり見て確認すべきだった。薬剤が類似していることを以前からわかっていれば注意深く確認していたはず。入社間もない事務員２人での判断も一因のため在籍年数のある薬剤師に確認してもらうべきだった。	既にカセットに入っている薬剤を見て同じものであることを確認してから戻す、色のみで判断しない。薬剤師と一緒にカセットに戻す作業を行う。			アトルバスタチンＯＤ錠１０ｍｇ「トーワ」アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
826	前立腺肥大の患者にブスコパン処方。交付時患者の聞き取りで発覚	新患患者アンケートに記載されていた前立腺肥大の薬を見落とし。交付時に前立腺肥大と緑内障の確認をしたところ前立腺肥大と申し出あり。	他薬局で処方されているお薬の内容，持病確認の徹底。			ブスコパン錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
827	イミグラン皮下注射の期限切の商品を渡してしまった。すぐ回収後交換。	期限切の商品を廃棄してなかった。	ロット期限をしっかり確認して期限が切れる前に印を付けて確認をしっかりする。			イミグランキット皮下注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
828	当人は眠剤の服用を続行けていたが、今回マイスリーからベルソムラへの変更となった。他剤は60日分の処方であったため、前回はマイスリー：2T・30日分の処方となっていたが、今回はベルソムラ錠15mg：2T・30日分となっていた。ベルソムラは投与日数制限のない薬剤であり、15mg*2Tの服用は過量服用となるため、処方箋鑑査時に問い合わせを実施した。	日数調整によるものかもしれないが、薬袋や手帳の記載が異なるため患者が誤って過量服用してしまう可能性もある。眠剤はものによっては処方日数制限が異なることを医師と薬局間でうまく共有できていなかったことが要因と考える。	処方医への眠剤の処方に数制限リストの共有。			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
829	10歳の男の子に　幼児用PL配合顆粒9ｇ分3毎食後　の処方。1ｇヒート使用。薬袋は１回３包でなくてはならないところ　１回１包となってた。	レセコンの幼児用PL配合顆粒が　1ｇ/包と紐づいていなかった	レセコン修正			幼児用ＰＬ配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
830	在宅の患者さんで処方箋が手書きで訂正されており、FAXできていた。アムロジピン錠（2.5ｍｇ）と記載されていた。（と2の部分が潰れて不鮮明でつながっていたので、5ｍｇと読み間違えた。レセコンも5ｍｇで入力されて監査でも気づかず監査も通ってしまったが、在宅の配達の準備をしていたところ5ｍｇでなくて2.5ｍｇではないかと他の薬剤師からの指摘があり、クリニックへ問い合わせたところ５ｍｇであることが判明し、調剤、鑑査しなおした。	手書き処方箋、FAXでの字の潰れ、鑑査時の注意不足が原因だと思われる。	手書き処方箋は特に規格を注意して入力、調剤、鑑査をする。字が潰れてはっきりしない時は病院へ確認する。			アムロジピンＯＤ錠２．５ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
831	リパクレオン：１シート１２ｃａｐ包装だが、１０ｃａｐと勘違いしお渡ししていた。９月の棚卸時に理論在庫より現在庫が少なく、多くお渡ししていた事が判明	受付時在庫がなく、新規で採用当事者が初めて触る薬であり、１シート１０ｃａｐと思い込み調剤していた。また、不足の為当事者がピキング・鑑査・投薬全てを行った。	新規採用時は包装形態を注視する。また鑑査時はＰＴＰシートを裏表両者確認し鑑査を行う			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
832	ナノパスニードル　34G4ｍｍと処方箋に記載あり、当事者がとったものはＢＤマイクロファインプロだった。	当事者は、普段薬局でで る主な針の規格が5ｍｍのもので、今回は4ｍｍということの印象が強く4ｍｍしか確認をせずにピッキングを終えてしまったことで起こったヒヤリハット事件が発生した。	4ｍｍのものは、当薬局にも３種類あるため確認するときはミリ数だけだはなく、商品名も確認するように徹底する。			ナノパスニードル 34G4ｍｍ BDマイクロファインプロ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
833	アルファカルシドール1μｇを分包する際に、バーコード認証を怠り、アルファカルシドール0.5μｇを分包してしまった。（手巻きの為、バーコードを通さずとも分包が行えてしまった。）	手巻きで分包をする際にはバーコード監査をする必要がなく行えてしまう事が問題。アルファカルシドールが棚の中で隣り合って置いてあった。	アルファカルシドールの引き出しの配置を話したところに配置するようにし、用量を間違わないようにした。分包機に「バーコードを読む取る」というメモを見えるところに貼り、調剤時に再度確認するように指導。			アルファカルシドールカプセル１μｇ「トーワ」 アルファカルシドールカプセル０．５μｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
834	イソソルビド内用液70%分包30ｍL84包の所、81包でお渡し	７包入りの包装の１つが開封済みで４包しか入っていなかったが、開封済みかどうか解りにくい包装だった。	開封済み品は分けて保管する。			イソソルビド内用液７０％分包３０ｍＬ「ＣＥＯ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
835	以前よりセララ50ｍｇを服用していたが、ジェネリック医薬品が発売になり、前回よりエプレレノン錠50ｍｇで調剤した。後発品に変更した旨を処方医に連絡しておいたが、今回【般】テプレノンカプセル50ｍｇが処方された。患者さんの病態を確認したが、エプレレノン50ｍｇの間違いと思われたため、問い合わせたところ、エプレレノン錠50ｍｇであることが確認できた。	テプレノンとエプレレノンの名称が類似しており、今回から一般名の入力になっていたため、入力間違えが生じたものと思われる。	今までと処方薬が変わった場合、患者の病態や背景を聞き取りしたうえで、適切かどうかを判断する。			エプレレノン錠５０ｍｇ「杏林」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
836	一包化調剤にて、１回分ニトロールRカプセルが漏れていた	鑑査時に、刻印及び数の確認が漏れていた	刻印及び数の確認の徹底			ニトロールＲカプセル２０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
837	一包化の患者がキャンセルとなったため、ばらして薬を一包化機器のカセットに戻す際、アムロジピンＯＤ錠2.5ｍｇをアムロジピンＯＤ錠５ｍｇのカセットへ誤って戻してしまった。翌週の一包化でアムロジピンＯＤ錠５ｍｇの方に２．５ｍｇ錠と５ｍｇ錠が混ざって入っていたが、気付かずに投薬してしまい、翌日の別の患者にも一包化でアムロジピンＯＤ錠５ｍｇが出ていた時に２．５ｍｇ錠が混ざっていることに気付いた。投薬してしまった方の薬を回収し、再確認・再調剤し投薬。間違って渡してしまった方も服用はしていないためすべて回収できている。	調剤者は一包化を流した後に確認はできずそのまま監査者へ回した。患者は一旦席を外して後でもらいに来るということとなったため、監査者は一包化監査をしながら、別の方の調剤・監査・投薬をやりながら一包化監査をすることになった。投薬者は時間を空けてきてくれた患者にすぐにお渡しできるよう内容の説明だけで、中身までは確認しなかった。カセットに補充した者は2.5ｍｇと5ｍｇのカセットが近い場所だったため誤って5ｍｇのカセットを取ってそのまま入れてしまった。	調剤者は一包化調剤に再度中身をなるべく確認するようにする。監査者は一包化に手を付ける時にはそれに集中し、一包化の機器で自動にでる薬でも、合っていると思いこまずにしっかり確認する。投薬者は患者がゆるす限りは中身を確認しながらお渡しする。カセット戻しはバーコードなど活用できるものはしっかり使い、できないものは他の方の目視をお願いする。指さし確認や声出し確認もして注意を徹底する。			アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
838	一包化してお渡した８包のうち、約半数、セルトラリン錠25ｍｇ「明治」が入っているべきところ、エスシタロプラム錠１０ｍｇ「明治」が入っていいたとのこと。すでに７包は服薬済とのことで、受診日当日の１日分のみ持参されました。めまい等の不調感があるとのことでしたが、過誤との因果関係は判断できないため、今後も医師の指示通り治療を続けていただき様子お見ていただくようお願いしました。医師への報告をお約束し謝罪しました。	一包化した薬に作り間違いがあった。患者を待たせてしまうことの焦りもあり、作り直す段階で取り違えがありミスを見逃した。	監査は集中して行う。監査中は他の作業をしないこと再確認、徹底した。			セルトラリン錠２５ｍｇ「明治」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
839	慢性腎臓病患者の高リン血症への処方で炭カル錠の記載。同成分のカルタン錠との適応違いのため、疑義照会の上、カルタン錠に変更して調剤。	成分名が同一であるための薬剤の選択誤りと思われる。	新規薬剤の処方時は用法用量、適応等に注意する。			カルタン錠５００ 炭カル錠「ヨシダ」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
840	処方箋にコレバインミニ83%　2ｇ　30日分と記載があった。本当は、コレバインミニ83%　3.62ｇ　30日分と記載されるはずだった事例。お薬は3.62ｇで渡していたため、薬代が変わってくるということが起こった。	粉の包装のものは、〇包で来ることが多いため、今回の事例も包装と思い込み調剤してしまいました。	調剤者は、思い込みで調剤をしないこと、粉薬の包装のものに関して〇ｇまで確認する。			コレバインミニ８３％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
841	メトアナＨＤ処方のところエクメットＨＤを処方。患者本人からの電話で間違えがわかる。	忙しい時間帯でありメトアナ、エクメットの棚が上下段一つ違いと近くにある。	エクメット、メトアナの棚を近くにあったの段違いにし、さらにエクメット、メトアナ間違い注意の張り紙をはり監査体制を2人から3人した。			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
842	エソメプラゾールカプセル20mg「ニプロ」を28錠とるべきところを、36錠とった。	とみなが薬局ではエソメプラゾールカプセル20mg「ニプロ」の採用は14カプセルシートであるが、他薬局とのデッドストック交換等で10カプセルシートも錠剤棚の中にあり、混在していた。先発のネキシウムカプセル10mgは10カプセルシートの採用であったため、思い込みからエソメプラゾールカプセル20mgも10カプセルシートと思い込み、14カプセルシート2枚と8カプセルを調剤してしまった。	14カプセルシートであることの注意書きを調剤棚に記載する。また、数が異なるシートを混在させない。片方のシートを使い切ってから、もう片方のシートを棚に入れるなどの対策が必要。			エソメプラゾールカプセル２０ｍｇ「ニプロ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
843	患者が「就寝前のくすりが違う」と来局され詳細を確認したところ、朝食後のフェブキソスタットと就寝前のブロチゾラムが逆の薬袋に入れられていたことが発覚した。　訂正しお詫びした。残薬があったため未服用であった。	「フ」で始まる名称で混同し薬袋に入れ間違えたと推定。朝食後が4剤あること、夫婦同時受診で焦りがあったこと、弊社他薬局と掛け持ちする支援薬剤師だったことも確認が疎かになった要因と思われる。　患者はPTPの裏に日付を書いて薬袋に入れ保管するのを習慣にしていた。日付記入時に眠剤が違うことに気付き来局なさったが、朝食後のブロチゾラムには気付いていなかったため朝食後に睡眠導入剤ブロチゾラムを服用してしまうリスクがあった。	調剤手順の履行について再度周知。支援者向けの注意喚起事項を印刷して調剤室に掲示。			ブロチゾラム錠０．２５ｍｇ「ＥＭＥＣ」 フェブキソスタット錠１０ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
844	一包化内にシロスタゾール錠１００「サワイ」ではなくウルソデオキシコール錠１００「サワイ」が一部混入していた。	分包時にシロスタゾールもウルソデオキシコールもバラ錠を使用。シロスタゾールのバラ錠内にウルソデオキシコール錠が混入されていた。バラ錠を瓶に戻す際に確認を怠った可能性あり。	シロスタゾールのバラ錠使用の廃止。見た目も類似を防ぐためヒートはシロスタゾールOD錠「サワイ」へ採用変更			ウルソデオキシコール酸錠１００ｍｇ「サワイ」 シロスタゾール錠５０ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
845	高尿酸血症治療薬フェブキソスタット錠を出すところ勘違いしてトピロリックを投薬患者様より電話で発覚	当時立て込んでいて慌てて出してしまった	一人薬剤師なので落ち着いて、処方箋を見ながら自己監査を行う			フェブキソスタット錠４０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
846	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル２００mgサワイの錠数間違い	患者様が立て込んでいた	混雑時においても一つ一つ確認の徹底			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
847	ピラノアの服用法が朝食後となっていた。	朝食前服用で指示を出す先生の処方の為、朝食前と朝食後の読み間違えをし、疑義紹介せずに用意してしまっていた。	指示書チェック、監査に加え、投薬時にも患者様と確認しながら投薬する。薬袋の監査を忘れず行う。			ピラノアＯＤ錠２０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
848	当局初回患者。初回質問表にクラビット内服で薬疹のアレルギー歴あり。処方薬は一般名処方でレボフロキサシン点眼液であった為、本人に医師とこのアレルギー歴についての話があったかを確認。特に話した様子はなく、電話にて疑義照会を実施。ベストロン点眼液に処方変更となった。クラビットの錠剤によるアレルギー歴のため、点眼でも同様のアレルギーが出たかは不明だが、もしこのまま調剤していれば、目への刺激や眼瞼浮腫等の健康被害の可能性があったと考えられる。	本人は過去の先発品の名前で覚えていたため、レボフロキサシンという名前に既視感がなかった。アレルギー歴の確認を医師が怠った。または気にしていなかったことが考えられる。	初回アンケート情報をしっかりと共有。患者とのコミュニケーションの強化。			レボフロキサシン点眼液１．５％「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
849	患者様からオーグメンチン錠の錠数が足りないと電話があった	患者様の急ぎ、こちらの確認の甘さがあった	監査を的確にすると同時に患者様と確認して渡す。			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
850	アムロジピン2.5をアムロジピン5で調剤してしまった	薬剤の色調が似ているため	監査をしっかりする			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
851	6錠シートのピッキングにおいて、全量は32錠であったにもかかわらず7錠シートであるという思い込みをして28錠をピッキングした。その後自己監査を行い残置薬として薬局に保管。後日別の薬剤師が監査を行ったところ数量の誤りがあることを確認し訂正した。	一人薬剤師で運営しているため、ダブルチェックが行えず7錠シートで間違いないという思い込みをしていた。	当薬局ではあまり採用のない7錠シートや6錠シートを調剤する際は必ず電卓を用いて計算を行うようにする。			メトトレキサート錠２ｍｇ「あゆみ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
852	【般】バルプロ酸Na細粒20%1g分1寝る前の処方をバルプロ酸Na細粒40%1g分1寝る前で調剤してしまった。	一般名処方と1日量だけを見て調剤した。以前の処方医は、バルプロ酸Na細粒40%0.5gで処方されていたが、今回の処方医は、【般】バルプロ酸Na細粒20%1gでの処方だった。バルプロ酸Na細粒40%1gを秤量後、いつもと量が違うと違和感があり再度処方箋を確認すると、バルプロ酸Na細粒20%1gであることに気付き秤量し直した。	処方箋の薬品名の規格にマーカー等で印をつけるようにし、規格の再点検と用量の再確認を徹底していく。			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
853	フルナーゼを使用している患者さま　アラミストに変更になった　一般名処方　(般)フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液50μｇ56噴霧用　と　(般)フルチカゾンフランカルボン酸点鼻液27.5μｇ56噴霧用　調剤手順に誤りはなく正しく調剤はできたが　事後処理時に一般名の酷似に気づき取り違えがないか焦った	名称の問題でありどうしようもないが酷似していることを知っていれば　注意することはできる	全スタッフに情報共有した			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
854	他病院にてツムラ人参湯の処方があり、当薬局でも調剤歴があった。今回処方の病院では患者希望により処方したため、手帳から転記する際に「人参湯」と「人参養栄湯」を見間違えたようで薬剤名の異なる処方が出た。服用歴と異なる薬剤だったため患者に確認したところ、間違えが発覚疑義照会して正しい薬剤に変更になった。	漢方薬の名称が似ているため処方医が誤って処方した	薬歴や手帳を参照して薬剤名称が正しいかを確認する			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
855	他の主たる病院でワルファリンK細粒0.05%0.45g(0.9mg)だが、予約日まで薬剤が不足するので、該当病院での処方となったが、ワーファリン錠1mg0.45錠(0.45mg)で処方箋を発行した	当該病院のお薬手帳からの力価計算ミス	複数人で力価を確認するべきです。			ワーファリン錠１ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
856	1包化調剤し、監査の際中に2包にそれぞれ全く違う薬剤が混入されていたことが発覚。外観が酷似した薬剤同士であった。トラゾドン錠２５ｍｇ「アメル」が本来の薬であったのに対し、ビソプロロール錠２．５ｍｇ「日医工」が混入していた。使用していた機器はリトリアでユニバーサルカセットにて分包していた。	前回使用時にリトリアのカセット内に薬剤が残っていたままに使用した可能性も考えられる。	外観が似ている薬剤について取り扱い注意喚起の為にスタッフ間での情報共有。リトリア等機器類使用後に必ず片づけをしておき、次の調剤にうつる。			トラゾドン塩酸塩錠２５ｍｇ「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
857	14錠シートと10錠シートの取り違え	非常に混雑していた状況で、また、処方がシート単位で端数が出ないものであったため	シートあたり錠数が異なるものについては、札を取り付けて注意喚起を行った			ラミクタール錠小児用５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
858	食前に服用しないと意味のないグーフィスが食後で処方せん監査も通ってしまった。投薬前に気付き疑義照会	グーフィス食前投与と知らないこと	グーフィス周知徹底			グーフィス錠５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
859	患者が数週間前に入院処方されていたベオーバ錠50mgを保持しており、当局定期処方されているベオーバ50mg（一包化）と重複服用する恐れがあった	患者の判断力低下（高齢）あり間違いの恐れがあった	多職種連携強化による服用フォローの強化			ベオーバ錠５０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
860	2023年8月11日高血糖の為、新規で血糖降下薬はジャヌビア（25）が処方されているところ、ジャディアンス（25）で交付してしまった。同9月にも来局しているが、前回DOで交付していた。入力と調剤もジャディアンス（25）でされており、監査でPickingGoを導入していて、処方箋との照らし合わせをしているが、見落としによりそのまま交付してしまった。また、ジャディアンス10mgから開始の知識はあったが、ジャディアンス（25）へドーズアップしている患者が増えている会話をすることがあったため、ジャディアンス（25）という意識・思い込みがあった。	調剤を処方箋ではなく事務が入力したものを見て行っているため、監査システムのPickingGoを入れていても、監査が監査者一人の知識・技量にのみ依存していることが大きな要因と考えられる。繁忙となる時間では調剤及び投薬を一人で行う場合もあるため、特に思い込みなどによる見落としを防ぐことが困難となる。	繁忙となる時間帯は処方箋に基づいて調剤と監査を別のものが行い入力ミスによる調剤ミスを減らすことで監査ミス、調剤過誤を減らしておくことがよいと考えます。			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
861	＜処方の規格誤り＞AクリニックからBクリニックに転院し、処方引継ぎが行われる。その際、Aクリニックではオロパタジン塩酸塩顆粒0.5% 1g が処方されていたが、BクリニックではオロパタジンDS1% 1g で処方されていた。小児用量の範囲で許容量を超えていたので、疑義紹介にて訂正を行った。	クリニック側による処方転記ミス	当薬局では小児患者か少ない分、小児用量を注意深く見ている。小児患者が来局した際は、小児用量について確実に調べ、調剤・監査を実施する			オロパタジン塩酸塩顆粒０．５％「トーワ」 オロパタジン塩酸塩ドライシロップ１％「日本臓器」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
862	夕方、忙しい時間で、ヒューマログミックス５０注ミリオペンを渡さないといけないのに、ヒューマログ注ミリオペンを渡してしまった。翌日、別の薬剤師が発注時気が付きすぐ電話にて連絡し、まだ使用されていない事を確認し、ご自宅を訪問して交換した。	いつもは必ずダブルチェックをしているのだが、今回は煩雑なためダブルチェックをしていなかったようだ。	今回はファツクスにて処方箋が送られてきていた。来局時薬剤師が1人で冷所から取り出し渡したようだが、いつの場合もダブルチェックにて交付するようにした。患者の前でも再度見せて確認すること。			ヒューマログミックス５０注ミリオペン	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
863	シダキュア5000JAU28日分朝食後の処方箋が流れてきました。お薬手帳を確認したところ服用歴がないため患者様に直接確認しました。ミティキュアは継続しているがシダキュアは初使用だとお聞きしたため疑義紹介を行ったところ、クリニックで初使用であることが情報共有されていなかった事が判明しました。その後シダキュア2000JAUに変更となり、クリニックでの初回服用が行われました。	本患者は既にミティキュアを継続服用していたためクリニック内で混同されてしまった可能性がある。お薬手帳の重要性を患者様に理解していただけたため誤投薬を防ぐことができた事例です。	シダキュア、ミティキュアの初回服用量を改めて周知する。継続服用であるかの聞き取りを徹底する。			シダキュアスギ花粉舌下錠２，０００ＪＡＵ	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
864	ツムラ葛根湯とツムラ補中益気湯を、間違えて薬袋に入れて交付しそうになる。末尾が同じ「１」のため、包装が水色で同じであった。渡す際、違和感があり、確かめ直したら、逆の薬袋に入れていた。	午前中の最初に混み始めたタイミング。投薬者は、体調不良で少しだるさを感じていた。交付時の薬袋に入れるとき、患者と別の薬剤の話をして意識が散漫であった。	監査時ならび投薬時、薬袋と薬剤の名称をそれぞれ指さし確認する。患者と確認しながら、薬袋に入れる。			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
865	ネオーラル錠と併用禁忌薬のロスバスタチン錠が処方されていることを気付かず。監査し服薬指導をしてしまった。	薬剤師の知識不足。	禁忌薬の表示を画面にポップアップするようにパソコン設定を変更した。			ネオーラル５０ｍｇカプセル	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
866	久しぶり来局のメンタル患者。62歳女性。眠れないためベルソムラ20ｍが処方された。患者との話から副鼻腔炎でクラリス服用中であると判明。さらに耳鼻科から来週まで継続と指示されている。お薬手帳は持っておらず、メンタルクリニック処方元には伝えていなかった。疑義紹介しベルソムラ中止、ゾルピデム10ｍｇに変更となった。	患者は抗生物質と相性の悪い薬があるとは思っておらず、クラリスを何回も服用したことがあったため、さらに安心しきっていた。そのためメンタルクリニックに受診した際も伝えるのを面倒に感じてしまった。	併用禁忌の薬剤があるのでお薬手帳の持参を活用してもらうことにした。			ポララミン錠２ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
867	アムロジピンOD5ｍｇ1錠分1」28日分を30日分でピッキングした	忙しい中で一人ピッキング、監査でミス	自動監査機の導入			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
868	インクレミンシロップ５％が成人に対し１日１ｍＬ１日１回朝食後で処方。用量が少ないため疑義照会し用法用量を　１日１５ｍＬ１日２回朝夕食後に変更	インクレミンシロップ１ｍＬはピロリン酸第二鉄として５０ｍｇだが、鉄としては６ｍｇに相当。５％シロップであることから１ｍＬ中に鉄が５０ｍｇと勘違いされたものと推測	添付文書の用量例を切り取り見やすい位置に貼り付けた			インクレミンシロップ５％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
869	介護施設の看護師から1日分だけタ食分の酸化マグネシウムが2包ついていて、ミヤBMが付いていないと連絡を受けて判明。	分包品が1回で5～6包ついている患者様でミヤBMと酸化マグネシウムの分包品の外観が似ている事が原因と思われる。	ホッチキスで分包品を止める際に指示箋の記載されてる順番通りにとめるようにした。			ミヤＢＭ細粒 マグミット細粒８３％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
870	分包機のカセットへマグミット錠３３０ｍｇを充填する際、誤ってマグミット錠２５０ｍｇを充填してしまった。幸いカセットの中には薬剤が入っておらず、充填後の充填物の薬品箱を確認した際に気が付いたが、発見が遅れると大事故となっていた。	充填する前にもしっかりチェックすると出来れば他のスタッフとダブルチェックを行うべきだと思った	充填前充填後にダブルチェックを行う			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
871	ジクトルテープ６３枚処方されていたが、9枚でお渡ししてしまっていた。患者から薬が足りないと電話があり、発覚。	当薬局にジクトルテープが7枚入りと１枚入りが在庫としてあった。担当薬剤師が7枚入りしかないと思い込んでいたために間違ってお渡ししてしまった。	在庫の包装を一つにした。			ジクトルテープ７５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
872	一般名エンパグリフロジン錠10mg（ジャディアンス錠10mg）にて処方されていたが、自動分包機にフォシーガ錠10mg（一般名ダパグリフロジン錠10mg）にて誤って入力し調剤し、鑑査・交付時にも発見できず。誤った薬を1週間服用するに至った。幸いにも健康被害はなかった。	自動分包機を入れ替えたため、全ての処方が新たに入力しなければならない状況であり業務が繁忙であった。調剤者も鑑査者も一般名を正確に記憶していなかった。	一般名と商品名が乖離している場合は処方箋のコピーに必ず調剤する薬品を記載するようにした。			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
873	2歳以下には基本的には出さない薬が処方されていたが、初回処方時にスルーしてしまった。次回に監査した薬剤師が気付き疑義照会し、処方変更となった。患者様の体調変化などは無かった。	午前中の患者がなかなか終わらない状況で、新規に出た薬に注意がいかず年齢確認せずそのまま出してしまった。	監査台に抗アレルギー剤の年齢による一覧表を作成しており、新規処方の場合は必ず確認するようにしている。			ジルテックドライシロップ１．２５％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
874	ヤーズフレックス配合錠　28錠×3シート処方だったが、28錠×2シートでお渡ししてしまった。鑑査者が包装単位が28錠×3シートだった為　未開封だと思い込みそのまま投薬者にお渡してしまった。	当日は人員が少なく、投薬者が応援者で、忙しくもあり、きちんと確認できていなかった。	きちんと箱から取り出して　数を確認する。			ヤーズフレックス配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
875	夕食後に入れ込む薬を朝食後にいれこんで一包化していたが、患者が服用前に気が付き薬局に電話連絡があり、取り換えを行った	用法の印刷と数の確認不足	用法の印刷面からの数の確認を再度行うことにしました			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
876	別患者の名前を記載した薬を施設へ持っていってしまったが、施設職員との確認にて対象患者の違いに気付いた。その場で修正し当該患者分として交付した。	分包品の包数も多く大きいチャック袋に当該薬を入れて準備されていた。当該薬が施設行きカゴ付近にあったが、誰の分か不明だったため他の薬剤師に聞いたところ別患者の名前が上がった。そのまま、その患者分だろうと名前を記載し施設へもっていってしまった。同様の薬剤を使用している患者も複数いたため、確認の為聞いた薬剤師も当該薬品を使っている別患者の名前で伝えてしまっていた。施設にて介護に携わっている方の確認があり回避できた。	完全に監査が済んでいたのかの確認や、実際に鑑査した人への確認、薬袋等が無かったのかなどを現物と照らし合わせて確認すべきだった。			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
877	トラネキサム酸５００ｍｇ３錠処方のところ、５００ｍｇ錠が欠品していたため２５０ｍｇ６錠で出すことを医師に照会したにも関わらず、２５０ｍｇ３錠で出してしまった。後日患者から連絡があり確認したところ、半分の量しか渡していなかった。	混雑していたのと、トラネキサム酸５００ｍｇ錠での処方が最近あまりなかったため、規格変更することに気を取られて錠数変更を失念してしまった。	混雑している時や変更があった時ほどミスが起きやすいことに留意して確認するようにする。処方箋に記載するだけでなく、監査担当薬剤師等と口頭で情報を共有する。			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
878	ずっとマイクロファインプラスが処方されていた患者さんの注射針がマイクロファインプロに変更になっているのに気づかず、プラスの方をピッキングし入力も間違っていた。監査の際に間違いに気づき正しいものを調剤した。	マイクロファインプロの在庫が当薬局に無く、プロがあることの認識もなかった。慣れていない病院の処方で文字も小さかった。以上のことが重なり気づかなかったと思われる。	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。新しい商品が発売されたときに情報をしっかり入手し薬局内で共有する。			マイクロファインプロ３２Ｇ×４ｍｍ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
879	在宅の患者さん、大学病院からの退院時の処方せんの記載ミスを発見して、電話にて確認して本来の用量にて配達した。退院時に大学病院の院内で処方された薬を一式、家族が持参してくれた。その中にピコスルファートナトリウム内用液「日医工」1日1回就寝前に1回3mlとなっていた。従来は在宅訪問時にピコスルファートナトリウム錠2.5mg1錠（0.3ml）就寝前に服用していたので、明らかに多すぎると気づいた。調剤する前だったため、一回の用量を病院薬剤部に確認して、従来と同じ容量にて調剤することになった。	普段は錠剤を処方されていたが、病院では未採用のため液剤に変更した際に、規格が異なり、用量を取り違えたものと思われる。	病院の退院処方の場合、剤形変更や、薬剤名変更などが多い。その時に、薬剤や用量変更なのか、記載ミスなのかを意識した、処方箋監査を行うことが重要だ。このケースは特に監査は複数人で行うなどの対策をとる必要ある。			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
880	数日前に7歳の誕生日を迎えたため前回までは1日１ｇから２ｇへ変更になっていた。	誕生日を迎えたことにより前回から用量が変更になっていた。処方箋には生年月日のみ記載のため年齢の計算をしっかりとする	年齢早見表を用意。調剤録や薬歴でもしっかりと年齢を確認する			アレロック顆粒０．５％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
881	一般名処方でトルゾラミド点眼液１％と記載があったが、入力者がトルゾラミドカルテオロール配合点眼液のドルモロール点眼液と間違えて入力。調剤者、監査者、投薬者が同じ人であり、間違いに気づけず交付。後日家族からの問い合わせがあり発覚。	当社のレセコン入力では、一般名トルゾラミドからトルソプトへの変換ができなくなっており、入力者は事務員で薬識もないため、トルゾラミドで検索をしてヒットしたトルゾラミドカルテオロール配合点眼液を選択してしまった。	この時たまたま他の薬剤師の手が空いておらず、調剤者、監査者、投薬者が同一の人となってしまったこともインシデントの原因であると考えられることから、必ず複数人でチェックを出来る体制を整える。点眼薬の規格までしっかりと確認をする。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
882	処方箋に従い調剤・監査・交付まで行った。後日、患者様よりTELあり発覚。これまでノボラピッド50ミックス注フレックスペンを使用していたが、今回よりノボラピッド単独のインスリンへ変更する説明だったとのこと。処方箋はノボラピッド50ミックス注フレックスペンとなっているため、念のため処方元病院へ連絡しカルテ確認を行った。ノボラピッド注フレックスペンと手書き記載されていること確認。医事による処方入力時に間違いが起こった。	処方元の病院の場合、手書きカルテ内容を医事により処方入力を行っている。医事の確認不足や、薬剤種類の知識不足などが要因担ったと思われる。	毎回お薬手帳の確認のほか、薬剤の変更等などの話がなかったかなど主治医との診察内容を確認する必要がある。			ノボラピッド５０ミックス注　フレックスペン ノボラピッド注　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
883	調剤すべきエナラプリルに2錠エゼチミブが混入	調剤中、調剤棚から落下したエゼチミブを調剤中のエナラプリルとPTPが似ていたため混ぜて調剤してしまった	調剤カウンターは残った薬剤など落ちている状態にしない			エゼチミブ錠１０ｍｇ「ＪＧ」 エナラプリルマレイン酸塩錠２．５ｍｇ「ＥＭＥＣ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
884	リパクレオンカプセル150を全量として90カプセルを調剤しないといけないところ、108カプセル調剤し、投薬してしまった。翌日、ほかの薬剤師が在庫確認したところ、調剤間違いが判明。患者さんに連絡し、過剰分を回収した。	当薬局で採用している1ヒート包装はほぼ10錠シートであり、リパクレオンカプセル150についても10カプセルと勘違いしてしまった（本当は12カプセル包装）。しかも、通常勤務している薬局ではない薬局での調剤だったため、間違いが起こったと思われる。	リパクレオンカプセル150カプセルの外装に目立つ色のマスキングテープで大きく「12カプセル包装」と記載し、注意を促すようにした。			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
885	リンデロンVG軟膏0.12%で処方のところ、リンデロンV軟膏で処方入力を行った。処方箋鑑査により薬剤師が誤りに気づき、訂正した。	入力監査ができておらず、リンデロンVまで入力し最初に出てきた薬剤を選択した。	入力時は処方箋記載内容にチェックをつけながら、一文字ずつ確認して入力する。患者さまの主訴より処方薬の適正さを判断して入力を行う。			リンデロン－ＶＧ軟膏０．１２％ リンデロン－Ｖ軟膏０．１２％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
886	一包化で、ラロキシフェン塩酸塩錠６０ｍｇを調剤しなければならなかったが、間違えてバゼドキシフェン酢酸塩錠２０ｍｇで作成してしまった。交付後１カ月経って、棚卸時に在庫が合わないために発覚。	処方箋に一般名ラロキシフェン塩酸塩錠６０ｍｇ（ビビアントのかわり）と記載があったため、調剤者・監査者共に、ビビアントのジェネリック、バゼドキシフェン酢酸塩錠２０ｍｇで間違いないと誤った判断をしてしまった。	一包化作成の際は、すべての薬剤を取り揃えてから再度処方箋の内容と薬剤を見比べるように徹底した。			ラロキシフェン塩酸塩錠６０ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
887	一般名処方【サラゾスルファピリジン腸溶錠がリウマチの方へ処方となった。リウマチの場合は腸溶錠でないと保険適用外のところ、サラゾピリンで調剤した。本人へ渡す前に気付き腸溶錠で調剤した】	リマチルが処方されているのでリウマチの患者であることは把握できたのに、ミスしてしまった。	サラゾピリンのように剤形によって保険適用が異なる薬剤の場合は、特に処方全体から病名などを確認するようにする。			サラゾピリン錠５００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
888	定時処方の【般】センノシドが処方されていたが、新規でフェロベリン配合錠が追加処方されていたため、患者様に体調確認。下痢はしておらず、下剤も今の量でちょうど良いと確認。医師からは貧血の薬を追加すると説明受けたとの事で病院に疑義。フェロベリンではなく、フェロミアを処方予定だったとの回答あり、処方変更になりました。	医師が製品名での薬剤検索の際、最初の2，3文字で類似名称の医薬品がリストとして出た際に、選択を間違えたものと考えられます。	患者様の体調確認を毎回行い、処方内容と矛盾がないか確認をする。			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
889	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％が処方　過去に使用歴があったが今回より医薬品の発売元が日医工から佐藤製薬に変更　変更に伴い５ｇチューブのキャップ色が黄色からオレンジ色に変更　服薬指導時に説明はしたが患者さまが帰宅後、不安になり薬局へ電話にて相談。	医薬品の出荷調整や販売中止が非常に多く、変更対応することにより外観が異なる医薬品が多数ある。特に高齢者については服薬指導時に説明しても理解が弱いことがある。	包装変更品については棚に明記服薬指導時に口頭による説明のみではなく薬袋に変更してある旨を記載、医薬品は変わっていないことを明記する。			ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルクリーム０．０５％「ＭＹＫ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
890	リパクレオンカプセル150ｍｇが1ヒート12カプセルという知識不足、調剤時の確認不足により10カプセルヒートだと思いピッキング。鑑査者の確認により発見。	12カプセルヒートという分かりづらいヒートのためおこった。	10錠/カプセル以外のもの以外は棚に注意書きをし、間違いが起こりづらいようにする。			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
891	土曜日の繁忙期が終了した、14時過ぎの昼休みの時間帯に、小児科の処方箋が持ち込まれた。処方箋にはカルボシステイン250ミリ2錠・クラリスロマイシン50ミリ6錠が処方されていたが、カルボシステイン250ミリを、調剤者・当薬者ともダブルで間違え、クラリスロマイシン200ミリを投薬してしまいました。結果的に、クラリスロマイシンが50ミリ・200ミリの同じお薬2剤投薬してしまいました。	土曜日の午前中一番の繁忙期が終わり、休憩時間で昼食を食べ終わった時間帯に、普段では考えられないミスが起きました。ピッキングミスは、ヒートの色や薬剤の大きさが、似ているために勘違いしたミスと考えられます。投薬者が確認をしっかり行えば、その時点で薬剤のピッキングミスに気がつきますが、ダブルチェックを疎かにしたため、患者さんにお薬を交付してしまいました。	投薬薬剤師は、処方箋と処方内容・薬情・手帳・薬剤を必ず確認してから、窓口で患者さんに、症状を聞きながら投薬するという、基本を再度全員で徹底しました。特に、空いている時間帯等は、より集中して調剤・投薬をしないと、今回のようなアリエナイ事故が起きる事例を初めて経験したので、二度と繰り返さない事を、全員で共有しました。			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
	当日夜に、クラリスロマイシン200/1錠・クラリスロマイシン50ミリ/3錠の合計350ミリを、服用しました。母親が、服用後同じ薬剤と気がついて、翌日以降は服用中止し、月曜日に当薬局に薬剤を持ち込み、事実が判明しました。尚、患者さんには、下痢等の副作用がでていません。調剤過誤を謝罪し、クラリスロマイシン200ミリを回収し、カルボシステイン250ミリと交換して、お渡ししました。						
892	以前より、カンデサルタン錠4ｍｇを継続服用中の患者。今回処方がカルデナリン錠2ｍｇに変更されており、患者に対し、薬が変更になる旨の説明有無を確認したところ、薬の量を半分にすると処方医より説明あったと聞き取り。そこで、処方医に対して疑義照会を行ったところ、処方医の処方ミスでカンデサルタン錠2ｍｇの間違いであると判明。薬剤交付前に防ぐことができた。	薬剤変更であるのにもかかわらず、処方日数が長期であり違和感を感じたため。	処方内容が変更になっていた際は、患者に対して処方内容の変更の説明があったかの聞き取りを行い、違和感を感じた場合、処方医に確認を行うように心がけている。			カルデナリン錠２ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
893	複数の薬剤が処方されている患者。ゾルピデム錠とロスバスタチン錠の薬袋を入れ間違えて交付。患者が最近午前中に眠気があるため、調べたところ逆に交付していたことが判明。事故等はなかった。	２つの錠剤ヒートと錠剤の色が似ていたため間違ったものと思われる。思い込みと繁忙が原因と思われる	ゾルピデム錠のヒートへ蛍光ペンで線を引くことで区別しやすくした。			ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」 ゾルピデム酒石酸塩錠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
894	昼食後の服用分として一包を保育園に預けていたところ、一包が余ったと保育園から返却があった。受け取った返却分の薬が投薬していないクラリスロマイシンDSだったとの事。保護者から薬局に電話連絡があった。投薬された薬と間違えたクラリスロマイシンDSはどちらも、1日分で3包を予製していた分包薬でした。	投薬時に、処方された分包薬と一緒に処方されていないクラリスロマイシンDSの１日分（３包）が混入したと思われます。	予製薬の内で間違いやすい分包紙には、マジックで印を付けることとサイズを変更するように改善する。			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
895	医師が血圧の薬を出すというのをニューレプチルが処方されていた、お薬手帳をみても服用していた形跡がないため患者さん本人に聞いたところ血圧の薬を出すということだった、　ニューロタンとニューレプチルを間違えて医師が処方したとみられる	薬局内で連携が取れていたので、間違った薬に気が付き正しいものを疑義紹介で渡すことができた	引き続き薬局内で連携をとりながら、ひとつひとつこなしていきたい			ロサルタンＫ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
896	ドンペリドン錠10mg　28錠をお渡しするところ、ファモチジン錠10mg　4錠が混入ドンペリドン錠24錠　ファモチジン錠4錠で患者へお出ししてしまった。	PTPを輪ゴムでまとめる際に8錠のバラを4錠ずつで裏表にくくったが、裏面の確認までできていなかった。外見類似のためスルーされた。	監査システムを通しているからと慢心せず、裏表の確認を投薬の際にも患者と一緒に確認する			ドンペリドン錠１０ｍｇ「ＥＭＥＣ」 ファモチジンＤ錠１０ｍｇ「ＥＭＥＣ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
897	門前のクリニックより「アレジオン点眼液0.05%両眼1日2回」の処方の処方を応需し、指示どおり調剤し投薬しようとしたが、投薬中に他所からもらっている薬を依頼した旨を聴取したため内容を確認したところ、「アレジオンLX点眼0.1%」であったため疑義して正しいLX点眼液に変更して投薬した。医師の指示はLX点眼液だったが、医療事務が入力の際に見落としたとの事だった。	アレジオン点眼液は1日4回点眼の薬剤であるが、LX点眼液は1日2回の製剤である。そのクリニックからはふだんアレジオン点眼液を応需しており、LX点眼液が処方されたことがなかった。また点眼液などの外用剤は調節して使う場合があり使用回数が少ない指示が出るケースも多かったため、そのまま投薬に至った。	・自局で使用されている製剤に新剤型が追加されていないか常に情報収集をする。・患者の利用中薬剤の把握をお薬手帳等により定期的に情報収集する。・複数の剤型が発売されている場合の用法用量をしっかり把握しておく。・外用剤の用法で所定の用法でない場合は患者から利用状況等の聴取をしっかり行う。			アレジオンＬＸ点眼液０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
898	オセルタミビルカプセル７５ｍｇサワイ、トラネキサム酸カプセル２５０ｍｇNSKKを処方された患者様で一通り服薬指導を行った後、見た目が似てるので間違えそうとの指摘あり。もともと薬袋は別にしていたが、薬袋に効能を記載してお渡し。再度説明した。	２種の外見が似ているということをそこまで意識していなかった。	デザインなどが意見の似ている薬をピックアップしておき、処方が出た場合は患者さんがのみ間違えないよう配慮する。			オセルタミビルカプセル７５ｍｇ「サワイ」トラネキサム酸カプセル２５０ｍｇ「ＮＳＫＫ」	ヒューマンエラー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	７９歳女性。前年９月にボノサップパックの処方があったが、今年１１月に再度ボノサップの処方あり。クラリスロマイシンへの耐性も疑われるため、医師に問い合わせ後、ボノピオンパックに変更となった。	前回処方歴が１年前ということもあり、病院側のチェックが漏れていた様子。	毎回処方歴のチェックを必ず行い、治療歴を毎回更新する。			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
900	定期的に処方される施設入所者の処方において、リン酸コデイン散１０％１ｇ１×咳の出る時１０回分の臨時処方が出される　処方せん入力は処方通りされ、調剤者は処方通り秤量し、監査者は用量過多に気が付かず薬剤交付をしてしまった。１回服用した翌日軽い意識障害があると施設担当者より連絡があり事態が発覚した。症状は悪化せず、その翌日には回復した。	レセコン入力・調剤者・監査者共に用量過多に気が付かず処方通り調剤してしまった。施設入所者の定期処方をまとめて調剤していたこともあって機械的な作業になってしまった。また、薬剤に対する認識・緊張感が欠けてしまった。	処方監査をしっかり行う、監査者は調剤者とともに処方箋・帳簿の再確認を行う。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
901	カルボシステイン・アンブロキソールの用量を間違え	繁忙で鑑査者が繁忙であった	ゆとりを与える			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
902	カルボシステイン・アンブロキソールの散剤の量をとりまちがい	鑑査者の慢心	鑑査者へのゆとりを作る			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
903	今回のロキソプロフェンナトリウムテープ「タイホウ」のみこの製剤の温感タイプであり、医師は温かいシップを処方したが、普段この患者さんは冷たいタイプのシップを使っていたため思い込みで普段のシップを出してしまった。	医薬品名を付ける場合、「温感」「冷感」などわかりやすい表示にしてほしい。	「タイホウ」は温感タイプであることをしっかり覚える。			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
904	モイゼルト軟膏0.3%を処方されていたところ、1%をお渡ししておりました。	医師が子供の量を出していたけれど、こちらが指摘をしなかった。	医師・薬剤師の勉強不足。			モイゼルト軟膏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
905	これまでアムロジピンOD錠2.5mg1錠を朝食後に服用されていたこともあり、今回処方では2錠へ増量されていたことに気づかず、1錠で調剤してしまった。	忙しくしていた。また、複数の調剤にかかわっていた。	1つ1つ丁寧に処方監査、調剤に取り組む必要がある。			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
906	新規でエドルミズ1錠の処方。通常は2錠服用の薬。	医師が普段からあまり使用しない薬のため。用量の確認を怠ったためだと思います。	新規の薬は添付文書をよく確認する。			エドルミズ錠５０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
907	8日前排尿時の違和感で受診し、膀胱炎の診断を受けて抗生剤を5日間服用したが、排尿時の違和感が続いている為本日受診。ツムラ五苓散が処方されていたが、投薬時に患者から聞き取った情報から五淋散の間違いではないかと思い疑義紹介した。その後五淋散へ訂正となった。	類似した薬剤名の為病院の方の入力が間違えてしまっていた	患者からの聞き取りをしっかり行い、疑問に感じたら必ず疑義紹介を行う			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
908	ラコールNFが処方されており、1箱はラコールを調剤したが、端数の2個をイノラスで渡してしまった。直ぐに他の薬剤師が気付き、2個を交換した。	イノラスやラコールは形状が似ているので、混ざってしまった。また、繁忙時であったため、薬剤師のダブルチェックもできていなかった。	イノラスやラコールは袋入りで、形状が似ているので混ざるとわかりにくい。今後は少し離して在庫を置き、しっかりとダブルチェックする必要がある。			ラコールＮＦ配合経腸用液	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
909	ゾフルーザ20ｍｇと薬袋に記載するところを10ｍｇと記載してしまった。お薬は間違っていなかったが、別の事務員が薬袋の記載間違いに気づき窓口で薬袋を取り換えた。	インフルエンザの患者さんが多く、ゾフルーザの規格違いに気づかなかった。	お薬と薬袋の名前が間違いないかを確認し、交付時に再度確認するよう徹底する。			ゾフルーザ錠２０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
910	一包化調剤中、１０ｍｇ錠のカセット内薬切れ。１０ｍｇ錠を補充すべきところ、誤って５ｍｇ錠を補充してしまう。第２当事者の鑑査により途中から５ｍｇ錠が分包されていることが発見された。	カセット内薬剤補充時のダブルチェックの内規を怠ったため。また当該薬に関する同じインシデントが過去発生しており、カセットには規格注意のシールを貼り注意喚起していたが、漫然となっていた。	１０ｍｇ錠をカセット採用廃止し、手撒きに変更した。			ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「ＮＰ」 ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「ＮＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
911	一包化の調剤において、自動分包機のカセットにシロスタゾールＯＤ錠１００ｍｇと間違ってシロドシンＯＤ錠４ｍｇが補充されていた。監査時にも気が付かず２人の患者に誤って渡薬。後日別の患者の一包化を調剤する際に気がついた。誤って渡薬した二人と連絡をとり薬を回収。一人は服用する前であったが、もう一人は８日間服用した後であった。本人・家族より、健康被害はないので大丈夫です。とのことだったが、主治医に経緯を報告。	名称の似た薬剤であったためカセット補充の際の不注意によるまちがい。監査の際に思い込みで注意深く確認しなかったことによるエラー。	補充の際は２人でダブルチェックをする。繁忙時にもまずは落ち着いて監査を行うよう注意する。起こったミスの内容を全職員で共有することで今後の業務時における注意点として啓発する。			シロスタゾール錠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
912	パルモディアXRが処方されていたのですがいつも通りパルモディア0.1mgを処方してしまった。	発売間もない商品なのでいつものようにパルモディア0.1の方を出してしまった。	薬袋との照合で発覚した。もうちょっと確認をすべきであった。			パルモディアＸＲ錠０．２ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
913	2023年11月1日(水）午前中に患者本人が、10月18日にもらった薬のうちドネペジル塩酸塩OD錠１０ｍｇ「サンド」がなくなり、テルミサルタン錠４０ｍｇ「YD」が10日分余っていると来局された。状況的にレセコンデータに異常はないため、本人がドネペジル塩酸塩OD１０ｍｇ錠「サンド」をテルミサルタン錠４０ｍｇ「YD]と誤って倍量服薬してしまった。	本人は認知症が進んでいるのか物忘れが多く散見されるため、同居者の協力が重要であると思われる。	今後はDr.とも相談し、一包化等の改善策を策定する。			ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠１０ｍｇ「サンド」テルミサルタン錠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
914	デパス1ｍｇの患者様は、ごく少ないのにもかかわらず、監査時にもスルーしてしまい、デパス0.5ｍｇをお渡ししてしまいました。混んでた時間帯でもあり、患者も急いでたこともあり。	混雑してた時間帯、患者も急いでた。	特別少ない処方にも関わらず、気を付けてるのに混雑時、患者も急いでたので、スリーしたので、規格をしっかりと丸印して注意喚起するようにしていく。			デパス錠１ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
915	食事の際、口内に痛みがあると耳鼻咽喉科を受診口腔カンジダと診断でフロリードゲルが処方代理人が処方箋を持参 循環器より定期処方でイグザレルトOD錠を服用していた当薬局で調剤を行っていたにも拘わらず、初期監査で禁忌を見逃し薬剤を用意してしまった フロリードゲル初処方の為、患者指導箋の用意・使用法の最終確認をしている際に併用禁忌である事に気づいた薬剤お渡し前だった為、直ぐに処方医へ疑義を行いファンギゾンシロップへ変更となった禁忌・処方変更について、疑義結果を代理人へ説明併用に問題無い薬をお渡しし、治療を行う事が出来た	本人は認知力低下があり通常は付き添い人と一緒に医療機関を受診していたが、今回は一人で受診していた循環器より複数の薬を貰っているが、それについて耳鼻科医師へは報告はしていなかった スタッフ交代時間で一人薬剤師となっていた知識不足から初期監査で禁忌薬を見逃がしてしまった 電子薬歴に禁忌の表示はあったが、表示が小さく気づき難い状態となっていた	禁忌薬の表示が見やすくなるよう、電子薬歴の表示を変更 投薬はダブルチェック以上の監査を行なってから進める			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
916	パップとテープを見間違えてしまった	当薬局には、パップ.テープ　100ｍｇ.50ｍｇ　先発.ＧＥ　があり　よく調剤するのもと勘違いをしてしまう	薬歴に注意事項を記載し注意を促すようにした			ロキソプロフェンＮａパップ１００ｍｇ「ＪＧ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
917	ブロチゾラムOD錠の包装変更により、患者本人が違う医薬品を渡されたと思いこみ問い合わせがあった。調剤・投薬については処方箋通りであった。以前と同じメーカーの同一商品であるが、今回お渡した薬剤より外観が以前からのものと異なっていた。投薬時に説明不十分であったため患者本人は不審に思われた。帰宅後に連絡があり、PTPのデザイン及び色調変更であると説明し、理解された。そのため薬剤の服薬中断には至らず体調変化は認められなかった。	投薬者が通常勤務者と異なっており、包装変更について知識が乏しかった。包装変更品については月内の途中より変更し、流動的に変更品を患者に調剤していた。どの患者が切り替わっているかは薬歴に記載がわかりづらかった。薬局内では数か月前から周知しており、すでに投薬者は知っているものだと思い、改めて周知していなかった。	包装変更品やメーカー変更品について通常勤務者以外にも周知徹底する。薬歴に変更品を渡した場合はわかるように記載する。メーカー変更については薬歴のPOPの有無を必ず確認する。包装変更についてはここ1か月での変更はよく出るものについてはリストにするなど応援に入る前に確認する手順を踏む。			ブロチゾラムＯＤ錠０．２５ｍｇ「テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
918	レボフロキサシン錠とビオフェルミンR錠が処方。ニューキノロン系にはビオフェルミンR錠と併用の効果が無い為、医師に確認。ビオフェルミン錠に処方変更となる。	門前医院からセファロスポリン系、マクロライド系抗生剤とビオフェルミンR錠が処方される事が多い為。	レボフロキサシン系の抗生剤とビオフェルミンR錠の併用は出来ない事をレボフロキサシンの棚に表示			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
919	５６日分と長期の一包化　　ウラリット配合錠　　塩化カリウム徐放錠　ダーブロック２　　フェブキソスタット20アルファカルシドール0.25を一包化していたところ乗数が　合わないことに気づきました よく見ると　　ウラリット配合錠と塩化カリウム徐放錠の外見　　ヒートシールがそっくりでありました　それで　間違いに気づき再度やり直しました	５６日分と長期の一包化によるあせりと職員の不足	長期で大量になる薬品は　それぞれトレーに入れて順番に一包化するようにしました			ウラリット配合錠	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
920	一包化調剤で交付。該当患者の調剤後に機械のカセット異常が発覚し、フェブリク10ｍｇと20ｍｇが混在していた。鑑査時にも気づくことができなかった。該当患者は交付済みであったため作成し直してお渡し。	充填の際にマニュアル逸脱しておりPDAの使用がなかった。誤った規格をいれていることに気付けなかった。	充填時には必ずPDA使用することを共有。充填後すぐに記録をのこしている。			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
921	メノエイドミコンビパッチの枚数が不足して交付。患者本人から連絡がきて発覚。	包装パッケージが類似しており、薬品と空のパッケージを見間違えた。入れ物がついてることを知らなかった。	使用頻度が低い薬品であったため知識不足。マスタや指示書などに８枚単位であることを知らせるアラート設置。			メノエイドコンビパッチ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
922	患者はインフルエンザ罹患にて受診し、検査結果陽性の為駐車場にて薬が届くのを待っていた。クリニックより処方箋のＦＡＸが届き、処方内容を確認したところ、抗インフルエンザ薬、対感冒症状薬に加えてグラクティブ５０ｍｇ１錠５日分が処方されていた。薬を届ける前に患者に糖尿病既往が無い事を確認。処方間違いを疑いクリニックに疑義照会をしたところ、クラリチン１０ｍｇ１錠に処方変更となった。	推測ではあるが、処方箋発行時に薬を頭文字２文字で検索し最初に出てきた薬剤をそのまま選択してしまったのではないかと思われる。	処方箋応需時に、患者の状況なども踏まえ、処方内容の違和感に敏感になっておくことを常に意識している必要がある。			グラクティブ錠５０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
923	ピッキング時、ゾルピデム５mgの棚にセララ25mgが混在。	外見の類似性が高く、薬剤師の慣れによる戻し間違いが原因。	名前を確認し、ダブルチェックを怠らず、指差し確認をする。			セララ錠２５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
924	施設入居の患者様に朝５種の薬を氏名と用法を印字して一包化して普段より交付している。変更はなかったが、「昼食後」の印字が「寝る前」になってしまっていた。	分包の患者様の薬を分包する際には、通常前回の履歴を引っ張ってきて画面操作し、分包を行う。寝る前の履歴はないため、画面に何らかの操作が加わってしまいミスが生じてしまったと推測する。また、分包後とさらにもう１度監査を行い、時間をずらして合計３人の監査を通しているが、ミスが生じてしまった。施設の看護師が印字ミスに気づき、患者さんの手に渡る前に「朝食後」に変更してもらったため、患者さんへの影響を防ぐことはできた。	分包途中で外来や電話がなったりしても、なるべく分包作業は途中で辞めたり、分包途中で分包機から離れずに続ける。また周囲の従業員にも分包に集中できるような環境を意識してもらう。監査は現在合計３回行っているが、さらに増やす。２つの作業を同時に行わない工夫をする。			ベニジピン塩酸塩錠８ｍｇ「サワイ」 カンデサルタン錠８ｍｇ「あすか」 ドネペジル塩酸塩錠５ｍｇ「明治」 モンテルカストＯＤ錠１０ｍｇ「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
925	【正】リマプロストアルファデクス錠５μｇ「サワイ」　１錠【誤】フロセミド錠２０ｍｇ「ＮＩＧ」　１錠が混入	分包機のカセットにヒートからばらして入れる際に混入	分包機にヒートからばらして入れるときにすべて同薬剤であるか、混入がないか再確認してから入れる鑑査時に形状や錠数だけでなく印字にも注意する。			リマプロストアルファデクス錠５μｇ「サワイ」 フロセミド錠２０ｍｇ「ＮＩＧ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
926	退院後、紹介状を持って受診。処方医よりプラザキサカプセル１１０ｍｇとワーファリン錠１ｍｇ、ワーファリン錠０．５ｍｇ錠が同時に処方され疑義照会を行ったが紹介状に記載してある内容で処方して詳細は不明と返答あり。患者家族より入院時の処方歴を確認し、紹介状と同じ内容で服用を継続し、退院時の処方も同様の処方であったことを確認。 入院時の処方経緯について担当医に問い合わせ、当初は抗血栓薬と抗凝固薬は普通に併用することがある当たり前のことだとお叱りあり。話しを聞いているとプラザキサカプセル１１０ｍｇをプラビックス錠７５ｍｇと勘違いしていることがわかり指摘。一般名で言わないとわからないとお叱りあり。腎機能が低下しているためプラザキサカプセル１１０ｍｇからワーファリン錠に切り替える予定で処方をし、プラザキサの処方を中止する予定が漏れたのだろうと回答あり。	抗血栓薬のプラビックスと抗凝固薬のワーファリンの併用は当たり前にあるためプラザキサとプラビックスの前方一致の名称類似による勘違いが起こった可能性があると考えます。PT-INR上昇後プラザキサ中止するなどの申し送りが抜けていたり、薬剤部での監査が不足していたと考えます。	紹介状ででた処方だからと言ってそのまま調剤してお渡しするのではなく、処方経緯が分からない場合は担当医への問い合わせを徹底する。			プラザキサカプセル１１０ｍｇ プラビックス錠７５ｍｇ ワーファリン錠１ｍｇ ワーファリン錠０．５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
927	アンブロキソール（15）の処方だったがレセコン入力でアンブロキソールＯＤ（45）で入力した。監査時、気づけなくお渡しした後に、事務が気づき患者様へ連絡。過誤内容を説明し謝罪しました。	ダブルチェックをしなかった為、発生した。	ダブルチェックの徹底。			アンブロキソール塩酸塩錠１５ｍｇ「タイヨー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
928	前回までミケルナ配合点眼液を処方されていた患者さまで、今回はミケラン点眼液2%が処方されていた。投薬時に患者さまに確認したところ、薬の変更や検査値の改善を医師から聞いていなかったため、疑義照会し医師へ確認したところ、今回の処方もミケルナ配合点眼液であった。	ミケラン点眼液2%とミケルナ配合点眼液の名称が類似しているため、病院での入力ミスが起きたと考えられる。	薬が変更になっている場合は、患者さまから薬の変更理由を確認し、変更理由不明の場合は必ず医師へ疑義照会する。			ミケラン点眼液２％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
929	ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」の薬品棚にクレストール錠2.5mgが入っており、ロスバスタチン錠で調剤しないといけないところをクレストール錠で調剤してしまう。監査時に発見し、ロスバスタチン錠と取り換えたため、患者にロスバスタチン錠が渡されることは無かった。	一般的にオーソライズドジェネリックは、外観が先発品と酷似している。そのため、薬を戻す際や棚を充填する際に先発品とＡＧを間違えてしまう可能性がある。	先発品とＧＥの包装規格を変える。１００錠包装と１０００包装。１０錠シートとウィークリー包装。など、可能な限り、見た目やヒートのデザインを変えることにより、充填間違いが視覚的におきないように対処する。また、先発品とＧＥで棚の表か引き出しに直すかを変える。			ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
930	一包化の際にアジルバ錠20mgが処方されていたが、タケキャブ錠20mgと誤調剤してしまい、監査で気づき再度作り替えて投薬。	外観が酷似しており、一包化の際に取り違えて調剤してしまった。	調剤時・監査時ともに処方内容と実際の薬が間違いないか確認の徹底。アジルバ錠20mgは当薬局では使用量も多いが手撒きしているので、分包機カセットの作製やバラ錠採用も検討。			アジルバ錠２０ｍｇ 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
931	オルメサルタンとオメプラゾールのピッキング間違い　監査をスルーして患者が気が付き持参　服用なし	繁忙時に監査ミスが起きた　今後監査のダブルチェックを行う	繁忙時に監査ミスが起きた　今後監査のダブルチェックを行う			オメプラゾール錠２０ｍｇ「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
932	エクメットＨＤとエクメットＬＤを間違えてお渡し。	安定してエクメットＨＤが処方されていたので、エクメットＬＤに変更になったのを気付かずお渡ししてしまった。一人薬剤師であったこと、またかなり混雑していた環境であったので、焦りもあり冷静さが保てなかった。またダブルチェックができていなかった。他の薬剤師が処方箋裏の入力チェックしたところ調剤過誤が発覚。服用前に回収できた。	一人薬剤師時は必ずダブルチェックを事務の方にお願いする事と、処方箋裏の入力も照らし合わせて見ることを徹底すること。薬の箱に目立つように注意の付箋を貼り対応。			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
933	インフルエンザ治療薬の『ゾフルーザ』とコロナ治療薬の『ゾコーバ』の処方箋書き間違え	他の処方がアセトアミノフェンしかなかったのでインフルエンザともコロナともとれる処方箋であったが、本人さんに確認の上、用法も違ったので間違いだと気づき処方医へ疑義照会→正しい『ゾフルーザ』に変更になりました。	ゾコーバは１日目に３錠２日目以降１錠の×計5日分　ゾフルーザは2錠×１日分と用法の差が歴然だったのですぐに気づけたが用法を把握していない場合は投薬で話を聞くまで気づけない可能性もあるので、全薬剤師に周知徹底する必要がある。			ゾコーバ錠１２５ｍｇ ゾフルーザ錠２０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
934	医師の投与量の間違い。	処方医の思い込み。	イリボー錠には、性別により投与量が異なる、規格が複数あることをスタッフに周知する。			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
935	2023年11月某日12時頃に、平素より当薬局を利用している患者(76歳女性)が処方箋を持って来局した。処方箋にはベリチーム配合顆粒、ビオフェルミン配合散をそれぞれ1日1g分2朝、夕食後28日分と記載されていた。 事務はベリチーム配合顆粒、ビオフェルミン配合散をそれぞれ1日1g分2の作製済みの予製を調剤するところを誤ってベリチーム配合顆粒、ビオフェルミン配合散を1日1g分3の予製済みのものを調剤してしまった。監査にあたった薬剤師(職種経験年数1年)は自分自身も1g分3のものと勘違いしてそのまま患者さんにお渡ししてしまった。その後、午前の職務を終え、散剤のお渡しをしていたため、計算が合っていたのか薬剤師(職種経験年数1年)が確認したところ、間違いに気づき、患者さんに間違えたお薬のお渡しをしてしまったことを伝えた。その後、患者さんのお宅までお薬をお届けにあがったが、幸いにも患者はお薬の服用前であったため、服用もしていなかった。	ベリチーム配合顆粒、ビオフェルミン配合散については分3での処方が多く、今回も分3であるという認識で処方をみてしまっていた。また、患者さんが来局した時間は店内にも他の患者さんもいたため、焦りが出てしまった。	お薬手帳の見直しや、調剤者がピッキングした後の監査時にはいつも通りということではなく、新たな処方として1つ1つ確認していくようにしていくことにした。また、散剤などの間違えやすい計算のあるようなものは紙などに計算を行ってから監査を行うなど徹底するようにした。			ベリチーム配合顆粒 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
936	他科でエソメプラゾールカプセルを服用中のため、シメチジンが薬効重複していた。	監査で気づき、疑義照会にて削除	確認を怠らない			エソメプラゾールカプセル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
937	国流通のパキロビッドの処方時備考欄にeGFRの記載あり、減量の必要があるにもかかわらず、そのまま調剤	備考欄の確認ミス	備考欄の確認を徹底するように周知したまた、腎機能低下時に原料の必要のある薬の再確認			パキロビッドパック６００	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
938	カベルゴリン錠は除湿・遮光保存の為、銀紙包装に除湿剤を入れて、その中に薬剤を入れて患者さんに渡しているが、今回調剤した銀紙包装の中に既にカベルゴリン錠が5錠入っており、気付かずに今回処方分の4錠を入れて合わせて9錠患者さんに渡してしまった。	おそらく前回調剤したものが銀紙包装の中に5錠入れており、そのまま調剤棚に直した可能性あり。いつもなら銀紙包装の中には保管せず、製品ケースの中で保管している。	剤前は銀紙包装の中に保管しない。銀紙包装の封は調剤時に開ける。			カベルゴリン錠０．２５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
939	ウルソ錠100ｍｇ540錠調剤の内200錠がウルソデオキシコール酸100ｍｇ錠「ＮＩＧ」が混在	誤調剤後の薬剤戻し間違いかと思われる	戻す際の確認と100錠まとめの確認を徹底する			ウルソ錠１００ｍｇ ウルソデオキシコール酸錠１００ｍｇ「ＮＩＧ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
940	ビオフェルミンＲ散1ｇ分3のところ、3ｇ分３で出した。	小児の処方に不慣れ、1ｇ/包の分包品であったため、気づかなかった。	処方せんの年齢に丸印をつける、等普段高齢者ばかりなので、小児が来局された際には、注意喚起するようにした。			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
941	プロカテロールDSが以前は分３　１日0.45ｇ処方されていたが、昼の服用が困難なため、分２　１日0.45ｇに変更となった。プロカテロールは分３と分２の場合処方できる量が異なり、分２にした場合過量投与となる恐れがあった。疑義照会の上、プロカテロール　分２　１日0.3ｇに変更となった。	処方監査をしている時に発見し、疑義照会した。	引き続き丁寧な処方監査を実施する。			プロカテロール塩酸塩ＤＳ０．０１％「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
942	イフェクサーＳＲ７５ｍｇ２カプセル、イフェクサーＳＲ３７.５ｍｇ１カプセルお渡しのところイフェクサーＳＲ７５ｍｇ１カプセル、イフェクサーＳＲ３７.５ｍｇ２カプセルでお渡ししてしまった。本人が気が付き、翌日に交換に来てくれて発覚。謝罪し正しい数をお渡しした。	混雑の為慌ただしく調剤、鑑査してしまったため規格の確認不足だった。	規格の確認を徹底する。患者投薬時にいつもの薬でも一緒に確認することを徹底する			イフェクサーＳＲカプセル３７．５ｍｇ イフェクサーＳＲカプセル７５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
943	出荷調整のためメコバラミン500NPを仕入できず、メコバラミン500SWに変更して調剤。変更を患者さんにも説明してお渡しした。その後、患者さんからいつもの薬と色が違うと問い合わせがあった。メコバラミン500NPは白色でメコバラミン500SWは黄色でした。遮光シートの為外観では色の変化に気づかずお渡ししてしまった。	同じ成分のジェネリック医薬品でも、色、形が異なることを認識し、変更時には再確認が必要である。	遮光シートの薬に関しては、薬情を参考に色まで再確認をすることにした。			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
944	他の患者の一包化の監査の際、１ｐだけ、ニコランジルの代わりにニセルゴリンが入っていたことが発覚。その前に作成した患者にもニコランジルのところにニセルゴリンが入っていないかお渡ししたお薬を確認をしにご自宅にお伺いしたところ、１ｐだけニセルゴリンが入っていた事が発覚し、正しいものと交換させていただいた。	２包分、分包されたものをばらし、分包機のカセットに戻す際に誤って違うお薬を入れてしまった。そして、一人の薬剤師だけで戻していた可能性があり。	カセットにお薬を戻す際も２名以上の確認を行い、間違ったカセットに戻す事の無いようにしていく。			ニセルゴリン錠５ｍｇ「ＮＰ」 ニコランジル錠５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
945	処方ではリパクレオンカプセル150ｍｇ3P分三×56日分であった。調剤担当薬剤師が、1シートのカプセル数を10カプセルと思いこみ、16シート+10Pで調整。当該薬剤は、1シート12Pのため、202Pとなった。監査時に、監査担当者が気が付き、調整し直しを指示。14シートに再調整した。	店内が混雑し、待ち時間が長くなっていた。調剤担当薬剤師も早く出したいという気持ちのあせりがあり、1シートのカプセル数を数えなかった。	リパクレオンカプセルの棚に、「1シート12P、要注意」の表示を実施。全員に情報共有をおこなった。			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
946	在庫のないはずの薬がマイナス在庫とあったため発覚	名称類似の漢方薬は在庫の有無にかかわらず名称を最後まで確認する	入力との突合が不十分だった。普段在庫ないもの、類似名称のものは名称確認気を付ける。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
947	一包化の鑑査時、薬剤師がタケキャブ10ｍｇが入っていなければいけないところ、アジルサルタン40ｍｇが入っていたことが発覚。その後すぐにタケキャブ10ｍｇの一包化している患者様のリストを出して、局内に加え、直近で交付している患者様宅へ出向き確認。カセットへ誤った薬を戻す作業が発覚の2日前であったため、その間に処方があった患者様の薬を調査したところ、2名の方に合計4錠分のアジルサルタン40ｍｇが混ざっていた。	中止になった一包化をばらして分包機のカセットへ戻す際にタケキャブ10ｍｇのカセットへ誤ってアジルサルタン40ｍｇを入れてしまった。日ごろからカセットへ薬を戻す際には2人がかりでダブルチェックするルールがあり、当時もそのように行ったとのことだったが、ミスが発覚した。	今回は健康被害や服用に至ることはなかったものの、一つ間違えると大変な事態に繋がりかねないため、カセットへ薬を補充したり、戻す際は1錠ずつ確かめた上で、2人がかりで行い、だれが充填したか分かるようにログを残すよう改善に努めた。			タケキャブ錠１０ｍｇ アジルサルタン錠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
948	処方内容ツムラ大建中湯エキス顆粒15ｇ　毎食前　30日分 ツムラ大建中湯エキス顆粒180包ピッキングしなければいけないところを、調剤者は7.5ｇ30日分であると思い込みツムラ大建中湯エキス顆粒を90包でピッキング。鑑査時に気づき過誤には至らなかった事例	当薬局での処方頻度の高い1日量7.5ｇであると思い込み調剤したことが原因で水にミスにつながった。	指差し呼称による調剤の徹底、フェイルセーフ機の確認の徹底。			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
949	分包機のカセット使用で、酸化マグネシウムを選ばなければいけないところを沈降炭酸カルシウムを選んでしまった。見た目が似ている為、監査でも気がつかずに交付してしまった。	一人調剤で、たてこんでいたのもあり調剤監査が雑になってしまった。	簡単な処方ほどサッと監査してしまうところがあるので、簡単なものほどしっかりやる。			酸化マグネシウム錠５００ｍｇ「ケンエー」 沈降炭酸カルシウム錠５００ｍｇ「ＮＩＧ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
950	当薬局の門前のクリニックからの処方せんを受け付けた事例内容は普段から処方されないような塗り薬であった。患者様より話を伺うと別のクリニックで処方してもらっていた薬を今回処方してもらえないかと先生に話したとのこと。処方せんにはネリゾナユニバーサルクリームと記載があったが在庫はなくネリゾナクリームの在庫はあったため同成分と勘違いし交付するに至る。交付後、本当に正しいか気になり保険薬事典を調べた結果違うものと分かった。薬の交付後すぐに患者様と連絡が取れ、薬の交換をする事になった。	ネリゾナクリームをネリゾナユニバーサルクリームと同じクリーム剤のため問題ないと安易に捉えた結果間違えて交付するにいたった。	名称が違う薬は保健薬事典などで確認する。また処方された薬を実際に患者様に見せ、間違いないか確認する。			ネリゾナユニバーサルクリーム ネリゾナクリーム	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
951	今回同一薬品の用量間違いをしかけました。患者さんと話すうちに違いがわかり交付前で良かったです。	同種薬の用量違いを同じところにおいており今回このような間違いになった。	今後は陳列を変更して間違いがないよう努めます。			テリルジー１００エリプタ３０吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
952	一般名処方でロキソプロフェンなのでジェネリック希望だと思っていましたが先発品希望で患者さんに指摘されました。交付前なので修正出来たがこちらの確認不足でした。	業務が多忙で確認不足のためこうなりました。	やはり確認を怠らないようにしてを多くして間違えを少なくして行きたいです。			ロキソプロフェンナトリウム錠６０ｍｇ「クニヒロ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
953	パルミコート吸入液を5A×6袋の調剤だったが、保存袋が1袋混合し総数に不足があった。他薬剤師が監査時に発見し患者に渡ることはなかった。	調剤当時は来局者が多く非常に混雑していた。保存袋が製品が入った袋に似た印刷だった。	一袋ずつ指で内容薬剤を確認するルールとした。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
954	前日に処方されて10個の錠剤を一包化していた。翌日体調変化により、薬剤が変更となり、10個のうち3個中止、3個別の薬剤を加えることとなった。交付後再度残っていた薬を確認したところ、ベリキューポ2.5ｍｇ1錠とメチルジゴキシン錠0.1ｍｇ錠を取り違えていたことが判明。すぐに連絡して自宅訪問し正しい内容に一包化し直し、お渡しした。	10個の一包化の薬剤からの内容変更で、外観が類似していたため、誤ってしまった。	薬剤に記載されているコードを確認する際には、充分に注意をする。字が見にくい場合はルーペなどを使用する。			ベリキューポ錠２．５ｍｇ メチルジゴキシン錠０．１ｍｇ「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
955	処方箋の記載はメイラックスで処方。症状が感染症であったため疑義照会しメイアクトに変更となった・	頭2文字が同じ薬品名のため、処方の選択ミスが起きやすい薬剤のひとつ。初めて使う場合には特に患者の聞き取りを十分行わないと間違いに気づきにくい。	受診した際の疾患と薬が合致しているのかよく確認する。			メイラックス錠１ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
956	デュオトラバのところトラバタンズで投薬患者さんはトラバタンズ希望だったのと残薬がたくさんあったため発覚が遅れた。	一般名からの変更がわかりにくい	その都度確認、			トラバタンズ点眼液０．００４％ デュオトラバ配合点眼液	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
957	2023年12月18日12時頃フスコデ配合シロップ1日量１０mLのところ、フスコデ配合シロップ　３０mL　分3毎食後5日分で処方あり。 調剤者と、監査・投薬した者、共に1日量ではなく1回量が１０mLで処方されていたことに気がつかずお渡ししてしまった。過誤発生1時間後、医薬品発注時にフスコデ配合シロップが多く調剤されていることを疑問に感じた別の薬剤師が、処方箋を確認したところ発覚した。すぐに処方医に連絡し、フスコデ配合シロップ　１０mL分３毎食後に変更となった。 患者様に連絡し、服用前であったと確認。その後すぐにご自宅まで伺い謝罪し、正しいお薬と交換した。健康被害はなかったものの、患者様には多大な不安を与えてしまった。過誤を発見した薬剤師が、お詫び・交換など対応し、その後、薬局長は報告を受け、調剤した薬剤師、監査・投薬した薬剤師、それぞれに話を聞き取り、最終監査・投薬した薬剤師に社内での報告レポート（インシデントレポート）の提出を求めた。	調剤過誤の背景として咳止め薬の出荷調整や、年末年始の混雑により、いつもよりイレギュラーやそれに対応する仕事量が増え、インシデントが起きた。また、調剤者は、調剤時に添付文書をネットで開いており、それが残っていたため、発注者が処方でたことに気づき、量を確認したことに繋がった。また投薬者においても、処方頻度の少ない薬のため、改めて添付文書を投薬前のPCで確認していた。しかしながら、同じように１回量と１日量を見誤ってしまった。	【調剤対策】・調剤監査システムで秤量時に年齢もしくは体重を入力し常用量を確認できるように設定を変更した。・すぐ目につくよう、薬瓶にも、常用量を記載した札をつけた。 ・散剤、水剤の用法用量を記載した一覧表に、（出荷調整に伴う代替薬の情報を追記し）最新のものへ更新した。また、それを調剤室と監査台と両方におき、すぐに見られる状態にした。 【監査対策】・監査時、薬歴システムにエラーチェックが上がるように依頼中。・監査が疎かにならないよう、個人の監査ルールも確認した 【人員対策】会社に繁忙時の増員を依頼。患者さんに十分な医療が提供できるよう、急病時にも余裕ができる体制を作れるようにラウンダーを作ることまでは了承を得た。現場の状況に合わせたシフト調整をする。			フスコデ配合シロップ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
958	一包化の調剤中に薬がタブレットカセットの目的のマスから外れて横のマスに入ってしまった。調剤者はその薬剤を取って正しいマスに入れなおしたが、その時に似た形の薬を間違えて取ってしまった。結果一包化の中に同じ薬が２個入った包ができてしまった。監査時に気づいて修正できたが、見逃せば大変な調剤過誤になっていた。	一包化の調剤は細かい作業でタブレットカセットに入れるときに間違って別のマスに入ることはたまにある話です。ただ、薬剤の入れ直しの時に注意していても別の似た薬剤を間違って取ってしまう事故が起きてしまった。別のマスに薬が入ってしまう事は調剤中には起こる事ですが、その修正にはより神経を使って確認していくことが大切と分かりました。	一包化中に薬の入れ直しをする時は決して一人でやらずに他の人の確認を受けるように調剤手順を変えた。			フェブキソスタット錠１０ｍｇ「ＪＧ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
959	般）ドネペジル塩酸塩口腔内崩壊錠5mg 1錠　1日1回朝食後　28日分の処方。定期的な受診であり、ドネペジル塩酸塩OD錠5mg「NP」を28錠調剤・投薬すべきところ、14錠シート4枚の56錠を調剤・監査・投薬した。患者が自宅に帰り、薬カレンダーに自らセットする際に、28錠余ったため判明した。14錠シート4枚の56錠でアルミピロー包装されており、28錠包装と勘違いしアルミピロー包装のまま調剤し、監査者もそのまま投薬したためご調剤となった。	アルミピローで包装されており、吸湿を少しでも防ぐ目的で開封せず投薬した。当該製品は、通常は開封して計数、監査を行っており手順が順守されていなかった。アルミピロー包装には、小さく56錠と印字されていたが見逃しがあった。	アルミピロー包装を開封せず投薬する場合は、内容量を目視で確認する。開封が問題なければ、開封後調剤して数量を確認する。			ドネペジル塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「ＮＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
960	クエン酸カリウムクエン酸ナトリウム水和物配合錠が処方されていた患者へ、投薬しようと患者から情報収集したところ、患者の申し出は、採血結果、貧血とのことであった。処方内容に疑いをもったため、疑義照会したところクエン酸第一鉄Ｎａ錠の処方入力間違いであった。	患者に採血結果を提出してもらう習慣づけができているので、ミスを防げた事例です。	処方箋の内容を患者と常に共有することが大切。			クエン酸第一鉄Ｎａ錠５０ｍｇ「サワイ」 クエンメット配合散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
961	ツムラ芍薬甘草湯が処方されていた。交付時に患者に症状の聞き取りをした際、交付薬剤の薬効と違う症状だったため疑義照会。ツムラ当帰芍薬散へ処方変更となる。	処方医の確認不足。	患者への詳しい症状聞き取りを再度徹底する			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
962	グルコンサンK細粒ＫからアスパラＣａへの処方変更でした。前回の薬歴に粉薬が飲みづらいとの主訴があり、アスパラＫへの変更ではないかと疑問が生じました。疑義紹介したところやはりアスパラＫの処方間違いでした。調剤前に気が付いたため、患者さまが服用することはありませんでした。	処方医はおそらくアスパラで薬品検索し、アスパラＫのところアスパラＣａを選択してしまったと考えられます。	薬が変更になった場合は前歴などから患者背景を推測し、矛盾がないか確認した上で調剤することを徹底します。			アスパラ－ＣＡ錠２００	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
963	在庫がなくヘルベッサーＲカプセル２００ｍｇ1カプセルをヘルベッサーＲカプセル１００ｍｇ×2で疑義照会を行い入力を変更したところヘルベッサーＲカプセル１００ｍｇ×1で入力されており調剤者も気付かなかった。鑑査者がきづき事なきを得た	入力修正のダブルチェックの不徹底	調剤者もしっかりと疑義事項を確認して処方箋の縦読み横読みを徹底する			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
964	帯状疱疹と診断された患者より聴取。用量が少なく治療効果が得られない可能性があるため、疑義紹介にて用量変更。	疾患により用量が異なる場合ので患者からの聞き取りをしっかりする	疾患により用量が異なる場合があることを店舗で周知徹底する			バラシクロビル錠５００ｍｇ「ＳＰＫＫ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
965	他科でネキシュウム処方あり。処方箋にタケキャブ10ｍｇ記載あり、監査時に気づき、疑義紹介後タケキャブ削除となる。	確実な薬歴鵜の記載、お薬手帳の確認、患者さんとのコミュニケーション	薬歴の確実な確認、お薬手帳の確認、患者さんとの会話			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
966	エルカルチンが吸湿性があり一包化不適なのにも関わらず一包化してしまい。渡す直前で投薬者が気づき作り直したが患者さまにご迷惑をかけてしまった	エルカルチンで吸湿性についての知識不足	一包化できる薬か否かを確認する			エルカルチンＦＦ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
967	カルボシステインの1包当たりの量がジャーナル自体は正しい数字をとれていたにもかかわらずが少なく監査者が重さをはかるタイミングで気づいた。機械の誤作動で量が少なかったためもう一度測り直した。患者に渡る前に気づき事なきを得た	分包機の掃除の不徹底と定期メンテナンスの漏れ	ジャーナルを信用しきることなく実際の重さをしっかりと確認する。分包機は定期メンテナンスを欠かせない			カルボシステイン細粒５０％「ツルハラ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
968	一包化調剤で1つだけマグミット錠330ｍｇ１TとミヤBM錠１Tではなく、ミヤBM錠2Tで調剤。	白色で大きさも似ているため、監査ミスが起きた。	監査の徹底			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
969	セフジトレンピボキシル錠100ｍｇ「ＯＫ」で入力すべきところを別メーカーの「トーワ」で入力。医薬品の供給困難でメーカーが頻繁に変わっている状況。	医薬品の供給不足におけるメーカーの頻繁な変更。変更時のスタッフ間での連絡不足。	メーカー変更時はスタッフ間での声掛けを行い、メーカーが変更になった旨を共有する。			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
970	ムコスタを服用していた患者にレバミピドを調剤して渡してしまった。後日、患者から同じものではないか？と問い合わせがあり発覚した。幸い患者の判断で片一方の薬しか飲んでいなかったので事故にはならなかった。	忙しくて併用薬の確認が甘かった	忙しくても注意を怠らないようにしていく			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
971	エビリファイ１ｍｇを一包化する際、入力を他病院で処方されているエスゾピクロン２ｍｇでしてしまい、分包紙の薬品名の印字がエスゾピクロン２ｍｇで交付してしまいました。（薬はエビリファイが入っていました。） 施設の方の指摘で発見してお薬を交換しました。患者さんが服用される前でした。	いつも飲まれている薬という思い込みがありました。	調剤して交付前のチェックを再度徹底するします。			エビリファイ錠１ｍｇ エスゾピクロン錠２ｍｇ「明治」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
972	一方化をしたところ、規格が違っていた。いつもと同じとの思い込み。	規格の確認はどこでもしていると思うが、いつもと同じの確認は慣れる	一包化は慣れやすいので、きちんと確認する作業をプラス			カルベジロール錠１０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
973	高齢者だが、今まで降圧薬服用経験は無い方　初回からアダラートCR錠40mg処方しているため疑義照会　カルテの記載間違いでアダラートCR錠10mgに変更になった。	同じ薬剤で5規格もある　クリニックのPCそうだミスと考えられる	高齢者でのコミュニケーションを常に行っていく。またお薬手帳で今までどんな治療を行ってきたか推察していく			アダラートＣＲ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
974	いつもジクアス点眼液3%を使用中の患者様が、今回からジクアスLX点眼液3%に処方変更された。入力、調剤ともに間違いなかったが、投薬時に「いつもと同じ薬。」と言ってしまった。患者より「先生が薬変えると言ってた。」と言われ、薬歴を確認したら前回まではジクアス点眼液3%だった。	投薬前に薬歴をサッと見て投薬したため、ジクアスLXを使用中と思い込んだ。	投薬直前に薬歴を、再確認して投薬するようにしています。			ジクアスＬＸ点眼液３％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
975	アルプラゾラム「アメル」が入荷できなくなり「サワイ」へ変更になったが調剤は「サワイ」入力が「アメル」になっており薬袋へ入れる前に気が付いた	ジェネリックメーカーの変更による伝達を薬局内スタッフへ周知徹底ができていなかった	採用が変わった薬品に関しては周知徹底しスタッフ同士で連絡するまた薬の箱に印を付けるなどして対応			アルプラゾラム錠０．４ｍｇ「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
976	一包化で忙しくｍｇ数を待つがってしまった	複数人員の監査を徹底する	その後問題なし			メマンチン塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「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
977	チラーヂン錠25μｇとチラーヂン錠12.5μｇの取り間違え	繁忙時	手順の遵守を必ず繁忙時でも落ち着かせる			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
978	本来メコバラミン錠でお渡しいないといけないところ、先発品のメチコバール錠で渡してしまった。後日患者様よりご指摘があり、気づいた。	先発希望の患者様だったので、メコバラミンを、メチコバール錠だと勝手に思い込んでしまった。	憶測で調剤しない事を、確認。			メチコバール錠５００μｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
979	医薬品不足の状況により、散財からシロップ剤への変更となった。調剤・監査は問題なく進んだが、交付の際に患者年齢からシロップ剤を忘れてしまった。患者母親との指導中に取り忘れを思い出し、すぐに交付した。	昨今の医薬品不足により、剤形変更などの対応が増えている。それに伴い、業務の工程がいつもよりも増えている	剤形変更した薬剤については処方箋のコピーにカラー付きでマークするようにした			カルボシステインシロップ小児用５％「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
980	全自動分法機で一包化をおこなったところ、本来エチゾラムが分包されている包に、レスタミンが混入していた。カセットの薬品を入れ替えるときに、前につかった錠剤が残っているのを見落として次に錠剤を装填してしまった。	繁忙期だった。カセットが空になっていることを、ギヤを回転して確認する工程を行なわなかった。	ギヤを回転して、空になっていることを必ず確認し、「カセットよし！」と指さしながら点呼することとした。			エチゾラム錠０．５ｍｇ「クニヒロ」 レスタミンコーワ錠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
981	術後の跡が残っているため薬がでたとのこと。ザジテンカプセル100mg　2カプセル　1日2回　朝、夕食後　14日分が処方されていたが、リザベンカプセル100mgの誤りではないかと疑義照会したところリザベンカプセル100mg 3カプセル　1日3回　毎食後　14日分に変更になった。	不明	患者さんの症状の聞き取りなど、普段からコミュニケーションをとる			ザジテンカプセル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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
982	継続されていたルミガン点眼液の刺激性から、エイベリス点眼液に処方が変更された。その時点で薬局では薬剤師が患者に白内障の手術を受けていないことを確認した。２年２か月間エイベリス点眼液が処方され続けていた。エイベリス点眼液での白内障手術済患者への処方が頻発したため、独自の防衛法として、初来局患者への問診での白内障手術の確認と、既存患者へは白内障手術済かどうかの確認を始めた。２年以上経過して、患者に白内障手術の未済を確認したところ、８年近く前に他院にて白内障の手術を受けていることがわかったため、Drに疑義照会して、エイベリス点眼液を中止してもらい、新たにラタノプロスト点眼液を処方、投与した。	病態禁忌があるお薬の発売にあたって、メーカーはDrに対して、しっかりとその説明をしていないのではないかと思う。薬局では、患者に聞き取りでしか、白内障手術の未済はわからないこともあるので、処方医にしっかりと教宣してほしい。	エイベリス点眼液が初処方された時には、処方医に白内障手術が実施されていないかどうかを確認する。			エイベリス点眼液０．００２％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
983	一包化のアルファカルシドール「アメル」をメーカー違いの「フソー」で分包してしまった。	薬歴の確認不足。	薬歴をしっかり確認し、薬剤師とのダブルチェックをしっかり強化する。			アルファカルシドール錠１．０μｇ「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
984	一包化調剤を行った際、タリージェ錠5ｍｇを調剤するところ、一部エリキュース錠5ｍｇが調剤されていた。監査者が監査時に発見した。	以前、バラ錠を戻す際に、タリージェ錠5ｍｇとエリキュース錠5ｍｇの外観が類似していることから、印字が変更されたと思い込み、混合して戻した。今回、調剤するときに、同じ薬剤師が、同じ勘違いをしたまま、調剤を行い、別の薬剤師が監査をした際に、異変に気づき、間違いが発覚した。	調剤者と監査者を別にして監査をしっかり行うことを徹底する。			エリキュース錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
985	マイクロファインプラス３２Ｇ４ｍｍが処方されたが誤ってペンニードルプラス３２Ｇ４ｍｍをお渡しした。服薬指導後に在庫管理ソフト上の在庫数が合っていないことに気づき患者様に連絡し、ペンニードルプラス３２Ｇ４ｍｍをお届けしマイクロファインプラス３２Ｇ４ｍｍを回収した。	マイクロファインプラス３２Ｇ４ｍｍを処方されている患者様は２名だけでそれ以外はペンニードルプラス３２Ｇ４ｍｍが処方されているため。自動鑑査機を導入しているがどちらの針も同一コードで登録されており鑑査機の監査ではＯＫが出たため目視で鑑査することを怠った。	この患者様のレセコン、薬歴どちらにもマイクロファインプラス３２Ｇ４ｍｍが処方されるため注意！というポップアップを作成した。必ず目視で鑑査することを徹底した。			BDマイクロファインプラス32G×4ｍｍ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
986	一包化により調剤後沈降炭酸リチウムが処方箋上500ｍｇであったにもかかわらず、２５０ｍｇで調剤を行っていた。監査時に発覚し再分包	沈降炭酸リチウムの包装がやや似ており、処方箋をしっかりと確認せずにピッキングしてしまった。	異なる規格がある場合、店舗に周知し離れた場所に配置する。処方箋を確認後調剤を行う。			沈降炭酸カルシウム錠２５０ｍｇ「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
987	在庫のメーカーが前回より変わっていたが前回と同じで入力してしまった。	監査システムが稼働せず一人での入力、監査、投薬であった。	監査システムが稼働しない時は第３者に必ず確認してもらう			エソメプラゾールカプセル２０ｍｇ「杏林」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
988	先発品をご希望されている患者様にホクナリンテープ1mgが処方されたが、間違えて後発品のツロブテロールテープ1gmを調剤しお渡しした。	患者様が外国籍の方で、日本語は達者だが、時々こちらからの説明が伝わりにくいことがある。ご兄弟様もよく来局されているが、ご兄弟様は後発をご希望されているため、注意する必要があった。	先発・後発どちらをご希望されているのか、必ず確認する。メディモニターなどバーコード監査も取り入れているため、必ず監査の際は使用するように努める。			ツロブテロールテープ１ｍｇ「久光」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
989	アムロジピン錠2.5mg「アメル」を含む一包化調剤でバラ包装を利用しようとしたところ、そのバラ包装に5mg錠が混入していた。また、2.5mgのバラ包装の箱に5mgのバラ容器が入っていた。薬歴および分包機の調剤履歴を確認して前の患者をさかのぼったところ、2.5mgを調剤すべきところで5mgが調剤された事例はなく、5mg錠の調剤残を2.5mgのバラ包装の容器に戻してしまったと結論付けた。	アムロジピン錠2.5mg「アメル」とアムロジピン錠5mg「アメル」は箱・包装ともに類似しているため、2.5mgの箱に5mgのバラ錠が入っているとは思わず、箱だけ確認してバラ錠を戻してしまったことが今回の戻し間違いの要因だと考えられる。	アムロジピン錠2.5mg「アメル」とアムロジピン錠5mg「アメル」は箱・包装ともに類似している。よってバラ錠の開封後は箱を捨ててバラ包装容器のみで保管すること、調剤残を戻すときはバラ容器と現物をよく確認して戻すことの2点を徹底する。			アムロジピン錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
990	1シート12個を1シートを10個と勘違いして投薬していた。患者様からもクレームもなく全く気づかず2回ほどそのまま調剤していて箱を開けるときに120個入りであることに気づいた。	調剤するときに端数が発生しなかったため、確認もせず1シート10個の薬であると思い込んでいてそのまま調剤していた。	1シートも数を確認し10個以外のものがあれば、箱にシールをはり個数を記入するようにした。			リパクレオンカプセル	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
991	ロフラゼプ1mg21錠でお渡しのところ、20錠でお渡ししてしまっていることが、閉局後に向精神薬を数えていた時に発覚。すぐに患者様にお電話し、お渡し間違いがあったことお伝えし謝罪、ご自宅まで持参した。	・ロフラゼプを調剤する際、5錠シートの形状が横2錠ずつ3つ繋がった6錠シートの下が1錠切り取られていたタイプが入っておりそちらを使用。通常10錠シートを縦半分に切ったもので調剤することが多いが、このシートが5錠であるのことは頭で意識したが、なぜかそれを6錠で計算してしまい、auditもお薬重量ともにOKだったため信じて監査してしまった。・新規の患者様であったこともあり、入力監査時ロフラゼプとロラゼパムの入力監査間違いをしてはいけないと思い、そちらに注意する方向が向いてしまった。・1人薬剤師の時間帯で、患者様が立て続けに来て繁忙だったこと、閉局間際の来局、17時までにA病院へのFAX疑義、お薬の発注、対応中に電話問い合わせがあったのと、閉局後に患者様宅へお薬を届ける業務もあったことから知らず知らずの焦りが発生していたのかもしれない。	・Auditを過信せず、お薬重量ともOKであっても、輪ゴムから外し電卓で計算し数を確認することを徹底したい。・1人薬剤師の時のみならず、どんなに業務が立て込んでいても、目の前の業務のみに集中し、注意力散漫にならないように心がけたい。			ロフラゼプ酸エチル錠１ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
992	カプトプリル錠の処方について、前回まで１２．５ｍｇの処方だったが、今回から２５ｍｇへ増量になっていた。採用薬品は１２．５ｍｇのみだったので、そのまま規格変更に気づかずに１２．５ｍｇでピッキングしていた。監査時に処方箋・入力情報と照らし合わせて、誤りに気付いた。	カプトプリル錠の２５ｍｇ錠は、調剤することがほぼ稀なため、思い込みで１２．５ｍｇをピッキングしてしまったと思われる。	再度、調剤時には、薬品名・剤形・規格の３点を確認しながらピッキングし、監査時にはその３点に加えて、用法用量・併用薬・投与制限等の妥当性を確認していくことを職員へ周知しました。			カプトプリル錠１２．５「ＳＷ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
993	ビソプロロール錠2.5mg「トーワ」のところビソプロロール錠5mg「トーワ」で調剤。監査時に間違いを発覚。患者様には正しいビソプロロール錠2.5mg「トーワ」できちんとお渡し。	慌ただしい時間帯での調剤となり、ビソプロロール錠2.5mg「トーワ」とビソプロロール錠5mg「トーワ」が調剤棚の隣に位置するため普段の業務の慣れでピッキングした所、誤ってビソプロロール錠5mg「トーワ」を集めてしまった。	調剤棚に規格注意の注意喚起の札を貼りピッキングする際に確認しながらピッキングできるようにした。			ビソプロロールフマル酸塩錠２．５ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
994	アンブロキソールのタカタを調剤するときに、分包紙印字を間違えて、メプチンドライシロップと入力してしまった	忙しい時間帯で印字の確かめもしないで薬をお渡ししてしまった	分包印字するときは、必ず印字と処方箋のコピーを隣り合わせで確認する			アンブロキソール塩酸塩ＤＳ小児用１．５％「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
995	アムロジピンODが5→2.5ｍｇに減量になった事に気づかずそのまま投薬。	家族が薬を取りに来ていて、急いでいた事もあり、話ができなかった。忙しい時間帯で監査が不十分でそのままお渡ししてしまった。	監査を徹底して行うこと。急いでいる方にも変更点があれば、必ず伝える事を徹底する。			アムロジピンＯＤ錠２．５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
996	プレガバリン朝２５を2錠、夕７５を1錠の処方で、薬袋を分けて交付。朝夕で入れ間違えたまま交付。患者が服用後午後ボーっとなる為気が付き来局にて相談、間違い発覚。	他頓服処方の残薬に気を取られていた。	投薬口で薬袋の上に薬を置く時にも、Wチェックをしてから患者さんを呼ぶようにする。			プレガバリンＯＤ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
997	思いこみで同薬品の規格小さいほうを処方してしまい、翌日患者からの確認にて気付く　体調には影響ないことを確認後謝罪して本来の薬品渡す	よく出るくすりのほうと思いこみ渡してしまった	今まで数年間問題なく調剤していたにも関わらず、続けて規格の違う処方が続いたので思いこんでしまった			ビソプロロールフマル酸塩錠５ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
998	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒が５ｇ分２朝夕食前で処方された。人参養栄湯は１包が３ｇであり、本来なら６ｇ分２で処方されるべきだったが、医師の処方ミスに気が付かずに処方通り入力、調剤してしまった。調剤後に医師の処方ミスに気が付き、疑義照会して６ｇ分２に処方変更し、正しい入力に変更して調剤した。	ツムラの漢方薬は１包２．５ｇの製品が多く、医師が用量を間違える事がある。また薬局でも１包２．５ｇと思い込みで入力・調剤してしまうことがある。	過去に起きた入力ミスや調剤ミスの事例を全ての職員が情報共有し、間違えやすいパターンとして記録しておくことが大切だと思われる。また在庫場所に注意喚起を促す表示（例えば「１包３ｇ！」「規格注意！」「類似名称あり！」など）をすることも調剤過誤の防止対策として有効だと思われる。			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
999	ホスミシンドライシロップの処方が出ており計量し、分包した際の分包紙への薬品名の印字がポララミンドライシロップとなっていた。患者様に交付する前に気づき作り直してお渡しした	分包機に登録のある薬品名がたくさんありその中から選択する際のミスタッチと考えられる。薬品登録を削除することもできない為調剤する薬剤師は印字の設定の際と再度分包後に薬品名の印字に誤りがないか確認する必要がある。	分包紙への薬品名の印字の際は調剤者も薬品名の設定時、分包後の2度の確認をし、監査者も再度処方箋と照らし合わせて確認するよう注意喚起した			ホスミシンドライシロップ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
1000	今回初めて一般名処方のアザルフィジンEN５００mg １錠　１日２回朝夕食後　２８日分処方で粉砕指示あり処方監査の段階で、患者様の親に確認したところ関節リウマチで使用すること確認しすぐに疑義紹介し粉砕不可であるため、粉砕指示を外していただきたいと連絡しました。その後、粉砕指示が外れたため、規格変更しジェネリックのサラゾスルファピリジンEN錠２５０mg ２錠に変更しました。	処方医が、一般名のサラゾスルファピリジン腸溶錠が粉砕不可の薬であること認識していなかったためだと思います。サラゾスルファピリジンの腸溶錠の適応症は「関節リウマチ」で、腸瘻以外は粉砕不可サラゾスルファピリジン錠の適応症は「潰瘍性大腸炎、限局性腸炎、非特異性大腸炎」で粉砕可能。	腸溶錠や、製剤に特殊な加工している薬剤は、原則粉砕不可が多いため、初めて見るパターンの場合は添付文書やインタビューフォームで必ず確認するようにしています。			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
1001	フェブキソスタット錠40ｍｇを10錠シートなのに14錠シートと勘違いして投薬してしまった。患者様に説明している時に患者様に数が足りないのでは？と指摘されて分かった。	忙しくしており、思い込みで仕事をしてしまった。	もっと落ち着いてしっかり監査し、思い込みで投薬しない様何度も監査する事にした。			フェブキソスタット錠４０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1002	酸化マグネシウム（250） 3T　分3　毎食後　14日分の処方。一包化のため薬剤師が自動分包機で調剤を行った。別の薬剤師が鑑査の際、酸化マグネシウム(330)が混入していることに気が付いた。	調剤したが使わなかった分包を事務員がバラして充填する際に、誤って酸化マグネシウム(250)のカセッターに酸化マグネシウム(330)を充填したこと。	充填する際のダブルチェックの徹底。一包化鑑査の際は、全分包の刻印を確認すること。			酸化マグネシウム錠２５０ｍｇ「ケンエー」 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
1003	背景としてアジルサルタン錠20ｍｇについてバラ錠は武田テバ、ヒートはトーワを採用している状態。事務さんが一包化をしたが、7色味、形が似ているため分包時に混在してしまっていた。薬剤師が鑑査時に気付き、トーワの物を除外、正しい武田テバのものへ巻き直して患者へ投薬した。	背景としてアジルサルタン錠20ｍｇについてバラ錠は武田テバ、ヒートはトーワを採用している状態。色味、形が似ているため分包時に混在してしまっていた。	メーカーが2社あることを暖簾で誰でもわかるようにし、常に意識できる環境にした。			アジルサルタン錠２０ｍｇ「武田テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1004	患者にニフェジピンCR錠20mgが処方されたが、ピッキングミスによりニフェジピンCR錠40mgが投薬された。患者は一回そのまま40mgを服用。	ピッキングの後通常監査が二回行われる手順であるが、1人休みであったため監査が１回に省略。急いでいた事もあり監査でも間違いが見逃された。	ピッキングミスは棚におけるニフェジピンCR錠の20mgと40mg位置が近かったので位置を変えた。また監査が2回されたことが確認できるよう、監査時後担当者が必ずサインを書き込むよう改善した。			ニフェジピンCR錠40mg「三和」 ニフェジピンCR錠40mg「三和」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1005	【処方箋の関係部分の内容（薬名・屋号、用法用量、処方日数など）】シングレアOD錠10ｍｇ　1錠　1日1回　寝る前　110日分 　シングレアOD錠を110錠ピッキングする際、1箱100Tと思い込み1箱+10錠でピックング。ゼロ子も数の部分は確認せずに監査に回してしまった。　監査を行った他の薬剤師が数が足りないことに気づき、足りない分を再度ピッキング。患者様には110Tお渡し。	調剤者の注意不足と包装単位の思い込みで起きたと考えられる。	調剤者の不注意と知識不足が招いた事例包装単位が100錠ではない薬を先輩薬剤師と確認。また、包装単位に注意し調剤を行う。			シングレアＯＤ錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1006	本人（外国人）は来局されず、患者家族（外国人）が来局。主訴は感冒症状。カルボシステイン錠500、デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠15、チラーヂンS50がそれぞれ3錠分3の処方。患者家族へ「甲状腺の薬が出ているがこれはいつも服用している薬ですか。」と聞いたところ、頷いたためそのまま交付。週明け（交付から3日後）に医療機関からチラーヂンS50をトラネキサム酸錠500と誤って処方したと電話あり。医療機関から患者へ説明済みのこと、患者に重大な副作用は起きていないと連絡を受けた。その後来局された患者家族へ患者の状態伺ったところ、特段気になる副作用等は現れていないことを確認。	処方内容を確認した時点で、添付文書の内容と異なる用法の医薬品が処方されていた場合は疑義照会をするべきであったが、患者家族へ一度確認したことで、疑義照会をせず交付してしまった。また患者家族が外国人であり、日本語でのコミュニケーションがうまく取れていなかった。	添付文書に記載のない用法は必ず医療機関へ疑義照会をする。また、患者（患者家族）が外国人だった場合、うまくコミュニケーションとれていない可能性も考え、医療機関へ処方内容について確認する。			チラーヂンＳ錠５０μｇ トラネキサム酸錠５００ｍｇ「ＹＤ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1007	調剤中ロスバスタチン2.5mgの普通錠とOD錠が混在しているのを監査中に発見。患者への交付はなし。理論在庫と実在庫は普通錠、OD錠にずれはないため過去に交付のミスはないものと考えられる。	繁忙期、その時間帯に薬剤の棚への戻しミスが考えられる。	焦る気持ちを落ち着かせる。棚を離す。情報共有する。			ロスバスタチン錠２．５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1008	アムロジンOD5mgを渡すところ、アムロジピンOD5mg(GE)を渡してしまった。後日患者からの電話により発覚	先発と後発の棚の距離が近いため、なおし間違いがあったと思われる。かつ、アムロジンODの真ん中にアムロジピンODが混在していた。薬局のシステムで重量鑑査を取り入れている為、中までしっかり確認が出来ていなかった。	輪ゴムを外して、１シートずつ確認するピッキングの際、指差し呼称をするなおす際はWチェックを行う			アムロジンＯＤ錠５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1009	アイミクスLD：28錠を郵送するところ、アイミクスLD2錠、イルアミクスLD26錠と混ぜて郵送。	外観がそっくりだった。バーコードを通したが、2錠のバーコードを通していた。	アイミクスLDの棚をなくした。			イルアミクス配合錠ＬＤ「ＤＳＰＢ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1010	調剤のため小青竜湯を取り出したところ、小建中湯3包綴りが紛れていた。	名称のおよび外観の類似。さらに、棚の上下で当該薬剤が保管されていたため、小建中湯を箱に戻す際に誤って小青竜湯の箱に入れてしまったものと推測する。	それぞれの箱を離す。箱に薬剤を戻す際は2人で確認して戻す。			ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用） ツムラ小建中湯エキス顆粒（医療用）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1011	カロナール２００mg1シートがアムロジピン５mgの棚に入っていた。ピッキング中に薬剤師が気づいて発見	シートの類似と、多忙時に戻すときの確認間違い	戻しのシートは一括のBOXに入れ、多忙時意外に落ち着いて戻すようにルールを変更			カロナール錠２００ アムロジピン錠５ｍｇ「クニヒロ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1012	処方箋が2枚になっているのを気づかず、当確薬剤のみが2枚目に記載されていて、投薬を忘れてしまっていた。忙しく、湿布ももう1種類処方されていたため、気づかなかった。	朝早くの繁忙時など、いつもより見落としが多くなるため、より確実なチェックが必要になる	朝開店時などのスタッフの少ないときほど、より監査を厳しく行う必要がある。			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
1013	ゾピクロン（１０）の処方だったが、ゾルピデム（１０）で一包化調剤をした	ゾピクロンの処方が少ない為、ピッキングの時に頻繁に処方されるゾルピデムと思い込み、そのまま調剤してしまったが、監査時に他の薬剤師が気づいて訂正してお渡しした。	ゼロ子で監査しているので監査時に間違いは分かるようになっているが、忙しい時間帯でも、調剤の基本に忠実に処方箋通りに調剤することに努める			ゾピクロン錠１０ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1014	該当者は子供３人組のお母さま。患者様本人は７歳のお子様。モンテルカストチュアブル錠５ｍｇを調剤しないといけないところモンテルカストＯＤ錠を入れてしまった。交付後、患者様が帰宅されたあと薬を確認したところ問題が発覚。薬局に連絡いただきまだ服用していなかったとのことで再来局いただき正しい薬剤を交付。３人組はすべてお子様で散剤調剤も多く含まれており、当時の薬局も混んでいたため焦りもあり錠剤の確認を怠ったことで起こった事例。	３人組の前に後で来局の保留の患者様、お子さん３人組、次に一包化患者と続いており、混乱しやすい状況だった。誰が何をしたらよいかのチームワークがとれていなかったことも要因の一つと考える。	調剤時の処方せんの再確認。３人組ということで流れ鑑査になってしまっていたため一人ひとりの患者様として向き合う。お子さんの処方のためＯＤ錠ではなくチュアブル錠ではないかと疑いの目をもって処方せんに臨む。			モンテルカストチュアブル錠５ｍｇ「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1015	一包化調剤でニフェジピンCR20ｍｇが入っていないといけないところニフェジピンＣＲ40ｍｇが分包されていた。監査者が発見したため交付前に再調剤することができた。	予製をしていた一包化が変更になり、バラしたニフェジピン40ｍｇを20ｍｇのカセットに補充した。この時ダブルチェックしていたが2名とも確認が疎かになってしまった。繁忙時間帯であり焦りが要因として大きい。	カセットに錠剤の写真を小さくプリントして貼ることで写真と同一かわかりやすく、誤充填の予防とする。			ニフェジピンＣＲ錠２０ｍｇ「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
1016	酸化マグネシウム錠330ｍｇを服用されていた方で、今回より500ｍｇへ増量となったが、監査時に330ｍｇのまま分包されていることに気付かず交付した。	他の業務をしながら監査業務を行なっていた。	監査業務を行なうときは、集中して行う。また、処方箋の規格に印をつけて確認しながら行う。			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
1017	処方箋記載の指示はオロパタジン塩酸塩顆粒0.5％１ｇ/日を分２で28日分とあり、在庫している0.5ｇ分包品を５６包調剤するべきところを、調剤担当が倍数の１１２包ピッキング。監査担当がそれに気づかず窓口にて「１回２包服用」する旨を口頭説明し交付。患者は口頭で説明を受けた通りの量を服用し続け、２日後「放心、弛緩など日中の様子に異変がある」と保育園の職員より連絡を受けた保護者が交付された薬を調べたところ、薬剤情報提供書などの記載と薬の数量が異なることに気づき、薬局に持ち込んで判明。正しい数量に修正たものを再交付し患者側に謝罪。当日中に処方医に経緯を報告済。	当時幼少児用散剤・液剤の計量が多数件あり、対応に追われていた薬剤師の補佐として、分包品のピッキングを事務員が一部代行していた。0.5g入り包であるオロパタジン塩酸塩顆粒を0.25ｇ入り包と勘違いし、１回２包見当で倍の量を取り出したうえ、薬袋にもその旨を記載して監査に回していた。勘違いの原因としては他剤（レボセチリジンやフェキソフェナジン）の分包品との混同を起こしたことが挙げられる。監査担当の薬剤師は当時の繁忙のため、在庫状況に詳しい事務員の過誤を看過し、分包品現物の記載を流し見してしまったとのこと。	調剤時・監査時・交付時それぞれに分包品の記載は必ず一読する。担当箇所によって業務の負担に偏りが生じる場合、余裕のある職員に肩代わりできることがないかの確認や、過誤防止のために職員同士のこまめな声掛けが必要と思われる。			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
1018	プランルカストDS10％0.7ｇ/日分2のところ、0.7ｇ包装品2包/日で調剤	忙しい時間帯であったため、ピッキング後の確認を怠った。	ピッキング後の確認を徹底する。患者の年齢・体重に対して適正か意識して調剤する。			プランルカストＤＳ１０％「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1019	粉砕希望の患者にラメルテオン錠（バラ）を粉砕しようと思い瓶の中から取り出したところ、デエビゴ錠5ｍｇが混入	今回、瓶に戻した人が特定できず色・大きさのみで判断した様子	瓶に戻す時は、忙しくても色・大きさだけで判断せずに錠剤の印字を確認し必ず他の人に確認の上戻す			ラメルテオン錠８ｍｇ「武田テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1020	追加薬で「般」カンデサルタン・アムロジピン配合錠追加の際、今まで服用していた「般」バルサルタン錠も処方記載あり同種同効薬の重複負の為、疑義にてバルサルタン錠を削除と確認	同種同効薬の知識の徹底	同種同効薬の知識の徹底			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
1021	ツムラ芍薬甘草湯を処方のところ、医師が誤って当帰芍薬散を処方。交付者は処方誤記に気が付かずそのまま調剤。患者帰宅後、別の薬剤師が疑問を持ったことで処方元へ疑義照会、処方誤記が発覚。患者へ連絡し経緯を説明、自宅へ伺い正しい薬と交換した。	業務多忙による疲労もあり注意力が欠けていた。また、処方箋をFAXで受けていたが、薬の用意が出来る前に患者が来局したことで焦りも生じた。	処方監査は焦らずに、一呼吸おいて行う。			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
1022	フルチカゾン点鼻液50μｇ処方されていたが、患者は小児（5歳）であった。事務により入力されていたが、調剤者（薬剤師）により疑義して、フルチカゾン点鼻液25μｇ小児用に変更となった。	クリニック側の入力間違い。薬局側も事務ということで処方そのままで入力されていたので、小児に適応があるかの知識が薄かったのが原因。	処方入力時に事務が小児に適応があるかに気付けば一番よいが、なかなか知識がない場合もあるので、薬剤師が調剤、鑑査、投薬の段階でしっかり見つけることが大事である。			フルチカゾン点鼻液５０μｇ「サワイ」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
1023	一般名処方でフェンタニルテープ５ｍｇ（1日用）がフェントステープであると勘違いをしていた。先発名がワンデュロパッチであることを確認し、初めて気が付いた。	ワンデュロパッチを初めて見た為、知識がなかった。	薬局内メモで注意喚起を徹底。			フェンタニル１日用テープ５ｍｇ「明治」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1024	出荷調整が続いているため同一成分で色々なメーカーを在庫しており、薬情はいつも通りのピタバスタチン錠１ｍｇ「ＶＴＲＳ」でしたが、ピタバスタチン錠１ｍｇ「フェルゼン」でおわたししました。投薬時は薬剤師も患者様も気が付かず、家に帰られてから患者様が気が付かれて電話連絡が来ました。直ぐにご自宅にピタバスタチン錠１ｍｇ「ＶＴＲＳ」と交換する為訪問し、謝罪致しました。	気を付けて調剤監査しておりますが、メーカー違いが多く忙しさもありミスにつながりました。	処方箋と薬情とおくすり手帳と薬を丁寧に照らし合わせて監査・投薬に臨んで参りたいと思います。			ピタバスタチンカルシウム錠１ｍｇ「フェルゼン」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1025	処方は硝酸イソソルビド錠20ｍｇとジルチアゼムをそれぞれ0.5錠に調整するが、外観が似ているため混合してしまうとどちらだかわからなくなってしまう。今回１～２錠が混合してしまいそれを判別するのに時間がかなりかかってしまった	必ず分けて調剤しているが、今回一時中断した際間違いすぐ気がついたので対応して問題なく調剤できました	確認と注意深く作業を行うこと、指さし確認などをすると間違いを防ぐことが出来るかもしてません			硝酸イソソルビド徐放錠２０ｍｇ「サワイ」 ジルチアゼム塩酸塩錠３０ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1026	ビソプロロール錠2.5ｍｇサンドを半錠にして分包したのだが、分包紙の印字がビソプロロール錠2.5ｍｇDSEPとなってしまっていた。監査時に気付く。	以前からビソプロロール錠2.5ｍｇDSEPを使用していたが、採用メーカーを変更しビソプロロール錠2.5ｍｇを採用した。分包する際に分包機に登録されている薬剤名を誤って入力、調剤をしてしまった。	採用がなくなった医薬品は分包機のメンテナンスを行い削除することと、分包の際には薬品名、規格、剤形、メーカー名をしっかりと確認し、調剤を行う。また、調剤後も分包後の分包紙の印字に間違いがないかを確認し、その後監査を行う。			ビソプロロールフマル酸塩錠２．５ｍｇ「サンド」 ビソプロロールフマル酸塩錠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
1027	継続して受診している患者。ビソプロロール５ｍｇで調剤のところ２．５ｍｇで調剤し一包化。一包化した薬剤師は監査で錠剤が違うところを見逃し。患者さんに渡す前の最終監査でもう一度確認したところ規格が違っていることに気づき、訂正して患者さんにお渡し。渡す前に気づき健康被害なし	一包化を作った薬剤師が印字まで確認し監査をするルールだが、作りなれていた一包化だったため監査が疎かになっていた。	一包化の監査、ルールについて再度徹底。処方箋と一包化後のＰＴＰ、錠剤の印字について再度確認するよう徹底			ビソプロロールフマル酸塩錠２．５ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1028	トラネキサム酸250 が皮膚科で定期処方されていたが　風邪で来院された際に重複して同じトラネキサム酸２５０が処方されていた。	お薬手帳の詳細な確認	お薬手帳の詳細な確認　患者様からの再度聞き取り			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
1029	【レンドルミン錠】１Ｔ×14日分の調剤歴がある患者さんが、7日後に【レンドルミン錠】１Ｔ×14日分の処方箋を再び持参した。薬剤師Ａ（薬剤師歴20年）が交付時に、残薬数、服薬状況を確認すると、患者さんが【レンドルミン錠】を1回２Ｔで服用していることが分かった。理由を聞くと、前回（1週間前）、薬剤師Ｂ（薬剤師歴6年）から2錠で飲むよう指導を受けていたことが判明した。１回２錠服用により、翌日に持ち越し効果で、日中の眠気、だるさなどの副作用が生じていた。１錠だと眠れず、２錠だとぼーっとするとの訴えがあり、薬剤師Ａが医師に報告した。今後は、１回２錠ではなく、１回１錠での服用となった。次回受診時に、必要なら薬剤の変更または追加を行うことになった。	・薬剤師Bが、医師に疑義照会することなく、独断で用法用量を決めてしまった（処方内容とは異なる用法用量を指導した）。・薬剤師Bによると、添付文書に「本剤の用量は、年齢、症状、疾患などを考慮して適宜増減するが、一般に成人には次のように投与する。」と書かれているので、適宜増減できるから１回２錠で大丈夫だと判断したとのこと。・薬剤師Bによる、添付文書の文章解釈に誤解が生じていた。・薬剤師Bは自らの知識不足や経験不足に気づかず、かなりの自信家なので、誤った説明や判断をしがち。	・処方内容を決めるのは医師であることを改めて確認し、薬剤師は疑問が生じたら必ず疑義照会し、自己判断で処方内容を変更してはいけないと通達した。・薬剤師Ｂへの教育方法を検討することになった（自らの知識不足、経験不足に気づいてもらい、交付の際に正しい説明ができるように教育しなければならない）			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
1030	18時過ぎに処方箋外来対応あり。ヘモポリゾン軟膏84ｇの処方。一束7本であったがピッキング間違いにより28ｇピッキングしてしまった。計量監査システムで間違いに気づきピッキングし直したが今度は112ｇピッキングしてしまった。	普段は医療事務と二人で調剤業務を行っているが、事務が一時間早く帰宅してしまい薬剤師一人で調剤を行っていた。そのため焦りが出た。	特殊な包装は電卓を使用して確実にピック数を算出してからピッキングを行う。			ヘモポリゾン軟膏	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1031	調剤担当薬剤師が、調剤後に医薬品2（６Ｔ）を隣接する医薬品1の箱の中に戻してしまった。その直後に調剤担当薬剤師が医薬品1を56錠ピックアップした際、医薬品2が混ざっていることに気づかず調剤してしまった（医薬品1を50錠＋医薬品2を6錠＝56錠）。監査担当薬剤師が調剤ミスに気づいたため、交付前に訂正することができた。調剤ミスの原因は、医薬品1の箱の中に医薬品2が混ざっていたことだった。調剤担当薬剤師は、PTPヒートの色や錠剤の色形が似ていたため、調剤ミスに気づかないままだった。	・混みあった時間帯だったせいか、調剤担当薬剤師に焦りが生じていた。・調剤担当薬剤師は視力が弱いため、PTPの印字が読みづらい状況のまま調剤していたことが判明した。目を凝らしてしっかり見れば判別できるが、急いでいるときなどはよく見えていないということが分かった。ほかのスタッフも調剤担当薬剤師が眼鏡をかけているので目が悪いことは知っていたが、ここまでひどいとは誰も気づいていなかった。	・当該の調剤担当薬剤師に眼科受診を勧めた。眼鏡調整、視力検査の結果を報告するよう求めた。結果が出るまで、調剤業務から外すことになった。・待合室が患者さんで込み合っている時こそ、落ち着いて淡々と仕事を進めるよう指導した。・薬剤を色や形で判別せず、薬剤名を確認しながら調剤するよう指導した。・薬剤師採用時の身体検査（病歴、視力、聴力など）を強化することを検討している。			ファモチジン錠１０ｍｇ「クニヒロ」 ナフトピジルＯＤ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
1032	一包化の患者でメトホルミン塩酸塩錠250ｍｇＭＴ「ＤＳＰＢ」の処方があり、入力が「ＤＳＥＰ」になっていたが、「ＤＳＰＢ」で調剤。一包化されており、ＰＴＰシートも確認できず、監査者が「ＤＳＥＰ」と「ＤＳＰＢ」の違いに気づかず、そのまま投薬してしまった。	繁忙時間で、一包化の錠剤の識別コードの確認を怠った。	繁忙時間でも錠剤の識別コード確認を怠らない。誰でも識別コードがすぐに確認できるよう、一包化患者の処方箋のコピーに処方薬の識別コードを記載しておく。			メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「ＤＳＰＢ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1033	前回までアラミスト点鼻液120噴霧用であったが、今回から先発品から後発品へ変更を希望された。前回までアラミスト点鼻液を使っていることを確認したが、噴霧回数まで確認せずに56噴霧用を思い込み、後発品への希望をきいてしまった。業務終了後に、コンピュータ上、入力では120噴霧用が入力されており、薬品管理システムでは登録されていないとのメッセージが表示されて、初めて過誤に気づいた。	後発品が発売され、商品名が一般名名称とメーカー名の表示になっており、商品名が先発品と違って表記が長くなている。噴霧回数まで確認せずに、先に入荷している56噴霧と思い込み、調剤、監査交付した。	慌てていたり、繁忙時には商品名の最後まで確認せずに調剤や鑑査をしてしまう傾向にある。類似薬品名や多規格、回数など異なる場合があり、多様である。類似薬品名や規格、回数など複数あることを念頭に入れて、チェックや声替などが必要である。一人薬剤師の場合は、声出しもしながら調剤することも必要である。			フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液２７．５μｇ「武田テバ」１２０噴霧用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1034	ヒベルナ散に乳糖を賦形している患者様で、分包時に分包紙の印字ミスがあった。乳糖と乳酸カルシウムがパソコンに並んで表示されていた為、調剤者が誤って乳酸カルシウムを選択し、分包してしまった。鑑査時に印字ミスに気付き、分包し直した。	「乳」の漢字のみで判断して選択してしまった。粉だけでなく一包化の処方もある患者様であったため、焦りがあった。	視覚的なミスだけでなく、選択操作のミスでも起こり得る事例の為、入力後に再度確認してから分包するようにする。			乳糖「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
1035	ファモチジンOD錠「トーワ」希望の患者様に対して違うメーカー「明治」でお渡し。薬歴より以前に副作用で苦みが強いと訴えあり。	来局が久しぶりで、メーカー指定が無く自店にあるジェネリック医薬品で調整してしまった。	患者メモや薬歴を活用し、注意喚起などを確認できるように改善しました。			ファモチジンＯＤ錠１０ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1036	一包化　錠剤抜け	錠剤数確認不足	錠剤の確認の徹底			エルデカルシトールカプセル０．７５μｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1037	処方変更になっていたが、配合錠であったため、減量なのかどうかがわかりにくかった。投薬した薬剤師は、イルアミクス配合錠LDとザクラス配合錠LDと、どちらも規格がLDであったため、アムロジピンの含有量に差があることを認識できていなかった。前回お渡しした薬が間違っていたのではないかとドキッとした。	製剤名がどちらもLD錠であったため、混乱してしまった。	配合錠の一覧表を再確認し、配合されている薬と含有量に差があることを周知した。			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
1038	前回DOと思い込み、容量が減っていることに気づかず入力(事務員)自身が薬剤をピックし監査する際、ポリムス使用時にエラー音で入力が違っていることに気づく他の薬剤は全て前回DOだった	混雑時間でもあり、前回DOと思い込み入力他の薬剤がDoであっても、血液検査結果で先生が微妙に処方を変えることもあることも念頭に置く	他の薬剤がDoであっても、血液検査結果で先生が微妙に処方を変えることもあるため、処方せんを見ながらピック、監査を怠らないようにする必ず、ポリムスを使用するようにし、エラー音が鳴ったら原因追及する			フェブリク錠２０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1039	うがい薬が処方され、本来未開封のものをお渡しすべきところ調整に使用した開封済の薬剤を患者さまにお渡しするところであった。投薬時に気付き正しいものをお渡しした。	未開封か開封済か見た目では分からない状況であった。	開封済のものは棚を分けて保管する。			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
1040	他薬局でアンブロキソールＯＤ錠45ｍｇが出ていたのを、見落としてしまった。	混雑時、確認漏れをした。電子薬歴の鑑査情報を確認しなかった。	鑑査情報に正しい併用薬が正確にわかる様に、重複しないように記載する落ち着いて監査を行う。			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
1041	シーピー配合顆粒6g3x処方。普段は1包1gの分包品で調剤し、1回2包ずつ服用するよう服薬指導を行っている。 出荷調整の影響で分包品の入手が困難になり、約1か月間1kgのバラ包装を1包2gで分包し調剤を行った。 シーピーは吸湿性があり、遮光保存となっているため、乾燥剤をつけて遮光袋に入れて調剤を行った。既製品と同じく1包1gで分包すると1人分で180包となるため、1包2gで分包した。服薬指導の際、包装が変わった事と1回服用包数、遮光保存、湿気を避けて保管することについて説明を行った。	分包する際に印字はしておらず、口頭での説明が主であった。包数を間違って服用していた患者さんは2/141名。今後も出荷調整等により同じような事が起こりうるので、口頭での説明に加え、指導箋、薬情への記載、分包紙への印字などを状況に応じて検討する。 今回、	今後も出荷調整等により同じような事が起こりうるので、口頭での説明に加え、指導箋、薬情への記載、分包紙への印字などを状況に応じて検討する。			シーピー配合顆粒	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
1042	分包機カセットへの充填の際にカルバマゼピン100mgとカルバマゼピン200mgについての規格間違い。	100mgの方が調剤回数も多く手に取りやすい位置に置いてあったため間違えてカセットに充填しようとした。	薬品棚に付箋を貼り規格を大きく目立つように記載し注意喚起。			カルバマゼピン錠１００ｍｇ「フジナガ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1043	フルニトラゼパム錠１ｍｇ「ＴＣＫ」をお渡しするところを、フルニトラゼパム錠１ｍｇ「アメル」で調剤。	メーカーを複数在庫しているものに関しては棚にラベルを貼って注意喚起。	メーカーを複数在庫しているものに関しては棚にラベルを貼って注意喚起。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1044	チモロールXE点眼薬0.5%2.5mlを1本処方のところ、入力誤りで2本になっていることに鑑査時に気付かずに投薬。患者から1本ではないかと訴えがあり、処方箋を確認した際に初めて誤りに気付き、正しい本数でお渡し。	前回の処方が2本の処方だったため、入力時にDo処方としてそのまま引っ張ってきてしまっていた。鑑査時もいつもと同じ本数であるという先入観があった。	処方内容が同じであっても、日数や全量はかならず確認する。			チモロールＸＥ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
1045	患者さまより錠剤への変更希望があった。アデホスコーワ顆粒をアデホスコーワ腸溶錠に疑義照会して変更したが、腸溶錠にはメニエール病の適応がなかったため再度疑義照会し顆粒に戻した。	患者さまからの剤型変更の希望があった。剤型の違いによる適応の違いを把握していなかった。	薬局内で事例を共有。剤型変更時の適応症の確認の徹底。			アデホスコーワ顆粒１０％ 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
1046	ゼスラン小児用細粒を交付したところ、患者様のお母様からシロップの方が良いと申し出あり。散剤→シロップ剤への剤形変更の疑義照会。その際に1日量6mlのところ、1回量6mlとして計算し、病院にもその量で疑義照会をした。病院もその際には指摘なく、結果12ml/日で交付してしまった。（処方量の２倍だが、気管支喘息適応の常用量ではあった）	鑑査時、1日量と1回量を見間違え。外来混雑しており、換算後誰にもダブルチェックをしてもらわなかった。	ダブルチェック、疑義照会、Dr了承でも薬用量の点検から漏らさず行うこと。添付文書に1日量や1回量など記載が混交していることを認識し、書面の確認からしっかり行う。			ゼスラン小児用シロップ０．０３％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1047	処方せんにおいてよく苡仁湯エキス細粒の処方のために、腰痛が続いておられるかの服薬指導を行ったところ、いぼで処方していただいたとのこと	類似漢方のため入力ミスと考えられる	類似薬品がある場合は、特に薬剤間違いがないかの服薬指導をおこなう			クラシエよく苡仁湯エキス錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1048	処方：カロナール坐剤２００ｍｇ、２個、１０回分	家族から、今迄は内服普通錠が処方されていた。医師へ問い合わせしたら、処方間違いであることが判明した。処方医から当薬局へ問い合わせがあり、医師と相談して、追加でカロナール錠２００ｍｇ、２錠、１０回分を追加処方とし、患者宅に届け、使いやすい方で使用可能と伝えた。	投薬時に、坐剤と錠剤の違いを説明し、坐剤の方が少し即効性があると説明した。パーキンソン患者で、自分で坐剤を挿入することが難しいようで、本人から家族へ医師問い合わせとなり処方ミスであることが判明し、医師と相談して追加処方とした。			カロナール坐剤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
1049	アスパラカリウムの市場在庫の消失に伴いグルコン酸Kへの変更の必要があった。変換用量の計算違い	カリウム製剤の変更についてはmEqではなく、２剤の最低用量と最高用量を参考に変更行う必要がある。	変換表を作成し全員で共有した。			アスパラカリウム散５０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1050	イノラス配合経腸用液125mlのところ、187.5mlで調剤。	9月に処方元の病院から新規採用薬品のお知らせが届いていたが、処方がなくマスターに登録していなかった。イノラスと言えば187.5mlという思い込み。	新規採用医薬品の情報共有。			イノラス配合経腸用液	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1051	【誤】ツムラ芍薬甘草湯7.5ｇ分3毎食前30日分【正】ツムラ当帰芍薬散7.5ｇ分3毎食前30日分 近隣婦人科から漢方薬のみ初回処方。監査後、患者に症状をヒアリングしたところ、更年期障害と子宮筋腫で漢方薬が処方されるということがわかった。芍薬甘草湯の適応と相違するため、当帰芍薬散の入力間違いではないか疑義照会。 病院のレセコン入力ミスが発覚した。	近隣婦人科の新人事務が入力したため、「芍薬」が類似している漢方を入力してしまった。事務の知識不足・思い込みが要因と判断する。	初回で処方されている薬剤に関して、処方意図を必ず当該患者に確認する。処方意図を患者が理解できていない時は、処方病院に電話で確認する。			ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1052	エイベリスの点眼液の容量が２．５ｍｌでしたので5mlの処方指示で2本調剤しなければならないところ、他の点眼薬が1本5mlの容量でしたので、1本と勘違いして調剤。患者様に投薬する前に、事務の者が気づき、2本で調剤しなおし、問題に至らなかった。	点眼薬には５ｍｌと２．５ｍｌの規格があり、特に眼圧低下の薬剤については、２．５mlの規格が多い。	再度監査時に点眼薬の規格確認をしっかり行う。			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
1053	メトトレキサートカプセル2mgを48カプセルのところ32カプセルでお渡ししてしまいました。	一日4カプセルを12日処方のところ8日処方だと勘違いしお渡し。	再度しっかりと鑑査する。			メトトレキサートカプセル２ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1054	分包薬をばらして分包機に充填する際に確認してボックスに再充填するが確認を怠った為1錠アゾセミド30ｍｇが混入した。	ばらした錠剤を再充填する時には1錠ずつ複数人で確認するが忙しくて怠ってしまった。	複数人の確保ができない時にはゆっくりするまで待つようにする。			オルメサルタン錠１０ｍｇ「ＹＤ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1055	一包化を患者様に対してお見せしながら投薬を行ったところ、いつもと色が違うと指摘があり調べてみるとエソメプラゾール20で一包化を行っていた。調剤を行う際、一包化を行う際に監査を行わずそのまま一包化してしまった。	待っている患者様も多く、ダブル監査せずにシングルで投薬に行ってしまった。一包化を行う際も用量を確認せずそのまま投薬に向かった。急いでいたこともあり用量までは確認していない状況。	どのような状況下でも一包化前の監査・一包化後の監査を行い、ミスを防ぐ。一人の時は2回確認し監査を徹底する。			エソメプラゾールカプセル１０ｍｇ「日新」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1056	エチゾラム0.5のところをエチゾラム0.25で投薬してしまい、患者様から指摘され0.5の戻した	忙しさもあり監査をしっかり行えなかった。ダブルチェックも行っていない状況	ダブルチェックを必ず行う			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1057	アムロジピンが1日2回　30日分で60錠のところを30錠で投薬してしまい患者様に気づいてもらった	忙しく、監査をダブルチェックせず投薬してしまった。	必ずダブルチェックを行う			アムロジピン錠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
1058	一般名でサラゾスルファピリジン腸溶錠250ｍｇ1日2回1回1錠、総量60錠の処方。サラゾスルファピリジン腸溶錠250ｍｇ「日医工」を継続されている患者様。「日医工」が出荷調整のため入荷未定のため「ＣＨ」へメーカー変更の旨説明し交付。後日、他の薬剤師がサラゾスルファピリジン腸溶錠250ｍｇの在庫を確認した際に「日医工」と「ＣＨ」の残数に差異があることに気付き発覚した。	「日医工」出荷調整のため「ＣＨ」100錠入荷。処方せん入力の際に事務が「日医工」の在庫が不足していることに気付き他メーカー（｛ＣＨ｝）の在庫の有無を調剤棚で実際に確認し「ＣＨ」で入力。その際「日医工」44錠在庫あったが混乱避けるため「ＣＨ」のみ使用することを薬局長が決定し事務にもその旨指示した。入力後事務がピッキングを行った際、メーカーが２種あることは把握、「ＣＨ」のみ使用することを理解していたが、ピッキング時にメーカーが混在。監査時にも気付かず「日医工」４０錠、「ＣＨ」２０錠でお渡ししたと考えられる。おそらく入力時の在庫確認の際には箱に入っていたはずの「日医工」の４４錠を箱から出し数量確認後、あやまって「ＣＨ」の箱に戻したためと考えられる。また監査者もシートが酷似していたこと、混雑時であったことからスルーしてしまったと予想される。	ピッキングなどの際に箱から出して誤りや変更時に戻す際にも必ず薬品名、メーカー名、規格を確認してから戻す。その際余裕があればもう一名にも目視で確認してもらう。今回はメーカー違いで同成分・同規格であったため大事には至らず患者様も比較的若かったため理解していただけたが、成分や規格が異なることで重大事故につながる可能性があることを説明、注意するよう共有した。			サラゾスルファピリジン腸溶錠２５０ｍｇ「ＣＨ」 サラゾスルファピリジン腸溶錠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
1059	一包化していた際にトラゾドン錠25mgが不足したためカセットに新品のトラゾドン錠25mgのバラ錠を詰めて分包した。鑑査機に通したときにトラゾドン錠25mgの半錠が入り込んでいたことが鑑査時に発覚した。	予製解体したときに集めたトラゾドン錠25mgが112錠あり、前回補充するときに使用した。その中に半錠のトラゾドンが混ざっていたことに気が付かずカセットに補充してしまったため、カセット内に残っていたトラゾドン錠の半錠が分包された。	予製解体したあとの錠剤をカセットに補充する際に一度秤量皿などに出して半錠になっていないかどうかや刻印が正しいものかを確認してから補充する。			トラゾドン塩酸塩錠２５ｍｇ「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1060	医薬品ピッキングの際イコサペント酸エチル70包（10束）のところ誤って49包（7束）をピックしてしまった。	慣れによる不注意、1束10包の医薬品だという思い込みが考えられる。	1束の数をその都度確認するようにしている。合計数を最後まで確認するようにしている。			イコサペント酸エチル粒状カプセル９００ｍｇ「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1061	リン酸コデイン錠5mg 8T4×毎食後 寝る前　56日分の処方だったが出荷調整品で納品未定、当薬局に在庫がなく疑義照会した際、当薬局で対応できるのがジヒドロコデインリン酸塩酸1%のみであったことを医師に伝えた。ジヒドロコデインリン酸塩酸1%　４ｇ4×毎食後寝る前に変更。リン酸コデイン錠とジヒドロコデインリン酸塩酸1%への換算が合わず、再度疑義照会したところ、ジヒドロコデインリン酸塩酸1%　２ｇ2×毎食後、寝る前に変更となった。	リン酸コデイン散1%とジヒドロコデインリン酸塩酸1%を医師が勘違いしていた。	薬局においては、リン酸コデインとジヒドロコデインの用量、用法、換算について事務・薬剤師ともに周知しておくようにしています。			リン酸コデイン錠５ｍｇ「ＶＴＲＳ」 ジヒドロコデインリン酸塩散１%「メタル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1062	痛風治療中の患者様、ウラリットが新規処方された（手書き）。当日の患者より医師への訴求は膀胱炎であった。投薬窓口であった為患者様に確認のためお待ちいただき、疑義紹介し、他薬（クラビット）との間違えが発覚し、患者が訴求した薬剤に変更となった。	処方内容が患者様の症状内容と比べ、適切か判断を心掛けたい。	手書き処方せんは厳重注意したい。			ウラリット錠	ヒューマンエラー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	ヘパリン類似物質油性クリームとベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル軟膏の混合の処方。いままでは先発のアンテベート軟膏との混合であったが、薬局の在庫の関係で、GEでの調剤となった。後日、液状化していると問い合わせあり発覚。	後発率上昇させるため、GEへの切り替えを推進している途中で発生した事案GEと先発で配合変化に変わりがないと思い込んで調剤してしまった結果なので、変更する際は、混合可否を確認する。	軟膏今後の前には混合可否を調べてから行うように徹底するようにした。			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」 ヘパリン類似物質油性クリーム０．３％「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1064	処方箋記載がBDマイクロファインプロ（３２G/４ｍｍ/１４本：P）５包であるところをマイクロファインプラス３２G×４ｍｍで調製してしまった。処方鑑査時に間違いに気付き、患者にはBDマイクロファインプロでお渡しした。	処方箋記載がBDマイクロファインプロ（３２G/４ｍｍ/１４本：P）５包であった。調製者が該当品を扱ったことがなく調製時に在庫のあったマイクロファインプラス３２G×４ｍｍで調製してしまったと思われる。	類似剤形、類似形状のある品目に「別剤形あり」、「別形状あり」等の札を付けるまたは棚に表示することで調製間違いを防ぐ。			マイクロファインプラス３２G×４ｍｍ マイクロファインプロ４ｍｍ×３２G	ヒューマンエラー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	一包化不可のロルノキシカムを一包化してしまった。	生活保護の患者で、ロルカム処方あり、一包化をしていた。ジェネリックへ切り替えを打診し、ロルノキシカムが入荷したため、ジェネリックで一包化した。その際、ヒートに吸湿注意の注意書きを確認し調べたところ、一包化不可だと気づいた。先発品ロルカムは一包化できるので、確認をせずに一包化してしまった。	たとえ同じ成分でも一包化の可否などはしっかりと調べておくべきだと思った。			ロルノキシカム錠４ｍｇ「ＫＯ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1066	普段ヒアルロン酸0.3%点眼「ニットー」をＤｏで使用を行っている患者に、誤ってヒアルロン酸0.1%点眼「ニットー」で入力・ピッキング・監査を通り抜け、投薬時、患者に濃度が変更になった話を聞いているか？の問いに、いつもと同じ処方であると齟齬の発生、処方箋を確認したところヒアルロン酸0.3%点眼の処方であった。発覚後入力を修正し正しい処方で医薬品をお渡しし、渡し間違いを防ぐことが出来た。	繁忙、処方箋の確認が疎かだったこと。	処方せんの医薬品の規格に注意するようハイライト目的で丸をつける。HHTに頼らず処方箋ベースのピッキングを行う。			ヒアルロン酸Ｎａ点眼液０．１％「ニットー」 ヒアルロン酸Ｎａ点眼液０．３％「ニットー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1067	介入中の施設看護師よりTELあり。「薬情・薬袋に1mg/mlと書いており、0.5mlのものが届いたので2つ飲ませた。10回分なので20個だと思うが10個しか届いていない。早く不足分を持ってきてくれ。」	施設スタッフへの説明不足、またコミュニケーション不足。リスペリドン内用液1mg/ml 0.5ml不穏時10回分の処方であったが、単位について説明しておらず1回1mlと勘違いした様子。	訪問時の説明・指導の徹底。普段から積極的にコミュニケーションを取る。			リスペリドン内用液１ｍｇ／ｍＬ「ヨシトミ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1068	セフジトレン（１００）「SW」の処方をセフカペン（１００）「SW」でレセコン入力。屋号に気を取られ、入力間違いに気付かず、セフカペン（１００）「SW」で調剤・監査。投薬時も薬袋と薬を照らし合わせて話したため違っていることに気付けなかった。調剤録確認の際に、入力者と別の事務員が発見。患者に連絡したところ、服用前であった。お詫びし、交換に伺った。	繁忙の時間帯であった。頭の2文字と規格、屋号が合っていることでスルーしてしまった。	抗生剤がGEで処方されている際は、薬品名の確認を怠らない。			セフジトレンピボキシル錠１００ｍｇ「ＳＷ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1069	ツムラ大建中湯エキス顆粒は7束21包ずつでビニールの帯がついているが、今回6束18包で帯がつけられたままになっていた。それを7束21包と思い込み調剤。監査時に発見し計数ミスとなった。	当薬局では調剤時に束をばらしたら帯をはずすことがルールとなっている。帯を外さずに１束だけ抜き取ってしまったため今回のミスにつながった。	調剤方法の共有が必要。薬剤師間だけではなく、事務員など調剤する者全員で調剤のルール、マニュアルの共有が必要。			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
1070	イルアミクスLDがいつも処方されている患者さんで今回　処方せん表記がイルアミクスHDだった。患者さんに確認したところ　「いつもの薬といわれていて変更は聞いていない」医療機関に確認したところ　イルアミクスLDにしてくださいと指示がありました。	患者さんが多く　混雑していたためか処方せん発行の際　入力薬剤を誤ったと考えられる	処方せんをそのまま調剤するのではなく薬歴を必ず確認し　患者さんとよくコミュニケーションをとるようにする			イルアミクス配合錠ＬＤ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1071	いつも当薬局をご利用いただいている方の処方入力を行っていると、ノボラピッドフレックスタッチがいつもの本数処方されていた。理論在庫を同時に確認したところ、処方本数と同じ本数処方されており、在庫が足りるという認識で入力を進め、入力後にピッキングへと移っていただいた。 処方入力内容は正しかったが、ピッキングを行っているとノボラピッドフレックスタッチが実在庫よりも２本理論在庫よりも少なく、かわりに普段取り扱いのないノボラピッドフレックスペンが２本在庫としてあった。フレックスペンの理論在庫はないとなっていた。幸いピッキングの段階での発覚だったため、誤投薬などには繋がらなかった。ノボラピッドフレックスペンについては、帳合先への確認をしたところ、誤納品の可能性が高いことが判明したが、納品時の確認作業が疎かになっていたのか、その時点での誤納品に気付けなかった。	納品時の検品が疎かになっていた可能性が高い。誤納品の可能性があるということの認識が足りなかった。	今一度、検品時に「誤納品があるかもしれない」という姿勢で、しっかり納品された商品と伝票を一文字ずつ照合しての確認を行うように、調剤スタッフ全員で徹底を図る。			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
1072	プロプラノロール服用中の患者様に併用禁忌であるマクサルトRPD錠が処方された。疑義照会し、マクサルトRPD錠は削除になった。	医師の確認不足と、知識不足が原因と思われる。	患者様のお薬手帳により発見できた。			マクサルトＲＰＤ錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1073	小児にケフラール細粒小児用100mgが1日0.3mgで処方あり。処方箋応需時には薬剤師が1人しかいない状況。用量に関して頭の中で計算し、問題ないとして調剤。その後、投薬前の監査時に添付文書をみて監査しなおしている際に用量少ないことが発覚。疑義照会を行い、1日3gへと変更になった。	薬剤師数1人の際に他の患者様もおり忙しい中での散薬処方といった焦りがあった。整形外科門前のため、普段来ることが少ない小児処方がきたことによる知識不足もあったと考えられる。	繁忙時でも焦ることなく、決められた手順で監査を行っていくよう再確認をする。小児処方が来たときのため、あらかじめ添付文書の用法などをまとめた資料を作り、分包機の横に貼っておくなどの対応をとる。			ケフラール細粒小児用１００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1074	他店より応援に来た薬剤師が別患者様にロキソニンテープを開封してお渡ししており、そのことに気付かず別患者様に開封済みのロキソニンテープを混入したことに気付かづに調剤。監査時に発覚。	通常ロキソニンテープを開封してお渡しはしていないが、別店舗より応援として来ていた薬剤師だったのではすうを開封してお渡ししており、そのまま残った薬を箱の無くに戻していた。通常端数が出てしまうような処方枚数は疑義にて調整を行っている為、薬局の勤務者は開封済みのものがあるとは思いっておらず、そのまま調剤を実施してしまった。	端数が出る場合は無理に調剤をせずに疑義照会にて枚数を必ず調節する。疑義が通らない場合や患者希望の場合でどうしてもの場合は開封後のテープ剤に関しては間違えやすいのでしるしを大きめに付けたりして混入しないように目立たせる。			ロキソニンテープ１００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1075	ニトロールRカプセル２０ｍｇの処方箋で、「硝酸イソソルビド徐放カプセル２０ｍｇ」で調剤するところを「ジルチアゼム塩酸塩Ｒカプセル１００ｍｇ」で、一包化調剤され、監査時に気づいた	薬の保管場所が、同じ引き出しに入っており、どちらも徐放で、形もカプセルと剤形も似ているため、間違えたと考えられる	間違いやすい薬だと、改めて注意喚起を行った			ニトロールＲカプセル２０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1076	８０歳女性　ＧＥのセレコキシブでお渡しするところを先発のセレコックスでお渡ししてしまった交付後に調剤者がセレコックスの箱が発注のところにあったため気づき、患者に確認したところセレコックスでお渡ししていたことが判明した	当薬局におけるセレコックスとセレコキシブの配置が近いところにあったため調剤者が間違え、監査者もそれを見逃してしまった	セレコックスとセレコキシブの棚位置を少し別れたところに配置し、注意を促す注意書きをつけた			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
1077	９０錠必要のところ１３２錠を交付	１シートが８錠であることが要因と思われる	・１シートが１０ではない商品の把握・混雑時、焦らないように周囲で声かけ			リアルダ錠１２００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1078	【般】モンテルカスト錠１０ｍｇ　0.5錠　分１　寝る前　5日分（シングレア５ｍｇ）が処方があったが小児に５ｍｇが適応が無いため処方医に問い合わせしてした。そしてモンテルカストチュアブル錠５ｍｇの処方提案を行った。　モンテルカストチュアブル錠５ｍｇ　１Ｔ／日　寝る前へ処方が変更となった。	モンテルカスト５ｍｇというのが小児の製剤であると勘違いした可能性があり。	添付文書の適応の確認を行う。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1079	一包化の人の調剤は、前と処方が変わらないか確認して調剤を行います。今回も同じように前回と変わりがないか確認して調剤を行ったのですが、ピッキングを行う際にラベプラゾールNa錠は10ｍｇが多いためピッキングをして確認もせずに一包化を行ってしまいました。監査者の当薬剤師が規格が違うことに気づき患者さんに渡す前に一包化をやり直すことができた事例です。	一包化を行った薬剤師は、前と処方が違うのかを確認することに重きをおき、ピッキングをした後にもう一度確認をしなかったために今回のような調剤過誤を起こしました。	確認は毎回確実に行い、一包化に入ることを徹底します。			ラベプラゾールＮａ塩錠５ｍｇ「オーハラ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1080	ピオフェルミン錠を服用していた患者様で、錠剤の服薬が難しくなってきているため、粉への変更を希望された処方だったが、該当薬剤の処方がピオフェルミン配合散になっていたため疑義照会。病院の採用薬の関係でラックビー微粒の処方ではなかったこと確認。	事務さんが薬の成分の違いの認識なく、そのまま疑いなく入力。調剤者は確認したものとして準備していた。	このような薬剤は、レセコン入力時にその旨が分かるようにしようと思います。			ピオフェルミン配合散	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1081	予製剤してあった一包化の変更に気づかず入力（オングリザ2.5ｍｇ⇒5ｍｇ）監査時に気づき、過誤には至らなかった。	混雑して入力者に焦りがあった。	焦らず、指差し声出し確認を徹底する。			オングリザ錠２．５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
1082	分包機補充の際、リスペリドン錠2「サワイ」のカセットにリスパダール錠２が混ざっており、それに気づかずに鑑査・お渡ししてしまった。	カセットへの充填ミスが原因だが、PTPをばらして入れる際、リスペリドン錠2「サワイ」とリスパダール錠2が一緒に入っておりばらす者が同じものだと勘違いし、リスパダール錠2をリスペリドン錠2「サワイ」のカセットに入れてしまった。	ダブルチェックをしていたが、ヒートを全部核にしてもらっていなかったとの事なので今後はばらす前の確認をし、充填する為のバーコード監査システムを必ず使用するようにする。			リスペリドン錠２ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1083	常日頃から、病院（血液透析）の処方箋を持参。たまたま近隣の診療所から、タリージェOD錠５ｍｇ1錠就寝前服用処方あり。疑義照会により、５ｍｇから２．５ｍｇへ変更。	たまたま、タリージェOD錠の在庫がなかったため、取り寄せる間に添付文書で確認し、腎機能低下患者は初期量２．５ｍｇ開始を確認、疑義照会で２．５ｍｇへ処方変更。	今後、腎機能低下患者に注意する薬剤のリストを作成。			タリージェ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
1084	施設入所者に臨時・追加処方として一般名処方のフロセミド錠４０ｍｇ1ｘ朝食後　3日分の処方箋を受け付けて調剤し、説明をしているとむくみ等の訴えはなく、炎症反応があるとの訴えだったので、処方医に疑義照会をすると、ラスビック錠７５ｍｇの入力間違いだった。	定期処方でワーファリンを服用中の患者であったので利尿剤の追加処方に疑問を持たなかったが、話を聞くと処方意図が合わなかったので疑義照会をして処方間違いに気が付いた。Drの入力画面がラシックスとラスビックが並びであったとのことだった。	処方意図が不明な場合は必ず処方医に疑義照会の徹底をする。			フロセミド錠４０ｍｇ「トーワ」 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
1085	3歳新患にクロベタゾールプロピオン酸エステル外用液が処方された。小児へのストロンゲストの処方は珍しいため病院に疑義照会し、クロベタゾン酪酸エステル外用液に変更になる。	一般名が似ているため病院の処方箋記載間違いしてしまった。	ミディアムとストロンゲストでランクが全く違うため、以前から薬局内でも注意する薬剤として扱っています。調剤・鑑査時は患者の年齢や疾病などを考慮しステロイド剤のランクが適正か判断するよう、薬局内でも再度周知徹底しました。			クロベタゾン酪酸エステルローション０．０５％「イワキ」	ヒューマンエラー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	この日は、非常に繁忙で薬品名の確認不足で監査をスルーパスしてた。	非常に繁忙で確認漏れたが、患者が気付き服用することなく薬局に持参し、交換事故なく未然に防げた。	その後は、ダブルチェックを徹底している。			オメプラゾール錠２０ｍｇ「アメル」	詳細な情報が不明であること等の理由により、検討困難と考える。
1087	処方元の入力システム入れ替えに伴い。処方記載形式に変更。注射剤の使用時点や針の記載が前回から異なる記載。注射の使用時点の記載や針の規格が以前と異なる記載内容患者聞き取りにおいて変更などの話は受けていないことから疑義照会にて対応。前回と同内容での調剤となる。	病院のシステム入れ替えにより、処方入力に不備があった事に起因。処方記載に変更あるが、処方内容に問題点がない為、患者聞き取りにより疑義照会⇒処方変更意図がないことが確認できたケース。	処方内容における問題点は無かったため、調剤も可能なケースであり、患者聞き取りにて以前同様の薬剤交付ができた。処方記載だけでは不備がない為、患者主訴の聞き取りにて防ぐことが出来た内容。薬局内にて病院でのシステム入れ替えの周知と、同院処方の際に類似事例の発現に注意喚起することで対応。			アピドラ注ソロスター	詳細な情報が不明であること等の理由により、検討困難と考える。

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1088	同種同効薬が処方されていた	処方医が手帳の確認を怠った。	手帳で必ず服用中の薬を確認			プランルカストＤＳ１０％「サワイ」	詳細な情報が不明であること等の理由により、検討困難と考える。
1089	ビソプロロールフマル酸塩錠5mgと入力すべき所を、⒉５mgで入力した。	ビソプロロールフマル酸塩錠のメーカー変更の入力時に、誤ってmg数も変えてしまったが、入力が誤っている事に、入力した医療事務員も、監査の薬剤師も交付した薬剤師も、入力ミスに気付かなかったと思われる。	処方通りか、薬を監査するだけでなく、入力もしっかりと監査する様に、改めて、全員に徹底する事とした。			ビソプロロールフマル酸塩錠５ｍｇ「ＤＳＥＰ」	詳細な情報が不明であること等の理由により、検討困難と考える。
1090	配合錠→DPP-Aに戻すのに重複成分が入っていた	同様の効果の薬が複数でているので知識不足で判断が遅くなる	各自のアップデート			トラゼンタ錠５ｍｇ	詳細な情報が不明であること等の理由により、検討困難と考える。

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1091	ご本人が来局。インドメタシン外用液１２０ｍｌ　と処方有るが各メーカー製造中止の為　５０ｍｌＸ２の１００ｍｌでの調剤となるため医師への疑義照会をして変更してもらった。	処方医への在庫状態の連絡が円滑に行われておらず医師が詳細を知らなかったためと思われる。	今後も処方箋を丁寧に見て真摯に対応していくつもりだ。	インドメタシン外用液１％「日医工」	インテバン外用液１％		事務的事項の誤り等に関する事例
1092	ベセルナクリームは日光角化症に対して、顔面・禿頭のみ使用可能のところ、処方箋の使用部位が左腕だったため問い合わせをした。使用部位は左腕で問題ないと処方医へ確認後薬剤交付した。またメーカーに適応以外の部位への使用することでの不利益を確認をした。	問診による使用部位の特定を行ない、当該医薬品が適正に使用されているか確認した。	患者への問診と薬剤適正使用のための添付文書の確認			ベセルナクリーム５％	事務的事項の誤り等に関する事例
1093	クロチアゼパム錠5ｍｇ「トーワ」を医師指示により割錠器を用いて半錠に分割調剤し、自家製剤加算を算定したところ、先発品のリーゼ錠や他のメーカーの後発品はすべてフイルムコート剤であったにも関わらず、東和薬品のクロチアゼパム錠5ｍｇ「トーワ」のみ糖衣錠であったため返戻対象となった。	先発品はフイルムコート剤でこれまで自家製剤加算を算定出来ていたため、後発品も同じと勘違いした。	後発品を採用する場合、混乱しないようにできるだけ先発品と同じ剤形を選択するようにする。			クロチアゼパム錠５ｍｇ「トーワ」	事務的事項の誤り等に関する事例
1094	ソルデム3A輸液の処方箋を受け付け、医薬品卸に電話発注した。翌日納品された物がソルデム3輸液（伝票はソルデム3A輸液）であったが、それに気付かずに患者宅へ持参した。翌日になり医薬品卸から、昨日の納品に誤りがあったと電話があり、薬局から患者への交付にも誤りがあったことが発覚した。	納品時に事務員が伝票と医薬品に相違がないことを検品しているが、気付かなかった。また、鑑査者、交付者も正しいものが納品されていると信じ込み、確認が疎かになった。	事務員は検品を一字一句正確に行うよう努める。鑑査者、交付者においては、誤発注している可能性があることも考慮し、納品されたものと処方箋を必ず照らし合わせることとする。	ソルデム３Ａ輸液	ソルデム３輸液		事務的事項の誤り等に関する事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品	
1095	トイレの回数が多く、残尿感が残るとのことでウブレチド錠が新規処方となった。併用薬、服用歴確認も他の前立腺肥大薬や過活動膀胱の治療を受けている形跡がなく、ウブレチド錠のファーストチョイスは治療方法としては副作用リスクも高いため、前立腺肥大に推奨グレードAであるα1遮断薬を勧め、シロドシンへ変更となった。	添付文書とともに、治療ガイドラインも逐一確認する。	治療の中で薬が変更となった場合などは添付文書を確認し、治療ガイドラインも確認を行うようにする。			ウブレチド錠５ｍｇ シロドシン錠４ｍｇ「ＤＳＥＰ」	事務的事項の誤り等に関する事例
1096	高齢となり、お薬の取り出し、服用が困難になり始めていて、取り出しにくいビタミンD製剤を、自ら飲まない、飲み忘れることが多くなった。	ヒートの構造、錠剤の形状などによっては、高齢者の服用、AD不良の原因になりうる。	お渡しまでに時間はかかるが、一包化調剤を、医師・家族を交えて推奨した。			エルデカルシトールカプセル０．７５μｇ「日医工」	事務的事項の誤り等に関する事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
1	ツムラ桂枝加朮附湯でお渡しするところをツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒で患者様にお渡しする前に調剤録鑑査で発覚。	医療事務が入力した調剤録が合っていると思い込み、調剤すると過誤になってしまう事例。	忙しい状況下でも一呼吸おいて鑑査を行う。鑑査はできれば声出しして一文字鑑査も行う。	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）	
2	患者の希望しているメーカーで準備できておらず	認識不足、確認不足	メーカーまで確認する	メトグルコ錠500mg	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「DSEP」	
3	メトアナ配合錠HDを調剤するときよりメタクト配合錠HDで準備をして、交付時間違いに気がつかず患者さんに投薬してしまう	薬剤の引出が近い場所にある点、名称類似により確認を不足と考えられます。	引出を話し、注意マークを作成する	メトアナ配合錠HD	メタクト配合錠HD	
4	ビオフェルミン散剤が処方されていたが薬局はビオフェルミン配合散の在庫しかなく入力する事務員は2種類あることを知らなかった。調剤時、ビオフェルミンの名前しか見ていなくビオフェルミン配合散で調剤しようとしていたところ途中で散剤であることに気づく、在庫ないため取り寄せ対応に。	薬剤師間ではビオフェルミン散剤が販売されたときに話していて認識あったが、事務員までつたえていたなかった。調剤段階で気が付いたが、思い込みではじめビオフェルミン配合散を手に取っていた。処方せんの薬の名前を最後まで確認が必要だった。	同じような名前の薬には薬の瓶に類似名有と記載するようにする。ビオフェルミン散剤と配合散があることを薬剤師以外にも伝え認識してもらった。	ビオフェルミン散剤	ビオフェルミン配合散	
5	【般】カルボシステイン錠500mgが処方されていて、入力がカルボシステイン錠500mgサワイであったのにも関わらず、調剤された医薬品はムコダイン錠500でした。GE希望の患者様でしたが、医薬品の流通状況が悪い為先発でしか調剤できなかったのですが、監査者が入力内容の違いに気が付きませんでした。	監査者の手順不尊守と医薬品の流通状況が要因と思われます。	流通状況の悪い医薬品については情報を周知して注意しておく。監査時は処方箋とお薬手帳をしっかりと比較して入力内容をしっかりとチェックする。	ムコダイン錠500mg	カルボシステイン錠500mg「サワイ」	
6	【般】イトラコナゾール100mg1錠を、入荷の都合でイトラコナゾール50mg「科研」2錠で代用していた。入力ミスでイトラコナゾール錠100mg「日医工」2錠になっているのに気付かず投薬し、マイナス在庫となっており発覚した。その後返金処理や書類の差し替えなど行った。	今回は新患の場合で、そういう時は大抵メーカー変更の際、入力時に他メーカーを表示させない処理を行うとミスせずに入力できるが、イトラコナゾール錠100mgは日医工の物しかないため在庫なくても表示されてしまう。また、変更になっている錠数のチェックに目が行っており、メーカー名の確認が不十分だった。	メーカーの入力間違いは入荷が不安定になり始めてからあり、ものによっては気を付けるよう注意喚起していた。しかし、新患では旧メーカーは入力時表示されないようになっているため間違いはないだろうと注意が不十分だった。イトラコナゾール錠は100mgが1種類しかないので入力出来てしまうため、どんな場合でも注意が必要なことを周知した。	イトラコナゾール錠100mg「日医工」	イトラコナゾール錠50mg「科研」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
7	ツムラ当帰芍薬散56日分、分3で処方されていたため、42包入りの包装を4つとるべきところを、3つの当帰芍薬散と1つの当帰建中湯を手に取り薬袋に入れる際間違っていることに気付いた。	外装、包装識別番号、薬剤の類似名と間違いやすい薬剤であったが、隣り合って薬剤を陳列していたためミスを招いたと思われる。	薬品名、外装などの類似がある薬剤については離しておくようにした。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）	ツムラ当帰建中湯エキス顆粒（医療用）	
8	（般）イルソグラジンマレイン酸塩口腔内崩壊錠2mgが処方され、後発普通錠、先発OD錠がなかった為、先発普通錠で入力、直後に変更に疑義が必要である旨を思い出し、患者に交付前に修正した。	薬剤師歴1年目で、1人店で業務を行っています。繁忙の時間帯などは、今回のよう瞬時に正しい判断が出来ない事があります。少しでも疑問があれば、患者さんには少しお時間を頂き、間違いがないかを確認したうえで薬剤を交付する事を徹底することが、過誤防止につながると思います。	疑問が生じた場合は、その場で解決を徹底するように致します。	ガスロンN・OD錠2mg	ガスロンN錠2mg	
9	処方箋上では、2022年12/9に発売されたビオフェルミン散剤が処方されていたが、当薬局にはビオフェルミン配合散の在庫しかなく、薬局在庫のビオフェルミン配合散が処方されていると思い込んで入力・調剤した。監査時に処方薬と調剤薬が異なっていることに気付きすぐに修正を行った。	思い込み、処方医薬品を一字一句最後まで確認できていない、知識不足	新発売薬剤があった場合は店舗内スタッフで共有し、特に類似薬が存在する薬剤は調剤棚に注意喚起を促すシールやメモを貼る、処方入力時、調剤時、監査時すべの時点で処方医薬品の最初の文字で判断せず医薬品名の最後まで目を通す。	ビオフェルミン散剤	ビオフェルミン配合散	
10	ベタニス錠25mgが商品名にて処方されている処方箋において、当該ピッキング者が誤ってベシケア錠2．5mgを調剤。患者交付前の監査により発覚。	当時繁忙時で事務員、薬剤師共に疲弊しており気が緩みヒヤリハットに繋がったと考えられる。	ピッキング時に類似薬品注意のPOPを貼付し、視覚面で注意を促していく。	ベタニス錠25mg	ベシケア錠2．5mg	
11	門前医療機関より硫酸マグネシウムが処方されていたが、酸化マグネシウムを秤量し分包段階で名称が異なっていることに気づき照会した。その後、入力間違いであり酸化マグネシウムへ変更となった。	普段より門前薬局から酸化マグネシウムが処方されてたため思い込みで調剤してしまった。	秤量時に名称を再確認する。	硫酸マグネシウム＊（山善）	酸化マグネシウム細粒83%「ケンエー」	
12	(般)レボフロキサシン点眼液0．5%の処方でレボカバスチン点眼液0，025%「VTRS」が入力・調剤されているにもかかわらず、監査を怠り、そのまま投薬してしまった。投薬後、別の薬剤師が調剤過誤に気付き、患者本人に連絡を取り、レボフロキサシン点眼液0．5%「日点」に交換。使用前だったため、健康被害は生じなかった。	本来処方箋で調剤薬を確認するところ、薬袋に記載されているもので確認してしまった。緊張・焦りがあったと思われる。	処方箋に基ずく監査の徹底。	レボフロキサシン点眼液0．5%「日点」	レボカバスチン点眼液0．025%「VTRS」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
13	規格を誤った	規格を誤った	指差し確認	アスベリン散10%	アスベリンドライシロップ2%	
14	処方箋が「トコフェロール酢酸エステルカプセル」で記載されているところ、「トコフェロールニコチン酸エステルカプセル」で入力されている間違いが発覚。確認したところ、前回、前々回も同様の処方だったが、誤って入力・調剤していたことが判明。	入力者が「トコフェロール酢酸エステルカプセル」の存在を失念していたことによる入力ミス。集薬者が「トコフェロール酢酸エステルカプセル」の存在を失念していたことに加え、トコフェノールときたらニコチン酸と決め打ちしていた。アシストシートによる集薬を行っていた。調剤・鑑査ミス：処方箋と医薬品の突合作業が甘かった。投薬ミス：病名の聞き取りが不十分で医薬品の適応症が把握できていなかった。	集薬時にアシストシートではなく処方箋を確認する。病名の聞き取り作業を十分行い、医薬品の適応症を確実に行う。Do処方についても病名・医薬品の適応症の確認、処方箋との突合作業を徹底する。思い込みで作業しない。	トコフェロール酢酸エステル錠50mg「トーワ」	トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mg「トーワ」	
15	処方箋ではフルスルチアミン50mg・B12・B6・B12配合カプセルと記載されていた。レセコン上でビタノイリンカプセル50を選択しなければならないところ、ビタノイリンカプセル25を選択してしまった。気づかずに調剤、監査を行い、投薬時に患者に確認したところ減量の話は聞いていないとのこと。選択が誤っていることが発覚した。	レセコンでフルスルチアミン50mg・B12・B6・B12配合カプセルからビタノイリンカプセル25を選択できるようになってしまっている。	レセコン上で起こる不具合を周知し、細心の注意を払い調剤・監査を行う。	ビタノイリンカプセル50	ビタノイリンカプセル25	
16	一般名処方の入力間違い(ポララミン錠処方のところセレスタミン錠で入力・調剤）不足があり、後日来局の患者様で後日スタッフが再度確認したところ入力間違いを発見し、正しい薬をお渡し出来た。	注意力不足	ルール徹底する	ポララミン錠2mg	セレスタミン配合錠	
17	【正】フルバスタチンNa錠10mg【誤】プラバスタチンNa錠10mg	新規面処方の手入力で入力ミスが起点となりヒヤリハットに至った。	ヒヤリハット内容を局員に周知し、同じミスが起こらないように注意喚起する。	フルバスタチン錠10mg「サワイ」	プラバスタチンNa錠10mg「サワイ」	
18	レスタミンを調剤しなければならないところ強力レスタミンをわたそうとしてしまった	患者よりタクシーをまたせているから早くしろと言われた	せかされても、注意をおこたらない	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%	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
19	フルニトラゼパム1ミリグラムアメルをピッキングする所で、レキソタン1ミリグラムをピッキングしてしまった。	疲労と繁忙が重なり、箱の色合いでピッキングしてしまった。	指差し確認と名称読み上げを徹底する。また収納棚の位置を離れた場所にする。	フルニトラゼパム錠1mg「アメル」	レキソタン錠1	
20	処方せん上はドネペジル10mg錠「DSEP」 入力はドンペリドン錠10mg「EMEC」服薬指導前の薬剤師鑑査により発見し修正　薬剤を集薬したスタッフも入力通りの集薬で間違った薬が用意されていた。	平時は処方箋をスキャンし、AIによる入力を行って最終鑑査を人が行っている。今回の場合はアプリを用いたデータ送信によりスキャンができず手入力を行ったためミスが生じやすい状態であった。また当薬局ではドネペジル10mgの処方頻度が低かった為規格と頭文字からドンペリドンと判断してしまったと思われる。	手入力時は3文字入力を徹底。再教育。	ドネペジル塩酸塩錠10mg「DSEP」	ドンペリドン錠10mg「EMEC」	
21	ランソプラゾールを調剤すべき所を誤ってラベプラゾールで調剤してしまった。いつも服用しているお薬の色と違うようだと患者家族から指摘を受け間違いに気づいた。患者は服用しておらず健康被害はなかったが謝罪し正しいお薬をお渡しした。	名称類似品や外見類似品ありのメモを貼るなど注意喚起する	名称類似品や外見類似品の知識を共有し再発防止に役立てる、複数人で確認する。	ランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」	ラベプラゾールNa錠10mg「サワイ」	
22	入力時に代替薬候補の選択ミスにより、ニフェジピンL錠で入力。そのままピッキングミス確認装置を通過した状態で監査に回ってきた。監査時に入力ミス発覚、調剤ミス発覚。	類似名称に引っ張られた。	入力調剤監査時は、処方箋をもとに行う。監査時は、薬価本をもとに監査徹底。	ニフェジピンCR錠20mg「日医工」	ニフェジピンL錠20mg「日医工」	
23	増量に気づかず、前回と同量で入力	前回と同じという先入観が間違いを起こした。	規格に〇をするなど確認をするツールを増やした。	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	
24	ボルタレン錠25mgが処方となり、前回処方のロキソニン錠からの変更と思い薬をお渡ししようとしたところ、診察時に坐薬を処方すると医師より説明あったことを聞き取った。医療機関へ問い合わせたところ、ボルタレンサポ25mgの誤りだった。	同成分の医薬品で含有量(25mg)も同一の為、医療機関で薬剤の選択を誤ったと思われる。	用法などの確認をしっかり行うこと。丁寧な聞き取りを行うこと。	ボルタレン錠25mg	ボルタレンサポ25mg	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
25	今までかかっていた医療機関から転院してきた患者の定期薬処方。処方内容の監査について、お薬手帳を使用して照らし合わせたところ外用剤の変更点を確認。患者に聞き取り確認したところ、変更点はない旨のやり取りだったことを確認。入力ミスによる処方薬違いの疑いがあり疑義照会。↓ ×：ベタメタゾンジプロピオン酸エステルクリーム0.064% ○：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% 上記内容の確認ができ、処方変更に。	処方箋発行時の入力ミスの疑いあり。処方箋記載は一般名処方だったため、一部のみの確認だったのではと推察。	外用剤の一般名処方については剤型や規格だけではなく、正式名称を最後まで確認すること。	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」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルクリーム0．05%「MYK」	
26	整形から母娘の処方で2枚を応需。母には腰痛に使用するためにロキソニンテープ100mgが処方。娘には左足踵の痛みに対してロキソニンテープ50mgの処方があり応需した。	母娘で同じ内容の処方を応需したと思い込み、娘の処方のロキソニンテープ50mgのところ100mgでレセコン入力を実施。	職員に周知	ロキソニンテープ50mg	ロキソニンテープ100mg	
27	6月24日の棚卸の際、レボブノロール点眼液0.5%「ニッテン」が理論値より5本多く、レボフロキサシン点眼液0.5%「ニッテン」が5本少なかった。このことより、患者様に対しレボブノロールを渡すところを間違えてレボフロキサシンを渡している可能性が感がらえられた。そこで、過去の処方歴を確認したところ、令和5年4月11日にレボブノロール5本をお渡しした患者さんが浮上した。同日午後5時過ぎにご本人へ連絡を入れ事情を説明し、薬の内容を確認するため自宅を訪問した。この日の時点では間違えて渡したかもしれないレボフロキサシンを発見することが出来なかったため、翌日25日に再度訪問し、未開封のレボフロキサシン2本を発見・回収した。眼圧上昇の可能性もあったため、受診予定日ではないが早急に受診をお願いし、6月28日受診していただいた。主治医より眼圧は問題ないとの診断であった。	薬品名が似ており、規格が同じであった点どちらもメーカーが「ニッテン」で容器の形が同じであった点	調剤棚に「名称注意」と注意喚起の印をつけるレボフロキサシン点眼液0.5%の採用メーカーの変更を検討する	レボブノロール塩酸塩点眼液0．5%「ニッテン」	レボフロキサシン点眼液0．5%「日点」	
28	毎月来局されている患者様で、今回アゾセミド錠60半錠から、60mg1錠へ処方箋上で変更されていることに発覚。以前の処方箋も確認したところ、5月から記載が変わっていたことも発覚。すぐに医師に連絡をしたところ、カルテ上では以前よりアゾセミド錠30、1錠であることを確認。結論としては、病院での記載ミスであるようだが、薬局として監査が漏れていた。	Do処方が継続していたため、慣れにより変更に気づきにくくなっていた。	Do処方時には、監査を二度行うような対策や、付箋で注意を促すことを行う。	アゾセミド錠60mg「DSEP」	アゾセミド錠30mg「DSEP」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
29	ボグリボースの剤形を選択誤り。監査で薬剤師が気づけず、そのまま調剤。薬剤は合っていたが帳票類が誤っていた。	事務員のトレーニング不足、知識不足を薬剤師がカバーできなかった。	類似剤形や類似薬品があることを定期的に周知する、レセコン内に類似品注意の勧奨を設定する	ボグリボースOD錠0．2mg「トーワ」	ボグリボース錠0．2mg「YD」	
30	ネキシウム10mgで調剤するところ、20mgで調剤	規格注意	規格注意	ネキシウムカプセル10mg	ネキシウムカプセル20mg	
31	毎月調剤している患者であり、一般名処方(イルベサルタン錠・アムロジピン錠10mg配合錠)に対してイルアミクスHD配合錠「サワイ」を調剤していたが、この度は一般名処方（イルベサルタン錠100mg）に処方が変わっていることに気が付かず、処方を入力した。調剤者は処方箋を見ずに入力された情報をもとに調剤をしたため、入力ミスに気が付かずイルアミクスHD配合錠「サワイ」を調剤した。監査者は、処方箋と入力された情報のチェックをしたが、類似した一般名だったため入力ミスに気が付かずイルアミクスHD配合錠「サワイ」を交付した。翌日、再度入力のチェックを行い間違いが発覚した。幸い、患者はまだ服用しておらず健康被害はなく、正しい薬剤を交付した。	いつも調剤している患者のため慣れがあり、処方入力者、監査者ともに類似した一般名処方の変化に気が付かなかった。処方箋を見ずに調剤をした手技にも問題があった。	処方箋をもとに調剤をすることを徹底する。処方箋のQRコード入力などの機器の導入を検討する。	イルベサルタン錠100mg「日医工」	イルアミクス配合錠HD「サワイ」	
32	リン酸ジヒドロコデイン散1%とリン酸コデイン散1%の入力間違い。投薬したものは正しかった。	名称が似ていたことでの見落とし。	名称が似ているが成分量が異なることを理解する	リン酸ジヒドロコデイン散1%「日医工」	リン酸コデイン散1%「ホエイ」	
33	前回バルサルタン40ミリグラムから80ミリグラムに増量の患者、40ミリグラムへ減量の処方箋持参で来局。40ミリグラムのとこ80ミリグラムで入力お渡し。薬局スタッフが次の日に気が付き発覚。1日服用で体調変化なし	薬剤師の入力であり、入力の経験の乏しい薬剤師による入力であった。Doで引っ張ってしまった。	Doで引っ張る場合はRpごとに、指差し・声出し徹底。	バルサルタン錠40mg「明治」	バルサルタン錠80mg「明治」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
34	一般名でトラマドール口腔内崩壊錠と記載されており、誤ってトアラセットで調剤してしまった。	前の患者様がたまたまトアラセットの処方だった事と繁忙で思い込みによる調剤を行ってしまった。	監査レンジを通しているので、目視でOKにせずにしっかり確認すること。忙しい中でも必ず冷静さを欠かす事なく監査する事を徹底する。	トラマールOD錠25mg	トアラセット配合錠「杏林」	
35	フェキソフェナジン塩酸塩DS5%が処方あり。調剤時にファモチジン散2%を誤って分包。鑑査時に誤りに気付いたため、再調剤。	名称類似による調剤ミス。	名称類似品の調剤ミスを防ぐための、掲示物の作成。	フェキソフェナジン塩酸塩DS5%「トーワ」	ファモチジン散2%「トーワ」	
36	調剤中、「NIG」で調剤していたが、入力が「武田テバ」になっていた。調剤録鑑査中に発見。	GE変更が多く、どのメーカーがあるか分からず、誤って前使っていたメーカーを選択してしまった	入力時にそのメーカーの在庫があるか確認する。わからない場合は薬剤師に聞く。	フロセミド錠20mg「NIG」	フロセミド錠20mg「武田テバ」	
37	空きかけのクロピドグレル錠75mgからを20錠を取り、新品のクロピドグレル75mgの箱から10錠取り、合計30錠調剤するが、鑑査者に10錠がシルニジピン錠10mgであると指摘される。	クロピドグレル錠の空きかけ箱にシルニジピン錠が10錠入っていたと考えられる。	薬を箱に戻す際に、他の人にも確認してもらってから戻す。	クロピドグレル錠75mg「SANIK」	シルニジピン錠10mg「サワイ」	
38	近日、当薬局ではラックビー微粒Nからビオフェルミン散剤へ切り替えを行っていた。処方せんは一般名で記載されていた。誤って以前から在庫していたビオフェルミン配合散を調剤しそうになった。事務職員より指摘があり、難を逃れた。	ラックビー微粒Nからビオフェルミン散剤へ切り替えの時期であった。薬品名の類似しているビオフェルミン配合散は元々在庫している薬であった。ビオフェルミン散剤で調剤の所、誤ってビオフェルミン配合散で調剤しそうになった。保管場所については双方、全く違う場所へ保管していた。	注意喚起の旨を書いた紙を本体の箱と在庫場所に貼った。他職員へも間違いが起こらないよう説明を行った。	ラックビー微粒N	ビオフェルミン配合散	
39	ミグリトールOD錠84錠の中にボグリボースOD錠が4錠ピッキングされまとめられていたのに気が付かずに監査し、監査者がそのまま投薬する。翌日患者から4錠だけ薬が違っていると持参あり、発覚する。患者に謝罪し、交換する。	薬の棚が近くにあり、誰かが薬を戻し入れる際に間違って混入させたと考えられる。監査の際も、包装の色味が似ているため思い込みで雰囲気だけで鑑査し薬品名の確認を怠った。	薬品を戻し入れる際や購入品を棚にしまう際に入れ間違えないよう、薬品名をしっかり確認する。	ミグリトールOD錠50mg「サワイ」	ボグリボースOD錠0.3mg「サワイ」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
40	前回ティーエスワン配合ODT20mgが処方されていた患者様。今回処方がティーエスワン配合ODT25mgへと変更になっていたが、事務員が前回と同じティーエスワン配合ODT20mgで入力し、　（薬剤師は他の患者様投薬中で）、ピッキングも事務員が行い、これも自分で打った誤った入力をみて20mgで調剤。鑑査時に薬剤師が気付き、入力を訂正、調剤も再度行い、正しい薬剤を交付した	入力時何も考えずに前回Doで引っ張ってきており、インシデントにつながった。1つ1つ確認の上入力を行うという当たり前のことを怠った結果である	自分の入力したデータでピッキングはせず、当然のことではあるが必ず処方箋をみてピッキングを行う。また入力の際は規格を1つ1つ確認して行うことを徹底。	ティーエスワン配合OD錠T25	ティーエスワン配合OD錠T20	
41	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%が処方されているところ、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%で入力、調剤された。監査の際、薬剤師が赤ちゃんの顔なのにストロンゲストのステロイド外用剤が処方されているのはおかしいと気付き、間違いが分かった。	一般名、GE販売名がとても似ている。「クロベタ」で検索すると両方出てきてしまう。	今回の事例を薬局内で周知。薬剤名を最後まで確認するよう薬局内で周知。薬剤師はこれまで通り、年齢と薬剤の適否も見て、監査していく。	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%「NIG」	
42	一般名の医薬品で思い込んで処方してしまう。	簡単な処方、1剤で問題ないと思ってしまった。	必ず他の薬剤師の監査を受ける、又は監査システムを利用する事。	ミケルナ配合点眼液	ミケランLA点眼液2%	
43	一般名：ロキソプロフェンテープ100m温感の処方にロキソプロフェンテープ100mg科研を調剤した	ロキソプロフェンテープ100mg大鵬は温感タイプであることに注意が必要	薬局スタッフ全員に注意喚起	ロキソプロフェンナトリウムテープ１００mg「タイホウ」	ロキソプロフェンNaテープ１００mg「科研」	
44	一般名処方でテルミサルタン錠40mgが処方、間違えてバルサルタン錠40mgで調剤していた。一包化していた。患者さんが入院になり入院先の病院の薬剤部から薬剤の情報と一包化されている薬が違っているのでどちらが正しいかと連絡が来て判明した。	間違えやすい同薬効の薬で規格も同じ40mgで間違えてしまった。	ピッキング後に違う人による二重チェックをしてから調剤してたが、二重チェックが形骸化しないようにきちんと行う。	テルミサルタン錠４０mg「サワイ」	バルサルタン錠４０mg「サワイ」	
45	3才男児に一般名でカルボシステインシロップ用５０%の処方に対してカルボシステインシロップ5%で入力。調剤前入力チェックにて間違い判明。入力を正しく直し調剤。患者様へは正しいお薬お渡し。	一般名での記載だと間違いやすい。	%まできちんと確認して入力する。	カルボシステインDS５０%「タカタ」	カルボシステインシロップ5%「タカタ」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
46	医薬品ピッキングの取り間違え	無意識に違う医薬品に手が伸びていた。思い込み	医薬品名の指差し確認と、処方箋順にピッキングした医薬品を並べ直す。	カロナール錠200	酸化マグネシウム錠330mg「ヨシダ」	
47	アレグラ60のところアレグラ30で入力を実施。入力鑑査者にてまちがいを発見	入力鑑査時における声出し確認	声出し確認。最終鑑査時における再確認	アレグラ錠60mg	アレグラ錠30mg	
48	一般名イルベサルタン／アムロジピン5mg（アイミクスLD）の処方があったが、イルベサルタン／アムロジピン10mgのアイミクスHDでレセコンに入力。調剤後の薬との監査で発見し、入力の間違いに気づいた。	普段はイルベサルタン/アムロジピン製剤のHDがよく出ている。入力の際にLDをHDへ強制入力してしまったため、レセコンのエラーが上がったが、「いつも出る薬だ」という意識で特に気に留めずスルーしてしまった。	アイミクス、ジルムロなど配合錠LD/HDがあるものは一般名だと分かりにくいため、最後までしっかりと確認するようスタッフ間で確認した。LDHDの違いを薬品棚に「規格注意」と貼るようにした。	アイミクス配合錠LD	アイミクス配合錠HD	
49	スージャヌ配合錠が処方されていたが、誤ってスーグラ錠を調剤し、そのまま投薬した。調剤した日が土曜日であったため、患者は薬局が休みのため対応できないと思い、週明けの月曜にいつもと違う薬が入っていたと薬局に当日調剤した薬をすべて持参し、調剤ミスが発覚した。患者は3日間スーグラを服用していたため、すぐに処方医へ連絡した。スージャヌにスーグラが配合されていることから、今回はそのまま経過を見るよう指示を受け、患者にその旨伝えた。	スージャヌとスーグラの調剤棚が近接していること。名称が類似していること。処方箋をよく見ずに調剤・監査を行ったこと。	薬局全員が今回の事例を共有し、再発防止に意識を高めた。患者に土日でも電話の連絡はつくので薬局対応は可能であること、またいつもと違う薬が入っていたら服用する前に薬局に連絡をするよう周知してもらう。	スージャヌ配合錠	スーグラ錠50mg	
50	処方箋にはメイアクトMS小児用細粒10%で記載。前回はフロモックス小児用細粒で事務がそのままDo入力。入力はジェネリック変換していた。薬剤師が処方監査時に間違いに気づかずそのまま調剤。調剤監査者が細粒の色の違いに気づき、ジャーナルを確認したところ、セフジトレンピボキシルではなくセフカペンピボキシルで調剤をしていたことが発覚した。	事務がきちんと処方箋の内容を確認せずに入力していること、処方監査時の薬剤師のチェックが怠っていたこと、調剤時の確認がきちんとなされていないことがあげられる	当薬局では、処方箋入力後に入力内容が反映されたワークシートが発行され、その用紙をみながら調剤をする者がいるため、あくまでワークシートは調剤の補助であり、処方箋に基づいて調剤を行うことを再度徹底する。	フロモックス小児用細粒100mg	メイアクトMS小児用細粒10%	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
51	皮膚科処方箋を応需。事務が入力をしたが、クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%「テイコク」と入力すべきところ、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「イワキ」と入力。プロペトとの混合の指示があったため、薬剤調製者が誤りに気づき、訂正した。	事務が異動後まもなく不慣れだったため、頭3文字が全く同じであることに気づいていなかったと思われる。	頭3文字で入力した後に、もう一度薬品名を最後まで確認し、入力する。このミスを共有し、同じミスを繰り返さないようにする。	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」	
52	嚥下困難のため粉砕指示がある処方箋において、【般】トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mgの処方あり。脱カプセルによる調剤の手間を軽減するため剤型変更を考慮し、トコフェロール酢酸エステル顆粒20%へ変更することに。ただシステム上変更ができず名称類似の別医薬品であることに気付き交付はされなかった。	トコフェロールニコチン酸エステルカプセルについて先発医薬品であるユベラNカプセルと他剤型であるユベラ錠の成分、適応症の違いについて理解できておらず、同一医薬品と認識してしまっていたため。	ユベラNカプセル、ユベラ錠については類似の薬効もあるが、成分が異なり、適応症も一部違いがあることを共有。剤型変更を検討するにあたり、まず同一の医薬品であるか、適応症に違いがないか十分に判断した上で検討するように店舗内に共有を行った。	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顆粒２０%「ツルハラ」	
53	複数枚の処方箋持参。不慣れなスタッフも含め人手不足の時間帯。新規の医療機関で一般名処方で記載。患者の子供が寝てしまい急がなくてはと薬局内が焦った状態になった。確認不十分で入力しピッキングしてしまい、点鼻を間違えた。投薬後再度処方せんを確認し、すぐに気が付き、正しい点鼻液に交換した。	手薄の時間帯であることを認識し落ち着いて仕事をすることが出来なかった。思いこみで判断し確認が十分なされなかった。	手薄な時間帯はお互い声を掛け合い連携する。思いこみで行動せず一般名処方は複数回見直す。必ず複数人でチェックする。	フルナーゼ点鼻液５０μｇ５６噴霧用	アラミスト点鼻液２７．５μｇ５６噴霧用	
54	娘さんが午前11時頃来局され夕方16時頃来ますと処方せんを置いて行かれ、処方された漢方薬の在庫がなく、至急で発注をかけようとしましたが、最近各卸さんの方から至急便を減らしてほしいと要望があり、ギリギリ間に合うだろうと午後の定期便で電話注文をしましたが、先に娘さんが来局され不足の漢方薬以外を先に渡そうと投薬してたところに、漢方薬が入荷し監査をしないで確認しながら渡すことになり、箱を開けて娘さんに見せながらお渡ししたところ、何かいつもと漢方薬の色がちがうと言っていただき過誤に気が付きました。	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯とツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯の商品名が類似していて薬剤師経験上、柴胡加竜骨牡蛎湯の方が良く取り扱うことが過去によくあったため、注文時に誤ってツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯で電話注文してしまったことと、投薬中であったため入荷したものを監査しないまま、お薬を渡そうとしたことが要因となります。	発注を原則バーコードで機械発注することと、投薬中でも、いったん説明を中止して待ってもらい、投薬口では監査しないで調剤室にもどって落ち着いて監査することと、今後至急発注ができないため、定期便の時間帯をしっかり把握したうえで、余裕をもった調剤完了時間を患者さんにお知らせすることにしました。	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）	
55	午前中最後の受診で来局。久しぶりの方でアンケート等書いてもらった。処方は1種類でアムロジピン5mgだったが、Drが高血圧で高頻度で処方されるニフェジピンを誤って交付。帰られてからしばらくして気づいた。電話でご連絡して交換させていただいた。	午前のラストで気持ちの油断と入力、調剤、鑑査と3人ともすり抜けてしまった。このうち鑑査の薬剤師は入社間もない状態で、集中力に欠けていた可能性がある。	鑑査時に処方内容と入力内容の確認を徹底する。薬袋と薬剤の指差し確認。交付時に処方箋内容を再度確認してお渡しすること。	アムロジピン錠5mg「明治」	ニフェジピンCR錠20mg「トーワ」	
56	アムロジピン１０mgのところ5mgでレセコン入力してしまった	忙しく慌てて入力、鑑査をしてしまった	鑑査時に調剤録をしっかり確認する	アムロジピン錠5mg「サンド」	アムロジピンOD錠１０mg「サンド」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
57	在庫棚卸で薬局事務員により、MS冷シップが500g多く、MS温シップが500g少ない事が判明し、患者リストから当該患者にMS冷シップを投薬するところ、MS温シップを投薬したことが判明した。謝罪し、交換に伺おうとしたが、残薬あるため次回受診時交換で良いとのことで、翌月来局時に交換した。	MS冷シップとMS温シップを隣に配置しており、MS冷シップをピッキングした後にMS温シップを調剤してしまったと思われる。鑑査の時に処方箋を確認する前に薬を見てしまい思い込んだと思われる。	配置を離し、流れでピッキングできないようにした。シップは必ず本人に見せる手順とした。	MS冷シップ「タイホウ」	MS温シップ「タイホウ」	
58	ケフラールカプセル250mgが処方されており、当薬局の棚にセファクロルカプセル250mg「サワイ」があったため、事務員にサワイで調剤する旨を伝え、取り揃えた。事務員はレセコンにセファクロルカプセル250mg「SW」で入力。監査時にシートデザインと薬袋の写真が一致していないことに気づき、レセコンにセファクロルカプセル250mg「サワイ」で入力し直す際に、エラー表示で経過措置切れが発覚した。	経過措置の情報を見落としていた。廃棄を失念していた。	経過措置の情報をこまめに確認する。措置切れ後すみやかに廃棄する。	ケフラールカプセル250mg	セファクロルカプセル250mg「サワイ」	
59	処方内容はニフェジピンCR20mg、テルミサルタン40mg1錠。テルミサルタン40mgをバルサルタン40mgでお渡し。患者帰宅後、患者自身が間違えに気づき、薬局に来局し、テルミサタンに交換。	テルミサルタン、バルサルタンのPTPの色調は違うが、規格が40mgで同じため、調剤者・監査者の確認不足。	処方箋に鉛筆で調剤者・監査者それぞれが薬品名・規格等チェックを入れ、2重チェックを行う。	テルミサルタン錠40mg「サンド」	バルサルタン錠40mg「サンド」	
60	分包機のカセットに間違えてレバミピド補充をバルサルタンをセット。	パッケージの色が似ていた。	補充時はダブルチェックをするように。	レバミピド	バルサルタン	
61	入院していたが退院し自宅近くの病院に転院した。入院中に服用していた薬を処方して貰ったとの事だったがシロスタゾール錠の用量が50mgで服用していたが100mgで処方されていた。	病院の退院時の記録の確認不足。規格間違い。	患者からの聞き取りとお薬手帳により発覚したので、お薬手帳をしっかり確認する事。	シロスタゾールOD錠100mg「サワイ」	シロスタゾールOD錠100mg「サワイ」	
62	メトアナHDが処方されていると認識した上で、慣れや慢心があったせいか、エクメットHDを調剤し、そのまま監査もスルーしてしまい、患者さんにわたってしまった。	該当薬剤師の慢心、慣れが原因かと思われる。	今後、思い込みで行動しないように薬剤師・事務ともに指導を徹底し、改善に努める。	メトアナ配合錠HD	エクメット配合錠HD	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
63	患者は味覚異常の為に、ポラプレジンク錠を服用中。効果がないということで、薬を変更し漢方となる。処方監査の際、ピッキング薬剤師は男性ということと、前回薬歴にて味覚の異常でめまいなどではなかったという事で、当帰芍薬散ではないという思い込みが先にたち芍薬甘草湯をピッキング。投薬者も色々相談に乗り、相談に乗りすぎて監査がおろそかになってしまった。患者さんが薬を持ち帰り、服用の際、薬情の写真と違うということで、薬をお持ちになり発覚。	思い込みや忙しさなど薬剤師本人の器量によるものがある。忙しさを補うために、増員により余裕を持ったピッキング、また監査機の導入による客観的視点、投薬時の薬情の写真を見ての再鑑査など改善できる点はある。監査機の導入を検討。	監査機の導入を検討	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）	
64	一般名処方でプラバスタチンの処方だったが間違ってアトルバスタチンをピッキングしてしまった。	初めて調剤する患者様だったこと、名称が類似していることによる思い込み、当薬局の調剤数がプラバスタチンよりアトルバスタチンの方が約5倍あることが原因と考えられる	ピッキング監査システムの導入	プラバスタチンNa錠5mg「NIG」	アトルバスタチン錠5mg「NP」	
65	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒を処方のところ、ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒で調剤。調剤者がピッキング監査システムにて、誤りであると気付き、患者へ交付には至らなかった。	調剤者自身も名称類似による間違えやすい漢方があると頭にありながら調剤していたが、在庫状況から14番のツムラ半夏瀉心湯と16番の半夏厚朴湯が隣に配置されており、取り間違えてしまった。番号の色を把握していなかった、番号・薬品名をしっかり確認せずにピッキングを行ってしまったことが要因と考えられる。	今回の事例をスタッフ間で共有し、名称類似品によるピッキングミスの例をあらかじめ把握しておく。どうしても名称類似品が近くに在庫する必要がある場合は、”名称類似品注意”などの注意喚起を提示して保管する。	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）	
66	後発希望の患者へ先発品での入力。	先発医薬品希望の患者と後発医薬品希望の患者が来局し、入力を誤った。	混同しないように、確認や記入を行う。	クラリスロマイシン錠小児用50mg「TCK」	クラリス錠50小児用	
67	支援の事務員がレセコン入力。一般名処方だったため、メーカー名を伝えていたが、ヘパリン類似物質クリームとヘパリン類似物質油性クリームの違いに気が付かず入力。鑑査時、薬剤師が気が付き、訂正を行った。	支援の事務員など、普段と異なる状況の時には特に注意する。似ている薬品名も多いため、レセコン入力時には薬品名をすべて確認し入力を行う。	似ている薬品名の情報共有・確認を行う。	ヘパリン類似物質クリーム0．3%「日医工」	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」	
68	セフポドキシムプロキセチルではなく、処方回数の多いセフカペンピボキシルの方を慣れで選んでしまった。	薬品名を正しく読まず、慣れでピッキングしてしまった。	薬品名は必ず正しく読み取るよう、似ている名前の薬をリストアップして注意喚起した。	セフポドキシムプロキセチル錠100mg「トーワ」	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「トーワ」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
69	タリージェ錠を継続服用中の患者の処方がタリージェOD錠に変更となっていた。病院の採用が変わった為だが、そのことに気付かずに入力・調剤した。鑑査時、剤型変更になっていることに気が付いた。	情報不足で、OD錠の存在を知らず、剤型の違いに気づくことができなかった。	同じ薬でも規格違い以外にも剤型違いがあることを念頭に置いて、調剤を行うようスタッフに指導した。	タリージェOD錠10mg	タリージェ錠10mg	
70	1年目調剤事務によりエクメットHDをピックするところメトアナHDをピックするミスが起きてしまった。ピッキング終了後、鑑査にて発覚した。患者様への交付前の発覚であった為、危害は及ばなかった。	外見が多少類似してかつ同じHDの付く医薬品であり、慌ててピッキングしていたところ、確認を怠ってしまって間違えた。	類似薬のピッキング間違えであったため、調剤棚に注意喚起するとともに鑑査者は注意深く鑑査するよう努めていく。	エクメット配合錠HD	メトアナ配合錠HD	
71	以前まで防風通聖散が処方されていたが、今回防己黄耆湯に変更となった。調剤は正しく取り揃えていたが、レセコンへの入力を前回処方を引用してしまい、薬袋・薬情が防風通聖散のままとなった。監査時に薬袋・薬情の記載誤りに気付けず、患者への投薬時に今回漢方が変更となったとお話あり、説明時に薬袋・薬情が間違っていることに気付いた。	防風通聖散と防己黄耆湯は一見名称が似ており、分包品の帯の色も同じであることより、調剤過誤に繋がる危険性がある。また、長期的に薬が継続されている場合、思い込みにより調剤ミスする可能性も高くなる。	処方箋にツムラの番号を書くことで調剤時の取り間違えを防ぐ。名称類似薬品を再確認する。	ツムラ防已黄耆湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ防風通聖散エキス顆粒（医療用）	
72	イブプロフェン200mgを調剤するべきところを、イフェンプロジル200mgが調剤されていた。	頭2文字が似ていること、規格が20mgと200mgで似ていること、繁忙していたことが挙げられる。	あいうえお順に棚に並べているが、2薬品を並ばないようにし、名称注意等の喚起を行った。	イブプロフェン錠200mg「TCK」	イフェンプロジル酒石酸塩錠20mg「トーワ」	
73	5歳女性患者に、処方箋上では「セフゾン細粒小児用10%」が処方されていたが、事務レセコンの入力は「セフジトレンピボキシル細粒小児用10%「トーワ」100mg」となっていた。調剤は処方箋原本コピー参照のうえで行ったため「セフゾン細粒小児用10%」が正しくされていた。その後、調剤した薬剤師が監査をした際に入力間違いに気が付き、投薬時には訂正して正しい状態でお渡し出来た。	当該患者は、門前クリニックのスタッフ家族であり、処方箋が事前にFAXで送られてきた後に時間をおいて来局された。FAX時～来局までの間、患者の波が止まらずにFAX処方箋の入力や調剤が順番前後して遅くなってしまっていた。そのため、来局後の対応に焦りが生じて入力が間違ってしまったと考えられる。	FAXによる事前処方箋受付は、目前の患者より順番の優先順位が下がりがちになってしまうが、目前の患者対応に支障をきたさない程度に即時的にFAXにも対応するよう心掛ける。	セフゾン細粒小児用10%	セフジトレンピボキシル細粒小児用10%「トーワ」	
74	ミケルナを隣の棚にあるミケランで調剤しそのまま投薬した。交付翌日に患者が気づき薬局に電話あったため夕方患者宅を訪問し交換をした。	一人薬剤師で2重3重チェックが出来ていなかった。また交付時も患者との相互確認が出来ていなかった。	棚が隣通しだったのを離して配置した。レセコンの伝言メモにミケルナ注意と入力し、処方入力時に事務員からもアナウンスしてもらうようにした。投薬時に医薬品名を読み上げ相互確認を必ずするように徹底した。	ミケルナ配合点眼液	ミケランLA点眼液2%	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
75	カロナール錠300mg10錠をピッキングしようとして、酸化マグネシウム錠330mg「ケンエー」をピ10錠ピッキングしてしまった。 監査者が間違いに気が付いた。	規格に両方とも3がついていること、場所も近いことから思い込みです。	ピッキングするときは、繁忙時でも慌てず、薬品名・規格を必ずしっかり確認してからピッキングする。間違いやすい薬は場所を離しておく。	カロナール錠300mg	酸化マグネシウム錠330mg「ケンエー」	
76	エスタゾラム1mgを調剤するところを、エチゾラム0.5mgを誤って調剤、ダブルチェック時に事務員が発見し、事なきを得る。	最初のエとゾラムが類似した医薬品だったため、間違えて取ってしまった。	指差し声出し確認の実施を徹底。	エスタゾラム錠1mg「アメル」	エチゾラム錠0．5mg「トーワ」	
77	当該患者には一般名【酪酸菌配合錠】（＝ビオスリー錠）が処方されていた。当薬局の事務員はそれを【酪酸菌錠】（＝ミヤBM錠）でレセコン入力していた。当薬局のレセコンではビオスリー錠は一般名【酪酸菌配合錠】ではなく【ラクトミン・糖化菌・酪酸菌錠】となっており【酪酸菌配合錠】と【酪酸菌錠】が別の医薬品であることが認識できていなかった。	一般名処方の表記が複数あることがこの事例の最大の要因であると考えている。1つの医薬品を表す表記が複数あればそれは間違いの要因となる。行政主導で統一名を制定するべきである。	当薬局においては【酪酸菌配合錠】は【ラクトミン・糖化菌・酪酸菌錠】で入力することを共有した。	ビオスリー配合錠	ミヤBM錠	
78	アンテベート軟膏10gをピッキングするところ、間違えてデルモベート軟膏10gピッキングした。監査時に気づきアンテベート軟膏10gに訂正した。	アンテベート軟膏とデルモベート軟膏は、名称が似ているので特に注意が必要。	アンテベート軟膏・デルモベート軟膏のどちらかが処方されているときは、必ずダブルチェックをする。	アンテベート軟膏0．05%	デルモベート軟膏0．05%	
79	カロナール 200mgが処方された。カロナール 200mgの場所にザイロリック100mgのPTPが混入されていた為、ピッキング時、ザイロリック100mgのPTPが拾われた。	両薬剤のPTPデザインGA類似	薬剤PTP棚へ返却時、可能な限り、ダブルチェック実施。ダブルチェック不可能な場合、発生しながら慎重に返却する	カロナール錠200	ザイロリック錠100	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
80	腰痛で初めて整形外科を受診。医師からはイブプロフェン200mg3錠分3毎食後が処方されていた。ところが、準備されていたものは、イフェンプロジル20mg84錠だった。鑑査者は急いでいたこともあり、ぱっと見で名称の類似性、力価の印象が似通っていたご用法用法の類似点、加えていずれも銀のシートに青の印字、白い粒であることから、準備されていたものが間違っていると気づけないままお渡ししてしまった。14日後、腰痛があまりよくならなかったため、再度受診。同じ内容のものが処方され、前回控えてあった準備画像と照らし合わせたところ、間違いがあったことに気づいた。すぐに患者に連絡を取り、謝罪、残薬と正しい薬剤を交換。処方医にもこの経緯を話し、イフェンプロジルを服用した事による不都合は見られていないことも報告した。	名称、見た目、用法のいずれもが似通っていたため、間違いを見逃してしまったと考えられる。また、在庫の置き場所も隣り合わせだったため、準備者が取り違えた可能性も考えられた。	薬剤の名称を一字ずつしっかり照らし合わせること、力価をしっかり見ること、在庫置き場を離し、類似名称があることの注意喚起メモをはることとした。	イブプロフェン錠200mg「タイヨー」	イフェンプロジル酒石酸塩錠20mg「サワイ」	
81	治打撲一方を間違えて、治頭そう一方を投薬してしまった。投薬後、事務員が気づき、自宅に取り替えに行きました。まだ、服用される前でした。	忙しさもあり、漢方薬の色も同じで、名前も似ていることも間違えの要因にはなったと思う。ただ一番の要因は、慢心と慣れです。	必ずダブルチェックをする。漢方薬は番号まで確認する。	ツムラ治打撲一方エキス顆粒（医療用）	ツムラ治頭瘡一方エキス顆粒（医療用）	
82	後発品希望患者様にキンダベート軟膏の処方薬剤師が調剤補助員に指示する用紙にクロベタゾール軟膏「MYK」と記載調剤補助員は指示書通りクロベタゾール軟膏にて調剤鑑査薬剤師がミスに気づき発覚	処方頻度の差。デルモベート軟膏の調剤頻度が多いため、誤った指示を起こしてしまった。	「ン」の有無をチェックに活用 「ん」有　キンダベート軟膏　－＞クロベタゾン軟膏 「ん」無　デルモベート軟膏　－＞クロベタゾール軟膏	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」	
83	ウルソデオキシコール酸100サワイの棚にエペリゾン50トーワが10錠入っていた。調剤時調剤者が気付いたため未然に防げた事例	ふたつの薬剤の棚位置は斜め上下の位置、壁際にあり前に薬剤が置いてあったりして影になりやすい場所であった。ともに銀のシートに青字で似通っている。	薬剤を戻す際には慢心や焦りなど起こさないように確認を何度もして戻す必要がある。薬棚の前にはものを置かないようにする。	ウルソデオキシコール酸錠100mg「サワイ」	エペリゾン塩酸塩錠50mg「トーワ」	
84	2013年記録時からバルサルタン錠80mg（ディオバン錠）を服用していた。処方箋の記載がテルミサルタンへ変更されていることに気づかずそのまま調剤。次回来局時の処方箋で前回変更となっていることに気づいた。	患者の痒み訴えで薬剤性皮疹を疑い、薬剤が大幅変更されていた。その際に変更を見落としていた。	処方せん発行元の医療機関が、一般名処方になり判別しやすくなった。手順を踏んで調剤監査を行いたい。	テルミサルタン錠80mg「トーワ」	バルサルタン錠80mg「トーワ」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
85	「クラシエ人参養栄湯 7.5g 90日分」で処方が出されており、端数の関係上、新しい箱から人参養栄湯をピッキングしようとした際に発生。クラシエ人参養栄湯とクラシエ芍薬甘草湯の番号が当薬局では隣り合わせの配置となっており、外箱の色も類似していたため、必要量をピッキングする際に人参養栄湯ではなく、芍薬甘草湯の箱を開けてしまい、ピックミスが発生。	当薬局でクラシエの漢方の取り扱いがあるものが19、41、43、68、108のみで番号順に横並びで棚に並べていた。（68が芍薬甘草湯、108が人参養栄湯）	外箱の色が類似していない43と68を入れ替え、68と108が隣り合わせにならないように陳列を変えた。	クラシエ人参養栄湯エキス細粒	クラシエ芍薬甘草湯エキス細粒	
86	リンデロンV軟膏が処方されていたが、リンデロンVG軟膏を調剤してしまった。	繁忙時間であり、薬剤師の思いこみも重なり調剤ミスとなった。	他薬剤師によるダブルチェックを徹底する。	リンデロン－V軟膏0．12％	リンデロン－VG軟膏0．12％	
87	他院より同様の薬が処方されていたが投薬直前まで重複に気づかずにいた。	繁忙	お薬手帳などによる併用薬チェックの徹底	カロナール錠500	カロナール錠300	
88	フルメトロン点眼液0.1%であったがヒアレイン点眼液0.1%渡してしまった。	多忙で確認不足。薬を陳列する棚に、フルメトロン点眼液0.1%とヒアレイン点眼液0.1%が隣り合わせに置いてある。集薬する時に確認をし、間違いないよう注意する。	陳列する場所を変える。本人と確認しながら投薬する。	フルメトロン点眼液0．1％	ヒアレイン点眼液0．1％	
89	ツムラ桂枝茯苓丸加ヨクイニン(125番)56包である所を、間違えてツムラ桂枝茯苓丸(25番)56包で渡してしまった。患者本人から服用前に気付き、薬局内での2種の漢方の在庫数と、パソコン上での在庫数が丁度56包ずれていたため判明した。謝罪し、正しい漢方を56包渡し、次回以降誤って渡した漢方を持参頂くよう伝えた。	何度も調剤経験のある患者の処方であり、漢方は長期間に渡って変更がなくいつもと同じ漢方であったため油断してしまった。デザインや名前も類似しているため鑑査不十分だった。	処方せんの漢方の名前を最後まで確認し、また薬情にて漢方の番号や色なども間違えずに調剤できているか入念に確認する。投薬時でも患者本人と一緒に漢方の名前や番号を実物と照らし合わせて確認する。	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）	
90	一般名処方で、クロベタゾールプロピオン酸エステルローションが処方になっていた。レセコン入力間違いで、クロベタゾン酪酸エステルローションを入力してしまい、ピッキングしたスタッフも入力間違えに気づかずピッキングしてしまった。監査をした薬剤師が入力間違いと調剤間違えに気づき、薬剤交付前に修正する事ができた。	ステロイド外用薬の一般名処方は類似した薬品名が多く、間違えやすい。	ステロイド外用薬の一般名処方は間違えが起こりやすいという事を全スタッフが意識し、ダブルチェック、トリプルチェックの体制を整えた。	クロベタゾールプロピオン酸エステルローション0．05％「イワキ」	クロベタゾン酪酸エステルローション0．05％「イワキ」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
91	薬品名の入力ミスがあり、異なる医薬品を交付してしまいそうになった。	名称が類似している薬品の入力ミスに調剤時気が付かず、投薬中に気が付いたことで入力をし直し、正しい薬剤を交付した。混雑時で新患の方だったため焦っていて確認が十分に出来ていなかった。	混雑時でも調剤する前に入力ミスがないか指差し確認をしながら十分監査を行う。	ヘパリン類似物質クリーム0．3%「日医工」	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」	
92	ヒアルロン酸ナトリウム点眼液0.3%「TS」が処方されているところ、ヒアルロン酸ナトリウム点眼液0.1%「TS」の規格違いで入力。自店では0.3%は処方実績のない薬であり、他方0.1%は自店で処方実績が豊富であった。後日、処方入力チェックで発覚、患者使用前に連絡し、該当医薬品を交換した。	医療事務がいない環境下で薬剤師1人で入力、調剤、交付を行っている状況であった。実績のない規格違いの薬であり、スタッフ1人により適切なチェックが出来ずに入力が行われてしまった。	規格違いの多い薬は入力時にレセコンのチェック機能を使って確認するようにした。	ヒアルロン酸ナトリウム点眼液0．3%「TS」	ヒアルロン酸ナトリウム点眼液0．1%「TS」	
93	アテレック錠10mg　1.5錠（分2）（朝1錠　夕0.5錠）の処方箋を受け取った。患者が後発医薬品を希望したため、シルニジピン錠10mgとシルニジピン錠5mg「サワイ」を調剤するところ、後発医薬品の区分の配置場所のサ行の引き出しからシンバスタチン錠5mg「サワイ」を取り出して調剤した。監査の段階で誤りに気付いたために、患者には正しい薬を交付した。	調剤者は違う作業や考え事をしながら調剤した。頭文字を見て勘違いした。前回の薬歴も確認する。	お薬手帳を確認しながら患者への聞き取り調査もする。お薬手帳を持っていない患者にはお薬手帳の有用性を説明する。	シルニジピン錠5mg	シンバスタチン錠5mg	
94	7/25　血圧が160になりそれまで飲んでいた、カンデサルタン12mgとヒドロクロロチアジド12.5mgからイルトアHDに変更になった。しかし、パソコン入力でイルアミクスHDと間違って入力したため、薬情、薬袋の写真がイルアミクスになってしまい、そのままイルアミクスが調剤されてしまった。8/25　そのままイルアミクスHDで、パソコン入力されたが、調剤はイルトラHDで交付されたため、薬情、薬袋の写真と違うと、患者が気が付き、薬局に問い合わせとなり、調剤ミスがわかった	薬剤師の人数不足	薬剤師の増員、監査時間を増やす	イルトラ配合錠HD	イルアミクス配合錠HD「DSPB」	
95	ツムラ人参養栄湯が5週間処方されていたのですが、残薬持参にて処方日数調整をお願いされ、1週間分残薬あるので4週間分処方になりました。ピッキングでツムラ芍薬甘草湯を4週間分出してしまい、そのまま監査見落としで交付してしました。発注を業務中に在庫数が合わないことスタッフが気づき、患者に連絡して、直ぐに交換しました。	ツムラの帯の赤色が同じなため、思いこみでピッキングし、監査もそのままちゃんと確認せずと置いてしまってた。薬剤師も思い込みで色しか認識していなかったそうです。	漢方薬の帯の色が同じでも、漢方薬の番号が違うんで数値確認するようにしました。	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	
96	クラシエ芍薬甘草湯のところ、クラシエ当帰芍薬散を調剤した。監査で気づき、正しい薬に直し、投薬した。	漢方薬ではクラシエ当帰芍薬散が一番処方が多く、両方とも芍薬と名前に付くので、取り違えやすい。	間違えやすい薬剤だと認識して、処方せんをよく見て調剤する。	クラシエ芍薬甘草湯エキス細粒	クラシエ当帰芍薬散料エキス細粒	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
97	漢方薬ツムラ当帰芍薬散をツムラ芍薬甘草湯と取り違えていた。二日後薬局に本人から電話があり漢方薬が違うことを指摘される。後日来局され交換した。	従業員2名が1週間前から病欠で残りの従業員もそのため疲労蓄積していたと思われる。当日は閉局間近の時間帯の来局で、より疲労感も強かった。いつもなら調剤した薬剤はカメラに通しており、そのことで再度監査となるがそれを怠った。	調剤した薬剤はカメラに通して保存するようにしているが、繁忙や人手の足りなさを理由に怠ってしまうことのないよう再度徹底するよう注意喚起した。	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）	
98	アナストロゾール（1）「サワイ」のカセッターに、レトロゾール（2.5）「サワイ」が30錠1箱が混ざっているのを朝の充填時に発見した。患者様へのお渡し前に発見できた。	それぞれPTPシートの形は同じだが色は若干異なる。しかし箱の形状、外観がかなり似ているため、注意不足で充填してしまったと思われる。	今回のような箱の外観やPTPシート類似、ツムラ漢方薬の数字と色の類似に特に気を付ける。カセッター、棚にそれぞれ「注意！●●と類似！」のような付箋を付けて注意喚起しておく。	アナストロゾール錠1mg「サワイ」	レトロゾール錠2．5mg「サワイ」	
99	一般名処方「エピナスチン点眼液0.1%」で「アレジオンLX点眼液0.1%」を入力するところ、濃度をよく見ずに「エピナスチン点眼液0.1%TS」を選んでしまい、そのまま調剤、交付してしまった。その後、同じ処方の患者がいたところで間違いに気づき、電話連絡をし交換した。	生保の患者だったので、一般名処方から後発品を選ぼうとしたため、濃度をよく確認せず入力してしまった。エピナスチン点眼という部分だけみて調剤してしまった。規格、用法を確認していない。	規格、用法をよく確認する。	アレジオンLX点眼液0．1%	エピナスチン塩酸塩点眼液0．05%「TS」	
100	ディオバン80mgとミカルディス80mgを取り違えた。	忙しくて、確認を怠った	ダブルチェックを徹底する。	ミカルディス錠80mg	ディオバン錠80mg	
101	加味帰脾湯で処方されていた。交付後患者さん本人より連絡あり。加味帰脾湯と思って飲もうとしたら加味逍遙散が入っていた。加味逍遙散と加味帰脾湯を取り間違えて調剤。薬を交換して対応。	ツムラ加味帰脾湯とツムラ加味帰脾湯の名前の一部が同じため取り待ちがえ。鑑査者も思い込みで鑑査。	入力した文字だけではなく、薬情の写真とも突き合わせて医薬品の確認をする。	ツムラ加味帰脾湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ加味逍遙散エキス顆粒（医療用）	
102	患者様の奥様が来局され、いつもと同じと発言があった。処方箋は一般名処方であり、いつもテルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠で処方されていた。処方箋を確認していたが、Do処方でレセコンでの入力を行い、調剤・監査を行い、テラムロAPをお渡しした。しかし、そのあと、患者ご本人が来局され、間違いが発覚した。実際の処方はテルミサルタン80mg・アムロジピン配合錠（テラムロBP）に変更されて処方されており、それに気が付かなかった。まだ服用しておらず、テラムロAPを回収し、テラムロBPをお渡しした。	患者様本人ではなくご家族が来局されており、その発言によって処方箋にQRコードがあるにも関わらず、手入力でレセコン入力をしてしまった。また、薬剤師による入力チェックを行っているが、間違いに気づけなかった。また、調剤監査システムを導入しているが、レセコン入力が間違っているため、エラーが出ず、スルーしてしまった。	システム上、DO 処方の場合、QRコードを使用するより手入力の方が早いため、そちらを選択してしまった。QRコードが付いている処方箋については、必ずQRコードを通すようにする。また、監査時に薬剤師の入力チェックはあったが、調剤者の入力チェックを実施していなかった。今後は、調剤者も入力チェックを行う。また、服薬指導の際、薬の変更などないかを確認し、情報収取を心掛ける。	テラムロ配合錠BP「DSEP」	テラムロ配合錠AP「DSEP」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
103	ロスバスタチンOD錠5mg処方のところ、包装の類似しているアムロジピンOD錠5mg「日医工」で計数調剤	普通薬のラ行棚と劇薬のア行棚が近く、かつ、PTPシートの色調が類似していたため、取り間違えたと考察。	・配置を離した・類似注意シールの薬棚への貼付	ロスバスタチンOD錠5mg「日医工」	アムロジピンOD錠5mg「ファイザー」	
104	セフゾンカプセル100mgをお渡しすべきところ、誤ってセフカペンピボキシル錠100mgをお渡しした。当局の事務員が発見。患者が服用後だった。	似た名称の薬剤のため間違ってしまった。	セフェム系は類似名商品が多いため注意を要する。箱・棚に取り間違い注意を促すメモを記載する。	セフゾンカプセル100mg	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「トーワ」	
105	ザジテン点鼻液の処方であったが、点眼と選択を誤り調剤を行ってしまった。	点鼻と点眼のパーセンテージも同じことから名前が似ておりレセコンでの選択を誤ってしまった。	レセコンの表記を点鼻と点眼で変えてパッと見でも違いが判るよう変更を行う。	ザジテン点鼻液0．05%	ザジテン点眼液0．05%	
106	クラシエ桂枝加苓朮附湯エキス錠をお渡しすべきところをクラシエ桂枝加芍薬湯エキス錠を渡してしまった	人員不足の繁忙で疲れと焦りと重なり、また、エキス錠の計算に気をとられていた	薬のピッキングから注意することと複数の方の目を通すようにする監査時も繁忙とはいえ、落ち着いて行うようにする	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	
107	一般名処方でピーエイ配合顆粒処方（非ピリン系プロメタジン含有～）。通常は錠剤での処方が多く、１日6gを1日6錠と思い込み調剤してしまった。	錠剤での調剤が多い中で、思い込みにより剤型を確認していなかった。	剤型・用量を含めた指さし呼称、監査の徹底	セラピナ配合顆粒	ピーエイ配合錠	
108	処方内容は白色軟膏とアンテベート軟膏の混合処方であった。他の対応などで混雑していたタイミングで白色軟膏と白色ワセリンは取り違えて混合し、監査時に発見し調剤し直した。	名称が似ており、思い込みが生じた。	事例報告、注意喚起。	白色軟膏	白色ワセリン	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
109	バルプロ酸ナトリウム錠100mgで処方されていたが、入力がバルプロ酸ナトリウム徐放錠A100mgになっており監査時に間違えに気づきました。	混雑時であり、入力時に急いでいて確認を怠っていたのが原因であると考えております。	入力時に毎回間違えがないか確認を行い、同じ成分で名前が似ている場合は特に注意するように心がける必要があると考えています。	バルプロ酸ナトリウム錠100mg「DSP」	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A100mg「トーワ」	
110	エクメット配合錠LDが処方されたが、メトアナ配合錠LDを調剤してしまった。後ほど患者さんがいつもと違う薬が調剤されていると言われ発覚	同じ糖尿病の薬でエクメット配合錠LDとメトアナ配合錠LDとかなりにている商品名はつけないでほしいと思いますが、調剤時、監査時に気を付けるしかないのでしょう。正直メーカーの方が商品名に気を付けて欲しいと思いますが	エクメット配合錠LDとメトアナ配合錠LDが処方された時にはいつも以上に気を付けるしかないと思います	エクメット配合錠LD	メトアナ配合錠LD	
111	銘柄処方で先発品名での処方箋。患者は後発品希望であったが、そのまま先発品で入力をしてしまう。	QRコードでの入力。そのまま後発医薬品への代替入力を行わなかった。QRコードのため読み込んだ内容を確認せずに次へ進んでしまった。	一般名処方か銘柄処方かの確認と、患者の後発品かどうかの意向をレセコンにも記載ししっかり確認する。	セレコックス錠100mg	セレコキシブ錠100mg「サワイ」	
112	ジヒドロコデインリン酸塩酸塩1%6gをリン酸コデイン散1%6gで調剤してしまった	完全な見誤り、用量6gでリン酸コデイン散と思い込み調剤してしまった。処方箋通りでこれまでリン酸コデインは調剤したことがあったが、今回は薬局製剤を使用して調剤したジヒドロコデインを調剤することがなかった。（調剤）鑑査時の思い込み。先入観のある状態で行ってしまい、十分な確認ができなかった（鑑査）	リン酸コデインの箱にジヒドロコデインととり間違い注意の札を貼り、調剤時のミスを可能な限り防ぐ（調剤）処方箋と計量時のレシート上の薬品名をしっかり照合、確認する手順を再度徹底する（鑑査）	ジヒドロコデインリン酸塩散1%「マルイシ」	リン酸コデイン散1%「日医工」	
113	処方箋受け取り時に簡単に患者様の状態を確認している。その際、痛みがあって辛いと仰っていたが麻杏甘石湯が処方。この漢方薬は主として咳止めの効果を発揮する漢方なため、該当患者様の状態には不適であると判断。医師に確認したところ、麻杏よく甘湯に変更指示を頂く。	恐らく病院の医薬品検索システムで麻杏と検索をかけ、フリガナ順で上記の麻杏甘石湯が選ばれたと推測される。	患者様の状態を確認するのはもちろんだが、名称類似薬には十分に注意していかなければならない。名称類似薬医薬品リストを作成し、全スタッフに周知徹底させる。	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）	
114	2023年9月某日（火）13時頃、患者（69歳男性）が処方箋を持参した。治頭瘡一方エキス顆粒　7.5g毎食前で処方されていた。普段から当薬局を利用する患者であったが、初めての処方であった。以前は治打撲一方エキス顆粒が処方されたことがあり、医療事務（経験年数2年）が入力する際、誤って治打撲一方エキス顆粒を入力した。そのまま帳票類が印刷されたが、患者に投薬する前の鑑査段階で間違いに気づき、訂正を依頼した。	名称が類似していることと、以前に処方歴がある治打撲一方エキス顆粒が再度処方されたと思いこんで入力したと考えられる。	処方入力する際は1文字ずつチェックしながら作業するよう改善を指示した。また、確定する前に声出し確認して誤入力した場合でも自ら気づいて訂正できるように入力時のマニュアルを改定した。	ツムラ治頭瘡一方エキス顆粒（医療用）	ツムラ治打撲一方エキス顆粒（医療用）	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
115	調剤翌日に患者家族より問い合わせがあり、薬剤交付間違いに気付いた	定期薬が処方される患者さんで、ずっと安定していたため慢心による確認不足があったと思う。メーカーと用量が同じであったことも、間違えた要因かもしれない。	それぞれが常に確認を怠らないよう、薬局内で申し合わせた	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	テルミサルタン錠20mg「DSEP」	
116	桃核承気湯を調剤するために桃核承気湯の箱から取り出したところ、一部補中益気湯が混じっていた。	ツムラの桃核承気湯と補中益気湯は包装の色が同じで外観が似通っているため、補中益気湯を箱に戻そうとしたときに間違って桃核承気湯の箱に入れたものと思われる。	箱から取り出した薬剤を元に戻すときは、調剤監査システムを用いてJANコードを照合し、正しい箱であることを確認して戻すようにする。	ツムラ桃核承気湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ補中益気湯エキス顆粒（医療用）	
117	【般】グリベンクラミド錠2.5mgと記載の処方箋で、当薬局ではグリベンクラミド錠2.5mg「サワイ」で調剤する内容だったが、ピッキング者がグリクラジド錠40mg「サワイ」をピッキング。監査者が気付き、グリベンクラミド錠2.5mg「サワイ」で調剤し、お渡しした。	勤続年数1年半の調剤事務がピッキングを行ったため、類似薬の存在に気付かなかった可能性。「グリ～」で始まる薬2種類でのミスだった為、処方箋や薬そのものを最後まで確認せずに調剤した可能性	処方箋や薬そのものを最後まで確認する	グリベンクラミド錠2．5mg「サワイ」	グリクラジド錠40mg「サワイ」	
118	8/29　ユニシアHD継続服用中の患者においてユニシアLDへの変更を見落とし、ユニシアHDにて調剤9/11　来局時に過去処方を確認したところ発覚　今回ユニシアからアムロジピン5mgへ変更9/11　医師に報告　今回の事象が薬剤投与の過誤によるものか不明の為ひとまずヒヤリハット報告書を提出するように指示あり処方薬についても今回の処方分のアムロジピン5mgにて調剤の指示を確認ご本人に上記旨を報告し、謝罪	8/29の処方上は併用薬剤としてリズミックの処方があった。この処方のある段階で継続中の降圧剤に変更があってもおかしくないという処方鑑査時に当然行うべき薬剤師的思考でのスクリーニングが抜けていた。8/29の来局時にご本人は体調不良の為薬剤師と処方内容の確認を十分に行うことが出来ず、投薬担当の薬剤師もミスに気が付くことが出来なかった。	二次元コードの仕様が病院ごとに異なる為現状では処方元の仕様の2次元コードの読み取りは当薬局では行うことができないとのこと。レセコン入力は手動を継続することとなる為、今後処方内容に変更がある場合のスクリーニング、ご本人との投薬時に万が一のミスが起こらないかご本人とのコミュニケーションを十分にとって行うこととする。今回の事例の場合はFaxでの調剤となり、最終鑑査者と投薬者が異なるものであった。お預かりの薬剤についても投薬者は最終鑑査が終わっていても再度鑑査を行うこととする	ユニシア配合錠LD	ユニシア配合錠HD	
119	A医院の処方箋を持って来局された患者の調剤を行った。処方箋には、ベネシッド錠250mg　1錠　朝食後　28日と記載されていた。レセコンへの入力は正確にされ、入力に伴って出力されるシートを見ながら、薬剤師B（調剤薬局勤務歴7年）が、ベネシッド錠250mgを調製するところ、誤ってペリシット錠250mgを調製し、鑑査に回した。鑑査にあたった薬剤師Cは、処方薬のベネシッド錠250mgではなく、ペリシット錠250mgが調製されていることに気付き、調製した薬剤師Bに間違いを伝えた。薬剤師Bは、ベネシッド錠250mgを正しく調製し、再度、薬剤師Cが鑑査をした。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。	混雑している状況、類似した薬剤名、規格（同じ250mg錠）、また、両薬剤とも、普段はあまり扱わない医薬品であったため、間違ってしまったと思われる。	それぞれの医薬品の箱に、「ベネシッドとの間違い注意！」「ペリシットとの間違い注意！」と注意書きをする。薬歴管理に、「ペリシットとの間違いに注意！」と記載しておく。	ベネシッド錠250mg	ペリシット錠250mg	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
120	2種類の漢方薬が処方されていて2種類とも変更になっていた。処方せん受付時に患者より漢方薬変更の話を聞いていたが、変更前と変更後の漢方薬の名称が1種は全く違ったが1種は似ていたため、1種のみの変更と勘違いした。	漢方薬は似た名称が多いので複数回の確認が必要	似た名称の漢方のリストを作成し注意喚起する	ツムラ茵ちん蒿湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ茵ちん五苓散エキス顆粒（医療用）	
121	ツムラ苓甘姜味夏仁湯を普段より服用されている方で定期処方あり。30日分の処方だが、外観や名称が類似し、在庫陳列も近かった苓桂朮甘湯を12日分と苓甘姜味夏仁湯18日分をピッキングして輪ゴムでまとめて監査へまわし、調剤してしまった。交付すぐに在庫の差異で誤りに気付き、正しい内容のものと交換したため、誤った薬剤の服用にはつながらなかった。	外観類似、名称の漢字も類似していたためのピッキングミス。50音も近く、在庫も隣り合って置かれていた。監査機器を使用していたが、機器に読み取らせたバーコードは正しい薬剤の方のバーコードが読み取られ、重ねて輪ゴムでまとめてあった別の薬剤に気付けなかった。1シートずつの目視確認を怠っていた。	類似の薬品に関しては在庫場所に間隔をあける。監査機器を過信せずに、漢方の番号を指さし確認する。患者様の目の前でしっかり名称、番号を確認する。	ツムラ苓甘姜味辛夏仁湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒（医療用）	
122	ツムラ桂枝加芍薬湯エキスが処方されたが、ツムラ桂枝加芍薬大黄湯を交付してしまった。入力時にツムラ桂枝加芍薬大黄湯を選択肢、左端に134と記載した。調剤者は134番を調剤し、監査、服薬指導でも気付かずに交付してしまった。水様便のため初めて処方され、1週間服用したが、逆に水様便回数が多くなり出血もしたため患者家族が医師に連絡した。患者家族が134番服用と医師に話し、医師が処方した薬ではないことがわかり、過誤が発覚した。医師から薬局に連絡があり、薬局から患者に過誤の連絡をして交換した。	漢方エキス薬は、入力時に処方箋の薬品名左に番号を記載している。今回名称が類似した薬を選んでしまい番号も書き間違えた。調剤者は番号を頼りに調剤し、監査、服薬指導時も処方内容と異なることに気づかなかった。ツムラ桂枝加芍薬大黄湯は、桂枝加芍薬に大黄を加えた方剤のため、便秘を改善する効果を伴う。当該患者は水様便改善治療が必要なため、治療に悪影響が及ぶことになってしまった。服薬指導時には水様便改善のために大黄を含む薬が出ていることに疑問を持ち、処方箋を再度確認することも必要だった。	漢方エキスの番号が記載されていても、調剤、監査時には薬品名を十分確認する必要がある。入力間違いを見つけやすくするために、監査時にチェックシートを印刷することにした。処方箋と入力内容に相違がないか十分確認後に監査、服薬指導を行う。	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝加芍薬大黄湯エキス顆粒（医療用）	
123	前回からメトホルミン500mgで処方されていたがレセコンが250mgで入力され、処方箋原本を確認せずピッキングGOとレセコン入力を過信したため間違えを発生。また、ニフェジピンのメーカー変更（「サワイ」→「三和」）の確認を重視しすぎた要因もある。	ピッキングGOとレセコン入力を過信。ニフェジピンのメーカー変更（「サワイ」→「三和」）の確認を重視しすぎた要因。	ピッキングGOとレセコン入力を過信せず、処方箋原本を確認してから監査の取組	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「トーワ」	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「トーワ」	
124	正しい薬で調剤されていたにもかかわらず、入力が誤っていたため監査レンジでエラーが発生。それを見た監査者はヘモポリゾン軟膏が正しい薬と勘違いし、誤った薬に取り直し、そのまま投薬されてしまった。投薬後に気づき、すぐに電話で患者様に連絡・謝罪し、ご自宅に伺い正しい薬に交換した。	投薬前及び投薬中に処方箋と薬の名称を照合し、再確認できていなかった。	監査を徹底する。投薬前に処方箋と調剤録のチェックを行う。投薬中に処方箋と薬の名称を再確認し、薬を見せての投薬を行いつつ照合する。	ヘモレックス軟膏	ヘモポリゾン軟膏	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
125	処方箋がナウゼリン坐剤10mgで処方されており、年齢を考慮し、飲み薬との間違いと思い、疑義照会したが、このままでと返された。投薬時に患者さまと話しているときに症状に合わせて飲むように先生に説明されたと言っており、やはり坐剤ではなく飲み薬と思い、再度疑義したところ病院の入力間違えで飲み薬に変更。	今回の事例は薬局のファインプレーだと思っている。一度疑義し、変更なしでかえってきたところ、疑い深い気持ちを持っており、再度疑義をしたことにより、変更になった。	薬局側は特になし	ナウゼリンOD錠10	ナウゼリン坐剤10	
126	メトホルミン500mgが定期で処方の患者さん。他にフォシーガ5mg、ネシーナ25mg処方あり	土曜の午前中繁盛期に定期の処方の患者さんでピッキングしたものが間違えていたものを鑑査でヒートが似ていて見逃してしまう	投薬時は薬の袋の写真と薬を患者さんに見せながら薬袋に入れる	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「DSPB」	カロナール錠500	
127	※当薬局は1人薬剤師・1人事務の店舗である。処方箋持参で来局時、クラシエ桂枝加竜骨牡蛎湯2g35日分が全不足、当店での初回登録の薬剤。土曜日の来局の為、不足薬として来週のお渡しの予定となった。患者には不足薬表をお渡しして月曜日にお渡しすることを約束する。発注を登録するところで、薬剤師A（職種経験歴7年）が桂枝加竜骨牡蛎湯を新規で登録・発注するところ、すでに登録のある柴胡加竜骨牡蠣湯を誤って選択。月曜日に届いた物品を事務B（職種経験歴15年）がテイカー（機械による）監査を行ったが、薬品が入力されたものとは異なるため通過せず。ここで、本来であればテイカーに表示される薬品名との照合を行うが、行わずにテイカー監査を行った印鑑を押す。薬剤師Aは監査を行う際にテイカー監査印を見て、薬品が合っていると思い込み、監査を誤った。不足薬のお渡しの際に、薬剤師Aは他患者を対応しており、不足薬のお渡しをすることができなかった。事務Bが代わりにお渡し。不足薬お渡しより1日後に在庫ずれを発見し、お渡しした薬剤が間違っていたことが発覚した。	業務の慣れや油断によって、手順を飛ばして交付までの道筋を辿ってしまったのが原因。他の作業を行う合間に発注を行ってしまったため、薬品違いに気が付かなかった。	手順を省略しない。繁忙の際でも必ずマニュアルを順守する。不足薬のお渡しの際にも処方箋、不足薬表、実物をチェックしお渡しする。	クラシエ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス細粒	クラシエ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス細粒	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
128	アムロジピン錠2．5mg「サワイ」を希望の方へアムロジピン錠2．5mg「クニヒロ」で入力し、「クニヒロ」でお渡ししてしまう。薬歴記載している際に変更になっていることに気付き患者様へ連絡しサワイのものへ交換し謝罪。	アムロジピン錠2．5mg「サワイ」を以前から服用している方で、当薬局の採用も以前はサワイだったが、採用メーカー変更にともないアムロジピン錠2．5mg「クニヒロ」がメインの採用になる。メーカー違いで同成分であることを説明したが頑なに以前のものがいいと訴えがあり、その方ように薬を用意していたが、メインで採用しているクニヒロの打ち込みで、クニヒロでお渡ししてしまう。別の薬が追加になりそちらの説明に意識がいき、メーカーまで確認できていなかった。	備考欄に記載してが見逃してしまったので、目立つように記載し直す。交付前にも再度メーカーまで薬歴を確認してお渡しする。	アムロジピン錠2．5mg「サワイ」	アムロジピン錠2．5mg「クニヒロ」	
129	レボフロキサシン点眼液わかもとでおわたししている入力がレボフロキサシン点眼液ファイザーになっていた	入力確認不足　おわたしのときの確認不足	確認をしっかりする	レボフロキサシン点眼液1．5%「わかもと」	レボフロキサシン点眼液1．5%「ファイザー」	
130	ツムラ牛車腎気丸が処方されているところ、誤ってツムラ八味地黄丸をお渡し。薬局の薬品在庫を確認していたところ、在庫数が合わないため、牛車腎気丸が処方された患者に確認したところ、八味地黄丸をお渡ししていたことが発覚。服用前に発覚したため、患者への健康被害はなし。	外装の色が同じだったため、八味地黄丸が調剤されているのに牛車腎気丸だと思い込んだ。	番号、薬品名の確認を徹底する。	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒（医療用）	
131	お薬の入手が困難なのものが多くなり、変わるときは逐一レセコン入力者に伝えるようにしていた。とても忙しい時でその患者さんでメトホルミン錠のメーカーが変わることをレセコン入力者に伝え忘れて、前のメーカーの帳票類を渡してしまった。次の患者さんの時に築いた。	メーカーの変わりそうなものは事前にスタッフー同共有する。	連携をしっかりする。	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「DSEP」	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「DSPB」	
132	一般名処方の類似により、ベタメタゾン・クロルフェニラミンとクロルフェニラミンとの調剤間違い。	処方箋との照合不備・思い込みによる調剤。	調剤した後、再度調剤者が処方箋と調剤した薬剤の一般名の表記をダブルチェックしてから監査にまわす。	セレスタミン配合錠	ポララミン錠2mg	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
133	ツムラ越ピカジュツブ湯7.5g分3毎食前5日分において、2日分芍薬甘草湯の混入あり。外装が類似しており、気づかず患者へお渡し。患者様からの問い合わせで判明。	保管場所への戻し間違いが原因	全ての職員に対して周知注意喚起。	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）	
134	初めて受け付ける医療機関の処方箋、一般名処方で「ヒドロコルチゾン・フラジオマイシン等配合軟膏　1日2個肛門内挿入」との記載あり、レセコン入力担当者がレセコンマスタを参照し一般名の似ている「強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏」を選択した。交付前に薬剤師が気付き「ヘモレックス軟膏」へ修正し対応した。	どちらも普段在庫していない薬剤であった。レセコンマスタ上は文字数の制限もあって同2剤は類似した一般名で記載されており判別が難しい状況だった。	一般名についてはレセコンメーカーによって表現が異なることがあることを周知、確認する際は必ず複数名で対応しレセコンマスタのみではなく添付文書等も参照することとした。	ヘモレックス軟膏	強力レスタミンコーチゾンコーワ軟膏	
135	一般名処方クロベタゾン酪酸エステル軟膏0．05%の調剤をクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0．05%と取り違え	薬局在庫の把握不足	注意喚起ノートに記載していたことを忘れていた取り違え注意表記	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0．05%「イワキ」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0．05%「イワキ」	
136	ツムラ治頭瘡一方エキス顆粒とツムラ治打撲一方エキス顆粒は59番と89番で色も同じで名前が似ているため、取り間違えてしまった。	たまにしか処方されない漢方薬の為、似た名前があることを知らなかった。初めの文字だけで判断してしまった。	似た名称の薬があることを箱に貼り付けて注意喚起した。	ツムラ治打撲一方エキス顆粒（医療用）	ツムラ治頭瘡一方エキス顆粒（医療用）	
137	ツムラ補中益気湯調剤すべきところに3包（1綴り）ツムラ呉茱萸湯で調剤	外包装が似ている	ナンバリングが異なるため、ナンバリングも合わせて確認する	ツムラ補中益気湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ呉茱萸湯エキス顆粒（医療用）	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
138	ジェネリック医薬品希望の患者に先発のオキサロール軟膏で調剤して交付してしまった。	オキサロール軟膏にジェネリックがないと思い込んでいた。棚にもジェネリックがあると表記もなかった。調剤補助から軟膏の混合を引き継いだが、鑑査機に通していないとは思わずにそのまま混合してしまった（混合する前に鑑査機に通す手順だったが）（調剤）ジェネリック希望だったが入力が先発でされており修正してもらったが、他の薬剤の取り直しや受付時の伝言の確認など気を取られてしまい、鑑査が疎かになってしまった。混合薬を作る際は必ず鑑査機を通してからしか作らないと思い込んでいた。ジェネリックと先発品のキャップの色が同じであったり思い込みで鑑査してしまった。受け取り希望時間にも迫っており慌ててしまった。（鑑査）	調剤棚にジェネリックがあることのシールを貼った（調剤）鑑査機に100%通してあると思わずに鑑査することを怠らない（鑑査）	マキサカルシトール軟膏25μg／g「イワキ」	オキサロール軟膏25μg／g	
139	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」を調剤して投薬するところ、ロキソプロフェンNaテープ100mg「科研」を調剤して投薬直前まで回ってしまった.	処方箋は一般名処方で「ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg（温感）」を記載となり、非常にわかりずらい.「温感」の場合は前者の「タイホウ」で調剤し、後者の場合の一般名は「ロキソプロフェンテープ100mg（非温）」となる.	処方元は基本一般名処方の為、申し送りしても商品名で処方することは難しい. 薬局でレセコン入力、調剤時、鑑査時にチェックを入れるしかないと考える. また患者様との話の中で情報を収集し確認していくことも重要と考える.	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」	
140	新規処方3剤ある中でツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒が処方されていた。事務入力が間違ってツムラ桂枝加芍薬大黄湯エキス顆粒になっていたのに気づかず、薬袋の写真を見て134番のツムラ桂枝加芍薬大黄湯エキス顆粒を調剤し、そのまま患者に交付してしまった。事務入力確認の際に間違いを指摘され、すぐに患者に連絡を取ったため服用する前に交換することができた。	通常は調剤する薬剤師と監査する薬剤師は別にしているが繫忙の時間帯だったため、患者を待たせないために一人の薬剤師が調剤と監査を行った。名称も薬効も似ているため、入力が間違っていたことに気が付かなかった。	レセコン入力時、漢方薬は名称を最後の文字までよく確認する。調整時も監査時も名称を最後までよく確認する。	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝加芍薬大黄湯エキス顆粒（医療用）	
141	いつもビオフェルミン配合散を処方されていた患者の処方箋がFAXで送られてきた。今回はビオフェルミン散剤に処方変更になっていたが、いつものビオフェルミン配合散を調剤した。レセコンの入力も間違っていた。別の薬剤師が鑑査時に間違いに気付いた。	長く通っている患者の処方せんだったため、いつもの薬と思い込み入力・調剤してしまった。	新しくビオフェルミン散剤が発売されてることを知らず、思い込みで調剤してしまった。いつも来局している患者の処方でもレセコンの入力、鑑査、調剤の際、処方せんと照合すること再確認した。	ビオフェルミン散剤	ビオフェルミン配合散	
142	完全な思い込みによる間違いです。酸化マグネシウムは本来分包して投薬のところ、分包品があったと思い乳酸カルシウムの分包品を出してしまった。	勘違いによるものです。投薬時忙しかったため、監査での見落としとなってしまった。	落ち着いてピッキング、落ち着いての監査を徹底する	重質酸化マグネシウム「ケンエー」	乳酸カルシウム〈ハチ〉	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
143	フルナーゼ点鼻薬50μg 112噴霧用のものが販売中止になり、処方医に疑義照会した。疑義照会の結果フルナーゼ50μg 56噴霧用が2本に変更となったが、その際医師から一般名で名前をききとった。疑義照会を受けた薬剤師は間違えずに名前をききとり疑義紹介履歴を残したが、入力を直す際に、事務が一般名からの入力を間違えた。入力のチェックも他の薬剤師がおこない調剤をしたが、鑑査に回ってきた時ようやくミスに気付けた。	アラミストの一般名、フルチカゾンフランカルボン酸点鼻液とフルナーゼの一般名フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液の名前が類似している。疑義照会に記載する際手書きではあるので単なる入力よりミスが発生しやすい。	類似している名前は注意する。疑義照会履歴はより丁寧に記載する。点鼻薬の類似した薬があるという知識をつける。共有する。	フルナーゼ点鼻液50μg56噴霧用	アラミスト点鼻液27．5μg56噴霧用	
144	一般名処方でカンデサルタン・アムロジピン5mg配合錠（ユニシア配合錠HD）が処方された。当該患者は前回までカンデサルタン・アムロジピン2.5mg配合錠（ユニシア配合錠LD）が処方されていた事もあって、誤ってユニシア配合錠LDが入力されたが、調剤した薬剤師もこれに気付かず、そのまま患者に出す所であった。服薬指導の聞き取りの際に、患者から薬を変更するとの医師のコメントがあった事が告げられ、再確認した所、ユニシア配合錠HDでは無くユニシア配合錠LDが用意されていたのが分かり、過誤投薬に至る寸前であった。	配合剤の一般名処方は変更が見落とし易い感がある。これまで同じ薬（ユニシア配合錠LD）が処方されていた事もあって処方変更を見落とした。	配合剤が一般名処方された時は特に注意して調剤する事とした。	ユニシアHD	ユニシアLD	
145	トラディアンスから、ジャディアンス、リベルサスに変更だったが、ジャディアンスを変え忘れトラディアンスで一包化	じゃディアンス、トラディアンスの名称酷似　一包化予製済みだったため、処方箋との付き合わせ上の見逃し	予製一包化における監査システムでの確認	ジャディアンス錠10mg	トラディアンス配合錠AP	
146	後発品のメーカー間違い。流通困難にため、後発メーカーを度々変更する医薬品が多数でており、以前の採用メーカーでレセコン入力してあることに、監査薬剤師が気づかずなかった事例です。	流通困難で各医薬品の後発品メーカーの変更があることを十分に注意することができていなかった。以前からの馴染みのある後発メーカーだということで、慣れによる監査漏れだと思われます。改善策としては、流通困難で各医薬品の後発品メーカーの変更が多数おきていることを認識して注意深く監査業務に取り組むこと。	流通困難で各医薬品の後発品メーカーの変更が多数おきていることを認識して業務に取り組む。	ロキソプロフェンNa錠60mg「トーワ」	ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」	
147	リンデロンV クリームが20g処方されていて、リンデロンV軟膏20gでピッキングしてしまい、監査時に間違えに気づきました。	混雑時であり、リンデロンVクリームとリンデロン軟膏が近くの棚に置いてあったため間違えたと考えられる。	リンデロンVクリームとリンデロンV軟膏など名称が似ている薬は近くの棚に置かないように配置を変えたり、間違えやすい薬には棚の近くに注意書きを書くことが大事だと思われます。	リンデロン－Vクリーム0．12%	リンデロン－V軟膏0．12%	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
148	トコフェロール酢酸エステルカプセル100mgで処方されていたが、トコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mgで調剤	長年にわたり同じ薬の患者様の為の確認不足。	知識不足の薬剤師に勉強をさせることも必要。	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」	
149	トコフェロール酢酸エステルカプセル100mgの処方のところトコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mgで調剤。	忙しい時間帯で見落としてしまった。	側鎖の異なる薬は一般名をよく見る。	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」	
150	トコフェロール酢酸エステルカプセル100mgのところトコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mgで調剤	長く同じ薬の患者様だった為、記憶で調剤	長年来られている患者様でも初めての気持ちで処方箋をよく見て調剤する。	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」	
151	トコフェロール酢酸エステルカプセル100mgの処方を誤ってトコフェロールニコチン酸エステルカプセル100mgで調剤	毎回処方内容の変わらない患者の為の見落とし	一般名は類似しているものも多いので、思い込みをやめて、よく見る。	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」	
152	レバミピド点眼液2%の一般名称の処方箋を応需。GEの参天が販売されていることに気づかずにムコスタ点眼液UDで調整後お渡し前に気づいた。	レバミピド点眼液参天　GEが販売されていることを知らなかった。	最新の情報を得るようにし情報を共有する。	レバミピド懸濁性点眼液2%「参天」	ムコスタ点眼液UD2%	
153	クラリスロマイシン錠200mg　14錠お渡しすべきところをカルボシステイン錠お渡ししてしまう。前回の抗生剤服用してからクラリスロマイシン錠服用とのことで患者様が服用する前に気が付き連絡頂く。	来局者が多く、PTPが似ていて鑑査不足。	調剤ミスはあるため、薬情含めて違う薬が入っていないかしっかり鑑査行う	クラリスロマイシン錠200mg「タイヨー」	カルボシステイン錠250mg「トーワ」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
154	ブロチゾラムの処方だったが入力時にエチゾラムで入力。投薬時に入力情報の誤入力に気づかず投薬。	個人として、投薬時に処方箋と薬の確認のみで、入力内容を確認することをしていなかった	入力内容まできちんと確認する内規作成	ブロチゾラム錠0．25mg「EMEC」	エチゾラム錠0．25mg「SW」	
155	今回処方されていたリンデロンVクリームが、一般名である「ベタメタゾン吉草酸エステルクリーム」で処方。門前医療機関は一般名処方で、処方箋を作っている。当該調剤者は、一般名処方に慣れておらず、「ベタメタゾン」のみの部分をみて今回調剤ミスを起こしたベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステルクリームを調剤し、監査機器を通した際に調剤ミスに気付いた。	9月からの配置換えにより、門前医療機関の処方箋が一般名処方であることは認識していたが、一般名処方で対応する薬がどれなのか勉強不足であったと考えられる。また、一般名処方で調剤すること自体に慣れていなかった面もある。また、一般名処方だと名称が似ている薬があるという認識が薄く、処方の一部のみで調剤することが今回のミスにつながったと考ええる。	処方箋に記載がある、一般名処方の薬は細かい点まで確認し、調剤するように行う。調剤をするうちになれるところもあるだろうが、今後同じミスを繰り返さないためにも一般名処方から調剤するべき薬への結びつけを早く構築する。分からないこと、不明点は上司に相談する。	リンデロン－Vクリーム0．12％	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」	
156	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯をとるべきところを、ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷を取ってしまった。	ラベルの色が同じで、引き出しが同じ列の一段下に収納されている	薬情の写真と現物の突合せの徹底	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒（医療用）	
157	一般名処方（皮膚科）の処方せんを持って患者様来局。普段受けていない医院の処方箋であり、処方せんを見ながらではあったがクロベタゾンとクロベタゾールを誤ってピッキング。最終鑑査前にピッキング担当者が気付き、正しい薬剤をピッキングしなおした。	普段受け付けていない医院の処方箋であり、見づらかった事と、直前にcovid-19の処方箋を受けており応対や薬剤の手配等で疲労があったものと思われる。	疲労がたまらないよう、作業の分担を図る。	キンダベート軟膏0．05％	デルモベート軟膏0．05％	
158	医師がEPLtトランサミンの処方であり、そのまま調剤しようとしたが、ふと不安になり疑義をしたらPLとの勘違いであった	不安に思ったら、疑義をする	処方せんを預かった時、大体何の薬が出ているか確認する	EPLカプセル250mg	ピーエイ配合錠	
159	【般】メトホルミン塩酸塩錠250mg　GL　記載のある処方箋であったが、 【般】メトホルミン250mgMT→メトホルミン250mgMT「ニプロ」で入力されていた 鑑査時に入力誤りに気付き、グリコランで調剤、お渡しした	処方箋をしっかりと確認しておらず入力 また一般名でGLとなっていた場合、MTに変更できないことを事務員が認識していなかった	GLとMTと処方時の入力について再確認した また当然のことであるが、薬剤の先頭文字だけで判断するのではなく最後までしっかりと確認することを徹底	グリコラン錠250mg	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「ニプロ」	
160	トコフェロール酢酸エステルカプセル100mg「VTRS」処方のところトコフェロールニコチン酸エステルであるユベラNカプセル100mgで調剤してしまった。監査時に気付き患者に渡ることはなかった。	他院の見慣れない処方であり、当薬局のに常時置いてある薬で無かった為、判断を誤った。	薬品の箱に大きく一般名を記載した	トコフェロール酢酸エステルカプセル100mg「VTRS」	ユベラNカプセル100mg	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
161	ロキソプロフェンNaテープ「タイホウ」が処方されたが、非温感タイプのロキソプロフェンNaテープ「NP」で入力してしまった	処方箋に非温感・温感のコメントがなくGE→GEの変更で煩雑になってしまった	温感タイプしかない外用剤の名称把握、周知する	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「NP」	
162	ツムラ桂枝茯苓丸で処方されていたがツムラ桂枝加芍薬湯を調剤した。監査時に監査システムの使用で誤りが発覚した。	薬名の頭の部分だけで薬を判断してしまった。	処方箋の薬名は最後まで確認する、規格があるものはその部分まで確認して調剤・監査を行なう。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝加芍薬湯エキス顆粒（医療用）	
163	オイラックスHクリーム処方のところオイラックスクリームでお渡ししそうになる	保管場所が近い	保管場所を離して置くようにする	オイラックスHクリーム	オイラックスクリーム10%	
164	他の薬剤が30日処方されていたのにアムロジピンOD錠5mgだけが28日処方担っていた。	日数確認が必要。	丁寧な監査	アムロジピンOD錠5mg「アメル」	アムロジピンOD錠5mg「アメル」	
165	ビムパット50ミリのところビプレッソ50ミリで取り違え。監査でスルーして投薬。投薬当日に患者の妻から、「違う薬が入っている」とTEL問い合わせあり。服用前だったので健康被害なし。	・ビムパットには別規格があり、規格間違いのみに注力してしまっていた。・ミスが続いており、気分が滅入っていた。	・直近で監査システムを導入したので、監査時に必ず機械を通す。・投薬の際に、患者にも見せて確認してもらう。	ビムパット錠50mg	ビプレッソ徐放錠50mg	
166	ツムラ25番の棚にツムラ125番が置かれていて名称やデザインが似ていたため間違えて調剤、監査、投薬した。その後、過誤に気づき患者様の自宅に行き、正しい薬剤をお渡しした。	似たデザインや似た名称の漢方には十分注意すること	似た名称で包装デザインも似ていたため、過誤してしまった。薬剤名は最後まで読み、確認することを習慣する。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒（医療用）	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
167	一般名処方：クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%の薬を、間違えてクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%でレセコン入力。ピッキングもクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%で行い、監査、投薬。患者さんが帰宅後、事務作業時に間違えに気がつき薬取り替えに。	一般名クロベタゾン酢酸エステル軟膏0.05%と一般名クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%の単純な入力、ピッキング誤り。	間違えやすい、似ている一般名や商品名の医薬品には、レセコンの商品名の前に★印を入力しました。また、商品にもパウチした★印を付けました。これによりレセコン入力時、薬袋、調剤録に★印が出るため意識が高まり間違えが防止されると思います。	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」	
168	皮膚科の処方箋を持って来局された患者様。ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒を調剤すべきところツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒を取り揃えてしまい、鑑査者・投薬者ともに気づかずにお渡ししてしまった。後日、これらの薬剤の在庫数が大きくズレていることがわかったため、該当薬剤を投薬した薬剤師が患者様に連絡を行った。患者様の手元にある薬剤名を確認してもらったところ、ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒であり、調剤ミスが発覚した。	患者様の人数が少ない時間帯であったことから、混んでいないのに待たせてはいけないという思いから焦りが生じ、薬剤名の確認が不十分となった。薬剤名が非常に似ていた。鑑査に携わった薬剤師は経験が浅く、類似した名称を持つ薬剤に対する知識が不十分であった。投薬者も薬品名の確認を行ったが、名称の確認が不十分であり、間違いであることに気付かなかった。	薬剤名を最後まで確認する。特に漢方薬では、追加で生薬が配合されている製剤は前半部分が一致している製剤が多いため、注意が必要である。	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）	
169	ドンペリドンシロップ用1%が、いつも利用されている患者の定期薬処方せんに記載されていた。患者の家族によれば、今回もリスペリドン内用液1mgの処方が出るはずだということで、疑義照会したところ、リスペリドン内用液1mgに変更になった。	病院側の処方せん記載ミス	定期薬の処方に対する慣れ、先入観を捨てる。	リスペリドン内用液1mg／mL「アメル」	ドンペリドンドライシロップ小児用1%「日医工」	
170	ロキソプロフェンテープ100mg温感が処方されたが誤入力してしまい非温感タイプのテープ剤をお渡ししてしまった	最近になり、非温感タイプのテープ剤がメーカー変更があり、「ロキソプロフェンテープ」の処方をみたときにメーカー変更と先入観を持って処方入力してしまった。	先入観を持たず処方箋を確認することを徹底化する。	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「YD」	
171	平素はトリクロルメチアジド1mgを継続して服用されている患者さま。今回、トリクロルメチアジド2mgで処方箋に記載。処方監査後に、患者さまに変更のはなしがあったか確認したところ、特段伺っていないとのお話し→疑義照会したところ、処方箋の入力ミスであることが発覚。	医師のカルテから処方箋へ入力する時にミスが発生したと考えられる。	前回と内容が異なっている時は特に、患者さまに診察室での先生とのやりとりと齟齬がないかの確認をしっかり行う。	トリクロルメチアジド錠2mg「トーワ」	トリクロルメチアジド錠1mg「トーワ」	
172	ツムラ桂枝加芍薬大黄湯でお渡しするはずが、誤ってツムラ桂枝加芍薬湯で交付しそうになる。服薬指導中に薬品名の違いに薬剤師が気が付き、交換対応となった。	漢方に類似名があるという知識が抜けており、薬品名の違いに気が付くのに遅れてしまった。	漢方の薬品名類似リストを作成して、知識不足による間違いを無くす。	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）	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
173	一般名処方のフルナーゼをアラミスト点鼻と間違えてピックしていた。	（般）フルチカゾンプロピオン酸エステル　⇒ フルナーゼ（般）フルチカゾンフランカルボン酸エステル ⇒ アラミスト外用ステロイドのようにエステルが異なるが、頭の名称だけで思い込みで調剤してしまったこと。直近でアラミストの後発が発売されており、フルチカゾンのアラミストの印象が強かったことが考えられる。	ステロイド外用塗布剤のように類似する一般名があることの職員への周知。他方の採用がなく、勘違いしがちな場合は引き出しに注意喚起のシール等を貼る等、目につくようにする。	フルナーゼ点鼻液50μg56噴霧用	アラミスト点鼻液27．5μg56噴霧用	
174	処方変更があったが、前回と同じ薬剤を投薬してしまった。	処方箋にご記載された薬品で調剤してしまった。	処方箋と調剤録をきちんと確認する。一般名をきちんと確認する。	ヘモレックス軟膏	ヘモポリゾン軟膏	
175	他にも複数医薬品が記載されていたがアトルバスタチン錠5mgが処方されていたがロスバスタチン錠5mgを誤って調剤。違う薬剤師が監査時に気づく。最後のスタチンと5mgは名称が一緒だったため勘違いして調剤してしまった。	名称類似の部分もあるため慣れてしっかりと名称を読むことができていなかった。スタチン5mgでなんとなく違う薬を取ってしまった事例	最初からしっかりと読む習慣を心がけるように意識して日々取り組む	アトルバスタチン錠5mg「NP」	ロスバスタチン錠5mg「JG」	
176	ビオフェルミン配合散が処方されていたが、調剤者がビオフェルミン散を調剤して投薬者へ。投薬者が散剤の計量ジャーナルを確認したところ、ビオフェルミン散が調剤されていることが分かり過誤発覚。調剤者へその旨を伝え、配合散に調剤をし直して投薬。	ビオフェルミン配合散とビオフェルミン散は、調剤時だけではなく、入力時にも間違えやすい医薬品なので、今回取り違えが起こってしまった。	ビオフェルミン配合散とビオフェルミン散にそれぞれ「配合散あり」「散あり」という付箋を貼る事で調剤者への注意喚起。レセコン入力時にはそれぞれの医薬品に対して「配合散と散あり」という注意喚起備考を、入力時に表示させるようにして入力時のミスを防ぐようにした。	ビオフェルミン配合散	ビオフェルミン散剤	
177	ロスバスタチン錠2.5mg「YD」と、ラベプラゾール錠10mg「YD」が、棚の隣同士で、ヒートの色、錠剤の大きさも、ほぼ同じにて、取り違えました。	ダブルチェックが入った後、再度のチェックが、漏れてた。	視覚的に、間違えそうな物は、あえて、少し離しておく事になりました。	ロスバスタチン錠2.5mg「YD」	ラベプラゾールNa錠10mg「YD」	
178	メトホルミン250が2錠分2から1錠分1に変更になっていたが前回の処方内容と同じものを作成していた。監査者が間違っていることに気付いて作り直して正しいものをお渡しした。	薬歴による見比べを怠った。処方箋を見比べたが処方内容が変更になっていたのを見落とした。	入力者が前回からの変更の旨を伝達する。入力後に確認の上、調剤に取り掛かる。	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「DSEP」	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「DSEP」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
179	アスベリン散10%のところをアスベリンDS2%で調剤をしたが監査の時に間違いに気づいた。	散剤の為バーコードを通さずに調剤するため調剤したときに気付かなかった。	監査時に必ずダブルチェックを行う。また、粉薬の時は1文字監査を行う。	アスベリン散10%	アスベリンドライシロップ2%	
180	今回からイルアミクスLDからイルアミクスHDに増量になっていたのだが、一般名表記で事務員がイルアミクスLDのいつもの薬で入力して、その入力をみて調剤をした為、投薬時まで気が付かず進んでしまった。	配合剤の一般名は、ミリ数がとても分かりにくく、特にレセコンによっては一般名検索でミリ数が記載されていなかった為、今回のミスが起こった。入力や前回のお薬手帳を見ての調剤では、処方変更に気が付きにくい。	調剤者はきちんと処方箋を見て、調剤すること。入力の際の配合剤の一般名を再度、気を付けて確認するとともに、ミリ数の記載がなく、他の表記で表されているものを注意するよう徹底する。	イルアミクス配合錠HD「DSPB」	イルアミクス配合錠LD「DSPB」	
181	残薬調整で小建中湯をお持ちになり不足分を交付する際、色が似ているため間違って小建中湯を交付した	繁忙期であったため焦りがあった　またスタッフ人数が少なかった	色を当てにせずしっかり番号　薬品名を確認する	ツムラ小建中湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）	
182	ツムラ牛車腎気丸が処方されているところツムラ八味地黄丸を出した。	ツムラの番号が107と7で包装の色が同じ、効能効果が似通っているということで取り違えが起きたと思われる。	漢方薬は似た名前も多いので、処方薬をしっかり声に出して読み取ること、監査を2重にすることを徹底する。	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ八味地黄丸エキス顆粒（医療用）	
183	いつもは一般名でエルデカルシトールカプセル0.75μgで処方されていたが、急に錠剤で処方されることがあり入力間違いを起こすことがある。	病院の入力は変わっていないだろうと入力データを前回から引き継いでくるので間違いに気づきにくい。	薬品名+剤型+規格+メーカーと分けて処方箋を見るようにする。	エディロール錠0．75μg	エディロールカプセル0．75μg	
184	併用薬を確認しても抗生剤を服用していないのにビオフェルミンR配合散が処方されていた。投薬時に患者様にも確認し、疑義照会したらビオフェルミン配合散に変更になった。	病院の先生の処方打ち間違えか。	薬局としても併用薬、お薬手帳を確認し、その薬に適応があるかをしっかりとチェックする。	ビオフェルミンR散	ビオフェルミン配合散	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
185	10/11にクラシエ人参養栄湯エキス細粒3.75g1日１回朝食前60日分の処方のところ、そのうち30日分をクラシエ芍薬甘草湯でお渡ししていたことが10/25に発覚した。10/25 15:56 他患者にクラシエ芍薬甘草湯エキス細粒処方され在庫数が合わないことから、包装、外箱が類似している人参養栄湯エキス細粒を処方された患者を検索。監査システム映像より当該患者を発見し、当日10/25 16:30に当該患者に連絡しご自宅訪問し正しい薬をお渡し。既に芍薬甘草湯を9包服用されており、薬効と副作用をお伝えし、副作用の発現はなかったが、処方医に連絡を行う旨はお伝えし謝罪。何か体の異変があれば連絡いただくようにお伝え。	薬のピッキング時に既に過誤が起きており漢方薬の外箱類似品が、過誤が起こりやすい状態を踏まえて、棚を変えて保管していたにもかかわらず、常勤者ではない不慣れな医療従事者の焦りより棚にある類似品をもピッキングしてしまった。→当時の監査システムが映像で残すタイプであり外装の変化は目視でしか判別できない状態であり、監査業務ができていなかった。→最終交付時に外装の薬品名をよく確認せず外装の色で同じ薬と判断してしまい交付してしまった。	外装類似品には外箱に注意喚起の札を貼付し、急いでピッキングしたとしても札を剥がさないと薬を取り出せないようにしている。薬保管棚は違う場所にしている。監査システムは、ピッキング時に誤りがすぐに判別できるシステムに10/25 16:00より変更している。漢方薬の外箱を開けるたびにバーコードでの読み取りをする事を徹底させないと同じことが起こる可能性ある為に手技に関してはパート対策、ラウンダー対策を徹底する。	クラシエ人参養栄湯エキス細粒	クラシエ芍薬甘草湯エキス細粒	
186	ロスバスタチン2、5「DSEP」がいつも処方されていたがその日から5mg に変更されていたのを気づかずにピッキングをし監査もすり抜けてしまった。患者様に出す時に前回と同じ薬と言った時に患者様が気づいて今回から薬が変わっていますと言われたので確認した所ロスバスタチンの容量が変更されていた事に気づいた	全て薬剤師1名で実施しなくてはならない為その違いに気づかず前回と同じだと思ってコピーペーストしてしまいそのまま患者様にお渡ししそうになった	色々と発見する場所があるにも関わらず思い込みでピッキングと監査をしてすり抜けた。これからは1つ1つ確認して間違えないように出していく	ロスバスタチン錠5mg「DSEP」	ロスバスタチン錠２．５mg「DSEP」	
187	ヒアルロン酸ナトリウムPFの処方にラタノプロストPFを準備して投薬前にきずいた	PF点眼液だったので思い込み	処方箋をよく見る	ヒアルロン酸ナトリウムPF点眼薬0.1%「日点」	ラタノプロストPF点眼液0.005%「日点」	
188	患者様が処方箋を持って来局。処方箋内容にはジクロフェナクNa・PF点眼液0.1%「日点」1日3回　両眼点眼と記載あり。事務員（職種経験年数年）は、ジクロフェナクNa・PF点眼液0.1%「日点」1日3回　両眼点眼と入力するところを誤ってジクロフェナクNa点眼液0.1%「ニットー」1日3回両眼点眼と入力後そのままピッキングして監査へ回した。薬剤師Aが監査時に誤りに気づき、事務員へ伝えて入力修正を行った。その後再度監査を行い、患者様には正しい薬剤を交付した。	術後処方として、ジクロフェナクNa点眼液0.1%「ニットー」1日3回　両眼点眼と記載された処方箋を多々触れていたため、思い込みによる入力があったと考えられる。また、繁忙期による焦りから入力後の確認作業が煩雑であったと思われる。	PF製剤のある医薬品をスタッフ間で共有し、調剤棚にも間違え防止のため、名称類似品ありと書いた札を貼り注意喚起を行った。	ジクロフェナクNa・PF点眼液０．１%「日点」	ジクロフェナクNa点眼液０．１%「ニットー」	
189	ツムラ小青竜湯（19番）の処方だったがツムラ小柴胡湯加桔梗石膏（109番）を調剤してしまった。投薬前に監査者が気付いたことによって、ミスを防ぐことができた。繁忙期では無かったが風邪症状で109番が頻繁に出ていた為、調剤ミスに繋がってしまった。	109番が頻繁に処方されていた為、ツムラの頭文字で判断してしまったと考えられる。また、19番と109番は外装がピンク色と同じ色であるため、調剤者が違和感なく調剤してしまった可能性がある。	頭文字だけでなく、尾文字も確認する。	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）	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
190	一般名処方ロキソプロフェンNaテープ100mg（非温感）からロキソプロフェンNaテープ100mg（温感）に変更になっていたが気付かずに非温感タイプのものをお渡しし、患者さんからの電話にて発覚し、交換に伺った	見落とし、知識不足が原因と思います。いつも出ていたシップなので、温感非温感までは確認できていませんでした。お渡しの際も、引き続き湿布も出ているのでと簡単な説明で終わってしまっていた。	温感非温感のものが他にあるか確認し、一般名処方の場合、最後の温感非温感まで注意して見るように共有した	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「科研」	
191	カルボシステイン250mgを分3で28日分であったにも関わらず分2の56錠でとり間違えた。	忙しい時間帯であったため急いで取ってしまった。	ダブルチェック	カルボシステイン錠250mg「サワイ」	カルボシステイン錠250mg「サワイ」	
192	処方箋には、【般】クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%と処方記載されていたが、レセコン入力者が誤って名称が類似している「クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏「NIG」」で入力。同店薬剤師が鑑査時に、誤った処方薬で入力されている事を発見。正しい薬剤である、キンダベート軟膏への入力訂正の指示を行った。	処方入力時は土曜日の夕方で、来局患者が多い薬局繁忙時であり、レセコン入力者が焦りから名称類似の誤った薬剤を選択して入力を行ってしまった、と考えられる。	処方入力時には、薬品名について最初の文字から最後の文字まで鉛筆でチェックを付けながら、類似名称の薬品と間違わないような手順にした。	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%「NIG」	
193	クロベタゾールプロピオン酸エステルローションをクロベタゾン酪酸エステルローションで投薬した	薬剤名が似ていたのに十分な監査がなかった	薬剤名が似ている投薬は注意深くピッキング、監査する	クロベタゾールプロピオン酸エステルローション	クロベタゾン酪酸エステルローション	
194	メトホルミン(500)をお渡ししたところ、カロナール(500)が20T混ざっていた。	メトホルミン(500)とカロナール(500)は隣同士に在庫してる。以前、カロナールを20T多くとってしまい、戻したときに、誤ってメトホルミンの箱に入れたようで、今回のような間違いが発生した。メトホルミン、カロナールは錠剤が類似している為、紛れていることに気づかなかった。	メトホルミン、カロナールを離して在庫するようにした。錠剤を戻す際は、他の人にも見てもらうことを徹底した。	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「明治」	カロナール錠500	
195	今回からジャヌビア錠50mgに減量していたが、以前通りDo処方で100mgのまま入力。交付前、監査時点にて発覚。	他にも数種類出ているがジャヌビア以外は全て同様の処方。5種類ほど同様の服用時点であり同じRP内で変更、処方箋新規のRp追加などではなかった。	入力時から監査の気持ちで再三再四見直しを。	ジャヌビア錠50mg	ジャヌビア錠100mg	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
196	以前ツムラ当帰芍薬散の処方があり残調整で疑義後中止になった。それを戻す時にツムラ六君子湯の箱に戻してしまった。六君子湯処方の際、中に当帰芍薬散が入っていることに気づく。	漢方薬は同じ色の包装があるため思い込みで薬を戻してしまった。	箱、番号、薬名をきちんと確認する。 一人でなく誰かにも確認してもらう。	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）	
197	リンデロンVとVGの見間違え	調剤時には気が付かず、お渡しする際に一緒に確認して入れる際に処方箋内容との違いに気が付いた。	投薬前に調剤録と処方箋の照合を行う。	リンデロン－Vローション	リンデロン－VGローション	
198	類似品によるミス。	レセコン入力に注意。	コミュニケーション改善。	トアラセット配合錠	トラムセット配合錠	
199	一般名処方“ベタメタゾンジプロピオン酸エステル外用液0.064%”が処方されておりデルモゾールDPローション0.064%を調剤すべきところ、ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルローション0.05%「MYK」で調剤した。鑑査時に気づき、デルモゾールDPローションを調剤し直した。	一般名処方の“ベタメタゾン”の部分のみを見て、調剤機会の多い“ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステルローション0.05%「MYK」”を調剤してしまった。調剤時に確認し直したものの、成分名は確認せずに本数のみを確認してしまった。	処方入力の段階で、注意喚起のため処方箋の成分名のところに〇印をつける。調剤完了する前に、処方された成分名と、調剤した医薬品が一致しているか確認をする。	デルモゾールDPローション0．064%	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」	
200	コソプトミニを調剤しなければならないところタプロスミニで調剤してしまった。	忙しい時間帯で名称のミニの部分に目がいってしまい肝心な薬の名前を軽視してしまった。	いかなる時も平常心を持ち名前の最初から終わりまで確認を行う。	コソプトミニ配合点眼液	タプロスミニ点眼液0．0015%	
201	名称変更品である「NIG」と「テバ」を同一カセット内で混在していることに気づかず、調剤作業を進めてしまった。	名称変更品納品時の確認不足に起因。	包装の確認と、別商品である旨を店舗内で共有徹底しています。	メトクロプラミド注10mg「テバ」	メトクロプラミド注10mg「NIG」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
202	先発品と後発品のシップの調剤ミス	QRコード入力を手打ちで入力した	できるだけGRコードによる入力にする	モーラステープL40mg	ケトプロフェンテープ40mg「パテル」	
203	グリメピリド錠0．5mgのところを1mgで入力してしまった。	前回はアマリール1mgをGEへ変更して調剤。前回と同じと思いこみ減量していることに気付かず入力してしまった。	自身でWチェックを必ず行う。同じ処方だと思いこまない。	グリメピリド錠0．5mg「NP」	グリメピリド錠1mg「トーワ」	
204	不足分であった麦門冬湯を不足分のみ調剤、別に用意しておいた薬袋に入れたが、誤って小柴胡湯加桔梗石膏を入れてしまったことに気付き、交付前に取り換え。	不足分のみの調剤だった為、いつも行う監査機の使用をスルー。また外包装が両薬剤とも類似していたため、取り間違いが起こったと思われる。	監査機の有効利用、ツムラの漢方は色分けが類似しているものがあるため、声出し確認などでより注意を払う。	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒（医療用）	
205	処方箋の調剤時にエディロールを薬品棚からピッキングし、別の薬剤師が監査をした。その時にエディロールではなくアルファカルシドール0.1μgがあやまってピッキングされていた。棚を確認するとエディロールの棚にすべてアルファカルシドール0.1μgが充填されていた。	充填時に薬品名をきちんと確認していなかった。ピッキング時にもエディロールが入っていると思い込んで外観を確認していなかった。薬効が同じで外観も似ている薬なので、間違えやすかったかもしれない。	充填時の薬品名の確認を徹底することと、ピッキング時にも必ず確認する。	エディロール錠0．75μg	アルファカルシドールカプセル1μg「NIG」	
206	処方医のスタッフさんから指摘がありました、直ちに正しいものの交換しました。幸いにも同じ様な効果のお薬なので特には問題なく事が終えました。	まだ慣れない薬剤師と事務員さん1人で忙しくされていました。最後まで品名確認する	漢方は箱お薬違いでも箱の色、品名が似ているので以後、良く確認して調剤、監査すること	ツムラ桂枝茯苓丸ヨクイニンエキス顆粒	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒	
207	ミティキュアが処方されていたが、患者さんの親御さんとお話ししながら、間違えたシダキュアを薬袋に入れようとしたところ、他の薬剤師が気づき、変更した。	思い込みで、間違いに気づかなかった。忙しい時間帯で、1剤だったので、複数人での監査を怠った。	少量の薬剤数でも、必ず複数人での監査を遵守することを全員で確認した。	ミティキュアダニ舌下錠10，000JAU	シダキュアスギ花粉舌下錠5，000JAU	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
208	一般名処方で、頓服薬で、ニフェジピン徐放錠10mg（12時間持続）と記載があったが、事務員の入力がニフェジピンCR 錠10mg になっており、それに気がつかず調剤し、交付した薬剤師も気がつかなかった。薬を渡してから、1時間後に患者から電話があり、頓服薬の血圧の薬は、血圧がいくつ以上の時に服薬するのかと質問があったため、処方医に確認し折り返すこととなった。医師に電話したところ、ニフェジピン CR10ではなくニフェジピンL10を処方したと指摘があったためその時に発覚した。すぐに患者に電話し、まだ1錠も服薬していなかったので交換を行った	ニフェジピン徐放錠が一般名処方できたことがなく、（12時間持続）、（24時間持続）がLとCRの区別であることを事務員および薬剤師ともに理解していなかった。CRの処方がほとんどであったため、勝手に CR と思い込んでしまった。たまたま、処方医に連絡をとる機会があり、服薬前に対応することができた。	一般名処方で、今後もこのようなケースはあると思われるため、職員全員に共有し、時間指定がある場合、幾つか製剤があると思われる為、よく調べるように心がける。	ニフェジピンL錠10mg「杏林」	ニフェジピンCR錠10mg「サワイ」	
209	軟膏MIX処方一般名で般)ベタメタゾンプロピオン酸エステル軟膏0.064%処方のところ、ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0.05%で調剤	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%が圧倒的に処方率が高く、思い込みで調剤	類似薬注意の札を作成	デルモゾールDP軟膏0．064%	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」	
210	アスベリン散10%で処方されているところをアスベリンドライシロップに誤って入力	来局が多い時間帯で混雑していた。	人数体制の補強、入力後のダブルチェック	アスベリン散10%	アスベリンドライシロップ2%	
211	一般名「ロキソプロフェンNaテープ100mg（温感）」で書かれていた処方に対し、処方入力の際にロキソプロフェンNaテープ100mg「QQ」（非温感タイプ）で入力してしまった事例。	通常、よく出る湿布は非温感タイプのロキソプロフェンNaテープ100mgであったため、入力時に非温感タイプと思い込んで入力してしまったことが原因である。	成分・規格のみならず、剤型等も含めて入力時に一般名としてどう書かれているかしっかり確認を行う。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「QQ」	
212	商品の取り違えに気づかずに交付。患者からの電話にて過誤が発覚。服用前に患者が気づいたため、健康被害には至らなかった。	防風通聖散と排膿散及湯は包装が酷似。一人薬剤師の時間帯で繁忙だった。調剤と監査、払い出しまで同一薬剤師が行っており、途中で第三者の目が入ることがなかった。交付時にも通常は患者と照らし合わせをしてお渡しするが、患者も急いでいたため、その手順も抜けてしまい、そのまま交付に至る。	払い出し時には患者との確認作業が困難な場合もあるため、基本的には監査までにダブルチェックにて回避する必要があるため、一人薬剤師であっても必ず事務員にも確認作業を手伝っていただくように徹底。3点監査の徹底。	ツムラ防風通聖散エキス顆粒（医療用）	ツムラ排膿散及湯エキス顆粒（医療用）	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
213	忙しい時間帯でピッキングに追われ一般名処方での読み間違え。	繁忙の時間帯でもありクロベタゾールとクロベタゾンでの読み間違えと思い込みも重なって発生しているのでピッキングも監査も一般名は最後まで確認必要	繁忙であってもあせらないで一般名は最後まで確認することを薬局内で再確認	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%「イワキ」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0．05%「イワキ」	
214	2023年10月某日(水)18時頃に、平素より当薬局を利用している患者（59歳女性）が処方箋を持って来局した。処方箋には一般名でセフポドキシムプロキセチル錠100mg 1日3錠 分3 毎食後 5日分と記載されていた。薬剤師A（職種経験年数7年）はセフポドキシムプロキセチル錠100mg「SW」を調製するところ誤ってセフジトレンピボキシル錠100mg「OK」を調剤を行った。その時間は薬剤師が一人の体制となるため、鑑査は調整者自身が行った。患者に薬を交付したところ患者自身が薬の名前と薬袋の名前が違うことに気づき、指摘。薬剤師も間違っていることに気づき患者に謝罪を行い、その後、正しい薬を交付した。	スタッフが体調不良のため休みを取っており薬剤師が一人の勤務であったこと替えの人員が確保できなかったいつもと同じ時間帯では患者の来局数が少なく問題ないと判断して薬剤師一人での業務で問題がないと判断したが、かぜの患者が多くいつもの時間帯より忙しくなっていた	ダブルチェックの実施を基本としているが、人員が不足したときに監査を行えていない為、調剤補助員にピッキングを行ってもらい監査を薬剤師が行うことでダブルチェックを行えるように人員の補充を行う	セフポドキシムプロキセチル錠100mg「SW」	セフジトレンピボキシル錠100mg「OK」	
215	フェノフィブラート53.3「武田テバ」を調剤するところ誤ってビソプロロール2.5「日医工」を調剤してしまった。2人での監査をし写真も撮ったが間違いに気が付かなった。患者も間違いに気が付かず、6日分を服用してしまった。後日、患者から連絡があり、写真を確認したところ間違えて交付していたことが判明した。	フェノフィブラート53.3「武田テバ」とビソプロロール2.5「日医工」のヒートがかなり似ている。また、棚の位置が近くにありピッキングした時に誤ってビソプロロールを出してしまった。繁忙であったため監査時にも見落とした。	棚の位置を変更して、お互いに離した。	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」	
216	一般名処方でオルメサルタンロ腔内崩壊錠40mgが処方されていたが、誤ってバルサルタン錠40mgを調剤してしまい、監査段階で発覚した。	成分名は違うが、同じ40mgで思い込み調剤をしてしまったと思われる。	調剤時に一般名も確認しながら調剤する。	【般】オルメサルタンロ腔内崩壊錠40mg	バルサルタン錠40mg「サンド」	
217	ファモチジン調剤後の余剰がランソプラゾールのところに混入し、ランソプラゾールの処方だったのに、ファモチジンが混じって調剤してしまいました。	ファモチジンがランソプラゾールの置く場所が近く、色が似ているため	色が似ている包装の薬品は離して保存すること	ランソプラゾールOD錠15mg「トーワ」	ファモチジンOD錠20mg「トーワ」	
218	以前よりビオフェルミン配合散が処方されていた患者さんで今回ビオフェルミン散剤に変更になっていたのに気が付かず配合散でお渡ししてしまった。	ビオフェルミン散剤が発売されていたことを知らなかった。	思い込みせず確認が必要である。	ビオフェルミン散剤	ビオフェルミン配合散	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
219	ツムラ桂枝茯苓丸7.5g分3毎食前28日分のところその中に21包のみツムラ桂枝茯苓丸加よくいにんが混ざりこんで患者さんにお渡ししてしまう。後日、本人から21包間違って入っているとの連絡があり。まだ服用はしていなかった。	漢方で名称、番号、色も類似しているということで間違って渡したと思われる。束ねているごとすべてを確認していなかったことが原因にもつながる。多忙な曜日であせったことも原因とも思われる。調剤者もあわてて似た薬を取って名称まで確認していなかったことも原因と思われる。	漢方において名称、番号、色の確認と束ねたごとすべてまで確認していく必要があると思いました。	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）	
220	患者　27歳女性新型コロナウイルス感染のため自宅配達の指示があり合併症による副鼻腔炎の疑いでセフジトレンピボキシル100mg3錠分3毎食後の処方箋を受け付けた。調剤者はトスフロキサシン150mgを誤って調剤。監査者も包装外観が類似していたため気づかず。交付者が患者への聞き取りを行い妊娠中であることを確認し、再度お薬の確認を行う際に誤りに気付く。	夜間ということもあり勤務人数が普段より少なかった。普段よく出る薬がトスフロキサシンであった。外観・包装・用法等類似している点が多かった。	処方箋内容確認の徹底。調剤棚への注意喚起【付箋】保管場所を変更。シートデザインが異なる別メーカーの後発品に変更を行う。	セフジトレンピボキシル錠100mg「OK」	トスフロキサシントシル酸塩錠150mg「タナベ」	
221	一般名処方で「ビフィズス菌散1．2%」と記載があり、ビオフェルミン散剤で正しく入力されていたが、去年発売になったことを知らず在庫もなかったのでビオフェルミン配合散で調剤・監査した。	普段あまり調剤しない事。監査者は自分は間違えていないだろう。間違えても自分のせいではない。とういう勝手な思い込みによるミス。	散剤瓶には必ずバーコードを貼り付ける事。最終監査に責任がある事。自分は関係ないと思わず全てにおいて責任を持ち業務をする事の徹底。	ビオフェルミン散剤	ビオフェルミン配合散	
222	局内で汎用されるツムラ苓桂朮甘湯と処方された使用頻度の低いツムラ苓甘姜味辛夏仁湯を取り違えた。帰宅後、患者様が気付き交換した。	思い込みによる取り取り違え、ダブルチェックがおろそかになった。	ダブルチェックを徹底する必要がある。	ツムラ苓甘姜味辛夏仁湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒（医療用）	
223	ヒューマログミックス50注をヒューマログ注で投薬した	名前が類似していたため。ヒューマログ注に比べて、ヒューマログミックス50の処方の件数が少ないため。	投薬時に、患者と一緒に確認する。	ヒューマログミックス50注ミリオペン	ヒューマログ注キット	
224	処方入力時に(正)ツムラ加味帰脾湯(誤)ツムラ加味逍遙散と間違えて入力。患者は当薬局での交付は初めてだったが、他薬局では服用したことがあったため、投薬時に指摘を受けて発覚した。	薬剤師が1人の店舗で、ほかに患者様も待っていたため手順を一部省力してしまった。	・手順を遵守する。・監査時に最後まで確認する。	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）	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
225	一般名処方で(正)耐性乳酸菌錠6mg(誤)耐性乳酸菌錠18mgで入力が間違っていた。監査時に、薬剤師が確認したところ間違えが分かった。	事務員の経験が浅く、耐性乳酸菌錠がmgによって製剤が変わることを知らなかった。確認不足。	・mgのところまでしっかり確認する。・知識、経験を積む。	ビオフェルミンR錠	レベニン錠	
226	ジヒドロコデインリン酸塩散1%とリン酸コデイン散1%をレセコン入力ミス	経験の浅い事務員が打ち込みを行った	類似医薬品をスタッフ全員に周知させておく	リン酸コデイン散1%	ジヒドロコデインリン酸塩散1%	
227	常日頃を当局を利用していた患者に定期薬としてドンペリドンドライシロップ1%が処方されていた。いつもと定期の内容が異なると問い合わせたところ、リスペリドン内用液が正しい処方であったことが判明した。	常時、当局を利用していた患者様で、服薬情報を把握していたことから、間違いが判明した。	お薬手帳を持参されていない場合に備えて、処方元医療機関との普段からのコミュニケーションを図り、問い合わせしやすい環境を構築していく。	リスペリドン内用液1mg／mL「アメル」	ドンペリドンドライシロップ1%「タイヨー」	
228	アムロジピン5mgで調剤するところを10mgで調剤した	繁忙期であった	処方箋の二重チェック、薬袋との相互確認を行う	アムロジピンOD錠5mg「ファイザー」	アムロジピンOD錠10mg「トーワ」	
229	一般名処方のレボカバスチンをレセコン入力する際、誤ってレボフロキサシンを選択してしまった。ピッキングの際に間違いに気が付き、修正した。	レセコン入力者の体調不良があった。混雑時でレボフロキサシンの処方が続いていたため、慣れによってよく確認せず入力してしまった。PC動作が重く、選択肢が出てくるのが遅い・うまく選択できない要因が重なった。	入力時は3文字目まで入力して確認する。入力確定前に必ず処方箋と入力内容を再度チェックする。	レボカバスチン点眼液0．025%「ニットー」	レボフロキサシン点眼液1．5%「日医工」	
230	一般名処方で以前までニフェジピン徐放錠20mgが24時間持続だったが、今回より12時間持続に変更になっていた。レセコンでは前回と同じで計算されていた。	以前から来局してくれている患者さんで今回も変更なしと言っていた。24時間持続で1日1回が12時間持続で1日1回に変更だが、一般名では薬の名称は一緒で持続時間だけが変更になっていたので気付きにくかったのが要因であろう。	今まで通り患者さんに確認を取り、複数の薬剤師が確認出来るようにしていく。	ニフェジピンL錠20mg「トーワ」	ニフェジピンCR錠20mg「トーワ」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
231	ツムラ麻黄附子細辛湯（127）と牛車腎気丸（107）のピッキング間違い。鑑査時にミスが発覚。ツムラ127番の上にツムラ108番を保管していた。1人薬剤師であり、入力から鑑査まで一人で行っていた。	ツムラ127番と107番の数字が類似していること。どちらも同じ色の包装であること。番号が近いため保管場所が近くであったこと。	二つの薬剤を分けて保管。納品時に声出し指差し確認を徹底すること。ピッキング時にも同様に声出し指差し確認を行うこと。ピッキングや鑑査時にツムラの番号で確認するのではなく、薬の名称で確認することを徹底すること。	ツムラ麻黄附子細辛湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒（医療用）	
232	クロベタゾン酪酸エステル軟膏（キンダベート軟膏）と一般名処方で記載あり、一般名の名称が酷似しているクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏のデルモベート軟膏で調剤してしまった。	今回の薬があまり処方がない軟膏だったため一般名の最初の文字だけで判断してしまいヒヤリハットを起こした	鑑査システムを軟膏Mixだとしても通すことで取り間違いを防ぐ軟膏Mixを作成する際は処方箋原本と照らし合わせながら調剤する	キンダベート軟膏0．05%	デルモベート軟膏0．05%	
233	ロサルヒドLDとレザルタスLDが同一の引き出しに入っていて取り違えてしまった。	忙しい時間帯であったのだが、同じ降圧剤でLDであったため思い込みで調剤を行ってしまった	引き出しの位置を変える、大きく表示するなどの改善を行った。	ロサルヒド配合錠LD「サワイ」	レザルタス配合錠LD	
234	予製剤の軟膏と間違えて調剤してしまった。	良く見なかった	声を出して薬品名を確認する	プロペト	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」	
235	一般名処方で「テオフィリン徐放錠200mg（24時間持続）」と記載ありレセコン入力で「テオフィリン徐放錠200mgサワイ」で入力採用薬、在庫薬がそれしかなく考慮せずに入力鑑査時にテオフィリン徐放錠200mgサワイ（12～24時間）に気づきテオフィリン徐放U錠200mgトーワに入力変更	テオフィリン自体あまり処方されず12～24時間、24時間の認識がなくそのまま入力鑑査時に発覚	在庫棚に「12～24時間」「24時間」と大きく記載して今後間違いがないようにしました	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」	
236	医療事務が処方箋入力時、前回と同じ処方がでていると思い込んでしまい前回の処方箋の内容と同じ塗り薬を入力。入力監査時に薬剤師が間違いに気づき訂正。	前回はヒルドイドクリーム0.3%で処方されていたため今回も同じものだろうと思い込んでしまいヒルドイドクリーム0.3%で入力。実際の処方箋はヒルドイドソフト軟膏0.3%と記載あり。DO処方だと先入観からの確認不足。	二重確認の徹底を行う。	ヒルドイドクリーム0．3%	ヒルドイドソフト軟膏0．3%	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
237	在庫システムで新規薬剤のピタバスタチンCa・OD錠4mg「トーワ」に棚番を入力していた時に、ピタバスタチンCa錠4mg「トーワ」が30錠ずれを発見。両薬剤の調剤受払を確認した所、入力はピタバスタチンCa・OD錠4mg「トーワ」であり、他店から入荷した薬剤はピタバスタチンCa錠4mg「トーワ」だった。監査レンジを確認したところ患者様にお渡ししたのはピタバスタチンCa錠4mg「トーワ」を渡しているのを確認した。	監査レンジにピタバスタチンCa・OD錠4mg「トーワ」が登録されていなく監査レンジで写真をとった時に？マークが出ていた。新規薬剤であるのでマスターが登録されていないと思ってしまいそのまま通してしまった。	一般名処方からの変更。規格を変えるときは必ず声掛けをしてスタッフ間で情報を共有する。	ピタバスタチンCa錠4mg「トーワ」	ピタバスタチンCa・OD錠4mg「トーワ」	
238	包装がほぼ同じで、アムロジピンの棚にノルバスクが混じっていた。	薬の充填を機械でチェックしていなかったことが原因と考えられる。	マニュアル通りに薬の充填を行う。	ノルバスクOD錠5mg	アムロジピンOD錠5mg「ファイザー」	
239	以前より当局を利用されている患者（25歳・女性）が皮膚科の処方箋をもって来局。来局時、薬剤師AとBの2人が勤務していた。定期の処方でツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁が処方されていたが薬剤師Aが間違えてツムラ桂枝茯苓丸を調剤し、投薬時に薬剤師Bは気付かずそのまま交付した。その後薬歴を作成中に間違えに気付いて、患者宅へ連絡し薬をとり替えに伺った。交付後直ぐだったため服用に至らず患者に健康被害はなかった。	ニキビでの処方だったのでどちらも使用される可能性はあったが、名称は似ておりと包装の色は同じでと番号も（125番と25番）酷似。繁忙時も重なり注意深く監査出来なかったのが原因。	焦らず注意深く処方鑑査する。	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）	
240	ツムラ126番と136番を混合してピッキングしてしまった。	ツムラ126番と136番が同じ色分けであるにも関わらず、隣に置かれてしまっていた。	同じ色の箱は隣どおしでは置かない。そういった可能性も考慮してバーコードは各々通すようにする。	ツムラ麻子仁丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ清暑益気湯エキス顆粒（医療用）	
241	処方箋記載はデルモベート軟膏0.05%のところ、アンテベート軟膏0.05%で調剤。調剤内容の鑑査で発見できたため患者の手元に誤った薬がわたることはなかった。	複数患者が待っており、焦りを感じていたことが要因だと考える。	類似名称の存在する医薬品に印をつける、ダブルチェックの徹底	デルモベート軟膏０．０５%	アンテベート軟膏０．０５%	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
242	カロナール細粒20%が入手困難のため近隣医療機関へカロナール細粒50%に変更して処方してもらうよう話をした。処方箋の入力はカロナール細粒50%に変更となっていたが、薬の量はカロナール細粒20%の量で処方されていた。患者の家族に体重を確認し、監査したことで間違いであることが発覚した。	入手困難な薬が増えてきており、監査の必要性及び重要性を改めて思い知らされた。	必ず監査を行う。特に子供の場合は体重を確認し、監査を行う。	カロナール細粒50%	カロナール細粒20%	
243	ツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯の処方。間違えてツムラ芍薬甘草湯を調剤。	ツムラ製剤の末尾の番号と色で判断して取り違えた。箱から取り出してから間違いに気付いた。	薬剤名は正確に確認するよう注意喚起。	ツムラ当帰四逆加呉茱萸生姜湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	
244	前回までの処方せんでは間違えたヘパリン類似物質油性クリーム「ニプロ」をもらわれており、処方箋入力時に前回と同じだとご判断し入力した。調剤の薬剤師が間違いであることに気づき改めて再入力したが、ヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」と入力してしまい再度間違えてしまった。別の事務員の入力チェックも漏れてしまい、薬剤師は処方箋は見たものの「日医工」であることに気を取られ、間違ったヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」をお渡ししてしまった。処方箋入力後のチェックも見逃したため2回目の受診時に前回と違うことに気がついた。	処方医はヘパリン類似物質クリームを処方する為わざわざ「日医工」と記載していただいたが、以前は処方に無かったヘパリン類似物質油性クリーム「日医工」の処方せんも多く出ているためうっかりしてしまった様に思われる。	類似の名称のある薬剤にはメーカー違い・剤型違いの薬剤がどれだけの種類があることを事務員も含め熟知し、処方医の意向に気づいて投薬時にも変更点を患者にも確認することが必要と思われる。	ヘパリン類似物質クリーム0．3%「日医工」	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」	
245	処方せんに　般）ガストローム顆粒66．7%　2g　分2朝夕食後と記載されていた。1．5g包だが、エカベトナトリウム水和物1g含有と記載されていたため処方箋の記載で問題ないと判断しお渡しした。	エカベトナトリウム水和物1g含有と記載されていたため1包1gと判断してしまった。	レセコンの入力画面の薬品登録で1．5g/包と登録	ガストローム顆粒66．7%	ガストローム顆粒66．7%	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
246	久しぶりの来局患者。【般】ヘパリン類似物質クリーム0.3%　が処方されたが、入力時に誤って【般】ヘパリン類似物質軟膏0.3%を選択。後発品への変更調剤を了承した患者のため、ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」を選択した。調剤者は【般】ヘパリン類似物質軟膏0.3%と見間違え、ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」で調剤。監査者も気づかず、【般】ヘパリン類似物質クリーム0.3%　で処方されたものをヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「日医工」で交付してしまった。翌日、入力監査を行っていた事務員が入力ミスに気づき、事態が発覚した。患者に連絡すると手持ちから使用しており、交付分はまだ未使用であった。謝罪し、ヘパリン類似物質クリーム0.3%「日医工」と取り換えを行った。	ヘパリン類似物質油性クリームとヘパリン類似物質クリームは一般名も商品名も似ており、取り違えやすい薬剤である。入力時の不注意、調剤者の見間違えが重なり、監査・交付者も取り違えを見落としてしまった。監査・交付者は、入力された薬剤と、調剤された薬剤が同じであったことで、どちらも正しいという思い込みがあり、監査がおろそかになってしまった可能性が有る。	一般名や商品名が似た薬剤を把握し、似た薬剤があることを念頭に監査を行う。代替入力や監査時には、数文字ずつ区切って確認を行う。	ヘパリン類似物質クリーム0．3%「日医工」	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」	
247	処方内容がアムロジピン5mgのところをアムロジピン2．5mgでレセコンに入力した。	アムロジピン2．5mgが以前より長期間処方されていたため、今回処方からアムロジピン5mgに変更していたことに気づけず入力してしまった。	処方箋とレセコンに入力した内容を照らし合わせて内容に間違いがないかを何度も確認する。調剤は処方箋を見て行うこと。	アムロジピン錠5mg「ケミファ」	アムロジピン錠2．5mg「明治」	
248	ナゾネックス点鼻薬　56噴霧のところナゾネックス点鼻薬　112噴霧と印字した薬袋・薬情でお渡し。実際には処方通りのナゾネックス　56噴霧をお渡ししたため、患者様には身体的影響はなかったが、お会計を多くもらってしまった。	2024．03に来局されたときにナゾネックス　56噴霧　2本処方されたが入庫困難品であったため、ナゾネックス点鼻薬　112噴霧を1本お渡ししたため、その時と同じで入力してしまった。	処方箋に記載されている規格・噴霧数など細かいところまでよく読み、前回と同じかどうかよく確認してから入力する。	ナゾネックス点鼻液50μg56噴霧用	ナゾネックス点鼻液50μg112噴霧用	
249	一般名処方による処方セフカペンピボキシルとセフジニルピボキシルと類似していることから勘違いした。	待合室に待たれているほかの方もおり、焦ってしまった。	焦っていても一呼吸おいてからピッキングするように徹底する	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「CH」	セフジニルカプセル100mg「JG」	
250	ツムラ排膿散及湯122の処方がでていたところ、一部ツムラ猪苓湯合四物湯112で交付した。番号が似ているのと外見の色が緑色で同じだったため間違えてしまった。患者様に交付後、薬局の在庫が合わないため患者様に連絡し発覚した。すぐに交換対応した。服用前で手つかずの状態であったため健康被害はなかった。	納品時に薬品棚に片付ける際に外見が似ていたため置き間違えてしまった。店内が混雑していたため調剤監査時の注意力不足もあった。	調剤、監査時のみならず、納品時も外見・色だけで判断せず、番号、薬品名も落ち着いて確実にチェックするようにする。	ツムラ排膿散及湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ猪苓湯合四物湯エキス顆粒（医療用）	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
251	処方のメインテート錠2.5mg1錠1日1回朝食直前35日分の内に、アルダクトンA2.5mgが1シート紛れ込んでいたことに気付かず調剤した。患者様が服用前に気付き、ご家族が来局して判明した。	定期で来局されている患者様でメインテート錠2.5mgとアルダクトンA2.5mgどちらも処方されている患者様がおり、ピッキング後などに取り間違えた薬を戻す際に誤った箱に入れてしまっていたことが考えられます。上記2薬品は大きさは少し異なる物の印字の色が酷似していた為、監査時にも気づかなかったと考えられます。	薬を箱に戻す際には複数人で確認するか、名称や規格などを複数回確認してから入れるようにする。また、当然ですが監査時にも外側の1シートだけ確認するのではなく、全シートと端数の薬品名や規格などすべてを細かく確認するようにします。	メインテート錠2．5mg	アルダクトンA錠25mg	
252	前回別の医療機関でアダラートCR錠10mgで処方されており、今回一般名処方でニフェジピン徐放錠10mg（12時間持続）と処方箋に記載されていたが、前回処方継続と思い込み CR錠（24時間持続）で調剤してしまった。	ニフェジンピン徐放錠にはL錠（12時間持続）、CR錠（24時間持続）がある。今回用法も 1日1回だったので余計にCR錠だと思い込んだと考えられる。	一般名処方の徐放剤で12時間、24時間錠の2種類ががあるときは特に注意し用法とも確認を行う。	ニフェジピンL錠10mg「サワイ」	ニフェジピンCR錠10mg「トーワ」	
253	計数調剤で小青竜湯を取ろうとしたところ、小青竜湯の大包装が並ぶ箱の隣に麦門冬湯が並んでいることを発見し正しい配置場所に戻した。	薬が入荷し棚へ配置する際に間違えたものを発見したと思われる。小青竜湯はツムラ19番桃色の大包装、麦門冬湯はツムラ29番桃色の大包装であり、19番と29番の数字が似ていたこと、桃色と大包装にて色と形が似ていたことが要因と考えられる。また、医薬品の供給不安定による一時的な在庫の増減も棚配置のズレに繋がったことが考えられる（適正在庫量からのズレがスペースのズレに繋がり、薬の戻し間違いへと繋がった可能性もある）。	棚の配置が乱れていたため、整理整頓を行った。また、現場の従業員へすぐさま事例を共有、翌朝のミーティングでも店舗の全従業員へと事例を共有、注意喚起を行った。	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒（医療用）	
254	一般名処方でベタメタゾン酪酸をベタメタゾン吉草酸と読み違えた	ベタメタゾン吉草酸の処方のほうが多い	ベタメタゾン酪酸のほうを先発品にしている	アンテベート軟膏0．05%	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0．12%「トーワ」	
255	メトグルコを112錠出すはずが、メトホルミンの100錠包装を1つとメトグルコ12錠で出してしまった	ピッキング者が間違えて100錠包装のメトホルミンを思い込んで出した。 メトホルミン100錠とメトグルコ12錠が輪ゴムで一緒になってたので間違えないものと思い込んでしまった。	しっかり包装まで見るようにする	メトグルコ錠250mg	メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「ニプロ」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
256	該当患者様の薬剤服用歴において、先発医薬品をご希望との記載があった。処方された「クロベタゾン酪酸エステル外用液」は先発医薬品がないために入力者、調剤者は、クロベタゾン酪酸エステル外用液0.05%「イワキ」で入力調剤していた。しかし、監査者の薬剤師は「クロベタゾン酪酸エステル外用液」には先発医薬品がないことに気が付かず、正しく入力されていた内容（後発品）を訂正（先発品）に変更しようとして、一般名が酷似している「デルモベートスカルプローション（一般名：クロベタゾールプロピオン酸エステル外用液）」を選択し、その後の入力訂正のダブルチェックを行わずに誤った薬をお渡ししてしまった。	一般名処方の場合、今回のように成分名が類似している医薬品が多いことから、一般名から医薬品を選択し、入力する場合には社内の調剤手順マニュアルでは6～7文字（クロベタゾンラ）で検索すると決められていたが、通常の処方箋入力の通り、3文字（クロベ）で検索し、間違えた医薬品（クロベタゾール）を選択し、入力してしまった。重ねて、デルモベートスカルプローションの入力後、他に薬剤師がいなかったため、入力が正しくできているかのダブルチェックを行わず、入力ミスに気が付かず誤った薬をお渡ししてしまった。	入力の薬品選択時に先発医薬品が無い旨と名称が酷似している部分が目立つよう、下記の通り入力コンピュータのシステムをメンテナンスした。・（先発無）クロベタ【ゾン】酪酸エステル外用液・クロベタ【ゾール】プロピオン酸エステル外用液一般名処方を手入力する場合は、必ず6～7文字で検索することを再度徹底した。入力訂正後には、必ず他のスタッフ（薬剤師が1名の時は事務スタッフも含めて）がダブルチェックすることを、店舗職員全員に周知徹底した。	クロベタゾン酪酸エステルローション0．05%「イワキ」	デルモベートスカルプローション0．05%	
257	一般名処方によるニフェジピンCR錠とL錠の入力ミス	一般名処方による徐放錠の選択ミス	スタッフの知識向上	ニフェジピンCR錠20mg「トーワ」	ニフェジピンL錠20mg「日医工」	
258	処方がプレドニンで来ていたところジェネリック希望の患者様だったのでプレドニゾロン錠「旭化成」で入力。プレドニンからの変更は疑義照会が必要であるのでプレドニンで直しました。	入力者である事務の知識不足が背景にあった。	局方品の存在を教育し、ほかにも局方品の例を出して教えました。	プレドニン錠5mg	プレドニゾロン錠5mg（旭化成）	
259	皮膚科の一般名処方でクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%が処方され、ヒヤリハットをよく読んでいる薬剤師が慎重にピッキングしてキンダベート軟膏0.05%をピッキングした。調剤監査をしようとしたところ、デルモベート軟膏0.05%が選ばれていたため、再度、一般名を確認、入力間違いであることに気づき訂正した。また、塗布する部位が顔となっていたことも間違いを確信する理由になった。その後、違う店舗の薬剤師が、このミスをして、薬の交換に行ったことを話していた。	処方入力する時に一文字一文字の確認が十分でなかった。	ヒヤリハットの閲覧を薬剤師に限っていたが、自塗員さんたちも閲覧するというルールに変更した。	キンダベート軟膏0.05%	デルモベート軟膏00.05%	
260	バルサルタン40mgが処方箋に記載されていたが、テルミサルタン40mgをピッキングしてしまった。	名称の類似性や同一のmg数、共にウィークリーシートなどにより勘違いをしたものと思われる。	ピッキングする薬品名を声に出して読み上げ、ピッキングしようとする薬品名も読み上げてからピッキングを行うようにする。	バルサルタン錠40mg「サンド」	テルミサルタン錠40mg「サワイ」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
261	名前が酷似しており、見間違えた。	ダブルチェックもすり抜けて、投薬時に気づいた。	薬剤名を一文字ずつ確認し、思い込みによる行動をとらない。	バルサルタン錠40mg「サワイ」	テルミサルタン錠40mg「サワイ」	
262	ピッッキング時と投薬時の不注意による薬品の間違え	夕方から夜の忙しい時間帯に発生した。忙しいと慌ててピッッキング、投薬するため慎重に慌てずにピッキング投薬するようにする。	ピッッキング、投薬時には、しっかり確認してお渡しするようにする。	オロパタジン塩酸塩錠5mg「トーワ」	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「SN」	
263	一般名処方で乳酸菌錠剤の処方があり、当該薬剤師はビオフェルミンと思い込んで調剤。一般名処方における規格の記載がなかったため、鑑査者がラックビーとビオフェルミンのどちらであるか再度確認。正しくはラックビーであった。	乳酸菌製剤に関しては多数該当製剤があり、調整者が経験不足のため乳酸菌=ビオフェルミンと思い込んでいた。	一般名処方による処方時には乳酸菌製剤に何が該当するかの一覧表を引出しに貼付。鑑査時には必ず確認し、判断がつかないときには病院に対して何で処方をする予定であるかの確認を行うようにした。	ラックビー錠	ビオフェルミン錠剤	
264	一般名処方ニフェジピン12時間作用の処方。今まではニフェジピンL10mgトーワを調剤していた。未入荷となったためZEへの切り替え直後だった。入力がニフェジピンL10mgトーワでされていたことに気が付いた。	一般名処方のためレセコン入力時にメーカーを選択している。ZEへのきりかえ直後のため入力者が見落としていた。	切り替え直後は相互確認し、メーカーもレセコンの近くにリストをつくっておく。	ニフェジピンL錠10mg「ZE」	ニフェジピンL錠10mg「ZE」	
265	ツムラ苓桂朮甘湯が処方されていたが、レセコンで入力を間違いツムラ苓姜朮甘湯で調剤、鑑査時も入力誤りに気付かず、薬の名称が似ている漢方薬があるという認識不足の為間違ったものをお渡ししそうになった。	薬の名称が似ている漢方薬があるという認識不足	漢方薬にも似た名前の医薬品があるため１文字１文字間違っていないか再度注意し、鑑査する必要性があることの周知と投薬直後の振り返りを行うことで間違った薬を患者様が飲まないよう徹底する。	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）	
266	油性クリーム処方を、取り違えてクリームを調剤した。	一般名、製品名称、外箱、外見、全てが類似していたため、取り違えが発生したと考えられる。	外箱に先発品名を記載し、油性に下線を引いた。	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」	ヘパリン類似物質クリーム0．3%「日医工」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
267	ピタバスタチン1mg「VTRS」からピタバスタチン1mg「サワイ」に処方入力を変えようとすると、何故か2mgが1番上に表示されるので、いつもカーソルをスクロールして1mgを選んでいる。が、それを怠った。調剤は、1mgでピックし、監査時に入力間違えに気づいた。	いつものパターンなのだが、うっかりミスであった。	間違えやすい事例なので、必ず入力時の確認、監査時の確認を怠ら愛。	ピタバスタチンCa錠1mg「VTRS」	ピタバスタチンCa錠2mg「VTRS」	
268	オロパタジンドライシロップ1％0.5g/日の処方を、オロパタジン塩酸塩顆粒0.5%0.5gで入力した。監査者が気づき、オロパタジン塩酸塩顆粒0.5%1gで調剤した。	入力者の知識・経験不足。繁忙による注意散漫。	入力時に、%やmgなど規格・濃度が異ならないかを確認しながら入力や調剤を行うようにする	オロパタジン塩酸塩ドライシロップ1％「日本臓器」	オロパタジン塩酸塩顆粒0．5%「トーワ」	
269	ドボベット軟膏を継続して使用中の患者に、今回からドボネックス軟膏へと処方変更になっていた。入力者の確認不足で、ドボベット軟膏の入力のままであった。	医薬品名が類似しており、頭文字だけで判断してしまったもの。他の患者さんの入力もあり、焦ってしまっていた。	入力時に頭文字だけでなく最後まできちんと確認をする。	ドボネックス軟膏50μg／g	ドボベット軟膏	
270	2023年11月某日午前に患者様が来局されて処方箋を受け付けた後調剤に取り掛かる。調整、監査が終了し投薬に行く際に最終確認をしていたときに苓桂朮甘湯と苓姜朮甘湯を取り違えていることに気づいた	処方箋を確認した際によく名前がよく似ている処方の為、見間違えてしまった。	監査時はもとより調整時にも1文字1文字縦読み監査を行うこととした。また投薬前の最終確認時に発見できたため、最終確認の必要性を感じた。	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）	
271	処方箋が一般名処方で、「バルサルタン・アムロジピン配合錠」と記載をアムバロを調剤しなければならないところバルサルタンを調剤。	一般名処方の場合、アムバロだけではなく、配合剤の調剤の間違いは出てきてしまうことがある。さらにLD・HDなどのドーズの違う一般名処方は間違う率も上がってしまう可能性がある。調剤の慣れなども重なり、多く出ている薬剤と間違ってしまうケースも。	薬局でピッキングシステムを導入しているので、服薬指導前までにまずそのような間違いの確認はできている。特に薬剤師一人の薬局にはピッキングシステムは必須と考えられる。ピッキングシステム導入プラス、人での複数確認を今後も続けていきたい。	アムバロ配合錠「サンド」	バルサルタン錠80mg「サンド」	
272	一般名処方でクロベタゾン酪酸エステル軟膏のところクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏のデルモベート軟膏で調剤した	一般名が類似していたため思い込みで調剤してしまった午前中の外来が切れて疲れているところであった	憶測での調剤はせず、どのような状況でも調剤・監査に集中するよう徹底した	キンダベート軟膏0．05%	デルモベート軟膏0．05%	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
273	アゾセミド錠が定期で60mg服用されていた患者の処方が今回から30mgに減量されていたが、一包化調剤のため分包機の登録が60mgのままになってしまっていた。投薬時に患者との会話の中で減量処方に気づいて直ぐに調剤しなおし、正しい用量で投薬した。	一包化調剤の場合、機械の中に過去の調剤歴が登録されているため、そのままアゾセミドの減量に気づかずそのまま調剤してしまった。鑑査の際に気づかなかったことも問題だった。	処方箋、入力の確認を再度徹底する。特に複数規格のあるものや類似名薬品の処方時には調剤者、監査者、入力者が互いにしっかりと確認する。薬局内スタッフによる調剤ミス検討会の頻度を増やした。	アゾセミド錠30mg「ＪＧ」	アゾセミド錠60mg「ＪＧ」	
274	患者様より電話があり、ラベプラゾールNa錠10mg「サワイ」が処方されていたところ間違えてランソプラゾールOD錠15mg「サワイ」を渡していたことが発覚。在庫を調べ事実であることを確認。かかってきた電話にて謝罪し、郵送にて対応。患者様がきずいたことにより服用はされていませんでした。	商品名がラで始まりゾールで終わって、しかもメーカー名が同じ「サワイ」であり、調剤及び鑑査もお昼時であったことにより薬剤師が一人昼食に入り、また患者数が増えた事で忙しくなり注意力が散漫になり発生した事例と考えられる。	薬剤師でミーティングを行い今回の事例の背景・要因を共有して把握して注意する。また、同じ様なケースが存在しないか薬局内の薬を洗い出し薬剤師で情報を共有するようにする。	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」	
275	一般名アジルサルタン・アムロジピン5mg配合錠に対して、ザクラスLD(一般名アジルサルタン・アムロジピン2.5mg)で入力。処方箋監査時に薬剤師が気づき訂正した。	配合錠についての知識不足、教育不足。	配合錠の成分には規格違いによってLDとHDがあることを教育し、入力時は必ず規格まで確認するように徹底。	ザクラス配合錠HD	ザクラス配合錠LD	
276	他薬局で定期的に受け取っていた薬の処方を当薬局で受け取りたいと来局された患者。一般名　テオフィリン徐放錠200mg(12-24時間持続)と記載されていた薬に対して長年ユニフィルLA(一般名　テオフィリン徐放錠200mg(24時間持続))を調剤していた。処方箋を受け取った事務が患者の薬の変更はないという話を信じ、おくすり手帳通りの内容(ユニフィルLA)で入力。調剤者も入力通りに調剤した。監査者が処方箋から調剤誤りに気づき、おくすり手帳の歴からそもそも他の薬局での入力が誤っていたことに気づいた。聴取より症状は安定していて過誤による影響はなさそうだが、このまま一般名処方通りにテオフィリンを調剤した場合の影響も考慮してDrに相談し、ユニフィルLA処方へ変更となった。	テオドールもユニフィルLAも成分名が同じであるため、持続時間の記載を確認せずに調剤してしまったと考えられる。	同じ成分名でも持続時間によって品目や用法が異なる薬があることを事務と薬剤師ともに周知徹底する。	テオドール錠200mg	ユニフィルLA錠200mg	
277	『(般)ヘパリン類似物質軟膏』の処方に対して、『ヘパリン類似物質クリーム』としてレセコン入力していた。鑑査時にミスを発見。	ヘパリンには複数剤形が存在するため、また、繁忙時間帯で焦っていたため。	ヘパリンの一般名⇔商品名のリストを作成して回覧・掲示した。	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」	ヘパリン類似物質クリーム0．3%「日医工」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
278	メトアナLD錠　120錠調剤する際に、未開封の100錠のアルミ包装をエクメットLD錠の100錠の未開封アルミ包装をつけてしまった。交付の翌営業日にメトアナLDの棚にエクメットLDが充填されてたため発覚した。バーコード読み取りの調剤監査システムでは20錠の方を読み取っているため間違いに気づかなかった。	名称が類似し同効薬であるために間違いやすい上、アルミ包装の色調が同じ緑色で、大きさも似ていた。同薬剤のHDがあるためLDの記載の方に意識がいき、監査システムが通ったことの安心感で確認を怠ってしまった。どちらも500錠包装のため、錠剤棚にはアルミ包装で充填されて似ていたため調整者も疑わなかった。	100錠包装に変更し、棚への充填は外箱のまま行う。100錠を超える場合は、監査の時までは輪ゴムでまとめない。100錠はできる限り外箱のまま監査者へ渡す。	メトアナ配合錠LD	エクメット配合錠LD	
279	処方箋にはアスベリンDS2%と記載されていたが、ドライシロップの採用がなく当薬局に在庫があるのはアスベリン散10%のみだったため、レセコン入力の際にアスベリンドライシロップ2%を入力しなければいけないところ誤ってアスベリン散10%を入力した。	ドライシロップの在庫がないことから勘違いした点。アスベリンにはドライシロップと散剤の2種類存在することを常に意識していなかった点。	レセコン入力の際には薬品名、剤型、規格、メーカー名まで確認すること。	アスベリンドライシロップ2%	アスベリン散10%	
280	今まで処方されていたことがなく 薬局の在庫もなく レセコンにも上がってきていなかったので 見間違って選んだよう	とても患者様も多く 発熱外来の処方箋のファックスなどの入力も立て込んでいて 慌てていたようです。	急がないように 注意して丁寧に入力して 患者様にも丁寧な対応を心掛けるように みんなで呼びかけるように話しました。	クエチアピン錠25mg	クロチアゼパム錠5mg「日医工」	
281	患者から受け取った処方は「桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒」であったが、調剤者(薬剤師)がきちんと処方箋を読まずに「桂枝茯苓丸エキス顆粒」を調剤、監査者(薬剤師)もそれに気づかずにそのまま出そうとしたが、たまたま患者が外出したため、一旦取り置きをした。その後、患者が戻ってきたので、監査・調剤に関与していなかった薬剤師がお渡ししようとした際に、処方箋のお薬と違うことに気付き、その場で正しい薬(桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒)に交換しお渡しした。	普段から「桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒」の処方はあまり出ていなかったこと、前回の処方で「桂枝茯苓丸エキス顆粒」が処方されていた事が重なり「桂枝茯苓丸エキス顆粒」が出ていると思い込み、調剤・監査したと思われる。また、その時間帯は非常に忙しく、待つのを嫌って外出する患者も多数いた。	目視による調剤、監査から読み込みによる調剤、監査を実践するよう指導。漢方薬の調剤の際は、五十音票から番号を確認し調剤を実施させる。	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）	
282	アミティーザ24μが112cap処方されていて100capは包装のまま渡したがそれが12μだった。	アミティーザの100cap包装は良く似ている。	アミティーザの包装は似ているので開けてから渡す。	アミティーザカプセル24μg	アミティーザカプセル12μg	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
283	以前から定期でフリウェル配合錠LD「あすか」を服用している患者さんが、処方箋を持って来局された。一般名処方の処方箋で、今回からノルエチステロン・エチニルエストラジオール0.035配合錠(フリウェルLD)に増量になっていたが、それに気づかず前回までと同じノルエチステロン・エチニルエストラジオール0.02配合錠(フリウェルULD)で入力、調剤してしまった。投薬時に患者さんが不正出血が続いたため、薬の量が変わると言われたがいつもと同じですか？と言われ入力が間違っていたことが発覚。謝罪し、すぐに入力をフリウェル配合錠LDに変更して調剤し、お渡し。	前回までフリウェル配合錠ULDで服用していたこともあり、ノルエチステロン・エチニルエストラジオール0.035配合錠(フリウェルLD)で入力しなければならなところを誤ってノルエチステロン・エチニルエストラジオール0.02配合錠(フリウェルULD)で入力、調剤してしまった。	処方箋の規格・名称が類似している薬剤の入力・調剤間違いには注意する。投薬時に患者様と一緒に処方内容・処方日数を相互確認する。	フリウェル配合錠LD「あすか」	フリウェル配合錠ULD「あすか」	
284	ファモチジンD錠20mg「サワイ」のカセットにシルニジピン10mg「サワイ」が2錠含まれており、それに気付かず調剤実施。監査者が発見したヒアリハット事例。	包装がとても似ていることが原因	しっかりカセット名と薬剤名を確認し戻す。また、他者に確認してもらい戻すように実施。	ファモチジンD錠20mg「サワイ」	シルニジピン錠10mg「サワイ」	
285	ツムラ19番（小青竜湯）が計15包の処方。ツムラ19番（小青竜湯）の中に29番（麦門冬湯）が3包混在していたことに、投薬者が最終監査で気付いた。	ツムラの19番と29番は同じピンク色で、番号をよく見ず充填時に混在してしまったと考えられる。そして調剤者はそれに気付かず調剤していた。	漢方を7束のピロー包装から取って調剤したときは、横に広げて番号を1枚ずつ確認することとした。また、漢方充填時には番号をよく見て充填することとした。	ツムラ小青竜湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒（医療用）	
286	ベザフィブラート200mgをサワイをフェノフィブラート武田テバで間違って調剤　監査その際は普段する薬タッチを実施していなかった	処方が2種類の為　慣れが生じた。混雑していたような気はする	必ず薬タッチを使用するそうれあればこんなミスは起きないので	ベザフィブラートSR錠200mg「サワイ」	フェノフィブラート錠80mg「武田テバ」	
287	抗アレルギー剤のビラノア錠を骨粗鬆症治療薬のビビアント錠と間違える	不注意にすぎない。	商品名の頭文字が同じで間違えやすい商品をピックアップしておく。	ビラノア錠20mg	ビビアント錠20mg	
288	処方箋記載が250だったが100で渡してしまった　使用前だったので取り替えました	他の薬局で100を使用していたので思い込んでしまった	今一度規格を確認する　他の薬剤師にも確認する	アドエア250ディスカス60吸入用	アドエア100ディスカス60吸入用	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
289	門前クリニックの処方の他広域処方箋をお持ちになられ直ぐにDo入力、確認せず調剤へ廻してしまいました。	お昼も過ぎていた為患者様がお待ちしているので早くお薬をお渡ししなければいけないと確認も疎かいなってしまいました。	焦らず、慌てず、しっかりと確認する事。	ベタニス錠50mg	ベシケア錠5mg	
290	ベタメタゾン吉草酸とベタメタゾン酪酸の見間違え、取り間違えがあり、監査時に気が付いて交換、患者様には正しいものをお渡しした	一般名の類似による見間違え、思い込みがあった	処方せんの確認。ピック時の再確認。	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0．05%「MYK」	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0．12%「イワキ」	
291	ヒアレイン点眼処方で、新しい包装を封を切る際、確認不備で、類似した別のジクアス点眼を開封し、セットしてしまった。	未開封の点眼薬を一緒に同じ場所に置いておいた	思い込みを防ぐため、モノと数を何度も確認する。（指さし確認）	ヒアレイン点眼液0．1%	ジクアス点眼液3%	
292	エスワンタイホウ20とエスワンタイホウ25の入力間違いが起こった。交付後チェックで発覚し、服用前に患者様に連絡がつき、正しいものと交換を行った。	混雑していたため、入力ミスが起きた。監査でもそのまま通過してしまった。	マスタメンテナンスを行い、薬品名に規格注意と頭に入れた。入力手技と監査手技の再確認を行った。	エスワンタイホウ配合OD錠T20	エスワンタイホウ配合OD錠T25	
293	一般名処方のエスタゾラムで処方があり、思い込みでよく出るエチゾラムと思い調剤してしまった。監査レンジを通して発覚	思い込み、慣れ、処方箋が見づらいこと。（処方箋の形式が、狭い幅で2行にわたって書いてあり、間違いを誘発してしまうような書き方だった）	よく見ること、確認すること。ぱっと見で判断しないこと。周知して各自気を付けるよう促した。	エスタゾラム錠1mg「アメル」	エチゾラム錠1mg「NP」	
294	男性患者(28歳)に医療機関から【ロラタジン錠10mg「FFP」】の処方があったが、誤って【ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「トーワ」】を調剤した。患者家族から継続服用中の【ロラタジン錠10mg「FFP」】と違う薬が入っていると指摘があり誤調剤が発覚し、改めて処方薬を調剤する。これにより処方医の意図しない薬の調剤を回避することができた。	外観類似による連続誤認	繁忙時こそ細心の注意を払い、鑑査及び服薬指導前の確認を徹底すること	ロラタジン錠10mg「FFP」	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「トーワ」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
295	調剤者の取り間違い、薬剤師の監査により発覚した。	一般名処方であったため最初の三文字「クロベ」のみで薬剤を選択したことが原因である。	薬剤名は全てしっかり見るように全体周知した。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0．05%「イワキ」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0．05%「MYK」	
296	一般名処方されたカルベジロール錠20mg1錠分1朝食後を、普段は在庫に20mgがないため10mg錠を2錠で処方していた。しかし今回はカルベジロール錠10mg1錠と入力ミス。そのまま調剤者、監査者気付かず調剤しお渡し。その後事務員がミスを発見し、患者に連絡したところ服用前であったため、事情を説明し謝罪、不足分を郵送することとなった。	監査者は普段店舗外にて薬剤師以外の仕事をしているため、久しぶりの現場であった。ただ勤務歴も長く現在の仕事に従事する前はエリア長等の要職にあり、そのため遵守するべき手順を慢心からか省く傾向にあった。そういった心理的背景もあり今回のミスにつながったと考えられる。また調剤者に関しても同店の勤務歴は半年程度と浅く、調剤録を見てピッキングしたことは看過できないが、同店の勤務歴の長い職員であれば患者をみて普段どのような処方であるか理解しているため、起こりえなかったミスだと考えられる。	当然のことではあるが、まず入力は間違いであることを前提として、処方箋をきちんと見てピッキングするべきである。また調剤する前に薬歴を確認することを徹底し、普段と違う処方があれば気付くよう意識付ける。監査者に関しても必ず投薬前に薬歴を確認し、処方内容を患者と目視で確かめることを徹底していく。	カルベジロール錠20mg「NIG」	カルベジロール錠10mg「NIG」	
297	おひさしぶりの来局で前回はツムラ24加味逍遥散が出ていた。今回はツムラ137加味帰稗湯が処方されていたが、ツムラ24加味逍遥散でお渡ししてしまった。	会社のルールで漢方薬に関しては1文字ずつ確認するとルールがあったがそれができていなかった。	会社の鑑査手技ルールを徹底させる	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）	
298	耳鼻科処方。処方医師より用法異なるが処方しますと連絡あり。処方箋はフルチカゾンフランカルボンサン酸エステルで処方されているが、お薬手帳記載はフルチカゾン点鼻で処方されていた。患者家族来局しているが、耳が聞こえないため現在使用している薬かどうか不明だった。交付時、形を見ながら説明していると、使用しているのはフルチカゾン点鼻（フルナーゼ）であったため処方医師に確認し、アラミストからフルナーゼ点鼻に変更なった	一般名だとフルチカゾンまでが同じのため取り違いやすい薬である	フルチカゾンフランカルボン酸かプロピオン酸かを確認して交付する	アラミスト点鼻液27．5μg56噴霧用	フルナーゼ点鼻液50μg56噴霧用	
299	煩雑な施設調剤において入力ミスがあり、監査もスルーし、投薬でもスルーした。	施設調剤で時間に追われてミスをした。	マニュアルに沿って、落ち着いて入力し、監査も徹底する。	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」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
300	FAXで届いた処方せんを入力したところ、別剤のGEを選択してしまいそのまま調剤、交付してしまった。	閉店間際のため少し焦りがあった。	再度入力確認に関する主義の確認を行いました。不鮮明だった可能性もありますが、原本受け取りの際も再度入力の確認を行うように徹底します。	リンデロン－VG軟膏０．１２％	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏０．１２％「イワキ」	
301	一般名におけるGEのメーカー取違	薬品不足によりGEのメーカーを最近変更したが、変更前のまま入力した	以前のGEメーカーには薬局で使用する薬品名の前に【使用不可】と記載	ロキソプロフェン錠６０ｍｇ「ＥＭＥＣ」	ロキソプロフェンＮａ錠６０ｍｇ「トーワ」	
302	クラバモックス小児用細粒　3.03分2　朝夕食後で処方箋に記載があった。　1.01のものと0.505の2種類あり。各1包ずつを1回分とし調剤を行えばよかったのだが、誤って0.505mg2包を一回分として調剤、投薬後に数が合っていないことに気づき、患者さんが服用される前に回収し正しい数を再度調剤を行った。	患者さんの来局が多く混んでいる状態での調剤であったため、このようなミスがあったと考えられる。	薬局独自の重量鑑査システムがあり、取り間違いが起きる事を防げるので今一度鑑査の徹底を行う必要がる。	クラバモックス小児用配合ドライシロップ	クラバモックス小児用配合ドライシロップ	
303	チラーヂン錠50mgから今回からチラーヂン錠25mgに変更になっていたが気が付かずに入力、調剤、監査をしてしまった。	Do処方と思い込んだ	規格をしっかりと見る	チラーヂンＳ錠２５	チラーヂンＳ錠５０	
304	処方箋がアスベリンシロップであったが、入力がアリメジンシロップで入っていた。投薬の際に、処方箋の記載と薬情・手帳シールの記載が違う事に気が付き差し替えを行った。	入力が慣れていない事務員に入力を行った。他の事務員による入力チェックもあったがそこでも見逃されていた。	入力が慣れていない事務員が入力を行った際は、事務員だけでなく薬剤師も行いWチェックを徹底する。	アスベリンシロップ０．５％	アリメジンシロップ０．０５％	
305	エルデカルシトール錠の処方箋を受け付けたが事務薬剤師共に気づかずにエディロールカプセルでの入力調剤をしていて、投薬時に処方上の剤形と違うことに気付き疑義照会して変更になった。	入力時・調剤時ともにいつもある薬であるという思い込みによる間違い。	処方箋の薬剤師による入力の確認と患者様との見合わせをしっかりと行うようにしています。なるべく処方箋に目を通す人数が多くなるようにしています。	エディロール錠０．５μｇ	エディロールカプセル０．５μｇ	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
306	ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒(医療用)を42包お渡しすべきところ、ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒(医療用)を一束・21包、ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒(医療用)を一束・21包お渡しした。監査システムウィンディーはツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒(医療用)で通していた。	監査システム ウィンディーはツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒(医療用)で通していた。また両剤共2.5g/包の為、エラーメッセージは出なかった。発注時に、在庫が合わない事に気づき、ウインディーの画像で確認。電話連絡後、誤り分を回収。	ツムラの漢方薬の配置を、同じシンボルカラー(2、12 緑色のように)が、隣り合うことが無いように、棚位置を変更した。発注済の薬剤であっても、出荷規制等で、入荷していない場合もあるので、思い込みを捨てる。	ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）	
307	セルシン2mg1錠眠前を5mgで調剤した	処方箋の見間違え	処方箋を声出し読むことにする	2mgセルシン錠	5mgセルシン錠	
308	漢方68番　芍薬甘草湯が108番　人参養栄湯　の中に入っていた 気が付かず、108番セットしなければならない所、68番をセット再度、検品監査の際に間違いを発覚 同じ赤色の帯、末番号も同じだったため誤ってなおしていたのかもしれない	一度出した薬戻す時は他の人にも見てもらうようにする	一度出した薬戻す時は他の人にも見てもらうようにする	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	
309	広域の処方箋で（般）ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%で処方が処方されていたが、普段門前クリニックから処方される頻度が高い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%と勘違いしてしまった。当薬局にはベタメタゾン吉草酸エステル軟膏のジェネリック医薬品は在庫していないが、入力者が「ベタメタゾン」の部分のみを見て判断したため、処方に手書きで門前クリニックで処方された場合に調剤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」と書き直されており、調剤者も気付かずに調剤してしまったと考えられる。	カタカナの部分が一致しており、漢字の「吉草酸」と「酪酸」がその後に続いており、はっきりと読み取らないまま入力してしまった。	入力者・調剤者・鑑査者全員が処方箋の薬品名を全部読むことを徹底する。一部分だけで判断しない。	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」	
310	在宅患者の処方箋を受け付け、カロナール500mg分2朝夕食後14日分の記載があり、他の薬との一包化指示があった。薬剤師Aがカロナール500mgのところを誤ってメトホルミン500mgMT「ニプロ」をピッキングした。一包化する前に薬剤師Bが監査したが誤りに気付かず、薬剤師Aが一包化する際に誤りに気付き事なきを得た。	該当医薬品が棚の近い位置に配置され、ヒートの配色や錠剤の大きさが似ておりミリ数も同じであった。外来の処方箋の調剤、鑑査と並行して在宅の処方箋の調剤、鑑査を行っており注意力が散漫になっていた。一包化の際に糖尿病薬が出ていることに疑問を持ち誤りに気付くことができた。	該当医薬品の棚の位置を離して取り間違いを防ぎ、再度、ピッキング、監査時に確認を怠らないよう周知徹底した。	カロナール錠500	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「ニプロ」	
311	ロスバスタチンOD錠が前回2．5mgから5mgへと処方変更されていたが、気付かず入力、そのまま交付。その日のうちに気付いて患者宅へ交換へ行った。	規格の確認不足	処方箋をよく確認し、規格や用量を確実にチェックするようにする。	ロスバスタチンOD錠5mg「DSEP」	ロスバスタチンOD錠2．5mg「DSEP」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
312	普段からエンシュアリキッドHで処方されている方が、今回からエンシュアリキッドへ変更になっていたが、エンシュアリキッドHのまま入力。鑑査時点でも見逃してしまい、投薬時に気が付き対応。	患者さんが一包化のため、入力時に前回処方をコピーして入力する手法をとっており、変更に気が付かなった。また、監査システムでもエンシュアリキッドに関しては通さない仕様になっていた。	入力の再確認。全ての薬剤を監査システムを通すよう改善。	エンシュア・リキッド	エンシュア・H	
313	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはプレドニゾロン錠1mg「旭化成」1錠朝食後56日分と記載されていた。処方箋入力者はプレドニゾロン錠1mg「旭化成」と入力するところ、プレドニゾロン錠2．5mg「NP」と入力し調整者に回した。薬剤師は調整している際に間違いに気づき入力者に伝え、正しい内容で患者に薬を交付した。	プレドニゾロンの規格違いであり、名称は一緒だため間違った。この患者は1年以上プレドニゾロン錠2．5mg「NP」1錠朝食後で服用しており、継続処方と思いこんでしまった。	処方せんの入力の際に規格部分を【】で協調されるように画面表示を変更した。処方箋規格部分を十分に注意するように徹底した。	プレドニゾロン錠1mg（旭化成）	プレドニゾロン錠2．5mg「NP」	
314	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒を誤ってツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒で調剤をしていた。投薬中に投薬者が気づき、取り換えた。交付前だったため健康被害は出ていない。	忙しい時間帯であった。薬品名称の語尾が「加竜骨牡蛎湯」と同じこともあり取り揃えを間違えたと考えられる。	薬品名を確認する時は一部ではなく全部を確認するように徹底する。	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）	
315	セフジトレンピボキシルを調剤するところ、セフカペンピボキシルを調剤重量監査機により発見	慢心・慣れによる不注意	指さし確認	セフジトレンピボキシル錠100mg「SW」	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「SW」	
316	アスピリン「ヤマゼン」で処方。患者様の希望としては、継続して使用しているヤマゼンをご希望。入力もヤマゼンで入力。調剤時に「ヤマゼン」の在庫はなく、「マルイシ」で調剤。鑑査時にも発見できずそのまま交付。次回来局時に在庫のズレより発覚	散剤調剤のプリンターには「アスピリン」のみ記載されており、鑑査時にはメーカーまで判断が出来なかった。	調剤時メーカーの確認、調剤後、入力と調剤したものが適しているかすり合わせを調剤者が行う。	アスピリン＊（山善）	アスピリン原末「マルイシ」	
317	AGフェキソフェナジンの棚に先発品であるアレグラを戻してしまった。箱と中身がかなり似ていて棚に戻したあとも違和感がなくしばらく気づくことができなく薬を集めるときに発覚。	思い込みと箱、中身が似ているため一度間違って棚に入れてしまうとその後気づくのが困難。	棚に戻すとき名称が必ず確認。	フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg「SANIK」	アレグラ錠60mg	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
318	分３２８日処方で4束調剤する際、2箱目を開封するときに取り違えた。	あいうえお順に配置しており、納入時に間違えて並べてしまったことが原因でそのまま気づかず調剤してしまった。	調剤時慌てずしっかり確認する。納品時も確認をしっかりする。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒（医療用）	
319	一般名処方でクロベタゾン酪酸エステル軟膏が処方されていたが、事務員がクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏を誤って選択し、先発デルモベート軟膏で入力。調剤者も勘違いでデルモベート軟膏で調剤し、鑑査者も気付かずそのままデルモベート軟膏を投薬してしまった。後日、他薬剤師が間違いに気付き、患者さまへ謝罪。既に使用済みであったが副作用等発現はなくキンダベート軟膏をお渡しし切り替えいただいた。	繁忙と思い込み・勘違いが重なり、各当事者の確認が不十分であった。	繁忙であっても、各自確認を怠らず入力・調剤・鑑査にあたるようにする。投薬時においても、症状と処方薬が適切であるか確認をする。	キンダベート軟膏０．０５％	デルモベート軟膏０．０５％	
320	ツムラ当帰芍薬酸の処方に対して、ツムラ芍薬甘草湯を調剤11/17 他薬局にて再診・調剤の際に、薬剤師により発覚。	処方入力にて、入力ミスを犯し、その薬袋等に従って調剤。処方箋原本と突き合わせて、薬品を取り揃えなかったことが一番の原因。	処方前監査→処方入力→調剤→監査→投薬の各段階において、声出し・指差し確認などの確認作業をもれなく行うことが重要。	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）	
321	ツムラの漢方をピッキングする際、39番の苓桂朮甘湯ではなく29番の麦門冬湯を集め監査時に間違いに気づく。	ツムラの漢方の色が同じだったため薬品名の確認を怠った。	ピッキングする際は薬品名まできちんと目を通し二重確認を徹底する。	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ麦門冬湯エキス顆粒（医療用）	
322	患者が持ってきた処方箋にはヒュミラ皮下注80mgペンと記載されていたが薬剤師A（職種経験年数10年）はヒュミラ皮下注40mgペンを調剤し監査に回した。監査にあった薬剤師Bがヒュミラ皮下注の規格間違いに気づき薬剤師Aに間違いを伝えた。薬剤師Aはヒュミラ皮下注８０mgペンを正しく調剤し再度薬剤師Bが監査した。監査で誤りに気付いたため患者には正しい薬を交付した	患者が来局した時間は混んでいたため焦りがあった。ヒュミラ皮下注は80mgより40mgの方が使用している患者数が多いため40mgで調剤してしまった。	ヒュミラ皮下注　規格違いがあることが分かるように表示をし調剤時に規格があっているか確認するよう注意喚起した。	ヒュミラ皮下注８０mgペン０．８mL	ヒュミラ皮下注４０mgペン０．４mL	
323	１０種類程度の処方があり、その中のカルベジロール２．５mgの処方をビソプロロール２．５mgにて調剤。一包化のため一包化作成時に気付き、訂正して作成。	慢心、慣れ	ピッキングした者にもピッキング後確認をしてもらい、監査体制を確立する	カルベジロール錠２．５mg「サワイ」	ビソプロロールフマル酸塩錠２．５mg「日医工」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
324	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒6g分2朝食前と夕食前　2８日分処方されていた。患者様が1包服薬されたときに、いつもとちがう薬だということに気づき、全56包のうちツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒が2包混在していたとご本人が来店された。	ツムラの漢方製剤は人参養栄湯は108番、3包でシート1枚、56包は3包を18枚と2包、3包シートで出せない端数の2包が芍薬甘草湯で68番、過誤対策として番号以外にヒートに識別のラインが入っているが、他の患者様の疑義照会で返答待ちとなり、その間に鑑査をしていたため、108番に68番が混在していたことを見落としてしまった。ツムラの人参養栄湯よりも芍薬甘草湯の処方頻度が高く、逆の混在ならば、調剤の数ミスや処方キャンセルになった場合に保管場所に戻す際に間違えた可能性がある。	調剤時鑑査時重ねて、漢方の番号と薬品名を確認することを徹底する。調剤しなおしなどでくすりを保管場所に戻す際には、ひとりではなく他の職員にも確認してもらう。	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	
325	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯をピッキングするところをツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯を誤ってピッキングしていた。	・薬剤師1人の状態で患者の来局が重なってしまい焦っていた。・処方箋に書かれてる医薬品名の確認不足。	・名称類似医薬品を再度確認し、該当する薬品棚などに注意書きを貼付。	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）	
326	カルボシステイン錠250mgが処方されていたが誤ってクラリスロマイシン錠200mgをピッキング。他薬剤師が鑑査時に間違いに気づいた。	シートの色、形が似ており　隣の棚に保管してあった。	薬剤の保管場所を離した。調剤時に薬剤名、規格等を必ず確認してピッキングを行う。調剤時、鑑査時において処方箋写しの薬品名、mg数へ必ずチェックを入れる。	カルボシステイン錠250mg「JG」	クラリスロマイシン錠200mg「日医工」	
327	処方は一般名クロベタゾール酪酸エステル軟膏0.05%5gプロペト5g　の混合調剤したのはクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%　プロペト5gの混合普段は経験豊富な事務員が入力しているのだが、その時はたまたま外出中で、慣れない薬剤師が変わって入力。昼時でたまたま患者も多めで、少々慌てて入力していた。用法は1日2回眉の下。調剤したものもデルモベートはストロンゲストだが、かなり赤く腫れておりプロペトと混ぜているので問題なし、と判断して投薬。患者には「強めの薬なので、なるべく薄く少量でぬるように」と指示した。その後入力した薬剤師が疑問に感じ、チェックしたところ、似たような一般名で間違って入力したことを発見。すぐに患者に連絡し、調剤しなおし交換に行った。幸い患者は塗る前で事なきをえた。	軟膏、クリームは商品名で覚えていることが多く、似たような名前が多々あるので注意が必要。一般名は長い名前が多く、おぼろげに覚えているのが現実と思う。調剤前によく確認しておくことが大切に思う。今回はプロペトとの混合のため、特にチェックが抜けてしまったように思われる。	一般名、特に軟膏類は2名以上で確認後調剤し、入力も再度確認するよう徹底したい。	キンダベート軟膏0．05%	デルモゾール軟膏0．12%	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
328	芍薬甘草湯を処方するところ、処方箋が炙甘草湯で入力されていた。投薬時に患者からの聞き取りで、足が攣ったら飲むとの話で、医院に疑義を行ったら、芍薬甘草湯を出すはずだったとの返答	漢方はいろいろな症状で処方されるので、投薬時に患者から症状について、しっかり聞き取りをする。	投薬時に患者と話をして、疑義があったら必ず照会する。	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）	
329	ロラタジン口腔内崩壊錠を入力する所をロラタジンシロップ用で入力していた。	二次元バーコードが読み取りにくく、手入力をしていた上に、患者が多く忙しく立て込んでいた為、焦って入力してしまった。	二次元バーコードを読めなかった場合、処方せんに目印をつけ、より入力・監査する際に注意を促す。	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%	
330	一般名処方に関して先発品希望の患者様にGEで入力	声かけスタッフ間	声掛けの徹底	ロキソニンテープ100mg	ロキソプロフェンNaテープ100mg「三和」	
331	（般）セフジトレンピボキシル細粒10%の処方の所、（般）セフカペンピボキシルと勘違いしてフロモックス細粒で調剤してしまった。監査の薬剤師が気づき、対応した。	一般名処方の場合は医薬品のラベルで確認してから調剤するように徹底してたが、うっかり確認をせずに調剤してしまった。	今後は調剤時に一般名と商品名の確認を徹底する。	メイアクトMS小児用細粒10%	フロモックス小児用細粒100mg	
332	ツムラ葛根湯加川芎辛夷7.5g分3　5日分でお渡しする所、1日分だけ誤ってツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯をお渡ししてしまった。品番の印刷が同じ緑色だったので、気づかずに調剤し投薬してしまった。当日処方がなかった柴胡加竜骨牡蛎湯が開封されていたことから、ミスが発覚。すぐに該当する患者数名に電話し、討議患者を特定した。まだ服用前だったことが幸いだった。	慣れ・慢心からくる調剤ミスと思われる。漢方薬も束にした輪ゴムを外して監査をせずに、色だけで判断したことが要因と思われる。。	毎回投薬時に、薬を束ねた輪ゴムを外して監査をする。	ツムラ葛根湯加川きゅう辛夷エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）	
333	半夏厚朴湯を投薬するところ半夏白朮天麻湯をだしてしまいました。調剤したものと監査したものが別々だったが馴れ合いになっていた。	FAXで来た処方で　沢山の薬剤が出ていたため　慌てていた。	監査が充分時間をかけるようにする。投薬を別の人にする。	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）	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
334	薬剤師Aが一包化の処方せんでありその前に薬剤を順にピッキング。別の薬剤師Bが監査をし規格違いを発覚。	ランソプラゾールOD15mgの処方や一包化で使う患者も多く、思い込みもあり誤ってピッキングをした。当薬局では一包化する前にもチェックをするので一包化する前に気づいた。	患者に関する情報共有をしあう体制、ピッキングする際も規格に〇や薬剤の語尾までをちゃんと追うように確認もしていくように意識していく。調剤段階でのヒヤリハットであり、監査にはまた別の薬剤師にも一文字監査など対応していく	ランソプラゾールOD錠30mg「サワイ」	ランソプラゾールOD錠15mg「トーワ」	
335	処方内容；アトルバスタチン10mg；監査時プラバスタチン錠10mgが入っていた為、調剤し直した。	焦って調剤をしたのか、処方の確認不足のため。	調剤者は処方箋を確認し自分でもダブルチェックするように心がける。	アトルバスタチン錠10mg「Me」	プラバスタチンNa錠10mg「サワイ」	
336	薬局勤務の薬剤師が処方内に記載のあったカロナール錠500を調剤しようとしたが、誤ってメトホルミン錠500mg「ニプロ」を取ってしまった。別の監査者がすぐに気づいたため患者に誤った薬が渡されることはなかった。	当週はインフルエンザやコロナ患者の来局のため多忙であり、そのため薬剤師の疲労や判断力低下があった。	調剤者による指差し確認や声出し確認を行う。監査装置を適切に使用する。調剤した者が同じ処方の監査をなるべく行わない。	カロナール錠500	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「ニプロ」	
337	FAXによる調剤準備の段階で文字が不明瞭であったこともあるが、確認が疎かになりLDのところをHDを拾ってしまった。	繁忙時間帯による投薬に追われ、FAXによる準備が疎かになってしまったことが考えられる。	FAXにて準備をする場合、もし不明瞭であったならば前薬歴も確認し、必ず送信元へも問い合わせてから調剤を行うことを徹底する。	エクメット配合錠LD	エクメット配合錠HD	
338	一般名処方で名前が類似していたため取り違えた	一般名がにているのでわかりやすく表示するように心掛ける	複数で再度確認するようにする事を徹底した。	セフジトレンピボキシル錠100mg「SW」	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「SW」	
339	炭酸水素ナトリウム　2.5g分2処方のところ、塩化ナトリウムで調剤してお渡し。	繁忙。塩化カリウムと炭酸水素ナトリウムが処方されており、塩化ナトリウムと誤読した。	マルチタスクを常に行っている状況だったため、業務のオペレーションの改善を行った。JANコードによる監査システムの利用も検討中。	炭酸水素ナトリウム「ニッコー」	塩化ナトリウム「オーツカ」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
340	メトホルミン500mgとカロナール錠500mgの取り間違い	形状が楕円形で似ており、名称も500mgで、劇薬のため同じ棚にならべてあるので取り間違いがおこったと思われる	棚の位置はすでに変更しているが、思い込みで間違いが起きてるので、間違えやすいとの認識を周知した。	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「DSEP」	カロナール錠500	
341	後発品を希望されていたため、今回初めての処方のロキソニンゲル1%をロキソプロフェンNaゲル1%「NP」に変更したが、レセコンの入力が後発品に変更されていないことに気付かず交付した。交付後、再度レセコンを確認していて間違いに気付き、薬情や手帳がロキソニンゲル1%のままになっていることを本人に電話で説明し、薬効等の説明は変わらないことと、次回手帳については貼り換え、薬情は新しい物を準備すること、負担金については変更がなかったことを伝えた。	交付した薬剤師はいつも来られている患者のため後発品に変えることを事務員も理解していると思い込み、事務員に後発品に変えていることを伝達していなかった。電子薬歴でも後発品で入力されているものと思い込み、確認が不足した。入力した事務員も後発品に変わっていないか疑問にも思ったものの薬剤師が何も言わないので確認しなかった。	新しい薬の際は変更の有無に関わらず、必ず声に出して採用薬を確認する。疑問に思ったらそのままにしないなどの基本を再確認した。	ロキソニンゲル1%	ロキソプロフェンNaゲル1%「NP」	
342	2週に1回毎回エンシュアリキッドが処方されている方。今回から処方がエンシュアHにかわっていたが、いつもの慣れで入力・調剤をエンシュアリキッドで行ってしまい、監査時に気づいた。	慣れ　確認を怠った	それぞれが確認する	エンシュア・H	エンシュア・リキッド	
343	一般名処方でロキソプロフェンNaテープ100mg温感が処方されていたが、今まではロキソプロフェンNaテープ100mg非温感が処方されており今回処方で非温感から温感への変更に気がつかずロキソプロフェンNaテープ100mg非温感で入力をして調剤を行ってしまった。	一般名処方が途中まで一緒のため処方の変更に気がつかず、繁忙の時間でありお薬手帳シールをよく確認せず薬剤を交付してしまったことが原因である。	投薬前に処方せんとお薬手帳シールを再度よく確認すること、患者さんに薬を見て確認をすることを徹底する。	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「久光」	
344	一般名処方で【般】ヘパリン類似物質クリーム0.3%と他の軟膏のMIXの処方あり。レセコン入力を【般】ヘパリン類似物質軟膏0.3%で入力、ピッキングもヘパリン類似物質油性クリームを準備。軟膏MIXする薬剤師が異なる薬が用意されている旨を気付き、混合前に正しい薬へ変更。	レセコン入力、ピッキング共に処方の思い込みで入力してしまった様子。	ピッキングと調剤は別の薬剤師の目を通すようにしている。間違い易い薬については気を付けるよう付箋などでレセコンの周りに注意喚起している。	ヘパリン類似物質クリーム0．3%「日医工」	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
345	一包化の患者様で、以前は先発品希望によりタケプロンOD15で調剤していたが、メーカー欠品中であった為、オーソライズドジェネリックであるランソプラゾールOD15[武田テバ」で代替してお渡ししていた。通常当薬局ではランソプラゾールOD15「サワイ」で調剤しているためこの患者さまにも誤って「サワイ」の製品で調剤してしまった。一包化だった為、その場で主成分・効果は変わりないと説明し今回のみ「サワイ」の製品で服用して下さるよう了承して頂いた。	ジェネリックメーカーが多数存在している場合、棚の場所を変えるなどして区別する。薬歴にも注意事項に書き込む。調剤者と監査者は別の者が必ず行う。投薬する際には再度メーカーを確認する。	どこのメーカーで調剤したか一目でわかるようなプレートを作って一緒に入れるようにする。	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「サワイ」	
346	ゾルピデム5mgが処方されたが、誤ってゾルピデム10mg調剤。患者にも見せ確認し交付。翌日、本人がいつもと違うと持参された。本人気づいた為服用していなかった。	薬袋を確認し、5mgを調剤したと思い込み。患者に投薬するとき、別の相談も受けていたため、注意力が散漫していたと思われる。向精神薬は処方された数量を随時記載しているが、記載するとき調剤した薬を10mgと記載しており、残とあっていたため間違って渡しているのに気づいていなかった。	単純な確認不足。監査を確実にする。その日の処方された薬剤と残数の確認徹底	ゾルピデム酒石酸塩錠5mg「AFP」	ゾルピデム酒石酸塩錠10mg「AFP」	
347	ムコダイン錠500mgが足りないと患者様より連絡があり確認したところ、ムコダイン錠500mg3錠分3毎食後での処方を6錠で処方入力しお渡ししており、患者様は一回に2錠で服用されていたことが判明。胃部に不快感が出たが、その他気になることはないとのこと。正しい処方は1錠であったことをご説明し再度謝罪し、不足分をお渡して余計に頂いていたお会計を返金した。	レセコン入力間違い、調剤録間違いの見落とし、入力間違いに伴うピッキングサポートシステムの通過、監査ミスが重なった。投薬時に前回処方されていたトラネキサム酸250mgが今回からムコダイン錠500mgに変更になったことを患者様にお伝えし服用数の確認も行ったが、入力間違いで薬情、手帳のシール、薬袋が1回2錠の印字で交付していた為患者様はその通りに服用した。	処方入力では前回の処方内容を写すだけでなく、薬品名、規格、用法、日数、処方薬品数を落ち着いて確認する。二次元コードで入力する際も過信せずに確認作業をしっかり行う。調剤録チェックのをする際(訂正箇所を再チェックする際など)流れ作業にならないようにする。ピッキングサポートシステムにて監査する際、照合した人が最後にもう一度数の確認をする。投薬時、1剤ずつ薬情や薬袋の印字とつき合わせて説明を行いながら印刷物を読んで服薬指導をする。患者様の気持ちになって、患者様の目線にもなって監査を行う。	ムコダイン錠500mg	ムコダイン錠500mg	
348	分包機のカセットによる中断による操作ミスを改善するために、事前にカセットへの薬品補充を行っていた。その際にランソプラゾールのカセットにラベプラゾールを誤って補充してしまった。PTPシートの名称とカセット記載の名称は目視はしていたが、似た名称のため見落としていた。その後分包する際にカセットの引っ掛かりのため残数エラーが出現し、取り違えが発覚した。	調剤業務の途中に、中断作業が入るとミスを起こしやすくなるために、改善の為の準備の際に起こった。分包機のカセットには医薬品の名称を記載しているが、分包機の各カセット位置のリスト更新を怠っていた為、確認がし辛い状態であった。	分包機掲示の薬剤リストの更新、およびカセットの錠剤確認用のスペースを活用する。高頻度に使用する薬剤は余裕のある時間に補充をしておく。	ラベプラゾールNa錠10mg「YD」	ランソプラゾールOD錠15mg「トーワ」	
349	初めピタバスタチンOD錠1mg「サワイ」を後発品として採用していたが、OD錠の味が患者に不評であったためピタバスタチン錠1mg「トーワ」に採用薬を変更した。処方内容が変わらず前回と同じ処方内容であったためそのまま処方内容を複写して「サワイ」のもので入力してしまい鑑査時にメーカーが違うことに気付き入力し直した。	忙しい時間帯で患者が複数待っていたこと、前回と同じ処方内容であったことで慣れと焦りからそのまま処方内容を複写してして入力してしまった。	採用薬の変更時はいつから何に変わったのか誰でもわかるように伝達を徹底する。	ピタバスタチンCa・OD錠1mg「サワイ」	ピタバスタチンCa錠1mg「トーワ」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
350	一般名処方によるロキソプロフェンテープ100mg「温感」の処方。入力時に「非温感」のロキソプロフェンテープ100mgで入力。調剤時には発見できず、監査で発見。	通常はQRコードで入力されるところ、1剤だけの追加だったため過去の情報に手入力で追加入力された。その際に事務員の勘違いで「非温感」の薬剤が入力されてしまった。初めての処方であったことと、「温感」が処方されることは稀であること、繁忙期だったことが重なり間違えにいたったと思われる。	ロキソプロフェンテープは、一般名処方が長く最後の「温感」と「非温感」で区別しなければいけないことを職員全員で周知徹底した。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「トーワ」	
351	オロパタジン塩酸塩錠10mg「EE」が処方さえていたが間違えてベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」を渡してしまった。患者様からの連絡で発覚。	忙しかった。その日はベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」の処方が続いていたため思い込みが生じたと考えられる。外観の色が似ているのも要因であった。	年末で一層忙しくなるため仕事に流されず、集中して調剤特に監査は業務を行うようにスタッフで確認した。	オロパタジン塩酸塩錠5mg「EE」	ベポタスチンベシル酸塩錠10mg「タナベ」	
352	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏とヒルドイドのMIXが処方されてるのにベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏とヒルドイドのMIXが調剤され鑑査に回り誤りが発覚。	普段よく出るのがベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏とヒルドイドのMIXが大半であり、最近からこちらで働き始めた調剤者であったため、出だしが一緒の名前であるため見間違いが起きたと思われる。	ベタメタゾン吉草酸とのMIXの場合は吉草酸であることの強調をするようにしている。	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0．12%「イワキ」	ベタメタゾン酪酸エステルプロピオン酸エステル軟膏0．05%「MYK」	
353	ビオフェルミン散剤が処方されていたが、ビオフェルミン配合散でお渡ししてしまった。次月のピッキング時に間違いに気付いた。	当薬局では配合散が処方されるのがほとんどであったため、急ぎでお持ちするのと重なり、確認不足のままお渡ししてしまった	処方箋と薬を必ず照らし合わせて監査を行う	ビオフェルミン散剤	ビオフェルミン配合散	
354	ビオフェルミン配合散を調剤すべきところ、誤ってビオフェルミン散剤を調剤した。監査者の薬剤師が発見し、正しい薬に訂正した。	類似した薬品名であった。	ビオフェルミン配合散とビオフェルミン散剤の両方が存在することを注意喚起するメモを薬品棚に設置した。	ビオフェルミン配合散	ビオフェルミン散剤	
355	規格違い交付前	監査器の使用	シェア	アムロジピン錠5mg「トーワ」	アムロジピン錠5mg「トーワ」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
356	ロキシスロマイシン錠150mgが処方されていましたが、ロキシスロマイシン錠150mgをロキソプロフェンNa錠60mgと誤認して調剤しました。	ロキまでの文字は、同じですが処方の背景を考えながら調剤する事。薬品名を最後まで読むこと。	薬品名を声に出して読み上げげて調剤すること。	ロキシスロマイシン錠150mg「サワイ」	ロキソプロフェンNa錠60mg「サワイ」	
357	8月8日（火）にいつもの整形外科の処方せんを持参された時に、前回（6月23日）に投薬されたツムラ62防風通聖散エキス顆粒を持参され、その中に、ツムラ72甘麦大爽湯エキス顆粒が63包のうち、14包混ざっていたことが判明。謝罪し、14包を防風通聖散へ交換した	調べたところ、まずツムラ62防風通聖散エキス顆粒とツムラ72甘麦大爽湯エキス顆粒が、隣同士にならんで置いてあったこと　漢方薬の識別の色が同じ（緑色）であり末尾番号が「〇2」のため、ツムラ72甘麦大爽湯エキス顆粒を戻す際に、ツムラ62防風通聖散エキス顆粒の箱に戻していたことが原因でした。（ツムラ62防風通聖散エキス顆粒の箱の中に、、ツムラ72甘麦大爽湯エキス顆粒が一束入っていました）	漢方薬の識別の色が同じものは隣同士にならないように置くようにしました。	ツムラ防風通聖散エキス顆粒（医療用）	ツムラ甘麦大棗湯エキス顆粒（医療用）	
358	ツムラ麻子仁丸28日分のところツムラ清暑益気湯14日分と麻子仁丸14日分でお渡し	ツムラの漢方を番号順に並べていたところ126番2箱とるところを126番1箱と136番1箱をとり間違いそのまま交付。	ツムラの漢方を仕切りなく並べていたため、仕切りをしっかり作るようにした。ピッキングシステム使用時にすべての箱をスキャンしていなかったため、全ての箱をスキャンする手順を徹底した。	ツムラ麻子仁丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ清暑益気湯エキス顆粒（医療用）	
359	処方箋には、アムロジピン錠5mg1錠と記載されていたが、レセコン入力時にアムロジピン錠2.5mgで入力をしてしまった。	レセコン入力時の操作ミスと確認不足が原因と思われる。	入力をした画面と処方箋を照らし合わせ、ひとつひとつ声に出して間違いがないか確認をするようにしていく。	アムロジピン錠5mg「NS」	アムロジピン錠2．5mg「NS」	
360	ピタバスタチンの用量違いで2mgが1例のみの処方で漫然と1mgと考えて処方しました。	やはりいつも同じ用量だと思い込み確認を怠った。	やはり確認をダブルチェックを行うことにより確認が出来るので今後は改善します。	ピタバスタチンCa錠2mg「タカタ」	ピタバスタチンCa錠1mg「VTRS」	
361	前回処方のプレドニン錠5mgから今回処方のプレドニゾロン錠1mg（旭化成）に変更になっていたが、前回のままと思い込みプレドニン錠5mgで処方入力を行った。監査時に入力間違いを発見した。	名称の類似、前回処方から変わっていないという思い込み	処方が変更になることがあるので入力時に注意する。	プレドニゾロン錠1mg（旭化成）	プレドニン錠5mg	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
362	一般名処方　ベタメタゾン酪酸プロピオン酸エステル外用液　0．05%　と記入今まではデルモベートスカルプローションを定期処方されていたので、そのまま調剤し、監査時に発見し、アンテベートローションに変更し、投薬する。	ステロイド外用剤の一般名処方はよく確認するよう徹底する。	調剤棚に一般名も記入する。	アンテベートローション0．05%	デルモベートスカルプローション0．05%	
363	【般】ケトプロフェンテープ40mg（10x14cm温感）外用　1日1回入浴後貼付　　28枚湿布薬：28日分部位：腰部	この患者は以前から【般】ケトプロフェンテープ40mg（10x14cm非温感）が処方されていたので予製作成準備をしていて普段通りに渡してしまった。診察は患者が直に受診したが薬剤交付時は家族の方だけで来られたのであまり深い話はしないまま投薬してしまった。そして帰宅後に患者が取り出したところ「Dr.には温シップをお願いしたのにいつものシップが入っている。」と言われ薬局に電話で先程の家族から問い合わせがあり調剤ミスに気づいた。	誰も「温感」になっていたことに気づかなかった。そこには慣れによる気の緩みもあったと思う。兎に角、処方箋記載を読みかえす以外にないと思っている。一般名の記載がずっと同じ記載で最後の最後に「非」が付くか否かの違いだけであり同成分で枚数も使用部位も一緒であれば見落とす可能性は極めて高いのではないかと思われる。もっと大々的に一般名も商品名もパッケージも変更する必要があると思われる。恐らく同じような事例は全国的にも多発しているのではないかと感じていますが。	ケトプロフェンテープ40mg「ラクール」	ケトプロフェンテープ40mg「パテル」	
364	バルサルタンとテルミサルタンの取り違え	両薬剤ともよく触る薬で、規格も同じ為、調剤時、頭の中で変換され取り違えた。	監査時に処方箋に鉛筆で薬剤名と規格にマルをしてチェック。職員全員に一番多い取り違えである事を伝えてました。	テルミサルタン錠40mg「サワイ」	バルサルタン錠40mg「サンド」	
365	セフカペンピボキシル錠が処方されていたが、誤ってセフジトレンピボキシル錠を調剤してしまった。監査時に誤りに気付き、修正した。	・体調不良により、職員の急な休みが重なり、人数が通常時に比べ少なかったこと。・混雑時間帯であったこと。	・本案件に関し、他店舗のスタッフを含め周知徹底。・他の間違いやすい薬剤について改めて洗い出し、共有。・該当医薬品の棚にメモ書きを貼付	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「SW」	セフジトレンピボキシル錠100mg「SW」	
366	ケトプロフェンテープ20mg　の処方に対して　40mg製剤を入力　調剤時発覚	規格の入力間違い	規格違いの薬剤は警告表示にする	ケトプロフェンテープ20mg「パテル」	ケトプロフェンテープ40mg「パテル」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
367	【般】デキサメタゾンクリーム0.1%　15gの処方があるも、当局に10gしか在庫がなかった。調剤者がメサデルムクリーム（一般名：デキサメタゾンプロピオン酸）で代替出来ると勘違いし、処方入力者にメサデルムでの入力を指示した。入力者も3文字検索で、メサデルムクリームが代替薬に上がったため、メサデルムクリームで入力をした。その結果、処方とは異なる成分の薬を渡してしまった。患者さんから電話で指摘あり、間違いに気づく。	外用ステロイド剤の一般名処方が、混乱の一因でもある。デキサメタゾンやベタメタゾンで始まる薬剤が多い。	入力者、調剤者ともにデキサメタゾン、ベタメタゾンの後の成分を必ず確認する。	デキサメタゾンクリーム0．1%「イワキ」	メサデルムクリーム0．1%	
368	ニルバジピン2mgを調剤すべきところベニジピン2mgをピッキング。ダブルチェックするようにしていたため、事務員が気づいてくれたため、その場で誤りを正せた。	同じCa拮抗剤でベニジピンの使用量が多く同じ2mgであったため思い込み、ケアレスミス。他の患者のことが気になって集中できていなかった。	今回、ダブルチェックが功を奏したので今後も必ずダブルチェックをする。	ニルバジピン錠2mg「トーワ」	ベニジピン塩酸塩錠2mg「トーワ」	
369	当薬局を利用されている患者様に普段処方される(般)ケトプロフェンテープではなく、(般)ロキソプロフェンナトリウムテープが処方された。成分が違った事に気を取られて、非温感ではなく、温感であることを見逃して誤って入力した。交付前に患者様への聞き取りで温感タイプをDrにお願いしたと言われ、初めて誤りに気付いた。	門前の医療機関でない医療機関の処方箋であった為、様式などが違って見落としが起きた。	特に貼付剤は、成分だけでなく温感・非温感の記載に注意して入力、調剤、監査すること。	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」	
370	ザクラスLD錠の一般名処方に対し、間違えてHD錠で調剤、監査で別薬剤師が気付き、訂正。	慣れから来る思い込みで平拾い間違い。前回はHDであったため、しっかり規格を確認しなかった。	規格確認の徹底。調剤監査システムをしっかりと使うように共有。	ザクラス配合錠LD	ザクラス配合錠HD	
371	タリージェ錠5mgが処方されていたがタリージェOD錠5mgを調剤・一包化していた。監査もスルーし事務員が施設で薬をセットする際にいつもと薬が違うことに気付き発覚。	原因は分包器でタリージェOD錠5mgを新規追加する際、錠5mgの変更をしたことではないか。	分包器の薬品情報変更時のルールの再確認（先発品→GE品全替えの場合は先発品を変更。それ以外の新規採用は薬品追加をするなど在庫品の剤型違い品の周知（タリージェ、リクシアナなど）上記の薬が出ている際は特に気をつける。	タリージェ錠5mg	タリージェOD錠5mg	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
372	前回はツムラ半夏厚朴湯処方であったが、今回は半夏瀉心湯に変更になっていた。入力時に気づかずに前回Doで入力してしまう。バーコードによる監査システムを導入しているが、調剤者が照合した際にエラー音がなったため、自分の調剤が間違っていると思い込み、入力通りの薬剤を調剤し、監査システムを通してしまった。監査者も監査システムが通っていたため、薬剤名を正確に確認することなく監査、投薬してしまった。	監査システムに頼り過ぎて、調剤・監査時に処方箋の記載を正確に確認する、という基本的な手順が抜けてしまっていた。	調剤時には必ず処方箋原本を見て調剤し、監査システムでエラーが出た際には再度原本と入力内容をよく照らし合わせることとする。	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）	
373	処方箋にはビフィズス菌錠との記載があったが、事務入力の際に誤ってビフィズス菌錠12mgで入力。監査、投薬の際に気が付かず、交付後監査者見直し中に誤り発覚。投薬後30分以内であったためすぐさま患者に連絡、患者宅に出向き薬剤を正しいものに交換を行った。	処方の入力を担当した事務がビフィズス菌錠に複数あるという知識がなかったことと、患者様への投薬のスピードを優先してしまった結果監査があいまいになってしまった結果12mgに気が付かず、誤った内容のまま交付に至ったと考えられる。	今回の事例の内容の共有、見えやすい位置に間違いやすいものの見分け方のメモを貼る	ラックビー錠	ビオフェルミン錠剤	
374	一般名ビフィズス菌製剤散の処方であった。ビオフェルミン散を調剤しなければならないところ、ビオフェルミン配合散を調剤していた。別の薬剤師が、鑑査時に気が付いて、正しくし直した。	注意不足で間違った可能性があります。	薬局内で、全員に、今回の事例を共有する。また、箱に、間違え注意の注意喚起をする記載をしておく。	ビオフェルミン散剤	ビオフェルミン配合散	
375	在宅患者症例定期的に処方指示あった後、2日後に配薬している症例であるが、患者本人よりその日は当日中に欲しいと要望あり。急ぎ準備しなければいけない状況で、名前が似ている薬剤をピッキング者、監査者が気付けず、患家で服薬指導時に発覚。一度持ち帰り再度正しい薬剤をお届けし対応。	同じ劇物、棚に入っていたこと、最初の名前及び同じ50mg錠であったことからしっかり確認せずに生じた。	同じ棚で管理せずビプレッソを棚に、ビムパットを引き出し棚と管理場所をわける。余裕のある薬剤師に監査を行ってもらう。	ビプレッソ徐放錠50mg	ビムパット錠50mg	
376	皮膚科の処方箋で、強力レスタミンコーワが処方されていたが、レスタミンクリームで調剤、ケラチナミンクリーム20%とのミックス処方だったため、投薬時にも気が付かず投薬してしまう。監査システムを使用していたが、監査時にも見逃してしまった。投薬後2か月たって、強力レスタミン軟膏の数が合わないため発覚。患者さんは発覚前にも皮膚科の処方箋を貰い、状態は改善した様子。	分包、ミックスなどで、薬剤の包装が見られないときの調剤は、より慎重に調剤、監査を行う。	調剤者、監査者ともに、目視鑑査の時に、より慎重に、監査を行う。	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%	
377	調剤の際規格間違い	当薬局には1規格しか採用しておらず、複数規格あると思わずレセコン入力、調剤。	レセコン入力、監査時、薬品名、規格を声出し確認の徹底	プラザキサカプセル75mg	プラザキサカプセル110mg	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
378	一般名：ビフィズス菌散で処方され、ビオフェルミン散で入力は正しかったが、調剤時にビオフェルミン配合散を調剤。	ビオフェルミンの散剤が2種類あるのを把握していなかった。知識不足。	全員に周知、それぞれの散剤にも間違わないよう付箋などで注意喚起を貼付して目立つようにした。	ビオフェルミン散剤	ビオフェルミン配合散	
379	プレドニゾロン錠5mg　1回0．5錠　朝食後　5日分処方のところ、プレドニゾロン錠1mgの規格のもので誤入力し、錠剤の分割、分包を行った。その後の統合鑑査時にも誤りに気付かず、患者への服薬指導時に処方箋と印刷物の規格が間違っていることを発見し、お時間を頂き再度正しい規格のもので入力、調剤を行い、お渡しをした。	プレドニゾロン錠など、規格が複数存在し、量の変更もよくある薬の場合は特に注意をして鑑査を行う必要があるにも関わらず、鑑査が漏れてしまっていた。要因としては、すぐに来局される患者ではなかったため、調剤に取り掛かったのが遅掛けの時間帯であり、集中力が落ちていたことや、鑑査時に規格のチェックがしっかりと出来ていなかったことなどが挙げられる。	統合鑑査時には規格、数量のレ点、〇印チェックを漏れなく行う。複数規格が存在する医薬品の棚には注意喚起ラベルを貼る。投薬時にも規格の確認は必ず行う。錠剤の分割や一包化をする際は本当にその薬で正しいのかを再度確認した上で行う。	プレドニゾロン錠「タケダ」5mg	プレドニゾロン錠1mg（旭化成）	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
380	8月4日にお薬をお渡しし、10月11日（お薬お渡しから68日目）ご来局時に、本人より薬の味が酸っぱい気がするという訴えがあると母親より薬剤師に相談があり、8/4の処方に変更や味の変更がない事をお伝え。その際に帰宅後に薬品画像をメールで送って頂く依頼をし、画像から薬品が処方薬と違っていた事が10月12日に判明しました。お渡しした薬が全て違っていたと想定すると、残薬（120錠お渡しし、残り9錠）から55日分と1錠（計111錠）を服用したところでの判明。母親は薬の服用について、本人に任せており患者本人が薬袋から取り出し、服用を開始した8月上旬から10月12日の判明までの期間は服用を続けていました。	事例の発生した時間帯は普段は薬剤師5名体制のところ、休みにより薬剤師4名の体制になっていた。普段の金曜日は5名体制でシフトを組んでおり、1名は在宅患者調剤薬の鑑査。1名は在宅患者調剤薬鑑査と外来投薬。1名は一包化などの調剤。1名は外来調剤。1名は外来調剤の鑑査、投薬。の計5人体制でシフトが組まれています。（外来対応する薬剤師は調剤1名、投薬鑑査１～2名で対応というシフトになります）事例の発生した8/4（金）は普段より薬剤師が1名休みで人員が少ない4名の状態でした。1名の薬剤師で一包化、外来調剤を兼務対応し、そこに学生が調剤室に加わっている状態だったと思われる。この際に薬剤師か学生のどちらかがオロパタジンOD錠5mg「ケミファ」とアムロジピンOD錠5mg「トーワ」の薬品棚からの取り違えが発生し、鑑査対応の薬剤師に渡された。（他の2名の薬剤師は在宅患者の調剤と外来投薬の担当で、外来調剤には関わっていない状態でした）調剤後、鑑査担当薬剤師による調剤薬と処方せん鑑査が行われましたが、取り間違いに気づかずに、薬お渡し待ちの棚に一時保管されました。12時～12時半の間に患者の母親が来局され、この時間帯に窓口に立っていた処方薬鑑査を行った鑑査担当薬剤師がお薬をお渡ししています。この際に患者母親に鑑査担当薬剤師による調剤済み薬を見せての確認が行われずにお渡しした可能性が高い。 また調剤の作業部分について振り返ってみると8月中はバーコード鑑査システムの不具合が発生（読み込み結果の反応が遅くなる不具合）していた時期があり、適切に鑑査システムを利用できていなかった、または省略していた可能性があります。 実習生による調剤だった場合には外来調剤を担当する薬剤師が1名少ない状態の中、薬剤師による2重チェックが行われず、実習生調剤、薬剤師による鑑査になった可能性があり、その後に同一の薬剤師により該当患者様母親に投薬が行われています。そして投薬時に該当患者様母親に調剤薬を見せながらの確認が行われなかった可能性があります。調剤薬を見せながらの確認が行われなかった原因として、鑑査者と投薬者が同じ薬剤師であり、自身が鑑査している事から間違いがないと思いこんだ可能性があります。該当患者母親は処方元クリニックの職員であり、昼休みを利用しての受け渡しだったため、早くお渡ししようと鑑査済み薬を改めて一緒に確認する事よりも、早くお渡しする事を優先してしまった可能性があります。	・新しい薬品鑑査システムの使用開始。（バーコードと画像から薬品を識別、数量確認を行います）・以前のバーコード鑑査システムは原則利用中止します。（新鑑査システムの不具合などで利用不可時のみ使用）・実習生が関わった調剤でも薬剤師による2重鑑査を徹底する。過誤が発生した処方は鑑査者の印のみの押印で、調剤者が薬剤師か実習生か判別できない状況だったので、今後は実習生が関わり、実習生印が押されたものは、2名の薬剤師による鑑査を徹底し、押印も調剤者、鑑査者で分けて必ず押印するように変更。新鑑査システムの利用をする事で3重のチェックを行う。 ・同一薬剤師による鑑査と投薬になっても、調剤済み薬を患者様に見せながらの確認を必ず行う。	オロパタジン塩酸塩OD錠5mg「ケミファ」	アムロジピンOD錠5mg「トーワ」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
381	ツムラ108の中にツムラ68が混入	新人教育中、取違いを戻す際に違う箱に片づけてしまったこと	ツムラの漢方は末尾の数字で同色のため、薬を戻す際には要注意。多量の漢方薬が処方されたときにも、全ての薬剤が正しいことをきちんと確認する	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	
382	ツムラ125をお出しすべきところ、ツムラ25をお出ししそうになり、監査時点で気が付きました。	どんなに忙しくとも、処方せんをしっかり確認すべきでした。	ツムラ125と、ツムラ25は、名前も包装の色も似ているので、離れた場所で管理・保管する。	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）	
383	フルメトロン点眼液0．1%が処方されているが1本を5mlではなく1mlで処方されていた。	目薬の数え方をしっかりと理解する	社員教育をしていく。	フルメトロン点眼液0．1%	フルメトロン点眼液0．1%	
384	11/20　ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁が処方されている患者にツムラ桂枝茯苓丸が混在してしまった。その時からツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁の保管場所にツムラ桂枝茯苓丸の端数が一緒に置かれており、11/24も同様に混在した状態で患者へ交付していた。12/1の調剤時にツムラ桂枝茯苓丸の在庫数が合わずに今回の事例が発覚した。	ツムラの漢方薬に付いている色もオレンジ色で一致しており、名称も番号も類似してしまっているため、11/20以前に納品されたときから保管場所に誤りがあったものと思われる。11/20以前についてはカメラ、患者へ電話して確認したところ、混在はなかったことを確認できている。	薬局内にてスタッフ内に周知。保管場所を離して、誤りが起こらないように対応した。	ツムラ桂枝茯苓丸加よく苡仁エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）	
385	処方箋ではイコサペント酸エチル粒状カプセル600mg「日医工」が1日3回毎食後で記載されていたが、事務員が誤ってイコサペント酸エチル粒状カプセル900mg「日医工」のレセコンに入力。調剤者も入力内容に沿って調剤してしまい、鑑査者も気づくことなく薬剤を交付してしまった。患者は残薬があったため服用することはなく回収できた。	繁忙時に伴う焦り方確認業務を怠ってしまった。イコサペント酸エチル900mgは通常1日3回で使用することは少なく、鑑査者の知識不足であった。調剤監査システムでエラーが上がっていたが調剤者の確認が不足していた。	・調剤監査システムでエラーがあった際、取り間違え以外にも入力間違いもあるため、システムや入力された内容に沿って調剤はせず処方箋の内容に沿っての調剤の徹底。・鑑査時に規格や服用方法など、薬品名以外で見逃しやすい部分の共有	イコサペント酸エチル粒状カプセル600mg「日医工」	イコサペント酸エチル粒状カプセル900mg「日医工」	
386	処方箋は医院よりFAXで受付通常　処方箋入力は　2次元バーコードで読み取っているが、FAXのため読み込めず、手入力で前回処方を引っ張ってきた前回は7月来局で久しぶりの処方受付処方内容が2種類変更になっていて、1つは気がついたが、もう1つのイミダプリルを前回通りで入力してしまったようす	1つ変更になっていて、FAXの処方薬規格のところに丸がついていた、もう1つは丸がついてなかったが、別のカードは書き換えてあったので、入力も書き換えてあると、薬剤師が判断してしまった	処方箋と薬の擦り合わせを何度もすること	イミダプリル塩酸塩錠2．5mg「サワイ」	イミダプリル塩酸塩錠5mg「サワイ」	
387	処方元から日常的に使われない抗ヒスタミン薬が出されており、患者に話を聞くと症状と薬剤の適応が一致しなかったため疑義照会。結果的に処方元の入力ミスで、アリメジンシロップ0.05%ではなくアスベリンシロップ0.5%の間違いだった。	患者からのヒアリングはしっかり行うべきである。	レセプト入力前に薬剤師が処方箋をしっかり確認を行う。	アスベリンシロップ0．5%	アリメジンシロップ0．05%	
388	ツムラ六君子湯を調剤して交付予定でしたがGS一1チェッカーでエラーがありよく見たら六君子湯の中に当帰芍薬散が入っていた。	繁忙時間で調剤棚にツムラ六君子湯及びツムラ当帰芍薬散が補充待ち状態で置いてあった。確認不足で補充して間違えたと思われる。	漢方薬の補充は2人体制で必ず声出し確認して補充するようにしました。	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）	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
389	アムロジピン2．5mgの処方をアムロジピン5mgで分包	ピッキングした事務員がまず間違えてその次に分包した薬剤師も間違えてしまった。最終監査の薬剤師で判明しました。	思い込みをなくすことと慎重に調剤すること	アムロジピン錠2．5mg「オーハラ」	アムロジピン錠5mg「オーハラ」	
390	一般名ヒドロコルチゾン・フラジオマイシン配合剤のヘモレックス軟膏を調剤すべきところを、一般名大腸菌死菌・ヒドロコルチゾン軟膏のヘモポリゾン軟膏を調剤し、監査者も気付かず渡してしまった。薬歴記入時に気付き、患者が使用する前に交換した。	事務員の入力に時間がかかっており、以前遅いとクレームがあった患者だったので焦っていた。一般名が似ており、先発・後発を採用しているので、注意をしていた薬品だった。	薬局内で情報を共有。同じ成分で薬品を分け、保管場所を少し離し、「フラジオマイシン」・「大腸菌死菌」と棚に付箋を貼った。	ヘモレックス軟膏	ヘモポリゾン軟膏	
391	桂枝加竜骨牡蛎湯が処方となったところ、柴胡加竜骨牡蛎湯を入力していた。監査者が入力誤りを発見し、交付前に修正した。	新人スタッフが、桂枝加竜骨牡蛎湯のところ柴胡加竜骨牡蛎湯で入力していた。未経験者であるため、類似薬の認識がなく入力ミスをしてしまった。	新人スタッフ、特に未経験な方には、類似薬品が多いことを把握させ、一文字ずつ確認するよう全体的な見た目で医薬品を選択しないよう徹底する。	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）	
392	【般】ロキソプロフェンNaテープ100mg(10×14cm）温感タイプを非温感タイプと誤って入力し、非温感タイプの製品に代替えし入力した。調剤・投薬は処方箋どおりの温感タイプ製品であったが、患者が帰宅後、薬情や手帳シールの表記が違っていることに気づき問い合わせの電話があり気づいた。	当薬局のルールと違う手順の入力をしていたためのミスであった。調剤者・投薬者も薬情や手帳シールの確認を怠った。	マイルールで入力せず、薬局の手順書どおりに入力することを再確認し徹底させる。薬剤師も入力間違えがないかをしっかり確認した上で投薬を行う。	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	ロキソプロフェンNaテープ100mg「科研」	
393	普段からヨーデルを服用されていて、入院期間中にセンノシドに変更になり、退院後、診察時に医師にセンノシドを希望されたが、こちらが確認をしておらず、処方箋の一般名も見落としそのままヨーデルをお出しした。患者本人から指摘があり、すぐに変更した。	前回来局時から1か月後の通常受診であったが、その期間中に入院していたとは思わず、Dsと思い込み確認を怠った。	前回からの変化がないかお話を聞くようにする。	ヨーデルS糖衣錠－80	センノシド錠12mg「トーワ」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
394	プログラフカプセル1mg6カプセル／日でお渡しのところ、プログラフカプセル0.5mg6カプセル／日で誤ってお渡し	店舗内混雑と処方箋入力、監査時の不注意が原因と思われる。処方箋監査の際に規格が間違って入力されていることに気付かず、そのまま通してしまった。ピッキングは処方箋監査者が処方箋ではなく、処方箋入力をした際に出力される紙を用いて行ったため間違ってピッキングをしてしまった。監査者と投薬者は別であり、投薬の際に薬情を用いて行わなかった。	対応）・１週間に1回、患者に直接電話をかけ体調変化等のヒアリングを行う。体調変化等の訴えがあった際は受診を促す。（対策）・今回のケースを全店舗スタッフで共有し、なぜ起きてしまったかを1人1人考える・処方箋入力の際に規格と錠数にレ点でチェックを入れる・処方箋監査の際にも上記と同様の行動を心掛ける・投薬の際に処方せん原本・薬情を用いて薬の説明を全患者徹底・投薬後や終業後に処方箋と調剤録のチェックをもう一度行う	プログラフカプセル１ｍｇ	プログラフカプセル0．5mg	
395	ツムラ桂枝加竜骨牡蠣湯の処方をツムラ柴胡加竜骨牡蠣湯で監査し投薬してしまう。本人が気が付き、連絡があり、交換する。監査薬剤師はよく出る柴胡加竜骨牡蠣湯の方しか知らずに、監査をしたため発生。	よく似ている薬剤名が存在することを認識し、監査時に薬剤名を一字ごとに確認する。ほかに似ている漢方名のものは間違いを起こさないように処方されてからでなく、注意できるように列挙しておき、知識としお手入れておく。	薬剤名が酷似しているものには注意喚起の印をつける。	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）	
396	一般名でクロベタゾン酪酸エステル軟膏の処方が出たので自分はクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏と思い調剤したが患者さんと会話をしていく中で改善しているということを聞き（前回はフルコート軟膏）処方箋を確認したところクロベタゾン酪酸エステルというこうことがわかり、患者さんにわたす前に交換できました。	事務員さんが体調不良で休みでコンピューターを入力するのも自分で行うためもあり、次の患者さんが待っていた焦りと最初の方の文字のクロベタのみを見て思い込みが要因であると思われます。	一般名は似ている薬品が多いのはわかってるが基本的なことである薬品の全文字を読み取り、焦らない調剤を常に心がけます。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0．05%「イワキ」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0．０5%「イワキ」	
397	Faxで処方箋応需し、事務員が処方箋情報を手入力した。キンダベート軟膏の一般名で処方されていたが、当薬局の在庫にクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏が頭3文字の検索にヒットしたため、そのまま入力された。監査システムで誤入力されたクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏をピッキングし、処方箋との照らし合わせするも、見落とした。そのまま投薬されたが、医師からの説明にあった薬の名前と違うと母親より指摘があり、誤りに気づいた。正しい薬と誤調剤された薬と交換した。	一般名が類似し、かつ頭3文字検索でも絞り込みができなかったため、当薬局に在庫があるクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏と勘違いしてしまった。キンダベート軟膏の一般名も覚えていなかったことも一因と考える。	処方箋と一般名をきちんと見比べる。	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」	
398	入力時、VGをVと見て入力。調剤者・監査者も気づかずお渡し。交付後処方箋確認の際に入力間違いに気づく。	入力時・調剤時・監査時よく確認せず入力している。1文字ずつ確認する事になっているのにしていない。	入力・調剤・監査時すべての時点で1文字ずつ指さし確認を行う。	リンデロン－VG軟膏0．12%	リンデロン－V軟膏0．12%	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
399	補中益気湯の場所に桃核承気湯が入っていた。入庫の際に間違えたと思われる。調剤者が気づかず準備、監査者も気づかず投薬。後日在庫が合わず事例が発見された。	入庫の際は元の薬品と照らし合わせる様にしているが、行われていなかったと思われる。調剤の際も確認せず引き出しから取り出している。監査者は全ての薬品を確認するはずが、行っていない。	上記手順を守って行う。色が同じ漢方は近くに置かない。	ツムラ補中益気湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桃核承気湯エキス顆粒（医療用）	
400	フロセミド40mgを42錠調剤するところ端数の2錠だけフロセミド20mgを調剤してしまった。帰宅後患者さんが気付き謝罪し交換した。	棚は離していたが取り間違えた。鑑査でも気づかずお渡ししてしまった。	端数にもしっかり目を通すようにする。	フロセミド錠40mg「ＪＧ」	フロセミド錠20mg「ＪＧ」	
401	ツムラ苓桂朮甘湯で処方されたが、ツムラ苓姜朮甘湯を誤って調剤した。監査者が気づいて未然に防ぐことができた。	調剤者が、ツムラ苓桂朮甘湯ツムラ苓姜朮甘湯という似た薬剤があることがわかっていなかった。また、処方元がレディースクリニックであることや、ツムラ苓姜朮甘湯が主に整形外科で使用されることなど、薬剤の背景に対する知識が不足していた。	他にも似たような名称で異なる薬剤に関して知識を深めた。	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）	
402	一般名処方のロキソプロフェンナトリウムテープ100mg（温感）を、非温感のロキソプロフェンNaテープ100mg「ユートク」で調剤して交付した。パッケージが異なるため使用前に患者が気づき薬局に連絡があり過誤が判明した。ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」に交換対応した。なお、事務員も非温感のロキソプロフェンNaテープ「ユートク」で入力していた。	当薬局ではロキソプロフェンナトリウムテープは温感と非温感ともに取り扱いがあるが、調剤頻度は非温感の方が多く温感は極めて少なく普段からその存在を意識することが少ないことが、レセコンへの入力時にも調製時にも処方箋の温感の記載に気づかず過誤を起こすことになった原因と考える。	薬品棚やレセコンのそばに「ロキソプロフェンテープ温感あり」と記載した紙を貼付して注意を促す。	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「ユートク」	
403	カロナール500mg処方のところメトホルミン500mgを調剤し監査し投薬してしまった。服用前に患者が気付き交換に至った	コロナ陽性患者で急いで調剤する必要があった状況で注意がおろそかになり500mgというところに注目し薬剤の違いを見逃してしまった。	急いで長座の時も冷静に対応することを心がけ必ず複数の目を通ってから投薬するように注意喚起した	カロナール錠500	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「三和」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
404	患者が処方箋を持って来局した。処方箋にはツムラ（43）六君子湯が7．5g分3で60日分処方されていた。薬剤師Aがツムラ（43）を全180包調剤すべきところ、そのうちツムラ（83）を42包混入した状態で調剤し、監査に回した。薬剤師Bはツムラ（83）が混入していることに気が付かず監査を終え、投薬した。その後間もなく薬剤師C（薬剤師経験18年）が空き箱を捨てる際に、ツムラ（43）の中に1箱（42包）のみツムラ（83）があったことに気が付き、在庫を確認。調剤過誤に気が付いた。すぐに患者へ連絡。事情を説明し、お渡しした薬を確認してもらいたい旨を伝えた。お渡しした薬は服用前であること確認。患者が薬を確認し、再度電話をしてくれることになった。 待っていると、患者が薬を持って来局。ツムラ（83）42包を確認し、正しいツムラ（43）を調剤・監査し取替えた。	ツムラ（43）（83）ともに1箱42包入りを採用している。ツムラ（43）の所に、1箱のみツムラ（83）が充填されていた。調剤者は調剤数5箱を開封する際に、漢方の色が同じこと、番号・薬品名の確認不足によりすべてツムラ（43）と思い込みがあり、ツムラ（83）に気付かなかった。監査者も同じ点について確認不足により、混入に気付く事ができなかった。	漢方薬の番号下一桁の同色による充填間違いに注意する。また充填間違いが起こりうることを再認識し、調剤・監査者はすべて確認することを徹底する。	ツムラ六君子湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ抑肝散加陳皮半夏エキス顆粒（医療用）	
405	外用薬、混合において、可能な組み合わせではあるが、いつもと内容がちがうので、確認	クリニックの処方入力ミス	外用薬配合変化、確認	メサデルムクリーム0．1%	メサデルム軟膏0．1%	
406	患者家族が処方箋を持って来局。その一部に（般）モンテルカストナトリウムチュアブル錠（5mg）　10錠　1日分と記載があった。事務員は入力途中に「これはおそらく間違いである」と気付き、調剤担当の薬剤師へ伝えた。薬剤師は、医師に疑義照会を行った。医師からは（般）モンテルカストナトリウムチュアブル錠（5mg）　1錠　10日分の誤りだったとのことで訂正の指示を得た。疑義照会を行っていた薬剤師は、疑義照会の結果を事務員へ口頭で伝えたが、事務員は（般）モンテルカストナトリウム錠「（10mg）」1錠　10日分だと勘違いし入力を完了させた。調剤担当者が監査前の入力確認にて誤りに気づき、「普通錠10mg」ではなく「チュアブル錠5mg」へ訂正するよう事務員へ指示した。	まず、処方箋に疑義が生じ、処方箋どおりの入力ではなくなった。疑義照会を行って処方内容の指示を得たが、事務員と薬剤師は口頭のやり取りであったこと、1回「10」錠1日分→1回1錠「10日分」と、「10」という数字が疑義照会のキーワードであり、医薬品の規格にも「10mg」があったため混乱をきたしたものと考えられる。	疑義照会においては、電話での疑義照会であればそのまま薬剤師から事務員への指示も口頭で取り急ぎの情報共有を行う場面がある。しかし、あくまでも「取り急ぎの情報共有」であって、口頭指示ではミスを誘引する可能性を十分に考慮の上、処方箋備考欄に記入したものをもとに入力する、調剤の前に再度入力確認をするなど、基本的な確認を徹底する。	モンテルカストチュアブル錠5mg「DSEP」	モンテルカスト錠10mg「トーワ」	
407	抗生剤の処方がなく、耐性乳酸菌処方	日曜日で常勤の医師ではなかったため、耐性乳酸菌が処方されてしまっていたのか	ビオフェルミンR散とビオフェルミン散剤の適応、違いについて店舗内共有	ビオフェルミン散剤	ビオフェルミンR散	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
408	マグミット500mgを継続使用中患者でマグミット330mg切替に気づかずに500mgお渡し、ご家族から錠剤が大きいけどそのままであるのか確認	繁忙に伴い確認不足。以前の処方のイメージをもって対応をしてしまった	規格について二重チェックして対応をしていく	マグミット錠330mg	マグミット錠500mg	
409	柴胡加竜骨牡蛎湯の所、桂枝加竜骨牡蛎湯で入力・調剤・投薬してしまった。	薬局の在庫が、桂枝加竜骨牡蛎湯しかなく、思い込みで調剤・監査・投薬をしてしまったと思われる。	漢方薬の番号も確認し、入力時・監査時にもしっかり確認する。（ピッキング鑑査システムの利用も、入力・調剤両方が間違ってしまうとスルーされてしまう）	ツムラ柴胡加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）	
410	50mgが処方されていたところ、100mgという同じテープ剤の規格違いの入力をしてしまった	100mgという普段処方されている方を入力してしまった	慣れの排除と規格・屋号等最後まで見る癖をつける	ロキソプロフェンナトリウムテープ50mg「タイホウ」	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	
411	医薬品不足の関係で採用医薬品の製造が中止することになり入荷しなくなる。そのため、ジェネリック同規格の別会社を採用した。新規採用したジェネリックを渡すときに、今まで服用していた薬が中止、新規に採用した薬に関して説明せず投薬。患者が自宅に帰ってから知らない薬が入っており、間違えて渡したのでは？と電話で問い合わせ・クレームとなる。	混雑していた時間帯だったため説明がおろそかになってしまった。流通の問題もあるが投薬には関係ない。当該薬剤師の意識の問題	必ず新規ジェネリック同規格医薬品でも患者が理解するまで説明をする	ベンズブロマロン錠25mg「NIG」	ベンズブロマロン錠25mg「杏林」	
412	前回もアスベリン酸とアスベリンドライシロップを間違えたために注意していたが間違えてしまった。調剤して渡すときに気づく。	前回も間違えたので違う場所に置いていて、袋も確認したつもりが老眼も入っていて最後の方まで確認不足でした、字も小さく書いていた。色も同じ。混んでいたのと何種類の粉の混合もあり、あまり来てない医院からの処方で思い込みもあった。	場所も離れて置いたのと、字を大きく書き赤字で〇をつけてわかりやすいようにした。	アスベリン散10%	アスベリンドライシロップ2%	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
413	病院での入力間違い ニフェジピンCR40mgで処方すべきとろこをニフェジピンCR20で処方されていた。	投薬時に患者情報をヒアリングしたところ血圧があがっていてDRから降圧剤増量との話があった。処方は前回DOで処方されており病院に疑義照会実施	処方箋内容について毎回患者のヒアリング情報と齟齬がないか確認	ニフェジピンCR錠40mg「トーワ」	ニフェジピンCR錠20mg「トーワ」	
414	キンダベート軟膏を処方されたところ、入力でデルモベート軟膏を入力し、調剤もデルモベート軟膏で調剤した。処方箋の記載は一般名であった。	キンダベート軟膏は一般名処方の記載が「般」クロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%、デルモベート軟膏は一般名の記載が「般」クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%となっている。事務が不慣れなこともあり、入力の際、頭の3文字の「クロベ」で検索し、誤ってデルモベート軟膏を選択した。濃度も同じであったため、余計に気づかなったと考えられる。その時間帯は繁忙であったため、薬剤師も入力された薬袋のデルモベート軟膏が目に入り、デルモベート軟膏で調剤した。監査の薬剤師が気づき、薬剤の交付は問題なくキンダベート軟膏で交付した。	キンダベート軟膏とデルモベート軟膏の棚には「一般名の類似のため注意すること」と注意書きを貼った。調剤、監査をするときは頭の3文字や%だけでなく、すべての文字を確認することを再度徹底するよう周知した。	キンダベート軟膏0．05%	デルモベート軟膏0．05%	
415	13時過ぎの時間帯、皮膚科の処方でセフカペンピボキシル錠の処方あり、調剤者間違えてセフジトレンピボキシル錠で調剤。監査者薬剤師間違いに気が付き、調剤者に再度調剤を促す。	薬品名称が似ている。お昼近くで調剤者疲れていた。	勤務後半で疲れいるときは、調剤のダブルチェックをお願いする。調剤棚に取り間違え注意の紙を張る。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」	
416	セフカペンピボキシル処方の所、誤ってセフジトレンピボキシル錠を交付し、患者に交付後に発見した。	繁忙であったために十分に鑑査を行えずに調剤した。その当時チェックする人員が不足していた。	再発防止策として。注意書きを作成し薬品を取り違えないようにした。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「サワイ」	セフジトレンピボキシル錠100mg「サワイ」	
417	一般名処方によるプリモニジン酒石酸塩液0.1%5mlと記載の処方せんをアイファガン点眼液0.1%1本で調剤しなければいけないところ、アイラミド配合懸濁性点眼液1本で調剤した。監査時に別の薬剤師が気付き、アイファガン点眼液0.1%1本に修正した。	忙しいところに、前の患者さんが2名続けてアイラミド配合懸濁性点眼液だったため、「今日はアイラミド配合懸濁性点眼液が続くな」という慣れから起こってしまった。	調剤時処方せんだけでなく、おくすり手帳のラベル、調剤録でも確認して調剤を行うこと。監査時別薬剤師も、処方せん、おくすり手帳のラベル、調剤録で確認して監査すること。点眼薬を配置している場所も、アイファガン点眼液0.1%とアイラミド配合懸濁性点眼液を離して置くこと。アイラミド配合懸濁性点眼液には、「配合剤　取扱注意」の赤文字を棚に付けた。	アイファガン点眼液0.1%	アイラミド配合懸濁性点眼液	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
418	監査時オルメテックOD錠5mgが必要なところアテレック錠5がピッキングされていた。語感が似ている事と実際にアテレック錠10も正式に処方されており、3種薬での混同が起こってしまった。	繁忙期における調剤時に語感が似ているだけでピッキングした。ピッキングを行った職員は入社してちょうど慣れが出てくる時期だった。	今回の事例を薬局内で周知し、品名類似品以外にも語感が似ている品目も調剤棚間で配置を検討するようにした。	オルメテックOD錠5mg	アテレック錠5	
419	泌尿器科で、直近の処方でははレボフロキサシン500mg1Tで処方されていたが、腎機能が低下している患者様だったため、腎臓のかかりつけ医に相談し、500mg錠を半分にして服用していた泌尿器科を再受診した際、半分で服用したほうがいいと腎臓内科医に指示された事をDrに説明し、250mg1Tへ処方量が減量されていた事務員が処方入力の際、前回と同じ処方、と勘違いし、前回と同じ500mg1Tで処方入力してしまっていた当薬局でも泌尿器科でも、腎機能が低下している事の把握が出来ていなかったため、前回の500mg1Tの処方について、特に注意を払うことが無かった	前回とDo処方と思い込み、コピペをしたのち、しっかり確認することを怠った腎機能低下患者、という聞き取りが出来ていなかった	初回だけではなく、定期的に聞き取りを行うこと。併用薬の処方内容などから、腎臓や肝臓などの機能低下を推測し、患者様に都度確認していくことが重要処方入力の際、前回処方と同じ、と思っても、しっかり処方内容を確認する	レボフロキサシン錠250mg「DSEP」	レボフロキサシン錠500mg「DSEP」	
420	一人薬剤師で勤務している時間に一包化の処方が依頼されテルミサルタン40mgとテネリア40mgをあやまって分包、時間差出勤で勤務する薬剤師が間違いにきずき訂正してお届けした	コロナウイルス患者等が増え、配達など日頃の勤務以上の労働で疲労と集中力を欠けていた	横並びの引きだしの順序を変え、できるだけワンオペ勤務にならないように人員配置を変更した	テルミサルタン錠40mg「サワイ」	テネリアOD錠40mg	
421	ロスバスタチン2.5mg→5mgへ変更されていたが、入力間違いで2.5mgのままで入力、薬は5mgで交付した。患者さんから、印字と中身が違うと連絡あり、調剤した薬剤師が薬が間違えていると勘違いし、2.5mgの方を差し替えに行ったが、当日薬局に戻った後、印字間違えに気付き、再度取替に行く。	普段は、ほぼミスがない薬剤師だが、確認ミスがあった。事務員の事を信じることによる見落とし。	再度、薬局内で研修を行う。入力に関しては、事務も含め複数人での確認体制をなるべく取るようにする。	ロスバスタチン錠5mg「ニプロ」	ロスバスタチン錠2．5mg「ニプロ」	
422	薬剤師Aが処方箋に沿ってピッキング中にカロナール錠500mgを取るべきところ、誤ってメトホルミン錠500mg「ニプロ」をピッキング。監査者に渡す前の自己チェックで違う薬剤を拾っていたことに気付き、正しい薬剤をピッキングし直した。監査前に訂正され、患者に正しい薬剤が交付された。	患者が少ない時間帯に棚の配置換えを行ったことにより、定位置が変わったこと。外観、形状が似ている薬剤が縦列に重なって配置されてしまったことが要因と思われる。カロナール(上から1列目、左から5番目)、メトホルミン(上から4列目、左から5番目)の配置になっていた。 発生時は混雑時だったためピッキングの際に取り出しを誤ったものと思われる。	配置換えの際に似たような外観、形状の薬が重ならないように棚の配置に注意、複数人で配置を確認。配置換えを行った際にスタッフ間で情報を共有し、ピッキング間違え防止と注意喚起を実施。	カロナール錠500	メトホルミン塩酸塩錠500mgMT「ニプロ」	
423	一般名でロキソプロフェンNaテープ100mg「温感」を通常の非温感テープでレセコン入力鑑査時に鑑査者が発見。	多くは非温感が処方されるが時期的に温感が増えてきた際に間違った。	ロキソプロフェンNaテープに一般名類似品ありの注意喚起札作成特に冬は注意と記載	ロキソプロフェンNaテープ100mg「科研」	ロキソプロフェンナトリウムテープ100mg「タイホウ」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
424	コタロー黄連解毒湯エキスカプセルを調剤するところ、コタロー麻黄附子細辛湯エキスカプセルを調剤し交付してしまった。薬剤師がその後薬歴を下記ながら処方箋をチェックしていた際に気付き、すぐに患者へ電話し、服用する前に交換することができた。	一人薬剤師であるため、繁忙時間等はダブルチェックができない等、煩雑になってしまうことがある。また、当日は事務員が一人欠勤していたことも原因の一つであると考えられた。また、コタロー麻黄附子細辛湯エキスカプセルとコタロー黄連解毒湯エキスカプセルの外観が非常に似ているため、投薬時に気付くことができなかった。	患者が服用したことがある薬剤の場合、投薬を手短にすることが多くなってしまうが、他院或いは他薬局で称されていた場合でも、当薬局で初めて投薬する薬の場合はなるべく患者と一緒に目視で薬剤があっていることを確認することでこのような事例が起こらないように改善できるのではないかと考えられた。	コタロー黄連解毒湯エキスカプセル	コタロー麻黄附子細辛湯エキスカプセル	
425	ピタバスタチン2mgの一般名処方。当薬局で取り扱いがあり、前回の薬局でも調剤されているピタバスタチンOD2mgで調剤した。患者様にお渡し後、入力がピタバスタチン2mgの普通錠になっていることが発覚した。	一包化だったため、調剤時の監査、一包化の監査との二重監査を行っていた。初めに調剤時の監査時に見落としがあった。一包化では一包化チェックシートを用いて監査しているが、普通錠とOD錠とで刻印が同じだったため、一包化の監査時に見落としがあった。	一包化を行う前に入力内容、入力内容、調剤監査のダブルチェックを必ず行う。	ピタバスタチンCa・OD錠2mg「サワイ」	ピタバスタチンCa錠2mg「サワイ」	
426	ロスバスタチン5mg　40日分の処方ありのところアトルバスタチン5mgでの投薬。患者様本人が朝服用する前にいつもとヒートの色が違うことに気づき発見にいたる。	監査システムを通過しているものと思い込みが原因。	監査システム完了の確認、自身の目で再度確認。	ロスバスタチン錠5mg「DSEP」	アトルバスタチン錠5mg「サワイ」	
427	処方されていた医薬品は「ヘパリン類似物質油性クリーム」だったが確認不足による間違えで「ヘパリン類似物質クリーム」でお渡ししてしまった。その後、在庫が合わず間違ってお渡ししていることに気が付き電話にて連絡し、謝罪の上交換を行った。幸い、使用されていたが健康被害には至らなかった。	忙しい時間帯であり、焦って確認を疎かにしてしまった。	忙しい時間帯であればこそ他のスタッフにも確認してもらうよう心掛ける。患者とも一緒に出されている薬を見せ、間違いがないか？相互で確認した上でお渡しする。	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「日医工」	ヘパリン類似物質クリーム0．3%「日医工」	
428	オルメサルタン5mgの箱にオルメテック5mgが入っていた。	オルメテックを調剤し端数を戻す際にオルメサルタンの箱に戻した。	薬局内で注意喚起し、薬品の配置換えを行った。	オルメテックOD錠5mg	オルメサルタンOD錠5mg「DSEP」	
429	オルメサルタン20mgとオメプラゾール20mgの取り違え	隣同士に並んで配置していたため、見間違い・読み間違いで誤調剤。	オルメサルタンとオメプラゾールを別々の場所に変更し見間違い・読み間違いを防止した。	オルメサルタンOD錠20mg「DSEP」	オメプラゾール腸溶錠20mg「武田テバ」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
430	カルシトリオール（0.5）のところ、アルファカルシドール（0.5）が調剤された。監査時に気付き訂正。	後発品での調剤。採用メーカーが同じでパッケージが似ていること。棚の配置が近かったことなどが原因。	・調剤　監査で二重チェックすること。・棚の配置を考慮し規格などわかりやすく表示しました。・名称が似ている薬剤があることを表示しました。	カルシトリオールカプセル0．５μg「BMD」	アルファカルシドールカプセル0．５μg「BMD」	
431	交付した薬剤の間違い。ラベプラゾール10mgを定期服用の患者様に、誤ってランソプラゾール10mgを交付した。	午後の繁忙時間帯だった。当事者A（調剤した）薬剤師は、入社後まもなく慣れていなかった。当事者B（交付した）薬剤師は、当該患者へ交付時に聞き取らなければならない内容（ワーファリンの減量）について、集中しており、鑑査を疎かにしてしまった。	薬剤交付時には薬袋・薬情・実際に交付する薬品を見ながら・患者様に見せながら交付すること。	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」	
432	一般名処方でアゾセミド錠30mgが2錠で朝食後で処方され、照会済のため60mg1錠でこれまでは調剤を行っていた。受け付けた処方せん様式が変更となっており、文字のフォントも小さくなっていた。慣れない薬剤師がレセコン入力を行ったため、処方変更が無いにもかかわらず、60mg⇒30mgに減量して入力、調剤者も監査者も気が付かずにそのまま調剤、監査、交付を行ってしまった。2日後に処方発行医療機関より浮腫みの悪化のため受診したが、持参薬を監査したところアゾセミド錠が60mgのところ30mgで交付されていると指摘。その後、入院となったとのこと。その後は退院し、再度来局したため、経過を説明し謝罪を行った。	院内でコロナ感染が発生してしまい、入力を行う事務員2名も感染し当日は欠勤、また、入力した薬剤師もコロナ感染明け、普段は入力業務を行うことが無い。また、処方せん様式も変更となり、実際は処方変更は無いのにも関わらず、減量と判断してしまったと。	処方せん様式の変更があった場合は、注意深く入力を行う。また繫忙期も慌てることなく行うこと入力、調剤、監査などを行う。また、患者からの訴ええについては詳細に聞き取り、処方内容が適切かどうか判断し、調剤・交付を行うよう指示。	アゾセミド錠30mg「DSEP」	アゾセミド錠60mg「DSEP」	
433	2023年7月14日（金）11時頃に、平素より当薬局を利用している患者（80歳女性）が処方箋を持って来局した。処方箋にはカムシア配合錠HD（一般名にて記載）1日1錠分1朝食後28日分と記載されていた。事務員A（職種経験年数1年未満）はカムシア配合錠HDで入力するところ誤ってカデチア配合錠HDで入力し、調剤に回した。調剤にあたった薬剤師Bは、処方箋のみを見て調剤し、処方通りカムシア配合錠HDをお渡しした。後日薬剤師Cが入力の誤りに気付き、患者様に説明文書、会計の間違いをお伝えし訂正した。	1経験が浅い事務員の配合錠の知識が不足していた。また、継続処方であるにも関わらず、処方が変更になったと勘違いし入力した。2経験のある薬剤師は、継続処方であることから入力をきちんと確認せず、いつもの通りの薬をお渡しした。	1事務員の研修を定期的に行い、特に配合錠については注力する。 配合錠が一般名で記載される場合、薬剤師も共に確認を行う。2定期的に出ている処方に対しても慢心せず、入力もきちんと確認する。	カムシア配合錠HD「あすか」	カデチア配合錠HD「あすか」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
434	アイミクスHDをLDで入力ミス	知識不足	注意喚起表示を実施	アイミクス配合錠HD	アイミクス配合錠LD	
435	薬の取り違え	慣れがあり、1種ずつではなく同時に作業してしまった。	ピッキングは1種ずつ行う。ヒートと棚の療法を確認し戻す作業する。	アンブロキソール塩酸塩錠15mg「トーワ」	デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠15mg「NP」	
436	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒処方に対してツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒を入力、調剤および監査投薬を行ってしまった。次回受診時、患者が医師に相談して間違いが発覚。	入力および監査投薬を行っていた薬剤師の確認不足に加えて、調剤者は処方箋を確認せずに入力を見て調剤を行っておりダブルチェックが行われてなかった。	監査者は入力と処方内容が正しい事を投薬時に再度確認し、調剤者は必ず処方箋を確認しながら調剤を行う。	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）	
437	薬剤師一人のみ（受付不在）の時間帯、プレドニゾロン錠1mg　3錠からプレドニン錠5mg　1錠　と増量のところ、プレドニゾロン錠1mg　1錠と入力。当該薬剤師が入力から投薬までを行う。投薬時施設看護師とのコミュニケーションで増量処方と確認、ミス発覚。服用前に交換となる	二次元バーコードを使用せず、DO入力から手で修正を行ったため生じた事例。二次元バーコードがあるものは、利用することの徹底を図る。	二次元バーコードを使用せず、DO入力から手で修正を行ったため生じた事例。二次元バーコードがあるものは、利用することの徹底を図る。	プレドニン錠5mg	プレドニゾロン錠1mg（旭化成）	
438	胃ろうの方に一般名で粉砕と口腔内崩壊錠の薬品が数種類処方された。タケキャブの口腔内崩壊錠の存在を知らず、粉砕で調剤しそうになったが事前に気づきOD錠に変更した	勉強会などを実施していないため比較的新しい薬の知識が足りていなかった	定期的に勉強会を行う	タケキャブOD錠10mg	タケキャブ錠10mg	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
439	10/26に気管支拡張症でエリスロマイシン錠200mgが処方されている患者様に、クラリスロマイシン錠200mgでお渡ししたことが次回来局時の11/16に判明。判明した段階ですべて服用されていたこともふまえ処方医に謝罪し、今回からエリスロマイシン錠200mgで交付するよう処方医から指示があり従った。正しい入力に直し、患者様にエリスロマイシン錠200mgを交付し謝罪を行った。	入力、調剤、監査、投薬で気付かず、調剤チェック時でも見落としてしまったこと。名称類似、同規格、用法が似ていること。エリスロマイシン錠、クラリスロマイシン錠ともに処方がある科であったこと。クラリスロマイシン錠の方がエリスロマイシン錠より処方が多いことから思い込みがあった。	入力、調剤、監査、投薬は処方箋との照らし合わせることの徹底。監査を細分化して行い投薬時に処方箋をみながら投薬すること。監査投薬の担当者が同じ場合、少し時間を空けてからもう一度投薬前にチェックすること。局内名称変更での注意喚起を行い、入力の段階でも気をつけれるよう努めること。同じマクロライド系であっても、クラリスロマイシンでアレルギーの既往があれば禁忌に該当するため、より気を引き締めて監査投薬を行えるよう努める。	エリスロマイシン錠200mg「サワイ」	クラリスロマイシン錠200mg「トーワ」	
440	いつもカルボシステインDS50%「高田」が入庫していたが、入庫しなくなってカルボシステイン50%「トーワ」に切り替えたそのため入力も切り替えて入力すべきところ、いつもの「高田」で入力していしまった。	入力担当者に切り替え時に入力担当者にうまく伝わらなかった。	連絡事項を徹底させる	カルボシステインDS50%「トーワ」	カルボシステインDS50%「タカタ」	
441	スタッフ不足の時間帯で、定期的に来局している関係でDO処方だったが、ビソプロロールの0.625のところ汎用企画の2.5mgを投薬してしまった、投薬ご自身で気付き患者さんに連絡して交換してきた。	規格の多い薬品では汎用される規格を選んでしまいがちになると思います。特に他剤の内容から、先入観でピッキングしていまわないように、監査の徹底と先入観をなくす事を心掛けたいと思います。	スタッフの少ない時間帯では、監査のあいまいさに気を付けて、DO処方であっても、監査のとの目視での指導を徹底したいと思い、マニュアルにも追加をします。	ビソプロロールフマル酸塩錠0．625mg「サワイ」	ビソプロロールフマル酸塩錠2．5mg「サワイ」	
442	アムロジピンを継続で10mg1錠を朝食後に服用していた患者様が今回からアムロジピン5mg1錠に減量に処方箋はなっていたが、入力でアムロジピン10mgのままになっており、ピッキングもアムロジピン10mgを拾っており、監査時に間違えに気づきました。	継続してずっとアムロジピン10mgで出ていたため、今回も入力が10mgのままで間違えてしまい、ピッキングもお薬手帳を見ながら拾っていたため間違てしまったのだと考えております。	入力の時にDO処方の人でもしっかり薬に変更ないか確認するようにして、ピッキングもお薬手帳ではなく処方箋を見て拾うように注意が必要だと考えています。	アムロジピン錠5mg「TCK」	アムロジピン錠10mg「TCK」	
443	処方箋ではセフジレンピボキシル錠100mgで処方されていたが、誤ってセフカペンピボキシル錠100mgを調剤棚からピッキングし、鑑査時に判明した。	調剤棚に並べて配置していた。名称類似であった。	調剤棚の見直しを行い、離した場所へ配置した。	セフジトレンピボキシル錠100mg「CH」	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「SW」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
444	初回の処方でクロベタゾンが出ていたが、クロベタゾールと入力し、薬剤師も気づかず調剤してしまった。プロペトとの混合後に間違えに気づき、正しい処方に変更した。入力にはスキャナーで読み取った内容をもとに入力していくが、そのルールも守られていなかった。	スキャナーやQRコードのデータに基づく入力ができていない。名称類似品を知識として持ち合わせる必要がある。	スキャナーやQRコード使用による入力間違え防止の徹底。名称類似品の再確認。	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0．05%「イワキ」	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0．05%「イワキ」	
445	ヒルドイドクリーム+リンデロンV軟膏（混合）処方があったがヒルドイドソフト軟膏+リンデロンV軟膏（混合）で調剤し、鑑査時に間違いが発覚した。	日頃からヒルドイドソフト軟膏+リンデロンV軟膏の処方が多くあり慣れてしまっていた。	混合調剤前にダブルチェックをする。	ヒルドイドクリーム0．3%	ヒルドイドソフト軟膏0．3%	
446	ツムラ人参養栄湯を調剤するところ、ツムラ芍薬甘草湯をピッキングした。確認したところ、ツムラ人参養栄湯の箱にツムラ芍薬甘草湯が15包入っていた。バーコードによる監査システムによりエラーが出て発覚した。	ツムラ人参養栄湯とツムラ芍薬甘草湯は同じ色をしており、色のみで判断してピッキングしていた。	漢方は色だけでなく、薬剤名を必ず確認する。	ツムラ人参養栄湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	
447	ツムラの漢方薬において包装の類似を間違えてしまった。末尾の番号が一緒で同じ棚に置いてあった。	投薬時患者と共に確認、同伴薬剤師と二重チェック	ツムラの番号、色を棚を変えて置いておく	ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ麻黄附子細辛湯エキス顆粒（医療用）	
448	「リスペリドン内用液1ml/包　2ml　朝夕食後」で処方の所、「リスペリドン内用液0.5ml/包　2ml　朝夕食後」で入力薬袋表記が2包/回となり誤って服用してしまう可能性が高い状態でお渡ししてしまったことが後日発覚。患者は1包/回で服用していた。	リスペリドン内容液については包・mlメーカーにより単位が異なり注意が必要	事前把握	リスペリドン内用液1mg／mL「ヨシトミ」	リスペリドン内用液1mg／mL「トーワ」	
449	アリメジンとムコダイン水剤混合調剤で調整者がアスベリンと思い込んでムコダインと調剤。監査ジャーナルはアスベリンと入力されていたが、入力はアリメジンで正しく入力されていたこともあり、監査者も気づかずそのまま患者に交付。お渡し後数十分後に、当事者が気づき、患者に連絡。まだ服用していなかった為、再度ご来局いただき、正しく調整されたものと交換。	12月に異動したばかりの薬剤師で小児の調剤に慣れていなかった。また混雑していて、焦りもあった。監査した薬剤師は入力が正しいことは確認したが監査ジャーナルまで一言一句薬剤があっているかの確認がおろそかになっていた。	薬剤を取り出すとき、調整するとき、しまうときに薬剤と処方内容が一致しているか3重確認する。水剤もテイカーが通るように設定。監査ジャーナルは一言一句鉛筆で丸しながら確認。	アリメジンシロップ0．05%	アスベリンシロップ0．5%	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
450	ツムラ桂枝茯苓丸の処方されたが、名称類似の異なる製品ツムラ桂枝加朮附湯がピッキングされた。鑑査中、薬剤師が製品が異なることに気づき、正しい製品に交換した。	土曜日の出勤人数が少ない中、外来が一番混みあう時間帯だったこともあり、製品の名称を最後まで確認せずに前半の漢字の類似で異なる製品をピッキングしてしまった。	類似した名称の製品は場所を離して管理する。薬歴の注意事項に類似製品があることを記載して調剤者・監査者へ注意喚起を行った。	ツムラ桂枝茯苓丸エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒（医療用）	
451	処方箋にあるQRコードを利用して処方入力を行ったが、薬品の紐づけを誤り、ヘパリン類似物質油性クリームで処方のところを、ヘパリン類似物質クリームにて入力してしまった。調剤はヘパリン類似物質油性クリームで行っていたが、その後、入力がクリームになっていたため、調剤をクリームに直してしまった。	当該医療機関からの本薬剤の処方が初めてであったため、QRコードと薬剤の紐づけがされておらず、類似名称品を選んで処方入力してしまった。	鑑査補助システムを使用した際のエラーが元で発見に至ったため、エラーが出た際は処方入力から疑い、再確認するよう従業員に共有。	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「アメル」	ヘパリン類似物質クリーム0．3%「アメル」	
452	セフカペンピボキシル処方のところ誤ってセフジトレンピボキシル錠を調剤。監査時に誤りを発見。	多忙な場面で処方薬剤名の初めの2文字しかみていなかった。	処方薬剤名を最後の一文字まだしっかり確認すること。	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「SW」	セフジトレンピボキシル錠100mg「OK」	
453	休憩明け直後の来局。ユベラNカプセル100mg処方されている患者にユベラソフトカプセル200mgで入力し、ジェネリックのトコフェロールニコチン酸エステルカプセル200mgで投薬しかける。	注意不足。休憩明けすぐというタイミング。	いつもと異なる状況対応、繁忙期や精神的に落ち着かない時などと自覚できた場合には、いったん深呼吸をして冷静になりいつもより時間をかけるつもりで監査を行う。	ユベラNカプセル100mg	ユベラNソフトカプセル200mg	
454	処方箋は(般)テオフィリン徐放錠100mg(12-24時間持続)1錠が処方されていたが、24持続製剤のテオフィリン徐放U錠200mg　0.5錠で入力・調剤を行ってしまった。監査する薬剤師が間違いに気づき、交付には至らなかった。	テオフィリン製剤には持続時間の違いによって薬剤の種類が異なるという知識が不足していたことが要因だと考えられます。	レセコン入力してくれるスタッフへ、間違いやすい一般名の薬剤の違いについて研修を行い知識の向上をはかりました。	テオフィリン徐放錠100mg「日医工」	テオフィリン徐放U錠200mg「トーワ」	
455	内科の定期往診で処方されていたバルプロ酸徐放錠100mg が精神科に移行する際、普通錠のバルプロ酸錠100mgで処方入力した	事務員がバルプロ酸に徐放と普通錠があるという認識不足薬剤師ま監査の際意識して監査していなかった	バルプロ酸には普通錠、徐放錠があるということを朝礼にて再共有する	バルプロ酸ナトリウム徐放錠A100mg「トーワ」	バルプロ酸ナトリウム錠100mg「アメル」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容						
No.	事例の詳細	背景・要因	薬局における改善策	処方された医薬品	間違えた医薬品	関連医薬品
456	前日にカロナール錠200mgを処方されていたが、翌日に別の診療所の処方せんを持参されました。同じカロナールを長期処方されたと思い規格を確認せずレセコンに入力し調剤室に回したところ、薬剤師が処方監査時にカロナールが300mgであることに気が付きました。	普段、事務員は二人体制となっておりますが、諸事情により一人体制を強いられていました。患者さんが同時に複数名ご来局され、焦ってしまったのだと思います。その際に新患受付や電話対応をするのに席を外す場面もあり、集中力が欠けていたと思われます。	なるべく一人体制にならないよう薬剤師や事務員と話し合いをする。手が空いている時はサポートに入れるような体制を心掛けるようにしたい。	カロナール錠300	カロナール錠200	
457	一般名処方「耐性乳酸菌錠」1種記載の処方箋を受付し、ビオフェルミン錠で調剤した。薬剤交付前に他の薬剤師が発見した。	当薬局は、ビオフェルミン錠単剤で投薬する頻度が高い店舗である。患者様の来店時間は9時～10時の最も忙しい時間帯での処方箋であった。患者様へお話をお聞きしたところ、他の医療機関で抗生剤服用しており、胃腸の調子を悪くして、今回、当店近くのクリニックを受診した。	忙しい時間帯での慌て・焦り・慣れ　が原因である。確認も薬剤師2名で行う。	ビオフェルミンR錠	ビオフェルミン錠剤	
458	17時過ぎ頃、薬局内が込み合っている中での調剤。GE希望の患者様にメイアクトMS錠100mgが処方。成分名失念の為、メイアクトのパッケージの成分名を確認し、GEをピッキング。ゼロ子を通した時、セフカペンピボキシルをピックしていたことに気づく。セフジトレンピボキシルにピッキングをやり直した。 【処方箋の関係部分の内容（薬名・屋号、用法用量、処方日数など）】メイアクトMS錠100mg　3錠　1日3回　毎食後　3日分	薬局内が混雑していた状況で成分名を字面のみで確認したことが原因と考える。薬剤師自身の経験、知識不足。	GEに変更し調剤を行う場合、成分名が分からないときは処方箋に記載する	メイアクトMS錠100mg	セフカペンピボキシル塩酸塩錠100mg「SW」	

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
1	吸気時に咳き込むためレルベア２００エリプタ３０吸入が１日１回１回２吸入で処方がありました。ご本人様にお話を伺ったところ、今回新規で吸入器を使用すること、また添付文書上１回１吸入より多く使用することがない薬剤のため疑義照会をしました。レルベア１００エリプタ３０吸入の１日１回１回１吸入に変更しました。	吸入器は規格や吸入数など多岐に薬剤が存在するため薬剤を選択するときのエラーが考えられる。また吸入器によっては１回２吸入する薬剤も存在するため用法用量を把握できていなかった知識不足が考えらえる。	処方箋をお預かりした後、処方監査を行い、疑問に思った時点で患者さんに情報収集を行う。納得できない場合は疑義照会を行なった上で調剤をする。			レルベア２００エリプタ３０吸入用	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
2	アモキサンカプセル10mg、トラネキサム酸錠250mg、カロナール錠200mgが処方された。風邪処方と考えられ、来局した患者の母親に尋ねたところ風邪と確認した。アモキサンカプセルがアモキシシリンカプセルの間違いではないかと思われたため疑義照会を行い、アモキシシリンカプセルに変更となった。	3文字目まで同一であるため医療機関での処方箋入力時に選択を誤ったと思われる。	通常応需先から処方されることがない薬剤が処方されたり、処方内容から処方ミスが疑われる場合はすぐに疑義照会を行うようにする。	アモキサンカプセル１０ｍｇ	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
3	皮膚科の処方箋に、アモキサンカプセル10ｍｇの処方があり、問い合わせをおこなったところアモキシシリン250ｍｇに変更になりました。	頭文字3文字での検索で、処方箋の記載を間違えたと推定される。	診療科と処方内容の妥当性を検討して業務にあたりたいと思います。	アモキサンカプセル１０ｍｇ	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「ＴＣＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
4	アモキサンカプセルが処方されていた患者様。投薬中に症状と薬の効能が違うため、入力の誤りと気づき問い合わせ。サワシリンカプセルへ変更になった。	レセコンに入力時、アモキシシリンカプセルを選択するところ、間違ってアモキサンカプセルを選んでしまったと考えられる。	投薬時には、患者様の症状を聞き取りし、薬の効果と症状の相違がないか常に確認する。疑わしいところがあれば、問い合わせする。	アモキサンカプセル１０ｍｇ	サワシリンカプセル２５０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
5	喉の痛みにアモキシシリンカプセル250ｍｇが処方されるべきところ、アモキサンカプセル10ｍｇが処方されてしまった。	全く異なる薬効だが、薬剤名が似ているため間違ったと推定される。	調剤前に処方内容が適正か確認している。	アモキサンカプセル１０ｍｇ	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
6	26歳の女性患者にアモキサンカプセル(10)3カプセル分3朝昼夜が処方された。症状について伺ったところ、うつのような症状はないとのことであったため問い合わせ。疑義後、アモキシシリンカプセル（250）3カプセル分3朝昼夜へ変更になった事例	医薬品名が類似していたため、誤ったものと思われる	患者から得られた主訴と処方された薬剤に齟齬があった場合は些細なことでも疑義照会を行う。	アモキサンカプセル１０ｍｇ	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
7	イボの処置後の抗生剤を出す予定と施設看護師から伺っていたが、実際出たのはアモキサンカプセルだためＤｒに疑義照会→アモキシシリンへの入力ミスだと判明、変更となった	三文字入力での入力ミスと思われる	急に今までにない疾患の薬が出た際は本人または介護者に確認するようにする	アモキサンカプセル１０ｍｇ	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
8	咳、のどの痛みにて来院され処方が出る。その後処方箋をもって来局。処方鑑査時患者様のお話の内容と当該処方の齟齬がみられ疑義照会し、変更となった。	レセコン入力が3文字検索にて行われていると推定される	レセコン入力によっては3文字検索で選択することが多いため、処方薬剤の確認は必ず来局される方の症状と照らし合わせ医薬品の確認は全文字確認、規格確認を徹底し、複数での確認も徹底。	アモキサンカプセル１０ｍｇ	サワシリンカプセル２５０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
9	久しぶりの来局。患者アンケートを記載していただき、風邪で受診と確認。アモキサンカプセル250ｍｇ3Cap3X5TD他アスベリン20ｍｇ・カルボシステイン500ｍｇ・トラネキサム酸錠250ｍｇ各3Ｔ３Ｘ７ＴＤ処方あり。アモキサンカプセルのみ明らかに適応症異なるため問い合わせ、入力ミスと確認。アモキシシリンＣａｐ250ｍｇ3Ｃａｐに変更。	薬剤の最初の3文字のみが同じ為、薬剤選択ミスしたと思われる。	薬歴・患者情報より、症状に適正であるか確認する。	アモキサンカプセル２５ｍｇ	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
10	整形外科より、アモキサンカプセル２５ｍｇと、疼痛時にカロナール錠２００ｍｇが処方あり。患者から情報収集を行った。膝の怪我との旨であり、効能効果が異なるため、疑義照会を行った。疑義照会の結果、アモキシシリンカプセル２５０ｍｇへ変更となった。	名称類似による、入力誤りと推定。	名称類似に気を付け、患者からの情報収集と処方監査を行う。	アモキサンカプセル２５ｍｇ	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
11	内科を受診された患者。他の処方内容が咽頭痛や発熱の症状に対しての薬剤であったが、カプセルのみ鬱病へ使用するアモキサンであった。薬剤名が類似しているアモキシシリンカプセルの誤りではないかと考え、処方監査の段階で疑義照会を行ったところ、アモキシシリンカプセルの誤りであることが判明した。	処方薬選択時の確認不足。薬剤の名称、規格等の類似。	処方箋からの疾患の予測。	アモキサンカプセル２５ｍｇ	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「ＴＣＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
12	４年ぶりに受診され来局　アモキサン２５ｍｇとアズノールうがい液処方ありアモキサンは供給不良品あり、外用剤処方から抗菌剤処方の可能性も疑い患者様へ今回受診された体調の確認実施疑義照会でアモキシシリン２５０ｍｇ処方ではないか確認する　処方薬変更となる	薬品名がはじめの３文字が同じである、用量が２５と２５０で似ている、名称の最後がどちらも「ン」である	処方薬と患者様からうかがうお話の関連性に問題ないか確認する	アモキサンカプセル２５ｍｇ	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
13	アモキサンカプセル25mg　3C 3× 毎食後の処方箋を受け付けたが、他の処方薬を考慮すると処方間違いの可能性ありと判断。患者に今回の受診理由を聞き取ったところ、インフルエンザで他院を受診、処方を受けたが、下痢症状発現したため、改めて当該病院を受診、精神的な不調や神経痛はなしと確認できた。処方間違いの可能性が高まったため、疑義照会した結果、サワシリンカプセル250mg 3C 3×に変更となった。	類似薬品名によるオーダリングシステムの入力ミス、処方箋発行後の確認ミス。	類似薬品名による調剤ミスの注意喚起。患者からの併用薬や既往歴、受診理由等の十分な聞き取り。	アモキサンカプセル２５ｍｇ	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「ＴＣＫ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
14	アモキシシリンカプセル250mg処方されるところアモキサンカプセル25mgが出されており電話にて疑義照会。	薬剤の名称および規格量が類似していることによる記載間違い。	先入観にとらわれずしっかりと処方内容を確認してから調剤を開始するように務めいち早く間違いに気づく体制をとっている。	アモキサンカプセル２５ｍｇ	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
15	アモキサンカプセル25mgが処方されていた。普段出ることがないお薬であり、処方内容からも違和感があったので疑義照会を行った。	薬品名の類似	処方医の良く出されるお薬の傾向を知る。処方内容の確認。	アモキサンカプセル２５ｍｇ	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
16	アモキサンカプセルが処方されていたが、そもそも製造中止品目である。そのため、他薬へ変更するための情報提供を医師へ行うため、患者へ診察時の会話内容を尋ねたところ「以前に他の病院でもらったことのある風邪薬を出してもらった」と返答があった。お薬手帳を確認したところ、アモキシシリンと書かれていたため、処方間違いであると判断して疑義照会を行った。	普段使わない薬を患者の言うままに処方しようとしたため、似ている名前の薬剤があることに気づかず処方してしまったと推測される。数年前から出荷調整、出荷停止、製造販売中止等の医薬品が相次いでいるのだが、それらの情報に対する意識が弱いことも原因と思われる。製造中止品目であるとわかっていれば、そもそも処方することはなかったであろう。	患者たちに対する教育として、医師も人間であるため間違いを犯すものであると認識させることが必要。スタッフに対する教育として、診察時の会話などを上手に聞き出せるような会話術を高めていくことが大切である。	アモキサンカプセル２５ｍｇ	アモキシシリンカプセル１２５ｍｇ「タツミ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
17	アモキサン細粒10%　2ｇ分3でご処方されていたが、他の処方が風邪症状の薬、患者背景よりうつ症状ではないので、類似名称のアモキシシリン細粒10%でご処方したかった可能性があり、疑義照会をしたところ、アモキシシリンで間違いないとのことで、アモキシシリンに変更となった。	アモキサンとアモキシシリンの名称類似	患者背景も考えて調剤する	アモキサン細粒１０％	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられるものの、製剤の性質及び同様の事例が継続的に報告されていることを踏まえ、PMDA及び製造販売業者は報告件数等を注視しているところである。
18	当薬局を初めて利用される患者がA病院の処方箋を持って来局した。【般】シベンゾリンコハク酸塩錠50ｍｇ他9剤が処方されていた。薬剤師Aが持参していたお薬手帳を確認したところ、今までB病院、他薬局で処方されている内容であることが確認された。その中でソリフェナシンコハク酸塩錠2.5ｍｇがシベンゾリンコハク酸塩錠50ｍｇへ変更となっていた。患者へ確認すると、B病院が休診の為代わりにA病院で処方してもらった、薬剤変更は無いことが確認されたので、処方医にFAXで疑義照会を行った。その結果、シベンゾリンコハク酸塩錠50ｍｇはベシケアＯＤ錠2.5ｍｇへ変更となった。	お薬手帳から処方箋へ転記する際、入力ミスをし、確認の際もコハク酸塩錠に目が行ってしまい気付かなかったと考えられる。	お薬手帳や患者からの聞き取り等から処方内容に間違いがないか確認する。特に初めて利用される患者は用法、規格等注意して調剤鑑査を行う。	【般】シベンゾリンコハク酸塩錠50ｍｇ	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
19	当薬局を継続して利用している患者が処方箋をもって来局した。処方箋には一般名処方で【般】フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液50μg56噴霧用と記載されていた。当該患者の薬剤服用歴を確認したところ、フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液はこれまでに処方されたことがなく、アラミスト点鼻液27.5μg56噴霧用（フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液）が定期的に処方されていた。また、当該患者に処方変更の有無を確認したところ、処方変更の話はなかった旨の返答があった。以上のことから、処方医に電話で疑義照会を行った。その結果、【般】フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液50μg56噴霧用から【般】フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液27.5μg56噴霧用に変更となった。	今月からアラミスト点鼻液の後発医薬品を処方できるようになった。処方医は一般名で処方したが、当該薬剤の一般名を間違って選択したと考えられた。両薬剤の一般名は、最初の六文字がフルチカゾンと同一であり、間違いが起こりやすいと予想された。	処方内容の変更が確認された場合は、薬剤服用歴の確認や患者からの聞き取りなど、処方箋以外の情報を活用して、処方内容を鑑査する。ステロイド系薬剤の一般名は似通っており間違いやすいので、最初の数文字だけでなく、最後の文字までよく確認する。	【般】フルチカゾンプロピオン酸エステル点鼻液50μg56噴霧用	【般】フルチカゾンフランカルボン酸エステル点鼻液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
20	一般名処方の処方箋。この度アスパラカリウム錠300mgからLアスパラギン酸カルシウム錠200mgに処方変更になっていたことを不審に思い問い合わせを行う。結果、アスパラカリウム錠30mgの処方間違いであることが分かった。	薬品名類似	処方変更の際は薬品名類似の選択間違いではないか、留意する	Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「サワイ」	アスパラカリウム錠３００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
21	骨折のため基幹病院へ入院した際に低カリウムの指摘受けアスパラカリウム散の服用を開始した。退院後もかかりつけ医の方から継続して処方される予定だったが、アスパラKからアスパラギンCaへ変更して処方された。薬局にてお薬手帳で入院中の処方を確認した薬剤師がカリウム製剤からカルシウム製剤へ変わってることに気づき、疑義照会にて確認したところアスパラカリウムの処方へ変更となった。	類似した名称の薬剤があるにも関わらず確認をおろそかにしたまま処方されたこと。	医療機関で行われる血液検査の数値の確認や他科での処方薬を確認することで、処方内容の妥当性や重複・相互作用によるインシデントを回避するように努める。	Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「サワイ」	アスパラカリウム錠３００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
22	当院をかかりつけとしている開放隅角緑内障にて眼科の受診を継続している患者の家族が処方箋を持参し来局。処方箋応需時に処方監査を行い前回から処方変更となっていることを確認。ブリモニジン点眼液からアイベータ配合点眼液に変更となっていたが、以前よりドルモロール配合点眼液を併用しており、アイベータ配合点眼液とドルモロール配合点眼液の併用ではチモロールが成分重複となり不適切と判断し医師に疑義照会を実施。結果アイベータ配合点眼液からグラアルファ配合点眼液に処方変更となった。	医師の処方せん確認不足およびグラアルファ配合点眼液が新薬であり、アイベータ配合点眼液も比較的新しい薬剤であった為知識が混同したものと推察される。	処方箋応需の際に薬剤師が必ず処方監査を行うように取り組んでいる。また前回処方から変更がみられた際には必ず併用薬の確認を行うように取り組んでいる。	アイベータ配合点眼液	グラアルファ配合点眼液		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
23	患者様が処方箋を持って来局。処方箋には「アイベータ配合点眼液、5ml/両目1日2回、ドルモロール配合点眼液「センジュ」、5ml/両目1日2回」と記載。両方の目薬にチモロールマレイン酸が含有されていたため、処方医に疑義照会した。アイベータ配合点眼液、5ml/両目1日2回が、アイラミド配合懸濁性点眼液、5ml/両目1日2回に変更になった。	薬品名が類似しているため、入力ミスと考えられる。	配合剤の調剤では、成分が重複していないかチェックするようにする	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
24	もともと受診されていたクリニックが閉院となり、紹介された病院からいつもと異なるアイミクスHDが処方されていた。閉院の為、紹介され、処方内容に変更はないと聞かれていたため、照会しアイミクスLDに変更となった。	薬剤名が似ており、病院の採用薬ではなかった場合に、他規格存在すると思わず、選択した可能性がある。	薬剤変更時は必ず患者にどうして変更になったのかを聴取し、薬剤が正しいか判断するようにしている。	アイミクス配合錠ＨＤ	アイミクス配合錠ＬＤ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
25	グラアルファ点眼など複数の薬が出ていたが、眼圧の下がりが悪いのでアイラミド点眼が追加になった。両方の目薬にはアイファガン点眼の成分が入っており重複するので処方元に問い合わせてエイゾプト点眼に変更になったが、エイゾプト点眼がしみて中止になったと薬歴に記載があったため、再度問い合わせてトルソプト点眼に変更してもらった。	配合の点眼はそれぞれ複数の薬効成分が入っているので同成分の重複が起こりうる。またしみると涙液で点眼薬の成分が薄まって十分な効果が得られないうえ、患者がさすのを嫌がる場合があるので避けるのが望ましい。	薬歴記載の十分な確認、以前しみる等で中止になっていないかを確認する。またメーカーから取り寄せた点眼薬の薬効表で配合剤については同種同効薬の重複が無いか、複数の薬剤師で確認する。	アイラミド配合懸濁性点眼液	トルソプト点眼液１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
26	これまでアイファガン点眼液が処方されている患者にアイラミド配合点眼液が処方されていて、投薬時に変更になってますと患者様にお伝えしたところそんなはずではないとのことでしたので問い合わせたところ、変更なしでアイファガン点眼液になりました。	名前が似ていることから、医薬品名が入ったはんこうの押し間違いではないかと思っています。	今回投薬時との患者様とのコミュニケーションによって間違いが発覚したのでやはりそれは大事だなということで従業員全員そのことを共有ししっかり行っていくことになりました。	アイラミド配合懸濁性点眼液	アイファガン点眼液０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
27	カルボシステイン錠500ｍｇ　3錠　毎食後アカルボース錠50ｍｇ　3錠　毎食後アストミン錠10ｍｇ　3錠　毎食後の新規処方にて糖尿病薬の処方ではない事を患者へ確認。疑義照会したところアンブロキソール錠15ｍｇとの誤りで薬剤変更となった。	ア行での薬剤選択ミス。	薬剤師による調剤前の処方鑑査の実施	アカルボース錠５０ｍｇ「ＮＩＧ」	アンブロキソール塩酸塩錠１５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
28	精神科からの処方。定期薬の他に新規薬があった。ムコダインドライシップ５０％と混合でアキネトン細粒１％の処方であった。４歳の患者に対して１日量３０ｍｇ処方されていた。疑義照会にてアスベリン散１０％３０ｍｇに変更になりました。	アキネトン、アスベリンとも「あ」から始まる薬であるため入力間違いか？	用量のチェックを怠らない。処方意図をよみとる。	アキネトン細粒１％	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
29	糖尿病の現病歴はない患者。定期薬の処方28日分の中に アクトス錠15mg 1錠 起床時 4日分の記載。用法と処方日数からアクトネルとの処方誤りを疑い、処方医に疑義照会をしたところ、アクトス錠15mgからアクトネル錠17.5mgへ処方変更となった。	処方箋発行前の処方入力時、「アクト」の3文字入力で誤ったと推定される。	適用外処方の可能性も考慮しつつ、少しでも疑わしい場合は必ず疑義照会をしている。	アクトス錠１５	アクトネル錠１７．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
30	12歳女児にアストミン錠10mgが処方されていた。アストミン錠10mgは15歳以上から服用できる医薬品であるため、処方医に問い合わせを行った。その結果、アストミン錠10mgの処方が削除になりアスベリン錠10mgの処方が追加となった。	処方時の年齢の確認不足が挙げられる。	小児の処方では年齢や体重で服用できる医薬品やその用量が決まるため、年齢と体重の確認を必ず行っている。	アストミン錠１０ｍｇ	アスベリン錠１０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
31	めまいと吐き気で受診の新患の患者様にアストミン10mgが処方されていたので、調剤し投薬時にめまい、吐き気、咳が出るんですかと確認したところ、咳は一切ないとの事。めまいでの受診でもあるので、Drはアデホスコーワ顆粒を出したかったのかもと考え、疑義照会を行ったところDrよりアデホスコーワ顆粒の間違えだったとお返事を頂く。	Drの処方入力間違え。	投薬時のヒアリングで防げた事例、患者様とのコミュニケーションを取る。	アストミン錠１０ｍｇ	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
32	門前クリニック内科の処方箋応需。アスパラＣＡ錠200ｍｇのみ処方あり。投薬時に患者家族に話を聞いたところ「カリウムの値が低いので薬が出た」とのこと。アスパラＣＡではなくアスパラカリウムの処方間違いを疑い疑義照会を行ったところ、アスパラカリウム錠に処方変更となった。	類似名称のためDrがオーダーミスしたと思われる。	今後も患者からの聞き取りを確実に行う。	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
33	一般名処方で[般]L-アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇが新規で追加になっていたが、備考欄には「アスパラＫ追加」とコメントあり。疑義照会にて[般]Ｌ－アスパラギン酸Ｋ錠３００ｍｇに処方変更となった。	一般名の類似による入力間違いと推察。	一般名・医薬品名の類似には細心の注意を払い、疑わしきものは疑義照会にて解決を図る。	アスパラ－ＣＡ錠２００	アスパラカリウム錠３００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
34	アスパラカルシウム錠２００の処方があり、患者様にお話を伺ったところ、アスパラカリウムというメモをお持ちで、検査の結果カルシウム値が高くて、カリウム値は低いとのお話も伺ったため、疑義照会をし、アスパラカルシウム錠２００からアスパラカリウム錠３００ｍｇへ変更となった。	類似名のため入力が誤ってされてしまったと考えられる。	新しく処方されているお薬は特にどういった経緯での処方なのかなど患者様からの聞き取りが重要であると感じたため、今後も聞き取りを怠らず患者様に寄り添った投薬を心掛けていく。	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
35	アスパラカルシウム処方あり、以前アスパラカリウム服用歴があった為疑問に考え疑義紹介。医師が家族から他の錠剤無いかと聞かれた為、変更したが、確認不足だったとの事。家族へ確認した所、粉が嫌なだけでアスパラカリウム服用問題ないとの事。	名称類似、病院により採用薬による処方制限。	過去の経過を確認する事が重要である。疑問に思った事は些細な事でもその都度確認する。	アスパラ－ＣＡ錠２００	アスパラカリウム錠３００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
36	平素より当薬局利用患者継続でLアスパラギンCa２００使用していたが今回よりアスパラカリウム３００へと処方変更となっていた。患者代理との会話の中で薬剤変更の話は聞いていないとのことで医師に疑義照会を行い処方誤りであると確認できたため、正しい薬剤に変更しお渡しした。	名称が似ている	薬剤変更および薬剤中止時は、とくに患者とDrの会話の中でそのような文言が出てきているか確認を行う。	アスパラカリウム錠３００ｍｇ	Ｌ-アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
37	継続でLアスパラギン酸Ca200mgを処方されていた患者に対して今回よりアスパラカリウム300が処方されていた。患者に聞き取りを行ったところ薬剤変更の話を聞いていないと確認できたため、処方医に疑義照会し処方誤りであると判明した。	名称の類似性。システムの使いづらさ。	薬剤変更・用量変更・中止時は、特に患者とDrの会話の中でそのような文言が出てきているか確認を行う。	アスパラカリウム錠３００ｍｇ	Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ錠２００ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
38	元々かかりつけの医院よりアスパラCA200mg処方されていた方。総合病院に一時的に入院され、入院時の院内処方で薬が変更になった。アスパラCA200mgからアスパラカリウム300mgに変更となり、退院時も同じものが処方。退院時処方は別薬局で調剤されている。退院後かかりつけ医を受診した際に薬が変わっていることが判明。かかりつけ医にも変更の経緯は伝わっていなかった為、入院前と同じアスパラCA200mgが処方される。薬局来局時、お薬手帳の記載では（成分が異なるにも関わらず）採用医薬品の関係で変更になったとあり。TELにて総合病院のミスだったと判明。幸い患者に有害事象はなかった。	医師、薬剤師の確認不足、医薬品名類似	入院、退院、転院時などの薬の変更に関しては入念に患者への聞き取りを行う。少しでもミスの可能性があれば必ず疑義紹介する。	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
39	アスパラカリウム錠が入荷困難の為、アスパラ配合錠に変更されたが、アスパラ配合錠の中にはアスパラカリウムは含まれているが、アスパラギン酸マグネシウムも配合されてて、血中にマグネシウムが充分足りている当患者には高マグネシウム血症なる恐れがあった。	アスパラカリウム錠とカリウムが配合されているアスパラ配合錠と名前が似ていることと、カリウムが不足している患者はマグネシウム欠乏を合併している疑いもあるということでアスパラ配合錠に変更しても良いとDr は判断されたと思われる。	当患者は血中マグネシウムは足りているので、剤形は違うが単純にアスパラカリウム散に変更したほうが良いと Dr に詳しく説明し、アスパラカリウム散に変更となった。	アスパラ配合錠	アスパラカリウム散５０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
40	処方箋に手書きでアスピリン散１０％と記載あり。他処方がムコダインシロップであったことから、名称類似薬での誤りでないかと推測。	手書きでの処方であったことから、医師の勘違いで名称類似薬を記載	薬学的観点から違和感のある処方については必ず疑義紹介を行う。	アスピリン原末「マルイシ」	アスベリンシロップ０．５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
41	散剤の処方をお持ちになった為、調剤した。しかし１回分の量がかなり多く飲みにくいのではないかと思ったため、同僚の薬剤師に相談した。病院へ相談することとし、電話したところ液剤で間違いであることが分かった。	カルテの読み間違いもしくは、処方せん作成時の入力ミスではないかと思われる	患者様の飲みにくさを心配しての判断がよかったと思います。また相談がしやすい環境づくりが大事だと感じました。	アスベリンドライシロップ２％ カルボシステインドライシロップ５０％「ＮＩＧ」	アスベリンシロップ０．５％ 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
42	アズレンスルホン酸ナトリウム顆粒1%2ｇ/回の処方、容量オーバーの為疑義照会を行った。アズレンスルホン酸ナトリウム炭酸水素ナトリウム配合含嗽剤２ｇ／回に変更になった。	名称類似	疑義がある場合は病名の確認を行う	アズレン顆粒１％「ツルハラ」	ＡＺ含嗽用配合顆粒「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
43	整形外科からアゾセミド錠30ｍｇが痛いときで処方されていたため疑義照会した結果、アセトアミノフェン錠200ｍｇの間違いであったことが判明した。その他の処方はセファクロルカプセル２５０ｍｇとゲンタシン軟膏０．１％である。	薬品名の入力間違いか、候補薬で選択を間違ったと思われる。	処方内容で違和感があれば疑義照会を必ず行うこと。	アゾセミド錠３０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	アセトアミノフェン錠２００ｍｇ「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
44	久しぶりに来局された患者様です。アトーゼットＨＤが初めての処方だったため問診を行ったところ今までコレステロールの薬は飲んだことがない。コレステロールの薬を追加するとだけ聞いたとのこと。数値もとても高いわけではないと確認したため念のため疑義照会を行った。医師からはゼチーアと間違えて処方してしまった。と返答がありました。	薬剤名が類似しているため間違えて処方したと考えられる。	初処方の薬剤は細心の注意を払い患者さまに合わせた処方がなされているか丁寧に問診を行う。	アトーゼット配合錠ＨＤ	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
45	アミティーザが処方されており、投薬時に患者様に話を伺うと帯状疱疹での受診で、便秘などの訴えはないと確認できたため疑義照会を実施し変更へ用法に関しても疑義照会で１日２回と回答があったが、添付文書では１日１回でその点も疑義照会にて変更された	医師の薬への不慣れ、あ行・ま行で薬品名が近似しているといえばしている点	処方箋からではわからないことは多いので、受付時の情報収集を徹底し、処方に問題ないことを確認すること患者様が正しい治療を受けられるように引き続き努めたい	アミティーザカプセル２４μｇ	アメナリーフ錠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
46	血圧が100を切るほど低くなり薬が減量になった。薬は合剤で薬の量を1/4の量にすると話があり、そのようになっていた。その際もう一方の成分も変更になっていた。薬が全部変更になったと理解したが、前回の薬剤の名称が他の合剤と似ているため、もしかしたら薬剤変更の内容が異なるかもしれないと思い、病院へ疑義照会し処方変更、薬剤変更してお渡し。 前回処方；テルチアAP（ヒドロクロロチアジド、テルミサルタン40ｍｇ） 疑義照会前の今回の処方；アムロジピンOD５ｍｇ1錠、テルミサルタン20ｍｇ0.5錠 疑義照会後の処方；ナトリックス１ｍｇ0.5錠、テルミサルタン20ｍｇ0.5錠	前回処方；テルチアAPだが、ミカムロAPと勘違いしたと思われる。	薬局でも合剤の薬剤名と成分名の把握、患者の体調とよく照らし合わせることを徹底する。	アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ「あすか」	ナトリックス錠１		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
47	アムロジピン錠１０ｍｇ　2錠　分１　昼食後　３日分　がカルボシステイン・デキストロメトルファン・モンテルカストと一緒に処方。血圧は高くなく感冒で受診と患者に確認。疑義紹介にてアジスロマイシン錠250mg　２錠分１　昼食後　3日分へ変更となった。	薬剤名選択の際に選択間違いを起こした。	患者訴え症状に相当しない薬剤が処方されている場合は疑義照会にて確認を漏らさない	アムロジピン錠１０ｍｇ「トーワ」	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
48	患者さんが風邪をひき、トラネキサム酸塩錠５００ｍｇ、３錠とアモキサンカプセル５０ｍｇ、３カプセルが処方されましたが、風邪なのに抑うつ病剤が出ているのでTELにて確認をしたところアジスロマイシン錠２５０ｍｇ（ジスロマック錠）に変更	アジスロマイシン錠２５０ｍｇを間違えてアモキサンカプセル５０ｍｇで入力間違え	似たような名前の一般名薬剤や販売名薬剤の薬があるのでまずは処方せんをしっかりと確認をするようにしています。	アモキサンカプセル５０ｍｇ	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
49	抗生剤がフロモックス錠100ｍｇとアモキシシリンカプセル250ｍｇの2種類が処方されており、患者様からの聞き取りで風邪による処方だったため、疑義照会いたしました。その結果、アモキシシリンカプセル250ｍｇではなくアンブロキソール塩酸塩錠15ｍｇの間違いで、変更してお渡ししました。	推定される要因として2点、アモキシシリンカプセル250ｍｇとアンブロキソール塩酸塩錠15ｍｇの用法が同じであることと、頭文字が同じだったため入力を間違えたのではないかと考えられます。	今後も何か疑わしい点があった時は必ず医師に確認をします。また、従業員の中でヒヤリハット事例を共有していきます。	アモキシシリンカプセル２５０ｍｇ「トーワ」	アンブロキソール塩酸塩錠１５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
50	新患でお薬手帳をお持ちでなかったため、過去歴が分からず調整したが、監査時点で処方内容に疑問を持った。同じタイミングで患者入院先の病院から持参薬の確認の電話があり、今までの処方薬を確認したところ処方箋内容との相違があったため疑義照会を行った。処方せんにはアルタット細粒20%と表記があったが、服用していたのはアルダクトン細粒10%であった。	患者さまの希望で病院を変更されたところだったので、紹介状から薬歴を引き継ぐ際の入力間違いだと考えられる。	特に新患の方や、服用歴が分からない方の処方箋で疑問点を見つけたら、必ず医師に確認をとるようにする。患者さまとコミュニケーションをとり、いつもの薬を違いないか、症状は何かを聞き取る。	アルタット細粒２０％	アルダクトンＡ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
51	咽頭痛にて受診アルファカルシドール錠0.5μｇ3錠分3で処方用法用量も正しくなく、その他ダラシン、トラネキサム酸も処方されているため、薬剤の間違いである可能性が高いため疑義紹介を行い、カルボシステインへ変更となった	カルボシステインとアルファカルシドールでは名称に類似点が多いわけではないが、2文字で検索をかけて選択ミスと考えれば可能性としてはなくはないと思われる	引き続き、処方監査に注力していく	アルファカルシドール錠０．５μｇ「アメル」	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
52	（一般名）フェキソフェナジン60mgが処方されていたが、患者の症状に適さないため電話で疑義照会したところ、フェブキソスタット10mgに変更になった。	頭の成分名が似ていることからカルテへの記入を間違えたと思われる。	代理人による受け取りも多いが、必要な情報の聞き取りは必ず行い、不明点は電話で確認する。	アレグラ錠６０ｍｇ	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
53	2023/5/29、18時頃に来局。処方箋をあずかり確認したところ、1日2回朝夕食後7日分でアレンドロン酸35ｍｇ「トーワ」が処方された。すぐに疑義照会をし、アレグラ錠60mgへ変更となった。	2剤の上二文字の「アレ」が共通しており、薬を検索する際に誤って選択したと考えられる。	疑義照会の内容を薬局内で共有。服薬指導では患者の症状を確認しつつ、処方されている薬との関連性があるかどうかを判断するように注意喚起。	アレンドロン酸錠３５ｍｇ「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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
54	患者は　毎月来局し定時薬があった　投薬時に追加になっている薬があることを説明　　本人に確認したところ痰の薬をお願いしたとのことだった　カルボシステイン錠も処方されていたので痰の薬以外で追加になっている薬はないか確認したところ　先生は痰の薬を処方するとだけ言っていたとのことだった一般名処方で　サルポクレラート錠と処方されており　先発名がアンプラーグ錠であることから　アンブロキソール錠の間違いではないかと気が付き　疑義照会して処方医に確認　アンブロキソール錠に変更になった	医療機関側が　処方入力時に薬品名の3文字まで入力して複数の薬品名から選択する際に　薬品名を間違えたのではないかと推定される　　似ている薬品名が多いので　投薬時は患者に症状を確認して　薬の内容があっているか必ず確認し、症状にあっていない薬が処方されていたら　似ている薬品名の間違いではないか　本当にこの薬品であっているのか確認してから投薬する	投薬時に必ず　患者の症状を聞き取り　処方薬が本当に合っているか必ず確認する	アンプラーグ錠１００ｍｇ	アンブロキソール塩酸塩錠１５ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
55	久しぶりに来局された0歳8か月の患者さんにアンブロキソール塩酸塩経口液0.75%が2ml処方されていた。普段アンブロキソール塩酸塩シロップ小児用0.3%を処方する先生だったが、初めてその薬を処方してきた。用量もおかしいため、疑義照会したところ、シロップ小児用0.3%に処方変更となった。	久しぶりに来院された患者さんだったので、先生が過去の処方歴から引っ張らずに改めて手入力したからだと思う。	いつものアンブロキソールシロップだと思って調剤しない。アンブロキソールには濃度の異なる経口液というものがあることを頭に入れておく。	アンブロキソール塩酸塩内用液０．３％「日医工」	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
56	投薬時にリクシアナ３０ｍｇから１５ｍｇへ用量を減らすと聞いてると聞き取り処方がリクシアナ３０ｍｇからイグザレルト１５ｍｇへ変更となっていたため薬剤の入力間違いではないかと確認したところリクシアナ１５ｍｇに変更となった。	処方の入力間違い	同じ分類の薬で薬が変更となった場合は特に注意して聞き取りを行う	イグザレルト錠１５ｍｇ	リクシアナ錠１５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
57	イソソルビド内服ゼリー70%分包30gが3個分3毎食後　で処方されていた。患者本人に確認すると、めまい等はなく心臓の貼り薬がかぶれるので、訪問看護の方に飲み薬があると教えてもらい、そちらを希望したとの事だった。過去の薬歴を確認すると硝酸イソソルビドテープ40mgが処方されていた。薬品名の類似により間違えた可能性を考え、疑義。疑義時にアイトロール錠(一般名：一硝酸イソソルビド)20mg２T分2が硝酸イソソルビドテープ40mgと同等とされるデータもお伝えした。 アイトロール錠20mg２T分2朝夕食後に変更となった。	薬品名の類似から選択間違いの可能性。また、糖尿病の専門医であったことも要因の一つとして考えられる。	患者様への丁寧な確認、過去処方の確認の徹底。	イソソルビド内服ゼリー７０％分包３０ｇ「日医工」	アイトロール錠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
58	処方箋は一般名のイミダプリル塩酸塩５ｍｇ１錠　寝る前で記載があったが、薬局では今までは一般名　イミダフェナジンＯＤ錠0.1ｍｇを服用していることを持参薬で確認していた。	Ｄｒが処方箋記載するときに名前がよく似ているので選び間違えたのではないかと推定される	今回は薬の効用が全く違う薬だったのできずくことが出来た。これからも初処方時は持参薬と同じか確認していく必要あり	イミダプリル塩酸塩錠５ｍｇ「日医工」	イミダフェナシン錠０．１ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
59	イルアミクスＬＤ錠１錠を服用していたが、血圧が下がらず３か月後に薬剤変更となったが、変更内容がイルアミクスＨＤ１錠とアムロジピンＯＤ錠２．５ｍｇ１錠となっており、この内容だとアムロジピンの１日用量が１０ｍｇを超えてしまうため疑義照会を行った。その結果イルアミクスＨＤ錠１錠はイルベサルタン１００ｍｇ１錠へ変更になった。（イルベサルタン１００ｍｇ１錠＋アムロジピンＯＤ錠２．５ｍｇ１錠）	イルアミクスが配合錠であり、成分がアムロジピンであることをきちんと考えられていなかったか可能性がある。又は頭文字２文字が同じため、入力間違えをした可能性がある。	配合錠の場合は特に配合されている個々の成分を考え、成分重複がないかや過量になっていないかを注意して確認する。	イルアミクス配合錠ＨＤ「ＤＳＰＢ」	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
60	来局されていた患者さんが、今回から在宅診療になりクリニックが変更になった。今までイルトラ配合錠LDが処方されていたが、イルトラ配合錠HDが処方されており、疑義したところイルトラ配合錠LDに変更になった。	間違えて入力したと思われる。	クリニックが変更になった場合、前回の処方内容と照らし合わせ相違点がある時には医師に確認する。	イルトラ配合錠ＨＤ	イルトラ配合錠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
61	下肢の浮腫みが発現し、ピオグリタゾンからスーグラに変更。またイルアミクスHDからイルトラLDに処方変更処方されていた。処方箋には浮腫発現のため処方変更と記載してあった。浮腫を改善目的とした利尿剤との配合錠への変更だも考えたが、念のため疑義照会したところイルアミクスHDからLDへの処方ミスが判明した。	イルアミクスもイルトラもイルベサルタンを含有した配合剤である。名前が似ているため単純な処方間違いも起きやすい。ただ今回は下肢の浮腫を目的としたと処方コメントあったのでより気づきにくい事例だったと考える。	似たような名前のものであったとしても配合剤の変更は成分も用量的にも間違えれば、副作用を起こす確率も大きくなる。そのため少しでも疑義を感じた時は照会して確認するようにする。	イルトラ配合錠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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
62	2023年10月某日(金）14時ころ　患者62歳男性が処方箋を持参した ウブレチド錠　6錠分3毎食後で処方されていた 初めて当薬局を利用する患者であったが、お薬手帳を持っていたので、薬剤師A（職種経験年数25年）がお薬手帳を確認したところ、今までウロカルン錠6錠分3毎食後で服用されていたことがわかった 薬の変更について医師から聞いているか確認したところ、今までと同じ薬を出すと説明を受けていた為、処方医に電話で疑義照会した その結果、ウロカルン錠　6錠　に変更となった。	ウブレチド錠の用量用法が明らかにおかしいとわかる 他の病院からの続きの場合は前回処方を確認する採用薬の規格違いなどの間違えが多い	他院での処方ないよう、退院時の処方内容は手帳やお薬カードで確認する	ウブレチド錠５ｍｇ	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
63	５６歳女性初めての来客、ウブレチド（5）6T毎食後での処方で、疑義照会し、ウロカルン（225）6T毎食後に変更になった。	薬品名の類似で処方名を選ぶ際に間違えた。	これからも処方内容に留意し、患者とのコミュニケーションによって、内容に誤りがないか確認する。	ウブレチド錠５ｍｇ	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
64	A病院に入院後退院して同じ薬が処方されている患者が、B病院から同内容の処方を依頼その患者の薬を調剤するのは初めてお薬手帳ではクエン酸第一鉄錠50ｍｇ「サワイ」を服用している記録あり。今回の処方は、般）クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠で処方されていたので、患者家族に確認したところ処方の変更はないとのこと電話で疑義照会し、いつも飲んでいる薬に変更となった。	医師がかかりつけでもないのに薬を処方して欲しいというので処方したと言うが、処方箋に記載する内容の確認不足が原因と考えられる。	久しぶりだったり、初回の薬については、持参したお薬手帳を良く確認して処方内容の変更等を確認して、調剤、監査する必要がある。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
65	1か月前にエゼチミブ錠10ｍｇ1錠分1夕食後が60日分が処方されているのにも関わらず、再度60日分の処方があったので疑義照会した。結果、医師の記載ミスでエチゾラム錠0.5ｍｇ3錠分3毎食後30日分と変更になった。	患者様が処方希望の薬剤をメモにして処方医に渡したが、同じエで始まる薬剤を過去歴から引用した為と思われる。	薬剤の重複投与にならないよう処方歴をチェックするようにしている。	エゼチミブ錠１０ｍｇ「トーワ」	エチゾラム錠０．５ｍｇ「ＳＷ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
66	投薬時患者に処方追加の理由を尋ねたところ風邪症状あるのでアレルギーの薬を出すと医師に言われたとのことであった。患者はペースメーカーを使用しているため確認したが異常・不調はなく、電話で問い合わせたところ薬品名が誤っているのを確認した。	医師または事務の薬品名入力誤りが考えられた。	処方変更時は理由を確認するよう薬剤師間で事例共有した。	エナラプリルマレイン酸塩錠５ｍｇ「杏林」	エピナスチン塩酸塩錠２０ｍｇ「ケミファ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
67	平素より整形外科定時処方でご来局頂いている患者様です。いままで先発名処方でビビアント錠２０ｍｇが処方されていましたが、本日から一般名処方でラロキシフェン錠６０ｍｇが処方されました。ラロキシフェン錠は先発ではエビスタ錠に該当し、成分変更になっていたため、患者様ご本人に確認したところ、いつもと同じ薬を貰ったと伺った為、疑義照会にてバゼドキシフェン錠へ変更となりました。	SERM内での選択間違いの為、成分名と先発名の不一致、確認漏れが考えられます。	一般名処方に変更した際に、継続薬剤ではない薬の処方と意図せずなってしまうケースはたまに見られるので注意して患者様から聞き取るようにしています。	エビスタ錠６０ｍｇ	ビビアント錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
68	他病院からの引き継ぎ処方で若干薬剤変更があったが、処方されたエフィエント２．５ｍｇではなく正しくはエンレスト２００ｍｇであった。中止薬剤のひとつにロスバスタチン２．５ｍｇがあり、カルテからの入力の際に病院で処方入力に誤りがあったと思われる。	転院による処方引き継ぎの際の処方誤りは転記ミス、変更ミスが生じやすい。	そのため他院からの引き継ぎの際はお薬手帳、薬剤情報提供書、患者への聞き取りをよりしっかり実施する必要がある。	エフィエント錠２．５ｍｇ	エンレスト錠２００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
69	初めて当薬局にお母様の処方箋をもっていらっしゃった。今まで2つの病院にかかっていたが、通院が大変なので家から近い病院で今まで出ていた薬を出してもらうことになったと来局された。今まで飲んでいた薬の薬情を持ってこられたので、処方箋と付き合わせたところ、今まで全く飲んだことのないエベレンゾ錠が入っており、今まで飲んでいたミオナールが処方されていなかった。病院に事情を話し、エベレンゾは削除になり、ミオナールが処方された。	ミオナールの一般名がエペリゾンであるため、処方箋を書くときに入力間違いをしたものと思われる。	初めての患者様は特にしっかりと、患者様やご家族から今まで飲んでいたお薬の情報を得たり、その情報と処方箋を照らし合わせて、ご家族からよくお話を伺うようにする	エベレンゾ錠５０ｍｇ	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
70	患者が医師にエペリゾン50mgを希望したところ、名称が似ているエベレンゾ50mgが処方された。専門医からの処方が妥当と思われる薬剤の初回処方であったため、内科医から処方された事に違和感を感じた。そこで患者に確認したところ、足が攣るので妹が使っている薬を先生に頼んだと聞き取ったため、疑義照会となり処方変更となった。	薬品名称が似ているとともに、規格も同じ50mgが存在したため、処方入力を間違えたと推定される。	患者の訴えや受診理由を聞き取ることで、処方薬の間違いに気付くことができる。そのため、日頃より患者とコミュニケーションを図り、信頼構築できるように心掛けている。	エベレンゾ錠５０ｍｇ	エペリゾン塩酸塩錠５０ｍｇ「ＫＯ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
71	点鼻や痰きりの薬が出ている耳鼻咽喉科の処方で「エリスパン錠0.25ｍｇ６錠分３毎食後」と記載あり。エリスパン錠0.25ｍｇが過量であったため疑義照会したところ、薬剤名の誤りで「エリスパン錠0.25ｍｇ→エリスロシン錠100ｍｇ６錠分３毎食後」へ変更になった。	薬剤名称が類似しているため、薬剤選択の誤りがおきたと考えられる。	診療科と処方薬をみて、どのような症状がある患者かあらかじめ想像し、投薬時の聞き取りを怠らない。添付文書をきちんと確認する。	エリスパン錠０．２５ｍｇ	エリスロシン錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
72	お薬手帳を持参、前回比較んきより、他院のお薬を今回の処方で臨時で追加と本人に確認。お薬手帳からエチゾラムの要領、VD製剤の成分変更を確認したため、今回から変更なのか、処方元へ疑義照会が必要と判断した。本人にもよく聞き取りしたところ、エチゾラムの用量変更については先生から聞いていないこと、VD製剤は途中でアルファカルシドール→エルデカルシドールに変更後、便秘したため、アルファカルシドールに処方が戻った為、引き続きアルファカルシドールをもらう予定だったと確認。疑義照会し、エルデカルシドール0.5μg中止→アルファカルシドール0.5μｇ処方となった。	製剤名が類似している。患者の副作用状況のカルテ記載漏れの疑い	誤認しないよう引き出しの位置や製剤名、規格注意の札で区別している。	エルデカルシトールカプセル０．５μｇ「サワイ」	アルファカルシドールカプセル０．５μｇ「ＢＭＤ」		ヒューマンエラー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	エルデカルシトールを継続服用していた患者様に対して、アルファカルシドールが追加処方。同種同効薬のため疑義紹介後、エルデカルシトールからL - アスパラギン酸カルシウム200mgへ変更となった。	検索を「エル」の2文字で行い、薬剤選択を間違えた。もしくは過去処方のコピーを行ってから薬剤変更を行った際、追加処方を忘れてしまったと推測。	同種同効薬追加処方の際、副作用リスクが高くなる場合には疑義紹介を行う。	エルデカルシトールカプセル０．７５μｇ「日医工」	Ｌ－アスパラギン酸Ｃａ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
74	疥癬の疑いの患者にステロイドのオイラゾンクリームが処方されたため、疥癬治療で使用されるオイラックスクリームの間違いではないかと処方医に問い合わせたところ、オイラックスクリームに変更となった。	オイラックスクリームとオイラゾンクリームが名前が似ている事が原因と考えられる。	患者に症状など確認し、処方意図を再度確認する。	オイラゾンクリーム０．１％	オイラックスクリーム１０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
75	オイラックスクリームが新しく処方されていたが、疑義照会の結果、正しくはオルテクサー口腔用軟膏0.1%であった。	医療機関・医師側の間違いなので、こちらとしては間違った原因はわかりかねますが、おそらく、 医薬品の名称類似、薬剤に対する知識不足があったことが想像できます。処方せん入力がたとえ医療機関事務職員であっても処方医師の確認不足。最終的には処方医師の責任。	患者さんとのコミュニケーションが（情報を得ることが）大事である事例。オイラックスクリームは一般的によく処方される外用剤であり処方せんに記載されている投与量も問題はなかったため、調整準備まで完了していた。しかし、投薬説明時、患者さんにオイラックスクリームの使用部位をお聞きすることにより処方間違いの可能性に気が付きました。患者さんからは「舌の先が荒れているため、医師からはその部位（口腔内）に塗っておくように説明があった」とお聞きし、急遽その薬剤の投薬を中止し、処方元・医師へ疑義照会をおこなった。オルテクサー口腔用軟膏0.1%へ処方変更となり、医薬品の適正使用へつながった。	オイラックスクリーム１０％	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
76	かぜだと聞いていたが、リウマチの薬が処方されていたため、問い合わせた。オーグメンチン配合錠ＲＳ２５０の下にあるオークル錠を選び、カルテから処方箋へ記載したとのことだった。	名前が似ていて、選び間違った様子。	おかしいなと思うことがあれば問い合わせる	オークル錠１００ｍｇ	オーグメンチン配合錠２５０ＲＳ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
77	以前は別の病院（当該薬局の門前病院）を受診していたが、半年ほど前から来局がなく、今回別の病院を受診されており、薬歴には、服用歴がない人参湯の処方であったため、患者様へ服薬指導し詳細を確認していると、以前（門前の病院で処方され）もらっていた漢方薬の手持ちがなくなり、今回必要であること、また特に現在消化器症状は出ていないことを聴取したため、薬歴を遡り、ツムラの人参養栄湯ではないかと考えられたため、医師に疑義照会し、処方が変更となった。	以前（R4.8月）に別の病院から処方されていた薬剤だったため、患者様もうろ覚えだった可能性や、病院側の聞き取り不足などが考えられる。またお薬手帳は持参されていたが、確認不足が考えられる。	今回は以前も利用いただいた薬局に来ていただいたため気づけたミスだと考えられる。しかし、例えば病院間の連携や、薬局などに確認の連絡等があれば未然に防げたかもしれないので、連携をしていきたい。また、お薬手帳というツールをしっかり活用していただくために、啓発を行っていく。	オースギ人参湯エキスＧ	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
78	出血が気になり受診。医師との診察で止血剤を処方する旨説明されたが、今回オドリック錠（降圧剤）が処方されていた。血圧正常、浮腫みなし、検査値にも異常なかったため、処方誤りの疑いがあり疑義紹介を実施。	トラネキサム酸錠（商品名：トランサミン錠）を処方予定だったが、誤ってトランドラプリル錠（商品名：オドリック錠）を処方したと推定される。	新規薬が処方された場合は特に、体調変化の聴取を徹底して実施しております。	オドリック錠１ｍｇ	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
79	いつもの脂質異常症の薬にオンジェンティス（２５）追加処方あり。パーキンソン病薬の併用なく、病歴もない。患者確認もした。医師に疑義し医師の覚え間違いであることがわかり、オングリザ（２．５）に処方変更。	医師の薬品名の覚え間違い。	病歴、服薬治療なくても高めな検査値は聞き取りをするようにしている。	オンジェンティス錠２５ｍｇ	オングリザ錠２．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
80	カンデサルタンを処方するところカルデナリンを処方	一般名はドキサゾシン、カンデサルタンと大きき異なるが、ドキサゾシンの先発品名称が「カルデナリン」でカンデサルタンと上三文字が類似しているため選択ミスしたと推定	類似した薬剤名やヒヤリハットの事例を薬局内で共有している	カルデナリン錠４ｍｇ	カンデサルタン錠４ｍｇ「あすか」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
81	定時薬としてカナグル錠100ｍｇが処方されていたが、カナグル錠100ｍｇではなく普段処方されていないカルナクリン錠50ｍｇと処方箋に記載されていた	処方箋発行元が手書きの処方箋のため、思い込みで記載してしまったため	前回処方との照合は必ず行い、処方変更があったかどうか、合った場合は医師よりどういった説明を受けたかを確認している	カルナクリン錠５０	カナグル錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
82	当薬局初回来局の患者様に、総合病院呼吸器科から、【般】カルボシステイン錠250mgと【般】トラネキサム酸カプセル250mgが処方されていた。お薬手帳を確認すると、他薬局調剤にてカルボシステイン錠が継続処方されていた。また、患者様のお話しを確認すると「出血（血痰）がある」との症状であった。疑義照会にて処方医に確認すると、カルボシステイン錠が処方中止となり、カルバゾクロムスルホン酸Na錠30mgに処方変更となった。	カルボシステイン錠とカルバゾクロム錠は、薬品名の先頭2文字が「カル」になり、処方入力時に入力ミスがあったと考えられる。	お薬手帳により漏れなく併用薬を確認する時に、患者様の症状と処方薬の妥当性を考慮し、必要があれば処方医に疑義照会する事で、処方ミスによる患者の不利益を回避できる場合がる。薬局内の従業員で事例を共有し、患者様へ適正な医療を提供するように努めている。	カルボシステイン錠２５０ｍｇ「サワイ」	カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム散１０％「日医工」		ヒューマンエラー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	５年ぶりの受診カルボシステインによる薬疹歴あり疑義照会によりアンブロキソール塩酸塩錠15ｍｇに変更となる	副作用歴をDrに知らせていなかった。	聞き取った副作用歴の記録をきちんと残すことと、薬歴の副作用歴の確認を徹底する。	カルボシステイン錠５００ｍｇ「トーワ」	アンブロキソール塩酸塩錠１５ｍｇ「クニヒロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
84	処方箋には(般)アセトアミノフェン錠300ｍｇ、レスプレン錠20ｍｇ、(般)カンデサルタン錠4ｍｇの記載があった。この処方箋をお持ちになった患者ご家族に話を聞き、風邪の症状で受診し今回血圧の薬が出るとは聞いていないと確認。病院に疑義照会をしたところ、カンデサルタン4ｍｇではなくブロムヘキシン4ｍｇを処方したつもりであったと確認をとった。薬剤変更となった。	規格が4ｍｇと同量であり、文字数も同じことから処方ミスが発生したと考えられる。	鑑査を行う際、処方箋記載の薬の並びや組み合わせに違和感がないか確認するよう周知する。	カンデサルタン錠４ｍｇ「ＢＭＤ」	ブロムヘキシン塩酸塩錠４ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
85	患者が定期薬の処方箋を持って来局。今までタケキャブ錠10mgだったが、今回キャブピリン配合錠に変わっていた。患者に話を聞いたが、変わることは聞いていないとのことで医師に照会。タケキャブOD錠10mgに変更となった。	該当の医療機関の採用医薬品が、タケキャブ錠からタケキャブOD錠へ変わり、医師が処方を打ち直した際に、キャブピリン配合錠に変わってしまったと思われる。	処方変更の際は特に、患者への聞き取りを行なう。	キャブピリン配合錠	タケキャブ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
86	キャブピリン配合錠が3錠分3毎食後で記載、10日分の処方であった定期薬はネキシウムカプセル20ｍｇ服用中である。明らかに用法用量間違っているので電話にて疑義照会した。キャベジンＵコーワ錠25ｍｇに訂正になった。	処方せん入力時に頭文字2文字で検索、キャブピリンを選んでしまい気がつかずに発行してしまったケースである。	単純なミスでも用法用量がよく似ている薬だったらスルーするかもしれない。併用薬の確認、患者さんの聞き取りなどで総合的に判断する場合もあるかと思います。普段からそれらを念頭に置いて取り組むことが重要です。	キャブピリン配合錠	キャベジンＵコーワ錠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
87	初めてキャブピリンを処方された患者さま。投薬中に伺った話では逆流性食道炎の薬がでると聞いていた様子。薬と患者の認識に相違あり問合せたところ、キャブピリンからタケキャブ錠20ｍｇへ変更となった。	処方せん入力の際に薬剤を選び間違えた可能性あり	薬の内容と患者の認識に齟齬がないようかも確認をするようにしている。	キャブピリン配合錠	タケキャブ錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
88	妊婦である患者に対して、【一般名】クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム水和物錠　４錠　朝夕食後　１４日分が処方された。患者に聞き取りを行ったところ、貧血で処方を出すとの話であったため確認を行った結果、【一般名】クエン酸第一鉄ナトリウム錠５０ｍｇ　４錠　朝夕食後　１４日分へ処方変更となった。	一般名が類似しており、オーダリングシステムで入力を誤った可能性がある。	処方内容だけでなく、患者のバックヤード等を考慮して処方監査を実施していく必要がある。	クエンメット配合錠	クエン酸第一鉄Ｎａ錠５０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
89	当薬局が担当する施設入居中の患者。酸化マグネシウム原末とグーフィス錠5mgをかかりつけのＡ医院から処方され継続していた。この度、痔の手術のためB外科を受診、下剤の調整についてはB外科が処方を引き継ぐことになり、退院後の定期処方として酸化マグネシウム原末とグラクティブ錠50mgが処方された。この患者には糖尿病の既往歴はなく、処方元のB外科に確認したところ、グラクティブ錠50mgとグーフィス錠5mgを間違えて処方したことがわかり、薬剤変更となった。	医師の確認不足	薬剤服用歴や既往歴の確認をしっかり行う。疑わしい点があれば必ず疑義照会を行う。	グラクティブ錠５０ｍｇ	グーフィス錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
90	処方箋に今回よりグラクティブ50mg3錠分3毎食後の処方がでており、量としてかなり多いため、疑義照会実施。照会の結果、グランダキシン50mg3錠分3毎食後へ変更指示あり。	処方元が電子カルテであり、薬剤名のはじめの2文字で薬を検索して入力されたことが予想された。	添付文書を逸脱するような処方に関しては必ず疑義照会を実施している。また、患者にも薬が新たに追加するときなどは、話を詳しく聞くようにして、疑義が生じた場合にはその都度疑義照会を行っている。	グラクティブ錠５０ｍｇ	グランダキシン錠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
91	患者が足がつるが、散剤より錠剤が良いとリクエストしての処方。芍薬が一緒だったが、効能が全く違っていたのでDrに連絡、処方変更。	芍薬は足の攣りによいとDrの思い込みではないか	漢方は必ず薬効も確認にて投薬する。患者の症状確認すること	クラシエ桂枝加芍薬湯エキス錠	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
92	妊娠時のクラミジア感染にクラビット錠５００mg　1錠　分１　朝食後　７日分が処方される。妊婦に禁忌の薬である為、疑義実施。クラリス錠200mg２錠　分2　朝夕食後　７日分へ変更された。	医薬品の名称類似。	成分名でも確認を行う。レセコンのアラート機能を活用する。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
93	糖尿病の疑いがある患者様にグラマリール50ｍｇが処方されていた。投薬時のヒアリングで別の薬剤ではないか疑いが合ったため疑義照会を行ったところ、グラクティブ50ｍｇに変更となった。	薬品名が類似していること、成分量も一緒だった為気づかなかったと思われる。	薬品名が類似している取り扱い品目をリスト化し提出した。	グラマリール錠５０ｍｇ	グラクティブ錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
94	抗生剤２種類、ケフラールカプセル２５０ｍｇとクラリスドライシロップが重複して処方されていたため、処方医師に疑義照会したところ、クラリスドライシロップはクラリチンドライシロップと間違えて処方されていたことが判明。クラリスドライシロップは処方削除となり、クラリスドライシロップ1%が処方追加となった。	クラリスドライシロップとクラリチンドライシロップは名前が似ていたため、入力時に誤ったと思われる。	疑わしい処方内容は必ず疑義照会してから調剤する。	クラリスドライシロップ１０％小児用	クラリチンドライシロップ１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
95	体重７kgの男児に対して、クラリスロマイシンDS10%　一日量1.5gが処方されていた。処方医はエリスロシンDS20%を処方する意図であり、処方箋への入力ミスであったと判明。 添付文書よりおおよそ倍量投与となることから、疑義照会し発覚した。	・名称類似していた・繁忙期であり、医療機関、薬局は混雑していた。　対象患者は乳幼児であり、付き添いで受診した保護者様は非常に急いでいた。医療機関でも早くしてほしいと催促をしていたようで、確認漏れが生じたようであった。	医薬品の交付時、体重確認を徹底している。	クラリスロマイシンＤＳ小児用１０％「タカタ」	エリスロシンドライシロップＷ２０％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
96	アレルギー性鼻炎の男児(体重１８ｋｇ)に対してクラリスロマイシンＤＳ１０％が０．５ｇ処方されていたため、処方量が少ないのではないかと疑義したところ、医師が処方したいお薬はクラリチンドライシロップ１％０．５ｇ分１であることがわかった。	クラリスロマイシンとクラリチンの名称が似ている。	薬局では、クラリスロマイシンは１００ｇのボトル品を採用し、クラリチンＤＳは0.5gの分包品を採用することで見た目も類似しない様に取り組んでいる。また、薬局の在庫の場所もクラリスロマイシンとクラリチンで場所を離して在庫するように工夫している。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
97	一般名処方でクラリスロマイシンDS10％が就寝前に0.5gで出ていた(先ほどの医薬品検索欄では一般名での項目がなかったため、クラリスロマイシンＤＳ10％「トーワ」とさせていただいた)。まず分1のクラリスロマイシンという事と、患者の体重が14.7キロで、量が少なすぎるという事で疑問が生じ、念のため患者の家族に聞いたところ、咳と鼻水で受診したと話していた。それらの要素をふまえて、いつも門前ドクターが頻回に使用するロラタジンDSとの間違えではないかと思い、疑義照会した。	病院の方では最近人員がかなり変わったとみられるので、それにより慣れていなく、誤ってロラタジンと記載してしまったのではないか？処方箋は一般名処方で来ており、成分名は類似していないが、電話したところ、クラリチンの単語が出ていたので(クラリ)まで同じなので間違えたのではないかと推測した。	薬剤の基本的な用法用量の知識を頭に入れて置き、用法用量が正しいか事前に監査してから調剤する	クラリスロマイシンＤＳ小児用１０％「トーワ」	ロラタジンＤＳ１％「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
98	0歳の小児の処方箋より、クラリチンDS1%が1日量8gとかなり多い用量で処方されておりました。患者様の年齢あたりの用量を確認するため疑義照会を行いました。その結果、クラリスロマイシンDS10%小児用の間違いであったことが判明し、用量も1日量8gから1gに変更となりました。	クラリチンとクラリスロマイシンの2剤が頭文字「クラリ」と一致している為、入力ミスをしてしまったのだと考えられます。また、処方入力を行う際に、入力補助の方が「いち」と「はち」の聞き間違えてしまった可能性が推測されます。	引き続き、患者様の年齢・体重から推察される用量に誤りがないか確認を行うとともに、患者様からの情報を記録する等の取り組みを行っています。	クラリチンドライシロップ１％	クラリスロマイシンＤＳ１０％小児用「サワイ」		ヒューマンエラー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	風邪薬としてクラリチンドライシロップが処方されていたが、体重から考えると適正量の2倍ほど処方されていたため疑義照会。医師がクラリスドライシロップと間違えて処方してしまった事が判明	名前が似ているのでコンピューターで打ち間違えてしまった	体重換算で正しいかの確認や患者様からの聞き取りで処方内容に間違いがないか確認する	クラリチンドライシロップ１％	クラリスドライシロップ１０％小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
100	新患小児に対しクラリチンドライシロップが過量で処方あり。患者本人からの聴取では感冒症状で受診とのこと。疑義照会にてクラリチンドライシロップの用法用量について確認したところ、クラリスドライシロップの入力ミスであり、薬品変更の指示があった。	薬名の入力の際、最初の3文字が一致したため候補に現れた別医薬品を選択した可能性。	小児の体重と年齢あたりの用量換算表を調剤中いつでも確認できる場所に設置する。処方入力時、監査時は、薬品名、規格、剤形の3要素を指差しおよび声出し確認する。	クラリチンドライシロップ１％	クラリスドライシロップ１０％小児用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
101	新規でクラリチンＤＳ１０％が１日１４０ｍｇで処方されており、患者家族に確認したところ鼻づまりを訴えて受診と聴取したためクラリチンの量を間違えているのだろうと思い疑義照会を実施したところ、クラリチンではなく、クラリスＤＳ１０％を処方したかったと返答があった。量ではく医薬品自体が異なっていた。	「クラリ」まで同じなので入力後の選択ミスと考えられる。雑誌や教科書でみたことのある誤りではあったが実践で初めて対応する形になった。今回は鼻炎で受診のためクラリチンでも間違えではなかった。容量が異なっていたため気づけたが、今回の事例は本当にあるんだと改めて共有してほしいです。	スタッフで共有しました。	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
102	発熱外来受診患者に頭痛治療薬クリアミン配合錠Aが1日3回毎食後で処方。聞き取りにより、頭痛の症状はなし。疑義照会により処方内容を確認したところ気道分泌細胞正常化剤クリアナール錠に変更となった。	医薬品名が類似しているため、処方入力の際に誤ってしまったと考えられる。	新規処方は症状について必ず聞き取りを行い、処方内容に誤りがないか確認する。	クリアミン配合錠Ａ１．０	クリアナール錠２００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
103	かかりつけ医からの定期薬処方箋を患者様が持参された。肝機能障害のため以前より「ウルソデオキシコール酸錠１００ｍｇ・リバオール錠２０ｍｇ各３錠／分３毎食後」を服用中であったが、今回処方変更となり「ウルソデオキシコール酸錠１００ｍｇ・クリアミン配合錠Ｓ０．５各３錠／分３毎食後」と記載されていた。患者様に片頭痛等頭痛の症状についてたずねてみるも、「頭痛の症状はなく診察時に相談してもいない」と聞き取り、疑義照会を電話にて行った。結果、クリアミン配合Ｓ０．５はグリチロン配合錠の記載誤りであることが判明した。	処方医が処方変更を行う際、類似名称品を誤って記載してしまった。	処方変更のあった際は、現在の症状や処方医からの説明と乖離がないか調剤前にしっかりと確認を行うことを怠らない。	クリアミン配合錠Ｓ０．５	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
104	10歳の小児に［般］シタフロキサシン錠50mg　6T　分2　朝夕食後5日分で処方が出ていたシタフロキサシンは小児に禁忌、さらに通常用量よりも多いことも含め疑義照会を行ったところオゼックス錠小児用60mgの間違いだったとのことで変更となった	同じニューキノロン系、規格も近いので間違えてしまったと思われる電話にて疑義照会を行ったが医師につながった後も医師は「シタフロキサシンがなぜ禁忌なのだ、用量も問題ないだろうと」と言われたが商品名（グレースビット）を言ったところ間違いに気が付いた様子だった	処方箋受付時に処方内容を確認行っている、今回はまず用量に目がいき、年齢から禁忌であるため疑義照会を行ったニューキノロン系で小児に使用できるものも限られているのでニューキノロン系が小児に処方されていたら注意が必要となる一般名になっていると調剤時にも間違えやすいので注意が必要と思われる	グレースビット錠５０ｍｇ	オゼックス錠小児用６０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
105	1歳の子供で、顔面の湿疹で受診した。今回受診したクリニックは初診で、かかりつけの小児科が休日であったため近所の内科を利用したとのこと。母親曰く、いつも使用している塗り薬を処方してもらったとの話をしていた。お手帳を忘れてしまい、口頭で「クロベタと白色ワセリン」とお伝えしたとのこと。	お手帳忘れにより、現在使用中の薬品名が医師へ正確に伝わらなかったことや、今回受診した病院が小児科ではなかったため母親からの「クロベタ」だけでは一般名の詳細が伝わりづらい状況だった可能性がある。	お薬手帳の必要性を患者様に説明する。また電子お薬手帳の推奨をする。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏０．０５％「イワキ」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏０．０５％「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
106	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05％「イワキ」、顔面に処方のため、薬の是非について確認。クロベタゾン酪酸エステル軟膏 0．05％「イワキ」に変更となった。	類似薬品であるため、医事スタッフの入力ミスと考えられる。医師の手書きカルテの記載からの読み間違え。	ステロイドの強弱と使用可能部位のチェック	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0．05％「イワキ」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0．05％「イワキ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
107	久しぶりの来局で、フロリード膣坐剤１００ｍｇ、プラノバール配合錠、アナフラニール錠１０ｍｇ処方の患者。産婦人科からアナフラニール錠が処方されている事もあり、投薬時に気分が落ち込む時があるか聞くも問題なく、服用方法を先生から聞いているか確認したがよくわからないとの回答の為、薬剤名、服用方法も含めて医療機関へ疑義照会した。アナフラニール１０ｍｇは削除。クロミッド錠５０ｍｇに変更になった。	一般名がアナフラニール錠はクロミプラミン塩酸塩、クロミッド錠はクロミフェンクエン酸塩である。似ている事から選び間違えた可能性があり、最終確認を怠った可能性がある。	投薬時に患者からの聞き取りをし、処方薬の適応外がある可能性も考慮するが、不明な場合は医療機関の先生へ疑義照会をする。	クロミッド錠５０ｍｇ	アナフラニール錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
108	お薬お渡し後に別の薬も追加になったと家族が処方箋を持って来局した。処方箋受付時に該当薬剤がないこと、事前に情報共有をしていたので、なぜクロルマジノンがでるのか不審に思い、追加になったと経緯をご家族に確認したところ、症状と薬が合わないので医師に疑義照会してクロルプロマジンに変更になった。	薬剤名が類似しており、クロルまで同じであり、その後も文字を並び替えたかのように類似している。	必ず、患者様からその薬がでている経緯を確認し、薬が問題ないか確認している。	クロルマジノン酢酸エステル錠２５ｍｇ「ＹＤ」	クロルプロマジン塩酸塩錠２５ｍｇ「ツルハラ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
109	受付時処方箋一般名ポリスチレンスルホン酸Ｎａ原末　3.27ｇと記載あり。通常量であると2.5ｇや5gが適正であることからドライシロップの記載間違いではないかと考え疑義実施。ケイキサレー6%　3.27ｇで処方せよと医師に確認し、調剤を実施。トドライシロップ7	他病院から今処方病院へうつった際に、Do処方を行おうとして選択、引用間違いがあったと考えられる。	ケイキサレート散とケイキサレートドライシロップ76%では成分量が異なるため、注意喚起のため今事例について局員へ共有した。	ケイキサレート散	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
110	普段からコートリル錠が処方されている患者に、他院からコートン錠が処方されているため疑義照会を行い、コートリル錠に変更となった。	コートン錠とコートリル錠の名前が似ているため間違えて処方したものと考えられる。	転院等により違う医師から定期の薬が処方される際、必ずお薬手帳を確認する。	コートン錠２５ｍｇ	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
111	処方変更により、新規でコソプト配合点眼液(処方箋記載は一般名)とアイベータ配合点眼液が処方されたが、チモロールマレイン酸塩の成分が重複していたため疑義。コソプト配合点眼液のチモロールマレイン酸塩の成分を引いたトルソプト点眼液１％へ変更となった。	配合点眼液は種類が多いうえ商品名に類似の名称がある。	眼科の門前で、緑内障の点眼液が複数処方されることが多い為、新規や処方変更時は成分の重複や併用について注意するように心がけている。	コソプト配合点眼液	トルソプト点眼液１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
112	発熱外来でインフルエンザA型の診断を受けた患者が、新患として来局。コデインリン酸塩錠２０ｍｇの処方があったが、処方箋備考欄に麻薬施用者番号の記載が抜けていることを発見。疑義照会を実施した結果、「リン酸コデイン」を含む非麻薬の処方を意図していたが選択ミスにより麻薬を処方してしまったとのこと。最終的にはメジコン錠１５ｍｇに処方変更となった。	医師が含有量によって麻薬と非麻薬に分かれる医薬品のうち、どの規格が麻薬に当てはまるかを知らなかったことにより起きたものと推定。	患者への聞き取りにより咳はあるが程度は低いとの事より、麻薬による鎮咳は不適切であると指摘をすることが出来た。今回の処方医が麻薬施用者の許可を取得していなかったため、処方箋不備によりすぐさま発覚できたが、仮に処方が可能な医師からの麻薬の処方であれば見逃していた可能性がある。患者への聞き取りと処方内容に疑問を抱いた時点で疑義照会を実施することを徹底する。	コデインリン酸塩錠２０ｍｇ「タケダ」	メジコン錠１５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
113	関節リウマチで治療中の患者様が処方せんを持って来局された。処方内容として、サラゾスルファピリジン錠500mg「JG」が2錠/日、1日2回の用法で処方されていた。サラゾスルファピリジン錠500mg「JG」は適応症として潰瘍性大腸炎が正しく、関節リウマチに適応はないため処方鑑査者が疑義照会を行ったところ、処方医がサラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「NIG」を誤ってサラゾスルファピリジン錠500mg「JG」として処方していた。疑義照会結果としてサラゾスルファピリジン腸溶錠500mg「NIG」に変更となった。	薬剤名自体は同じであり、腸溶錠と普通錠という違いだけのため処方医が気付かず処方してきたと考えられる。	サラゾスルファピリジンのように規格や剤形で適応が大きく変わるような薬剤は細かく処方監査すべきと考える。	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「日医工」		ヒューマンエラー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	サンピロ点眼液2%が「疲労時に点眼」の用法で初回処方された。投薬時に眼圧などの聞き取りを行ったが正確な情報を得られなかったため、処方発行元に問い合わせを行った。眼圧は正常眼圧であるとの回答であったため、サンコバ点眼の誤りではないか疑義照会を行った。その結果、処方は誤りでありサンコバ点眼液0.02%に変更となった。	薬品名類似による処方誤り。3文字検索がされていてもオーダー時の思い込みがあれば防げない。薬効も表示したオーダー選択が必要と考えられる。	類似薬品名であることと、薬効の再確認。	サンピロ点眼液２％	サンコバ点眼液０．０２％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
115	サンピロ点眼液2%が処方された患者に症状を伺ったところ眼精疲労で緑内障の既往は無しとのことだった。処方元に疑義照会を行った結果サンコバ点眼液0.02%へ変更となった。	薬品名の類似による処方の入力ミス、また処方内容の確認不足と考えられる。	患者から聞き取りを行い、症状と薬剤の効能・効果が一致しているかなどを検討し、疑わしい点があれば疑義照会を行う。名称類似によるヒヤリ・ハット事例を薬局内で収集し、スタッフ間で情報共有する。	サンピロ点眼液2%	サンコバ点眼液0.02%		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
116	ジクアスLX点眼が4-6回/日と処方あり。電話にて問い合わせジクアス点眼液の誤りだった。	名称の類似	薬剤と用法の確認	ジクアスＬＸ点眼液３％	ジクアス点眼液３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
117	眼科初受診でジクアスＬＸ点眼液３％が処方となったが、用法が１日４～６回となっていた。ジクアスＬＸは１日３回の用法のため疑義照会。結果はジクアス点眼液３％へ変更となった。	ジクアスＬＸ点眼液３％は販売されたばかりで、名称が似ていてることから勘違いした可能性が高い。	薬局内で使用する薬品名に「類似規格注意！」の表示をして、注意喚起を行う。	ジクアス点眼液３％	ジクアスＬＸ点眼液３％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
118	日頃から当薬局をご利用していただいている患者様で、前回は頓服（頭痛時）ロキソプロフェン錠の処方があったが、今回処方は頓服（疼痛時）シクロスポリンカプセル25mgに変更されていた。鑑査していた薬剤師は、この患者様に免疫抑制剤を処方する意図が不明であることから患者に確認したが、「医師から聞いていない」との回答であった為、処方に間違いがないか疑義照会したところ、ジクロフェナク錠25mgと処方薬の選択間違いであることが発覚した。	外来を担当することが少ない医師（恐らく常勤ではない）の処方であり、当薬局の門前医療機関の電子カルテ操作に不慣れであったと推測される。	過去にも、セチリジンをセレギリンと処方箋記載されたことがあり、疑わしいと感じたら薬剤師で共有し、患者に説明した上で疑義照会することにしている。	シクロスポリンカプセル２５ｍｇ「ＢＭＤ」	ジクロフェナクＮａ錠２５ｍｇ「ＹＤ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
119	セレコキシブ錠100mg2錠分2服用中の患者に対して、ジクロフェナク徐放カプセルが頓用処方。患者よりセレコキシブで効果不十分の為、疼痛発現時追加で服用すること、聴取。頓用使用、セレコキシブに追加使用の為、徐放製剤から変更疑義。ロキソプロフェンに処方変更。	ジクロフェナクの徐放製剤と普通錠の処方ミス。	併用薬の確認。徐放製剤等、複数規格ある薬剤の把握。	ジクロフェナクナトリウム３７．５ｍｇ徐放カプセル	ロキソプロフェンナトリウム６０ｍｇ錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
120	患者様がA病院の処方箋を持参。ジヒドロコデインリン酸塩散10%が1日3g分3での処方であり、1日用量としては多すぎる処方。また麻薬施用者免許証番号の記載も処方箋に無し。この事からA病院にジヒドロコデインリン酸塩10%ではなく、ジヒドロコデインリン酸塩1%の処方の間違いではなかったか疑義照会を行った。その結果、リン酸ジヒドロコデイン散1%「ホエイ」へと処方が変更となった。	病院側の類似医薬品の選択間違いの可能性が考えられる。	処方箋のコピーを取り、医薬品の規格や%などに丸を付けながら監査を行う事により、規格間違い等が起こらないように注意を行っている。麻薬処方箋に関しては患者住所と麻薬施用者免許証番号の記載がされているか、確実に確認も行っている。	ジヒドロコデインリン酸塩散１０％	リン酸ジヒドロコデイン散１％「ホエイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
121	新患にジャディアンス錠25mg1T分1朝食後処方あり。患者本人へ聴取したところ、新規で糖尿病治療を行うとのことであった。ジャディアンス錠の糖尿病初回投与量は10mgのため疑義照会を行ったところ、ジャヌビア錠25mgの誤りであった。なお、腎機能よりジャヌビア錠は25mg開始である。	電子カルテ入力の際、薬剤名の「ジ」もしくは「ジャ」で入力し、選択を誤ったと思われる	患者から使用歴、検査値等の聴取を行い、疑問のある点には疑義照会を行う	ジャディアンス錠２５ｍｇ	ジャヌビア錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
122	平素から当薬局を利用している患者。今回より、ジャヌビア錠からジャディアンス錠に処方変更となっていた。患者に診療での内容を聞き取ると、薬の変更の話は聞いていないとのことであった。違和感を覚え、医師に電話にて疑義照会。薬の変更はなく、ジャヌビア錠で継続となった。	医師の確認不足、効果効能が類似している医薬品の薬品名類似	必要なことは患者から聞き取るようにしている。違和感を覚えた場合は、必ず何かしらのアプローチをして、疑問を持ったまま投薬を終えない。	ジャディアンス錠２５ｍｇ	ジャヌビア錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
123	患者がトラゼンタ錠とジャヌビア錠の両方が記載された処方箋を持参された。２剤とも同種同効薬であるため、疑義照会したところ、ジャヌビア錠からジャディアンス錠へ変更になった。	薬品名が似ているため、医療機関側で処方薬を入力する時に、誤入力してしまった。	重複や相互作用などをしっかり確認したうえで調剤する。	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
124	男性の患者にジュリナ錠０．５ｍｇが処方された。ジュリナ錠は卵胞ホルモン製剤であり、男性には基本的に処方されない。患者からも「尿酸値が高いので、薬を出す。」と医師から説明があったと確認したため、疑義照会を行った。	病院で処方入力の際に、ユリス錠０．５ｍｇとジュリナ錠０．５ｍｇで選び間違いがあったと思われる。	新規薬処方の際には、患者から疾患名・症状を聞き取り処方薬の薬効に相違が無いか確認する。	ジュリナ錠０．５ｍｇ	ユリス錠０．５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
125	退院後、退院前に通院していたクリニックでの処方。アムバロとシルニジピンが処方されており、Ca拮抗薬の重複が見られた。入院前には、シンバスタチンを服用した経緯があったため、疑義照会をしたところ、シンバスタチンの間違いであることが判明した。	クリニックでの処方入力時の間違い。名称類似。	間隔があいている時には、入院していることなどを前提に、処方内容を確認する。	シルニジピン錠５ｍｇ「サワイ」	シンバスタチン錠５ｍｇ「ＳＷ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
126	【般】アジルサルタン・アムロジピン５ｍｇ配合錠が新規で処方あり。他院定期処方にて、ジルムロ配合錠ＬＤ「トーワ」を服用中の患者様であった。患者様に確認したところ、受診できないため他院と同じ薬剤の処方を希望したが、薬の量が変更になるという話は聞いていないとのこと。疑義紹介したところ、【般】アジルサルタン・アムロジピン２．５ｍｇ配合錠に変更となった。	処方元医療機関の確認不足。	入念な鑑査を徹底する。	ジルムロ配合錠ＨＤ「ニプロ」	ジルムロ配合錠ＬＤ「ＪＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
127	同種同効薬であるスーグラ錠50ｍｇ、ジャディアンス錠10ｍｇが1人の患者様に処方されていた。疑義照会を行い元々服用していたスージャヌ配合錠へ変更になった。	元々、かかりつけでスージャヌ配合錠が処方されており、医師は院内採用薬に合わせてスーグラ錠とジャヌビア錠に変更しようとしたが、ジャヌビアとジャディアンスの名称を誤って処方入力してしまったと思われる。	かかりつけから転院してこられた患者様の場合は同様のミスが起こりやすいと考えられるためお薬手帳等を活用して変更点を把握する。疑義が生じた場合は速やかに医師に確認を行う。	スーグラ錠５０ｍｇ ジャディアンス錠１０ｍｇ	スージャヌ配合錠 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
128	12歳体重44kgの中学1年生女子がシャープペンの芯がまぶたに刺さってしまい、痛くてこすったら、大変腫れてしまって眼科に受診した。スオード（100）4錠、エトドラク（200）2錠分2、2日分処方された。スオードは12歳小児に禁忌、エトドラクは小児に安全性が確率していないため、疑義照会でセフジトレンピボキシル(100)6錠、アセトアミノフェン（200）6錠分3、2日分に変更した。	今までは小児にこのような処方はありませんせした。今回は体重が44kgあり大人体型に見え、また症状もかなり腫れて辛そうだったので大人量を処方してしまったと思います。	病院が普段使っている抗生剤と痛み止めについて小児に禁忌又は控えたい薬の情報提供をした。薬局内で改めて再確認をした。	スオード錠１００ エトドラク錠２００ｍｇ「ＳＷ」	セフジトレンピボキシル錠１００ｍｇ「ＯＫ」 アセトアミノフェン錠２００ｍｇ「三和」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
129	患者からの聞き取りでは腹痛症状と聞き取りをしていたが、ストロメクトール錠3ｍｇ2錠　分1朝食前で処方が来ており、疑問に思った薬剤師が疑義照会を行った。疑義照会の結果、ストロカイン錠5ｍｇの誤りであり処方変更になった。	頭文字３文字まで同じの為コンピューターでの選択時に誤りがあったと思われる。	患者からの聞き取りと添付文書の確認を徹底する。	ストロメクトール錠３ｍｇ	ストロカイン錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
130	新規にパーキンソン治療が始まった患者に対し、マドパー、アマンタジン、ストロメクトールが処方されていた。この処方医は通常、マドパー、アマンタジン、ストロカインの3剤での治療開始が多く選び間違いだろうと考え疑義照会を行った。	ストロメクトールとストロカインの頭3文字が同じであり、選び間違いと考えられる	今回はストロメクトールの在庫が無かったため、事務員が入力時に在庫確認のために薬剤師に確認し早急に疑義照会を実施でき、処方薬変更になった。	ストロメクトール錠３ｍｇ	ストロカイン錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
131	調剤時、風邪症状が推測される患者の処方の中にスピロノラクトンが入っていた為、違和感があり患者に症状を確認した。鼻風邪で受診しアレグラ服用も良くならず再度受診。気管支炎になっているとの事で処方されたと聞き取った。特にむくみ症状なし。スピロペントの間違いではないかと考え疑義照会をした結果、スピロペント錠１０μgに変更になった。	医療機関側が処方箋入力時、薬剤を選択する際に近くにある違う薬品を間違えて選んでしまった可能性がある。最後に全体の入力を確認しなかった可能性もある。	処方箋調剤時に他と違う効能の薬剤が入っている時は必ず、患者に症状を確認をし疑義照会をする。	スピロノラクトン錠２５ｍｇ「トーワ」	スピロペント錠１０μｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
132	36歳男性。投薬時に受診理由を伺うと、健康診断にて高脂血症の指摘があり受診したとのこと。処方薬が「スピロピタン錠1mg」であったが抗精神病薬であるため疑義照会。ピタバスタチンカルシウム錠1mgに変更となった。	クリニックでの入力ミス。	新規処方の場合、投薬時に過剰になりすぎない程度にヒアリングすることを徹底している。	スピロピタン錠１ｍｇ	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
133	投薬時に家族から痛み止めの塗り薬を追加してもらったと聞きとった。	スミスリンローションはスミルローション(ナパゲルンローションのジェネリック）と名称が似ている。	患者からの聞き取りが大事。	スミスリンローション５％	ナパゲルンローション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
134	新規処方として、エゼチミブ(ゼチーア)の処方、聞き取りを行ったところ、医師から「過活動膀胱かな」との説明があったことを確認。血液検査や健康診断など、数値が高いという話は、受診の際、なかったと聞き取りをした。処方薬が患者の症状と異なる為、疑義照会を実施、ベオーバ錠５０ｍｇへ変更となった。	文字数と長音記号のみであるが、医薬品名の類似、処方後、内容の確認不十分。	新規薬等、処方内容の変更の際、患者より詳細に聞き取りを実施することを徹底。	ゼチーア錠１０ｍｇ	ベオーバ錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
135	普段から時々当薬局を利用していただいている患者です。今回持参された処方箋に一般名処方で「セリプロロール塩酸塩錠200ｍｇ」の処方があったが、閉局間際で近隣薬局も閉まっており、当薬局に薬の在庫がなかったため100ｍｇの規格のものでお渡しできるか問い合わせを行った。すると処方された薬はセリプロロールではなくセレコキシブであり、規格も200ｍｇではなく100ｍｇであったことが判明。処方内容変更となった。	カルテまたはレセコン入力の際に薬品名・規格の選択を誤ったままで処方箋を発行してしまっていたものと思われる	投薬の際には患者様の症状をできるだけ聞き取って、処方されている薬と齟齬が生じていないか確認を行う	セリプロロール塩酸塩錠２００ｍｇ「トーワ」	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
136	患者が処方箋をもって来局。内科医より新規でセルトラリン錠25mg6T分3毎食後で処方あり。患者インタビューにて「通院都合で他院定期処方薬の処方を依頼した」と聞き取り。お薬手帳より他院セルニルトン6T分3の定期処方を確認。処方医に疑義照会を行ったところ、セルニルトン錠6T分3に変更となった。	医師が処方入力をする際に3文字検索ではなく1～2文字で検索を行い、似たような名称の薬剤を選択してしまった。	患者インタビューだけではなく、お薬手帳等を活用し、処方内容が適切であるかを確認していく。	セルトラリン錠２５ｍｇ「アメル」	セルニルトン錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
137	息子様が来局。投薬時、胃腸の調子が悪いわけでは無く、膝の痛みで受診したと聞き取り、処方ミスの可能性があるため電話にて疑義照会。セレキノンではなく、セレコックスが正しい処方であったと判明。	頭文字２文字が同じため、処方入力時間違えてしまったと考えられる	処方内容と、患者の主訴が合っているか、投薬時に確認するよう徹底している	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
138	14歳女性にセレギリン塩酸塩錠2.5mg2T/2×朝夕食後で初処方。患者は下痢の訴えで病態に合わない薬であったこと、初回量も添付文書から逸脱しているため疑義照会を実施。セレギリンからセレキノン2T/2×朝夕食後へ変更となった。	処方オーダリングシステムの3文字入力で名称類似のため薬剤選択ミスが起きた	業務手順書の名称類似薬一覧へ追加し、職員へ周知と注意喚起を行った。	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
139	症状の聞き取りを行ったところ、肩の痛みを訴えて受診したご様子。セレクトール錠が処方されるような所見はなかったため、処方医に疑義照会した。名称が類似しているセレコキシブ錠と間違えて処方してしまったとのことで、処方薬を変更してもらった。	処方薬の確認不足	患者さんに症状や受診の経緯の聞き取りを行う。	セレクトール錠１００ｍｇ	セレコキシブ錠１００ｍｇ「ファイザー」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
140	セレクトール錠100ｍｇ2錠／分2朝夕食後　が新規に処方された。セレクトールは1日1回服用のため問い合わせ対象と判断。患者様本人に尋ねたところ、腰痛の為の薬をだすという事だったので、名称が類似しているセレコックス錠ではないかと考えたため、電話にて処方医に問いあわせた結果、セレコックス錠10ｍｇ2錠／分2朝夕食後に変更となった。	名称が似ている薬の勘違い。確認不十分。	とくに処方変更があった時に、用法用量の確認、患者様本人から体調などの聞き取りを行う。	セレクトール錠１００ｍｇ	セレコックス錠１００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
141	ロキソプロフェン錠60mgとセレコキシブ錠100mgが同一処方箋で3錠分3で処方されていた。セレコキシブが分3である点、ロキソプロフェンと重複している点、処方元の病院からはNSAIDsと併用する形でレバミピド錠100mgまたはテプレノンカプセル50mgで処方されることが多いことなどから名称の類似したセルベックスの誤りでないかと思い疑義照会を実施したところ処方変更となった。	病院では先発名で入力し、一般名に変換することが多いのかもしれない。今回は先発名が類似したセレコックスとセルベックスの誤変換による処方ミスと考えられる。	毎月社内で発生した調剤過誤・事故事例を確認して同様のミスを起こさないように努めている。名称の類似した薬剤について注意喚起を行っている。投薬時に患者に適切な薬剤が処方されているかをヒアリングしている。薬歴アプリによる薬剤重複を検出する機能を補助的に利用している。	セレコキシブ錠１００ｍｇ「ＪＧ」	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
142	ゾコーバ錠１２５ｍｇが処方されたが、用法が２錠1日分であり、患者家族に確認したところ、インフルエンザ感染だと発覚。疑義照会し、ゾフルーザ錠２０ｍｇの処方間違えであったことを確認。	現在インフルエンザ患者もコロナ患者も多く応需している。ゾコーバとゾフルーザの名称類似による処方間違えだと考えられた。	事例をスタッフ間で共有し、用法と患者への病状の確認を徹底するようにした。	ゾコーバ錠１２５ｍｇ	ゾフルーザ錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
143	処方箋受付時にゾコーバ錠１２５ｍｇ２錠　１日１回服用と記載あり。コロナ罹患の患者様は車で待機し、局内には入らないよう病院側と取り決めがある為インフルエンザ、ゾフルーザ錠２０ｍｇ　２錠　１日１回服用の間違いだと判断。病院へ電話にて疑義照会し、ゾフルーザ錠２０ｍｇ２錠　１日１回服用に変更となった。	病院側では電子カルテを導入しており、３文字検索で薬品名を入力している。インフルエンザもコロナも流行っていること、名称も似ていることより処方時の入力ミスだと考えられる。	処方せんの受付時、調剤を始める前に薬剤師が処方内容を一読し、疑問に感じた点があれば入力を始める前に必ず疑義照会するようにしている。	ゾコーバ錠１２５ｍｇ	ゾフルーザ錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
144	ゾコーバ錠125mg 2T 昼食前 1日分の処方有り。本来のゾコーバの用法用量と異なるため患者様に確認したところインフルエンザ陽性であることがわかったため疑義照会。ゾフルーザ 20mg 2T 昼食前 1日分に変更となった。	処方の際ゾコーバとゾフルーザを間違えた可能性あり	薬品名、用法用量の確認を徹底する	ゾコーバ錠１２５ｍｇ	ゾフルーザ錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
145	ゾコーバ錠125ｍｇが２T1日分で処方されており、用法違いのためゾフルーザとの名称間違いの疑いで、主訴がコロナかインフルエンザかを医院にTelにて確認したところ、インフルエンザとの返答。ゾコーバ錠125ｍｇ→ゾフルーザ錠20ｍｇに変更となった。	類似医薬品名称のため医療機関の入力間違い	今回の場合、用法の違いで薬剤名の記載間違いが容易に推察できた。さらに、投薬時の患者主訴と処方された薬剤の薬効の確認を徹底し、処方誤りの事前防止に努める。	ゾコーバ錠１２５ｍｇ	ゾフルーザ錠２０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
146	2歳10か月の女児に耳鼻科よりアモキシシリン細粒20%　1.8gゾビラックス錠200　1錠毎食後　5日分以上の不自然な処方があり問い合わせゾビラックス錠200→ラックビーR　1gへ修正となった。	処方箋は一般名処方であったが、医師入力時は薬品名で処方してから一般名に変換していると思われる。医療機関で「ラック」と入力し、ラックビーRではなくゾビラックス錠を入力してしまったと推察される。	年齢、調剤方法、診療科による不自然な処方については必ず医療機関に疑義照会を行う。	ゾビラックス錠２００	ラックビー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
147	バイアスピリン服用中の患者様からのお話で投薬時に「胃に負担がかからないように今度からバイアスピリンと胃薬が一緒になった薬を出す」と言われたと伺ったが、処方されていたのは「タケキャブ（10）」で「バイアスピリン」は削除になっていた。処方ミスが考えられたため疑義照会。その後「タケキャブ（10）」⇒「キャブピリン」へ変更になった。	医師がコンピューターに医薬品名を入力する際に誤って選んでしまった事が考えられる。	患者様のお話をよく伺って、変更になった理由なども確認するようにする。	タケキャブ錠１０ｍｇ	キャブピリン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
148	臨時薬処方の患者さま来局。服薬指導時、疾患とは異なる薬が処方されており、医師からも誤って処方された薬に関しては説明がなかった事を疑問に思い、病院に疑義照会。誤って処方されたタチオン錠100ｍｇがタリオン錠10ｍｇに変更となった。	処方入力するする際に、薬剤名が類似している為入力間違いが発生したと思われる。	処方監査から服薬指導まで、疑わしい点は疑義照会を行い、患者様とのお話の中でも疑わしい点があれば、病院に確認徹底している。	タチオン錠１００ｍｇ	タリオン錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
149	患者が処方箋をもって来局した。処方箋にはタチオン錠100ｍｇの記載あり、患者からアレルギーの薬で前にももらっている薬をお願いしたと聴取。患者主訴と処方に齟齬有り、Dr.に疑義照会。タリオンOD錠１０ｍｇの入力誤りであり、処方変更依頼を受ける。タリオンOD錠は以前処方歴もあり、整合性が取れたため剤型、GEへの変更も病院側と確認を行いベポタスチンベシル酸塩錠１０ｍｇで調剤しお渡し	類似名称のため、処方箋入力の際に誤って入力を行った可能性がある。患者よりお話しを伺うことで誤りに気付くことができた。	処方変更あれば、その妥当性などを患者から話を聞くことで検討する。	タチオン錠１００ｍｇ	タリオンＯＤ錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
150	眼圧コントロール目的にてタプコム点眼液＋アイラミド点眼液にて経過観察となっていたが、改善不十分のため、今回処方よりタプコム点眼液＋アイベータ点眼の処方変更となった。しかし、タプコム、アイベータ両薬剤共にβブロッカーを配合していたため、、主治医へ疑義照会し、タプコム点眼→タプロス点眼へ変更となる。	Dr必ずしも、全ての薬剤を完全把握しているわけでなく、また思い違いで処方ミスをするこもあるので、薬局での確認も非常に重要となる。	医療機関だけでなく、患者ともしっかり信頼関係を構築し、薬剤による副作用などの発現を防止できるよう、薬局ヒヤリハットに関する情報共有を行い、ミスを一つでも減れせる取り組みを継続的に行っていく	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
151	タプコム配合点眼液とコソプト配合点眼液が同時に処方あり。配合剤同士で、両方ともにチモロールマレイン酸塩が入っている。疑義照会でタプコム配合点眼液がタプロス点眼液へ変更になった。	タプロスとタプコムの名前が似ている。入力ミス	配合剤は中に何が入っているのかしっかりと確認する	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
152	今までタプコム配合点眼液を使用されていた患者様に、タプロス点眼液が処方されていた。患者様にお伺いしたところ薬の変更は聞いていないとのことであったため問い合わせ。タプコム配合点眼液へ変更になった。	薬の一般名が類似していたため、誤ったものと思われる。	鑑査の際に薬品名の確認を、しっかりと行う。患者様に薬の内容、変更点がないかなどの確認を徹底して行う。	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
153	タリージェOD錠１０ｍｇが処方されていましたが、患者様は皮膚のアレルギー症状で受診したと仰いましたので疑義照会し、タリージェOD錠１０ｍｇ削除、タリオンOD錠10mgを処方するよう指示がありました。	薬品名の似た薬の入力ミスがありました	患者様の話を聞いて、入力ミスに気付くようにする	タリージェＯＤ錠１０ｍｇ	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
154	処方医は「タリオンＯＤ錠」を処方したつもりであったが、「タリージェＯＤ錠」を選択してしまい、処方せん発行にいたってしまった。処方監査→患者聞き取りにて、処方ミスである可能性があり、疑義紹介を実施。処方変更へ至る。	カルテの薬剤検索の３文字検索が機能していなかった可能性がある。または、ＰＣの予測変換が機能してしまい、別薬剤が先に上がってきた可能性がある。	定期薬としては、ベポタスチンＯＤ錠（タリオンＯＤ錠のＧＥ）を交付していたため、わかりにく状況ではあったが、日頃から薬剤師教育をしていることが大切であることを実感した。	タリージェＯＤ錠１０ｍｇ	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
155	タリージェ（2.5）が新規で処方されていた。患者様に聞き取りを行うと、処方内容に応じた、症状（痛み、しびれ）など無いとの事。それに加えて、いつも継続処方されているタケキャブ錠（10）が処方されておらず、疑義照会を行った。	頭文字が同じであるため、Drの処方選択ミスである可能性を考えた。	変更点などは、患者様に先生からの説明を受けているか？どのような症状をお話しされたか？等、丁寧に聞き取るようにしてます。	タリージェ錠２．５ｍｇ	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
156	タリオンOD(5)が処方された患者に投薬時症状を確認したところ、首の痛みに対しての処方とのこと。手帳も確認したところ、以前他院からタリージェOD(5)の処方があり、その入力間違いではないかと判断し疑義照会を実施。疑義照会の結果、タリオンOD(5)→タリージェOD(5)へ変更となった。	名称の似た薬の入力間違いと推定される。	投薬時に症状を確認し薬の内容が適正かどうかの確認を行う。	タリオンＯＤ錠５ｍｇ	タリージェ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
157	ツートラム錠25mg1日4回毎食前で処方されており、医師に確認した所、トラマールOD錠25mgに変更になった。	医師の確認不足、名称の類似。	処方内容をしっかりと確認する。	ツートラム錠２５ｍｇ	トラマールＯＤ錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
158	30代女性が久しぶりに来局した。ツムラ黄耆建中湯エキス顆粒が処方されており、在庫していない旨を患者様にお伝えしたところ、以前と同じ薬でであると仰っていた。薬歴を確認すると、以前はツムラ防己黄耆湯エキス顆粒が処方されていた。ツムラ防己黄耆湯エキス顆粒が正しいと患者様に確認し、電話にて疑義照会し、変更となった。	クリニックのシステムが変更になったことによる間違い。	薬歴を必ず確認してから投薬する。処方せんで違和感がある点があれば、事前に患者様に確認する。	ツムラ黄耆建中湯エキス顆粒（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
159	毎月薬局を利用している患者において、不定期にてツムラ升麻葛根湯エキス顆粒が処方されていたが、当該月においてはツムラ葛根湯エキス顆粒の処方となっていた。過去の処方は全て升麻葛根湯であったこと、他に降圧剤を服用しているため、葛根湯の場合には血圧に影響を及ぼす可能性があるため疑義紹介を行ったところ、升麻葛根湯へ修正された。	名称の類似に加えて、ツムラの番号が葛根湯は１番、升麻葛根湯は１０１番であることから、入力ミスに至ったと思われる。	新規で処方された薬剤や変更になった薬剤に関しては、理由を患者自身が知っているかどうかを確認し、不明な場合には疑義紹介を行うことで、医師・患者・薬剤師間でのコミュニケーションを行う。	ツムラ葛根湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ升麻葛根湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
160	ツムラ芍薬甘草湯を継続のところ違う漢方が処方されていた。問い合わせの上変更になった。	名称類似薬の記載誤りと思われる	お薬手帳や患者様からの聞き取りなど、処方箋以外からの情報収集の徹底	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
161	他院から門前クリニックへ初めて通院される患者で、ツムラ五苓散が処方されていた（他6剤）。お薬手帳より前医の処方内容を確認したところ、以前は五積散が処方されていた。施設入所者のため施設スタッフに確認したところ、前医と同じ内容で処方を頼んだとのことだったので、疑義紹介を行った結果、五積散へ変更となる。	類似名称のため、お薬手帳を見誤ったと思われる。	前医から同処方の場合は、お薬手帳と聞き取りでしか間違いに気付くきっかけがないので、薬剤名・用法用量はくまなくチェックする。	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
162	３歳の子供にツムラ五苓散が処方されていて、お母さんから本人に下痢症状や吐き気等がなく咳がひどいと情報を聞き取り。医師の処方意図が不明だったので疑義照会をしたところ、ツムラ五苓散ではなく咳を抑えるためにツムラ五虎湯を処方したかったと判明。ツムラ五苓散をツムラ五虎湯に変更して調剤した。	処方箋を発行する際の入力時に五苓散と五虎湯を入力間違えしたのではないかと推察。	しっかりと患者さんからの情報を聞き取り、処方した医師の処方意図を理解した上で調剤するよう、日ごろからコミュニケーションに努めていく。	ツムラ五苓散エキス顆粒（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
163	今回、初めてツムラ半夏瀉心湯が処方のため、症状など確認すると、他院でもらっていた半夏厚朴湯をお願いしたとのことだった。お薬手帳でも他院で半夏厚朴湯を処方されていたことがあった。疑義照会にて確認し、半夏瀉心湯から半夏厚朴湯に変更になった。	両薬剤とも初めの文字　半夏　が同じため、パソコン入力時の選択ミスと思われる。	お薬手帳の確認と、患者さんからの情報の確認が大切	ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
164	感冒症状のある患者。以前の風邪の際に、麻黄湯を服用したところ良く効いたため、診察時に麻黄湯を依頼。医師からは「年齢等を考慮し麻黄湯では効きすぎるから、別の漢方にします。」と回答があったとのこと。処方は麻黄湯であったため、麻黄附子細辛湯との間違いを疑い、疑義紹介したところ処方変更となった。	薬品名類似によることが一番の要因だと考えられる。	麻黄湯と麻黄附子細辛湯があること、年齢やその時の体調により使い分けがあることを薬局内で再度共有した。	ツムラ麻黄湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ麻黄附子細辛湯エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
165	ツムラ麻黄湯が処方されていたが、投薬時に体調について伺ったところ風邪症状なく、診察の際は便秘について相談し過去にも服用歴のある便秘の為の漢方を処方すると話をしてきたと聴取。疑義照会を行い、過去に調剤歴のあるツムラ麻子仁丸に変更となった。	処方箋発行時に名称が似ているため入力を誤ったと思われる	体調・症状にあった処方がされているか確認の上交付する。類似する名称にも注意する。	ツムラ麻黄湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ麻子仁丸エキス顆粒（医療用）		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
166	眩暈の為、苓桂朮甘湯服用してみたいと患者さんが相談した。Ｄｒは苓姜朮甘湯を処方していた。	薬品名が似ている為Ｄｒの聞き間違いか、処方箋の入力間違いと思われる。	患者さんの話から処方間違いが疑われた。漢方薬は名前が似ているものがあり間違いやすいので注意している。	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
167	ディフェリンが10gで処方されていた。チューブの容量が15gなので疑義照会。本来処方の薬剤がデュアックであったことがわかった。	名前が似ている薬剤。	事例の共有。	ディフェリンゲル０．１％	デュアック配合ゲル		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
168	皮膚科よりディレグラ配合錠の処方あり。特別養護老人ホームの患者さんで、看護師に配布時に全身のかゆみとのことで、鼻症状はないことを聴取。ディレグラとアレグラの一般名が途中まで同じであり選び間違ったのではないかと思い、Drに電話で確認。結果選び間違いとのことでアレグラへ変更となった。そのまま服用すれば鼻閉などの症状がでていたと思われる。	名前の酷似	必ず症状の聴取を徹底し、病名と適応を確認する。	ディレグラ配合錠	フェキソフェナジン塩酸塩ＯＤ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
169	一般名　テオフィリン（24時間持続）2錠/日分2朝夕食後で処方されていた。投与量オーバー、普段テオフィリン（12-24時間持続）を処方しているので、問い合わせ実施。テオフィリン（12-24時間持続）2錠/日へ変更された。	一般名処方の誤り	難しい一般名、テオフィリン・バルプロ酸などはより注意して鑑査を実施。	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
170	左眼の炎症で眼科から、デキサメタゾンクリームが処方。不審に思い薬局から医院に問い合わせたところ、Ｄ・Ｅ・Ｘ点眼液の記載間違いとのことで処方差し替えとなる。	処方箋への類似名称医薬品の記載間違いを薬局で発見できたケースです。眼科から皮膚用の塗布薬が処方されていることが不自然であったため、発見に至りました。	本事例を薬局スタッフへ周知し、不自然な処方の場合は患者さまや医療機関に確認するよう指導しております。	デキサメタゾンクリーム０．１％「イワキ」	Ｄ・Ｅ・Ｘ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
171	以前よりセララ50ｍｇを服用していたが、ジェネリック医薬品が発売になり、前回よりエプレレノン錠50ｍｇで調剤した。後発品に変更した旨を処方医に連絡していたが今回一【般】テプレノンカプセル50ｍｇが処方された。患者さんの病態を確認したが、エプレレノン50ｍｇの間違いと思われたため、問い合わせたところ、エプレレノン錠50ｍｇであることが確認できた。	テプレノンとエプレレノンの名称が類似しており、今回から一般名の入力になっていたため、入力間違えが生じたものと思われる。	今までと処方薬が変わった場合、患者の病態や背景を聞き取りしたうえで、適切かどうかを判断する。	テプレノンカプセル５０ｍｇ「ＹＤ」	エプレレノン錠５０ｍｇ「杏林」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
172	定期薬服用患者が花粉症シーズンに来局。デベルザ錠20mgとリザベン点眼液が臨時処方となっていた。投薬前に聞き取りを行ったところ、花粉症治療薬を追加で出してもらった旨と血糖はHbA1c 5.6%、糖尿病に関連する話は受診時になかった点を確認。花粉症治療薬デザレックス等と間違えて記載してあると判断し疑義照会を行ったところ、処方間違いが発覚。ザイザル錠へと処方変更となった。	病院カルテ記載時に、4文字薬剤、もしくは頭文字選択の際に誤って名称の近い薬剤を選んでしまったと考えられる。	新規処方が出た際に受診時に医師から説明はあったか、どういった症状で受診・処方となったかの聞き取りを徹底し、漫然と記載通りに調剤・お渡しをしないよう十分注意する。また、薬効についても必ず説明し患者自身の症状にあった効果が得られるのかを相互確認を行うよう徹底する。	デベルザ錠２０ｍｇ	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
173	デベルザ錠が不眠時服用で処方されており、違和感を感じたため患者様に使用目的を聞き、不眠の症状があることを確認。疑義照会を行ったところデエビゴ錠に変更になった。	今回が初めての処方だったので、名称類似薬品の入力誤りではないかと推定される。	患者様からの情報収集を行い処方薬剤の妥当性を判断してから、薬剤の交付をする。	デベルザ錠２０ｍｇ	デエビゴ錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
174	処方監査中に今回新規で追加になっている一般名処方のテモカプリル1ｍｇに気が付き、患者に事情を確認。しかし特に血圧の薬が追加になる話はなかったので前回処方のあったエスゾピクロン1ｍｇの処方の取り違えを疑い医師に疑義照会。結果テモカプリルの処方ではなく、エスゾピクロンの処方が正しかった。	テモカプリルは先発が「エースコール」であり、今回取り違えのあった「エスゾピクロン」と先頭が類似していることから医師の入力ミスに繋がった可能性があると考えられた。	今回も処方監査にて前回との違いを確認し、その上で患者に状況や医師の話を再確認し処方の違和感に気が付くことができた。そのことから、医師と患者での話と処方に相違がないことを薬剤師が確認する必要性を強く再確認したとともに、今後もその業務を徹底していく。	テモカプリル塩酸塩錠１ｍｇ「サワイ」	エスゾピクロン錠１ｍｇ「日新」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
175	スマートフォンでの写真送付機能を利用した処方箋受付を行った。ベピオゲルの使用で湿疹ができ使用を中止しステロイド外用剤で治療中の患者に、ベピオゲルの成分が含まれるデュアック配合ゲルが処方されていた。処方経緯について保護者に電話で確認したところ「湿疹が改善したのでニキビの治療を再開するという話はあったが、湿疹が出た薬の成分が入っている薬剤を処方する事については説明はなかった。」と聞き取ったため、翌日に処方医療機関に疑義照会をしたところ、ディフェリンゲルの入力誤りであった事が判明した	同効薬で薬剤名の最初の文字が同じであった。	配合剤の成分が単剤だとどの薬剤にあたるのか確認する。	デュアック配合ゲル	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
176	女性に禁忌のデュタステリドが女性患者の処方箋に記載。退院後の初受診で、お薬手帳に退院時処方の記載があったため確認。入院中にデュタステリドの処方は無く、デュロキセチンの記載があったため、処方せん記載ミスを疑い疑義。結果、デュロキセチンに変更となる。	処方せんを作成する病院の医事スタッフが手書きカルテの処方内容をPCへ入力する際に、謝って類似名称の薬品を選んでしまったと思われる。	入院患者の処方が外来で初めて出る際はミスが起きやすいため、お薬手帳等で退院時処方を確認できる場合は丁寧に照合し差異があれば疑義照会する	デュタステリドカプセル０．５ｍｇＡＶ「ニプロ」	デュロキセチンカプセル２０ｍｇ「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
177	月に２回、訪問診療が入っている患者で、定期薬としてデュロキセチンＯＤ錠３０ｍｇ １日２錠を継続服用していた。9/6の診察時に、排尿障害の訴えからデュタステリド錠０．５ｍｇＡＶが新たに開始になっていた。9/20の診察時に、デュロキセチンＯＤ錠３０ｍｇの処方があり、処方箋を受理した。薬歴を確認したところ、9/6の診察時に1か月分の処方があり、現在、上限量の60mg服用しているため増量ではないと考えられた。また、前回開始したデュタステリド錠０．５ｍｇＡＶの処方日数から残薬が少ないと思われたため、処方間違いの可能性を考え、医師に疑義照会を行った。その結果、デュタステリド錠０．５ｍｇＡＶの処方間違いが判明し、処方変更になった。	頭文字２文字が同じため、間違えてしまった可能性がある。どちらも服用中の患者であったため、現在の疾患に対して処方されうる薬であったため、処方ミスに気が付きにくかった可能性がある。	現在服用中の薬であっても、薬歴から適切な処方であるかを判断し、患者本人や介護者から情報を聴取する。また、患者本人からの情報が不十分であった場合は、必要に応じて医師へ確認を行う。	デュロキセチンＯＤ錠３０ｍｇ「明治」	デュタステリド錠０．５ｍｇＡＶ「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
178	テリパラチドBS皮下注キットを投薬時、患者との使用方法と患者負担金で齟齬が発生した。週2回使用するという点と負担金がこんなに高いはずがないとのことで疑義発生。患者が医療機関から貰ったというDVDにもテリボンとの記載があり、テリボン皮下注オートインジェクターではないかという疑義照会を行った。疑義照会の結果、テリボン皮下注オートインジェクターへ変更。患者健康被害なし。	同成分のため処方箋記載時に過誤が生じたと考えられる。調剤、監査時においては針の処方が無かったという点を見落としていたため、薬剤の使用方法に関して知識が薄かったと推測される。	皮下注キットとオートインジェクターとの違いに関して周知し、監査時に確認できるようにする。投薬時に薬効だけでなく用法についても確認し患者認識の薬剤を特定に務める。	テリパラチドBS皮下注キット600μg「モチダ」	テリボン皮下注28.2μgオートインジェクター		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
179	定期にてテラムロBP使用患者。泌尿器科にてミニリンメルト50μg併用中。今回血圧上昇にてテラムロBP→テルチアBPとアムロジピン5mｇに変更指示あり。テルチアの成分であるヒドロクロロチアジドとミニリンメルトが併用禁忌に該当。疑義照会を行い、テルチアBPとアムロジピン2．5mｇに変更し調剤。	配合剤にて内用薬がわかりにくいため	配合剤の内容の確認の徹底	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
180	これまで処方歴のないテルビナフィン外用液が処方され、使用部位が口唇部となっていたため患者さんに確認。確かに口唇部の赤い紅斑を診察してもらったが、ヘルペスと言われたとの話だったため、クリニックに疑義紹介し、ビダラビン軟膏に変更になった。	処方箋を入力するときの薬品選択ミスではないかと思われる。	特に外用剤は使用部位を患者さんに確認して処方箋に記載されている部位と一致しているか確認している。部位の記載がない場合は疑義照会して必ず確認している。	テルビナフィン塩酸塩外用液１％「トーワ」	ビダラビン軟膏３％「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
181	患者から口頭で以前から使用しているデルモゾールＧ軟膏の要望あったが、デルモベート軟膏を処方。薬剤交付後に患者に電話し変更理由を確認したところ、デルモゾールＧ軟膏の処方間違いであったことが発覚。疑義照会し、デルモゾールＧ軟膏へ変更。交付当日、患者に再来局して頂き、交換した。	同病院他科にてデルモゾールＧ軟膏の処方歴あったが、カルテの確認をしていなかった。医薬品の3文字検索でデルモベート軟膏とデルモゾールＧを間違えた。業務経験が浅く、薬剤交付時に外用薬の変更について確認を忘れた。	薬剤交付前に薬歴およびお薬手帳にて処方内容の変更を確認し、患者に聞き取りを行う。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
182	口内炎に対してデルモベート軟膏が処方されたため疑義照会。結果デキサメタゾン口腔用軟膏0.1%「NK」へ変更となった。	1)疑義照会時に病院から「『デルゾン口腔用軟膏0.1%』へ変更」と指示有。→処方入力時に最初の2文字のみ入力し、候補を選択した結果、名称類似のデルモベート軟膏を選択してしまった可能性。 2)デルゾン口腔用軟膏0.1%は現在名称が変更、経過措置期間も満了となっているのを把握していなかった可能性。	1)患者に対して主訴聴取の徹底、少しでも違和感・疑問点があれば必ず疑義照会を実施。 2)名称変更、経過措置期間のある薬を都度把握、調査を行う。場合によっては病院へ情報提供を実施。	デルモベート軟膏０．０５％	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
183	カンデサルタン4ｍｇ服用中の患者が血圧が下がりすぎているのでドキサゾシン2ｍｇに変更になり、処方通り交付したが、薬歴記載の際に、カンデサルタン2ｍｇへの変更ではないかと気になり、電話にて疑義を行ったところ、カンデサルタン2ｍｇに処方変更になった。	医師はカンデサルタンをカルデナリンと思い処方された様子。	投薬時、患者からの聞き取り処方変更等に疑わしいことがあれば躊躇せず疑義を行い、薬歴記載を速やかに行う。	ドキサゾシン錠２ｍｇ「サワイ」	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
184	咳、痰、のどの痛み等で受診された患者さんへトラベルミン配合錠他鎮咳薬や去痰薬等が処方された。患者さんの訴える症状と違ったため、おそらく名称類似のトラネキサム錠の間違いだろうと思い問い合わせしたところ、トラネキサム酸錠２５０ｍｇ　３錠　３×毎食後　３日分へ変更となった。	医療機関側の入力ミスだと思われる。頭文字の2文字だけで検索をかけたのかもしれない。	患者さんへのインタビューで間違いに気づいた例のため、どんなに忙しくて患者さんへのインタビューは怠らない。	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
185	トラマールＯＤ錠２５ｍｇが新規で処方されていた。患者さんに聞いたところ、頻尿の薬を処方するとＤｒから言われたとのこと。疑義紹介した結果、トフラニール錠２５ｍｇに変更になった。	病院側の確認不足。	新規の薬が処方されたときは、症状を詳しく聞く。	トラマールＯＤ錠２５ｍｇ	トフラニール錠２５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
186	A病院から風邪の処方でカロナール錠200mgとトランコロン錠7.5mgが処方された。門前薬局ではトランコロンがないと言われ、久しぶりに当薬局に来局。トランコロンは在庫がなく、患者様に無いことを説明しに行った時に「お腹のお薬がありません。」とお伝えしたところ、「お腹の調子は悪くない。お腹の薬は要らない。」と聴取。A病院に疑義照会したところトランサミン錠250mgと間違えていたと確認。	「トラン」で薬品を検索した為間違えた可能性がある。	3文字入力による間違いが起こることを伝達。処方箋が正しいと考えず疑って監査すること。	トランコロン錠７．５ｍｇ	トランサミン錠２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
187	初めてトランデート錠が処方されていたので患者本人に血圧が高かったのかと質問したところそんな話はしてなく喉が痛いと話したとのことで病院へ疑義照会後病院側の記載間違いとのことでトランサミン錠へ変更になった。	ファックスで処方が流れてきて本人が来局してから間違いお尋ね後間違いかもと判断になってしまった。疑義照会後の時間をお待たせしてしまうことになってしまった。たまたま用法が同じ薬だったので新しく処方されたのかもと思ってしまった。	ファックスで先に流れてきて初めての薬の時は本人に電話連絡して確認する。	トランデート錠５０ｍｇ	トランサミン錠２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
188	14歳男性にトンデート錠50ｍｇが処方されたが、患者事前聞き取り時に症状に相違があることがあり疑義照会を実施。トランサミン錠250ｍｇの処方間違いであり、変更となった。	名称が類似しているため3文字入力してよく確認せずに間違えたと考えられる。	他に感冒薬も処方されていたため、間違いと判断した。	トランデート錠５０ｍｇ	トランサミン錠２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
189	緑内障にて通院されている患者様にブリモニジン酒石酸塩点眼液が処方されていたが、症状の悪化に伴い処方変更するとのことでドルゾラミド・チモロール配合点眼液とアイベータ配合点眼液が処方された。成分が重複していたため疑義照会。ブリモニジン酒石酸塩点眼液とミケルナ配合点眼液へ変更となった。	ブリモニジン酒石酸塩の先発名であるアイファガンとアイベータが名前が似ていたため医師が間違えて覚えていたかパソコンの入力を間違えたと考えられる。またいつもは院長が処方していたが、今回は２診の医師が処方していたことも要因のひとつと考える。	点眼薬、特に配合剤が複数処方された場合は、成分や系統の重複がないか必ず確認するようにしている。	ドルモロール配合点眼液「ニットー」 アイベータ配合点眼液	ミケルナ配合点眼液 ブリモニジン酒石酸塩点眼液０．１％「ＳＥＣ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
190	不眠の症状で薬の変更有り。睡眠導入剤を変更してもらったとのこと。	一般名の入力ミス。	服薬指導時に患者背景から処方された薬を判断。	ニコランジル錠５ｍｇ「トーワ」	ニトラゼパム錠５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
191	胸の苦しさで受診した患者様。FAXで処方箋が送付され、門前診療所スタッフがニトロダームTTSを取りに伺うのでニトロダームTTSを先渡しして欲しいと依頼あり。その電話で「ニトロダームTTSは貼付剤で立ち上がりに時間が掛かる薬です。緊急で使用するのであればニトロペンです。３月にも同じことがありました。医師にすぐに確認して下さい！」と強くお話ししたところ、ニトロペンの間違いと話があり変更されたFAXが流れてきた。FAXを確認後すぐに、こちらから診療所へニトロペンをお届けした。	今年３月に同様の事例があり、ニトロダームTTSを緊急で使用すると言われた場合は、ニトロペンの言い間違いの可能性が高いとスタッフ内で事例共有をしていたので、早い段階で気付くことが出来、診療所スタッフにもハッキリとミスを指摘出来た。	ゲートキーパーとして、今後も毅然とした態度で医師、診療所スタッフと接していく。	ニトロダームＴＴＳ２５ｍｇ	ニトロペン舌下錠０．３ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
192	初診でお薬手帳を持参され、この通りの薬が欲しいと医師に頼まれたらしいが、一般名でニフェジピン徐放錠12時間持続が正しいところ、入力ミスか？ニフェジピン徐放錠２４時間と入力されていた。また、リマプロストアルファデクスは6錠のところ3錠で記載されていた。	医師の確認不足	患者からの聞き取り、お薬手帳は必ず確認して疑問に思うことは疑義照会して解決する。	ニフェジピンＣＲ錠１０ｍｇ「サワイ」 リマプロストアルファデクス錠５μｇ「サワイ」	ニフェジピンＬ錠１０ｍｇ「サワイ」 リマプロストアルファデクス錠５μｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
193	退院時処方箋発行され当薬局へ来局。患者家族より継続して服用の話あり。鑑査時におくすり手帳と比較確認した所。処方せん「一般名ニフェジピン徐放錠20ｍｇ１２時間持続」であったがおくすり手帳では以前よりニフェジピンＣＲ20ｍｇと一般名では24時間持続の薬を服用されていた。疑義照会したところ一般名ニフェジピン徐放錠20ｍｇ24時間持続へと処方変更となった。	お薬手帳転記時に名称が似ている薬なので誤ってしまったと考える。	似た名前の薬剤についておくすり手帳などを活用し防止する。	ニフェジピンＬ錠２０ｍｇ「三和」	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
194	ニプラジロール点眼液処方に対し、緑内障等の既往歴がなかったので、家族に症状について確認。抗炎症の目薬を出すと医師が話していたと確認し、処方元に疑義照会を行った。	ニプラジロール点眼液と二フラン点眼液の名称が似ている事による処方ミスと推察される。	処方薬と症状を確認し大きな相違がある場合には、疑義照会が必要と考える。	ニプラジロール点眼液０．２５％「サワイ」	プラノプロフェン点眼液０．１％「参天」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
195	ノイロトロピン3T分3で処方された。投薬時の患者に聞き取りの際、疼痛などの症状が無いため、今まで処方されていたノイロビタンンの処方誤りではないかと推測。疑義したところ、ビタノイリンが処方された。（ノイロビタンが販売中止の為）	販売中止に伴い、当該医院のマスターからノイロビタンがなくなったため、医師は名称が似ているノイロトロピンを誤って選択してしまったようだ。	新規処方の薬品については、特に患者への聞き取りが重要とされる。	ノイロトロピン錠４単位	ビタノイリンカプセル２５		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
196	以前より処方されていたフルスルチアミン錠25mgが中止になっていた。ノイロトロピン錠が処方されていたが、投薬時に患者から「他のビタミン剤に変えると聞いている」と訴えあり。医師に確認したところ、ノイロビタン配合錠の間違いであることが判明し、処方変更となった。	薬剤名の頭3文字が同じなので、入力時の選択ミスと思われる。	患者としっかりとコミュニケーションをとることで、調剤に活かす。	ノイロトロピン錠４単位	ノイロビタン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
197	ノイロトロピンの処方のところ、類似薬「ノイロビタン」の処方	薬名類似による入力ミス	患者への聞き取り	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
198	他病院でもらっているノイロトロピンを臨時で出してもらっていた。処方箋を確認した際に、臨時で追加された薬の中にノイロトロピンではなく、ノイロビタンと記載されていることに疑問を持ち、疑義照会した。	カルテ上の記載はノイロトロピン処方と記載されていたので、処方箋発行の際に初めの3文字が同じであるため、医薬品の選択を誤ったと考えられる。	複数の医療機関を受診し、多剤服用であったが、かかりつけ薬局であり、かかりつけ薬剤師になっていたため、薬の一元管理することで、間違いに気づくことが出来た。	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
199	以前患者が他院に入院しており、そこでヒューマログ注を処方されていた。該当医院にて代替としてノボラピッド30ミックス注フレックスペンを処方されたが、代替としてはミックス注は不適切と考えられたため処方医師に確認しノボラピッド注フレックスペンに変更となった。	医師による類似名の医薬品の入力ミス	退院後の場合、病院が変わって処方薬が変更になることがあるので、お薬手帳の確認、患者への聞き取りを入念に行う。	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
200	トレシーバ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が処方になっている処方箋を持参した患者が来局された。前回時も当薬局に来局されており、前回はテネリア錠とインスリングラルギンBS注ミリオペン「リリー」が処方。 患者は現在妊娠を希望しており、その旨を医師に伝えたところ今回インスリンの処方に切り替えになったとのことだった。今回処方になっているトレシーバ注フレックスタッチは持効型のインスリンであり、ノボラピッド30ミックス注フレックスペンは超速効型と中間型のインスリン混合製剤である。持効型と中間型のインスリンの併用処方を今まであまり見かけたことがなかったため疑問に感じた。また、ノボラピッド30ミックス注フレックスペンの用法が添付文書上では1日2回もしくは1日1回使用であるのに対し、処方は1日3回で処方になっていたため、処方医に電話で疑義照会をした。その結果、ノボラピッド30ミックス注フレックスペンがノボラピッド注フレックスタッチに変更になった。	ノボラピッド注フレックスタッチと入力するところ、ノボラピッド30ミックス注フレックスペンと入力したようだ。	処方内容に疑問が生じた際は、疑義照会を行って解消する。また、患者からの聞き取りなど、処方箋以外の情報も収集することにより、処方内容に間違いがないかどうか確認をしていく。	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　フレックスタッチ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
201	ノボラピッドフレックスタッチを使用されている患者さんがこの度のノボラピッドフレックスタッチの限定出荷に伴いディバイス変更の処方がされました。ノボラピッドフレックスペンを処方するところオーダリングを間違えてノボラピッド50mixフレックスペンが処方されてしまいました。監査時にノボラピッド50mixの使用回数と単位が前回処方のノボラピッドフレックスタッチと同じであったこと、ノボラピッド50mixと一緒にランタスXR注ソロスターが処方されていたことで処方の間違えではないかと判断して疑義照会を行いました。	インスリン製剤の限定出荷が相次ぎ、今後もディバイス変更の処方が増えると思われます。	今回の事例の情報を共有することにしました。インスリン製剤の特性と違いをもう一度確認することに致しました。	ノボラピッド５０ミックス注　フレックスペン	ノボラピッド注　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
202	患者様は普段Ａクリニックを受診されているようだが、手術による入退院のため当薬局門前のＮ病院を受診された。当日、Ｎ病院からの退院処方箋を応需。処方箋に記載のあったのは「ノボラピッド注フレックスタッチ」だが、持参されたお薬手帳を確認したところ普段は「ノボラピッド30ミックス注フレックスペン」がＡクリニックから処方されていた。念のため患者本人に聞き取りを行ったところ、「ノボラピッド注の方は見たことがない」「病院で薬の変更については指示を受けていない」とおっしゃるため、処方医に疑義照会を行った。その返答として普段から使用されている「ノボラピッド30ミックス注フレックスペン」に処方変更となった。	Ｎ病院からは入院中に追加された薬に加えて、Ａクリニックで普段から使用していた定期薬がついでに処方されていた。消化器内科からの処方箋であり、普段はインスリン製剤を取り扱う機会はそう多くないことが予想された。さらにインスリン製剤には名称の似ている薬が多い為、病院スタッフがお薬手帳の情報を読み間違えたものと推察される。	・処方薬は本人になるべく見た目も確認いただき、色やデザインの違いについて違和感を覚えているときは深堀して聞き取りを行う。・入院歴がある場合は前後の処方内容、併用薬を詳しく確認する。	ノボラピッド注　フレックスペン	ノボラピッド３０ミックス注　フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
203	他院でノボリンR注フレックスペンを利用しておられた患者様が、近医に転院となり、その際、ノボリンN注が処方された。患者聴取から、薬剤変更の指示は受けていないとのこと、処方誤りではないかと考え疑義照会	医院で処方箋入力時に類似名称のため誤ったと考えられる	病院が変わった時や、処方に変更があった時は特に、よく患者聴取をおこなう	ノボリンＮ注フレックスペン	ノボリンＲ注フレックスペン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
204	ハッカ水とグリセリンの混合をハッカ油と間違えた	名称の類似	名称の確認	ハッカ油「コザカイ・M」	ハッカ水		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
205	定期薬に加えて頭痛時の頓服処方でバファリン配合錠A81が処方されたが、抗血小板薬であり、効能に鎮痛はない為、疑義照会。	昨年1月ごろまで、不定期で疼痛時にバファリン330が処方されていた。久しぶりに依頼があり、処方されたようだが、薬価収載医薬品ではなくなっており、名前も同じバファリン配合錠A81を痛み止めと勘違いして処方されたよう。	バファリン330は薬価収載から外れたことを周知していた。両方が存在していた時には、用途が違うため、調剤棚の位置も離していた。バファリン配合錠A81の効能効果を再度確認した。	バファリン配合錠Ａ８１	アセトアミノフェン錠３００ｍｇ「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
206	頭痛に対してバファリン配合錠A81が処方されていた。アスピリンは投与量により効能効果が異なり、81mgであると鎮痛薬でなく抗血栓薬としての効能になる。もともと高用量であるバファリン配合錠A330は存在していたが、販売中止のため用量の変更もできない。患者曰く、OTC薬で頭痛を対応しており、ロキソニンよりもバファリン製品（商品名まで特定できなかったため、アスピリン製品かイブプロフェン製品かの特定はできず）が効果があったとのこと。Ｄｒと成分の相談し、医療用では鎮痛目的でのアスピリン製剤の販売は中止になっているため、イブプロフェン錠200mgへと薬剤が変更となった。	OTC医薬品として販売されているバファリンシリーズにはアスピリンを主成分としている製品と、アセトアミノフェン＋イブプロフェンを主成分としている製品と混在している。Drはアスピリンの投与量による効能効果の違いについては把握している。しかし、バファリン配合錠A330の販売中止などの流通事情を知りえていなかった、商品名だけで規格を確認せずに処方箋入力をしてしまった可能性が考えられる。	アスピリンを代表に、投与量による効能効果、使用目的や保険適応が異なる薬剤が存在している。添付文書などを確認して使用目的、投与量を把握し、患者とのコミュニケーションを交えて適切な薬剤が処方されているかを確認している。	バファリン配合錠Ａ８１	ブルフェン錠２００		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
207	バファリン配合錠Ａ８１　４Ｔ２ｘ７日分で処方。用量的にオーバーはしていないが、通常１Ｔ１ｘの処方が多い事から患者様から聞き取り。本日は頭痛で薬を希望した事。血栓等の指摘は受けたことがないことを確認。また「最近は市販のバファリンを１回２Ｔで飲んでいた」との話。主治医が現在は販売中止のバファリン配合錠Ａ３３０を処方するつもりで「バファリン」で検索して出てきたバファリン配合錠Ａ８１を処方した可能性があると判断し、疑義照会。カロナール錠５００　１Ｔ　頭痛時　６回分へ変更となる。	以前バファリン配合錠Ａ３３０の服用歴があり、また市販のバファリンを服用しておられることから、先生が「バファリン」で検索し、現在薬価収載のあるバファリン配合錠Ａ８１を選択し処方した可能性あり。また頭痛に適応のあるバファリン配合錠Ａ３３０が販売中止になっていることをご存じでなかった可能性もある。	なかなか症状まで話してくれない方もいますが、処方薬と症状が一致しているかどうかの確認のためには患者様からの聞き取りしか手段がないため、しっかりコミュニケーションを取って、確認漏れがないようにしていきたいと思います。	バファリン配合錠Ａ８１	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
208	帯状疱疹患者にバラクルード処方あり。薬局に在庫不足で確認も込めて、肝炎の診断を受けたか患者に確認。帯状疱疹で薬を出すと医師から言われたとのことだった。疑義照会後、医師からバルトレックスを出したつもりだったと返答あり。処方薬の変更となった。	普段見慣れている医薬品だった為、２文字で検索し該当医薬品と思い込み。	患者さんとのコミュニケーションでしっかりと処方薬の適応疾患の確認を行う。相違があれば医師への確認を行う。	バラクルード錠０．５ｍｇ	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
209	帯状疱疹と診断された93歳高齢者にバラシクロビル500が処方のため疑義照会をおこないアメナリーフへ変更となった。	知識の向上	知識の向上	バラシクロビル錠５００ｍｇ「ＤＳＥＰ」	アメナリーフ錠２００ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
210	処方箋を受け付けた際、【般】バルプロ酸Na徐放顆粒40%　1日2回　1ｇの処方があった。バルプロ酸Na徐放顆粒40%は、添付文書上1日1回の用法で使われる。処方間違いである可能性が高い為、疑義照会を行った結果、バルプロ酸ナトリウム細粒40%へ変更となった。	徐放顆粒と細粒は名称が類似している為、処方を入力する際、打ち間違いがあったと思われる。	粉薬は、剤型によって用法が異なるため、その都度間違いがないか確認を行う。	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
211	バルプロ酸ナトリウム徐放錠分３で処方されてた。徐放製剤は１日1－2回のため分２に変更もしくは、通常錠の間違えかＦＡＸにて疑義照会をした。その後ＦＡＸで徐放錠から通常錠へ	入力間違えの可能性あり	徐放錠と通常錠の用法に注意するようにカルテでアラートがでるようにしている。	バルプロ酸ナトリウム徐放錠Ａ２００ｍｇ「トーワ」	バルプロ酸ナトリウム錠１００ｍｇ「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
212	A病院を定期受診中の患者が、一時期B病院に入院していた。先日退院となり、退院後は再びA病院に通院することになった。今回、退院後初のA病院受診で薬が処方されたが、手帳記載のB病院の退院時処方内容と異なっていた。B病院ではデュロキセチンOD20mg「ニプロ」1錠が処方されていたが、A病院発行の処方箋にはその記載はなく、代わりにパロキセチン錠10mg「SPKK」2錠と記載されていた。薬品名が類似していることから、薬剤を取り違えている可能性が考えられたため、処方医に疑義照会を行った。その結果、デュロキセチンが正しいとのことで、パロキセチン10mg2錠からデュロキセチンOD20mg1錠に処方変更となった。	デュロキセチンは、もともとA病院からの処方ではないため処方歴に記載がなく、今回処方に加える必要があった。薬品名が似ていたため、医師が見間違えたか思い違いをした可能性がある。	入院中に服用薬が変更になっている可能性があるため、お薬手帳や退院時情報提供書などに記載されている退院時処方の確認を必ず行う。もし変更点があれば、躊躇せず処方医に確認する。	パロキセチン錠１０ｍｇ「ＳＰＫＫ」	デュロキセチンＯＤ錠２０ｍｇ「ニプロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
213	吐き気の症状にビ・シフロール錠0.125ｍｇが処方されかけた事例。一般名でプラミペキソール塩酸塩錠0.125ｍｇ１錠が頓服で吐き気の時用に処方された。これをそのまま採用薬のビ・シフロール錠0.125ｍｇで調剤しかけたが、病院のシステムで頭の三文字を打とうとした際に以前の商品名のプラミール錠として入力しようとして、プラミペキソールが候補に出てしまいそれを選択したのではないかという疑義が発生した。照会しプラミールの一般名のメトクロプラミド錠5ｍｇを出そうとしていたことが判明し訂正を行った。	以前使っていたが販売中止になっている薬品であることに気付かず、呼び出したつもりで別の候補を選んで処方箋発行したと思われる。	商品名を処方画面で出そうとして販売中止になっていることに気付かず、似た名称の別の一般名を選択してしまうという事例も、システム次第ではあり得ると思われる。病状にそぐわない薬品が出たときは過去の商品名などにも疑いをもち疑義照会して確認する必要がある。	ビ・シフロール錠０．１２５ｍｇ	メトクロプラミド錠５ｍｇ「ＮＩＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
214	感冒による発熱にて初めて受診され当薬局も新患として来局。処方せんにて抗生剤アモキシシリン細粒に合わせてビオフェルミン配合散が処方されており、薬効上効果が十分に得られないと判断し疑義照会をおこなった。その結果ビオフェルミンR散へ変更された	病院にて繁忙時間帯で名称類似のため見逃されたか。	主作用を理解し、併用の可否を正確に判断する	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
215	鼻水、咳、痰が続く患者への処方でビソノテープ4ｍｇ　1日6枚　毎食後の処方そのほかに抗生物質、去痰剤、鎮咳薬の処方内容患者の状態よりビソルボン錠4ｍｇとの入力間違いと考え医療機関へ疑義照会ビソルボン錠は販売中止となっているので、ブロムヘキシン錠4ｍｇ6錠へと変更となった	レセコン入力者の薬剤の知識不足	薬剤名に対して幅広い知識を持つようにする	ビソノテープ４ｍｇ	ブロムヘキシン塩酸塩錠４ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
216	平素から当薬局を利用していた患者様。 A病院からネオーラルが処方されており、B病院から今回初めてピタバスタチンが処方された。 調剤時アラートの付した用紙が印刷されたがその併用アラートの意味が分からずに調剤。 鑑査時にお薬手帳より、ピタバスタチンとネオーラルの禁忌に気づき、B病院のピタバスタチンの変更を問い合わせた。 B病院ではお薬手帳でA病院の内容を確認していたが、ピタバスタチンを処方。 問い合わせ結果ピタバスタチン→アトルバスタチンへ変更となった。	A病院ではネオーラルのほかに多数薬剤が処方されており、B病院での確認チェックが漏れたと推察される。また、患者様もネオーラルを服用していることを強く訴えてはいなかったため、併用禁忌に意識がいっていなかった可能性がある。	ウエルシア薬局では平素からの薬との飲み合わせが悪い薬が処方された場合、併用禁忌アラート紙面が出力されるが、それにあわせて調剤ハンディにも調剤禁止アラートが表示される。このケースのように併用禁忌の場合はそれ以上調剤が進まないような工夫がされているが、旧来通りのお薬手帳、薬歴の確認でもチェックしている。	ピタバスタチンＣａ錠１ｍｇ「トーワ」	アトルバスタチン錠１０ｍｇ「サンド」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
217	患者さんから主治医に対し、「夏で身体の疲れが取れない。ビタミンが不足しているような気がするから、ビタミン剤などを処方してもらえないか。」と依頼を行った。主治医は患者からの訴えを了承し、1週間分薬を出すと話していた。患者は薬の知識が乏しく、処方箋に記載されている薬品名からでは何の薬が処方されているかご理解されていなかった。薬局にて、新規の薬が出ていたため、処方箋受付と同時に薬剤師が聞き取りを行ったところ、ビタミン剤の話をしているのに、該当する医薬品がなく、全く異なる医薬品が処方されていたため、不審に思い疑義照会をおこなった。	ヒダントール錠２５ｍｇとビタメジン配合カプセルB２５の電子カルテ上の入力を推定したところ、「ヒタ」で入力し医薬品を呼び出し「２５」で選択したために、誤った選択となったのではないかと推定している。	普段から患者さんへの聞き取りを行い、患者さんのちょっとした変化にもなんでかな？と疑問に思う姿勢を保つことが重要と考えている。	ヒダントール錠２５ｍｇ	ビタメジン配合カプセルＢ２５		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
218	転院にて他病院の継続処方にで初処方されたが、お薬手帳ではヒューマログ注ミリオペン使用歴あったがヒューマリンR注ミリオペン処方あり。ご本人様へ確認したところ変更するとの話なく、現在ヒューマログ注ミリオペン使用していることを確認。疑義照会を行った。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へ変更あり。	処方の際に名称が似ているヒューマリンR注ミリオペンを間違えて処方したと推測される。	初処方に際は、処方歴を確認し変更点について説明を受けているかの有無などを確認し、処方間違えがないかの確認を徹底している。	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
219	新患でかかった方、一般名でナテグリニド　５日分とビダラビンクリームの処方。ナテグリニドの在庫がなかったため、処方受付した医事が他の薬局に在庫がないか確認していた。混雑しており、この時対応できる薬剤師がいなかったため、何薬か薬剤師に聞き血糖の薬と確認した後、糖の薬が初めてで５日分出るか、またビダラビンクリームと一緒に出ていることに違和感を持った。患者さんに確認したところ初めてもらう薬だ。先生は５日分でだす。ヘルペスと診断されたと聞き取ることができた。	病院でも処方発行は先発名より一般名を記載しているためファステックとファムビルで誤った様子。	以前もハルナールとハルシオンで処方誤りがあったこともあり、出ている薬と患者さまの訴える主症状を良く聞き取るように行っている。先発名最初の文字が同じ薬に関しては病院が間違えやすいため、先生が本当は何を出す予定だったか、推測をしながら鑑査している。	ファスティック錠９０	ファムビル錠２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
220	継続して来局されている患者。今回、新規にファムビル錠250mg1日1錠30日分の処方が追加。薬剤に対し用法、用量、処方日数とも疑念があり、患者から状況を聞き取り。特定健診の結果に指摘事項があったため、診察時に検査結果を医師へ提出したとのことであった。検査結果を確認したところ、現在治療中の疾患に加え、新たに高尿酸血症の指摘を受けていることが分かった。高尿酸血症治療薬であり比較的名称が類似しているフェブリク錠との処方記載誤りを疑い、処方元へ疑義照会を実施。フェブリク錠10mgへ変更となった。	名称類似が一因で処方入力時に薬剤選択を誤ったものと思われる。	処方内容や検査値、患者からの聞き取り情報から疑義があれば疑義照会を徹底する。	ファムビル錠２５０ｍｇ	フェブリク錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
221	新しく追加された薬(フェブキソスタット)について患者さまから尿酸値の確認など聞き取りをしている際に、血液検査に尿酸値の記載はなく、蕁麻疹のための薬を出すと言われていたことが発覚し、名称の似ているフェキソフェナジンが正しい薬ではないかと考え、確認のため疑義照会を行った。	「フェ」だけで医師が選んだ際に間違ってしまわれたと考えられる。	新しく追加された薬について医師からどのような説明を受けたかや症状についてなど患者さまから聞き取りを行い、本当に正しい薬であるか確認する必要がある。	フェブキソスタットＯＤ錠２０ｍｇ「サワイ」	フェキソフェナジン塩酸塩ＯＤ錠６０ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
222	フェブキソスタット錠10ｍｇが追加になった患者に服薬指導時に話を聞いたところ、貧血がひどくなったので薬が追加になると説明を受けているとのことで、病院に疑義照会を行い、フェブキソスタット10ｍｇからクエン酸第一鉄錠50ｍｇに変更となった。手書きのカルテに「フェロミア」と書かれていたものを事務がパソコンに入力する際「フェブリク」と飲み間違えたとのこと。	手書きカルテの判読間違い	患者の話と処方内容に違和感がある時は、必ず疑義照会を行う	フェブキソスタット錠１０ｍｇ「サワイ」	クエン酸第一鉄Ｎａ錠５０ｍｇ「ＮＩＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
223	風邪症状として鼻漏を訴えていた患者に対し、【般】フェブキソスタット錠10mg　1日1回　朝食後　1回1錠　4日分が処方された。交付時に尿酸値について何か診察を受けたか聞いたが特に尿酸値については話はなかったと聴取。フェブキソスタット錠とフェキソフェナジン錠の入力誤りと考え疑義照会。【般】フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg　1日2回　朝・夕食後　1回1錠　4日分に変更された。	恐らくレセコン入力時に「フェ」の2文字までしか入力せず、表示された候補の中から選択したと考えられる。	一般名処方やジェネリック名処方される場合に類似名があることを理解し、周知する。交付時に必ず症状を聴取し、処方されている医薬品と効能効果が合っているかを確認する。	フェブキソスタット錠１０ｍｇ「トーワ」	フェキソフェナジン塩酸塩錠６０ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
224	フェブキソスタット錠20mg　2錠　分2朝夕食後　30日分新規処方。フェブキソスタット錠は分１で服用する薬剤であり、かつ初回服用で40ｍｇは多いため、薬剤名酷似であろう他剤との処方ミスを疑った。そのうえで患者様に聞き取りを行ったところ、患者様は「先生には痒み止めをお願いした」と仰った。主治医に疑義照会を行ったところ、フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg　2錠　分2朝夕食後　30日分へ変更となった。	オーダリング入力時の確認不足	初めて処方された薬剤については、必ず添付文書で用法・用量の確認を行う。併せて、処方監査時に患者様への聞き取りによる情報収集も行う。	フェブキソスタット錠２０ｍｇ「サワイ」	フェキソフェナジン塩酸塩錠６０ｍｇ「ダイト」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
225	６歳患児に対し【般】フェブキソスタット錠２０ｍｇ　【般】ジフルプレドナート軟膏の処方あり。フェブキソスタットの薬剤名および用量より処方誤りの可能性を感じ、患者へ受診理由を確認。「掻痒感」であるとの聞き取りができたため処方医へ疑義照会。【般】フェキソフェナジン塩酸塩錠３０ｍｇの誤りであるとの回答あり。	医薬品の一般名が類似していたためと思われる。	処方監査にて違和感があれば、処方に誤りがある可能性を疑い、患者情報等より判断、必ず疑義を行うように徹底する。	フェブキソスタット錠２０ｍｇ「トーワ」	フェキソフェナジン塩酸塩錠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
226	処方箋受付時、患者さんから血液検査で尿酸値が下がっているから薬を変えると言われたと聞く。フェブリク錠10ｍｇが新規処方されておりユリーフ錠４ｍｇが定期薬から削除されていた。薬効が違うので疑義照会を行うとフェブリクが処方削除になり、定期のユリーフが追加処方された。	ユリーフ錠とユリノーム錠との勘違い。	処方変更は患者に聞き取り、又聞き取りが出来ない場合も不明な点があれば必ず疑義照会する。	フェブリク錠１０ｍｇ	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
227	当該患者はフェルビナクスチック軟膏3%「三笠」が記載された処方箋を持参した。当該患者はフェルビナクスチック軟膏3%を使用後副作用発現と記録があったため患者へ確認したのち、医師へと疑義照会を行った。その結果、フェルビナクスチック軟膏「三笠」はフェルビナクローション3%「三笠」へ処方変更となった。	医師と患者とのコミュニケーション不足。	副作用歴の確認を徹底する。	フェルビナクスチック軟膏３％「三笠」	フェルビナクローション３％「三笠」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
228	胃腸炎で受診の患者様に対し、フェロベリン配合錠を処方すべきところ、フェロジピン錠2.5ｍｇが処方された。	処方入力時、レセコンから薬剤名を選択する際に、選択を間違えたと思われる。	同内容の情報共有。	フェロジピン錠２．５ｍｇ「ＮＩＧ」	フェロベリン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
229	フェロミア錠を服用したいところフェロベリン錠の処方箋で患者様から処方箋お預かり。フェロベリン錠の用法用量の記載に関して疑問に思い疑義照会を行った結果入力の際事務さんの薬品選択間違えとのことに気づき処方変更に至った。	前監査を行うにあたり用法用量に疑問を感じた際は必ず疑義照会を行う。また添付文書に適宜増減の記載があるから疑義照会を行わないことは違うことを店舗スタッフに共有を行う。今回門前医療機関の処方箋でありフェロベリン錠に関しては処方時1回2錠1日3回処方のところ1回1錠1日1回と疑問に思うところでもある。いつもの処方内容と違うところにも違和感を覚えるので防げた。	門前医療機関の処方でありフェロベリン錠に関しては毎食後1回2錠の1日3回の処方内容がほとんどである為疑問に思い疑義照会を行った。疑義照会を行った結果、薬品の選択間違えであることが分かった。投薬時にも貧血薬と止瀉剤で内容にも相違があり投薬時の聞き取りに関しても重要であることの再確認ができた事例であった。	フェロベリン錠	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
230	フェロベリン配合錠が処方されており、症状を確認したところ患者からは貧血であることを聴取。主治医に電話で疑義照会をしたところ、フェロベリン配合錠の類似薬品フェロミア錠50ｍｇに変更となった。	「fuero」で検索したことによるオーダリングミスと推測される。	投薬時に患者から収集した情報と処方内容が一致しているかの確認を徹底するようにしている。	フェロベリン配合錠	フェロミア錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
231	シナール配合錠1錠、フェロベリン配合錠1錠、分1夕食後という処方。あまり見ない組合せであり、いつもフェロミアとシナールを一緒に処方する医師であるため疑義照会をしたところ、フェロベリンではなくフェロミアの間違いであった。	薬剤の選択の際に、最初の「フェロ」が同じ別の薬剤を選んでしまったと思われる。	処方箋通りにただ調剤するのではなく、処方意図を考えて調剤する。患者ともしっかり話をする。	フェロベリン配合錠	フェロミア錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
232	疼痛コントロール目的で「フェンタニルクエン酸塩テープ」を使用していおり、本処方より疼痛コントロール不良で4mg→5mgへ増量するとのことでした。普段いただいている処方と違う一般名に違和感を感じ介入しました。 今回、ご処方いただいた「フェンタニルテープ5mg（1日用）」は「ワンデュロパッチ5mg」の一般名であり、現在使用している「フェンタニルクエン酸塩テープ」とは製剤的な違いと含有されるフェンタニルの量に相違があり、今回の処方だと「フェンタニルクエン酸塩テープ」で換算すると6mgに相当するため、処方医へ確認を行った。 処方医にお電話にて、以下の2点について提案を行った。・今回の処方だと製剤的な変更と1日量が変更になることをご説明し処方通りか確認・現在使用中のものを5mgへ増量の場合はフェンタニルクエン酸塩テープ「1mg+4mg」をそれぞれご処方いただき2枚貼付していただく。 「フェンタニルクエン酸塩テープ」として5mgという形で増量となり、フェンタニルクエン酸塩テープ1mg、4mgそれぞれへ処方変更となった。	一般名が類似しており、病院側での処方入力の際、カルテの増量指示そのまま入力したと考えられ、他の規格であればこういった間違いは発生しづらいが、５mgへの増量の時のみ「フェンタニルクエン酸塩テープ」の規格として無いものになる為発生してしまったのではないかと考えられる。	麻薬処方箋などは、鑑査時に過去の処方内容との相違や変更点を確認し、変更点に疑問があれば問い合わせを随時行っている。	フェンタニル１日用テープ５ｍｇ「明治」 フェンタニル１日用テープ５ｍｇ「明治」	フェンタニルクエン酸塩１日用テープ１ｍｇ「第一三共」 フェンタニルクエン酸塩１日用テープ４ｍｇ「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
233	咳がひどく受診した8歳の患者へフスコデ配合錠が処方された。12歳未満は禁忌のため、処方医に疑義照会。フスタゾール糖衣錠10mgに変更になった。	名称の類似処方内容の確認不足	名称が似ている医薬品による過誤事例を店舗の従業員で共有している。	フスコデ配合錠	フスタゾール糖衣錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
234	当該患者は体調不良の為発熱外来を利用。処方箋受付、調剤でプラザキサCap110mg6カプセル分３毎食後で処方あり。処方箋発行の際の入力ミスだとすぐにわかったので、処方Drへ疑義照会。元々フスタゾールを処方する予定であったとのことで、フスタゾール糖衣錠へ処方を変更となった。	医療事務の入力ミスである。	他の薬剤と薬効があまりに違う、また用量もオーバーであった為、すぐにわかった。薬効を理解していればすぐにわかるので、特別な取り組みはない。	プラザキサカプセル１１０ｍｇ	フスタゾール糖衣錠１０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
235	平素より当薬局利用に患者様で、今回は本人ではなく配偶者（ご主人）が代理で処方箋を持参され提出。その際、前回と比較してプラバスタチン錠10ｍｇが処方削除となり、新たにリクシアナＯＤ錠30ｍｇが追加となる処方変更を確認。スタチンからの抗凝固薬への変更の処方内容に違和感を覚えたので、ご主人に確認するも、詳細わからずとのこと。 今回のリクシアナの新たな追加により、以前からの処方されていたプラザキサカプセル110ｍｇはそのまま継続処方だったため、同効薬の重複もあったため、出血傾向のリスク大と判断し、疑義照会を実施。生憎、処方医師不在だったため、カルテを確認してもらったところ、処方内容（プラバスタチン服用終了後、リクシアナへ切り替え記載あり）で間違いないとのことだったが、プラバスタチンとプラザキサとの名称類似性により、ＰＣ入力上の間違いの可能性も考慮して、直接処方医に確認をおねがいしたところ、やはり誤：プラバスタチン削除→正：プラザキサ削除であったことが発覚し、処方訂正後、処方箋差し替えとなる。	院内のカルテ入力の際にプラザキサを削除して、リクシアナへ切り替え変更するところを、名称類似性のため、オーダリングシステム上最初の２文字が同じプラバスタチンを誤って削除したと思われる。	処方変更があった場合、その変更内容に妥当性が確認できない場合は変更内容が適正化を確認徹底する。	プラザキサカプセル１１０ｍｇ	プラバスタチンＮａ錠１０ｍｇ「ＮＩＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
236	2週間後手術予定の患者に、プラビックス75ｍｇ処方、プラバスタチン10ｍｇが中止になっていた。疑義照会しプラビックス75ｍｇ中止、プラバスタチン10ｍｇは継続となった。	医療機関側のコミュケーション不足・処方内容確認不足	医療機関側に疑義照会内容をフィードバックし、再発防止に努める。	プラビックス錠７５ｍｇ	プラバスタチンＮａ錠１０ｍｇ「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
237	総合病院からの転院。処方箋はプラビックス錠（クロピドグレル）７５ｍｇ４錠/日。過量により疑義するも医師の返答は紹介状がそうなっていると。お薬手帳を確認、プラビックス処方歴無し。患者本人も今までカプセル剤を飲んでいたと。過去プラザキサカプセル７５ｍｇ４錠/日でずっと出ている。医師に再度確認、勘違いしていたと返答あり。	同じ血栓溶解作用、「プラ」という頭文字、同じ７５ｍｇという所で勘違いが生じた模様。	用量の違和感、当該薬局として初回の患者はよりいっそう聞き込みとお薬手帳の確認が必要である。	プラビックス錠７５ｍｇ	プラザキサカプセル７５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
238	風邪で受診された患者様の処方で（般）クロピドグレル錠７５ｍｇ（プラビックス錠７５ｍｇ）　０．８錠　朝夕食後　７日分と記載があり、処方内容について疑義紹介。プランルカストDS ０．８gに処方変更となる。	処方入力の際に、プラビックス錠７５ｍｇとプランルカストDSと間違って入力してしまったと思われる。	患者様の症状をよく確認して、処方内容の適応と合っていか確認。内容が疑わしい時は疑義紹介を行う。	プラビックス錠７５ｍｇ	プランルカストＤＳ１０％「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
239	女性患者様にフリバスの処方、用量も300ｍｇであった	濁点を抜いた入力方式で頭の2文字のみで検索したと考えられる。フリ（フリバス）フリ（プリンペラン）	今回は女性にフリバスで用量も最大量の4倍と、気づきやすい間違いであったが、男性にかつ、最大量以下が処方された場合は処方箋のみではわからないため、新規や処方変更があった場合は、患者情報や聞き取りからの確認することを共有再確認した。	フリバスＯＤ錠５０ｍｇ	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
240	新規処方としてフルニトラゼパム錠1ｍｇ　0.5錠　朝食後が追加となっていた。フルニトラゼパム錠の用法が朝食後となっていた為、疑義照会を行った。ロフラゼプ酸エチル錠1ｍｇへ処方変更となった。	用法用量は正しかった為、薬剤の入力ミスと思われる。名称は似ていないが規格が同じ為、勘違いをして入力を行ってしまった可能性が考えられる。	処方監査、患者への変更点の確認を徹底する。おかしな点があれば疑義照会を必ず行う。	フルニトラゼパム錠１ｍｇ「アメル」	ロフラゼプ酸エチル錠１ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
241	A病院からBクリニックへ転院された際に発生した事例。薬剤交付時にはお薬手帳の持参がなく、A病院の処方内容との照らし合わせが出来なかった。残薬がたくさんあるとのことで、交付のタイミングで自宅にお邪魔し、残薬回収をした際にお薬手帳を確認。A病院ではプロスタール（25）４錠分２朝夕食後の処方で出ていたが、BクリニックではプレタールOD（50）２錠分２朝夕食後で処方が出ていたことが発覚し、処方医へ疑義照会して間違いとのことでプロスタール（25）４錠分２朝夕食後に変更となりました。	Bクリニックに紹介状を持ってきている場合も多いと思いますが、必ずしもあるとは限らない→万が一の間違えもあることを念頭に置くことが今回の気付きにつながった要因だと思います。	転院の場合の薬局での対応で、必ずお薬手帳を確認することを徹底する。（家に置いてきたとかなら家に帰ってから薬情や手帳の情報を聞き取りした上で服用していただく）。また、患者様へのヒアリングにより、疾患と薬剤の矛盾点がないかを必ず確認する。	プレタールＯＤ錠５０ｍｇ	プロスタール錠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
242	プレドニゾロン錠2.5mgが3錠　3×毎食後で処方されていた。初処方のお薬だったので、先生より変更の説明の有無、現在の症状などを確認所、痛みが続いているので早めに受診したとの事。プレガバリンカプセル25mgを追加するので、手持ちの75mgと合わせて飲むようにと説明を受けたとの事だった。処方箋への入力ミスだと判断し疑義照会した所、入力ミスと判明。プレドニゾロン錠2.5mgが処方削除となり、プレガバリンカプセル25mg　３Ｃ　3×毎食後が追加となった。	最初の2文字が同じなので、レセコンの選択ミスだと思われる。処方箋入力後に再度カルテと処方箋の記載内容に相違がないか確認をしていないと思われる。	お薬の新規追加時や変更時、増減時等は、念入りに患者様の症状や先生からの説明の有無を必ず確認するようにしている。	プレドニゾロン錠２．５ｍｇ「ＮＰ」	プレガバリンカプセル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
243	１歳の小児に（般）プロカテロール塩酸塩錠0.05ｍｇ5錠分2で処方されていたおそらくシロップの間違いかと思い疑義照会したところシロップ5mlに変更になった	おそらく製剤名だけを見ており末尾の剤形確認がおろそかになってしまったためにおこったものと考えられる	コピーを取り測り取る量を計算して記入するところで発見シロップなどの処方を調剤するときには原本で作業せずコピーなどを用いることで一次監査の役割を果たす	プロカテロール塩酸塩錠５０μｇ「日医工」	プロカテロール塩酸塩シロップ５μｇ／ｍＬ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
244	県外のBクリニックより転院された方、今後はA医院をかかりつけにしたいとの事で処方となる。A医院【般】 ブロチゾラム錠0.25mg　１錠 ワイパックス錠 0.5mg　２錠　１日２回朝夕食後　30日分(粉砕指示）（処方箋一部抜粋） 上記内容が処方され、ブロチゾラム錠１日２回朝夕食後の用法に疑問を感じたためお薬手帳を確認したところ以前のBクリニックでは Bクリニック　　プロチアデン錠25mg　1錠　　ワイパックス錠1mg　1錠　1日2回朝夕食後　30日分(粉砕指示)以上の内容が処方されていたことを確認。患者本人にも再度確認したところ「処方変更の話は聞いていない、今までと同じ薬をお願いした。」とお話されていたので処方医院に疑義照会、Bクリニックにて処方されていた内容と同じくブロチゾラム錠0.25mgが削除、プロチアデン錠25mgに変更となった。	薬剤を処方する際、薬剤名の頭３文字が「ブロチ」「プロチ」で似ていることと末尾の「錠0.25mg」「錠25mg」が似ていることから、薬剤名の入力を間違えたと考えられる。	薬局ではお薬手帳の他に、以前来局された時に記録した併用薬からもBクリニック処方の内容の確認ができた、お薬手帳、薬剤情報提供書を忘れてしまう方もいるのでこまめに併用薬の更新を行う。	ブロチゾラム錠０．２５ｍｇ「アメル」	プロチアデン錠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
245	肺炎で投薬を受けた患者。処方箋を確認した際、クラリスロマイシンとブロチゾラムの分2　朝夕食後となっていた。明らかにブロムヘキシンとの間違いを疑ったため、医院に間違いではないかという旨で確認、変更となった。	薬剤の供給不足から普段使用していない薬剤を使ったためのミス。処方後の確認不足。	薬剤の間違いの際は情報を正確に把握できるよう情報提供する。	ブロチゾラム錠０．２５ｍｇ「アメル」	ブロムヘキシン塩酸塩錠４ｍｇ「クニヒロ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
246	男性の患者にプロベラ錠の処方が出ており疑問に思い患者に症状の確認を行った。その結果恐らくプロペシアの間違いである可能性があったので医師に疑義紹介を行い、プロペシア錠に処方変更となった。	病院で薬品名を入力する際、3文字入力で検索をかけた後間違った薬を選択してしまった可能性が高い。	薬品名が類似しているものは何種類かあるため、患者背景から処方薬が正しいか、症状と治療薬があっているかの確認を必ず行う。	プロベラ錠２．５ｍｇ	プロペシア錠１ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
247	定期処方に、フロモックス錠７５ｍｇ１錠　タケキャブ錠１０ｍｇ1錠　分１　朝食後が追加になっていました。抗生剤の長期処方？と処方と適応症を疑義照会を医療機関にしましたら、忙しそうにされていて、しばらく返事に時間がかかりました。患者様にも、今日は追加のお話はどうだったかをおたずねすると、脳梗塞の予防と胃薬を処方追加するとの事。抗生剤は明らかにこの時点で処方違いと思われ、一包化もせず待機。やはり、フロモックス７５ｍｇはプラビックス７５ｍｇの入力なのか？医師のカルテも記入ミスかこちらでは分かりませんが、患者様は少し待っていただきましたが、プラビックス７５ｍｇ処方しました。	名称の酷似　ミリ数も同じ10日が当番医で急性疾患が多かったので、医師も名称を間違ったのか。医師のカルテの記入が事務員に分かりづらかったのか。	調剤に取り掛かる前に、患者様と今日の処方について伺って処方箋の記入漏れや記入違いは無いかチェックする。少しでも疑問に思ったら、共有して取り掛かる。	フロモックス錠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
248	当薬局を平素から利用している患者が処方箋を持って来局した。【般】ペモリン錠50mg　１錠　朝食後が追加処方されていた。用量からナルコレプシーの適応であることが推測された。また、前回処方されていたベタニス錠25mgが削除になっていた。追加処方とベタニス削除について医師から聞いているか患者に確認したところ、追加の話やベタニス削除の話はなく、ナルコレプシーの症状も確認できなかった。また、ペモリン錠の商品名はベタナミン錠であり、ベタニス錠と名前が類似していたこともあったため、処方薬の間違いを疑い処方医に電話で疑義照会した。その結果、ベタニス錠50mg１錠　朝食後に処方変更になった。	ベタニスを50ｍｇへ増量する際に、名前が類似しているベタナミン錠50ｍｇを処方してしまったようだ。	薬剤が変更されたときは、患者からの聞き取りを十分に行い、薬剤服用歴から薬剤が変更になった経緯を検討する。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
249	もともとベオーバ錠50mg など、過活動膀胱治療薬を4種類服用している。今回ベタニス錠50mgが追加となり、ベオーバ錠とともに処方されていた。同一作用機序の薬剤であるため、ベオーバから切替えようとしてベオーバを削除し忘れたのかと思い処方Ｄｒに確認したところ、ベタニス錠50mg ではなくベシケア錠5mgの入力誤りと判明した。	最初の一字が同じため、薬剤選択を誤ったのかと思われる。	今回ベオーバと一緒に処方されていたため、明らかにおかしいと思い疑義照会に至ったが、ベタニス単剤の処方であれば、入力誤りに気付くのは大変難しいと思われる。	ベタニス錠５０ｍｇ	ベシケア錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
250	コロナ患者の処方箋　本人の主症状からめまいはなく咽頭痛が激しいとあり、ベタヒスチン錠ではないと推測し疑義照会実施。結果ベタメタゾン錠0.5mgへ変更となった。	耳鼻科からの処方箋。頭２文字が同じであることと耳鼻科のため処方内容としてはあり得る。	患者さまからの情報収集を徹底し処方内容監査を徹底している。	ベタヒスチンメシル酸塩錠６ｍｇ「ＴＣＫ」	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
251	ベタヒスチンメシルが処方されていたが、交付じに症状など聞き取ったところ蕁麻疹だったので疑義照会したところベタセレミンの間違いだった	処方箋入力時の薬品選択間違い	定期薬以外の薬はしっかり症状等の聞き取りを行い薬剤との整合性を確認する。	ベタヒスチンメシル酸塩錠６ｍｇ「ＴＣＫ」	ベタセレミン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
252	眼科クリニックより（般）ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏0.12%が処方された。処方元が眼科であることと、患者様に使用部位を確認したところ、瞼に使用するとのことで、疑義照会にて、プレドニン眼軟膏に変更となった。	ステロイドの一般名が類似しているため、処方時または処方箋発行時に誤った薬剤が選択されてしまったと思われる。	ステロイドは剤形が多いこと、一般名名称が類似していることを念頭に置いて調剤、投薬を行う。	ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏０．１２％「トーワ」	プレドニン眼軟膏		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
253	６歳の幼児に対してペレックス配合顆粒（６g／日）と抗生剤処方なしに対してビオフェルミンR散の処方せんを応需。疑義照会にて６歳に対して用量多いことをお伝えしたがそもままでと回答あり。再度疑義照会にて小児用と勘違いされていないか確認したところ勘違いだったとの事。鼻水のみの症状とのことでペレックス小児用には変更せず、アレロック顆粒0.5%、１g／日、分２を提案し変更となった。また家族に確認したところ現在抗生剤の服用はなく、処方にも抗生剤記載は無い為ビオフェルミンR散はビオフェルミン散に変更して頂いた。	いつものDrの息子が近日務める様になったので電子機器の使い勝手がうまくいっていなかったのか、小児用への変更間違えや勘違いの可能性。整腸剤も抗生剤を検討していたのか勘違いをした可能性。	年齢、体重より用量計算の徹底。１つの間違いに気を取られないように他に間違いがないか注意。疑問点は患者様から細かな聞き取り。処方が変わらなくとも再度確認し、必要があれば疑義照会をする。お薬手帳の確認徹底。	ペレックス配合顆粒 ビオフェルミンＲ散	アレロック顆粒０．５％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
254	ホクナリンDSの処方箋を応需したしかし、患者さんに状況を確認したところ、けがをしたとのこと。処方内容と異なっているため、電話で疑義照会をしたところ、ホスミシンを処方したかったことが判明。	名称類似いつもベラチンでの処方だが、数日前から出荷調整でホクナリンでの処方をお願いしたばかりで、CLが慣れていなかったと思われる。	しっかりと状況を確認する今回は断られてしまったが、一般名での処方をお願いする	ホクナリンドライシロップ０．１%小児用	ホスミシンドライシロップ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
255	ペニシリンアレルギーのある患者様にボノサップパックが処方されていたため疑義照会を行い。処方内容がグレースピット、タケキャブ、フラジールに変更になった	医師と患者様のコミュニケーション不足が原因だと考えられる	副作用歴などは投薬毎に確認を行い、最新のものを更新するように心がけている。	ボノサップパック４００	グレースビット錠５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
256	ピロリ除菌初回にも関わらず、2次除菌で使用するボノピオンパックが処方されていた。疑義紹介にて1次除菌で使用するボノサップへ変更となった。	ボノサップとボノピオンの違いを把握していなかった。	1次除菌・2次除菌で適応する薬剤の違いの把握患者様と除菌何回目かの確認	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
257	消毒液ではなく、うがい薬を処方してもらったと薬剤交付時に患者様から聴取。主治医に処方内容を確認した結果、ポビドンヨード外用液からポビドンヨードガーグルへ変更。	処方箋入力ミス	患者様から聞き取りを正確に実施する。	ポビドンヨードゲル１０％「明治」	ポビドンヨードガーグル液７％「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
258	ポララミン錠2mgが１回３錠就寝前で処方されていたが、確認したら徐放性製剤6mg分を就寝前１回の意味で処方したかったとの事	Drのレセコン操作の不慣れ週1回の勤務医のため	疑わしい点は処方医に確認をとる	ポララミン錠２ｍｇ	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
259	ポンタールカプセルが同処方箋に２回記載されており、医療機関に問い合わせたところ、ポンタールではなくポララミンの間違いだった。ポンタール３カプセル毎食後５日分、ポララミン錠３錠毎食後５日分が正しかった。	頭文字「ポ」だけで判断した可能性	不審な処方箋は必ず問い合わせを行う	ポララミン錠２ｍｇ	ポンタールカプセル２５０ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
260	イナビル吸入処方されているため、インフルエンザの診断のはずだが、解熱鎮痛薬としてカロナールではなくポンタール処方のため疑義照会。解熱鎮痛剤の処方ではなくポララミンを処方したかったそうで、処方間違い。	最初の1文字が同じだったため勘違いして処方してしまったと推定される	患者本人からも、症状を聞き取り、症状に合った処方がされているか確認する。病態に対し、本来使用すべきではない薬に特に注意する。	ポンタールカプセル２５０ｍｇ	ポララミン錠２ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
261	以前よりミコンビ配合錠ＡＰを継続中、引越しに伴い転院した。Drとの話ではミコンビ配合錠ＡＰ継続との事だったが処方に記載されていたのはミカムロ配合錠ＡＰであった。Hpに電話で疑義照会を行い、Hp側がカルテ確認し入力誤りであることが判明。ミコンビ配合錠ＡＰに変更し調剤。	Hp側の一般名検索におけるミスと推測される。	転院による処方変更と思わずに、まずは患者側に聞き取りを行い変更かどうかを確認する。特に同種薬や合剤であれば注意が必要である。	ミカムロ配合錠ＡＰ	ミコンビ配合錠ＡＰ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
262	糖尿病で加療中の患者にミグシス新規処方あり。偏頭痛の既往ないため患者に以下の聞き取りを実施。薬剤師：「今日頭痛の相談を診察室でされましたか？」患者：「してません。血糖値をさげる薬が追加ときいてます」不適切な薬剤が処方されていると判断し、疑義照会を実施。【般】ミグリトール錠５０mg　３錠分３　毎食直前　へ変更となった。	頭2文字一致のため、処方薬の選択ミスと考えられる。	追加処方があったときは経緯の聞き取りを徹底。	ミグシス錠５ｍｇ	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
263	一般名処方誤り【般】テルミサルタン４０ｍｇ・アムロジピン配合錠を継続服用していたが、血圧が上昇し増量になると医師より話があったというが、処方された薬剤は【般】テルミサルタン８０ｍｇ・ヒドロクロロチアジド配合錠であり薬剤が異なる為疑義照会。【般】テルミサルタン８０ｍｇ・アムロジピン配合錠への変更予定であったが、処方誤りであることが判明した。	一般名処方により、類似薬との取り間違いにつながったと考えられる	一般名処方により薬剤の取り間違いにつながる可能性があるため、薬歴から推測される情報、患者からの聞き取りをしっかりと行う。	ミコンビ配合錠ＢＰ	ミカムロ配合錠ＢＰ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
264	通常ミオピン点眼液と共にミドリンM点眼液が処方されるが、ミドリンP点眼液が処方されていたため問い合わせ。ミドリンM点眼液に変更となった。	薬品の名称が非常に類似しているため、処方箋入力者の入力ミスと思われる。	通常処方と薬剤の組み合わせや処方量が異なるなど違和感がある場合、処方上明らかな間違いが無くても問い合わせにより確認している。	ミドリンＰ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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
265	患者はカンデサルタンとアムロジピンを継続服用中。医師より症状安定によりこの２剤の配合剤にしましょうとの提案あり。処方箋にはカデチア配合錠ＨＤと記載。泌尿器科にてミニリンメルトOD錠(25)を継続服用中であり、この２剤は併用禁忌になる。患者からの話でもカムシア配合錠ＨＤである可能性が高いため疑義照会を行い、カムシア配合錠ＨＤに処方変更となった	類似名称の入力ミスと考えられる。	配合剤、特に今回のような類似名称がある配合剤に処方変更になった際には、変更の経緯などを確認し、今までの薬との差異や医師からの文言などを併せて確認することが必要であると考えられる	ミニリンメルトＯＤ錠２５μｇ	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
266	新患の患者様でミニリンメルトが朝食後に処方されており、医療機関に確認を行ったがそのままとのことだった。その後患者様にお話を伺い患者様の訴えと出ている薬の適応に齟齬があったのでもう一度医療機関に確認をしたところ処方されている薬が違っていた。	処方入力をするときのミスと考えられる	患者様から症状を聞き取り疑問を感じたら必ず疑義を行う	ミニリンメルトＯＤ錠５０μｇ	シンメトレル錠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
267	平素から利用されている患者様が処方箋をお持ちになり来局。普段からムコソルバンの45mgを服用されているがムコソルバン15mが追加になっていた。前回処方でセルベックスが処方されていたが今回削除されているためムコスタであると推察されたため疑義照会を行った。結果ムコソルバン15mgはムコスタ100mgに変更となった。	ムコソルバンとムコスタの名称が類似しているためのご入力であると推察される。	病院での入力ミスを見逃さないように薬局では患者様の症状や医師との会話を聞き取り、処方内容を精査して成分重複投与を防ぐ必要がある。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
268	リリカとカロナールという鎮痛目的の薬剤2種が記載された処方箋を応需。カロナールと同用法にてムコダインも処方されていたが、違和感を感じ患者に症状を確認。痰や蓄膿といった耳鼻咽喉症状は一切なく、疼痛・神経痛症状での受診であるとヒヤリングを行えたため疑義照会を実施。結果本来ムコスタが処方されるべき所が誤ってムコダインになっていた事が判明。本来通りのムコスタへ処方が変更となり、薬剤性潰瘍のリスクを回避することが出来た。	医師の処方内容を処方箋として発行する医療機関従業員の確認漏れ・入力ミス。医師手書きの最初の文字のみで判断し、誤入力してしまったと思われる。加えて薬効についての把握が出来ていなかった為、医師の処方意図まで入力に反映する事が出来なかった。	引き続き応需した処方箋についての医師の処方意図を常に読み解く癖をつける。それにより誤処方の際の違和感を見逃さず気付く事が出来、疑義照会へと繋げる事が出来る。患者へのヒヤリングも欠かさない。	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
269	患者家族が処方箋を持参。処方鑑査中、12歳未満の患者にムコブロチン配合シロップが処方されていることに気づき、電話にて疑義照会を実施。「ムコブロチン配合シロップ 5.1ml 毎食後 4日分」の処方が、「ムコダインシロップ5% 5.1ml 毎食後 4日分」に変更となった。	用量の変更がなかった点から、医薬品名称が類似しており、処方入力の際に誤ってしまったと考えられる。	用法用量の計算・禁忌の確認・副作用歴の確認・併用薬の確認・その他患者聞き取りなどで処方鑑査を実施している。また禁忌該当薬品や用量超過薬品にはカルテに表記されるシステムを取り扱っている。	ムコブロチン配合シロップ	ムコダインシロップ５％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
270	メイアクトとビオフェルミンの同時処方。疑義照会を行い、ビオフェルミンRに変更となった。	医師の記載間違い。事務員の入力違い。	薬剤師全員に処方監査時にチェックを改めてするように周知徹底した。事務員にもわかるように伝えた。	メイアクトＭＳ錠１００ｍｇ	ビオフェルミン		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
271	1歳のお子さんの処方に、メイアクトMS（100）3錠3×毎食後とビオフェルミンR錠3T3×毎食後で処方あり。処方内容の間違えと考え問い合わせを行う。体重換算で処方量の提案を行い、メイアクト細粒1.2ｇ3×毎食後、ビオフェルミンR散1ｇ3×毎食後に変更となった。	単純に入力ミスが考えられる。	錠剤の服用が困難なこと、用量としても間違えと考え問い合わせを行った。	メイアクトＭＳ錠１００ｍｇ ビオフェルミンＲ錠	メイアクトＭＳ小児用細粒１０％ ビオフェルミンＲ散		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
272	咽頭炎の患者さん。処方内容はアモキシシリンカプセル250mgピーエイ配合錠アスベリン錠20メキシチールカプセル50mgツムラ小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒SPトローチ メキシチールだけ薬効が極端に異なるので疑義照会をしたところムコダイン錠500mgの処方違いであるとの回答	処方入力の医薬品名において五十音順でメキシチールカプセルとムコダインが隣り合っていたのではないかと推測される。	違和感のある処方については遠慮なく疑義照会をするべき。また、いつでも疑義照会できるような関係性を保つことも重要と考えられる。	メキシチールカプセル５０ｍｇ	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
273	お薬手帳にて他病院にて、メチコバールを服用中を確認同成分のメコバラミンが今回処方されたため疑義照会メコバラミンは削除となりリボトリールへ変更	服用しているお薬を病院へ患者自身がつたえそびれ	医療機関に行く際は、服用している薬が分かるようにお薬手帳を必ず持ち歩き、医師と薬剤師の両方にみせるようにお伝えしている。	メコバラミン錠５００μｇ「ＳＷ」	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
274	メジコン酸３ｇ分3の処方、明らかに過量投与であり、疑義照会メジコン錠3錠分3の誤りであることが、判明	レセコンでの薬品名選択ミスと思われる	疑いを持った目で処方箋を確認する	メジコン散１０％	メジコン錠１５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
275	以前から体中の痛みを訴え通院していた患者さんであったが、「関節性リウマチ」との診断が今回出たと言って「メソトレキセート錠2.5mg」が記載された処方せんを持参した。メソトレキセート錠は白血病もしくは絨毛性疾患の薬であり、リウマチには適応外ではないかということ、リウマチ適応の「メトトレキサート」と間違ってはいないかと考え医師に電話にて疑義照会。レセコン入力時に誤入力したとのことで、メトトレキサートに変更となった。	薬の名称が似ているため医師が入力時に薬剤選択を誤ったと思われる。	患者さんとの問診やコミュニケーションにより記載に疑問を抱き、間違いに気づく事が出来た。これからも患者さん一人一人に向き合い、病状や状況など出来うる範囲で把握し業務に反映させていきたい。	メソトレキセート錠２．５ｍｇ	メトトレキサートカプセル２ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
276	当薬局では初めて調剤する内容だったが、リウマチのため以前よりメトトレキサート錠2mgを服用していることを確認。今回もリウマチの受診であり、一緒にフォリアミンも処方されていたことからメソトレキセート錠2.5mgは誤りである可能性が高かった。確認のため病院に問い合わせし、いつも通りのメトトレキサート錠2mgに処方変更された。	メトトレキサートとメソトレキセートの名称類似していることから、病院にて処方箋発行時の薬選択画面で、選択ミスがあったと思われる。	患者の既往歴・現病歴を把握し、他の薬剤との組み合わせも考慮して処方内容が妥当かどうか監査する。	メソトレキセート錠２．５ｍｇ	メトトレキサート錠２ｍｇ「タナベ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
277	エルゴメトリン0.5ｍｇ　頭痛時　の処方に疑義あり照会。エルゴタミンの間違いであることが分かり、規格も1ｍｇへ変更になった。	エルゴメトリンによる副作用発現の可能性あり。	監査の徹底。	メチルエルゴメトリン錠０．１２５ｍｇ「あすか」	クリアミン配合錠Ａ１．０		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
278	トラマールOD錠25mgとメトホルミン塩酸塩錠250mgMTが処方されたが、交付後に患者から電話にて「メトホルミンは別科で処方されており残薬があるので必要ない」と問い合わせがあった。薬剤師がその後担当医に問い合わせたところ、メトホルミンではなくメトクロプラミドであったことが判明した。	薬剤名が類似していることから、入力ミスだと考えられる。	患者から別科から処方されている薬が今回出された理由を問診する必要があった。	メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「トーワ」	メトクロプラミド錠５ｍｇ「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
279	メトホルミンが初回処方で1500mg/日だったため、患者に服用歴があるかどうかを確認したところ、糖尿病はなく、足の指の違和感でビタミン剤を出してもらったと言われた。メチコバールの間違いと想定されたため、疑義照会を行ったところ、メトホルミンが間違いであった。	医療機関側での処方時の薬剤選択ミス	新規薬剤が出た場合は、必ず患者に症状を確認する	メトホルミン塩酸塩錠５００ｍｇＭＴ「ＤＳＰＢ」	メチコバール錠５００μｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
280	プロプラノロールの処方がないことに気づいた。患者は振戦で服用しているため急に中止になることは考えづらい。すぐに名称類似の打ち間違いを疑った。また念のため患者にも聴取したところ、呼吸器疾患や主訴もないとのこと。ここで電話で処方医に照会し別物処方が見つかった。	同一処方箋内に新規薬剤追加の処方変更があったため、それに気を取られDo処方であった(般)プロプラノロールを削除。それに気づき医師はマスタから追加したが名称の類似している(般)プロカテロールを誤った選択してしまったことが考えられる。また高齢の医師のため日頃よりパソコン操作を苦手としていると病院よりうかがっている。	名称類似の医薬品リストをネットより調べ、スタッフに周知した。	メプチンミニ錠２５μｇ	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
281	11歳の小児にモンテルカスト錠が成人量の１０ｍｇで処方されていたため5歳以上の小児にはモンテルカストチュアブル錠５ｍｇとなるため適正剤形・用量に変更	薬品名が類似しているため、処方上の選択ミスの可能性が高い	小児用量の確認　適切な剤形の選択を行う	モンテルカスト錠１０ｍｇ「タナベ」	モンテルカストチュアブル錠５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
282	新規でユリス処方された。投薬時に症状確認したところ、尿酸値は高くないし、便秘で薬を出してもらったのこと。電話問い合わせしたところ、スタッフの方から「血便が出ているのでユリス処方と記載されています」とのこと。メーカーにそのような症例報告があるのか問い合わせたところ、ないことが判明し、再度医療機関に電話し、処方医と直接話したいことを伝え、確認したところカルテの誤記でグーフィスに変更、1錠朝食後の服用に変更となった。通常副作用予防のため、食前服用であることを伝えたが、食後でよいとのこと。患者には食後服用で吐気が出るようなら食前服用にするよう服薬指導時に伝えた。	グーフィスとユリスの音が似ていることによる誤記と思われます。	新しい薬が出た際は症状と合致しているか確認する。不明点があれば処方医、メーカーに問い合わせる。	ユリス錠１ｍｇ	グーフィス錠５ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
283	風邪薬の処方内容	病院事務の入力時にトランデートとトランサミンの入力ミス	処方内容の確認	ラベタロール塩酸塩錠１００ｍｇ「トーワ」	トランサミン錠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
284	トリプタノール錠１０ｍｇを処方したいところ、[般]リザトリプタン口腔内崩壊１０ｍｇが選択されていた。	トリプで検索した結果、[般]リザトリプタン口腔内崩壊１０ｍｇが出てきたため選んでしまったよう。	退院時などのお薬手帳の内容もしっかり確認するようにしています。	リザトリプタンＯＤ錠１０ｍｇ「ＶＴＲＳ」	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
285	処方箋ではリズミックと記載されていた為そのように調剤した。患者さんからの訴えはふらつき、低血圧の症状はなく寝つきがわるいので今日は安定剤を処方すると医師から聞いている。→薬剤師が症状と薬が一致しないと判断し疑義照会をした。クリニックの事務の薬品選び間違いと判明しリーゼに変更して調剤した。	リーゼとリズミックは名称が似ていた為、クリニックの事務が入力時に選び間違えたと推定される。	処方通り調剤し間違いがない状況でも、投薬時に患者さんからの症状を聞き取りその薬が適正が判断することで処方間違いを防ぐことができる。症状の聞き取りを今後も継続することを徹底した。	リズミック錠１０ｍｇ	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
286	パルモディア服用中の患者にリピディル（80）が追加された。どちらもフィブラート系の薬剤のため疑義照会実施。リピディルからリピトール(5）に変更になった。	リピディルとリピトールは頭の2文字が同じため、処方箋を入力する際に選び間違えたと思われる。	薬が追加になったときは同行薬が処方されていないかしっかり確認する。	リピディル錠８０ｍｇ	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
287	（般）ミルタザピン錠15mg（先発品：リフレックス）　1日3回毎食後服用　5日分の処方に対して、リフレックスは1日1回就寝前服用であるため、処方元に用法の疑義照会を行った。処方元からはケフレックス250mgの間違いであり、用法はそのままで処方してくださいと返答。	医師のカルテから処方せんを起こす際、事務員が薬品名の読み取りを間違った。	処方内容（用法、使用部位、処方日数、併用薬等）の確認の再徹底。患者から聞き取った情報（主訴、服薬状況、医師からの指示等）と処方薬との違和感や矛盾点があった場合は疑義照会を必ず行うこと。	リフレックス錠１５ｍｇ	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
288	新規でリマチル錠100ｍｇが処方された。交付時、聞き取りを行ったところ、しびれがあり受診。リウマチの検査は行っていないとの事で、疑義照会を行った。処方医はリマチルではなく、リマプロストを処方するつもりだったことが判明した。	病院で処方箋入力の際に始めの2文字で検索し、医薬品の選択を間違えてしまった。	薬剤交付時にはしっかりと患者から聞き取りを行う。	リマチル錠１００ｍｇ	リマプロストアルファデクス錠５μｇ「日医工」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
289	「レキサルティOD錠1ｍｇ3錠分３毎食後」と「同剤1錠分１眠前」の処方が併記されていた。レキサルティの1日量も超えており、用法も通常処方と異なるため、薬歴を確認したところ、前回処方されていたレキソタン錠１ｍｇ3錠分３の処方がなかったため、処方入力ミスを疑い、クリニックにに問い合わせた。	医療機関側の要因は不明であるが、薬剤名類似のレキサルティとレキソタンの入力ミスが発生したと思われる。	今回、調剤が非薬剤師スタッフであったため鑑査時まで疑義されることもなく経過してしまい、患者さんをお待たせする結果となってしまった。元々、レキサルティは「1日２ｍｇ」までの注意喚起の付箋を薬品棚に貼付していたので、調剤時に確認するように伝えた。	レキサルティＯＤ錠１ｍｇ	レキソタン錠１		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
290	かかりつけの病院ではない、別の病院で、「いつもの薬を出してもらった」との患者からの申し出に対し、過去処方歴および調剤歴を確認したところ、今回の処方薬がレキソタン→レキサルティへ変更となっていたので、病院に念のために確認の疑義照会をしたところ、医師と患者の間で認識の齟齬があったことと、最初の２文字が同じであったことから、レキソタンで処方されるべきところを、誤ってレキサルティで処方されてしまったが、疑義照会にて、レキサルティ→レキソタンに変更となった。	恐らく初めて受診した病院であった為、患者から提示された継続薬のレキソタンの名前と、誤って処方されてしまったレキサルティの頭文字が似ていたことから、処方ミスが生じたものと思われる。	今回は今まで数度当薬局を利用している患者だったこともあり、病院側の入力間違いに気づけたが、新規の患者の場合には、お薬手帳や患者からの話を参考にする他ない為、患者からの訴えは軽く受け止めることなく、しっかり聞くことが大切。	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
291	50代　男性　肥満体型脂質異常症、高血圧、高尿酸血症を合併する難治性糖尿病患者で12種類の薬剤を服用中。2023.07.6（木曜日）にレザルタス配合錠LDが新たに追加になった。併用・禁忌など監査に問題なく服薬指導実施。服薬指導時にレザルタス配合錠LDに触れたところ、「血糖を下げる薬は処方すると聞いていたが、血圧の薬は処方する話は聞いていない。」と患者様より回答あり。すぐに電話にて疑義照会を実施したが、繋がらず直接病院へ訪問し、レザルタス配合錠LDではなく、リベルサス錠3mgの誤りであったことが発覚。	整形外科と乳腺外科に定期的に通院している患者様。整形外科・急性処方で近隣の内科を受診するときに当薬局を利用しており、乳腺外科受診時は総合病院門前の別薬局を利用。乳腺外科ではランソプラゾール・レトロゾールを服用中整形外科の処方が変更になり、セレコキシブ・ケトプロフェンテープ・シメチジン錠が処方された。シメチジン錠は適応外ではあるが、石灰沈着性腱板炎の改善を目的に処方されることがあるが、患者に確認をしたところそのような話はなかったと申し出あり。医師に処方意図を確認し、胃酸分泌抑制を目的とした処方であったため削除となった。	12/16(土)　12：00頃急性の風邪症状で、2回目の来局患者様の処方。1週間前、のどの痛みや発熱症状で受診。トランサミン錠、ポララミン錠、ムコスタ錠の3剤が処方。その後、16日になり、発熱症状は改善したが咳の症状が新たに発現したことから、フスコデ配合錠が追加処方となった。フスコデ配合錠には、クロルフェニラミンが含有されており、ポララミンと成分が重複となることから、電話にて疑義照会。結果、ポララミン錠が処方削除となった。	レザルタス配合錠ＬＤ	リベルサス錠３ｍｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
292	風邪でご来局された患者様で、一般名処方でトラゾドン錠２５ｍｇが処方されていたため、処方間違いを疑い疑義照会を行ったところ、　レスプレン錠３０の処方間違いとのことで、出荷調整で在庫がなかったため、デキストロメトルファン錠に変更して調剤した	レスプレン錠とレスリン錠の頭文字が似ていることによる処方間違い	本日の症状をお伺いし、処方内容と齟齬がある場合は、迷わず疑義照会を行うこと	レスリン錠２５	デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠１５ｍｇ「トーワ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
293	隣接医院の処方箋で胃腸炎の臨時処方を受け付けた。チキジウム、ラックビー、ホスホマイシンの食後処方の中に血糖降下薬であるレパグリニド錠0.5ｍｇの一般名処方があった。普段の隣接医院の医師の処方からはレバミピドの処方が推察され、疑義照会を行ったところ一般名処方のレバミピド錠100ｍｇに変更となった。	名前の類似	患者の基礎疾患、薬効薬理、用法等から明らかに処方が違う事が推察される際は疑義照会を行う。	レパグリニド錠０．５ｍｇ「サワイ」	レバミピド錠１００ｍｇ「オーツカ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
294	娘さんが代理で薬取りに来られた。今回間違って処方されたレバチオ錠は肺動脈性肺高血圧症治療薬処方で、用法用量等問題ないことを確認したものの、既往歴にはない疾患名であり、泌尿器科からの処方であることにも違和感もちつつ投薬に臨んだ。 患者様は、88歳男性、膀胱のオペをしたので3ヶ月に1回検査をしている。痛みに対してトアラセット3錠分3毎食後処方あり、ロキソプロフェンは処方日数短めに3錠分3で処方されている。（ロキソプロフェンはあまり飲まないように言われている。調節して服用されている）痛み止めによる胃腸障害を気にして主治医とお話されたことを投薬時に娘さんより聞き取った。肺高血圧症の治療薬であることを伝えたところおかしな表情されたので、疑義照会し、処方間違いであることが分かり処方変更となった。	病院で、レバミピドとレバチオを入力し間違えたことが原因と考えられる。	添付文書上問題はないので、調剤、監査時には間違いに気付けない事例であると考える。投薬時、初めての薬は特に注意して聞き取りし、相互に納得出来たときにお薬お渡しする事を徹底する。	レバチオ錠20ｍｇ	レバミピド錠100ｍｇ「サワイ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
295	3歳1ヶ月の女性患者に、レボセチリジンDS0.5% 0.8g 分2の処方があった。年齢としては、0.5g 分2の用法用量が正しいため、疑義照会すると、ザジテンDS0.1% 0.8g 分2に変更になった。年齢として、ザジテンDS0.1% 1.2g 分2が添付文書上での用量のため、再度疑義紹介するも、0.8g 分2で問題ないとの回答を得る。	クリニック内で、「ザイザルDS」と「ザジテンDS」の名称類似による入力間違いが起こったと推測される。	体重・年齢により用法用量が異なる薬剤については、患者さんの年齢・体重を常に確認して、調剤する必要があると再認識できる事案であった。体重・年齢により用法用量が異なる薬剤については、調剤業務が忙しい中でも確認の見落としがないよう早見表を作成することにした。	レボセチリジン塩酸塩ＤＳ０．５％「杏林」	ザジテンドライシロップ０．１％		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
296	「レボフロキサシン500、２T1x就寝前10日分」の処方。通常量を超えている点、消化器症状発現防止のため就寝前服用の指示に違和感があったため患者に尋ねると「かゆみ止めを出してもらったはず」とのことだった。	病院の医師や事務が処方が出やすい類似の薬品名の薬剤2種類でとりちがえた。	用法用量のチェック、患者とコミュニケーションをとる。	レボフロキサシン錠５００ｍｇ「ＤＳＥＰ」	レボセチリジン塩酸塩錠５ｍｇ「武田テバ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
297	処方箋にはレボフロキサシン錠500ｍｇ1日1錠分1夕食後28日分で処方されていた。患者様より、前回のお薬では痒みがよくならなかったのでお薬変更になったとの事。前回エピナスチン錠20ｍｇ1日1錠分1夕食後の処方。医薬品間違いの可能性があるため疑義照会した。その結果レボフロキサシン錠500ｍｇ→レボセチリジン錠5ｍｇへ変更となった	レボフロキサシンとレボセチリジンは名称が似ていたため記載を間違えたと思われる。	お薬手帳や患者様からの聞き取り、前回の処方内容など情報を収集し、処方内容に間違えがないか確認していく。	レボフロキサシン錠５００ｍｇ「ＴＣＫ」	レボセチリジン塩酸塩錠５ｍｇ「フェルゼン」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
298	Ａ病院より初めてレボメプロマジンが処方されたが、患者さんからの聞き取りで、膀胱炎の疑いとのことで処方薬の間違いが疑われたので、電話で疑義照会したところ、入力ミスでレボフロキサシンに処方変更になりました。	Ａ病院による、入力ミス	患者さんと聞き取りにより新規に処方された薬剤の意図を確認する	レボメプロマジン錠２５ｍｇ「アメル」	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
299	患者は、長引く咳で受診。さらに、レルパックス錠の用法が１Ｔ１日１回１日分で頓服処方ではなかったため疑義照会。レルベア100エリプタ14吸入１Ｋ１日１回へ変更となった。	薬品名検索の不備により、ヒットした薬品をそのまま入力したものと思われる。	適正な用法用量をしっかりチェックすることと、処方された薬剤の薬効が患者の主訴に合致するかきちんと確認する。	レルパックス錠２０ｍｇ	レルベア１００エリプタ１４吸入用		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
300	メリスロン、レンドルミン処方。患者との話で眩暈の症状で薬をもらったと確認。レンドルミンの処方について医師に確認を行ったところ、トラベルミンの間違いであったこと確認。	名称が少し似ているので、医師が間違えたと思われる。	患者とのコミュニケーションで気づけるようにする。	レンドルミン錠０．２５ｍｇ	トラベルミン配合錠		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
301	患者家族が、アゾセミドが前回は１Ｔだが２Ｔになっていたことの確認と、睡眠剤と便秘薬の追加希望されたので問い合わせの時にわかった。アゾセミドは増量でOK，睡眠剤と便秘薬の追加も了承されたが、今回処方されたロトリガは処方していない、ロケルマだと変更を指示された。	病院の入力が間違っていた。	薬局では、いろいろ薬も変わる人で初めはさほど気にしていなかったがとても大変なことだった。処方内容について患者から情報収集し、疑問を持つときは疑義紹介をする。	ロトリガ粒状カプセル２ｇ	ロケルマ懸濁用散分包５ｇ		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
302	一般名にてロラタジンドライシロップが２２０ｍｇ朝夕食後で処方された。投与量、用法が不適正のため疑義照会し、クラリスドライシロップ２２０ｍｇ朝夕食後に変更となった。	処方入力の検索を先発明で行うためクラリスとクラリチンの選択間違いがあったと思われる。	調剤の際に処方監査をして不適正な処方があれば疑義照会する。	ロラタジンＤＳ１％「サワイ」	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
303	以前より痛みに対してプレガバリン、セレコキシブを内服していた。当該日、ワントラム100mgが3錠分3で処方。初回容量としては多すぎると判断し、疑義照会を行った。	トアラセット、ワントラムは当該クリニックでは度々処方される。当該患者の数分前にもワントラムが処方された患者がいた（継続処方であった）このため、入力を誤ったものと思われる	薬によっては初回容量を越えて投薬する可能性もあるがワントラムなどは、消化器系の副作用の発現も多くみられるので、逐一疑義照会をする必要がある。	ワントラム錠１００ｍｇ	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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
304	今回新規処方薬が一硝酸イソソルビド錠20ｍｇで狭心症の薬で、今までと全く違う薬のため状態の確認をしていたら、めまいふらつき、頭の浮腫みの状態あって今日受診した。前に飲んだことある液体がまずかったので違う薬出ると聞いていると患者より聞き取りあり。話の中で出てきた薬がイソバイドシロップ（般）イソソルビドシロップ）が飲めなかった薬ではないかと推察。一般名が似ているが、違う成分、病状確認のため疑義照会→医師よりイソバイドシロップ出したかったけれど飲めないといわれた。患者さんゼラチンアレルギーがあるためゼリーへの変更もダメで一般名検索かけたら出てきたので。とのこと。説明後、浮腫みの改善だけのフロセミド20ｍｇに処方変更になった。	一般名が似ていて、医師レセで検索かけると出てきたとのことであまり使い慣れない薬で適応症の確認不足かと推察される	患者さんからの聞き取り、状態の確認で適応に問題ないか必ず確認してお渡しする。	一硝酸イソソルビド錠２０ｍｇ「ＮＩＧ」	フロセミド錠２０ｍｇ「ＮＩＧ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
305	施設に入居されている患者様にFAX送信で塩化カリウムが処方されたが、今まで該当施設では塩化カリウム製剤が処方される場合には原末が使用されることは無かったため不審に思った調剤者が医療機関に問い合わせを行ったところ、塩化ナトリウムの間違いであったことが発覚。正しい処方箋を再送信してもらい事なきを得た。	施設の処方箋は往診を行った医師が直接記載しているのではなく転記されているものと思われ、その際に間違いが生じたと考えられる。	調剤を行う際に医師や病院の過去処方から変化している物・逸脱している物を発見できるよう普段から処方箋を細かくみておく必要がある。施設の処方箋に関しては複数の医師が関与するのでチェックを二重に行い、普段使用されているものと相違ないか漏れがないよう確認している。	塩化カリウム	塩化ナトリウム「オーツカ」		ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
306	ムコサールドライシロップ1.5%と小児用ムコソルバンDS1.5%が記載されている処方箋を応需した。同じ薬剤だが、CLで間違って入力したようだ。薬局事務員は問題に気付かず処方内容を入力をしたが、監査の時に薬剤師が気付いた。すぐに電話で疑義照会したところ、ムコダインを処方したかったことが判明したため変更して調剤。疑義照会や入力のやり直し等で時間がかかり、通常以上に患者さんを待たせてしまった。	名称類似医師や薬剤師は、すぐに問題と気づくが、CLや薬局の事務ではわからない内容	しっかりと監査を行う。できないと断られてしまったが、同じ記載になる一般名での入力をCLにお願いする。	小児用ムコソルバンＤＳ１．５％	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
307	普段からコンタクト良好の患者様が来局され、発疹が出来たので受診した。先生が「カチリ？」を出しておきます、っと言ってました。処方箋にはカチリでなく、亜鉛華軟膏と記載されていたので疑義照会を行う。亜鉛華軟膏でなく、フェノール・亜鉛華リニメントの間違いですとの返答であった。	処方元の入力ミスであったが、事前に患者様から情報を得ていたので入力ミスかもしれないと疑い、疑義照会に至りました。	亜鉛華軟膏の処方はないので、患者様からの聞き取りが無くても疑義照会するケースであるが、症状からは判断が難しいケースであるので新しい薬剤に対しては、事前の聞き取りが大切であると感じました。先指導にも繋がるケースだと思いました。			亜鉛華軟膏「ホエイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
308	転院となり、前医からの継続で酸化マグネシウム「ヨシダ」83%1.8g(酸化マグネシウムとして1.5g)を処方すべきところを、重質酸化マグネシウム「ケンエー」1.8ｇと処方した。投与量の分包規格がないこと、また類似品目にて処方と同規格があることから、処方誤りの可能性もあるため、病院に問い合わせを実施し、前医からの情報提供書を確認したところ上記の誤りであることが判明し、重質酸化マグネシウム「ケンエー」1.5gへ変更となった。	Drが酸化マグネシウム83%1.8gが酸化マグネシウムとして1.5gであることを理解していなかった。病院のマスタに酸化マグネシウム83%「ヨシダ」がなく、前医通りの処方入力ができなかった。	前医からの引継ぎの場合はお薬手帳や医療機関からの情報提供を利用し、品名・用法・用量の確認を実施している。また、変更等があった場合は患者へ確認し、必要に応じて疑義照会を実施している。			重質酸化マグネシウム「ケンエー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
309	転院して初処方で処方継続の予定であるがエナラプリル錠2.5mg　0.5錠→1錠、カルベジロール錠2.5mg　2錠→1錠に処方変更になっていたため疑義照会。元の処方に変更になる。	患者が持ち込んだ薬情を元に処方しており見間違えたと思われる。	お薬手帳の確認徹底。			カルベジロール錠２．５ｍｇ「サワイ」 エナラプリルマレイン酸塩錠２．５ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
310	腰痛がひどく、開業医を受診。トアラセット・タリージェが処方され、3日間服用したが全く痛みが改善されない為、総合病院を受診。トラマドール・ドンペリドンが処方された。トアラセット・タリージェの服用中止の指示有。	お薬手帳を見せたが、確認不足。	トアラセットの成分とトラマドールが同じこと説明。トアラセットの中止の指示を伝えた。			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
311	疼痛時としてバファリン配合錠A81が1回2錠の10回分で処方。販売中止になったバファリンA配合錠330と間違ってるのでは？	病院さんの入力ミスかバファリン配合錠A330と勘違いしたのか	メーカーに確認。その服用法はありませんとの事。			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
312	何度か当薬局を利用する患者が処方箋を持って来局された。生活環境の変化により、病院を変えたことを受付時に確認した。今回から、ロスーゼット配合錠HDが朝食後で処方されていた。投薬する際、患者に以前に服用していた薬から変更していることを医師から聞いているか確認したところ、何も説明を受けていないとのこと。医師には、お薬手帳を見せて今までの服用歴を確認してもらい、薬をお願いしたとのことだったため、処方医に電話で疑義照会した。その結果、ロスーゼット配合錠HDからロスーゼット配合錠LDに変更になった。	転院による内服薬継続で、処方入力する際に規格選択を誤って入力した様子。	患者からの聞き取りや、お薬手帳で過去の処方履歴を確認することにより、処方内容が変更しているか、誤りがないかを確認を行う。患者情報はこまめに更新し、変化に気づきやすいようにする。			ロスーゼット配合錠ＨＤ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
313	9歳の小児にタクロリムス軟膏０．１％が処方。添付文書では「2歳以上の小児には０．０３％製剤を使用し、本剤を使用しないこと。副作用が発言する可能性がある。」と記載ありのため、疑義照会。同成分の小児用のプロトピック軟膏０．０３％小児用へ変更となる。	眼科の先生だったので、軟膏の小児用製剤があることをご存じなかった可能性あり。	小児用量については、内服だけでなく外用にも注意する。			タクロリムス軟膏０．１％「イワキ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
314	ジクトルテープとロキソプロフェンテープが処方されており、ジクトルテープは他の消炎鎮痛剤とは併用してはいけない為、疑義。患者本人もジクトルテープだけの処方のつもりであったこともあり、ロキソプロフェンテープ削除となった。	ジクトルテープに対する知識不足と患者とのコミュニケーション不足。	他の鎮痛薬の使用の有無の確認を行う。			ジクトルテープ７５ｍｇ ロキソプロフェンＮａテープ１００ｍｇ「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
315	3歳、体重15kgの男児に対して、カルボシステインDS50％が1日9g、1日2回　朝・夕食後14日分で処方されていた。薬の量が患者の体重に対して過量であるため、疑義したところ、カルボシステインシロップ5％1日9mLの処方であったことが発覚した。	カルボシステインDS50％の一般名がL-カルボシステイン50％シロップ用であることから、処方元の医療機関が、レセコン入力時に、誤った薬剤を入力してしまった可能性が考えられる。	処方内容に疑問が生じたら、些細な内容でも疑義照会を行って、解消する。			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
316	ムコソルバンL（45）3T3×毎食後で処方あり通常1T1×の薬であるため病院に確認ムコソルバン（15）の間違いであったことが判明	処方をする際に別の規格を選んでしまった	用法用量の確認の徹底			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
317	Ccr：30少し程の患者様でエスワンタイホウOD錠T50mg/回で処方されていたが、患者に確認すると体重が3kg減って医師に伝え忘れていたとのことだった。Ccrは検査項目になかったものの、検査項目のCREと聴取した体重をもとに計算を行うと、Ccrが29となり、処方禁忌に該当する可能性が推察された。疑義紹介を実施。効果が出ているため、中止はせず、エスワンタイホウOD錠T40mg/回に減量して処方継続することとなった。	患者の急激な状態変化；体重減少の聴取確認漏れ	現状ある検査項目からでも、可能な限り腎機能肝機能のアプローチも忘れずに行い、適正な抗がん剤治療につなげたい。			エヌケーエスワン配合ＯＤ錠Ｔ２５	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
318	HbA1c悪化のためメトホルミンが追加となった。その際、メトホルミンのすぐ上に書いてあった常用薬のアムロジピンＯＤ（2.5）が（5）に増強されていた。患者とＢＰ検査値を確認したが前回と大きく変わらない。患者本人も降圧剤を強くする話は聞いてなかったので、照会したところ、（2.5）と書くところ間違えて（5）と書いてしまったとの事でした。	他にも薬が多い患者で　薬品名が行間せまく並んでいたので医師は間違えて変更したとの事でした。	患者と検査値を確認しながら、どの薬がどのように変更になるのかいっしょに確認中に間違いに気づきました。今後もいっしょに確認していきたいと思います。			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
319	アムロジピン錠５ｍｇから10ｍｇに増量となっていたが、投薬時に血圧測定値を確認したところ、90/60mmhgと低め。疑義照会したところ、前回と同じ５ｍｇに変更となった。	入力誤りもしくは検査値の確認不足。	検査値がわかる場合は必ず確認し、処方意図を推測。処方意図と処方内容が正しいか考えることを徹底。			アムロジピンＯＤ錠１０ｍｇ「ＣＨ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
320	当該患者様のご家族が処方箋を持参されご来局。アスベリン散10% 2.5g　毎食後　と記載されていた。8歳の患者様であったため、用量過剰と判断して医師に疑義照会。2.5g⇒0.5gに変更となった。	アスベリン散10%ではなく、アスベリンドライシロップ2%の用量を記載してしまったものと思われる。	アスベリンの散とドライシロップでは％濃度が異なることをスタッフ間で共有。年齢に対して用量が過剰・過少となっていないか注意して鑑査する。			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
321	アセトアミノフェン坐剤２００ｍｇ１回使用量が１．５個と記載されていたがこれは成分量として１回３００ｍｇの投与と計算される。処方内にある内服薬の処方用量より、また年齢より体重１５ｋｇ前後相当と考えられ過量投与と判断。疑義照会の結果アセトアミノフェン坐剤２００ｍｇを１回2／3個で投与する指示に変更となる。	アセトアミノフェン坐剤１００ｍｇが上市されている。１００ｍｇ坐剤１回１．５個なら体重相応となるので処方箋入力時の規格選択誤りが主因と考える。	坐薬は細かい用量調節がしづらい剤形のため、用量確認を見落としがちである。本事案を局内で共有し、坐薬においても体重用量を意識して処方が適正であるかを都度確認する。			【般】アセトアミノフェン坐剤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
322	耳鼻科の処方箋がきた。11歳の患者にフェキソフェナジン60ｍｇが処方されていた。疑義紹介をしたところ、30ｍｇに	忙しい時間帯に11歳の患者に60ｍｇを処方してしまった思われる。	患者の年齢を確認して良かったと思われる。			フェキソフェナジン塩酸塩錠６０ｍｇ「ＳＡＮＩＫ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
323	15キログラムの小児にタミフルCap 2Cap/日　5日で処方されていた。	タミフルはカプセルとドライシロップがあり、処方選択中に間違えたものと考えられる。	疑義紹介にてタミフルカプセル 2Cap/日　5日→タミフルDS　2ｇ/日　5日であることを確認し、調剤、投薬を行った。			タミフルドライシロップ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
324	以前からネリプロクト軟膏2g/＃を使用一年ぶりに病院に受診し同じ薬を60本希望したが、処方記載は「ネリゾナ軟膏5g」60本であった疑義紹介をしネリプロクト軟膏の後発「ネリザ軟膏2g/＃」60本に変更に	ネリプロクト軟膏が販売中止になったためシステムで同じ成分のネリゾナ軟膏が選択されてしまったもようシステムの問題だったようなので薬剤部へも連絡した	このような症例があったこと局員に周知、注意喚起とした			ネリゾナ軟膏０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
325	アジルサルタン10mg1錠で継続の患者様に対しアジルサルタン40mg1錠に処方が変更となっていた。聞き取りを行ったところ血圧は正常でコントロール出来ており、薬剤変更という話は無かったとのこと。クリニックに問い合わせしたところ、アジルサルタン10mg１錠へと変更となった。	クリニックでの処方入力時に選択を間違えたものと思われる。	急な用量変更の際には、患者様に充分聞き取りする。処方に疑問がある場合は処方元に必ず確認する。			アジルサルタン錠４０ｍｇ「武田テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
326	アルファカルシドール錠（0.5）1錠×１　朝食後が2回処方されており、アレビアチン（100）3錠×３　毎食後が処方されていなかった。	アルファカルシドールとアレビアチンの最初の一文字が同じため、予測変換の選択を誤ったものと思われる。	前回処方との変更点がないかしっかり確認する。			アルファカルシドール錠０．５μｇ「アメル」 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
327	クラシエ補中益気湯　3.75ｇ　3包分　３の処方箋交付通常量より多い処方であり、他の病院で加味逍遥散服用中のため、甘草の重複も考慮して疑義紹介補中益気湯はツムラ製品　2.5ｇ3包分3に変更と指示	クラシエ製品の服用回数入力ミス、ツムラ製品との入力間違え	漢方処方の場合、甘草の有無とカリウムの検査値は分かる範囲で記録			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
328	患者：11か月　男性　9キロゼスラン小児用細粒0.6％　0.25ｇアスベリン散１０％　　1.0ｇムコダインＤＳ５０％　　0.6ｇ分2　朝夕食後　5日分 アスベリン散の量が体重に対して量が多かったため疑義照会。アスベリンＤＳ２％　１．０ｇに変更になった。	アスベリンだけで判断して、よく確認せずに選んだ可能性がある。	成人の1日量が分かればすぐにわかる事例である。小児薬用量を常に意識する。			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
329	週1回服用役であるベネット17.5mgが毎朝食後の服用で処方される。	ベネットの規格が毎日、週一、月一のものがあるため混同したと考えられる。	箱やパッケージなどで服用法を確認			ベネット錠１７．５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
330	8歳の小児にL－ケフレックス顆粒（500mg/g）2g分2で処方されていた。過量投与の可能性があるため、疑義照会をし、その結果、L－ケフレックス小児用顆粒（200mg/g）2g分2へ変更となった。	病院側が、抗生剤のL－ケフレックス顆粒（成人用、小児用）を新規採用をしたばかりのため、処方に慣れず、誤って成人用を処方入力したものと思われる。	小児用量を把握すると当時に、似たような薬品名、規格には十分注意する			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
331	フェロミアとフェロ・グラデュメットが両方処方箋に記載されていた。	フェロミアとフェロ・グラデュメットのどちらにするか迷って片方消し漏れた、または入力ミス。	鑑査では計量鑑査につい気がいきがちだが、内容の鑑査の漏れがないように集中できる環境を徹底する。また、調剤者の段階で気付ければもっとよかったので、調剤者も処方内容について分析できるようにする。			フェロミア錠５０ｍｇ フェロ・グラデュメット錠１０５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
332	コデインリン酸塩散10％は、成人に対して通常１日量は0.6ｇである。今回は、一日量3ｇで通常の５倍量の処方であった。疑義照会して、一日量　3ｇから0.3ｇに変更になった	過量投与に副作用が心配された事例であった。	粉などは、用量用法の確認は重要である			コデインリン酸塩散１０％「第一三共」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
333	12歳患者様にキプレスOD錠が処方。疑義にてキプレスチュアブル錠に変更となった。	名称類似による予測変換ミス。	小児用量はポップアップで警告が出るよう設定している。			キプレス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
334	暫く来院、来局をしていらっしゃる患者様だったが、今までの処方のビソプロロール錠の規格が5ｍｇに変更となっていた為患者様に変更の有無の説明があったか、および入力ミスの疑いがあり疑義照会を行い、処方箋入力の規格ミスが発覚、2.5mg錠に規格変更となる。	電子カルテの処方オーダーによる入力ミスと思われる。	医師に変更があったかどうかなどの説明の患者様への聞き取り、入力ミスの可能性を排除せず疑問点があるようなら例えこちらの間違いだとしても必ず疑義照会を行い確認をする。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
335	イグザレルトの規格が前回より１０mgに減量・変更になったが、今回はまたイグザレルト１５mgで処方されていた。特に変更等の話がなく、また１５mgを服用時に鼻血が止まらなくなったことも聞いていたため、疑義照会を行った。入力のミスによるものでイグザレルト１０mgで処方と変更になった。	入力時のミスによるもの	規格の変更は必ず患者様との相互チェックを行う			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
336	オキシコドン徐放錠5ｍｇNXが1日4錠分4　6時間毎で処方されていた。今回1日2錠　12時間毎よりの増量で発覚前にすでに医師の指示で1日4回服用しているとのこと。電話で医師に直接疑義照会を行い徐放錠の用法について説明。医師はオキシコドン錠の用法を見て指示をしたとのことだが痛みについて改善が見られるので処方通りの用法で調剤するよう指示があった。投薬後再度確認の電話があり1日4錠　1回2錠　12時間毎で服用していただくようDrより患者に説明するとのことになった。	病院の採用がオキシコドン徐放錠のみでありDrがそれを認識していなかったことより起こったと考えられる。	既に服用されていても薬剤師が疑問を感じたら必ず確認確認をするようにしています。医療機関との関係を良好にすることによって疑義照会がスムーズに行える環境を心掛けています。			オキシコドン徐放錠５ｍｇＮＸ「第一三共」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
337	９歳の患者にエピペン注射液０．３ｍｇが処方されたが、体重が２０ｋｇしかなく体重３０ｋｇ以上ないため用量過多となるため疑義照会を行ったところ、エピペン注射液０．１５ｍｇへ変更・減量となった。	体重により使用量が規定されているにもかかわらず、体重が考慮されていなかったか、２規格あるため薬品を選ぶときに語尾まできちんとチェックされず間違えにつながったと思われる。	複数規格あるもので、体重など数値で使用量が定められている薬剤の場合は、副作用防止のため適正量で処方されているか監査時・投薬時に必ず確認を行っうようにする。			エピペン注射液０．３ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
338	コデインリン酸塩散10%「第一三共」2.0g 咳嗽時で処方されていた。コデインリン酸塩散10%の用量は1回20mg（製剤量で1回0.2g）であり、明らかに過量であるため処方医に電話で疑義照会した。その結果、コデインリン酸塩散10%「第一三共」0.2gに変更になった。	コデインリン酸塩散の規格が1%のつもりで処方したのではないかと推察される。	鑑査時だけでなく、調製時にも用量の確認を行う。レセコンのアラート設定を活用する。			コデインリン酸塩散１０％「第一三共」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
339	カンデサルタン４ｍｇとアムロジピン2.5ｍｇを服用中の患者様の処方が、ユニシアＨＤへ変更になっていた。カンデサルタンとアムロジピンの両方を増量でよいか確認したところ、ユニシアＬＤへ変更になった。	配合剤において違う規格をパソコン上選んでしまったか、疑義照会により医師が再度考えた結果ＬＤへ変更したかと思われる。	配合剤において考えとは違う規格を選択してしまう可能性を考え、今後も疑義照会を行っていく。			ユニシア配合錠ＨＤ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
340	プレドニゾロンが２ｍｇ/日で服用されていた患者様が今回の処方において、プレドニゾロン2ｍｇと、プレドニゾロン５ｍｇを交互に服用する内容となっていた。投薬時に交互に服用するが増量されるお話しが医師からあったか患者様に確認したところ減量する話しがあったと伺った。疑義照会したところ、プレドニゾロン２ｍｇと１ｍｇを交互に服用する内容に処方変更となった。	規格が違う薬を選択してしまったと思われる。	引き続き処方内容に変更があった場合、患者様からお話しと処方の変更内容が一致するか確認するよう取り組んでいきます。			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
341	前回までビソプロロール０．６２５ｍｇ（1.25mg/日）であったが今回２．５ｍｇ（5mg/日）に規格変更。慢性心不全で投与の場合、増量幅が大きすぎるため念のため確認。結果、０．６２５ｍｇの規格に変更となる。	処方箋を作成する病院の医事スタッフが手書きカルテの内容をPCへ入力するする際に規格の選択を誤ったと思われる。	慢性心不全という病歴情報は得ていなかったが、処方内容から疑わしいと判断した場合は疑義する			ビソプロロールフマル酸塩錠２．５ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
342	咳と呼吸苦の訴え。コデインリン酸塩散「タケダ」呼吸苦時　20g　3回分の処方。用法用量は通常成人には1回20mg、1日60mgとなっているため疑義照会にて確認。患者様が錠剤での処方をご希望のため、コデインリン酸塩錠20mg「タケダ」　呼吸苦時１回1錠3回分となった。	処方入力時、確認不足による単位間違い	ダブルチェックによる確認の徹底			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
343	他院でベルソムラ錠15ｍｇを服用中だったが、デエビゴ錠5ｍｇが新規処方されていたため、疑義照会をし、デエビゴ錠5ｍｇ削除になた。	医師による併用薬の確認不足。患者の服用薬の伝達不足。	引き続き手帳による併用薬確認と処方薬の相互作用チェック			デエビゴ錠５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
344	患者が頭痛時の痛み止めとしてバファリン配合錠Ａ３３０を処方依頼したところ、バファリン配合錠Ａ８１が処方されていた。	バファリン配合錠A330が販売中止品であることを知らなかった。	薬剤師間での情報共有。			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
345	新規に開業した小児科でアスベリン散１０％が１０倍量で処方された。開業したてで使い慣れていなかったかドライシロップ２％と勘違いした可能性もあり疑義照会	医師の勘違いもしくは計算誤り	体重換算表を作成し薬局内の薬に対して一目で分かるように工夫した			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
346	以前リリカ服用時に翌日に吐き気、めまいが起こり服用中止になったが今回プレガバリンの処方で同じく副作用が生じ処方変更になった。	プレガバリンはリリカのジェネリックであるが薬歴の副作用欄にリリカで副作用の記載になってた為プレガバリンと同一の成分と気がつかずに調剤してしまった。	次回からはジェネリック採用した時点で先発品のとなりにジェネリック名も副作用歴に記載するようにする。			プレガバリンＯＤ錠７５ｍｇ「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
347	メチコバール500μｇが処方されていたが、お薬手帳から他病院の眼科にてメチコバールμｇが処方され継続服用されいた。そのため疑義照会をし、メチコバール500μｇは削除になりました。	病院によるお薬手帳の確認がされていなかった。	毎度併用薬の確認を徹底をしている。			メチコバール錠５００μｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
348	今回シクロスポリン25ｍｇ（トーワ）3カプセルの処方があり、前回が50ｍｇ（サンド）3カプセルの処方であった。患者様にお薬減量の話があったか確認したところメーカー変更の話はあったが減量の話はなかったとのことなので疑義照会を行った。その後mg数は過去の処方のmg数に変更。今回メーカー変更したがその際新しいメーカーを入力した際にmg数を間違えて入力した可能性あり。	シクロスポリン150ｍｇから75ｍｇへの急な減量になってしまうので何かしらの体調変化などは起こっていたと考えられる。	過去の薬歴を必ず確認して、変更点などがありましたら事前にカウンセリングしたり、投薬時に必ず患者様に確認する。			シクロスポリンカプセル５０ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
349	アンブロキソール塩酸塩徐放口腔内崩壊錠45mg　3錠　分3　毎食後　7日分の処方できた。45mgだと1日1回服用の薬剤なので医院に疑義照会した。アンブロキソール塩酸塩錠15ｍｇ　3錠　分3　毎食後　7日分に変更になった。	処方入力時のミスと推測。	薬品、用法、用量の確認の徹底。疑問に思う処方の場合は、必ず疑義照会して確認することとしている。			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
350	処方薬はアスベリン散１０％であったが、用量がアスベリンドライシロップ２％の用量で処方されていた。調剤者は気付かずに調剤したが、投薬者が交付前に気づき、渡す前に疑義照会にて用量が変更となった。	混雑時でのチェック不足	薬剤師２人以上での監査			アスベリン散１０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
351	がん化学療法に伴う治療中、血糖コントロールのためインスリン注射及びテネリア錠を服用していた。血糖コントロール不良となり、類似薬のトラゼンタ錠が追加処方となったが、テネリア錠服用していたため医師へ情報提供実施しトラゼンタの処方は削除となった。結果インスリン単位での調整となった。	主治医の専門分野外の領域であり、混乱、ミスと思われる。	日頃から他院処方も含め一元管理を実施し新規薬剤処方時には相互作用や重複投与、併用薬の確認を怠らない。			トラゼンタ錠５ｍｇ 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
352	１歳の患児にホクナリンテープ２ｍｇが処方。体重は１０ｋｇで標準体重。添付文書では２ｍｇは９歳以上からの投与量。過量投与を疑い疑義照会。０．５ｍｇへ変更となった	年齢確認不足	小児科門前ではないが、ホクナリンテープなど年齢や体重で投与量が変わるお薬については、薬局内で製剤の近くに注意喚起POPを貼るなどしておく			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
353	キサラタン点眼液が１日２回の点眼で処方されていたので疑義照会を行ったところ１日１回に訂正となった。	各点眼液の用法用量は覚えておくことが大事。	処方確定する前の処方監査は重要と考えて各自業務を行うようにしてます。			キサラタン点眼液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
354	久しぶりの受付で咳症状でモンテルカスト口腔内崩壊錠10mgの処方あり。年齢が10歳なので用量について疑義照会。チュアブル錠5mgに変更となる。	処方時、他院で処方歴のある薬剤を継続で処方されたようだが、そこで齟齬があった様子。	適応症・年齢より剤型・規格・用量の提案を行い変更となる。			モンテルカストＯＤ錠１０ｍｇ「サワイ」 モンテルカストチュアブル錠５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
355	患者本人は頚部痛発生して久々に医療機関受診した。過去にも頚部痛が発生した際に同医療機関を受診。リリカOD錠25mgを2T朝夕食後で服用して改善したことから、今回も同じ薬を医師に希望していた。処方箋はリリカOD錠が処方となっていたが、リリカOD錠75mg　2T朝夕食後となっていた。患者本人は量が多くなることを聞いておらず、過去と同じ内容で処方が出ると考えていた。量が増えることで副作用などの発生を不安がり、疑義照会して減量となった。	前回と処方した医師が異なっていたこと。リリカは通常、初期用量が150ｍｇ/日であり、今回の医師は添付文書に則った処方をした。	久々に来局され、過去に服用していた薬が出た際には過去の用量など確認。			リリカＯＤ錠２５ｍｇ 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
356	他院でテオドール100ｍｇ１日４錠服用していたが、今回より医院変更。医師から少し変えると話あり。　今回の処方が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。今までの継続とすると12 - 24時間持続のものとなるため照会し、テオフィリン徐放錠200ｍｇ（24時間持続）1錠1日1回夕食後の変更となった。	患者さんからの説明不足や医師の勘違い、処方箋への入力ミスなどが考えられる。	作用時間の違いの薬剤は他にもあるため監査の徹底を。			テオフィリン２００ｍｇ徐放錠	ヒューマンエラー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	リクシアナ錠６０ｍｇ　１錠　１×朝食後　の処方服薬指導の際、体重の確認を行ったところ、４５ｋｇと判明。体重６０ｋｇ以下の場合、リクシアナ３０ｍｇの処方が多く過量投与の可能性があるため、疑義照会を行った。カルテには３０ｍｇ処方との記載があったため、入力ミスであることが判明。３０ｍｇ１錠　１×朝食後で調剤を行い、お渡しした。	医療事務の入力ミス	リクシアナ投与の際は体重の確認を行うことを徹底している。			リクシアナ錠６０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
358	血圧の状況により夏季と冬季でオルメサルタン錠の用量を変更している患者様 夏季：5mg冬季：10mg 8/21（夏季）における処方において10mg錠での処方指示患者聞き取りにより増量指示は確認できない 疑義照会により5mg錠への変更となる。	処方複写時の選択ミスと推測。	用法用量の変更時には患者への聞き取りを常よりもしっかりと行う。			オルメテック錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
359	前回プレガバリン２５ｍｇと７５ｍｇが１日２錠で処方されていた患者さん。今回処方せんには７５ｍｇを１日４錠、２５ｍｇを１日２錠で記載されていたが、患者との話よりDrからは５０ｍｇ分増やすと言われていることを聴取した。増量幅が１５０ｍｇで認識の相違があったため疑義照会したところ２５ｍｇが４錠、７５ｍｇが２錠へ変更となった。	処方せんを記載する際の増量する規格の打ち込みミス	薬の内容変更があった際は必ず理由を伺うようにする。			プレガバリンＯＤ錠２５ｍｇ「ファイザー」 プレガバリンＯＤ錠７５ｍｇ「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
360	当薬局に初回処方受付した方で、タダラフィル２０ｍｇの処方が出ていた。お薬手帳と患者からの聞き取りを行い、２．５ｍｇの間違えと判断し疑義紹介し、２．５ｍｇに変更となった。	紹介状の内容が間違っていた、Ｄｒが紹介状の内容を見間違えた。Ｄｒの知識不足。	今後も処方監査を徹底する。			タダラフィル錠２０ｍｇＡＤ「ＪＧ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
361	３歳　体重14ｋｇのお子様にオロパタジン塩酸塩錠口腔内崩壊錠5mg　２錠分２　朝夕食後が処方された。用量が多いため疑義照会を行ったオロパタジン塩酸塩顆粒　０．５％　1ｇ　分２　朝夕食後に変更となった	顆粒と錠剤の入力ミスと推定する	小児の場合は、体重や年齢に対して用量が多いときは疑義照会する			オロパタジン塩酸塩ＯＤ錠５ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
362	体重20ｋｇの患者にアスベリン散が1.6gで処方されていたため、ドライシロップと間違えて処方したものと考え疑義照会を行ったところ、推察通りドライシロップへ変更となった	薬品選択の際に、誤って選ばれたものと思われます。	小児用量表を散薬台に設置し、確認しながら調剤するようにしている			アスベリン散１０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
363	ムコスタが処方となったが他のクリニックで処方となっていた。	服薬している薬の確認誤り。	お薬手帳の確認と患者さんとのコミニケーションをしています。			ムコスタ	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
364	久しぶりに患者が処方箋をもって来局した。一週間以上発熱が続き倦怠感も訴えられていた。アジスロマイシン錠２５０ｍｇ　2錠　夕食後　１０日分と処方され他薬剤との間違いが疑われたため処方医に電話で疑義照会した。	ジェニナック錠２００ｍｇと入力するところ、アジスロマイシン錠２５０ｍｇと入力したようだ。先発品のジスロマック錠２５０ｍｇとの間違いが考えられる。	通常の用法用量と違う場合には、患者から症状などを聞き取りお薬手帳などから併用薬などを確認したうえで処方医に疑義照会をしている。			【般】アジスロマイシン錠250mg	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
365	緩和ケアにてホスピスへ入所してきた患者。ＣＶポートからＴＰＮ管理をしていた。入居当日に初診があり、ＴＰＮの処方が入る。エルネオパNF2号1000mL、塩化ナトリウム注10%シリンジ、KCL注キット、ヒューマリンRの処方あり。 施設看護師で混注するとのことであったため、実際の投与状況を電話にて確認した。入居後の投与指示について施設看護師に確認した所、塩化ナトリウム注10%ではなく、生食で指示が出ているとのことであった。生理食塩水の濃度は0.9%であり、補正として使用するには濃度が薄く、指示の間違いの可能性が考えられた。処方と投与指示が異なることもあり、医師に確認した所、Na値は低く、処方にある塩化ナトリウム注10%が正しいと回答を得た。また、退院時の診療情報提供書も拝見させて頂き、退院前は大塚食塩注10%であったことも確認した。 これにより、Ｎａ補正を適正に行うことが出来たと思われる。	処方箋とは別に手書きの指示書を看護師へ渡しており、その転記ミスがあったと思われる。診療情報提供書が「大塚食塩注10%」と記載があり「大塚生食注」と読み違えてしまった可能性がある。	処方箋の内容だけではなく、実際の投与状況や指示も確認し、適切な投与が出来るよう努めていく。			塩化ナトリウム注１０％シリンジ「テルモ」 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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
366	ビタバスタチン２ｍｇとエゼチミブ１０ｍｇを服用→リバゼブ配合錠ＨＤ処方。増量は聞いておらず、１剤にすると言われたと患者から聞き取り。疑義照会したところ、リバゼブ配合錠ＬＤに変更となた。	配合剤は規格の組み合わせによって、複数規格あるため。	配合剤に処方変更になっていた際は、合剤の成分用量の確認と患者からの処方変更状況の聴き取りや数値確認を慎重に行っている。			リバゼブ配合錠Ｌ Ｄ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
367	アンプラーグ細粒10%が新規で処方されていたが、本人への聞き取りでは追加は聞いていないとのこと。医療機関へ確認したところアンブロキソールLカプセルを入力する際、誤ってアンプラーグで入力してしまったとのことで削除となった。	医療機関にてアンブロキソールと入力する際、パソコンの予測変換にてアンプラーグ細粒を選択してしまったのではないかと考えられる。	引き続き処方監査・患者聞き取りを慎重に行う。			アンプラーグ細粒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
368	ワーファリン錠5mg　4.5錠　分1　夕食後　の処方であったが、処方箋最下部にワーファリン4.5mgへ減量とコメントあり。ワーファリン錠1mg　4.5錠ではないかと疑義照会したところ、規格訂正となった。	前回ワーファリン錠5mg　1錠で、それを編集して用いる際に規格訂正を失念した。	ワーファリンの急激な成分量増減は誤記の疑いがあるので必ず疑義照会する。			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
369	体調悪化のため、総合病院へ転院後、半年ぶりに戻ってこられ、抗凝血薬服用の必要性がないのに、タケルダ配合錠が処方されてました。前にも、同じようなことがあったとのことで、紹介状に記載があったかは、不明ですが、TELにて処方医に確認後、タケプロンの間違いであることを確認しました。	タケルダとタケプロンの薬品名類似による選択間違いが要因。患者様に、話を良く伺い、処方薬が、正しく処方されたものであるか、確認する。	類似薬品名による薬の取り違えも含め、患者様への、聞き取り、お薬手帳や、薬歴簿などの確認をきちんと行うようにすること。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
370	セパミット細粒が処方されていたが、交付時患者聴取で”医師から高血圧の指摘はなく、血圧は110台”とのことだった。薬剤誤りの可能性で疑義照会。セルベックス細粒に変更となった。	処方作成時薬剤選択の誤りがあったと推測される。	薬剤変更に至る体調変化の聴取。他薬剤の可能性を疑うこと。			セパミット細粒１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
371	クロチアゼパム5ｍｇが今回初めて処方となったが、患者本人が薬が追加になることについて病院から説明がなかったと訴え。確認したところもともと服用していたクロピドグレル錠を打ち込もうとして誤って入力してしまったとのこと。クロピドグレルはまた別に記載されていた為、クロチアゼパムのみが削除になった。	クロチアゼパムとクロピドグレルの名称類似。	患者から丁寧に聞き取りを行っている。			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
372	前回タリージェ錠５ｍｇ４錠が処方された患者に対して、タリージェOD錠１０ｍｇ6錠が処方。タリージェOD錠５ｍｇ６錠の誤りであった。	剤形変更に際して、誤った規格を選択してしまったことが要因と考えられる。	増量幅や、最大用量超過の為疑義照会。			タリージェＯＤ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
373	プレドニン５mg１錠からプレドニン５ｍｇ４錠で処方。投薬時ステロイド５ｍｇから４ｍｇに変更予定と確認。服用量が異なるため、疑義照会を実施。	頭文字３文字が同じ前回処方引用し、１日量のみ変更された可能性	服用量の変更について聞き取り実施。同一成分でも１錠あたりの用量が異なること注意喚起。			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
374	６歳以下の女児にキプレスチュアブル(５)が処方されていたため、電話で疑義紹介を行った。キプレス細粒(４)に変更となった。	医師のオーダー誤りが推測される。	小児では年齢で処方が切り替わる薬も多々あるので、体重だけでなく年齢も確認する。			キプレスチュアブル錠５ｍｇ 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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
375	久しぶりの来局。以前からスーグラ50mgを服用されていたが、数値が悪化してきた。今回から糖尿病薬を一種類増量すると診察時に話があったと処方監査時に患者から聞き取り。メトグルコ500mg2錠分2の処方であったが、初回投与量は1日500mgからの開始のため疑義照会を行い、250mg2錠分2に変更になった。	メトグルコ1日500mgより開始消化器系の副作用リスク	初回投与量の把握副作用リスクについて考える			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
376	ロキソニンが処方されていたが、薬局で処方内容を見て、手持ちがあると気付いた。	患者が処方内容を把握していなかったこと、ロキソニンの手持ちがあることを医師に伝えなかったこと。	患者に普段使用している薬の情報を病院に伝えること、処方内容はきちんと確認し、手持ちの薬があったら伝えるよう指導しておく。			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
377	腎臓内科より退院時にプレドニゾロン錠5mgが一日30mgで処方された患者様で、その後他のクリニックが治療を引き継ぐようになっていた。引継ぎの初回の処方にてプレドニゾロン錠が削除。介護施設に入居しており担当の看護師に状態を確認したところ経過は良好であり新規の処方元のＤｒからは処方内容を引き継ぐように聞いているとのこと。また、入院していた医療機関からの紹介状には一日量を30mgで4週間継続し、その後5mgずつ減量するようにとの記載があった。処方に不備があると考え疑義照会を行った。疑義照会後にプレドニゾロン錠5mgが一日30mgで処方追加となった。	入院機関、クリニックとの間の情報交換に不備があったと考えられる。	現状服用している薬剤の確認を行い、処方薬との比較を行う。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
378	鼻炎で耳鼻科を受診の患者さん平素は、ポララミンDS0.2%を使用している病院よりポララミン散1%の処方。処方量がDS0.2%の量であったため疑義照会を行い、ポララミンDS0.2%の処方間違いであったことが確認できました。	病院にて、処方記載する際に処方薬及び規格の確認が不十分であったと推定される。	患者さんの体重から確認することも必要であるが、薬剤の規格についてもしっかり注意するようにしています。			ポララミン散１％ ポラミンドライシロップ０．２％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
379	定期的にアトルバスタチン錠5ｍｇ、エゼチミブ10ｍｇの投薬を受けている患者。医師が２錠飲まなくても同じ内容で合剤があると判断、患者に説明して　アトーゼット配合錠ＬＤ　の処方に変更。医師の認識不足で、アトーゼットＬＤがリピトール10ｍｇなのに5ｍｇと思い込んでいた。	医師の思い込み。アトーゼットＬＤはリピトール5ｍｇ　アトーゼットＨＤはリピトール10ｍｇとの思い込み	合剤に変更の処方時に、医師が間違っていないか　内容に変更があったのか　患者さんにも確認して　疑義照会する。			アトーゼット配合錠ＬＤ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
380	平素より当店ご利用の患者が処方箋を持参された。いつもの定期薬に追加で今回、新たに塩化カリウム徐放錠６００ｍｇ「Ｓｔ」３錠分３毎食後　３５日分が処方されていた。患者の話では、処方医よりカリウムを１日３回追加すると聞いていた。添付文書では、塩化カリウム徐放錠６００ｍｇ「Ｓｔ」の用法用量は１回１２００ｍｇ（２錠）を１日２回食後投与との記載のため、処方医に問い合わせを行ったところ、４錠分２朝夕食後　３５日分に変更となった。	処方元医療機関では以前、アスパラカリウム錠３００ｍｇが採用だったため、処方医が勘違いした可能性が考えられる。	患者から話をしっかり聞くことはもちろんのこと、処方薬について用法用量などしっかり確認する。			塩化カリウム徐放錠６００ｍｇ「Ｓｔ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
381	入院していて退院時処方を調剤。ニフェジピンL10mgが処方されていた。次来局時、他病院に紹介され受診し同処方を出してもらったとの事で処方箋を確認するとニフェジピン10ｍｇ(24時間持続)であったため、電話にて疑義照会をしニフェジピンＬ10ｍｇへ変更となる。次回来局時処方箋を確認するとニフェジピン20ｍｇ(12時間持続)が処方されていた為、血圧変動があり10ｍｇから20ｍｇへ変更となったと考え確認せずに一包化し監査を行った。投薬時に変更点を説明したところ、血圧変動は無いようなので念のため疑義照会をし、ニフェジピン10ｍｇ(12時間持続)と判明し、一包化を作成しなおし投薬を行った。	病院の処方入力で先発薬品名で入力し、一般名処方に変更されるシステムのようで、アダラートL10ｍｇが販売中止経過措置切れのため選択不可。アダラートCR10ｍｇの一般名ニフェジピン徐放錠10ｍｇ(24時間持続)が記載されていた。退院時処方と同じのはずと家族から聞いたため疑義照会を電話で行いニフェジピンL10ｍｇに変更となったが、次回処方箋にニフェジピン徐放錠20ｍｇ(12時間持続)と記載されていた。血圧変動があったと思い込み一包化を作成。投薬時に判明。	前回と違う場合は、特に一包化の場合は調剤前に患者へ確認すること。ニフェジピン(24時間持続)とニフェジピン(12時間持続)の記載が似ているため、受付入力事務にも違いを理解し、変更点はすぐに薬剤師に伝えるように対応を行いました。			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
382	30日分定期処方で処方されていたが受診日の関係で5日分追加処方があった。定期はリピトール（5）追加分はリピトール（10）で処方されており患者様に内容の確認を行ったが増量の指示はないとのことで疑義照会を行った。疑義照会後追加分はリピトール（10）からリピトール（5）へ変更となった。	カルテの記載ミス。確認不足	お薬手帳で服用中の薬の確認。患者とコミュニケーションをとり相違点の確認。			リピトール錠５ｍｇ 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
383	ベシケアOD錠5mgからエブランチルカプセル30mgへ変更がされた。80代の高齢者で少量から開始するなどの慎重投与が必要であり、通常成人は1回15mg1日2回から開始することとされている。疑義照会の結果、エブランチルカプセル15mg1日2回へ変更された。	エブランチルカプセルの1日量をそのまま入力した可能性入力間違い等	変更があった際は経緯を確認する初めてみる薬剤は添付文書を確認する			エブランチルカプセル３０ｍｇ 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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
384	カロナール50％細粒が処方されているが体重あたりの量は少なく、カロナール20％の量であれば適切な量であった	処方入力の際に規格違いのものを選んでしまったと考えられる。	監査時に1回量をしっかりと計算して体重あたりや年齢あたりで量があっているか確認を行っている。			カロナール細粒５０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
385	8歳の小児へメプチン錠50μｇ　2錠分2朝夕食後　7日分の処方があった。8歳小児への投与量としては過量である為疑義照会を行った。疑義照会後メプチンミニ錠25μｇへと変更になった。	名前の類似による間違いの可能性がある。	小児への処方の場合、小児用量として正しいかを確認している。			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
386	前々回までカムシアLDを服用していたが、前回の時点で血圧が低下して終了となった。今回、血圧が上昇した事で再開するにあたってHDの用量で追加となった為、疑義照会に至った。その結果、LDの間違いであった。	処方は一般名で記載されており、【般】カンデサルタン・アムロジピン配合錠の用量を選択間違えたものと推測される。	配合剤などは類似名称や用量違いが多く存在し、調剤ミスの原因となりやすい。間違いを防ぐために複数回の確認や事前にその知識を得ておくことが重要である。			カムシア配合錠ＨＤ「あすか」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
387	カナリア配合錠とテネリア錠が重複して処方されていた。前回はテネリア錠とカナグル錠を服用していた。疑義照会をした所、テネリア錠が削除となった。	処方箋の確認不足	前回との相違がある場合は注意深く調剤を行い患者様とお話をするようにしている。			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
388	咳の為に受診。喘息のようで、ツロブテロール１mg処方あり２歳の為、過量投与と判断し、疑義にて０．５mgに変更	医師の年齢確認不足	小児に対しての年齢及び体重にて適正な投与量の確認			ツロブテロールテープ１ｍｇ「久光」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
389	ビタバスタチン（2）1錠/朝食後+エゼチミブ（10）1錠/朝食後からリバゼブ配合錠HDに変更となっていた。本人は検査値悪化や薬剤増量の説明を受けていないと言われるため、処方薬剤確認の疑義照会をおこない、リバゼブ配合錠LDへの変更間違いであったことが判明した。	配合剤変更変更間違い	薬剤変更時に検査結果や医師から薬剤変更についてどのような内容できいているか確認をおこなう。			リバゼブ配合錠ＨＤ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
390	いつも先発名サンリズム２５ｍｇで処方入力されていたが、今回より一般名処方入力のピルシカイニドになっておりおそらくその際に２５ｍｇと５０ｍｇの選択を間違われたのであろう。	病院での処方入力の際いつもはDo処方でひぱってこられていたのであろう。今回一般名処方にする際にミリ数の確認を怠り発酵された処方箋の内容も確認されていなかったのであろう。	ミリ数などが変わった際には必ず、医師から増量や減量の指示があったか？患者様自体に確認を行い。何もなかったと言われた際は必ず病院に確認を行う。			ピルシカイニド塩酸塩カプセル５０ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
391	10歳の小児にシングレア錠10ｍｇが処方されていた。6歳以上の小児には通常シングレアチュアブル錠5ｍｇが処方されるため疑義照会したところ、シングレアチュアブル錠5ｍｇに変更となった。	シングレア錠とシングレアチュアブル錠は5文字目まで同じため、処方入力時に選択ミスをした可能性がある。	シングレアチュアブル錠に小児6歳以上と記載。			シングレア錠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
392	処方箋がこれまでのブランド名入力から、一般名に変更となっており、それに伴いグリメピリドの規格が0.5mg　→　1.0mg　に変更となっていた。患者に変更になっていることを確認すると、「これまで通りで変更なし」との事だった為、病院に疑義照会した。結果、病院のカルテでも0.5mgの処方となっているとの事であったため、0.5mgが正しいことを確認の上、患者に説明・交付した。	処方箋発行時、病院にて、ブランド名から一般名に手作業で入力変更を行った際に規格の入力が本来正しいものと違っていたことに気が付かずに発行されてしまったと推定される	今後も患者とコミュニケーションを取り、患者の健康のため、薬の服用前に不明点を解決していく。			グリメピリド１ｍｇ錠 グリメピリド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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
393	ジェミーナ配合錠　１錠　分１　就寝前　８４日分の処方せんを調剤する際、２８錠が３枚入っている箱を注文し２８錠　３枚で交付してしまった。正しくは、２１錠シート　４枚を交付すべきであった。	ジェミーナ配合錠の処方で、８４日分の場合は、２１錠シート　４枚で交付しなければならないことがわからず、２８錠シートで調剤してしまった。	ジェミーナ配合錠は処方日数によって、交付すべきシートが替わることを全従業員がわかるように、箱にマーカーで記載し、注意を促した。			ジェミーナ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
394	2歳の子に「モビコールHD　1回2包」が処方された。疑義照会したところ、「モビコールLD 1回2包」と変更になった	モビコールHDとLDの選択ミス	添付文書とお薬手帳で、「今までどうだったか」「あり得る量なのか」と確認する			モビコール配合内用剤ＨＤ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
395	10/19　フォシーガのみ処方有り ４カ月前にフォシーガ複葉で低血糖発現し以降は服用中止通常のフェブキソスタット処方なく、患者さまから血糖下げる薬出されるとは話なし疑義照会にてフェブキソスタットへ変更になる	処方入力時にフォシーガ　フェブリック入力間違いフォシーガ服用での低血糖発現の情報共有が不足	交付時に新規交付薬品について情報収集また薬歴から交付薬品服用でのSE発現の有無について情報収集			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
396	セフィキシム細粒小児用5%「武田テバ」50ｍｇ　1.8ｇ分2朝・夕7日分が正しいところ、セフィキシム細粒小児用細粒小児用10%「武田テバ」100ｍｇ1.8ｇ分2朝・夕7日分と記載されていた。	コンピューター入力の間違えが推定される。	薬剤毎に体重あたりの用法用量を換算する。			セフィキシム細粒小児用１０%「武田テバ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
397	９歳７か月の患者に、キプレス錠１０mgが１錠、分１夕食後で処方されていた。添付文書では、６歳以上の小児に対して、５mgを１日１回と記載がある。投与量が過多と考え、疑義照会を行った。結果、キプレスチュアブル錠５ｍｇ　１錠　分１夕食後に処方変更となった。	疑義照会時に、電話対応して頂いた職員が、入力を間違えたと言っていたため、処方時の入力ミスと考えられる。	毎回、投与量を確認する。特に小児の場合は、小児投与量を超えていないかを、調剤時に毎回確認を実施する。			キプレス錠１０ｍｇ キプレスチュアブル錠５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
398	１２歳の子供にメプチンエアー１０μｇ吸入１００回　１キット発作時に１～２吸入の処方が出された。念のため、クリニックに電話して確認するとメプチンキッドエアー５μｇ１００回に変更になった。	処方箋入力の際に誤ってメプチンエアー10μｇを選択してしまったのではと推定される。	小児の場合、先生によっては大人の用量で可能であると言われることもあるが、念のため疑義して確認を取っている。			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
399	皮膚症状で(般)エピナスチンが処方されたが、用法が分2朝夕食後で処方されていたので、疑義紹介して分1に用法変更になった	Drはアレジオンとアレグラ、アレロックと名称が似ているものがあり用法がごちゃごちゃになっていたのでは	アレルギー薬の投与方法にかんして再度正しい用法を確認するように職員に伝達			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
400	ジャヌビア錠25mg１錠、ジャヌビア錠50mg１錠が処方されている患者。前回は、ジャヌビア錠25mg１錠のみの処方だったため、93歳という年齢も考慮したうえで、増量幅が大きいと判断し疑義照会を実施。結果、ジャヌビア錠50mg１錠のみに処方変更となった。	前回の処方データに追加で入力し、処方削除するのを忘れてしまったと推察される。	「増量」という言葉のみで処方内容を判断せず、年齢や体格等、様々な情報を総合的に判断し、処方鑑査にあたるよう意識をもつ。Do処方だったとしても、数値データなどの聞き取りを怠らない。			ジャヌビア錠２５ｍｇ ジャヌビア錠５０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
401	ジェミーナ配合錠　１錠　分１　就寝前　８４日分の処方せんを調剤する際、２８錠が３枚入っている箱を注文し２８錠シート　３枚で交付してしまった。正しくは、２１錠シート　４枚を交付すべきであった。	ジェミーナ配合錠の処方で、８４日分の場合は、２１錠シート　４枚で交付しなければならないことがわからず、２８錠シートで調剤してしまった。	ジェミーナ配合錠は処方日数によって、交付すべきシートが替わることを全従業員がわかるように、箱にマーカーで記載し、注意を促した。			ジェミーナ配合錠	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
402	フラジール膣錠が1日3回7日分で処方。添付文書記載の用法・用量では1日1回膣内挿入のため、Drに電話で疑義照会。	処方医が誤ってフラジール内服錠250ｍｇの用法（1日3回）で処方してしまった模様。	医薬品保管場所に規格・剤形注意の喚起を記載			フラジール膣錠２５０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
403	処方内容：バファリン配合錠A81 1日3錠 1日3回（1回1錠） 14日分バファリン配合錠Ａ８１と記載のある処方箋を受け取り、調剤設計時に薬剤名と用法用量に違和感を感じ、患者に処方理由を尋ねると「頭痛の薬がでている」とのこと。バファリン配合錠A81は抗血小板薬であり、解熱鎮痛薬のバファリン配合錠A330（経過措置切れ）と誤っている疑いがあり疑義照会実施した。疑義照会の結果、処方削除となった。また、以前に院内処方でバファリン配合錠A330使用歴があり、経過措置切れとなったため代替として同成分を含むバファリンA配合錠81を処方したという経緯も疑義照会の回答時に伺った。	・バファリンA配合錠330とバファリンA配合錠81について、適応の見落とし・アスピリンジレンマについての知識が不足していた可能性	・新規処方時の添付文書による適応・用法用量などの確認			バファリン配合錠Ａ８１ 【廃】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
404	糖尿病治療中の患者に置いてリベルサス錠が初めて処方された。処方箋にはリベルサス錠7ｍｇと記載されていたが添付文書上の正規の使い方では3ｍｇ開始である。そのため、疑義紹介を行った。結果、リベルサス錠3ｍｇへ変更となった。	病院における電カルの使いやすさ等	リベルサス錠開始においては規格に要注意と再周知			リベルサス錠７ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
405	骨粗鬆症にて前回から75mg　月1回服薬忘れるそのため　週1回のボナロン35ゼリーへ変更	ミリ数違い　見落としやすい	棚分け			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
406	ツロブテロールテープを調剤し窓口で交付時に動悸の副作用歴がある事が判明した。処方医に問い合わせをしたところ処方削除となる。	医師と患者のコミュニケーション不足	当薬局ではじめて使用する薬は丁寧な服薬指導が必要と考えられます。			ツロブテロールテープ１ｍｇ「日医工」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
407	12歳の小児に対して、アスベリン散10％が3g分3毎食後で処方。疑義紹介の結果、アスベリン散10％を1.2g分3毎食後に変更。成人量を大きく超えた過剰量が投与されることを未然に防げた。	アスベリン散10％は成人1日0.6～1.2g、アスベリンDS2％は成人1日3～6g。複数種類規格があるため、想定していた規格で入力できていなかったと推定される。	添付文書記載の、アスベリン規格表を入力鑑査場所に張り出し、注意喚起。力価計算を行い、mg数を出すことで成人量との比較を行う。			アスベリン散１０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
408	処方箋受付時に患者様から、「今回はニフェジピンCR20mg　夕食後服用から、ニフェジピンCR10mg　朝食後へ飲み方が変わって、薬も減量となる」との情報を得たが、処方箋にはニフェジピンCR20mgとの記載があったので、医師へ疑義照会を行って、ニフェジピンCR20mg　1錠　夕食後服用→ニフェジピンCR10mg　1錠　朝食後への処方変更となった。	医師の手書きカルテの読みにくさと、クリニック事務員のレセプトコンピューターの操作ミス。	常に処方変更の有無を患者に確認して、処方に変更が無いかどうか、変更があった場合は患者に必ず変更となった理由を確認することで、事故を未然に防いでいる。			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
409	下部尿路症状のある患者に　泌尿器科から　泌尿器の薬と一緒に　タダラフィル錠２０ｍｇが処方されていたタダラフィルは２０ｍｇで肺動脈性高血圧症の薬になるため　下部尿路症状に適応のある　タダラフィル５ｍｇの間違いであると推測疑義照会の結果　２０ｍｇは５ｍｇの記載ミスであることが判明	処方元の病院にタダラフィル５ｍｇの採用がなく　２０ｍｇのみ採用があった為　間違って処方された模様	薬剤に対応する疾病と　患者の持病を確認し　患者への薬識確認も兼ねて　症状、治療方針の確認を行う			タダラフィル錠２０ｍｇＡＤ「サワイ」	ヒューマンエラー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	エクメット配合錠LD→HDへ前回から変更になっているため患者に確認したところ、今回から受診病院が変わり、前回まで継続していた内容と同じ内容で処方すると患者は医師に言われたとのことで疑義照会。正しい処方はエクメット配合錠LDと回答がありました。	類似している商品名のため、医療機関は誤ってしまったと考えられる。	医薬品名のチェックと処方内容変更時には変更の経緯を患者に確認する。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
411	7歳の男児にDクロルフェニラミン6ｍｇの処方あり。疑義照会の結果Ｄクロルフェニラミン2ｍｇの間違えと回答を得た。	病院が多忙のためパソコン上での選択をミスした可能性あり。	処方箋受取時にしっかり内容を精査し適切な疑義照会を行う			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
412	じんましんの症状で、１１歳男児、３７Kgが急患診療所を受診した。レボセチリジン５mg／日、分２朝夕食後で処方されていた。成人量よりの多かったので疑義照会を行った。レボセチリジン２．５mg／日、分２朝夕食後で処方は変更された	処方医が小児科医のため、処方時に規格の選択を間違ったことが考えられます	最近、アレルギー剤に関して、小児の用量と年齢の早見表、換算表を作成しました。小児の用量は、年齢と体重の２つの基準が存在します			レボセチリジン塩酸塩錠２．５ｍｇ「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
413	切除不能結腸直腸がん患者に対してCAPOXが開始され３クール目で手足症候群Grade1発現。デルモゾールＧも開始となる。４クール目で手足症候群Grade2を薬局で聴取したため、手足症候群Grade2ではVerystrong～strongestが通常であるためステロイドランクアップを提案。結果、デルモベート軟膏に変更となった。その後手足症候群はＧｒａｄｅ１に改善。	（1）デルモゾールとデルモベートの類似薬の選択間違い（2）患者副作用の聴取が病院で不十分	CTCAEの評価表を薬局に設置副作用GRADEと各副作用対策に関しての資料も整備			カペシタビン錠３００ｍｇ「サワイ」 デルモゾールＧクリーム	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
414	3歳男児に新規で「コレクチム軟膏0.5% 10g 1日2回顔に塗布」が処方となる。母親来局時に患者の皮膚状態を確認すると、「目の付近にポロポロ発疹があったが、今は治っており酷くはない。」と聴取。コレクチム軟膏の添付文書上、小児には0.25%製剤適量を患部に塗布、症状に応じて0.5%製剤を塗布することができるとなっている。また、小児に0.5%製剤を使用して症状が改善した場合は0.25%製剤への変更を検討することとなっているため、薬剤濃度について処方医へ疑義照会。0.25%製剤へ変更となった。	コレクチム軟膏は0.25%と0.5%製剤があるため、処方医が入力時に選び間違えた可能性がある。	患者の症状についての聴取やお薬手帳で処方歴を確認した上で、適切な処方か確認していく。			コレクチム軟膏０．５％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
415	ピタバスタチン2mgとエゼチミブ10mgを服用している患者様が合剤に変更になった際、ピタバスタチンが4mgであるリバゼブHDになっていた。脂質の数値は変わりなく医師からも増量の旨聞いていないとのことだったので疑義照会したところLDの誤りであることが発覚した。	合剤の内容量の確認がおろそかになっていた、もしくは思い違いの可能性がある。	初めて合剤が処方された場合、内容量を確認し、前回処方の内容との違いも理解したうえで投薬するようにしている。今回は前回の用量と患者本人に診察時の様子を確認することによって、間違いに気づくことが出来た。			リバゼブ配合錠ＬＤ リバゼブ配合錠ＨＤ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
416	他院から紹介状を受け受診。リボトリール細粒0.5%1.2ｇ毎食後で処方されていた。お薬手帳を確認したところ、以前よりリボトリール細粒0.1%（成分量）1.5ｍｇ毎食後で処方されていたことがわかった。処方医に疑義照会したところ、リボトリール細粒0.1%（製剤量）1.5ｇ毎食後に変更となった。	リボトリール細粒0.1%と入力するところ、誤ってリボトリール細粒0.5%と入力したようだ。	お薬手帳だけでなく、本人からの聞き取りや医療機関からの情報収集をすることで、処方内容に誤りがないか確認していく。			リボトリール細粒０．５％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
417	ミケランLA点眼２％　1日3回で継続されていた患者様。疑義照会し１日1回点眼へ変更となった。	手書きカルテから、処方箋入力への事務処理過程で生じたミスと推定される。薬局では継続薬だとしても添付文書と逸脱する使い方であれば1度は疑義照会をすること。	基本的な用法用量の確認を徹底すること。不明点はかならず添付文書やインタビューフォームで調べてから監査を終えること。			カルテオロール塩酸塩点眼液２％「わかもと」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
418	8ヶ月の乳児にホクナリンテープ1mgが処方されていた。添付文書より0.5歳～3歳未満の子供にはホクナリンテープ0.5mgが妥当と判断。保護者の方に確認しても咳症状はそこまで酷くはないとのこと。処方医に疑義照会し、ホクナリンテープ0.5mgに変更となった。	病院側の規格の選択間違い	違和感を感じたら添付文書を必ず確認する。小児に対する処方は特に慎重に処方鑑査を行う。			ホクナリンテープ０．５ｍｇ 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
419	血糖コントロール不良のためフォシーガ錠10ｍｇが追加処方されたが、それとともにフォリアミンが追加されていた。リウマチ科だったためメトトレキサートの注射等が始まったのか患者に確認したところ、特に変更はなくフォシーガのみ追加と確認。医師に確認したところ、フォリアミンは誤りで、フォシーガが正しいと確認。	フォシーガ、フォリアミンともにフォから始まるため、誤って検索したと考えられる。	変更点については必ず患者と確認する。			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
420	総合病院からリニックに転院。総合病院と同じ医薬品でクリニックから処方箋発行あり。その際アクトネル錠75ｍｇが週に1回で処方があり疑義照会し、月に1回へ変更となった。	整形外科のため成分としての知識は医師にもあったが、採用医薬品ではないため用法の間違い、思い込みで発生したと考えられる。	ビスホスホネート製剤の用法用量について再度確認。			アクトネル錠７５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
421	糖尿病で指導入院後、久しぶりにかかりつけ医を受診。手持ちが少なくなったため服用中の薬袋を持って受診した。入院中の担当医より継続の指示書あり。処方箋はオルメサルタンOD10とオルメサルタンOD20がだったが情報提供書や患者さんの聞き取りでオルメサルタンは10のみである事、チラーヂンS25μｇ１×が処方されていなかったためドクターに問い合わせをした。結果オルメサルタン20は削除となりチラーヂンS25１×追加となった。	入院中はオルメサルタンOD20は半錠で服用し退院後の門前薬局からはオルメサルタンOD10は1錠で交付されていて情報提供書とお薬手帳から両方のお薬が処方されたようです。チラーヂンS25については見逃されていたようです	他病院からの転院などお薬手帳や情報提供などは確認後、疑わしいときは処方のままに調剤せずに必ず確認してから調剤し交付するようにしている			オルメサルタンＯＤ錠２０ｍｇ「ＤＳＥＰ」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
422	平素より利用している患者が処方箋をもって来局、処方監査したところ、アスベリン散10%　6g　分3毎食後　で処方されていた。処方監査したところ成人1日量は0.6-1.2gであることが発覚し、疑義照会した。結果アスベリン散10%　0.6gに処方変更となった。	アスベリンDS2%の成人1日量が3-6gであるため、そちらと間違えて入力してしまったのではないか。	監査者、調剤者ともに処方箋の1日量・1回量の確認を行っている。会社内で共有されている用量表の一覧も用いて監査を行っている。			アスベリン散１０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
423	平素より当薬局を利用する患者が処方箋をもって来局。アスベリン散10%　6ｇ分3毎食後　で処方されていた。処方監査を行ったところ、通常成人量で0.6～1.2ｇ/日であることが発覚。医師に疑義照会した結果、アスベリン散10%　0.6gに処方変更となった。	アスベリンドライシロップ2%の成人量が3-6g/日であることから、そちらの量でまちがえて入力してしまったのではないか。	処方監査の際には、用量表や添付文書などを用いて1日量を確認し、メモして確認している。また、調剤者も調剤時に用量を確認し、そちらが正しければ調剤を開始するというような方法で調剤を行っている。			アスベリン散１０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
424	マスキン水5%処方されていたが、医療機関で説明を受けた使用方法では不適切だったので疑義照会し、0.05%へ変更になりました。	同成分の濃度違いのため、レセコンでの入力時に選択ミスが起きたと考えられます。	患者さまが医療機関から受けた説明を聞き取り、適切な処方か確認していく。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
425	アレジオンの点眼薬は0.05％と0.1％の２種類あり、濃度が0.1％になると眼組織移行性が高くなり１日２回の点眼回数に変わる。	医師の確認不足	点眼薬の場合、同じ成分でも持続性の特徴をもつ医薬品がいくつかあるため薬品毎に違いを把握しておく。			アレジオンＬＸ点眼液０．１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
426	処方箋内に【般】テルミサルタン40mg・アムロジピン配合錠とテラムロ配合錠AP「NIG」の処方記載あり。一般名と銘柄指定されているだけで同一医薬品なだけで同じ薬なので間違って2回記載していしまったと思い疑義→Dr的にはテルミサルタン40mgとテラムロ配合錠APの処方を出したかったとの事なのでテラムロBP（テルミサルタン80mg・アムロジピン配合錠）の事をお伝えしてそちらに変更となった。	病院側レセコンの使い勝手があまりよくない？	成分や薬品の重複の確認を確実に行う。			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
427	アセトアミノフェン原末が疼痛時の頓服として1回0.8gで処方されていた。患者さんは体重16kgの男の子で、アセトアミノフェンとして1回800mgはどう考えても多過ぎる。カロナール細粒20％であれば0.8gでアセトアミノフェンとして160mgとなり、体重から推測される量とも一致するので、恐らくその間違いだろうと思い疑義照会したところ、予想通りカロナール細粒20％に変更になった。	ドクター側の薬剤選択ミス。一般名で薬剤を検索し、アセトアミノフェン原末とアセトアミノフェン細粒20％を間違えたものと推測される。	当然ではあるが、小児の患者さんについては体重を聴取し、薬剤の処方量が適量であることを確認する。アセトアミノフェンのように含量の異なる製品が存在する薬剤については特に注意する。			アセトアミノフェン「ＶＴＲＳ」原末 カロナール細粒２０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
428	定期服用している薬がなくなったが通常受診している診療所が院長急病で休診だったため、お薬手帳を持参し別の診療所を受診し薬の処方を受けた。ソリフェナシンコハク酸塩OD錠2.5mg服用中のところ、処方箋には5mgと記載されていたので患者に確認すると薬を変更する話は無かったとのこと。いつも通りの薬をお願いしたいと聞き取った。	他医受診にて服用歴をお薬手帳で確認するしかないが、その確認が足りなかったと思われる。	医師に用量について疑義照会し、今まで服用していた用量に変更となった。			ソリフェナシンコハク酸塩ＯＤ錠２．５ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
429	胃痛がひどいとの主訴で受診。医師はファモチジン20mgを処方したが、お薬手帳確認及び患者からの聞き取りでオメプラゾールを服用中と判明。疑義紹介により処方削除に。	患者は他科での服用について医師に話さなかったとのこと。その為に処方されてしまった事例。	お薬手帳の確認の徹底で防げる事例			ファモチジン錠２０ｍｇ「アメル」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
430	バイアスピリン錠100ｍｇとランソプラゾールOD錠15ｍｇを服用されている方が今回処方よりタケルダ配合錠へ変更になったが、ランソプラゾールOD錠15ｍｇは処方削除になったがバイアスピリン錠100ｍｇが継続で処方され、タケルダ配合錠の成分と合わせてバイアスピリンが重複してしまうことになるため病院へ疑義照会。結果、バイアスピリン錠100ｍｇの処方は削除となった。	バイアスピリン錠100ｍｇ・ランソプラゾールOD錠15ｍｇからタケルダ配合錠へ処方変更する際に、バイアスピリン錠100ｍｇの処方を削除することを失念してしまったとランソプラゾールOD錠15ｍｇの処方は削除されていることから考えられる。	新規処方薬が出ている際、今一度現在服用中の薬剤および変更点についての妥当性を厳重に確認を行う。			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
431	普段より当薬局を利用中の小児患者でアスベリン散１０％が１．６ｇで処方されており、明らかに体重当たりの用量が多かったため疑義照会を行った。当該量はアスベリンDS%での処方量であり、疑義照会の結果０．３ｇに減量となった。	アスベリンの散剤は２％、１０％など規格剤型違いがあり用量を間違えたと考えられる。	小児用量表の常設、散薬には年齢体重当たりのグラム数を記載した札を設置している			アスベリン散１０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
432	大人の患者さんにクラリス（50）が１日２錠で処方されていたが、投与量に疑問を感じたため疑義照会。クラリス（200）１日２錠に変更となった。	処方箋記載にスタンプを使用している診療所で、うっかり間違いと思われる。	処方監査時に患者の年齢も常に意識するようにしています。			クラリス錠５０小児用 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
433	これまでメインテート5mg0.25錠が処方されていたが、ビソプロロールフマル酸塩錠0.625mgが0.25錠で処方されていた。患者さんは今まで取りで続けて出しておくと説明を受けていた。疑義照会の結果、前回までと同じ前回までと同じ5mg錠に変更になった。	・主治医がこの日不在であったため、別のDr.が処方していた。今回処方したDr.は普段使わない薬であったため間違って薬を選んだ可能性がある。・病院のシステム変更などで今回より一般名処方に変わっており、処方の打ち直しをした際に選び間違えたものと思われる。（文字数の関係で、“［般］ビソプロロールフマル酸塩錠0.62”までで改行されており、2行目が“5mg”となっていたことも見落としの原因となったのではないか。	変更を見てすぐ患者さんに確認したことで、処方の打ち間違いだと判断するきっかけになった。ただし、今回は極端な用量の変更であったため処方に大きな違和感があったが、5mg→2.5mgのような変更であった場合は見落としていたかもしれない。前回処方との見比べで、処方の変更内容が患者さんの話と相違ないか確認することは重要だと感じた。			メインテート錠５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
434	患者家族が処方箋を持って来局した。処方箋を受け取った薬剤師がその場で処方箋の内容を確認したところニフェジピンCR錠(10)の半割の指示を発見した。ニフェジピンCR錠は徐放錠となっており、半割や粉砕が不可。半割した場合、急激に血中濃度が上昇し重篤な副作用が発現する恐れがあった。病院に疑義照会をし、半割が出来ないことやニフェジピンカプセル(5)は徐放出ないことをお伝え。結果ニフェジピンCR錠(10)１錠に処方変更となった。	医師の知識不足	半割の指示がある場合、その指示で製剤上問題がないのかを確認している。			ニフェジピンＣＲ錠１０ｍｇ「サワイ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
435	他科受診でもらっていたアトーゼットLDを主治医から今回初めてもらうことになった。使い方も変更はないが、Drに伝わった際に同じ薬を出すということであったがアトーゼットHDが処方された。他科受診歴からもLDを使用しており、交付時に確認したところ同様の薬品を用法用量変更無く出すとのことで疑義照会を行った。結果、LDに処方変更となった。	患者とDrの間での会話のやりとりの齟齬。類似薬品名であったことから薬品呼び出しによるミス。	お薬手帳を必ず確認し、過去処方されたものと同様かを確認する。服薬指導の場で、患者のお話と一致しているかをすりあわせする。			ロスーゼット配合錠ＨＤ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
436	目の不調を以前から患者より訴えあり、何度かTELフォローを行いフォローしていた状況。当日は受診によりリンデロンVG軟膏が処方追加。投薬時に患者本人よりDrより軟膏の点入の指示があったと聞き取り。疑義照会により眼耳科用リンデロンAへ処方内容が変更	薬品名の類似による間違いと推測	眼軟膏や目の周囲に対して使用する軟膏に対して各患者に対して使用部位の確認と使用方法の説明はもれなく実施している			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
437	施設に新規入所の患者で、引継ぎにより初めての病院。引継ぎ処方により介護職来局。お薬手帳忘れ。重度のパーキンソン病で服用薬多数あり。ドプスOD錠200mgが分3（朝2錠、昼1錠、夕2錠）で処方されており、1日量の上限900ｍｇを超えていたので施設に連絡し現在の服用薬の情報を確認。ドプスOD錠200mgではなく、100ｍｇだと判明。その旨を疑義照会。紹介状の薬剤の入力間違いとのこと。100ｍｇに変更の指示。	引継ぎの紹介状での薬剤の入力間違い。	新規の患者に対し服用薬の確認の徹底。			ドプスＯＤ錠２００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
438	カルボシステイン錠500mgが1回1錠1日2回で処方されていた。体重を確認したところ24kgだったため医師に疑義照会した。その結果カルボシステイン錠250mgが1回1錠1日2回に変更になった。	処方の際の入力ミスだと考えられる。	散剤だけでなく錠剤も成分量をしっかり確認する。			カルボシステイン錠５００ｍｇ「ＮＩＧ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
439	体重12kgの小児にアセトアミノフェンDS40%　1gで処方あり。兄弟で来局があり、体重の重い年上の患者より、高用量となっていた。疑義照会でカロナール細粒20%　1gに変更となる。	医師のカルテ記載不備か事務員の入力ミスが考えられる。	体重ごとの用量を散剤分包機や監査台周辺に配置している。			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
440	メンタルに定期受診されている患者さんに初めてラシックス錠が処方された。ご家族から症状の変化を伺ったが、利尿剤を使う疾患は見当たらなかった。前回処方にラツーダ錠20mgが処方されていたので薬剤名の誤りを疑い、疑義照会したところラツーダ錠の誤りであった。	服用方法を変更する際に、薬剤名の選択を誤ったと考えられた。	薬歴を参考にしながら、疑義が生じた際はご本人（ご家族）から問診にて確認することを徹底する。疑義が解消されない場合は必ず疑義照会する。			ラシックス錠２０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
441	お薬手帳にて、他病院にてメチコバールを服用していることを確認今回処方のメコバラミンと同成分で重複のため疑義照会し、処方削除となる	服用している薬を患者自身が、医療機関におつたえそびれていること	医療機関に行く際は、必ずお薬手帳は持ち歩き、医師と薬剤師の両方に服用している薬の情報をおつたえするように指導。			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
442	リバゼブ配合錠LDとアトーゼット配合錠HDの併用処方	医師が十分な確認をせずに、記入したと思われる。	監査時、重複投与されていないか複数の薬剤師が確認する事。			アトーゼット配合錠ＨＤ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
443	当薬局を定期的に利用している患者が［般］テルミサルタン40ｍｇ・アムロジピン配合錠　１錠の処方箋をもって来局。以前、この患者はテラムロＢＰ（［般］テルミサルタン80ｍｇ・アムロジピン配合錠）1錠を服用していたが、配合剤の出荷調整により、Ｒ４．８より［般］テルミサルタン80ｍｇと［般］アムロジピン錠5ｍｇの２剤に分けて処方、交付していた。今回、減量について聞いているか患者本人へ確認したが、配合剤に戻ることしか聞いておらず、血圧も120前後で安定していたため疑義照会した。その結果、配合剤へ一般名処方を訂正した際に誤ったことがわかり、［般］テルミサルタン80ｍｇ・アムロジピン配合錠へ変更となった。	一般名が類似していることから、テラムロBPをAPと入力してしまった。	患者からの聞き取り、検査値の推移と処方変更の相違を確認して、疑いがある場合には確認を行う。配合剤は成分名、配合量が酷似しているものが多い為注意して監査を行う。			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
444	般）アルファカルシドールカプセル0.5μｇ　１カプセルの処方記載。前回までは般）アルファカルシドール錠0.25μｇの処方であったため、薬交付時0.25μｇから0.5μｇに増量となっている点と剤型が錠剤からカプセルに変更になっている点を患者様に確認したところ、カプセルの方が飲みやすいので剤型の変更を依頼したが、増量になるという話はなく、検査等も実施していないとのことで、疑義照会を実施した結果、0.25μｇに処方変更となった。（剤型はカプセル）	患者要望により、剤型を変更する際、規格を誤ってカルテに入力してしまったことが要因と思われる。	聞き取りを徹底し、処方変更がある場合は、必ず変更点を確認。聞き取りを徹底し、変更内容に問題がないか確認。変更ない場合は、前回と変更ないことを確認する。不明点、疑問点があれば、些細な内容でも疑義照会を実施している。			アルファカルシドールカプセル０．５μｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
445	今まで「ティーエスワン配合OD錠20ｍｇ」で処方されていた患者に対し、今回から一般名処方で「テガフール25ｍｇ・オテラシル配合ＯＤ錠」が処方されていた。服用量が増量になったのか患者家族に確認したが、「薬の量が変わるとは聞いていない」との返答だったことから疑義照会を行った。	病院の採用品目が先発品から後発医薬品に変更となり、それに伴い処方箋記載も「先発品銘柄」から「一般名処方」へと記載・マスタ変更となったタイミングであった。恐らく、処方入力時に医師が一般名「テガフール20ｍｇ・オテラシル配合ＯＤ錠」を選択しなければならなかったところ、「テガフール25ｍｇ・オテラシル配合ＯＤ錠」を誤って選択してしまったものと思われた。	疑義紹介にて、「テガフール25ｍｇ・オテラシル配合ＯＤ錠」→「テガフール20ｍｇ・オテラシル配合ＯＤ錠」にへと訂正・変更となった			エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２５	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
446	９歳の子供に対してPL配合顆粒が１日量６ｇで処方されており過量投与の為、疑義照会を行い幼児用PL顆粒１日量6ｇに変更になった。	本来、幼児用PL顆粒を処方すべきところ薬の選択を誤りPL配合顆粒を処方したものと推定される。	薬を渡す前に薬歴と処方情報の照らし合わせを毎回実施。			ＰＬ配合顆粒	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
447	７歳の小児に対してアスベリンシロップ調剤用2%1日3回朝夕食後寝る前6mLで処方。アスベリンシロップ調剤用2%1日6mLは成人用量になるためアスベリンシロップ0.5%と間違えて処方したと思い疑義照会を行った。その結果アスベリンシロップ0.5%1日3回朝夕食後寝る前6mLに変更となった。	アスベリンシロップ0.5%と入力するところ規格違いのアスベリンシロップ調剤用2%を誤って選択してしまったと思われる。	調剤前に処方内容の用法用量が年齢・体重に沿ったものか監査してから調剤を行う。			アスベリンシロップ「調剤用」２％ アスベリンシロップ０．５％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
448	３歳、１３kgの患者にナウゼリン錠10ｍｇ１回１錠で処方。過量のため疑義、ナウゼリン坐剤１０ｍｇに変更となった。	処方入力時に坐剤と錠剤の間違い	患者の年齢、体重確認			ナウゼリン錠１０ ナウゼリン坐剤１０	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
449	アトルバスタチン錠10mg　1錠/日を服用されている方が、採血結果を受けて脂質異常症に対する薬剤がアトーゼットHD錠　1錠/日（アトルバスタチン20mg、エゼチミブ10mg）へ変更となる処方箋を応需した。添付文書を確認、増量の加減を考慮しアトーゼットLD錠（アトルバスタチン10mg、エゼチミブ10mg）への変更提案を疑義照会。アトーゼットLD錠へ変更となった。	カルテ入力の際の薬剤選択の誤りではないかと推測される。	配合剤は商品名から含有用量が分かりづらいが、特に薬剤変更の際には適切な用量であるか、必ず確認してから調剤を行うことを徹底する。			アトーゼット配合錠ＨＤ アトーゼット配合錠ＬＤ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
450	Cre4.43 eGFR11の患者に対してセフカペンピボキシル塩酸塩錠100ｍｇ3錠分3毎食後での処方有り疑義照会実施。セフカペンピボキシル塩酸塩錠100ｍｇ1錠分1昼食後　へ変更と確認。	検査値の確認不足。	採血結果の随時更新を行う。			セフカペンピボキシル塩酸塩錠１００ｍｇ「ＳＷ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
451	コロナ罹患による咳症状発熱胃痛症状がある患者様。今回調剤した処方箋の薬剤に【般】ミコフェノール酸モフェチルカプセル２５０ｍｇが処方されていた。胃痛症状に対する薬の処方がなかったことと、免疫抑制が必要な基礎疾患もないため疑義照会を行った。疑義照会の結果【般】ミコフェノール酸モフェチルカプセル２５０ｍｇは削除【般】テプレノンカプセル５０ｍｇが追加となった。	処方医がセルベックスカプセルを処方入力するところを誤ってセルセプトカプセルを入力してしまい、処方箋への反映が一般名処方になったことから起きた事例となる。	処方監査及び新規患者様に関しては初回の聞き取り漏れがないように徹底する。最近では類似した薬剤商品名は少なくなっているが、薬品名の先頭の数文字が類似している医薬品に関してはスタッフに注意喚起を徹底してます。			セルセプトカプセル２５０ セルベックスカプセル５０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
452	今回から転院になっていた。メトホルミンMTのところメトホルミンGLで処方されており、疑義照会した。	グリコランとメトグルコの違いの認識がなかったため、選択誤りだったと考える。	かかりつけ薬局を推進し、誤りに気付きやすくする。			メトホルミン塩酸塩錠２５０ｍｇＭＴ「明治」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
453	体重１７ｋｇでアンブロキソールシロップを10ｍｌで処方されていた為、過量と判断し、問いあわせ、５ｍｌに変更となる。	Ｄｒが処方入力の際、ムコダインと入力するところをムコソルバンを選択して入力された為と考えられる。	処方ミスに気付くよう、ムコダイン、ムコソルバンの処方に注意し、体重換算し、処方鑑査を行うよう徹底する。			アンブロキソール塩酸塩シロップ小児用０．３％「タカタ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
454	先日エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ25の服用を開始。2回目の家族来局され投薬時に話を伺った。前回分の服用後に検査を行った結果、白血球の減少が確認されたことから減量されると医師から聞いていたが、そのまま処方されていたため疑義照会を行った結果、20に減薬して処方したつもりでおり、規格誤りであったと確認でき処方変更を行った。	患者様のご家族様に説明はされた際に、白血球減少の副作用を説明されたことでＰＣ上でも減薬したものと認識され、最終的に処方箋発行時に確認できていなかったものと思われます。	投薬時など前回処方からの経過について確認したことで今回の規格誤りを確認できたと思います。			エスワンタイホウ配合ＯＤ錠Ｔ２５	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
455	75歳　女性　2型糖尿病でエクメットHDを長期継続中【処方箋記載内容】エクメット配合錠HD　2錠分2朝夕食後　70日分【疑義照会後内容】エクメット配合錠LD　2錠分2朝夕食後　70日分患者薬剤交付時にHbA1cの値がさがり安定してること、随時血糖もコントロール良好のため医師から薬剤減量の話があったと確認した。処方医に疑義照会し上記の処方に変更となった。	処方医療機関のエクメット配合錠の「HD」と「LD」の記載内容の確認不足だったと考える。	患者頭書き、薬歴、手帳の確認。薬剤交付時に患者と再度処方箋を確認し、処方内容と相違がないことを確認。			エクメット配合錠ＨＤ エクメット配合錠ＬＤ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
456	高血圧症のためカンデサルタン錠４ｍｇを服用中。今回、【般】カンデサルタン・アムロジピン５ｍｇ配合錠　１錠　分１　朝食後と記載された処方箋を持って来局。添付文書より「原則としてカンデサルタン８ｍｇあるいはアムロジピンとして2.5mg～5mgを併用している場合、あるいはいずれか一方を使用し血圧コントロールが不十分な場合に切り替えを検討すること」と記載されているため疑義照会。カンデサルタン４ｍｇ１錠　分１　朝食後＋アムロジピンＯＤ錠５ｍｇ１錠　分１　朝食後へと変更になった。	医師は【般】カンデサルタン・アムロジピン５ｍｇ配合錠をカンデサルタン錠４ｍｇとアムロジピン５ｍｇの合剤と間違えたとのことであった。	本事例について朝礼で共有した。			ユニシア配合錠ＨＤ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
457	０歳女性の患者様にツロブテロール１ｍｇが処方されていたため疑義照会し０．５ｍｇへ変更となった。	カルテから処方箋への転記ミス	新規の患者様は特に注意して鑑査をする			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
458	11月まではアムロジピン錠5ｍｇ　１Ｔ　服用していた　12月から　アムロジピン錠2.5ｍｇ　1Ｔ　に減量　アムロジピン錠　5ｍｇ　1Ｔ　処方箋記入。　患者様に確認してから、疑義照会　アムロジピン錠　2.5ｍｇ　1Ｔに変更になる	処方箋、薬歴、患者様の問診等の確認作業の徹底	処方箋、薬歴、患者様の問診等の確認作業の徹底			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
459	咳が改善せず受診してメプチンキッドエアーが処方。1回1吸入で処方された。咳がひどい状態で特別減量して使用する理由が無いため疑義照会を実施。1回2吸入に変更となった	メプチンエアーとキッドエアーを間違えて選択していた可能性。1回用量を正しく把握していなかった可能性がある。	ぜんそく薬は使用量を間違えると窒息など重篤な症状につながる可能性があり用法用量についても確認を漏らさない			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
460	咳、鼻、熱発症状にて受診。インフルエンザ陽性にて抗アレルギー、去痰、抗ウィルス薬、解熱剤処方。年齢が6歳で、処方薬の中にモンテルカスト錠10ｍｇがあった為、疑義照会。モンテルカストチュアブル5ｍｇの間違いであることが発覚し、変更となる。	モンテルカストチュアブル5ｍｇで入力するところ、10ｍｇ錠で入力してしまったと思われる。	年齢、体重から薬剤の処方薬の規格、用法、用量を判断し、不明な点があれば、疑義照会する。			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
461	エリザス点鼻粉末200μgが添付文書記載の使用方法では1日2回各鼻腔1噴霧のところ、2噴霧で処方箋が発行されており疑義照会した結果各鼻腔1噴霧に変更になった。	アラミストと混同した可能性は考えられる。	点鼻の用法は1日回数だけではなく、噴霧の回数も必ず確認するように注意している。			エリザス点鼻粉末２００μｇ２８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
462	咳症状のある患者さまに対し、コデイン散１０％が処方。麻薬処方箋で処方はされていたが、1回量が1gと量が多かったため、１％散の誤りではないかと疑義照会実施したところ、コデイン散１％へ処方変更となった。	規格の確認漏れ。	調整を実施する前に、成分量の確認。また過量処方された場合はレセコンにてエラー表示が出るようになっている。			コデインリン酸塩散１０％「タケダ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
463	通常1日1回1錠で内服するムコソルバンＬ４５ｍｇが3錠分３毎食後で処方。照会し1錠分１夕食後に変更	パソコンでの処方入力でムコソルバン（１５）とムコソルバンＬ（４５）の選択を誤ったと思われる。	徐放性製剤の用法は特に注意するようにしている			ムコソルバンＬ錠４５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
464	咳嗽、鼻汁が主訴の、2歳の患児（体重10kg）。メジコン配合シロップを4mL分2で処方すべきところを、デキストロメトルファン錠を4錠分2で処方されていた。調剤者が処方監査時に発見し、主治医へ疑義照会実施。メジコン配合シロップ4mL分2へ変更となった。	処方箋入力時、「メジコン」で検索し入力した際に、配合シロップか錠剤かの剤形確認が不十分であったことが推測される。そこには、患者が多く繁忙だったことが要因として考えられる。	小児における目安の投与量などを、類似剤形や複数規格存在する医薬品の付近に掲示している。			デキストロメトルファン臭化水素酸塩錠１５ｍｇ「トーワ」 メジコン配合シロップ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
465	50歳男性、生活習慣病で内分泌代謝内科に受診されている患者様。初回リベルサス処方で3mgから開始だが７mgで処方。用法も起床時服用のはずだが、朝食後服用での処方記載。疑義照会を行った結果、リベルサス錠3mg起床時に変更となった。	医師の薬への知識不足。用法用量の入力間違い。	初回の処方に関しては得に用法用量に誤りがないか、添付文書を参照して確認している。レセコンの処方鑑査システムの活用を行っている。			リベルサス錠７ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
466	アテキュラ吸入・テリルジー吸入２つ同時処方のため確認	声がれのどの副作用増強	疑義紹介で確認を行う			アテキュラ吸入用カプセル中用量	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
467	定期的に受け付けている処方で９０日分の処方だったが月に１回服用する薬が他の処方薬と同様９０日分の処方となっていた。処方元医療機関側で処方入力する際誤って３日分のところ９０日分で処方入力されたと思われる。以前にも同様の入力ミスで疑義照会した履歴もありすぐ処方不備を発見できた。	おそらく処方データ内容を前回と同じ内容でデータ作成した際すべて同じ日数で作成されてしまい月に１回しか服用しない薬は手入力で修正が必要だと思われる。手入力による修正を忘れてしまい今回のような処方ミスが起こったと考えられる。	処方監査に添付文書情報を活用するのと、薬剤服用歴の記録で毎回前回からの変更点や疑義照会歴を確認して今回のような処方ミスをチェックするようにしている。			ミノドロン酸錠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
468	ジャヌビア錠50mg 1錠分1と、メトグルコ錠２５０mg 2錠分2で服用していた方が、配合剤への変更との説明のみで、エクメット錠HD 2錠分2に変更されていた。この場合メトグルコが増量となるため、疑義照会の結果、エクメット錠LDの間違いであったことが判明した。	HD錠とLD錠の入力時の間違いや、HD錠とLD錠で各薬剤の用量の違いを誤って認識している可能性もある。	配合剤への変更時は、変更前後の用量が適切かどうか、必ず確認する。			エクメット配合錠ＨＤ ジャヌビア錠５０ｍｇ メトグルコ錠２５０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
469	10歳の子供にモンテルカスト錠10ｍｇが処方されていた。15歳未満はモンテルカスト錠ではなくモンテルカストチュアブル錠5ｍｇが適切な処方のため疑義紹介。結果、モンテルカストチュアブル錠5ｍｇに変更されました。	医師の知識不足。処方箋入力の際に、選択間違いを起こした。	新規での処方薬については、添付文書等で用法を必ず確認する。年齢制限がある医薬品に注意する。			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
470	生後８か月の男児にペリアクチン散1%　1.2ｇ　の処方が出た。成人量になるため疑義照会　1/10の量　ペリアクチン散1%　0.12ｇへ変更になった。	ペリアクチン散1%とペリアクチンシロップ0.004%があるため、混乱したと思われる。	小児への処方に関しては体重を聞き取り、適正量の確認をする。			ペリアクチン散１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
471	アスベリン散の１日量が体重に対して過量のため疑義。減量となる。	アスベリンドライシロップの投与量と間違えた可能性あり	小児用量と体重の表を用い来局時に患者からうかがった体重から換算する			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
472	ロキソニンで入院するほどの浮腫SEの既往がある患者に対してセレコックスの処方(初)レセコン入力時にチェックの警告が入り確認薬歴を確認したところ過去にロキソニンでのSE経験を聴取し登録されていたため気付けた病院での問診票にも患者はロキソニンでのSE経験記載したとのことだったが念の為疑義照会疑義照会の結果セレコックス+ムコスタ削除	医療機関における問診記載内容の確認不足ロキソニンとセレコックスの類似同効薬であることを知らなかった	患者からのSEやアレルギー情報等逐一薬歴に情報を登録する			セレコックス錠１００ｍｇ 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
473	カロナール原末の量が適正量に対して5倍の量で処方が来ていたので疑義照会し適正量に変更	以前まではカロナール細粒20%で処方がきていた為、原末への変更による%の勘違いが原因と考えられる。	同一名称の濃度違いがある薬剤については十分に注意して監査をおこなう。薬の保管場所には取り出すときに濃度注意が目に付くように表示する。			カロナール細粒２０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
474	フェキソフェナジン塩酸塩OD錠60ｍｇ処方が処方せんに記載。退院にて投薬治療されていた。本日重複処方だと確認。すぐに処方医に疑義照会し、削除の指示あり、患者に説明し、その他の薬を渡した。	処方せんの記載がおかしいと思ったら処方医にすぐに確認すること。	受付で処方せんを受けたら、お薬手帳の内容も確認しながら、重複がないか確認すること。			フェキソフェナジン塩酸塩ＯＤ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
475	4歳女児にホクナリンテープの２ｍｇが処方されていた。新患だったため事前の情報がなく、標準体重よりかなり大きいか症状が相当に重いことを想定して投薬に臨んだが、標準体重で症状もそれほど重くないとのことであったため、疑義照会。ホクナリンテープ１ｍｇに変更となった。	処方内容の確認不足が考えられる。	処方内容だけで決めつけず、患者さんとの対話の中から情報を収集するよう努める。			ホクナリンテープ２ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
476	普段から当薬局を利用されている患者様が処方箋をもって来局した。薬剤師Aが調剤時にアジスロマイシン(250)が1日量3錠で処方が出ていることに気付いた。疑義照会し、アジスロマイシン(100)が1日量3錠へ変更となった。。	アジスロマイシン(100)3錠で入力するところをアジスロマイシン(250)3錠で誤って入力してしまったようだった。	小児用量については体重の聞き取りを行い処方量間違えを防いでいる。			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
477	カルボシステインシロップ５％　１日３００ｍｌ　１回１００ｍｌ　毎食直後での処方だったため、過量と判断し疑義照会を行った。結果、正しい量として１日６ｍｌ　１回２ｍｌへと処方変更された。	カルボシステインはドライシロップとシロップが存在するため、おそらくドライシロップの感覚で３００を入れてしまったのだろうと思われる。また救急外来であったことも影響していると思われる。	剤形についての適切な量を把握するように心がけている。ｍｇなのかｍｌなのかを見るだけでも違うことが判断できる。			カルボシステインシロップ５％「ＪＧ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
478	患者来局前にFAX受付で処方箋が送られてきており、それに従って調剤を行い患者の来局を待った。来局後、患者が持参したお薬手帳を確認し、今までは別の医療機関で診察を受けており、今回から当該医療機関で診察、処方がされていたことを確認した。前回の処方と比較をしたところ、酸化マグネシウムが250mg4錠分2で処方されていたにも関わらず、今回酸化マグネシウム330gm4錠分2でFAX処方箋が来ていた。増量の話があったかを患者に確認し、そういった事実がないとの回答を得たため疑義照会を実施し、以前と同量の酸化マグネシウム250mg4錠分2への変更指示を得た。	病院側でも手帳を確認し、酸化マグネシウムに関しては同じ量で出す予定だったが薬剤選択画面で規格を誤ってしまった可能性が高い。心療内科であるため酸化マグネシウムの処方歴が少なく、当薬局で確認できる範囲でも半年で2名ほどしか酸化マグネシウムが処方されていないため、規格が複数あるという認識が薄かった可能性がある。	手帳の持参があったため早期に発見できたがすべての患者さんが手帳を持参、管理しているわけではない。今回の様に医療機関を変更したタイミングの場合、前医の処方を引き継ぐ部分と、診察して変更する部分が出る可能性が高いため、意図しない処方変更が発生するリスクが高いと考えられる。新患の場合は、処方内容と合わせて、医療機関が今まで変わっていないかも確認し、新規受診の場合は、これまでの処方内容と異なる部分はないか、説明はあったかの確認をより徹底することで、効果的に処方ミスを防ぐことが出来ると考える。			酸化マグネシウム錠３３０ｍｇ「ケンエー」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
479	トラゼンタ錠5mg1錠で服用していたが、今回から1.5錠に増量になっていた。添付文書上1日5mgなので確認の為、疑義照会を行ったところトラゼンタ錠5mgは1錠でトラセミドOD錠4mgが1錠から1.5錠に増量の間違いだった。	トラゼンタ錠5mgとトラセミドOD錠4mgで名前が類似していて、増量する薬品を間違えたようだ。	処方箋だけでなく、患者からの聞き取りやお薬手帳、薬歴なども活用し、処方内容に間違いがないか確認していく。			トラゼンタ錠５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
480	３９歳の女性、耳鼻咽喉科【般】カルボシステイン錠５００ｍｇ　１日６錠分３　毎食後服用　と記載された処方せんを応需した。過量投与疑いの為疑義照会を行ったところ、【般】カルボシステイン錠２５０ｍｇ　１日６錠分３　毎食後服用服用へ変更となった。	クリニック医師側の薬剤規格選択ミスだと思われる。	過量投与疑いの薬剤投与について疑義照会を行う。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
481	前回6/23処方時、他院よりバルヒディオ配合錠MD1錠1日1回朝食後で処方されていた患者様。10/3転院後の処方において、バルヒディオ配合錠EX1錠1日1回朝食後の処方に変更となっているものの、患者様より前回と同じお薬を継続予定だった旨を聞き取った為、医療機関にTELにて確認。バルヒディオ配合錠EXからバルヒディオ配合錠MDへ処方変更となった。	医療機関において、処方入力時にバルヒディオ配合錠MDの存在を見落とされていた模様。バルヒディオ配合錠はMDとEXの別規格が存在する事を把握されていなかったと思われる。	転院後の新たな処方については、転院前の処方からの変更点を確認する。変更内容があれば、意図した上での処方変更かどうかも検討し、必要に応じて疑義照会を実施する。			バルヒディオ配合錠ＭＤ「サンド」 バルヒディオ配合錠ＥＸ「サンド」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
482	オルメサルタンOD錠5mg「DSEP」で服用続けていたのに今回オルメサルタンOD錠２０ｍｇ「DSEP」に変更になっていた。患者になって変更理由を確認したら、処方医から変更の説明もなく、今のお薬服用で血圧も安定していた。そのため、処方医に確認したら、オルメサルタンOD錠２０ｍｇが間違いで正しくはオルメサルタンOD錠5mgだった。	処方せんの記載ミス。	変更があった場合は患者に変更理由の確認を徹底する			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
483	9か月の男児にツロブテロールテープ1mgの記載処方箋を受け付ける。	パソコンの薬品名クリック間違いと思われる	疑義照会の電話を入れ、0.5mgに変更となる			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
484	新規来局患者。風邪で受診。体重22ｋｇと、そこまで7歳児にしても特別大人量が適正な患者ではないと判断したため、問い合わせ実施。小児量の用量に減量となった。	パソコンで医師が処方箋入力する場合、規格間違い、隣の行に正しい薬剤の規格が並んでいる可能性がある。	小児の処方箋を応需したら、体重確認はもちろんの事、記載の剤型は服用可能であるかも、調剤前に確認している。			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
485	薬剤交付時に、レバミピド錠100ｍｇの残薬がある事を患者から聞き取り、疑義紹介して、ムコスタ錠100ｍｇが処方削除となった。	同種同効薬の名称が患者さんや医院のスタッフさんにも分かりにくい。	患者とのコミュニケーションを大切にし、残薬状況を確認する。			ムコスタ錠１００ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
486	中耳炎で他薬局でサワシリン10%を処方され、服用開始したものの、味が気に入らなかったのか飲めなかった患者。再受診してクラバモックスに変更となって今回初めて当局を利用。門前薬局にはクラバモックスの在庫がなかった模様。 当局にも在庫なかったが、お母さまにお話しを伺っていると「溶連菌感染症にかかった時のピンク色の薬は飲めた」という情報を得てワイドシリンだったのでは？と当たりを付けて過去のお薬手帳を遡ったところ、間違いなかった。サワシリンの味が気に入らなくて飲めなかったのならワイドシリンへの変更で解決すると考え、主治医に疑義照会、それならワイドシリンで構わないと了承を得て一安心して調剤したところ、調剤者がワイドシリン20%で調剤。監査もスルー。投薬者は「疑義照会で得た回答は10%で調剤した時の量である」と経験から見抜くことができた。大事に至らなく済んで、渡す前に気づいてよかったと思う事例だった。	あらゆる薬が無くなっている状況で、それにまつわる疑義照会も増えている。分譲依頼も試みて止む無く疑義照会して・・・と混雑している時間でもあって焦りが生じたものであった。	ワイドシリン・サワシリンは小児抗生物質で代表的な10%.20%の規格に気を付けなければいけない薬。調剤者・監査者は小児の処方箋に慣れていなかった。今後、他の粉薬についても同様の事例が発生しないように注意喚起の札を付けた。体重換算表も作成。共有した。当然だが、在庫していないが存在するものも知識として必ず知っておくべきである。			サワシリン細粒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
487	訪問患者。１カ月おきの受診ごとにプレドニゾロンが1ｍｇづつ減量になっていたが、急に18ｍｇ/日→13ｍｇ/日5ｍｇ減量となり疑義照会、17ｍｇ/日と用量変更となった。	減量する時に5ｍｇ錠と1ｍｇ錠の量を反対に入力をした。薬の名前が似ており確認不足。	減量中の薬に関して、減量の量も過去薬歴から確認して、適量であるかを確認している。			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
488	患者の母親が該当患者(10歳)の処方箋をもって来局。10歳の小児にカロナール細粒50% 1.25gの処方。力価625mgとなるため、小児量としては多いと感じ、母親に体重聴取したところ、32kg。用量過多のため、医師に疑義照会。カロナール細粒50%→カロナール細粒20%に変更となる。	医師及び病院医療事務が処方箋入力の際、50%と20%を誤って入力したものと思われる。	普段からカロナール細粒には50%と20%があることをスタッフ周知しておき、薬剤を保管している場所にもわかりやすく注意書きをしておく。			カロナール細粒５０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
489	もともとゼストリル錠５ｍｇにて処方されていたが、販売中止となったためリシノプリル錠５ｍｇ「トーワ」にて交付。その後ジェネリック医薬品へ変更した旨を処方元へ報告した。その翌月に処方された薬剤がリシノプリル錠１０ｍｇ「トーワ」であり、患者様に確認したところ増量のことは聞いておらず、疑義照会の結果リシノプリル錠５ｍｇ「トーワ」へ変更となった。	ゼストリル錠からリシノプリル錠５ｍｇ「トーワ」へ処方を切り替える際に、誤った規格を選択してしまった可能性が挙げられる。	患者様に具体的な検査値(今回は血圧値)を確認するなどして効果の評価を行い、処方内容が妥当であるかどうかを判断してから交付することが必要とされる。			ゼストリル錠5 リシノプリル錠５ｍｇ「トーワ」 リシノプリル錠１０ｍｇ「トーワ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
490	こむら返りの相談あり。ツムラ芍薬甘草湯と同じ処方内にクラシエ小柴胡湯も処方されてた。	処方時　シャクヤクとPC入力するつもりが　ショウサイコとまちがっていったん入力されてしまい、その後、正しい芍薬甘草湯を入力されたと推察	同じ処方のなかに、漢方2種の処方。また相談内容に合致した内容かを　鑑別する経験弛が必要			クラシエ小柴胡湯エキス細粒	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
491	アンブロキソールOD錠45mg　３Ｔ分３で処方せん発行、疑義紹介の後にアンブロキソール15mg　３錠　分３へ変更となる。	ドクターが電子カルテで処方入力の際にアンブロキソール15mg錠を入力しているつもりがアンブロキソールOD錠４５ｍｇ　を選択しており、用法・容量の入力間違いにつながったものと思われる。	１日１回タイプの薬の箱には局員がだれでもわかるように印をつけている			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
492	退院処方でリクシアナ錠(30)処方になっていた。他院の脳神経外科で検査実施する旨紹介状あり受診、その際リクシアナ錠(60)処方になっていた。入院していた病院に確認したところ腎機能低下の為リクシアナ錠(30)服用していた。その旨検査実施病院に連絡し、リクシアナ錠(30)に処方変更になった。	連携不足	当薬局のみ利用の患者さんの為信頼関係が出来ていて処方内容確認一任されて、スムーズに確認できた。これからもしっかり信頼関係を構築していきたい。			リクシアナＯＤ錠６０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
493	毎回、採血結果を提示してくれるＣＫＤステージ３～４期の患者で、薬局とのコミュニュケーションも良好。今回の処方でフォシーガ１０ｍｇが削除となっていた。採血結果や腎臓機能の状態からは、フォシーガ削除の意図が不明であった。患者との話の中で、尿酸値が低いので１つ薬剤中止にすると言っていたことを聴取した。そこで、医師が、処方削除薬を間違えた可能性があると思い疑義照会を実施した。結果、フォシーガ１０ｍｇは処方。フェブキソスタット１０ｍｇが削除になった。	医師は、患者と話しながらの処方作成であったため、可能性とすればフォシーガ、フェブキソスタットと頭の文字が類似しているので、誤って削除薬を間違えたのであろう。慢性腎不全患者で、腎機能も安定している中でのフォッシーガ削除は考えずらい。医師も透析を覚悟してくれという患者であった為、今回の処方ミスを見逃していたら、患者が透析導入を早めることとなった可能性はある。	可能な限り継続的な検査数値を入手することとコミュニュケーションを図ること			フォシーガ錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
494	7年前PL配合顆粒服用時めまいの副作用あり、今回ピーエイ配合錠処方。患者本人もその時のめまい副作用を覚えており、今回受診時副作用の話をしなかった。問い合わせでピーエイ削除、手持ちの他の解熱剤での対応で良いとなった。	PL配合顆粒の副作用歴の見落とし、記載もれ、PL配合顆粒とピーエイ配合錠の同成分でのチェックもれの可能性。	副作用歴はしっかり管理、同成分や可能性のある薬まで範囲を広げる必要がある。			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
495	夜間頻尿を訴える高齢患者にミニリンメルトOD錠６０μgが寝る前に処方された。ミニリンメルトは規格によって適応が異なり６０μgは夜尿症、中枢性尿崩症が適応のため、疑義照会を行った。その結果、夜間頻尿の適応の用量のミニリンメルトOD錠２５μgに変更になった。高齢者は低ナトリウム血症を起こしやすい傾向があり、２５μgからの投与も検討が必要であり、用量過多による低ナトリウム血症のリスクを高めることを防ぐことができた。	医師はミニリンメルトの添付文書が２５、５０μgと６０，１２０、２４０μgで２つあり、適応が異なることを認識していなかった。	規格による適応の違いを今後も確認していく。			ミニリンメルトＯＤ錠６０μｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
496	コロナ陽性の患者に対して、ゾフルーザ（20）2T、アセトアミノフェン（500）1T　5回分が処方されていた。患者にヒアリングを行い、インフルエンザではなくコロナに罹患したことを再度確認。 電話にて医師に疑義照会。 ゾフルーザ錠は削除となり、ゾコーバ錠へ変更となった。	医療機関側の確認不足	当薬局ではコロナ陽性の患者に対して薬剤をすぐに服用してもらうためと職員との接触を避けなければいけない理由から患者には来局せずに電話で服薬指導を行い、駐車場にて薬剤の交付を行っている。そのため、あらかじめ処方箋は病院からFAXをもらう形となっており今回はすぐに薬剤の間違いに気づくことができた。			ゾコーバ錠１２５ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
497	他の皮膚科からの紹介で違う皮膚科への受診。同じ薬剤を処方されたと患者は話したが、おくすり手帳をみるとモイゼルト軟膏0.3%になっていた。処方された薬剤はモイゼルト軟膏１％であったので、疑義照会。もう一度おくすり手帳を見たいとの事で、患者の了解を得て、おくすり手帳の該当部分をＦＡＸする。モイゼルト軟膏0.3%に変更となる。	モイゼルト軟膏は濃度の部分だけしか違わないので、薬剤を選択する時、間違いやすい。今回は転記間違いであったため、処方自体が間違ってしまった。	薬剤名が最後の%だけの違いの薬剤については、他の薬剤も列挙して注意を払う事とする。			モイゼルト軟膏１％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
498	2歳児の皮膚の炎症にステロイドでの治療からの切り替えでコレクチム軟膏０．５％が処方された。０．５％は維持用量であり、初回は０．２５％の方が良いかもしれないと思い、母親から医師とのやり取りを聴取する。弱めの薬から使うと言われていたと聞き取り、疑義照会。コレクチム軟膏０．２５％を処方するつもりで、入力を間違ったとの事。コレクチム軟膏０．２５％に変更となる。	コレクチム軟膏は0.5と0.25の２規格あり、小児にも0.5%を使用する事がある。入力の時は細心の注意を払わないと、間違うケースもある。	医師の意図する濃度かどうか、患者への聞き取りが大切である。とともに、薬局としても取り違えのミスを防ぐ事が大切である。大きく他規格ありを記載している。			コレクチム軟膏０．５％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
499	前回までアムロジピン2.5ｍｇとアトルバスチン錠5ｍｇ処方されている患者様にカデュエット4番（アムロジピン5ｍｇ、アトルバスタチン10ｍｇの合剤）に変更となっていました。処方変更について患者様が把握されていなかったため疑義照会をしたところ、カデュエット1番（アムロジピン2.5ｍｇ、アトルバスタチン5ｍｇの合剤）に処方変更となりました。	処方医師が合剤にする際に処方入力を誤った可能性が考えられる。	処方変更があった際には患者様に確認し、明確なお答えがなかったり疑問がある場合は処方医に疑義照会を行っていく必要がある。			カデュエット配合錠４番	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
500	レボセチリジンDSを1回0.25gで処方のところ、2.5gと処方。調剤者が量が多いと思い発覚	レボセチリジンシロップ1回2.5mlと混同。	レボセチリジンは年齢で量が決まっている為、散剤、液剤の用量を確認。			レボセチリジン塩酸塩ドライシロップ０．５％「ＹＤ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
501	お薬手帳を持参していたが監査時特に問題になる内容はなかった。投薬時に改めて併用薬の確認をしたところ、手帳に記載はないが、飲んでる薬があるとの情報あり。今回処方の薬と重複していたため医師に問い合わせし削除となった。飲んでる薬はキプレス錠で、処方箋の記載と当薬局での調剤はモンテルカスト錠と名前が異なっていたため、本人は違う薬だから特に言わなくても問題ないと思っていたが、聞かれたため答えたところ、発覚。	本人は、併用薬の事を聞かれるまで忘れていた。さらに、名称が異なるので本人は言わなくても問題ないと思っていた。	事前に得られる情報のみでは限界があるため、投薬時の再確認を継続して行う。			モンテルカスト錠１０ｍｇ「ＫＮ」 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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
502	アジルバ錠20ｍｇ・アジルサルタン錠20ｍｇトーワが、各1錠づつ処方されていた。アジルバ錠10ｍｇが1錠処方されていた。ベタヒスチンメシル錠12ｍｇが，3錠処方されていた。ほかにベタヒスチンメシル錠12ｍｇが，3錠処方されていた。医師に確認し、重複しているアジルサルタン錠20ｍｇとベタヒスチンメシル錠12ｍｇを、投薬中止することを確認した。	処方箋発行時、以前からの、処方の消し忘れがあったと思われる。以前の処方にアジルバ錠10ｍｇ1錠を追加で増量の処方だった。	容量増加の処方か、切り替えの処方か、区別の判断がしずらい処方の、ことがあります。			アジルバ錠２０ｍｇ アジルサルタン錠２０ｍｇ「トーワ」 アジルバ錠１０ｍｇ ベタヒスチンメシル酸塩錠１２ｍｇ「日医工」 ベタヒスチンメシル酸塩錠１２ｍｇ「日医工」	ヒューマンエラー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	整形でセレコキシブ100ｍｇ　2錠/日でもらっている患者様が、耳鼻科に受診された。整形でもらっている薬をと同じものをお願いしたようで、処方されたが、処方箋の記載がセレコキシブ200ｍｇ　2錠/日の処方になっていた。疼痛の悪化もないことと、上記聞き取りしたことによる規格間違いと判断。疑義照会にてセレコキシブ100ｍｇに変更となった。	規格選択間違え	お薬の変更があった時には必ず理由を確認する			セレコキシブ錠２００ｍｇ「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
504	前回までリンゼス錠0.25mg2錠分1朝食前、、マグミット錠330mg3錠分3で服用している患者。今回より処方変更となり、リンゼス錠0.25mgとマグミット錠330mgが削除になり、モビコール配合内用剤HD2包分1が処方された。添付文書より初回用量は1包の為医療機関に疑義照会を実施。その結果モビコール配合内用剤LD2包分1に変更になった。医師の処方間違いによるものと推察される。	以前までモビコール配合内用剤のみ販売であったが、2022年5月にモビコール配合内用剤HDが新しく発売になり、薬品名類似でモビコール配合内用剤LDも発売されている。これによる医師のオーダー間違いが原因と考えられる。	新規で処方された薬剤は添付文書を確認する			モビコール配合内用剤ＨＤ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
505	以前よりパルモディア錠０.１ｍｇを２錠１日２回朝夕食後で服用中の患者で、新規剤形のパルモディアＸＲ錠０.２ｍｇに変更になった。通常、パルモディア錠０.１ｍｇを２錠１日２回朝夕食後であれば、パルモディアＸＲ錠０.２ｍｇ１錠を１日１回食後服用に変更になるべきだが、薬剤名のみが変更で用法・用量が変更されていなかった。	病院で処方内容入力時に薬剤名のみの変更をしてしまったためと思われる。	剤形変更時は１日服用量に変更がないかや、剤形変更に伴う用法・用量の違いなどにも十分注意し、処方監査を行う。新規剤形の販売開始時には薬局内での情報共有を行う。			パルモディアＸＲ錠０．２ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
506	１歳１０ｋｇの男子に、ツロブテロール１ｍｇ・カルボシステイン０．６ｇ/朝・夕食後が処方。３歳未満の用量は、ツロブテロール０．５ｍｇなるので疑義照会。ツロブテロールは０．５ｍｇに処方変更になった。	小児の用法・用量確認漏れ。年齢の確認漏れ。	体重・年齢は必ず確認。体重や年齢で用量が変わるので、注意喚起POPの作成。注意喚起POPを指差し・声出し確認の徹底。			ツロブテロールテープ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
507	他院から同成分のモンテルカストナトリウムチュアブル錠５ｍｇ（キプレスチュアブル５ｍｇ）を服用しており今回の処方に同成分のシングレアチュアブル５ｍｇが処方されていた。	病院でお薬手帳を見せたが、薬品名が一般名で書いてあり医師が見逃し同成分を処方された	久しぶりの患者様にお薬手帳による併用薬の確認、投薬時に併用薬があるか再度確認を徹底する			シングレチュアブル錠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
508	メンタルクリニックを受診している患者に一般名でメトトレキサートが処方された。リウマチなどの疾患もないため疑義照会を行ったところ、処方が削除された。	リーマスとリウマトレックスといった類似薬品名の選択ミスであると思われる。	処方箋の薬品だけでなく診療科などもチェックを行い、患者のバックグラウンドも確認するようにしている			リウマトレックスカプセル２ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
509	血圧が高いため前回、レザルタス配合LD錠からHD錠に変更されていた。今回、レザルタス配合LD錠で処方あり。患者インタビューからも血圧が下がりすぎるなどの訴えもないため処方医に連絡。処方記載ミスでHD錠に変更指示あり	カルテ記載時に前々回カルテを処方箋に引用したと思われる	薬歴管理、患者インタビューと処方内容を照らし合わせる			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
510	成人の用量であるパキロビッドパック600で処方されていたが、高齢者で腎機能低下患者のためニルマトレルビルの用量が300ｍｇ→150ｍｇへ減量されたパキロビッドパック300へ処方変更となった。	処方医の腎機能低下患者に対する減量への認識不足と思われる。	パキロビッドパックの処方時は腎機能低下患者か、併用禁忌はないかをお薬手帳などを活用し確認する。			パキロビッドパック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
511	ロレアス錠服薬中の患者様に、PCA予定でバイアスピリン錠、エフィエント錠3.75処方された。	過去処方や、併用薬を確認する。	業務手順書に準じて行うようにしている。			エフィエント錠３．７５ｍｇ バイアスピリン錠１００ｍｇ ロレアス配合錠「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
512	以前にフェキソフェナジンを服用後にめまいなどが発現その後しばらくぶりにアレグラで処方になり、同効成分の為、疑義照会。	同効成分で薬品名が異なっている	入力時のレセコン及び監査時のチェック			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
513	アスベリン散10%3g処方。用量からアスベリンドライシロップ2%の可能性があると考え疑義照会。アスベリン散10%0.3gに変更となった。	前回他科よりアスベリンドライシロップ2%3gにて処方あり。医師の勘違いによる薬剤選択ミス。	規格が複数ある薬は特に注意し、用量の確認を徹底するよう心掛けている。			アスベリン散１０％	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
514	レボフロキサシン錠500mg1錠×朝食後　8日分が処方されたが、eGFRが41.35ml/m1.73m2しかなく、減量が必要と判断し、疑義照会を行ったところ、レボフロキサシン錠250mg1錠×毎食後へ変更となった。	健常者では500mgの用量で問題ないため、いつもの間隔で処方をしてしまい、腎機能低下がある事を見逃していたと考えられる。	検査値が分かれば検査値を把握、また年齢より減量の必要があるかどうかを毎回考察する。日頃の患者さんとの会話より、検査結果についてどうだったかお話をするようにする。			レボフロキサシン錠５００ｍｇ「ＤＳＥＰ」	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
515	有料老人ホームへ新規入所の患者に対して、診療所より（般）テオフィリン徐放錠200mg（24時間持続）4錠　1日2回朝夕食後が処方された。（退院処方の継続）退院時処方内容を事前に有料老人ホーム職員より情報提供受けていたため、退院処方と診療所処方が同じであるか確認するが、退院時処方はテオロング錠100mg4錠　1日2回朝夕食後であったため、処方医師へFAXにて疑義照会行うが、（般）テオフィリン徐放錠200mg（24時間持続）2錠1日2回朝夕食後と返答FAX受ける。再度、疑義照会行い、（般）テオフィリン徐放錠200mg（24時間持続）2錠1日1回朝食後へ変更となる。 この診療所では、院内調剤も行っており調剤過誤防止の為、処方入力できる薬を限定しており複数規格等が処方採用薬リストに表示できないようにしている。処方入力時にテオフィリン錠については、テオフィリン徐放錠200mg（24時間持続）のみしか表示できず、他の複数規格（50mg、100mg、200mg、400mg、12～24時間持続型）が処方入力表示できない状況であった。テオロング錠100mg（テオフィリン徐放錠100mg12～24時間持続型）のところテオフィリン徐放錠200mg（24時間持続）を選択してしまったと考えられる。	テオフィリン徐放錠には、1日2回の12～24時間持続型と1日1回の24時間持続型の2種類が存在する。病院処方では、12～24時間持続型のテオロング錠（400/日）分2が処方されており、引き継いだ診療所では（般）テオフィリン徐放錠200mg（24時間持続）（800mg/日）分2で処方されていた。1回目の疑義照会により1日量は400mgへ修正されたが、テオフィリン（12～24時間持続型）へ変更されなかった。2回目の疑義照会の結果、テオフィリン徐放錠（24時間持続）（400mg/日）1日1回へ変更となった。	有料老人ホーム職員より、退院時持参薬の情報提供を受けていたため、診療所処方内容と比較することができ、処方間違いを防ぐことができた。新規受診患者や退院後の継続処方は、入力間違いが発生しやすいため、お薬手帳や薬情での直近処方内容の照合が必要である。また、同成分であっても、作用時間が異なる剤形があったり、病医院では、採用薬によっては、同じ薬が処方されない事情もあるため、採用薬では適さない場合によっては、疑義照会を行い、調剤の都度、最適な剤形を調剤する事も必要である。			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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
516	12/18消化器の病院の処方箋を薬局にお持ちになっており、内容はパリエット錠１０ｍｇ６０日分のみだった。お薬手帳を確認したところ、12/14に他院より、ラベプラゾールOD錠１５ｍｇ　５６日分の処方があったことを確認。患者本人に確認したところ、一緒に飲んでいいと病院では言われたと、少しあいまな返答があった。処方元に確認したところ、同じ病院で処方されている定時薬の血圧の薬などは確認したが、12/14分は漏れていた様子。結局処方削除になったが、患者本人が納得できず、処方医が説明するとの事で病院に戻ってもらいました。	同じ効果の薬を重複してしまう恐れ。体調への影響も考えられる。	お薬手帳の確認は必ず行い、本人の認識があいまいな場合もあるので、しっかり確認することが大切			パリエット錠１０ｍｇ	ヒューマンエラーやヒューマンファクターに起因すると考えられた事例
517	門前のクリニックを今回始めて受診。それまでは他院を受診されていた。ボグリボースOD0.2mgを服用されているが、今回処方されたのはボグリボースOD0.3mgだった。疑義の結果現在服用中の薬剤と同じ0.2mgへの変更となった。	0.2mgと0.3mgの入力間違い。	転院された方は、転院前の処方内容もしっかり確認する。			ボグリボース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

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
518	２０２３年３月１７日に患者が来局。放射線治療をした病院より、患部の経過を確認し問題なければ、今後定期薬をもらっている薬局へ切り替えると話があり患部の傾向も悪化がないので問題ないと考えられれたため受診その際の処方箋にタモキシフェン20ｍｇ１回1Ｔ朝食後３０日分と記載があったすぐ病院へ確認しようとしたところ病院が営業終了のため3/18の朝に疑義照会しアリミデックス1ｍｇ朝食後１回1Ｔ３０日分に変更となった	放射線治療をおこなった病院からはきちんとデータを送ってあったそうだが違う病院が見落としてしまって起きてしまったと考えられる薬局でも確認をした薬剤師で十分な患者情報を見落とさずに行えていたので防げた事例	誰がみてもわかる薬歴、きちんとした情報を聞き取ることの大切さが改めてわかった応援薬剤師が来局した際も、伝わる様に連携をきちんととりたい。	タモキシフェン錠２０ｍｇ「サワイ」	アリミデックス錠１ｍｇ		詳細な情報が不明であること等の理由により、検討困難と考える。
519	残薬があったため医師が入力を追記したところ、類似名の同効薬の追加、既に記載されていた医薬品の追加がされ、このような事例が発生したと考えられる。	残薬調整時に普段と異なる入力方法を取ったため、類似医薬品を誤って選んだり、過量投与になってしまったりが起きたのではないかと考える。	変更した内容や過量投与などがシステム上で可視化されているため、未然に防ぐことができた。			ニトロールＲカプセル２０ｍｇ 酸化マグネシウム錠３３０ｍｇ「ケンエー」	詳細な情報が不明であること等の理由により、検討困難と考える。
520	糖尿病治療でA病院、高血圧・脂質異常症治療でかかりつけB医院に通院中の患者である。糖尿病の容態が安定したため、かかりつけB医院に転院となった際に上記の処方変更があった。薬効・成分の重複があったため疑義照会を実施、トラディアンス配合錠BPが削除となった。	配合錠への変更の際に薬効重複に気づかず、間違いが発生したと考えられる。	第一監査者と最終監査者を分けることで誤りに気付きやすい体制づくりを行っている。			ジャディアンス錠１０ｍｇ トラディアンス配合錠ＢＰ イニシンク配合錠	詳細な情報が不明であること等の理由により、検討困難と考える。
521	以前にも服用経験があるが、今回は体調違和感があった	同じ薬でもメーカー違いなどで合わない事もある。賦形剤などの違いなど	必ずチェックできるように薬歴に提示			レボフロキサシン500mg「DSEP」	詳細な情報が不明であること等の理由により、検討困難と考える。

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

公財）日本医療機能評価機構へ報告された内容							PMDAによる調査結果
No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品	
522	計測服用中のフスタゾール糖衣錠１０ｍｇ入手不可能にによりフスコデ配合錠への処方変更を依頼し処方変更された。	メーカー出荷調整	入手不可能な処方薬があれば同効薬への処方変更を依頼し確認する。	フスタゾール糖衣錠１０ｍｇ	フスコデ配合錠		事務的事項の誤り等に関する事例
523	糖尿病治療薬服用ないが、配合剤の処方であったため疑義照会。数値急激に悪化のためとの回答、処方変更なし。	初回投与の場合は入力ミス等を考慮し疑義照会する。	初回投与の場合は入力ミス等を考慮し疑義照会する。			トラディアンス配合錠ＡＰ	事務的事項の誤り等に関する事例

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

No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品
1	15kgの小児にカルボシステインDS50%が9g/日で処方。疑義照会にてムコダインシロップ9ml/日へ変更	クリニックレセコンへの入力ミス	小児の薬は必ず体重に対し妥当か監査する	カルボシステインDS50%「タカタ」	ムコダインシロップ5%	
2	顔の赤みに対し、クロベタゾールの処方。患者への聞き取りからも蜂やムカデなどの強い炎症での受診ではないことを確認し、クロベタゾンの処方である可能性が高いと判断し疑義照会。変更となった。	クロベタゾールとクロベタゾンは頭5文字まで同じであるので、処方箋を入力する際に、3文字入力をしたが、そのままスルーされてしまった可能性が高い。	使用部位や症状も考慮し処方内容が適正か判断する必要がある。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0．05%「MYK」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0．05%「テイコク」	
3	処方にはイソジン液101日数回との記載のみあり。他処方薬としてはカロナール、オゼックスであり傷口に対しての処方では大いにあり得るが、投薬の際に傷ですか？と確認したところのどの痛みとの回答があり今回の発見に至った。	類似役による医師の記載ミス、確認漏れ。	投薬の際に使用方法や症状についての確認を徹底する	イソジン液10%	イソジンガーグル液7%	
4	いつもクラビット点眼液0．5%が処方されている患者にクラビット点眼液1．5%が処方された。来局の代理の方に目の状態について伺うも特に変わりないとの返答、医師から薬剤変更について説明があったか尋ねるも説明はなかったとお話。疑義にてクラビット点眼液0．5%に変更になった。	処方箋発行時に薬剤選択ミスがあったと思われる。	点眼液に複数規格があるものを把握しておく。変更時には必ず状態変化があったか聞き、情報が得られなかったときは疑義にて医師に確認する。	クラビット点眼液1．5%	クラビット点眼液0．5%	
5	鎮咳薬として「ジヒドロコデインリン酸塩散1%　1回2g」の処方があったが、ジヒドロコデインリン酸塩散は1回1gの製剤であるため、1回2gのコデインリン酸塩散1%の処方違いではないかと思い疑義紹介に至った。その後、処方はコデインリン酸塩散1%の方に変更となった。	名称の類似による、医院側での処方入力の間違いかと思われます。	全スタッフに当該事例の周知共有を行い、コデインリン酸塩とジヒドロコデインリン酸塩との違いについても指導を行った。	ジヒドロコデインリン酸塩散1%〈ハチ〉	コデインリン酸塩散1%「メタル」	
6	6歳と7歳の患者様に、アスベリン散10%　3g　毎食後　5日分で処方。過量投与のため疑義照会を実施し、アスベリンドライシロップ2%　3g　毎食後　5日分へ変更となった。	アスベリンドライシロップとアスベリン散の記載間違いのため	同成分で剤形によって力価の異なる医薬品を調剤する際は調剤間違いを起こさないように注意喚起を掲載した	アスベリン散10%	アスベリンドライシロップ2%	
7	タケキャブでの処方。そのまま調剤して服薬指導をしたところ患者との話しに食い違いがあり疑義照会を行った。その結果タケキャブではなくタリオンの処方の間違いであったことが判明した。	タリオンとタケキャブは　頭文字が同じであり処方入力の際にミスが生じたものと思われる。	処方としては不備はなく、投薬の際の患者様との話から処方ミスに気づけた事例である。患者さまとのコミュニケーションがいかに大切かを思い知らされた。今後とも処方と投薬時の患者様の話に食い違いはないか確認して投薬を行うようにしたい。	タケキャブ錠20mg	タリオン錠10mg	

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

No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品
8	前回処方時はモンテルカストチュアブル錠5mgが処方されていたが今回からモンテルカスト錠10mgに変更。患者母親より今回から錠剤にチャレンジすると聞いてます。体重増えているし大丈夫と話があったが用量過量なので疑義照会を実施。モンテルカストチュアブル錠5mgへ変更となった。	モンテルカストの規格による適性年齢を間違えた可能性がある	患者が医師から聞いていると訴えても過量処方など疑義がある場合は確認の実施を漏らさない	モンテルカスト錠10mg「タカタ」	モンテルカストチュアブル錠5mg「オーハラ」	
9	処方監査時、ツムラ9番小柴胡湯の食前服用の用法に疑問を抱き処方元へ疑義照会。その結果、ツムラ9番小柴胡湯ではなく、小柴胡湯加桔梗石膏エキス細粒の処方が正しいと発覚。また用法に関しても毎食前に変更と発覚。	医療機関のオーダリングシステムによる処方間違いと考察。	今回は患者からの聞き取りの前に用法に疑問があり発覚したが、用法に問題がなく患者の理解が不十分であれば発見できなかった事例と考える。今後も処方監査や患者からの聞き取りを丁寧に行い、普段の処方内容と異なったり、通常の用法と異なる様であれば疑義照会を怠らないようにする。	ツムラ小柴胡湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒（医療用）	
10	クリニックにてクラシエヨクイニンエキス錠で処方されており、自宅近くの調剤薬局を処方箋を持って行った。そこの薬局にはその薬剤が在庫してなく疑義照会にてヨクイニン錠と変更となった。翌月再び受診しヨクイニン錠と記載された処方箋を門前薬局である当薬局にもってきた。クリニックDrがヨクイニン錠を詳報したことがなく不思議に感じ、患者にも聞いたがおかしかったた、疑義照会しクラシエヨクイニンン錠に変更となった。	ヨクイニンで名前が似ているため	門前Drにも情報共有	ヨクイニンエキス錠「コタロー」	クラシエよく苡仁湯エキス錠	
11	患者様が眼科でもらっていた軟膏をかかりつけの医師に処方依頼した。リンデロンA軟膏が欲しかったが、医師がカルテにリンデロン軟膏と記載した為、リンデロンVG軟膏が処方されていた。投薬時に眼科でもらった目の周りに塗る薬と患者様から話を聞いた薬剤師が疑問に思い、持参したチューブを見せてもらったところ、リンデロンA軟膏だったことが発覚。疑義照会し処方変更してもらった。	名称が同じ薬品で、内科ではなじみがなかった眼軟膏なので、知っている軟膏で処方してしまったと思われる。	初めての軟膏などが出た時に、どのような症状でどこに塗るのかを確認することで、ある程度防げるミスだと思われる。今回の目の周りに使う眼科の軟膏と聞いて薬剤師が話を詳しく聞いたことで発覚できたケースだと思う。	リンデロンーVG軟膏0．12%	眼・耳科用リンデロンA軟膏	
12	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏（Storongest）が処方されてましたが、顔への使用ということで疑義照会を行い、クロベタゾール酪酸エステル軟膏（Medium）に変更となりました。	名称が似ているため、過去にも間違って処方された事例があり、患者のS情報聞き取り後すぐに判明しました。	顔への使用時に間違っ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る事例があることをスタッフに周知させる。	クロベタゾールプロピオン酸エステルクリーム0．05%「ラクール」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0．05%「テイコク」	
13	患者は脂肪肝で薬が追加になると医師から話を受けた。追加で処方された薬がルパフィンだったため不審に思い疑義紹介後、処方薬はパルモディアに変更になった。	処方薬名の類似による医師の勘違い	追加薬がある場合は必ずその理由を患者から聴取する。不明な点や適応外使用が考えられる場合は疑義をするようにしている。	ルパフィン錠10mg	パルモディア錠0．1mg	

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

No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品
14	アジスロマイシン錠250mgが7日分で処方あり。3日間服用の薬のため電話で処方日数確認。クラリスロマイシン錠200mg7日分に変更となった。	薬品の選択ミス。	医薬品の特性を考えて調剤を行う。疑問があれば添付文書で確認し、その後医師に確認を行うようにする。	アジスロマイシン錠250mg「アメル」	クラリスロマイシン錠200mg「大正」	
15	ベネット錠7mg　13日、その他の薬は90日分で処方あり。ベネット錠75mgは月1回の用法であるため日数誤りか、週1回の17.5mgの用量誤りを疑い、疑義照会を行った。その結果、アクトネル錠17.5mg　13日分に変更となった。	医師の処方時の、用法用量の確認不足が要因と考える、	用法用量の誤りに気付くための、知識を身に着けるように努める。	ベネット錠75mg	アクトネル錠17．5mg	
16	当薬局初回の患者にエンシュア・リキッドが処方された。お薬手帳には他薬局・他病院にてエンシュア・Hで継続していたため、処方病院に電話で疑義照会。エンシュア・Hの間違いだと回答得られた。	今回より病院が変わったため、病院側の確認ミスと思われる	お薬手帳の必要性を説明、持参を促し、毎回確認をする。	エンシュア・リキッド	エンシュア・H	
17	アンブロキソール塩酸塩徐放カプセル45mg、3カプセル、分3、毎食後、からアンブロキソール塩酸塩錠15mg、3錠、分3、毎食後、へ変更	処方入力ミス	用法が規定通りでなく異なる場合は処方元へ確認する。	アンブロキソール塩酸塩Lカプセル45mg「サワイ」	アンブロキソール塩酸塩錠15mg「タイヨー」	
18	眼科から「ゾビラックス軟膏5%、処方量5g、1日1回左眼結膜に刷入」と処方あり。ゾビラックス軟膏は眼科用として結膜に使用できないため、疑義照会。結果、ゾビラックス眼軟膏3%に変更となった。	医薬品名がほとんど同じこと、またどちらも1本あたり5gチューブであることが原因ではないかと思われる。	薬剤名、規格、診療科、使用目的まで確認する。	ゾビラックス軟膏5%	ゾビラックス眼軟膏3%	
19	コデインリン酸塩散10%が処方されたが、お薬手帳より前回処方までは1%の処方であったこと確認。増量や変更のご説明はなかったとの事で疑義照会するも、1回目の疑義照会ではそのまま処方するよう返答あり。通常の1日服用量を超えていたこともあり、再度疑義照会したところ、1%の間違いであったとの事。	コデインリン酸塩散1%を入力するところ、10%と入力されたご様子。	お薬手帳による確認、患者様からの聴き取り等の情報収集により、処方箋内容に間違いがないかを確認。今回は規格の違いにより麻薬となってしまう為、麻薬帳簿記入時にもチェックできるよう通常1日量の目安を余白に記載する事とした。	コデインリン酸塩散10%「第一三共」	コデインリン酸塩散1%「タケダ」	
20	10歳の小児の方にプロトピック軟膏0.1%が処方されており、添付文書上小児に禁忌の為疑義照会。前回、同皮膚科受診時に処方されたプロトピック軟膏0.3%小児用へ変更となった。	同皮膚科の受診だが処方医が異なりカルテの共有がされていなかったため、「前回も使用したプロトピック」の情報で0.1%が選択された可能性が考えられる。	持参されたお薬手帳の記載をきちんと確認し同薬剤の規格違いが処方されている場合は、禁忌となっている場合は処方医に疑義照会し、禁忌でなくても服薬指導時に患者が増量の指示を聞いていない場合も疑義をして処方意図を確認する。	プロトピック軟膏0．1%	プロトピック軟膏0．03%小児用	

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

No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品
21	普段テオフィリン徐放U錠400mg「トーワ」1T 1×Mで継続中の患者様に、今回［般］テオフィリン徐放錠200mg（12～24時間持続） 2T 1×Mで処方あり。本人に確認したところ、服用量はいつもと変更ないと処方医より説明があったと回答あり。両者は12～24時間持続製剤と24時間持続製剤であり、持続時間が異なるため処方医に疑義照会。従来通りのテオフィリン徐放U錠400mg「トーワ」1T 1×Mに処方変更になった。	出荷調整品の関係で400mg錠1錠を200mg錠2錠で処方医は処方したが、12～24時間持続製剤と24時間持続製剤のオーダーミスが要因と考えられる。	テオフィリン徐放錠には12～24時間持続製剤と24時間持続製剤が存在するため、一般名処方時には特に注意深く確認している。	テオフィリン徐放錠200mg「日医工」	テオフィリン徐放U錠400mg「トーワ」	
22	処方監査時、ストロンゲストのステロイドであるクロベタゾールプロピオン酸エステルを顔に塗布することは考えにくく、確認のため疑義照会。ミディアムのステロイドであるクロベタゾン酪酸エステル軟膏を処方予定であったと確認し、変更となった。	一般名処方であると名称が似通っているため、選び間違えたのではないかと思われます。	薬剤名が似通っている薬剤については、疾患や使用部位をしっかり確認して調剤を行う。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0．05%「MYK」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0．05%「テイコク」	
23	今回、当薬局にてお久しぶりの患者様にオキシコドン普通錠が1日2回で処方された。普通錠であれば通常1日4回に分けて服用するため、過去の処方を確認するためにお薬手帳を確認したところ、他の薬局にてオキシコドン徐放錠が1日2回で処方されていたことが分かった。疑義照会行った結果、オキシコドン錠からオキシコドン徐放錠に変更となった。	薬剤名が同じであり、クリニックでの処方内容の確認不十分と考えられる。	初めての患者様やお久しぶりの患者様が来局された場合は、お薬手帳や薬歴を活用し、健康被害を事前に防ぐことが出来るよう注意する。	オキシコドン錠5mgNX「第一三共」オキシコドン錠10mgNX「第一三共」	オキシコドン徐放錠5mgNX「第一三共」オキシコドン徐放錠10mgNX「第一三共」	
24	新しく施設に入居された方の初回の処方で、デパケン錠100mg 1錠 夕食後の処方があった。デパケン錠の通常の用法は1日2～3回のため、お薬手帳を確認したところ、今まではデパケンR錠100mgを1錠夕食後で服用していた。そのため、疑義照会を行った結果、デパケンR錠100mg に変更になった。	デパケンR錠と打ち込むところ、レセコンの予測変換でデパケン錠がでてきて、選択した。	デパケンR錠とデパケン錠のような普通錠と徐放錠の2つ規格があるものは薬局内で表にまとめて注意喚起をする。	デパケン錠100mg	デパケンR錠100mg	
25	ツムラ防風通聖散(当薬局で処方歴なし)処方となるが、薬歴やお薬手帳の記載内容から下痢の副作用があることが判明した為疑義照会。防己黄耆湯の誤りであったことが判明し変更となる。	薬剤名が途中まで一緒の為、処方箋記載時の確認不足と推測された。副作用歴の確認もしっかり行われていなかったと思われる。	しっかりと聞き取りを行い、副作用歴・症状を確認することで処方内容に間違いがないか確認するようにしている。	ツムラ防風通聖散エキス顆粒（医療用）	ツムラ防已黄耆湯エキス顆粒（医療用）	
26	他病院からの切り替えでアイラミド懸濁性点眼液とトルソプト点眼液が同時に処方されていた。以前はグラアルファ点眼とトルソプト点眼を使用していて今回アイラミド配合点眼とトルソプト点眼ア同時処方されていた。アイラミド懸濁性点眼液の成分がブリモニジンとブリンゾラミドでブリモニジンとトルソプトが炭酸脱水素酵素阻害薬で重複していた為疑義照会でトルソプト点眼が削除となった	病院切り替えに伴う配合剤の成分重複なので病院切り替え時は合剤の成分に十分注意する	監査保留システムをかけて対処することと監査時に配合剤は成分名を記載する	トルソプト点眼液1%	トルソプト点眼液1%	

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

No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品
27	2023年　7月21日オイラックスHクリームの処方あり。投薬時、患者より「皮膚炎、もしくはカンジダ感染が疑われている」との発言あり。オイラックスHクリームはヒドロコルチゾンが含まれており、真菌感染症には禁忌となっているため、オイラックスクリームへの変更を処方医に電話にて提案。ステロイドが含まれない鎮痒薬であるオイラックスクリームに処方変更となる。	(1)名称が類似していることから、医師が処方入力を誤った。(2)オイラックスHクリームにステロイドが含まれているという知識が欠如していた。	当プレアボイド事例を共有し、同様の事例の再発防止を図る。	オイラックスHクリーム	オイラックスクリーム10%	
28	処方せんにはアスベリンシロップ2%1日6mLとの記述。これは成分量120mgとなって成人量に相当する。このほかには散剤が2種処方されているためアスベリンドライシロップ2%との混同・またアスベリンシロップ0．5%との混同の可能性がある。アスベリンシロップ0．5%1日6mLの処方であれば体重・年齢相応と考える。他に処方されている薬剤が散剤であることから1回で服用できるように当店で採用しているアスベリン散10%1日0．3gへの変更を提案、これを認めていただく。	商品名にアスベリンを持つ薬剤は10mg錠・20mg錠・散10%・ドライシロップ2%・シロップ0.5%・シロップ2%調剤用と複数存在する。現在アスベリン全剤形が出荷調整になっており、薬局ごとの採用品に基づく剤形変更依頼が医療機関に来ている状況と推察され、処方の際に混同したと考える。	アスベリンの名前がついている薬剤が複数あることの認識を新たにし、処方のたびに成分量での用量を計算、年齢・体重相応であるかを評価して調剤を進める。	アスベリンシロップ「調剤用」2%	アスベリン散10%	
29	患者様4歳4か月。アスベリン散10%　1.35g　1日3回　毎食後　の処方あり。通常、3歳以上6歳未満の用量が0.15～0.4g/dayのため、処方医に電話にて疑義照会。用法用量の変更はなく、アスベリンドライシロップ2%に変更を確認。	病院での処方入力の際に、アスベリン散10%とアスベリンドライシロップ2%を間違えて入力したと考えられる。	調剤の際に必ず投与量が適切であるかを確認してから、作業を行うようにしている。	アスベリン散10%	アスベリンドライシロップ2%	
30	居宅療養中の患者様で別件で電話した際に、蕁麻疹がでて今から医院を受診するときいていた。医院から送られてきた処方箋の内容が、セレコックス錠200mgと強力レスタミンコーチゾン軟膏だったため、セレスタミン配合錠の誤りではないかと推測し疑義照会した。セレスタミン配合錠に変更となった。	初めの2文字が同じため処方箋作成の際に選択を誤ったと思われる。	疑問に思った処方については必ず疑義照会すること	セレコックス錠200mg	セレスタミン配合錠	
31	足の痙攣時の用法で当帰芍薬散の処方あり	入力ミス	処方箋だけだと用法のミスなのか、薬剤のミスなのか判断できないため患者への聞き取りしてから疑義照会を行っています。	ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒（医療用）	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	
32	抗生剤処方時に整腸薬がレベニンS 配合散で処方あり。抗生剤処方時はレベニン散での処方が適正のため、医師に疑義照会し変更となった。	薬剤名類似しているので入力誤りの可能性もある。	処方監査時、抗生剤処方時は整腸薬の確認の徹底を行っている。	レベニンS配合散	レベニン散	

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

No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品
33	カルテオロールLA点眼液2%　1日1回朝　左目　の処方が以前あり、本日処方は一般名処方でカルテオロール点眼液2%（非持続性）　1日1回　朝　左目　となっていた。薬品名の（非持続性）と用法の1日1回が合致しなかった為、過去の薬歴を振り返り、過去の処方歴からLA（持続性）点眼の入力間違えではないかと推測して疑義照会を行い、変更となった。	内科の在宅医師による、点眼薬処方であった為、緑内障点眼の持続性、非持続性について知識がなかった。過去の処方から取り込まずに、新たに入力した。	過去処方との比較を今後も行う。医薬品とその用法に齟齬がないか、今後も確認を行う。	カルテオロール塩酸塩点眼液2%「わかもと」	カルテオロール塩酸塩LA点眼液2%「わかもと」	
34	アンブロキソール塩酸塩錠45mg口腔内崩壊錠が処方されていたが、用法が1日3回毎食後と記載されていた。添付文書と異なるため、医師に電話にて疑義照会を行った。アンブロキソール塩酸塩錠15mgに変更で、用法変更なしと指示あり。	処方入力の際に規格まで確認していなかった可能性がある。	初回処方の場合は、入力の際に添付文書の用法用量を確認するようにしている。	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「タイヨー」	
35	服薬指導で聞き取った状況より患者の主訴は腹痛と下痢であった。また同じ処方内にロペラミドの処方があり、下剤である大黄を含む桂枝加芍薬大黄湯の処方は適切ではないと考えた。腹痛に対し途中まで名称が一致している桂枝加芍薬湯という製剤があることから、医師のオーダリングミスを疑い疑義照会した。医師より桂枝加芍薬湯の処方でとお返事があり調剤した。	医師がオーダリング時に、途中までおなじ名称の他の薬剤の存在をご存じなかったか、もしくは最後まで確認せず選択された可能性がある。	下痢止めと下剤の同時処方であることから、調剤時に違和感があったが、本人に確認せず下痢と便秘を繰り返す症例と思い込み調剤。調剤時に本人に確認していればより速やかに疑義照会できたと思われる。疑問があれば患者本人に確認すること、名称類似の薬剤があることやそれぞれの作用の違いなど職員全体で周知し、知識を深めていく。	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）	
36	カルテオロール塩酸塩点眼液2%(非持続性)1日1回で処方されてので1日2回の間違いではないかと確認をしたところカルテオロール塩酸塩点眼液2%(持続性)1日1回に変更になった。	処方箋の入力の際に誤って非持続性を選んだと推測される。	通常の使い方ではない用法、用量の時はその都度疑義照会をして確かめる。	カルテオロール塩酸塩点眼液2%「わかもと」	カルテオロール塩酸塩LA点眼液2%「わかもと」	
37	退院時情報（診療情報提供書）の共有の際に、オキシコドン徐放製剤を使用しているところ、成分名のみのオキシコドンと記載されて共有されていた。引継のクリニックでは診療情報提供書を元に処方をされたが「徐放」という記載が無いため、オキシコドン錠が1日2回（8:00-20:00）という用法で処方となった。疑義照会で確認した際も、診療情報では記載が無いということで退院した医療機関へ問合せ使用していた薬剤を確認し、徐放製剤を使用していたことを確認することとなった。	オキシコドン製剤については、徐放製剤とレスキューで使用する薬剤があり混同しやすいが効果は大きな違いがある為、詳細について確認が必要となる。情報共有において、処方されている薬剤なのか、処方している成分量なのかという点については不明慮になりやすいため読み手が勘違いをしやすいリスクがある。	不明慮な内容の場合は、医療機関へ確認をした上で調剤を行う。	オキシコドン錠10mgNX「第一三共」	オキシコンチンTR錠10mg	
38	アクロマイシン軟膏3%　60g（5gチューブ×12本）が処方されていたが、患者家族は塗り薬を2本処方しておくと医師から聞いていた。また、患部の状態を確認し、傷が広範囲にわたっていること、浸出液が出ていることを聞き取った。以上の情報より、アクトシン軟膏3%　60g（30gチューブ×2本）の処方誤りを疑い疑義照会した。その結果、アクロマイシン軟膏3%からアクトシン軟膏3%へと処方が訂正された。	医薬品名の類似によるオーダー間違い。	処方意図・目的と処方内容に矛盾がないことの確認の徹底。医薬品名類似等、オーダー間違いの起こりやすい医薬品の情報共有。	アクロマイシン軟膏3%	アクトシン軟膏3%	

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

No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品
39	施設入所患者様 オロパタジン5mg　2錠分2　朝夕食後　14日分オイラックスHクリーム　50g が処方となる。1週間前に同施設の患者さんで乾癬の罹患あり。CLに電話で確認したところ、乾癬疑いとのこと。オイラックスHクリームはステロイド含有の為乾癬には適さず、オイラックスクリームではないか、と問い合わせたところオイラックスクリームに変更となった。	レセコンへの入力ミスと考えられる。	処方せんから疾患を想像して調剤する。	オイラックスHクリーム	オイラックスクリーム１０％	
40	クラシエ十味敗毒エキス細粒18g　投与量過量のため照会→クラシエ十味敗毒湯エキス錠　18錠の間違いだったことが判明	処方時に細粒と、錠を選択ミスしたか。	通常量　外で処方された場合は疑義照会を徹底する	クラシエ十味敗毒湯エキス細粒	クラシエ十味敗毒湯エキス錠	
41	ホクナリンDSの処方があり、調剤後投薬したが　咳症状はなく下痢気味とのことでした。主訴と違うことから疑義を行った結果、入力間違いで、ホスミシンDSであったことがわかった	ホクナリンDSとホスミシンDSの処方箋入力違いであったが、ホしか合っていないため医療機関のチェックが甘いと感じるが、それは調剤薬局でも同じことが言えるので、3文字は確認は再度徹底する	患者からの主訴聞き取りをしっかりとすること。今回は許容範囲の投与量であったため疑義をかけるのは不可能であるが、DS剤の/kgを把握しておく必要がある	ホクナリンドライシロップ0．１%小児用	ホスミシンドライシロップ400	
42	継続的にスギ花粉症舌下免疫でシダキュア5000を処方され来局されている患者様が、ダニアレルギー舌下免疫療法剤ミティキュア10000の記載がされた処方箋をお持ちになった、他局にはかかっておらず、薬歴やアレルギー歴にもハウスダスト、ダニアレルギーの記載はなく導入用量の3300の使用歴もないことからシダキュア⇒ミティキュアの記載ミスと予測し、患者様に確認後疑義照会を行った。結果、医院での処方箋記載ミスが発覚し、通常のシダキュア5000へ変更・交付し患者様にはご帰宅頂いた。	同じ舌下免疫療法剤であることと商品名が類似していることで記載ミスが起こったと考えられる	薬歴やお薬手帳を駆使し患者様の履歴、アレルギー歴を十分把握し納得した上で交付するという基本的な動作を今一度心がける	ミティキュアダニ舌下錠１０，０００JAU	シダキュアスギ花粉舌下錠５，０００JAU	
43	アザルフィジンEN錠(500) 2T 分2で服用中の方に、500mg 4T 分2に増量になった。本薬剤は、2g分2で副作用発現の頻度が上がるため、1g分2の用量しか添付文書上認められていない。医師にその旨をお伝えし、用量の確認を行ったところ、アザルフィジンEN錠(250)を4T分2の指示だったことが判明。患者さんが、500mg錠が大きくて飲みづらいため、250mg錠で1回2錠に変更予定だったとのこと。	以前から、患者さんより錠剤が大きくて飲みづらいとの話を聞いており、小さい錠剤を2錠にできるか相談をするように説明していた。それが、増量の指示になっており、再確認することができた。添付文書でも、用法用量を確認していたので、スムーズに医師に確認でできることができた。医師の指示間違いか、処方箋の入力ミスかは不明。	日頃から、高齢の方への投与量に関しては、添付文書で確認するようにしている。用量が変更になる時は、その要因を必ず確認するようにしている。違和感がある時は必ず医師に確認するように心がけている。	アザルフィジンEN錠５００mg	アザルフィジンEN錠２５０mg	

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

No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品
44	てんかんで服用をされている患者様。普段よりデパケンR錠200mgを1日3錠分2で継続されているが、同用法でセレニカR錠200mgの記載となっていた。デパケンR錠とセレニカR錠はどちらもバルプロ酸ナトリウムが成分であるが、作用時間が違い通常セレニカR錠は1日1回の服用であるため疑義照会。デパケンR錠の間違いであったことを処方医より確認。	同成分のため、処方箋へ書き出す際に取り違えがあったと推定。	セレニカR錠、デパケンR錠どちらも取り扱いがある為、処方が来た際の用法用量の確認には一層注意している。また薬の知識のない事務員にも取り違えやすい薬として認知してもらっている。	セレニカR錠400mg	デパケンR錠200mg	
45	平素より当薬局を利用していた患者が、転院のため他薬局で調剤されていた内容の処方箋を持参。当薬局では新規処方。お薬手帳を確認したところ、転院前の病院で処方されていた【般】プラミペキソール塩酸塩錠0.125mgが【般】プラミペキソール塩酸塩LA錠MI1.5mgに変更になっていた。患者は話を聞いているとのことだったが、適応が異なり、患者の話も曖昧だったため電話にて医師に疑義照会。医師の入力誤りと発覚し、転院前に服用していた【般】プラミペキソール塩酸塩錠0.125mgに変更となった。	レセコンで入力後の規格の選択ミス	患者が聞いていると話していても、疑いがある場合は疑義照会を必ず行う	ミラペックスLA錠1．5mg	ビ・シフロール錠0．125mg	
46	当局継続来局されている患者様。処方箋に新規薬が記載されていた。他院からの転院であり、継続薬とのこと。お薬手帳と内容を照合したところ、漢方の処方が異なっていることが判明。患者様に確認するも処方変更は聞いておらず疑義照会。治打撲一方から治頭瘡一方へ変更となった。	よく似た名称であり、治打撲一方がもともと今回処方の病院の採用薬であることから、思い込みにより処方し、確認が漏れたと思われる。	類似名称薬品について、1文字1文字丁寧に照合を行っている	ツムラ治打撲一方エキス顆粒（医療用）	ツムラ治頭瘡一方エキス顆粒（医療用）	
47	眼科からの処方でプリビナ液0.05%　5mL　1日2回右目の処方があり。処方監査を抜け、調剤者が眼科で右目の使用なのでプリビナ点眼液0.5mg/mLではないかと気づき疑義照会を行った。プリビナ点眼液0.5mg/mL　5mL　1日2回右目に処方変更となった。	薬品名類似。処方の確認不足。	プリビナには外用液と点眼液があることを周知した。	プリビナ液0．05%	プリビナ点眼液0．5mg／mL	
48	デキサンVG軟膏0.12%が処方されており、1日3回のみ用法記載で部位は記載がなかった。患者に使い方や患部について確認したところ口腔内で、口内炎で使用と確認できた。	デキサルチンVG軟膏とデキサルチン口腔用軟膏名前が類似しているので入力ミスがあったのではないかと推測する。	今回は部位の記載がなかったが、患者様にしっかり部位や症状などコミュニケーションをとることが重要。	デキサンVG軟膏0．12%	デキサルチン口腔用軟膏1mg／g	
49	前回変更不可で出たアダラートCR10mgが、今回一般名処方に変更となった際にニフェジピン徐放錠10mg（12時間）となっていたため、患者から聞き取り後に疑義にて医師に確認。ニフェジピン徐放錠10mg（24時間）へ変更となる。	ニフェジピン徐放錠の用量のみの確認で、作用時間まで見ていなかった。	よく処方ミスがあるので処方変更などがあった場合はスタッフ同士で確認しあっている。	アダラートL錠10mg	ニフェジピンCR錠10mg「トーワ」	

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

No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品
50	継続来局中の患者様。処方箋にはネシーナ25mg3錠分3毎食後28日分が新規処方されていた。ネシーナ25mgが3錠分3処方であることも疑問ではあったが、当患者様の薬歴を確認すると糖尿病の兆候は特に見られなかったため、入力そのもの誤りではないかと考えた。処方医に疑義照会を行った所、シナール配合錠の誤りであることが分かった。	名称が類似している部分もあるため、入力を誤ってしまったと考える。	処方医の記載内容が全て正しいのだとは考えず、処方内容と薬歴から考えられる患者背景をもとに、本当に正しいのかをよく考え、必要に応じて処方医に確認することを徹底しています。	ネシーナ錠25mg	シナール配合錠	
51	ツムラ苓姜朮甘湯顆粒が処方された。前回はツムラ苓桂朮甘湯顆粒が処方されていた。患者様に症状を聞いたところ腰痛はなく立ちくらみのお薬をもらったとおっしゃってので疑義照会してツムラ苓桂朮甘湯顆粒に変更になった。	前回クラシエ苓桂朮甘湯細粒で処方されていたが在庫がなかったため疑義照会でツムラ苓桂朮甘湯顆粒に変更していただいた。その際に病院のカルテにツムラ苓姜朮甘湯顆粒に変更したと誤って記録されていた。今回その情報によりツムラ苓姜朮甘湯顆粒が処方された。	患者様に症状を聞き取る。	ツムラ苓姜朮甘湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ苓桂朮甘湯エキス顆粒（医療用）	
52	ベオーバ錠が処方されている患者にベタニス錠が追加処方された。 同系統の薬の為医師に疑義照会を行ったところ、ベシケア錠に処方変更となった。	違う作用機序のベシケア錠を処方予定だったが、名前が類似しており誤ってベタニス錠を処方してしまったとのこと。	作用機序の確認をしながら監査した結果、同薬効の重複処方を防ぐことができた。	ベタニス錠50mg	ベシケア錠5mg	
53	現病歴　心サルコイドーシス　40代女性。ファロム(200)2T×分2　朝夕食後　35日分　処方。投薬時お話を伺うと「貧血で鉄剤を出すと聞いていた」とのこと。疑義照会し、フェロミア(50)2T×分2　朝夕食後　35日分へ薬剤変更。	処方医のカルテ入力（先頭文字検索）ミスが問題と思われる。	薬剤の用法用量確認も重要だが、患者様のお話（主訴）をきちんと伺い判断する。	ファロム錠200mg	フェロミア錠50mg	
54	患者は、プロピオン酸デプロドン、又は同ランクのストロングのステロイド軟膏を希望されたが、プロピオン酸クロベタゾール、ストロンゲストのステロイド軟膏が処方された為、疑義照会を行い処方変更した。	プロピオン酸デプロドンが無いと思われ、同ランクのステロイド軟膏に変更しようとして、誤ってプロピオン酸クロベタゾールを選択してしまったと思われる。	薬剤がストロングのステロイド軟膏から、ストロンゲストのステロイド軟膏へ変更されていた為、患者に症状の悪化が有るのか、又は今までより2ランク強いステロイド軟膏を希望されたか等を確認した所、良くなっており今までと同じ物、若しくは同ランクのステロイド軟膏を希望されたと確認したので疑義照会した。何時も処方変更が有る場合には、変更の要因を確認して交付するようにしている。	デルモベート軟膏0．05%	メサデルム軟膏0．1%	
55	ジクロフェナクNa徐放カプセル37.5mg1回2カプセル頓服疼痛時28回分処方されていたが、用量が適正量を超えているので問い合わせしたところ、ジクロフェナク錠25mg1回2錠頓服疼痛時28日分の間違えであったことが判明。	処方箋入力時の剤型間違いである	添付文書の用量をしっかりと確認	ジクロフェナクNa徐放カプセル37．5mg「トーワ」	ジクロフェナクNa錠25mg「YD」	

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

No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品
56	11歳3か月の小児にモンテルカスト錠10mgが処方されていた常量超過のため疑義適正であるモンテルカストチュアブル5mgへ変更となった	年齢からの用量判断ミスと思われる	小児への処方が多くあるため、年齢に対する処方の用量は妥当か常に意識する	モンテルカスト錠10mg「KM」	モンテルカストチュアブル錠5mg「ニプロ」	
57	9歳の小児患者に大人の規格の一般名モンテルカスト錠5mgが処方された。小児用のモンテルカストチュアブル錠5mgとは薬物動態が異なるため疑義照会してモンテルカストチュアブル錠5mgに変更になった。	クリニックの入力の際一般名が長い為最後の文字まで確認がされてなかった。	薬によては大人と小児で薬物動態が異なる規格があるためスタッフに周知している	キプレス錠5mg	モンテルカストチュアブル錠5mg「トーワ」	
58	58歳の方にアモキシシリン細粒10%4g処方だった為、本人に粉でないと飲めないなど有るか確認。特に薬の量を変更すると医師にも言われてないとの事で、入力間違いではないかと推測し、医師に問い合わせる許可を頂き、疑義照会。入力を確認した事務の方も、先生が意図があって細粒へ変更していると思い込んでいたとの事。細粒→アモキシシリンカプセル250mg×4カプセル/日へ変更となった。	入力間違いが原因でも、滅多に間違えない医師なので、信頼関係から医院の中では気が付きにくい可能性がある。	疑わしい時は必ず疑義照会するように心掛けています。	アモキシシリン細粒10%「TCK」	アモキシシリンカプセル250mg「トーワ」	
59	ニフェジピンL錠10mg　2錠/2X朝夕食後　服用していたが、血圧が下がってきたので1日1回朝食後に変更すると処方変更があった。	ニフェジピンL錠10mg　1錠/1x朝食後の処方箋が発行された。Dr. は最初、ニフェジピンCR錠10mg　2T/2Xを処方し、1日2回の為、疑義照会にてニフェジピンL錠10mgに変更になったが、血圧安定のため半分に減らすことになり、ニフェジピンCR錠10mgに変更するのを忘れたと思われる。	疑義照会にて、ニフェジピンL錠10mg　1錠/1x朝食後で服用すると、血圧が上がったり下がったりするため、冠動脈疾患などのリスク等が上がる事をクリニックに説明。変更となりました。	ニフェジピンL錠10mg「日医工」	ニフェジピンCR錠10mg「日医工」	
60	白内障術後1ヶ月半経過しブロナックを継続していた患者。今まで眼圧に関する言及なく、薬歴記載もなかったがグラナテックが処方されたため患者に確認し、その後疑義照会した。グラナテックの誤りであった。	語尾が似ていた為医師がカルテに記載を間違えたと推測される。	きちんと薬歴を確認して患者にも話を伺う	グラナテック点眼液0.4%	ブロナック点眼液0.1%	
61	ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏の初めての処方。患者に症状をインタビューしたところ肝機能が改善しないため処方されたとのこと。ツムラ小柴胡湯の入力間違いではないかと思い疑義照会実施でツムラ小柴胡湯へ変更	漢方は様々な効能効果があり、病院が入力を間違えても「そういう効果があるのではないか」と思って調剤監査をしてしまう可能性がある。患者インタビューからの症状を聞くこと及び適応もしっかり把握することが必要。	漢方が処方された場合は必ず効能効果も確認する。	ツムラ小柴胡湯加桔梗石膏エキス顆粒（医療用）	ツムラ小柴胡湯エキス顆粒（医療用）	

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

No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品
62	婦人科にて陰部使用の軟膏としてクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏処方。ステロイドランクとして陰部には使用しないため疑義照会クロベタゾン酪酸エステル軟膏へ変更	名称の類似	聞き取りにて適切な薬品が処方されているか確認	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0．05%「MYK」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0．05%「イワキ」	
63	処方に「デキサメタゾン軟膏0.1%」の処方があり、使用部位が「口腔」となっていたため、口腔用軟膏の誤りでは？と思い疑義照会。「口内炎がひどい」との病院からの情報もあり、普通の軟膏ではなく口腔用軟膏だと伝え、処方変更となった。	処方時に薬品名をしっかり確認していなかった、「デキサメタゾン軟膏」と「デキサメタゾン口腔用軟膏」の違いもわかっていなかったのでは？と思う。	頭の方だけ読んで処方監査を流さないように、また外用と使用部位を確認し適しているかの判断もしっかりする必要がある。	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」	
64	平素よりご利用の方、門前医療機関の処方せんを持ってご来局。今回初めて苓姜朮甘湯が処方、他は定時の内容であった。処方監査時、普段苓桂朮甘湯をよく処方される医師である事、他に疼痛様の処方追加もない事から疑問に感じ、一度患者様へ薬剤変更がないか確認しようと考えたが外出中の為お話し伺えず。念のため医療機関へ確認を行ったところ苓桂朮甘湯の誤りである事が確認できたため、用法はそのままで薬剤が変更となった。	薬剤名称が類似しており、漢字1文字の違いしかない為選択を間違えてしまった可能性	疑問に感じた際にはまず患者様への聞き取りを実施。疑問が解決しない、聞き取りが不可の状況の場合には医療機関へ確認を行う。	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）	
65	尿道炎で受診。レボフロキサシンとレボカルニチンを入力間違い。	名称の類似	患者に現症状をヒヤリングする。	レボカルニチン塩化物錠300mg「イセイ」	レボフロキサシン錠500mg「DSEP」	
66	体重12.5kgの小児に対し、アスベリン散10%が1.2gで処方されていた。過量のためクリニックへ疑義照会し、アスベリンDS2%　1.2gへ変更となった。	・クリニック職員が複数剤形があることを知らなかった。・入力時に医薬品検索をする際、選択すべき剤形を間違えた。	聞き取った体重から適正量を判断する。	アスベリン散10%	アスベリンドライシロップ2%	
67	アンブロキソール塩酸塩OD錠45mg：1日3回毎食後3錠と記載の処方箋を受け付け疑義照会ののちアンブロキソール塩酸塩錠15mg：1日3回毎食後3錠へと処方変更	薬剤の名称類似処方内容の確認不足	処方監査の徹底	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「JG」	

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

No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品
68	初回来局された患者様であり、初回質問表を記載いただいた際、副作用歴のある薬が処方されていたため、疑義紹介にて薬剤の変更を行った。	主治医が副作用歴や薬のアレルギー歴を聞かない限り伝えないため、コミュニケーション不足が要因。	初回質問表や口頭での聞き取りが大切である。	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg	カロナール錠500mg	
69	風邪でクリニックを受診の患者様来局。咳止めや解熱剤の他にイソジンゲル30g1日3～4回うがいと処方あり。イソジンゲルではうがいが出来ない為疑義照会。イソジンゲル→イソジンガーグル液に変更。	イソジンゲル、イソジンガーグル液ともに「イソジン～」から始まる為処方オーダーを間違えたと思われる。	処方箋をきちんと確認し、薬と用法が相違ないか確認する。	イソジンゲル10%	イソジンガーグル液7%	
70	デルモベート軟膏が1日2回処方されていた。部位の記載はなし。監査者がお薬手帳にて過去処方を確認したところ、他院よりクロベタゾン酪酸エステル軟膏が処方されていた。デルモベート軟膏の一般名がクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏で名称類似していることから疑義照会。キンダベート軟膏に処方変更となり、塗布部位は顔と確認した。	キンダベート軟膏の一般名クロベタゾンとデルモベート軟膏の一般名クロベタゾールの名称が似ているため	過去の処方内容をお薬手帳にて確認する。処方部位とステロイドの強さがおかしくないか確認する。	デルモベート軟膏0．05%	キンダベート軟膏0．05%	
71	体重10kgの患者様でムコソルバン内用液0.75%，4ml／日分2で処方されていた。アンブロキソールは0.9mg／kg／日であるため体重換算すると33kgの量であったため疑義照会をした。疑義の結果、小児用ムコソルバンシロップ0.3%4ml／日分2に変更になった。	流通不良の薬が昨今は多く、処方医は同種薬で普段とは違う薬を処方されることが多くなっている。そのため、同成分でも規格が違うことがある。その際に用量がそのままの量で処方されると考えられる。	同成分で規格が違う薬があるものについては表にして、薬の在庫してある所に注意喚起を行っている	ムコソルバン内用液0．75%	小児用ムコソルバンシロップ0．3%	

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

No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品
72	別の病院を受診されてい患者様が転院。本局を初めて利用。処方内容はニフェジピン徐放錠20mg(12時間持続型)1日1錠1日1回朝食後であった。お薬手帳の内容を確認した所、今までニフェジピンCR錠20mgが処方されており、本人にも確認を取ったところ、「血圧の薬で変更は聞いていない。」とおっしゃられていた。そこで病院側に対し、ニフェジピン徐放錠20mg(12時間持続)からニフェジピン徐放錠20mg(24時間持続型)への変更を疑義。病院側対応者は医療事務員。医療事務員よりDrからの返答は「ではそのお薬に変更いたしますのでもう一度その薬品名、規格、用法を教えてください。」と来たため、「ニフェジピン徐放錠20mg(24時間持続型)もしくはアダラートCR錠20mgもしくはニフェジピンCR錠20mgを1日1錠1日1回朝食後でお願いします。」と返答。すると医療事務員から「私がDrからもらった紙にはニフェジピンカプセル10mg1日2錠1日1回朝食後に変更するよう記載されています。」とのこと。急激な血圧低下作用、ニフェジピンCR錠20mgを比較すると持続時間の短いため、薬学的観点から健康被害につながると判断。ニフェジピン徐放錠20mg(24時間持続型)1日1錠1日1回朝食後に変更検討して頂けないかと再度問い合わせ。医療事務員が受けたDrの指示は「結局何を出せばいいかわからない。わからないから前回の病院でもらっていた薬をそのまま出すからその名前を正確に教えてください。」とのこと。本返答からDrの知識不足、もしくは診察を少々怠っていたのではないかと推測。再度「ニフェジピン徐放錠20mg(24時間持続型)1日1錠1日1回朝食後に変更してください。」と返答し、疑義照会終了。	転院時に紹介状の内容を把握していなかった、もしくは情報の記入ミスが起こった。DrはニフェジピンにCR錠が存在することを知らなかった節がある。ニフェジピン徐放錠20mg(12時間持続)が処方されているにも関わらず、ニフェジピンカプセル10mgに変更する時点で、薬の特性をDrは把握していない。	お薬手帳を毎回確認、そのうえで患者様とのコミュニケーションを図り、ヒアリングを行うこと。	ニフェジピンL錠20mg「トーワ」	ニフェジピンCR錠20mg「トーワ」	
73	咳止めとしてコデインリン酸塩錠20mgの処方あり。慢性疾患も変更前の薬もないため医療用麻薬を使うことに疑問があり疑義照会。リン酸コデイン錠5mgの間違いだった。	名称の類似	特になし	コデインリン酸塩錠20mg「タケダ」	リン酸コデイン錠5mg「VTRS」	
74	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0.05%　50g　顔面、首に　1日2回ストロンゲストのステロイド外用剤で、顔面には塗布は適さないため、疑義紹介しミディアムのクロベタゾン酪酸エステル軟膏0.05%に変更。	部位によって使用されるステロイドの強さが異なる。	外用ステロイド剤の強さ表を印刷しすぐに見れるようにする。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0．05%「イワキ」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0．05%「イワキ」	
75	36歳男性に「生殖可能な年齢の患者への投与は出来る限り避ける事（生殖器の重量低値あるいは委縮等の影響が認められた）」と警告にあるベタニス25mgが処方されていたため、患者本人へ確認したが、そのような説明は聞いていないとの事だったため、疑義照会し、ベシケア錠2.5mgへ処方変更となった。	医師の確認不足、または入力間違い（ベシケア2．5mg→ベタニス25mg）が考えられる。	年齢・体質などに制限のある薬についても確認を怠らないように注意している。	ベタニス錠25mg	ベシケア錠2．5mg	

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

No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品
76	在宅医療の訪問指示で初回の処方がきた。ご家族より処方内容などを多少確認したが、先発品が良いという話だけで現在服用中の薬の情報を得られず、処方通り(疑義照会前)の薬剤で準備して用意。デパケン錠が3錠分2(朝1錠、眠前2錠)は通常のデパケン錠では考えにくいと思いつつも管理しているご家族のこだわりが強い方という情報もあり、慎重に現在服用中の薬を取り出していただくようにお願いして現在服用中の薬を現物で確認。その際に「デパケン錠」ではなく「バルプロ酸SR錠」であることが判明し、患者さんに詳細をお伝えした上で、その場で薬局と病院に情報共有と疑義照会を行い、手持ちが翌日分まであることを確認した上で、翌日再度訪問することを約束。翌日、疑義照会の返答を確認し、同じ薬の納品も完了したので、訪問して謝罪の上で再度薬の説明なども行いお渡し。	医師のデパケン錠の徐放製剤か否かの確認不足。	在宅医療では現地でお薬手帳だけではなく、現在服用している薬そのものを確認した上で仕事ができるので、初回の患者さんで普段の処方を引き継いでいる場合は、処方の間違いがないか、お薬手帳と現物の両方を確認したうえで、今回の処方が間違えていないか現地での確認も必ず行う。	デパケン錠200mg	バルプロ酸ナトリウムSR錠200mg「アメル」	
77	新規患者で風邪薬の処方と一緒にコディオ配合錠EXが一般名で記載されており、1回量が4錠だったことに疑問を持ち疑義照会を行った。照会後、コデインリン酸塩錠5mgに変更になった。	頭文字三文字が「コデイ」と類似しているため、処方箋作成時に誤ってコディオ配合錠EXを選択してしまったと思われる。混雑時に処方内容の確認や聞き取りをおろそかにしてしまうと気づかずにお渡ししてしまう可能性がある。	新しいお薬が処方された場合は必ず経緯をお聞きしている。また、用法用量が添付文書上で間違っていないか確認を行っている。	コディオ配合錠EX	コデインリン酸塩錠5mg「シオエ」	
78	7歳男児にカロナールシロップ600mg（30ml）、アスベリンシロップ40mg（8ml）38．5℃以上の時5回分が処方。カロナールシロップの量が多いのと、アスベリン発熱時という処方に違和感があり疑義照会したところカルボシステインシロップ600mg（8ml）、アスベリンシロップ40mg（8ml）1日3回毎食後5日分に変更。	カロナールとカルボシステインを打ち間違えたものと思われる。	調剤前に体重、年齢から処方量が正しいか処方監査を行い発覚した事例。今後も調剤前に用法用量を確認する。	カロナールシロップ2%	カルボシステインシロップ小児用5%「テバ」	
79	桂枝加芍薬等が処方されており、薬を交付時にこむら返りのために漢方を処方してもらったと聞き取ったので、漢方を誤って処方していると考え疑義照会をしたところ、芍薬甘草湯の誤りであったことが判明した。	漢方名が類似していること	患者の症状をしっかりと聞き取ること	クラシエ桂枝加芍薬湯エキス細粒	ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用）	
80	以前から病院からの処方にてプロパフェノン服薬中。定期的に通っている泌尿器科の病院が遠方で通いづらい為、近隣の診療所に変更した。受診時にお薬手帳や薬剤情報書を持参しなかった。医院よりベタニスが処方されていた。	以前はベシケアを服用しておりそれを上手く医師に正しく伝えられず、プロパフェノン服用も伝えていなかった。	患者様にお薬手帳と、薬剤情報書の持参と活用を促す。	ベタニス錠50mg	ベシケア錠5mg	

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

No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品
81	患者より高脂血症治療薬成分増量と聞き取り。処方内容は　前回アマルエット1番、今回アマルエット3番に変更となっていた。疑義照会し、アマルエット2番に処方変更となった。	クリニックでの選択入力時の間違いと思われる。	患者聞き取りの徹底。	アマルエット配合錠3番「トーワ」	アマルエット配合錠2番「サンド」	
82	他院からの紹介で脳外科クリニックに受診した患者。前回は臨時処方のみ。今回、他院定時処方薬も処方せんに記載あり。前回、確認した併用薬には「ニフェジピンL錠20mg」と記載があったが、今回の処方せんには、「（般）ニフェジピン徐放錠20mg（24時間持続）2錠分2」の記載であった。患者に薬局の在庫の医薬品を見せたところ、「ニフェジピンL錠20mg」を2錠分2で服用していると確認できたため、疑義照会したところ、紹介状の記載の見誤りとわかり、処方変更となった。	1.薬歴サマリー記載の併用薬と処方せん初回記載の医薬品名に相違があったため、処方せんの記載ミスの疑いあり。2.ニフェジピンCR錠20mg2錠分2が初回処方のため、用法用量の確認が必要	今回のケースでは、医師が処方変更していることも考えられるので、まず患者に確認の上、裏を取ってから疑義照会をする。	ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」	ニフェジピンL錠20mg「日医工」	
83	ガンの疼痛に総合病院でオキシコドン徐放NX5mg1日2回とレスキューでオキノーム散を使用されていた患者さんが近隣の往診へ切り替わりお薬の処方があった。その時にオキシコドンNX5mgが処方され、徐放性製剤ではない旨を疑義照会すると徐放性製剤の間違いだった。	類似医薬品でドクターが選び間違えた可能性がある	引き続き類似医薬品に注意して患者の病態にあった処方か薬局でも確認していく	オキシコドン錠5mgNX「第一三共」	オキシコドン徐放錠5mgNX「第一三共」	
84	70代女性R5、4、28に歯科医院より、セフカペンピボキシル100が処方され、服用後めまいが出現。次の来局時のR5、5、27に同じ薬が処方されたため、疑義照会で副作用の件をお伝えし、セフゾンカプセル100に変更になった。その後はずっとセフゾンカプセル100の処方が出ていたが、R5、12、12に同じ歯科医院より　セフカペンピボキシル100　3錠分3毎食後　×️3日の処方箋を持参された為、医院に電話で疑義照会し、セフゾンカプセル100 3カプセル分3毎食後×️3日に変更していただいた。	医院様での、副作用歴の記入漏れかと思われる。	副作用歴について、レセコン及び薬歴に誰でも最初に気がつくように記入する。	セフカペンピボキシル塩酸塩小児用細粒10%「SW」	セフゾンカプセル100mg	
85	リンデロン点眼液0．1%処方とあり、リンデロン点眼液0．01%およびリンデロン点眼液点眼・点耳・点鼻液0．1%と判断が付かず疑義照会。患者の持参薬がリンデロン点眼液点眼・点耳・点鼻液0．1%なことから点眼・点耳・点鼻液に変更になる。	名称が似ている点と%表記が異なる点から誤って処方になった。	似ている%表記の確認を十分に行う。	リンデロン点眼液0．01%	リンデロン点眼・点耳・点鼻液0．1%	

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

No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品
86	2歳の患者が普段かかっている医療機関（皮膚科）とは別の医療機関（内科）を受診。今回、感冒薬とともにいつも使用してる皮膚科の薬も処方してもらう予定だったとのこと。普段、顔用としてクロベタゾン酪酸エステル軟膏を使用していたが、今回、クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏の処方となっていた。普段使用しているものと違うこと、2歳児への使用としてステロイドランクも妥当でないことから疑義照会し、クロベタゾン酪酸エステル軟膏に変更となった。	類似した薬品名があることへの認識不足ステロイドランクが妥当であるかの確認不足	類似した名称の薬が存在することを確認する。小児へ使用するステロイドランクについて妥当であるか処方鑑査を行う。受診した医療機関の相違がないか確認し、異なった場合、患者に経緯を聞き取り、処方変更内容が正しいか吟味する。	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0．05%「イワキ」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0．05%「イワキ」	
87	点眼にゾビラックス軟膏処方。疑義照会にてゾビラックス眼軟膏へ変更になった	病院のマスタにゾビラックス眼軟膏がなかったとの事。Drは眼軟膏で処方したと思っていたとの事。	規格・使用部位もしっかり確認を行う。	ゾビラックス軟膏5%	ゾビラックス眼軟膏3%	
88	処方せんでは芍薬甘草湯が処方。他にロキソプロフェン錠、テープが処方されていたため、足の痛み、けいれんなどで処方されていると推測。投薬時に聞き取りしたところ、痛み止めは腰のヘルニアの痛みに対しての処方（普段は整形。手持ちが少ないので、臨時で処方）で、足の痛み、けいれんなどはなかった。 更年期症状についても医師と話をしたとのことで、漢方が間違っている可能性が高いと判断し、疑義照会。当帰芍薬散に変更となった。	入力の際に、芍薬で検索した可能性あり。	関連する薬が出ている場合でも、正しいと思わず、患者から聞き取りした内容と、薬効があっているか確認する。似たような薬がある場合は、間違っている可能性を考慮して、鑑査、調剤、投薬する。	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）	
89	一般名処方でタクロリムス軟膏の記載があった。症状から疑義があり電話にて照会後、プロペトの入力ミスだった。	入力時に「プロ」の2文字で医薬品を検索したと思われる。入力後一般名に自動変換される仕組みで、医療事務員がプロペトの一般名を知らなかったこともありそのまま処方箋が発行されてしまった。	受付時に薬剤師の処方監査の徹底	プロペト	プロトピック軟膏0．1%	

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

No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品
90	過敏性腸症候群の患者さまが下痢と腹痛の症状が酷くなり受診。以前他のクリニックで処方してもらったことがある漢方薬が効いていたことを思い出し、先生に処方してもらえないか相談したとのこと。便秘の症状はなし。 便秘型の過敏性腸症候群もあるため調剤と鑑査では問題と思わなかったが、投薬時に現在の症状や受診の経緯について伺ったところ下痢型であることが判明。 同じく過敏性腸症候群による便通異常で用いられる桂枝加芍薬湯の間違いではないかと思い電話にて処方医師に疑義照会。ツムラ桂枝加芍薬大黄湯→桂枝加芍薬湯へ処方変更となった。	クリニックでの処方内容の確認とコミュニケーションの不足	薬効や副作用の説明だけではなく、受診の経緯や医師からどんな話があったか、今どんな症状で困っているのかなど可能な限り聞き取りを行い薬歴に記録として残すようにしている。	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）	
91	変更前）ツムラ当帰芍薬散エキス顆粒　1日7.5g　分3毎食後　28日分変更後）ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒　1日7.5g　分3毎食後　28日分 平素より当薬局を利用して頂いている患者様。新しく漢方が追加になっていた為どういった症状でお困りか伺ったところ、足の攣りに良い漢方があるから出してもらったとのこと。この患者様がこの漢方を使用するのは初めてで、患者様の知人にお薦めされ使ってみたいと相談したとのこと。当帰芍薬散に該当の効能が見当たらないため、医師に確認し芍薬甘草湯へ変更となった。	一部名称が似ている芍薬甘草湯とのレセコン入力間違い。	女性患者様であったため当帰芍薬散の処方に疑問を抱かなかったが、そのような思い込みもインシデントに繋がってしまう。添付文書と患者の年齢・既往歴等、患者様の訴えを再確認し処方が適正であるか判断する。そのままお渡ししていた場合、適正な効果が得られないだけでなく症状悪化の可能性もあるため他の薬剤師とのダブルチェックも徹底していく。	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）	
92	アスベリンDSのかわりにアスベリン散が処方されていた。	通常アスベリン散を処方している医院で、他院の引継ぎでアスベリンDSを処方する必要性が生じたため誤りが生じた。	適正な処方用量かよく確認する。	アスベリン散10%	アスベリンドライシロップ2%	
93	一般名処方　クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏で処方されていた。塗布する場所を確認したところ股に塗布するとのこと。強いステロイドが処方されていたため詳しくお話を聞いたところ、先生には持参したクロベタゾン酪酸エステル軟膏をものを見せてお願いしたとのことで違う薬が処方されていることが発覚。問い合わせにより処方変更となる。	先生がカルテに入力する際、薬の名前を見間違えたか、入力する薬を間違えたと思われる。	どこに塗布するか確認しステロイドの強さが問題ないか確認しお渡しする。	デルモベート軟膏0．05%	キンダベート軟膏0．05%	
94	8歳女児（25kg）にアスベリン散10%が処方されたが、これまでアスベリンDS2%の処方歴があり用量が同じであったため確認したところアスベリンDSに変更になった	医療機関側における薬剤の選択ミスと思われる	小児においては体重などで用量の確認を徹底し、過去の薬歴を活用して確認を行う	アスベリン散10%	アスベリンドライシロップ2%	

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

No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品
95	メプチン吸入液0．01%（30ml）50本の処方、明らかに入力ミスだが、メプチン吸入液ユニット0．3mlと名前が似ているので的が得やすい。	医師がカルテに入力する際に間違えたものと推察される。	特に似たような名前のものは注意するように促した。	メプチン吸入液0．01%	メプチン吸入液ユニット0．3mL	
96	他の処方薬の内容と患者様の症状の聴き取りなどから脱毛などの頭髪の疾患であると推定された。ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒は一般的に関節痛、神経痛の効能であり、名称違いの可能性があることから疑義照会をして確認しました。その結果ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒に変更になりました。	漢方薬は名称が似ていて、思い込みや取り違いなどでミスが起きやすいと考えられる。	漢方薬の場合は処方ミスの可能性も考え、処方鑑査、服薬指導時の聴き取り等により問題がないか確認する事を徹底します。	ツムラ桂枝加朮附湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ桂枝加竜骨牡蛎湯エキス顆粒（医療用）	
97	ベオーバとベタニスが併用で処方されており、同効薬であった為疑義照会を行った。ベタニス50mgがベシケアOD2.5mgに変更となった。	同様な疾病に使用される薬剤で、名称が類似している。	同種同効薬処方時には疑義照会により、是非を確認する。類似名称医薬品のあるものは注意喚起のメモの貼付を行っている。	ベタニス錠50mg	ベシケアOD錠2．5mg	
98	眼科からエコリシン眼軟膏の処方箋を持った患者が、当薬局へ初めて来局された。問診表にてクラリシッドによる薬疹歴があることがわかり、同系統のエリスロシン含有成分であるエコリシン眼軟膏が処方されていることについて処方元の眼科へ疑義照会を行った。結果、エコリシン眼軟膏からタリビッド眼軟膏へ処方変更となった。	患者より、眼科受診時にクラリシッドによる薬疹歴を伝えており「大丈夫な成分の眼軟膏を出しておきます」と説明があったとのことだが、眼科はクラリシッドをクラビット、または他のニューキノロン系の薬剤と勘違いしていたと推定される。結果、普段ならタリビッド眼軟膏のところ、薬疹歴の勘違いからエコリシン眼軟膏で処方していたと推定される。	照会時には、薬疹歴のクラリシッドはクラリスロマイシンであること、エコリシン眼軟膏には同系統成分が含有している旨も伝えた。また、患者へ初回の問診で、薬疹が起きた薬剤名を再度確認したときに、錠剤の形状や色合いなど患者さんが覚えてる範囲で確認し、クラリシッドで間違いないことも確認した。	エコリシン眼軟膏	タリビッド眼軟膏0．3%	
99	・カフコデN配合錠　6錠　1日3回毎食後　・PL配合顆粒4g　1日4回毎食後・就寝前それぞれ7日分の処方あり。カフコデN配合錠6錠中、およびPL配合顆粒4g中にそれぞれアセトアミノフェンを600mgずつ配合。成分重複のため疑義紹介にてカフコデN配合錠からアセトアミノフェンを含まないフスコデ配合錠に変更になった。	医療機関の確認不足	複数の成分が配合されている医薬品は重複していないか、成分を確認する。	カフコデN配合錠	フスコデ配合錠	
100	患者さんから処方箋応需後、新患アンケートを聞き取りで行ったところ、防風通聖散の服用歴と下痢の副作用歴があることが判明した。なお、その事実については医師にも伝えているとのことだった。主訴が多汗症であること、同じ漢方で「ぼう」から始まるため医師が入力を間違えた可能性が高いことから、防已黄耆湯が妥当であると判断し、石に疑義照会したところ、防風通聖散から防已黄耆湯に変更になった。	医師の注意力、多忙、マルチタスク。似た名前の薬が存在する場合は処方ミスを疑うこと。	必要に応じて患者さんから収集した情報について深堀する。遠慮せずに疑義照会する。	ツムラ防風通聖散エキス顆粒（医療用）	ツムラ防已黄耆湯エキス顆粒（医療用）	

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

No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品
101	コソプト配合点眼液とアイラミド配合懸濁性点眼液が処方されていた。炭酸脱水酵素阻害薬が重複しているため確認したところ、アイラミド配合懸濁性点眼液はアイファガン点眼液へと変更になった。	医師が成分を把握していなかったか、名称類似のためオーダリングミスをしたものかと考えられる。	配合剤の成分について把握し、重複がないかしっかり確認を行う。	アイラミド配合懸濁性点眼液	アイファガン点眼液0．1％	
102	ヘルペスの治療だけなのにステロイド剤のアルメタ軟膏が出てたため、疑義照会実施。アラセナA軟膏へ変更となった。	医薬品名が似てたため、間違えた可能性あり。	症状の聞き取りを行い、適切な処方となっているかを確認する。少しでも疑念あれば疑義照会を行う。	アルメタ軟膏	アラセナ－A軟膏3％	
103	リスペリドン細粒1％ 1g/回が新規で処方された為、用量過多で疑義照会を行った。リスペリドン内用液1％ 1ml/回の間違いであった。	処方入力時に誤って細粒を選択し、その後の確認が不十分であった。	処方箋受取時に処方内容の確認を行っている。計量薬品は必ず用量の確認をその場で行っている。	リスペリドン細粒1％「アメル」	リスペリドン内用液1ｍｇ／ｍL「ヨシトミ」	
104	前回まで【般】バルプロ酸ナトリウム錠100mg 2錠 分2朝夕食後で服用中の患者。 今回から徐放錠200mg分2朝夕食後に変更になったが、念のため剤形確認をしたところ、徐放錠ではなく、普通錠の200mgへ変更するつもりだったとのこと。	主治医はただ増量するつもりだったが、薬剤マスタに登録がなく、徐放錠200mgを選択したとのこと。	バルプロ酸については、徐放A、Bや普通錠などの規格があるため、処方変更時には主治医の診察時のコメントなどを患者に確認し、疑問があれば疑義照会を行う。	【般】バルプロ酸ナトリウム徐放錠200mg	【般】バルプロ酸ナトリウム錠200mg	
105	処方箋は Rp1 （般）バルプロ酸ナトリウム細粒40％ 0．45g 分2 朝夕食後 14日分（バルプロ酸として450mg/日） 1日量が力価450mgにならない為、処方医へ問い合わせ、0、45g/日⇒1、125g/日へ変更してもらったが、力価の確認をした時に、いつもの薬の1．5倍量で処方したいとの事。いつもの薬はセレニカR顆粒40％だった為、一般名処方で処方する場合、バルプロ酸ナトリウム徐放製剤でなければならず、処方した薬品も間違っていた事が発覚。	一般名処方だった為。	過去、他の薬局でもらっていた場合は手帳確認。当薬局でもらっていた場合には薬歴確認。	デパケン細粒40％	セレニカR顆粒40％	
106	いつも当薬局をご利用していただいてる患者様で、今回より（般）ラタノプロスト点眼液→（般）ラタノプロスト・チモロール配合点眼液に変更となる、特に不備などはなかったためそのまま調剤、投薬時患者様に薬の内容変更になっておりますとお伝えしたところ、そのような話は聞いておらず、いつもと同じ薬を出すと言われたとのこと処方医に疑義紹介をしたところ、やはりいつもの薬である（般）ラタノプロスト点眼液が正しかったようで、こちらに変更となった	医師がラタノプロストの文字のみを確認し、その後に続くチモロール配合点眼液を見落としてしまい、誤った薬を選んでしまったのかと思われる	投薬時、患者様にお話をよく聞くこと、また薬歴をしっかり確認することで薬のミスを回避し、健康被害を防ぐことができる新患などの方は難しいこともあるが、お薬手帳や問診票をしっかり確認し正しい薬物療法ができるよう努めていく	（般）ラタノプロスト・チモロール配合点眼液	（般）ラタノプロスト点眼液0.005%	

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

No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品
107	イボの治療にてクラシエよく苡仁湯エキス錠が処方。適応が関節痛・筋肉痛なため、疑義照会にてヨクイニンエキス錠「コタロー」へ変更。クラシエとコタローでは適応の他、有効成分が異なるため、十分な効果が得られなかった可能性がある	クラシエ、コタロー共に読みが同じなため、どちらも同じ効能・効果であると判断し処方したと考えられる	薬歴より、過去にツムラ桂枝茯苓丸加薏苡仁がイボの治療で処方されていた。その時と薬を変えると患者様より聞いていたため、添付文書見た時にクラシエよく苡仁湯エキス錠では適応が異なる事に気づき、疑義照会にてイボに適応のあるヨクイニンエキス錠「コタロー」へ変更することができた	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」	
108	パキシル錠10mgが新規処方。用法が朝食後で通常と異なること、患者より聴取した現症状などから疑義照会。パリエット錠10mgの誤りであることが判明し変更となる。	1文字目が「パ」であること、どちらも10mgのためカルテの記載ミスか処方箋入力ミスと推定される。	新規の薬があれば患者の症状に合っているか確認する。用法が通常と異なる場合は疑義照会する。	パキシル錠10mg	パリエット錠10mg	
109	処方箋にタナトリル錠10mgと記載あり準備したが、投薬時に聞き取りをした症状は蕁麻疹ということで疑義照会を行ったところ、処方するはずだった薬剤はタリオン錠10mgであることが発覚し、患者様の健康被害や医師の意図した薬効を得られない事を防止した。	普段から当薬局をご利用の患者様で、すでに降圧剤服用していたため病院を変えるのか、薬剤を追加するのか確認のため、患者様に聞き取りを行ったところ、そもそも蕁麻疹の症状で受診されたとのことで、処方ミスの可能性があると考えた。タナトリル錠とタリオン錠は先発品名が類似している、かつ規格も10mgで同一のため、病院の方が入力ミスをしたことが要因と考えられる。	病院変更や薬剤追加など様々な可能性が考えられる中で、勝手な判断をせず、患者様から症状、受診理由を必ず聞き取り、処方内容と相違がないか、薬剤師の観点から必ず評価を行う。疑問点があれば、患者様の安全を第一に考え疑義照会を怠らない。	タナトリル錠10	タリオン錠10mg	
110	エンブレル皮下注50mgペンからエンブレル皮下注25mgへ変更と患者より説明あり。処方箋にはエンブレル皮下注25mgシリンジとの記載あり。疑義紹介にてシリンジからペンに変更となった。	処方入力の時にペンをシリンジと誤って選択入力したと推察される。	製剤の剤形が異なれば使用方法も変わるので、その違いに気づいたら疑義紹介で確認する。	エンブレル皮下注25mgシリンジ0．5mL	エンブレル皮下注25mgペン0．5mL	
111	6／29　18時頃処方箋受付事務が入力後薬剤師が内容を確認している際、小児の顔に対しクロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏（以下クロベタゾール）が処方されていることが判明クロベタゾールはステロイド外用薬のランクでは最も強いとされるStrongestに該当し、小児の顔に対して不適切であると判断病院が診察終了していたため翌朝に疑義照会実施クロベタゾールからクロベタゾン酪酸エステル軟膏へ変更となった	クロベタゾールとクロベタゾンの名称が類似しているため、誤って入力したと考えられる	・ステロイド外用薬ランク別一覧表を鑑査台周辺に掲示し、処方があった際にランクと使用部位が適合してるか確認する・名称が類似している医薬品に注意喚起のPOPをつける	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0．05%「MYK」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0．05%「イワキ」	

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

No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品
112	薬がアムロジピン錠2.5mgからニフェジピンCR10mgにかわっていたので投薬時　患者に詳細を確認したところ　日中の血圧は130台だが　夜になると110台になり　低くなりすぎることを医師に相談　　医師から　半日効くタイプに変えてみるといわれたとのこと　　ニフェジピンCRは24時間タイプで　半日（12時間タイプ）だと　ニフェジピンLではないかと気が付き　疑義照会したところ　ニフェジピンL10mgに変更になった	ニフェジピンCR（24時間タイプ）と　ニフェジピンL（12時間タイプ）があり　医師のカルテ記載漏れや　事務の入力間違いが推定される	処方薬が変更になった時に　なぜ変更になったのかを投薬時　患者に詳細確認し　本当に処方薬が今の患者の状態にあっているか確認してから投薬する	ニフェジピンCR錠10mg「トーワ」	ニフェジピンL錠10mg「トーワ」	
113	ツムラ柴胡清肝湯を服用継続　今回柴胡桂枝湯に変更となっていたが、患者様より処方変更の話は特にないと聴取。疑義照会にて確認した所、処方入力ミスで柴胡清肝湯に変更となった。	薬名類似	薬剤調整前に患者からしっかりと聞き取り、徹底する	ツムラ柴胡桂枝湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ柴胡清肝湯エキス顆粒（医療用）	
114	当日、該当患者（11歳）へプロトピック軟膏0．1%が処方されていた。小児での使用が禁忌のため、交付時に処方箋で年齢確認したところ判明。その後、処方医へ疑義照会を行い、プロトピック軟膏0．03%小児用へ変更となった。	処方された時間帯が病院閉局間近の時間帯であったため、確認誤りが主な原因として考えられる。	今後は交付前に出来るだけ気付けるように、処方薬への知識理解を深める。未然に防ぐために店舗間でも共有し、対策していきたい。	プロトピック軟膏0．1%	プロトピック軟膏0．03%小児用	
115	病院よりFAX送信あり。アスタットクリームとオイラックスHクリームが処方されたが使用患部の記載がなかったため、患者様来局時に確認したところカンジダ症に使用することがわかった。ステロイド使用により症状悪化の可能性があると判断したため処方医に疑義照会したところ、オイラックスHクリームからオイラックスクリームへと変更になった。	オイラックスクリームを入力したかったと思われる。	患者からの聞き取りを重視し、処方内容と相違ないか確認する。また、医師からの説明内容とも相違ないか確認している。規格の増減、用法、用量、患部などを重点的に確認する。	オイラックスHクリーム	オイラックスクリーム10%	
116	肩の痛みを訴える患者に治頭瘡一方が処方されたため、類似名の治打撲一方が処方したかったと考え疑義照会を行なった結果治打撲一方へ処方変更となった。	薬品名の類似	患者への聞き取りを継続する	ツムラ治頭瘡一方エキス顆粒（医療用）	ツムラ治打撲一方エキス顆粒（医療用）	
117	皮膚科を受診し、初めて当薬局に処方箋を持って来られた患者様に、ビブラマイシン錠50mg1日4錠28日分が処方された。患者様に確認したところ、初めて飲むお薬であるとのことだった。初回で1日4錠かつ28日分と長期処方であったため、医療機関に疑義照会したところ、ビフロキシン配合錠の間違いであったことが発覚した。	医療機関のスタッフが新しく変わったこともあり、知識不足も相まって入力間違いが起こったと考えられる。	用法用量の確認は必ず行い、処方日数にも気を付けながら、調剤や監査を行う。	ビブラマイシン錠50mg	ビフロキシン配合錠	

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

No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品
118	退院後、地域の診療所へ移られて初めての処方となり、当薬局へも初めて来局となった患者。ツムラ芍薬甘草湯とツムラ大黄甘草湯が処方されていた。甘草の成分が重複しており、入院中の薬について患者へ確認したところ、大建中湯であったことが発覚。処方医へ連絡し、大建中湯へ変更を依頼した。	入院中の病院から診療所へ渡った情報提供書に書かれている薬剤名が間違っていた。または、ツムラ大建中湯と入力しようとしてツムラ大黄甘草湯と誤って入力してしまったかのどちらかと思われる。	退院後の処方については、入院中と同じかどうか情報があれば確認を行う。	ツムラ大黄甘草湯エキス顆粒（医療用）	ツムラ大建中湯エキス顆粒（医療用）	
119	久しぶりの来局。お薬手帳より、前回ミティキュアを開始していたようだが、2回目の処方はシダキュアで処方があった。シダキュアも別のクリニック等で開始したのか疑義にて確認した所、ミティキュアとシダキュアの処方間違いであった。	シダキュアとミティキュアは薬品名がやや類似している為、処方を間違ったのかと思われる。	監査時は必ず薬歴確認。投薬時も手帳持参の方は必ず手帳を確認し、手帳持参のない方はしっかりと聞き取りをするようにする。	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	
120	リンデロンVG軟膏0.12%、15g処方となる。処方箋に使用部位記載がなく、投薬時に確認すると目の周りが痒く別の医療機関から処方されたのをかかりつけ医に相談して処方してもらったよう。現在使用している医薬品(眼・耳科用リンデロンA軟膏)も持参されており、疑義照会して眼・耳科用リンデロンA軟膏に変更となった。	カルテから処方箋への記載は医療機関の事務員が行っているが、そこでの記載誤りと考えられる。また、使用部位の記載がないことも誤りを起こしやすい状態と考えられる。	新規の薬においては投薬時に使用部位の聞き取りや薬剤の患者への確認を確実にしている。医療機関へも外用薬の用法・部位の未記載が多い為、記載をお願いしている。	リンデロンーVG軟膏0．12%	眼・耳科用リンデロンA軟膏	
121	投薬時、アリメジンの説明していたところ、鼻の症状ではなく咳症状で受診と判明。疑義照会後、アリメジンからアスベリンに変更となった。	効能をしっかり覚えること。	患者様への聴き取りをしっかりとする。	アリメジンシロップ0．05%	アスベリンシロップ0．5%	
122	ガスター散10%が2g分2、朝・夕食前で処方。	1年ぶりの来局であり、その時はガスター散2%で2g分2、朝・夕食後で処方されていました。3文字入力で医薬品を検索し、ガスター散10%を選択してしまったと考えられます。	当薬局では散剤で調剤することがあまりない医薬品のため、適正量の計算、過去歴など複数人で確認しました。	ガスター散10%	ガスター散2%	
123	血圧のコントロールのため、オルメサルタン口腔内崩壊錠10mgを処方するところ、オメプラール錠10mgで処方されていた。すでに定期薬としてエソメプラゾールを服用中であったため、問い合わせを行い薬剤が変更となった。	薬剤名が似ているために間違えてしまったと思われる。	薬歴、お薬手帳での併用薬の確認。患者様より、しっかり聞き取りを行う。	オメプラール錠10	オルメサルタンOD錠10mg「トーワ」	
124	疥癬の治療でストロメクトール3mg4錠、オイラックスHクリームが処方になった。オイラックスHクリームはステロイドが含まれている為、疥癬の病態が悪化する可能性あり。疑義照会をしてオイラックスクリーム10%に変更した。	オイラックスHクリームとオイラックスクリーム10%が商品名が類似している為の処方ミスだと考えられる。	オイラックスクリーム10%とオイラックスHクリームの違いなどの周知をした。	オイラックスHクリーム	オイラックスクリーム10%	

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

No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品
125	毎月来局している患者様で　今回は定時薬とアズノール軟膏が処方されていた　　投薬時にアズノール軟膏を見せて　どこに炎症がありますかと聞いたところ　喉がおかしいので他の医療機関からもらったことがある　うがい薬をお願いしたとのこと　　本人が実物を持ってきていたので　見せてもらって確認し、うがい液の間違いだと判明すぐに疑義照会し　アズノール軟膏→アズノールうがい液4%に変更し、投薬した	医療機関で　患者が希望している薬の名前だけを入力し、　複数の剤型や外用薬があることを知らずに入力している可能性があることを想定し、投薬時に　必ず本人に　薬が症状に対して適切に処方されているかを必ず確認する	臨時薬が処方されたときには　必ず　追加になっている薬の処方理由を本人に確認する	アズノール軟膏0．033%	アズノールうがい液4%	
126	（般）カルボシステインシロップ用50%　8．4g、（般）アンブロキソール塩酸塩シロップ0．3%　4．2ml混合の処方。カルボシステインシロップ用がシロップ5%　8．4mlに変更となった。	カルテからの転記の際にミスをしたのかもしれない。	転記ミスが原因と思われる事例を共有していく。	カルボシステインDS50%「タカタ」	カルボシステインシロップ5%「タカタ」	
127	グルコン酸カルシウム水和物処方あり、低カルシウム血症に起因する症状等今まで確認したことがないため医師に確認。	グルコンサンK細粒4mEq／g処方したかったが、レセコン入力の際に同じならびにあったグルコン酸カルシウム水和物のほうを選択してしまったようです。	引き続き薬剤服用管理歴やお薬手帳等を確認し処方内容に誤りないか確認していく	グルコン酸カルシウム水和物	グルコンサンK細粒4mEq／g	
128	以前の処方は　ビブラマイシン錠50　2錠分2朝夕食後　+　ビフロキシン配合錠　4錠　分二朝夕食後　30日分今回の処方は　ビブラマイシン錠50　2錠分2朝夕食後で処方。ビフロキシン配合錠　4錠は削除になっていた。投薬時に患者から症状改善の為ビタミン剤のみになると聞き取り。疑義照会を行い、ビブラマイシン錠50は削除になり、とビフロキシン錠のみ継続へ変更。	名前が似ていることから、薬剤を削除するときに選択を間違えた可能性がある。	症状より処方内容が妥当か判断するよう確認。薬剤名のミスがないか確認。店舗薬剤師で知識共有。	ビブラマイシン錠50mg	ビフロキシン配合錠	
129	他院から転院されて、前クリニックの薬をそのまま処方してもらったはずだが、イルアミクスLDを服用していたところがHDに変更になっていた。特に増量などは聞いていないと患者様から聞き取り、疑義照会を行った。結果イルアミクスLDに変更となった	医療機関側のお薬手帳の確認不足。普段出ない規格だったためよく確認せずに入力してしまったと思われる。	転院されてきた患者様の処方は、必ずお薬手帳を確認して処方箋内容と齟齬がないかチェックしている。シャーペンを用いて、齟齬がない場合は薬品名、用法用量に丸をつけている。	イルアミクス配合錠HD「トーワ」	イルアミクス配合錠LD「トーワ」	
130	処方監査時にゾビラックス軟膏の処方だったが眼科であり部位も目にとなっていたため、ゾビラックス眼軟膏のほうではと疑問に思い問いあわせしたところ間違いであり変更になりました。	成分は同じ規格違いのため最後まで確認すること。	処方内容を最後まで確認すること。	ゾビラックス軟膏5%	ゾビラックス眼軟膏3%	

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

No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品
131	カルボシステイン500mg1錠疼痛時10回分の処方あり。咳や痰の症状はないが痛みはあるとのこと。処方入力時にカロナールのところをカルボシステインと入力を誤った可能性あり。症状に応じた処方への変更を依頼。体重30kgのためカロナール300mgへの処方変更の提案し変更となった。	最初の文字での医薬品選択ミス。	似た名前の薬が処方されている可能性も考え処方薬と患者の状態が合致しているかを意識した窓口対応を心がける。	カルボシステイン錠500mg「トーワ」	カロナール錠300	
132	新規でビソプロロールが処方あり。投薬時、新しい薬が出ている旨と、何でだしてもらったかを聞き取ったところ、むずむず足で薬を出してもらったと伺う。おかしいと思い、疑義照会をしたところ、ビソプロロールではなく、ビ・シフロールを本当は出したかったと判明。疑義にて変更し、交付した。	処方医が処方入力する際に、薬の名前が類似しているため、間違えたと思われる	新規薬が出た場合は患者さんがあまり話したがらない方だったとしても、何で出してもらったのかを聞き取るようにしている	ビ・シフロール錠0．125mg	ビソプロロールフマル酸塩錠0．625mg「日医工」	
133	足の魚の目の処置で継続受診している患者。処方箋にはプロトピック軟膏0.1%のみ記載されており、足の傷に塗布との指示であった。プロトピック軟膏0.1%は、アトピー性皮膚炎の治療薬であり、通常傷には塗布しないため、他の医薬品との書き間違いの可能性が考えられた。患者は魚の目で継続受診しており、ヒアリングにより今回も魚の目の処置を行ったとの事を確認した。以前に魚の目を処置した箇所にプロスタンディン軟膏0.003%を使用した履歴が残っていた為、処方医に疑義照会を実施した結果、プロトピック軟膏0.1%からプロスタンディン軟膏0.003%に変更になった。足の魚の目の処置で継続受診している患者。処方箋にはプロトピック軟膏0.1%のみ記載されており、足の傷に塗布との指示であった。プロトピック軟膏0.1%は、アトピー性皮膚炎の治療薬であり、通常傷には塗布しないため、他の医薬品との書き間違いの可能性が考えられた。患者は魚の目で継続受診しており、ヒアリングにより今回も魚の目の処置を行ったとの事を確認した。以前に魚の目を処置した箇所にプロスタンディン軟膏0.003%を使用した履歴が残っていた為、処方医に疑義照会を実施した結果、プロトピック軟膏0.1%からプロスタンディン軟膏0.003%に変更になった。	・クリニックで名称が類似しているプロトピック軟膏0.1%を誤ってカルテに記載(あるいは処方箋に入力)してしまった可能性がある。	患者からのヒアリング及び過去の薬歴から事前に誤りを見つけることができた。今後も薬剤の誤り等、処方箋に不備がある場合は、適切に疑義照会をして対応したい。	プロトピック軟膏0．1%	プロスタンディン軟膏0．003%	
134	小児にプロトピック軟膏0.1%が処方されたため小児用0.03%の間違いではと思い照会したところプロペト処方予定であったことが判明、プロペトに処方変更された	電子オーダーで最初の2～3文字入れたところで候補の薬剤を選択ミス、そのまま発行されたと思われる	今回は小児に小児用ではない薬が処方されたので気がつくことができたが、日頃から患者様に診察時医師からどのような薬を処方すると言われたか確認することが大切と思われる	プロトピック軟膏0．1%	プロペト	

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

No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品
135	患者様が処方箋を持って来局。処方箋には「ミケランLA点眼液2%、10ml/両目1日1回、アイベータ配合点眼液、10ml/右目1日2回」と記載。両方の目薬にβ受容体遮断薬が含まれているため、処方医に疑義照会した。アイベータ配合点眼液、10ml/右目1日2回が、アイラミド配合点眼液、10ml/右目1日2回に変更になった	医薬品名が類似しているため、入力ミスと考えられる	類似の医薬品のある場合、入力ミス等ありえないか、確認する	アイベータ配合点眼液	アイラミド配合懸濁性点眼液	
136	皮膚科よりヘパリン類似物質油性クリームが処方。投薬時患者から話を聞いたところ以前他院にてヘパリン類似物質油性クリームを使用したところ、湿疹痒みを発症したとのことで疑義照会を行いヘパリン類似物質クリームに変更となった。	患者の医師に対する情報提供不足。類似一般名の間違い。	患者からできうる範囲で副作用歴等の情報収集の徹底。また得られた情報、事例はスタッフで共有しています。	ヘパリン類似物質油性クリーム0．3%「ニットー」	ヘパリン類似物質クリーム0．3%「日医工」	
137	8歳、21kgの患者様に対し、ジスロマック錠250mg、2T分1、夕食後、3日分の処方せん記載があった。疑義照会しジスロマック小児用細粒10%、2.1g分1、夕食後、3日分に変更になった。	カルテ記載は正しい記載で入力時に錠を選択してしまい、錠の方を打ち込みなれていることからそのまま錠の通常の成人用量で入力してしまったとのこと。	小児だけでなく、肝・腎機能低下患者、高齢者、体重が通常よりも大きく離れている患者様など用量に注意していく。	ジスロマック錠250mg	ジスロマック細粒小児用10%	
138	ニフェジピン徐放錠20mg（12時間持続）1日1回朝食後で新規処方添付文書上の用法用量と異なる為照会。ニフェジピン徐放錠20mg（24時間持続）へ処方変更となる	一般名が類似していたため	新規処方の際、添付文書上の用法用量を確認する	ニフェジピンL錠20mg「KPI」	ニフェジピンCR錠20mg「サワイ」	
139	6/29に預かった処方箋について、デキサメタゾン軟膏0.1%との記載があった。用法として塗布する部位の記載はなかった。当該患者はメトトレキサートを服用しているので、翌日の投薬時に、副作用である口内炎の有無を聞き取ったところ、今回口内炎の薬を出してもらったとのことであった。処方元に疑義照会し、口腔用軟膏の処方であることを確認した。	良く似た名称であるデキサメタゾン軟膏0.1%とデキサメタゾン口腔用軟膏0.1%が存在した。用法に塗布部位が無かったので口腔内ではなく、湿疹などに塗布するための外用薬と調剤者は考えた。患者は翌日薬を取りに来ますと、帰ってしまったので使用する部位の聞き取りが薬剤交付時になった。	外用の軟膏などについては使用部位を確認する。	デキサメタゾン軟膏0．1%「イワキ」	デキサメタゾン口腔用軟膏0．1%「NK」	
140	腰痛にフェルビナクパップ（非温感）が処方されている患者様。痛みの状況を確認したところ、シップの冷たさで痛みを感じるとの事。医師に温シップを提案し変更。	患者様が医師へ痛みの状況を詳しく説明できていなかった	患者様とコミュニケーションを取ることで、患者様の抱えてる問題を引き出し解決する	フェルビナクパップ70mg「NP」	フェルビナクパップ70mg「タイホウ」	

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

No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品
141	平素より当薬局を利用している患者で処方箋に新規で（般）ヒドロキシジン塩酸塩錠25mg　0.5錠分1の処方追加。もともとヒドロクロロチアジド錠12.5mgが処方されていたが今回カットになっていた。投薬時に患者に確認した所変更についての話はなかったと聴取し、名称が類似している背景からも疑義照会をしたところ以前と変更なくヒドロクロロチアジドに変更になった。	名称類似による処方箋の入力間違え。	薬歴の確認、処方鑑査への取り組み	アタラックス錠25mg	ヒドロクロロチアジド錠12．5mg「トーワ」	
142	ツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(医療用)とミヤBM錠の処方あり。症状は腹痛、下痢との事。患者の症状よりツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(医療用)の処方ではなく、名称類似の医薬品、ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（医療用）の処方ではないかと思われ、疑義照会をした。その結果、カルテにはツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（医療用）の記載があることが分かった。処方箋発行時に医療事務が薬剤選択する際に誤ってツムラ半夏厚朴湯エキス顆粒(医療用)を選択してしまったとの事だった。	医薬品の名称類似による処方箋発行ミス。	患者への聞き取りをおこない、処方が適正であるか確認する。	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）	
143	「リンデロンVG軟膏0.12%　左眼点入指示」について用法不適切のため照会、眼・耳科用リンデロンA軟膏に訂正となった。	名称の類似。	薬剤の用途確認。	リンデロン－VG軟膏0．12%	眼・耳科用リンデロンA軟膏	
144	普段インスリングラルギンとインスリンリスプロがそれぞれ処方されていたが、今回はインスリングラルギンのみの処方だった。そのうえで単位数が朝6昼6夕6と指示があり、グラルギンは1日1回の用法であるはず、と気が付いた。用法の間違いか薬剤の間違いかを確認のため患者様に受診時の詳細を確認したところ、残薬調整のためインスリンリスプロのみを処方の説明があったとの事。疑義照会の結果インスリンリスプロの処方に変更となった。	種類出ている薬剤の、コンピューター上での削除ミス。また、名称が類似していることによるミスかと考えられる。	即効性か1日1回の定量タイプか等、注射薬の特徴を知っておくことが重要。また、処方箋に単位数などがない場合は患者に確認、聞き取りを重点的に行う他、疑義照会を適切に行っていく必要がある。	インスリン　グラルギンBS注ミリオペン「リリー」	インスリン　リスプロBS注ソロスター　HU「サノフィ」	
145	クロベタゾール軟膏が顔に処方、以前クロベタゾンが顔に他の医院から処方歴があり疑義しクロベタゾンに変更	ドクターが処方入力時に成分名が似ているため誤ったと思われる	外用薬の処方に対して患部が適切かどうか確認する	クロベタゾールプロピオン酸エステル軟膏0．05%「MYK」	クロベタゾン酪酸エステル軟膏0．05%「テイコク」	

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

No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品
146	術後血小板が10万以下になっているため、「血小板減少」の副作用がある薬は現在中止中だった。イリボOD2.5mg服用していたが「血小板減少」の副作用報告あるため中止。代わりにトランコロンP配合錠が処方された。が、それにも「血小板減少」の報告があったため疑義照会。トランコロン錠7.5mgに変更となった。	医療機関側の確認不足	医療機関に疑義照会内容をフィードバックし再発防止に努める。	トランコロンP配合錠	トランコロン錠7．5mg	
147	門前病院よりジスロマック錠250mg　2錠×朝食後　7日分　処方されていることに気づき、添付文章と異なる用法用量だったため疑義照会を行った。結果、ジェニナック錠200mg　2錠×朝食後　7日分に変更になった。	薬剤名が類似している	薬局内でも取り違えの可能性あるので薬剤名の確認、用法用量の確認は複数回必要と思われる薬剤の用法・用量を継続的に勉強していく	ジスロマック錠250mg	ジェニナック錠200mg	
148	カムシア配合錠LD「あすか」服用中の患者様にカムシア配合錠HD「あすか」（高用量）が処方。患者様に確認すると、血圧に特に変化なく、医師からも特に増量するなどの指示や説明を受けていないとの返答。疑義照会で確認。受付で医師の指示を受けて処方箋を作成したが、その際に規格を誤って記載した。	定時薬の処方変更があった場合、調剤を始める前に処方監査をしっかり行う。処方箋監査時にまず患者に確認し、処方監査を終えた時点で調剤、監査を行う。この流れを厳守する。	定時薬の処方変更があった場合、調剤を始める前に処方監査をしっかり行う。処方箋監査時にまず患者に確認し、処方監査を終えた時点で調剤、監査を行う。この流れを厳守する。定期的にスタッフにも周知徹底している。	カムシア配合錠HD「あすか」	カムシア配合錠LD「あすか」	
149	11歳（38kg）の患者様にアスベリン散10%が3g/日で処方されており、処方量もしくは薬品名のミスと判断し疑義紹介したところアスベリンDS2%　3g/日に変更となりました。	アスベリン散もアスベリンDSも散剤であり規格の違いに気づかず薬品名の入力を行ってしまったことが考えられます。	調剤前の処方監査を規格、処方量に特に注意して行っています。またアスベリンに関しては両方の規格を在庫しているため、アスベリンDSは薬品棚に置き、アスベリン散10%は棚の中に保管しています。	アスベリン散10%	アスベリンドライシロップ2%	
150	ストロンゲストのステロイドであるクロベタゾール軟膏(デルモベート)が顔への使用で出ていた為、弱ステロイドで一般名が酷似しているクロベタゾン軟膏(キンダベート)の間違いではないかと考えた⇒間違いであった	頭の5文字が同じの為、入力時にかなり間違いが起こりやすい両剤である	使用部位と照らし合わせ、聞き取りも含め間違っていないか確認が必要	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」	
151	プリビナ点鼻が点眼液で処方されていた。確認して点鼻となる。	医院に確認	患者への聞き取り	プリビナ点眼液0．5mg／mL	プリビナ液0．05%	
152	アンブロキソール徐放OD錠45mg2Tで処方あり。1日1回1錠でなくてよいか確認したところ、アンブロキソール15mg2Tの誤りであった。	一般名処方に変更による間違い	規格の確認の徹底	アンブロキソール塩酸塩徐放OD錠45mg「サワイ」	ムコサール錠15mg	

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

No.	事例の詳細	推定される要因	薬局での取り組み	処方された医薬品	変更になった医薬品	関連医薬品
153	2歳の患者にツロブテロールテープ1ミリグラムが処方されていたため、問い合わせをしたところ、0.5ミリグラムに変更になった。	違う規格が処方されてしまったと考える。	年齢によって規格が異なるため、毎回年齢を確認する。	ツロブテロールテープ1mg「トーワ」	ツロブテロールテープ0．5mg「トーワ」	
154	服薬フォローアップした際、肝臓にいいと聞いたので次回「ツムラ茵蔯蒿湯」を処方してもらえないかDrに確認してみると聞き取りしていた。ただ実際処方された漢方が効能の異なる「ツムラ茵蔯五苓散」であった。	病院採用外の漢方であり、類似した商品名があることの認識が不足しており初めの2文字のみを見てカルテに反映させたと考えられる。	患者から得た情報はトレーシングレポートにてDrへフィードバックし、事前に対応できるか判断を仰いでいる。	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）	